

# OECD 국가들의 민간보험 관리 동향

## - 공적보험과 민간보험의 관계 설정을 중심으로

신현웅 실장

한국보건사회연구원 보건정책연구실



임재우 연구원

한국보건사회연구원 보건정책연구실



### Key Point

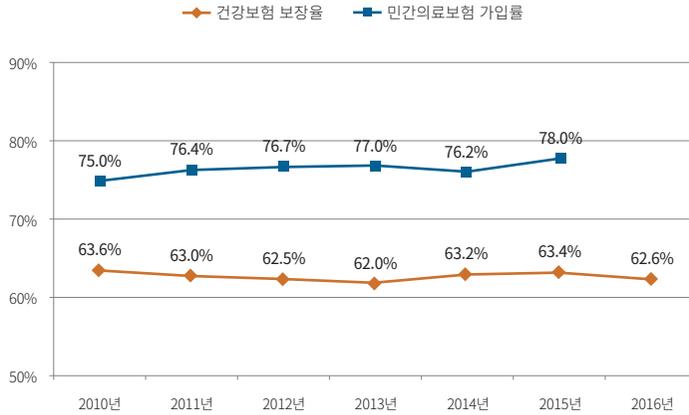
- ☑ OECD 국가들의 민간보험 현황
- ☑ OECD 국가의 민간보험과 공적보험 관리체계
- ☑ OECD 국가 민간의료보험 관리 사례의 시사점

**Key Word** 민간의료보험, 민간보험 관리체계, 민간의료보험 유형

## 1. 들어가며

1977년 처음 도입되어 1989년 전 국민을 대상으로 확대된 한국의 국민건강보험은 국민의 의료이용에 대한 접근성과 형평성을 향상시켰다. 또한 다른 경제협력개발기구(OECD) 국가보다 낮은 비용으로 국민의 건강수준 향상에도 큰 성과를 가져온 것으로 평가된다. 하지만 이러한 성과에도 불구하고 한국 국민건강보험의 충분치 못한 보장성은 한계로 지적되고 있다. 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 해소 등의 노력을 지속적으로 기울여 왔지만 2016년의 건강보험 보장률은 62.6%로 2015년에 비해 0.8% 떨어졌다. 이러한 낮은 건강보험 보장률에 대한 반작용으로 민간의료보험 시장이 확대되기 시작했다. 민간의료보험의 현황을 정확히 파악하기는 어렵지만 『2017년 한국 의료패널 심층분석 보고서』에 따르면 2015년 민간의료보험 가입률은 78%이며, 금융감독원 보도자료에 따르면 2017년 말 개인 실손보험의 보유 계약은 3,359만 건으로 국민의

64.9%가 개인 실손보험에 가입한 것으로 나타났다. [그림 1]을 보면 건강보험의 보장률은 60% 초반에 머물러 있고, 의료비 부담을 걱정하는 국민의 민간의료보험 가입률이 지속적으로 증가하는 것을 알 수 있다.



[그림 1] 건강보험 보장률과 민간의료보험 가입률 추이

자료: 2017년 한국의료패널 심층분석 보고서와 건강보험환자 진료비 실태조사(각 연도)를 활용하여 작성.

민간의료보험을 통해 의료에 대한 국민의 접근성을 개선하였다는 긍정적인 측면이 있는 것은 분명한 사실이다. 하지만 민간의료보험은 건강보험이 보장하지 못하는 영역에 대한 보충이라는 본래 도입 목적을 넘어 오히려 불필요한 의료이용을 초래함으로써 건강보험의 재정 부담을 증가시키고 있다는 문제가 제기되었다. 또한, 2014년 국정감사에서 보장성 강화 정책으로 인해 실손보험 업계가 반사이익을 보게 될 것이라는 문제 제기가 있었고 정부 개입의 필요성이 제기되었다.

앞으로 건강보험의 보장성이 지속적으로 강화되고 민간의료보험 시장이 추가로 확대되면 건강보험과 민간의료보험의 상호관계는 더욱 긴밀해질 것이다. 이에 본고에서는 조세 방식(베버리지 모형)을 채택한 아일랜드와 영국, 사회보험 방식(비스마르크 모형)을 따르는 독일의 민간의료보험 관리 동향을 고찰하여 보고자 한다.

## 2. OECD 국가들의 민간의료보험 현황

OECD 국가 대부분은 전 국민을 대상으로 하는 공적건강보험제도를 운영하고 있으나, 공적건강보험의 보장성을 뒷받침하기 위해 민간의료보험제도도 운영하고 있다. 단, 미국의 경우 일부 계층(저소득층, 65세 이상 노인 등)을 제외하고는 민간의료보험이 공적건강보험을

대체하고 있으며, 독일에서는 일부 계층(고소득자)에게 공적건강보험과 민간의료보험 중에서 선택하도록 하고 있다. OECD 국가들의 민간보험 유형과 각 국가의 의료비 지출에서 민간보험이 차지하는 비중을 살펴보고자 한다.

(표 1) 공적건강보험 구조에 따른 민간의료보험 유형 및 공적건강보험 가입 국가

구분			공적건강보험 가입 여부	
			가입	비가입
민간 의료보험의 보장 범위	공적 건강보험의 범위	급여	중복형(추가형, duplicate) 영국, 호주, 아일랜드	기초형 (primary) 미국, 독일
		본인부담금	본인부담금 보완형 (complementary) 한국, 독일, 일본, 벨기에	
	공적 건강보험 제외 범위	비급여	비급여 보충형 (supplementary) 한국, 독일, 호주, 프랑스	

자료: OECD. OECD Health Statistics 2017 Definitions, Source and Method. 2017을 참조하여 작성.

### 가. 민간의료보험의 분류

공적건강보험 가입 여부와 민간의료보험의 보장 범위에 따라 비급여 보충형, 본인부담금 보완형, 중복형(추가형), 기초형 4가지로 구분할 수 있다. 먼저 비급여 보충형은 공적건강보험에서 보장하지 않는 범위, 즉 비급여에 대해 민간의료보험이 보충하는 것으로 한국, 독일, 호주, 프랑스 등의 국가에서 이러한 형태로 운영하고 있다. 둘째로 본인부담금 보완형은 공보험에서 보장하는 의료서비스의 본인부담분까지 민간의료보험이 보장하는 것으로, 한국의 정액형 민간의료보험과 유사하며 독일, 일본, 벨기에 등의 국가에서 이러한 형태로 운영하고 있다. 셋째로 중복형은 민간의료보험이 공적건강보험과 동일한 의료서비스를 보장하는 것으로, 공적건강보험의 혜택을 받기 위한 대기 시간을 기다릴 수 없거나, 1인실 등 공적보험에서 제공하지 않는 서비스를 이용하려 할 때 주로 활용되며 영국, 호주, 아일랜드 등에서 운영되는 형태이다. 마지막으로 기초형은 공적건강보험을 민간의료보험이 대체하는 형태로, 미국과 같이 전 국민을 대상으로 하는 공적건강보험이 없는 경우의 기본형(principal)과, 공적건강보험과 민간의료보험 중에서 소비자가 자신의 선호에 따라 선택할 수 있는 칠레나 멕시코, 또는 일부 계층(고소득자)에게 보험자 선택권을 부여하는 독일에서 운영되는 대체형(substitute)으로 구분할 수 있다. 한국에서는 비급여 보충형과 본인부담금 보완형을 결합하여 하나의 상품으로 운영하고 있다.

## 나. OECD 국가들의 재원에 따른 의료비 비율 및 민간의료보험 가입률

(표 2) OECD 국가들의 재원에 따른 의료비 비율 및 민간의료보험 가입률('15. 기준)

국가	조세	공적건강보험	본인부담금	민간의료보험	기타	민간의료보험 가입률
노르웨이	74.4	11	14.3	0	0.3	-
독일	6.6	77.9	12.5	1.5	1.5	33.9
덴마크	84.1	0	13.7	2.1	0.1	36.5
일본	8.7	75.4	12.9	2.2	0.8	-
스웨덴	83.7	0	15.2	0.6	0.6	0.1
체코	12	70.4	14.8	0.1	2.7	-
룩셈부르크	9.1	72.9	10.6	6	1.3	50.3
아이슬란드	52.3	29.2	17	0	1.5	0.3
네덜란드	9.3	71.4	12.3	5.9	1.2	84.1
슬로바키아	4.3	75.4	18.4	0	1.8	-
영국	79.5	0.1	14.8	3.4	2.1	10.6
뉴질랜드	70.6	9.1	12.6	5.1	2.7	28.8
프랑스	4	75	6.8	13.6	0.7	95.5
터키	21.9	56.3	16.9	0	4.9	-
벨기에	18.3	59.2	17.6	4.8	0.2	81.6
에스토니아	10.8	64.9	22.8	0.2	1.3	-
오스트리아	30.8	44.8	17.9	4.9	1.5	36.2
이탈리아	74.6	0.3	22.8	1.5	0.8	-
핀란드	61.1	13.3	19.9	2.6	3.1	15.4
OECD 35 개국 평균	36.2	36.3	20.3	5.5	1.7	-
슬로베니아	3	68.7	12.5	14.5	1.3	87.1
스페인	66.3	4.7	24.2	4.4	0.4	15.7
캐나다	69	1.4	14.6	13	2	67
아일랜드	69.7	0.3	15.2	12.3	2.6	45.4
폴란드	9.2	60.7	23.2	5	1.7	-
호주	67.4	0	19.6	9.6	3.5	55.8
헝가리	11.1	55.6	29	2.3	1.9	-
포르투갈	65	1.2	27.7	5.2	0.9	25.7
스위스	22.3	41.7	28.3	6.5	1.1	27.9
이스라엘	16.9	46.4	22.7	11.2	2.7	83.4
칠레	2.2	58.6	32.2	3.7	3.3	48.3
그리스	30.3	28.8	35.5	3.7	1.8	11.5
라트비아	57.5	0	41.6	0.8	0.1	-
대한민국	10.3	46.1	36.8	6.1	0.7	66.8
멕시코	23.8	28.4	41.4	4.9	1.6	7.5
미국	26.6	22.8	11.1	35.1	4.4	63

자료: OECD Health Statistics 2017.

OECD 국가 중 한국은 본인부담금 비율이 36.8%로 라트비아와 멕시코 다음으로 높으며 OECD 평균인 20.3%보다 16.5% 높다. 또, 의료비에서 조세와 공적건강보험이 차지하는 비율의 합계는 56.4%로 미국, 멕시코 다음으로 낮다. 대부분의 OECD 국가들은 조세와 공적건강보험에 의한 보장률이 70% 이상으로 높고 본인부담금 비율이 낮다. 반대로 한국은 보장률이 낮고 본인부담금 비율은 높다. 한국의 민간의료보험 가입률은 66.8%로 높은 편에 속한다. 보장률이 높은 일부 국가에서는 증가하는 의료비를 효과적으로 관리하기 위해 민간의료보험 가입을 장려하고 있어 가입률이 높다. 하지만 한국은 낮은 보장률로 인해 질병에 따른 의료비 부담이 커 민간의료보험에 가입하는 국민이 많다.

### 3. 민간의료보험 관리 동향

#### 가. 아일랜드

아일랜드는 전 국민을 대상으로 하는 공적 의료서비스를 제공하고 있으며, 의료서비스의 재원은 주로 조세지출로 마련된다. 2016년의 의료비 지출은 정부의 공적자금 72%, 본인부담금 13%, 민간의료보험 12%, 기타 3%로 나타났다. 보건부 산하 Health Service Executive(HSE)에서 공적 의료서비스를 관리하며, 공공의료기관과 일부 민간의료기관에서 공적 의료서비스를 제공한다.

아일랜드에서는 공적 의료서비스가 제공되지만 민간의료보험 시장도 형성되어 있다. 민간의료보험은 주로 공적건강보험과 같은 서비스를 제공하는 중복형의 성격을 가지고 있지만 비급여 보충형, 본인부담금 보완형의 성격을 띤 민간의료보험이 일부 있다. 민간의료보험은 보건부 산하 건강보험청(Health Insurance Authority)과 아일랜드 중앙은행(Central Bank of Ireland)의 관리를 받는데, 건강보험청의 주요 역할은 건강보험 시장모니터링 및 주요 사안에 대해 보건부 장관에게 자문하는 일, 건강보험법 운영 감시와 법령 준수 감독, 보험자의 의무 준수 및 위험률 균등에 관한 업무, 의료보험에 관한 소비자 권리 향상에 관한 업무, 건강보험사업자 및 급여 지속에 관한 등록 업무 등이다. 아일랜드 중앙은행은 민간 의료보험사업자에 대해서도 다른 유형의 보험 및 금융회사와 마찬가지로 보험료 지급을 위한 준비금에 관한 요구 사항을 충족시키도록 하고 있다. 민간의료보험 가입률은 2008년 말 51%로 최고치를 기록한 뒤 점차 낮아져 2018년 6월 45.3%로 나타났으며, 2017년 가입자 1인당 평균 보험료는 1,220유로였다.

민간보험회사가 의료보험상품의 보장 범위에 따라 보험료를 산정하며, 보장 범위에 따라 다양한 가격의 의료보험상품이 있다. 보험료는 성, 연령, 건강상태에 따라 결정되는 것이 아니라 지역평균위험률 원칙에 따른다. 지역평균위험률 원칙은 성, 연령, 향후 건강상태에

관계없이 같은 민간의료보험상품에 가입하면 같은 보험료를 지불하도록 하는 것으로, 가입자 전체의 위험률 평균을 통해 보험료를 산정하는 방식이다. 하지만 2015년부터는 민간의료보험에 처음 가입한 나이를 고려한 평생지역평균위험률(lifetime Community Rating) 원칙이 도입되었다. 이러한 원칙하에서는 30세 때부터 보험에 가입한 50세 환자는 30세와 똑같은 금액을 지불하지만, 50세에 처음으로 민간의료보험에 가입한 50세 환자는 30세보다 더 많은 보험료를 지불한다. 민간의료보험에 처음 가입한 나이를 고려하여 보험료를 산정함으로써 젊은 사람들에게는 평균적으로 더 적은 보험료가 청구된다. 이에 따라 젊은 사람들이 지속적으로 유입되고 가입자 전체의 위험률이 낮아짐으로써 모든 사람의 보험료를 낮추는 효과가 있어 보험료 상승을 통제하는데 기여한다.

건강보험청에서는 보험회사가 납부한 인지세를 재원으로 하는 위험 균등화 기금(Risk Equalization Fund)을 운영한다. 예를 들어 25세의 성인이 민간병원비의 66%를 초과 보장하는 상품(Advanced)에 가입했을 경우 보험회사는 건강보험청에 444유로를 인지세로 납부해야 한다. 위험 균등화 기금은 고령자의 더 높은 위험도를 보험회사에 보상하기 위한 기금으로, 가입자의 연령과 보험상품의 보장 범위에 따라 건강보험청이 보험회사에 지급하는 금액이 결정된다. 예를 들어 82세 남성이 민간병원비의 66% 이하를 보장받는 상품에 가입해 있을 경우 건강보험청은 입원일당 100유로(낮 병동 입원은 50유로), 최대 1,450유로까지 보험회사에 지급할 수 있다.

(표 3) 아일랜드의 가입자 연령과 보험보장 범위에 따른 인지세 및 위험 균등화 기금 한도

구분	Non-Advanced <sup>1)</sup>		Advanced	
성인(18세 이상)	177유로		444유로	
미성년자(17세 이하)	59유로		148유로	
구분	남성	여성	남성	여성
65~69세	400유로	300유로	1,000유로	650유로
70~74세	725유로	550유로	1,750유로	1,250유로
75~79세	1,075유로	850유로	2,550유로	1,925유로
80~84세	1,450유로	1,150유로	3,450유로	2,700유로
85세 이상	2,175유로	1,450유로	4,975유로	3,350유로

주: 1) 민간병원 병원비의 66% 이하를 보장하는 민간의료보험상품.

보험에서 보장하는 범위의 선택에 따라 차이가 있지만, 공공 및 민간병원서비스에 대한 상급병실료 등 비급여에 대한 진료비와 본인부담금, 개인주치의 방문, 물리치료, 안과 및 치과서비스, 대체 의학 등의 비급여서비스를 보장한다. 대개 사고로 인한 부상에 대해서는 가입 즉시 보장받을 수 있지만 질병은 일정 기간의 대기시간이 지나야 보험혜택을 받을 수

있다. 민간의료보험급여 중 약 78%가 입원서비스를 위해 지출되고 있는데, 이는 입원에 36%, 장기요양시설에 20%, 외래진료에 19%를 지출하는 공적보건의료와 대조를 이룬다.

민간의료보험의 진료비 지불 방식은 의료서비스에 따라 달라진다. 병원진료비 청구는 일반적으로 보험회사와 병원 간에 직접 처리되어 보험 가입자에게 청구가 이루어지는 일은 거의 없다. 대다수의 국민은 병원서비스에 대한 본인부담금 전액을 보장받도록 보험사와 계약하고 있다. 하지만 최근 일정금액 초과지출은 본인이 부담하도록 하는 민간의료보험상품이 증가하고 있다. 그리고 공적보험에서 보장하지 않는 개인주치의 방문, 일부 안과 및 치과서비스, 대체 의학 등의 비급여서비스를 받을 경우 환자가 먼저 지불하고 추후 보험회사에 청구하는 방식을 따르기도 한다.

## 나. 영국

영국은 조세를 재원으로 하는 보건의료서비스(NHS: National Health Service)를 제공하는 대표적인 국가다. 2015년 영국 전체 국민의 의료비 중 공공 지출이 79.5%, 본인부담금이 14.8%, 민간의료보험이 3.4%를 차지하는 것으로 나타났다. 전 국민이 조세로 의료서비스를 제공받는 제도하에서 민간의료보험 가입률은 2015년 10.6%로 높지 않은 것으로 나타났다. 민간의료보험은 NHS의 급여서비스를 중복하여 보장하는 중복형과 비급여 보충형 성격을 모두 가지고 있다.

민간의료보험과 관련된 규정이나 원칙은 민간보험회사의 연합회인 ABI(Association of British Insurer)에서 회사들의 논의를 통해 결정된다. 주요 역할은 공공 정책 토론, 국내외 정치인과 정책 입안자 및 규제 당국과의 협조, 보험의 가치 홍보, 규정에 대한 소비자의 이해 제고, 국내외에서 경쟁력 있는 보험산업 지원 등이다. 다만, ABI는 보험을 판매하지 않으며, 보험회사들의 합의를 통해 민간의료보험의 규정 및 원칙을 정하는 민간기구이지 민간의료보험을 감독하는 기관은 아니다. 민간의료보험에 대한 보건부의 규제는 없다. 다만, FCA(The Financial Conduct Authority)와 PRA(Prudential Regulation Authority)에서 의료보험 산업의 발전 및 소비자 보호를 위해 민간의료보험회사의 보험금 지급능력, 보험의 판매 및 관리, 보험료에 대해 규정하고 있다. 유일한 정책 개입은 1990년대에 있었던 60세 이상 민간보험료 세금 감면에 관한 것이다. 이는 60세 이상의 국민이 민간의료보험에 더 쉽게 가입할 수 있게 하여 NHS의 재정 압박을 줄이는 것이라고 판단되었다. 하지만 이후의 연구에서 세금 감면이 민간의료보험 가입에 아무런 영향을 미치지 않았음이 밝혀져 폐지되었다.

영국의 민간의료보험은 개인과 단체에 따라 보험료 산출 및 요청 자료 규정이 다르다. 개인이 보험에 가입하기 위해서는 자신의 병력 정보를 제공하고 보험회사의 질문에 답해야 한다. 보험회사에서는 이러한 연령, 병력 정보를 통해 위험률을 산출하고 일반적인 인플

레이션이 아닌 의료 인플레이션을 통해 보험료를 조정한다. 단체는 근로자들의 병력 정보를 제공할 필요가 없으나 평균연령, 회사의 위치 등 기타정보를 제공해야 한다. 단체가입자는 구성원의 평균연령 및 보장 범위에 대한 선택에 따라 보험료가 결정된다.

민간의료보험에 가입하는 개인과 단체는 가입 동기에 차이가 있다. 먼저 개인은 NHS에서 보장하지 않는 안과진료, 대부분의 치과 진료 등의 비급여 진료비와 함께 NHS에서 보장하는 서비스라도 더 빠른접근성, 의사선택권, 편안한 환경에서의 치료를 위해 민간의료보험에 가입한다. 반면 단체는 직원 복지혜택 또는 산업보건서비스의 연장으로 직원들을 민간의료보험에 가입시켜 주고 있다. NHS의 치과진료를 위한 보장이 최근 수십 년 동안 크게 감소했고, 치료비가 비싸지면서 NHS 진료를 제공하는 치과외사가 점점 줄었다. 그로 인해 최근 치과진료를 보장하는 민간의료보험 시장이 성장하고 있다.

환자는 자신이 선택한 보험의 이용 가능한 목록에서 의료기관을 선택하고, 보험 계약에 의해 정해진 상한선 이상의 진료비가 청구된 경우 차액을 본인이 부담한다. 일부 서비스는 환자가 먼저 진료비를 지불한 뒤 보험회사에 청구하여 상환받기도 하지만, 병원서비스에 대해서는 사전협의 된 수가에 따라 보험회사가 병원에 직접 진료비를 지불하기도 한다. 의료보험상품에 따라 보장 범위에 차이가 있지만 대부분의 민간의료보험은 만성기질환을 보장하지 않고 급성기질병에 따른 의료비를 보장하도록 설계되었다. 또한, 기준에 가지고 있는 질병은 보장하지 않지만 추가 보험료를 지불하거나 특정 조건을 만족하면 보장 가능하다.

(표 4) 영국 민간의료보험 보장 범위

필수로 보장하는 범위	상황에 따라 보장하는 범위	보장하지 않는 범위
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 병원 입원 진료비</li> <li>- MRI, CT 등의 진단검사</li> <li>- 수술</li> <li>- 병실인원료 및 간호</li> <li>- 항암제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래환자 검사</li> <li>- 외래환자 상담 및 전문의의 치료</li> <li>- 치료, 예를 들어 물리치료 및 보완 요법</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반의(GP)와의 상담</li> <li>- 사고 및 응급 입원</li> <li>- 약물남용</li> <li>- HIV / 에이즈</li> <li>- 정상임신</li> <li>- 불임</li> <li>- 성역 재배정</li> <li>- 휠체어와 같은 이동 보조기구</li> <li>- 장기이식</li> <li>- 위험한 취미로 인한 부상</li> <li>- 보험에 가입하기 전 발병한 질환</li> <li>- 치과서비스</li> <li>- 퇴원 후 처방전이 필요한 의약품 및 드레싱.</li> <li>- 고의적 자해로 인한 상해</li> <li>- 미용치료</li> <li>- 실험적 또는 입증되지 않은 치료나 약물</li> <li>- 신장투석</li> <li>- 전쟁에 의한 위험</li> </ul>

## 다. 독일

독일은 사회보험에 기반한 보건의료시스템을 운영하는 대표적인 국가로, 2015년 의료비는 조세 6.6%, 공적보험 77.9%, 본인부담 12.5%, 민간의료보험 1.5%로 나타났다. 독일의 민간의료보험에는 대체형과 본인부담금 보완형, 비급여 보충형이 있다. 대체형 민간의료보험의 경우 공무원과 일정 수입(2018년 연간 5만 9,400유로) 이상인 자영업자에게 대체형 민간의료보험과 공적건강보험 중에서 선택하도록 하고 있다. 2009년부터 55세 이상의 대체형 민간보험 가입자가 공적건강보험으로 돌아가지 못하도록 하였다. 2012년 대체형 민간의료보험의 시장 규모는 259억 유로로 보충형 민간의료보험 시장 규모인 70억 유로보다 3배 이상 크다.

민간보험회사들은 자율적으로 의료보험상품을 개발하고 보험료를 산정하지만 재정부(Federal Financial Supervisory Authority) 산하 연방보험감독청(Federal Supervisory Office for the Insurance Sector)의 업무 및 회계 감독을 받아야 한다. 과거에는 보험의 보장 범위와 보험료에 대해 연방보험감독청의 승인을 받아야 했지만 이는 폐지되었다. 하지만 연방보험감독청은 보험의 조건이나 보험료를 수정하도록 개입할 수 있으며, 신용평가회사의 동의를 받아 보험료를 조정할 수 있다.

독일 국민은 약 85%가 공적건강보험, 약 11%의 공무원 및 자영업 고소득자들이 대체형 민간의료보험, 4%가 군인의료보험 등 특수한 목적에 의해 정부가 운영하는 보험의 혜택을 받고 있는 것으로 나타났다. 2015년의 대체형 민간의료보험 가입률은 10.8%이고, 본인부담금 보완형과 비급여 보충형의 합계 가입률은 29.5%이다. 대체형 민간의료보험의 보험료는 보장 범위, 연령, 성, 병력에 따라 계산되며 배우자와 아이들의 보험료는 추가로 계산된다.

(표 5) 독일 대체형 민간의료보험 보장 범위

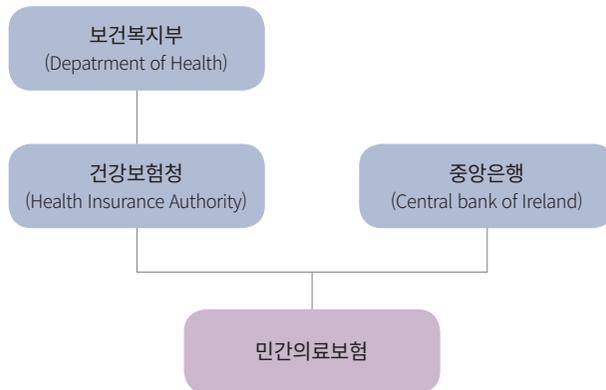
구분	보장하는 범위
의료비 완전보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>질병, 사고, 분만에 따라 발생하는 의료비를 미리 정한 범위에서 보상</li> <li>진료, 문진, 수술, 약제, 보조기구, 치과치료 및 의치 등</li> <li>입원비용에 대해서는 자기부담이 존재하지 않음</li> </ul>
의료비 부분보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>보상이 특정 의료행위에 제한</li> <li>단독 입원급여보험: 입원비용만 보상</li> <li>기타 단독 부분급여보험: 수술비용보험, 소아마비보험, 심장병보험, 병실 차액분 등 개인이 부담하는 진료를 보상</li> </ul>
입원수당 보장	<ul style="list-style-type: none"> <li>입원 기간 중에 미리 정해진 급여액 지급</li> <li>입원 기간 동안에 발생하는 가사구호비, 가족의 교통비 등 보상</li> </ul>
질병수당 보장	<ul style="list-style-type: none"> <li>질병 또는 완전취업불능인 경우 상실소득을 보장</li> </ul>

## 4. 나가며

이상에서 살펴본바, 국가마다 공적의료보장제도와 다양한 보장 범위를 가진 민간의료보험제도를 함께 운영하고 있었다. 아일랜드와 영국에서는 민간보험 환자가 공공의료기관에서 먼저 진료를 받음으로써 일반 환자의 순서가 더 밀리게 되는 문제가 있고, 독일에서는 더 많은 진료 수익을 얻을 수 있는 민간보험 환자에게 더 긴 시간 진료하는 문제가 있다. 같은 보건의료시스템 안에 공적의료보장제도와 민간의료보험이 함께 존재하다 보면 서로에게 영향을 줄 수밖에 없다.

독일의 경우 55세가 넘으면 대체형 민간보험에서 공적건강보험제도로 복귀할 수 없도록 하였고, 아일랜드는 평생지역평균위험률로 민간의료보험에 처음 가입한 나이가 많을수록 더 많은 보험료를 내게 했다. 이러한 조치로 위험률이 높은 가입자를 관리하고 있었다.

아일랜드와 영국은 일부 병원의 진료비에 대해 의료기관이 민간의료보험회사에 청구하는 2차 청구 방식을 취하고 있었다. 최근 한국에서도 보건복지부와 금융위원회 실손보험 청구 간편화를 의제로 공사보험 정책협의체를 만들기로 했다. 시스템이 갖춰진 종합병원급 이상 의료기관에서라도 먼저 도입함으로써 번거롭다는 이유로 보험금을 청구하지 않는 국민들이 간편하게 보험금을 청구할 수 있도록 해야 할 것이다.



[그림 2] 아일랜드의 민간의료보험 관리 구조

아일랜드에서는 민간의료보험을 보건부 산하 건강보험청과 중앙은행이 함께 관리하고 있다. 한국의 민간의료보험과 공적건강보험은 법도, 조직도 이원화되어 분절적으로 관리되고 있다. 그로 인해 중복혜택을 받고 있어도 파악할 수 없고, 민간의료보험이 보장성 강화 정책의 반사이익을 얻고 있어도 관리할 수 있는 근거가 없다. 민간의료보험과 국민건강보험이 추구하는 궁극적인 목표는 ‘국민의 건강권 보장’으로 동일하다. 하지만 현재와 같은

분절적 관리로는 국민이 체감하는 보장성 강화 정책은 언제까지나 반쪽짜리일 수밖에 없다. 이제 공적건강보험과 민간의료보험의 통합적 관리 체계가 필요하다. X

## 참고문헌

- 금융감독원. 2017년 보험회사의 실손의료보험 손해율 등 현황 보도자료. 2018. 4. 16.
- 신현웅, 윤장호, 강성욱, 김태은, 여나금, 심보함. 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안 연구. 한국보건사회연구원. 2015.
- 최기춘, 이현복. 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 정립을 위한 쟁점. 보건복지포럼. 2017.
- 홍석표, 이준영, 정형선, 공경열. 외국의 민간의료보험 정책 연구. 세종; 한국보건사회연구원, 2007.
- Association of British Insurers. INSURANCE IN THE UK: THE BENEFITS OF PRICING RISK. 2008.
- Health Insurance Authority. Compliance with Health Insurance Acts. 1994 to 2016.
- Health Insurance Authority. A review of Private Health Insurance in Ireland. 2017.
- Health Insurance Authority. Lifetime Community Rating Consultation Paper. 2017.  
<https://www.abi.org.uk/>
- OECD. OECD Health Statistics 2017 Definitions, Source and Method. 2017.
- Thomas Foubister, Sarah Thomson, Elias Mossialos, Alistair McGuire. Private Medical Insurance in the United Kingdom. 2006.
- WHO. Voluntary Health Insurance in Europe: Country Experience. 2016.
- WHO. Voluntary Health Insurance in Europe: role regulation, 2016.