

## Special

## 민간건강보험의 역할과 방향



글·최병호 |  
한국보건사회연구원 선임연구위원

## I. 그동안의 경과

민간건강보험은 초기에 암보험을 중심으로 상품이 개발되고 판매되다가 암보험 외의 중증질환 영역으로 보장의 범위를 넓혀나갔고, 최근에는 대부분의 질환에서 발생하는 본인부담을 보상하는 실손형 상품들이 등장하면서 민간건강보험은 국민건강보험을 보충하는 사적 보장영역으로 자리잡아 나가고 있다.

민간건강보험은 1994년 의료보장개혁위원회, 1997년 의료개혁위원회에서 보충적 민간건강보험의 활성화를 제안하였다. 이후 진보성향의 국민의 정부와 참여정부에서는 민간건강보험의 활성화는 공보험의 위축을 가져오고 의료비 증가를 가져와 공보험재정을 위협한다는 논리가 지배적이었기 때문에 그다지 적극적이지 않았다. 다만, 경제부처는 규제개혁의 차원에서, 보험업계는 건강보험시장의 확대 차원에서 민간건강보험의 활성

화를 위한 노력이 이루어져 왔다. 민간건강보험에 대한 정부 차원의 적극적 육성이 이루어지지 않았음에도 불구하고 2000년 초부터 시장이 계속 팽창하여 왔다. 보험료수입 규모로 볼 때에 2001년 4조원에서 2005년 8조5천억원 규모로 성장하였다. 2001년 국민건강보험이 재정적 위기에 봉착하였을때에 재정위기를 타개하고 공보험의 제한된 보장성을 보충하는 방편으로 민간보험의 활성화가 한때 심도있게 논의된 바 있었다. 그러나 2002년 건강보험의 재정안정화 정책이 강력히 시행되고 재정정상화가 이루어지면서 민간건강보험 활성화에 대한 정부의 관심도 다소 멀어졌다.

그럼에도 불구하고 민간건강보험 시장은 꾸준히 신장되었으며 생명보험사는 순수 정액형 상품을 위주로 판매하였고, 손해보험사는 실손형(주로 실손형과 정액형의 혼합형) 상품 위주로 판매하였다.<sup>1)</sup> 2005년 실적 기준으로 전체 보험료시장에서 정액형을 판매하는 생보사가 75%의 시장점유율을 차지하고 있으며, 나머지 시장을 손보사가 차지하고 있지만 손보사도 실손형과 정액형 상품의 비중은 55%와 45%로 운영하고 있다. 따라서 정액형 상품이 전체시장의 85% 이상을 차지하고 있는 실정이다.

사실 실손형은 손보사에만 허용되어 왔으나 생보사의 지속적인 요구로 생보사에도 실손형 상품의 개발이 허용되었다. 즉 손보사는 '98년 단체 실손보험을 개발하였고, '99년 개인 실손보험을 판매하기 시작했다. 이어 생보사는 '03년 단체 실손보험을 개발하였고, '05년 개인 실손보험의 판매를 허용받았다.

손보사의 실손형 상품은 대부분 환자 본인부담액(법정보인부담 + 비급여)의 100%를 보장함에도 불구하고 시장점유율이 크지 않은 것은 두가지 이유에서 비롯된다. 첫째는 아직까지 소비자들의 보험 인식이 선진국형으로 성숙되지 않았음을 의미한다. 소비자들이 보험에 거는 기대가 불입보험료의 원금 전액 혹은 일부분이라도 보장받고 싶어하면서 위험도 추가적으로 보장받으려는 심리가 강하기 때문이다. 둘째는 보험사의 입장에서 의료비 실손의 리스크를 모두 보장할만한 위험관리 시스템이 구축되지 않았기 때문이다. 급변하는 의

1) 예를 들면, 생보사의 정액형은 주요질환의 수술비와 입원비, 암·뇌졸중·심근경색 등 특정질환에 대해 명시된 정액을 지급한다. 수술당 200만원, 입원시 일당 2만원 등의 형태이다. 손보사의 혼합형은 대부분의 질환(치과와 정신과 등은 제외)에 대해 입원 3천만원, 외래 일당 10만원 한도 내에서 실비를 보장한다. 실비에는 법정 본인부담과 비급여부담을 포함한다. 그리고 진단과 수술에 대해 정액을 지급하는 정액형을 포함하여 운영한다.

료위험의 불안정성과 불예측성을 부보할만한 역량을 갖추지 못하였고, 공급자측에서 발생하는 의료비를 통제할 기전이 거의 준비되지 않은 점도 원인으로 작용하였다. 이러한 이유 때문인지 손보사의 상품은 대부분 장기상해보험의 의료특약으로 판매하는 실정이다.

근래에 정부 차원의 민간건강보험 논의는 2006년 1월 의료산업선진화위원회에서 ‘국민건강보험-민간보험 역할 설정 방안’을 의제로 결정한 후, 수차례의 토론회와 공청회, 보건복지부의 TF 구성과 운영 등을 거쳐 2006년 7월 11일 대통령 주재 「의료산업 선진화 전략 보고회의」에서 주요 토론과제로 논의하였고, 민간의료보험 제도 개선 방안의 기본 방향을 확정하기에 이르렀다. 이후 세부추진방안을 마련하기 위해 2차 TF를 구성하여 운영하였고, 복지부 장관과 손보업계 사장단과의 면담도 수차례 이루어졌다. 의료산업선진화 위원회에서의 논의를 거쳐 2006년 10월 24일 동 위원회에서 세부 추진방안을 발표한 바 있다. 그러나 상기 방안은 민간보험업계에서 수용하기에 흡족하지 않은 내용을 담고 있었다. 이후 2007년도에 들어서서 정부 차원의 추진동력은 소극적이었고 논의도 소강상태에 있다.

## II. 의료산업선진화 위원회에서의 민간건강보험의 역할 제안

2006년 7월 11일 대통령 주재 ‘의료산업 선진화전략 보고회의’에서 확정된 내용은 다음과 같다. 요점은 국민건강보험의 보장성은 지속적으로 확대하면서 첨단의료기술 발전을 위한 ‘보충형’ 민간의료보험을 활성화하고, 민간의료보험이 국민건강증진에 기여할 수 있도록 상품의 합리성 및 사회적 책임성을 제고한다는 것이다. 보다 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 공보험과 합리적 역할 설정을 위해 상품의 합리성을 제고한다.

- 1) 국민건강보험에 재정 중립적인 방향으로 민간보험의 보장 범위를 설정하며, 민간 의료보험은 신의료기술, 고급의료, 간병 등 부가적 편의서비스를 보장토록 하여 공

보험의 공백 보완 및 산업적 창출효과를 유인하도록 한다.

- 2) 합리적인 보험료율 산출을 위해 공공성 있는 건강보험 기초통계 및 민간의료보험 통계 정보를 공유하고, 보험사·의료기관 간 비급여 가격 계약을 허용한다.
- 3) 진료 적정성에 대한 전문적인 심사 및 공·사보험 간 중복심사 방지를 위해 민간 의료보험의 진료비 심사를 건강보험심사평가원에 위탁한다.

둘째, 소비자 보호를 위한 상품의 사회적 책임성을 제고한다.

- 1) 소비자의 충분한 선택권을 보장하기 위해 상품 보장 내용·기준 등을 규정한 실손형 상품의 표준약관 제정 등 상품 표준화를 추진한다.
- 2) 고위험 집단의 가입 기회 확대를 위해 가입보장 및 자동갱신 의무 등 역선택 문제 해소 방안을 마련한다.

이에 대해 대통령은 국민건강보험의 본인부담률은 정책적 수단으로 존재하는 것으로서 본인부담 부분을 민간보험이 보장해서는 안된다는 견해를 제시하였고, 공보험이 위축되지 않도록 공보험의 보장률 등 보장의 목표를 분명히 해야 할 것을 강조하였다. 그리고 공보험의 보장성 확대 정책에 흔들림이 없도록 하되, 의료산업발전을 자극하기 위해 10~20%의 특수영역을 살려두어야 한다고 지시하였다.

결국 전반적인 기조는 공보험이 의료비의 80~90%를 보장하고, 나머지 10~20%를 민간의료보험의 영역으로 남겨두도록 함으로써 민간보험의 잠재적인 시장영역을 축소시키고 민간보험의 사회적 책임을 강조하는 정책방향을 제시하였다.

이후 2006년 10월 24일, ‘의료산업 선진화전략 보고회의’에서 결정된 방향에 대해 구체적 결과물이 나올 수 있도록 세부 추진방안을 마련하였다.(표1 참조)

〈표 1〉 의료산업선진화 위원회의 민간건강보험의 역할 설정방안(2006. 10.24)

민간의료보험의 과제	민간의료보험의 추진 방안
“비급여 중심”의 민간보험 보장 범위 설정	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 신규 실손형 상품 및 갱신 상품에 대해 법정 본인부담금 보장을 금지하되, 유예기간을 둠</li> <li>· 정책 방향에 부합하는 상품에 대해서는 세제 혜택 부여</li> <li>· 고급의료서비스의 시장 진입 활성화를 위한 ‘신의료기술 평가체계’ 마련</li> <li>· 제도적 실효성을 확보하기 위해 “표준약관심의위원회”를 구성·운영하거나, 표준약관 제·개정시 금감위원장이 복지부장관과 협의하는 절차를 마련</li> </ul>
상품 표준화 등 소비자 보호 방안	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 실손형 상품의 표준화를 추진</li> <li>· 보험상품 설명 script 매뉴얼화 및 서명 의무화, 보험상품의 비교 공시 강화, 민간보험상품의 허위·과장광고에 대한 금지행위 및 제재를 법규화</li> </ul>
공·사보험 간 정보 공유 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공익성 있는 국민건강보험 기초통계를 제공하고, 민간의료보험 통계 정보 공유</li> <li>· 통계 공유를 위한 『공·사보험 기초통계정보 공유협약체』 구성·운영</li> <li>· 건보공단, 심평원, 보험개발원 간 기초통계 공유 관련 MOU 체결</li> </ul>
보험사·의료기관 간 비급여 가격계약 체결	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 비급여 가격 계약 허용을 위한 의료법 개정안 마련</li> </ul>
민간의료보험의 진료비 심사	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 진료비 심사를 심사평가원에 위탁</li> <li>· 진료비 청구·심사 및 지급 등 처리절차는 당사자간 계약으로 정함</li> <li>· 건강보험 비급여 항목에 대한 청구코드 신설</li> <li>· 비급여 심사기준 설정을 위한 별도의 심사위원회 구성</li> </ul>

이러한 방안을 추진하고 점검하기 위하여 관계부처 실무협의체를 구성하여 운영하기로 하였다. 그러나 상기 추진방안 중에서 법정본인부담을 민간보험의 보장대상에서 제외하는 방안에 대해 보험업계는 다른 의견을 제시하였다. 즉 법정본인부담금을 포함하되 도덕적 해이로 인한 의료이용량을 억제하기 위해 Co-payment나 Deductible과 같은 장치를 마련하고, 3~4년 단위의 평가기간을 설정하여 국민건강보험 재정에 미치는 영향을 분석한 후에 추가적인 조치를 취할 것을 건의하였다.

### III. 공보험의 한계와 민간보험의 보완적 역할

공보험으로써 국민건강보험이 수행하는 기능은 <표 2>와 같이 크게 다섯가지로 요약할 수 있다. 즉 질병위험의 보장, 위험보장을 위한 재원의 조달, 적용대상의 보편화, 의료공급자에 대한 지불보상, 건강보험시스템의 관리운영 등이다. 이러한 공보험의 5가지 기능을 검토하건대 공보험이 수행하는 과정에서 일정한 한계에 봉착되며, 그러한 한계를 보완하기 위해 민간보험이 수행할 역할이 대두된다.

첫째, 질병위험의 보장 측면에서 공보험은 보편적인 보장을 하고 싶어 하지만 재원의 한계와 의료자원의 효율적 배분을 고려하면 필수적인 서비스에 한정할 수 밖에 없다. 민간보험은 이러한 공보험의 보장성의 한계를 보완하는 역할을 하는 것이다. 공보험은 국민들에게 균등한 보장을 할 수 밖에 없기 때문에 다양한 니드와 고급서비스 니드의 보장에 한계를 가지기 때문에 민간보험이 수요계층별로 차별화된 니드를 충족시키는 역할을 하게 된다.

공보험과 민간보험의 위험보장의 적정역할에 대한 대안을 제시하자면 공보험의 보장범위는 필수적인 의료서비스(GHCP: Guaranteed Health Care Package)를 대상으로 하고, GHCP 내에서는 대부분의 질병에 대한 치료가 가능하도록 하고, 이를 위한 진료가이드라인이 제정되어야 할 것이다.

그런데 GHCP 내의 모든 서비스를 공보험의 영역속에 포함시키기에는 재정의 한계가 있을 것이므로 고액진료비가 소요되는 중증질환(Major Risk) 급여와 예방적 급여를 공보험이 보장하는 일차적인 필수진료로 하며,<sup>2)</sup> 이는 의료에 대한 보편적인 접근성과 고도의 위험에 대한 보장성, 그리고 재정적인 통제를 조화시키기 위해서는 의료서비스(의료행위, 의약품, 재료 등)에 대한 전면적인 구조조정을 함을 의미한다. GHCP 범위를 벗어나는 비보험서

2) 빈곤층에 대한 의료급여제도에서는 GHCP 에 해당하는 서비스를 제공하는 방안을 강구해 볼 수 있다. 그러나, 이 경우 많은 저소득자들이 의료급여의 혜택을 받기 위한 여러 가지 도덕적 해이를 지행할 수 있다.

비스에 대해서는 의료공급자가 환자의 선택을 존중해야 한다.

이러한 구조조정을 바탕으로 중증 및 만성질환에 대한 환자의 비용부담이 최소화되도록 본인부담률을 조정해야 한다. 경증질환(Minor Risk)에 대한 보충보험에 있어서는 소비자가 민영보험이나 공보험을 선택하도록 한다. 다만, 공보험과 민영보험이 공동으로 보험사업을 할 수 있는 방안도 강구해야 한다. 경질환에 대한 보충보험은 관리의료(Managed Care) 방식이나 의료저축계정(MSA)의 도입을 적극 권장해야 한다.

공보험의 보장성을 확대할 경우에 불필요한 서비스는 과잉이용을 하게 될 가능성이 있는 반면에 필요한 서비스는 과소이용할 가능성도 존재한다. 민간보험은 보험회사간의 경쟁을 통해, 보험사 스스로의 경영효율화 노력을 통하여 과잉이용이나 과소이용을 적절히 바로잡는 노력을 하게 된다.

현재 국민건강보험이 의료기관을 강제지정함에 따라 발생하는 문제점들을 앞서 언급했거니와, 만약 공보험이 계약제를 도입하게 되면 민간보험은 환자의 비계약 의료기관 이용에 대한 대체적인 서비스를 제공할 수 있다. 또한 민간보험은 보험회사별로 질적 수준이 확보되는 의료기관과의 계약을 통하여 의료기관간의 경쟁을 유도하고, 경쟁을 통한 의료의 질적 수준 향상과 의료비절감을 도모하게 된다.

둘째, 공보험은 재원조달의 공평성을 강조하다보니 재원조달의 효율성 문제에 부닥치게 되고 가입자의 저항에도 직면하고 있다. 특히 사회적 공평을 강조하다보니 개인적인 형평을 희생하게 된다. 민간보험은 개인의 위험에 비례한 보험료의 산정으로 효율성을 보완하게 되고, 이에 따라 개인적 형평을 확보함으로써 부담에 있어서 순응도를 제고하게 된다.

셋째, 공보험은 가능한 한 모든 국민을 대상으로 적용하는 보편성을 지향하지만 현재 소득과약의 불완전성과 납부 저항으로 적용의 사각지대가 발생하고 있다. 이러한 사각지대는 저소득층 뿐만아니라 고소득 자영업층에게 까지 분포되어 있다.

이에 대한 민간보험방식의 접근은 고소득 자영업자집단에 대해서는 민간보험의 가입을 허용하는 대체형 민간보험을 도입하고, 공무원이나 사립교원 및 기업 집단에 대해서는 단체별로 각각의 공보험 혹은 민간보험을 운영하도록 하는 것이다. 나머지 계층에 한해서는 국고의 투입으로 보험료 부담을 낮추거나 면제함으로써 사각지대를 해소하도록 하는 것이다.

〈표 2〉 공적건강보험의 한계와 민간보험의 보완적 역할

공보험의 역할	공보험의 한계	민간보험의 보완적 역할
1. 질병위험의 보장 (Risk pooling)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 보편적 보장을 위해 필수서비스 (GHCP)에 그침</li> <li>· 다양한 니드, 필수 이상의 니드(중상류층) 보장에 한계</li> <li>· 공보험 보장성 확대시 과잉(혹은 과소)이용의 부작용</li> <li>· 의료기관 강제지정에 따른 문제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공보험의 보장성 취약성을 보완</li> <li>· 수요계층별로 차별화된 보장성 충족</li> <li>· 과잉(과소)이용의 부적절성 보완</li> <li>· 의료기관 계약제 도입으로 비계약 의료기관에 대한 민간보험의 대체적 역할 부여</li> </ul>
2. 공평한 재원조달 (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 재원조달의 효율성 문제; 부담의 저항</li> <li>· 개인적 형평성(individual equity) 저해</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Risk-related premium 으로 효율성 보완</li> <li>· 부담의 순응도 제고</li> </ul>
3. 적용대상 보편성 (Universal coverage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 적용의 사각지대 발생 (납부저항, 부담능력, 소득과약문제 등 보험료부과 불안정성)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대체형 민간보험(고소득집단)</li> <li>· 단체단위(기업, 공무원, 사립교원 등)로 self-insurance 허용(공보험 혹은 민간보험)</li> <li>· 나머지 집단에 대해 국고투입으로 사각지대 해소</li> </ul>
4. 지불보상제도 (Payment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행위수가제 하에서 비용조장적 낭비(inefficiency) 초래</li> <li>· 공보험은 공급자의 비용청구를 감독할 인센티브 미약</li> <li>· 비용효과성을 모니터링할 시스템 취약</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 민간보험의 이윤동기와 고객확보 경쟁을 위한 비용통제기전 마련</li> <li>· 동시에 서비스의 질 확보 노력 → 비용효과성 강화</li> <li>· 민간보험이 P4P(Payment for performance) 동기가 강력</li> </ul>
5. 관리운영 (Governance/administration)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정책결정과 집행의 경직성 · 비효율성</li> <li>· 독점(monopoly)에 따른 비효율성</li> <li>· 고객서비스 만족도 문제</li> <li>· 직원의 근무의욕/pride 가 낮아 생산성 저하</li> <li>· 인력의 질 문제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료환경과 소비자욕구 변화에 신속한 대처</li> <li>· 경쟁의 효율성</li> <li>· 공보험 관리중 일부를 민간보험에 outsourcing</li> </ul>

넷째, 현행 공보험의 지불보상제도는 행위별수가제를 채택하고 있고, 행위수가제는 비용조장적인 낭비를 초래한다는 비판을 받고 있다. 또한 공보험은 의료공급자가 청구하는 비용을 철저하게 감시할 인센티브가 다소 미약하고, 의료비 투입의 효과성을 모니터링할

시스템 또한 부실하다.

이에 대해 민간보험은 스스로의 이윤동기가 작동하고 있고 고객을 확보하기 위한 경쟁을 통하여 보험료를 낮추기 위한 비용통제기전을 마련하려 한다. 동시에 서비스의 질을 확보하기 위한 모니터링 등 여러 가지 노력을 경주하게 된다. 이에 따라 의료성과에 비례한 지불보상(P4P: payment for performance)의 동기가 강력해진다.

다섯째, 통상 공보험의 관리운영에 대한 비효율성이 지적되곤 한다. 정부 혹은 공보험 공단의 정책결정이나 집행의 경직성과 비효율성 문제가 제기되고, 특히 독점적인 공단의 독점에 따른 비효율성이 지적된다. 공단은 경쟁을 결여하고 있기 때문에 조직과 인력의 생산성을 측정하기 어렵고, 독점적 서비스 제공에 따른 고객의 서비스 만족도 또한 낮게 평가된다. 소속 직원의 근무의욕이나 자긍심이 낮아 생산성이 낮을 것이라는 우려를 낳고, 이 때문에 우수한 직원을 확보하지 못해 인력의 질에 대한 문제도 제기된다.

이에 대해 민간보험은 의료환경이나 소비자의 욕구 변화에 신속하게 대처할 수 있고, 경쟁을 통한 경영효율화로 생산성을 향상시키고 소비자의 만족도 제고에 끊임없이 노력하게 된다. 따라서 공보험의 관리운영 시스템을 민간보험에 위탁(outsourcing)하는 방안을 검토해볼 수 있다.

#### IV. 민간건강보험의 보장범위 : “법정본인부담을 제외한 비급여에 한정할 것인가?”

앞서 의료산업선진화 위원회의 추진방안 중에서 합의에 이르지 못한 부분은 법정본인부담에 대해 민간보험의 보장을 금지하는 것이다. 그 외 나머지 부분은 대부분 합의가능하고 구체적인 추진방안을 협의할 수 있을 것이다.

공보험에서 법정본인부담을 도입하는 이유는 의료소비자의 비용의식을 고취하려는 최소한의 장치이고, 의료이용의 과도한 도덕적 해이를 억제하려는 기전이다. 그런데 행위별 수가제를 근간으로 하는 우리나라의 경우 의료공급자는 의료서비스를 늘리려는 강한 유

인을 갖게 되고, 이러한 유인을 제어하는 수단으로써 의료공급자에 대한 통제 보다는 의료소비자에 대한 통제에 더 많이 의존하고 있다. 그것은 바로 높은 법정본인부담을 유지하는 것이다. 그런데 높은 법정본인부담에도 불구하고 과도한 의료이용이라는 도덕적 해이를 억제하는 기능은 정작 법정본인부담 보다는 방대한 비보험 본인부담이 실효성 있는 역할을 담당해 온 것이 우리나라의 현실일 것이다.

의료산업선진화 위원회가 민간건강보험의 보장범위를 비급여 영역에만 한정하고 법정본인부담을 제외한 이유는 법정본인부담이 의료이용의 도덕적 해이를 통제하는 마지막 보루라는 데에 있다. 법정본인부담까지 민간건강보험이 보장하게 되면 도덕적 해이는 극히 심화될 것이고 의료비는 급증할 것이라고 우려하기 때문이다. OECD 역시 2004년 보고서에서 본인부담 전액을 보장하는 본인부담 보충형 민간의료보험은 공보험의 불필요한 재정 지출을 야기함으로써 공보험의 재정적 안정성을 위협한다고 지적하고 있다. 이에 본인부담 전액을 부담하는 보충형 민간의료보험은 ‘피해야 할 유형’으로 권고하고 있다.

그런데 문제의 본질, 즉 도덕적 해이를 억제하고 의료비증가를 통제하기 위해서는 본인부담이라는 소비자에 대한 통제장치 보다는 공급자가 환자에게 필요이상의 초과 의료서비스를 제공하지 않도록 통제하는 것이 더 효과적이다. 의료이용의 판단을 소비자에게 부담지우기 보다는 의료전문가인 공급자에게 지워야 하는 것이 마땅할 것이다. 따라서 공급자에 대한 지불보상방식을 개편해야 할 것이다.

현재 행위별수가제를 유지하는 한, 도덕적 해이의 문제는 사보험에서만 나타나는 것이 아니고 공보험에서도 당연히 나타나게 된다. 보충적인 사보험이 의료비를 증가시킬 유인을 제공하는 것과 마찬가지로 공보험의 보장성 확대 역시 의료이용을 증가시키게 된다.<sup>3)</sup> 그렇다면 사보험과 공보험 중 어느 쪽이 더 강한 의료비 증가유인을 가질 것인가? 이에

3) 심평원의 분석에 의하면 2006년 1월 6세 미만 아동 입원진료비의 법정본인부담금을 면제한 결과, 내원일수는 52.2% 증가(가격 탄력도 -1.26), 진료비는 15.6% 증가(가격 탄력도 -0.37) 하였다. 한편 미국 Medicare의 본인부담금을 보장하는 보충형 의료보험인 Medigap 도입이 메디케어의 의료비 지출을 13%~96% 증대시킨 것으로 평가하고 있다. 삼성의료경영연구소(2005. 12)는 ‘암보험이 암환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향’ 보고서에서 외래의 경우 환자당 방문일수와 의료비 모두 암보험 가입자군이 더 높은 것으로 나타났다. 정기택(2006)의 연구 역시 민영건강보험의 가입여부는 외래방문횟수 및 외래비용에는 통계적으로 유의한 영향을 미쳤지만, 입원일수 및 입원비용에는 유의한 영향 관계가 나타나지 않았다. (정기택 외, ‘민영건강보험 활성화 방안 연구’, 2006. 9)

대한 답은 의료공급과 의료수요를 통제하고 의료자원을 낭비없이 효율적으로 사용할 수 있는 장치를 어느 쪽이 더 잘 운용하느냐에 달려 있다.

많은 연구에서 민영보험 가입자의 의료이용이 비가입자에 비해 입원이 아닌 외래에서 늘어났다는 보고를 볼 때에, 대부분 입원관련 질환을 주 보장대상으로 하는 민간보험이 공보험의 의료비에는 별 영향을 미치지 않는다는 해석이 가능하다. 이는 입원관련 질환이 가격비탄력적이기 때문에 민간보험의 가입 여부에 크게 영향을 받지 않았다고 볼 수 있다.

만약 법정본인부담을 사보험의 보장 영역으로 허용하였을 때에 민간보험사는 법정본인부담을 보장의 범위에 모두 포함할 것인가? 만약 사보험이 법정본인부담까지 보장하게 될 때에 도덕적 해이는 매우 커질 것인가? 실손형 상품이 발생한 환자본인부담을 모두 보장하는 것을 허용한다면 실제 보험상품은 일정액 까지는 환자가 부담하는 ‘deductible’ 이나 일정액 혹은 일정율은 가입자가 부담하는 ‘coinsurance’ 를 대부분 채택하게 된다. 사보험회사의 입장에서도 일정한 도덕적 해이를 제어하기 위한 최소한의 장치를 통상적으로 마련하게 될 것이고 의료공급자를 통제하기 위한 일정한 지불보상 기준을 마련하게 될 것이다.

한편 공보험에서 규정한 법정본인부담과 비보험의 구분도 애매하다. 비보험을 법정비보험과 임여비보험으로 다시 구분하게 되면 더욱 애매해진다. 지정진료료나 상급병실료와 같은 법정비보험이나 입원 20%, 외래 30~55%로 규정한 법정본인부담율은 모두 법정본인부담 임에는 틀림없다. 이를 법정비보험과 법정본인부담으로 구분하여 전자는 사보험의 대상이 되고 후자는 사보험의 대상에서 제외할 논리적 근거도 애매할 수 있다. 공보험 재정의 제약상 법정본인부담율을 높게 유지할 수 밖에 없는 상황에서 법정본인부담에 대해 사보험의 보장을 제한하는 것도 다소 무리가 따른다. 즉 현재의 법정본인부담은 도덕적 해이를 제어하는 최소한의 장치라고 보기는 어렵다. 정부가 재정의 제약상 보장하기 어려운 의료비용을 사보험이 보충하려는 것을 법적으로 막는 것은 논리적으로 다소 공색해 보인다. 근본적으로 의료에서 도덕적 해이의 문제는 수요자측면 보다는 공급자 측면에서 접근하는 것이 논리적이다. 의사와 환자간 정보비대칭 등으로 인한 도덕적 해이가 나타나는 시장실패는 공급자요인에서 주로 발생하기 때문이다.

근본적인 해법은 비급여를 급여로 전환하는 것, 바꾸어말하면 비급여 본인부담을 법정

본인부담으로 전환하는 것이고, 이에 따라 방대한 법정본인부담에 대해 민간보험의 적절한 보충적인 역할을 정립해야 할 것이다. 프랑스의 경우 방대한 본인부담을 민간보험이 보충하도록 허용하였다. 즉 공보험이 보장하는데 한계를 보인 영역에서 민간보험이 공보험에 준하는 역할을 하도록 하였다.

한편 의료이용의 도덕적 해이는 본인부담의 크기 이외에도 이용 당시의 보험급여방식이 중요한 역할을 한다. 의료이용 당시에 현재의 공보험과 같이 현물급여의 형태로 제공하게 되면 이용자는 현물급여에 해당하는 비용에 대해서는 비용의식을 느끼지 않게 된다. 만약 환자가 먼저 비용을 부담하고 사후에 비용을 보상받는 방식이면 환자는 상당한 비용의식을 갖게 될 것이다. 현재의 민간보험은 후자의 방식을 취하고 있다. 따라서 소위 법정 본인부담을 민간보험이 보장하게 되더라도 환자가 일단 먼저 부담하고 사후에 보상받는 방식이면 환자는 비용의식을 갖게 될 것이다.

## V. 민간건강보험의 발전방향

민간건강보험의 발전방향은 결국 공보험의 정책방향을 정립하는 것과 같은 맥락에서 이루어져야 한다. 가격비탄력적이고 저소득층의 의료접근성을 제한할 수 있는 중증질환에 대해서는 공보험의 역할이 반드시 정립되어야 한다. ‘필수진료의 범위’를 정립하고 공보험의 영역으로 끌어들이 공보험의 보장범위를 정해야 할 것이다. 그래야 시장이 예측가능해지고, 민간보험의 역할이 보다 분명해 진다. 그러나 그 밖에 경질환(minor risk)이나 비보험 영역(신기술이나 non-medical 서비스 등)에서는 소비자에게 공보험과 민영보험간 선택을 허용함으로써 경쟁을 유도할 것을 제안한다. 경질환 영역에서는 현재의 행위별수가제, 인두제 혹은 인두제에 기초한 관리의료방식(managed care)방식이나 의료저축계정(MSA)의 적용 등 다양한 지불방식으로 경쟁할 수 있을 것이다. 이렇게 되면 공보험자 및 민간보험자와 의료기관 간에 계약제로 운영하게 될 것이다. 이에 따라 고객 확보를 위하여 공보험과 민간보험간에 경쟁이 일어나고, 공사보험자간에 좋은 의료기관을 확보하기 위해 혹은 의

료기관은 좋은 의료기관임을 증명하기 위해 서로 경쟁을 하게 될 것이다. 이는 의료의 질적 수준 향상과 의료비절감으로 이끌 것을 기대할 수 있다. 그리고 기존에 단일보험자로서의 공보험의 생명력과 경쟁력을 도모할 수 있다. 공보험과 사보험간에 공정한 경쟁이 이루어지기 위한 조건들을 연구해야 할 것이고, 사보험은 국민건강의 위험을 담보하는 공익적인 역할을 수행하게 되므로 상당한 정도의 사회적 책임과 규제를 받게 될 것이다. 민간보험이 기존의 현금보상방식에서 벗어나 현물급여방식으로 전환하여 공보험과 유사한 사회적 기능을 하는 유럽식 민간보험의 형태로 발전할 수 있을 것이다. 이에 따라 공보험과 민간보험의 보장성 90%를 확보할 수 있다면 매우 성공적인 공사혼합모형으로 발전하게 될 것이다. 즉 공보험의 한계를 민간보험이 보완하여 전체적으로 효율성을 제고하는 것이다. 미국은 공보험이 매우 취약함에도 불구하고 사보험의 발전으로 환자의 평균적인 직접본인부담은 한국에 비해 낮다. 물론 미국은 의료보장의 계층간 불형평이 매우 심각한 나쁜 사례에 속한다. 우리나라의 경우 전국민 공보험의 틀을 바탕으로 민간보험의 보완적인 역할을 잘 활용하고, 의료소외의 위험이 큰 계층에 대한 의료안전망을 잘 구축한다면 성공적인 공사 보완형 건강보험을 발전시켜나갈 수 있을 것이다. **KHA**