

가톨릭의료기관의 의료보험사업 전망

박 하 영

(가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실)

※ 이 글은 2001년 5월 18일 본 협회 춘계세미나에서 발표된 강연 내용입니다.

가톨릭의료기관의 의료보험사업 전망

1990년대 접어들며 세계 각국에서는 의료보장체계를 개혁하려는 노력들이 있었다. 이들 중 주목할 만한 것은 사회보험을 기반으로 하는 보장체계를 가지고 있는 국가들에서의 민간 부문의 역할 확대이다. 우리 나라에서도 지난 10 여년간 다양한 의료개혁위원회를 통해서 전국민개보험을 보완하기 위해 노력해 왔으나 외국 사례와는 달리 대부분의 정책이 정부의 역할을 강화하는 것에 초점을 두고 있다. 1989년에 달성된 전국민의료보험의 문제점을 보완하기 위해 정부는 정책방향을 저보험료 저급여에서 적정보험료 적정급여로 선회한다고 하였으나 급여범위가 지속적으로 확대되고 있으며, 2000년 7월에는 직장 및 지역 조합 등으로 나뉘어져 있던 관리 체계를 통합하여 국민건강보험관리공단과 심사평가원을 출범시킴으로써 정부의 역할을 대폭 강화하였다. 그러나 지금까지 의료보장과 관련된 보건복지부의 정책방향과는 달리 2000년 5월 국무총리실 산하 규제개혁위원회에서는 민간의료보험을 도입할 것을 발표함으로써 의료계의 많은 관심을 모은 바 있다. 규제개혁위원회의 제안은 의료보험 재정 악화가 간과할 수 없는 수준에 달했고 대부분의 산업에 대한 정책방향이 국민의 선택과 시장 경제 원칙에 따른 제도 운용을 강조하고 있다는 점에서 보건의료산업 분야에서 이와 같은 개념의 적용이 미흡하다는 것을 고려한데서 비롯된 것이 아닌가 생각된다.

사보험 또는 민간의료보험과 관련된 다양한 상품들은 크게 보충보험(supplementary insurance), 재난보험(catastrophic insurance), 장기요양보험(long term care insurance) 등의 세 종류로 구분할 수 있다. 보충보험은 보험가입자가 가지고 있는 주보험¹(primary coverage)에서 보상하지 않고 있는 서비스를 부보하거나 주보험의 본인부담금을 충당하는 역할을 한다. 재난보험은 암이나 치명적 질환에 처한 경우 야기되는 재정적 부담을 부보하는 보험을 의미한다. 구분목적에 따라서 재난보험은 보충보험의 일부로서 분류되기도 하지만 우리 의료보험 실정 상 암이나 갑작스런 치명적 질환에 처한 환자 및 그 부양자들이 겪는 경제적 타격의 심각성을 고려할 때 재난보험을 별개로 구분하여 논의함이 옳다고 판단된다. 장기요양보험은 인구의 노령화에 따라 증가되고 있는 노인성질환자들의 수요에 대응하여 개발된 상품으로 실버산업과 함께 장래에 상당한 성장가능성을 가지고 있는 것으로 보인다.

주1 대개 주보험은 정부가 제공하는 사회보험인 경우가 많다. 다만 미국에서는 메디케어, 메디케이드를 제외하고는 주보험도 민영보험의 성격 가지고 있는 경우가 대부분이다. 즉 65세 이하의 극빈자를 제외한 미국민들은 민영보험사를 통해서 주보험을 구입하고 있는 것이다. 주보험은 외래와 입원급여비 등 광범위한 범위를 보상하기 때문에 포괄보험(comprehensive coverage)이라고도 부른다.

I. 각국별 민간의료보험의 현황

우리나라 및 외국에서 민간의료보험이 얼마나 발달되어 있는가에 관해 살펴봄으로써 향후 우리나라 민간의료보험시장이 얼마나 변화하겠는가에 대한 추측을 해 볼 수 있을 것이다. 특히 우리나라에서 민간의료보험의 발전이 가속화되고 있는 이유를 의료보험 재정악화 및 의료서비스에 대한 국민들의 취향변화와 관련해서 논의하고자 한다.

1. 韓國의 現況

1) 민간보충 의료보험의 이슈화 배경

1997년까지 한국의 보험산업에는 건강보험분야가 존재치 않는다 해도 과언이 아닐 정도로 생명 손해보험사들의 건강보험상품 판매는 미미한 실정이었다. 최근 규제개혁위원회를 비롯하여 상당수 보험사들이 이 분야에 관심을 가지는 이유를 정리하면 다음과 같다.

(1) 건강보험 재정수지

1994년 의료보장개혁 이후 정부 건강보험이 급여범위를 확대하면서 건강보험의 재정적자는 빠르게 증가하여 1998년도 8,601억원의 대규모 적자를 기록하였다. 이는 보험료 수입의 증가폭에 비해서 급여비가 급속하게 증가하는데서 비롯된 것으로 향후 적정보험료 적정급여로의 정책방향 전환을 어렵게 하고 있다. 특히 노인인구의 증가와 고가의의료장비의 확산으로 인해서 급여비의 증가를 통제하기 어려운 상황에서 의료보험 통합으로 인한 조합간 재정보전효과는 상당히 단기적인 것으로 예상된다. 최근 반복된 의료보험료 인상과 의약분업 등으로 인해 국민들이 의료문제에 관심을 가지기 시작하면서 건강보험료 인상을 통한 재정확보도 국민들의 조세저항으로 인해 용이하지는 않을 것으로 전망된다.. 의료보험료는 '97년 25.2%, '98년 14.2%, '99년 18.4%, '00년 보험료 부과 기준을 총입금으로 확대(직장, 공교), '01년 약 20%(직장)와 15%(지역) 인상되었다.

2000년 5월 규제개혁위원회가 민간의료보험을 허용하기로 결정한 것도 이와 같은 재정문제와 무관하지 않은 것으로 보인다.

특히 2001년에 접어들며 2000년 7월에 시행된 의약분업과 2001년 1월의 수가 인상의 여파로 급여비가 폭등하고 직장과 지역의료보험 재정의 파탄이 각각 2001년 5월과 7월로 예고됨에 따라 건강보험 재정문제는 국가의 주요 경제 문제로 이슈화되고 있다. 정부는 4~8조 규모로 예측되고 있는 건강보험 재정 적자 문제의 종합적 대처 방안을 2001년 5월 말에 발표할 예정이며 민간의료보험의 역할 확대가 장기 대처 방안의 하나로 고려될 전망이다.

〈표 1〉 건강보험의 연도별 재정수지 변화

(단위: 억원)

연도	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	2000년	
계	수입(A)	41,162	46,083	54,354	63,255	72,967	78,491	86,923	95,294
	지출(B)	33,638	38,693	50,537	64,132	76,787	87,092	95,614	105,384
	당기수지	7,524	7,390	3,817	△877	△3,820	△8,601	△8,691	△10,090
	수지율	81.7	84.0	93.0	101.4	105.2	110.9	110.0	110.6

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 건강보험 재정전망 및 요양급여변화 추이, 2001. 3. 16 기자단 세미나 자료

(2) 환자의 과도한 본인부담금

우리나라의 의료보험은 보험의 주요기능인 큰 위험이 발생할 경우 이를 실질적으로 담보한다는 역할을 제대로 수행하지 못하고 있다. 최근 삼성금융연구소의 발표에 따르면 1996년도 국민의료비 22조 9549억원 중 의료보험을 통해서 급여된 비용은 5조 757억원으로 22%에 불과하다. 실제로 총진료비 중 환자의 본인부담금은 40%를 상회하고 있으며, 암과 같은 치명적 질환이나 사고의 경우 가계의 파탄을 초래할 정도로 높은 수준인 것으로 알려져 있다. 종래에 의료에 대해서 무관심하던 국민들은 90년대 후반에 들어서면서 이같은 문제를 인식하기 시작하였고 고액의료를 담보하는 암보험 등에 집중적으로 가입하기 시작한 것으로 보인다. 〈표 2〉

〈표 2〉 공보험 부담과 환자본인부담의 배분비중 추정(1999년)

(단위: %)

구분	총진료비	보험자 부담	환자본인부담				
			소계	법정 본인부담 ¹	비급여 부담 ²		
					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

주: 국민의료보험관리공단의 수진내역신고서상의 표본자료를 이용하여 전체 진료비로 확장하여 추정

출처: 최병호, 민간의료보험에 대한 이해, 대한병원협회지, 2001. 3~4, 86-92

1 의료보험법이 정한 바에 의거 그 비용의 일부를 환자가 부담

2 보험급여 대상에서 제외되는 의료서비스에 대해 환자가 전액 부담

(3) 양질의 의료서비스에 대한 국민들의 수요

경제 및 사회수준이 향상되면서 국민들은 의료서비스를 시혜의 차원에서 선택적인 서비스로 인식하는 경향을 보이고 있다. 의료기관들간의 경쟁이 치열해 지면서 의료시설과 서비

스는 점점 고급화되어 가고 있고 이에 소요되는 비용이 국민들에게 전이될 것임은 자명한 일이다. 따라서 고급의료서비스를 선호하는 환자들은 수혜자부담원칙에 의해서 그 비용을 부담하는 것을 인정하기 시작하였고 이를 담보하기 위해서 민간보충보험에 대해 관심이 증가되고 있는 것으로 보인다.

(4) 보험사들의 인식변화

'90년대 중반까지만 해도 보험사들은 건강보험시장을 어떻게 개척할 것인가에 대해서 뚜렷한 대안을 가지고 있지 못했다. 시장개척에 대한 자신감 결여는 1970년대 경험했던 의료기관과의 자동차사고환자 의료보수협상의 난관, 정부가 건강보험에 대해서 어떤 규제를 할 것이며 그 소관부처는 누가 될 것인가에 대한 불확실성에 기인하는 것으로 지적되어 왔다. 90년대 중반까지 보험사들이 의료보험시장에 대해서 상대적으로 무관심했던 또 하나의 이유 건강보험에 비해 종퇴보험 등 매력적인 시장기회가 많았던 것을 들 수 있다. 그러나 최근 매력적인 시장이 포화되어 가고 암보험 자체도 이미 상당수 가입자를 확보한 상태이기 때문에 보험사들은 보다 포괄적인 보충의료보험시장 진출을 모색하고 있는 것으로 보인다. 한 보험사의 추계에 따르면 2005년 의료관련 보험시장의 규모는 1조 6,000억 원에 이를 것으로 전망되고 있다.

2) 한국의 의료관련 보험상품의 발전경로

'90년대 중반까지 건강보험 관련 상품들은 생명보험이나 손해보험상품의 특약형태로서 판매되어 왔다. 1979년에 성인병특약과 1981년에 암사망보장을 시작으로 해서 1984년에는 단체보험상품이 처음으로 판매되었고 간치료보험 등의 특정질환에 대한 보장상품이 출시되었다. 1988년에는 보험가입자의 입원비를 특약형태로 보장하는 상품이 개발되었고 1990년부터는 생명보험의 특약형태로 근로자들이 흔히 처할 수 있는 위험을 보장하는 상품들이 개발되었다. 성인병보장 특약이나 산업재해특약, 일반 입원급여 및 재해 입원급여 특약이 이에 속한다. 1992년에는 다양한 상품이 개발되기 시작했다. 입원의료비, 간병비 및 사망 및 상해 후유장애 보상금을 제공하는 건강생활보험뿐 아니라, 다양한 형태의 암보험, 고급화되는 치과진료를 보상하는 치아보험 등이 판매되었다. 특정 질환에 대한 보장에서 보다 포괄적인 질환에 대한 보장으로의 전환은 1997년에 본격화되었는데 대표적인 상품으로 신바람건강생활보험을 들 수 있다.

90년대 중반까지 우리나라에서 판매되고 있는 의료관련 보험상품의 특성을 요약하면 다음과 같다. 건강보험상품은 특정위험이 발생한 경우 고정금액을 보상함으로써 실제적으로는 전 국민의료보험의 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 의료기관과 접촉할 필요가 없다. 상당수의 상품들이 사망보험금을 지급하는 것을 주목적으로 하고 있으며 장해보상이나 질병시 치료비 지급 수준은 미흡한 실정이다. 보상금액도 가입자에게 청구된 의료비기준이 아닌 청구시점까지 납입한 보험료 기준으로 산정되고 있기 때문에, 이들 보험상품은 재난성 질환에 대한 보장기능을 적절히 수행한다고 평가하기 어렵다.

그러나 1997년 이후 보험사들은 보다 포괄적인 범주의 질환을 보장하는 상품을 개발하였고 발생 의료비를 실손 보상하는 상품개발에 노력하고 있다. 이와 같은 노력은 손보사가 주도하였고 최근에는 생보사들도 실손 보상형 상품을 개발 중에 있다. 지금까지 건강관련 보험상품은 개인을 대상으로 판매되어 왔으나 손보사의 경우 단체를 대상으로 본인부담금을 보전하는 상품을 개발해 왔다. 단체를 대상으로 의료보험 상품을 판매하는 경우 의료관련 상품의 가장 큰 문제점인 역선택을 극복할 수 있다는 점에서 보험사는 유리한 위치에 설 수 있다. 그러나 몇몇 손보사들의 단체시장에 대한 성과는 상당히 미약한 것으로 나타나고 있다. 이는 국내 기업들이 종업원 복지프로그램에 대한 중요성을 아직까지 인식하지 못하고 있음에 기인하는 것으로 보인다. 그러나 향후 종업원 복지프로그램이 기본적인 권리로 인식되어 노사협상의 주요 쟁점으로 부각될 경우 그 중 가장 중요한 부분이 바로 보충의료보험이 될 것이므로 손보사의 단체의료보험시장 개척은 올바른 전략방향으로 볼 수 있다. 우리나라에서 판매되고 있는 건강관련 보험상품은 <표 3>와 같이 분류해 볼 수 있다.

〈표 3〉 건강보험종류

	삼 성	교 보	대 한
치명적질병보험 (Dread Diseases)	암보험(1980) 에버그린(1991) 신바람건강보험 (1997.7) 여성시대건강보험 (1998)	암보험 3대질병치료보험 (1993) 생생종합건강 (1997.12)	암보험 63건강보험(1994)
장기간병보험 (Long Term Care)	에버그린(1991) 개호보장특약(1992) 실버건강보험(1998.8)	개호보장특약	개호보장특약
소득보상보험 (Disability Income)	-	-	-

3) 민영건강보험시장 현황

(1) 생명보험

1999년도의 경우 생명보험회사들은 1998년도에 비해 50.4%가 증가된 393만 7천건의 건강보험을 판매하였으며 질병보험 판매를 통한 수입보험료는 1998년도 6,390억원에서 1999년도 1조9,109억원으로 199% 증가하였다. 각 생명보험사의 건강보험 판매실적 추이는 <표 4>와 같다.

〈표 4〉 생명보험회사의 건강보험 판매실적 추이

(단위: 백만원)

회사명	FY99	FY98	증 감	증감률
대한	156,836	3,900	152,936	3,921.4
알리안츠제일	67,125	19,534	47,591	243.6
삼성	1,049,971	384,234	665,737	173.3
흥국	67,186	20,973	46,213	220.3
교보	345,109	150,285	194,824	129.6
대신	20,113	8,351	11,762	140.8
신한	42,325	12,306	30,019	243.9
동부	6,827	1,759	5,068	288.1
동양	23,925	4,019	19,906	495.8
메트라이프	9,783	2,074	7,709	371.7
삼신올스테이트	11,383	1,612	9,771	606.1
럭키	6,170	1,945	4,225	217.2
금호	16,830	2,974	13,856	465.9
SK	60,870	15,917	44,953	282.4
라이나	4,447	2,452	1,995	81.4
AIG	2,733	3,240	-507	-15.6
합 계	1,910,890	639,003	1,271,887	199.0

출처: 생명보험협회

(2)손해보험

손해보험 분야의 건강보험시장 규모는 1998년 현재 4조 3천억원으로 전체 손해보험의 30.4%를 차지하고 있으며 특히, 최근의 건강보험 성장률은 손해보험산업 전체보다 빠르게 성장하는 추세를 보이고 있다. 또한, 손해보험의 건강보험은 상해보험의 특약형태로 많이 판매되고 있는데 장기상해보험이 절대적인 비중을 차지하고 있다. 손해보험 건강보험의 성장 추이는 <표 5>과 같다.

〈표 5〉 손해보험 건강보험 성장 추이

(단위: 백만원, %)

연 도	손해보험 건강 보험시장 규모	전체 손해보험중 건강보험의 비중 ¹	건강보험의 성장률 ²	손보 건강보험의 구성비	
				장기 상해	특종 상해
1992	1,196,780	21.0	37.6(22.1)	98.5	1.5
1993	1,358,847	20.3	13.5(17.4)	98.4	1.6
1994	1,326,991	16.2	-2.3(22.2)	97.8	2.2
1995	2,278,372	21.2	71.7(31.1)	98.7	1.3
1996	3,122,582	23.7	37.1(22.8)	98.9	1.1
1997	4,317,145	27.0	38.3(21.0)	99.1	0.9
1998	4,301,364	30.4	-0.4(-11.5)	99.3	0.7

1 수입보험료 기준임

2 ()내의 수치는 손해보험 전체 성장률임.

출처: 보험개발원, 「손해보험통계연보」, 각연도.

2. 先進國의 概括的 現況

민간의료보험에 대한 외국의 현황을 파악하기 위해 선진국 의료보험제도에 대해서 표준화된 정보를 제공하는 NERA (National Economic Research Associates) 보고서와 여러 연구결과를 토대로 하여 EC에 소속되어 있는 영국, 프랑스, 독일, 이탈리아, 스페인, 네덜란드 등 6개국의 의료체계와 민간의료보험시장에 대한 가장 기초적인 정보를 파악하여 <표 6>에 정리했다. 각국별로 10여가지 측면에 관한 자료를 수집 정리하였는데, 자료의 부족으로 정확한 정보가 없는 부분은 공란으로 처리하였다.

1) 선진국의 현황

먼저 GDP대비 국민의료비를 비교함으로써 각국에서 보건의료분야가 차지하는 비중과 그 구성요소인 입원, 외래, 의약품, 요양치료에 대한 지출비중을 보았다. 국민의료비가 GDP에서 차지하는 비중은 6.5%에서 9% 범위 안에 있었으며 대다수 국가에서 8%에 근접된 결과를 보였다. 영국은 6.57%로 가장 낮은 비율을, 프랑스는 8.62%로 가장 높은 비율을 보였다. 모든 국가에서 입원비에 대한 지출이 외래진료비나 약제비보다 높았다. 영국과 네덜란드를 제외한 대다수 국가에서 외래진료비와 약제비를 합한 값이 입원진료비와 유사한 수준으로 GDP의 3.5%정도를 차지했다. 그러나 영국과 네덜란드에서는 외래와 약제비를 합친 값이 GDP의 2% 미만이었다. 요양치료에 대해서는 네덜란드를 제외한 모든 국가에서 GDP의 1%미만을 지출했다. 네덜란드에서는 요양치료에 대한 지출이 GDP대비 1.57%로 EC 국가 중 최고를 기록하였다.

둘째로는 전인구 중 몇 %가 공보험에 가입해 있고 몇 %가 사보험에 가입되어 있는가에 대해서 조사하였다. 독일과 네덜란드를 제외한 모든 국가에서는 원칙적으로 전국민이 공보험에 가입하게 된다. 인구 중 공보험 가입율은 네덜란드에서 70.3%로 가장 낮았는데 그 이유는 고소득층의 공보험가입을 금하고 있기 때문이다. 독일에서도 정부가 고소득층과 전문직종사자들에게 민간보험에 가입할 것을 권장하였기 때문에 공보험의 적용율이 88%에 그친 것으로 생각된다. 공보험이 전국적으로 확산되지 않은 몇몇 국가에서는 상호부조기금이 공보험과 유사한 역할을 하고 있다. 그 대표적인 예로서 프랑스와 네덜란드를 들 수 있는데, 이들 국가에서는 상호부조기금에 가입한 사람이 전국민의 50% 이상에 달했다. 일반 보험사에 의해 판매되는 상업보험에는 대부분 국가에서 인구의 10%가량이 가입해 있는데, 네덜란드만이 약 39%의 높은 가입율을 보이고 있다. 이들 국가에서 민간의료보험은 공보험의 보완적인 기능을 주로 수행하였고, 독일과 네덜란드 등의 고소득계층에게는 포괄적인 형태로 판매되기도 하였다. 민간의료보험이 국민의 의료보장을 위한 주도적인 역할을 하지 못해 왔다는 근거는 총의료비지출에서 민간의료보험에 대한 지출이 EC 모든 국가에서 15%를 넘지 못했다는

점에서도 찾을 수 있다.³

〈표 6〉 유럽 6개국의 민간의료보험 및 의료보장체계 현황

항 목	영 국	이탈리아	스페인	프랑스	독 일	네덜란드
국민의료비 구성	GDP대비 6.57 입원 3.11 외래 0.90 의약품 0.89 요양치료 0.85	GDP대비 7.82 입원 3.34 외래 1.90 의약품 1.41 요양치료 0.57	GDP대비 7.10 입원 3.23 외래 0.90 의약품 0.89 요양치료 0.85	GDP대비 8.62 입원 3.96 외래 1.39 의약품 1.48 요양치료 0.43	GDP대비 8.50 입원 2.88 외래 1.37 의약품 1.40 요양치료 0.66	GDP대비 8.45 입원 3.67 외래 0.86 의약품 0.78 요양치료 1.57
보험종별 적용인구 비율	공공보험 100.0 상호부조 5.2 상업보험 10.0	공공보험 100.0 상호부조 5.0 상업보험 10.5	공공보험 96.7 상호부조 3.1 상업보험 5.9	공공보험 98.9 상호부조 65.1 상업보험 14.3	공공보험 88.2 상호부조 10.3 상업보험 9.0	공공보험 70.3 상호부조 54.7 상업보험 39.9
민간보험의 성격	supplementary	comprehensive, supplement (보험회사에 따라 서비스 내역이 다양함)	sick fund의 보완적 기능	exclusive, supplementary	medigap exclusive 10% supple. 7%	exclusive, supplementary
보험료 결정방법			회사마다 다름 (coverage limits deductible)	mutuelle - 소득세 Caisses de Prevoyance - 소득에 근거한 부과 상업보험-의료이용별 차등부과	질병금고: flat 민간보험: risk-related	
보험료 부담비율 (총임금 대비)	근로자 7.00 사용자 7.00	근로자 1.30 사용자 9.65 계(adjust) 10.95	근로자 4.80 사용자 25.80	근로자 5.90 사용자 12.60 계(adjust) 18.50	고용주와 종업원이 부담(각 50%) 근로자 6.45 사용자 6.45 계(adjust) 12.90	근로자 2.40 사용자 11.15 계(adjust) 15.20
현금급여	근로계약에 따름 임금대비 질병급여 주당 ECU 52-74 급여기간 28주	임금 전액 보상 기간 3개월 임금대비 현금급여 수준 50% 급여기간 180일	근로계약에 따름 임금대비 현금급여 수준 60% 급여기간 1년 (노동자 기준)	임금 전액 보상 기간 3개월 임금대비 현금급여 수준 50-67% 급여기간 1년	임금 전액 보상 기간 6주 임금대비 현금급여 수준 80% 급여기간 1.5년(노동자는 3년)	임금 전액 보상 기간 3개월 임금대비 현금급여 수준 50% 급여기간 180일
출산급여	산전 11주, 산후 7주	산전 8주, 산후 13주	산전 6주, 산후 10주	산전 6주, 산후 10주	산전 6주, 산후 8주	산전 6주, 산후 10주
공급자 선택권	일반의 제한적 전문의 제한적 병원 제한적	일반의 제한적 전문의 제한적 병원 제한적	일반의 제한적 전문의 제한적 병원 제한적	일반의 있음 전문의 있음 병원 있음	일반의 있음 전문의 있음 병원 있음	일반의 있음 전문의 있음 병원 제한적

출처: NERA, Financing Health Care with Particular Reference to Medicine, May 1993; Schneider MR, Dennerlein, A Kose, L Scholtes, Health Care in the EC Member States, Health Policy Monographs, Vol, Amsterdam: Elsevier, 1992

주3: G7국가 중에서 전국민의료보험을 실시하고 있는 캐나다에서는 민영보충보험이 종업원복지차원에서 제공되기 때문에 98%의 근로자가 민영보험을 소유하고 있다.

셋째로는 보험료 부담과 그 결정방식에 대해서 조사하였다. 먼저 총임금 중 의료보험료(공보험+사보험)에 대한 지출이 얼마나 되는가를 조사했는데 국가별 차이는 있지만 대다수 국가에서 15%에 근접하고 있다. 모든 나라에서 의료보험료를 근로자와 그 사용자가 분담하고 있는데, 이는 의료보험이 직장을 중심으로 발전되어 온 전통을 보여주고 있다. 근로자에 비해 사용자가 보험료지출의 많은 부분을 담당하고 있는 나라는 이탈리아(7.4배)와 스페인(5.4배)을 들 수 있다. 보험료결정방식에 관한 정확한 정보는 몇몇 국가에 대해서만 수집할 수 있었는데 민간보험의 보험료는 위험에 따른 차등부과 형식이나 (독일, 프랑스) 기금별 차등부과방식에 (스페인) 의해 결정되었다. 공보험료는 대부분의 국가에서 균등가격 또는 소득에 연계되어 부과되었다.

넷째로는 질병시 현금급여와 출산급여의 수준을 통해서 각 국별 의료보장수준을 추측해 보고자 했다. 국가별 의료보장수준은 민간보험에서 보장하는 의료서비스의 형태에 상당한 영향을 줄 것이라고 판단했기 때문이다. 연구대상인 6개국 모두가 질병시 소득보장을 제공하고 있다. 이는 질병시 소득보장이 근로자의 사기를 고양시키고 결과적으로는 평소 생산성에도 긍정적인 영향을 주었다는 대다수 국가들의 경험에 근거하고 있다. 임금전액을 보상하는 기간은 나라마다 다른데, 약 6주에서 3개월의 범위를 보이고 있다. 질병이 장기화되는 경우에도 임금이 부분적으로 제공되는데 짧게는 28주부터 (영국) 길게는 1년까지 (프랑스, 스페인) 임금의 50%에서 80%까지를 보장한다. 사용자 및 정부의 건강을 위한 투자는 다음 세대를 위한 출산급여까지를 포함한다. 분만휴가를 분만 전 6주에서 11주까지 분만 후 7주에서 13주까지 허용하며, 휴가기간 동안 임금의 80 - 100%를 보상한다.

마지막으로 공보험 가입자가 의료공급자를 선택할 수 있는 범위 및 제한정도도 민간보험에 대한 수요에 상당한 영향을 줄 것이다. 의료공급자에 선택의 자유가 제한될수록, 바로 이 부분에 대한 갈등을 해소시켜 주는 민간보험이 판매되는 경우 이를 구입할 가능성이 높은 것이다. 대표적인 예로 영국 의료체계의 민간화경향을 들 수 있다. 공급자선택권은 영국, 스페인, 이탈리아에서 상당히 제한되어 있는 반면 독일과 프랑스에서는 상당히 개방적이다.

2) 한국에 대한 시사점

선진국의 개괄적 현황과 우리의 현황간의 차이는 다음과 같이 요약할 수 있다. GDP대비 국민의료비 비중이 선진국에서는 7-8% 수준인데 비해서 우리나라의 경우 6% 이내의 수준을 유지하고 있고 국민의료비의 1985-1992 7년간 평균증가율(11.3%)이 국민총생산의 평균증가율(9.5%)을 상회함을 고려할 때 의료분야의 성장이 향후 지속되면서 민간의료보험에 대한 필요성도 증대될 것임을 짐작할 수 있다. 또한 이들 선진국이 한국에 비해 높은 의료보장수준을 보유하고 있고 특히 현금급여부분에서 상당히 앞서 있음을 확인할 수 있었다. 선진

국에서 실시되고 있는 민간의료보험은 공보험을 보완하는 보충보험의 형태가 지배적이며 독일과 네덜란드에서만 고소득층을 대상으로 포괄적인 보험이 판매되고 있었다. 이같은 선진국과의 차이가 시사하는 바는 복지선진화계획의 일환으로 의료보장수준을 향상시키기 위해서는 민간보충보험의 확대가 불가피할 것이라는 점이다. 다만 우리나라의 전국민의료보험체계 하에서는 환자가 의료공급자를 선택하는데 실제적으로는 제한이 없기 때문에 선진국에 비해 민간보험의 확산속도가 다소 떨어질 수는 있을 것이다. 3차기관에 환자집중 현상을 방지하기 위해서 정부는 의료진달체계를 실시했으나 실효를 거두지 못한 것으로 평가되고 있다.

선진국에서, 특히 영국에서, 민간보험이 급속히 확산될 수 있었던 중요한 요인은 공보험과 달리 민간보험가입자는 자유롭게 의료공급자를 선택할 수 있었기 때문이다.

3. 주요 先進國 事例

1) 뉴질랜드

(1) 主保險者市場의 寡占的 競爭構造

뉴질랜드의 의료보험체계가 가지는 가장 큰 특징은 정부가 공인하는 두 종류의 의료보험자가 있다는 점이다. 그 하나는 Regional Health Authorities (RHA)로서 지역 내 거주하는 주민들 중에서 Health Care Plans을 선택하지 않은 모든 사람들에게 보험자서비스를 제공한다. RHA의 운영은 보사부에서 선임한 이사들이 담당한다. Health Care Plans는 정부의 감시 하에 운영될 예정인 민간보험자이다. 정부가 공식 보험자인 RHA에 이어서 HCP라는 보험자를 의료체계 내에 추가하려고 하는 의도는 소비자에게 RHA와 HCP 중 하나를 자유선택하게 함으로써 의료보험자시장에 경쟁을 도입하려는 것이다. 경쟁시장 속에서 살아남기 위해서 RHA와 HCP는 보험운영의 효율성을 제고해야 할 뿐 아니라 의료공급자의 비효율적인 진료행위 조정에도 상당한 영향력을 행사해야 할 것이다.

뉴질랜드 사례에서 주의할 점은 RHA와 HCP가 급여서비스의 범위에 의해서 경쟁할 수 없다는 점이다. 즉 두 보험자 모두가 정부에서 지정한 최소급여범위만을 보험가입자에 제공하고 그 이상을 원하는 가입자는 민간보충보험을 구입해야 하는 것이다.

(2) 最小給與範圍와 民間醫療保險의 役割

공보험이 최소한의 급여범위를 보장하고 그 이상을 원하는 가입자는 민간보험을 구입하도록 할 때 후생손실은 극소화된다고 하였다. 뉴질랜드의 의료개혁은 바로 이러한 이론적 근거 위에 수행된다고 볼 수 있다. 위험기피적인 가입자에게 추가적인 위험보장을 제공하는 민간보험시장은 Southern Cross라고 하는 보험사에 의해 약 80%가 점유되고 있다. 나머지

20%는 미국보험사인 Aetna와 Cigna사가 차지하고 있다. Southern Cross사가 민간의료보험시장의 대부분을 점유할 수 있었던 중요한 이유는 수술을 전문으로 하는 사설병원 10개 중에 3개를 Southern Cross가 소유함으로써 보험가입자들에게 우선적으로 수술을 받을 수 있는 권한을 부여하기 때문이다.

전 국민 중 45%가 민간의료보험을 가지고 있는데, 이들 중 대다수가 종업원 복지프로그램의 일부로 민간보충보험을 회사에서 제공받고 있는 것이다. 그러나 민간의료보험에 의해서 급여되는 총지출은 전체 의료비의 3.5%에 그치고 있는 실정인데, 그 이유는 민간의료보험의 반 이상이 주보험의 본인부담금을 보상하는 보충적인 성격을 가지고 있기 때문이다. 즉 민간의료보험이 의료지출에서 차지하는 비중은 민간의료보험에 가입하고 있는 인구비중보다도 이들이 어떤 민간보험을 보유하고 있는가에 따라서 크게 달라진다는 점이다. 다시 말해서 포괄적인 민간보험을 보유하고 있는 집단이 증가할수록 민간보험에 대한 의료비지출은 급속히 성장할 것이다.

2) 영국

(1) 발전배경

1948년 영국정부는 국민들이 의료이용시 비용을 직접 부담하지 않고 포괄적 의료서비스를 받을 수 있도록 기존의 National Health Insurance System(NHIS)를 National Health Service(NHS)로 대체하였다. NHS 제도의 도입으로 의료서비스에 대한 재원이 일반 세수(稅收)에서 충당됨에 따라 국민들은 지불능력에 관계없이 의료서비스를 이용할 수 있게 되었다.

그러나 1960년대에 들어서면서 대기환자의 증가, 의료의 질 저하 등에 따른 공공 의료제도에 대한 국민의 불만이 고조되어 이를 해결하려는 시도가 계속되어 왔으며 특히 1980년대부터 공공의료의 효율적 제공을 위한 방안이 다양하게 제기되어 왔다. 이와 같은 배경 하에서 공공의료의 효율적 제공을 위한 방안의 하나로 공공기능의 일부를 민간에 이양하여 정부의 부담을 줄이는 한편 경쟁을 통한 효율성 제고를 목적으로 한 민간부문, 특히 민간의료보험의 기능이 강조되었다.

(2) 민간의료보험 공급자 및 가입자 현황

민간의료의 발전은 민간의료보험의 확대와 함께 이루어졌다. 현재 영국내 주요 민간보험사로는 British United Providents Association(BUPA), Private Patients Plan(PPP), Western Provident Association(WPA) 등이 있으며 이들 빅 3사의 시장점유율은 한 때 84%에 이르기도 하였고(1979년 기준) 이 중 BUPA, PPP등 2개 보험사의 시

장점유율이 78%를 기록하기도 하였다(보험료 기준). 그러나 최대보험자인 BUPA의 점유율이 점차 떨어져 최근 5년간 59%에서 49%로 감소한 반면 민간 영리보험자의 시장점유율이 증가하여 11% 수준의 점유율을 보이고 있다. 1993년 현재 총 24개의 민간의료보험 회사가 운영 중에 있다.

영국 내 민간의료보험 가입자수는 지난 1980년대에 (전 인구의 8.6%) 꾸준한 증가를 보여 왔다. 1990년 12월 현재 영국 인구의 11.7%인 6백70만 명이 민간의료보험에 가입해 있는데 이는 1985년 보다 30% 증가한 것이다 <표 7>. 1979에서 1990년 사이에 피보험자수는 130만에서 270만으로 배 이상 증가하였고 피부양자를 포함한 가입자수는 280만에서 540만으로 늘어났다.

〈표 7〉 영국의 민간보험자 가입인구비율 (1955-1990)

연 도	영 국	런 던
1955		1.2
1960		1.9
1965		2.7
1970		3.6
1975		4.1
1985	8.6	
1986	8.7	12.5
1987	9.3	13.4
1988	10.4	
1989	11.0	
1990	11.7	16.9(추정치)

출처: Willing Liang(1992). Going private: Independent health care in London. King's Fund

민간의료보험 가입자수가 이와 같이 증가한 주요 원인으로는 먼저, 1979년 보수당 정권의 집권 이후 NHS를 포함한 주요 사업에 대한 공공지출을 삭감하는 대신 이를 보완하기 위하여 민간의료시장을 활성화시키고자 하였기 때문이다. 정부에서는 구체적 조치의 하나로 민간의료보험 가입에 따른 보험료 납부액에 대하여 일정소득 이하 자에 한해 면세조치를 내렸고 이와 같은 우호적 환경 하에서 BUBA, PPP, WPA 등 보험부문 빅 3사의 활동이 적극적으로 이루어 졌다.

두 번째로 1978년부터 직장보험(occupational schemes)이 급속히 확대된 점을 이유로 들 수 있다. 정부의 임금억제 정책으로 기업들이 중견간부의 확보를 위해 각종 현물급여 제공을 늘려 왔으며 이 중 하나로 민간의료보험 제공을 선호하였기 때문에 직장보험가입자가 늘어나게 되었다. 지난 1977-1983 기간 중 민간의료보험상품의 구입자별 현황은 <표 8>와 같다.

〈표 8〉 민간의료보험상품 구입자별 현황

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
개 인	44.0	40.8	39.1	36.3	34.5	34.0	32.3
근로자	18.9	16.9	15.6	15.7	21.5	23.4	23.9
사용자	37.1	42.3	45.3	48.0	44.0	42.6	43.8

출처: Grant C(1985), Higgins J(1988)에서 재인용

마지막으로, NHS 제도의 개혁을 주요 내용으로 담고 있는 'working for patients'에서 개혁방안의 하나로 공급자의 다양화를 강조하고 그 구체적 방안으로 민간의료보험부문의 기능을 강조하였기 때문이다. 정부에서는 이의 일환으로 노인들의 민간의료보험료에 대한 세금면제혜택을 부여하는 등 민간의료기능을 활성화시키기 위한 조치를 취하였다(NERA, 1993).

(3) 민간의료보험의 운영

민간보험자들은 가입자들의 성, 연령, 건강수준에 따라 보험료를 차등부과하고 있으며 가입자들의 서비스 이용에 대해서도 일부 병원으로 제한하고 있으나 적용대상이 주로 의료수가 많은 장년 층임에 따라 보험회사의 수지는 크게 떨어지게 되었다.

영국의 민간의료보험의 성격은 NHS의 보완적 성격을 띄고 있다. 따라서 이들 보험자가 주로 공급하고 있는 서비스로는 NHS가 제공하고 있는 서비스 중 환자의 장기 대기 현상을 보이고 있는 분야가 주를 이루고 있다. 이들의 주요 서비스 내역을 살펴보면 다음과 같다.

- hip replacement

주5)NERA, Financing Health Care with Particular Reference to Medicine, May 1993

- hernia repairs
- varicos veins treatment
- elective medical/surgical
- acute medical/surgical
- abortion

3) 미국

(1) Medigap

미국의 연방정부가 65세 이상의 노인의료보장을 위해 제공하고 있는 메디케어(Medicare)는 의사 및 외래 진료비의 보장이 충분치 않고 외래 처방약이 급여되지 않음으로 해서 본인부담금의 규모가 상당히 크다. 연방 및 주정부의 막대한 지출에도 불구하고 메디케어는 노인의료비총액의 50%도 보상하지 못하고 있다. 이러한 통계치가 암시하는 바는 아직도 미국 노인의 상당수가 거액본인부담금 지출로 인한 가계파탄의 위협에 처해 있다는 것이다.

메디케어 급여액과 노인의료비 총액간의 차이(Gap)는 두 가지 원인에서 비롯된다. 첫째는 메디케어에서 급여하고 있는 서비스에 대한 본인부담금이 상당히 높고 그 상한액(maximum payment amount or stop loss payment)이 없다는 점이다. 둘째는 처방약을 포함한 상당수의 서비스가 메디케어의 급여항목에 포함되지 않고 있다. 이러한 총진료비와 메디케어 급여비간의 격차를 보충해 온 것이 바로 통상 메디갭(Medigap)으로 불리는 민간 보충 의료보험이다. 메디갭이라는 명칭은 사보험이 메디케어에서 보상하지 않는 서비스를 포함하는 경우도 있지만 대개 메디케어환자의 본인부담금을 보충해 주는 경우가 많은데서 비롯되었다. 1996년 메디케어 가입자 3천 8백만명 중 80%에 해당하는 3천만명이 메디갭에 가입하였고 이들 중 16% 정도가 Managed Medigap에 가입하고 있었다. 1996년 당시 메디갭 시장은 연간 수입보험료 12억불 규모로 집계되고 있다.

메디갭과 관련된 가장 대표적인 문제점은 메디케어 가입자 중 상당수가 보충보험을 구입할 수 없을 정도로 보험료가 높다는 것이다. 메디케어 가입자중 약 20%가 보충보험을 보유하고 있지 않은데, 그 대다수가 높은 보험료 때문에 보충보험을 구입할 수 없었다고 응답했을 한 설문조사연구는 지적하고 있다. 보험료가 높아진 이유는 메디갭의 급여범위가 너무 포괄적이기 때문이라는 의견이 지배적이다. 대부분의 메디갭은 메디케어 병원 진료비 급여의 본인부담금을 전액보상할 뿐만 아니라 재난보험까지도 포함하는 경우가 많기 때문에 보험료가 급상승할 수밖에 없었다는 것이다.

또한 메디갭은 개인을 대상으로 판매되기 때문에 집단을 대상으로 판매되는 경우에 비해

서 행정, 마케팅, 보험료징수 및 급여 등에 소요되는 비용이 훨씬 높다. 또한 개인대상 보험은 집단대상 보험에 비해서 위험의 역선택(adverse selection)이라는 문제에 처할 가능성이 높다. 이같이 메디갭의 개인대상 보험으로서의 특성도 보험료 상승에 작용했을 것으로 생각된다.

메디갭과 관련된 또 하나의 중요한 문제점으로는 노인들이 메디케어와 그 보충보험인 메디갭에 관해서 상당히 무지하다는 것이다. 대다수의 메디케어 수혜자들은 자주 사용하는 외래진료에 관해서는 상당한 지식을 가지고 있지만 자주 사용하지 않는 입원이나 요양서비스에 대해서는 지식이 전무하다는 것이다. 노인들이 지식과 이해가 부족한 상태에서 복잡한 보험조항을 비교하여서 자신에게 적합한 메디갭을 선정한다는 것은 거의 불가능한 일이다. 바로 이러한 노인들의 무지를 이용하여 메디케어에서 이미 부보되는 서비스를 자기 회사에서 판매하는 메디갭에서만 보상하는 것으로 속인다거나 약관에 명시되어 있는 보상한도를 줄이는 등의 사기사태가 보고된 바 있다. 또한 소비자들의 무지와 정보부족은 보충보험시장의 가격경쟁약화에도 기인하였다. 이러한 문제점을 개선하기 위해서 미국 정부는 메디갭 상품을 10가지로 표준화할 것을 정하였으나 노인들이 이 보험상품을 이해하는데는 여전히 한계가 존재하고 있다. <표 9>은 급여범위에 따라 분류된 10가지 메디갭 표준상품을 제시하고 있다.

〈표 9〉 10가지 메디갭 표준상품

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
핵심급여	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part A 병원(61-90일)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
평생준비금(91-150일)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
365 평생 병원입원-100%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part A 와 B 혈액	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B 공동부담금-20%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
추가급여										
퇴원후 간호설비 공동부담금			○	○	○	○	○	○	○	○
Part A 공제금		○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B 공제금			○			○				○
Part B 초과 부담금(%)						100	80		100	100
외국 여행시 긴급상황			○	○	○	○	○	○	○	○
재택치료				○			○		○	○
처방약제 *								1	1	2
예방 의료활동				○						○

주. Part A: 입원 병원 진료비, Part B: 입원 및 외래의 의사 진료비

* 두 가지 형태의 처방약제급여가 제공됨

(2) 재난보험

재난보험은 많은 경우에 보충보험의 일부로 제공되기도 하지만 최근 미국 기업들이 직원들을 위한 의료보장을 외부에서 구입하지 않고 자체보험(self-insurance)으로 해결하는 경향이 증가하면서 개별보험으로 판매되는 경우가 많아지고 있다. 우리나라의 전국민의료보험 제도는 본인부담금의 상한액을 규정하지 않고 있기 때문에 재난보험의 도입은 의료보험가입자의 후생과 의료보험체계에 상당한 영향을 미칠 것으로 예상된다.

재난보험은 보상방식에 따라서 특정보상상품과 전체보상상품으로 나누어 볼 수 있다. 특정보상상품이란 (specific stop-loss coverage) 개별청구에 대한 보험가입자가 책임지게 되는 상한액을 정하고 청구 발생시 평균 청구액의 10%가량 되는 본인부담금을 제한 나머지 금액을 보상하는 보험이다. 특정보상상품은 개인구입자와 집단구입자 모두에게 적용되는 개념이다. 전체보상상품(aggregate stop-loss coverage)은 재난보험을 집단으로 구입한 경우에만 적용되는 개념으로 그 집단 내에 고액청구환자의 발생으로 연간 전체보험청구액이 예상수준보다 높은 경우에 그 초과분에 대한 보상을 하는 보험이다. 전체보상보험이 부보하는 범위는 대개 해당 집단내 연평균 보험청구액의 120 - 125% 수준 이상의 보험청구액인 것으로 전문가들은 지적한다. 한 집단 내에서 소수 고액청구건의 발생으로 인해 연간 총보험청구액이 해당집단의 연평균보험청구액을 초과하는 경우는 드문데 비해서 개별 고액청구건의 발생확률은 높은 편이다. 이런 이유에서 전체보상상품 가격이 특정보상상품에 비해서 상당히 낮은 편이다.

전체보상상품이 유용한 경우는 연간 보험청구건 중에서 특정보상보험에 의해서 부보될 정도의 고액건수는 발생하지 않았으나 청구건수가 예년에 비해서 훨씬 많은 경우로 볼 수 있다. 즉 청구액수는 적더라도 건수가 아주 많은 경우에는 연간 총보험청구액이 상한선을 초과할 가능성이 높다는 것이다. 또한 지진이나 화재 등 대형사고로 인해서 집단 내 많은 환자가 발생한 최악의 경우에도 전체보상보험이 특정보상보험에 비해서 유리하다. 이와 같은 각 상품별 효용의 차이 때문에 미국의 여러 회사들은 종업원들의 의료보장을 위해서 두 상품을 모두 구입하는 것이 일반적이다. 이에 따른 보험료부담은 상당히 높고 두 보험간의 중복가능성에 대해서도 비판하는 회사가 증가하고 있다.

II. 가톨릭의료기관의 의료보험사업 대안

가톨릭의료기관들이 의료보험사업 진출을 모색함에 있어 우선 이를 통해 무엇을 얻고자 하는지 그 목적을 짚어볼 필요가 있다. 기존의 민간보험사들로는 충족시킬 수 없는 가톨릭의료기관들이 직접 보험사업을 하여야 하는 명확한 이유에서 보험사업 진출에 대한 논의가 시작되어야 할 것이다. 그리고 현재의 우리나라 의료체계 속에서 현실적으로 가능한 사업 형태가 어떠한 것들이 있으며, 이를 통해 의료보험사업 진출의 목적을 달성할 수 있는 가능성은 어느 정도인지를 분석해 보아야 할 것이다. 우리나라에서의 민간보험 도입에 대한 이제까지의 논의를 통해 살펴보면 가톨릭의료기관들의 의료보험사업도 공보험의 대체적 형태이기 보다는 보충·보완적 형태가 될 것으로 가정하는 것이 현실적으로 타당한 것으로 보인다.

따라서 본 연구에서는 공보험의 보충보험 형태의 가톨릭의료기관 의료보험 대안을 모색해 보기로 한다.

1. 가톨릭의료기관의 의료보험사업 진출 의의

의료 제공자인 가톨릭의료기관들이 직접 의료보험사업을 함으로써 기대할 수 있는 주요 순효과는 다음 세가지를 들 수 있다.

첫째가 환자의 확보이다. 가톨릭교회 의료보험에 가입한 환자들이 가톨릭의료기관을 이용할 경우 본인부담금 할인이나 진료비 할인 등의 혜택을 줌으로 인해 의료기관들이 안정적 수요원을 가질수 있게 된다. 이를 통해 병원 원가의 주요 부분을 차지하는 인건비, 감가상각비 등의 고정비 생산성을 높여 경영효율성을 높일 수 있게 된다.

둘째가 현행 우리나라 공보험의 획일적이고 일방적인 규제 환경으로부터 벗어나 진료수익 증대를 도모할 수 있다는 것이다. 그 규모는 크지 않을 수 있으나 의료보험에서 삭감되거나 의학적 효과성이 있음에도 불구하고 급여가 인정되지 않는 진료의 수익을 가톨릭교회 의료보험이 보상할 수 있을 것으로 보인다.

마지막으로 환자의 건강 유지와 적정 진료 제공을 통해 환자는 저렴한 비용으로 건강을 유지할 수 있고, 의료제공자는 추가의 보험료 수익으로 의료사업 수익성을 높일 수 있고, 국가 전체 측면에서의 국민의료비도 절감할 수 있다. 미국의 의료기관들을 직접 운영하는 HMO 형태의 보험자들의 사례에서 볼 수 있듯이 피보험자들의 건강증진과 예방진료를 통해 진료비 지출을 억제하는 한편 피보험자들의 건강도 유지한다는 것이다. 그러나 우리나라에서 현실적으로 공보험을 대체하지 못하고 이를 보충하는 형태여야 한다는, 그리고 피보험자들의 의료제공자 선택의 자유가 보장되어야 한다는 조건 속에서 이와 같은 효과를 충분히 거두기 어려울 수도 있다.

2. 대상

가톨릭교회의 의료보험사업 진출은 전국에 소재한 가톨릭병원협회 회원 병원 <표 10>과 각 성당을 통해서 가입한 신도 <표 11>를 기반으로 하여 시작되어야 할 것이다. 이 경우 초기 단계에서의 마케팅 및 행정비용 절감을 기대할 수 있으나 최종 결정을 위해서는 이에 대한 타당성과 다른 대안과의 장·단점에 대한 연구가 선행되어야 하겠다.

〈표 10〉 의료제공자: 가톨릭병원협회 회원 병원 현황

병원명	허가병상	주소
가톨릭대학(성 모)	625	서울시 영등포구
가톨릭대학(강남 성모)	835	서울시 서초구
가톨릭대학(의정부성모)	500	경기도 의정부시
가톨릭대학(성 바오로)	401	서울시 동대문구
가톨릭대학(성 가)	521	경기도 부천시
가톨릭대학(성모 자애)	405	인천시 부평구
가톨릭대학(성 빈센트)	809	경기도 수원시
성안드레아(신경 정신)	197	경기도 이천시
가톨릭대학(대전 성모)	570	대전시 중구
청주성모	475	청주시 상당구
성가롤로	460	전라남도 순천시
목포가톨릭	401	전라남도 목포시
포항성모	407	경상북도 포항시
대구파티마	745	대구시 동구
가톨릭대학(대구)	739	대구시 남구
대구정신	360	대구시 달성군
논공가톨릭	260	대구시 달성군
마산파티마	223	마산시 합포구
메리놀	501	부산시 중구
성분도	260	부산시 동구
성가복지	79	서울시 성북구
가톨릭치과	0	서울시 강남구
원주가톨릭	64	강원도 원주시
인곡자애	74	충청북도 음성군
성요셉	32	부산시 중구
성바오로(복지)	51	전라북도 완주군
천주의성요한의원/정신	10/92	전라남도 광주시
길바리의원	14	강원도 강릉시
성라자로의원	0	경기도 의왕시
성모의원(익산)	19	전라북도 익산시
성분도치과의원	0	부산시 수영구
다미안의원	20	경상북도 영주시
성이시들의원	0	제주도 북군
합 계	10,057/92	

* 2000년 가톨릭병원협회 회원 병원 총33개 기관 (종합병원 18개, 병원 9개, 의원 6개)

〈표 11〉 보험자: 가톨릭교회 신자 현황

교 구	구 분	인 구	신 자	백 분 율(%)
서 울	울	12,358,958	1,299,904	10.5
서 울	천	1,078,876	64,531	6.0
대 전	전	3,294,580	183,919	5.6
대 전	천	3,609,282	340,008	9.4
수 원	원	5,606,257	484,389	8.6
수 원	주	867,031	55,822	6.4
대 구	구	4,439,003	359,964	8.1
대 부	산	5,415,446	357,593	6.6
청 주	주	1,298,756	118,099	9.1
마 산	산	2,514,177	136,337	5.4
안 동	동	935,675	43,437	4.6
광 주	주	3,515,998	273,552	7.8
전 주	주	2,015,534	151,204	7.5
제 주	주	539,493	50,761	9.4
군 중	중	-	90,046	-
합 홍	홍	-	-	-
조 정	정	-213,338	-62,772	-
합 계	계	47,335,678	3,946,844	8.3

출처: <http://www.cbck.or.kr/library/statistic/2000/ge02-1.pdf>

도표에 나타난 것과 같이 가톨릭병원협회 회원 병원은 전국에 분포해 있고 신자의 수도 전 국민의 8%에 달하고 있고 서울의 경우 인구의 10%를 초과하고 있기 때문에 보험상품을 출시하기 위해서 필수적인 위험분산을 위한 대수의 법칙이 적용될 수 있는 규모이다. 따라서 현 단계에는 이들 병원과 신자를 어떻게 가톨릭보험과 연계할 것인가에 초점을 두어야 할 것이다. 회원 병원들도 전국에 고르게 분포되어 있기 때문에 민간보험 초기단계의 문제점인 회원 병원을 확보하는데도 큰 문제가 없을 것으로 보인다. 한편 의료제공자의 선택이 자유로운 우리나라의 공보험 의료체계에서 피보험자에게 의료제공자를 가톨릭병원협회 회원 병원 들만으로 국한할 경우 이는 이들이 보험가입을 기피하는 원인이 될 수 있다. 또한 협회 병원들의 지역적 분포가 전국적이라고는 하나 의료기관 접근도 제한의 문제를 피할수 없게 된다. 따라서 피보험자들의 협회 병원이 아닌 의료기관의 이용도 허용되어야 하겠고, 이 경우 이들의 진료비 지불은 현행 다른 민간보험들과 유사하게 운영하는 것이 타당할 것으로 보인다. 즉 보험자가 의료제공자와의 거래없이 환자와의 거래 만을 통해 정액 진료비를 지급하는 형태이다. 그러나 협회 병원이 아닌 의료기관에서의 의료이용이 많을수록 앞에서 이야기된 기대효과가 감소하게 되므로 향후 회원 병원들을 지역 거점으로 하는 의료기관간 네트워크를 통해 회원

병원들을 확대해 나가는 전략을 추진함이 좋을 듯 한다. 한편 피보험자들이 회원 병원을 이용한 경우 진료비 할인 혜택을 줌으로 인해 이들의 회원 병원 이용을 유도하는 것도 하나의 방법이 될 것이다.

3. 형태

1) 정액지급형(Indemnity Plan)

질병확정시 일정액을 지급하고, 수술 또는 특정치료 및 입원일당 일정액을 지급하는 방식으로 우리나라 대부분의 민간보험들이 이와 같은 형태를 취하고 있다. 특정질환에 대한 보장으로는 암보험이 가장 대표적인데 1980년 12월 인가받은 후에 급속히 판매가 증가하여 1998년 3월말 현재 생명보험 부분의 보유계약건수가 7,094천건을 기록하여 생보업계 전체 보유건수의 19.2%를 차지하고 있고 건강관련 보험상품 시장의 90% 이상을 점유하고 있다. 암으로 인한 사망, 치료, 수술 및 입원시에 일정액의 보험금을 지급하는 방식을 채택하고 있다. 다수 질환에 대한 보장으로는 교보생명의 개인건강보험이 대표적인데 3대 질병 확정시 2천만원을 지급하고 4일이상 입원하는 경우에는 4일째부터 매일 만원을 120일 한도내에서 지급하며 질병치료를 위해 31일 이상 입원시에는 장기입원치료비를 지급한다.

2) 실손보장형(Reimbursement Plan)

발생한 의료비를 일정 금액 한도내에서 보상하는 것으로 궁극적으로 심사 및 평가기구의 개발이 필요한 보험형태이지만 우리나라 다른 보험에서는 보험사 직원을 파견하여 고액의료비만을 감사하는 방식을 취하고 있다. 성화재에서 개발한 의료보장보험이 대표적인데 입원시에 1,000만원 한도내에서 입원실료, 수술비, MRI, 초음파 등 입원 제비용을 지급하고 상급병실을 사용하는 경우에도 50%를 지급한다. 통원 의료비의 경우 일당 5만원 한도내에서 진찰료, 검사료, 투약 및 처방료 등 통원 제비용을 보상하고 통원 수술비도 보상하고 있다.

3) 의료저축제도(Medical Savings Account, MSA)

개인의 의료보험료를 적립시키는 의료저축구좌를 의미하는 것으로서, 일상적인 의료비지출을 위한 저축의 개념과 질병발생시 치료비를 위한 보험적 성격을 동시에 갖는 제도이다. 일정비율을 치명적 질병에 대비한 순수한 보장성 보험구좌에 입금시킴으로써 만성질환에 대비한 위험 분담이 가능하다. 자신의 의료비지출에 대한 정확한 정보를 제공받을 수 있고, 연금으로의 이전이 가능하므로 의료수요에 있어서 긍정적인 비용절감 인센티브를 갖게 한다.

4) 관리의료 (Managed Care, Health Maintenance Organization)

관리의료의 구체적인 정의는 다음과 같다.

Managed care is a system that, in a varying degrees, integrates the financing and delivery of medical care through contracts with selected physicians and hospitals that provide comprehensive health care services to enrolled members for a predetermined monthly premium.

일반적으로 두당 월별로 미리 정해진 액수를 지급(capitation payment)하는 선불제라는 특징을 가지고 있으나, 실제 제공된 서비스의 양과 제공자들에 대한 지불액과는 무관하다. 보험자가 의료제공자 네트워크와 계약을 하거나 직접 의료제공 사업을 한다. 관리의료체계에서는 의료제공자가 진료비 지출에 대한 위험을 보험자와 분담하게 되므로 의료비 지출이 억제되며, 피보험자의 확보를 위해 의료의 질도 어느 수준 이상 유지할 수 있게 된다.

가톨릭병원협회 병원들이 의료보험사업을 할 경우 현실적으로 가장 타당한 형태로 보인다. 단, 앞에서 전술한 바와 같이 피보험자의 의료제공자 선택의 자유를 보장하기 위해 회원 병원들이 아닌 의료기관을 이용한 경우 정액지급형의 형태를 갖는 이원화된 체계를 유지하여야 할 것으로 보인다.

회원 병원들의 진료비 지불은 진료량에 따라 결정하기 보다는 보험료 수익을 적당한 기준에 따라 나눔으로 해서 회원 병원들이 의료이용에 대한 위험을 분담하도록 함이 사업의 재정 건실성 측면에서 유리할 듯 하다. 회원 병원들 간의 수직적 및 지역적 진료전달체계와 진료비 배분 방법은 여러 가지 대안이 있을 수 있는 매우 복잡한 문제이지만 가톨릭교회 의료보험 사업의 성패를 결정하는 중요한 사안이므로 이의 세부안에 대한 심층적 연구와 회원 병원들의 의견 수렴이 필요하다. 미국의 관리의료 운영을 간단히 소개하면 아래와 같다.

(I) 의료비 통제의 방법

다음과 같은 세가지 방법에 의하여 공급자들의 진료 행위를 조절하여 의료비 상승을 통제할 수 있다.

첫째, 전통적인 보험에 비해 더 많은 수의 일반의를 고용하여 모든 환자들에게 주치의를 지정하고 질환발생시에는 우선 주치의에게 상담하는 것을 원칙으로 하며, 주치의는 필요한 경우에만 전문의에게 환자를 의뢰하기 때문에 수가가 상대적으로 높은 전문의의 이용을 억제하게 된다. 둘째, 의사의 진료행태 조정은 의료의 질관리를 위한 임상지침 및 의료이용을 감독하는 임상원칙에 의거하는 방식과, 주치의로 지정된 의사들에게 연단위 또는 분기별로 할당된 환자들이 의료이용을 얼마나 했는가 실적을 평가하여 의료이용량이 적을수록 많은 보너스를 제공하는 금전적인 인센티브에 의한 방식으로 조정한다. 셋째, 통상적으로 가입자들이 회

사가 선정한 의사군 이외에 의사에게 진료받는 것을 금한다. 한편 의료제공자들은 피보험자들의 건강행태를 관리함으로써 이들의 질환 이환을 예방하여 의료비를 절감하고 의료의 질도 보장한다.

(2) 관리의료의 종류

① HMO (Health Maintenance Organization)

HMO는 가장 체계적인 조직으로, 응급사태를 제외하고 모든 의료서비스를 선정된 의료기관에서 이용하도록 한다. 의사가 고용된 경우, 의사가 계약직 성격인 경우로 나누어 볼 수 있으며, 최근에는 고용의사를 둔 영리기관으로서 증권시장에 상장되는 형태가 증가하고 있다.

② PPO (Preferred Provider Organization)

PPO는 개인 의사, 의사그룹, 병원의 네트워크로서 보험회사로부터 다수의 환자군을 보장받는 대신 수가할인의 혜택을 주는 제도이다. 즉, 환자들은 보험사로부터 preferred provider list를 받으며 이들 의료제공자를 이용하는 경우에 의료비 할인을 해주는 것이다. 만약에 그 외 의사 (nonparticipating physicians)를 이용하는 경우에는 반대급부로 높은 본인부담금 지불하게 하는 것이다.

③ POS (Point of Service)

Physician gate keeper를 선정하여 이들로 하여금 가입자의 모든 의료서비스를 조정해주며 보험에 가입하는 시점이 아닌 의료서비스를 이용하는 시점에 의료제공자를 PPO나 일반 제공자 중 선택할 수 있도록 함으로써 제공자 선택의 제한으로 인한 피보험자의 불편을 해소할 수 있도록 한다.

4. 추후과제

1) 신자 및 회원 병원들을 대상으로 한 타당성조사

우선 주요 대상인 신자들의 가입 의지가 얼마나 높을 것인가, 본당에서 흔쾌히 가입을 독려할 것인가에 대한 가능성을 타진해야 할 것이다. 어느 정도 가능성이 있다고 판단될 경우 신자들이 공통적으로 원하는 보장범위와 대상 서비스가 무엇이고 이들이 현재 판매되고 있는 보험상품과 무엇이 다른가를 조사해야 할 것이다.

그리고 가톨릭병원협회 회원 병원들을 대상으로 가톨릭교회 보험환자들에 대한 진료 및 양질의 서비스를 제공하기 위해 필요한 인센티브가 무엇인가를 조사해야 할 것이다. 병원들에게 가톨릭교회 보험사에 지분참여를 하는 것을 권장하는 것도 고려해 볼 가치가 있다. 또한 HMO형태로 보험과 진료를 통합하는 모형이 가톨릭교회를 중심으로 실현가능성이 있는가에 관한 병원들의 의견을 조사할 필요가 있다. 단순히 신앙과 공통적인 이념에 호소하는 것은 단

기적으로는 효과가 있을지 모르지만 장기적으로는 합리적인 인센티브를 같이 제공하는 것이 가톨릭교회 의료보험사가 발전하기 위해 중요한 것임을 인식할 필요가 있다.

2) 보험형태의 선정과 그에 따른 운영조직 설계

상술한 네가지 보험형태 중에 무엇이 가장 적합할 것인가는 타당성 조사결과와 가톨릭교회의 전략적 판단에 의해 결정되어야 할 것이다. 보험형태에 따라서 필요한 운영조직의 규모와 범주가 크게 달라질 것이기 때문에 사업 초기단계에 보험형태를 확정하는 것이 매우 중요한 것으로 판단된다.

예컨대 정액지급형으로 결정하는 경우 특별한 운영조직은 별도로 필요하지 않을 것이다. 보험상품개발팀과 지급보상팀만으로 충분할 것이다. 외부의 자문을 통해서 현재 시판되고 있는 상품과 차별화될 수 있는 상품을 개발하는 것이 핵심적인 과제가 될 것이다. 그리고 지급된 보험금을 질병치료에 사용할 수 있도록 독려하고 신자가 보험을 소지하고 있음을 병원이 알 수 있도록 카드를 발급하거나 환자의무기록에 표시하도록 하는 작업 등이 병원과 협조할 사안으로 생각된다.

실손보상형인 경우 운영 및 준비조직은 상당히 확대되어야 할 것이다. 특히 상품개발을 위해 필요한 통계자료 및 의료비 청구자료를 확보해야 할 것이고 이를 분석하여 적절한 요율을 개발할 수 있는 보험수리인도 채용해야 할 것이다. 그리고 포괄적인 보험을 개발하는 경우 정부의 건강보험과 중복되는 경우 다양한 문제발생의 가능성이 있기 때문에 가톨릭보험에 대한 홍보와 더불어 정부의 정책변화를 기민하게 파악하고 대응할 수 있는 인력의 보충도 필수적 일 것이라고 판단된다. 청구된 의료비의 경우 도덕적 해이의 가능성이 있기 때문에 이에 대한 심사 및 평가를 담당할 수 있는 조직설계가 필요하다. 정부의 심사평가원과 어떻게 연계할 것인가도 중요한 전략적 판단이 필요한 사안이다.

Managed Care나 MSA가 선정된 경우에는 국내에 아직까지 운영사례가 없기 때문에 출판된 2차 자료를 통해서 우리에게 적합한 보험형태를 충분히 검토한 뒤에 미국의 Kaiser Permanente나 싱가포르 정부의 MSA를 심층적으로 벤치마킹할 필요가 있다고 생각된다. 또한, 제휴파트너의 모색 및 보험전문가 영입에 심혈을 기울여야 하며, 가톨릭의료보험의 경영원칙 및 발전전략 수립시 요율계산 및 법률적 검토를 철저히 하는 동시에 기존 보험사와도 긴밀한 협조체제를 유지시켜 나가야 할 것이다.

3) 제휴파트너의 모색

가톨릭교회 및 의료기관의 인력구조상 포괄적인 보험을 개발하는 경우 외부인력의 총원 및 제휴파트너의 모색은 상품개발만큼이나 중요한 사안으로 판단된다. 기업의 인수합병 사례에

서도 볼 수 있듯이 두기업 각각은 우수하지만 둘이 모인 경우 문화의 차이나 책임소재 및 리더십 부족으로 인해 조직의 운영이 원활하지 못할 가능성이 높은 점을 인식할 필요가 있다. 이같은 조직 및 계획 실행의 문제점을 극복하기 위해서 한 보험회사와 제휴하여 보험경영과 관련된 모든 사항에 대해서 외주를 주는 것도 고려할 필요가 있다.

그러나 외주와 직접운영 모두 장단점이 있기 때문에 어느 것을 선택할 것인가에 관한 결정은 집중적으로 개발할 보험상품의 형태와 연관해서 내릴 필요가 있다.

4) 가톨릭의료보험의 경영원칙 및 발전전략 수립

가톨릭교회 의료보험사업은 봉사 및 헌신의 이념과 수익이라는 공존하기 어려운 두가지 목표를 동시에 추구해야 하는 어려움을 내포하고 있다. 민간보험회사들로 의료보장을 제공하고 있는 미국의 사례에서 보면 많은 의료보험 회사들이 적자를 경험하기도 한다. 따라서 중점 보험상품의 형태를 선정한 후에 즉시 일관적인 경영원칙 및 비전을 수립하고 이를 신자들과 회원 병원들에게 꾸준히 홍보할 체계적인 계획을 수립하는 것이 중요할 것이다.