

민간의료보험 관리의 외국사례

Government Regulations and Interventions Applicable to Private Health Insurance Markets in Selected Countries

홍석표 한국보건사회연구원 연구위원¹⁾

1. 시작하는 말

공적보험제도인 국민건강보험은 1977년 도입되어 우리나라 국민의 건강을 책임지는 제도로 성장하였다. 국민건강보험제도는 제도 시작 초기에 비해 양적, 질적으로 크게 성장하였음에도 불구하고 보장성 및 재정의 취약성이 지속적으로 문제점으로 지적되어 왔다. 이러한 취약성으로 인해 민간의료보험의 역할확대라는 이슈가 대두되어오고 있다. 민간의료보험의 역할확대와 관련된 논의의 핵심은 민간의료보험의 역할확대 자체가 공적보험과의 단순한 보완적 역할이 아닌 공적보험의 기반을 약화시키는 결과를 초래할 것이라는 우려이다. 특히 의료의 공공성이 약화될 수 있다는 우려가 부정적인 측면의 핵심이라고 볼 수 있다. 외국사례와 같이 민간의료보험에 대한 적절한 관리정책을 통하여

문제점이 완화 또는 완전 통제될수 있는지에 대한 검토 또는 논의도 필요하다고 본다.

본 글에서는 의료의 공공성을 유지하면서 민간보험을 활성화한 독일, 프랑스, 네덜란드의 사례를 민간건강보험 관리현황 중심으로 살펴보고자 한다. 이러한 외국의 사례는 민간보험의 역할확대에 대한 논의가 진행 중인 우리나라의 정책결정에 참고가 될 것으로 기대한다.

2. 독일의 민간의료보험

1) 개요

독일은 국민의 88%가 공적 의료보험에 가입하고 있으며 이중 74%는 강제피보험자이고 14%는 임의피보험자이다. 국민의 9%가 대체

형 민간 의료보험 가입자이고, 공적 의료보험 가입자 중 10%는 본인부담 보충형 혹은 비급여 서비스에 대한 보충형 민간 의료보험에도 가입하고 있으며, 2%는 경찰, 군인, 사회복지서비스 대상자로서 무료로 정부의 의료보험서비스를 받고 무보험자는 0.2%이하이다. 원칙적으로 사회법(SGB)은 실업자, 연금수급자, 농부, 학생, 예술가, 장애인 같은 그룹뿐만 아니라 고용상태에 있는 국민이 공적 의료보험의 대상이 되어야 하는 것으로 규정하고 있다. 그러나 일정소득 이상 근로자, 공무원, 군인 등은 이 의무에서 제외되어 민간 의료보험선택이 가능하다.

이처럼 독일은 대체형 민간 의료보험을 고소득 근로자, 자영업자 그리고 공무원에게 한정하고 일단 민간 의료보험에 가입하면 공적 의료보험으로의 회귀를 금지한다는 면에서 매우 독특하다. 이들이 특정시간동안 공적 의료보험에 가입했다면 공적 보험제도 하에 남을 수 있다. 즉 일정소득 이상의 개인들은 공적 의료보험을 선택할 수 있고 대체형 민간 의료보험을 구입할 수 있는 것이다. 독일의 민간 의료보험은 공적 부분과 직접적으로 경쟁하기 때문에, 대체형 민간 의료보험 상품은 한 가지 유형 이상의 보험을 급여하여 결국 쾌적한 시설, 더 빠른 접근, 의료제공자의 다양한 선택이 가능하게 된다.

민간 의료보험은 임의로 가입하는 제도이기 때문에 시장에서 보험급여와 보험료에서 매력 있어야 한다. 사회보험에서는 대부분의 사람들이 강제로 가입한다. 강제가입경계선²⁾ 이하

의 소득을 가진 근로자는 민간 의료보험을 선택할 수 없다. 따라서 그들은 공적 질병금고의 가입자가 되어야 하기 때문에 공적 질병금고들 중 하나를 선택할 수밖에 없다.

2) 민간 의료보험에서의 역선택 방지 규정

1980년대를 거치면서 대부분의 국가들이 폭등하는 의료비를 억제하기 위한 수단으로 하나로 공적 의료보험 시스템 내에 경쟁의 원리를 도입하였다. 일반적으로 의료보험에서의 선택과 경쟁은 의료보험을 더욱 효율적으로 만들 수 있다는 이론이 주장된다. 얼핏 보기에는 의료보험제도 내에 다양한 방법으로 경쟁과 선택이 가능하다. 그러나 문제는 과연 이러한 기능이 실제로 작동될 수 있는가 하는 점이다. 독일의 경우 의료료가 갖는 특수성과 정보의 비대칭성 때문에 경쟁과 선택은 한계를 가질 수밖에 없으므로 보험자에 의해 '관리된' 혹은 '규제된 경쟁'만이 가능하다는 관점에 있다.

독일에서는 공적 의료보험대상자가 보험자를 교체할 수 있고 민간보험가입가능 대상층이 민간 의료보험과 공적 의료보험 중 어느 하나를 선택할 수 있다. 통일이후 공적 의료보험자 간 소속의 변경이 1997년부터 허용되었는데, 이를 통해 규모의 경제를 가진 보험자 중심으로 통합이 이루어졌다는 평이다. 그러나 의료의 공공성을 위해 민간보험가입가능 대상층의 민간 의료보험과 공적 의료보험간 선택권에는 상당한 제

1) 독일과 프랑스 사례는 각각 이준영교수(서울시립대)와 정형근교수(연세대학교)의 2007년 한국보건사회연구원 용역원고를 요약한 것임. 이들 원고에서 인용된 타 논문의 출처는 본 글에서 생략하였음.

2) 공적 연금보험의 보험료산정상한소득의 75%가 강제가입의무경계선이다. 2007년 연금보험료 산정상한소득은 월 5,250 유로이므로 공적 의료보험 강제가입경계선은 3,975.5 유로이다.

약이 있다.

민간 의료보험의 보험자들은 완전질병보장보험에 대해 합법적인 해지권한을 자발적으로 포기하였는데, 그것이 보험계약법 상에 그대로 반영되었다. 보험자들은 질병비용보장과 질병수당보장보험이 전체적으로 또는 부분적으로 공적 의료보험을 대체하는 경우에는 이를 해지하지 못한다. 그러나 사용자의 보조를 신청하지 못하는 질병수당보장보험의 경우, 첫 3년 내에, 3개월 간의 예고기간이 경과된 후, 해지할 수 있다.

직업 활동 기간 중에 민간 의료보험에 가입했던 연금수급자도 민간 의료보험에 가입하게 된다. 1994년 1월1일부터 직업 활동 기간 중 후반부의 90%이상을 공적 의료보험에 가입하였던 연금수급자들만이 공적 의료보험의 가입이 가능하게 되었다. 이것은 민간 의료보험은 젊고 질병이 적은 사람들이 가입하고 공적 의료보험은 소득도 적고 질병율이 높은 사람들이 가입하는 현상을 방지하기 위한 정책이다.

3) 위험에 따른 보험료책정을 제한하는 규정

(1) 수지상응의 원리(Aquivalent-Prinzip)

민간 의료보험에서는 수지상응의 원리에 기초한 자기보장이 적용된다. 수지상응의 원리는 보험료의 수준과 보장되는 급여의 범위가 직접적으로 관계가 있다는 것을 의미한다. 더 많은 급여를 보장받으려면 보험료는 더 많아진다. 결국 민간 의료보험은 위험의 수준에 따라 보험료를 징수한다. 보험료는 가입연령, 가입자의 성

별, 그리고 건강상태 등과 상관없이 보험가입 전에 합의된 급여에 따라 결정된다. 수지상응의 원리는 동일한 위험을 가진 집단에게 동일한 보험료가 적용되도록 한다. 따라서 좀 더 높은 위험을 가진 사람은 좀 더 많은 급여를 필요로 하게 될 것이기 때문에 그 보다 낮은 위험을 가진 사람들에 비해 더 많은 보험료를 납입하여야 한다.

그에 비해 공적 의료보험은 사회적 연대의 원리에 의해 보장된다. 공적 의료보험의 보험료는 단지 소득의 수준에 비례한다. 그리고 소득이 없거나 매우 적은 보험가입자의 가족은 피부양자로서 보험료 납입이 면제된다. 그리고 보험료의 수준에 따른 보험급여의 차이는 인정되지 않는다.

보험료산출에서 수지상응의 원리는 구체적으로 다음과 같은 4가지에서 나타난다.

첫째, 보험료수준은 보장될 급여의 범위에 따라 달라진다. 예를 들면, 병원에서 1인실을 사용하게 되면 다인실을 이용하는 경우에 비해 보험료가 높아진다.

둘째, 의료이용은 연령이 높아질수록 증가한다. 그러므로 민간의료보험에서 보험료는 보험가입 시점의 연령에 따라 달라진다. 더 젊어서 가입할수록 보험료가 낮아지게 된다.

셋째, 또 다른 고려사항은 보험가입 시점에서의 건강상태이다. 이미 질병에 한 번 걸린 적이 있는 경우는 보험기술적으로 보면 수지상응의 원리에 더 많은 보험료(추가위험부담금)를 부담하여야 하는 추가적 위험이다.

넷째, 보험료는 남성과 여성이 다르게 산출된다.

중요한 것은 항상 보험가입 시점에서의 상황

이다. 그것이 보험계산의 기초가 된다. 만약 추후에 위험에 관련된 사건이 발생하더라도, 특히 건강의 악화 등, 그것은 보험료에 아무런 영향을 미치지 못한다. 추후에 추가위험부담금은 산추에 반영할 수 없다. 그러나 추후에 가입자가 새로운 보험료를 결정하고 계약하여 급여의 범위가 더 확대된다면 가입자의 위험에 대해 새로이 판정하게 된다.

(2) 개별적 보험료와 부과방식

민간 의료보험에서 보험료는 항상 개별적으로 산출되기 때문에 피부양 가족에 대한 보험료 면제는 없다. 그의 가입자는 자신의 사용자로부터 민간 의료보험 보험료의 절반을 지원받는데, 그 액수는 모든 공적 의료보험들의 최대보험료의 평균치를 넘지 않는다.

생명보험 유형의 민간 의료보험에서 보험료는 보험수리적 기초에 의해 산출된다. 즉, 노후준비금이 적립된다는 의미이다. 이것을 통해 노후에 증가하는 위험으로 인한 비용을 충당하게 된다. 가입자는 자신의 현재의 위험에 대한 보험료 외에 추가적으로 노후에 증가하는 의료비를 위한 자금을 저축하기 위한 보험료를 납입하여야 한다.

보험료의 일부가 노후준비금으로 이자가 발생하는 저축이 된다. 이 자금은 노후에 증가하는 의료비를 충당하기 위해 사용된다. 민간 의료보험에서 전체 보험가입기간으로 볼 때 보험료는 젊은 시절에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 높고, 노후에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 낮게 산출된다. 젊은 시절에 납입된

보험료와 이용한 의료비 사이의 차액은 노후준비금으로 이자가 발생하는 형태로 적립된다. 노후에는 납입된 보험료와 실제로 이용한 의료비 부족분은 노후준비금을 통해 충당하게 된다.

(3) 노후준비금을 통한 위험 분산

연령이 높아짐에 따라 의료이용도 많아진다. 80대 고령자의 경우 약제비가 일반 가입자보다 15배나 많다. 그러므로 민간의료보험에서 젊은 사람은 늦지 않게 연령에 따라 증가하는 의료비에 대비한다. 보험료산출에서 이미 연령에 따라 증가하는 의료비가 반영되어 있다. 그리고 민간 의료보험에서는 노후준비금을 적립하고 있다. 이것이 바로 위험에 따른 보험료 산출을 부분적으로 완화하기 위한 중요한 대책의 일종이라고 할 수 있다.

노후준비금의 적립에 적용될 이자율은 법적으로 연 3.5%이다. 이것은 이자율 변동에 대한 매우 보수적 관점에서 책정된 것이다. 이자율 3.5%는 경기 상황이 매우 좋지 않다하더라도 가능한 수준이다. 만약 그보다 높은 이자율을 책정한다면, 경제가 불황일 때 시장의 이자율이 책정된 이자율보다 낮아지는 위험이 발생할 수 있다. 그렇게 되면, 노후준비금이 기대한 만큼 적립되지 못하는 결과를 초래하게 된다.

만약 시장 이자율이 3.5%를 넘게 되면 그렇다면 이자차액이 발생되는데, 이것은 보험계리상 초과이자로 표시된다. 이와 같은 초과이자는 노후에 보험료 감액이나 보험료환급을 위한 기금으로 적립할 수 있다. 초과이자의 90% 이상을 보험가입자의 노후에 보험료 감액을 위해 활

용하여야 한다. 그중 상당부분은 현재 65세 이상인 고령자들의 향후 3년간 보험료의 감액 또는 보험료 인상의 억제나 제한을 위해 활용되어야 한다.

3. 프랑스의 민간의료보험

1) 개요

프랑스의 민간의료보험은 인구의 87%를 대상으로 공공건강보험의 본인부담을 보상해주는 소위 본인부담보충형(complementary) 보험이다. 보충형 민간의료보험 조직에는 3가지 유형이 있다. 비영리 조직인 뮈튀엘(Mutuelles), 또 다른 비영리 조직인 프레브와양스금고(caisses de prevoyance) 그리고 상업조직인 민간보험회사(assurances commerciales privees)가 그것이다. 뮈튀엘은 민간의료보험들이 지불하는 전체 급여액의 60% 가까이를 접하고, 프레브와양스금고가 15-20%를 차지하며, 민간보험회사의 시장 점유율은 20%를 조금 넘는 정도다.

프랑스의 민간의료보험은, 다른 국가들과는 달리, 공공의료 영역에서 생기는 대기기간을 뛰어넘거나 고급의 의료를 확보하기 위한 수단으로 활용되지는 않는다. 그보다는, 공적 제도에서 환자가 부담할 부분을 상환하거나 공적 제도에서는 제대로 급여되지 않는 서비스, 즉, 주로치과나 안과 서비스의 급여를 제공한다. 프랑스에서는 민간의료보험의 급여표준화가 되어 있지 않다. 민간의료보험에 대해 필수적으로 급여해야 할 의료서비스나 의료재화를 규정하고 있

지 않다. 반대로 급여를 금지하고 있는 항목도 없다. 특히 민간의료보험의 보충적 성격 때문에 공공건강보험의 보장성이 높은 항목은 민간의료보험의 역할이 적고, 반대로 공공건강보험의 보장성이 낮은 항목에서 보충보험으로서의 민간의료보험이 역할을 하게 된다.

2) 접근성의 보장을 위한 규제

프랑스의 보충형 민간의료보험은 3가지 유형별로 조직의 목표와 규제 방식이 다르다. 각각의 조직은 서로 다른 법률의 규제를 받는다. 뮈튀엘은 뮈튀엘법(Code de la Mutualité)으로, 프레브와양스금고는 사회보장법(Code de la Securite Sociale), 그리고 민간보험회사는 보험법(Code de l'assurance)의 규제 하에 있다. 이러한 규제 법률들 사이에는 유사점이 많이 있다. 산업별 특화의 원칙이 존중되는 한, 모든 보충의료보험에서 필수급여항목이 따로 정해져 있지 않으며, 금지된 급여항목도 없다. 마찬가지로, 급여의 표준화에 대한 규정도 없다.

프랑스의 보충형 민간의료보험에서는 단체계약 때 특정 질환을 배제해서는 안 된다. 이는 프랑스의 민간의료보험에서 연대의 원칙이 강하게 유지되고 있음을 보여준다. 반면에 개인계약 때는 특정 질환을 배제할 수 있다. 하지만, 이를 위해서는 보험자가 그러한 상태를 분명하게 규정해 놓아야 하고 소비자들이 보험 가입 전에 그와 같은 제약조건을 인식하였다는 사실을 제시할 수 있어야 한다. 가입 후 2년이 지나면 보험자는 계약을 해지하거나 적용수준을 축소할 수 없다. 그리고 퇴직자나 단체를 떠난 개인도 그 단

체를 통해 보충보험을 그대로 유지할 수 있다.

프랑스의 법률 체계에 EU의 규정을 수용하게 됨에 따라 뮈튀엘법의 개정되게 되었다. 개정 논의는 1993년부터 시작되었지만 2001년에 개정이 이루어졌다. 새로운 뮈튀엘법은 각각의 조직들이 개별 조직 내에서 “사회적 책임(social undertakings)”을 관리해야 한다고 규정하고, 엄격한 지불능력(solvency) 조건을 명시하였다. 특히, 보험료는 소득, 초기계약가입 이후의 경과기간, 가입한 의료보험금고, 위치, 그리고 수급자 수와 나이 등의 요소에 따라서만 차등을 둘 수 있다고 하였다. 이와는 달리, 민간보험회사들은, 연대의 원칙을 따르지 않기로 결정하면, 가입신청자들에게 의학적 상태를 묻고 그 데이터를 근거로 하여 보험료와 계약 항목을 정할 수 있다. 포괄적 보험계약에 대해서는 의학적 상태에 대한 질문지를 작성하도록 요구하는 경우도 있지만 기본 계약에 대해서는 그러한 요구를 하지 않는다.

3) 민간의료보험에서의 역선택 또는 선별가입

프랑스에서는 민간의료보험이 공공건강보험을 보충하는 역할을 한다. 즉, 민간의료보험이 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 따라서 프랑스의 민간의료보험은 자유경쟁을 제약하는 규제가 정당화되는 상황이다. EU 규정에 따라 이러한 규제에도 상당한 제약이 가해지게 되었지만 민간의료보험이 공적 역할을 수행하는 범위 내에서 그러한 규제가 정당화되고 있다. 프랑스에서는 뮈튀엘과 민간보험회사를 규제하

는 법률이 다르고 각각에 대한 세금제도도 다르다. 이러한 상황은 미국에서 한 때 블루크로스(Blue Cross)/블루실드(Blue Shield)와 민간보험회사가 병존하던 상황과 비슷하다. 미국에서는 상업적 보험회사들이 위험도 줄이기 경쟁 즉, 크림스키밍(선별가입)을 통해 경쟁력을 갖추게 되었고, 결과적으로 블루크로스/블루실드는 소비자의 역선택으로 경쟁시장에서 밀려날 위험에 처하게 되고 결과적으로 대부분의 블루크로스/블루실드가 community rating을 포기하게 되었다. 프랑스에서도 미약하지만 이와 비슷한 시나리오가 전개되고 있다.

프랑스의 민간보험회사들은 1980년대에 보충의료보험시장에 진입했다. 그 이전까지는 뮈튀엘이 시장을 독점했다. 이들은 연대의 원칙을 강조하며 이를 뮈튀엘 운동의 중심에 두었다. 뮈튀엘은 전통적으로 모든 가입자들에게 ‘소득의 몇 %’ 하는 단일 보험료율을 책정했으며, 급여 수준도 동일했다. 비가격 전략을 이용해서 고위험군 소비자들의 가입을 제한하는 경우도 없었다. 반대로, 보충의료보험 시장에 진입한 민간보험회사에서는 위험에 따라 가격을 책정했으며 연령 또는 의학상태를 묻는 질문지에 수록된 정보에 따라 보험료도 다르게 했다. 급여 항목 패키지도 다양했는데 소비자들이 위험도를 바탕으로 스스로 선택할 수 있게 하려는 것이었다. 그리고 특정 보험상품에 특정 소비자의 가입을 배제하는 등 여러 가지 ‘위험도 선택’ 전략도 활용하였다.

특정 집단(예를 들어 공무원들)을 대상으로 한 단체계약에 특화된 뮈튀엘들은 민간보험회사가 진입한다고 해서 커다란 위협을 느끼지 않았다.

이들 단체는 이미 사업이 안정되어 있었고 연대의 원칙에 따라 운영을 계속할 수 있었다. 하지만 개인계약을 주로 하는 뮌헨들에게는 민간보험회사가 직접적이고 큰 위협으로 등장했다. 역선택이 나타날 가능성, 즉, 위험도가 낮은 소비자들은 민간보험회사에서 제공하는 싼 가격의 보험으로 옮겨갈 가능성이 생기게 된 것이다. 이와 비슷한 경향이 민간기업을 대상으로 한 단체계약 시장에서 나타났다. 이렇게 민간기업을 놓고 치열하게 경쟁이 벌어진 결과, 시간이 지남에 따라 시장 경쟁자인 민간보험회사와 비슷한 방식을 채택하는 뮌헨이 늘어나게 되었다.

단체계약이 아닌 경우, 뮌헨과 민간보험회사 모두 신청자의 연령에 따라 가격을 다르게 책정한다. 고령자가 처음 가입할 때 추가요금을 요구하거나, 특정한 계약에는 고령자는 가입을 금하는 경우가 많다. 다만, 뮌헨은 민간회사들보다는 연령 구간 수가 적은 편이다. 이미 언급한 바와 같이, 연령 이외의 다른 기준, 즉 민간회사와 같이 성별이나 건강상태 등으로는 차등을 둘 수 없게 뮌헨법에 규정되어 있다. 뮌헨과 민간보험회사 모두 특정 질환에 대해서는 적용 유예 기간을 설정한다. 예를 들어 대부분의 계약들이 계약 시작 후 처음 9~10개월 동안은 임신관련 진료에 급여해 주지 않는다. 또한 뮌헨들도 급여내용에 차이가 나는 복수의 계약을 제공하고 있다. 다만 민간의료보험처럼 선택여지가 많지는 않다.

프랑스에서는 의료비의 분포가 매우 집중적이지만, 보충보험에 의한 비용은 그렇게 집중되어 있지 않기 때문에, 프랑스에서는 비용 지출이 클 사람을 찾아내 가입을 제한해서 이윤을

낼 필요성이 크지 않다. 또한 프랑스에서는 장기의, 의료비 지출이 많은 질환을 가진 사람들에게는 본인부담금을 면제해 주는데 여기에는 당뇨병, 암, 혹은 에이즈 등의 질환을 가진 약 7%의 인구가 해당된다. 이러한 제도로 보험자들은 고위험 가입자에 따른 위험이 줄어든다. 다음으로, 프랑스에서는 뮌헨과 민간의료보험사에 대한 규제 방식의 차이가 미국에서 블루크로스/블루실드와 상업보험사에 대한 규제방식의 차이만큼 크지 않다는 점도 특징이다. 프랑스의 고용주제공 민간의료보험은 그 보충급여적 성격 때문에 리스크풀링이 큰 장점이 되지 않는다. 근로자가 의무 가입하게 되어 있는 단체계약(employer-sponsored contracts)이 개인계약(individually-purchased contracts)보다 보험료가 싸기는 하지만, 큰 차이는 아니다.

4. 네덜란드의 민간의료보험

1) 신건강보험체제

형식적인 변화를 살펴보면 2006년 이전에 분리되어 있었던 법정질병금고(전국민의 63%)와 민간의료보험(전국민의 37%)을 하나로 합쳤다. 제2차 세계대전 이후로 네덜란드 보건의료재정의 특성이었던 이원화된 체계가 단일체제로 전국민을 보장하게 되었다.

새로운 건강보험체제의 내용적인 특징을 우선적으로 살펴보면 시장경쟁의 강화이다. 영리를 추구하는 보험자들이 보험료, 보험프로그램의 종류, 서비스 수준 등에서 경쟁을 하는 것이

다. 네덜란드에 모든 법정 거주자들은 기본 건강보험을 구입하여만 한다(보충적 보험은 자원자만 개별적으로 구입). 보험자와 보험프로그램의 종류를 입의로 선택할 수 있다. 추가적으로 소비자는 대체보험 또는 다른 보험자로 바꿀 수 있는 권리가 있다.³⁾

시장경쟁을 통해 보험자가 의료 제공자와의 협상력을 높일 수 있다. 보험자는 가격, 의료의 양, 서비스 수준, 의료의 질에 대하여 협상한다. 새로운 건강보험체제에서는 보험자가 선호하는 공급자들과 가격, 대기시간, 기타 항목 등 대한 세부협정을 포함한 계약을 할 수 있다.

다른 주요 변화는 보험료 산정에 관한 것이다. 새로운 체제에서는 보험자들은 자신들이 제안한 보험프로그램의 종류에 따라 각각 단일의 일률적인 보험료율을 설정해야 한다. 연령, 성별, 세부 건강위험에 따라 보험료율을 설정하는 것은 금지되었다. 18세 이하의 아동의 보험료는 정부가 지불하고 저소득층은 건강보험을 구입할 수 있도록 정부보조를 받는다. 피고용인의 경우 소득의 6.5%를 보험료로 지불해야 한다(상한선: €30,000, 자영업자, 퇴직자, 그 외 하위 그룹의 경우 보험료는 4.4%).

2) 건강보험의 공공성 및 연대성

새로운 건강보험체제에서 피보험자는 보험자와 1년 단위로 계약관계를 맺게 되는데 매년 새롭게 재계약을 하거나 1년 동안의 계약기간이 끝나면 다른 보험자와 계약을 맺을 수도 있

다. 보험자는 피보험자들 중에서 약속 불이행자의 경우 명단에서 뺄 수 있는 권리를 가지고 있다. 이전에는 이러한 권리가 존재하지 않았다. 또한 보험자는 각자 그들만의 정액보험료를 책정할 수 있고 영리를 목적으로 운영할 수 있다. 이러한 요소들은 새로운 체제가 개념적으로 공공체제 대신에 민간체제로 되어있는 것으로 보인다. 그러나 자세히 살펴보면 전국민 의료보험 접근성 및 이용성 보장 등과 같은 공익을 보호하고 있어 새 체제는 공공성과 연대성이라는 개념을 기반으로 하고 있다고 할 수 있다.

새로운 건강보험 체제의 공공성과 연대성 내용을 살펴보면 우선 보험자는 건강 위험도에 따라서 보험료를 책정하는 것이 금지되었으며 반드시 모든 지원자를 받아들여야만 한다. 이 규정은 위험에 대한 연대책임의 중요한 요소이다. 그러나 위험선택이 기본 건강보험에서만 금지된 것이며 보험자는 보충적 건강보험에서 위험선택을 할 수 있다. 두 번째로는 연간보험료의 인상이다. 2005년도에 €239~€455 사이에 분포되어 있었던 반면에 2006년 현재 1인당 평균 보험료는 €1,050이다. 소득 연대책임을 위해 정부는 소득 연계 수당제를 도입함으로써 저소득층이 기본 건강보험을 구매하여 이용할 수 있게 하였다. 세 번째로는 새로운 체제는 과거에 사회 건강보험과 민간건강보험으로 나누어져 있던 것을 합쳐서 모든 법적 거주자들에게 강제적으로 가입하게 한 것이다. 과거의 질병금고체제에서는 전 국민의 63%만 가입되어 있었기 때문에 새로운 체제가 이전의 체제보다 더 큰 연대책임

3) 최근 자료에 의하면 적어도 18%의 피보험자가 보험자를 바꾸었고 이것은 대부분의 전문가들이 예측한 것보다 크게 높은 수치였다.

성을 가지고 있다고 주장할 수 있다. 네 번째로는 새로운 체제의 의료 서비스 패키지는 이전의 질병금고 체제 보다 범위가 넓으며 정부가 패키지 구성 내용을 결정한다. 다섯 번째로는 새로운 건강보험 체제는 피보험자들의 위험도에 따라 보험자들에게 위험도의 차이를 보상하기 위해 전반적인 위험 균등화 시스템을 가지고 있다.

3) 건강보험의 운영

관리운영 측면에서 보았을 때 새로운 체제는 다분히 민간적이다. 보험자가 공공이 아니라 민간이기 때문이다. 네덜란드에서는 2006년 이전 체제의 공공보험인 질병금고 또한 민간기관이기 때문에 전혀 새로운 것은 아니다. 그러나 질병금고가 비록 수익을 유지할 수 있었지만 영리적 운영이 아니었던 반면에 새로운 체제에서의 보험자는 영리를 추구하는 것이 가능하다.

네덜란드의 새로운 건강보험체제에서 보험자는 보험료 책정, 서비스 수준 등과 관련하여 시장경쟁에 노출되어 있다. 보험자는 경쟁을 통해 시장을 점유할 수 있지만 그와 반면에 파산할 수도 있다. 시장 경쟁은 법정건강보험에서 새로운 현상이 아니라 질병금고가 전통적인 지역 독점과 정액보험료 책정 권한을 상실한 1990년 초기에서 시작된 변화의 다음 단계라고 할 수 있다. 그러나 변화한 것은 시장경쟁의 영역이다.

시장경쟁의 영역 확장은 건강보험의 관리운영에 영향을 줄 것이다. 비영리 보험자를 포함해서 모든 보험자들은 점차 시장이라는 환경에 적응해 나아갈 것이다. 보험자들은 이전보다 좀 더 시장에 초점을 맞추고 고객을 모을 것이다.

이러한 변화는 건강보험 관리운영의 민영화라고 설명할 수 있겠다.

5. 미치는 말

본 글에서는 독일, 프랑스, 네덜란드의 민간 의료보험 관리현황에 대해 살펴보았다. 이들 국가들은 의료를 공공재적 시각에서 접근하고 있으며, 이러한 접근은 의료의 보편적 보장성을 실현했지만 반응성 측면에서 소비자의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 비판도 있어왔다. 그 연장선상에서 경쟁원리의 도입이 검토되었고, 민간의료보험의 적절한 활용방안이 모색되어왔다. 국가별로 의료체제내에서 민간의료보험의 역할은 다르다. 하지만 민간의료보험에 대한 강력한 규제를 통해 의료의 공공성을 유지하면서 의료보장체제의 한 축으로 민간의료보험이 활용되고 있다는 공통점을 가지고 있다.

민간의료보험의 역할확대라는 이슈는 여러 가지 각도에서 논의되어야 할 사항이다. 만약 민간의료보험의 역할 확대에 대해 소비자의 욕구 충족과 이 과정에서 나타날 수 있는 의료의 공공성 약화라는 사안에 국한하여 생각해 볼 경우 유럽국가들의 사례는 우리에게 좋은 참고가 될 수 있겠다. 또한 공공 재정 조달과 민간 운영의 혼합이라고 할 수 있는 네덜란드의 신건강보험체제는 건강보험에 정부가 더 많이 개입하기를 주장하는 세력과 국민의 복지를 위한 공공적인 정책에 민간부분이 더 많이 개입해 줄 것을 주장하는 세력 사이의 모범적인 정치적 타협의 산물이라는 점에서 눈여겨 볼만 하다. 