

연구보고서 2017-1-0002

---

## 국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험 개선에 대한 연구

---

이현복 · 최기춘 · 조정완

송성호 · 석지혜 · 신다미





## 머 리 말

최근 공보험인 국민건강보험과 사보험인 민간의료보험이 공존하고 있음에도 불구하고 아직 서로의 역할이 명확하게 설정되지 않아 다양한 문제가 발생하고 있다.

이러한 문제들을 실증적으로 확인하고, 대책을 마련하기 위해 다양한 연구들이 진행되고 있다. 그러나 민간의료보험 데이터와 국민건강보험 자료 등의 연계분석이 어려워, 다수의 연구들이 모두가 동의하는 일반적 결론을 도출하기에는 한계를 가진다.

최근 정부는 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 국민건강보험 재정에 부정적 영향 및 국민건강보험의 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 보장범위 축소, 민간보험사의 지급보험금 감소 등에 대한 대책 마련을 발표하였다.

이러한 시점에 본 연구는 실증분석보다는 해외사례를 중심으로 국내에 주는 시사점을 도출하여, 국민건강보험의 보장성 강화에 따른 민간 실손보험의 개선방향에 대해 고찰해 보고자 한다. 나아가 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정에 대한 방향을 제시하고자 한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며, 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2017년 11월

국민건강보험공단 이사장 성 상 철

건강보험정책연구원 원 장 이 홍 균



## 목 차

요 약 .....	10
 제1장 서 론 .....	 54
제1절 연구의 필요성 .....	54
제2절 연구 내용과 연구 범위 .....	58
 제2장 기존연구 .....	 64
제1절 민간의료보험과 가입자 특성 및 의료이용 .....	64
제2절 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할설정 ....	69
 제3장 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험 현황 ....	 77
제1절 국민건강보험의 보장성 확대 정책 .....	77
제2절 민간의료보험의 현황 및 쟁점 .....	86
 제4장 해외사례 .....	 106
제1절 독일 .....	106
제2절 네덜란드 .....	111
제3절 일본 .....	121
제4절 호주 .....	128
제5절 시사점 .....	136
 제5장 결론 및 정책제언 .....	 145

#### 4 국민건강보험 보장성 확대에 따른 민간 실손보험 개선에 대한 연구

---

제1절 결론 .....	145
제2절 정책제언 .....	150
참고문헌 .....	160
부록 .....	167

## 표 목 차

<표 3-1> 공적보험과 민간의료보험의 비교 .....	86
<표 3-2> 2015년 생명보험 종목별 개인 가입률 .....	90
<표 3-3> 손해보험 종목별 개인 가입률 .....	90
<표 3-4> 국민건강보험과 실손형 의료보험 비교 .....	92
<표 3-5> 민간의료보험의 주요 보장내용 및 보장제외 질병 ...	93
<표 3-6> 실손의료보험 가입시기에 따른 상품 유형 .....	96
<표 3-7> 국민건강보험 급여율과 민간보험사 지급률, 손해율	98
<표 4-1> 건강보험료의 부과체계 .....	108
<표 4-2> 네덜란드 기본보장 상품 및 내용 .....	119
<표 4-3> 일본 건강보험제도의 구분 .....	122
<표 4-4> 일본 건강보험의 재정현황 .....	123
<표 4-5> 연령대별 급여율 구분 .....	125
<표 4-6> 생명보험사, 손해보험사 취급 건강보험 종류 .....	127
<표 4-7> GDP 대비 국민의료비 비중 등 .....	136
<표 4-8> 민간의료보험 가입률과 영리, 비영리 비중 .....	137
<표 4-9> 민간의료보험 형태, 보장급부 등 .....	138
<표 4-10> 민간건강보험의 역할 강화를 위한 정부 정책방향	147

## 그림 목 차

[그림 1-1] 민간의료보험 보장범위 .....	55
[그림 3-1] 건강보험 보장 패러다임 전환 .....	81
[그림 3-2] 취약계층 대상자별 의료비 부담 개선(1) .....	83
[그림 3-3] 취약계층 대상자별 의료비 부담 개선(2) .....	84
[그림 3-4] 소득분위별 본인부담 상한액 .....	85
[그림 3-5] 재난적의료비 지원 제도화 .....	85
[그림 4-1] 독일 건강보험 가입자 구성 .....	107
[그림 4-2] 네덜란드 건강보험구조 .....	112
[그림 4-3] 네덜란드 건강보험(ZVW)의 재정 흐름도 .....	114









## 요 약

### 제1장 서론

#### 1. 연구의 배경 및 필요성

- 1977년 도입된 우리나라의 국민건강보험은 국민의 의료이용에 대한 접근성, 형평성 그리고 국민의 건강 수준을 향상시킴
  - 그러나 이와 같은 성과에도 불구하고 지속적인 저부담-저급여 정책으로 OECD 평균에도 못 미치는 국민건강보험의 충분치 못한 보장성(2016년 기준 63.4%)은 한계임
    - 국민건강보험의 불충분한 보장은 대다수의 국민으로 하여금 민간의료보험에 가입함
- 민간의료보험은 민영의료보험과 개인의료보험 등의 용어로 혼용되고 있고, 정확한 개념과 범위도 불분명함
  - 「보험업법」상 제3보험에 해당하는 보험을 의미하며, 실무적으로 민간보험사에서 판매하는 상해와 질병과 관련된 의료비와 건강비용을 보장하는 실손정액 담보 보험상품을 지칭함
- 현재(2014년 기준) 정액형과 실손의료보험이 포함된 민간의료보험에 국민의 약 72.6%가 가입하고 있고, 시장 규모는 수입보험료 기준 약 약 30조원으로 추정
  - 실손의료보험은 국민의 약 62%인 3200만 명이 가입하고 있고, 시장 규모는 위험보험료 기준 약 3조 5000억원 추정

- 공보험인 국민건강보험과 사보험인 민간의료보험이 공존하고 있음에도 불구하고 아직 서로의 역할이 명확하게 설정되지 않아 다양한 문제 발생
  - 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 국민건강보험 재정에 부정적 영향
  - 국민건강보험의 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 보장범위 축소 및 민간보험사의 지급보험금 감소(이하 반사이익)
  - 기왕증 등으로 가입이 배제되는 사람들과 저소득으로 인해 가입 여력이 없는 국민들에게는 민간의료보험의 혜택은 돌아가지 못하므로 공보험의 보충적 역할 부족 등
- 이러한 시점에 본 연구는 국민건강보험의 보장성 강화에 따른 민간의료보험의 개선방안에 대해 고찰해 보고자 함

## 2. 연구 내용과 연구 범위

- 본 연구는 제1장 서론에서 연구의 필요성 및 목적을 기술하고, 제2장 기존연구를 통해 본 연구와 관련된 민간의료보험과 실손의료보험에 대한 연구의 흐름과 결과들을 살펴봄
- 그리고 제3장에서 그간의 국민건강보험의 보장성 확대정책을 살펴본 후 민간의료보험의 현황과 문제점을 기술, 이후 제4장에서 해외 사례를 살펴보고 시사점을 도출하여 제5장을 통해 실손의료보험의 개선방향을 제시함

## 제2장 기존연구

### 1. 민간의료보험과 가입자 특성 및 의료이용

- 민간의료보험의 가입자 특성은 민간보험사의 선택적 가입자 선별의 문제로 발생
  - 국내 민간보험사는 대부분 주식회사의 형태로 이윤을 추구하는 조직으로 가입자를 위험률이 낮은 사람들로 리스크 풀(Pool)로 관리하기를 원함
    - 가입자들이 비가입자와는 다른 특성을 띄게 하는데 통상 민간 의료보험에 고소득자가 저소득자 보다 높은 가입률을 보이고, 건강수준이 높은 사람이 그렇지 않은 사람보다 많이 가입함
- 일반적으로 알려진 민간의료보험 가입자 특성 즉, 소득이 높을수록, 건강수준이 높을수록 가입이 높다는 것은 윤태호 등(2005), 임진화 등(2007), 유창훈 등(2010), 이현복 등(2011)의 연구에서 확인됨
  - 윤태호 등(2005)은 교육과 소득이 높고, 젊을수록, 그리고 건강수준이 높을수록 민간의료보험의 가입률이 높다고 주장, 그리고 임진화 등(2007)도 동일한 연구결과를 나타내었고, 더불어 광역시에 거주할수록 민간의료보험 가입률이 높다고 함
  - 유창훈 등(2010)은 남성이 가입률이 높고, 나이가 어리고, 교육수준이 높고, 자녀가 적을수록 보험가입을 더 많이 한다고 하며, 이현복 등(2011)은 남성에 비해 여성이, 젊고 학력과 소득이 높고, 건강증진에 대한 노력을 하고 있는 경우 가입률이 높다고 함. 그리고 나이가 많아질수록, 만성질환이 있는 경우 민간의료보험 가입률은 낮다는 것을 실증적으로 확인함

- 하지만 공보험의 보장성이 낮은 우리나라의 특수성을 고려하면, 민간의료보험의 가입분포는 소득계층과는 무관하다는 주장도 있음
  - 윤희숙(2008)은 우리나라의 경우 공보험의 보장성이 낮아 소득과는 상관없이 전 계층에서 민간의료보험을 가입하고 있고, 가입자의 의료이용도 비가입자와 크게 다르지 않다는 것을 주장함
  
- 상기 연구들은 각각 연구의 한계들을 가지고 있음
  - 윤태호 등(2005), 임진화 등(2007)의 연구는 민간의료보험이 활성화된 2000년도 이후의 상황을 반영하지 못하고 있음
  - 임진화 등(2007)의 연구는 암환자를 대상으로만 한 연구로 연구결과를 일반화하기에는 어려움
  - 유창훈 등(2010)과 이현복 등(2011)의 연구도 보험사보유 실제 가입 자료가 아닌 한국의료패널 자료를 사용하여 실증연구를 진행하였음
  - 윤희숙(2008)의 연구도 대부분의 분석 대상이 정액형 의료보험 가입자로 2010년 이후 급속히 늘어난 실손의료보험 가입자들을 반영하지 못하였다는 한계가 있음
  
- 각각의 연구들이 일정한 한계를 보유하고 있으나, 민간의료보험 가입자의 일반적 특성을 실증적으로 확인하였다는 큰 기여도 존재
  - 우리나라의 민간의료보험 상품의 제공은 사적 보험사인 주식회사 형태의 보험사에서 대부분 제공되고 있음
    - 따라서 금융상품으로 이익을 추구하지 않을 수 없는 구조로 고위험군의 상품 가입에 제한이 존재하여 고위험군의 가입률이 낮고 상품의 구매 여력이 낮은 저소득층의 가입이 낮게 나타날 수밖에 없음

- 민간의료보험 관련 연구가 가장 활발하게 진행된 부분이 민간의료보험 가입자의 의료이용 행태 또는 도덕적 해이에 관한 것임
  - 민간의료보험 가입자는 비가입자에 비하여 의료이용에 대한 비용의식이 낮아, 과다 의료이용을 하고 있는지에 대한 실증연구들이 다양하게 진행되었으나 아직 명확한 결론에 이르렀다고 단정하기는 어려움
    - 다만, 다수의 연구에서 민간의료보험 가입자가 비가입자에 비하여 외래 또는 입원 서비스를 많이 이용하고 있고, 이로 인해 건강보험 재정에 부정적 영향을 주고 있다는 주장이 있음
  
- 이진석 등(2006)은 실손형 의료보험 도입에 앞서 실손형 의료보험은 정액형 보험보다 건강보험 재정에 큰 영향을 줄 것으로 예측하였고, 법정본인부담금 을 보장범위에서 제외해야 함을 주장하였음
  - 이러한 주장은 아직까지 유효해 이현복 등(2016)에서도 실손의료보험의 법정본인부담금의 보장은 가입자의 의료이용에 대한 비용의식을 과다하게 낮추어 과잉 의료이용을 가져오고 있다고 함
  - 정기택 등(2006), 이창우(2010), 전보영 등(2010), 강성욱 등(2010), 이현복, 남상욱(2013), 신현웅 등(2015)의 다양한 연구에서 민간의료보험 가입은 의료서비스 이용에 양(+)의 영향을 주어, 비가입자보다 가입자가 높은 의료서비스 이용을 하고 있음이 실증됨
    - 그러나 각각의 연구마다 외래서비스에만 영향이 있다는 주장이 있고, 또는 입원서비스 만에 영향이 있다는 주장과 모두에 영향이 있다는 주장이 다양하게 나타남



- 윤희숙(2008)은 전반적으로 민간의료보험 가입자의 의료이용량이 비가입자보다 높지 않다는 주장도 있음
  - 다만, 암환자와 같은 일부영역에서는 가입자 의료이용 크며, 실손보험과 정액형 보험을 중복가입하고 있는 사람의 의료서비스 이용량이 높아 도덕적 해이가 나타난다고 밝히고 있음
  
- 2008년 이후 한국의료패널 데이터를 이용한 연구들이 다양하게 나타나고 있음, 그러나 아직, 민간의료보험 가입과 가입자의 도덕적 해이로 인한 의료이용 변화 등에 대한 연구 결과는 일치되지 않음
  - 이창우(2010)는 민간의료보험 가입자가 입원에서는 도덕적 해이가 존재할 가능성이 높으나, 외래진료에서는 그렇지 않다고 주장
  - 전보영 등(2010)은 민간의료보험의 가입은 외래 이용량 및 외래 의료비 지출을 늘린다고 주장
  - 강성욱 등(2010)은 실손형 민간의료보험 가입자는 정액형 가입자에 비해 외래방문은 더 많이 하나 입원에서는 차이가 없다고 주장
  - 이현복, 남상욱(2013)은 실손형, 정액형 민간의료보험 가입, 가입건수, 납입보험료 규모가 외래이용 횟수와 지출액을 늘려, 민간의료보험 가입자들의 외래 의료서비스 이용에서는 도덕적 해이가 존재한다고 주장
  
- 최근 많은 연구들이 수행되었지만 아직 그 결론이 명확하지 못한 이유 중 가장 큰 것은 연구수행을 위해 필요한 분석자료 즉, 데이터의 한계에 있음
  - 민간보험사에서 보유하고 있는 민간의료보험 가입자 정보를 기반으로 건강보험 진료비 정보와 연계한 데이터를 사용하는 것이 최선의 방법임

- 하지만, 민간의료보험 데이터와 건강보험 자료 연계는 개인정보보호법 등의 규제 등으로 어려운 문제임

## 2. 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할설정

- 민간의료보험 가입자의 의료이용 및 도덕적 해이에 관한 연구들이 실증연구로써 다양한 가치를 가지고 있음
  - 하지만 궁극적으로 민간의료보험에 관련된 연구들이 지향하는 바는 건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정에 있을 것임
- 과거 민간의료보험과 국민건강보험의 합리적 역할 설정에 관한 연구들은 이론적, 당위론적 연구가 주를 이룸
  - 실증분석에 활용될 수 있는 민간의료보험 자료가 많지 않았기 때문일 것임
- 민간의료보험 도입 초기 민간의료보험의 활성화를 통해 국민건강보험의 부족한 보장성을 메우기 위한 연구들이 있음
  - 오영수(2006)는 건강보험의 보장성은 지속적으로 높아지되, 민간의료보험은 법정본인부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비, 교통비, 소득보상 등 건강보험이 보장하지 않으며, 보장이 부족한 영역에 대한 역할을 강조
    - 아울러 건강보험 정보의 민간의료보험과의 공유, 민간의료보험의 심사기능 강화, 비급여 수가에 대한 규제완화, 저소득층의 민간의료보험 구입의 세제혜택 등 정책적 지원을 통해 민간의료보험 활성화를 주장

- 정기택(2006)은 민간의료보험의 자율권 확대를 주장하였는데 특히, 외래보장에 있어 업계자율로 공제금액을 설정할 수 있어야 한다고 주장
- 하지만 이진석(2006)과 같이 민간의료보험의 활성화는 국민건강보험과의 갈등요인이 많을 것이라는 주장도 있음
  - 이진석(2006)은 민간의료보험 활성화에 반대하며, 민간의료보험의 역할이 축소되어야 한다는 견해를 보임
    - 특히, 실손의료보험의 경우 국민건강보험과 합리적인 역할 설정없이 활성화 될 경우 양제도의 갈등이 형성될 것으로 우려함
    - 민간의료보험의 사회적 책임을 강화하기 위해 의무적으로 급여해야 할 내용을 설정하고, 병력자 및 고위험군에 대한 가입거부를 금지할 것을 주장.
    - 아울러 보험료 설정의 합리성 제고, 급여제외 기간의 제한 등도 필요하다고 밝히고 있으며, 민간의료보험의 관리, 감독권한을 금융당국과 함께 보건당국이 공유해야 한다고 주장
- 그 간 정액형 위주로 판매되던 민간의료보험은 2009년 실손의료보험 표준화와 함께 본격적으로 정액형보험과 실손의료보험이 활성화되기 시작함
  - 이러한 현실을 반영하여 이호용 등(2011)은 민간의료보험이 공보험의 부족한 보장성을 보충하고 있다고 판단하고, 보다 공적인 역할을 강화해야 한다고 주장
    - 고위험군 즉, 장애인 및 건강취약 계층과 소득수준이 낮은 노인, 저소득자 등의 가입 통로를 넓혀야 한다고 제안

- 2013년 금융당국과 보건당국 그리고 관계기관들이 참여한 개인의료보험 정책협의체가 진행되며 실손의료보험과 함께 정액형 의료보험의 현황과 문제점을 진단, 개선방안을 도출하고자 하는 논의가 시작됨
- 이러한 흐름 속에 공사보험 관련 기관은 공동으로 연구용역을 발주하였고, 신기철 등(2014) 연구결과가 도출됨
  - 신기철 등(2014)은 우리나라는 공적 건강보험과 민간의료보험이 협력체계 없이 성장해오며 비효율을 초래하고 있다고 진단함
    - 소비자 입장에서 상품의 비교가능성이 낮아 불완전 판매로 이어지고, 의학적으로 필요 이상의 입원을 유인하는 등 과다 의료이용 가능성이 크다고 하며, 민간보험사도 신의료기술의 확산 등으로 각종 보험금 지급 분쟁 가능성이 높아지고 여러 가지 리스크에 노출되고 있다고 진단함
    - 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 공사보험의 합리적 역할 정립 및 협력체계 구축이 필요하다고 제언함. 아울러 민간의료보험의 상품구조에 대한 개편 및 표준화 즉, 정액형의료보험을 개선을 통해 소득보상보험을 도입해야 하며, 상품의 표준화, 과다 의료이용 억제를 위한 약관 개정이 필요하다고 함. 그리고 보험기간 축소와 갱신제도 도입, 노인의료저축계좌 도입, 실손형 보험의 상품구조 개선필요성, 민간의료보험에 대한 계약심사 및 판매제도 개선, 의료전문인력 확보 등을 통한 건전한 운영기반 조성을 제안함
- 2013년 국정감사에서 국민건강보험의 보장성 강화로 인해 민간의료보험의 지급보험금 감소가 발생되고 이에 따라 민간보험사에 돌아가는 반사이익이 막대하다는 주장이 제기됨

- 이러한 주장에 대해 보다 구체적으로 건강보험 보장성 강화에 따른 민간의료보험의 지급보험금 감소액을 추정해 보고자 신현웅 등(2015)의 연구가 진행됨
  - 신현웅 등(2015)에 따르면 건강보험의 보장성 강화에 따른 민간보험사의 보험금 지급액 감소부분(반사이익)은 2013년부터 2017년까지 5년간 4대중증질환과 3대비급여 보장성 강화에 투입될 재원인 누적 소요액(11조 2,590억원)을 기준 13.5%인 총 1조 5,244억원에 이름
    - 세부 정책별 소요액 대비 민간의료보험의 지출 보험금 감소는 선택진료(15.2%)에서 가장 높았고, 4대 중증질환(13.2%), 상급병실료(11.6%) 순으로 나타남
  - 반사이익에 대한 추정과 함께 민간의료보험 가입자의 의료이용에 대한 연구도 진행하였음. 그 결과 민간의료보험 가입자는 비가입자에 비하여 건강보험 급여비를 1인당 연평균 8,718원, 입원 37,249원, 약국 11,316원을 추가 지출하여 건강보험 재정에 부정적 영향을 주고 있음을 확인함
  - 실증연구 결과를 바탕으로 건강보험과 민간의료보험은 상호 밀접한 연관성에도 불구하고 각각 국민건강보험법, 보험업법에 의해 별도로 관리 및 운영되고 있다는 문제를 지적함
    - 전체 보건의료 또는 건강보장 체계 내에서 공사 보험간의 합리적 발전방안 모색이 필요함을 제안
    - 그리고 부족한 건강보험의 보장성을 높여 기초적, 필수적 의료서비스는 최대한 모두 공적 보장 영역에 포함되도록 할 것과, 민간의료보험은 건강보험 영역 이외 혁신의료, 최신훈의료, 고급의료 등을 중심으로 역할을 확대, 공사보험 가입자의 건강관리를 위한 공동협조체계 구축, 반사이익의 사회 환원 방안 마련 등을 제안함

### 제3장 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험 현황

#### 1. 국민건강보험의 보장성 확대 정책

##### 1.1. 보험급여 기간의 확대

- 1970~1980년대는 건강보험의 가입자가 점차 확대되고 1989년 전 국민 건강보험이 달성되었지만, 보험급여기간이 연간 180일로 요양급여일수 상한제도가 적용됨
  - 당시 급여기간에 제한을 둔 것은 소수의 장기 진료자들에 의한 과도한 보험재정 누수를 방지하고 대다수 피보험자들에게 공평한 급여를 실시하기 위함임
- 1995년부터 모든 가입자의 제한일수가 210일로 늘어났고, 그 후 매년 늘어나 2000년에는 제한일수가 365일로 늘어났고 2001년에는 기간 제한이 없어짐
  - 건강보험재정 문제로 2002년부터 연간 급여일수를 다시 365일로 제한, 2006년부터 다시 기간 제한이 없어져 오늘에 이르고 있음

##### 1.2. 보험급여 항목의 확대

- 1987년에 한방의료보험을 도입하고 1989년에 전국민 의료보험을 실현한 이후 지속적으로 급여범위를 확대해옴
  - 1990년대부터는 보험급여가 본격적으로 확대되기 시작하여 신의료기술, 신약, 신소재치료재료가 계속해서 개발되고 이들에 대한 국민의 요구가 증가함에 따라 보험급여의 범위가 계속 확대됨

- 2000~2003년은 건강보험 조직 및 재정의 통합 등으로 재정적자 문제가 부각됨에 따라 보험재정 안정화가 최대의 목표였으며, 2004년 건강보험 재정 누적적자가 해소되면서부터 보장성 개선에 대한 논의가 시작됨
  - 건강보험급여를 단계적으로 확대하여 보험급여율(보험급여액/총 진료비) 수준을 2003년 52%에서 2008년 70% 수준까지 제고하겠다는 목표를 설정
    - 암·희귀난치질환자(62개)의 외래 본인부담률을 30~50%에서 20%로 경감하였고, 뇌종양 감마나이프 수술 보험급여, 본인 부담 상한제(6개월, 본인부담 300만원 초과시 상환)를 실시
- 2005년 참여복지 5개년 계획을 구체화하여 ‘건강보험 보장성 강화 로드맵’ 발표, 2005년부터 2008년까지 3조 5,000억원을 투입해 건강보험 보장률을 OECD 국가 평균인 70% 수준까지 끌어올리겠다고 밝힘(2005~2008년 1차 중기보장성 강화 계획)
  - 이에 따라 2005년 고액 중증질환의 입원 본인부담률을 20%에서 10%로 인하하고, MRI 검사의 급여기준을 확대함
  - 2006년부터는 장기이식수술이 급여대상이 되었으며, 입원환자 식대에 보험 적용
  - 2007년에는 본인부담상한제의 상한액을 6개월간 300만원에서 200만원으로 낮추고, 2008년에는 임신부의 출산 전 진료비 지원을 위해 1회 임신당 20만원의 부가급여를 실시, 항암제, 간염치료제 화상환자 치료비용에 대해서도 보험적용을 확대함

□ 2009년 6월 2차(2009~2013년) 건강보험 중기보장성 강화계획 발표

- 보장성 목표를 질병의 위협으로부터 국민을 보호할 수 있도록 건강보장 강화로 정하고, 목표 달성을 위해 ① 중증질환자, 고액질환자 등 진료비 부담 지속 경감, ② 진료비 부담이 크고 대상이 많은 비급여 항목의 급여 전환, ③ 저소득·취약계층 진료비 부담 완화, ④ 저출산 등 사회 환경 변화에 적극 대응 등 네 가지의 추진방향을 설정함

- MRI(2010), 초음파(2013)와 같은 사회적 요구가 높은 고가 서비스에 대해서도 암·심뇌혈관질환 등 중증질환부터 단계적으로 보험적용이 확대되었고, 장애인보장구(2010)에 대한 급여가 확대되었으며, 세기변조방사선치료(2011)와 양성자치료(2011) 등에 보험이 적용됨
- 임·출산진료비 지원비(2012)가 20만원에서 50만원(다태아 70만원)으로 확대, 한방분야에서는 한방물리요법(2009), 치과분야에서는 치아홈메우기(2009), 노인틀니(2012), 치석제거(2013)에 대한 보험 적용이 이루어짐

□ 2013년 2월 보장성 강화를 위한 정책으로 ‘4대 중증질환 보장 강화 계획’을 제시하고, 의료비 부담이 큰 4대 중증질환의 치료에 필요한 모든 의료서비스(수술, 검사, 의약품 등)를 건강보험 급여화하기로 방침을 정함(2014~2018년 3차 중기보장성 강화)

- 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여에 대해서도 급여를 확대하여 중증진료자뿐 아니라 일반 환자가 느끼는 의료비 부담 또한 근본적으로 완화시키기로 함
- 2013년부터 2016년 사이에 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성 질환 비급여 치료항목 중 상당수가 급여항목으로 전환됨



- 급여대상으로 전환된 치료항목으로 2013년 초음파 검사 등 25항목, 2014년 고가 항암제 및 침단 진단·치료법 등 100항목, 2015년 고가항암제, 고비용 치료법, 침단 필수검사 등 258항목, 2016년 유전자검사 등 289항목으로 모두 672항목에 달함
- 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여에 대해서도 급여를 확대하여 보장성 강화 및 본인 부담도 감소함

□ 새정부 출범에 따른 건강보험 보장성 강화대책(2017.9.8.)이 발표됨

- 비용·효과성 부족한 비급여는 본인부담 차등 적용하는 예비급여로 관리하고, 저소득층 본인부담 상한액 인하, 재난적 의료비 지원 사업의 제도화하여 건강보험 보장성을 강화함
- 미용성형 등을 제외한 의학적 필요성 있는 모든 비급여는 건강보험으로 편입예정
- 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화를 위해 노인, 아동, 여성 등 경제·사회적 취약 계층에 대한 필수적 의료비 부담을 대폭 경감
- 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정. 경제적 능력을 감안해 적정수준의 의료비를 부담하도록 소득하위 50% 계층에 대한 건강보험 의료비 상한액을 연소득 10% 수준으로 인하할 예정
- 재난적 의료비 지원 제도화. 소득 하위 50%를 대상으로 모든 질환에 대하여 지원 예정

## 2. 민간의료보험의 현황

### 2.1. 민간의료보험의 개념과 범위

- 우리나라의 민간의료보험은 정의와 범위가 아직 명확하지 않고 학계, 업계, 정책입안, 정책집행자 등 관련하여 이해당사자들이 정의하는 바와 의미가 일치하지 않기 때문에 개인의료보험, 민영의료보험, 정액형 의료보험, 실손형 의료보험, 실손의료보험 등으로 용어가 혼용되어 사용
  - 민간의료보험은 사적기관(보험회사, 공제조합 등)에서 건강 또는 의료비 비용을 보장하는 보험을 말함
    - 민간의료보험은 보험업법 제2조에 명시된 제3보험으로 사람의 질병·상해 또는 간병에 관해 미리 정한 급여를 제공하거나 실제 손실된 손해를 보상하는 보험을 의미
    - 따라서 민간의료보험은 건강위험과 그와 관련된 비용을 대비하는 의료비보장보험과 장기간병보험, 소득보상보험을 포함
  - 민간의료보험의 보장범위는 실손의료보험의 경우 급여부분 중 공단부담금을 제외한 본인부담과 비급여부분이며, 정액형 보험의 경우 상품에 따라 다양하나 통상 의료비용과 의료비용 이외의 비용(요양비, 간병비, 수술비, 상병수당 등)을 보장함

### 2.2. 민간의료보험의 현황 및 쟁점

- 우리나라 민간의료보험은 1960년 후반 일부 보험사가 종업원과 그 가족을 대상으로 하는 단체보험 상품을 개발함으로써 시작
  - 1970년대 산업사회로 전환하면서 암 및 성인병의 증가에 따라

단체건강보험, 성인병 및 부인병보험을 판매하기 시작하였고, 1980년 암보험, 1990년대 특정질병보험, 2000년대 중대 질병보험으로 그 영역을 점차 확대함

- 2000년대 중반이후 점차 정액형 의료보험과 더불어 실손형 의료보험의 판매가 활성화되기 시작하였고, 현재 총 24개의 생명보험사와 손해보험사가 실손의료보험을 판매하고 있음

□ 실손의료보험은 건강보험 급여부분을 제외한 법정본인부담금과 비급여 의료비를 보장하고 있음

- ' 09년 이후 보험업감독업무시행세칙에 따른 표준약관 사용
  - 보장내용 : 상해 입원·통원, 질병 입원·통원 치료와 처방조제
  - 입원시 본인부담금과 비급여의료비에 대하여 표준형 80%, 선택형 90% 보장, 년 5000만원 이내
  - 통원시 외래의료비와 처방조제비에 대해 외래, 처방 1건당 본인부담금과 비급여의료비를 합한 금액에서 항목별 공제금액을 뺀 금액에서 외래 보험가입금액, 처방조제비의 보험가입금액 한도(30만원이내에서 계약시 계약자가 각각 정한 금액)내에서 보상, 년 180회 한도
- 고의사고, 임신, 출산, 자의적 입원, 건강검진, 예방접종, 의치, 의수, 성형, 본인부담상한제 초과 금액 등은 보장하지 않음
- 보장범위 등에 대한 조정을 위해 표준약관이 매년 개정되다 보니 다양한 유형 상품의 실손의료보험 가입자 발생

□ 건강보험의 급여율과 생명보험의 지급률, 손해보험 손해율 비교

- 건강보험의 2011년부터 2015년까지의 5개년 평균 급여율은 104.1%며, 연평균 적용 인구 1인당 급여율 즉, 고용주 부담분

을 제외한 가입자가 납부한 보험료 수입만을 기준으로 볼 때 173.3%를 나타냄

- 민간보험인 생명보험의 최근 5년간 지급률은 55.1%, 손해보험의 손해율은 평균 84.4%를 보임

□ 민간의료보험의 쟁점

- 민간의료보험은 건강보험과 다르게 가입자를 선별하여 선택하기 때문에 정작 보장이 필요한 사람이 배제되는 문제가 있음
  - 보험사의 가입심사(Underwriting)로 기왕증이 있거나 최근 질병진단을 받은 사람 등은 가입이 거절되며, 실손의료보험의 가입률은 연령, 소득, 장애 여부 등에 따라 차이가 크게 나타남
- 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 민간보험사 손해율이 증가하고 있고, 건강보험재정에도 부정적 영향을 주고 있음
  - 보험연구원에 따르면 ‘15년 손해율 129.0%, 손해율은 10년 이내 2배 이상 급등이 예상됨
  - 정액형과 실손의료보험에 대한 중복가입한 사람의 경우 과다 의료이용이 발생
  - 비급여 증가는 급여진료(ex; 입원과다 등)의 증가를 수반하여 건보재정에도 악영향을 미침
- 보험료 산정의 기초가 되는 손해율 산정에 있어 산정방식 및 사용 데이터에 대한 적절성이 의심받고 있음
  - 보험금 지급관련 통계 인프라가 미비함
- 건강보험의 보장성 확대로 인해 민간의료보험의 보장범위 축소 및 지급보험금 감소로 인한 민간보험사의 반사이익이 발생함
  - ‘15년 공단 연구용역 결과 ‘13~’17년 건강보험 보장성확대 소요액(11.25조원)의 13.5%인 1.52조원, 연평균 약 0.3조원의

보험사 반사이익이 발생한 것으로 추정됨

- 실손의료보험 보험금 청구절차를 간소화하고, 보험금 지급에 대한 적절성 심사기구 마련
  - 민간보험사의 편의를 위해 준정부기관인 심평원을 활용하는 것은 바람직하지 않기 때문에 보험업계 주관으로 자체적 별도의 심사기구 설립이 필요하다는 주장과
  - 별도의 심사기구 설립은 비용이 많이 소요되는 비효율적인 방법으로 심평원이 이러한 업무를 대행하는 것이 적절하다는 주장이 있음

## 제4장 해외사례

### 1. 독일

- 독일의 사회보험은 의료보험, 재해보험, 노령연금보험, 실업보험, 장기요양보험 등 총 5개로 구성
  - 그 중 의료보험체계는 공적의료보험(GKV), 공공의료보험 이외의 보험, 민간의료보험 등으로 구성
- 공적의료보험의 경우 매년 연방정부에서 발표하는 일정한 소득수준에 미치지 못하는 개인은 강제로 가입
  - 강제가입 상한선은 2017년 기준 연소득 €57,600, 월 €4,800
    - 가족 중 직업 활동을 하지 않는 배우자와 자녀는 보험료 추가 부담 없이 보험가입
    - 공적의료보험의 피보험자 규모는 전체인구의 약 85% 수준이며, 약 11%의 국민이 민간의료보험에 가입됨

- 공적건강보험의 재정은 고용주와 근로자가 각각 50%씩 보험료를 부담
  - 보험료율은 2015년 14.9%(사용자 7.3%, 근로자 7.3%), 자영업자는 전액 본인부담
    - 2014년 건강기금의 재원 중 보험료를 통해 발생하는 수입은 약 1,882억 유로로서 전체 수입의 약 95%를 차지
- 급여는 원칙적으로 실물급여로, 직접 서비스제공자인 병원, 의료진 등에게 지급되어 수급자격조건원칙에 부합
  - 급여목록은 의료적으로 필요한 모든 외래 및 입원 치료 그리고 치과치료를 포함
    - 피보험자는 분기별로 가정의 (Hausarzt)를 방문할 의무가 있고, 진찰비 (Praxisgebühr ) 10유로 지불
    - 가정의는 환자를 진찰한 후 필요시 전문의와 연결, 가정의에게 진찰받지 않은 상태에서 환자가 직접 전문의에게 진찰받는 경우에는 10유로를 다시 징수
    - 피보험자는 의약품에 대한 본인부담(의약품 가격의 10%) 의무 있음, 피보험자들은 민영 보충보험가입을 통해 이러한 본인부담을 줄일 수 있음
- 2015년도 기준 49개의 민영건강보험회사들이 독일보험시장에서 감독당국의 감독 하에서 활동 중
  - 그 중 7개의 보험회사는 해외여행자 보험, 특수하위보험 등을 담당하는 전문보험회사로 이 회사들은 별도의 시장을 점유, 나머지 42개 보험회사들을 일반 민영건강보험회사로 분류가능
    - 주식회사 (AG), 상호회사 (VVG), 공법상의 보험회사 등 3종의 보험자 형태가 존재하며, 시장점유율은 상호회사(58%), 주식회사(34%), 공법상의 보험회사(8%) 순

- 보충형 민간의료보험의 상품 종류는 다양하며, 현물급여를 제공하는 ‘병원 선택진료 보험’, ‘외래진료 보충보험’, ‘장기요양 보험’ 및 현금급여를 제공하는 ‘장기요양 보충보험’, ‘상병수당 보험’, ‘병원입원수당보험’, ‘상병수당대체보험’, ‘부채상환보험’, ‘외국여행 의료보험’으로 구성

□ 민간의료보험의 재정수입은 보험료와, 자산수익 등으로 구성

- 이 중 보험료는 피보험자의 고용주가 사회법전 제5권 257조 1항에 따라 50%를 부담
  - 보험료는 피보험자의 리스크에 따라 결정되며 이는 근로소득을 기반으로 결정되는 공적건강보험의 연대주의 원칙과 상반된 방식
  - 보험료 산출은 피보험자의 보험 보장범위, 연령, 성별, 건강상태 등에 따라 결정
  - 민간의료보험의 재정은 적립방식으로 운영되며 보험료 산정방식은 생명보험의 방식과 유사함
  - 향후 지급될 것으로 예상되는 급여가 보험료에 반영되며 모든 피보험자는 미래에 청구할 급여를 스스로 적립하는 형식,
  - 고령기에 접어들었을 때 보험료의 인상은 불가피한데 이 부분은 고령적립금(Alterungsrückstellungen)의 조정을 받아 완화

## 2. 네덜란드

- 2006년 공보험과 민영보험을 단일화하여 ‘사회민영보험’ 운영체제로 통합된 건강보험제도(Zorgverzekeringswet, ZVW) 운영
  - 전 국민이 법에 따라 의무적으로 건강상태와 무관하게 보험 가입
    - 가입자는 매년 보험자를 선택하여 변경할 수 있음

- 정부는 법률에 따라 표준급여 범위, 의료서비스 질을 관리·감독할 수 있는 권한을 가지며, 민영보험사가 보험자 역할을 수행
  - 보건복지체육부가 보건의료정책을 총괄하고 건강보험위원회에서 정률보험료의 관리 및 배분, 정부정책 수행가능성 및 효율성 모니터링, 법률집행지침 제공, 급여 항목 적정성에 대한 평가 등 수행
  - 건강보험감독기관에서 보험자 및 의료공급자 관리·감독이 이루어지고, 민영보험자협회에서 개별 보험사 자율규제 마련
- 보험자인 민영보험사는 대부분 전국단위 비영리 보험사로 29개 보험사가 상품제공, 상위 4개 보험사(Achmea, Uvit, CZ, Menzis)가 전체 가입자의 90%이상을 점유(2014년 기준)
  - 중앙은행이 자금 유동성 체크 등을 통해 보험사 재정을 관리하며, 외국보험사는 사회민영보험 운영을 금지하고 있음
- 건강보험재원 비중을 살펴보면 민간보험사로 직접 지불하는 정액보험료는 약 50%, 국세청으로 납부하는 소득비례 정률보험료가 약 45%, 정부지원금 약 5%로 구성됨. 정률보험료의 경우 사회민간보험재원으로 약 59%를 사용, 약 41%는 장기요양서비스의 재원으로 사용
  - 정액보험료는 '15년 기준 평균 €1,211로 가입자가 선택한 보험상품의 성격에 따라 보험료에 차이는 있을 수 있으나, 개인의 특성(성, 연령, 질병력 등)에 따른 차이는 없음
    - 보험료 차이는 본인부담 공제액 수준, 의료공급자 선택 범위 등 개인이 선택한 상품에 따른 차등
    - 일정 한도 공제금액(deductible)을 가지고 있는데, '15년 기준 연간 €238이며, 가입자는 €375까지 선택 가능, 의료서비스 이용이 낮은 가입자는 공제액 수준을 높여 보험료 부담을 경감할 수 있음



- 정률보험료는 소득수준에 따라 차등 부과되며 '15년 기준 소득의 6.95%이며, 고용주가 부담함. 자영업자는 국세청으로 신고한 모든 소득을 기준으로 부과되며, 보험료율은 '15년 기준 4.85%임
  - 정부지원금(Health Allowance)은 18세 미만 아동의 보험료를 지원하며, 2008년 이후 일부 불법이주민까지 포함하여 지원, 전체 건강보험 재원의 약 5% 규모
- 정부가 부과하는 정률보험료와 정부재원은 '중앙건강보험기금'(CVZ, Health Insurance Fund)으로 구성되어 '위험균등화 공식'에 따라 민영보험회사로 재분배됨
  - 민영보험사는 가입자를 선별선택 할 수 없기 때문에, 기준 (solidarity criteria: 성, 연령, 지역, 근로유무, 장애유무, PCG's(Pharmacy-based cost groups: 만성질환에 대한 처방수준), DCG's(Diagnostic cost groups: 30가지 주요 질환 유무))에 따라 보험회사로 재원 분배가 이루어짐
- 보건의료체계는 1차 의료(Primary care)를 중심으로 구성됨
  - 모든 시민은 자유의사에 따라 주치의(GP)를 선택할 수 있으며, 특수질환(심장마비 등)을 제외한 경우, 1차 진료를 거쳐야만 2차 진료를 받을 수 있음
    - 1인당 GP방문은 평균 5회, 2차 진료 의뢰율은 약 4%임
    - 1차 진료의에 대한 보상은 인두제를 기본으로 하되, 행위별 수가제도 일부 허용됨
  - 보건의료개혁 이후 병원에 대한 지불방식은 DTC(case-based Diagnosis Treatment Combinations System)으로 전환
    - 개혁이전 병상, 환자, 전문의 수등에 따라 고정 예산 지급 하던 것을 개혁이후 보험자와 병원간 DTC 항목에 따라 예산 협상 가능
    - 보험사와 의료공급자간 협상이 가능한 목록 B부분은 '05년 10%이내에서 '14년 약 70%수준으로 점차 증가하고 있는 추세

- '14년 기준 DTC로 분류된 항목은 약 4,400개이며, 동일한 DTC도 보험사가 병원별로 협상을 통해 가격을 결정할 수 있음

□ 사회민간보험은 건강보험법에 따라 기본의료서비스를 의무적으로 제공해야함

○ 모든 보험사는 동일한 기본의료서비스 항목이 포함된 상품을 의무적으로 한 개 이상 제공

- 기본의료서비스 항목은 일차의료기관(주치의) 방문, 병원의 입원 또는 외래, 처방 의약품, 치과(22세 미만), 산과 진료 등으로 구성
- 환자는 초기 진료 후 1년이 지나면 장기질환자로 분류되어 장기요양(Eeptional Medical Expense Act) 보장 받음

□ 기본의료서비스에 들어가는 표준급여항목은 보건복지체육부 장관이 건강보험위원회의 자문을 거쳐 국회에 상정, 건강보험법으로 정해짐

○ 기본급여 결정시 4가지 기준을 적용하여 선정

- 필요성(necessity) : 해당 질병의 사회연대성원리에 부합 여부. (Need for compulsory insurance),
- 유효성(effectiveness) : 해당 급여의 임상적 유효성. (How well does it work?)
- 비용효과성(cost-effectiveness) : 해당 급여가 건강보험에서 수용 가능한 비용효과성을 갖고 있는지 여부. 네덜란드 약물경제성 평가 가이드라 인상에선 cost per QALY로 표기. (Does it offer value for money?)
- 실현가능성(feasibility) : 장기적으로 볼 때, 건강보험 재정측면에서 해당 급여를 기본 패키지에 포함시키는 것이 가능한지 여부. (Can it practically be insured?)

- 사회민간보험은 보험자에게 이익을 창출하기 위한 수단이라기보다 가입자 확보를 통한 자동차보험, 생명보험 등 기타 보험의 가입자 기반을 확대하는 목적으로 운영
  - 따라서 사회민간보험 운영 자체와 관련된 민간보험사간의 경쟁 및 영리 추구를 위한 폐해 등이 그다지 크지 않음
    - 외국 보험사는 사회민간보험의 운영이 금지되고 있어 자국 보험사만이 사회민간보험의 취급이 가능
    - 보험사들은 대부분 전국 기반으로 운영되고 있으나 일부 지역 보험자도 존재함. '15년 현재 29개의 민간보험사 중 시장 점유율 상위 4개사<sup>1)</sup>가 전체가입자의 약 90% 이상을 점유
- 사회민간보험의 기본급여 즉, 표준급여항목은 국가에서 정하고 있어, 모든 보험사가 동일하게 보장
  - 표준급여항목에 따른 보장이 매우 포괄적이어서 연간 일부 공제액을 제외한 본인부담금이 거의 없으므로<sup>2)</sup> 가입자의 의료비 부담감이 낮음
    - 표준급여항목 이외 부가급여에 대해 보장하는 보충적 민간의료보험의 필요성은 거의 없으며, 고급의료 등을 위한 추가적 민간의료보험이 존재
- 사회민간보험과 추가적 민간보험은 보건부의 관리·감독을 받음
  - 그 밖에 보건의료 감독부, 중앙은행, 금융감독원, 사생활보호본부 등으로 보험회사와 병원과의 불공정 거래 및 각종 관련 규정 준수 여부 등을 감독받고 있음
    - 보험자 대표로 구성된 보험자 협회(ZN)에 따른 보험사 자율규제가 존재

1) Achmea, Uvit, CZ, Menzis

2) OECD Health data 2015에 따르면 네덜란드의 본인부담비중은 5.3%로 우리나라 36.9%와 매우 차이가 있음

### 3. 일본

- 전국민을 대상으로 한 공적건강보험제도 운영
  - 공적건강보험제도는 1961년부터 연령 및 소득에 관계없이 전 국민이 의무적으로 가입하도록 하여 모든 의료를 사회보험 방식으로 보장
    - 공적건강보험은 1922년에 (직장)건강보험법, 1938년 (지역)국민건강보험법, 1950년대~ 1960년대 초반에 각종 공제조합법 제정으로 적용 및 확대, 1961년에 전국민 건강보험을 실시, 2008년에는 노인의료비 급증에 따라 후기고령자제도를 시행
- 중앙정부, 지자체, 조합 등 다수의 보험자가 운영
  - 공적건강보험은 직장(대기업, 중소기업), 공무원(중앙, 지방), 사립학교교직원, 지역(농민, 자영업자) 등으로 피보험자층이 세분화됨
    - 또한 75세 이상의 고령자를 대상으로 한 노인보건제도 운영
  - 건강보험제도의 구조는 매우 복잡함, 다보험자 제도로 보험자 유형별로 가입자격이 다르며, 동일 보험에서도 복수의 보험자가 존재함
- 재원조달은 직장인들이 가입하는 직장보험에서 근로자와 사용자가 보험료를 함께 부담하고, 국가가 그 비용의 일부 보조하는 형태
  - 지역보험은 가입자가 소득에 따라 일정액을 부담
- 정부를 보험자로 하는 정부관장건강보험과 건강보험조합을 보험자로 하는 조합관장건강보험이 있음
  - 피보험자는 적용사업소에 고용된 자로 건강보험법에 규정된 업종의 사업을 실시하는 사업소에서 상시 5인 이상을 고용하는 사업소 또는 정부, 법인의 사업소에 고용된 근로자
    - 피보험자가 퇴직 등에 의해 피보험자의 자격을 상실한 경우,

상실전에 계속해서 2개월 이상을 피보험자였던 자는 신청에 의해 2년간은 피보험자자격을 지속 가능

- 일용직근로자로 1개월이내에 고용된 자, 2개월이내의 기간근로자, 계절적 업무로 4개월이내의 기간근로자, 임시적 사업으로 6개월이내의 기간근로자 등도 피보험자 자격 있음
- 피부양자는 건강보험에서 피보험자본인 뿐만 아니라 그 가족 중, 일정범위의자도 피부양자로 급여대상임

□ 보험급여에는 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비 및 가정방문간호요양비, 이송비 및 가족이송비, 상병수당금, 출산수당금, 출산육아일시금 및 가족출산육아일시금, 장제비 및 가족 장제비, 가족요양비, 고액요양비 등이 있음

- 급여율은 제도의 종류에 관계없이 의무교육 취학 전의 대상자(6세이하)는 80%가 보장되며, 의무교육 취학 후부터 70세 미만까지는 70%를 보장
- 70세 이상은 90%(현역수준 소득자는 70%)인데, 본인부담 정률제가 적용되어 환자가 정률로 부담하며, 본인부담에는 일정한 상한액을 두고 있음

□ 건강보험에 대한 관리는 후생노동성에서 이루어짐

- 보험국에서는 건강보험, 국민건강보험 · 선원보험 · 고령자의료제도에 대한 기획입안, 조정, 조사연구, 건강보험조합 및 지역건강보험의 보험자 등에 대한 지도감독 이외에, 사회보험의료에 관한 행정을 담당하고, 노건국(老健局)에서 노인에 대한 보건복지, 개호보험산업 등을 담당
- 전국건강보험협회에서 정부관장건강보험사업과 선원보험사업의 관리·운영을 담당
- 그 밖에 국가공무원공제조합은 재무성에서, 지방공무원공제조합은 총무성에서, 사립학교교직원공제는 문부과학성에서 각각 담당

- 진료비의 지불은 지방후생국에 의해 지정된 의료기관에 이루어짐
  - 지정된 의료기관은 보험급여제공기관으로 피보험자에게 보험급여를 제공할 의무가 있고, 진료비는 보험자를 통해 의료기관에 지급
    - 의료기관 뿐만 아니라 실제로 진료를 담당하는 의사도 보험의 (保險醫)로서 지방후생국장에게 등록해야 하며, 피보험자는 지정된 보험의료기관에 가서 등록된 보험의에게 진료를 받아야만 함
  
- 도도부현 자체적으로 수립한 지역의료계획에 의거해 1, 2, 3차 의료권 설정과 DPC(Diagnosis Procedure Combination) 적용대상 병원 및 병상으로 지정하고 있음
  - 법률상 의료기관 인프라 확보에 관한 구체적인 사항을 일률적으로 정하고 있지 않음
    - 건강보험의 진료수가는 중앙사회보험의료협의회 자문을 거쳐 후생노동성대신이 결정
    - 행위별 수가제를 하고 있어, 진료수가는 원칙적으로 실시한 의료행위별로 각각의 항목에 부여한 점수를 추가하여 1점 단가를 10엔으로 계산함
    - 일부 급성기 입원의료 부분은 포괄수가제도인 DPC제도가 2003년도에 도입
  
- 민영건강보험은 공적건강보험의 법정 본인부담금과 비급여 항목을 담보해주는 보충형 형태로 운영
  - 생명보험회사와 손해보험회사에서 동시에 제공
    - 생명보험회사가 취급할 수 있는 건강보험은 일반적 건강보험과 특정질병보험, 의료보장보험, 개호보험, 단체의료보장보험 등을 포함
    - 손해보험회사가 취급할 수 있는 건강보험에는 의료비용보험과 손보험 건강보험, 소득보상보험, 간병비용보험, 상해보험, 해외여행상해보험 등

- 우리나라와는 다르게 실손형 상품의 판매는 거의 없고, 대부분 정액형 상품이 이러한 역할을 담당
  - 민간보험사들이 진료비 통제수단이 없는 현실을 반영하여 실손형 상품 제공은 거의 제공하지 않음
- 민영건강보험은 임의가입으로 계약에서 약정한 급여를 제공
  - 리스크에 따른 개별보험료가 책정되고, 보험사는 높은 위험을 보유한 자의 보험가입을 거절할 수 있음

#### 4. 호주

- 메디케어(Medicare)를 통해 전국민 의료보장을 시행
  - 메디케어는 조세를 재원으로 하는 보편적 전국민건강보험제도(universal national health insurance scheme)로 지불능력에 관계없이 양질의 보건의료서비스에 대한 보편적인 접근성을 보장
    - 20세기 중반까지 호주의 의료보장은 개인 또는 질병기금을 통해 제공
    - 1975년 메디뱅크(Medibank)가 도입되며 전 국민 건강보험제도가 시행되었고, 1983년 노동당 정부가 들어서며 보편적 조세를 재원으로 하는 건강보험체계인 현재의 메디케어 체계를 갖추게 됨
- 메디케어는 시민권자 및 영주권자에 적용된
  - 호주와 의료협약(Reciprocal Health Care Agreement)을 맺은 국가의 국민에게도 필수적인 의료서비스나 약품에 대해 적용
    - '16년 현재 벨기에, 핀란드, 이탈리아, 말타, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 아일랜드공화국, 슬로베니아, 스웨덴, 영국 등

- 메디케어는 조세를 재원으로 함에 따라서, 정부가 '15년 기준 총 보건지출의 약 70%(약 43%를 연방정부에서, 약 27%를 주정부 및 지방정부에서 조달)를 지원하고, 약 30%가 민간재원
  - 민간재원은 환자 본인부담금(약 20%)과 민간보험(약 10%)으로 구성
- 정부지원은 연방정부, 주정부 그리고 지방정부로부터 이루어짐
  - 연방정부는 전체 의료비 재원의 약 44%를 담당하고, 공공부문 재원의 3/2를 제공
    - 연방정부 재원은 부가가치세, 메디케어 운영을 위해 소득의 1.5%(고소득자 2.5%)를 부과하는 메디케어 의료세(Medicare levy)를 포함한 일반조세로 구성
    - 총 8개 주정부 및 준주정부는 전체 예산의 절반 이상을 연방정부로부터 지원 받고 있으며, 나머지는 지방세, 자동차 등록세, 토지세 등을 통해 자체적으로 조달하고, 주 지방정부법에 의해 설치된 지방정부는 예산의 일정부분을 주정부로부터 지원받고 있으며, 그 외에는 조세나 인허가세, 서비스 이용료 등을 통해 재원을 조달
- 보건지출의 약 30%는 민간재원임
  - 민간재원은 환자 본인부담금과 민간보험으로 구성되는데, 본인부담금은 민간병원 이용시 발생하는 환자 본인부담금과 공공병원 입원시 진료 받는 경우 의료수가의 25%, 정부가 정한 의료수가보다 높은 금액을 청구하는 진료비로 의료수가와 청구 진료비 간의 차액(Gap) 그리고 병실비, 수술실 이용료와 약값 등
    - 외래에서도 갭(Gap)과 전문의사를 선택하여 진료 받은 경우 의료비의 15%를 본인이 부담함. 그 밖에 치과 검사와 치료, 구급차량 이용, 가정 간호, 물리치료, 작업치료, 보청기 등



- 민간보험은 본인부담금과 민간병원 이용 등을 위해 가입
  - 민간건강보험 인센티브법(Private Health Insurance Incentives Act, 1997)에 따라 중산층이하 소득자와 고령자 층에게 민간보험 가입을 장려하기 위해 민간보험 가입에 보조금(프리미엄 리베이트)을 지급
    - 평생건강보험 인센티브(Lifetime Health Cover incentives, 2000)를 도입해 31세 이전(31세 생일이 7월 1일 이전 이거나, 2000년 7월 1일 시점에 31세 미만)에 민간보험펀드에 가입 한 경우 상대적으로 낮은 보험료로 병원서비스를 이용할 수 있도록 하고 있음
  
- 메디케어 급여의 주요 요소들은 건강보험법(Health Insurance Act, 1973)에 제시
  - 의료서비스와 병원서비스에 대해 보장
    - 일반적인 급여 내역으로는 공병원에 입원한 공공환자에게 무상 치료, 메디케어 급여 수가표에 등재된 서비스에 대하여 급여 또는 리베이트 지불 등
    - 일반적으로 메디케어의 급여는 수가의 85% 보장, 일부 민간보험이 적용되는 병원, 대체 치료의 일부분으로 제공된 전문서비스는 수가의 약 75%를 보장
    - 일반의 및 전문의 상담 치료비용에 대한 혜택뿐 아니라, 외래 진료시 치료 목적으로 의사가 실시한 X레이 촬영, 병리검사 등의 검사 및 진단, 검안사의 눈검사, 의사가 수행하는 대부분의 수술 및 기타 치료 절차, 메디케어에서 승인받은 치과 의사가 행하는 일부의 수술처치, 구순열 및 구개열에 관련된 특정 항목들, 만성질환 관리 프로그램의 일부 항목들에 대해 혜택을 받을 수 있음
    - 우리나라의 현물급여와 같이 의사가 제공한 의료서비스의 비용

을 메디케어에 직접 청구해서 받는 경우 환자의 본인 부담이 없으나, 의사가 정해진 수가보다 가격을 높게 책정한 경우 환자가 진료비 전액을 부담하고 그 영수증을 메디케어에 청구하여 급여목록 수가표에 따라 그 비용을 환급

○ 비급여 서비스

— MBS에서 보장받는 일부 구강치료를 제외한 치과 검사와 치료, 구급차량 이용, 가정 간호, 만성질환 관리 프로그램에 지정되지 않은 물리치료, 작업요법, 언어치료, 시각장애치료, 척추교정 지압요법, 심리치료, 침술 (의사와의 상담 비용의 일부가 아닌 경우), 안경 및 콘택트 렌즈, 보청기 및 관련된 기구들, 의수, 의안, 의족 등의 인공기관, 비급여 의약품, 외국에서 받은 의료서비스, 보험이나 고용주 등 제 3자가 책임지는 의료비, 미용목적 위한 성형, 생명보험 등을 위한 검사등과 관련한 비용은 비급여로 본인이 전액 부담

□ 급여 목록(MBS)의 재검토 및 적정 수가 결정 등은 보건부, 호주의 사협회 등 보건의료 관련 단체 대표들로 구성된 메디케어 급여자문위원회(MBCC)를 통해 이루어짐

○ 새로운 항목의 급여 목록 추가는 의료서비스 자문위원회(MSAC)의 검토를 거쳐 보건부 장관이 결정

□ 약제비에 대해서는 약제급여제도(PBS)를 통해 서비스가 이루어짐

○ PBS 급여 목록에 등재된 의약품과 약사 제공 서비스는 정부로부터 보조 받으며, PBS에 등재되지 않은 비급여 약품의 경우 환자가 약가 전액을 부담

□ 의료서비스에 대한 지불은 주마다 약간의 차이는 있으나 총액예산 방식 하에 호주식 진단군별 포괄수가제 방식인 AR-DRG를 따름

○ AR-DRG는 지불 목적이 아니라 총액 범위 하에 예산배분을 목적

으로 활용되므로 DRG가 적용되지 않는 환자는 없음

— 민간병원에 대한 지불은 병원과 주정부 간 서비스 구매계약에 따름

□ 민간건강보험은 메디케어가 급여하지 않는 부분을 보충하는 역할

○ 민간건강보험은 민간병원에서의 서비스와 공공병원에서의 민간서비스를 보장하며, 병원입원 전문의 서비스 및 치과서비스, 시력검사, 대체의학과 같은 보조서비스의 선택과 이용 시기에 대한 선택권 제공

○ '14년 기준 38개의 민영건강보험회사 중 32개가 비영리고, 단 6개 회사만이 주식회사 형태임

— 보험료에 따라 보험급여 수준이 비례

— 집단위험률과 지역위험률을 보험료 산정의 기초함(개인별 건강 수준에 따른 보험료 산정은 이루어지지 않음)

— 가입이 개방되어 있어 가입하고자 하는 모든 사람은 가입이 가능

— 입원급여는 입원하여 받는 치료와 병실료, 수술비 등을 포함하며, 메디케어에서 급여하지 않는 서비스(치과, 안과, 물리치료 등)을 보장하며, 대기수술(elective surgery) 등은 제한적으로 보장

— 외래 및 일반의 서비스는 보장할 수 없음

□ 민간건강보험을 구매하는 주된 이유는, 고소득층이 민영건강보험을 구매하지 않았을 때 부과되는 세금을 피하기 위해서와 생애주기의 료보장(LHC)에 따른 보험료 가산을 피하기 위함이 가장 큼

○ 그 외에도 의료기관 선택의 폭이 넓고 대기시간이 더 짧다는 이점과 개인병실을 사용할 수 있다는 장점이 있기 때문

— 최근 호주의 민간건강보험은 높은 보험료에도 불구하고 보장항목이 제한적이어서 가입자의 만족도가 크게 하락 중

- 민간건강보험은 공적건강보험과 상당히 연계되어 설계되었고, 활성화 되어 있음
  - 민간건강보험의 활성화는 민간병원시스템과 연결된 의료재정 조달 정책에 기인한 바가 크며, 민간건강보험의 존재는 의료 공급자의 제공 서비스 선택과 진료의 수준 결정을 용이하기 해주는 중요한 수단이 됨
- 한편으로 정부는 민영건강보험에 대한 규제를 지속적으로 하고 있음
  - 정부는 민영건강보험이 더 다양한 위험에 대하여 많은 국민들이 혜택을 보도록 다양한 규제를 하고 있음
    - 대표적인 것이 공통요율적용의 원칙과 무조건가입의 원칙(가입 개방)임, 그 밖에 표준화된 상품제공 등이 있음
    - Private Health Insurance Act(2007)을 통해 민간건강보험 구매의 인센티브 제공, 민간건강보험 상품 운영규칙, 민간건강보험 사업 운영 조건 등에 대해 규정하고 있음

## 5. 시사점

- 우리나라는 아직 GDP 대비 국민의료비 비중이 낮으나, 본인부담 비율이 매우 높은 수준임
  - 우리나라의 국민의료비 중 민간의료보험이 차지하는 부분은 독일, 네덜란드, 호주 보다는 낮으나 일본보다는 높은 수준임
  - 우리나라, 일본 민간의료보험은 대부분 영리보험사가 운영 중이며, 대부분 비영리 보험사가 운영하는 독일, 네덜란드와는 차이가 있음
- 독일, 호주, 일본은 우리나라와 같이 보편적 보장을 보충하는 보충보험(complementary insurance) 형태로 민간보험이 운영되고 있고,

네덜란드는 고급의료, 치과진료 등의 추가적인 서비스를 위한 추가 보험(supplementary insurance)으로 운영됨

- 독일 : 건강보험사(대부분 질병금고 형태)에서만 취급 가능
    - 민영건강보험은 의학적 필요성이 부족하다고 판단되는 서비스 (미용, 상담치료 등)와 신기술로 인정되지 않는 혁신적 치료 등 보장
    - 민간건강보험 '14년 가입률은 33.0%, 비영리회사 점유율 약 75%
  - 네덜란드 : 2006년 개혁이후 공보험, 공무원 건강보험, 민간건강보험이 단일화되어 사회민간보험(질병금고 형태)으로 운영됨, 대부분의 사람들이 기본보장과 함께 추가형 보험을 구매하고 있음
    - 추가형 민간보험은 기본의료서비스에 들어가는 표준급여항목 외 고급의료, 치과진료 등에 대한 보장
    - 추가형 민간보험 '14년 기준 가입률은 약 86%, 상위 4개의 비영리 보험사가 전체 가입자의 90%이상 점유
  - 일본 : 실손형 민간의료보험의 판매는 미미하며, 정액형 보험의 형태로 민간의료보험 판매(질병이나 상해 입원 경우 입원급부금, 수술급부금이 지급되는 상품)
    - 우리나라와 같이 진료비 통제수단을 민간보험사가 보유하고 있지 않아 실손형 보험은 거의 판매하지 않으며, 위험관리 차원에서 정액형 건강보험 중심 판매
  - 호주 : 조세를 재원으로 하는 메디케어를 통해 보편적 보장을 제공, 이를 보충하는 민간건강보험이 존재
    - 보충형 민간보험 '14년 가입률은 54.9%, 약 32%가 비영리임
- 기본적 건강보험체계 이외 보충 보험은 대부분 미용, 성형, 고급의료, 혁신의료기술 등을 중심으로 운영됨, 우리나라와는 다르게 대부분 비영리 보험자에 의해 보충보험이 제공됨에도 불구하고 보건의료 관점의 공적 관리가 이루어지고 있음
- 네덜란드, 호주는 각각 주의 보건당국 즉, 보건부, 보건노동부가

민간건강보험의 관리·감독 책임을 가지고 있음

- 독일과 네덜란드는 고위험군에게도 최소한 하나 이상의 표준급여 항목을 포함한 의료보험상품(기본상품) 제공하도록 보험사에게 의무를 부여함, 보충적 민간보험은 표준급여항목 외 미용, 고급의료 등을 보장함
  - 독일, 네덜란드 등은 대부분 비영리로 보충적 민간건강보험이 제공되고 있어 상업적 민간보험사 이용은 매우 낮음

## 제5장 결론 및 정책제언

### 1. 결론

- 우리나라의 국민건강보험은 1977년 도입 후 짧은 기간 동안 국민들의 의료이용의 접근성 향상, 건강수준 향상 등을 높이는데 기여했음
  - 그러나 아직 미흡한 보장성으로 환자의 본인부담이 높아 대다수의 국민이 민간의료보험에 가입하고 있음
- 민간의료보험의 활성화는 아직 부족한 건강보험의 보장성을 메우는 긍정적 역할을 하고 있다고 보임
  - 그러나 다양한 문제를 야기하고 있음
    - 대표적인 것이 최근 공·사보험 정책협의체에서 실태조사를 하고 있는 건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험의 보장범위 축소 및 지급보험금 감소
    - 그리고 선별가입 정책, 가입자의 과다 의료이용으로 인한 건강보험 재정에 부정적 영향 등
  - 우리나라의 급속한 고령화, 의료비 증가 등을 고려할 때 민간의

료보험에 대한 다양한 문제들에 대한 해법을 찾아 건강보험과 합리적 역할을 할 수 있도록 제도개선이 필요한 시점임

- 민간의료보험과 관련된 문제들 특히, 실손의료보험의 다양한 문제들의 대부분은 해외사례를 보았을 때 건강보험의 보장성이 OECD 평균 수준인 약80% 정도로 확대되면 자연스럽게 많은 부분이 해소되리라 판단됨
  - 하지만 급속하게 획기적으로 건강보험의 보장성을 단기간 확대하기는 현실적으로 어려운 일
    - 따라서 건강보험의 보장성 확대와 함께 실손의료보험의 합리적 개선을 통해 부정적 영향들을 줄여가야 할 것임
- 최근까지 민간의료보험의 제도개선은 실손의료보험의 상품개편(표준약관 변화)을 중심으로 이루어져 왔음
  - 2009년 실손의료보험 약관의 표준화 및 보장축소(입원보장의 경우 100%에서 90%로 변화)
  - 2013년 단독상품 및 표준형(80%보장) 출시
  - 2017년 기본형+특약(도수치료 등) 출시 및 특약의 보장범위 70%로 축소
    - 손해율과 관련된 업무보고서 개선 및 끼워팔기(2018년 4월 시행예정) 등
- 상품개편의 주된 방향은 비급여의 소비자 부담을 높여(보험사 보험금 지급을 감소시켜) 보험사의 손해율을 낮추기 위한 것으로 소비자 및 보건의료관점의 개선이 부족하다고 판단됨
  - 특히, 보장범위축소가 비급여 중심으로 이루어지고 있으나 실손의료보험은 의료이용에 비용의식을 주기위해 마련된 법정본인부담금 취지를 살려 법정본인부담금 보장을 축소하고 비급여의 보장은 강화하는 방향으로 실손의료보험의 개선이 필요해 보임

- 우리나라는 공적 의료보장제도인 건강보험을 주축으로 하여 민간의료보험이 보충적 역할을 수행하고 있음
  - 하지만 둘 간의 연계 및 합리적 역할 설정은 아직 매우 부족
    - 특히, 민간의료보험이 전적으로 금융상품의 관점에서 관리되어 보건의료 관점의 관리·감독이 이루어지고 있지 못해 보건의료 정책 및 국민의료비 관점에서 다양한 문제들이 발생하고 있음
  
- 해외사례를 살펴보면 우리나라와 같이 전적으로 민간의료보험이 상업적으로 운영되는 경우는 적음
  - 유럽의 많은 나라에서는 역사적으로 비영리인 상호보험사 또는 조합 등에서 민간의료보험이 대부분 제공되고 있어 민간의료보험의 공공성이 강화된 형태로 운영되고 있음
    - EU의 손해보험지침(제3차)을 살펴보면, 민간의료보험이 공적건강보험을 대체하거나 일부를 급여하는 경우 정부에서 소비자 보호를 위해 가입개방, 지역요율, 평생보장, 표준약관, 위험조정 방식에 참여 등을 요구할 수 있다고 제시
  - 우리나라의 경우 민간의료보험이 공적건강보험의 일부를 급여하고 있어, 우리나라 정부는 가입개방, 지역요율, 평생보장, 표준약관, 위험조정방식에 참여 등을 민간보험사에 요구할 수 있다고 판단됨
    - 이러한 조치들은 민간의료보험 상품에 대한 접근성에 대한 차별을 줄이기 위한 조치로 국민 또는 보험소비자 보호를 강화하는 정책이라 할 수 있음
  
- 국민건강보험의 보충형으로 민간의료보험이 역할을 하기 위해서는 지금보다는 공공성이 더욱 강화된 방향으로 개선이 이루어져야 할 것임



## 2. 정책제언

- 최근 정부는 국정운영 계획에 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원의 세부내용 중 하나로 민간실손보험 관리 강화로 건강보험 재정건정성을 제고하겠다고 발표함
  - 이러한 계획의 시작은 새정부의 인수위 격인 국정기획자문위원회(국정위)의 대선 공약 이행방안 발표로부터 시작됨
  - 국정위는 건강보험으로부터 받은 반사이익분만큼 민간 실손보험료 인하를 유도하겠다는 대선 공약의 이행방안으로 크게 4가지 제시
    - 첫째, 공·사 의료보험 연계 관리를 위한 법의 제정을 연내 추진
    - 둘째, 보건당국과 금융당국 그리고 관련기관이 참여한 공·사 보험 정책협의체 구성하여 공·사 의료보험 상호작용, 반사이익, 비급여 의료 실태 등에 대한 실태조사·분석을 실시
    - 셋째, 실손 의료보험의 사각지대 해소하여 노후 실손과 유병자 실손 활성화를 통해 의료 취약계층을 보호하고, 단체실손 가입자가 추후 개인 실손으로 쉽게 전환할 수 있는 장치 마련
    - 마지막으로 소비자의 실질적 선택권 보장을 위해 진료비 및 보험 정보제공을 확대하겠다는 것으로, 비급여 공개 확대, 진료비 세부 내역서 표준서식 마련·확산, 실손 손해율·보험료 비교공시 확대, 소비자 리포트 발간 등
- 공·사 의료보험 연계 관리를 위한 법의 제정의 핵심은 민간의료보험 특히, 실손의료보험과 건강보험의 연계를 강화하여 실손의료보험의 합리적 역할을 설정하는 것
  - 어떻게 실손의료보험의 공공성을 강화하고, 보건의료 관점의 관리·감독권한을 강화할 것인가 일 것임
    - 지금과 같은 금융상품으로의 관리를 넘어 보건의료 정책의 큰 틀에서 어떻게 민간 금융상품의 자율성을 보장하며 합리적인

역할 설정을 할 것인가에 대한 고민이 필요함

- 건강보험과 연계성을 강화하기 위한 가장 중요한 것이 실손의료보험의 보장범위 즉, 표준약관에 관한 것일 것임
- 건강보험의 보장범위에 따라 실손보험사의 반사이익이 발생하지 않도록 모든 필수의료는 건강보험에서의 보장을 담당할 수 있도록 하고, 실손의료보험은 의학적 필요성이 낮은 미용, 성형, 고급의료 등으로 발전할 수 있도록 해야 할 것임
- 실손의료보험과 관련된 상품 개발, 개편, 운용, 판매 등과 상품 운영실적인 손해율과 보험료에 대한 검증 등에 대한 관리에 보건의당국이 참여할 수 있는 기전을 마련 필요

□ 공·사보험 정책협의체와 관련하여 다음과 같은 사안 검토 필요

- 협의체의 권한이 법적으로 보장될 필요 있음
  - 협의체의 실손의료보험의 조사 권한 또는 실손의료보험관련 실태조사를 금융당국과 함께 보건의당국이 공동으로 관리, 감독한다는 법적 권한을 부여
- 실태조사와 함께 투명한 정보공개를 통해 소비자 권한을 증진시키는 것이 필요함
- 실태조사에 있어 중요한 부분이 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익과 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 건강보험재정에 대한 부정적 영향의 정도를 파악하는 것임
  - 반사이익이 존재한다면 그것이 실손의료보험 손해율에 반영되어 소비자 보험료 인하로 이어졌는지 아니면 보험사에 유보되어 보험사 이익으로 귀속되었는지에 대한 검토 필요

□ 실손의료보험의 사각지대 해소와 관련된 사안은 고위험군을 위한 상품을 활성화 하는 방안과 함께 중장기적으로 실손의료보험의 공공성을 강화하여 가입개방에 준하는 수준으로 가야할 것임

- 유럽의 다수의 사례에서와 같이 건강보험의 일부를 담당하는 보충

- 민간의료보험의 경우 지역요율, 위험균등화 정책 등을 통해 가입 개방을 이루고 있어 매우 공공성이 강한 보험으로 역할을 하고 있음
  - 이럴 경우 민간보험사의 적절한 수익이 보장되어야 할 것이며, 저소득층의 가입 지원을 위한 제도들도 뒷받침 되어야 할 것으로 생각됨
- 단체실손 가입자가 쉽게 개인 실손의료보험으로 전환할 수 있는 방안마련과 함께 2013년 이전 가입하여 입원시 100%, 90%보장을 받고 있는 실손의료보험의 대다수 가입자들의 새로운 상품 가입을 유도할 수 있는 방안도 고려되어야 할 것임
  - 그간 가입자의 과다 의료이용을 억제하고자 보장범위를 축소한 상품이 출시되어도 가입률이 미미하여, 새로운 상품 개발의 취지가 반영된 정책효과를 보기 어려웠음
- 보험상품은 내재적으로 복잡성과 전문성으로 인해 판매자와 소비자의 정보비대칭이 큼, 특히, 의료보험이 더욱 그러함
  - 소비자에 대한 불충분한 정보는 보험사의 재무건전성에 부정적 영향을 주게 되고, 소비자의 상품에 대한 정보부족은 불완전 판매를 증가시켜 다양한 문제를 야기하게 됨
    - 따라서 소비자에게 충분한 정보제공과 함께 선택권을 보장하는 것은 매우 중요한 사안으로 다루어져야 할 것임. 정보제공을 확대와 함께 공시제도 등을 개정하여 투명한 정보공개의 의무화가 필요 있음
- 실손의료보험에 대한 보건의료 관점의 관리방안 마련이 필요하며, 공공성이 강화되어야 할 것임
  - 표준약관 제정 및 개정 등에 있어 보건당국의 관리·감독 강화가 필요함(건강보험의 보장성변화와 연동된 표준약관 마련과 관리)

- 실손의료보험은 가입자의 과다의료이용을 억제하기 위해 법정본인 부담금의 보장은 축소해야 할 것임
  - 건강보험 급여의 법정본인부담금은 보장을 금지하고, 한시적으로 예비급여의 본인부담금 보장을 허용하는 것에 대한 검토는 필요함
    - 예비급여 중 필수의료 성격이 높은(보장성 확대로 급여가 이루어질 항목) 경우 보장에서 제외되어야 향후 반사이익이 축소
- 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익이 사회에 환원되는 시스템 마련이 필요함
  - 모니터링 시스템의 구축과 관련자료의 투명한 공개가 이루어져야 할 것임(손해율 및 보험료 적정성 평가 방안 수립 필요)
  - 소비자의 보험료 인하와 함께 공익기금을 설치·운영하는 방법에 대한 논의 필요(건강관리 사업, 재난적 의료비지원 사업 등의 재원으로 활용)
- 해외사례와 같이 비영리 보험사의 민간건강보험 판매를 활성화하여 상업적 민간보험사의 부작용을 최소화할 필요 있음
  - 상업적 민간보험사의 이윤추구 행위로 발생하는 까다로운 가입심사 및 가입거절, 과다한 사업비 지출 및 보수적인 보험금 지급 등의 문제를 비영리 보험사를 활성화하여 견제하도록 할 필요가 있음
- 민간의료보험과 관련된 데이터 축적 및 관리 강화가 요구됨
  - 현재 금융감독기관 및 보험사 등에서 간편청구시스템 도입, 전문심사기구 설립 등에 대한 논의가 진행 중으로, 이와 함께 가입자의 청구 및 보험금 지급 정보를 비롯한, 가입자의 의료이용 정보를 표준화, DB화하여 효율적 관리를 위한 방안도 마련되어야 할 것임



# 제 1장 서 론



## 제1장 서론

### 제1절 연구의 배경 및 필요성

1977년 도입된 우리나라의 국민건강보험은 국민의 의료이용에 대한 접근성과 건강수준 향상에도 큰 성과를 가져온 것으로 평가된다. 2017년 OECD Health Data 기준 국민 1인당 의료기관 방문횟수는 16.0으로 OECD 평균 6.9보다 2배이상 많으며, 기대여명이 82.1세로 OECD 평균 80.5보다 약 1.6세 높다.

그러나 이와 같은 성과에도 불구하고 OECD 평균(약 80% 수준)에도 못 미치는 국민건강보험의 충분치 못한 보장성<sup>3)</sup>은 한계로 지적된다. 2017년 OECD Health Data 기준 경상의료비 중 공공지출 비율을 살펴보면 우리나라는 56.4%로 OECD 평균인 72.5%에 미치지 못한다. 국민건강보험의 불충분한 보장 즉, 높은 본인부담비율은 대다수의 국민으로 하여금 민간의료보험에 가입하게 만들었다.

민간의료보험은 민영의료보험과 개인의료보험 등의 용어로 혼용되고 있고, 정확한 개념과 범위도 불분명하다. 민간의료보험이란 아직 국내법(「보험업법」 등)에 명확하게 정의되어 있지 않지만 「보험업법」상 제3보험<sup>4)</sup>에 해당하는 보험을 의미하는 것으로, 실무적으로 민간보험사에서 판매하는 상해와 질병과 관련된 의료비와 건강비용을 보장하는 실손정액 담보 보험상품을 지칭한다.

3) 2016년 기준 63.4%.

4) 「보험업법」 제2조(정의)다. 제3보험상품: 위험 보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약.



현재 정액형과 실손의료보험이 포함된 민간의료보험에 국민의 약 72.6%가 가입하고 있고,<sup>5)</sup> 시장 규모는 2011년 수입보험료 기준 약 27조 4000억 원으로 추정된다.<sup>6)</sup> 그리고 민간의료보험 중 국민건강보험의 급여외 법정본인부담금과 비급여 일부를 보장하는 실손의료보험은 국민의 약 62%인 3200만 명가량이 가입하고 있고,<sup>7)</sup> 시장 규모는 2014년 위험보험료 기준 약 3조 5000억 원이다.<sup>8)</sup>



자료 : 건강보험 정책이슈(2016. 4.). 국민건강보험공단. p.3.

[그림 1-1] 민간의료보험 보장범위

현재 공보험인 국민건강보험과 사보험인 민간의료보험이 공존하고 있음에도 불구하고 아직 서로의 역할이 명확하게 설정되지 않아 다양한

5) 국민건강보험공단(2016), 한국의료패널 기초분석보고서, p.54.

6) 신기철(2014). 정액형 개인의료보험 개선방안 연구. 국민건강보험공단 연구용역. p.23.

7) 금융위원회 보도자료(2016)

8) 리스크관리학회(2015). 보험연구원 정책세미나 발표 자료. p.12.

문제가 발생하고 있다. 아울러 이러한 문제들을 실증적으로 확인하기 위한 분석들이 다양하게 시도 되고 있지만, 민간의료보험의 자료와 국민건강보험의 자료 연계 등의 어려움으로 심도 있는 연구가 진행되지 못하는 실정이다.

최근 논란이 되고 있는 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 국민건강보험 재정에 부정적 영향 및 국민건강보험의 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 보장범위 축소 및 민간보험사의 지급보험금 감소(이하 반사이익) 등이 심도 있는 연구 진행이 어려운 대표적인 사례이다.

그리고 민간보험사의 부족한 데이터 공개로 인해 민간보험사의 가입자의 현황과 의료이용으로 인한 청구 및 보험금 지급 현황 등이 파악하기 어렵다. 향후 국민건강보험과 민간의료보험이 합리적 역할 설정을 이루기 위해서는 현 상황에 대한 실태파악이 기초되어야 하는데 이는 민간보험사의 적극적인 데이터 공개노력이 선행되어야 할 것으로 판단된다.

국민건강보험은 의료이용에서 환자가 경제적 부담으로 인한 제약을 받지 않고 개개인의 욕구에 맞게 효과적으로 이용하도록 하는 것을 목적으로 하고 있다. 이러한 목적을 이루기 위해서는 민간의료보험과의 적절한 역할 설정이 선행되어야 할 것이다. 그리고 각기 설정된 역할에서 각자의 역할을 충실히 이행하여 국민들이 더욱 효과적으로 의료비 부담 없이 양질의 의료서비스를 이용하고 건강한 삶을 영위할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

민간의료보험의 발전은 아직 부족한 건강보험의 보장성을 메우는 역할을 하고 있다. 하지만 이는 가입자에게만 적용되는 한계가 있다. 아직 기왕증 등으로 가입이 배제되는 사람들과 저소득으로 인해 가입여력이 없는 국민들에게는 민간의료보험의 혜택은 돌아가지 못하고 있다. 그리

고 민간의료보험 상품의 복잡성으로 인해 불완전판매가 아직 근절되지 못하고 있는 등 다양한 소비자 피해 사례가 발생하고 있다.

2006년 의료산업선진화위원회에서 ‘국민건강보험과 민간의료보험 간 합리적인 역할 설정’을 위해 기본적인 방향과 원칙<sup>9)</sup>을 정하였다. 이러한 기본적인 방향과 원칙을 기초로 2009년 실손의료보험 상품 표준화, 2013년 단독형 상품 출시, 2016년 실손의료보험 상품개편(기본형과 특약으로 상품분리) 등 제도 및 상품에 대한 개선이 지속적으로 진행되고 있다. 그리고 최근 정부의 실손보험 실태조사<sup>10)</sup> 발표 및 국정운영 계획에 ‘민간실손보험 관리 강화로 건강보험 재정건정성 제고’ 등이 포함되는 등 향후 다양한 제도적 변화가 이루어 질 것으로 보인다.

이러한 시점에 본 연구는 국민건강보험의 보장성 강화에 따른 민간 의료보험의 개선방안에 대해 고찰해 보고자 한다. 현행 민간의료보험은 국민건강보험과의 연계가 미약하게 이루어져 국민건강보험의 보장성 확대에 따라 민간보험사의 반사이익이 존재하고, 실손의료보험의 보장범위가 축소됨에 따라 민간보험시장이 위축 되는 등의 문제가 있다.

따라서 본 연구는 우리나라에 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정을 위한 국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험의 개선방안에 대해 탐색해 본다.

9) 민간의료보험은 국민건강보험의 비급여를 중심으로 급여, 개인정보를 제외한 기초 통계 공유, 보험사와 의료기관간 비급여 가격계약 체결, 상품 표준화(표준약관 제정), 건강보험심사평가원의 민간의료보험 진료비 심사 업무 위탁 등

10) 국정기획위원회 보도자료(2017.6.21.)

## 제2절 연구 내용과 연구 범위

본 연구는 제1장 서론에서 연구의 필요성 및 목적을 기술하고, 제2장 기존연구를 통해 본 연구와 관련된 민간의료보험과 실손의료보험에 대한 연구의 흐름과 결과들을 살펴본다. 그리고 제3장에서 그간의 국민건강보험의 보장성 확대정책을 살펴본 후 민간의료보험의 현황과 문제점에 대해 살펴본다. 민간의료보험의 현황과 문제점을 정리하기에 앞서 우선 민간의료보험의 개념과 범위를 설정한다. 이후 제4장에서 해외사례를 살피고 시사점을 도출하여, 제5장을 통해 실손의료보험의 개선방향을 제시한다.

통상 사용되는 민간의료보험, 실손의료보험은 민영의료보험, 개인의료보험, 정액형 보험, 실손형 보험 등 다양한 용어들과 섞여 사용되고 있고, 법률적으로 정의되지 않은 용어로 연구자 또는 사용자마다 의미하는 개념과 범위가 일치하지 않는다. 따라서 본 연구의 시작에 앞서 본 연구가 의미하는 민간의료보험과 실손의료보험에 대한 정의가 필요하다.

민간의료보험은 주식회사 및 상호회사 등의 형태의 사적기관인 보험회사, 공제조합 등에서 의료비와 관련된 보장을 담고 있는 상품을 의미한다. 하지만 민간 보험회사에서 제공하는 건강보험관련 상품은 의료비뿐만 아니라 간병비, 상병수당 등의 보장을 포함하고 있어, 넓은 의미로 접근하는 것이 바람직해 보인다. 본 연구 제2장 기존연구를 통해 민간의료보험의 개념과 범위 등에 대해 상세히 살펴본다.

제2장 기존연구에서는 민간의료보험의 개념과 범위를 살펴보는 것과 더불어 그간 민간의료보험과 관련된 연구들의 주요흐름을 정리한다. 민간의료보험과 관련된 연구는 민간의료보험의 가입자 특성과 가입요인, 가입자의 의료이용, 공보험과의 합리적 역할 설정 등의 주제로 다양하게

진행되었다. 따라서 본 연구는 여러 주제의 기존연구들을 정리하여 기존 연구들의 시사점을 도출한다.

국민건강보험의 보장성 확대는 오랫동안 지속적으로 진행되었다. 비급여 관리방안이 미비하여 재정투입만큼 보장성 확대로 전부 이어지지 않아 보장률에 대한 정체가 있으나 장기간 지속적인 확대 정책이 시행되었다. 지난 정부의 4대 중증질환과 3대 비급여에 대한 대폭적인 보장성 확대정책과 금년 8월 발표된 새 정부의 건강보험 보장성 확대 계획을 중심으로 국민건강보험의 보장성 확대정책을 제3장에서 살펴보고자 한다.


이어서 민간의료보험의 현황과 문제점을 기술한다. 본 연구에서는 민간의료보험을 제3보험 상품으로 정액형 보험과 실손형 보험을 포괄함에 따라 정액형 보험과 함께 실손형 보험의 문제점을 살핀다. 민간의료보험의 문제점을 기술함에 있어 실손의료보험을 중심으로 그 간 논란이 지속되어온 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험의 상호관계 및 보장범위, 보험금 지급 감소 등을 다룬다. 다만, 최근('17.9) 구성된 공사보험 정책협의체에서 건강보험과 민간의료보험의 상호작용, 반사이익 등에 대해 실태조사 계획을 수립 중에 있으므로 실증분석에 관한 부분은 본 연구에서 다루지 않는다. 따라서 본 연구에서는 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험의 상호관계 및 반사이익에 대해서는 이론적인 부분만을 정리하고자 한다. 아직 국민건강보험 진료비 자료와 민간의료보험 가입, 보험금 지급 자료가 연계된 데이터를 사용할 수 없으므로, 기존과 같이 추산 또는 추정 방법을 사용할 경우 논란의 소지가 크므로 실태조사 및 실증분석은 향후 진행될 공사보험 정책협의체의 합리적인 민간의료보험에 대한 실태조사 및 결과를 기대한다.

본 연구의 내용에서 가장 큰 부분을 차지하는 부분은 바로 해외사례를 조사하는 것에 있다. 사회보험시스템으로 국민의 의료보장을 제공하


며, 국내에 주는 시사점이 많을 것으로 판단되는 독일, 네덜란드, 일본과 함께 조세시스템을 가진 호주의 해외사례를 살펴봄으로써 국내에 적용 가능한 합리적 역할 설정방안에 대한 시사점을 도출하고자 한다. 제4장에서 다룬다. 본 연구의 국외 사례 조사대상국은 독일, 네덜란드, 일본, 호주로, 검토대상 국가의 선정은 각국의 건강보험의 정책과 사회보험으로써 건강보험이 존재하는가, 또한, 공보험의 보충형으로써 민영건강보험이 판매되고 있는 국가인가 등을 대상국 선정의 기준으로 하였다.

마지막으로 제5장에서는 연구결과를 기초한 공사 의료보험의 합리적 역할 설정 및 실손의료보험의 개선 방향에 대해 기술하고자 한다.





## 제 2장 기존 연구







## 제2장 기존 연구

### 제1절 민간의료보험과 가입자 특성 및 의료이용

본 장에서는 기존연구들을 정리하여 연구들이 주는 시사점을 도출하고자 한다. 기존연구들은 크게 실증연구로 가입자의 특성과 가입요인, 가입자의 의료이용을 살펴본 연구들과 질적연구 형태의 공사보험의 합리적 역할 설정을 살펴본 연구들로 구분이 가능하다. 우선 가입자의 특성과 가입자의 의료이용에 관한 연구들을 살펴보고, 공사보험의 합리적 역할 설정에 관한 연구들을 분석한다.

민간의료보험의 가입자 특성은 민간보험사의 선택적 가입자 선별의 문제로 발생한다. 국내 민간보험사는 대부분 주식회사의 형태로 이윤을 추구하는 조직으로 가입자를 위험률이 낮은 사람들로 리스크 풀(Pool)로 관리하기를 원한다. 따라서 가입자를 선택적으로 선별하여 가입(Underwriting) 시킨다. 이는 보험사의 핵심 업무로 보험상품의 지속가능성을 위해 반드시 필요한 제도로 받아들이고 있다. 이러한 민간보험사의 가입자 선별 가입정책은 가입자들이 비가입자와는 다른 특성을 띄게 하는데 통상 민간의료보험에 고소득자가 저소득자 보다 높은 가입률을 보이고, 건강수준이 높은 사람이 그렇지 않은 사람보다 많이 가입하고 있다.

일반적으로 알려진 민간의료보험 가입자 특성 즉, 소득이 높을수록, 건강수준이 높을수록 가입이 높다는 것은 윤태호 등(2005), 임진화 등(2007), 유창훈 등(2010), 이현복 등(2011)의 연구에서 실증적으로 확인되었다. 윤태호 등(2005)은 교육과 소득이 높고, 젊을수록, 그리고 건강수준이 높을수록 민간의료보험의 가입률이 높다고 주장하였다. 그리

고 임진화 등(2007)도 동일한 연구결과를 나타내었고, 더불어 광역시에 거주할수록 민간의료보험 가입률이 높다고 하였다. 아울러 유창훈 등(2010)도 남성이 여성보다 가입률이 높고, 나이가 어리고, 교육수준이 높고, 자녀가 적을수록 보험가입을 더 많이 한다고 기술하였다. 그리고 일반적으로 알려진 소득이 높을수록, 주관적 건강수준 높을수록 가입률이 높다고 주장한다. 더불어 이현복 등(2011)에서도 남성에 비해 여성이, 젊고 학력과 소득이 높고, 건강증진에 대한 노력을 하고 있는 경우 가입률이 높다고 한다. 그리고 나이가 많아질수록, 만성질환이 있는 경우 민간의료보험 가입률은 낮다는 것을 실증적으로 확인하였다. 그리고 실손의료보험의 경우 상기사향과 더불어 가구주 여부, 외래서비스 경험 등이 가입에 영향을 주는 요인이라고 주장한다.

하지만 공보험의 보장성이 낮은 우리나라의 특수성을 고려하면, 민간의료보험의 가입분포는 소득계층과는 무관하다는 주장도 있다. 윤희숙(2008)은 우리나라의 경우 공보험의 보장성이 낮아 소득과는 상관없이 전 계층에서 민간의료보험을 가입하고 있고, 가입자의 의료이용도 비가입자와 크게 다르지 않다는 것을 실증적으로 분석하여 그 결과를 제시하였다.

상기 연구들은 각각 연구의 한계들을 가지고 있다. 윤태호 등(2005), 임진화 등(2007)의 연구는 민간의료보험이 활성화된 2000년도 이후의 상황을 반영하지 못하고 있다는 것이 큰 한계이며, 임진화 등(2007)의 연구는 암환자를 대상으로만 한 연구로 연구결과를 일반화하기에는 어려움이 있다. 그리고 유창훈 등(2010)과 이현복 등(2011)의 연구도 한국의료패널 데이터를 사용하여 실증연구를 진행함으로써 민간보험사에서 보유한 가입자에 대한 실제정보가 아닌 2차 데이터 즉, 패널데이터라는 것에 한계가 존재한다. 그리고 윤희숙(2008)의 연구도 대부분의 분석 대상이 정액형 의료보험 가입자로 2010년 이후 급속히 늘어난 실손의

료보험 가입자들을 반영하지 못하였다는 한계가 있다.

각각의 연구들이 일정한 한계를 보유하고 있으나, 민간의료보험 가입자의 일반적 특성을 실증적으로 확인하였다는 큰 기여도 존재한다. 서두에 기술한 것처럼 우리나라의 민간의료보험 상품의 제공은 사적 보험사인 주식회사 형태의 보험사에서 대부분 제공되고 있다. 따라서 금융상품으로 이익을 추구하지 않을 수 없는 구조로 고위험군의 상품 가입에 제한이 존재하여 고위험군의 가입률이 낮다. 그리고 상품의 구매 여력이 낮은 저소득층의 가입이 낮게 나타날 수밖에 없다.

민간의료보험 관련 연구가 가장 활발하게 진행된 부분이 민간의료보험 가입자의 의료이용 행태 또는 도덕적 해이에 관한 것들이다. 민간의료보험 가입자는 비 가입자에 비하여 의료이용에 대한 비용의식이 낮을 것이다. 이러한 낮은 비용의식으로 인해 비가입자보다 의료이용을 많이 하고 있는지에 대한 실증연구들이 다양하게 진행되었으나 아직 명확한 결론에 이르렀다고 단정하기는 힘들다. 다만, 다수의 연구들이 민간의료보험 가입자가 비가입자에 비하여 외래 또는 입원 서비스를 많이 이용하고 있고, 이로 인해 건강보험 재정에 부정적 영향을 주고 있다는 주장을 하고 있다.

이진석 등(2006)은 실손형 의료보험 도입에 앞서 실손형 의료보험은 정액형 보험보다 국민건강보험 재정에 큰 영향을 줄 것으로 예측하였고, 법정본인부담금 을 보장범위에서 제외해야 함을 주장하였다. 이러한 주장은 아직까지 유효한 주장으로 이현복 등(2016)에서도 실손의료보험의 법정본인부담금의 보장은 가입자의 의료이용에 대한 비용의식을 과다하게 낮추어 과잉 의료이용을 가져오고 있다고 주장되고 있다.

정기택 등(2006), 이창우(2010), 전보영 등(2010), 강성욱 등(2010), 이현복, 남상욱(2013), 신현웅 등(2015)의 다양한 연구에서 민간의료보험 가입

은 의료서비스 이용에 양(+)의 영향을 주어, 비가입자보다 가입자가 다소 높은 의료서비스 이용을 하고 있음이 실증적으로 나타났다. 그러나 각각의 연구마다 외래서비스에만 영향이 있다는 주장이 있고, 또는 입원서비스 만에 영향이 있다는 주장과 모두에 영향이 있다는 주장이 다양하게 나타난다. 그리고 윤희숙(2008)은 전반적으로 민간의료보험 가입자의 의료이용량이 비가입자보다 높지 않다는 주장도 있다. 다만, 암환자와 같은 일부영역에서는 가입자 의료이용 크며, 실손보험과 정액형 보험을 중복가입하고 있는 사람의 의료서비스 이용량이 높아 도덕적 해이가 나타난다고 밝히고 있다.

상기 기존연구들을 보면 아직 까지 민간의료보험 가입과 가입자의 의료이용에 대한 실증적인 명확한 결론이 확립되지 않았다고 볼 수 있다. 다만, 이론적으로 낮은 비용의식은 서비스 이용을 늘리는 것이 당연하다고 할 수 있을 것이다.

2008년 이후 한국의료패널 데이터를 이용한 연구들이 다양하게 나타나고 있다. 한국의료패널 데이터를 사용한 이창우(2010)는 민간의료보험 가입자가 입원에서는 도덕적 해이가 존재할 가능성이 높으나, 외래진료에서는 그렇지 않다고 주장한다. 그러나 전보영 등(2010)은 민간의료보험의 가입은 외래 이용량 및 외래의료비 지출을 늘린다고 주장하고 있다. 그리고 강성욱 등(2010)은 실손형 민간의료보험 가입자는 정액형 가입자에 비해 외래방문은 더 많이 하나 입원에서는 차이가 없다고 주장한다. 그리고 내생성 통제 후 민간의료보험 가입자의 의료소비를 살펴본 이현복, 남상욱(2013)은 실손형, 정액형 민간의료보험 가입, 가입건수, 납입보험료 규모가 외래이용 횟수와 지출액을 늘려, 민간의료보험 가입자들의 외래 의료서비스 이용에서는 도덕적 해이가 존재한다고 주장한다. 그러나 상기 연구들과 같이 입원에 있어서는 그 영향이 낮다고 주장하고 있다.

한국복지패널 자료를 이용한 실증연구도 존재하는 데, 김재호(2011)는 민간의료보험의 가입자 특성인 가입자 소득수준과 가입행태 차이를 고려한 의료수요 변화를 살펴보았다. 결과 외래, 입원 진료횟수 그리고 입원일수 모두에서 민간의료보험 가입자의 의료수요에 대한 도덕적 해이가 명확히 존재한다고 하며, 특히 소득이 높은 분위에서 도덕적 해이가 크다고 밝히고 있다.

전술한 바와 같이 다양한 연구가 진행되었지만 아직, 민간의료보험 가입과 가입자의 도덕적해이로 인한 의료이용 변화 등에 대한 실증연구 결과는 일치되지 않는다. 이론적으로 민간의료보험 가입자는 의료이용에 대한 비용의식이 낮아 비가입자에 비하여 도덕적 해이의 발생가능성이 높고, 보다 높은 의료서비스 이용을 할 개연성이 크다. 하지만, 민간보험에 존재하는 우량가입자의 선별 가입정책으로 인하여 비가입자보다 가입자들이 건강상태가 좋아 의료서비스 이용이 낮을 가능성도 존재한다.

민간의료보험 가입자의 의료이용 행태를 살펴보는 것은 민간의료보험이 건강보험재정에 영향을 주고 있다는 것을 밝히기 위해 반드시 먼저 살펴보아야 하는 문제이다. 민간의료보험 가입자가 비가입자보다 높은 의료서비스 이용을 하여 비급여 진료비와 함께 급여 진료비를 추가 사용하는 것은 민간의료보험이 건강보험 재정에 부정적 영향을 준다는 것을 의미하기 때문이다. 반면, 민간의료보험 가입자가 비가입자보다 낮은 의료서비스 이용을 하고 있다면 민간의료보험이 건강보험 재정에 그리 큰 영향을 주고 있지 않다는 것을 나타내기 때문이다.

최근 많은 연구들이 수행되었지만 아직 그 결론이 명확하지 못한 이유 중 가장 큰 것은 연구수행을 위해 필요한 분석자료 즉, 데이터의 한계에 있다. 민간의료보험 가입자의 의료이용 행태를 살펴보기 위해서는

민간보험사에서 보유하고 있는 민간의료보험 가입자 정보를 기반으로 건강보험 진료비 정보와 연계한 데이터를 사용하는 것이 최선의 방법이다. 이를 통해 가입자와 비가입자의 민간의료보험 가입 및 상품 등에 따른 비급여 진료비, 급여진료비 등의 사용을 명확하게 분석이 가능해진다. 하지만, 민간의료보험 데이터와 건강보험 자료 연계는 개인정보보호법 등의 규제 등으로 어려운 문제이다.

선행연구를 수행한 대다수의 연구자가 이러한 현실을 반영하여 한국 의료패널, 복지패널 등 다양한 패널 자료를 활용하여 실증연구를 진행하고 있다. 따라서 연구결과에도 패널 자료가 가지는 한계들을 고스란히 갖게 되어 일반화된 결론 도출이 어렵다.

## 제2절 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할설정

민간의료보험 가입자의 의료이용 및 도덕적 해이에 관한 연구들이 실증연구로써 다양한 가치를 가지고 있다. 하지만 궁극적으로 민간의료보험에 관련된 연구들이 지향하는 바는 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정에 있을 것이다.

과거 민간의료보험과 국민건강보험의 합리적 역할 설정에 관한 연구들은 이론적, 당위론적 연구가 주를 이루었다. 실증분석에 활용될 수 있는 민간의료보험 자료가 많지 않았기 때문일 것이다. 최근 민간의료보험 관련 데이터가 어느정도 축적이 이루어지면서 실증연구 결과를 기반으로 한 합리적 역할 설정에 대한 논의가 다수 진행되었고, 진행되고 있다.

민간의료보험 도입 초기 민간의료보험의 활성화를 통해 국민건강보험의 부족한 보장성을 메우기 위한 연구들이 있다. 오영수(2006)는 국

민간건강보험의 보장성은 지속적으로 높아져, 민간의료보험은 법정본인 부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비, 교통비, 소득보상 등 건강보험이 보장하지 않으며, 보장이 부족한 영역에 대한 역할을 강조했다. 아울러 건강보험 정보의 민간의료보험과의 공유, 민간의료보험의 심사기능 강화, 비급여 수가에 대한 규제완화, 저소득층의 민간의료보험 구입의 세제혜택 등 정책적 지원을 통해 민간의료보험 활성화를 주장하였다. 그리고 정기택(2006)은 민간의료보험의 자율권 확대를 주장하였는데, 특히 외래보장에 있어 업계자율로 공제금액을 설정할 수 있어야 한다고 주장하였다. 이에 2006년 의료산업선진화위원회의 ‘국민건강보험과 민간의료보험 간 합리적인 역할 설정’의 방향에 이러한 내용이 포함되었던 것으로 보인다.

하지만 이진석(2006)과 같이 민간의료보험의 활성화는 국민건강보험과의 갈등요인이 많을 것이라는 주장도 있다. 이진석(2006)은 민간의료보험 활성화에 반대하며, 민간의료보험의 역할이 축소되어야 한다는 견해를 보인다. 특히, 실손의료보험의 경우 국민건강보험과 합리적인 역할 설정없이 활성화 될 경우 양제도의 갈등이 형성될 것으로 우려하고 있으며, 민간의료보험의 사회적 책임을 강화하기 위해 의무적으로 급여해야 할 내용을 설정하고, 병력자 및 고위험 군에 대한 가입거부를 금지할 것을 주장하고 있다. 아울러 보험료 설정의 합리성 제고, 급여제외 기간의 제한 등도 필요하다고 밝히고 있으며, 민간의료보험의 관리, 감독 권한을 금융당국과 함께 보건당국이 공유해야 한다는 주장도 밝히고 있다. 이러한 내용 중 민간의료보험의 의무적 급여내용을 정하는 것은 2006년 의료산업선진화위원회의 공사보험 역할 설정 방향에 포함되고, 2009년 실손의료보험 표준화 약관마련으로 이어졌다.

그 간 정액형 위주로 판매되던 민간의료보험은 2009년 실손의료보험 표준화와 함께 본격적으로 정액형보험과 실손의료보험이 활성화되기 시



작하였다. 이러한 현실을 반영하여 이호용 등(2011)은 공보험의 부족한 보장성을 보충하고 있다고 판단하고 있고 보다 공적인 역할을 강화해야 한다고 주장한다. 민간의료보험의 특수성을 감안하여 고위험군 즉, 장애인 및 건강취약 계층과 소득수준이 낮은 노인, 저소득자 등의 민간의료보험 가입에 통로를 넓혀야 한다고 제안한다.

2013년 금융당국과 보건당국 그리고 관계기관들이 참여한 개인의료보험 정책협의체가 진행되며 실손의료보험과 함께 정액형 의료보험의 현황과 문제점을 진단, 개선방안을 도출하고자 하는 논의가 시작되었다. 이러한 흐름 속에 공사보험 관련 기관은 공동으로 연구용역을 발주하였고, 신기철 등(2014) 연구결과가 도출되었다.

신기철 등(2014)은 민간의료보험관련 자료를 보험개발원으로부터 받아 실증분석에 활용하였고, 더불어 해외사례 연구를 진행하였다. 그 결과 우리나라는 공적 건강보험과 민간의료보험이 협력체계 없이 성장해오며 비효율을 초래하고 있다고 진단한다. 민간의료보험이 공보험을 보완하고 있으면서도 금융상품으로 독자적으로만 운영되다보니 민간보험사 회사마다 복잡하고, 다양한 상품이 경쟁적으로 출시되어 다양한 문제가 야기되고 있다고 한다. 우선 소비자 입장에서 상품의 비교가능성이 낮아 불완전 판매로 이어지고, 의학적으로 필요 이상의 입원을 유인하는 등 과다 의료이용 가능성이 크다고 한다. 그리고 민간보험사도 신의료기술의 확산 등으로 각종 보험금 지급 분장 가능성이 높아지고 여러 가지 리스크에 노출되고 있다고 진단하고 있다. 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 공사보험의 합리적 역할 정립 및 협력체계 구축이 필요하다고 주장한다. 아울러 민간의료보험의 상품구조에 대한 개편 및 표준화 즉, 정액형의료보험을 개선을 통해 소득보상보험을 도입해야 하며, 상품의 표준화, 과다 의료이용 억제를 위한 약관의 개정의 필요하다고 한다. 그리고 보험기간 축소와 갱신제도 도입, 노인의료저축계좌 도입, 실손형 보

험의 상품구조 개선필요성, 민간의료보험에 대한 계약심사 및 판매제도 개선, 의료전문인력 확보 등을 통한 건전한 운영기반 조성을 제안하였다. 기존 가입자의 과다 의료이용을 억제하기 위한 대책 마련도 제안하였는데, 수시로 장기 입원하는 가입자에 대한 경고제도 도입, 관절증 및 염좌 등에 대한 진료표준화방안 마련, 과다 의료서비스 제공 요양기관에 대한 심사의뢰제도 마련 등이다.


2013년 국정감사에서 국민건강보험의 보장성 강화로 인해 민간의료보험의 지급보험금 감소가 발생되고 이에 따라 민간보험사에 돌아가는 반사이익이 막대하다는 주장이 제기 되었다. 이후 건강보험 보장성 확대 정책에 따른 민간보험사의 반사이익이라는 표현으로 다수의 주장과 언론 보도가 나타났다. 이러한 주장에 대해 보다 구체적으로 국민건강보험 보장성 강화에 따른 민간의료보험의 지급보험금 감소액을 추정해 보고자 신현웅 등(2015)의 연구가 진행되었다.

상기 연구에서 추정한 바에 따르면, 건강보험의 보장성 강화에 따른 민간보험사의 보험금 지급액 감소부분(반사이익)은 2013년부터 2017년까지 5년간 4대중증질환과 3대비급여 보장성 강화에 투입될 재원인 누적 소요액(11조 2,590억원)을 기준으로 총 1조 5,244억원에 이른다. 건강보험 보장성 강화 누적 소요액의 13.5%에 해당하는 규모이다. 세부 정책별 소요액 대비 민간의료보험의 지출 보험금 감소는 선택진료(15.2%)에서 가장 높았고, 4대 중증질환(13.2%), 상급병실료(11.6%) 순으로 나타났다. 민간의료보험의 보험금 지급액 감소와 함께 민간의료보험 가입자의 의료이용에 대한 연구도 진행하였다. 그 결과 민간의료보험 가입은 건강보험 재정에 부정적 영향을 주고 있음을 확인하였다. 민간의료보험 가입자는 비가입자에 비하여 건강보험 급여비를 1인당 연평균 8,718원, 입원 37,249원, 약국 11,316원을 추가 지출한다는 실증연구 결과를 제시하였다.


실증연구 결과를 바탕으로 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정 방안들을 제안하였다. 세부적 내용으로 국민건강보험과 민간의료보험은 상호 밀접한 연관성에도 불구하고 각각 국민건강보험법, 보험업법에 의해 별도로 관리 및 운영되고 있다는 문제를 지적하며, 전체 보건의료 또는 건강보장 체계 내에서 공사 보험간의 합리적 발전방안 모색이 필요함을 제안하였다. 그리고 부족한 국민건강보험의 보장성을 높여 기초적, 필수적 의료서비스는 최대한 모두 공적 보장 영역에 포함되도록 할 것과, 민간의료보험은 건강보험 영역 이외 혁신의료, 최신훈료, 고급의료 등을 중심으로 역할을 확대해야 한다고 한다. 더불어 공사보험 가입자의 건강관리를 위한 공동 협조체계 구축, 반사이익으로 표현되는 공적 건강보험 보장성 강화로 인한 민간보험사의 보험금 지급액의 사회 환원 방안 마련 등을 제안하고 있다.

기존 연구를 정리해보면, 대부분의 연구에서 국민건강보험의 보장성 확대 또는 강화가 필요하다는 데에는 이견이 없어 보인다. 다만, 민간의료보험의 역할을 어디까지 해야 하는가에 대한 논의는 더 심도 있게 논의되어야 할 것으로 생각된다. 아울러 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정을 위해서는 보다 근본적으로 전체 국민 보건체계, 의료보장 제도 차원에서 접근하여 살펴보아야 할 것으로 판단된다.





### 제3장 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험 현황





## 제3장 국민건강보험의 보장성 확대와 민간의료보험 현황

### 제1절 국민건강보험의 보장성 확대 정책

#### 1. 보험급여 기간(일수)의 확대

1970~1980년대는 건강보험의 가입자가 점차 확대되고 1989년 전국민건강보험이 달성되었지만, 보험급여기간이 연간 180일로 요양급여일수 상한제도가 적용되고 있었다. 당시 급여기간에 제한을 둔 것은 소수의 장기 진료자들에 의한 과도한 보험재정 누수를 방지하고 대다수 피보험자들에게 공평한 급여를 실시하기 위함이었다. 그러나 이에 대한 개혁이 끊임없이 제기되었고 1990년대 들어와서는 보험급여 기간 정책에 많은 변화가 일어났다. 1995년부터 모든 가입자의 제한일수가 210일로 늘어났고, 그 후 매년 늘어나 2000년에는 제한일수가 365일로 늘어났고 2001년에는 기간 제한이 없어졌다. 하지만, 건강보험재정 문제로 2002년부터 연간 급여일수를 다시 365일로 제한하였지만 2006년부터 다시 기간 제한이 없어져 오늘에 이르고 있다.

#### 2. 보험급여 항목의 확대

건강보험의 궁극적인 목적 가운데 하나는 질병으로 인해 발생하는 국민들의 의료비 부담을 덜어주는 것이다. 이를 위해 국민이 감당해야 할 질병의 예방·치료·재활 서비스에 대한 비용을 공적 사회보험인 국

민건강보험이 대신하여 지불한다. 국민건강보험이 지불하는 영역이 커지면 즉, 급여 범위가 확대되면 국민들의 부담은 그만큼 줄어들게 되는데 이는 곧 보장성 확대로 연결된다. 보험급여 항목의 확대는 의료보험 도입, 확대 전 과정에서 꾸준히 추진되었다.

## 2.1. 1980~1990년대

1987년에 한방의료보험을 도입하고 1989년에 전국민 의료보험을 실현한 이후 지속적으로 급여범위를 확대해 왔다. 특히 1989년에는 약국 의료보험을 도입함으로써 급여의 범위는 그 이전과는 비교할 수 없을 만큼 큰 폭으로 확대되었다. 1990년대부터는 보험급여가 본격적으로 확대되기 시작하여 신의료기술, 신약, 신소재치료재료가 계속해서 개발되고 이들에 대한 국민의 요구가 증가함에 따라 보험급여의 범위가 계속 확대되었다.

## 2.2. 2000~2004년의 보장성 강화 내용

2000~2003년은 건강보험 조직 및 재정의 통합 등으로 재정적자 문제가 부각됨에 따라 보험재정 안정화가 최대의 목표였으며, 2004년 건강보험 재정 누적적자가 해소되면서부터 보장성 개선에 대한 논의가 시작되었다. 건강보험급여를 단계적으로 확대하여 보험급여율(보험급여액/총진료비) 수준을 2003년 52%에서 2008년 70% 수준까지 제고하겠다는 목표를 설정하고, 암·희귀난치질환자(62개)의 외래 본인부담률을 30~50%에서 20%로 경감하였고, 뇌종양 감마나이프 수술 보험급여, 본인부담 상한제(6개월, 본인부담 300만원 초과시 상환)를 실시하였다.



### 2.3. 2005~2008년 1차 중기보장성 강화

2005년 보건복지부는 참여복지 5개년 계획을 구체화하여 ‘건강보험 보장성 강화 로드맵’을 발표하고, 2005년부터 2008년까지 3조 5,000억 원을 투입해 건강보험 보장률을 OECD 국가 평균인 70% 수준까지 끌어 올리겠다고 밝혔다. 이 기간 중에는 진료비 부담이 큰 암 등 중증질환의 진료비 경감에 초점을 맞춰 보장성을 확대한다는 것이 정부의 목표였다.

이에 따라 2005년 고액 중증질환의 입원 본인부담률을 20%에서 10%로 인하하고, MRI 검사의 급여기준을 확대하였다. 2006년부터는 장기이식수술이 급여대상이 되었으며, 입원환자 식대에 보험이 적용되었다. 2007년에는 본인부담상한제의 상한액을 6개월간 300만원에서 200만원으로 낮추고, 2008년에는 임신부의 출산 전 진료비 지원을 위해 1회 임신당 20만원의 부가급여를 실시하고, 항암제, 간염치료제 화상환자 치료비용에 대해서도 보험적용을 확대하였다.

### 2.4. 2009~2013년 2차 중기보장성 강화

보건복지부는 1차 계획에 이어 2009년 6월에 2차(2009~2013년) 건강보험 중기보장성 강화계획을 발표하였다. 2차 계획에서 보장성 목표를 질병의 위협으로부터 국민을 보호할 수 있도록 건강보장 강화로 정하였다.

목표 달성을 위해 ① 중증질환자, 고액질환자 등 진료비 부담 지속 경감, ② 진료비 부담이 크고 대상이 많은 비급여 항목의 급여 전환, ③ 저소득·취약계층 진료비 부담 완화, ④ 저출산 등 사회 환경 변화에 적극 대응 등 네 가지의 추진방향을 설정하였다. 이에 따라 MRI(2010), 초

음파(2013)와 같은 사회적 요구가 높은 고가 서비스에 대해서도 암·심뇌혈관질환 등 중증질환부터 단계적으로 보험적용이 확대되었고, 장애인보장구(2010)에 대한 급여가 확대되었으며, 세기변조방사선치료(2011)와 양성자치료(2011) 등에 보험이 적용되었다. 임·출산진료비 지원비(2012)가 20만원에서 50만원(다태아 70만원)으로 확대되었다. 이 뿐만 아니라 한방분야에서는 한방물리요법(2009), 치과분야에서는 치아홈메우기(2009), 노인틀니(2012), 치석제거(2013)에 대한 보험 적용이 이루어졌다.

## 2.5. 2014~2018년 3차 중기보장성 강화

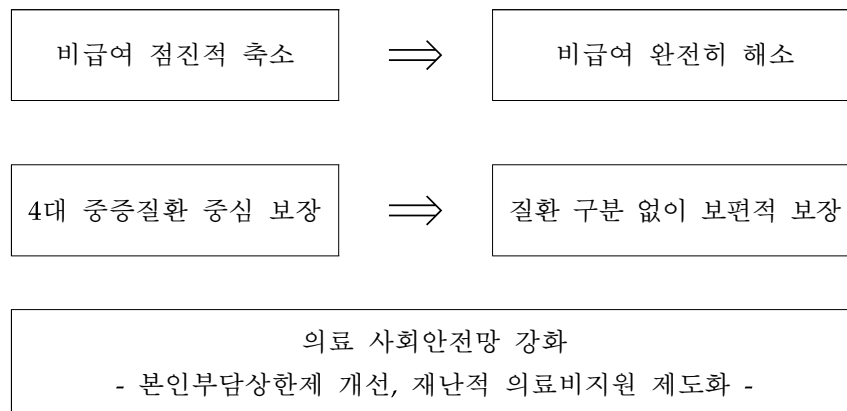
2013년 2월 보장성 강화를 위한 정책으로 ‘4대 중증질환 보장 강화 계획’을 제시하고, 의료비 부담이 큰 4대 중증질환의 치료에 필요한 모든 의료서비스(수술, 검사, 의약품 등)를 건강보험 급여화하기로 방침을 정했다.

4대 중증질환의 보험급여 적용영역을 2013년 89.8%에서 99.3%로 확대하고, 기존에는 비급여대상이었던 고가의 품목을 급여대상으로 전환하여 진료비 부담을 크게 줄인다는 계획이었다. 뿐만 아니라 날로 부담이 커지고 있는 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여에 대해서도 급여를 확대하여 중증진료자뿐 아니라 일반 환자가 느끼는 의료비 부담 또한 근본적으로 완화시키기로 하였다.

이 같은 정책목표를 달성하기 위해 보건복지부는 의학적으로 필요한 필수의료는 모두 급여화하고, 비용효과성 등은 미흡하지만 의학적 필요성이 인정되는 의료는 선별급여로 적용하여, 4대 중증질환에 필요한 모든 의료서비스는 2013~2016년까지 건강보험을 확대하고 그 외의 질환은 단계적으로 보장성을 확대하기로 하였다.

이 계획에 따라 2013년 6월부터 2016년 사이에 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성 질환의 비급여 치료항목 중 상당수가 급여항목으로 전환되었다. 그리고 급여대상으로 전환된 치료항목으로 2013년 초음파 검사 등 25항목, 2014년 고가 항암제 및 침단 진단·치료법 등 100항목, 2015년 고가항암제, 고비용 치료법, 침단 필수검사 등 258항목, 2016년 유전자검사 등 289항목으로 모두 672항목에 달했다. 게다가 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여에 대해서도 급여를 확대하여 보장성 강화 및 본인 부담도 감소하였다.

최근 건강보험 보장성 강화대책(2017.9.8.)으로 비용·효과성 부족한 비급여는 본인부담 차등 적용하는 예비급여로 관리하고, 저소득층 본인 부담 상한액 인하, 재난적 의료비 지원 사업의 제도화하여 건강보험 보장성을 강화하였다.



[그림 3-1] 건강보험 보장 패러다임 전환

자료 : 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보건복지부 보도자료(2017.8)

미용·성형 등을 제외한 의학적 필요성 있는 모든 비급여는 건강보험으로 편입된다. MRI, 초음파 등 치료에 필수적 비급여는 모두 급여 또는 예비급여를 통해 급여화('17~'22)하고 미용·성형 등 치료와 무관한 경우만 비급여로 남는다. 예비급여 제도 도입으로 비용 효과성이 완전히 입증되지 않은 비급여도 건강보험 영역으로 편입되어 본인부담이 줄어들고, 가격 및 실시 현황 등을 모니터링하여 관리할 수 있게 된다.

취약계층 대상자별 의료비 부담 완화를 위해 노인, 아동, 여성 등 경제·사회적 취약 계층에 대한 필수적 의료비 부담을 대폭 경감한다. 노인의 치매 여부를 확인하기 위한 정밀 신경인지검사, MRI 등 고가 검사들을 급여화하고 중증 치매 환자에게는 산정특례<sup>11)</sup>를 적용하여 본인부담률을 20~60%에서 10%로 대폭 인하한다. 또한 노인 틀니·치과 임플란트의 본인부담률을 50%에서 30%로 인하<sup>12)</sup>하여 치과 의료비 부담을 대폭 완화한다. 노인외래정액제도 외래 진료시 1만5천원이하 진료비에 대해서 1천5백원 본인부담을 경감하면서도 합리적 의료이용을 유도할 수 있도록 개선한다.

현행			개선
노인 치매	중증치매 본인부담률	입원 20%, 외래 30 ~ 60%	10%
	검사비용	MRI, 신경인지검사 약 100만원 소요	20~40만원 수준으로 인하
노인	틀니,	50%	30%

11) 산정특례 : 중증·희귀난치성 질환자 등에 대해 본인부담률을 5~10%로 경감

12) 틀니(1악당) 55~67만원→33~40만원, 임플란트(1개당) 60만원→36만원

치과	차과임플란트 본인부담률		
노인 외래	본인 부담	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1만5천원까지 1천5백원 부담</li> <li>· 1만5천원 초과시 30% 본인부담(4천5백원 이상)</li> </ul>	<p>&lt;예시&gt;</p> <p>2만원까지 본인부담10%</p> <p>2만5천원까지 본인부담 20%</p> <p>2만5천원 초과 시 본인부담 30%</p>

[그림 3-2] 취약계층 대상자별 의료비 부담 개선(1)

자료 : 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보건복지부 보도자료(2017.8) 그리고 아동 입원진료비 본인부담의 경감 적용대상과 그 폭을 대폭 확대<sup>13)</sup>하고, 충치 예방 및 치료시 본인부담 완화 등 아동의 의료비도 경감한다. 부족한 어린이 재활인프라 확충을 위해 어린이 전문재활치료 수가 개선방안을 마련<sup>(18)</sup>하고 원역별 어린이 재활병원 확충<sup>(19~)</sup>도 추진한다.

만 44세 이하 여성에게 정부 예산으로 소득수준에 따라 지원하던 난인 시술(인공수정, 체외수정)은 건강보험이 적용된다('17.10월). 요구도가 높은 부인과 초음파는 기존 4대 중증질환자에 한정하여 건강보험을 적용하던 것을 모든 여성으로 확대한다('18). 장애인 보조기 급여대상을 확대하고, 시각장애인용 보장구 등에 대한 기준금액도 인상하여 장애인의 의료비 부담도 완화된다('18~'20).

13) 6세 미만 입원진료비 10% 부담→15세 이하 5% 부담

현행			개선
아동 입원	본인부담률	연령에 따라 10~20% 부담	본인부담률 5% 동일 적용
아동 치과	치아홈메우기 본인부담률	30% ~ 60%	10%
	광중합형 복합레진 충전	건강보험 미적용	건강보험적용(12세 이하)
소아 재활	어린이재활 인프라 개선	어린이재활병원(민간) 서울 1개소	권역별 어린이 재활병원 확충 추진
여성	난임 시술	전액 비급여, 소득수준에 따라 차등 국비 지원	필수시술 급여(일부 약제·검사제외)소득과 관계없이 건강보험 적용
	부인과 초음파	4대 중증질환 확진 또는 의심자	모든 여성
장애인	장애인보조기 급여대상자	육창예방방식:지체장애인 이동식리프트 척수, 뇌병변	뇌병변장애 추가 신경근육질환 추가

[그림 3-3] 취약계층 대상자별 의료비 부담 개선(2)

자료 : 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보건복지부 보도자료(2017.8)

소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정을 하였다. 경제적 능력을 감안해 적정수준의 의료비를 부담하도록 소득하위 50% 계층에 대한 건강보험 의료비 상한액을 연소득 10% 수준으로 인하할 예정이다.

소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2014년	120만원	150만원	200만원	250만원	300만원	400만원	500만원
2017년	122만원	153만원	205만원	256만원	308만원	411만원	514만원
	↓			↓			
2018년(개선)	80만원	100만원	150만원	현행 유지			

[그림 3-4] 소득분위별 본인부담 상한액

자료 : 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보건복지부 보도자료(2017.8)

재난적 의료비 지원 제도화하였다. 의료 안전망으로서의 기능 강화를 위해 4대 중증질환에 대해 한시적으로 시행하던 재난적 의료비 지원사업을 제도화하여 소득 하위 50%를 대상으로 모든 질환에 대하여 지원한다. 또한 기준을 다소 초과하더라도 지원이 반드시 필요한 경우에는 심사를 통해 선별 지원할 수 있도록 하였다.

현행		개선	
대상 질환	암, 심장, 뇌, 희귀난치질환	모든 질환	
추가 지원	없음	· 소득기준지원 상한기준을 다소 초과하더라도 지원이 필요한 경우 심사를 통해 지원	

[그림 3-5] 재난적의료비 지원 제도화

자료 : 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보건복지부 보도자료(2017.8)

## 제2절 민간의료보험의 현황

### 1. 민간의료보험의 개념과 범위

민간의료보험의 개념은 아직 명확하게 규정되어 있지 않으며 제한적이다. 현재 사용 중인 민간의료보험은 “사회부양성을 목적으로 한 강제가입 방식”으로 운영되는 공적보험과 달리 민간의료보험은 “개체보호성(개인적 필요에 따른 보장)을 목적으로 한 임의가입 방식”으로 운영되는 보험으로 예측이 불가능한 질병과 관련된 의료비를 대상으로 민간보험회사가 판매하는 의료보험을 의미한다(이진석 외, 2005).

민간의료보험은 건강보험제도가 있어도 보장성 강화 정책 욕구에 대응한 공적 재원확보의 한계로 우리나라를 포함하여 여러 나라에서 운영하고 있다.

<표 3-1> 공적보험과 민간의료보험의 비교

구분	사회보험 (국민건강보험)	민영보험 (민간의료보험)
목적	기본적 의료보장	개인적 필요
가입방식	강제가입	임의가입
수급권 형태	법적 수급권	계약적 수급권
보험료	능력에 따른 부담	위험률에 따른 부담
원리	사회적 타당성	개인적 공평성
보험급여	균등급여	차등급여
보험자	정부	민간보험사



현재 우리나라의 민간의료보험은 정의와 범위가 아직 명확하지 않고 학계, 업계, 정책입안, 정책집행자 등 관련하여 이해당사자들이 정의하는 바와 의미, 범위가 일치하지 않기 때문에 개인의료보험, 민영의료보험, 정액형 의료보험, 실손형 의료보험 등으로 용어가 혼용되어 사용하고 있다.

민간의료보험은 주식회사 형태의 보험회사 등 사적기관(보험회사, 공제조합 등)에서 건강 또는 의료비 비용을 보장하는 보험을 말한다. 민간의료보험은 보험업법 제2조에 명시된 제3보험<sup>14)</sup>으로 사람의 질병·상해 또는 간병에 관해 미리 정한 급여를 제공하거나 실제 손실된 손해를 보상하는 보험을 의미한다. 즉 민영보험사에서 사람의 질병, 상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정한 급여를 제공하거나 손해의 보상을 하는 상품을 의미하는 것으로 한다. 따라서 민간의료보험은 건강위험과 그와 관련된 비용을 대비하는 의료비보장보험과 장기간병보험, 소득보상보험을 포함하고 있다.

민간의료보험의 보장범위는 실손형 보험의 경우 급여부분 중 공단부담금을 제외한 본인부담과 비급여부분이며, 정액형 보험의 경우 상품에 따라 다양하나 통상 의료비용과 의료비용 이외의 비용(요양비, 간병비, 수술비, 상병수당 등)을 보장하고 있다.

민간의료보험 종류는 크게 질병·상해에 따른 의료비를 보상하는 보험

14) 우리나라 민간보험은 「보험업법」에 따라 생명보험, 손해보험, 제3보험으로 구분

구분	생명보험	손해보험	제3보험
보험사고	사람의 생존 또는 사망	재산상의 손해	신체의 상해, 질병, 간병
중복보험(보험가액초과)	없음	존재	실손보상 급부에서 존재
보험금방법(지급보상)	정액보상	실손보상	정액보상, 실손보상
보험대상자	보험사고의 대상	손해의 보상을 받을 권리가 있는 자	생명보험과 동일
보험기간	장기	단기	장기

자료 : 백인립 외(2011)

과, 간병보험, 소득보상보험으로 분류가 가능하다.

질병·상해보험은 신체 기능의 장애 또는 질병·상해로 인한 건강하지 않은 상태를 보험사고로 하여 일정 금액의 급부를 받는 정액형 보험과 실제 소요된 의료비용을 보상받는 실손형 보험으로 구분이 가능하다. 질병보험에는 암보험, 특정질환을 보장하는 특정질병보험들이 있는데, 주로 3대 질병보장(암, 뇌혈관질환, 허혈성질환), 7대 질병보장(심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성 호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양) 등의 상품이 있다.

간병보험은 신경계통의 기능, 정신 또는 신체에 현저한 장애가 남아 항상 타인의 보살핌을 필요로 하는 경우, 이를 보험사고로 하여 보험금을 지급하는 보험이다. 간병상태의 사망 또는 간병상태가 발생한 경우에 약정보험금을 지급하는 순수한 정액보험과 간병기간에 따라 간병연금 등의 간호비용을 지급하는 상품이 있다.

소득보상보험은 질병이나 상해로 인해 취업불능 상태로 판정되었을 경우에 상실소득의 일정 금액을 보장해 주는 보험이다. 일부 회사들에서 2014년 이후 특약으로만 판매되던 상품을 단독형으로 출시하여 판매하고 있으며,<sup>15)</sup> 대부분의 상품의 경우 특약형태로 정액급부를 지급하고 있다.

OECD는 공적 보험의 가입여부와 민간의료보험이 보장범위에 의해 민간의료보험을 공보험을 대체하는 대체형, 본인부담 보충형, 동일한 범위를 보장하는 중복형, 추가형 등으로 구분하고 있다.

대체형(substitute)은 민간의료보험이 국민건강보험을 대체하여 주된(primary) 건강보험의 역할을 하는 것이다. 미국, 독일 등이 예로, 미국은 민간보험사에서 의료비보험(medical expense insurance)과 소득보

15) '14.1.20. 보험신보, '14.1.23. 서울파이낸스 기사 등 참조

상보험(disability income insurance)을 판매하고 있다. 독일은 사회보험인 국민건강보험을 적용하되, 일정소득 이상의 국민은 공보험을 가입하지 않고, 민간건강보험 상품에 가입할 수 있는 대체형 민간의료보험을 운영하고 있다.

보충형(complement)은 본인이 부담하는 본인부담금(Copayment, Deductible) 등을 보장하는 형태로 프랑스, 독일 등이 대표적인 경우이다.

중복형(duplicate)은 민간의료시설이나 본인 지정 의사를 통해 진료 받을 때 소요되는 의료비를 보장받는 상품으로 기본적으로는 보장내용이 국민건강보험과 동일하며, 아일랜드, 뉴질랜드 등을 예로 들 수 있다. 추가형(supplement)은 보충형과 비슷하나 본인부담금 이외의 신의료 기술, 치과 보철 등 건강보험을 적용하지 않는 비급여(non-covered) 부분을 보장해주는 보험을 의미하며, 네덜란드, 호주 등이 해당한다. 현재 우리나라의 민간의료보험은 OECD의 민간의료보험 형태를 기준으로 보충형과 추가형이 혼합된 형태로 분류 가능하다.

## 2. 민간의료보험의 현황 및 쟁점

### 가. 민간의료보험의 현황

우리나라 민간의료보험은 1960년 후반 일부 보험사가 종업원과 그 가족을 대상으로 하는 단체보험 상품을 개발함으로써 시작되었다고 볼 수 있다. 1970년대 산업사회로 전환하면서 암 및 성인병의 증가에 따라 단체건강보험, 성인병 및 부인병보험을 판매하기 시작하였고, 1980년 암보험, 1990년대 특정질병보험, 2000년대 중대 질병보험으로 그 영역을 점차 확대해 나가고 있다.

2000년대 중반이후 점차 정액형 의료보험과 더불어 실손형 의료보험의 판매가 활성화되기 시작하였고, 현재 생명보험사와 손해보험사가 모두 실손형 의료보험을 판매하고 있다.

한국의료패널 기초보고서(2015)에 따르면 국민의 약 72.6%가량이 민간의료보험에 가입하고 있다. 민간의료보험의 범위를 명확히 확정할 수는 없으나 일반적으로 생명보험에서는 질병보장보험, 손해보험에서는 장기손해보험으로 구분하고 있다. 최근 민간의료보험 가입현황(2015년 기준)을 살펴보면, 생명보험의 실손형 의료보험 가입은 28.5%, 질병보장보험은 69.4%이고, 손해보험의 장기손해보험은 67.4%가 가입한 것으로 나타난다.<sup>16)</sup>

<표 3-2> 2015년 생명보험 종목별 개인 가입률

구분	질병보장보험	실손의료보험
가입률(%)	69.4	28.5

자료 : 보험연구원(2016), 2016년 보험소비자 설문조사, p.58

<표 3-3> 손해보험 종목별 개인 가입률

구분	장기손해보험
가입률(%)	67.4

자료 : 보험연구원(2016), 2016년 보험소비자 설문조사, p.102

신기철(2014)<sup>17)</sup> 연구에 따르면, 민간의료보험의 시장규모는 2011

16) '16년 보험연구원 보험소비자 설문조사 기준

17) 정액형 개인의료보험 개선방안 연구, 국민건강보험공단 연구용역(2014)

년 수입보험료 기준 27.4조 규모로 추정하고 있다. 하지만 민간의료보험은 그 정의와 범위에 따라 규모가 달라지기 때문에 정확히 예측하기 어려운 한계점이 있다. 민간의료보험에서 실손형 의료보험(정액형 상품 제외)의 시장규모는 ‘16년 가입건수 기준 약 3,400만 건으로 국민의 약 62%가 가입하고 있고(금융위원회 보도자료, 2016), 위험보험료 기준 약 3.5조원수준이다.<sup>18)</sup>

#### 나. 국민건강보험과 민간의료보험의 차이

국민건강보험과 민간의료보험 중 건강보험의 급여외 부분을 보장하는 실손형 의료보험을 중심으로 차이를 비교해보면 다음과 같다. 우선 급여의 수급권 측면에서 국민건강보험은 법적으로 수급권이 발생하나, 민간의료보험은 보험사와의 계약으로 인해 수급권이 생긴다. 그리고 급여 수준의 경우 국민건강보험은 모든 가입자가 균등하게 급여를 받을 수 있지만, 민간의료보험의 경우 보험료의 납부액에 따라 차등하여 받는다.

각 보험에서 보장해주는 질병과 보장일수, 보장금액 그리고 본인부담에 대해서도 차이가 있다. 국민건강보험은 모든 질병에 대해 보장일수의 차등이 없고 보장금액에 대해 한도가 없으나, 계약형태로 이루어지는 민간의료보험의 특성상 계약 수준에 따라서 보장에 대한 차이가 있다.

18) 리스크관리학회, 보험연구원 정책세미나 발표자료('15.10.23.)

&lt;표 3-4&gt; 국민건강보험과 실손형 의료보험 비교

구분	국민건강보험	실손형 의료보험
급여 수급권	- 법적 수급권	- 계약적 수급권
급여 수준	- 균등급여	- 보험료납부액에 따른 차등급여
보장 대상 질병	- 모든 질병 · 일상생활에 지장이 없는 질환 등 건강보험법상의 비급여대상은 제외	- 건강보험의 비급여대상 및 보험약관에서 보장하지 아니하는 질병 제외(국민건강보험이 보장하는 비뇨기계, 정신질환, 치과, 한방, 치질, 임신, 출산 등 제외) - 청약일전 5년 이내에 발생한 질병 제한
보장 일수	- 제한없음 · 질병 완치시까지 보장	- 제한있음 · 입원 : 발병일로부터 365 보장(손보 365일 보장후 180일간 급여제한), 생보는 계약기간동안 보장 · 통원 : 발병일로부터 통산통원일수 30일, 연간180회(진찰료발생기준) · 처방조제비 : 처방전 1건당 연간 180회(생보)
보장 금액	- 한도 없음 · 입원 및 통원비 등 질병 완치시까지 평생 보장 - 법정본인부담금이 소득기준 일정액을 초과할 경우 그 초과 비용을 환자에게 돌려주는 “본인부담액 상한제” 실시	- 한도 있음 · 입원 : 질병당 연간 3천만원~1억원 보장, 최근상품 5,000만원한도 · 상급병실차액료 : 본인부담금의 50% (1일평균 8~10만원 한도) · 통원 : 진찰료발생 1회(건)당 10만원~50만원 한도, 최근상품 30만원 한도 · 처방조제비 : 공제부분을 제외한 금액
본인 부담금	- 입원 20%, 외래 30~50%	- 입원의료비 : 20% - 상급병실차액료 : 50%, 한도 8~10만원 - 통원의료비: 5천원~2만원, 20% - 처방조제비: 처방전1건당 5~8천원

자료 : 최기춘, 이현복(2017), p.33, 필자 일부 수정

국민건강보험은 모든 질병, 부상, 출산, 예방, 재활 등을 보장하는 반면에 실손의료보험은 질병, 부상에 대한 국민건강보험의 본인부담금 중 일부만 보장을 하고 있다. 민간의료보험(실손의료보험)의 주요 보장내용 및 보장제외 질병에 대해 살펴보면 다음과 같다.

<표 3-5> 민간의료보험(실손형 의료보험)의 주요 보장내용 및 보장제외 질병

구분		내용
입원 의료비	보상 내용	▶입원의료비 본인부담금(법정본인부담금+비급여)의 90%~80% ※ 2009년 이전 상품은 100%존재 · 입원실료: 진찰료, 기준병실 사용료, 식대 등 · 입원제비용: 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료 등 · 입원수술비: 수술료, 마취료, 수술재료대 · 병실료 차액: 실제사용병실(1일평균 8~10만원 한도)과 기준 병실과의 병실료 차액의 50% ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우 입원의료비 총액의 40%만 보장
	보상 한도	▶ 연간 3000만원~1억원, 최근 상품은 5,000만원 한도 ▶ 발병일로부터 365일 보상
통원 의료비	보상 내용	▶ 통원의료비 본인부담금(법정본인부담금+비급여) · 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료 등 · 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료대 · 처방조제가 되는 약국의 약제비 및 약사조제료 ※ 산재보험 보장시 보장 안함 ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(급여제한자, 주민등록말소자 등) 통원의료비 총액에서 1~2만원 공제한 금액 중 40%만 보장
	보상 한도	▶ 1회당 10~50만원, 최근 상품은 30만원 한도 ▶ 연간 180회 보상
보상제외 질병 (질병형)		① 정신과 질환 및 행동장애 ② 습관성 유산 등 ③ 임신, 출산(제왕절개, 자연분만), 산후기 ④ 선천성뇌질환 ⑤ 비만 ⑥ 비뇨기계 장애 ⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는부분(치질 등) ⑧ 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(치료중 감염은 제외)

자료 : 최기춘, 이현복(2017), p.34., 필자 일부 수정

실손의료보험의 보장범위와 가입자 유형을 살펴보면, 실손의료보험은 건강보험 급여부분을 제외한 법정본인부담금과 비급여 의료비를 보장하고 있다. '09년 이후 보험업감독업무시행세칙에 따른 표준약관을 사용하고 있다.(현행 표준약관은 [별첨] 참조) 다음은 표준약관을 요약한 것이다.

〈표준약관 요약〉

- 보장내용 : 상해 입원·통원, 질병 입원·통원 치료와 처방조제
  - 입원시 본인부담금과 비급여\*의료비에 대하여 표준형 80%, 선택형 90% 보장, 년 5000만원 이내
    - \* 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상
  - 상급병실 이용시 기준병상과 병실료 차액 50%, 1일 평균금액은 10만원 한도(1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출)
  - 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우 40% 보장, 년 5000만원 이내
- 통원시 외래의료비와 처방조제비에 대해 외래, 처방 1건당 본인부담금과 비급여의료비를 합한 금액에서 항목별 공제금액\*을 뺀 금액에서 외래 보험가입금액, 처방조제비의 보험가입금액 한도(30만원이내)에서 계약시 계약자가 각각 정한 금액)내에서 보상, 년 180회 한도
  - \* (표준형) 의원급 : 1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액, 병원급 : 1.5만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액, 상급종합병원 : 2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액, 처방조제비 : 0.8만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액, (선택형) 의원급 : 1만원, 병원급 : 1.5만원, 상급종합병원, 2만원, 처방조제비 : 0.8만원



- 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우 40% 보장, 년 5000만원 이내

○ 보장하지 않는 내용

- 피보험자, 보험수익자, 계약자 고의사고
- 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 입원
- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 등
- 의사지시 불이행, 통원치료 가능함에도 자의적 입원 경우
- 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회활동 목적으로 전문등반, 스카이다이빙, 선박 승무원·어부 등의 직무상 선박탑승 등
- 치과치료, 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상)의 비급여의료비
- 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
- 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- 건강검진, 예방접종, 인공유산에 든 비용
- 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임 검사수술, 보조생식술, 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 등
- 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용
- 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료비용(쌍꺼풀수술, 코성형수술 등, 사시교정, 안경 등을 대체하기 위한 시력교

정술, 외모개선 목적 다리정맥류 수술 등)

- 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 각종 증명료 등)
- 자동차보험, 산재보험에서 보상받는 의료비
- 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

표준약관은 상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원의 표준형, 선택형 등 보장내용과 보장하지 않는 내용을 담고 있다. 보장범위 등에 대한 조정을 위해 표준약관이 매년 개정되다 보니 다양한 유형 상품의 실손의료보험 가입자 발생하고 있다.<sup>19)</sup>

<표 3-6> 실손의료보험 가입시기에 따른 상품 유형

가입 시기	입원보장	표준화	상품	보험료 갱신주기	가입률
~ 009.10.1	100%	×	특약*	자율(3-5년)	46.1%
2009.10.1 ~	90%	○	특약	3년	51.3%
2013.1.1 ~	90/80%(선택형) 병행	○	특약, 단독	1년	2.2%
2014.8(노후) ~	급여 80%/비급여 70%	○	단독	1년	0.1%
2015.9 ~	80%(표준형)	○	특약, 단독	1년	0.3%
2017.4 ~ 현재	기본 80%/특약 70%	○	특약, 단독	1년	-

주 : 1) 특약상품은 주계약(시망 등)의 종속계약으로 질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원 등  
 2) 가입률은 금융위원회(2016)자료 활용  
 3) 병실료 차액은 기준병실과의 병실료 차액 50% 보장, 1일 평균금액 10만원 한도  
 4) 통원보장은 자기부담금을 제외한 금액을 보장하고 있음, '13년 이후 통원은 통원 1회 당 30~100만원 한도 보장, 사고당 30일 한도, 연간 180회 통원횟수 보장, 의원급 1만원, 병원급 1만 5천원, 상급종합병원 2만원, 처방조제비 8천원의 자기부담금을 가지고 있음(노후실손의 자기부담금은 3만원임)

19) 가입시 보장내용은 가입자가 해지 또는 전환하지 않는 한 지속적으로 유지됨, '13년 이후 상품은 보장내용 변경 주기가 15년 이내로 설정됨

‘17.7 기준 현재 24개 보험사(손보사 10개, 생보사 14개)가 표준약관에 의거한 실손의료보험 상품을 판매 중이다.<sup>20)</sup>

앞서 국민건강보험과 실손의료보험의 차이점을 살펴보았다. 이에 대한 보험급여 혜택정도를 파악하기 위해 국민건강보험의 급여율과 생명보험의 지급률, 손해보험의 손해율을 비교해보면 다음과 같다.

국민건강보험 급여율은 국민건강보험의 보험료 수입액에 대한 보험급여비 지출액의 비율로 수치가 높을수록 가입자에게 보험급여 혜택이 많은 것을 의미한다.<sup>21)</sup> 생명보험사의 지급률, 손해보험사의 손해율은 국민건강보험의 급여율과 유사한 의미로 수입보험료대비 지급보험금, 경과보험료대비 발생손해액 등으로 산출하는데 수치가 높을수록 가입자가 보험급여 혜택을 많이 받는 것을 의미 한다.<sup>22)</sup>

국민건강보험의 2011년부터 2015년까지의 5개년 평균 급여율은 104.1%며, 연평균 적용 인구 1인당 급여율 즉, 고용주 부담분을 제외한 가입자가 납부한 보험료 수입만을 기준으로 볼 때 173.3%를 나타냈다. 민간보험인 생명보험의 최근 5년간 지급률은 55.1%, 손해보험의 손해율은 평균 84.4%를 보였다.

20) ※ 손해보험사 : 메리츠화재, 한화손보, 롯데손보, MG손보, 흥국화재, 삼성화재, 현대해상, KB손보, 동부화재, 농협손해보험

※ 생명보험사 : 한화생명, 알리안츠생명, 삼성생명, 흥국생명, 교보생명, 신한생명, 현대라이프생명, KB생명, DGB생명, KDB생명, 미래에셋생명, 농협생명, 동부생명, 동양생명

21) 국민건강보험 급여율=(보험급여비 지출액/보험료 수입액)×100

22) 지급률=(지급보험금/수입보험료)×100, 손해율=(발생손해액/경과보험료)×100

&lt;표 3-7&gt; 국민건강보험 급여율과 민간보험사 지급률, 손해율

(단위 : %)

구분	국민건강보험 급여율		생명보험사 지급률(b)	손해보험사 손해율(c)
	(a)	(a')		
2011년	108.8	180.4	58.9	83.9
2012년	103.3	173.1	49.1	83.9
2013년	101.6	171.7	54.2	84.5
2014년	103.6	165.6	56.2	85.3
2015년	103.2	175.8	57.1	84.7
5년 평균	104.1	173.3	55.1	84.4

자료 : 국민건강보험공단(2016). 2015 건강보험통계연보; 보험개발원(2017). 2016 보험통계연감, 최기춘, 이현복(2017), p.35. 재인용

(a) \*보험료 수입으로 계산(국고지원금, 기타 수입 제외)

(a') 연평균 적용 인구 1인당 급여율(연평균 적용 인구 1인당 보험료는 개인 부담 보험료로 고용주 부담분을 제외함)

상기 지급률과 손해율은 생명보험, 손해보험 전체를 살펴본 것이다. 국민건강보험의 보장범위와 연계가 높은 실손형 의료보험의 경우, 손해율이 2015년 상반기 기준 124.2%로 나타났다.<sup>23)</sup> 민간보험의 손해율이 매우 높은 수준으로 이를 근거로 하여 다수의 실손형 의료보험 상품의 보험료 인상이 추진되었다.

23) 금융감독원(2016. 1. 22.). 보험조사국 보도자료.

## 다. 민간의료보험의 쟁점

민간의료보험의 가장 큰 쟁점은 가입자를 선별하여 보험에 가입하도록 하는 것이다. 정액형 민간의료보험의 경우 금융상품의 성격이 강해 다소 이권이 있을 수 있으나, 국민건강보험의 보충형으로 시작된 실손형 의료보험의 경우 가입자를 선별하는 것은 국민들의 보충보험으로 역할에 있어서 한계점이 될 수 있다.

실제로 민간보험사의 경우 특수 전문직 종사자 등 사고 위험이 높은 직군에 대해서는 보험가입에서 배제시키는 현상이 나타나고 있는 것이 현실이다. 그리고 앞서 살펴본 기존연구의 가입자 특성에서 노인층과 저소득층의 가입이 낮다는 것을 확인할 수 있었다. 개인의 위험률에 따라 보험료가 책정되다보니 민간의료보험에서는 보험료 부담능력이 낮은 층에게는 보험료가 높아 가입하지 못하는 문제점이 있다.

대다수의 민간의료보험의 가입자들은 의료서비스를 이용함에 있어 낮은 비용의식을 갖도록 한다. 국민건강보험에서 보장받지 못하는 부분을 민간의료보험에서 보장받고자 하고, 가입자가 부담해야 할 의료비를 보험사에게 부담하여 의료비 부담을 덜고 자 한다.

최근 보험사들은 비급여의 증가와 가입자의 과다 의료이용, 일부 공급자의 과잉 진료로 인해 높은 손해율이 발생했다고 주장하고 있다. 이에 따라 대부분의 보험사는 실손형 의료보험의 높은 손해율을 말미삼아 보험료를 '15~' 16년 매년 약 20% 수준으로 인상하였다.

대다수의 가입자가 보험금 청구를 한 번도 하지 않았음에도 불구하고 일부 과잉 의료이용 가입자로 인해 보험료 인상을 감내해야 하는 문제점이 있다. 이러한 문제들은 실손형 의료보험 상품의 끼워팔기 금지, 할인제도 도입 등으로 부분적으로 개선될 것으로 예상되나 근본적인 문

제를 해결할 수 있는지는 의문이다.

또한 실손형 의료보험의 경우, 심사체계가 미비하고 비급여에 대한 통제가 어려워 보험금 지급 관리하는데 있어서가 어려워 높은 손해율을 나타낸 것으로 보인다. 하지만 손해율의 산정방법<sup>24)</sup>에 논란이 있었고, 관련 자료의 투명한 공개가 이루어지지 않고 있는 상황 속에서 일방적으로 보험사의 주장을 수용하기에는 무리한 측면이 있다.

민간의료보험 가입자의 과다 의료이용은 실손형의료보험 뿐만 아니라 정액형의료보험에서도 문제점이 발생하고 있다. 정액형의료보험은 비례보상이 이루어지지 않아 보험가입자가 가입한 모든 보험상품에서 보험금이 지급된다. 즉 중복보장이 가능하다는 것이다. 예를 들어, 일정 금액의 보험금을 지급하는 입원일당 상품을 다수 가입한 경우 입원기간이 길수록 지급받을 보험금이 늘어나므로 입원 기간 연장 등의 도덕적 해이의 부작용에 대한 우려가 있다. 신기철 등(2014)에 따르면 입원일당 상품을 5건 이상 가입한 민간의료보험 가입자는 그렇지 않은 경우에 비해 입원기간이 2~3배 길다고 하고 있다. 이 뿐만 아니라, 다수 연구에서도 민간의료보험 가입자는 비가입자보다 의료서비스이용에 있어 낮은 비용의식으로 의료이용의 빈도가 높다고 문제점을 제기하고 있다.

이 외에도 민간의료보험의 청구 및 심사에 대한 문제도 제기도 있다. 특히, 실손형 의료보험은 청구절차가 복잡하여 소액 청구인 경우 보험금 청구를 포기하는 경우가 빈번히 발생하고 있다는 문제점도 지적하고 있

24)

손해율 구분	산출방식	비고
위험보험료 방식	발생손해액/위험보험료	· 실손의료보험 공시기준
영업보험료 방식	발생손해액/영업보험료	· 자동차 · 일반 공표기준
합산비율	(발생손해액+사업비)/영업보험료	· 영업보험료 방식 보충지표

\* 발생손해액 = 지급보험금 + 손해조사비 + 지급준비금

다. 그리고 미흡한 보험금 지급 심사체제로 인해 보험사기 또는 가입자의 과잉 의료이용을 억제할 방법이 미비하다는 비판도 있다.

이처럼 보험가입자의 과잉 의료이용으로 나타나는 문제는 국민건강보험 재정에도 부정적 영향을 준다. 즉, 민간보험사가 보장하는 비급여 항목의 진료증가는 급여 항목의 진료도 증가하게 함에 따라 국민건강보험은 지출하지 않아도 되는 민간의료보험 가입자의 과잉 의료이용의 급여분을 부담하고 있는 것이다.

그 밖에 민간의료보험 상품들이 패키지 또는 특약 형태로 판매되다 보니 너무 복잡하여 소비자에게 충분한 정보가 제공되기 어려워 불완전 판매가 높다는 문제점도 있다.

중요사항에 대해 요약해 본다면, 민간의료보험과 관련하여 쟁점이 되는 부분 첫째는, 과거 폭넓은 보장범위(표준약관)<sup>25)</sup> 상품가입자가 많아 가입자의 의료이용에 대한 비용의식 낮아 과잉 의료이용 발생하고 있다는 것이다.<sup>26)</sup>

그리고 둘째, 실손의료보험이 일부 언론 등에서 ‘국민보험’, ‘제2의 건강보험’ 등으로 표현되고 있으나, 실손의료보험은 금융상품으로 위험군(기왕증 자, 노인 등) 가입이 배제되고, 보험료 부담으로 저소득층의 가입률이 낮다는 문제가 있다.<sup>27)</sup>

‘09년 표준화 및 보장축소(100%→90%), ’13년 단독상품 및 표준형(80%보장) 출시, ’17년 기본형+특약(도수치료 등) 출시 및 특약의

25) ‘13년 이후 판매된 단독형 가입자가 약 3%미만으로 대부분의 가입자가 입원시 90%, 100%의 보장을 받고 있음

26) 더불어 일부 공급자의 과잉 의료이용 유인을 가져왔음

27) ‘14.8 노후실손 출시, 가입률은 ‘16년 가입자 기준 0.1%로 미미함, 그리고 한국의료패널(‘16)에 따르면 ‘14년 가구 소득1분위 민간의료보험(실손+정액)가입률은 39.0%임(소득5분위 87.3%)

보장범위 70%로 축소 등의 상품개편 이루어져 왔으나, 상품개편의 주된 방향은 비급여의 소비자 부담을 높여(보험사 보험금 지급을 감소시켜) 보험사의 손해율을 낮추기 위한 것으로 소비자 및 보건의료관점의 개선이 부족하다는 평가가 있다.<sup>28)</sup>

---

28) 보장범위축소가 비급여 중심으로 이루어지고 있으나, 실손보험은 의료이용에 비용의식을 주기위해 마련된 법정본인부담금 취지를 살려 법정본인부담금 보장을 축소하고 비급여의 보장은 강화해야 한다는 주장이 있음







## 제4장 해외사례





## 제4장 해외사례

### 제1절 독일

독일의 사회보험은 의료보험, 재해보험, 노령연금보험, 실업보험, 장기요양보험 등 총 5개로 구성되어있다. 그 중 의료보험체계는 공적의료보험(GKV), 공공의료보험 이외의 보험<sup>29)</sup>, 민간의료보험 등으로 구성되어 있다.

공적의료보험의 경우 매년 연방정부에서 발표하는 일정한 소득수준에 미치지 못하는 개인은 강제로 가입하도록 하고 있다. 연방정부에서 발표한 ‘강제가입 상한선(Versicherungspflichtsgrenze)’은 2017년 기준 연소득 €57,600, 월 €4,800이다. 즉, 2016년도 월 소득이 4,800유로 미만인 가입자는 2017년도에 공적의료보험에 의무적으로 가입해야한다. 또한 가족 중 직업 활동을 하지 않는 배우자와 자녀는 보험료 추가부담이 없이 보험가입이 된다.

이런 의무보험대상자들은 위험공동체를 형성하며 이런 의무가입자들을 위한 급여목록은 질병치료를 위해 필요한 모든 의료적 조치를 포함한다. 반면 공적건강보험의 임의보험가입자들의 경우에는 다양한 형태의 계약체결이 가능하다. 피보험자 집단에는 급여생활자(일정한 소득한도 이상의 소득을 가진)와 자영업자 및 공무원이 포함된다.

공적의료보험의 피보험자 규모는 2012년 기준 전체인구의 85.0%인 약 6,950만명이며, 전체인구의 10.9%인 약 890만명이 민간의료보험에 가입되어 있다.

29) 공공부조 · 특수직역 공무원 · 국가보훈대상



자료 : Mannheim Institute of Public Health, Understanding the German Health Care System, 2012

[그림 4-1] 독일 건강보험 가입자 구성

공적건강보험의 재정은 고용주와 근로자가 각각 50%씩 보험료를 부담하도록 되어있다.<sup>30)</sup> 보험료율은 2015년 1월부터 공적건강보험 재정 구조 및 질발전법을 통하여 근로자가 단독으로 부담하는 특별보험료 0.9%를 폐지하였고 일반보험료율을 14.9% (사용자 7.3%, 근로자 7.3%)로 인하하였다. 2014년 건강기금의 재원 중 보험료를 통해 발생되는 수입은 약 1,882억 유로로서 전체 수입의 약 95%를 차지하며, 연방정부의 보조는 약 103억 유로로 전체 건강기금 재원의 5% 정도를 차지하고 있다.<sup>31)</sup>

30) 2015년 7월 1일 이후 고용주의 보험료중 0.9%가 근로자에게 전가되어 기업의 근로를 위한 부담을 경감시키고자 한다.

31) (출처) 연방보건부: 2015년도 통계집.

&lt;표 4-1&gt; 건강보험료의 부과체계

범주	부담자	산정방법
일반 보험료	의무가입자	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 근로소득(총 급여액) × 보험료율</li> <li>※ 2015년부터 14.9%(사용자 7.3%, 근로자 7.3%)</li> </ul>
	임의가입자	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 소득 × 보험료율<sup>32)</sup></li> <li>※ 임의 가입대상이며, 사업소득 · 임대소득 · 기타의 소득에 부과</li> </ul>
추가 보험료	가입자 (사용자 제외)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 기존에 일률적인 금액으로 소득과 무관하게 책정하던 것을 각 질병금고마다 자율적으로 소득에 대한 보험료율을 정하여 부과</li> </ul>

공적건강보험의 보험료는 당년도에 수입과 지출을 기준으로 결정된다. 급여는 납입된 보험료에 의해 조달되고 모든 피보험자에게 제공되는 급여는 납입 보험료 수준과는 무관하게 결정된다. 급여는 원칙적으로 실물급여로, 직접 서비스제공자인 병원, 의료진 등에게 지급되어 수급자격 조건원칙<sup>33)</sup>에 부합한다. 급여목록은 의료적으로 필요한 모든 외래 및 입원 치료 그리고 치과치료를 포함한다.

피보험자는 분기별로 가정의 (Hausarzt)를 방문할 의무가 있고, 진찰비 (Praxisgebühr) 10유로를 지불해야 한다 (가정의를 선택할 권한이 있다). 가정의는 환자를 진찰한 후 필요시 전문의와 연결해준다. 가정의에게 진찰받지 않은 상태에서 환자가 직접 전문의에게 진찰받는 경우에는 10유로를 다시 징수한다. 일부 질병금고는 소위 가정의 모형을 제공하는데, 이 때 가정의는 환자의 안내원 역할을 한다. 피보험자가 이

32) 자영자는 소득의 14.6%를 전액 본인이 부담

33) 수급자격조건원칙(Das Bedarfprinzip)은 모든 피보험자는 건강을 회복하기 위하여 요구되는 진단 및 치료를 받을 법적권한이 있다는 것이다. 이런 권한은 납입한 보험료 수준이나 피보험자의 개인별 질병위험 수준과 무관하다.

러한 가정의 모형에 참여하는 경우에는 대체로 진찰비가 아예 없거나 또는 매우 소액만 납부하도록 되어 있다.

또한 피보험자는 의약품에 대한 본인부담 (Zuzahlungen) 의무가 있다. 본인부담액은 의약품 가격의 10%에 해당한다 (단 최소 5유로, 최대 10유로). 또한 피보험자는 입원치료 시와 일부 치과치료의 경우 본인부담이 있다. 피보험자들은 민영 보충보험가입을 통해 이러한 본인부담을 줄일 수 있다.

비용결제가 피보험자로부터 직접 이루어지는 예외적인 경우도 있다. 서비스의 종류와 수준은 필요에 따라 이루어질 뿐 납입한 보험료와는 무관하다. 다양한 리스크를 균형있게 나누는 작업은 연대사회 (피보험자 집단)의 내부에서 이루어지며, 여기서 (피보험자 집단 내부에서) 연령 및 소득수준에 따른 보험료 배분이 이루어진다. 공적건강보험의 보험보장은 모든 유럽연합 회원국가와 사회보험협정국가에도 동일하게 적용되며 비용결제는 독일의 비용결제 수준을 넘어설 수는 없도록 되어 있다.

독일의 민간의료보험은 공적의료보험에 대한 ‘대체 가입형 (Vollversicherung)’ 과 ‘급여 보충형 (Zusatzversicherung)’ 으로 구분된다. 대체형 민간의료보험의 가입 대상은 임의가입자와 공공의료보험의 의무가입 적용대상자가 아닌 집단이다. 즉, 민간의료보험 가입자들은 보험가입 의무자가 아닌, 자영업자, 공무원, 일부 근로소득자 (의무보험가입한계 소득을 넘는)가 해당된다.

보충형 민간의료보험의 상품 종류는 다양하며, 현물급여를 제공하는 ‘병원 선택진료 보험’, ‘외래진료 보충보험’, ‘장기요양보험’ 및 현금급여를 제공하는 ‘장기요양 보충보험’, ‘상병수당보험’, ‘병원입원수당보험’, ‘상병수당대체보험’, ‘부채상환보험’, ‘외국여행 의료보험’ 으로 구성된다.

공적 의료보험과 민간 의료보험의 급여비 지출은 부문별로 차이가

있다. 민간 의료보험은 외래진료에서 의사에 대한 진료보수 및 치과진료에서 의사에 대한 진료보수와 치료재료에 대한 지출이 공적의료보험에 비해 상대적으로 많다.

2015년도 기준<sup>34)</sup> 49개의 민영건강보험회사들이 독일보험시장에서 감독당국의 감독 하에서 활동 중이다. 그 중 7개의 보험회사는 해외여행자 보험, 특수하위보험 등을 담당하는 전문보험회사로 이 회사들은 별도의 시장을 점유하고 있다. 나머지 42개 보험회사들을 일반 민영건강보험회사로 분류할 수 있다. 주식회사 (AG), 상호회사 (VVG), 공법상의 보험회사 등 3종의 보험자 형태가 존재하며, 시장점유율은 상호회사 (58%), 주식회사(34%), 공법상의 보험회사(8%) 순으로 높다.

민영의료보험의 재정수입은 보험료와, 자산수익 등으로 구성되는데 이 중 보험료는 피보험자의 고용주가 사회법전 제5권 257조 1항에 따라 50%를 부담한다. 보험료는 피보험자의 리스크에 따라 결정되며 이는 근로소득을 기반으로 결정되는 공적건강보험의 연대주의 원칙과 상반된 방식이다. 즉, 민영의료보험의 보험료 산출은 피보험자의 보험료 수준, 개별 보험 보장 환경의 상호관계에 따라 결정된다.

보장범위<sup>35)</sup>가 넓을수록 보험료는 상승한다. 또한 연령이 높아질수록 의료비 지출이 증가하기 때문에 민영의료보험의 보험료도 연령 증가에 비례하여 높아진다. 계약체결시점의 피보험자의 건강상태 및 성별 역시 보험요율 산정에 주요 요소이다.<sup>36)</sup> 계약체결 전 피보험자의 건강상태가 보험요율 결정에 결정적인 영향을 미치며 체결 이후의 조건 변화는 보험

34) 출처: 독일민간보험협회(PKV, Verband der Privaten Krankenversicherung) 민간보험 제정에 대한 보고서(Financial report for private healthcare insurance), 2015

35) 예컨대 병원입원시 1인실을 사용하는 계약의 보험료는 다인실을 사용하는 계약의 보험료보다 비싸다. 또한 과장선생이 특진하는 경우도 마찬가지로 보험료가 높다.

36) 기왕증(Bekannte Erkrankungen)의 경우에는 대부분 계약에서 제외되거나 부수적 위험으로 인정되어 보험요율을 할증하는 요인이 된다.



료를 변화와는 무관하다.

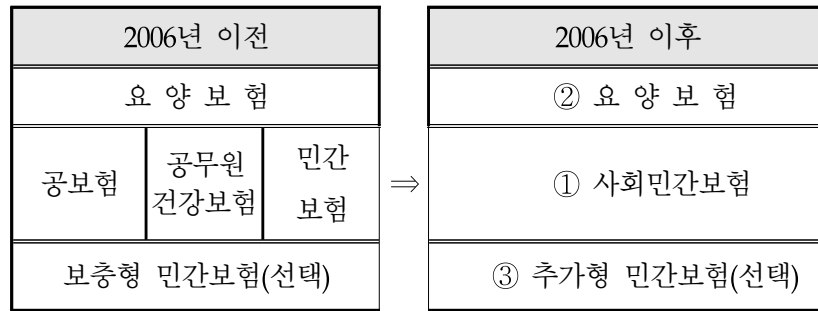
민영의료보험의 재정은 적립방식(Anwartschaftsdeckungsverfahren)으로 운영되며 보험료 산정방식은 생명보험의 방식과 유사하다.<sup>37)</sup> 향후 지급될 것으로 예상되는 급여가 보험료에 반영되며 모든 피보험자는 미래에 청구할 급여를 스스로 적립하는 형식인 것이다. 따라서 고령기에 접어들었을 때 보험료의 인상은 불가피한데 이 부분은 고령적립금(Alterungsrückstellungen)의 조정을 받아 완화된다.

## 제 2절 네덜란드

2006년 이후 네덜란드 건강보장제도는 사회민간보험제도로 공적 건강보험을 민간에서 위탁 운영하는 방식으로 운영된다. 모든 국민이 건강보험에 의무적으로 가입하는 사회보험을 민간보험회사가 운영하며, 표준급여의 범위, 의료서비스의 질, 보건의료접근성 등을 정부가 철저하게 관리하고 있기 때문에 사회민간보험(Social-private insurance)이라 규정하고 있다. 그리고 특별의료 보장을 위한 장기요양보험, 추가 보장을 위한 추가 민간보험이 존재한다.

따라서 네덜란드의 건강보험의 구조는 아래 [그림] 과 같이 ① 건강보험법(Health Insurance Act)에 의한 사회민간보험제도(ZVW), ② 특별의료보장법(Exceptional Medical Expenses Acts, AWBZ)에 의한 장기요양서비스제도, ③ 추가형 민간보험(complementary voluntary health insurance, VHI)의 세 유형으로 분류할 수 있다.

37) 즉, 피보험자의 건강에 대한 질문은 청약시점에서만 이루어진다. 그 이후에는 보험자가 보험계약을 취소할 권한이 없고, 보험계약은 종신 유효하고 양자간의 관계는 종신동안 유지된다.



[그림 4-2] 네덜란드 건강보험구조

사회민간보험은 우리의 국민건강보험과 같이 거의 모든 국민이 가입하고 있어, ‘15년기준 약 1,700만명, 국민의 약 98%가 가입하고 있는 것으로 나타난다. 사회민간보험을 통해 국가에서 정한 필수의료서비스(basic health insurance)를 전 국민에게 제공하고 있다.

네덜란드 신건강보험제도의 적용 대상은 네덜란드에 거주하는 모든 국민으로 네덜란드에 거주하는 모든 국민에게는 자신의 건강상태와 무관하게 보험 가입이 허용되며, 민간보험회사인 보험자를 매년 선택하여 변경할 수 있는 선택권이 부여된다. 이러한 가입자 선택권 강화는 보다 많은 가입자 확보를 위한 민간보험회사간 경쟁 유도를 통해 양질의 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다.

사회민간보험과 추가형 민간보험을 취급할 수 있는 보험자는 민간보험사로 영이 또는 비영리로 모두 가능하다. 하지만 우리나라와 다르게

비영리 보험사에 집중되어 있다. '15년기준 가입자의 약80% 이상이 비영리보험사에 집중되어 있어 과점의 우려가 제기되고 있다.

사회민간보험을 공적으로 제공하지 않고 민간보험사에 위임함에 따라 네덜란드의 사회민간보험은 안전성, 참여성, 그리고 연대성의 3대 원칙을 갖고 운영될 수 있도록 규정하고 있다. 따라서 민간보험사는 이러한 3대 원칙하에 다수의 보험사가 경쟁하여 효율성을 높이도록 설계되어 있다.

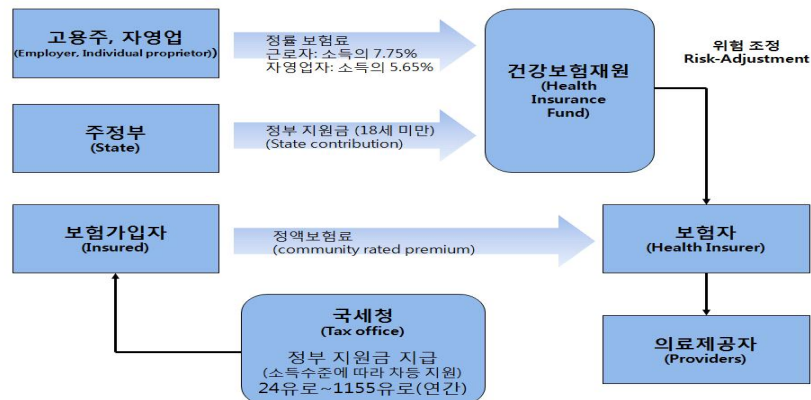
사회민간보험제도는 운영의 특이성과 함께 재원조달 방법에 특이성으로 여러 나라에 주목을 받고 있다. 사회민간보험의 재원조달은 이원화된 방식을 통해 우리나라에서와 같은 민간의료보험의 선별가입, 가입제한, 보험료 차등부과 등을 해결하였다. 더불어 크지 않은 낮은 변동 폭의 제한을 두고 있으나, 다수의 보험사가 시장에 참여하여 경쟁할 수 있도록 하고 있다.

재원조달은 이원화 되어 2가지의 통로를 통해 이루어진다. 우선 국가에서 정한 정액보험료(Nominal premium)를 민간보험사에 납부하며, 또 다른 한편으로 소득에 따라 정해진 정률 보험료(Income-related premium)를 국세청에 납부하게 된다. 정액보험료는 본인이 가입한 민간보험사에 납부하게 되는데 개인의 특성인 성, 연령, 질병력 등과는 무관하게 책정이 된다. 정률보험료는 국세청이 징수하여 보험사간의 가입자 특성으로 발생하는 불형평 문제를 해결하기 위해 보험사별 위험균등화를 통해 보험사별로 분배된다.

보건의료 재원은 ① 고용주 부담금, ② 보험가입자(의무건강보험)가 지불하는 보험료, ③ 정부 지원금, 그리고 ④ 본인부담금으로 구성된다. 보험가입자는 보험료를 본인이 가입한 보험회사와 소득에 따라 부과된 정률보험료를 국세청으로 지불하게 되는데, 근로자의 경우 소득비례 정

료보험료는 고용주가 지불하며 보험료에 대한 소득세만 근로자가 부담한다.

정률보험료와 정부 보조금은 건강보험재원(Health Insurance Fund)으로 일시적으로 조성되며, 이렇게 조성된 재원은 건강보험 위원회의 위험균등화(risk equalization)에 따라 민간보험사로 분배된다.<sup>38)</sup> 위험균등화를 위한 재정은 보험자의 이익 창출을 위한 기전으로도 활용되도록 하여 민간보험사들에게 위험도 높은 환자들의 건강관리, 예방 등에 대한 노력을 이끌어 내고 있다. 아래는 사회민간보험의 재정흐름을 나타낸 것이다.



[그림 4-3] 네덜란드 건강보험(ZVW)의 재정 흐름도

자료 : 주요국의 건강보험제도 네덜란드, 2016, 건강보험공단, p.10.

38) 국민에게 민간보험사 선택의 자유가 있기 때문에 고위험군에 대한 보험자 위험부담을 방지하기 위한 수단, 위험균등화지수는 성별, 연령, 지역, 고용상태, 투약 상태(Pharmacy Cost Group:PCG), 입원력(Diagnosis Cost Group:DCG) 등의 위험균등화 지수를 고려하여 보험회사별로 배분함. 보험회사 입장에서 볼 때 일정액으로 배분되는 위험균등화기금은 효율적 관리 운영을 통한 재정 절감의 인센티브로 작용함, 따라서 현재 보험회사는 여러 가지 만성질환 관리 프로그램을 개발하고 적극적으로 시행함으로써 재정 효율화를 도모하고 있음

사회민간보험 가입자는 본인의 선택한 보험사에 정액보험료를 직접 지불하게 되는데, 저소득 가구의 보험료는 소득수준에 따라 정부에서 차등적 지원을 하고 있다. 만 18세 미만의 아동에게도 정부의 보험료 지원이 존재한다.

건강보험재원 비중을 살펴보면 민간보험사로 직접 지불하는 정액보험료는 약 50%규모로 가장 크며, 국세청으로 납부하는 소득비례 정률보험료가 약 45%, 정부지원금 약 5%로 구성된다. 정률보험료의 경우 사회민간보험 재원으로 약 59%를 사용하고, 약 41%의 재원은 장기요양서비스의 재원으로 사용된다.

정액보험료는 '15년 기준 평균 €1,211로 가입자가 선택한 보험 상품의 성격에 따라 보험료에 차이는 있을 수 있으나, 개인의 특성(성, 연령, 질병력 등)에 따른 차이는 없다. 보험료 차이는 본인부담 공제액 수준, 의료공급자 선택 범위 등 개인이 선택한 상품에 따른 차등이다.

일정 한도 공제금액(deductible)을 가지고 있는데, '15년 기준 연간 €238이며, 가입자는 €375까지 선택 가능하다. 의료서비스 이용이 낮은 가입자는 공제액 수준을 높여 보험료 부담을 경감할 수 있다. 가입자의 약 95%는 기본상품(일정공제액 €238)에 가입하고 있으며, 이 외 집단 계약을 할 경우 최대 10% 할인 혜택이 있다.

정률보험료는 건강보험 재원의 약 45%를 차지하며, 이 중 약 51%는 사회민간보험재정으로, 약 49%는 장기요양재원으로 활용된다. 정률보험료는 소득수준에 따라 차등 부과되며 '15년 기준 소득의 6.95%이며, 고용주가 부담한다. 자영업자는 국세청으로 신고한 모든 소득을 기준으로 부과되며, 보험료율은 '15년 기준 4.85%이다.<sup>39)</sup>

39) 근로자의 보험료는 전액 고용주가 지급함에 따라 이에 따른 형평성 차원에서 자영업자의 보험료는 낮게 책정됨

정부지원금은 개인 또는 가구의 소득수준에 따라 차등 지원이 되며, ‘12년 기준 1인 가구의 경우 소득이 30,939 유로 이하, 2인 이상 가구는 42,438 유로 이하인 경우 정부지원금의 대상이 된다.

네덜란드에서 보험자는 의료제공자와 계약을 통해 의료서비스의 가격과 양, 질을 결정한다. 보험자는 일차의료인과 병원과 계약을 하며, 일차의료인은 보험사와 개별 협상보다는 일차의료인들이 구성한 협회와 계약을 체결한다. 협회는 각 지역에서 가장 시장점유율이 높은 보험사와 1차 협상 뒤, 이 협상결과를 바탕으로 나머지 보험사와 동일조건에 의한 계약을 진행한다.

병원에 대한 의료비 보상은 DTC(Diagnosis Treatment Combination)에 따라 수가가 결정되어 이루어진다. DTC는 목록 A와 목록 B의 두 영역으로 분류되며, 목록 A는 건강보험감독기관(NZa)에서 정한 가격에 따라야 하며, 목록 B는 보험사와 의료공급자가 협상에 의해 결정한다. 보험사와 의료공급자간 협상이 가능한 목록 B부문은 ‘05년 10%이내에서 ‘14년 약 70%수준으로 점차 증가하고 있는 추세이다. ‘14년 기준 DTC로 분류된 항목은 약 4,400개이며, 동일한 DTC도 보험사가 병원별로 협상을 통해 가격을 결정할 수 있다. 의료공급자는 수가협상을 위해 의료의 질에 대한 성과<sup>40)</sup>를 보험자에게 결과보고 한다. 이를 통해 의료공급자들의 질 향상을 위한 노력 기전을 형성한다.

네덜란드의 사회민간보험은 건강보험법(ZVW)에 따라 기본의료서비스를 의무적으로 제공하여야 한다. 따라서 모든 보험사는 동일한 기본의료서비스 항목이 포함된 상품을 의무적으로 한 개 이상 제공하고 있다. 기본의료서비스 항목은 일차의료기관(주치의) 방문, 병원의 입원 또는

40) 질병부담, 중재효과, 비용-효과성, 전문가단체와 소비자단체의 권고 수준, 보건의료 개선연구원의 임상지침 준수 여부 등

외래, 처방 의약품, 치과(22세 미만), 산과 진료 등으로 구성된다. 환자는 초기 진료 후 1년이 지나면 장기질환자로 분류되어 장기요양(Eeptional Medical Expense Act) 보장 받는다. 다음은 기본의료서비스 항목을 요약한 것이다.

네덜란드 사회민간보험 기본급여
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GP, 의료기관, 전문의, 조산사가 제공하는 의료를 포함한 제반 진료</li> <li>• 입원 진료</li> <li>• 22세 이하 모든 치과 진료, 22세 이상에서는 치과 전문의 진료</li> <li>• 보조기, 보장구</li> <li>• 약제</li> <li>• 조산사와 조산 보조인력이 제공하는 산모 관리 비용</li> <li>• 환자가 이용한 앰블란스, 택시 등 비용</li> <li>• 보완요법 : 만성질환자의 물리치료(단, 초기 10회/년은 제외), 운동요법, 식이상담, 언어치료</li> <li>• 정신요법(외래방문환자에게 제공한 초기 8회), 정신과 입원 진료(정신과로 입원한 - 환자의 초기 1년의 의료비)</li> </ul>

자료 : Health Systems in Transition: The Netherlands, 2010

기본의료서비스에 들어가는 표준급여항목(standard benefits package)은 보건복지체육부 장관이 건강보험위원회(CVZ, Health Care Insurance Board)<sup>41)</sup>의 자문을 거쳐 국회에 상정, 건강보험법으로 정해진다. 기본급여 결정시 4가지 기준을 적용하여 선정하도록 하고 있는데 다음은 그 기준을 나타낸다.

41) 건강보험위원회는 보건복지체육부, 민간보험사, 의료공급자, 환자(단체)로부터 독립성을 지닌 별도의 기관으로 이사회는 의장을 포함한 3인으로 보건복지체육부 장관이 임명

기본급여 결정시 4가지 기준
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 필요성(necessity) : 해당 질병의 사회연대성원리에 부합 여부. (Need for compulsory insurance),</li> <li>• 유효성(effectiveness) : 해당 급여의 임상적 유효성. (How well does it work?)</li> <li>• 비용효과성(cost-effectiveness) : 해당 급여가 건강보험에서 수용 가능한 비용효과성을 갖고 있는지 여부. 네덜란드 약물경제성 평가 가이드라 인상에선 cost per QALY로 표기. (Does it offer value for money?)</li> <li>• 실현가능성(feasibility) : 장기적으로 볼 때, 건강보험 재정측면에서 해당 급여를 기본 패키지에 포함시키는 것이 가능한지 여부. (Can it practically be insured?)</li> </ul>

자료 : Health Systems in Transition: The Netherlands, 2010

네덜란드 신건강보험제도의 적용 대상은 네덜란드에 거주하는 모든 국민으로 네덜란드에 거주하는 모든 국민에게는 자신의 건강상태와 무관하게 보험 가입이 허용되며, 민간보험회사인 보험자를 매년 선택하여 변경할 수 있는 선택권이 부여된다. 이러한 가입자 선택권 강화는 보다 많은 가입자 확보를 위한 민간보험회사간 경쟁 유도를 통해 양질의 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다.



&lt;표4-2&gt; 네덜란드 기본보장 상품 및 내용

상품종류	내 용	
Natura	- 기본 상품(모든 기본급여 보장) - 보험자가 특정 공급자와 계약, 계약된 공급자만 이용가능	보험료 저렴
Restitutie	- 기본 상품(모든 기본급여 보장) 공급자에 대한 선택제한 없음(보험자도 공급자와 계약하지 않음)	높은 보험료
Mix van Natura en restitutie	- Natura와 Restitutieh 혼합상품 일부 급여에 대해 공급자와 계약 체결	-

사회민간보험의 지불방식은 일차의료기관의 경우 인두제(capitation fee per registered patient)를 기본으로 하고 있으며, 병원에 대한 지불은 진단과 치료를 조합한 포괄지불방식인 DTC<sup>42)</sup>를 기반으로 한다.

일차의료기관은 인두제가 기본이나, 일부 만성질환<sup>43)</sup>은 질환별 상환비용을, 기본급여에서 제외되는 부분 진료는 일부 행위별 수가를 포함하기도 한다. 그리고 보험사와 협회의 수가계약 이후, 건강보험감독기관에서 최종 인두제 수가를 결정한다.<sup>44)</sup>

병원에 대한 지불방식인 DTC는, ‘14년 기준으로 DTC 항목의 약 30%는 건강보험감독기관에서 결정하며(목록 A), 나머지 70%는 보험

42) DTC는 DRGs(diagnosis-related groups)에서 착안한 분류체계로 DRGs의 경우 진단명에 따른 치료 항목의 총합으로 가격이 산출되는 반면, DTC는 치료항목으로 분류 즉, 한 질환에 여러 개의 DTC가 적용될 수 있어, 한 환자가 여러 질병이 있는 경우 DRGs 방식보다 유연하게 적용됨

43) 당뇨, 심혈관질환예방관리, 만성폐쇄성폐질환

44) 일차의료기관은 전문 간호사, 물리치료사, 격외지와 같은 특성을 반영하여 보험자 간 개별 협상도 가능함

자와 의료공급자간 계약으로 결정(목록 B)된다.<sup>45)</sup>

사회민간보험과 추가형 민간보험을 취급하는 보험자는 대부분 비영리의 민간보험사이다. 민간 보험사의 영리 추구는 허용되나 주식회사 형태의 보험자도 실질적으로 사회민간보험을 통한 이익은 미미하다. 사회민간보험을 통해 확보되는 가입자에게 함께 판매하는 추가형 민간보험을 통해 이익을 추구한다. 추가형 민간의료보험은 사회민간보험과 같이 위험산정 및 가입 개방 등의 엄격한 통제가 없다.

네덜란드의 사회민간보험은 보험자에게 이익을 창출하기 위한 수단이라기보다 가입자 확보를 통한 자동차보험, 생명보험 등 기타 보험의 가입자 기반을 확대하는 목적으로 운영된다고 할 수 있다. 따라서 사회민간보험 운영 자체와 관련된 민간보험사간의 경쟁 및 영리 추구를 위한 폐해 등이 그다지 크지 않다. 그리고 외국 보험사는 사회민간보험의 운영이 금지되고 있어 자국 보험사만이 사회민간보험의 취급이 가능하다.

보험사들은 대부분 전국 기반으로 운영되고 있으나 일부 지역보험자도 존재한다. ‘15년 현재 29개의 민간보험사 중 시장 점유율 상위 4개사<sup>46)</sup>가 전체가입자의 약 90% 이상을 점유하고 있다.

사회민간보험의 기본급여 즉, 표준급여항목<sup>47)</sup>은 국가에서 정하고 있어, 모든 보험사가 동일하게 보장한다. 표준급여항목에 따른 보장이 매우 포괄적이어서 연간 일부 공제액을 제외한 본인부담금이 거의 없으며

45) 목록 B에 대한 가격 협상은 개별 보험자와 개별 의료공급자간 자율적으로 이뤄지며, DTC는 병원지불 방식이외 정신과와 법의학 진료, 노인재활치료 부문의 지불방식으로도 적용하고 있음

46) Achmea, Uvit, CZ, Menzis

47) 표준급여의 서비스 제공 범위는 GP 진료, 전문의 진료, 병원 이용, 의약품, 18세 미만 어린이의 치과 진료, 특수 치과진료 및 의치, 의료용 압박 스타킹 등 일부 의료보조장치, 출산과 관련한 진료, 산부인과 진료, 앰블런스 및 휠체어 택시 이용 등 의료적 이송에 드는 비용, 정신과 치료, 언어장애 치료, 산재 치료, 교정적 치료(일부 보장), 영양섭취와 식이요법 등에 대한 상담 등으로 포괄적임

로<sup>48)</sup> 가입자의 의료비 부담감이 낮으며, 표준급여항목 이외 부가급여에 대해 보장하는 보충적 민간의료보험의 필요성은 거의 없으며, 고급의료 등을 위한 추가적 민간의료보험이 존재한다.

사회민간보험과 추가적 민간보험은 보건부의 관리·감독을 받는다. 그 밖에 보건 의료 감독부, 중앙은행, 금융감독원, 사생활보호본부 등으로 보험회사와 병원과의 불공정 거래 및 각종 관련 규정 준수 여부 등을 감독받고 있다. 그리고 보험자 대표로 구성된 보험자 협회(ZN)에 따른 보험사 자율규제가 존재한다.

### 제3절 일본

공적건강보험제도는 연령 및 소득에 관계없이 전 국민이 의무적으로 가입하도록 하여 모든 의료를 사회보험 방식으로 보장하고 있다. 공적건강보험은 1922년에 (직장)건강보험법, 1938년 (지역)국민건강보험법, 1950년대~ 1960년대 초반에 각종 공제조합법 제정으로 적용 및 확대하여 1961년에 전국민 건강보험을 실시하였다.

일본은 1961년 전국민 건강보험(國民皆保險)을 달성하였다. 하지만 우리와는 다르게 대상별로 다양한 제도를 통해 서비스가 제공된다. 직역별로 상호공제제도가 발달되어 직장근로자 대상 사회보험이 적용되고, 주민에게는 전국민 건강보험제도가 적용된다. 2008년부터는 노인의료비 급증에 따라 후기고령자제도를 시행하고 있다.

48) OECD Health data 2015에 따르면 네덜란드의 본인부담비중은 5.3%로 우리나라 36.9%와 매우 차이가 있음

일본은 공적보험을 우리나라와 같이 국민건강보험공단에서 통합 운영하지 않고 중앙정부, 지자체, 조합 등 다수의 보험자가 운영하고 있다. 이에 따라 일본의 공적건강보험은 직장(대기업, 중소기업), 공무원(중앙, 지방), 사립학교교직원, 지역(농민, 자영업자) 등으로 피보험자층이 세분화되어 있다. 또한 75세 이상의 고령자를 대상으로 한 노인보건의제도가 운영되고 있다. 다음은 일본의 건강보험제도를 구분한 것이다.

<표 4-3> 일본 건강보험제도의 구분

건강보험 (Health Care Insurance)	(직장) 건강보험 (Employees Health Insurance)	건강보험 (Health Insurance, HI)	전국건강보험협회 관장 건강보험 (Employees Health Insurance)
			건강보험조합 관장 건강보험 (Society-managed Health Insurance)
			선원보험 (Seamen's Insurance)
		공제조합 (Mutual aid associations)	국가공무원 공제조합 (National Government Employees Mutual Aid Associations)
			지방공무원 공제조합 (Local Government Employees Mutual Aid Associations)
			사립학교교직원 공제 (Private School Teachers and Employees Mutual Aid)
	(지역) 건강보험 (Community-based Health Insurance)		국민건강보험 (National Health Insurance, NHI) : 농업 종사자, 자영업자, 퇴직자 등 시정촌 및 그 외 국민건강보험조합(직종조합)
	후기고령자의료제도 (Late-stage Medical Care System of the Elderly)		후기고령자의료제도 (Late-stage Medical Care System of the Elderly)

원자료: KENPOREN, Health insurance, long-term care insurance and health insurance societies in Japan, 2014

출처 : 주요국의 건강보험제도 일본편, 국민건강보험공단, 2016, p.47.

일본의 건강보험제도의 구조는 매우 복잡하다. 다보험자 제도로 보험자 유형별로 가입자격이 다르며, 동일 보험에서도 복수의 보험자가 존재하게 된다.

재원조달은 직장인들이 가입하는 직장보험에서 근로자와 사용자가 보험료를 함께 부담하고, 국가가 그 비용의 일부 보조하는 형태이며, 지역보험은 가입자가 소득에 따라 일정액을 부담하지만, 재정의 대부분은 국가가 지원하고 있다. 다음은 일본의 건강보험 재정현황을 나타낸 것이다.

<표 4-4> 일본 건강보험의 재정현황

(단위: 억엔)

구분		2007	2008	2009	2010	2011
조합관 장 건강보 험	수입	62,003	63,658	61,718	62,854	66,494
	지출	61,403	66,847	66,952	67,008	69,983
	수지차액	600	△3,189	△5,235	△4,154	△3,489
협회관 장 건강보 험	수입	71,052	71,357	69,735	78,172	80,580
	지출	72,442	73,647	74,628	75,632	77,992
	수지차액	△1,390	△2,290	△4,893	2,540	2,589
	준비금잔고	3,690	1,539	△3,179	△638	1,951
지역 건강보 험	수입	127,797	124,589	125,993	128,019	-
	지출	129,087	124,496	125,927	127,726	-
	수지차액	△1,290	93	66	293	-
	실질수지차액	△3,620	△2,383	△2,628	△3,900	-
후기 고령자 의료	수입	-	98,517	111,691	116,434	-
	지출	-	95,510	110,974	118,001	-
	수지차액	-	3,007	717	△1,567	-

주: 국가공무원공제조합, 지방공무원공제조합, 사립학교교직원공제 등은

단기보험인 건강보험과 장기보험인 연금 등과 회계구분을 하지 않고 있어서 건강보험 만의 재정수지를 나타낼 수 없음

원자료: 후생노동성, 출처 : 주요국의 건강보험제도 일본편, 국민건강보험공단, 2016, p.48.

정부를 보험자로 하는 정부관장건강보험과 건강보험조합을 보험자로 하는 조합관장건강보험이 있다. 피보험자로는 적용사업소에 고용된 자로 건강보험법에 규정된 업종의 사업을 실시하는 사업소에서 상시 5인 이상을 고용하는 사업소 또는 정부, 법인의 사업소에 고용된 근로자는 건강보험의 가입자가 된다.

임의계속피보험자로 피보험자가 퇴직 등에 의해 피보험자의 자격을 상실한 경우, 상실전에 계속해서 2개월 이상을 피보험자였던 자는 신청에 의해 원칙적으로 2년간은 피보험자자격을 지속할 수 있다.

일용직근로자로 1개월 이내에 고용된 자, 2개월 이내의 기간근로자, 계절적 업무로 4개월 이내의 기간근로자, 임시적 사업으로 6개월 이내의 기간근로자는 건강보험법에 의해 피보험자가 될 수 있다. 그리고 특례퇴직 피보험자로 특정 건강보험조합이 자체적으로 실시하는 퇴직자의료의 대상이 되는 피보험자로 그 범위는 각 특정건강보험조합의 규약으로 정해져 있다. 피부양자는 건강보험에서 피보험자본인 뿐만 아니라 그 가족 중, 일정범위의자도 피부양자로서 급여대상이 된다.

보험급여에는 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비 및 가정방문간호요양비, 이송비 및 가족이송비, 상병수당금, 출산수당금, 출산육아일시금 및 가족출산육아일시금, 장제비 및 가족장제비, 가족요양비, 고액요양비 등이 있다.

급여율은 제도의 종류에 관계없이 의무교육 취학 전의 대상자(6세이하)는 80%가 보장되며, 의무교육 취학 후부터 70세 미만까지는 70%를

보장한다. 70세 이상은 90%(현역수준 소득자는 70%)인데, 본인부담 정률제가 적용되어 환자가 정률로 부담하며, 본인부담에는 일정한 상한액을 두고 있다. 다음은 연령대별 급여율을 나타낸 것이다.

<표 4-5> 연령대별 급여율 구분

연령구분	급여율	본인부담비율 (전체 진료비의 일정 정률)
75세 이상	90% (일정소득 이상은 70%)	10% (일정소득 이상은 30%)
70 ~ 74세	80%(90%) (일정소득 이상은 70%)	20%(10%로 동결) (일정소득 이상 <sup>49)</sup> 은 30%)
초등학생 ~ 69세	70%	30%(본인 및 가족 모두)
초등학교 취학전	80%	20%

출처 : 주요국의 건강보험제도 일본편, 국민건강보험공단, 2016, p.46.

건강보험에 대한 관리는 후생노동성에서 이루어지며, 보험국에서는 건강보험, 국민건강보험·선원보험·고령자의료제도에 대한 기획입안, 조정, 조사연구, 건강보험조합 및 지역건강보험의 보험자 등에 대한 지도 감독 이외에, 사회보험의료에 관한 행정을 담당하고, 노건국(老健局)에서 노인에 대한 보건복지, 개호보험산업 등을 담당한다.

그리고 전국건강보험협회에서 정부관장건강보험사업과 선원보험사업의 관리·운영을 담당하고 있다. 그 밖에 국가공무원공제조합은 재무성에서, 지방공무원공제조합은 총무성에서, 사립학교교직원공제는 문부과학성에서 각각 담당하고 있다.

49) 연령이 70~74세이더라도 월수입 280,000엔 이상이면, 진료비의 30%를 본인이 부담해야 함('13년 6월 기준 금액)

진료비의 지불은 지방후생국에 의해 지정된 의료기관에 이루어지며, 지정된 의료기관은 보험급여제공기관으로 피보험자에게 보험급여를 제공할 의무가 있다. 진료비는 보험자를 통해 의료기관에 지급된다.

의료기관 뿐만 아니라 실제로 진료를 담당하는 의사도 보험의(保險醫)로서 지방후생국장에게 등록해야 하며, 피보험자는 지정된 보험의 의료기관에 가서 등록된 보험의에게 진료를 받아야만 한다. 보험의 지정 취소도 가능하며, 스스로 탈퇴도 가능하다.

도도부현 자체적으로 수립한 지역의료계획에 의거해 1, 2, 3차 의료권 설정과 DPC(Diagnosis Procedure Combination) 적용대상 병원 및 병상으로 지정하고 있기 때문에 법률상 의료기관 인프라 확보에 관한 구체적인 사항을 일률적으로 정하고 있지 않다. 건강보험의 진료수가는 중앙사회보험의료협의회 자문을 거쳐 후생노동성대신이 결정한다. 의과진료, 치과진료 및 조제수가와 관련된 진료수가 각각의 단위를 10엔으로 하고, 단위수를 곱한 금액이 진료수가가 되며, 결정된 진료수가는 진료수가의 산정방법에서 고시한다. 행위별 수가제를 하고 있어, 진료수가는 원칙적으로 실시한 의료행위별로 각각의 항목에 부여한 점수를 추가하여 1점 단가를 10엔으로 계산한다. 일부 급성기 입원의료 부분은 포괄수가제도인 DPC제도가 2003년도에 도입되었다.<sup>50)</sup>

일본의 민영건강보험은 공적건강보험의 법정 본인부담금과 비급여 항목을 담보해주는 보충형 형태로 운영되고 있다. 운영주체는 민영건강보험과 소비자로 구분할 수 있으며, 의료공급자는 운영체계에서 중요한 역할을 하지 못하고 있다. 그 이유는 민영건강보험이 공적건강보험의 보충적인 역할을 하고 있기 때문에 의료공급자와 직접적인 관계를 맺고 있

50) 주요국의 건강보험제도 일본편, 국민건강보험공단, 2016



지 않다.

일본의 민영건강보험은 독립적인 건강보험회사가 제공하는 것이 아니라 우리나라와 유사하게 생명보험회사와 손해보험회사에서 동시에 제공하고 있다. 생명보험회사에서 취급할 수 있는 민영건강보험에는 일반적 건강보험과 특정질병보험, 의료보장보험, 개호보험, 단체의료보장보험 등을 포함하고 있다. 그리고 손해보험회사가 취급할 수 있는 건강보험에는 의료비용보험과 손보험 건강보험, 소득보상보험, 간병비용보험, 상해보험, 해외여행상해보험 등이 있다.

<표4-6> 생명보험회사, 손해보험회사가 취급하는 건강보험 종류

	상품명	특징
생명 보험	의료보험 (질병보험)	입원, 수술, 전담간호 등 의료경비의 보장에 중점을 두고 있는 보험
	특정질병보장보험	특정질병으로 인해 소정의 상태가 되었을 때 특정질병보험금을 지급하는 보험
	의료보장보험	공적건강보험을 보완하는 것을 기본이념으로 개발된 보험으로 치료, 입원, 간호급여 등이 지급됨
	간병보험	보험기간 중 피보험자가 일정한 개호상태에 있게 될 경우 개호급여가 지급됨
	단체의료보장보험	단체를 위한 종합의료보험상품으로 그 취지나 내용은 개인보험과 동일함
손해 보험	의료비용보험	치료비용 보험금 고도 선진의료비용 보험금 입원 제비용 보험금(병실특별 요금, 간병인 고용 비용, 입퇴원 교통비 등)
	손보험 의료보험	생보험 의료보험 및 암보험과 유사
	소득보상보험	질병 및 부상으로 인해 일하지 못하게 되어 수입이 감소하는 것에 대비

	간병비용보험	간병이 필요하게 되었을 때의 비용부담에 대비
	상해보험	불의의 사고로 인한 사망, 후유상해, 입원, 통원에 대비
	해외여행상해보험	해외여행 중의 질병 및 부상에 대비

자료 : 주요국의 건강보험체계와 민영건강보험의 역할, 2010

일본의 민영건강보험은 우리와 같이 공적건강보험의 법정본인부담금과 비급여 항목을 담보하는 보충형 보험이다. 그러나 우리나라와는 다르게 실손형 상품의 판매는 거의 없고, 대부분 정액형 상품이 이러한 역할을 담당하고 있다. 민간보험사들이 진료비 통제수단이 없는 현실을 반영하여 실손형 상품 제공은 거의 제공하지 않는 것이다.

민영건강보험은 임의가입으로 계약에서 약정한 급여를 제공한다. 리스크에 따른 개별보험료가 책정되고, 보험사는 높은 위험을 보유한 자의 보험가입을 거절할 수 있다. 우리와 같이 개인주의에 의한 경제제도로 금융상품으로써 자율성이 보장되고 있다.

#### 제4절 호주

호주는 메디케어(Medicare)를 통해 전국민 의료보장을 시행하고 있다. 메디케어는 조세를 재원으로 하는 보편적 전국민건강보험제도(universal national health insurance scheme)로 지불능력에 관계없이 양질의 보건의료서비스에 대한 보편적인 접근성을 보장한다.

20세기 중반까지 호주의 의료보장은 개인 또는 질병기금을 통해 제

공되었다. 1975년 메디뱅크(Medibank)가 도입되며 전 국민 건강보험제도가 시행되었고, 1983년 노동당 정부가 들어서며 보편적 조세를 재원으로 하는 건강보험체계인 현재의 메디케어 체계를 갖추게 된다.

메디케어는 시민권자 및 영주권자에 적용된다.<sup>51)</sup> 그리고 호주와 의료협약(Reciprocal Health Care Agreement)을 맺은 국가<sup>52)</sup>의 국민에게도 필수적인 의료서비스나 약품에 대해 적용된다.

메디케어는 조세를 재원으로 함에 따라서, 정부가 ‘15년 기준 총 보건지출의 약 70%를 지원하고<sup>53)</sup>, 약 30%가 민간재원이다. 민간재원은 환자 본인부담금(약 20%)과 민간보험(약 10%)으로 구성된다.<sup>54)</sup>

정부지원은 연방정부, 주정부 그리고 지방정부로부터 이루어진다. 연방정부는 전체 의료비 재원의 약44%를 담당하고, 공공부문 재원의 3/2를 제공한다. 연방정부 재원은 부가가치세, 메디케어 운영을 위해 소득의 1.5%(고소득자 2.5%)를 부과하는 메디케어 의료세(Medicare levy)<sup>55)</sup>를 포함한 일반조세로 구성된다. 총 8개 주정부 및 준주정부는 전체 예산의 절반 이상을 연방정부로부터 지원 받고 있으며, 나머지는 지방세, 자동차 등록세, 토지세 등을 통해 자체적으로 조달하고, 주 지방정부법에 의해 설치된 지방정부는 예산의 일정부분을 주정부로부터 지원받고 있으며, 그 외에는 조세나 인허가세, 서비스 이용료 등을 통해 재원을 조달한다.<sup>56)</sup>

51) 방문자와 임시거주자에 대한 적용 안 됨, 외국 유학생의 경우 해외유학생의료제도에 강제 가입해야 함

52) ‘16년 현재 벨기에, 핀란드, 이탈리아, 말타, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 아일랜드 공화국, 슬로베니아, 스웨덴, 영국 등

53) 약 43%를 연방정부에서, 약 27%를 주정부 및 지방정부에서 조달

54) OECD Health data 2016

55) 메디케어 의료세(Medicare levy)는 연방정부 의료재원의 15%를 차지

56) 이정석 등(2016)

총 보건지출의 약 30%는 민간재원이다. 민간재원은 환자 본인부담금과 민간보험으로 구성되는데, 본인부담금은 민간병원 이용시 발생하는 환자 본인부담금과 공공병원 입원시 진료 받는 경우 의료수가의 25%, 정부가 정한 의료수가보다 높은 금액을 청구하는 진료비로 의료수가와 청구 진료비 간의 차액(Gap) 그리고 병실비, 수술실 이용료와 약값 등이다. 외래에서도 갭(Gap)과 전문의사를 선택하여 진료 받은 경우 의료비의 15%를 본인이 부담한다. 그 밖에 치과 검사와 치료, 구급차량 이용, 가정 간호, 물리치료, 작업치료, 보청기 등이 있다.

민간보험은 본인부담금과 민간병원 이용 등을 위해 가입한다. 호주는 민간건강보험 인센티브법(Private Health Insurance Incentives Act, 1997)에 따라 중산층이하 소득자와 고령자 층에게 민간보험 가입을 장려하기 위해 민간보험 가입에 보조금(프리미엄 리베이트)을 지급한다.<sup>57)</sup> 아울러 평생건강보험 인센티브(Lifetime Health Cover incentives, 2000)를 도입해 31세 이전(31세 생일이 7월 1일 이전 이거나, 2000년 7월 1일 시점에 31세 미만)에 민간보험펀드에 가입 한 경우 상대적으로 낮은 보험료로 병원서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다.

메디케어 급여의 주요 요소들은 건강보험법(Health Insurance Act, 1973)에 제시되며, 의료서비스와 병원서비스에 대해 보장한다. 일반적인 급여 내역으로는 공병원에 입원한 공공환자에게 무상 치료, 메디케어 급여 수가표에 등재된 서비스에 대하여 급여 또는 리베이트 지불 등이다. 일반적으로 메디케어의 급여는 수가의 85% 보장을 제공하나, 일부 민간보험이 적용되는 병원, 대체 치료의 일부분으로 제공된 전문서비스는 수

57) 공정민간건강보험인센티브법(Fairer Private Health Insurance Incentives Act 2012)을 통해 2011-12년에 8만A\$ 이상의 소득자와 16만A\$ 이상의 소득을 가진 가족에게는 리베이트를 줄이고, 1년에 124,000A\$ 이상의 1인 소득자와 248,000A\$이상의 소득을 가진 가구는 리베이트를 받을 수 없도록 자산조사방식을 재도입하였음

가의 약 75%를 보장한다.

메디케어를 통해 일반의 및 전문의 상담 치료비용에 대한 혜택뿐 아니라, 외래진료시 치료 목적으로 의사가 실시한 X레이 촬영, 병리검사 등의 검사 및 진단, 검안사의 눈검사, 의사가 수행하는 대부분의 수술 및 기타 치료 절차, 메디케어에서 승인받은 치과의사가 행하는 일부의 수술 처치, 구순열 및 구개열에 관련된 특정 항목들, 만성질환 관리 프로그램의 일부 항목들에 대해 혜택을 받을 수 있다. 메디케어의 의료서비스에 대한 수가는 정부 즉, 보건부에서 관리하며 운영과 지불을 담당한다.<sup>58)</sup>

급여 목록(MBS; Medicare Benefits Services)의 재검토 및 적정 수가 결정 등은 보건부, 호주의사협회 등 보건의료 관련 단체 대표들로 구성된 메디케어 급여자문위원회(MBCC; Medicare Benefits Consultative Committee)를 통해 이루어지며, 새로운 항목의 급여 목록 추가는 의료 서비스 자문위원회(MSAC; Medical Services Advisory Committee)의 검토<sup>59)</sup>를 거쳐 보건부 장관이 결정한다.

약제비에 대해서는 약제급여제도(PBS; Pharmaceutical Benefits Scheme)를 통해 서비스가 이루어진다. PBS 급여 목록에 등재된 의약품과 약사 제공 서비스는 정부로부터 보조 받으며, PBS에 등재되지 않은 비급여 약품의 경우 환자가 약가 전액을 부담한다.

우리나라의 현물급여와 같이 의사가 제공한 의료서비스의 비용을 메디케어에 직접 청구해서 받는 경우 환자의 본인 부담이 없으나<sup>60)</sup>, 의사

58) 이정석 등(2016), 이정석 등(2016)에 따르면 호주에서는 의사 등 의료인력이 자기의 의료행위에 대해 수가를 정할 권리를 인정하고 있어, 의사는 급여목록에 포함된 서비스 제공 후 메디케어에 직접 급여비를 청구할 수 있으며, 이 경우를 제외하고는 MBS수가를 따라야 하는 강제성이 없다고 하고 있다.

59) 새로운 의료기술과 절차의 안전성, 효율성, 비용효과성에 대한 검토

60) Bulk Billing이라고 하며, 이 경우 정부에서 정한 수가로 행한 의료서비스의 총비용으로 인정함

가 정해진 수가보다 가격을 높게 책정한 경우 환자가 진료비 전액을 부담하고 그 영수증을 메디케어에 청구하여 급여목록 수가표에 따라 그 비용을 환급받는다.

메디케어에서도 비급여 서비스가 존재하는데, MBS에서 보장받는 일부 구강치료를 제외한 치과 검사와 치료, 구급차량 이용, 가정 간호, 만성질환 관리 프로그램에 지정되지 않은 물리치료, 작업요법, 언어치료, 시각장애치료, 척추교정 지압요법, 심리치료, 침술 (의사와의 상담 비용의 일부가 아닌 경우), 안경 및 콘택트 렌즈, 보청기 및 관련된 기구들, 의수, 의안, 의족 등의 인공기관, 비급여 의약품, 외국에서 받은 의료 서비스, 보험이나 고용주등 제 3자가 책임지는 의료비, 미용목적을 위한 성형, 생명보험 등을 위한 검사등과 관련한 비용은 비급여로 본인이 전액 부담한다.<sup>61)</sup>

의료서비스에 대한 지불은 주마다 약간의 차이는 있으나 총액예산방식 하에 호주식 진단군별 포괄수가제 방식인 AR-DRG (Australian refined diagnosis-related groups)<sup>62)</sup>을 따른다. AR-DRG는 지불 목적이 아니라 총액 범위 하에 예산배분을 목적으로 활용되므로 DRG가 적용되지 않는 환자는 없다.<sup>63)</sup> 민간병원에 대한 지불은 병원과 주정부 간 서비스 구매계약에 따른다.<sup>64)</sup>

호주의 민간건강보험은 메디케어가 급여하지 않는 부분을 보충하는

61) 이정석 등(2016)

62) 미국식의 진단군별 포괄수가제를 호주식으로 개발한 것으로 병원에서 진료하는 질병에 대해 표준가격을 지불하는 방식

63) 국민건강보험공단(2013)에 따르면 병원별 총액의 결정은 주정부 차원에서 병원의 서비스(행위, 치료재료, 약제 등)마다 목표량을 정해놓고 병원과 주정부가 협상함. 병원별료 (목표량×활동량+보조금)으로 지불금액이 산정되며, 주정부는 합의된 목표량까지만 재정을 지원함

64) 의료행위에 대한 진료비는 MBS에 따라 75% 행위별 수가로 지불되며, 입원환자에 대한 숙박비, 수술실 사용료 등은 환자 본인이 부담하거나 민간보험으로부터 충당함

역할을 한다. 민간건강보험은 민간병원에서의 서비스와 공공병원에서의 민간서비스를 보장하며, 병원입원 전문의 서비스 및 치과서비스, 시력검사, 대체의학과 같은 보조서비스의 선택과 이용 시기에 대한 선택권 제공한다. 민간건강보험은 보험료에 따라 보험급여 수준이 비례한다. 입원급여는 입원하여 받는 치료와 병실료, 수술비 등을 포함하며, 메디케어에서 급여하지 않는 서비스(치과, 안과, 물리치료 등)을 보장하며, 대기수술(elective surgery)<sup>65)</sup> 등은 제한적으로 보조하고 있다. 외래 및 일반의 서비스는 보장할 수 없다<sup>66)</sup>.

호주의 민간건강보험회사는 대부분이 비영리회사이다. ‘14년 기준 38개의 민영건강보험회사 중 32개가 비영리고, 단 6개 회사만이 주식회사이다.’ 14년 가입률은 약 54.9%이다.

민간건강보험은 집단위험률과 지역위험률을 보험료 산정의 기초로 삼는다. 따라서 개인별 건강수준에 따른 보험료 산정은 이루어지지 않는다. 그리고 가입이 개방되어 있어 가입하고자 하는 모든 사람은 가입이 가능하다.

1997년에 민간의료보험 보조금계획이 도입된 이후에 민간의료보험 가입자의 보건지출에 대한 재원은 민간의료보험 가입자의 보험료와 민간의료보험 가입에 대한 유인책으로서 연방정부에 의한 민간의료보험의 보험료 리베이트이다.

민간건강보험을 구매하는 주된 이유는, 고소득층이 민영건강보험을 구매하지 않았을 때 부과되는 세금을 피하기 위해서와 생애주기의료보장(LHC)에 따른 보험료 가산을 피하기 위함이 가장 크며<sup>67)</sup>, 그 외에도

65) 응급하지 않아 시간을 두고 진단과 치료를 행하는 수술

66) 김미화(2017)

67) 연간 개인소득 AU\$90,000 이상 고소득자는 민영보험 미가입일 경우 메디케어 보험료를 1% 추가하여 부담, LHC에 따라 31~65세 연령자 중 민간보험을 지속적으

의료기관 선택의 폭이 넓고 대기시간이 더 짧다는 이점과 개인병실을 사용할 수 있다는 장점이 있기 때문이다. 다만, 최근 호주의 민간건강보험은 높은 보험료에도 불구하고 보장항목이 제한적이어서 가입자의 만족도가 크게 하락하고 있는 것으로 나타난다.<sup>68)</sup>

호주의 민간건강보험은 공적건강보험과 상당히 연계되어 설계되었고, 매우 활성화 되어 있다. 민간건강보험의 활성화는 민간병원시스템과 연결된 의료재정 조달 정책에 기인한 바가 크며, 민간건강보험의 존재는 의료 공급자의 제공 서비스 선택과 진료의 수준 결정을 용이하기 해주는 중요한 수단이 된다.<sup>69)</sup>

한편으로 정부는 민영건강보험에 대한 규제를 지속적으로 하고 있다. 정부는 민영건강보험이 더 다양한 위험에 대하여 많은 국민들이 혜택을 보도록 다양한 규제를 하고 있는데, 대표적인 것이 공통요율적용의 원칙과 무조건가입의 원칙(가입개방)은 현재까지 유지되고 있다.

정부는 Private Health Insurance Act(2007)을 통해 민간건강보험 구매의 인센티브 제공, 민간건강보험 상품 운영규칙, 민간건강보험 사업 운영 조건 등에 대해 규정하고 있다. 대표적인 것이 앞서 언급한 민간건강보험 가입을 장려하는 것과 더불어 보험자는 가입자 차별을 하지 못하도록 하는 집단요율방식(community-rated)을 유지해야 하며, 표준화된 상

로 가입, 유지하지 않는 경우 보험료 가입시까지 보험료를 연간 2%씩 가산 책정(상한선은 70%)

68) 김미화(2017), 호주 민영건강보험 만족도 하락과 원인, 고령화리뷰, 보험연구원, 김미화(2017)에 따르면 호주의 민간건강보험 만족도 하락이유로, 보험회사가 비용절감을 위해 보험 보장범위를 축소하고 있고, 다른 한편으로 소비자들이 보장한도는 낮지만 보험료가 저렴한 보험을 선택하기 때문을 들고 있음. 소비자들은 보험료 부담에 비해 보장항목이 제한적이기 때문에 비싼 보험에 가입하기보다 정부가 보험 미가입자에 대해 부구화는 보험 할증료를 피하기 위한 수단으로 사실상 보장이 거의 되지 않는 저렴한 보험(junk policies)에 가입하는 경향을 보이고 있다고 함

69) Francesca Colombo and Nichole Tapay, "Private Health Insurance in Australia, OECD Health Working Paper No.8, 2003.10.



품(Complying Products)<sup>70)</sup>을 제공하도록 하고 있다. 이러한 규제를 통해 민영건강보험을 구매하는 개인과 그룹간의 형평성을 유지하고 있다.

그리고 민간건강보험 보장범위에 대한 규제도 하고 있는데, 민영건강보험은 정부기준가격 목록 이외의 비용을 지불해서는 안 된다. 병원치료를 포함하는 보험인 경우, 병원 치료와 일반적인 치료 또는 병원 대체 치료 없는 일반적인 치료에 대한 보장범위 요건을 충족시켜야만 상품 판매가 허가되며, 법에 명시한 기준을 만족하지 못한 치료에 대해서는 급여를 금지 할 수 있다.

민간건강보험은 메디케어를 통해 공공병원에서 제공하는 서비스도 중복 제공할 수 있으나 공공건강보험이 입원진료에 대하여 정부기준 가격의 75%을 보상하고, 민영건강보험은 25%를 보상해야 한다. 그리고 민영건강보험은 민간보험환자를 위한 진료비와 두 보험급여의 합계의 차이를 보장할 수 있다. 외래 및 일반의 서비스는 보장이 금지되어 있다.

호주의 민간건강보험 규제는 상당히 광범위하며, 기타 여러 나라와 같이 일정 재정규모(자본금) 이상의 재정적 안정이 확보된 보험자만이 민간건강보험을 취급할 수 있다. 그리고 민간건강보험에 대한 가입 보조 등과 함께 상품 및 상품 거래에 상당히 많은 규제를 가지고 있다. 비록 상품개발의 자율성이 있다고 하나 민영건강보험은 보험료율과 상품의 허가를 정부로부터 받아야 중대한 변경사실에 대해서는 신고해야 한다. 이것은 정부가 민영건강보험에 관련된 법의 요건을 그들이 상품을 통하여 희석시키는 것을 방지하기 위한 것으로 받아들여진다. 이러한 다양한 규제들은 역사적으로 민영건강보험에 대하여 모든 국민들이 나이나 소득에 관계없이 가입하고, 부담할 수 있도록 상당히 엄격한 계약조건과

70) 동일 치료를 커버하고, 같은 용어와 조건을 포함하며 같은 방식으로 운영되는 보장범위를 제공하는 상품

보험료 규제를 해왔기 때문으로 판단된다. 그리고 기타 소비자 보호 및 소비자의 알권리 충족 등을 위한 규제들이 존재하고, 민간건강보험 ombudsman(1995년 설립 법정기구)을 통해 민간건강보험에 관한 불만, 분쟁 등을 심사, 판단하도록 하고 있다.

## 제5절 시사점

해외 여러 나라와 우리나라를 비교해 보면, 아직 우리나라의 GDP 대비 국민의료비 비중은 낮은 것으로 나타난다. 그러나 국민의료비 중 정부 및 사회보험 자원 비중이 이 낮아 본인부담률이 매우 높고, 민간의료보험 가입도 높은 수준이다. 다음의 <표4-4>는 GDP 대비 국민의료비 비중 및 국민의료비 조달 비중을 나타낸 것이다.

<표4-7> GDP 대비 국민의료비 비중 및 국민의료비 조달 비중

(단위: %)

	Total	정부 및 사회보험	본인부담	민간보험
독일	11.3	84.6	12.5	9.3
네덜란드	10.5	80.8	12.3	5.9
일본	10.9	84.1	13.1	2.4
호주	9.6	67.8	19.6	8.9
한국	7.7	56.4	36.8	6.5
OECD 평균	9.0	72.5	20.3	6.3

자료: OECD Health data 2017, 민간보험은 OECD Health data 2016

우리나라의 국민의료비 중 민간의료보험이 차지하는 부분은 독일, 네덜란드, 호주 보다는 낮으나 일본보다는 높은 수준이다. 특이할 만한 것은 우리나라, 일본 민간의료보험은 대부분 영리보험사가 운영 중이며, 대부분 비영리 보험사가 운영하는 독일, 네덜란드와는 차이가 있다는 데에 있다. 다음은 <표4-5>는 보충(추가)적 민간의료보험 가입률과 영리, 비영리 비중을 나타낸 것이다.

<표4-8> 보충(추가)적 민간의료보험 가입률과 영리, 비영리 비중

(단위: %)

	가입률	비영리	영리
독일	33.0	75%	25%
네덜란드	86.0	90% 이상	10% 이하
일본	72.3	10% 이하	90% 이상
호주	54.9	32%	68%
한국	61	10% 이하	90% 이상

자료 : 가입률은 OECD Health data 2016, 기타 '16년 각국 보험사 자료 및 관련논문,

\* 한국, 일본은 통계자료 부족, 상품의 복잡성 등으로 통계산출이 어려우나 대부분 영리보험사에서 취급하는 것으로 파악됨

독일, 호주, 일본은 우리나라와 같이 보편적 보장을 보충하는 보충보험(complementary insurance) 형태로 민간보험이 운영되고 있고, 네덜란드는 고급의료, 치과진료 등의 추가적인 서비스를 위한 추가보험(supplementary insurance)으로 운영되고 있다. 다음은 민간의료보험 형태, 역할에 따른 발전 동인과 보장급부를 정리한 것이다.

&lt;표4-9&gt; 민간의료보험 형태, 역할에 따른 발전 동인과 보장급부

공공부문과 역할관계	국가	민간의료보험시장 발전 동인	민간의료보험보장 급부 특성
대체형 (Substitutive)	독일, 미국	전체국민에서 공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)
보완형 -공보험 급부보완 (Complementar y-service)	독일, 네덜란 드, 일본, 한국	공보험/공적재원이 제공하는 보장급부 범위제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스 (안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형 -공보험 본인부담금 (Complementar y User Charges)	독일, 프랑스, 일본, 한국	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
보충형 (Supplementary)	유럽상 당국가	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스(질, 대기시간 등)의 니즈차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대

원자료 : WHO(2016), 자료 : 정성희, 민간의료보험의 역할 재정립, 보험연구원 정책세미나(2017.11.9.) 발표자료 중

독일은 우리와 달리 생명보험회사나 손해보험사가 아닌 건강보험사(대부분 질병금고 형태)에서만 민간의료보험의 취급이 가능하다. 민간건강보험은 의학적 필요성이 부족하다고 판단되는 서비스(미용, 상담치료

등)와 신기술로 인정되지 않는 혁신적 치료 등 보장하고 있으며, ‘14년 가입률은 33.0% 이며, 비영리회사 점유율은 약 75%이다.

네덜란드는 2006년 개혁이후 공보험, 공무원 건강보험, 민간건강보험이 단일화되어 사회민간보험(질병금고 형태)으로 운영된다. 대부분의 사람들이 기본보장과 함께 추가형 보험을 구매하고 있고, 추가형 민간보험은 기본의료서비스에 들어가는 표준급여항목 외 고급의료, 치과진료 등에 대한 보장을 하고 있다. 추가형 민간보험 ‘14년 기준 가입률은 약 86%로 나타나며, 상위 4개의 비영리 보험사가 전체 가입자의 90% 이상을 점유하고 있다.

일본은 실손형 민간의료보험의 판매는 미미하며, 정액형 보험의 형태로 민간의료보험 판매(질병이나 상해 입원 경우 입원급부금, 수술급부금이 지급되는 상품)가 주를 이룬다. 우리나라와 같이 진료비 통제수단을 민간보험사가 보유하고 있지 않아 실손형 보험은 거의 판매하지 않으며, 위험관리 차원에서 정액형 건강보험을 중심으로 판매하고 있다.

호주는 조세를 재원으로 하는 메디케어를 통해 보편적 보장을 제공하고 있다. 그리고 이를 보충하는 민간건강보험이 존재한다. 보충형 민간보험의 ‘14년 가입률은 54.9%며, 약 32%가 비영리 보험사에서 제공되는 것으로 나타난다.

해외사례를 통해 살펴본 결과, 기본적 건강보험체계 이외 보충 보험은 대부분 미용, 성형, 고급의료, 혁신의료기술 등을 중심으로 운영되고 있다. 그리고 우리나라와는 다르게 대부분 비영리 보험자에 의해 보충보험이 제공됨에도 불구하고 보건의료 관점의 공적 관리가 이루어지고 있는 것으로 판단된다.

네덜란드, 호주는 각각 주의 보건당국 즉, 보건부, 보건노동부가 민간건강보험의 관리·감독 책임을 가지고 있고, 독일과 네덜란드는 고위험군

에게도 최소한 하나 이상의 표준급여항목을 포함한 의료보험상품(기본 상품) 제공하도록 보험사에게 의무를 부여하고 있다. 아울러 보충적 민간보험은 표준급여항목 외 미용, 고급의료 등을 보장하고 있고, 독일, 네덜란드 등은 대부분 비영리로 보충적 민간건강보험이 제공되고 있어 상업적 민간보험사 이용은 매우 낮다.

따라서 실손의료보험에 대한 보건의료 관점의 관리방안 마련이 필요하다고 할 수 있다. 우리나라도 표준약관 제정 및 개정 등에 있어 건강보험의 보장성변화와 연동된 표준약관이 마련되고 관리될 수 있도록, 보건의료국의 관리·감독 강화가 필요할 것이다.

실손의료보험은 가입자의 과다의료이용을 억제하기 위해 법정본인부담금의 보장은 축소 또는 금지해야 할 것으로 판단된다. 건강보험 급여의 법정본인부담금은 의료소비자의 서비스 이용에 있어 비용의식을 주기위해 마련된 제도 취지를 살려 보장을 금지하고, 한시적으로 예비급여의 본인부담금 보장을 허용하는 것에 대한 검토가 필요할 것이다. 다만, 예비급여 중 필수의료 성격이 높은(보장성 확대로 급여가 이루어질 항목) 경우 보장에서 제외되어야 향후 반사이익이 축소될 것으로 보인다.


건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익이 사회에 환원되는 시스템 마련이 필요하다. 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험의 보장범위 축소와 지급 보험금 감소에 대한 모니터링 시스템의 구축과 관련자료의 투명한 공개가 이루어져야 할 것으로 보인다. 아울러 실손의료보험의 손해율 및 보험료 적정성 평가 방안 수립이 필요하다. 반사이익에 대한 대응방안으로는 소비자의 보험료 인하와 함께 공익기금(건강관리 사업, 재난적 의료비지원 사업 등의 재원으로 활용)을 설치·운영하는 방법에 대해서도 논의가 필요해 보인다.

해외사례와 같이 비영리 보험사의 민간건강보험 판매를 활성화하여


상업적 민간보험사의 부작용을 최소화할 필요도 있을 것으로 판단된다. 상업적 민간보험사의 이윤추구 행위로 발생하는 까다로운 가입심사 및 가입거절, 과도한 사업비 지출 및 보수적인 보험금 지급 등의 문제를 완화하기 위해서는 비영리 보험사를 활성화하여 내부 경쟁을 통한 시장 자율 건전성 확보도 필요하다고 판단된다.







## 제 5장 결론 및 정책제언





## 제5장 결론 및 정책제언

### 제1절 결론

우리나라의 국민건강보험은 1977년 도입 후 짧은 기간 동안 국민들의 의료이용의 접근성 향상, 건강수준 향상 등을 높이는데 기여했다. 그러나 아직 미흡한 보장성으로 환자의 본인부담이 높아 대다수의 국민이 민간의료보험에 가입하고 있다.

민간의료보험의 활성화는 아직 부족한 건강보험의 보장성을 메우는 긍정적 역할을 하고 있다고 보이나, 이런 긍정적 측면과 함께 다양한 부정적 문제들을 야기하기도 한다. 대표적인 것이 최근 공·사보험협의체에서 실태조사를 하고 있는 건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험의 보장범위 축소 및 지급보험금 감소 즉, 실손보험사의 반사이익에 대한 것이다. 그리고 선별가입 정책, 가입자의 과다 의료이용으로 인한 건강보험 재정에 부정적 영향 등이 있다.

물론 민간의료보험이 가입자의 건강위험을 보험 제도를 통해 사회화한다는 긍정적 역할을 부인할 수는 없다. 하지만 우리나라의 급속한 고령화, 의료비 증가 등을 고려할 때 민간의료보험에 대한 다양한 문제들에 대한 해법을 찾아 건강보험과 합리적 역할을 할 수 있도록 제도개선이 필요한 시점이다.

민간의료보험이란 실손의료보험과 함께 「보험업법」상 제3보험<sup>71)</sup>의

71) 「보험업법」 제2조(정의) 다. 제3보험상품: 위험 보장을 목적으로 사람의 질병·상해

정액 지급형태의 보험도 포함한다고 할 수 있다. 따라서 민간의료보험은 상해와 질병과 관련된 의료비와 건강비용을 보장하는 보험상품들 모두를 의미한다. 민간의료보험은 ‘14년 가입률 기준 72.6%, 수입보험료 기준 약 30조원의 시장규모로 추산된다.<sup>72)</sup> 실손의료보험은 ’14년 국민의 약 62%가 가입하고, 약 5조원의 수입보험료 규모를 가진다.

민간의료보험과 관련된 문제들 특히, 실손의료보험의 다양한 문제들의 대부분은 해외사례를 보았을 때 건강보험의 보장성이 OECD 평균 수준인 약80% 정도로 확대되면 자연스럽게 많은 부분이 해소되리라 판단된다. 하지만 급속하게 획기적으로 건강보험의 보장성을 단기간 확대하기는 현실적으로 어려운 일이다. 따라서 건강보험의 보장성 확대와 함께 실손의료보험의 합리적 개선을 통해 부정적 영향들을 줄여가야 할 것이다.

의료산업선진화위원회(2006)에서 국민건강보험과 민간의료보험 간 합리적인 역할 설정을 위해 기본적인 방향과 원칙 즉, 민간의료보험은 국민건강보험의 비급여를 중심으로 급여, 개인정보를 제외한 기초통계 공유, 보험사와 의료기관간 비급여 가격계약 체결, 상품 표준화(표준약관 제정), 건강보험심사평가원의 민간의료보험 진료비 심사 업무 위탁 등을 권고하였고, 최근 이러한 권고 중 일부는 이행되고 일부는 그렇지 못하였다.

최근까지 민간의료보험의 제도개선은 실손의료보험의 상품개편(표준약관 변화)을 중심으로 이루어져 왔다. 2009년 실손의료보험 약관의 표준화 및 보장축소(입원보장의 경우 100%에서 90%로 변화)를 비롯하여,

또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약.

72) 2016년 한국의료패널 기초분석보고서, 수입보험료는 신기철(2014)의 ‘12년 기준 약 27.4조원에 연평균 약 6% 성장률 반영하여 산출

2013년 단독상품 및 표준형(80%보장) 출시, 2017년 기본형+특약(도수치료 등) 출시 및 특약의 보장범위 70%로 축소 등의 상품개편 이루어졌다. 상품개편의 주된 방향은 비급여의 소비자 부담을 높여(보험사 보험금 지급을 감소시켜) 보험사의 손해율을 낮추기 위한 것으로 소비자 및 보건의료관점의 개선이 부족하다고 생각한다. 특히, 보장범위축소가 비급여 중심으로 이루어지고 있으나 실손의료보험은 의료이용에 비용의식을 주기위해 마련된 법정본인부담금 취지를 살려 법정본인부담금 보장을 축소하고 비급여의 보장은 강화하는 방향으로 실손의료보험 표준약관의 개선이 필요해 보인다.

지금까지의 실손의료보험 제도개선의 결과 실손의료보험 중복가입 제한, 상품표준화, 최소 본인부담, 끼워팔기 금지( '18.4 시행예정) 등이 이루어졌다. 하지만 앞으로 개선되어야 하는 부분이 많은 것이 현실이다.

우리나라는 공적 의료보장제도인 건강보험을 주축으로 하여 민간의료보험이 보충적 역할을 수행하고 있다. 하지만 둘 간의 연계 및 합리적 역할 설정은 아직 매우 부족하다. 특히, 민간의료보험이 전적으로 금융상품의 관점에서 관리되다보니 보건의료 관점의 관리·감독이 이루어지고 있지 못해 보건의료정책 및 국민의료비 관점에서 다양한 문제들이 발생하고 있다.

해외사례를 살펴보면 우리나라와 같이 전적으로 민간의료보험이 상업적으로 운영되는 경우는 드물다. 유럽의 많은 나라에서는 역사적으로 비영리인 상호보험사 또는 조합 등에서 민간의료보험이 대부분 제공되고 있어 민간의료보험의 공공성이 강화된 형태로 운영되고 있다. 독일과 네덜란드의 경우 대체형과 의무가입인 사회민간보험이긴 하나 최소한 하나 이상의 민간의료보험 상품이 고위험군에게도 최소한 하나 이상의

상품 제공의무가 있고, 호주는 보충형 민간의료보험도 가입개방 되도록 하여 가입을 원하는 국민 누구나 상품가입에 제한이 없다. 그리고 민간의료보험의 보건의료관점의 관리를 위해 호주와 네덜란드는 관리, 감독 권한을 보건당국 즉, 보건노령부, 보건부가 가지고 있다.

현재 EU의 손해보험지침(제3차)을 살펴보면, 민간의료보험이 공적건강보험을 대체하거나 일부를 급여하는 경우 정부에서 소비자 보호를 위해 가입개방, 지역요율, 평생보장, 표준약관, 위험조정방식에 참여 등을 요구할 수 있다고 제시하고 있다. EU의 손해보험지침에 따르면, 우리나라의 경우 민간의료보험이 공적건강보험의 일부를 급여하고 있어, 우리나라 정부는 가입개방, 지역요율, 평생보장, 표준약관, 위험조정방식에 참여 등을 민간보험사에 요구할 수 있다. 이러한 조치들은 민간의료보험 상품에 대한 접근성에 대한 차별을 줄이기 위한 조치로 국민 또는 보험 소비자 보호를 강화하는 정책이라 할 수 있다.

민간건강보험의 역할을 강화하기 위해 정부는 가입자들의 형평성 및 접근성을 제고하고, 도덕적 해이를 줄여 비용을 합리적으로 관리하고, 소비자 보호를 강화해야 할 것이다. 다음은 민간건강보험에 대한 정부의 정책방향을 정리한 것이다.

<표4-10> 민간건강보험의 역할 강화를 위한 정부 정책방향

형평성 및 접근성 제고		비용관리(도덕적 해이 관리)		소비자보호	
역선택 최소화 (가입확대)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 가입의무화</li> <li>· 단체/저위험군 가입장려(세제혜택, 종신보장)</li> <li>· 기왕증 대기기간</li> </ul>	의료공급 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 과잉진료 방지 가이드라인 설정</li> <li>· 성과</li> </ul>	보험회사 재무건정성 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 최소자본금 설정</li> <li>· 적정준비금</li> </ul>

	허용 · 치료이력 고지 요구 허용 · 사회취약층 가입지원		공유형 지불체계 · 의료수 가-질모 니터링		적립
위험선택 최소화 (가입확 대)	· 보험회사 위험부담 경감(위험균등화, 고위험 풀) · 질환군 가입보장(자동갱신) · 보험회사 면책항목 허용	의료소비 관리	· 자기부 담금 설정 · 필수 료접근성 및 적정 보장제공 관련 모니터링	시장 투명성 제고	· 상품 공시 및 소비자 이해력 확보 · 광고 및 모집 행위 모니터링 · 소비자 민원 해결
이전효 과 촉진 (위험/ 소득전 가)	· 지역요율 적용(건강군-위험군 간 이전) · 소득비례 분담금 (고소득-저소득간 이전)				

원자료 : WHO(2005), 자료 : 정성희, 민영건강보험의 역할 재정립, 보험연구원 정책세미나(2017.11.9.) 발표자료 중

보건의료정책 속에서 국민건강보험은 국민이 의료서비스 이용에 있어 경제적 부담으로 인한 제약을 받지 않고, 개인의 욕구와 필요에 따라 적절하게 의료서비스 이용하여 국민 건강의 향상을 목표로 하고 있다. 이러한 국민건강보험의 보충형으로 민간의료보험이 역할을 하기 위해서는 지금보다는 공공성이 더욱 강화된 방향으로 개선이 이루어져야 할 것이다.

## 제2절 정책제언

최근 정부<sup>73)</sup>는 국정운영 계획에 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원의 세부내용 중 하나로 민간실손보험 관리 강화로 건강보험 재정건정성을 제고하겠다고 발표하였다. 이러한 계획의 시작은 새정부의 인수위 격인 국정기획자문위원회(국정위)의 대선 공약 이행방안 발표로부터 시작되었다.<sup>74)</sup>

국정위는 건강보험으로부터 받은 반사이익분만큼 민간 실손보험료 인하를 유도하겠다는 대선 공약의 이행방안으로 크게 4가지를 발표하였다. 첫째, 공사 의료보험 연계 관리를 위한 법의 제정을 연내 추진하겠다는 것과 둘째, 보건당국과 금융당국 그리고 관련기관이 참여한 공사보험 정책협의체 구성하여 공·사 의료보험 상호작용, 반사이익, 비급여 의료 실태 등에 대한 실태조사분석을 실시할 것이며, 셋째, 실손 의료보험의 사각지대 해소하여 노후 실손과 유병자 실손 활성화를 통해 의료취약계층을 보호하고, 단체실손 가입자가 추후 개인 실손으로 쉽게 전환할 수 있는 장치를 마련하겠다고 하였다. 그리고 마지막으로 소비자의 실질적 선택권 보장을 위해 진료비 및 보험 정보제공을 확대하겠다는 것으로, 비급여 공개 확대, 진료비 세부 내역서 표준서식 마련·확산, 실손손해율·보험료 비교공시 확대, 소비자 리포트 발간 등이다.

첫째 공사 의료보험 연계 관리를 위한 법의 제정의 핵심은 민간의료보험 특히, 실손의료보험과 건강보험의 연계를 강화하여 실손의료보험의 합리적 역할을 설정하는 것, 즉 어떻게 실손의료보험의 공공성을 강화하고, 보건의료 관점의 관리·감독권한을 강화할 것인가 일 것이다. 지금과 같은 금융상품으로의 관리를 넘어 보건의료 정책의 큰 틀에서 어

73) 정부는 2017년 7월 20일 국정운영 5개년 계획 발표함

74) 국정위는 2017년 6월 21일 대선 공약의 이행방안을 발표함



떻게 민간 금융상품의 자율성을 보장하며 합리적인 역할 설정을 할 것인가에 대한 고민이 필요하다. 건강보험과 연계성을 강화하기 위한 가장 중요한 것이 실손의료보험의 보장범위 즉, 표준약관에 관한 것일 것이다. 건강보험의 보장범위에 따라 실손보험사의 반사이익이 발생하지 않도록 모든 필수의료는 건강보험에서의 보장을 담당할 수 있도록 하고, 실손의료보험은 의학적 필요성이 낮은 미용, 성형, 고급의료 등으로 발전할 수 있도록 해야 할 것이다. 또 하나 중요한 것이 실손의료보험과 관련된 상품 개발, 개편, 운용, 판매 등과 상품 운영실적인 손해율과 보험료에 대한 검증 등에 대한 관리에 보건당국이 참여할 수 있는 기전을 마련해야 할 것이다.

둘째, 공사보험 정책협의체와 관련하여 검토되어야 하는 사안은, 최근 논란이 되었던 실손의료보험의 손해율, 반사이익 등과 함께 공사 의료보험의 상호작용, 비급여 의료 실태 등에 대한 실태조사분석에 대한 것이다.

공사보험 정책협의체 이전 다양한 정책협의체가 존재하였음에도 불구하고 실질적인 논의의 장이 되기에는 다양한 한계가 있었다. 가장 큰 이유는 협의체의 권한이 법적으로 보장되지 못하는 한계가 있다는 데 있을 것이다. 현재 추진 중인 공사 의료보험 연계 관리를 위한 법에 공사보험 정책협의체의 실손의료보험의 조사 권한 또는 실손의료보험관련 실태조사를 금융당국과 함께 보건당국이 공동으로 관리, 감독한다는 법적 권한을 부여해야 할 것이다.

그리고 실손의료보험 실태조사와 함께 투명한 정보공개를 통해 소비자 권한을 증진시키는 것이 필요하다. 금융당국은 최근 실손의료보험에 대한 감리를 진행하였고, 그 결과 일부 보험사의 일부 회사의 특정 상품 및 연령에서 보험료 산출기준의 불합리 등 일부 문제점을 발

견한 만큼 보다 철저한 실태조사와 함께 소비자 투명한 정보공개가 이루어져야 할 것이다.

실손의료보험 실태조사에 있어 중요한 부분이 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익과 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 건강보험 재정에 대한 부정적 영향의 정도를 파악하는 것이다. 우선 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익의 실증적 산출도 물론 중요한 문제이나, 그것과 더불어 반사이익이 존재한다면 그 것이 실손의료보험 손해율에 반영되어 소비자 보험료 인하로 이어졌는지 아니면 보험사에 유보되어 보험사 이익으로 귀속되었는지에 대한 것도 살펴보아야 할 것이다. 이는 앞서 언급했던 실손의료보험의 수익구조에 대한 불투명성으로 인해 발생한 문제이다.

그리고 공사 의료보험의 상호작용 중 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용으로 인한 건강보험 재정에 부정적 영향에 대한 조사가 중요하다. 이론적으로 민간의료보험 가입자는 비가입자에 비해 의료서비스 이용에 대한 비용의식이 낮아 의료서비스 이용이 많을 수밖에 없다. 그러나 실증분석결과에는 다소 논란이 있으나, 많은 연구에서 민간의료보험 가입자가 비가입자보다 의료이용이 높아 건강보험재정에 부정적 영향을 주고 있고, 이에 따른 건강보험의 보험료 인상은 상대적으로 민간의료보험에 가입하지 못한 사람들에게 피해가 된다고 하고 있다.

따라서 공사보험 정책협의체에서 진행될 실태조사에는 건강보험 보장성강화에 따른 민간보험사의 반사이익과 함께 민간의료보험 가입자의 의료이용 행태와 이로 인한 건강보험 재정에 영향도 중요한 사안으로 조사되고, 분석되어야 할 것이다. 반사이익과 민간보험사 손해율에 대한 실태조사는 아직 표준화, DB화가 미흡한 민간보험사의 청구 및 보험금 지급 상세자료들이 필요하나, 민간의료보험 가입자의 의료이용에 대한

연구는 민간의료보험 가입정보만을 이용하여 건강보험 자료와 연계해 분석이 가능하기 때문에 조사 수행에 있어서도 수월하다.

셋째, 공사보험 정책협의체에서 발표한 내용 중 실손의료보험의 사각지대 해소와 관련된 사안은 고위험군을 위한 상품을 활성화 하는 방안과 함께 중장기적으로 실손의료보험의 공공성을 강화하여 가입개방에 준하는 수준으로 가야할 것이다. 유럽의 다수의 사례에서와 같이 건강보험의 일부를 담당하는 보충 민간의료보험의 경우 지역요율, 위험균등화 정책 등을 통해 가입개방을 이루고 있어 매우 공공성이 강한 보험으로 역할을 하고 있다. 이럴 경우 민간보험사의 적절한 수익이 보장되어야 할 것이며, 저소득층의 가입 지원을 위한 제도들도 뒷받침 되어야 할 것으로 생각된다.

그리고 공사보험 정책협의체에서 고위험군을 위한 상품 개발과 더불어 단체실손 가입자가 쉽게 개인 실손의료보험으로 전환할 수 있는 방안을 마련하겠다고 발표 하였다. 단체실손 가입자의 개인 실손의료보험으로의 전환과 함께 2013년 이전 입원의 경우 100%, 90%보장을 받고 있는 실손의료보험의 대다수 가입자들의 새로운 상품 가입을 유도할 수 있는 방안도 고려되어야 할 것이다. 그간 가입자의 과다 의료이용을 억제하고자 보장범위를 축소한 상품이 출시되어도 가입률이 미미하여, 새로운 상품 개발의 취지가 반영된 정책효과를 보기 어려웠다. 기존가입자의 새로운 상품으로의 전환에 대한 대책마련이 이루어져야 하는 이유이다.

실손의료보험 가입자의 과다 의료이용을 줄여 건강보험재정에 미치는 부정적 영향을 줄이기 위해서는 새로운 상품개발과 이에 대한 기존가입자의 전환을 유도할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 새로운 상품개발은 건강보험의 보장성 확대에 따른 민간보험사의 반사이익을 축소할 수 있는 방안 즉, 법정본인부담금을 보장을 금지하고, 한시적으로 예비급여

에 대한 보장을 허용하되, 예비급여 중 향후 건강보험의 급여로 포함될 가능성이 큰 필수의료 성격의 것은 보장을 제외하는 등이 모색되어야 향후 발생할 반사이익을 줄일 수 있을 것이다. 이를 위해서는 소비자 및 보건의료관점에서 실손의료보험 표준약관에 대한 검토·분석이 이루어져야 할 것이고, 약관 개선작업이 진행되어야 할 것으로 생각된다.

마지막으로 공사보험 정책협의체가 제안한 내용은 소비자의 실질적 선택권 보장을 위한 진료비 및 보험 정보제공 확대(비급여 공개 확대, 진료비 세부 내역서 표준서식 마련·확산, 실손 손해율·보험료 비교공시 확대, 「소비자 리포트」 발간 등) 방안을 마련하겠다고 한 것이다. 보험상품은 내재적으로 복잡성과 전문성으로 인해 판매자와 소비자의 정보비대칭이 크다. 특히, 의료보험의 더욱 그러하다. 소비자에 대한 불충분한 정보는 보험사의 재무건전성에 부정적 영향을 주게 되고, 소비자의 상품에 대한 정보부족은 불완전 판매를 증가시켜 다양한 문제를 야기하게 된다. 따라서 소비자에게 충분한 정보제공과 함께 선택권을 보장하는 것은 매우 중요한 사안으로 다루어져야 할 것이다. 정보제공을 확대와 함께 공시제도 등을 개정하여 투명한 정보공개의 의무화가 필요하다.

상기 공사보험 정책협의체의 제안내용에 대한 이행방안 수립과 함께 중장기적으로 어떻게 공사보험의 합리적 역할 설정을 할 것인지에 대한 고민이 필요하다. 여기에 있어 핵심은 국민 약3,200만이 가입한 실손의료보험을 어떻게 보다 건강보험과 연계하여 사회적 공공성을 확보할 것인가 일 것이다.

민간의료보험의 공공성을 강화하는 방안으로 첫 번째로 고려되어야 하는 것이 민간의료보험의 선별가입정책에 대한 문제이다. 우리나라의 경우 대부분이 상업적 민간의료보험인 상황에서 가입개방은 어려운 것이 현실이다. 따라서 단기적으로 질병, 직업 등으로 가입이 배제되고 있

는 고위험군에 대한 상품개발의 활성화가 필요하다. 하지만 장기적으로 민간의료보험 상품의 공공성을 극대화하여 건강보험의 보충형으로 자리 매김 하기 위해서는 지역요율, 위험균등화 등을 통한 가입개방을 달성할 방안이 마련되어야 할 것이다.

두 번째로 고려되어야 할 것이 바로 민간의료보험의 투명한 수익구조 및 공시제도를 마련하는 것이다. 최근 논란이 되고 있는 건강보험의 보장성 강화에 따른 민간 실손보험의 보장범위 축소 및 지급보험금 감소 등과 손해율 산정방식의 적절성 등의 문제는 결국 그 간 외부에 민간의료보험의 수익과 손해에 대한 투명한 정보공개가 이루어지지 않아 발생한 문제이다. 외부의 전문가 또는 소비자 등에게 손해율 및 보험료 산정의 정보들이 투명하게 공개되고, 제공될 수 있도록 공시제도를 마련하는 것이 필요하다. 아울러 건강보험 보장성확대에 따른 반사이익 등이 존재한다면 소비자 보험료 인하 및 사회에 귀속시킬 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

세 번째로 고민해 보아야 하는 사안으로 민간의료보험 가입자의 과잉 의료이용으로 인한 건강보험재정에 부정적 영향을 어떻게 줄일 것인가에 관한 것이 있다. 민간의료보험 가입자의 과잉의료 이용은 단순히 민간보험사의 손해율 악화에만 관련이 되는 것이 아니라 국민건강보험재정에 부정적 영향을 주어 국민건강보험의 지속가능성에도 부정적인 영향을 준다. 또한 불필요한 검사나 의료이용으로 오히려 의료소비자들의 건강에 위해를 줄 가능성도 배제하기 어렵다.

따라서 민간의료보험 가입자의 합리적 의료이용을 위한 장치마련이 필요하다. 이러한 장치로 논의 되는 것이 정액형 민간의료보험과 실손민간의료보험의 중복가입 금지, 건강보험의 법정본인부담금의 보장금지 또는 축소 등이 있다.<sup>75)</sup> 그리고 민간의료보험 자체적으로도 적절한 보장

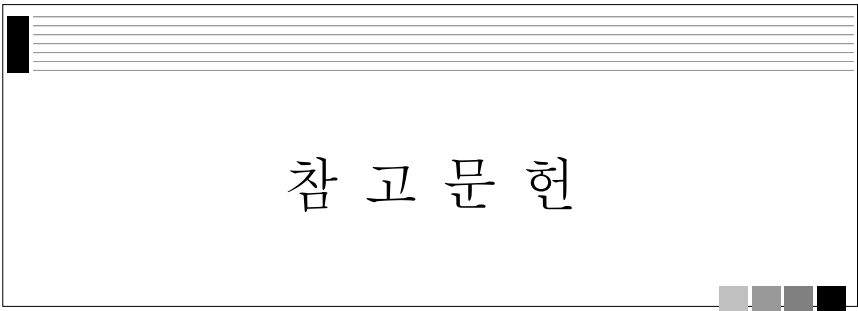
금액 및 보장 횟수 등을 조정하는 것이 필요해 보인다.

네 번째 고려사항은 보건의료관점의 관리 강화이다. 민간의료보험은 건강과 질병 및 상해를 적용하고 의료비 등을 보장하는 상품이다. 전적으로 금융상품으로만 바라보기에는 국민 의료비 및 국민의 건강과 밀접한 관련이 있다. 현재 민간의료보험이 금융상품으로만 관리되다보니 보건의료 정책 등을 고려한 상품의 설계가 미흡한 것이 현실이며, 건강보험과 연계 강화 등을 이루기 어렵다. 특히, 민간의료보험 상품 개발 및 개선에서 보건의료 정책 변화로 인한 민간의료보험의 환경변화를 선제적으로 반영할 수 있도록 해야 할 것이다. 정부의 비급여의 전면 급여화 정책시행에 따라 민간의료보험에 관련된 보건의료 환경변화는 급격하게 이루어 질 것이다. 따라서 민간의료보험의 보장범위 즉, 표준약관 변화에 대해 검토가 필요한 시점이다.

마지막으로 민간의료보험과 관련된 데이터 축적 및 관리 강화가 요구된다. 현재 실손의료보험은 가입자가 의료이용 후 진료비를 납입하고, 그 진료비영수증 등을 첨부하여 보험사에 보험금을 청구를 하는 절차로 진행되고 있다. 고액청구의 경우 진료비세부내역서 등의 추가서류 제출이 필요하나, 소비자편의를 위해 소액청구의 경우 진료의 세부내역을 할 수 있는 기타 증빙서류 없이 진료비 영수증으로 간편 청구가 가능하다. 따라서 현재 보험사의 보험금 청구자료 및 지급자료가 DB화 되어 제대로 갖추어져 있지 못하다. 현재 금융감독기관 및 보험사 등에서 간편청구시스템 도입, 전문심사기구 설립 등에 대한 논의가 진행 중으로, 이와 함께 가입자의 청구 및 보험금 지급 정보를 비롯한, 가입자의 의료이용 정보를 표준화, DB화하여 효율적 관리를 위한 방안도 마련되어야 할 것이다.

75) 실손의료보험의 경우 의료서비스 이용에서 비용의식을 주고자 마련된 건강보험의 법정본인부담금을 보장하면서, 비급여 의료비에 대한 보장을 축소하는 방향의 상품 개선이 적절한 것인지에 대한 검토가 필요함









## 참고문헌

- 강성욱, 권영대, 오은환, 유창훈, 2010, “실손형 민간의료보험이 의료이용에 미친 영향”, 『제2회 한국의료패널 학술세미나 자료집』, pp.125-142.
- 김태일, 허순임, 이용재, 양승욱, 2008, 『국민건강보험과 개인의료보험의 역할에 관한 연구』, 고려대학교
- 고영우, 김선옥, 이강오, 홍석철, 2011, “민간의료보험 가입과 의료비 지출의 관련성”, 『제3회 한국의료패널 학술대회 자료집』, pp.77-88.
- 국민건강보험공단, 2016. 『2015 건강보험통계연보』
- 국민건강보험공단, 2016, 『주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향, 독일』
- 국민건강보험공단, 2016, 『주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향, 네덜란드』
- 금융감독원, 2016. 1. 22. 보험조사국 보도자료.
- 김대환, 2014, “실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향”, 『보험학회지』 제98권, pp.61-90.
- 김성욱, 2005, “민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용”, 『제6회 한국노동패널 학술대회 자료집』
- 김재호, 2011, “민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정”, 『보험학회지』 제89집, pp.95-126.
- 박성복, 정기호, 2011, “민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구”, 『보험학회지』 제88집, pp.23-50.

- 백인립, 박현수, 조창현, 김영제, 이수철, 2011, “민간의료보험 가입 및 의료이용에 미치는 영향”, 『제3회 한국의료패널 학술대회 자료집』, pp.29-76.
- 백인립, 박현수, 변성수, 2012, “민간의료보험의 가입요인과 의료이용행태”. 한국콘텐츠학회지, 12(7), pp.295-305. 한국콘텐츠학회지
- 보험연구원, 2016, 『2016년 보험소비자 설문조사』
- 보험개발원, 2017. 『2016 보험통계연감』
- 보건복지부, 2017.9.9, 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다, 보건복지부 보도자료
- 신기철, 김윤, 권혁성, 최윤정, 김윤식, 조수진, 이태열, 이창우, 김동겸, 2014, 『정액형 개인의료보험 개선방안』, 국민건강보험공단 연구용역보고서
- 신기철, 권혁성, 2014, “민간의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구-20개 상병의 입원기간을 중심으로-”, 『사회보장연구』 제30권 제3호, pp.121-149.
- 신현웅, 윤장호, 강성욱, 김태은, 여나금, 심보람, 2015, 『국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안』, 국민건강보험공단 연구용역보고서
- 오영수, 2006, “국민건강보험과 민간건강보험간 역할 재정립 방안”, 『보험개발연구』 제17권 제1호, pp.103-136.
- 유창훈, 강성욱, 오은환, 권영대, 2010, “중·고령자의 민간의료보험 단수와 복수 가입자 특성 비교”, 『보건사회연구』 제30권 제2호, pp.446-462.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근, 2005, “민간의료보험의 선택에 영

- 향을 미치는 요인”, 『보건행정학회지』 제15권 제4호, pp.161-175.
- 윤희숙, 2008, “민영건강보험 가입이 의료이용에 미치는 영향”, 『한국개발연구』 제30권 제2호, pp.102-128.
- 이진석, 정백균, 허순임, 이용갑, 2006 “국민건강보험과 민영건강보험의 바람직한 발전방안”, 『건강보험포럼』 제5권 제1호, pp.26-36.
- 이현복, 남상욱, 2013, “민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구.” 『보험학회지』 제95집, pp.1-24.
- 이현복, 송성호, 2016, 『민간의료보험의 쟁점과 검토』, 국민건강보험공단
- 이현복, 현경래, 2011, “민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구.” 『사회보장연구』 제27권 제1호, pp.217-240.
- 이호용, 이현복, 2011, ‘민영건강보험의 보상범위에 관한 연구’, 한국보건경제정책학회, 『보건경제와 정책연구』, pp.35-59.
- 임진화, 김성경, 이은미, 배신영 외, 2007, “암 환자의 민간의료보험 가입 실태와 관련 요인”. 『예방의학회지』 제40권 제2호, pp.150-154.
- 전보영, 권순만, 오주환, 2010, “민간의료보험이 의료이용 및 의료비지출에 미치는 영향”, 『제2회 한국의료패널 학술세미나 자료집』, pp.113-124.
- 정기택, 신은규, 곽창환, 2006, “민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구”, 『보험학회지』 제75권 제1호, pp.1-25.
- 최기춘, 이현복, 2017, “국민건강보험과 민간의료보험의 역할 정립을 위한 쟁점”, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, p.31-49.
- Buchmueller, T. C., A. Couffinhal, M. Grignon, and M. Perronnin, 2002, “Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from france”, NBER WORKING PAPER SERIES 9238,

pp.1-35.

Jerry A. Hausman and William E. Taylor. 1981, "Panel data and unobservable individual effects." *Econometrica: Journal of the Econometric Society* 49(6), pp.1377-1398.

McCall. N., T. Rice, J. Boismier and R. West, 1991, "Private Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population", *Inquiry* 28, pp.276-287.

OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. 2004

OECD. *Health data*. 2016

Sapelli, C. and B. Vial, 2003, "Self-selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance", *Journal of Health Economics* 22, pp.459-476.



# 부 록





## 실손의료보험 표준약관

※ 보험업감독업무시행세칙, [별표 15] 표준약관(제5-13조관련)  
 <실손의료보험> <개정 2010.3.29., 2011.1.19., 2011.6.29.,  
 2012.12.28., 2014.2.11., 2014.12.26., 2015.11.30., 2015.12.29.,  
 2016.12.8., 2017.3.22.>

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

☐ 기본형 실손의료보험

### 제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목) ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.<개정 2015.11.30., 2017.3.22.>

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.<개정 2015.11.30.>

제2조(용어의 정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

## 제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.<개정 2015.11.30.>

보장 종목	보상하는 사항		
(1) 상해 입원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.<개정 2015.11.30.>		
	구분		보상금액
	표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>가</sup> 과 ‘비급여 <sup>취</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액 상급병실료에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선	입원실료,		「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여

보장 종목		보상하는 사항	
	구분		보상금액
	태 형	입원제비용 입원수술비	법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>가</sup> 과 '비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 10%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
		상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)			
(1) 상해 입원		<p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원</p>	

보장 종목	보상하는 사항
(1) 상해 입원	<p>한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>
	<p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <p>(i) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우</p> <p>계약일 (2014. 1. 1.)    최초 입원일 (2014. 3. 1.)    보상한도종료일 (2015. 4. 30.)    보상제외 (90일)    (2015. 7. 29.)    보상제외 (2015. 7. 30.부터)    보상제개</p> <p style="text-align: center;">426일 (예 : 5천만원 보상)</p> <p style="text-align: center;">보상한도 복원</p>
	<p>(ii) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p> <p>계약일 (2014. 1. 1.)    최초 입원일 (2014. 3. 1.)    보상한도종료일 (2014. 7. 31.)    보상제외 (212일)    (2015.2.28)    보상제외 (2015.3.1.부터)    보상제개</p> <p style="text-align: center;">365일 153일 (예 : 5천만원 보상)</p> <p style="text-align: center;">보상한도 복원</p> <p>⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는</p>

보장 종목	보상하는 사항						
	그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다. <개정 2015.11.30.>						
(2) 상해 통원	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <table border="1" data-bbox="485 936 1214 1370"> <thead> <tr> <th data-bbox="485 936 571 981">구분</th><th data-bbox="571 936 1214 981">보 상 한 도</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="485 981 571 1167">외래</td><td data-bbox="571 981 1214 1167">방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금<sup>주1)</sup>과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td></tr> <tr> <td data-bbox="485 1167 571 1370">처방 조제비</td><td data-bbox="571 1167 1214 1370">처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금<sup>주1)</sup>과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 &lt;표1&gt;의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td></tr> </tbody> </table> <p>주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.</p>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)
구분	보 상 한 도						
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)						
처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 과 '비급여 <sup>주1)</sup> '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)						

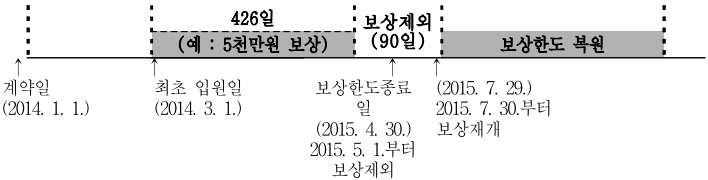
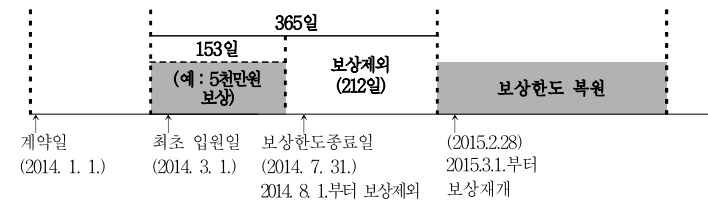
보장 종목	보상하는 사항		
(2) 상해 통원	<표1> 항목별 공제금액		
	구 분	항 목	공제 금액
	표 준 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소
			1만원과 보상 대상 의료비의 20% 중 큰 금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합 병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원
			1만5천원과 보상 대상 의료비의 20% 중 큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조 의4에 따른 상급종합병원
			2만원과 보상대 상 의료비의 20% 중 큰 금액
	선 택 형	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)
			8천원과 보상 대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소
			1만원
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합 병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원
			1만5천 원
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원
			2만원
		처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)
			8천 원

보장 종목	보상하는 사항										
(2) 상해 통원	<p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <table><tr><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th colspan="2">추가보상 (180일)</th></tr><tr><td>↑ 계약일 (2014. 1. 1.)</td><td>↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)</td><td>↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)</td><td>↑ 계약종료일 (2016. 12. 31.)</td><td>↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)</td></tr></table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑ 계약일 (2014. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2016. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)							
	↑ 계약일 (2014. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2015. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2016. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2016. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2017. 6. 29.)						
	<p>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>										
	<p>④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>										
<p>⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및</p>											

보장 종목	보상하는 사항											
(2) 상해 통원	<p>비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1&gt;의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>											
(3) 질병 입원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>보상금액</th></tr><tr><td rowspan="2">표 준 형</td><td>입원실료, 입원제비용 입원수술비</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여<sup>주)</sup>(상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</td></tr><tr><td>상급병실료 차액</td><td>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr><tr><td>선 택</td><td>입원실료, 입원제비용 입원수술비</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여<sup>주)</sup>(상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 10%가</td></tr></table>	구분		보상금액	표 준 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	선 택	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 10%가
구분		보상금액										
표 준 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.										
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.										
선 택	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 10%가										



보장 종목	보상하는 사항	
(3) 질병 입원	구분	보상금액
	형	계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
<p>주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p>		
<p>② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는</p>		

보장 종목	보상하는 사항
(3) 질병 입원	<p>날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <p>(i) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우</p>  <p>(ii) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우</p>  <p>⑤ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이</p>

보장 종목	보상하는 사항		
(3) 질병 입원	<p>경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동 갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑩ 이 약관 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>		
(4) 질병 통원	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <table border="1" data-bbox="470 1731 1216 1771"> <tr> <td data-bbox="470 1731 547 1771">구분</td><td data-bbox="547 1731 1216 1771">보 상 한 도</td></tr> </table>	구분	보 상 한 도
구분	보 상 한 도		

보장  
종목

보상하는 사항

(4)  
질병  
통원

구분

보 상 한 도

외래

방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금<sup>주1)</sup>과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)

처방  
조제비

처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금<sup>주1)</sup>과 '비급여<sup>주1)</sup>'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

<표1> 항목별 공제금액

구 분	항 목	공제금액
표 준 형  외래 ( 외 래제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중

보장 종목		보상하는 사항		
(4) 질병 통원	구 분		항 목	공제금액
	처방 조제비		제3조의4에 따른 상급종합병원	큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	선 택 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원
			처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재

보장 종목	보상하는 사항												
	<p>가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <table><tr><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>추가보상 (180일)</th></tr><tr><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td><td style="text-align: center;">↑</td></tr><tr><td>계약일 보상종료일 (2014. 1. 1.) (2017. 6. 29.)</td><td>계약해당일 (2015. 1. 1.)</td><td>계약해당일 (2016. 1. 1.)</td><td>계약종료일 (2016. 12. 31.)</td></tr></table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 보상종료일 (2014. 1. 1.) (2017. 6. 29.)	계약해당일 (2015. 1. 1.)	계약해당일 (2016. 1. 1.)	계약종료일 (2016. 12. 31.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)										
↑	↑	↑	↑										
계약일 보상종료일 (2014. 1. 1.) (2017. 6. 29.)	계약해당일 (2015. 1. 1.)	계약해당일 (2016. 1. 1.)	계약종료일 (2016. 12. 31.)										
(4) 질병 통원	<p>③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을</p>												

보장 종목	보상하는 사항
(4) 질병 통원	<p>적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1&gt;의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>⑩ 이 약관 제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>

### 제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 보장  
종목별로 다음과 같습니다.<개정 2015.11.30., 2016.12.8.>

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</li> <li>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</li> <li>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</li> <li>4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.</li> <li>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</li> <li>6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</li> </ol> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행</li> </ol>



보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	<p>글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)</p> <p>3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승</p> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	<p>조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2) 상해 통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신 상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</li> <li>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</li> <li>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</li> <li>4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.</li> <li>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</li> <li>6. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</li> </ol> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이</li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	<p>빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)</p> <p>3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승</p> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해 통원	<p>조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
(3) 질병 입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <p>1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F90 ~</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	<p>F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)</li> <li>3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)</li> <li>4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)</li> <li>5. 비만(E66)</li> <li>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</li> <li>7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)</li> </ol> <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</li> <li>3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> <li>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질</li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병 입원	<p>병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 진자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치</p>



보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</li> <li>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</li> <li>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</li> <li>4. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</li> </ol> <p>② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</li> <li>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)</li> <li>3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99)</li> <li>4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)</li> <li>5. 비만(E66)</li> <li>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</li> <li>7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)</li> </ol> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.&lt;개정 2015.11.30.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따</li> </ol>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	<p>른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	<p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
	<p>말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>13. 「응급의료에 관한 법률」 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항) ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.<신설 2017.3.22.>

1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
  2. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
  3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
  4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가

함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.<신설 2017.3.22.>

정규보고서 2017-1-0002

국민건강보험 보장성 확대에 따른  
실손의료보험 개선에 대한 연구

발 행 일 : 2017. 11. 30.

발 행 인 : 성 상 철

편 집 인 : 이 홍 균

발 행 처 : 국민건강보험공단 건강보험정책연구원  
강원도 원주시 건강로 32 (반곡동)

대표전화 : 1577-1000 / FAX: 033)749-0000

홈페이지 : [www.nhis.or.kr](http://www.nhis.or.kr)

인 쇄 처 :

불법복사는 지적재산을 훔치는 범죄행위입니다.

저작권법 제 97조의 5(권리의 침해죄)에 따라 위반자는 5년 이하의 징역 또는 5천만 원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과할 수 있습니다.