

민영 건강보험의 현황과 공적 건강보험과의 상호 역할

조 홍 중*

요약

의학 기술의 발달로 인하여 급속한 노령화가 진행되면서 의료비 증가가 사회적으로 큰 문제가 되고 있다. 2009년도 생명보험사와 손해보험사의 실손 건강보험 표준화가 실시되면서 진정한 의미의 건강보험의 시장경쟁이 시작되었으며, 2012년 국민건강보험의 포괄수가제 도입으로 인하여 건강보험에 대한 관심이 고조되고 있다. 이에 본 논문은 먼저 주요국의 민영 건강보험의 형태와 국내 민영 건강보험의 현황을 살펴보고 공적 건강보험의 국제적 추세를 반영하여 국내 공적 건강보험의 발전 방향과 민영 건강보험의 상호 역할에 대한 연구를 진행하였다. 각국의 민영 건강보험은 그 나라의 역사와 사회적 배경을 중심으로 발달하여 현재에 이르고 있으며 거의 모든 나라에서 민영 건강보험은 공적 건강보험의 보완적, 또는 보충적 역할로써 존재하고 있다. 국내 민영 건강보험은 주로 정액형 건강보험과 실손형 건강보험으로 나뉘어져 있으며 주로 상해와 질병을 보장한다. 전체 가구 중 85.2%의 가구가 민영 건강보험에 가입되어 있으며, 민영 건강보험 가입자와 비가입자 사이에 의료이용에 있어서 통계적으로 유의미한 차이가 없다. 공적 건강보험도 각국의 역사적, 사회적 전통 속에서 발전해왔으며 최근의 추세는 경기변동과 밀접한 관계로 인하여 공적 건강보험 부담률이 감소하고 있으며 사회 후생적으로도 효과가 감소하고 있는 실정이다. 국내 의료비는 2030년까지 GDP 대비 약 10~15%까지 증가할 전망이다. 이는 최소한 건강보험료를 11.8%까지 증가시켜야만 현재의 보장 수준을 유지할 수 있다. 이로 인하여 민영 건강보험은 공적 건강보험과 보완적이고 보충적인 상호 보완적인 관계로 발전하여 한다.

핵심주제어 : 민영 건강보험, 국민건강보험, 의료비, 정액형, 실손형

* 단국대학교 경제학과 조교수, hongcho@dankook.ac.kr.

〈논문 투고일〉 2012-08-02

〈논문 수정일〉 2012-08-24

〈게재 확정일〉 2012-09-07

I. 서 론

저출산과 고령화로 인하여 의료비가 급증함에 따라 향후 건강보험의 미래에 관한 관심과 걱정이 고조되고 있다. 2009년 생명보험과 손해보험이 공히 실손 건강보험에 관한 표준화를 계기로 본격적인 민영 건강보험의 경쟁이 가속화 되고 있으며 2012년 국민건강보험 공단의 포괄수가제 도입은 공적 건강보험과 민영 건강보험과의 상호 역할과 균형에 대한 논의를 촉발하고 있다.

특히 국내 민영 건강보험은 공적 국민건강보험이 보장하지 않는 급여부분 중 본인 부담금과 비급여 부분을 보장하는 한 축을 담당하고 있다. 그러나 국내의 민영 건강보험에 대한 인식은 의료서비스 민영화와 맞물려 의료비 상승을 부추길 수 있다는 걱정의 소리도 높다. 이에 본 논문은 먼저 주요한 국가의 건강보험 체계를 정리해보고 국내 민영 건강보험 체계와의 비교를 통하여 국내 민영 건강보험의 특수성을 중심으로 현황을 살펴보고자 한다.

두 번째로 현재 국내 민영 건강보험의 실태를 파악해 보고 향후 국내 의료비 증가를 전망해 봄으로써 의료비 상승에 따른 국민의 공적 부담률의 변화를 살펴보고 이를 근거로 공적 건강보험과 민영 건강보험 간의 상호 발전적 관계에 대한 논의를 해보고자 한다.

민영 건강보험에 관한 국내의 선행연구는 민영 건강보험제도에 대한 연구로는 이창우, 이상우(2010)가 대표적인데 미국, 독일, 네덜란드, 일본을 중심으로 민영 건강보험 체계를 면밀히 조사하였다. 최병호 외(2005)는 국민건강보험 공단의 역할을 중심으로 각국의 공적 건강보험 체계의 발전 과정을 면밀히 연구하였으며 최병호(2004)는 국내에서는 유일하게 건강보험의 사회후생효과 추계를 시도하였다. 이와 더불어 국내에서 의료비와 건강보험 재정에 관한 연구가 이루어진 것은 김종면(2000)이 최초로 조세에 미치는 효과를 연구하였다. 이어서 이해훈(2001), 국민건강보험공단 등이 드물지만 의료비 지출에 관한 장기 추세를 연구하고 있다.

건강보험 제도와 관련하여 외국의 선행연구 중 중요한 연구로 Pauly(1969)는 공적 건강보험 도입으로 인한 도덕적 해이의 최초의 실증 분석으로 후생손실은 보험급여비의 10% 또는 총 진료비의 7% 선이라고 추정하여 가장 먼저 건강보험의 후생복지학적 연구를 시도하였으며 이어서 Feldstein(1973)는 본인부담률을 증가시키고 공적보험급여를 축소함으로써 가격 왜곡을 완화시키고 이에 따라 발생하는 후생이득을 계산하면 본인부담률을 33%에서 50% 및 76%로 증가시키므로써 얻게 될 순후생 이득은 총 병원진료비의 약 16~32%로 추정하였다.

국가적 차원에서 건강보험에 관한 연구는 유럽의 건강보험 제도에 관한 연구가 주를 이루

고 있는데, Thomson and Mossialos(2009)는 유럽의 제도를 비교함과 동시에 민영 건강보험의 추세적 특성을 유럽을 중심으로 기술하고 있다. 미국의 건강보험 제도 개혁과 관련된 연구로는 Manning et. al.(1987)이 있다. 공적 건강보험에 관한 연구 중 민영화를 통한 개혁의 영향을 연구한 논문들로는 Hans(2006), Andre(2007) 등이 대표적이다. 이들 논문들은 공적 건강보험이 민영화 또는 준 민영화 상태로 진행된 독일, 네덜란드 등을 대표적으로 연구한 논문들이다.

제2장에서는 주요국의 민영 건강보험 제도를 개괄함으로써 각국별로 민영 건강보험 제도의 차별성과 공통점을 기술하고, 제3장에서는 국내 민영 건강보험의 현황을 다양하게 살펴보고, 제4장에서는 공적 건강보험의 최근 세계적 추세를 살펴보고, 제5장에서는 의료비 전망을 통하여 국내 공적건강보험과 민영 건강보험의 장기적 역할에 대해서 논의하고, 제6장에서는 결론과 연구의 미진한 부분의 발전 방향을 기술한다.

II. 주요국의 민영 건강보험 제도

각국의 건강보험 체계는 역사적 상황에 따라 발전되어 왔기 때문에 모든 공적 건강보험과 민영 건강보험의 형태는 나라별로 다르다. 전 세계 대부분의 민영 건강보험은 공적 국민 건강보험과 보완적, 보충적인 존재로써 국민 건강보험의 한 축을 담당하고 있다. 전 국민이 국민건강보험에 가입(Universal health insurance)되어 있는 한국과 같은 사회기초 보장 성격의 공적 건강보험부터, 사적 영역이 건강보험을 담당하고 있는 즉, 거의 기초 공보험이 전무한 미국까지 다양한 형태로 역사적 차별성을 두고 발전하고 있다. 그러나 현재 미국의 경우에도 오바마 정부가 실시하려고 하는 공적 건강보험 개혁으로 인하여 공적 건강보험의 확대를 시도하고 있다.

Thomson and Mossialos(2009)에 따르면 다음과 같이 민영 건강보험을 분류해 볼 수 있다.

〈표 2-1〉 민영 건강보험 분류

분 류	보장 수준(해당 국가)
대체형 (Substitutive)	공적 보험과 같은 보장수준 제공하나 자발적 비자발적으로 공적 보험에 가입하지 않은 국민대상 (독일 부유층, 네덜란드 전국민)

분 류	보장 수준(해당 국가)
보완형 - 본인부담금 보장형 (Complementary-u)	공적 보험의 본인부담금(user charge) 보장 (프랑스 copayment)
보완형 - 비급여 보장형 (Complementary-e)	공적 보험이 보장하지 않는 비급여(excluded) 의료서비스 보장 (모든 유럽 국가, 선택적 민영보험 가입)
보충형 (Supplementary)	공적 보험과 같은 의료보장이나 부가적인 서비스 제공 (영국 - 대기시간 감소 등의 서비스 원하는 국민)
미국형	전국민 공보험 부재(노령층, 저소득 지원 공보험 존재) (미국)

출처 : Thomson, Sarah and Mossialos(2009)

그리고 주요한 유럽의 국가별 건강보험의 주요한 보장 내용과, 가입자 비율, 의료비 대비 민영 건강보험료 비율을 정리해 보면 다음 <표 2-2>와 같이 정리할 수 있으며 보장 내용 자체들은 대부분 흡사한 경향을 보이고 있다. 하지만 가입자 비율은 나라별로 큰 차이를 보이고 있는데, 특히 프랑스와 네덜란드의 경우에는 가입자 비율이 90% 넘어서고 있다. 이는 완전 시장경쟁적인 민간 보험이라기보다는 민영 건강보험이 공적 건강보험의 대행 보험사로 보험의 인수와 보험금 지급을 대신해주는 형식이라고 볼 수 있다. 즉 보험사는 건강보험을 국내 자동차 보험처럼 공적 건강보험을 대신하여 운영해 주는 주체라고 해석해 볼 수 있다. 다른 나라들의 경우는 상당히 낮은 민영 건강보험 가입율을 보이고 있는 것을 알 수 있다. 총 의료비 대비 민영 건강보험료 비율을 보면 프랑스가 가장 높은 12.8%를 보이고 있으며 다른 국가들은 10% 미만을 보이고 있다.

<표 2-2> 유럽 주요국의 민영 건강보험 현황(2006)

국 가	형 태	주요내용	가입자 비율 (%/총인구)	민영건강보험료 비율 (%/총의료비)
오스트리아	대체형 보완형 보충형	자영업자 중심 치과, 안과, 정신과, 처방약 빠른진료, 개인병상	33%	5.3
벨기에	보완형-u 보완형-e	입원 본인부담금 치과, 안과, 임플란트	73%	5.4%
프랑스	보완형-u 보완형-e 보충형	법정 본인부담금 개인 병상 안과, 치과 등	92%	12.8%

국 가	형 태	주요내용	가입자 비율 (%/총인구)	민영건강보험료 비율 (%/총의료비)
독일	대체형 보완형-u 보완형-e 보충형	고소득자 중심 소액의 법정 본인부담금 치과 개인병상, 전문의 진료	10%	9.3%
			22%	
이태리	보완형-e 보완형-u 보충형	안과, 치과, 주로 처방약 본인부담금 개인병상	6.1%	8.9%
스페인	보충형 보완형-e	개인병상 치과, 추나	18.0%	6.5%
네덜란드	대체형 보완형-e 보충형	전국민 민영 보험 가입 안과, 치과, 정신과 개인병상	99%	5.9% (대체형 제외한 비율)
			92%	
영국	보충형	대체 의학, 신속한 진료	10.6%	1.0%

출처 : Thomson and Mossialos(2009)

각국의 민영 건강보험은 완전 시장경제 형태의 건강보험은 존재하지 않으며 공적 건강보험 자체도 완전한 사회주의적인 공적 보험도 존재하지 않는다. 즉 공적 건강보험은 시장 경쟁적 요소가 가미되어 있으며, 민영 건강보험도 사회부조적 성격을 가미하고 있다. 그래서 대부분의 나라는 공적 건강보험의 재정적 지출을 줄이고 개개인에게 본인이 지불해야할 본인 부담금 제도를 운영하고 있다.

<표 2-3> 유럽 주요국의 본인부담금제 현황(2008)

국 가	형 태
오스트리아	co-insurance, deductible
벨기에	deductible(개인병상에 대해)
프랑스	다양한 copayment(외래 30%, 입원 20% 등등)
독일	coinsurance(치과 등), deductible
이태리	copayment, coinsurance(처방약, 진단, 전문의 등)
스페인	copayment
네덜란드	deductibles
영국	deductibles

출처 : Thomson and Mossialos(2009)

Ⅲ. 국내 민영 건강보험 특징 및 현황

1. 민영 건강보험 제도

1977년 국민건강보험이 도입되기 전인 1963년부터 민영 건강보험은 존재하였으며 민영 건강보험은 공보험이 보장하지 않는 부분을 보장하면서 보완적, 보충적 성격의 건강보험으로써 존재해왔다.

민영 건강보험의 법적 개념은 제3보험이다. 보험업법 제2조 제 4항에 따르면 제3보험은 사람의 신체사고에 대하여 사망, 후유장애 및 치료비, 간병비 등을 보상하는 보험이다. 민영 건강보험은 보험금의 산출 방식에 따라 실손과 정액 보험으로 나뉘어 진다. 다음 표는 실손 건강보험과 정액 건강보험간의 차이를 구분해 본 것이다.

〈표 3-1〉 실손 건강보험과 정액 건강보험의 차이

구 분	실 손	정 액
보험목적	실제 발생한 손해	질병 또는 상해
보상금액	일정한도 내에서 실제 부담한 금액	계약시 약정한 금액
보상범위	보장하지 않은 항목 열거	보장하는 항목 열거
상품종류	상해보험, 질병보험, 장기간병보험	상해, 질병, 장기손해
보장내용	입원, 외래, 처방조제	진단, 입원, 수술, 간병, 후유장애
다수계약시 처리	각 지급액 합이 실제부담액을 초과하지 않도록 비례보상	중복에 관계없이 각 계약의 사전 약정금액을 보상

출처 : 조용운 외 2(2011)

〈표 3-2〉 실손 건강보험 주요지표

연도	위험보험료(백만원)	지급보험금(백만원)	건당보험금(백만원)	보험사고율(%)	지급율(%)
FY2005	512,898	594,488	0.3701	6.33	115.9
FY2006	652,256	716,316	0.3071	7.65	109.8
FY2007	861,311	947,010	0.2800	8.87	110.0
FY2008	1,105,185	1,333,596	0.2677	10.70	120.7

출처 : 조용운 외 2(2011)

실손 건강보험 산업의 주요 지표들을 보면 보험료와 보험금이 지속적으로 증가하고 있다. 특히 2009년도 생, 손보 간의 실손보험 표준화 이후 생, 손보 간의 치열한 경쟁이 펼쳐지고 있으며 현재는 과도한 경쟁으로 인하여 실손 보험의 손해율 증가로 보험 갱신 시에 보험료가 과도하게 증가하는 경향을 보이고 있다.

정액 건강보험 산업의 주요 지표들을 살펴보면 실손 건강보험에 비하면 더 낮은 사고율과 지급률을 보이고 있고 하락하는 추세이다.

〈표 3-3〉 정액 건강보험의 주요 지표

연도	위험보험료(백만원)	지급보험금(백만원)	건당보험금(백만원)	보험사고율(%)	지급율(%)
FY2005	456,968	454,401	0.5101	0.8986	99.4
FY2006	645,306	605,316	0.4876	0.8943	93.8
FY2007	832,470	784,641	0.5203	0.8098	94.3
FY2008	1,109,035	1,021,175	0.5438	0.7864	92.1

출처 : 조용운 외(2011)

2. 가입자 현황

최근 생명보험협회의 보험 성향조사 발표(2009)에 따르면 질병과 상해를 포함하는 민영 건강보험 가입 가구 비율은 약 85.2%인 것으로 보고되고 있다.

국내 민영 건강보험 가입자 현황을 보면 KDI 윤희숙(2008)에 따르면 전인구의 약 63.7%가 어떠한 형태든지 민영 건강보험에 가입되어 있는 것으로 조사되었다. 가장 먼저 가입자의 연령대 비율을 보면 30대까지 높아지다가 연령이 증가하면서 낮아지는 것으로 보고되었다.

〈표 3-4〉 민영 건강보험 가입률(연령대별 %)

		전체	연령 구분					
			0~18	19~29	30~39	40~49	50~64	65~70
민영건강보험 가입률		63.7	59.5	62.6	77.4	74.2	54.5	17.4
유형별	실손	26.1	25.8	26.7	32.3	30.0	18.4	4.6
	정액	62.0	58.3	60.5	75.7	72.3	52.1	16.0
	동시	24.3	24.7	24.7	30.6	28.2	16.0	3.2

출처 : 윤희숙(2008)

재산별 민영 건강보험 가입률을 보면 전 구간에서 고르게 나타나고 있으며 심지어 부가 증가할수록 가입률이 하락하고 있어서 부에 따라 민영 건강보험 가입이 달라져서 불평등이 증가할 것이라는 근거는 찾을 수 없었으며 직장 가입자만을 대상으로 분석하여도 동일한 결과를 얻을 수 있고 또 간접적으로 연령을 콘트롤 해도 동일한 결과를 얻을 수 있다.

〈표 3-5〉 민영 건강보험 가입률(재산별 %)

		전체	재산규모(단위 : 만원)				
			0<= <=1,000	1,000<= <=2,000	2,000<= <=5,000	5,000<= <=10,000	10,000 <
민영건강보험 가입률		63.7	65.0	64.1	63.8	62.5	60.5
유형별	실손	26.1	27.4	26.7	25.4	25.0	24.2
	정액	62.0	63.3	62.4	62.1	60.4	58.4
	동시	24.3	25.7	25.0	23.7	23.0	22.1

출처 : 윤희숙(2008)

3. 이용 현황

국내 민영 건강보험의 중요한 논점 중의 하나는 민영 건강보험 가입자가 미 가입자에 비해서 의료서비스 남용이 심할 것이라는 점이다. 이는 공적, 민영 건강보험에 모두 적용되는 것으로 Feldstein(1973) 등에 의해서 보험의 기본적인 특성인 도덕적 해이의 결과임을 보이고 사회후생 감소가 발생함을 잘 보여주고 있다. 이러한 점에서 민영 건강보험 가입자와 비가입자의 의료서비스 이용 행태를 비교해 보는 것은 큰 의미가 있다. 다음 자료에 의하면 민영 건강보험 가입자와 미 가입자 사이에는 이용 빈도와 비용에 통계적 유의미한 차이가 전혀 없음을 보이고 있다.

〈표 3-6〉 민영 건강보험 가입자와 비가입자의 의료비용 차이

(단위 : 천원)

	연령	비가입	가 입			
			전체	실손형	정액형	실손+정액형
계	전체	768	738	731	735	723
	0~29	410	529	557	532	565
	30~64	1,168	894	872	888	853

	연령	비가입	가 입			
			전체	실손형	정액형	실손+정액형
입원	전체	189	173	175	172	173
	0~29	80	105	111	105	112
	30~64	312	224	227	222	223
외래	전체	578	565	555	563	550
	0~29	330	425	446	427	452
	30~64	856	670	645	665	631

출처 : 윤희숙(2008)

〈표 3-7〉 민영 건강보험 가입자와 비가입자의 의료 일수

(단위 : 일)

	연령	비가입	가 입			
			전체	실손형	정액형	실손+정액형
계	전체	141.6	126.9	120.5	126.3	118.5
	0~29	57.4	73.5	78.1	73.9	79.3
	30~64	235.7	166.8	155.0	165.6	150.9
입원	전체	1.7	1.5	1.6	1.5	1.6
	0~29	0.7	1.0	1.1	1.0	1.1
	30~64	2.7	1.9	2.0	1.9	2.0
외래	전체	140	125.4	118.9	124.8	116.9
	0~29	56.7	72.6	77.0	73.0	78.2
	30~64	233.0	164.9	153.0	163.7	148.9

출처 : 윤희숙(2008)

IV. 주요국의 공적 건강보험 제도적 특성

1. 공적 의료비 비중 감소

1970년대 까지 유럽의 주요 국가들은 노동 친화적 정당들의 집권과 복지국가 개념의 확산으로 사회복지 재정확장 정책을 펼쳤고, 이와 동반하여 의료서비스 관련 지출이 급속도로 늘

어났다. 그러나 1970년대 후반에 발생한 오일쇼크로 인하여 경제성장이 정체되고 실업자가 급증하게 됨에 따라 재정을 긴축하게 되었으며, 당시 주요 국가의 정부는 신자유주의적 성향의 정당들이 집권을 하기 시작하면서 1980년 이후로는 과도한 의료재정 부담을 줄이기 위해 민간 부문을 활성화하는 노력을 기울이기 시작한다.

이러한 결과로 1980년대 이후 2000년대 초반까지 OECD 구가의 공적 의료비 지출 비중은 지속적으로 감소하게 된다. puc_{it} 는 각 국가의 공적 의료비 지출, prc 는 민간 의료비 지출, c_{it} 는 총 의료비 지출이라고 정의하면 $rpuc_{it}$ 는 총 의료비 중 공적 의료비 지출 비중이 되고 $rprc_{it}$ 는 민간 의료비 지출 비중이 된다.

$$rpuc_{it} = \frac{puc_{it}}{c_{it}} \times 100, \quad rprc_{it} = \frac{prc_{it}}{c_{it}} \times 100$$

그리고 이러한 각국의 공적 의료비 지출 비중의 평균과 분산을 다음과 같이 정의한다.

$$\mu rpuc_{it}, \sigma rpuc_{it}$$

사적 의료비 지출 비중의 평균과 분산은 동일한 방식으로 다음과 같이 정의된다.

$$\mu rprc_{it}, \sigma rprc_{it}$$

유럽 주요 OECD 국가의 자료는 다음과 같은 공적 의료비 비중을 나타낸다.

<표 4-1> 유럽 주요 선진국의 (공적 의료비/총의료비) 비중 변화(1970~2000)

	$rpuc_{it}$				$rpuc_{it}$ 10년 변동분 (%)			
	1970	1980	1990	2000	70~80	80~90	90~00	80~00
프랑스	75.5	80.1	76.6	78.3	4.6	-3.5	1.7	-1.8
독일	72.8	78.8	76.2	79.7	6.0	-2.6	3.5	0.9
네덜란드	60.2	69.4	67.1	63.1	9.2	-2.3	-4.0	-6.3
덴마크	83.7	87.8	82.7	82.4	4.1	-5.1	-0.3	-5.4
스웨덴	86	92.5	89.9	84.9	6.5	-2.6	-5.0	-7.6
영국	87	89.4	83.6	80.9	2.4	-5.8	-2.7	-8.5

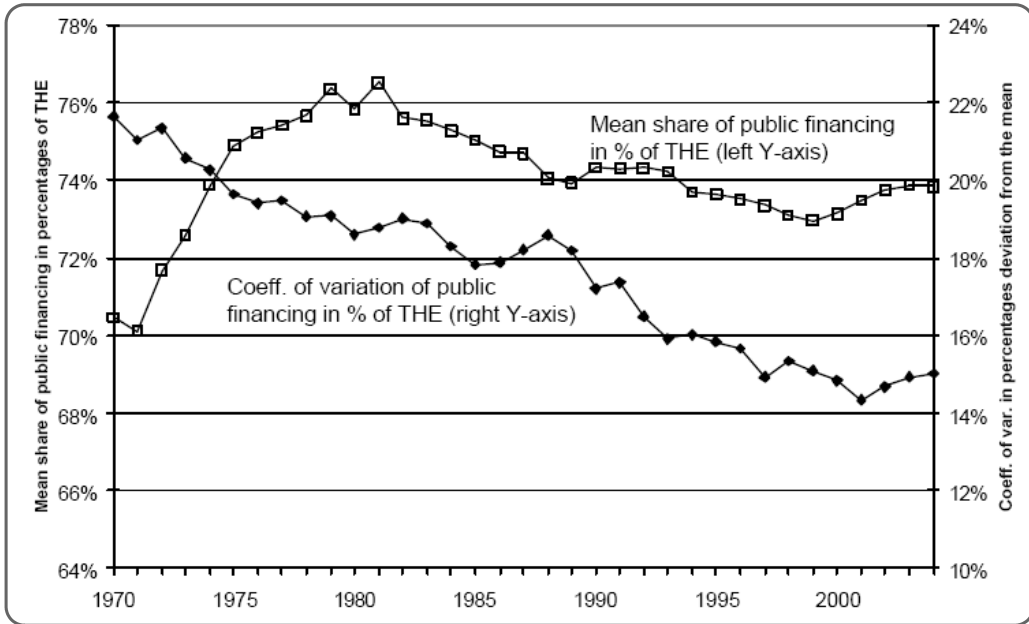
자료 : Hans(2009)

※ 독일은 1990년 통일이후 과도한 재정지출 증가로 예외적인 현상을 보임

다음 그래프는 OECD국가들의 $\mu rpuc_{it}$ 와 $\sigma rpuc_{it}$ 의 시계열을 나타낸다. OECD 국가들은

전반적으로 2000년대 초반까지 공적 의료비 지출 비중의 평균이 감소하고 있는 것과 동시에 분산 자체도 급격하게 지속적으로 감소하고 있으며 이는 공적 의료비 지출 감소 현상이 73% 정도로 수렴하고 있는 것으로 나타난다. 이는 Schmid et. al.(2010)에서도 확인된다.

[그림 4-1] OECD 국가의 공적 부담을 평균과 분산 추이(1970~2006)



- □ : OECD 국가 공적 부담을 평균(좌측 y축)
- ■ : OECD 국가 공적 부담을 분산(우측 y축)

한편 OECD 국가들의 총 의료비 증가율은 80년을 전후로 감소하고 있음을 보이고 있다. 즉, 총 의료비에서 사적 의료비용의 비중이 증가함에도 불구하고 총 의료비의 증가세는 오히려 감소하고 있는 것이다.

80년대 이후 나타난 (1) 선진국의 총 의료비에 대한 공적 부담률의 하락과 민간 부담률의 증가와 (2) 총 의료비 증가율의 둔화라는 두 현상 사이에 관한 연구들이 이루어 지고 있는데 Andre(2007)은 Fixed Effect Regression을 통하여 이러한 선진국의 총 의료비 중 공적 의료비 지출이 개인 의료비 지출에 양의 효과를 나타냄으로써 공적 의료비의 존재가 이 전 시대와 구분해서 오히려 의료서비스 이용을 증대 시켰다고 주장하고 있다. Myes(2004)와 같은 연구들은 공적 비용의 민간부문으로 비용전이(cost shifting)현상으로 설명하고 있으며 이는 시장 메카니즘하에서 다양한 본인 부담금 제도를 통하여 비용 감소가 설명되고 있다.

(표 4-2) 유럽 주요 선진국의 (총의료비/GDP)와 증가율 (1970~2001)

	c_{it}/GDP (%)				10년 증가율 (%)		
	1970	1980	1990	2001	70~80	80~90	90~01
프랑스	5.37	7.1	8.6	9.4	32.1	21.1	9.3
독일	6.2	8.7	8.5	10.8	40.3	-2.0	27
네덜란드	n.a	7.5	8	8.5	n.a	6.7	6.3
덴마크	n.a	9.1	8.5	8.6	n.a	-6.6	1.8
스웨덴	6.87	9.1	8.4	8.8	32.4	-7.7	4.8
영국	4.5	5.6	6	7.5	24.4	7.1	25

출처 : Andre(2007), Thomson and Mossialos(2009)

이는 민영 건강보험에도 같은 논리로 적용이 가능하지만 민영 보험사들의 공적 보험보다 더욱 적극적인 언더라이팅과 리스크 관리를 통해서 해결하기도 한다. 하지만 과거 병력이 있는 사람을 가입시키지 않으려는 크림스키밍(Cream-Skimming)으로 가입자를 선별하기도 하고, 상품의 불완전 판매나, 보험금 청구의 복잡화를 통하여 부정적인 방법을 동원하기도 한다. 민영 건강보험의 의료비 지출 감소에 대한 연구는 사실관계와 인과관계 파악뿐만 아니라 정상적인 보험사의 영업 행위 인지에 대한 연구도 동시에 진행되어야 한다.

2. 공적 부담률과 건강지수와의 관계

공적 의료비 비중을 증가 시키는 것이 의료, 건강의 질과 어떠한 관계를 가지는 가는 매우 중요한 문제이며 의료제도의 효율성을 판단하는 중요한 문제이다. 공적 의료비 지출을 결정하는 정책적 판단에 중요한 지표가 되기 때문이다. c_i 는 각국의 공적 부담률, hi_i 는 건강지수로 정의되고, $pgdp_i$ 는 1인당 gdp로 정의한다. 그리고 건강지수와 공적 부담률간의 상관관계를 구해보면

$$corr(c_i, hi_i) = -0.22 < 0$$

이고, 건강지수와 1인당 gdp간의 상관관계를 구해보면

$$corr(pgdp_i, hi_i) = 0.11 > 0$$

이 된다. 이는 시점 선택의 문제를 제외하면 건강의 질은 경제 성장과 양의 관계가, 공적 부

담료과는 음의 관계가 있음을 보여준다. 이는 국가의 보건 수준이 공적 지출 수준보다는 소득 수준과 더 밀접한 관계가 있음을 보여준다.

〈표 4-3〉 OECD 국가의 공적 부담률, 건강지수, 1인당GDP

국 가	공적부담률 (00~05 평균) (%)	건강지수(2005) (등수)	1인당GDP (00~06 평균) (\$)
일본	82	13.5 (1)	34,112
스위스	58	12.5 (2)	43,356
오스트레일리아	67	12.0 (3)	28,146
스웨덴	84	11.5 (4)	34,154
이태리	75	11.0 (5)	25,448
프랑스	79	10.0 (6)	28,380
노르웨이	83	9.5 (7)	51,525
캐나다	70	9.5 (7)	28,973
오스트리아	76	9.0 (9)	30,916
핀란드	76	7.0 (10)	31,171
벨기에	72	7.0 (10)	29,579
독일	78	7.0 (10)	28,901
네덜란드	64	6.5 (13)	32,326
뉴질랜드	78	5.5 (14)	20,003
덴마크	83	5.5 (14)	39,358
영국	84	4.5 (16)	31,380
아일랜드	76	4.0 (17)	38,425

출처 : Wilensky(2009)

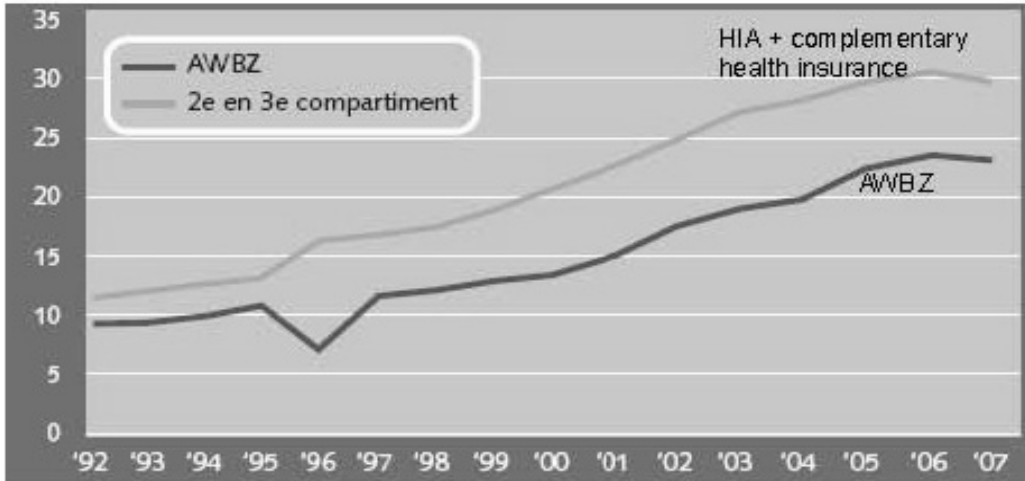
※ 건강지수=균등평균(유아사망율, 기대여명(남, 여), 순환기질환사망, 영아사망율)

3. 민간의 건강보험 대체 운영

네덜란드는 2006년 기본 건강보험 운영의 준민영화 후 의료비 총 지출이 오히려 감소하는 현상을 보이고 있다. 이는 통계적으로 데이터 기간이 짧아서 건강보험 개혁의 본격적이고 직접적인 효과인지에 대한 논의가 더 필요해 보이고 향후 시간이 흐르고 난후 평가가 가능할 것으로 보이지만 대부분이 공적 영역에 민영 건강보험이 침투한 직후에 일반적으로 나타나는

현상이기도 하다. 하지만 시간이 길어지면 민영 건강보험의 지배력의 확대에 인하여 시장 가격을 독, 과점 형태로 운영할 가능성도 있다. 이는 미국에 2000년대 초반 나타난 현상으로 독점적 지배력을 바탕으로 높은 이윤율을 시현하기도 했다(Robinson, 2004).

[그림 4-2] 네덜란드 의료비 지출 추이



※ 자료 : Sarah Thomson and Elias Mossialos, 2009, 'Private health insurance'
 - HIA(기초 건강보험 급부금)+CHI(보완형 건강보험 급부금)
 - AWBZ(노령 장기요양보험 급부금)

V. 국민건강보험 전망

국내 공적보험인 국민건강보험의 가장 큰 특징은 전 국민(Universal) 의료보장 제도라는 것이다. 이 제도의 근간에는 '요양기관 당연지정제'¹⁾라는 제도가 그 바탕이 되고 있다. 요양기관 당연지정제를 통하여 의료서비스 제공기관은 국민건강보험 가입자를 임의적으로 거부할 수 없도록 되어 있기 때문에 국내 건강보험은 실질적으로 사회보장의 성격을 띠고 있으며 전 국민이 자동 가입되어 있는 국민건강보험을 통하여 국내 어떤 의료기관이든 이용할 수 있는 전 국민 의료보장을 달성하고 있다.

1) 국민건강보험법 제 40조 의거 의료법 및 약사법 등에 의하여 개설, 등록된 의료기관이나 약국 등은 별도의 신청이나 지정절차 없이 국민건강보험 가입자 및 피부양자에게 요양급여를 제공하는 요양기관으로 강제지정 되는 제도.

이러한 공적 국민건강보험 제도는 향후 기대되는 인구 고령화와 이에 따른 노후 의료비 부담의 가중으로 급격한 재정적 문제에 봉착할 것으로 예상된다. 국민건강보험이 지급하는 급여 부분의 1인당 연평균 진료비는 2004년에서 2008년 사이에 60세 이상에서 9.5%, 20~59세에서는 약 6.8% 매년 상승하고 있다. 특히 60세 이상 인구는 건강보험 적용 인구로는 13.2%에서 14.9%로 늘어났고, 의료비 부담 부분에서는 33.3%에서 39.6%로 증가하였다. 즉 60세 이상의 노령인구의 의료비 부담이 급격히 늘어나고 있다.

보건복지부와 통계청의 추산 인구 구성 변화를 보면 2030년 32.4%로 인구의 1/3을 차지할 것으로 보인다.

〈표 5-1〉 60세 이상 인구 비중 변화

1990년	2010년	2030년
7.2%	15.4%	32.4%

출처 : 통계청

또한 공적 부담률 자체는 낮지만 공적 부담률의 증가속도는 OECD 국가 중 가장 높음 증가율을 보이고 있다.

〈표 5-2〉 공적 의료비/총의료 지출 추이

	2000	2007	증가율
한국	44.9	54.9	22.3%
OECD	72.1	72.8	0.9%

출처 : OECD Health Statistics 2009

이를 바탕으로 보건복지부의 보건의료정책본부가 발표한 ‘보건의료정책 추진방향’에 나타난 장기 의료비 전망은 노동인구의 하락으로 인하여 이러한 상황에서 공적 지출과 국가 재정만으로 급격히 늘어나는 의료비를 감당하기는 현실적으로 불가능할 것으로 보인다.

〈표 5-3〉 보건복지부의 총의료비 전망

(단위 : 조원)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
총의료비	68.2	77.6	87.9	99.5	112.6	127.6	144.5	163.8
건보	28.5	33	38	44.4	51.5	59.7	69.2	80.2

출처 : 보건복지부 보건의료정책본부, 2008, ‘보건의료정책 추진방향’, 건강보험미래전략위원회, ‘국민의료비 중장기 전망’

의료비 전망과 관련한 다른 연구들도 이와 비슷한 전망치를 예측하고 있다. 지금까지 나온 GDP 대비 총 의료비 전망 연구들을 정리하면 다음과 같다.

〈표 5-4〉 총의료비/GDP 전망

(단위 : %)

	2010	2020	2030	2040
이혜훈(2001)	5.8	7.0	9.6	11.5
김종면(2000)	4.9	5.6		
강병구(2003)	5.7	6.9		
최병호(2006, OECD추세)	7.33	8.49	9.09	
최병호(2006, 자체계산)	7.2	7.93	9.27	
건보공단(2008)		5.5~7.7	6.3~10.6	
정형선(2010)	7.1	10.8		

연구 시점에 따라 결과가 다르지만 최근 연구로 갈수록 그 비율이 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 최근에 저출산과, 노령화가 더 가속화 되고 있는 실상을 반영하고 있다.

총 의료비가 이와 증가할 때 2012년 현재 5.8%인 국민건강보험요율은 2030년 건강보험공단 추정 11.8%까지 증가해야 한다. 2030년 국민건강보험이 현재의 금액대비 50%인 보장 수준을 더 증가 시키는 경우에는 이와 같은 추정치는 더욱 증가할 것이고, 공적 건강보험 요율은 OECD 국가 평균을 넘어설 것으로 예상된다.

VI. 결 론

지금까지 우리는 민영 건강보험 제도의 주요한 국가들의 특성과 국내 민영 건강보험의 현황을 살펴보았으며 민영 건강보험을 더 잘 이해하기 위하여 공적 건강보험 제도의 최근 주요국의 추이적 특성과 국내 국민건강보험의 향후 전망에 대해서 살펴보았다.

이러한 논의 속에서 공적 건강보험이 현 상태를 유지하고 저출산과, 고령화가 지속될 경우, 또는 공적 건강보험의 보장수준이 현재보다 더 높아지는 경우에는 공적보험이나 국가적 재정만으로 해결할 수 없는 수준에 도달함은 자명해 보인다. 이를 해결하기 위한 대책이 절실한 시점이다.

먼저 의학 기술의 발달로 인한 노령화와 관련해서는 노년층의 노동력을 확대하여야 하며, 저출산을 해결할 출산 장려 정책과 사회적 육아 부담을 감소 시켜야 한다. 이러한 사회인구 구조적 해결책이 사회 후생적으로 가장 바람직하다.

노령화와 노령인구의 의료비 증가로 인한 해결책은 먼저 공적 건강보험만으로 부담할 수 없는 의료비의 증가는 민영 건강보험을 이용하여 보장하여야 한다. 국내 민영 건강보험은 본문에서 언급했듯이 이미 거의 모든 가정이 가입하고 있는 실정이며 가입자와 비가입자간의 차별성이 존재하지 않는다. 또한 국내 민영 건강보험은 공적 보험이 보장하지 않는 영역을 보완적, 보충적으로 보장하는 형태로 발전해야하며 공적 보험과 경쟁적 관계가 아님을 분명히 하고, 소비자들의 자발적 선택으로써 공적 건강보험과 유기적인 상호관계를 이어 가야한다.

이 과정에서 발생할 수 있는 보험사의 과도한 이윤이나 선택적 가입 등과 같은 불공정 행위들은 금융감독원과 감독기관은 보험사 상품의 감독과 회계적 감사를 실시하고 보험시장 질서에 위배되거나 공공의 복리에 반하는 행위는 철저히 감독하는 방법으로 해결할 수 있다.

민영 건강보험사 입장에서는 언더라이팅의 선진화와 리스크 관리의 효율화를 통하여 안정적인 보험사업을 영위하면서 건전한 건강보험 확립을 함으로써 국민건강보험의 보완적, 보충적 관계로 발전하는 것이 바람직해 보인다.

향후 보완할 연구과제는 본문에 있는 국가 간의 사회구조적 차별성을 이질성 모형 (heterogeneous model)을 이용하여 미시적 근간위에서 건강보험의 제도적 비교를 하는 연구가 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

- 강병구. 2003. “의료비 문제, 고령화 사회의 사회경제적 문제와 정책대응방안”. 한국보건사회연구원.
- 김종면. 2000. “의료비 지출의 장기 예측”. 한국조세연구원.
- 국민건강보험. 2008. ‘건강보험, 중장기 재정운용 방안’. 건강보험정책연구원.
- 박일수, 이동현. 2010. “건강보험, 중장기 재정전망 연구”. 국민건강보험 건강보험정책연구원 연구보고서. 2010-07.
- 보건복지부. 2008. “보건의료정책 추진방향”. 보건복지부 보건의료정책본부.
- 생명보험협회. 2009. “제12차 생명보험 성향조사 결과 발표”.
- 이창우, 이상우. 2010. “주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점”. 보험연구원 조사보고서 2010-3.
- 이혜훈. 2001. “경제사회 여건 변화와 재정의 역할”. 한국개발연구원.
- 양봉민, 김진현, 이태진. 2002. “건강보험의 재정전망과 정책과제”. 사회복지정책, Vol.15: 101-114.
- 윤희숙. 2008. “민간의료보험 가입과 의료이용의 현황”. KDI정책포럼 제204호.
- 정형선. 2010. ‘건강보험 중장기 재정전망과 정책과제’.
- 조용운, 황진태, 김미화. 2011. “민영의료보험의 보험리스크 관리방안”. 보험연구원. 경영보고서 2011-6.
- 최병호. 2004. “건강보험제도의 경제적 후생손실에 관한 고찰”. 보건경제와 정책연구. 제10권, 제1호: 81-94.
- _____. 6외. 2005. “건강보험제도의 발전과정 비교연구”. 한국보건사회연구원 연구보고서 2005-12.
- _____. 2006. “국민의료비 걱정수준에 관한 연구”. 보건경제와 정책연구 제12권, 제1호.
- Andre, Christine. 2007. “Privatization and the Reforms of the European Care Systems”, EAEPE-PRESOM Syposium.
- Feldstein, Martin S., 1973. “The Welfare Loss of Excess Health Insurance”, Journal of Political Economy, Vol.81, No.2, Part1: 251-280.
- Hans, Maarse. 2006. “The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis”. Journal of Health Politics, Policies and Law, Vol.31, No.5: 981-1014.

- Mannig, Willard G., Newhouse, Joseph P., Duan, Naihua, Keeler, Emmett B., and Leibowitz, Arleen. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *The American Economic Review*, Vol. 77, No.3: 251-277.
- Mayes, Rick. 2004. "Causal Chains and Cost Shifting: How Medicare's Rescue Inadvertently Triggered the Managed Care Revolution", *The Journal of Policy History*, Vol.16 No.2, 144-174.
- Pauly, Mark V., 1969. "A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance", *Health Services Research*, Winter 4(4): 281-292.
- Robinson, James. 2004. "Reinvention of Health Insurance in the Consumer Era", *The Journal of the American Medical Association*, Vol.29 No.15, 43-55.
- Schmid, Achim, Cacace, Mirella, Gotze, Ralf, and Rothgang Heinze. 2010. "Explaining Healthcare System Change: Problem Pressure and the Emergence of Hybrid Health Care Systems", *Journal of Health Politics, Policies and Law*, Vol.35, No.4: 455-486.
- Thomson, Sarah and Mossialos, Elias. 2009. "Private Health Insurance in European Union", *Studies and Reports on Health and Long Term Care*, European Commission.
- Thomson, Sarah, Foubister, Thomas, Mossialos, Elias. 2009. "Financing Health Care in the European Union", *World Health Organization, Observatory Studies Series No. 17*.
- Wilensky, Harold. 2011. "U.S. Health Care and Real Health in Comparative Perspective: Lesson from Abroad", *Institute for Research on Labor and Employment*, UC Berkeley, *The Forum* Vol.7, No.2, Article 7.
- World Health Statistics. 2009. *World Health Organization*.

The Current Aspects of Private Health Insurance and The Mutual Roles between Private Health Insurance and Public Health Insurance

Cho, Hong Chong*

ABSTRACT

This paper investigates types of private health insurances in advanced countries and the current aspects of private health insurance in Korea, and studies ways to develop public health insurance system in Korea and the mutual roles between private health insurance and public health insurance through reflecting international trends of public health insurance. The Status of private health insurance in each advanced country has become present through the historical and social background, and private health insurance acts as not only complementary but also supplement roles of public health insurance. Private health insurance in Korea can be categorized into fixed amount claim and indemnity plan and covers accidents and diseases, 85.2% of total household in Korea enroll in a type of private health insurance and there is no statistical difference between enrollee and non-enrollee. Public health insurance also has developed through the historical and social tradition and the ratio of public health insurance claim to total health expenditure and the social welfare effect have been decreasing since latest trends are closely related to business cycles. Total medical expenditure in Korea would increase to 10~15% of GDP in 2030 so that the premium of public health insurance could go up to 11.8% to keep the current coverage status. Therefore public health insurance and private health insurance should mutually develop complementary and supplementary relationship.

Key Words : private health insurance, public health insurance, medical expenditure, fixed amount claim, indemnity

* Assistant Professor, Department of Economics, Dankook University