

유럽의 민간건강보험 운영의 경험과 한국에 대한 함의



정혜주 교수
 고려대학교 보건행정학과

1. 한국의 건강보험제도와 민간건강보험 동향

한국은 지난 1989년, 전국민의료보험제도를 도입함으로써 형태적으로는 보편적인(universal) 의료보장을 이루었다. 현재 건강보험은 97%의 국민을 포괄하고 있으며, 나머지 2-3%만이 의료수급자로 되어 있다. 그러나 잘 알려져 있는 것처럼 한국의 건강보험의 보장성은 60% 전후로서 특히 입원서비스에 대한 OECD 평균 보장성인 80%와는 큰 차이가 있다. 이러한 공공건강보장 외부의 영역이 민간건강보험의 시장이 된다.

<그림 1>에는 현재 건강보험의 지불체계를 나타내었다. 의료비는 크게 법정급여와 법정비급여, 어메니티서비스로 나누어볼 수 있는데, 이 중 법정급여는 공단부담과 법정본인부담금, 법정비급여는 건보등재비급여와 건보미등재비급여로 나누어진다. 이 중 건강보험공단에서 부담하는 것은 법정급여 중 공단부담금뿐이다. 그 이외 소득손실과 간병비, 교통비 등 기타손실로 분류되는 것이 있는데, 이를 많은 선진국에서는 ‘상병수당’이라는 이름으로 보장하고 있지만 한국에서는 이에 대한 보장이 이루어지지 않고 있다. 따라서 의료비와 기타손실을 합친 부분 중 공단부담금 이외의 부분이 모두 민간건강보험시장으로 형성될 수 있으며, 캐나다와 같이 건강보험의 영역에 대해서는 민간보험이 경쟁할 수 없다는 규정이 없는 상황임을 상기한다면 사실 전체가 민간건강보험의 영역으로 분류될 수도 있다. 그림의 가장 아랫줄에는 각각의 영역에 대응하는 민간건강보험의 종류를 나타내었다. 이에 대해서는 뒤에서 자세히 서술하는 것으로 한다.

* 본고는 지난 2010년 12월 22일 건강보험공단 토론회에서 발표되었던 자료를 수정, 보완한 것이며, 유럽의 민간건강보험에 대한 설명은 Mossialos, Thomson, & Busse, 2004를 참고함

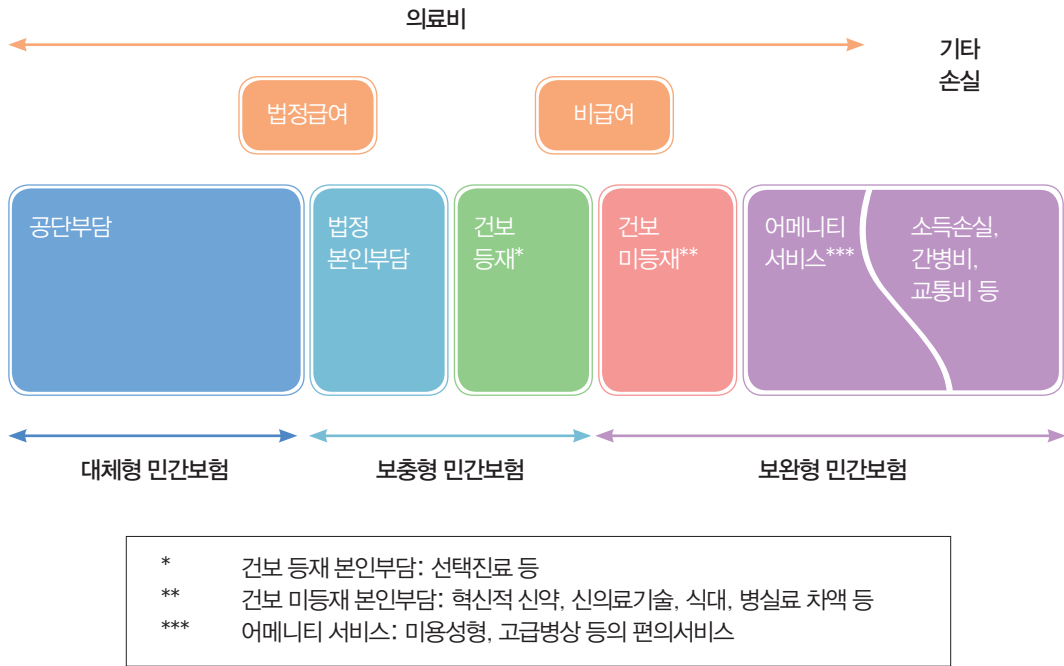


그림 1. 우리나라 건강보험의 지불체계 및 민간건강보험의 영역

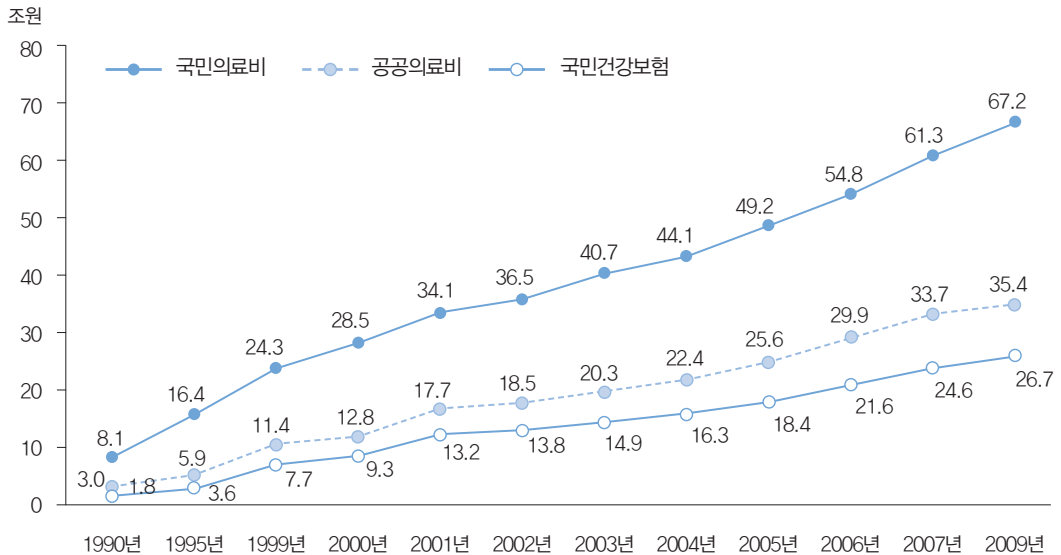


그림 2. 국민의료비, 공공의료비 및 국민건강보험급여 추이 (1990년~2009년).

자료 : OECD Health Data 2009; 국민건강보험공단, 2008 건강보험통계연보.

<그림 2>에는 1990년에서 2009년 사이 우리나라 총의료비, 공공의료비 및 국민건강보험 지출을 나타내었다. 이들 중 총의료비와 공공의료비 사이의 차이가 현재 우리나라 건강보장체계의 공백이라 볼 수 있을텐데 이 부분은 건강보험환자의 본인부담금의 형태로 해마다 증가하고 있다. 절대액으로 증가하고 있는 이 차이가 국민건강보험의 측면에서는 사각지대로 남아있고 민간보험의 영역으로 기능하고 있다. 비율로 봤을 때는 60%를 약간 상회하는 수준의 보장률(그림 3)로서 보편적 의료보장을 시행하고 있는 유럽국가들에 비해서는 크게 낮은 편임을 알 수 있다. 가계파탄의 가장 대표적인 질환인 암의 경우에도 2008년에서 2010년 사이 외래 보장율은 어느 정도 증가한 데에 비해 입원보장율은 오히려 감소하는 경향을 보임으로써 전체적인 보장율은 0.6퍼센트 정도 증가하는 데에 그쳤다.

보장율의 공백을 민간의료보험시장이 점유해가고 있다. 지난 5년 사이에 민간의료보험 시장은 2배 규모로 증가하였으며, 성인의 60% 이상, 가구의 70% 이상이 가입한 것으로 알려져 있다(허환주, 2009). 보험통계연감(2010)을 참고한 보험가입률 추이는 2010년 현재 개인별 가입은 92.0% 가구별 가입은 96.4%에 이른다. <그림 4>보험료는 2003년 이후 연평균 15% 이상씩 성장하여 '09년도에는 약 15조원에 도달한 것으로 추정되며 <그림 5>, 민간의료보험가입자 1인 당 월평균 보험료는 12만원 정도로 추산되어 국민 1인당 국민건강보험료인 3만3천원의 4배 정도에 이른다. 월 가구 소득에서 차지하는 비중은 국민건강보험료가 3.4% 정도로 추산되는 데에 반해 민간의료보험료는 9.1%로 추산되어 가계 지출의 상당한 부분을 차지하고 있다.

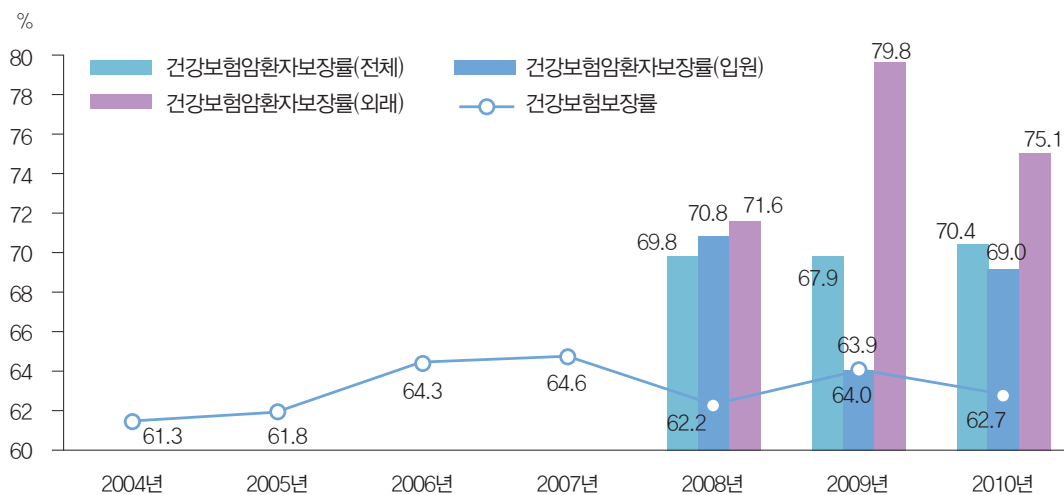


그림 3. 건강보험 보장률 추이 (2004년~2010년).

표 1. OECD 국가들의 국가 의료비 구성

국가명	GDP에 대한 비율로 본 국가의료비 구성						총계
	공공지출			민간지출			
	일반조세	사회보장	계 (전체 의료비 중 %)	민간보험	본인부담금	계 (전체 의료비 중 %)	
호주	6.0	0.0	6.0 (69.0)	0.7 (8.2)	1.7	2.4 (27.6)	8.4
오스트리아	3.4	4.7	8.1 (77.3)	0.5 (4.6)	1.8	2.2 (21.5)	10.4
벨기에	1.2	6.8	8.0 (76.1)	0.5 (4.8)	2.0	2.6 (23.7)	10.5
캐나다	7.3	0.2	7.5 (70.3)	1.4 (13.2)	1.6	3.0 (28.2)	10.6
칠레	3.2	0.6	3.8 (45.9)	1.6 (19.1)	2.9	4.4 (54.1)	8.2
체코	0.4	5.7	6.1 (83.5)	0.0 (0.2)	1.1	1.1 (15.1)	7.3
덴마크	9.1	0.0	9.1 (84.5)	0.2 (1.8)	1.5	1.6 (15.5)	10.7
에스토니아	0.7	4.3	5.0 (78.2)	0.0 (0.2)	1.2	1.2 (21.4)	6.3
핀란드	5.0	1.3	6.3 (74.8)	0.2 (2.2)	1.7	1.9 (21.7)	8.5
프랑스	0.4	8.3	8.7 (77.6)	1.6 (14.1)	0.8	2.4 (21.8)	11.2
독일	0.8	7.9	8.7 (77.3)	1.1 (9.6)	1.4	2.5 (21.9)	11.2
헝가리	0.6	4.2	4.8 (65.5)	0.2 (2.7)	2.0	2.2 (28.6)	7.6
아이슬란드	4.3	2.7	7.0 (82.0)	0.7 (7.5)	1.6	2.3 (24.1)	9.3
아일랜드	7.1	0.1	7.2 (80.9)	1.1 (12.4)	1.2	2.2 (25.9)	8.9
이스라엘	1.3	3.2	4.5 (60.3)	0.6 (7.6)	2.1	2.7 (35.5)	7.5
일본	0.8	6.6	7.4 (80.2)	0.2 (2.5)	1.5	1.7 (18.8)	9.1
한국	0.8	3.2	4.0 (59.5)	0.4 (5.5)	2.4	2.8 (39.7)	6.9
룩셈부르크	1.3	5.4	6.7 (84.0)	0.2 (3.1)	0.9	1.2 (14.7)	7.9
네덜란드	0.9	8.7	9.6 (85.4)	0.6 (5.3)	0.6	1.2 (11.0)	11.2
뉴질랜드	7.5	0.8	8.3 (83.0)	0.5 (5.0)	1.1	1.6 (15.6)	10.1
노르웨이	6.6	1.0	7.6 (84.4)	0.0 (0.0)	1.4	1.4 (15.3)	9.0
폴란드	0.4	4.3	4.7 (71.7)	0.0 (0.6)	1.5	1.6 (25.0)	6.5
포르투갈	6.3	0.1	6.4 (67.6)	0.5 (4.6)	2.8	3.3 (31.9)	9.8
슬로바키아	0.5	5.2	5.7 (69.2)	0.0 (0.0)	2.3	2.3 (26.9)	8.5
슬로베니아	0.1	6.1	6.2 (72.3)	1.1 (13.4)	1.2	2.3 (26.7)	8.6
스페인	6.5	0.4	6.9 (74.3)	0.5 (5.7)	1.9	2.4 (25.3)	9.3
스웨덴	7.3	0.2	7.5 (82.4)	0.0 (0.2)	1.6	1.6 (17.4)	9.1
스위스	2.2	5.3	7.5 (65.6)	1.0 (8.8)	2.9	3.8 (33.5)	11.4
터키	1.5	2.5	4.0 (72.7)	0.4 (19.2)	1.1	1.5 (27.3)	5.5
영국	-	-	7.9 (86.8)	0.3 (3.3)	0.9	1.2 (12.9)	9.1
미국	1.0	7.3	8.3 (43.2)	5.9 (35.3)	2.1	7.9 (47.8)	16.9

따라서 공공 및 민간 건강보험 간의 구체적인 역할 설정을 위한 논의가 불가피하다. OECD 회원 중 선진국들이 GDP의 9-10% 정도를 의료비로 지출하고 있으며 그 대부분이 공적재원인데 비해 우리나라는 2009년 현재 6.6%이며 공적 재원은 3.9%에 불과하다<표 1>(OECD, 2011). 따라서 공적보험료 인상이 어려운 상황은 좀더 정치적이거나 정치공학적인 문제이지 실지로 우리나라의 보건의료재원이 한계에 도달했기 때문에 더 이상 증가시킬 수 없다는 것과는 조금 다른 것이라는 것을 일단 전제로 하자.

2. 유럽의 공적 의료보장과 민간건강보험

유럽 대부분의 나라들은 국가나 사회보장에 의해 공적으로 보건의료서비스를 보장함을 통해서 국민들이 구매력(ability to pay)와 상관없이 보건의료서비스를 받을 수 있도록 하는 원칙을 가지고 있다. 이러한 원칙은 유럽지역 민간건강보험의 발전과 그 형태에 영향을 미쳐왔다. 유럽지역의 민간건강보험은 크게 대체형(substitutive), 보완형(complementary), 보충형(supplementary)으로 나누어진다<표 3>. 대체형이 공적건강보험으로도 보장되는 것을 특정인구집단에 대해서 공적건강보험을 대체하는 방식으로 보장하기 위한 목적이라면, 보완형은 본인부담금과 같이 공적보험에서 제외되거나 완전히 보장되지 않는 것을 보장하고자 하는 목적이다. 한편, 보충형은 구매력이 있는 사람들의 의료에 대한 접근성을 높이거나 고급의료 등에 대한 소비자의 선택권을 높이기 위한 것이다.

표 3. 유럽지역에서 공/사보험의 관계 설정 (역할분담 모델들)

종류	특징	대상	분포
대체형 (substitutive)	공적보험으로도 보장되는 것을 보장하기 위함	일부 집단 • 공적의료보장에서 제외된 인구집단 (네덜란드의 고소득자, 벨기에와 독일의 자영업자) • 공적의료보장에서 탈퇴하는 것이 가능하기 때문에 공적의료보장료를 납부하지 않아도 되는 인구 집단 (독일의 고소득 노동자와 오스트리아의 자영업자) 가입자 비율은 오스트리아 0.2%, 네덜란드 24.7% 등	일부 국가
보완형 (complementary)	본인부담금 등 공적보험에서 제외되거나 완전히 보장되지 않는 것을 보장하기 위함	전체 인구	대부분 국가
보충형 (supplementary)	의료에 대한 접근성을 높이거나 소비자들의 선택권을 증가시키기 위함	전체 인구	대부분 국가

주: Mossialos, Thomson, & Busse, 2004.

대체형 민간보험은 일부 국가에서 공공건강보험에서 제외되거나 공공건강보험가입이 면제되는 특정 인구집단에 한해서만 허용되어 이들에게 기본적인 의료보장을 제공하는 역할을 한다. 보완형 민간건강보험은 공적인 건강보험의 본인부담이나 건보등재 비급여부분에 대해 보장을 제공하는 형태의 민간건강보험이다. 보충형 민간건강보험은 비급여 본인부담, 어메니티 서비스, 소득손실, 간병비, 교통비에 대한 보장을 포함한다. 이는 구매력이 있는 인구집단의, 필수적이지 않은 보건의료서비스 혹은 상대적으로 고급의 보건의료서비스에 대한 접근성을 강화시키거나, 민간병상 등을 사용하여 기다리지 않고서도 서비스를 받을 수 있도록 하는 목적을 가진다. <표 4>에는 유럽 각국의 보완형 및 보충형 민간의료보험의 보장범위를 나타내었다.

표 4. 보완형과 보충형 민간의료보험의 보장범위

국가명	보완형	보충형
오스트리아	<ul style="list-style-type: none"> • 병원 일일 비용(per diem) (현금 수당) • 대체 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 의사에 대한 비용 • 보충적 병원 비용 • 신속한 접근/선택권 향상
벨기에	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자/외래환자 비용에서 보장되지 않는 부분에 대한 법정 본인부담금 • 독립적인 생활이 불가능한 경우의 간병인 비용 	<ul style="list-style-type: none"> • 보충형 병원 비용
덴마크	<ul style="list-style-type: none"> • 의약품, 치과 치료, 물리치료, 교정렌즈 등에 대한 본인부담금 	<ul style="list-style-type: none"> • 해외 및 덴마크 내에서 민간병원 접근
핀란드	<ul style="list-style-type: none"> • 특정 공공병원 비용 • 여행 경비 	<ul style="list-style-type: none"> • 아이들을 위한 민간 돌봄 • 신속한 접근 • 선택권 향상 (민간병원에서의 접근을 포함)
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> • 본인부담금(협상된 것과 실제 가격 사이의 차이를 포함) • 공적 보장에서 제외된 치료 • 가정 도우미 • 병원 일일 비용 (per diem) 	<ul style="list-style-type: none"> • 전문의 진찰에의 신속한 접근 • 병원의 개인병실 사용
독일	<ul style="list-style-type: none"> • 외래환자 진료 • 치과 치료 • 병원 일일 비용 (daily allowance) (현금 수당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 전문의 선택 • 어메니티 침대
그리스	<ul style="list-style-type: none"> • 병원 일일 비용 (daily allowance) (현금 수당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 신속한 접근 • 민간 공급자와 병상 선택
아일랜드	<ul style="list-style-type: none"> • 외래환자의 일반의 방문, 전문의 진찰, 엑스레이 등 (공제액(deductible) 있음) • 외래환자 대체 진료(BUPA 아일랜드) • 병원 일일 비용 (per diem) • 병원에서의 작업요법, 엑스레이, 혈액/뇨 등 검사, 의약품 비용 • 입원환자 진찰비용, 주간돌봄, 일부 외래환자 치료 • 출산수당 • 장기요양기관에서의 병후 요양 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공병원의 민간병상과 민간병원에서 민간병상 비용 (간단한 수술(day care surgery) 포함)

이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> • 본인부담금 • (공적의료보장으로) 보장되지 않는 서비스 • 치과 치료 • 병원 일일 비용 (per diem) 	<ul style="list-style-type: none"> • 공급자 선택권 향상 • 민간 병원에의 접근성 증가
룩셈부르크	<ul style="list-style-type: none"> • 병원 본인부담금 • 수술 전후 및 요양 비용 • 치과 보철술 • 해외 외과치료 • 치료 비용의 합이 없었던 경우에 대한 부분적 배상 	<ul style="list-style-type: none"> • 병원에서 개인병실에 대한 추가 비용
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> • 주로 치과 치료 • 의약품 본인부담금 (거의 없음) • 국경을 넘는 치료 • 대체 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 급성 및 장기 치료에의 신속한 접근
포르투갈	<ul style="list-style-type: none"> • 치과 치료 • 안과 • 본인부담금 • 현금 수당 	<ul style="list-style-type: none"> • 민간 공급자들에게의 접근
스페인	<ul style="list-style-type: none"> • 치과 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 공급자 선택권 향상
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> • 본인부담금, 의약품, 치과 치료, 대체 치료의 일부 보상 	<ul style="list-style-type: none"> • 선택적(elective) 외래환자 진료에의 신속한 접근 • 민간병원에서의 접근
영국	<ul style="list-style-type: none"> • 현금 수당 • 치과 치료 • 대체 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 전문의와 선택적 치료에 대한 신속한 접근 • 공공병원에서의 편의시설의 선택

주: Mossialos 등, 2004.

3. 유럽의 민간건강보험과 의료에 대한 접근성

의료에 대한 접근성은 서비스의 존재여부(availability), 서비스 사용(utilization), 서비스의 적절성(relevance)과 효과성(effectiveness), 형평성(equity)이라는 네 차원으로 구별된다(Gulliford et al., 2001). 형평성에서는 특히 동일한 요구(need)에 대한 동일한 접근을 보장하는 것이 핵심적인 원칙이며 대다수의 유럽 국가들의 보건의료시스템의 목표이다(Mooney, 1983). 이러한 원칙에 기반한 보건의료시스템은 수평적 형평성¹⁾과 수직적 형평성²⁾이 그 결과로 나타나야 한다.

네덜란드를 제외한 대부분의 유럽국가들에서 보편적이거나 거의 보편적인 보건의료보장을 시행하고 있지만, 보편적 의료보장이 그 자체로 의료에 대한 보편적인 접근을 보장하지는 않는다(Glennister 등, 2000). 거의 모든 나라에서 공식적 의료보장에 대한 접근에 있어서 장애

1) 소득수준이 같은 개인을 평등하게 취급하는 정도

2) 소득수준이 다른 개인을 불평등하게 취급하는 정도

물이 존재한다. 의료에 대한 접근성을 규정하는 데에 있어서 공적건강보장의 경우 시민권이나 영주권, 고용상태인가 그렇지 않은가 등이 중요하며 구매력의 수준과는 독립적인데 비해 민간 건강보험은 언제나 구매력에 영향을 받는다는 점이 중요하다고 할 것이다.

가. 가격 장벽

민간의료보험시장에 대한 접근성은 무엇보다 경제적 장벽이 가장 중요하다. 유럽 나라들에서 보험료는 다양하게 정해져 있지만, 노인, 여성, 만성질환자 등에 대한 보험료가 상대적으로 비싸며, 학생, 실업자, 퇴직자 등 직업이 없는 사람들보다는 회사 단위로 가입할 수 있는 노동자들에 대한 보험료가 더 싼 경향이 있다. 따라서 고령자나 실직자, 비숙련노동자, 저소득층이나 건강상태가 좋지 않은 사람들이 민간건강보험에 가입할 가능성이 상대적으로 낮다. 세금혜택 또한 한계세율에 대해서 적용되는 경우 고소득자에게 더 큰 이익을 줄 가능성이 높다.

대체형 보험에 가입할 수 있는 인구집단은 주로 고소득층으로 제한되어 있지만, 특히 독일에서는 공적 의료보장에서 탈퇴한 후 소득수준이 하락하였는데도 다시 공적 의료보장으로 돌아오는 것은 금지되어 있는 사람들에게 접근성 장벽이 존재할 수 있다. 네덜란드의 경우에도 공적의료보장에서 제외된 사람들의 외래와 입원치료의 첫해에는 정해진 금액의 보험료로 적절한 수준의 민간건강보험 보장을 구매할 수 있도록 하였다.

보충형·보완형 민간건강보험은 모든 나라에서 모든 사람의 가입이 가능하지만 구매의사와 구매력에 관련된다. 보충형·보완형 민간건강보험 가입자가 상대적으로 고소득자라는 점은 이러한 형태의 민간건강보험에 대한 요구가 소득과 가격에 의해 결정될 수 있다는 점을 함축한다. 연령, 성별, 직업상태, 교육수준과 거주지도 결정요인에 포함된다.

나. 비가격 장벽

정보의 비대칭성은 역선택(adverse selection)과 위험선택(risk selection, cream-skimming)을 발생시킬 수 있는 시장실패의 한 형태이다. 역선택과 위험선택은 개인적인 위험에 따라 보험료를 책정할 수 있는 보험자의 자유가 제한되는 경우 더 심하게 일어날 수 있다는 주장이 있다. 이러한 문제를 해소하는 방법은 보험자들이 개인적 수준의 위험에 따라 (위험평가, risk rating) 보험료를 조절할 수 있도록 허락함으로써 역선택을 방지하고 위험선택의 동기를 줄이는 것이다.

위험선택의 결과 중 하나는 적절한 의료보장에 대한 접근이 제한될 수 있다는 것이다. 그러

나 유럽연합 국가 대다수는 공적 의료보장성이 높으므로 민간건강보험이 의료보장의 기본 시스템이 아닌 이상 당국자들의 이러한 부분에 대한 관심은 적을 수 있다. 따라서 주로 문제는 효율성이다. 보험자들에게 있어서 위험선택에 의한 재정적 이득이 효율적인 경영이나 질 관리와 같은 효율성의 증대에 의해 얻어지는 것보다 적다면 비효율성이 증대될 수 있다 (Gauthier 등, 1995).

다. 위험조절을 통한 위험선택의 완화

일부 학자들은 복잡한 위험조절만이 보험자들의 위험선택을 막는 유일한 수단이며(van de Ven 등, 2000), 따라서 위험조절은 탈규제화된 보험시장 내에 항상 존재하는 장치여야 한다고 주장한다(Beck & Zweifel, 1998). 위험조절은 “고정된 시간(한 달, 1사분기, 혹은 1년) 동안 개별 소비자에 대해 예상되는 의료비를 계산하기 위한 정보의 사용(van de Ven & Ellis, 1999)”으로 정의된다. 위험조절 기법을 사용하여 보험자들은 젊고 건강한 가입자들이 나이 많고 위험이 높은 가입자에 대해 보상해야 하며, 이것은 장기적으로 위험선택의 동기를 줄일 수도 있다. 그러나 복잡한 위험조절은 정확하게 하기 힘들 뿐 아니라 돈도 많이 든다. 이러한 문제는 중앙기관이 모든 보험자를 대신하여 위험조절을 수행하는 방식으로 완화될 수 있다.

유럽의 민간건강보험 시장에서 위험조절은 흔치 않다. 벨기에의 대체형 민간보험을 제공하는 상호협동조합 간에 위험조절 시스템이 존재한다 (Hermesse, 2001). 아일랜드 정부도 위험균일화계획(risk equalizing scheme)을 만들었지만, 이를 활성화할 시기를 결정하는 책임은 독립적 기관에 맡겨두었다(Department of Health and Children, 2001). 네덜란드에서 대체형 민간건강보험 가입자는 MOOZ³⁾와 WTZ⁴⁾의 지원을 위해 해마다 연대기금(solidarity contribution)(Office of Fair Trading, 2000)을 지불해야 한다. 다른 유럽국가들은 민간건강보험에 대한 위험조절이나 상호보조를 사용하지 않는다.

3) 네덜란드의 노인건강보험을 위한 공동기금(MOOZ, the Elderly Health Insurance Act Beneficiaries)으로, 민간보험에 가입된 사람들이 국가보험의 많은 노인 비율로 인한 비용 지출에 기여하기 위한 것이다(최병호 et al., 2005).

4) 네덜란드의 건강보험에 관한 접근성 향상제도(Health Insurance Access Act, WTZ)는 민간보험자가 보험료 차별과 위험선택의 문제를 해결하지 못하자, 정부가 도입한 제도로, 민간보험의 노인이나 고위험가입자를 위한 별도의 보험이다. WTZ의 적용 범위는 사회보험과 대부분 동일하고 가입자들은 별도의 정부관리 보험료를 납부하지만, 이 보험료로 비용을 감당하기 어렵기 때문에 모든 민간보험가입자는 이것의 비용부담에 의무적으로 참여한다(최병호 et al., 2005).

라. 상품의 다양성

경쟁적인 보험 시장에서, 정보는 소비자와 판매자 모두에게 중요하다. 가격, 질, 민간의료보험 정책의 조건들에 대한 명확한 정보가 없다는 것은 시장 실패의 한 전형이다. 현재의 규제적 특성 하에서 민간건강보험 시장내에는 다양한 보험 상품이 급증하고 있다.

네덜란드의 대체형 민간보험 가입자들은 가격과 정책 조건들에 대한 정보에 접근할 수 있었지만, 비교가 어려웠고 시장이 투명하지 않았다(Datamonitor, 2000). 독일의 소비자 단체도 최근 사람들이 민간건강보험 상품이 필요한지 불필요한지 구별하는 데에 어려움을 겪는 현상이 증가하고 있다는 것을 발견했다(Busse, 2001).

적은 수의 비교 가능한 민간건강보험 상품들의 존재는 다른 가입국의 소비자들 또한 적합한 선택을 하도록 하였다. 이 예가 룩셈부르크의 보완형 민간건강보험, 오스트리아의 일일 병원 비용을 보장하는 오스트리아의 보완형 민간건강보험, 그리고 스웨덴의 개인 보완형 민간건강보험 정책이다(Sandier & Ulmann, 2001).

가격, 질, 민간건강보험의 종류에 대한 조건에 대한 정보가 잘 알려져있지 않다면 대부분의 소비자들은 보험회사와 보험 중개인들에게 의존해야 할 것이다. 정보는 소비자단체나, 독립적인 웹 사이트, 다른 대중 매체를 통해서 얻을 수 있다. 소비자단체는 독일과 포르투갈에서 활발하며, 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 아일랜드, 영국의 민간건강보험에 관한 정보도 제공한다. 여러 보험회사의 정책을 비교하는 웹 사이트들이 현재 개발되고 있다.

마. 형평성

형평성은 재원조달과 서비스 전달의 두 차원으로 나누어 살펴볼 수 있다. 유럽연합이 지원한 ECuity II 프로젝트가 이를 내용으로 연구를 수행하였다 (Doorslaer 등, 2001). 재원조달에 있어서의 수직적 형평성에 대한 평가는 다음과 같은 결과가 도출되었다.

- 프랑스, 아일랜드, 스페인에서는 소득역진적
- 핀란드에서는 비례적
- 덴마크, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 포르투갈, 영국에서는 누진적

일부 국가에서 민간건강보험이 누진적인 이유는 독일, 네덜란드 등에서는 고소득자만이 대체형 민간건강보험을 구매할 수 있고, 그 외 국가들에서는 주로 고소득자들이 민간건강보험을 구매하는 경향이 높기 때문이다.

수평적 형평성을 연구한 다른 연구의 결과는 다음과 같다.

- 프랑스, 아일랜드는 소득 불평등 강화
- 덴마크에서는 재분배효과 없음
- 독일과 네덜란드에서는 매우 작은 재분배 효과

민간건강보험 확장에 있어서 보완형이나 보충형 보험이 증가하여도 이러한 형태의 보험에 가입하는 개인들은 결국 의료서비스에 대해 두 번 지불하는 것이므로 의료재원의 역진성을 증가시키지 않을 것이라는 주장이 있다. 오히려 공적의료시스템에 대한 요구를 감소시킴으로써 민간건강보험이 없는 사람들에게 사용되는 공적자원을 증가시킨다고 주장한다.

바. 의료전달에 있어서의 형평성

민간건강보험은 공공자원에 대한 불합리한 분배로 인해 공공보험환자들의 공공의료자원에 대한 접근성을 저해할 수 있다. 예를 들면 영국에서는 공공부문과 민간부문에서 모두 동일한 의료자원을 사용하므로 민간의료의 증가는 공공의료의 감소를 초래할 수 있다. 이와 관련된 논의를 요약하면 다음과 같다.

- 같은 병상을 두고 민간의보가입자와 비가입자 사이에 경쟁에 일어나는 경우 문제가 될 수 있음.
- 의료요구도로 보정한 후 오스트리아, 그리스, 포르투갈, 미국에서는 의사 방문의 총회수에 수평적 형평성 문제가 있음.
- 전문의/일반의 방문으로 나누어보면 특히 고소득층의 전문의 방문 수준이 높음.
- 스페인, 프랑스, 한국 등: 보완적 민간의보가입자의 (외래) 의료이용 증가.

OECD 14개 국가의 의료서비스 이용도에 대한 수평적 형평성 연구에 의하면 의사 방문 총 횟수에 대한 수평적 형평성 문제는 오스트리아, 그리스, 포르투갈과 미국에서 나타났다(Doorslaer 등, 2001). 그러나 기초적인 의료서비스의 사용시 일반의를 방문하는 것과 전문의를 방문하는 부분에서는 룩셈부르크를 제외한 모든 나라에서 소득 수준이 높은 사람들이 전문의 방문을 선호하는 것으로 나타난다. 스페인에서 진행된 조사연구에 의하면 민간건강보험은 스페인의 의료서비스체계의 불평등을 증가시킬 수 있고 저소득층 사람들의 건강에 영향을 미친다고 한다(Borras 등, 1999). 아일랜드에서는 많은 공공보험 사용자가 전문의 진료를 받기위해 대기하고 있음에도 민간보험가입자는 공공병원의 특실이나 준특실을 사용할 수 있고 공공부문

에 고용된 전문의들에게 사적인 서비스를 받을 수도 있다(VHI Healthcare, 2001). 또한 민간보험가입자의 공공병원 시설 이용률은 공공보험가입자에 비해 급격하게 증가하고 있다고 한다. 아일랜드의 이런 상황은 미래의 공·사 혼합형 건강의료 체계에 대한 논쟁을 제기하면서 많은 논란이 되고 있다

공공의료와 민간료를 국가수준에서 명확하게 구분하는 것은 국가적 수준의 정책결정에 있어서 중요한 문제이다. 하지만 이제는 민간건강보험업자와 제공자 간의 관계가 형평성이 미치는 영향에도 정책결정자들이 관심을 돌려야 한다. 그러나 민간건강보험이 보건의료의 형평성이 미치는 영향에 대한 연구는 여전히 제한적이어서 많은 새로운 연구가 필요하다.

4. 결론

앞에서 우리는 우리나라 공적 건강보장 및 민간건강보험에 대해 검토하고, 유럽의 공적건강보험과 민간건강보험을 살펴보았다. 유럽의 민간건강보험은 대부분의 나라에서 민간보험은 공보험의 보장성이 80% 이상인 컨텍스트 하에서 운영되고 있다는 것이 중요한 특징이다. 따라서 우리나라에서 민간보험의 역할은 장기적으로 건강보험의 보장성 강화를 염두에 두고 설정되어야 할 것이다. 또한 공보험과 경쟁하는 대체형 보험은 소수의 나라에서 매우 한정적인 인구집단에 대해서만 운영되고 있다는 점을 확인해두어야 하겠다. 따라서 공보험과 경쟁하는 대체형보다는 비급여항목과 고급서비스를 보장하는 보충형·보완형 민간건강보험이 우리의 선택지로 보인다.

유럽의 맥락과 경험에서 한국 민간건강보험과 공적 건강보장의 역할을 곧바로 도출하려는 것은 어리석은 생각이겠지만, 그들의 경험에서 배울 수는 있을 것이다. 먼저 필요한 것은 관련 정책과 법체계의 정비이다. 표준화는 다양한 민간보험상품의 홍수 속에서 올바른 선택을 가능하게 한다는 측면에서 더더욱 중요하며 민간건강보험이 단순한 금융상품이 아니라 명백히 건강보장체계의 일부라는 점에서, 보건의료보장성의 강화를 위해 반드시 필요한 과정이라 할 수 있다. 또한 앞의 유럽국가들의 예에서 살펴보았듯이 민간보험이 공보험의 보장성 강화에 기여할 수 있는 다양한 제도를 마련하는 것이 필요하다. 민간보험 상품의 투명성을 제고하고 상품 간의 비교를 용이하게 할 수 있도록 하는 정보 공개 또한 중요한 이슈가 될 것이다.

이미 상당히 큰 시장으로 형성되어 있는 민간건강보험에 대한 정부의 계획이 필요하겠지만, 앞의 검토에서 여러 번 강조했다듯이 공적건강보장이 튼튼하다면 민간건강보험의 중요성은 그만

큼 작아질 것이다. 한국이 채택하고 있는 사회보험의 형태는 일반조세를 통한 방식에 비해서 보험료 인상에 대한 저항이 큰 편이며, 따라서 획기적인 재원의 증대가 쉽지 않은 것이 사실이다. 그렇다면, 장기적으로는 (본인부담 상한제 이용 등을 통한) 국고지원의 점진적 증가로 의료재정의 성격 변화를 꾀해볼 필요가 분명히 존재하는 것으로 보인다. 하지만 현재 시점에서 보험료 인상과 보험료 인상만으로 해결되지 않는 필수적인 비급여항목에 대해서는 공공에서 제공하는 보완형 건강보험 상품을 기획하여 한시적으로 운영해보는 것이 가능할 것이다. 한시적인 이유는 이에 대한 보장 또한 원칙적으로는 현재의 건강보험 체계 내로 흡수되어야 하기 때문이다.

참고문헌

1. 최병호·한동운·이정우·이건세·신현웅·선우덕·배성일. 건강보험제도의 발전과정 비교연구 연구보고서. 한국보건사회연구원 2005; 26.
2. 허환주. (2009). 국민 10명 중 4명 “병원비 부담 돼 치료 포기했었다”. [토론회] 과반수 “90% 보장된다면 건강보험료 더 낸다”. Available from : URL : http://www.pressian.com/article/article.asp?article_num=60091125161309§ion=03
3. Beck, K, & Zweifel, P. Cream-skimming in deregulated social health insurance: evidence from Switzerland. *Developments in Health Economics and Public Policy* 1998;6:211-227.
4. Borrás, JM, Guillen, M., Sanchez, V., Junca, S., & Vicente, R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 1999;8(5):427.
5. Busse, Reinhard. Voluntary health insurance in GermanyL a study for the European Commission. Madrid: European Observatory on Health Care Systems 2001.
6. Datamonitor. Long term care and health insurance in Germany 2000: caring for the future? London: Datamonitor 2000.
7. Department of Health and Children. Submission to the European Commission's Study on Voluntary Health Insurance in the European Union. Dublin: Department of Health and Children 2001.
8. Doorslaer, Van, Koolman, Xander, & Puffer, Frank. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? Rotterdam: ECuity II Project 2001.
9. Gauthier, A, Lamphere, J, & Barrand, N. Risk sselection in the health care market: a workshop overview 1995:32:14-22.
10. Glennerster, H., Hills, J., & Travers, T. Paying for Health, Education, and Housing: How Does the Centre Pull the Purse Strings? Oxford University Press 2000.
11. Gulliford, Martin, Morgan, Myfanwy, Hughes, David, Beech, Roger, Figueroa-Munoz, Jose, Gibson, Barry, . . . Sedgwick, James. Access to Health Care: Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2001.
12. Hermesse, J. Voluntary Health Insurance in Belgium: A Study for the European Commission. Brussels: Université Catolique de Louvain 2001.
13. Mooney, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*

- 1983:1(4):179-185.
14. Mossialos, E., Thomson, S., & Busse, R. Voluntary health insurance in the European Union: World Health Organization Copenhagen 2004.
 15. OECD. OECD Health Data: Health expenditure and financing OECD Health Statistics (database) 2011.
 16. Office of Fair Trading. Consumer detriment. London: OFT 2000.
 17. Sandier, Simone, & Ulmann, Philippe. Voluntary health insurance in France: a study for the European Commission. Paris: Arguments Socio-Economiques pour la Sante (ArgSES)/Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) 2001.
 18. van de Ven, W P, & Ellis, R P. Risk adjustment in competitive health plan markets. In J. P. Newhouse & A. J. Culyer (Eds.), Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier 1999.
 19. van de Ven, W P, van Vliet, R C, Schut, F T, & van Barneveld, E M. Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? Journal of Health Economics 2000:19:311-339.
 20. VHI Healthcare. Submission to the European Commission's Study on Voluntary Health Insurance in the European Union. Dublin: VHI Healthcare 2001.