

공공 및 민영의료보험의 비급여 관리정책에 대한 국가별 비교

김하윤 · 장종원

국민건강보험공단 비급여관리실

International Comparison of the Non-benefits Management Policies for Public and Private Health Insurance

Ha Yun Kim, Chong Won Chang

Department of Non-benefits Management, National Health Insurance Service, Wonju, Korea

In the process of promoting policies to strengthen health insurance coverage, the relationship between public health insurance and private health insurance, along with the management of non-benefit, is also emphasized as a policy issue. First, the concept and scope of non-benefit were comparatively analyzed by country. Second, the interaction between the public and private health insurance was classified as 'large or small,' and the government's regulation and management policy on private health insurance was classified as 'strong or weak.' Korea has relatively smaller benefits covered by public health insurance, higher copayment expenses, and more areas and scope of non-benefits. In countries where the interaction between public and private health insurance is small, private health insurance-related policies are weak. And in countries with large interactions had public-private partnerships and the government's management policies were also strong. On the other hand, Korea has a large interaction, but the actual structure of cooperation between public and private insurance and management policies were weak. Because the non-benefit sector in Korea is relatively wide, it is difficult to manage compared to other countries where the concept of non-benefit is limited. In addition, the health authorities rarely perform the role of supervision over private health insurance, and they have so few linkages and cooperation for public-private insurance. Therefore, practical policy enforcement is necessary to achieve the easing of the burden of national medical expenses through linkage and cooperation of public-private health insurance with reference to relevant other countries' cases.

Keywords: Public health insurance; Private health insurance; National health insurance service; Benefit coverage; Non-benefit; Universal health coverage; Coverage expansion

서 론

한국의 건강보험제도는 세계보건기구에서 제시한 보편적 건강보장(universal health coverage)의 개념에서 보편 보장인구를 기준으로

전 국민의 보편적 건강보장을 달성하였다. 그러나 보장되는 서비스와 본인부담 측면에서는 국민이 요구하는 모든 의료서비스를 제공하지는 않으며, 직접 부담하는 의료비로 인해 실질적으로 체감할 수 있는 측면에서 보편적 건강보장의 확대를 위한 노력이 필요한 상황이

Correspondence to: Chong Won Chang

Department of Non-benefits Management, National Health Insurance Service, 32 Geongang-ro, Wonju 26464, Korea

Tel: +82-33-736-2003, Fax: +82-33-749-9666, E-mail: ccwon@nhis.or.kr

*이 논문은 2021년 진행된 국민건강보험공단의 "주요국의 비급여 관리 현황과 시사점" 연구(건강보험연구원 정규연구보고서) 중 일부를 활용하여 작성하였다.

Received: April 14, 2022, Revised: May 18, 2022, Accepted after revision: May 28, 2022

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

다. 본인부담 비율은 보장하는 인구집단, 보장되는 서비스를 포괄하고 있어 보장수준 파악에 더 용이한데, 특히 한국은 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 가입국과 비교하여 본인부담 의료비가 높은 수준이다. OECD 주요국의 경상의료비 대비 정부·의무가입보험재원 비율 및 본인부담의료비 비율을 살펴보면, 2019년 기준으로 한국의 경상의료비 대비 정부·의무가입보험재원 비율은 61.0%로 OECD 평균 74.1%보다 낮은 것으로 나타났으며[1], 멕시코, 그리스, 칠레, 포르투갈에 이어 OECD 국가중 5번째로 정부·의무가입보험재원 비율이 낮았다. 또한 경상의료비 대비 본인부담 비율은 30.2%로 OECD 평균 19.8%보다 높았으며[1], 멕시코, 라트비아, 그리스, 칠레, 리투아니아, 포르투갈에 이어 OECD 국가중 7번째로 경상의료비 대비 본인부담 비율이 높은 수준으로 나타났다. 이처럼 한국은 전국민 건강보험 가입이 실현된 국가임에도 불구하고 국민들이 직접 부담하는 의료비 수준이 매우 높은 상황으로, 이는 상당한 의료비를 개인이나 가계에서 부담하고 있다는 것을 의미한다. 이에 따라 중간 정부에서는 가계부담 의료비를 줄이기 위해 건강보험 보장성 확대정책을 추진해 오고 있으며, 2017년에는 문재인 정부의 건강보험 보장성 강화대책으로 비급여의 급여화 추진 등의 정책이 시행되었다. 그러나 전체 건강보험 보장률은 2005년 61.8%에서 2020년 65.3%로 기대만큼의 성과에 미치지 못한다는 지적이 있었으며, 건강보험 급여비 투자를 상회하는 비급여 진료비의 증가로 인해 보장성 정책효과가 상쇄하는 것으로 분석되고 있다[2].

이처럼 보장성 강화 추진에 있어서 지속적으로 증가하고 있는 비급여에 대한 관리 필요성이 대두되어 오면서 한편으로는 건강보험과 민영의료보험 간 관계 또한 다양한 문제 제기과 함께 정책적 이슈로 나타나고 있다. 공적 건강보장제도만으로 국민의 모든 보건의료를 보장할 수는 없기 때문에 대부분의 국가들은 민영의료보험을 함께 운영하고 있다. 민영의료보험은 국가의 역사적·제도적 배경, 공적 보장제도 및 의료전달체계 등 여러 환경들에 의해서도 그 역할과 규모, 운영형태, 규제방법 등에서 다양한 양상을 보인다. 민영의료보험이 적절하게 운영되는 경우 국민의 의료비 부담을 완화시키며 의료접근성과 선택권을 향상시켜 의료보장 확대에 기여하는 등의 긍정적인 효과를 나타내는 반면, 불필요한 의료이용을 늘리거나 가입여부에 따른 의료형평성을 저해하는 등의 부정적인 효과도 나타난다. 이에 따라 긍정적 효과를 극대화하면서 부정적 효과를 최소화하기 위해 건강보험과 민영의료보험 간 적절한 역할 설정이 마련되어야 하며, 부정적 영향에 대해서는 적절한 규제 등을 통해 정책 개입이 필요하다.

한국의 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 건강보험의 보완형으로 도입되어 현재 대표적인 민영의료보험이 되었으며, 2009

년 표준화 이후부터 민영의료보험에서 ‘실손의료보험’이라는 용어가 공식적으로 사용되기 시작하였다[3]. 건강보험은 보건복지부와 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원의 관리를 받는 반면, 실손의료보험은 금융위원회와 금융감독원의 관리를 받고 있다. 이로 인해 건강보험과 실손의료보험이 적절한 역할 설정 없이 독립적·분절적으로 발달되고 운영되어 오면서 건강보험과 실손의료보험 간 부정적 효과들도 나타나고 있다. 특히 보장성 강화정책 추진에 따라 비급여 진료비 증가에 대한 관리가 강조되고 있고, 실손의료보험의 주요 보장대상이 비급여 진료비라는 점에서 건강보험과 실손의료보험 간 상호영향은 중요한 문제라 할 수 있다. 이에 정부는 건강보험과 실손의료보험의 적정 역할을 설정하고 연계관리를 강화하기 위한 노력을 시도해 오고 있다.

건강보험과 실손의료보험 간의 역할 및 연계 문제는 2005년 10월 대통령 직속의 ‘의료산업선진화위원회’를 발족하면서 공식적인 논의가 시작되었지만, 대부분의 안건은 2022년 현재까지도 해결되지 않은 채 논의가 지속되어 오고 있다. 의료산업선진화위원회에서는 건강보험의 보장성을 지속적으로 확대하면서 민영의료보험이 국민의 의료보장의 적절한 역할을 할 수 있도록 개선하는 방향으로 건강보험과 민영의료보험 간 바람직한 역할관계를 의제에 포함시켰다. 이후 2006년 7월 의료산업선진화위원회에서 실시한 주요 안건별 개선방안에 대한 대통령 보고에서는 건강보험의 한계 및 민영의료보험에 대한 문제 등을 제기하면서 이에 대한 제도개선 방안 5가지를 제시하였는데, (1) 실손형 민영의료보험이 법정본인부담금을 제외한 비급여 영역을 중심으로 보장하는 방안 마련, (2) 소비자를 보호하기 위한 민영의료보험상품 표준약관 마련, (3) 공·사보험 간 상품설계가 가능하도록 개인정보를 제외한 기초통계 제공방안 마련, (4) 민영의료보험의 진료비 심사 위탁방안 마련, (5) 병원과 민간보험사 간의 비급여 가격계약 또는 허용하는 방안 마련으로 구성되었다[4]. 그러나 실손형 민영의료보험이 법정본인부담금을 제외한 비급여 영역을 중심으로 보장하는 방안 마련과 관련하여, 보건복지부의 법정본인부담금을 제외해야 한다는 주장과 보험업계의 법정본인부담금에 대해 보장을 허용하는 것이 바람직하다는 의견이 대립되어 왔다[3]. 이후 2009년 실손의료보험의 표준화와 함께 자기부담금(10%) 제도가 도입되었고, 2012년과 2015년 제도개선을 통해 실손의료보험에서 비급여 진료비에 대한 자기부담금이 20%로 확대되었다. 또한 2017년에는 표준화된 단일상품에서 과잉진료 우려가 크거나 보장수준이 미약한 3개 진료군(5개 진료행위)을 특약으로 분리하여 (1) 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료, (2) 비급여 주사제, (3) 비급여 magnetic resonance imaging (MRI)를 포함하였고, 이러한 특약항목에 대해서는 자기부담 비율을 20%에서 30%로 상향 조정하였다. 다만 의료산업선진화위

원회에서 제시한 개선방안 중 자기부담금을 포함하는 보장 영역의 조정을 제외하고는 실질적으로 공·사보험 협력 차원에서 시행된 정책은 없는 상황이다[3].

이후 문재인 정부의 국정과제 중 하나로 국민건강보험과 실손의료보험을 연계하여 실손보험료를 인하하겠다는 취지로 공·사보험정책협의체¹⁾를 통해 ‘공·사보험연계법’을 추진해왔다. 그간 20대 국회에서 “공·사보험 연계법” 제정안이 4건 발의되었으나, 국회 임기만료로 폐기되었으며, 이후 2021년 9월에는 국민건강보험법과 보험업법 일부개정법률안이 국무회의를 통과하였다. 또한 최근 들어 보건복지부는 2020년 12월 “건강보험 비급여관리 종합대책” 발표를 통해, 의료소비자, 공급자, 인프라, 거버넌스 각 영역별 비급여 관리기전 마련과 과제를 제시하면서, 건강보험과 실손의료보험의 연계·협력 강화를 위한 과제를 포함하였다. 이를 통해 공·사보험의 합리적 역할 설정을 위한 관련 법 제도를 정비할 필요가 있으며, 건강보험의 보완형으로 실손의료보험이 국민의 합리적 의료이용과 의료비 부담 경감에 기여할 수 있도록 역할을 수행하기 위해서는 금융상품 관점에서뿐만 아니라 보건의료 관점에서 실손의료보험이 관리되어야 함을 강조하고 있다[5]. 이처럼 건강보험의 보장성 강화를 위해서는 비급여 진료비에 대한 관리와 더불어 실손의료보험의 역할 재정립을 검토해야 할 필요가 있으며, 정책 추진과정에서 해외사례를 고찰하고 향후 보장성 강화정책의 지속 가능성과 비급여 관리를 위해 나아가야 할 정책적 시사점을 도출하는 것이 중요한 시점이라 할 수 있다.

본 연구와 관련한 선행연구 주제로는 비급여 관리를 위한 정책 실행방안을 제시한 연구, 공·사보험의 관계를 중심으로 해외사례를 고찰한 연구로 구분할 수 있다. 먼저 비급여 관리를 위한 실행방안을 제시한 Yeo 등[6]과 Jung 등[7]의 연구가 있다. Yeo 등[6]의 연구에서는 포괄적 의료보장관리체계 구축을 위한 비급여 관리체계를 마련하기 위해 비급여관리정책협의체, 공·사보험정책협의체 등 역할 정립을 통해 포괄적 의료보장관리체계 거버넌스의 기능 및 역할의 범위 필요성을 제시하였다. Jung 등[7]의 연구는 비급여 관리를 위한 인프라 개선, 비급여 이용체계 및 공급체계 제도개선, 의료보장제도 간 연계·협력체계 구축 등 세부 추진전략과 실행방안을 도출하였다. 공통적으로 비급여 증가의 문제점과 비급여 관리제도의 필요성을 제시하며 외국의 비급여 관련 제도 사례를 포함하고 실손의료보험 등 다양한 이해관계를 고려한 관리방안을 추진해야 한다고 제안하였다. 다음으로 공·사보험의 관계를 중심으로 해외사례에 기반한 연구는 Lee와 Lee [8] 및 Jung 등[3] 연구가 있다. Lee와 Lee [8]의 연구는 미국, 독일, 네덜란드, 일본의 민영의료보험의 운영체계와 역할 측면에서 시사점

을 제시하였으나, 건강보험보다는 민영의료보험의 관점에서 운영체계와 상품 개선을 중심으로 고찰하였다. Jung 등[3]의 연구는 독일, 네덜란드, 프랑스, 호주, 미국을 대상으로 각 국가별 민영의료보험의 의료비 관리와 민영의료보험 역할 정립 측면에서의 사례를 통해 공·사보험 연계에 대해 논의하였다. 그러나 선행연구들에서는 외국의 공적 건강보장제도에서의 비급여 관리, 민영의료보험 관리 등에 대해 개별 국가의 제도와 사례에 대해 나열식으로 기술하면서 국가 간 비교·분석결과를 종합하여 제시하지는 않았고, 한국에서 추진하고 있는 비급여 관리정책 및 제도와 연계한 구체적인 검토 내용은 미흡한 것으로 판단되었다.

이에 따라 본 연구의 목적은 첫째, 국가별 건강보장제도 측면에서 보장범위 구분에 따른 비급여의 개념과 영역을 비교하고, 이를 기반으로 민영의료보험에서의 비급여 보장범위를 비교·분석하고자 한다. 둘째, 국가별 건강보장제도와 민영의료보험의 상호영향 정도와 규제·관리 정도의 고찰을 통해 비급여 관리문제 해결에 접근함으로써 한국의 비급여 관리에 적합한 정책방안을 제시하고자 한다. 본 연구는 내용 측면에서 선행연구와 두 가지 차이점이 있다. 첫째, 한국에 적합한 비급여 정책방안 제시를 목표로 비급여 관리정책을 고찰하기 이전에 우선적으로 각 국가별 상이한 건강보장제도 내에서 비급여의 개념 및 영역을 구분하여 해석하였다. 국가별 비급여의 개념 및 영역의 특성에 따라 이를 관리하기 위한 국가 정책이 마련되는 것이므로, 본 연구에서는 비급여의 개념과 범위를 우선적으로 비교·고찰했다는 점에서 차별성이 있다. 둘째, 선행연구들에서는 국가별로 다양한 공·사보험 간 상호영향 정도 및 비급여 관련 정책현황에 대해 기술하였으나, 동일한 판단기준을 적용하여 분류 및 유형화하여 제시하지는 않았다. 반면, 본 연구에서는 국가별 현황을 해석할 수 있는 분석틀을 제시하였으며, 그 틀에 따라 국외 현황을 고찰하고 특성에 따라 유형화하여 나타냈다. 이를 통해 현재 한국의 비급여 관리현황이 외국과 비교하여 어떠한 상황인지를 판단해보고, 미흡한 부분과 더 추진해야 할 정책방향에 대해 제시했다는 점에서 선행연구와 차별성이 있다고 하겠다.

방 법

본 연구의 분석대상국가는 공적 건강보장제도 재원에 따른 구분과 민영의료보험 역할에 따른 유형 구분에 따라 선정하였다. 우선 한국

1) 공사보험정책협의체: 건강보험 보장성 강화와 연계한 실손의료보험 개선방안을 마련·추진하기 위해 보건복지부 제2차관, 금융위원회 부위원장을 공동위원장으로 하고, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 금융감독원, 보험연구원, 민간전문가 등이 참여하는 기구(2017년 9월부터)이다.

과 유사한 형태로 공적 건강보장제도 재원을 보험료로 하는 국가와 한국과의 비교를 위해 세금기반 국가를 대상으로 구분하였다. 일반 세금을 재원으로 하는 국가보건서비스(National Health Service, NHS) 국가로 영국, 호주, 캐나다를 선정하였고, 보험료를 재원으로 하는 사회보험(social health insurance, SHI) 국가로 프랑스, 독일, 일본을 고찰하였다. 다음으로 World Health Organization의 민영의료보험 역할에 따른 유형별 구분기준에 따라 보충형(민간병원 치료보장, 진료 대기시간 단축, 편의시설 향상 등 보장), 비급여 보완형(공보험 보장범위에서 제외된 비급여서비스 보장), 본인부담 보완형(공보험 보장서비스에 대한 본인부담금 보장), 대체형(공보험 가입에 제외되거나 탈퇴가 가능한 사람에 대해 기본적 의료보장)으로 각 국가를 구분하였다[9]. 한국의 민영의료보험은 비급여 보완형 및 본인부담 보완형으로, 보충형(영국, 호주), 비급여 보완형(호주, 캐나다, 독일, 일본), 본인부담 보완형(호주, 독일, 프랑스, 일본), 대체형(독일)의 각 유형별 해당하는 국가들을 선정하였다. 이에 따라 국가별 공적 건강보장제도 내에서 비급여의 범위·영역 비교와 공공 및 민영의료보험 간 관련성 등 다양한 측면에서의 분석 내용을 고려하여 각 연구내용별 분석의 기준 및 내용을 설정하였다(Figure 1).

먼저, 국가별 공적 건강보장제도 내에서 비급여의 개념 및 범위·영역 비교와 민영의료보험에서의 비급여 보장범위를 비교하기 위해 국가별 공적 건강보장제도 및 민영의료보험에 대한 기존 문헌, 관련 기관 홈페이지 게재 자료와 보고서, 관련 법령을 고찰하여 공통된 분석틀을 기준으로 고찰하였다. 이러한 내용들을 종합하여, 건강보장제도 내에서의 보장하는 의료서비스를 ‘공적 보장 범위’ 영역과 ‘공적 보장 외 범위’로 구분하였고, 공적 보장 외 범위에서는 다시 ‘민영의료보험에서 보장하는 비급여’와 ‘민영의료보험에서 보장하지 않는 비급여’ 영역으로 분류하였다.

다음으로 국가별 공적 건강보장제도와 민영의료보험의 상호영향이 ‘큼 또는 작음’으로 구분하고, 정부의 민영의료보험에 대한 규제 및 관리정책이 ‘강함 또는 약함’으로 구분하여 고찰하였다. 공·사보험 간 상호작용 정도 구분을 위한 기준은 ‘(1) 민영의료보험에서 공적 보장범위 내 본인부담금까지 보장하고 있는가?’와 ‘(2) 공적 보장범위가 포괄적이거나, 관련 제도 운영으로 인해 민영의료보험의 역할이 공적 보장범위와 중복되지 않는가?’를 기준으로 구분하였다. 이에 따라 민영의료보험에서 본인부담금까지 보장하는 경우 ‘상호영향이 큼’으로, 본인부담금은 제외하고 비급여 영역만 보장하는 경우 ‘상호영향이 작음’으로 구분하였다. 또한 본인부담금을 보완하는 민영의료보험이 존재한다 하더라도 공적 보장이 포괄적이면서 공보험과 민간보험 간 역할 중복이 적은 경우 ‘상호영향이 작음’으로 구분하였다. 민영의료보험에 대한 규제 및 관리 정도는 ‘(1) 보건당국이 민영의료보험

의 관리감독에 권한을 갖고 관련 정책에 개입하는가?’와 ‘(2) 접근성, 가격적정성, 보장범위 측면에서 민영의료보험 관련 정책 유무’를 기준으로 구분하였다. 대부분 국가의 민영의료보험은 주로 금융서비스 관점에서 금융당국의 규제·관리를 받고 있기 때문에 ‘보건당국이 민영의료보험의 관리감독에 권한을 갖고 관련 정책에 개입하는가?’를 기준으로 보건당국이 민영의료보험 규제·관리정책을 수행하는 경우 ‘규제 강함’으로 구분하였다. 또한 접근성, 가격적정성, 보장범위 측면에서 민영의료보험의 관련 정책이 존재하는가?’를 기준으로[9], 세 가지 영역에 모두 해당하는 정책이 있는 경우 ‘규제 강함’으로, 한 가지 또는 두 가지 영역에서의 정책만 있는 경우 ‘규제 약함’으로 구분하였다. 이러한 공적 건강보험과 민영의료보험의 상호영향 정도와 정부의 민영의료보험에 대한 규제 및 관리정책의 강도에 따른 각각의 판단기준 결과를 종합하여 다음의 4가지 유형으로 각 국가를 구분하였다. 이는 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도가 작고 민영의료보험에 대한 정부의 규제 정도가 약한 유형(type 1), 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도는 크면서 민영의료보험에 대한 정부의 규제 정도가 약한 유형(type 2), 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도가 작으면서 민영의료보험에 대한 정부의 규제 정도가 강한 유형(type 3), 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도가 크고 민영의료보험에 대한 정부의 규제 정도가 강한 유형(type 4)에 해당한다.

결 과

1. 비급여의 개념 및 민영의료보험의 비급여 보장현황

국가별로 상이한 건강보장제도의 특성하에서 비급여의 개념을 정립하기 위하여 크게 본인부담금을 포함한 ‘공적 보장 범위(A영역)’와 ‘공적 보장 외 범위(B, C영역)’로 구분하였으며, 공적 보장 외 범위는 다시 ‘민영의료보험에서 보장하는 범위(B영역)’와 ‘민영의료보험에서 보장하지 않는 범위(C영역)’로 구분하였다. 이 중 ‘공적 보장 외 범위’를 비급여로 정의하고 관련 현황을 살펴보았다. 이를 토대로 한국과 주요국의 비급여 범위 및 영역을 도식화하면 다음과 같다(Figure 2).

1) 한국

건강보험의 급여결정체계를 보면, 국민건강보험법상 행위 및 치료재료의 경우 비급여대상을 정하고 그 외는 모두 급여대상으로 하는 negative list system(급여제외목록방식)을 적용하고, 약제의 경우 고시된 항목만 급여대상으로 하는 positive list system(선별증재방식)을

Contents	
Division	
1. Structure of non-benefits in public health insurance	<p>A) Benefit areas covered by public health insurance(include copayment) B) Non-benefit areas covered by private health insurance C) Non-benefit areas not covered by private health insurance</p>
2. Interaction between public and private health insurance	<p>(2-1) Does the private health insurance covers copayment (user charges)? (2-2) Does the role of private health insurance not overlap with public health insurance or coverage of public health insurance is comprehensive?</p> <p>(3-1) Does the Ministry of Health involve the private health insurance policy or regulation? (3-2) Does operate private health insurance policy or regulation? (in terms of accessibility, affordability, scope and depth of coverage) → Refer to 3-2-1</p> <p>(2-1-a) Covers copayment in private health insurance (2-2-a) Private health insurance have a lot of overlap with public health insurance (2-1-b) Not cover (2-2-b) Almost no overlap or public health insurance coverage is comprehensive</p> <p>(3-1-a) Involve the Ministry of Health (3-2-a) Operate in private health insurance policy or regulation (3-2-b) Involve the financial supervisory authority (3-2-b) None</p> <p>Large interaction Small interaction Strong Weak</p>
3. Authority and responsibility in private health insurance	<p>Purpose</p> <p>Accessibility Affordability Scope and depth of coverage</p> <p>Regulation Making cover compulsory, open enrolment, lifetime cover, prohibiting switching penalties Community-rated premiums, risk equalization to support community rating, ageing reserves, premium caps, premium discounts, premiums waived or covered by the government Cover of pre-existing conditions, minimum or standard benefits, caps on user charges in private health insurance, prohibition of benefit ceilings</p>

Figure 1. Research structure and contents.

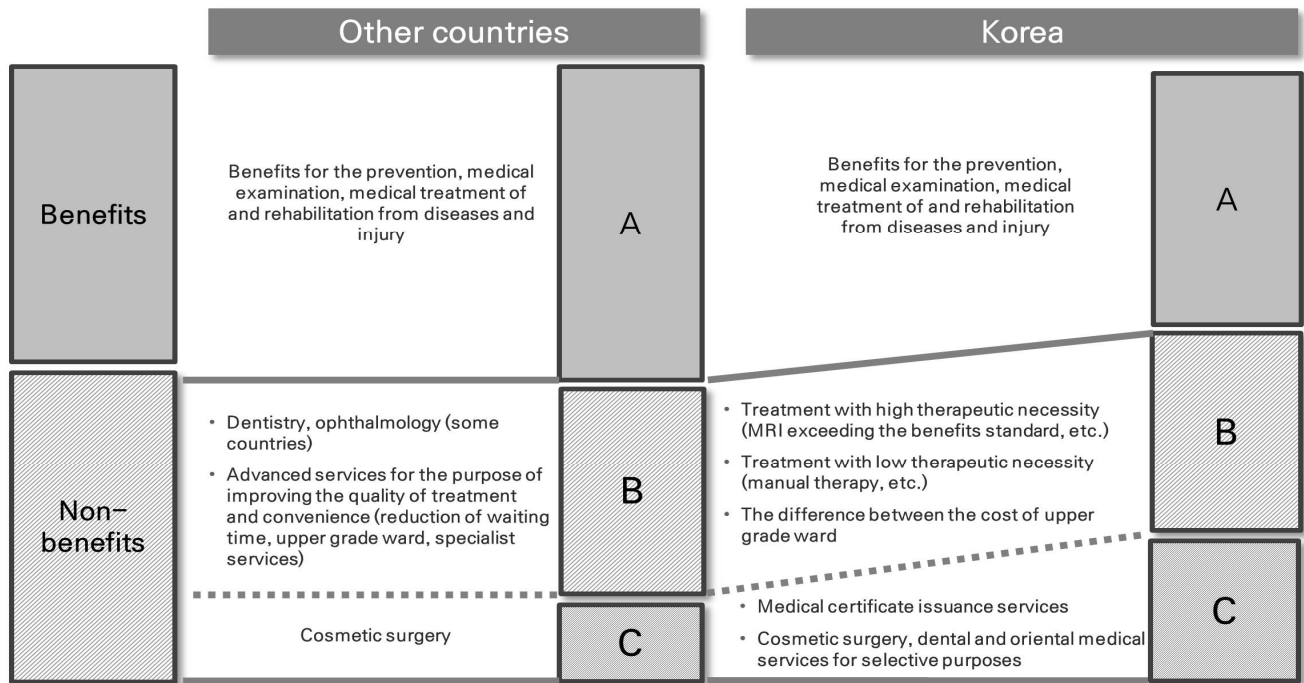


Figure 2. Comparison of non-benefits areas. (A) Benefit areas covered by public health insurance (include copayment); (B) non-benefit areas covered by private health insurance; and (C) Non-benefit areas not covered by private health insurance.

적용하고 있다. 즉 신의료기술²⁾을 제외한 모든 행위와 치료재료는 비급여대상에 해당하는 것을 제외하고는 모두 급여에서 보장하는 대상으로 정하고 있다. 즉 건강보험에서 보장하는 범위는 치료에 필요한 의학적 행위, 치료재료, 약제 중 안전성 및 유효성에 대한 평가를 거친 후 치료적 가치와 비용효과성을 판단하여 급여대상으로 등재된 항목에 해당한다. 이를 기준으로 한국의 공적 보장 및 공적 보장 외 영역을 구분하고, 공적 보장 외 영역은 다시 민영의료보험 보장 여부를 기준으로 구분하였다. 민영의료보험에서 보장하는 공적 보장 외 영역(B 영역)은 의학적 필요성이 있으나 급여범위 초과 또는 비용효과성이 불분명하여 건강보험에서 보장하지 않는 의료서비스로 고급병실이나 영양주사 등 선택적 의료서비스에 해당하며, 민영의료보험에서 보장하지 않는 공적 보장 외 영역(C영역)은 주로 치료적 목적과는 무관한 미용·성형, 예방 등이 해당된다. 즉 한국의 민영의료보험으로 대표적인 실손의료보험에서는 의학적 필요성이 있는 비급여는 대부분 보장하고 있으나, 특정 질병(정신 및 행동장애, 비만 등)에 대해서는 보장을 제외하고 있다. 또한 치과·한방 비급여 의료비(법정본인 부담금만 보장)와 미용·성형, 예방, 의치, 보청기 등 보조기, 건강보조식품 등 선택적 목적의 항목은 보장에서 제외하고 있으며 1인실 입

원료에 대해서는 상한액을 보장하고 있다. 즉 현재 실손의료보험은 법정본인부담금과 비급여 본인부담금의 전부 또는 일부를 보장하는 상품으로 의료기관에서 실제 발생한 의료비 중 미용·성형 등 일부 항목을 제외하고 모두 보장해주는 포괄적 구조로 운영하고 있다.

2) 영국

영국은 세금을 재원으로 하는 NHS를 도입하여 모든 일반 거주자에게 보편적인 의료서비스를 제공하고 있다. 지정된 NHS 병원에서의 질병과 관련된 대부분의 치료, 예방 및 재활서비스를 보장하고 있으나, 처방약과 안과 및 치과 진료 등 일부는 본인부담이 발생하고 있으며, 이는 민영의료보험을 통해 보장받을 수 있다^[10]. 본인부담금은 어린이, 65세 이상 노인, 임신부, 만성질환자, 저소득층 등에 대해서는 대부분 면제하고 있다^[11]. 한편, NHS 보장 외 범위에 해당하는 비급여를 영역별로 보면, 민영의료보험에서 보장(B영역)하는 ‘대기 시간 단축, 진료선택, 고급병실 등 의료서비스 질 향상을 목적으로 하는 서비스’와 민영의료보험에서 미보장(C영역)하는 ‘치료와 무관한 미용·성형 등’으로 구분된다. B영역은 NHS에서 보장하는 병원 이외의 민간병원을 이용하는 경우로, 주로 대기시간 단축, 진료 선택권, 고

2) 신의료기술의 경우 ‘신의료기술평가 원스탑 서비스(의료기기 허가·신의료기술평가 등 통합심사)’를 통해 의료기기 허가(식품의약품안전처), 안전성 및 유효성 평가(한국보건연구원을)를 거쳐 건강보험심사평가원에서 급여 적정성 및 비용효과성 평가 후 급여 등재를 진행하고 있어 실질적으로 포지티브 방식으로 운영되고 있다.

품질 서비스 등 의료서비스 질 향상을 목적으로 하거나 치료와 관련된 일부 비급여 항목에 해당한다. 이 경우에 영국의 민영의료보험은 보충형 보험으로, NHS를 통한 의료이용을 원하지 않는 사람에 대한 의료보장, NHS에 부족한 요소인 대기시간 단축, 의사 및 진료선택, 비의료적 고품질 의료서비스(고급병실 등) 비용을 보장하기 위한 역할을 수행하고 있다[12]. 또한 민영의료보험에서도 보장하지 않는 항목(C영역)은 미용목적의 성형수술, 성전환수술, 일반의(general practitioner) 진료, 응급실 진료, 장기치료를 필요로 하는 만성질환 등이 해당한다.

3) 호주

호주는 공적 건강보장제도인 메디케어(Medicare)에서 질병과 관련된 대부분의 치료, 예방 및 재활서비스를 보장하고 있다. 입원의 경우 공공병원 진료는 메디케어에서 100%로 보장하여 본인부담이 없으며 민영의료보험으로 진료를 받는 경우에도 메디케어로 수가의 75%를 보장하고 있다. 외래진료의 경우 일반의 진료는 100% 보장하지만, 전문의 외래진료는 수가의 85%를 보장하여 본인부담금이 발생하게 되며, 의사가 진료수가보다 더 높은 금액을 청구하는 것이 가능하여 본인부담금이 발생하게 된다. 또한 일반의 진료는 메디케어에서 수가의 100%를 보장하고 있지만, 일반의가 수가보다 더 높은 금액을 부과할 경우 차액(gap)³⁾으로 본인부담금이 발생하게 된다. 약제의 경우 일부만 보장하고 있어 본인부담금이 발생하며 약제 종류에 따라 본인부담금이 다르게 설정된다[13]. 한편, 호주의 민영의료보험은 보충형과 비급여 보완형의 역할을 모두 수행하고 있다. 보충형 민영의료보험은 주로 의료서비스의 질 향상을 목적으로 진료 시 의사나 병원 선택권 및 대기시간 단축을 위한 역할을 하며, 비급여 보완형 민영의료보험은 메디케어로 보장되지 않는 비급여서비스와 약제보장제도(Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS)가 보장하지 않는 비급여 약제 등을 보장하고 있다(B영역)[14,15]. 특징적인 점은 메디케어에서 전문의 진료수가의 15%와 수가보다 높게 청구된 비용(gap)은 반드시 본인이 부담해야 하며, 외래(일반의 및 전문의) 본인부담금과 약제 본인부담금은 메디케어에서 일부 보장하고 있는 영역으로 민영의료보험에서 중복으로 보장하는 것은 보편적 건강보험을 훼손한다고 인식하여 보장이 금지되어 있다는 점이다. 약제는 PBS에 의해 보장되나 종류에 따라 본인부담금이 발생하는데, 이는 민영의료보험이 아닌 환자가 부담해야 한다. 또한 민영의료보험에서 자연요법(natural therapy)과 35일 초과 장기 입원자에 대한 보장을 금지하고 있다(C영역)[14,15].

4) 캐나다

캐나다의 메디케어(Medicare)에서는 도입 초기부터 의학적으로 불필요한 미용목적의 성형수술 등 일부 서비스를 제외하고 의료기관이 제공하는 모든 보건의료서비스를 포함하여 보장해왔다. 다만 외래진료 처방약, 일부 치과 진료, 안과 진료 등의 보장은 주(province) 및 준주(territory)별로 보장 유무 및 보장 정도에 차이가 있다. 캐나다 메디케어의 특징적인 점은 해외에서 의료료를 이용한 때도 메디케어의 보장항목과 수가를 적용하여 보장해주고 있다는 점과 전 국민 대상 보편적 건강보장이 실현된 국가 중 유일하게 외래처방 의약품에 대한 급여화가 되지 않고 있다는 것이다[16]. 약제비의 경우 입원환자는 메디케어의 일환으로 본인부담 없이 병원에서 제공되나, 외래환자의 경우 병원 밖의 약제 급여는 아직 필수적인 서비스에 포함되지 않기 때문에 민영의료보험을 통해 따로 보장을 받거나 아니면 환자가 전액 부담하고 있다. 캐나다 전체 약제비의 약 57%를 민영의료보험과 환자가 본인부담하고 있으며, 주별로 처방약에 대한 보장이 차이가 있다[17]. 한편, 캐나다의 민영의료보험은 메디케어가 보장하지 않은 비급여서비스만을 보장하는 비급여 보완형 역할을 수행하고 있다[18]. 즉 공적 건강보험에서 보장해주는 서비스에 대한 보충적 민영의료보험은 존재하지 않고 비급여 영역에 대한 보완적 민영의료보험이 있으며, 대표적인 상품으로는 의료비 보장상품(extended health plans)과 치과 보장상품(dental plans)이 있다(B영역). 이처럼 민간부문에서 메디케어에 대한 대안을 제공하려는 보충적 민영의료보험과 메디케어서비스의 대기시간을 줄이려는 민영의료보험은 주정부 및 준주정부의 법과 규제에 의해 대부분 금지되거나 제한되어 있다(C영역)[19].

5) 프랑스

프랑스의 SHI 방식의 건강보험제도는 강제가입의 공적 기본 건강보험과 임의가입의 보충적 민영의료보험 이중 구조로 이루어져 있다. 보충적 민영의료보험은 공적 건강보험의 본인부담금에서 일부 또는 전부를 보장하며, 전 국민의 약 95%가 가입하고 있다. 프랑스의 공적 건강보험 보장범위는 포괄적이지만, 본인부담률이 높은 편이다[20]. 본인부담률은 입원 20%(고비용 수술 제외), 외래 30%, 임상검사 및 보조적 서비스 40%, 필수약품 35%(단, 임상적 유용성이 낮은 의약품 70%-85%, 비대체 약품 및 고비용 의약품 0%) 수준이다. 공적 건강보험에서는 진료, 검사, 의약품, 법정 예방접종, 입원, 이송 등 현물급여와 상병수당 등으로 지급되는 현금급여 등을 보장하고 있으나 의학검사, 의료기기, 치열교정, 장거리 이송비 등은 사전에 보험자의 승인이

3) 정부에서 정한 수가보다 의사가 높은 금액을 청구하는 진료비를 의미하며, 의료수가와 청구 진료비 간의 차액(gap)을 의미한다.

전제되어야 한다. 한편, 가입률이 높은 민영의료보험의 주된 가입 이유는 공적 건강보험 보장서비스에 대한 광범위한 본인부담금을 보장받기 위해서이다[10]. 이처럼 프랑스의 민영의료보험은 다른 국가와는 다르게 공적 건강보험제도로 인해 발생하는 진료 대기시간 단축이나 고급 의료서비스를 이용하기 위해 민영의료보험을 이용하는 경우는 적은 대신, 본인부담금을 보장받거나 건강보험에서 보장하지 않는 치과 및 안과 진료를 민영의료보험을 통해 보장받고 있다(B영역). 프랑스는 1990년대부터 의료서비스 90% 이상이 공적 재원으로 충당되고 있는 반면, 외래진료에 대한 공적 자원 비중은 1980년 77%에서 2000년 63%로 떨어졌고, 1980년과 2008년 사이 1인당 연간 외래 본인부담금이 €217에서 €547로 크게 증가하였다. 이에 따라 프랑스의 민영의료보험은 대부분 본인부담금을 보장하는 보완형 역할을 수행하고 있다. 프랑스의 보완형 민영의료보험은 공적 건강보험에서 보장하는 영역에 대해 발생하는 본인부담금을 보장하지만, 정책형 본인부담금(공제금)⁴⁾은 보장하지 않도록 규정하고 있다[10,21]. 2005년에 도입되어 2008년 확대된 정책형 본인부담금(공제금) 제도는 프랑스의 민영의료보험이 본인부담금을 보장해줌으로써 불필요한 의료이용이 증가하는 문제를 경험함에 따라 도덕적 해이를 방지하여 과도한 의료이용을 줄이기 위해 도입한 것으로 볼 수 있다. 즉 민영의료보험은 본인부담 보완형 역할을 주로 수행하고, 의료서비스 질 향상 목적의 일부 서비스를 보장하고 있으나, 미용목적의 성형수술 등은 보장에 포함되지 않는다(C영역)[10,21].

6) 독일

독일은 SHI 방식의 건강보험제도로 전 국민 건강보험 가입 의무화를 통해 모든 국민은 공적 건강보험 또는 대체형 민영의료보험에 가입해야 한다. 건강보험에서는 질병과 관련된 대부분의 치료, 예방 및 재활서비스를 보장하고 있으며, 입원관리료, 식대, 치과 진료 등에는 의료비의 10%에 해당하는 본인부담이 발생한다[22]. 다만, 본인부담금 상한제를 통해 실제 가계부담은 적은 편이며 민영의료보험에서 본인부담금은 보장하지 않고 있다. 독일의 건강보험은 현물급여를 원칙으로 질병예방, 검진, 치료, 재활 등의 포괄적 급여를 제공하고 보험자 및 공급자의 선택의 자유를 보장하고 있으며, 높은 보장률과 낮은 본인부담률을 특성으로 한다. 포괄적 급여 보장범위를 법적으로 정의(독일 사회법전 제5편 제11조 급여의 종류)하고 있으며, 급여 세부 사항 및 신의료기술 급여 결정 등은 연방보건부 내 연방공동위원회(G-BA)에 의해 결정된다. 외래에서는 급여목록에 등재되지 않은 비

급여 진료는 제공할 수 없으나, 입원에서는 모든 의료에 대해 경제성 원칙에 부합하지 않는 것으로 연방공동위원회(G-BA)가 결정한 항목을 제외하면, 모두 공적 건강보험에서 보장하고 있다[22]. 독일의 민영의료보험은 공적 건강보험을 대체하는 역할의 대체형 민영의료보험과 공적 건강보험의 급여를 보충하는 역할의 보충형 또는 비급여 보완형 민영의료보험으로 구분된다. 이 중 대체형 민영의료보험이 지배적이며, 특정 그룹(공무원, 자영업자, 고소득자)에게 공적 건강보험을 대체하여 전체 의료서비스를 보장하고 있다. 보충형 및 비급여 보완형 민영의료보험은 공적 건강보험이나 대체형 가입자가 선택적으로 가입하고 있으며, 수석 전공의(chief) 진료, 고급 병실료, 간병비 등 의료서비스 질 향상을 위한 보장, 그리고 치과 보철, 안경, 보청기, 해외 진료 등 공적 건강보험에서 보장하지 않거나 일부만 보장하는 비급여서비스를 보장하고 있다(B영역)[10,23]. 대체형 민영의료보험에서 대부분의 입원 및 외래진료, 약제를 보장하지만, 주요 의료장비나 정신건강 진료는 보장하지 않으며, 보충형 및 비급여 보완형에서 미용목적의 성형수술 등은 보장에 포함되지 않는다(C영역)[10,23].

7) 일본

일본은 강제가입에 의한 SHI 방식을 채택하고 있으며, 다수의 보험자 체제, 포괄적인 보장범위, 급여와 비급여의 혼합진료 금지라는 특징을 갖고 있다. 의료보험에서는 기본적으로 환자부담의 확대, 안전성, 유효성 등이 확인되지 않은 의료서비스를 제공할 우려가 있어 보험진료와 보험외진료의 병용을 인정하지 않는 혼합진료금지제도를 시행하고 있다. 즉 일련의 의료행위에 대하여 보험진료(급여)와 보험외진료(비급여)가 병용되는 경우, 보험급여 청구를 인정하지 않으며 모든 비용을 환자가 전액 부담하는 제도이다. 다만, 건강보험법 제86조 보험외비용요양비 규정에 따라 국민의 선택권을 넓혀 편의성을 향상시키는 관점에서 특정한 경우에만 보험진료와 보험외진료의 병용을 예외적으로 인정하는 보험외비용요양비제도를 운영하고 있다. 이는 후생노동성이 정하는 평가요양과 선정요양의 범위 안에서 혼합진료가 가능하며, 민영의료보험에서도 보장받을 수 있다(B영역)[24,25] 또한 치료 외 목적의 미용·성형 및 치과 일부 항목 등은 환자와 의료행위자 간에 자유롭게 계약을 하며, 이를 근거로 진료에 대한 비용은 의료기관이 책정하고 그 비용은 환자가 전액 부담하는 자유진료제도가 있다. 이 경우 비용부담 시 만약 보험진료와 병행하여 미용·성형 등의 비급여 진료를 받고자 한다면, 보험진료와 관련된 치료비용을

4) 정책 본인부담금(공제금, deductibles): 2019년 기준 외래 건당 €1(외래 1일 상한 €4, 연상한 €50), 입원일당 €20(상한 €120), 약제 처방 및 보조적 서비스 €0.5, 의료수송 €2(연상한 €50), 법정 급여액이 일정 금액(€120) 이상인 의료이용의 경우 €18가 추가된다.

모두 지급하고 다시 비급여 진료에 대해 접수를 해야 하며 동시 접수는 불가능하다(C영역)[24,25].

2. 공보험과 민영의료보험 간 상호영향 및 관련 정책

국가별 민영의료보험의 관리감독 주체 및 관련 정책 고찰을 통해 공적 건강보장제도와 민영의료보험의 상호영향 정도(큼 또는 작음)를 구분하고, 정부의 민영의료보험에 대한 규제 및 관리 정도(강함 또는 약함)를 구분하여 비교하였다(Table 1).

1) 한국

한국의 민영의료보험에서는 건강보험의 본인부담금까지 보장하고 있으며 민영의료보험에 대한 관리감독은 금융위원회와 금융감독

원 등의 금융당국이 금융상품의 관점에서 관리하고 있다. 금융위원회는 국내 금융정책 및 금융제도를 총괄 관리하고 있으며, 금융감독원은 민영의료보험을 포함한 금융기관에 대한 관리감독의 업무를 수행하고 있다. 또한 보험개발원과 생명·손해보험협회가 보험상품의 개발, 보험료율, 가입자 모집, 보험상품 고시 등에 대해 자율적으로 규제하는 역할을 수행한다. 한편, 보건복지부는 금융당국과의 협의체 운영을 통해 민영의료보험이 건강보험에 미치는 부정적 영향을 최소화하고 국민의 의료비 부담을 완화하기 위해 노력 중이나, 법적 권한이 없는 협의체 운영만으로는 한계가 있다고 평가되고 있다[26]. 다음으로 민영의료보험에 대한 규제 및 관리 측면에서 관련 정책을 살펴보면, 관련 정책은 가입개방 미적용, 기왕증 미보장 등으로 인해 접근성 향상을 통한 장려정책은 없으며, 가격적정성 영역에서 보험료 세 금 혜택을 제공하는 보험료 할인정책과 보장범위 측면에서 가입자의

Table 1. Comparison of interaction, authority and responsibility between public and private health insurance

Division	Country						
	UK	Canada	Australia	France	Germany	Japan	Korea
1) Private health insurance covers copayment (user charges)							
Cover	✓		✓	✓		✓	✓
Not cover		✓			✓		
2) The role and coverage of private health insurance overlaps with public health insurance							
Have a lot of overlap			✓	✓			✓
Almost no overlap or public health insurance coverage is comprehensive	✓	✓			✓	✓	
3) Involved in private health insurance policy or regulation							
Ministry of Health			✓	✓			
Financial supervisory authority	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4) Operate in the private health insurance policy or regulation							
Accessibility							
Making cover compulsory				✓	✓*		
Open enrolment	✓		✓		✓*		
Lifetime cover					✓*		
Prohibiting switching penalties							
Affordability							
Community-rated premiums	✓		✓				
Risk equalization to support community rating							
Ageing reserves					✓*		
Premium caps					✓*		
Premium discounts	✓		✓			✓	✓
Premiums waived or covered by the government	✓	✓	✓	✓	✓*		
Scope and depth of coverage							
Cover of pre-existing conditions			✓	✓	✓*		
Minimum or standard benefits			✓	✓			✓
Caps on user charges in private health insurance					✓*		✓
Prohibition of benefit ceilings	✓	✓	✓	✓	✓		✓

*In Germany, refer to the basic substitutive private health insurance policies only. The German government has few policies on 'complementary and supplementary private health insurance.'

과다 의료이용 방지를 위한 자기부담 상한 설정, 미용·성형 등 미보장하는 항목 명시를 통해 보장범위 제한 등 규제정책 등이 존재한다. 즉 한국은 현재 건강보험과 민영의료보험의 역할이 명확하게 구분되어 있지 않은 상태이므로 ‘상호영향이 큼’으로 구분하였고, 이처럼 건강보험과 민영의료보험의 상호영향이 큰 구조이지만 현재 보건당국이 민영의료보험의 관리감독 역할을 거의 수행하지 않고 보건당국과 금융당국 및 민영의료보험 업계 간 협의 채널이 거의 없는 상황이므로 ‘규제 약함’으로 구분하였다.

2) 영국

영국의 민영의료보험에서는 처방약, 안과 진료, 치과 진료 등에서 일부 발생하는 NHS의 본인부담금까지 보장하고 있으나, 동일한 증상으로 동일 진료를 받을 때 ‘NHS 의료’와 ‘비NHS 의료’를 함께 받을 수 없다고 규정하고 있어서 ‘상호영향이 작음’으로 구분하였다. 민영의료보험에 대한 관리감독은 금융감독원(Financial Conduct Authority, FCA) 및 건전성감독청(Prudential Regulation Authority, PRA)에서 담당하고 있다. FCA는 소비자 보호, 경쟁 증진, 시장건전성 향상을 위해 금융기관들의 시장행위를 감독하고 있으며, PRA는 영국 중앙은행 소속으로 보험사의 안전성 및 건전성을 증진하고 가입자를 보호하는 역할을 수행한다. 이 외에도 소비자 보호를 위한 독립기관으로 금융 옴부즈만(Financial Ombudsman Service)이 금융서비스 관련하여 고객 불만 및 분쟁 해결의 중재자 역할을 수행하며, 금융보상제도(Financial Services Compensation Scheme)로 금융기관이 지급불능 상태가 될 경우 고객에게 보상을 하는 역할을 수행한다[10,12]. 다음으로 민영의료보험에 대한 규제 및 관리 측면에서 관련 정책을 살펴보면, 영국 정부에서 민영의료보험은 보험사 지급여력, 판매 및 운영 등 금융서비스 관점의 규제만 실시하고 있으며, 민영의료보험의 가입을 장려하거나 가입에 대해 혜택을 주는 정책은 거의 없다. 이에 따라 민영의료보험에 대해 보건당국의 적극적 개입이 없고 접근성, 가격적정성, 보장범위에 해당하는 정책이 미흡하므로 ‘규제 약함’으로 구분하였다. 관련 정책으로 가격적정성 측면에서 보험금 청구를 하지 않거나 적게 할수록 보험료 할인을 적용해주고, 가입자가 민간보험이 아닌 NHS로 진료받는 경우, 보험사가 현금을 환급해 주는 제도가 시행되고 있으며 보장범위 측면에서는 미용목적의 성형수술, 성전환수술 등 보장범위를 제한하고 있다.

3) 호주

호주의 메디케어에서는 민영병원 입원 시 수가의 25%에 해당하는 본인부담이 발생하나 민영의료보험을 통해 보장받을 수 있다. 다만, 메디케어에서 전문의 진료의 15%와 수가보다 높게 청구된 비용

(gap), 외래(일반의 및 전문의) 본인부담금 및 약제 본인부담금은 메디케어에서 일부 보장하고 있는 영역으로 민영의료보험에서 중복으로 보장하는 것은 보편적 건강보험(메디케어)을 훼손한다고 인식하여 보장이 금지되어 있다[14,15]. 이처럼 일부 제외되는 항목이 있지만, 민영의료보험에서 민영병원 입원비용 중 수가의 25%의 본인부담금까지 보장하고 있어 ‘상호영향이 큼’으로 구분하였다. 한편, 민영의료보험에 대한 관리감독은 호주 보건부와 법정 독립기구인 민영보험관리위원회(Private Health Insurance Administration Council, PHILAC)가 주도적인 역할을 수행하고 있다. PHILAC는 민영의료보험을 다각도로 분석·검토하여 정부에 제도개선 및 정책조언을 제공하는 역할을 수행한다. 호주 보건부는 민영의료보험의 보험료에 대하여 신규상품의 초기 보험료뿐만 아니라 보험료 인상에 대해서 보험사가 보건부에 자료를 제출하고 이를 승인해주는 역할을 수행하고, 민영의료보험과 관련된 정책을 개발하고 집행하는 역할을 하고 있다[15]. 반면, 금융당국인 금융감독원(Australian Prudential Regulation Authority)은 다른 금융산업과 함께 민영의료보험의 재정건전성, 지급여력 등 재정적 규제만 수행하고 있다. 민영의료보험 관련 정책현황을 살펴보면, 세 가지 측면에서 모두 정책이 마련되어 있다. 우선 접근성 측면에서 모든 사람이 가입 자격을 갖고 보험사가 가입신청 거절할 수 없는 가입개방을 시행하고 있다. 가격적정성 측면에서는 단체에 속한 사람들에게 건강상태 등과 관계없이 동일한 보험료를 부과하고 있으며, 민영의료보험 미가입 시 메디케어 부담금 할증, 31세 이후 가입 시 보험료 할증 부과, 조기가입자(연령기준) 보험료 할인정책을 시행하고 있다. 또한 소득구간별, 연령별에 따라 보험료 일부를 환급해 주고 있다. 보장범위 측면에서는 기왕증을 이유로 보험가입을 거절하지 않고, 환자부담이 전혀 발생하지 않는 전부보장(gap cover) 상품을 보험사마다 1개 이상 판매하도록 의무화하고 있다. 또한 보장범위 제한으로 본인부담금(외래진료, 처방약), 35일 초과입원, 자연요법 등은 보장을 금지하고 있다. 이에 따라 호주는 보건당국이 민영의료보험의 관리감독에 개입하고 있으면서 민영의료보험 관련 정책에서 접근성, 가격적정성, 보장범위에 해당하는 정책을 모두 시행 중이므로 ‘규제 강함’으로 구분하였다.

4) 캐나다

캐나다의 메디케어에서는 보장범위가 포괄적인 편으로, 외래처방약제 등 일부를 제외하고는 공공 및 민영병원에서 의학적으로 필요한 의료서비스에 대해 본인부담 없이 보장하고 있으며, 메디케어가 보장하는 의료서비스에 대해 민영의료보험에서 중복으로 보장하는 것을 금지 또는 제한하고 있어 ‘상호영향이 작음’으로 구분하였다. 즉 영국 및 호주는 공적 보장에 해당하는 의료서비스라 하더라도 본인부담

금이 발생하면 항목에 따라 민영의료보험에서 본인부담금에 대해 혜택을 받을 수 있지만, 캐나다는 이와 달리 본인부담금에 대해서도 민영의료보험이 중복으로 보장하는 것을 금지하고 있다. 한편, 민영의료보험에 대한 관리감독은 금융감독원(Office of the Superintendent of Financial Institution, OSFI)과 연방 및 주정부가 수행하고 있다. OSFI는 민영의료보험 산업의 재정건전성, 지급여력 등 재정적 규제만 수행하고 있으며, 연방정부 및 주정부는 보험사 사업승인, 보험상품 판매 등 규제, 메디케어 보장범위에 대한 민영의료보험의 중복보장 금지 등의 규제를 수행하고 있다. 다만, 보험사의 보험료 산출에 대한 규제는 없는 것처럼 다른 국가들과 비교했을 때는 규제가 강하지 않은 편에 해당된다. 이 외에 별도 기관으로 가입자 보호기금(Assuris)이 있는데, 보험사의 지급불능상태를 대비하여 가입자를 보호하기 위한 비영리기관이다. 또한 보험 옴부즈서비스(OmbudService for Life & Health Insurance)에서 민영의료보험 관련 고객불만 해결 및 정보 제공의 역할을 담당하고 있다. 또한 민간부문에서 메디케어에 대한 대안을 제공하려는 보충적 민영의료보험 또는 메디케어서비스의 대기 시간을 줄이려는 민영의료보험은 모두 주 및 준주의 법과 규제의 복합적 작용으로 인해 금지되거나 제한되어 있다. 이와 같이 메디케어에서 의학적으로 필요한 서비스에 대해 대부분 보장하고 있기 때문에 민영의료보험은 비급여만을 보장하는 보완형 역할을 수행하고, 이로 인하여 실질적인 보건의료 재원에 민영의료보험이 미치는 영향이 적은 편이다. 민영의료보험 관련 정책 현황을 살펴보면, 가격적정성 측면에서 단체보험에 대한 세금혜택 정책이 있으며, 근로자에게 단체보험을 제공하는 고용주에 대해 단체 보험료를 소득에서 공제해주고 있다. 이 외에 캐나다는 민영의료보험에 대한 장려 및 규제정책이 거의 없는 편으로 '규제 약함'으로 구분하였다. 이러한 특성은 민영의료보험이 비급여만 보장하기 때문에 공적 의료재원에 미치는 영향이 적고, 단체보험이 많아 개인의 선택권이 적어서 정책적으로 관심을 많이 받지 않았기 때문으로 볼 수 있다[27].

5) 프랑스

프랑스는 공적 건강보장제도에서 본인부담금이 높은 편으로, 공제금을 제외한 본인부담금을 민영의료보험에서 대부분 보장하고 있는 구조이므로 '상호영향이 큼'으로 구분하였다. 민영의료보험에 대한 관리감독은 금융감독원(Prudential Supervisory Authority, ACPR)이 역할을 수행한다. ACPR은 은행 및 보험을 감독하는 독립 감독기구로, 은행 및 보험시스템의 안정성을 유지하고 고객 및 보험가입자 등을 보호하는 역할을 수행하며, 보험사로부터 연간 회계·금융 자료 수집, 통계보고서(상품별 보험가입자 수, 상품별 보험료 수입 및 보험료 지출 내역 등)를 수집하고 있다. 또한 뮤추얼 조합(mutual)과 공제회

(provident)는 보건부 및 사회보장부(Department of Social Security)의 규제를 받고 있으며, 영리 보험사는 재정부(Ministry of the Economy and Finance)의 규제를 받고 있다. 이와 같이 보건당국이 민영의료보험의 관리감독에 개입하고 있으며, 민영의료보험 관련 정책에서 다음과 같이 접근성, 가격적정성, 보장범위에 해당하는 정책을 모두 시행 중이므로 '규제 강함'으로 구분하였다. 접근성 측면에서, 기업이 근로자에게 단체보험을 제공하도록 의무화하고 있으며, 현재 의무사항은 아니나 정책적 권장사항으로 가입연령 등 가입에 제한을 두지 않고 있다. 가격적정성 측면에서 정부가 저소득층에게 보완형 민영의료보험을 무료로 제공하는 제도(la couverture maladie universelle complémentaire)를 도입하였고, 차상위 계층에는 민영의료보험료에 대한 세금 보조금을 지급(ACS-France)하고 있다. 보장범위 측면에서 기왕증이나 건강상태에 제한을 두는 상품에는 7% 세금을 부과하고 있으며, '책임 있는 상품'에 대해 세금을 면제해주고, 공제금에 대해 민영의료보험이 보장하지 못하도록 규제하고 있다. 현재는 거의 모든 상품이 '책임 있는 상품'의 기준을 충족하고 있다. 이외의 관련 정책으로, 민영의료보험 운영의 투명성 및 비교 가능성 제고를 위해 보험료 대비 관리운영비 비율 보고를 의무화하고 있으며, 보완형 민영의료보험사 국가 연합(L'Union Nationale des Organismes Complémentaires de l'Assurance Maladie) 의견을 수렴하여 공보험 보장항목을 도입하는 거버넌스의 역할을 부여하고 있다[10,20].

6) 독일

독일의 공적 건강보장제도에서는 직접 부담하는 본인부담금은 거의 없는 편으로, 연간 가구 총소득의 2% 이상을 본인부담금에 지출할 경우, 그 이상에 대해 면제(중증 만성질환자는 1% 이상)하는 상한제를 운영하고 있으며, 민영의료보험에서 본인부담금을 보장하는 상품은 거의 없으므로 '상호영향이 작음'으로 구분하였다. 독일의 민영의료보험을 대체형과 보충형 및 보완형에 따라 구분하여 살펴보았다. 민영의료보험에 대한 관리감독은 연방 금융감독청(Federal Financial Supervisory Authority)에서 담당하고, 주로 건강보험을 대체하는 대체형 민영의료보험에 대해서만 규제하고 있으며, 보충형 및 보완형 민영의료보험에 대한 규제 및 정책은 거의 없는 편이다[10,23]. 대체형 민영의료보험의 경우 세 가지 측면에서 관련 정책이 시행 중이다. 접근성 측면에서 공보험 미가입자에 대한 대체형 보험가입 의무화가 적용되며 보험사는 가입신청을 거절할 수 없다. 가격적정성 측면에서 대체형 보험은 가입자 연령증가에 따른 보험료 인상을 막기 위해 적립금을 축적하고 있으며, 대체형 보험의 기본보장 상품(basic tariff)에서 보험료가 공보험의 최대 보험료를 초과할 수 없도록 상한을 두고 있다. 또한 기본보장 상품(basic tariff)에서 가입자 납부능력이 없

음을 증명할 경우 보험료 50% 경감, 경감된 보험료 납부가 불가한 경우 보조금을 지급하고 있다. 보장범위 측면에서 대체형 보험은 연간 공제금이 €5,000를 초과할 수 없도록 자기부담 상한을 두고 있으며, 정신건강 진료, 주요 의료장비는 보장하지 않도록 제한하고 있다. 이외에 보험사 수익의 가입자 환원 의무화로 보험사 수익의 80%를 가입자를 위해 사용하도록 규제하는 정책을 시행하고 있다. 이와 같이 대체형 민영의료보험은 관련 정책 및 규제가 활발한 편에 해당하나, 다른 국가들의 보충형 및 비급여 보완형 상품과 비교를 위해 보충형 및 비급여 보완형 민영의료보험에 한정하여 볼 때 독일은 장려 및 규제 정책이 거의 없는 편으로 '규제 약함'으로 구분하였다.

7) 일본

일본은 민영의료보험에서 공적 의료보험의 본인부담금을 보장하고는 있으나, 보험진료와 보험외진료의 병용을 인정하지 않는 혼합진료금지제도를 통해 민영의료보험이 의료이용이나 관련 정책에 영향을 거의 미치지 않고 있으므로 '상호영향이 작음'으로 구분하였다. 일본의 민영의료보험은 공적 의료보험의 본인부담금 및 비급여서비스 비용을 보장하는 보완형 역할을 수행하고 있으며, 대부분 실손형이 아닌 미리 정해진 금액을 지급하는 정액형으로 운영하고 있다 [24,25]. 정액형 민영의료보험 상품 중에서도 입원일당 보험과 암보험이 주를 이루고 있는데, 이와 같이 민영의료보험상품이 대부분 정액형인 이유는 일본 공적 의료보험제도의 보장범위가 포괄적이어서 비급여 항목이 많지 않으며, 본인부담금 상한제를 통해 환자의 직접적인 부담이 크지 않아 실손형 상품이 발달할 여지가 없었기 때문으로 볼 수 있다[27]. 한편, 민영의료보험에 대한 관리감독은 금융청(Financial Services Agency, FSA)에서 수행하고 있다. FSA는 보험사의 경영관리, 재무건전성, 리스크 관리 등 운영의 적절성 등을 전반적으로 감독하고 있으며, 민영의료보험사의 자주적인 노력을 존중하여 특별한 규제는 없으며 보건당국의 역할은 없다. 일본의 민영의료보험 관련 정책은 가입자에게 보험료에 대한 세금 혜택만 제공하고 있다. 다른 국가들과 비교하였을 때 일본은 이처럼 민영의료보험을 금융상품으로 별다른 규제정책이 없는 편으로 '규제 약함'으로 구분하였다. 이에 따라 일본은 포괄적인 공적 의료보험제도 보장에 따라 영향을 줄 수 있는 의학적 비급여가 많지 않고, 혼합진료금지제도를 시행하고 있으며, 민영의료보험은 대부분 정액형으로 운영되고 있어 실질적으로 의료이용이나 관련 정책에 영향을 거의 미치지 않는 것으로 추론할 수 있다[27].

결론

한국은 그간 보장성 확대정책을 지속적으로 추진해오고 있으나, 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여 진료비에 대한 실질적 관리체계가 부재하여 일부 가입자의 과도한 의료이용 등 비급여 진료비에서의 과잉이 심화되어 건강보험의 재정에도 악영향을 미친다는 지적이 있었다. 또한 건강보험과 실손의료보험이 밀접하게 연계되어 있고 국민 의료비에 미치는 영향이 큼에도 불구하고 상호 간의 합리적인 역할 설정이 이루어지지 않아 다양한 문제들이 나타난다는 문제점이 제기되어 왔다. 최근에는 “건강보험 비급여 관리강화 종합대책” 발표(보건복지부, 2020. 12.) 및 의료법 제45조의2(비급여 진료비용 등의 보고 및 현황조사 등) 개정(2020. 12. 29.) 등으로 비급여 관리방안과 비급여 정보수집 확대를 위한 정책 마련뿐만 아니라 건강보험과 실손의료보험간 연계·협력을 위한 “국민건강보험법”과 “보험업법” 개정 추진 등 법적 근거 마련, 공·사보험의 상호영향 분석 등을 통해 반사이익을 반영한 실손보험료 조정 등을 추진하고 있다. 다만, 실질적인 추진 성과에 있어서는 미비한 점이 많은 상황이다. 따라서 국내·외 건강보험 및 실손의료보험 관련 정책에 대한 심도 깊은 검토를 통한 실효성 있는 비급여 관리방안을 도출하는 것이 중요한 시점이다. 이에 본 연구에서는 한국의 비급여 관리에 적합한 정책방안을 제시하기 위해 해외사례 고찰을 기반으로 하여 국가별 공적 건강보장제도 측면에서 보장범위 구분을 통한 비급여 영역과 민영의료보험에서의 비급여 보장범위를 비교·분석하였고, 국가별 공적 건강보장제도와 민영의료보험의 관련 정책현황을 고찰하였다.

우선 국가별 비급여 범위 및 영역을 비교·분석한 결과, 영국, 호주, 캐나다, 프랑스, 독일, 일본 등 대부분의 국가에서는 공적 건강보장제도를 통해 포괄적인 보건의료서비스를 제공하고 있었다. 외국과 비교하여 한국은 건강보험에서 보장하는 급여 범위가 더 좁고 본인부담의 비중은 더 넓은 편으로, 비급여의 영역·항목이 다른 국가에 비해 더 많은 편에 해당하였다. 외국의 경우 비급여는 (1) 의학적 필요성이 있으나 공적 보장범위에서 제외된 의료서비스(치과 및 안과 진료, 물리치료 등), (2) 의료의 질 향상이나 편의를 목적으로 선택하는 고급서비스(진료 대기시간 단축, 고급병실 등), 그리고 민영의료보험에서 보장하지 않는 (3) 치료와 무관한 목적에 의해 비급여로 적용되는 항목(미용·성형 등)의 공통된 영역으로 구분되었다. 이와 비교하여 한국의 비급여는 현재 발생유형에 따라 (1) 의학적 필요성이 있음에도 기준 초과, 비용효과성 등에 의해 비급여로 적용되는 항목(MRI, 초음파 등 기준비급여와 로봇수술 등 등재비급여), (2) 관련 제도적 규정으로 비급여로 적용되는 항목(상급병실료차액, 제증명수수료), (3) 의

학적 필요성은 낮으나 환자의 선택에 의한 의료서비스(미용·성형, 예방 등)로 구분하여 정책을 수립하고 있으며, 비급여 영역과 항목이 다른 국가에 비해 더 많은 편이다. 또한 민영의료보험에서도 보장하지 않아 환자가 부담해야 하는 비급여 항목(C영역)도 외국에 비해 상대적으로 많은 것으로 나타났다. 즉 현재 한국의 건강보험제도 내에서 환자가 비용을 직접적으로 부담하게 되는 비급여 영역은 외국과 비교하여 그 범위가 더 넓은 것으로 볼 수 있다. 이를 통해 한국의 경우 제한된 재정으로 건강보험에서 전 국민을 보장하기 위한 정책을 추진함에 따라, 다른 국가에 비해 상대적으로 급여의 범위가 좁고 비급여의 범위·영역이 넓은 상황이며, 이로 인해 비급여로 인한 의료비가 증가하고 더불어 실손의료보험과 같은 보완적 수단이 발전할 수밖에 없는 구조임을 확인하였다. 즉 비급여라는 개념 자체가 제한적인 다른 국가들에 비해 관리가 어려운 상황이라 볼 수 있다. 한국은 건강보험제도의 초창기에 건강보험을 전체 국민에게 적용시키는 것을 우선 목표로 초창기 저부담-저급여의 형태의 정책을 추진했으나, 이제는 적정부담-적정급여로 진행되는 과정으로, 그간 건강보험에서 보장해야 했음에도 불구하고 보장하지 못했던 항목들을 이제 건강보험에 포함시키는 과정에 있다. 따라서 제도적으로 비급여가 발생하기 어렵거나 이미 관리가 되는 다른 국가들에 비해, 한국은 건강보험제도의 조기 정착을 위해 대폭 확대된 비급여를 후향적으로 관리하려다 보니 비급여의 풍선효과 등 다양한 어려움이 발생하고 있는 상황이다.

다음으로, 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향을 미치는 정도와 민영의료보험에 대한 규제 및 관리정책을 파악하기 위하여, 공적 건강보험과 민영의료보험의 상호영향 정도(큼 또는 작음)를 구분하고, 정부의 민영의료보험에 대한 규제 및 관리정책의 강도(강함 또는 약함)로 구분하여 비교하였다. 그 결과 영국, 캐나다, 독일(보충형 및 비급여 보완형 민영의료보험에 해당), 일본 등은 공적 건강보험과 민영의료보험의 상호영향 정도가 작으면서 정부의 규제 및 관리 정도도 약한 유형(type 1)으로, 비급여가 발생할 가능성을 사전에 차단하여 추가적으로 민영의료보험 등에 대한 규제의 필요성이 적은 유형에 해당한다고 볼 수 있다. 호주와 프랑스는 공적 건강보험과 민영의료보험의 상호영향 정도가 크면서 정부의 규제 및 관리 정도도 강한 유형(type 4)으로, 본인부담 경감 등을 위해 민영건강보험 가입 장려 등 민영의료보험을 활용하되, 동시에 강한 관리감독을 통해 가입자를 보호하고 있는 유형으로 구분할 수 있다. 한편, 한국의 경우 다른 국가들에서 도출된 유형과는 다르게 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도는 크면서, 민영의료보험에 대한 정부의 규제 정도가 약한 유형(type 2)에 해당하고 있었다(Figure 3A). 한국의 경우 의료비 부담 증가와 더불어 실손의료보험과 같은 보완적 수단이 상당히 발달되어 있지만, 실손의료보험을 규제하거나 가입자를 보호하는 정책은 많지 않은 편이다. 이처럼 한국은 다른 국가들과 비교하여 건강보험의 보장범위가 포괄적이지 않은 편으로 민영의료보험인 실손의료보

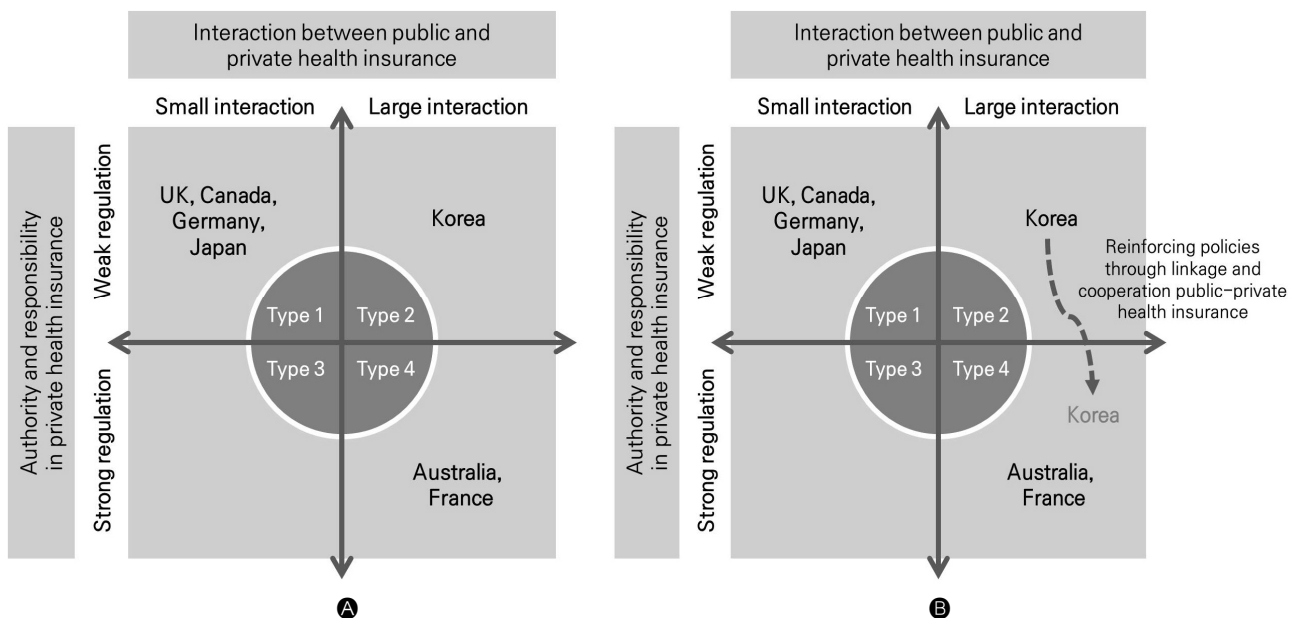


Figure 3. Current situation and future direction for comparison interaction, authority and responsibility between public and private health insurance. (A) Current situation of interaction, authority and responsibility between public and private health insurance. (B) Future direction of interaction, authority and responsibility through linkage and cooperation between public and private health insurance.

험에서 본인부담금까지 보장하고 있으며, 건강보험과 실손의료보험의 역할이 명확하게 구분되어 있지 않은 상태이므로 건강보험과 실손의료보험의 상호영향의 차이를 좁히기는 쉽지 않은 상황이다. 또한 실손의료보험의 규제 및 장려정책 측면에서 현재 보건당국이 민영의료보험의 관리감독 역할을 거의 수행하지 않고, 공·사보험의 연계·협력구조가 마련되어 있지 않은 상황으로 볼 수 있다.

우선 현재 한국의 건강보험과 실손의료보험의 상호영향의 측면에서 보면, 실손의료보험에서 비급여 보장 여부에 따라 비급여 진료비 특성이 나타나고 있다. Chang 등[28]의 연구에서는 건강보험 보장성 강화대책 이전인 2017년도 및 정책 시행 이후 2019년도의 건강보험 환자 진료비실태조사 자료를 기반으로 실손의료보험에서 보장하는 영역(일반보장/특약보장/미보장)에 따라 비급여 진료비 발생현황을 분석하고, 급여와 병행하여 발생하는 비급여 진료비의 특성(급여 병행 비급여 진료/비급여 단독 진료)을 파악함으로써 건강보험에서 비급여 진료비 발생 특성과 실손의료보험과의 관련성을 고찰하였다. Chang 등[28]의 연구에 따르면, 실손의료보험 보장범위를 ‘일반보장/특약보장’/미보장’으로 구분하여 보장성 강화대책 이전(2017년도) 및 이후(2019년도) 비급여 진료비(%) 구성을 분석한 결과, 특약 보장 항목이면서 급여화 대상에 포함되지 않은 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료, 영양주사 항목은 모두 2019년도에 전체 비급여 진료비 증 비중(%)이 증가한 것을 확인하였다. 또한 2019년도 진료비실태조사 자료에서 급여·비급여 병행하여 발생한 진료비 비중이 72.8%이고, 비급여 단독 진료비 비중이 27.2%로, 급여와 병행하여 발생하는 비급여 진료비가 대다수인 것으로 확인하였다[28]. 즉 급여화 주요 대상인 ‘치료적 비급여’는 대부분 실손의료보험에서 보장하고 있으며, 급여화 대상이 아닌 ‘선택적 비급여(도수치료 등)’는 실손의료보험에서 일부 특약으로 보장하거나 급여와 병행하여 발생하는 경우가 많고, 미용·성형 등의 ‘선택비급여’는 실손의료보험에서 대부분 보장하지 않으며 비급여 단독으로 발생하고 있음을 시사하였다[28]. 이를 통해, 본 연구의 외국 사례 비교분석 결과와 같이 한국은 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향이 큰 상태임을 시사하였다. 한국의 비급여 진료 특징 중 하나는 대부분 급여 진료와 함께 이루어진다는 것으로, 건강보험제도에서 모든 의료기관이 건강보험에 당연 지정되어 있고 모든 국민이 강제 가입되어 있기 때문에 건강보험환자로 의료기관에서 상담 및 진료만 받아도 기본진료료가 발생하고 있기 때문이다. 기본진료료 외에도 대부분의 질환에 대한 진료행위가 대부분 건강보험 급여로 포함되어 있으므로 환자들은 치료에 필요한 대부분의 항목들은 급여 진료로 받게 되고, 추가적인 진료에 대해서 비급여 진

료를 권유받게 되는 경우가 많다. 비급여 진료가 발생하는 유형을 보면, 대표적으로 영양주사 및 도수치료 등과 같이 치료의 필수성이 높지는 않지만, 환자들의 피로회복이나 통증 완화에 도움을 주는 행위나 약제와 같이 환자의 선택이 영향을 미칠 수 있는 항목인데, 이 경우 실손의료보험의 보장으로 인해 가입자들이 비용부담이 없어 남용이 되다 보니 의료비를 증가시키는 요인으로 작용하고 있는 상황이다.

다음으로, 정부의 민영의료보험에 대한 규제 및 관리정책 측면에서 보면, 다른 국가들의 경우 충분한 공적 보장을 달성했음에도 불구하고, 각 국가별 상황에 맞게 공적 건강보험과 민영의료보험이 운영되고 있음을 확인하였다. 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향 정도가 작은 국가들은 민영의료보험이 공적 건강보험의 의료이용이나 관련 정책에 영향을 거의 미치지 않으므로 정부의 규제 및 관리의 필요성이 적다고 볼 수 있으며, 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향이 큰 국가들은 공·사 협력이 되어 있으면서 민영의료보험에 대한 정부의 규제 및 관리정책도 활성화되어 있음을 확인하였다. 반면, 한국의 경우 앞서 고찰한 바와 같이 공적 건강보험과 민영의료보험 간 상호영향이 큰 편에 해당하지만, 실질적인 보건당국, 금융당국 및 민영의료보험 업계 간 연계·협력구조가 마련되어 있지 않은 상황이다. 그런데도 한국은 그간 건강보험 보장성 강화를 위해 ‘비급여 축소 및 급여 확대’ 방식을 중점으로 정책을 추진해 오고 있으며, 한편으로는 공·사보험연계법 추진 등으로 ‘공·사보험 연계 및 협력’을 통해 민영의료보험 관련 규제 및 관리를 강화하기 위한 방향으로 논의를 지속해 오고 있다. 이러한 정책추진 방향은 건강보장제도에서의 포괄적인 보장에 따라 공적 영역에 영향을 줄 수 있는 의학적 비급여가 많지 않은 일본, 독일, 캐나다, 영국 등의 사례와 유사하며, 특히 현재 비급여의 범위가 넓은 한국의 상황에서는 공·사보험 간 연계와 협력이 활성화되어 있으면서 민영의료보험에 대한 규제가 강한 프랑스, 호주와 유사한 방향성으로 볼 수 있다.

본 연구의 대상국가로 포함하지는 않았으나, 미국에서는 2022년 1월 1일부터 비보험 진료 및 자기부담 진료에 대해서도 환자의 의료비 부담 및 의료접근성에 대한 권리를 보호하기 위한 “No Surprise Act” 연방법이 시행되었다. 이는 예상 밖의 의료비(surprise medical bills)에 대한 의료소비자의 권리 보호조치를 의미하며, 의료보험이 있는 경우 비협약 시설 또는 공급자로부터 사전 승인 없이 서비스를 받은 경우에도 대부분의 응급 및 비응급서비스에 대한 예상 밖의 의료비 청구를 금지한다. 다만, 출산 센터, 호스피스, 중독치료 시설, 요양원 등은 제외되며 Medicare 및 Medicaid 가입자는 이미 보호를 받고 있고 갑작스러운 청구 위험이 없으므로 해당하지 않는다. 또한 의료보

5) 2016년 12월 금융위원회의 “실손의료보험제도 개선방안”을 통한 신(新)실손보험 상품으로, 2009년 이후 유지되어 오던 단일상품에서 과잉진료 우려가 크거나 보장수준이 미약한 (1) 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료, (2) 비급여 주사제, (3) 비급여 MRI의 5개 진료행위를 특약으로 분리한 상품을 의미한다.

험이 없거나 자기부담으로 진료를 하는 경우에는 진료를 받기 전에 예상비용 내역을 통해 총진료비를 자세하게 추정할 수 있다[29]. 이와 같이 미국은 “No Surprise Act” 정책을 통해 (1) 환자가 얼마나 지불해야 하고 보험회사가 병원 또는 의사에게 일반적으로 얼마를 지불해야 하는지를 결정하기 위해 의료보험과 연계되어 있지 않은 진료에 대한 표준 가격을 설정해야 하며, (2) 의료공급자가 환자들에게 보험 적용이 되지 않는다는 사실을 알리고, 진료를 받기 전에 예상비용 내역을 통해 환자가 총진료비를 자세하게 추정할 수 있는 장치를 마련하였으며, (3) 의료공급자의 청구규정 위반 시 환자들이 고발할 수 있는 시스템을 마련하였다. 이는 민영의료보험 중심의 자유경쟁시장에서 의료서비스가 이루어져 온 미국에서도 우리나라의 비급여 진료와 유사한 ‘예상 밖의 의료비’로 인한 과도한 의료비 부담으로부터 국민을 보호하기 위해 국가가 개입하여 규제 및 관리를 하고 있음을 시사한다.

한국은 2006년 의료산업선진화위원회에서의 논의 이후 2017년 건강보험 보장성 강화대책의 효과적인 추진과 의료비 보장체계의 발전을 위한 공공부문과 민영부문 간 논의의 장 마련을 위해 공·사보험정책협의체를 구성하고 공·사보험연계법을 추진해왔고, 2021년 9월에는 금융위원회와 보건복지부는 국민건강보험법과 보험업법 일부 개정법률안이 국무회의를 통과하였다. 이번 개정안을 통해 현재 법적 근거가 없어 제도개선 등의 한계가 나타나고 있는 공사보험정책협의체를 ‘공사보험연계심의위원회’로 확대 개편하게 되고, 이를 통해 공사보험연계심의위원회에서 건강보험과 실손의료보험 사이 상관관계를 조사할 수 있는 권한이 마련될 예정이다. 개정안에는 국민건강보험과 실손의료보험의 연계관리를 수행할 수 있도록 보건복지부와 금융위원회가 두 법안 모두에 근거 조항을 마련하였다. 이는 국민건강보험과 실손의료보험 간 상호영향을 파악하여 제도를 개선하는 취지로, 공동실태조사를 통해 실손의료보험 가입에 따른 의료이용 증가 등을 파악하고 실손의료보험 상품구조 개편, 비급여 관리강화, 보험료율의 적정화 등을 체계적으로 추진하는 것을 목적으로 한다. 현재 한국의 실손의료보험 가입자 수는 2020년도 기준 약 3,400만 명으로 다수의 국민이 가입하고 있다. 그러나 현재 체계로는 금융당국에서 비급여 과잉진료가 의심되는 이상신호를 감지하더라도 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 보건당국에 상황 공유 및 공동으로 대응할 방안이 없는 상황이다. 이에 공·사보험연계법 추진을 기반으로 건강보험의 보장성 확대와 실손의료보험의 상호영향에 대한 정확한 실태 파악 및 제도개선의 법적 근거를 마련하고자 하는 취지이다. 다만, 일각에서는 공·사보험의 연계 추진 이전에 우선적으로 민간보험사의 지급률 편차문제의 개선과 보험료율 현실화 방안 등이 마련되어야 하며, 이를 통해 건강보험과 실손의료보험

이 본연의 역할을 제대로 수행하도록 하여 연계가 아닌 합리적 구분 운영이 필요하다는 의견이 상존하고 있다.

결론적으로, 현재 한국의 경우 건강보험과 실손의료보험의 역할이 명확하게 구분되어 있지 않아 건강보험과 실손의료보험의 상호관련성이 계속 높아지면서 규제는 쉽지 않은 상황임을 감안해볼 때, 단기적으로는 호주나 프랑스 유형과 같이 실손의료보험에 대한 규제 및 협력 강화를 통해 공·사보험의 적정 역할 설정이 마련되어야 할 필요가 있다(Figure 3B). 장기적으로는 일본, 독일, 캐나다, 영국 등과 같이 건강보험에서의 급여 확대를 통한 비급여 축소로 건강보험의 역할을 증대해 갈 필요가 있으며, 궁극적으로 국민 의료비의 부담 완화와 건강증진이라는 정책 목표를 달성하기 위해서는 이와 관련된 지속적인 검토와 논의가 불가피할 것으로 판단된다. 이에 따라 외국의 비급여 개념 및 영역에 대한 고찰과 공·사보험 관련 정책 사례는 한국의 건강보험제도의 보장성 강화와 지속 가능성을 통한 보편적 건강보장제도를 완성해가는 과정에서 필요한 비급여 진료비 관리와 건강보험 및 실손의료보험의 역할 재정립 측면에서 참고할만한 가치가 있을 것으로 생각된다.

이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 지원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 확인한다.

ORCID

Ha Yun Kim: <https://orcid.org/0000-0001-8022-8686>;

Chong Won Chang: <https://orcid.org/0000-0001-6424-0378>

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
2. Seo NK. Policy implications for health insurance coverage rate. Health Cover Issue View [Internet] 2020 [cited 2021 Sep 29];(25):11-18. Available from: <https://www.nhis.or.kr/nhis/about/wbha/b08200m01.do?mode=list&&articleLimit=10&article.offset=20>.

3. Jung SH, Lee TY, Kim YM. A study on partnership of public and private health insurance. Seoul: Korea Insurance Research Institute; 2018.
4. The Presidential Commission on Healthcare Industry Innovation. Strategy for healthcare industry innovation. Seoul: The Presidential Commission on Healthcare Industry Innovation; 2006.
5. Ministry of Health and Welfare. Plan to manage non-benefits of national health insurance service. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020.
6. Yeo NG, Sin HW, Jung HS, Ji YG, Oh SJ, Lee JE. A study to foundation for the implementation of a comprehensive health insurance system. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2020.
7. Jung HS, Yeo NG, Kim JH, Kim Y, Ji YG. A study on comprehensive plan for reinforcement of non-benefits management. Wonju: Yonsei University; 2020.
8. Lee CW, Lee SW. A study on private health insurance system in some developed countries and its implications. Seoul: Korea Insurance Research Institute; 2010.
9. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016.
10. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: country experience. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016.
11. Park KS, Kim NY, Kim JH, Jang SH. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: United Kingdom. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
12. Association of British Insurers. Private medical insurance [Internet]. London: Association of British Insurers; 2021 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.abi.org.uk/products-and-issues/choosing-the-right-insurance/health-insurance/private-medical-insurance>.
13. Im MK, Kim JH, Kim SJ, JO SJ, Jin HJ. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: Australia. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
14. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in Australia: a case study. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2003.
15. Australia Government Department of Health. Private health insurance [Internet]. Canberra: Australia Government Department of Health [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.health.gov.au/health-topics/private-health-insurance>.
16. Choi SM, Lee HY, Oh HR, Park YW. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: Canada. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
17. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallee A, Caron NR, Vissandjee B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet* 2018;391(10131):1718-1735. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8).
18. Hurley J, Guindon GE. Private health insurance in Canada. Hamilton (ON): Centre for Health Economics and Policy Analysis; 2008.
19. Flood CM, Archibald T. The illegality of private health care in Canada. *CMAJ* 2001;164(6):825-830.
20. Son DK, Lee SY, Im SG, Ryu JH. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: France. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
21. Buchmueller TC, Couffinhal A. Private health insurance in France [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2004 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.oecd.org/france/30455292.pdf>.
22. Jung IS, Lee HY, Yang YS, Moon JS. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: Germany. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
23. Privaten Krankenversicherung. Verband: aufgaben und organisationsstruktur [Association: tasks and organizational structure] [Internet]. [place unknown]: Private Krankenversicherung; [date unknown] [cited 2021 Sep 30]. Available from: <https://www.pkv.de/verband/ueber-uns/>.
24. Kim KA, You AJ, Kim SY, Lee YJ, Jung HJ. The status of public healthcare system and reform trends in major countries: Japan. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
25. Sakamoto H, Rahman MM, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. Japan: health system review. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018.
26. Shin HW, Yoon JH, Kang SW, Kim TE, Yeo NG, Sim BR. Improvement plan of national health insurance and private health insurance. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2015.
27. Seo NK, Park SH, Kim JH, Sin DM. System of private health insurance in major countries II. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2019.
28. Chang CW, Kim HY, Kim S, Park BR, Im SG, Ko EB. An analysis on

the management of non-benefits I. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Research Institute; 2021.

29. Centers for Medicare & Medicaid Services. No Surprises Act

[Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; 2022 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.cms.gov/nosurprises>.