

「민영의료보험법」 제정(안)에 대한 검토

2006. 9

보 험 개 발 원

CEO
Report

「민영의료보험법」 제정(안)에 대한
검토

2006. 9

보 험 개 발 원

CEO Report는 보험산업과 관련된 현안과제를 집
중분석하여, 보험회사 최고경영자의 의사결정에 도
움을 드리고자 작성되었습니다.

< 목 차 >

I . 검토배경	1
II . 「민영의료보험법」 제정(안)의 내용과 문제점	2
III . 「민영의료보험법」 제정(안)의 대안	7
IV . 맺음말	13
[부록] 민영의료보험의 정의와 상품개발 경과	14

I. 검토배경

- 최근 「의료산업선진화위원회」에서 민영의료보험의 역할과 활성화 방안을 논의하고 있고, 보건복지부에서는 「민영의료보험법」 제정을 추진 중
 - 이러한 논의는 의료서비스 시장개방에 따른 의료산업의 경쟁력 강화, 보험산업과 의료산업에서의 고용 창출, 공보험 중심의 보장성 강화의 한계 극복 등의 필요성 때문
- 민영의료보험이 그러한 사회경제적 역할을 수행하게 하기 위해서는 소비자 편익의 관점에서 각 정책 대안의 영향에 대한 다각적인 검토가 필요하나
 - 민영의료보험에 대한 이해가 부족한 상태에서 정책이 추진되고 있어 소비자 편익의 훼손은 물론 민영의료보험산업의 위축을 가져올 것이 우려되어 검토 필요
- 의료서비스 소비자와 공급자의 도덕적 해이 억제, 운영의 효율성 제고 등을 통한 국민건강보험 재정 절감 방안이 논의 되어야 하나 정책적 대책은 논의되고 있지 않아서 검토 필요
- 본 보고서에서는 「의료산업선진화위원회」의 보고서와 「민영의료보험법」 제정안의 내용과 문제점을 살펴보고 이의 적정한 대안을 제시

II. 「민영의료보험법」 제정(안)의 내용과 문제점

1. 제정안의 내용

- 민영의료보험 취급회사의 관리·감독권을 보건복지부로 이양
 - 「민영의료보험법」 제정안은 민영의료보험이 보건의료적인 성격이 강하기 때문에 관리·감독권이 보건복지부로 이양되어야 한다고 주장
- 「민영의료보험법」은 민영의료보험의 보장성 한계 등의 이유로 민영의료보험을 정액형 보험상품으로 제한
- 민영의료보험의 법정본인부담금 보장은 국민건강보험 재정에 영향을 준다는 이유로 법정본인부담금 보장 제한
 - 법정본인부담금은 의료서비스에 대한 과잉이용을 억제하기 위함인데, 민영의료보험이 보장하게 되면 과잉이용을 유발하여 국민건강보험의 재정을 악화시킬 것이라고 「의료산업선진화위원회」와 「민영의료보험법」은 주장
 - OECD('04년)의 법정본인부담금 전체보장 또는 일부 보장 금지 권고를 그 근거로 제시
 - 미국, 스위스, 독일 등 민간보험 역할이 큰 국가일수록 의료비 지출이 크다는 자료를 근거로 제시

2. 문제점

- 민영의료보험은 의료적 관리뿐만 아니라, 보험계리적 관리, 금융 자산관리, 판매조직관리, 지급준비금관리, 가입자관리, 보험전문인 관리 등 공보험과는 많은 다른 양상을 보유하나 이를 간과
 - 전문적 관리가 이루어지지 않아 보험회사 실적악화 및 파산 시 국민 부담으로 전가
- 정액형과 실손형 중 실손형이 보장범위가 넓고 도덕적 해이를 막기에 용이하므로 공보험의 보장성 강화의 한계 극복 수단으로서 적합한 데 이에 대한 이해 부족
 - 정액형 보험은 실손형보다 역선택이나 도덕적 해이 가능성이 크고 보장 질병도 제한적이어서 보장성 강화에 한계
- 법정본인부담금 보장을 제한해야 한다는 주장의 근거는 설득력 부족
 - OECD 권고는 의료비의 80%이상을 국가가 보장하고 있어서 법정본인부담금이 작은 경우에 해당되어 63% 정도를 국가가 보장하고 있는 우리나라에 대한 근거로 제시하는 것은 부적합
 - 프랑스와 미국은 법정본인부담금이 매우 커서 법정본인부담금 보장 민영의료보험시장이 상당히 발전
 - GDP 대비 의료비 지출이 큰 국가(미국, 스위스, 독일)는 민영의료보험 때문이라기보다는 의료서비스의 상대적 가격이 높고, 고령화율이 높아(독일 16%, 미국 14%) 의료비의 비중이 큰 것임

- 민영의료보험은 저소득층에게 매우 중요하고 유일한 의료비 재원이어서 법정본인부담금 제한은 저소득 가계에게 부담을 크게 하고, 의료접근성을 악화시킬 것임
- 2001년도 한국보건사회연구원에 따르면 월소득 100만원 미만 소득자의 일인당법정본인부담금은 13만3천원, 200만에서 250만원 소득자는 10만2천원으로 저소득층일수록 큼
- 생명보험에서 일반적으로 중산층이 가입자의 주류를 이루나 전 가입가계 중 월 소득 150만원 미만 저소득가계도 31.9%(장기손해보험의 경우 20.7%)에 이름
 - 이것은 조사대상자 중 월평균 150만원 미만의 소득자가 차지하는 비중(13.9%)의 두 배가 넘는 수치 (보험개발원, 「2005년도 금융/보험 수요에 대한 소비자 설문 조사」)
- 미국의 경우도 메디케어 대상자들의 76.2%가 보충형 민영보험을 가입하고 대표적 보충보험인 M+C에 가입한 사람의 55%, 메디캡에 가입한 사람의 52%가 연간 \$20,000미만의 저소득층 (Kenneth Thorpe 외 2인, 2002, "Medicare+Choice: Who Enrolls?" Emory University)
- 이것은 저소득 가계는 높은 본인부담금에 대한 재원을 민영의료보험을 통해서 마련하고 있음을 시사
- 따라서 법정본인부담금 보장 제한은 저소득 가계에게 부담을 크게 하고 의료접근성을 악화시킬 것이 우려됨
 - 미국 「메디케어지급심사위원회」에 따르면, 보충형 보험

을 가지고 있지 않은 가입자들은 진료를 위한 다른 재원을 가지고 있지 않을 확률이 세 배에 이르고, 진료를 늦출 확률은 다섯 배에 이름 (Medicare Payment Advisory Commission, 2000, "Medicare Payment Policy," Report to the Congress)

□ 법정본인부담금 보장에 대한 획일적 제한은 해외사례에서도 찾기 힘들며, 민영의료보험을 통해 부담을 경감하고자 하는 소비자들의 선택권을 제한

○ 법정본인부담금이 매우 큰 프랑스와 미국은 순수 법정본인부담금 보장 민영의료보험 상품 판매

○ 아일랜드, 덴마크, 독일, 스웨덴, 아탈리아, 룩셈부르크 등에서는 민영의료보험이 보완형 상품만을 따로 판매하지 않고 다른 역할의 민영의료보험상품과 패키지를 구성하여 판매

○ 대부분의 OECD 국가에서는 민영의료보험이 법정본인부담금을 보장(complementary private health insurance: 보완형 민영의료보험)하고 스위스만이 보장을 불허

- 스위스의 경우도 1996년의 이후 전 국민이 공제회 등을 주축으로 한 기초형 민영의료보험을 통해 의무적으로 보장을 받아야 하는 상황이어서 독특한 체계 하에 있기 때문

<표 1> OECD 국가의 민영의료보험 보장내용

국가	법정본인부담금 보완형	비급여본인부담금 보충형
호주	금 지 : 일 반 의 / 기 초 의 료 와 장기간병 허용: 기타 모든 서비스	금지: 메디케어 급여가 지급되 는 서비스는 보충형보험 (ancillary P HI)에서 보 장할 수 없음
캐나다	금지: 일반/기초의료, 특진 허용: 모든 비공적 보건의서비스	허용: 모든 비공적 보건의서비스
독일	허용: 입통원치료, 치과치료, 조제비, 재활치료, 재 택간병	허용: 질병금고에서 보장하지 아니하는 모든 서비스
아일랜드	필수: 의료보험증이 없는 자 의 입원비용과 입원시 의 특진료에 대한 법 정본인부담금 보장	허용: 치과치료, 대체약물, 재택 간병, 고급서비스
네덜란 드	금지: 장기간병, 재택간병 허용: 모든 기타 서비스	허용: 치과치료, 대체약물
폴란드	허용: 조제비, 장기간병, 재활 치료	허용: 공적으로 보장되지 않는 모든 서비스
포르투 갈	-	허용: 공적으로 보장되지 않는 모든 서비스
스페인	허용: 조제비 금지: 모든 기타 서비스	허용: 공적으로 보장되지 않는 모든 서비스
스위스	금 지 : 기 본 강 제 보 험 에 서 제공되는 모든 서비스	허용: 기본보장에서 제외되는 모든 서비스
미국	허용: 메디케어 보완상품시장	허용: 모든 서비스

III. 「민영의료보험법」 제정(안)의 대안

1. 민영의료보험의 관리·감독은 금융감독당국이 해야 한다

- 민영의료보험의 감독은 보험계리적인 관리의 전문성이 요구되며 그러한 전문성을 가진 보험·금융감독 당국이 관리하여 부실회사 미연 방지 및 소비자 보호가 필수적
 - RBC(Risk-Based Capital) 기준에 따른 지급준비금관리 부실로 규제조치를 받은 미국의료보험회사 수는 16.1%로 생명보험(2%), 손해보험(3.8%)에 비해 높은 상황 (NAIC, *Research Quarterly*, Winter 2002)
- 공보험은 단일보험료율을 사용하지만 민영의료보험은 위험률과 사업비가 2000년 4월에 완전 자유화되어 자율화된 보험료의 확인과 인가에 전문성이 필요
- 미국, 독일, 프랑스는 우리나라의 의료관리·감독체계와 유사하게 공적 건강보험은 복지관련 정부기관이 관리·감독하고, 민영건강보험은 금융감독전문기관이 관리·감독
 - 미국은 연방정부기관인 CMS가 공보험인 Medicare, Medicaid를 관리·감독하며, Medicare 보충형인 Medigap에 대해선 보험금 지급준수여부 점검 등의 단편적 역할만 수행
 - 반면, Medigap을 포함한 민영의료보험의 관리감독은 주보험 감독청에서 관리·감독하며 규제·제도 제정, 위험률인·허가 등 전체 감독업무 총괄

<표 2> 주요국의 의료보험 관리·감독기관

	<u>공보험</u>	<u>민영보험</u>
미 국	CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)	주보험 감독청 (Department of Insurance)
독 일	Federal Office of Insurance	Government Agency for Financial Supervisory
프랑스	Health Ministry Office	Commission Control of Insurance

- 독일 및 프랑스는 공보험은 국내 보건복지부와 동일한 역할을 수행하는 Federal Office of Insurance(독일), Health Ministry Office(프랑스)가 관리·감독
- 민영의료보험은 국내 금융감독위원회와 금융감독원과 같은 역할을 하는 수행하는
Government Agency for Financial Supervisory(독일),
Commission Control of Insurance(프랑스) 에서 관리·감독

2. 보충형 민영의료보험은 실손형 보험이 중심이어야 한다

- 정액형 보험은 약관에 명기된 특정 질병을 보장하는 열거주의(positive) 방식으로 상품을 설계
 - 상품설계에 따라 보장질병이 다양하게 나타날 수 있으며 보장수준은 보험료에 반영
 - 뇌졸중 중에서 뇌출혈만 보장하고 뇌경색과 기타 뇌혈관질환을 보장하지 않는 것은 자주 발생하는 경증 뇌질환 관련 질병을 제외하기 위함임
- 실손형 의료보험의 경우는 몇몇 질병을 제외한 모든 질병을 보장하는 포괄주의(negative) 방식으로 상품을 설계
 - 실손형은 뇌경색과 기타 뇌혈관질환 등도 모두 보장
- 그리고 실손형 민영의료보험은 피보험자의 경제력을 유지시키면서 정액형 보험에서 나타날 수 있는 것처럼 피보험이익을 초과하는 이득이 발생하지 않아 고의사고의 유발가능성이 적음
- 따라서 보충형 민영의료보험은 실손형 보험이 중심적 역할을 하고 정액형 보험은 소득보상적 보험 등 보완적 역할을 하게 하는 것이 바람직

3. 민영의료보험은 법정본인부담금을 보장할 수 있어야 한다

- 민영의료보험이 의료산업 발전에 기여하고 의료접근성을 향상시킴으로 법정본인부담금을 보장할 수 있도록 해야 함 (OECD, 2004)
 - 특히 저소득층에게 매우 중요하고 유일한 의료비 재원이어서 법정본인부담금이 보장되어야 함
- 민영의료보험의 법정본인부담금 보장이 국민건강보험 재정에 부정적 영향을 미친다고 보기 어려움
 - 민영의료보험이 의료접근성을 강화시켜(OECD, 2004) 질병에 대한 조기발견 및 치료로 의료비를 절감할 수 있게 하여 국민건강보험 재정악화 방지에 기여 가능
 - 민영의료보험도 본인부담금을 책정하고 있어 도덕적 해이에 의한 의료비 과다 지출을 억제
- 의료공급자가 민영보험 가입자에게는 부담없이 급여부분을 상대적으로 의료수가가 높은 비급여로 전환하여 국민건강보험 재정에 도움이 되는 부분도 있음 (강길원, "진료비지불보상제도 개편에 관한 토론편," 국민건강보험공단 창립 제5주년 기념 학술세미나, 2005)
- 민영의료보험의 법정본인부담금 제한은 보험산업의 위축을 초래하고 결국 국민후생 수준을 저하시키며, 1994년 이후 추진해 온 정부의 보험산업 규제완화 정책과 배치

4. 공·사건강보험자와 의료공급자 간의 상호 협력으로 소비자 편익 증대와 효율적 의료비 지출 노력 필요하다

□ 보험회사와 의료기관간 의료네트워크(계약형 보험제도) 구축으로 공·사건강보험 급여비 절감

- 우리나라 민영의료보험은 개방형보험-행위당수가제로 운영되고 있어서 과잉공급 및 유인수요(physician induced demand)의 소지가 많으나 이를 억제할 수 있는 제도적 장치가 부재
- 계약형 보험제도는 의료공급자의 과잉공급 및 유인수요를 억제하여 공·사건강보험 급여비 절감 효과

〈표 3〉 의료공급자가 본인부담금에 미치는 영향 심각

	급여비 +법정본인부담금	법정 +비급여본인부담금	비급여본인 부담금
1만명당 의료공급자	0.892*	1.007*	1.037*

주: 수치는 탄력성을 나타내고, ‘*’는 통계적으로 유의함을 나타냄
 자료: 조용운·김세환, 2005, 한국보건경제·정책연구.

- 위 표는 의료공급자가 비급여부분에 더 민감하게 반응함을 의미
 - 이유로는 비급여부분에서 유인수요 과잉, 높은 의료수가가 동인이 되어 비급여부분으로의 서비스전환, 신기술의 적용 등에 기인하는 것으로 판단
 - 향후 민영의료비실손보장보험 피보험자에게는 과도한 보험금이 지급되게 되고, 이는 결국 민영의료보험료의 상승으로 이어질 것임을 시사

- 환자가 의료기관에서 치료 후 보험카드만 제시하면 보험가입 조건에 따라 본인부담 의료비를 의료기관과 보험자간에 직접 정산하는 직불급여제도 도입(지급네트워크 구축) 절실
(「자동차손해배상보장법 제11조 ⑤항」과 유사)
 - 현재 소비자들은 보험금 청구를 위하여 구비서류를 준비하고 보험회사에 직접방문 또는 우편으로 청구해야 하기 때문에 불편을 겪어야 하며 소액보험금은 포기하는 문제 해소
 - 의료비실손보장보험의 지급보험금은 소액다건이어서 급여비용의 심사와 급여의 적정성에 대한 평가비용 과다 문제 해소
 - 소비자 시간과 비용 절감되고, 심사비용 최소화로 보험료 인하를 통한 가계의료비 절감
- 의료 과잉이용자에게는 의료보험료를 인상시키는 제도인 할인할증제도의 도입으로 의료서비스 과잉이용 문제 해소
 - 의료이용을 자제시켜 민영의료보험이 국민건강보험 재정 절감에 기여
 - 피보험자가 의료공급자의 과잉공급을 통제하여 과잉공급을 억제
 - 저렴한 보험료를 적용 받기 위해 건강생활 추구 유인
 - 할인할증 폭을 작게 하여 공공성 부여 필요

IV. 맺음말

- 국민생활과 밀접한 민영의료보험 정책은 과급 효과를 다각적으로 고려하여 결정되어야 함
- 민영의료보험이 보험리스크가 매우 크고 공보험과는 달리 고려해야 할 여러 측면이 있어서 보험·금융 전문성을 가지고 관리·감독해야 소비자와 보험회사를 위해 바람직
- 민영의료보험이 의료 과잉이용을 최소화 시키는 장치를 갖추고 있으므로, 법정본인부담금을 보장하여 국민의 의료보장성을 높일 수 있도록 해야 함
 - 민영의료보험이 법정본인부담금을 보장하여 저소득 가계의 의료비 재원 마련에 기여할 수 있게 해야 할 뿐만 아니라, 의료접근성을 높일 수 있도록 해야 할 것임
- 보충형 의료보험은 포괄적으로 질병을 보장할 수 있을 뿐만 아니라 도덕적 해이의 가능성을 낮출 수 있는 실손형을 중심으로 제도를 정비하는 것이 바람직
- 소비자 편익 증대와 공·사 건강보험 재정 절감을 위해 할인할 증제도의 도입, 소액다건 지급보험금의 효율적 심사, 지급네트워크를 통한 의료기관-보험자간 의료비직불급여체제 구축, 의료네트워크 구축이 필요 ■

[부록] 민영의료보험의 정의와 상품개발 경과

1. 민영의료보험의 정의

□ “사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정한 급여를 제공하거나 손해를 보상하는 보험”을 제3보험이라 하며 질병보험, 장기간병보험, 상해보험으로 분류되고, 질병보험은 다시 의료비보장보험, CI보험, 소득보상보험으로 분류되는 데

○ 의료비보장보험은 협의의 건강보험(Health Insurance)으로서 실손보장이 중심이고, 공보험의 유무, 의약분업, 의료기관과의 계약 유무 등에 따라서 그 운용 형태는 국가별로 상이

〈부표 1〉 제3보험의 세분류

구분	보험업법상 분류	보험종목	특징	실무상 분류
제3보험	질병보험	의료비보장보험	실손 중심, 협의의 건강보험	생활보험 (건강보험)
		치명적질병보험	정액 중심, 종신보험	
		소득보상보험	단체보험 중심	
	장기간병보험	장기간병 보험	정액 중심	상해보험
	상해보험	상해보험	실손 중심	

2. 민영의료보험의 상품개발 경과

□ 우리나라 민영의료보험은 70년대에 특정 질병을 중심으로 보장하다가 97년에 제3보험의 생·손보간 겸영이 허용된 이후 모든 상해 및 질병을 보장하는 실손형 상품을 활발하게 개발 중

〈부표 2〉 보험상품 개발 경과

연대	생명보험	손해보험
1970	-	- 암, 성인병 등 특정질병 보장상품
1980	- 암보험	- 특정질병 보장보험 - 단체건강보험 - 국민건강보험의 본인부담 입원비를 보장하는 보충보험
1990	- 주요 질병을 보장하는 보험	- 입원보장 중심의 건강생활보험 - 다양한 암보험을 개발 - 97년에 제3보험의 생·손보간 겸영이 허용된 이후 모든 상해 및 질병을 보장하는 실손형 의료보험
2000	- CI보험 - 2003.9부터 실손형 의료보험이 단체보험에 허용 - 2005.9부터는 실손형 의료보험이 개인보험에도 허용	- 모든 질병과 상해를 보장하는 실손형 의료보험

CEO Report 2006 - 15

「민영의료보험법」 제정(안)에 대한 검토

발 행 일	2006년 9월 일
발 행 인	김 창 수
편 집 인	오 영 수
발 행 처	보 험 개 발 원
	서울특별시 영등포구 여의도동 35-4
인 쇄 소	(주)유성사
	대표전화 2268 - 0676

본 자료에 실린 내용에 대한 문의는 보험개발원 보험연구소
(☎368-4273)으로 하여 주십시오.