

공공성 측면에서 본 민영의료보험의 역할

2012. 7. 13

김헌수(순천향대)

한국리스크관리학회, 보험연구원 정책세미나



Contents

I	문제의 제기	3
II	민영의료보험 규모	8
III	민영의료보험 공공성 평가	16
IV	다른 나라의 사례	26
V	공공성 개선을 위한 제언	43

I. 문제의 제기

민영의료보험에 공공성?



I. 문제의 제기

1. 배경

- ▶ 민영의료보험 규모가 증가하면서 부작용에 대한 비판 증가
- ▶ 민영의료보험의 성장이 국민건강보험의 보장성 확대에 장애가 되고, 국민건강보험 적자의 원인이라고 인식 존재
- ▶ 복지가 정치 이슈로 등장하면서 '건강보험 하나로운동' 같이 민영의료보험 무용론 등장
- ▶ 이런 비판적 시각에 대한 객관적 평가와 함께 민영의료보험 개선과 발전을 위한 근본적인 방안 필요

I. 문제의 제기

2. 민영의료보험의 특성과 공공성

- ▶ 보험산업은 규제산업으로 파산시 공적자금이 투입되며, 정보비대칭이 심각하므로 상업성 외에, 공공(익)성이 요구됨
- ▶ 민영의료보험은 타 민영보험보다 더 높은 공공성이 요구됨
 - 공적 제도인 국민건강보험의 운영체계를 기초로 운영
 - 국민건강보험을 보완·보충하여 국민의 건강리스크를 보장
 - 국민건강보험이 민영의료보험의 대체재가 될 수 있음
- ▶ 문제는 어느 정도 공공성이 민영의료보험에 필요한가?

I. 문제의 제기

3. 민영의료보험과 국민건강보험 차이

항목	민영의료보험	국민건강보험
가입 여부	자율	강제(의무)
위험선택(U/W)	필수	없음
상품	복합, 다양	단일
가격경쟁	중요	없음
지급보험금 관리 주체	??	건강보험심사평가원
5개년 성장율	33.7%	11.1%

- ▶ 민영의료보험은 현재 2,522만명 가입 중이며, 매년 신규로 300만명 이상 가입

I. 문제의 제기

4. 민영의료보험에서 공공성(공익성) 정의

‘보험가입에 있어서 적절한 접근성이 보장되며,
소비자가 합리적 선택을 할 수 있는 상품정보가 제공되며,
이해관계자의 초과이익이 적절히 공유되어,
건강보험 소비자와 공급자가 상생하는 속성’

II. 민영의료보험의 규모

1. 총의료비에서 민영의료보험의 비중

- ▶ 국민의료비 중 국가 부담은 58.2%로 OECD평균 71.7%보다 낮으며, 국민의료비 중 가계지출 비중은 32.4%로 OECD평균인 19.8%를 훨씬 상회(OECD 2011)
- ▶ 하지만 GDP 대비 국민의료비는 평균 증가율(2000년부터 2009년)은 4.9%로 OECD국가 중 가장 높은 상태

II. 민영의료보험의 규모

<총의료비 재원조달 기관별 구성 비교(2009)>

(단위: %)

구분	일반정부			민간부문					합계
	소계	사회보장기금 외 일반정부	사회보장 기금	소계	민영의료 보험	본인 부담	대가계민간 비영리기관	보험회사 외 기업	
네덜란드	84.7	8.8	75.9	15.3	5.5	6.2	1.5	2.2	100
스위스	59.7	18.9	40.8	40.3	8.8	30.5	1.0	-	
프랑스	78.1	5.6	72.5	21.9	13.6	7.5	0.1	0.6	
독일	77.3	6.9	70.5	22.7	9.6	12.3	0.4	0.4	
미국	49.0	5.8	43.2	51.0	34.4	12.8	3.6	0.2	
캐나다	69.8	68.4	1.4	30.2	13.4	15.4	-	1.4	
아일랜드	75.0	74.3	0.7	25.0	11.0	12.3	-	1.7	
슬로베니아	71.9	1.5	70.4	28.1	13.3	13.8	0.0	0.9	
칠레	47.4	40.6	6.8	52.6	18.6	34.0	-	-	
한국	59.5	12.4	47.1	40.5	5.5	34.2	0.7	0.1	

자료: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, "Health Expenditure and Financing: Health expenditure by financing agent"

II. 민영의료보험의 규모

<총의료비 재원조달 기관 구성 비교(2005~2009)>

(단위: %)

구분		일반정부			민간부문					합계
		소계	사회보장 기금외 일반정부	사회 보장 기금	소계	민영 의료 보험	본인 부담	대가계민간 비영리기관	보험 회사 외 기업	
네덜란드	2005	65.8	3.9	61.9	34.2	19.2	7.7	3.0	4.2	100
	2006	82.4	4.2	78.2	17.6	6.0	6.1	3.0	2.5	
	2007	82.0	5.4	76.7	18.0	6.2	6.0	3.2	2.5	
	2008	82.1	-	-	17.9	-	-	-	-	
	2009	84.7	8.8	75.9	15.3	5.5	6.2	1.5	2.2	
프랑스	2005	79.1	5.0	74.1	20.9	13.3	6.8	0.1	0.7	
	2006	79.0	5.2	73.8	21.0	13.4	6.8	0.1	0.7	
	2007	78.6	5.4	73.2	21.4	13.4	7.2	0.1	0.6	
	2008	77.9	5.4	72.6	22.1	13.6	7.7	0.1	0.7	
	2009	78.1	5.6	72.5	21.9	13.6	7.5	0.1	0.6	
독일	2005	77.1	7.5	69.8	23.0	9.5	12.4	0.5	0.4	
	2006	76.9	7.3	69.6	23.1	9.4	12.9	0.4	0.4	
	2007	76.9	7.2	69.7	23.1	9.5	12.8	0.4	0.4	
	2008	77.0	7.1	69.9	23.0	9.7	12.5	0.4	0.4	
	2009	77.3	6.9	70.5	22.7	9.6	12.3	0.4	0.4	

자료: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, "Health Expenditure and Financing : Health expenditure by financing agent"

II. 민영의료보험의 규모

<총의료비 재원조달 기관 구성 비교(2005~2009)>

(단위: %)

구분		일반정부			민간부문					합계
		소계	사회보장 기금외 일반정부	사회보장 기금	소계	민영 의료보험	본인 부담	대가계 민간 비영리기관	보험회사 외 기업	
미국	2005	45.2	-	-	54.8	-	-	-	-	100
	2006	46.1	5.7	40.4	53.9	36.4	13.5	3.8	0.2	
	2007	46.5	5.8	40.7	53.5	35.8	13.6	4.0	0.2	
	2008	47.4	5.8	41.6	52.6	35.4	13.3	3.6	0.2	
	2009	49.0	5.8	43.2	51.0	34.4	12.8	3.6	0.2	
한국	2005	55.0	11.5	42.6	45.0	4.1	41.0	0.7	0.1	
	2006	57.1	12.6	44.5	42.9	4.1	37.8	0.8	0.1	
	2007	57.9	12.5	45.4	42.1	4.2	37.0	0.8	0.1	
	2008	58.0	12.4	45.6	42.0	4.8	36.3	0.8	0.1	
	2009	59.5	12.4	47.1	40.5	5.5	34.2	0.7	0.1	

자료: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, "Health Expenditure and Financing : Health expenditure by financing agent"

II. 민영의료보험의 규모

2. 민영의료보험 규모 및 성장 추이

- ▶ 민영건강보험의 실제 규모는 잘 파악되지 않지만 위험 보험료로 파악된 규모는 8조 7천억 원임
- ▶ 의료패널자료를 이용한 분석에서는 민영건강보험 규모를 33조 원으로 추정하기도 함

II. 민영의료보험의 규모

3. 민영의료보험 성장의 원인

- ▶ 소비자 : 니즈 - 높은 의료비용과 낮은 공적 보장
- ▶ 공급자 : 공격적 마케팅 및 통합형 상품 구조
- ▶ 의료기관 : 비급여 등에 대한 유인수요
- ▶ 자연증가 : 보험료 지속 납입 및 보험료 인상
및 기술발전 및 고령화로 인한 보험금 증가

II. 민영의료보험의 규모

<민영의료보험 총보험료 추이(전체)>

(단위: 억 원, %)

연도	정액형		실손형		계	
	위험보험료	증가율	위험보험료 (지급보험금)	증가율	위험보험료	증가율
FY2003	26,694	-	3,596	-	30,290	-
FY2004	31,062	16.36	3,833	6.59	34,895	15.20
FY2005	45,209	45.54	5,232	36.50	50,441	44.55
FY2006	50,768	12.30	6,799	29.95	57,567	14.13
FY2007	56,096	10.49	9,232	35.78	65,328	13.48
FY2008	61,880	10.31	12,974	40.53	74,854	14.58
FY2009	68,156	10.14	18,296	41.02	86,452	15.49

주: 실손형 위험보험료 실적은 다년간의 보험료를 한번에 납입하는 일시납이 있어서 해당 연도의 실적을 파악하기가 곤란함.
따라서 수지상등의 원리에 따라 지급보험금을 합산하여 계산함.

자료: 조용운(2010)

II. 민영의료보험의 규모

- ▶ 2009년 가구당 3.62개 가입하고 있지만 주보험인지 특약인지 구분은 되지 않았음

<민영건강보험 가입 일반현황>

구분	2008년	2009년
가입	77.03%	77.79%
미가입	22.96%	22.21%
가구당 평균 가입개수	3.48개	3.62개
조사대상 총가구 수	7,006가구/21,787명	6,300가구/ 19,641명
총가구당 월평균 보험료*	128,730원 / 206,908원	132,192원 / 213,626원
가입가구당 월평균 보험료*	175,294원 / 271,969원	176,555원 / 276,638원

주: 보험료 납부기간이 완료되었으나 민간의료보험의 보장을 받고 있는 보험, 종신/연금보험에서 특약의 형태로 의료보장을 받는 경우는 포함되었으며, 보험료 납입이 연체되어 실효된 경우는 제외하였음.

* 월평균 보험료의 앞에 제시된 액수는 종신·연금 제외, 뒤에 제시된 액수는 종신·연금 포함한 금액임.

자료: 강성욱 외(2011)

III. 민영의료보험의 공공성 평가

※ 민영의료보험 공공성 평가 기준

- ▶ 의료 약자의 접근성
- ▶ 상품 비교 용이성
- ▶ 적절한 보험료 수준 및 손해율(VfM)
- ▶ 소비자 만족도

III. 민영의료보험의 공공성 평가

1. 의료 약자의 접근성

- ▶ 민영보험의 언더라이팅 원칙 적용
- ▶ 저소득층의 낮은 가입율(소득 문제)
- ▶ 고위험자의 낮은 가입율(언더라이팅 문제)

III. 민영의료보험의 공공성 평가

<소득과 민영의료보험 관계>

개인소득	실손보험 가입률(%)	가구 연소득	실손보험 가입률(%)
3,000만 원 이하	44.3%	3000만 원 이하	34.2%
3,001~5,000만 원	45.0%	3,001~5,000만 원	45.1%
5,001만 원 이상	52.3%	5,001만 원 이상	55.9%

자료: 보험연구원, 서베이 자료를 김대환 분석 결과 (2011)

III. 민영의료보험의 공공성 평가

2. 상품 비교용이성

- ▶ ‘필요한 상품을 합리적으로 선택하기 어렵다’
- ▶ 협회에서 상품정보를 제공하지만 크게 유용하지 않음
- ▶ commodity화 되었지만 시장규율 잘 작동하지 않음

III. 민영의료보험의 공공성 평가

- ▶ **이에 대한 대안은 상품의 ‘표준화’**
 - 2009년 실손보험 상품 표준화를 시행
- ▶ **보다 광범위하고 체계적인 표준화 검토**
 - 2009년 표준화의 성과를 엄밀하게 평가한 후
 - 보다 광범위한 표준화를 검토할 필요

III. 민영의료보험의 공공성 평가

4. 적절한 보험료 및 손해율(mfv)

- ▶ 낮은 손해율은 보험사의 경쟁력을 평가하는 핵심적인 지표
- ▶ 사회보험에서 낮은 손해율은 적은 가입자 혜택으로 부정적으로 평가
- ▶ 민영의료보험의 보험금환급비율은 60%로 낮다는 주장도 있음
 - 수입보험료와 통합형 기준으로도 평가해 볼 필요

<건강보험의 위험보험료 기준 보험금 지급률>

	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008
실손의료보험	116%	110%	110%	121%
정액의료보험	99%	94%	94%	92%

III. 민영의료보험의 공공성 평가

- ▶ 소비자**는** 적절한 손해율을 중요하게 인식
 - 상품개발이나 마케팅 비용이 적은 미국 Medigap의 기준 손해율이 80%임
 - 민영건강보험의 보험금환급비율은 네덜란드는 물론 미국의 2010년 「건강보험개혁법」(안)(PPACA)에도 포함 (단 미국, 네덜란드는 대체형 민영의료보험 형태임)

III. 민영의료보험의 공공성 평가

5. 소비자 만족도

- ▶ 실손의료보험 25월차 유지율은 78.7%, 60월차 유지율은 48.5%로 5년 이내 절반 이상이 계약을 해지함

- ▶ 실손의료보험 유지율(%)

구분	13차월	25차월	37차월	48차월	60차월
실손의료	90.5	78.7	68.6	58.6	48.5
장기손해	87.9	75.3	64.8	54.7	45.4

- ▶ 민영생명보험 해약율은 미국에 비해서 건수기준으로 3배, 가입금액기준으로는 2배 정도로 높은 상태임

III. 민영의료보험의 공공성 평가

<민영의료보험 해약 이유(n=423)>

민간의료보험 해약 이유	%
보험료가 가계에 부담이 되어서	37.12
수령한 보험금이 의료비에 큰 도움이 되지 않아서	19.39
본인의 의료이용이 많지 않아서	1.18
보험에서 급여하는 질환/보상범위가 너무 협소해서	29.31
높은 보험료에 비해 수령하는 보험금이 적어서	5.20
국민건강보험이 확대되어 민간의료보험이 더 이상 필요 없어서	0.47
기타	7.33

자료: 의료패널(2011) 자료

III. 민영의료보험의 공공성 평가

<한국·미국·일본의 생명보험(개인) 효력상실·해약률 비교>

(단위: %)

연도	한국			미국		일본
	한국방식 ²⁾	미국방식 ³⁾	일본방식 ⁴⁾			
	보험가입금액 기준	건수 기준	보험가입금액 기준	보험가입금액 기준	건수 기준	보험가입금액 액 기준
2000	30.3	40.0	41.2	9.4	7.1	10.7
2001	20.4	24.2	25.7	7.7	7.6	11.8
2002	16.2	15.6	19.3	8.6	9.6	11.0
2003	12.7	16.3	15.3	7.6	6.9	11.0
2004	14.8	18.7	14.1	7.0	7.0	9.4
2005	16.2	18.6	14.9	6.6	6.9	8.9
2006	14.3	16.4	13.2	6.3	6.9	8.3
2007	11.1	13.8	9.8	6.4	6.6	7.9
2008	10.2	13.0	9.0	7.6	7.9	8.1
2009	10.2	13.0	8.8	7.3	6.9	8.0
2010	12.3	15.3	10.1	6.8	6.1	7.2

자료: 보험연구원 장동식(2012)

VI. 다른 나라의 사례 - 미국 Medigap

1. 미국 민영건강보험 Medigap

- ▶ 미국은 민영보험 중심으로 발달하여 전 국민을 대상으로 하는 공영(사회)의료보험제도 없음
 - 저소득층을 대상으로 하는 Medicaid 및 65세 이상 노인층을 대상으로 하는 Medicare라는 사회보험제도가 존재

Medicare 의 Part A	▶ 입원서비스, 요양시설에서의 간호서비스, 호스피스 간호서비스 보장 ▶ 10년 이상 Medicare세금을 납부한 65세 노인이면 자동 가입됨
Medicare 의 Part B	▶ 입원 중 의사서비스, 외래의료서비스, Part A에 제공하지 않는 기타 의료서비스(물리치료, 작업치료 등)의 서비스 제공 ▶ 매월 보험료를 납입해야 함

VI. 다른 나라의 사례 - 미국 Medigap

- ▶ Medigap 은 Medicare의 본인부담금을 보장하는 민영 의료보험보험으로 Medicare 대상자 80% 이상이 가입
 - Medigap보험은 개인 또는 사용자가 직원을 위해 가입해 줌
 - Medigap보험은 중대 질병에 대한 장기입원은 보장하지 않고, Part A의 입원정액본인부담금과 Part B에서 정률 본인부담금의 20%를 보장함
- ▶ 초기 250개 이상으로 복잡하여 불편했으나 1980년 이 후부터 꾸준히 표준화하여 현재 12타입으로 표준화

VI. 다른 나라의 사례 - 미국 Medigap

<Medigap 상품 종류 및 보장 내용>

(단위: %)

구분	Medigap Plan 종류											
보장 내용	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Part A 추가 365일 입원비 coinsurance	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Part B의 coinsurance 또는 자기부담금	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50	75
수혈(3 pints)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50	75
호스피스 coinsurance 또는 자기부담금											50	75
skilled nursing facility의 coinsurance			o	o	o	o	o	o	o	o	50	75
Part A의 자기부담금		o	o	o	o	o	o	o	o	o	50	75
Part B의 자기부담금			o			o				o		
Part B의 자기부담금 Excess						o	80					
해외여행 비상의료비			o	o	o	o	o	o	o	o		
At- home recovery (최대 한도까지)				o			o		o	o		
Medicare 예방서비스 Part B의 coinsurance				o			o		o	o		
예방서비스 최대120불까지 (Medicare 비급여 항목만 해당)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

주: 'o' 는 100% 보장을 의미하며, 숫자는 해당 %만큼 보장하는 것을 의미함. K형은 최대 지출한도가 4,620불, L형은 최대지출 한도가 2,310불임.

VI. 다른 나라의 사례 - 미국 Medigap

- ▶ Medigap 도입시 접근성, 보장성 및 저소득층 문제
 - 1991년부터 'open enrollment period' 도입
 - 병력과 건강상태와 관계없이 모든 가입자를 인수하도록 함
- ▶ 1980년 「사회보장법」 개정에서 손해율을 개인은 60%, 단체는 75%를 제시했으나 이에 미치지 못함
 - 미국 정부는 1990년 Medigap상품의 손해율을 65%로 조정하고 이 수준에 도달하지 못 할 경우 보험료 일부를 환불하도록 의무화

VI. 다른 나라의 사례 - 미국 Medigap

- ▶ Medigap 가입이 소득에 따라 결정되는 경향이 있어 형평성 문제 지속
- ▶ 1988년 Medical Savings Programs(MSP)으로 저소득 Medicare가입자를 위한 지원정책을 시행
 - Medicare가 담보하지 않는 본인부담금, 비급여대상 의료비 및 Part B의 보험료를 지원

VI. 다른 나라의 사례 - 미국

※ 오바마의 「건강보험개혁법」(PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act of 2010) - 합헌 판결

- 모든 미국 국민과 합법적 거주자들은 반드시 고용주로부터 보험혜택을 받거나 개인이 보험에 의무적으로 가입(individual mandate)
- MLR(medical loss ratio) Requirements: 보험회사는 받은 보험료의 80% (개인) 또는 85%(단체)를 보험금으로 지출해야

VI. 다른 나라의 사례 - 네덜란드

2. 네덜란드의 건강보험제도

- ▶ 신건강보험제도로 사회보험시스템과 민영보험제도를 연계하여 공적 의료보장을 대체함

<네덜란드 건강보험제도 개혁 전후 비교>

2006년 이전		
요양보험		
공보험 (1천만 명)	공직자 건강보험 (90만 명)	민간 건강보험 (490만 명)
보충형 민간보험 (자유 선택)		



2006년 이후
요양보험 (특별의료비제도)
사회민간보험 (Social-private Insurance)
보충형 민간보험 (자유 선택)

VI. 다른 나라의 사례 - 네덜란드

<건강보험 개혁 전후 일반건강보험제도 비교>

구분	2006년 이전		신건강보험제도 (2006년 이후)
	공보험	사보험	사회민간보험
적용 대상	· 일정소득 이하인 자 · 총 인구의 70%	· 일반소득 이상인 자 · 자발적 가입 · 총 인구의 30%	· 전 국민 의무가입
보험료	· 정액보험료(85%) · 정율보험료(15%)	· 가입상품별 차등	· 정액보험료(50%) · 정율보험료(50%)
급여	· 표준화	· 개별화	· 표준화
현물/상환	· 현물급여방식	· 상환방식	· 혼합
일정액 공제	· 없음	· 있음	· 있음
집단 계약	· 없음	· 있음	· 있음

자료: 문성용 외(2008)

VI. 다른 나라의 사례 - 네덜란드

- ▶ 보험회사는 모든 청약자를 인수해야하며, 보험자는 **고위험자의 비중**에 따라 정부(Equalization Fund)로 부터 보조금 받음
 - 국가는 저소득층을 위해 보험재정 가운데 일부를 지원해 손해를 보상
- ▶ 요양보험이라고 볼 수 있는 특별의료비제도(AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektejisten)를 통해서 보험접근성이 떨어지는 고액 중증 환자 및 장기요양환자 등에 대한 의료보장을 제공함
- ▶ 요양보험(특별의료비제도)의 보험자도 보험회사이지만 일반 건강보험과 특별의료비제도는 독립회계로 운영됨

VI. 다른 나라의 사례 - 네덜란드

- ▶ 현재 네덜란드는 늘어나는 의료비 때문에 소비자 스스로의 책임을 강조하는 비용억제 정책을 강조하고 있음
 - 의료제도 평가 국제기구인 '보편적 복지 기금(Common Wealth Fund)'이 2009년 미국·영국·독일 등 선진국 7개 국가를 대상으로 환자 만족도를 조사한 결과, 네덜란드는 만족도가 가장 높은 나라로 보도
- ▶ 사회보장제도와 민영보험제도가 결합하여 공공성과 효율성을 동시에 추구한다는 차원에서 시사점 제공

VI. 다른 나라의 사례 - 프랑스

3. 프랑스의 민영의료보험

- ▶ 프랑스는 유럽 전체 민영의료보험시장의 19.4%로 독일의 38.6% 다음으로 큰 시장임
- ▶ 프랑스는 공적의료보험이 중심이지만 국민 대부분이 보충형 민영의료보험에 가입
 - 민영의료보험은 전체 의료비의 12%의 비중을 차지하며, 주로 의약품, 안과 및 치과부분을 중점적으로 보장함
 - 개인 건강보험의 경우 보험선택에서 건강검진을 요구하지 않으며 직업 등 분류에 의하여 개인을 차별하지 않고 본인부담금, 통상적인 수가를 넘어서는 진료비(특진료) 및 입원일당비를 주로 보장함.

VI. 다른 나라의 사례 - 프랑스

- ▶ 민영보험사들은 개인별 언더라이팅이 허용되지만 프랑스보험협회 회원사들은 개인별 언더라이팅을 하지않는 보충형 상품을 최소한 한 가지를 의무적으로 제공
- ▶ 세제혜택을 받는 단체보험은 무심사, 집단요율을 적용하며 기왕증을 이유로 거절할 수 없음(2006년)

VI. 다른 나라의 사례 - 프랑스

- ▶ 2000년에 '보편적 상병급여(CMU: Couverture Maladie Universelle)'를 시행하여, 저소득층에게 '보충민영의료보험'을 공공재정으로 지원
 - CMU 수급자들은 공공건강보험을 통해 보충보험을 받거나 뮈뒤틀/프레브와양스금고/건강보험회사에 가입 중에 선택할 수 있으며, 후자가 증가하는 경향
 - 2000년 1월 CMU 도입 이후 470만 명이 서비스 대상이 되었고, 보험회사도 이들 중 약 11만 명에게 서비스를 제공
 - 2005년 조세할인시스템이 도입되어 CMU적용 소득상한선을 약간 웃도는 (소득상한선의 15%) 저소득층도 보충형 건강보험을 이용 가능
- ▶ 민영보험은 보충적 의료보험이기 때문에 급여는 표준화됨
- ▶ 민영보험시장에서 개인보험과 단체보험은 약 6:4의 비율이며, 직장에서의 가입이 중심임

VI. 다른 나라의 사례 - 독일

4. 독일

- ▶ 2007년 건강보험제도 개혁으로 고소득층은 민영의료보험 또는 공적의료보험제도 선택 가능
- ▶ 민영의료보험은 공적건강보험을 대체 또는 보완(충)적 역할을 동시에 담당
- ▶ 2009년 말 현재 전체 인구의 약 42.3%인 39.7백만 명이 민영의료보험에 가입
 - 보충형 민영의료보험의 경우 독일 인구의 26.2%인 약 21.4백만 명이 다양한 민영의료보험에 가입

VI. 다른 나라의 사례 - 독일

<독일 민영의료보험의 가입자 규모>

(단위: 백만 명)

연도	대체형 가입자	보충형 가입자	전체 가입자
2005	17.5	17.1	34.6
2006	17.8	18.4	36.2
2007	17.8	20.0	37.8
2008	18.0	20.9	38.9
2009	18.3	21.4	39.7

자료: PKV(2010)

VI. 다른 나라의 사례 - 독일

- ▶ 독일에서는 민영의료보험상품의 불완전 판매를 규제하기 위하여 표준급여 패키지를 설정하고 있음
- ▶ 2007년 의료보험개혁 후 피보험자가 젊었을 때 지불하는 보험료 중 일부를 저축하여 노령에 대비하는 노령준비금(aging reserves)이 법에 의해 강제되고 있음

VI. 다른 나라의 사례 - 독일

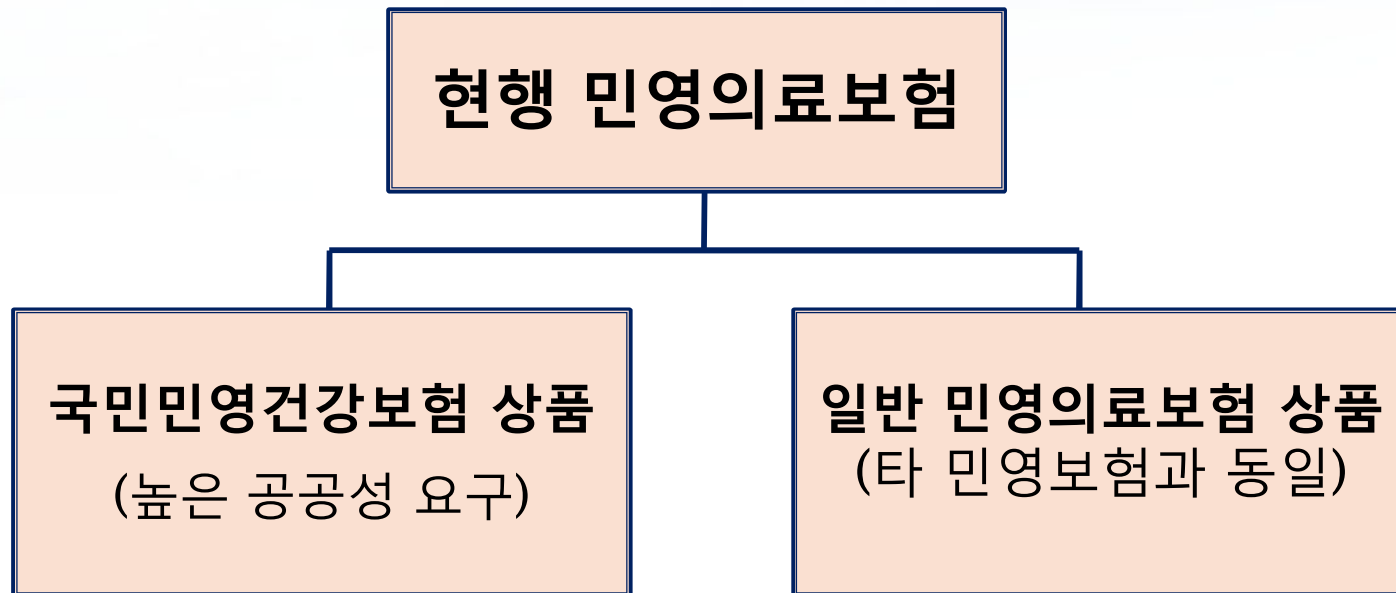
<독일 민영의료보험회사의 건강보험상품판매 현황>

구분	주요 보장 내용
대체형 보험	공적건강보험의 급여내용과 최소한 동일하거나 그 이상의 보장내용이 되도록 규제되며, 공적건강보험과 동일하게 의료 비용을 보장하는 보험
법정장기간병보험	공적건강보험과 공적장기간병보험에 연동하여 대체형 건강보험의 가입자가 민영 장기간병보험에 의무적으로 가입하는 보험
보충형 보험	병원입원수당보험, 상병수당보험, 호스피스보험, 장기간병보충보험, 상병수당대체보험
공적건강 보충보험	외래진료보충보험, 병원 선택진료보험, 치과치료보충보험
특별보험	해외여행 건강보험, 특정담보보험, 부채상환보험

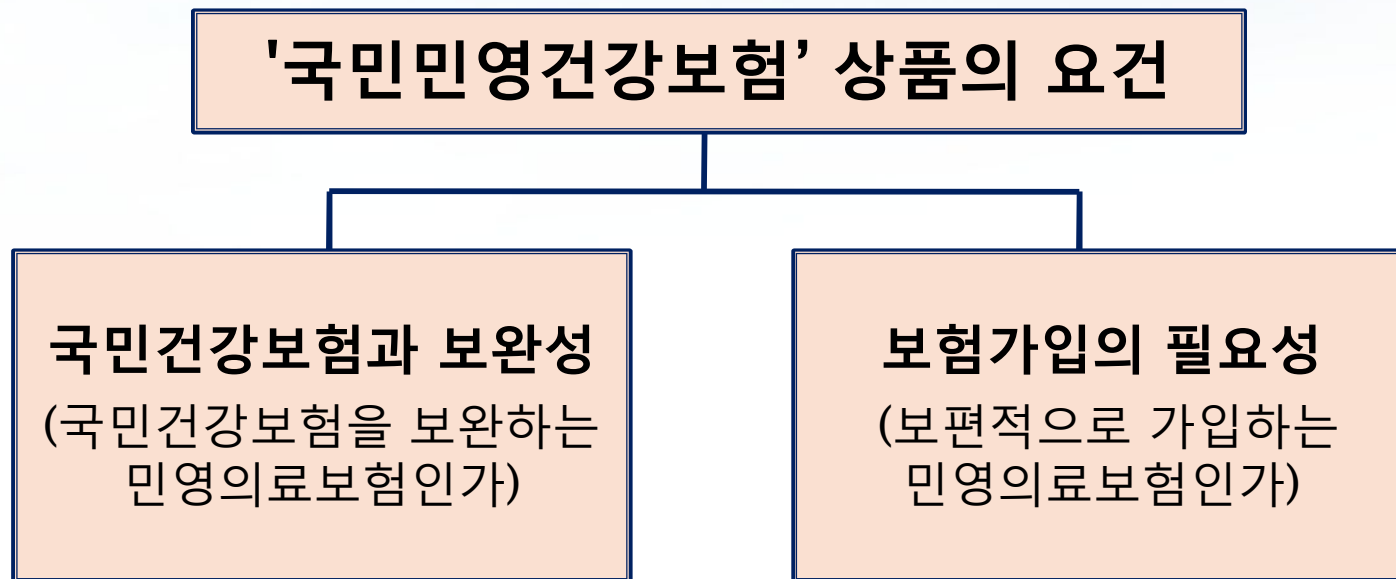
자료: 이창우·이상우(2010)

V. 공공성 개선을 위한 제언

1. 민영의료보험 상품의 제도적 구분



V. 공공성 개선을 위한 제언



V. 공공성 개선을 위한 제언

- ▶ '국민민영건강보험'은 국민건강보험을 보완하여 실손의료비 보장 또는 질병에 의한 상실소득을 보상하는 소득보상보험도 가능
- ▶ '국민민영건강보험'은 언더라이팅 등을 제한하여 역선택이 야기될 것이므로, pool system을 도입하고 상품 가입에 대한 인센티브도 검토 필요

V. 공공성 개선을 위한 제언

1. 소비자 접근성 개선 방향

- ▶ 고위험자에 대한 접근성 개선
 - '국민민영건강보험'상품은 'fair discrimination' 기능 제한
 - 성별/연령을 사용하지만 건강상태로 언더라이팅을 하지 않음
 - 역선택에 대응하여 위험(풀링)조정제를 도입하는 방안을 검토
- ▶ 저소득층에 대한 접근성 개선
 - 저소득층에 대해서는 정부에서 보조하거나, 보험료 할인 고려
 - 시스템 부작용이나 도덕적 해이를 면밀히 고려해야 함

V. 공공성 개선을 위한 제언

2. 소비자 선택권 개선 방향

- ▶ ‘국민민영건강보험’에 부합하는 표준 상품 도입
- ▶ 「국민민영건강보험」은 보장 급부를 준화하지만 다른 부분은 보험사가 자율적으로 운영하는 Medigap과 유사
- ▶ 현재 자동차보험 책임보험을 벤치마킹할 필요
- ▶ 「국민민영건강보험」에 정액형 ‘소득보상’ 상품이나 Medigap과 같은 보충형 실손의료보험 모두 가능하지만 보충형 민영의료보험이 적절하다고 평가

V. 공공성 개선을 위한 제언

- ▶ **'국민민영건강보험' 대신 공적 의료보장을 확대하면**
 - 소비자의 차별적 니즈와 자유 선택의지 무시
 - 국민건강보험 확대로 민영의료보험 시장 축소
 - 국민건강보험 보험료 대폭 인상 필요
 - 소득보상 기능까지 포함하여 국민건강보험 규모 급성장

V. 공공성 개선을 위한 제언

3. 보험금지급율(손해율) 개선방향

- ▶ 소비자는 영업보험료 대비 보험금지급률을 중시함
- ▶ 보험금지급률 공시를 통해서 수요자의 합리적 선택 보장
- ▶ 공시 방법으로는 협회의 홈페이지에 공시하거나, 보험 판매 시 보험금지급률을 설명의무에 포함할 수 있음
- ▶ 「국민민영건강보험」 해당 상품은 손해율 규제도 검토할 필요 있지만 시행 전 사전 연구 필요 (미국 자동차보험 손해율 규제의 역효과)
- ▶ 사업비 절감을 위한 단체민영의료보험 활성화 방안 강구

V. 공공성 개선을 위한 제언

4. 민영의료보험 상품 분류 개선 방향

- ▶ 민영의료보험은 제3보험으로 분류되지만 민영의료보험을 구분하지 않아 투명성이 결여됨
- ▶ 손보사의 의료보험은 통상 '장기손해보험'으로 분류되지만 의료보험을 통계적으로 구분하지 않고 있음
- ▶ 특히 의료보험은 주계약이 아닌 특약의 형태로 판매되고 있는데 정보 파악이 어려워 정보비대칭이 가중됨
- ▶ 민영의료보험 상품을 분리하는 개선 필요함

V. 공공성 개선을 위한 제언

5. 민영의료보험 소비자 만족도 개선 방향

- ▶ 민영의료보험 만족도(해약율) 개선
 - 공공성이 높은 민영건강보험의 경우 만족도(해약률)를 보험 회사 리스크 평가(RAAS) 등에 반영하여 보험사도 공동 책임
- ▶ 가입자의 보장범위 인식과 계약상의 보장범위를 일치
 - 보장범위 축소를 통한 가격 경쟁을 지양하고, 소비자의 상황에 적합하지 않는 상품 판매에 대한 recall제도

V. 공공성 개선을 위한 제언

6. 보험회사의 경영 방향

- ▶ 단기 경영 전략보다 장기적인 국민 의료보장의 한 축으로 자리매김하려는 전략 필요
- ▶ 가입자의 니즈 충족과 함께 공공성 차원에서 소비자 접근성, 합리적 선택 및 적절한 손해율 고려
- ▶ 보험가입자가 인식하는 보장 범위와 보험계약상 보장하는 범위의 괴리 축소

V. 공공성 개선을 위한 제언

7. 정책당국의 역할

- ▶ 의료공급자의 유인 수요 차단 및 지급보험금 감시
- ▶ 민영의료보험 수요자의 도덕적 해이 및 보험사기 제어
- ▶ 국민건강보험과 민영의료보험 상호연계성 및 호환성 확보
- ▶ 민영보험회사를 국민 의료보장 파트너로 활용

<참고자료>

<실손 의료보험상품의 표준화 전후 비교 ①>

구분	내용	표준화 전		표준화 후
		손보	생보	
유형분류	▶ 상품유형 ① 상해·질병·입원·통원 ② 질병형상해형종합형 ③ 입원형·통원형 ▶ 상해등급 적용 여부	- 상해입원·상해통원·질병입원·질병통원 - 상해의료비 - 질병입원의료비 - 적용	- 질병형(입·통원), - 종합형 (질병+상해 입·통원) - 해당사항 없음	① 상해(입원·통원)형 ② 질병(입원·통원)형 ③ 종합(입원·통원)형 - 적용
입원통원	▶ 상품구성 ▶ 입원 한도 ▶ 입원한도 산출방식 ▶ 상급병실차액(개인) ▶ 통원(외래+약제비) 한도 ▶ 통원한도 산출방식 ▶ 갱신주기 ▶ 병원급별 공제금액	- 입원+통원 - 천만 원~1억 원 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(상해의료비 100%가능) - 10만 원~50만 원 - 일당 통원 한도 - 3년/5년, 歲만기 - 해당사항 없음	- 입원+외래+약제비 - 3천만 원~5천만 원 한도 - 연간 입원 한도 - 50%(1일 평균 8만 원 한도) - 15만 원/20만 원 - 회당 외래·약제비 한도 - 3년 자동갱신 - 적용	- 입원+외래+약제비 - 5천만 원 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(1일 10만 원 한도) - 30만 원 한도 - 회당 외래·약제비 한도 - 자율 운용 - 적용

자료: 금융위원회/금융감독원 보도자료(2009. 9. 2)

<참고자료>

<실손 의료보험상품의 표준화 전후 비교 ②>

구분	내용	표준화 전		표준화 후
		손보	생보	
보장범위	▶ 용어 (상해 / 재해) ▶ 재해분류표 적용 ▶ 해외진료비 보장여부 ▶ 국민건강보험 미적용 시 ▶ 면책사항(치매, 한방, 치과, 비뇨기과, 산과, 선천성질환, 치질 등)	- '상해' 용어 사용 - 해당사항 없음 - 40% 보장 - 40% 보장(회사별 의료비 기준) - 회사별 면책범위 상이 (포괄적 열거주의)	- '재해' 용어 사용 - 적용 - 해당사항 없음 - 본인부담의료비의 32% - 회사별 면책범위 상이 (구체적 열거주의)	- '상해' 로 통일 - 적용 안함 - 보장 안함 - 40% 보장 - 치매, 급여(한방, 치과, 치질)
운영방식	▶ 주계약/특약 운용여부 ▶ 보장기간 ▶ 공시방법 ▶ 상품명 ▶ 특정 담보 의료비 보장 ▶ 적립금 대체납입 방식	- 특약형(방카는 주계약) - 최대 100세 - 별도 공시기준 없음 - 일부 '의료보험' 사용 - 교통, 화재상해 등 다수 - 운용 중	- 특약형(일부는 주계약) - 80세/100세(일부 종신형) - 별도 공시기준 없음 - '의료' / '의료비' 사용 - 선천 이상 입원 등 소수 - 해당사항 없음	- 자율 운용 - 자율 운용 - 별도 공시기준 마련 (협회) - '실손 의료비' 명기 - 면책사항만 담보 가능 - 자율 운용
요율	▶ 요율산출	- 자사율 (회사별 경험통계 적용)	- 자사율 (국민건강보험통계 적용, 일부는 경험통계 적용)	- 자율 운용

자료: 금융위원회/금융감독원 보도자료(2009. 9. 2)

<참고자료>

<자기부담금 제도의 표준화>

구분	과거	표준화 후
입 원	전액 보장	90% 보장(10% 공제)
자기부담 한도	없음	연간 200만 원(초과 시 전액 보장)
보장 제외	항문질환, 치과 등	항문질환, 치매 보장
외 래 (1회당/1일당)	5천 원 ~ 1만 원 공제 (보험사 자율)	· 의원: 1만 원, 병원: 1.5만 원, 종합전문병원: 2만원 공제
약 제 비 (1건당)		· 8천 원 공제

자료: 금융위원회/금융감독원(2009. 9. 2), 보도자료

- ▶ 입원 한도 금액도 생명보험업계는 3백만 원에서 5천만 원 사이, 손해보험업계는 1천만 원에서 1억 원에서 최고 5천만 원으로 표준화
- 통원 치료에 대한 보장한도도 최고 보장금액은 30만 원, 최고 보장기간은 180회 그리고 최고보장금액은 5,400만 원으로 표준화

경청해 주셔서 감사합니다.



민영의료보험의 정책 방향

2012. 7. 13

보험연구원 고령화연구실 김대환

kiri



Contents

	공사건강보험체계 현황	3
	건강보험 주요 이슈	9
	건강보험 정책 방향	21
	맺음말	29

kiri





공사건강보험체계 현황

공사건강보험역할 체계

실손의료보험 성과

공사건강보험재원구성

I - 1. 공사건강보험 역할 체계

민영건강보험의 유형

		공적의료보장 적용여부	
		적용	비적용
민영보험제 대안여부	공적보험과 동일 서비스	중복형 : 영국, 아일랜드, 스페인, 이태리	대체형 : 미국, 독일, 네덜란드, 칠레
	공적보험의 법정본인부담금	보완형 : 프랑스, 미국	
	비급여 등 기타 추가 서비스	보충형 : 칠레, 네덜란드, 독일, 캐나다	

자료 : Colombo & Tapay (2004), Private Health Insurance in OECD Countries

국내 건강보험의 역할 체계

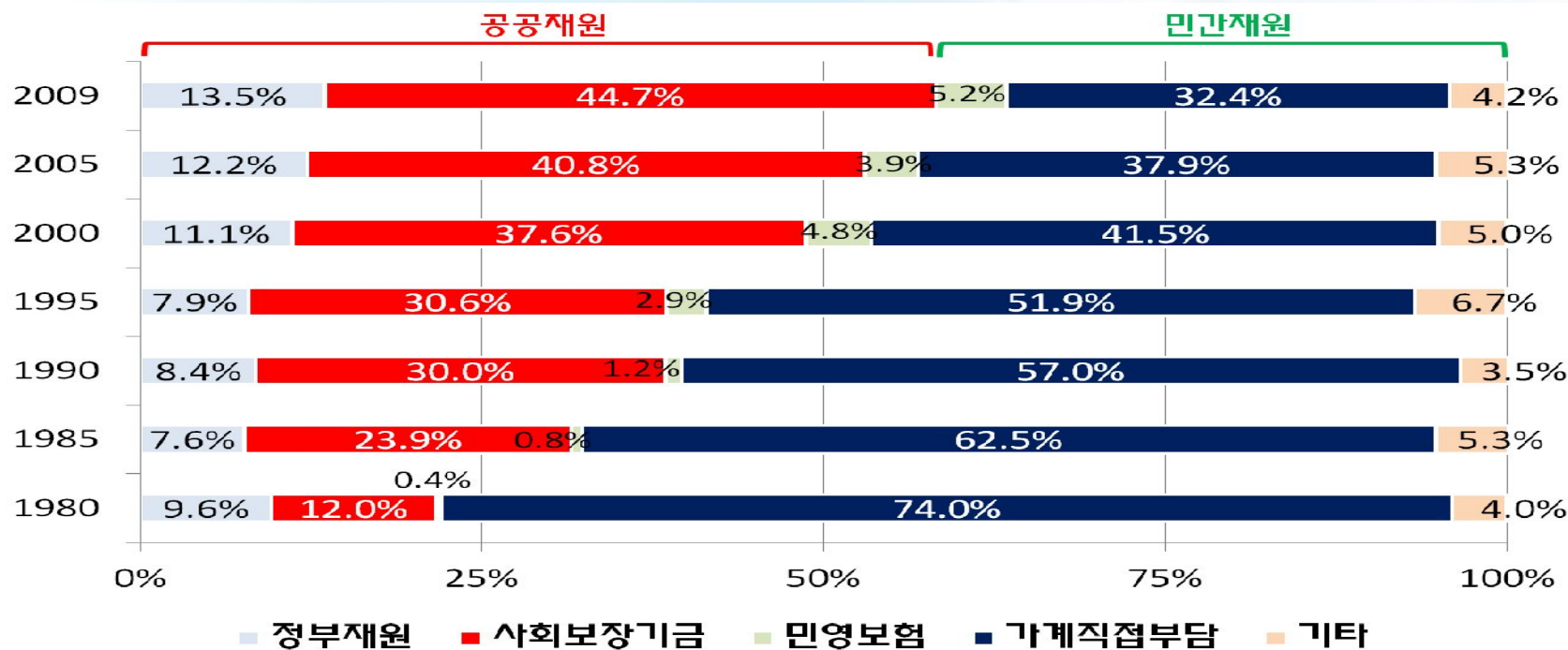
급여의료	비급여의료
국민건강보험 부담분	법정비급여 본인부담분
법정본인부담분 (민영)	(민영)

❖ 민영건강보험의 역할 분류

- 중복형(duplicate), 대체형(substitute), 보완형(complimentary), 보충형(supplementary)
- 우리나라의 실손의료보험은 보완 · 보충형으로 공보험 보장 이외 부분을 보장

I -2. 공사건강보험 자원 구성 (1)

국민의료비 자원추이



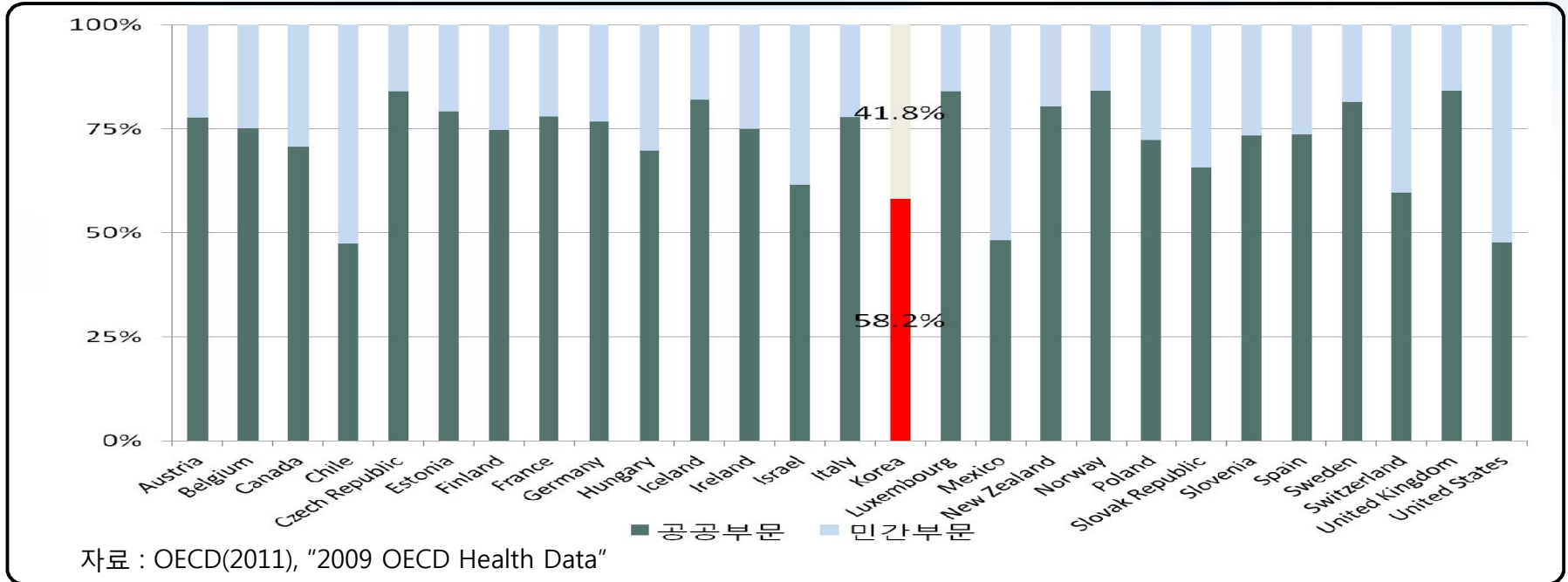
자료 : 보건복지부(2011), "2009년 국민의료비 및 국민의료계정"

❖ 자원부담 추이

- 총의료비 중 공공부문 재원이 지속적으로 증가하여 60% 수준
- 실손의료보험 재원은 5.2% 수준이며, 지속적으로 확대되고 있는 추세

I -2. 공사건강보험 자원 구성 (2)

OECD 의료비 구성 비중

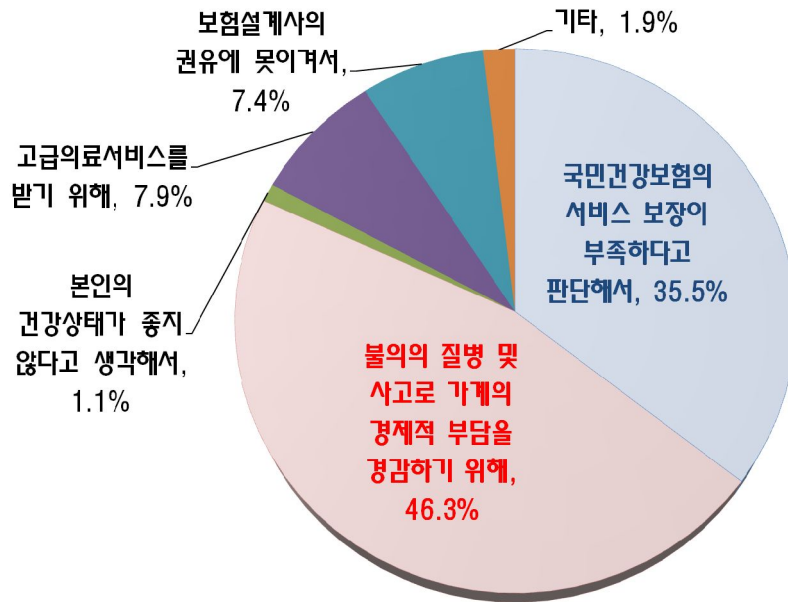


❖ 의료비 구성 국제비교

- OECD 국가의 총 의료비 중 공공부분 비중은 평균 71.8%
- 우리나라의 경우 58.2%에 불과
- 개인부담비중이 높아 민영건강보험 필요성 및 역할 확대

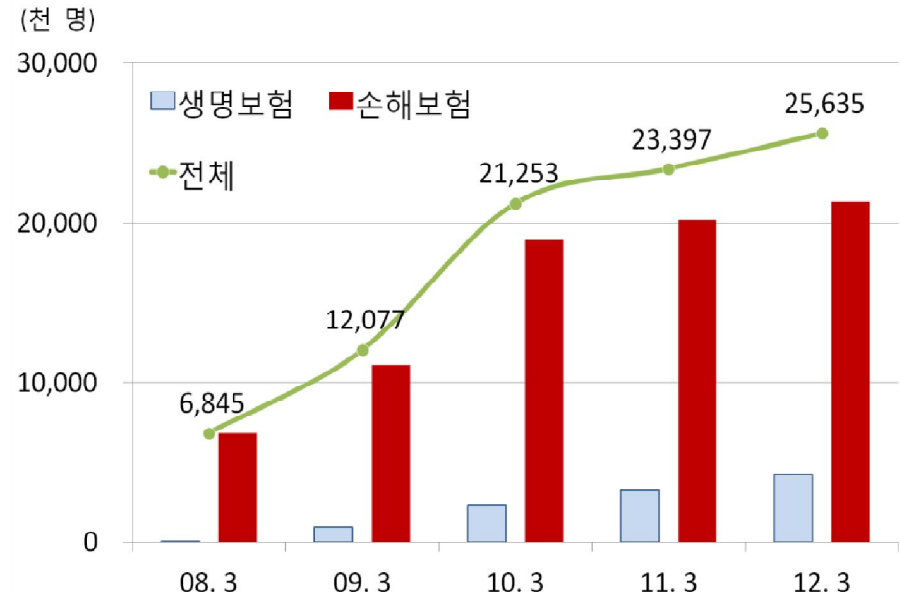
I -3. 실손의료보험 가입 현황

민영건강보험가입 이유



자료 : 정영호(2011), "한국의료패널로 본 민간의료보험 가입실태", 보건복지 Issue and Focus

실손보험 가입자 추이



자료 : 금융감독원

❖ 민영건강보험의 가입이유 및 가입자 현황

- 실손의료보험은 실제 발생한 의료비 중 환자 본인부담액을 보장한도액 내에서 보상
- 민영건강보험(실손)의 기능 인지 하에 가입
- 2012년 3월 기준 약 2,600만 명이 실손보험에 가입

I -4. 실손의료보험 정책 변화



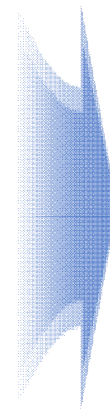
표준화 이전

입원
자기부담한도
보장항목

- 전액보장
- 자기부담한도: 없음
- 향문질환, 치과 등 보장제외

외래 (1회/1일당)
약제비(1건당)

- 5천원 ~ 1만원 공제 (보험사 자율)



표준화 이후

- 90%보장 (10%공제)
- 연간 200만원(초과시 전액 보장)
- 향문질환, 치매 보장(급여)

- 의원:1만원공제, 병원:1.5만원공제
- 종합전문병원: 2만원공제
- 약제비: 8천원공제



건강보험 주요 이슈

실손의료보험이슈

복합이슈

관련 제도적이슈

II-1. 실손의료보험 이슈 : 상품구조

상품 가입

- 실비보장에 대한 의존도 가장 높지만 실비보장에만 가입 어려움
- 타 담보까지 연계되어 있어 비교 선택하기 어려운 구조

계약유지

- 가입 후 해지 점차 증가하여 3년 후 68.6% 유지
- 해지 후 재가입

실손의료보험의 유지율

구분	13차월	25차월	37차월
유지율	90.5%	78.7%	68.6%

주 : 손해보험회사 평균

II-2. 실손의료보험 이슈 : 소비자의 알권리 kiri

갱신보험료 관련 안내 사항

모집단계

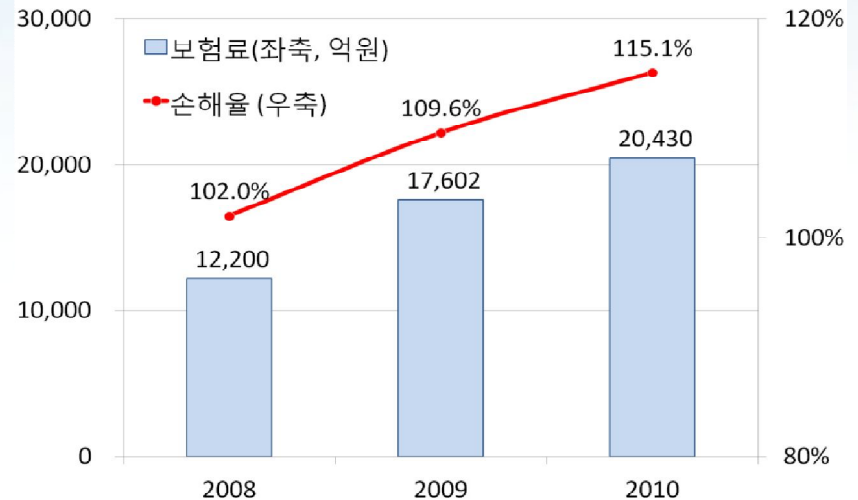
- “연령증가 + 위험율 20% 증가” 갱신보험료 및 만기환급률 예시
- 비례보상, 보험료변경 안내 관련 모니터링

유지 및 갱신단계

- 보험계약 관리내용 (연 1회 제공)에 갱신보험료 인상안내
- 갱신안내장에 보험료변동에 따른 만기환급률 변동안내

자료 : 금융위원회

실손보험 보험료 및 손해율



❖ 손해율 급등에 따른 보험료 인상

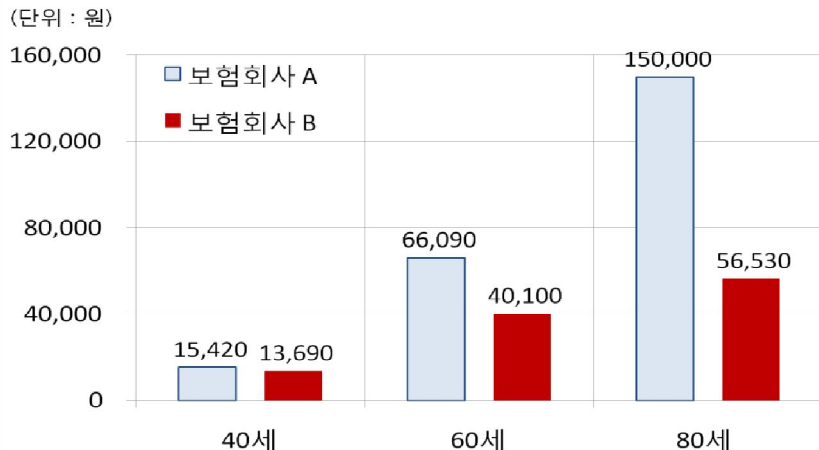
- FY08 손해율 100% 초과 이후 지속적으로 상승 → 보험료 인상에 따른 소비자 불만 증가

❖ 판매 및 공시

- 다양한 공시 및 설명의무 강화에도 불구하고, 계약자는 보험료 변동성을 충분히 설명 받지 못하고 가입
- 납입방법, 보험료 인상원인, 적립금 소진 등에 대해 이해 어려움

Ⅱ-3. 실손의료보험 이슈 : 표준가격 부재

보험회사 간 보험료 차이



주 : 업권 간 가장 비싼 보험료 수준을 비교, 업권 평균을 의미하지 않으며 낮은 보험료는 인상률 높을 수 있음

회사별 실손보험료 인상률

회사	인상률
A사	48.3%
B사	48.5%
C사	57.3%
D사	35.2%
E사	71.6%

주 : 3년 후 갱신 시 인상률

❖ 보험료

- 상품표준화 이후에도 보험료는 업권 간, 보험회사 간 큰 차이
- 과도한 영업경쟁으로 초기보험료 수준을 낮게 설정하려는 유인 존재

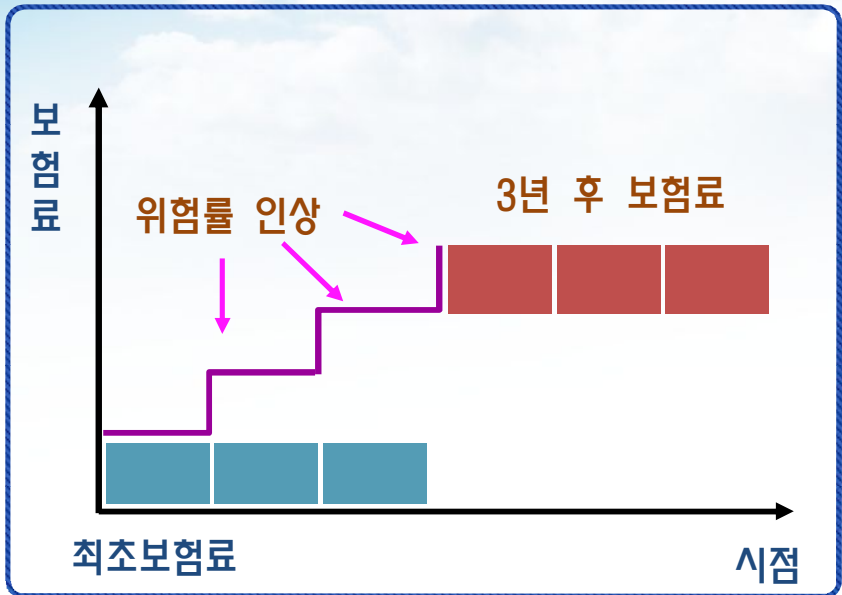
❖ 갱신시 인상률

- 예상 대비 과도한 인상률은 소비자 불만 유발

II-4. 실손의료보험 이슈 : 보험료 조정

보험료 갱신 주기

- 3년 주기로 보험료가 변경됨에 따라 계약자의 체감도 높고 인상원인 파악 어려움
- 의료환경 및 국민건강보험의 제도 변화 즉각 반영하기 어려운 구조



공보험
보장성
축소

낮은 보험료

손해율 상승

건전성 악화

VS.

공보험
보장성
확대

높은 보험료

손해율 하락

초과 수익

II-5. 실손의료보험 이슈 : 보장

보장기간

- 종신 또는 100세 보장 용어 사용으로 확정적으로 보장될 것처럼 안내
- 의료환경의 급변으로 20~30년 후 의료환경 예측 · 반영 불가능

보장범위

- 의료급여의 본인부담금과 법정비급여를 보장
- 보장하지 않는 대상 기술(Negative)
- 제도 및 의료환경 변화로 안정성 취약

- 의료환경 변화
- 국민건강보험 제도 변화

- 실손으로 보장하기 어려운 의료 보장
- 경험통계 부재 하에 보험료 조정

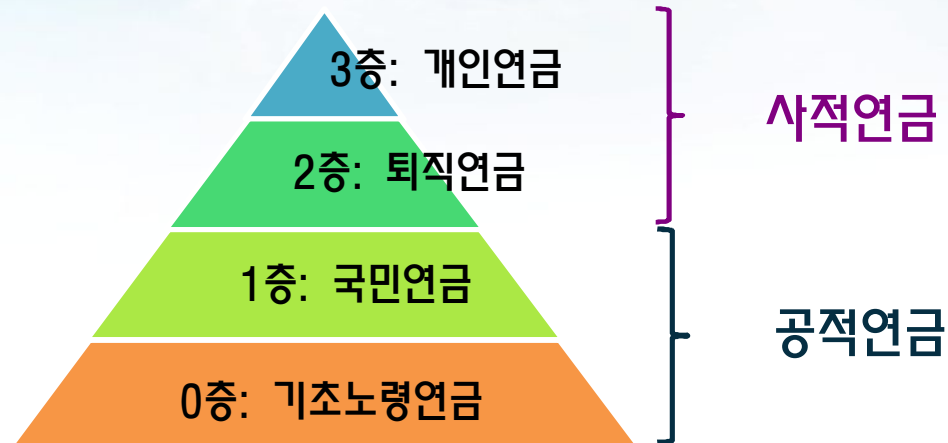
실손의료보험
안정성 취약

II-6. 관련 제도적 이슈 : 공사역할 분담 (1)

노후소득보장체계로부터의 교훈

국민연금 개혁

- 소득대체율 인하
- 연금수급연령 인상



❖ 공사연금

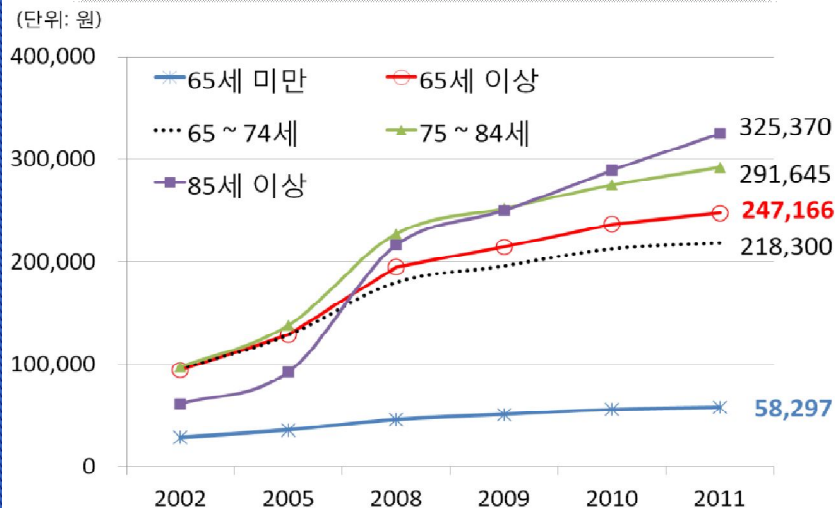
- 공적연금의 기능 축소를 사적연금으로 보완하는 역할체계 정립

❖ 공사건강

- 연계성 더욱 강하지만 역할 분담체계에 대한 청사진 부재

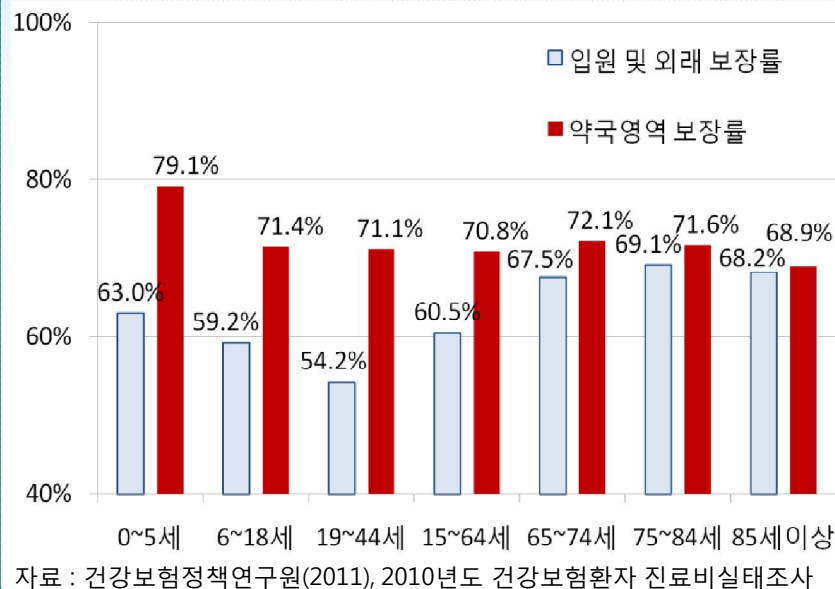
II-6. 관련 제도적 이슈 : 공사역할 분담 (2)

노인 1인당 월평균 진료비 추이



자료 : 건강보험정책연구원 보도자료(2012), "2011년 건강보험 진료비 46조 2천억, 10년간 2.5배 증가"

연령별 건강보험 보장률



❖ 국민건강보험의 보장률

- 65세 이상 1인당 진료비는 24만 7천원으로 65세 미만자 보다 4.2배 높음
- 연령별 보장률 대동소이

❖ 실손의료보험의 불안정성

- 노인의료비에 대한 책임 커, 향후 실손보험료는 급증할 수 밖에 없는 구조

II-7. 관련 제도적 이슈 : 비급여의료 (1)

의료기관별 비급여항목 진료비 차이

구분	최저가격 (원) : A	최고가격 (원) : B	가격비 (B/A)
수면내시경 관리행위	35,000	196,100	5.6
갑상선 초음파검사	30,000	177,000	5.9
유방 초음파검사	70,000	275,000	3.9
MRI (뇌)	410,000	1,386,000	3.4
MRI (척추)	410,000	700,000	1.7
PET-CT (뇌)	370,000	940,000	2.5

자료 : 한국소비자원(2011. 7), "비급여진료비용 고지 시행실태 및 소비자 활용도 조사"

❖ 실손보험료 인상의 주된 원인은 제도적 문제

- 비급여 진료비 및 진료 적정성 관리체계 부재
- 보장하지만 누구도 관리하지 않는 상황, 통계 축적도 소홀, 의료명칭도 상이

❖ 의료기관은 가격 결정권자

- 비급여의료 원가보전율은 200% 정도[심평원, 2006. 12] → 풍선효과

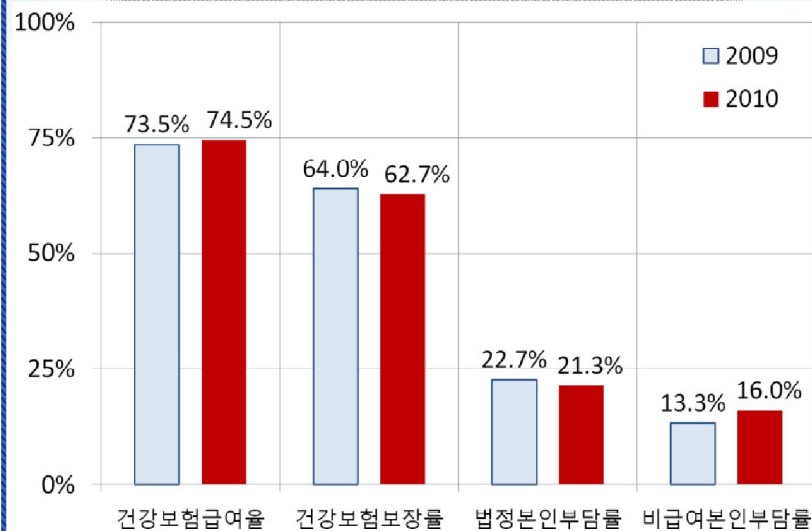
II-7. 관련 제도적 이슈 : 비급여의료 (2)

건강보험 보험료 인상 추이

연도	보험료인상률	1인당 인상률
2007	15.5%	13.6%
2008	14.9%	13.3%
2009	4.8%	2.9%
2010	8.8%	7.8%
2011	15.7%	13.1%
평균	11.9%	10.1%

자료 : 건강보험통계연보 자료를 이용하여 분석

국민건강보험 보장률 추이



❖ 국민건강보험

- 급여의료수가 2% 내외, 보험료 인상을 10% 이상
- 급여율은 증가했으나, 비급여 증가로 보장률은 축소되어 국민에게 전가

❖ 실손의료보험

- 비급여관리체계 부재로 보험료 인상을 통해 피보험자에게 전가

II-8. 관련 제도적 이슈 : 사전적 리스크 관리

보험회사의 건강관리서비스 제한

건강관리서비스법 (2010. 5)

제10조(건강관리서비스기관의 허가제한 등) 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 때에는 제9조제1항에 의한 허가를 하여서는 아니 된다.

1. 해당 기관이 제9조제3항에 따른 건강관리서비스기관의 허가 기준에 맞지 아니한 경우
2. 제22조에 따라 허가가 취소되고 6개월이 지나기 전에 같은 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 다시 허가를 신청한 경우
3. 허가를 받으려는 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 파산선고를 받고 복권되지 아니한 경우
4. 허가를 받으려는 자(법인인 경우 그 대표자를 포함한다)가 「의료법」 제8조 각 호에 따른 결격사유에 해당하는 경우

국민건강관리서비스법안 (2011. 5)

제10조(건강관리서비스기관의 허가 제한 등)

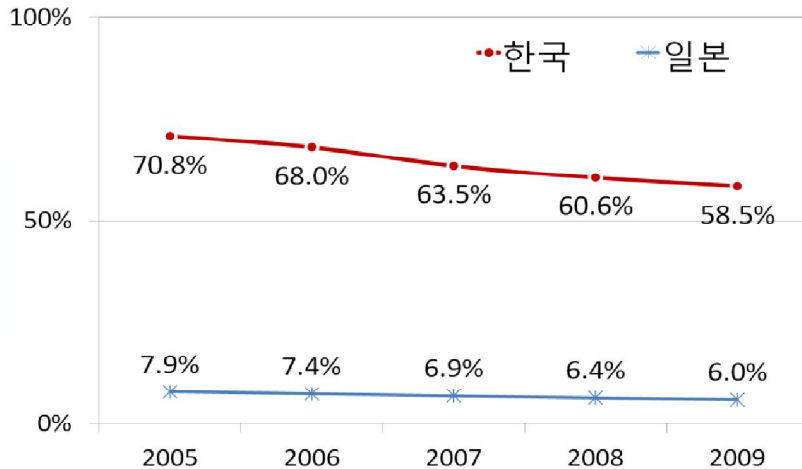
② 「보험업법」 제2조에 따른 보험회사, 상호회사, 보험설계사, 보험대리점 또는 보험중개사는 건강관리서비스기관을 개설하거나 출자 또는 투자를 하여서는 아니 된다.

❖ 실손보험에 대해 권한은 작으나, 책임은 과중

- 급증하는 의료비, 특히 노인의료비에 대한 책임 과중
- 보장하는 비급여 진료비 및 보험금 관리권한 전무
- 건강관리서비스로 피보험자의 건강유지·개선을 통해 질병예방과 손해를 관리 금지

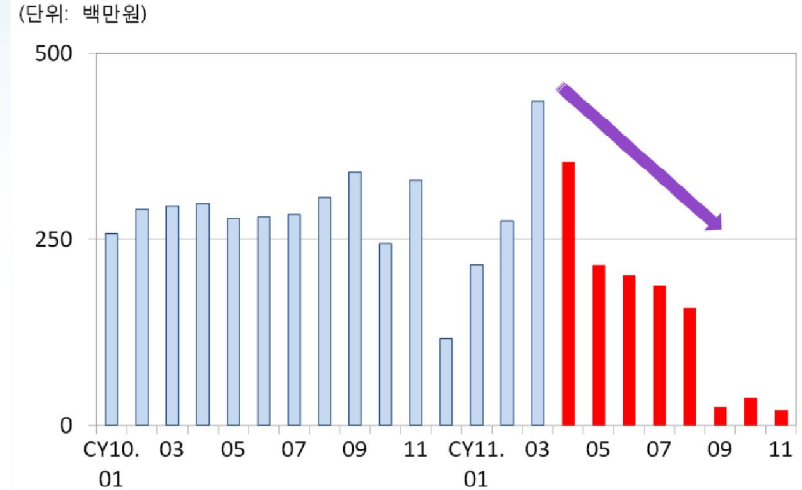
II-9. 관련 제도적 이슈 : 보험사기

한·일자동차사고 입원율



자료 : 한국(손해보험협회), 일본(손해보험요율산출기구)

태백시 장기보험금 추이



자료 : 금융감독원

❖ 의료기관

- 자동차사고의 비이상적 입원율, 2011년 3월 태백시 3개 의료기관 압수영장 이후 의료비 급감
- 건강보험 관련 보험사기는 의료기관과 연계

❖ 보험사기

- 건강보험 사기는 공사건강보험의 보험료 인상으로 귀결 → 국민부담 가중



건강보험 정책방향

실손의료보험 자체 개선

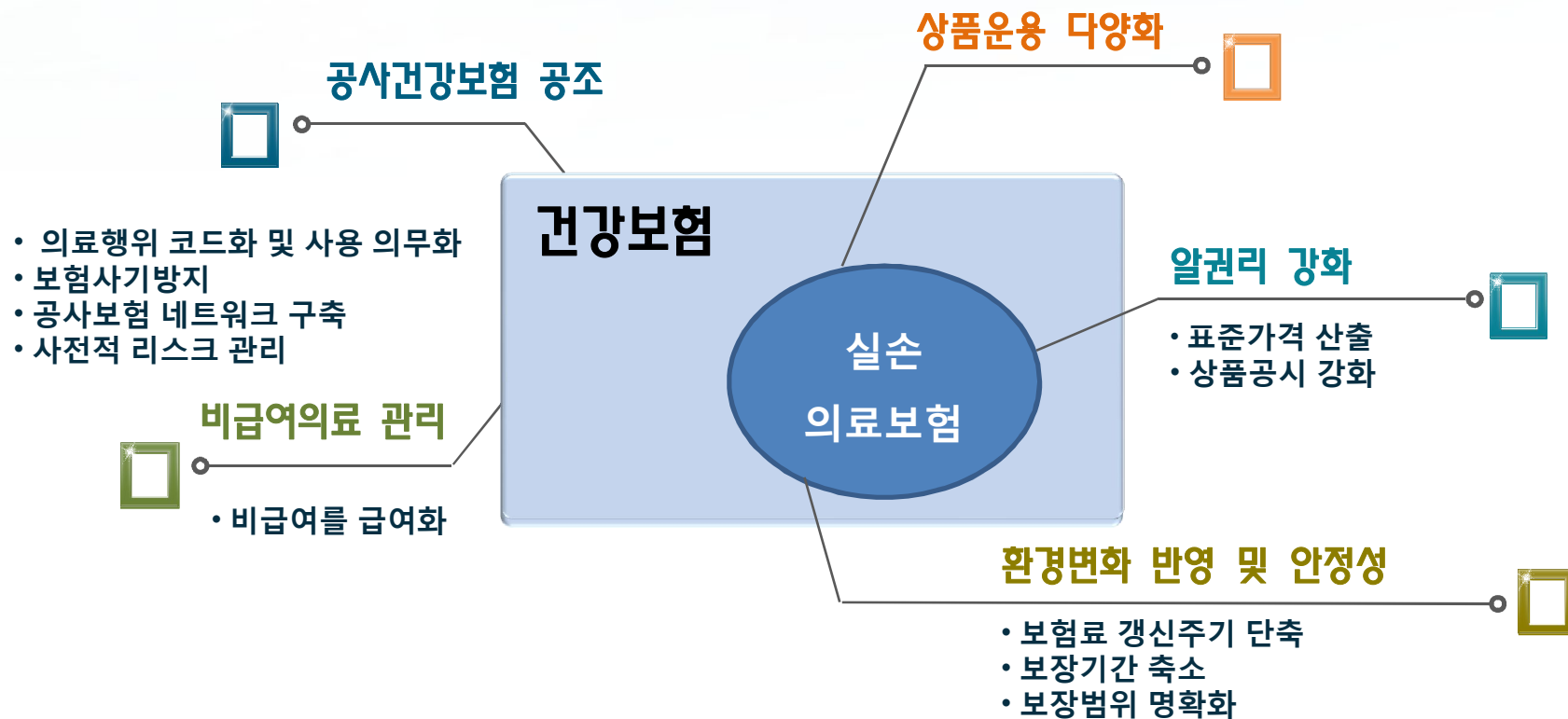
관련제도 개선

공사건강보험의 공조

■ 실손의료보험 자체 개선과 더불어 관련제도 개선 병행

관련제도 개선

실손의료보험 개선



Ⅲ-2. 상품운용 다양화

보험종류	단독 상품	결합 상품(현재)
장점	- 가입시 비교용이성, 투명성 - 소비자 선택권 및 알권리 제고 - 재가입 시 편의 증대	- 접근성 확대 - 단기적으로 낮은 보험료 인상 체감도
단점	- 언더라이팅 강화 - 높은 보험료 인상 체감도	- 이해하기 어려운 구조 - 비교용이성, 투명성 실현이 어려운 구조 - 불필요한 담보 가입

❖ 실비보장을 위한 단독상품 필요

- 실비보장만을 원하는 고객의 니즈를 반영할 수 있어야 함

❖ 실비보장상품과 결합(Bundling) 상품의 판매 병행 필요

- 보험회사와 소비자의 다양성, 선택권, 자율성 존중

표준가격 도입

- 표준가격(참조위험률)을 산출하고, 회사별 위험률 변경 폭이 참조위험율의 일정범위를 상회할 경우 사전 신고
- 인상원인 투명성 및 지급보험금 관리 강화

상품공시 강화

- 표준가격 대비 보험료 수준, 과거보험료 인상주이, 향후 보험료 최고 인상률 등을 사전 공시하고 설명의무 강화
- 보험료 및 변동성에 대한 소비자 이해도 제고

보험료 변경주기 단축

- 국민건강보험제도 및 의료환경 변화 등을 즉각 반영할 수 있도록 갱신주기 단축
- 보험료 인상에 대한 이해도 및 투명성 증대
- 갱신주기 단축과 통일은 비교 용이성을 통한 선택권 차원에서도 바람직

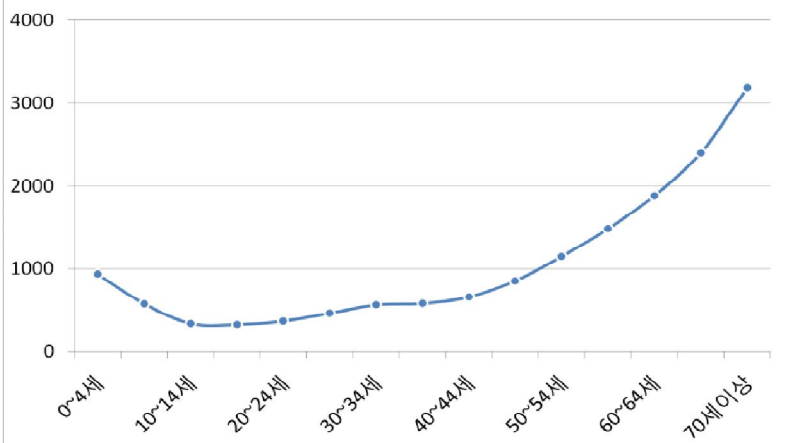
보장기간 조정 및 명확화

- 제도변화를 탄력적으로 반영하고 과장광고를 사전에 방지
- 개선된 실손상품 가입위해 해지 불필요
- 보장범위를 Positive 방식으로 전환 또는 탄력적으로 개선 검토

Ⅲ-5. 공사건강보험의 역할체계 재정립

연령별 1인당 진료비총액

(단위: 천원)



자료 : 국민건강보험공단

본인부담상한제에 따른 보장을 변화

연도	본인부담상한제 적용 전	본인부담상한제 적용 후
2006	65.2%	64.5%
2007	64.4%	64.6%
2008	62.0%	62.2%
2009	63.6%	64.4%
2010	62.7%	64.6%

주 : 본인부담상한제는 보험료 수준을 기준으로 소득계층 하위 50%는 500만원, 중위 30%는 300만원, 상위는 20% 400만원으로 차등화

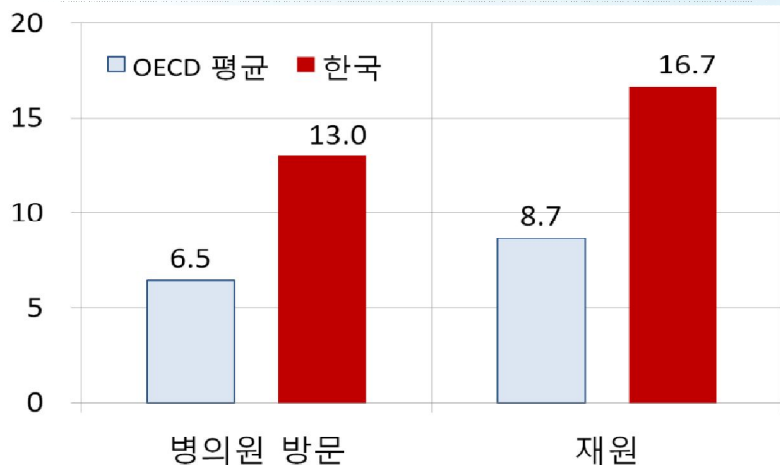
❖ 노후의료비에 대한 책임이 실손의료보험에 과다하게 부과

❖ 국민건강보험

- 총보장률이 아닌 누구와 무엇에 대한 보장을 고려
- 본인부담금상한제 개편으로 노인층에 대한 책임 확대
- 본인부담금상한제의 실효성을 위해 적용범위 비급여로 확대

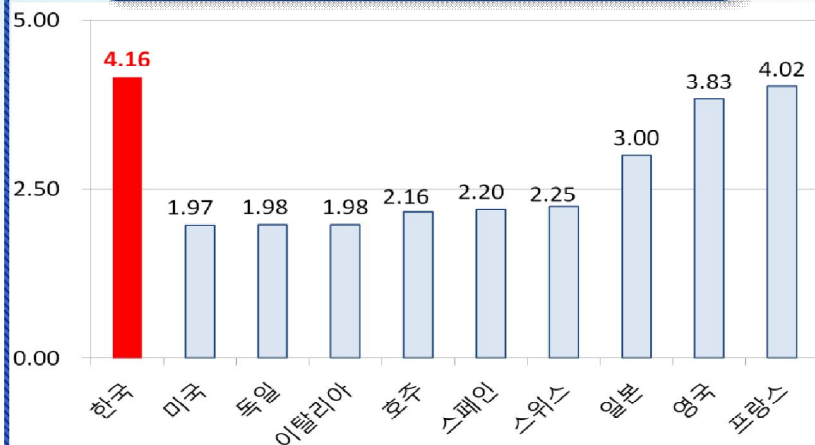
Ⅲ-6. 비급여의료 관리

병원방문횟수 및 평균재원일수



자료 : OECD(2011), Health Data

국가별 처방전당 약품목수



자료 : 한국 IMS Health(주)·심평원(2006), 의약품 적정사용 관리를 위한 제외국의 처방 행태 평가연구

❖ 지불제도와 비급여 관리방안

- 보험회사와 의료기관 간 계약(Network)체계는 의료접근성 제한
- 현 의료전달체계 하에서 비급여심사체계는 DRG와 같은 지불제도 변화시 실효성 제약
- 과거 의료체계는 접근성 중심으로 성과 달성, 현재는 과잉과 중복 양산
- **법정비급여 급여화**: 급여율을 낮게 설정하는 대신 관리체계화 이후 DRG 등으로 지불제도 변화

Ⅲ-7. 공사건강보험의 공조

의료행위 코드화 및 사용의무화

- 현황을 정확하게 인지해야 적합한 개선방안 및 규제마련 가능
- 의료기관, 국민건강보험, 민영의료보험 모두 동일한 명칭으로 통계 구축

사전적 리스크 관리

- 정부: 사후적 질병치료와 함께 예방체계 강화
- 보험회사 : 피보험자의 건강개선 및 손해를 경감



보험사기 방지

- 무조건적 의료비 통제가 아닌 비효율적, 불법적 의료비 통제로 공사 건강보험 안정화

공사보험 네트워크 구축

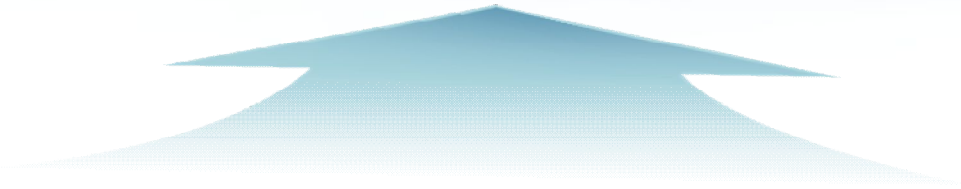
- 의료비 환수 및 환급 등으로 초과이익 발생 개선



맺음말



가능한 많은 국민이 더 신뢰하고 낮은 비용으로
오랫동안 유지할 수 있는 실손의료보험



보험회사

- 실손은 범 국민적 보험으로 성장
- 실손의 투명성 및 신뢰도 제고는 전체 보험산업에 파급

정 부

- 민영보험의 가치와 필요성 인지
- 문제점은 개선하고 정책적 공조
(실손 대상 세제혜택 분리)

경청해 주셔서 감사합니다.

kiri



소비자보호를 위한 민영의료보험 발전방향

- 노인의료비보장 중심 -

2012. 7. 13

보험연구원 고령화연구실 조용운

kiri



Contents

- I 검토배경
- II 노인의료비보장 현황 및 문제점
- III 노인의료비보장 개선방안
- IV 맺음말



kiri



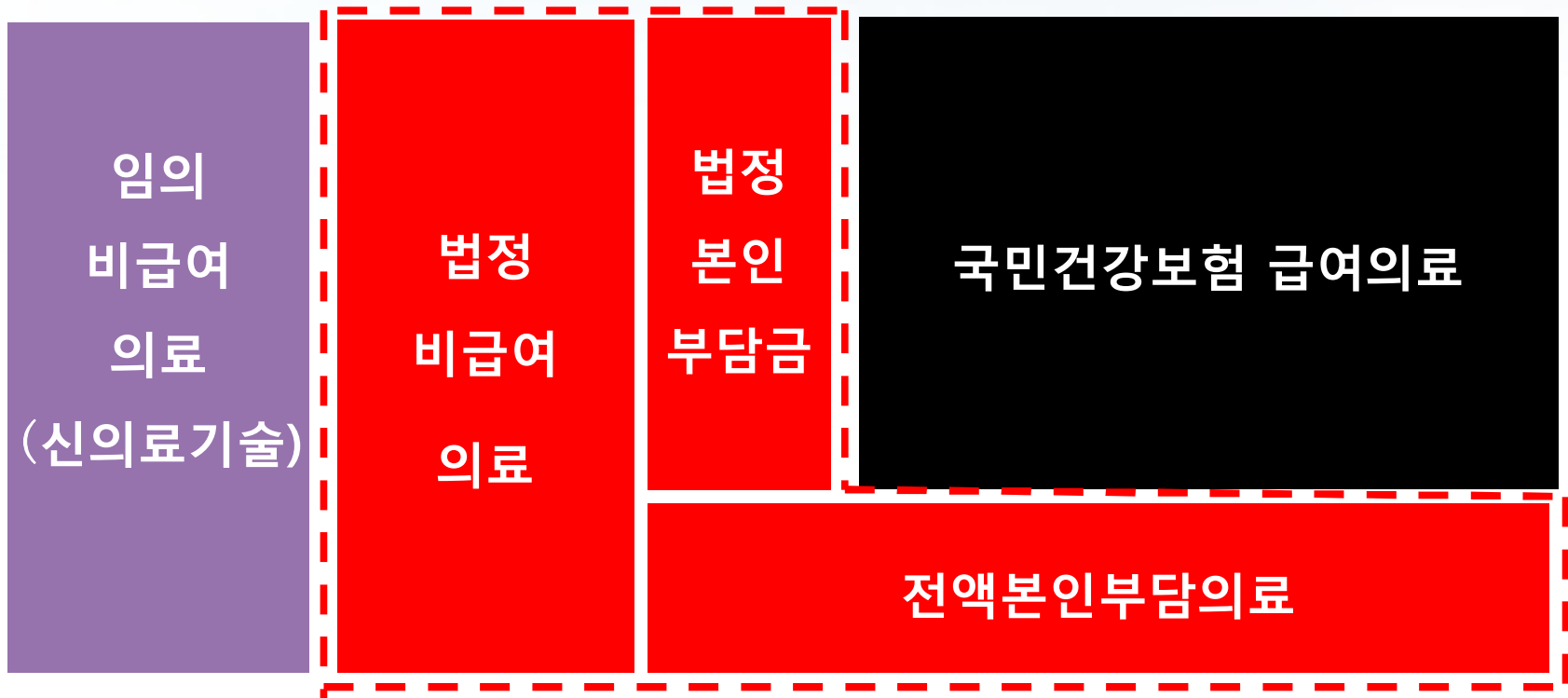
I 검토배경



I-1. 건강보험의 의료비 분류체계

- ❖ 실손의료보험은 법정본인부담, 전액본인부담의료, 법정비급여의료를 보장

<실손의료보험 보장영역>



I-2. 공사건강보험 보장성

- ❖ 국민건강보험의 보장성은 증가 추세에 있지만
실손의료보험의 역할은 점점 더 중요해지고 있는 추세

<국민건강보험과 실손의료보험의 보장률> (단위: 억 원, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009
의료비 합계 (A)	349,410 (100)	391,520 (100)	437,310 (100)	468,500 (100)	522,650 (100)
국민건강보험 부담금	183,170 (52.4)	213,930 (54.6)	245,240 (56.1)	263,740 (56.3)	299,380 (57.3)
본인부담금계 (B)	166,240 (47.6)	177,590 (45.4)	192,070 (43.9)	204,860 (43.7)	223,270 (42.7)
실손의료보험 지급보험금 (C)	6,387	7,447	10,161	15,022	18,296
C/A	1.81%	1.91%	2.33%	3.23%	3.50%
C/B	3.77%	4.20%	5.32%	7.44%	8.19%

자료: 1) 정형선(2010), 「건강보험 보장성 지표 개발연구」, 국민건강보험공단, 연세대학교. 2) 보험개발원.

노인의료비보장 보험제도 도입을 통한
실질적 종신 건강보장

노인의료비 보장의 사각지대 존재

공보험

- 국민건강보험은 65세 이상자 의료비의 약 60% 보장
- 노인장기요양보험은 중증 건강상황 보장, 의료처치적 요구를 충족시키지 못함

민영보험

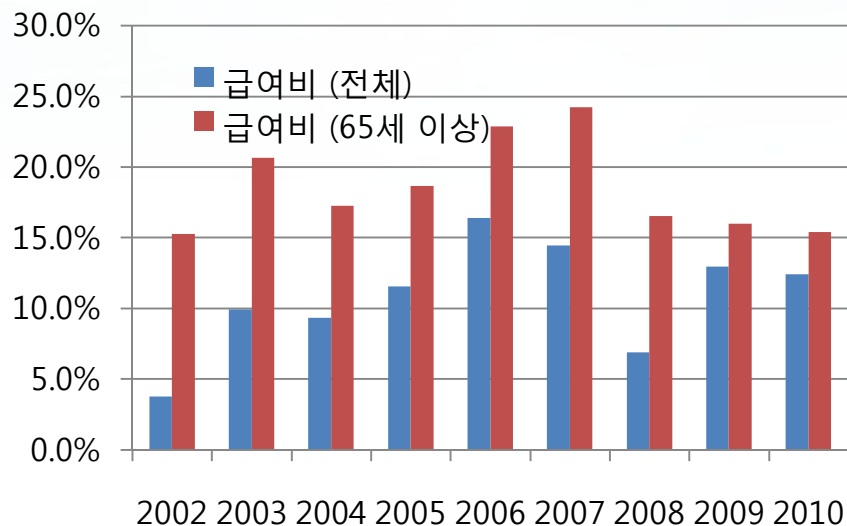
- 실손의료보험은 65세 이상 가입률 실적이 1.0% 미만
- 실손장기간병보험은 상품개발 사례 없음

II 노인의료비보장 현황 및 문제점

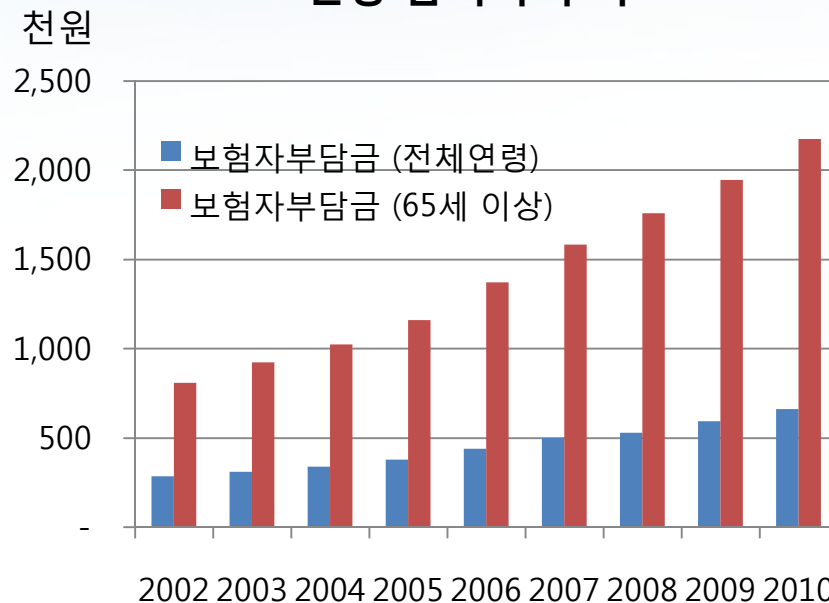


❖ 65세 이상에 대한 급여비 지출 급증추세

<급여비 증가율 추이>



<1인당 급여비 추이>



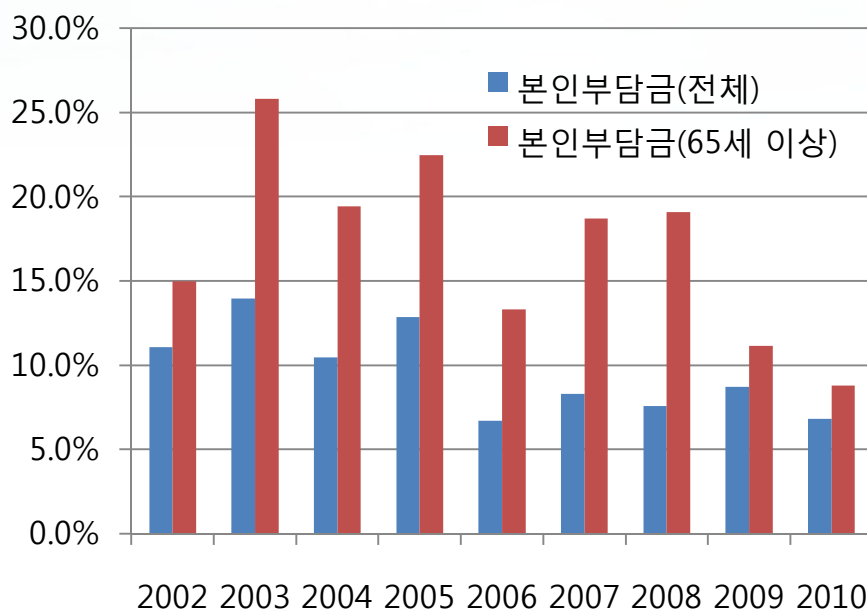
자료: 1) 국민건강보험공단, 국민건강보험통계연보, 각 연호, 2) 조용운(2011)

- 급여비 연평균 증가율(2002~2010년) - 전체연령 :11.7%, 65세 이상 : 18.9%
- 국민건강보험의 65세 이상에 대한 1인당 급여비 지출 비중 증가

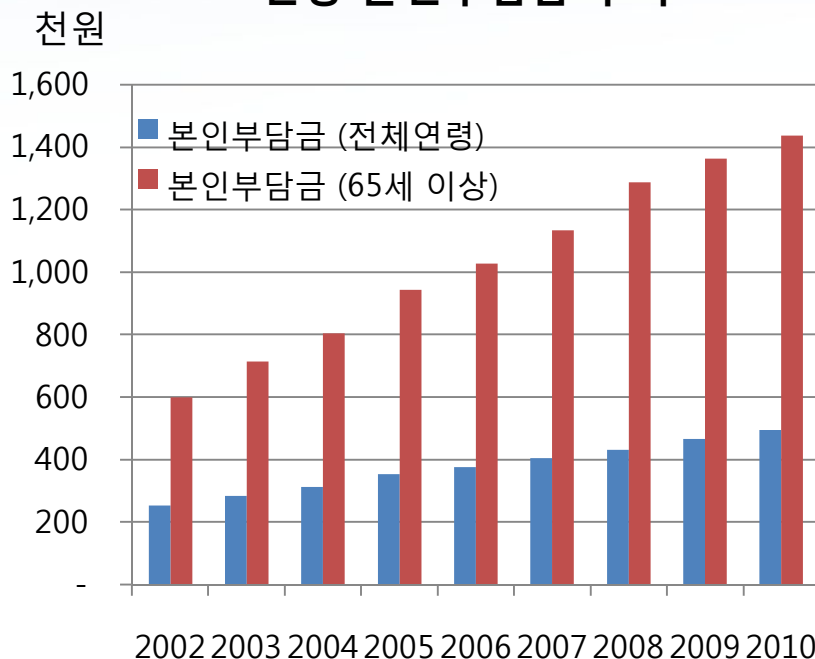
II-1. 국민건강보험

- ❖ 65세 이상 본인부담은 전체연령보다 매년 큰 비율로 상승
- ❖ 65세 이상 1인당 본인부담이 전체연령보다 빠른 상승 추세

<본인부담금 증가율 추이>



<1인당 본인부담금 추이>



자료: 조용운(2011).

II-2. 노인장기요양보험

- ❖ 육체적-정신적 활동제약이 있는 노인 중에 보장대상 인정자는 18.6%에 불과하여 접근성이 제한적

<보장필요 노인인구 및 보장대상 인정자>

구분	육체적·정신적 활동 제약 있음(명)	신청자 수	등급 판정자 수	등급판정 결과	
				인정자	비인정자
계	1,739,393	617,081	478,446	324,412 (18.6%)	154,034

자료: 선우덕(2012), 보건사회연구원.

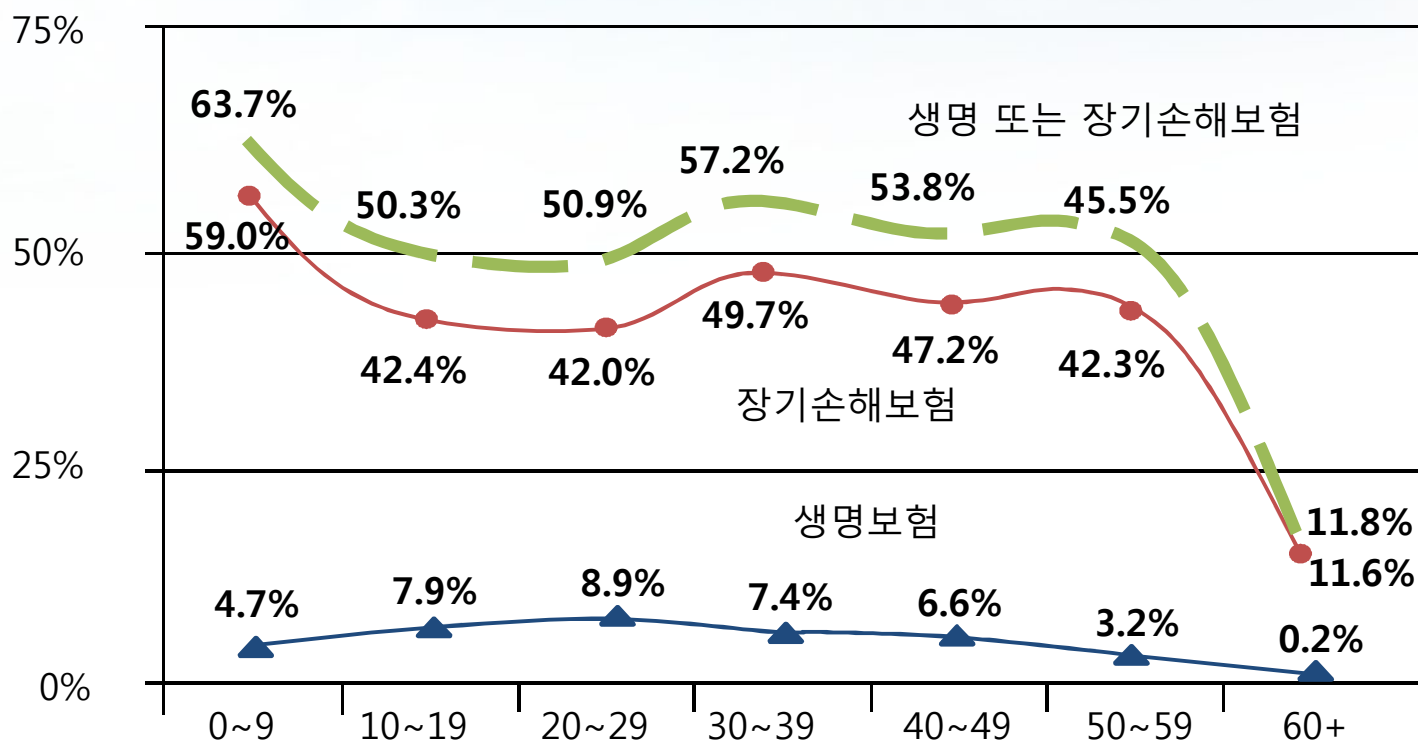
II-2. 노인장기요양보험

❖ 중증 건강상태만 보장하고 필요 의료서비스 제공 미흡

	내 용	비 고
가입자 범위	건강보험가입자 및 의료수급권자	장기요양이 필요하더라도 법정등록장애인은 제외 (2011.10 장애인활동지원제도로대체 : 시설입소 부재)
요양신청 범위	장기요양보험 가입자 (20세 이상은 모두 보험료 부담)	65세 미만은 21개 노인성질환자에 한정
재가서비스 수급범위	요양 1~3등급	등위는 제외 (노인돌봄서비스제도로 대체 : 방문요양급여에 해당하고, 저소득 계층 중심)
시설서비스 수급범위	요양 1~2등급자 및 특정 조건의 3등급자	일반적인 3등급자 제외
요양병원 입원자	비급여	요양 1~2등급자라도 서비스 미이용 (의료기관을 이용하기 때문 60.1%, 가족요양 때문 19.8%)

II-3. 실손의료보험

- ❖ 실손의료보험에 대한 60세 이상의 가입률은 11.8%에 불과
- ❖ 65세 이상 인구 중 가입률은 1% 미만일 것으로 추정



자료: 보험개발원(2011), 보도자료.

II-4. 노인의료비 문제점 요약

국민건강 보험

- 1) 재정부담으로 보장률 저조
- 2) 보장성 강화 속도 상대적 둔화 추세
- 3) 본인부담증가로 가계부담 증가

노인 의료비 대책 필요성

노인장기 요양보험

- 1) 재정부담으로 접근성 제한적
- 2) 실질적 필요 의료서비스 제공 미흡
- 3) 건강한 노후를 위해서는 제한적

실손의료 보험

- 1) 높은 보험료 → 가입률 저조
- 2) 활성화 유인책 부재



노인의료비보장 개선방안



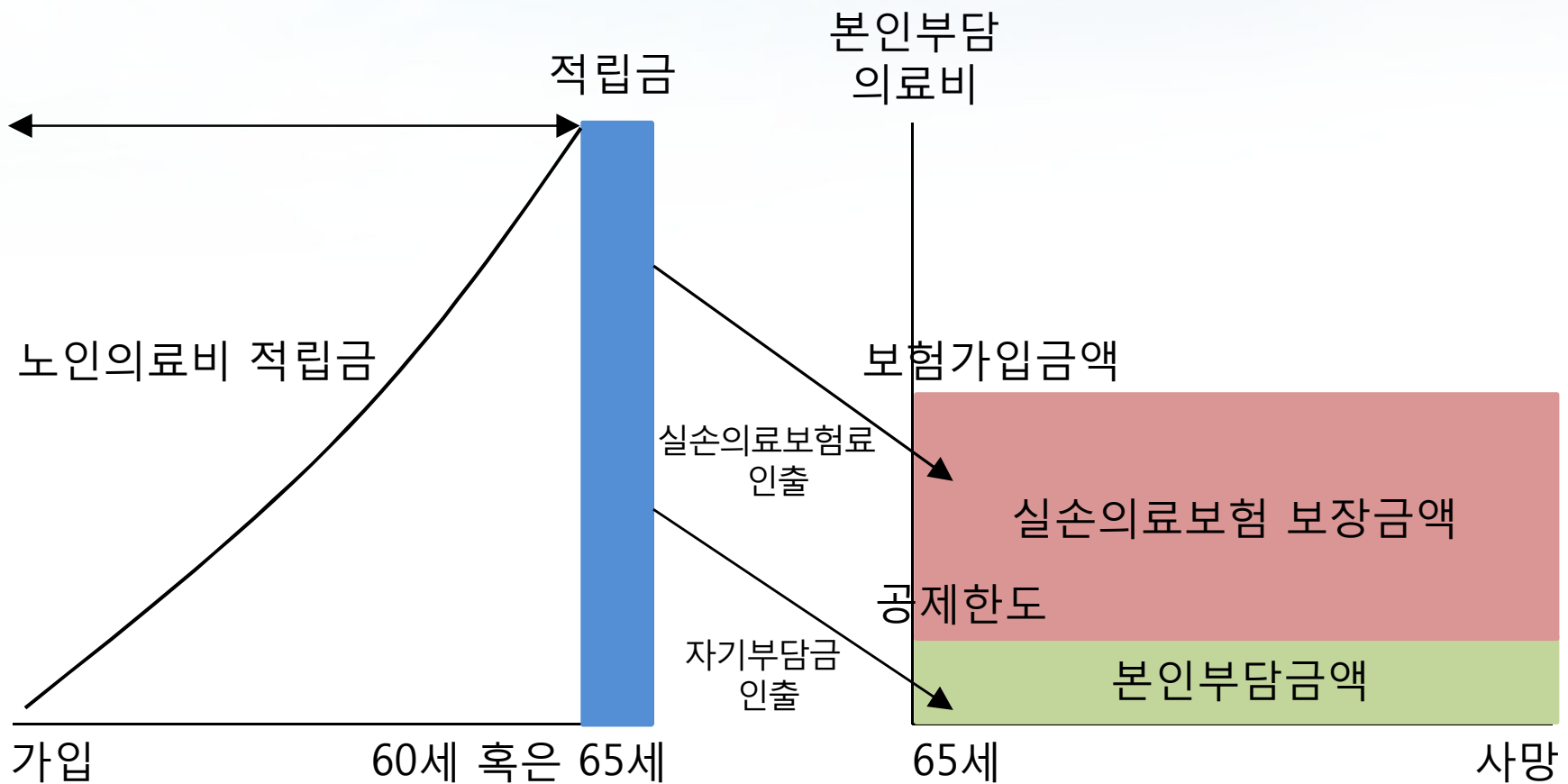
III-1. 노인의료비보장보험

- ❖ 『노인의료비적립금』과 『노인실손의료보험』을 결합하여 노인의료비보장 사각지대 완화를 위한 대안

65세 이전 피보험자	65세 이후 피보험자	특기사항
피보험자는 『노인의료비 적립금』 적립	· 공제액 이상 의료비 발생 시 『노인실손의료보험』에서 보장 · 보험기능을 통한 리스크 풀링	· 『노인의료비 적립금』 으로부터 노인실손의료보험료 대체납입 가능 · 연간 고액공제(예 : 100만 원) 초과액 보장
	공제액 미만 의료비 발생 시 『노인의료비 적립금』에서 지출	· 고액공제(예 : 100만 원) 미만액 보장

III-1. 노인의료비보장보험

- ❖ 소득이 있는 시기에 적립하고 노후에 본인부담의료비와 실손의료보험료로 지출



III-1. 노인의료비보장보험

❖ 중장년기 적립보험료 수준은 7만 2천원
(40세 가입금액 3천만원 기준 추정치)

	노인의료비적립금	노인실손의료보험
설정	• 가입금액 3,000만원 • 40세가 20년 납입하고 65세부터 보장	• 공제금액 연 100만원 • 40세가 65세가 되었을 때
보험료 [월]	• 7만 2천원	• (적립금 인출액) 남자 5만원 • (적립금 인출액) 여자 5만 2천원

III-2. 제도 도입 시 고려사항

❖ 적정적립금 수준 추정

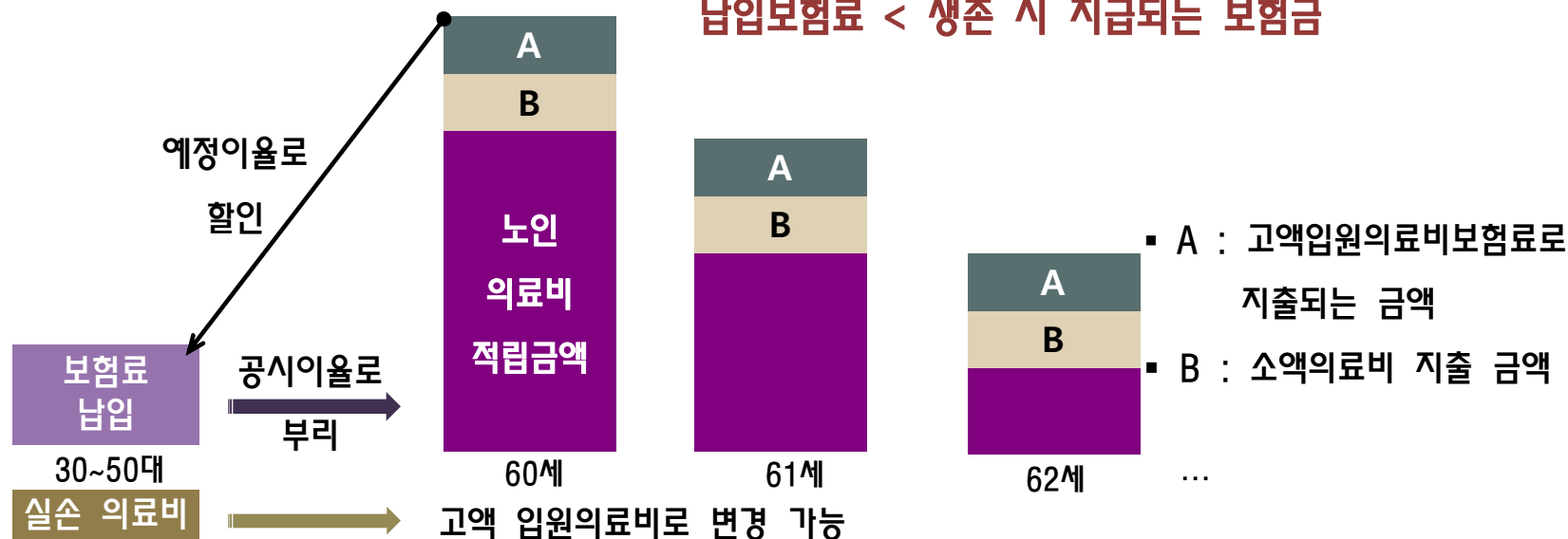
- 65세 이후 생애 본인부담의료비의 54.2%(2,443만 원)을 지출
- 향후 국가정책의 변화, 의료물가상승률 등을 고려하여 조정 필요

연 령	1인당 생애 급여비		1인당 생애 본인부담금		1인당 생애 의료비	
	총액(천 원)	비중(%)	총액(천 원)	비중(%)	총액(천 원)	비중(%)
0~100+	61,450	100.0	45,097	100.0	106,547	100.0
20~100+	54,061	88.0	39,798	88.2	93,859	88.1
40~100+	48,760	79.4	35,572	78.9	84,332	79.2
60~100+	38,814	63.2	27,901	61.9	66,715	62.6
65~100+	34,218	55.7	24,432	54.2	58,650	55.0
85~100+	7,064	11.5	5,105	11.3	48,695	11.4

❖ 노인의료비보장보험의 과제

- 장기저축성 특성으로 현 규제 하에서 손보사 취급 한계
- 노인의료비의 공적 특성을 고려한 정책의 유연성 필요
- 소비자보호를 위한 사업비 구조 적용→사업비 후취상품 개발 등

저축성 보험 : 예정이율로 장기간 할인함에 따라
납입보험료 < 생존 시 지급되는 보험금





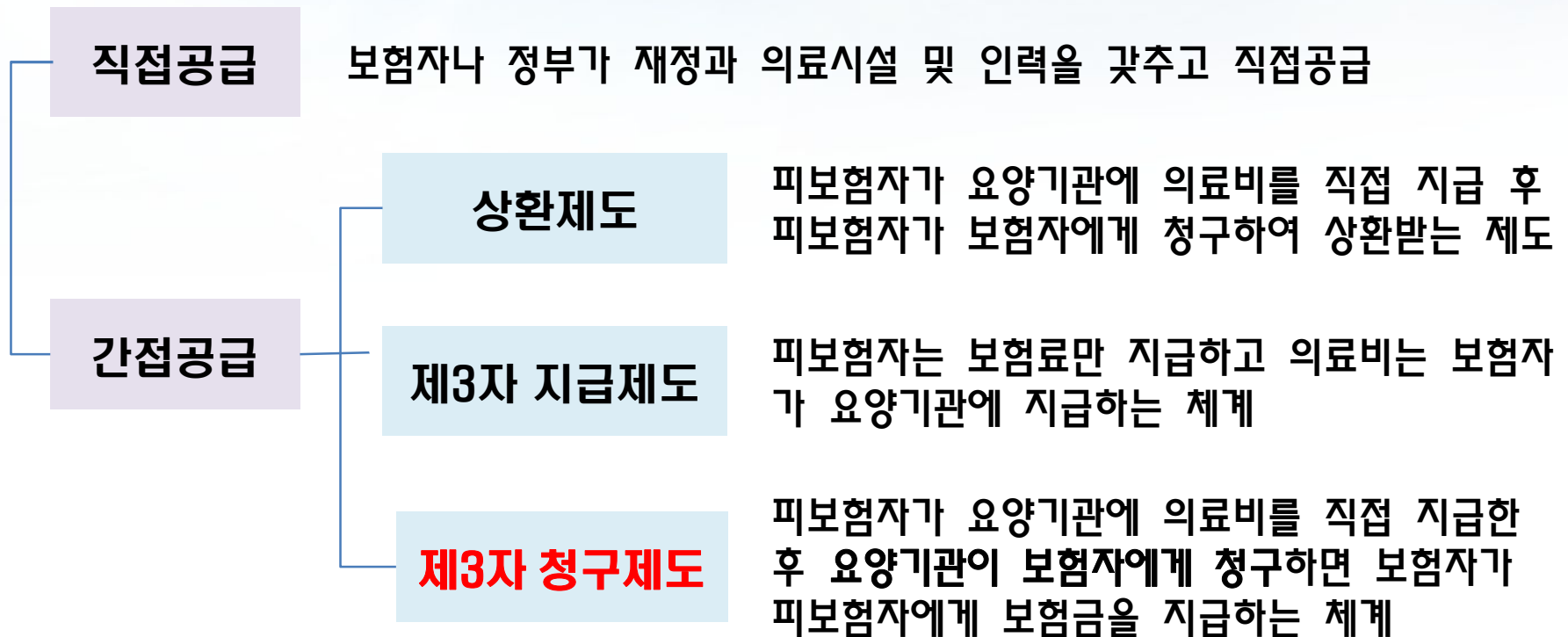
적립기능+ 보험기능
→ 적립금 일시 고갈
가능성 감소

•미국 의료저축계좌(MSA)의 일시
고갈 문제 완화

주) 과잉 의료이용 억제 참조자료: United States Government Accountability Office, 2010,
Report to Congressional Requesters.

공제액 이하 의료비를
적립금에서 지급
→ 본인비용으로 인식

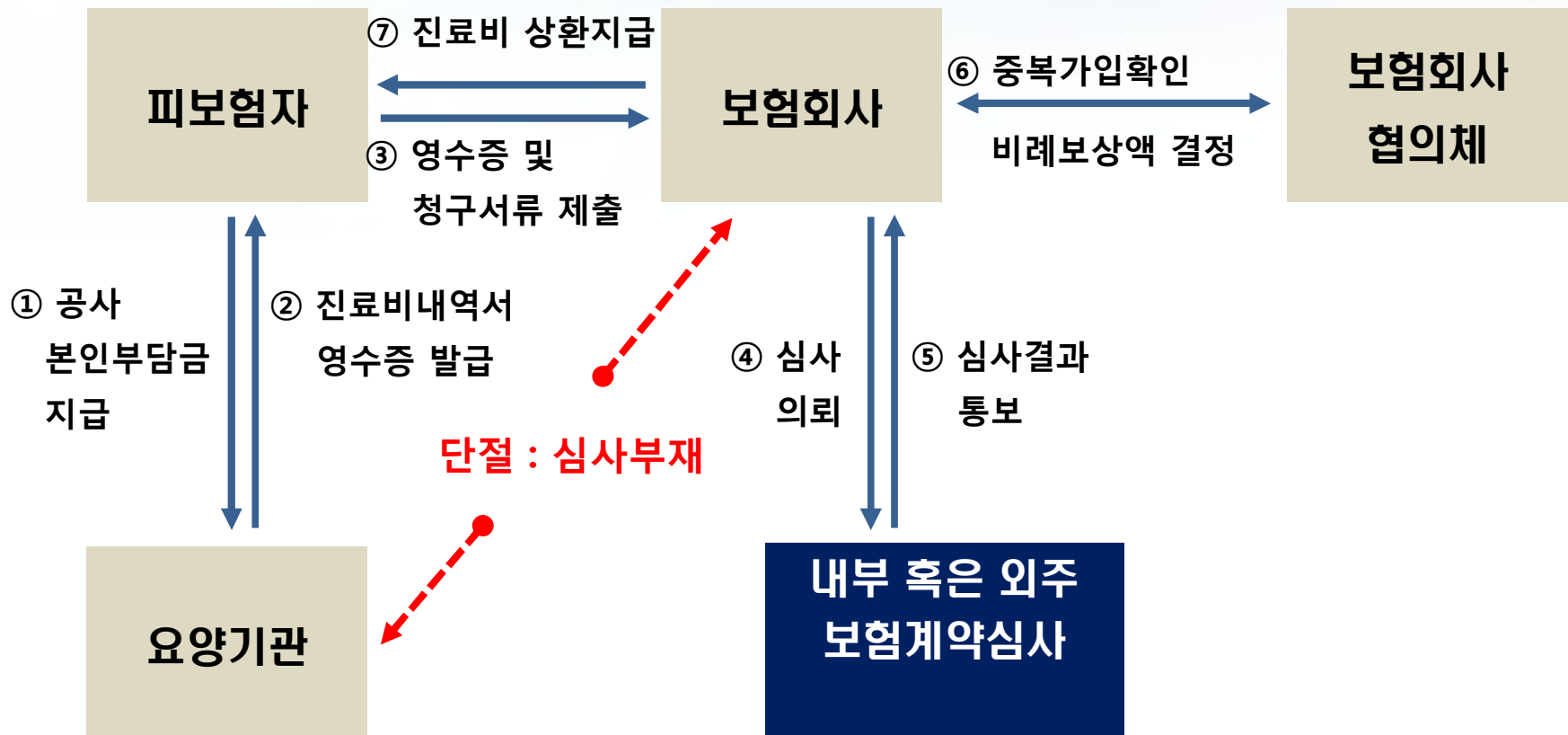
❖ 노인이 진료비 청구는 어떻게 하나?



III-4. 의료서비스 공급 방식

❖ 상환제도 (현행)

- 피보험자가 보험회사에 보험금을 직접 청구



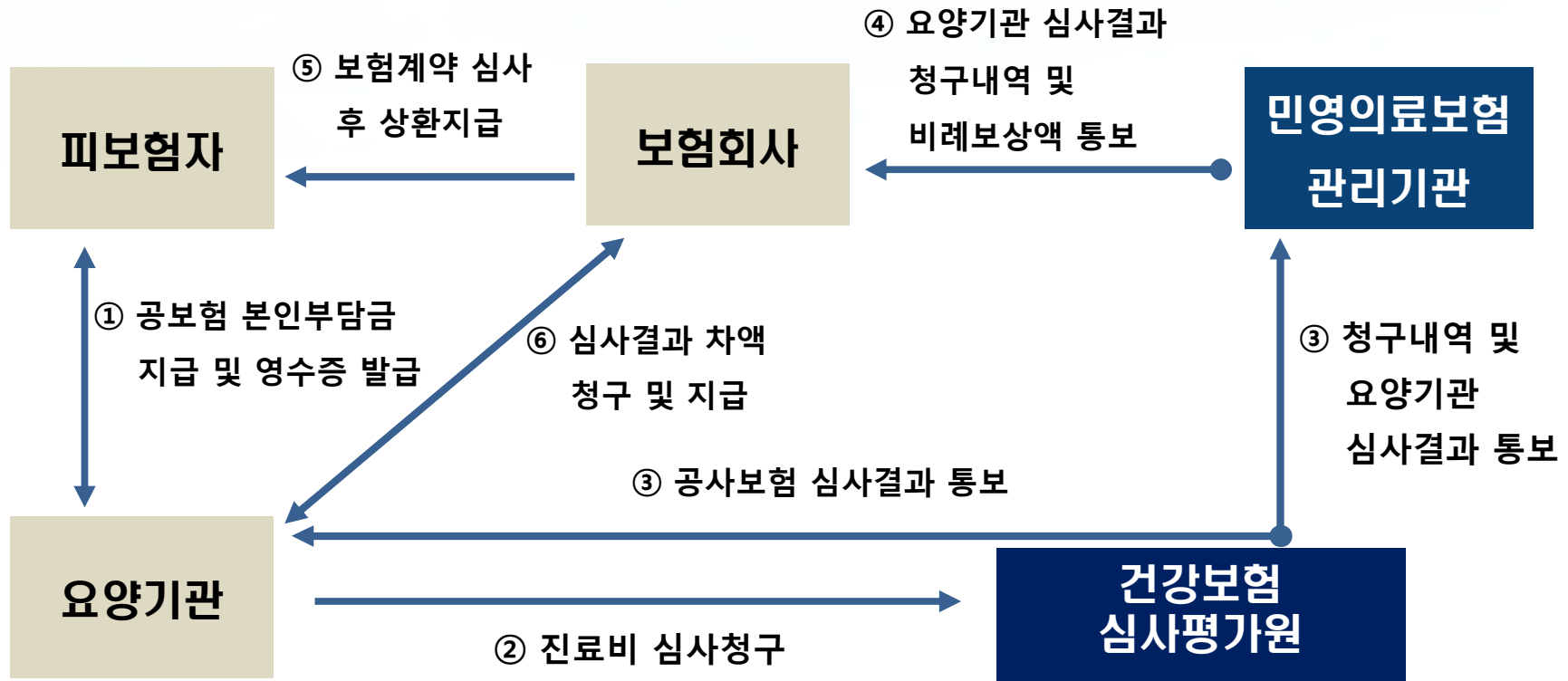
III-4. 의료서비스 공급 방식

- ❖ 현행 상환제도는 요양기관 진료의 자율성이 보장되는 반면, 피보험자의 권익보호, 보험회사의 지급보험금 관리가 어려운 단점

주 체	문제점	장점
피보험자	• 번거로운 청구절차에 따른 불편 감수 • 진단서 발급비용 지급 (1~1.5만 원) • 소액보험금의 경우 청구 포기 • 본인부담금의 적정수준을 알지 못함	
보험회사	• 청구된 금액 그대로 지급 • 전산입력에 따른 행정비용 지출	• 목돈 마련 등 피보험자의 불편함에 따른 의료이용 억제
요양기관	• 제 증명서류 다량 생산 • 행정비용 지출	• 진료의 자율성 보장

❖ 진료비심사평가 있는 제3자 청구제도 (대안1)

- 환자가 진료비를 수납 → **요양기관**이 환자 대신 건강보험심사평가원 (심사평가 후)을 경유하여 **보험금을 청구** → 보험회사는 피보험자에게 보험금을 송금하는 시스템



III-4. 의료서비스 공급 방식

❖ 제3자청구제도 [대안1] 도입으로 피보험자 권익 증진되나, **요양기관의 진료자율성 악화 가능성**이 있고, 보험사는 비용 지출 예상

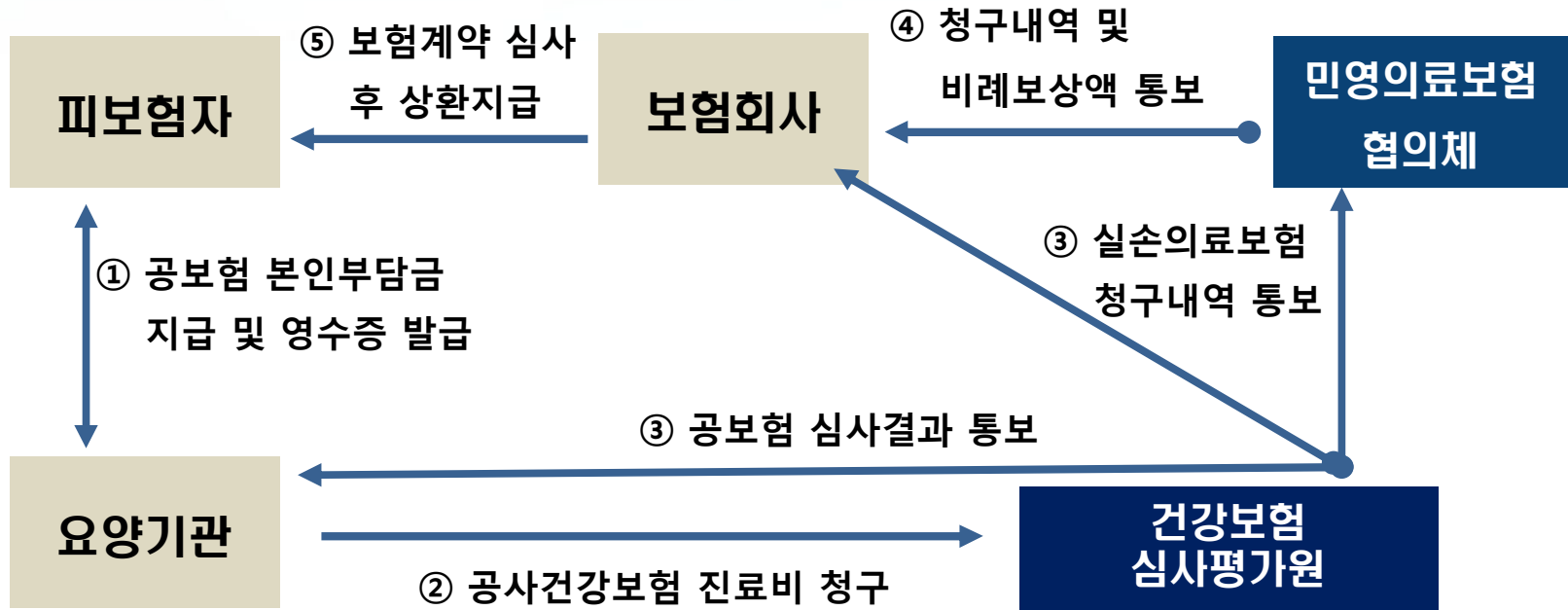
장점		단점
상환제의 문제점 해소	피보험자	거의 없음
상환제의 문제점 완화	보험회사	심사평가 수수료 지출 전산시스템 운영비용 지출
	요양기관	진료의 자율성 악화 가능성

- “민영의료보험진료수가기준” 및 심사평가 근거 마련 필요
- 요양기관이 진료내역의 노출을 우려하고 있어 합의를 이끌어 내는 것이 어렵다는 점이 풀어야 할 선결과제

III-4. 의료서비스 공급 방식

❖ 진료비심사평가 없는 제3자청구제도 (대안2)

- [대안1]과 차이는 심평원이 심사평가를 하지 않는다는 점
→ 본인부담금 적정성 제고 효과는 제한적
- [대안1]의 경우와 같이 피보험자 권익을 보호하면서 **선결과제의 해결이 무난**하여 단기간 내에 실행 가능, 그러나 동 방식도 요양기관의 청구 대행에 대한 합의 필요



IV 맺음말



❖노인의료비보장 사각지대 해소를 위해 국가적 차원의 시스템 개선 노력 필요

노인의료비 보장보험 도입

- 노인의료비보장 사각지대 완화
 - 실질적으로 “요람에서 무덤까지”보장
- **소비자의 자조적인 노후준비 지원**
- 조세혜택 + 소비자 중심의 상품 개발 및 운영
 - 표준화 등을 통한 투명성 제고

제3보험 영역 구축

- 젊은 층 대상의 실손의료보험과 노인대상의 노인의료비 보장보험의 통합으로 독자적인 제3보험 영역을 구축하는 방안 검토 필요

❖ 노인 의료서비스 이용 편익 증진 및 자원이용 효율화를 위해 의료서비스 공급 방법 개선 필요

**국가자원이용
효율화 및
소비자
편익증진을
위한 인프라
구축 병행**

- 상환제도(현행)를 제3자청구제도로 전환
 - 1단계 : 단기적으로 시행 가능한 "심사평가 없는 제3자청구제" 시스템 구축 → 제3자청구제도 [대안2]
 - 2단계 : 중장기적으로 "심사평가 있는 제3자청구제도" 시스템 구축 → 제3자청구제도 [대안1]
- 제3자청구제로 전환 시 국민건강보험 재정에 미치는 영향 미미
- 포괄수가제가 도입되더라도 제3자청구제 필요

경청해 주셔서 감사합니다!

1kiri

