

민간의료보험 도입 필요성과 과제



글 · 김원중 |
인제대학교 보건행정학부 교수

I. 서언

현행 국민건강보험은 국민의 의료서비스에 대한 접근성 향상과 의료보장의 보편성 확보에 커다란 기여를 하였으나, 다른 한편으로는 급여의 범위 및 다양성과 관련하여 여러 가지 문제점과 한계를 노정(露呈)하고 있음은 주지의 사실이다. 이러한 공보험(公保險)의 한계를 보완하기 위하여 민간의료보험의 도입과 활성화가 필요하다는 논의가 그동안 지속적으로 제기되어 왔으며 정부에서도 이에 관한 정책적 검토를 여러 차례 수행하였다. 그러나 이와 같이 지난 10년간 민간의료보험의 역할에 대하여 학술적 논의와 정책적 검토가 수행되어 왔음에도 불구하고 아직까지 뚜렷

한 결과가 실현되고 있지 않아 다시 이 문제에 대한 공론화(公論化)가 필요한 것으로 생각된다. 본고(本稿)는 이러한 인식을 바탕으로 국민건강보험(공보험)과 민간의료보험(사보험)의 균형적 발전방향을 모색하고 관련 정책과제를 검토하기 위한 목적으로 작성되었다. 다만 여기에서 언급할 것은 민간의료보험 상품은 이미 '도입'되어 있으며 본고에서는 이러한 민간의료(民間醫保)의 정착과 활성화를 위한 제도 내지는 정책의 '도입'을 논의할 것이라는 점이다. 특히 '보충형' 민간의료보험의 건전한 정착을 위한 정책과제와 '대체형' 민간의료보험의 검토를 위한 보험체계 모형을 제시하고자 한다.

II. 민간의료보험 도입 · 활성화 논의의 배경

1. 국민건강보험의 문제점

1) 급여범위의 제한 및 높은 본인부담

국민건강보험은 그동안 의료접근상의 형평성 확보 및 재정안정을 중점적인 정책과제로 수행하여 왔으며 그 결과 급여확대를 통한 보장성(保障性) 강화는 상대적으로 취약한 면모를 보이고 있다. 총진료비 중에서 보험급여비가 차지하는 비중은 절반 정도에 불과하여(2001년도: 45.5%) 환자 본인부담이 과중하다. 주요 외국의 본인부담률이 대개 10~20% 정도로 낮은 수준인 것을 보면 우리나라의 건강보험은 의료보장으로서의 역할이 불충분한 실정임을 알 수 있다.

2) 보험재정의 한계

건강보험재정은 1997년부터 당기적자를 나타내었고 2000년도 의약분업 이후 급격히 악화되어 2002년말에는 약 2조5천억원의 누적적자를 기록하였다. 최근 정부의 재정안정대책 등으로 재정위기는 한 고비를 넘겨 2003년도 당기수지는 상당한 흑자를 보일 것으로 추산되나 아직도 차입금의 완전상환에는 많은 시일이 소요될 것으로 예상된다. 더욱이 장기적인 관점에서 문제되는 것은 노인 의료비로서 향후 건강보험의 재정부담을 가중시킬 것으로 보인다. 물론 이에 대응하여 노인요양보험의 도입 등이 논의되고 있으나 이는 제도의 개편(改編)이고, 재정측면에서 보면 국민 부담

은 마찬가지이다. 이러한 현상과 전망을 종합할 때, 현행 국민건강보험의 구조 내에서는 가까운 장래에 획기적인 보험급여 범위의 확대나 개선조치는 쉽지 않을 것으로 사료된다.

3) 다양하고 질적 수준이 높은 의료욕구의 미충족

단일 공보험 제도 내에서는 고급 의료기술의 발전과 소득향상에 따른 다양하고 질적 수준이 높은 소비자들의 의료욕구를 충족시키는 데에 한계가 있다. 급여범위가 획일적이고 유연성이 부족하여 최근 환자가 외국 의료기관을 방문하여 고급 의료욕구를 충족시키는 사례가 증가추세에 있다. 또한 공보험 하에서 획일화되고 규제된 보험수가는 의료제공자가 가격 및 서비스 질로서 경쟁할 유인이나 새로운 의료기술 또는 의약품을 개발할 유인을 저해하는 요소로 작용하고 있어 전체적으로 의료산업의 질적 향상 및 대외 경쟁력이 취약해질 우려가 있다.

2. 민간의료보험 도입 · 활성화의 필요성

위에서 서술된 공보험(公保險)의 한계는 민간 의료보험 도입 · 활성화의 필요성에 대한 논리적 근거로서 제시되고 있는 바, 이를 건강보험의 관련 주체별로 정리하여 보면 다음과 같다.

1) 의료보장 욕구의 충족과 후생 증가(의료 소비자 측면)

민간의료보험을 구매함으로써 소비자는 고액진료비가 소요되는 각종 재난성 질환과 사고에 대

한 위험으로부터 충분히 보호 받을 수 있으며 인구 노령화, 만성질환 증가, 소득수준 향상 등 사회 환경의 변화에 따른 다양하고 고급화된 의료수요를 충족시키는 데에 유용하다.

2) 의료기관 경영개선과 의료산업 발전 (의료공급자 측면)

민간의료보험이 도입되면 수가계약에 의한 진료비의 자율적 산정 및 적정이윤 확보로 과잉진료를 자제하고 의료행위의 정상화를 회복하여 병원경영의 개선이 기대되며 의료기관간 가격 및 서비스 경쟁을 촉진하여 의료수준의 발전을 기하고 첨단의학분야를 중심으로 한 의료산업을 활성화하는 등 의약산업의 발전을 유도할 수 있다. 또한 판매경험과 전략에서 우위에 있는 외국 보험자들이 자국의 세계적인 유명 의료기관과 제휴하여 고소득층을 대상으로 국내시장을 개척할 가능성이 있으므로 국내 민간의료보험의 발전은 이에 대한 대응책으로서 의미도 있다.

3) 보험운영의 효율성 제고를 위한 시사점 제공(보험자 측면)

우량한 민간보험회사의 효율적인 급여처리나 보험가입자에 대한 각종 서비스는 통합 관리운영 방식을 취하고 있는 공보험의 운영 효율성 제고에 여러 가지 시사점과 자극을 제공할 수 있다.

Ⅲ. 공·사보험의 균형적 발전을 위한 정책과제

1. 정책의 기본사각

이상에서 본 바와 같이, 이론적으로 민간의료보험은 공보험의 한계를 보완하는 역할을 할 수 있으며 실제로도 다양하고 보장성이 넓은 보험상품이 다수 출시되어 이미 상당한 규모의 시장을 형성하고 있다. 따라서 공보험의 본인부담분을 보상하는 '보충형' 민간의료보험에 대한 정책의 기본방향은 이러한 현실을 수용하는 바탕 위에서 민간의료보험을 건전하게 정착시키기 위한 공정한 '시장규칙'을 마련함으로써 효과적인 의료보장을 추구하는 것이 되어야 할 것이다. 아울러 다양하고 질 높은 의료요구의 충족과 의료산업 발전을 위하여 공·사보험간 선택적 가입을 허용하는 '대체형' 민간의료보험도 전향적으로 고려할 필요가 있다. 여기에서는 먼저 민간의료보험에 대한 부정적 시각을 검토하고 시사점을 모색하여 이후에 서술되는 정책과제와 연계하고자 한다.

2. 민간의료보험에 대한 부정적 견해의 검토와 시사점

1) 의료비 증가 문제

(1) '보충형' 민간의료보험의 경우

민간의료보험은 이 경우 공보험의 보완재적(補完財的)인 성격을 가지므로 공보험에서 급여되는 의료이용이 다소 증가하여 의료비가 상승할 것으로 예상된다. 그러나 의료이용의 증가에 있어서 그동안 비용관계로 억제되어 있던 '정상적'인 잠재수요가 실현되는 것은 문제될 것이 없다. 다만 의료이용의 증가로 의료제공자의 과잉진료 여지도 동반

하여 증가하는 것은 문제이나 이는 민간의료보험 자체보다는 근본적인 진료비 지불방식의 개선 등으로 해결되어야 할 사안이다. 특히 비급여의 경우, 상당부분을 차지하는 식대와 상급병실료 등은 본질적으로 호텔 서비스와 유사하여 의료공급자와 소비자 간의 정보비대칭(information asymmetry) 문제가 완화되므로 과잉진료의 근본적 원인이 적용되지 않는다. 아울러, 민간의보 적용이 의료기관의 적정이윤 확보에 기여함으로써 과잉진료 자체 등 의료공급 행태의 정상화를 기대할 수 있다는 견해도 있다.

(2) '대체형' 민간의료보험의 경우

의료비 상승요인이 '보충형' 민간의보의 경우보다 클 것으로 예상되나 다수의 보험자와 의료기관 간의 경쟁을 통한 효율성 향상 등 긍정적 효과도 기대할 수 있다. 또한 우리나라는 국민의료비 규모에서 선진국에 비하여 아직 더 증가할 '여유'가 있다고 볼 수 있으므로 결국은 의료비의 상승이 의료서비스의 질 및 의료산업의 경쟁력 향상으로 연결되는지 여부가 관건이 된다.

2) 공보험 위축 우려 문제

(1) '보충형' 민간의료보험의 경우

민간의료보험의 역할 증대로 기존 공보험의 위축이 우려된다는 지적이 있으나 기본적으로 추구되어야 할 정책방향은 공·사보험의 균형적 발전이며 현재 범위가 제한적인 공보험의 급여수준은

향후 지속적으로 확충이 추진되어야 할 것이다. 물론 공보험 급여확충 과정에 있어서 민간보험회사들이 반발하고 압력을 행사할 가능성도 있지만, 한편으로는 경쟁에 따른 효율성 향상도 기대되며, 궁극적으로는 국민(소비자)의 선택으로 귀결될 사안이다.

(2) '대체형' 민간의료보험의 경우

양적(量的)인 측면에서는 공보험이 다소 위축될 것으로 예상되나 공·사보험간 경쟁을 통한 질적(質的) 향상도 기대된다. 중요한 것은 이 경우 국민건강보험 제도의 가치에 대한 재인식의 계기가 될 것이라는 점이다. 즉, 현행 공보험의 단일한 체계 내에서의 불만과 비판에 대하여 대안 선택의 기회를 부여함으로써 현 공보험을 재인식·재평가할 수 있는 긍정적 측면이 있다.

3) 계층간 위화감 문제

(1) '보충형' 민간의료보험의 경우

민간의보 가입자와 비(非)가입자간의 의료이용의 불평등이 조성되고 공·사보험 환자간 의료기관의 차별대우가 우려된다는 지적이 있으나 '보충형'의 경우에는 '불평등'이나 '차별' 문제가 특별한 쟁점(issue)으로 부각되지는 않을 것이다. 즉, 기왕(既往)에도 경제적 능력에 따라 비급여 부문에 있어서 '불평등'이나 '차별'은 존재할 수(또는 우려될 수) 있었으며 민간의료보험의 구입은 단순히 자기(自費) 부담을 보험 적용으로 변경하는 것에 불

과하기 때문이다.

(2) '대체형' 민간의료보험의 경우

사회적 위화감의 소지는 보다 클 것이나 의료문제는 기본적으로 보장의 충실성 및 소비자 후생의 증대가 이용의 평등성보다 선결과제인 것으로 사료된다. 따라서 '사회적 다양성'을 인정하고 그 혜택에 따른 대가(代價)를 명확히 지불하는 방법으로 문제를 해소하려는 전향적(前向的)인 시각이 필요하다.

4) 민간의료보험 운영과 관련된 문제

민간의료 운영과 관련하여 보험회사의 환자선택(cream skimming)과 소비자의 역선택(adverse selection) 문제가 지적되고 있다. 그러나 이는 민간보험 고유(固有)의 문제로서 간명한 해결책이 존재하는 것은 아니다. 다만 이 문제는 상호간 정보비대칭에 일부 기인하므로, 가입자는 보험회사와 보험상품에 관한 정보를, 보험자는 소비자의 건강정보와 진료정보를 원활하게 보유할 수 있는 체계를 구축하는 것이 하나의 정책적 접근방법이다.

3. 보충형 민간의료보험의 건전한 정착을 위한 정책과제

위에서 본 바와 같이 '보충형'의 경우에는 민간의료 운영 관련사항 이외에는 별다른 문제점이 존재하는 것은 아니므로 이를 건전하게 정착시키는 것이 필요하며 특히 보험회사와 가입자간의 정보비대칭을 해소하는 것에 정책의 주안점이 두어져야 할 것이다.

1) 건강관련 위험률 정보의 제공

소비자에게 적합한 민간의료보험 상품의 개발을 위해서는 건강관련 위험률에 대한 통계의 집적이 필요하며 이는 궁극적으로 민간보험회사들의 자체적인 노력에 의하여 해결될 과제이다. 그런데 '보충형' 민간의료보험의 주(主)대상은 비급여 부문이며 이에 관한 세부적인 정보는 건강보험공단이나 심사평가원보다는 개별 의료기관이 보유하고 있으므로 이러한 정보를 활용할 수 있는 체계 구축을 위한 정책적 노력이 필요하다. 다만 허용되는 정보는 인구집단별 정보를 원칙으로 하며 환자의 신원과 연결된 정보는 엄격히 통제되어야 할 것이다. 따라서 정보의 신청과 제공 과정에 정부(보건복지부)의 철저한 관리·감독이 요구되며 이러한 과정의 공식적 제도화가 필요하다.

2) 소비자 보호의 강화

민간의료보험 상품에 대한 소비자의 올바른 선택을 위해서는 민간보험회사와 보험상품에 대한 정확한 정보가 원활하게 제공되어야 한다. 따라서 의료보험 상품을 취급하는 민간보험회사에 대한 심사기구를 두고 평가결과를 공시할 필요가 있다. 주요 공시사항은 보험회사의 재무건전도 및 서비스 질에 대한 주기적 평가 결과이며, 이와 아울러 민간의료보험에 관한 전문지식이 없는 일반 소비자도 쉽게 이해할 수 있게 각종 보험상품의 보험료(가격)와 보험급여(서비스) 등에 대한 객관적인 비교를 담은 정보자료집의 발간도 필요하다.

3) 세제(稅制) 지원

보충형 민간의료보험의 가입은 공적(公的) 의료

보장을 보완하는 의미가 있으므로 사회적 가치재(merit good)로 인식하여 적절한 세제 혜택이 고려되어야 한다. 현재 소득세법상 보험료 공제는 보장성 보험에 한하여 인정되고 있으며 최근 한도가 다소 증액되었으나 지속적인 혜택의 확대가 추진되어야 할 것이며 민간의료보험에 대한 특별공제 항목의 신설도 검토할 사안이다. 아울러 기업이 근로자를 위하여 제공하는 민간의료보험료의 손비 인정 혜택도 같은 수준에서 고려되어야 할 것이다.

4) 민간의료보험 관련 정부 부처(部處)간의 업무 연계

민간의료보험과 관련된 정책결정 및 집행은 공·사보험의 관계 설정에 대해서는 보건복지부가, 보험경영에 대해서는 재정경제부 및 금융감독원이 주관하고 있는 바, 이 같은 주관 부서의 이원화(二元化)는 업무 중복 및 누락의 우려가 있으므로 부처간 업무 연계와 조정이 필요하다. 따라서 보건부처와 경제부처의 관련 담당자가 참여하는 민간의료보험 정책조정기구의 구성이 검토되어야 하며 여기에서는 앞에서 제기된 여러 정책과제들이 포괄적으로 심도있게 논의되어야 할 것이다.

4. 공·사보험간 부분적 대체모형의 검토

1) 검토배경

전술한 바와 같이 보충형 민간의료보험을 건전한 방향으로 정착시키는 것이 기본적인 정책과제이나, 보다 전향적인 입장에서 의료보장성을 확대하고 다양한 욕구 충족 및 의료서비스의 질 향상, 그리고 의료산업의 경쟁력 제고를 위하여 공·사보험

간 부분적 대체모형을 검토할 필요가 있다. 국외로 유출되고 있는 고급 의료수요의 국내 수용을 위한 근본적 대처방안은 국내 의료기관 및 의료산업의 경쟁력 제고이다. 이를 위해서는 현행 국민건강보험 요양기관 당연지정제를 일부 자유계약제로 전환할 필요가 있으며 아울러 영리법인의 의료기관 설립도 일부 허용되어야 할 것이다. 이러한 의료공급의 구조 변화와 관련된 수요기반의 조성을 위하여 민간의료보험의 활성화가 필요하다.

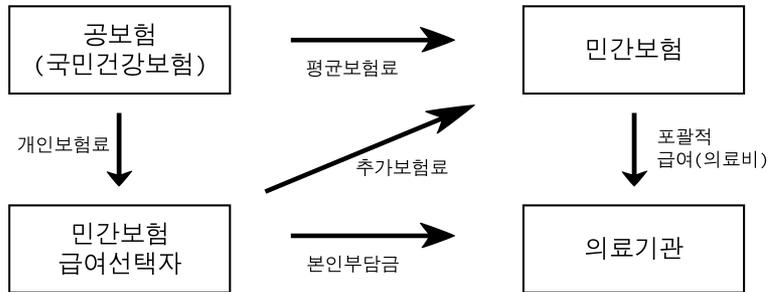
또한 이 사안은 개별 경제주체의 입장에서 보아도 의료소비자의 선택권과 의료공급자의 자율성 증진을 위한 것으로서 중요하다. 즉, 다양한 의료서비스를 제공받고자 하는 소비자의 욕구는 항상 존재하며, 의료기술의 발전과 의료질의 향상을 극대화하고자 하는 공급자의 욕구도 항상 존재하므로 대체형(代替型) 민간의료보험이라는 새로운 장(場)을 마련함으로써 이러한 욕구 충족의 기회를 제공하여야 할 것이다. 다만, 현행 국민건강보험의 기본 틀을 유지하고 재정안정 및 사회적 위화감의 완화를 고려하여 공·사보험간 균형적 발전을 도모하여야 한다는 것이 논의의 전제가 됨은 물론이다.

2) 대체모형: [대안 1]

본 방안은 보건복지부의 「민간의료보험 활성화 Task Force」(2001)에서 제안된 모형으로서 그 내용은【그림 1】에 요약되어 있다. 이에 의하면, 의료급여 대상자를 제외한 전국민은 현행과 같이 공보험에 의무가입하여 국민건강보험공단에 보험료 납부 후 보험급여에 있어 공보험과 민간보험을 자율적으로 선택하도록 하며, 국민건강보험공단은 민간보험 급여를 선택한 가입자에게 국고부담금을 제외

한 1인당 평균보험료를 바우처(voucher)로 지급한다. 따라서 공보험 급여를 선택하면 현행 체제를 유지하고, 민간보험급여를 선택할 경우는 보험회사가 정한 보험료에서 바우처 지급액을 차감한 추가보험료를 납부한 후 민간보험 급여체계를 따

르게 된다. 즉, 이 방안은 고소득자에서 저소득자로의 재정 이전(移轉) 유지를 통하여 공보험 재정을 안정화하면서 '대체형' 민간의료보험의 효과로도도하는 것이다.



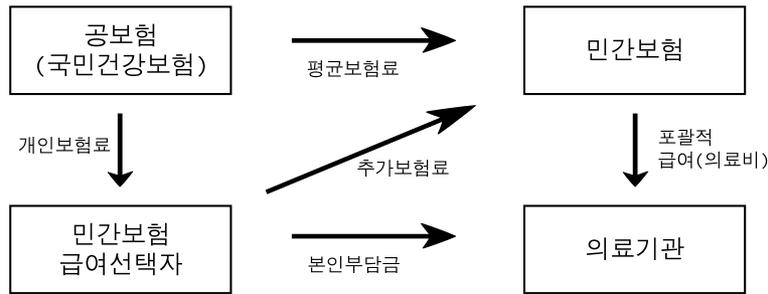
【그림 1】 대체모형(1)에서 민간보험 급여선택자의 보험체계

3) 대체모형: [대안 2]

[대안 1]에 있어서 다소 혼란의 소지가 되는 것은 형식적으로 민간의보 급여 선택자의 공보험 '자격'이 유지되어 '필요'에 따라 제도간 이동(예: 여건 악화시 공보험 복귀)이 가능하다는 점이다. 여기에서 제시되는 [대안 2]는 [대안 1]과 기본적으로 대동소이하나 공·사보험간 구분을 명확히 하는 것이 차이점이다(【그림 2】참조). 이에 의하면, 민간의료보험 가입 희망자는 국민건강보험 적용대상에서 제외되어 민간보험회사와 포괄적인 의료서비스에 관한 보험계약을 체결하며 탈퇴시에는 '국민건강보험 발전기금(가칭)'에 일정액(연간 보험료 정도)을 기여(寄與)한다. 이는 주로 고소득자의 탈퇴가 예상되므로 공보험 재정의 손실을 완화하고 '사회적 연대감'을 고취시키는 상징적 의미를 가지며, 자율적

선택에 따른 향후의 자기 책임에 대하여 재고(再考)할 수 있는 기회를 제공하게 될 것이다.

한편, 민간의료보험 활성화와 관련하여 공보험의 요양기관 당연 지정제도를 일부 자유계약제로 전환할 필요가 있으며 영리법인의 의료기관 개설도 허용되어야 할 것이다. 그렇게 될 경우 민간의보 가입자가 영리병원을 이용할 때에는 별도의 '특별이용료'를 본인이 부담하도록 하는 것이 필요하다. 이는 고급 의료서비스 이용에 대한 특별소비세(特別消費稅)의 성격을 가지며, 영리병원은 이러한 '특별이용료'를 전술한 '국민건강보험 발전기금(가칭)'에 납부하여 공보험의 의료보장 개선을 위하여 사용되도록 함으로써 공·사보험의 균형적 발전을 도모할 수 있을 것이다.



【그림 2】 대세모형(2)에서 민간의료보험 선택자의 보험체계

M. 결어

‘보충형’ 민간의료보험은 상품의 보장성과 시장 규모에 있어서 이미 상당한 정도로 국민건강보험(공보험)의 한계를 보완하는 역할을 수행하고 있다. 따라서 이에 관한 정책의 기본방향은 현실을 수용하는 바탕 위에서 민간의료보험을 건전하게 정착시키기 위한 공정한 ‘시장규칙’을 마련함으로써 효과적인 의료보장을 추구하는 것이 되어야 한다. 특히 정부의 역할은 민간의료보험 시장에 있어서 소비자 보호의 강화와 보험산업의 건전한 발전을 위하여 필요한 정보를 공정하고 원활하게 제공할 수 있는 체계를 구축하는 데에 주안점이 두어져야 할 것이다. 아울러, 보다 전향적(前向的)인 입장에서, 다양한 욕구 충족, 의료서비스의 질 향상 및 의료산업의 경쟁력 제고를 위하여 공·사보험간(公·私保險間) 부분적 대체(代替)를 적극적으로 검토할 필요가 있다. 그러나 논의의 전제는 현행 국민건강보험의 기본 틀을 유지하고 재정안정을 고려하여 공·사보험간 균형적 발전을 도모하여야 한다는 것이다. 따라서 민간의료보

험 이용에 있어서 ‘사회적 다양성’을 인정하는 한편 그 혜택에 따른 대가(代價)를 명확하게 지불하도록 하는 것이 필요하다. ‘모든 사람에게 양질(良質)의 의료서비스를 저렴하게 제공’하는 것이 최선이기는 하나 현실적으로는 불가피하게 무엇인가 부족할 수밖에 없으며 그런 점에서 민간의료보험의 활용이 차선책(次善策)은 될 것으로 생각한다.

참/고/문/헌

- 권순원, “선진형 의료보장을 위한 의료보험제도의 장기발전 방향”, 『보건경제 연구』, 1998. 5
- 김원식, “국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방향”, 『보험개발연구』, 2002. 12
- 민간의료보험 활성화 Task Force, “국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안”, 2001. 12
- 오영수, “민간보험 활성화의 필요성과 과제”, 『대한병원협회지』, 2002. 7-8
- 장동민, “민간의료보험 제도의 도입 방안 연구”,

- 『보건경제연구』, 1999. 5
- 정기택, 『민간의료보험의 발전방향』, 의료산업 및 정책 학술심포지움, 경희대학교 보건의료산업연구원 · 한일생명보험주식회사, 2000. 11
 - 정기택, “민간보험:미국의 사례를 중심으로”, 대한의사협회 의료정책고위과정 연수자료, 2003. 8
 - 최병호, “외국의 민간건강보험 실태와 유형”, 『대한병원협회지』, 2002. 7-8
 - 최병호, 홍석표, 신영석, 오영수, 김나영, 『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000. 11
 - Chernichovsky, D., The Public-Private Mix in the Modern Health Care System: Concepts, Issues, and Policy Options Revisited, NBER Working Paper, September 2000
 - Petretto, A., Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance, Journal of Health Economics 18(1999)  2004