

민간의료보험의 현황 및 활성화에 관한 연구

경희대학교 경영대학원 의료경영학과 교수

정 기 택

〈Abstract〉

A Study on Private Health Insurance in Korea

Ki-Taig Jung, Ph. D.

Dept of Health Care Management Graduate School of Business Kyung Hee University

This study explores the feasibility of activating private health insurance in Korea. The rationale for expanding private supplementary health insurance can be found in many cases of health care reforms in the European countries. Private health insurance can not only relieve the financial distress of the government health insurance programs but also offer the medical institutions incentives to improve the quality of medical care. In Korea there is no supplementary health insurance that reimburses for various kinds of diseases based on a well designed fee schedule. Recently, the cancer insurance is the best seller in the health related insurance market. As observed in the U. S. case, the cancer insurance which pays the predetermined amount(indemnity coverage) regardless of the medical charges incurred to the patient is limited in its coverage for the insured. To provide better protection against catastrophic diseases, the government should give insurance companies incentives to develop health insurance products that cover multiple diseases rather than a single disease. Consumers can hardly understand and compare complex insurance products. To resolve the information asymmetries, the government should publish a consumer re-

본 연구는 1996년 학술진흥재단 연구비지원에 의해 수행되었음.

port that compare various health insurance products in a user friendly way. In the long run, insurance companies will plan to sell health insurance products that charge risk related premium only when insurers accumulate the underwriting know-hows, the government shares data on various health statistics including claims and demographics, and risk pool for high risk patients is well established and subsidized by the government.

I. 서 론

1977년 의료보험을 시작한 이래 12년만에 전국민의료보험을 완성하는 위업을 달성한 우리나라는 세계의 많은 주목을 받았고 여러 개발도상국에게 이상적인 의료보험 모형으로 평가받아 왔다. 그러나 전국민 의료보험을 성취한지 7년이 지난 지금 공보험의 제한적인 급여범위와 의료서비스의 고급화 및 의료기술의 첨단화로 인해 환자가 부담해야하는 본인부담금은 급증하고 있다. 대다수 선진국에서는 상병수당금, 출산수당금, 출산일시금, 사망일시금 등을 통해 소득상실액의 일부를 지급함으로써 가족의 '경제적 안정'을 유지시키는데 일조하고 있으나 우리나라에서는 의료보험이 현물급여 중심으로 되어 있어 부양자가 요양을 받고 있는 동안 피부양자들이 경제적 어려움에 봉착할 가능성이 크다. 또한 의료기술의 발달, 의료수요의 고급화 및 저수가체계하에서 의료수익을 창출하기 위한 방편으로 의료보험의 적용을 받지 못하는 고가의료장비 사용이 늘어나고 있다. 1993년 현재 비급여항목의 비중은 전체 진료비의 약 40%에 달하고 있는데, 이는 전체 본인부담금의 76%수준이다. 비급여 비중의 비대는 저소득층의 의료접근 기회를 제약하여 의료보장의 의미를 퇴색시키고 있다.

첨단화·고급화되어 가는 모든 의료서비스를 공보험이 담당하기에는 그 재원이 충분치 못하다. 1996년에 CT scanner를 급여서비스로 인정하고 나서 의료보험 재정이 수년내에 고갈될 것이라는 예측은 공보험이 다양한 첨단 의료서비스를 보장하기에는 재정적 여력이 상당히 부족하다는 사실을 반증해 준다. 특히 이농현상으로 인한 노령화가 급진전되고 보험료인상이 실제로 불가능한 농어촌 지역조합의 재정은 앞으로 더욱 취약해 질 것이므로 공보험의 급여범위 확대에 큰 걸림돌이 될 것이다. 21세기를 대비해서 적정 수준의 의료보장을 유지하기 위해서는 다양한 재원조달 방식에 관해 고려해 보아야 할 때이다. 이와 관련하여 최근 의료개혁위원회에서는 저렴한 의료서비스에 대한 본인부담금 인상 및 보험료의 인상 등 다양한 대안들이 고려된 바 있다. 재원조달의 한 가지 대안으로 최근 유럽에서 확산되고 있

는 사회보험의 민영화 방안을 검토해 볼 가치가 있다. 본 연구에서는 포괄적인 민간의료보험이 아닌 정부에서 제공하고 있는 공공 의료보험에 대한 보완적 역할을 할 수 있는 민간의료보험의 도입에 대한 타당성과 함께 그 현황을 논의하고 발전방향에 관해 모색해 보고자 한다.

II. 민간의료보험 도입의 효과

다른 정책대안과 마찬가지로 민간보충보험의 활성화로 인한 의료체계에 대한 효과도 긍정적인 것과 부정적인 것으로 나누어 볼 수 있다. 본 장에서는 국내외의 여러 학자들이 주장한 민간의료보험의 효과를 정리해 보고 부정적 효과를 최소화할 수 있는 방안을 모색해 보고자 한다.

1. 긍정적 효과

민간의료보험실시가 가져올 수 있는 긍정적인 효과는 국민의 후생증대, 의료서비스의 질 향상, 보험운영의 효율성 증대 등을 들 수 있다.

(1) 국민의 후생증대

수많은 연구자들이 (Pauly 1974, Rothchild and Stiglitz 1976, Johnson 1977, Wilson 1977, Dalby 1981) 경쟁적인 보험시장에서 역선택 (adverse selection) 문제가 있을 때 균형조건과 후생효과를 연구해 왔다. 보험시장 내에 가격경쟁을 가정하고 균형을 분석한 연구로는 Pauly(1974)와 Johnson(1977)의 논문이 대표적인데, 그들의 연구에서는 보험수요자를 사고확률에 따라서 高危險集團 (high risk group)과 低危險集團 (low risk group)으로 구분됨을 가정하고 보험사가 단일가격의 보험상품을 시장에 공급하고 가입자에게 보상범위를 선정하게 했을 때, 고위험집단은 100%의 완전보상상품을 (full coverage) 저위험집단은 일부보상상품을 (partial coverage) 선택함으로써 균형을 이룬다는 것이다. 가격경쟁하의 보험시장에서 정부는 강제보험을 실시하여서 후생을 증대시킬 수 있다는 점도 이들 연구의 중요한 결론이다.

Rothchild와 Stiglitz(1976), Wilson(1977) 등이 주장한 가격 및 수량경쟁에서는 가격뿐 아니라 보상범위까지도 보험사가 결정한다는 보다 현실적인 가정을 하고 있다. 이 경우 Pauly-Johnson의 균형은 성립되지 않는다. Rothchild와 Stiglitz (1976)는 Nash균형의 개념에 기초해서 경쟁적인 보험

시장내의 균형을 설명했다. 내쉬균형의 중요한 가정은 회사들이 근시안적(myopic)이라는 점이다. 근시안적이란 개념은 보험사가 시장에 신상품을 소개할 때 타사의 반응을 전혀 고려하지 않는 것을 의미한다. 이러한 가정 하에서 균형이 존재한다면 그것은 하나의 점(pooling equilibrium)이 아닌 두 개의 점(separating equilibrium)의 형태를 가진다.

후생효과에 대한 시사점은 Wilson균형(1977)의 개념을 통해서 찾을 수 있었다. Wilson균형이 Nash균형과 가장 크게 구분되는 점은 보험사들의 행동방식에 대한 가정이다. Wilson은 보험사들이 근시안적이지 않다는 가정 하에서 separating equilibrium이 늘 존재함을 주장했다. 즉 신상품을 시장에 판매한 경우 다른 보험사들의 반응을 미리 예상하고 결국 보험사 모두가 손 해될 행위를 하지 않는 장기적(nonmyopic) 시각을 가진다는 것이다. Wilson균형은 Nash균형에 비해서 높은 후생수준을 가진다(pareto superior). Wilson균형은 사회보험체계 속에서 민간보충보험을 허용함으로써 달성할 수 있는 것으로 밝혀졌는데 이는 민간의료보험 활성화를 주장할 수 있는 중요한 근거로 제시되어 왔다. 의료보장이 미국과 같이 민간보험에 의해서 주도되는 경우를 내쉬균형점에 비유한다면, 우리나라는 최소한의 보장을 제공하는 공보험체계라고 할 수 있을 것이다. 공보험 하에서 민간보충보험을 허용하거나, 민간보험체계 하에서 고위험집단에게 보조금을 제공함으로써 파레토 최적성을 달성할 수 있다는 Wilson의 연구결과는 의료보장정책의 장기적 방향을 제시하고 있다고 생각된다.

위와 같은 이론적 연구결과는 다음과 같이 해석될 수 있다. 우리나라와 같이 공보험이 제한적인 보장만을 제공할 때 소비자는 민간보충보험을 구입함으로써 각종 재난성 질환과 사고에 대한 위험보장을 받을 수 있고, 이들 민간의료보험사가 제공하는 의료기관 알선, 수술의사 선정 등의 서비스를 통해서 의료이용을 보다 편리하게 할 수 있을 것이다. 민간보험이 확산되게 되면 소비자들은 보험에 대한 보다 많은 정보를 확보할 수 있을 것이고 자신의 보장니드에 보다 적절한 보험상품을 구입할 가능성이 높아질 것이다. 이러한 긍정적 효과는 국민의 후생증대로 요약될 수 있다. 위험보장에 대한 개인별 취향은 경제가 발전할수록 다양화된다. 우리나라도 선진국형 질환이(심장질환, 뇌졸중, 암, 기타 퇴행성질환) 일반화되면서 이들에 한 보장욕구가 강해지고 있다. 인구가 노령화되면서 노후생활 및 건강보장에 대한 필요성이 강조되고 있으며 여성의 사회진출 증가로 인한 여성고유질환에 대한 보장니드가 확산되고 있다. 자동차사고 확률의 증가 및 최근의 연속적인 대형사고는 재해시 사망보장 및 의료비보장에 대한 필요성을 전국민에게 인식시킨 계기가 되었다. 이같은 사회 경제 환경의 변화가 초래하게 되는 가장 중요한 변화는 소비자들의 위험보장에 대한 욕구 강화와 다양화로 요약할 수 있는 것이다. 다양화되고 있는 소비자의 보장욕구는 정부주도의 사회보험이 아닌 시장기구에 기초한 민간의료보험에 의해서 충족될 수 있

을 것이다. 즉 소비자의 다양한 취향에 맞는 신상품은 그 개발여부가 자신의 성과에 절대적인 영향을 미치는 민간보험사에 의해서 보다 효율적이고 신속하게 개발될 수 있다고 생각된다.

(2) 의료서비스의 질 향상

보장성보험을 중심으로 하는 각종 민간의료보험의 판매는 외국의료기관의 진입을 촉진하는 계기가 될 것이다. 민간의료보험은 가입자들이 원하는 의료서비스에 대한 가격장벽을 낮추게 되고, 보험가입자가 수가 늘어난다는 것은 특정 의료서비스를 제공하는 의료기관에 대한 한국 환자들의 수용성이 증가함을 의미한다. 민간보험가입자들의 수가 증가함에 따라 정부보험 수가보다 높은 수가를 지불하는 민간보험 환자의 유치를 위해 의료기관들은 서비스 질경쟁을 통한 해당 분야의 우위를 점하고자 할 것이다. 영국의 경우 1960년대에 민간의료보험이 도입된 이유는 의료보장체계(NHS)의 실시로 초래된 의료의 질 저하와 의료접근도의 저하를 극복하기 위한 것이었다. 80년대 이후 90년대에 이르기까지 민간의료보험 가입자가 꾸준히 증가되고 있다는 사실에서 민간의료보험에 대한 소비자들의 평가가 긍정적이라는 점을 추측할 수 있다. 우리나라의 의료보험체계가 직면하고 있는 중요한 문제점 중에도 의료의 질 저하 및 3차의료기관으로 지나치게 많은 환자들이 집중하는 경향이 있음을 고려할 때, 영국에서 민간도입을 통해 실현된 의료의 질 향상 및 효율성 제고를 우리도 기대할 수 있을 것으로 생각된다.

의료의 질 향상에 대한 효과는 민간의료보험이 얼마나 포괄적인가에 따라 상당히 달라질 수 있을 것이다. 다시 말해서 민간의료보험이 포괄적일수록 그 실시가 의료기관의 수입증대에 기여하는 정도도 높을 것이고, 그에 따른 의료의 질 향상정도도 높을 것이다. 민간의료보험의 보상서비스가 상당히 제한적이더라도 의료의 질 향상에는 긍정적인 효과를 가질 것으로 판단된다. 예컨대, 본인부담금을 보상하는 민간보험을 가지고 있는 환자를 치료하는 병원은 민간보험이 없는 환자를 치료할 때 비해서 본인부담금 징수에 대한 비용과 노력을 절감할 수 있고, 그 부분을 의료의 질 향상에 투자할 수 있을 것이기 때문이다.

(3) 보험운영의 효율성 증대

민간의료보험이 실시된다고 해서 현행 의료보험체제내에 경쟁을 유발하지는 않을 것이다. 다만 일반 보험사가 제공할 수 있는 효율적인 급여처리나 각종 서비스 (의료기관 선정, 질환에 대한 상담, 입원알선 등)가 확산된다면, 의료보험조합 및 연합회의 관계자들도 효율성제고에 대한 무언의 압력을 받게 될 것이다. 모범적 기관이 시장에 등장함에 따라서 국민들의 기대수준도 높아질 것이기 때문이다.

2. 부정적 효과

민간의료보험은 가입자들의 다양한 위험기피성향을 반영하는 다양한 상품판매를 통해 후생을 증진시킨다는 점에서는 긍정적인 효과도 크지만 몇 가지 부작용도 무시할 수 없다.

(1) 의료지출 증가

민간의료보험의 활성화를 반대하는 중요한 논거로는 보충보험이 주보험의 예상손실 및 전체적인 의료지출을 증가시킨다는 것을 들 수 있다. 이러한 주장은 보충보험이 주보험의 본인부담금을 보상하거나 주보험에서 부보되는 의료서비스와 보완재 관계에 있는 경우(예: 처방약)에 타당하다고 생각된다. 그러나 주보험과 보충보험이 급여하는 서비스가 대체재관계를 가질 때 이 가설은 적절치 못하다. 민간의료보험과 의료지출 증가의 관계에 대해서는 많은 실증분석이 수행되었다.

가. 실증연구

Link 등의 연구(1980)에서는 Tobit모형을 이용하여 1976년 당시 메디케어가입자 8000명을 대상으로 보충보험의 보유여부가 주보험의 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하였다. 실증분석 모형에서는 가계소득, 인종, 성별, 거주지역, 교육수준, 가족수, 건강수준, 연령, 결혼여부, 의료자원의 지역별 분포수준 등을 통제한 후에 보충보험의 효과를 분석해 냈다. 분석결과는 보충보험을 보유한 경우 그렇지 못한 경우에 비해서 33% 높은 입원일수를 보였는데 그 중 21%가 입원확률 증가에, 9%가 입원일당 진료강도 증가에 나머지 3%는 혼합효과에 기인한다. 외래진료비는 만성질환 환자와 일반환자간에 상당한 차이를 보였다. 일반환자의 경우 보충보험을 가진 사람은 그렇지 않은 사람에 비해서 42% 높은 외래진료비를 기록했다. 이에 비해 만성질환 환자의 경우 보충보험은 외래진료비를 5% 증가시키는데 그쳤다. 이 결과는 실증분석에 사용된 변수들의 endogeneity 문제나 omitted variable bias에 의해서 실제보다 과대 계측되었을 가능성이 있다. 다른 중요한 제약점은 가까운 장래에 의료이용을 예측하는 사람들이 보충보험을 살 가능성에 대한 통제변수가 모형에서 결여되어 있다는 것이다.

Taylor 등의 연구(1988)에서는 주보험 가입자의 보충보험 가입성향이 endogenous variable로 처리되어야 하는가 여부가 Hausman검사에 의거하여 검토되었다. 검사결과는 보충보험을 가지는 것이 외생적인(exogenous) 결정이라는 가설을 기각하지 못했다. 그들은 Probit모형을 사용하여 보충보험이 주보험의 의료비지출에 미치는 영향을 분석했다. 분석결과는 집단으로 보충보험을 구입한 사람들은 보충보험이 없는 사람에 비해서 30% 높은 입원진료비를 보였고 13% 높은 외래진료가능성과 26-39% 높은 조건부외래진료비를 기록하였다.

상술한 실증연구들은 주보험의 본인부담금을 보상하는 보충보험이 주보험 가입자의 의료이용과 이에 따른 의료지출을 증가시킨다는 가설을 지지하고 있다. 이들 연구의 한계는 보충보험이 의료이용과 지출에 미치는 영향을 정확히 계측하기는 매우 어렵다는 사실이다. 그 이유는 의료이용에 영향을 미치는 요인과 보충보험가입에 영향 주는 요인이 공통적인 경우가 많은 관계로 실증적으로 이들을 구분하여 통제 하기가 어렵기 때문이다.

나. 미국의 사례

미국에서 민간의료보험은 의료비상승의 중요한 이유가 되어 왔다. 70년대까지 Blue Cross와 Blue Shield는 의료공급자의 입장에서 결정된 수준의 수가에 의해서 보험금을 지급해 왔고 이윤이 충분한 수가는 병원들이 과다한 시설확장과 설비투자를 부추긴 결과, 의료비상승에 큰 이유가 되었다. 80년대에 들어서면서 이러한 관행은 의료보험사업에 참여하게 된 일반 보험사들에게까지 그대로 적용되었는데, 그 원인은 경쟁적인 보험시장 안에서 보험사들은 병원들과의 수가협상을 위해 조직적인 대응을 할 수 없었던데 비해서 병원들은 오랜 경험과 조직을 통해 상당히 전문적으로 수가협상을 주도했던 것이다. 이같은 수가협상 관행은 포괄적 보험뿐 아니라 보충보험이나 재난보험 등 대다수의 민간의료보험에 적용되었고 미국내 의료비 급상승의 큰 원인이었던 것이다.

다. 의료지출 증가의 억제방안

미국의 사례에서 민간보충보험이 활성화됨으로써 정부보험만 가입한 경우에 비해 의료지출이 증가된다는 것을 보았다. 그러나 한국의 경우 민간보충보험의 의료지출에 대한 효과는 상당히 달라질 것으로 보인다. 우선 우리의 정부보험이 급여하는 범위가 50% 수준이므로 이미 환자들의 본인부담에 의해 의료재정의 50%이상이 조달되어 왔다. 특히 일부 부유층의 경우 고급의료서비스를 받기 위해 막대한 지출을 감수하고 외국에서 수술을 받는 사례도 늘어나고 있다. 다시 말해서 양질의 의료서비스를 받기 위해서 이미 많은 국민들이 상당한 수준의 지출을 하고 있으나 그 규모가 정확히 파악되지 못할 뿐이다. 민간보충보험의 급여창구에 대한 합리적 설계를 통해 기존의 환자에 의한 의료지출을 민간보험자의 지출로 전환하고 그 규모에 대한 추정과 그에 따른 통제도 가능케하는 긍정적인 측면도 있을 것으로 판단된다.

(2) 의료서비스 이용의 비형평성

1) 연간 외래진료를 최소한 1회 이상 받은 외래환자만을 대상으로 진료비를 계측한 것을 조건부 외래진료비라 한다. 따라서 연간 외래진료비 추정값은 연간 외래이용확률 * 조건부 외래진료비로 정의된다.

국민의 일부만이 보충보험을 구입하게 되면 소비의 외부효과가 발생한다. 즉 다른 사람들도 보충보험을 원하게 되고 사람들은 모두가 보충보험을 가져야 한다는 묵시적인 압력을 느끼게 된다. 이러한 외부효과는 의료서비스에만 국한되는 것이 아니지만 다른 산업과 구별되는 중요한 이유는 의료서비스가 공익적 특성을 갖는다는 점에서 비롯된다. 특히 우리나라의 의료보험은 사회보장제도의 일환으로 시작되었기 때문에 모든 국민이 의료서비스 이용에 있어서 형평성을 가져야 함을 매우 강조해 왔다. 이같은 형평성 논리에서 볼 때 민간보충보험의 활성화로 보험가입자가 보다 양질의 의료서비스를 이용하게 되는 2중적 의료제도(two tier system)의 형성은 수용할 수 없다는 주장이다. 그러나 현재에도 친분관계와 급행료를 부담할 수 있는 일부 특수층들은 일반 국민보다 고급의료서비스를 받고 있는 것이 우리나라 의료서비스 이용의 실태임에 반론을 제기할 수 있는 사람은 많지 않을 것이다. 다시 말해서 우리나라의 의료체계는 이미 2중적 의료제도로 전환되어 가고 있다는 것이다. 민간의료보험의 활성화는 음성적인 2중적 의료제도를 양성화하고 보다 많은 보험가입자들에게 양질의 의료서비스 이용 기회를 부여한다는 점에서 현재의 의료체계를 개선할 가능성이 있다고 생각된다.

(3) 관리운영비

민간의료보험을 운영하는데는 상당한 수준의 관리운영비가 소모된다. 1986년 미국에서 BC/BS를 포함한 민간의료보험을 판매하는 보험사들 전체가 거두어들인 보험료총액은 US\$1430억이었고 이중에 급여비로 US\$1280억이 지출되었다. 그 차액인 US\$150억은 보험료수입총액의 10.4%에 달하는데 이 중 상당부분이 관리운영비로 지출된 것이다 (Health Insurance Association of America 1988). 관리운영비의 증가속도 또한 가공할 만한 수준인데 1980년과 1986년 사이에 관리운영비는 185% 증가한데 비해서 전국민의료지출은 85%의 성장률을 보였다. 약 700여개의 보험사들이 각기 다른 보험청구양식과 약관을 가지고 있는데 이들로부터 급여 받기 위해서 미국의료기관들이 겪어야 하는 보험청구 및 급여비수령에 대한 고통과 비용은 엄청난 것이다. 한 연구는 (Navvaro의 1989) 의료보험의 관리운영비와 관련된 흥미로운 분석결과를 제시하고 있다. 미국의 의료보험체계를 캐나다와 같은 단일 보험자체제로 바꾸는 경우 미국이 절약할 수 있는 액수는 연간 US\$ 693억에 달할 정도로 미국의료보험의 관리운영비는 막대한 자원의 낭비를 내재하고 있다고 연구자들은 지적하였다.

50여개의 보험사가 있는 우리나라의 경우 민간의료보험에 대한 급여 및 청구 등의 행정업무가 미국과 같이 복잡해지지는 않겠으나 각 보험사가 다른 급여방식을 채택할 때 의료기관은 상당한 혼동을 겪을 것이고, 다양한 보험규정을 이해하기 위해 많은 시간과 노력을 투자해야 할 것이다. 민간의료보험이 본

격화되기 전에 정부는 의료기관 및 보험사들과의 협의를 통해서 보험청구 및 급여절차를 일원화시킴으로써 관리운영에 대한 비효율성을 최소화할 수 있을 것이다.

II. 민간의료보험이 필요한 분야

보충적 민간의료보험이 보장할 수 있는 영역은 크게 세가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째로 총의료지출의 40% 이상을 차지하고 있는 본인부담금에 대한 보장은 시급하다. 본인부담금은 법정본인부담금과 비급여 지출으로 나눌 수 있는데 전체 본인부담금 중에 70% 이상은 비급여 항목에 대한 지출이다. 본인부담금에 대한 보충보험으로 대표적인 예는 미국의 Medicare에 대한 Medigap을 들 수 있다. 둘째로 특정한 재난적 질환에 걸린 경우 고액 진료비에 대한 보상을 제공하는 보험으로 현재 판매되고 있는 암보험 등을 포함한 건강관련 보험상품이 이에 속한다. 이 상품들은 사전에 정해진 금액을 일시불로 제공하고 있으므로 발생한 의료비의 규모와는 무관한 보장을 제공하고 있다고 볼 수 있다. 셋째로 우리나라 의료보험은 현물급여 위주로 되어 있기 때문에 질병으로 인한 소득상실액에 대한 보장은 미흡하다. 따라서 질병으로 인한 소득상실액에 대한 보장도 민간의료보험이 진출할 수 있는 한 영역으로 볼 수 있다. 본 연구에서는 소득보장을 제외한 두가지 종류의 상품에 초점을 두기로 한다.

1. 본인부담금

우리나라의 의료보험은 제한된 재원을 가지고 출발했기 때문에 보험에서 보상하는 급여범위가 좁고 본인부담금은 높게 책정되어 있다. 의료보험관리공단의 「1996년 수진내역신고서」에 따르면 총진료비에 대한 환자본인부담율은 입원 43.2%, 외래 63.7%로 외국²⁾에 비해 상당히 높은 편이다. 환자의 본인부담은 <표 1>과 같이 법정본인부담과 비급여본인부담으로 나눌 수 있다. 본인부담금 중에 비급여 본인부담의 비중은 입원의 경우 의료기관의 종류에 따라 60-70% 수준에 있으며 외래의 경우 40-50%에 달하고 있다. 입원과 외래진료비간의 상대적 규모를 고려할 때 본인부담금에 대한 적절한 보장을 제공하기 위해서는 비급여항목에 대한 분석이 필요하다.

2) 일본은 피보험자의 경우 97년 9월 1일부로 20% 피부양자는 30%의 본인부담금을 부담한다.

한 설문조사연구는 지적하고 있다 (McCall, Rice and Hall, 1983). 보험료가 높아진 이유는 메디갭의 급여범위가 너무 포괄적이라는 의견이 지배적이다. 대부분의 메디갭은 메디케어 파트 A의 본인부담금을 전액보상할 뿐만 아니라 재난보험까지도 포함하는 경우가 많기 때문에 보험료가 급상승할 수밖에 없었다는 것이다. 또한 메디갭은 개인을 대상으로 판매되기 때문에 집단을 대상으로 판매되는 경우에 비해서 역선택의 가능성과 관리운영비가 높다. 미국의 사례에서 보충보험은 제한적이 급여범위에 대해 단체보험형식으로 판매되어야 함을 알 수 있다.

나. 임의 비급여

요양급여기준에 명시된 비급여 대상 외에 의료기관이 임의로 비급여 항목 치료를 하는 경우가 있는데 이는 크게 세가지 유형을 가진다. 먼저 급여대상 항목임에도 불구하고 급여 심사결과 삭감을 우려하여 비급여처리는 경우로 CT가 대표적이다. 둘째로 별도 징수할 수 없도록 되어 있는 일부 약제, 검사 및 재료대에 대해 별도로 청구하는 경우가 있다. 세번째는 새로운 진료행위, 재료대 및 미협약도위원소검사 등에 대하여 보건복지부장관 승인전이나 불인정시 비급여시키는 사례로 미등재약품 사용 및 자가골수이식 등을 예로 들 수 있다. 아직까지 우리나라에는 임의비급여 항목에 국한하여 보상을 제공하는 보험상품은 없다고 볼 수 있다.

2. 재난적 질환에 대한 보장

전국민 개보험하에서 가입자들에 대한 가장 큰 위협은 재난적 질환이나 사고를 당한 경우 필요한 입원 및 강도높은 진료시 발생하는 고액 본인부담금의 상한선이 실질적으로는 존재치 않는다는 점이다. 현행 의료보험제도하에서 고액 본인부담금에 대한 보상금은 해당 의료보험조합의 소관업무로 되어 있다. 따라서 본인부담금의 상한액은 조합별로 달라질 수 있고 재정이 취약한 의료보험조합의 경우에는 보상을 하지 못하는 경우도 적지 않다. 현재 몇몇 대기업에서는 본인부담금의 일부를 회사에서 분담하는 방안을 마련하고 있으나 고액진료사례에 대해서는 그 보상의 정도가 아직 미약한 것으로 생각된다.

(1) 고액의료비의 현황과 상품개발

가. 고액 의료비 분석

한 연구결과에 (문옥륜외 1993) 따르면 1991년도에 50만원 이상의 수진건수는 전체의료보험 청구건수의 (외래 + 입원) 0.5%였는데 이들이 진료비 전체에서 차지하는 비중은 25.3%나 된다. 진료비청

구액을 기준으로 자료를 정렬하여 분석한 결과 상위 5%의 환자들이 전체 진료비의 34%를, 상위 10%의 환자들이 전체진료비의 47%를, 상위 15% 환자들이 진료비의 55.31%를 소비하는 것으로 지적되었다. 주목할 만한 사실은 고액진료환자의 의료비 사용비율이 지역에 따라서 별로 차이를 보이지 않고 있다는 것이다.

이 연구결과가 시사하는 바는 고액진료를 받을 가능성이 많은 환자들이 주로 민간의료보험에 가입할 때 보험사는 전체 입원진료비의 50% 이상을 소비한 환자들이 사용한 비급여서비스나 본인부담금에 대한 막대한 보상을 하게 될 것이라는 점이다. 보험사는 이들로 인해서 전체 입원의료비의 20%⁴⁾ 이상을 지급하게 되는 것이다. 이같은 높은 부담은 보험사들이 재난성 질환에 대한 보장상품을 개발을 지연하고 있는 주요 이유로 판단된다. 재난성질환이 발생하는 경우 높은 부담 때문에 미국의 보험사들은 재난보험이 적용가능한 범위에 대해서 많은 예외규정을 두고 있다.

나. 상품개발 방향

기업이 주체가 되어 종업원들에 대한 의료비보장을 제공하는 것은 자가보험이나 캡티브보험의 전단계로 볼 수 있다. 1980년대에 들어 미국의 대기업들에서는 직원들의 의료보험을 외부 보험사가 아닌 자회사 내에서 개발 판매하는 자가보험(self insurance) 붐이 일어났다. 외부보험사를 이용하는 경우에 소요되는 행정비용과 세금을 절약하려는 의도에서 시작된 자가보험제도는 1975년에 전체 근로자의 5%만을 부보하던 것이 1985년에는 42%로 크게 증가하였다. 1985년에 들어 자체보험제도는 Blue Cross와 Blue Shield의 시장점유율을 앞서서 미국 민간의료보험시장에서 최대의 위험인수사업자로 성장했다.

현재 국내에서는 암보험 및 일부 보장성보험이 재난적 질환 및 사고에 대해 간접적 보장을 제공한다고 할 수 있다. 그러나 특정질환에 대한 보험은 가입자의 두려움에 소구한 것으로 실제로 포괄적 의료보험에 비해서 보장효과는 미약하다고 할 수 있다. 현재로서는 질환명에 무관하게 보장을 제공하는 보험상품이 시판될 것을 기대할 수는 없다고 판단된다. 따라서 당분간은 고액본인부담금에 대한 의료보험조합의 보상금 확대, 암보험 등 개인가입보험 및 직장을 통한 종업원 복지프로그램 등의 연계를 통해서 재난적 질환으로 인한 의료비에 대해 대비할 수밖에 없을 것이다. 향후 재난보험은 소비자들의 후생증대와 보상에 대한 제약조건을 까다롭지 않게 할 것이다. 바로 이러한 이유에서 정부는 여러 재난성 질환을 포괄적으로 보장하되 후불방식이 아닌 정액을 지급하는 재난보험 상품개발에 대한 유인을 제공할 필요가 있다고 판단된다.

4) 전체의료비 50% * 입원 및 외래 평균 본인부담금 40% = 20%

Ⅲ. 건강관련 보험상품의 현황

1. 건강관련 보험에 대한 법규

보험업법 제10조는 보험사업 경영의 제한에 관한 것으로 인보험과 손해보험사업의 경영을 금지하고 있으나 예외적으로 상해보험, 인보험의 재보험 및 인보험과 손해보험으로 구분하기 곤란한 보험으로 재경원장관이 지정하는 보험에 대해서는 경영을 허용하고 있다.

질병보험은 그 성질상 인보험분야에 가까우나 손해보험적 성격도 내포하고 있어 확연한 한계구분이 곤란할 뿐 아니라 보험가입자보호와 보험시장의 확대개발등 현실적 필요성과 제 외국의 예 등을 감안하여 보험업법 제10조 제3호의 규정에서는 생·손보사가 경영할 수 있는 보험으로 지정하고 있다. 생명보험업계에서는 이같은 구분을 반영하여 질병 및 상해보험을 제 3보험분야로 칭하고 있다.

2. 제3분야 보험의 경영현황

전업주의를 채택하고 있는 우리나라의 경우 제3분야의 보험업무는 <표 3>에서와 같이 생·손보 경영이 이루어지고 있는데 최근 추진되고 금융개혁에 따라 제 3분야의 경영규제도 완화될 전망이다.

<표 3> 제3분야에 대한 생·손보 경영현황

	생명보험	손해보험
상해보험	특약 또는 주계약	주계약 또는 특약
질병보험	주계약 또는 특약	특약
개호보험	주계약 또는 특약	특약

(1) 생보사 진출 현황

가. 상해보험

대부분의 상품에 재해장해특약을 부가하여 상해보험을 판매하고 있으나, 주계약에서 재해장해를 보장하는 상품도 있다. 이는 생명보험상품관리규정 제3-70조(사업방법서) 6항에 근거하고 있는데 그 내용은 주계약에서 재해장해를 보장하지 않는 경우 재해장해를 보장하는 특약을 부가하여 판매하여야 한

다. 다만, 단체보험 또는 특정질환이 주된 보장인 보장성보험은 이를 적용하지 않을 수 있다.

나. 개호보험

개호보험은 피보험자가 요보호상태가 되었을 때 이에 수반하는 비용 및 손실을 보상하는 보험으로서 인체에 관련하는 성격과 손해비용 보상의 성격 을가지므로 생·손보 겸영이 가능하다. 생보에서는 '92년 주보험(에버그린보장보험) 및 특약(수발보장특약등)의 형태로 판매하고 있으나 손보에서는 아직 상품개발이 미흡한 상태이다.

(2) 손보사 진출 현황

손보사는 상해, 장기상해 등의 일부상품에 질병사망특약, 암발생진단비용특약, 입원비특약 등을 부가하여 질병보험을 판매하고 있다. 그러나 의료시설이 없는 손보사의 경우 사전 건강검사를 시행치 않고 있다. 질병관련특약의 고액가입을 제한하여 보장수준을 1,000만원정도로 제한하고 있으며, 질병손해사정에 대한 노하우 부족, 계약관리상 어려움 등의 이유로 질병보험특약 판매에 적극적이지 못해 왔으나 최근 보장성 상품에 대한 국민 관심의 증대에 부응하여 보장성 상품개발에 관심을 보이고 있다. 보다 구체적인 제 3분야에 대한 생·손보 업계의 진출현황은 <표 4>에 정리되어 있다.

<표 4> 생·손보의 제3분야 보험 상호진출 현황 (질병보험분야)

	생 명 보 험	손 해 보 험
- 판매형태	주계약 또는 특약	특 약
- 보장범위	암, 3대성인병, 간암, 여성특정질환등 특정질환 세분화	일반질병보장, 암진단시 치료자금
- 보장내용	사망(1급장해 포함), 입원·수술·간병·통원·요양급여	사망(1급장해 포함), 의료비용(입원실료, 입원제비용, 수술비) 간병비
- 보장수준	정액(1회당, 1일당)	의료비용은 일정금액(소액) 한도내에서 실비 보상. 단, 입원 1일당 간병비는 정액지급
- 위 험 율	사망율·경험생명표기타위험율·개발원 및 보험계리인회 작성, 발표한 각종 위험율.	질병사망율(생보의 배당사망율·재해율) 생보의 암발생율, 암사망율, 3대암발생율, 여성암발생율, 뇌혈관질환관련 위험율

3. 건강관련 보험상품의 현황

한국의 보험산업에는 건강보험분야가 존재치 않는다 해도 과언이 아닐 정도로 생명 손해보험사들의 건강보험상품 판매는 미미할 실정이다. <표 5>는 79년부터 92년까지 한국에서 판매된 건강관련보험상품을 정리한 것이다. 도표에서 특기할 만한 사실은 건강보험관련상품들은 생명보험이나 손해보험상품의 특약형태로서 판매되어 왔다는 점이다. 건강관련 보험상품의 특성을 요약하면 다음과 같다. 건강보험상품은 특정위험이 발생한 경우 고정금액을 보상함으로써 실제적으로는 전국민의료보험의 보완적인 역할을 하고 있지만, 공보험과의 연계는 전무하다. 즉 보상형태도 의료비의 일부를 비율에 따라서 보상하지 않고 보험가입자에게 직접 정액보상(indemnity)하는 방식을 취하고 있으므로 보험사는 의료보험연합회나 의료기관과의 접촉할 필요가 없다. 상당수의 상품들이 사망보험금을 지급하는 것을 주목적으로 하고 있으며 장해보상이나 질병시 치료비지급 수준은 미흡하다고 생각된다. 보상금액도 가입자에게 청구된 의료비기준이 아닌 청구시점까지 납입한 보험료기준으로 산정되고 있기 때문에, 이들 보험상품은 재난성 질환에 대한 보장기능을 적절히 수행한다고 평가하기는 어렵다. 따라서 전국민의료보험의 중요한 문제점 중에 하나인 고액본인부담금 문제가 현재 판매되고 있는 보험상품에 의해서 개선될 가능성은 적다고 판단된다.

4. 암보험

암보험은 최근 가장 많은 판매실적을 올린 건강관련 보험상품이므로 그 현황에 대해 보다 깊이 고찰할 필요가 있다.

(1) 현황

생보사들의 역점상품인 암보험에 가입한 고객은 96년말 8백 50만명을 초과하여 평균 5가구 중에 1가구는 암보험에 가입하고 있는 것으로 나타났다(중앙일보 96. 11. 28). 암보험은 96년 하루 평균 7000여 건 이상 판매되었는데 한 보험사는 96년 상반기까지 암보험계약건수가 이미 1백만건을 돌파했다. 암보험은 암치료를 위한 입원, 수술 및 사망보상을 위해 정액의 보험금을 지급하고 있으며, 일부 상품의 경우 재해 및 장해시 소득보상급여 성격의 장해연금을 제공하기도 한다. 이와 같이 암보험이 급격히 성장한 이유는 국내 성인의 사망원인 중에 암이 절대적으로 높은 비중을 차지하고 있고 소득수준 향상으

〈표 5〉 의료관련 보험상품의 판매현황

구분	보장성보험	단체보험	특 약
연도	사망보험, 생존보험, 무배당, 기타		
'79			성인병특약
'81	암보험		성인병특약, 재해보장특약
'82	암보험, 부인병보험 성인병보험, 질병보험 임산부보험, 여성건강보험		성인병특약, 재해보장특약 건강특약, 의료비전환특약 암보험특약, 질병입원특약
'84	암보험, 질병보험 여성건강보험, 간치료보험	단체연수건강보험 단체건강진료보험	성인병특약, 건강특약 암특약
'86	암보험, 질병보험 여성건강보험, 간치료보험 건강보험의료비보장보험	단체건강보험, 단체간치료보험 단체연수건강보험, 단체건강진료보험	성인병특약, 건강특약 암특약
'88	질병보험, 평생건강보험 여성건강보험, 간치료보험 건강보험, 의료비보장보험		성인병특약, 건강특약 암특약, 건강관리특약 질병퇴직보장특약, 단체장애보장특약 입원급여특약, 재해입원급여특약, 의료비특약
'90	의료보장보험, 질병보험 평생건강보험, 여성건강보험 간치료보험, 성인건강보험 암보험, 의료비보장보험	단체의료보장보험 직장인건강보험	질병퇴직보장특약 단체장애보장특약 산재관련특약, 암관련특약 입원급여특약 재해입원급여특약 암보장특약, 성인병특약 의료비특약, 수술특약
'92	질병보험, 건강생활보험 성인건강보험, 성인병관련특약 새여성건강보험 21세기암치료보험 만기환급부암보험 암치료보험, 치아보험 간치료보험, 건강보험 종합암보험, 의료비보장보험		성인병보장특약

자료 : 보험상품 통계연보, 보험감독원, 각 년도

자료 : 보험상품연람, 생명보험협회, 각 년도

로 인한 보장성 보험상품에 대한 수요증가에 기인하고 있는 것으로 추측된다. 최근 10여년간 위암은 다소 감소추세를 보이고 있지만 아직도 악성신생물중 가장 높은 구성비를 차지하고 있고 간암을 포함한 기타 암들도 사망원인 중 높은 순위에 기록되고 있다.

보건복지부와 보험업계에 따르면 현재 21개 생명보험사가 내놓은 암관련 보험은 줄잡아 1백여종에 이르고 있다. <표 6>과 <표 7>에 정리되었듯이 암보험은 지속적인 성장추이를 보이고 있으며 특히 95-96의 기간 동안에는 무려 연 76%나 판매건수가 증가하기도 했다. 암보험에 대한 수익도 연 50% 수준의 높은 증가율을 보여 암보험상품은 생보사의 수익제고에 크게 기여하고 있다. 암보험의 수익률이 높은 이유는 암보험의 신규가입자가 비교적 젊기 때문에 암발생이 노년층에 비해 낮기 때문이다. 그러나 대다수의 암보험이 장기성 보장상품으로 설계되어 있는 것을 고려하면 암보험의 수익률은 2000년대 이후에 상당히 악화될 것으로 전망된다.

<표 6> 암보험 성장추이 (단위 : 건, 억원)

구 분	93. 3	94. 3	95. 3	96. 3	97. 2	
신 계약	건 수	1,331,445	1,926,326	1,785,134	3,157,415	2,595,553
	금 액	251,158	358,629	469,880	1,339,892	1,381,521
보유계약	건 수	1,735,404	2,679,667	3,706,188	5,633,053	6,727,803
	금 액	299,417	495,306	818,391	1,795,562	2,553,520
수입보험료	금 액	3,593	6,716	9,787	16,815	22,758

자료: 생명보험협회 내부자료

<표 7> 암보험 수치차 추이 (단위 : 억원)

구 분	93. 3	94. 3	95. 3	96. 3	97. 3
수입보험료	3,593	6,716	9,787	16,815	22,758
지급보험금	480	921	1,671	1,808	4,033
사 업 비	1,761	2,978	4,286	8,114	10,151
보험수지차	1,352	2,816	3,829	5,892	8,574

자료: 생명보험협회 내부자료

(2) 상품의 특성

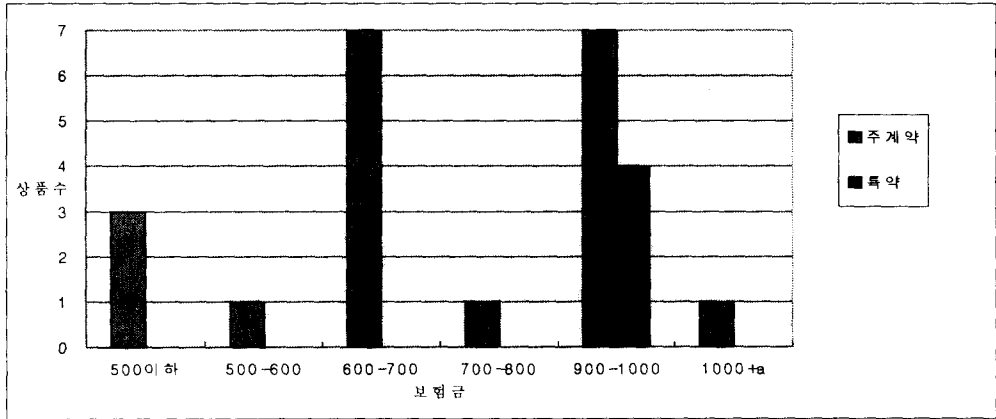
본 에서는 29가지의 상품을 중심으로 암보험의 특성을 살펴보았다. 암보험은 보장성보험에 속하므로 저축성보험에 비해 보험료가 저렴하다. 보험료는 가입구좌수에 따라 달라지지만 대다수의 보험가입자들은 2-5만원의 보험료를 부담하고 있다. 가입연령은 각 보험상품마다 다르게 규정하고 있지만 15(18)세에서 55세 또는 60세로 규정되어 있으나 많은 예외조항이 있다. 현재 판매중인 보험상품중 대다수가 주보험에 특약을 부가한 형태로 하나의 보험계약을 구성하고 있다. <표 8>에서 보듯이 상품명 앞에 *표시가 붙은 경우에만(29개 상품 중 5개) 암특약을 선택하지 않을 경우 암에 대한 지급보장이 없다. 즉 암이란 단어가 상품명에 포함여부에 무관하게 대다수의 건강관련 상품이 암에 대한 보장을 기본적으로 제공하도록 설계되어 있다. 보험가입규모는 회사별 상품별로 매우 큰 차이를 보이기 때문에 공통적인 가입범위를 정확히 할 수 없다. 가입한도에 따른 가입금액은 상품에 따라 많은 차이를 보이게 된다. 예를 들어 삼성생명의 가족사랑종신보험의 경우 최저 600만원에서 최고 5억까지 가입을 할 수 있다.

암에 대한 지급보장내용은 몇 개의 상품을 제외하고 유사하다. 암보험은 크게 네가지에 대한 보장을 제공하는데 암으로 사망한 경우와 수술한 경우 암 진단확정의 경우나 발생시 그리고 암으로 입원한 경우에 보험금을 지급한다. 보다 구체적인 보장내용을 비교하면 다음과 같다.⁵⁾

가. 암으로 인한 사망시 보장내용

암으로 인한 사망일 경우 대부분의 보험상품들이 특정암(3대암)과 일반암을 구분하고 있다. 하지만 특약의 형태로 암에 대한 보장을 하는 경우 일반암과 특정암을 같이 보고 있으므로 여기서는 일반암일 경우를 가정하였다. 사망보험금을 보장하는 상품의 종류는 총 27개이며 이중에 보험가입금액 산정이 불가능한 상품을 제외하여 24가지 상품(주계약20, 특약4)을 대상으로 비교하였다. <그림 1>에서 보면 특약은 1,000만원의 가입금액에 1,000만원의 사망보험금을 지급하고 있지만 주계약일 경우에는 보험금의 편차를 보이고 있다. 제일 작은 보험금을 지급하는 것은 1,000만원에 대해 333만원을 지급하는 상품이 있는데 이 상품의 경우 다른 위험에 대한 보험금 지급이 많기 때문에 암 사망시 상대적으로 적은 보험금이 지급되는 경우이다.

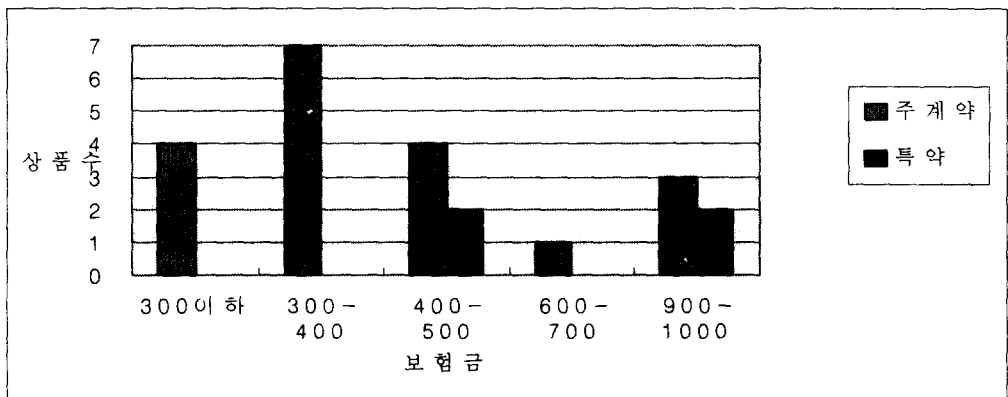
-
- 5) ① 보험금이 보험가입금액에 따라 달라지는 것을 고려하여 가입금액이 1,000만원일 경우로 가정하였다. 즉, 피보험자가 계약하는 단위를 1,000만원으로 통일을 한 후 지급보장내용을 1,000만원에 맞게 다시 산정하였다.
- ② 상품구성에 따라 보험가입금액이 달라지므로 주계약(주보험+의무부가특약)일 경우와 특약일 경우 두가지로 나누어서 비교하였다. 주계약의 경우 주보험 가입금액에다 의무부가특약의 조립형태에 따른 금액을 합산하였으므로 보험가입금액이 커지는 반면 보험지급액은 작은 경우가 많다. 또한 암에 대한 비중이 일반금인가에 따라 보험금이 달라지므로 비교상의 오차가 존재한다.
- ③ 보험가입금액을 산정할 수 없는 경우는 통계에서 배제하였고, 분야별로 지급보장내용이 없는 상품은 배제하였다. 이에 따라 표본의 수도 달라질 수 있다.



〈그림 1〉 사망시 지급되는 보험금

나. 암진단 확정(발병)의 경우

암진단 확정시에 지급되는 보험금은 사망보험금과 거의 같거나 1/2수준인 경우가 많다. 진단확정과 발병의 경우는 의학적으로 차이가 있지만 상품편람에서는 치료자금의 명목으로 같이 다루었으므로 이 차트에서도 동일한 개념으로 해석하여 상품들을 분류했다. 치료자금을 보장하는 상품의 가짓수는 27가지이며 그 중 보험가입금액 산정이 불가능한 상품 4가지를 제외한 23가지(특약은 4가지)를 대상으로 하였다. 여기서도 특정암과 일반암을 구분하지 않고 일반암만을 그 대상으로 하였다.



〈그림 2〉 암진단 확정시의 보험금

〈그림 2〉에서 보듯이 암 치료비에 대한 보상규모는 사망보상금보다 다양한 분포를 보이고 있는 것을 알 수 있다. 즉 치료비에 관한 부분을 보험사가 어떻게 인식하고 있는가를 나타낸다고 할 수 있다. 생존

보장에 대한 니드가 증가되면서 이 금액이 향후 점차 증대될 것으로 예상된다.

다. 입원시 보험금

모든 보험회사들이 입원급여금의 경우 4일 이상 입원시 3일 초과 후 4일째부터 지급을 한다. 간혹 30일 경과 후 또는 90일 경과 후 그 지급액을 크게 하는 상품이 있으나 대개의 보험상품들이 보험가입금액과는 밀접한 관련없이 많게는 15만원에서 부터 적게는 3만원을 지급하고 있다. 외국의 민간보험들이 상급병실료에 대해 충분히 보상하고 있는 것과는 상당히 대조적이다.

라. 수술시 보험금

수술보험금은 수술 1회당 지급하고 있으며 보험가입금액의 크기와 비교적 정비례의 관계를 이루고 있다. 많게는 600만원에서 부터 적게는 150만원을 지급하고 있다. 이외에도 보험회사가 보장하고 있는 내용은 통원급여금, 암요양급여금, 간병급여금 등이 있으나 대부분의 상품들이 그 내용을 같이하고 있으며 간혹 새로운 지급보장명목이 있긴 하나 같은 내용을 다른 이름으로 보장하는 경우가 대부분이라 할 수 있다.

최근 판매되고 있는 인기 건강보험 상품의 보장내용을 비교해보면 다음과 같다.

(3) 암보험의 문제점

특정질환에 대한 보험의 위험보장효과가 가입자들이 기대하는 것보다 위험보장효과가 낮다는 것은 미국 암보험의 문제점을 조사한 70년대말 미국 하원청문회 자료에 잘 정리되어 있다. 암보험은 1970년대말 80년대 초에 미국에서 주로 노인을 대상으로 폭발적으로 판매신장을 보이면서 그 폐해에 대해 정부의 조사를 받기 시작했는데, 그 결과 뉴욕주에서는 암보험 판매 자체를 금지하였고 펜실바니아주에서는 노인에 대한 판매를 제한했다. 암보험의 가장 큰 문제는 과대광고에 의한 공포심조장에 있었는데 당시 보험사들은 네명중 한명이 암에 걸린다고 광고했으나 이들 중 1/4가량은 치유가능한 피부암환자인 것으로 판명되었다. 또한 암 치료비를 과장광고하여 가계파산에 대한 위기의식을 고조하기도 했다. 둘째로는 대리점의 여러 사기행각 및 비정상적인 판매방식으로 인해 암발생시 가입자격 미비로 보상을 받지 못하는 경우가 빈번했다. 셋째로 암보험은 다른 보험에 비해서 상당히 많은 예외조항을 가지고 있었다. 예컨대 암보험은 병원치료비만을 보장하고 병원외부의 요양비는 전혀 지급하지 않고 합병증도 보장하지 않았다. 넷째로 암이 확정될 때까지 보험금을 지급하지 않음으로 인해 치료시기를 놓치는 경우도 있었다. 결과적으로 청문회에서는 암보험이 파는 것은 마음의 평온 뿐이지 실제적인 보장이 아니라는 결론을 내리고 있다. 이와 관련하여 하원조사위원회에서는 1950년대 유행했던 소아마비, 백혈병 등 무

〈표 8〉 암보험 상품 비교

상 품 명	회 사	조 립 형 태	가입한도액	연 령	지 급 보 장 내 용				
					사망시	입원시	수술시	치료자금	
								진단시	발병시
홈플러스종신보험 보험기간에 각기다른 지급내용을 보장.	대한	1구좌:주보험(2)+암보장특약 (3)+재해보장특약(3) +의료보장특약(1)	주계약: 0.5-5구좌	15-55 (60,65, 70세)	5,000	2(소득보 장급여금 명목)	*		750 (1,500)
*제일나이스건강보험 암요양급여금	제일	주보험1구좌(2,000)+나이스 암치료특약(2,000)	주:0.5-3구좌 암특약:상동	25-50 세	*성인병 규정	4일)3 31이상 2추가	100		500+5 *100
홈플러스플러스보험 간병, 통원, 요양	삼성	주(2)+특정암보장 특약개인 계약(1)-총2,000	주계약 : 500-5,000	*	2,000 (3,000)	10	300 (450)	1,000 (1,500)	
*가족사랑종신보험	삼성	주보험+암시망특약(1,000)	주500-4억 특약100-1억	15-59	1,000				
*성인병치료보험 암요양급여금	홍국	암치료특약(1,000)	주보험의 50%	15-65 세	1,000	5	150	1,000	
올라이프보장보험	국민	주보험(2)+암종합보장특약(1)	주계약:0.25 (500)-1(2,000)	18-60	1,000	10	300	2,000	
슈퍼건강생활보험 간병, 통원, 요양	국민	주보험(2)+유족연금특약(1)	주보험:0.5(1,0 00)-2(4,000)	15-60	2,000+ 100*10	10	400	1,500	
*참신한보장보험 간병, 통원	신한	암보장특약(1,000)	*	*	1,000	10	250	1,000	
센스레이디건강보험 쾌유기원자금	동양	주보험(2)-2,000	1구좌(2,000)- 2구좌(4,000)	17-55	2,000+ 가납입 보험료	7 (10)	300 (500)	500+100*10 (1,000+100*10)	
*여성건강클리닉보험	삼신 올스레이트	새희망 여성특정암특약 (1,000)	500-5,000	18-50	1,000			500	
평생효도보험	태양	주보험(2)+유족연금특약(1) -3,000	1,000-7,000	15-45	2,000+ 100*10				
덴생활보장보험 암요양급여금	한일	주보험(2)+건강보장특약(1) +정기특약(0.5)	0.25(500) -1.5(3,000)	17-60	2,500 (3,500)	10(30일 이상-5)	300	1,000 (2,000)	

서운 질환에 대한 보험 (dread disease policy) 등에서 기원한 암보험은 암에 대해서만 매우 제한된 보장을 제공하기 때문에 모든 질환에 대한 포괄적인 의료보장을 제공하는 보충보험에 비해서 비효율적인 보험으로 평가했으며 따라서 보험가입자는 암보험을 사는 것보다는 보충보험을 구입하거나 확대하는 것이 보장면에서 유리하다는 제안을 하고 있다.

IV. 선진국의 민간의료보험 사례

1. 정부보험과 민간보험의 관계

여러 연구들(이규식 1997, 명재일 1997)에서 유럽을 중심으로 선진국의 의료제도 및 개혁에 관해서 자세히 논의하고 있으므로 본절에서는 선진국의 민간보험 현황을 도표를 통해서 비교하고 특징적인 4개국 사례를 들어 보고자 한다.

<표 9> 주요국의 민간의료보험과 공적의료보험의 관계

구 분		한국	미국	일본	영국	독 일	호 주	네덜란드	프랑스
공적보장이 존재하지 않는 경우	의 료 비	×	◎	×	×	◎ 고소득자	△	◎ 고소득자	×
	소득보상	△	◎	△	-	◎ 고소득자	△	◎ 고소득자	◎ 자영업자
공적보장이 존재하나 불충분한 경우	대기기간을 피하기 위한 사비진료	×	×	×	◎	×	◎	×	×
	자유로운 의사선택에 따른 사비진료	×	×	×	◎	◎	×	△	×
	의료비 자기부담분	×	△	×	-	△ 공무원	×	◎	◎
	차액병실료	△	△	◎	-	◎	◎	◎	◎
	입원에 수반되는 제비용	△	△	△	◎	◎	◎	◎	◎
	소득보상	×	△	△	◎	◎	◎	◎	◎

주 : ◎는 민영보험시장이 존재함. △는 민영보험시장이 부분적으로 존재함.

×는 민영보험시장이 존재하지 않음.

〈표 9〉에서 보듯이 공보험을 대체한 포괄적인 의료보장과 소득보장을 제공하는 민간의료보험 시장이 존재하는 나라는 독일밖에 없다. 주지하는 바와 같이 독일의 민간보험은 전국민을 대상으로 하는 것이 아니라 일정 소득이상의 고소득자를 대상으로 하고 있다.

그외 미국은 공보험이 노인과 극빈자만을 대상으로 하고 있으므로 공보험의 민영화 사례로는 부적절하고 한국, 일본, 프랑스 등에서는 소득보장 상품이 부분적으로 존재한다. 민간의료보험은 대개 보충적 역할을 하는 경우가 많은데 보상내용에 따라 〈표 9〉과 같이 6가지로 나누어 볼 수 있다. 공보험에서 제공하는 의료서비스를 받기 위해서 지나치게 긴 대기시간을 감수해야 하는 불편해소에 초점을 둔 민간보험상품은 영국에서 큰 인기를 모았다. 또한 영국과 독일에서는 의료기관 및 의사의 선정에 자유권을 부여하는 민간보험상품이 판매되고 있다. 대다수의 국가에서 차액병실료, 기타 입원관련 의료비 및 소득보상 등은 민간의료보험에서 보장하고 있음을 알 수 있다. 요약컨대 민간의료보험은 영국의 예에서와 같이 공보험이 제공하는 서비스가 불편하거나 접근성 측면에서 상당히 제한적일 때 이를 대체하는 성격과 공보험의 급여범위로는 가입자의 위험보장이 충분치 않을 때 이를 보완하는 상품으로 나누어 볼 수 있다.

2. 선진국의 민간의료보험 사례

(1) 독일: 질병금고와 민간보험 가입에 대한 선택권 부여

독일의 의료보장은 질병금고에 기초하고 있다. 질병금고는 지방분권화를 원칙으로 하고 있으며 크게 두가지로 구분된다. 먼저 해당 지역에 거주하는 주민을 대상으로 하는 local fund(RVO-Kassen)와 특정 직종에 소속되어 있는 인력을 대상으로 한 substitute fund(Eratzkassen)으로 구분된다. Eratzkassen은 전국 규모로서 거주지에 무관하게 해당 직종에 속해 있는 모든 직장인을 대상으로 하며 1991년 현재 사무직을 대상으로 한 것이 7개 근로직을 대상으로 한 것이 8개가 운영되고 있다. 1990년에 서독의 90% 인구에 해당하는 5500만명이 질병금고(Krankenkasse)에 소속되어 있었다. 질병금고는 1911년에 22,000개 이던 것이 통합과 도산을 거치면서 1991년 그 수가 1,135개로 감소했다. 인구의 약 8%정도가 포괄적인 민간의료보험에 가입하고 있으며 2%에 해당하는 군인과 경찰 등은 특별보험을 통해 의료보장을 받고 있다. 무보험자는 인구의 0.5% 미만으로 집계되고 있다(Nera b 1993).

독일의 대다수국민은 질병금고에 강제가입하여야 하지만 1993년의 의료보장구조개혁법(GSG)을 통하여 피보험자에게 질병금고를 선택할 권리가 주어졌다. 이러한 선택권은 질병금고간 위험구조 조정의

실시, 질병금고의 합병 등의 조치를 취한 후 1996년 1월부터 시행되었다. 질병금고간 급여 및 보험료의 차별화⁶⁾가 이루어짐으로써 많은 가입자를 확보하기 위한 금고간의 경쟁(hidden competition)이 일어나고 있다. 그러나 1997년 현재 피보험자의 금고간 이동은 예상보다 훨씬 저조한데 그 이유로는 질병금고에 대한 정보가 부족과 금고간 위험구조조정과 금고간 통합에 의해 보험료의 격차가 축소되었기(이전의 7-16%에서 9-15%로) 때문이다(최병호 1997).

독일에서 일정소득(68,400 마르크, 1994) 이상인 사람(전국민의 약30%)은 민간보험을 선택할 수 있다. 민간보험회사의 보험료 결정은 연방보험당국에 의해 규제되며, 보험료는 성, 연령, 위험발생도, 피부양자수와 본인부담율에 의존한다. 일단 민간보험에 가입하면 질병금고로 복귀가 불가능하도록 최근 규정이 개정되었다. 민간보험에 가입한 고위험자의 보호를 위해 보험사가 일방적으로 가입을 종결시킬 수 없으며, 연령에 상한을 두지 못한다. 보험사는 점차 25-30세의 고소득자를 대상으로 물색하고 있으며 의료비가 낮아지는 65세 생일이후에는 50~200마르크의 할인혜택을 주고 있다. 동독지역에서의 지속적인 소득상승은 민간보험의 시장성을 점점 높이고 있다. 더욱이 수년간 정부는 의료개혁을 통하여 의료비부담을 억제하려 하므로 부족분을 메우기 위한 민간보험 역할이 계속 커지고 있으며, 특히 치과와 여행증 의료보험 상품의 전망이 밝다.

대부분의 국가질병금고는 입원의 경우 3년간 72주가 급여상한이며, 입원일당 12마르크를 환자본인이 부담하지만 년 14일까지만 부담한다. 또한 치과급여와 약제비에 대해서 본인부담이 있다(3마르크, 5마르크, 7마르크의 처방료). 현금급여는 오직 민간보험에 의해 제공되며 입원의료비는 입원일당 지불하며 그 목적은 환자가 좀더 고급병원이나 병동에서 치료받도록 하기 위함이다. 장기개호분야에 있어서 국가보험은 가정개호에 대해 월400마르크를 지불하고 전문적인 개호서비스에 대해서는 월750마르크를 지불한다. 독일의 민간개호 보험시장은 유럽에서 가장 발달되어 있다. 독일의 사례는 질병금고에 대한 선택권 부여를 통해 보험조합의 효율성을 제고하고 고소득층에는 민간보험 가입에 대한 선택권을 부여하여 정부의 재원부담을 경감한 점에서 우리에게 시사하는 바가 크다.

(2) 네덜란드: 고위험자의 효율적 관리

네덜란드는 독일, 벨기에, 프랑스와 마찬가지로 공공의료보험의 주도하에 의료보장을 제공하고 있다. 1992년에 의료지출의 67.8%가 사회보험에 의해 재원조달되고 있고, 민간보험은 13.7%, 세금이 10.

6) 질병금고의 보험료는 구서독지역의 경우 임금의 13.26%(고용주 6.63%, 피용자 6.63%)로 상한은 68,400마르크로 정해져 있고 구동독지역의 경우 12.98%(고용주 6.94%, 피용자 6.94%), 상한은 53,100마르크이다. 단, 노령연금수급자의 상한은 기준상한의 75%로 조정된다.

3%, 본인부담금이 8.2%를 부담하고 있다.

독일과 마찬가지로 네덜란드에서는 질병금고(sickness fund)를 근간으로 의료보장을 제공하고 있다. 질병금고는 우리나라의 지역의료보험조합과 유사한 개념으로 1985년에는 전국에 53개가 있었으나 최근 합병을 통해 그 수가 반으로 줄었다. 질병금고는 가입관리 및 진료비지불업무를 담당하고 있고 보험료징수 및 급여금액의 결정은 중앙본부기금(Central Fund)과 그 운영위원회(Sickness Fund Council)에서 주관하고 있다.

네덜란드에서 민간의료보험에 가입자수가 많은 이유는 질병금고법(Sickness Fund Act)에서 일정 소득 이상의 질병금고 가입을 금지하고 있기 때문이다. 바로 이러한 규정 때문에 네덜란드 전국민 중에 33%가 민간보험을 보유하고 있다. 일반적으로 민간의료보험은 재난적 의료비보상보험(exceptional medical expenses coverage)에 포함되지 않은 기본적 의료서비스에 대한 포괄적인 보장을 제공한다. 공공의료보험법의 적용을 받지 않는 민간의료보험은 급여정책 및 보험료조정면에서 탄력성있게 운영되는 장점이 있다. 질병금고에 기초한 정부보험이 사회의 결속(solidarity) 및 형평성(equity)에 기초하고 있기 때문에 본인부담금 도입을 최대한 억제하고 있는데 비해서 민간의료보험에서는 본인부담금 사용이 일반적이며 보험료도 소득비례방식이 아닌 위험비례 정액방식(flat risk related premium)에 의해 결정하고 있다. 위험비례 정액방식이란 고위험 가입자를 제외한 가입자들은 자신의 위험수준에 비례해서 보험료가 책정되지만 고위험자들에게는 정부에서 정한 정액보험료를 징수하는 제도를 말한다. 보험회사들은 공동관리풀을 형성해서 고위험자를 모아서 관리하고 정부로부터 일정액의 보조를 받는다. 사보험업계에는 1985년 당시 69개사가 있었는데 이들은 전국을 대상으로 영업하고 있으며 법인 형태와 보험상품의 판매형태가 매우 다양하다.

(3) 영국: 공통보상범위 정의에 기초한 보험상품 비교

가. 현황

영국에서 판매되고 있는 건강관련 민간보험은 Private Medical Insurance(PMI), Private Health Insurance(PHI), Critical Illness Insurance(CII), Long Term Care Insurance(LTCI) 등의 네 종류로 나누어 볼 수 있다. PMI는 급성질환으로 단기간 사립병원이나 공공병원의 특실에 입원한 경우 병실료 및 의료비를 보상한다. PHI는 질병이나 사고 등의 재해로 인한 소득손실을 보상하고자 개발되었다. CII는 암, 심장마비 등 치명적 질환에 걸린 경우 고액의 보험금을 일시불로 지급한다. 가입자는 보험금을 소득보상, 주택할부금 및 사립병원 의료비에 사용한다. CII는 개별상품으로 판매되기

고 하고 생명보험상품의 일부로 판매되기도 한다. LTCI는 노인들의 간호 및 요양을 위한 보장을 제공한다. 즉 요양원이나 재택진료에 필요한 경비를 보상한다. 이 상품은 최근에 소개되었는데 앞으로 상당히 빠르게 성장할 것으로 예측된다.

영국의 공정거래위원회가 민간의료보험시장에 관한 조사후 내린 결론은 한국의 보험시장에도 시사하는 바가 크다. 전술한 네 가지 상품이 각각 다른 시장구조와 특성을 가지고 있지만 다음과 같은 공통점을 가지고 있다. 먼저 상품이 매우 복잡하다는 것이다. 즉 소비자들이 여러 상품을 비교하여 자기가 가장 필요로 하는 것을 선정하기가 매우 어렵다. 또한 보험용어도 통일되지 않아 혼동과 오해의 가능성이 있다. 우리나라에서도 이같은 문제를 자주 볼 수 있는데 최근 보험용어의 한글화작업을 추진하는 등 다양한 개선방안을 모색하고 있다. 두번째 특징으로는 소비자들이 보험에 가입하기 전에 여러 회사의 보험상품에 대한 충분한 탐색과정을 거치지 않고 있다는 점이다. 대다수 가입자들은 회사에서 선정한 보험에 아무런 비판없이 가입하고 있기 때문에 보험사간 경쟁에 한계가 있을 수밖에 없다. 한국의 보험산업도 영국과 다르지 않다고 볼 수 있다. 생명보험의 경우 현재 한국시장에서 판매되고 있는 상품에 대한 정보를 가장 포괄적으로 정리한 것이 생명보험상품편람이라고 할 수 있는데, 이 책자는 일반 가입자들이 구해보기 어려울 뿐 아니라 그 내용도 이해하기가 쉽지 않다는 지적이다. 우리나라의 보험가입경로에 관한 여러 연구들에(이훈영과 정기택 1997, 정홍주 1994) 따르면 최근 다소 개선되고는 있지만, 아직도 대다수의 가입자들은 모집인과의 친분 때문에 보험에 가입하는 경우가 대부분임을 고려할 때, 영국 사례는 우리에게 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 셋째로, 보험가입자격과 관련된 문제인데, 대다수의 영국보험사들은 민간의료보험의 가입를 moratoria 방식에 따라서 수행하고 있다. Moratoria방식은 보험가입자의 병력을 검사하지 않고 가입전에 걸렸던 질환에 대해서는 2년간 보상하지 않는 것을 말한다. Moratoria방식은 보험사의 위험인수비용을 절감할 수 있고 기존 질환을 제외한 모든 질환에 대해 가입하는 즉시 보상을 제공한다는 점에서 장점이 있다. 그러나 기존질환에 대한 정의가 불분명한 경우가 많기 때문에 보상여부에 대한 분쟁의 소지가 많다. 우리나라에서도 임보험과 관련하여 위와 유사한 여러 사례가 있었으므로, 건강관련 보험이 활성화되기 전에 정부에서는 가입자격과 관련된 여러 규제를 다시 검토해 볼 필요가 있다.

나. 공통보상범위(Common Core Benefits)

복잡한 보험상품간의 비교를 용이하게 하기 위해서 영국의 공정거래위원회가 제안한 한 가지 방법은 가입자들이 가장 필요로 하는 몇몇 의료서비스들을 묶어서 common core benefits으로 정의하고 그의 추가적으로 보상되는 의료서비스에 기초해서 보험상품을 비교해 보는 것이다. 공정거래위원회에서 청

구내역과 빈도 및 비중을 분석하여 제안한 core benefits는 전체 의료비 청구액의 75% 수준이며 병실료를 포함한 입원과 관련된 기본적 의료비, 의사의 기술료 및 약가 등을 포괄하고 있다.

공통보상범위가 정의된 후 추가보상에 기초해서 다양한 보험상품을 비교하기 위해서는 두 단계 계산을 할 필요가 있다. 우선 각 청구항목이 연간 발생할 확률을 추정하고 그 값에 항목별 청구액을 곱하여 추가보상 항목별 연간 기대가치를 구한다. 둘째로 각 보험상품의 보험료차액과 추가보상서비스 전체의 연간 기대가치간의 비교를 통해서 가장 저렴한 보험상품을 선정한다. 도표를 통해서 예를 들어보자. <표 10>에는 추가보상서비스 항목별 비용과 연간 발생확률이 기록되어 있다. 추가병원서비스의 경우 청구건당 평균비용은 500파운드이고 연간 발생확률은 0.02이므로 연간 기대가치는 이 두값의 곱인 10파운드이다. 즉 한 보험상품이 추가병원서비스를 보상한다면 건강한 환자에게 그 가치는 10파운드이므로 보험회사는 core benefit의 연간비용에 10파운드를 더해 가격을 설정할 때 공정한 것이다.

<표 10> 추가보상서비스의 연간 기대가치 (단위:파운드)

	청구건별 소요비용	연간 발생확률	연간 기대가치
추가병원서비스	500	0.02	10
외래서비스	60	0.75	4.5
간병서비스	100	0.001	0.1

이와 같이 각 보험상품이 제공하는 추가서비스 전체를 화폐가치로 환산한 것이 <표 11>이다. A보험상품은 연간 20파운드 가치의 추가보상을 제공하는데 연간보험료는 300파운드이다. B와 C보험은 연간 보험료가 400파운드이므로 A에 비해서 100파운드 비싼 반면 B상품은 추가보상서비스를 연간 60파운드 제공하고 C는 110파운드 제공한다. 따라서 C상품이 보험료에 비해서 가장 높은 추가보상서비스를 제공하는 상품이므로 이 상품을 선정하는 것이 유리하다.

<표 11> 추가보상서비스 가치에 기초한 보험상품의 비교 (단위: 파운드)

보험 상품	연간 가치	연간 보험료
A(budget)	기본보장+20	300
B(standard)	기본보장+80	400
C(standard)	기본보장+130	400
D(comprehensive)	기본보장+250	800

(3) 호주: 민간의료보험의 축소

호주정부는 1975년에 전국민의료보험을 완성했는데 그전에는 민간보험에 의해 의료보장이 이루어지고 있었다. 1972년에 민간보험에 의한 의료보장 수준은 전국민의 85%로 상당수의 국민이 무보험자였다. 무보험자 문제를 포함한 다양한 의료체계의 문제를 개선하기 위해 1975년부터 80년대 중반까지 호주에서는 의료개혁이 진행되었다. 그 결과 정부재정에 의한 의료재원조달과 일반의를 주로 활용하는 현행 호주 의료체계의 근간이 마련되었으나 효율성제고를 목적으로 정부보험에서 민간의료보험제도로의 전환을 추진했던 정책은 의료보장의 확장면에서 성공적이지 못했다. 의료개혁 후에도 입원에 대한 의료보장이 없는 사람이 전국민의 15%에 달했고, 민간보험료가 소득역진적이라는 점에서 많은 비판을 받았다(OECD 1994). 1984년 시작된 공공 의료보험인 Medicare는 외래뿐 아니라 입원까지 보장하고 있는데 이에 필요한 재원은 1.4%에 달하는 연방정부의 소득세, 주정부 및 연방정부의 보조금과 환자의 본인부담금에서 조달하고 있다.

보험회사들은 고급병실서비스등 보장내용에 대해 주정부 및 연방정부와 협의를 거쳐야 한다. 이같은 정부의 통제하에 호주의 민간의료보험은 Medicare와 함께 안정적인 이중의료체계(two tier system)를 형성하고 있다고 볼 수 있다. 호주에서는 민간보험이 외래서비스나 의료기관에서 청구한 수가와 정부보험의 급여액간의 차액에 대해 보상하는 것을 금하고 있다. 민간의료보험료 결정에 관한 규제는 특기할 만한데, 민간보험사는 가입자의 위험특성을 반영하여 요율을 결정할 수 없고 가입자 특성에 무관하게 지역별로 동일한 보험료를 적용(community rating)해야 한다. 이에따라 보험사가 고위험자의 가입을 제한하는데 한계를 가진다. 또한 80년대 초 세액공제 및 정부보조금 지원에도 불구하고 민간의료보험에 의한 의료보장 확장에 실패했던 경험 때문에 현재 호주에서는 민간보험료에 대한 세액공제나 손비인정을 하지 않고 있으므로 민간보험은 직장이 아닌 개인에 의해 주로 구입되고 있다. 이와 같은 여러 제약조건과 정부보험인 Medicare가 포괄적 의료보장을 제공함에 따라 민간의료보험 가입자는 1984년 전국민의 60% 가량에 이르던 것이 그 이후 지속적으로 감소하여 1994년에 34%에 이르고 있다.

(3) 네덜란드: 고위험자의 효율적 관리

네덜란드는 독일, 벨기에, 프랑스와 마찬가지로 공공의료보험의 주도하에 의료보장을 제공하고 있다. 1992년에 의료지출의 67.8%가 사회보험에 의해 재원조달되고 있고, 민간보험은 13.7%, 세금이 10.3%, 본인부담금이 8.2%를 부담하고 있다.

독일과 마찬가지로 네덜란드에서는 질병금고(sickness fund)를 근간으로 의료보장을 제공하고 있다. 질병금고는 우리나라의 지역의료보험조합과 유사한 개념으로 1985년에는 전국에 53개가 있었으나 최근 합병을 통해 그 수가 반으로 줄었다. 질병금고는 가입관리 및 진료비지불업무를 담당하고 있고 보험료징수 및 급여금액의 결정은 중앙본부기금(Central Fund)과 그 운영위원회(Sickness Fund Council)에서 주관하고 있다.

네덜란드에서 민간의료보험에 가입자수가 많은 이유는 질병금고법(Sickness Fund Act)에서 일정 소득 이상의 질병금고 가입을 금지하고 있기 때문이다. 바로 이러한 규정 때문에 네덜란드 국민 중 33%가 민간보험을 보유하고 있다. 일반적으로 민간의료보험은 재난적 의료비보상보험(exceptional medical expenses coverage)에 포함되지 않은 기본적 의료서비스에 대한 포괄적인 보장을 제공한다. 공공의료보험법의 적용을 받지 않는 민간의료보험은 급여정책 및 보험료조정면에서 탄력성있게 운영되는 장점이 있다. 질병금고에 기초한 정부보험이 사회의 결속(solidarity) 및 형평성(equity)에 기초하고 있기 때문에 본인부담금 도입을 최대한 억제하고 있는데 비해서 민간의료보험에서는 본인부담금 사용이 일반적이며 보험료도 소득비례방식이 아닌 위험비례 정액방식(flat risk related premium)에 의해 결정하고 있다. 위험비례 정액방식이란 고위험 가입자를 제외한 가입자들은 자신의 위험수준에 비례해서 보험료가 책정되지만 고위험자들에게는 정부에서 정한 정액보험료를 징수하는 제도를 말한다. 보험회사들은 공동관리풀을 형성해서 고위험자를 모아서 관리하고 정부로부터 일정액의 보조를 받는다. 사보험업계에는 1985년 당시 69개사가 있었는데 이들은 전국을 대상으로 영업하고 있으며 법인 형태와 보험상품의 판매형태가 매우 다양하다.

V. 민간의료보험의 활성화 방향

지금까지 논의한 민간의료보험과 관련된 논점은 <표 12>와 같이 어둡게 정리해 볼 수 있다. 현재 우리나라에서 시판되고 있는 건강관련 보험상품들의 대상위험 및 보상방식을 살펴보면 특정 질환이나 손해가 발생한 경우 정액을 보장하고 있다. 이같은 위험구분은 보험가입자의 관점보다는 보험사 입장에서 대상위험을 선정하기가 수월한데 기인한 것으로 생각된다. 암보험에 대한 문제점에서 지적했듯이 특정질환에 대한 보험은 여러 질환을 동시에 보장하는 보충보험에 비해 보장효과가 낮다. 암보험의 판매가 본격화된 것은 불과 5년 남짓되었기 때문에 보상효과를 수리적으로 분석하기에는 시기상조이지만 암보험라인의 낮은 손해율이 종합의료보험에 비해 암보험의 보장효과가 낮다는 미국하원의 분석과

일치하는 근거로 해석될 수 있을 것이다. 향후 건강관련 보험상품의 대상위험은 가입자관점에서 구분되어야 할 것이다. 특히 단일 질환보다는 여러 질환을 동시에 보장하는 건강보험상품이 개발이 촉진되어야 할 것으로 생각된다. 우리나라 5가구당 한가구씩 월 2-5만원가량을 암보험료로 지출하고 있음을 고려할 때 암관련 보험의 보장내용을 확대시키는 것은 의료보장의 확대를 위한 민간재원활용 측면에서 매우 중요할 것이다.

이상의 이유에서 최근 한 보험사가 시판하기 시작한 8대 다빈도 질환에 대한 종합건강보험은 향후 암보험이 포괄적인 위험을 보장하도록 개선되어야 할 방향을 제시하고 있다고 볼 수 있다. 여기서 한 단계 더 나아가서 영국의 사례와 같이 급성질환 및 사고로 인한 위험(PMI), 건강상실로 인한 소득보장(PHI), 재난적 질환의 발생시 보장(CII), 노인성 질환 및 요양비용에 대한 보상(LTCI) 등으로 수혜자 입장에서 건강관련 위험을 구분하고 각 위험에 적합한 보험상품을 개발하도록 정부는 보험사들에게 유인을 제공할 필요가 있다. 보험사임원들은 전술한 위험에 대한 소비자들의 수요가 있다면 보험사들이 상품을 개발하지 않을 이유가 없다는 점을 강조하고 있다. 다시 말해서 건강관련 보험상품이 암보험 위주로 개발된 것은 소비자들이 암에 대한 보장을 원하기 때문이고 여러 질환에 대한 포괄적인 보장상품이 판매실적이 저조한 이유는 소비자들의 관심이 저조하기 때문이라는 것이다. 보험사 관계자들의 주장은 소비자들이 보험상품에 대한 충분한 정보를 가지고 있고 그에 기초하여 합리적인 의사결정을 할 수 있다는 가정하에서는 타당한 것이다. 그러나 자신이 질병에 걸릴 확률을 객관적으로 예측하고 판매되고 있는 여러 보험상품을 비교하여 보험에 가입하는 사람은 거의 없는 실정이다. 아직까지 우리나라에서 보험가입은 시장체계속에서 경쟁보다는 인간관계에 기초한 모집인 조직에 의해서 주도되고 있기 때문에 모집인들의 설명에 따라서 보험상품에 대한 소비자들의 평가는 달라질 수 있다. 즉 의료보장 및 건강관련 보험상품의 가입에 대해서는 시장기구에 전적으로 의존하기보다는 정부의 개입이 필요할 것으로 판단된다. 정부는 소비자들이 건강관련 보험상품에 대해 올바른 인식과 평가를 할 수 있도록 포괄적 상품의 유용성 및 암보험 상품의 보장면에서의 한계를 홍보하고 포괄적인 상품개발과 가입에 대한 인센티브를 제공할 필요가 있다고 생각된다. 예컨대 포괄적 의료보장상품의 가입자에게는 개인연금과 같이 별도의 세액공제를 인정하는 등의 방안을 고려해 볼 수 있다.

정부는 시장기능의 정상화를 위해서는 보험에 관한 소비자들의 정보 및 이해 부족문제를 개선해야 할 것이다. 이를 위해 단기과제로 보험에 대한 전문지식이 없는 일반 소비자들도 쉽게 이해할 수 있는 보험상품에 대한 객관적인 비교를 주관하는 기구를 활성화하고 정보책자를 발간하는 것을 생각해 볼 필요가 있다. 지금도 보험감독원과 보험개발원 및 생·손보 협회에 민원서비스를 담당하는 부서가 있으나 그

존재조차 모르는 보험가입자가 대부분이고 기능도 보험분쟁에 대한 민원해결에 치중되어 있다. 소비자들의 혼동을 최소화하기 위해서 보험구입과 관련한 정보제공은 이들 중 1-2개 기관에서 전담할 필요가 있을 것으로 보인다. 또는 소비자보호원과 같은 정부유관기관에서 보험협회의 협조를 받아서 관장하는 대안도 생각해 볼 수 있다. 다른 보험상품보다도 건강 및 복지관련 보험상품에 대한 비교책자 마련은 시급하다. 많은 사람들이 잘못 설계된 건강관련 보험에 가입하고 그들이 노년층이 되었을 때 비로서 상품의 문제점을 발견하고 사회문제화 되었을 때의 부작용은 매우 크다. 이같은 이유에서 부실 신설 생보사들의 건강 및 복지관련 보험상품 판매에 대한 규제도 고려할 필요가 있다. 소비자들의 이해를 증진시키기 위해서는 비교책자를 필수적인 정보를 전달하는 범위안에서 가장 단순한 형태로 준비할 필요가 있다. 현재 생명보험협회에서 발간하고 있는 생명보험상품편람은 보험상품에 관한 상세한 정보까지 포함하고 있지만 소비자들이 쉽게 이해할 수 없고 상품간 비교는 거의 불가능하다는 점에서 한계를 가진다. 영국사례에서 설명한 민간보험의 공통보상범위를 정의하고 기타 제공서비스의 가치와 보험료를 비교하는 방법도 간명하고 소비자들이 이해하기 어렵지 않기 때문에 고려할 만한 가치가 있다고 생각된다.

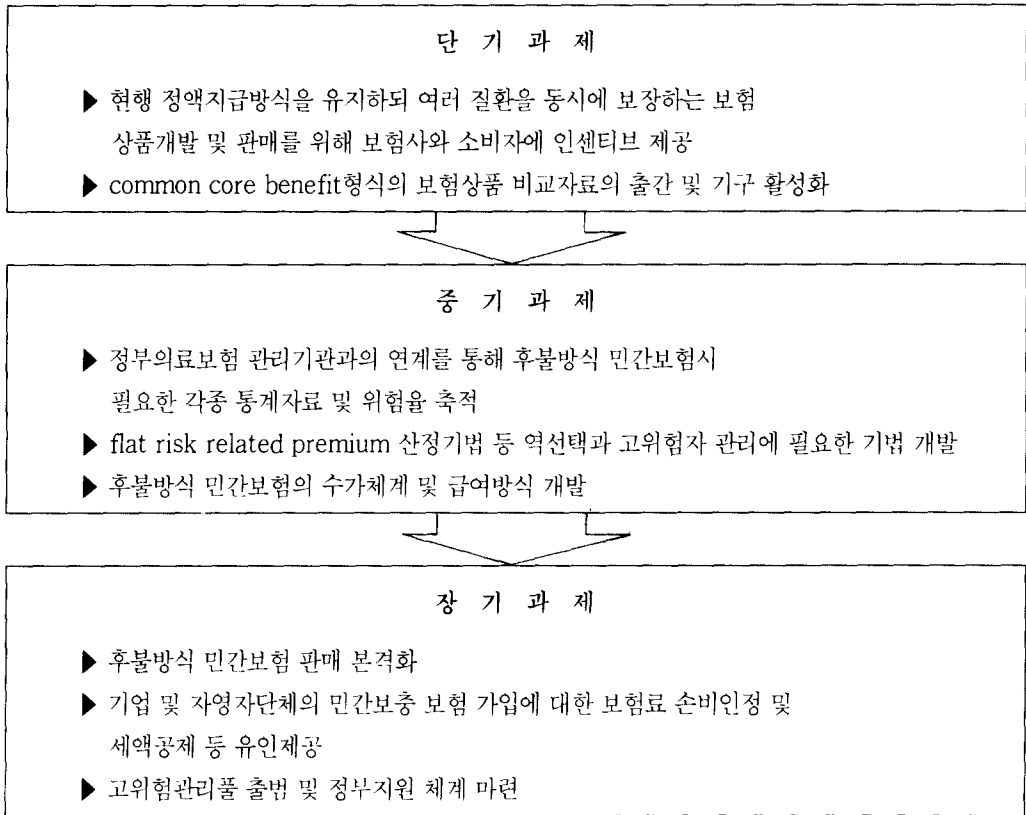
민간의료보험의 보상기준과 요율결정 문제방식도 중요한 논점으로 생각된다. 우리나라의 건강관련 보험은 요율결정과 보상기준면에서는 저축성보험과 유사하다. 현재에는 질환으로 초래된 의료비 규모에 무관하게 가입구좌에 따른 정액지급방식을 택하고 있는데 향후에는 가입자 풀을 확대하고 위험인수에 대한 노하우를 축적하여서 발생위험의 규모를 고려한 보상기준을 마련해야 할 것이다. 이를 위해서는 공보험관련 기관에서 축적하고 있는 위험율과 건강관련 자료를 민간보험사와 공유할 필요가 있다. 발생위험에 기초한 보상을 위해서는 요율도 위험수준에 비례해서 결정되어야 할 것이다. 그러나 위험요율을 채택하면 가장 높은 위험수준을 가진 사람(저소득자, 노인 및 만성병 환자)이 가장 높은 보험료를 지급해야 하므로 민간보험 가입에 제한이 따르는데, 이는 사회보험의 민영화 취지에 어긋난다고 할 수 있다. 위험요율을 도입하기 위해 풀어야 할 과제는 고위험자에 대한 가입제약을 철폐하면서 동시에 역선택으로 인한 보험사의 수익성 악화를 어떻게 조절할 것인가이다. 이 문제에 대한 대안으로 고려할 만한 것은 네덜란드식 flat risk related premium의 채택과 함께 보험사들이 공동으로 고위험자 공동풀을 구성하고 정부가 그 일부를 보조하는 것이다. 선진국사례에서 설명한 바와 같이 flat risk related premium은 고위험자를 제외한 가입자들은 위험수준에 따라 요율을 정하고 고위험자들에게는 위험풀에서 정한 정액요율을 적용함으로써 보험가입의 제약을 완화하는 방안이다. 고위험자들을 위한 위험풀은 자동차보험 불량물건과 유사한 개념으로 실행을 위해서는 보험사간 재원부담 및 정부의 지원수준 등 여러 가지 문제가 관련되어 있으므로 장기적으로 추진해야 할 과제로 생각된다.

현재 생보사들이 민간보험시장의 참여를 망설이는 가장 큰 제약요인은 건강보험을 지금과 같이 개인 보험형식으로 판매하게 되면 질병발생확률이 높은 가입자들이 주로 가입하게되는 역선택의 문제로 인해 수익악화가 초래될 것이라는 데 있다. 보험사는 정보의 비대칭으로 고위험자와 저위험자를 적절히 구분하기 어렵기 때문에 적정요율의 산정이 불가능하다는 것이다. 따라서 보험회사들은 질병가능성과 관련이 높은 가입자의 특성(과거병력, 연령, 성별, 직업)에 기초하여 위험선택을 하게될 가능성이 높다. 현재도 암보험 가입을 위해서는 건강검사를 요구하거나 기존 질환에 대해서는 일정기간 동안 보상치 않는 다양한 제한조건을 약관에 명시하고 있다. 이를 개선하기 위한 첫단계로 건강관련보험이 단체보험으로 판매될 수 있도록 정부가 인센티브를 제공하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 현재도 여러 기업에서는 종업원 복지차원에서 의료비의 본인부담금을 지급하고 있다. 그러나 향후 의료비수준이 상승되고 고가의 의료장비에 의한 서비스제공이 늘어나면서 기업자체 내의 상환방식은 한계가 있을 것으로 전망된다. 따라서 해당 기업종업원의 90-100%가 가입하는 경우 기업에게는 건강관련 보험료를 손비인정하고 개인에게는 소득공제의 폭을 확대함으로써 개인보험이 아닌 종업원복지 차원의 단체보험을 활성화 할 때 역선택문제도 상당히 완화시킬 수 있을 것이다. 단체보험방식으로 건강보험을 판매하는 대안의 또 다른 장점으로는 개인보험에 비해 질병발생확률과 의료비규모를 대수의 법칙에 의해 보다 정확하게 예측할 수 있다는 점이다. 즉 단체보험방식을 활용함으로써 현재의 정액지급방식에서 발생 의료비에 기초한 지급방식으로서의 근본적 개선이 가능할 것이라는 점을 예측할 수 있다.

건강관련 보험의 판매주체와 관련해서 현재는 생·손보사를 중심으로 농·수협 및 각종 공제회에서 건강관련 보험을 판매하고 있다. 민간의료보험을 판매하는 회사의 수가 수백개를 초과하는 미국의 경우 의료기관들은 보험사별로 다른 청구양식 및 절차로 인해 상당한 행정비용을 부담해 왔다. 현재 우리 보험사들은 청구 의료비에 대한 정산, 심사 및 지급체계와 노하우가 없는 실정이고, 이에 관한 정부의 방침도 확정된 것이 없다는 점이 생보사들이 건강관련 보험분야에 참여를 망설이는 주된 이유로 지적되고 있다. 따라서 민간의료보험을 활성화시키는 방향으로 정부가 정책방향을 정하는 경우 가장 우선적으로 확정되어야 할 분야가 바로 민간의료보험에 대한 청구시스템의 구성이다.

일각에서는 정부가 보충의료보험을 제공한다면 민간보험사에 의한 관리운영비 부담을 줄일 수 있을 것이라는 주장도 제기되고 있다. 의료보험연합회와 같은 정부관련 단체가 독점형식으로 보충보험을 판매하는 것은 정부조직의 비효율성과 시장을 통한 서비스 질제고를 기할 수 없다는 점에서 바람직하지 못하다. 보충보험시장의 정부참여는 뉴질랜드경우와 같이 가입자에게 자유로운 선택권을 부여해서 보험조합간의 경쟁이 도입된 연후에 각 의료보험조합에게 보충보험 판매권한을 부여하는 것을 생각해 볼

지금까지 논의한 민간의료보험 활성화를 위한 정책대안을 장·중·단기 과제로 구분해 보면 다음 <그림 3>와 같다. 장·단기 구분의 기준은 단기적으로는 현행 정액지급방식의 형식을 유지하되 단일 질환에 대한 보장에서 여러 질환을 동시에 보장하는 상품으로 전화하는데 필요한 인센티브개발이고 중·장기적으로는 후불방식의 민간보험 도입을 위한 인프라구축 및 저해요인인 고위험자의 관리방안 개발로 요약할 수 있을 것이다.



<그림 3> 민간의료보험 활성화를 위한 정책대안

참 고 문 헌

<국내문헌>

노병윤. 민영건강보험의 운영현황. 보험동향 3월호, 보험개발원, 1997.

명재일. NHS와 시장원리의 통합: 영국과 뉴질랜드의 의료개혁. 보건경제연구 1997;3.

문옥륜 외. 의료보험 고액진료비 환자의 특성연구. 보건행정학회지 1993;3(1).

이규식. 사회보험의 개혁과 경쟁원리. 보건경제연구 제 3권

이훈영, 정기택. 보험가입과 상표전환에 관한 연구. 리스크관리학회지 1997.

정기택. 민간의료보험의 현황과 활성화 방안. 보험개발연구 1995.

정홍주. "자동차보험 소비자조사와 마케팅 전략", 보험개발연구 1994;11:38-61.

최병호. "유럽의 의료보험제도와 생명보험업계 참여현황", 생협 1997.

<외국문헌>

Dahlby, B. G., "Adverse Selection and Pareto Improvements through Compulsory Insurance," *Public Choice* 1981;37:547-558.

Gabel, J. R., and Monheit, A. C. Will competition plans change insurer-provider relationships? *Milbank Q* 1983;61(4):614-640.

Hailey, Roseman C. Health care technology in Australia and New Zealand: contrasts and cooperation. *Health Policy* 1990;14:177-189.

Health Insurance Association of America, Source of Health Insurance Data. 1988 Update. Washington, D. C. 1988.

Hurst, J. Health Protection within the E. C. In proceedings: Health Protection in the European Community. European Seminar, Bruges, 1991;4:17-19.

Hurst, J. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: OECD. 1992.

Johnson, WR. Choice of Compulsory Insurance Schemes under Adverse Selection. *Public Choice* 21. 1977:23-55.

Le Grand, J. The Convergence of Health and Health Care Policies in the European Community. In Proceedings: Health Protection in the European Community, European seminar, Brugs, 1991;4:17-19.

Lieverdink, H., and J. A. M. Maarse. Negotiating fees for medical specialists in the Netherlands. *Health Policy* 1995:81-101.

Link, C. R., S. H. Long and R. F. Settle, "Cost Sharing, Supplementary Insurance, and Health Services Utilization Among the medicare Elderly," *Health Care Financing Re-*

- view Fall 1980:25-30.
- Liu, Hohn C. A Guide to Medicare Reform Proposals, The Heritage Foundation, 1995.
- Lust, H. S. Compensating for biased selection in health insurance. *Milbank Q.* 1986;64(4):566-591.
- Maarse, JAM. "The health System of the Netherlands", in *Health Care and reform in the Industrialized World*, edited by Marshall Raffel.
- Maarse, J. A. M. Hospital Financing in the Netherlands. In *Hospital Financing in Seven Countries*, 95-119. Office of Technology Assessment, U. S. Congress, Washington, D. C. 1995.
- McCall N, T Rice and A Hall. *Medigap - Study of Comparative Effectiveness of Various State Regulations*. Health Care Financing Administration, Menlo Park, CA, 1983.
- McCall N, T Rice and J Sangl. Consumer Knowledge of Medicare and Supplemental Insurance Benefits. *Health Services Research* 1986;20(6):633-657.
- Mur-Veeman, I. M., A. van Raak, and J. A. M. Mrse. Dutch home care: towards a new organization? *Health Policy* 1994;141-56.
- Navarro, V., Himmelstein, D. U., and Woolhandler, S. The Jackson National Health Program. *Int. J. Health Serv.* 1989;19(1):19-44.
- NERA, *The health care system in the United Kingdom(V. 13)*. 1993.
- NERA b, *The health care system in Germany (V. 5)*. 1993.
- Office of Fair Trading, *Health Insurance, A Report by British Office of Fair Trading*. 1996.
- Park, S. *Estimates on Living Costs of Subsistence Level*. Korea Institute for Health and Social Affairs, 1994.
- Pauly et al. *Adverse Selection in Multiple-Option Group Insurance*. Report submitted to the Agency for Health Care Policy and Research, 1990.
- Pauly, M. V. Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *J. Economic Literature* 1986;24: 629-675.
- Pauly, M. V., "Overinsurance and the public Provision of Insurance: The Roles of Moral

- Hazard and Adverse Selection,” *Quarterly Journal of Economics* 1974;88:44-62.
- Peabody John et al. The Australian Health Care System. *JAMA* 1996;276:1944-1950.
- Peabody JW et al. Health system reform in the republic of China: Formulating policy in a market based system. *JAMA* 1995;273:777-781.
- Peabody JW, Lee SW, Bickel S. Health for all in the Republic of Korea: one country’s experience with implementing universal health care. *Health Policy*. 1994;30:29-42.
- Rothchild M. and Stiglitz J. Equilibrium in Competitive Insurance Market: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *QJE* 90 1976:629-649.
- Scheffler R and L Rossiter ed. *Advance in Health Economic and Health Services Research vol 9. Private-Sector Involvement in Health Care: Implications for Access, Cost, and Quality*. London, England: JAI Press Inc. 1988.
- Schiff, Gordon D. Bindman A., Brennan TA. “A Better-Quality Alternative. Single-Payer National Health System Reform” *JAMA* 1994;272(10).
- Schneider, M., R. K. H. Dennerlein, A. Kose, and L. Scholtes, *Health Care in the EC Member States. Health Policy Monographs, vol. 1*. Amsterdam: Elevier. 1992.
- Sullivan, Cynthia B. and Rice T. “DataWatch” *The Health Insurance Picture In 1990*. *Health affairs* 1 Summer. 1991.
- Taylor, A. K., P. F. Short and C. M. Horgen, “Medigap Insurance: Friend or foe in Reducing Medicare Deficits,” in *Health Care in America: The Political Economy of Hospitals and Health Insurance* ed. H E. French III, San Francisco. Pacific institute for Public Policy, 1988.
- Ven, W. P. M. M. van de, and F. T. Schut. Should catastrophic risks be included regulated in a regulated competitive health insurance market? *Social Science & Medicine*, 1994;1456-72.
- Wilson, C. “A Model of insurance Markets with Incomplete information,” *Journal of Economic Theory* 1977;16: 67-207.