

한국 민간의료보험의 발달과 의료보장 정책에 대한 함의*

허순 임**

◁ 요약 ▷

한국 사회의 의료보장의 현실과 과제를 조망하는 데 있어서 건강보험이 중심이 되지만 민간의료보험의 역할 또한 중요하게 다루어질 필요가 있다. 이 연구에서는 한국 민간의료보험의 특성을 발전국가 모델과 그 변화 속에서 이해하고, 이를 통하여 공적 의료보장제도와와의 관계 설정에 대한 기존의 논의를 확장하고자 한다. 연구 질문은 공적 의료보험과 민간의료보험의 동시적 성장이라는 한국의 특성에서 출발한다. 이것은 어떻게 가능했으며, 어떤 의미를 가지는가? 국가 주도의 경제발전을 가능하게 했던 발전국가 모델은 경제성장을 위한 복지전략으로서 저부담-저급여로 출발한 건강보험의 취약성과 민간의료보험 시장의 성장의 기원이 되었다. 대외개방과 금융자유화 및 국내 민주화로 요청된 발전국가 체제의 변화는 대기업 중심 경제발전 체제로 귀결되면서 민간보험 성장에 유리한 환경을 제공하였다. 이러한 환경에서 발달한 한국 민간의료보험의 특성을 고려할 때, 건강보험의 보완적 역할로 상정하는 협소한 논의의 설정을 경계하여야 한다.

주제어: 의료보장, 민간의료보험, 건강보험, 발전국가

* 본 논문은 2011년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행한 연구입니다(327- 2011-B00848). 논문에 유익한 의견을 주신 익명의 심사위원들께 감사드립니다.

** 서울시립대학교 행정학과 조교수(soonim@uos.ac.kr)

1. 서론

한국 사회의 의료보장 현실과 과제를 조망하는 데 있어서 공적 의료보장제도(즉, 건강보험)¹⁾에 중점을 두는 경향이 지배적인데, 이는 건강보험제도의 개선이 전반적인 의료보장의 발전을 이끌 수 있는 핵심과제라는 가정에 근거한다. 이 가정은 충분히 지지할 만하고 동의할 수 있음에도 불구하고, 민간의료보험을 통한 의료보장 역시 중요하게 다루어질 필요가 있다.

일반적으로 공적 의료보장체계를 갖추고 있는 국가에서 민간의료보험은 보완적인 역할을 하는 것으로 간주된다(Liu & Chen, 2002; Trujillo, 2003; Buchmueller et al., 2004; King & Mossialos, 2005; Saliba & Ventelou, 2007). 그러나 이는 공적 의료보장제도의 성격과 수준에 따라 다르다. 즉, 공적 의료보장의 수준이 높고 사회적 지지가 강하다면 민간의료보험은 제한적인 역할에 그치지만, 공적 제도가 갖추어졌더라도 제도의 수준이 미흡하거나 사회적 지지를 충분히 받지 못하는 경우 민간의료보험은 공적 의료보장제도에 상당한 영향을 줄 수 있다. 민간의료보험을 통한 개별적 재원조달이 확대되어 상당수의 사회구성원이 공적 의료보장제도의 발전을 위한 사회적 노력을 지지하지 않게 되면 장기적으로 공적 의료보장제도의 위축을 가져올 수 있다. 따라서 민간의료보험 역시 공적 의료보장제도에 영향을 주는 조건 내지 변수로 작용할 수 있다는 점이 고려되어야 한다.

민간의료보험에 대한 사회적 고려가 필요한 두 번째 이유는 이것이 민간부문에서 개인의 선택의 문제로 그치는 것이 아니라, 사회적 차원에서는 계층 간 의료보장 수준의 차이로 귀결될 수밖에 없기 때문이다. 이는 민간의료보험과 관련하여 여러 단계에서 시장의 분화가 이루어질 수 있는 속성에 기인한다. 즉, 질병에 대한 위험을 산정하는 방식이 통일되기 어렵고, 같은 방식의 위험 산정이 이루어지더라도 위험수준에 따른 가입의 제한이 일률적으로 적용되기 어려우므로 가입 가능한 집단과 그렇지 못한 경우가 존재한다. 만약 이러한 문제를 해결했다 하더라도 보험료를 지불할 능력이 없다면 가입이 불가

1) 한국 의료보험은 직장과 지역 중심의 개별 조합으로 발달하다가 2000년 단일 보험으로 통합되는데 이때부터 건강보험으로 지칭된다. 공식적인 명칭의 변화가 있었지만 공적 의료보험이라는 의미에 있어서는 차이가 없으므로 본 논문에서는 공적 의료보험과 건강보험을 혼용한다.

능하다. 또한, 동일한 위험에 대한 동일 급여수준 보장의 원칙이 존재하지 않으면 다양한 급여가 가능하기 때문에 가입된 경우에도 급여수준의 차이가 있을 수 있다. 이러한 이유들로 인해서 민간의료보험은 필연적으로 사회 계층 간 차이를 초래한다.

한국의 민간의료보험 가입률과 시장규모는 지속적으로 증가하고 있다(정기택, 2005; 이창우, 2010; 이현복, 2012). 이는 민간의료보험을 통한 의료비 재원조달의 중요성이 커지는 것을 의미하므로 의료보장의 전망과 과제를 고려하는 데 있어서 위에서 언급한 문제들을 간과할 수 없다. 이런 점에서 한국의 민간의료보험을 건강보험의 보완적 역할로 상정하는 것은 적절한가에 대하여 탐색할 필요가 있다. 이 연구에서는 한국의 민간의료보험이 공적 보험의 보완적 역할에 그치지 않는다고 가정하며 이는 다음 질문에서 출발한다. 한국은 세계적으로 유례가 없을 만큼 짧은 기간에 전 국민을 대상으로 공적 의료보험이 확대되었고 단일보험으로의 통합이 이루어졌는데, 흥미롭게도 이 시기에 민간의료보험의 규모도 상당히 성장하였다. 이와 같은 동시적 성장은 어떻게 가능했으며, 어떤 의미를 가지는가? 한국의 경험은 공적 의료보장제도가 성숙한 이후 보완적 민간의료보험 시장이 발달된 서구 국가들과 구별된다. 이 질문들에 대한 답은 민간의료보험의 발달을 한국의 경제발전 과정과 연결하여 탐색하는 가운데 얻을 수 있을 것이다. 한국의 민간의료보험은 의료보장의 한 축을 담당하는 역할보다 산업의 영역으로 간주되는 측면이 강하고 이는 한국 경제발전 과정의 특성과 무관하지 않기 때문이다.

복지제도를 자본주의 체제의 필수적인 발전의 산물로 볼 때(Polanyi, 1955), 한국을 비롯한 동아시아 복지체제의 형성과 성격을 이해하는 데 발전국가 모델이 적절하다(정무권, 2002; 정무권, 2008; 신동면, 2008). 조병희(2008)는 건강보험과 의료공급자의 특성을 발전국가 모델을 적용하여 설명하였다. 이 연구들은 발전국가 모델에서 도입된 공적 사회보장제도가 생산체제의 보완적 기능에 머무르고 그 결과 민간 의존적 복지체제를 형성하게 되었다고 보고 있다. 본 연구에서는 민간의료보험의 발달이 공적 의료보험제도의 미흡함으로 인하여 민간의료보험의 역할이 요청된 측면 보다는 발전국가 모델에 따른 성장 과정을 거쳤다고 가정하고, 발전국가 성격의 변화가 민간의료보험의 발달에 어떤 영향을 미쳤는지 살펴볼 것이다. 이를 통하여 민간의료보험의 발달과 특성을 이해함으로써 한국 의료보장의 현실과 과제에 대한 논의의 지평을 넓힐 수 있을 것이다.

민간의료보험에 대한 기존의 국내 연구는 크게 두 주제에 집중되어 있다. 첫째 가입

결정요인에 대한 연구인데, 지금까지 대부분 소득수준과 건강수준이 높은 경우 가입 가능성이 높다고 보고하고 있다(윤태호 외, 2005; 허은정·김지경, 2009; 유창훈 외, 2010; 이현복·현경래, 2011; 권현정, 2011). 두 번째는 민간의료보험 가입이 의료서비스 이용에 미치는 영향을 다루는 연구이며(강성욱 외 2005; 김성욱, 2005; 윤희숙, 2008; Kang et al., 2009; 이창우, 2010; 전보영·권순만, 2012), 영향의 방향성에 대한 연구결과는 혼재되어 있다. 민간의료보험에 대한 대표적인 이 주제들이 중요함에도 불구하고 민간의료보험을 건강보험과 별개의 문제로 한정하는 이원론적 접근은 의료보장의 문제를 협소하게 이해할 여지가 있다. 한편, 민간의료보험의 적절한 역할을 검토한 연구도 존재하는데, 이들은 건강보험의 보완적 역할을 상정하고 합리적 시장의 형성을 위한 고려사항에 중점을 두었다(최병호 2005; 이진석 외, 2006; 이현복, 2012). 이와 같이, 기존의 연구들이 민간의료보험의 기능을 건강보험에 대한 보완적 역할로 전제하고 있어 논의의 범위가 축소되는 한계가 있다.

본 연구에서는 발전국가 모델의 변화 속에서 발달한 한국 민간의료보험의 특성은 공적 의료보장제도의 보완적 역할로 상정하기 어렵다는 점을 주장하고자 한다. 발전국가 모델이 생산체제의 원리를 제공하고 생산체제를 보완하는 복지전략을 선택한다고(정무권, 2008) 볼 때, 건강보험은 경제발전 전략에 복속되는 수단적 의미를 가지므로 공적 의료보장 제도에 대한 공고한 기반에서 출발하였다고 보기 어렵다. 이런 가운데 한국의 민간의료보험은 의료보장보다는 산업 발전에 기여하는 의미가 강조되었으므로, 민간의료보험이 복지전략(즉, 건강보험)의 조건에서 규정되기 어려운 면이 있다. 이런 점에서 본 연구는 민간의료보험에 대한 연구범위를 확장하는 것뿐만 아니라 한국 의료보장의 성격과 과제를 보다 종합적으로 제시하는 데 기여할 것이다.

이 연구의 내용은 다음과 같이 구성된다. II 장에서는 이론적 틀로서 한국 경제발전에 있어서 핵심적 전략이었던 발전국가 모델과 그 변화에 대하여 정리하여 민간의료보험의 성장과 관련한 전반적인 배경을 이해하도록 한다. III 장에서는 공적 의료보험의 성격과 의료보장의 구조를 파악하고, IV 장에서는 한국 민간의료보험의 발달과 특성을 살펴본다. V 장에서는 민간의료보험을 공적 의료보장제도에 대한 보완적 역할로 파악하는 일반적 논의를 살펴보고 한국의 맥락에서 가지는 한계를 정리한다. 마지막으로 결론을 맺고 있다.

2. 한국의 발전국가 모델과 변화²⁾

1) 발전국가

한국의 경제성장을 이끈 국가 주도적 산업화는 발전국가 모델로 설명된다(Johnson, 1982: 3-34; Amsden, 1989: 146-147). 1960년대에는 대체로 외국 원조로부터의 경제적 자립과 경제성장을 통한 정권의 정당성 확보를 위해서 추진되었으며, 1970년대에는 자주국방과 북한 위협에 대한 독자적 대응 능력 확보라는 목적에 따라 추동되었다.³⁾ 발전국가 모델은 금융자원에 대한 통제와 전략적 산업 정책을 핵심 내용으로 한다. 효과적인 산업발전을 위해 한정된 자원을 정부가 배분하기 위하여 산업화에 헌신할 수 있는 금융체제⁴⁾를 만들어 금융비용을 낮춰 주었고, 권위주의적 정부는 노동세력에 대한 통제를 통하여 노동비용 역시 낮게 유지하여 자본의 이윤을 보장했다. 이러한 통제력을 근거로 정부는 이른바 정책금융을 통해 자본축적 과정에 개입할 수 있었고, 자원배분 과정에서 기업에 대해 절대적인 영향력을 행사할 수 있었다(박병영, 2003a).

2차 대전 이후 브레턴우즈 체제 하에서의 일국적 발전 모델의 형성과 동아시아 냉전의 맥락에서 한국의 발전국가는 강력한 권위를 바탕으로 금융질서를 강력하게 통제하는 관치금융체제를 통하여 기업집단에 외환, 저리의 자본, 보조금 등을 제공하여 단기적 수익성을 보장하고 높은 부채에 의존한 장기적 투자에 수반되는 위험을 완화해 주었다. 여기에 재벌의 다각화된 투자와 계열사 간 출자 및 채무보증도 사업 리스크를 크게 완화했다(조영철, 2007, p.267). ‘경제개발 5개년 계획’에 따른 장기적 경제정책으로 전략산업을 유지하여 이들을 지원하기 위한 금융정책과 관세 장벽으로 내수시장을 보호하여 기업에

2) 본 장에서는 한국 발전국가 모델과 그 성격의 변화가 민간의료보험 발달에 관련이 있다는 관점에서 내용을 정리하는 것이 목적이다. 이에 대한 보다 깊이 있는 논의는 『한국 신자유주의의 기원과 형성』(지주형, 2011), 이연호(2002), 박병영 (2003a, 2003b) 안승국(2009) 등을 참조할 것. 또한 신자유주의의 진전에 따른 발전국가의 변화에 대하여 주요 내용을 정리하지만 이에 대한 성격 규정, 즉 발전국가의 소멸 또는 유지, 은 본 연구의 범위를 벗어나므로 다루지 않는다.

3) 1969년 1월 북한의 박정희 대통령 암살 기도, 미국과 중국의 교류를 계기로 한 1971년 주한미군 부분 철수와 같은 상황에서 자주국방에 대한 요청은 높아졌다.

4) 1961년 ‘금융기관에 대한 임시조치법’을 제정하여 은행의 민간 주주의결권을 법적으로 제한했으며 은행을 사실상 정부가 통제하는 금융체제를 만들었다.

대한 독점적 지원을 제공하였다.

이와 같은 국가와 기업의 ‘발전지배연합’에서는 산업정책을 우위에 두었기 때문에 은행의 대출심사와 투자 감시 능력이 발전하는 것을 저해했다(조영철, 2007, p.278). 또한 특혜성 정책금융을 지원받은 기업들이 투자 위험을 판단하고 문제를 해결해나가는 자생력을 기르지 못하여 과도한 투자나 산업과 생산에 투자하는 대신 부동산 투자를 하는 등의 부작용을 통제할 만한 장치가 작동하지 못하였다. 이러한 과정에서 부실에 빠지거나 도산한 기업은 국가의 기업에 대한 우위와 금융통제를 통하여 관리하였다.⁵⁾

2) 발전국가의 변화

(1) 국제 상황

1971년 미국의 금태환 중지 선언과 1973년 변동환율제의 실시로 브레턴우즈 체제가 종료되면서 일국적 발전모델의 토대가 되었던 케인스주의적 자본이동 통제는 신자유주의적 자본이동 자유화로 바뀌었다. 냉전 종식 이후 전 세계적으로 확산된 이른바 신자유주의적 축적은 달러-월스트리트 체제⁶⁾에서 금융과 생산의 지구화라는 모습으로 나타났다(지주형, 2011, p.64).

한국과 대만 등은 미국의 동맹국이지만 막대한 대미 흑자를 보면서도 금융 및 투자에 대한 규제로 달러의 재순환과 월스트리트 금융자본의 확대에 적극 동참하지 않았기에 사실상 달러-월스트리트 체제의 바깥에 위치했다. 1983년 레이건 대통령의 방한을 계기로 관세 인하, 수입규제 철폐, 서비스산업의 자유화, 외국인 재산권 보호에 대한 요구가 시작되었고, 1980년대 말 냉전이 종료되면서 미국의 동아시아 정책은 더욱 공세적이 되었다(Johnson 1998, p.660).⁷⁾

5) 정부는 1972년 8월 긴급금융조치를 내려 사채상환을 5년간 동결하여 부실에 빠진 기업을 구제하고, 도산한 기업의 자산을 다른 기업에 싼값에 넘기는 방식으로 관리하였다(지주형 2011, p.48-49).

6) 브레턴우즈 체제의 붕괴 이후 새롭게 형성된 지구적 경제질서를 ‘달러-월스트리트 체제’라고 부르는데, 달러가 기축통화가 되었고 월스트리트를 중심으로 한 민간금융기관이 국가의 규제에서 풀려나 자본축적의 주도권을 가졌다는 점을 가장 큰 특징으로 한다.

7) 이러한 요구를 관철하기 위한 조치로 수출품에 대한 덤핑제소 등의 조치와 불공정 무역에 대한 무역보복 조치를 취할 수 있는 통상법 ‘슈퍼 301조’를 적용하겠다는 위협이 있었다. 결국 1985년 5월 ‘한미 슈퍼 301조 협약’이 체결되고, 한국은 외국인 투자 자유화 조치를 단행했다. 그 결과 1992년 1월까지 산업 영역의 98%, 서비스 영역의 62%가 개방되고 외국인 주식투자가

한국 경제에서 금융 지구화의 시작은 1990년부터 1992년까지 한국의 통화가치와 금융시장 개방을 논의한 한미금융정책회의(Financial Policy Talk)에서 찾을 수 있으며,⁸⁾ 여기서 논의된 금융 자유화 및 개방 계획은 OECD 가입을 계기로 한 단계 더 진전되었다(강만수 2005, 325-333). OECD의 가입 조건에는 정부 규제 완화, 자본거래 자유화, 서비스시장 자유화 등이 포함되었기 때문이다. 따라서 1990년대에는 국가 주도의 경제발전 전략이 종료되고 냉전 종식과 더불어 개방과 자유화 압력이 본격화되었으며, 발전주의 국가 모델을 추구하던 국가들에 대해서는 그 요구 수준이 높았다(이연호, 2002).

(2) 국내 상황

1987년 민주화에 따른 형식적 민주주의의 회복은 국가의 권위주의적인 시장개입에 대한 비판을 수반하였다. 또한 1970-80년대의 경제성장으로 대기업의 자금 확보력은 급격히 성장하여 국가에 대한 의존이 줄어들면서 경제구조의 변화를 요구하게 되었다. 국가 주도적 경제개발을 종료하고 규제혁파와 비즈니스의 자유를 목표하는 김영삼 정부의 ‘신경제 계획’(1993년)에 이러한 요구가 반영되었음을 알 수 있다.⁹⁾ 또한, 정부는 OECD 가입을 추진하면서 1995년을 ‘세계화’의 원년으로 선포했으며, 이는 경제적 측면에서 볼 때 금융 자유화를 위한 개방을 강화하여 민간 주도 경제로 전환하고 지구적 경쟁을 지원하는 것을 의미했다(유철규 1996).

한편, 발전국가 모델에서 정부의 불균형적 지원 속에서 급속히 성장한 재벌은 국내 시장을 독점함으로써 시장경쟁 활성화에 걸림돌이 되고 중복 투자 등의 문제를 안고 있었기 때문에 1980년대 중반부터 1990년대 사이에 정부는 재벌규제를 강화하려고 하였다.¹⁰⁾ 그러나 민간기업의 대외신용도 증가로 외자차입에 대한 정부 보증과 국가 관리의 필요성이

하용되었다.

8) 미국은 금융시장 개방과 자유화를 강력하게 요구하였고, 한국 정부는 ‘불공정 무역국가’에 대한 슈퍼 301조 무역보복 등을 피하기 위해 이러한 요구를 많은 부분 수용할 수밖에 없었다. 1993년 발표된 3단계의 금융 자유화 및 개방 계획에는 미국이 요구한 금리 자유화, 화폐시장의 발전, 외환·자본거래 자유화, 증권산업 자유화, 은행 감독규제의 명료화 등의 일정이 명시되어 있다.

9) 1993년 정부는 산업별 정책금융을 1997년까지 폐지하겠다고 발표했으며, 1994년에는 은행경영에 대한 규제가 완화되고, 1996년에는 예금과 대출의 만기가 자유화되었다. 또한 한국 정부는 수입 자유화에 대한 대가로 1993년부터 해외투자 및 해외차입에 대한 규제를 완화하는 등 보호주의보다는 개방적 정책을 통해 한국 기업의 해외영업을 지원하기 시작했다.

10) 재벌규제는 경제력 집중 완화, 중소기업 보호, 시장경쟁 활성화를 목적으로 하였고, 특히 1994년에 개정된 공정거래법에 의하여 재벌에 대한 여신이 제한되고 상호지급보증이 금지되었으며 계열사 출자총액이 제한되었다.

줄어들었고, 1986-1989년의 수출호황으로 얻은 막대한 이윤은 정부로부터 재벌의 자율성을 증가시켰다. 이러한 상황에서 정부의 재벌 규제를 위한 시도는 성과를 거두지 못했다. 또한, 김영삼 정부 후반기에 들어 경상수지 적자 확대, 내수 부진, 기업의 매출 및 이익률 저하가 나타났다. 이러한 어려움을 타개하기 위하여 1996년 재벌정책의 초점을 경제력 집중 억제에서 국제경쟁력 강화와 성장으로 바꾼 정책을 발표했다. 이것은 정부가 재벌의 규모와 경제력을 억제하려고 했던 시도를 포기하고 국제경쟁력 강화라는 명분에 따라 친재벌정책으로 선회했음을 의미했다.¹¹⁾ 재벌들은 제2금융권에 진출하고 직접 해외차입에 나서므로써 정부 주도의 산업정책의 후퇴 이후 재벌이 스스로 투자기획의 주체가 되었다. OECD 가입을 계기로 높아진 대외 신용도와 금융 자유화로 시설 투자 자금을 해외에서 저금리로 조달할 수 있었기 때문에 이러한 흐름은 더욱 가속화되었다.

결과적으로 한국 정부의 금융 자유화 및 산업정책의 철회로 그 동안의 발전국가 모델은 통제하기 어려운 재벌 주도 체제로 변화되었다. 그러나 발전국가 모델에서 정부의 전략적 지원 속에서 형성된 고부채 재무구조에 기초한 재벌의 공격적 투자 및 다각화는 높은 투자 실패 위험과 더불어 높은 금융비용을 수반했고, 수출주도형 성장으로 인한 외국시장에 대한 높은 의존도는 대외 조건에 구조적으로 취약하게 만들었다. 이러한 구조는 국가의 투자 조정과 금융 통제가 사라진 후 더욱 악화되었고, 금융 자유화 과정에서 금융감독과 법적인 구조 개선이 뒷받침되지 않아 한국 경제를 취약하게 만들었으며, 이는 결국 1997년 경제위기를 초래하게 되었다(지주형 2011, p.158-167).

경제 위기를 극복하기 위하여 김대중 정부는 금융부문의 건전성을 높이고 금융산업의 경쟁력을 강화하기 위해 금융 인프라와 감독수준을 크게 개선했고, 경제위기의 도화선이 되었던 재벌의 문제를 개선하고자 하였다(지주형, 2011, 7장). 1999년 재벌 개혁을 위하여 금산분리 및 순환출자 억제, 출자총액 제한 등 다양한 조치를 발표하였으나, 예외 허용 등을 통하여 사실상 무력화되었다. 이후 제2금융권의 사금고화와 순환출자¹²⁾를 통하여 재벌의 지배는 강화되었다.

11) 예를 들어 10대 재벌에 대한 여신 제한이 풀린 반면, 재벌을 견제할 수 있는 사외이사제, 소액주주권 강화, 외부감사제도의 도입은 모두 연기되었다(조영철 1998, p.149).

12) 주지하듯이 순환출자는 재벌 총수의 지배력을 강화하는 핵심 원리이다. 예를 들어 삼성의 경우, 이진희 일가 → 삼성 에버랜드 → 삼성생명 → 삼성전자 → 삼성카드 → 삼성에버랜드의 순환출자를 통하여 총수는 적은 지분으로도 기업 전체를 지배할 수 있다.

3. 한국 의료보장의 성격과 구조

1) 발전국가와 의료보험제도의 성격

발전국가 모델은 산업의 영역뿐만 아니라 사회보장제도의 성격을 규정짓는 연원이기도 하다. 발전국가의 복지제도는 국가의 재정적 개입을 최소화하는 사회보험제도를 중심으로 발전하였는데, 이는 산업화 전략에 부합하는 복지제도의 특성이며(정무권, 2002; 2008; 신동면, 2008) 의료보험제도 역시 이런 맥락에서 이해할 수 있다. 의료보험제도가 도입되었던 1977년은 강력한 권위주의 체제에서 중화학공업화 전략이 추진되던 상황이었다.¹³⁾ 자본집약적인 중화학공업은 대기업을 중심으로 추진되었으며, 공적 의료보험을 500인 이상의 대기업에 처음 도입한 것은 노동계층의 처우를 개선하는 명분을 확보하면서 정부의 부담은 최소화하고 권위주의 정권의 정치적 정당성을 얻을 수 있는 복지전략이었다. 이러한 배경에서 탄생한 의료보험은 경제적 부담을 최소화하는 낮은 기여-낮은 급여체제로 출발하였고 임금노동자를 중심으로 사회보험 방식으로 도입되었지만 사회적 합의와 조정에 바탕을 둔 서구의 의료보험제도와는 많은 차이를 보인다. 즉, 한국은 정부와 기업의 긴밀한 공조와 지배연합의 구조 아래 노동관리 차원에서 의료보험이 도입되었고(정무권, 2008)¹⁴⁾, 노동조직은 미약한 상태였기 때문에 사회적 요구를 반영하고 구성원(즉, 고용주와 노동자) 간에 합의를 도출하는 체계를 갖추지 못하였다.

의료보험 제도의 적용 대상을 전 국민으로 확대한 시기(1977-1989년)에도 여전히 권위주의 체제의 발전국가 모델이 유효하였으며, 국가의 재정적 개입은 최소화하는 반면 관리자 또는 규제자로서의 개입은 지속되었다. 전 국민의료보험 달성 이후 1990년대에 걸쳐 단일 보험으로 통합함으로써 의료보험 조합 간의 재정 불균형을 해소하고 질병에 대한 위험을 사회전체로 분산하는 제도적 발전을 이루었다. 단일 보험체계인 국민건강보험(National Health Insurance, NHI)을 확립하면서(Lee et al., 2008) 공적 의료보험의 사회

13) 1973년 1차 석유파동에 따른 선진국의 수입규제로 노동집약적인 경공업 중심의 수출중심 산업의 기반이 위협받게 되었다. 정부는 이러한 한계를 극복하기 위하여 '전략산업개발계획'을 수립하여 중화학공업화를 추진하였고, 산업전반에 대한 성장 기여도와 부가가치가 높은 철강, 금속, 조선, 기계, 전자, 화학공업을 전략산업으로 선정하였다.

14) 일례로 전국의료보험조합의 운영을 전경련이 맡은 데서 이를 알 수 있다.

적 책무가 더욱 강조되는 가운데 보장성을 개선하기 위한 노력은 지속되었지만 취약한 보장수준의 문제는 여전히 핵심 과제로 남아 있다(양봉민 외, 2006; 권순만 외, 2007; 김진현, 2007; 강민아 외, 2008; 김태일·허순임, 2008). OECD 기준으로 산출한 의료비에 대한 공공 재원 비중을 보면¹⁵⁾ 2010년 58.2%에 그쳐 선진국의 75~80% 보장률에 비하여 미흡하다는 것을 알 수 있다.¹⁶⁾

공적 의료보험의 보장 수준이 충분하지 않으면 민간의료보험 영역이 발달할 개연성이 있다. 다음 절에서 한국 의료보장의 구조를 통하여 공적 의료보장체계를 갖추었음에도 불구하고 민간의료보험의 역할이 커질 여지가 있음을 확인할 수 있다.

2) 의료보장의 구조

(1) 의료비에 대한 재원

의료서비스에 대한 재원은 공공과 민간으로 나눌 수 있고, 민간재원은 다시 민간보험과 환자본인부담으로 구분된다. 공적 의료보장과 민간의료보험의 원리에 대하여 간략하게 정리하면 다음과 같다. 공적 의료보장은 적용 대상을 사회구성원에게 강제하여 위험을 분산하며(risk pooling) 가입자의 소득수준에 따른 기여를 원칙으로 하는 사회연대의 원리를 기반으로 한다. 공적 의료보장은 조세방식의 국민보건서비스(National Health Service, NHS)와 사회보험(Social Health Insurance, SHI)방식으로 구분된다. NHS는 의료보장을 국민의 권리로 간주하여 보편적 보장을 제공하지만, 사회보험은 임금노동자를 대상으로 출발하였고 국가의 재정부담과 관리를 최소화하면서 고용주와 근로자의 기여와 참여를 바탕으로 운영한다. 노동계층을 중심으로 발달한 사회보험은 직장 또는 산업별 보험을 운영하므로 다수의 보험자가 존재하며 전 국민을 포괄하기까지 상당한 기간이 필요하였다. 한편, 공적 의료보장제도는 의료적 필요에 대하여 동일한 급여를 제공하는 것을 원칙

15) 이는 OECD 기준의 보건계정에서 산출한 수치이다. 국민건강보험공단에서는 2004년부터 매년 건강보험 보장률을 발표하고 있는데, 이는 OECD 보건계정에서 산출하는 보장률과 다르다. 건강보험공단의 통계는 2004년 61.3%, 2005년 61.8%, 2006년 64.3%, 2007년 64.6%(김정희 외, 2004; 2006; 2007; 2008)로 개선되다가, 2008년 62.2%(최기춘 외, 2009)로 감소되는 결과를 보이고 있다.

16) 2010년 기준으로 멕시코 47.3%, 미국 48.2%에 이어 한국은 세 번째로 낮은 보장 수준을 보이고 있다.

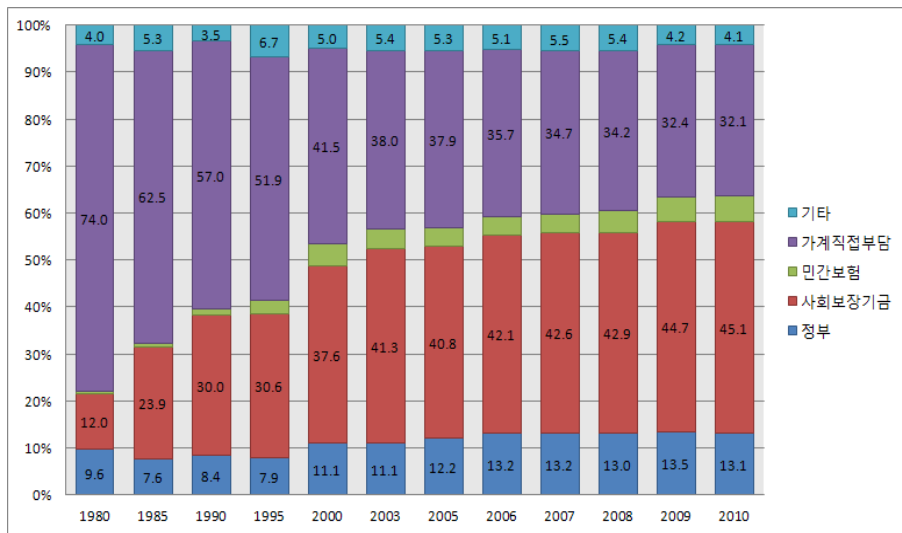
으로 한다.¹⁷⁾

민간의료보험은 공적 의료보험과 마찬가지로 질병으로 인한 위험에 대비하기 위한 목적을 가지지만 자발적 가입 원칙에 따라 위험분산이 제한적으로 이루어진다. 또한, 위험 수준에 따라 보험료와 급여수준이 다양하게 제공될 수 있으며 지불능력에 따라 가입 가능성이 좌우되므로 사회계층 간에 차이가 존재하는 것이 불가피하다.

(2) 재원별 의료비 지출

의료보장 구조는 재원별 의료비 지출로 파악할 수 있다. 한국의 국민의료비에 대한 공적 재원의 비중은 1980년 21.6%에서 2010년 58.2%로 증가하여 환자본인부담을 경감시켰음을 알 수 있다(그림 1).

[그림 1] 재원별 국민의료비 지출 비율

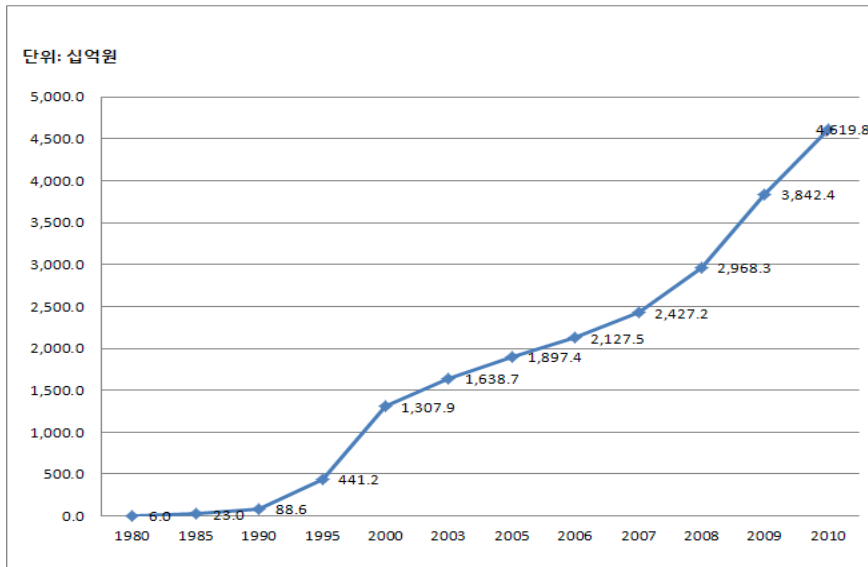


자료: 기능별 - 재원별 국민의료비 지출 규모.

출처: 보건복지통계(국민의료비추계 및 국민보건계정)

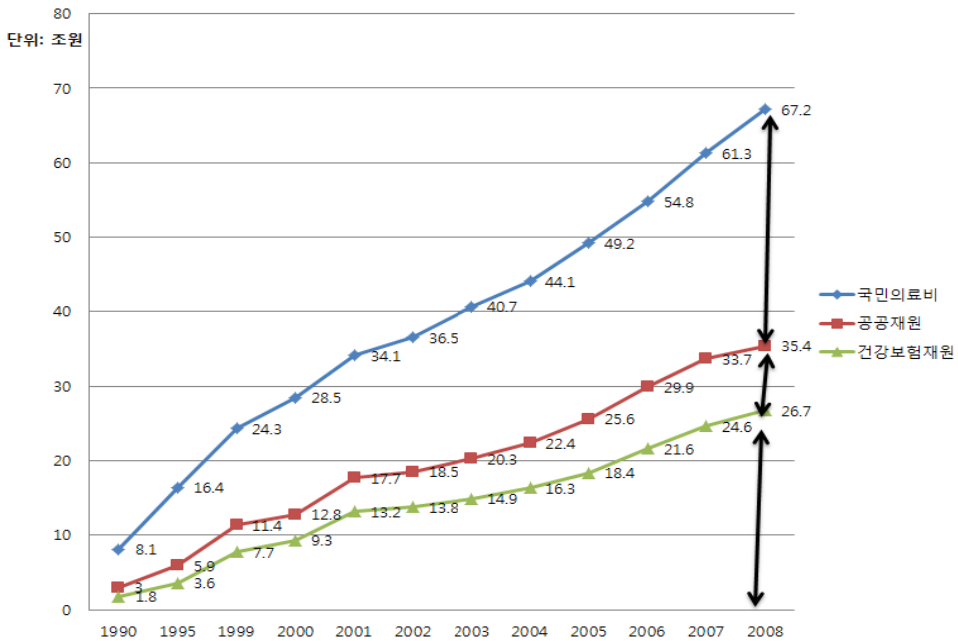
17) NHS는 전 국민에게 동일한 급여를 제공하지만 SHI는 보험자에 따라 다를 수 있다. 현재 대부분의 SHI 국가들이 의로서비스에 대해서는 동일한 급여를 제공하지만 상병수당은 노동자의 임금수준에 따라 달라지므로 차등급여가 존재한다.

[그림 2] 민간보험을 통한 의료비 지출 규모



출처: 보건복지통계(국민의료비추계 및 국민보건계정)

[그림 3] 국민의료비와 공공 및 민간 자원조달의 추이

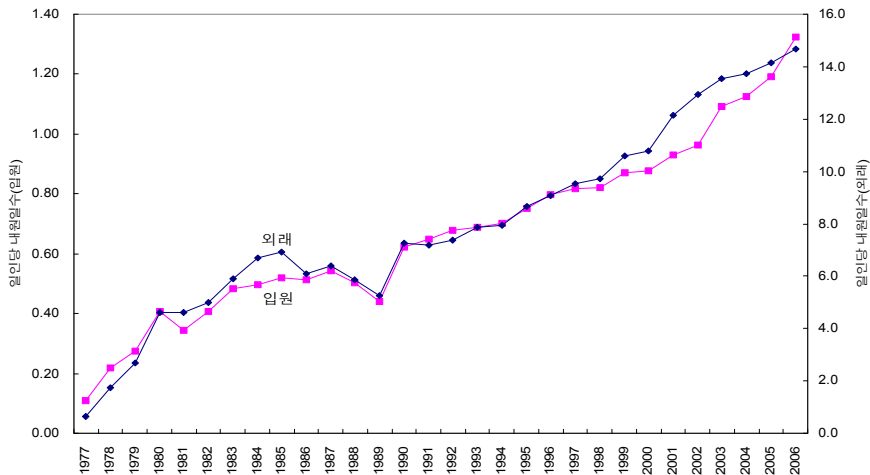


출처: 보건복지통계(국민의료비추계 및 국민보건계정)

한편, 민간보험을 통한 재원조달은 꾸준히 증가하고 있으나 2010년 기준으로 5.6%로 나타나 아직까지는 미약한 수준이다. 그러나 민간보험을 통한 의료비 지출 규모는 1980년의 60억 원에서 2010년 4,619억 원으로 성장하였고([그림 2]), 의료비 증가속도가 공적 재원 지출 속도보다 빨라 민간의료보험의 성장 추세는 지속될 것으로 전망된다([그림 3]).

전체 의료비와 공공 재원조달의 차이가 나는 일차적인 원인은 한국 의료보험의 태생적 한계라고 할 수 있는 저부담-저급여 구조에 있다. 이러한 구조의 개선이 이루어지기 어려운 상황에서 전 국민 의료보험 시행으로 인하여 폭발적으로 늘어난 의료이용은 건강보험의 취약한 보장성으로 귀결되었다.

[그림 4] 건강보험 가입자의 입원 및 외래 이용의 변화



자료: 각 연도별 건강보험통계연보

[그림 4]에 나타나듯이, 1977년 건강보험 시작 당시 적용대상자 1인당 0.1일에 불과하던 입원 일수는 2006년 현재 1.32일로 늘어났으며, 외래 진료일수 역시 0.7일에서 14.7일로 늘어났다. 1990년대부터 정부는 지속적으로 보장성을 확대하였지만(허순임·김창보, 2009) 급격한 의료이용의 증가는 공적 재원의 감당능력을 초과하였다. 또한, 민간 주도의 의료공급체계, 행위보상방식의 지불제도¹⁸⁾, 빠른 신의료기술 도입 등으로 인하여 가파르

18) 제공되는 각각의 서비스에 대하여 지불하는 방식으로 의료공급자가 수입을 늘리기 위하여 서비스를 더 많이 제공할 유인을 가진다. 대별되는 방식으로 질병군별 지불이 이루어지는 DRG와 총액목표예산 등이 있다.

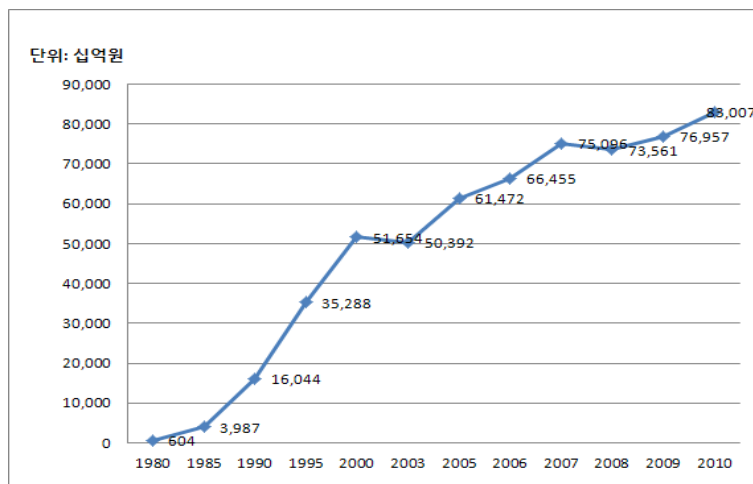
계 증가하는 의료비를 충당할 만큼 건강보험의 재원을 늘리는 것은 어렵다. 따라서 환자 본인부담 또는 민간의료보험을 통하여 의료비 재원을 조달하게 되며, 이는 달리 말하면 민간의료보험 시장의 확대 가능성을 의미한다.

4. 한국 민간의료보험의 발달과 특성

한국 민간의료보험의 발달과 특성을 이해하기 위해서는 먼저 보험산업의 성장을 이해할 필요가 있다. 한국 보험산업의 성장은 생명보험사를 중심으로 이루어졌으며, 1990년대 중반 이후 생명보험사의 주력 상품으로 의료보험이 점점 부각되고 있기 때문이다. 본 장에서는 보험산업의 성장을 발전국가의 변화 속에서 살펴본 다음 민간의료보험의 발달과 특성을 논의한다.

1) 한국 보험산업의 성장

[그림 5] 생명보험 수입보험료 규모의 변화



자료: 생명보험통계

한국 보험산업은 생명보험을 중심으로 성장하였다. 생명보험시장의 규모는 1980년의 6천억 원에서 2010년 83조 원 규모로 증가하였고, 1인당 보유계약액은 약 30만 원 수준에서 약 37백만 원으로 커져 두 지표 모두 약 130% 내외의 증가율을 보이고 있다. 생명보험 시장은 1990년대에 비약적인 성장을 보이는데 1997년 경제위기로 주춤하다가 2003년 이후 다시 성장하고 있다(그림 5).

GDP 대비 규모를 보면, 1980년 1.5%에서 1990년대에 8.6%까지 증가하였다가 2005년 이후로 7% 수준을 유지하고 있다. 1997년 경제위기 이후 2000-2003년 사이에 보험료 규모가 정체된 것은 상당수 가입자의 보험해약과 생명보험업계의 도산 등의 악재로 인한 것으로 보인다. 2000년과 2003년의 보험수입료 규모를 보면, 각각 51.7조 원과 50.4조 원으로 유사하지만 GDP 대비 비중이 8.6%와 6.6%로 차이가 나는 것은 경기가 회복되어 GDP가 늘어났기 때문이다. 2003년 이후 수입보험료 규모는 지속적으로 늘어나고 있으며 2010년의 규모는 83조 원에 이르고 있다.

[표 1] 공공 사회복지 지출, 사회보험료, 생명보험료 규모의 비교

연도	공공 사회복지 지출	사회보험료 규모	건강보험 자원 규모	생명보험 수입보험료
1990	2.8	2.0	1.5	8.4
1995	3.2	2.4	1.4	8.6
2000	4.8	3.8	2.8	8.6
2005	6.5	5.1	3.0	7.1
2006	7.4	5.3	3.3	7.3
2007	7.6	5.5	3.5	7.7
2008	8.3	5.8	3.6	7.2
2009	9.4	5.8	4.0	7.2
2010	9.2	5.7	4.1	7.1

자료: 보건복지통계, 생명보험통계

[표 1]에서 알 수 있듯이 한국은 전반적으로 민간보험에 대한 의존도가 높다. GDP 대비 공공 사회복지 지출 규모가 1990년 2.8%에서 2010년 9.2%로 비약적으로 증가하여 취약했던 사회복지가 확충되고 있지만 이러한 변화가 민간보험에 대한 의존을 낮추지는 못하였다. 즉, 생명보험 수입료 규모는 1990년 GDP 대비 8.4%에서 2010년 7.1%로 약간 감

소하였지만 여전히 사회보험료 전체 규모(2010년 5.7%)보다 상당히 높은 수준이다. 사회보험료의 대부분을 차지하는 건강보험 재정 규모가 계속 증가하고 있지만 2008년 규모는 GDP대비 3.6%로 생명보험료 규모의 절반에 이르며 빠른 의료비 증가에 미치지 못하여 민간의료보험에 대한 여지를 제공한다.

한편, 1980년대 이후의 생명보험 규모의 급격한 성장을 설명하는 데 있어서 수요 측 요인이 강조되는 경향이 있다. 즉, 1990년대에 생명보험의 비약적인 성장을 견인한 개인연금 시장¹⁹⁾의 확대는 기대수명의 증가로 인한 노후 대비를 주요 요인으로 설명한다. 그러나 한국의 인구구조와 기대수명을 보면 이러한 주장의 설득력이 떨어지는 것을 알 수 있다. 한국에서는 1995년까지 인구증가억제정책이 유지되었고, 한국의 기대수명 역시 2000년까지 OECD 평균에 미치지 못하였기([표 2]) 때문에 1990년대에 인구고령화로 인하여 개인연금 가입이 늘어났다고 보기 어렵다. 이보다는 연금가입에 유리한 환경을 제공함으로써 가입에 대한 개인의 선택을 유도하는 공급 측 요인을 더 중요하게 봐야 하며, 실증연구는 이를 입증하고 있다. 정부는 1994년 개인연금 출시와 더불어 세제혜택을 제공함으로써 가입을 유도하였으며, 실증분석 결과 개인연금의 주요 가입동기가 세제혜택이라는 점이 밝혀졌다(전승훈 외, 2006; 백은영, 2012).²⁰⁾

[표 2] 65세 이상 노인인구 비중과 기대수명

연도	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
≥65세 인구 비중(%)	3.1	3.5	3.8	4.3	5.1	5.9	7.2
기대수명 (OECD 평균)	61.9 (70.3)	-	65.7 (72.6)	-	71.3 (74.7)	-	76.0 (77.1)

자료: 보건복지통계, 장영식(2012)

이와 같이, 공급 측 요인의 영향 속에서 성장한 개인연금은 민간의료보험의 성장과도 관련이 깊다. 이창우(2009)는 실증연구를 통하여 개인연금 가입자가 민간의료보험에 가입하였음을 밝히고 있다. 생명보험사에 대한 국가의 법적·제도적 지원은 보험 산업 성

19) 1994년부터 개인연금이 판매되었고, 은행과 생명보험사가 주요 판매자였다. 1차 년도를 제외하고 생명보험의 시장점유율이 계속 1위이다.

20) 국가 차원에서는 1993년 금융실명제 실시로 인하여 축소된 저축규모를 회복하는 데 기여할 것으로 기대하면서 이러한 장려정책을 지원하였는데 이는 결과적으로 생명보험시장의 급격한 성장에 기여하였다.

장에 있어서 중요한 역할을 하였으며 이는 민간의료보험 발달과도 무관하지 않다. 다음 절에서 발전국가 모델의 변화와 보험산업의 성장 관계 속에서 이러한 관련성을 이해할 수 있다.

2) 발전국가의 변화와 보험산업

한국은 민간보험이 오랜 기간 시민들의 삶 속에 뿌리내렸고, 그 배경에는 민간보험에 대하여 저축수단이나 경제발전 수단으로 접근(남찬섭, 2008)한 국가의 정책이 있었음을 고려해야 한다. 한국 민간의료보험의 발달은 전체적인 보험산업의 성장 속에서 이루어졌으므로 그 특성을 이해하려면 발전국가 및 그 변화가 보험산업에 어떤 성장 배경을 제공하였는지 이해하는 것이 필요하다.

(1) 발전국가의 보험산업 육성: 1960-70년대

1960년 이전에 설립된 7개의 생명보험사가 1970년대에도 유지되어 이 시기에 보험산업의 규모가 크게 성장하지는 않았다. 이 시기에 주목할 점은 보험산업에 대한 국가의 전략이다. 1960년대부터 국가 주도의 경제발전 과정에서 금융정책은 산업정책을 뒷받침하였으며 보험산업 역시 정부 시책에 부합되도록 조정되었다. 1962년 국가재건회의가 내자동원을 위한 국민저축운동을 실시하면서 보험협회에 저축추진본부를 설치했던 것에서 보험산업의 역할을 확인할 수 있다. 1960년대 말부터 정부는 보험산업을 통한 투자자본의 충당을 더욱 적극적으로 추진하였으며, 1968년 11월 21일을 ‘보험의 날’로 제정하였고 이 때 발표된 ‘보험인 윤리강령’에 보험인의 경제적 사회적 책무 중 “국가의 시책에 순응하여 자본시장의 일익을 담당함으로써 내자동원에 크게 일조함을 자부한다”라고 명시하고 있다. 이를 통하여 발전국가 체제에서 보험산업이 경제발전을 위한 자본동원 역할을 요구받았음을 알 수 있다. 1967년에 시작된 제2차 경제개발 5개년계획(1967-1971)에는 화학·기계·철강 등 산업의 고도화를 포함하고 있어 대규모 자본의 동원이 필수적이었다. 1965년 한일국교정상화 이후 대규모 차관 도입과 1차경제 5개년계획의 성공으로 자본의 조달이 상당히 이루어졌지만 산업의 구조를 고도화하는 데 필요한 대규모 투자 자본을 조성하는

데에는 못 미쳤기 때문에 보험산업을 육성할 필요가 있었던 것으로 보인다. 제3차 경제개발 5개년계획(1972-1976)에서는 중화학공업화를 본격적으로 추진하면서 대규모 투자 자본에 대한 요청이 더욱 커졌지만 1973년의 석유파동으로 경제가 위축되었고 대미관계 경색에 따른 차관 도입의 차질 등으로 인하여 자본 확보에 어려움을 맞게 된다. 이러한 난관을 극복하기 위한 대책의 하나로 정부는 1977년을 ‘보험의 해’로 지정하고 1978년 생명보험 가입자에게 보험료 소득공제제도를 실시함으로써 가입을 독려했다.²¹⁾

이와 같이, 발전국가 시기의 보험산업은 산업 투자자본 조달의 역할을 부여받았고, 중화학공업화를 본격적으로 추진하던 1970년대 말에는 이러한 요청이 더욱 커져 국가가 가입 확대를 위하여 적극적으로 정책적 지원을 제공하였다.

(2) 대외 개방압력과 보험산업: 1980년대

1980년 출범한 전두환 정권은 권위주의 발전국가 모델을 계승하였고, 이런 맥락에서 1970년대 말에 수립된 보험산업 근대화 계획에 포함된 적극적인 산업 육성이라는 기조는 계승되었다. 그러나 브레턴우즈 체제의 종료 이후 대외 개방이 요청되면서 국내 경제는 영향을 받게 되는데, 1980년대에는 냉전 체제가 유지되는 가운데 한국에 대해서는 본격적인 개방 압력이 가해진 것은 아니었다. 대외 개방 요청은 1983년 레이건 대통령은 방한에서 가시화되었고 보험시장에 대한 개방도 포함되었다. 레이건 대통령은 방한 당시 미국 보험회사의 영업환경 개선과 시장 추가진출²²⁾ 허용을 요청하였고, 1985년에 ‘한미 슈퍼 301조 협약’이 체결되어 외국인 투자 자유화 조치를 단행하고 미국과 보험시장 개방 관련 협상이 이루어져²³⁾ 1987년 2개사가 지점을 설립하였다. 1988-1989년에 8개사가 합작사 또는 현지법인의 형태로 진출하였고, 이어 1990년대 초에는 캐나다, 네덜란드, 프랑스 생명보험사가 각 1개사씩 진출하였다.

21) 1970년대의 중화학공업화에 따른 과잉중복투자는 1978년의 제2차 석유파동에 따른 세계적인 경기침체와 맞물려 경제위기를 초래했다. 경제발전 전략차원에서 이러한 어려움을 극복해야 했고, 유신체제에 대한 국민의 저항으로 인한 정치적 위기를 극복하는 차원에서도 성공적인 중화학공업화는 중요한 과업이었다.

22) 해방 이후 미군이 주둔함에 따라 1947년 미국 손해보험사가 사무소를 개설하였고 1968년에는 정식인가를 받았으며 이후 1977년부터 내국인을 대상으로 영업허가를 받았다. 생명보험사는 1968년 최초로 대리점 허가를 받아 외국인을 대상으로 영업하였다.

23) 1984년과 1985년 한미 경제협의회에서 보험시장 개방시기를 앞당기도록 강력히 요청하면서 한국이 협조하지 않을 경우 「미국통상법」 제301조의 보복조항에 의해 손해를 보게 될 것이라고 경고하였다.

이러한 대외개방 압력에 대한 한국 정부의 대응은 외국계 보험사의 진출 허용뿐만 아니라 대내 개방을 수반하였다는 점에서 주목된다. 대외개방 압력이 거세어지자 정부는 그 동안 여건 미성숙을 이유로 유보하였던 국내 보험사의 추가 설립 허용에 대하여 입장을 급선회하여 대내 개방을 추진하기로 하였다. 1986년 국내 생명보험사의 신설 허가기준이 발표되어 1990년까지 전국 규모로 6개사가 신설되었고, 1987년 지방생명보험회사 설립허가기준이 마련되어 1988-1993년 사이에 9개 생명보험사가 설립되었다.

그 결과, 1970년대 후반까지 7개사에 머물렀던 보험사는 1980년대 말과 1990년대 초반에 걸쳐 외국계 15개, 국내 15개사가 신설되어 총 37개사로 늘어나 급격한 시장의 팽창을 가져왔다. 국제 경제 질서의 변화 속에서 시장 중심 개혁 요구에 따른 대외 개방 압력이 시작되어 발전국가 체제에 영향을 주었으나, 발전국가 체제의 유지 속에서 경제정책의 주도권을 가지고 있던 정부는 국내 보험시장을 확대하는 것으로 대응하였다.

(3) 발전국가의 변화와 보험산업: 1990년대

발전국가전략의 핵심은 정부가 전략산업 육성을 위하여 사회적 자원을 특정 산업에 선택적으로 투입할 수 있는 능력과 이를 뒷받침하는 금융통제능력에 있었기 때문에(Cole & Park, 1983; 박병영, 2003a), 시장 중심 체제를 추구하는 신자유주의적 경제질서는 시장원리에 배치되는 국가 주도적 금융시스템이 안고 있는 문제를 지적하면서 규제완화를 강도 높게 요구하였다. 한국은 1995년 WTO 체제의 출범으로 산업발전을 위한 국가의 직·간접적 지원이 규제를 받게 되었고, OECD 가입을 계기로 보험시장의 자율화 등 구체적인 규제완화를 요구 받았다. 이에 더하여 1997년 외환위기 이후 IMF 관리체제에서 강도 높은 개방적 금융체제로의 전환을 수용하게 되었다.

한편, 세계 금융서비스산업은 1980년대부터 금융상품간 보완성이 증대되고 규제완화 추세가 급격하게 진전된 결과, 과거에 엄격하게 분리되어온 은행, 증권 및 보험 영역간 경계는 모호해지기 시작하였다. 1980년대의 높은 실질이자율과 낮은 인플레이션은 장기저축에 대한 관심을 증대시켰고, 이는 저축 및 투자상품의 특성이 있으면서 세계혜택이 부여되는 생명보험사의 개인연금 상품에 대한 급격한 수요증대로 이어졌다. 여기에 기대수명의 증가로 인하여 공적연금이 불충분하다는 인식이 확산되면서 개인연금 가입이 증가하였다.

다음으로 보험산업에 대한 국내 차원의 규제완화 과정과 내용을 살펴보자. 1987년 민주화 이후 사회 전반에 걸쳐 권위주의가 약화되면서 관치금융 시대를 마감하고 금융 산업 개편 및 금리자유화 등 다양한 규제완화가 추진되었다. 이러한 흐름 속에서 1990년대 이후 보험산업에 대하여 이루어진 규제완화의 내용을 정리하면 아래와 같다.

첫째, 1995년 OECD 가입을 계기로 한국은 생명보험산업과 관련한 규제완화 요청을 받게 된다. OECD 측은 한국의 보험시장의 자율화율이 회원국에 비하여 상대적으로 낙후되었다고 판단하고 상품가격의 자유화 및 상품개발기준의 완화, 보험중개인제도 등 등 전반적인 규제완화를 요청하였고, OECD 가입을 적극적으로 추진하였던 정부는 OECD 측의 요구사항을 대폭 수용하였다(생명보험협회, 2010: p.119).

둘째, 대기업의 생명보험업 진출에 대한 금지가 완화되었다. 1987년 보험시장의 대내외 개방 이후 경제력의 집중 완화 등을 명분으로 대기업의 보험시장 진출을 제한해 왔다. 15대 이상 대기업의 생명보험업 진출을 전면 금지하였으나, 1996년 5대 기업만을 대상으로 금지하는 것으로 완화하였고 1997년 보험업법 개정을 통해 보험회사의 주주자격 요건을 전면 폐지하였다. 1997년 경제위기 이후 보험사들이 도산하는 상황에서 부실 생명보험사 인수를 조건으로 5대 기업의 진입이 허용되어 사태수습에 기여한 측면도 있지만, 대기업은 생명보험사를 경영함으로써 자체적 자본운영의 자율성을 확보하게 되었다. 이는 김영삼 정부와 김대중 정부에서 시도하였던 재벌규제의 실패 이후 재벌 주도적 경제체제를 강화하는 데 기여하였다.

셋째, 1997년 보험업법 개정으로 생명보험사의 판매영역이 전격적으로 확대되었다. 종전에는 생명보험사의 상해보험, 손해보험사의 질병보험은 부가계약으로만 취급할 수 있었으나, 보험업법 개정으로 생명보험사와 손해보험사 모두 상해·질병보험을 주계약으로 취급할 수 있게 되어 제3보험에 대한 생·손보 겸영이 가능해짐으로써 민간의료보험 시장이 확대될 수 있었다. 이 정책은 대기업의 생명보험사 진출 허용과 함께 도입되면서 시장 확대에 크게 기여하였다.

넷째, 2002년 보험업법 개정으로 생명보험사가 실손형 상품을 판매할 수 있게 되었다. 기존에 판매하던 정액형 보험은 급여 대상 질병이 확진될 경우 일정액을 급여하던 방식이었지만 실손형 상품은 상해나 질병으로 인한 의료서비스 이용에 대하여 직접 급여하는 방식으로 2002년 이전에는 손해보험사에 의해서만 판매되었다. 생명보험사가 실손형

상품을 제공하는 것은 시장의 확장을 의미한다.

다섯째, 보험상품 판매에 대한 규제완화 조치로 은행, 증권사 등 금융기관이 보험대리점 또는 보험중개사의 자격으로 판매를 대행하는 방카슈랑스 제도가 2003년부터 시행되었다. 또한 전화 상담을 통한 상품 가입 허용과 광고 허용 등 판매 다각화는 시장 확대에 기여하였다.

요약하면, 냉전 종식 이후 본격적으로 신자유주의 체제로의 편입이 요구된 1990년대에는 국내 민주화 이후 국가의 권위주의적 통제가 약화되면서 관치금융을 매개로 한 국가 주도적 경제발전 전략은 민간경제(즉, 대기업) 중심의 발전체제로 변화되었다. OECD 가입과 경제 위기 극복 과정에서 확대된 금융 자유화는 보험 관련 규제 완화와 더불어 보험산업 성장에 기여한 점을 주목할 필요가 있다. 이런 점에서 생명보험사가 의료 영역으로 판매를 확대한 것은 대기업 중심의 경제발전 전략과 밀접한 관련을 가진다.

3) 민간의료보험의 발달

(1) 민간의료보험의 개요

국내에서 통용되는 민간의료보험은 보험업법에 근거한 제3보험을 통칭한다. 보험업법 제2조에 따르면 “제3보험은 운영의 주체가 민영보험회사로 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정한 급여(정액)를 제공하거나 손해의 보상(실손)을 약속하는 보험”으로 정의하고 있다. 따라서 제3보험은 정액보상형(이하 정액형)과 실손보상형(이하 실손형) 상품으로 구분되며, 정액형 상품에는 암을 비롯한 CI 보험²⁴⁾이 주를 이루며 장기 간병보험과 소득보상보험도 포함된다. 실손형은 상해나 질병으로 인한 외래방문과 입원 치료에 대한 급여를 제공하는 상품으로 손해보험사에서만 판매하다가 2002년 보험업법 개정으로 생명보험사도 판매하게 되었다. 실손형 상품은 가입자가 기본적으로 가입해야 하는 주계약의 형태가 아니라 선택적으로 가입하는 특별약관의 형태로 운영되어 오다가 2013년 1월부터 실손형에 대한 주계약이 가능해졌다.

24) Critical Illness Insurance로 피보험자가 중대한 질병으로 일정 기간 내에 사망할 것이 확실시 되는 경우에 사망보험금 중 일부를 선 지급하는 사망보험의 일종이다.

한편, 보험업계는 민간의료보험이나 사적 의료보험이라는 용어보다 민영건강보험이라는 용어를 선호하고 있다. 민영건강보험은 의료적 치료에 국한되지 않고 건강과 관련된 범위를 넓게 포괄하므로 판매 영역을 넓히겠다는 의미로 해석된다. 게다가 이 용어는 국민건강보험과 유사한 역할을 연상시키면서 경쟁적 입지를 부각시키는 효과도 있다. 적어도 학술적인 목적에서라도 용어의 정의가 필요할 것으로 보이며, 운영원리를 볼 때 사적 의료보험이 더 적합하지만 이미 통용되고 있는 현실을 감안할 때 민간의료보험으로 지칭하는 것이 옳다고 생각된다.

(2) 건강보험과 민간의료보험의 동시적 성장

한국에서 건강보험과 민간의료보험의 발달과정이 중첩된 것은 주목할 만한 점이며 시기 별로 간략하게 비교하면 [표 3]과 같다. 1977년 공적 의료보험이 도입된 직후인 1979년 손해보험사가 최초의 상해·질병보험을 판매하기 시작하였다. 그러나 보험업계 전반을 주도하는 것은 생명보험사이며 의료영역 역시 마찬가지인데 1980년대부터 판매가 늘어나기 시작하였다. 공적 의료보험 대상을 전 국민으로 확대하였던 1980년대에는 생명보험사 중심으로 암보험이 출시되기 시작하였고 1990년대에는 중증질환에 대한 상품으로 영역을 확대하였다. 또한, 1997년 제3보험에 관련하여 손해보험과 생명보험의 겸영이 허용되면서 의료와 관련된 시장이 넓어지는 계기가 되었다. 2000년에 건강보험이 통합된 후 보장성을 개선하기 위하여 다양한 정책들이 도입된 반면, 2000년대에 생명보험사의 영역은 더욱 넓어져 그동안 손해보험사에만 허용되었던 실손형 상품을 판매할 수 있게 되었고 2013년 1월부터 실손형 상품을 주계약으로 하는 단독상품 판매가 가능하게 되어 지속적인 성장이 예상된다.

지금까지 건강보험의 부족한 급여수준을 보완하기 위하여 민간의료보험이 발달되었다고 해석하는 경향이 있으나, 이는 두 영역의 동시적 성장 배경과 내용을 볼 때 충분히 지지되기 어렵다. 먼저, 1977년 공적 의료보험이 도입될 당시의 적용대상은 전체 인구의 10% 미만에 불과했으며, 1980년대에 전 국민으로 대상이 확대되던 시기에 생명보험사를 중심으로 암보험이 출시되어 공적 의료보험의 틀이 확립되기 전에 이미 사업 영역을 구축하였음을 의미한다. 앞서 살펴본 바와 같이 1970년대 말까지 경제발전을 위한 내자동원의 방편으로 보험산업을 육성하였다는 점에서 공적 의료보험에 대한 보완적 역할에 초

점을 맞춘 것으로 보기는 어렵다. 또한, 건강보험은 2005년 암, 뇌졸중, 심근경색 등 대표적인 중증질환에 대한 급여를 확대하였으나, 이미 2002년부터 생명보험사들의 주도로 판매가 본격적으로 이루어진 CI 보험이 수입보험료 기준으로 2년 만에 무려 475% 성장하여 약 2조 8천억 원 규모(정기택 외, 2005)가 된 점을 고려할 때 민간의료보험이 선제적으로 점유한 대상을 공보험이 방어하는 듯한 형국이었음을 알 수 있다.

오히려 건강보험의 발전이 민간의료보험 성장에 기여한 부분을 주목할 필요가 있으며, 이는 서구와 구별되는 한국의 특성이다. 건강보험 대상자가 확대되면서 의료 접근성이 개선되었고, 경제성장과 함께 기대수명이 증가하면서 민간의료보험 상품에 대한 관심이 커졌다. 또한 전 국민 의료보험 체계의 확립 후 국가 단위의 질병 및 의료이용 통계가 산출된 것은 민간의료보험 상품 개발에 상당한 기여를 하게 되었다.

[표 3] 건강보험과 민간의료보험의 발달 비교

시 기	건강보험	민간의료보험
1970년대	1977년 도입	1979년 상해·질병보험 출시(손해보험사)
1980년대	1989년 전 국민 의료보험 달성	암보험 출시(생명보험사 중심)
1990년대	단일 보험 통합 논의 진료일수 확대, CT 등 보험급여 확대	제3보험 경영 허용(1997) 중증질환 상품으로 확대(생명보험사)
2000년대	<다양한 급여 확대정책> - 본인부담상한제(2004) - 암 등 중증질환 급여 확대(2005) - 입원환자 식대 급여 전환(2006) - 노인틀니 보험 적용(2012)	실손보상형 상품으로 확대(생명보험사) - 단체형(2003) - 개인형(2005) - 주계약 형태의 단독상품 출시(2013)

(3) 민간의료보험 활성화 논의의 흐름

한국에서 민간의료보험에 대한 논의가 정부의 정책의제로 다루어진 시기는 1990년대 중반부터이다. 1994년 복지부에 의료보장개혁위원회를 설치하여 공적 보험을 보충하기 위한 민간의료보험 논의가 시작되었고, 1996년에는 국무총리실 산하의 의료개혁위원회에서 이 의제가 좀 더 비중 있게 다루어졌다. 이 시기에는 다음의 두 가지 논리를 바탕으로 민간의료보험을 통한 재원조달이 긍정적으로 검토되었다. 첫째 건강보험은 취약한 보장성으로 인하여 환자의 경제적 부담을 덜어주는 데 한계가 있고, 둘째 저부담-저급여로 정착된 구조에서 보장성 개선을 위한 보험료 기여의 증가는 저항에 직면하게 된다. 그러

나 민간의료보험이 의료보장의 형평성을 침해할 가능성에 대한 우려가 강하게 제기되어 적극적으로 추진되지는 못하였다.

2000년에는 사회 전반의 규제완화를 위하여 총리실에 설치한 규제개혁위원회 산하에 민간의료보험활성화 TF가 발족되면서 보다 적극적인 논의로 흐름이 바뀌었다. 즉 1990년대에는 건강보험을 중심에 두고 민간의료보험을 보충적 차원에서 논의한 반면, 2000년대에 들어서는 민간의료보험 활성화를 표방한 것이다. 이는 앞서 설명한 1997년의 보험업법 개정으로 생명보험사와 손해보험사의 제3보험에 대한 겸영이 허용된 이후이기 때문에 민간의료보험의 시장 확대를 위한 보험업계의 요구와 맞물려 있었던 것으로 보인다. 또한, 민간의료보험의 ‘활성화’는 의료보장 측면보다는 보험산업 측면이 강조되는 것을 의미하며, 논의에 소관 부처인 경제부처가 참여하였다. 따라서 보건의료분야 관료와 전문가가 중심이 되었던 1990년대의 논의의 주체가 달라졌고, 경제성장에 무게를 두는 방향으로 바뀌었다. 이런 경향은 2005년 의료산업화론의 등장으로 더욱 공세적으로 진행되었다. 2005년 1월 대통령 연두 기자회견에서 의료서비스 산업화가 언급된 이후 서비스산업 관계 장관회의 개최 등을 통하여 민간의료보험은 보험산업의 의제에 머물지 않고 경제성장 동력으로 중시된 의료서비스 산업을 활성화 시킬 수 있는 연결고리로서 중요하게 부각되었다. 이는 민간의료보험의 영역 확장에 대한 설득력 있는 명분을 제공한다. 당시 청와대 과학기술보좌관의 “획일적 의료수가와 민간의료보험 부재가 의료산업화를 막는 핵심”이라는 발언을 통하여 이를 확인할 수 있다. 이 시기부터 민간의료보험에 대해서 의료서비스산업의 성장 동력으로서의 의의가 강조되었다. 이후 발표된 일련의 정부 정책은 의료영역에서 민간의 역할을 확대하는 것이었는데, 관련된 정책으로 2009년 의료관광 활성화, 2012년 경제자유구역 영리병원 허용을 들 수 있다. 이 정책들이 민간의료보험과 연결되는 이유는 2012년 의료법 개정으로 인하여 그동안 금지되었던 제3자를 통한 의료서비스 알선이 민간의료보험사를 통하여 가능해졌기 때문이다. 제한적으로 허용되었지만²⁵⁾ 민간의료보험사가 의료서비스 이용을 직접 권유할 수 있게 된 것은 의료이용에 있어서 중대한 변화이다. 이와 같이 2000년대의 논의와 정책들을 통하여 경제성장담론이 여전히 유력함을 알 수 있고, 정부는 이를 장려하면서 법적 제도적 뒷받침을 제공하고 있다.

25) 정부는 2012년 11월 의료법 개정 내용에 보험사의 외국인 환자 유치를 허용함으로써 의료관광 활성화를 기대하고 있다.

(4) 소결

한국의 보험산업은 국가의 적극적인 장려 정책 아래에서 성장하였고, 국가의 개입방식은 정치경제적 상황에 따라 변화되었다. 1960-70년대에는 권위주의 국가가 사회적 자본의 배분을 관치금융 아래에 통제하는 가운데 경제성장을 위한 자본동원 수단으로써 보험산업이 육성되었다. 따라서 국가의 시책에 맞추어 조정된 시장의 형성과 발달이 이루어진 발전국가 모델로 볼 수 있다.

1980년대 이후의 대외 개방과 규제완화의 요구 속에서 발전국가 모델은 어떤 변화를 겪었는가? 1987년 민주화 이후 권위주의 체제가 마감되었지만 노태우 정부는 국정 운영에 있어서 제5공화국과 높은 연속성을 가지고 있었고(김태성·성경룡, 2002: p.416), 실질적인 의미의 민주 정부인 김영삼 정부 역시 ‘신경제 100일 계획’과 ‘세계화’ 등의 경제부흥 정책을 표방하면서 OECD 가입을 적극적으로 추진하였다. 이 시기에 국가 주도의 경제 발전에서 민간 주도 경제체제로 변화되었고, 1990년대 들어 강화된 개방 압력과 규제완화 속에서 보험산업이 성장하였다. 1997년 경제 위기 이후 IMF 관리체제에서 시장 중심 개혁이 더욱 강력하게 요구되는 가운데 금융자유화가 진전되어 전반적으로 보험을 비롯한 금융에 대한 자율성이 커졌다. 이 시기에 대기업의 생명보험사 진출이 허용된 것은 단지 경제위기 국면에서 도산된 보험사를 인수하는 차원에 그치지 않고, 대기업의 금융자본 운영에 대한 자율성이 확대되었음을 의미한다. 이와 함께 고려해야 할 것은 1990년대 중반까지 발전국가 모델에서 성장한 대기업(즉, 재벌)의 문제를 개선하고자 시도하였던 개혁이 실패하였고, 1997년 경제 위기 극복과정에서 다시 시도되었던 재벌규제가 무력화되어 사실상 재벌 중심의 경제체제로 재편되었다는 점이다. 이런 배경을 고려할 때, 생명보험사 중심의 민간의료보험의 성장은 대기업 중심 경제체제와 무관하지 않음을 알 수 있다.

한편, 1990년대와 2000년대의 민간의료보험에 대한 정부 차원의 논의는 적극적인 활성화로 변화되었다. 1990년대에는 건강보험의 보완적 역할에 중점을 둔 반면, 2000년대에는 서비스산업의 중요성이 강조되면서 보험산업 내에서 민간의료보험의 중요성이 커졌으며 특히 고부가가치 산업으로 부각된 생명과학 분야에 대한 재원으로서 민간의료보험의 적극적인 역할의 필요성이 강조되었다. 이와 같이 민간의료보험의 역할은 의

료보장의 관점보다 경제성장 담론을 기반으로 강조되었고, “국민소득 2만 불 시대”를 국정지표로 내세우는 데서 알 수 있듯이 한국 사회에서 경제성장 담론은 여전히 유효함을 보여준다.

[표 4] 민간보험과 발전국가 체제의 변화

시기 구분	민간보험	한국 경제발전체제	지구 / 세계
1960-70년대	내자 동원 목적의 육성	<발전국가> 국가기업 연합 정책금융, 보조금 고부채 및 투자	<브레턴우즈 체제, 냉전> 자본이동 통제 케인즈주의의 일국적 발전 모델
1980년대 (1987년 민주화 이전)	- 대외개방 시작 내부 시장 확대	<발전국가 유지> 대외개방 요구 강화 고부채에 의존한 고위험 투자 및 다각화 대기업 자본 축적	브레턴우즈 체제 종료, 냉전 완화
1990년대 (1997년 경제위기 이전)	규제완화 보험시장 규모 급성장 대기업 진출	<국가 주도 경제체제 종료> 금융자유화·세계화 OECD 가입, 규제완화 대기업 주도 경제 고부채·고금융비용	냉전 종식 달러-월스트리트 체제
2000년대 (경제위기 이후)	민간의료보험 확대 의료서비스산업화 담론	<재벌 주도 경제체제> 재벌 개혁 실패 금융자유화 강화	동아시아 지역에 대한 시장 개방 및 금융자유화 압력 강화

이와 같이, 권위주의 체제의 발전국가 모델은 종료되었지만 경제성장에 대한 가치 지향은 유지되는 가운데 정부 대신 기업이 주도하는 체제로 바뀌었다. 대외적 경제 질서의 변화에 따른 금융자유화는 대내적 민주화 요구에 따른 시장의 자율성 회복을 위한 규제완화 요구에 부합하였다. 그러나 자유화에 따른 부작용을 통제하는 관리·감독이 부족한 점과, 발전국가 모델에서 성장한 재벌의 문제점들이 개선되지 못한 상태에서 재벌 주도 경제체제로 재편되는 가운데 대기업이 보험산업에 진출함으로써 더 큰 자본은 영의 자율성을 확보한 것은 우려되는 점이다. 이러한 배경에서 성장한 민간의료보험은 대기업 중심의 경제체제 변화와 무관하지 않으며, 이 점이 서구의 경험과 구별되는 특성이다.

5. 민간의료보험의 역할에 대한 일반적 논의와 한계

1) 민간의료보험의 보완적 역할에 대한 일반적 논의

(1) 보완적 민간의료보험의 유형 구분

공적 의료보장제도를 갖춘 대부분의 국가에서 민간의료보험이 제공되고 있으며 그 형태는 다양하다. OECD 기준을 중심으로 유형을 분류하면, 우선 미국과 같이 공적 의료보장이 제한적이고 민간의료보험이 중심이 되는 유형(primary type)²⁶⁾과 공적 제도에 대한 보완적 역할을 하는 민간의료보험 유형으로 구분할 수 있다. 여기서는 후자를 중심으로 살펴해보도록 한다.

보완적 민간의료보험은 보장 내용과 적용 대상을 중심으로 구분되며, 보장 내용에 따라 3가지 유형으로 나눌 수 있다. 먼저, 중복형(duplicate type)은 영국, 아일랜드와 같이 NHS를 운영하는 국가에서 문제가 되는 긴 환자대기시간을 단축하기 위한 민간의료보험이다. NHS 국가는 환자부담이 거의 없는 높은 수준의 의료보장을 제공하므로 급여내용은 추가되지 않고 NHS와 동일하기 때문에 붙여진 이름이다. 다음으로, 본인부담에 대한 급여를 제공하는 유형으로서 보완형(complementary type)과 부가급여 보충형(supplementary type)이 있다. 전자는 급여서비스에 부과되는 법정본인부담에 대한 급여를 제공하며, 후자는 신의료기술이나 치과 진료 등 주로 비급여서비스를 포함한다. 적용 대상이 구분되는 유형은 일부 계층에게 공적 의료보장 대신 민간의료보험을 선택할 수 있도록 하는 대체형(substitute type)이 있다.²⁷⁾ 공적 의료보장제도의 특성에 따라 중복형과 부가급여 보충형, 대체형과 부가급여 보충형 등 하나 이상의 유형에 가입하기도 한다.

26) 민간의료보험 중심형의 대표적 사례는 미국이다. 65세 이상 노인과 저소득층에 대한 공적 의료보장 이외의 약 70%의 국민이 민간의료보험에 가입하게 되어 있다. 2010년 오바마 정부의 의료개혁으로 전 국민의료보험 시대를 열었으나 민간의료보험이 중심되므로 보험자의 위험선택(risk selection)과 보험료 책정에 대하여 규제하여 위험분산 기능을 얼마나 넓힐 수 있는지가 중요하다. 전 국민의 민간의료보험 강제가입을 통하여 사회보험 원리를 적용하고 있는 네덜란드는 미국과 유사한 형태이지만 정부의 강력한 규제 속에서 위험분산 기능이 작동하도록 되어 있다.

27) 독일은 길드의 상조금고 전통이 질병보험으로 계승되면서 보험조합의 자치행정이 중시되는 전통이 반영되어 조합구성원의 자율적 결정이 중시된 특성을 가지고 있다. 이런 맥락에서 대략 전 국민의 90%가 공적 의료보장에 가입되어 있지만 고소득층을 중심으로 민간의료보험을 선택할 수 있도록 한다.

일반적으로 공적 의료보장의 수준에 따라 민간의료보험의 역할이 설정되지만, 도입되는 유형은 주로 공적 제도에서 환자본인부담이 발생하는 영역과 관련된다. 즉, 의료보장 수준이 유사하더라도 어떤 국가는 본인부담 보완형이 중심이 되는 반면, 어떤 국가는 비급여서비스에 대한 부가급여 보충형이 중심이 될 수 있다. 이러한 유형의 선택은 대부분의 의료서비스가 급여영역에 포함되어 있지만 그 보장수준이 미흡하다면 법정본인부담 보완형이 주를 이룰 것이고, 비급여서비스에 대한 환자부담이 상당하다면 부가급여 보충형이 중심이 될 것이다. 따라서 보완적 민간의료보험의 범위와 수준은 공적 의료보장제도의 구조와 밀접한 관계를 가지게 되며, 또한 공적 제도의 발전 방향(또는 개선 의지)에 영향을 받게 된다.

[표 5] 민간의료보험의 유형

공적 의료보장의 역할	민간의료보험 적용 영역	내 용	형 태
주도적	보장 내용에 따른 구분	공적 보장과 동일 (대기시간 단축 등)	중복형 (duplicate type)
		법정 본인부담 보장	본인부담 보완형 (complementary type)
		비급여서비스 부가적 서비스	부가급여 보충형 (supplementary type)
	보장 대상의 구분	가입자의 선택	대체형 (substitute type)
제한적	민간의료보험 중심	-	민간보험 주도형 (primary type)

OECD(2004)의 분류를 재구성하였음.

한국은 NHS 방식이 아닌 사회보험 방식의 건강보험을 실시하고 있고 환자대기시간의 문제가 없으므로 중복형은 논의의 관심이 아니다. 또한 일부 계층이 공적 보장체계에서 벗어나 민간의료보험을 선택할 수 있게 하는 대체형도 고려 대상이 아니다. 따라서 한국의 민간의료보험은 법정본인부담 보완형과 부가급여 보충형, 또는 두 가지 급여를 함께 제공하는 유형이 고려되고 있다. 2000년대 이전까지 활발하게 판매되었던 CI보험은 정액형 급여를 제공하므로 위의 유형에 해당되지 않으며,²⁸⁾ 2005년 이후 판매되고 있는 실손형 상품들이 본인부담 보완형에 가깝다고 볼 수 있다.²⁹⁾

(2) 민간의료보험에 대한 국가의 개입

공적 의료보장제도에 대한 국가의 정책방향과 의지가 중요하듯이, 민간의료보험도 정부의 규제수준 또는 장려정책에 따라 다양한 층위를 가지게 된다. 대표적인 규제는 보험자의 위험선택(risk selection)의 허용과 보험료 산정에 대한 것인데 규제의 수준은 다양하게 구현된다. 가령, 독일이나 네덜란드는 고위험군에게도 최소한 하나의 보험상품을 제공할 의무를 보험자에게 부여하고 있으며, 동시에 보험료를 일정 수준 이상 높일 수 없도록 규제하고, 독일의 경우 보험자간 위험조정제도를 통하여 위험분산의 정도를 높이는 정책을 실시하고 있다(OECD, 2004). 프랑스에서는 본인부담 보완형이 주를 이루는데 민간의료보험사는 비영리 기업이며 정부의 엄격한 규제 하에 놓여 있다. 또한, 저소득층 가입을 위한 국가 보조를 제공함으로써(Steffen, 2010) 민간의료보험에서도 사회연대의 원리가 적용되고 있다.

이와 같이, 서구 선진국들은 민간의료보험에 대한 다양한 방식의 규제를 통하여 민간의 영역에서도 사회계층 간의 차이를 줄이고자 노력한다. 즉, 서구 국가들에서 단지 공적 의료보험 수준이 높기 때문에 저절로 민간의료보험이 보완적 역할로 제한되는 것이 아니라 적절한 규제를 통한 결과임을 알 수 있다. 결국, 서구 국가들은 공적 의료보장제도에 대한 지지를 바탕으로(김영순, 1996: p.249-59)³⁰⁾ 민간의료보험의 역할을 제한하고 있으며 강력한 규제들이 사회적으로 수용되었다는 점을 주목할 필요가 있다.

2) 일반적 논의의 한계와 건강보험의 과제

앞서 살펴본 바와 같이, 한국의 민간보험은 1960-70년대에 경제발전을 위한 내자동원 수단으로 육성되었고, 1980년대 이후 대외개방 압력과 규제완화에 대한 요구 속에서 시장이 확대되었다. 또한, OECD 가입 및 IMF 관리체제는 개방과 자유화를 강력하게 요청하였다. 이러한 흐름에서 보험산업은 생명보험사를 중심으로 급격히 성장하였으며, 민간의

28) 선진 국가들은 공적 의료보장 수준이 높고 대부분 상병수당을 제공하므로 정액형 보험의 필요성이 낮다.

29) 한 상품 내에 법정본인부담과 부가급여(즉, 비급여) 서비스에 대한 급여를 설계한 경우도 있다.

30) 신자유주의의 진전과 더불어 복지국가 위기 담론 속에서 서구 복지국가들이 재편되는 가운데 영국은 보편적 복지국가에서 상당한 후퇴를 경험하였다. 그런 중 의료보장제도(NHS)는 국민들의 지지 속에서 상대적으로 변화가 적었고 본래의 취지가 유지되었다.

료보험은 1990년대부터 주요 영역으로 부각되었다. 1997년 대기업의 보험산업 진출 허용 이후 공세적인 판매 영역의 확대가 꾸준히 이어지고 있고 정부는 이를 법적·제도적으로 지원하였다. 따라서 민간의료보험의 성장은 국가 주도의 경제발전 체제가 종료된 후 대기업 중심의 경제 체제로 재편되는 맥락과 연결하여 이해될 필요가 있다. 이와 같은 한국의 민간의료보험의 특성을 고려할 때, 서구에서와 같이 공적 의료보장의 보완적 역할에 한정하기 어렵고 오히려 민간의료보험의 건강보험에 대한 영향을 우려할 만하다.

한국의 민간의료보험은 한편으로 정부의 적극적인 장려정책과 다른 한편으로 소극적인 규제 속에서 성장하였다. 보험사 설립, 상품 개발, 상품 판매방식 등 다양한 방식으로 한국 정부가 적극적으로 개입하였음은 앞서 살펴본 바와 같다. 또한 가입자에 대한 직접적인 혜택을 제공하는 정책으로 기업을 통한 단체가입의 경우 고용주에 대한 세제 감면이나 개인가입에 대한 소득공제 혜택 등을 들 수 있는데, 한국에서는 이 역시 적극적으로 활용되었다.

이에 반하여 가입자 보호차원에서 중요한 위험선택, 최저 급여율의 설정, 갱신에 관련된 규제가 미약하고, 가입자 선택과 건전한 경쟁을 위하여 확보되어야 하는 상품 표준화도 아직 미흡하다.³¹⁾ 서구 국가와 같이 민간의료보험 영역에서도 사회연대의 원리가 구현되는 수준까지는 어렵더라도 건전한 경쟁을 확립하는 차원에서라도 규제의 수준을 높이는 것이 필요하다.

이러한 맥락을 고려할 때, 공적 의료보장 수준이 높고 제도에 대한 공고한 사회적 지지를 확보하고 있는 서구 국가들의 경험은 한국의 상황과 상당한 거리가 있음을 알 수 있다. 민간의료보험의 역할 설정에 있어서 일차적으로 중요한 공적 의료보장의 수준을 의료비에 대한 보장수준뿐만 아니라 제도를 안정적으로 운영할 수 있는 재원확보와 합리적 지출 통제를 포함하는 포괄적 의미로 파악한다면 건강보험은 상당한 과제를 안고 있다.

첫째, 주지하는 바와 같이, 한국의 건강보험은 전체적인 의료보장 수준이 낮아 법정 본인부담과 비급여서비스에 대한 본인부담 모두 상당히 높다. 건강보험공단의 발표에 따르면, 2008년 기준으로 건강보험 환자의 의료비 중 법정본인부담이 22.6%, 비급여서비스

31) 실손형 상품은 일부 표준화된 상품이 있으나 가입자의 선택범위를 넓힌다는 명분하에 '선택형' 상품을 두고 있어 보험사의 자율적 상품 설계를 지원하고 있다. 이는 미국의 노인에 대한 공적 의료보험(Medicare)의 보충형 보험이 10개 유형으로 표준화되어 있는 상황과 비교된다.

부담이 15.2%로 나타났다(최기춘 외, 2009). 따라서 법정본인부담과 비급여서비스에 대한 건강보험의 보장성 정책에 따라 민간의료보험은 영향을 받게 된다. 가령, 비급여서비스를 획기적으로 급여로 전환한다면 민간의료보험은 법정본인부담 경감 또는 부가적(예, 고급 병상)서비스에 치중하게 될 것이다. 이런 점에서 건강보험 정책의 방향설정과 정책 의지는 민간의료보험에 대한 역할 설정에 있어서 일차적인 과제이다.

둘째, 건강보험제도의 안정적 운영을 위하여 진료비 지불제도 개선이 요청된다. 한국의 기대수명의 증가는 사회적 의료비 부담의 우려를 낳고 있는데, 이와 관련하여 주로 수요측 요인(예, 노인인구의 증가)에 대한 문제에 논의가 치중되는 경향이 있다. 인구 고령화를 앞서 경험한 서구 국가의 사례들은 지불제도 개혁을 통한 지출의 통제가 건강보험 재정을 안정적으로 운영하는 데 있어서 필수적임을 알려준다. 지불제도 개혁을 통하여 급속하게 늘어나는 의료비와 건강보험 재정의 불안정을 완화한다면 민간의료보험의 역할은 보완적인 것에 머무를 수 있다.

셋째, 건강보험의 취약한 보장성을 개선하기 위해서는 보험료 기여를 높이는 것이 불가피하며 이는 경제영역의 문제와 연계된다. 고용주와 노동자의 기여가 가장 중요한 재정 수입원이므로 이들의 소득을 결정하는 경제정책과 노동정책의 영향을 고려해야 하며, 이런 점에서 고용불안정은 해결되어야 할 우선적인 과제이다. 이는 건강보험의 영역을 벗어나는 논의이지만, 이러한 연계성을 배제한 채 건강보험 재정 문제와 보장성을 비판하면서 민간의료보험의 역할 확대를 주장한다면 균형을 잃은 접근이며 사회계층 간 문제를 심화시키는 결과를 가져올 것이다.

6. 결론

한국 사회의 의료보장의 현실과 과제를 조망하는 데 있어서 건강보험이 중심이 되지만 민간의료보험의 역할 또한 중요하게 다루어질 필요가 있다. 사회 전체의 의료비라는 측면에서 공적 재원과 민간 재원의 역할은 상호 보완적인 측면만 있는 것이 아니라, 서로를 규정짓는 조건으로 작용할 수 있다는 점에서 지속적으로 성장하고 있는 민간의료보험은

단지 규모의 문제로 그치지 않는다. 또한, 민간의료보험은 불가피하게 사회 계층 간의 차이를 초래한다는 점도 사회적 고려를 필요로 한다.

일반적으로 공적 의료보장체계를 갖춘 국가에서 민간의료보험은 보완적인 역할을 하는 것으로 간주되지만 한국에서는 이러한 관계를 상정하기 어렵다. 그 이유는 한국의 공적 의료보장제도뿐만 아니라 민간의료보험의 발달이 경제발전 체제와 밀접하게 연관되면서 형성된 특성에서 찾을 수 있다. 국가 주도적 경제발전 과정에서 정부의 부담을 최소화하는 방식으로 도입된 건강보험은 저부담-저급여 체계로 출발하였고, 전 국민 의료보험 달성 이후 폭발적으로 늘어난 의료이용은 취약한 보장성으로 귀결되었다. 한편, 민간의료보험은 초기 발전국가 체제에서는 내자동원의 수단으로 육성되었고, 이후 대외개방과 경제위기를 통해서 대기업 주도 경제체제로 전환되는 과정에서 정부의 법적·제도적 지원 하에 성장하였다. 이러한 특성을 가진 한국의 민간의료보험은 단순히 공적 의료보험의 취약성을 보완하는 성격으로 발전하는 것이 아니라 공적 의료보장제도를 위협할 수 있는 요소를 가지고 있다. 즉, 민간의료보험의 지속적인 성장으로 의료에 대한 개별적 해결방식이 확산된다면 건강보험 발전을 위한 사회적 합의(예, 보험료 인상)를 도출하기 어려울 것이다. 더욱 큰 문제는 민간의료보험이 초래할 수 있는 사회계층 간의 격차와 건강보험의 발전에 대한 부정적 영향 등 관련된 문제제기조차 경제성장 담론에 흡수되면서 논의가 축소될 가능성이 있다는 점이다. 2000년대 이후 등장한 의료산업화선진화 담론은 이러한 가능성을 보여주었으며, 대기업이 주도하는 경제성장 체제에서 민간의료보험 시장의 확대는 성장 담론으로 합리화될 가능성이 크다.

이런 맥락에서 한국의 의료보장제도가 개선되기 위해서는 민간의료보험을 건강보험의 보완적 역할로 상정하는 협소한 논의의 설정을 경계하여야 한다. 아울러 성장담론의 한계와 문제를 공유하고 건강보험제도에 대한 지지를 넓혀 가는 노력이 필요하다.

■ 참고문헌 □

- 강만수 (2005). 현장에서 본 한국경제 30년: 부가세에서 IMF 사태까지. 삼성경제연구소
- 강민아, 김태일, 허순임 (2008). 건강보험제도 정책수립 과정의 재설계에 대한 모색. 보건행정학회지. 18(2), 107-129.
- 강성욱, 유창훈, 권영대 (2005). 압보험이 암 환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향. 보건행정학회지. 15(4), 65-80.
- 권순만, 김진현, 김정희, 오주환, 주은선 외 (2007). 건강보험 보장성 수준 및 달성전략, 서울: 서울대학교 보건대학원·국민건강보험공단, 2007.
- 권현정 (2011). 패널 자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향. 사회복지정책. 38(3), 131-158.
- 김성욱 (2005). 민간보험 가입에서의 선택. 제6회 한국노동패널학술대회.
- 김영순 (1996). 복지국가의 위기와 재편. 서울: 서울대학교출판부.
- 김정희, 정종찬, 김성욱 (2004). 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단.
- 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경 (2006). 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단.
- 김정희, 이호용, 황라일, 정현진 (2007). 2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단.
- 김정희, 이호용, 정현진 (2008). 2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단.
- 김진현 (2007). 건강보장의 과제: 보장성 강화. 건강보험포럼. 6(2) 여름호, 37-59.
- 김태성, 성경룡 (2002). 복지국가론. 서울: 나남.
- 김태일, 허순임 (2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지. 18(4), 23-48.
- 남찬섭 (2008). 민간지배적인 복지체제의 현실과 복지국가 전략. 비판과 대안을 위한 사회복지학회.
- 박병영 (2003a). 1980년대 한국 개발국가의 변화와 지속: 산업정책 전략과 조직을 중심으로. 동서연구. 15(1), 31-61.
- 박병영 (2003b). 신자유주의 지구화의 진전과 발전모델의 변화. 한국사회학. 37(2), 123-148.
- 백은영 (2012). 개인연금 가입의향에 영향을 미치는 요인 분석. 사회보장연구. 28(3), 63-86.
- 생명보험협회 (2010). 생명보험 60년사. 서울: 생명보험협회
- 신동면. (2008). 생산레짐과 복지체제의 선택적 친화성에 관한 이론적 검토. 한국복지국가 성격논쟁 II. 서울: 인간과복지.
- 안승국 (2009). 한국에 있어서 발전국가의 전환. 담론 201. 12(1), 59-79.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 김윤희, 김정희, 최숙자 (2006). 건강보험의 목표보장을 및 실현방안. 서울: 서

울대학교 보건대학원·국민건강보험공단.

- 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환 (2010). 누가 민간의료보험에 가입하는가: 가입 건수를 중심으로. 보건경제와 정책연구. 16(3), 1-16.
- 유철규 (1996). OECD 가입과 '금융산업 개편'의 종결. 동향과 전망. 32, 159-172.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근 (2005). 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민간의료보험 활성화에 대한 합의. 보건행정학회지. 15(4), 161-175.
- 윤희숙 (2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. 한국개발연구. 30(2), 99-128.
- 이연호 (2002). 한국에서의 금융구조개혁과 규제국가의 등장에 관한 논쟁. 한국사회학. 36(4), 59-88.
- 이윤경. 어두운 승리: 신자유주의, 그 파국의 드라마. Bello W. (1998)
- 이진석, 이상이, 정백근, 윤태호, 허순임, 이용갑, 정종찬 (2006). 국민건강보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정방안. 서울: 충북대학교·국민건강보험공단.
- 이창우 (2009). 개인의 민영건강보험과 개인연금 선택간의 관계 연구. 한국사회보장학회·한국보건사회연구원·프리드리히에버트재단공동한독세미나자료집. 233-247.
- 이창우 (2010). 민영건강보험이 입원이용에 미치는 영향. 제3회 한국복지패널 학술대회.
- 이현복, 현경래 (2011). 민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구. 사회보장연구. 27(1), 217-240.
- 이현복 (2012). 국민건강보험과 민영건강보험의 합리적 역할 설정. 한국사회보장학회 2012 후기학술대회.
- 장영식 (2012). 통계로 본 한국의 보건동향. 보건복지포럼. 191, 17-28.
- 전보영, 권순만 (2012). 의료비지출 경험이 민간의료보험의 가입변동에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구. 18(4), 65-84.
- 전승훈, 임병인, 강성호 (2006). 개인연금 가입 결정 및 가입상태 변화 분석. 보험개발연구. 17(1), 137-168.
- 정기택, 박창환, 김양균. (2005). 민간의료보험의 시장규모 및 재정효과 추정. 보험학회.
- 정무권 (2002). '국민의 정부'의 사회정책 - 신자유주의 확대? 사회통합으로의 전환? 한국복지국가 성격논쟁 I. 서울: 인간과복지.
- 정무권 (2008). 한국 '발전주의' 생산레짐과 복지체제의 형성. 한국복지국가 성격논쟁 II. 서울: 인간과복지.
- 조병희 (2008). 국가개입과 한국 의료체계의 성격. 한국복지국가 성격논쟁 II. 서울: 인간과복지.
- 조영철 (1998). 국가후퇴와 한국 경제발전모델의 전환. 위기, 그리고 대전환: 새로운 한국경제 패러다임을 찾아서. 서울: 당대.
- 조영철 (2007). 금융세계화와 한국 경제의 진로: 민주적 시장경제의 길. 서울: 후마니타스
- 지주형 (2011). 한국 신자유주의의 기원과 형성. 서울: 책세상.

- 최기춘, 이호용, 이선미 (2009). 2008년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강 보험공단.
- 최병호 (2005). 민영의료보험의 역할과 전망. 의료산업경쟁력포럼 세미나.
- 허순업, 김창보 (2009). 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가. 보건행정학회지. 19(3), 142-165.
- 허은정, 김지경 (2009). 중·고령자의 민간의료보험 가입 및 지출액 결정요인. 소비자학 연구. 20(4), 107-127.
- Amsden A. H. (1989). *Asia's next giant: South Korea and late industrialization*. New York: Oxford University Press.
- Buchmueller C. T., Couffinhal A., Crignonb M. & Perronnin M. (2004). Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Economics* 13(7), 669-687.
- Cole, D. C. & Park YC. (1983). *Financial development in Korea: 1945-78*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Johnson C. (1982). *MITI and the Japanese miracle: The growth of industrial policy, 1925-1975*. Stanford: Stanford University.
- Kang S, You CH, Kwon YD. & Oh EH. (2009). Effects of supplementary private health insurance on physician visits in Korea. *J of the Formosan Medical Association*, 108(12), 912-920.
- King R, D. & Mossialos E. (2005). The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997-2000. *Health Services Research*, 40(1), 195-212.
- Lee S, Chun C, Lee Y, Seo NK. (2008). The National Health Insurance systems as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. *Health Policy*. 85(1), 105-113.
- Liu T, & Chen C. (2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Tainwan. *Social Science and Medicine*. 55(5), 755-774.
- OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*, Paris.
- Polanyi, K. (1944). *The great transformation*. Boston: Beacon Press.
- Saliba B. & Ventelou B. (2007) Complementary health insurance in France Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? *Health Pollicy*. 81(2), 166-182.
- Steffen M. (2010). The French health care system: liberal universalism. *J. of Health Politics, Policy and Law*. 35(3), 353-387.
- Trujillo J. A. (2003); Medical care use and selection in a social health insurance with equalization fund: evidence from Colombia. *Healht Economics*, 12(3), 231-246.

Expansion of the private health insurance and policy implications in Korea

Huh, Soonim*

This study investigates expansion of the private health insurance(PHI) and its implications in Korea. The objective of this study is to examine the characteristics of PHI under developmental state and its changes in Korea and why the PHI is not relevant to supplementary role of the public health insurance, i.e., National Health Insurance(NHI). The developmental state with strong authority had lead economic growth resulted in the structural weakness of the NHI with low contribution-low coverage, which has been a good reason for expanding role of the PHI and it also supported growth of private insurance. The transition to deregulated market oriented system after the developmental state resulted in development by conglomerates rather than government and contributed to expand PHI rapidly. Although policy agenda on the PHI has been focused on supplementary role of the NHI, experiences in Korea do not support it. Thus, it should be cautious to expect usual supplementary role of the PHI in Korea.

Key Words: health care coverage, private health insurance, developmental state

◆ 2013.02.04. 접수 / 2013.02.18. 1차 수정 / 2013.03.08. 게재 확정

* Ph. D. Assistant Professor, Department of Public Administration, University of Seoul(soonim@uos.ac.kr)