

CR 2005 - 02

민영건강보험의 리스크관리 방안

2005. 4

보 험 개 발 원

CR 2005 - 02

CEO
Report

민영건강보험의 리스크관리 방안

2005. 4

보 험 개 발 원

CEO Report는 보험산업과 관련된 현안과제를 집중분석하여, 보험회사 최고경영자의 의사결정에 도움을 드리고자 작성되었습니다.

< 목 차 >

I. 검토배경	1
II. 민영건강보험시장의 현황	2
III. 민영건강보험사업의 보험리스크 요인	7
IV. 민영건강보험사업의 리스크관리 방안	12
[부록] 미국 보험산업별 보험리스크	18

I. 검토 배경

- 소비자들의 건강에 대한 관심의 증대, 고령인구의 증가 등으로 민영건강보험시장의 규모는 증대될 것으로 전망됨.
 - 국민건강보험의 급여율 확대(의료기관과 약국을 합한 경우 2004년 63.1%)에도 불구하고 민영건강보험시장의 규모는 확대되어 왔음.
 - 민영건강보험 가입율은 연금보험, 상해보험, 종신보험 등에 비해 매우 높은 수준이며, 민영건강보험 가입금액이 부족하다고 생각하는 가입자들은 60%를 상회함.
- 보험회사들은 민영건강보험 공급의 양적 확대에 치중된 마케팅전략을 경주하여 높은 성장을 이루어 왔지만, 지급률(손해율)이 상승하고 있어서 이에 대응한 리스크 관리방안이 요구되고 있음.
 - 민영건강보험은 사망보험보다 정보비대칭성으로 인한 언더라이팅 리스크가 매우 크고, 도덕적 해이의 가능성이 높으며, 반복급부가 가능하다는 등의 특징이 있음.
 - 생보사에 대한 실손보험의 도입 및 확대는 운용의 불확실성을 더욱 증대시키기 때문에 적극적인 리스크 관리의 필요성이 대두되고 있음.
 - 미국의 건강보험사업은 생명보험사업과 손해보험사업에 비해 보험리스크가 월등히 높아 감독당국의 제재를 받는 비율이 높음.
- 민영건강보험의 규모는 증대되고 있지만 이와 함께 보험회사의 리스크도 커짐에 따라 민영건강보험상품의 안정적 운용을 위해서는 효율적인 리스크 관리방안이 모색될 필요가 있음.

II. 민영건강보험시장의 현황

1. 민영건강보험상품 변천

- 민영건강보험¹⁾은 상해 및 질병으로부터 발생한 의료비를 지불하는 의료비보험과 장기간병보험, 소득보상보험을 총칭함.
- 생명보험산업에서 1980년 암보험의 등장 이후 소비자들의 관심 고조에 부응하여 다양한 상품이 출시되고 있음.
 - 1990년대에 들어서는 암 등 주요 질병을 보장하는 상품이 개발되어 왔으며, 2002년도 이후에는 중대 질병을 보장하는 CI(Critical Illness)보험 형태로 발전하고 있음.
 - 2003년도에는 고령화의 진전에 대응하여 장기간병보험(Long-term Care: LTC)이 본격적으로 도입되었음.
 - 생명보험산업에도 2003년 9월에는 의료비실손보험이 단체상품에 도입되었고, 2005년 9월부터 개인상품에도 적용될 예정임.
- 손해보험산업에서는 다양한 형태의 상해보험들이 1984년 실손보상체계하의 보통상해보험으로 통합되었고, 1997년 제3보험의 겸영이 허용된 이후 장기손해보험에서 보충형건강보험 상품개발이 활발하게 진행되었음.
- 2003년 10월 이후 신계약부터 비례보상제도가 도입되어 생명보험과 손해보험에 중복가입했더라도 국민건강보험의 급여비를 제외한 실손만큼만 보상하고 있음.

1) 본 보고서에서 민영건강보험은 생명보험의 경우 사망 및 저축 부분이 차감된 암보험, 어린이보험, 장기간병보험(LTC), 질병보험과 CI보험을 포함하며, 손해보험에서는 상해보험(일반)의 의료비와 장기손해보험의 상해손해의 의료비 및 일당, 질병손해의 사망 부분이 차감된 전체질병, 암 관련 질병, 여성 관련 질병, 기타 특정 질병을 포함함.

2. 민영건강보험시장 규모

□ 민영건강보험료 규모는 지속적으로 높은 증가율을 기록해 왔지만 FY'03에 증가율이 급격히 감소함(<표 1> 참조).

- 생명보험의 민영건강보험 수입보험료는 FY'02에 4조 4,867 억원을 달성하여 전년 대비 20.0%의 증가율을 기록했고, FY'03에는 4조 8,402 억원을 기록하여 7.9% 증가에 그침.
- 손해보험의 경우, FY'02에 6,761 억원을 달성하여 26.3%의 증가율을 기록했고 FY'03에는 전년대비 24.1% 증가한 8,387 억원을 보이고 있음.

<표 1> 민영건강보험료 규모 추이와 비중

(단위: 억원, %)

년도	생명보험			손해보험				
	보험료	증가율	비중	보험료			증가율	비중
				장기	상해 (일반)	계		
FY'01	37,394	-	9.0	5,059	292	5,352	-	2.9
FY'02	44,867	20.0	10.2	6,397	364	6,761	26.3	3.4
FY'03	48,402	7.9	10.6	7,876	511	8,387	24.1	4.0

주: 1) 증가율은 전년대비 증가율임.

2) 비중은 총 보험료 중 건강보험 보험료가 차지하는 점유비임.

3) 건강보험료는 사망과 저축 부분을 제외한 추계치임. 장기손해보험은 「손해보험 요율검증 보고서」로부터 상해손해, 질병손해, 상해 및 질병손해의 건강보험 관련 경과보험료를 합산했고 사업비를 추가 합산했음. 상해보험은 「손해보험통계연보」로부터 보통상해, 해외여행, 학생안전, 건강생활, 국내여행, 기타보험의 의료비부분 경과보험료를 추출하여 합산함.

자료: 1) 보험개발원, 「보험통계연감」, 「손해보험 요율검증 보고서」, 「손해보험통계연보」, 각 연호 .

2) 보험개발원, 「보험통계월보」, 각 월호 .

□ 보험산업내에서 민영건강보험료가 차지하는 비중이 지속적으로 커지고 있음.

- FY'01 생명보험 수입보험료 중 민영건강보험료 수입 부분의 비중이 9.0%였던 것이 FY'03에는 10.6%를 차지함.
- FY'01 손해보험시장에서 민영건강보험이 차지하는 비중은 2.9%였던 것이 계속 증가하여 FY'03에는 4.0%로 증가하였음.

3. 민영건강보험의 지급률 추이

□ 최근 보험회사들의 건강보험 지급률(손해율) 상승은 위험의 발생빈도와 심도의 추이 분석과 평가에 대한 필요성을 증대시키고 있음.

□ 보험금 지급율은 FY'03에 생명보험과 손해보험 모두에서 증가했음.

- 생명보험회사 지급률은 FY'03에는 62.1%를 기록, 전년(54.3%)에 비해 급격히 증가했음.
- 손해보험²⁾의 상해보험(일반) 의료비담보 손해율은 FY'01 이후 감소하고 있으며, 장기손해보험의 손해율은 지속적으로 증가하여 FY'03에 98.5%를 기록하고 있음.
- 장기손해보험손해율을 담보유형별로 세분화하여 보면 상해 및 질병담보 손해율은 상대적으로 안정을 찾아가고 있는 것으로 보이는 반면, 상해담보와 질병담보의 손해율은 지속적으로 상승하고 있음(<표 3> 참조).

2) 손해보험은 의료비 부분이 큰 비중을 차지하는 상해보험(일반)과 장기손해보험을 분석대상으로 했음.

〈표 2〉 민영건강보험 지급보험금 규모와 지급률

(단위: 억원, %)

년도	생명보험		장기손해보험		상해보험(일반)	
	보험금	지급률	보험금	손해율	보험금	손해율
FY'01	20,200	54.0	4,620	91.3	245	83.7
FY'02	24,373	54.3	5,975	93.4	294	80.7
FY'03	30,064	62.1	7,755	98.5	322	63.0

주: 지급률은 지급보험금을 수입보험료로 나눈 비율이며, 장기 및 상해의 손해율은 경과기준임.

자료: 1) 보험개발원, 「보험통계연감」, 「손해보험 요율검증 보고서」, 「손해보험 통계연보」, 각 연호.

2) 보험개발원, 「보험통계월보」, 각 월호.

〈표 3〉 장기손해보험의 담보위험별 손해율 추이

(단위: 억원, %)

년도	상해손해		질병손해		상해 및 질병	
	보험금	손해율	보험금	손해율	보험금	손해율
FY'01	3,232	122.1	695	57.9	694	57.2
FY'02	3,803	121.2	1,052	60.5	1,120	73.7
FY'03	4,678	131.7	1,531	71.9	1,545	70.5

주: 손해율은 경과기준임.

자료: 보험개발원, 「손해보험 요율검증 보고서」, 각 연호.

□ 사고심도인 사고건당 평균지급보험금은 생명보험과 장기손해보험에서 변화가 없으며, 상해보험(일반)에서는 증가했음.

○ 생명보험의 지급건당 평균보험금은 최근 3년간 70만 원 정도로 변동을 보이지 않는 반면, 지급건수는 급격히 증가하여 FY'03에 431만 건에 이름(<표 4> 참조).

○ 장기손해보험 평균보험금은 140만 원 정도에서 머물고 사고건수(FY'03에 182만 건)는 지속적으로 증가하고 있음.

○ 상해보험(일반)의 평균보험금은 FY'03에 75만 원으로 급격히

증가했지만 사고건수는 감소했음.

〈표 4〉 민영건강보험의 평균지급액과 지급건수

(단위: 천원, 천건)

년도	생명보험		장기손해보험		상해보험(일반)	
	평균 보험금	지급건수	평균 보험금	사고건수	평균 보험금	사고건수
FY'01	697	2,898	1,434	1,121	608	40
FY'02	705	3,457	1,412	1,417	576	51
FY'03	696	4,317	1,393	1,821	758	42

자료: 1) 보험개발원, 「보험통계연감」, 「손해보험 요율검증 보고서」, 「손해보험통계연보」, 각 연호 .

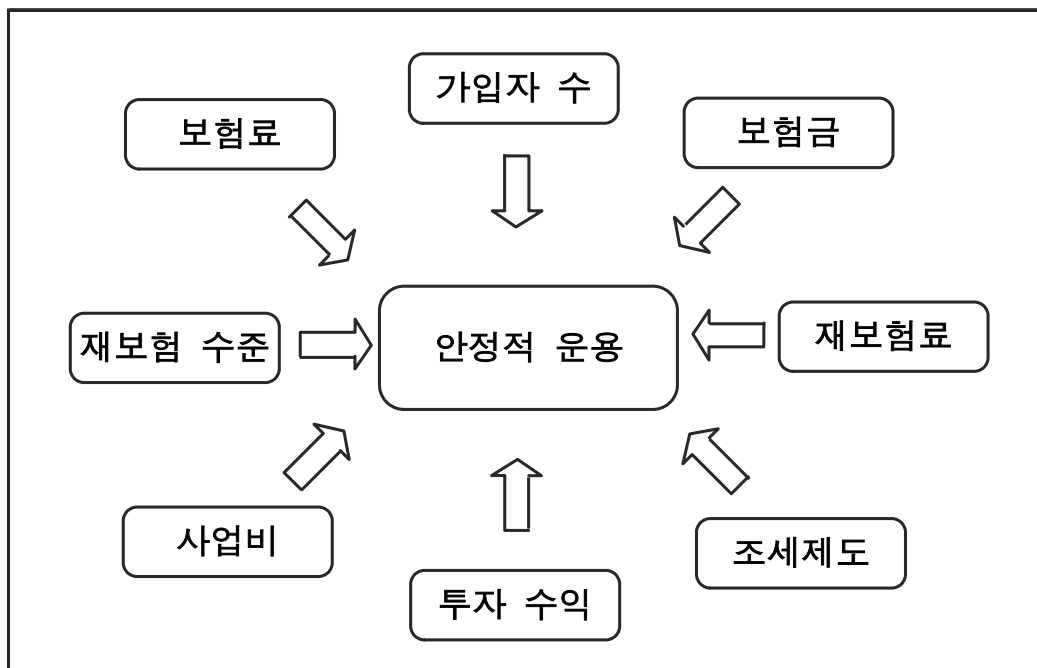
2) 보험개발원, 「보험통계월보」, 각 월호 .

III. 민영건강보험의 보험리스크 요인

1. 민영건강보험경영에 영향을 주는 주요 요소

- 민영건강보험의 수익에 직접적으로 영향을 미치는 것은 다른 일반 보험과 마찬가지로 가입자 수, 사업비, 보험료, 재보험 수준, 보험금 추이 등을 들 수 있음.
- 또한, 직접적인 통제가 가능하지 않아 다소 미약한 영향을 주는 요소들로는 투자수익, 조세제도, 재보험료를 들 수 있음(<그림 1> 참조).

<그림 1> 민영건강보험사업에 영향을 주는 요소

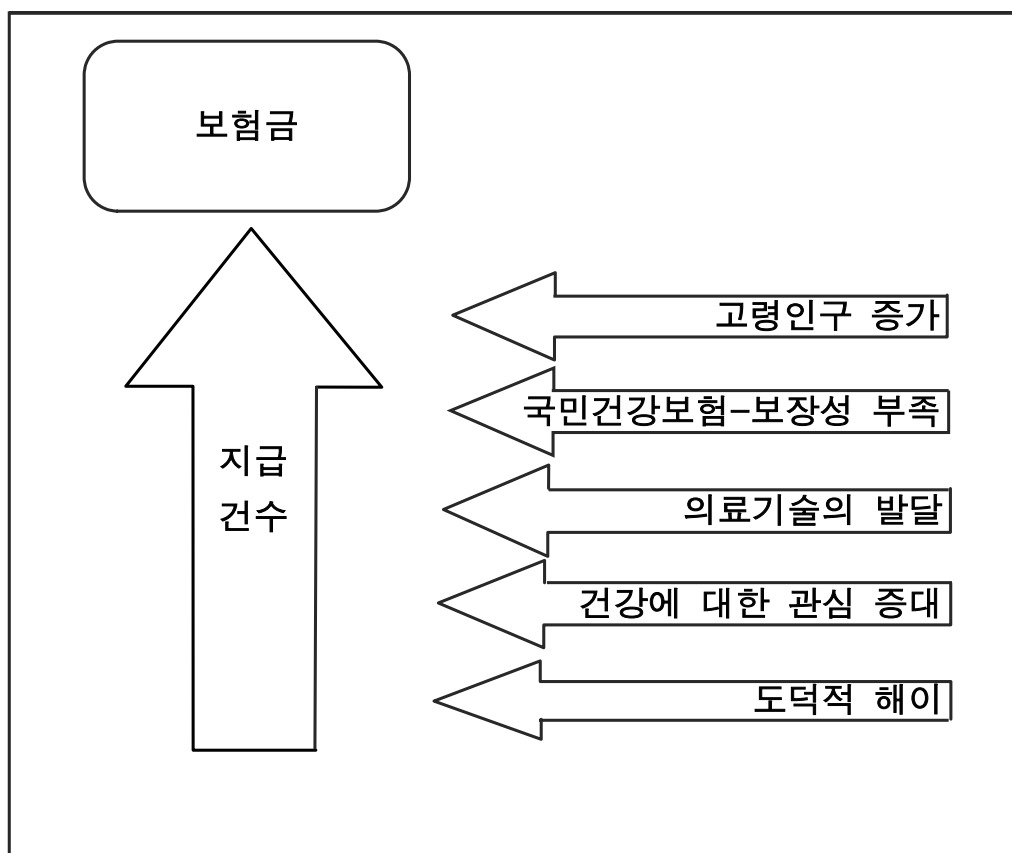


- 이와 같은 요소들 중에서 적정한 보험료 결정과 보험금지급률의 상승은 건강보험사업의 안정적 운용에 가장 많은 영향을 미치는 요소들임.

- 보험금지급률(손해율)은 새로운 의료기술, 의료수가의 상승에 큰 영향을 받음.
- 보험금지급률(손해율)의 감소를 위해서는 지급건수를 줄이거나, 양질의 위험을 가지고 있는 가입자 수를 늘이거나, 사업비를 감축시키거나, 보험료를 인상해야 함.
 - 그러나 보험료의 인상은 가입자 수를 감소시켜 전체 보험료의 규모를 감소킬 수 있음.

□ 지급 건수는 고령인구, 국민건강보험 보장성, 의료기술 발달, 건강에 대한 관심 증대, 도덕적 해이 등에 영향을 받음(<그림2> 참조).

<그림 2> 민영건강보험 보험금 지급건수 증가요인



2. 민영건강보험 지급률 상승의 주요 원인

가. 상품설계 측면

- 보험료 산출에 필요한 보험금지급 통계, 의료비 통계 등의 기초데이터가 부족하기 때문에 보험요율을 과소 또는 과다하게 부과할 리스크가 존재함.
 - 사망보험은 경험데이터가 장기간 축적되어 있는 반면, 민영건강보험은 성장에 비해 경험데이터가 부족함.
- 의료기술 발달, 의료환경의 변화 등은 조기검진 가능성을 증가시켜서 보험금 지급건수, 사고건수 증가의 원인으로 작용할 수 있으나, 이것을 예측하여 상품설계에 반영하기는 곤란함.
 - 의료기술 발달로 질병발병률에 대한 예측이 더욱 힘들어졌음.
 - 조기검진은 사고빈도를 증가시킬 수 있고, 조기치료를 할 수 있게 하여 심도를 낮출 수 있으나 위험률의 증가를 가져올 수 있음.
- 국민건강보험의 건강검진에 대한 적극적 홍보 등은 조기검진 가능성을 증가시킴.

나. 보험계약 측면

- CI보험을 제외한 질병보험에서는 역선택과 도덕적 해이를 최소화하기 위한 언더라이팅이 곤란한 실정임.
 - 계약 체결시 청약서상에 최근 3개월, 과거 5년간의 특정질병에 대해서만 고지의무를 두고 있기 때문에 피보험자의 건강상태에 관한 정확한 정보 입수가 곤란함.
 - 질병보험과 사망보험의 중간영역에 있는 CI보험에서는 기왕증에

대한 열거식 고지 및 가족력 고지 도입으로 역선택과 도덕적 해이의 최소화를 위한 언더라이팅이 가능함.

□ 민영건강보험의 피보험자에 대한 계약정보 및 의료정보의 보험회사 간 공유가 제한적이어서 적정한 언더라이팅에 장애가 되고 있음.

○ 우리나라는 중복실손보험가입을 방지하기 위해 의료비실손보장상품에 한해 피보험자의 인적사항과 계약내용으로 이루어진 계약정보만을 교환하고 있음³⁾.

○ 의료비실손보장상품 이외의 민영건강보험에 대한 계약정보나 의료정보는 현재 공유되지 않고 있으며, 의료비실손보장상품의 경우에도 보험계약 청약시의 고지사항과 보험금 지급시 지급사유 위주로 이루어진 의료정보 또한 공유되지 못하고 있음.

□ 민영건강보험은 정보의 비대칭성이 다른 보험종목에 비교해 훨씬 커서 역선택, 도덕적 해이의 가능성이 큼.

○ 소비자들의 의학에 대한 지식 및 민영건강보험에 대한 지식수준 향상은 역선택의 가능성을 증대시킴.

○ 정액보험의 경우 마케팅 중심의 고액상품설계는 위험률 차손익 관리의 어려움을 초래하고 도덕적 해이의 유인을 제공함.

다. 보험금 지급 측면

□ 민영건강보험은 생존급부이기 때문에 사망급부와는 달리 계약자와 의료서비스 공급자의 도덕적 해이의 소지가 큼.

○ 정액보험의 경우 사망보험은 1회 급부이지만 민영건강보험은 생존급부로서 반복급부가 가능하여 도덕적 해이의 소지가 큼.

3) 2005년 8월 말 생보사의 개인형 의료비실손보장보험 판매개시 시점까지 생·손보 공동으로 계약정보교환시스템을 구축할 예정임.

- 정액보험, 특히 입원일당 급부는 급여가 중복 지급되고 용도의 제한이 없으므로 보험계약으로 인한 초과이익이 발생하여 민영 건강보험, 국민건강보험 환자들의 의료서비스 과잉소비를 유발할 우려가 있음.
 - CI보험을 제외한 민영건강보험의 경우 정액급부보험은 경증 질병에도 급부가 이루어지기 때문에 도덕적 해이를 유인함.
 - 실손보험의 경우 실제 본인이 부담한 의료비가 실손보상되므로 초과이익은 발생하지 않으나 환자의 본인부담금이 없거나 미약한 경우 국민건강보험환자의 의료 과잉수요와 의료공급자의 의료 과잉공급을 유발할 가능성이 있음.
 - 소비자들은 고지의무 위반, 고의보험사고 유발, 사고발생 후 보험가입, 암진단 받은 후 보험에 가입, 다수의 보험계약 후 의료기관에 장기 입원 등의 행태를 보임.
 - 소비자들의 의학에 대한 지식 및 민영건강보험에 대한 지식 수준 향상은 민원의 증대, 도덕적 해이 가능성을 증대시킴.
 - 의료서비스 공급자들은 브로커, 환자와 결속, 사실과 다른 진료비 청구 등의 도덕적 해이를 보일 가능성이 있음.
- 의료수가의 상승 등은 의료비실손보상 상품에 대해서는 주요 지급률 상승의 원인임.
- 예정의료수가와 실제의료수가의 차이는 보험금 지급률 상승의 원인이 될 수 있으므로 자동갱신 되지 않는 상품의 의료비 관련 위험률에 대한 시의적절한 조정이 이루어질 필요성이 있음.

IV. 민영건강보험의 리스크관리 방안

1. 제도적 관리 방안

- 민영건강보험상품에 대해서 피보험자의 인적사항과 계약내용은 물론, 보험계약 청약시의 고지사항과 보험금 지급시 지급사유 위주로 이루어진 의료정보가 공유되어야 함.
 - 미국과 캐나다는 MIB(Medical Information Bureau)에 의한 의료정보교환제도를 운영하여 1억2천만 명 이상의 계약자정보를 550여개의 생보사가 공유하고 있음.
 - 일본은 계약내용등록제도를 통하여 입원급부금 종목, 입원일당 지급액 등에 대한 자료를 등록하여 정보를 공유하고 있음.
 - 우리나라의 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조의 규정을 따라 지급내용과 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보를 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으나 활성화 되어 있지 못함.
 - 따라서 청약서 작성시 동의한 내용이 실질적으로 공유 가능하도록 개선될 필요성이 있음.
- 소비자 편익 증대와 건강보험사업의 건전한 발전을 유도하기 위해서 보험요율산출에 필요한 질병의 발생·진행·결과 및 치료비용 등에 관한 건강보험심사평가원의 통계자료를 공유할 수 있도록 협력 방안 마련이 요망됨.
 - 「보험업법시행령」 제90조에 의하면 보험요율산출기관의 장은

질병에 관한 통계를 보유하고 있는 기관의 장에게 질병에 대한 자료의 제공을 요청할 수 있음.

－ 동 조항은 건강보험의 보험리스크의 중요성에 의거 건강보험 심사평가원, 국민건강보험 통계를 활용할 수 있도록 제도적 장치를 마련한 것임.

○ 의료비실손보험은 「건강보험통계연보」와 「건강보험심사통계연보」를 이용하여 위험률을 산출하고 있지만, 피보험자와 피부양자 구별이 되지 않고, 고액진료비가 세분화 되어 있지 않아 보충적 기능으로서의 민영건강보험상품 설계가 제한적임.

□ 피보험자에 대한 진료내역 심사 및 의료기관에 대한 평가정보 공유를 위한 협력 방안 마련이 요망되며, 이를 공정하고 체계적으로 수행할 민간심사기구에 대한 검토가 필요함.

○ 「의료법」 제19조에는 타인의 진료관련 비밀을 누설하지 못하도록 되어 있고, 제20조는 환자기록의 열람을 금지하고 있지만, 범죄예방, 지급심사 등의 공적 목적에 이용은 가능하도록 되어 있으므로 공유를 통한 사회후생의 제고를 도모해야 함.

□ 2003년 10월 이후 보험료는 실손보상에 맞추어 조정되었으나, 사실상 중복가입과 중복보상의 가능성이 있어서, 소비자에 대한 홍보와 의료비 비례보상 조회시스템의 조속한 구축이 필요함.

○ 보험회사별로 보장내용이 달라 비례보상에 많은 어려움이 있으므로 **실손보장보험상품의 표준화**도 병행되어야 할 것임.

○ 현재 운영되고 있는 실손보험 중복계약 체크시스템을 확장하여 정액보험의 보험계약 정보까지 공유함으로써 정액보험의 과도한 중복계약을 방지해야함.

- 민영건강보험은 보험리스크의 최소화와 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 지급심사기구 설립이 필요함.

2. 보험회사의 관리 방안

가. 상품설계 측면

- 생존급부 중심으로의 전환에 따른 반복급부와 증가된 불확실성에 대응한 헷징 기법 도입이 필요함.
 - 평균수명의 연장, 의료기술 발달 등으로 불확실한 추세를 보이는 생존급부 위험률에 대비하여 실손보험을 포함한 장기 보증상품들을 위험률 자동갱신상품으로 개발할 필요가 있음.
- 정액형 건강보험 설계시 지난친 고액급부를 지양하고 통상적인 환자에게 합리적으로 발생하는 의료관련비용을 충당할 수 있는 수준으로 급부를 제한하여야 함.
- 실손보험의 경우 공제금액(deductible)과 공동보험(co-insurance) 설정으로 최소한의 환자 본인부담금 수준을 유지하고, 보상한도 복원을 제한하여 의료과잉수요를 방지할 수 있는 상품 설계가 필요함.
- 향후 국민건강보험의 급여율 확대가 예상되어 민영건강보험 시장의 성장성을 위축시킬 소지가 크므로 상품설계 시 이러한 사항이 고려되어야 할 것임.
- 위험률에 대한 지속적인 모니터링과 재보험의 적절한 활용이 권고됨.

나. 보험계약 측면

- CI보험에서처럼 기타질병보험 청약서상에 보장질병 관련 질문의 구체화 및 가능한 한 과거의 모든 질병에 대한 고지, 가족력, 자각증상 등에 대한 질문항목이 추가되어야 함.
 - 많은 중대질병들은 유전적인 요인에 의해서 발병되므로 가족력 고지의무 도입이 요구됨.
 - 지나친 고액상품설계는 언더라이팅으로 어느 정도의 리스크를 삭감을 한다고 해도 소비자에 대한 정보부족으로 역선택을 유인하므로 지양되어야 함.
- 정액보험 언더라이팅 시에도 피보험자의 근로소득에 비해 과도한 일당급부가 제공되지 않도록 해야 함.
- 위험선별기능 강화를 위한 판매체제 강화와 계약심사 기준의 강화가 필요함.
 - 정액급부의 경우 민영건강보험은 언더라이팅 전문인력의 양성을 더욱 필요로 함.

다. 보험금 지급 측면

- 보험료 산출시 사고발생 빈도만을 고려하는 정액급부보험에서는 계약자의 도덕적 해이의 적극적 방지대책이 필요함.
 - 정액급부보험에서 경증질병에도 급부가 이루어지는 것을 이용한 도덕적 해이에 대비 반복급여자에 대한 조사를 강화해야 함.
- 의료서비스 과잉수요를 허용 또는 유도하고 의료서비스 과잉공급을 시도하는 것으로 의심되는 의료서비스공급자에 대한 정보를 민영보

험회사가 건강보험심사평가원에 제공함으로써 건강보험급여항목에 대한 심사를 강화하게 하여 비급여항목에 대한 의료서비스 과잉공급을 간접적으로 견제할 수 있는 시스템 구축이 필요함.

- 의료서비스공급자의 과잉의료공급은 실손보험에서 주로 발생하게 되는데 의료서비스공급자가 민영건강보험 환자임을 사전 인지한 경우 환자 본인부담금이 전무하거나 미약한 점을 이용하여 의료서비스 과잉공급을 유도할 개연성이 큼.

- 민영건강보험은 국민건강보험과는 달리 의료공급자와의 직접 계약을 통해 의료비를 지급하지 않고 의료기관에 환자가 납부한 의료비를 추후 보상해주는 간접 지급방식을 택하고 있으므로 의료공급자의 의료 과잉공급을 억제할 수 있는 수단이 없음.

- 의료서비스과잉공급은 국민건강보험 비급여 항목을 중심으로 이루어질 개연성이 많으나, 이 과정에서 급여항목에 대한 과잉공급도 수반될 것임.

- 민영건강보험은 의료서비스 과잉공급에 대해 환자의 의료서비스 과잉수요 억제책으로 대응할 수밖에 없음.
- 과잉공급의 직접적인 억제를 위해서는 건강보험심사평가원 및 민영심사기구와 공조 하에 문제 의료서비스 공급자에 대한 지속적인 조사가 필요함.

□ 2004년부터 가동되기 시작한 「보험사기인지시스템」의 적극적 활용을 통한 지급심사의 강화가 필요함.

[부록] 미국 건강보험회사의 보험리스크

□ RBC(Risk-Based Capital)방식에 의한 리스크 구성비는 생명보험사의 경우 투자자산 리스크 (46.02%)가 가장 크고, 부외 및 관계회사리스크 (18.5%), 보험리스크 (18.2%), 금리리스크 (11.7%), 경영리스크 (5.5%), 건강신용리스크 (0.03%) 순임.

- 생명보험사 보험리스크 (18.2%) 중에서 건강보험의 비중은 50.9% 이며 가장 큼 (<부표 1> 참조).

〈부표 1〉 미국생명보험사 보험리스크 분석

(단위: %)

구 분	1997	1999	2001	2001A
보험 리스크	100.00	100.00	100.00	100.00
개인·간이 생명보험	28.53	31.80	36.69	36.70
단체·신용 생명보험	18.35	16.20	24.58	24.62
건강보험	66.53	64.10	50.84	50.88
보험료안정화준비금	-13.37	-12.10	-12.17	-12.20

주: 1) 2001A는 조세액을 차감한 후 산출된 것임. 2) 미국생명보험사 RBC항목들 중 보험리스크 구성요소들의 리스크 크기를 재구성 했음.

자료: 1) NAIC, *Research Quarterly*, Winter 2002.

□ 2001년도 미국 손해보험사의 보험사업별 RBC 구성비는 보험리스크 (55.5%), 지분형 투자자산리스크 (20.1%), 관계회사 리스크 (14.1%), 확정소득형 투자자산 리스크(2.3%) 순으로 큼.⁴⁾

□ 미국 건강보험회사의 리스크는 RBC제도 하에서 관계회사리스크 및 부외리스크, 투자자산리스크, 신용리스크, 금리리스크, 경영리스크, 보험리스크로 분류되며, 보험리스크가 64.6%로 가장 크다는 특징

4) NAIC, *Research Quarterly*, Winter 2002.

이 있음.

- 2001년도에 건강보험사 투자자산 리스크(11.2%)의 비중이 높아진 것은 의료설비에 투자한 것이 포함되었기 때문임 (<부표 2> 참조).

<부표 2> 미국건강보험사의 RBC구성비에 의한 리스크 분석

(단위: %)

구 분	1998	2000	2001
관계회사 리스크	4.1	0.9	9.5
투자자산 리스크	6.3	7.2	11.2
보험 리스크	73.4	72.1	64.6
신용 리스크	8.7	8.4	5.4
경영 리스크	7.6	11.4	9.4
총 계	100.0	100.0	100.0

주: 1998, 2000은 HMO만 고려한 것임.

자료: NAIC, *Research Quarterly*, Winter 2002.

- 2001년도에 보험회사의 리스크를 반영하여 계산된 필요최소자본과 실제보유자본을 비교하여 RBC 기준에 따른 자본부족으로 규제조치를 받은 미국건강보험회사 수는 16.1%로 생명보험(2%), 손해보험(3.8%)에 비해 월등히 높아 리스크 관리 필요성은 더욱 증대됨 (<부표 3> 참조).

〈부표 3〉 RBC에 의한 미국보험사 규제조치 현황(2001년)

조치구분	조치내용	생명보험	손해보험	건강보험
정상수준	조치 없음	1,130	2,381	564
자율조치수준	자본부족 원인 설명 과 해결방안 요구	14	25	37
규제조치수준	자본력 회복을 위한 업무 개선 조치	7	25	33
감독당국통제수준	보험회사 재건, 청산 을 위한 개입 허용	0	7	17
강제통제수준	보험회사 재건, 청산 을 위한 의무개입	2	37	21
규제조치를 받은 회사수의 비중		2.0%	3.8%	16.1%

자료: NAIC, *Research Quarterly*, Winter 2002.

CEO Report 2005-02

민영건강보험의 리스크 관리방안

발 행 일	2005년 4월 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.