

민간의료보험의 도입타당성 검토



崔秉浩

한국보건사회연구원
부연구위원

1. 민간의료보험 도입의 논의 배경

1996년 11월에 발족한 의료개혁위원회는 금년 3월 1차 총리보고시에 공공보험 급여에서 제외되고 있는 의료서비스에 대하여 보충적인 민간보험을 확충할 것을 건의하였다. 이러한 건의배경은 현행 의료보험제도가 제한된 급여로 환자본인부담이 크고, 낮은 보험수가 및 불합리한 수가 체계 등 ‘저급여-저수가-저보험료’ 구조 속에서 의료서비스의 질이 저하되는 등 의료이용자 및 의료공급자 모두의 불만이 누적되고 있는 상황과 유관하며, 국민들의 다양화하고 고급화되는 의료욕구를 충족시키기 위하여는 공보험의 보충적인 민간보험을 활성화함으로써 공·사보험의 균형 있고 보완적인 발전을 제안한 것이다.

〈표 1〉에서 총진료비에 대한 환자본인

부담률은 43.6%로 추정되며(한방의료 제외), 이중 의료보험이 적용되지 않는 비급여에 의한 본인부담률은 28.6%, 의료보험이 적용되지만 법정 일부 본인부담에 의한 본인부담률은 14.9%로 나타났다. 특히

표 1. 총진료비중 환자본인부담률(1996)
(단위: %)

구분	보험자 부담	환자본인부담		
		법정 부담 ¹⁾	비급여 부담 ²⁾	
전체평균	56.4	43.6	14.9	28.6
입원	56.8	43.2	14.6	28.7
외래	36.3	63.7	36.9	26.8
치과의원	14.2	85.8	6.2	79.7

주: 1) 의료보험법이 정한 바에 의거 그 비용의 일부를 환자가 부담

2) 보험급여대상에서 제외되는 의료서비스에 대해 환자가 전액부담

자료: 의료보험관리공단, 「수진내역신고서」, 1996.

표 2. 의료보험이 적용되지 않는 비급여 진료비의 구성

(단위: %)

	상급 병실료	식대	지정 진료료	MRI	초음파	기 타 ¹⁾
전체 평균	29.7	29.2	17.7	5.7	8.3	9.4
입원	30.1	29.5	17.7	5.6	8.0	9.1
외래	0.0	0.0	20.2	13.9	33.3	32.7

주: 1) 약제, 검사, 수술 및 처치 행위료, 재료대, 처과 보철 등이 포함됨.
 자료: 의료보험관리공단, 「수진내역신고서」, 1996.

치과의원의 경우 환자본인부담이 85.8%로 나타나고 있다.

비급여 항목별 구성비를 살펴보면, <표 2>에서와 같이 입원의 경우 상급병실료(30.1%), 식대(29.5%), 지정진료료(17.7%) 순으로 높았으며, 이들 항목이 비급여 본인 부담액의 77.3%를 차지하고 있으며, 외래의 경우 초음파(33.3%), 지정진료료(20.2%), MRI(13.9%) 순으로 나타나고 있다.

현재 건강관련 민간보험상품이 시판되고 있지만 대부분이 질병발생에 대한 경제적 부담을 보전하는 것이 아니라 질병발생을 조건으로 특정금액을 지급하는 방식이며¹⁾, 보험회사와 소비자간의 거래관계에 한정되므로 소비자-보험자-공급자 3자간의 계약으로 맺어지는 의료보험의 기본구조와는 차이가 있다. 다만, 의료소비자의 의료비부담 위험의 분산이란 보험

원리에 비추어 볼 때, 현행 민간보험상품도 민간의료보험의 역할을 부분적으로 수행하고 있다.

2. 민간보험 도입의 필요성과 도입시 예상되는 부작용

민간의료보험을 도입하는 데에 따른 타당성의 논거는 여러 측면에서 접근할 수 있다. 첫째, 의료수요의 증대 요구와 공보험의 대응능력의 한계에서 출발한다. 국민들의 증대하는 의료요구 수준을 충족시키기 위하여 보험급여범위를 확대하여야 하나, 이에 상응하는 보험료 부담능력이 취약하거나 국고지원예산에도 한계가 있는 경우이다. 둘째, 공보험이 의료수요의 다양성을 충족하는 데에는 미흡하다는 점이다. 사회보험 원리는 그 보편성(형평성)에 있어서 장점이 있는 반면 그 획일성 때문에 국민 각자의 다양한 의료수요에 충분히 대응할 수 없다는 점에서 비효율성을 노출하고 있다. 셋째, 현 의료보험체제가 갖는 의료서비스 질의 하향 평준화, 저수가에 의한 가격통제, 이에 따른 과잉진료 등의 왜곡현상을 시정할 수단으로 거론될

1) 예를 들어, 암 판명시 고액치료자금 및 입원비, 통원비, 수술비, 요양비 등 일정 금액을 지급하는 '암보험', 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환 등 발생빈도가 높은 질병에 대한 치료비, 입원비, 수술비, 정기검진자금 등에 필요한 비용을 정액 지급하는 '의료비보장보험' 등

수 있다. 소위 민간보험에 의한 수가 계약에 의한 진료비용의 자율적 산정으로 과잉진료를 자제하고 의료행위의 정상화를 회복하고 병원의 경영도 개선해 보자는 것이다. 넷째, 의료공급이 민간에 의해 소유·경영되고, 소비자 또한 공급자 선택에 별 제한이 없는 시장적 거래상황에서 공보험의 역할에 한계가 있다는 것이다. 다섯째, 보험시장의 해외개방에 대비하자는 측면이다. WTO체제의 출범과 OECD 가입으로 국내 보험시장에 대한 선진국의 진입이 가속화될 것이고, 이에 따라 민간의료보험에 대한 판매경험과 전략에 있어서 우위에 있고, 자국의 세계적인 유명 의료기관과 제휴하여 고소득층을 대상으로 시장을 개척할 가능성이 크다. 여섯째, 소비자의 후생증가와 산업의 활성화 측면이다. 민간보험은 소비자에게 다양한 선택의 기회를 제공함으로써 소비자 효용을 증대시키고, 경쟁을 통한 가격 인하 및 서비스 개선을 촉진할 수 있다. 또한 의료기관간 경쟁은 의료수준의 발전을 기하고, 첨단

민간의료보험의 도입 필요성은 의료수요의 증대 요구와, 공보험의 대응능력의 한계에서 출발한다.

학분야를 중심으로 한 의료산업을 활성화하고, 의약산업의 발전을 유도할 수 있다.

민간보험 도입시 예상되는 부작용으로서 첫째, 공적보험의 위축 가능성이다. 민간보험이 일단 활성화되면 공보험의 확대를 반대하는 민간보험회사의 역할이 증가할 가능성을 들고 있다. 둘째, 민간보험 환자 선호에 따른 공보험과 사보험간 위화감이 발생할 우려가 있다는 것이다. 이에 따라 저소득층의 의료접근성이 제약받게 될 가능성이 있으며, 의료의 상품화를 촉진함으로써 필요 이상으로 상업화,

표 3. 민간보험 도입의 필요성과 부작용

필요성	부작용
<ul style="list-style-type: none"> • 의료수요의 증대와 공보험의 한계 • 의료수요의 다양성 • 의료행위의 정상화 회복, 병원 경영개선 • 민간중심 의료공급체계, 소비자 선택 • 보험시장의 해외개방 대비 • 소비자 후생증가, 의·약산업 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> • 공보험의 위축 ⇔ 보험회사 로비 • 환자 위화감: 저소득층 의료접근성 • 의료의 상품화 ⇒ 상업화, 고급화 • 의료비의 증가 가능성 • 높은 거래비용(transaction cost) • 대학병원, 종합병원 유리, 개원가의 상대적 소외: 의사집단의 분화

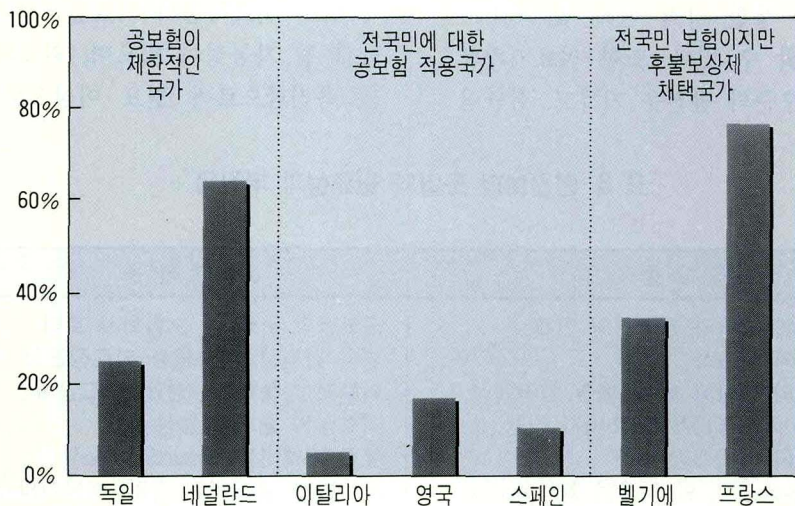
고급화 경쟁의 우려가 있다. 셋째, 의료비의 증가 가능성이다. 사보험의 보충적 역할이 보험재정 및 정부의 재정부담을 덜어 줄 가능성이 있으나 궁극적으로 소비자의 의료수요를 유인함으로써 의료비가 증가할 가능성이 있다. 넷째, 의료공급자가 과잉 진료하거나 고가진료를 유도함에 따른 도덕적 위해(moral hazard)가 발생하는 경우 민간보험이 실패할 가능성이 있다. 다섯째, 민간보험에 의한 거래비용(transaction cost)은 공보험보다 클 것이다. 여섯째, 의료서비스 질과 환자 유치에 있어 우위에 있는 대학병원, 종합병원이 유리해지고, 의료시설과 인력 양면에서 열세에 있는 개원가는 상대적으로 소외될 가능성이 있다. 이는 현재 의료기관의 규모에 따른 역할이

분화되지 않고 있음에도 기인하고 있다. 사보험과의 계약물량에 따라 의사집단내 소득의 차이가 발생함으로써 능력에 따라 의사집단이 분화될 가능성이 있다.

3. 선진외국의 민간보험 참여실태

선진국은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 의료보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로써, 민간의료보험의 참여를 활성화(세계유인 등)하고 정부의 개입을 축소하고 있다. OECD 국가의 GDP 대비 의료비 비중은 1960년 4.3%에서, 1992년 9.3%로 증가하였고, 2000년경 10%대에 진입할 것으로 전망된다. [그림 1]은 총진료비중 민간보험이 차지

그림 1. 국가별 총진료비 중 민간의료보험이 차지하는 비중(1991)



자료: Datamonitor, Reader's Digest Eurodata, 1991.

표 4. 국가별 경제활동인구중 민간의료보험의 가입 비중(1991)

(단위: %)

유형	국 가	전체 평균	관리직	미숙련생산직
공보험의 부분적 임의가입 허용	독 일	25	41	10
	네덜란드	64	82	41
전국민에 대한 포괄적 서비스 제공	이탈리아	5	12	2
	영 국	16	34	3
	스 페 인	11	30	3
전국민에 대한 후불보상보험	벨 기 에	34	49	27
	프 랑 스	78	88	64

자료: Datamonitor, Reader's Digest Eurodata, 1991.

하는 비중을 국가별로 보여주고 있으며, <표 4>는 경제활동인구중 민간보험에 가입하고 있는 인구의 비중을 나타내고 있다. 공보험을 전국민에게 당연 적용하지 않는 국가로써 독일은 약 25%, 네덜란드는 60% 이상이 민간보험에 의해 진료비가 발생하고 있으며, 민간보험가입률도 이와 유사한 양상이다. 독일의 경우 일정소득(68,400마르크, 1994) 이상인 사람(구동독 지역에서는 낮게 책정) 등은 민간보험을 선택할 수 있으며 다만, 민간보험을 선택하였다가 국가보험으로 되돌아오는 것이 최근 불가능하도록 하였다. 네덜란드는 학생, 자영자, 일정소득 이상인 자는 국가의료보험에서 제외되며, 공공보험 관리조직인 지역질병금고와 민간보험회사간 경쟁 시스템을 도입함으로써, 국가보험급여가 감축되면서 근래에 국가 질병금고와 민간보험회사가 서로 합병하거나 협력하는 일

이 발생하고 있다.

전국민에 대해 공보험이 당연 적용되지만, 진료비를 환자본인이 일단 지불한 후에 조합으로부터 보상받는 형태(후불보상제)로 운영하는 국가로서 프랑스와 벨기에의 경우 공보험에서 보상하지 않는 진료비에 대해 민간보험에 보충적으로 가입함으로써 각각 총진료비의 약 80%와 40%를 민간보험에서 역할을 담당하고 있다. 프랑스의 경우 전체 가구중 35%는 개인적으로 가입하고 있고 49%는 고용주를 통하여 단체로 가입하고 있으며, 민간보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택을 주고 있다. 전국민에 대해 공보험을 당연 적용하며 포괄적인 의료서비스를 제공하는 영국, 스페인, 이탈리아 등은 민간보험에 보충적으로 가입하고 있는 인구의 비중이나 민간보험 진료비의 비중이 비교적 낮다. 그러나 영국의 경우 총진료비의 15% 이상을

민간보험이 담당하고 있으며, 특히 관리직의 1/3 이상이 민간보험에 보충적으로 가입하고 있다. 한편 이러한 진료비 외에 진료기간중의 소득상실이나 현금급여, 장기개호분야 등에 대한 민간보험을 포괄하는 경우 민간보험의 역할은 상당하며 향후 지속적으로 발전할 전망이다.

4. 민간보험 도입 가능성 검토

가. 건강관련 민간보험상품 현황

현재 시판되고 있는 상품으로써, 생명보험의 경우 대부분은 입원이나 치료비 관련 급여를 포함하고 있으며, 질병을 대상으로 하는 경우에도 암이나 성인병 등 특정질환을 담보하는 것이 대부분이다. 이외에 질병 및 상해로 인한 취업불능시의 소득보상급여를 포함하고 있는 상품도 있다. 손해보험의 경우 상해보험 및 건강생

활보험, 장기상해보험 등이 있으며, 이 외에 건강보험과 관련된 특별약관이 있다. 예를 들어, 휴업보상금 담보특약, 입원비 보상 담보특약, 간호비용 보상특약, 상해 위험확장 담보특약, 의료비 담보특약, 건강생활보장 특별약관 등이 있다.

민간보험의 의료비지급 형태는 계약자가 가입한 보장금액수준에 따라 정액 지급되며, 입원비는 입원일수에 따라, 수술비 등은 수술횟수에 따라 지급된다. 다시 말하면, 지급조건은 입원 혹은 수술을 전제로 하고, 치료비에 대한 보상 목적이 아니라 일정 금액을 지급하는 경우가 많다. 생명보험의 판매현황은 <표 6>과 같으며, 질병보장보험의 보험금지급률이 낮은 이유는 질병보장상품의 대부분이 계약만기에 기납입 보험료를 지급하는 상품으로 구성(전체 질병보장보험의 95.4%)되어 있기 때문이다.

표 5. 생명보험의 건강관련 상품

상 품 명	보 장 내 용
암보험	암판명시 고액치료자금 및 입원비, 통원비, 수술비, 요양비 등 지급
의료비보장보험	질병 및 재해입원시 입원비 및 수술비 지급
성인병 및 3대 질병 보장보험 ¹⁾	암, 여성특정질병 등 발생빈도가 높은 질병에 대한 고액치료자금 및 입원, 수술비, 정기검진자금 등 지급
특정질병보장보험	간보험, 치아보험 등으로 입원, 수술, 종합검진비용 등 지급
개호보험	치료비, 건강진단자금 및 개호연금 지급

주: 1) 3대 질병은 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환
 자료: 생명보험협회, 내부자료, 1997.

표 6. 연도별 질병보장보험의 수지현황
(생명보험)

(단위: 억원)

회계연도	1994	1995	1996
수입보험료 ¹⁾	9,258	13,367	19,160
지급보험금	1,585	2,624	3,940
보험금지급률(%)	17.1	19.6	20.6
보유계약건수 ²⁾	332만	441만	539만

주: 1) 단독상품 및 특약상품 보험료의 합산임.
2) 1996년 생명보험 보험료수입은 약 36조 원임.

자료: 생명보험협회, 내부자료, 각년도.

나. 민간보험의 참여가능분야 검토

현행 의료보험의 비급여대상중 민간보험의 참여가능부분으로 흔히 거론할 수 있는 분야는 상급병실료 차액, 식대, 특정고가장비 진료 등을 들 수 있다. 그러나 미용목적 성형수술, 종합건강진단, 건강증진을 위한 투약 등 본질적으로 보험의 원리에 부합되지 않는 부분에 대하여는 현실적으로 민간보험의 수용이 불가능할 것이다.

의료서비스를 영역별로 구분하여 민간보험의 참여가능한 분야를 검토한 것은 [그림 2]를 통하여 간편하게 이해할 수 있다.

현행 의료보험의 환자본인부담 중 민간보험의 참여가능성에 대해 하나하나 검토해보자.

1) 법정본인부담

현재 직장 및 공교보험에서 일정액(50만

원)을 초과하는 법정 본인부담분에 대하여 민간보험의 참여필요성이 그다지 크지는 않다. 그러나 지역보험 가입자의 경우 민간보험 수요가 있으며, 직장보험의 경우에도 보상액의 한계를 초과하는 부분에 대하여 민간보험 참여의 가능성이 있다.

원)을 초과하는 법정 본인부담분에 대하여 50~100%를 보상하고 있으므로 사보험의 참여 필요성이 그다지 크지는 않다. 그러나 지역보험 가입자의 경우 민간보험 수요가 있으며, 직장보험의 경우에도 보상액의 한계를 초과하는 부분에 대하여 민간보험 참여의 가능성이 있다.

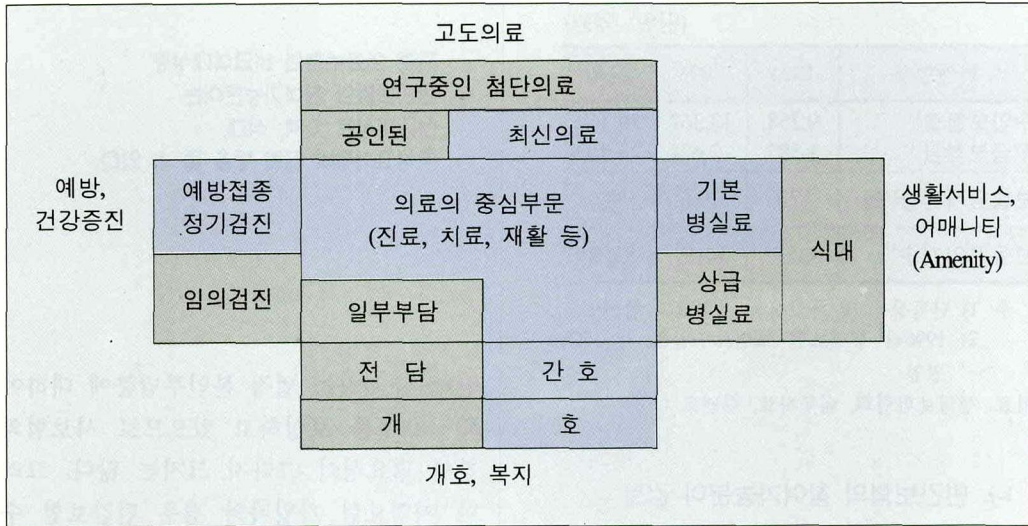
2) 상급병실료 차액 및 간호비용

상급병실료는 사보험 참여의 가능성이 가장 큰 부문이며, 이와 더불어 전담간호비 혹은 간병비용에 대한 사보험 참여도 유망하다.

3) 지정진료료

현실적으로 사회보험 하에서 사보험 참여를 인정하는 경우 의료접근상 형평성 문제 때문에 가능하지 않은 부문이다. 다만, 개인병원(유명 전문의)의 경우 보험사와의 계약을 통하여 일반환자와의 차별화를 허용하는 방안을 검토할 수 있다.

그림 2. 의료서비스의 구분에 따른 민간보험의 참여가능분야



주: ■는 민간보험 참여가능분야임.
 자료: 廣井良典, 『醫療の經濟學』, 日本 經濟新聞社, 1994년 자료를 수정한 것임.

4) 식대

식사가 치료 과정과 관련한 경우 향후 공보험의 적용범위에 포함되는 것이 타당할 것이나, 질병 유형에 따라 그 연관성에 차이가 있을 것이다. 식사가 치료효과에 영향을 미치지 않거나 고급일 경우 공보험을 적용할 필요는 없을 것이며, 사보험의 대상이 될 수 있다.

5) 각종 검사항목

검사항목 자체를 사보험화하기 보다는 질병과 관련하여 계약내용에 포함되어야 할 것이다.

6) 기타

소자녀 사회가 도래함에 따라 임신, 출산과 관련하여 안전하고 쾌적한 분만, 산모와 아기의 건강보호 등과 관련하여 공보험이 적용되지 않는 진료부문(태아검사, 무통증 분만, 제왕절개, 유아기의 예방접종 및 진단 등)에 대한 수요가 존재한다.

7) 개호

핵가족화와 인구의 노령화가 진전되고, 여성의 경제활동참여가 증가함에 따라 노인의 가정내 부양이 어려워짐에 따라 질병발생률이 높은 노인에게 대한 장기개호(long-term care) 수요가 증가하고 있다. 그

러나 현재 개인적으로 간병인을 고용하는 차원에 머무르고 있다. 독일의 경우 1989년 민간보험회사에서 장기개호보험을 도입한 이래 이 상품에 대한 수요는 급격히 증가하고 있으며(1989~93년간 연평균 67% 성장), 이어 공적질병보험에서도 1994년부터 도입하여 재택 및 시설서비스에 대한 급여를 제공하고 있다.

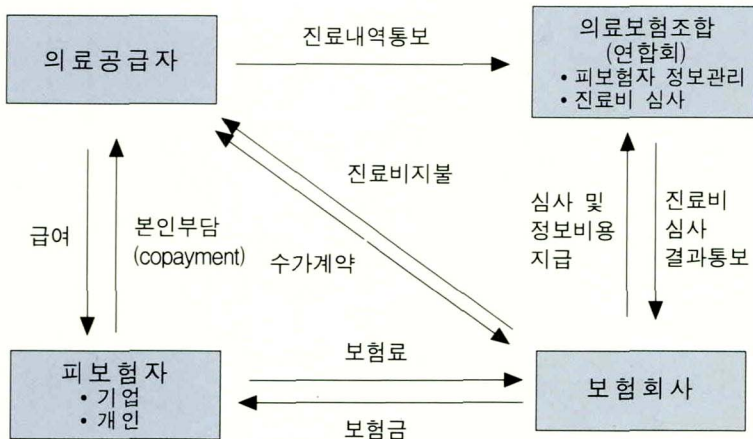
의료소비자-보험회사-의료공급자간 계약에 의한 민간의료보험의 도입을 위하여는 먼저 보험회사에 대한 유인으로 질병 리스크에 대한 정보의 제공이 필수적이다.

5. 민간보험의 도입방안 모색

의료소비자-보험회사-의료공급자간 계약에 의한 민간의료보험의 도입을 위하여는 몇 가지 유인수단이 필요하다. 먼저 보험회사에 대한 유인으로는 질병 리스크에 대한 정보의 제공이 필수적이다. 즉, 보험료를 산정에 필요한 경험통계치(예; 성별·

연령별·질병유형별·질병발생률 등 의료보험 진료비 청구 및 심사 정보)를 보험사에 제공하는 것이다. 이에 대해 보험사는 정보획득 비용을 공보험에 지불할 수 있을 것이다. 다만, 개인별 정보에 대하여 통계상 접근은 허용하되, 환자의 신원과 연결

그림 3. 소비자-공급자-보험회사-조합간 협업체계의 구축



정부: 피보험자의 권익을 보호하기 위한 공급자, 보험조합, 보험회사간 불공정거래 감시

된 정보는 통제하여야 할 것이다. 의료소비자에 대한 유인으로는 세제 지원을 검토할 수 있다. 보험료에 대하여 고용주 부담분은 손비 인정, 피보험자 부담분은 소득공제 등 세제상 혜택을 부여하는 것이다.

한편 현행 의료보험과의 협업체계를 구축함으로써 민간보험회사는 민간보험 도입에 필요한 의료정보와 조직면에서의 취약성을 보완하는 방안을 검토할 수 있다. 즉, 보험사가 기존 의료보험조합의 기능과 조직(인력)을 충분히 활용함으로써 상호 역할은 분담하되, 협업을 도모하는 방안을 모색하는 것이다(그림 3 참조).

또 다른 하나의 가능성은 민간보험사와 의료공급자간 연계에 의한 협업시스템을 구축하는 방안이다. 대기업소유 의료기관-보험회사-직장조합이 하나의 시스템을

형성하여 보험급여의 비급여까지 제공하는 방안을 모색할 수 있다. 의료전달체계의 구축과 관련하여 대기업 소유 종합병원과 보험회사가 전국의 지역별 병원 및 개원의와 체인(chain)을 구축하여 의료서비스를 체계적으로 제공하는 방안이 모색될 수 있다. 특히 개방형병원제(attending system)가 도입되는 경우 이러한 계열화된 의료시스템과 민간보험에 의하여 더욱 활성화될 가능성이 있다. 또한 의약분업이 실시되는 경우에는 약국까지 연계된 체인망이 형성될 수 있을 것이다. 그러나 이러한 시스템의 구축에는 많은 제도적 제약이 따를 것으로 예상된다. 이에 대한 구체적 검토가 필요하며, 그 기대효과 못지 않게 부작용 또한 클 것이므로 심도있는 논의가 진행되어야 할 것이다.