# Ⅲ. 건강보장 분야

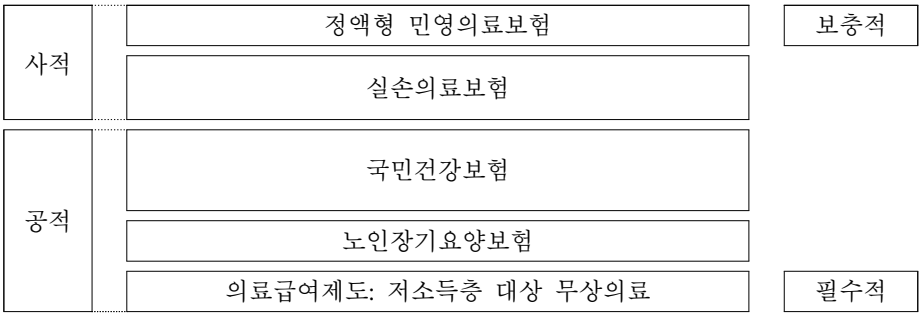
본 장은 건강보장 분야에서 우리나라 공공부문과 민영부문의 특성을 검토하고 더불어 공 · 사 협력을 어떻게 해나갈 것인가를 논의하고자 한다. 우선 1절에서는 국민건강보험을 중심으로 한 공공 의료서비스 공급체제의 특징을 논의하고 이를 바탕으로 민영보험시장에 대해서도 논의하고자 한다. 2절에서는 1절의 논의를 바탕으로 바람직한 공적, 사적 건강보험시스템의 발전 방향을 제시하고자 한다. 물론 공공부문에 대해서는 2장에서 이미 언급한 바와 같이 현 세대부터 점진적으로 부담을 늘려간다는 전제 하에 논의를 진행할 것이다.

## 1. 건강보장 체계 및 평가

### 가. 우리나라 공 · 사 건강보장 체계

우리나라 건강보장 체계를 의료비 보장의 관점에서 간략히 설명하고자 한다. 〈그림 Ⅲ-1〉에서 보는 바와 같이 우리나라의 의료비 보장 체계는 크게 공적 영역과 사적 영역으로 나누어 볼 수 있다. 공적 영역은 국민건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여제도가 있으며, 사적 영역은 실손의료보험과 정액형 건강보험이 있다.

〈그림 Ⅲ-1〉 우리나라의 의료비 보장체계




우선 공적 분야의 국민건강보험은 일반 국민의 통상적인 의료비를 보장하는 대표적인 의무 보험이다. 노인장기요양보험은 정상적인 거동이 불가능한 노인성 질환자를 대상으로 하고 있으며 현재 1, 2급의 판정을 받아야 급여가 지급된다. 의료급여제도는『국민기초생활 보장법』을 기초로 한 것으로 저소득층에 대해서 무상의료를 제공하는 공적부조의 성격을 가지고 있다. 본 연구에서는 2장에서 언급한 바와 같이 공적 건강보험 체계를 설명함에 있어 국민건강보험으로 논의의 범위를 국한하고자 한다.

사적 분야의 경우, 대표적인 의료비 보장보험으로서 실손의료보험이 있는데, 실제 발생한 의료비를 급여로 제공한다. 정액형 민영의료보험의 경우 실제로 발생한 의료비와 관계없이 사전에 미리 약정한 금액을 지급한다는 점에서 실손의료보험과는 차이가 있다. 본 연구의 민영건강보험은 실손의료보험과 정액형 보험을 모두 포함한 개념이다.

공·사 건강보험 체제는 나라마다 상이하다. 민영보험이 중심인 미국을 제외하면 주요 선진국들은 모두 사회보험체제를 가지고 있다. 〈표 Ⅲ-1〉에 나타난 바와 같이 우리나라의 경우 국가가 단일 보험자를 설립하여 운영하는 방식(NHI: national health insurance)이며, 호주는 국가 자체가 의료서비스를 공급하는 책임(NHS: national health service)을 맡고 있다. 반면, 프랑스, 독일, 네덜란드, 일본 등 대부분의 국가들은 NHI와 유사하지만 다수의 보험자들이 보다 독립적으로 운영되는 사회보험방식(SHI: social health insurance)을 채택하고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 주요국의 공 · 사 건강보험 비교

| 구분 | 한국 | 프랑스 | 독일 | 호주 | 네덜란드 | 일본 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 의료보장 방식[1] | NHI | SHI | SHI | NHS | SHI | SHI |
| 보험적용 대상 | 전국민 (의료 급여 제외) | 전국민 | 전국민의 90% (고소득층, 공무원 제외) | 전국민 | 전국민 | 전국민 |
| 민간보험 형태[2] | 보충형 | 보충형 (본인부담, 부가급여) | 대체형, 보충형 (본인부담, 부가급여) | 중복형, 보충형 (본인부담, 부가급여) | 기초보험, 보충형 | 보충형 |
| 의료비 중 민간지출 비중[3] | 44.1% | 22.3% | 23.4% | 32.0% | 37.5% | 19.2% |

주: 1) NHN(National Health Insurance), SHI(Social Health Insurance), NHS(National Health Service).
2) 중복형(Duplicate), 본인부담 보충형(Complementary), 부가급여 보충형(Supplementary), 대체형(Substitute), 기초보험(Principal).
3) OECD Health data(2011).
자료: 이현복 · 이호용(2012) 재인용.

대부분의 국가들에서 건강보험의 공 · 사 협력은 민영보험이 사회보험을 보충하는 형태로 이루어지고 있다. 그러나 네덜란드의 경우 민영보험회사가 사회보험을 위탁 관리하고 있으며, 독일의 경우 상위 10%의 국민을 임의 가입자로 분류하여 사회보험을 민영보험으로 대체할 수 있게 하고 있다. 호주의 경우 국가의료서비스의 재정 부담 문제 때문에 민영보험시장이 발달하고 있는 등 나라별로 다양한 특성이 나타나고 있다. 우리나라의 경우도 큰 틀에서는 민영보험이 사회보험을 보충하는 형태이다. 그러나 공 · 사 사회안전망의 개선 방안을 논의하기 위해서는 우선 우리나라의 건강 보장 영역의 특성에 대해 보다 깊히 파악할 필요가 있을 것이다.

## 나. 공적 건강보험 체계 평가

우리나라의 공적 건강보험 체제의 특징을 말하면 흔히 '저부담 - 저수가 - 저급여'라고 규정한다. 본 연구는 우리나라 의료 환경의 어떠한 요인들이 공적 건강보험의 성격을 상기와 같이 규정하게 만들었는가를 살펴보고자 한다.

우리나라 의료 환경의 특성 중 본 연구가 눈여겨 본 것은 세 가지 요인이다. 첫째는 전국민 의료보험의 단기간 달성이며, 둘째는 공공 의료의 취약한 공급능력이고, 셋째는 의료시장의 민간재원 의존 고착화이다. 본 절에서는 우리나라 공공 의료비 보장 체제를 상기의 세 가지 관점에서 논의함으로써 그 특징을 파악하고자 한다.

### 1) 전국민 의료보험의 단기간 달성

우리나라 국민건강보험을 평가함에 있어서 가장 일반적으로 접하게 되는 표현은 '세계적으로 최단기간에 전국민 의료보험을 달성'했다는 것이다. 국민건강보험(2012) 등 다수의 자료에서 언급된 바와 같이 우리나라 국민건강보험은 1977년 도입된 이래 12년 만인 1989년에 전국민에게 적용되었으며, 이는 독일(127년), 벨기에(118년), 오스트리아(79년), 일본(36년) 등 다른 나라와 비교할 때 매우 단시간에 의료보험을 사회보험화 하는데 성공했다.

본 연구가 판단하기에 경제 발전 단계가 낮았던 80년대에 전국민에게 의료보험을 확대하기 위해서는 충분히 낮은 보험료를 적용해야 했을 것이다. 이것이 바로 저부담의 원인이다. 그러나 적은 보험료로 전국민에게 포괄적인 건강보장 서비스를 제공하기 위해서는 의료서비스의 가격을 낮게 억제할 수밖에 없었고, 고비용 질병에 대해서는 오히려 보장을 충분히 할 수 없었다. 이것이 각각 저수가와 저급여의 원인이다. 결국 단기간에 의료보험을 전국민에게 적용한 것은 큰 성과였지만 이를 위해서 불가피했던 저부담(건강보험료)은 저수가(의료수가)와 저급여(낮은 보장)를 야기하면서 우리나라 공적 건강보험의 특징을 형성

하였다고 판단된다. 그러나 본 고는 우리나라의 경제적 여건이 꾸준히 개선되어 왔음에도 불구하고 전술한 공적 건강보험의 특징이 개선되지 않고 고착화되어가고 있다는 점에 주목하고자 한다.

### 2) 공공 의료의 취약한 공급 능력

OECD에서 회원국들의 의료환경을 비교함에 있어서 중요하게 제시되는 통계는 전체 의료공급능력 중에서 공공부문의 비중이다. 〈표 Ⅲ-2〉는 주요 국가의 전체 의료공급에서 공공의료기관이 차지하는 비중을 파악하기 위해 전체 병상 중 공공의료기관의 보유 비중을 비교하고 있다. 우리나라는 사실상 공공의료기관에 의한 의료공급능력이 거의 없다고 해도 과언이 아니다. 사회보험체제를 가지고 있는 유럽 국가들보다 크게 취약한 수준일 뿐만 아니라 민영의료보험 체제를 가지고 있는 미국과 비교해도 절반 수준에 불과하다. 전국민 건강보험 즉 사회보험을 적용하기에는 국가가 가지고 있는 의료공급능력이 매우 취약하다는 사실은 우리나라의 공적 건강보험의 성격에 큰 영향을 미치게 된다.

〈표 Ⅲ-2〉 OECD 주요국 병상 수 및 공공보유 비중

(단위: 개수, %)

| 구분 | 한국 | 미국 | 일본 | 독일 | 프랑스 | 영국 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 병상 수 | 59,196 | 231,177 | 451,044 | 273,382 | 258,465 | 182,104 |
| 비중 | 12.4 | 24.5 | 26.3 | 40.6 | 62.2 | 100 |

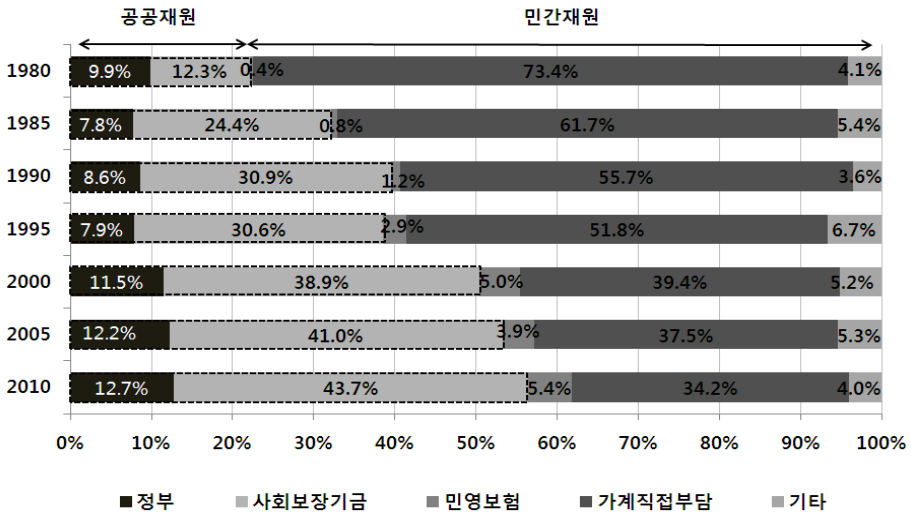
주: 미국은 2011년, 그 외 국가는 2012년 기준임.
자료: OECD(2012).

본 연구는 국가의 의료공급능력이 부족할 경우 국가가 공공의료기관을 통해서 의료서비스의 가격이나 관행 등을 자연스럽게 선도할 수 있는 능력이 취약할 것이라고 판단한다. 이러한 상태에서 사회보험체제를 유지하기 위해서 우리나라가 할 수 있는 정책 수단은 사실상 직접적이고 강력한 가격 통제 밖에 없었을 것이다. 이러한 가격 통제 위주의 정책 수단 한계로 인해 건강보험 도

입 초기에 형성되었던 '저수가'라는 특징이 고질적인 것이 되었다고 판단한다. 그 결과로써 우리나라의 의료시장에서는 의료수가와 관련해서 심각한 이해 대립이 나타나고 있다. 의료계는 의료 수가 인상에 의한 의료 공급 가격의 현실화를 강력하게 주장하고 있으며, 정부는 건강보험체제의 유지를 위해 이를 쉽게 수용할 수 없는 입장을 갖고 있다.

### 3) 의료시장의 민간재원 의존 고착화

〈그림 Ⅲ-2〉 국민의료비 재정구성의 추이(1980~2010년)

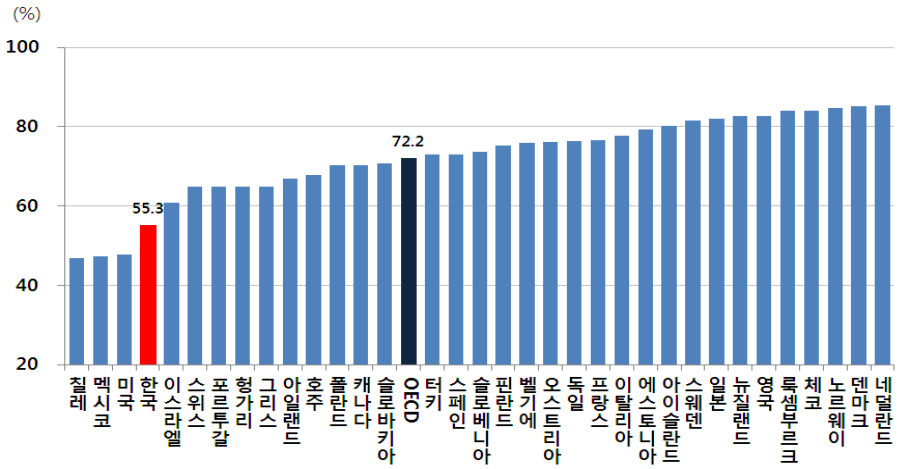



주: 기타에는 민간비영리단체와 기업이 포함됨.
자료: 보건복지부(2013b).

국민의료비에서 건강보험 등 공공재원이 차지하는 비중을 보면 매우 재미있는 사실을 발견할 수 있다. 〈그림 Ⅲ-2〉는 그간 국민건강보험의 발달로 전체 의료비에서 공공재원(정부+사회보장기금)의 비중이 꾸준히 상승해 왔음을 보여주고 있다. 그러나 여전히 공공재원의 비중은 60%를 넘지 못하고 있으며 이는 곧 40%가 넘는 재원이 민간 스스로 조달되고 있음을 의미한다. 〈그림 Ⅲ-3〉에서 보는 바와 같이 우리나라의 국민의료비 중 공공재원의 비중은 55.3%로

OECD 회원국 중 최하위권에 위치하고 있다. OECD 평균인 72.2%에 비해 무려 17%p 가량이나 낮은 수준이다.

〈그림 Ⅲ-3〉 의료비 중 공공부문 비중 국제 비교(2011년)



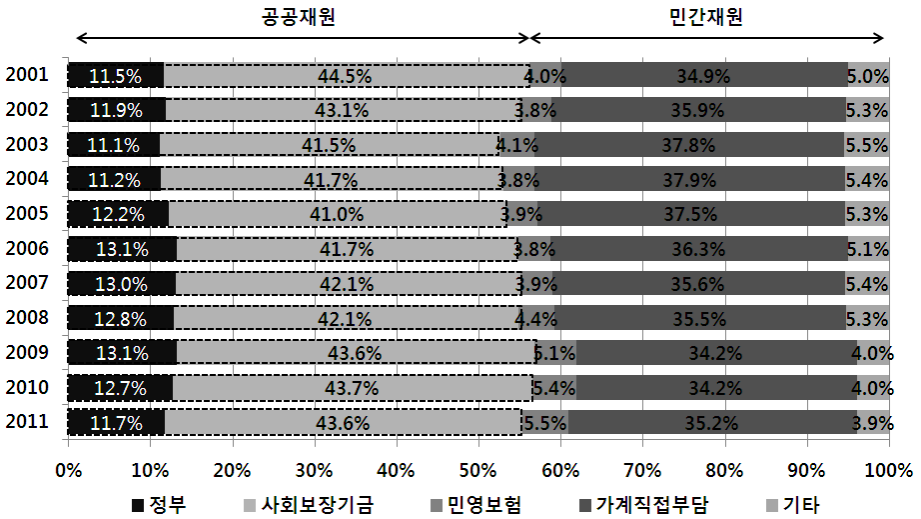

자료: OECD(2013a).

국민의료비에서 차지하는 민간재원의 규모와 관련해서 본 연구가 관심을 갖는 것은 단순히 비중이 높기 때문이 아니다. 그 비중이 고착화되어가고 있어 보이기 때문이다. 본 연구는 이 문제와 관련해서 두 가지 지표에 주목하고자 한다. 하나는 최근 국민의료비에서 민간재원이 차지하고 있는 비중의 추이이다. 〈그림 Ⅲ-4〉는 최근 10여 년 동안 국민의료비에서 공공 및 민간 재원이 차지하고 있는 비중에 큰 변화가 없음을 보여주고 있다. 다음 지표는 공공의료원의 경영상태이다. 보건복지부 보도자료(2012. 7. 12)에 따르면 2011년 중 34개 지방의료원 중 7개소를 제외하고는 모두 적자인 것으로 나타나고 있다.

두 지표를 통해 볼 때 우리나라 의료기관이 급여부분을 중심으로 한 필수 의료서비스로는 구조적으로 충분한 수익창출이 어려운 상태인 것으로 판단된다. 그 결과, 필수 의료서비스를 중심으로 한 공공의료기관은 경영상태가 악화되고, 스스로 생존해야 하는 민간의료기관은 비급여 부문을 중심으로 한 민간재원에

의존해야 하는 구조가 만성화되고 있다고 보인다.

〈그림 Ⅲ-4〉 국민의료비 재정구성의 추이(2001~2011년)




주: 기타에는 민간비영리단체와 기업이 포함됨.
자료: 보건복지부(2013b).

### 4) 공공의료복지 종합 평가

앞서 논의된 우리나라 공공의료복지의 특징을 정리하자면 다음과 같이 요약할 수 있을 것이다. '우리나라는 당초 공공의료 공급 능력이 취약한 상태에서 사회보험을 단기간에 전국민을 대상으로 저렴하게 적용하기 위해 강력한 가격 통제를 실시할 수밖에 없었고, 그 결과 의료기관이 비급여 의료 서비스에 의존해서 생존하게 되는 현상이 고착화되었다.' 이렇게 판단한다면 정부가 공공복지의 확대를 위해 급여부분을 확대하고자 하여도 의료기관들은 생존을 위해 비급여 의료서비스 시장을 확대하여 그 효과를 상쇄시킬 가능성이 높다.

최근 정부는 4대 중증질환 보장 확대, 간병인 없는 병원 등 다양한 공공복지 확대 정책을 추진하고 있다. 이러한 정책의 궁극적인 목표는 전체 국민의료비에

서 공공재원의 비중을 높이는 것, 다시 말하자면 국민의료비에 대한 공공의 보장성을 높이는 것이다. 그러나 상기의 논의를 바탕으로 하자면 급여와 비급여를 포함한 총의료비에 대한 적절한 관리를 하지 못할 경우 사회보험의 보장 확대가 또 다른 비급여 확대에 따른 총의료비 증가로 이어져 결국 그 효과가 반감될 수 있다고 보아야 한다.[8] 본 연구는 공적 건강보험 체제를 평가하면서 총의료비 관리의 필요성을 강조하고자 하며 총의료비는 급여와 비급여를 포함하고 있는 만큼 이에 대한 효과적인 관리를 위해서는 공 · 사 협력이 필요함을 언급하고자 한다.

## 다. 민영건강보험 평가

### 1) 민영건강보험의 성장

앞서 언급한 바와 같이 우리나라의 건강보험은 사회보험 체제를 가지고 있으면서도 민영보험시장이 발달했다는 특징을 가지고 있다. 민영건강보험은 크게 정액형과 실손형으로 나누어 볼 수 있다. 정액형은 보험사고 발생에 대해서 사전에 정해진 일정한 금액을 보험금으로 지급하는 것이고, 실손형은 실제 발생한 손해액을 기준으로 보험금을 지급하는 것이다.

〈표 Ⅲ-3〉은 민영건강보험시장의 크기를 위험보험금을 기준으로 소개하고 있다. 위험보험금을 기준으로 소개하는 이유는 전체보험료인 수입보험료를 사용할 경우 저축보험료가 포함되므로 국민건강보험과 개념이 달라지기 때문이다.[9] 〈표 Ⅲ-3〉에서 보는 바와 같이 기본적으로 민영건강보험은 정액형을 중심

8) 국민건강보험공단(2012)은 의료시장의 비급여 의존은 총의료비에 대한 관리시스템이 취약하기 때문인 것으로 지적하고 있다. 그러나 본 연구는 이에 대해서 보다 뿌리 깊은 구조적인 원인이 있다고 지적한 것이다.

9) 저축보험료를 포함한 수입보험료를 기준으로 볼 경우 2011년 민영건강보험 보험료 규모는 27조 4천억 원에 달한다. 이는 민영건강보험 보험료에서 위험보험료의 비중이 절반 이하임을 의미한다.

으로 시장이 형성되어 있었다. 그러나 2000년대 들어 실손형 보험이 급속히 성장하면서 최근에는 전체 민영건강보험시장의 약 30% 수준에 이르고 있다.[10)]

〈표 Ⅲ-3〉 민영의료보험 시장규모 – 위험보험료 기준

(단위: 억 원)

| 구분 | 정액형 | | 실손형 | | 정액 · 실손형 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 생명보험 | 손해보험 | 생명보험 | 손해보험 | 정액형 | 실손형 | 합계 |
| 2005 | 40,605 | 4,570 | - | 5,129 | 45,175 | 5,129 | 50,304 |
| 2006 | 44,288 | 6,453 | - | 6,523 | 50,741 | 6,523 | 57,264 |
| 2007 | 47,578 | 8,325 | - | 8,613 | 55,903 | 8,613 | 64,516 |
| 2008 | 49,928 | 11,090 | 376 | 11,052 | 61,018 | 11,428 | 72,446 |
| 2009 | 51,866 | 14,081 | 1,514 | 18,474 | 65,947 | 19,988 | 85,935 |
| 2010 | 54,245 | 16,222 | 2,885 | 20,650 | 70,467 | 23,535 | 94,002 |
| 2011 | 56,899 | 18,105 | 4,190 | 23,937 | 75,004 | 28,127 | 103,131 |

주: 1) 생명보험의 경우, 건강보험 위험보험료는 사망담보를 제외한 타 담보의 위험보험료 합계를 이용함.
2) 손해보험의 경우 원수경과위험보험료이며, 실손형에는 일반손해보험의 의료비담보를 포함하고 있음.

자료: 신기철 외(2014) 재인용.

〈그림 Ⅲ-4〉에서 전체 국민의료비 중 민영건강보험의 비중, 즉 민영보험의 보험금에 의해 충당된 비중은 2011년 5.5%로 나타나고 있다. 여기에서 민영건강보험에는 정액형 보험이 제외되어 있다. 왜냐하면 정액형 보험은 사전에 정해진 급부를 지급하기 때문에 사실상 해당금액이 의료비 충당인지 소득보전인지를 특정할 수 없기 때문이다. 만약 국민의료비의 충당 재원 중에서 정액형 민영건강보험을 포함시킨다면 국민 의료비에서 전체 민영건강보험의 비중은 20%에 육박한다고 할 수 있을 것이다.

10) 건강보험은 제3영역으로 구분되어 생명보험과 손해보험 모두 영위할 수 있는 특성을 가지고 있다. 정액형은 주로 생명보험을 중심으로, 실손형은 주로 손해보험을 중심으로 시장이 형성되어 있다.

### 2) 민영건강보험의 특징

국민의 건강보장과 관련한 민영건강보험의 특성을 다음의 두 가지 질문에 대한 답변을 통하여 논의하고자 한다. 첫째, 민영건강보험이 보장을 필요로 하는 계층에 적절한 보장서비스를 제공하고 있는가이고, 둘째, 리스크 관리 차원에서 민영건강보험이 적절히 운영되고 있는가이다.

첫 번째 질문인 민영건강보험이 보장을 필요로 하는 계층에 적절한 서비스를 공급하고 있는가에 대해서 연령대별 특징을 중심으로 설명하고자 한다. 〈표 Ⅲ-4〉는 우리나라의 민영의료보험(실손의료보험)의 가입률이 46.8%에 이르러 국민의료비 보장에 중대한 역할을 하고 있음을 보여주고 있다. 그러나 가입률이 연령대별로 크게 차이나고 있음에 주목할 필요가 있다. 실손의료보험 가입률은 대부분의 연령대에서 50% 전후의 높은 수준에 이르고 있으나 60세 이상의 노인 계층에서만 11.8%의 지극히 낮은 수준을 나타내고 있다. 문제는 노인 계층의 의료비 부담이 가장 빠르게 증가하고 있다는 것이다.

〈그림 Ⅲ-5〉는 65세 이상 노인인구의 비중이 2003년에서 2012년 사이 8.5%에서 11.8%로 증가한데 그친 반면, 진료비 비중은 21.2%에서 34.4%로 크게 증가하였음을 보여주고 있다. 결국 민영건강보험이 대다수 국민의 의료비 보장에 크게 기여한 것은 사실이나 전체 진료비의 1/3 이상을 차지하고 있는 노인 계층에 대해서는 거의 역할을 못하고 있는 것이다. 가입률이 저조한 이유는 간단하다. 노인 계층의 위험률은 매우 높기 때문에 보험회사 입장에서는 시장의 매력도가 떨어지고, 위험률을 감안하여 상품을 만들 경우 가격이 높아져 고령자가 구매하기 어렵기 때문이다. 우리가 주목해야 하는 사실은 이러한 특징을 뒤집어 보면 민영건강보험을 위한 미래성장시장은 고령층과 같이 위험률이 높은 시장이라는 것이다.

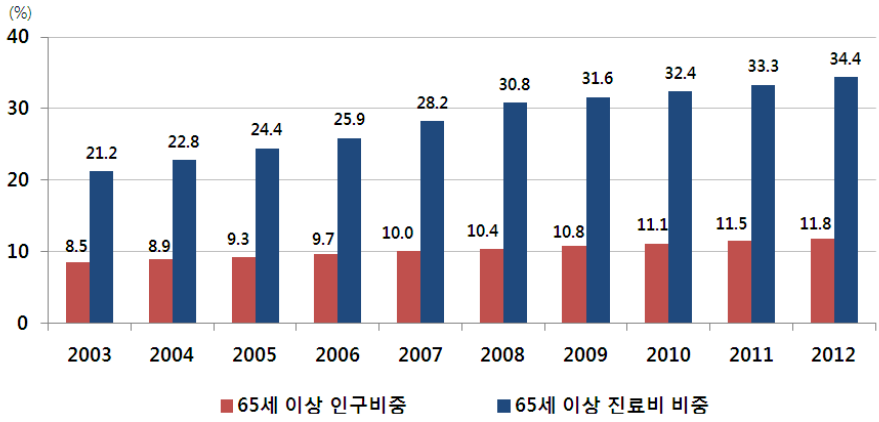
〈표 Ⅲ-4〉 실손의료보험 가입률 및 진료비 증가율

(단위: %)

| 구분 | 계 | 손해보험 | 생명보험 | 진료비증가율 ('07-'12) |
|---|---|---|---|---|
| 10세 미만 | 63.7 | 59.0 | 4.7 | 4.4 |
| 10대 | 50.3 | 42.4 | 7.9 | 5.6 |
| 20대 | 50.9 | 42.0 | 8.9 | 1.9 |
| 30대 | 57.2 | 49.7 | 7.4 | 4.5 |
| 40대 | 53.8 | 47.2 | 6.6 | 4.2 |
| 50대 | 45.5 | 42.3 | 3.2 | 10.0 |
| 60세 이상 | 11.8 | 11.6 | 0.2 | 11.6 |
| 계 | 46.8 | 41.2 | 5.6 | 8.1 |

주: 생명보험은 '10. 12월 말, 손해보험은 '11. 3월 말 기준임.
자료: 보험개발원 보도자료(2011. 12. 28), 각 연도 건강보험통계.

〈그림 Ⅲ-5〉 노인 진료비 추이




자료: 국민건강보험공단(2013).

두 번째 질문인 리스크 관리가 적절한지에 대해서는 민영건강보험의 손해율에 주목할 필요가 있다. 〈표 Ⅲ-5〉는 실손의료보험의 수입보험료와 손해율의 추이를 나타내고 있다. 2007년 이후 실손의료보험의 수입보험료는 2배 이상 성장하였으나 손해율(지급보험금(실제)/위험보장보험료(예정))은 2011년 120%까지 상승하였다.

〈표 Ⅲ-5〉 실손의료보험 수입보험료 및 손해율(손해보험)

(단위: 조 원, %)

| 구분 | FY'07 | FY'08 | FY'09 | FY'10 | FY'11 |
|---|---|---|---|---|---|
| 손해율 | 93.9 | 102.0 | 109.6 | 115.1 | 119.1 |
| 수입보험료 | 1.2 | 1.6 | 2.1 | 2.3 | 2.5 |

주: 손해율=지급보험금(실제)/위험보장보험료(예정)
자료: 금융위원회 보도자료(2012. 8. 30).

이는 민영건강보험의 리스크를 관리하는 개념이 현재와는 달라져야 함을 의미한다. 즉, 과거에는 성장 중심이었다면 이제는 리스크 관리 중심으로 이루어질 필요가 있다. 특히 공·사 협력을 위해서는 민영보험이 리스크 관리를 적절히 하고 있다는 신뢰를 공적보험에게 주어야 한다. 공적보험은 민영보험의 리스크 관리가 적절하지 못할 경우 의료 과소비가 발생해 공적보험의 기능을 저해시킨다고 보고 있다. 따라서 충실한 리스크 관리 없이는 발전적인 공·사 협력을 기대하기 어렵다고 할 수 있다.

본 장의 논의 통해서 민영건강보험의 특징을 요약하면 '미래의 성장을 위해서도, 현재 시장의 유지를 위해서도 리스크 관리의 중요성이 커졌으며 이는 바람직한 공·사 협력의 전제조건'이 될 것이다.

## 2. 건강보장 분야의 개선 과제

본 절은 건강보장분야와 관련하여 지금까지 공공, 민영 부문의 특징에 대해서 논의하였으며 이를 바탕으로 향후 개선과제를 제시하고자 한다. 개선과제는 공공부문과 민영부문으로 나누어 전개할 것이며, 공공부문에 대해서는 재정 안정화와 총의료비 관리의 두 가지 측면에서 논의할 것이다. 특히, 2장에서 제시한 현 세대부터 점진적으로 부담을 인상하는 방식으로 재정 안정성이 이루어질 수 있는가를 중점적으로 검토하였다. 다음으로 민영부문에 대해서는 리스크 관리와 취약계층에 대한 역할 확대라는 두 가지 측면에서 논의를 진행할 것이다.

## 가. 국민건강보험의 개선 방안

국민건강보험에 대해서는 두 가지의 상반된 요구가 존재한다. 하나는 현재의 국민건강보험 체제를 잘 유지해달라는 것이고, 다른 하나는 보장률을 올려달라는 것이다. 전자는 재정 안정성을 중시하는 것이고, 후자는 복지 수준의 강화를 중시하는 것이다. 본 연구는 두 가지 사회적 요구 모두에 공감하는 바가 있지만 현재의 보장 수준 유지에 대해서도 불안감이 팽배해 있는 상황에서 보장확대 논의는 연구의 범위를 너무 확대시킨다고 보았다. 따라서 본 연구는 재정 안정성을 확보하기 위한 방안으로 논의의 범위를 제한하고자 한다. 이는 2장의 결론인 '현재의 복지수준을 유지하기 위해 현 세대부터 점진적으로 부담을 상향'해간다는 정책 방향과 일치한다.

### 1) 수입증대를 통한 재정 안정화

#### (1) 점진적 요율 인상

국민건강보험의 장기 재정추계와 관련하여 박형수 · 송호신(2011), 박종규 외(2012) 등 기존 연구들은 건강보험료율이 현 수준에서 고정되어 있을 때 장기 재정수지가 어떻게 될 것인지를 추계하는 방법으로 국민건강보험의 재정 문제를 논의하고 있다. 그러나 본 연구는 국민건강보험의 재정 수지가 균형이 되기 위해서는 어떠한 수준의 보험료율를 적용해야 하는지를 추계하는 색다른 방법으로 국민건강보험의 재정 안정 문제를 논의하고자 한다.[11)]

국민건강보험은 기본적으로 단기 보험의 성격을 가지고 있다. 매년 벌어들인 보험료로 당해년도 보험금 지급을 충당하는 것이 원칙이다. 따라서 본 연구는 국민건강보험의 재정 안정성의 문제를 논의함에 있어서 우선 보험금 지출에 대

11) 먼 미래에 재정적자가 GDP 대비 어느 정도인가 보다는 어느 수준의 보험료율을 부담해야 재정이 충당되는가로 보는 것이 보다 체감할 수 있는 분석이 가능하다고 판단하였다.

한 장기 추계를 실시하고 매년도에 대해서 재정균형(지출 = 수입)이 이루어지는 국민건강보험료율을 산출하였다. 이 재정균형 보험료율의 추이를 통해서 국민건강보험의 재정 안정성에 필요한 국민의 부담 수준을 추정해볼 수 있을 것이다.

본 장은 국민건강보험의 재정 안정성 문제를 논의하기 위해 박형수 · 송호신(2011)의 분석 방법을 활용하여 부록 Ⅱ와 같이 모형을 구축하였으며, 이를 바탕으로 국민건강보험의 수입과 지출을 추계하고, 수지 상등이 이루어지는 재정균형 보험료율을 산출하였다. 본 연구는 통계청 인구추계를 그대로 사용하였으며 건강보험 지출의 소득탄력성은 2013년 1.1에서 2060년 1.0으로 순차적으로 하향하는 계수를 적용하였다. 이는 최근 건강에 대한 관심 증대와 의료 서비스의 발달로 의료 관련 소비 증가가 다른 소비보다 빠르게 증가하고 있는 현상을 반영한 것이다. 마지막으로 의료서비스의 단가는 1인당 소득(1인당 GDP)증가율과 동일하다고 가정하였다.[12)]

〈표 Ⅲ-6〉에 나타난 바와 같이 보험료율을 현재 5.99% 수준에서 동결할 경우 국민건강보험의 재정적자는 2018년부터 급속히 팽창하여 2030년에는 GDP대비 1 %를 넘어서고 2043년에는 GDP대비 2%를 넘을 것으로 예상되고 있다. 이러한 적자를 제거할 수 있는 재정균형 보험료율을 산출한 결과 2018년 6.02%, 2025년 7.01%, 2032년 8.04%, 3039년 9.03% 등으로 나타났다. 7년에 약 1.0%p 속도로 상승하는 것이다. 그러나 2040년 이후에는 재정균형 보험료율의 상승 속도가 둔화되기 시작하는 것으로 나타났다.

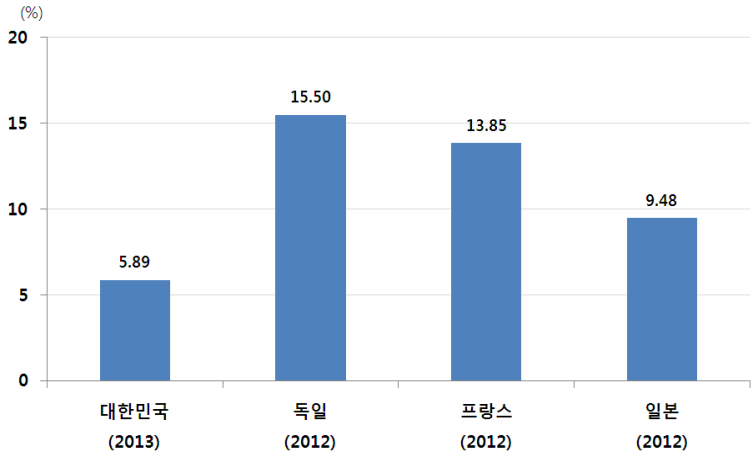
이러한 추정 결과가 의미하는 바는 2040년까지 매년 약 0.14%p 수준으로 보험료율을 꾸준히 인상해야 국민건강보험의 재정 안정성이 유지될 수 있다는 것이다. 즉, 현재 직장가입자 기준 6%(5.99%) 정도인 국민건강보험료율을 26년 후인 2040년까지 9%(9.16%) 수준까지 상승시켜야 함을 의미한다. 인상폭의 경

12) 박형수 · 송호신(2011)는 총 8가지 시나리오를 적용하였으며, 본 연구에서 적용하고 있는 시나리오는 8가지 시나리오 중 3번째에 해당한다. 박형수 · 송호신(2011)은 8가지 시나리오 중 EU 국가들이 활용하는 시나리오를 베이스라인으로 삼고 있는데, 본고에서 채택한 시나리오는 2060년에 대해서 GDP 대비 0.35%p 많은 지출 규모를 추계하고 있다.

중에 대해서는 다양한 판단이 있을 수 있지만, 〈그림 Ⅲ-6〉에서 보는 바와 같이 우리나라의 건강보험료율은 상대적으로 매우 저렴하다고 볼 수 있다. 본 연구는 심각한 고령화에도 불구하고 국민건강보험의 보장을 지속적으로 유지할 수 있다면 2040년까지 9% 수준으로 보험료율을 올리는 것은 합리적인 수준의 부담증가가 아닌가 싶다.

국민들로 하여금 국민건강보험의 미래에 대해서 막연한 불안감에 시달리게 하기보다는 점진적인 요율인상의 당위성을 설득하여 건강보험 체제 유지에 대한 신뢰감을 주는 것이 보다 현명한 정책방향일 것이라고 판단한다.

〈그림 Ⅲ-6〉 주요국의 건강보험료율 비교




자료: 국민건강보험공단(2013. 7).

〈표 Ⅲ-6〉 건강보험 재정추계 결과

(단위: GDP 대비 %, %)

| 구분 | 총수입 (A) 보험료율 5.99% | 총지출 (B) | 재정수지 (A-B) | 재정균형(총수입 = B)을 위한 보험료율 |
|---|---|---|---|---|
| 2014 | 3.54 | 3.23 | 0.31 | 5.99 |
| 2015 | 3.54 | 3.31 | 0.23 | 5.60 |
| 2016 | 3.54 | 3.39 | 0.15 | 5.74 |
| 2017 | 3.54 | 3.47 | 0.07 | 5.88 |
| 2018 | 3.53 | 3.55 | -0.02 | 6.02 |
| 2019 | 3.53 | 3.63 | -0.10 | 6.16 |
| 2020 | 3.53 | 3.72 | -0.18 | 6.30 |
| 2021 | 3.53 | 3.79 | -0.26 | 6.44 |
| 2022 | 3.53 | 3.87 | -0.35 | 6.58 |
| 2023 | 3.53 | 3.96 | -0.43 | 6.72 |
| 2024 | 3.52 | 4.04 | -0.51 | 6.86 |
| 2025 | 3.52 | 4.12 | -0.60 | 7.01 |
| 2026 | 3.52 | 4.20 | -0.68 | 7.15 |
| 2027 | 3.52 | 4.29 | -0.77 | 7.30 |
| 2028 | 3.51 | 4.37 | -0.86 | 7.45 |
| 2029 | 3.51 | 4.45 | -0.94 | 7.60 |
| 2030 | 3.51 | 4.54 | -1.03 | 7.75 |
| 2031 | 3.50 | 4.62 | -1.11 | 7.90 |
| 2032 | 3.50 | 4.70 | -1.20 | 8.04 |
| 2033 | 3.50 | 4.78 | -1.28 | 8.18 |
| 2034 | 3.49 | 4.86 | -1.36 | 8.33 |
| 2035 | 3.49 | 4.93 | -1.44 | 8.47 |
| 2036 | 3.49 | 5.01 | -1.52 | 8.61 |
| 2037 | 3.48 | 5.08 | -1.60 | 8.75 |
| 2038 | 3.48 | 5.16 | -1.68 | 8.89 |
| 2039 | 3.47 | 5.23 | -1.76 | 9.03 |
| 2040 | 3.47 | 5.31 | -1.84 | 9.16 |
| 2041 | 3.46 | 5.38 | -1.91 | 9.30 |
| 2042 | 3.46 | 5.44 | -1.99 | 9.43 |
| 2043 | 3.46 | 5.51 | -2.05 | 9.55 |
| 2044 | 3.45 | 5.57 | -2.12 | 9.67 |
| 2045 | 3.45 | 5.63 | -2.18 | 9.78 |
| 2046 | 3.45 | 5.69 | -2.24 | 9.89 |
| 2047 | 3.44 | 5.75 | -2.30 | 9.99 |
| 2048 | 3.44 | 5.80 | -2.35 | 10.08 |
| 2049 | 3.44 | 5.84 | -2.40 | 10.17 |
| 2050 | 3.44 | 5.89 | -2.45 | 10.25 |
| 2051 | 3.44 | 5.93 | -2.49 | 10.33 |
| 2052 | 3.44 | 5.97 | -2.53 | 10.41 |
| 2053 | 3.43 | 6.00 | -2.57 | 10.47 |
| 2054 | 3.43 | 6.03 | -2.60 | 10.53 |
| 2055 | 3.43 | 6.06 | -2.63 | 10.59 |
| 2056 | 3.43 | 6.09 | -2.66 | 10.64 |
| 2057 | 3.43 | 6.11 | -2.69 | 10.69 |
| 2058 | 3.43 | 6.14 | -2.71 | 10.73 |
| 2059 | 3.42 | 6.15 | -2.73 | 10.77 |
| 2060 | 3.42 | 6.17 | -2.75 | 10.80 |

주: '11~'14의 보험료율은 실측치.

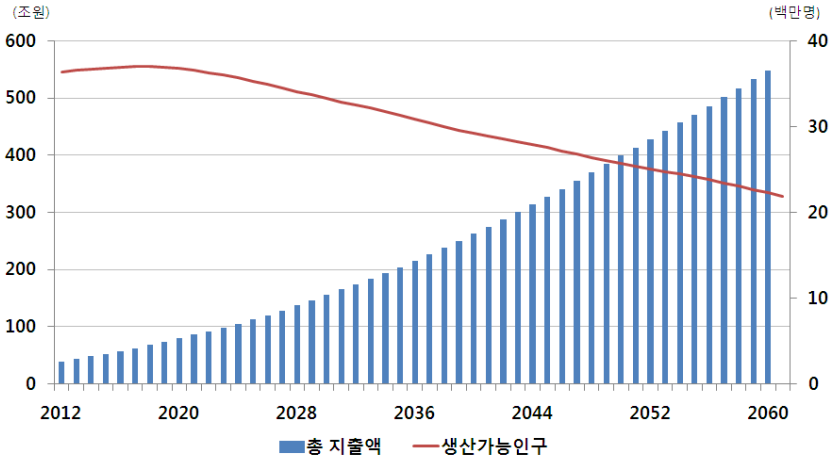
### (2) 피부양자 축소를 통한 징수저변 확대

국민건강보험의 재정 부담을 반드시 보험료율의 인상만으로 조달해야 하는 것은 아니다. 최근 국민건강보험공단(2012)은 보험료 부과 체제에 대한 관련 논의를 종합하고 소득중심으로 보험료 부과체계를 단일화하고 소비에 간접세 방식으로 보험료를 부과하여 재원을 보충하는 방안을 제시하고 있다.[13] 본 연구는 현재의 공공복지 체제를 유지한다는 전제 하에 논의를 전개하고 있기 때문에 보험료 부과 체제의 근본적인 틀을 바꾸는 문제는 논외로 하고자 한다. 다만, 본 장에서는 요율인상을 보완하는 방법으로서 피부양자 축소에 적극적으로 나서는 것이 다른 어떠한 정책보다 현실적이고 형평성에 부합한다는 의견을 제시하고자 한다.

피부양자의 수를 감소시켜야 하는 이유는 고령화와 함께 일하는 사람이 감소할 것이기 때문이다. 〈그림 Ⅲ-7〉에서 보듯이 국민건강보험 총지출은 2060년까지 548조 원(경상기준)에 이르러 2012년 대비 15배가 될 것으로 보이는 반면, 생산가능인구는 같은 기간 거의 절반수준으로 감소할 것으로 예상되고 있다. 이는 현재와 같이 피부양자를 인정할 경우 다수의 연금소득자나 자산소득자가 납부 여력이 있음에도 불구하고 국민건강보험료를 납부하지 않는 상황이 발생하게 되어 경제활동을 하는 납부자의 부담이 급증할 수 있음을 의미한다.

13) 동 방안은 보험료율을 낮추는 대신에 보험 부과 대상 소득을 이자, 배당, 상속 증여 등 모든 영역으로 확대하는 것이다. 원론적으로는 합리적인 방안으로 보이나 고소득 전문직, 자영업자의 소득 포착률에 대한 국민적 신뢰가 낮은 점이 도입에 가장 큰 장애 요인이 될 것으로 보인다.

〈그림 Ⅲ-7〉 국민건강보험 지출 추계




〈표 Ⅲ-7〉에 따르면 2011년 12월 기준 피부양자 중 연금소득 등 별도의 소득을 보유하고 있는 사람은 150만 명 가량 되는 것으로 나타나고 있다. 2012년에 연금소득이 4천만 원 이상인 피부양자에 대해서 지역가입자로 전환하도록 하였다고는 하지만, 대상자는 1만 2천명 수준으로 극히 미미하다. 근로소득자가 동일한 소득을 벌었을 때 부과되는 건강보험료가 연금소득이라는 이유로 제외되는 것은 형평성에 맞지 않는다. 게다가 동일한 연금소득자인데 가족의 직장가입자 여부에 따라 피부양자 여부가 결정되는 것은 더욱 형평성에 위배된다. 연금생활자가 고령자이기 때문에 배려하고자 한다면 요율을 낮추어 주는 형태가 적절할 것이다. 국민건강보험의 재정 확충을 위해서 부과 체계의 큰 틀을 바꾸는 논의를 하기 이전에 피부양자 축소와 같이 명분이 있고 현실적인 노력이 필요하다는 것이 본 고의 판단이다.

〈표 Ⅲ-7〉 피부양자 중 연금소득 등 보유자 현황

(단위: 명)

| 계 | 1천만 원 이하 | 1천만 원 – 4천만 원 이하 | 4천만 원 초과 |
|---|---|---|---|
| 1,483,820 | 1,235,644 | 236,060 | 12,116 |

주: '11. 12월 기준.
자료: 국민건강보험공단(2012).

### 2) 의료소비 합리화를 통한 총의료비 관리

전 절에서 언급한 바와 같이 국민의료비에 대한 보장을 효율적으로 하기 위해서는 총의료비에 대한 관리가 불가피하다. 이를 위한 공공부문의 노력은 주로 국민건강보험의 지급대상인 진료비 축소에 초점이 맞추어져 있으며 비급여를 포함하는 총의료비를 적정화하는데는 상대적으로 관심이 적다. 포괄수가제가 그 대표적인 경우라고 하겠다.[14] 국민건강보험공단(2012)은 우리나라 공적 의료비 보장 체제의 개선을 위해서 다양한 방안을 논의하고 있는데 이 중 총의료비의 관리와 관련이 있는 것으로 판단되는 대안은 첫째, 비급여를 단계적인 급여화하는 것과 둘째, 국민건강DB를 활용하여 평생 맞춤형 통합 건강서비스를 제공하는 것이다.

본 고는 상기의 총의료비 관리와 관련하여 공공 부문의 입장에서 제기된 상기의 두 가지 대안에 대해 공·사 협력의 취지에서 아이디어를 추가하는 형태로 논의를 전개하고자 한다. 우선, 비급여를 급여화하는 하는 것은 비급여 부문이 민영보험에 의해 보장되고 있는 영역임을 고려할 때 공·사 모두에게 큰 영향을 미칠 것이라고 판단한다. 특히, 비급여 부문은 지금까지 의료행위에 대한 비용이 제대로 표준화되지 않아 최소한의 적정성 관리가 이루어지지 못했다. 따라

14) 급여부문의 의료 소비는 주로 우리나라 국민건강보험의 특징인 행위별 수가제 때문에 발생한다. 진료의 양에 따라 보험급여가 지급되다 보니 의료기관의 입장에서는 가능한 많은 진료를 하는 것이 병원의 수익에 도움이 된다. 이에 정부는 행위별 수가제가 갖는 과잉 진료 유발 요인을 축소하기 위해서 2012년 7월부터 7개 질병에 대해서 포괄수가제를 실시하고 있다.

서 비급여의 급여화는 총의료비를 적정화하는데 크게 기여할 것으로 보인다. 민영보험의 개선과제에서 후술하겠지만 비급여를 급여화하는 단계가 아니고 비용을 표준화하는 단계까지만 이루어져도 총의료비의 적정성을 관리하는데 도움이 될 것이다.

다음으로 국민건강DB를 활용하여 평생 맞춤형 통합 건강서비스를 제공하는 방안은 국민 개개인에 대한 맞춤형 의료 및 관리 서비스를 제공할 수 있다는 면에서 불필요한 의료 행위를 줄임으로써 국가 전체 의료 체제의 효율성을 제고할 것으로 기대된다. 조용운(2013)은 민영보험회사들이 별도의 사업으로, 또는 공공으로부터 위탁받는 형태로 기여할 수 있는 사업모델을 소개하고 있다. 이와 같이 민간이 가지고 있는 서비스 능력을 활용하여 국가 전체의 건강 보장 시스템을 개선할 방안을 함께 모색하는 것도 긍정적일 것으로 판단된다.

본 연구는 의료소비 합리화를 위한 공·사 협력 방안으로서 신뢰할 수 있는 건강 및 의료 정보 제공 능력을 제고할 필요가 있다는 점을 주장하고자 한다. 우리나라 국민들의 정보 획득에 있어서 IT에 대한 의존도는 두말할 필요가 없을 것이다. 송태민(2006)은 2005년 6월 기준으로 운영 중인 우리나라의 건강정보 웹사이트 수만 5,110개에 달하고 있다고 지적하고, 신뢰할 수 있는 국가 차원의 건강정보사이트가 필요하다고 주장하고 있다. 실제 2007년에 국민들에게 신뢰할 수 있는 건강 및 의료 관련 정보를 제공하기 위해 국민건강정보포털이 구축되었으며 2011년에는 앱 형태로 서비스되고 있다. 그러나 내용이 너무 일반적이어서 실제 활용도에 있어서는 의문의 여지가 많다. 새누리당 보도자료(2013. 9. 24)는 국민건강정보포털을 포함하는 보건복지부 산하의 앱이 부실한 컨텐츠와 사후관리 미흡 등으로 활용도가 매우 낮다는 사실을 지적하고 있다.

국가건강정보포털과 같은 의료 관련 정보 포털이 단순한 건강정보 제공을 넘어 총의료비의 합리화에 기여하려면 궁극적으로 환자와 의사 사이에 정보비대칭성을 축소할 수 있어야 한다. 한계는 있겠지만 정보 포털을 통해서 얻은 정보를 기초로 환자가 불필요한 의료서비스를 회피하거나 의사의 권유가 적절한지를 판단하는데 도움을 줄 수 있어야 할 것이다. 환자가 가장 알고 싶어 하는 것

은 '특정 질병에 대해서 표준적으로 필요한 검사와 치료는 무엇이며 전체적으로 어느 정도의 비용이 발생하는가'이다. 본 고는 이러한 질문에 답변을 한다는 취지에서 정보포털을 구성하면 그 유용성이 매우 클 것이라고 판단한다.

대표적인 의료정보포털인 국가건강정보포털을 예를 들자면 첫째, 방대한 정보를 담고 있음에도 불구하고 상기의 목적에 맞추어 구성되어 있지 않다보니 활용이 쉽지 않다. 대표적으로 질병 설명, 비용, 의료기관에 대한 자료가 모두 별도로 구성되어 있어 이용자가 스스로 알아서 해당 사항을 찾아야 한다. 둘째, 비급여 부문에 대한 정보가 너무 단순하다. 비급여 진료비 정보는 10개 항목 총 35종(2014년 3월 기준)에 대한 정보만을 제공하고 있다. 게다가 해당 비급여가 어느 질병의 검사 및 치료에 필요한지는 이용자가 알아서 판단해야 한다.

의료정보포털의 개선을 통해서 어느 정도로 의료소비가 합리화될 것인지는 단정하기 어렵다. 그러나 현재의 공공 건강정보 시스템은 그 유용성에 있어서 문제가 있는 것은 분명하다. 앞서 지적하였듯이 우리나라 의료 체계는 공공부문의 의료공급능력이 미비하다는 심각한 약점을 가지고 있다. 본 고는 적정의료에 대한 국민적 궁금증을 풀어줄 의료 정보 공급능력의 개선을 통해 이러한 약점을 부분적이나마 상쇄해 나갈 수 있다고 판단한다. 특히, 이 분야는 비급여에 대한 다양한 정보를 가지고 있는 민영보험과 협력이 이루어질 경우 시너지 효과를 기대할 수 있는 분야이기도 하다. 기존의 포털 방식을 개선하는 것이 한계가 있다면 새로운 개념의 포털을 구축하는 것도 검토해 볼 수 있을 것이다.

## 나. 민영건강보험의 개선 방안

전 절에서 논의한 바와 같이 민영건강보험의 현재 상황은 '미래의 성장을 위해서도 현재 시장의 유지를 위해서도 리스크 관리의 중요성이 커졌으며 이는 바람직한 공 · 사 협력의 전제조건'이라고 평가할 수 있다. 따라서 민영건강보험의 개선과제는 어떻게 리스크 관리 능력을 제고하고 위험이 더 높은 시장으로 진출할 수 있는가에 초점을 맞추고자 한다. 민영건강보험에 대한 개선 과제들은 최

근 제기되거나 논의 중인 과제가 대부분이어서 이를 연구의 취지에 맞게 보완하고 재구성하였으며, 본 연구진에 의해 제기된 개선 방안은 재인용하는 방법으로 작성하였다.

### 1) 민영건강보험 성장에서 리스크 관리로

#### (1) 리스크 관리 능력 강화

민영건강보험은 2001년 수입보험료 14조 6천억 원 수준에서 2011년에서는 27조 4천억 원 수준으로 성장하면서 보험산업 성장의 견인차 역할을 수행하였다. 특히 같은 기간 손해보험의 경우 2조 7천억 원에서 16조 원으로 6배나 급성장하였다. 그 사이 민영건강보험시장은 이미 시장포화상태로 진입했다.[15)]

본 연구는 민영건강보험 시장의 패러다임을 성장에서 리스크 관리로 전환해야 함을 강조하고자 한다. 시장 포화 상태에서의 성장 위주 전략은 언더라이팅의 약화를 초래하여 얻는 것보다는 잃는 것이 많을 것이다. 게다가 민영건강보험을 위해 남은 시장 영역은 리스크 관리가 어려운 고령층을 중심으로 한 시장이라고 할 수 있다. 사회적으로도 민영보험이 고령층 또는 저소득층과 같은 취약계층에 더 많은 역할을 하도록 요구하고 있다. 따라서 언더라이팅을 중심으로 한 리스크 관리의 강화는 지속 성장을 위해서도 불가피한 선택일 수밖에 없다.

민영건강보험이 도덕적 해이나 보험사기에 취약하게 노출될 수 있는 요인을 찾아 이를 보완하는 노력이 필요할 것이다. 실손형은 물론이고 상대적으로 의료이용량과의 연관성이 적은 정액형 건강보험에 대해서도 상품 구조를 개선하거나 언더라이팅을 강화할 여지를 찾아야 할 것이다. 예를 들어, 보험개발원(2011)에 따르면 민영보험 다건가입자의 경우 의료 소비가 상대적으로 많은 것으로 나타나고 있다. 보장성 보험은 특성상 도덕적 해이나 보험사기에 노출될

15) 금융위원회(2012)에 따르면 민영건강보험 중 실손의료보험만 보아도 2012년 4월 말 현재 가입자가 2,522만 명으로 국민의 과반수가 넘고 있다.

가능성이 상대적으로 높다. 따라서 정액형 보험에 대한 중복 가입 확인을 통해 언더라이팅을 강화할 필요가 있으며, 입원 일당과 같이 의료이용량이 증가함에 따라 보험금이 증가하는 유형의 급부에 대해서는 중복 가입에 따른 과다한 피보험이익의 발생 가능성에 특히 유의해야 할 것이다.[16)]

### (2) 비급여 의료비 관리

전술한 바와 같이 우리나라의 의료시장은 비급여 부문에 크게 의존하고 있으며, 이러한 특징은 민영건강보험이 발전할 수 있는 양호한 시장 환경을 형성시켜 왔다. 그러나 민영보험회사는 건강보험 시장에서 정상적인 보험자의 역할을 하기에는 심각한 기능상의 약점이 있다. 그것은 민영보험회사들이 지급하는 보험금에 대해 해당 진료가 적절히 이루어졌는지 심사할 권한이 없다는 것이다. 이 문제를 해결하기 위해 다양한 논의가 있었지만, 현실적으로 보험회사가 직접 의료기관이 행한 진료행위의 적정성을 심사하는 데는 한계가 있을 것으로 보인다. 조용운(2012. 7)은 비급여 부문을 표준화하고 민영건강보험에 대한 보험금 청구가 심사평가원을 경유하도록 하는 대안을 제시하고 있는데, 이를 통해 환자의 편의를 제공할 뿐 아니라 비급여 부문에 대한 최소한의 관리가 가능해질 것으로 기대하고 있다. 이렇게 총의료비를 적정화시키는 문제는 공·사 모두가 공통의 이해를 가지고 있는 분야이기 때문에 원만한 공·사 협력을 기대해 볼 수 있을 것이다. 전술한 바와 같이 환자와 의사간의 정보 비대칭을 줄여서 총의료비 적정화에 기여할 것으로 기대되는 의료관련 포털의 경우도 비급여에 대한 경험이 많은 민영부문의 협력을 통해 환자와 의료기관 사이의 정보 비대칭을 줄여주는데 도움이 될 것이다.

16) 신기철 외(2014)는 민영보험 수령자의 입원일당 이용 문제에 대해 논의하고 있으나 통계의 적절성에 대한 공감대가 충분하지 않아 구체적으로 인용하지 않았다.

### 2) 취약 계층 서비스 확대

국내에서 민영건강보험의 신 시장은 보다 위험률이 높거나 보험 구매 여력이 부족한 취약계층에 집중되어 있다고 보아도 과언이 아니다. 보험회사의 입장에서 보면 새로운 시장이 될 수도 있지만 상당한 위험을 감수해야 하는 문제가 있다.

우선, 고령층에 대한 보험 공급 확대와 관련해서는 고령화 특화 상품에 대한 위험률 할증을 허용하거나 공공보험의 질병 통계를 지원하는 등 다양한 대안이 논의되고 있다. 특히, 국민건강보험과 같이 방대한 질병 정보를 가지고 있는 공공기관이 다양한 계층과 질병에 대한 통계를 제공해 준다면, 민영건강보험이 취약계층을 위한 보장 서비스를 제공하는데 크게 도움이 될 것이다. 필요하다면 통계 지원의 조건을 취약계층을 위한 상품 개발에 한정하는 것도 검토할 수 있을 것이다.[17)]

다음으로 본 연구는 취약계층을 위한 별도 판매채널 구축의 필요성을 제시하고자 한다. 별도의 채널이 필요한 이유는 시장의 성격상 많은 이윤을 기대하기 어렵기 때문에 최대한 저렴한 비용과 가격을 적용해야 하기 때문이다. 이태열 · 김유미(2013. 6)는 미국 정부가 오바마케어에서 구상 중인 차상위층을 위한 건강보험 판매채널을 검토하고 우리나라에의 적용 가능성을 제시하였다. 회사들이 개별적으로 구축한 온라인채널로는 상품에 대한 홍보가 어렵고 신뢰도도 떨어지기 때문에 시장 확대에 많은 어려움을 겪을 수밖에 없다. 또한 기존 채널과 동일한 시장을 놓고 경합을 할 경우 적극적인 마케팅을 하는 기존 채널이 우량 물건을 집중적으로 선점하는 경향이 나타나 온라인채널에는 불량 물건이 몰리게 된다. 이럴 경우 리스크 풀링이 정상적으로 이루어지지 않는 문제가 발생한다.[18)] 미국의 경우 이를 극복하기 위해서 의료보험 가입을 의무화함으로써 리스크 풀링이 가능하도록 하였다.[19)]

---

17) 본 고에서 논의하고 있는 상품개발을 위한 공공부문의 지원은 개인식별 정보가 없는 통계 지원에 한정하는 것임을 밝힌다.

18) 미국의 경우 1990년대에 텍사스와 캘리포니아가 사업비가 저렴한 판매채널을 구축하였다가 불량물건이 몰리면서 실패한 경험을 가지고 있다.

〈표 Ⅲ-8〉 취약계층 판매채널 우리나라 적용 시 착안점

| 구분 | 오바마케어 | 우리나라 적용 | 비고 |
|---|---|---|---|
| 판매채널 형태 | 온라인 웹사이트 | 온라인 웹사이트 | 최대한 편리하게 설계 마케팅 활동은 없음 |
| 지배구조 | 정부기관 또는 비영리기관 | 유관기관, 별도의 독립기관 등 다양한 지배구조 가능 | 민간 자율 정도 및 정부 지원 정도에 따라 차이 |
| 판매대상 | 차상위층 중심, 젊은층 | 차상위층, 젊은층, 생애최초 가입자 등 | 기존 시장과 중첩되지 않는 선에서 다양한 접근 가능 |
| 취급상품 | 민영건강보험 (기본 상품 + 단순화된 특약) | 다양한 소액 상품 (연금, 정기, 상해, 건강 등) | 언더라이팅이 간단한 상품을 우선 취급하는 것이 바람직 |
| 가입의 자율성 | 가입의무 부여 | 소비자의 자율적 선택 | 역선택 발생 불가피 |
| 언더 라이팅 | 사실상 불허 (연령, 흡연 여부만 가능) | 언더라이팅 기능 허용 불가피 | 보험 사기 방지를 위한 공공부문의 지원이 있을 경우 효율성 증대 |

자료: 이태열 · 김유미(2013)를 보완하여 정리.

그러나 우리나라의 경우 의무보험인 국민건강보험이 기본적으로 존재하기 때문에 민영건강보험을 의무보험화하는 것은 사실상 불가능하다. 따라서 우리나라에서 취약계층을 위한 보험 공급을 위해서는 충분한 고객 유인과 적절한 언더라이팅을 통해 리스크 풀링이 가능하도록 하는 대안을 마련해야 한다. 만일 유일한 업계 공동의 취약계층 전용 판매채널을 구축하면 그 자체만으로도 상당한 홍보효과와 신뢰도를 확보하게 될 것이며, 업계 공동의 언더라이팅이 가능해진다면 역선택에 대응한 리스크 관리가 이루어질 것이다. 연금 상품의 경우 언더라이팅 기능이 거의 필요하지 않겠지만, 보장성 보험의 경우는 중복가입, 기왕증 등에 대한 최소한의 언더라이팅이 불가피할 것이다.

19) 최근 미국의 오바마케어는 정책의 추진에 많은 어려움을 겪고 있다. 그러나 사실상 동일한 시스템으로 메사츄세스주는 이른바 롬니케어를 이미 성공적으로 실시하고 있다. 이태열(2013)은 롬니케어와 오바마케어의 사례를 소개하고 있다.

또한 공급하는 상품의 경우도 단순하고 필수적인 내용으로 구성되어야 할 것이다. 미국의 경우 필수적인 내용을 중심으로 보장수준에 따라 3, 4단계로 구성된 기본상품에 단순하고 표준화된 특약 옵션을 제공하는 형태로 상품을 제공하고 있다. 우리나라에서도 '필수적인 내용 중심의 보장과 저렴한 사업비가 부과된 상품을 신뢰할 수 있는 채널을 통해 판매'할 수 있다면 취약계층에 대한 보험 공급이 상당히 활성화될 것이라고 기대한다.