

민간의료보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향: 선진국의 경험을 통한 정책적 함의

배지영*

- 요약 -

본 연구는 최근 활발히 진행되고 있는 민간의료보험 역할 설정에 대한 논쟁을 보건의료 형평성의 관점에서 해석하였다. 민간의료보험 역할에 관한 기존 연구는 주로 효율성의 관점에서 진행되었으나 본 연구는 보건의료정책의 주요한 목표인 형평성의 차원에서 민간의료보험 역할 확대가 갖는 영향을 평가하고자 하였다. 본 연구에서 보건의료 형평성은 보건의료 재원조달 형평성과 보건의료 서비스 이용 형평성으로 구성하였다. 또한 민간의료보험의 형태를 보충형, 부가형, 대체형, 중복형으로 구분하고 각각의 형태가 보건의료 형평성의 두 가지 차원에 미치는 영향을 선진국의 경험을 통해 해석하였다.

재원조달 형평성의 경우, 주요한 의료서비스에 대한 공공지출을 통한 보장이 존재하는 캐나다(부가형), 네덜란드(대체형), 영국(중복형)의 경우 민간의료보험은 일종의 ‘사치재’로 고소득층에 의해 주로 구매되므로 그 자체로는 누진성을 띠게 된다. 의료서비스 이용에 대한 본인부담이 높은 프랑스(보충형)에서는 민간보험

* 서울대학교 사회복지학과 박사과정 수료(lefthand02@empal.com)

가입이 광범위하게 확대되어 민간보험 재원조달이 역진적인 것으로 나타났다.

의료서비스 이용 형평성의 경우, 본인부담의 크기가 소득계층별로 의료이용의 차이를 야기할 수 있는 캐나다와 프랑스의 사례에서 민간보험은 민간보험을 구매한 계층의 의료이용을 증대시키는 것으로 기능하고 있었다. 공급자에 대한 보상에 영향을 주는 영국과 네덜란드 사례에서는 민간보험 구매층과 비구매층의 이용 서비스 분리현상이 나타났다.

이러한 선진국의 경험을 통해, 현재 확대되고 있는 본인부담 보충형의 민간보험은 역진적인 재원조달을 야기할 수 있고, 민간보험 구매능력이 있는 고소득층의 의료이용을 증대시켜 의료서비스 이용 형평성을 저해할 수 있음을 정책적 함의로 제시하였다.

주제어: 민간의료보험 형태, 재원조달 형평성, 의료서비스 이용 형평성

1. 문제제기

최근 우리는 TV, 홈쇼핑, 상담전화(tele-marketing) 등의 다양한 매체를 통해 민간의료보험 상품 광고를 상당히 많이 접하게 되었다. 실제로 민간의료보험 상품은 현재 민간보험시장의 핵심적인 주도 상품인데(이진석 등, 2005), 2000년부터 2004년까지 보험업계의 전체 보험료 수입 증가율은 연 평균 2.95% 수준인데 비해, 민간의료보험의 보험료 수입 증가는 연 평균 15%에 이르고 있다고 한다(이진석 등, 2005).

이러한 민간의료보험 시장의 확대는 크게 두 가지의 제도적 변화와 맞물리면서 우리나라 의료보장체계에 미칠 영향에 대한 논의를 촉발시키고 있다. 첫째는, 2003년 ‘보험업법’의 개정을 통해 기존의 손해보험사에게만 판매가 허용되던 ‘실손보상형’ 민간의료보험 상품을 2005년 9월부터 생명보험회사도 판매할 수 있게 된 것이다. 이러한 변화가 갖는 의미는 보험시장 내부로 볼 때에는 민간의료보험료 수입 기준으로 전체 시장의 85%를 점유하고 있는 생명보험사가 실손보상 보험판매를 시작하면서 민간보험 시장의 경쟁이 심화된다는 것이다(이진석 등, 2005). 또한 공공 의료보험과의 관계에 대해서 갖는 의미는 기존 민간의료보험 상품의 주요 형태였던 ‘정액형’ 상품이 환자에 대한 소득보전의 특성을 가졌던 반면 실손보상 민간보험은 공공 의료보험의 보장 영역에 대응하여 상품이 개발되는 것으로써 민간 대 공공보험의 영역에 대한 대립이 예상된다는 점이다.

두 번째로 민간의료보험 논쟁의 주요한 계기가 된 정책의 변화는 의료산업화 정책의 일환으로 추진되고 있는 경제자유구역 내의 영리법인 의료기관 허용과 내국인 진료허용 등과 같은 의료서비스 시장 개방이다. 이러한 의료서비스 시장 개방은 최근 타결된 한미 FTA 등의 국제협약을 통해 더욱 가시화되고 있다(윤태호, 2006). 영리법인 의료기관이 허용되면 현재 국민건강보험의 골간을 유지하고 있는 요양

기관 당연지정제도의 폐지가 진행되고, 그렇게 되면 국민건강보험과 계약을 맺지 않는 의료기관 이용자를 대상으로 하는 새로운 형태의 민간의료보험 상품도 개발될 수 있다(윤태호, 2006).

한편 서구 선진국에서도 인구고령화 등으로 인해 지속적인 의료비용 증가에 대한 재정압박을 견디지 못하고, 의료재원에서의 민간의 역할이 강조되고 있다. 그러나 우리의 경우에는 주로 서비스 산업 활성화의 일환으로 이러한 민간보험 시장 확대의 논의가 진행되고 있는데 이는 이미 강력히 시장지향적인 우리나라의 의료영역의 허약함을 보여주는 부분이다. 우리의 경우 전국민을 대상으로 하는 공공 의료보험 체계를 갖고 있으면서도 여전히 본인부담이 40%를 상회할 정도로 높아 공공보험의 낮은 보장성이 계속적으로 문제가 되고 있다. 이러한 상황에서 민간의료보험은 그 시장규모를 점차 확대해 나가며 2005년에는 약 16조원의 시장규모를 갖게 되었다(OECD health data 2007). 이것은 공공 건강보험 지출액의 50%를 상회하는 막대한 규모이다(조병희, 2006). 따라서 공공적 성격이 강한 다른 서구 유럽국가에서와 달리 공공성이 확보되지 않은 우리나라 의료체계에서의 민간 역할의 확대는 그 의미를 동일하게 받아들이기에는 무리가 있다.

그러나 지금까지 민간의료보험 도입과 활성화를 지지하는 주요한 논리로 민간보험의 도입이 일차적으로 건강보험 재정안정화에 기여하고, 또한 이러한 경쟁체제의 도입이 경직되어 있는 의료서비스의 내용이나 질을 상당 부분 보완하여 의료수요자의 다양한 욕구에 대응할 수 있다는 것이었다. 나아가 민간보험을 통해 고소득층의 의료수요를 충족시켜줌으로써 상대적으로 여유가 발생하는 공공보험의 재원으로 저소득층의 의료수요를 채워줄 수 있는 구조를 조성하는 데에 용이하다고 주장하기도 한다(최병호, 2004).

이어서 민간의료보험 확대의 영향에 대한 다른 축의 논의들은 주로 선진국 등의 경험을 통해 민간보험과 같은 시장성의 확대가 오히

려 국민의료비 지출을 증가시키고 공공의료보험지출을 동반 상승시키며, 공공보험에 비해 상대적으로 높은 관리운영비로 인해 전체 의료보장의 효율성을 떨어뜨릴 것이라고 예상하고 있다(김진현, 2006). 실제로 허순임(2006)은 민간의료보험 성별, 연령별 가입률을 적용하였을 때 예상되는 의료비 지출 증가분이 상당한 규모라는 것을 밝히고 있다.

요약하자면, 민간의료보험 확대에 대한 국내의 기존 논의들은 민간 의료보험의 필연적인 역할 확대를 강조하거나, 민간보험과 총 의료비용 간의 관계 등을 주요 내용으로 하는 의료체계의 효율성의 맥락에서 진행되고 있다.

한편 민간의료보험이 확대될 경우 보건의료 형평성에 미치는 영향에 대해 주목한 연구는 그리 많지 않다. 민간보험 확대와 관련한 의료 형평성의 문제는 의료영역의 공공성을 강조하는 시민사회단체에서 주로 ‘의료이용 양극화’를 우려하는 선언적인 차원에서만 언급되고 있다. 그러나 본 연구가 주목하는 ‘형평성’이란 의료정책의 주요한 정책 목표이며 최근 공공의 성격이 강하던 서구 복지국가의 의료 영역에서 시장경제의 논리와 민간의 영역이 확대되면서 더욱 주목받고 있는 가치이기도 하다(Wagstaff et al., 1992).

이에 본 연구에서는 민간의료보험이 확대되는 현재의 상황이 보건의료 형평성에 어떠한 영향을 미치게 될 것인지에 주목하고자 한다. 한국의 경우 개인 혹은 가구특성을 포함하고 있는 민간의료보험에 대한 대표성 있는 자료조사결과가 지극히 제한적인 상황이다. 따라서 이미 여러 가지 형태의 민간의료보험 시장이 존재하는 선진국의 경험을 통해, 현재 한국의 상황에서 각각의 민간보험 형태가 형평성에 어떤 영향을 줄 것인지에 대한 함의를 도출하고자 한다. 따라서 본 연구는 2절에서 보건의료 형평성과 민간의료보험 형태에 대한 기존 연구 고찰을 통해 민간의료보험 형태에 따른 보건의료 형평성의 차이에 대

한 전반적인 분석의 틀을 검토하고 이를 통해 본 연구의 분석틀을 도출한다. 3절에서 선진국의 사례 등을 통해 각각의 민간보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향을 고찰하고, 현재 한국의 민간보험 시장의 특징과 민간보험 형태에 관한 논의들을 종합하여 보건의료 형평성에 미치는 영향에 대한 함의를 제시하려고 한다.

2. 이론적 배경 및 선행연구 검토

1) 민간의료보험의 형태

국가에 의한 공공의 의료보장체계를 갖추고 있는 대부분의 OECD 국가에서 민간의료보험은 존재하고 있다. 국가별 민간의료보험 시장의 크기는 공적 의료보장 체계의 범위와 크기에 따라 상이하며, 민간의료보험 시장의 특성도 해당 국가의 공공 의료체계의 특성과 맞물려 매우 다양하게 나타난다. 공공에 의한 의료서비스 급여 체계와의 관계를 중심으로 민간의료보험을 역할에 따라 분류해보면 다음의 표와 같다(OECD, 2004). 각각의 유형에 대한 설명은 OECD(2004)를 참고하였다.

<표 1> 민간의료보험의 유형

		공공 의료보험 가입 가능성	
		가입 가능	가입 불가능
민간의료 보험이 보장하는 영역	대개 공공체계가 보장하는 의학적으로 필수적인 의료서비스 영역	중복형(Duplicate)	대체형(Substitute)/ 일차형(Principal)
	공공체계의 보장 영역에 대한 본인 일부부담	보충형 (Complementary)	
	보통 공공체계가 보장하지 않는 서비스 영역	부가형(Supplementary)	

출처: OECD(2004). Private Health Insurance in OECD Countries.

(1) 중복형(Duplicate) 민간의료보험

중복형 민간보험의 주요한 특징은 공공보험이 제공하는 동일한 급여를 이미 공공보험으로 보장을 받고 있는 사람들에게 중복 제공한다 는 것이다. 따라서 이러한 중복형 민간보험은 전형적으로 공공재원에 의한 공급자와 민간재원에 의한 공급자가 구분되는 국가에서 존재하며, 보통 거주요건만으로, 조세로 조달된 재원에 의해 의료보장 급여를 받을 수 있는 이른바 베버리지형 복지국가인 영국, 노르딕 국가의 민간보험이 주요 사례에 해당된다.

(2) 대체형(Substitute)/일차형(Principal) 민간의료보험

대체형 민간보험과 일차형 민간보험은 공공보험 가입이 불가능하며 민간보험이 일차적인 의료보장의 역할을 하는 형태이다. 대체형과 일차형의 차이는 대체형 민간보험은 가입이 가능한 공공보험이 존재하나 개인의 선택에 의해 민간보험 보장을 택할 수 있다는 것이고, 일차형은 공공보험 선택이 아예 불가능한 상황을 말한다.

이러한 대체형 민간보험 즉, 개인이 공공보험과 민간보험 중 하나를 선택할 수 있는 형태를 갖고 있는 나라는 독일이 대표적이며, 독일에서는 특정 수준 이상의 고소득자에게 이러한 선택권을 부여하고 있다. 2002년 현재 인구의 9.6%가 사회보험 대신 민간보험을 선택한 것으로 나타나고 있다. 한편 한번 민간보험을 선택한 개인은 필요에 의해 다시 사회보험을 재선택하는 것은 금지되고 있다.

한편 일차형 민간의료보험은 전국민을 대상으로 하는 공공보험이 존재하지 않으므로 개인에 대한 일차적 의료보험의 기능을 하는 민간보험을 의미한다. 미국이 대표적인 사례인데, 미국에서는 노인을 대상으로 하는 메디케어(Medicare), 빈곤층을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid) 등 공공 재원으로 제공되는 의료보장이 특정 인구집단에 국한되기 때문에 나머지 국민들은 민간의료보험을 구매해야 한다. 따라

서 인구의 약 72.4%가 민간보험을 갖고 있으며, 대부분은 고용관계를 통해 제공되고 있다. 그러나 전 인구의 약 14% 정도는 아무런 형태의 의료보장도 받지 못하고 있다.

네덜란드의 경우는 인구의 약 1/3 정도의 고소득층은 공공보험에 가입하지 못하고 민간보험을 구매하도록 하고 있다. 네덜란드의 민간보험 형태가 독일과 다른 점은 대상 개인에게 민간보험으로 사회보험을 대체할 수 있는 선택권을 주지 않는다는 점이지만, 미국과 달리 민간보험 가입 대상자가 아닌 다른 인구에 대한 보편적인 사회보험이 존재하므로 의료보장의 혜택에서 제외되는 사람은 없다. 본 연구에서는 네덜란드를 공공보험이 아닌 민간보험으로 대체하는 형태의 대체형으로 분류하기로 한다.

(3) 보충형(Complementary) 민간의료보험

대부분의 국가에서 공공체계가 제공하는 의료서비스에 대해 일부 본인부담금을 요구하고 있고, 보충형 민간의료보험은 이러한 본인부담금의 일부나 전부를 보상하는 형태의 민간보험이다. 따라서 보충형 민간보험시장의 규모는 해당 공공체계의 본인부담의 크기와 관련된다. 대부분의 국가에서는 본인부담의 크기가 그리 크지 않으므로 보충형 민간보험 시장 또한 크지 않은데 프랑스와 미국은 상당한 규모의 보충형 민간보험 시장이 존재하는 국가 사례이다. 프랑스의 민간보험은 법정 본인부담이나 비급여 서비스 비용에 대해 보험금을 상환해 주고 있다. 특히 프랑스에서는 민간보험 접근성이 떨어지는 저소득 계층의 민간보험 구매를 위한 보조금 제도(CMU)를 갖추고 있어 2002년 현재 보충형 민간보험 가입률은 92%에 이르고 있다. 미국의 경우는 메디케어(Medicare) 가입자들이 본인부담이나 비급여에 대한 비용부담을 보전하기 위해 추가적으로 구입하는 메디갭(Medigap)이 이러한 보충형 민간의료보험의 기능을 하고 있다.

보충형 민간의료보험 시장은 본인부담으로 인해 의료서비스 접근성의 불평등을 줄이겠다는 논리로 확대되지만 본인부담은 공공 의료 보험으로 인한 과잉수요를 완화하기 위한 도구로 사용된다는 점에서 이러한 보충형 민간의료보험은 공공 의료체계의 효율성을 제한할 수 있다.

(4) 부가형(Supplementary) 민간의료보험

부가형 민간의료보험은 공공 보험이 보장하지 않는 추가적인 의료 서비스, 즉 비급여 항목에 대한 보장의 기능을 한다. 예를 들면 고급 의료서비스나 치과치료, 안경, 심리치료, 미용수술, 약제, 장기요양 서비스 등이 포함될 수 있다. 모든 OECD 국가에서 부가형 민간보험 시장은 존재하고 있으나 보험이 보장하는 범위는 공공 보험이 제공하는 급여 내용과 보험자가 '의료서비스'를 정의하는 방식에 따라 다르다. 문제는 이러한 서비스가 중대한 재정상의 위험이나 의학적 필요와 관련될 수 있다는 점이다. 예를 들어 캐나다에서는 공공보험이 보장하지 않는 처방약이나 치과 치료에 대한 부가형 민간의료보험의 역할이 매우 큰데 이는 전체 민간보험 청구 비용의 82%에 해당한다.

2) 보건의료 형평성의 정의 및 측정

본 연구에서 사용하고 있는 보건의료 형평성의 개념을 명확히 하기 위해 우선 국외에서 진행되고 있는 '건강형평성' 혹은 '의료형평성'에 대한 논의를 검토할 필요가 있다. Macinko and Starfield(2002)는 1980년부터 2001년까지의 건강형평성(equity in health)에 대한 주요 연구를 검토하면서 기존의 건강형평성 연구의 경향성을 보여주고 있다. 이에 따르면 우선 건강형평성의 정의에 관해서는 학문분야에 따라 다양한 방식으로 개념화되고 있으나 일반적으로는 특정한 건강상의 차

이가 불공평(unfair or unjust)하다는 것이다. 국제건강형평성학회(ISEqH)에 의한 건강형평성의 정의는 ‘사회적, 경제적, 지리적으로 구분된 인구집단 간 건강상의 체계적이고(systematic), 잠재적으로 교정 가능한(remediable) 차이가 없는 상태’이다. 또한 유사한 개념으로 건강 불평등이란 ‘불필요하며, 피할 수 있을 뿐만 아니라, 불공정(unfair)하고, 불평등(unjust)하다고 인정되는 건강상의 차이’로 정의한다(Macinko and Starfield, 2002).

이러한 건강불평등을 설명하기 위해 많은 학자들은 이러한 불평등이 발생하는 경로(pathway)를 밝히려고 시도했다(Macinko and Starfield, 2002). 가장 일반적으로 받아들여지는 이론은 교육수준, 직업, 소득수준 등으로 측정되는 사회경제적 지위의 역할에 대한 것이다. 최근에는 주거환경이나 심지어 한 나라의 소득분배와 같이 개인이 처한 환경에 주목하는 경로들이 검토되고 있다(Lochner et al., 2001). 또한 정치적 혹은 정책적 맥락에서 의료서비스의 지리적 분배나 의료재원의 재분배효과, 기타 사회정책 등과 같은 요인이 이러한 건강불평등의 경로로 제시되고 있기도 하다(Macinko and Starfield, 2002).

한편 보건의료체계의 형평성에 대한 기존 연구(Wagstaff et al., 1999; E. van Doorslaer et al. 2000)는 의료서비스의 재원조달(financing), 접근성(access) 혹은 이용(utilization)의 형평성을 다루고 있다. 이러한 보건의료체계의 형평성에 대한 연구는 결과로서의 건강수준 형평성에 대한 과정 혹은 경로의 한 부분으로 위치 지을 수 있다. 각국의 보건의료체계의 궁극적인 목표가 국민의 건강수준 향상이라고 볼 때, 보건의료체계의 형평성은 결과로서의 건강수준 형평성과 밀접한 관련을 맺는다.

그러나 본 연구에서 다루고자 하는 민간의료보험이라는 변수는 의료제도의 한 차원이므로 형평성의 영역에서도 보건의료체계의 형평성과 더 밀접하게 관련된다. 이러한 제도의 변화가 궁극적으로 국민

의 건강수준 형평성에 어떠한 영향을 미치게 되는지는 향후 관련 자료가 축적되었을 경우 실행 가능한 후속연구로 남겨둔다. 따라서 본 연구에서는 보건의료 형평성을 보건의료 재원조달의 형평성과 보건의료 서비스 이용 형평성의 두 차원에서 분석하고자 한다.

(1) 보건의료 재원조달 형평성

보건의료 재원조달의 형평성이란 총의료비용이 소득계층의 부담능력에 따라 형평하게 분담되고 있는지를 측정한다. 의료체계를 운영하기 위한 수입(revenue)은 대부분의 국가에서 조세(taxations), 사회보험 기여금(social insurance contributions), 본인부담(out-of-pocket payments), 민간보험료(private insurance premiums) 등의 복합적인 방식으로 구성되어 있다(Mossialos and Dixon, 2002).

Wagstaff and van Doorslaer, et al.(1999)은 이러한 의료비용에 대한 재원조달 형평성을 Kakwani 지수¹⁾로 측정하여 국가비교를 시도하였다. 13개 국가를 대상으로 한 이 연구에서 조세 중 직접세는 모든 국가에서 누진적으로 조달되고 있는 것으로 나타났고, 간접세의 경우는 모든 국가에서 역진적인 조달 형태로 나타났다. 가중치를 두어 합산한 일반조세에 대한 가쿠와니 지수는 모두 양의 값을 가져 누진적인 것으로 나타났다. 사회보험의 경우 네덜란드와 독일에서는 역진적인 것으로 나타났고 프랑스는 그렇지 않았는데, 독일과 네덜란드는 부유층을 사회보험 제도에 편입시키지 않고 있다는 특징이 있다.

1) Kakwani 지수란 소득 수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수와 지니계수로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수 간의 차이로써 보건의료부문에 있어서 지불능력에 비해 얼마나 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다(양봉민 등, 2003). 이 지수는 -2에서 1까지의 값을 가지며, 양의 값을 가지면, 지불능력을 나타내는 소득수준의 누적분포에 비해 부유층이 보건의료비를 더 많이 지불하는 즉, 누진적으로 재원이 조달됨을 의미하는 반면 음의 값을 가지면 소득수준의 누적분포에 비해 빈곤층이 보건의료비를 더 많이 지불하는, 즉 보건의료 재원조달이 역진적임을 의미한다.

국내에서도 보건의료 재원조달의 형평성에 대한 연구가 진행되어 왔는데, 양봉민 등(2003)은 1996년부터 2000년까지의 ‘도시가계 수입/지출’ 조사를 활용하여 재원을 구성하는 각각의 영역에 대한 형평성과 전체 의료비 재원조달의 형평성을 앞서 언급한 가쿠와니 지수(Kakwani index)를 통해 측정하였다. 연구 결과 조세로 조달되는 재원 중 직접세는 매우 누진적으로 나타났고, 간접세를 통해 조달되는 의료비 재원도 거의 비례적인 수준의 누진성을 보였는데 이는 대부분의 OECD 국가에서 나타나는 역진성과는 다른 현상이다. 오히려 사회보험료의 경우 매우 역진적인 성격을 보였는데, 이러한 역진성의 이유에 대해 직장의료보험료의 경우 보험료 적용 상한선이 존재하여 부유층에 대한 면제 혜택이 크다는 것과, 자영업자의 소득과약의 한계로 지역의료보험의 경우 소득 비례적인 보험료 산정이 어렵다는 점으로 설명하고 있다. 한편 일반적으로 본인부담금은 소득에 역진적인데, 우리나라는 본인부담금의 역진성의 크기가 약하고, 1998년부터는 오히려 누진성을 보이는 것으로 나타났다. 이러한 예외적인 현상에 대해, 우리나라의 의료서비스는 본인부담금이 매우 높아, 일반적인 상품의 성격이 강하기 때문에 이용하는 서비스가 소득계층별로 달라고 소득층이 매우 비싼 의료서비스를 이용하고, 저소득층은 상대적으로 저렴한 의료서비스를 이용한다면 본인부담금의 분포가 소득에 누진적인 것으로 나타났다고 설명하고 있다(양봉민 등, 2003). 민간보험의 경우는 데이터의 한계로 포함되지 않았다. 결론적으로 우리나라 보건의료 부문 재원조달의 경우 전체적으로 역진성을 보이며, 이러한 결과는 전체 재원 조달 중 비교적 큰 비중을 차지하는 사회보험의 재원조달이 역진적인 양상을 보이는데 기인하는 것으로 해석하고 있다.

(2) 보건의료 서비스 이용 형평성

보건의료 서비스 이용의 형평성이란 일반적으로 수평적 형평성

(horizontal equity)을 의미하는 것으로, 의료에 대한 동일한 욕구가 있는 개인은 특히 소득과 같이 개인이 가진 다른 어떤 조건에 관계없이 동일하게 치료를 받을 수 있어야 한다는 원칙이다.

이러한 보건의료 서비스 이용의 형평성에 대한 기존 연구로 van Doorslaer and Wagstaff, et al.(2000)은 OECD 10개국을 대상으로 HIwv 지수²⁾를 사용하여 의료서비스 이용 형평성의 국가간 비교를 시도하였다.

연구 결과 모든 국가에서 저소득계층이 보다 집중적으로 의료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났으나 의료욕구(need)에 따라 표준화를 한 이후에는 전반적인 의료서비스 이용에 유의미한 불평등은 거의 발견되지 않았고, 절반의 국가에서 전문 의료서비스(physician contacts)에서는 부유층에게 유리한 불평등이 유의미하게 나타났다. 이는 고소득계층은 전문의 서비스를 더 많이 이용하고, 저소득계층은 일반의(General Practitioner: GP) 진료를 더 많이 이용하기 때문인 것으로 해석된다.

국내의 보건의료이용에 관한 형평성 연구결과는 연구자마다 약간

2) HIwv지수란 의료욕구를 고려했을 때 기대되는 의료이용량과 실제 의료이용량 간 차이를 수치화 한 지수이며 집중지수(Concentration index)를 이용한다. 일반적으로 소득계층별 의료이용의 분포는 저소득층의 의료이용이 더 많은 경향으로 나타난다. 이것은 빈곤층의 건강태가 일반적으로 열악하므로 의료이용에 대한 욕구가 높아 실제 의료이용이 높은 것을 상반영하는 것일 수 있는데 따라서 의료이용에 대한 욕구를 고려하여 의료이용 형평성을 분석한다. 의료이용에 대한 욕구를 고려한다는 것은 나이, 성별, 만성질환의 수, 주관적 건강인식 척도 등을 반영하여 표준화하는 방법으로, 예상되는 의료 이용량을 구하는 것이다. 이러한 방법으로 측정된 기대 혹은 예상 의료이용량의 집중지수와 실제의료이용량의 집중지수 간 차이가 0이 되면 수평적 형평성을 달성했다고 본다. 따라서 이 지수가 양의 값을 가지면 의료이용의 필요성에 비해 부유층에서 실제 의료이용이 많은 양상, 즉 부유층에게 유리한 불평등이 일어나는 것으로, 지수 값이 음이면, 의료에 대한 필요에 비해 실제 의료가 빈곤층에서 상대적으로 더 많이 이용되는 현상, 즉 빈곤층에 유리한 불평등을 보이는 것으로 해석하게 된다(권순만 등, 2003).

의 차이를 보이거나 외래이용은 소득수준과 비례하는 경향, 입원이용은 저소득층이 자신의 건강상태를 반영한 의료이용 가능성보다 실제 의료이용을 더 많이 하는 경향을 보인다(신호성·김동진, 2007).

신호성 등(2007)은 1998년, 2001년, 2005년의 국민건강영양조사를 심층 분석한 연구에서, Wagstaff & van Doorslaer(2000)이 제안한 수평적 건강 형평성 측정계수인 HIwv index를 사용하여 조사대상자의 사회경제적 위치에 따른 의료이용 수준을 보고했다. 첫째, 외래이용 형평성은 평균적인 외래이용은 교육수준이 낮은 집단, 직업이 없는 집단에서 더 많이 하는 것으로 나타났고, 그 차이가 크지는 않으나 소득이 높을수록 의료이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 둘째, 입원이용의 경우 상대적으로 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 평균 의료이용 횟수가 더 많았고, 외래와 달리 입원의료 이용에서는 소득이 상대적으로 낮은 집단에서 의료이용 횟수가 더 많게 나타났다. 셋째, 치과이용의 경우 평균 이용횟수는 대부분 사회경제적 위치가 높은 집단일수록 더 많게 나타났고, 한방이용의 경우 사회경제적 위치가 높은 집단일수록 한방이용의 평균횟수는 더 적게 나타났다. 의료이용의 본인부담을 고려하여 의료이용의 수평적 형평성을 분석하면 부유층 편향으로 바뀌거나 심화된 것으로 해석되어, 고소득층일수록 한번의 의료이용에 보다 많은 본인부담금을 지출하고 저소득층에 비해 상대적으로 의료이용의 질적 강도가 높은 것으로 판단된다고 하였다(신호성 등, 2007).

한편, 김혜련 등(2006)은 입원의료이용에서의 사회경제적 불평등 양상을 규명하기 위해 사회경제적 위치에 따른 입원경험, 입원의료비용, 입원기간을 각각 전체 요양기관과 종합전문요양기관³⁾으로 분리하여 살펴보았다. 입원 경험에서는 전체 입원경험의 경우 직업유형과

3) 3차 진료기관: 서울대병원, 연대세브란스병원, 삼성서울병원, 서울아산병원, 강남 성모병원

월 가구소득에 따른 입원 경험의 차이는 없었고, 교육수준에 따라서는 대학교 이상의 학력자에 비해 초등학교 이하 학력자의 입원 경험이 1.34배(95% 신뢰구간: 1.17~1.55) 높은 양상을 보였다. 그러나 종합전문요양기관의 입원경험의 경우는 그 양상이 달랐는데, 교육수준이 높을수록, 비육체노동자일수록, 월가구소득이 높을수록 입원경험이 높게 나타났다. 즉 전체 입원 경험에서는 사회계층간 불평등이 존재하지 않거나 오히려 낮은 교육계층에 유리한 불평등이 존재하고 있으나, 종합전문요양기관 입원 경험에서는 반대의 양상으로 낮은 교육계층과 소득계층에 불리한 불평등이 존재한다는 점이 제시되었다(김혜련 등, 2006). 입원비용의 경우도 마찬가지로 전체 입원비용의 경우 교육수준이 낮을수록 평균 입원비용이 증가하는 양상이었지만, 종합전문요양기관 입원비용의 경우 대체로 학력이 높을수록, 소득수준이 높을수록 평균입원비용이 높게 나타났다. 입원기간의 경우도 전체 입원기간의 경우 교육수준이 낮아짐에 따라 평균 입원기간이 증가하는 양상이었지만, 종합전문요양기관 입원기간의 경우 오히려 교육수준이 낮아질수록 감소하는 양상을 나타내었고, 300만원 이상의 소득계층에 비해 100만원 미만의 소득계층의 종합전문요양기관 평균 입원기간은 약 30% 정도 낮은 양상을 보였다(김혜련 등, 2006).

의료서비스 이용의 경향이 전체적으로는 동일한 욕구에 대한 동일한 치료라는 수평적 형평성을 달성하고 있는 것으로 보이지만, 특히 본인부담이 높은 치과나 3차 의료기관 진료에서는 고소득층에게 유리한 불형평이 발견된다는 결과는 Jui-fen R. Lu. et al.(2007)에 의해 수행된 홍콩, 대만, 한국의 의료보장체계의 수평적 형평성에 관한 연구를 통해서도 나타난다. 즉 한국에서는 전반적인 외래 이용에서 동일한 욕구에 대한 동일한 치료 원칙이 지켜지고 있으나 불형평의 방향이나 규모는 서비스의 수준, 즉 공급자 유형에 따라 다르게 나타나는데, 보건소(health centers)에서는 빈곤층에 유리한 불형평이, 반면 3차

의료기관(tertiary medical centers)에서는 고소득층에 유리한 불형평이 발견된다.

이러한 연구들을 종합해 볼 때, 동일한 욕구에 대한 동일한 치료의 원칙이 양적으로 지켜진다 하더라도, 능력에 따른 부담이 고려되지 않는다면, 의료이용 형평성이 달성되었다고 볼 수 없다(신호성 등, 2007). 치과치료나 3차병원 이용의 경우 저소득층은 높은 본인부담으로 인한 장벽이 여전히 존재하고 있으므로 의료 이용에 있어 형평성이 달성되지 못한 것이다. 특히 ‘2004년 의료급여제도 개선을 위한 실태조사’ 자료를 바탕으로 경제적 이유로 치료를 중단하거나 포기한 경험이 있는 가구주 비율을 살펴본 김혜련 등(2004)에 의하면, 소득수준이 낮을수록, 교육수준이 낮을수록 그 비율이 급격히 증가하고 있고, 의료보장 유형별로 볼 때에도 저소득층을 대상으로 하는 의료급여 대상자의 경우에도 1종은 21.6%, 2종은 31.8%의 치료 중단 경험이 있다고 보고해 저소득층의 의료 장벽이 상당한 수준으로 나타났다.

3) 본 연구의 분석틀

본 연구는 위에서 살펴본 보건의료 형평성의 개념과 선행연구 검토를 통해 각각의 민간의료보험의 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향을 평가하기 위한 기준을 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 기존 연구(Wagstaff et al., 1992; Wagstaff et al., 1999) 검토를 통해 보건의료 재원조달 형평성은 ‘능력에 따른 부담(ability to pay)’ 원칙에 따라 전체 의료비 지출에 소요되는 각각의 재원이 얼마나 누진적으로 조성되느냐 하는 정도를 측정하는 것임을 알 수 있었다. 이러한 보건의료 재원조달의 누진성은 결국 어떤 재정 원천에서 수입을 조성하느냐 하는 것과 주로는 하나 혹은 둘 이상의 재정 원천을 혼합적으로 사용하고 있을 때 어떤 재정 원천이 상대적으로 중요한가에

달려있다고 볼 수 있다(Wagstaff et al., 1992). 특히 민간보험을 통한 재원조달의 형평성의 경우 앞서 언급한 민간의료보험의 형태에 따라 그 영향이 다르게 나타나게 된다. 일반적으로 민간보험은 소득에 근거하여 보험료가 책정되는 사회보험 방식과 달리 '위험'에 근거하여 보험료를 책정하고, 이 경우 가난한 사람들이 상대적으로 건강 상태가 나쁘고 따라서 소득에 비해 더 높은 보험료를 부담할 수 있는 상당히 역진적인 재원조달 체계이다. 그러나 이러한 민간보험 재원이 역진적이나 때로는 누진적이냐 하는 것과 그 정도는 각각의 민간보험이 작동되는 국가 전체 의료재원 조달체계 내부의 구조에 따라 다양하게 나타난다(Wagstaff et al., 1992; Wagstaff et al., 1999).

따라서 본 연구에서는 민간보험 형태에 따라 재원조달 형평성이 어떻게 다른지를 판단하기 위해 전체 의료지출에서 민간보험이 차지하는 비중을 살펴보고 민간보험을 주로 구매하는 가입인구 특성을 살펴보고자 한다. 이는 민간보험의 형태에 따라서, 영국이나 네덜란드와 같이 주로 부유한 사람들만이 구매하는 민간보험의 경우 민간보험에 의한 재원조달은 누진적인 성격을 띠게 되나 민간보험이 중산층이나 저소득 계층에게 확장될 경우 이러한 민간보험 확대는 민간보험 재원조달은 역진적인 것으로 나타나기 때문이다(Wagstaff et al., 1992)

둘째, 보건의료 이용 형평성은 '동일한 욕구에 대한 동일한 치료' 원칙을 의미하는 것으로 앞서 살펴본 바와 같이 개인의 의료욕구를 표준화한 이후 소득계층에 따라 의료이용에 차이가 있는지를 측정하는 방식으로 구성된다. 한편 이러한 의료이용의 양만으로 의료서비스 이용 형평성을 측정하는 것은 일정 부분 한계를 갖는데, 이는 소득계층에 따라 의료서비스를 이용하는 데 드는 물질적, 비물질적 비용을 고려하지 못하는 것이기 때문이다. van Doorslaer et al.(1992)에 의하면 소득이 의료서비스 이용형평성에 영향을 미치는 두 가지의 메커니즘이 있는데 그 중 하나는 의료서비스 영역에의 접근(access)과정과 이후

치료과정에서 야기되는 다양한 물질적, 비물질적 비용과 관련된다. 또 다른 하나는 환자의 소득에 따라 의료서비스 공급자에 대한 보상이 달라지는 것과 같은 공급-보상체계의 특성과 관련된다. 본 연구가 주목하는 민간의료보험의 형태와 내용은 소득이 의료서비스 이용 형평성에 영향을 미치는 경로와 밀접한 관련이 있다.

따라서 기존 연구들이 사용하고 있는 욕구수준을 표준화한 상태에서 의료이용 형평성을 측정하지 못하는 한계가 있으나, 본 연구에서는 민간의료보험의 형태가 소득계층별로 의료서비스 이용을 어떻게 변화시키는지 살펴보고자 한다. 특히 본인부담이 높은 의료서비스 이용에서의 소득계층별 차이와 공급자에 대한 보상의 공공/민간 방식의 차이가 의료서비스 이용에 미치는 영향을 중심으로 살펴보고자 한다.



3. 민간의료보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향

앞서도 언급하였듯이, 현재 우리나라 민간의료보험 확대와 관련한

두 가지 쟁점은 첫째, 정액형 보상에서 실손형 보상으로 보험시장이 확대되면서 야기된 공공 의료보험의 본인부담 영역에 대한 보상범위에 관한 문제이고, 둘째, 의료서비스 시장 개방이 가시화되면서 특정 지역에서 국민건강보험의 틀을 벗어난 새로운 형태의 민간의료보험이 도입될 수 있다는 점이다. 이러한 현 상황의 우리나라 민간의료보험 논쟁은 민간의료보험 형태를 어떻게 규정할 것이냐 하는 문제로 압축될 수 있다. 그리고 공공과 민간의 역할 분담에 대한 구조가 보건의료 형평성에 미치는 영향이 어떠한 것인지에 대한 함의를 끌어내고자 하는 것이 본 연구의 목적이다. 그러나 현재 우리나라 민간의료보험 시장이나 가입인구에 관한 자료는 극히 제한되어 있는 상황이다. 따라서 본 연구에서는 각 민간의료보험 형태를 도입하고 있는 대표적인 선진국가의 경험을 제시하고 이러한 결과가 우리나라 민간의료보험 확대에 주는 정책적 시사점을 찾고자 한다.

1) 민간의료보험 형태에 따른 보건의료 형평성-선진국의 경험을 중심으로

(1) 보충형(Complementary type): 프랑스

① 재원조달 형평성

2004년 기준으로, 프랑스의 전체 의료비 지출 중 공공부문 지출은 79.4%, 민간부문은 20.6%이며 민간부문 지출 중 민간보험에 의한 지출은 61.3%이다. 프랑스의 민간부문 의료비 지출은 1990년도 이후 본인부담에 의한 지출이 계속적으로 감소하여 전체 민간부문 지출의 약 35% 정도를 유지하고 있고, 상대적으로 민간보험에 의한 지출분은 증가하여 2003년부터는 약 60%까지 증가하였다(OECD health data 2007). 프랑스 정부는 지난 25년 동안 의료비 통제의 수단으로 공적

의료보장제도 체계 내에서 본인부담금을 부과하는 정책을 실시해 왔고, 이러한 정책의 결과 본인부담금을 보장해 주는 보충형 민간의료보험 규모가 커졌고 가입인구도 증가했다(이진석 등, 2005). 또한 프랑스 정부는 1999년 보편적 의료보장에 대한 법(Couverture Medicale Universelle, CMU)을 통과시켰는데, 이는 어떠한 형태의 의료보장도 받지 못하던 사람들에게 공적의료보험과 민간의료보험 중 하나를 선택할 수 있도록 한 법이다. 전체 대상자들의 15%가 민간의료보험을 선택하였고, 정부는 이들의 보험료를 대신 지불해주고 있다. 이러한 과정을 통해 민간의료보험 가입자는 2000년 현재 전체 인구의 94%에 이르게 되었다(이진석 등, 2005).

Wagstaff et al.(1999)에 따르면, 프랑스에서 본인부담에 대한 보충형 민간의료보험 재원조달 형평성의 성과는 역진적인 것으로 나타났다. 이는 공보험에 대한 본인부담이 높은 상태에서 이를 보완하기 위한 민간의료보험 구매에 대한 유인이 강하게 작용하였고, 부담능력이 있는 고소득층 뿐만 아니라 저소득층도 이러한 민간보험 구매가 가능하도록 지원하는 제도를 시행함에 따라 민간보험 가입자가 전체 인구의 94%에 이를 정도로 보편적인 형태를 띠게 되면서 더욱 강화되고 있는 것으로 판단된다.

② 의료서비스 이용 형평성

앞서 소득계층별로 의료서비스 이용의 차이에 영향을 줄 수 있는 하나의 주요한 요인은 본인부담의 크기임을 살펴보았다. 이러한 논리에 따라 보충형 민간의료보험 형태가 의료서비스 이용 형평성에 미치는 영향은 비교적 명백하다. 기존에 직접 본인부담비용을 지불해야 했던 개인들 중 민간의료보험을 구매한 개인은 본인부담으로 인한 의료서비스의 이용 장벽이 거의 사라지는 것이므로, 의료서비스 이용횟수가 증가하게 된다. 프랑스와 같이 실제적으로 민간의료보험 구매가

어려운 저소득층에게 보험료 지원을 통해 접근성을 향상시키는 방식을 택하지 않는다면, 이러한 보충형 민간의료보험은 민간보험을 구매할 수 있는, 주로는 고소득계층의 의료서비스 이용을 증가시키는 영향을 주게 되어 전반적인 의료서비스 이용 형평성은 저하될 수 있다.

프랑스의 사례를 종합해 보면, 보충형 민간의료보험의 경우 이러한 민간보험을 구매한 개인의 의료이용을 증가시켜 소득계층간 의료서비스 이용 형평성을 저해할 수 있고, 민간보험 가입자의 공공 의료보험 이용의 증가는 의료비 지출 증대를 야기하게 된다(OECD, 2004).

(2) 부가형(Supplementary type): 캐나다

① 재원조달 형평성

캐나다는 공공재원과 민간재원이 제공하는 의료서비스 영역이 명백히 구분되는 의료제도를 특징으로 한다. Tuohy et al.(2004)은 급여내 용을 기준으로 공공과 민간의 영역을 구분하는 이러한 구조를 영역형 모델(sectorally based model)이라고 지칭했다. 캐나다에서 입원과 외래 진료 서비스는 거의 완전히 공공 재원에 의해 제공되며 그 외의 나머지 영역은 본인부담이 있는 공공재원 혹은 완전한 민간재원 영역 등의 혼합된 방식으로 제공된다(Tuohy, et al., 2004).

캐나다의 전체 의료비 지출의 공공지출과 민간지출의 부담은 2004년 기준으로 각각 70.2%와 29.8%이다. 전체 의료비 지출 대비 민간의료보험 지출은 2004년 기준 12.8%로 높은 편이다(OECD health data 2007, OECD).

Wagstaff et al.(1999)에 의하면, 이러한 부가형 형태의 민간의료보험은 하나의 ‘사치재’의 기능을 하게 되어 주로 고소득층에 의해 구매되므로 민간의료보험 재원조달 형평성은 누진적인 것으로 나타난다.

② 의료서비스 이용 형평성

부가형 민간의료보험은 일반적으로 공공 보험이 보장해주지 않는 비급여 서비스에 대한 부분에 대한 보상을 특징으로 한다. 캐나다에서는 공공보험이 보장하지 않는 처방약이나 치과 치료에 대한 부가형 민간의료보험의 역할이 매우 큰데 이는 전체 민간보험 청구 비용의 82%에 해당한다(OECD, 2004).

이용 형평성과 관련하여서 하나의 이슈는 예를 들어 비보험 처방약이 공공 재원으로 제공되는 의료서비스와 연결되어 있다면, 처방약의 비용을 보상하는 민간보험이 있는 개인의 경우 공공 의료서비스를 더 자주 이용하도록 하는 유인이 있다(Tuohy et al., 2004). 실제로 캐나다에서 급여-비급여가 묶여 있는 이른바 번들형 요소를 보장해주는 민간보험이 있는 개인이 공공 재원의 의료서비스를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다(Tuohy et al., 2004). Stabile(2001)은 약 비용을 커버해주는 민간보험이 있는 개인이 그렇지 않은 개인에 비해 공공 재원의 외래서비스를 10% 더 많이 이용했다고 밝히고 있다(Tuohy et al, 2004 재인용).

거의 대부분의 서비스가 공적으로 조달되는 입원 영역에서도 민간 의료보험은 특실과 같은 소비자 편의성의 요소와 밀접하게 관련되어 있다. 이렇게 비급여 서비스에 대한 보장이 급여 서비스와 연결되어 있는 경우 민간의료보험 형태의 민간 재원은 실제로 공공재원을 보충하거나 대체하기보다 증가시킬 수 있다. 또한 민간보험이 없는 주로는 저소득계층의 경우 이러한 급여-비급여 서비스가 구분 없이 제공됨으로 인해 공적으로 보장되는 서비스 이용마저도 포기하는 결과를 낳을 수 있다(Tuohy et al., 2004).

(3) 대체형(Substitute type): 네덜란드

① 재원조달 형평성

Tuohy et al.(2004)에 따르면, 네덜란드는 전체 인구를 포괄하는 재난

적(catastrophic) 의료지출에 대한 보장과 입원 및 외래서비스, 의약품에 대한 사회보험 혹은 의료보험 조합(sickness fund)체계, 그리고 공무원 을 대상으로 하는 보험체계를 갖고 있다. 네덜란드 인구의 부유한 36%는 입원, 외래, 의약품 등을 보장하는 대체형 민간의료보험을 구매하도록 하고 있고 재난적 비용을 제외한 나머지 서비스에 대한 공적 체계의 보상은 제공하지 않고 있다. OECD health data 2007(OECD) 자료에 의하면 2004년 기준으로 전체 의료비지출에서 민간의료보험이 차지하는 비중은 19.4%로 미국(26.7%) 다음으로 높다.

독일이나 네덜란드와 같이 고소득계층은 사회보험에서 빠져나가 민간보험으로 대체하도록 하는 국가에서는 이들이 빠져나간 사회보험의 경우 재원조달이 역진적인 것으로, 민간보험의 경우 누진적인 것으로 나타났으나 전체 의료재원조달의 형평성은 역진적인 것으로 나타났다(Wagstaff et al. 1999).

② 의료서비스 이용 형평성

네덜란드의 경우 의료서비스 공급에 대한 보상체계가 환자가 가입하고 있는 보험에 따라 다른데, 의료보험 조합 환자를 보는 의사는 인두제(capitation basis)로 급여를 받는 반면, 민간보험 환자를 보는 의사는 행위별 수가제(fee-for-service basis)로 보상을 받는다(Tuohy et al., 2004). 이러한 의료보험 집단별 의료체계의 분리가 갖는 가장 큰 문제점은 서로 다른 집단에 대한 의료서비스의 기준이 달라질 수 있다는 점이다. 민간의료보험자의 가입자 차별이나 위험률에 근거한 보험료를 책정하는 것에 대한 엄격한 규제가 존재하지 않는다면 민간병원, 공공병원 이용의 철저한 분리가 이루어 질 수 있다.

(4) 중복형(Duplicate type): 영국

① 재원조달 형평성

영국은 일반조세에 의한 공공 의료서비스 제공 체계를 운영하고 있다. 영국에서는 대부분의 의료서비스에 대해 본인부담이 존재하지 않기 때문에 민간보험 시장규모는 크지 않다. 보건의료 재원조달 방식 중 누진성이 가장 높은 조세를 통해 대부분의 재원을 조성하므로 전체 재원조달 형평성이 누진적이고, 민간의료보험 재원조달 역시 누진적으로 나타난다(Wagstaff et al. 1999). 영국에서도 민간의료보험 상품은 일종의 사치재에 해당하기 때문에 부담능력이 있는 고소득층을 중심으로 구매되고 있다.

② 의료서비스 이용 형평성

중복형 민간의료보험 체계에서 가장 핵심적이라고 할 수 있는 부분은 공공 영역에서의 대기시간(waiting lists, waiting times) 문제이다(Tuohy et al. 2004). 본인부담이 거의 없는 공공 의료서비스의 혜택을 받는 상황에서 민간의료보험을 구매하고자 하는 욕구는 주로 더 빠른 진료와 더 질 높은 서비스에 대한 것이다. 민간보험이 있는 사람은 민간병원을 통해 더 빠른 진료를 받을 수 있어 의료서비스 이용의 분리를 낳을 수 있다. 한편 실제로 민간 영역이 공공 영역의 대기시간을 줄이는 효과가 있다는 피드백은 나타나지 않고 있다(Tuohy et al., 2004).

(5) 소결

캐나다, 네덜란드, 영국에서 민간보험은 주로 고소득층에 의해서만 구매되는 특성을 보이고 있다. 따라서 민간보험 자체의 재원조달 형평성은 누진적인 것으로 나타났다. 그러나 미국과 같이 전국민을 대상으로 하는 공공보험이 없는 상태에서의 민간보험은 매우 역진적인 성격을 나타내고 있다는 연구결과(Wagstaff et al., 1999)를 통해 볼 때 이러한 민간보험 자체의 누진성은 전체 의료보장 체계의 구조와 관련

하여 해석되어야 함을 알 수 있다.

의료이용 형평성의 경우 보충형과 부가형이 비슷한 역할을 하고, 대체형과 중복형이 비슷한 역할을 하는 것으로 크게 구분할 수 있다. 즉 보충형과 부가형의 경우는 의학적으로 필수적이거나, 필수적이라고 판단되지 않는 의료서비스에 대해 본인부담이 상당부분 존재하는 상황에서 이러한 서비스 이용에 대한 본인부담이 제거되는 것이므로 민간보험 구매자의 의료이용을 증가시키는 기능을 한다. 특히 이 경우 의학적으로 필요한 의료서비스에 대한 본인부담이 민간보험 구매자에게만 상쇄되는 효과는 민간보험을 구매하기 어려운 저소득층의 의료이용을 포기하게 만드는 영향을 줄 수 있음을 보았다. 또한 대체형과 중복형의 경우는 주로 공급자에 대한 보상체계에 영향을 주어 민간보험 구매층과 비구매층의 의료서비스 이용 분리현상이 나타날 수 있다.

2) 우리나라 민간의료보험 현황

(1) 민간의료보험 시장 규모 및 가입인구 특성

민간의료보험 시장 규모는 학자에 따라 추계의 결과가 약간씩 다른데, 아래 표의 OECD 제출 자료에 근거하여 파악할 때, 2005년 현재 약 16조원의 시장을 형성하고 있다. 현재 민간의료보험이 전체 의료비 지출에서 차지하는 비중은 3.4% 정도로 OECD 국가들과 비교⁴⁾했

4) <표> OECD 국가의 총 의료비지출 대비 민간의료보험 비중(%) 2004년 기준

오스트레일리아	6.7	한국	3.4
오스트리아	5.1	룩셈부르크	1.7
벨기에	4.9	멕시코	3.0
캐나다	12.8	네덜란드	19.0
체코	0.2	뉴질랜드	5.0

을 때 그 역할이 그리 크지 않은 편이며, 민간의료보험과 본인부담금 등으로 구성되는 민간부문 전체 지출 내에서는 약 7.3%로 높은 본인 부담에 대한 실제적인 보장의 기능은 부족한 상황이다.

<표 2> OECD health data 2007에 나타난 우리나라 민간의료보험 규모

연도	총 의리지출 대비 민간보험 비중(%)	민간부문 지출 대비 민간의료보험 비중(%)	민간의료보험 지출규모(백만원)
1993	1.8	2.7	225,160
1994	2.0	3.1	295,060
1995	2.1	3.3	352,125
1996	2.1	3.5	409,301
1997	2.5	4.3	524,600
1998	3.4	6.4	709,713
1999	3.0	5.6	729,903
2000	4.1	7.7	1,136,327
2001	3.3	7.0	1,112,188
2002	3.2	6.5	1,143,668
2003	3.6	7.6	1,431,924
2004	3.4	7.1	1,435,716
2005	3.4	7.3	1,649,442

출처: OECD health data 2007

다음으로, 민간의료보험 가입률을 파악할 수 있는 전국 단위의 조

덴마크	1.5	노르웨이	n/a
핀란드	2.3	폴란드	0.6
프랑스	12.6	포르투갈	4.2
독일	9.0	슬로바키아	n/a
그리스	n/a	스페인	6.7
헝가리	1.1	스웨덴	n/a
아이슬란드	0.0	스위스	8.7
아일랜드	6.8	터키	n/a
이탈리아	0.9	영국	n/a
일본	2.4	미국	36.7

사 자료는 매우 제한적인데 이 중 2001년도 ‘한국노동패널의 건강과 은퇴에 대한 부가조사’ 자료에서는 생명보험 상품의 특약 형태를 제외한 질병 또는 상해보장보험을 대상으로 하였을 때, 전체 조사대상자의 38.1%가 민간의료보험 가입자로 나타났다(허순임, 2006).

또한 이진석 등(2006)은 1000가구의 표본에 대한 설문조사⁵⁾를 통해 2005년 현재, 가구 단위의 민간의료보험 가입률 61.4%, 개인단위의 민간의료보험 전용 상품 가입률 53.1%를 제시하고 있다.

민간의료보험 가입자 특성에 대한 전국 규모의 대표성 있는 자료가 매우 제한적인 상태에서 이진석 등(2006)의 연구 결과를 통해 가입 인구의 특성을 다소나마 파악해 볼 수 있는데, 우선 민간의료보험 가입률은 가구 소득계층에 따라 차이가 나는 것으로 나타났다. 예를 들어, 가구소득이 100만원 미만인 가구의 민간의료보험 가입률은 42.6%이었으나, 101-200만원인 가구에서는 63.3%, 201-400만원인 가구에서는 70.8%, 401만원 이상인 가구에서는 79.6%로 가구소득이 증가할수록 민간의료보험 가입률이 뚜렷하게 증가하고 있었다(이진석 등, 2006).

2001년 한국노동패널 조사 부가조사 자료를 활용해 민간의료보험 가입 시 위험선택(risk selection)이 존재하는지를 분석한 김성옥(2005)에 의하면 연령이 젊고, 교육수준이 높고, 소득이 많은 사람이, 건강 유지법을 실천하는 사람이 민간보험 가입률이 높은 것으로 나타났다. 제한적인 결과이기는 하나, 우리나라 민간의료보험도 일반적으로 고소득층에 의해 주로 구매되는 것으로 파악할 수 있다.

(2) 민간의료보험의 보장범위

5) 2005년 현재 국민건강보험 가입 인구 중 1000가구를 인구통계, 재정자립도, 시·군·구 규모별 집락표집을 통해 표본추출하여 구조화된 질문지를 통해 가구별 면접조사를 시행함.

민간의료보험의 정의는 상법(보험편)과 보험업법에서 찾아볼 수 있는데, 상법에서는 보험을 크게 손해보험과 인보험으로 구분하고, 인보험은 다시 생명보험, 질병보험, 상해보험으로 구분한다. 여기에서는 질병보험과 상해보험이 민간의료보험에 포함된다고 볼 수 있다. 보다 자세한 분류로 보험업법에서는 보험업을 생명보험업, 손해보험업, 제3보험업으로 분류하고 있다. 여기에서 제 3보험업이란 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정한 급여를 제공하거나 손해의 보상을 약속하고 금전을 수수하는 것을 의미하며 여기에 질병보험, 상해보험, 간병보험 등이 포함되므로 이를 민간의료보험으로 정의할 수 있다(이진석 등, 2005). 현재 간병보험이나 질병으로 인한 소득 손실에 대한 소득보상보험은 규모가 미미하므로, 질병보험과 상해보험이 우리나라 민간의료보험의 핵심적인 내용이라 볼 수 있다.

민간의료보험의 일반적인 급여 내용은 진단자금, 입원비, 수술비, 통원치료비, 요양비 등으로 구성되며 보험상품에 따라서는 상해나 화상, 골절 등으로 인한 의료비 지출을 별도로 보장하기도 한다(이진석 등, 2005).

최근까지 우리나라 생명보험 회사가 제공하는 보험은 피보험자가 상해 및 질병으로 건강을 상실하였을 경우 약정된 금액을 정액으로 지급하는 정액보상형태로 운영하였고, 손해보험회사는 피보험자의 상해, 질병에 따른 의료비용, 장기간병비용 등의 경제적 손실을 정액 또는 실손으로 보상하였다. 손해보험회사가 제공하던 실손보상형 상품은 국민건강보험이 보장하지 않는 MRI, 초음파, 특진비, 상급병실 이용료 등의 비용을 보장하고 본인부담금의 일정비율을 일정한도 금액까지 보상해주는 국민건강보험의 보충보험으로 볼 수 있다. 2005년 하반기부터는 생명보험회사도 실손보상형 건강보험을 판매할 수 있게 됨에 따라 기존 정액형 중심의 민간보험에서 실손형 민간보험 시장이 확대될 전망이다.

문제는 이러한 실손형 민간보험이 보장하는 급여에 비급여에 대한 본인부담 뿐만 아니라 법정 본인부담이 포함되느냐에 대한 것이다. ‘민간의료보험 활성화’란 개인을 가입대상으로 한 생명보험사의 본인부담 보충형-실손형 민간의료보험의 판매를 의미하는 것(이용갑, 2006)이라 할 수 있을 만큼 기존의 정액보상이 아닌 본인부담의 크기에 따른 실손보상 형태의 민간보험 허용은 말 그대로 민간보험 시장의 확대를 의미하는 것이다. 여기에서 본인부담의 범위를 어디까지 허용할 것인가가 또 다른 쟁점인데, 보험업계에서는 시장영역을 확대하기 위해 법정 본인부담까지를 모두 허용할 것을 요구하고 있고, 시민사회단체를 중심으로 한 민간의료보험 확대를 반대하는 측에서는 국민건강보험의 법정 본인부담에 대해서는 원칙적으로 민간보험이 보장할 수 없도록 제한하라고 주장하고 있다.

3) 우리나라 보건의료 형평성에 주는 함의

민간의료보험 시장의 일반적인 확대 경향 속에서 민간보험의 역할을 어디까지 확대할 것인가에 대한 논쟁이 계속되고 있다. 이러한 상황에 대해, 선진국 사례를 통해 살펴본 민간보험 형태에 따른 보건의료 형평성에 미치는 영향을 바탕으로 우리나라 보건의료 형평성에 주는 함의는 다음과 같이 정리할 수 있다.

(1) 민간의료보험 확대와 보건의료 재원조달 형평성

우리나라는 전국민을 대상으로 하는 건강보험 체계가 존재하나 이러한 의료서비스 공급체계를 운영하기 위한 공공재원의 비중은 전체 의료비 지출의 50%를 갓 넘기는 정도로 낮은 편이다. 이에 따라 의료서비스 이용에 대한 본인부담이 높고, 본인부담을 보완할 수 있는 보충형 혹은 부가형 민간의료보험 공급이 증가하고 있다. 앞서 살펴본

바와 같이 제한적인 결과이기는 하나 고소득층일수록 민간보험 가입률이 높으며, 전체 민간의료보험 가입률이 60%에 이르고 있다(이진석 등, 2006). 선진국의 경험을 통해 볼 때, 프랑스와 같이 의료서비스 이용에 대한 본인부담이 높고, 민간보험 가입이 고소득층에 국한되지 않고 중산층과 저소득층에까지 광범위하게 확대된 경우 민간보험의 재원조달 형평성은 역진적인 경향을 띤다. 실증적인 연구를 통해 규명되어야 하겠지만, 우리나라의 경우도 보건의료 재원조달에서 공공영역 비중이 낮은 상태에서 민간의료보험 시장이 확대된다면 민간의료보험 자체의 역진적 재원조달뿐만 아니라 전체 보건의료 재원조달도 역진적인 성격이 강화될 것이다.

(2) 의료서비스 이용 형평성: 비급여 중심의 부가형 vs 법정 본인부담 보충형

우선 의료서비스 이용 형평성의 측면에서 주로 고소득층에 의해 구매되는 민간의료보험의 특성상 법정 본인부담이 민간보험으로 보상될 경우 고소득층의 의료서비스 이용이 증가하게 되고 이는 형평성을 저해하는 결과를 초래할 수 있다. 또한 법정 본인부담에 대한 보충형 민간의료보험은 보험가입자의 도덕적 해이를 막기 위한 기본적인 수단을 제거하는 의미를 갖기 때문에 이러한 민간보험 형태는 전체적인 의료서비스 이용을 증가시켜 공공보험 재정의 효율성을 저해할 수 있다.

또한 비급여 본인부담에 대한 부가형의 민간의료보험으로 그 범위를 제한하더라도, 기본적으로 우리나라 의료서비스 전달의 특성상 법정 급여와 비급여 간 경계가 불분명하다는 것이 문제가 될 수 있다. 민간보험의 역할을 비급여에 제한하여 확대시킨다 하더라도 이는 본인부담에 대한 혜택이 될 수 있어 보충형 의료보험으로 기능하게 되고, 의료비 지출을 증가시키는 요인이 될 수 있다. 나아가 기본적으로

민간보험은 고소득층에 의해 구매되는 특성을 갖고 있고, 가계소비 중 의료비 본인부담에 대한 부담이 상대적으로 더 큰 저소득층의 경우, 민간보험에 대한 접근성도 낮다. 특히 앞서 살펴본 의료서비스 이용 형평성의 현황에서 3차 병원과 같이 본인부담 부담이 큰 의료서비스의 경우 현재에도 고소득층에 의해 주로 이용되는 특성을 보이고 있었다. 이들 민간보험에서 제공하는 입원비나 수술비의 경우 3차 병원 이용의 핵심적인 혜택으로 작용할 수 있어 고소득층의 3차 병원 이용 횟수는 증가할 수 있다. 저소득층의 3차 병원 이용에 대한 장벽이 제거되지 않는 한 의료서비스 이용 형평성은 더욱 악화될 수 있다.

(3) 두 개의 보험체계, 대체형의 가능성?

현재로서는 우리나라의 민간보험이 대체형의 형태로 갈 가능성은 높지 않지만, 최근 경제특구법에는 경제특구 내에서 영리법인의 외국 의료기관 설립과 내국인 진료를 허용하는 내용이 포함되어 있어 이러한 변화가 우리나라 보건의료 체계에 미칠 영향이 논의되고 있다. 영리법인이 허용될 경우 요양기관 강제지정의 예외를 인정하는 것이고, 국내보다 5-7배 높은 수가를 적용받게 되어 이러한 서비스의 이용을 가능하게 하기 위한 새로운 형태의 민간의료보험 시장의 활성화가 불가피하다(이수연, 2007). 장기적으로는 영리 고급병원을 이용하는 부유층이 건강보험을 이탈하려는 경향이 증가할 수 있고 실제로 이러한 대체형의 민간의료보험 형태가 도입된다면 ‘고소득층-민간병원-민간보험’, ‘저소득층-공공병원-공공보험’으로 이원화될 수 있다.

기본적으로 민간보험은 지불 능력과 지불의사에 근거하여 가입자를 선택하므로 가난하고, 병들고, 나이 든 사람들을 차별하게 된다. 특히 보험자가 선호하는 위험을 골라내기 위해 더욱 정교한 위험보험료를 산정할 경우 의료보험을 구매하지 못한 개인의 의료서비스에 대한 동등한 접근은 더욱 훼손될 수 있다(Maynard and Dixon, 2002).

따라서 이러한 대체형 민간의료보험 도입이 민간보험의 cream skimming 행태나 위험 보험료를 산정에 대한 엄격한 규제 없이 이루어질 경우 저소득층은 민간보험 구매가 어렵다. 문제는 현재의 한국의 의료서비스 공급 체계는 주로 민간부문에 의존하고 있기 때문에 국내의 민간병원들이 민간보험환자와 건강보험 환자를 차별하는 상황이 발생할 수 있고, 그렇게 되면 민간보험을 구매할 수 없는 저소득층은 민간병원에 의한 서비스에는 아예 접근이 불가능하게 된다.

4. 결론

본 연구는 현재 우리나라의 민간의료보험 역할 설정에 대한 쟁점을 보건의료 형평성의 차원에서 해석하였다. 민간의료보험의 역할은 민간의료보험의 형태에 따라 다르고 민간의료보험의 형태는 또한 해당 국가의 공공 의료보장체계의 크기와 구조에 따라 다양하게 나타나고 있다. 현재 우리나라 민간의료보험의 역할은 법정 본인부담에 대한 보충형이 아닌 비급여 본인부담에 대한 부가형으로 방향이 잡혀가고 있다. 그러나 이러한 비급여 본인부담 영역이 실제로 건강보험 급여 항목과 긴밀히 연결되어 있기 때문에 비급여 본인부담에 대한 부가형 민간의료보험도 보충형 민간의료보험과 유사한 기능을 할 것으로 예상된다. 특히 보건의료 형평성의 차원에서 주요한 함의는 현재의 높은 본인부담에 대한 보충적 성격의 민간의료보험이 확대될 경우 이미 본인부담의 장벽으로 의료서비스 이용이 비용부담이 낮은 영역에 제한되어 있는 저소득층의 경우 민간보험 구매가 어려우므로 서비스 이용에 대한 현실적인 도움으로 작용하지 못한다. 한편 고소득층의 경우 이미 고가의 의료서비스를 이용하고 있는 상황에서 민간보험이 이를 보상해주는 역할을 함으로써 의료서비스 이용이 더욱 증가될 수 있고 결과적으로 의료서비스 이용의 양극화가 일어날 수 있다. 이

러한 점은 경제특구 내에 영리법인의 의료기관을 허용하는 등의 의료 서비스 시장 개방의 맥락에서 대체형 민간의료보험에 대한 도입이 시도될 경우 더욱 악화될 수 있다.

한편 선진국의 사례에 대한 검토를 통해 현재 우리나라 민간의료보험 시장 확대가 보건의료 형평성에 미치는 영향에 대한 함의를 도출하였으나 실증분석을 통해 국가사례와 형평성에 대한 영향을 엄밀히 검증하지 못한 것은 본 연구의 한계이며 이는 후속연구를 통해 보완하고자 한다.

참고문헌

- 권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형. 2003. “보건의료이용의 형평성”. 『보건경제연구』. 9(2). p.13-24.
- 김성욱. 2005. “민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용”. 『제6회 한국노동패널학술대회 자료집』.
- 김진현. 2006. “OECD 국가의 민간의료보험 성과분석과 정책적 시사점”. 『건강보험포럼』. 2006년 봄호. 국민건강보험공단.
- 김혜련·강영호·박은자·최정수·이연희·김영삼. 2006. 『한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인분석과 정책과제』. 한국보건사회연구원
- 김혜련·강영호·윤강재·김창석. 2004. 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향』. 한국보건사회연구원
- 신호성·김동진. 2007. “건강수준 및 의료이용의 형평성”, 질병관리본부·한국보건사회연구원. 『국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구』
- 양봉민·권순만·이태진·오주환·이수형. 2003. “보건의료 재원조달의 형평성”. 『보건경제연구』. 9(2). p.1~12
- 윤태호. 2006. “한미 자유무역협정 협상과 의료서비스 시장 개방”. 『건강보험포럼』. 2006년 가을호. 국민건강보험공단.
- 이수연. 2007. “신자유주의적 ‘의료서비스 정책의 글로벌화’와 한국의 의료서비스 산업화 정책”. 『사회복지연구』. vol. 32. p.161-184.
- 이용갑. 2006. “국민건강보험과 민간의료보험의 역할설정에 관한 논의”. 『건강보험포럼』. 2006년 겨울호. 국민건강보험공단.
- 이진석·김현수·김재현·정백근·강창구. 2005. 『민간의료보험 실태와 영향분석』. 국민건강보험공단·충북대학교.
- 이진석·정백근·허순임·이용갑. 2006. 『국민건강보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정방안』. 충북대학교·국민건강보험공단.
- 조병희. 2006. “의료산업화론의 빈곤”. 『건강보험포럼』. 2006년 봄호. 국민건강보험공단
- 최병호. 2004. “의료시장 개방과 민간건강보험”. 『보건복지포럼』. 88호. 한국보건사회연구원
- 허순임. 2006. “민간의료보험 활성화가 보건의료비용에 미치는 영향”. 『건강보험포럼』. 2006년 가을호. 국민건강보험공단.
- Alan Maynard and Anna Dixon. 2002. "Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience" p 109-127 in Elias Mossialos et al. (ed.). *Funding health care options for Europe*. European Observatory on health care systems series
- Barbara Starfield. 2006. "State of the art in research on equity in health". *Journal of Health*

- Politics, Policy and Law*. 31(1).
- Barbara Starfield. 2007. "Pathways of influence on equity in health". *Social Science and Medicine* 64. p.1355-1362
- Carolyn Hughes Tuohy, Colleen M. Flood, and Mark Stabile. 2004. "How does private finance affect public health care systems? Marshaling the Evidence from OECD nations". *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol 29(3).
- E. van Doorslaer et al. 1992. "Equity in the delivery of health care : Some international comparisons". *Journal of Health Economics* 11. p. 389-411
- E. van Doorslaer et al. 2000. "Equity in the delivery of health care in Europe and the US". *Journal of Health Economics* 19. p. 553-583
- E. van Doorslaer, Cristina Masseria and Xander Koolman. 2006. "Inequalities in access to medical care by income in developed countries". *CMAJ* 174(2). p.174-183
- Elias Mossialos and Anna Dixon. 2002. "Funding health care: an introduction". p 1-30 in Elias Mossialos et al. (ed.). *Funding health care options for Europe*. European Observatory on health care systems series.
- Elias Mossialos and Sarah Thomson. 2004. *Voluntary health insurance in the European Union*. WHO.
- James A Macinko and Barbara Starfield. 2002. "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001". *International Journal for Equity in Health*. 2002. 1(1).
- Jui-fen R. Lu et al. 2007. "Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies". *Social Science and Medicine* 64. p.199-212
- Mark Stabile. 2001. Private insurance subsidies and public health care markets: evidence from Canada. *Canadian Journal of Economics* 34.
- OECD. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries*.
- OECD. 2007. OECD Health Data 2007.
- Wagstaff et al. 1992. "Equity in the Finance of health care: some international comparisons". *Journal of health economics*. 11. p.361-387
- Wagstaff et al. 1999. "Equity in the finance of health care: some further international comparisons". *Journal of health economics*. 18. p.263-290

1차 검독 완료(2007.12.03.)

2차 검독 완료(2007.12.21.)

<Abstract>

The impact of the type of private health insurance on equity in health care
: Drawing on policy implications through the experience of developed
countries

Bae, Jiyoun*

This study attempts to analysis the impact of private health insurance on equity in health care system. In this study, equity in health care system has two dimensions. One is equity in health care financing, the other is equity in health care utilization. The types of private health insurance can be classified complementary type, supplementary type, substitute type and duplicate type. This study expects that each type of private health insurance has different effect on equity in health care system.

Through reviewing the experience of developed countries, I draw upon some policy implications about the relationship of private insurance type and equity in health care system. First, the expansion of complementary private insurance could make more regressive health care financing system in Korea. Second, in Korea, there is the bundle of the sector of National Health Insurance coverage and non-coverage. Therefore complementary/supplementary type insurance can similar function that those who purchase the private insurance use more health care services.

Key words: private health insurance types, equity in health care system

* Ph. D Candidate, Department of Social Welfare, Seoul National University(lefthand02@empal.com)