

국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방향*

김 원 식**

국민건강보험의 가장 큰 문제는 일반 보험에서 나타나는 도덕적 해이가 보험자, 피보험자, 공급자 모두에게 만연해 있다는 것이다. 따라서 현재의 명령 중심의 관료적 보험제도 운영을 유인체계로 바꾸어 자율적 조정 기능을 살리는 것이 필요하다. 이를 위하여 현재의 단일운영체계, 단일 보험료, 단일 급여시스템을 분산관리 및 다층구조, 다양화된 보험료, 보험급여 시스템으로 변환하는 것이 필요하다. 이에 따라 본인 부담 및 비보험급여를 보상하는 보충형 민간의료보험제도를 우선 도입하는 것이 바람직하다.

민간의료보험제도가 도입되면 다양한 보험자가 보험시스템의 관리에 참여하게 되고 급여공급자 및 피보험자에 대한 다양한 모니터링이 가능해지며, 이에 따라 의료시스템 전체의 효율화에도 기여하게 된다. 이는 결국 다양한 보험료, 급여시스템을 가능하게 하고 서비스의 질에 부합하는 부담을 가능하게 하여 국민의 만족도를 높인다.

향후의 건강보험정책방향은 저소득층을 위한 의료보호를 강화하면서 다층형 건강보험 시스템으로 구성되어야 하며, 민간보험제도의 도입방향은 개인부담 의료비를 중심으로 한 보충보험제도로써 상품의 형태는 오스트레일리아의 생애의료보험제도(Lifetime Health Insurance Coverage)의 형태가 바람직하다.

※ Key Word : 사회보장, 건강보험, 의료경제

I. 서론

국민의료비의 증가는 급증하는 국민건강보험의 재정 적자 및 국민의 보험료 부담

* 건국대학교 학술지원기금 수혜 논문임(2000.6).

한국보험학회 2002년도 춘계학술대회 발표논문을 수정 보완한 것임.

논평을 해주신 이봉주(경희대), 이명주(LG화재), 최성수(전경연)께 감사드립니다. 익명의 심사위원 논평에 감사드립니다.

** 건국대학교 경제학과 교수(e-mail : wonshik@kku.ac.kr)

증가를 의미한다. 그러나 국민의 가처분소득의 감소로 이어지는 보험료 부담에 대한 한계는 보험 재정의 건전성을 확보할 수 없게 되며 결국은 1977년 이후 근 30년간 유지되어 온 국민건강보험의 위기로 이어질 가능성이 높다. 특히, 현재 건강보험 제도를 위기로 보는 이유는 단순히 재정의 적자라는 사실 이외에 잦은 의료보험관련 이해 집단간 충돌, 파업, 도덕적 해이의 만연, 가입자들의 보험료 인상에 대한 저항 등으로 제도로서 갖추어야 할 일상적 자동 안정장치가 전혀 작동하지 않고 있기 때문이다.

따라서 국민건강보험 외에 국민의 의료비 부담을 절감하면서 보건 및 의료의 효율성 및 보장성을 극대화하는 구체적인 대안이 필요하다. 제도적 위기에 있는 건강보험제도를 전반적 개혁을 통하여 유지가능한(sustainable) 제도로 만들 것인지 아니면 다른 대안을 찾을 것인지에 대한 정책방안을 모색해야 한다. 이 과정에서 민간 의료보험의 활성화는 국민건강보험제도의 효율화와 함께 전체 국민의료시스템의 효율화에 기여할 수 있을 것으로 본다.¹⁾

건강보험제도는 다른 사회보험제도와 달리 서비스의 공급자가 제도의 운영에 핵심적 역할을 하고 있다. 따라서 의료시장의 혁신적 개선이 없이는 건강보험의 재정 안정화는 불가능하다. 특히 국민건강보험은 독점 보험자로서 의료시장에 대한 영향력을 행사하고 있기 때문에 의료시장의 변화에 대한 잘못된 신호(signal)를 보낼 가능성이 높다.²⁾ 이에 따른 부메랑효과로 국민건강보험을 포함한 전체 보험시장에 더 큰 비효율을 낳을 수 있다. 예를 들면, 보험수가의 조정은 불이익(혹은 이익)을 받는 처방에 대한 공급감소(증가)를 낳아서 관련 의료자원의 초과수요(공급)를 낳는다. 그리고 진료단가를 인상(인하)시키며 결국 총급여의 증가(감소)로 이어질 수 있다.

1) 본 연구에서 국민건강보험제도의 기능에 대한 상대적 개념으로 민간의료보험을 봄. 민간의료보험은 민간에서 운영하는 영리적 성격의 보험과 비영리적 보험(예를 들면 민간의료보험조합, 의료공제 등)을 모두 포함함.

2) 국민건강보험의 독점적 지위의 문제는 시장실패를 보완하기 위한 당연한 조치로서 볼 수도 있으나, 정보 비대칭성의 개선 가능성이 높은 현재의 환경 하에서도 민간의료보험이 경쟁력을 갖지 못하는 것은 목시적으로 민간부문의 시장진입을 억제함으로써 독점력을 행사하는 것으로 봄.

국민건강보험이 올바른 신호를 시장에 보낼 수 있다면 의료시장의 효율화와 함께 의료보험의 효율화도 달성될 수 있겠으나 올바른 신호를 보내지 못한다면 의료시장은 물론 보험시장도 비효율적이 되어 국민의료비의 증가만 낳게 된다. 이러한 점에서 건강보험제도의 개선에 있어서 시장적 접근방법은 의료시장에 대한 효율화 방향을 설정할 수 있는 첩경이다.

국민건강보험의 독점적 존재 하에서 효율적인 의료전달체계를 확립할 수 없다는 것은 아니다. 그러나 여기에는 단일 상품의 판매에 따른 많은 시장 제약이 있고 이를 해결하기 위한 강제적 규제가 불가피하게 된다. 문제는 이 과정에서 가입자의 불편과 공급자의 저항이 따른다. 그리고 자칫 의료서비스의 질을 저하시키고, 이러한 현상이 계속되면 의료인프라가 붕괴되어 의료산업 자체가 붕괴된다. 따라서 사회정책에 있어서 경우에 따라 최선의 선택보다 차선의 선택을 택해야 하는 이유가 여기에 있다.

건강보험서비스의 당사자는 의사 뿐 아니라 간호원 등의 병의원 종사자, 병원, 약국(약사), 제약회사 등 다양하며, 보험정책이 이들의 이해가 완전히 일치해야 진료서비스가 진행된다. 현재의 진료서비스가 유지될 수 있는 것은 사실상 이들의 이해가 묵시적으로 서로 일치하기 때문에 가능한 것이다. 만일 정부가 현재의 의료서비스를 개혁하기 위해서 가장 합리적인 결정을 한다고 해도 이들의 이해관계가 달라지게 되면 의료서비스의 공급은 불가능해진다.

정부가 현재의 독점체계를 유지하면서 합리적인 제도개선을 위한 모험을 감행한다는 것은 여간 위험한 것이 아니다. 이를 해소하기 위한 또 다른 개혁은 환자들을 의약분업의 감행에 따른 것 보다 더 큰 고통에 다시 몰아넣을 수도 있다. 물론 단기적 현상으로 끝날 수도 있으나 의료서비스의 수요는 앞으로 더욱 탄력적이고 지속적으로 발생하고 독점력이 증대해서 이에 따른 의료분야의 태업은 주기적으로 계속될 것이며 경제사회 전체에 미치는 파급효과는 더욱 커지게 된다. 이 과정에서 증원 억제 요구에 따른 의료인력의 감소, 독점화에 따른 의료인력의 질적 저하, 의약산업의 붕괴와 외국 제약회사의 진출, 필수 의료서비스 시장의 왜곡, 고액환자의 해외이동과 해외 의료기관의 국내 진출 등으로 이어지는 최악의 사태가 나타날 것으로 본다.

건강보험에 관한 정책은 당분간 우리의 현재 상황을 인정할 수밖에 없고³⁾ 이에

따라 최선이 아닌 차선의 방안을 모색할 수밖에 없다. 본 연구는 이러한 점에서 민간의료보험의 활성화 방안과 함께 국민건강보험과의 조화를 도모해야 함을 강조하고자 한다. 민간의료보험의 도입만이 현재의 의료시장을 경쟁적으로 유도하여 공적 건강보험의 문제점을 완화하거나 해결해 줄 수 있다고 보기 때문이다.

둘째 절에서는 현재 우리 나라 국민의료 및 건강보험의 현황을 요약한다. 그리고 왜 민간의료보험이 필요한지에 대한 논의를 한다. 셋째 절에서는 국민건강보험의 한계와 민간의료보험의 필요성을 논하고, 넷째 절에서는 민간의료보험의 도입방향에 이어서 다섯째 절에서는 민간의료보험의 활성화 방안을 논한다. 마지막으로 결론에서는 국민건강보험과 민간의료보험간의 조화 방안을 중심으로 민간보험의 활성화를 위한 정책적 유의점을 제시한다.

II. 국민의료 및 건강보험 시스템의 현황

노령화 및 소득의 증가에 따른 급격한 의료비의 증가가 국민건강보험료의 상승으로 현실화되어 왔다. 문제는 이러한 국민의 부담증가와 함께 건강보험의 재정적자 문제가 단시일 내에 해결되지 않을 것으로 보임에도 불구하고 건강보험의 통합 및 의약분업이 강행되고 있다는 점이다. 이것은 건강보험을 단순히 공평사회로 가는 이념적인 탈출구로만 간주하고 사회제도로서의 실체로서 받아들이지 않은 결과이다. 따라서 이제는 경직된 공적제도만 고집할 것이 아니라 민간부문간의 조화를 심각히 고려할 때가 도래한 것으로 본다.

우리 나라 국민의료비의 비중은 GNP대비 약 6% 수준으로 1인당 의료비는 GNP보다 더 빠른 성장을 보였다.⁴⁾ 이는 의료비가 소득에 대해 탄력적이라는 성격을 반영하고 있다고 본다(〈표1〉 참조). 그럼에도 불구하고 의료서비스에 대한 불만이 매우 높은 것이 우리의 현실이다.

3) 의료시장의 공급곡선은 매우 비탄력적이므로 시장수요에 따른 공급확대에는 시간이 필요함.

4) 국민의료비를 최근에 추정한 결과는 없으며 일반적으로 정영호(2000) 등의 추계에서 의약분업 등 의료비 증가요인들을 감안하여 국내총생산의 6% 정도 봄.

〈표1〉 국민의료비의 증가추이: 1985~1998

(단위: 경상가격 10억원, %)

	국민의료비	전년대비 국민의료비 증가율	전년대비 GDP증가율	국민의료비 /GDP	1인당 국민의료비 (천원)
1985	3,465.4	-	-	4.26	84.9
1990	8,549.9	20.74	20.65	4.78	199.2
1995	17,619.1	16.55	16.68	4.67	390.7
1998	22,855.2	0.47	-1.97	5.14	492.3
1985~1998 증가율(%)		15.2	13.96		14.47

자료 : 정영호, 「OECD보건계정 및 국민의료비 지출동향」, 『한국보건경제학회 학술발표회, 2000년 추계』, 한국보건경제학회, 2000. 12. 15, p.74.

국민건강보험의 재정수지는 전체적으로 1997년부터 급속히 악화되는 것으로 나타나고 있다(〈표2〉참조). 악화의 결정적인 요인은 1997년부터 나타나는 직장보험의 재정적자이다. 이는 직장보험의 재정적자에 대한 구조적 요인이 있음을 알 수 있다.

지역보험의 경우에 있어서도 당기수지의 적자가 크지 않은 것으로 나타나고 있으나 사실은 상당부분 정부의 적자보전에 의한 것이다. 지역보험 수입에서 국고의존도는 1997년 27.5%에서 2001년 42.2%로 급상승했다. 따라서 앞으로 지역보험의 지출억제를 하지 않으면 정부의 지원은 예상보다 더욱 확대되어야 할지 모른다.

〈표2〉 건강보험의 재정수지추이(1990~2001)

(단위 : 억원)

구 분		1990	1996	1997	1998	1999	2000	2001
계	지 출	21,640	64,132	76,787	87,157	95,614	101,106	142,862
	수 입	24,321	63,255	72,967	78,508	86,923	91,016	115,046
	당기수지	2,681	-877	-3,820	-8,649	-8,691	-10,090	-27,816
	적립금	13,399	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	-18,627
지역	지 출	10,075	30,485	36,135	41,193	46,802	49,523	70,248
	수 입	9,940	29,063	36,258	39,621	43,519	46,534	62,449
	(국 고)	3,639	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,363
	당기수지	-135	-1,422	123	-1,572	-3,283	-2,989	-7,799
	적립금	692	8,14	8,850	7,278	3,995	364	-7,435
직장	지 출	8,423	25,547	31,082	34,252	36,993	51,583	72,614
	수 입	10,803	27,038	28,806	30,378	31,229	44,482	52,597
	당기수지	2,380	1,491	-2,276	-3,874	-5,764	-7,101	-20,017
	적립금	8,695	26,075	25,029	22,312	17,305	8,825	-11,192
공교	지 출	3,143	8,100	9,570	11,712	11,819		
	수 입	3,578	7,154	7,903	8,509	12,175	*직장과 통합	좌동
	당기수지	435	-946	-1,667	-3,203	356		
	적립금	4,014	5,804	3,972	769	1,125		

자료 : 국민건강보험공단, 『국민건강보험통계연보』, 각 연도,
 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.
 국민의료보험관리공단, 『국민의료보험통계연보』, 2000: 보건복지부 추정자료.

〈표3〉 보험자종별 보험급여비 및 보험료 추이(1990~2000)

(단위 : 억원)

구분 연도	계		지역*		직장		공교	
	급여비	보험료	급여비	보험료	급여비	보험료	급여비	보험료
1990	19,314	22,474	8,751	9,660	7,904	9,661	2,659	3,153
1996	50,756	52,277	25,448	26,287	18,788	20,849	6,520	5,141
1997	58,131	58,742	29,359	30,188	21,428	22,991	7,344	5,563
1998	68,049	63,310	34,009	34,795	24,766	22,189	9,274	6,326
1999	78,675	74,712	39,542	38,923	29,216	25,014	9,917	10,775
2000	92,362	86,098	44,583	44,384	35,478	29,697	11,428	11,593
연평균증가율	18.10	14.60	17.56	16.60	18.89	10.50	17.86	19.57

*는 국고지원금을 포함하였음.

자료 : 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

〈표4〉 수진율 변화추이 (1991~2000)

(단위 : 회/1인당)

	전체	지역	직장	공교
1991	3.35	3.13	3.48	3.82
1996	4.88	4.69	4.96	5.51
1997	5.20	5.02	5.23	5.91
1998	5.32	4.91	5.63	6.25
1999	5.98	5.53	6.35	6.90
2000	6.31	5.99	6.44	7.43
연평균 증가율(%)	7.29%	7.48%	7.08%	7.67%

주: 수진율은 “적용인구 1인당 연간 진료 건수”임.

출처: 건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 2000

이상의 문제점 외에 국민의 전체 의료비용 지출에서 건강보험의 비중이 줄어들고 있다.

〈표5〉에 따르면 전체보건비(의료비, 건강유지비 등) 지출에서 의료보험제도를 통한 지출이 IMF 이전까지 급격히 감소해 왔다. 그리고 가계의 전체 보건관련 비용(의료비, 건강유지비 등)은 급증하고 있다. 이는 의료부문의 낮은 서비스가 의료 대체산업에 대한 수요로 이전했을 가능성을 보인다. 즉, 보건비 지출의 상당부분이 보험이외의 부문에서 비효율적으로 낭비되어 왔다. 따라서 향후 의료보험관련 제도의 정책방향은 무엇보다도 전체 보건비 지출에서 의료보험 적용 의료비의 비중을 높이는 방안이 검토되어야 한다. 문제는 앞으로 이 적용비율이 더 높아질 경우 이는 바로 국민건강보험의 재정적자로 이어질 가능성이 높다는 것이다. 따라서 이를 민간 의료보험이 대체하는 방안을 고려해야 한다.

전체 진료비에서 국민건강보험의 비중이 감소하고 있다는 것은 본인이 스스로 해결하는 자기보험(self-insurance)의 비중이 증가하고 있다는 것이다. 자기보험의 증가는 스스로 진료비를 부담하던가 혹은 스스로 대체의약품이나 대체진료를 찾게 되는 것을 의미한다. 진료비 등을 충당하기 위한 다목적 저축⁵⁾을 보유하고 있는 것은 큰 문제가 되지 않으나 질병의 위험을 스스로 억제하기 위하여 대체의약품을 선호하는 것은 부정확한 정보나 자가진단에 기초하는 것이 많아지게 되어 낭비적 진료비 지출을 늘린다. 만일 의료비가 효율적으로 부보될 수 있다면 진료비를 위한 별도의 저축이나 대체의약품을 복용할 이유가 없다. 따라서 민간의료보험은 전체 국민의료비에서 국민건강보험을 제외한 부분을 흡수하는 역할을 담당해야 한다.

〈표5〉에서 IMF이후 의료보험을 통한 보건비 지출비율이 급격히 높아진 것으로 나타나는데 이는 지출이 늘어난 것이 아니라 분모인 전체 보건비가 소득의 감소로 격감했기 때문이다. 예를 들면 소득의 감소로 건강 증진과 관련된 약효가 뚜렷하지 않은 인삼, 전통보신 식품(개소주, 흑염소 등), 한약(우황청심환, 기응환 등), 영양제, 피로회복제, 보건의료용품 등의 지출을 줄였기 때문이다.

가계가 지출하는 전체 보건비에서 의료부문에 유입되지 않는 지출이 많음에 따라

5) 예비적 자금을 보유하고 있는 것도 자기보험임.

의료보험의존도가 높은 의료산업 자체의 수익이 떨어져서 의료산업, 특히 1차 진료 기관이 어려움을 겪어 왔으리라는 점을 쉽게 이해할 수 있다. 또한, 진료원가에 대한 손실을 보전하기 위하여 의료보험체계에서 중복진료가 행해지고 있으며 의료산업 및 기술의 진보에 걸맞는 양질의 서비스가 이루어지지 않고 있었다. 그러나 최근 의약분업의 실시에 즈음한 제도변화, 즉 의약분업의 강행을 무마하기 위한 보험수가의 인상은 이러한 진료기관의 애로를 일시에 해소하면서 오히려 제도적으로 가입자의 부담 및 불편성을 강요하였다.

〈표5〉 가구당 보건의료비 및 진료비 지출 추이

(단위: 원, %)

	1985	1990	1994	1998	2000	1985~1998 증가율 ³⁾
적용인구 1인당보험료(a)	34,600	59,583	96,122	136,742	187,432	11.2
적용인구 1인당급여비(b)	33,900	48,749	74,291	152,364	202,144	12.3
연평균1인당진료비(c)	48,743	75,638	114,044	217,470	255,176	12.2
건당 진료비(d)	17,043	22,298	27,556	40,844	40,519	7.0
건당 급여비(e)	11,794	14,181	17,340	27,340	27,452	3.0
전가구 가구당인원수(f)	4.21	3.99	3.84	3.62	3.54	-1.00
가구당 진료비(g=c*f)	205,208	301,975	437,929	787,241	903,323	10.9
가구당 보건의료비(h) ¹⁾	208,800	430,800	687,600	704,400	847,200	9.80
가구당전체보전비(i=a*f+h) ²⁾	354,466	668,536	1,056,708	1,199,406	1,510,709	9.83
보험외 보건의료비(j=i-g)	149,258	366,561	618,779	412,165	607,385	8.13
보건지출의 의료보험의존도(k=g/i)	57.9	45.2	41.4	65.6	59.8	-

주: 1)은 인삼, 한방보약 (개소주, 흑염소 등), 기타한약 (우황청심환, 기응환 등), 영양제, 피로회복제, 보건의료용품 등이 모두 포함됨.

2)는 의료보험료와 가구당 보건의료비의 합임.

3)은 1998년도 이후 IMF 및 건강보험제도의 급격한 변화로 장기적 추이를 관찰하기가 어려울 것으로 보므로 1985~1998년간의 증가율을 보임.

자료: 의료보험연합회, 『1999 의료보험통계연보』

노동부, 『노동통계연감』

진료비의 증가요인은 사회경제적(비제도적) 요인과 제도적 요인으로 나눌 수 있

다. 우선 사회경제적 요인은 첫째로 소득수준의 상승, 둘째로 노인의료비의 증가, 셋째로 새로운 의료수요의 증대, 넷째로 물가 상승을 들 수 있다.⁶⁾

첫째, 소득의 상승이다. 소득의 상승은 질병에 대한 국민의 관심을 높여서 진료횟수의 증가, 혹은 보다 높은 진료를 요구하게 된다. 이에 따라 전체 진료비가 상승하게 한다. 특히, 의료수요는 소득에 대하여 탄력적이어서 앞으로의 소득증가에 따라 진료비의 증가율은 더 높아질 것으로 본다.⁷⁾

둘째, 노인의료비의 증가이다. 노인의 건강에 대한 관심과 병원의 접근도가 높아짐에 따라 노인의 진료이용율이 급격히 상승하였다. 또한, 노인 1인당 진료비가 상승할 뿐 아니라 노인인구의 증가에 따른 노인진료비도 증가하였다. 특히 우리 나라의 노령화사회 진입은 건강보험 재정의 안정화에 매우 부정적인 영향을 미칠 것으로 본다.

〈표6〉 65세 이상 노인 인구 및 의료이용의 변화비교

(단위 : 명, %, 배, 건, 원)

	65세 이상인구		수진율			건당진료비			적용인구당 진료비		
	인구수	인구비중	65세 미만	65세 이상	비율	65세 미만	65세 이상	비율	65세 미만	65세 이상	비율
1991	2,067,283	5.07	3.17	3.52	1.11	23,530	39,417	1.68	74,667	138,780	1.86
1996	2,588,749	5.80	4.61	6.83	1.48	33,253	55,181	1.66	153,346	337,126	2.46
1997	2,695,727	6.00	4.94	7.64	1.55	35,314	58,654	1.66	174,383	448,120	2.57
1998	2,808,835	6.32	5.01	8.45	1.69	39,360	62,811	1.60	197,254	530,925	2.69
1999	2,858,823	6.33	5.67	11.30	1.99	39,416	59,857	1.52	223,298	676,239	3.03
2000	3,019,434	6.58	5.92	11.81	2.00	38,056	58,034	1.52	225,157	685,378	3.04
연평균 증가율	4.30		7.17	14.39		5.49	4.39		13.05	19.42	

자료: 국민의료관리공단, 『국민의료보험통계연보』

6) 김원식(2002)에 기초하여 수정 보완함.

7) 우리 나라 국민의료비 분석에 관한 거의 모든 연구는 국민의료비가 소득에 대하여 탄력적임을 보임. 국민의료비의 소득탄력도에 관한 문헌 정리 및 논의에 관하여는 홍정기(1995) 참조.

1991년부터 2000년 기간 동안 65세 이상 노인인구가 차지하는 비중이 5.07%에서 6.58%로 증가하였고, 수진율도 64세미만보다 1.11배에서 2.00배로 증가하였다. 노인1인당 평균진료비도 1991년 64세미만에 비하여 1.86배에서 3.04배로 증가하였다.

셋째, 새로운 의료수요의 증대이다. 암 등 난치병에 대한 진료기술이 발달함에 따라 새로운 의료기술이 도입되고 보편화되지 않은 이들에 대한 진료수가의 결정은 상당히 높은 수준에서 독점적으로 결정될 수밖에 없다.

수진율이 1991년에는 3.35건에서 2000년에는 6.31건으로 거의 2배 이상 증가하여 수진율이 동기간에 연간 7.29%씩 상승한 것으로 나타나고 있다. 직종별로 볼 때, 2000년 기준 공무원 및 사립학교 교직원의 수진율이 7.43건으로 지역의 5.99건보다 월등히 높았다. IMF때인 1998년에는 지역의 수진율은 오히려 전년도 5.02건에서 4.91건으로 하락하여 경기가 의료이용량을 변화시킬 수 있음을 보였다.

넷째, 물가 상승에 따른 의료단가의 인상이다. 그 동안 억제되어 왔던 의료수가가 최근 급격히 상승하였다. 특히, 의약분업을 계기로 수익이 감소할 것으로 예상한 의료계가 의약분업의 수용대가로서 사실상 수가의 현실화를 요구하여 상당부분 받아들여졌다.

〈표7〉 진료수가의 인상 현황(1995~2000)

인상시기	1995. 4. 1.	1995. 12.10.	1997. 1. 6.	1997. 9. 1.	1998. 7. 1.	1999. 11.15	2000. 4. 1.	2000. 7. 1.	2000. 9. 1.
인상율(%)	5.80	11.82	5.00	9.00	3.50	9.00	6.00	9.20	6.50
적용범위(%)	63.4		61.4		57.9	56.8	66.3		
실질인상율(%)	3.677	7.494	3.070	5.526	2.027	5.112	3.978	6.100	4.310
수가지수	100	107.5	110.8	116.9	119.3	125.4	130.4	138.3	144.3
물가지수	100		109.6		117.8	118.8			

출처: 국민건강보험공단 내부자료

진료비 상승의 제도적 요인은 첫째, 보험료의 인상이 없는 보험급여의 확대, 둘째, 보험재정의 통합에 따른 도덕적 해이, 셋째, 의약분업에 따른 처방전 발행 및 약 제비 등의 부대비용의 증가, 넷째, 수요유발 공급체계, 다섯째, 수지균형 조정의 지연, 여섯째, 경제적 유인 부재 등을 들 수 있다. 신영석(2000)의 분석에 의하면 보험진료비의 증가요인으로 1995년부터 1999년간 의료이용(수진율) 증가가 36%, 수가인상이 23%, 대상수의 증가가 3%, 급여범위의 확대가 39%를 차지하는 것으로 나타났다.⁸⁾

첫째, 건강보험의 서비스의 개선에 대한 요구가 증대됨에 따라 과거 재정안정을 우려하여 제한하였던 보험급여의 범위가 확대되어 왔다. 이것은 의료보험 통합 전에 직장보험조합들의 보험재정흑자에 기인한다. 즉, 의료보험료의 인하보다는 보험급여의 확충을 통하여 보험서비스를 제고하였다. 이에 따라 1997년부터 보험급여비의 지출이 가입자부담 보험료 수입보다 높아지기 시작하였다. 1993년 이후 보험급여의 확대내용은 노인을 중심으로 한 만성질환 환자에 대한 보험급여기간의 연장, 장애인에 대한 보장구 급여 등의 확대 등이 주를 이루었다.

더 큰 문제는 급증하는 의료수요에 대하여 부담능력의 한계가 있음에도 불구하고 지속적으로 급여의 범위를 늘어왔다는 것이다.⁹⁾ 그러면서도 급여의 확대에 따라 보험료의 인상이 제때에 수반되지 않았다. 혹은 보험료의 인상이 가입자의 저항을 받을 것을 우려하여 보험료의 인상을 늦추어 왔다. 아무리 보험료의 책정이 보험수리적으로 적절하다고 해도 징수를 늦추는 것은 바로 보험재정의 적자폭의 증가로 나타나고 추가로 징수하지 않는 이상 누적적자로 남는다.

둘째, 건강보험 통합에 따른 도덕적 해이가 보험재정의 악화요인이 되었다. 건강보험의 통합은 조합의 재정을 건전화하기 위한 보험자의 유인을 감소시켜서 진료억제 노력을 줄인다. 이는 바로 진료비 지출을 팽창시킨다.

8) 신영석, 『국민건강보험의 재정안정화 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.

9) 1996년의 경우 분만비 지급기준 인상, 3자년 이상 분만급여 지급철폐, CT급여화, 진단비용의 본인부담분 외래 본인부담율 적용, 70세 이상 인구에 대한 의원급 정액 본인부담금 경감, 1997~1999년은 장애인 보장구 급여화 및 확대, 2000년 65세 이상 본인부담금 경감 등 지속적 급여항목의 증가가 일어남(이에 관하여는 최병호, 신현웅(2001) p.50 참조).

셋째, 의약분업에 따라 환자가 병원과 약국을 동시에 방문하여야 하는 부담이 진료비의 상승을 낳았다. 의약분업으로 상반된 견해를 갖고 있는 의사집단과 약사집단의 응집력을 더욱 강화시켜서 이들의 요구에 대한 건강보험공단의 협상능력이 부족하다는 것이 문제이다. 따라서 주기적으로 의료수가의 인상에 대한 요구에 관리업무 중심의 건강보험이 수동적으로 대처할 가능성이 높다.

넷째, 재정의 단기적 운용과 수지균형 시스템의 비효율을 들 수 있다. 일정의 준비금이 마련된 상태에서 재정의 탄력적 운영이 있어야 함에도 불구하고 준비금 재정적자로 고갈된 상태에서 재정이 운영되어 사실상 재정적자에 대하여 대비할 수 있는 시스템의 마련이 없었다. 따라서 최근의 재정적자는 준비금이 없어서 재정적자의 보전에 급급한 나머지 대안의 선택폭이 매우 줄어들었다. 이것은 앞으로 건강보험의 재정의 적자가가능성이 지속되는한 준비금을 더 많이 적립할 필요성을 보인다. 즉, 적자 가능성이 낮다면 재정의 파산의 가능성이 낮으므로 준비금을 많이 적립할 필요가 없으나 그렇지 않다면 파산위험에 대한 대비로서 더 많은 적립이 필요함을 보인다. 특히, 재정적자에 대하여 은행으로부터 대출을 받아서 진료보상을 하고 있기 때문에 재정에 더 큰 부담이 되고 있다.

다섯째, 보험서비스에 대한 수요증가가 나타남에도 불구하고 보험서비스의 수요를 억제할 수 있는 수단이 없다는 것이다. 사실상의 수단으로서 보험료의 인상이 있으나 보험급여의 증가와 보험료의 인상에 대한 연계가 미약함으로 인하여 보험급여를 억제할 유인이 거의 없다. 그리고 보험서비스에 대한 규제가 가입자 특성별로 나타나는 것이 아니라 전국민에 걸쳐서 동시에 나타나기 때문에 규제가 필요치 않은 사람에게 적용되거나, 규제가 필요한 사람에게는 적용되지 않는 등의 비효율이 나타나고 있다.

의약분업에 있어서도 예외를 인정하지 않음으로써 비용억제에 대한 유인을 전혀 제공하지 못하고 있다. 병원에서 약을 판매할 경우 약사의 고용을 의무화하고 약가격을 명기하도록 한다면 약 판매의 경쟁관계를 확대하여 약의 가격을 인하시킬 수 있다. 참조가격제 등도 사실상 재정을 절감할 수 있는 요인이 크에도 불구하고 적용되지 않았다.

여섯째, 의료시장의 수요자와 공급자간의 정보의 비대칭성으로 공급자 유발수요

(supplier induced demand)를 들 수 있다. 의사 수의 증가가 접근도를 높여서 수진율을 증가시키기도 하지만, 이들이 진료비를 증가시켜서 설정된 목표소득을 달성하기 위하여 진료비를 증가시킬 가능성이 높다. 이는 도덕적 해이의 형태로 나타나므로 제도의 개선으로 어느 정도 조절이 가능하다고 본다. 따라서 지속적 재정 불안정의 주요 요인은 아니다.

이상과 같이 건강보험의 재정에 관련된 사항들이 노출되었음에도 불구하고 단기적으로 이러한 문제들을 원만히 해결할 수 있는 수단이 없다. 결국 보험료의 인상이 유일한 해법으로 나타나고 있으며 이 과정은 의약분업이 실시된 이후 지속적으로 이루어져 왔다. 그러나 보험료의 인상 역시 가입자의 부담능력의 한계 때문에 더 이상 어려운 것으로 본다. 따라서 최근 제3의 재원조달 방안으로 담배세 등을 중심으로 한 재원조달이 이루어지고 있으나 담배세가 가지는 역진적 성격, 적자재정을 메우기 위한 세율조정의 한계 등으로 건강보험의 재정적자를 보충하는데 대한 논리로서는 매우 빈약하다고 본다.

이상에서 언급된 의료급여의 수요가 급증하는 성격상 재정의 건전화를 위하여 반드시 유인이 전제된 제도의 개선이 있어야 한다. 따라서 본 연구는 유인과 효율성이 전제된 건강보험 재정건전화 방안을 모색하는 유일한 대안으로서 민간의료보험의 활성화 및 국민건강보험과의 조화가 필요하다고 본다.

우리 나라 민간의료보험제도는 상해보험, 질병보험, 장기간병보험으로 구분되고 있다. 이 중 상해보험은 사고에 의한 것이므로 보상보험의 성격이 강하고, 장기간병보험은 노인진료에 관한 것으로서 진료비보다는 간병비 중심의 보상이 이루어져서 일반적 질병보험과 성격이 다르다. 따라서 본인의 책임 하에 발생할 수 있는 질병 중심의 보험이 현재 국민의료비 문제와 관련된 논의의 대상이 된다.

민간의료보험의 급여는 의료비보상과 소득보상으로 나눌 수 있다. 의료비보상은 의료비에 국한하여 보상을 하는 것을 의미하며 소득보상은 질병의 발생으로 발생된 소득상실을 보상하는 것을 의미한다.

또한, 보상의 형태에 따라 실손보상형과 정액보상형으로 나뉜다. 실손보상은 손해보험회사를 중심으로 운영되고 있다. 정액보상은 생명보험회사를 중심으로 운영되고 있다. 일반적으로 입원비, 수술비 등의 명목으로 지급된다. 이것은 사실상 국

민간건강보험의 본인부담금을 지원하는 형태가 되므로 보충적 민간의료보험의 성격을 갖는다고 본다.

민간의료보험의 시장규모는 각 보험사에 대한 정확한 자료 집중이 되지 않아서 추정에 따를 수밖에 없다. 박홍민, 김경환(2001)에 따르면 2000년 현재 생명보험, 장기손해보험, 상해보험 중 건강보험 및 의료비 분야에 해당하는 보험료가 약 3조1천억 원 정도로 보고 있다. 이중 생명보험의 비중은 약 91%로 가장 높고, 장기손해보험 8%, 상해보험 1%이다. 이들 보험료 수입은 연간 20%의 매우 급속한 증가율을 보이고 있다.¹⁰⁾

생명보험회사가 판매하고 있는 보험상품의 대부분은 암이나 간질환 그리고 성인병 같은 특수질병에 한정하고, 입원이나 수술을 전제로 하여 일정금액을 지급하도록 하는 정액급여 형태를 취하고 있어, 치료비에 대한 보전 기능에 한계가 있을 뿐만 아니라, 보험사고로서 사망과 중대상해에 대한 급여에 중점을 두고 있다. 또한 장기간의 요양이나 장애에 따른 소득상실에 대한 보장성 보험상품에 대한 계약은 거의 없는 형편이다.¹¹⁾

이렇듯 공적건강보험과의 연계가 미비된 점과 사회보험 확대에 따른 보험상품 개발이 미비된 이유는 공적건강보험의 급속한 변화에 대응할 시간적 여유가 부족했던 것도 사실이나, 민간보험이 아직은 보험상품 개발에 대한 경험축적에 한계가 있으며, 또한 도덕적 위해를 감당할 수 있는 보험기술의 발전 수준에 아직 한계가 있기 때문으로 분석되고 있다.

민간의료보험시장의 현황에 대한 지표는 많지 않다. 현재 생명보험의 경우 약 200여종 의료보험 관련상품(각종 질병에 대한 입원, 수술 등의 급부를 보장)을 판매하고 있으며 생명보험사에서 공적건강보험 보완상품이 차지하는 비중이 매년 증가하고 있다. 따라서 민간의료보험에 대한 수요는 앞으로도 계속 증가할 것으로 보며 가입자의 비용을 줄이면서 국민건강보험의 문제점을 보완하는 정책으로서 정부의 민간의료보험지원책이 마련될 필요성이 있다.

10) 오영수, 「국민건강보험과 민간건강보험의 상호협력체계 구축방안」, 민간의료보험도입 Task force 발표논문, 2001.

11) 보험개발원, 『사회환경변화와 민영보험의 역할』, 1997.

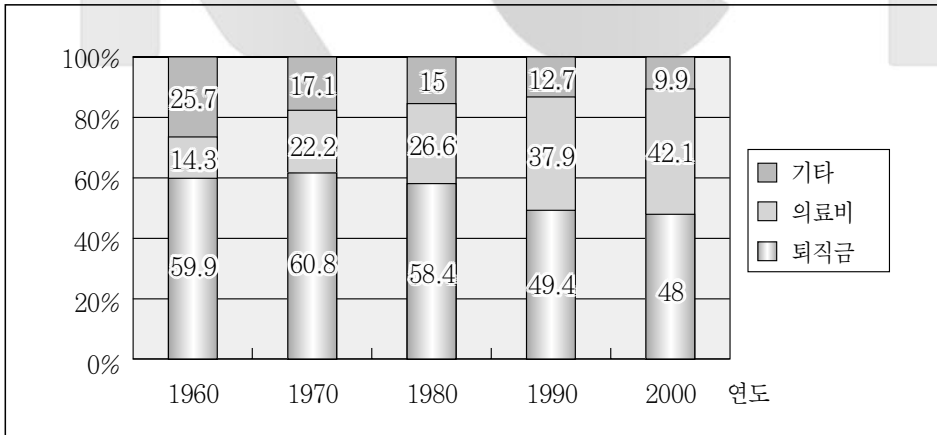
〈표8〉 연도별 생명보험사 의료보장성 보험 추이

(단위: 건, 백만원)

	신 계약		보유 계약		수입보험료	지급보험금
	건 수	금액	건 수	금액		
1993	1,519,196	28,437,470	1,870,869	32,155,034	391,521	56,815
1994	1,788,899	38,378,121	2,797,186	51,117,110	709,172	103,346
1995	1,656,127	41,179,744	3,613,176	76,466,015	1,004,945	181,682
1996	2,095,776	73,595,145	4,672,508	123,276,075	1,470,059	291,503
1997	2,609,944	102,919,509	6,002,454	185,456,931	2,074,733	432,574
1998	3,052,208	47,506,791	7,336,599	110,075,506	2,786,548	691,571
1999	3,750,203	57,388,611	8,891,035	132,870,817	3,220,811	1,119,254
2000	4,505,089	56,872,846	11,712,745	165,679,803	4,255,704	1,105,285
2001	4,751,141	54,966,787	14,291,698	194,863,785	5,353,211	1,421,905

주: 3월 기준임.
출처: 생명보험협회 내부자료

〈그림1〉 미국의 고용주 복지혜택의 추이



출처: EBRI, Facts from BERI, Nov. 2001.

미국은 민간의료보험은 기업을 중심으로 운영되고 있다. 따라서 근로자에 대한 의료비지출은 공적건강보험과 민간의료보험을 합한 규모를 반영한다고 본다(피용자 비율이 전체 근로자의 90%임). 미국 상무부의 조사에 따르면 2000년 현재 근로자 복지지출은 8,744억 달러로서 근로자보상비용의 약 15%를 차지하고 있다. 이중 의료비지출의 비중은 42.1%로 1960년의 14.3%에 비하여 비중이 약 3배가 증가하였다. 이는 앞으로 우리 나라의 의료비지출 증가 추이를 가늠할 수 있을 뿐 아니라 민간의료보험의 수요가 폭발적으로 증가할 수 있음을 보인다. 왜냐하면 현재 우리 국민건강보험의 확대가 보험재정의 적자로 확대될 수 없다고 볼 때 국민건강보험의 부보수준은 제한적일 수밖에 없고, 이를 대체할 민간보험의 수요증대는 필연적이라고 보기 때문이다.

III. 국민건강보험의 한계와 민간의료보험의 필요성

국민건강보험과 민간의료보험과의 관계를 설정하기 위하여 우선 국민건강보험의 성격 규명이 필요하다. 국민건강보험은 단순히 복지제도로서의 역할도 크나 한편으로는 급여의 대가로서 국민이 구입해야 하는 보험상품의 하나이다. 따라서 국민이 구매할 수 있는 상품으로 인정받기 위하여 민간 부문상품과의 경쟁성이 있어야 한다.

국민건강보험의 민간의료보험에 대한 경쟁력의 원천은 첫째, 다수를 대상으로 하여 위험의 풀(pool)이 크다는 것이다. 따라서 낮은 위험 프리미엄을 낼 수 있어서 가격 면에서 저렴할 수 있다. 둘째, 강제보험이어서 민간의료보험에서 역선택의 가능성이 없다. 상품의 선택이 불가능하기 때문에 높은 위험의 가입자가 낮은 위험의 보험상품에 가입할 가능성이 없으므로 국민 전체적 위험에 따라 보험료가 결정되된다. 단일 품목으로 역선택의 가능성이 없다. 셋째, 국민건강보험에는 민간보험에서 나타나는 역선택(hit and run)이 없다. 민간보험에서는 본인이 위험을 느낄 때는 보험에 가입하여 혜택을 받고 이 혜택이 끝나면 위험이 줄어드는 것으로 인식하여 보험가입을 하지 않는다.

이상의 요인들은 국민건강보험의 이점임과 동시에 보험료가 민간의료보험에 비하여 낮게 결정될 수밖에 없게 한다. 그럼에도 불구하고 국민건강보험이 막대한 적자를 발생시키는 것은 국민의 부담을 줄이고자 하는 낮은 가격으로 인하여 의료에 대한 초과수요를 발생시킨 시장메카니즘의 요인이 컸다는 데 있다. 그리고 국민건강보험이 가입자 및 의료인이 발생시키는 도덕적 해이를 관료적 성격과 획일적 보험적용으로 효과적으로 통제하고 있지 못하다는 데 있다.

따라서 민간의료보험의 활성화를 통하여 질병의 위험을 효과적으로 통제하면서, 국민건강보험과 혹은 민간부문간 서로 경쟁시킴으로써 진료비를 억제하고 보험시스템을 지속가능하게 할 수 있는 계기를 마련할 필요가 있다고 본다. 이러한 시스템에서 가입자들은 국민건강보험과 민간의료보험의 상품성을 비교 검토함으로써 양자간의 선택을 하게 된다.

국민건강보험의 재정적자 요인 및 비효율은 도덕적 해이로 요약된다. 도덕적 해이는 고소득자가 의료를 많이 이용하는 역진적 소득재분배의 가능성을 높여서 형평성을 저해하며 과다진료 등 진료의 낭비는 사회적 배분을 왜곡시켜서 성장잠재력을 낮춘다. 현행 우리 나라 공식적 국민의료비가 국민총생산의 6% 이상을 차지하는 점을 고려하면 의료산업은 우리 경제에서 이미 단일 거대 산업으로 자리잡고 있다. 따라서 의료산업은 이제 복지만의 문제가 아니며 산업적 접근이 필요한 시점에 있다. 그리고 건강보험의 효율화는 복지문제뿐 아니라 국가 경제와 밀접하게 관련된다고 할 수 있다. 그러나 현행 국민건강보험에는 세 가지의 도덕적 해이가 있다.¹²⁾

첫째, 보험자의 도덕적 해이이다. 공적 보험자는 독점적 지위를 갖기 때문에 관료적인 기구를 운영한다. 보험재정의 적자에 대하여 적극적으로 줄이려는 노력이 부족하다. 민간보험의 경우 경영실패가 있으면 퇴출되나 공적보험기구의 경우 퇴출도 없을 뿐 아니라 보험료도 법에 의하여 강제로 징수되기 때문에 보험료의 인상에 상응하는 보험급여의 억제 노력, 기구의 개편노력이 부족할 수밖에 없다. 오히려 조직의 기득권을 확보하려할 것이기 때문에 내부 결속력을 높여서 비효율의 억제 가능성이 낮다.

12) 김원식(2001) 참조.

건강보험의 통합 이후 이러한 도덕적 해이는 더 증가하였다. 조합주의는 독자적 재정을 운영하기 때문에 보험수지에 따라 보험료를 조정함으로써 비용과 급여에 대한 인식을 높였다. 그러나 통합 건강보험은 개별 보험자의 비용감소 노력이 보수의 인상으로 이어질 가능성이 낮아서 자발적 구조조정이 어렵다.

둘째, 의료공급자의 도덕적 해이다. 건강보험공단은 개별 의료공급자의 비용을 반영하지 않고 보험급여를 국가 전체적으로 획일화시켜서 이윤이 있는 환자에 대하여는 과잉 진료를 하고, 그렇지 않은 경우 기피하거나 진료를 최소화하는 행태를 보인다. 지역적 특성과 개별 의사의 특성에 따른 원가에 기초하지 않은 급여가 획일적으로 지급된다는 것은 가격구조를 왜곡시킬 뿐만 아니라 시장구조까지 왜곡시킨다.

따라서 수가결정에 있어서 아무리 효과적인 서비스평가제를 시행한다고 해도 급변하는 의료기술에 따라 시장기구를 반영하지 못한다. 공급자에게 최저의 기회비용을 보장하면서, 의료산업이 갖는 독점적 이윤을 억제하는 정책이 바람직하다.

셋째, 가입자의 도덕적 해이다. 보험의 가입으로 진료비용이 낮아져서 가능하면 병의원의 진료회수를 늘린다. 그리고 본인이 납부한 보험료의 수준에 비하여 높은 서비스를 요구한다. 이것은 보험료가 서비스에 연동되어 조정되지 않기 때문에 발생하는 문제이다.

가입자의 도덕적 해이는 본인부담금제도 등으로 어느 정도 해결이 가능하나 나머지의 도덕적 해이는 의료산업, 혹은 독점적 국민건강보험의 구조개혁 없이는 불가능하다.

문제는 앞으로 의료에 대한 수요가 더 급증하면서 진료수요는 더 증가하게 되는데 이 과정에서 국민건강보험의 역할이 매우 제한적일 수 밖에 없다는 것이다. 민간 의료보험은 이러한 문제를 상당부분 최소화할 수 있다고 본다. 민간의료보험의 활성화로 국민건강보험은 더 이상 관료적이고 독점적 행태를 보이지 못하게 된다. 그리고 서비스 공급자도 민간보험이 보험수가를 서비스에 따라 차별화시킬 수 있기 때문에 시장 환경이 경쟁적으로 변하도록 할 것이다.

민간의료보험은 저소득층에 대한 지원이 전제되어야 한다. 민간의료보험의 활성화로 의료전달체계에서 소외될 수 있는 저소득층을 위하여 정부가 의료부조와 최소한의 공적의료보험제도를 운영하고, 저소득층의 고비용 진료에 대하여는 정부가 담

배 등에 부과하는 부담금으로 의료기금을 적립하여 사안별로 병의원이 손실을 보전 받도록 한다. 이에 따라 의료보험도 3층 보험의 성격을 갖도록 한다.

또 다른 국민건강보험의 문제는 현재와 같이 국민 전체 집단을 대상으로 재정의 건전성을 위하여 급여를 제한하거나 보험료를 인상하는¹³⁾ 것은 단일화된 가입자 집단으로서의 저항이 매우 크다는데 있다. 보험서비스의 개선에 대한 욕구는 국민건강보험에 대한 불만으로 이어지는 반면, 보험료의 인상에 대하여는 매우 저항이 클 수 밖에 없다.

특히 거의 모든 보험상품에서 보이는 도덕적 해이는 이러한 재정적자요인을 더욱 크게 한다. 도덕적 해이로 인하여 병원을 많이 이용하는 계층은 의료비의 부담과 함께 보험료의 인상이 추가적인 부담이 되어 보험료의 인상에 저항이 클 것이다. 병원을 이용하지 않는 계층도 병원을 이용하지 않는데 보험료를 인상한다는 것에 대하여 환영할 수 없다. 그리고 개인이 병원의 이용을 억제한다고 해서 보험료가 인하되는 것도 아니다. 현재의 단일 보험료, 단일 급여제도하에서는 모든 국민이 만족할 수 없다.

따라서 국민건강보험의 재정적자는 아무리 좋은 정부의 대안이 있어도 사실상 기정화시킬 수밖에 없다. 이것은 선진국의 경험이기도 하다. 이러한 이유로 선진국은 민간의료보험과의 활성화를 통하여 건강보험의 문제를 해결하고 있다.

우리 나라 민간의료보험 발전의 제약은 다음과 같다.

첫째, 보험시장에서 시장경쟁이 제한적이다. 손해보험에서는 실손 및 정액보장이 가능하나 생명보험에서는 손해보험사의 반대로 실손보상이 불가능하다.¹⁴⁾ 업종에 따라 상품의 종류를 구분한 상태에서는 상품간 경쟁이 불가능하며 시장의 확대도 제한적일 수밖에 없다. 또한, 민간 부문의 시장 참여에 대하여 대형사 중심의 독점적 지위가 존재할 가능성에 대한 우려에서는 보험시장의 성격이 언제든지 누구든 시장참여가 가능한 경쟁가능(contestable)한 시장이라고 본다.

13) 의료보험시스템의 다층구조화에 관하여는 “제5절 민간의료보험의 활성화 방안”에서 다시 논함.

14) 1997년 7월 제3분야 (상해, 질병, 장기간병)에 대한 생보화 손보 겸용이 허용되고 정액 실손 보상원칙이 폐지되었으나 업계의 요구로 시장교환이 이루어지지 않음.

둘째, 사회생활에 있어서 반드시 필요한 사회적 가치재(merit good)임에도 불구하고 상품의 판매에 대한 혜택이 없다. 가입자에게는 소득세법에서 제한적인 소득 공제혜택만 있다. 기업이 민간의료보험을 근로자에게 제공하려고 해도 세제혜택이 부족하다. 보험에 개인별로 가입하게 되어 기업의 비용으로 처리된다고 해도 개인의 소득으로 간주된다. 2002년부터 70만원 한도의 기업부담 보험료 부담에 대하여 손비 처리가 가능하면서 개인의 과세소득에서 제외되고 있으나 이의 적용이 되는 보험이 반드시 의료보험일 가능성이 없다. 오히려 자동차보험, 기타 상해보험 등일 가능성이 높다.

셋째, 병원간 경쟁이 제한적이다. 민간의료보험은 가입자에 대한 질병관리로서 의료비지출을 억제할 수 있다. 이를 위하여 민간보험과 특약의 관계에 있는 보험계약병원이 필요할 수 있다. 이 경우 포괄수가제(DRG)의 도입도 가능하다. 국민건강보험이 단일수가시스템으로 운영되므로 민간의료보험에서는 자율적인 수가시스템을 운영하기가 사실상 어렵다. 또한, 비영리병원이므로 별도의 세제혜택이 부여되는데 한계가 있다. 포괄수가제를 받아들일 수 있는 유인으로서 병원에 대한 지원이 필요하며 포괄수가제에 대한 관리인력도 별도로 필요하다.

이러한 제약을 완화하여 민간의료보험을 활성화하면 의료시스템의 경쟁성을 제고할 수 있다. 이러한 제약의 완화는 민간의료보험의 필요 조건이 된다.

민간의료보험시장은 가입자의 위험을 통제하기 위하여 의료공급자와 협력관계를 유지할 것으로 본다. 이를 위하여 보험사는 관련 주요 병원에 대하여 케이스를 집중 관리하고 이를 전체 가입자에게 확산시키려는 노력을 할 것이다. 그러나 이러한 통계 획득이 현실적으로 불가능하므로 공적보험을 통하여 관련자료를 수집하고 배분하는 노력이 필요하다. 이러한 통계의 활용은 가입자의 도덕적 해이나 역선택의 문제를 줄인다. 그리고 국민건강보험 역시 독자적으로 민간의료보험 및 가입자들의 행태를 모니터링하여 공적보험의 문제를 해결할 수 있다. 그러면 민간의료보험의 활성화는 국민건강보험의 효율화로 이어지게 된다.

우리 나라에서 보험의 민간참여가 시장을 효율적으로 이끌 수 있다는 점은 자동차보험시장에서 찾을 수 있다.

자동차보험의 판매는 1963년 자동차 손해보상보장법으로 가입이 의무화된 후

1983년 3월 이전까지 한국자동차보험주식회사에서 독점적으로 판매하다 이후 10개 손해보험사와 2개의 외국보험사에게 판매가 개방되었다. 이 과정에서 자동차보험은 차량중심의 요율체계에서 운전자중심의 요율체제로 일부 전환이 허용되고 보험료도 할인 할증폭이 확대되었다. 이에 따라 자동차사고 발생율이 1984년과 1985년에 급격히 하락하였다.

〈표9〉 연도별 자동차사고 발생율

(단위: 대, 건, %)

연도	자동차대수(a)	발생건수(b)	사고발생율(=b/a)
1980	527,729	120,182	22.8
1981	571,754	123,373	21.6
1982	646,996	141,128	21.8
1983	785,316	170,026	21.7
1984	948,319	134,335	14.2
1985	1,113,430	146,836	13.2
1986	1,309,434	153,777	11.7
1987	1,611,375	175,661	10.9
1990	3,394,803	255,303	7.5
1995	8,468,901	248,865	2.9

주: 일반적으로 책임보험건수를 평균유효대수로 나눈 것이 사용됨. 이 기준에 따르면 1983년에는 14.54%, 1984년 11.83%, 1985년 8.93%로 하락함.

자료: 보험개발원, 『자동차보험변천사』, 1997.

〈표9〉에서 보이는 바와 같이 자동차보험의 사고율은 민간보험에 개방된 이후 급격히 하락하고 있다. 이는 바로 경쟁을 중심으로 한 민간부문에 의한 보험운영이 보험사고를 줄임으로써 사회적 효율을 극대화했다고 본다.

자동차보험의 경우를 의료보험에 적용하는 것에 대한 논리의 비약이 제기될 수도

있으나 한편으로 보면 자동차보험도 상해에 대한 보상이 있다는 점에서 의료보험과 유사성을 제시할 수 있다. 그리고 자동차보험의 적용과정에서 의료수가의 문제 및 보험적용에 대한 수많은 사례가 있다. 그리고 양자 모두 도덕적 해이가 보험재정에 큰 영향을 미치는 공통점이 있으며, 소득의 증가에 따라 부보규모나 보험료의 증가가 함께 이루어진다. 「자동차보험진료수가에 관한 기준」에 따르면 진료수가의 결정은 의보수가에 준하도록 하고 있다.¹⁵⁾ 따라서 민간보험도 건강보험의 사무에 관한 충분한 능력을 보유하고 있다고 본다. 자동차보험의 민영화 경우 전체 보험사고율을 줄이면서 보험수지는 적자로 나타나고 있다는 것은 민영화가 사회적 후생을 극대화시키면서 합리적인 경쟁 상태를 유지하고 있다고 본다. 따라서 건강보험도 민간부문의 참여로 이러한 환경을 조성할 수 있다면 굳이 독점적 국민건강보험체제를 유지할 필요는 없다고 본다.

IV. 민간의료보험의 도입 방향: 보완성 대 경쟁성

민간보험의 활성화를 위한 궁극적인 정책 목표는 의료의 일정 질적 수준을 만족시키는 전제하에서의 국민진료비 억제라고 본다. 진료비를 억제하기 위한 방안으로는 국민건강보험을 근간으로 하고, 본인부담을 민간보험이 보충하는 방안, 기존의 국민건강보험을 민간보험과 경쟁을 시키고 대체를 허용하는 방안, (중)고소득층을 위한 민간보험을 활성화하고 저소득층에 대하여는 국민건강보험을 활용하는 방안이 있다.

민간의료보험의 도입방안은 크게 네 가지로 구분된다.¹⁶⁾ 모든 가능성을 망라해 본

15) 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 제5조(진료수가의 인정범위) ①교통사고환자에 대한 진료기준과 진료에 따른 비용의 인정범위는 보건복지부장관(보건복지부장관이 그 권한을 위임하거나 위탁한 경우에는 그 위임 또는 위탁을 받은 자를 포함한다. 이하 같다)이 일반환자의 진료에 관하여 의학적으로 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등으로 인정된 진료기준(고시 및 지침을 포함한다) 및 의료보험법 제35조제1항의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시하는 의료보험진료수가 및 약제비산정기준(이하 “의료보험기준”이라 한다)에 의한다. 다만, 다음 각호의 사항에 대하여는 해당 기준에 의한다.

16) 삼성경제연구소, 『민영의료보험활성화 및 생보사 참여방안』, 2001.4., p.6~9.

다. 첫째는 보충의료보험, 둘째는 공사보험 경쟁체제, 셋째는 국민건강보험 민영화, 넷째는 의료저축구좌 등이다.

1. 보충의료보험제도

보충의료보험제도는 민간의료보험이 공적의료보험제도의 법정급여의 본인부담이나 비급여 부분을 보장하는 것이다. 현재 우리 나라는 높은 본인부담비율(약 47%)로 가입자의 부담이 매우 높다. 따라서 어떤 형태로든 국민의 진료비 부담을 줄이거나, 진료비를 원활히 조달할 수 있는 수단이 필요하다. 이러한 점에서 가장 손쉬운 방법으로 공적건강보험을 보완하는 보충의료보험제도의 도입이 고려될 수 있다.

이 경우 보험회사는 진료비심사에 함께 참여하여 한계 상황에 있는 공적건강보험의 진료비심사기능을 보완할 수 있으며 진료비의 역제가 가능하게 된다. 영국이나 프랑스가 이러한 제도를 운영하고 있다.

2. 공사보험 경쟁체제

공사보험 경쟁체제로 민간의료보험을 도입할 수 있다. 이것은 민간보험에 가입할 경우 공적보험의 적용제외를 허용하는 것이다.

적용제외의 방법에는 첫째, 단체보험을 중심으로 한 적용제외가 있을 수 있다. 둘째, 독일식으로 고소득자에 대하여 민간의료보험을 선택할 수 있도록 하는 방안이 있다. 셋째, 바우처 시스템으로 민간보험에 가입하고자 하는 가입자에게 바우처를 지급하는 방안이 있다. 넷째, 생애의료보험가입제도가 있다. 즉, 평생 민간보험에 가입하는 가입자에게는 보험료의 일부를 정부나 공적보험이 환급해 주는 방안이다. 이것은 2000년에 도입된 오스트레일리아의 생애의료보험가입제도(Lifetime Health Cover Program)이다. 그리고 이상의 방법을 혼합한 모형도 고려할 수 있다.

첫째, 단체보험을 중심으로 한 적용제외의 경우 민간의료보험은 개별 혹은 기업 단위의 근로자를 중심으로 한 단체보험이 된다. 그리고 주로 민간보험의 적용은 기업단위가 되거나 동종 기업중심의 공동가입이 된다.

대기업의 경우 질병의 위험을 스스로 분담할 수 있기 때문에 보험계약에 기초한 의료보험의 도입이 가능하다. 문제는 민간의료보험의 도입 시 공적건강보험에 준하는 세제혜택이 주어져야 한다. 이것은 미국의 경우와 같은 건강보험체계라고 할 수 있으나, 공사보험의 선택이 주어진다는 점에서 오히려 미국보다 우월한 제도이다. 또한, 미국이 기업의료보험제도의 적용을 받지 못하는 가입자를 위하여 현재 공적 의료보험제도의 도입을 시도함에도 불구하고 이의 입법화가 정체상태에 있음을 고려할 때, 공적의료보험이 이미 활성화되어 있는 우리의 경우 적용제외는 매우 유효한 정책수단이 될 수 있다. 공적건강보험과 경쟁하도록 함으로써 공적건강보험의 관료화도 방지할 수 있다.

기업의료보험은 과거의 조합주의 방식 의료보험의 이점도 가질 수 있다. 기업의료보험에서 기업은 보험료부담을 줄이기 위하여 진료비의 억제 및 근로자의 건강에 많은 관심을 가질 수 있게 된다. 이것은 이미 의료보험의 통합이전과 이후의 비교과정에서 입증된 사안이기도 하다.

기업중심의 민간의료보험은 산재보험과도 관련된다. 현재 산재보험은 거의 모든 근로자가 적용되고 있음에도 불구하고 위험의 억제를 위한 노력이 충분하지 않은 것으로 본다. 더욱이 산재 발생 시 고용주는 산재 발생에 따른 보험료의 불이익과 노동사무소의 근로감독에 대한 부담으로 인하여 산재 발생을 위장할 유인이 많다. 결과적으로 산재보험의 적용을 의료보험의 적용으로 이전시킴으로써 의료보험의 적자요인이 된다. 따라서 기업중심의 의료보험은 은폐된 산재 발생 비용을 기업에게 부담시키기 때문에 산재 발생을 억제하려는 고용주의 노력을 유도한다.

최근 산재보험이 5인 미만 근로자를 기준으로 확대 되면서 산재지급이 급증하였다. 이들은 과거 의료보험의 적용을 받았을 것으로 본다. 그리고 장애가 지속적일 경우에도 계속 이들에 대한 급여지급은 누적되고 있다.

둘째, 고소득자에 대하여 민간의료보험을 선택할 수 있도록 한다. 이것은 고소득자의 경우 양질의 진료수요나 진료건수가 많아서 이에 따른 보험재정의 부담을 덜

기 위한 것이다. 따라서 고소득자의 경우 민간의료보험에 가입하도록 한다면, 우리나라의 경우 고소득자를 위하여 적어도 적자를 정부재정으로 충당해야 하는 부담은 줄이게 된다.

독일은 일정 수준 이상의 고소득자를 공적의료보험의 당연적용 대상에서 제외하고 있다. 공적의료보험의 당연가입에 해당되는 소득상한선이 공적연금상한선의 75%를 당연가입에 해당되는 소득상한선으로 규정하고 있다. 공적연금의 당연가입에 해당되는 소득상한선은 근로자의 평균소득의 2배 이내에서 결정하도록 하고 있다. 이에 따라 가입상한은 1999년의 경우 구서독지역은 6,375DM/월, 구동독지역은 5,400DM/월이 된다. 이에 따라 민간보험의 적용대상이 되는 가입자는 전체 인구의 약 10%가 된다.^{17) 18)}

셋째, 바우처 시스템으로 민간의료보험을 가입하고자 하는 가입자에게 국민건강보험이 바우처를 지불하는 것이다.¹⁹⁾ 이 방안은 평균보험료 이상 납부하는 가입자에 대하여 가입자의 평균급여액의 일정 액만큼 바우처를 지급하도록 한다. 따라서 보험료를 일정액이상 납부하지만, 민간보험에 가입하고자 하는 가입자가 수급받는 바우처는 납부한 금액보다 적게 하여 공적보험재정에 기여하도록 하자는 것이다. 이들은 바우처를 민간보험의 구입 시에 사용하게 된다.²⁰⁾

현 제도하에서 국민건강보험이 적자이고, 지역가입자는 정부의 지원을 향후 50%까지 받을 것임을 고려할 때 민간의료보험은 상대적으로 보험료가 높이 설정될 가능성이 높다. 그리고 민간의료보험의 수가는 의료공급자들이 국민건강보험의 수가를 적용하지 않을 가능성이 높다. 왜냐하면 국민건강보험의 수가가 규제된 것

17) 이덕훈, 나동민, 김원식, 김진수 (1998), 『사회보험과 민영보험의 효율적 연계방안』, 한국개발연구원, pp.89~93.

18) 독일은 1993년 1월 공적의료보험제도에 경쟁체제를 도입하여 분산관리운영체제의 의한 약 800개의 질병조합을 가입자가 선택할 수 있도록 함. 그러나 이러한 공적보험조합간 경쟁체제는 규제된 경쟁일 뿐아니라 저위험 가입자의 유치 경쟁으로 보험료를 억제하지 못함. 이에 대한 한계로서 독일은 2000년부터 관리의료시스템 (managed care)을 도입하고 있음.

19) 이것은 미국의 교육제도에서 공교육에 만족하지 못한 저소득층의 학생들이 사립학교에서 양질의 사교육을 받을 수 있는 기회를 제공하기 위하여 사용되는 제도임.

20) 이 방안의 기본 골격은 변재환(2001)에 의하여 제안됨.

이기 때문이다. 이들이 사실상 영리인 민간의료보험을 위하여 정부가 정한 수가를 적용받으려 하지 않을 것이다.

그리고 민간의료보험의 수요는 주로 국민건강보험의 비급여 부분을 중심으로 이루어 질 것이기 때문에 사실상 일반 국민에게 부담 가능한 보험료 수준이 결정될 수 없다. 민간부문에서 가격에 비하여 보다 나은 보험서비스를 받을 수 없다면 민간보험의 경쟁력은 없기 때문에 확산되기 힘들다. 바우처의 가격이 국민건강보험에서의 본인부담보다 더 크지 않은 이상 민간의료보험을 구입할 이유가 없다.

넷째, 생애의료보험가입제도(Lifetime Health Cover Program)이다. 이 제도는 가입자가 일정 연령에 도달하면 민간의료보험에 가입하는 것을 정부가 장려하는 제도이다. 2000년부터 오스트레일리아에서 도입되었다.²¹⁾ 이 제도는 30세가 되면 민간의료보험에 가능하면 낮은 보험료를 적용하여 민간부문의 생애의료보험제도에 가입하도록 하고, 보험료에 대하여 30%를 정부가 현금으로 보상한다. 그리고 보험료율은 늦게 가입할 경우 매년 2%씩 70%를 한도로 하여 상승한다. 따라서 생애의료보험은 가능하면 일찍 가입하는 것이 유리하다.

이 제도의 목적은 첫째, 가능하면 많은 국민이 민간의료보험에 가입하도록 하여 보험료를 낮추려는 것이다. 둘째, 가입자간의 연령층을 평준화하도록 함으로써 급여지출의 부담을 낮추려는 것이다. 셋째, 일정기간 보험을 유지하고 목적을 달성하면 보험을 취소하는 역선택(Hit and Run)을 최소화하기 위한 것이다.

생애의료보험을 판매하기 위하여 보험회사는 가입자를 차별해서는 안된다(Principle of Community rating). 이것은 노령층이나 장기보험자들이 민간보험에서 차별받지 않도록 하기 위한 것이다. 그리고 이 제도를 지원하기 위하여 모든 민간보험자들이 노인 및 장기환자들의 비용을 분담할 수 있는 재보험제도를 마련하고 있다. 따라서 고위험의 가입자를 많이 보유하고 있다고 불이익을 받지 않는다.²²⁾ 이 제도는 오스트레일리아가 실시하고 있는 전국민 의료보험제도와 민간의료보험 제도간의 균형을 맞추기 위한 것이다.

21) 오스트레일리아 보건사회부 홈페이지 (<http://www.health.gov.au/>) 참조.

22) 현재 40개의 보험회사가 이 상품을 판매하고 있으며 전체 국민의료비의 약 10%를 조달하고 있음.

현재 오스트레일리아의 공적건강보험(Medicare)은 소득세에 부과되는 의료보험세를 중심으로 한 일반세수로 조달된다. 의료보험세는 일정소득 이상의 가구에 대하여 과세소득의 1.5%이다. 이는 전체 비용의 27% 정도이다. 그리고 민간의료보험을 가지고 있지 않은 고소득자는 과세소득의 1%를 추가적으로 부담시킨다.

건강보험의 적용대상자는 공공환자로 진료받기를 선택한 경우 무료 혜택을 받으며, 민간환자로 진료를 받을 경우 정부로부터 부분적 보조를 받는다. 전자의 경우 공공진료기관에서 진료선택권이 없다. 그러나 후자의 경우는 본인이 부담을 하면서 의사를 선택할 수 있다. 민간의료보험을 보유한 경우 의사수당은 공적건강보험에서 부담한다.

우리 나라에 오스트레일리아의 생애의료보험을 도입한다면 이 제도에 대한 가입 유인책의 재원조달이 문제가 된다. 만일 고소득자가 생애의료보험에 가입할 것이므로 상대적으로 국민건강보험에서의 비용절감효과가 클 것이다. 따라서 국민건강보험에서 일정액을 상환하는 것을 고려할 수 있다. 혹은 정부가 재정적자를 메우고 있는 현실을 감안하여 정부가 일반예산으로 직접 상환하는 것도 바람직하다. 이는 의료보험료의 인상요인을 최소화시켜서 저소득층의 부담을 줄이는 긍정적인 결과도 있다. 오스트레일리아제도의 이점은 민간의료보험을 공적보험과 사실상 대등한 위치에서 사회적 역할을 극대화시킨다는 것이다. 그리고 안정된 보험회사에 대하여 이윤 보장을 통한 제도의 유인보다는 공적보험과 상품 대 상품으로서의 경쟁을 촉진시켜서 효율성을 제고시킨다는 의미가 있다.

이상의 경쟁관계 혹은 적용제외 모델의 문제는 현재 판매되고 있는 민간의료보험이 국민건강보험과 비교하여 다음과 같은 이유로 사회보장적 성격이 부족하여 대체적인 관계를 설정하기가 힘들다는 것이다.

첫째, 민간의료보험은 차별화된 위험을 통하여 수익을 극대화한다. 따라서 위험이 큰 가입자에 대하여는 경우에 따라 보험가입을 거부하게 된다. 이에 따라 고위험 가입자는 국민건강보험에 몰리게 된다. 양자가 대체적인 관계를 유지하기 위하여 국민건강보험이 가입자를 차별하지 않듯이 민간의료보험도 보험자를 위험에 따라 차별하지 않아야 한다.

둘째, 지속적 급여지급에 대하여 취약하다. 국민건강보험은 지속적 급여지급 대

상자에 대하여 계속 의료보험료를 징수하나 민간의료보험은 제한적으로 급여를 지급하지 않는다. 따라서 예상치 못한 급여의 연장지급에 따라 민간보험은 지급능력을 상실하거나 파산하게 된다. 이에 따라 가입자의 손실가능성이 높다. 혹은 급여의 연장지급이 다른 가입자, 혹은 다음 세대 가입자에게 높은 보험료의 인상으로 나타나서 보험상품의 판매를 위축시킨다.

3. 국민건강보험의 민영화

기존의 국민건강보험을 완전민영화하고, 저소득층을 위한 의료부조제도를 확대한다. 완전민영화는 미국식의 기업의료보험을 고려할 수 있다. 기업의료보험은 저소득층의 경우 의료에 대한 접근도가 매우 낮아지게 되어 바람직하지 않다. 그러나 우리나라와 같이 공급자가 거의 민영인 경우 이들의 경쟁성만 유지된다면 효율성의 측면에서 고려될 수 있다. 대신, 저소득층을 위한 의료보호, 노인들을 위한 장기보험 등은 정부가 제공해 주지 않으면 안 된다.

국가 전체적으로 볼 때는 경쟁에 따른 국민의료비를 절감하는 대신 국민은 저소득층을 위한 의료부조를 세금으로 추가적으로 부담시켜야 한다. 문제는 현재 저소득층에 대한 의료부조에 대한 지출이 급증하고 있으며 공급자에 있어서도 공급의 도덕적 해이가 많이 발생하고 있다는 것이다. 이러한 문제가 근본적으로 해결되지 않는 이상 국민건강보험의 민영화는 어렵다고 본다. 이 도덕적 해이는 의료부조 급여의 지급지연과도 관련이 있다고 본다. 의료보호의 지급부족에 대하여 공급자는 기회비용을 보상받으려는 욕구가 강하게 나타난다. 이러한 욕구로 진료에 대하여 과잉진료나 부정수급을 발생시키려는 유인이 존재할 것으로 본다.

4. 의료저축제도

의료보험의 또 다른 재원 조달 방안으로 의료저축제도를 들 수 있다. 이것은 민간

혹은 공공이 차이 없이 운영할 수 있다고 본다. MSA(Medical Saving Account)는 개인 의료비를 조달하기 위하여 평소에 적립을 해나가는 일종의 개인구좌이다. 건강에 대한 위험을 개인별로 시기에 따라 분산시키는 것으로 개인의 도덕적 해이를 억제할 수 있는 이점이 있다.

싱가포르는 1970년대의 급격한 의료비 상승과 공공부문의 비효율성을 경험한 것을 계기로 새로운 재원조달 방식으로서 MSA를 도입하였다. 싱가포르가 이 제도를 도입함에 있어 채택한 원칙은 국민의 자유로운 선택 보장, 국민의 자립성 강조, 자유시장 경쟁원리의 도입 및 빈곤층에 대한 최소한의 보조 등이었으며, 앞으로 늘어날 국민의료비, 특히 노인인구 증가에 따른 노인의료비의 안정적인 재원조달을 주목적으로 하였다.

우리 나라가 이 제도를 도입할 경우의 문제는 첫째, 개인별로 기금을 적립해나가는 도중 충분한 양의 적립금이 조성되지 못한 시점에서 고액의 지출이 요구되는 경우와 같은 자금의 유동성 문제를 고려해야 한다. 둘째, 개인의 힘으로 분산시키지 못할 정도의 위험에 대한 대비책이 별도로 마련되어야 한다는 점이다(정부의 의료기금 등).²³⁾

우리 나라의 경우 소액진료비를 MSA에서 지불하고 공적의료보험은 고비용진료를 중심으로 급여를 지급하는 방안이 제안되고 있다. 그리고 장기적으로 적립된 기금은 노인진료비에 사용할 수 있도록 하는 방안이 제안될 수 있다.

그러나 이 제도는 사회보험의 대응으로서 제안되는 제도이며 순수 민간제도로써 운영하는 데 있어서는 한계가 있다. 다른 지출 수요(예: 주택자금 등)가 있음에도 불구하고 단순히 의료를 위하여 개인이 기금을 적립한다는 것은 매우 어렵다.²⁴⁾ 오히려 MSA에 노인간병보험으로서의 역할을 부여하여 보험사가 운영하는 것이 더 합리적이다.

이상의 방법 등은 사실 현행 제도 하에서도 상품으로 제공될 수 있는 것이다. 문제는 민간의료보험상품이 공적보험제도를 보완하고 개인의 의료문제를 효율적으로 해결할 수 있음에도 불구하고 민간이 활용할 만한 유인이 없다는 것이다. 우선은 공

23) 권순원(1999.5) 참조.

24) 싱가포르의 경우는 연금성격의 Provident Fund에서 주택자금을 대출함.

적의료보험의 보험료에 대하여 부담을 느끼고 있으며, 따라서 급여수준이 높다고 해도 자발적으로 민간의료보험에 가입을 하지 않는다.

따라서 국민의료보험을 보완하면서 개인의 의료문제를 효율적으로 해결할 수 있는 민간의료보험제도의 활성화 방안을 마련해야 한다. 그리고 민간보험으로서 위의 어떤 방법이든 개인의 특성에 맞는 민간의료보험 상품에 가입하도록 하는 것이 바람직하다고 본다.

V. 민간의료보험의 활성화 방안

II절에서 언급된 바와 같이 민간의료보험은 의료보험 자체나 생명보험이나 손해보험과의 특약의 형태로 판매되므로 구체적인 지속적인 파악은 되지 않고 있다. 그러나 생명보험의 경우 의료보험관련 상품이 차지하는 비중이 매년 증가하고 있다. 따라서 소득의 증가에 따라 의료시장은 확대될 것이며 이에 따라 의료보험에 대한 수요는 앞으로도 계속 증가할 것이다. 특히 근로자들의 경우 질병 위험에 대한 인식이 증가하고 있어서 국민건강보험의 문제점을 보완하는 정책으로서 정부의 민간의료보험지원책이 시급하다.

민간의료보험의 활성화 방안은 크게 두 가지로 구분된다. 첫째, 세제를 통한 활성화와 둘째 건강보험시스템의 개선을 통한 활성화이다.

1. 세제지원

세제를 통한 활성화는 개인소득공제와 법인세의 손비인정의 방법이 있다. 현행 민간의료보험관련 세제혜택의 내용은 다음과 같다.

소득세법 52조(특별공제) 1항의 2에 따르면 기본공제 대상자를 피보험자로 하는 보험 중 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 것으로서 대통령이 정하는 보험계약에 의하여 보험자에게 지급하는 보험료로서 70만원을 한도로

하고 있다.

그리고 위에서 대통령령이 정한 보험계약은 소득세법시행령 제109조(보험료공제)에 ①생명보험, ②상해보험, ③화재·도난 기타의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험, ④농업협동조합법·수산업협동조합법·신용협동조합법 또는 새마을금고법에 의한 공제 등이다.

의료보험료 혜택은 자동차보험 등 모든 보험이 법으로 강제적으로 먼저 포함되어 보험액이 커질 경우 혜택이 제한적일 수밖에 없다. 따라서 의료보험은 준사회보험으로서 보험료를 전액 소득공제하는 것이 바람직하다.

의료에 관련한 세제혜택으로 의료비에 대한 공제가 있다. 소득세법 52조(특별공제) 1항의 3에 따르면 대통령령이 정하는 의료비가 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액(이하 이 조에서 “공제대상 의료비”라 한다)은 소득공제하도록 하고 있다.

의료비에 대한 공제혜택은 고소득층이 더 높은 한계세율의 혜택을 받게 되어 저소득층보다 더 큰 혜택이 된다. 따라서 의료비에 대한 공제혜택은 영세율의 적용을 받는 저소득층이나 한계 세율이 낮은 일반 국민에게는 큰 혜택이 아니다.

의료비 공제보다는 오히려 소액이나마 보험료에 대한 공제혜택을 늘이는 것이 더 바람직하다. 이 경우 부의소득세(negative income tax)도 가능하도록 하여 사실상 정부가 보험료의 일부를 보조하는 것이 되도록 한다.

민간의료보험은 기업을 중심으로 운영하도록 유도하여 관리비용을 절감하는 것이 바람직하다. 따라서 세제혜택을 부여하는데 있어서 민간보험의 단체 가입에 대하여 손비인정혜택을 부여하는 것이 필요하다.

법인세법 제26조(과다경비 등의 손금불산입)에 따르면 ①인건비, ②복리후생비, ③여비 및 교육훈련비, ④보험사업을 영위하는 법인의 사업비, ⑤법인이 당해법인 외의 자와 동일한 자와 동일한 조직 또는 사업 등을 공동으로 운영하거나 영위함에 따라 발생되거나 지출된 손비 등은 과다하지 않은 이상 손비에 산입되게 되는데 복리후생비에는 보험료가 포함되지 않고 있다.²⁵⁾ 그러나 올해부터 소득세에서 사용자가 부담하는 보험료가 70만원까지 소득에 포함되지 않도록 되어 있어서 사실상의 혜택이 주어지고 있다.²⁶⁾ 이에 따라 의료보험이 비과세 소득이 될 확율이 낮다.

이 경우 개인은 소득공제혜택을 받지 않고, 같은 보험서비스에 대하여 보험료 부담이 줄어든다. 기업은 이 비용이 복리후생비에 들어가는 것이 아니라 일반적 임금의 형태로 지급되어 상대적으로 기업의 입장에서는 기업의 복리후생비에 대한 비중이 과소평가되는 결과를 낳는다.

그러나 어떤 형태로든 개별적으로 의료보험에 가입하는 것보다 기업이 근로자의 복지 차원에서 주도적으로 가입하는 것이 되어 근로자들의 보험가입요구는 높아질 것으로 본다. (복지혜택은 세금절약과 밀접히 관련된다.)

보험회사는 특정질병에 대하여는 직접 진료병원을 지정하여 피보험자를 관리하도록 하며, 보험수가를 보험회사와 상의하여 결정되도록 진료행태에 간섭하고 효율적 관리가 되도록 유도할 수 있다. 이것은 보험료의 결정에 영향을 미친다. 현재 도입이 진행중인 DRG의 활성화가 민간의료보험을 중심으로 가능해진다. 이것은 진료시장의 경쟁성을 반영하여 지역마다 혹은 병원마다 다르게 결정될 것이다.

25) 법인세법시행령 제45조 (복리후생비의 손금불산입)

①법인이 그 임원 또는 사용인을 위하여 지출한 복리후생비중 다음 각호의 1에 규정하는 비용외의 비용은 이를 손금에 산입하지 아니한다. [개정 2000. 2. 7]

1. 직장체육비
2. 직장연예비
3. 우리사주조합의 운영비
4. 삭제 [2000. 12. 29]
5. 의료보험법에 의하여 사용자로서 부담하는 의료보험료 기타 부담금
6. 영유아보육법에 의하여 설치된 직장보육시설의 운영비
7. 고용보험법에 의하여 사용자로서 부담하는 보험료
8. 기타 임원 또는 사용인에게 사회통념상 타당하다고 인정되는 범위 안에서 지급하는 경조사비 등 제1호 내지 제7호의 비용과 유사한 비용

②내지 ④삭제 [2000. 12. 29]

26) 소득세법 시행령 제38조 (근로소득의 범위) 제 ①항의 12에서 종업원이 계약자이거나 종업원 또는 그 배우자 기타의 가족을 수익자로 하는 보험·신탁 또는 공제와 관련하여 사용자가 부담하는 보험료·신탁부금 또는 공제부금(이하 이 호에서 “보험료 등”이라 한다.)이 소득에 포함되나 다만, 다음 각목의 보험료 등을 제외한다. (1998. 12. 31 개정) 이 중 나. 종업원의 사망·상해 또는 질병을 보험금의 지급사유로 하고 종업원을 피보험자와 수익자로 하는 보험으로서 만기에 납입보험료를 환급하지 아니하는 보험(이하 “단체순수보장성보험”이라 한다)과 만기에 납입보험료를 초과하지 아니하는 범위 안에서 환급하는 보험(이하 “단체환급부보장성보험”이라 한다)의 보험료 중 연 70만원 이하의 금액 (2001. 12. 31 개정)

국민건강보험에서 DRG의 적용을 고려하고 있으나 이것은 지역의 특성을 고려한 분산관리체제의 공적건강보험이나, 민간보험, 혹은 보건관리기구 (HMO)에서 효율적 운영이 가능한 것이며, 단일 보험자의 우리 제도에서는 바람직하지 않다.²⁷⁾

기업중심의 민간의료보험의 혜택은 어떤 형태로든 근로자의 건강을 기업이 관리할 수 있는 공간을 마련할 수 있다는 것이다.

다음은 보험회사가 민간의료보험을 운영하기 위하여는 의료관리기구의 설립이 필요할 것으로 본다. 이것은 가입자의 의료행태를 직접 관리하고 사례를 수집하는 역할을 한다. 이를 위해서는 보험회사가 병원이나 의료보험 관련 자회사를 운영할 수 있는 법의 개정이 필요하다.

또한, 보험자료를 관리하고 통계를 분석할 수 있는 기구의 필요성이 매우 크다. 이것은 의료보험급여 지급에 대한 자료와 함께 가입자의 소득에 대한 기초자료와 함께 질병특성까지 관리하고 회원사가 활용할 수 있도록 해야한다. 이것은 지금까지 우리 보험산업의 문제로서 제기되어온 기초자료 부족으로 인한 보험상품의 실패 문제를 근본적으로 해결할 수 있다. 그리고 단순히 금융감독원의 규제에 의존해 온 상품개발을 자율적으로 활성화시킬 수 있는 계기도 된다. 이것은 미국의 EBRI(Employee Benefit Research Institute)의 성격을 갖게 한다면 보험산업의 경쟁력 제고에 충분한 기능을 할 수 있게 한다고 본다.(회원사끼리 연금 및 의료보험자료를 분석목적으로 공유한다.)

오스트레일리아에서 운영하고 있는 생애건강보험제도는 매우 효과적인 민간의료보험제도라고 본다. 즉, 생애건강보험을 매우 낮은 가격으로 가능하면 젊은 가입자를 중심으로 판매하도록 하고, 가입자에 대하여 정부는 보조금을 지급한다. 그리고 이 제도를 승인하는 과정에서 정부는 이들이 보험정보를 공유하도록 하는 유인을 만든다. 이 경우 그 동안 보험회사간의 경쟁심리로 인하여 수집되지 않았던 민간의료보험에 관한 개인별 자료를 통합할 수 있는 계기를 만들 수 있다고 본다. 이는 사실상 개방되어있는 우리 나라 민간의료보험산업의 발전에 전기가 될 것으로 본다.

27) 민간보험의 경우 DRG는 단일 상품에 대한 규모의 경제가 적용되어 효율성을 제고할 수 있음.

2. 건강보험시스템의 개선

민간보험의 활성화를 위하여 첫째, 노인간병보험의 도입, 둘째, 국민건강보험 경협요율제도의 도입, 셋째, 다층보장제도의 도입이 필요하다.

첫째, 노인간병보험의 도입으로 의료보험의 재정적자요인을 줄이면서 민간부문간의 경쟁환경을 조성한다.

건강보험 급여의 지출구조에 있어서 진료비의 주요 증가요인의 하나는 노인의료비의 증가이다. 노인의 진료비는 주로 퇴행성 질환이 주를 이루고 있다. 따라서 이들의 진료를 집단화시켜서 진료비 지출을 억제하는 방안이 고려되어야 한다. 특히 노인의 간병문제가 노령화에 따라 심각해지고 있으므로 간병과 질환을 함께 관리할 수 있는 노인간병보험(Long-term care)제도의 도입이 필요하다.

이 경우 노인은 건강보험의 대상에서 제외되며 일정 연령 이상부터 부과된 간병보험료를 재원으로 하여 노인계층의 진료가 이루어지게 한다. 김병익(2002)은 국고지원과 함께 직장과 지역의 보험료 수입을 일정율을 각출해 조성한 공동기금으로 노인급여비와 고액급여비를 담당하도록 하자는 제안을 하고 있다.

현재 정부도 간병보험을 도입하기 위한 준비작업에 있으나 이 제도는 우선 노인간병시설을 우선 필요로 하고 별도의 인력이 충원되어야 하므로 매우 신중히 실행되어야 한다.²⁸⁾ 자칫 공적제도로써 확대되다보면 제도의 재정건전성이 쉽게 훼손되어 그 심각도는 의료보험보다 훨씬 클 수 있다. 왜냐하면 이 제도는 일단 급여가 시작되면 노인의 사망 시까지 보장되어야 하고, 과학기술의 발달로 수명이 급격히 연장될 경우 급여지출 규모가 전혀 예측될 수 없기 때문이다.

따라서 우선은 민간의 간병보험제도를 가입하도록 하여 세제혜택을 부여한다. 그리고 민간 간병보험이 충분히 활성화된 후 공공간병보험을 도입하여야 한다. 강제 의료저축제도의 도입은 별도의 저축을 가져야 하는 부담이 있다. 그러나 노인수발

28) 정부는 간병시설의 확보를 위하여 올해부터 2004년까지 전국 중소병원의 약 30%를 노인치매병원 등 장기 요양시설로 전환한다는 방침으로 시설자금 지원 및 진료과목의 규제 완화, 별도의 수가체계를 마련하는 방안을 검토하고 있음 (『사회복지신문』, 2001.10.29).

보험의 경우는 근로기간 중 재원을 미리 준비해야 하므로 노인수발보험을 위한 의료저축제도는 바람직하다고 본다.

둘째, 기업별 경험요율의 적용이 고려되어야 한다. 건강보험의 급여지출은 근무환경 및 가입자의 건강관리 상태와 밀접히 관련을 갖는다. 따라서 노사가 함께 스스로 급여지출을 억제하는 것이 가장 좋은 재정안정방안이다. 개인별 경험요율을 산출하여 보험요율을 적용하는 것은 공보험의 이념과 상충되므로 적어도 기업별로 별도의 보험요율이 적용되도록 해야 한다. 이 경우 기업은 가입자의 건강관리에 관심을 갖게되고 이에 따른 부산물로서 생산성도 제고할 수 있다. 특히 근로자의 질환이 기업의 업무연관성과 밀접히 관련되기 때문에 집단별로 건강관리를 할 수 있도록 하는 것은 전체 국민의료비의 절감에도 기여할 수 있다. 이러한 요율차별화는 중소기업 및 전통산업에 부담이 될 수도 있으나 이는 범사회적 의료기금의 적립과 부분적 경험요율의 적용으로 해결이 가능하다고 본다.

경험요율을 적용해야 하는 다른 이유는 산재보험 환자의 의료보험적용 가능성이다. 산재가 발생할 경우 고용주는 산재요율의 인상에 대한 우려와 노동사무소에서 규제 감독을 우려하여 산재보험의 적용을 기피하는 경향이 있다. 이에 따라 경미한 산재의 경우 의료보험의 적용을 받는 경우가 많다. 따라서 산재환자의 의료보험 적용 여부를 판단하여 산재보험에 진료비를 청구하는 방안이 고려되어야 한다. 그러나 산재적용의 판단과 건강보험 적용의 판단은 매우 어렵다. 이러한 점에서 직장별로 경험요율을 적용하는 것은 산재로 인한 건강보험의 재정 부담을 줄이면서, 산재의 발생도 억제하는 이중적 효과가 있다.

셋째, 다층진료체계의 확립이 필요하다. 단일의 공적보험으로 다양한 경로로 나타나는 국민의료비부담을 책임지는 것은 오히려 비효율을 낳는다. 따라서 원인별, 진료비 부담별로 다층 보험시스템을 구축하는 것이 필요하다. 현재의 건강보험은 중증질환에 대하여는 과소보험으로, 경증질환에 대하여는 과대보험을 하고 있는 것으로 나타나고 있다. 따라서 공적건강보험은 진료비 부담의 최후 조달원으로 하고, 경증진료에는 민간이 선택적으로 보험을 가입하도록 유인한다.

〈그림2〉 다층구조의 진료체계

3층	major risk	중증질환(고액진료비)	조세(목적세)
2층	↑	중증질환(간단한 입원 및 고액외래)	공적건강보험
1층	↓	경증질환(소액진료비)	공적건강보험
건강증진	Minor risk	생애주기별(유아, 청소년, 중장년, 노년) 건강관리 프로그램	노인: 간병보험
보장단계		보장대상	일반: 선택적 민간보험
			조세(일반재정) / 저소득층
			재원조달방식

주 : 최병호(2001)의 다층 진료체계를 보완한 것임.

VI. 결론

아무도 개인의 건강을 보장하지 못한다. 어떤 경우든 모든 개인에게는 고액의 진료비를 낳는 질병의 위험이 존재하기 때문이다. 따라서 국민건강보험도 결코 국민의 건강보험을 보장하지 못한다. 이러한 점 때문에 의료보험은 공사부문간의 공조가 어떤 다른 부문보다 필요한 영역이다.

소득의 증가에 따라 건강에 대한 가치가 누진적으로 증가하게 되고, 모든 생명에 연관된 진료에 대한 비용 지출의 한도는 윤리적으로 무한하다. 따라서 진료비의 부담은 사회적 장치를 가동하여 효율적으로 대처하지 않으면 안 된다. 이러한 점에서 민간의료보험의 활성화 필요성이 제기될 수밖에 없다. 특히 국민건강보험 재정의 악화는 근본적으로 급증하는 의료수요를 통제하지 못한데 있다고 부인할 수 없으나 이는 독점보험자와 공적제도로서의 한계로 나타난 결과이다.

즉, 기존의 진료체계 하에서 급증하는 의료수요에 따라 보험료의 인상이 있어야 하나 보험료의 인상이 국민의 여론을 앞세운 가입자의 저항에 부딪쳐서 인상시점을 놓쳐왔다. 이것은 매번 보험재정의 건전화를 위한 제도의 개선에도 불구하고 보험재정의 적자가 예상치를 초과했음으로 알 수 있다.

문제는 민간의료보험의 활성화를 위한 제반 조치들이 반드시 민간의료보험의 성공을 보장하지 않는다는 것이다. 기본적으로 국민건강보험시스템의 안정성이 보장되어야 민간보험의 안정적 수익기반이 조성될 수 있다. 국민건강보험이 전체 의료산업에 대한 절대적인 영향력이 있는 상태에서 민간보험의 운영은 상당히 위험을 내포할 수밖에 없다고 본다. 따라서 국민건강보험의 건전화 방안이 민간의료보험 활성화의 전제가 된다.

현재 가장 우려되고 있는 국민건강보험의 재정 건전화 방안은 크게 세 가지의 방향으로 접근해야 한다고 본다. 첫째는 진료비의 억제이다. 이를 위해서는 시장원리의 존중이 필요하다. 의약품시장에서 환자도 시장조사(doctor shopping)를 할 수 있는 여건을 마련해야 하며, 진료에 있어서도 과잉진료를 억제하고 부정청구를 억제할 수 있는 유인이 있어야 한다. 이를 위해서는 건강보험의 지배구조를 중앙집중 형태보다 다원화하는 것이 필요하다. 다원화를 위한 첫걸음이 민간의료보험의 활성화라고 본다.

둘째, 재원조달 방법의 다원화이다. 보험은 급여를 스스로 충당할 수 있는 재원의 확보가 필수적이다. 그렇지 않으면 공적보험이어도 보험이 아니다. 기본적으로 고소득층은 응익의 원칙에 기초하여 부담을 지우고, 저소득층은 응능의 원칙에 입각하여 부담시킨다. 그리고 저소득층에서 발생하는 적자는 정부의 재정으로 충당한다. 아울러 고소득층은 민간의료보험의 가입 시에 국민건강보험에 대한 적용제외가 가능하도록 한다.

재원조달은 담배부담금의 경우 적자를 충당하기에는 한계가 있다고 본다. 따라서 기업의 임금총액에 대하여 임금세를 부담시키는 것이 안정적 재원의 확보에 바람직하다고 본다. 소비과세의 형태는 물품세가 아닌 이상 경제전체에 미치는 파장이 매우 크기 때문에 바람직하지 않다. 그러나 복권에 대한 과세는 그 수요가 급히 팽창하는 분야이므로 경제적 왜곡 없이 기금의 확보가 가능하다.

셋째, 보험시스템의 개선이다. 노인진료비가 급증하는 것이 재정의 안정성을 해친다고 보고 노인간병보험의 활성화가 필요하다고 본다. 공공간병보험은 자칫 의료보험의 재정적자를 전가시키는 결과를 초래할 수 있다. 따라서 중간 단계로서 노인 질병저축계정의 도입도 고려될 수 있다. 지역별, 집단별, 기업별 보험료율을 진료수요에 따라 차별화 한다. 이것은 급여와 보험료를 연계하여 가입자의 건강관리에 대한 투자를 촉진한다. 건강보험시스템에서 자치단체의 역할을 강화한다. 정부의 건강보험 적자 보전은 자치단체를 경유하여 이루어지도록 하고, 자치단체의 주민 건강사업과 지역별 건강보험재정 상태를 연계하도록 한다.

이상의 방안은 모두 민간의료보험의 도입과 밀접한 관계를 갖는다. 우선 진료비의 역제는 국민건강보험의 문제일 뿐 아니라 자동차보험 등을 포함한 민간의료보험의 과제이다. 재원조달의 방안도 국민건강보험료의 개인부담이 커지면 민간의료보험의 구매력에도 한계가 발생한다. 그리고 마지막으로 보험시스템의 개선은 민간보험의 영역을 설정하는데 매우 결정적이 된다. 보험시스템의 결정에 따라 건강보험의 시장성이 결정되고 규모의 경제(Economies of Scale) 뿐만 아니라 범위의 경제(Economies of Scope)에 따른 수익성이 보장되기 때문이다.

민간의료보험의 도입방안은 크게 네 가지로 나눌 수 있다. 첫째는 보충의료보험으로서 국민건강보험의 본인부담분과 비급여부분을 부보하는 것이다. 이것은 독점적 국민건강보험의 잔존시장을 대상으로 하는 상품이 된다. 그러나 민간보험회사에 있어서는 보험금의 지급에 대한 관심을 낳을 수 있어서 국민건강보험이 자신의 관리운영에 이들의 입장을 반영한다면 운영에 긍정적 외부효과를 제공한다.

둘째, 공사보험경쟁체계로서는 다양한 방법이 있으나 현재 오스트레일리아가 운영하고 있는 생애의료보험프로그램(Lifetime Health Cover Program)이 효과적일 것으로 본다. 이 제도는 평생 가입해야 하는 민간의료보험 상품을 싼값에 구입할 수 있도록 정부가 지원하는 제도이다. 이에 따라 민간보험회사는 다수의 가입자를 확보할 수 있고, 이에 따라 보험료도 절감할 수 있다.

셋째, 의료보험의 민영화로서 기존의 국민건강보험을 기업의료보험을 중심으로 완전히 민영화하고 민간보험회사도 국민건강보험제도에 기초한 보험상품을 판매대행 하도록 하는 것이다. 그리고 저소득층에 대하여는 의료보호, 노인에 대하여는 장

기보험을 정부가 제공한다. 이것은 기존의 자동차보험의 민영화과정을 제안하는 것이다.

넷째, 의료저축제도는 싱가포르의 제도를 모방한 것으로 진료비 지급을 위한 개인계정을 국민이 모두 갖도록 하는 것이다. 그러나 주택, 교육 등 일반 저축도 하지 못하는 일반 국민을 고려할 때 이러한 계정이 유지되지 않을 것으로 본다.

따라서 향후의 민간의료보험의 방향은 첫째의 보충민간의료보험을 시발로 하여 오스트레일리아형의 생애의료보험가입제도로 활성화시키는 것이 바람직하다고 본다.

민간의료보험의 활성화를 위한 선택대안은 첫째로 의료보험료의 소득공제 신설, 둘째로 기업의료보험의 손비인정 혹은 개인소득 비과세, 셋째로 노인의 장기진료를 위한 노인수발보험의 도입을 통한 의료보험시장 진입 가능성 확대, 넷째로 다층구조의 의료보험시스템 구축을 들 수 있다.

그리고, 보험 운영의 가장 큰 과제로서 효율적 위험의 관리 방안이 제시되어야 한다. 정부지원이 가능한 적격민간의료보험상품을 판매하기 위하여 가입자 정보망에 대한 참여가 요구되어야 한다. 사생활의 보호를 위하여 개인이 판별되지 않도록 데이터베이스를 구성하여 상품의 개발에 활용할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 그리고 보험회사들이 건강관리기구(Health Maintenance Organization: HMO), 병원 운영 등 의료보험관련 기관을 운영하도록 하여 비용을 절감할 수 있는 유인을 제공해야 한다.

마지막으로 민간보험의 활성화는 민간부분으로 구성된 의료서비스 산업의 경쟁을 유도하며 시장의 경쟁력을 제고한다. 따라서 민간보험의 활성화로 개선된 시장을 바탕으로 공적보험의 운영환경이 개선될 수 있고, 의료위험에 대한 민간보험의 행태를 모니터링함으로써 공적보험의 효율성 제고에 활용할 수 있다고 본다.

참 고 문 헌

- 경제기획원, 『경제활동 통계연보』.
- 권순원, 「의료저축 계정의 도입 가능성에 대한 소고」, 『보건경제연구』, 제5권, 1995.5.
- 김원식, 「사회보험제도의 현황과 발전방향」, 『사회과학연구』, 제1집, 1991, pp.173~202.
- _____, 「보험진료체계의 개선」, 『의료부분의 선진화를 위한 의료정책과제: 자료집』, 의료개혁위원회, 1997. 2
- _____, 「우리나라 의료보험진료체계의 개선방안: 의료산업의 효율화를 중심으로」, 『한국보건경제학회학술발표회』, 한국보건경제학회, 2000.12.15.
- _____, 「의약품 직불제의 경제학적 평가」, 『의약품 유통개혁의 올바른 방향: 정책토론회』, 건강복지사회를 여는 모임, 2001.4.12.
- _____, 「민간의료보험제도의 활성화 방안」, 『대한병원협회지』, 제30권 5호, 2001. 9/10.
- _____, 『4대사회보험제도의 개편방향』, 대한상공회의소, 2001.
- _____, 「건강보험제정의 건실화 방안: 시장유인과 형평성을 중심으로」, 『건강보험의 정상화』, 건강복지사회를 여는 모임 정책토론회 자료집, 2002.4.19.
- _____, 김용하, 『2000년대를 위한 사회보험제도』, 전국경제인연합회, 1999.
- _____, 이덕훈, 나동민, 김진수, 『사회보험과 민영보험의 효율적 연계방안』, 한국개발연구원, 1998.
- 나해인, 「자동차보험의 현황 및 향후 자유화 추세에 관한 소고」, 『보험개발연구』, 제14호, 1995.4.
- 변재환, 「새 민간건강보험제도 도입방안」, 미발표, 2001.
- 보건복지부, 『4대사회보험통합을 위한 자료집 II』, 1998.12.
- 보험개발원, 『사회환경변화와 민영보험의 역할』, 1997.
- 보험개발원, 『자동차보험변천사』, 1997.
- 삼성경제연구소, 「민영의료보험활성화 및 생보사 참여방안」, 2001.4.
- 신영석, 『국민건강보험의 재정안정화 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 오영수, 「국민건강보험과 민간건강보험의 상호협력체계 구축방안」, 『민간의료보험도입 Task force 발표논문』, 2001.
- 의료보장연구회, 「의료보험통합 이대로 좋은가」, 1999.7.30.
- 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』.

- 의료보험조합연합회, 『직장의료보험조합 결산현황』.
_____, 『의료보험통계연보』.
- 정채웅, 「자동차보험 의료비 적정화 방안」, 『보험개발연구』, 제2호, 1991.3.
- 정영호, 「OECD보건재정 및 국민의료비지출동향」, 『한국보건경제학회 학술발표대회, 2000년 추계』, 2000.12.15.
- 최병호, 「대만의 통합의료보험제도의 운영현황과 새로운 개혁 논의」, 『보건복지포럼』, 제 25호, 한국보건사회연구원, 1998.6.
- _____, 「민간의료보험의 도입필요성 검토」, 『보건복지포럼』, 제15호, 한국보건사회연구원, 1997.12.
- _____, 신현웅, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 한국보건사회연구원, 『전국노인생활실태 및 복지욕구조사』, 1998.12.
- Atkinson, A. B. and Martin Rein (eds.), *Age, Work and Social Security*, St. Martin's Press, 1993.
- Dionne, Georges (ed.), *Contributions to Insurance Economics*, Kluwer Academic Publishers, 1992.
- Gramlich, Edward M, "Economist's View of the Welfare System," *American Economic Review*, May 1989, pp.191~6.
- "New Partnership for Care in Old Age," *A Consultation Paper presented to U.K parliament*, 1996. 5.7.
- Pauly Mark, Bandle Herring, *Pooling Health Insurance Risks*, The AEI Press, 1999.
- Rejda, G. E., "Social Insurance and Economic Security", 2nd ed., *Prentice-Hall, Inc.*, 1984.
- Australia, <http://www.health.au>

Abstracts

The purpose of this paper is how to build an efficient health insurance system, as well as a competitive health and medical industry in Korea. The present national health insurance system (NHI) has serious moral hazard problems over all of the behaviors of NHI, covered, and benefit providers. The main reason is that the system ignores the incentive mechanism and heavily relied on the command system. Moreover, the monopolizes health insurance industry by NHI led to the unbalanced supply of medical resources and made tremendous social costs.

Supplementary private health insurance can be a solution for many problems of the NHI. First, it will monitor the provider more efficiently than NHI does. Second, it will participate in overall activities of decision making process on health insurance actively so that the bargaining power of insurers including NHI will be reimbursement cost. Third, it will provide various packages of insurance service which individuals want based on quality-premium relations.

The increase in the health cost can be worried. However, the private sector will change the health industry to be more efficient and reduce the health care cost with the higher satisfaction of the covered.

The basic change of health insurance system suggested by this paper are as follows: first, the health insurance system should be changed to a diversified and multi-pillar system, second, the private health insurance should cover the co-insurance fee as a supplementary to NHI, third, the Australian type lifetime health insurance coverage is recommended.

※ Key words: social security, health insurance, health economics