

국민건강보험과 민간건강보험간 역할 재정립 방안

A Study on New Relationship Between National and Private Health Insurance

오 영 수*

Oh Young Soo

우리나라 국민건강보험제도의 보장수준은 국제적으로 비교할 때 낮다. 이에 정부는 보장성을 강화하는 계획을 발표하였으나, 이는 향후 노인의료비 지출 급증, 가계의 부담 능력 등을 고려할 때 한계가 있을 것으로 전망된다. 이에 국민건강보험과 민간건강보험간 적절한 분담 방안을 수립하여 국민건강보험에 의한 과도한 보장을 지양하고 효율적이면서도 연대성을 유지할 수 있는 건강보험체계를 확립하는 것이 시급하다. 이러한 건강보험체계 개선과정에서 민간보험자들은 의료비보충보험뿐만 아니라, 소득보상보험과 간병보험 분야에서도 역할을 확대해가는 노력이 필요하다. 그리고 정부는 국민건강보험을 보완하여 국민적 편익을 제고하려는 민간건강보험의 정착을 위해 기초위험률 산출을 위한 통계 공유, 의료정보 집적 및 활용, 보험금지급 심사기구 설치, 세제 혜택 부여 등을 위한 제도적 지원이 요청된다.

※ 국문 색인어: 국민건강보험, 민간건강보험, 보장성 강화, 역할분담

I. 문제의 제기

최근 국민건강보험은 재정 안정화와 보장성 강화라는 정책목표를 수립하여 시행 중에 있다. 반면에 민영보험업계에서는 실손형 건강보험을 활성화하기 위해서는 정부의 지원이 이루어져야 한다는 목소리가 높다. 이에 국민건강보험 중심으로 보장성이 강화되는 것이 바람직하다고 생각하는 측에서는 민간건강보험의 활성화가 의료이용의 양극화를 초래함은 물론 국민건강보험의 보장성 강화에 장애가 될 수 있

* 보험개발원 보험연구소 소장(ysoh@kidi.or.kr)

다고 반대하고 있다.

한편 민간건강보험의 필요성은 과거 보험산업의 입장에서 국민건강보험의 불충분한 보장을 보충함으로써 국민들에게 건강리스크로부터 안정감을 제공하고 그를 통해 새로운 성장영역을 구축하자는 것과는 다른 차원에서도 제기되고 있다. 즉, 경제의 글로벌화 추세에 대응한 WTO협상 결과에 따라 우리나라도 의료서비스 시장을 개방하지 않을 수 없고, 주변국에 의료허브가 활성화되어 의료수요가 해외로 유출될 수 있으므로 우리나라에도 의료허브를 구축하지 않으면 안된다는 데서 나오고 있다. 의료허브를 구축하기 위해서는 그동안 비영리법인 형태로 운영되던 의료공급기관의 영리법인화를 허용하고, 적절한 수준의 수가를 보장할 수 있는 건강보험제도 적용이 필요하다. 이러한 차원에서 민간건강보험의 활성화 논의는 최근 주목을 받고 있다.

그러나 우리나라 민간건강보험은 1970년대부터 시작되었음에도 불구하고 아직 운영상의 인프라가 충분하게 갖추어져 있지 못하며, 이를 지원하기 위한 법·제도적 근거가 미흡하다. 또한 일각에서는 민간건강보험을 백안시하여 언급조차 꺼리는 풍토가 조성되어 양자가 조화를 이루어 국민의 건강을 보장할 수 있는 방안이 강구되기 어려운 것이 현실이다.

이에 이 논문에서는 제Ⅱ장에서 건강 관련 리스크를 국민건강보험과 민간건강보험이 어떻게 분담하여 대응할 수 있는지 이론적 모형 및 국제사례비교를 통해 살펴본 후, 기존의 연구성과를 정리한다. 이어 제Ⅲ장에서는 우리나라에서 민간건강보험의 활성화 및 국민건강보험과의 역할분담을 둘러싼 쟁점을 정리하며, 제Ⅳ장에서 민간건강보험의 역할분담 방안은 어떻게 설정될 수 있는지를 검토한다. 마지막으로 제Ⅴ장에서는 민간건강보험의 발전을 위한 정책과제를 검토한다.

Ⅱ . 공적건강보험과 민간건강보험간 역할분담 모형

1. 건강 관련 위험 관리 방안

일반적으로 위험 관리 측면에서 본다면 사고의 심도가 낮은 경우 사고발생 빈도에 따라 위험을 보유하거나 스스로 방지하려는 노력을 기울일 필요가 있으나, 반면에 사고의 심도가 높고 사고발생 빈도가 낮은 경우에는 보험이라는 위험 전가(risk transfer) 수단을 활용하거나 위험을 스스로 경감하려는 노력을 함께 기울일 필요가 있다.

〈표 1〉 사고의 심도와 빈도에 따른 위험관리방법

		사고 심도(severity)	
		높음(high)	낮음(low)
사고발생 빈도 (frequency)	높음(high)	회피(avoidance)	보유(retention) 및 위험방지(prevention)
	낮음(low)	보험(insurance) 및 위험경감(reduction)	보유(retention)

자료: KoREI(2002).

이러한 논리를 의료서비스에 대해서 적용할 경우 적은 의료비용을 발생시키는 위험에 대해서는 보유하도록 하나, 그것이 자주 발생할 경우에는 건강관리 노력과 함께 저축 등 적절한 대응수단을 마련하는 것이 필요할 것이다. 또한 큰 의료비용을 발생시키나 발생빈도가 낮은 위험에 대해서는 위험전가, 즉 보험을 활용하는 것이 바람직할 것이다.

문제는 큰 의료비용을 발생시키나 빈도가 낮은 위험을 관리하는 방안으로 보험을 활용하려 할 때 공적보험과 민간보험이 동시에 존재하는 경우 어느 보험을 선택하

는 것이 적절할 것인가 하는 점이다. 두 보험은 위험을 풀링하여 관리한다는 점에서 공통점을 가지나, 공적 보험은 소득재분배라는 형평성의 원리가 중시되는 데 반해 민영보험은 위험의 크기에 따른 부담의 효율성의 원리가 중시된다. 따라서 두 보험을 어떻게 활용할 것인가는 정책방향에 의해 결정될 수밖에 없는 측면이 있다. 다만 공적 건강보험에 의한 보장 확대가 소득재분배를 통한 형평성 확보라는 가치가 주는 장점 이외에 새로운 정책목표가 필요할 때에는 민간보험의 활용을 통한 보완 또는 대체가 가능할 것이다.

2. 역할분담에 대한 국제비교

OECD에서는 공사건강보험 관계 모형을 크게 기초형, 중복보장형, 보충형으로 나누고, 다시 보충형을 법정본인부담금을 보장하는 보충형과 비급여를 보장하는 보충형으로 나눈다¹⁾.

먼저 기초형은 미국 등의 국가에서 운영되고 있는데, 국민 대다수가 전국민에 적용되는 공적 건강보험제도가 존재하지 않기 때문에 민간건강보험이 기본적인 보험 제도로서 자리잡고 있다. 다만 여기에서는 부분적으로 극빈층, 장애인, 고령층 등을 대상으로 별도의 공적보험제도를 운영한다.

중복보장형은 네덜란드, 독일 등의 국가에서 운영되고 있는데, 전국민에게 강제 적용되는 공적 건강보험제도를 유지하나, 이 제도의 운영은 공적보험자와 민간보험자가 경쟁하거나 이 제도와는 별도로 고소득층에는 민간건강보험을 적용하는 방식이다. 또한 공적건강보험에 추가적인 보장에 대해서는 민간보험자가 공급하고 있다.

보충형은 프랑스, 스페인 등의 국가에서 운영되고 있는데, 기초적인 보장은 공적 건강보험이 담당하고, 기초적 보장의 범위를 벗어나는 본인부담금이나 비급여 부분을 민영건강보험이 보충하는 방식이다.

1) OECD(2004)의 연구를 기초로 정리하였다.

〈표 2〉 민영건강보험의 유형별 기능 및 역할

구 분		기능 및 역할
기초형		• 개인이 이용 가능한 유일한 기초 건강보장수단으로서 역할
중복보장형		• 공적보험에서 이미 보장되고 있는 의료서비스를 보장하는 민영건강보험
보충형	법정본인 부담금보장	• 공적보험이나 기초형 민영보험에서 보상되지 않는 잔여비용의 전부 또는 일부를 보장하는 보험(적격 의료비용의 일부만을 보상)
	비급여보장	• 공적건강보험에서 보장되지 않는 의료서비스를 보장(고급·선택진료, 치과, 재활, 상급병실 등)

그런데 이들 세 가지 유형의 건강보험 제도는 어느 것이 우위에 있다고 하기는 어려우며, 사회적, 정치적, 경제적, 문화적, 환경적 요소 등에 의존하고 있다. 따라서 이들 모형의 장단점을 비교하여 새로운 건강보험 체계를 구축할 때에는 그것이 해당 사회의 제반 요소와 적절히 조화될 수 있으며 미래지향적인가 하는 점을 중시해야 한다.

3. 기존 연구에 대한 검토

공적보험인 국민건강보험과 민간보험인 민간건강보험이 어떻게 역할분담을 하여 건강보장성을 강화할 것인가에 대한 논의는 1994년 의료보장개혁위원회에서 제기된 이후 많은 연구가 이루어졌다. 이후 정기택(1996), 최병호(1997a, 1997b), 양봉민(1997), 오영수·이경희(1999), 최병호 외(2000), 민간의료보험활성화 Task Force(2001), 김원식(2002), KoREI(2002), 오영수(2006), 이진석(2006) 등의 연구가 이루어졌다²⁾.

2) 기존 연구에서는 민간의료보험, 민간건강보험, 민영건강보험 등이 혼용되고 있는데, 기존 연구에 대한 검토에서는 연구자들이 사용한 용어를 그대로 인용하여 논리를 정리한다. 그러나 이 연구에서는 민간건강보험으로 통일하여 사용하기로 한다.

먼저 의료보장개혁위원회(1994)는 보험급여범위의 확대 및 의료비 부담의 경감 방안으로 민간의료보험을 대안으로 제시하였다.

정기택(1996)은 의료보장에 대한 민간역할 확대가 국제적 조류로 잡아가고 있음을 전제로 민간의료보험의 현황과 문제점을 파악하고 국제적 사례를 참고하여 다음과 같은 활성화 방안을 제시하였다. 먼저 전국민 의료보험의 낮은 보장수준을 보완하고, 낮은 수가로 인해 하락하고 있는 의료서비스의 질을 향상하기 위해서는 민간의료보험의 활성화가 필요하다고 보았다. 또한 세제혜택 부여가 민간의료보험 활성화에 필수적이며, 공보험과 역할분담을 고려할 때 먼저 결정되어야 하는 공보험의 급여범위는 최소한의 수준에 머물러야 한다고 주장하였다.

최병호(1997a, 1997b)는 민간보험의 참여가능분야로 법정본인부담, 상급병실료 차액 및 간호비용, 지정진료료, 식대, 각종 검사항목, 임의 비급여, 개호 등을 꼽고 있다. 그리고 민간의료보험의 도입을 위하여 질병 리스크에 대한 정보 제공, 세제지원 등의 유인책이 필요하며, 의료보험과 협업체계를 구축함은 물론 민간보험사와 의료공급자간 연계에 의한 협업시스템의 구축이 필요하다고 주장하였다.

양봉민(1997)은 민간보험이 기존 사회보험의 입지를 더욱 약화시켜 계층간 위화감을 조성하고, 의료의 상업화, 고급화를 통해 의료이용의 불평등을 심화시킬 수 있다며 반대하고 있다.

오영수·이경희(1999)는 최소의료보장(Guaranteed Health Care Package)에 대해서는 기존의 사회보험원리로 운영하되, 그 이상의 추가 급여에 대해서는 민영보충의료보험제도를 활성화시킬 것을 제안하였다. 그리고 민영보충의료보험의 활성화를 위해서는 질병에 관한 위험률을 공적 의료보험과 공유, 요양기관 강제지정제 개선, 민간의료서비스 심사기구 설치, 의료정보공시제도 도입, 세제혜택 부여 등을 주장하였다.

최병호 외(2000)에서는 선진의료시장에서 민간보험의 역할을 살펴보고 공·사 건강보험의 역할 정립을 위한 대안모형으로 공보험과 민간보험간 분립과 협조 모형, 공보험과 민간보험의 협업 모형, 공보험과 민간보험간 부분적 경쟁 모형, 공보험과 민간보험간 완전경쟁모형 등 4개 모형을 제시하여 평가한다. 그러나 이 연구에서는 평가항목마다 가중치를 어떻게 주느냐에 따라 결과가 다르게 나타날 수 있

고, 당시의 의료 여건에 비추어 어떤 모형이 실현가능성이 있는지도 신중한 판단과 분석이 요구된다는 차원에서 모형 선택에 대한 최종적 판단은 유보하고 있다.

민간의료보험활성화 Task Force(2001)는 우리나라 의료보장체계 개선방향으로 공공부문과 민간부문의 적정하게 조합하는 방식의 의료보험체계 복층구조화를 통해 의료보장을 내실화해야 할 것을 주장하고 있다. 구체적으로 보충모형과 경쟁모형을 대안으로 검토한 후 현실적 수용성 측면에서는 우선적으로 보충모형을 활성화하는 것이 타당하나 여건이 성숙하면 경쟁모형 도입을 적극 검토해야 할 것으로 건의하였다. 또한 활성화를 위한 조치로 소비자보호를 위해 의료정보 및 보험회사에 대한 공시제도의 실시, 민간보험자의 자격요건 및 감독 강화, 퇴직후 일정기간 보험기간 유지, 단체보험의 경우 집단율(community rate) 적용 등이 필요하다고 주장했다. 아울러 민간보험 육성을 위해 개인 및 기업에 대한 세제지원, 질병위험률에 대한 정보의 부분적 공유, 민간심사평가기구 설립 및 건강보험심사평가원의 협력, 공보험의 요양기관 당연지정제도의 자유계약제 전환 등을 지원책으로 건의하였다.

김원식(2002)은 국민건강보험에 도덕적 해이가 만연해 있으므로 명령 중심의 관료적 보험제도 운영을 유인체계로 바꾸어 자율적 조정기능을 살리는 것이 필요하다고 보았다. 그는 이를 위하여 단일운영체계, 단일보험료, 단일급여시스템을 분산관리 및 다층구조, 다양화된 보험료, 보험급여 시스템으로 전환하는 것이 필요하다고 보았다. 이에 따라 본인부담 및 비보험급여를 보상하는 보충형 민간의료보험제도의 도입이 필요하며, 상품은 호주의 생애의료보험제도(Lifetime Health Insurance Coverage)의 형태가 바람직하다고 주장하였다.

KoREI(2002)는 심각한 재정적 취약 상태에 있는 국민건강보험으로 늘어나는 의료수요에 대응하기 어려우므로 민간보험 도입을 통한 급여범위 확대 필요성이 높다고 본다. 이를 위해 건강보험의 바람직한 공사분담 방안은 공보험이 담당하는 기초건강보험과 민간보험이 담당하는 보충건강보험으로 이원화하여 상호보완적 관계에서 운영되도록 하는 것이라고 본다. 그리고 장기적으로는 극빈층, 고령자 및 장애인을 대상으로 한 건강보험영역을 제외하고는 공사간 완전경쟁하는 모형으로 전환하는 방안을 검토할 필요를 제기하였다.

오영수(2006)는 국민건강보험에 의한 보장수준을 70%까지 높이고 나머지 영역

을 민영보험이 보충하는 방식의 발전모델이 적절하며, 이 경우 민영건강보험은 법정본인부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비, 교통비 등은 물론 소득보상도 해야 한다고 주장하였다. 이어 민영건강보험에 대해 건강보험 통계의 공유, 역선택 방지를 위한 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 지급심사 기능 강화, 비급여수가에 대한 획일적 규제완화, 저소득층의 민영건강보험 구입을 위한 재정지원, 세제혜택 등 정책적 지원이 필요하다고 주장하였다.

반면에 이진석(2006)은 현행 정액형 민간의료보험 상품의 경우 합리성이 부재하고, 출시될 실손형 민간의료보험은 국민건강보험과 갈등관계를 형성하는 한편으로 공보험의 공백을 보완하거나 혁신적 의료기술의 적용과 고급서비스 제공이라는 점을 충족시키는 기능이 미비하므로 먼저 상품 표준화를 통해 합리성의 제고가 필요하다고 본다. 그는 또한 민간의료보험의 사회적 책임성을 제고하기 위해 의무적 급여 내역에 포함시켜야 할 질병 및 시술을 선정하여 소비자 편익을 증진시키고, 기존 병력자 및 고위험군에 대한 가입거부와 차별을 방지함은 물론 개인건강상태에 따른 보험료 차등부과도 제한해야 한다고 주장한다. 그는 궁극적으로 민간의료보험은 본인부담 보충형에서 부가급여 보충형으로 전환해야 하며, 실비보상형을 금지하고 현행 정액보상형의 개선을 추진해야 한다고 주장한다.

이상의 검토를 통해 볼 때 민간건강보험의 활성화를 반대하는 양봉민(1997)과 이진석(2006)을 제외한다면 나머지 대부분의 연구들은 공적 건강보험인 국민건강보험을 통한 의료서비스 제공의 한계를 보충하는 차원에서 민간건강보험을 활성화함으로써 양자간 균형 있고 보완적인 발전을 제안하고 있다. 다만 민간의료보험활성화 Task Force(2001)와 KoREI(2002)의 연구는 장기적으로 공적 보험과 민간보험간 경쟁형의 도입도 검토할 필요가 있다고 주장한 점에서 차이가 있다.

Ⅲ. 역할 재정립을 둘러싼 논쟁점³⁾

1. 국민건강보험 보장성 강화 후 민간건강보험 활성화

민간건강보험 활성화에 대해서 보건복지부와 산하 기관, 의료연대 등 시민단체, 사회보험노조 등은 먼저 국민건강보험의 보장성 강화가 이루어져야 한다고 주장한다. 이는 민간건강보험이 활성화되면 가입자들의 저항에 의해 2004년 현재 61.3% 수준에 머무르고 있는 보장수준을 2008년까지 75%까지 끌어올릴 계획을 추진하기 어렵기 때문이라고 한다. 또한 민간건강보험의 활성화가 보충형에 머무르지 않고 국민건강보험을 대체하는 대체형으로 이어질 수 있으며, 그 경우 건강보험이 적용되지 않는 사각지대 확대를 우려했기 때문이다.

특히 의료이용 양극화에 대한 우려는 민간건강보험은 기본적으로 소득 수준이 일정 이상 될 경우 가입이 용이하여 저소득층을 배제할 우려가 있기 때문이라는 것이다. 즉, 민간건강보험에 가입한 계층은 양질의 의료서비스를 받을 수 있으나 저소득층 등 미가입자는 이용하지 못하는 데서 양극화가 생겨날 수 있다는 것이다.

이에 반해 보험산업에서는 민간건강보험은 그동안 국민건강보험의 불충분한 보장을 통해 보완하는 역할을 하면서 사회적 기여를 해왔음에도 불구하고 이제 와서 민간건강보험을 영위하지 말라는 것은 맞지 않다고 주장한다. 민간건강보험의 역할이 일정하게 필요하다는 것은 이미 1994년 의료보장개혁위원회의 작업 과정에서 제안되었고, 이후 2001년 말에 보건복지부가 태스크포스를 구성하여 활성화 방안을 검토하면서 인정되었다는 것이다. 더구나 민간건강보험은 국민건강보험을 보충하는 역할을 하기 때문에 국민건강보험이 보장수준을 강화하면 자연스럽게 영역이 좁아질 것이라고 한다. 또한 이제 민간건강보험의 활성화는 단지 보험산업 차원의 문제가 아니라 의료시장 개방 대응, 경제의 신성장동력 확보, 국가재정부담 감축 등

3) 이 절에서 제시되는 논쟁점은 충북대학교·국민건강보험공단(2005), 오영수(2006), 이진석(2006) 등의 자료를 중심으로 정리하였다.

과 관련하여 검토될 필요가 있다는 것이다.

〈표 3〉 국민건강보험제도 만족도 조사 결과

분 야	분야 중요도 (%)	분야 만족도 (100점 만점)	항 목	항목 중요도 (%)	항목 만족도 (100점 만점)
급여 서비스	34.8	47.0	진료비 혜택	23.9	49.3
			입원비 혜택	20.5	46.3
			약값 혜택	13.2	57.3
			비급여 진료	28.8	40.8
			비급여 약품	13.6	46.9
보험료	40.9	50.4	부과 형평성	28.4	49.0
			생활수준 대비 적정성	24.2	49.6
			가계 부담 정도	27.5	51.8
			혜택 대비 적정성	19.9	51.5
관리 및 정보	24.3	54.3	보험공단 민원서비스	18.0	62.6
			의료기관 부담 청구 관리	38.4	50.2
			제도의 이해	19.4	57.9
			건강보험 정보 접근용이성	24.2	51.8
종합 만족도				-	50.9

자료: 국민건강보험공단, 「국민 95%, 국민건강보험은 국민건강 향상 위해 필요한 제도」,
 보도자료, 2005. 2. 7.

또한 현재의 상태에서 국민건강보험의 보장성을 강화할지 아니면 민간건강보험의 보완을 통해 보장성을 강화할지는 국민들이 선택할 사항이다. 실제로 국민들은 2005년 2월 7일 발표된 국민건강보험공단의 설문조사⁴⁾ 결과에 따르면 설문 응답자의 63.5%가 건강보험이 자신에게 도움이 되는 필요한 제도라고 답변했지만(매

우 그렇다 6.7%, 그렇다 56.8%, 보통 23.4%), 건강보험제도에 대한 만족도는 50.9점으로 겨우 절반을 넘기는 데 그쳤다. 또한 진료비나 입원비 등 급여서비스의 대부분의 항목에서 50점을 넘기지 못한 상태에서 보험료 부과와 관련해서도 부과의 형평성에 대한 만족도가 49.0점으로 절반을 넘기지 못하고 있다.

반면에 민간건강보험에 대한 만족도는 국민건강보험보다도 높아 수용성이 다소 높은 것으로 나타나고 있다. 보험개발원 보험연구소가 조사한 민간건강보험에 대한 만족도는 2001년, 2003년, 2005년 모두 60점을 넘어 국민건강보험보다는 다소 높은 것으로 나타났다⁵⁾.

〈표 4〉 민영건강보험에 대한 만족도

(단위: 점)

구 분	2001년	2003년	2005년
민영건강보험 종합만족도	60.4	60.1	60.7
보험료 수준 만족도	60.2	60.6	59.4
보장내용 만족도	63.2	64.7	64.3
전반적 체감 만족도	61.5	62.1	62.3

주: 질병치료 중점 보장보험을 기준으로 함.

자료: 신문식·김세환·조재현, 『2005년 보험소비자 설문조사』, 보험개발원, 2005. 3.

이렇듯 국민건강보험에 대한 불만족이 크나 민간건강보험에 대한 만족도가 높은 결과 민영건강보험에 가입의향이 높다는 응답이 43.4%로 낮다는 응답 56.6%보다는 낮지만, 2001년 30.3% 이후 꾸준히 증가하고 있는 것으로 나타났다. 또한 장기 간병보험에 대한 가입의향이 높다는 응답은 53.7%로 절반을 넘어서고 있는 것으로 조사되었다. 따라서 정부가 보장성을 강화함에도 이렇듯 가입의향이 증가하는

4) 국민건강보험공단 연구센터가 리서치 앤 리서치에 의뢰하여 건강보험가입자 1,000명을 대상으로 2004년도 건강보험제도에 대한 국민만족도를 조사한 결과이다.

5) 여기에서는 조사기관과 설문응답자가 다르다는 점은 고려하지 않았다.

것은 국민건강보험에 대한 불만족과 고급서비스에 대한 니즈가 높아지는 상황에 민간건강보험이 적절하게 대응할 수 있는 데서 기인한다고 본다.

〈표 5〉 민영건강보험 가입의향

(단위: %)

구 분	2001년	2003년	2005년
매우 높음	2.3	1.8	4.3
높은 편	28.0	34.5	39.1
낮은 편	50.8	52.0	43.1
매우 낮음	18.8	11.7	13.5

자료: 신문식·김세환·조재현(2005).

〈표 6〉 장기간병보험 가입의향

(단위: %)

구 분	2003년	2005년
매우 높음	6.7	6.7
높은 편	44.2	47.0
낮은 편	46.4	36.1
매우 낮음	5.6	10.3

자료: 신문식·김세환·조재현(2005).

또한 의료이용의 양극화 문제도 기본적으로 국민건강보험에 의해 보험이 제공되고 본인이 부담하는 비용을 보험으로 처리하는 것이기에 때문에 일각에서 우려하는 만큼 크지 않을 수 있다고 본다. 더 나아가서 저소득으로 인해 민간건강보험의 가입이 어렵다면 정부가 바우처(Voucher) 방식의 지원을 통해서라도 가입을 지원하고, 보험회사들도 저소득층이 가입할 수 있는 별도의 저가형 민영건강보험상품을 개발

함으로써 양극화 문제는 완화시킬 수 있다는 입장이다.

2. 국민건강보험의 보장성 강화정책의 유지가능성

보건복지부는 국민건강보험의 보장수준을 2004년 63.1%에서 2008년에는 71.5%까지 끌어올린다는 계획을 세우고 있다. 이러한 계획을 추진함에 있어 가장 문제가 되는 것은 역시 재원을 어떻게 조달할 것인가이다. 그런데 보건복지부가 향후 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 외부에서 새로운 재원을 투입하거나 요율을 인상해야 한다. 그리하여 보건복지부는 2008년까지 보장성강화에 투입될 재원을 마련하기 위해서는 현행 4.31%의 보험료율을 2006년 이후 매년 평균 3~6% 이상 인상할 필요가 있다고 한다⁶⁾. 더구나 보험재정적자로 한시법인 「국민건강보험재정건전화특별법」이 2006년말에는 종료되는 상황에 있어 재원확보 문제는 시급한 일이 되고 있다. 이 때문에 보건복지부는 「국민건강보험재정건전화특별법」을 「국민건강보험법」에 통합시켜서라도 정부의 재정지원이 계속 이루어지기를 원하고 있다. 이는 최근 국민건강보험의 재정 안정화와 보장성 강화를 위한 재원이 담배부담금과 지역가입자에 대한 국고지원에 힘입은 바가 크기 때문이다.

문제는 현재 수준인 3~4조원의 국고지원과 담배부담금만으로는 향후 의료비가 급증하는 상황에 대응하여 보장성 강화를 지속적으로 이루어낼 수 없다는 데 있다. 우리나라 의료비 지출 현황을 인구의 비중을 고려한 연령별 상대적 의료비 지출 지수⁷⁾의 추이를 통해 살펴보면(〈표 7〉 참조) 65세 이상인 자의 의료비가 차지하는 비중이 1985년에 이미 100을 넘기 시작하여 1995년에는 200을 넘어섰고, 2004년 현재 288.5에 이르고 있다.

6) 보건복지부(2005).

7) 상대적 의료비지출 지수 = (연령별 의료비 지출비중/연령별 인구비중) × 100.

〈표 7〉 연령별 의료보험 진료비 지출 추이

(단위: %, 백만원)

연 도	전체	연령별		
		14세 이하	15세~64세	65세 이상
1985	583,278.4 (100.0)	161,259.1 (91.7)	394,503.2 (103.1)	27,516.1 (110.5)
1990	2,919,772.3 (100.0)	658,296.6 (88.1)	2,022,293.8 (100.0)	239,181.9 (160.0)
1995	5,977,451.3 (100.0)	1,207,561.0 (86.5)	4,041,754.4 (95.6)	728,137.7 (206.8)
2000	12,912,220.7 (100.0)	2,257,038.1 (84.1)	8,399,685.9 (90.3)	2,255,496.7 (244.6)
2001	17,843,327.1 (100.0)	3,341,755.1 (91.1)	11,338,837.7 (87.6)	3,162,734.3 (255.6)
2002	18,831,756.8 (100.0)	3,214,246.0 (84.1)	11,981,756.8 (87.7)	3,635,669.5 (269.3)
2003	20,741,996.7 (100.0)	3,115,629.8 (75.8)	13,225,613.4 (87.7)	4,400,753.0 (282.2)
2004	22,506,038.3 (100.0)	3,129,747.4 (71.8)	14,239,877.3 (87.0)	5,136,413.6 (288.5)

주: ()안의 수치는 인구의 비중을 고려한 상대적 의료비지출 지수임.

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각연도.

이렇듯 고령자들의 의료비 지출은 인구의 고령화 속도보다 더 빠르게 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음을 알 수 있다. 따라서 향후 인구의 고령화가 급속히 진행되는 데 따른 의료비 급증으로 효율을 현재 계획보다 인상하지 않으면 보장성은 다시 낮아질 우려가 있다. 따라서 자원문제를 해결하려면 국고지원을 크게 늘리거나 국민건강보험의 효율을 예상보다 더 급격히 인상해야 할 것이다. 그러나 국민건

강보험 요율을 인상하는 것도 지역가입자와 직장가입자간 부담의 형평성 확보 문제로 쉽지 않은 상황이다.

이에 대해 재정경제부와 기획예산처는 한시법의 취지에 맞게 재정지원은 중단되어야 한다는 입장이다. 그렇지 않을 경우 향후 2009년까지 국민건강보험에 대해서 매년 3조~4조원 규모의 정부재정이 투입되어야 할 것으로 전망되고 있어 이를 효율화하는 것이 필요하다는 입장이다. 오히려 이 정도 규모의 재정을 확일적으로 지역가입자 지원을 위해 사용하기보다는 저소득층 중심으로 사용하는 것이 적절하다는 입장이다.

〈표 8〉 국민건강보험에 대한 재정투입 전망

	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
금액(억원)	40,375	43,739	42,559	43,161	45,107	-
증가율(%)	-	8.3	△2.7	1.4	4.5	2.8

자료: 대한민국 정부(2005), p.25.

이러한 배경 하에서 보건복지부는 민간건강보험이 활성화되면 국민건강보험의 지출이 늘어날 것이라는 이유로 민간건강보험의 활성화를 반대하고 있다. 즉, 민간건강보험이 법정본인부담금까지 보장할 경우 100% 보장됨으로써 일부 소비자 및 의료서비스 공급자에 의한 도덕적 해이로 과잉진료가 발생하여 의료비가 급증할 우려가 있다는 것을 주장하고 있다.

이에 대해 민간건강보험은 공제제(deductible), 정률제(coinsurance), 급여상한제(limit) 등의 제도를 도입하여 도덕적 해이에 대응할 수 있기 때문에 민간건강보험 활성화가 큰 문제는 아니라고 한다. 그리고 국민건강보험과 민간건강보험 모두가 도덕적 해이에 직면하고 있으므로 공동으로 이를 완화시키기 위해 보험사기를 적발하는 노력을 기울일 필요가 있다고 주장한다.

3. 의료산업 선진화와 민간건강보험의 역할

최근 WTO 서비스협상 결과 의료서비스 시장의 개방에 대응하여 국내 의료산업의 경쟁력 확보가 중요한 과제로 대두되고 있어서 민간건강보험의 역할이 필요하다는 주장이 보험산업 외부에서 제시되고 있다. 이 주장은 특히 우리와 인접한 싱가포르, 상하이 등에 의료허브가 구축됨으로써 부가가치를 창출하고 있는 상황에서 이들과 경쟁할 수 있도록 하기 위해서는 제도 개선을 통해 의료허브를 구축하는 것이 필요하다는 주장이다. 이렇듯 의료허브 구축과 관련하여 쟁점이 되고 있는 사안은 영리의료법인제도 도입과 의료허브내 민영건강보험 도입이다.

그러나 이러한 주장에 대해 국민건강보험 중심의 보험제도 구축을 주장하는 측에서는 의료이용의 양극화가 일어날 수 있기 때문에 반대하고 있다. 이들은 제한된 지역 내에서라도 보충형 민간건강보험이 활성화되면 의료이용의 양극화가 생겨날 수 있고, 궁극적으로 대체형 건강보험제도 도입으로 이어질 것이라고 우려하기 때문이다.

4. 민간건강보험에 대한 정책적 지원

민간건강보험의 활성화를 위해서는 위험률 개발을 위한 기초통계를 국민건강보험 측에서 제공, 보험사기 방지를 위한 개인진료내역 제공, 도덕적 해이 방지를 위한 진료내역심사권 확보, 가입자에 대한 세제혜택 부여 등이 필요하다고 주장한다.

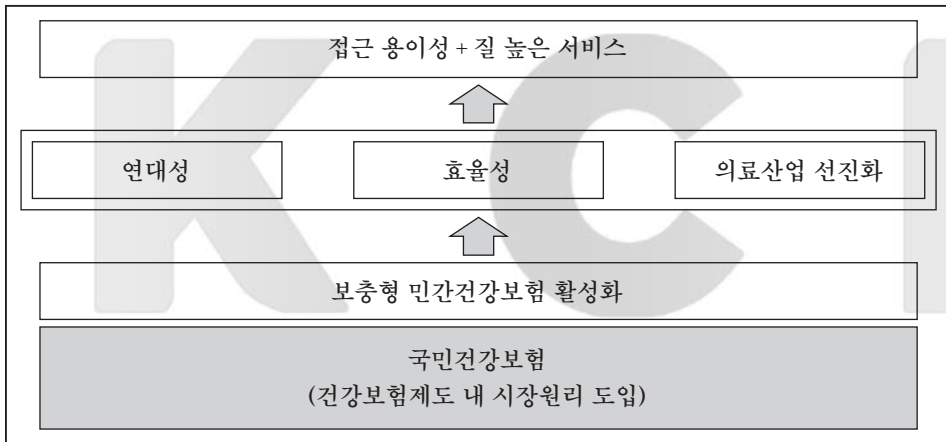
이에 대해 국민건강보험 측에서는 상업적 목적을 기본으로 하는 보험회사에 기초통계를 제공하는 국제적 사례가 없기 때문에 제공이 어렵다고 한다. 또한 개인의 진료내역 제공도 프라이버시를 침해할 우려가 크기 때문에 제공이 어렵다고 한다. 또한 가입자에 대한 세제혜택도 중산층 이상의 고소득자에게 돌아갈 가능성이 크기 때문에 적절하지 않다고 한다.

Ⅳ. 국민건강보험과 민간건강보험간 역할분담 방안

1. 정책 목표

우리나라에서 국민건강보험과 민간건강보험간의 관계를 정립하여 새로운 역할분담모형을 재구축함에 있어서 정책적 주안점은 연대성, 효율성, 의료산업발전이라는 세 가지 목표를 동시에 달성하는 데 두어야 할 것이다(〈그림 1〉 참조). 여기에서 연대성의 확보는 의료접근의 가능성의 문제이며, 효율성의 확보는 의료공급의 적정화⁸⁾와 비용지출의 효율화의 문제이다.

〈그림 1〉 국민건강보험과 민간건강보험의 역할 분담 개념도



8) 의료의 적정공급은 서구 선진국들의 경우와 비교할 때 다른 의미에서 받아들여질 필요가 있다. 이는 서구 선진국들의 경우 과도한 의료공급으로 인한 의료비용이 문제가 되나, 우리나라의 경우에는 낮은 질의 의료공급이 문제가 되기 때문이다. 즉, 우리나라의 경우 그동안 전국민에게 의료공급을 하기 위해 낮은 건강보험료를 통해 낮은 질의 의료공급을 해결해 온 결과 적절한 수준의 의료공급이 요청되고 있다.

먼저 건강보험제도를 설계함에 있어서 사회적 연대성을 확보한다는 것은 의료에 대한 접근을 보편화하고 그에 따르는 비용을 공동으로 분담한다는 것을 의미한다. 즉, 발병리스크에 관계없이 소득수준에 맞추어 보험료를 지불하고 필요에 따라 건강보험의 혜택을 받는 것을 의미한다.

일반적으로 질병에 걸렸을 경우 한 개인 또는 가정의 정신적·신체적 곤란은 물론이거니와 일시에 재정적으로 안게 되는 부담은 막대하여 건강보험을 통해서 해결하지 않으면 안 된다. 이러한 사정을 고려할 때 건강보험에 대한 구매능력의 부족을 이유로 의료이용에 대한 접근가능성을 차단할 경우 사회 구성원들이 가질 박탈감은 크게 나타날 것이다⁹⁾. 그런데 이 때 박탈감은 형평성에 대한 불만으로 이어져 다른 형태로 표출될 가능성이 있다. 또한 의료서비스를 단순히 개인적 문제로 귀착시키는 것이 아니라 노동력의 사회적 재생산 과정의 일부로 간주할 경우 기본적인 의료는 사회적으로 해결될 필요가 있다.

그러나 의료서비스의 이용에 대한 재정적 부담을 리스크의 크기에 상관없이 지도록 하는 방식의 건강보험제도는 도덕적 해이를 야기하여 건강보험 재정의 막대한 적자를 가져와 제도의 존립이 위협받을 가능성이 커진다. 또한 재정적자의 누적은 의료접근에 대한 제한으로 이어져 장기간 대기, 고기술 및 고급서비스에 대한 접근 제한 등을 초래하여 결과적으로 의료서비스에 대한 '동등한 접근'이라는 기본적 목표도 손상시킬 수 있다. 따라서 소득재분배를 고려하여 비용을 공동부담하는 것이 장기적으로는 가능한 적절한 수준을 정하는 것이 사회적 연대성을 확보할 수 있는 좋은 대안이 될 것으로 생각한다.

그렇게 보장하는 영역 이외의 영역에 대한 보장을 위해서는 리스크의 크기에 비례하여 보험료를 부과시키고 개인의 자조노력을 자극할 필요가 있다. 이를 위해서는 이 영역에 대한 건강보험은 다수의 보험자가 경쟁하는 방식이 적절할 것이다.

9) 물론 의료접근에 대한 제한은 건강보험 외적인 요인에 의해서도 발생할 수 있다. 예를 들어 일용직 저소득 근로자의 경우 외래로 진찰을 받거나 입원을 하는 경우 당장 소득이 줄게 되기 때문에 아주 중대한 상황이 아니라면 의료서비스의 이용을 꺼리게 된다. 그러나 건강보험제도의 설계시에는 비록 이러한 요인이 존재하더라도 의료서비스 접근에 대한 제도적 제한을 최대한으로 완화할 필요가 있을 것이다.

한편 의료산업발전을 위한 재원조달의 충분성은 신기술 적용영역이 보험에 의해 보장됨으로써 이용량이 많아지고 이에 따라 규모의 경제가 확보되어 낮은 비용으로 이용이 가능해지는 선순환의 구조가 정착될 때 달성될 수 있을 것이다.

따라서 강제적용 사회보험이 적용되는 범위를 국민간의 합의를 통해 정하고 그 이외의 부분은 임의의 민간보충보험으로 활성화 하는 방안은 확실적이고 무리한 재정부담의 완화, 국민들의 수용가능성, 추가적인 다양한 급부의 제공 가능 등을 고려할 때 적절하다고 본다.

이러한 제도의 틀 내에서 민간보험회사는 국민건강보험이 취급하지 않는 부가부분을 취급함으로써 계약의 내용에 따라 다양한 급부를 제공하여 소비자의 니즈를 충족시켜 줄 수 있을 것으로 기대된다. 또한 고급급부에 대한 지출을 민간보충건강보험을 통해 해결함으로써 간접적으로 국민건강보험의 재정수지가 악화되는 것을 막는 효과도 기대된다.

이러한 세 가지 목표를 동시에 달성하기 위해서는 결국 사회적 연대¹⁰⁾를 중시하되 경쟁¹¹⁾에 의한 의료시장 메커니즘의 활성화가 선행될 필요가 있다. 즉, 기본적인 의료서비스는 공적 건강보험에 의해 제공되어 의료의 접근가능성을 확대시키되, 제도운영에 경쟁적 요소를 가미하여 비용효율화가 내적 원리로서 정착되도록 한다는 것이다. 또한 적정하게 개인의 책임을 강조하여 도덕적 해이를 방지하고 재정적 안전성을 확보한다는 것이다. 이하에서는 이들 정책목표를 개별적으로 검토하기로 한다.

10) 여기에서 사회적 연대란 소득, 발병리스크 등에 관계없이 누구나 기본적인 의료서비스에 접근할 수 있는 권한이 부여되는 것을 말한다. 따라서 이를 위해서는 소득재분배 기능이 요청된다.

11) 경쟁은 그 자체로서 의료비용을 효율화하지 않으므로 보험자와 의료공급자에 대한 정보공시제도와 같은 인프라가 갖추어져야 한다.

2. 민간건강보험의 분담영역

우리나라 공적건강보장은 <그림 2>에서 확인할 수 있듯이 국민건강보험에 의해서만 이루어지는 것은 아니다. 오히려 국민건강보험은 의료비용보장만 담당하고 있을 뿐이며, 제한적인 범위에서 산재보험과 공무원연금 등 특수직역연금이 의료비용보장은 물론 장기간병보장과 소득보장보장을 하고 있다. 장기간병보장은 이를 주로 담당하는 노인수발보험제도가 2008년부터 시행될 예정이므로 아직 제도가 존재하지 않으며, 소득보상도 국민건강보험에서는 보장하지 않고 국민연금, 산재보험, 특수직역연금에서 보장하고 있다.

<그림 2> 건강보장 체계도

	전국민					
	근로자	공무원	사립교직원	군인	자영업자	기타
의료비용 보장	국민건강보험					의료부조
	산재보험 (업무상)	공무원연금 (공무상)	사학연금 (직무상)	군인연금 (공무상)		
장기간병 보장	(노인수발보장)					
	산재보험 (업무상)	공무원연금 (공무상)	사학연금 (직무상)	군인연금 (공무상)		
소득보상 보장	국민연금					
	산재보험 (업무상)	공무원연금 (공무상)	사학연금 (직무상)	군인연금 (공무상)		

이렇듯 공적 보험에 의해 세 측면에서 건강보장이 이루어지고 있으나 앞서 살펴 보았듯이 의료비용보험조차 61.3%의 보장 수준에 머무르고 있고 장기간병이나 소

득보상은 이루어지지 않고 있다. 이에 민영건강보험에서 이들 세 영역에 대한 보장을 보충하는 역할을 하는 것은 타당할 것이다. 이하에서는 이들 세 영역에서 민간건강보험이 어떻게 보충적 역할을 할지 알아보기로 한다.

먼저 민간건강보험이 의료비용보장을 보충하는 역할을 한다는 것은 국민건강보험에서 급여로서 지급하지 않는 본인부담금과 비급여를 보상하는 것을 말한다.

그런데 정부의 국민건강보험 보장성 강화 정책에 따라 의료비보충보험은 전체적으로 보장영역이 축소된 가운데 본인부담금, 선택진료비, 식대 및 상급병실료의 일부 등을 보장하게 될 것이고, 추가적으로 치과 및 안과 치료, 척추교정 및 대안의학, 물리치료 및 재활치료, 예방적 진료 등을 보장하게 될 것이다.

다음으로 간병보장을 위한 역할을 강화할 필요가 있다. 우리나라에는 아직 공적 간병보험제도가 도입되어 있지 않고, 2008년부터 노인수발보험제도가 도입될 예정이다. 그렇다 해도 수발보장에 소요되는 비용은 국고지원, 보험료, 본인부담으로 충당하게 되는데, 본인부담은 수발시설 이용비용의 20%¹²⁾에 이를 전망이며 고급서비스에 대해서는 별도로 본인이 비용을 부담해야 할 것이다. 비록 현재 장기간병보험상품이 출시되고 있으나 여러 제약 요인에 의해 활성화되지 못했다 하더라도 이를 극복하려는 다양한 노력을 기울여 활성화할 수 있도록 해야 할 것이다.

마지막으로 민간건강보험이 소득보상을 보충하는 것은 입원기간 중의 소득상실과 후유장애로 인한 소득상실을 보장하는 것이 된다. 현재로서는 국민연금 및 특수직역연금, 그리고 산재보험에서 일부 보장하고 국민건강보험에서는 소득보상을 하고 있지 않음을 고려할 때 민간간병보험이 중심적 역할을 할 것으로 기대된다. 다만 이를 위해서는 가입자의 소득과약이 이루어져야 하고, 보상금액도 이를 기준으로 소정의 비율을 적용하여 산출¹³⁾하는 것이 도덕적 해이를 최소화할 수 있을 것이다. 또한 단순 실직이나 구조조정 등에 의한 퇴직 등은 보험대상에서 제외할 필요가 있으며, 소득보상급부를 수령하다가 재취업하면 보험금 지급이 중단되도록 해야 한다.

12) 기초생활수급자는 무료이고, 기초생활수급자 이외의 의료급여수급자와 대통령령이 정하는 차상위계층은 10%를 본인이 부담한다.

13) 이 때 월평균 소득에 노동과 무관한 배당·이자·임대료수익 등은 제외하고 산출한다.

3. 민간건강보험의 상품 운용 방향

민간건강보험이 국민건강보험제도의 보충적 역할을 성공적으로 수행하기 위해서는 향후 피보험 대상을 확대하고, 국민건강보험에서 다루고 있지 않은 새로운 영역의 개발, 또는 현행 국민건강보험제도의 '저부담·저급여' 체계를 보완하여 건강관련 위험에 대비할 수 있는 보험으로서의 기능을 담당하고 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 상품이 개발되는 것이 바람직하다. 또한 소비자의 보험료 부담을 경감할 수 있어야 하고, 건강관련 위험을 종합적으로 보장하는 종합건강보험상품(comprehensive health insurance product)을 제공하며, 소비자의 상품 선택의 폭을 확대하는 한편, 단체보험시장을 활성화할 수 있는 방향으로 추진되어야 할 필요가 있다.

첫째, 민간건강보험의 피보험대상은 현행 국민건강보험제도의 경우와 마찬가지로 건강한 사람, 질병이 있는 사람, 노약자 등을 막론하고 가능한 한도 내에서 전 국민을 대상으로 확대할 필요가 있다. 다만 국민건강보험은 가입시 소득의 차이만 고려하고 발병리스크의 차이는 고려하지 않으나, 민간건강보험은 소득의 차이는 고려하지 않고 발병리스크의 차이만 고려하게 된다. 따라서 향후에는 과거통계에 근거하여 위험률을 정확히 반영하는 과학적인 언더라이팅 기법을 활용함으로써 보험요율 차별화를 통해 여러 계층의 소비자를 대상으로 다양한 상품개발 노력이 진행되어야 할 것이다. 또한 국민건강보험이 가구를 중심으로 보장이 제공되고 있는 것에 대응하여 직계가족(배우자 및 자녀)을 포함한 가족플랜(family plan) 상품의 개발을 활성화할 필요가 있다.

둘째, 총진료비 중 환자본인이 부담하는 의료비용을 민간건강보험이 효과적으로 대체할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다. 이러한 방향에서 향후 의료비용보장보험은 실손형이 중심을 이루어갈 가능성이 크며, 표준화에 대한 필요성도 더 커질 것이다. 이렇게 될 경우 개인계약이든 단체계약이든 중복가입이 축소될 것이며, 기존의 정액형보험과 실손형 부분보장상품은 서서히 정리될 것이다.

셋째, 의료비용보험이 표준화 경향 하에 있으면서 시장에서 기존의 건강 관련 보험상품이 보충형 의료비용보험 중심으로 정리될 것이므로 이에 대응하여 새로운 시장을 개척하는 노력이 필요하다. 이와 관련하여 공적 보험이 보장하지 않는 간병보험, 소득보상보험, 해외치료보험 등을 적극 개발할 필요가 있다.

넷째, 보험회사 입장에서는 역선택(adverse selection)의 가능성이 적을 뿐 아니라 마케팅이 용이하고, 소비자 입장에서는 기왕증(pre-existing conditions)을 염려할 필요가 없는 단체인간보험의 활성화를 도모할 필요가 있다.

이러한 기본적 상품운용방향 하에 민영건강보험상품을 의료비보장, 소득보상, 간병비용보장 등의 영역에서 어떻게 운영할지 알아보기로 한다. 먼저 의료비보장과 간병비용보장은 국민건강보험제도 하에서의 법정급여 중 본인부담분과 비급여항목의 의료비를 보장하는 위주로 개발되고 될 수밖에 없다.

두 영역 중에서 본인부담분에 대한 보장은 의료유인수요를 적절히 통제할 수 있는 보장방법으로 싱가포르 등에서 시행중인 메디세이브 방식의 의료저축보험제도를 도입하는 것이 필요하다. 메디세이브 방식이란 개인이 일정액을 의료비용을 위해 각출해두었다가 의료비 지출 요인이 발생하면 인출하여 사용하고 발생하지 않을 경우 적립해둠으로써 시점간 비용분산을 지향하는 것이다. 이와 아울러 의료저축보험을 60세까지 유지할 경우 이를 다시 장기간병보험 또는 연금보험으로 전환시킬 수 있도록 상품을 개발하는 것도 고려할만하다. 그리고 적립된 자산의 운용은 금리가 시중금리에 연동되는 일반보험형 또는 변액형 등에서 가입자가 선택하도록 하며, 변액형이라 하더라도 최소한의 급부 수준에 대해서는 보장하도록 한다. 또한 의료저축보험이 단순한 저축상품이라기보다는 노후를 대비하여 축적하는 사회보장적 성격을 갖기 때문 적절한 수준의 세제지원을 통해 가입을 유인할 필요가 있다.

비급여영역에 대한 의료비보장을 위한 상품은 소득계층별 접근가능성을 높일 수 있도록 다양한 상품을 개발해야 한다. 저소득층일수록 발병 가능성이 높은 경향을 보이거나 민영건강보험을 쉽게 이용할 수 없는 점을 고려하여 저가형상품을 개발해야 할 것이다. 반면에 고소득층을 대상으로는 고급건강검진, 여행자의료비보장보험 무료 제공, 치과치료 등에 대한 보장을 선별적으로 제공하는 상품을 개발해야 할 것이다. 이외에도, 의료비보장보험의 기본계약에서 담보하지 않은 다양한 담보를 특

약¹⁴⁾으로 개발하여 판매할 필요가 있을 것이다.

그런데 간병분야의 보장은 2008년부터 노인수발보장제도 시행이 예정되어 있으므로, 제도가 확정되는 것을 살피가면서 상품 내용을 조정할 필요가 있다. 또한 장기간병보험의 운용에는 인프라인 간병시설 및 인력의 확충이 필수적인데 이에 대한 공적 부문의 정비와 민간 부문의 확충 등을 고려해야 할 것이다.

마지막으로 소득보상보험은 질병이나 상해로 인해 보험계약자가 소득을 완전 상실하거나 일부 상실할 경우 이를 보장하여 주는 상품이다. 이 보험상품은 보험계약자의 연령, 직업, 수입에 따른 차별적인 기초율의 산정이 수반되어야 하는 기술적인 어려움이 있으며¹⁵⁾, 보상시에도 장해에 따른 소득상실률을 정확히 파악하는 등의 문제가 있다. 따라서 개발초기에는 위험을 동질화할 수 있는 특정단체에 대하여 평균연령, 평균급여, 승급률, 탈퇴율(사망 또는 퇴직에 의한)을 산출하여 제한적인 단체보험으로 개발하는 것이 바람직하다. 이후 기초통계가 확보되고 어느 정도 위험률이 안정되면 대상 단체를 점진적으로 확대하여(1,000인 이상→100인 이상→50인 이내 등) 가입대상을 확충하고, 궁극적으로는 개인보험으로도 개발을 추진할 필요가 있을 것이다.

보험기간의 측면에서 볼 때 개발초기에는 시험적인 기초율의 성격을 지속적으로 보완할 수 있는 단기(short term) 상품으로 개발하여 1년 단위로 보험요율을 조정할 수 있도록 개발하는 것이 바람직하다. 다만 보험요율이 안정적인 형태를 보이는 시점에서 점차 장기 상품으로 전환하여 보험계약자의 편의성을 제고할 필요가 있다.

상품의 형태로는 소득보상 담보의 순수보장성 보험과 저축성을 가미한 혼합형 상품으로의 개발을 고려해 볼 수 있을 것이다. 순수보장성 소득보상보험은 비교적 보험기간이 단기이며 보험료가 저렴한 반면, 만기시에 환급이 없는 상품으로 우리나라

14) 예를 들면 가정방문 간호(Home Health Care Visit), 재활치료(Rehabilitation Facility Care), 물리치료(Physical Therapy), 언어치료(Speech Care), 임종 치료(Hospice Care), 시력치료(Vision Care), 청력치료(Hearing Care), 전문간호 시설치료(Skilled Nursing Facility) 등을 고려해 볼 수 있을 것이다.

15) 기왕증이 있는 직원의 경우 특별조건부로 인수하는 방안을 고려한다.

라 보험계약자의 선호에는 부합하지 않는 단점이 있다. 혼합형 상품은 만기에 적립 보험료를 예정이율로 부리한 금액을 환급해주어 퇴직연령에서의 노후대책의 수단으로 하거나 적립금으로 노후의 보장을 위해 사용할 수 있는 다양한 상품으로 전환이 가능하나, 보험료 부담이 크다는 단점이 있다.

소득불능상태의 선정 기준으로는 보험계약자가 자신이 하던 일을 완전히 못하게 된 경우와 부분적인 장애로 인하여 업무의 범위가 줄어들어 소득이 감소된 경우도 포함해야 할 것이다. 산재보험이나 근재보험과 중복지급되는 부분이 있으므로 산재보험이나 근재보험을 보충하여 급부를 지급하거나, 업무시간외의 질병이나 상해만을 보상하는 상품으로 개발하는 방안도 고려해 볼 필요가 있다.

V. 민영건강보험의 활성화를 위한 정책과제

최근 민영건강보험이 각광을 받고 있음에도 불구하고 활성화되기에는 많은 제약이 있는데, 이는 리스크를 줄이면서 소비자의 니즈를 충족시킬 인프라가 제대로 확충되지 못했기 때문이다. 이는 위험률 확보, 언더라이팅, 보험금 지급, 정부의 정책적 지원 등의 측면으로 나뉘어 나타난다.

1. 기초통계의 확보 및 위험률 산출

먼저 위험률 확보의 어려움은 국민건강보험과 민영건강보험간의 중장기적 관계가 미정립된 상황에서 보장해야 될 위험의 대상이 변동될 수 있고, 새로운 질병의 발생, 의학기술의 발전 등으로 위험의 발생확률과 크기를 확정하기 어렵기 때문이다. 이를 해결하기 위해서는 보험회사들이 건강관련 상품 개발을 위한 위험률을 개발할 수 있도록 자체적으로 기초통계를 확보하고 미래의 위험에 대한 연구개발 활동에 주력해야 한다.

그러나 보험회사의 이러한 활동은 단기적으로 효과를 거두기 어렵기 때문에 국민

들의 건강보장 수준을 높이기 위해 저렴한 보험료의 민간건강보험상품을 공급할 수 있도록 국민건강보험공단이 대승적 차원에서 협조할 필요가 있다. 이 때 제공되는 통계는 개인은 식별할 수 없게 하더라도, 남녀 성 구별 및 연령 구별은 물론 입원, 외래, 처방조제가 구별될 수 있어야 한다. 또한 특정인이 진료를 받을 경우 전체 내역을 추적할 수 있도록 하여 질병 또는 상해로 야기되는 전체 진료비용 및 기간 등을 파악할 수 있도록 해야 한다.

이를 위해서 국민건강보험공단은 보험개발원에 통계를 제공하고 보험회사들은 보험개발원이 개발한 기초위험률을 기준으로 상품을 개발하면 된다. 이미 2003년 보험법 개정으로 인해 민간보험산업에는 법적 근거규정이 마련되어 있으므로, 국민건강보험법의 관련 조항을 개정하는 것이 필요하다.

2. 역선택 축소를 위한 질병정보 교환

민간건강보험은 임의가입하는 제도이기 때문에 발병확률이 높은 사람은 자발적으로 가입하나 낮은 사람은 가입하지 않을 가능성이 높다. 정보가 비대칭적인 상황에서는 역선택에 의해서 발병확률이 높은 사람으로 보험가입자 풀이 형성될 것이며, 이는 궁극적으로 제도를 유지하기 어려운 상황으로 가게 만들 뿐만 아니라 계약자간 보조를 이루어지게 하여 불형평성이 야기되는 문제가 있다.

이렇듯 역선택에 따른 리스크를 축소하고 계약자간 형평성을 확보하기 위해서는 기왕증 여부를 포함해서 개인의 질병상태를 파악할 필요가 있다. 물론 이는 문진이나 건강검진을 통해서 파악할 수 있지만 보험회사가 기존에 행해진 진료에 대한 정보를 집적하여 갖고 있다면 훨씬 비용효율적으로 파악될 수 있다. 우선 단기적으로는 보험금 지급정보를 집적하고 중장기적으로는 청약서상의 고지의무에 입각한 정보는 물론 진료내역을 포함하는 정보를 집적하도록 해야 할 것이다. 이에 대해서는 프라이버시 보호라는 사회적 가치와 충돌하는 문제가 있지만 본인 동의를 받아 엄격한 관리 하에 한정된 목적에만 사용할 수 있도록 법·제도적 개선이 시급하다.

이를 위해서는 보험자, 보험판매인, 보험 관련 기관이 개인에 대한 정보를 수집,

이용, 관리하는 데 필요한 기준을 단일하게 마련하여 보험업법 및 하위 법규에 명문화하는 것이 필요하다¹⁶⁾. 이 경우 다음과 같은 내용이 포함되어야 할 것이다¹⁷⁾.

첫째, 언더라이팅을 위한 정보수집의 목적과 사용범위를 명확히 해야 한다. 정보수집을 명목으로 보험업무 이외의 목적을 위한 면담을 금지해야 하며, 이와 아울러 청약자 또는 계약자에게 정보수집의 목적과 사용범위를 설명해야 한다.

둘째, 보험자, 보험판매인, 보험관련 기관이 정보수집을 위해 사용하는 양식에 대한 최소한의 기준을 마련해야 할 것이다. 여기에는 정보가 공개될 수 있는 사람의 유형과 정보의 성격, 정보의 수집목적, 허가의 유효기간 등이 명확히 정립되어야 할 것이다.

셋째, 고객의 자기정보에 대한 결정권과 이를 실현하는 구체적 절차가 명시되어야 한다. 이와 관련하여 청약자 또는 계약자가 자기에 관한 정보의 수집 여부를 확인하고 그 정확성을 다투기 위한 정보접근권, 잘못된 정보에 대한 정보정정요구권, 변경사실에 대한 수정요구권, 정보이용 및 제3자에 제공하는 것에 대한 사전·서면동의권 등을 부여해야 한다.

넷째, 불리한 위험인수 결정이 내려졌을 경우 청약자나 계약자에게 이러한 결정을 내린 이유를 제시하거나, 문서로 요청하였을 경우 이유를 알 수 있다는 사실을 알리도록 규정해야 한다.

다섯째, 정보공개에 한계와 조건을 규정해야 한다.

여섯째, 정보의 관리와 관련하여 전담직원 외 직원의 고객정보에 대한 접근제한, 보안기술과 정보관리기준, 정보취급직원의 비밀유지의무, 의무위반시 해당직원과 보험사업자의 책임, 보험사 직원에 대한 교육 등이 명시되어야 한다.

이렇게 보험업법에 개인정보보호에 관한 사항을 명문화하는 것 이외에도 감독측면에서 건강보험 언더라이팅을 위한 청약서 및 계약심사 가이드라인을 제시할 필요성도 있는데, 실손보상형 상품과 가입금액이 고액인 건강보험상품을 판매하기 위해서는 현재 사용되고 있는 생명보험 위주의 청약서와 구분하여 질병보험에 적합한

16) 이를 위해서는 각 개별법에서 보험업무와 관련된 정보의 유통 등에 대한 규제를 적용배제하는 것이 선행되어야 할 것이다.

17) 오영수·이경희(2003), p.125.

청약서를 따로 사용할 수 있도록 허용해야 할 것이다. 계약심사 가이드라인의 제시와 관련해서는 계약심사에 필요한 적절한 질문사항을 제시하고, 비차별적인 계약심사 관행 이외의 검사절차를 준수하도록 해야 하며, 청약자의 의료기록에 대한 비밀 보장기준을 세워야 한다.

마지막으로 기존에 국민건강보험공단에 집적되어 있는 진료내역을 본인이 청구할 경우 급여사실확인원을 발급해주어 보험회사에 제출하면 이를 보험회사가 엄격한 관리 하에 언더라이팅 및 보험사기 등 한정된 목적에만 사용할 수 있도록 하는 조치가 필요할 것이다. 현재 의료법에 따르면 환자, 그 배우자, 그 직계존비속 또는 배우자의 직계존속(배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없는 경우에는 환자가 지정하는 대리인)이 환자에 관한 기록의 열람·사본교부 등 그 내용확인을 요구한 때에는 환자의 치료목적상 불가피한 경우를 제외하고는 이에 응하도록 하고 있다¹⁸⁾. 따라서 국민건강보험법에 급여사실확인원을 발급할 수 있는 근거조항을 신설하여 국민의 편의를 확대해주는 것이 필요하다.

3. 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 심사제도 개선

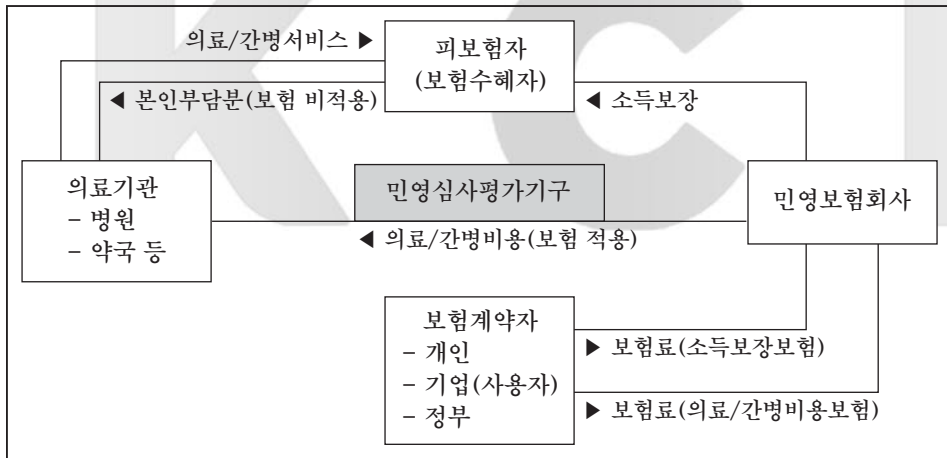
민간건강보험의 운영에는 국민건강보험과 마찬가지로 도덕적 해이가 존재할 수 있으므로 보험금 지급과 관련한 심사제도를 개선할 필요가 있다. 정액형 건강보험의 경우 중복가입에 의한 것을 제외하고는 도덕적 해이 발생 가능성이 적는데 비해, 실손형 건강보험에서는 의료서비스 공급자와 피보험자에 의한 도덕적 해이의 발생

18) 의료법에는 진료기록의 열람과 관련하여 다음과 같이 규정되어 있다.

제20조 (기록 열람등) ① 의료인 또는 의료기관 종사자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 환자에 관한 기록의 열람·사본교부등 그 내용확인에 응하여서는 아니된다. 다만, 환자, 그 배우자, 그 직계존비속 또는 배우자의 직계존속(배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없는 경우에는 환자가 지정하는 대리인)이 환자에 관한 기록의 열람·사본교부 등 그 내용확인을 요구한 때에는 환자의 치료목적상 불가피한 경우를 제외하고는 이에 응하여야 한다(개정 1987.11.28, 1994.1.7, 2000.1.12).

가능성이 크다. 이를 적발하기 위해서는 진료내역을 열람할 수 있는 권한이 부여되어야 하는데, 민간보험회사는 자동차보험 사고를 보상할 때 이외에는 열람할 권한을 갖고 있지 못하다. 따라서 단기적으로는 피보험자, 그 배우자, 그 직계존비속 또는 배우자의 직계존속(배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없는 경우에는 환자가 지정하는 대리인)이 진료기록 사본을 의료기관으로부터 받아서 보험회사에 제출하여 도덕적 해이 여부를 심사하는 방안을 고려할 수 있다. 그런데 도덕적 해이가 피보험자로부터 일어나는 것이 아니라 의료공급기관으로 발생하였다면 민간보험회사가 이를 적절히 제재할 수단을 갖지 못하는 문제점이 야기된다. 따라서 민간건강보험이 국민건강보험을 보완하여 사회보장의 충분성을 확보하는 제도라는 점을 고려할 때는 보험회사가 이를 제재하여 진료비를 환수할 수 있는 권한이 부여될 필요가 있다.

〈그림 3〉 민영건강보험 심사평가체계 개선 개념도



그리고 중장기적으로는 건강보험심사평가원과 마찬가지로의 기능 및 역할을 담당할 민간건강보험심사평가기구를 설치하고 그에 진료내역 열람권 및 도덕적 해이에 대한 제재권을 법적으로 부여하는 것을 검토할 필요가 있다. 이렇게 별도의 심사기구가 설치되면 규모의 경제에 입각한 운영이 가능하여 보다 효율적인 보험금 지급

심사 및 보험사기 적발이 가능해질 것이다.

4. 세제지원

마지막으로 정부의 정책적 지원 중에서 소득공제 등 세제혜택이 부여될 필요가 있다. 현재는 연간 100만원 한도에서 보장성보험에 소득공제혜택이 주어지고 있는데, 자동차보험이나 종신보험 등으로 소진되기 때문에 건강보험 가입에 대한 인센티브가 약하다고 할 수 있다. 따라서 민영건강보험에 대해서도 개인연금에 적용되는 것과 마찬가지로 별도의 세제혜택이 부여될 필요가 있다. 이는 민간건강보험이 단순한 보장성 상품이 아니라 사회보장제도의 한 축인 국민건강보험을 보완하여 사회보장 기능을 수행하기 때문이다.

그리고 세제지원을 위해서는 개인연금과 마찬가지로 상품의 적격요건을 두고 그에 부합하는 상품에 한하여 별도의 세제혜택을 부여하는 것이 적절할 것이다.

Ⅵ. 맺음말

이상으로 국민건강보험과의 관계 속에서 민간건강보험의 역할분담 및 정책과제에 대하여 살펴보았다. 민간건강보험은 국민건강보험의 대체재보다는 보완재로서 인식되는 것이 바람직할 것이다. 그리고 민간건강보험 활성화에 따른 의료이용 양극화의 문제는 원천적으로 소득 양극화에서 야기되는 측면이 크다. 물론 사회보험 방식의 국민건강보험제도를 통해 이를 보완할 수는 있지만, 그것이 극단적으로 확대되면 형평성의 원리는 지켜질지 모르나 정부실패가 나타나 효율성이 훼손되고 국민의 니즈 대응이 곤란할 수 있는 문제점도 나타날 수 있다. 따라서 국민건강보험과 민간건강보험간에는 다양한 가치 기준을 고려하여 역할이 분담될 필요가 있으며, 그 내용은 국민적 합의를 통해서 도출되어야 할 것이다.

그러나 이러한 방향성에도 불구하고 아직 민간건강보험을 운용할 인프라는 크게

확충되지 못하여 민간보험회사들은 미래에 리스크가 어떻게 나타날지 예측조차 못한 채 사업을 운영하고 있는 실정이다. 또한 세제혜택이 미흡하여 수요도 크게 진작되지 못하고 있다. 따라서 민간건강보험이 제대로 정착될 수 있도록 기초위험률 산출을 위한 통계 공유, 의료정보 집적 및 활용, 보험금지급 심사기구 설치, 세제 혜택 부여 등을 위한 정책적 배려가 필요하다고 보겠다.

이제부터는 정부 및 민간이 협력하여 국민건강보험과 민간건강보험의 역할분담이 어떻게 설정되는 것이 바람직할 것인지 청사진을 그려서 제시해야 할 것이다. 또한 민간보험 입장에서라도 자체적인 노력을 기울여 고객의 니즈를 충족시킬 수 있는 사업을 전개해야 할 것이다.

마지막으로 이 연구는 많은 점에서 실증분석을 거쳐 검증되어야 할 부분이 있다. 그에 대해서 충분하게 연구하지 못하고 정책적 방향만 제시한 것은 이 연구의 한계이다. 향후 이에 대한 실증분석을 행함으로써 이 연구의 부족한 부분을 보완하고자 한다.



참 고 문 헌

- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각연도.
- _____, 「국민 95%, 국민건강보험은 국민건강 향상 위해 필요한 제도」, 보도자료, 2005. 2. 7.
- 김원식, 「국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방안」, 『보험개발연구』, 통권 제17호, 보험개발원, 2002.
- 대한민국 정부, 『2005~2009년 국가재정운용계획』, 2005.
- 민간의료보험활성화 Task Force, 「국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안」, 2001.
- 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화방안」, 공청회자료, 2005.
- 신문식·김세환·조재현, 『2005년 보험소비자 설문조사』, 보험개발원, 2005.
- 양봉민, 「전환기에서 본 의료보험의 개혁방안」, 『한국사회정책학회 1997년 정기학술대회 자료집』, 통권 제17호, 한국사회정책학회, 1997.
- 오영수, 「민영건강보험의 활성화 방안」, 대한의사협회 토론회 자료, 2006.
- 오영수·이경희, 『사회환경변화에 따른 민영보험의 역할(Ⅲ): 의료보험개혁과 보험회사의 역할』, 보험개발원, 1999.
- _____, 『민영건강보험의 언더라이팅 선진화 방안』, 보험개발원, 2003.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장 개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 이진석, 「국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방향 모색」, 강기정 의원 주최 공청회 자료, 2006.
- 정기택, 「민간의료보험의 현황과 활성화 방안」, 『보험개발연구』, 통권 제17호, 보험개발원, 1996.
- 최병호, 「민간의료보험의 도입에 관한 검토」, 『제4차 병원 경영세미나 연세집』, 대한병원협회, 1997a.
- _____, 「민간의료보험의 도입 타당성 검토」, 『보건복지포럼』, 제15호, 한국보건사회연구원, 1997b.
- 최병호·홍석표·신영석·오영수·김나영, 『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 충북대학교·국민건강보험공단, 『민간의료보험 실태와 영향 분석』, 2005.
- KoREI, 『민영건강보험제도의 효율적 운영방안』, 대한손해보험협회 연구용역보고서,

2002.

OECD, "Private Health Insurance in OECD Countries", 2004.

K C I

Abstract

Coverage level of National Health Insurance in Korea is relatively lower than that of other countries.

Although Korean government announced Protection type insurance reinforcement plan, it is forecasted to be limited considering dramatical increase of medical expense for the aged person and burden ability of household economy.

It is urgently requested that sublimate excessive coverage by national healthcare insurance system and establish healthcare insurance system through engagement and efficiency

Through health insurance system improvement process, private health insurance companies, as well as medical expenses supplementation insurance, need effort which expand their role in the income compensation insurance and nursing insurance field.

And government is required systematic support in data exchange for pure rate, medical information accumulation and usage, taxation merit to raise citizen's convenience and healthcare system settlement.

※ Key Words: national health insurance, private health insurance, protection type insurance reinforcement, new relationship