

민간의료보험에 대한 이해



글 · 최병호 | 한국보건사회연구원 연구위원

1. 사회보험제도하에서 민간보험의 역할

민간의료보험에 대한 논의는 사회보험으로서의 국민건강보험의 역할과 연관될 수 밖에 없다. 우리 나라 의료시장에 공보험이 도입되면서 그동안 의료위험의 사각지대에 있던 국민들의 의료서비스 접근도는 획기적으로 향상되었으며 의료시장의 규모를 확장시키는 데에도 크게 기여하였다.

그러나 공보험이 의료시장에 미친 커다란 성과 못지 않게 부정적인 측면 또한 간과할 수 없다. 현행 공보험의 취약점은 의료위험에 대한 보

장성의 불충분에 있다. 공보험의 제한된 급여때문에 환자본인부담이 과중하다는 지적이다. 특히 중증 질환의 발생은 가계과탄을 초래할 위험성을 안고 있다. 다음으로 공보험이 제공하는 서비스 범위(급여범위)와 가격(수가)은 확실적일 수 밖에 없어 소비자들의 다양한 의료욕구를 충족시킬 수 없다는 것이다. 최근 암보험과 같은 민간보험 상품들은 이러한 공보험의 사각지대를 수익성있는 시장으로 인식하여 진입하고 있다.

그렇다고 민간보험이 의료시장에서 공보험을 대체할 수 있는 적절한 대안이 될 수는 없다. 건강한 가입자는 가입을 회피하고 평소에 건강하지 못한 사람들만이 가입하려는 소위 역선택

(adverse selection)의 문제가 발생한다. 이 때문에 보험회사는 가입자의 건강상태에 따라 선별·계약하게 됨으로써 건강보장에 있어서 시장실패(market failure)가 일어나게 된다.

따라서 공보험과 민간보험은 각자의 약점을 보완하여 공·사보험의 균형있는 발전을 통하여 의료소비자뿐 아니라 의료공급자에게도 더 많은 이익이 돌아갈 방안을 강구해야 한다.

2. 최근의 민간보험 논의배경

우리 나라에서 민간보험의 도입 논의는 1994년 1월에 발족한 보건복지부장관 직속인 의료보장개혁위원회와 1996년 11월에 발족한 국무총리 직속의 의료개혁위원회에서 공보험 급여에서 제외되고 있는 의료서비스에 대하여 민간보험을 보충·확충할 것을 건의하면서 시작됐다. 민간보험의 참여를 유인하기 위하여 보험료에 대해 세제혜택을 부여하고 보험료 산정에 필요한 질병통계를 민간보험사에 제공할 것을 제안하였다. 2000년 5월에는 국무총리실 산하 규제개혁위원회에서 민간의료보험의 도입문제를 재론하기도 했다.

건강관련 민간보험상품의 시판과 시장규모의 확대에도 불구하고, 이러한 논의들이 제기되고 있는 이유는 민간상품 대부분이 질병발생에 따라 실제 발생하는 비용을 보전하는 것이 아니라 질병발생을 조건으로 특정금액을 지급하거나, 실제비용을 보전하더라도 한도가 설정되어 있는

방식이기 때문이다. 그리고 보험사와 소비자 양자간의 거래관계에 한정되고, 공급자를 포함한 소비자-보험자-공급자 3자로 구성되는 본래의 의료보험시장과는 기본적인 구조에 있어서 차이가 있기 때문이다.

3. 민간보험이 진입가능한 시장규모

공보험이 보장하지 않는 진료비, 즉 환자들 본인이 부담하는 비용은 1999년 기준으로 총진료비의 약 47%로 추정된다. 금액으로는 7조 원 가까이 된다.(표1 참조) 이러한 환자본인부담 시장에 민간보험이 얼마나 진입하고 있는지 알아보자.

민간보험의 수입보험료 규모는 7조 원 정도로 추산되며, 생명보험 1조 9천 억 원(1999년), 손해보험 4조 3천 억 원(1998년) 정도이다. 그런데 시판중인 보험상품은 순수한 소멸형 상품(질병발생이 없으면 불입한 보험료를 되돌려 받지 못하는)이 아닌 저축기능을 갖고 있기 때문에 환자본인부담금 7조 원을 완전히 흡수하지는 못한다. 만약 수입 보험료중 30%가 질병치료를 위한 보험금으로 지불된다면 본인부담을 완전히 흡수할 수 있는 시장규모는 적어도 20조 원 이상이 되어야 할 것이다.

표 1. 공보험 부담과 환자본인부담의 배분비중 추정(1999년)

(단위:%)

구 분	증진료비	보험자 부담	환자본인부담				
			소계	법정 본인부담	비급여본인부담		
					소계	법정 비급여	임의 비급여
총계	100.0	53.4	46.6	26.5	20.1	15.7	4.4
입원	100.0	61.4	38.6	15.7	22.9	18.6	4.3
외래	100.0	49.5	50.5	32.1	18.4	14.0	4.4

註: 국민의료보험관리공단의 수진내역신고서상의 표본자료를 이용하여 전체 진료비로 확장하여 추정

4. 민간보험 역할 증대에 대한 찬반

민간보험의 역할 확대를 찬성하는 논리를 살펴보자.

첫째, 민간보험을 통하여 부유층의 의료수요를 충족시켜줌으로써 상대적으로 여유가 발생하는 공보험 재정으로 저소득층의 의료수요를 충족시킬 수 있다. 둘째, 민간메커니즘은 유연하고 이윤을 추구하기 때문에 기술혁신을 촉진시키고 효율을 강조함으로써 공보험 서비스개선의 촉매제 역할을 수행할 수 있다. 셋째, 국민들의 증대하는 의료욕구 수준을 충족시키기 위하여 공보험을 확대하여야 하지만 이에 상응하는 보험료 부담능력이 취약하고 국고지원 예산에도 한계가 있다. 넷째, 공보험의 획일화된 급여와 수가수준은 의료수요의 다양성을 충족시키는 데에는 한계가 있다. 다섯째, 우리 의료시장에서의 의료공

급은 민간에 의해 소유·경영되고, 소비자 또한 공급자 선택에 거의 무제한적이라는 점 때문에 공급자 규제가 어려운 의료시장에서 공보험의 공공성은 한계를 보일 수 밖에 없다.

반면에 민간보험의 확대를 부정하는 논리는 다음과 같다.

첫째, 민간보험이 일단 활성화되면 공보험의 확대를 반대하는 민간보험회사의 로비 때문에 공보험이 위축될 것이다. 둘째, 민간보험 가입자는 주로 중산층 이상이 되므로 의료기관에서 민간보험 가입자를 우대하게 되어 계층간 위화감이 발생한다. 셋째, 의료의 상품화를 촉진함으로써 필요 이상으로 상업화, 고급화 경쟁이 가속화되고 의료비가 증가할 것이다. 넷째, 민간보험의 상품 판매비용, 복잡한 계약비용 등 많은 거래비용(transaction cost)이 발생하므로 사회적 비용이 커질 것이다. 다섯째, 의료서비스 질과 환자 유치에 있어 우위에 있는 대형병원이 유리해지고, 의료시설과 인력면에서 열세에 있는 개원가는 상

대적으로 소외될 가능성이 있다. 그리고 개원가의 경우 유명도에 따라 의사집단내 소득의 차이가 발생함으로써 의사집단이 분화될 가능성이 있다.

5. 민간보험 강화에 대한 각계의 시각

민간보험의 역할 강화에 대해서 각계의 시각은 상당한 차이를 보이고 있어 갈등이 표출되고 있다. 정부측 입장을 먼저 살펴보자.

공보험은 기본적 보장에 한정하고 민간보험을 활성화하여 정부재정부담을 최소화하고, 사회보험에서 정부개입을 축소하는 것이 세계적인 동향이며 장기적으로 국가경쟁력을 제고할 수 있다는게 정부측의 적극적인 입장이다. 반면에 현 단계에서는 공보험의 보장성을 확대해 나가는 데에 정책의 우선 순위를 두어야 하며 민간보험이 활성화될 경우 계층간 의료위험 보장성의 격차가 발생할 것을 우려하는 신중한 입장도 있다.

의료공급자측은 민간보험 도입으로 요양기관 강제 지정제를 폐지하고, 자비병상제도를 인정하여 병원경영의 자율성을 확보하여야 하고, 공보험하에서 발생하는 의료왜곡현상을 시정하여 '의료의 질'을 제고할 수 있다는 긍정적인 시각이 있다. 이에 반해 부정적 시각은 민간자본을 통해 공보험 재정의 위기를 모면하려 해서는 안되며, 민간보험에서 취약한 건강보험의 기반 자체를 무너뜨릴 수 있다는 것을 우려한다. 그리고 민간보험은 진료의 왜곡을 조장하는 새로운 제

도로 등장할 수 있다고 주장한다.

소비자들의 경우, 현행 공보험이 고액진료비에 대한 보장이 충분하지 않기 때문에 민간보험 상품을 구입하고, 쾌적한 환경에서 질 높고 친절 한 서비스를 받기 원하는 잠재적인 수요계층이 존재한다. 그러나 소비자들은 충분한 보장을 받기 원하면서도 보험료의 인상에는 저항하는 이중적인 자세를 취하고 있다.

민간보험회사측은 공보험과 같은 현물서비스를 제공하는 형태의 보험상품을 판매하는 것은 진료비 심사 등 인프라를 구축하는 투자비용이 소요되므로 과연 수익성이 있을지 주저하는 입장이다. 또한 질병리스크에 대한 정보의 부족으로 보험료 산정이 어렵기 때문에 암과 같은 특정 질환에 대한 보험으로부터 여러 질환을 포괄하는 포괄보험의 형태로 상품판매 영역을 조심스럽게 넓혀 나가려 하고 있다. 그리고 고위험자가 주로 가입하려는 역선택의 위험이 있기 때문에 기업단위의 단체보험을 선호하고 보험료 납입금에 대한 세제혜택이 제공되기를 희망하고 있다.

6. 선진 외국의 민간보험 참여실태

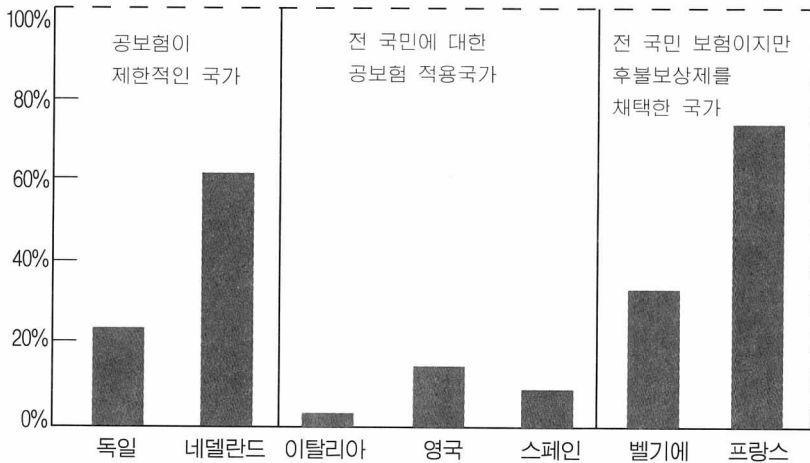
선진국들은 의료비 억제를 위한 기전으로 공보험내에 경쟁시스템을 도입하거나 민간보험의 참여를 활성화하고 있다. 또한 공보험과 민간보험간에 경쟁을 유도하기도 한다. 독일은 고소득층의 공보험 가입을 의무화하지 않았으며 민간

보험의 보험료 산정에 연방보험당국이 규제하고 있다. 프랑스는 인구의 80% 이상이 본인부담분에 대한 민간보충보험에 가입하고 있으며 보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택을 부여하고 있다. 1992년 기준으로 민간보험이 총의료비 지출의 11%를 차지하였다. 네덜란드의 경우 인구의 1/3인 학생, 자영자, 고소득자는 공보험 가입에서 제외하였고, 특히 민간보험과 공보험간에 경쟁을 유도하여 공보험 조합과 민간보험사간에 합병 및 협력이 이루어지고 있다. 스페인은 공공 부문 종사자들에게 공·사보험중 자율선택을 허용하였으며, 이중 85%가 민간보험을 선택하였다. 특이한 점은 대부분의 보험회사가 의사들이 소유하는 군소 지방회사들이며, 미국의 HMO와 유사하게 운영되고 있다. 벨기에는 자영자를 공보험에 강제 가입시키지 않았으나 그 중 85%가 공보험 금고에 가입하고 있다. 공보험이 여전히 지배적이지만, 공보험 조합과 민간보험회사가 경쟁할 것을 허용하고 있다. 일본은 공보험에 정책적 우선 순위를 두어 민간보험의 역할은 다른 선진국에 비하여 소극적이지만 1990년 기준으로 전체 의료비(20.6조 엔)중 환자본인부담분이 12%이었고, 본인부담분중 18%를 민간보험에서 지급하였다. 호주의 경우는 국가의료보장제도하에서 세액 공제나 정부보조금 지원을 통하여 민간보험제도로의 전환을 추진하였으나 성공하지 못했다. 따라서 지금은 민간보험료에 대한 세액공제나 손비인정을 하지 않고 있다. 민간보험 가입자는 1984년 전 국민의 60%에서 1994년에 34%에 이르렀다. 영국의 민간보험은 NHS 의료서비스의

보충적 역할을 하고 있으며, 시판중인 민간보험은 Private Medical Insurance(PMI: 급성질환에 대한 보상), Private Health Insurance(PHI: 질병에 따른 소득손실 보상), Critical Illness Insurance(CII: 치명적 질환에 따른 일시불 보상), Long Term Care Insurance(LTCI: 노후의 장기치료비 보상) 등 4종류이다. 미국은 전체 의료비의 1/3이 민간보험으로 충당되고 있으며 州정부는 보험사가 최소 범위의 급여(GHCP: Guaranteed Health Care Package)를 포함하여야 할 것을 규제한다. 고용주의 보험료 부담 전액은 면세된다.

선진국의 민간보험의 비중을 보면(표 2 참조), 공보험을 전 국민에게 강제로 적용하지 않는데 그 예로 독일은 약 25%, 네덜란드는 60% 이상이 민간보험에 가입하고 있다. 후불보상제로 운영하는 국가로는 프랑스와 벨기에가 있는데 이들 국가들은 민간보험에 보충적으로 가입하는 비중이 각각 약 80%와 40%이다. 전 국민에 대해 공보험을 당연히 적용하며 포괄적인 의료서비스를 제공하는 영국, 스페인, 이탈리아 등은 민간보험에 보충적으로 가입하고 있는 인구의 비중이 비교적 낮다.

표 2. 국가별 경제활동인구중 민간의료보험의 가입 비중(1991)



資料: Datamonitor, Reader's Digest Eurodata

7. 공보험과 민간보험간의 역할 분담을 위한 쟁점사항

공보험 중심체제하에서는 민간보험이 어떤 역할을 맡고 공보험의 바람직한 역할이 무엇인가에 대한 방향 설정이 필요하다. 이를 위한 몇가지 논점을 정리하여 보자.

첫째, 의료위험 보장의 범위에 있어서, 공보험의 급여범위는 소득수준의 상승, 의료의 공공화에 대한 사회적 인식, 의료기술 의약품 개발 등 의료환경 변화에 따라 가변적일 수 밖에 없다. 따라서 기본적인 의료보장의 범위는 공보험이 일차적으로 결정권을 갖고 명확하게 정리를 해주어야 한다.

둘째, 공보험이 전 국민 강제가입인 경우 민간보험은 보완적 역할에 한정되어야 하고, 고소득층 및 자영업자들에 대해 공보험의 임의가입을 허용할 경우에는 민간보험이 대체적 역할을 수행할 수 있게 해야 한다.

셋째, 공보험을 취급하는 의료기관의 강제지정에 대해서 대부분의 국가에서는 계약제로 운영하고 있다. 계약에 의하는 경우 비계약 의료기관에 대해 민간보험의 활성화가 가속화될 수 있다.

넷째, 공보험이 질병정보를 민간보험에 제공하고, 민간보험이 비보험 관련 질병정보를 공보험에 제공하는 경우 의료정보의 완결성이 심화됨으로써 공·사보험의 역할 정립이 보다 용이해질 수 있다.

다섯째, 진료비 심사에 있어서 민간보험회사들이 전문성이 부족하고 막대한 투자비용의 위험이 크기 때문에 심사기구를 민간보험사 공동으로 설립하는 방안, 민간보험사와 의료공급자가 공동으로 설립하는 방안, 공보험 심사기구를 활용하는 방안 등을 검토할 수 있다.

여섯째, 민간보험이 의료서비스를 직접 제공하게 되면 서비스 항목 가운데 공보험과 민간보험의 적용대상을 구분하는 과정에서 병원행정이 복잡해지고 양 보험간 비용이전(cost shift)이 발생할 수 있다. 따라서 불법적인 청구행위에 대하여 정부나 보험회사의 감독행정이 보다 강화되어야 할 것이다.

일곱번째, 공보험과 민간보험간의 영역 구분에 있어서 협력과 경쟁 구도를 고민하여야 한다. 양자간의 역할을 명확히 분리하여 경쟁을 배제하는 방안, 양자간 협조와 연계시스템을 구축하는 방안, 양자간 경쟁시스템을 조성하는 방안이 검토될 수 있다.

여덟째, 민간보험의 참여를 유인하는 정책과 소비자 보호를 위한 규제정책간에 균형을 잘 맞추어야 한다. 유인수단으로는 보험료에 세제혜택을 부여하거나, 질병정보를 제공하여 시장진입의 위험을 감소시켜주거나, 진료비 심사와 의료기관 서비스의 질이나 진료의 적정성 등을 평가할 때 정부가 지원하는 것을 들 수 있다. 규제사항으로는 보험료 사정 (rate setting) 에 있어서 보험사와 의료기관간의 담합을 감시하거나, 질병위험에 따라 가입자를 선별하는 행위에 제약을 가할 수 있다. 또한 질병발생 위험의 책임을 보험사가 소

비자에게 전가하는 행태를 규제하거나, 난해한 보험약관을 이용하여 불공정한 계약을 체결하지 못하게 할 수도 있고, 보험상품의 손해율(보험료 수입 대비 보험금 지급액)을 일정선 이상이 되도록 하며, 소비자들이 보험상품간에 비교가 용이하도록 표준화 지침을 만들어주는 것 등을 들 수 있다. ²⁰⁰¹