

주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석

2018. 4

정성희 · 이태열 · 김유미

머 리 말

실손의료보험이 급성장하면서 공보험인 국민건강보험과 민영보험인 실손의료보험 사이의 역할 분담 문제가 지속적인 논란이 되어 왔다. 의료보장이 국민 복지의 핵심적인 분야라는 사실은 부인할 수 없을 것이다. 그러나 우리 사회는 국민 복지를 위한 공·사 관계에 대해 사회적 공감대를 형성하기보다는 10년 넘게 해묵은 갈등만을 키워오고 있다. 민영건강보험이 의료 이용량에 악영향을 미치는가 여부, 공적 보장의 확대가 보험회사에 반사이익을 주는가 여부, 다른 국가들의 공·사 연계 관계에 대한 특징 등 다양한 주제를 놓고 의견 대립만 반복하고 있다.

본 보고서는 상기의 주제 중 해외의 공·사 건강보험 연계 체제에 대한 것이라 할 수 있다. 사회문제에 대한 논의가 그렇듯이 주요 선진국의 사례는 주장을 정당화하는 데 있어 중요한 논거로 활용될 수 있다. 그러나 복지 체제는 해당 국가의 특수한 역사, 정치, 경제 배경에 따라 매우 상이한 특징을 보이고 있다. 이것이 복지 문제에 대한 해외 사례를 이해하는 데 가장 큰 장애요인이다.

지금까지의 국가별 의료 보장 체제에 대한 논의는 지나치게 공적 분야 중심으로 전개되거나, 피상적인 수준에서 이루어진 점이 많았다. 본 보고서는 주요국의 공·사 연계 체제와 관련하여 해당 주제, 절차, 기준 등을 최대한 구체적으로 파악함으로써 기존 논의의 한계를 극복하기 위해 노력하였다.

이 보고서가 논의하고 있는 다양한 해외 사례들과 이를 기반으로 한 제언들이 우리나라 의료보장체제를 보다 효율적으로 만드는 데 조금이라도 기여할 것으로 기대한다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 우리 원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2018년 4월

보 험 연 구 원

원장 한 기 정

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 11

1. 연구배경 및 목적 / 11
2. 선행연구와 차별성 / 13
3. 연구방법 및 구성 / 16

II. 건강보험 보장성 강화와 현안 과제 / 17

1. 실손의료보험 운영 현황 / 18
2. 건강보험 보장성 강화 대책(2017) / 30
3. 최근 논의의 특징 / 34

III. 공·사 건강보험 연계 사례 / 36

1. 개요 / 36
2. 의료비 관리 사례 / 48
3. 민영건강보험 역할 정립 사례 / 59
4. 소결 / 69

IV. 공·사 건강보험 연계 방안 / 70

1. 의료비 관리 방안 / 70
2. 민영건강보험 역할 재정립 방안 / 74
3. 맺음말 / 76

| 참고문헌 | 77

■ 표 차례

- 〈표 Ⅱ-1〉 공적 vs. 민영건강보험 비교 / 19
- 〈표 Ⅱ-2〉 제4차 의료산업 선진화 위원회 회의 주요 내용 / 23
- 〈표 Ⅱ-3〉 실손의료보험의 제도 개선 과정 / 29
- 〈표 Ⅱ-4〉 선별급여와 예비급여 제도 비교 / 33
- 〈표 Ⅲ-1〉 민영건강보험의 역할관계에 따른 발전 동인과 보장급부 특성 / 37
- 〈표 Ⅲ-2〉 유럽 민영건강보험 시장 현황(34개국) / 38
- 〈표 Ⅲ-3〉 주요국 민영건강보험 상품운영 현황(상품구조) / 42
- 〈표 Ⅲ-4〉 주요국 민영건강보험 상품운영(보험료 산출) / 43
- 〈표 Ⅲ-5〉 한국과 미국 민영건강보험의 공보험적(공공재) 특성 비교 / 46
- 〈표 Ⅲ-6〉 주요국 민영건강보험의 의료비 지불 및 급부 수가 체계 / 48
- 〈표 Ⅲ-7〉 독일 민영건강보험 급부 수가규칙(GOÄ) / 53
- 〈표 Ⅲ-8〉 독일의 급여 및 비급여 진료비 특징 / 55
- 〈표 Ⅲ-9〉 비용부담금(Cost Sharing) 제도 특징 / 56
- 〈표 Ⅲ-10〉 독일 대체형 민영건강보험의 보장범위 및 공제액 / 57
- 〈표 Ⅲ-11〉 독일 보완형 민영건강보험의 보장범위 및 공제액 / 58
- 〈표 Ⅲ-12〉 호주 민영건강보험 규칙 주요 내용 / 63
- 〈표 Ⅲ-13〉 일본 「보험 외 병용 요양비 제도」의 평가요양과 선정요양 비교 / 65

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅱ-1〉 의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위 / 18
- 〈그림 Ⅱ-2〉 실손의료보험 연령별·성별 가입 현황 / 20
- 〈그림 Ⅱ-3〉 건강보험 보장성 강화 대책 / 31
- 〈그림 Ⅲ-1〉 국가별 공·사 건강보험 보장 영역 비교(2013년) / 39
- 〈그림 Ⅲ-2〉 주요국 GDP 대비 의료비 지출구조(2015년) / 40
- 〈그림 Ⅲ-3〉 주요국 의료비 재원 비중(2013년) / 40
- 〈그림 Ⅲ-4〉 국가별 의료비 지출 규모와 민영건강보험 발전 단계 / 41
- 〈그림 Ⅲ-5〉 공·사 건강보험 연계 목적과 방안 / 47
- 〈그림 Ⅲ-6〉 호주의 건강보험 정책 추진과 민영건강보험 성장 추이 / 61
- 〈그림 Ⅲ-7〉 호주 민영건강보험 운영 현황 / 62
- 〈그림 Ⅲ-8〉 일본 의료비 추이 / 66
- 〈그림 Ⅲ-9〉 공·사 건강보험 연계 목적과 방안 / 69

A Study on Partnership of Public and Private Health Insurance

Since the health insurance coverage reinforcement has become a key issue in Korea health care system, the health care cost management and the partnership between public and private health insurance have become an important policy issue.

Even though private health insurance is closely linked to public insurance and has a great impact on national health expenditure, it is argued that private health insurance causes various problems because it does not set a reasonable role with public health insurance.

Recently, the government has announced the implementation of a new health care policy to reinforce public health insurance protection and secure its sustainability and so it is expected that the government should reestablish the role of private health insurance and strengthen responsibility of insurance companies.

This report aims to suggest the direction of development of private health insurance and the partnership model between public and private sectors. To do this, we review the role sharing between public and private sectors in major countries.

I hope that this report will serve as an contribute to improving the efficiency and sustainability of Korea's health care system.

요 약

I. 서론

- 공적건강보험의 보장성 강화가 우리나라 국민 의료비 보장의 핵심 화두가 되면서, 의료비 관리 문제와 공·사 건강보험 간 관계가 중요한 정책 이슈가 되고 있음
- 최근 민영건강보험이 공보험과 밀접하게 연계되어 있고 국민 의료비에 미치는 영향이 매우 큼에도 불구하고, 국민건강보험과 합리적인 역할 설정이 이루어지지 않아 다양한 문제들을 야기하고 있다는 주장이 제기됨
- 정부의 보건의료 정책 추진 방향도 ‘건강보험 보장성 강화 및 지속가능성 확보’로, 이에 따라 민영건강보험의 역할 재정립과 보험회사의 책임 강화 요구가 예상되고 있음
- 이에 본 보고서는 주요국의 민영건강보험의 운영 특징과 공·사 간 역할 분담 사례를 통해, 우리나라에 적합한 민영건강보험의 발전 방향과 공·사 간 협력 모델 방안을 제시하고자 함

II. 건강보험 보장성 강화와 현안 과제

- 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 공적건강보험의 보완형으로 도입되어 대표적인 민영건강보험으로 성장함
 - 공적건강보험의 낮은 보장률에 따른 개인 의료비 부담 해소 목적이 실손의료보험의 주요 가입 요인으로 작용함

- 정부는 공적건강보험의 보장률을 2022년까지 70%로 높이겠다는 골자의 건강보험 보장성 강화 대책(문재인 케어)을 발표함
 - 모든 의학적 비급여를 단기간 내에 급여나 예비급여에 편입함으로써, 의료비 증가와 환자 부담의 주요 원인이 되고 있는 비급여를 관리 영역에 포함시켜 대책의 실효성을 높이겠다는 계획임

- 문재인 케어가 지속성을 가지고 성공하기 위해서는 상당한 규모로 추정되는 예산을 지속적으로 충당할 수 있는가와 보장성 강화를 위한 가장 핵심적인 수단인 예비급여가 효과적으로 작동할 수 있는가를 고려해야 함
 - 특히, 예비급여의 적용 확대가 지나치게 점진적으로 이루어질 경우 비급여 진료비의 풍선효과가 상당 기간 발생하면서 공적 보장의 확대 효과를 잠식하게 될 것임

- 이는 정부의 공적건강보험 보장성 강화 대책과 더불어 건강보험의 효과적인 공·사 간 연계 체제를 구축하는 노력이 동시에 이루어질 필요가 있음을 시사함

- 최근의 공·사 건강보험 관련 논의는 국민의 의료비 보장 강화를 위한 우선 과제 보다는 '실손의료보험 보험료의 인하 유도' 방안에 집중되어 있는 상황임

- 따라서 그 간의 실손의료보험 관련 논의를 종합해 볼 때 현재 공·사 간 논의는 효과적인 비급여 관리와 공·사 협력 모델 모색에 집중해야 할 것임
 - 본 연구에서는 충분한 건강보험 보장성을 달성한 국가에서 민영건강보험의 효율적인 역할 수행을 위한 공·사 간 협력 모델 사례를 통해 문재인 케어의 실효성 제고와 지속가능성 확보 방안을 모색하고자 함

Ⅲ. 공·사 건강보험 연계 사례

1. 개요

- 민영건강보험은 공공부문(공보험, 보건의료시스템)과의 역할 관계에 따라 각각 보완형, 보충형, 대체형 등으로 분류됨
 - 민영건강보험에 대한 지나친 공공성 강화는 시장기능 실패에 따른 국민 의료 서비스의 접근성 악화를 초래하므로, 특히 보완형이나 보충형의 경우 공공성 규제보다는 소비자의 선택권 확대가 중요하게 고려됨
- 공·사 건강보험 연계 사례는 우리나라와 같이 보편적인 공적건강보험 시행 국가로 민영건강보험이 보완형으로 운영되고 있는 독일, 호주, 네덜란드, 프랑스, 일본 등을 중심으로 살펴보고자 함
 - 공·사 연계 방안의 목적은 크게 비급여 진료를 중심으로 하는 ‘의료비 관리’와 재정 부담 완화와 사회안전망 강화를 위한 ‘민영건강보험 역할 재정립’으로 나뉘볼 수 있음
- 그 간 민영건강보험 제도 개선과 관련하여 논의된 의료비 관리는 ‘민영건강보험에 적용되는 급부 수가 관리’와 ‘민영건강보험의 보장 영역 관리’로 나뉘 볼 필요가 있음
- 또한 민영건강보험의 역할 재정립에 대해서는 향후 보장성 강화에 따른 ‘공보험의 재정 부담 완화’와 사회안전망으로서 ‘취약계층의 건강보장 강화’로 나뉘서 살펴보고자 함

2. 의료비 관리 사례

- (민영건강보험 급부 수가 관리) ① 보험회사와 의료기관 간 민영건강보험의 급부 수가 협상, ② 민영가입자의 의료 이용 관련 사전 확인 및 고지 제도, ③ 독일의 민영건강보험 급부 수가 제도 사례가 있음
- 미국, 호주, 네덜란드 등의 경우 민영건강보험의 보장 급부에 대해 의료인은 보험회사와 사전에 합의한 수가를 적용해야 함
 - 주요국에서는 민영건강보험 가입자가 의료서비스 이용 전에 본인의 보장급부 해당 여부를 보험회사로부터 승인이나 고지를 통해 사전 확인 절차를 거치도록 함
 - 독일의 경우 보험회사(민영건강보험연합)와 의료기관(연방의사연합)의 협의를 통해 민영건강보험 급부 수가규칙(GOÄ)을 정하고 있으며, 다만 의료인의 판단을 존중하여 합리적으로 가격을 조정할 수 있는 재량권을 부여함
 - 즉, GOÄ는 의료인이 환자와 사적 계약에 기초하여 민영건강보험 급부 수가를 과도할 정도로 높게 책정하는 것을 통제하는 기능을 수행함

〈요약 표 1〉 독일 민영건강보험 급부 수가규칙(GOÄ)

가중치	적용
1	· 공적건강보험 수가 기준
1 ~ 2,3	· 의료행위 난이도 평균 이하 적용
2,3 ~ 3.5	· 의료행위 난이도가 평균 이상 적용 · 적용 전 의료진은 환자에게 서면 설명(written explanation) 필요
3.5 이상	· 고난도 혹은 선진 의료행위 적용 · 적용 전 의료진은 환자 동의 및 보험회사 합의 필요

- (민영건강보험 보장 영역 관리) ① 민영가입자의 비용부담금 적용, ② 일본의 공보보험과 민영보험 간의 혼합진료 금지 사례가 있음
- 독일, 네덜란드 등 주요국의 민영건강보험에서 의료공급자 및 계약자의 도덕적 해이 방지를 위한 다양한 비용부담금이 적용되고 있음

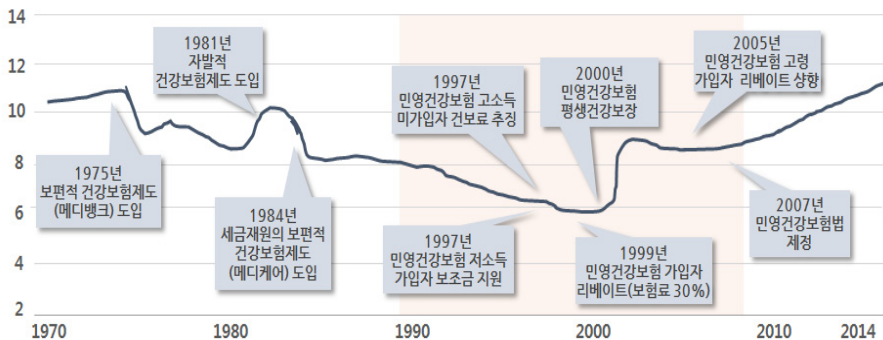
- 연간 누적 자기부담금, 선택치료에 대해 높은 자기부담금 설정 등
- 일본의 경우 공적건강보험 제도 도입부터 공보험이 적용되는 보험진료(급여)와 자유진료(비급여) 간의 의료비 혼합을 원칙적으로 제한함으로써 민영건강보험 보장 진료가 불필요하게 남용되는 것을 방지함

3. 민영건강보험 역할 정립 사례

- (공보험 재정 부담 완화) ① 호주의 민영건강보험 활성화 제도, ② 일본의 공보험과 민영보험 간 혼합진료의 제한적 허용 확대 추진 사례가 있음
- 호주는 공공부문의 재원 부담 해소를 위해 민영건강보험의 보완적 기능을 적극적으로 활용하고 있으며, 이러한 정책의 일환으로 1990년 후반부터 민영건강보험의 가입 장려를 위한 다양한 정책을 추진해 옴
 - 일본은 초고령 국가로서 가중되는 의료비 부담 완화를 위해 최근 혼합진료의 제한적인 허용 및 허용범위 확대를 위한 정책을 추진 중에 있음

〈요약 그림 1〉 호주의 건강보험 정책 추진과 민영건강보험 성장 추이

(단위: 가입자 수, 백만 명)



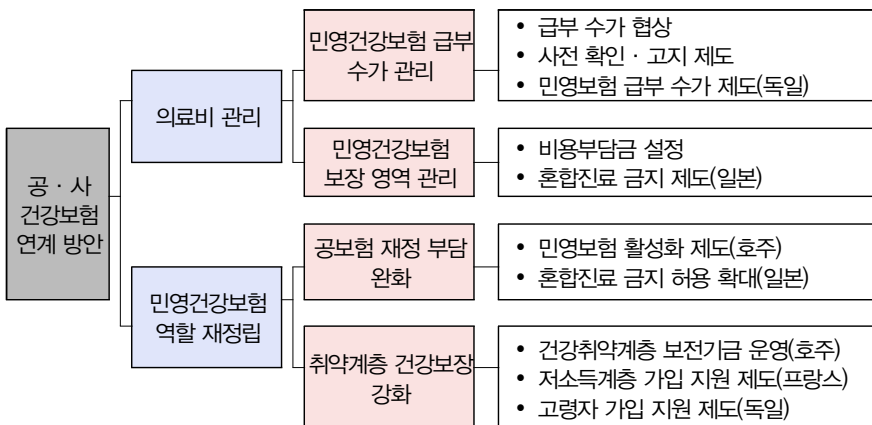
자료: 정성희 · 이태열(2017, 12)

- (취약계층 건강보장 강화) ① 호주의 건강취약계층 보전기금 운영, ② 프랑스의 저소득계층 가입 지원, ③ 독일의 고령자 가입 지원 사례가 있음
- 호주는 고령자, 질환자 등의 건강보장 강화를 위해 민영건강보험 가입 시 차별을 받지 않도록 하고 있으며, 이에 따른 보험회사의 불균등한 위험 부담 보전을 위해 위험평준신탁기금을 운영하고 있음
 - 프랑스는 저소득층의 민영건강보험 가입 지원 제도를 운영하고 있음
 - 2000년 최극빈층 대상 무료 민영건강보험 제공, 2006년 차상위층 대상 민영건강보험 보조금 지원 등
 - 독일은 보험료 부담이 큰 65세 이상 노인에게 저렴한 요율(표준보험요율)을 적용함으로써 고령자의 민영건강보험 가입을 지원함

4. 소결

- 해외 사례는 국민의 의료서비스 제공 및 의료비 관리의 도구로서 민영건강보험의 활용과 공보험의 재정 부담 완화, 사회안전망 강화를 위한 민영건강보험의 역할 정립으로 요약될 수 있음

〈요약 그림 2〉 공·사 건강보험 연계 목적과 방안



IV. 공·사 건강보험 연계 방안

- 전술에서와 같이 문재인 케어의 성공적인 추진을 위해 비급여 관리 강화가 요구되고 있으며, 이에 따라 민영건강보험의 역할 재정립이 중요한 시점임

1. 의료비 관리 방안

- 문재인 케어 추진에 따라 상당부분의 비급여 관련 현안들이 해소될 것으로 기대되지만, 효과적인 보장성 강화 대책 시행을 위해서 비급여 진료비 관리 체계 구축은 여전히 중요한 과제임
 - 비급여의 급여화 전환 과정 기간 동안 대체 가능한 비급여의 수가 인상이나 의료 이용 확대 가능성이 충분히 있기 때문임
- 비급여 관리체계 구축을 위해서 가장 우선적으로 실행해야 할 조치로 비급여 정보 인프라를 신속히 구축할 필요가 있음
 - 의료법 개정(2015. 12)을 통해 이루어지고 있는 비급여 진료비용의 자료 조사·분석·공개의 적용 대상을 빠르게 확대할 필요가 있음
 - 특히 비급여 정보 표준화는 문재인 케어의 비급여 항목별 급여화 일정에 맞추어 추진될 필요가 있음
- 둘째, 비급여 정보 인프라를 활용하여 비급여 진료비 원가 관리체계를 구축할 필요가 있음
 - 독일 사례를 참조하여 민영건강보험에 적용되는 비급여 진료의 표준가격 제도를 도입하고, 의료기관이 표준가격 이상을 적용할 사유가 발생할 경우 보험회사와 사전 합의를 거치도록 함으로써 과도한 비급여 진료를 제한하는 제도적 장치가 필요함
 - 다만, 비급여의 지나친 통제는 국민의 의료접근성을 침해한다는 우려와 급여

수가 수준의 현실화를 통한 비급여 수가의 정상화가 바람직하다는 주장도 제기되는 만큼 이해관계자 간의 합의가 전제되어야 할 것임

- 셋째, 민영건강보험의 보장 구조에서 비급여 항목에 대한 소비자의 비용부담금 강화 및 비급여 항목별 비용부담금 차등 적용을 검토할 필요가 있음
 - 주요국 사례를 보면 과잉진료나 불필요한 진료의 차단을 위해 비용부담금 제도를 적극적으로 활용하고 있으며, 특히 소비자의 선택 개념이 크거나 비필수적 치료에 대해 자기부담금을 보다 높게 설정하고 있음
- 넷째, 비급여 관리는 전체 의료비 관리뿐만 아니라 실손의료보험의 지급보험금 관리를 위해서도 매우 중요하므로, 비급여와 관련하여 보험산업의 자체적인 인프라 구축 및 관리 체계 마련을 위해 노력할 필요가 있음
 - 실손의료보험의 청구·지급 통계 관련 표준기준 마련 및 실손 보험금 청구와 관련한 서식의 표준화가 요구되고 있음

2. 민영건강보험 역할 재정립 방안

- 공적건강보험의 보완형에 맞는 바람직한 민영건강보험의 역할 정립 및 사회안전망으로서 민영건강보험의 역할 확대 방안이 균형적으로 검토될 필요가 있음
 - 특히, 충분한 공적 보장을 달성한 국가들의 사례에서와 같이 문재인 케어의 지속가능성 확보를 위해서는 민영건강보험이 공적 보장을 보완하도록 공·사간의 연계 체계 구축이 필요할 것임
- 첫째, 공적건강보험의 지속가능성 확보를 위해서는 민영건강보험이 건강보험의 재정적 지원 역할을 담당할 필요가 있음
 - 호주는 민영건강보험의 보장 기능 확대를 위한 가입 지원 제도와 함께 공보험의 효율적인 보완적 역할 수행을 위한 제도적 뒷받침을 병행함으로써 공·사

협력의 틀을 구축한 사례로 시사하는 바가 큼

- 초고령 국가인 일본의 경우 최근 점차적으로 가중되고 있는 공적건강보험의 재정 부담 완화를 위해 공보험과 민영보험의 혼합진료 허용 확대를 추진해 오고 있음

■ 둘째, 건강보험의 보편적인 보장 강화를 위해 고령자나 질환자의 의료 접근성을 높일 필요가 있으므로, 사회취약계층에 대한 민영건강보험의 역할 확대 방안 검토가 필요함

- 특히 소득은 낮으나 의료비 지출이 많은 고령자를 위해 보험회사는 적정 수준의 보험료 보장 및 계약심사를 완화해 주는 한편, 정부는 위험부담 경감 제도 등을 통해 보험회사를 지원해주는 방안을 검토해 볼 필요가 있음
 - － 호주의 건강취약계층 보전기금 운영, 프랑스의 저소득계층 가입 지원, 독일의 고령자 표준보험료율 제도 등의 사례를 참고할 필요가 있음

■ 마지막으로 문제인 케어 추진에 따라 민영건강보험의 보장구조 개편 시 소비자의 권익을 고려할 필요가 있음

- 특히 우리나라 국민 의료비에서 개인 부담금이 매우 높다는 점을 감안해 볼 때, 급여의 본인부담금에 대한 실손의료보험 보장 제외 검토는 실손 가입자의 보장성을 침해하지 않는지 등을 신중히 고려해야 함

3. 맺음말

■ 문제인 케어는 공공의료의 관점을 ‘(규범적) 공공재’로 변화시키고자 하는 것으로, 이러한 취지에 따라 민영건강보험에 대해 어느 정도의 공공성을 강화할 것인가가 이해관계자 간에 첨예한 이슈가 되고 있음

■ 민영건강보험이 소비자의 자율적 선택권 부여를 통해 운영되는 보완형·보충형

에서는 시장의 효율적 기능을 통해서 역할 제고를 추구하는 것이 가장 바람직함

- 다만, 시장의 기능이 잘 작동하지 않는 사회취약계층에 대한 사회안전망으로서 민영건강보험의 역할 강화를 위해서는 어느 정도의 공공성 부여가 불가피할 것으로 판단됨
- 따라서 우리나라 건강보험 제도의 지속가능성과 보장성 강화를 위해, 비급여 진료비에 대한 관리와 통제, 그리고 민영건강보험인 실손의료보험의 역할 재정립이 검토될 필요가 있음

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

현재 실손의료보험의 높은 가입률은 공적건강보험의 낮은 보장성에 기인한다. 공적건강보험의 보장률을 개선하는 문제가 우리나라 국민 의료비 보장의 핵심 화두가 되면서, 의료비 관리 문제와 공·사 건강보험 간 관계가 중요한 정책 이슈가 되고 있다. 특히, 민영보험인 실손의료보험의 주보장 대상이 비급여 의료비라는 점에서 의료비 관리와 공·사 보험 간 연계 문제는 떼어 놓을 수 없는 주제이다. 최근 정부가 발표한 ‘건강보험 보장성 강화 대책’의 내용은 공적 보장 확대를 위해 비급여 진료비를 어떻게 관리하고 통제하느냐에 집중되고 있다. 그러나 특이하게도 비급여 진료비를 보장하고 있는 민영보험과의 협력과 역할 분담에 대해서는 심도 있는 고민을 발견하기 어려웠다. 본 연구의 목적은 바로 현재 정책적 관심사에서 멀어지고 있는 공·사 보험 간 연계 관계의 중요성을 해외 사례를 통해 재조명하는 데 있다.

사실 우리나라의 의료비 관리와 공·사 협력 유형에서 나타나는 특징은 공적 보험의 발전 과정에서 비롯된 점이 많다. 다른 주요 선진국보다 전 국민 의료비 보장 체제의 시작이 늦었던 우리나라는 저렴한 보험료와 넓은 보장을 바탕으로 단시간에 전 국민을 대상으로 국민건강보험을 적용해야 했다. 보험료 수준을 낮게 유지하기 위해서는 의료수가 또한 낮게 책정해야 했고, 이러한 상황을 의료계에 설득하는 과정에서 비급여 진료비를 통해 수익을 보존하도록 한 것이다. 사정이 이렇다보니 우리나라의 경우 의료기관에 비급여 의료 공급과 수가 결정에 대한 사실상 완전한 자율권이 부여되었다.

전 국민을 대상으로 건강보험을 도입한 이후 국민건강보험의 목표는 자연스럽게

보장률 제고로 옮겨 가게 되었고 비급여 진료비를 어떤 형태로든 적절한 수준에서 통제할 필요가 발생했다. 그러나 이미 급여 부분의 저수가를 수용한 의료계의 협조를 이끌어 내기가 쉽지 않을 수밖에 없다. 이것이 비급여 진료비에 대한 표준화, 적정성 관리 등과 관련한 일련의 정부 정책들이 의료계와 심각한 갈등을 겪고 있는 근본 이유이다. 특히, 비급여 진료비에 의한 국민 부담이 가중되고 이를 보장하는 것을 주목적으로 한 실손의료보험이 등장하면서 공·사 간의 갈등까지 유발되고 있는 상황이다. 이러한 상호 갈등은 공·사 간의 협력을 통해 국민의 의료비를 효과적으로 관리하기보다는 민영보험을 압박함으로써 공적보험의 역할을 확대하고자 하는 방향으로 복지정책이 기울고 있는 원인이 되고 있다.

최근 공공부문과 의료·시민단체를 중심으로 민영건강보험은 국민건강보험과 밀접하게 연계되어 있고 국민의 건강 및 의료비에 미치는 영향이 매우 큼에도 불구하고 국민건강보험과 합리적인 역할 설정이 이루어지지 않아 다양한 문제들을 야기하고 있다는 주장이 제기되고 있다. 민영건강보험이 국민건강보험과 적절한 역할 설정 없이 보장의 범위, 보상 금액 등이 정해져서 판매되고 있어, 국민의 의료이용과 공공부문 재정에 부정적인 영향을 주고 있다는 주장이 대부분이다. 또한 민영건강보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 손해를 증가, 공보험 보장성확대에 투입되는 재원 중 상당 부분이 보험회사에 반사이익으로 전가, 보험회사의 선별가입정책으로 건강취약계층의 보험혜택 미흡 등이 문제점으로 지적되고 있다. 이에 따라 민영건강보험의 합리적 역할 설정을 위한 관련 법 제도를 정비할 필요가 있으며, 공보험의 보완형으로서 국민의료비의 일부를 담당하기 위해서는 금융상품 관점에서 뿐만 아니라 보건의료 관점에서 민영건강보험이 관리(복지부 역할 강화)되어야 함을 강조하고 있다.¹⁾ 문제인 정부의 보건의료 정책 추진 방향도 ‘건강보험 보장성 강화 및 지속가능성 확보’로, 이에 따라 민영건강보험의 역할을 재정립하고 보험회사의 사회적 책임을 강화하려는 요구가 점증할 것으로 예상된다.

이에 본 보고서는 실손의료보험 제도와 건강보험 보장성 강화 대책과 관련한 최근

1) 의료선진화 논의 이후부터 ‘민영의료보험법’ 제정 및 복지부의 민영의료보험 관리·감독 권한 부여가 지속적으로 제기되어 옴

논의의 특징을 살펴보고, 주요국의 민영건강보험의 운영 특징과 공·사 간 역할 분담 사례를 통해 우리나라에 적합한 민영건강보험의 발전 방향과 공·사 간 협력 모델 방안을 제시하고자 한다.²⁾

2. 선행연구와 차별성

공적건강보험과 민영건강보험이 관련된 연구로는 민영건강보험이 의료 이용량에 미치는 영향에 대한 연구와 공·사 건강보험의 효과적인 연계 방안을 모색하는 연구로 나누어 볼 수 있다. 우선 전자의 경우 학문적 관심에서 비롯된 경우도 있지만, 많은 경우 공보험 중심의 의료보장체제를 강화하려는 복지정책의 필요에서 비롯된 면이 크다. 다시 말하자면, 민영건강보험에 대한 규제를 강화하거나 기능을 축소하기 위한 정책의 근거를 마련하기 위해 민영건강보험(주로 실손의료보험) 가입자가 비가입자에 비해 의료 이용량이 많다는 증거를 찾고자 하는 것이다. 윤희숙(2008)과 신기철 외(2014)는 실손의료보험 규제 정책을 뒷받침할 통계적 타당성을 객관적으로 판단하기 위해 수행된 대표적인 연구라고 할 수 있다.³⁾

후자는 공·사 건강보험의 효과적인 연계 방안을 모색하는 연구로서 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 민영건강보험의 성장은 공보험의 보장성 약화와 의료 공공성의 악화 요인으로 작용하므로 민영건강보험을 국가적 차원에서 통제와 관리가 필요함을 주장한 연구들(이진석 2006; 이현복 외 2011; 신현웅 외 2015)과, 둘째, 고령화, 만성질환 증가 등 환경변화에 따른 국민의 의료 수요 증가로 민영건강보험이 공보험의 보완적 역할을 적극적으로 수행할 수 있도록 역할 설정이 필요함을 강

2) 우리나라와 같이 공·사 건강보험이 별도의 법 체계하에서 발달한 국가의 경우 공·사 간의 '상호 협력'보다는 '상호 관계'를 모색한다는 것이 적절한 표현이라고 볼 수 있으므로 본 보고서에서는 '역할 정립'이나 '협력 방안'과 동일한 의미로 '연계 체계' 용어를 사용함

3) 이외에도 김관옥 외(2017), 이현복 외(2013), 권순만 외(2010) 등의 연구가 한국의료패널에 기초해서 의료 이용량에서 나타나는 차이의 통계적 유의성을 검증하고자 하였으나, 실손의료보험을 포함하는 민영건강보험이 의료 이용량에 미치는 영향에 대한 상기의 분석들은 일관된 결과를 보여주지 못하고 있음

조한 연구들(오영수 2006; 김대환 외 2012)로 나뉜다.

이진석(2006)은 민영건강보험의 보장 영역을 공보험의 보장 영역 이외의 범위로 설정하고 상품 및 정보 제공의 표준화 필요성을 주장하였다. 민영건강보험의 소비자 보호 기능 제고 방안으로 보험회사의 위험선택 금지 및 보험료 설정의 합리적 제고 방안 마련 등을 제시하고 있으며, 특히 민영건강보험의 역할, 소비자 정보 제공 등에 대해서는 보건당국이 관리·감독 권한을 공유하는 방안을 제시하고 있다. 이현복 외(2011)는 국민의 건강과 의료이용 간 높은 관련성을 고려할 때, 민영건강보험은 금융상품으로서의 관리뿐만 아니라 보건의료 관점에서 통제도 필요함을 주장하였다. 특히 실손의료보험과 공보험 간의 연계성 강화를 위해 가입 개방, 고위험군 상품 개발, 자동갱신 보장, 법정본인부담금 보장 금지 등을 제안하고 있다.

신현웅 외(2015)는 건강보험의 보장성 강화 대책 추진으로 보험회사가 실손의료보험을 통해 반사이익⁴⁾을 얻고 있다는 주장을 제기하고 이를 사회에 환원할 수 있는 방안에 대한 논의가 필요함을 제기하였다. 이 연구는 2014년 국정감사⁵⁾에서 건강보험 보장성 확대에 인한 보험회사의 반사이익 논란이 확산되자 국민건강보험공단이 보건사회연구원에 관련 연구를 의뢰함으로써 이루어졌다. 최근 들어 가장 뜨거운 사회적 논란이 되어온 ‘정부의 건강보험 보장성 강화 대책에 따른 보험회사의 반사이익’은 이 보고서를 토대로 하고 있다고 해도 과언이 아니라고 본다.

한편, 오영수(2006)는 공보험의 보장률 수준을 70%까지 강화하는 한편, 법정본인부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비 등에 대해서는 민영건강보험의 보완형 방식이 적절하다고 주장하였다. 특히, 공보험의 통계 공유, 역선택 방지를 위한 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 지급심사 기능 강화, 비급여 수가에 대한 획일적 규제 완화 등 정책적 지원 필요성을 언급하였

4) 2013~2017년 기간 동안 추진되는 4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환), 선택진료 및 상급병실의 건강보험 보장 확대 정책에 총 11조 원 상당의 예산이 소요될 예정으로 이에 따른 보험회사의 반사이익이 총 1.5조 원에 상당할 것으로 추정함

5) 김용익 의원은 2014년 국정감사에서 건강보험 보장성 강화에 따른 민간보험사의 반사이익이 2조 2,226억 원(소요액 대비 19.7%)에 달한다고 지적하고 이에 상응하는 보험료 인하를 요구함

다. 김대환 외(2012)는 인구 구조가 변화함에 따라 국민의 건강리스크를 관리하는 동시에 경제성장에 가능한 부담이 크지 않을 공·사 건강보험의 역할 체계에 대해 제시하고 있다. 특히, 인구고령화에 따른 국민건강보험의 재정추계와 해외 사례 등을 참고하여 인구고령화하에서 지속가능할 수 있는 공·사 건강보험의 역할을 재정립하고 제시된 역할체계의 지속성과 안정성을 확대하기 위한 공조 방안을 제안하였다. 이창우 외(2010)는 미국, 독일, 네덜란드, 일본 등 다양한 해외의 민영건강보험 시장을 검토하고 우리나라의 민영건강보험이 참고할 만한 사례를 찾고자 하였다. 미국의 의료공급자-건강보험회사 네트워크, 독일과 네덜란드의 고소득층 대상 상품, 일본의 갱신행 상품 등이 대표적인 참고 사례로 논의되었다.

본 연구의 방법론은 해외 사례를 기초로 하고 있다는 점에서 이창우 외(2010)와 가깝다고 할 수 있다. 그러나 최근 공적 보장 확대에 따른 반사이익 환수, 건강보험 공·사 연계법 추진 등 민영건강보험을 둘러싼 이해당사자 간 이해 대립이 첨예하게 나타나면서 해외 사례에 대한 매우 구체적인 내용 파악이 필요한 상황이다. 따라서 일반적인 제도의 개요를 소개하는 수준을 넘어 해당 제도의 도입 이유, 주관 부처, 이해당사자 간의 역할 분담, 제도 운용 절차 및 기준 등 가능한 한 구체적인 내용이 요구되고 있다. 따라서 본 연구는 이러한 사회적 니즈에 부응하기 위해 문헌 조사, 현지 출장 등 가능한 모든 수단을 활용하여 지금까지 개략적으로 소개된 해외 사례의 이면에 있는 구체적인 내용을 파악하고, 이를 바탕으로 시사점을 도출했다는 점에서 선행 연구와 차별성이 있다고 하겠다.

본 연구의 목적이 문재인 정부의 건강보험 정책 기조하에서 민영건강보험의 합리적인 역할 설정에 있으므로 이에 적합한 주요국의 민영건강보험 운영 사례를 중심으로 살펴보고자 한다. 특히, 민영건강보험의 역할은 국가별 공적건강보험 제도 및 보건의료시스템, 정치적 사상(Ideology), 참여자의 이해 관계 등에 따라 매우 다양하게 발전하므로 이들 요인들을 종합적으로 검토할 필요가 있다.

3. 연구방법 및 구성

본 보고서는 우선 Ⅱ장에서 실손의료보험 제도와 문제인 정부의 건강보험 보장성 강화 대책을 둘러싼 최근 논의의 특징을 살펴봄으로써 우리나라 건강보험 관련 현안 이슈를 이해하고 합리적인 공·사 건강보험 역할 설정을 위해 우선적으로 집중해서 해결해야 할 문제점을 도출해 보고자 한다. Ⅱ장에서 도출된 문제점의 인식하에 Ⅲ장에서는 우리나라와 같이 전 국민 대상의 건강보험 제도 시행 및 보완형 민영건강보험 운영 국가들을 중심으로 ‘국민 의료비의 효과적인 보장’이라는 차원에서 공·사 건강보험 연계 방안을 논의하고 Ⅳ장에서 우리나라가 참고할 만한 시사점을 모색하고자 한다. 물론, 해외 사례의 경우 국가마다 다른 의료 복지의 역사와 여건을 가지고 있고 우리나라의 의료비 보장 체제 역시 독특한 성격을 가지고 있어 특정 국가의 사례를 그대로 활용하는 것은 사실상 불가능할 것이다. 따라서 주요 선진국들이 공·사 연계 체제와 관련해서 어떠한 제도적 틀을 기반으로 이해당사자 간에 합의하고 협력해 가는지를 소개하고자 한다. 또한 일목요연한 이해를 위해 전체적인 논의의 구성을 ① 의료비 관리(민영건강보험의 급부 수가 관리와 보장 영역 관리)와 ② 민영건강보험 역할 정립(공보험 재정 부담 완화, 취약계층 건강보장 강화)으로 나누어서 체계적으로 논의하고자 한다.

Ⅱ. 건강보험 보장성 강화⁶⁾와 현안 과제

우리나라의 공적건강보험은 1977년 직장가입자 대상으로 처음 도입된 이후, 12년 만인 1989년에 전 국민 대상으로 확대되었다. 공적건강보험이 처음 도입된 이후 전 국민 대상으로 확대되기까지 걸린 기간이 독일의 경우 127년, 일본의 경우도 36년인 점을 감안하면 세계적으로 유례없이 매우 빠르다는 평가를 받고 있다(정희정 외 2011). 그러나 단기간에 적용 인구를 확대하면서도 국민들의 부담을 최소화하기 위한 고육지책으로 정부는 ‘저부담-저수가-저급여’ 기초하에 공적건강보험 제도를 유지해옴에 따라, 우리나라 공적건강보험의 보장성은 OECD 국가 중에서도 매우 낮은 수준에 머물러 있다.⁷⁾

이에 따라 정부는 2005년부터 건강보험의 보장성 강화 대책을 추진해 오고 있다. 또한, 공공부문의 재정 부담 완화를 위해 민영건강보험이 공보험의 보완형으로 역할을 수행할 수 있도록 2003년 보험업법 개정을 통해 제3보험의 한 종류로 실손의료보험을 도입하여 운영 중에 있다.

본 장에서는 실손의료보험의 그 간 운영 현황을 정책 논의 및 개선 과정 중심으로 살펴보고, 문제인 정부의 건강보험 보장성 강화 대책 추진과 관련하여 현재 진행되고 있는 논의의 특징을 살펴보고자 한다.

6) 본 보고서에서 사용하는 “건강보험 보장성 강화”는 그 간 정부가 추진해 온 정책 과제로서 “국민건강보험의 보장성 강화”를 의미하는 것으로 민영건강보험은 고려 대상에서 제외되어 있음

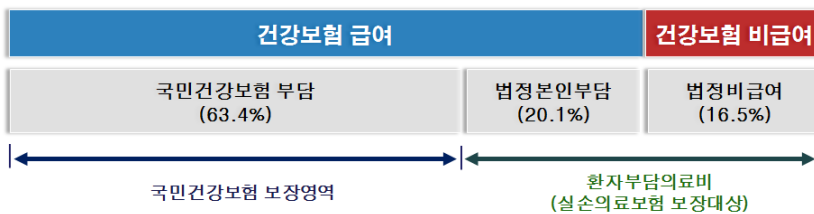
7) 우리나라 국민의료비 중 공공재원 비중이 2015년 기준 55.6%로 OECD 평균 72.9%에 비해 매우 낮음

1. 실손의료보험 운영 현황

가. 현황

실손의료보험은 공보험의 보완형으로 운영됨에 따라 보장 구조가 공보험과 연계되어 있다. 국민건강보험이 보장하지 않는 환자의 본인부담 의료비를 보장해 주는 상품으로 특정 질병, 상해에 대한 선별적 보장이 아닌 일부 항목을 제외⁸⁾하고 모두 보장해 주는 포괄적인 구조로 운영되고 있다.

〈그림 II-1〉 의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위



주: 괄호 안의 값은 2015년 전체 의료비 중 점유율임

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2017. 4. 20), “2015년 건강보험 보장률 63.4%로 전년 대비 0.2% 상승”

보험가입자가 의료기관 진료 후 지불한 병원비를 보험회사가 사후 지급 보장하는 방식으로, 의무가입인 국민건강보험과 달리 소비자가 보험 가입이나 계약 유지 여부를 자율적으로 선택하고 있다. 소비자의 임의가입에 따라 건강위험군이 가입을 선호하는 역선택의 발생 가능성이 있으므로, 이에 상응하여 보험회사는 소비자의 건강위험상태에 따라 보험료를 차별화하거나 계약심사를 통해 보험 가입의 허용 여부를 결정하게 된다.⁹⁾

8) 치과·한방·항문질환 비급여 진료비, 임신·출산·비만 진료비 등이 있음

9) 소비자가 임의가입이 가능한 상황에서 보험회사에게 위험선택 권한을 부여하지 않을 경우 악순환(건강위험군 가입 증가→보험료 인상→건강군 가입 포기 및 해약 증가→건강위험군 비중 증가→보험료 인상 심화, 보험회사 파산)이 발생할 가능성이 높음

〈표 II-1〉 공적 vs. 민영건강보험 비교

구분	중시	가입 여부	위험선택	가격경쟁	지급관리
공적	형평성 소득재분배	의무가입	없음	없음	심사평가원
민영	효율성	임의가입	필수	중요	없음

현재 실손의료보험은 2015년 말 기준 전 국민의 62% 정도가 가입할 정도로 대표적인 민영건강보험으로 성장하였다. 이러한 배경에는 건강 관심 증대에 따른 양질의 의료서비스 수요가 증가하면서 개인의 의료보장을 대비하기 위한 보험가입 니즈가 확대되어온 측면도 있지만, 공보험의 낮은 보장률로 인해 국민 개개인의 의료비 부담이 매우 컸다는 점이 주요 동인으로 작용하였다고 볼 수 있다. 또한, 소비자에게 부담이 되는 의료비를 저렴한 보험료로 보장해 주기 때문에, 실손의료보험은 가성비가 매우 높은 상품으로 평가되어 왔다. 실제로 실손의료보험의 1인당 연간 보험료는 2015년 기준 평균 24만 원으로 이는 국민건강보험의 1인당 연간 보험료(49만 원)의 절반 수준에 불과하지만, 실손의료보험 가입자의 1인당 연간 총 의료비에서 실손보험금이 차지하는 비중은 절반 이상(63%)에 해당되는 것으로 나타났다.

그러나 의료비 지출이 특히 많은 고령층에 대한 실손의료보험 가입률은 최근까지도 매우 저조한 상황이다. 이는 고령층의 특성상 경제적 활동이 어렵고 질환자인 경우가 많아,¹⁰⁾ 높은 보험료가 적용되거나 질환의 사유로 가입이 거절되는 사례가 많았기 때문이다. 이에 따라 고령층의 노후 건강보장 강화를 위한 실손의료보험 제도 개선이 여러 차례 있어 왔다. 고령층의 보험료 부담을 완화해 주기 위해 2014년에 노후실손의료보험¹¹⁾을 도입했으며, 질환자도 가입이 가능하도록 유병력자 실손의료보험¹²⁾이 출시될 예정이다. 또한, 은퇴 등으로 인해 실손 보장의 공백이 발생하지

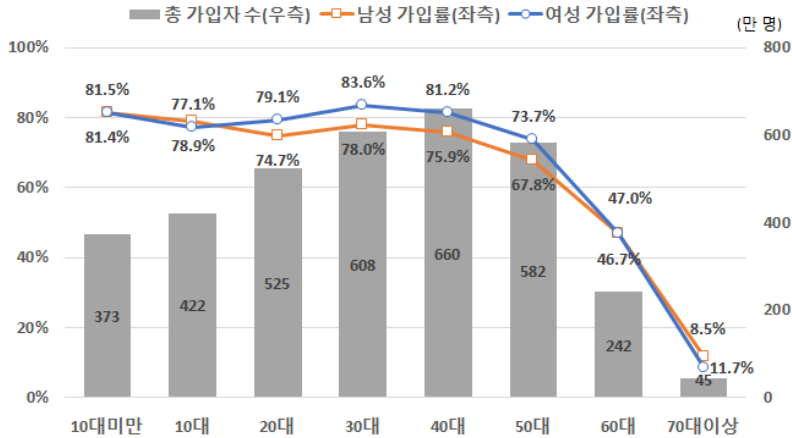
10) 2014년 기준 65세 이상 노인 중 9명 이상(94%)이 한 개 이상의 만성질환을 앓고 있음(보건복지부 2015)

11) 건강한 50~75세 고령층이 가입하는 상품으로 가입자의 자기부담이 다소 높지만 보험료가 일반 실손의료보험 보험료에 비해 20~30% 정도 저렴함(금융위원회 보도자료(2018. 3. 8), “실손의료보험의 전환·중지 등 연계 제도를 마련하여 생애주기에 따라 중단 없는 보장을 받을 수 있게 됩니다”)

12) 유병력자, 경증 만성질환자 등 상대적으로 고위험군을 대상으로 한 상품으로 2018년 4월 출시 예정임

않도록 단체와 개인 실손의료보험 간 전환·중지 등 연계 제도¹³⁾가 도입될 예정으로 향후 고령층의 실손의료보험 가입률이 개선될 것으로 기대해 볼 수 있다.

〈그림 II-2〉 실손의료보험 연령별·성별 가입 현황



자료: 한국신용정보원 보도자료(2016. 11), “신용정보원 빅데이터 분석 결과”

13) (전환 제도) 은퇴·퇴직 등의 사유로 단체실손의료보험 보장 종료 시 원하는 경우 개인 실손의료보험으로 전환이 가능함. (중지 제도) 개인실손의료보험과 단체실손의료보험에 중복 가입된 경우 개인실손의 보험료 납입과 보장 중지가 가능함(금융위원회 보도자료 (2018. 3. 8), “실손의료보험의 전환·중지 등 연계 제도를 마련하여 생애주기에 따라 중단 없는 보장을 받을 수 있게 됩니다”)

참고 ▶ 건강보험 진료비 현황

■ 건강보험 진료비 발생 현황(2009~2014년)

(단위: %)

구분		2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
건강 보 험	공단부담금	28.9	32.4	34.5	35.7	38.1	40.7	7.1
	본인부담금	10.4	11.2	11.7	12.1	12.8	13.7	5.6
	급여 진료비	39.3	43.6	46.2	47.8	50.9	54.4	6.7
비급여 진료비		15.8	17.9	19.4	21.4	23.3	24.8	9.4

주: 1) 건강보험 진료비 중 급여 진료비는 의료기관의 실제 발생 비용이나, 비급여 진료비는 실제 발생 비용 확인 불가로 추정치를 사용함
 2) 비급여 진료비는 「2013년 국민의료비 및 국민보건계정」의 비급여 본인부담(HF.2.3.1)을 적용함
 자료: 국회예산정책처(2015)

■ 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황(2010~2015년)

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015
건강보험 보장률	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4
급여 본인부담률(A)	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1
비급여 본인부담률(B)	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5
개인직접부담률(A+B)	36.4	37.0	37.5	38.0	36.8	36.6

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험 보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치로, 상기 표의 진료비 내역과 차이가 발생함
 자료: 국민건강보험공단 각 연도별 『건강보험통계연보』를 참조하여 재구성함

나. 실손의료보험 제도 관련 정책 논의

정부는 차세대 국가 성장 동력으로 대두되던 의료산업을 획기적으로 발전시키고 의료 제도 개선을 통하여 국민들의 질 높은 의료서비스 이용을 보장하기 위해 2005년 10월 5일 대통령 직속의 「의료산업 선진화 위원회」를 발족하였다.¹⁴⁾ 대체형 민간보험 도입은 논의하지 않는다는 전제하에 현재 운영 중인 보충형¹⁵⁾ 민간보험에 대한 현황 분석·평가를 시행하여, 국민의료비 부담이 증가하지 않는 방향으로 건강보험과 보충형 민간보험과의 바람직한 역할 관계를 의제에 포함시켜 논의하기로 결정되었다.

2006년 7월 11일 「의료산업 선진화 전략」 대통령 보고¹⁶⁾에서 ‘국민건강보험과 민간의료보험¹⁷⁾ 간 역할 설정’이 주요 토론 과제로 논의 되었으며, 그 과정에서 국민건강보험의 한계 및 민간의료보험에 대한 문제 등이 제기되었다. 국민건강보험의 보장률은 2004년 기준 61.8%에 불과한 수준으로 국민건강보험이 전국민의 의료안전망 역할을 수행하기에는 매우 미흡한 상황이며, 정부 입장에서도 국민들의 고급의료서비스 수요 증가에 대해 충분한 재원을 공급하는 데는 한계가 존재하였다. 한편, 민간의료보험은 규모면에서는 빠르게 성장하고 있지만 여러 문제점에 노출되어 있어, 공보험의 보완형으로서 제 역할을 수행하고 있지 못하다는 비판이 제기되었다.¹⁸⁾ 또한, 손해보험회사의 실손형 상품의 경우 본인부담액의 100%를 보장하고 있어 의료

14) 보건복지부 보도자료(2005. 10. 5), “제1차 의료산업 선진화 위원회 개최”

15) 본 보고서에서는 우리나라의 민영건강보험을 보완형으로 정의하고 있으나, 「의료산업 선진화 위원회」 논의에서는 대체형에 대응되는 표현으로 ‘보충형’을 사용하였으므로 본 절에서는 그대로 인용함

16) 국무조정실 보도자료(2006. 7. 11), “의료산업 선진화 전략 대통령 보고”; 보건복지부 보도자료(2006. 7. 11), “의료산업 선진화 위원회 의료서비스 산업 경쟁력 강화 방안 마련해 대통령 보고”

17) ‘실손의료보험’은 2009년 표준화 이후부터 공식적으로 사용되었으며, 「의료산업 선진화 위원회」에서는 ‘민간의료보험’이란 표현을 사용함

18) 민간의료보험의 보험금 지급요건이 엄격하고 보험금이 과도하게 삭감되는 경우가 빈발하여 소비자의 민원을 유발하고 있으며, 민간의료보험 상품 간 비교가 어렵고, 의학 전문용으로 구성된 보장 내용으로 인해 소비자가 합리적으로 상품을 구매하는 데 저해 요인으로 작용한다는 점 등이 문제점으로 지적됨

낭비 유발 문제에 노출되어 있음이 언급되었다.¹⁹⁾

이 같은 상황 인식하에서 민간의료보험이 국민건강보험의 공백을 보완하여 보건 의료 정책목표를 효과적으로 달성하고 의료산업 선진화에 기여할 수 있도록 국민건강보험과의 합리적 역할 재설정이 필요할 것으로 보고, 의료선진화 위원회는 <표 II-2>와 같은 민간의료보험 제도 개선 방안의 기본 방향을 확정하였다. 5개 기본 방향 중 두 번째인 ‘민간보험상품 표준화 방안’을 제외하고는 모든 추진 과제들이 ‘의료비 관리’에 초점을 맞추고 있다. 특히, 첫 번째는 ‘보장 영역 조정’을 통한 의료비 관리, 네 번째와 다섯 번째 방향은 ‘수가 및 적정성 관리’ 정책이라고 할 수 있다. 따라서 본 고에서는 <표 II-2>의 내용을 중심으로 공·사 건강보험 연계에 대한 해외 사례를 살펴보고자 한다.

<표 II-2> 제4차 의료산업 선진화 위원회 회의 주요 내용

추진 과제	세부 추진 사항	주관 부처
비급여 중심의 보장범위 설정 방안	· 실손형 상품에 대한 법정본인부담금 제외 방법 · 법적 근거 마련 방안	복지부 재정부 (금감위)
민간보험상품 표준화 방안	· 실손형 상품 표준화 내용 및 방법(표준약관 제정) · 정액형 상품의 표준화 유도 방안 · 급여지급률 개선 방안	재정부 금감위 (복지부)
공·사 보험 간 정보공유 방안	· 공·사 보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 · 공·사 보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영	건보공단 보험개발원 (심평원)
민간의료보험의 진료비 심사 위탁 방안	· 진료비 심사를 심평원에 위탁방안 구체화 - 위탁계약, 위탁업무 처리, 이의신청 절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항	심평원
비급여 가격 계약 허용 방안	· 비급여 가격 계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 · 환자 선택권 보장을 위한 최소 조건 설정	복지부 재정부 (금감위)

주: 괄호 안은 협조부처(기관)임

자료: 의료제도개선기획단(2006, 10, 24)

19) 특히, 생명보험회사의 실손보상상품 판매가 2005년 9월부터 허용되어 실손형 상품이 본격적으로 출시될 경우 국민건강보험 재정 지출 및 의료비 급증을 야기할 수 있다는 우려 등이 제기됨

1) 법정본인부담금을 제외한 비급여 중심의 보장범위 설정

의료산업 선진화 위원회는 손해보험회사를 중심으로 판매되고 있는 실손형 건강보험상품이 환자 본인부담액(법정본인부담금, 비급여)의 100%를 보장²⁰⁾하고 있어, 실손 가입자의 도덕적 해이 유발과 이에 따른 의료비 증가로 건강보험의 재정 악화를 초래함을 지적하였다. 특히, 위원회는 법정본인부담금은 의료이용자의 도덕적 해이를 관리하기 위한 통제장치로 OECD(2004)에서도 법정본인부담금의 전체 또는 일부 보장 금지를 권고하고 있음을 들어 실손의료보험에서 법정본인부담금의 보장을 제외해야 한다고 제안하였다. 이에 따라 제4차 회의에서는 실손의료보험의 보장범위를 건강보험에 재정중립적인 방향으로 설정하되, 기존 가입자 보호 및 시장충격을 최소화하는 방향으로 정책을 추진하기로 결정하였다.

첫째, 기존 가입자 보호를 위해 신규 실손형 상품 및 계약 기간이 만료된 재계약(갱신)상품에 대해 법정본인부담금 보장을 금지하되, 시장이 제도 변경에 적응할 수 있도록 일정 기간 동안 경과기간을 두기로 했다. 경과기간 중에는 공제금(Deductible) 설정 등을 통해 법정본인부담금을 단계적으로 제한하여 추진하기로 하였다.

둘째, 경과기간 중 비급여 중심의 실손의료보험상품 개발 유도를 위해 정책 방향에 부합하는 상품에 대해 세제혜택을 부여했다. 이 외에도 (1) 안전성, 유효성이 확인된 고급의료서비스의 시장진입 활성화를 위한 신 의료기술 평가체계 마련, (2) 건강보험 통계센터를 통한 기초통계 확대 생산 및 국민의료비 패널데이터 등 건강보험 기초통계 공유, (3) 보험사와 의료기관 간 비급여 가격 계약 체결을 위한 의료법 개정 등 제도 개선을 추진하기로 하였다.

보건복지부는 민간의료보험에서 법정본인부담금 보장 시 보험가입자의 도덕적 해이로 인한 건보재정 악화를 우려하여, 민간의료보험의 보장 영역을 건강보험 법정본인부담금을 제외한 비급여 중심으로 결정하게 됨을 밝혔다.²¹⁾

20) 보상 한도를 설정하고 있으나, 건강보험 본인부담상한제(6개월간 300만 원), 본인부담보상제(1개월간 120만 원) 운영에 따라 사실상 환자 본인부담금의 100%를 보장하는 것으로 봄

21) 보건복지부는 2006년 7월 11일 「대통령 주재 의료산업 선진화 전략 보고 회의」에 복수

보건복지부는 민영건강보험에서 건강보험이 보장하는 의로서비스 급여의 본인부담금을 보장할 경우 보험가입자의 의로서비스에 대한 가격민감도가 하락하고, 이는 결국 민영건강보험 가입자들이 의료쇼핑 등 과잉의료 행위로 이어져 결국에는 건강보험 재정악화로 이어짐을 지적하였는데, 이 과정에서 보건복지부는 민간보험이 법정본인부담금을 보장하지 않도록 한 OECD(2004) 권고사항을 인용하였다.

그러나 보험업계는 민영건강보험으로 인한 국민건강보험 재정지출 증가 규모가 미미하며, 국민건강보험 본인부담 부분에 대한 일부 보장을 통해 의료접근성이 증대되고 이로 인해 가입자 후생이 증가하는 효과가 존재함을 지적하였다. 그리고 보건복지부에서 인용한 OECD(2004) 자료에 대해서는 대부분의 OECD 국가에서 민영건강보험이 법정본인부담금을 제한하지 않고 스위스만이 불허하고 있는 상황을 지적하며 이를 반박하였다.²²⁾ 특히 필수의료서비스를 국가가 보장하고 소액의 본인부담분을 두는 대부분의 OECD 국가와 달리 본인부담 영역이 지나치게 큰 우리나라에 이를 적용하는 것은 타당하지 않음을 주장하였다.²³⁾ 이에 따라 보험업계는 국민건강보험 급여항목의 본인부담분에 대해 민간의료보험의 보장을 허용하는 것이 바람직하다고 주장하였다. 다만, 법정본인부담금을 포함하되 공제금 등과 같은 도덕적 해이로 인한 억제장치 등을 마련하고, 3~4년 단위의 평가기간을 설정하여 국민건강보험 재정에 미치는 영향을 분석하여 추가 조치를 검토할 필요가 있다는 의견을 제시하였다.

결국 2009년 실손의료보험이 표준화되면서 자기부담금(10%) 제도가 도입되었으며, 2012년과 2015년 제도 개선을 통해 비급여 의료비에 대한 자기부담금이 20%로 확대되었다.

안(1) 건강보험 법정본인부담금을 보장하는 민간의료보험 상품 출시를 금지하는 방안과
(2) 이를 허용하는 방안)을 상정하여 토론 끝에 금지하는 것으로 결정하였음을 발표함

22) 보험개발원(2006)

23) 생명보험협회·손해보험협회(2006)

2) 소비자 보호 강화를 위한 민간보험 상품 표준화

정보 비대칭 해소, 소비자 선택권 보장을 위해 실손형 및 정액형 상품의 표준화를 추진하되, 세부추진 방안은 관계부처 간 협의를 통해 마련하기로 하였다.

소비자 보호 강화를 위해 보험업법 개정 등을 통해 보험상품 설명 Script 매뉴얼화 및 서명 의무화, 보험상품의 비교공시 강화, 민간보험상품의 허위·과장 광고에 대한 금지행위 및 제제를 법규화하기로 하였다.

보험상품 판매 시 소비자에 대한 설명내용·방법을 매뉴얼화하고 주요 항목별로 설명내용을 이해하였다는 소비자의 서명을 의무화하기로 했다. 또한 담보하는 질병에 대한 설명과 더불어 담보하지 않는 주요 질병에 대해서도 명확히 설명하기로 했다. 이에 따라 2009년부터는 실손의료보험의 보장 내용은 표준화되기에 이르렀다.

3) 국민건강보험과 민간의료보험 간 정보 공유

합리적인 보험상품 개발이 가능하도록 공익성 있는 국민건강보험 기초통계 제공, 국민의료비 내 공공재원과 민간재원 간 분담 규모 파악, 보험가입자를 위한 정보 제공 등을 위해 민간의료보험 통계 정보를 공유하기로 정책 방향을 설정하였다.

이 같은 정책방향을 달성하기 위해 국민의료비 인프라 강화와 공·사 보험 기초통계 공유를 위한 「공·사 보험 기초통계정보 공유협약체」를 구성·운영하기로 하였다. 그러나 정보 공유를 통한 공·사 협력은 사실상 실질적인 진전이 이루어지지 않고 있다.

4) 민간의료보험의 진료비 심사 위탁

진료 적정성에 대한 전문심사 및 공·사 보험 간 중복심사 방지를 위해 민간의료보험의 진료비 심사를 건강보험심사평가원에 위탁하기로 결정하였다.

진료비 청구절차와 관련하여 크게 두 가지 형태의 방안이 제시되었으나, 추후 논

의를 통해 (방안 1) 보험회사가 요양기관에 직접 진료비를 지급하거나, (방안 2) 환자가 요양기관에 의료비를 납부한 후 보험회사로부터 의료비를 지급받고 보험회사는 심사결과에 따라 요양기관에 사후 정산하는 방안이 제안되었다.

진료비 청구·심사 및 지급 등의 처리절차는 진료비 청구 및 지급 당사자 간 계약으로 정하며, 민간의료보험에서 지급하는 건강보험 비급여 항목에 대한 청구코드 신설 및 심사기준 마련 등과 같은 심사체계를 구축하기로 하였다.

비급여 심사기준 설정을 위해 민간보험사, 의약계, 공의 등으로 구성된 별도의 심사위원회를 구성하고 의학적 판단에 대한 위원회 합의에 의한 결정기준을 마련하고 심사처분에 대해 이의가 있는 보험사 등의 구제절차를 제도화하기로 합의하였다. 또한 보험회사나 의료기관 등이 심평원의 심사처분에 이의가 있는 경우 이의를 제기할 수 있도록 이의신청 기간, 서식, 절차 등을 규정한 이의신청 절차를 마련하기로 하였다.

민영보험의 진료비 심사위탁의 주체, 위탁의 범위 등 심사위탁 근거를 제도화하기 위해 보험업법 개정 또는 당사자 간 MOU 체결 등의 방안 마련을 추진하기로 하였다.²⁴⁾

특히, 자동차 보험이 2013년 심사평가원에 진료비 심사를 위탁하면서 이와 유사한 체계를 실손의료보험에도 도입하자는 논의가 나타났다. 2015년 오신화 의원의 발의로 실손의료보험에 대한 보험금 심사체계 마련 및 관련 정책 협의기구를 신설하자는 주장이 있었으나 의료계의 강력한 반대에 논의가 중단되면서 현재까지 진전이 없는 상태이다.

5) 민간보험회사와 의료기관 간 비급여 가격 계약 허용

비급여 중심의 실손형 민간의료보험 기반 마련을 위해 민간보험사와 의료기관 간 비급여 항목에 대한 가격 계약 체결 허용을 위해 의료법 개정안을 마련하였다. 보건복지부는 변화된 의료 환경을 반영하기 위해 의료법 전면 개정 작업을 2006년 8월부

24) 민간보험 진료비심사 관련 심평원 특별회계를 별도로 구성하고 전문인력을 확충함

터 진행하였으며, 2007년 2월 5일 의료법 개정안을 발표하였는데, 주요 내용으로는 민간보험과의 비급여 비용에 대한 가격 계약 등을 통해 부분적인 환자 유인 및 알선 행위 허용 등이 포함되어 있었다. 또한 가격 계약의 내용·절차 등에 대한 구체적 논의와 실행 방안 마련을 위해 복지부, 재경부, 의료단체, 보험협회 간 협의를 진행하기로 하였다. 그러나 이러한 논의에도 불구하고 현재까지 가시적인 진전은 나타나지 않고 있다.

다. 실손의료보험 도입 및 제도 개선 과정

실제 실손의료보험과 관련해서 도입·실시되었던 각종 정책들을 시간대별로 요약하면 <표 II-3>과 같이 볼 수 있다. 그러나 자기부담금을 포함하는 보장 영역의 조정을 제외하고는 실제 공·사 협력의 차원에서 이루어진 정책은 없다고 보는 것이 타당할 것이다.

〈표 II-3〉 실손의료보험의 제도 개선 과정

시기	주요 내용
1963	실손보상 상해보험 도입(손해보험)
↓	
2003. 8	보험업법 개정 - 제3보험 도입 생명보험회사 단체 실손보상보험 판매(2003. 11)
↓	
2009. 9	실손의료보험 표준화 자기부담금(10%) 제도 도입, 보장내용 표준화(상해, 질병, 종합)
↓	
2012. 8	실손의료보험 종합 개선 대책 발표 단독형상품 출시, 보험료 조정주기 단축(3년→1년), 자기부담금 20% 병행
↓	
2013. 1	단독형 상품 도입 실손의료비만 담보하는 전용 상품
↓	
2014. 8	노후실손의료보험 출시 가입연령: 75세, 보장한도: 1억 원, 자기부담금: 급여 20%, 비급여 30%
↓	
2014. 10	단체실손 중복 가입 확인의무 제도 시행
↓	
2015. 9	자기부담금(급여: 10%, 비급여: 20%)
↓	
2017. 4	상품구조 개편(기본형 + 특약), 보험금 미청구자에 대한 인센티브, 실손의료보험의 경우 단독상품으로만 판매 (2017. 4. 1 ~)

2. 건강보험 보장성 강화 대책(2017)²⁵⁾

2017년 8월 9일 정부는 공적건강보험의 보장률을 2022년까지 70%로 높이겠다는 골자의 건강보험 보장성 강화 대책인, 이른바 ‘문재인 케어’를 발표했다.²⁶⁾ 문재인 케어의 핵심 내용은 의료비 증가와 환자 부담의 주요 원인이 되고 있는 비급여 대상을 이전 정부가 시행해 온 방식에서 벗어나 획기적으로 급여화시킴으로써 대책의 실효성을 높이겠다는 것이다.

이전 정부까지는 비급여 항목 중 4대 중증질환 대상 및 비급여 항목 중에서 선별적으로 급여화를 추진해 왔다. 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위해 추가 근거가 필요하거나 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강 회복에 잠재 이득이 있는 등의 경우를 선별급여²⁷⁾로 정하고 환자 본인부담률을 기존 급여와 달리 50~80%까지 차등 적용하여 예비적인 요양급여로 운영하였는데, 주로 암, 뇌질환, 심장병, 희귀(난치)질환 등 4대 중증질환을 대상으로 지정하였다. 그러나 이 과정에서 비급여 풍선효과 등으로 인해 상당히 많은 재원을 투입했음에도 불구하고 실질적으로 보장률을 높이는 데 실패한 것으로 평가되고 있다. 문재인 케어의 배경에는 비급여 통제 없이는 건강보험 보장성 확대가 불가능하다는 지난 10년간의 성찰²⁸⁾이 있으며(강희정 2018), 이에 따라 정부는 예비급여라는 개념을 도입하고 치료에 필요한 모든 비급여를 가능한 짧은 시간에 급여나 예비급여에 편입하여 의료비 적정성 관리 대상에 포함시키겠다는 것이다.

25) 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “건강보험 보장성 강화 대책”

26) ① (비급여 해소 및 발생 차단) 치료에 필요한 모든 의학적 비급여의 급여 편제

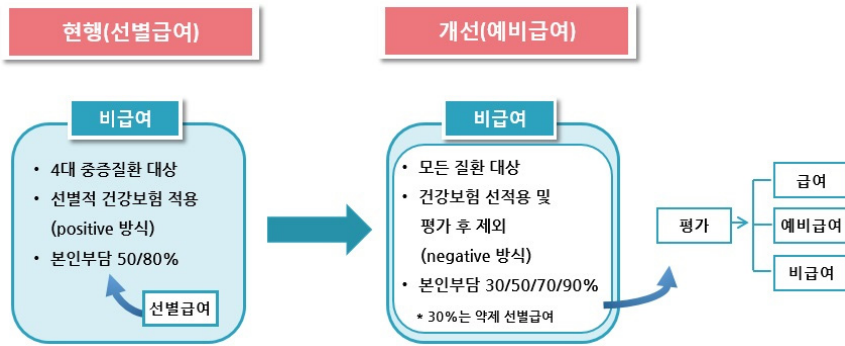
② (의료비 상한액 적정 관리) 노인·아동·여성·장애인 등 취약계층의 의료비 부담 완화, 소득수준에 비례한 본인부담상한 설정

③ (긴급 위기 상황 지원 강화) 재난적 의료비 지원 대상 확대, 의료비 지원 제도 간 연계 강화

27) 법령상 제도 운영 근거: ① 국민건강보험법 제41조의4(선별급여) 및 동법 시행령 제18조의4(선별급여), ② 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제14조의3(선별급여의 실시 조건), ③ 보건복지부 고시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」

28) 2004년부터 연 평균 5천억 원 이상의 재원이 보장성 강화를 위해 투입되어 왔으나, 건강보험 보장률은 2006년 54.5%에서 2015년 63.4%로 최근 10년간 60% 수준에서 정체됨(강희정 2018)

〈그림 II-3〉 건강보험 보장성 강화 대책



자료: 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “건강보험 보장성 강화 대책”

문재인 케어에 의하면 치료에 필요한 모든 의학적 비급여에 해당되는 3,800여 개 항목이 2022년까지 단계적으로 국민건강보험(급여, 예비급여)에 편입될 예정인데, 미용, 성형 등을 제외하고 의학적 필요성이 있는 모든 비급여가 질병 구분 없이 포함된다. 다만, 치료효과는 있으나 가격이 높아 비용 효과성이 부족한 비급여에 대해서는 환자 본인부담률을 30~90%까지 차등 적용하여 급여화하고, 3~5년 후 유효성, 안전성, 경제성 등의 평가 근거를 통해 비용효과가 입증되지 않을 경우 국민건강보험 적용 여부(급여, 예비급여, 비급여)를 결정하게 된다. 또한 현재 공공의료기관 42개 기관에서 시행되고 있는 실폐괄수가제를 2022년까지 200개 의료기관으로 확대 적용함으로써, 현행 행위별 수가제에 따른 과잉진료 유발 요인을 축소할 계획이다.

문재인 케어가 지속성을 가지고 성공하기 위해서는 상당한 규모로 추정되는 예산을 지속적으로 충당할 수 있는가와 보장성 강화를 위한 가장 핵심적인 수단인 예비급여가 효과적으로 작동할 수 있는가에 있다. 현재 20조 원 이상의 건강보험 누적 적립금이 쌓여있다고 하나, 보건복지부는 문재인 케어에 2017년부터 2022년까지 30조 6천억 원의 건강보험 재정이 소요될 것으로 추계하고 있다.

예산의 지속적인 조달 가능성에 대한 우려²⁹⁾는 논외로 하더라도 예비 급여가 총

29) 이태열(2017)은 정부의 건강보험 보장성 강화 대책이 당초 계획대로 이행된다고 할 경우 2022년 총 진료비가 약 123조 원에 이르고 건강보험공단이 지급해야 할 급여비만 약 86조 원(2015년 44조 원)에 이르게 되어 막대한 예산이 소요될 것임을 추정함

진료비를 억제하고 보장률을 효과적으로 상승시킬 수 있는지에 대해서도 불확실한 부분이 많다. 우선 예비급여의 궁극적인 보장대상이나 보장 정도가 충분히 않은 경우 민영건강보험에 의한 의료비 보장은 지속적으로 중요한 이슈가 될 수밖에 없다. 또한, 예비급여의 보장 정도가 충분하다고 하더라도 적용 확대가 지나치게 점진적으로 이루어질 경우 비급여 진료비의 풍선효과가 상당 기간 발생하면서 공적 보장의 확대 효과를 잠식하게 될 것이다. 이는 한번의 정책 시행으로 완벽한 목표 달성을 이루기는 상당히 어렵기 때문에, 정부의 공보험 보장성 강화 대책과 더불어 건강보험의 효과적인 공·사 간 연계 체제를 구축하는 노력이 동시에 이루어질 필요가 있음을 의미한다.

또한, 건강보험 보장성 강화 대책이 민영건강보험에 미치는 영향에 대해서도 이해관계자 간에 다양한 주장이 제기되면서 사회적 공감대가 희박한 만큼, 이에 대해서는 추후 면밀한 연구가 필요할 것으로 보인다.

〈표 II-4〉 선별급여와 예비급여 제도 비교

구 분	선별급여	예비급여(예정)
시행 시기	- 2014년 7월 ~ 제도 운영 중	- 시행 예정
시행 근거	- 국민건강보험법 제41조의4(선별급여) 및 동법 시행령 제18조의4(선별급여) - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제14조의3(선별급여의 실시 조건) - 복지부고시 '선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준'	- 의료법 개정 예정 * 신의료기술평가를 의료기술평가로 개편하여 급여·예비급여·비급여 재평가 - 국민건강보험법 및 하부규정 등 개정이 필요할 것으로 사료되나 보도자료에는 언급되지 않음
대상 항목	- 4대 중증질환 * 현재 행위 21항목, 행위+치료재료 13항목, 치료재료 22항목 등 총 56개 항목 ▶ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조(선별급여 항목 및 본인부담률의 결정) 2항 및 별표 2	- 의학적 필요성 있는 모든 비급여 ▶ 복지부 보도자료, “모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다!”('17. 8. 9)
본인 부담률	- ① 치료효과성 ② 비용효과성 ③ 대체가능성 ④ 사회적 요구도에 따라 본인부담률을 차등하여 적용 (50~80%) ▶ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조(선별급여 항목 및 본인부담률의 결정) 1항 및 별표 1	- 환자 본인부담률 30~90% 적용 * 30%는 약제 대상(선별급여 방식) ▶ 복지부 보도자료, “모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다!”('17. 8. 9)
재평가 주기	- 5년 * 선별급여의 내용, 성격, 효과 등을 고려하여 평가 주기 변경 가능 ▶ 국민건강보험법 시행령 제18조의4(선별급여) 2항 1호	- 3~5년 * 재평가 결과에 따라, 급여·비급여·예비급여 여부를 결정 ▶ 복지부 보도자료, “모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다!”('17. 8. 9)
평가 주체	- 급여평가위원회 평가 및 각 위원회별 (항목·치료재료·약재 등) 심의 → 복지부 장관 선정 ▶ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제4조(선별급여 평가 절차)	- 미정
참고 사항	- 선별급여 제도에 따른 환자 본인부담금은 '본인부담상한제'의 적용 대상에서 제외 ▶ 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 3항 3호	- '비급여의 점진적 축소'가 아닌 '의학적 비급여의 완전한 해소'가 목표 ▶ 복지부 보도자료, “모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다!”('17. 8. 9)

3. 최근 논의의 특징

정부는 건강보험 보장성 강화 대책의 효과적인 추진과 우리나라 의료비 보장 체계의 발전을 위한 공공부문과 민영부문 간 논의의 장으로서 「공·사 보험 정책협의체」를 구성하였다. 「공·사 보험 정책협의체」는 향후 새로운 건강보험 체계하에서 실손의료보험의 바람직한 역할을 모색하는 데 논의를 집중하기로 하고, 주요 논의 과제로서 ① 실손보험료 인하 유도, ② 실손의료보험 상품 구조 개선, ③ 비급여 관리 강화, ④ 소비자 권익 강화 등을 결정하였다.³⁰⁾

그 간³¹⁾ 실손의료보험과 관련한 논의들은 상기의 주제 중 두 번째, 세 번째, 네 번째 주제에 집중되었다. 비급여 중심의 보장 범위 설정 방안은 두 번째 주제인 ‘실손의료보험 보장 범위 변경 검토 등’에 해당된다고 할 수 있으며, 공·사 보험 간 정보공유 방안과 민간의료보험의 진료비 심사 위탁 방안, 그리고 비급여 가격 계약 허용방안 등은 세 번째 주제인 ‘비급여 관리 강화’에 해당되는 주제라고 할 수 있다. 마지막으로 ‘민간보험상품 표준화 방안’은 네 번째 주제인 ‘소비자 권익 강화’에 해당된다.

그러나 「공·사 보험 정책협의체」의 논의 주제를 보면 ‘실손보험료 인하 유도’가 가장 우선순위에 있고 관련 논의도 이에 집중되고 있는 상황이다. 지금까지 의료비 보장에 있어서 다양한 개선 방안을 논의했음에도 사실 큰 진전이 없었다고 할 수 있는데, 가장 공격적인 공적 보장 확대를 내용으로 하는 문재인 케어 정책이 추진되면서 공·사 건강보험의 협력 모델을 모색하는 것은 더욱 멀어지고 있다고 판단된다.

선진국과 비교해 볼 때 우리나라의 비급여 비중이 매우 큰 것은 상당부분 건강보험의 재정적 한계에서 비롯된 측면이 강하다는 점, 즉 국민건강보험의 저부담-저급여 구조로 인해 비급여 비중이 높아진 것이다. 이에 따라 공적건강보험의 총 지출액은 일정 수준으로 안정적인 관리를 할 수 있었지만, 역설적으로 건강보험의 급여에 비해 상대적으로 통제 기반이 약한 비급여로 인해 국민의료비 지출이 지속적으로 상

30) 금융위원회 보도자료(2017. 9. 29), “건강보험 보장성 강화와 연계한 실손의료보험 개선 추진”

31) 2006년 의료산업 선진화 위원회 활동부터 ‘문재인 케어’가 추진되기 전까지를 의미함

승하는 결과를 초래하게 되었고, 결국 실손의료보험의 손해율 및 보험료 상승이라는 사회적 문제를 낳게 되었다고 볼 수 있다.

따라서 본 절은 과거 우리나라 실손의료보험과 관련한 다양한 논의들을 종합할 때 현재 공·사 간 논의는 하루 빨리 우리나라에 적합한 공·사 간 협력 모델을 모색하고 비급여 진료비를 효과적으로 관리할 수 있는 틀을 만드는 데 집중되어야 한다고 판단한다. 본 연구가 주요 선진국의 공·사 협력 사례를 제시하고자 하는 이유는 이들 국가들이 현재 우리나라가 목표로 하는 충분한 공적 보장을 달성했음에도 불구하고, 각 국가별 특성에 맞는 공·사 협력 모델을 구축하여 민영건강보험이 공적 보장을 보완하고 있기 때문이다.

Ⅲ. 공사 건강보험 연계 사례

1. 개요

가. 민영건강보험 운영 현황

민영건강보험³²⁾은 공적건강보험 제도³³⁾와 보건의료시스템을 포함하는 공공부문과의 역할 관계에 따라 각각 보완형(Complementary), 보충형(Supplementary), 대체형(Substitute) 등으로 분류할 수 있으며, 이에 따라 민영건강보험 시장의 발전 동인과 보장하는 급부의 특성도 달라지게 된다.

공적건강보험의 가입자를 대상으로 하는 민영건강보험은 공보험의 급부를 보완해주는 보완형(급여본인부담, 비급여)과 공보험의 급부서비스의 질을 보충해주는 보충형이 있다. 또한 공적건강보험의 적용을 받지 않는 인구를 대상으로 공보험과 민영보험과의 선택권을 인정하는 대체형이 있다. 우리나라의 실손의료보험은 공보험의 급부 보완형(공보험이 보장해 주지 않는 비급여 보장)과 공보험 급부의 본인부담금 보완형이 하나의 상품으로 결합되어 운영되고 있다(〈표 Ⅲ-1〉 참조).

민영건강보험시장에서 보완형(급여본인부담금)이 가장 발달된 국가는 프랑스로 이는 그 간 정부 주도로 민영건강보험시장을 확대하기 위한 다양한 정책이 추진되어 왔기 때문으로 평가된다.³⁴⁾ 전체 국민의 민영보험 가입률이 94% 이상으로 거의 모

32) 해외에서는 Private/Voluntary Health/Medical Insurance(PHI, PMI, VHI, VMI)로 다양하게 불림

33) OECD 중 그리스, 멕시코, 미국 등 일부 국가를 제외하고 대부분 국가에서 전 국민 대상의 건강보장 제도를 시행함

34) 프랑스 정부는 저소득가구에 대한 보조금 제도(2000), 세금보조금 제도(2005) 도입 등을 통해 민영건강보험의 시장 확대를 견인함

든 국민이 민영보험에 가입되어 있다고 볼 수 있다. 한편, 영국, 아일랜드 등 유럽 상당 국가의 보건의료시스템은 공공부문 중심으로 운영되고 있기 때문에 이들 국가들의 민영건강보험은 보충형 중심으로 운영되고 있으며, 일부 보완형(공보험 급부 보완)과 연계하여 판매되기도 한다. 대체형 국가는 미국, 독일 정도로 적용 국가가 점차 축소되는 추세이다.

대부분 국가의 민영건강보험은 공보험과 경쟁보다는 보완하는 관계에 있는데, 이는 공보험이 주로 비용효과적인 측면에 기초하여 급여범위를 보장하는 반면, 민영보험은 그 이외의 비효율적이고 상대적으로 고가의 의료서비스를 보장하기 때문이다(최병호 2001).

〈표 Ⅲ-1〉 민영건강보험의 역할관계에 따른 발전 동인과 보장급부 특성

공공부문과 역할관계	국가	민영건강보험시장 발전 동인	민영건강보험 보장급부 특성
보충형 (Supplementary)	유럽 상당국가	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스(질, 대기기간 등)의 니즈 차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대
보완형-공보험 급부보완(비급여) (Complementary -services)	한국 독일 호주 일본	공보험공적재원이 제공하는 보장급부 범위 제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스(안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형- 급여본인부담금 (Complementary -user Charges)	한국 독일 호주 프랑스	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
대체형 (Substitutive)	독일 미국	전체 국민에서 공보험/ 공적재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)

자료: WHO(2016)를 참고하여 재작성

〈표 Ⅲ-2〉 유럽 민영건강보험 시장 현황(34개국)

민영보험 역할	총 의료비 지출 중 민영건강보험 비중			
	≤1%	≤5%	≤10%	>10%
보충형	불가리아 헝가리 이탈리아 리투아니아 노르웨이 루마니아 슬로베니아 스웨덴	오스트리아(34) 벨기에(60) 핀란드, 그리스 라트비아(24) 몰타(21) 폴란드, 러시아 스페인, 영국(9)	조지아 포르투갈 스위스(70)	아일랜드(47)
보완형 - 공보험 급부보완	-	아르메니아 덴마크(38) 영국(5)	네덜란드(84) 독일(27)	조지아
보완형 - 공보험 본인부담금	-	덴마크(38) 핀란드(17)	크로아티아(59) 독일(27)	프랑스(90 ↑) 슬로베니아(84)
대체형	체코 에스토니아 아이슬란드	사이프러스(22)	독일(11)	-

주: 2014년 기준, ()는 전체 국민에서 민영건강보험 가입 비중
 자료: WHO(2016)

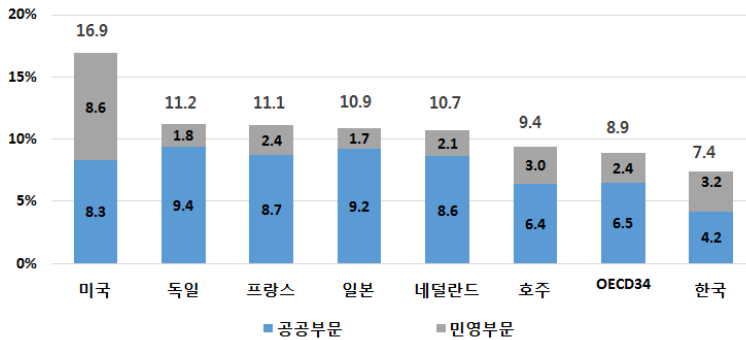
〈그림 Ⅲ-1〉 국가별 공·사 건강보험 보장 영역 비교(2013년)



우리나라는 2015년 GDP 대비 의료비 비중이 7.4%로 OECD 평균 8.9%보다 낮은 수준이며, 의료비에서 공공재원이 차지하는 비중 또한 55.9%로 OECD 평균(72.7%)에 비해 낮다. 반면에, 개인부담 비중(36.9%)은 OECD에서 두 번째로 높은 수준³⁵⁾이다(〈그림 Ⅲ-2〉, 〈그림 Ⅲ-3〉 참조).

35) OECD 34개 회원국 중에서 멕시코(45%) 다음으로 높은 수준임

〈그림 Ⅲ-2〉 주요국 GDP 대비 의료비 지출구조(2015년)

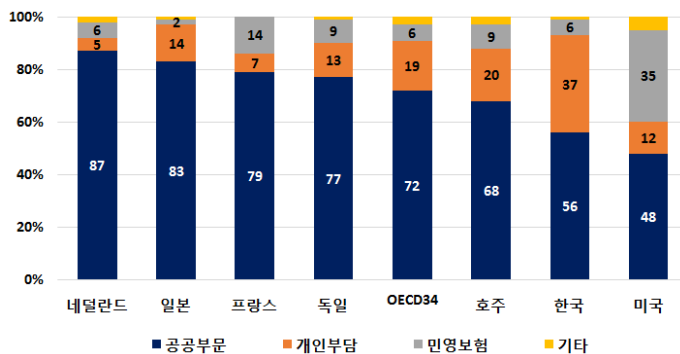


주: 맨 위의 숫자는 총 의료비 비중임

자료: OECD Health data

한편 2013년 민영건강보험 비중은 OECD 평균인 6%대와 동일한 수준으로 민영 부문의 비중이 높은 국가는 미국과 독일, 그리고 호주와 프랑스로 이는 민영건강보험이 각각 공공부문을 대체해서 운영되고 있거나 공공부문의 재정 부담을 완화하기 위해 민영보험 확대정책을 추진해온 국가들이다(〈그림 Ⅲ-3〉 참조).

〈그림 Ⅲ-3〉 주요국 의료비 자원 비중(2013년)

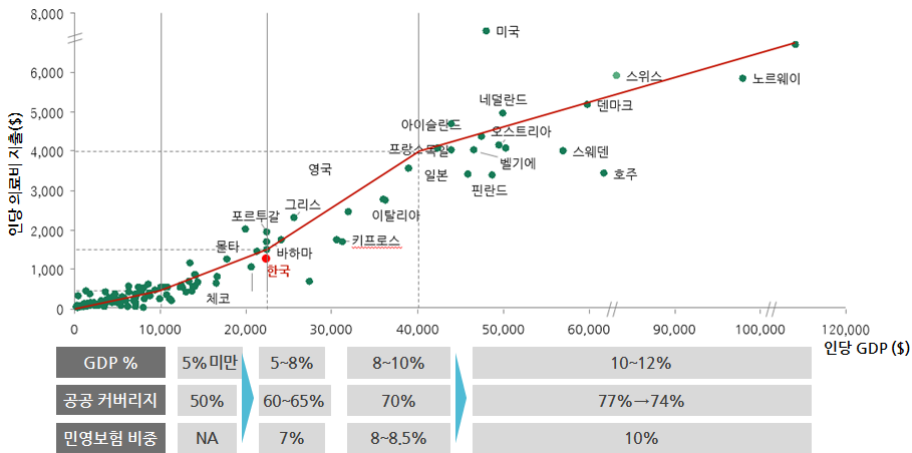


자료: OECD Health data

국가의 의료비 지출 규모는 일반적으로 경제가 발전할수록 비례해서 증가하기 때문에 국가의 경제가 발전할수록 공적건강보험이 차지하는 비중도 높아지나 민영건

강보험시장도 함께 발전하는 경향이 있음을 알 수 있다. 특히, 선진국 단계에서 공적 건강보험의 보장률이 70%대 후반 등 일정 수준 이상 높아지게 되면 공공부문의 재정 부담 또한 증가하기 때문에 호주, 프랑스 등 많은 국가들이 재정 부담 완화를 위해 민영건강보험을 활성화하는 정책을 추진해 왔음을 후술에서 확인할 수 있다.

〈그림 III-4〉 국가별 의료비 지출 규모와 민영건강보험 발전 단계



자료: 정성희(2017, 11)

민영건강보험이 운영되는 현황을 개략적으로 살펴보면 다음과 같다. 일반적으로 소비자의 선택에 의해 자율적으로 가입하는 형태이고 보험회사는 보험계약심사(Underwriting)를 통해 고령자, 유병자 등 건강취약계층 및 기왕증(Pre-existing Health Conditions)³⁶⁾ 등에 대해서 보장의 일부를 제한하거나 건강위험상태를 고려하여 보험료를 할증하는 조건으로 가입을 허용하거나 가입 자체를 거절할 수 있다.

36) 환자가 지금까지 걸렸던 질병이나 외상 등 진찰을 받는 현재에 이르기까지의 병력을 의미함

〈표 Ⅲ-3〉 주요국 민영건강보험 상품운영 현황(상품구조)

구분	보험기간	가입연령	계약심사	보장제한 Exclude Pre-existing Conditions
독일	종신 * 보험회사, 상품변경 가능	가입조건 충족 * 보완형: 전 연령	○ * 대체형 기본플랜: ×	○ * 대체형 기본플랜: ×
네덜란드	1년	전 연령	○ * 의무가입 플랜: ×	○ * 의무가입 플랜: ×
프랑스	1년	전 연령 * 특정계약 연령제한	○ * 건강문진, 연령제한 계약	○
호주	1년	전 연령 * 30세 이상 가입 시 패널티	×	×
미국	1년	전 연령	×	×
한국	15년	70세 까지 * 노후실손 75세까지	○	○

민영건강보험에 적용되는 보험료 산출 체계는 개인의 건강위험요인을 반영하는 위험요율(Risk Loading)³⁷⁾과 개인의 건강위험과는 무관하게 동일한 보험요율을 적용하는 지역요율(Community Rating)로 구분된다. 위험요율은 독일, 프랑스 등 유럽 상당 국가를 포함하여 일본, 한국 등 많은 국가의 민영건강보험에 적용되는 대표적인 보험요율 체계로 성, 연령, 건강상태 등 개인이 보유한 건강위험요인에 따라 보험료를 차별적으로 부가하는데, 이를 적용하는 주목적은 민영건강보험 가입자가 부담하는 보험료의 형평성 제고에 있다고 할 수 있다. 반면에 호주, 미국 등에서 적용되고 있는 지역요율의 경우 보험회사가 성,³⁸⁾ 연령, 건강상태 등 개인의 건강위험요

37) 건강위험요인(연령, 건강상태 등)을 반영하므로 고령자, 질환자 등 건강위험체의 보험료가 높음

38) EU는 2007년 12월 21일부터 보험료와 보장급부에 대한 성별 간 차등을 금지하는 조항을 채택(Unisex Tariff)함으로써, EU 국가는 민영건강보험 포함한 모든 보험상품에서 성별 차별을 금지하고 있음

인에 따라 보험료를 차별적으로 부가할 수 없으며, 이는 민영건강보험 가입의 동등성(접근성) 제고를 목적으로 하고 있다. 다만, 지역요율의 적용은 민영건강보험의 사회적 역할을 강조한다는 것을 의미하지만, 이 경우 보험회사가 부담하게 되는 위험 부담에 대한 경감을 위한 제도(위험평준화 제도³⁹⁾ 등)가 함께 실시되고 있음에 유의할 필요가 있다.

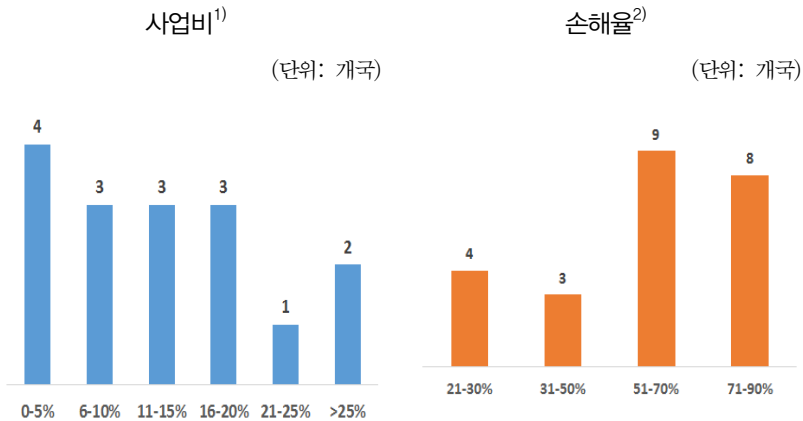
〈표 Ⅲ-4〉 주요국 민영건강보험 상품운영(보험료 산출)

구분	보험료 산출변수	가입 시 의료정보	대기시간	피부양자 추가비용
독일	연령, 건강상태 * 2012년부터 성차별 금지	진료이력	3 ~ 8개월	필요
네덜란드	지역요율 * 위험평준화 제도	불필요	-	필요
프랑스	연령, 거주지역 * 상호보험: 소득수준	통상 불필요 * 일부 세제혜택계약 필요	×	통상 불필요
호주	지역요율	불필요	×	필요
미국	대부분 주 지역요율	×	○	다양
한국	성, 연령, 건강상태	진료이력	×	필요

39) 건강보험기금 등의 운용을 통해 더 건강한 가입자 기여금으로 덜 건강한 가입자를 위한 급여를 보장하는 시스템임. 네덜란드의 경우 건강보험 총 예의 50%를 차지하는 소득 대비 세금을 정부의 기금으로 운영하며 위험에 비례하여 각 보험회사에 배분하고 있음

참고 ▶ 건강보험 주요 운영 지표

■ 유럽 주요국 민영건강보험의 사업비 및 손해율 현황

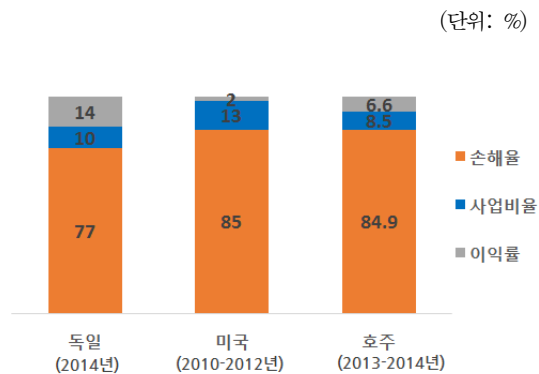


주: 1) 2012년 수입보험료 대비 실제사업비, 16개 국가 중 해당 국가 수

2) 2013년 수입보험료 대비 지급보험금, 24개 국가 중 해당 국가 수

자료: WHO(2016)

■ 주요국 민영건강보험 수익 구조 비교



주: 독일은 유배당상품으로 배당재원이 포함된 이익률
 자료: Congressional Budget Office(2016); PHIAC(2014)

나. 민영건강보험의 공공성

민영건강보험의 공공성(사회적 책임)은 공공부문과 연계된 민영건강보험의 역할(대체형, 보완형, 보충형 등)에 의해서 결정되며, 공공성 정도에 따라 공공재 혹은 필수재(General Good)와 비필수재로 구분될 수 있다. 민영건강보험의 역할이 대체형과 같이 국민의 기본적인 의료보장인 경우에는 강한 공공성이 요구되므로 공공재로 분류할 수 있으나, 공적건강보험에 대한 보완적 또는 보충적 기능에 한정될 경우에는 공공성 규제보다는 다양한 상품의 공급을 통한 소비자의 선택권 확대가 중요하게 고려된다. 민영건강보험에 대해 지나치게 공공성을 강화할 경우 시장기능이 억제되거나 실패하게 되어 국민의 의료서비스에 대한 접근성이 악화될 수 있음을 유의해야 한다.

건강보험 관련 EU 지침서⁴⁰⁾의 경우 사회보장은 국민 기본권이라는 정신에 입각하여 대체형 및 준대체형 민영건강보험에 대해서는 회원국에게 강력한 규제를 허용하도록 하고 있으나, 보충형 및 보완형에 대해서는 최소한의 규제만 하도록 권고하고 있다. EU 지침서를 보면 대체형 및 준대체형⁴¹⁾에 대해서는 무심사(Open Enrollment),⁴²⁾ 지역요율(Community Rating) 적용,⁴³⁾ 종신보장(Guaranteed Renewal),⁴⁴⁾ 공적보험과 동일 보장의 표준형 제공, 사후적 위험평준화(Risk Equalization Scheme)⁴⁵⁾ 등 공공성 확보를 위한 규제를 적시하고 있으나, 보완형·보충형에 대해서는 최소한의 규제만 할 것을 권고하고 있다(Article 54(2)). 프랑스 사례를 보면 민영건강보험의 가입

40) EC(1992)

41) 민영건강보험이 공보험을 완전 대체하는 것은 아니나 필수적 의료서비스의 일부를 보장하는 경우로 아일랜드와 같이 통원 서비스는 민영건강보험을 통해서만 제공되는 경우가 이에 해당됨

42) 국민의 기본권(건강에 대한 사회 보장)에 대한 접근에 제한이 있어서는 안된다는 철학에 기초함

43) 연령, 성별, 건강상태 등과 상관없이 동일 요율을 적용하며 보험료 분담에 대한 사회연대 책임의식이 강하게 작용함

44) 보험료를 납부하는 한(1년 단위) 건강보험계약을 자동갱신함

45) 무심사에 따른 보험회사 간 손해율 차이를 재정적인 지원을 통해 조정하는 제도로 무심사가 필수적으로 수반됨

률이 90% 이상으로 매우 높지만 보완형(급여본인부담금)으로 운영되고 있기 때문에 보험회사에 대한 규제 수준은 낮은 편이다.

일반적으로 민영보험이 가입자의 의무가입, 보험회사의 집단요율(사회연대책임 강조) 적용 및 인수거절 금지 등으로 운영될수록 공보험적(공공재) 특성이 강하다고 볼 수 있다. 일반적으로 위험인수자인 보험자가 영리 보험회사에서 비영리, 공제, 공공기관으로 갈수록, 그리고 보험이 가입자의 의무가입이고 보험회사 계약거절이 금지될수록, 보험요율이 건강위험과 무관한 집단, 지역 요율이 적용될수록, 공보험적 특성이 강하다고 평가할 수 있다. 참고로 우리나라의 실손의료보험은 <표 Ⅲ-5>의 가장 왼쪽에 위치해 있어 공보험적 특성이 약한 편이라고 볼 수 있다.

<표 Ⅲ-5> 한국과 미국 민영건강보험의 공보험적(공공재) 특성 비교

구분	한국 민영건강보험	한국 자동차보험	미국 민영건강보험	한국 공적건강보험
위험인수자	보험회사	보험회사	보험회사	공공보험기관
가입자율성	임의 가입	의무 가입	의무 가입 * 미가입 시 벌금 부과	의무 가입
보험료	개인위험요율	개인위험요율	집단요율	소득비례율
인수거절 (언더라이팅)	가능	가능 * 거절물건 공동인수제	불가능	불가능
지급체계	상환제	제3자 지급	제3자 지급	제3자 지급
공보험적 성격	약  강			

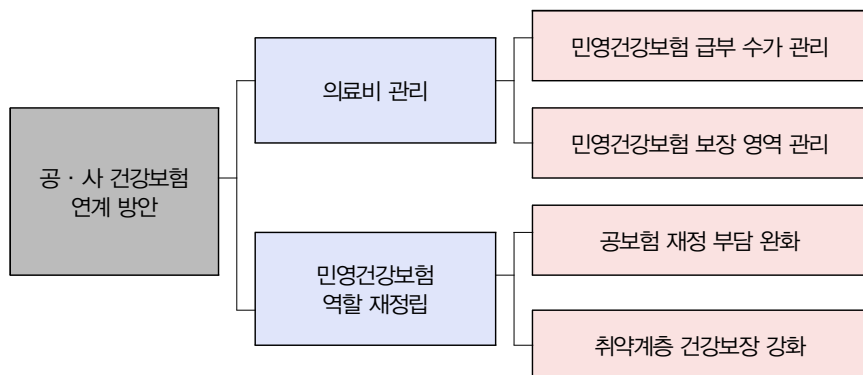
자료: 이태열 · 정성희(2016, 5)

다. 공·사 건강보험 연계 목적과 해외 사례

상기에서 기술한 바와 같이 현재 공·사 건강보험의 연계 방안을 모색하는 목적은 우리나라의 건강보험 제도와 보건의료체계의 지속가능성 제고에 있다. 우리나라와 같이 전 국민 대상의 보편적인 공적건강보험을 시행하고 민영건강보험을 보완형으로 운영하는 국가인 독일, 호주, 네덜란드, 프랑스, 일본 등을 중심으로 공·사 건강보험 연계 사례를 살펴보고자 한다.

해외 사례에 대한 논의는 <그림 Ⅲ-5>와 같이 구성하고자 한다. 해외 사례는 Ⅱ장에서 서술한 바와 같이 그 간 민영건강보험 제도 개선과 관련하여 논의되어 온 ‘의료비 관리’에 대한 두 주제인 ‘민영건강보험에 적용되는 급부 수가 관리’와 ‘민영건강보험의 보장 영역 관리’로 나뉘 볼 필요가 있다. 그리고 정부의 건강보험 보장성 강화 대책의 효과성 및 지속가능성 제고를 위해 요구되고 있는 ‘민영건강보험의 합리적인 역할 재정립’에 대해서는 향후 보장성 강화에 따라 예상되는 ‘공보험의 재정 부담 완화’를 위한 민영건강보험의 역할과 사회안전망으로서 ‘취약계층의 건강보장 강화’를 위한 민영건강보험의 역할로 나뉘어서 살펴보고자 한다.

〈그림 Ⅲ-5〉 공·사 건강보험 연계 목적과 방안



2. 의료비 관리 사례

가. 민영건강보험 급부 수가 관리

1) 보험회사-의료기관 협상

미국, 호주, 네덜란드 등의 국가에서 보험회사는 의료기관과의 협상 등을 통해서 민영건강보험의 보장급부와 관련한 의료수가 수준을 사전에 정하고 있으며, 이를 통해 보험회사는 민영건강보험의 지급 보험금 및 보험료 수준 관리가 가능하다. 이는 보험회사와 의료기관 간 네트워크하에서 관리의료(Managed Care)⁴⁶⁾ 제도 도입을 통해 의료비를 통제하는 방식으로 보험회사의 네트워크 이외에서 의료서비스를 제공받을 경우 보험금을 지급하지 않거나 환자 본인부담금을 높이는 방식으로 보험가입자가 네트워크 내 의료기관을 이용하도록 유도하고 있다.

〈표 Ⅲ-6〉 주요국 민영건강보험의 의료비 지불 및 급부 수가 체계

구분	의료비 지불제	의료네트워크 허용 여부	민영건강보험 적용 의료수가 결정 주체	공적건강보험 의료수가 대비
독일	환자 지불제	제한적 허용 * 민영가입자 취급병원	보건당국 * GOÄ	높음
네덜란드	환자 지불제 * 일부 제3자 지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	-
프랑스	환자 지불제 * 일부 제3자 지불제	미허용	보험회사-의료기관 협상	높음
호주	제3자 지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
미국	제3자 지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
한국	환자 지불제	미허용 * 환자유인·알선 금지	의료기관	높음

46) 환자의 의료기관 및 의사선택권을 통제함으로써 의료비용을 관리하는 제도를 말함

호주의 경우를 보면, 우리나라와 같이 전 국민 대상으로 건강보험 제도(메디케어)를 실시하고 있으며, 민영건강보험은 보완형으로 운영되고 있다.

공공병원과 민영병원에서 민영환자⁴⁷⁾로서 진료를 받거나(Hospital Cover) 메디케어가 보장하지 않는 비급여 서비스(General Cover)⁴⁸⁾에 대해서 민영건강보험이 보장해 주고 있다.

호주는 의료인에 대한 보상 성격의 진료비 지불은 행위별 수가를 적용하고 있고, 병원에 대한 예산 배분 성격의 진료비 지불은 포괄수가를 적용하고 있다. 의료인은 호주 연방정부가 제시하는 행위별 수가표(MBS: Medicare Benefit Schedule)를 가이드라인으로 하되 MBS 수준 이상의 진료비를 청구할 수는 있으나 민영건강보험이 보장해주는 부분에 대해서 의료인은 보험회사와 사전에 계약에 의한 합의를 통해 정해진 수가를 적용해야 한다. 또한 병원 진료에 대해서 민영건강보험은 포괄수⁴⁹⁾를 기준으로 하되, 보험회사와 병원 간의 계약에 의한 사전 협의로 정하게 된다. 이처럼 호주의 민영건강보험은 환자와 의료기관, 의료기관과 보험회사 간에 상호 견제 장치가 작동하고 있다고 볼 수 있다.⁵⁰⁾

2) 사전 확인·고지 제도

의료기관의 불필요한 진료 남용 및 민영가입자의 지나친 의료 이용을 방지하기 위해 민영건강보험 가입자가 의료서비스를 이용하기 전에 보험회사로부터 보장 여부를 확인을 받아야 하는 사전 확인제가 운영되고 있다. 계약자나 피보험자는 병원을 방문하기 전에 본인이 가입한 플랜상 보장범위에 해당되는지 여부를 보험사로부터

47) 공공병원에서 의사 및 병원, 입원시점 등에 대한 선택권을 행사하는 경우와 민영병원을 이용하는 경우 메디케어에서는 75%만 보장해 줌

48) 치과, 안과, 물리치료, 척추교정술, 심리치료, 발치료, 안경·콘텐트렌즈, 보청기, 인공 보철물, 미용목적 외과수술 등으로 이에 대한 비용 중 대략 민영건강보험이 50%를 보장해 주고 나머지 50%는 개인이 부담함

49) 환자의 중증도 등을 반영하여 호주형 포괄수가(AU-DRG)로 연방정부 보건부에서 관리함

50) 보험회사와 의료인 및 병원과 민영건강보험 급부 수가에 대한 계약 체결은 1995년부터 적용되고 있으며, 도입 당시 이를 의료수가 통제로 본 의료인들의 상당한 반대가 있었음

사전에 승인(Pre-authorization) 혹은 고지(Pre-notification)해야 하며, 사전 확인 절차를 거치지 않았을 경우 보험회사는 보장해 줄 의무에서 면책된다. 영국 등 주치의(GP: General Physician) 제도⁵¹⁾를 운영하는 국가의 경우 주치의가 소견서(Referral Letter)를 보험회사에 통보하고 치료를 담당한 의료기관은 치료 종료 후 주치의의 소견서에 대한 확인증(Determination Letter)을 보험회사로부터 받아야만 보험금을 지급받을 수 있다. 또한 대부분 국가에서 민영건강보험의 보험금 청구시 보험회사가 필요하다고 판단할 경우 2차 소견 제도(Medical Second Opinion)⁵²⁾를 운영하고 있다.

3) 민영건강보험 급부 수가 제도(독일)

독일의 민영건강보험은 대체형과 보완형의 역할을 모두 수행하고 있어, 급부 수가의 결정과 관련하여 상당히 복잡하고 정교한 공·사 간 연계 관계를 가지고 있다. 따라서 본 절은 민영건강보험에 적용되는 급부 수가 제도와 관련하여 독일의 사례를 소개하고자 한다. 민영건강보험의 의료수가 결정은 보험자인 보험회사와 의료기관이 협상하여 수가를 결정하는 방식이 일반적이는데, 독일의 경우도 큰 틀에서는 유사한 체계를 가지고 있다. 그러나 다른 국가와 비교할 때 공·사 간의 연계 측면이나 도덕적 해이 방지 차원에서 체계적이라 할 수 있다. 독일의 민영건강보험 급부 수가 체계는 입원, 통원, 그리고 우리나라의 비급여 진료비와 유사한 IGeL(Individuelle Gesundheitsleistungen)⁵³⁾로 크게 3가지로 나누어 살펴볼 수 있다.

독일의 의료비는 기본적으로 입원의 경우 포괄수가제(G-DRG)⁵⁴⁾를, 통원의 경우 행위별 수가제를 적용하는 것을 원칙으로 한다. 입원에 적용되는 포괄수가제의 경우

51) 피보험자는 정해진 주치의를 통해 1차 진료를 받고 주치의가 전문의를 통한 2차 진료의 필요성이 있다고 판단(Referral)하는 경우에만 추가 진료를 허용함

52) 입원이나 수술 등이 필요한지 여부를 담당의사 1명의 소견만으로 판단하기 어려울 경우 다른 의사의 의견을 들어서 확인하는 절차임

53) 독일의 공적건강보험에서 보장해주지 않는 의료서비스로 일반적으로 비필수적이나 대안 치료 등으로 구성되며, IGeL에 대한 의료비는 환자가 전액 부담하도록 되어 있음

54) 2003년 입원의료비 수가 체계로 도입됨

공적건강보험과 민영건강보험을 가리지 않고 동일하게 적용된다. 통원에 적용되는 행위별 수가제의 경우 공적건강보험은 EBM(Einheitlicher Bewertungsstab)⁵⁵⁾을, 민영건강보험은 GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte)⁵⁶⁾를 각각 적용하고 있다. 우리나라의 비급여 영역에 해당되는 IGeL의 경우 의료기관의 자율성이 최대한 존중되고 있으며, 다만 행위별 수가제를 적용하는 통원에 대해서는 GOÄ를 기준으로 비급여 의료비를 청구하도록 하고 있다.

(가) 입원

전술한 바와 같이 입원 진료비의 수가는 G-DRG가 적용되는데 공적건강보험과 민영건강보험은 모두 동일한 기준을 적용하고 있다. G-DRG에 부여되어 있는 점수에 병원별로 부여되어 있는 기준율(Base Rate)을 곱하는 형태로 진료비를 산출한다. 이러한 G-DRG는 공적, 사적 보험에서 모두 사용하는 만큼 InEK(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)라는 별도의 기구를 통해서 산출한다. InEK는 연방건강보험조합연합회, 민간건강보험연합회, 독일병원협회가 공동으로 투자하여 2001년 5월 설립한 자치기구로서 G-DRG 시스템의 도입, 유지, 보수 및 추가 개발에 대한 업무를 담당하고 있다. 보험자와 의료기관이 서로 합의하에 의료수가를 산출한다는 점에서는 다른 사례와 유사하나, 별도의 자치 기구를 통해서 체계적으로 업무를 수행한다는 점에서 차이가 있다. InEK는 약 1,200개의 질병에 대해 점수를 부여하는 형태로 급여의 기준을 제시한다.

G-DRG는 질병별로 상대점수(Relative Weight)를 부여하고 있으며 여기에 할증과 할인 요인을 적용하면 적용점수(Effective Weight)를 산출할 수 있다. 실제 진료

55) 의사 수가규칙으로 같은 취지의 규정이 치과의사 수가규칙, 대체의학 수가규칙 등의 형태로도 존재함. 공적건강보험에 적용되는 모든 의료행위와 가격을 규정한 것으로 정부소속 의사들은 EBM에 규정되지 않은 의료행위에 대해서는 의료비를 공공보험에 청구할 수 없음

56) 의료행위를 16개 범주(이비인후과, 외과 등)로 구분하고 약 2,800여 개 항목에 대해 민영건강보험에 적용되는 통원 의료수가(Fee schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance) 가이드라인으로 1986년에 독일보건당국(Ministry of Health)이 도입함

비는 적용점수에 기준율을 곱하여 산출하는데 기준율은 병원별로 부여되어 있는 예산을 바탕으로 결정된다. 이러한 측면에서 독일의 G-DRG는 총액예산제의 성격을 가지고 있다.⁵⁷⁾ 제도 도입 초기 병원별 기준율의 차이가 상당히 컸으나 이러한 차이는 지속적으로 축소되고 있다고 한다.

(나) 통원

통원에 적용되는 행위별 수가제의 경우 공적건강보험은 EBM을, 민영건강보험은 GOÄ를 기준으로 의료비를 청구한다. EBM은 전문의 진료, 진단서, 가정 방문 등 공적 보험이 담보하는 모든 종류(통원 수술도 포함)의 의료서비스에 대한 청구 기준을 제시하고 있다. EBM은 건강보험의사협회, 공적건강보험협회, 의사평가심의회에서 상호 합의하에 결정한다. InEK와는 다르게 EBM은 공적건강보험에만 적용되는 만큼 민영보험회사는 참여하지 않는다.

GOÄ는 오랜 기간 동안 의료집단 내부의 합의에 따른 규제로 평가할 수 있는데, 의사연합은 이미 1928년부터 자체적인 수가에 관한 규칙을 제정하였으며, 이 규칙이 1965년에 의사 수가규칙의 제정으로 이루어지게 된 것이다. 의사 수가규칙은 민영건강보험연합과 연방의사조합 간의 협의에 의해서 실질적으로 정해진다. GOÄ에 포함되지 않은 진료에 대해서 의사는 관련 규정을 유추 적용하여 수가를 정할 수 있으며, 수가 산정과 관련하여 발생할 수 있는 문제를 방지하기 위하여 민영건강보험연합과 연방의사조합은 공동평가위원회를 구성한다. 또한 신의료기술 절차 및 유추 적용 사례, 문제 사례 등의 분석을 통해 협의를 진행하며, 이와 관련한 수가 산정에 대한 권고 의견을 독일의사협회보에 신는다.

GOÄ는 의사가 사적 계약의 자유에 기초하여 과도한 비용을 산정하는 것을 통제하는 기능을 한다고 볼 수 있다. 의사 수가규칙 제1조에 따르면 의학적으로 필요한 급부가 의술의 법칙에 따라 이루어진 경우에 가능하며 필요한 범위를 넘어서 급부에

57) 병원별 총예산 관리를 위해 사전지불예산제(1984년), 고정예산제(1993년), 혼합지불제(1996년) 등 다양한 시도를 하였으며 최종적으로 포괄수가제(2004)를 도입함

대한 비용 청구는 환자가 이를 요구했던 경우에만 가능하다는 원칙을 제시하고 있다. 한편 의사는 평균 난이도의 평균적 시간이 소요되는 서비스의 경우에는 의사 수가원칙의 평균값에 따른 ‘통상적인 수가’를 받을 수 있다. 만약 그와 다른 가중 수가를 책정하려는 경우에는 난이도와 시간적 비용에 따른 근거가 제시되어야 한다. 의사 수가규칙 제2조에서는 3.5배 이상의 수가를 책정하려는 경우에는 치료 이전에 환자와의 서면 합의가 요구된다. 그러나 통상 일반적인 경우에 민영건강보험은 보험요율에 관한 규율을 통해 3.5배까지만 급여를 지급하고 있다.

GOÄ는 EBM과 유사한 점이 많으나 진료의 유형, 범위, 난이도 등에 따라 가격을 조정할 수 있는 재량권을 의사에게 상대적으로 많이 부여하고 있다는 점에서 차이가 존재한다. GOÄ에서는 진료의 소모시간, 진료의 난이도, 질병의 심각성 등이 가격에 반영된다. 〈표 Ⅲ-7〉에서 보는 바와 같이 EBM 기준으로 1~2.3배까지는 의료기관이 자율적으로 수가를 책정하고 그에 따라 보험회사는 보험금을 지급한다. 그러나 의료수가가 EBM의 2.3~3.5배로 책정한 경우에는 의료기관이 진료 이후 보험회사에 가격 책정 사유를 제출해야 하며, 3.5배 이상을 상회할 경우 진료 이전에 미리 보험회사와 합의를 해야 보험금 지급이 가능하다. 의료행위가 GOÄ에 규정되어 있지 않은 경우 의료행위 전 의료행위에 대한 정보를 환자에게 제공하고 환자와 의료인간에 계약서를 작성해야 한다.

〈표 Ⅲ-7〉 독일 민영건강보험 급부 수가규칙(GOÄ)

가중치	적용
1	· 공적건강보험 수가 기준
1 ~ 2.3	· 의료행위 난이도 평균 이하 적용
2.3 ~ 3.5	· 의료행위 난이도가 평균 이상 적용 · 적용 전 의료진은 환자에게 서면 설명(written explanation) 필요
3.5 이상	· 고난도 혹은 선진 의료행위 적용 · 적용 전 의료진은 환자 동의 및 보험회사 합의 필요

(다) 비급여 진료비

IGeL은 공적보험이나 대체형 민영건강보험의 기본형에서 보장하지 않는다는 점에서 우리나라의 비급여 진료와 유사한 점이 많다. IGeL은 크게 ① 의학적으로 필요가 없다고 판단되는 서비스, ② 근거가 충분하지 않은 질병에 대한 의심 또는 신기술로 인정되지 않은 혁신적인 치료 방법으로 행해지는 의료서비스로 나뉘어진다. 전자의 경우 레저, 스포츠 및 여행을 위한 의사 진단서 및 서비스나 의료 미용 서비스, 부부 상담 치료 등이 포함되며, 후자의 경우 질병의 가족력 등 충분히 우려할 만한 상황이 아니면서 질병의 조기 발견이나 예방을 위한 검사나 명확하게 과학적 유용성이 입증되지 않은 검사 등이 포함된다.

신의료기술인 NUB(Neue Untersuchungs-und Behandlungsmethode)나 선택적 의료를 공적 보험과 기본적 민영건강보험으로부터 보장 받기 위해서는 그 필요성을 검증기관으로부터 인증 받아야 하며, 그 외의 경우는 보완형 민영건강보험을 활용해야 한다. 신기술에 대한 공적 보험의 보장을 위해서는 InEK의 심사 및 승인을 받아야 하는데, InEK는 G-DRG 시스템의 추가 개발을 위해 매년 신진료나 치료(NUB)를 포함시키기 위한 심의를 한다. NUB를 제공하고자 하는 자는 매년 9~10월에 신청하면 InEK는 다음 연도 1월까지 4가지 상태⁵⁸⁾로 나누어 심의 결과를 통보한다.

InEK가 신기술로 인정하지 않은 경우 공적보험은 해당 서비스에 대해 보장하지 않으며, 이 경우 해당 신기술은 IGeL로 분류된다. 2010년 기준으로 545건이 신청되어 이 중 84건이 승인되었다고 한다.

IGeL은 공적건강보험의 진료 목록에 나와 있지 않은 진단 및 치료방법이기 때문에 공적건강보험에 비용을 청구할 수 없으며, 기본적으로 환자가 개인적으로 비용을 지불해야 한다. IGeL에 대한 보장을 위해서는 대체형 민영건강보험에서 별도의 읍

58) ① 신기술로 인정하며 병원은 비용청구에 대한 조정을 해야 함

② 자격 조건 미달로 비용청구가 불가능함

③ 기한 내 검토가 불가능하므로 병원은 보험사와 별도의 협의를 해야 함

④ 정보 불충분으로 재신청이 필요함

선을 선택하거나, 해당 서비스를 보장하는 보충형 민영건강보험에 가입해야 한다.⁵⁹⁾ 민영건강보험의 IGeL에 대한 보장은 다양한 옵션이 존재하기 때문에 계약자들이 사전에 보장 여부를 보험회사와 확인하도록 권장되고 있다. 그러나 독일에서는 의사들이 환자에게 IGeL을 권유함으로써 이윤을 추구하고 있다는 사회적 비판이 제기되고 있기도 한다.

〈표 Ⅲ-8〉에서 보는 바와 같이 IGeL에 대한 의료수가는 별도 계약을 체결하거나 GOÄ를 활용하여 의료비를 청구한다. 따라서 대체형 민영건강보험에서 통원진료비를 청구할 때 활용되는 GOÄ가 비급여 진료비를 청구할 때도 활용되는 것이다. 특히, 입원 환자가 IGeL과 관련된 서비스를 받는 경우는 G-DRG에 의한 청구서와 별도로 추가적인 청구서를 받게 된다.

〈표 Ⅲ-8〉 독일의 급여 및 비급여 진료비 특징

구분		급여 부문	비급여 부문(IGeL)
의료서비스		필수적 의료	의학적 필수성이 낮은 서비스 질병에 대한 근거가 충분하지 않은 의심 또는 신기술로 인정되지 않은 혁신적인 방법에 의한 서비스
의료비 보장		공적건강보험 대체형 민영건강보험 기본옵션	대체형 민영건강보험 프리미엄 옵션 보완형 민영건강보험
의료비 산출	입원	G-DRG	별도 계약
	통원	공적: EBM 민영: GOÄ	GOÄ 활용

59) 대체형 민영건강보험의 ‘기본 요금제’의 경우 공적건강보험과 보장 내용이 동일하기 때문에 IGeL을 보장하지 않으나 ‘프리미엄 요금제’의 경우 광범위한 IGeL을 보장하고 있음

나. 민영건강보험 보장 영역 관리

1) 비용부담금(Cost Sharing) 설정

주요국의 민영건강보험 상품에서는 의료공급자 및 계약자의 도덕적 해이 방지를 위해 다양한 비용부담금(Cost Sharing) 제도를 적용하고 있으며, 도덕적 해이 노출 가능성이 높은 급부에 대해서는 보장 횟수나 보장 한도를 제한하고 있다. 비용부담금 제도는 가입자와 의료공급자의 도덕적 해이를 방지하는 목적 이외에도 가입자에게 비용부담을 전가하고 소액 청구를 감소시킴으로써 보험회사의 사업비 감소 효과도 있다. 비용부담금 제도로 공제금(Deductible),⁶⁰⁾ 자기부담금(Copayment),⁶¹⁾ 공동부담금(Coinsurance),⁶²⁾ 생애보장상한제(LMB: Lifetime Maximum Benefit)⁶³⁾ 등을 적용하고 있다.

〈표 Ⅲ-9〉 비용부담금(Cost Sharing) 제도 특징

Cost Sharing	특징
Deductible	우선적으로 공제 통상 분기나 연간 누적 형태로 적용(국내 건별 공제)
Coinsurance/Copayment	보장 영역, 진료항목별 차별적 적용 도덕적 해이가 높은 부분(통원, 치과)에 대해 높게 설정
LMB	가입자의 과도한 의료서비스 이용 총량을 제한 고가 의료서비스 수요를 저렴한 대체제로 전환하는 효과

60) 보험회사가 의료비용을 부담하기 전에 보험가입자(환자)가 부담하는 자기부담금액으로 다른 비용부담 항목보다 우선적으로 먼저 적용됨

61) 보험가입자(환자)가 의료서비스를 이용할 때마다(실제 발생하는 의료비용과 상관없이) 부담해야 하는 일정금액임

62) 전체 의료비용에서 보험가입자(환자)가 우선적으로 부담하는 Deductible, Copayment 등의 항목을 공제하고 남은 의료비용에 대한 보험회사와 보험가입자 간 배분율을 말함. 이 중 보험회사가 지급해야 할 비율을 Coinsurance Factor로 부름

63) 보험계약이 유지되는 동안 보험회사가 부담해야 하는 최고 상한금액임

네덜란드는 2008년부터 자기부담금 의무 제도(Compulsory Deductible)를 도입하여 적용하고 있다. 이는 연간 누적 자기부담금 €150⁶⁴⁾까지는 의무적으로 본인이 부담하도록 하는 제도로써, 연간 누적 자기부담금에서 일차 진료, 임산부 진료, 22세 이하 치과 치료 등은 제외하고 있다.⁶⁵⁾

독일 등 주요국 민영건강보험에서는 필수치료보다는 선택치료에 가까울수록 자기부담금이 높게 설정되어 있다.

〈표 Ⅲ-10〉 독일 대체형 민영건강보험의 보장범위 및 공제액

구분	기본형 AktiMed ®	표준형 AktiMed ® Plus	고급형 AktiMed ® Best
외래	100%	100%	100%
심리치료	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31회 이상: 70%
안과치료	24개월 내 150유로	24개월 내 150유로	24개월 내 400유로
치료제	100%	100%	100%
치과치료 및 예방	100%	100%	100%
인레이	75%	75%	100%
의치	75%	75%	85%
공제액 (Selbstbehalt)	10%, max, 500유로		

주: Allianz 자영업자 건강보험

자료: Allianz 사이트, Private Krankenversicherung im Überblick - Krankenversicherung für Selbstständige

64) 2009년 €155, 2010년 €160 등으로 순차적으로 확대함

65) 2006년에 보험료 환급 제도(No-Claim Refund Scheme)를 도입하고 일년 동안 한 번도 청구하지 않는 가입자에게는 €255를 환불(일년 간 청구금액이 €255 미만일 경우 그 차액만큼 환불)해주었으나, 만성질환자 등 필수적 의료이용이 불가피한 대상에 대한 차별적이라는 비판 등이 제기됨에 따라 2008년부터 자기부담금 의무 제도로 전환됨

〈표 Ⅲ-11〉 독일 보완형 민영건강보험의 보장범위 및 공제액

구분	AmbulantPlus	AmbulantBest
안과치료	100%, 24개월 내 최대 150유로	100%, 24개월 내 최대 300유로
자연치료요법	70%, 연간 최대 400유로	80%, 2년 내 최대 1,000유로
대체치료요법	-	공적건강보험 적용 후 80%, 2년 내 최대 1,000유로
검진	-	공적건강보험 적용 후 나머지 금액의 80%
보청기	-	공적건강보험 적용 후 80%, 2년 내 최대 1,000유로
병원선택의 자유	있음	있음

주: Allianz 외래환자보충형

자료: Allianz 사이트, Private Krankenversicherung im Überblick - Ambulante Krankenzusatzversicherung

2) 혼합진료 금지 제도(일본)

일본은 1961년 건강보험 제도를 도입한 이후 원칙적으로 혼합진료를 금지하고 있다.⁶⁶⁾ 이는 공적의료보험이 적용되는 보험진료와 적용되지 않는 자유진료⁶⁷⁾를 혼합하여 진료하는 것을 금지하는 방식으로 엄밀히 말하면 혼합진료 행위 자체를 금지하고 있는 것이 아니라 의료비의 혼합을 제한하고 있는 것이다. 예를 들면, 암 외래 진료의 경우 보험에 기재되어 있지 않은 주사약을 사용할 경우 주사 비용만을 보험 외로서 환자의 자비로 징수하는 것은 혼합진료에 해당되므로 진료비와 주사비를 포함한 모든 의료행위에 대한 비용을 환자가 전액 부담하게 된다. 또는 입원 중에 실시되는 수술이 보험으로 인정되지 않은 방법일 경우 입원비나 식사 요양비를 포함한 모든 비용을 환자가 부담하게 된다. 즉, 혼합진료 금지 원칙은 ‘All or Nothing’이다.⁶⁸⁾ 정부가 혼합진료

66) 혼합진료 금지 제도의 법적 근거는 건강보험법 제44조, 보험의료기관 및 보험 의료담당규칙 제5조 및 제5조의2에서 규정하고 있고(林行成 및 山田玲良 2003), 약제의 경우 보험의료기관 및 보험의료담당규칙 제19조, 보험약국 및 보험약제사요양담당규칙 제9조에서 규정하고 있음(白神誠 2005)

67) 자유진료란 미승인 된 의료기술·의약품 등, 질병·부상과 관련 없는 진료, 건강진단, 예방접종, 미용·성형 등, 특수치료, 민간요법 등을 말함(후생노동성)

68) 남상요 외(2010)

를 원칙적으로 금지하고 있는 이유는 다음과 같다. 일본 건강보험법에서 공적건강보험의 급부는 일반적으로 현물 급부로 규정되어 있어 공적건강보험을 운영하는 보험자는 사실상 의료서비스를 직접 제공할 수 없기 때문에 의료기관에 그것을 위탁하고 있다고 볼 수 있다. 보험자는 의료서비스를 공적건강보험의 형태로 제공하고 있으므로, 여기에 공보험 적용이 인정되지 않는 치료 행위나 검사, 약물 등이 포함되어서는 아니되며, 비용의 일정 부분을 환자부담으로 징수하는 것은 불법으로 간주되기 때문이다.

정부가 혼합진료를 금지하게 된 목적은 첫째, 의사와 환자의 정보 비대칭성으로 인해 환자의 부담이 부당하게 증가하는 것을 방지하고 둘째, 소득에 따른 의료이용 격차 해소 셋째, 안전성과 유효성이 검증되지 않은 의료행위 증가로 인한 의료의 질 저하 문제를 막기 위함이다. 즉, 해외에서는 승인을 받아 사용되고 있으나 국내에서 허용되지 않은 미승인 의약품이나 신의료기술 등의 이용에 제약을 주고 있는 것이다. 뿐만 아니라 의료비의 사적영역이 증가하는 것을 억제하여 공적보험의 보장 영역을 관리하는 것을 목적으로 하고 있다.

3. 민영건강보험 역할 정립 사례

보완형 운영 국가의 경우 보편적으로 공공부문의 재정 부담 완화를 위해서 민영건강보험을 활성화하는 정책을 추진해 온 사례들이 다수 확인되었다.

가. 공보험 재정 부담 완화

1) 민영건강보험 활성화 제도(호주)

(가) 민영건강보험 활성화 배경

호주는 1984년 Medicare 도입 이후 국민의료비에서 민영보험 비중이 지속적으로

하락(1984년 17% → 2004년 7.3%)하였고, 민영건강보험 가입자도 큰 폭으로 감소하게 되었다. 또한 민영건강보험 pool에서 의료서비스를 상대적으로 많이 이용하는 고령자 비중이 커지면서 민영건강보험 보험료가 인상되고, 민영가입자에 의한 의료비용 증가가 확대되는 사회적 문제가 발생하였다. 이에 따라 호주 정부는 1990년대 말부터 민영건강보험의 가입자 감소를 방지하고 지속가능성을 높이는 한편 공공보건 제도의 부담 해소를 위해 민영건강보험의 가입을 권장하는 일련의 조치들을 강구하게 되었다.

(나) 민영건강보험의 활성화를 위한 제도

호주 정부는 공공부문의 재정 부담 완화를 위해 1990년대 후반부터 민영건강보험 시장을 활성화시키기 위한 일련의 제도를 시행해 오고 있다. 먼저 민영건강보험 가입자에게 소득기준별 경제적 인센티브(Income Tested Rebate)를 제공하기 위해, 1997년에 저소득자⁶⁹⁾ 대상으로 민영건강보험 가입 지원금 제도(Dollar Denominated Rebates)를 도입하였으며, 1999년부터는 민영건강보험 전체 가입자 대상으로 보험료의 30%를 돌려주는 리베이트 제도를 확대 적용하여 운영하고 있다.⁷⁰⁾

또한 1997년부터 상위소득자⁷¹⁾가 민영건강보험에 가입하지 않았을 경우에는 Medicare 기본 보험료(소득의 1.5%) 이외에 추가 보험료(소득의 1%)를 부과하는 건강보험 세금 추가부담금(Medicare Levy Surcharge) 제도를 운영하고 있다. 이처럼 부담능력과 의료이용 행태를 동시에 고려하여 민영건강보험의 가입을 간접적으로 유도하는 방식을 취해오고 있다.

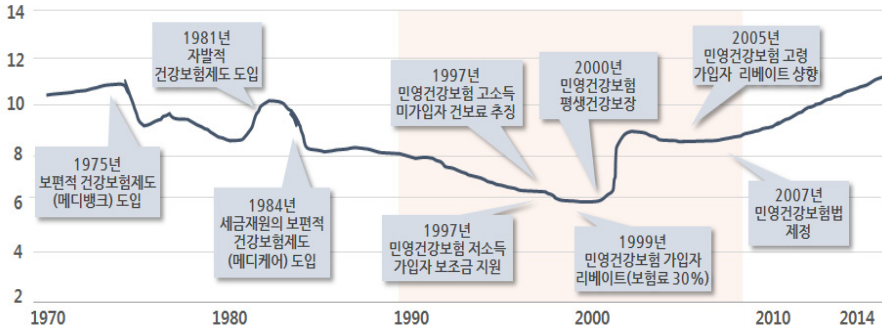
69) 개인소득 연간 3만 5천 호주달러 이하, 가족소득 연간 7만 호주달러 이하임

70) 2014년부터 소비자가격지수, 보험료 인상분 등을 반영하여 리베이트 금액을 현실화시켜 나가고 있으며 2015년 현재 보험료의 27.82%를 리베이트로 제공함

71) 도입 당시 개인소득 연간 5만 호주달러 이상, 가족소득 연간 10만 호주달러 이상, 2012년 기준 연간 개인소득 8만 호주달러 이상, 가족소득 16만 호주달러 이상임

〈그림 Ⅲ-6〉 호주의 건강보험 정책 추진과 민영건강보험 성장 추이

(단위: 가입자 수, 백만 명)



자료: 정성희 · 이태열(2017. 12)

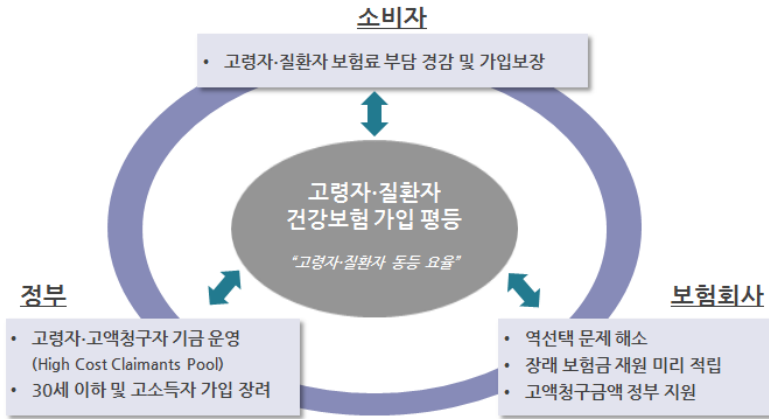
호주의 민영건강보험은 성, 연령, 건강상태와 무관하게 동일한 보험료를 적용하고 있는데 Medicare 도입에 따라 민영건강보험의 시장이 위축되고, 동시에 역선택 문제도 심화되었다. 이에 따라 민영건강보험의 조기 가입 및 지속적인 유지를 독려하기 위해 2000년에 민영건강보험의 평생건강보험보장(Lifetime Health Cover Loading) 제도를 도입하였다. 30세 이상 부터는 민영건강보험을 가입하여 평생 유지하도록 하기 위해 30세 이상자 중 민영건강보험을 지속적으로 가입(유지)하지 않는 자에 대해서는 30세 이후부터 미가입 기간만큼 매년 기본보험료의 2%씩 민영건강보험 보험료를 가산하도록 하고 있다.⁷²⁾

이러한 정책에 힘입어 2013년 현재 민영건강보험 가입자는 1,230만 명으로 계속 증가 추세⁷³⁾에 있다.

72) 그 결과 민영건강보험 가입률이 1998년 30.1%에서 2000년 45.7%로 증가함

73) 민영건강보험 가입률: 1998년 30.1% → 2000년 45.7% → 2012년 46.5% → 2015년 47.3%

〈그림 Ⅲ-7〉 호주 민영건강보험 운영 현황



(다) 「민영건강보험법(Private Health Insurance Act)」 제정

호주 정부는 민영건강보험이 공공부문을 보완하는 역할을 명시적으로 인정하면서도 민영건강보험의 공공성 확보를 위해 1997년부터 취해온 민영건강보험 활성화 정책을 체계화하기 위한 「민영건강보험법(PHI: Private Health insurance Act)」⁷⁴⁾이라는 별도의 개별법을 제정하였다. 「민영건강보험법」의 제정 목적은 ① 국민들에게 민영건강보험 가입을 유인하는 제도를 도입하고, ② 민영건강보험상품을 체계적으로 관리하는 규칙을 적립하는 것으로(PHI Act section 3-1), 국민의 보장성 강화를 위해 민영건강보험 가입을 권장하기 위한 인센티브 규정, 부당한 차별금지(가입, 보험료, 급여) 등 민영건강보험의 형평성 제고를 위한 사항, 보장범위에 포함되어야 할 사항 및 보장이 금지되는 사항 등에 대한 규정을 두고 있다.

74) 민영건강보험은 National Health Act(1953)와 Health Insurance Act(1973)를 통해서 통제되어 오다 2007년 개별법을 신설함

〈표 Ⅲ-12〉 호주 민영건강보험 규칙 주요 내용

항목	규칙	주요 내용
1	가입 인센티브(Incentives)	· 민영건강보험 가입자에게 인센티브 부여
2	평생건강보장 (Lifetime Health Cover)	· 초기(30세)부터 민영건강보험 유지하지 않는 자에 대한 보험료 증액 ⁷⁵⁾
3	상품기준(Complying Product)	· 민영건강보험 가입자에 대한 부당한 차별 금지 (지역 요율 적용, 가입거절 금지 등) · 민영건강보험 보장금부 명시 · 민영건강보험 가입자 대상 정보 제공 의무
3A	보장금부요건 (Benefit Requirements)	
4	인공기관(Prostheses)	
5	인증(Accreditation)	
6	건강보험사업 (Health Insurance Business)	· PHIAC ⁷⁶⁾ 의 역할과 책임 명시 · 질병·상해·손해보험은 본 법의 적용을 받는 건강보험사업에 해당되지 않음
7	건강금부기금 (Health Benefits Fund Policy)	· 건강보험사업을 위해 별도 기금 운영 (위험평준화 기금)

자료: 「Private Health Insurance Act 2007」, 2015년 개정 내용까지 반영하여 작성

2) 혼합진료 허용 확대(일본)

일본의 혼합진료 금지 원칙은 기본적으로 민영건강보험의 보장 영역 관리를 위한 정책의 성격을 가지고 있다. 반면, 최근의 부분적인 혼합진료 허용의 움직임은 국민의 의료선택권을 높이려는 목적 이외에 민영건강보험의 활성화를 통해 공보험의 재정 부담을 완화하려는 정책으로도 해석될 수 있다.

일본에서 혼합진료 금지가 신의료기술이나 미승인 의약품 등에 대한 환자의 의료선택권을 지나치게 제한한다는 비판이 제기됨에 따라 혼합진료 금지 제도를 재고해야한다는 주장이 계속해서 제기되어 왔다. 이에 따라 원칙적으로는 공적 보험이 적

75) 30세 이상인 자가 최초로 병원 진료비 보장(Hospital Cover) 상품에 가입하거나, 30세가 된 이후에 일정 기간 동안 이 상품을 유지하지 않는 경우 보험료를 증액함

76) Private Health Insurance Administration Council; 1989년에 설치되었다가 2007년 「PHI Act」 제264-1에 근거하여 보건부(Department of Health) 장관에 보고하는 법정 기구로 존속되어 오다 2015년에 해산됨. 이후 민영건강보험 관할 부서는 금융청(Australian Prudential Regulation Authority)으로 이관됨

용되지 않는 진료가 포함될 경우 그 진료비 전체를 비급여로 처리해야 하나, 1984년 건강보험법을 개정 「특정요양비 제도」를 도입하여 혼합진료를 제한적으로 허용해 주었다. 이에 종전에는 공적 보험이 적용되지 않았던 고도선진의료⁷⁷⁾를 이용할 경우 대학병원 등 국가에서 승인한 특정 보험 의료기관에 한하여 고도선진의료를 제외한 기초 진료부분(진찰·검사·투약·입원료 등)에 대해 보험 급여를 받을 수 있게 되었다.

2004년 8월 ‘규제 개혁·민간 개방 추진회의’는 적절한 의료정보에 근거하여 환자 스스로가 선택할 수 있는 환자 중심의 의료를 실현한다는 관점에서 진료 행위에 필요한 예방적 조치 및 보험 적용 횟수 등에 제한이 있는 검사, 환자의 가치관에 의해 좌우되는 진료 행위, 진료 행위에 부대하는 서비스는 혼합진료를 전면 허용해야 한다고 요구하였다. 후생노동성이 이를 받아들여 혼합진료의 전면 허용이 아닌 특정요양비 제도를 재검토하여 장래의 보험 도입을 전제로 혼합진료를 인정하는 ‘평가 요양과 특별한 요양 환경의 제공 등을 대상으로 하는 ‘선정 요양’으로 구분한 「보험 외 병용 요양비 제도」를 도입하였다. 종전 제도와의 차이는 국내에서 선진의료로 승인되지는 않았지만 안전성·유효성이 확인된 의료⁷⁸⁾에 대해서도 혼합진료를 허용해 주었다는 것이다(〈표 Ⅲ-13〉 참조).

77) 고도선진의료란 의료 기술의 진보에 신속하게 대응하기 위해 보험에 도입되지 않은 새로운 고급의료기술 중 안전성·유효성 등을 인정받은 것에 대해 개별 기술을 심사·승인하고 그 내용과 비용을 명확히 규정한 것을 뜻하며, 그 정보는 의료기관에 배치할 것을 의무화하고 있음

78) 선진의료로 승인되지 않았지만 안전성·유효성이 확인된 의료라 함은 ① 국내에 승인된 선진의료를 가까운 의료기관에서 이용하기를 희망하는 경우 ② 선진의료 승인 기준에 적합하지 않은 진료를 희망하는 경우(예, 대상 연령 외의 환자의 질병이 일정시간 경과하여 합병증이 발생한 경우) ③ 미승인된 선진의료 이용을 희망하는 경우(해외에서는 승인되었으나 의약품 등의 사용 및 실시 계획 작성 등이 불충분하여 국내에서 미승인된 기술 등)를 말함

〈표 Ⅲ-13〉 일본 「보험 외 병용 요양비 제도」의 평가요양과 선정요양 비교

구분	평가요양	선정요양
특징	새로운 의료기술로 안전성·유효성은 있지만, 일반적으로 보급되어 있지 않은 기술에 대해 기초적인 부분을 특정요양비로서 보험급부 제공	환자의 선택권을 높이기 위해 환자 스스로 선택하고 비용을 부담하여 추가적인 서비스가 제공될 수 있도록 함
	보험 적용을 위한 평가 실시	보험적용을 전제로 하지 않음
대상	특정 승인 보험 의료기관 125시설 고도선진의료 88기술	13종류
내용	· 선진 의료 · 의약품, 의료기기, 재생의료 등 제품의 임상 시험에 관한 진료 · 약사법 승인 후 수재되기 이전에 의약품, 의료기기, 재생의료 등 제품의 사용 · 약가 기준 수재된 의약품의 적용 외 사용(용법·용량·효능·효과의 일부 변경 승인 신청이 이루어진 것) · 보험 적용된 의료기기, 재생의료 등 제품의 적용 외 사용	· 특별 요양 환경(차액 침대) · 치과 금 합금 등 · 금속 바닥 틀 · 예약 진료 · 시간 외 진료 · 대형 병원의 초진 · 소아의 충치 지도 관리 · 의료기기 치험(investigation)에 관한 진료 · 대형 병원의 재진 · 180일 이상의 입원 · 제한 횟수 초과 의료 행위

자료: 후생노동성 홈페이지, 保険診療と保険外診療の併用について

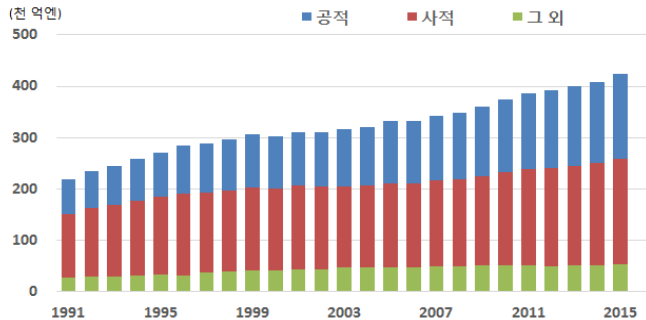
2016년 4월에는 국내 미승인 의약품이나 신의료기술 등을 보험 외 병용 요양으로 이용하고 싶을 경우 환자가 신청하여 심사를 통해 혼합진료를 허용해주는 「환자신청요양 제도」를 도입하였다. 이로써 환자는 선진의료로 인정되지 않았던 치료법이나 약물에 대한 치료에 대해서도 보험적용을 위한 신청을 통해 혼합진료를 받을 수 있게 되었다. 또한 종전에 3~6개월 걸렸던 심사기간을 2~6주로 대폭 줄였으며, 이미 실적이 있는 치료에 대해서는 가까운 의료기관에서 2주 이내에 진료 가능 여부를 확인할 수 있게 되었다. 이로써 혼합진료의 범위는 더욱 확대되었으며 환자 중심의 신속한 의료서비스가 가능해졌다.

일본은 이미 초고령사회에 진입⁷⁹⁾하였으며, 국민의료비가 1999년에 30조 엔을 돌파한 후 9년 연속 증가세를 보여 2015년에는 전년 대비 3.8% 증가한 42조 3,644

79) 65세 이상 노인인구 비중이 20% 이상인 초고령사회에 전 세계에서 가장 먼저 2006년에 진입함

억 엔을 기록하였다. 일본의 국민의료비는 초고령화로 인해 매년 1조 엔 이상 증가할 것으로 전망되고 있으며, 특히 베이비붐 세대가 2025년에는 모두 75세 이상인 초고령자에 진입할 것으로 예상되고 있다.⁸⁰⁾ 따라서 이러한 제도 개선은 의료비 증가에 따른 공적 부담 완화 측면에서 긍정적인 영향을 가져다 줄 것으로 기대되고 있다.⁸¹⁾ 또한 혼합진료 범위가 확대되면 선진의료료를 포함한 의료서비스가 자유롭게 제공되어 환자의 의료 선택권과 의료의 질, 효율성이 제고되고 선진의료 이용 시 공적건강보험의 혜택이 가능해져 환자의 본인부담이 줄어들 것으로 예상된다.

〈그림 Ⅲ-8〉 일본 의료비 추이



자료: 후생노동성, 의료비 통계

혼합진료에 관한 제도 개선을 두고 경제산업성(2010)은 공적보험만으로는 다양한 의료서비스를 제공하기 어려우므로 의료기관과 민간사업자의 연계 등을 통해 보험 외의 서비스를 확대함으로써 공적건강보험의 의존도를 탈피해야 한다고 지적한 바 있다. Keizai Doyukai(2015)는 혼합진료 허용은 공적건강보험의 일부 적용으로 인해 환자의 의료비 부담이 증가할 수는 있으나 새로운 시장을 창출하고 의료비용 절감 및 서비스 수준 향상으로 이어져 국민 전체의 후생이 증가할 것이라는 기대도 있다고 언급하였다. 반면, 전국보험의신문(2004)은 신의료기술이 보험으로 편입하려

80) 아베 정부는 “2025년 문제” 해소를 위해 다양한 정책들을 마련 중에 있음

81) 일본 정부는 공보험의 재정 부담 완화를 위해 2015년 고액요양비의 본인부담액 상한선 인상, 2016년 70세 이상 고령자 의료비의 본인부담액 상향 조정 등을 시행함

는 동기가 사라져 공적 보험급부 범위가 축소될 우려가 있고 가계 부담 비율이 증가하여 국민의 건강을 지키는 사회 보장으로서의 의료비용 배분 기능이 악화될 것이며, 민영건강보험 시장의 확대 및 의료기관의 이윤 추구를 위한 제도 개선이라고 비판한 바 있다. 이처럼 아직까지도 일본 각계에서 혼합진료 허용을 둘러싼 찬반논쟁이 활발하게 이루어지고 있는 상황이다.

나. 취약계층 건강보장 강화

1) 건강취약계층 보전기금 운영(호주)

호주 정부는 보험회사에게 연령과 건강상태와 상관없이 동일한 보험료를 받게 함에 따라 고령자 및 질환자도 민영건강보험 가입 시 차별을 받지 않도록 하고 있으며, 이에 따라 발생하는 보험회사별 건강취약계층에 대한 불균등한 위험부담을 보전하는 위험평준화 제도를 운영하고 있다. 위험평준화 제도는 실제 보험금 청구 경험에 기반하며, 연방, 주, 보험회사별로 사후 평준화를 목적으로 하는 55세 이상 고령자 대상의 고액 청구 비중에 따라 기금을 차등 지원하는 위험평준신탁기금(RETF; Risk Equalisation Trust Fund)을 통해 운영된다.

먼저 55세 이상 고령자 대상으로 5세 연령단위별로 7개 연령군단으로 나눈 후, 각 연령군단별 보험금 청구 통계에 대해서 각각 다른 가중치⁸²⁾를 고려하여 연령기반 풀(ABP: Age Based Pool)을 구성한다. ABP에서는 1년 동안 35일 이상 입원 치료 및 연간 5만 달러 이상 청구통계에 대한 고액청구자 풀(HCCP: High Cost Calimants Pool)이 구성되며, 이를 기준으로 RETF를 통해 보험회사별로 차등 지원된다. 현재는 위험평준화 제도의 위험요인으로 연령과 고액 청구만을 사용하지만 향후 성별, 임신부, 특정 질병 등을 포함할 경우 효율성이 제고될 수도 있다는 주장도 제기되고 있다.⁸³⁾

82) 예로 55~59세 청구통계에 대해서는 가중치 15%를, 85세 이상 청구통계에 대해 가중치 82%를 적용함

83) 위험평준화 제도는 사후적 통계에 기반한 보전 방법이기 때문에 보험회사들이 질병예방 및 만성질환 관리 프로그램 등을 통해 적극적으로 비용을 절감하려는 인센티브 부여를 하지 못한다는 비판이 제기되고 있으며, 이에 따라 최근에는 보험회사별로 건강보험가입자 프로파일에 대한 청구 예상금액을 기준으로 하자는 주장도 제기되고 있음

2) 저소득계층 가입 지원 제도(프랑스)

프랑스는 1990년대 초반까지만 해도 전체 국민의료비의 90% 이상을 공적건강보험에서 보장하였으나, 공공부문의 재정 부담 완화를 위해 외래진료에 대한 본인부담금을 2000년부터 지속적으로 확대시켜옴에 따라, 공적건강보험의 외래진료 보장률은 2010년 기준 63% 수준으로 낮은 상황이다. 이에 따라 프랑스 정부는 민영건강보험의 가입을 유도하기 위해 2000년부터 최극빈층에 무료로 민영건강보험(CMU: Couverture Maladie Universelle)⁸⁴⁾을 제공하고, 2006년 차상위층 대상으로 민영건강보험에 대한 보조금 지원 제도를 도입하였다. 이에 따라 프랑스는 전 국민 대상으로 보편적인 공적건강보험 제도를 운영하고 있음에도 불구하고, 민영건강보험은 1960년대 전 국민의 33%대에서 2015년 현재 94% 이상 가입하고 있을 정도로 활성화되었다. 특히, 공적건강보험의 보장성이 낮은 통원 항목 중심으로 민영건강보험의 역할이 확대되어 있다.

3) 고령자 민영건강보험 가입 지원 제도(독일)

독일 민영건강보험에서는 재정적인 이유로 특별히 저렴한 요율이 적용될 필요가 있는 65세 이상의 고령층에 대해 적용되는 표준보험요율 제도를 적용하고 있다. 장기간 민영건강보험에 가입해 온 가입자가 고령이 되었을 때 보험료를 감당할 자력이 낮아지는 반면, 다시 공적건강보험 제도로 복귀하는 것이 법에 의해서 허용되지 않기 때문이다. 따라서 법적으로 명확히 정한 그룹⁸⁵⁾에 대해서는 표준보험요율을 부과하고 공적건강보험 수준에 해당하는 표준급부를 제공한다.

84) 2010년 기준 프랑스 전체 국민의 6%에게 제공함

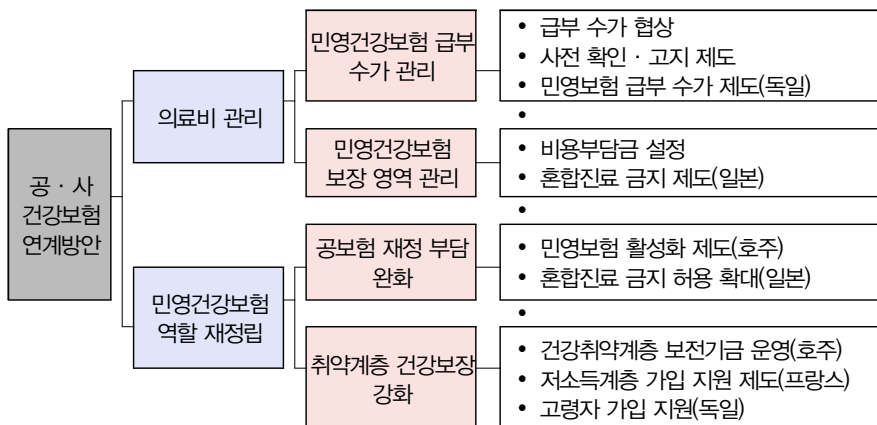
85) 만 65세 이상이고 10년 동안 민영건강보험에 가입한 자, 만 55세 이상이고 10년 동안 민영건강보험에 가입한 자로 현재 수입이 보험료 지급 의무보다 적은 자임

4. 소결

해외 사례를 보면 공통적으로 국민에게 의료서비스를 제공하고 그에 따른 의료비를 관리하기 위한 도구로서 민영건강보험을 활용하고 있다는 점이다. 먼저 ‘민영건강보험의 급부 수가 관리’를 위한 해외 사례로 ① 보험회사와 의료기관 간 민영건강보험의 급부 수가 협상(미국, 호주, 네덜란드 등), ② 민영가입자의 의료 이용 관련 사전 확인 및 고지 제도(영국, 독일 등), ③ 민영건강보험 급부 수가 제도(독일)가 확인되었다. 또한 ‘민영건강보험 보장 영역 관리’를 위해 ① 민영가입자의 비용부담금 적용(독일, 네덜란드 등), ② 공보험(급여)과 민영보험(비급여) 간의 의료비 혼합 금지(일본)가 적용되고 있다.

공적건강보험 제도를 시행하는 국가들에서 공보험의 재정 부담 완화를 위해 민영건강보험을 활성화하는 정책을 추진하는 방향으로 민영건강보험의 역할을 재정립하는 사례도 다수 확인되었다. ‘공보험의 재정 부담 완화’를 위해 ① 민영건강보험 활성화 제도(호주), ② 공보험과 민영보험 간 혼합진료의 제한적 허용 확대(일본), 그리고 ‘취약계층의 건강보장 강화’를 위해 ① 건강취약계층 보전기금 운영(호주), ② 저소득계층 가입 지원(프랑스), ③ 고령자 가입 지원(독일) 등의 사례가 있다.

〈그림 Ⅲ-9〉 공·사 건강보험 연계 목적과 방안



IV. 공·사 건강보험 연계 방안

앞에서 살펴보았듯이 문재인 케어의 성공적인 추진을 위해서는 비급여 관리 강화가 매우 중요하며, 이를 위해 민영건강보험의 역할 재정립이 긴요한 시점이다. 또한, 우리나라가 목표로 하는 충분한 공적 보장을 달성한 국가들의 사례에서 민영건강보험이 공적 보장을 보완하도록 공·사 간 연계되어 있는 것을 확인할 수 있다. 따라서 본 절에서는 건강보험 보장성 강화 대책의 실효성을 높이고 정책의 지속가능성 확보를 위해 요구되는 의료비 관리와 민영건강보험 역할 재정립에 대해 제안하고자 한다.

1. 의료비 관리 방안

정부가 추진 중인 건강보험 보장성 강화 대책에 따라 2022년까지 치료에 필요한 모든 의학적 비급여 항목이 급여로 편제될 경우, 그 간의 비급여 관련 현안들이 상당 부분 해소될 것으로 기대된다. 순차적인 비급여의 급여화 방식인 선택급여 대신에 예비급여를 도입하고 단기간에 급여항목을 확대시킴으로써, 이전 정부에서 발생되었던 비급여 풍선효과 등 정책 시행에 따른 부정적 영향을 어느 정도는 방지할 수 있을 것으로 예상되기 때문이다. 그러나 비급여의 급여화 전환 과정 기간 동안에 대체 가능한 비급여의 수가 인상이나 의료 이용 확대 가능성이 충분히 있기 때문에 비급여 진료비 관리 체계 구축은 여전히 중요한 과제이다.

우리나라에서는 의료법⁸⁶⁾ 등으로 인해 보험회사와 의료기관과의 민영건강보험

86) 의료법 제27조: 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 해위를 하여서는 아니된다.

급부 수가에 대한 협상이 금지되어 있고, 의료 이용에 대한 민영가입자의 사전 확인 및 고지 제도가 정착되어 있지 않다. 상황이 이렇다 보니 민영건강보험의 보장급부와 관련한 비급여 진료에 대한 체계적인 정보의 집적이 매우 미흡하다. 따라서 비급여 관리 체계 구축을 위해서 가장 우선적으로 실행해야 할 조치로서 비급여 정보 인프라를 신속히 구축할 필요가 있다.

이는 진전된 수준에 따라 ① 표준화된 기준으로 의료기관의 비급여 진료비를 조사하는 정보 표준화 단계, ② 표준화된 기준을 의료기관이 비급여 진료비 청구 시 사용토록 의무화하는 단계, ③ 의료건별 비급여 진료비를 표준화된 기준으로 집적하여 비급여 진료비의 적정성 판단 시 활용하는 단계로 나뉘 볼 수 있다(정성희·이태열 2016, 9). 현재 공적건강보험의 보장 영역인 급여의 경우 대상 항목이 표준화되어 있으나, 비급여의 경우 질병치료 목적의 일부 항목에 대해서만 고시하고 있고 진료 코드나 행위 정의 등에 대한 표준화가 되어 있지 못한 상황이다. 정보 표준화 단계를 위해 현재 의료법 개정(2015. 12)⁸⁷⁾을 통해 이루어지고 있는 비급여 진료비용의 자료 조사·분석·공개에 대한 적용 병원과 대상 항목을 빠르게 확대할 필요가 있다. 특히 비급여 정보 표준화는 문재인 케어의 비급여 항목별 급여화 일정에 맞추어 추진될 필요가 있다.

둘째, 비급여 정보 인프라를 활용하여 비급여 진료비 원가 관리 체계를 구축할 필요가 있다. 비급여에 대한 통제가 이루어지지 않는다는 것은 비급여 가격 관리가 되지 않는다는 의미이기도 하다. 비급여에 대해서는 건강보험 요양급여비용 산정 기준의 구속력이 없기 때문에, 의료기관이 자율 재량으로 가격을 산정할 수 있고 의료량에 대해서도 어떠한 통제를 받지 않는다. 이와 같이 비급여에 대해 객관적으로 정해진 수거나 의료량에 대한 기준이 부재하다 보니, 일부 의료기관에서 고가의 의로서비스나 심지어 불필요한 진료 등이 통제 없이 행해지고 있다.

우리나라에 적용 가능성이 높은 사례로 앞서 살펴본 독일의 민영건강보험 급부 수

87) 의료법 제45조의2 신설(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) ① 보건복지부장관은 비급여 진료비용 및 제45조 제2항에 따른 제증명수수료의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석하여 그 결과를 공개할 수 있다.

가 제도(GOÄ)를 참고할 필요가 있다. 일본의 혼합진료 금지는 비급여 진료에 대한 환자의 선택권을 엄격히 제한하는 사례로, 우리나라에 적용 시 의료비 관리의 효과는 클 것으로 예상되지만 공적건강보험의 보장률이 높지 않은 현실 상황에 비추어 볼 때 의료 접근성을 낮추는 부작용이 더 클 것으로 보인다. 독일의 GOÄ는 민영건강보험의 보장에 적용되는 의료수가 기준을 정립해 놓은 것으로, 이를 통해 과잉 진료 및 그에 따른 보험금 지급과 관련한 민원이나 분쟁의 발생 가능성을 감소시키면서도, 의료인의 전문판단을 존중하여 합리적인 사유에 대해 수가규칙의 예외를 인정하고 있다. 특히, 독일의 경우 우리나라와 같이 보험회사가 의료기관 간에 직접적인 협상 관계를 맺고 있지 않음에도 불구하고, 보험업계와 의료업계의 합의하에 민영건강보험에 적용되는 의료수가를 책정하고 있다는 점에서 의미가 있다. 독일 사례를 참조하여 우리나라에서도 비급여 진료비 표준가격 제도 도입 등을 검토할 필요가 있는데, 의료기관이 표준가격에 비해 과도한 비급여 수가를 민영건강보험에 적용할 경우에는 그에 대해 사유를 제출하거나 미리 보험회사와 합의하도록 하여 과도한 비용 청구를 제한하는 제도적 장치가 필요할 것으로 보인다.

다만, 비급여 진료서비스의 지나친 통제가 고급의료, 신의료기술 등에 대한 의료기관의 진료 축소로 이어져 충분한 진료와 보상을 받을 수 있는 국민의 권리가 침해될 것이라는 우려가 있다. 또한 급여 수가 수준의 현실화를 통한 비급여 수가의 정상화가 바람직하다는 주장도 제기되고 있는 만큼 이해관계자 간의 충분한 논의와 합의가 전제되어야 한다. 특히 문재인 케어의 보장성 확대와 연계된 급여의 범위와 급여화 우선순위는 투명한 절차와 다양한 이해관계자의 참여를 기반으로 결정될 필요가 있다. 지금까지 의료기관의 수익 보전으로 활용되었던 비급여를 급여로 전환하는 만큼 의료수가 체계 전반에서의 수가 수준의 정상화를 도모하고, 이 과정에서 의료서비스에 대한 보상의 원칙과 절차의 투명성을 지켜야 할 것이다(강희정 2018). 의료이용은 시장의 수요에 의존할 수 없으나, 의료서비스 생산에서는 시장의 경쟁적인 자원을 사용하기 때문에, 적절한 가격을 책정하여 필요한 이용을 위한 서비스 공급이 왜곡되지 않도록 유의해야 한다(이규식 2017).

셋째, 과잉진료나 불필요한 진료 가능성이 큰 비급여 항목에 대한 의료행위 통제

방안으로 민영건강보험의 보장구조에서 비급여 항목에 대한 소비자의 비용부담금 강화 및 비급여 항목별 비용부담금 차등 적용을 검토할 필요가 있다. 독일, 네덜란드 등 주요국 사례를 보면 민영건강보험 보장 구조에 연간 누적 비용부담금을 적용하여 일정 정도의 치료비는 소비자가 부담하도록 하고 있다. 이는 비용부담금이 소비자의 의료이용 행태에 미치는 효과 측면에서 볼 때, 우리나라의 의료 이용건별 공제금이 나 공동부담금보다 과잉진료나 불필요한 진료의 차단 효과가 크다고 볼 수 있다. 또한, 소비자의 선택 개념이 크거나 비필수적 치료에 대해 자기부담금을 보다 높게 설정하고 있다.

상기의 공·사 협력 방안 이외에도 비급여 관리를 위해 보험산업 스스로 인프라 구축 및 관리 체계 마련을 위해 노력할 필요가 있다. 실손의료보험에서 지급된 전체 보험금에서 비급여 진료비가 차지하는 비중이 절반 이상 차지⁸⁸⁾하고 있어, 보험산업에서 비급여 관련 통계 관리는 전체 의료비 관리뿐만 아니라 민영건강보험의 지급 보험금 관리를 위해서도 매우 중요하다. 현재 실손의료보험의 지급 통계 집적 및 관리 기준에 대한 보험업계의 표준 기준 부재로 보험회사의 통계관리가 부실하다는 평가⁸⁹⁾를 받고 있다. 실손의료보험에 대한 사고 이력 관리 및 청구·지급 통계와 관련하여 보험업계의 표준기준⁹⁰⁾을 마련할 필요가 있다. 또한, 실손의료보험의 보험금 청구와 관련하여 의료기관이 발급하는 서식(영수증, 진료비 세부 내역서 등)에 대한 표준화가 되어 있지 않아, 보험회사가 비급여 진료비에 대한 세부 통계 집적하기는 매우 어려운 상황이다. 따라서 실손의료보험 보험금 청구와 관련한 서식의 표준화⁹¹⁾도 병행될 필요가 있다.

88) 보험회사의 실손의료보험 지급보험금 중 비급여 진료비가 차지하는 비중은 2013년 기준 64.4%임(이태열·정성희 2015)

89) 보험업계 실태조사 결과 실손의료보험의 보험금 청구 및 지급에 대한 상세 내역 관리는 일부 보험회사에서만 이루어지고 있고, 대부분의 보험회사는 보험금 총액만 통계로 입력하여 관리하는 수준으로 나타남(정성희 2016, 11)

90) 금융감독원은 실손의료보험의 통계관리를 위해 업무보고서를 개선하고 2017년부터 적용 중에 있음

91) 진료비 세부 내역서 표준서식 제정 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조 개정에 따라, 「진료비 세부 산정내역 서식 등에 관한 기준」 고시를 제정하여 2018년 3월 2일부터 시행함

2. 민영건강보험 역할 재정립 방안

상기 주요국의 사례에서 살펴보았듯이 민영건강보험의 역할은 공적건강보험의 성격과 유형, 그리고 의료보장시스템의 차이에 따라 매우 다양하게 운영되고 있다. 민영건강보험의 공공성은 그 사회에서 맡고 있는 역할에 따라 결정된다는 점을 감안해 볼 때 우리나라의 민영건강보험은 보완형이라는 점, 따라서 보완적 기능이 제 역할을 할 수 있도록 규제와 장려 정책을 균형적으로 병행할 필요가 있을 것이다. 따라서 공보험의 보완형에 맞는 바람직한 민영건강보험의 역할 정립 방안 마련과 함께 사회 안전망으로서 민영건강보험의 역할 확대 방안이 균형적으로 검토될 필요가 있다.

첫째, 공적건강보험의 지속가능성 확보를 위해서는 민영건강보험이 건강보험의 재정적 지원 역할을 담당할 필요가 있다.

호주의 경우 우리나라와 같이 전 국민 대상으로 의무가입인 공적건강보험 제도를 운영하고 있으면서 민영건강보험의 보완적 기능을 적극적으로 활용하고 있다. 호주는 1990년까지 공적건강보험의 보장성 확대를 위한 정책을 시행해옴에 따라 공공부문의 재정 부담이 확대되고, 민영건강보험에서는 건강한 가입자의 이탈로 건강위험도가 높아지면서 민영보험 보험료가 인상되는 악순환이 발생하게 되었다(정성희 · 이태열 2017. 12). 이에 따라 1990년 후반부터는 민영건강보험의 보장 기능을 확대하기 위해 다양한 가입 지원 제도⁹²⁾를 도입하여 운영하고 있다. 또한, 민영건강보험이 공보험의 보완적 역할을 제대로 수행할 수 있도록 제도적 뒷받침⁹³⁾을 해줌으로써, 효율적인 공·사 협력의 틀을 구축해 오고 있다. 초고령 국가인 일본의 경우 최근 점차적으로 가중되고 있는 공적건강보험의 재정 부담 완화를 위해 혼합진료의 부분적 허용 확대 정책을 추진해 오고 있어, 향후 일본에서 의료비 재원에 대한 민영건강보험의 역할은 보다 확대될 것으로 전망된다.

둘째, 건강보험의 보편적인 보장 강화를 위해서는 고령자나 질환자의 의료 접근성

92) 민영건강보험 가입자 인센티브, 평생건강보장 등

93) “국민들에게 민영건강보험을 가입할 할 유인을 제공하고, 민영건강보험상품을 규율하는 규칙을 정립”하기 위한 취지로 2007년 민영건강보험법을 제정함

을 높일 필요가 있으므로, 사회취약계층에 대한 민영건강보험의 역할 확대 방안 검토가 요구되고 있다. 의료비 증가에 따른 개인의 부담은 사회경제적 지위에 차이가 있는데, 저소득층, 노인, 만성질환자 등과 같이 사회취약계층의 부담은 더욱 가중될 것이다. 우리나라와 같이 건강보험의 보장률이 낮아 의료비 부담이 개인의 소득보다는 발생한 의료비에 비례하는 상황에서는 지불 능력이 낮은 집단의 의료비 부담이 더욱 커지게 된다(정채림·이태진 2012). 특히 노인 가구는 다른 인구집단에 비해 의료비 지출이 많고 소득은 낮기 때문에 의료비에 대한 경제적, 심리적 부담이 클 수밖에 없다. 해외 사례를 참조하여 보험회사는 적정 보험료 수준을 보장해주고 계약 심사를 완화해 주는 반면, 정부는 위험부담 경감 제도 운영 등을 통해 보험회사의 부담을 지원해주는 방안을 검토해 볼 필요가 있을 것이다. 여기서 간과해서는 안될 부분이 보험회사는 젊고 건강한 사람, 소득이 높은 사람 위주로 선별적으로 가입시킬 유인(Cream Skimming)을 갖는다는 것이다. 이러한 조건하에서는 위험요인을 많이 가진 건강위험체의 의료접근성을 제약하는 한편, 건강한 사람만을 가입시키는 비효율적인 보험회사가 위험을 가진 사람들을 가입시키는 효율적인 보험회사를 시장에서 퇴출시키는 현상을 초래하게 됨으로써, 건전한 보험의 존립마저 불가능하게 될 가능성이 있다는 점이다. 민영건강보험이 사회안전망으로서 그 효율성을 높이기 위한 방안 모색이 필요할 것이다.

호주의 경우 사회취약계층의 민영건강보험의 보장 강화를 위해 보험회사의 위험 선택 금지와 보험금 보전 제도를 병행 운영하고 있다. 즉, 고령자나 질환자가 연령과 건강상태와 상관없이 민영건강보험의 보장혜택을 받을 수 있도록 보험회사는 동일 보험료를 적용하고 가입심사를 하지 않지만, 이로 인해 발생하는 보험회사별 위험부담 불균형을 해소하기 위해 건강취약계층 보전기금 운영을 통해 보전해 주고 있다.

프랑스는 특히 민영건강보험의 접근성이 낮은 저소득층 대상으로 보조금을 통한 지원 제도를 실시하고 있다. 또한 민영건강보험의 보장 필요성은 높아지나 가입여력은 낮아질 수 밖에 없는 고령자 대상으로 표준보험요율 제도를 적용하고 있는 독일 사례도 참고할 만 하다.

마지막으로 건강보험 보장성 강화 대책 추진에 따라 실손 상품구조 개편 시 소비

자의 권익을 고려할 필요가 있다. 우리나라는 의료비 중 개인부담이 37%로 OECD에서 매우 높은 수준인 점을 감안해볼 때, 특히 급여 본인부담금에 대해서는 실손 가입자의 보장성을 침해하지 않는지에 대한 신중한 검토가 필요해 보인다. 프랑스 사례에서와 같이 공공부문의 재정 부담 완화 차원에서 확대해온 급여 본인부담금에 대해 민영건강보험의 역할을 확대한 정책은 참고할 가치가 있다.

3. 맺음말

우리나라의 건강보험 제도는 국민건강보험법에서 실손의료보험 제도는 보험업법에서 각각 독립적으로 운영되고 있지만, 큰 틀에서 보면 모두 건강보장체계를 다루고 있기 때문에, 공·사 건강보험의 균형 있고 합리적인 발전 방향이 구체적으로 모색되어야 할 것이다. 문재인 케어의 포괄적 급여를 위한 비급여의 급여 전환은 공공의료의 관점을 ‘공공성이 강한 사적 재화’에서 ‘(규범적) 공공재’로 변화시키고자 하는 것으로(강희정 2018, 이규식 2017), 이러한 취지에 따라 실손의료보험을 포함한 민영건강보험에 대해 어느 정도의 공공성을 강화할 것인가가 이해관계자 간에 첨예한 이슈가 되고 있는 것이다.

민영건강보험이 소비자의 자율적 선택권 부여를 통해 운영되는 보완형·보충형에서는 시장의 효율적 기능을 통해서 역할 제고를 추구하는 것이 가장 바람직할 것이다. 다만, 시장의 기능이 잘 작동하지 않는 사회취약계층에 대한 사회안전망으로서 민영건강보험의 역할 강화를 위해서는 어느 정도의 공공성 부여가 불가피할 것으로 판단된다.

우리나라의 실손의료보험은 보완형으로 운영되고 있지만 현재 건강보험 보장성 제고와 깊이 연계되어 있다는 점에서 규범적 공공재적 성격을 어느 정도는 부여해야 한다는 주장이 제기되고 있고, 규범적 차원에서 비급여 진료비에 대한 관리와 통제는 그 정당성을 어느 정도 인정받을 수 있다고 볼 수 있다. 따라서 공보험으로서의 건강보험 제도의 지속가능성과 보장성 강화를 위해서 비급여 진료비에 대한 관리와 통제, 그리고 민영건강보험인 실손의료보험의 역할 재정립이 검토될 필요가 있다.

참고문헌

- 강희정(2018), 「문재인케어의 쟁점과 정책 방향」, 『보건복지포럼』, 통권 제255호, 한국보건사회연구원
- 국민건강보험공단(2010~2015), 「국민건강보험 통계연보」
- _____ (2015), 「국외출장(벨기에, 네덜란드) 결과 보고서」
- 국회예산정책처(2015), 「2016년도 예산안 부처별 분석: 보건복지위원회」, 여성가족위원회 소관
- 권순만 · 전보영 · 오주환(2010), “민간의료보험이 의료 이용 및 의료비 지출에 미치는 영향”, 『제2회 한국의료패널 학술세미나 자료집』
- 김관옥 · 신영전(2017), 「민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향: 실손의료보험을 중심으로」, 『비판사회정책』, 제54호
- 김대환 · 황진태 · 이창우 · 김동겸 · 이상우(2012), 『인구고령화에 따른 공 · 사 건강보험의 유기적 협력 방안』, 보험연구원
- 김도훈 · 권지희 · 유애정 · 문용필(2014), 『주요국의 건강보장 제도 현황과 개혁동향: 제5권 일본』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 김성옥 · 김유리 · 정희정(2014), 『주요국의 건강보장 제도 현황과 개혁동향: 제2권 독일』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 김현수(2012), 「공공성 측면에서 본 민영건강보험의 역할」, 보험연구원 정책세미나
- 남상요 · 권오주 · 김영재 · 西山孝之 · 岡本悦司 · 工藤 高 · 李忻 · 강주현(2010), 『일본의 의료보험 제도 및 진료비지불체계에 관한 연구』, 연구보고서 2010-3, 의료정책연구소
- 보건복지부(2015), 『2014년도 노인실태조사』
- 보험개발원(2006), 내부 검토 자료
- 생명보험협회 · 손해보험협회(2006), 내부 검토 자료
- 신기철 · 김윤 · 권혁성 · 최윤정 · 김윤식 · 조수진 · 이태열 · 이창우 · 김동겸(2014), 『정책형 개인의료보험 개선 방안 연구』, 국민건강보험공단 연구용역

- 신현웅 · 윤장호 · 강성욱 · 김태은 · 여나금 · 심보람(2015), 『국민건강보험과 민영 의료보험의 합리적 발전 방안』, 보건사회연구원
- 오영수(2010), 「우리나라 민간의료보험의 역할정립과 발전과제」, 『정책연구』, 가을호
- _____(2006), 『국민건강보험과 민간건강보험 간 역할 재정립 방안』, 보험연구원
- 윤희숙(2008), 「국민건강보험과 민간의료보험 사이의 역할과 파트너십」, 『HIRA 정책동향』
- 의료제도개선기획단(2006. 10. 24), “제4차 의료산업 선진화 위원회 심의안건”
- 이규식(2017), 「건강보험 40년 성과와 과제」, 『보건행정학회지』, 27권 2호, 한국보건경제정책학회
- 이옥희 · 이상수 · 이형진 · 김혜련 · 최대성 · 서남규(2016), 「2016년도 건강보험환자 진료비 실태 조사」, 국민건강보험공단
- 이윤경(2018), 『고령사회 도래에 따른 대응 방향 모색: 일본 사례의 시사점 검토』, 보건사회연구원
- 이정석 · 한은정 · 이지혜(2014), 『주요국의 건강보장 제도 현황과 개혁동향: 호주, 국민건강보험』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 이진석(2006), 「국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방향 모색」, 강기정 의원 주최 공청회 자료
- 이창우 · 이상우(2010), 『주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점』, 보험연구원
- 이태열(2017. 10), 「우리나라 공 · 사 건강보험의 효과적인 협력 방안」, 국제보험산업 심포지엄, 보험연구원
- 이태열 · 정성희(2016. 5), 「민영의료보험 최소손해율 제도 도입 주장에 대한 검토」, 『KiRi Weekly』, 제383호, 보험연구원
- _____(2015. 12), 「비급여 진료비 심사 논란과 진료비확인 제도 개선안 모색」, 『KiRi Weekly』, 제363호, 보험연구원
- 이현복 · 남상욱(2013), 「민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구」, 『보험학회지』, 제95집
- 이현복 · 이호용 · 이희영 · 최기춘(2011), 『민영건강보험의 합리적 관리 방안』, 국

민건강보험공단 건강보험정책연구원

이현복 · 최영순 · 강태욱 · 최정규(2014), 『주요국의 건강보장 제도 현황과 개혁동향: 제 6권 네덜란드』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

이호용 · 이현복(2011), 『민영건강보험의 보상범위에 관한 연구』, 『보건경제와 정책연구』, 17권 2호, 한국보건경제정책학회

정기택 외(2008), 『민영건강보험 실증분석 및 공·私 보험 연계방안 연구』, 손해보험협회 연구보고서, 경희대학교 의료산업 연구원

정성희(2017. 11), 「민영건강보험의 역할 재정립」, 보험연구원 정책세미나

_____ (2016. 11), 「실손의료보험 제도 개선」, 보험연구원 정책세미나

_____ (2016. 6), 「실손의료보험 제도 개선 방안」, 보험연구원 정책세미나

정성희 · 이태열(2017. 12), 「호주의 공·사 건강보험 연계 사례와 시사점」, 『KiRi 고령화리뷰』, Monthly 16호, 보험연구원

_____ (2016. 9), 『비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점』, CEO Report, 보험연구원

정채림 · 이태진(2012), 「서울시 가구의 과부담의료비 지출 발생 및 반복적 발생의 영향요인」, 『보건행정학회지』, 22권 2호, 한국보건경제정책학회

정희정 · 송민정 · 이석원(2011), 「한국과 일본 의료보험 제도 비교 연구」, 日本近代學研究, 第31輯

최병호(2001), 「건강보험부문에서 공공과 민간의 적정한 역할분담 고찰」, 『보건행정학회지』

홍석표(2008), 「민간의료보험 관리의 외국사례」, 『보건복지포럼』, 통권 제140호, 한국보건사회연구원

홍석표 · 이준영 · 정형선 · 공경열(2007), 『외국의 민간의료보험 정책 연구』, 연구보고서, 한국보건사회연구원

Ashish(2011), “Risk Equalisation 2020 is the current system sustainable?”, Institute of Actuaries of Australia

- AUSTRALIA(2007), “Private Health Insurance Act 2007”
- Congressional Budget Office(2016), US
- EC(1992), “Third Non-life Insurance Directive”
- Keizai Doyukai(2015), わが国の医療制度の持続可能性を高める
- MunichRe(2016), “Insight into German health insurance market”
- _____ (2014), “Health Care Lessons from Germany”
- Nadeem(2011), “Health Insurance in the Netherlands”
- OECD(2016), “Health care coverage in OECD countries in 2012”
- _____ (2004), “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”
- PHIAC(2014), Annual Report, Australian Government
- Private Health Insurance Administration Council(2015), “Competition in the Australian Private Health Insurance Market”
- Sarah(2006), “Regulating private health insurance in the EU: the implication of single market legislation and competition policy”
- Tomas(2006), “Private Medical Insurance in the United Kingdom”
- Toshiyuki(2015), “Current Trends in Health Insurance System: OECD Countries vs. Japan”
- WHO(2005), “Regulation Private health insurance to Serve the Public Interest”
- _____ (2016), “Voluntary Health Insurance in Europe: Country Experience”
- _____ (2016), “Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation”
- 경제산업성(2010), 産業構造ビジョン 2010
- 전국의보의신문(2004), 混合診療解禁で医療はどうなるのか, 2292호

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 ·
 마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸
 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미
 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환
 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정 · 박지운 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형 · 이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호 · 류건식 · 김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송운아 · 이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈 · 이태열 · 김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석 · 이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희 · 한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중 · 김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유효가격 측정 연구 /
 지홍민 2017.12

- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화 · 박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공 · 사 협력 방안 / 조용운 · 오승연 · 김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식 · 강성호 · 이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현 · 이해은 2018.2
- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영 · 김세영 · 이선주 2018.2
- 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린 · 정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식 · 이해은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연 · 김석영 · 이선주 2018.4

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목 · 장동식 · 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식 · 이경희 · 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경 · 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원 · 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식 · 이창우 · 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도 · 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도 · 김대환 · 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과의 시사점 / 유경원 · 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태 · 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익 · 김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 이태열 · 신중협 · 황진태 ·

- 유진아 · 김세환 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 이경아 · 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수 · 김경환 · 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 황진태 · 변혜원 · 이경희 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경 · 변혜원 · 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 김대환 · 이경희 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수 · 안철경 · 변혜원 · 최영목 · 최형선 · 김경환 · 이상우 · 박정희 · 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수 · 김경환 · 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산 · 고령화와 금융의 역할 / 윤성훈 · 류건식 · 오영수 · 조용운 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린 · 이기형 · 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형 · 변혜원 · 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환 · 유진아 · 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형 · 임준환 · 김해식 · 이경희 · 조영현 · 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우 · 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 ·

- 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린 · 김해식 · 김석영 2014.3
- 2014-3 공 · 사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열 · 강성호 · 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사 건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수 · 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실 · 정책연구실 ·

- 동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안/ 금융제도실 · 재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구/ 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안/ 김해식 · 최영목 · 김소연 · 장동식 · 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형/ 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안/ 안철경 · 변혜원 · 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가/ 최영목 · 김소연 · 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구/ 기승도 · 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안/ 황진태 · 기승도 · 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안/ 송윤아 · 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안/ 조용운 · 황진태 · 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안/ 류건식 · 김대환 · 이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안/ 김대환 · 류건식 · 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점/ 조영현 · 전용식 · 이해은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ④ sure 4.0 / 진 익 · 김동겸 · 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제/ 김해식 · 김석영 · 김세영 · 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안/ 김대환 · 류건식 · 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석/ 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로/ 조재린 · 황진태 · 권용재 · 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점/ 전용식 · 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구/ 기승도 · 조용운 · 이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략/ 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 · 김혜란 · 정승연 2016.4

- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2016.5

■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진억 · 지재원 · 박정희 · 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 기승도 · 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 이상우 · 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면 · 이정환 · 최이섭 · 정중영 · 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익 · 김상수 · 김종훈 · 변귀영 · 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교 · 오영수 · 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환 · 이민환 · 윤건용 · 최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운 · 김세환 · 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식 · 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협 · 최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4

- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 김해식 · 유진아 · 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경 · 황진태 · 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우 · 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운 · 변혜원 · 이승준 · 김경환 · 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태 · 전용식 · 윤상호 · 기승도 · 이상우 · 최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우 · 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식 · 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 황진태 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 이상우 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식 · 변혜원 · 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원 · 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영 · 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석 · 강성호 · 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정 · 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태 · 박선영 · 권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주 · 전용식 2014.5

- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식 · 윤성훈 · 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환 · 강민규 · 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 -대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른 국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략 / 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형 · 김혜란 2016.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원 · 김세중 2014.6
 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구—Own Risk and Solvency Assessment— / 장동식 · 이정환 2014.8
 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸 2015.1
 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해랑 2015.4
 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화 2015.5
 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12
 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1

■ 영문발간물

제 7 호	Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
제 8 호	Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
제 9 호	Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
제10호	Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
제11호	Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
제12호	Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
2008-2	보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
2008-3	FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
2008-4	퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식 · 서성민 2008.12

- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식 · 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식 · 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식 · 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환 · 이상우 · 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환 · 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식 · 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선 · 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환 · 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운 · 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈 · 전용식 · 전성주 · 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형 · 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식 · 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영 · 김세중

- 2014,6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송운아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식 · 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경 · 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식 · 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	—	—

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 팩스 : (02) 3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9080 / pgc0703@kiri.or.kr)

저자약력

정 성 희

서울대 통계학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

이 태 열

The Iowa State University 경제학 박사
보험연구원 선임연구위원
(E-mail : tylee@kiri.or.kr)

김 유 미

성균관대학교 보험계리학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : @kiri.or.kr)

연구보고서 2018-9

주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석

발행일 2018년 4월

발행인 한 기 정

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-84-8 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원