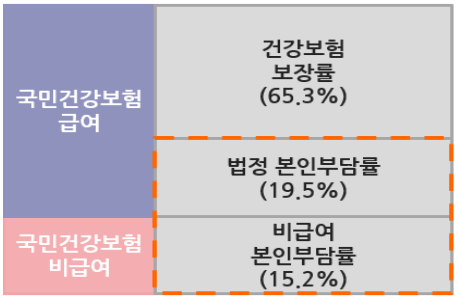
Ⅰ 서론

1. 개요

우리나라 공공부문의 사회보장체계는 공공부조, 사회보험,[1] 사회수당, 사회서비스 등으로 구성되는데, 건강보장은 소득보장과 함께 사회보장제도의 한 축으로 구성되고 있다. 일반 국민을 대상으로 국민건강보험(사회보험) 실시를 통해 보편적인 건강보장을 제공하고, 사회취약계층의 건강보장 강화를 위해 노인장기요양보험(사회보험) 및 의료급여(공공부조)를 실시하고 있다. 한편, 국민건강보험의 역할은 사회 전체의 안전망으로서, 혹은 사회적 약자에 대한 보호로서 모두 중요하나, 사회보험 중 공급자·수요자·보험자 간 갈등이 가장 심각한 구조적 한계를 지니고 있다. 이는 건강보험의 보험료는 가입자의 소득 등에 따라 차등 부과되는 반면, 급여는 납부하는 보험료 차이와 상관없이 동질의 의료서비스가 제공되는 특성에 주로 기인한다고 볼 수 있다.

〈그림 Ⅰ-1〉 우리나라 공·사 건강보험제도

〈그림 Ⅰ-2〉 우리나라 공·사 건강보험 보장범위



주: 1) 괄호는 2020년 기준 전체 의료비 중 점유율임
2) 점선으로 표시된 부분은 실손의료보험 보장범위임
자료: 정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정(2022)

1) 5대 사회보험: 국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험, 노인장기요양보험

한편, 우리나라 민영건강보험에서 실손의료보험은 국민건강보험의 보완형[2] 역할을 수행하는데, 국민건강보험이 보장하지 않는 영역, 즉 급여 본인부담금과 비급여를 보장해주고 있다. 2020년 기준 국민건강보험의 보장률은 65.3%로, 실손의료보험은 34.7% 중에서 몇몇 보장하지 않는 항목들을 제외한 모든 영역을 포괄적으로 보장해 주고 있다.

우리나라 보건의료정책의 목표는 ① 국민의 건강증진(Improving Health), ② 효율성(Efficiency), ③ 형평성(Equity)을 표방하면서 보편적 건강보장을 위해 지속적인 제도 개선을 추진해 왔다. 상기의 보건의료정책이 지향하는 틀하에서 공공부문 건강보장 정책은 모든 국민이 필수적인 양질의 의료서비스를 차별 없이 이용할 수 있도록 보장하는 '보편적 건강보장(Universal Health Coverage)'을 핵심 목표로 발전해 왔다.[3] 연대기로 살펴보면 먼저 생활보호법(1961년), 의료법(1963년) 등으로 의료보장의 제도적 기반을 마련하고, 1989년 전 국민 대상으로 직장, 직종, 지역, 공무원 및 사립학교 교직원 등 다보험자의 형태로 보편적인 의료보험을 확대하였다. 2000년 7월 단일 보험자 조직인 국민건강보험공단(National Health Insurance)이 출범하면서, 질병의 예방과 치료를 상징하는 '의료보험(보장)' 용어를 건강증진 및 건강관리의 중요성을 강조하는 '건강보험(보장)'으로 보건의료정책의 패러다임이 전환되었다. 또한, 노인돌봄의 국가책임화 차원에서 2008년 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 한편, 건강보험의 보장성 강화 정책이 2005년부터 지속적으로 추진되어 왔으며, 이외에 개인의 의료비 부담 경감을 위해 본인부담상한제(2004년)와 재난적의료비 지원사업(2013년)을 실시하고 있다.

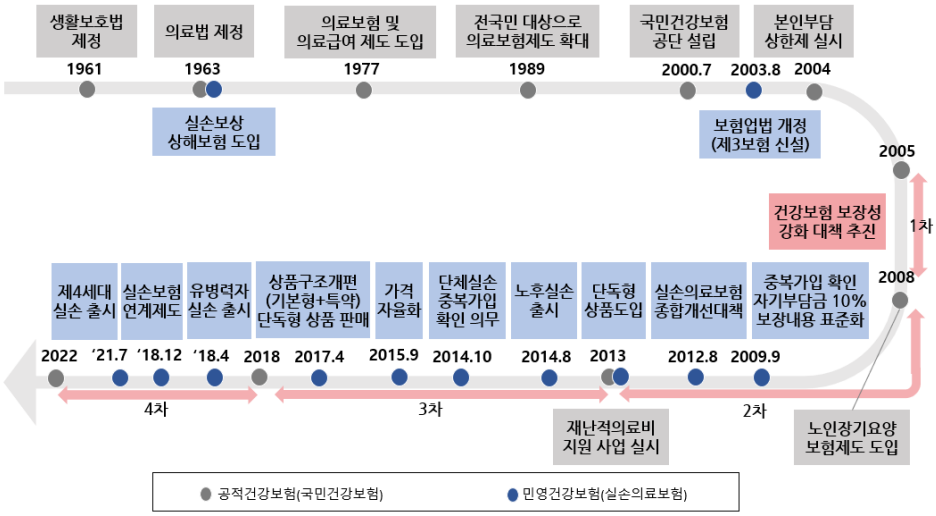
한편, 민영부문의 건강보험에서 의료비를 보장해 주는 상품은 1963년 실손보상 상해보험 형태로 최초로 도입되었다. 현재의 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 제3보험의 하나로 도입되었다고 볼 수 있다. 그리고 2009년 보장내용을 표준화하여 모든 보험회사들이 동일한 상품(제2세대)을 판매하도록 하고, 도덕적 해이 방지를 위한 자기부담금 제도 도입 및 불필요한 소비자의 보험료 부담을 막기 위한 중복가입 확인 절차 마련 등 금융당국 주도로 실손의료보험 제도 개선이 시작되었다. 이후 지속적인 제도 개선이 이뤄졌는데, 대표적으로 2012년 실손의료보험 종합개선대책 마련, 2014년과 2018년에 각각 노후실손의료보험과 유병력자 실손의료보험 출시, 2017년과 2021년에 상품구조개편을 통

2) 민영건강보험은 공적건강보험 제도와 보건의료시스템을 포함하는 공공부문과의 역할 관계에 따라 각각 보완형(Complementary, 공보험이 보장해 주지 않는 급부(급여본인부담, 비급여)를 보장), 보충형(Supplementary, 공보험 급부서비스의 질을 보충), 대체형(Substitute, 공보험 역할을 대체) 등으로 분류됨(정성희·이태열 2018)

3) WHO의 보편적 건강보장(Universal Health Coverage) 정의임

해 제3세대(기본+3대비급여특약, 단독형 상품), 제4세대 상품(급여+비급여, 비급여할인할증) 출시 등이 있다.

〈그림 Ⅰ-3〉 우리나라 공·사 건강보험제도의 발전 경과



2. 선행연구 고찰

지금까지 공·사 건강보험의 역할 정립과 관련해서 오랫동안 많은 논의가 이루어져 왔는데, 논의의 기저에는 국민건강보험을 통해 모든 국민에게 최소한의 의료보장을 제공하는 것이 사회적 정의 실현이라는 인식이 깔려 있다. 그리고 관련한 대부분의 연구들은 사회보험으로서 국민건강보험을 근간으로 하는 가운데, 공보험에 의해 충분히 보장되지 못하는 영역을 보완하는 것에 초점을 맞춰 왔다(권기헌 2013; 차진아 2016).

공·사 건강보험의 역할 정립에 대한 선행연구는 크게 ① 공보험의 보장성 강화가 주축이 되고, 민영건강보험은 공보험의 보완적 역할을 충실히 수행하도록 국가적 차원의 통제·관리가 필요하다는 의견과, ② 고령화시대, 민영건강보험의 역할 확대가 불가피하고 이에 따라 공·사 건강보험의 합리적 역할 설정이 필요하다는 흐름으로 나뉜다(〈표 Ⅰ-1〉 참조).

선행연구의 큰 두 가지 흐름은 민영건강보험의 역할에 대한 기본적인 시각의 차이를 보이나, 공보험의 한계를 보완하는 민영건강보험의 필요성에 대해서는 인식을 공유하고 있다.

먼저, 공보험이 보장성 강화라는 주된 목적을 수행하는 데 있어서 민영건강보험은 보완적 역할을 담당해야 하며 국가의 통제·관리가 필요하다는 의견을 살펴보고자 한다. 이진석(2006)은 민영건강보험의 보장 영역을 공보험의 보장 영역 이외의 범위로 설정해야 하고, 소비자 보호를 위한 상품 및 정보 제공의 표준화가 필요함을 주장하였다. 민영건강보험의 소비자 보호 기능 제고 방안으로 보험회사의 위험선택 금지 및 보험료 설정의 합리적 제고 방안 마련 등을 제시하고 있으며, 특히 민영건강보험의 역할, 소비자 정보 제공 등에 대해서는 보건당국이 관리·감독 권한을 공유하는 방안을 제시하고 있다. 이현복 외(2011)는 국민의 건강과 의료이용 간 높은 관련성을 고려할 때, 민영건강보험은 금융상품으로서의 관리뿐만 아니라 보건의료 관점에서 통제도 필요함을 주장하였다. 특히 실손의료보험과 공보험의 연계성 강화를 위해 가입 개방, 고위험군 상품 개발, 자동갱신 보장, 법정 본인부담금 보장 금지 등을 제안하고 있다. 차진아(2016)도 민영건강보험이 공보험의 보완적 역할을 적절히 수행하여 국민건강보험의 부담을 줄일 수 있도록 민영건강보험상품의 내용 및 과도한 영리추구에 대한 합리적 통제가 필요함을 주장하였다. 권기헌(2013)은 공·사 건강보험의 역할 구축을 위한 여러 가지 대안을 비교한 결과, 국민건강보험을 근간으로 하고 민영건강보험이 보완적 역할을 하는 현행 체계를 중심으로 민영건강보험의 역할을 정립해야 함을 주장하였다. 그러나 공보험의 보장성 확대는 민간보험 영역을 축소시키므로 사회적 갈등을 방지하기 위해 협의체를 마련하여 사전 논의가 필요하다는 의견도 제시하였다.

신현웅 외(2015)는 건강보험의 보장성 강화의 영향으로 보험회사가 실손의료보험을 통해 반사이익[4]을 얻고 있다는 주장을 제기하고, 이를 사회에 환원할 수 있는 방안에 대한 논의가 필요함을 주장하였다. 이 연구는 2014년 국정감사[5]에서 건강보험 보장성 확대로 인한 보험회사의 반사이익 논란이 확산되자 국민건강보험공단이 보건사회연구원에 관련 연구를 의뢰함으로써 이루어졌다. 최근 들어 가장 뜨거운 사회적 논란이 되어 온 '정부의 건강보험 보장성 강화 대책에 따른 보험회사의 반사이익'은 이 보고서를 토대로 하고 있다

4) 2013~2017년 기간 동안 추진되는 4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환), 선택진료 및 상급병실의 건강보험 보장 확대 정책에 총 11조 원 상당의 예산이 소요될 예정으로 이에 따른 보험회사의 반사이익이 총 1.5조 원에 상당할 것으로 추정함

5) 김용익 의원은 2014년 국정감사에서 건강보험 보장성 강화에 따른 민간보험사의 반사이익이 2조 2,226억 원(소요액 대비 19.7%)에 달한다고 지적하고, 이에 상응하는 보험료 인하를 요구함

고 해도 과언이 아니라고 본다.

한편, 한정된 재원으로 전 국민에게 동질한 의료서비스를 보장하는 공보험의 특성상 민영건강보험의 장점 활용과 그에 따른 역할 강화 필요성 또한 주장되어 왔다. 민영건강보험은 공보험의 미보장 급부, 새로운 의료기술 등에 대한 접근성을 제고하는 핵심적 역할을 수행하고(이인재 외 2010; 허순임 2013), 가족력, 개인의 의료선호, 경제적 능력에 따른 추가 지불 의향 등 개인의 특성을 반영하여 국민의 다양한 선택을 보장(이인재 외 2010; 김종명 2013)하는 장점을 가진다. 이러한 장점들을 바탕으로 하여 다음의 선행연구들은 민영건강보험의 바람직한 역할을 모색하고 공·사 건강보험의 상호 공조와 역할 정립이 필요함을 주장하였다.

오영수(2006)는 공보험의 보장률 수준을 70%까지 강화하는 한편, 법정 본인부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비 등에 대해서는 민영건강보험의 보완형 방식이 적절하다고 주장하였다. 특히, 공보험의 통계 공유, 역선택 방지를 위한 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 지급심사 기능 강화, 비급여 수가에 대한 획일적 규제 완화 등 정책적 지원 필요성을 언급하였다. 김대환 외(2012)는 인구 구조의 변화를 고려하여 국민의 건강리스크를 관리하는 동시에 경제성장에 가능한 부담이 크지 않을 공·사 건강보험의 역할 체계에 대해 제시하였다. 특히, 인구고령화에 따른 국민건강보험의 재정추계와 해외 사례 등을 참고하여 인구고령화하에서 지속가능한 공·사 건강보험의 역할을 재정립하고 제시된 역할체계의 지속성과 안정성을 확대하기 위한 공조 방안을 제안하였다. 이창우 외(2010)는 민영건강보험 시장이 활성화될 수 있도록 미국, 독일, 네덜란드, 일본 등 해외의 민영건강보험 시장을 검토하여 우리나라 민영건강보험의 의료비 통제 방안에 참고할 만한 사례를 찾고자 하였다. 미국의 의료공급자-건강보험회사 네트워크, 독일과 네덜란드의 고소득층 대상 상품, 일본의 갱신형 상품 등이 대표적인 참고사례로 논의되었다.

〈표 Ⅰ-1〉 공·사 건강보험의 합리적인 역할 설정에 관한 선행연구

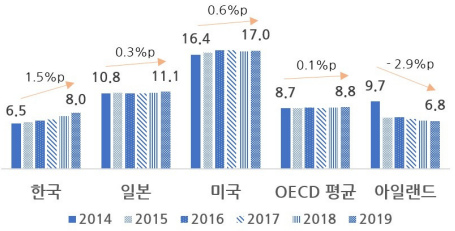
연구자	연구 내용
이진석(2006)	• 민영의료보험 가입자 보호를 위해 보험회사의 위험선택 금지 및 합리적인 보험료 설정 방안 마련을 주장함 • 민영의료보험 역할, 소비자 정보 제공 등에 대한 보건당국의 관리·감독 권한을 공유하는 방안 제시함
이현복 외(2011)	• 민영건강보험은 금융상품으로서의 관리뿐만 아니라 보건의료 관점에서 통제가 필요함을 주장함 • 특히 실손의료보험과 공보험의 연계성 강화를 위해 가입 개방, 고위험군 상품 개발, 자동갱신 보장, 법정 본인부담금 보장 금지 등을 제안함
차진아(2016)	• 민영건강보험은 공보험의 보완적 역할을 적절히 수행하여 국민건강보험의 부담을 줄일 수 있도록 기능해야 함 • 이를 위해서는 민영건강보험상품의 내용 및 과도한 영리추구에 대한 합리적 통제가 필요함
권기헌(2013)	• 국민건강보험을 근간으로 하는 가운데, 민영건강보험을 보완적으로 활용하여 공보험에 의해 충분히 보장되지 못하는 영역을 보완하는 것에 초점을 맞춤 • 공보험의 보장성 강화가 민간보험 영역을 위축시켜 사회적 갈등을 초래하지 않도록 협의체를 마련하여 사전적으로 논의·조정할 필요가 있음
신현웅 외(2015)	• 건강보험 보장성 확대의 영향으로 보험회사가 실손의료보험을 통해 반사이익을 얻고 있으므로 이를 사회에 환원할 수 있는 방안에 대한 논의가 필요함을 주장함
이인재 외(2010)	• 민영건강보험은 공보험의 미보장 급부, 새로운 의료기술 등에 대한 접근성 제고를 통해 건강보험 보장성 강화에 기여함
허순임(2013)	• 민영건강보험은 공보험이 보장하지 않는 간병서비스나 질병에 따른 소득상실을 보장함
김종명(2013)	• 민영건강보험은 가입자의 현실적 필요에 따라 선택적으로 특정 질병에 대한 보장성을 강화함(예: 가족력 질환에 대한 보험 선택)
오영수(2006)	• 공보험 보장수준 강화 및 법정 본인부담금, 상급병실료 등에 대한 민영건강보험의 보완형 역할을 제안함 • 역선택 방지 위해 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지 위한 보험금 지급심사 기능 강화 등을 주장함
김대환 외(2012)	• 인구고령화하에서 지속가능한 공·사 건강보험의 역할을 재정립하고, 각 역할체계의 지속성과 안정성을 확대하기 위한 공조 방안을 제안함
이창우 외(2010)	• 우리나라 민영건강보험을 활성화하기 위해 미국의 의료공급자-건강보험회사 네트워크, 독일과 네덜란드의 고소득층 대상 상품, 일본의 갱신형 상품 등 다양한 해외 민영건강보험 시장을 검토함

3. 문제 제기

우리나라는 OECD 국가들에 비해 GDP 대비 총 의료비용은 낮은 수준이나 그 증가세는 가장 빠른 것으로 평가되고 있어, 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다. 우리나라의 총 의료비 지출은 2019년 GDP 대비 8.0%로 OECD 회원국에 비해 아직은 낮은 수준이나, 최근 5년간 증가폭은 1.5%p로 초고령 국가인 일본(0.3%p), 최대 의료비 지출 국가인 미국(0.6%p), OECD 회원국 평균(0.1%p) 등을 고려해 볼 때, OECD 회원국에서 가장 빠른 증가세를 보이고 있다. 1인당 의료비도 연평균 8.7% 증가세로 OECD 평균(4.4%)의 두 배 정도 높은 수준이다. 이처럼 우리나라는 OECD 국가들에 비해 GDP 대비 총 의료비용은 낮은 수준이나 그 증가세는 가장 빠른 것으로 평가되고 있어, 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다.

〈그림 Ⅰ-4〉 주요국 GDP 대비 의료비

(단위: %)



자료: OECD(2020)

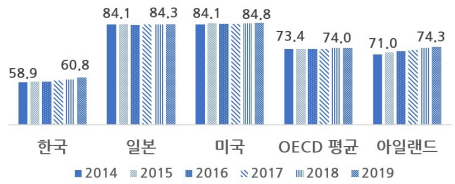
〈그림 Ⅰ-5〉 주요국 1인당 의료비

(단위: 달러)

자료: OECD(2020)

〈그림 Ⅰ-6〉 주요국 공공의료비 비율

(단위: %)



자료: OECD(2020)

〈그림 Ⅰ-7〉 주요국 의료비 중 본인부담금 비율

(단위: %)

자료: OECD(2020)

국민의료비의 증가는 사회취약계층의 의료비 부담을 더욱 가중시키기 때문에, 의료 접근의 비형평성을 심화시키는 문제로 귀결될 수 있고, 이에 대한 연구나 논의는 오래전부터 진행되고 있지만 현재 사회적 갈등으로 남아 있다. 특히 고령화, 저출산, 1인가구 증가, 베이비부머 은퇴 본격화에 따라 재정을 부담하는 인구가 줄어들기 시작하고, 보장성 강화, 만성질환 증가, 그리고 공공부문에서는 민영건강보험으로 인해 재정 부담이 심화되고 있다는 주장이 제기되고 있다. 또한, 의료업계에서는 저수가 부분을, 국민들은 저보장 부분을, 시장 효율성 측면에서는 과잉공급과 과다이용이, 그리고 다양한 이해관계로 보장성강화와 민영건강보험의 높은 가입률이 갈등 요인으로 파악되고 있는 실정이다. 특히 최근에는 공공부문의 건강보장 강화 추진에 따른 공보험 중심의 복지정책 필요성이 강조되면서, 실손의료보험의 반사이익 등 민영건강보험에 대한 부정적 인식이 확대되고 있다. 전 국민의 건강보장체계에서 국민건강보험이 중심축이 되어야 한다는 건 어느 누구도 이의를 제기하지 않을 명제이다. 다만, 국민건강보험의 재정이 아닌 국민의 의료비 부담 경감(즉, 국민 후생 증대)이 대전제가 되어야 한다. 따라서 민영건강보험이 국민건강보험의 재정 건전성을 침해하지 않으면서 국민의 의료비 부담을 경감해 줄 수 있는 보완형 역할을 모색해야 할 시점이다. 더불어 공·사 건강보험제도의 지속가능성 및 국민의 수용성 제고를 위해 해결해야 할 과제에 대해서도 공·사가 함께 검토해야 할 것이다.

본 연구는 건강보장체계에서 국민을 대상으로 보편적인 의료서비스를 보장하는 국민건강보험의 보완형으로 운영되고 있는 실손의료보험을 검토 대상으로 한다. 실손의료보험의 지속성·편의성 및 공·사 건강보험의 역할 정립에 대해 그동안 논의되어 온 주장과 이해관계자 간의 쟁점을 정리하고, 향후 정책과제와 연구과제를 도출하는 것을 목표로 하고 있다.