

민간 의료보험제도 도입의 이슈

- 민간 의료보험활성화 주장에 대한 사회보장 관점에서 비판적 검토 -

이 용 갑¹⁾ · 허 순 임 · 전 창 배 · 서 남 규 · 이 상 이(건강보험연구센터)

I. 머리 글

우리나라 보건의료체계는 현재 커다란 변혁기를 경험하고 있다. 참여정부가 보다 바람직한 보건의료체계의 구축을 위하여 공공의료의 확대, 국민건강보험의 보장성 강화 및 의료산업화를 동시에 진행시키고 있기 때문이다. 공공의료 확대와 국민건강보험의 보장성 강화는 보건의료의 공공성 확충을 통한 의료보장성의 강화라는 보건의료정책적 차원에서 추진되고 있다. 공공의료의 확대는 2009년까지 약 4조 3천억 원을 투자하여 공공의료의 비중을 병상기준 30%로의 확대하고자 하는 것이다. 국민건강보험의 보장성 강화는 2008년까지 약 3조 5천억 원을 투입하여 국민건강보험의 보장성을 71.5%로 강화하는 것을 목표로 하고 있다. 반면에 의료산업화는 의료서비스분야에 대한 민간 자본의 투자를 촉진하기 위하여 영리법인 의료기관의 허용과 민간 의료보험의 활성화를 추진하고 있다.

민간 의료보험 시장규모는 보험료 기준으로 2005년의 경우 최대 10.1조 원으로 추정되고 있다. 또한 민간 의료보험은 정액방식의 암보험, 정액방식의 다질환보장, 후불방식의 준실손형 의료보험을 거쳐 지난 9월 1일부터 실손형 의료보험이 판매되고 있으며, 향후 병원과 연계되어 국민건강보험과 부분적으로 경쟁하는 의료보험 및 국민건강보험을 대체하는 포괄적 의료보험까지 논의되고 있는 상황이다.

이와 같은 상황에서 민간 의료보험의 활성화는 두 가지 관점에서 논의될 수 있다: 첫 번째 논의는 의료산업화의 틀에서 제기된 민간 의료보험의 활성화이다. 이는 의료산업화가 주장하는 영리법인 의료기관이 허용될 경우 진료비 지불자의 역할을 수행하는 민간 의료보험의 역할과 기능에 관한 논의이다. 두 번째 논의는 개인의 선택의 자유를 보장하는 의미에서 민간 의료보험을 활성화에 관한 논의이다. 이는 국민건강보험이라는 한 개의 사회보험이 전 국민에

1) 건강보험연구센터 책임연구원, e-mail: lankwitzer@nhic.or.kr

대한 의료보장을 기본적으로 제공하는 우리나라의 상황에서 의료보장의 기본 구조에 대한 재검토를 요구하는 근본적 문제제기라고 할 수 있다.

이 글은 의료산업화를 위한 민간 의료보험의 활성화 주장을 비판적으로 검토하고, 사회보장의 관점에서 개인선택의 자유를 보장하면서 국민에 대한 의료보장에 기여할 수 있는 민간 의료보험의 역할과 기능을 검토하고자 한다. 이에 따라 이 글은 먼저, 민간 의료보험의 개념과 실체를 파악하고, 의료산업화논의에서의 민간 의료보험활성화에 대하여 비판적으로 검토하고자 한다. 그리고 이 글은 개인의 선택의 자유를 보장하면서 동시에 국민건강보험이 전 국민에 대한 의료보장을 제공하는 상황에서 민간 의료보험이 국민을 위한 의료보장에 적절한 기여를 할 수 있는 역할과 발전방안을 검토하게 된다.

II. 민간 의료보험의 개념과 실체

의료보험은 운영주체 및 강제적용 여부 등을 기준으로 공적 의료보험제도와 민간 의료보험 제도로 구분할 수 있다. 일반적으로 공적 의료보험은 국민 전체의 건강생활을 보장하기 위한 사회보장의 한 축으로 의무가입이 원칙이며 국가나 지방자치단체 또는 공법인이 운영하고 있다. 반면, 민간 의료보험은 의료보장과 수익창출을 교환으로 임의가입을 원칙으로 보험회사나 공제조합 등에 의해서 운영되고 있다(<표 1> 참조).

<표 1> 공적 의료보험과 민간 의료보험의 비교

공적 의료보험	민간 의료보험
<ul style="list-style-type: none"> ○ 강제가입(고도선진의료를 제외한 대부분의 질병으로부터 보호) ○ 전 국민을 위험대상집단으로 설정함으로써 경영의 안정성이 도모됨 ○ 부담은 소득에 따라 납부하고, 급여는 필요에 제공함 ○ 비용의식이 희박하고, 의료비가 증대될 가능성이 높음 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 임의가입(이미 질병에 걸린 사람과 저소득자 등은 사실상 가입하기 어려움) ○ 공적 의료가 제공하지 않는 부가적인 부분을 제공함. ○ 보험집단으로서의 크기가 한계가 있고 경영상의 위험을 피하기 어려움 ○ 위험의 크기에 따라 보험료를 부담하고, 급여에는 일정한 제한이 있음.

출처: 이진석, 2005

민간 의료보험의 실제 모습은 보험회사의 상품개발형태에 따라 다양하다. 하지만 다양한 종류의 민간 의료보험은 일반적으로 공적 의료보험과의 관계 및 민간 의료보험이 제공하는 의료서비스의 범주를 기준으로 구분할 수 있다. 먼저 민간 의료보험을 공적 의료보험과의 관계를 기준으로 구분하면, 보충형(complementary), 대체형(substitutionary) 또는 경쟁형(alternative) 및 이중형(dual) 또는 병렬형(parallel)으로 분류할 수 있다(<표 2> 참조). 보충형 민간 의료보

협의 경우 사회보험(SHI)이나 국민건강보험(NHI) 또는 NHS에 의해 전 국민에 대한 의료보장이 일반적으로 실시되고 있는 상황에서 법정 본인부담 혹은 비급여에 대한 보장을 위한 보험 상품으로 판매되고 있다. 보충형 민간 의료보험이 판매되고 있는 대표적인 국가는 우리나라뿐만 아니라 프랑스, 캐나다, 스웨덴 등이다. 우리나라의 경우 민간 의료보험은 기본적으로 ‘보충형’이지만, 법정 본인부담금과 비급여에 대한 본인부담금 모두 보장하는 유형이라고 할 수 있다. 대체형(경쟁형) 민간 의료보험의 경우 개인은 공적 의료보장과 민간 의료보험 중 하나를 선택할 수 있다. 칠레의 경우 전 국민이 FONASA라는 공적 의료보험이나, ISAPRE라는 민간 의료보험 중에서 임의로 선택할 수 있도록 허용하고 있다. 반면에 독일의 경우 상대적으로 소득수준이 높아 국가가 의료보장의 차원에서 보호할 필요가 없는 일부 계층에 대해서만 대체형 민간 의료보험에의 가입을 허용하고 있다. 이중형 또는 병렬형 민간 의료보험의 경우 모든 국민은 공적 의료보장의 강제적용대상이지만, 민간 의료보험 가입자가 희망할 경우 공적 의료보장의 급여도 민간 의료보험을 이용하여 제공받을 수 있는 구조이다. 의료보장 구조가 기본적으로 NHS인 영국, 호주, 뉴질랜드 및 아일랜드가 이중형 또는 병렬형 민간 의료보험을 허용하고 있다.

<표 2> 민간 의료보험의 분류 I: 민간 의료보험과 공적 의료보험과의 관계 기준

	특성	국가
보충형	본인부담 혹은 비급여에 대한 보장	한국, 프랑스
대체형	공적 의료보장과 민간 의료보험 중 하나를 선택 가능	칠레, 독일
이중형	공적 의료보장의 급여도 민간 의료보험을 이용하여 제공받음	영국, 호주, 아일랜드

<표 3> 민간 의료보험의 분류 II: 민간 의료보험이 제공하는 의료서비스 범주 기준

		공적 의료보장 적용여부	
		적용	비적용
민간 의료보험이 제공하는 급여	공적 의료보험과 동일	중복형 (영국, 아일랜드, 오스트리아, 스페인, 이태리)	대체형 (미국, 독일, 네덜란드, 칠레)
	공적 의료보험의 법정 본인부담금	보완형 (프랑스, 미국)	
	법정 본인부담외	보충형 (칠레, 네덜란드, 독일, 캐나다)	

민간 의료보험을 분류하는 두 번째 기준은 민간 의료보험이 제공하는 의료서비스의 범주이다. 이 기준에 따라 민간 의료보험은 중복형(overlapping), 대체형(substitutionary) 보완형(supplementary) 및 보충형(complementary)으로 구분된다(<표 3> 참조). 중복형 민간 의료보험의 경우 공적 의료보장이 적용되는 상황에서 민간 의료보험이 공적 의료보험과 동일한 급여를 제공한다. 중복형 민간 의료보험을 허용하는 대표적 국가는 영국, 아일랜드, 오스트리아, 스페인 및 이태리

이다. 대체형 민간 의료보험의 경우는 일부 계층에게는 공적 의료보장을 실시하지 않는 상황에서 민간 의료보험이 이들 사회계층에 대하여 공적 의료보장과 같은 급여를 제공한다. 대체형 민간 의료보험을 허용하는 대표적 국가는 미국, 독일, 및 칠레이다. 보완형 민간 의료보험은 공적 의료보험의 법정 본인부담금을 민간 의료보험이 제공하는 경우이며, 대표적인 국가가 프랑스이다. 반면에 보충형 민간 의료보험은 공적 의료보험의 법정 본인부담금 이외의 부분을 민간 의료보험이 제공하는 경우로, 대표적 국가가 칠레, 네덜란드, 독일, 캐나다이다.

사회보험 또는 NHS로 전 국민에 대하여 의료보장을 실시하고 있는 주요 EU 회원국가들의 민간 의료보험 가입실태는 기본적으로 매우 낮은 수준이다. 대체형 민간 의료보험의 경우 일부 국가를 제외하고는 거의 없으며, 소득수준에 따라 민간 의료보험에의 가입을 허용하는 독일의 경우는 가입율이 9%, 네덜란드의 경우는 24%가 예외적인 사례이다. 또한 보완형 또는 보충형 민간 의료보험의 규모는 국가에 따라 차이가 있으나, 법정 본인부담금을 급여로 지급하는 프랑스, 룩셈부르크 등 일부 국가를 제외하고 규모가 크지 않다(<표 4> 참조)

<표 4> 국가별 민간 의료보험가입규모

국가	대체형	보완형/보충형
오스트리아(1999)	0.2%	18.8%(보완형); 12.9%(보충형, 병원입원비용)
벨기에(2000)	7.1%	30-50%(보완형)
덴마크(1999)	없음	28% (주로 보완형, 일부 보충형)
핀란드(1996)	없음	7세미만: 34.8%(보충형); 7-17세: 25.7%(보충형) 성인: 6.7%(보충형)
프랑스(2000)	극히 일부	85%: 1998(보완형) 94%: 2000년 추계(보완형)
독일(1999)	9%	9%
그리스(2000)	없음	10%(보충형)
아일랜드(2000)	없음	45%
이태리(1999)	없음	15.6%
룩셈부르크(2000)	없음	70%(주로 보완형)
네덜란드(1999)	24.7%	60%(보완형), 극히 일부(보충형)
포르투갈(1998)	없음	12%(주로 보충형)
스페인(1999)	0.6%	11.4%
스웨덴(1999)	없음	1.0-1.5%(주로 보충형)
영국(2000)	없음	11.5%(주로 보충형)

출처: Mossialos, et al., 2004

국민건강보험의 법정 본인부담분 또는 비급여에 대한 보장을 제공하는 우리나라의 민간 의료보험의 실제 모습은 크게 질병보험, 특정질병보험 및 손실보상형 질병보험 세 가지로 구분

된다. 첫째, 민간 의료보험의 가장 대표적인 형태인 질병보험은 1970년대 후반부터 판매된 ‘부인병보험’과 ‘성인병보험’이 그 시작이었으며, 본격적인 성장은 1980년대부터 판매되기 시작한 암보험부터이다. 암보험의 급여는 암진단자금, 암입원비, 암수술비, 암요양비 및 암통원치료비 등이 있다. 둘째, 특정질병보험은 암 외에 우리나라의 주요한 질병인 뇌졸중, 심근경색 등을 포함한 특정질환에 대한 급여를 제공하고 있다.²⁾ 특정질병보험은 남성, 여성, 어린이 등으로 가입대상을 한정화하여 개발되었으나, 급여는 대부분 암 및 특정질환으로 인한 진단금부, 수술 및 입원비를 정액으로 보장하고 있는 실정이다. 특정질병보험은 주계약 외에 진단확정시 지급하는 진단생활비 특약, 장기간호 특약, 질병 또는 재해로 인한 입원 특약, 사망보장 등 다양한 특약상품을 추가로 선택할 수 있도록 상품이 다양화되어 있다. 2002년 하반기부터 판매되고 있는 치명적 질병보험(Critical Illness:CI)상품은 중대한 암, 뇌졸중, 심근경색 등 질병으로 고액의 치료비가 요구되는 경우, 질병발병시 보장금액의 일부(50~100%) 또는 일정 금액을 생전에 지급하고 나머지 금액을 사망시 지급하는 상품이다. 치명적 질병보험은 기존의 특정질병보험과 기본적으로 동일하지만, 보장하는 질병에 대한 명확한 정의를 약관에 명시하거나, 위험이 높을 경우 할증보험료를 부과하는 등 이전 보험료산정 관행과 차별화된 민간 의료보험상품이라고 할 수 있다. 셋째, 손실보상형 질병보험은 질병으로 발생한 경제적 손실을 보상하는 민간 의료보험상품으로, 발생한 손실에 대하여 발생한 부분만큼만 보상하는 실손보상형 상품과 발생한 손실의 규모와 무관하게 일정액만 보상하는 정액보상형 상품으로 구분된다. 실손보상형 민간 의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않았던 또는 보장하지 못하고 있는 MRI, 초음파, 선택진료비, 상급병실 이용료 등과 관련된 비용을 보장하고, 본인부담금의 일정 비율을 일정 한도금액까지 보상해주고 있기 때문에 국민건강보험에 대한 보충형 및 보완형 민간 의료보험 상품이라고 할 수 있다. 2005년 9월부터는 손해보험사만이 판매하던 실손보상형 민간 의료보험을 생명보험회사들도 판매할 수 있게 되었다.

우리나라 민간 의료보험의 시장 규모는 보험료 수입이 2001년 이후 매년 지속적으로 10~20% 이상 증가함에 따라 급격하게 팽창하고 있다. 장래의 민간 의료비 지출증가와 민간 의료비 지출에서 차지하는 민간 의료보험료의 비중 증가율을 이용하여 민간 의료보험시장의 규모를 예측한 분석에 의하면 민간 의료보험의 시장규모는 2001년에는 4조 5,803억원, 2003년에는 6조 9,912억원, 그리고 2005년에는 10조 6,683억으로 증가할 것으로 예상된다. 이는 전체 의료비의 21.4%이며, 민간 의료비 지출의 약 45% 수준이다(정기택 외, 2005 참조).³⁾

2) 여기서 특정질환이란 통계청에서 발간한 「한국표준질병사인분류」에 따른 질병으로서, 3대 질병보험이란 암, 뇌혈관질환, 허혈성질환을 말하며, 7대 질병이란 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성 호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 가리킨다.

3) 민간 의료보험은 그 개념정의에 따라 추정방식이 다르게 나타난다. 특히 저축성 보험방식이나 연금과 결부된 형태로 상품이 판매되는 경우가 있어 그 추정이 더 어렵다. 보험료 수입을 기준으로 할 때, 이진석 등(2005)은 저축성 보험을 제외한 2005년 추정치를 7조6천억 원으로 제시하였지만, 생명보험협회(2005)에서는 2004년에 이미 9조 8천억 원을 넘어선 것으로 보고하였다.

<표 5> 민간 의료보험시장의 규모 예측

(단위 : 100만원, %)

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
전체 의료비 지출 총액	33,749,935	37,163,326	40,952,962	45,193,123	49,930,220
공공 의료비 지출 총액	15,501,397	17,648,340	20,083,635	22,875,465	26,063,717
민간 의료비 지출 총액	18,248,538	19,514,986	20,869,327	22,317,658	23,866,503
민간 의료보험료 수입 총액	4,580,383	5,659,346	6,991,224	8,636,933	10,668,327
민간 의료비지출 중 민간 의료보험료의 비율	25.1	29.0	33.5	38.7	44.7

출처: 정기택 외, 2005

Ⅲ. 의료산업화론의 민간 의료보험의 활성화론에 대한 비판적 검토

1. 의료산업화론

의료산업화는 부가가치가 높은 의약품, 의료기기 등 생산재 부분과 의료서비스 부분을 육성하여 경제발전에 기여하고, 고용을 창출하며, 아울러 경쟁을 통한 의료의 질 향상과 다양하고 고급화된 소비자의 의료수요를 충족시키고자 하는 취지에서 추진되고 있는 일련의 정책적 흐름이라고 할 수 있다. 의료산업을 국가적 차원에서 육성하고 지원하는 정책에 대한 논의는 1990년대 중반부터 지속적으로 이루어져 왔다. 참여정부 이전에는 신약, 의과학, 의료장비, 식품 분야에서의 연구·개발에 대한 국가적 지원이 핵심 내용이었으나, 참여정부 이후에는 서비스산업강화라는 큰 틀에서 의료서비스 산업의 활성화를 추진하고 있다.⁴⁾ 현재 논의되고 있는 의료산업화의 정책목표는 다음과 같은 네 가지로 요약할 수 있다: 첫째, 고부가가치 창출을 위한 고가 의료서비스의 개발을 통한 서비스산업의 경쟁력강화; 둘째, 의료서비스 분야의 고용 창출; 셋째, 소득양극화의 심화에 따라 소비력이 증가한 중상층 이상의 사회계층이 요구하는 다양하고 고급화된 의료수요의 충족; 넷째, 의료기관들간의 시장경쟁을 통한 의료서비스의 질 향상.

4) 이와 같은 의료산업화론은 대외적으로는 WTO DDA에 따른 의료시장 개방, 사회적으로는 인구구조의 고령화와 소득양극화에 따른 추가적 지출이 가능한 중상층이상의 인구계층의 증가 및 고급 의료서비스에 대한 수요 증가, 산업정책적으로는 새로운 산업부문으로 서비스 산업의 경쟁력 강화정책을 시대적 배경으로 등장하였다. 따라서 의료산업화론은 민간 자본의 투자가 활성화된 서비스산업으로서 부가가치창출을 극대화하기 위하여 공공성과 규제로 특징이 지워진 의료산업부문의 경쟁력을 강화하고자 하는 보건의료부문에 대한 성장주의적 산업정책이라고 할 수 있다. 경제계는 의료산업을 “고령화시대에 가장 유망한 캐시 카우(cash cow)”라고 평가하고 있다(삼성경제연구소, 2005).

현재 논의 중인 의료산업화론은 이러한 정책목표를 달성하기 위해 ‘영리법인 의료기관의 허용’과 ‘민간 의료보험의 활성화’를 정책수단으로 제시하면서 의료서비스부문에 대한 민간자본의 투자를 촉진하고자 한다. 의료산업화론은 영리법인 의료기관이 허용될 경우 병원산업의 성장이 촉진되고, 규제완화에 따른 병원산업의 효율화가 가능하며, 의료서비스의 질 향상이 유도되고, 고급 의료서비스를 추구하는 계층에게 선택의 폭 제공됨에 따라 연간 약 1조원의 의료비의 해외 유출이 방지된다고 주장하고 있다. 또한 의료산업화론은 민간 의료보험이 활성화될 경우 가입자에게 선택의 자유가 보장되며, 국민건강보험이 보장하지 않는 의료서비스를 제공함으로써 건강보험의 보장성이 보완되고 보험료 인상이 억제되며, 의료기관의 의료서비스 제공방식이 다양화될 수 있다고 주장한다.

2. 의료산업화론이 주장하는 민간 의료보험 활성화 논리

의료산업화론에서 제기하는 민간 의료보험을 활성화하자는 주장은 다음과 같이 정리될 수 있다(<표 6> 참조).

첫째, 부족한 의료재원의 마련: 현재 우리나라 건강보험제도의 보장성이 부족하고 재원을 마련하기가 어렵기 때문에 민간자본을 끌어들여야 한다. 둘째, 효율성 제고: 보험자들 사이의 경쟁을 통해 효율성을 제고할 수 있다. 선택적 재계약을 통해 의료의 질 향상 및 의료비용을 감소함으로써 의료체계의 효율성을 제고할 수 있다. 셋째, 국민의 다양한 욕구 충족: 선택의 다양성을 높여서 국민의 욕구를 충족시킨다. 넷째, 의료산업 경쟁력 강화: 효율성 제고와 국민의 다양한 욕구 충족의 결과로 나타나는 효과이다. 또한, 신규 의료수요의 창출에 의해 의료분야에서의 기술개발 및 혁신 효과를 유발한다. 다섯째, 이상과 같이 제시된 효과를 달성하기 위해서는 보충형 민간 의료보험을 활성화해야 한다.

<표 6> 민간 의료보험의 활성화 주장의 논리

필요성	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재정적 한계로 국민건강보험의 의료보장 수준 미흡 ○ 보험재정안정과 국민의료비 절감을 위한 저수가 구조 유지 ○ 의료분야 연구개발 투자 부족
방 안	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보충형 민간 의료보험의 활성화 - 기존 국민건강보험을 주보험으로 하고, 보충형 민간 의료보험 가입을 선택적으로 허용
기대효과	<ul style="list-style-type: none"> ○ 추가적인 재정부담 없이 사회전반의 의료보장 수준 제고 ○ 신규 의료수요의 창출에 의해 의료분야에서의 기술개발 및 혁신 효과유발 ○ 의료산업의 경쟁력 강화 ○ 선택적 재계약을 통해 의료의 질 향상 및 의료비용 감소

출처: 박기영, 2005에서 정리

이에 따라 의료산업화론이 상정하는 국민건강보험과 민간 의료보험과의 역할과 기능 정립은 다음과 같다(최병호, 2005 참조): 첫째, 국민건강보험에 의무 가입과 국민건강보험의 급여 보장 범위는 환자의 입장에서 필수적인 의료서비스에 대한 필수 진료 패키지(Guaranteed Health Care Package)로 한정한다; 둘째, 필수 진료 패키지 내의 모든 서비스를 국민건강보험의 영역 속에 포함시키기에는 재정의 한계가 있을 것이므로 고액 진료비가 소요되는 중증 질환 급여와 예방적 급여를 국민건강보험이 보장하는 일차적인 필수진료로 설정한다; 셋째, 경증질환에 대한 보충 보험에 대해서는 소비자가 민간 의료보험이나 국민건강보험을 선택하도록 한; 넷째, 진료 및 심사 정보는 국민건강보험과 민간 의료보험이 필요한 범위 내에서 상호 공유하도록 한다.

국민들에게 의료보장을 높이기 위해서는 의료재원을 마련해야 하며, 의료체계의 효율성을 높여야 하고, 한편으로 갈수록 다양해지고 있는 국민의 욕구를 충족시키면서 의료산업의 경쟁력을 강화해야 한다는 주장에는 누구나 동의할 것이다. 이 목표가 향후 보건의료정책에서 추구해야 할 중요한 것들임에는 분명하다. 하지만, 민간 의료보험 활성화 주장자들은 의료서비스를 산업적인 측면에서만 바라보기 때문에 보건의료체계의 국축에 있어 ‘국민의료보장’의 완성이라는 가장 중요한 목표를 간과하고 있다. 중요한 것은 민간 의료보험의 활성화가 국민 의료보장의 강화를 유도하는가 하는 것이다. 민간 의료보험 활성화 주장자들은 민간 의료보험 활성화가 국민의료보장을 훼손하는 것이 아니라고 주장하며, 오히려 국민의료보장에 기여한다고 주장한다.

하지만, 그들은 국가의 재정부담을 덜면서 재원을 확충하기만 하면 모든 것이 해결될 것으로 생각하고 있는 듯하다. 민간 의료보험이라는 추가적인 재원을 활성화하여 결과적으로 기존의 국민의료보장체계를 변화시키고자 한다면, 그 혜택이 누구에게 돌아갈 것인가를 가장 우선적으로 고려하여야 한다. 즉, 한 국가의 의료보장체계는 중요한 사회안전망 중의 하나이기 때문에 의료제도의 변화가 사회안전망을 어떻게 변화시킬 것인지를 신중히 고민해야 하는 것이다. 기본적으로 공적 재원은 국민 전체에게 혜택을 줄 수 있지만, 민간 재원은 재원을 투자한 사람들에게만 혜택이 돌아간다. 값비싼 민간 의료보험의 보험료를 낼 수 있는 여유 있는 사람들만이 혜택을 볼 수 있다는 뜻이다. 따라서 민간 의료보험을 활성화하여 민간재원을 끌어들이므로써 국민의료보장에 도움을 주려고 한다면, 심사숙고한 정책적 장치와 규제가 필요하다. 만일 그렇지 않다면, 현재에도 미흡한 국민의료보장체계가 향후 큰 어려움에 봉착하리라는 것은 명백해 보인다. 현재 우리나라는 저소득 취약계층에 대한 사회안전망이 매우 부족한 형편이다. 의료보장의 측면에서 의료비 걱정으로 의료서비스를 이용하는 데 어려움을 느끼는 이들이 전체 국민의 1/4이나 되며, 40%가 넘는 국민들이 의료비가 가계에 큰 부담되는 것으로 느끼고 있다(서남규 등, 2004). 최근 들어 사회의 양극화가 더욱 심해지고 있는 형편이어서, 이를 해결할 수 있는 방안이 필요함에도, 오히려 민간 의료보험의 활성화는 이와는 정반대로 고소득층을 위주로 전개되는 정책이므로 이를 통해 확보되는 재원이 저소득층에게 도움이 되도록 하기는 어려운 것이다.

이에 민간 의료보험 활성화 주장자들은 취약계층에 대한 보장을 제고하려는 목표는 공공의료의 확충 등 다른 정책수단을 통해서도 해결할 수 있다고 주장한다. 즉, 사회안전망으로서 의료보장체계의 구축이라는 목표는 다른 정책수단으로 해결할 수도 있지만, 민간 의료보험의 활성화를 통해서 얻을 수 있게 되는 민간재정의 확충, 다양성의 충족, 선택권 및 효율성의 제고와 의료산업의 육성 등과 같은 목표를 버릴 수는 없지 않겠는가라고 질문하는 것이다. 앞서 언급했듯이 우리도 이러한 목표를 달성하는 것이 매우 중요하다는 데는 전적으로 동의한다. 그러나 이러한 목표를 달성하기 위한 정책수단을 선택하는 것이 대단히 중요한데, 이를 위해서는 수없이 많은 사항들을 고려되어야 한다. 불행하게도 우리나라의 민간 의료보험 활성화 주장자들은 구체적으로 내용을 알 수 없는 모호한 민간 의료보험 활성화가 위에 제시된 목표들을 모두 달성할 수 있을 것이라는 막연한 믿음을 가지고, 이를 우리 사회에 적극 전파하려는 것처럼 보여 많은 사람들로 부터 큰 우려를 자아내고 있다. 여기에서 구체적으로 내용을 알 수 없다고 하는 이유는 민간 의료보험 활성화를 지지하는 이들은 민간 의료보험이 구체적으로 어떠한 영역에 대해 누구에게 보장을 할 것인지에 대한 진지한 고민을 하지 않고 막연한 시장논리만을 전파하고 있다고 생각되어지기 때문이다.

3. 의료산업화론이 주장하는 민간 의료보험 활성화의 구체적인 모습

민간 의료보험을 활성화 주장자들이 주장하는 구체적인 정책수단과 그 효과는 대체형·보충형·보완형 민간 의료보험의 도입에 따른 변화로 구분하여 분석할 수 있다.

(1) 대체형 민간 의료보험: 이원적 의료제도?

대체형 민간 의료보험은 가장 극단적인 주장으로서 요양기관 계약제를 통해 대체형 민간 의료보험을 도입하자는 의미를 띠고 있다. 즉, 민간 의료보험이 본래의 기능을 되찾을 수 있도록 “보험사-개인 양자간의 계약에 의료기관의 참여를 보장해야 함(수가 현실화 및 요양기관 계약제 도입이 선행되어야 함)”을 주장하고 있다. 이 주장을 표면적으로 내세우고 있는 이들이 많지 않으며, 대부분이 보충형태의 민간 의료보험 활성화를 주장하고 있다.⁵⁾ 그러나, 표면

5) 의료시장 개방논의 이전에 민간 의료보험의 도입에 관한 보건복지부의 기존 입장은 도입에 대한 공식적으로 언급이 없었다. 그 동안 보건의료와 관련된 다양한 정부 위원회들이 민간 의료보험이 민간 의료보험의 도입에 대하여 논의를 시작하였다. 1994년 6월에 제출된 「의료보장개혁위원회」의 보고서는 건강보험의 급여범위의 확대와 의료비 경감차원에서 민간의료보험 도입 문제를 논의할 필요성을 지적하였으며, 1997년 「의료개혁위원회」는 한 걸음 더 나아가 민간 의료보험 도입의 필요성을 제기하였다. 정부차원에서 민간 의료보험의 도입 문제가 본격화된 것은 2000년 5월 국무총리실 산하 규제개혁위원회의 결정이다. 규제개혁위원회는 의료보험 재정악화 문제 및 기존 보건의료산업이 국민의 선택과 시장제도를 강조하는 추세를 반영하지 못하고 있음을 지적한 후 민간의료보험을 도입하는 것으로 의견을 수렴하였다. 이에 따른 후속조치로 규제개혁위원회는 보건복지부에게 2000년 11월까지 민간 의료보험의 도입방안에 대한 연구용역을 실시한 후 2000년 말까지 시행계획 규제개혁위원회에 보고하도록 지시하였다. 이에 따라 보건복지부에 설치된 「민간 의료보험 활성화 TF」는 2001

적으로는 보충형태를 주장한다고 하는 이들도 장기적으로는 대체형을 염두에 두고 있는 경우도 많으며, 요양기관 계약제 및 수가 자율화 등을 주장하는 경우가 있다. 이러한 주장은 현재 한국의 상황이나 현실에서 받아들이기 힘든 주장일 뿐만 아니라 전 세계적으로 전례가 없는 형태를 주장하고 있는 것이다. 이들이 주장하는 방안은 이원적 의료보장체계의 마련이다(전국경제인연합회, 2004). 즉, “국가는 건강보험을 통해 기초 의료보장을 책임지고, 민간 의료보험은 소비자의 부가 의료서비스 요구수준을 충족시키는 이원적 의료보장체계의 마련”을 요구하고 있다. 이들은 “의료서비스 수요 충족 수단의 이원화를 통해 발생한 공적보험(국민건강보험)의 여유 재원을 저소득층 의료지원 사업에 집중적으로 투자”할 수 있다고 주장한다. 이 주장은 표면적으로 맞는 것처럼 보이지만, 사회보험의 원리를 무시하고 있을 뿐만 아니라 현실적으로 가능하지 않은 논리이다. 보건의료체계가 이원화되어 국민건강보험의 급여 중 일부나 전부를 혜택 받지 않는 계층이 생기면, 현재에도 건강보험료 납부에 대한 저항이 큰 이들이 건강보험료를 납부하거나 인상하는데 동의할 리가 없는 것이다. 결국, 지금보다 자원조달에 어려움은 더 커지지만, 국민들의 의료수요는 늘어나는 형편이 되어 건강보험이 감당할 수 없는 지경에 이르게 될 것은 자명하다.

이러한 이원적 의료체계를 주장하는 이들은 국민의료보장체계에 초래할 엄청난 악영향에 대해서 깊은 고민 없이 낙관적인 전망을 가지고 있는 것으로 생각된다. 하지만, 지금처럼 건강보험의 보장성이 낮은 상태에서 이원적 의료체제로 나아가자고 주장하기 위해서는 자원마련과 지출소요 등에 대해 구체적이고 명확하게 저소득층에 대한 보장책을 제시해야 할 뿐만 아니라, 전국민 의료보장이 진정 늘어날 수 있는지에 대한 치밀한 검토가 필요하다. 자칫 정책의 결과에 대한 신중한 고려 없이 의료산업화라는 목적만 달성하기 위해 정책수단을 잘못 사용하게 되면, 이들의 주장은 GDP 대비 15%를 의료비로 지출하면서도 4천만 명이 넘는 국민이 의료사각지대에 놓여 있는, 보건의료정책에서 대표적인 실패사례로 꼽히고 있는 미국의 의료제도와 같은 폐해보다 더 심각한 상태에 직면할 수도 있다. 현재와 같은 의료서비스 가격 통제 아래에서도 의료비 지출이 급속히 증가하고 있는 형편인데, 수가를 현실화(실제 내용은 계약에 의한 자유화)하게 되면, 의료비 지출 증가에 가속도가 붙는 것은 너무도 당연하다. 오늘날 모든 국가들이 급상승하는 의료비 지출을 억제하기 위해 전력투구하고 있는 양상과는 정반대의 방향으로 나아가게 되는 것이다.

의료서비스는 대표적으로 정보의 비대칭이 심한 재화이며, 공급자들이 독점적으로 공급하기 때문에 일반적인 재화시장과 같이 시장경쟁에 의한 적정가격의 형성이 기본적으로 어렵다. 계

년 12월에 보건복지부 장관에게 「국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안」라는 제목의 보고서를 제출하였으며, 그 주요 내용은 다음과 같다: 첫째, 최근 선진국들은 의료비 증가의 적정화와 소비자 만족의 증대를 위해 공공-민간 혼합 정책을 시행하고 있음에 따라 국민건강보험과 민간보험의 협력을 통해 의료보장체계를 개선이 필요하다; 둘째, 국민건강보험의 기본 틀을 유지하고, 다양한 욕구충족 및 의료서비스의 질 개선이라는 기준 하에 보충형과 경쟁형의 민간 의료보험이라는 두 가지 대안을 설정할 수 있으며, 우리나라의 현실 수용적 측면에서 보충모형을 활성화하는 것이 타당하다; 셋째, 의료정보 공시 등 민간보험에 대한 소비자 보호조치를 강화하고, 세제 지원 등을 통한 민간보험 육성책이 필요하다(민간 의료보험 활성화 TF, 국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안, 2001. 12. 참조)

다가 아픈 사람이 가격 때문에 반드시 필요한 병의원의 이용을 줄이기도 어려우며(가격에 대한 수요의 비탄력성), 의료비 때문에 병의원을 제대로 이용하지 못한다는 것 자체에서 국가가 국민의료보장의 책임을 방치하는 결과가 된다. 즉, 이원화된 의료체계에서 ‘다양성’의 혜택을 볼 수 있는 계층은 극소수에 지나지 않게 된다. 만일, 국민들의 의료보장을 최대화하고 부가적인 의료서비스 욕구에 대한 충족을 민간 의료보험으로 하여금 담당하게 하자는 것이 민간 의료보험 활성화 주장자들의 의도라면, 이 의도에 충실하기 위해서는 “기초 의료보장”의 수준을 명확히 할 필요가 있다. 예를 들어, 프랑스는 공적보험에서 80% 이상의 보장성을 확보하고 난 후에, 나머지 부분에 대해서도 보장성을 높이기 위해 보충적인 민간 의료보험을 도입하였다.⁶⁾ 우리나라와 같이 공적 보건복지 인프라가 부족한 상황에서는 국민건강보험의 보장성 수준이 약 85% 수준에 도달하여야 마침내 이원적 의료체계 주장자들이 말하는 실질적 “기초 의료보장”을 위한 전제조건이 충족되는 셈이다.

(2) 보충형 민간 의료보험 활성화를 위한 정책수단에 대한 검토

보충형 민간 의료보험 활성화를 위해 이들 주장자들이 제시한 정책 수단은 국민건강보험의 개인정보 공유와 민간 의료보험에 대한 세제 혜택이다. 먼저 “건강보험공단 및 건강보험심사평가원 등이 보유한 질병위험률 및 진료정보 공유”(전국경제인연합회, 2004)하자는 주장은 국민건강보험제도를 훼손하면서 기업 이윤의 극대화를 위하자는 가장 노골적인 주장에 다름 아니다. 이들은 정보 공유의 이유를 “소비자를 위한 다양한 보험 상품의 개발 및 보험회사의 재무건전성 확보를 위해서”라고 한다. 국민건강보험의 기본적인 운영원리는 계층 간 또는 고위험군과 저위험군 간 위험의 분산이라는 사회적 상호부조의 성격을 지닌다. 따라서 국민건강보험의 원리는 위험률을 계산하여 저위험군에게 낮은 보험료를 부과하고 고위험군에 높은 보험료를 부과하는 민간 의료보험의 원리와는 크게 상충된다. 더욱이 민간 의료보험은 고위험군의 가입을 회피함에 따라 재정적인 부담이 큰 고위험군은 건강보험이 떠맡도록 하고 저위험군만을 보장하려고 하는 성향을 지닌다. 이처럼 국민건강보험의 취지를 훼손하고자 하는 정책에 국민건강보험이 동참하라고 압력을 가하는 것은 어불성설이다. 국민건강보험의 운영상의 필요에 의해 수집된 개인정보를 그 목적에 맞지 않게 민간기업에 사용토록 하는 것은 그 자체로 비윤리적이다.

그리고, 민간 의료보험에 대해 세제를 지원하라는 주장에 대해서는 현재 민간 의료보험시장 상황에 대한 냉정한 접근이 필요하다. 현재에도 민간 의료보험은 별도의 큰 규제 없이 무분별하게 엄청난 성장을 거듭하고 있는 상황인데, 세제지원을 통해 얼마나 더 급속한 성장을 유도하겠다는 것인지를 판단해 보아야 한다. 민간 의료보험이 올바른 역할을 수행하면서 건전하게 성장을 한다면 문제가 없지만, 현재의 상황은 그렇지 않을 뿐만 아니라 소비자들의 피해를 늘리고 건강보험의 발전을 저해하고 있는 상황이다. 민간 의료보험에 대한 세제 정책은 민간 의

6) 물론, 프랑스의 경우 보충형 민간 의료보험을 도입한 후 보건의료정책이 실패했다는 평가가 일반적이다. 이점은 뒤에서 보다 상세히 다룰 것이다.

료보험의 역할에 따라 다르게 나타나야 한다. 민간 의료보험이 법정본인부담금처럼 건강보험 제도에서 정책적으로 개인에게 부과하고 있거나, 현재는 건강보험에서 보장을 못하고 있지만, 향후 보장해야만 하는 부분에 대해 민간 의료보험이 보장을 한다고 하면, 건강보험제도의 발전을 저해해서 장기적으로는 국민들에게 이에 대한 규제가 필요할 것이다. 대신에 비용효과성 등의 이유로 건강보험에서 보장하기 어렵다고 사회적으로 판단되는 최신의료기술이나 서비스에 대해서 민간 의료보험이 보장하겠다고 한다면, 세제 혜택을 줄 수도 있는 것이다. 이는 보완형 민간 의료보험 형태에도 마찬가지로 적용되는 논리이다.

(3) 보완형 민간 의료보험 활성화를 위한 정책수단에 대한 검토

보완형 민간 의료보험에 대한 역할은 의료서비스 산업 육성 효과를 도출하기 위해서는 중요한 부분임에도 불구하고 이에 대한 제대로 된 정책이 제시되고 있지 못하다. 보완형 민간 의료보험은 그야말로 고급의료서비스에 대해 보장하는 상품을 의미한다. 즉, 국민들의 다양한 욕구를 충족시키고, 의료서비스산업을 육성하기 위해서는 무엇보다 이 부분에 대한 정책적인 제안이 필요한데, 민간 의료보험 활성화 주장자들은 이 부분을 간과하면서 민간 의료보험이 의료서비스산업을 육성하는데 효과가 있다고 주장하고 있는 셈이다. 본 장의 마지막에서는 이 부분에 대한 민간 의료보험의 역할을 강조하면서 바람직한 민간 의료보험의 모습을 제시 하겠다.

4. 지금까지 민간 의료보험의 역할에 대한 비판적 검토

산술적으로 계산해 보면, 국민들은 국민건강보험을 통해 61%의 보장을 받고⁷⁾, 민간 의료보험을 통해 20% 이상의 의료비를 더 보장받게 되면 80% 이상의 의료보장 수준을 보이고 있어야 한다. 하지만, 현실은 그렇지 못하고, 무수히 많은 국민들이 산술적으로 본인이 부담하는 것으로 계산되는 20%만의 부담을 느끼는 것이 아니라 가계파탄을 걱정할 정도로 높은 의료비용을 걱정하고 있는 이유는 무엇일까? 이제까지 이 문제에 있어서 모든 책임은 국민건강보험에게 있는 것으로 논의되어 왔다. 국민건강보험이 국민의료보장에서 차지하는 비중이 크며, 그 책임이 막중하다는 것은 너무도 당연하다. 그러나 “국민건강보험의 부족을 보충한다고 국민들에게 그렇게 자랑하던 민간 의료보험은 과연 무엇을 했는가?”에 대해서는 이제까지 제대로 질문하지 않았었다. 이진석 등(2005)에 따르면, 민간 의료보험은 보장성의 측면, 보험료의 측면, 정보제공의 측면에서 모두 문제가 있는 것으로 나타났다. 민간 의료보험에 가입해 있더라도 실제로 병에 걸렸을 때는 보장을 받기가 매우 까다롭고, 약관이 매우 복잡하여 가입자들이 손해를 보는 경우가 많다는 것이다. 또한, 보험료를 산정하는 기준 자체에 합리적인 근거

7) 김정희외(2004) 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사, 국민건강보험공단

가 미비하고, 이로 인해 과도한 보험료를 책정함에 따라 오히려 보험가입자들이 손해를 볼 수밖에 없는 구조로 되어 있음을 지적하고 있다. 우리나라의 민간보험 가입과정을 살펴보면, 보험설계사의 인맥이나 개인적인 친분관계로 가입되는 경우가 많으며, TV 등에서 방영되는 과장된 광고에 현혹되어 가입되는 경우도 많았다. 즉, 가입자들에게 제대로 된 정보가 제공되지 못하고 있었던 것이다.

민간 의료보험 활성화 주장자들이 기대하고 있는 효율성의 강화, 국민의 다양한 욕구의 수용, 의료산업 경쟁력 강화의 측면 등에 대해서도 민간 의료보험이 역할을 제대로 수행해 오지 못하였다. 효율성 강화의 측면은 뒤에서 설명하기로 하고 국민의 다양한 욕구 수용 측면을 먼저 살펴보기로 하자. 민간보험회사들은 이제까지 최신의료기술이나 고급의료서비스에 대한 보장은 시도조차 하지 않았다. 이는 위험율을 계산하기도 어려우며, 새로운 의료기술의 가격을 산정하기가 매우 까다롭기 때문이다. 따라서 민간 의료보험은 정액제 방식으로 보상을 해주거나, 실손형으로 보상을 한다고 해도 상한선을 두어 정말 급여가 필요한 가입자들이 실질적인 혜택을 보기에 매우 어렵게 약관을 정해 놓았다. 또한, 보장을 해주는 분야도 국민건강보험에서 책정한 가격에 근거가 있는 경우가 대부분이었다. 물론, 이론상으로는 국민들이 다양한 상품들 중에서 자신들의 필요에 따라 선택할 수 있다. 하지만, 국민들은 무수히 많은 질병 중에서 자신이 무슨 질병에 걸릴 것인지는 알 수가 없다. ‘암’에 대한 보장을 하는 민간 의료보험에 가입한 사람이 다른 질병에 걸렸을 때, 보장을 받기 어렵다면, 이는 그 사람에게는 아무런 의미가 없는 것이다. 특수한 질병만을 보장하는 민간 의료보험 보다는 포괄적으로 보장하는 민간 의료보험이 점차 선호되는 것도 이런 이유에서다. 따라서 가입자는 자신의 선호에 따라서 민간 의료보험에 가입하는 것이 아니라 자신의 능력에 따라서 민간 의료보험에 가입하게 된다. 즉, 능력에 따라 납입하는 보험료와 보장성이 차이가 날 뿐이다. 결국, 이제까지 민간 의료보험은 다양한 국민들의 욕구를 수용하는 것이 아니라 다양한 납부 능력의 수용이라는 의미를 지니고 있었던 셈이다.

두 번째로 의료산업의 경쟁력 강화 측면을 살펴보자. 위에서 살펴보았듯이 민간 의료보험 활성화 주장자들은 민간 의료보험으로부터 나온 자원이 연구개발 분야의 투자를 위해 사용되어 의료산업의 경쟁력을 강화시킬 수 있다고 믿고 있다. 하지만, 이제까지 성장해온 민간 의료보험이 연구개발 분야의 성장 동력이 되어왔다는 근거를 찾아보기 어렵다. 의료산업의 육성에서 민간 의료보험이 역할을 했다는 주장은 민간 의료보험이 최신의료기술이나 최신의료기기 또는 신약 등의 수요를 창출하거나 늘인다는 가정 아래에서 논의될 수 있다. 살펴보았듯이 지금까지의 방식으로 운영되어 온 민간 의료보험은 이러한 최신의료에 대한 보장성에는 관심이 없었고, 앞으로도 이를 그다지 기대하기는 어려운 형편이다. 민간 의료보험의 역할을 정립하고 활성화하자는 주장을 하려면, 이 부분에 대한 민간 의료보험의 역할을 강조하는 정책방안이 제시되어야 하지만, 민간 의료보험 활성화 주장자들은 이러한 내용을 전혀 제기해 오지 못했다. 본 장의 뒷부분에서는 이 문제를 보다 자세히 다룰 것이다.

세 번째로 효율성 제고의 측면에서는 OECD 국가들의 경험에서 볼 때, 효율성 제고 효과가

별로 없다는 점을 뒤에서 자세히 논의할 것이다. 그 전에 현재 우리나라의 상황을 살펴보면, 표준 상품(안)이나 약관을 통해 소비자들에게 투명한 정보가 제공되지 못하고, 보험회사의 수익구조가 건전한 지에 대한 판단이 어려운 상황에서 건전한 시장을 기대하기는 힘들다. 현재 우리나라 보험회사들은 보험설계사의 인맥이나 능력과 광고 경쟁이 주류를 이루고 있는 형편이지, 가입자들이 합리적인 판단을 할 수 있는 여건이나 근거가 마련되어 있지 못한 상황이다. 따라서 보험사 간 상품의 질과 가격 경쟁을 통한 효율성의 달성이 이루어지기 어렵다. 만약 보험회사 내부에서 투자 대비 수익이 높다는 측면에서의 효율성을 논의한다면 충분히 달성되었을지는 모르나 이는 모두 소비자 손해와 피해로 말미암은 것으로 효율성의 참뜻과는 거리가 먼 것이다.

다른 한편, 민간 의료보험 활성화 주장자들이 “민간 의료보험회사들이 일부 의료기관들과 선택적 재계약을 함으로써 의료의 질을 향상하고 의료비용은 감소시킨다”고 주장하고 있다. 그러나 이는 그들이 제시한 보충형 민간 의료보험 도입 방안과도 배치되는 것이다. 이 주장은 대체형 민간 의료보험을 주장하는 것으로도 보일 수 있는데, 시민단체들이 의혹을 품고 있는 ‘건강보험 붕괴 음모론’⁸⁾까지 상기될 수 있는 그러한 사안이다. 선택적 재계약을 통해 당초의 목표를 달성하기 위해서는 매우 복잡한 정책적인 장치와 규제들이 필요하며, 설령 그러한 정책 방안이 마련된다고 하더라도 소기의 목적을 달성하기는 어렵다는 것이 OECD의 평가다.

5. 의료보장 재원에 대한 민간 의료보험의 기여 및 민간 의료보험의 효율성에 관한 검토⁹⁾

(1) 의료보장 재원에 대한 민간 의료보험의 기여

민간 의료보험의 활성화를 위한 많은 주장 중 가장 핵심에 놓여 있는 것이 바로 민간 의료보험 재정을 통한 의료보장 재원의 확보라고 할 수 있다. 즉, 현재 우리나라 건강보험의 보장성이 매우 낮기 때문에 국민들에게 충분한 의료보장을 제공하고 있지 못한 실정인데, 이를 해결하기 위한 추가재원을 마련하기가 쉽지 않은 바, 이에 재원을 비교적 손쉽게 확보하는 방법

8) 평등사회를 위한 민중의료연합과 보건의료단체연합은 지난 9월 13일 기자회견을 갖고 “삼성이 건강보험을 붕괴시키고 삼성의료체계로 대체하려는 계획을 진행하고 있다”며 “현 정부의 의료산업화정책은 ‘삼성의료공화국 만들기’일뿐”이라고 강력히 비판했다. 이들 단체는 “삼성재벌이 삼성생명과 삼성의료원을 중심으로 한 삼성의료체계를 구축, 자신들의 최대 이익을 창출키 위해 국민건강보험을 붕괴시키려는 음모를 진행하고 있다”고 주장했다. 실제 삼성생명 내부보고서에 따르면 삼성의료보험은 단계별로 정액방식의 암보험→정액방식의 다질환보장→후불방식의 준실손의료보험→실손의료보험→병원과 연계된 부분경쟁형 보험→정부보험을 대체하는 포괄적 보험의 순으로 추진될 계획이다. 이에 대해 민중의료연합은 “이는 단순한 도상의 시나리오가 아니라 이미 총 6단계 중 4단계까지 완성, 현재 5단계가 진행 중”이라며 “한 기업이 국가의료체계 전복을 통해 기업이윤을 극대화하려는 실상 앞에 경악할 뿐”이라고 비난했다(경향신문 2005년 9월 13일자, “시민단체, ‘삼성의료공화국’ 우려”)

9) “OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems(OECD, 2004, 정형선 옮김)”과 “OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries(OECD 2004)”의 주요내용을 요약 정리한 것임.

이 바로 민간재원을 끌어들이는 것이다.

이런 방식으로 민간재원을 확보하여 국민 전체의 의료보장율이 높아진다면, 바람직한 일일 수도 있겠지만, 실제로는 이러한 효과를 보여주지 못하고 있는 것으로 나타났다. OECD가 분석한 의료보장 재원에 대한 민간 의료보험의 기여에 관한 검토를 살펴보면 다음과 같다.

① 민간 의료보험이 과연 공공의 부담을 줄이는데 기여하는가?

민간 의료보험이 활성화된 주요 OECD 국가들에서 의료비의 공공 부담이 민간 의료보험으로 전가된 정도는 그리 크지 않은 것으로 나타났다. 민간 의료보험이 공공이 부담했어야 할 일정비용을 담당하기는 한다. 예를 들어, 호주와 아일랜드에서처럼 민간 의료보험 환자도 치료할 수 있는 공공병원에서는 재정압박의 완화에 도움이 되었을 것으로 추정하는 정도이다. 이 경우에도 의료비가 민간보험으로 전가된 정도는 그리 크지 않았다.

민간 의료보험은 작은 리스크에 집중하는 반면, 고가의 질환이나 서비스의 비용은 공공의료보장의 부담으로 되는 것이 보통이다. 이에 대한 대표적인 사례는 영국과 아일랜드라고 할 수 있다. 호주의 경우, 많은 민간보험 환자들이 공공의료보장에 의한 의료서비스 이용을 계속하고 있으며, 미국에서 민간 의료보험을 선택한 메디케어 수급자들은 중병에 걸렸을 때 다시 이전의 공공의료보장으로 복귀할 수 있다. 이러한 예들은 결국, 공공재원을 사용해서 민간 의료보험자의 이익을 도모하는 셈이라는 것을 보여준다.

② 민간 의료보험은 공공의료비 지출을 증가시킨다.

OECD는 “일정 인구집단에 대해 공공의료보장에의 접근을 제한하는 국가의 공공의료비가 그렇지 않은 국가의 공공의료비보다 더 낮기는 하지만, 그러한 국가에서도 공공의료비의 GDP 점유율이 비교적 높다는 점은 주목할 만하다”라고 분석한다. 이는 민간시장이 비교적 건강하고 리스크가 적은 사람을 보장하는 반면에, 국민의료비에서 높은 점유율을 보이는 고위험군 및/또는 노인인구가 공공의료보장제도에 가입되어 있기 때문이다. 마찬가지로, 일정 서비스를 급여하지 않는 방법으로 공공의료보장의 일정 비용을 경감하기는 하지만, 제외된 서비스(예, 안정 및 치과 서비스)가 그렇게 큰 비용을 차지하는 항목은 아니기 때문에 큰 효과가 있는 것은 아니다. 그러한 비용을 환자의 본인부담 대신에 민영보험이 얼마나 부담하는 지는 국가마다 다르다.

한편, 민간 의료보험이 공공의료비의 증가를 초래할 또 다른 위험성은 프랑스의 예에서 찾아볼 수 있다. 프랑스에서는 공공의료보장 서비스에서 정한 본인부담을 민간 의료보험이 보장하도록 하였는데, 이는 가격 신호를 없애는 효과(환자는 의료서비스의 가격이 얼마인지 잘 알지 못하게 됨)를 가져와서 환자가 의료서비스를 아껴 사용할 인센티브를 갖지 못하고, 결과적으로 서비스에 대한 수요를 증가시키게 된 것이다. 또한, 민간보험을 적용함에 따라 정부가 제공하는 보조금의 규모가 비용전가에 따른 공공재원의 절약분보다 크다면, 그 민간보험은 공공부문의 부담을 증가시키게 되는 것을 의미한다. 더욱이 서비스 공급이 부족한 곳에서는 민간보험이 공공지불자의 지불 가격을 더욱 높게 올리게 될 것이라는 점은 충분히 예측할 수 있다.

③ 민간 의료보험은 국민의료비 지출을 증가시킨다.

OECD 국가 중에서 민간 의료보험과 사회보험이 혼합된 제도는 대체로 비용이 많이 든다. 특히, 필수적인 보험급여를 민간보험과 사회보험이 중복적으로 제공하는 국가들은 국민의료비가 가장 높은 국가 군에 속한다. 특히, 다수보험자제도 하에서는 비용통제가 더욱 어렵다. 이는 스위스에서처럼 다수보험자제도이면서 보편적인 상환한도나 비용통제의 장치가 없다면, 보험자들이 가격 및 양에 대해 공급자와 협상할 힘이 적어지게 되기 때문이다.

결국, 국가의 개입이 없다면 민간보험이 지불하는 가격은 공공 보험자(지불자)에 의해 설정 또는 협상된 관리가격보다 높을 것으로 추론할 수 있다. 대부분의 국가에서 민간보험은 시장 점유율이 크지 않기 때문(다만, 아일랜드는 예외)에 이에 대한 실례가 많지 않기는 하다. 네덜란드는 민간 의료보험에도 사회적 가격규제를 하고 있으나, 대부분의 OECD 국가들은 비용억제 조치를 단지 공공의료보장에만 적용하는 경향이 있는 관계로 전체적으로 민간 의료보험의 비중이 큰 국가에서는 국민의료비의 지출이 늘어날 수밖에 없는 것이다.

④ 민간 의료보험 재원의 활용을 위한 OECD의 조언

OECD는 민간 의료보험이 공공재정의 부담 완화를 위해 사용되려면, 여러 가지 조치들이 적절하게 사용되어야 할 것을 언급하면서, 아래의 사항들을 제시하였다.

첫째, 민간 의료보험과 공보험이 동시에 적용되는 제도 하에서는 민간 의료보험 급여서비스의 이용으로 인해 민간 의료보험료가 오르게 될 것임을 알더라도 민간 의료보험 환자들이 공적보험을 이용하도록 해서는 안 되며, 민간 의료보험 급여서비스를 이용하도록 해야 한다.

둘째, 의료비를 민간 의료보험에 전가함에 따른 공공재정의 절약분이 민간 의료보험시장에 대한 공공보조에 드는 비용보다 더 크도록 하는 것이 필요하다.

셋째, 얼마 안 되는 본인부담 부분마저도 민간 의료보험이 보장해 주는 것을 금지하는 것이, 비록 그러한 보장이 취약계층 또는 본인부담이 큰 사람들에게 대한 접근성을 보호하기 위해 일부 필요하기는 하지만, 도덕적 해이를 통한 과도한 의료이용을 막는 데 도움이 될 것이다.

넷째, (관리가격제도와 같은) 비용억제를 위한 조치는 이러한 조치가 공공의료비와 국민의료비 모두에 충분히 영향을 줄 수 있도록 공공 및 민간재원 모두에 적용해야 한다.

(2) 민간 의료보험의 효율성 측면에 관한 검토

① 경쟁을 통한 효율성 제고의 논리: 소기의 목적이 달성되었는가?

민간 의료보험과 복수의 사회보험자를 가지는 몇몇 국가들은 경쟁적 보험시장을 만들고자 노력해 왔다. 즉, 피보험자를 확보하기 위한 그리고 이익을 추구하는 경쟁은 효율성의 개선을 가져오고, 혁신에 대한 그리고 구입자의 선호/수요에 대한 반응성을 높일 것으로 기대한 것이다. 하지만, OECD 국가의 의료보험 시장에서 경쟁이 실제로 일어나는 정도는 크지 않은 것으로 나타났다. 가입자들이 보험자를 바꾸는 것은 거래 및 정보 비용이 높으며, 몇몇 국가에서

는 지역간 특성 등으로 인해 구조적으로 이동이 어렵거나 보험자의 성과에 대한 비교 정보의 결여로 인해 보험자를 바꾸는 것이 쉽지 않은 것으로 나타났다. 결국, 상품이나 보험료가 차별화되지 않은 곳에서는 보험 상품을 바꿀 인센티브가 적어지는 것이다. 특히, 민간 의료보험이 국민을 위한 의료보장의 주된 소스가 아닌 경우에는, 민간 의료보험 시장규모가 작기 때문에 시장에 진입하고자 하는 인센티브가 제한된다. 역사적으로 전개되어온 바를 보면, 일부 민간 의료보험 시장은 일정 지역에서 또는 직장에서 가입자를 확보하는 소수의 독점자에 의해 지배된다.

사회의료보험이나 민간 의료보험자들 사이의 경쟁을 촉진하기 위한 개혁조치가 벨기에, 독일, 네덜란드, 스위스와 같은 복수보험자 국가에서 다양한 방식으로 도입되었다. 보험시장 경쟁이 효율성을 개선시키는 방식에는 두 가지가 있는 것으로 논의되어져 왔다. 첫 번째는, 경쟁은 비록 이 국가들이 단일지불자 제도를 가진 국가에 비해 행정비용이 높기는 하지만 보험자들로 하여금 행정비용을 최소화하고 피보험자에 대한 서비스를 개선하도록 한다는 것이다. 두 번째는 보험자가 경쟁하는 의료공급자들 사이에서 미국의 ‘관리의료’ 시장의 방식에 따라 선택적 계약을 함으로써 보다 효율적인 의료공급을 독려할 수 있다는 것이다. 하지만, 경쟁을 도입한 위 국가들의 최근 경험에 비추어 볼 때, 전 국민 의료보장을 유지하면서 경쟁성을 달성하고 유지하는 것은 기대보다 매우 어렵다는 것이 OECD의 평가이다. 즉, OECD는 조심스럽게, 경쟁하는 사회보험자 체제는 보험자 간의 보험료 평준화로 귀결되지만, 그 정도는 국가에 따라 차이가 있다고 분석하였다. 위에서 언급한 국가들에서 민간 의료보험회사들이 리스크 조정기법을 개발하고 사용하도록 하여 고위험군에 속하는 이들에 대한 가입을 회피하지 않도록 노력해도, 여전히 고위험군에 대한 기피 행위는 다양한 방식으로 얼마든지 발생할 수 있고, 이로 인해 국민들이 피해를 볼 위험이 상존하고 있다. 즉, OECD는 위험율에 대한 조정만으로는 민간보험회사들의 “cream-skimming”¹⁰⁾에 대한 유인이 완전히 제거될 수 없다고 주의를 준다. 결국 장기적으로 볼 때, 보험자간 경쟁체제가 원래 의도했던 효과를 달성할 수 있을 것인가에 대해서는 의문을 갖게 한다.

② 민간 의료보험은 높은 행정비용을 유발한다

민간 의료보험을 중심으로 한 제도는 단일지불자 사회보험제도 또는 공공통합제도에 비해서 행정비용이 더 높은 경향이 있다. 이는 경쟁적 환경 하에서 보험자들이 발생시키는 높은 비용을 반영한 것이라고 볼 수 있다(<표 7> 참조).

10) 직역하면 “단물빨기”라는 의미를 띠고 있는데, 간단히 말해 부유하고 건강한 사람들을 대상으로 영업을 함으로써 보험회사는 큰 손해 없이 이득만 챙기고자 하는 활동들을 의미한다.

<표 7> 관리운영비의 비율 : 공적보험과 민간 의료보험

	민간 의료보험	공보험
독일	14%(2003)	5.09(2000)
네덜란드	12.7%(1999)	0.7%-AWBZ(1999) 4.4%-ZFW(1999)
영국	14.2%- BUPA(1999) 16.9%- PPP(1998)	3.5%*
오스트리아	22%(1990년대 초)	3.6%(2000)
벨기에	25.8%(1999)	4.8%(1999)
덴마크	-	1.1%*
핀란드	-	3.1%*
프랑스	10-15%(보충금고) 15-25%(상업보험)	4.8%
그리스	15-18%	5.1%
아일랜드	11.8%(2001)	2.8%*
이태리	27.8%(2000)	0.4%*
룩셈부르크	10-12%(보충민간보험)	5%
포르투갈	약 25%	-
스페인	약 13-15%	5%

출처: Mossialos, E. et al., 2004 및 Colombo, et al., 2004

특히, 캐나다에서는 행정비용이 의료비 지출의 16.7%인 반면에, 미국에서는 31%에 달한 것으로 나타났다. 캐나다의 공공계약제도에서의 간접비용은 의료비 지출의 1.3%, 미국 메디케어 프로그램의 경우 3.6%인데 반해, 미국 건강보험회사의 경우 11.7%였다. 이밖에 공공통합모델에서는 거래비용이 거의 없고, 캐나다의 간접비용보다도 낮았다(Woolhandler 외, 2003).

IV. 바람직한 민간 의료보험의 역할 방안 설정

우리나라에서 이미 막대한 시장이 형성되어 있는 민간 의료보험이 의료서비스분야에 대한 민간자본의 투자를 촉진하는 수단이 아니라, 개인의 선택자유를 보장하고, 국민건강에 기여할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 이를 위해 아래에서는 몇 가지 검토를 통해 민간 의료보험의 역할과 기능을 논의해 보고자 한다.

1. 국민의료재정에 기여하는 민간 의료보험

국민 의료보장수준의 향상을 위한 민간보험의 역할 차원이라는 큰 틀에서의 접근이 필요하다. 예를 들어, “건강보험재정(국고부담 포함) : 민간 의료보험재정 : 본인부담 비율”을 어떻게 구성할 것인가에 대한 비전이 제시되어야 한다. 이는 전체적인 민간 의료보험 시장규모의 적절성에 대한 고려가 필요하다는 것이다. 특히, 본인부담금에 대한 민간보험의 보상은, OECD가 권고하듯이 도덕적 해이를 촉발하여 의료남용을 야기할 우려가 있다(프랑스의 의료남용과 국민의료비 급증 사례는 이에 기인하는 바가 크다). 물론, 건강보험의 보장성이 현저히 미흡한 현 상황에서, 100%에 가까운 보장으로 인한 도덕적 해이를 염려하기에는 이른 감이 있으나, 그럼에도 불구하고 국가의료보장체계를 장기적으로 설계할 때에는 이 점도 반드시 고려되어야 한다.

민간 의료보험이 국민의료보장에 기여한다는 것은 결국, 의료보장에서의 재정부담과 혜택의 문제이다. 이에 대해서는 수입(국민부담) 측면과 지출(국민혜택) 측면으로 나누어서 살펴볼 필요가 있다. 먼저, 수입(국민부담)의 측면에서는 건강보험의 재정에 어떠한 영향을 미칠 것인지를 파악해야 한다. 하지만, 앞서 OECD 국가들의 경험에서 볼 수 있듯이 민간 의료보험이 국가의 의료보장재정에 미치는 영향은 미미하며, 오히려 국가 또는 건강보험의 재정지출을 증가시키는 것으로 나타나고 있어, 결국 국민들의 부담을 가중시킬 위험이 매우 크다. 즉, 국민들이 건강보험료 및 조세의 인상과 민간 의료보험의 가입이라는 이중적인 부담을 느낄 가능성이 높다. 특히, 민간 의료보험의 시장규모가 커진다는 것은 국민들이 이에 의존하는 정도가 커짐을 의미한다. 이에 따라 민간 의료보험 운영의 기본적인 특성인 본인의 부담능력에 따른 위험방지 효과의 측면이 증가하면, 계층간 위험분산이라는 사회보험의 원리가 점차 훼손되어 갈 수 밖에 없다. 따라서 사회보험인 국민건강보험을 근간으로 하는 국민의료보장체계의 훼손을 최소화하기 위해서는 민간 의료보험의 시장규모에 대한 적절한 통제가 필요하다. 다시 말해 전반적으로 사회보험의 원리를 크게 훼손하지 않는 범위내에서 공적 의료보험과 민간 의료보험간의 역할 조율이 필요하다. 현재 61%에 불과한 건강보험의 보장성을 85%이상으로 끌어올리는 장기적인 비전 속에서 민간 의료보험이 기여할 재정비율을 고려해야 한다.¹¹⁾

그리고 지출(국민혜택)의 측면에서는 민간 의료보험의 효율성을 파악할 필요가 있다. 민간 의료보험의 보험료를 또는 위험률 계산에는 보험설계사 수당, 대대적인 판촉비 등의 관리운영비와 이윤 등이 다양하게 포함되어 있다. 따라서 민간 의료보험의 소비자로서 일반국민들을 보호하기 위해서도 민간 의료보험의 재정을 보다 투명하게 할 필요가 있다. 우리나라에서 민간 의료보험이 급여비로 지급하는 금액 외에 관리운영비 등으로 소요되는 비용은 대략 38.9%

11) 여기에서 말하는 보장성은 순수하게 의료비 지출과 관련된 것이다. 이외에 상병수당, 간병비, 기타 부대비용 등을 포함하면, 보장성의 범위는 보다 넓어진다. 즉, 의료비 지출 외에 소요되는 이러한 비용들에 대해서 민간 의료보험이 기여할 범위를 고려하여 역할 분담을 설정할 경우, ‘보장성’비율의 의미는 달라진다. 따라서 재원의 비율을 설계할 때는 보장의 대상 영역을 함께 고려해야 하지만, 여기에서 재원 비율은 의료비에 한정하여 논의한 것이다.

까지 이르고 있는 것으로 알려지고 있다(이진석 외 2005; 이태수 2005).¹²⁾ 이는 결국 국민들의 부담으로 이어지고, 국민의료재정에 전체적인 비효율을 초래하고 있는 셈이다. 또한, 현재 한국의 보건의료체계에서 민간 의료보험이 건강보험보다 의료비 지출을 더 잘 통제할 수 있다고 주장할 근거가 없다. 이로 인해 OECD에서는 공적보험뿐만 아니라 민간 의료보험 대해서도 정부의 관리의 필요성을 주장하고 있는 것이다. 국민건강보험뿐만 아니라 민간 의료보험의 관리운영을 효율화하기 위해서는 국민건강보험에서 선도적으로 의료비 청구·심사 및 사후관리를 보다 엄격히 할 필요가 있다. 보건의료제도 전반의 효율성을 제고를 위해서는 의료공급자의 영향력과 정부의 이익집단 관리 능력 등이 복합적으로 어우러져 발생하는 정치적인 요인들을 모두 고려해서 정책을 입안하고 철저히 집행해야 한다. 즉, 민간 의료보험의 도입이 보건의료제도의 효율성을 높인다는 증거는 불충분한 상태이므로, 이들의 주장은 단견일 수밖에 없다. 건강보험 관리운영에 대한 효율성 제고 방안이 연구되고 제시되어도 여러 가지 정치적인 문제로 시행하지 못하고 있는 현실에서 민간 의료보험을 확대 또는 활성화한다는 것은 보건의료제도 전반의 효율성을 높이는 것이 아니라 또 하나의 관리가 필요한 제도를 만드는 것에 불과할 수 있다.

2. 민간 의료보험의 급여 내용

현재 우리나라에서 판매되고 있는 민간 의료보험은 질병별 정액형태와 실제 의료비 손실에 대한 보상형태의 두 가지로 이루어지고 있다. 이 두 가지 모두 건강보험에 대한 보충적인 형태로 이루어지고 있는 것인데, 국민들에게 진정한 혜택을 줄 수 있도록 하기 위해서는 보다 분명한 영역 설정이 필요하다. 즉, 민간 의료보험에서 판매하는 실손형 상품의 경우, 실제 손해에 대한 보상을 해 주고 있지만, 대체로 상한선을 분명히 두고 있어서 실제 큰 질병이 발생했을 경우에는, 가계파탄 위험을 방지하는 데 상당한 한계가 있다. 오히려 국민건강보험은 진료비가 18억원이 넘게 나온 혈우병 환자의 본인부담금이 300만원에 불과했던 경우에서 볼 수 있듯이, 재정적 위험으로부터 국민을 보호하는 효과를 분명하게 갖추고 있다고도 말할 수 있다. 다시 말하자면, 민간 의료보험의 건전한 발전을 위해서는 민간 의료보험이 무엇을 보장해 줄 것인가라는 분명한 질문이 선행되어야 한다. 그러나 아직까지는 이에 대한 진지한 고민이나 사회적 합의가 없는 실정이다. 민간 의료보험의 역할을 논의하기 위해서는 민간 의료보험이 어떠한 보장을 제공해야 하는지에 대한 기준 마련이 시급하다. 본 연구에서는 국민의료보장과 의료산업의 전반적 발전에 도움이 되는 바람직한 민간 의료보험의 보장 범위에 관하여 검토해 보고자 한다. 먼저, 민간 의료보험의 혜택부분에 대해서는 크게 의료비와 기타손실로 나누어 살펴볼 수 있겠다.

12) 보험료대비 지급금액을 비교하면 국민건강보험은 수입의 108.4%를 지출하고 있는 반면에, 민간 의료보험은 수입의 62.1%만을 지출하고 있는 실정이다(이태수, 2005).

<표 8> 현재 국민건강보험과 개인 또는 민간 의료보험이 담당하는 지출내역

주 체	국민건강보험	개인 또는 민간보험 등
의료비	I. 영역 법정 급여	II. 영역 (1) 법정급여에 대한 일부 본인부담 (법정본인부담금) (2) 전부 본인부담 - 건강보험 등재 본인부담(선택진료 등) - 건강보험 미등재 본인부담(혁신적 신약, 신의료기술, 식대, 병실료 차액 등)
		(II-2. 영역) 기타 amenity 서비스(미용을 위한 성형, 자비병상 등)
기타 손실	III. 영역 장제비, 분만비 등	IV. 영역 상병수당(소득보상), 간병비, 교통비 등

<표 8>를 중심으로 우리나라의 민간 의료보험의 실태를 살펴보면 현재 민간 의료보험은 보장범위(또는 역할)에 대한 명확한 구획 없이, 국민건강보험이 제공하는 급여 이외의 부분을 보장하는 것을 알 수 있다. 즉, 이제까지 민간 의료보험은 약관에 명시된 질병에 걸리게 되면 가입자들에게 목돈의 보험금을 지급해주고 이 금액을 가입자들이 스스로 사용하는 방식의 정액형태의 상품을 주로 공급하였다. 따라서 <표 8>에서 제시된 여러 가지 민간 의료보험의 보장범위가 문제가 되지 않았다. 하지만 2003년부터 손해보험회사에 도입되었고 2005년 8월부터 생명보험회사에서 판매가 시작된 실손 형태의 민간 의료보험은 정액 형태의 상품과는 다르게 보장범위에 대한 정의가 분명해진다. 이론적으로는 보험회사들은 의료공급자들이 과도하게 청구를 하지 않았는지를 분명히 따져서 보험금을 지급해주어야 보험회사에 이익이 된다. 그러나 현재까지 실손형 민간 의료보험을 판매하는 보험회사들은 가입자들이 의료비 영수증을 제시하면, 별다른 확인절차 없이 건강보험을 제외한 나머지 금액에 대해 보장을 해주는 대신에 지급하는 보험금에 대해 상한선을 두고 있다.¹³⁾ 얼핏 생각하면, 이러한 방안은 가입자들에게 도움을 주는 것처럼 보이지만, 실제로는 민간 의료보험회사들이 보다 정교한 상품을 개발하려는 노력을 등한시한 결과이거나 보험금 지급에 대한 관리를 쉽게 하기 위한 방안¹⁴⁾일 뿐이기 때문에 결과적으로 가입자들에게 손해가 된다. 즉, 상한선을 둬서 따라 진짜 목돈이 필요한 큰 질병에 걸린 사람들은 혜택을 제대로 보지 못하게 되며, 상한선 이내에서 의료를 이용하는 경우에는 도덕적 해이를 촉발하게 된다. 건강보험제도에서는 도덕적 해이를 막기 위한 장치로서 법으로 본인부담이 필요한 부분을 정해 놓고 있는데, 이 부분이 없어지는 효과를 내게 되기 때문이다. 이로 인해 전체적으로 가입자들의 위험율을 높이게 되어 민간 의료보험료가 인상되

13) 대체로 병실료 차액에 대해서는 정액 방식을 취하는 경우가 많다.

14) 결국, 민간 의료보험은 의료공급자들이 청구하는 진료비에 대한 심사·평가에 대한 업무를 건강보험심사평가원에 의존하고 있는 셈이다. 이처럼 진료비 청구에 대한 관리를 하지 않고 있음에도 불구하고 막대한 관리운영비를 소요하고 있다는 점은 우리나라 민간 의료보험이 얼마나 비효율적인가를 역설한다.

는 효과를 낳게 되며, 당연히 공보험의 재정 지출이 함께 늘게 된다. 민간 의료보험사에서는 상한선을 두고 있기 때문에 그 안에서 가입자가 얼마든지 청구를 하더라도 큰 손해를 보지 않는 것이다.

바람직한 민간 의료보험의 보장범위를 모색하기 위해서는 보다 구체적으로 분석하여 살펴볼 필요가 있다. 위의 <표 8>를 중심으로 볼 때, 다음과 같은 방식으로 생각할 수 있다. 실제 손실분에 대해 보상을 해주는 소위 “실손형 민간 의료보험”에서 현재 보장해주고 있거나 앞으로 더 많이 보급될 수 있는 형태는 주로 ④가 될 것이다.

- ① II영역의 (1)법정본인부담금 보상
- ② II영역의 (2)전부 본인부담금 보상
- ③ IV영역에 대한 보상(기타손실 보상)
- ④ II영역의 (1)법정본인부담금 + (2)전부 본인부담금에 대한 부분적인 정액 보상
- ⑤ II+(IV영역) 보상

각 영역에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저, ①일부 법정 본인부담금과 건강보험에 등재된 전부 본인부담 진료에 대한 보상방식은 건강보험 수가가 이미 정해지고 건강보험공단이나 심사평가원에서 의료공급자들이 청구하는 진료비에 대해 심사·평가·확인하기 때문에, 민간보험에서는 별도의 가격을 책정하거나 관리하는 수고를 덜게 되므로 가장 손쉽게 시행할 수 있는 방식이다. ②전부 본인부담 진료 중 건강보험에 미등재된 진료에 대한 보상방식은 수가를 산정하기 어렵기 때문에, 단기적으로는 현재와 같이 정액이나 상한 방식으로 운영될 가능성이 높다. 하지만, 장기적으로 의협과 공동으로 별도의 수가체계를 개발·운영할 경우도 배제할 수 없다(예, 독일의 의사진료보수 규정, GOA). ③의 경우, 소득보상의 측면에서 상병수당의 역할을 할 수 있을 것이다. 이는 소득에 따른 정률방식이나 정액방식 모두가 가능할 수 있을 것이다. ④와 ⑤의 경우는 위의 ①,②,③의 각 경우를 조합한 방식으로 앞선 방식들이 통용된다면 얼마든지 가능한 방식이다. 진정한 의미에서 국민의료보장을 시행할 수 있게 하기 위해서는 장기적으로 건강보험과 민간 의료보험 사이에는 어떠한 역할배분이 바람직할 것인가를 생각해야 한다.

①과 관련해서, “법정본인부담”이라는 취지를 살릴 필요가 있다. 장기적으로 볼 때, 본인부담이 전혀 없게 된다면, 위에서 언급했듯이 비용의식의 결여로 국민의료비의 급증을 낳을 수 있다. 이는 민간 의료보험의 급여지급과 건강보험의 급여지급에 모두 폐해를 끼칠 우려가 있다. 따라서 “법정본인부담”의 취지를 훼손할 수 없다는 점을 법적으로 보다 분명히 명시하는 등의 방법으로 실손형 민간보험의 보장범위를 제한할 필요가 있다. 기본적으로 법정 본인부담금 영역에서 일정부분의 본인부담을 제외한 나머지는 건강보험에서 보장해야 할 것이고, 이는 기본급여서비스 영역에 대한 논의와 함께 이루어져야 한다. 만일 이 부분에 대한 보장이 필요하다면, 그 형태는 정액제의 방식으로 충분할 것이다.

②와 관련해서, 전부 본인부담금 영역 역시 장기적으로 건강보험의 틀 안으로 끌어들여야 할 부분이다. 이 부분은 흔히 ‘임의비급여’라고 일컬어지는 데, 이는 병·의원에서 건강보험의

통제 없이 문자 그대로 임의적으로 이루어지기 때문에, 현재로서도 관리가 어렵기 때문이다. 이에 대해 정부와 공단은 기본적으로 기본급여서비스에 대한 기준과 목록을 시급히 마련해서, 질환별 보장 등을 통해 “건강보험 미등재 본인부담”영역을 최대한 축소해야 할 필요가 있다. 그러나 바로 이 영역이야말로 바로 최신의료의 수요를 늘려 기술개발을 육성하고 국민들의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 민간 의료보험이 역할을 기대할 수 있는 영역이다. 즉, 최신의료 기술이나 최신 약제 등이 보편화되기 전에는 대체로 매우 비싼 가격에 공급되는데, 국민건강보험에서 이에 대한 재정을 충당하기 어려울 수 있기 때문에 비용효과성과 국민적 필요도를 고려하여 국민건강보험에 등재되기 전까지 민간 의료보험에서 보장하도록 하는 것이 바람직하다. 즉, 기존의 치료법 또는 치료제에 준하는 부분은 건강보험에서 보장하고 나머지는 민간 의료보험에서 담당하도록 하는 것이 바람직하다. 미용을 위한 성형이나 호텔식 병상 등과 같은 최고급의료서비스를 국민건강보험에서 보장을 해주어야 하는가에 대해서는 사회적 합의가 필요하다. 현재의 건강보험 재정을 고려할 때, 이 부분에 대해서는 민간 의료보험에서 그 역할을 담당하는 것이 바람직하다. 또한, 신의료기술이나 최신약제의 경우에도 비용효과성을 고려할 때, 국민건강보험이 보장하기 어려운 것은 민간 의료보험에서 보장해줄 수 있다. 이러한 방안이야말로 ‘진정한 의미’에서 민간 의료보험이 의료산업 육성과 국민의료보장에 기여할 수 있다. 고급의료에 대한 민간 의료보험의 역할을 기대한다고 하더라도, 장기적으로는 고가 서비스에 대한 가격기준을 마련토록 하여 소비자들의 피해가 없도록 장치를 고안해야 한다. 즉, 진료나 약제 등에 대한 임의비급여의 일정한 부분 공적 보험의 관리대상으로 포함해야지만, 민간 의료보험과 국민건강보험 모두의 효율성을 높일 수 있다. 민간 의료보험과 국민건강보험이 중복해서 의료비 청구를 관리하는 것은 엄청난 행정비용을 발생시켜 전체 보건의료제도가 비효율적으로 운영될 것이다. 이는 결국 국민들의 피해가 된다.

③과 관련하여 현재 우리나라에서는 소득상실에 대한 보호장치가 매우 미흡한 실정이기 때문에 민간재원을 적극적으로 활용할 필요가 있다. 그러나, 이 부분 역시 공적 재원과 민간 재원의 비율을 어떻게 유지할 것인가와 같은 장기적인 비전이 제시될 필요가 있다. 질병이나 상해로 인한 가계파탄은 비싼 의료비에 의한 것일 수도 있지만, 소득 또는 직업의 상실에 의한 경우도 많기 때문이다. 소득보전 등의 조치에 대해서 공적 보험은 ‘상병수당’의 도입을 검토하여야 할 것이다.¹⁵⁾ 소득이나 직업의 상실이 가계에 미치는 영향은 단순히 상실된 소득금액으로 환원할 수 없는, 부가적인 요인들이 많기 때문에 공적 보험에서 보장을 해준다고 해도 많이 미흡할 수 밖에 없다. 따라서 민간 의료보험을 통해 이 부분을 보충할 수 있을 것으로 기대한다. 간병비나 기타 부대비용 등에 대한 보장은 가입자들의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있다는 의미에서 민간 의료보험이 보장할 수 있을 것이다. 이는 위의 ②에 대한 설명에서와 같은 맥락으로 민간 의료보험이 의료산업 육성에 기여할 수 있는 측면이다. 에서 이에 대한 수지타산이 어떠한지를 살펴보기 어려우나, 정액방식의 보상에서 포괄될 수도 있을 것이다.

15) 독일의 경우 상병수당이 법정 질병보험 지출에서 차지하는 점유율이 5.4%이다(2002년도).

3. 민간 의료보험의 대상자 문제

민간 의료보험의 가입대상은 개인과 단체로 나누어 볼 수 있다. 먼저 개인을 대상으로 하는 민간 의료보험은 위험율에 따라 보험료를 부과하기 때문에, 질병에 걸릴 위험이 적은 사람(연령, 건강검진 결과, 가입자에 대한 질문, 과거병력, 가족력 등을 고려)을 대상으로 하며, 당연히 보험료 납부 여력이 있는 사람을 중심으로 상품판매 개발이 이루어지게 된다. 이에 따라 민간 의료보험의 가입자의 주 표준은 중산층 이상의 건강한 사람이 될 것은 쉽게 예측할 수 있다. 단체(회사 등)를 대상으로 하는 보험은 민간보험회사의 입장에서 볼 때, 비교적 도덕적 해이가 덜 발생할 수 있기 때문에 수익구조가 좋은 편이다. 하지만, 가입자의 경우, 병에 걸리게 되면 퇴직 압력을 받을 수도 있게 되고, 퇴직 후에는 전혀 보장을 받을 수 없는 경우도 많아 실제 큰 병에 걸렸을 경우에 혜택을 못 받는 이들이 상존한다. 이에 대한 피해는 미국의 예에서 볼 수 있는데, 미국의 경우 의료비 때문에 파산하는 이들이 연간 200만 명에 달하며, 민간보험에 가입하고도 값비싼 의료비를 감당하지 못해 파산하는 경우도 많은 것으로 나타났다(Himmelstein의 2005).

〈표 9〉 민간 의료보험이 국민의료보장에 기여하는 방안의 예, 2001년 기준

국 가	방 안
벨기에	·상업적 민간 의료보험의 보험료에 대해 9.25%의 세금을 부과 ·모든 민간 의료보험사는 공보험가입자가 일일 12.50 유로 이상 급여비로 입원하는 환자들을 위해 국민 의료장애보험인 RIZIV-INAMI에 10%를 기여금으로 납부
프랑스	·민간보험 보험료에 7%의 세금 부과 ·보충금고에 의해 판매되는 민간 의료보험 보험료에 대해서는 세금 면제
아일랜드	·기업주가 부담하는 보험료에 대해 일정기준에 따라 세금 부과
룩셈부르크	·상업적 민간 의료보험료에 대해 4% 세금 부과 ·보충금고에 의해 판매되는 민간 의료보험료에 대해서는 면제
영국	·모든 민간 의료보험료에 대해 5% 세금부과(1994년에 1.5%에서 시작하여 매년 증가하였음) ·기업주가 근로자의 보험료를 부담하는 금액의 11.7%를 국민보험기여금으로 부담 ·과세면세점 이하의 근로자를 제외하고 모든 근로자는 사용자 부담한 보험료에 대해 현물조세(benefit-in-kind tax)를 부과 받음

출처: Mossialos, E. et al., 2004 및 Colombo, et al., 2004

가입 대상자와 관련해서 민간 의료보험에 대한 소비자의 피해는 역선택의 문제가 가장 핵심에 놓여 있다. 민간 의료보험으로 인한 소비자의 피해를 최소화하기 위해서는 보험회사의 역선택(여성, 노인, 질환자 등)을 방지할 수 있는 제도적 뒷받침이 필요하다. 수집된 정보의 보존연한을 분명히 제한할 필요가 있으며, 처음 가입했을 경우의 상태와 나이가 들어감에 따라 나타나게 되는 상태의 변화로 인한 차별이 없어야 한다. 즉, 자칫하면, 젊고 건강하고 소득이 있을 때는 민간 의료보험에 가입해 있다가 나이가 들어 허약해지고 소득이 줄어들 때, 민간 의료보험에서 가입거부하거나 보험료를 높이거나 가입자가 보험료 납부 능력을 상실하

여 공보험의 보장대상으로 넘어오게 될 경우, 건강보험재정에 지대한 악영향을 미치게 될 것이다. 이를 방지하기 위해서는 위에서 언급했듯이 민간 의료보험의 역할과 급여의 범위를 분명히 할 필요가 있다. 역선택을 줄이기 위한 제도적인 대책으로 “민간 의료보험에 대한 보험(역선택으로 인한 공보험 재정부담 전가에 대한)” 또는 목적세의 성격으로 세금이나 기여금을 부과하여 건강보험재정에 기여토록 하는 방안을 검토할 수 있을 것이다. 아래의 <표 9>는 민간 의료보험을 도입한 유럽 주요국에서 민간 의료보험이 공공의료재정에 기여하는 방식의 예를 정리한 것 것이다.

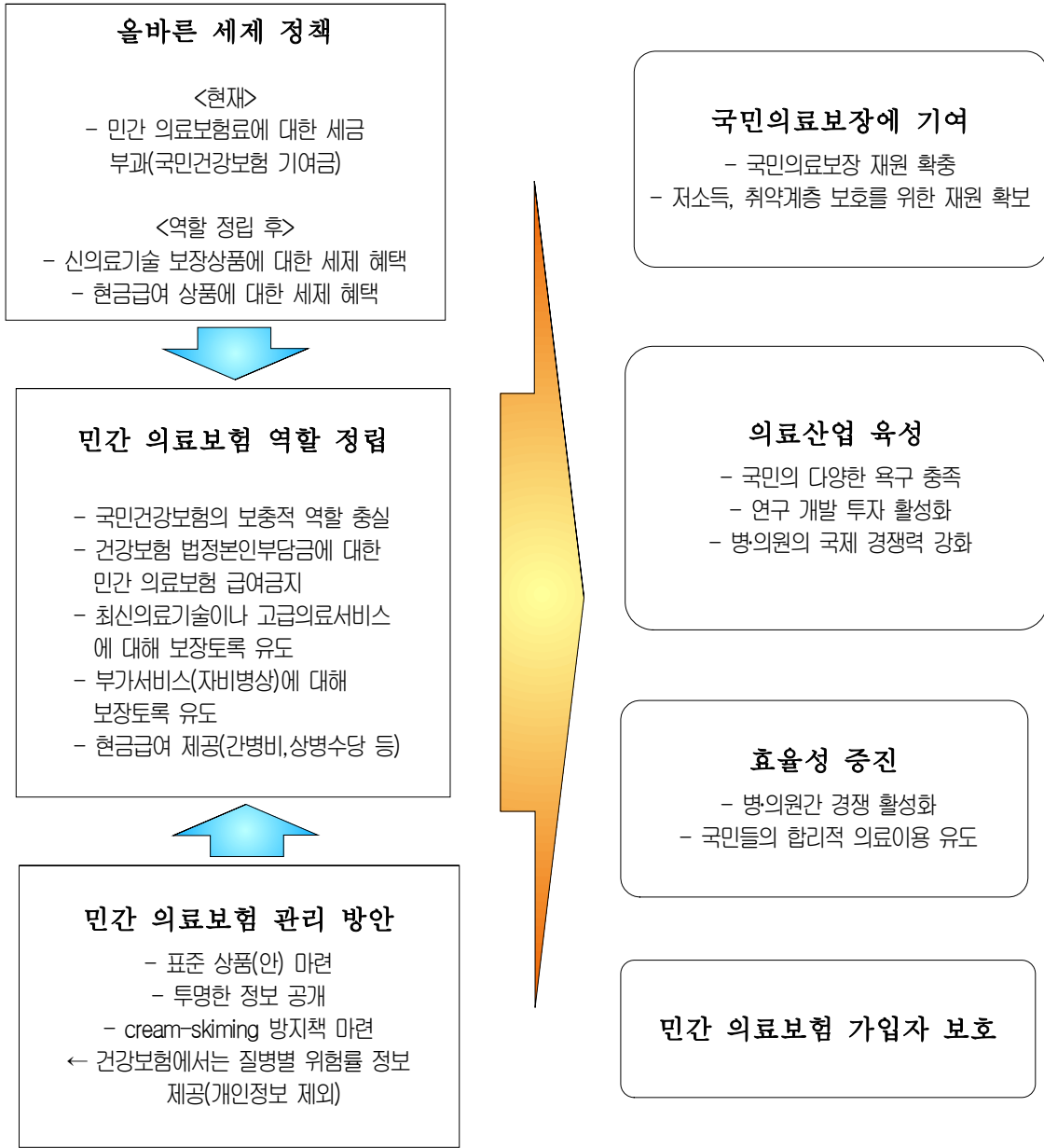
V. 결론: 개인선택의 자유와 국민의료보장에 대한 민간 의료보험의 기여 방안

민간 의료보험이 의료산업화가 주장하는 바와 같이 의료서비스분야의 영리법인 의료기관의 진료비지불수단이 아닌 개인 선택의 자유를 보장하고, 국민건강에 기여토록 하는 방안의 핵심은 기본적으로 민간 의료보험의 역할을 분명하게 규정하는 것에서 출발한다. 재정적 측면에서 어느 정도의 그리고 어떠한 종류의 기여가 바람직하며, 그 기준이 무엇이 될지에 대한 고민이 필요하다. 장기적인 재정안정화를 위해 일정한 비율의 본인부담금은 그 취지를 분명히 살려야 할 것이다. 또한, 건강보험에 미치는 영향이 큰 만큼 그것을 보상하기 위한 직접적인 재정 기여가 필요하다.

한편, 현재 민간 의료보험은 그 운영이 투명하지 않아서 소비자들이 피해를 보는 경우가 종종 있으며, 효율적이지 않다는 평가가 있기 때문에, 민간 의료보험 시장 전반에 대한 적절한 지침을 통해 관리·감독을 보다 철저히 할 필요가 있다. 이를 통해 건전한 재무구조를 통한 민간 의료보험의 관리운영 효율성을 제고할 수 있고, 결과적으로 국민들에게도 진정한 도움을 줄 수 있는 것이다.¹⁶⁾ 즉, 민간 의료보험에서는 위험을 계산 및 재무에 대한 근거를 투명하게, 분명히 밝힐 필요가 있다. 이는 민간 의료보험(급여범위, 정보공개, 위험 선택 등)에 대한 사회적 규제가 강화될 필요가 있음을 역설한다. 구체적으로 보험업법에 민간 의료보험에 관련한 법규 신설 등의 논의 필요가 필요하다. 한편 건강보험에서는 민간 의료보험 도입을 계기로 건강보험의 급여영역, 의료제도 전반의 평가 및 심사, 진료비 지불제도 등을 재정비할 필요가 있다. 또한, 민간 의료보험의 건전하고 합리적인 재정운영을 위해서 국민건강보험에서는 질병별 위험률 정보를 제공하는 방안을 모색할 수 있다. 하지만, 그 밖의 개인정보는 앞서 기술한 것처럼 사회보험의 원리에도 위배되며, 건강보험제도의 정보수집의 목적에도 어긋나기 때문에 제공될 수는 없다.

16) 민간 의료보험 소비자 권리 보호와 민간 의료보험 관리운영의 효율화를 달성하기 위한 방안으로는 상품의 표준화, 지급율의 하한선 법제화 등이 제안될 수 있다. 이밖에 상품의 특성을 분명하게 비교할 수 있는 여러 가지 정보제공방법을 강구해야 할 필요가 있다(이진석 등, 2005).

<그림1> 바람직한 민간 의료보험의 역할 및 관리방안



민간 의료보험의 부작용을 최소화하며, 국민건강에 직접 기여하는 방법 중 하나로 세금 부과가 필요할 수 있다. 단체가입이든 개인가입이든, 민간보험에서 실업 상태, 노령화 등으로 인한 보장을 기대하기 어렵다. 민간 의료보험으로 인해 사회안전망 범위가 줄어드는 것이 아니라, 오히려 기대수준의 상승과 의료비상승으로 인해 사회안전망을 더욱 넓혀가야 할 필요가 발생할 수 있다. 민간 의료보험의 가입대상은 주로 중산층 이상의 건강한 사람일 가능성이 높는데, 이들이 향후 소득을 상실하고, 위험율이 높아지면, 언제든지 건강보험으로 떠 넘겨질 수 있기 때문에, 세제 혜택보다는 민간보험에 대한 보험(또는 목적세)의 성격으로 세금을 부과하는 방식 등을 통해 건강보험의 재원으로 활용하는 방안이 필요하다. 향후 민간 의료보험의 역

할이 분명히 정립된 이후에는 의료산업육성을 위해서 신의료기술에 대해 보장하는 민간 의료 보험 상품에 대해서는 세제혜택을 줄 수 있으며, 질병으로 인한 소득 상실과 가계파탄을 막기 위해서 현금급여 상품에 대한 세제혜택이 필요할 수 있다. 장기적으로 건강보험에서도 상병수당제도 등을 도입하는 방안을 모색해야 하지만, 소득 상실 부분에 대해서는 건강보험과 중복으로 보장해주는 것도 민간 의료보험의 중요한 역할이 될 수 있다.

결국 민간 의료보험에 대한 모든 관리방안은 민간 의료보험의 역할(급여, 재정, 자격 등에 대한)을 명확히 한 바탕위에서 모색되어야 할 것이다. 즉, 민간 의료보험이 국민의료보장과 의료산업 육성을 위해 어떻게 규정지를 것인가에 따라 규제를 할 것인지 유인을 할 것인지를 결정할 수 있다. 하지만 지금처럼 건강보험이 제공해야 할 보편적인 급여 영역에 대한 기본적인 개념조차 확립되지 않은 상황에서 유인책을 사용하는 것은 매우 위험한 발상이다. 즉, 민간 의료보험이 확대할 부분을 생각해보면, 세제혜택과 같은 유인책은 국민건강향상이나 의료보장에 전혀 도움을 주지 못할 것이다 자칫하면, 세제혜택은 고소득층에게만 도움이 되는 제도가 될 가능성 높다. 또한, 의료제도의 효율적인 관리 및 보험재정의 효율적인 운영을 위해서도 민간 의료보험의 역할을 명확히 해야 한다. 이는 국민의료보장을 위해서 국민건강보험과 민간 의료보험이 중복되지 않으면서 서로 협력할 수 있기 때문이며, 명확히 구획된 영역이나 역할이 정해져야 민간 의료보험사들 사이에서 진정한 질과 가격 경쟁이 가능하기 때문이다. 그리고 이를 바탕으로 의료서비스산업이 발전할 수 있을 것이다.

〈 참고 문헌 〉

- 김정희, 정종찬, 김성옥(2004) 『건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사』, 국민건강보험공단.
민간 의료보험 활성화 TF, 국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안, 2001. 12.
- 박기영(2005), 의료산업의 전망과 발전전략, 세미나, 「의료바이오 산업 어떻게 할 것인가」, 2005. 2
- 박종연, 김경하, 김창보, 신수희(2002), 『민영건강보험 도입에 대비한 공보험의 대응 방안』 국민건강보험공단
- 박홍민, 김경환(2001) 『건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안』, 보험개발원 보험연구소
삼성경제연구소, 전략 서비스산업의 경쟁력 강화방안, 2005. 8
- 서남규, 박종연, 이애경, 김재연(2004), 『2004년도 건강보험제도 국민만족도 조사』, 국민건강보험공단.
- 서비스산업 관계부처 합동(2005), 서비스산업 경쟁력 강화 추진방안, 서비스산업 관계부처 합동 회의 안건

- 이진석, 김현수, 김재현, 정백근(2005) 『민간 의료보험의 실태와 영향 분석』 국민건강보험공단.
- 이태수 (2005), “의료서비스부문에 대한 경제논리적 접근의 한계와 고려점”, 『제1회 보건의료 경영·경제·행정학회 공동학술대회 연제집』 2005년도 제1회 보건의료 경영·경제·행정학회 공동학술대회 운영위원회
- 생명보험협회 상품공시실(2005), “FY2004 생명보험 사업실적 분석” 『월간생명보험』, 2005년 6월호.
- 전국경제인연합회(2004), “의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선 의견”, 정책건의자료
- 재정경제부(2005), “주요경제지표(2005년 9월)” <http://www.mofe.go.kr/>
- 정기택(2005), 『민간 의료보험 시장규모 추정』, 경희대학교 보건의료산업연구소
- 최병호, 민영건강보험의 역할과 전망, 의료산업경쟁력포럼 세미나, 2005.7.29
- D. Himmelstein, E. Warren, D. Thorne, and S. Woolhandler(2005), *Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy*, HEALTH AFFAIRS February.
- E. Mossialos , S. Thomson (2004), *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen: World Health Organisation, 2004.
- C. Francesca, N. Tapay(2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD.
- OECD(2004) *OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems*, 정형선 옮김
- S. Woolhandler, T. Campbell, and D. Himmelstein(2003), “Cost of Health Care Administration in the United States and Canada”, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 349, No. 8, pp. 768-775.