

# 치과의료분야의 민간보험 가능성과 효과

정 기 택/경희대학교 의료경영학과 교수

## ◆ 연구목적

- 민간의료보험의 장단점
- 정부 치과건강보험의 문제점
- 급속하게 성장하고 있는 민간의료보험 시장에서 치과민간 의보 상품의 가능성
- 치과 민간의보의 특성과 확산시 그 영향
- 국민건강보험과 민간의료보험의 조화로운 발전방안

## ◆ 긍정적 효과

### ■ 소비자

- 시장기능 정상화에 따른 국민후생 증대
  - 재해 및 질환에 대한 보장
  - 보험사가 알선하는 서비스 수혜
- 보장욕구의 강화 및 다양화
- 정부보다는 민간보험사들이 신속히 대응 특히 마케팅 및 상품개발 노하우를 가진 보험사들이 경쟁우위

### ■ 의료기관

- 소비자보장 욕구의 다양화 및 경제적 변화에 추가적인 시장개방
- 외국보험사와 외국의료기관의 진입에 상당한 영향
- 보험과 진료기능을 통합한 기관들의 진입에 유리
- 민간의보가입자가 꾸준히 증가함은 당초 목적인 의료의 질 저하 및 접근도 저하를 극복하는데 기여함(영국사례)
- 우리의 경우도 비슷한 효과를 기대할 수 있을 것임
  - 통상적으로 민간의료보험이 포괄적일수록 의료기관의 수입증대 기대할 수 있고 그에 따른 질향상을 기대

### ■ 보험자

- 일반보험사의 우수한 서비스로 인한 간접적 효과

## ◆ 부정적 효과

### ■ 소비자

- 소비의 외부효과로 인한 형평성 저해
- 복잡한 규정에 대한 소비자무지와 악용가능성
  - 재난보험의 보상한도 및 예외규정
- 보충보험의 확산전에 정부가 소비자보호를 위한 방침 마련할 필요

### ■ 의료기관

- 의료기관 자체의 피해는 없음
- 의료기관의 사보험환자에 대한 지나친 선호
- 복잡한 청구절차

### ■ 보험자 및 의료계 전반에 대한 효과

- 미국의 사례를 통해서 주로 알 수 있음
- 의료기관의 사보험 환자선택 경향
- Cream Skimming:
  - 건강한 사람만을 보험에 가입시키고자 함
  - 과거 병력이 많은 사람은 경험요율을 통해 가입 억제
- Risk/Adverse Selection
  - 역선택의 피해를 최소화하기 위해서 대형집단보험시장에 치중
  - 만성병 환자를 배제, 신체검사를 통한 여과
- 미국과 같이 심각하지는 않지만 민간보충보험 국민후생증대에 기여하려면, 보험사의 위험선택 경향에 대한 정부의 통제가 필요
- Navvaro의 연구는 미국의 보험체제는 캐나다와 같은 단일보험 체계로 바꾸는 경우 연간 693억불 절약
  - 85년과 90년 사이에 관리운영비는 185% 성장, 의료비는 같은 기간 85% 성장
  - 너무 많은 수의 보험사가 영업 : 이들로부터 급여받기 위한 의료기관의 노력과 고통은 엄청남

- 우리나라에서도 자동차보험의 의료보수 경우 병원들이 유사한 경험
- 50여개의 보험사가 있는 우리나라의 경우 미국과 같이 복잡하지는 않겠지만 현재의 정액급여 방식이 청구 후 급여방식으로 전환된다면 보험협회, 의료기관, 정부부처의 협의를 통해서 보험청구 및 급여절차를 단순 표준화시킬 필요가 있음

## ◆ 실증연구

- 보충보험구입으로 정부보험의 의료지출 증가
- Link et al.(1980)
  - 보충보험 보유자
  - 33%의 높은 입원일수
  - 42% 높은 외래진료비
  - 가까운 장래에 의료이용을 예측한 사람들의
  - 보충보험구입이라는 Endogeneity Problem을 통제 못함
- Taylor(1988)
  - Hausman 검사에 의해 보충보험구입의 endogeneity 검사
  - 외생변수라는 가설을 기각 못함
  - 보충보험 구입자가
  - 30% 높은 입원진료비
  - 13% 높은 외래진료가능성
  - 26-39% 높은 조건부외래진료비
- 연구한계
  - 의료이용과 보충보험 구입에 영향요인이 공통적인 경우가 많음. 이를 구분하기 위한 실증적인 통제가 어려움

## ◆ 사례연구

- MediGap(보충보험)
  - 높은 보험료 때문에 가입하지 못한 노인인구가 상당수임
    - 포괄적 급여범위
    - 개인대상 판매
  - 보험가입자의 무지를 악용
  - 보충보험가입자가 이용하는 의료서비스의 상당부분이 주 보험자가 지급
  - 일반납세자에게서 보충보험가입자에게로 소득 이전

## ■ 재난보험

- 급여범위의 제한
  - 전체보상보험인 경우 15만달러 이하의 청구만 대상
  - AIDS, 정신질환의 경우 10만달러 이상의 청구에 대해서 15만달러까지만 보상
- 보험청구자격기준
  - 발생기준, 지급기준, 발생 및 지급기준
- 정상근무직원조항
  - 휴직자, 퇴직자, 비정규직원은 제외
- 보험료인상 가능성
  - 지급기준의 경우 다음 연도부터 보험료 대폭인상 가능성
- 급여제외 의료서비스
  - 특수치료 신개발 고액서비스 제외

## ◆ 정부 치과의료보험의 문제점

치협 의료보험수가전문위원회 자료 참조

### ■ 열악한 치과의료보장

### ■ 보험재정 최우선 정책에 희생된 치과의료

### ■ 열악한 치과의료보장

- 보험재정 위주로 관리, 운영
- 보철, 교정과 예방치료 이외의 치료는 일반수가로 진료하지 못하도록 법으로 고시
- 의료보험은 빈도가 많은 상위 10%미만을 진료하도록 제한하여 치고의료가 위축
- 치과의료 기술이 발전과 변화와는 대조적으로 의료보험이 개선되지 못함

### ■ 보험재정에 초점을 둔 보험정책의 영향

- 치과는 보철, 교정 등 일반진료수입 비중이 커 의료기관 경영에 어려움이 적다는 이유로 수가나 항목수를 의과보다 더 낮은 수준으로 보험 시작
- 특히 단위시간당 진료가능 환자수 같은 의료의 특성에 관계없이 치과와 의과는 동일 차원에서 결정
- 국민 대다수가 충치나 치주염을 가지고 있어서 보험진료 항목수는 적어도 치료 빈도가 많아서 수가를 조금 올려도 비용이 크게 증가하는 이유로 치과를 별도 관리하고 수가인상 억제
- 결국 지금까지 정부는 복지를 내세워 적절한 보상없이 원

가 이하 진료를 강요해 음

### ◆ 치과의료보험의 개선 방향

치협 의료보험수가전문위원회 자료 참조

- 의료보험 수가체계 개편시 추가재정이 투입
- 평균진료비 개념에 의한 자율지도 방법은 시정
- 의료원가의 적정성 판단 기준은 개선
- 치과의료보장에 예방정책이 추가

#### ■ 의료보험수가체계 개편시 추가재정 투입

- 기존의 의과중심의 의료보험에서 탈피, 치과고유의 의료수가 개념을 도입
- 수가체계 개편이후 의료통제가 더욱 강화되어 고시되지 아니한 의료행위는 진료료가 더욱 어려워질 것이므로 고시항목 수도 250여개 이상 되어야 전문 과목별 진료가능

#### ■ 평균진료비 개념에 의한 자율지도 시정

- 현재의 평균진료비 개념의 자율지도는 부당청구 방지 아닌 진료비 증가 억제 방법에 불과하므로 개선 필요
- 치과에는 전문의가 없으므로 전문성이 높은 항목진료를 하는 경우 진료비는 평균진료비에 비해 높을 수밖에 없음
- 치과에 적합한 부당청구 방지를 위한 기준 개발
- 보험정책으로 인한 진료위축을 개선함

#### ■ 의료원가의 적정성 판단 기준은 개선

- 정부는 보험수가의 적정성 판단에 의료기관 경영분석에 의한 경영의 수지균형 이론을 적용하여 왔는데, 의료원가의 50% 수준인 현재의 수가제도하에서 보험진료상의 적자부분을 보철, 교정, 임프란트 등 수복치과 치료에서 보충하여 음
- 당국의 치아보존 정책이 올바르게 이루어지려면, 보존 및 치주 등의 수가를 원가 수준 이상으로 현실화시키는 것이 초기 과제
- 결국 보험진료 수입만으로도 진료의 질을 유지하면서 의료기관을 운영할 수 있는 수가를 보장해줄 수 있도록 의료원가 판단기준을 변경하는 것이 이상적임

#### ■ 치과의료보장에 예방서비스 추가

- 현 의료보험은 예방치료를 급여대상에서 제외

- 예방치료를 보험급여 대상에 포함시키면, 국민 대다수가 가지고 있는 치과의 양대 질환인 치아우식증과 치주질환의 경우 충분히 예방이 가능하므로 효과적인 의료비 감축 가능
- 또한 치면열구 전색, 전문가 불소도포, 예방목적의 치석제거 등을 급여 항목에 포함시킨다면 단기적인 비용은 증가하더라도 장기적으로는 비용감축

### ◆ 한국보험시장에서의 민간의료보험

#### ■ 역 사

- 79년 성인병특약, 1981년에 암사망보장을 시작으로
- 84년 단체건강보험이 처음 판매, 간치료보험 등 특정 질환보장상품 출시
- 88년 입원비 특약 : 공보험 미가입자 및 가입자의 본인부담금 보완한 점 의의 있음.
- 90년 근로자의 위협보장 : 성인병, 산재, 일반입원급여특약, 재해입원급여특약
- 92년 다양한 상품개발 : 입원비, 간병비, 사망 및 후유장애 금보상, 다양한 형태의 암보험, 치아보험 판매
- 99년 후불방식의 종합의료보험 상품 개발, 병원네트워크와 연계

#### ■ 종합건강보장상품

- 개보험하의 문제가 되고 있는 고액본인부담금의 일부를 지급
- 가입후 일정기간이 지나면 건강진단비 지급
- 특약형태로 상해 및 질병사망보험금과 상해후유장애보험금
- 보상한계가 최고 1000만원

#### ■ 무배당보장보험

- 선배당으로 인한 보험료할인을 통해서 가입자계층 확대
- 재해, 암, 성인병, 간질환 등에 대한 보상제공
- 재해시 보험가입금의 일정배수
- 질환 확정시 가입금전액
- 사망시 가입금액의 일정배수
- 이자만으로 보상 : 만기시 납입보험료 전액환불
- 특정질환에만 국한되어 기타 질환에 대해서 보장없음

#### ■ 각종 특약

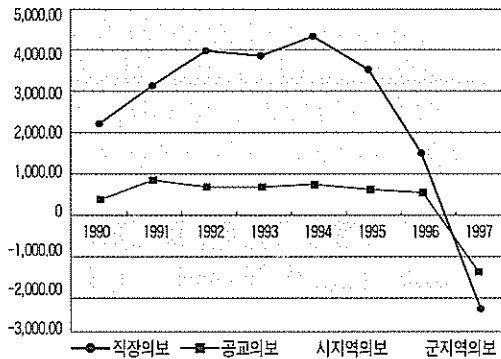
- 사망, 양로, 연금보험의 특약형태로 제공
- 암보장, 입원급여, 수술특약, 성인병관련 특약
- 판매인 가입자 모두 인식부족

■ 종합적 특성

- 보완적 역할 : 특정질환이 발생한 경우 고정금액 지불
- 정책보상(indemnity)방식 : 의료기관이나 연합회 접촉 불 필요
- 대다수 상품이 사망보험금 지급을 주목적으로 함
- 장애보상이나 질병치료비 지급은 미흡
- 보상금액이 청구된 의료비가 아닌 납입된 보험료 기준이므로 질환에 대한 보장기능 미흡
- 고액본인부담금 문제의 개선여지 부족

<표1> 의료보험 조합별 재정 추이

◆ 당기잉여금기준



(단위 : 억원, %)

연도	직장외보	공교외보	시지역외보	군지역외보
1990	2,227.80	435.1	193.8	-328.7
1991	2,125.30	876.9	2,679.00	966.7
1992	3,957.10	729.2	2,599.30	535.2
1993	3,865.40	685.3	2,241.50	349
1994	4,271.80	705.2	1,971.70	285.4
1995	3,448.80	600.8	1,029.90	300
1996	1,490.90	521.2	-478.40	133.8
1997	-2,274.60	-1,429.00	501.90	792.90

<표2> 총의료비 중 환자의 본인부담률 (단위 : %)

	보험자부담	환자본인부담	법정급여 부담	비급여 부담
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

자료 : 최병호, 민간의료보험의 도입에 관한 검토, 대한병원협회, 1997

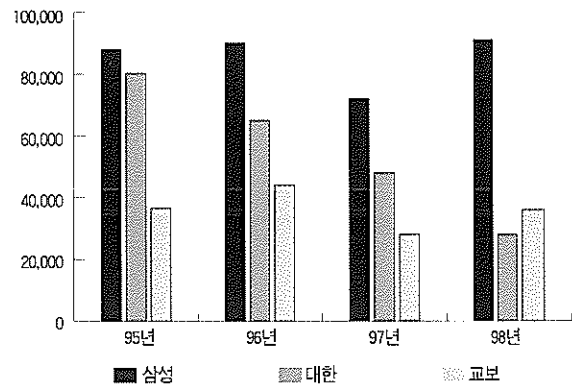
주 : 1 의료보험법이 정한 바에 의거 그 비용의 일부를 환자가 부담

2 보험급여 대상에서 제외되는 의료서비스에 대해 환자가 전액 부담

<표3> 1996년 기준 의료보험급여부분의 시장규모 (1996년 기준)

구분	금액	비고
의료보험급여부분의 총진료비용	7조 6,240억원	4,400만명, 100%
의료보험급여부분의 본인부담분	2조 6,800억원	35%
직장외보가입자의 본인부담분	1조 170억원	38%
100인 이상 기업종사자	3,010억원	29.6%
300인 이상 기업종사자	1,963억원	19.3%

<그림 1> 건강보험 연도별 판매추이



◆ 치과치료비 관련 민간의보 상품(신종단체상해보험)

※ 치과보철비용 담보 추가특별약관

■ 진료차트 또는 진료확인서가 첨부된 경우에 한하여 치과 보철에 소요된 의료비 지원비용(이하 「치과보철비용」이라 함)을 보상

■ 보상한도

- 보철, 보존, 금관의 경우 치아 1개당 15만원 한도
- 틀니는 상,하 각각 30만원 정도
- 의치는 치아가 1개당 3만원 한도
- 치과보철비용 총보상한도액은 연간 1인당(50 또는 100)만원으로 개별 한도를 우선 적용한 후에 적용

◆ 치과보철비용 보장의 문제점

■ 보험료의 적정성 확보문제

- 치과 치료비 전반에 대한 광범위한 통계 확보 어려움
- 한정적 담보만의 제공

예) 본인, 배우자, 자녀, 부모의 연간 한도액별 요율  
다양한 공제금액의 설정, 지역별, 계약자 특성별 요율 산출

- 병원간 동일 치료행위에 대해 재료대 및 행위별 수가 차등
  - 치료비 관련 통계 접근성 확대(제도, 정책적 접근)
  - 치과의사협회, 병원협회 등과의 제휴를 통한 비급여 통계 확보

■ 피보험자 및 의료서비스 제공자의 Moral Hazard

- 보험수혜를 받는 사람의 모럴 해저드
  - 치과 치료비의 특성상 보험이 허용하는 범위내에서 고급치료를 선호하는 현상
- 제공자의 모럴해저드
  - 보험환자에 대해 상대적으로 고가의 서비스를 제공하는

경향 또는 보험 비적용 치료를 보험적용치료로 변경하는 행위

: 피보험자의 자기부담금 확대, 행위별 한도(Fee Schedule) 다양화

■ 부실 증빙 문제

- 개인병원의 경우 대다수가 간이영수증을 사용하고 있음
  - 치료시간, 치료항목, 의료보험 관련사항, 상세치료비 부과내역 등 표시되지 않을 뿐 아니라 청구인의 부정행위 가능성
  - 일정금액(5만원) 이상 치료비는 카드영수증 제출시만 보상토록 함, 또는 간이영수증 청구시 치료비의 70~80%만 보상

# 민간의료보험의 역할 : 그 한계와 영향

김 창 업<sup>1)</sup>

## 1. 민간보험 논의의 이해관계

최근 급격한 의료비 상승과 이에 따른 건강보험의 재정 문제가 중요한 문제가 되면서, 민간 의료보험(이하 '민간보험'으로 줄여 부름)이 다시 정책적 논의의 대상이 되고 있다. 물론 민간보험 논의가 새삼스러운 것은 아니다. 사회보험으로서의 건강보험이 출발하면서부터 민간보험 도입 논의의 필요성이 모습을 달리 하면서 계속 제기되었기 때문이다.

그러나 최근의 상황은 종전과 좀 다른 양상을 보이고 있다. 정부 일각에서 공식적으로 도입 검토를 권고하였고, 여러 이해관련자가 유례없이 적극성을 띠고 있다는 점에서 향

후 논의가 구체적으로 진전될 가능성이 크다고 하겠다.

물론 아직까지 논의의 수준이 초보적이라는 것도 부인할 수 없다. 대부분의 정책이 그렇듯 민간보험도 이해당사자에 따라 강조점이 다른 것은 피할 수 없다 하더라도, 기본적인 정책내용에 대한 이해가 서로 다를 정도로 논의가 일천하다. 같은 용어로 '민간보험'을 이야기해도 실제 내용은 말하는 사람에 따라 천차만별이다. 민간보험을 논의하는 배경도 매우 다양하다.

### 1. 1. 정 부

우리나라 정부가 민간보험을 도입하겠다고 공식적으로 언급한 적은 없다. 그동안 정부가 설치한 의료개혁 관련 위원

1) 서울대 의대 의료관리학교실 교수, 국민건강보험공단 사회보장연구센터 소장(전화 : 760-3124, 3270-9380, e-mail : cykim@snu.ac.kr). 본 원고의 내용은 개인적인 견해이며, 소속기관의 공식적인 의견을 대변하는 것은 아님.