

**보건의료정책 포럼**  
**- 민간의료보험 시장규모와 역할 -**

- 일시: 2011. 4. 14(목) 14:00 ~ 17:30
- 장소: 한국보건사회연구원 대회의실
- 주최: 한국보건사회연구원
- 후원: 한국보건행정학회, 한국사회보장학회, 한국보건경제정책학회

**한국보건사회연구원**

## 초대의 글

민간의료보험은 이미 우리 국민들의 생활에 밀접하게 연관되어 있으며, 시장규모면에서도 상당한 것으로 추정되고 있습니다. 그러나, 이러한 민간의료보험의 규모에 비해 정책적으로는 소홀한 측면이 있었다고 생각합니다. 이에, 각계 전문가분들을 모시고 “민간의료보험의 시장규모와 역할”을 주제로 심도있는 토론의 자리를 마련하였습니다.

이번 보건의료정책 포럼에서는 『한국의료패널』 조사자료를 활용하여 민간의료보험 가입실태에 대하여 설명하고, 심층분석을 통한 민간의료보험의 시장규모 추계결과를 발표할 예정입니다. 『한국의료패널』은 국민의 보건의료이용과 지출 규모를 파악하기 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행하는 사업으로 본 조사는 이제 보건의료정책연구와 수립에 주요 자료원으로 자리매김하고 있습니다.

본 포럼에서는 보험시장 내 민간의료보험의 위치, 민간의료보험의 보험료 통계 생성, 민간의료보험의 역할과 기능, 민간의료보험 상품의 표준화, 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험, 민간의료보험의 한계와 문제점, 외국 사회보험국가의 민간의료보험 등 다양한 이슈에 대해 토론도 이루어질 예정입니다. 바쁘시더라도 부디 참석해 주시어 고견을 주시기를 거듭 부탁드립니다. 감사합니다.

2011년 4월

한국보건사회연구원장 김용하

## ◆ 진행 순서 ◆

- 14:00~14:10 인사말  
김용하(한국보건사회연구원장)  
사공진(한국보건행정학회 회장)
- 14:10~15:00 주제발표  
**한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태**  
(정영호, 한국보건사회연구원)  
**2008년 민간의료보험 시장 규모 추계**  
(강성욱, 대구한의대 보건학부)
- 15:00~15:10 휴식
- 15:10~17:30 종합토론  
좌 장: 최병호 (한국사회보장학회 회장)  
토론자: 권순만 (서울대 보건대학원)  
김정동 (연세대 경영대학)  
김종명 (포천의료원 가정의학과)  
서창진 (한국보건경제·정책학회 회장)  
신기철 (서울대 의과대학)  
오영수 (보험연구원)  
윤석준 (고려대 보건대학원)  
이현복 (국민건강보험공단)  
임금자 (의료정책연구소)  
정형선 (연세대 보건행정학과)  
최낙천 (삼성화재 보험금융연구소)  
허순임 (서울시립대 행정학과) (가나다순)

# 한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태<sup>1)</sup>

정 영 호

(한국보건사회연구원)

## 1. 한국의료패널의 개요

- 개인 및 가구단위의 의료이용 및 의료비 지출 규모를 파악하고, 보건의료서비스 수요자의 이용행태 분석을 주요 목적으로 “한국의료패널”사업을 수행
  - 2007년도에 기초연구 및 사전조사 등을 수행
  - 2008년부터 1차년도 본 조사를 시작하여 2010년 3차년도 본 조사를 완료하였으며, 2011년 4차년도 본 조사 준비 중
    - 2008년에 7,866가구로 시작하여 추적조사를 하고 있으며 2009년에 6,802가구, 2010년에 6,300가구를 유지하고 있음.
  
- 한국의료패널은 조사와 연구사업으로 구분할 수 있음.
  - 조사내용
    - 핵심영역: 가구 및 가구원의 사회경제적 특성, 건강수준, 만성질환, 의약품 복용행태, 일반의약품 장기복용, 입원서비스·외래서비스·응급서비스 등의 의료이용, 민간의료보험, 임신 및 출산, 노인장기요양 등을 핵심영역으로 하여 구성됨.
    - 부가설문 영역: 건강생활습관, 정신건강, 구강건강, 활동제한, 삶의 질, 의료의 접근성, 일자리, 계층인지도관련 영역을 조사하였으며, 추후 필요한 영역을 개발할 예정임.

---

1) 본 발표자료는 정영호, “한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태”, 보건복지 Issue and Focus, 제70호, 2011. 1. 14의 내용을 기초로 수정·보완한 것임.

- 한국의료패널 조사자료와 국민건강보험공단 자료와의 연계
  - 현재 2008년도 한국의료패널 자료와 국민건강보험공단 자료와의 연계작업이 진행 중에 있음.
- 연구관련
  - 2008년 제1회 학술세미나, 2010년 제 2회 학술세미나를 개최하였으며 2011년부터 학술대회로 개최할 예정
  - 2011년 한국의료패널 포럼 및 심층분석을 진행하고 있음.
- 한국의료패널에서의 민간의료보험
  - 한국의료패널에서는 민간의료보험과 관련하여 상세하게 조사하고 있으며, 다음과 같은 설문내용으로 구성됨.
    - 민간의료보험 가입여부, 민간의료보험 가입개수, 보험형태, 월납입료, 특약납입료, 민간의료보험 해약이유, 신규가입 이유, 가입경험유무, 갱신여부, 민간의료보험 청구 및 수령여부, 수령사유, 의료이용형태, 청구거절이유, 가입거부 여부 및 이유, 계약변경, 불입기간 등
  - 민간의료보험을 주제로 2010년 학술세미나에서 3편의 invite paper 발표

## 2. 분석자료

### 가. 2008년 분석자료

- 분석대상기간 및 해당 가구수
  - 의료이용 분석 기간
    - 2008. 1. 1~ 2008. 12. 31.
      - 조사기간 및 Data: 2008년 상반기 조사(2008. 4~2008. 10), 2008년 하반기 조사(2008. 11~2009. 4), 2009년 본 조사(2009. 5~2009. 11) Data를 merge하여 2008년 통합자료를 구축
  - 분석대상 가구수=7,006가구, 분석대상 가구원수=21,787명
  - 소득 분석 기간

- 2007년 1월 1일~ 2007년 12월 31일까지의 1년간 가구소득

나. 2009년 분석자료

분석대상기간 및 해당 가구수

○ 의료이용 분석 기간

- 2009. 1. 1~ 2009. 12. 31.

- 조사기간 및 Data: 2008년 하반기 조사(2008. 11~2009. 4), 2009년 본 조사(2009. 5~2009. 11), 2010년 상반기 조사(2010. 1~2010. 7) Data를 merge하여 2009년 통합자료를 구축

○ 분석대상 가구수=6,300가구, 분석대상 가구원수=19,641명

○ 소득 분석 기간

- 2008년 1월 1일~ 2008년 12월 31일까지의 1년간 가구소득

### 3. 분석대상자의 일반사항

아래의 표는 분석대상자의 일반사항을 나타낸 표임.

- 분석대상자수는 2008년에 21,787명, 2009년에 19,641명
- unbalanced panel data structure

〈표 1〉 조사대상자 일반사항

특 성		2008년	2009년
성별	남자	49.01	49.00
	여자	50.99	51.00
연령	0-9세	12.08	11.16
	10-19세	13.80	14.00
	20-29세	11.73	11.25
	30-39세	15.79	15.11
	40-49세	15.74	15.82
	50-59세	12.41	12.56
	60-69세	10.69	11.16
	70-79세	6.32	7.12
	80세이상	1.43	1.83
혼인상태	65세이상	13.22	14.71
	유배우자	51.98	51.79
	별거	0.43	0.40
	사별 또는 실종	6.06	6.32
	이혼	1.74	1.81
	결혼한 적 없음	39.8	39.51
학력	사망	0.16	0.16
	무학(만19세이상)	4.50	4.77
	미취학(만7세이하)	7.48	6.94
	초등학교 재학	8.99	8.52
	중학교 재학	4.36	4.48
	고등학교 재학	3.73	3.82
	초등학교 졸업	11.04	11.44
	중학교 졸업	7.97	8.03
	고등학교 졸업	24.65	24.24
대학교 재학이상	27.29	27.74	
동거	동거	96.54	94.35
	비동거(직장)	0.75	1.12
	비동거(기타)	2.71	4.37
	비동거(사망)	-	0.16
경제활동 여부	하고 있음	44.03	45.05
	하지 않음	34.95	35.04
	만14세이하	21.02	19.89
의료보장형태	사업장(직장) 건강보험	58.89	63.26
	지역 건강보험	35.10	31.79
	의료급여 1, 2종	4.81	4.27
	특례지(국가유공자 등)	1.08	0.57
	자격상실 등	0.11	0.12
장애여부	있음	4.21	4.56
	없음	95.79	95.44
연간 가구소득	999만원이하	10.18	9.66
	1,000만원~1,999만원이하	16.62	15.86
	2,000만원~2,999만원이하	18.70	17.20
	3,000만원~3,999만원이하	18.63	17.58
	4,000만원~4,999만원이하	13.04	14.05
	5,000만원이상	22.83	25.65
계 (%)		100.00	100.00
총 가구원 수 (명)		21,787	19,641

#### 4. 민간의료보험 가입 일반 현황

□ 가구의 민간의료보험 가입률

- 하나 이상의 민간의료보험을 가입한 가구는 77%를 상회하고 있음.
  - 2008년과 2009년에 각각 77.03%, 77.79%의 가구가 하나 이상의 민간의료보험을 가입하고 있는 것으로 나타남.

□ 가구 당 평균 민간의료보험 가입개수

- 2008년에 3.48개에서 2009년에는 3.62개로 증가함.

□ 가구 당 월 평균 납입료

- 민간의료보험에 가입한 가구 당 월평균 보험료는 종신/연금보험을 포함한 경우에는 271,969원(2008년) → 276,638원(2009년), 종신/연금을 제외한 경우에는 175,294원(2008년) → 176,655원(2009년)으로 증가하였음.
- 이를 조사대상 총 가구로 환산하면 가구 당 지불하는 월 납입료는 종신/연금보험을 포함한 경우에는 206,908원(2008년) → 213,626원(2009년), 종신/연금을 제외한 경우에는 128,730원(2008년) → 132,192원(2009년)임.

〈표 2〉 민간의료보험 가입 일반현황

구 분	2008년	2009년
가입	77.03%	77.79%
미가입	22.96%	22.21%
가구 당 평균 가입개수	3.48개	3.62개
조사대상 총 가구 수	7,006가구/21,787명	6,300가구/ 19,641명
총 가구 당 월평균 보험료*	128,730원 / 206,908원	132,192원 / 213,626원
가입 가구 당 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.

\* 월 평균 보험료의 앞에 제시된 액수는 종신·연금 제외, 뒤에 제시된 액수는 종신·연금 포함한 금액임.



- 가구원수에 따라 민간의료보험 가입율과 가입 개수가 증가하는 것을 알 수 있음.
- 1인 가구 중 민간의료보험을 가입하는 비율은 약 40% 정도, 2인 가구는 약 60%, 3인 가구는 80% 중반, 그리고 4인 이상 가구는 90%를 상회하며 가입 개수는 5개를 초과함.

〈표 3〉 가구규모별 민간의료보험 가입율 및 보험 가입개수

가구원 수	2008년		2009년	
	가입개수(개)	가입율(%)	가입개수(개)	가입율(%)
1인	0.80	40.48	0.86	42.91
2인	1.67	60.67	1.71	61.28
3인	3.41	84.10	3.63	85.83
4인	5.16	92.58	5.44	93.74
5인	5.46	91.80	5.78	93.32
6인이상	5.75	92.65	5.81	93.96
계	3.48	77.03	3.62	77.79

주 : 해약, 실효, 이전조사에서 누락된 보험은 제외하였음.

- 가구소득수준이 높을수록 민간의료보험 가입률이 높고, 가입 개수도 증가하는 경향을 보이고 따라서 월보험료도 소득수준에 따라 증가하고 있는 것을 알 수 있음.
- 가입률의 경우, 1천만원 미만의 가구는 40% 미만임에 비해, 3천만원 이상의 가구는 90%를 상회하고 있음.
  - 민간의료보험 가입 가구들이 지급하는 월 평균 보험료는 1천만원 미만의 경우 약 8만원 정도를, 3천만원 이상의 가구들은 1천만원 미만의 가구들보다 2배 이상을 납입하고 있음.

<표 4> 가구소득별 민간의료보험 가입 현황 및 월보험료

가구소득(연소득)	2008년			2009년		
	가입개수	가입율(%)	월보험료(원)*	가입개수	가입율(%)	월보험료(원)*
천만원 미만	0.82	36.76	84,961/111,127	0.85	37.59	78,766/109,688
천만원이상~2천만원미만	2.04	66.89	122,776/164,288	2.03	66.25	115,060/156,849
2천만원이상~3천만원미만	3.60	85.48	163,360/236,640	3.42	84.03	159,195/230,299
3천만원이상~4천만원미만	4.51	93.07	186,980/286,176	4.63	93.80	192,655/289,827
4천만원이상~5천만원미만	5.09	94.47	192,474/315,000	5.28	94.97	208,091/335,590
5천만원이상	5.61	93.79	235,876/402,481	5.90	95.97	229,204/398,454
계	3.48	77.03	175,294/271,969	3.62	77.79	176,555/276,638

\* 앞부분에 제시된 액수는 종신·연금 제외, 뒤에 제시된 액수는 종신·연금 포함, 즉 종신·연금제외/ 종신·연금 포함

## 5. 민간의료보험 신규 가입 및 해약 이유

- 민간의료보험을 신규로 가입한 가구들의 가입 이유는 주로 경제적 부담 경감과 건강보험의 보장성 부족임.
  - 응답자들이 제시한 신규가입 이유로 ‘불의의 질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해’가 46.31%, ‘국민건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서’가 35.48%에 이르고 있음.
  - 이 밖에 ‘고급의료서비스를 받기 위해’가 7.86%, ‘보험설계사의 권유에 못 이겨’가 7.38%를 보임.

<표 5> 민간의료보험 신규 가입 이유(N = 840)

민간의료보험 신규 가입 이유	%
국민건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서	35.48
불의의 질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해	46.31
본인의 건강상태가 좋지 않다고 생각해서	1.07
고급 의료서비스를 받기 위해	7.86
보험설계사의 권유에 못 이겨서	7.38
기타	1.90

- 민간의료보험을 해약한 이유로는 주로 보험료의 경제적 부담과 민간의료보험의 급여범위가 만족스럽지 못한 것에 기인함.
  - 민간의료보험을 해약한 가구들의 응답을 보면, ‘보험료가 가계에 부담이 되어서’가 37.12%로 가장 높으며, 이어 ‘민간의료보험에서 급여하는 질환/보상범위가 너무 협소해서’가 29.31%로 나타남.
  - ‘수령한 보험금이 의료비에 큰 도움이 되지 않아서’도 19.39%에 이르고 있음.

〈표 6〉 민간의료보험 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

- 불의의 질병 등으로 인한 경제적 부담을 덜고 부족한 건강보험의 보장성을 해결하기 위해 신규로 민간의료보험을 가입하지만, 보험료에 대한 부담과 민간의료보험의 보장범위가 만족스럽지 못해 해약하고 있는 것을 알 수 있음.
  - 즉, 경제적 이유와 보장성의 부족으로 신규 가입하지만, 해약자의 대부분이 보험료의 경제적 부담과 보상범위의 협소함 때문인 것으로 제시됨.

## 6. 사회경제적 특성과 민간의료보험 가입 여부

- 70세 이상의 경우에는 민간의료보험의 가입비율이 다른 연령대에 비하여 급격하게 낮아지고 있는 것을 알 수 있음.
  - 60~70세 연령대에서의 가입율은 50.23%로 전체 평균인 약 67%에 비해 17%

포인트 정도 낮은 수준이며, 70~80세의 가입비율은 15.24%, 80세 이상은 1.39% 정도에 그치고 있음.

- 장애여부, 경제활동 유무, 가구의 소득수준 등에 따른 민간의료보험 가입 여부는 현저하게 차이가 나는 것을 알 수 있음.
  - 장애인의 경우에는 33.41% 정도만 민간의료보험에 가입되어 있는 반면, 비장애인의 69.15%는 하나 이상의 민간의료보험에 가입하고 있는 것으로 나타남.
  - 경제활동 유무에 따라 민간의료보험 가입 비율은 각각 71.60%와 55.85%로 차이를 보이고 있음.
  - 가구소득이 1천만원 미만의 가구원은 31.63%, 1천만원~2천만원의 경우에는 49.89%, 2천만원~3천만원의 경우에는 66.82% 정도가 민간의료보험에 가입하고 있으며, 5천만원 이상의 경우에는 민간의료보험 가입률이 81.19%에 이르고 있음.

〈표 7〉 민간의료보험 가입자 특성(2009년)

		미가입		가입		전체
		가구원수	%	가구원수	%	
성별	남	3,118	32.39	6,507	67.61	9,625
	여	3,262	32.57	6,754	67.43	10,016
연령	10세미만	392	17.89	1,799	82.11	2,191
	10~20세	759	27.61	1,990	72.39	2,749
	20~30세	767	34.71	1,443	65.29	2,210
	30~40세	628	21.16	2,340	78.84	2,968
	40~50세	621	19.99	2,486	80.01	3,107
	50~60세	583	23.63	1,884	76.37	2,467
	60~70세	1,091	49.77	1,101	50.23	2,192
	70~80세	1,185	84.76	213	15.24	1,398
	80세이상	354	98.61	5	1.39	359
배우자	없음	3,317	35.03	6,152	64.97	9,469
	있음	3,063	30.11	7,109	69.89	10,172
장애 유무	없음	5,784	30.85	12,962	69.15	18,746
	있음	596	66.59	299	33.41	895
경제 활동	예	2,513	28.40	6,336	71.60	8,849
	아니오	3,039	44.15	3,844	55.85	6,883
	비경제활동	826	21.14	3,081	78.86	3,907
	모름	2	100.00	0	0.00	2
의료 보장	건강보험	5,716	30.62	12,952	69.38	18,668
	의료급여	580	69.13	259	30.87	839
	기타	84	62.69	50	37.31	134
가구 소득 (연소득)	1000만원 미만	1,297	68.37	600	31.63	1,897
	1000~2000만원	1,560	50.11	1,553	49.89	3,113
	2000~3000만원	1,121	33.18	2,258	66.82	3,379
	3000~4000만원	826	23.96	2,621	76.04	3,447
	4000~5000만원	628	22.72	2,136	77.28	2,764
	5000만원 이상	948	18.81	4,093	81.19	5,041

## 7. 민간의료보험 종류별 월평균 보험료 및 가입분포

- 민간의료보험 상품의 개당 평균 월평균 보험료는 2008년 기준으로 53,549원으로 나타남.
- 일반질병보험이 52.86%로 가장 많은 비중을 보이고 있으며, 월평균 보험료는 51,921원 정도임.
- 두 번째로 많이 가입한 보험은 상해보험으로 19.40%의 비중이며, 월평균 보험료는 38,790원에 이르고 있음.
- 암보험은 17.82%의 비중을, 종신/연금보험 중 의료특약은 8.88%의 비중을 보이고 있으며, 월평균 보험료는 각각 34,560원, 41,637원임.

〈표 8〉 주계약 형태별 월평균 보험료 및 가입분포(2008년)

주계약 보험형태	월평균 납입료(원)	가입분포(%)	
일반질병보험	51,921	52.86	종신/연금보험 평균 납입료: 132,037원
암보험	34,560	17.82	
상해보험	38,790	19.40	
간병보험	67,372	0.17	
종신/연금보험 중 의료특약	41,637	8.88	
기타	66,476	0.69	
주계약형태 모름	68,114	0.17	
평균	53,549	100.00	

## 8. 외국의 민간의료보험<sup>2)</sup>

### 가. 프랑스

- 우리나라와 같이 공적 사회보험제도를 운용하고 있으며 민간의료보험은 보충/보완형으로서의 역할을 하고 있음.
  - 공적 보험에 의해 상환되지 않는 강제적인 비용분담을 커버하는 방식으로 운용되는데, 공적보험 급여혜택에 등록된 보건의료 서비스와 처방 의약품에 국한하여 적용됨.
- 프랑스 전 인구의 90%정도가 민간의료보험에 가입되어 있는데, 대부분 고용주를 통해서 가입하는 것으로 알려져 있음.
- 2000년 이후에는 저소득층(실업자, 저소득층, 편부모 보조금 수령자)과 피부양자들에게는 소액의 비용 또는 무상으로 민간의료보험에 가입할 수 있는 자격이 주어짐.
  - 이러한 제도로 약 500만명 정도가 커버되고 있으며, 수혜자들은 바우처를 통해 다양한 보험회사들로부터 혜택을 받을 수 있음.
- 최근에는 영리 보험회사들이 정신치료, 침술 등과 같은 공공보험 급여대상이 아닌 영역에 진출하여 보험을 제공
- 민간의료보험에서 지출된 의료비는 2007년의 경우 프랑스 총 의료비의 13.6%에 이르고 있음.

### 나. 독일

- 독일은 연 소득 48,600유로(월 평균 4,050유로)이하의 소득근로자는 의무적으로 공공보험의 수급자가 되고, 그 이상의 소득자(전 인구의 약 20%에 해당)는 자발적으로 공공보험 혹은 민간의료보험 중 하나를 선택할 수 있는 제도

---

2) The Commonwealth Fund, "Descriptions of Health Care Systems: France, Germany, and the Netherlands", Working paper, November, 2009의 내용 중 일부를 정리한 것임.

를 운용하고 있어 민간의료보험은 주로 대체형의 역할을 하고 있음.

- 최근에는 고급시설과 본인부담이 있는 치과진료를 커버해 주는 보충형/추가형 민간의료보험도 존재하는 것으로 알려짐.

□ 독일인의 85% 정도가 법적 공공보험의 혜택을, 약 10%(대부분 자영업자와 공무원) 정도가 민간의료보험에 가입되어 있으며 군인과 경찰 등은 다른 제도의 적용을 받고 있음.

- 민간의료보험 가입자는 위험도가 반영된 보험료를 지불하고, 피부양자에게는 별도의 보험료 부과

□ 연령 증가와 더불어 보험료율이 상승하는 것을 억제하기 위해 피보험자가 젊었을 때 지불하는 보험료 중 일부를 저축하여 노령에 대비하는 "aging reserves"가 법에 의해 강제되고 있음.

□ 독일은 최근 법률을 통해 민간의료보험사들 간의 경쟁을 강화하기 위해 노력하고 있음.

□ 2007년의 경우, 민간의료보험부문 지출이 독일의 총 의료비의 9.3%를 차지하고 있음.



## 9. 고찰

- 약 77%의 가구와 67%의 가구원들이 적어도 하나 이상의 민간의료보험을 가입하고 있는 것으로 나타나, 민간의료보험은 우리 생활에 밀접하게 연결되어 있으나, 정책적 관심과 관련 연구는 미흡한 실정이라 할 수 있음.
  - 민간의료보험의 성과에 대한 평가 및 향후 과제 등에 대한 연구와 이를 통해 바람직한 정책방안 마련을 도모하는 것이 필요
  
- 불의의 지출에 대비한 경제적 부담 경감과 건강보험의 보장성이 부족한 것이 민간의료보험 가입의 주된 이유로 나타난 반면, 해약이유로는 보험료가 가계에 부담이 되어서와 민간의료보험의 보상범위가 협소해서가 주요요인으로 나타나 민간의료보험의 역할과 기능의 건전한 발전을 위한 노력이 필요함.
  
- 저소득층, 노인, 장애인 등 취약계층의 민간의료보험 가입률이 상대적으로 낮은 수준을 보이고 있어 이에 대한 정책적 고려 검토
  - 취약계층에 대한 의료보장 차원에서 접근하는 것이 필요
    - 건강보험 제도내에서 취약계층의 의료보장을 강화하는 방안의 필요 검토
    - 또는 취약계층의 민간의료보험 가입을 위한 지원방안(프랑스 사례 참고)이 필요한 지 검토
  - 생애주기적 관점에 따른 보험료 관리 메커니즘 개발
    - 소득수준이 낮아지는 고령시기에 보험료에 대한 부담을 완화하기 위해 피보험자가 젊었을 때 지불하는 보험료 일부를 저축하여 노인시기에 대비하는 “aging reserve”(독일의 사례 참조) 등

《참고자료 1: 민간의료보험료과 건강보험료와의 비교》

□ 건강보험 보험료

- 건강보험적용대상자 1인당 월 평균보험료는 26,867원(2008년) → 27,620원(2009년) → 29,765원(2010년) 정도로 나타남.
- 세대 당 월보험료는 66,217원(2008년) → 66,916원(2009년) → 70,989원(2010년)인 것으로 제시

〈표 9〉 건강보험 보험료

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
보험료(억원)	137,409	156,142	169,277	188,106	217,287	249,730	261,661	284,577
- 직장	91,684	108,283	121,209	138,975	163,485	190,297	202,377	220,831
- 지역	45,725	47,859	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284	63,746
세대당 월보험료(원)	43,978	47,787	50,080	53,773	59,278	66,217	66,916	70,989
- 직장	44,581	49,675	52,956	57,092	62,430	69,169	70,250	73,399
- 지역	43,390	45,818	46,871	49,688	55,054	61,982	61,902	67,168
1인당월보험료(원)	16,248	17,985	19,104	20,851	23,690	26,837	27,620	29,765
- 직장	15,727	17,752	18,999	20,713	23,449	26,304	27,049	28,659
- 지역	16,807	18,256	19,237	21,050	24,065	27,736	28,652	31,899

주) 1인당 월보험료는 개인부담보험료 기준  
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험주요통계』

□ 건강보험료와 민간의료보험료를 비교한 결과는 아래의 〈표 10〉에 제시되어 있음.

〈표 10〉 민간의료보험료와 건강보험 보험료

구 분	2008년	2009년
총 가구 당 월평균 민간의료보험료*	128,730원/206,908원	132,192원/213,626원
가입 가구 당 월평균 민간의료보험료*	175,294원/271,969원	176,555원/276,638원
세대 당 월평균 건강보험료	66,217원	66,916원
건강보험적용인구 1인당 월평균 건강보험료**	26,837원	27,620원
(건강보험 총수입*** / 건강보험적용인구)/12	51,542원	53,998원
연간적용인구 1인당 월평균 건강보험급여비	46,274원	51,706원

\* 월 평균 보험료의 앞에 제시된 액수는 종신·연금 제외, 뒤에 제시된 액수는 종신·연금 포함한 금액임.

\*\* 1인당 월보험료는 개인부담보험료 기준

\*\*\* 사업주부담금, 국고지원금, 기타 등을 포함한 연간 총수입을 의미함.

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험주요통계』

국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』

《참고자료 2: 조사대상자의 의료비 본인부담금(입원, 응급, 외래)》

- 아래의 <표 11>은 한국의료패널 조사대상자의 응급, 입원, 외래 진료비 본인부담금을 합한 금액을 소득수준별로 정리한 내용임.
  - 응급, 입원, 외래서비스 이용의 본인부담은 가구 당 평균 2008년에 약 9십만원 수준이었고, 2009년에는 1백만원을 상회하였음.
  - 예상대로 소득수준이 높을수록 지출액이 증가하는 것을 알 수 있음.

<표 11> 가구소득 분포에 따른 가구당 의료비 지출

(단위: 원)

가구소득	2008년		2009년	
	가구수	연평균본인부담	가구수	연평균본인부담
999만원 이하	1,254	633,236	1,084	665,793
1,000만원~1,999만원	1,338	802,159	1,196	840,313
2,000만원~2,999만원	1,225	840,669	1,048	858,284
3,000만원~3,999만원	1,126	941,994	954	1,045,149
4,000만원~4,999만원	759	976,642	723	1,131,754
5,000만원 이상	1,304	1,256,884	1,295	1,444,388
계(평균)	7,006	904,670	6,300	1,001,909

주 : 연평균의료비는 응급, 입원, 외래서비스이용의 진료비 본인부담금 합계임.  
 가구소득이 모름/무응답인 경우 평균 값으로 대체하였음.

자료: 정영호 외, “한국의료패널의 개요와 주요결과(1)”, 2010년 제2회 한국의료패널 학술세미나 발표자료, 한국보건사회연구원 국민건강보험공단, 2010. 12. 2

- <표 12>는 소득수준별 소득대비 본인부담액 비중과 민간의료보험 가입율을 나타낸 표임.
  - 소득↑ → 소득 대비 의료비 본인부담비중↓, 민간의료보험 가입율↑
  - 소득↓ → 의료비 부담 ↓

〈표 12〉 가구소득 분포에 따른 가구소득 대비 진료비 본인부담금(응급, 입원, 외래)과 민간의료보험 가입률

	2008년		2009년	
	본인부담금/소득*	민간의료보험 가입률	본인부담금/소득*	민간의료보험 가입률
999만원 이하	10.63%	36.76%	11.13%	37.59%
1,000만원~1,999만원	5.37%	66.89%	5.62%	66.25%
2,000만원~2,999만원	3.45%	85.48%	3.50%	84.03%
3,000만원~3,999만원	2.77%	93.07%	3.04%	93.80%
4,000만원~4,999만원	2.22%	94.47%	2.56%	94.97%
5,000만원 이상	1.76%	93.79%	1.99%	95.97%
계(평균)	2.85%	77.03%	3.02%	77.79%

주 : 연평균의료비는 응급, 입원, 외래서비스이용의 진료비 본인부담금 합계임.  
 가구소득이 모름/무응답인 경우 평균 값으로 대체하였음.

\* 정영호 외, “한국의료패널의 개요와 주요결과(1)”, 2010년 제2회 한국의료패널 학술세미나 발표자료, 한국보건사회연구원 국민건강보험공단, 2010. 12. 2에서 발췌

《참고자료 3: 생애주기별 의료비 분포》

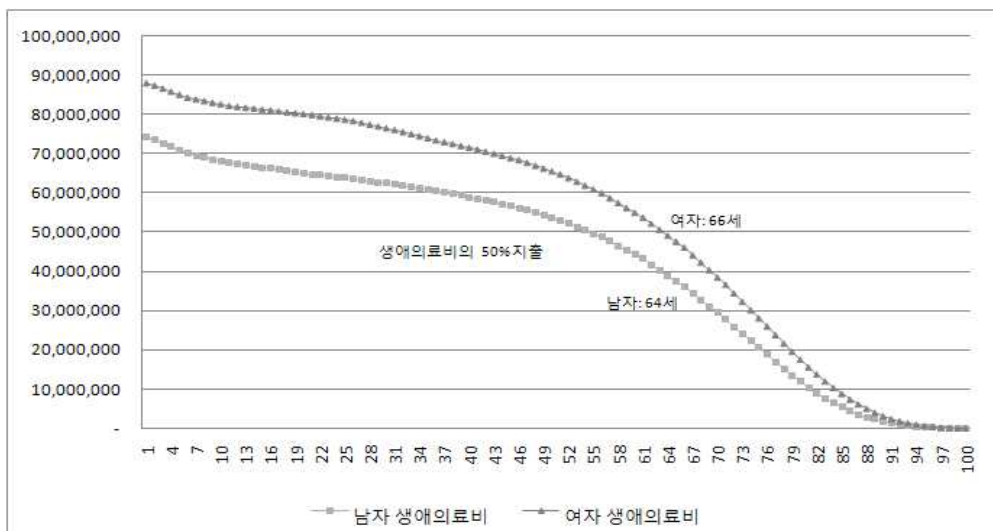
- 정영호 외(2009a)에 따르면, 우리나라 국민이 생애에 걸쳐 지출하게 되는 생애의료비의 절반 정도가 65세 이후에 발생하는 것으로 나타남.
  - 남성의 경우 64이후에 전 생애의료비의 절반을 지출하게 되고, 여성의 경우에는 66세 이후 절반 정도를 지출하는 것으로 추정됨.

〈표 13〉 연령별 1인당 생애의료비 및 상대 생애의료비

(단위: 원, %)				
연령	남자 생애의료비	상대생애의료비 (남자)	여자 생애의료비	상대생애의료비 (여자)
0	74,150,249	100.0%	87,868,399	100.0%
20	64,727,070	87.3%	79,756,055	90.8%
40	58,498,927	78.9%	70,961,236	80.8%
65	36,090,998	48.7%	46,045,374	52.4%
85	4,402,997	5.9%	7,387,556	8.4%

자료: 정영호 외, 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원, 2009

[그림 1] 잔여 기대여명에 따른 남·여 생애의료비



자료: 정영호 외, 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원, 2009

## 참고문헌

- 강성욱 외(2011). “2008년 민간의료보험 시장 규모 추계” - 『한국의료패널』을 중심으로, mimeo.
- 국민건강보험공단(2011a). 『건강보험 주요통계』 국민건강보험 홈페이지 통계자료실
- 국민건강보험공단(2011b). 『건강보험 통계연보』 국민건강보험 홈페이지 통계자료실
- 정영호 외(2010a). 『의료재정 안정화 방안』, 한국보건사회연구원.
- 정영호 외(2010b). 『2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(1)』, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 정영호 외(2010c). 『2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(2)』, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 정영호 외(2010d). “한국의료패널의 개요와 주요결과(1)”, 2010년 제2회 한국의료패널 학술세미나 발표자료, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 정영호(2010e). “한국의료패널 자료의 개요와 활용방안”, 2010년 한국보건행정학회 전기 학술대회 발표자료.
- 정영호 외(2009a). 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원.
- 정영호 외(2009b). 『2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(1)』, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 정영호 외(2007). 『한국의료패널 구축을 위한 기초연구』, 한국보건사회연구원.
- The Commonwealth Fund(2009), “Descriptions of Health Care Systems: France, Germany, and the Netherlands”, Working paper.

# 2008년 민간의료보험 시장 규모 추계

## - 『한국의료패널』을 중심으로 -

강성욱<sup>1)</sup>, 유창훈<sup>2)</sup>, 권영대<sup>3)\*</sup>, 오은환<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>대구한의대학교 보건학부, <sup>2)</sup>연세대학교 경영학과 및 경영연구소,  
<sup>3)</sup>가톨릭대학교 의과대학 인문사회연구소, <sup>4)</sup>협성대학교 보건관리학과

### 요 약

우리나라는 전 국민을 대상으로 하는 의료보장체계를 일찍이 구축하였지만, 보장성이 아직도 충분하지 않다는 지적이 많다. 이러한 낮은 보장성은 민간의료보험에 가입하는 주요 이유이기도 하다. 가입자가 증가하면서 민간의료보험에 대한 관심이 높아지고 있지만, 민간의료보험의 규모에 대한 신뢰할만한 통계자료가 아직도 미흡한 편이다. 본 연구에서는 전 국민을 모집단으로 하는 표본조사인 『2008 한국의료패널』을 이용하여 국민들이 지출하고 있는 보험료를 기준으로 2008년 민간의료보험의 시장규모를 추계하였다.

민간의료보험 시장규모는 2008년 현재 33조 4,133억 원이며, 국민 1인당 월평균 보험료는 54,634원이다. 보험가입자만을 기준으로 하였을 때는, 1인당 월 90,948원을 보험료로 지출하였다. 민간의료보험의 시장규모는 전체 보험시장(약 110조 원)의 약 30.2%를 차지하고 있다. 2008년 국민건강보험의 보험료가 약 24조 원인 점을 감안하면, 국민들이 공보험보다 민간의료보험에 평균적으로 더 많

---

\* 교신저자

성명: 권영대

소속: 가톨릭대학교 의과대학 인문사회연구소

연락처: 02-2258-8251

E-mail: healthcare@catholic.ac.kr

주소: 서울시 서초구 반포동 505 가톨릭대학교 의과대학 인문사회연구소

은 보험료를 지출하고 있음을 알 수 있다. 다만, 공보험의 보험료는 미래의 건강 위험만을 포함하고 있지만, 민간의료보험의 경우에는 건강위험 보장과 함께 저축 보험의 기능을 포함하고 있어 두 보험 간 보험료를 비교할 때 주의가 요구된다고 하겠다.

남성의 보험료가 여성에 비해 높았으며, 가장 많은 보험료를 납부하는 인구 집단은 40대 남성으로 월 152,261원이었다. 10세 미만에서도 월 34,480원을 보험료로 지출하고 있는데, 이는 10세 미만 어린이의 재원조달에 있어 민간의료보험이 어느 정도 역할을 하고 있음을 알 수 있다. 60대와 70대를 위한 민간의료보험 시장은 협소하였는데, 이는 보험사의 선별적 가입과 노인인구의 낮은 가처분소득과 보험 상품이 충분하지 않은 것에 그 이유를 찾을 수 있다. 의료이용의 필요와 지출이 많은 노인인구를 위한 다양한 보험 상품이 개발되어야 할 것으로 여겨진다.

가구가 지출하는 월평균 보험료는 가구당 172,230원이며, 이 중 소득이 가장 높은 1분위가구가 342,859원으로 10분위가구의 32,057원에 비해 10.7배 높았다. 그러나 소득(또는 지출) 대비 보험료 비중을 살펴보면 소득(또는 지출)이 낮은 가구일수록 오히려 보험료의 상대적 부담은 높아짐을 알 수 있었다.

본 논문을 통해 많은 국민들이 자신의 건강위험을 보장하기 위해 민간의료보험을 활용하고 있음을 확인할 수 있었다. 본 연구를 바탕으로 한국의 보건의료체계 내에서 민간의료보험의 역할에 대한 구체적이고 실제적인 논의가 활성화되기를 기대한다. 아울러 이러한 논의가 지속되기 위해서는 동일한 기준으로 시장규모를 추계하는 시계열적인 작업이 추후 필요하다.



## I. 서론

우리나라에는 전 국민이 국민건강보험이나 의료급여의 대상이 되는 의료보장 체계가 구축되어 있으나 공보험의 보장성이 낮다는 문제를 안고 있다. 이에 정부는 공보험의 보장성 확대를 계속 추진하고 있으나, 개인적인 차원에서는 의료비 위험을 줄이고자 민간의료보험에 추가로 가입하는 경우가 많아지고 있다(유창훈 등, 2010; 윤희숙, 2008). 민간의료보험의 가입률은 조사자와 조사 시점에 따라 다른 결과를 보이지만 점차 증가하는 추세를 보이고 있으며(윤태호 등, 2005; 박영희, 2006; Kang et al, 2009; 유창훈, 등 2010), 최근 『한국의료패널』 조사에서는 약 60% 수준에 이르고 있다(정영호 외 2009; 강성욱 외 2010).

민간의료보험 가입자가 계속 늘면서 민간의료보험의 시장 규모에 대한 관심도 커지고 있으며, 이에 따라 가입자들이 지출하는 보험료를 기준으로 민간의료보험의 시장 규모를 추정하는 시도가 있었다(박홍민 외 2001; 정기택 2004; 정홍주 2006; 조용운 2009). 이들 연구들은 대부분 민간보험사들의 실적 자료를 취합한 통계자료를 분석하여 민간의료보험의 시장 규모를 추정하였다. 그러나 민간의료보험 상품의 구조가 매우 복잡하고, 민간의료보험 상품을 정확히 구분하여 집계한 통계자료가 생성되지 않기 때문에 연구자마다 기준이 다르고, 추정치도 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 추정치의 차이로 인해 관련 연구 결과에 대한 신뢰도가 낮으며 결과의 활용도 제한적이다. 민간의료보험 활성화에 대한 입장의 차이에 따라 주장의 근거로 사용되는 추정치가 다른 경우도 쉽게 볼 수 있다.

가입률과 시장 규모에 관한 기존 연구 결과로 볼 때, 정확한 수치는 아니더라도 민간의료보험이 우리나라 의료보장체계에서 차지하는 비중은 이미 상당한 수준에 도달했음을 부인하기 어렵다. 그러나 가장 기본적인 현황 통계조차 제대로 산출하지 못하는 현 상황은 민간의료보험의 역할과 기능에 대한 평가와 관련 정책의 수립 및 집행이 실증적인 근거에 기초하지 못하고 있음을 말해준다. 민간의료보험의 가입 현황(가입률, 가입 개수, 상품 종류, 가입 이유, 가입 거절 및 사유 등), 보험료 지출 금액과 가계 부담의 정도, 가입자의 의료 이용 현황(보험금 청구 및 보험금 지급, 지급 거절 등) 등의 기초 통계 자료는 공보험의 관련 통계 자료와 함께 우리 의료보장체계를 평가하고 개선하는 연구와 관련 정책의 수립 및 집행에 반드시 필요하다. 특히 이러한 기초 자료는 일회성이나 부정기적인 조사

가 아니라 일정한 기준에 맞추어 동일한 방식에 의해 정기적으로 생성되어야 한다.

민간보험사의 실적 자료에 기초하여 민간의료보험의 시장 규모를 추정할 기존 연구의 제한점을 완화하기 위한 접근법으로 본 연구에서는 실제 민간의료보험의 가입자들이 지불하는 보험료를 조사한 자료에 기초하여 민간의료보험의 시장 규모를 추정하고자 하였다. 정기적으로 시행되는 전 국민 대상 표본조사에 포함된 민간의료보험의 보험료 자료에 기초하여 시장 규모를 추정할 수 있다면, 비교적 간편하게 매년 현황 통계자료를 산출할 수 있으며, 관련 연구와 논의를 촉진시키는 계기를 제공할 수 있을 것이다.

## II. 연구 방법

### 1. 분석자료

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동 수행한 『2008 한국의료패널』 자료를 이용하여 민간의료보험의 시장 규모를 추계하였다. 규모 추계에 『2008 한국의료패널』 자료를 활용한 이유는 보험료, 보험상품 등 민간의료보험에 대한 자세한 조사가 전 국민을 모집단으로 하여 수행되었기 때문이다.

『2008 한국의료패널』은 전 국민을 대상으로 확률비례 층화집락추출 방법으로 표본가구를 선정하고, 선정된 표본가구의 가구원 모두를 대상으로 의료이용과 민간의료보험에 대한 설문조사를 수행하였다. 가구와 가구원을 대상으로 인구·사회적 특성을 조사하였는데, 가구 조사 내용은 가구 구성, 가구원 수, 소득, 월 소비지출 등이고 가구원 조사에서는 성, 연령, 교육 수준, 직업, 의료보장 유형뿐만 아니라 장애 여부, 만성질환 수, 의료이용 (입원, 외래, 의약품, 응급, 출산) 정도 등을 조사하였다. 또한 민간의료보험에 대해서 가입여부 뿐만 아니라 가입 개수, 가입 상품 종류, 가입 기간, 보험료, 보장유형(실손/정액) 등을 조사하였고, 질적인 조사로 가입 이유와 가입거절 사유, 해약 이유 등도 조사하였다. 민간의료보험의 보험금 수령도 조사하였는데, 지급된 보험금, 진단명 등의 지급 사유, 지급 항목(수술급여/입원급여/진단확정금 등) 등 민간의료보험에 관련된 다양한 자료를 수집하였다.

## 2. 추계방법

### 가. 월평균 민간의료보험료

본 연구에서는 각 가구원이 지출한 민간의료보험료를 활용하여 월평균 민간의료보험료를 산출하였다. 『2008 한국의료패널』에서는 개별 가구원별로 현재 납입하고 있는 보험료를 조사하였으며, 여러 개의 상품에 가입한 경우에는 가입 상품 각각의 보험료를 모두 조사하였다. 개인별 월평균 민간의료보험료의 추계는 민간의료보험 시장 규모 추계에서 매우 중요한 역할을 담당하기 때문에 자료 산출과정을 정확하게 제시할 필요가 있다. 개별 가구원은 민간의료보험에 가입과 비가입에 대해서 다양한 형태가 가능하다. 우선, 민간의료보험에 가입하지 않은 사람은 지출 보험료를 0원으로 간주하였다. 민간의료보험에 가입한 사람들은 민간의료보험에 지출하는 월보험료를 모두 합한 금액을 월평균 보험료로 산출하였다. 예를 들면, 민간의료보험 상품 3개에 가입한 가구원 김씨가 민간의료보험료로 각 상품에 a, b, c원의 보험료를 지불하고 있다면, 가구원 김씨의 월평균 지출 보험료는 각 상품에 지불하고 있는 보험료를 합한 (a+b+c)를 김씨의 월평균 지출 보험료로 산출하였다.

성과 연령의 범주로 구분하여 월평균 민간의료보험료를 산출하는 것이 정합성과 시계열적인 변동의 관찰 측면에서 민간의료보험의 시장 규모 파악에 더욱 효과적이다. 성과 연령별로 범주를 구분하는 것은 민간보험사의 기본적인 보험료 산출기준에도 부합된다고도 할 수 있다. 연령은 10세 단위(0-9세/10-19세/20-29세/30-39세/40-49세/50-59세/60-69세/70세 이상, 총 8개)로 구분하여 성별 구분과 함께 총 16개(2\*8=16)의 범주로 구분하였다. 『2008 한국의료패널』 조사의 개별 가구원을 성과 연령에 따른 각 범주로 구분하고, 각 범주의 가구원들이 지출한 민간의료보험료의 평균을 산출하여 각 범주별 월평균 민간의료보험료를 제시하였다 (각 범주에 할당된 개별 가구원의 수는 부록을 참조).

## 나. 민간의료보험 시장 규모

본 연구에서 추계된 민간의료보험 시장 규모는 『2008 한국의료패널』 조사 자료를 활용하여 1인당 월평균 보험료를 기준으로 연간 보험료를 계산하고, 여기에 2008년도 우리나라 총인구를 곱하여 산출하였다.

민간의료보험 시장 규모 추계에서 1인당 월평균 보험료는 성별, 연령별로 구분한 16개 범주의 월평균 민간의료보험료를 활용하였고, 2008년도 인구 규모는 통계청에서 조성법을 활용하여 산출된 해당 범주의 인구수를 이용하였다. 시장 규모 추계에서 평균보험료 산출과 더불어 중요한 것은 추계 인구 규모인데, 우리나라의 인구조사는 5년 단위로 실시하기 때문에 2008년도 인구 규모는 통계청에서 조성법을 활용하여 성별, 연령별로 추계한 인구자료를 활용하였다. 이 추계 인구에서 연령은 5세 단위로 구분되어 있어 본 연구의 범주와 동일하게 10세 단위로 합산하였다(2008년 추계 인구는 부록을 참조).

월평균 민간의료보험료 자료에서 성과 연령의 16개 범주별로 뽑은 보험료에 추계 인구에서 뽑은 각 범주의 인구수를 곱하고, 여기에 다시 12를 곱하여 16개 범주별 민간의료보험 시장 규모를 산출하였다. 12를 곱하는 이유는 개별 가구원이 지출하는 월 보험료를 연간 규모로 추계하기 위해서이다. 예를 들면, 40-49세 남성의 민간의료보험료 시장 규모는 월평균 민간의료보험료 추계자료에서 구한 40-49세 남성의 보험료(108,908원)와 2008년 추계 인구수의 40-49세 남성 인구수(4,251,758명)를 곱하고, 여기에 다시 12를 곱하면 5조 5,567억 원을 산출할 수 있다. 앞에서 설명한 추계 방식을 활용하여 16개 범주별 민간의료보험 시장 규모를 추계하고, 이를 모두 합하여 우리나라 전체 민간의료보험의 시장 규모를 추계하였다.

## 다. 가구별 민간의료보험료

가구단위로 민간의료보험료의 규모를 추계하기 위하여 『2008 한국의료패널』 조사에서 가구와 가구원 식별코드를 이용하여 개별 가구원이 지출하고 있는 모든 민간의료보험료를 합산하여 개별 가구가 지출하고 있는 민간의료보험료를 산출하였다. 즉, 개별 가구원의 월평균 보험료를 모두 합산하여 가구원별 총보험

료를 산출하고, 그 다음으로 가구 식별 코드가 동일한 가구원들 모두의 민간의료보험료를 합산하여 가구가 지출하는 민간의료보험료를 산출하였다. 가구원 가운데 민간의료보험에 가입하지 않은 경우의 보험료는 0으로 처리하였다.

민간의료보험료의 가구별 부담 수준을 추계하기 위하여 가구단위로 산출한 민간의료보험료와 연간 가구소득을 계산하였다. 연간 가구소득은 가구원의 연간 근로소득뿐만 아니라 금융소득, 임대소득 등을 모두 합산하여 구하였다. 또한 가구소득을 10분위로 나눠 각 범주에 해당하는 가구의 민간의료보험료 평균을 산출하였다. 소득 분위별로 가구의 민간의료보험료를 가구 소득으로 나누어서 소득 대비 보험료를 통해 민간의료보험료의 부담 정도를 측정하였다.

가구의 생활비 지출 규모별로 가구당 민간의료보험료를 산출하였는데, 이는 생활비 지출에서 민간의료보험료 지출의 우선순위를 간접적으로 살펴보고자 한 것이다. 가구의 생활비 지출 규모를 50만원 단위로 총 9개 구간(0-50만 원/51-100만 원/101-150만 원/151-200만 원/201-250만 원/251-300만 원/301-350만 원/351-400만 원/401만 원 이상)으로 구분하였다. 이 범주별로 가구당 월평균 민간의료보험료를 월평균 생활비로 나누어서 지출 대비 보험료 비중을 산출하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 월평균 민간의료보험료

아래 <표 1>은 『2008년 한국의료패널』을 이용하여 추계한 1인당 월평균 민간의료보험료이다. 2008년 국민 1인당 지출한 민간의료보험료는 월 평균 54,634원이다.

<표 1> 1인당 월평균 민간의료보험료

(단위: 원)

연령(세)	성별		지역별		평균
	남	여	수도권	비수도권	
0 ~ 9	37,191	33,662	32,293	38,636	35,480
10 ~ 19	27,257	26,026	26,808	26,535	26,644
20 ~ 29	52,248	43,502	46,590	48,771	47,775
30 ~ 39	100,640	70,276	83,171	86,562	84,797
40 ~ 49	108,908	79,381	92,913	95,649	94,344
50 ~ 59	85,330	68,764	75,703	77,527	76,790
60 ~ 69	33,814	24,878	27,582	29,940	29,037
70 이상	3,430	1,887	2,429	2,608	2,547
전체	62,646	47,673	54,974	54,363	54,634

성별 보험료를 살펴보면, 남자(62,646원)가 여자(47,673원)에 비해 14,973원을 더 많이 지출하였다. 연령별로는 40대가 가장 많은 보험료(94,344원)를 지출하였고, 그 다음으로는 30대(84,797원)와 50대(76,790원)였다. 9세 이하 인구에서도 월평균 35,480원을 지출하였다. 성별·연령별 보험료를 살펴보면, 40대 남성이 108,908원으로 가장 많이 지출한 인구집단이다. 지역별로는 수도권이 54,974원으로 비수도권 54,363원에 비해 약간 높았다.

아래 <표 2>는 민간의료보험 가입자만을 대상으로 월평균 보험료를 추계한 것이다. 가입자는 월평균 90,948원을 보험료로 지출하고 있으며 남자가 103,802원, 여자는 78,662원이었다. 연령별로는 40대가 가장 많은 보험료(128,739원)를 지불하고 있으며 60대와 70대 이상에서도 70,130원과 31,615원을 각각 지출하고 있었다. 성별·연령별로는 40대 남성이 가장 많은 152,261원을 민간의료보험료로 지출하고 있었다.

<표 2> 가입자 1인당 월평균 민간의료보험료

(단위: 원)

연령(세)	성별		지역별		평균
	남	여	수도권	비수도권	
0 ~ 9	52,800	48,234	46,160	54,970	50,597
10 ~ 19	42,508	42,013	40,966	43,535	42,274
20 ~ 29	93,764	78,520	82,712	88,827	85,993
30 ~ 39	146,286	94,619	114,657	122,462	118,350
40 ~ 49	152,261	105,736	127,129	130,201	128,739
50 ~ 59	128,326	95,385	106,593	113,547	110,653
60 ~ 69	82,713	59,409	65,002	73,445	70,130
70 이상	35,772	27,224	32,050	31,409	31,615
전체	103,802	78,662	88,046	93,555	90,948

## 2. 민간의료보험 시장 규모

2008년 현재 보험료를 기준으로 한 국내 민간의료보험 시장의 규모는 약 33조 4,143억 원으로 추산된다(표3 참조). 이 중 남자가 19조 2,195억 원, 여자는 14조 1,948억 원을 차지하였다. 시장 규모를 연령대별로 나누어 보면 40대가 28.3%로 가장 많았으며 두 번째로는 30대가 25.5%를 차지하였다. 9세 이하 어린이가 보험시장의 6.5%를 차지한 반면, 70세 이상은 0.2%로 미미하였다.

〈표 3〉 2008년 민간의료보험 시장 규모

연령(세)	연간 보험료(억 원)					
	남	(%)	여	(%)	합계	(%)
0 ~ 9	11,838	( 6.2)	9,857	( 6.9)	21,695	( 6.5)
10 ~ 19	11,498	( 6.0)	9,765	( 6.9)	21,263	( 6.4)
20 ~ 29	23,320	(12.1)	18,073	(12.7)	41,393	(12.4)
30 ~ 39	51,347	(26.7)	33,997	(24.0)	85,344	(25.5)
40 ~ 49	55,567	(28.9)	39,134	(27.6)	94,701	(28.3)
50 ~ 59	30,914	(16.1)	24,753	(17.4)	55,667	(16.7)
60 ~ 69	7,318	( 3.8)	6,048	( 4.3)	13,366	( 4.0)
70 이상	393	( 0.2)	321	(0.2)	714	( 0.2)
합계	192,195	(100.0)	141,948	(100.0)	334,143	(100.0)



### 3. 가구별 민간의료보험료

아래 <표 4>는 가구소득 분위별로 소득 대비 보험료를 보여준다. 가장 소득이 높은 1분위 가구의 월평균 보험료는 342,859원이며, 가장 낮은 10분위의 보험료는 32,057원이었다. 가구의 월 소득 중 민간의료보험료가 차지하는 비중을 보면, 1분위 4.37%에서 7분위 8.16%로 지속적으로 증가하고 있음을 알 수 있다. 8분위부터는 소득 대비 보험료가 점차 감소하여 10분위 가구에서는 6.42%를 나타내었다.

<표 4> 가구소득 분위별 가구당 민간의료보험료

소득 분위	월평균 소득(원)	월평균 보험료(원)	소득 대비 보험료(%)
1분위	7,836,083	342,859	4.37
2분위	4,918,783	305,250	6.20
3분위	4,014,300	267,976	6.67
4분위	3,361,617	230,561	6.85
5분위	2,880,975	225,161	7.46
6분위	2,435,058	190,176	7.80
7분위	2,010,725	164,151	8.16
8분위	1,599,741	117,882	7.36
9분위	1,103,775	71,997	6.52
10분위	499,256	32,057	6.42
전체 평균	2,695,317	172,230	6.38

저축을 제외한 가구 총 생활비에서 민간의료보험료가 차지하는 비율을 보면, 401만 원 이상 가구에서는 7.60%, 151-200만 원 가구에서는 11.11%, 50만 원 이하에서는 3.21%였다(표 5 참조).

〈표 5〉 가구 생활비 규모별 가구당 민간의료보험료

지출 규모(만 원)	가구 수	월평균 지출(원)	월평균 보험료(원)	지출 대비 보험료(%)
401 이상	230(2.9%)	5,368,651	397,836	7.60
351 ~ 400	232(3.0%)	3,956,551	323,361	8.17
301 ~ 350	248(3.2%)	3,432,217	297,948	8.68
251 ~ 300	747(9.4%)	2,948,902	289,385	9.82
201 ~ 250	706(9.0%)	2,414,900	255,517	10.56
151 ~ 200	1,541(19.7%)	1,916,067	213,541	11.11
101 ~ 150	1,574(20.1%)	1,403,475	155,746	11.06
51 ~ 100	1,774(22.6%)	850,597	72,444	8.32
0 ~ 50	792(10.1%)	404,848	13,830	3.21
전체 평균	7,844	1,772,434	172,230	9.23

#### IV. 논의

본 연구는 『2008년 한국의료패널』에서 조사된 민간의료보험료를 이용하여 민간의료보험의 시장 규모를 추계하였다. 시장 규모는 2008년 현재 33조 4,133억 원이며, 국민 1인당 지출하는 월평균 보험료는 54,634원이다. 가입자만을 기준으로 하였을 때는 1인당 월 90,948원을 민간의료보험료로 지출하였다. 민간의료보험을 포함한 전체 민간보험 시장은 약 110조 원 규모(2008년 수입 보험료 기준)이며, 이 중 생명보험이 약 73조 원으로 66.4%, 손해보험이 약 37조 원으로 33.6%를 차지하고 있다(보험개발원, 2009). 본 연구가 추계한 민간의료보험료는 전체 보험시장에서 30.2%를 차지하고 있는 것을 알 수 있다.

본 연구가 추계한 시장 규모는 기존 연구의 결과에 비해 다소 큰 규모라 할 수 있다. 민간의료보험료의 규모를 추계한 기존 연구는 보험개발원 및 관련협회에서 발간한 월보나 연보 등의 행정자료를 주로 이용하였다. 박홍민 등(2001)은 생명보험과 손해보험으로 나누어 추계하였는데, 생명보험 내 보장성보험의 보험

료 중 20%를 민간의료보험으로 간주하였고, 손해보험에서는 장기손해보험의 상해(의료비 담보) 및 질병손해보험료를 민간의료보험으로 보았다. 이러한 방법을 통해 박홍민 등(2001)은 2000년 기준으로 민간의료보험료를 3조 816억 원으로 추계하였다. 정기택(2004)은 생명보험의 수입보험료와 장기손해보험과 상해보험의 경과보험료를 이용하여 2002년 민간의료보험료를 5조 182억 원으로 추계하였다. 정홍주(2006)는 『생명보험경험통계연보』의 상해, 입원, 기타(진단, 수술, 통원) 부문의 위험보험료<sup>4)</sup>와 사업비를 합산하여 생명보험 내의 민간의료보험료를 산출하였고, 손해보험에서는 장기손해보험(질병, 상해 등)의 위험보험료와 사업비를 합산하여 산출한 것으로 보인다. 이러한 산출을 통해 정홍주(2006)는 2005년 민간의료보험의 보험료를 4조 8,357억 원으로 추정하였다. 조용운(2009)은 보험개발원 내부 자료를 이용하여 생명보험과 손해보험을 합하여 2007년 기준으로 민간의료보험료를 6조 5,328억 원으로 추계하였다.

기존 연구 결과는 시간흐름에 따라 시장 규모가 증가하고 있음을 보여주고 있지만, 추계한 연도가 다르다는 점을 감안하더라도 본 연구 결과와는 상당한 차이를 보이고 있다. 행정자료를 이용한 기존 연구는 연구자가 민간의료보험의 범위를 어떻게 설정하는가에 따라 상이한 결과를 보이고 있다. 박홍민 등(2001)의 연구는 단순히 생명보험 중 보장성 보험의 20%를 민간의료보험으로 간주하였고, 정홍주(2006)는 저축보험료를 제외하고 위험보험료와 사업비만으로 시장규모를 추계하였다. 그 외 기존 연구(정기택, 2006; 조용운 2009)는 연구에 사용된 민간의료보험의 범위를 명확하게 제시하지 않고 있다.

보험 가입자가 지불하는 보험료는 위험보험료와 저축보험료, 그리고 사업비로 구성되어 있다. 손해보험을 기준으로 살펴보면, 위험보험료가 전체 손해보험료의 21.5%, 저축보험료는 57.5%, 사업비는 21.0%를 차지한다<sup>5)</sup>(보험개발원, 2010). 현재 우리나라 대부분의 민간보험<sup>6)</sup>은 위험보장과 저축보험의 기능을 동시에 수행하고 있음을 알 수 있다. 민간의료보험 또한 미래에 발생할 건강위험에 대한 보

4) 보험료는 위험보험료와 저축보험료로 구성된다. 위험보험료는 보험 목적의 위험도에 따라 산출되는 보험료이며, 저축보험료는 주로 만기보험금을 지급하기 위한 재원으로 축적되지만 중도 사망자에 대한 사망보험금을 지급하기 위하여 그 일부가 위험보험료와 함께 충당되는 재원이 된다.

5) 손해보험 중 장기손해보험의 구성비 사례이다.

6) 손해보험 중 일반손해보험인 화재보험, 자동차보험 등은 저축보험료는 없고 위험보험료와 사업비로 구성되어 있다.

장과 저축보험의 기능을 함께 가지고 있다. 이러한 현실을 감안할 때, 민간의료보험의 시장 규모를 추계할 때는 위험보험료 뿐만 아니라 저축보험료도 포함하는 전체 수입보험료를 기준으로 해야 할 것으로 판단된다.

『2008년 한국의료패널』을 이용하여 추정한 민간의료보험의 시장 규모와 비교하기 위해 보험개발원에서 발간한 『보험통계월보』의 수입보험료(=위험보험료+저축보험료+사업비)를 기준으로 민간의료보험 시장 규모를 추계하여 보았다. 『보험통계월보』의 생명보험 중 상해보험, 질병보험, 어린이보험, 장기간병보험의 수입보험료에 손해보험의 장기상해보험, 장기질병보험, 장기통합형보험의 수입보험료를 합산하여 민간의료보험의 시장 규모를 추계하였다. 그 결과 2008년 기준으로 시장 규모는 28조 3,947억 원이며 이 중 생명보험의 민간의료보험료는 16조 4,089억 원, 손해보험의 민간의료보험료는 11조 9,858억 원이었다. 이 추계 결과는 『2008년 한국의료패널』을 바탕으로 추계한 2008년 민간의료보험료 33조 4,133억 원과 약 5조 원의 차이를 보인다. 『보험통계월보』를 이용한 추계가 다소 적은 것은 민간의료보험이 특약 등의 형태로 위에서 열거한 상품 범주 외에도 다양한 보험상품 범주에 포함되어 있지만, 『보험통계월보』로는 그 규모를 파악할 수 없어 민간의료보험료에 포함할 수 없었다는 것에서 그 이유를 찾을 수 있다.

민간의료보험의 시장 규모 추계를 위한 대표적인 자료원으로는 전 국민을 대상으로 설문조사를 한 『한국의료패널』과 보험개발원이 발간하는 『보험통계월보』를 들 수 있다. 전자는 인구·사회적 특성별로 민간의료보험료를 파악할 수 있는 장점이 있는 반면, 설문조사의 특성 상 회상편의(recall bias)가 발생할 여지가 있다. 『보험통계월보』를 이용하는 경우는 민간의료보험상품만을 별도로 분류하고 있지 않기 때문에 추계가 부정확할 수 있지만, 민간의료보험의 시장 규모를 월별 또는 분기별로 시계열적인 흐름을 파악하기가 용이하다. 보다 정확한 민간의료보험료 규모 추계를 위해서는 『보험통계월보』 등 행정자료원에서 민간의료보험상품의 수입보험료만을 생성하는 추가적인 노력과 『한국의료패널』 조사에서도 회상편의를 줄이려는 노력이 필요하다.

전술한 바와 같이 대부분의 민간의료보험이 건강위험보장과 저축보험의 기능을 동시에 가지고 있는데, 이러한 점이 건강위험만을 보장하는 국민건강보험과 큰 차이점이라고 할 수 있다. 2008년 공보험의 보험료(국고지원과 담배부담금 제

외) 약 24조 원(국민건강보험통계연보, 2009)은 건강위험만을 보장하는 것이며, 같은 해 민간의료보험료 약 33조 원에는 저축보험의 기능이 포함되어 있기 때문에 두 보험료를 비교할 때 각별한 주의가 필요하다. 국민건강보험료는 당해 또는 차기 연도에 보험급여로 대부분 사용되지만, 민간의료보험료는 중도해지금과 만기환급금을 지급하기 위해 일정액을 적립하고 위험보험료에 해당하는 금액이 보험급여로 사용된다. 또한 민간의료보험은 보험료 납입기간에 비해 보장기간이 긴 상품도 다수 존재한다. 예를 들면, 특정 암보험 상품은 납입기간이 20년이지만 보장기간은 납입기간을 포함하여 최장 30년으로 정하고 있는데, 이 경우 20년 동안 납입한 보험료가 30년에 걸쳐 보험금으로 지급된다고 할 수 있다.

공보험과 민간의료보험의 보험료를 통해서 유추할 수 있는 것은 급여서비스에 대한 위험은 공보험으로 보장받고, 비급여서비스와 질병 및 상해로 인한 상실소득 등은 민간의료보험으로 어느 정도 보장받고 있다는 점이다. 아직까지도 국내 민간의료보험은 대부분이 정액형으로서 사전에 정한 일정액을 입원보험금, 수술보험금, 진단보험금 등으로 지급하고 있다. 이러한 보험금의 일부가 비급여 진료비와 급여 진료비의 본인부담금에 충당되고 있는 셈이다. 또한, 국민건강보험은 질병과 상해로 인한 소득상실에 대해서는 급여를 하고 있지 않지만, 정액형 민간의료보험에서 지급하는 입원 및 수술보험금 등은 질병과 상해로 인해 발생한 상실소득을 보상하는 성격도 가진다고 하겠다(신기철, 2011). 민간의료보험의 역할과 기능을 구체적으로 평가하기 위해서는 향후 민간의료보험 가입자에게 지급되는 보험금의 구체적인 사용 현황에 대한 실증적인 연구조사가 필요하다.

보험료의 성별 비교를 보면 남자가 여자에 비해 민간의료보험료를 더 많이 지출하고 있어 남자의 보험시장 규모가 여자보다 큰 것을 알 수 있다. 남자(1.56개)와 여자(1.55개)의 보험 가입 개수는 차이가 없었다<sup>7)</sup>. 성별 보험료와 가입 개수를 같이 종합적으로 고려해보면, 남자가 여자보다 가입 단위당 보장성이 큰 보험을 가입하고 있거나 혹은 남자가 여자보다 위험이 커서 보험료를 더 많이 내고 있다고 말 할 수 있겠다.

연령별 보험료를 보면 10세 미만에서도 35,480원을 지출하고 있는데, 이는 10대의 보험료 26,644원보다 8,836원을 더 많이 지출하고 있는 셈이다. 이러한 사실

7) 성별 평균 보험가입개수는 『2008 한국의료패널』을 분석한 결과이다.

은 10세 미만 어린이의 의료서비스 재원조달에 있어 민간의료보험이 어느 정도 역할을 하고 있음을 보여준다. 최근 정부와 공보험이 영유아를 위한 의료보장성을 확대하고 있지만 10세 미만이 지출하고 있는 민간의료보험료 규모를 고려해 볼 때, 아직도 보장성 확대가 충분하지 않음을 짐작할 수 있다. 60대와 70대 이상의 민간의료보험료는 각각 29,037원, 2,547원으로서 이들이 형성하는 보험시장은 매우 협소하다. 이러한 이유로는 우선 보험사의 선별적 가입과 노인인구를 위한 상품이 충분하지 않음을 들 수 있다. 노인인구가 40-50대에 비해 가처분소득이 상대적으로 낮은 점도 그 이유로 들 수 있다. 실제 의료 이용의 필요와 지출이 많은 노인인구를 위한 다양한 상품개발 등을 통해 민간의료보험의 역할 확대가 필요하다고 하겠다. 20대부터 40대까지 보험료의 지출 규모는 지속적으로 증가하다가 50대부터는 감소하고 있다. 일반적으로 민간의료보험에 대한 요구는 연령과 정의 연관성을 가진다고 할 때, 50대의 보험료 지출 규모 감소는 주목할 필요가 있다<sup>8)</sup>.

가구소득 분위별로 월평균 보험료는 1분위 가구가 가장 높은 342,859원이며 소득 수준이 낮을수록 보험료는 감소하고 있고, 소득이 가장 낮은 10분위 가구에서도 월 32,057원을 지출하였다. 소득 대비 보험료를 보면, 1분위 가구가 4.37%이고 소득수준이 감소할수록 오히려 소득 대비 보험료는 지속적으로 증가하여 7분위 가구는 8.16%를 차지하였다. 소득 대비 보험료가 증가하고 있는 것은 소득이 낮은 가구일수록 오히려 의료비 재원조달의 수단으로 민간의료보험에 대한 의존이 더 크다는 사실을 암시한다.

저축을 제외한 가구 생활비 중 민간의료보험료의 비중은 평균 9.23%이며 보험료 비중은 지출 규모가 낮아질수록 높아지고 있고, 가구 생활비 지출이 월 151- 200만 원 가구에서는 최고 11.11%였다. 『2008가계동향조사』의 가구 소비 지출 중 교육비가 12.8%를 차지하고 있는 것과 비교하면, 가구 지출에서 민간의료보험료가 차지하는 중요도를 간접적으로 확인할 수 있다.

본 연구의 제한점으로는 설문조사에서 주로 야기되는 회상편의(recall bias)를 들 수 있다. 가구당 민간의료보험을 평균 3.6개를 가입하고 있어(서남규, 2010) 가구조사를 통해 파악된 민간의료보험료 규모는 과소 및 과대추계의 가능성을

8) 『2008 한국의료패널』을 이용한 분석에 따르면 40대 가구주의 가구소득은 3,987만 원, 50대는 3,933만 원으로 두 군간 통계적 차이는 없었다.

내포하고 있다. 조사 대상자들이 본인의 민간의료보험을 기억하지 못하거나 보험료를 실제보다 적게 기억하는 경우에는 과소추계의 가능성이 있지만, 일반 생명보험과 연금보험의 보험료를 민간의료보험에 포함하는 경우에는 과대추계의 가능성이 있다.

본 논문을 통해 많은 국민들이 본인의 건강위험을 보장하기 위해 민간의료보험을 활용하고 있음을 확인할 수 있었다. 이러한 사실은 공보험의 보장성이 2008년 기준으로 60.2%(보건복지가족부, 2010)로 파악되는 현 상황에서 어느 정도 예상할 수 있는 현실이다. 한국의 보건의료체계 내에서 민간의료보험의 역할에 대한 그간의 논의는 개념적이며 추상적인 접근에 머물렀다고 할 수 있다. 보험료 규모 등 민간의료보험에 대한 구체적인 정보가 미흡한 것에서 그 이유를 찾을 수 있다. 본 논문은 민간의료보험 규모를 성별, 나이별, 그리고 가구별로 고찰한 최초의 연구라고 할 수 있다. 본 연구를 통해 민간의료보험의 역할에 대한 구체적이며 실제적인 논의가 활성화되기를 기대한다. 더 나아가 민간의료보험 논의가 지속되기 위해서는 동일한 기준으로 시장 규모를 추계하는 시계열적인 작업이 반드시 필요하다.

## 참고문헌

- 강성욱, 권영대, 오은환, 유창훈. 실손형 민간의료보험이 의료이용에 미친 영향 (2010). 제2회 한국의료패널 학술세미나 자료집. 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단(2009). 2008년 건강보험통계연보.
- 박영희(2006). 민간의료보험 가입 요인 및 소비자 만족도 조사 연구: 부산지역을 중심으로. 대한보건연구 32(2):120-129
- 보건복지가족부(2010). 보건복지백서.
- 보험개발원(2009). 2008 보험통계연감.
- 보험개발원(2010). 장기손해보험 압담보의 리스크 분석 및 대응방안.
- 보험연구원(2010). 보험환경 변화에 따른 보험산업 성장방안.
- 박흥민, 김경환(2001). 건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안, 보험개발원.
- 서남규(2010). 한국의료패널 기초분석 결과(2) - 제2회 한국의료패널 학술세미나 자료집, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 신기철(2011). 상병소득보장제도 충실화 방안연구, 사회보장연구 27(1):133-156.
- 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환(2010). 누가 민간의료보험에 가입하는가: 가입 건수를 중심으로, 보건경제와 정책연구 16(3):1-16.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광옥, 정백근(2005). 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민간의료보험 활성화에 대한 함의, 보건행정학회지 15(4):161-175
- 윤희숙(2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향, 한국개발연구 30(2):99-128
- 정기택(2004). 민간의료보험 시장의 발전추세와 주요 정책이슈, 2004년 2월, 손해보험.
- 정영호, 고숙자, 이은영, 진달래, 김성옥, 한준태, 이수연(2009). 2008년 한국의료패널 기초분석보고서(I), 한국보건사회연구원.
- 정영호, 서남규, 고숙자, 한은정, 박성복, 정영훈, 이진혜, 황연희, 손창균, 김은주, 장익현(2010). 2009년 한국의료패널 기초분석보고서(I), 한국보건사회연구원.
- 정홍주(2006). 국민건강보험과 민영건강보험의 역할분담 방안, 손해보험 Dec. 6-23
- 조용운(2009). '보험금수령, 원스톱서비스 가능하다' 국회의원 이성남, 최영희 공



동 정책토론회 자료집.

Kang S, You CH, Kwon YD, Oh EH(2009). Effects of supplemental insurance on physician visits in Korea, J Formos Med Assoc 108:912-920

국민건강보험공단 홈페이지. 통계자료실 (<http://www.nhic.or.kr>)

손해보험협회 홈페이지. 발간자료실 ( <http://www.knia.or.kr>)

생명보험협회 홈페이지. 보험자료실 (<http://www.klia.or.kr>)

보험개발원 홈페이지. 보험통계포털서비스 INsis (<http://www.kidi.or.kr>)

보험연구원 홈페이지. (<http://www.kiri.or.kr>)

통계청 홈페이지. 국가통계포털 KOSIS (<http://www.kostat.go.kr>)

## 부록

〈부표 1〉 민간의료보험 추계에 활용한 대상자 수

(단위: 명, %)

연령(세)	소계	성별		지역별	
		남	여	수도권	비수도권
0 ~ 9	2,979(12.1)	1,535(12.7)	1,444(11.5)	1,483(13.3)	1496(11.1)
10 ~ 19	3,386(13.8)	1,755(14.6)	1,631(13.0)	1,600(14.3)	1786(13.3)
20 ~ 29	2,956(12.0)	1,445(12.0)	1,511(12.0)	1,350(12.1)	1606(12.0)
30 ~ 39	3,926(16.0)	1,877(15.6)	2,049(16.3)	2,044(18.3)	1882(14.0)
40 ~ 49	3,912(15.9)	1,982(16.4)	1,930(15.4)	1,865(16.7)	2047(15.3)
50 ~ 59	3,062(12.4)	1,483(12.3)	1,579(12.6)	1,236(11.1)	1826(13.6)
60 ~ 69	2,549(10.4)	1,187(9.9)	1,362(10.8)	976(8.7)	1573(11.7)
70 ~ 79	1,475(6.0)	665(5.5)	810(6.5)	507(4.5)	968(7.2)
80 이상	354(1.4)	117(1.0)	237(1.9)	113(1.0)	241(1.8)
전체	24,599(100.0)	12,046(100.0)	12,553(100.0)	11,174(100.0)	13425(100.0)

〈부표 2〉 민간의료보험 성별 및 지역별 가입자 수

(단위: 명, %)

연령(세)	표본 수	가입자 수	성별		지역별	
			남성 가입자수	여성 가입자수	수도권 가입자수	비수도권 가입자수
0~9	2,979	2,087(70.1)	1,080(70.4)	1,007(69.7)	1,036(69.9)	1,051(70.3)
10~19	3,386	2,137(63.1)	1,126(64.2)	1,011(62.0)	1,049(65.6)	1,088(60.9)
20~29	2,956	1,642(55.6)	805(55.7)	837(55.4)	761(56.4)	881(54.9)
30~39	3,926	2,813(71.7)	1,292(68.8)	1,521(74.2)	1,482(72.5)	1,331(70.7)
40~49	3,912	2,864(73.2)	1,416(71.4)	1,448(75.0)	1,363(73.1)	1,501(73.3)
50~59	3,062	2,110(68.9)	978(66.0)	1,132(71.7)	878(71.0)	1,232(67.5)
60~69	2,549	1,052(41.3)	484(40.8)	568(41.7)	413(42.3)	639(40.6)
70~79	1,475	144(9.8)	74(11.1)	70(8.6)	47(9.3)	97(10.0)
80 이상	354	2(0.6)	1(0.9)	1(0.4)	0(0.0)	2(0.8)
전체	24,599	14,851(60.4)	7256(60.2)	7,595(60.5)	7,256(60.2)	7,595(60.5)

〈부표 3〉 2008년 추계 인구 규모

(단위: 명)

연령(세)	소계	성별	
		남	여
0 ~ 9	5,092,743	2,652,467	2,440,276
10 ~ 19	6,642,016	3,515,185	3,126,831
20 ~ 29	7,181,464	3,719,366	3,462,098
30 ~ 39	8,283,010	4,251,732	4,031,278
40 ~ 49	8,360,030	4,251,758	4,108,272
50 ~ 59	6,018,796	3,019,045	2,999,751
60 ~ 69	3,829,324	1,803,676	2,025,648
70 이상	2,372,507	956,093	1,416,414
전체	47,779,890	24,169,322	23,610,568

자료: 통계청, 통계포털(KOSIS)

# 민간의료보험의 개요와 기능<sup>1)</sup>

신 기 철

(서울의대 의료정책실)

## 1. 민간의료보험(?)의 정의

□ 건강보험 = 의료비용보험 + 소득보상보험(상병수당)<sup>2)</sup>

Health Insurance = Medical Expense Insurance  
+ Disability Income Insurance

□ OECD 30개 회원국 중 미국, 스위스 및 한국만 공적보험에서 상병수당 미지급  
- 미국은 건강보험과 마찬가지로 소득보상보험도 민간보험회사에 임의가입  
- 스위스는 민영보험회사에 개인건강보험 가입의무화, 소득보상보험은 임의  
※ OECD국가의 의료보장제도 비교 및 정책대안 <첨부 2 및 3 참조>

□ 보험관련 법규에는 민영건강보험, 민영의료보험 및 민간의료보험의 정의가 없음

- 보험업법에 근거한 제3보험을 영위하기 위한 의료실손, 암진단, 입원일당 특약 등의 특약(생존담보)이 부가된 보험을 학계 및 보건복지부에서 지칭

---

1) 본 보고서의 보험회사 관련 통계수치는 제공회사의 요청에 의하여 A,B,C로 표기.

2) Kenneth Black, Jr & Harold Skipper, Jr, 1996, "Life Insurance 12th ed."

보험업법 제2조(정의) 1항 다. 제3보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 **대통령령으로 정하는** 계약

보험업법 시행령 제1조의2(보험상품)

④ **법 제2조제1호다목에서 "대통령령으로 정하는 계약"**이란 다음 각 호의 계약을 말한다.

1. 상해보험계약, 2. 질병보험계약, 3. 간병보험계약

보험업감독규정 별지 1호(보험계약의 구분)

**상해보험계약**: 사람의 신체에 입은 상해에 대하여 치료에 소요되는 비용 및 상해의 결과에 따른 사망 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약)

**질병보험계약**: 사람의 질병 또는 질병으로 인한 입원·수술 등의 위험(질병으로 인한 사망을 제외한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약)

**간병보험계약**: 치매 또는 일상생활장해 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 치료 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약)

#### □ 보험회사의 영위형태 및 법적 명칭

- 생명보험회사: 주계약(중신보험, 정기보험 등) + 제3보험상품특약
- 손해보험회사: 주계약(상해보험, 간병보험 등) + 제3보험상품특약
  - ☞ 주계약의 명칭이 상품의 법적분류명칭이고, 의료실손특약이 포함되는 등 제3보험상품특약이 많이 부가된 상품을 민영의료보험으로 지칭

## 2. 상해, 질병에 따른 경제적 손해와 보상제도

- 상병으로 장기간요양하면 본인부담 의료비는 물론 간병비, 가족의 교통비, 주택 개조비 등 다양한 비용이 소요되며,
  - 장기입원시에는 휴직 또는 퇴직에 따른 소득감소가 주된 문제임
  - 배상책임적 성격을 갖는 업무상 상병, 자동차상해 등으로 요양하면 제반 비용과 상실소득 보상. 업무외 상병 발생시 공무원은 보상 충실 일반인은 부실

〈표 1〉 상병의 발생원인별 보상제도 개요

구 분		장·단기 입원			영구장해	
		입원치료	직장휴업	기타비용	소득능력감소	기타비용
업무상 상병	일반근로자 (산재보험법) (근로기준법) <sup>3)</sup>	요양급여	휴업급여(2년 이내) 상병보상연금*	간병급여 직업재활급여	장해보상연금 장해보상일시금	직업재활 간병급여
		-	유급병가(60일) 유급휴직(1년)	×	장해보상금	×
	공무원 및 사립학교 교직원	건강보험적용	유급병가(6개월) 유급휴직(3년)	×	장해연금 장해보상금	×
자동차사고 (자동차종합보험 기준)		치료비 전액	휴업손해	간병비, 교통비 등 기타손해배상금	상실수익액	위자료 가정간호비
업무외 상병	일반근로자	임의 기업복지	임의 기업복지	×	×	×
	공무원 및 사립학교 교직원	공무원복지제도	유급병가(60일) 유급휴직(1년)	×	유급휴직(1년)	×

주 1) 산업재해보상보험법, 근로기준법, 국가공무원 복무규정 등 관련 규정에서 요약  
 2) 산업재해에서 상병보상연금은 휴업급여가 지급되고 나서 2년이 경과하여도 요양상태가 지속될 때 사망시 혹은 장해가 확정되어 장해보상 연금이 지급될 때까지 지급됨.

- 국민연금의 장애연금 수급자 기준으로 중증장애(1~3급)로 이어질 수 있는 **상병발생원인중 약 80% 수준이 업무외적 질병**이며, 실직은 물론 영구 취업불능우려.

3) 근로기준법에서는 업무상 재해 보상에 대한 최저요건을 정하고 있기 때문에 보상항목이나 보상 기준이 산업재해보상보험보다 미흡하다.

<표 2> 국민연금의 장애등급 및 연령대별 발생원인

(단위: %)

구분	장애등급별 발생원인			연령대별 발생원인			전체
	1급	2급	3급	39세 이하	40~49세	50세 이상	
교통사고	16.11	7.06	10.06	24.62	14.72	4.66	9.94
산재사고	2.01	0.88	3.75	3.85	4.53	1.33	2.51
기타사고	11.41	3.24	7.10	10.77	9.43	4.16	6.43
<b>질 병</b>	<b>70.47</b>	<b>87.65</b>	<b>77.32</b>	<b>59.23</b>	<b>70.19</b>	<b>88.52</b>	<b>79.82</b>
기 타	0.00	1.18	1.78	1.54	1.13	1.33	1.31

자료출처: 우해봉, 2008, “장애연금 수급자의 사회경제적 특성과 재활서비스 요구도 및 이용분석”, 국민연금연구원 Working Paper 2008에서 발췌

□ 상병수당도 제도화되지 않았지만, 장애연금제도도 사회적 안전망에 불과

<표 3> 요양기간별 상병소득보장제도 및 장애확정시 장애급여 비교

구 분	근거법 등	요양기간 중	장애 확정
업무상 상병 (산업 재해)	산업재해보상보험법	휴업급여(2년 이내 평균임금의 70%) → 상병보상연금 (사망 또는 장애확정시까지 평균임금의 70%~90%)	장애연금 또는 장해보상일시금
	공무원연금법 등	유급병가(6개월, 보수전액)→유급휴직(3년, 봉급의 70%)	장애연금 또는 장해보상금
자동차 사고	자동차손해 배상보장법 등	휴업손실(장애확정시까지, 수입감소액의 80%)	장해손실
업무외 상병	공무원복무규정 등	유급병가(2개월, 보수전액)→유급휴직(1년, 봉급의 70%)	별도규정 없음
	취업규칙 등	<b>별도규정 없음(임의급여)</b>	<b>별도규정 없음</b>

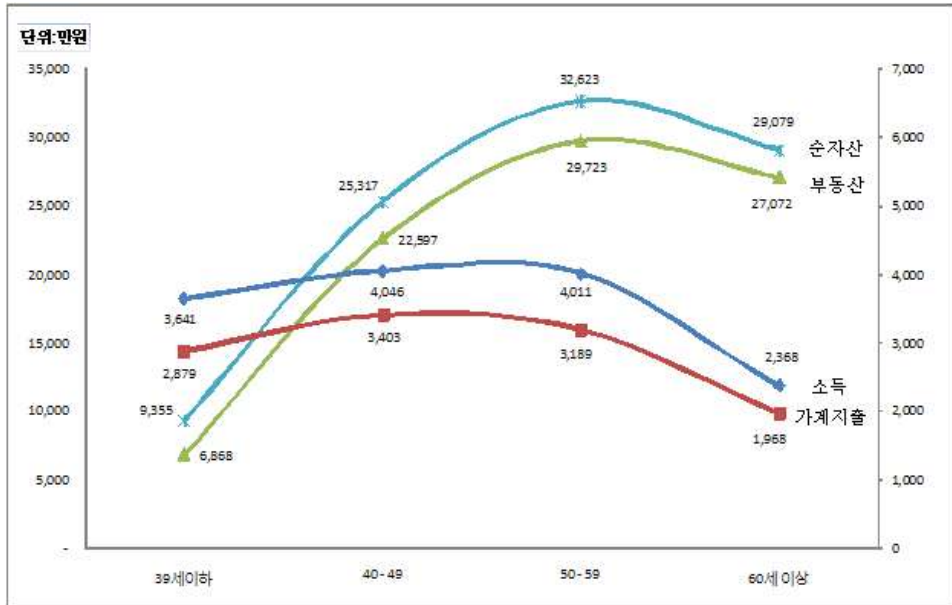
자료출처: 산업재해보상보험법 등 관련 규정에서 발췌

⇒ 다른 OECD회원국은 상병수당 및 장애연금이 충실 <첨부1 참조>

□ 우리나라 가구주는 부동산보유비율이 높기 때문에 장기 요양을 하거나 실직  
하면 금융자산이 충분하지 않아 가계 파산확률이 높음

- 2006년 통계청 자료에 의하면 40~49세 연령 평균적인 가구는 부채를 제외한 순자산 2억5,317만원이며, 부동산이 2억2,597만원으로 자산의 89% → 가계과산화률이 OECD국가중 멕시코에 이어 가장 높음 <첨부 2의 도5>

[도 1] 2006년 연령대별 가구주 자산 및 부채현황, 월평균 소득 및 지출



자료출처: 통계청, kosis.kr/index/index.jsp의 2006년 관련 data를 엑셀 그래프로 전환

### 3. 민영보험의 내용 및 기능

- 국민건강보험에서의 법정본인부담금 및 비급여를 보상하기 위한 의료실손특약은 물론 장기요양 또는 장애 확정시의 상실소득 보충과 기타 부대비용을 보장하기 위해 특별약관의 형태로 매우 다양하게 발전
- 생명보험은 종신보험, 양로보험, 정기보험 등이 주계약이며 법적 명칭임.
  - 손해보험은 장기상해보험, 장기화재보험 등으로 통합보험은 판매상의 명칭임.



<표 4> 민영보험의 각종 생존담보 보장형태 예시

담보분야 및 대표적인 특약명칭		기 능	보장금액	
의료 실손	상해 질병 입원의료비	본인부담 입원의료비 보충	5천만원한도 실손의료비	
	상해 질병 통원의료비	본인부담 통원의료비 보충	30만원한도 실손의료비	
정액 담보	상실소득 보충	상해소득보상금	장해급여 보완	10년간 매년 정액
		상해가족생활지원금	장해로 인한 추가비용 보완	10년간 매년 정액
	의료비등 보충	암진단비	암 의료비 및 상실소득 보충	가입금액 정액
		급성심근경색진단비	의료비 및 상실소득 보충	가입금액 정액
	기타비용 보충	암입원일당	암입원중 가족부대비용 보충	암입원 1일당 정액
		상해입원일당	상해입원중 가족부대비용 보충	상해입원 1일당 정액
질병입원일당		질병입원중 가족부대비용 보충	질병입원 1일당 정액	

자료출처: 민영보험회사 상품약관에서 발췌하여 종류별로 구분

(1) A 생명보험회사 판매상품의 예시

종신보험을 주계약으로 하고 각종 특약을 가입자가 선택하여 가입

(가입기준: 35세 남자, 표준체)

구 분	보험가입금액	보험기간	납입기간	월보험료	
종신보험(주계약)	4,000만원	종신	20년납	76,400	
특 약	정기특약(사망보장)	1,000만원	70세만기	20년납	6,300
	고도장해보장특약	1,000만원	65세만기	20년납	1,360
	재해장해보장특약	1,000만원	65세만기	20년납	800
	암진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	1,000
	뇌출혈진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	520
	급성심근경색증진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	340
	신입원특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	1,800
	실손의료비보장특약(입원부분)	5,000만원	3년갱신	3년(최대100세)	9,300
	실손의료비보장특약(통원부분)	30만원	3년갱신	3년(최대100세)	3,290
합계 월 보험료				101,110	

- 주계약은 20년 납입하고 종신까지 사망보장을 하기 때문에 월보험료가 큼
  - 35세부터 55세까지 총 1,834만원 보험료 납입, 55세 해지시에 1,821만원 환급
  - 의료실손특약 등 건강보험 보완형 담보의 합계보험료: 월 16,250원
  - ☞ 보장내용과 보험료 수준을 예시하기 위한 것으로 가입조건에 따라 다름

(2) B 손해보험회사의 상품예시

(가입기준: 35세 남자, 상해1급, 자가용운전자, 표준제)

구 분		보험가입금액	보험기간	납입기간	월보험료
상해보험(주계약)		4,000만원	100세	20년납	5,440
특 약	질병사망특약	5,000만원	80세만기	20년납	46,700
	교통상해사망특약	3,000만원	80세만기	20년납	2,730
	상해장기입원특약	30만원	3년갱신	3년(최대80세)	300
	암진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	1,380
	뇌출혈진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	340
	급성심근경색중진단특약	1,000만원	3년갱신	3년(최대 80세)	250
	질병장기입원비특약	30만원	3년갱신	3년(최대 80세)	190
	실손의료비보장특약(입원부분)	5,000만원	3년갱신	3년(최대100세)	8,005
	실손의료비보장특약(통원부분)	30만원	3년갱신	3년(최대100세)	4,991
합계 월 보험료					70,326

- A생명보험회사의 상품과 표면상 유사한 보장내용을 예시하였으나 보험료는 B손해보험회사가 월 약 3만원 저렴
  - ∴ 생명보험회사의 종신보험(주계약)은 100세 만기 저축성보험과 비슷한 성격: 언젠가는 사망하기 때문에 누구나 보험기간 만기까지 보험가입 금액 수령
  - 건강보험 보완형 담보 보험료 계: 월 15,456원
- 손해보험회사의 상해보험(주계약)은 100세 만기이기는 하지만 상해로 사망할 확률이 상대적으로 매우 낮아서 보험료 저렴 → 질병으로 사망하면 부 지급

- 상품이 동일한 실손의료비는 물론 암진단특약, 뇌출혈진단특약도 각사별 사업비율과 경험위험율이 자율화되어 있기 때문에 보험료 차이 발생

<표 5> A사와 B사의 담보별 보험료 비교

(35세 남자, 월납보험료, 원)

담보명칭	A사	B사	(A/B)%
암진단특약	1,000	1,380	72.5
뇌출혈진단특약	520	340	152.9
급성심근경색증진단특약	340	250	136.0
실손의료비보장특약(입원부분)	9,300	8,005	116.2
실손의료비보장특약(통원부분)	3,290	4,991	65.9
소 계	16,250	15,456	105.1

(3) 연령별 의료실손 월 보험료(C사; 종합입원, 종합통원, 약제비)

구 분	0세	5세	10세	20세	30세	40세	50세	60세
남	20,448	6,445	5,531	8,028	11,372	14,592	25,624	49,890
여	16,810	5,556	4,440	8,132	14,166	20,837	36,586	55,089

→ 국민건강보험 적용 1인당 월 평균보험료는 1990년 이후 연평균 13% 인상  
2,590(1990) → 9,369(2000) → 29,765(2010)

#### 4. 민영보험 제3보험상품의 과제 및 충실화 방안

(1) 국민건강보험과의 연계가 없어 의료보장체계로서의 역할 모호

- 민영보험 제3보험의 각종 생존특약들은 국민건강보험에서의 법정본인부담금, 비급여는 물론 상병수당까지 보장하는 등 의료보장의 기능을 담당하고 있으나, 의료정책 주무 부처와의 협의 없이 보험업법에 근거 자생적으로 개발·발전
  - 특히 2000년 의약분업 시행이후 비급여의료비가 급격히 늘어나는 과정에서 의료실손특약 판매 급증 ← **2005년 생보사 의료실손시장 추가 참여**
- 입원일당, 암진단 등 각종 정액생존특약은 중증 상병으로 요양시의 상실소득 보충은 물론 가족의 부대비용 등 다양한 용도로 활용될 수 있으나 의료실손특약과 동시에 가입하면 **의료비 측면만으로 보았을 때 피보험 초과 이익 발생**
- 건강보험 급여구조나 공급자에 대한 보수체계(예: 행위별수가 → 총액예산제, 건강보험하나로 등)를 변경하면 의료실손특약 유명 무실화 가능
  - ※ 현재 간병서비스제도 도입에 따라 의료실손에서의 보상여부를 놓고 혼선중
  - ☞ 사적연금제도는 사회적 합의에 따라 순차적으로 표준화된 상품으로 도입

<사적연금 도입경과>

- ① 1988년 국민연금 도입 → 이때 법정퇴직금제도를 기업연금 전환 논의 시작
- ② 1994년 개인연금 도입; 금융기관별 특징을 반영한 상품, EEE세제 체계
- ③ 1999년 퇴직보험/퇴직신탁 도입 → 학계의 연구착오로 10년 세월 허송
  - ☞ 1995년 고용보험 도입과정에서 법정퇴직금제도의 기능 등을 고려 기업연금 도입연구; 학계에서는 퇴직보험/신탁을 기업연금으로 오인 <통산제도(portability)에 대한 이해 부족; 사외위탁과 통산제도가 핵심>
  - 2000~2003년 기업연금 도입논의
- ④ 2001년 전 금융기관 표준화된 개인연금 도입: IMF 등의 권고로 EEE → EET세제
- ④ 2005년 기업연금(퇴직연금) 도입

⇒ 민영보험의 기능을 정상화하고 충실화하기 위해서는 국민건강보험의 개선방향, 특히 상병수당의 정책방향이 확정된 이후에 논의 가능

→ 민영보험 제도 개선을 연착륙시킬 수 있는 방안도 마련 필요  
 (상품 예시와 같이 보험기간이 80세 혹은 100세인 특약 대량 판매)

※ **사회보장보험료 포함 총조세부담율, GDP대비 국가채무는 OECD국가중에서 제일 양호한 편에 속해 사회복지 확충은 사회적 합의의 문제 <첨부 4 참조>**

(2) Underwriting 기능의 실패를 선의의 보험가입자에게 요율인상으로 전가

- 민간보험은 가입자간 위험발생확률을 예측하여 위험율에 맞는 요율을 적용하는 보험심사(underwriting)의 과정을 거치며, 이 과정이 적정하다면 80~85%의 손해율(보험금 지급율)을 보이게 됨.
- 그러나 과도한 영업경쟁 인한 Underwriting부실로 손해율이 급증하고, 이를 반영한 경험요율로 보험료 인상 ← Cream Skimming이 과연 발생?

<표 6> 연도별 손해보험회사 주요 담보별 손해율(보험금 지급율)

구 분	'05	'06	'07	'08	'09
실손의료비	83.4%	80.7%	87.9%	105.6%	118.5%
상 해	84.7%	84.0%	80.2%	75.9%	83.5%
질 병	97.3%	97.8%	102.0%	98.0%	102.4%
암	117.3%	115.9%	124.1%	122.1%	127.4%
중대한질병	62.9%	71.7%	88.1%	86.3%	109.2%

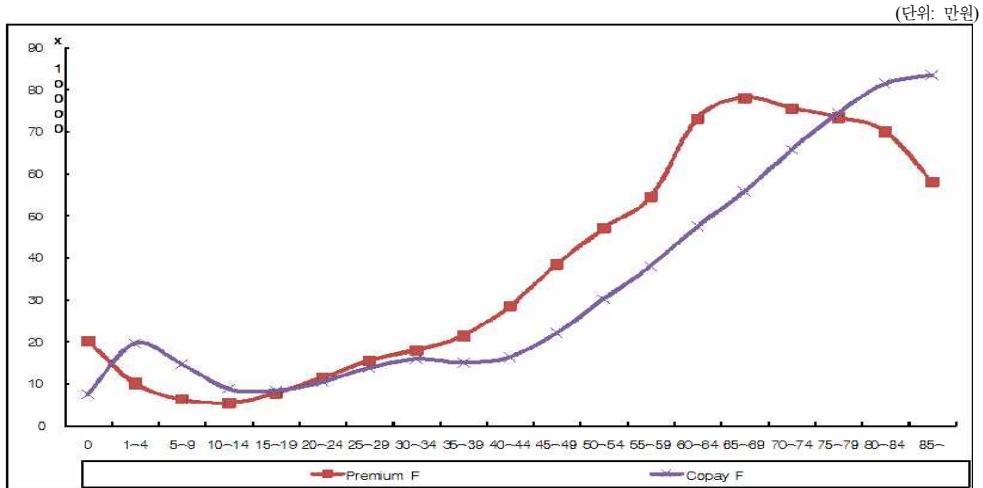
자료출처 : 보험개발원 손해보험 요율검증보고서 해당연도

- C보험회사의 의료실손특약의 연령별 1인당 연간보험료와 국민건강보험의 법정본인부담금을 비교해 보면 Underwriting의 실패 추정 가능

→ 손해율 100%; 『(법정본인부담의료비+비급여) = 1인당 보험료』

- 1~30세까지는 “1인당 연간보험료 < 1인당 연간법정본인부담금”으로 적정
- 0세 및 30세 이상은 보험료>법정본인부담금으로 부적정 추정
- 60세 이상은 연간보험료가 의료실손만 60만원 이상으로 부담능력?

[도 2] 여성 연령계층별 1인당 연간보험료 및 법정본인부담금 비교



⇒ “합리적인 의사결정을 할 수 있는 소비자단체“ 필요

(3) 전형적인 Agency Problem과 회사 이익 우선

- 보험판매자는 “신의 성실의 원칙”에 따라서 가입자에게 최적의 상품 및 담보를 설계하여 판매해야 하나 수수료 혹은 회사 이익 극대화를 위한 경향
  - 불필요한 담보 가입, 다수의 보험 가입, 저축성 보험 가입 등
  - ☞ 미국은 1980년대 종신보험 위주 시장에서 자본시장이 활성화 되면서 보험료가 비싼 종신보험을 정기보험으로 전환하고 차액(저축성 부분)만큼을 적립식 펀드에 가입하는 현상 발생; **Buy Term Invest the Others !**
- 가입자 및 피보험자 본인의 재정상태에 맞는 가입설계보다는 감정에 호소하는 판매 기법 치중
  - 학생, 가정주부 등 무직자에게 상병수당적 입원일당, 암진단비 등 과다권유

(4) 비급여 신의료기술에 대한 의료접근의 역진성

- 의료실손특약에서 비급여의료비는 치료목적이라면 전액 보장
- 의료법상 보험회사가 의료공급자와 보상조건을 정할 수 없기 때문에 공

급자 유인수요가 발생하며 도시지역에 거주하고, 소득이 높으며, 신의료 기술에 대한 정보가 많을수록 비급여 의료접근성이 높음.

→ 동일한 보험료 적용: 소득수준별, 도농간, 의료정보 수준별 역진성 발생

(5) 신의료기술 발전에 따른 정액생존담보의 Risk 증가 및 효용문제

- 국민건강보험에서의 정기건강검진, 암진단기술의 발전에 따라서 암발견 시기가 빨라지고 있으며 따라서 발생율도 높아짐 <표 6> 암진단비 손해를 참조

→ 인간지능해석, 모바일진단기기 발전에 따라 가속화될 전망

☞ 정액생존담보중 80세, 100세만기 등 초장기 운영하는 담보들의 보험기간의 적정성에 대해 정밀 분석이 필요함.

- 조기 발견하면 실적Risk가 없고, 본인부담 의료비부담도 적지만 정액생존담보는 증상에 관계없이 동일 금액 지급 → 초과피보험이익(암조기발견 축하금), 모럴해저드

⇒ (3), (4) 및 (5)의 해결책을 제시하기 위해 소비자단체의 합리적인 노력과 학계의 대안제시 연구 필요

<첨부 1> 주요 7개 국가의 상병수당 및 장애연금 비교표

구 분	상병수당(sickness benefits)	장애연금(disability pension)
영 국	1.National Health Service(1911) 2.사회부조(정액수당) 성격 3.사회보장제에서 총당 4.법정유급병가(statutory sick pay)가 없을 경우 -최초 28주: 주당 £63.75+ £39.40(배우자) -29~52주 : 주당 £75.40+ £39.40(배우자) ※기업에서 법정유급병가(최초 28주간 £75.40)와 자발적 유급병가제도 추가 운영	1.Old Age and Survivors' Insurance(1908) 2.사회부조(정액수당) 성격 3.사회보장제(노 11% + 사 12.8%)에서 총당 4.장애연금(long term incapacity benefit) -상병후53주부터 주당 £84.50+ £54.35(배우자) 45세 이전 발생시 추가금액지급 ※ 조건충족시 Disability living allowance,, Attendance & Carer's allowance 추가 지급
캐나 다	1.Employment Insurance(1996) 2.소득비례 3.출산휴가수당, 상병수당 등을 주별 사회보험 운영 (퀘벡주 기준 0.484% + 사 0.677%) 4.주당 최근평균소득의 55%+추가수당(저소득계층) 2주간 대기후 15주까지 지급	1.Disability Assistance(1955) 2.기초금액 정액+일부 소득비례 3.기초금액은 사회보장제, 소득비례 부분은 연금제도 (노 4.95% + 사 4.95%) 4.영구장해(permanent disability) 취업 불가시에 매월 C\$424.43 + 소득비례연금의 75% 18세이하 자녀 매월 C\$213.99 추가지급
일 본	1.Employees' Health Insurance(1922) 2.소득비례 3.건강보험료(노 4.1% + 사 4.1%) 4.소득균별 기준일당의 66.67% 3일 대기후 18개월까지	1.Employees' Pension Insurance(1941) 2.소득비례 3.연금보험료(노 7.675% + 사 7.675%) 4.노령연금 수급금액의 120%(장애급별로 차등) 단, 가입기간 300개월 미만시 300개월 기준 (최저금액 연 ¥ 594,200)
프랑 스	1.Sickness Insurance(1928년 제정, 2004년 개정) 2.소득비례 3.사회보험료(직업별로 다름)에서 총당 4.최초 30일 일당의 50%, 이후 360일까지 일당의 최대 66%까지(부양가족수당 포함)	1.Disabled Persons(1910년 제정, 1975년 개정) 2.소득비례 3.사회보험료 방식: 상병, 장애보험 4.평균소득의 50%(타 직업 소득활동시 30%) 60세에 노령연금으로 대체
독 일	1.Sickness Insurance(1883) 2.소득비례 3.사회보험료(노 7.9% + 사 7%)에서 총당 4.최초 6주 급여의 100%(사용자 지급) 그후 급여의 70%를 78주까지 지급	1.Old Age and Disability Insurance(1889) 2.연금가입소득(가입 포인트) 비례 3.사회보험료(노 9.95%+사 9.95%)에서 총당 4.장애급별로 연금 귀속소득에 비례 지급 60세 이전 장해시 60세까지 연금 가입기간 인정
미 국	1.민간위양(캘리포니아 등 5개주는 주정부 부분 운영) 2.소득비례 3.기업복지(유급병가 + 소득보상보험) 4.자발적 단기소득보상보험: 통상 급여의 60% (회사별 상이하며 약 52% 가입)	1.Social Security(1935) 2.소득비례 + 정액(월 \$674) 사회부조 3.사회보험방식(노 6.2% + 사 6.2%) 4.최초 상병일 1년후부터 종신지급 기준소득별로 차등지급하되 \$2,453한도+50%의 배우자 장애연금. cost of living에 연계 체증지급
대 만	1.National Health Insurance(1994) 2.소득비례 3.National Pension과 Labor Insurance의 재원으로 총당(매월 NT\$674 + 노 1.3% + 사 4.55%) 4.최근 6개월 월평균 급여의 50%(3일 대기후 12개월까지)	1.Labor Insurance(1950); National Pension Act(2007) 2.가입금액 비례(국민연금+소득비례(노동보험)) 3.상병수당의 재원과 동일 4.국민연금: 매월 1.3%×NT\$17,280×가입연수 노동보험: 매월 최근월소득의 1.55%×가입연수 합계 월 최저 NT\$ 8,000

주 1) 근로소득자 기준으로 정확한 명칭으로 표현할 수 없을 경우 원어 사용, 1은 근거법, 2는 지급형태, 3은 재원, 4는 지급기준 및 금액.  
 2) Social Security Administration of USA & ISSA, 2009, 「Social Security Programs Throughout the World」에서 해당국가의 내용을 발췌.



## <첨부 2> OECD국가간 의료보장제도 비교 및 정책대안

### I. 검토 배경

- 30개 OECD 국가의 국민건강보험제도를 비교하여 우리 국민건강보험의 취약한 부분에 대한 비교분석과 향후 바람직한 정책대안 모색
- 건강보험은 입원치료에 소요되는 의료실비(medical expense)를 보상하는 현금급여와 요양기간중 감소된 소득을 보충해주는 상병수당(sickness benefits), 출산수당(maternity benefits)과 같은 현금급여로 구성
  - ※ 질병 또는 상해 발생시에 통원/입원치료에 소요되는 직접적인 비용인 의료비는 물론, 재활비용, 간호/간병비용, 교통비 등 간접비용이 소요되며, 장기요양시에는 휴직 또는 실직으로 인한 소득감소가 따름
  - ☞ 국제사회보장학회에서 2009년 발간한 『Social Security Programs Throughout the World』와 OECD에서 발간한 『Health at a Glance 2009』에서 발췌해서 정리

### II. 운영형태

국가보건서비스(National Health Service), 사회보험(Social Insurance) 및 민영건강보험(Private Health Insurance) 운영의 세가지 형태

- 국가보건서비스는 조세수입 등 일반재정에서 운영하는 제도로,
  - 덴마크, 스웨덴, 아이슬란드, 아일랜드, 영국, 이탈리아, 포르투갈, 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등 10개 국가에서 운영중
  - ⇒ 병원을 정부에서 직접 운영(영국, 그리스, 포르투갈)하거나 계약방식으로 운영하며 재정적인 부담 때문에 대기기간이 길고, 의료 서비스의 수준이 낮은 것으로 평가되고 있음

- 사회보험 방식은 노사 공동으로 보험료를 부과하여 이 재원으로 국민건강보험을 운영하는 형태로 18개 국가에서 채택
  - 그리스, 네덜란드, 노르웨이, 독일, 룩셈부르크, 벨기에, 스페인, 오스트리아, 체코, 폴란드, 프랑스, 핀란드, 헝가리아, 슬로바키아, 터키, 멕시코, 일본, 한국
  - ※ 네덜란드는 사회보험방식이지만 운영은 민간보험사에 위탁
  
- 미국은 민영건강보험 자발적 가입, 스위스는 민영 건강보험 가입 의무화
  - 단, 건강보험에서 운영하는 상병수당은 임의 제도인 민영 소득보상보험(질병 또는 상해로 장기 입원시에 상실된 소득 보상)으로 운영

### III. 보장내용 비교

- 국민건강보험은 의료서비스를 제공하는 현물급여(benefits in kind)와 상병수당, 출산 수당 등을 제공하는 현금급여(cash benefits)로 구성
  - OECD 30개 국가중 우리나라, 미국, 스위스 3개 국가는 상병수당, 출산수당과 같은 현금급여 미제공
    - 미국, 스위스는 상실소득을 보장하는 소득보상보험 임의가입
    - 우리나라는 소득보상보험이 도입되지 않은 상황에서 암진단비, 입원일당, 장해일시금 등 보험사에서 판매하는 정액담보가 보완 역할
  
- 상병수당은 요양으로 인해서 휴직하는 기간 동안에 감소되는 소득을 일평균 혹은 주당소득을 기준으로 보충해주는 제도로서 **통상 소득의 50%, 66.7%, 70%를 6개월 혹은 1년 등을 한도로 지급**
  - 영국, 독일, 오스트리아, 아이슬란드, 헝가리 등은 요양개시 이후 일정기간 동안은 유급병가를 의무화하고 있으며, 미국, 일본 등 대부분의국가에서 유급병가제도 운영중
  - 우리나라는 유급병가가 임의제도로 대기업, 공기업 및 금융회사 등은 3개월~6개월로 비교적 양호하나 **중소기업은 2~3주에 불과**

- ※ 우리나라에서 장기요양으로 인해 극빈층으로 전락하는 주된 이유는 의료비 부담보다도 휴직기간중 소득이 감소하기 때문임
  - ☞ 우리나라는 멕시코와 더불어 OECD국가중 장기요양으로 인해서 가계파탄을 초래할 확률※이 가장 높은 국가로 평가 <도 5>
    - ※ <본인부담 의료비÷(소득-식품비 지출)>가 40%가 넘는 가구비율
- 출산수당은 출산전후 약 16주에서 18주 정도의 기간 동안 출산휴가로 인해 감소된 소득을 국민건강보험에서 보상하는 제도로 미국, 스위스 및 우리나라를 제외하고 27개 국가 모두 운영
- 지급액은 상병수당과 유사하며 덴마크(52주), 노르웨이(44주), 스웨덴(390일), 영국(26주), 포르투갈(6개월), 슬로바키아(28주), 뉴질랜드(26주) 등의 출산수당 지급기간은 6개월 이상이고, 다산은 추가
  - 출산장려책으로 최근 출산수당 지급기간 증가 추세
  - ※ 우리는 근로기준법 제74조(임산부의 보호)에서 산전후 90일의 보호휴가를 규정하고, 산후 45일을 포함하여 최초 60일(8.7주)은 유급휴가 의무화
- 의료오남용을 억제하기 위해 본인부담제도 운용(폴란드, 터키 전액보장)
- 노르웨이(진찰 1회당 130Kroners), 룩셈부르크/체코/헝가리(각 입원1일당 €12.03, 60koruna, 300forints), 영국(약제비 €6.85) 등 5개국은정액 공제제도(deductible) 운영
  - 기타 국가는 진료비의 30%(일본, 프랑스), 치과보철비의 일부 등 본인부담제(copay) 등을 진료행위별로 다양하게 운영
- 한국, 일본, 호주 등 일부 국가에서는 신의료기술, 시력검사, 치과보철 등에 대해 국민건강보험에서 적용제외하는 비급여제도(non-covered)를 운영하고 있으며, 우리나라의 비급여 의료비 비중이 매우 높음
- 이에 따라 의료비 중에서 본인이 부담(민영건강보험 포함)하는 비율은 멕시코(54.8%) > 한국(39.8%) >스위스(39.8%)>그리스 39.7% > 캐나다(27.7%) 순으로 높고, OECD국가 평균은 23.9% 임 <도 4 참조>

- 의료서비스를 제공하는 방식은 **지급보증, 현물제공, 사후상환방식 등**
  - 일본, 한국 등 18개 국가에서 지급보증제도 운영
    - 계약병원 또는 지정병원 등에서 서비스를 받고 본인부담분을 납입하되 보험자가 병원에 사후 정산하는 방식
    - ※ 우리는 전국 병의원을 국민건강보험의 당연지정제로 정하고 있어 의료수가는 효율적으로 통제할 수 있으나 의료 공급자에 의해 비급여의료 행위나 진료목적외의 검사 등의 증가를 유발하는 요인으로 작용
  - 그리스, 아일랜드, 영국, 포르투갈, 헝가리, 슬로바키아, 터키, 멕시코, 호주, 뉴질랜드등 9개 국가는 공공 의료시설에서 직접 의료서비스 제공
    - 대기기간이 길고 의료서비스의 질적 수준이 낮은 것으로 평가
    - ※ 의료서비스를 직접 제공하기 때문에 현물급여(benefits in kind)라고 지칭
  - 노르웨이, 프랑스, 핀란드 등 3개국은 본인이 의료비 전액을 납입하고사후에 의료비를 환불(reimbursement)하는 방식 채택

### III. 보험료 부담 비교

- 건강보험에서 보상하는 내용이나 상환방식, 보험료 적용소득 기준이 국가별로 다르기 때문에 직접 비교는 어려우나, 2008년 기준으로 보면
  - 한국**5.08%** < 그리스7.29% < 오스트리아7.65% <일본8.2% 등이며,
    - 네덜란드(19.35%), 독일(14.9%), 벨기에(10.85%), 프랑스(13.85%) 등 대부분의 국가가 **월급여의 10% 이상**을 납입
    - ☞ 부담율을 합제한 것으로 노사 부담비율은 나라별로 다름
  - 영국, 덴마크, 스웨덴 등 국가보건서비스제도를 운영하는 나라는 조세혹은 일반재정에서 지출하기 때문에 부담수준 비교 불가
  
- 그리스(4%), 네덜란드(7.2%), 독일(7.9%), 룩셈부르크(2.7%), 벨기에(3.55%),오스트리아(5.1%), 프랑스(1.4%), 핀란드(1.41%), 멕시코(0.375%) 등 **10개 국가는 연금소득에 대해서도 건강보험료 원천징수**

- 보험료를 부과하는 기준소득은 나라별로 차이가 있으며,
  - 그리스(연 €73,913.98), 네덜란드(연 €41,245), 독일(연 €43,200), 일본(월 121만₩), 룩셈부르크, 스페인, 캐나다, 멕시코, 오스트리아, 슬로바키아 등 10개 국가는 **보험료부과 기준소득 최고한도제** 운영
- 노르웨이(21.9%), 스페인(28.3%)은 건강보험을 통합된 국민연금이 포함된 사회 보장제도에서 운영하기 때문에 보험료율이 다른 나라보다 높음

#### IV. 민영건강보험의 역할 및 가입율

민영건강보험은 대체형, 중복형, 보충형, 추가형으로 구분

- **대체형(substitute)**은 민영건강보험이 국영건강보험을 대체하여 주된(primary) 건강보험의 역할을 하는 것으로 미국, 독일, 터키, 멕시코, 스위스의 5개국
  - 미국은 민간보험사에서 건강보험을 판매하며, 의료비보험(medical expense insurance)과 소득보상보험(disability income insurance)으로 구분하며, 가입도 자발적(2007년 가입율 57.9%)
    - ※ The Patient Protection and Affordable Care Act를 통해 가입 의무화추진
  - 독일은 사회보험인 국민건강보험을 적용하되 일정소득 이상의 국민이 민영건강보험을 가입하면 국민건강보험의 가입을 면제(opting out)하는 대체형으로 전국민의 10.4% 가입
    - 사회보험인 국민건강보험을 대체하기 때문에 인수거부는 금지
      - 멕시코(6.2%), 터키(1.8%), 아이슬란드(0.4%)도 독일과 유사한 제도 운영
    - 스위스는 건강보험을 민영보험회사에서 운영하되 가입은 의무화(가입율 100%)하고, 보험료 및 보장내용 등은 정부에서 통제
      - 아울러 의무가입 건강보험에서 보장되지 않는 부분을 보상하는 추가하는 민영건강보험 가입율도 29.5%

- **중복형(duplicate)**은 민간의료시설이나 본인 지정의사를 통해 진료받을 때 소요되는 의료비를 보장받는 상품으로 기본적으로는 보장내용이 국민건강보험과 동일하다고 해서 중복형으로 분류
  - 아일랜드(51.2%), 뉴질랜드(32.8%), 포르투갈(17.9%), 그리스(15.6%)등 4개국이 중복형 운영 ← 공공의료시설에서 의료서비스 제공 국가
  
- **보충형(complement)**은 본인이 부담하는 Copayment, Deductible 등을 보충해주는 형태
  - 프랑스(88.4%),벨기에(77.4%),룩셈부르크(59.4%),독일(17.5%), 덴마크(15.5%), 영국(11.1%) 등이 보충형 운용
  
- **추가형(supplement)**은 신의료기술, 치과보철 등 건강보험을 적용하지 않는 비급여(non-covered) 부분을 보장해주는 보험
  - 네덜란드(92.0%), 캐나다(67.0%), 호주(46.3%), 오스트리아(33.7%),스위스(29.5%), 스페인(14.4%), 핀란드(11.4%) 등이 이에 속함
  - ☞ 한국과 일본을 제외한 **28개 국에서는 추가형, 보충형도 모두 단독계약(stand alone; 주계약)으로 운영**하고 있으나,
    - 한국과 일본은 종신보험 또는 장기건강보험에 특약의 형태로 운영하기 때문에 OECD에서도 두 나라에 대해서는 민영건강보험의 공식적인 통계관리가 되지 않고 있음
    - 특히 한국은 의료실손도 상해/질병 각각 입원, 통원으로 구분하며,건강보험에서 상병수당을 보장하지 않기 때문에 입원일당, 암진단비 등 다양한 정액담보가 동시에 발달
  
- 스웨덴, 이탈리아, 체코, 헝가리, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아 등 7개국가는 민영 건강보험 미 도입

## V. 건강보험제도의 주요 현안 및 정책대안

### 1. OECD 30개국과 비교한 건강보험제도의 주요 현안

- ① 의료접근성이나 의료의 질이 매우 양호한 것으로 평가되고 있음에도 불구하고 본인부담의료비 비중이 과다하게 높고 <도 3 및 4 참조>
- ② 비급여제도의 부담과 요양기간중에 유급병가제도가 불충분하고 상병수당제도가 없기 때문에 장기요양시에 경제적 파탄(catastrophic health expenditure)에 이를 확률이 높음 <도 5>
- ③ 더욱이 병의원을 민간에서 운영하는 비율이 높음에도 불구하고, 전 의료기관에 대해 국민건강보험 당연지정제를 운영하고 의료수가는 엄격하게 통제하기 때문에
  - 안정적인 이익확보를 위해 신의료기술이 적용되는 비급여의료와 선택진료제를 확대하고, 치료 목적과 연관성이 낮은 검사를 확대하여 1인당의료비 지출은 OECD국가중 가장 빠른 속도로 증가중 <도 6>
  - 연구중심병원 도입, 국민의료인식의 증가로 가속화 전망
- ④ 아울러, 영구장해로 인해 소득이 현저하게 감소할 경우에 보상하는 장애연금 제도는 사회안전망(social safety net)에 불과
  - ⇒ 이에 따라 정부에서 보장성 강화대책을 꾸준히 추진하고 있음에도 국민들이 체감하는 의료비는 지속적으로 증가하고 있으며, 중증 질병이 발병했을 때 가계 파탄에 이를 수 있는 위험성이 상존
- ⑤ 이를 보완하기 위해 민영 보험회사에서 실손의료비는 물론, 입원일당, 암진단비, 장애소득보상금 등 다양한 형태의 특약이 개발되어 판매중이나,
  - 국민건강보험과 민영건강보험의 효율적인 연계를 위한 관련 규정은 물론 통계 시스템도 확보되지 않은 상황<도 2에 한국, 일본 제외>

- ⑥ 이런 상황에서 노인의료비의 급격한 증가 등으로 인해 국민건강보험의 재정 악화가 야기되고 있으며, 노령화로 인해 장기적인 재정불안정성은 더욱 증가할 전망

## 2. 정책대안

급여구조 개편을 통한 중증 보장성 강화와 재정안정화 조치 병행  
(민간보험 과다의존은 궁극적으로 1인당 의료비 부담증가)<sup>4)</sup>

### <1안> 급여구조 개편을 통한 중증 상병 보장성 강화 및 한국형 상병수당 도입

- 현재 시행하고 있는 단순 경증질환에 대한 본인부담을 확대하고, 중증상병에 대한 보장성 강화
  - 중증상병에 대해서 급여항목 확대하여 실제 본인 부담분 대폭 완화
- 장기요양(예: 60일 이상 요양)에 대해서 제한적인 상병수당제도 도입

### <2안> 개인의료저축계좌 도입을 통한 건강보험제도 개혁

- 통원에 대해서는 개인의료저축(medical savings account)계좌제도를 도입하여 본인이 적립한 의료저축 중에서 의료비 부담
  - 세제혜택을 부여하여 자발적인 의료비저축을 증대 도모
  - 단, 55세 이상 계층에 대해서는 현행 제도 유지
- 건강보험에서는 입원위주로 보장하고 상병수당제도 도입
  - ☞ 건강보험제도 개혁이 어렵다면 자발적인 노후의료비저축제도 도입

4) Sarah Thomson et al., 『Financing Health Care in the European Union』, EU.



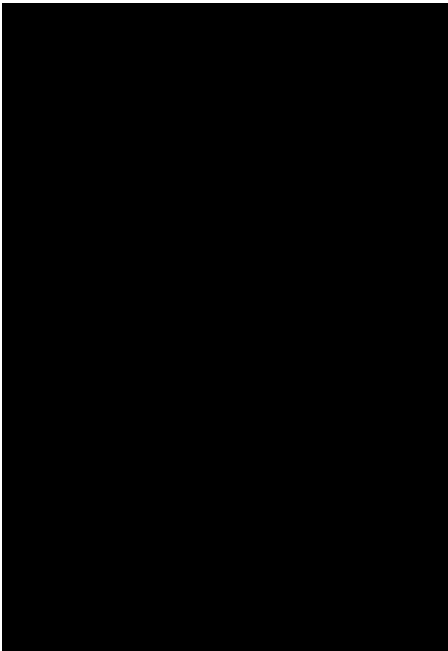
<3안> 건강보험료 재원 다양화 및 사전 기금적립제도 도입

□ 연금소득에 대해 일정율의 건강보험료를 부과하고, 주류, 담배 등 건강악화를 초래하는 소비재에 대해 건강보험부담세 도입

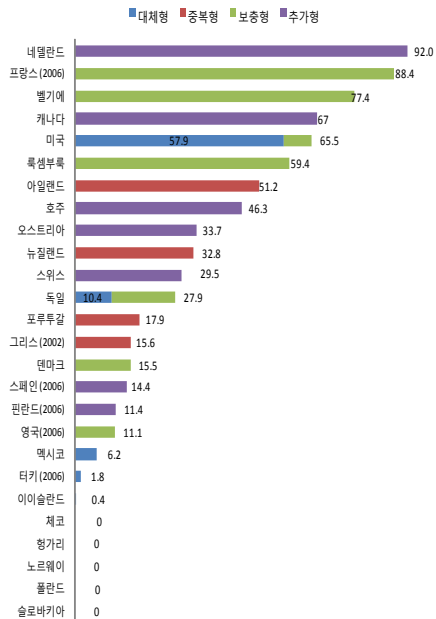
※ 프랑스는 제약광고, 주류, 담배, 자동차보험료 할증금에도 건강보험료 부과금 도입

□ 보험료 수준을 매년 부과방식(pay-as-you-go)에서 일정폭으로 추가납입(partial funding)토록하여 향후 급격한 보험료 인상 방지

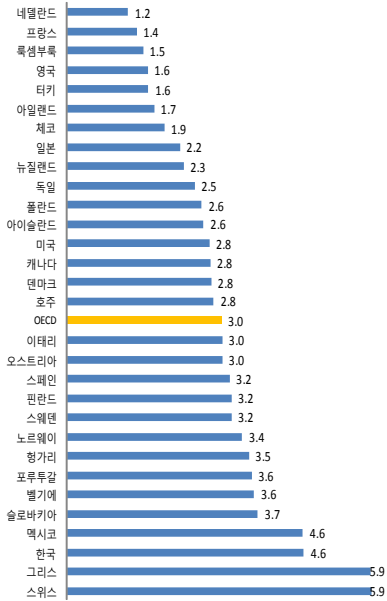
－ 향후 노령세대에게 지급될 의료비를 사전 적립하는 효과 유발



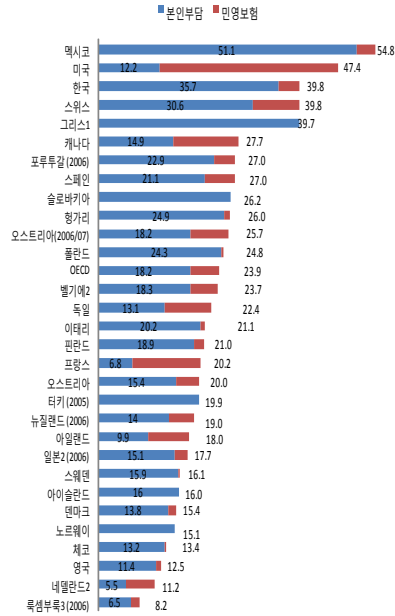
도2. 민영의료보험 형태 및 가입율



도3. 가계지출 중 본인부담의료비 비중

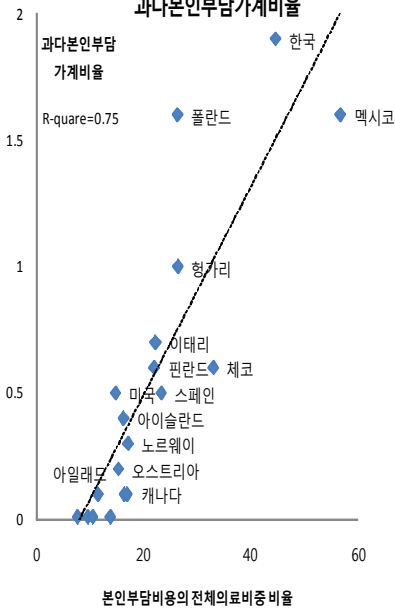


도4. 의료비 중 본인 및 민영보험 점유비

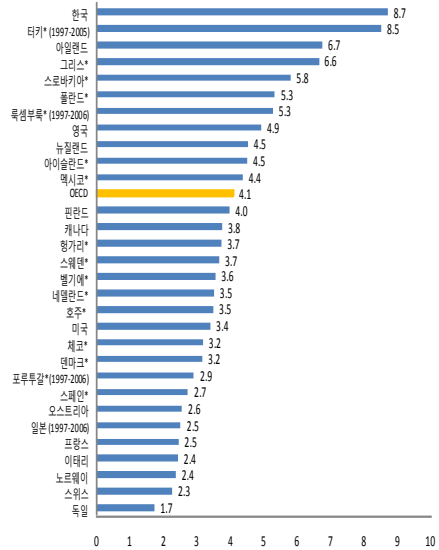


도5. 본인부담의료비비율 및

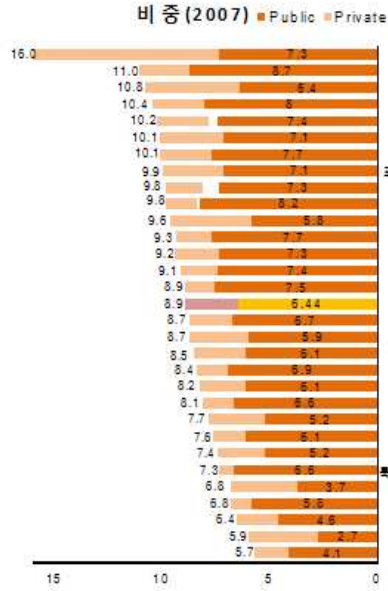
과다본인부담가계비율



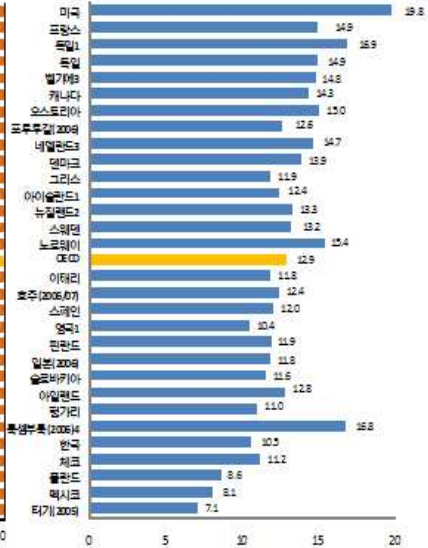
도6. 1인당 의료비 지출 연평균 증가율('97-'07)



7. GDP 대비 전체 의료비



도8. 가계지출 중 의료비 구성비율(2007)



<첨부 3> OECD 국가들의 건강보험제도 개요

국 가	운영 형태	보험료	국민건강보험 보장내용			민영 보험 형태	공적보험 감독기구 관리기구
			의료급여지급방법 (현물급여)	현금급여			
				출산수당	상병수당		
그리스	사회 보험	노2.19% 사5.1% 계7.29%	사회보험원 소속 병원에서 의료서비스제공 약제비25%등일부 본인부담	소득의50% (피부양자추가) 분만전8주후 9주 출산축하금 €881.70지급	기준소득의50% (피부양자당10% 추가) 대기기간3일720 일까지지급하되 기준소득의 70%한도	충북형 (15.6%)	고용사회 보장부 사회보험원
네덜란드	사회 보험 (민간 위탁)	노12.15% 사7.2% 계19.35%	민간보험에서 후불방식운영 장기입원, 의족등일부 본인부담. 중증보장 별도운영	소득의 100% 총16주 일당€177.03 한도	소득의70% 일당€177.03한 도104주까지 (상황별156주까지)	국영보 험민간 위탁 보충형 (92%)	직업및소득 검사원 의료보건원
덴마크	국가보건 서비스 방식	일반재정, 단 상병수당 2주 사용자치급	지정의사:무료 선택의사: 일부본인부담 초과등은 일부본인부담	소득별주당최고3, 515Kroners 최장 52주 남편도 2주 유급휴가	소득별주당최고3, 515Kroners 18개월내52주간	보충형 (15.5%)	의료급여: 보건부 현금급여: 후생부
노르웨이	사회 보험 (통합 운영)	노7.8% 사14.1% 계21.9%	후불방식전환 회정130 Kroners, 지정의사280K 등 본인부담 (연간1,740K 한도)	소득의100% (자영자는 수입의 65%) 출산전3주포함 44주	소득의100%최장5 2주간지급 52주이후 장애연금에서부담	민영보험 없음	보건건강부 노동복지청
독일	사회 보험	노7.9% 사7~13% 계14.9~2 0.9%	각질병금고에서 지급보증 입원,약제 등 일부본인부담	순소득의100% 출산전6주후 8주지급 조산,산상은 12개월	총소득의70% (순소득의90%) 78주한도(동일상 병3년이내)	보충형 (17.5%) 대체형 (10.4%)	연방 보건부 연방보험 감독청
룩셈부르크	사회 보험	노5.05% 사5.05% 계10.1%	각질병금고에서 지급보증 입원일당 €12.03등 일부본인부담	소득100%출산전 후48주 단,유급출산휴가 회사는 €3,014.42일시 지급	소득의100%최장 52주까지 104주내에+ 간병수당 추가지급	보충형 (59.4%)	사회 보장부 질병금고 연합회
벨기에	사회 보험	노4.70% 사6.15% 계10.85%	질병장애보험원에서 지급보증 소득별로본인부담 금차등	기본금의75% 출산전후15주(다 산19주)	일평균소득의 60% 유급병가제도운영 회사는 삭감지급	보충형 (77.4%)	사회부, 보건부 질병장애 보험원
스웨덴	의료:국가 보건서 비스 현금: 사회 보험	현금급여: 사용자 8.64% 의료: 일반재정	보건복지위원회에서 지급보증 항목별로세분일부 본인부담 연간900Kronor한 도	손실임금의80% (일최소180K) 390일지급 (과세대상) 부부합산480일 한도	손실임금의80% 회복시까지 (자영자손실액의 80%) 1일652K한도로 과세대상	민영보험 없음	사회보험 위원회 보건복지 위원회 보험료정 수:국세청

국 가	운영 형태	보험료	국민건강보험 보장내용			민영 보험 형태	공적보험 감독기구 관리기구
			의료급여지급방법 (현물급여)	현금급여			
				출산수당	상병수당		
스위스	의료 출산: 만영보험 의무가입 상병: 자발적 가입	금고 지역별로 노사부담률 상이 출산: 노0.15, 사0.3%	금고 또는 민간보험사지급보증 입원동일부분인부담 추가적급여는 추가형보험가입	일평균소득80% 최고172francs 출산후14주 민간보험의무가입	계약조건에따라 다름(임의가입) 900일중720일한도(별도약정가능)	추가형 (29.5%)	연방공공 보건부 연방사회 보험청 금고및민간보험사
스페인	사회보험 (통합 운영)	노4.7% 사23.6% 계28.3%	정부지급보증 원외처방약제40% 등본인부담	일평균소득100% 16주 다산은1명당 2주추가	일평균소득의75%를12개월간 18개월까지연장(특별한경우30월)	추가형 (14.4%)	노동사회부 국민건강 관리청 보건소비자부등
아이슬란드	의료: 국가보건 서비스 현금: 사회보험	출산수당: 사회보장 보험료 의료: 일반제정	공공의료시설에서 직접제공 진찰등최소 본인부담제	소득의80%, 3개월한도 *무직자: 별도분만 보조금	1일최저1,000Kronur+자녀수당 2년중52주, 1개월은유급병가의무 추가유급병가회사는 삭감지급	대체형 (0.4%)	보건부 사회보험 관리원
아일랜드	의료: 국가보건 서비스 현금: 사회보험	현금급여: 사회보험 의료: 일반제정	공공의료시설에서 직접제공 안과, 치과 등 본인 일부 부담	소득의80% 16주간 (주당 €221.80~280)	주당 €197.80까지(소득별차등) 52주간지급(피부양자추가지급)	중복형 (51.2%)	현금: 사회가족부 의료: 보건차려부
영국	의료: 국가보건 서비스 현금: 사회보험	현금급여: 사회보험 의료: 일반제정	공공의료시설에서 직접제공 약제€6.85, 치과€194까지 등 일부 본인부담	주당 £117.18 출산전후26주기임: 범정유급 출산휴가	28주까지주당 £63.75 29주~52주: 주당 £75.40 피부양자추가수당	보충형 (11.1%)	현금급여: 근로연금부 의료: 보건부
오스트리아	사회 보험	노: 3.95% 사: 3.7% 계: 7.65%	질병금고에서 지급보증 처방전, 치과등일부 본인부담	소득의100% 출산전후8주 특별한경우출산후 16주	12주까지: 사용자소득의100% 그이후질병금고에서소득의50% 26주에서52주까지가계지원금	추가형 (33.7%)	보건가정 및유년부 직장질병 금고
이탈리아	의료: 국가보건 서비스 현금: 사회보험	현금급여: 사82.68% 의료: 일반제정	정부에서지급보증 약제및검사등 일부본인부담	일소득의80%출산전후5개월 부부중한명 분만휴가 6개월및소득 30%지급	평균소득의 2/3180일까지 처음20일간은평균소득의50%	민영보험 없음	노동사회 보장부 사회보험 원 지역보건 당국
체코	사회 보험	노5.5% 사12.3% 계17.8%	정부에서지급보증 입원일당60Koruna등 일부본인부담	일소득의69%, 일일당 479Koruna한도, 출산전 6주포함28주(다산37주)	일소득의72%일일당639Koruna 한도 2년한도	민영보험 없음	사회보장 청 노동사회부 보건부
포르투갈	의료	노3.78%	공공의료시설에서	일평균소득의100%	일평균소득의70%	중복형	노동사회

국 가	운영 형태	보험료	국민건강보험 보장내용			민영 보험 형태	공적보험 감독기구 관리기구
			의료급여지급방법 (현물급여)	현금급여			
				출산수당	상병수당		
투갈	국가보건 서비스 현금: 사회보험	사3.78% 계7.56%	직접제공 일부본인부담	출산전후120일	1,095일까지지급 (결핵은무기한)	(17.9%)	연대부 의료: 지역 보건청
폴란드	사회 보험	노11.2% 使면제 (현금 245% 의료 8.75%)	정부에서지급보증 (의료공급자는민영) 본인부담제도없음	소득의100% 초산16주, 다산26주	직전6개월 평균소득의 80% 26주(단, 정도에따 라36주까지) 12개월까지소득 의75%를 재활급여	민영보험 없음	노동사회 정책부 사회보험원 보건사회 지원부
프랑스	사회 보험	노0.75% 사13.1% 계13.85%	후불방식 진료30%,입원20%, 약제40%등 일부본인부담	순소득의100% 출산전6주후 10주지급 1일당 €74.24한도	1개월이내: 기준소 득의50% 1개월이후: 기준소득의 66.67% 3년간360일, 일당 €46.21한도	보충형 (88.4%)	보건부등 전국질병 보험금고 지역질병 보험금고
핀란드	조세형 태사회 보험+ 민간보험	노1.91% 사1.91% 잔여비용: 정부	후불방식, 개원의진료비 40%, 차과25~40%등본인 부담의료비책정	소득별차등약 19~22주 중간소득자기준: 일 소득의 70%+급여의40 %가산	소득별차등10일 대기후300일까지 중간소득자기준: 1일소득의70% +급여의40%가 산(일최소€2.3)	추가형 (11.4%)	사회보건부 사회보험원 피용자 질병금고
헝가리	사회 보험	노6% 사5%+1 인당월 1,950For ints 계11%+1 ,950Fts	공공의료시설에서 직접제공 입원1일당300fts등 일부본인부담	전년도일평균소득 의70% 출산전4주, 후20 주+육아비 출산후2년간지급	일평균소득의70 % 최초15일사용자 이후 1년간 지급	민영보험 없음	국민건강 보험금고 지방보건국 사회노동부
슬로바 키아	사회 보험	노5.4% 사11.4% 계16.8%	공공의료시설에서 직접제공 차과등에 일부 본인부담	소득의55% 출산전6주포함 28주+육아 휴가비; 다산, 편모는37주	소득의55% 최대52주간지급	민영보험 없음	노동사회 가정부 사회보험원 의료: 보건부
터키	의료: 국가보건 서비스 현금: 사회보험	노5% 사1% 계6%	공공의료시설에서 직접 제공	일소득의 66% 출산전후가 8주 별도 육아보조금지급	일소득의50% (외래66%) 6개월한도지급 (일부18개월까지)	대체형 (1.8%)	노동사회 보장부 사회보험원
미국	민간 보험	위험별 차등	계약병원제 혹은 후불상환 계약조건에 따라 본인부담	민간에서자율적으 로정함 (뉴욕, 뉴저지등6 개주에서는 주자체적으로운영	민간에서자율적으 로정함 (뉴욕, 뉴저지등6 개주에서는 주자체적으로운영)	보충형+ 대체형 (65.5%)	보건인력부 주자체운영 : 고용안정 차등
캐나다	의료:	주별료	주정부지급보증	주평균소득의55%	주평균소득의55%	추가형	연방보건

국 가	운영 형태	보험료	국민건강보험 보장내용			민영 보험 형태	공적보험 감독기구 관리기구
			의료급여지급방법 (현물급여)	현금급여			
				출산수당	상병수당		
	국가보건 서비스 현금 사회보험	상이	검안, 구강 등 일부 본인부담	소득상실분 15주까지지급 저소득자는가족수 당추가	소득상실분 15주까지지급 저소득자는가족수 당추가	(67%)	부·자문 주정부: 관리
멕시코	사회 보험	노0.65% 사1.40% <sup>a</sup> 계2.17% <sup>a</sup> a	공공의료시설에서 직접제공 본인부담제도없음	일평균소득의100% 분만전 후 각 6 주간지급 +분만보조금6개 월간지급	일평균소득의60% 52주지급(상황에 따라78주까지)	대체형 (6.2%)	사회 보험원
호주	현금: 사회부조 의료: 국가보건 서비스	일반재정 (단의료노 1.5%부과)	공공의료시설에서 직접제공 민간병원, 지정의사: 본인부담 외래, 약제 등 일부본인부담	호주\$5,000를기준으로 13회(26주)지급 (일반가족수당제 도에서운영)	피부양자있는부부: 2주당A\$389.20 까지지급(부양가족 유무에따라 차등). 장애확정시 까지 지급	추가형 (46.3%)	산재 보험원 안전재활 및보상위 원회
뉴질 랜드	(사회부조 + 국가보건 서비스) 혼용	일반재정 에서부담	의료서비스이용시 보조금지급 (단유아, 분만검사무료) 민간의료시설 : 전액본인부담	상병수당금액과동 일 입신후27~출산후 13주까지	주당NZ\$184.17 까지(가족구성원에 따라차등), 대기기 간다양	중복형 (32.8%)	사회개발부 보건부
일본	사회 보험	노4.1% 사4.1% 계8.2 (정부보조)	정부에서 지급보증 진료비30%등일부 본인부담	평균표준일당의6 6.67% 분만전6주(다산1 4주) 후 8주 +분만보조비35만 엔지급	평균표준일당의6 6.67% 18개월까지지급 +건강보험조합의 재량으로추가가능	na	후생노동성 사회보험청 각현사회보 협사무소
한국	사회 보험	노2.54% 사2.54% 계5.08%	정부에서 지급보증 요양기관, 의료행위등에 따라 본인부담 +일부비급여	없음	없음	na	보건복지부 국민건강보 험공단 심사평가원

주: 현금; 상병수당 등 현금급여, 의료: 현물서비스인 의료서비스, Social Security Programs Throughout the World 2009에서 발췌

## 토론요지: 보험시장 내 민간의료보험의 위치

김정동 <연세대학교 경영대학>

### 1. 「한국의료패널」의 의의

- 민간의료보험은 공적 건강보험을 보완하고 일부 대체하는 역할을 한다. 공적 건강보험만으로는 국민건강의 극대화를 효율적으로 달성할 수 없다는 사실에 민간의료보험의 중요성이 있다. ‘국민건강의 효율적인 극대화’라는 목표를 달성하려면 효율적인 민간의료보험 시장을 구축해야 한다.

- 그러나, 현재 우리나라의 상황은 효율적인 민간의료보험 시장의 구축을 위한 기초자료조차 부족한 형편이다. 민간의료보험의 종류와 성격에 관한 신뢰성 있는 통계가 없을 뿐만 아니라 민간의료보험 시장의 규모조차 제대로 파악되지 않고 있다. 피상적으로 생각하면 민영보험사들이 판매하는 건강보험의 규모를 합하면 민영보험시장의 규모가 파악될 것 같지만, 사실은 문제가 그리 간단치 않다. 그 이유를 살펴보면,

어떤 보험상품은 상품명만으로도 건강보험상품이라는 것을 알 수 있지만, 어떤 보험상품은 건강과 관련 없는 상품명을 가지고 있지만 의료서비스를 보장해주는 부분이 포함되어 있다. 예를 들면, 자동차보험에 상해보장과 간병보장이 포함되어 있고, 생명보험 상품에 상해와 질병 및 간병보장이 포함되어 있는 경우가 있다. 이러한 경우, 수많은 보험상품들 중에 어느 상품이 건강보험의 성격을 가지고 있는지를 파악하고, 개별 보험상품의 보험료의 얼마만큼을 건강보험으로 인식해야할지 판단하기 어렵다.

또한, 「보험통계연감」이나 「보험통계월보」 등 보험산업 관련 통계자료 또한 보험상품의 이러한 특성 때문에 민간의료보험의 규모를 측정하기는 자료로 사용하기에는 한계점이 있다.

- 또한, 기존의 관련 연구들에 민간의료보험의 전체 규모 및 성격과 특성별 규모에 관한 언급이 있는데, 연구자에 따라 그 크기가 매우 다르다. 그 이유는 민간의료보험 시장 전반에 대한 조사 없이 일부분에 국한된 조사 결과를 가지고 전체를 추정하거나, 연구자 개인의 제한된 경험에 바탕을 두고 추정했기 때문이라고 생각된다.

- 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행하는 조사연구인 「한국의료패널」은 광범위하고 심도 있는 통계자료를 제공하여 우리나라의 보건의료에 관한 학문적 연구와 정책 연구에 큰 도움을 준다는데 의의가 있다.

예를 들면, 정액형과 실손형 민간의료보험 상품은 이론적으로 장단점이 논의되고 있는데, 이론을 검증하려면 정액형인지 실손형인지에 따라 소비자들의 행동이 어떻게 다른지를 알려주는 자료가 필요하다. 「한국의료패널」 조사는 이러한 자료를 국내 최초로 광범위하게 조사하였다.

- 앞으로는 민간보험사들의 협조를 얻어 보다 신뢰성 있고 상세한 데이터를 구축할 것을



고려해보기 바란다.

## 2. 건강보험 시장에서의 민간의료보험의 위치

- 민간의료보험 제도의 궁극적인 목적은 국민건강의 효율적인 극대화이다. 단순히 ‘국민건강의 극대화’가 아니라 ‘효율적인 극대화’라고 하는 것은 보건의료에 지출할 수 있는 재원의 한도 내에서 국민건강을 극대화한다는 의미이다. 즉, 의식주, 문화, 국방, 치안, 사회간접자본 등 다른 부문의 후생을 과도하게 감소시키지 않는 범위 내에서 국민건강을 극대화한다는 뜻이다. 그러려면 보건의료관련 비용을 가급적 적게 지출하면서 보건의료서비스의 양과 질을 극대화해야 한다는 상충적인 목적을 동시에 달성해야 한다. 이러한 관점이 없으면 무조건 건강보험 보상의 정도와 범위를 높여야 한다고 주장하게 된다.
- 또한, 민간의료보험과 관련된 정책을 논의함에 있어서 건강보험공단, 보험사, 환자 등 어느 일방의 입장이 아니라 국민 전체의 후생을 극대화하는 관점을 견지해야 한다.
- 이상의 두 가지 관점에서 민간의료보험의 현재의 위치가 적절한지 검토해보고, 더 나은 위치가 있다면 무엇일지 생각해야 한다.
- 한국의 민간의료보험의 주요 특성은 공적 건강보험의 빈틈(gap)을 메우는 보충형 보험이라는 것이다. 이러한 특성이 우리나라 건강보험시장에서의 민간의료보험의 위치를 결정하는데 있어서 중요한 역할을 한다.

### \* 양적 위치

- 2009년의 자료에 의하면 약 78%의 가구가 민간의료보험에 1건 이상 가입, 세대당 월 보험료는 176,655원으로 조사됨. 세대당 평균 월 건강보험료 약 67,000원에 비하면 약 2.6배의 금액임. 가입하지 않은 세대를 고려해도 세대당 민간의료보험의 보험료가 공적 건강보험 보험료의 약 2배임. 단, 민간보험의 보험료에는 저축성 보험 부분이 포함되어 있어서 순수한 의료보장을 위한 보험료는 훨씬 작다. 그렇다고 하더라도 민간의료보험이 우리나라의 의료시스템에서 차지하는 비중은 무시할 수 없다.
- 민간의료보험 가입자 수는 최근 10여년 동안 지속적으로 증가하는 추세이다. 민간의료보험이 의료보험 시장에서 차지하는 위치는 앞으로 더욱 더 중요해질 것이다.
- 공적 건강보험의 보장 정도와 범위가 낮은 것이 민간의료보험 시장 발달의 주요 원인이다. 그러나 반드시 공보험을 확대하고 민영보험을 축소시키는 것이 좋다고 할 수는 없다. 영국과 캐나다와 같이 공적 건강보험의 비중이 큰 국가들의 예를 보면, 의료서비스의 질이 낮고, 환자들의 다양한 욕구를 충족시키지 못하며, 의료기술 발전이 지체되고, 새로운 의료기술과 신약의 도입이 늦어지는 등의 문제점이 있다.

## \* 기능적 위치

### (1) 피동적 위치

- 보충형 민간의료보험은 건강보험이 보상하지 않는 본인부담금과 비급여 진료에 대한 진료를 보상을 한다. 그래서 보험사는 의료공급자와 의료소비자의 도덕적해이를 통제할 수 없는 피동적인 위치이다.
- 보험사는 의료공급자와 계약관계가 없이 단순히 보험계약자가 지불한 진료비를 보상하는 기능만 있다. 그래서 보험사는 진료비를 통제하는 수단이 전혀 없다. 그러므로 우리나라의 민간의료보험 제도는 의료 공급자의 과잉진료 및 과도한 진료비 인상을 통제하기는커녕 오히려 유도할 가능성이 높다. 민간보험사가 의료비를 심사할 수 있어야 이러한 낭비적인 진료를 억제할 수 있다. 그러나 현행 보충형 민간의료보험 제도 하에서는 민간보험사가 의료비 심사 권한을 가지기는 어렵다. 비급여 진료에 대해서는 민간의료보험사들이 진료비 심사권한을 가지는 것을 생각해볼 수 있으나, 이러한 제도를 도입하려면 현실적으로 많은 어려움이 있을 것이다.
- 보험사는 보험계약자의 건강정보에 접근하기 어려워 underwriting 기능이 거의 없다. 또한, 자동차보험과 같은 할인할증제를 도입하기도 어렵다. 그래서 보험계약자의 도덕적해이와 역선택으로 인한 비효율이 발생할 가능성이 높다. 특히 비급여 진료에 이러한 경향이 높을 것이다.  
보험사의 과당 영업경쟁으로 underwriting을 소홀히 한다는 견해도 있으나, 보험사들이 자해행위를 한다고 보는 이러한 주장은 경제학적 관점에서 동의하기 어렵다. 소비자정보 보호를 위한 제도와 공적보험의 비협조 등 때문에 민영보험사들이 underwriting의 근거가 되는 정보를 수집할 수 없기 때문이라고 보는 것이 더 타당할 것이다.  
경제학은 공급자들의 경쟁이 가격을 낮추고 효율을 높이는 기능이 있다고 한다. 그러므로 상품구조나 가격책정에 정부가 개입하는 등의 경쟁을 제한하는 정책을 함부로 도입하는 것은 삼가야 한다.
- 의료공급자와 의료수요자의 도덕적해이로 인한 비효율, 즉, 비용 증가는 일차적으로 보험사가 모두 떠안게 된다. 그러나 보험사가 떠안은 낭비적 비용은 보험료 인상을 통하여 결국 소비자들에게 전가된다. 그러므로 보충형 민간의료보험 제도의 낭비적 요소들은 보험사의 영업수지를 악화시키는 것으로 그치지 않고, 의료서비스 자원의 낭비를 초래하여 의료 소비자 전체, 즉, 거의 전 국민의 후생을 감소시킨다.
- 이러한 관점에서 보면 우리나라 민간의료보험 제도의 개혁이 필요하다는 것은 분명하다. 즉, 보충형이 아닌 대체형과 추가형 등 다른 형태의 민간의료보험 제도의 도입을 검토할 필요가 있다. 「한국의료패널」이 제공하는 데이터는 건강보험제도의 개혁에 관한 논의가 실증적 증거에 기초한 논의가 되도록 하는데 기여할 것이다.

## (2) 선도적 위치

- 항상 재정적자에 시달리는 공적 건강보험은 비싼 신약과 신기술의 도입을 억제하려는 경향이 있다. 비급여 진료비를 보상에 주는 민간의료보험이 신약과 신기술의 개발 및 도입을 촉진하는 기능을 한다. 즉, 민간의료보험은 공적 건강보험의 경직성으로 인한 의료산업과 의학계 발전의 정체 또는 위축을 어느 정도 완화하는 기능이 있다.

물론, 영국과 캐나다 등의 NHS 체제에 비하면 우리나라의 공적 건강보험이 신약과 신기술 도입을 억제하는 정도는 훨씬 덜하다고 할 수 있지만, 민간의료보험이 우리나라의 의료산업과 의학의 발전에 도움이 되는 것은 사실일 것이다. 또한, 신약과 신기술이 필요한 환자들에게도 도움이 된다.

- 대체형과 추가형의 민간의료보험은 공적 건강보험의 경직성을 보완하는 기능이 보충형에 비하여 더 뛰어나다. 또한, 이들은 공적 건강보험과 경쟁관계에 있게 되어 공적 건강보험의 건전한 발전, 즉 의료의 질 향상과 비용절감을 유도하는 역할을 일부 할 수 있다. 현재의 보충형 민간의료보험은 공적 건강보험의 건전한 발전을 유도하는 기능이 미약하다. 즉, 우리나라의 공적 건강보험은 경쟁자가 없어서 독점의 폐해가 나타나고 있다고 할 수 있다. 그러므로 대체형 및 추가형 민간의료보험의 도입으로 공적 건강보험의 경쟁자를 만들어 공적 건강보험의 건전한 발전을 도모할 필요가 있다.

- 고급의료서비스 수요에 대비한 민간의료보험이 도입되면 의학과 의료산업의 발전에 큰 기여를 할 것이고, 이러한 발전이 공적 건강보험의 발전에도 도움이 될 것이다. 이 또한 앞으로 기대해 볼 수 있는 민영의료보험의 선도적 기능이 될 것이다.

- 대부분의 선진국의 의료보험은 상실소득에 대한 보상이 있으나, 우리나라의 공적 건강보험은 진료비만 보상하고 상실소득(상병보장)은 보상하지 않는다. 우리나라의 민간의료보험은 상실소득을 일부 보상하는 역할을 한다. 특히 정액형 민간의료보험이 이러한 성격이 강하다. 이러한 성격 또한 선도적인 기능이라고 할 수 있다.

- 공적 건강보험에 상실소득 보상을 포함시키자는 주장에는 동의하지 않는다. 상실소득 보장부분이 건강보험료를 크게 인상시킬 뿐만 아니라 도덕적해이의 증가로 보험료가 더 크게 인상될 것이고, 건강보험공단의 적자는 더 커질 것이다.

- HMO를 비롯한 Managed Care 방식의 도입을 고려해볼 수 있으나, 이 세미나의 범위를 벗어난 주제라고 판단하여 언급하지 않음.

# 민간의료보험의 시장규모와 역할-토론문

포천병원 가정의학과 김종명

2011.04.14

## 민간의료보험 시장의 규모

## 국민의료비 통계속의 민간의료보험

### 국민의료비 재원별-기능별 구성(2008년)

(단위 : 조원, %)

	공공재원			민간재원					전체
	소계 (55.3%)	정부재원 (12.9%)	사회보장 (42.5%)	소계 (44.7%)	민영보험 (4.4%)	가계적점 부담 (35.0%)	민간 비영리단 체 (0.7%)	기업 (4.7%)	
전체	36.9	8.6	28.3	29.8	2.9	23.3	0.5	3.1	66.7

◎ 민영보험 = 민간의료보험 + 민영사회보험(자동차보험)

◎ 민간의료보험규모는 실손형 보험만 포함되며, 그것도 가입자가 부담한 보험료(영업보험료)가 아닌 보험사가 가입자(의료기관)에게 지급한 보험금(위험보험료)만 책정하고 있는 것으로, 이것이 실손형 보험의 규모를 반영하고 있지 못함.

◎ 국민의료비 추계에는 민간의료보험의 규모가 제대로 반영되어 있지 못함.

## 민간의료보험의 규모 산정의 어려움

- 보험상품의 구조상 민간의료보험의 규모를 산정하기가 구조적으로 어려움.
- 민간 보험상품은 주계약기준에 따라 보험의 성격을 분류하므로 민간의료보험의 규모를 정확히 산정하기 어려움.
- 또, 보험의 구조상 보장성과 저축성이 혼합되어 있는 것도 문제임
- 이런 여건하에서 한국의료패널의 민간의료보험 규모 산정은 매우 신뢰할만한 자료라고 판단함.

## 생명보험사의 민간의료보험 규모

FY2008 기준 (단위: 십억원, %)

구분		수입보험료	구성비	
일반계정	금리연동형	27,918	38.0	
	중신보험	12,765	17.4	
	질병보험	11,674	15.9	
	상해보험	2,354	3.2	
	어린이보험	2,210	3.0	
	장기간병	171	0.2	
특별계정	변액보험	변액연금	7,943	10.8
		변액유니버설	8,613	11.7
		기타	672	0.9
		변액중신	364	0.5
	퇴직연금	금리확정형	598	0.8
		원리금보장형	496	0.7
		실적배당형	28	0.0

질병+상해+어린이 = 16조.

생명보험상품의 이해

## 손해보험사의 민영의료보험 규모

<장기손해보험 종목별 보험료 추이>

(단위: 억원)

구분	FY'04	FY'05	FY'06	FY'07	FY'08	FY'09
상해	21,208	24,537	31,741	39,614	49,702	64,069
운전자	20,732	20,847	20,744	21,347	20,904	20,621
재물	15,878	16,452	16,972	17,625	18,113	18,635
질병	24,760	24,900	24,854	27,406	33,755	49,853
저축성	13,776	16,700	22,377	27,268	29,952	39,119
통합형	-	9,127	20,114	30,175	36,403	39,719
합계	96,353	112,562	136,802	163,435	188,829	232,016

출처: 보험통계월보, 보험개발원(개인연금·퇴직보험 제외, 원수보험료 기준)

2008년 상해+질병+통합형 = 11.6조

2009년 상해+질병+통합형 = 15.4조.

생보사+손보사 민영의료보험(주계약기준) 규모 = 28조(주계약기준) = GDP 2.5% 이상

## 민영의료보험의 규모(한국의료패널)

- 78%
  - 가구당 민간의료보험 가입률
- 3.6개
  - 가구당 평균 민간의료보험 가입 개수
- 132,772원
  - 가구당 월 평균 민간의료보험료(중신·연금보험 특약 제외)
  - 1700만 가구를 고려하면?  $13\text{만} * 12\text{개월} * 1700\text{만} = 27\text{조}$
- 214,662원
  - 가구당 월 평균 민간의료보험료(중신·연금보험 특약 포함)
  - 1700만 가구를 고려하면?  $21\text{만} * 12\text{개월} * 1700\text{만} = 43\text{조}$

## 민간의료보험 시장의 규모

- 정확한 추산은 어려우나, 2008년 민간의료보험 규모는 30~40조 수준에 이를 것.
  - 이는 그간 알려져왔던 12조를 훨씬 뛰어넘는 수준.
  - 보험사는 정확한 규모(특약 포함)를 밝혀야 하고, 정확한 규모산정을 위한 조사가 필요함.
- 현재 민간의료보험의 규모는 건강보험 재정을 넘어서고 있으며, 국민이 부담하고 있는 보험료 수준은 건강보험료의 2~3배수준임.

# 민간의료보험의 지급률 및 한계

## 생명상품의 지급률

<표 7> 생명보험 보험금 지급률, 사업비율 및 해지율 (단위: %)

구분	FY2008					FY2009		
	1/4	2/4	3/4	4/4	연간	1/4	2/4	3/4
보험금 지급률	56.8	62.9	68.3	70.5	64.6	58.0	59.9	62.1
개인계	51.1	57.6	67.7	58.9	58.8	51.9	56.0	57.1
- 생존	66.3	88.5	106.9	78.9	85.2	60.6	56.4	52.2
- 사망	41.9	47.6	53.3	57.0	49.9	51.7	53.8	49.4
- 생사혼합	122.7	115.7	121.6	78.9	107.9	70.7	76.8	108.9
- 변액	31.4	30.3	39.7	34.8	33.9	36.5	50.0	49.4
단체	145.8	166.5	71.4	305.1	133.1	160.7	140.3	82.1
사업비율	19.2	20.1	17.2	15.8	18.1	17.3	17.7	15.2
신계약률	5.9	11.5	17.5	23.9	23.9	5.6	11.6	17.7
해지율	3.0	6.1	9.4	12.4	12.4	3.5	6.5	9.0

2008년 생보사 지급률 = 64.6%

보험동향, 2010년 봄호



# 손해보험사의 손해율

**<표 20> 손해보험 손해율 및 합산비율** (단위: %)

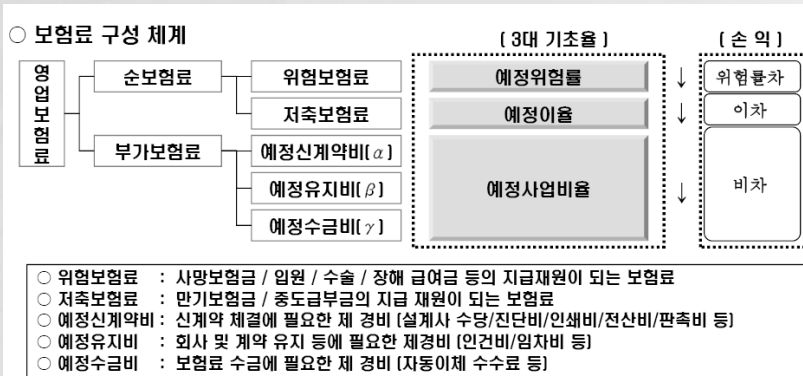
구 분	FY2008					FY2009			
	1/4	2/4	3/4	4/4	연간	1/4	2/4	3/4	
손해율	화재보험	43.0	31.6	47.7	37.9	39.7	32.4	37.1	54.3
	해상보험	52.9	71.7	82.5	301.8	127.1	82.4	89.0	85.4
	보증보험	23.7	47.5	78.5	43.6	48.9	66.1	47.9	31.5
	특종보험	57.8	62.5	69.0	68.3	64.7	61.4	67.2	63.0
	해의원보험	38.1	40.2	48.8	50.5	45.8	39.2	29.0	29.0
	해의수재보험	79.1	106.6	84.1	93.7	91.0	57.9	60.0	60.2
	자동차보험	68.1	68.8	72.1	69.7	69.7	71.0	74.1	79.0
	장기손보*	80.0	80.6	79.0	78.0	79.4	78.9	78.5	80.1
전 체	72.3	74.4	75.9	76.4	74.8	74.2	74.9	76.7	
사업비용	23.8	23.8	25.5	28.4	25.4	24.8	25.2	22.5	
합산비율	96.1	98.2	101.4	104.9	100.3	98.9	100.1	99.1	

2008년 손보사

- 전체 손해율: 74.8%,
- 장기손보의 손해율=79.4%

보험동향, 2010년 봄호

# 보험료의 구성 체계



◎ 손보사의 손해율 표현은 주의가 필요, (경과)손해율과 (위험 혹은 담보) 손해율은 전혀 다른 의미임.

◎ 경과손해율=지급된 보험료/경과보험료 (=영업보험료)

◎ 위험손해율=지급된 보험료/위험보험료

# 생보사의 지급률

연월 Year & Month	보험료 수익 Premium Written			지급보험금 Claims Paid		
	보장성 Security	저축성 Savings	계 Total	보장성 Security	저축성 Savings	계 Total
2006. 3	28,310.2	19,470.5	47,780.7	11,115.4	19,291.0	30,406.4
2007. 3	29,651.0	19,959.0	49,610.0	12,395.4	15,686.9	28,082.3
2008. 3	30,782.0	20,903.8	51,685.8	13,520.4	20,919.0	34,439.4
2009. 3	30,368.7	20,863.7	51,232.4	16,121.3	19,419.4	35,540.7
2010. 3	29,705.6	23,653.5	53,359.1	15,953.9	15,698.2	31,652.1
2009. 8	12,343.1	8,923.1	21,266.2	6,873.3	5,785.4	12,658.7
9	14,834.7	10,951.7	25,786.3	8,213.6	7,008.5	15,222.1
10	17,315.8	13,010.5	30,326.3	9,435.3	8,187.7	17,623.0
11	19,782.3	15,086.2	34,868.6	10,651.0	9,462.3	20,113.3
12	22,275.9	17,195.3	39,471.2	12,011.2	11,471.3	23,482.6
2010. 1	24,747.2	19,272.8	44,020.1	13,283.7	12,833.6	26,117.3
2	27,182.4	21,332.0	48,514.4	14,505.0	14,233.2	28,738.2
3	29,705.6	23,653.5	53,359.1	15,953.9	15,698.2	31,652.1
4	2,448.5	2,167.9	4,616.4	1,319.6	1,189.1	2,508.7
5	4,892.5	4,254.6	9,147.1	2,502.3	2,207.5	4,709.8
6	7,346.3	6,483.3	13,829.7	3,786.5	3,322.3	7,108.9
7	9,798.1	8,675.4	18,473.6	5,098.4	4,442.0	9,540.4
8	12,255.2	10,946.2	23,201.3	6,440.3	5,611.6	12,051.9

2010.3 회계기준 전체 지급률  
= 31,625/53,359=59.3%

단위: 십억

보장성 지급률=15,953/29,705=53.7%  
저축성 지급률= 15,698/23,653=66.4%

금융통계월보, 2010.10.

# 손보사의 지급률

연월	해외 원보험 및 외국수재 Overseas Direct & Overseas Inward			장기·개인연금 및 퇴직보험의 위험·부가			기타 Others			경과보험료 Earned Premium
	경과보험료 Earned Premium	발생손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	경과보험료 Earned Premium	발생손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	경과보험료 Earned Premium	발생손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	
2006.3	365.1	217.0	59.43	3,797.2	1,704.4	44.89	32.9	13.9	42.19	15,174.9
2007.3	467.1	276.8	59.26	4,877.1	2,149.9	44.08	33.0	9.7	29.31	17,229.6
2008.3	639.8	442.9	69.23	6,231.6	2,641.9	42.40	19.9	12.0	60.32	20,303.7
2009.3	667.5	730.9	94.28	7,718.4	3,450.6	44.71	49.5	21.1	42.61	23,417.5
2010.3	951.3	531.8	55.91	10,016.0	4,789.7	47.82	385.8	372.8	96.63	26,103.2
2009. 8	409.5	233.7	57.07	3,893.6	1,812.3	46.55	20.0	18.9	94.51	10,427.7
9	491.9	276.4	56.18	4,741.5	2,229.4	47.02	22.1	19.2	86.76	12,651.6
10	565.1	335.8	59.42	5,389.5	2,609.4	48.68	24.5	19.6	80.08	14,802.2
11	653.0	372.1	56.99	6,444.8	2,999.5	46.54	34.0	26.1	76.55	16,945.0
12	725.8	407.5	56.14	7,332.8	3,446.4	47.00	77.1	66.4	86.08	19,293.7
2010. 1	778.1	434.8	55.88	8,202.6	3,889.8	47.18	383.1	395.5	104.37	21,472.1
2	852.7	476.8	56.16	9,068.9	4,288.7	47.20	410.7	318.5	102.53	23,586.4
3	951.3	531.8	55.91	10,016.0	4,789.7	47.82	385.8	372.8	96.63	26,103.2
4	48.7	20.6	42.31	924.5	445.8	48.22	-42.5	53.3	-125.30	2,172.4
5	131.1	94.1	71.82	1,850.6	860.5	46.50	-9.6	69.5	-725.74	4,481.4
6	214.9	146.8	68.33	2,798.3	1,338.8	47.66	39.9	100.4	251.71	6,843.0
7	296.3	181.9	61.40	3,754.9	1,803.3	48.03	72.0	111.6	154.92	9,177.2
8	380.4	232.7	61.19	4,721.5	2,267.0	48.01	121.3	142.9	117.79	11,606.3

주: 1) 장기보험료 개인연금의 경우 2011.3월부터 위험·부가보험료는 일반계정으로, 저축보험료는 특별계정으로 분류  
2) 종속구분에서 '기타'는 부수사항을 의미

장기·개인연금·퇴직보험의 위험·부  
가 손해율=42%~47%

금융통계월보, 2010.10.

# 손보사의 지급률

소계 Subtotal		장기 Long-total				개인연금 Annuity				합계 Total			Year & Month
발생 손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	경과 보합료 Earned Premium	발생 손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	경과 보합료 Earned Premium	발생 손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	경과 보합료 Earned Premium	발생 손해액 Incurred Losses	손해율 Loss Ratio	손해율 Loss Ratio		
9,188.2	60.55	7,385.7	7,915.6	107.17	608.4	843.0	138.56	23,169.1	17,946.8	77.46	Mar. 2006		
10,693.1	62.06	8,698.7	9,187.0	105.61	702.3	965.5	137.47	26,630.6	20,845.6	78.28	Mar. 2007		
12,013.9	59.17	10,030.5	10,547.0	105.15	884.6	1,178.2	133.19	31,218.8	23,739.0	76.04	Mar. 2008		
14,338.8	61.23	11,088.6	11,396.2	102.77	1,146.2	1,478.8	129.02	35,880.6	27,241.8	76.35	Mar. 2009		
16,233.6	62.19	13,032.6	13,478.1	103.42	1,602.2	1,942.6	121.25	40,816.5	31,731.6	77.74	Mar. 2010		
6,290.9	60.33	5,116.0	5,200.4	101.65	560.4	680.4	121.41	16,123.5	12,190.6	75.61	Aug. 2009		
7,682.9	60.73	6,201.6	6,323.8	101.97	688.8	831.2	120.67	19,565.6	14,860.8	75.95	Sep.		
8,966.0	60.57	7,297.7	7,471.1	102.38	823.0	991.2	120.43	22,950.2	17,454.8	76.06	Oct.		
10,267.8	60.59	8,404.5	8,630.1	102.68	964.1	1,158.1	120.12	26,344.6	20,086.2	76.24	Nov.		
11,807.9	61.20	9,523.3	9,804.5	102.95	1,137.3	1,358.1	119.41	29,988.4	23,003.8	76.71	Dec.		
13,068.1	60.86	10,662.8	11,002.8	103.19	1,287.0	1,535.0	119.27	33,462.2	25,645.2	76.64	Jan. 2010		
14,480.4	61.39	11,816.9	12,206.1	103.29	1,441.4	1,713.9	118.91	36,897.3	28,452.0	77.11	Feb.		
16,233.6	62.19	13,032.6	13,478.1	103.42	1,602.2	1,942.6	121.25	40,816.5	31,731.6	77.74	Mar.		
1,247.7	57.44	1,268.2	1,328.6	104.77	162.7	189.8	116.62	3,611.8	2,774.8	76.82	Apr.		
2,320.8	51.79	2,534.2	2,659.3	104.93	329.1	382.3	116.54	7,361.0	5,380.1	73.09	May.		
3,783.6	55.29	3,823.5	4,008.2	104.83	497.5	578.3	116.24	11,190.3	8,396.8	75.04	Jun.		
5,218.7	56.87	5,123.7	5,375.3	104.91	669.9	778.6	116.23	15,005.8	11,408.3	76.03	Jul.		
6,763.7	58.28	6,456.9	6,778.4	104.98	844.1	981.4	116.26	18,952.7	14,569.5	76.87	Aug.		

Note : 1) The risk portion of long-term and annuity premium has been allocated to general account and savings portion to separate account since March 2001.  
 2) Others' means accompanying business.

장기손보의 저축성 손해율=103%

금융통계월보, 2010.10. 국회전자도서관. P107

# 순수 보장형 암보험 상품의 예측 지급률

1만원 내면 얼마 돌려주나?

<p>2010년형 순수보장형 암보험</p> <p><b>3,140원</b></p> 	<p>AIA형 순수보장형 암보험</p> <p><b>3,530원</b></p> 	<p>ACE형 순수보장형 암보험</p> <p><b>2,080원</b></p> 	<p>올림픽형 순수보장형 암보험</p> <p><b>4,400원</b></p> 	<p>슈퍼어신 순수보장형 암보험</p> <p><b>7,500원</b></p> 	<p>로보 순수보장형 암보험</p> <p><b>5,000원</b></p> 	<p>국민건강보험 순수보장형 암보험</p> <p><b>16,800원</b></p> 
--	--	--	--	--	---	---

1만원 내면 3천원 돌려받는 제 제한 민영보험, 시사IN, 174호.

## 민간의료보험의 특성과 한계

- 확장되고 있는 민간의료보험의 역할을 기대하기에는 근본적인 한계가 존재함.
  - 민간의료보험은 사회연대가 아닌 보험사의 영리가 목적임.
  - 보험계약은 거대 보험사와 개인간의 계약.
  - 개인위험률에 따른 보험료 부과와 한계

## 연령에 따른 보험료 수준(예)

A 생명보험회사의 CI보험 보험료 예시

		가입안내	가입시 알아두어야 할 사항	
보험료 예시				
기준: 주계약 500구좌, (무)고액암특약(갱신형) 50구좌, 10년만기, 전기월납				
최초계약 가입나이	남자		여자	
	최초계약	1회갱신시	최초계약	1회갱신시
30세	18,050	43,950	23,450	48,000
40세	41,750	91,650	44,800	70,750
50세	85,400	181,500	64,500	99,500

\* 상기 예시는 최초계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신시 보험요율이 변동될 경우 갱신시점의 보험료는 인상될 수 있습니다.  
 \* 이 상품은 10년 만기로 자동 갱신되어 최대 80세까지 보장되며, 이 경우 보험료는 최대 80세까지 납입하셔야 합니다.

# 연령에 따른 보험료 수준(예)

## M화재의 실비 보험의 보험료 예시

### ● 보험료예시

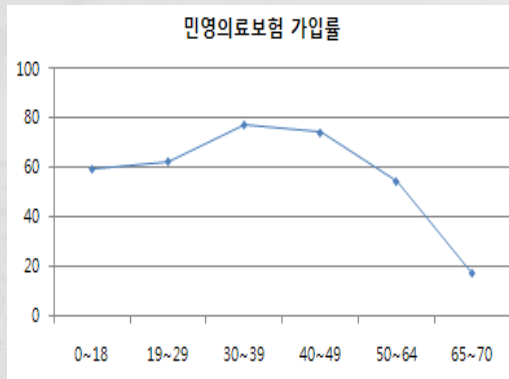
- 기준: 100세만기, 20년납, 월납, 일반상해사망후유장해(주보험) 3,000 만원, 골절진단비(치아파절제외)(80세만기) 20 만원, 화상진단비(80세만기) 20 만원, 질병사망(20년만기) 3,000 만원, 상해입원일당(1일이상) 1 만원, 질병입원일당(1일이상) 1 만원, 일상생활중배상책임(II)(80세만기) 10,000 만원, 갱신형실손의료비:상해입원(3년만기/전기납) 5,000 만원, 갱신형실손의료비:상해통원(외래)(3년만기/전기납) 25 만원, 갱신형실손의료비:상해통원(처방조제비)(3년만기/전기납) 5 만원, 갱신형실손의료비:질병입원(3년만기/전기납) 5,000 만원, 갱신형실손의료비:질병통원(외래)(3년만기/전기납) 25 만원, 갱신형실손의료비:질병통원(처방조제비)(3년만기/전기납) 5 만원

단위 : 원

나이	보험료	
	남자	여자
30세	29,040	27,840
40세	36,860	34,170
50세	57,750	47,260

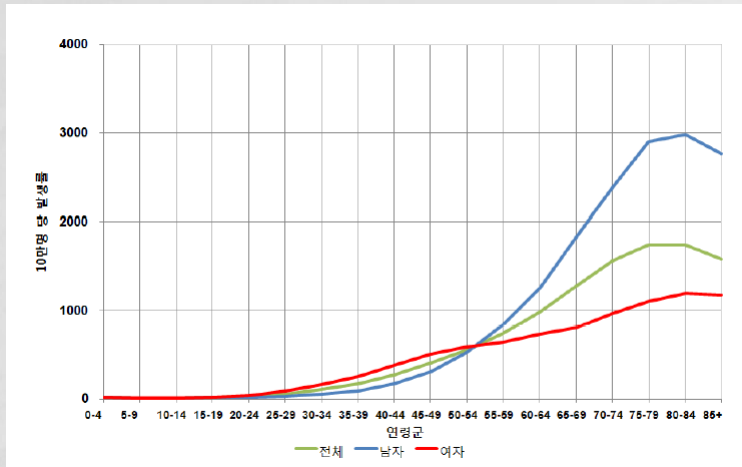
- \* 갱신형담보는 3년마다 자동으로 갱신되며, 갱신시 의료수가 및 연령, 손해율 등에 따라 보험료가 인상 될수있습니다.
- \* 본 상품은 나이,성별,직업,직종,보험기간,납입기간,담보선택에 따라 보험료가 달라질수 있으며, 가입이 거절되거나 제한할 수 있습니다.
- \* 입원/통원의료비 특약 포함 자동갱신 특약은 최초 납입보험료 및 갱신보험료가 적립부분 책임준비금에서 갱신종료보험나이(100세)까지 대체납입의 방식으로 운용되어 보장보험료에 포함되지 않으며, 갱신보험료가 적립부분 책임준비금에서 전액 충당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입해야 합니다.

# 민영의료보험의 가입률



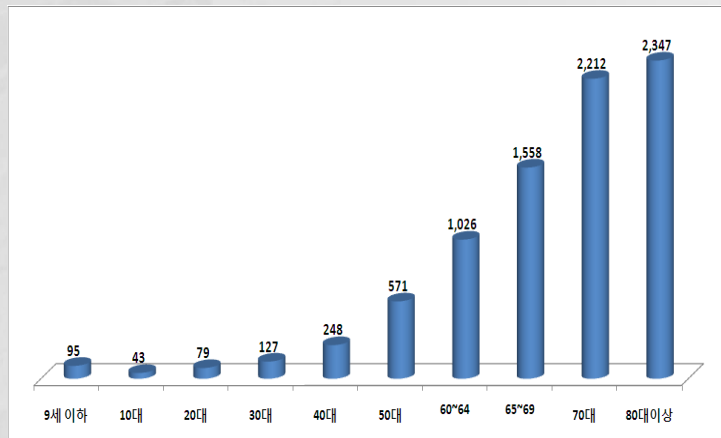
민간의료보험 가입률, KDI

## 암 발생율, 10만명당.



## 고액진료환자수

2008년도 연간 300만원 이상 고액진료환자수, 1만명당



## 민간의료보험의 보험료 부과 문제

- 연령증가에 따른 급격한 보험료 부과 급상승 → 소득이 없는 노인층에 대한 무대책.
  - 민간의료보험은 보험가입이 어려운(uninsured) 노령층, 고위험군의 해결이 불가능함.
  - 민간의료보험 확대는 의료민영화된 미국처럼 광범위한 uninsured를 양산할 것임.
  - 취약한 건강보험의 문제는 건강보험 확대로 해결해야지, 민간보험으로 대신할 수 있다는 것은 탁상공론에 불과.
- 민간의료보험의 개인위험률에 따른 보험료부과를 유지하는 한에서는 민간의료보험의 긍정적 역할을 논하는 것은 부적절함.

## 결론

## 민간의료보험의 역할제한과 규제가 필요

- 민간의료보험의 규모가 건강보험의 규모를 넘어선다는 것은 심각한 사회적 문제임. 이에 근본적 대책이 필요함.
- 민간의료보험의 역할 확대는 취약한 건강보험의 보장률을 보완하는데 한계가 분명할 뿐만 아니라 오히려 국민의 의료비(보험료) 부담만을 가중시킴. 국민의 민간의료보험료 부담을 줄이기 위해 건강보험의 획기적 보장률 확대가 논의되어야 할 것임.
- 민간의료보험의 역할은 확대가 아니라 축소, 제한해야 함. 민간보험의 미용, 성형 등 향후에도 건강보험이 보장해 주기 어려운 영역으로 제한적인 역할에 머물러야 함.
- 민간의료보험에 대한 규제책을 마련해야 함. 폭리구조 혁파, 정액형 상품의 표준화, 종신·연금 등 특약형태의 끼워팔기 제한.



# 민간의료보험의 역할과 과제

오영수 (보험연구원)

## 1. 민간의료보험, 사회보장의 일부인가? 금융상품인가?

- 민간의료보험의 성격에 대한 이해의 차이가 크다
  - 사회보장적 성격으로 규정하고 싶어하면서 성장을 경계한다
  - 금융상품으로서 규정하면서 규제를 가능한 한 받지 않고서 성장을 추구한다
- 이러한 두 가지 견해를 보면서 여기에 소비자에 대한 고려는 빠져 있다는 느낌을 지울 수 없다
  - 이러한 입장들은 각자가 처한 위치에서 영향력 또는 이익을 극대화하려는 의도만 있지 국민들에게 어떻게 해야 의료서비스를 효율적으로 제대로 공급할 수 있을지에 대한 배려가 없다
- 민간의료보험은 실손형 개인의료보험을 중심으로 발전시키되 국민건강보험을 효과적으로 보완·보충함으로써 국민들이 효율적으로 의료서비스를 받을 수 있도록 해야 한다
  - 민간보험으로서 국민건강보험을 위협하는 존재로서 이해되거나, 보험회사의 성장과 이익을 위한 수단으로서만 인식되어서는 안 된다
  - 따라서 국민건강보험의 한계로 인한 불안을 극복할 수 있는 역할을 하도록 하면서 적절한 수준의 규제가 필요하다

## 2. 민간의료보험 시장 규모 추정 의의는?

- 왜 민간의료보험 시장 규모가 필요한가?
  - 민간의료보험 시장 규모의 추정을 하는 이유는 민간의료보험에 대한 경계에서 비롯된 면이 크다
  - 현시점에서 진정으로 필요한 것은 국민건강보험의 장기적 유지가능성이며, 비급여의 규모 및 실태라 할 수 있다
  - 이는 국민들의 입장에서 볼 때 국민건강보험이 제공하는 보장수준이 높지 않고, 더구나 국민건강보험의 급여로 커버할 수 있는 진료 등이 비급여로 전환되어 의료비가 크게 부담되기 때문이다.

- 민간의료보험은 독립변수라기보다는 국민건강보험의 종속변수이다
- 민간의료보험 시장 규모의 진정한 의미는 무엇인가?
  - 저자들도 충분하게 지적하고 있듯이 단순히 보험료를 합산하는 것으로는 아무런 정보를 줄 수 없다
  - 국민건강보험과의 비교를 위해서 진정으로 필요한 시장규모는 위험보험료, 즉 의료비를 납부하기 위하여 소요되는 보험금에 관련되는 보험료의 규모이다
  - 보험개발원의 협조를 얻어 위험보험료 기준으로 추정했을 때 민간의료보험시장의 규모는 2009년 기준으로 정액형 6조 8천억 원과 실손형 1조 8천억 원을 합하여 8조 6천억 원으로 파악된다
    - 2008년 기준으로는 7조 5천억 원으로 추계되어 발표자가 추계한 33조 4천억 원과는 큰 차이가 있다
- 민간의료보험 시장 규모를 어떻게 추정할 것인가?
  - 현재와 같이 패널설문조사는 회상한계, 상품의 복잡성 등으로 한계가 많다
  - 위험보험료를 기준으로 추정하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 전체 계약에 대한 개인정보 및 통계를 가지고 있는 보험개발원의 협조가 절대적으로 필요하다
  - 이는 궁극적으로 민간의료보험의 개인별 보험금 지급 정보를 국민건강보험과 연계시켜서 국민들의 의료비 부담 실태는 물론 도덕적 해이 축소 등을 도모하기 위해서도 필요하다
  - 정작 계약통계를 모두 가지고 있는 기관을 제외하고 작업을 하는 것은 민간의료보험을 경계하겠다는 의도를 갖고 있는 것으로 오해될 수 있으므로 민간부문과의 협조체계를 구축하는 것이 필요하다

### 3. 민간의료보험 역할 재정립을 위한 정책과제

- 전체 건강보장 체계 내에서 역할을 명확히 하고 적절히 역할할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다
  - 중장기적 관점에서 효율적으로 유지가능한 국민건강보험의 역할을 정하고 그에 맞추어 민간의료보험의 역할을 정할 필요가 있으며, 이를 위해서 민간보험 부문 전문가의 적절한 참여가 필요하다
  - 민간의료보험이 역할을 적절히 하기 위해서는 가입에 대한 인센티브와

운영에 대한 규제가 동시에 필요하다

- 주체발표문에도 있듯이 프랑스처럼 소득이 낮은 계층, 장애인 등 취약계층에 대해서는 민간의료보험 가입을 위한 보조금이 필요하다
- 민간의료보험 운영에 대해서 상품의 표준화, 판매절차 등에 대한 규제가 강화될 필요가 있다

□ 소비자 - 보험자 - 의료공급자가 상생할 수 있는 체계를 구축할 필요가 있다

- 소비자가 생애소득흐름에 맞추어 보험료를 납부하여 민간의료보험을 유지할 수 있도록 상품이 개발되고, 보험금 수령의 편의성이 높아질 수 있도록 제도적 개선이 될 필요가 있다
- 보험회사가 민영보험의 원리에 맞지 않게 지나치게 많은 리스크를 일방적으로 지지 않음은 물론 리스크의 흐름을 예상할 수 있도록 급여 및 비급여의 범위를 정해갈 필요가 있다
- 비급여 가격이 의료공급자의 일방적 제시가 아니라 민간보험자와 협의 를 통해 정해질 수 있도록 제도적 장치의 마련이 필요하다
- 의료공급자가 제공한 의료서비스에 대해 정당한 보수가 지불되도록 국민건강보험과 민간의료보험을 모두 고려한 합리적인 진료비 지불제도가 마련될 필요가 있다

## “민간의료보험 시장규모와 역할” 토론회 토론문

2011년 4월 14일 고려대 윤 석준 교수

- 공적 건강보험체계로부터 약 65% 수준의 보장률을 제공받고 있는 우리나라 국민의 입장에서 살펴보면 민간건강보험과 관련된 두 가지 정책 option이 있을 수 있음. 첫째는 공적 보장 범위를 획기적으로 OECD 수준(약 80%)으로 끌어 올리기 위해 재정마련 기전과 지출구조 합리화 방안을 조속히 실시하는 것이고 다른 하나는 지불능력이 있는 일부 계층부터 보충형 민간의료보험을 통한 보장 범위를 높여 나가는 방법임

- 토론자의 판단에서는 앞의 두 가지 방법 중 적어도 단기적으로는 후자 부분이 오히려 현실적인 대안으로 판단됨. 즉, 중산층 이상의 지불 능력이 있는 계층에 대해 공적 보험자 및 정부가 option 형태의 보충형 보장범위를 설정하고 이를 민간의료보험의 영역에서 합리적인 설계를 하도록 관리해 나가는 것이 실현가능한 대안으로 여겨짐.

- 물론 이와 같은 방안을 실현시키기 위해서라도 정부는 건강취약계층에 대한 보장범위를 더 확대하고 별도의 의료안전망을 만들어 나가기 위한 노력을 선행 내지는 동시에 진행하여야 국민으로부터 정책의 수용성이 높아질 것으로 판단됨

- 그간의 보고서 등을 살펴 보면 민간의료보험의 입장에서 요구되는 정책대안은 다음과 같은 사항들임. 첫째, 공급자와의 선택적 계약 허용 둘째, 건강보험심사평가원 등 기존의 공적 조직을 활용한 청구심사 셋째, 갱신형 보험상품 등 비용효과적인 상품의 도입 넷째, 대체의학 등 보장범위 확대 다섯째, 직장등과 단체협약 장려를 위한 인센티브 도입 등임.

- 필자의 시각에서 보면 민간의료보험의 의료이용정보에 대한 건강보험심사평가원을 통한 청구심사 허용, 직장 등과 단체협약 장려를 위한 인센티브 도입 등의 정책을 우선 고려해 볼 수 있을 것으로 판단됨. 이렇게 될 경우 대부분의 민간의료보험 진료범위가 비급여 등이므로 이 부분에 대한 심사평가 기준을 마련하는 일은 민영 보험자와 심평원이 추가로 고민해야 할 부분임

- 그러나 현재의 공적건강보험제도의 근간이 흔들릴 수 있는 민영 보험자와 공급자간의 선택적 계약 및 대체형 보험제도의 도입 등은 현재로서는 고려

해 보기 어려운 정책 option으로 판단됨

- 위 대안들 중 정부의 역할은 보충형 민간의료보험의 확대에 의한 보장률의 증가가 불필요한 의료이용의 증가로 이어지지 않도록 세밀한 제도적인 장치를 고민하여야 함

- 국민의 입장에서 볼 때 민간의료보험이 병실료 차액/ 간병비/상병수당/호스피스/고액치과치료 등 아직도 사각지대에 놓여 있는 특정 항목의 보장을 위한 상품 개발을 보다 적극적으로 해 낼 수 있다면 우리 나라 보건의료체계에서 순기능적인 역할을 할 수 있을 것으로 여겨짐

- 발제자의 원고중 민간의료보험의 시장규모가 2008년 현재 33조 규모라는 분석은 기존의 논문이나 보고서 등에 비해 과대 추정되었을 가능성이 있어 보임. 이는 의료패널 자료 자체의 문제이거나 결합된 저축보험의 기능 등이 제대로 발라내어지지 않았을 가능성이 있어 보임. 재확인이 필요한 것으로 사료됨

- 마지막으로 최근 논의되고 있는 보충형 공적보험과의 관계 설정이 앞으로 전개되어야 할 민간의료보험과의 역할 설정을 위한 중요한 논의의 한 축이 될 것으로 사료됨

# 「민간의료보험 시장규모와 역할」 토론문

임금자

(의료정책연구소 연구위원)

## 1 들어가는 말

- 보사연에서 「민간의료보험 시장규모와 역할」 토론회를 통해 다양한 논의를 할 수 있는 자리를 마련해 준 것에 대해 감사함. 이번 토론회에서의 내용이 의료정책 연구에 많은 도움이 될 것임.
  
- 그동안 수차례에 걸쳐 다양한 측면에서 민간의료보험에 대해, 또는 민간의료보험과 공보험과의 관계에 대해 논의되었음. 논문도 매우 다양하고 많음. 그러나 ‘민간의료보험’이라는 단어가 거론되기만 하면 상당한 논란이 이어지는 것이 우리사회의 현실임. 이념적 대립으로까지 이어짐. 수년에 걸쳐 민간의료보험에 대한 많은 논의/논란이 있었음에도 불구하고 여전히 논의되고 있는 이유이기도 함. 이번의 토론회에서는 그동안의 논의를 다시 반복하여 이야기하기 보다는 지금까지와는 다른 내용의 토론이 어이지고 공보험과 민간의료보험의 상생을 위한 좋은 방안이 제시되기를 기대함.
  
- 필자가 이번 토론회와 관련하여 의뢰받은 주제는 “의사의 관점에서의 민간의료보험을 중심으로”임. 민간의료보험에 대한 일반적인 논의가 아닌 “의사”에 토론의 초점을 맞추어 달라는 것임. 그렇다면 “의사”가 아닌 경영학자가 “의사”의 관점에서 민간의료보험을 논할 수 있을까? 대답은 일단 긍정적이라고 할 수 있을 것임. 그 이유는 “의사로서의” 토론이 아니라 “의사의 관점”에서의 토론을 요구한 것이기 때문임. “의사의 관점”에서의 토론은 경영학자로서 충분히 가능하다고 생각함. 그동안 의료서비스 분야를 관찰한 바에 의하면 “의사의 관점”이란 “공급자의 관점”과 상충되는 부분이 많기 때문이며, 다른 한편으로는 조기구성원의 일원으로서의 의료서비스 공급자에 대해 논할 수 있을 것이기 때문임.

## 2 의사에게 공보험은 환자를 진료하기에 충분한가?

- 먼저 공보험이든 민간보험이든 의사의 관점에서는 환자를 진료할 수 있느냐가 기본적인 전제임. 물론 그에 상응하는 대가(代價)를 보상 받는다는 것을 전제로 함. 그 다음이 양적·질적인 측면에서 환자가 원하는 만큼의 진료를 할 수 있느냐 일 것임. 이 두 가지 모두 환자의 경제적인 부담을 전제로 하는 것임.
  
- 환자의 경제적인 부담을 고려한다면 의사 입장에서는 당연히 공보험 부담 환자 진료에 최적일 것임. 단, 공보험이 환자 진료와 관련된 모든 비용을 부담한다는 전제임. 의사 입장에서는 환자의 경제적 부담과 관계없이 진료하는 것이 최적이기 때문임. 환자 입장에서는 좋은 싫든 법률에 의해 공보험인 국민건강공단에 보험료를 납부하였고 정해진 본인부담금만 부담하면 되기 때문에 진료비에 대한 큰 부담 없이 의료서비스 이용할 수 있어 공보험에 기대어 의료를 이용할 수 있다면 환자에게도 가장 효율적인 방법이 됨. 즉 의사는 환자를 진료하면서 환자가 행어나 고민하게 될 경제적인 문제를 고려할 필요가 없어 심적 부담 없음.
  
- 그러나 문제는 우리나라 공보험은 그 보장율이 60%대의 낮은 수준에 머물고 있다는 것임. 즉, 의사의 환자 진료와 관련되어 발생한 비용을 공보험이 모두 부담하지 않는다는 것으로서, 환자의 경제적인 부담 때문에 의사는 진료시 위축될 수밖에 없음. **결국 공보험은 의사가 환자를 진료하는데 소요된 비용을 지불하기에는 충분하지 않다는 것으로서, 이때 환자가 민간의료보험에 가입되어 있다면 의사는 환자의 경제적 부담 능력에 대한 고민 없이 진료 진행할 수 있을 것임.**
  
- 특히 비급여 진료에 대해서는 의사들도 민간의료보험에 관심을 가질 수 밖에 없음. 환자가 민간의료보험에 가입되어 있다면, 의사는 경우에 따라 발생할 수 있는 환자의 경제적인 부담에 대한 고민으로부터 자유로울 수 있다는 것임. 발제자의 자료를 통해서도 알 수 있는 바와 같이 다행히도 우리나라 가구의 77% 이상이 하나 이상의 민간의료보험에 가입하고 있어 환자의 경제적인 문제에 대한 의사들의 고민이 상당부분 해소 가능한 것으로 보임.

### 3 민간의료보험은 의사의 관점에서 모두 좋은 것인가?

- 환자가 국민건강보험 외에 추가적으로 민간의료보험 가입자라면 의사는 환자의 경제적 부담에 대해 많은 고민 없이 진료할 수 있다는 점에서 민간의료보험은 의사의 환자진료에 일단 긍정적인데, 이러한 측면에서는 의사는 그것이 공보험 급여항목에 대해 본인부담금만을 지급해주는 민간의료보험상품이든, 비급여 진료항목에 대해 지급해주는 민간의료보험상품이든 환자가 가입한 민간의료보험의 종류나 행태를 구분할 필요 없음.
  - 특히 공보험의 급여항목에 포함되지 아니한 항목으로서 진료비가 매우 고가(高價)인 진료에 대해서는 민간의료보험이 의사의 진료에 상당히 긍정적인 영향을 미치게 됨. 의사들은 해당 환자의 경제적인 문제에 대한 심리적인 부담으로부터 자유로워 됨.
  - 그러나 민간의료보험은 의사의 진료행태에 일부 부정적인 영향을 줄 수도 있음.
- (1) 먼저 단기적인 것으로는 민간의료보험사의 의사 진료 간섭으로 인한 의사의 진료의욕 저하를 들 수 있음. 민간의료보험사는 가입자에게 의료보험이라는 보험 상품을 판매한 것으로서 가입자(환자)와 보험사와의 극히 사적인 상거래임(보험사-가입자간 상거래). 의사가 민간의료보험이라는 보험 상품을 구매한 것이 아니며, 따라서 의사는 민간의료보험과는 직접적인 관련이 없음. 의사는 환자와 의료서비스에 대한 사적 계약을 통해 의료서비스를 공급한 것임. 의료서비스 공급에 대한 의사-환자간 사적 계약일 뿐 민간의료보험과는 관계없음. 단지 환자가 의료서비스를 소비해야 할 필요가 있을 경우 경제적인 큰 부담 없이 이를 가능하게 하기 위한 수단으로서 민간의료보험을 이용한 것이며, 의사에게 진료 받는 환자 중에는 이러한 방법으로 경제적인 문제를 해결하는 환자도 있다는 것임. 즉 환자는 의료서비스 소비에 필요한 자금의 출처로서 민간의료보험을 활용한 것임. 그럼에도 불구하고 민간의료보험사가 의료보험상품의 구매자가 아닌(즉, 자신의 고객이 아닌) 의사의 의료서비스 공급에 대해 다양한 형태로 간섭하는 행태를 보



임으로써 의사의 진료의욕 저하를 유발하는 것임. 공보험인 건강보험의 입원 6시간 기준을 민간의료보험에 적용하는 것도 문제지만 이를 이용한 환자의 문제임에도 불구하고(단, 사전에 가입자에게 충분히 고지하였다는 것을 전제로 함) 의사까지 사기혐의로 조사받게 하고 입원료를 환수하는 행태(YTN 뉴스 2011. 01. 10.), 진단서 작성시 특정 사항에 대한 집요한 요구나 환자 정보와 관련된 간섭, 진료에 대한 간섭 등이 그것임.

- (2) 중·장기적으로는 필요이상의 보험금 지급과 관련된 문제를 들 수 있음. 보험금의 입원일당 지급이나, 건당 지급 등 실제 발생하는 진료비와 관계없이 일정액을 지급함으로써 환자의 의료 과잉소비를 유발하는 민간의료보험상품이 이에 해당됨. 환자는 필요에 의해 진료 받고 보험금 수취 사실 발생으로 인하여 당연히 보험금을 지급받게 됨. 그러나 실제 지불해야 할 진료비를 초과하여 보험금을 받기 때문에 진료받게 되면 가입자는 금전적으로는 이익이며, 나아가 입원기간이 길어질수록 환자에게는 더 많은 실질적인 이익이 발생함. 자신이 생산 활동을 하는 것보다 보험금 수취하는 것이 더 이익일 경우 당연히 진료일수를 늘리기 위해 최대한 노력하게 될 것이며, 이는 의사에게 반드시 긍정적이지는 아니함. 진료가 긴급하게 필요한 환자를 진료하지 못하는 경우가 발생할 수 있고 있음.

- 결국 현재 공급되는 형태의 민간의료보험은 의사의 관점에서는 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 동시에 지니고 있다고 볼 수 있음.

4

#### 민간의료보험이 의사의 진료환경에 긍정적인 영향을 미치기 위해서?

- 전국민 의무가입의 공보험이 운영되고 있음에도 불구하고 거의 80%에 육박하는 가구가 민간의료보험에 가입되어 있다는 것은 그만큼 국민의 의료수요에 대해 공보험이 그 해답을 내놓지 못하고 있다는 것을 나타내는 것임. 그리고 국민의 의료 수요 욕구에 민간의료보험이 상품을 시장에 내놓으면서 답을 한 것이라고 할 수 있음. 즉, 민간의료보험은 수요가 있어 공급하였고, 필요에 의해 시장이 확

대되었으며, 앞으로도 필요하다면 더욱 확대되고 활성화될 것임. 기왕에 시장에 민간의료보험이 공급되고 있다면, 의사의 진료환경에 긍정적인 영향을 줄 수 있도록 고민할 필요가 있으며, 그것이 결국 가입자를 위한 길이기도 함. 구체적으로는

- (1) 민간의료보험과 공보험이 서로 상생하는 길을 찾는 것임. 어차피 공보험으로 모든 의료문제를 해결할 수 없음. 보편적 진료를 중심으로 하는 공보험과는 달리 민간의료보험은 1인실이나 2인실 이용을 포함한 고급진료가 가능한 상품 허용함.
- (2) 민간의료보험의 고객은 가입자임. 민간의료보험과 의사와는 직접 관계가 없음. 의사는 단지 환자를 진료할 뿐임. 환자가 자신의 진료비를 어디에서 마련하는지는 전적으로 환자의 문제임. 민간의료보험-가입자(환자)-의사의 관계를 명확히 함으로써 민간의료보험이 의사의 진료에 대해 지나치게 간섭하는 일이 없도록 함.
- (3) 민간의료보험은 가입시에는 실적에 급급하여 약관의 고지를 하지 않거나 불분명하게 하여 일단 가입자를 확대한 후, 추후에 보험금 지급 사실 발생시 가입자와 의사에게 책임을 돌리는 행태를 시정하여야 함. 처음부터 민간의료보험의 약관에 의거한 의료소비를 가능하도록 사전 노력이 필요함.
- (4) 민간의료보험도 가입자의 의료수요에 의해 의료보험 상품을 공급할 수 있었음. 그리고 가입자의 의료수요 충족은 의사들에 의해서 가능함. 그렇다면 결국 민간 의료보험은 가입자의 만족도 향상을 위해서라도 의사들의 진료의욕 상승과 의료의 발전에 기여할 수 있도록 구성되어야 함.

## 5 마치는 말

- 의사는 환자 진료를 업(業)으로 함. 환자 진료와 관련되어 발생한 비용을 민간보험이 부담하든 공보험이 부담하든 큰 차이 없음. 어떻게 환자에게 최선의 진료를 제공하여 건강하게 할 수 있는지에 보다 더 관심이 있음.

□ 그러나 현재의 의료환경은 공보험이나 민간의료보험이나 의사의 진료에 대해 상당한 간섭을 하면서 의사들이 환자의 수요욕구를 충족하지 못하는 진료를 할 수 밖에 없도록 유도하는 측면이 있음. 이는 공보험이든 민간보험이든 결국에는 재정에 기인한 것임. 그럼에도 불구하고 민간의료보험은 그 해결의 방법을 시장에서 찾으면서 의료소비자의 수요 욕구 변화에 적극 대처하고 있지만, 공보험은 관료화되어 있어 그렇지 못하다는 것임. 공보험의 비효율적인 운영에 대한 비판도 적지 않음. 의료소비자의 수요 욕구 변화에 적극 대응할 수 있고 보험의 효율적인 운영을 통해 의료소비자의 만족도를 향상시키기 위해서는 개인적으로는 공보험을 민간의료보험사에 위탁하여 운영하는 것도 한 방법일 수 있다는 생각임.

# 민영보험 토론문

정형선(연세대 보건행정학과)

## 1. 국민의료비 재원으로서의 민영보험

- 민영보험 재원으로 분류되는 것은 실손형 민영보험만임.
  - '실손형 민간의료보험(B)'은 민간의료보험이 가입자의 의료이용의 대가로 의료공급자에게 직접 또는 영수증에 대한 사후 지불을 통해 보험금으로 지불한 의료비 부분임.
  - 의료실손에 의한 지출은 <그림>의 B에 해당: 보험개발원의 비공식 자료에 의하면 2009년 3.8조원으로 추정됨 (자동차보험 의료비지출 + 실손형 민영보험 의료비지출)
  
- 정액형 민간의료보험의 보험금은 가계직접부담 의료비(C 또는 D)에 포함됨.
  - 정액보험금을 받았더라도 그 중에서 얼마가 의료비 지출에 사용되었는지는 알 수 없음. 이는 건강보험에서의 상병수당의 처리 방식과 같음.
  - 민영보험료의 규모는 정액과 실손을 합해서 2009년 8.6조원으로 추정됨.

<그림> 국민의료비의 구조와 재원구성

국민의료비 (Total Health Expenditure)						
경상의료비 (Current Health Expenditure)					집단 의료비 (E)	자본 형성 (F)
개인의료비 (Personal Health Expenditure)						
	실손형 민간 의보 (B)	법정 본인부담금 (C)	비급여 본인부담금 (D)			
건강보험급여비(A1)						
의료급여급여비(A2)						
산재보험급여비(A3)	건보(B1)	건보(C1)	건보(D1)	공	공	
기타 (A4)	의료급여(B2)	의료급여(C2)	의료급여(D2)	공	공	
	자보(B3)	기타(C4)	산재-자보(D3)	재	재	
	기타(B4)		기타(D4)	원	원	
공공자원(A)	민간자원(B+C+D)					
사전지불 의료비(A+B)	가계직접부담 의료비(C+D)			E'	F'	
				E''	F''	

출처: 정형선, 건강보험 보장성 지표 개발연구, 국민건강보험공단, 2010

- 주: 1) 각 항목의 넓이는 실제의 의료비 규모를 어느 정도 감안한 것임. 단, 높이는 관계없음.  
 2) 성형비용과 같은 항목을 '비보험'으로 구분하는 경우도 있으나 '성형비용'은 의료비에 속하지 않으므로 이 그림에 처음부터 포함되지 않음.  
 3) '본인부담'의 전체 규모는 'B+C+D'가 되고, 이중 가계직접부담 의료비는 실손형민간의보에서 지급되는 부분(B)을 차감한 'C+D'가 됨. 다만, 정액형민간의보의 지급분도 어느 정도 의료비 부담의 경감 역할을 한다는 점에서 이를 전부 'C+D'에 포함하게 되면 가계직접부담이 과장되는 측면이 있으나, 현실적으로는 이 부분을 정확히 구분해 내기 어려움.  
 4) 법정비급여와 임의비급여의 구분은 의료보장정책에 따라 유동적이고 본 연구에서는 실익이 없는 구분 이므로 표시하지 않음.

## 2. 의료보장 재원으로서의 민영보험

- 보장성 지표로는 **공공재원(public financing)비율**과 **사전지불(prepayment)재원비율**이 주로 사용됨.
  - **공공재원(public financing)비율**: 조세와 사회보험료와 같은 공공재원(public financing)이 의료비에서 차지하는 비중을 보장성의 지표로 정의함. 민영보험료에 의한 의료이용 부담의 경감은 민간재원이므로 보장성 지표의 분자에서 제외함.
  - **사전지불(prepayment)비율**: 조세, 보험료와 같이 사전적으로 집적(pooling)된 재원이 의료비에서 차지하는 비중을 보장성 지표로 정의함. 이용단계에서의 부담을 얼마나 줄여주는가에 보장성의 초점을 맞춘 것임. 특히 민간보험의 비중이 크고 이를 보충적으로 활용하는 국가와의 비교에 있어서 이 지표의 활용도가 있음 (OECD, 2004; WHO, 2008).
  - ‘공공재원(public financing)의 비중’에 따른 보장성 지표의 경우 분자에 해당하는 것은 <그림>의 ‘A’가 되며, ‘사전지불(prepayment)의 비중’에 따른 보장성 지표는 ‘A+B’가 됨. 즉, 실손형 민간보험의 크기가 양자의 차이를 가져옴. 실손형 민영보험이 공보험의 보충적 역할을 수행할 수 있도록 제도 설정이 되는 경우 ‘사전지불 비율’의 지표적 효용성이 커지게 됨.
  
- 2009년 국민의료비에서의 공공재원비율은 58.2%, 사전재원비율은 67.6%임
  - 양자의 차이는 대부분 민영보험재원(3.8조원)으로 국민의료비에서의 비중은 5.2%임.

### 3. 프랑스의 민영보험

- 공공건강보험제도의 보충적(complementary) 역할을 하는 민영보험
  - 프랑스의 민간의료보험은 인구의 87%를 대상으로 공공건강보험의 본인부담을 보상해주는 소위 본인부담보충형보험(assurance complémentaire privée)임
  - 민간의료보험이 일정 인구집단에게는 일차적(primary) 의료보장이 되는, 즉 민간의료보험이 유일한 급여(의료보장) 형태가 되는 미국, 네덜란드, 독일에서의 역할과 다르고, 민간의료보험이 인구의 66%의 국민을 대상으로 공공채원으로 보상되지 않는 처방약품과 치과 치료에 대한 보상을 하는 추가적/비급여보충적(supplementary) 보험시장을 가지는 캐나다에서의 역할과도 다르며, 국가보건서비스(NHS)라는 공적 시스템에서 대기시간이 긴 경우 민간부문을 통해 의료서비스에 빨리 접근할 수 있게 하는 중복적(duplicate) 시장을 가진 아일랜드(52%), 호주(43%), 뉴질랜드(33%)에서의 역할과도 다름. 1996년부터 전체 거주 인구의 기본건강보험 가입을 의무화한 스위스가 비교적 프랑스와 비슷함
  
- 프랑스 민간의료보험의 종류
  - 프랑스의 보충형 민간의료보험 조직에는 비영리 조직인 뮈튀엘, 또 다른 비영리 조직인 프레브와양스금고(caisses de prévoyance) 그리고 상업조직인 민간보험회사(assurances commerciales privées)가 있음.
  - 뮈튀엘(Mutuelles)은 민간의료보험들이 지불하는 전체 급여액의 60% 가까이를 점하고, 프레브와양스금고가 15-20%를 차지하며, 민간보험회사의 시장 점유율은 20%를 조금 넘는 정도임

<표> 프랑스의 공공건강보험제도

제도명		대상가입자	보험자	적용인구(%)
근로자제도	일반제도	일반상공업근로자	질병금고 (CNAMTS, CRAM, CPAM)	84%
	특별제도	국철직원	국철공제조합	4%
		광산종사자	광산부조조합	
		선원	전국선원장애자기관	
		국가공무원	급여는 일반제도 보험자 사무는 공무원공제조합	
		프랑스 전력 및 가스회사	급여는 일반제도 보험자	
		파리지하철공사직원	질병·출산보험조정금고	
	프랑스수도회사직원	네프춘공제조합		
자영업자제도	상공업자영업자	자영업자질병금고(CANAM)	5%	
	성직자	성직자퇴직신용금고		
농업제도	농업자영업자	농업상호부조중앙금고 농업복지공제금고	7%	



# 민영의료보험 표준화

-실손형을 중심으로

삼성화재 보험금융연구소  
최낙천

## 목차

- 실손형 민영의료보험 표준화의 배경, 내용과 영향
- 민영의료보험 표준화와 관련된 이슈들

## 실손형 민영의료보험의 표준화

- **배경: 민영의료보험 시장에서의 문제들**
  - 의료 이용량 증가(고령화, 의료서비스 고급화, **도덕적 해이, 과잉 진료**)로 국민건강보험의 재정과 보험사의 재무건전성 악화
  - 생보업계의 실손형 민영의료보험시장 진입 이후 생손보간 약관의 차이에 의한 혼선과 민원 증가
  - 보험계약자 보호의 필요성 증대
    - 시장성숙에 따른 Sellers' Market에서 Buyers' Market으로의 전환
    - 소비자보호 의식의 성숙
    - IT 산업의 발달

## 1. 상품의 표준화

- “보험업감독규정” 개정을 통해 생·손보업계에 공통으로 적용되는 **표준약관**을 '09. 10. 1 부터 시행
  - **주요내용:**
    - 입원 보상비율 100%에서 90%로 축소(본인부담상한은 200만원)
    - 통원 공제(Deductible) 상향조정 및 요양기관 급별 차등화
    - 입원의료비 보장금액 상한의 통일(5,000만원)
    - 보장범위 확대(한방통원, 치과상해, 항문관련질환 등)
- \* 소비자 보호와 도덕적 해이 문제에 대한 고민의 결과

## 손보사 실손형 민영의료보험 실적추이

연도	위험보험료 (억원)	사고 건수	손해액 (억원)	건당 손해 액(만원)	손해율 (%)
FY2003	3,523	1,007,613	4,651	43.16	<b>132.0</b>
FY2004	3,743	1,143,679	4,852	42.42	<b>129.6</b>
FY2005	5,129	1,606,483	5,945	37.01	<b>115.9</b>
FY2006	6,523	2,332,228	7,163	30.71	<b>109.8</b>
FY2007	8,613	3,382,472	9,470	28.00	<b>109.9</b>

\*자료출처: 이성남, 최영희 공동 정책토론회, 2010.7.13

(원출처: 보험개발원내부자료)

- 실손형 민영의료보험 시장이 빠른 속도로 성장
  - 2003년~2007년 간의 위험보험료 연평균 증가율은 약 20 %
- 손해율은 2000년대 중반이후 하락추세를 보이거나 여전히 100% 대를 초과

## 2. 보험금 청구 및 지급절차의 표준화

- “민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안)”
- 주요내용
  - 제 3자 청구방식 도입
    - 의료기관은 피보험자로부터 진료비를 수납받고, 민영의료보험 관리기관에 전산매체 또는 전자문서교환방식을 통해 환자부담분 진료비 심사를 청구
  - 민영의료보험 진료수가기준 마련
    - 병원 자율에 맡겨져 있던 비급여부분에 대한 수가기준이 마련
  - 민영의료보험 운영기관의 도입
    - 민영의료보험 심사평가위원회를 두고 급여비용의 심사 및 민영의료급여의 적정성에 대한 평가 업무 수행(국민건강 심평원에 위탁가능)
- \* 소비자 보호와 과잉진료문제에 대한 고민의 결과

## 표준화의 영향

- 소비자 이익 증진
  - 보험상품에 대한 이해도 향상에 의한 불완전 판매와 분쟁의 감소
  - 청구절차상의 시간절약과 기존에 미청구되던 소액청구 증가
- 민영 건강보험시장의 변화
  - 가격경쟁 심화
  - 역선택 심화와 보험사의 언더라이팅의 강화는 시장의 위축을 가져옴
  - 보험사 전략의 변화: 보험과 기타 서비스 상품의 Bundling 예상됨
    - 기존의 건강보험과 장재서비스, 건강관리서비스 등이 결합판매
    - 사회의 고령화에 따른 다양한 수요 존재
    - 가격경쟁(Price Competition)이 아닌 보험외적 서비스의 품질경쟁(Quality Competition)
    - 고위험군으로의 보험시장 확대의 어려움

## What should be discussed? (1)

### - 표준화의 정도& 역선택

- 공급자 중심에서 소비자 중심으로의 보험시장 패러다임의 재편
  - 소비자 보호를 위한 민영의료보험의 표준화는 거스를 수 없는 대세
- 어느 수준까지 표준화를 할 것인가?
  - 자동차 보험처럼 가격까지 규제
- 표준화 과정에서 미해결로 남아 있는 문제들을 어떻게 풀어가야 할 것인가?
  - 의료비 상승 억제 수단: 민영의료보험 지불제도 개선(?)
  - 역선택: 임의 가입보험의 피할수 없는 문제로, 의료접근의 불평등 문제의 근본적 원인

## What should be discussed? (2)

### - 민영의료보험과 국민건강보험의 관계

- 민영의료보험 상호간의 긍정적 역할인정
  - 민영의료보험은 급여부분과 비급여 부분을 모두 보장한다는 측면에서 국민건강보험에 대하여 보충적, 보완적 역할을 동시에 수행
  - 민영건강보험 또한 국민건강관련 산업의 공공적 성격을 인지
- 민영의료보험과 국민건강보험의 상호성 인지
  - 민영의료보험 시장에서의 도덕적 해이가 국민건강보험에 재정적 부담을 가중시킬 수 있듯, 의료기관에 대한 국민건강보험의 인색한 지급은 민영의료보험으로의 재정적 부담을 이전(Cost Shifting)시킬 수 있음
- 보험 사각지대에 놓인 의료서비스로의 보장 확대와 이를 위한 민영 의료보험의 활성화 방안을 논의하기에 앞서 국민건강보험과 민영의료보험의 보장범위에 대한 근본적 고민이 요구됨

# 민간의료보험의 한계와 문제점

허 순 임

(서울시립대 행정학과)

## 1. 의료재원조달방안으로서의 한계

- 위험분산 기능에 있어서의 한계
  - 선택적 가입은 위험분산의 한계를 안고 있음
    - 보험사의 위험선택(favorable selection) 또는 환자의 역선택(adverse selection)의 가능성. 양자 모두 강제가입에 비하여 위험분산 기능 작음.
  - 수요와 혜택의 불균형
    - 건강위험이 높고 지불능력이 낮은 경우 수요가 높은 반면, 이들의 (지속적)가입 가능성이 낮으므로 건강 위험 보장은 낮아짐.
    - 사회경제적 계층 간의 분포의 문제 대두
- 시장규모의 성장에 비례하여 재원조달 기능이 비례하여 커지는 것은 아님

## 2. 의사결정방식의 한계

- 가입자의 의사결정 참여 한계
  - 가입자의 선택권은 가입선택(시장 가격에 대한 동의 여부)에 있음
    - 보험사의 선택 역시 존재하므로 가입자의 선택의사가 100% 수용되기 어려운 점
  - 보험료, 급여 등의 결정에 있어서 가입자의 요구가 전달되기 어려움
    - 시장 영역에서의 결정은 공급자가 제공하는 상품에 대하여 소비자의 판단으로 이루어지므로, 공적 보장체계에서와 같이 정기적·지속적으로 참여할 수 있는 의사결정체계를 가지기 어려움
    - 건강보험의 경우는 보험료(contribution)에 대한 협상과 요구가 가능한 반면, 시장의 구매자는 협상이나 요구가 어려움
- 의료공급자와 보험자의 관계 변화
  - 의료공급자와 보험자는 협상과 계약의 관계로서 segmented market으로서의 의미가 강해질 것임
    - 공적보장체계에서와 같이 전체 대표로서의 협상은 불가능

### 3. 사회연대에 대한 영향

- 시민적 삶에 사회연대의 중요성
  - “사회연대: 동등한 사람들 사이의 사회적 결합” (Rainer Zoll)
  - 구성원의 동등한 가치·권리를 인정, 공유하는 가치와 목표 및 규범
- 시장에서의 개인적 결정은 사회연대와 부합하기 어려움
  - 개인의 욕구와 이익 달성의 가치를 추구하는 것은 사회구성원의 동등한 권리를 인정하고 공유하기 위한 공동체 의식과 상반되는 측면
  - 민간의료보험의 성장은 공적 보장체계의 개선을 위한 논의에 걸림돌이 될 수 있음
- 건강위험 보장에 대한 사회연대의 필요성에 대한 물음이 필요함

### 4. 국내 민간의료보험 성장의 특성

- 유럽 국가들과 달리 공적보장체계의 한계가 많은 상황에서 성장
  - 유럽에서는 공적 재원조달의 부담을 덜고자 보완적인 역할로서 민간의료보험 등장
  - 유럽에서는 공적 보장체계에 대한 영향이 제한적인 반면, 국내 상황은 상당한 영향이 있을 수 있음
- 산업의 영역으로 접근하는 측면