

최근 민간의료보험 관련 정책의 의미와 보건의료운동의 대응전략

10여 년간 계속되고 있는 민간의료보험 확장 정책을 중단시켜야 한다

김동근, 정지오 | 보건의료팀

<요약>

금융위원회는 8월 말 실손의료보험의 보험료 급등 문제 해결과 소비자 선택권 확대를 목표로 <실손의료보험 종합개선대책>을 발표했는데, 금융위원회의 설명과는 달리 보험사에 유리한 내용으로 구성되어 있는 실손의료보험 활성화대책이다. 그리고 보건복지부는 11월 초 의료관광산업 활성화를 목표로 보험사의 외국인환자 유치업 참여를 허용하는 <의료법 개정안>을 제출했는데, 이 역시 수익 확대를 위한 보험업계의 요구를 받아들인 것이다.

연이어 추진되고 있는 민간의료보험 활성화 대책은 의료산업화를 적극적으로 추진하는 기획재정부와 건강보험 재정을 절감하려는 보건복지부, 수익성을 더 높이고 시장의 위험성을 줄이려는 보험업계의 이해관계가 종합적으로 반영된 것이다.

민간의료보험 활성화는 단기적으로 보험자본의 수익성을 높여주고 민간의료보험 시장의 안정성을 높여줄 뿐 아니라, 장기적으로 국민건강보험 무력화를 통한 보험자본 중심으로의 보건의료체계 재편을 불러올 것이다. 보험자본은 전국민 건강보험제도를 무너뜨리고 의료기관과 직접 계약하여 독자적인 사적 의료공급체계를 만들려고 하고 있다. 이는 국민의료비의 상승과 건강불평등의 심화, 의료기관 양극화, 의료공급체계의 공공성 약화 및 공공의료기관의 위축, 보건의료노동자의 노동조건 악화 및 보건의료부문 노동조합에 대한 공격 등 심각한 악영향을 불러올 것이다.

민간의료보험 활성화에 대응하는 보건의료운동진영의 원칙은 '실손의료보험에 대한 제도적 개선책은 효과가 없으며 실손의료보험 폐지를 통해 보건의료체계를 개혁'하는 것이어야 한다. 보험자본 및 정부는 정치권력의 향배와 관계없이 의료민영화를 추진하려는 의지를 표명하고 있으므로 이에 맞선 대응이 필요하다. 정부는 2013년 중으로 제출한 정책들을 추진하겠다고 밝히고 있으므로, 민간의료보험 활성화의 영향에 대한 대중적 논의가 시급하다.

사회진보연대 정책위원회

1. <실손의료보험 종합개선대책>의 주요 내용 및 평가

1-1. 경과 및 목적

- 2012년 4월부터 관계기관 T/F 운영, 공개세미나, 관계부처 협의, 보험업계 등에 대한 의견수렴을 거쳐 <실손의료보험 종합개선대책>이 마련됨

- 금융위원회는 실손의료보험의 보험료 급등 문제 해결과 소비자 선택권 확대를 종합개선대책의 목표로 제시하고 있음.(아래 내용은 종합개선대책 보도자료에서 발췌)
 - 2012년 4월 현재 실손의료보험 가입자는 약 3,000만 명, 매년 300만 명 이상 신규가입하고, 연간 수입보험료는 약 3.3조원으로 상품인지도나 가입률은 매우 높음. 그러나 보험료가 주기적으로 급등하는 등 소비자 불만이 증가.
 - * 표준화 이전 3년 갱신 상품은 2012년 60%인상(연령증가 20% + 위험률 증가 40%)
 - 실손의료보험을 다른 보장에 끼워 판매(통합상품)하고 있어 갱신시 보험료를 크게 올리더라도 소비자가 알기 어렵고, 다른 상품으로 갈아타기도 어려워 조기 해지되는 경우가 많음.
 - * 통합상품으로 판매되므로 전체 보험료 중 실손의료보험의 보험료 비중을 알기 어려움.
 - * 실손의료보험 유지율: 48.5%(5년차) → 14.7%(10년차)
 - 보험료 인상의 주요한 원인 중 하나는 비급여부분에 대한 관리·심사의 부재.
 - * 손해보험사에 청구된 보험금 중 비급여 의료비가 차지하는 비중은 60% 이상.

1-2. 주요 정책 및 평가

- 보험료 급등 문제 해결을 위한 방안으로 ①보험료 갱신주기 단축, ②보장내용 변경주기 현실화, ③비급여 의료비의 확인 장치 마련을 들고 있으나, 이는 보험료 인상을 억제하기 위한 방안이 아님. 실손의료보험 상품의 위험성을 줄이고, 시장을 확대하며 지출을 줄이는 등 보험사의 이해관계를 전적으로 반영한 정책임

- 금융위원회는 현재 3년마다 보험료를 갱신하는데 2012년 보험료 인상률이 60%에 이르는 등 소비자 불만이 높다고 판단하고, 보험료 갱신 주기를 1년으로 단축하는 방안을 제시. 이는 3년분 인상률을 1년 단위로 나누어 인상하겠다는 것에 불과하며 보험료 상승 억제와는 무관함. 오히려 보험사 입장에서는 손해를 변동을 매년 계약에 반영할 수 있으므로 위험 부담을 줄일 수 있으며, 체감인상률이 낮아지는 효과도 얻을 수 있음.
 - * 종합개선대책은 보험료 인상 억제를 위해 보험료 갱신주기 단축과 더불어 보험료 변동 폭이 높을 경우 사전 신고하도록 하는 방안과 보험료 인상한도를 공시하도록 하는 방안을 제시. 그러나 이는 정보공개의 의미를 가질 뿐 실질적으로 보험사들을 규제할 수 있는 방안이 아니므로 실효성이 없음.

- 보험기간 현실화 방안은 기존 실손의료보험의 보험료 인상폭이 커서 고연령에서 계약 유지 혹은 신규 가입이 어렵기 때문에 보험료를 인상하는 대신 보장범위를 축소할 수 있도록 하자는 것.

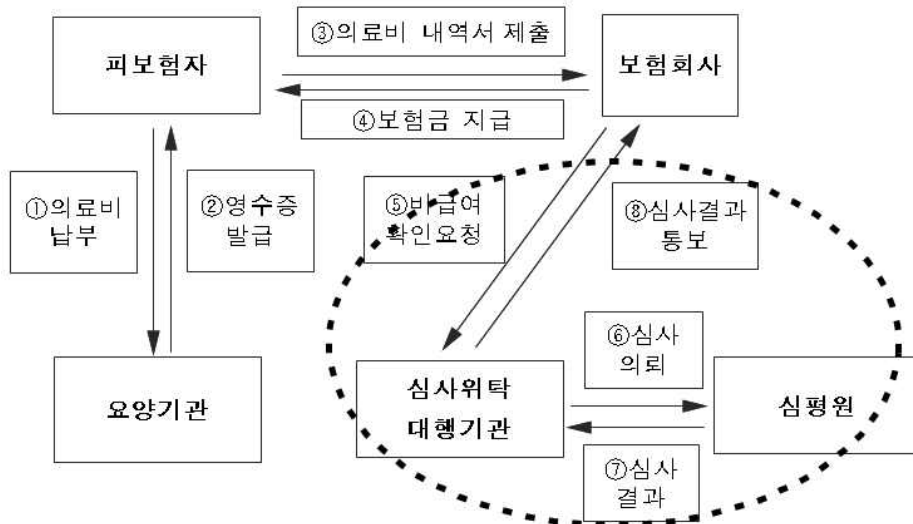
표면적으로는 노인들의 실손의료보험 가입에 대한 장벽을 없애는 방안이지만, 가입자 입장에서는 보험료가 너무 비싸서 가입하지 못하는 상황에서 보험에 가입해도 질병 범위가 협소해서 의료비를 보장받지 못하는 상황으로 바뀌는 것에 다름 아님. 보험사 입장에서는 현재 저조한 실적을 보이고 있는 노인층에서 시장을 확대할 수 있는 계기가 될 것임. 이번 대책이 현실화되면 보험사들은 겉대기뿐인 보험 상품을 고연령의 가입자들에게 판매하면서 또다시 폭리를 취할 것.

* 보건사회연구원에 따르면 2009년 30~50대의 민간의료보험 가입률이 80%에 육박하는 반면 60대는 50%, 70대는 15%에 불과함. 민간의료보험 시장이 포화상태에 다다른 현재 상황에서 노인을 대상으로 한 실손의료보험 판매는 보험업계에 새로운 활로가 될 수 있음.

- 금융위원회는 보험사가 비급여 의료비를 심사할 수 없기 때문에 지급보험금 관리가 어렵고 이것이 보험료 인상으로 이어진다고 주장함. 이에 보험사가 비급여 의료비 청구내용을 확인하는데 건강보험심사평가원을 활용할 수 있도록 하자는 것. 이를 통해 불합리한 보험료 인상요인이 억제될 것이라고 주장함.

* 종합개선대책은 보험사가 심사위탁대행기관을 통해 심사를 요청하는 등 건강보험심사평가원을 활용할 수 있도록 법적근거 및 관리체계를 마련하겠다고 밝히고 있으며, 추후 보험사가 비급여 수가 기준 마련 및 적정성 심사까지 할 수 있도록 검토·추진하겠다고 함.

그림 1. 실손의료보험금 심사체계 흐름도



※ 출처: 금융위원회, 「실손의료보험 종합개선 대책」, 2012

보험사에게 관리·감독 권한을 주면 보험료 인상이 억제된다는 주장은 어불성설임. 관리·감독을 통해 보험금 지급이 줄어들면 보험사가 알아서 보험료를 인하한다는 것인데, 60%에도 훨씬 못 미치는 지급률(영업보험료 대비 실제 지급된 보험금의 비율, 4쪽 참조)로 지탄을 받으면서도 3년 만에 60%가 넘는 보험료 인상을 단행하는 보험사들이 자발적으로 보험료를 인하할리 없음. 보험사는 관리·감독 권한을 보험금 지급을 줄이고 가입자에 대한 통제를 강

화하는 데만 활용할 것. 결국 이 방안은 보험자본의 이윤 추구를 국민의 세금으로 운영되는 공공기관이 도와주도록 허용하는 것에 다름 아님.

무분별한 비급여 진료 문제를 해결해야 하는 것은 사실임. 하지만 이는 적절하지 않은 비급여 진료를 제한하는 제도적 장치의 강화와 실질적인 제도 운영의 담보, 나아가 비급여 진료를 통해 수익을 최대화하려는 의료공급자에 대한 통제를 통해서 달성해야 할 일이지 민간보험 회사에 관리·감독 권한을 부여해서 해결할 일이 아님.

○ 소비자 선택권 확대 방안으로 ①실손의료보험 단독상품 출시, ②자기부담금 선택권 확대를 제시하고 있지만 실효성 없는 방안임

- 금융위원회는 보험사들이 실손의료보험을 다른 보장과 묶어 통합상품 형태로 판매하고 있기 때문에 실손의료보험료가 얼마인지 알기 어렵고 새로운 상품이 출시되어도 전체 상품 해지 부담 등으로 쉽게 갈아타기 어렵다는 것을 문제점으로 제기함. 이에 소비자가 실손상품만 원할 때 가입·변경할 수 있도록 단독상품 출시를 의무화하는 방안을 제시.

이는 보험 가입 초기에 드는 비용을 줄이고, 가입자들이 실손의료보험 상품의 내용을 파악하기 쉽게 한다는 측면에서 긍정적임. 그러나 통합상품 판매에 제한을 두는 것이 아니고, 단독상품 출시만을 의무화하였음. 보험사들이 출시만 하고 판매를 적극적으로 하지 않을 것으로 예상되며, 별다른 실효성이 없을 것.

- 금융위원회는 현재 실손의료보험의 본인부담금 수준을 일률적으로 10%로 설정하고 있어 과잉진료 유발 및 소비자 선택권 제한이라는 문제점이 발생한다고 주장함. 이에 본인부담금 비율이 20%인 상품을 출시할 수 있도록 하겠다고 함.

현재 실손의료보험 가입자는 의료비 본인부담금이 거의 없어 의료이용에 대한 비용 장벽이 거의 없음. 이 문제는 보험사의 수익에 영향을 미칠 뿐 아니라 실손의료보험 가입자가 늘어남에 따라 국민건강보험 재정에도 영향을 줄 수 있음. 따라서 이 정책은 보험사와 정부의 이해가 일치하여 제출된 정책이라 할 수 있으며, 소비자 선택권 확대를 위한 방안이라기보다는 실손의료보험 가입자의 의료이용 억제를 목적으로 하는 것임. 가입자 입장에서는 보장성 하락을 의미.

의료비 보장성이 높아짐에 따라 과잉진료가 유발되는 현상은 의료공급자의 과도한 수익 추구를 제어하지 못하는 보건의료체계의 모순을 반영하는 것임. 과잉진료로 인한 의료비 상승은 바로잡아야 할 문제이지만, 보장성을 낮추는 방식은 올바른 해결책이 아니며 의료공급자의 적절한 의료서비스 제공을 유도하는 것이 올바른 해결책임.

○ 기타 제도 개선 사항으로 ①비급여 의료비 청구서식 표준화, ②보험금 지급정보 공유, ③ 민영의료보험 협의회 신설을 제시함. 모두 보험사의 요구를 받아들인 것임

- 동일한 비급여 의료비 항목도 병원별로 세부 진료내역서의 서식이 달라 내용 확인이 어렵고 보험금 지급이 지연되는 등 소비자 불편 야기 가능성이 있기 때문에, 비급여 의료비 항목의 확인을 용이하게 하기 위해 비급여 의료비 청구서를 표준화하겠다는 것.

* 현재 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하도록 되어 있음. 보험금 지급이 지연된다면 존재하는 규정을 지키도록 하면 될 것임. ‘소비자 불편 야기 가능성’을 근거로 표준화하겠다는 것은 개선방안이 보험사의 요구를 반영했다는 사실을 감추기

위한 것임.

- 부당 청구건 등에 대하여 공·사간 보험금 지급정보를 공유할 수 있는 관리체계 마련.
- 소비자-정부-업계(의료기관, 보험사)가 보장범위, 진료비 심사방법 등을 주기적으로 협의하도록 민영의료보험 협의회 신설.

○ **비급여 의료비의 확인 장치 마련, 비급여 의료비 청구서식 표준화, 보험금 지급정보 공유 등으로 인한 장기적 효과에 대해 주목할 필요가 있음**

* 종합개선대책이 가져올 장기적 효과와 관련한 내용은 8페이지 ‘실손의료보험 활성화 정책의 의미와 전망’ 참고.

1-3. 총괄 평가

○ **정부의 연급대로 실손의료보험의 보험료 폭등 문제로 인해 가입자들의 부담과 불만이 증가할 뿐 아니라 민간의료보험 시장의 무질서함으로 인해 많은 문제가 발생하고 있음. 따라서 안정적인 시장 형성을 위해 민간의료보험 시장 합리화가 필요한 상황임**

- 금융위원회에 따르면 실손의료보험 3년 만기 갱신 인상률은 평균 60%로 나타났음. 가입 시점 보험료 1만 5,000원인 보험에 40세가 가입할 경우를 가정해 시뮬레이션할 경우, 가입자가 82세가 되면 보험료가 166만 6,801원이 되는 것으로 나타남.(민병두 의원실)
- 이러한 보험료 폭등 문제는 실손의료보험의 과도한 수익 추구 행태에서 비롯되는 것임.

표 1. 실손의료보험의 보험료 구성체계

영업보험료	순보험료	위험보험료
		저축보험료
	부가보험료 (사업비)	예정신계약비: 보험설계사 수당, 광고, 판촉비 등
		예정유지비: 직원 인건비 등 운영비용
	예정수급비: 자동이체 수수료 등	

- 순보험료: 가입자에게 되돌려줄 것으로 기대되는 보험료
 - 부가보험료: 보험회사 운영에 필요한 사업비.
 - 위험보험료: 보험금 지급이 이루어지는 재원이 되는 보험료
 - 저축보험료: 만기환급금이나 중도해약금의 지급을 위한 보험료
 - 지급률(=손해율) = 실제 지급된 보험금/영업보험료
 - 위험손해율 = 실제 지급된 보험금/위험보험료

※ 출처: 김종명, 민영의료보험의 현황과 문제점, 2012

보험사는 실손의료보험의 손해율이 100%를 넘는데다 매년 증가하고 있어 보험료 인상요인이 충분히 존재한다고 주장함. 그러나 보험사가 사용하는 손해율은 위험손해율로서, 100%가 넘는다고 적자가 나는 것이 아님. 실제 보험사의 손해율은 지급률로 파악할 수 있는데, 금융감독원에 따르면 2010년 3월 기준 생명보험사의 전체 지급률은 59.3%에 불과함. 이 지

급률은 통합상품을 기준으로 한 것으로 실손의료보험의 지급률은 40~50% 정도로 추정됨. 또한 보험사들은 보험료 중 사업비를 과도하게 책정해 추가로 이윤을 남기고 있는데 이는 보험료 증가의 원인이 됨.

표 2. 생명보험회사의 사망보험 사업비

회사	사업비		
	예정사업비 (예정사업비율)	실제사업비 (실제사업비율)	초과사업비
국내 대형사	5,941,673 (35.7)	2,259,529 (13.6)	3,682,144
국내 중소형사	861,282 (41.0)	419,681 (20.0)	441,601
합작사	726,964 (53.8)	202,360 (15.0)	524,604
외국사	1,390,800 (48.5)	646,576 (22.6)	744,224
합계	8,920,719 (38.9)	3,528,146 (15.4)	5,392,573

(단위: 백만원, %)

※출처: 이진석, 민간의료보험의 개념과 현황, 2010

- 민간의료보험의 과도한 언더라이팅 및 지급거부가 심각한 문제로 대두되고 있음. 민간보험 회사는 만성질환자들과 노인들의 가입을 거부하고, 젊고 건강한 사람만을 선별적으로 보험에 가입시킴. 또한 병력, 서류불충분 등을 이유로 보험금 지급을 거부하고 가입자에게 소송을 제기하는 경우가 많음.

* 언더라이팅(underwriting): 보험사가 개인 위험률을 평가해 보험료를 책정하고, 추가 보험료를 부과하거나, 보험금 지급을 배제하거나, 가입을 거절하는 행위.

* 한국의료패널의 자료에 따르면 민간보험 가입자 중 만성질환자는 39.05%인 반면 미가입자 중 만성질환자는 60.39%인 것으로 나타났음. 또한 민간보험회사의 보험약관이나 상품요약서에는 장애인을 구별해 취급하는 차별적 조항들이 남아있고 제대로 된 보험 혜택을 받지 못하는 일이 빈번한 상황.¹⁾

* 2008년 금융감독원의 자료에 따르면 보험사들이 제기한 소송건수 중 20%는 가입자들에게 제기한 소송이었음.

○ 이번 종합개선대책은 의료산업화를 적극적으로 추진하는 기획재정부와 건강보험 재정을 절감하려는 보건복지부, 수익성을 더 높이고 시장의 위험성을 줄이려는 보험업계의 이해관계가 종합적으로 반영된 것임

- 종합개선대책이 나오게 된 배경과 효과를 파악하기 위해서는 국민건강보험, 민간의료보험에 대해 그간 정부가 취해왔던 입장과 보험업계의 상황을 종합적으로 분석할 필요가 있음.

- 2000년대 이후 정부는 국민건강보험의 역할을 현재 수준으로 제한하고 낮은 보장성은 민간 의료보험을 통해 보충하려는 정책을 일관되게 취해왔음. 이는 정부가 의료산업화를 이윤 창출과 성장의 중요한 동력으로 삼고 있기 때문임. 민간의료보험 활성화는 영리병원 허용과

1) 묻지도 따지지도 않습니다, 매일신문, 2011.5.6.

함께 의료산업화의 핵심적인 두 축임. 또한 정부는 민간의료보험 확대를 건강보험 보장성 유지·확대를 위한 공적 재원 마련의 부담을 줄이면서 국민의 의료비 문제를 일정 부분 해결할 수 있는 방법으로 상정하고 있음.

- 이러한 두 가지 목적 하에 정부는 민간의료보험과 관련한 규제를 완화했고, 그에 따라 실손의료보험 시장은 폭발적으로 증가하고 있음. 그런데 실손의료보험 가입자의 증가가 국민건강보험 재정에 부담을 주는 역설적인 상황이 발생함. 민간 중심 의료공급자에 대한 통제 장치가 없는 상황에서 보장성이 높아지자 의료이용이 증가하게 된 것. 이에 따라 정부는 본인 부담금을 높이는 등의 방법으로 의료이용을 줄이려 함.
- 보험사 입장에서도 의료이용의 증가는 수익성에 방해가 되는 중요한 문제임. 특히 비급여 진료비를 주로 보장해주는 실손의료보험사 입장에서는 비급여 진료에 대한 심사 및 통제 권한이 수익성 극대화의 핵심적인 수단임.
- 서술한 바와 같이 기획재정부 등 경제부처의 이해관계와 보건복지부의 이해관계, 보험업계의 이해관계가 일치한 것이 이번 대책이 나오게 된 배경임.

○ 결론적으로 종합개선대책은 실손의료보험에 대한 규제를 강화하는 것이 아니라, 실손의료보험 시장을 합리화하고 안정적으로 성장할 수 있도록 지원하는 정책임

- 발표 이후 금융권은 ‘보험업계의 불활실성이 제거되고 수익성이 강화될 것’이라는 평가를 내놓고 있으며, 발표 다음날 손해보험사들을 중심으로 주가가 일제히 상승하였음.

2. <의료법 개정안>의 주요 내용 및 평가

2-1. 경과 및 목적

○ 이번 개정안은 의료관광산업을 활성화하기 위해 마련되었음

- 2009년 1월 ‘고부가서비스 분야 5대 신성장동력’ 중 하나로 ‘글로벌 헬스케어’가 선정.
- 2012년 9월 5일 ‘신성장동력 성과평가 보고대회’가 개최되었음. 이명박 대통령 주재로 관련 분야 기업대표, 민간전문가, 관계부처 장·차관 등이 참석하였으며, 이 자리에서 신제윤 기획재정부 1차관은 의료·교육·관광 등을 수출 주력산업으로 육성한다는 ‘고부가 서비스 분야 발전방향 및 향후과제’를 발표.
- 그 중 의료분야 주요 내용은 그동안 의료계와 시민사회의 반대에 부딪쳐 진행시키지 못한 의료민영화 관련 법률 제·개정을 재추진하는 것으로, ①보험업자의 해외환자 유치활동을 허용하는 의료법 개정, ②건강관리서비스 법제화, ③의사-환자 간 원격의료 허용을 위한 법 개정, ④송도국제병원 설립 추진 등 광범위한 내용을 포함하고 있음.

* 원격의료 허용/건강관리서비스/의료관광 활성화와 관련된 내용과 그에 대한 입장은 향후 발

간될 정세보고서 <의료민영화 재추진의 현황과 대응방안>을 참조.

- 2012년 10월 31일 박재완 기획재정부 장관이 개최한 제32차 위기관리대책회의에서 ‘글로벌 헬스케어 활성화방안’이 논의되었는데, 보험사의 외국인환자 유치 허용이 다시 한 번 언급.
- 2012년 11월 2일 보건복지부는 ‘보험사의 외국인환자 유치 허용’을 포함하는 의료법 개정안을 입법예고.

2-2. 주요 정책

○ 보험사의 외국인환자 유치업 참여 허용

- 보건복지부는 이번 개정안에서 ‘외국인환자 유치업자에 보험사가 제외되어 있어 잠재적 시장 창출에 한계가 있다’는 점을 문제점으로 지적하면서 보험사의 외국인환자 유치업 참여 허용을 법 개정 방향으로 제시함.
 - * 현행 의료법은 제27조 3항은 ‘영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위’를 금지하고 있음. 다만 ①환자의 경제적 사정 등을 이유로 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받은 경우와 ②외국인환자를 유치하는 경우는 예외적으로 허용해주고 있음.
 - * 의료법은 제27조 4항은 27조 3항의 예외조항에도 불구하고 ‘「보험업법」 제2조에 따른 보험회사, 상호회사, 보험설계사, 보험대리점 또는 보험중개사는 외국인환자를 유치하기 위한 행위를 하여서는 아니 된다’고 규정하고 있음. 이는 민간의료보험상품을 취급하는 보험회사가 병원과 관계를 맺고 환자를 소개·알선·유인할 경우 생길 수 있는 여러 부작용을 막기 위한 것임.
- 이번 개정안은 제27조제4항 중 “외국인환자를 유치하기 위한 행위를 하여서는 아니 된다”를 “제3항제2호의 외국인 중 해당 기관 및 개인 또는 외국 보험회사와 보험계약을 체결한 사람을 대상으로 유치행위를 할 수 있다”로 변경.
- 개정안에서 보건복지부는 법 개정의 효과로 ‘보험사의 유치업 참여 허용으로 외국인 의료관광이 활성화’될 것이라고 주장함.

○ 외국인환자 유치업자 자격요건 강화

- 현행 의료법은 제27조의2제4항은 외국인환자 유치업자 ①등록요건을 갖추지 못한 경우, ②허용되지 않은 환자 유치행위를 할 경우, ③시행명령을 불이행할 경우 등록을 취소할 수 있도록 하고 있음.
- 개정안은 이에 덧붙여 ④외국인환자를 유치하면서 과도한 수수료를 요구하는 등 중대한 시정요구행위를 한 경우, ⑤등록을 하지 않은 기관이나 개인과 거래한 경우, ⑥3년 이상 연속하여 사업실적이 없는 경우, ⑦사업실적 보고를 허위로 한 경우 역시 등록을 취소할 수 있도록 하여 외국인환자 유치업자의 자격요건을 강화하였음.

2-3. 평가

- 이번 의료법 개정안의 민간의료보험 관련 정책은 의료관광산업의 발전을 위한 정책 패키지 의 하나인 측면이 강함
 - 그간 정부는 외국인환자 유치업체의 영세성이 의료관광산업 활성화를 가로막고 있다는 주장을 해왔으며, 보험업계는 역차별이라는 근거로 유치업 참여 허용을 요구해왔음. 이번 조치는 보험업계의 요구를 수용함과 동시에 보험사들을 외국인환자 유치에 참여시켜 의료관광산업을 더욱 활성화시키려는 목적임.
 - 이번 의료법 개정이 현실화된다면 외국인환자 유치업체가 대형 보험사들을 중심으로 재편될 것으로 예상됨. 보험가입과 연계하는 경우에만 유치업을 할 수 있도록 제한을 두었지만 외국 보험사와 협력하는 경우에도 허용하므로 실제 사업 추진의 여지가 많이 있을 것으로 판단됨.

- 그러나 이번 조치는 국내 보험사와 의료기관과의 직접적 계약을 허용한다는 측면에서 중요한 의미를 가지므로 장기적인 파급효과를 분석하고 대응할 필요가 있음
 - * 이번 조치의 장기적인 파급효과와 관련한 내용은 8페이지 ‘실손의료보험 활성화 정책의 의미와 전망’ 참고.

3. 민간의료보험 활성화 정책의 의미와 전망

3-1. 민간의료보험 활성화의 의미

- 정부의 핵심적 의료민영화 추진 전략
 - 정부는 의료산업화를 이윤 창출과 성장의 중요한 동력으로 삼고 있으며, 민간의료보험 활성화는 영리병원 허용과 함께 의료산업화의 핵심적인 두 축임. 이명박 정부는 취임 당시 민간 의료보험 활성화를 위해 건강보험 당연지정제를 폐지할 것을 주장하기도 하였으며, 이후에도 수차례 기획재정부를 중심으로 민간의료보험 활성화를 의료산업화의 주요한 수단으로 제시한 바 있음.
 - * 2010년경부터 의료관광산업 활성화가 의료산업화의 중요한 축으로 제기되고 있으며, 그 방안 중 하나로 민간의료보험사의 참여를 확대하는 방안이 2012년부터 제기되기 시작하였음.
 - 또한 정부는 민간의료보험 확대를 건강보험 보장성 유지·확대를 위한 공적 재원 마련의 부담을 줄이면서 국민의 의료비 문제를 일정 부분 해결할 수 있는 방법으로 상정하고 있음.
 - * 현재 국가가 국민건강보험재정 중 20%를 지원해야 하는데, 기획재정부 등 경제부처는 국민건강보험 재정지출 증가에 따른 국가보조금 증가를 우려하며 재원조달을 실손형 민간보험으

로 해결하자는 논리 도입. 보건복지부 및 관련 기관(건강보험공단, 심사평가원) 역시 건강보험재정 안정화와 관련하여 유사한 정책기조를 가짐. 최근 진행된 포괄수가제 역시 이러한 맥락에서 진행된 것.

- 이명박 정부에서 이런 경향이 심화됨. 2008년 민간보험활성화를 통한 국민건강보험재정 안정화가 정책방향으로 제기됨. 이에 따라 국민건강보험 보장성 강화의 방향이 전 국민에 대한 보편적·포괄적 보장에서 저소득·취약계층과 중증·희귀난치성 질환자 및 임·출산부 등 특정 사회계층에 대한 선별적 보장성 강화로 변함. 이는 실손의료보험을 더욱 활성화시킴.

○ 공보험을 대체하기 위한 민간보험 자본의 발전 전략

- 현재 의료비의 60% 정도가 국민건강보험을 통해서 집행되고 있으며, 전국민 의료보험제도와 요양기관 당연지정제가 이를 지탱하는 핵심적인 제도임. 요양기관 당연지정제에 따라 모든 의료기관은 공보험인 건강보험공단과 계약해야 하며, 건강보험공단은 각 시술에 대한 보험 적용 여부와 수가를 결정할 권한을 가짐. 의료기관 입장에서는 건강보험 급여항목에 대한 가격결정권이 없으므로 이윤 확대에 한계가 있음. 결국 비급여 진료를 늘리거나 가격을 높게 책정하는 것이 가장 확실한 수익 극대화 전략임.

- 건강보험이 보장해주지 않는 비급여 부분이 민간보험이 보장하는 영역이고, 민간보험은 이를 바탕으로 성장해 왔음. 따라서 보험자본에게 있어 비급여 영역은 반드시 필요할 뿐 아니라 확대될수록 시장이 커지는 효과를 가짐. 이러한 이유로 보험자본은 건강보험 보장성 확대에 강하게 반대함.

* 거시적으로 급여 영역에 비해 비급여 영역이 확장되는 것은 보험자본에게 이득이지만, 비급여 비용의 증가는 보험자본의 수익성 악화를 초래함. 따라서 보험자본은 비급여 영역의 확장을 바라면서 동시에 비급여 비용에 대해 통제할 수 있기를 원함. 이것이 이번 대책에 ‘비급여 의료비 확인장치 마련’ 등의 내용이 들어가게 된 이유임.

- 지금까지 민간보험자본은 비급여 영역을 보장하면서 시장을 확대해왔고, 나아가 건강보험이 보장하는 급여 영역까지 시장화하는 것을 최종 목표로 함. 2005년 유출 공개되었던 ‘삼성생명 내부전략보고서’를 통해 민간의료보험의 활성화에 대한 보험자본의 전략을 구체적으로 파악할 수 있음.

* 삼성생명은 ①정액방식의 보험에서 출발해 ②정액방식의 다질환 보장 ③후불방식의 준손실보험 ④실손의료보험 ⑤병원과 연계된 부분경쟁형 ⑥정부보험을 대체하는 포괄적 보험으로의 발전전략을 가지고 있음. 현재 4단계에 해당하는 실손의료보험이 활성화된 상황에서 보험자본은 보험료 지급심사를 통해 보험료 지급을 통제하는 5단계로 나아가려 하고 있음. 이번 대책은 5단계로 나아가기 위한 첫 단계임. 보험자본의 최종 목표는 공적보험을 대체하는 보험체계 구축임.

3-2. 민간의료보험 활성화 정책이 가져올 장기적 효과

- <실손의료보험 종합개선대책>에서 제시된 비급여 의료비의 확인 장치 마련, 비급여 의료비 청구서식 표준화, 보험금 지급정보 공유 등은 국민건강보험을 무력화시키고 보건의료체계

를 보험자본 중심으로 재편하게 될 것

- 비급여 의료비의 확인 장치 마련은 건강보험심사평가원이 비급여 진료비 심사를 도와주어 보험사의 지출을 절감시켜주겠다는 정책이며 비급여 의료비 청구서식 표준화 역시 보험사의 비급여 의료비 심사에 드는 노력과 비용을 줄여주기 위한 방안임. 보험금 지급정보 공유는 공공기관이 보험사의 심사에 필요한 자료를 넘겨주겠다는 대책임. 모두 보험사의 이해를 적극 반영한 것.
- 더 큰 문제는 이번 조치를 계기로 건강보험공단의 의료정보에 접근할 수 있게 해달라는 보험업계의 요구가 더욱 거세질 것이라는 점. 이들은 비급여 가격의 적절한 통제 및 보험료 인상을 안정화 등을 명분으로 삼겠지만, 그 진정한 목적은 이윤의 극대화에 있음. 그런데 이번 대책으로 인해 이러한 요구를 받아들이지 않을 명분이 상당부분 무너지게 될 것. 열거된 대책이 모두 보험사의 비급여 진료비 심사를 도와주기 위한 것일 뿐 아니라 비급여 의료비의 확인장치 마련 및 보험금 지급정보 공유 방안은 이미 건강보험 공단의 정보를 보험사에 넘겨주는 정책이기 때문.
- 이번 대책은 보험사에 심사평가원을 활용한 우회적 심사권한을 부여하는 것이지만 향후 건강보험공단의 정보를 이용하여 자체적으로 심사할 수 있는 권한을 부여할 수 있음. 이는 보험업계에서 꾸준히 추진해왔던 것. 환자의 의료정보를 활용하여 자체적인 심사권한을 가지게 된다면 건강보험공단·심사평가원과 실질적으로 같은 위상이 되는 것임. 국민건강보험 무력화로 나아갈 위험이 농후함.
- 결국 보험자본의 궁극적인 목적은 의료비 심사를 보험사가 직접 담당하고 의사의 의료 서비스 제공과 환자의 의료 정보 및 의료서비스 이용을 직접 통제하는 보험자본 중심의 의료체계, 즉 미국식 관리의료 체계를 구축하는 것임.
- 이번 조치는 이러한 목표로 나아갈 수 있도록 하는 시발점이 될 것임.

○ 보험업자의 외국인환자 유치업 참여는 민간의료보험사가 의료기관에 대한 통제를 강화할 수 있게 하는 중요한 계기가 될 것

- 외국인환자 유치업은 의료기관과의 직접 계약을 전제로 하는 것임. 현재 유치업자는 의료기관에 환자를 유치해주고 의료기관으로부터 진료비의 일정 비율을 수수료로 받고 있음.
- 유치업 그 자체는 국민건강보험, 민간의료보험을 막론하고 보험체계와는 무관함. 유치 수수료로 인해 의료기관의 수익성 중심 진료에 강화된다는 문제가 있으나, 보건의료체계에 미치는 영향은 크지 않음.
- 그러나 보험사가 유치업을 하게 될 경우 복잡한 문제가 발생함. 자사의 실손의료보험 상품에 가입한 환자를 의료기관에 유치하는 경우 진료비가 보험사의 지출과 직결되므로 보험사는 의료비를 최소화하려는 시도를 하게 될 것임. 구체적으로 보험사와 병원이 계약을 맺고 보험사는 병원에 환자를 유치해주는 대신 진료비·진료내용과 관련한 협상을 하는 방식이 가능할 것. 이는 환자를 치료할 때 의학적 판단보다 보험사의 방침이 더 중요해짐을 의미함.
- * 이번 개정안은 국내 보험사가 직접 자사의 보험상품에 가입한 가입자를 유치하는 경우와 외국 보험사와 협력하여 외국 보험사의 보험상품에 가입한 가입자를 유치하는 경우 모두를 허용하고 있음. 외국 보험사와 협력하는 경우 국내 보험사는 간접적 이해관계를 가지게 될 것

이지만 큰 그림은 다르지 않을 것.

- 더 심각한 문제는 이번 조치가 국내환자를 대상으로 하는 유치업 허용의 징검다리가 될 가능성이 매우 높다는 점임. 외국인환자를 대상으로 하는 경우 그 규모가 제한적이지만, 국내환자를 대상으로 하는 경우 보험자본과의 계약이 의료기관의 환자 유치에 있어 결정적 변수가 될 것임. 현실화된다면 보험자본이 환자 치료 여부 및 방법을 결정하는 가장 중요한 행위자가 될 것임. 미국의 사례가 대표적.

- * 보험사들은 그간 해외환자 유치업에 자신들이 제외된 것에 지속적으로 불만을 표출해왔으며 이번 개정안이 제출되는데 영향을 미쳤음. 해외 보험사들에게는 유치업을 허용하면서 자신들에게 허용하지 않는 것은 형평성이 어긋난다는 논리를 활용했는데, 마찬가지로 해외의 가입자를 대상으로는 유치활동을 할 수 있는데 국내 가입자를 대상으로 불가능한 것은 형평성에 어긋난다는 논리를 활용할 수 있음. 보험자본의 입장에서는 국내환자를 대상으로 하는 유치업은 해외환자를 대상으로 하는 경우와 비교했을 때 시장 규모면에서 월등함.

- * 경제자유구역법의 외국의료기관 관련 조항 역시 문구를 조금씩 수정하는 방식으로 국내 영리병원으로 내용이 바뀌었음. 정부는 외국인환자만을 대상으로 하는 것이라고 일관되게 주장해왔으나 거짓임이 드러났음.

○ **민간의료보험 활성화 정책의 종착지: 보험자본이 절대적인 권력을 가지는 미국식 관리의료**

- 이제까지 추진된 민간의료보험 활성화 정책이 현재 가능한 수준에서 외화된 것이 <실손의료보험 종합개선대책>과 <의료법 개정안>이며, 이는 정확히 보험자본이 중심이 되는 의료기관과의 연계, 그리고 국민건강보험 무력화와 민간의료보험으로의 대체를 겨냥하고 있음. <실손의료보험 종합개선대책>에서 제시된 건강보험공단과 보험자본의 연계는 국민건강보험의 위축을 불러옴과 동시에 의료기관에 대한 보험자본의 통제를 더욱 강화할 것임. <의료법 개정안> 역시 의료기관에 대한 보험자본의 통제를 가속화하는 계기가 될 것임.

- * 확대된 민간의료보험은 결국 공보험인 국민건강보험과 경쟁하게 될 것이며 곧 국민건강보험을 위협하게 될 것임. 최악의 시나리오는 이러한 과정의 진행이 요양기관 당연지정제 폐지와 전국민 건강보험제도의 붕괴로 이어지는 것임.

- 민간의료보험 활성화로 예상할 수 있는 가장 극단적인 형태가 미국의 관리의료임.

- * 의료 이용의 통제를 통하여 환자 진료를 관리함으로써 비용을 절감하고자 하는 모든 체계와 제도를 관리의료로 정의 할 수 있음. 관리의료는 1970년대 이후 이윤율 하락에 대응하는 신자유주의적 정책의 일환으로 닉슨 행정부가 지원하면서 성장. 1980년대 중반부터 급격히 성장하여 지금은 미국 보험체계의 주류를 차지하고 있음.

관리의료 하에서 보험회사는 의료과정 자체에 개입하면서 비용절감을 주도하는 동시에 그 부담을 병원에게 전가함으로써 수익성을 제고. 이는 비용합리화라는 명분으로 의사의 자율성을 침해하는 동시에 의료접근성을 제한함. 의료기관은 (보험사자본을 중심으로 한) 특정한 관리의료조직에 가입하지 않으면 환자를 유치할 수 없기 때문에 보험자본의 의료비용절감 압력에 따르게 됨. 이러한 과정을 통해 보건의료는 금융자본의 이익에 종속됨.

- 한국의 보험자본은 대형병원과 결합하여 관리의료로 나아가기 위한 단계를 밟아나가고 있음. 대표적으로 삼성생명·삼성병원을 들 수 있으며, 이들은 민간의료보험 활성화를 비롯한

의료민영화가 진행됨에 따라 더욱 긴밀하게 결합하게 될 것.

* 이미 삼성생명은 보험업계에서 시장점유율 1위를 차지하고 있으며 민간의료보험 시장에도 꾸준히 진출해 왔음. 서울삼성병원은 2009년 현재 1,900여 병상규모로 전국 4번째 규모이며 2007년 5월 기준 200병상 이상의 병원 중 전국 87개 병원, 200병상 이하 병원 중 전국 1,243개 병원이 삼성과 연계된 병의원임. 만약 미국의 경로를 밟아 나간다면 삼성생명과의 체인으로 통합된 삼성병원이 독자적인 관리의료시스템을 구축하게 될 것.

- 결국 민간의료보험 활성화와 이에 따른 대형병원과의 연계를 통해 가장 큰 이득을 얻는 쪽은 보험자본을 중심으로 하는 금융자본임.

3-3. 보건의료체계와 국민건강에 미칠 악영향

○ 국민 의료비 증가

- 민간의료보험의 확장은 사회 전체적으로 봤을 때 의료비를 상승시킬 수밖에 없음. 보험사가 지출하는 관리비, 광고비 등의 비용에다 보험사의 이윤까지 의료비에 추가되기 때문임. 한국의 보험사들은 특히 40~50%대의 낮은 지급률의 상품을 판매하기 때문에 의료비 상승에 큰 영향을 미침. 건강보험의 사업비가 한자리수인 것을 비교하면 민간의료보험이 사회 전체의 의료비를 관리하는데 효율적이지 않음을 알 수 있음.

- 국민 의료비 증가에 대한 정부 정책의 기본은 의료비 절감을 위해 포괄수가제 등의 정책을 시행함과 동시에 민간의료보험을 활성화하여 건강보험이 보장하는 영역을 줄이는 것임. 그러나 이는 국민 의료비 증가를 억제하기 위한 대책이 아니라 공적 자원 투입을 절감하기 위한 대책에 지나지 않음.

* 민간의료보험 활성화는 그 자체로 국민 의료비를 증가시킬 수밖에 없으며, 의료기관의 의료행위에 대한 사회적 통제 방안 없이 민간의료보험이 활성화됨에 따라 비급여 진료가 확대됨. 이에 대응하기 위해 실손의료보험 보장성 축소나 비급여 의료비 확인 장치 마련 등의 대책을 내놓고 있지만 언 발에 오줌 누기 식의 대책임.

- 국민 개개인의 의료비 측면에서도 민간의료보험은 의료비를 증가시킴. 건강보험 보장성이 부족한 상황에서 의료비에 대한 불안 때문에 민간의료보험에 가입하지만, 보험료의 많은 부분이 보험사의 이익으로 들어가기 때문에 부담해야 하는 비용은 더 높아짐. 이는 3년 만에 실손의료보험료가 60% 인상되는 것에서 명백히 드러남.

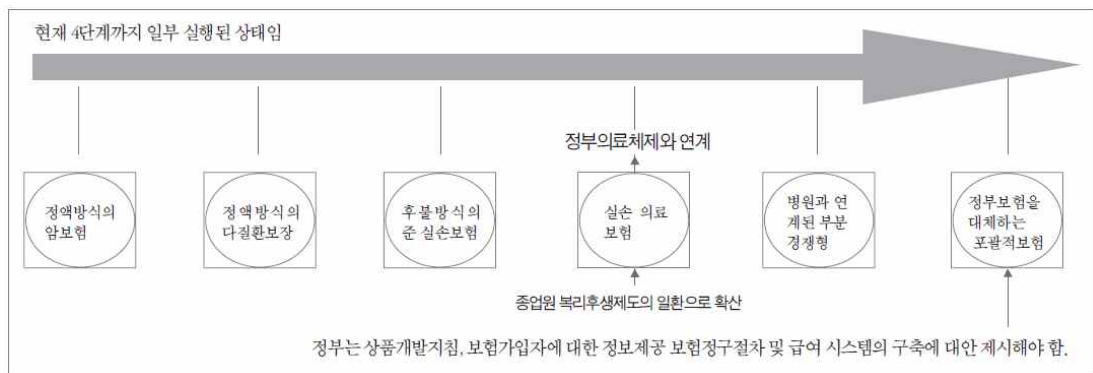
- 환자 유치업의 확대 역시 의료비 증가를 불러올 것임. 유치업자에게 수수료를 지불해야 하기 때문에 의료기관은 그만큼 환자에게 과잉진료를 하거나 시술 비용 자체를 높임으로써 수익을 극대화 할 수밖에 없음. 이는 사회적으로 보나 환자 개인으로 보나 의료비를 직접적으로 높이게 될 것임.

* 민간의료보험이 가장 활성화 된 미국의 경우 2007년 기준 전체 개인 파산의 62.1%가 의료비 때문이며 이는 2001년에 비해 50%이상 증가한 것(한국경제 2009.8.7)

○ 건강불평등의 심화

- 실손의료보험은 국민건강보험과 근본적인 구조가 다름. 국민건강보험은 소득에 따라 보험료를 차등 징수하지만 보장범위는 같으며, 나이나 건강 상태 등에 따라 보험료 및 보장내용에 차별을 두지 않음. 그러나 실손의료보험은 보장범위에 따라 보험료를 차등 책정하는 것이 기본임. 당연히 고소득층은 보장범위가 넓은 보험에 가입할 수 있지만 저소득층은 보장범위가 좁은 보험에 가입하거나 가입하지 못하게 됨. 이는 곧 의료이용의 불평등으로 이어짐.
- 건강불평등과 관련해서 실손의료보험의 확대가 더욱 우려스러운 이유는 실손의료보험 확대가 국민건강보험 축소를 불러오기 때문임. 보험자본 입장에서는 국민건강보험 보장성 확대가 시장 축소를 불러오기 때문에 보장성이 낮은 상태를 선호하게 됨. 또한 실손의료보험 가입자가 늘수록 국민건강보험 보장성을 강화하려는 요구는 줄어들게 됨.
- * 일단 실손의료보험에 가입한 사람은 의료비 부담이 거의 없음. 따라서 건강보험 보장성 강화는 납부하는 보험료의 상승을 의미하게 되므로 보장성 강화를 요구하지 않거나 반대하게 됨. 이러한 현상은 보장범위가 넓은 실손의료보험 가입자, 즉 고소득층에서 더 강하게 나타남. 미국에서는 실제로 1988년 메디케어(medicare, 노인들을 위한 공적 보험)의 보장범위를 확대하기 위한 법안이 보충형 민간보험인 메디갭(medigap, 메디케어가 의료비 전체를 보장하지 않기 때문에 많은 사람들이 보충형 민간보험에 가입하고 있음) 가입자들의 반대로 폐기.
- 나아가 보험자본은 건강보험공단의 환자정보에 접근하고 의료비 심사 권한을 가지게 됨으로써 실손의료보험을 국민건강보험과 동일한 위상으로 만들려는 전략을 가지고 있음. 이러한 전략의 완성은 요양기관 당연지정제와 전국민 건강보험제도를 무너뜨리는 것임.

그림 2. 보험자본의 민간의료보험 확장 전략(삼성생명 전략보고서, 2005)



- 이는 곧 ‘민간의료보험과 연계된 사적 의료공급체계’와 ‘건강보험과 연계된 공적 의료공급체계’로의 이분화를 의미함. 고소득층일수록 보장범위는 같으면서 보험료가 비
- 싼 건강보험 대신 실손의료보험에 가입하는 것이 이득이므로, 고소득층을 위한 민간의료보험 상품과 저소득을 대상으로 하는 건강보험 및 저질의 민간의료보험 상품으로 이분화될 가능성이 있음.
- * 이러한 체계가 현실화되면 수요자의 지불 능력에 따라 서비스의 내용이 차별화되면서 건강 불평등이 더욱 심각해질 것임. 민간의료보험이 가장 발달한 미국의 경우 5000만 명 정도가 의료보험에 가입하지 못하고 있으며, 부실한 보험에 가입하여 불완전한 의료비 보장을 받고

있는 숫자도 매우 많음. 이러한 현상은 저소득층에만 국한된 현상이 아니며 중산층에게도 일어나고 있음.

3-4. 의료공급자(의료기관)에 미칠 영향

○ 의료기관 양극화, 의료공급체계의 공공성 약화 및 공공의료기관의 위축

- 관리의료가 현실화됨에 따라 의료기관의 양극화가 본격적으로 진행될 것. 특정 관리의료조직에 포함되는지 여부가 의료기관 간의 경쟁에서 성패를 가르는 핵심적인 요인이 될 것이기 때문. 또한 보장범위가 넓은 보험에 가입한 고소득층을 얼마나 유치하는지가 관건이 되는데, 어떤 환자가 어떤 의료기관에서 치료받을 수 있는지를 결정하는 권한은 보험자본에게 있음.
- 관리의료시스템을 기반으로 하는 경쟁에서 공공의료기관은 상대적으로 불리할 수밖에 없음. 민간의료기관에 비해 상대적으로 수익 추구 경향이 덜하므로 보험자본 입장에서 매력적인 계약 상대가 아님. 또한 전술한 바와 같이 보험체계가 이분화된다면 공공의료기관은 공보험 가입자를 중심으로 진료하게 될 가능성이 높는데, 이 역시 공공의료기관의 수익 감소에 영향을 미칠 것임.
- 이러한 공격은 국립대학병원이나 공공의료원 등에 광범위한 영향을 미칠 것이며, 특히 지방 의료원은 의료기관 양극화의 효과와 공공의료기관 위축의 효과를 동시에 받게 되므로 훨씬 심각한 영향을 받을 것임.
- 결론적으로 민간의료보험의 확대와 의료민영화를 저지하는 것은 민간의료기관보다 공공의료기관에 더욱 절실한 과제임. 의료공급체계의 공공성 강화에 역량을 투입해야 하는 이유임.

○ 보건의료노동자의 노동조건 악화 및 보건의료부문 노동조합에 대한 공격

- 의료기관에 대한 민간의료보험의 재정압박이 심해짐에 따라 의료인력에 대한 지출 감소가 이루어질 것임. 의료서비스에서 발생하는 재정지출에서 가장 큰 부분을 차지하는 것은 보건 의료인력에 대한 비용이고, 의료장비 및 재료와 의약품 비용은 상대적으로 탄력성이 떨어지기 때문.
- 또한 의료공급체계에 대한 보험자본의 통제력 강화에 대응하기 위해 의료기관은 수평적, 수직적 통합 시도하게 됨. 그 과정에서 필연적으로 의료인력에 대한 구조조정이 이루어지게 될 것임.
 - * 미국의 경우 1990년대 이후 인력 감축이 이루어졌음. 민간병원의 인력은 100명의 입원환자당 직원 수를 기준으로 할 때, 1991~1992년의 8.4명을 최고로 1990년대 중반 이후 지속적으로 감소하여 2002년에는 7.2명을 기록. 이러한 인력 감소 추세는 관리의료 확장 추세와 일치.(The Kaise family Foundation, 2005, 『미국의 의료보장』에서 재인용)
 - * 미국의 사례에서 관리의료의 강화는 간호사 인력의 감축 및 노동강도 강화를 초래하였음. 이

는 인력 규모 자체를 감축하거나, 간호사 대신 간호조무사 등 준간호인력을 사용하거나, 비정규직 규모를 늘리는 등의 방식으로 달성되었음.

- 인력 감축, 비정규직화, 노동강도 강화의 가장 큰 걸림돌은 노동조합의 존재임. 관리의료가 현실화됨에 따라 의료기관의 경영에 보험자본이 직접 관여하게 되므로 노동조합에 대한 공격은 필연적임.

4. 보건의료운동의 대응전략

4-1. 실손의료보험은 폐지해야 함

○ 실손의료보험의 '종합개선'은 불가능

- 전술하였다시피 이번 개선대책으로 실손의료보험료 인상률을 억제하는 것은 불가능. 보험료가 가파르게 상승하는 핵심 원인은 보험자본의 이익추구인데, 이번 개선대책에는 이에 대한 규제가 전혀 없기 때문. 실질적인 규제책은 마련하지 않으면서 보험자본이 더욱 성장할 수 있도록 날개만 달아준 것.
- 민간의료보험의 보험료 급등 원인은 보험사들의 과도한 이윤 추구 그 자체에 있으며, 이러한 상황을 만든 것은 민간의료보험 활성화에 매진하면서 건강보험 보장성 강화를 팽개치고, 의료시장화를 계속 해왔던 정부 정책임. 도입 당시부터 보험료에 비해 보장받을 수 있는 보험금이 낮을 뿐 아니라 병력자, 장애인, 노인처럼 보험이 정작 필요한 사람은 가입을 거절하는 등 보험의 진정한 역할을 하지 못하는 것으로 비판받아왔음. 또한 실손의료보험 활성화는 살펴보았다시피 건강보험을 대체하고 민간보험 중심의 보건의료체계를 만들기 위한 보험자본 전략의 일부임.

○ '실손의료보험 폐지'를 통한 보건의료체계 개혁이라는 전망을 분명히 해야

- 실손의료보험을 규제하기 위한 다양한 정책적 방안이 논의되고 있으며, 미국의 민간의료보험 규제 제도가 그 대표적 사례임. 이번 오바마 의료개혁법안은 최소지급률 규제(Minimum Medical Loss Rate)를 도입하는데, 2011년부터 보험업자에 따라 최소 80~85%의 지급률을 유지하도록 하며 이에 미치지 못할 경우 환급조치. 또한 미국은 개인 위험률 적용을 통한 개인별 보험료 책정을 금지하고 있으며, 33개 주는 가입제한을 규제하고 있음.
- 그러나 이와 같은 방안은 민간의료보험이 최소한의 역할을 할 수 있게 하는 장치일 뿐이며 민간의료보험이 가지고 있는 근본적인 해악을 없애는 것과는 거리가 있음. 게다가 미국은 전국민을 대상으로 하는 공공의료보험이 없는 상황에서 민간의료보험에 대한 최소한의 규제도 없으면 의료시스템 자체가 위협을 받을 수밖에 없는 상황임. 이러한 상황을 반영하는 민간의료보험 규제 방안이 우리나라 보건의료정책의 방향이 될 수 없음. 여러 규제책에도 불구하고 미국 보험자본이 대중의 건강에 미치는 해악은 끊임없이 문제가 되고 있음을 간과해

서는 안됨.

- 실손의료보험을 '종합개선'하는 방법에 대한 명확한 합의가 필요함. 국민 건강의 미래를 민간보험회사에 맡겨서는 절대 안되며, <실손의료보험 종합개선대책>과 같은 기만적인 대책이 아니라 실손의료보험 폐지를 명확히 요구해야 함.

4-2. 민간의료보험 활성화를 매개로 한 신자유주의적 보건의료개혁을 막기 위해 보건의료운동진영의 힘을 모아야

○ 정부 말 추진되고 있는 <실손의료보험 종합개선대책>과 <의료법 개정안>은 정치권력의 향방과 무관하게 의료민영화를 추진하겠다는 자본과 경제관료의 의지를 반영하는 것

- 이명박 정부 임기 5년차인 2012년에도 정부는 각종 의료민영화 정책을 추진하였음. 경제자유구역 영리병원 허용 및 송도 영리병원, 실손의료보험 종합개선대책, 건강관리서비스, 글로벌 헬스케어 활성화 방안 등 각 분야에 걸쳐 의료민영화를 의욕적으로 추진하고 있음.

* 이명박 정부는 2010년 건강관리서비스법을 제출하며 건강관리분야를 민영화하려는 계획을 제출한 바 있으며, 보건의료운동진영의 대응으로 무산되었음. 유사한 내용을 9월 6일 발표한 <고부가서비스분야 발전방향 및 향후과제>에서 '건강생활서비스'로 명칭을 변경하여 추진하고 있으며, <건강생활서비스법 제정안>을 11월 국회 제출하겠다고 밝히고 있음. 자세한 내용과 의미는 「의료인-환자 간 원격의료, 누구를 위한 것인가?」(사회운동, 2011년 1-2월호) 참고.

이는 의료민영화가 정치권력 차원이 아니라 병원 및 보험자본과 이를 떠받치고 있는 경제관료층의 의지라는 것을 의미함. 특히 임기 100여일을 남겨두고 <의료법 개정안> 및 <건강생활서비스법 제정안>을 제출하는 것은 정권이 바뀌기 전에 의료민영화의 주요 과제들을 기정사실화하겠다는 의미임. 따라서 대선 결과와 관계없이 제출된 의료민영화 계획을 실행하려는 시도는 이어질 것으로 보임.

- 이는 민간의료보험 활성화가 본격적으로 진행되었던 지난 10년을 살펴볼 때 더욱 명확해짐. 노무현 정권 시절부터 추진되었던 민간의료보험 활성화는 정권의 교체와 관계없이 일관된 기조로 추진되어 왔으며 그 방향은 보험자본의 전략을 따르는 것이었음.
- <의료법 개정안>은 이미 입법예고되었으며, 금융위원회는 <실손의료보험 종합개선대책>에서 제시된 방안들을 2013년 중으로 모두 시행하겠다고 밝히고 있음. 문제되는 방안들이 시행되는 것을 막기 위한 대비가 필요함. 특히 비급여 확인장치 마련 등 보험사가 건강보험의 정보를 활용할 수 있도록 허용하는 방안이 시행되는 것은 꼭 막아야 함.

표 3. 실손의료보험 종합개선대책 추진계획

추진과제	조치사항	소 관	시행시기
1. 상품구조 개편			
1) 실손 단독상품 출시	보험업감독규정 개정(4/4분기)	금융위	'13.1/4분기
2) 보험료 변경주기 단축	보험업감독규정 개정(4/4분기)	금융위	'13.1/4분기
3) 보험기간 현실화	보험업감독규정 개정(4/4분기)	금융위	'13.1/4분기
2. 보험금 지급심사 강화			
1) 비급여 확인장치 마련	국민건강보험법 및 보험업법 개정	금융위 · 복지부	'13년 중
2) 비급여 영수증 표준화	자율 시행 후, 제도화 추후 검토(4/4분기)	금융위 · 복지부	'13년 중
3) 자기부담금 선택권 확대	표준약관 개정(4/4분기)	금융위 · 금감원	'13.1/4분기
3. 기타 제도개선 사항			
1) 보험료 공시강화	공시지침 개정(즉시)	금융위 · 금감원, 생 · 손보험회	'13.1/4분기
2) 표준가격제 도입	보험업감독규정 · 세칙 개정(4/4분기)	금융위 · 금감원	'13.1/4분기
3) 민영의료보험 협의회	자율 시행 후, 필요시 법적근거 마련(4/4분기)	금융위 · 복지부	'13년 중
4) 보험금 지급정보 공유	기관간 MOU 등 체결(4/4분기)	금융위 · 복지부	'13년 중
5) 단체실손 중복 확인	보험업법 시행령 개정(4/4분기)	금융위	'12.12월
6) 유사보험 중복가입 유지의사 확인	관련기관 협조요청(4/4분기)	금융위 · 보험개발원 등	'13.1/4분기

※ 금융위원회, 「실손의료보험 종합개선방안」

○ 의료민영화를 둘러싼 정부 부처 및 관계기관의 지형도 변화

- 최근 들어 기획재정부와 보건복지부 등 정부 부처 및 관계기관의 지형이 변화하고 있음. 이전에는 기획재정부 주도로 추진하는 의료민영화 흐름을 보건복지부가 일정부분 제어하는 지형이었으나 최근 들어 보건복지부에서도 민간의료보험 활성화 등 의료민영화 정책에 대해 일정부분 동의하는 입장을 보이고 있음.

* 임채민 보건복지부 장관은 지난 2012년 5월 '건강보험이 의료비를 모두 보장할 수 없으며, 민간의료보험과 국민건강보험이 공존해야 한다'는 입장을 밝혔으며, 보건복지부 장관으로서 는 최초로 보험업계와 만남을 갖고, 금융위원회 등과 함께 협의체를 구성하는 등의 행보를 보였음. 보건복지부는 최근 들어 <실손의료보험 종합개선대책>, <의료법 개정안>, <글로벌 헬스케어 활성화 방안> 등 의료민영화 정책의 전반에 깊숙이 개입하고 있음.

* 이러한 변화의 원인으로 우선 경제관료가 보건복지부 장관으로 임명되는 등 의료민영화 정책이 국가 전반의 패러다임으로 굳어지고 있는 것을 들 수 있음. 그에 더해 보건복지부와 관계기관인 건강보험공단, 심사평가원의 내적 논리 역시 공적 재정지출의 절감이라는 목표로 점차 이동하고 있는 것으로 보임.

○ **민간의료보험 활성화를 둘러싼 논의의 광범위한 확산과 대중운동의 확산이 필요함**

- 민간의료보험 활성화를 제어하는 것은 정책적 대응만으로는 불가능함. 보험자본의 일관된 계획이 있고, 정부는 이를 경제성장 전략으로 사고하고 있음.
- 광범위한 대중의 동의를 기반으로 할 때에 민간의료보험 활성화 및 공공의료 강화가 가능할 것임. 요양기관 당연지정제 폐지까지 언급하며 의료민영화에 적극적이었던 이명박 정부의 2008년 시도를 막아낸 것은 광범위한 대중의 반대였음.
- 한편, 각 사업장(의료기관) 단위에서는 지금도 민간의료보험과의 관계 속에서 각종의 수익성 강화 시도들이 벌어지고 있음. 실손의료보험에 가입한 환자를 대상으로 한 체계적인 과잉진료, 외국인 진료센터 개설, 국제진료 사무실 개설, 원격의료서비스 시도, 성과급제 및 구조조정 등. 각각의 의미를 파악 및 소통하고 긴장감있게 대응해야 함.
- 현재 민간의료보험 활성화가 불러올 장기적인 효과에 대한 논의가 절대적으로 부족함. 특히 의료비 폭등, 의료서비스의 질 저하 등 환자 입장에서의 논의는 상대적으로 많이 이루어진 반면, 의료공급체계에 미칠 광범위한 변화와 그 속에서 환자 및 보건의료부문 노동자가 겪게 될 상황에 대한 논의는 부족함. 민간의료보험 활성화를 포함한 의료민영화의 효과에 대한 논의의 확산 및, 현장에서 구체적으로 어떤 효과를 불러오고 있는지에 대한 사례 공유에서부터 출발해야 함.

[참고]민간의료보험의 역사 및 현황

1. 민간의료보험의 개념 및 종류

○ 민간의료보험의 개념

- 민간의료보험은 일반적으로 공공의료보험 또는 국민건강보험에 대칭되는 개념으로 민간에서 제공하는 건강관련 보험을 총칭하며, 보험업법상 제 3보험업에 해당함.
 - * 보험업법 제 2조: 제3보험업이란 사람의 질병, 상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정하나 급여를 제공해주거나 손해의 보상을 약속하고 금전을 수수하는 것을 업으로 하는 것을 말한다.
- 현재 회사생명보험사, 손해보험사, 유사생명보험사(농협생명공제, 우체국보험 등)가 민간의료보험상품을 취급하고 있음.

○ 민간의료보험의 분류

- 보험금 지급 방식별 분류
 - ①정액형: 발생 의료비용에 상관없이 약정된 금액을 지급하며, 생명보험회사에서 판매함.
 - ②실손형: 발생 의료비용의 일정 비율을 지급하며, 원래 손해보험회사에서만 판매하였으나 2005년 하반기부터 생명보험회사의 판매가 허용되었음.
- 대상 질환별 분류
 - ①일반 질병보험
 - ②특정 질병보험: 암보험, 중풍보험 등
 - ③중질환 보장보험
 - ④간병보험, 소득손실 보장보험

2. 민간의료보험 활성화 경과

○ 노무현 정부시절부터 본격적으로 민간의료보험 활성화 논의 시작되었음.

- 2005년 9월 의료산업화·영리병원 설립 허용·민간의료보험 활성화 등을 논의하기 위하여 대통령 직속 '의료산업선진화위원회' 발족.
- 2006년 의료산업선진화위원회에서 실손의료보험제도 활성화 방안 발표
 - *주요 내용: 국민건강보험 비급여 중심으로 민간의료보험 상품 개발, 민간의료보험 상품 표준화, 국민건강보험과 민간의료보험의 기초통계 공유, 보험사와 의료기관 간 비급여 가격 계약 허용, 민간의료보험의 진료비 심사를 건강보험심사평가원으로 위탁 등.
- 2006년 11월 재정경제부·금융감독위원회·금융감독원·보건복지부 및 국민건강보험공단·건강

보험심사평가원과 민간 보험사가 참여하는 ‘민간의료보험 제도개선 실무협의회’ 구성 및 실손의료보험 상품 출시를 위한 논의.

○ 이명박 정부 들어와서도 민간의료보험 활성화 정책의 기조는 달라지지 않았음.

- 2008년 3월 발표된 ‘제17대 대통령직 인수위원회’ 백서에서 민간의료보험 활성화를 주장하였으나 2008년 촛불집회로 정권이 위기를 겪으면서 의료민영화를 단기적으로 철회.
- 2009년 6월 ‘개인의료보험제도 개선 방안’을 통해 실손의료보험 표준화 방안 발표.
주요 내용 : 본인부담금 90%까지 보장 등 최소 본인부담금 설정, 보험상품 단순·표준화 등
- 2010년 민주당 이성남, 최영희 의원 주도로 ‘민간의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률’안 발의가 시도됨. 보험회사가 의료기관에 진료비를 직접 지급하고, 비급여 가격을 병원과 계약하도록 하는 법이었음. 시민사회 및 의료계의 반대로 결국 발의에 실패.

3. 민간의료보험의 규모

○ 민간보험산업 규모

- 보험연구원의 자료에 따르면 2011년 보험산업 전체 수입보험료는 148조8천억에 달하며, 이는 국내 GDP의 12.4%에 해당하는 규모임. 성장률은 10.2%로 다른 산업을 훨씬 상회.
 - * 생명보험 수입보험료 87.8조원, 손해보험 수입보험료 61조원.
 - * 총자산 규모: 2011년 기준 생명보험 458.2조, 손해보험 129.8조

○ 민간의료보험 규모

- 현재 민간의료보험시장은 국민건강보험의 규모를 넘어섰음.
 - * 보험개발원의 자료에 따르면 2008년 기준 생명보험사의 질병 및 상해보험 수입보험료는 약 14조원, 어린이보험 포함시 약 16조원, 손해보험사의 상해 및 질병 수입보험료 약 8조원으로 전체 규모는 22~28조원으로 추정됨.
 - * 한국의료패널의 기초분석 보고서를 토대로 분석한 결과 2008년 기준 민간의료보험시장의 규모는 33조원으로 추정됨.(강성욱, 2008)
 - * 2008년 국민건강보험의 총 수입은 약 30조원임. 민간의료보험의 성장률이 연 10%정도인 점을 감안할 때, 2012년 현재 민간의료보험은 국민건강보험의 규모를 상회할 것임.
- 정액형의료보험의 규모가 더 크지만, 실손의료보험이 더 빠르게 성장하고 있음.
 - * 2008년 기준 정액형의료보험과 실손의료보험의 수입보험료는 각각 9.5조원, 2.5조원.(이진석, 2010)
 - * 2003~2008년 사이 실손형보험시장의 규모는 약 3배 증가.(이진석, 2010)
 - * 2012년 4월 현재 실손의료보험 가입자는 3천만 명으로 추산. 금융위원회는 2011년 기준 실손의료보험의 수입보험료를 3.3조원으로 밝히고 있으며, 보건복지부는 보험개발원 내부 자

료를 토대로 4.6조원으로 추계.

그림 3. 민간의료보험의 시장 규모와 증가추세(이진석 2010)

