연구보고서 2007-18-2

외국의 민간의료보험 정책 연구

홍 석 표
이 준 영
정 형 선
공 경 열

한국보건사회연구원

머 리 말

공적보험제도인 국민건강보험은 1977년 도입되어 우리나라 국민의 건강을 책임지는 제도로 성장하였다. 국민건강보험제도는 제도 시작 초기에 비해 양적, 질적으로 크게 성장하였음에도 불구하고 보장성 및 재정의 취약성이 지속적으로 문제점으로 지적되어 왔다. 이러한 취약성으로 인해 민간의료보험의 역할확대라는 이슈가 대두되어오고 있다. 민간의료보험의 역할확대와 관련된 논의의 핵심은 민간의료보험의 역할확대 자체가 공적보험과의 단순한 보완적 역할이 아닌 공적보험의 기반을 약화시키는 결과를 초래할 것이라는 우려이다. 특히 의료의 공공성이 약화될 수 있다는 우려가 부정적인 측면의 핵심이라고 볼 수 있다. 외국의 경우와 같이 민간의료보험에 대한 적절한 규제정책을 통하여 문제점이 완화 또는 완전 통제될 수 있는지에 대한 검토 또는 논의도 필요하다고 본다.

이에 본 보고서는 독일, 프랑스, 영국, 네덜란드 등 주요 OECD 국가들의 민간의료보험에 대한 정책 중 규제 측면을 중심으로 살펴보고자 한다. 이러한 외국의 정책 연구는 민간의료보험의 역할확대에 대한 논의가 진행 중인 우리나라의 정책결정에 참고가 될 것으로 기대한다.

본 연구는 본원의 홍석표 연구위원의 책임 하에, 이준영 서울시립대학교 교수(2장), 정형선 연세대학교 교수(3장), 공경열 국민건강보험공단 차장(4장)의 공동연구로 수행되었다. 또한, 연구진은 본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해 준 본원의 원종욱 연구위원과 신현웅 부연구위원에게 사의를 표하고 있다.

2007년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

요 약 ····· 9

제1장 서 론 ····· 26

제2장 독일의 민간의료보험 ····· 30

제1절 사회보장의 한 축으로서 민간 의료보험 ····· 30
제2절 민간 의료보험 접근 보장을 위한 보험자 규제 ····· 37
제3절 자체규제에 대한 기준 ····· 57
제4절 분쟁조정을 위한 기구 ····· 59
제5절 민간보험의 가입에 대한 세금감면 및 정부지원 ····· 62

제3장 프랑스의 민간의료보험 ····· 64

제1절 사회보장제도와 민간의료보험 ····· 64
제2절 민간의료보험 접근 보장을 위한 보험자 규제 ····· 75
제3절 민간의료보험에 대한 세금감면 및 인센티브 ····· 95
제4절 민간의료보험을 위한 개혁 ····· 96

제4장 영국의 민간의료보험 ····· 99

제1절 민간의료보험의 위치 ····· 99
제2절 영국의 민간보험 ····· 104
제3절 민간의료보험에 대한 정부규제 및 분쟁조정 ····· 116

제5장 네덜란드의 민간의료보험 ····· 122
제1절 네덜란드 보건의료체계 개요 ····· 122
제2절 2006년 이전의 건강보험 체계 ····· 127
제3절 새로운 건강보험 체제 ····· 132
제6장 결론 ····· 138
참고문헌 ····· 141

표 목 차

〈표 2-1〉 민간보험 관련 법·규정의 변화 ····· 33
〈표 2-2〉 공적 의료보험의 최고보험료 추이(구서독 지역) ····· 46
〈표 2-3〉 민간 의료보험 현황(2000) ····· 47
〈표 3-1〉 프랑스의 공공건강보험제도 ····· 66
〈표 3-2〉 프랑스 보충보험의 보장수준, 1998 ····· 72
〈표 3-3〉 OECD 국가의 공공의료보장과 민간의료보험의 적용범위 ····· 77
〈표 3-4〉 서비스 및 재화 항목별 재원구성 ····· 87
〈표 4-1〉 병원 외래환자 Waiting Times/List 통계 ····· 102
〈표 4-2〉 사회보장에 대한 이데올로기적 비교 ····· 103
〈표 4-3〉 민간의료보험 가입자현황 및 수입규모 ····· 105
〈표 4-4〉 민간의료보험 사업장 가입자현황 및 수입규모 ····· 106
〈표 4-5〉 민간의료보험 개인 가입자현황 및 수입규모 ····· 106
〈표 4-6〉 1999년 기준 영국의 민간건강보험 가입세대 현황 ····· 107
〈표 4-7〉 영국의 민간의료보험(PMI)의 특징 ····· 112
〈표 4-8〉 ABI의 2008년부터 적용할 용어정의 ····· 113
〈표 5-1〉 네덜란드 보건의료체계의 지출과 재원 ····· 132
〈표 5-2〉 네덜란드 건강보험 개혁 주요 요소 ····· 134

그 림 목 차

〔그림 2-1〕 공적 및 민간의료보험 간 가입자 이동추이 ····· 48
〔그림 2-2〕 민간의료보험의 보험료 산정 ····· 54
〔그림 2-3〕 노령적립금 연도별추이 ····· 56
〔그림 3-1〕 기본보충질병보험(AMCB) 구입을 위한 보조 ····· 97
〔그림 4-1〕 런던 민간건강보험 연령별 평균보험료(파운드) ····· 115
〔그림 5-1〕 네덜란드 건강보험체제 2006년 전후 비교 ····· 133
〔그림 5-2〕 건강보험법에 따른 재정 흐름도 ····· 135

요 약

1. 서론

공적보험제도인 국민건강보험은 1977년 도입되어 우리나라 국민의 건강을 책임지는 제도로 성장하였다. 국민건강보험제도는 제도 시작 초기에 비해 양적, 질적으로 크게 성장하였음에도 불구하고 보장성 및 재정의 취약성이 지속적으로 문제점으로 지적되어 왔다. 이러한 취약성으로 인해 민간의료보험의 역할확대라는 이슈가 대두되어오고 있다. 민간의료보험의 역할확대와 관련된 논의의 핵심은 민간의료보험의 역할확대 자체가 공적보험과의 단순한 보완적 역할이 아닌 공적보험의 기반을 약화시키는 결과를 초래할 것이라는 우려이다. 특히 의료의 공공성이 약화될 수 있다는 우려가 부정적인 측면의 핵심이라고 볼 수 있다. 외국의 경우와 같이 민간의료보험에 대한 적절한 규제정책을 통하여 문제점이 완화 또는 완전 통제될 수 있는지에 대한 검토 또는 논의도 필요하다고 본다.

본 보고서에서는 의료의 공공성을 유지하면서 민간보험을 활성화한 독일, 프랑스, 영국, 네덜란드의 민간의료보험에 대한 정책 중 규제정책을 중심으로 살펴보고자 한다. 이러한 연구는 민간보험의 역할확대에 대한 논의가 진행 중인 우리나라의 정책결정에 참고가 될 것으로 기대한다.

2. 독일의 민간의료보험

가. 개요

독일은 국민의 88%가 공적 의료보험에 가입하고 있으며 이 중 74%는 강제피보험자이고 14%는 임의피보험자이다. 국민의 9%가 대체형 민간 의료보험 가입자이고, 공적 의료보험가입자 중 10%는 본인부담 보충형 혹은 비급여 서비스에 대한 보충형 민간 의료보험에도 가입하고 있으며, 2%는 경찰, 군인, 사회복지서비스 대상자로서 무료로 정부의 의료보험서비스를 받고 무보험자는 0.2% 이하이다. 원칙적으로 사회법(SGB)은 실업자, 연금수급자, 농부, 학생, 예술가, 장애자 같은 그룹뿐만 아니라 고용상태에 있는 국민이 공적 의료보험의 대상이 되어야 하는 것으로 규정하고 있다. 그러나 일정소득이상 근로자, 공무원, 군인 등은 이 의무에서 제외되어 민간 의료보험선택이 가능하다.

이처럼 독일은 대체형 민간 의료보험을 고소득 근로자, 자영업자 그리고 공무원에게 한정하고 일단 민간 의료보험에 가입하면 공적 의료보험으로의 회귀를 금지한다는 면에서 매우 독특하다. 이들이 특정시간동안 공적 의료보험에 가입했다면 공적 보험제도 하에 남을 수 있다. 즉 일정소득 이상의 개인들은 공적 의료보험을 선택할 수 있고 대체형 민간 의료보험을 구입할 수 있는 것이다. 독일의 민간 의료보험은 공적부분과 직접적으로 경쟁하기 때문에, 대체형 민간 의료보험 상품은 한 가지 유형 이상의 보험을 급여하여 결국 쾌적한 시설, 더 빠른 접근, 의료제공자의 다양한 선택이 가능하게 된다.

민간 의료보험은 임의로 가입하는 제도이기 때문에 시장에서 보험급여와 보험료에서 매력이 있어야 한다. 사회보험에서는 대부분의 사람들이 강제로 가입한다. 강제가입경계선[1] 이하의 소득을 가진 근로자는 민간 의료보험을 선택할 수 없다. 따라서 그들은 공적 질병금고의 가입자가 되어

야 하기 때문에 공적 질병금고들 중 하나를 선택할 수밖에 없다.

나. 민간 의료보험에서의 역선택 방지 규정

1980년대를 거치면서 대부분의 국가들이 폭등하는 의료비를 억제하기 위한 수단의 하나로 공적 의료보험시스템 내에 경쟁의 원리를 도입하였다. 일반적으로 의료보험에서의 선택과 경쟁은 의료보험을 더욱 효율적으로 만들 수 있다는 이론이 주장된다. 얼핏 보기에는 의료보험제도 내에 다양한 방법으로 경쟁과 선택이 가능하다. 그러나 문제는 과연 이러한 기능이 실제로 작동될 수 있는가 하는 점이다. 독일의 경우 의료가 갖는 특수성과 정보의 비대칭성 때문에 경쟁과 선택은 한계를 가질 수밖에 없으므로 보험자에 의해 '관리된' 혹은 '규제된 경쟁'만이 가능하다는 관점에 있다.

독일에서는 공적 의료보험대상자가 보험자를 교체할 수 있고 민간보험 가입가능 대상층이 민간 의료보험과 공적 의료보험 중 어느 하나를 선택할 수 있다. 통일이후 공적 의료보험자 간 소속의 변경이 1997년부터 허용되었는데, 이를 통해 규모의 경제를 가진 보험자 중심으로 통합이 이루어졌다는 평이다. 그러나 의료의 공공성을 위해 민간보험가입가능 대상층의 민간 의료보험과 공적 의료보험간 선택권에는 상당한 제약이 있다.

민간 의료보험의 보험자들은 완전질병보장보험에 대해 합법적인 해지권한을 자발적으로 포기하였는데, 그것이 보험계약법 상에 그대로 반영되었다. 보험자들은 질병비용보장과 질병수당보장보험이 전체적으로 또는 부분적으로 공적 의료보험을 대체하는 경우에는 이를 해지하지 못한다. 그러나 사용자의 보조를 신청하지 못하는 질병수당보장보험의 경우, 첫 3년 내에, 3개월간의 예고기간이 경과된 후, 해지할 수 있다.

---

1) 공적 연금보험의 보험료산정상한소득의 75%가 강제가입의무경계선이다. 2007년 연금보험료 산정상한소득은 월 5,250 유로이므로 공적 의료보험 강제가입경계선은 3,975.5 유로이다.

직업 활동 기간 중에 민간 의료보험에 가입했던 연금수급자도 민간 의료보험에 가입하게 된다. 1994년 1월1일부터 직업 활동 기간 중 후반부의 90%이상을 공적 의료보험에 가입하였던 연금수급자들만이 공적 의료보험의 가입이 가능하게 되었다. 이것은 민간 의료보험은 젊고 질병이 적은 사람들이 가입하고 공적 의료보험은 소득도 적고 질병률이 높은 사람들이 가입하는 현상을 방지하기 위한 정책이다.

다. 위험에 따른 보험료책정을 제한하는 규정

1) 수지상응의 원리(Äquivalent-Prinzip)

민간 의료보험에서는 수지상응의 원리에 기초한 자기보장이 적용된다. 수지상응의 원리는 보험료의 수준과 보장되는 급여의 범위가 직접적으로 관계가 있다는 것을 의미한다. 더 많은 급여를 보장받으려하면 보험료는 더 많아진다. 결국 민간 의료보험은 위험의 수준에 따라 보험료를 징수한다. 보험료는 가입연령, 가입자의 성별, 그리고 건강상태 등과 상관없이 보험가입 전에 합의된 급여에 따라 결정된다. 수지상응의 원리는 동일한 위험을 가진 집단에게 동일한 보험료가 적용되도록 한다. 따라서 좀 더 높은 위험을 가진 사람은 좀 더 많은 급여를 필요로 하게 될 것이기 때문에 그 보다 낮은 위험을 가진 사람들에 비해 더 많은 보험료를 납입하여야 한다.

그에 비해 공적 의료보험은 사회적 연대의 원리에 의해 보장된다. 공적 의료보험의 보험료는 단지 소득의 수준에 비례한다. 그리고 소득이 없거나 매우 적은 보험가입자의 가족은 피부양자로서 보험료 납입이 면제된다. 그리고 보험료의 수준에 따른 보험급여의 차이는 인정되지 않는다.

보험료산출에서 수지상응의 원리는 구체적으로 다음과 같은 4가지에서 나타난다.

첫째, 보험료수준은 보장될 급여의 범위에 따라 달라진다. 예를 들면, 병원에서 1인실을 사용하게 되면 다인실을 이용하는 경우에 비해 보험료가 높아진다.

둘째, 의료이용은 연령이 높아질수록 증가한다. 그러므로 민간의료보험에서 보험료는 보험가입 시점의 연령에 따라 달라진다. 더 젊어서 가입할수록 보험료가 낮아지게 된다.

셋째, 또 다른 고려사항은 보험가입 시점에서의 건강상태이다. 이미 질병에 한 번 걸린 적이 있는 경우는 보험기술적으로 보면 수지상응의 원리에 더 많은 보험료(추가위험부담금)를 부담하여야 하는 추가적 위험이다.

넷째, 보험료는 남성과 여성이 다르게 산출된다.

중요한 것은 항상 보험가입시점에서의 상황이다. 그것이 보험계산의 기초가 된다. 만약 추후에 위험에 관련된 사건이 발생하더라도, 특히 건강의 악화 등, 그것은 보험료에 아무런 영향을 미치지 못한다. 추후에 추가위험부담금은 산추에 반영할 수 없다. 그러나 추후에 가입자가 새로운 보험료를 결정하고 계약하여 급여의 범위가 더 확대된다면 가입자의 위험에 대해 새로이 판정하게 된다.

2) 개별적 보험료와 부과방식

민간 의료보험에서 보험료는 항상 개별적으로 산출되기 때문에 피부양가족에 대한 보험료 면제는 없다. 그의 가입자는 자신의 사용자로부터 민간 의료보험 보험료의 절반을 지원받는데, 그 액수는 모든 공적 의료보험들의 최대보험료의 평균치를 넘지 않는다.

생명보험 유형의 민간 의료보험에서 보험료는 보험수리적 기초에 의해 산출된다. 즉, 노후준비금이 적립된다는 의미이다. 이것을 통해 노후에 증가하는 위험으로 인한 비용을 충당하게 된다. 가입자는 자신의 현재의 위험에 대한 보험료 외에 추가적으로 노후에 증가하는 의료비를 위한 자금

을 저축하기 위한 보험료를 납입하여야 한다.

보험료의 일부가 노후준비금으로 이자가 발생되는 저축이 된다. 이 자금은 노후에 증가하는 의료비를 충당하기 위해 사용된다. 민간 의료보험에서 전체 보험가입기간으로 볼 때 보험료는 젊은 시절에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 높고, 노후에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 낮게 산출된다. 젊은 시절에 납입된 보험료와 이용한 의료비 사이의 차액은 노후준비금으로 이자가 발생되는 형태로 적립된다. 노후에는 납입된 보험료와 실제로 이용한 의료비 부족분은 노후준비금을 통해 충당하게 된다.

3) 노후준비금을 통한 위험 분산

연령이 높아짐에 따라 의료이용도 많아진다. 80대 고령자의 경우 약제비가 일반 가입자보다 15배나 많다. 그러므로 민간의료보험에서 젊은 사람은 늦지 않게 연령에 따라 증가하는 의료비에 대비한다. 보험료산출에서 이미 연령에 따라 증가하는 의료비가 반영되어 있다. 그리고 민간의료보험에서는 노후준비금을 적립하고 있다. 이것이 바로 위험에 따른 보험료 산출을 부분적으로 완화하기 위한 중요한 대책의 일종이라고 할 수 있다.

노후준비금의 적립에 적용될 이자율은 법적으로 연 3.5%이다. 이것은 이자율 변동에 대한 매우 보수적 관점에서 책정된 것이다. 이자율 3.5%는 경기 상황이 매우 좋지 않다하더라도 가능한 수준이다. 만약 그보다 높은 이자율을 책정한다면, 경제가 불황일 때 시장의 이자율이 책정된 이자율보다 낮아지는 위험이 발생될 수 있다. 그렇게 되면, 노후준비금이 기대한 만큼 적립되지 못하는 결과를 초래하게 된다.

만약 시장 이자율이 3.5%를 넘게 되면 그렇다면 이자차액이 발생되는데, 이것은 보험계리상 초과이자로 표시된다. 이와 같은 초과이자는 노후에 보험료 감액이나 보험료환급을 위한 기금으로 적립할 수 있다. 초과이자의 90% 이상을 보험가입자의 노후에 보험료 감액을 위해 활용하여야

한다. 그중 상당부분은 현재 65세 이상인 고령자들의 향후 3년간 보험료의 감액 또는 보험료 인상의 억제나 제한을 위해 활용되어야 한다.

3. 프랑스의 민간의료보험

가. 개요

프랑스의 민간의료보험은 인구의 87%를 대상으로 공공건강보험의 본인부담을 보상해주는 소위 본인부담보충형(complementary) 보험이다. 보충형 민간의료보험 조직에는 3가지 유형이 있다. 비영리 조직인 뮈뛰엘(Mutuelles), 또 다른 비영리 조직인 프레브와양스금고(caisses de prévoyance) 그리고 상업조직인 민간보험회사(assurances commerciales privées)가 그것이다. 뮈뛰엘은 민간의료보험들이 지불하는 전체 급여액의 60% 가까이를 점하고, 프레브와양스금고가 15-20%를 차지하며, 민간보험회사의 시장 점유율은 20%를 조금 넘는 정도다.

프랑스의 민간의료보험은, 다른 국가들과는 달리, 공공의료 영역에서 생기는 대기기간을 뛰어넘거나 고급의 의료를 확보하기 위한 수단으로 활용되지는 않는다. 그보다는, 공적 제도에서 환자가 부담할 부분을 상환하거나 공적 제도에서는 제대로 급여되지 않는 서비스, 즉, 주로 치과나 안과 서비스의 급여를 제공한다. 프랑스에서는 민간의료보험의 급여표준화가 되어 있지 않다. 민간의료보험에 대해 필수적으로 급여해야 할 의료서비스나 의료재화를 규정하고 있지 않다. 반대로 급여를 금지하고 있는 항목도 없다. 특히 민간의료보험의 보충적 성격 때문에 공공건강보험의 보장성이 높은 항목은 민간의료보험의 역할이 적고, 반대로 공공건강보험의 보장성이 낮은 항목에서 보충보험으로서의 민간의료보험이 역할을 하게 된다.

나. 접근성의 보장을 위한 규제

프랑스의 보충형 민간의료보험은 3가지 유형별로 조직의 목표와 규제 방식이 다르다. 각각의 조직은 서로 다른 법률의 규제를 받는다. 뮈뛰엘은 뮈뛰엘법(Code de la Mutualité)으로, 프레브와양스금고는 사회보장법(Code de la Sécurité Sociale), 그리고 민간보험회사는 보험법(Code de l'assurance)의 규제 하에 있다. 이러한 규제 법률들 사이에는 유사점이 많이 있다. 산업별 특화의 원칙이 존중되는 한, 모든 보충의료보험에서 필수급여항목이 따로 정해져 있지 않으며, 금지된 급여항목도 없다. 마찬가지로, 급여의 표준화에 대한 규정도 없다.

프랑스의 보충형 민간의료보험에서는 단체계약 때 특정 질환을 배제해서는 안 된다. 이는 프랑스의 민간의료보험에서 연대의 원칙이 강하게 유지되고 있음을 보여준다. 반면에 개인계약 때는 특정 질환을 배제할 수 있다. 하지만, 이를 위해서는 보험자가 그러한 상태를 분명하게 규정해 놓아야 하고 소비자들이 보험 가입 전에 그와 같은 제약조건을 인식하였다는 사실을 제시할 수 있어야 한다. 가입 후 2년이 지나면 보험자는 계약을 해지하거나 적용수준을 축소할 수 없다. 그리고 퇴직자나 단체를 떠난 개인도 그 단체를 통해 보충보험을 그대로 유지할 수 있다.

프랑스의 법률 체계에 EU의 규정을 수용하게 됨에 따라 뮈뛰엘법의 개정되게 되었다. 개정 논의는 1993년부터 시작되었지만 2001년에 개정이 이루어졌다. 새로운 뮈뛰엘법은 각각의 조직들이 개별 조직 내에서 "사회적 책임"(social undertakings)을 관리해야 한다고 규정하고, 엄격한 지불능력(solvency) 조건을 명시하였다. 특히, 보험료는 소득, 초기계약가입 이후의 경과기간, 가입한 의료보험금고, 위치, 그리고 수급자 수와 나이 등의 요소에 따라서만 차등을 둘 수 있다고 하였다. 이와는 달리, 민간보험회사들은, 연대의 원칙을 따르지 않기로 결정하면, 가입신청자들에게 의학적

상태를 묻고 그 데이터를 근거로 하여 보험료와 계약 항목을 정할 수 있다. 포괄적 보험계약에 대해서는 의학적 상태에 대한 질문지를 작성하도록 요구하는 경우도 있지만 기본 계약에 대해서는 그러한 요구를 하지 않는다.

다. 민간의료보험에서의 역선택 또는 선별가입

프랑스에서는 민간의료보험이 공공건강보험을 보충하는 역할을 한다. 즉, 민간의료보험이 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 따라서 프랑스의 민간의료보험은 자유경쟁을 제약하는 규제가 정당화되는 상황이다. EU 규정에 따라 이러한 규제에도 상당한 제약이 가해지게 되었지만 민간의료보험이 공적 역할을 수행하는 범위 내에서 그러한 규제가 정당화되고 있다. 프랑스에서는 뮈뛰엘과 민간보험회사를 규제하는 법률이 다르고 각각에 대한 세금제도도 다르다. 이러한 상황은 미국에서 한 때 블루크로스(Blue Cross)/블루쉴드(Blue Shield)와 민간보험회사가 병존하던 상황과 비슷하다. 미국에서는 상업적 보험회사들이 위험도 줄이기 경쟁 즉, 크림스키밍(선별가입)을 통해 경쟁력을 갖추게 되었고, 결과적으로 블루크로스/블루쉴드는 소비자의 역선택으로 경쟁시장에서 밀려날 위험에 처하게 되고 결과적으로 대부분의 블루크로스/블루쉴드가 community rating을 포기하게 되었다. 프랑스에서도 미약하지만 이와 비슷한 시나리오가 전개되고 있다.

프랑스의 민간보험회사들은 1980년대에 보충의료보험시장에 진입했다. 그 이전까지는 뮈뛰엘이 시장을 독점했다. 이들은 연대의 원칙을 강조하며 이를 뮈뛰엘 운동의 중심에 두었다. 뮈뛰엘은 전통적으로 모든 가입자들에게 '소득의 몇 %' 하는 단일 보험료율을 책정했으며, 급여 수준도 동일했다. 비가격 전략을 이용해서 고위험군 소비자들의 가입을 제한하는 경우도 없었다. 반대로, 보충의료보험 시장에 진입한 민간보험회사에서는

위험에 따라 가격을 책정했으며 연령 또는 의학상태를 묻는 질문지에 수록된 정보에 따라 보험료도 다르게 했다. 급여항목 패키지도 다양했는데 소비자들이 위험도를 바탕으로 스스로 선택할 수 있게 하려는 것이었다. 그리고 특정 보험상품에 특정 소비자의 가입을 배제하는 등 여러 가지 '위험도 선택' 전략도 활용하였다.

특정 집단(예를 들어 공무원들)을 대상으로 한 단체계약에 특화된 뮈뛰엘들은 민간보험회사가 진입한다고 해서 커다란 위협을 느끼지 않았다. 이들 단체는 이미 사업이 안정되어 있었고 연대의 원칙에 따라 운영을 계속할 수 있었다. 하지만 개인계약을 주로 하는 뮈뛰엘들에게는 민간보험회사가 직접적이고 큰 위협으로 등장했다. 역선택이 나타날 가능성, 즉, 위험도가 낮은 소비자들은 민간보험회사에서 제공하는 싼 가격의 보험으로 옮겨갈 가능성이 생기게 된 것이다. 이와 비슷한 경향이 민간기업을 대상으로 한 단체계약 시장에서 나타났다. 이렇게 민간기업을 놓고 치열하게 경쟁이 벌어진 결과, 시간이 지남에 따라 시장 경쟁자인 민간보험회사와 비슷한 방식을 채택하는 뮈뛰엘이 늘어나게 되었다.

단체계약이 아닌 경우, 뮈뛰엘과 민간보험회사 모두 신청자의 연령에 따라 가격을 다르게 책정한다. 고령자가 처음 가입할 때 추가요금을 요구하거나, 특정한 계약에는 고령자는 가입을 금하는 경우가 많다. 다만, 뮈뛰엘은 민간회사들보다는 연령 구간 수가 적은 편이다. 이미 언급한 바와 같이, 연령 이외의 다른 기준, 즉 민간회사와 같이 성별이나 건강상태 등으로는 차등을 둘 수 없게 뮈뛰엘법에 규정되어 있다. 뮈뛰엘과 민간보험회사 모두 특정 질환에 대해서는 적용 유예 기간을 설정한다. 예를 들어 대부분의 계약들이 계약 시작 후 처음 9~10개월 동안은 임신관련 진료에 급여해 주지 않는다. 또한 뮈뛰엘들도 급여내용에 차이가 나는 복수의 계약을 제공하고 있다. 다만 민간의료보험처럼 선택여지가 많지는 않다.

프랑스에서는 의료비의 분포가 매우 집중적이지만, 보충보험에 의한 비

용은 그렇게 집중되어 있지 않기 때문에, 프랑스에서는 비용 지출이 클 사람을 찾아내 가입을 제한해서 이윤을 낼 필요성이 크지 않다. 또한 프랑스에서는 장기의, 의료비 지출이 많은 질환을 가진 사람들에게는 본인 부담금을 면제해 주는데 여기에는 당뇨병, 암, 혹은 에이즈 등의 질환을 가진 약 7%의 인구가 해당된다. 이러한 제도로 보험자들은 고위험 가입자에 따른 위험이 줄어든다. 다음으로, 프랑스에서는 뮈뛰엘과 민간의료보험사에 대한 규제 방식의 차이가 미국에서 블루크로스/블루쉴드와 상업보험사에 대한 규제방식의 차이만큼 크지 않다는 점도 특징이다. 프랑스의 고용주제공 민간의료보험은 그 보충급여적 성격 때문에 리스크풀링이 큰 쟁점이 되지 않는다. 근로자가 의무 가입하게 되어 있는 단체계약(employer-sponsored contracts)이 개인계약(individually-purchased contracts)보다 보험료가 싸기는 하지만, 큰 차이는 아니다.

4. 영국의 민간의료보험

가. 개요

영국의 민간의료보험은 NHS의 급여서비스를 중복하여 보장하는 중첩보험(duplicate)성격과 비급여를 보장하는 보충보험(supplementary)의 성격을 아울러 가지고 있다. 민간건강보험의 급여는 민영 의료기관을 이용하는 경우에 한하여 약관에 따라 이루어지는 것이 원칙이다. 영국의 민간건강보험 보험자는 순수 영국자본인 The British United Provident Association (BUPA)를 비롯하여 대표적인 다국적 보험회사인 Allianz외 약 30개의 회사가 보험시장을 안분하고 있으며 조심스럽게 그 영역을 확대해 가고 있다. 특히 BUPA 경우 1980년 대 NHS와 공동사업을 추진하여 런던의 St Thomas 병원을 개원하는 등 NHS의 민간자본을 투입하는 주된 역할을 담

당하고 있다. 그럼에도 영국에서의 민간보험은 앞에서 언급하였듯이 NHS를 유지하려는 사회분위기와 맞물려 다른 EU국가보다는 그 시장영역이 극히 제한되어 있다.

NHS가 영국에 거주하는 모든 사람을 대상으로 하기 때문에 민간의료보험의 가입대상은 NHS 적용대상자와 동일하다 할 수 있다. 즉 국적에 상관없이 영국에 거주하거나 영국국민으로서 외국에서 근로하는 대상자가 영국 민간보험 구매자라 할 수 있다. 따라서 보험상품에서 기본적으로 구분하는 대상자 유형은 3가지로 구분된다. 개인대상 의료보험은 가입자와 그의 가족을 위한 상품이며, 다음으로 자영자와 합자회사를 대상으로 하는 의료보험이 있다. 이 경우에도 자영자의 가족과 그 회사의 동업자도 같은 단위의 보험상품을 구매할 수 있다. 마지막으로 단체보험인 회사의 경영자와 근로자를 대상으로 하는 상품이 있다. 이 경우에는 정형화된 상품을 구매해야 하므로 개인의 필요에 따른 선택은 제한된다. 외국에 나가서 근로하는 경우에는 영국 내에서 적용하는 보장범위는 적용되지 않으므로 국제보험으로 갱신해야한다.

나. 역선택 방지를 위한 절차

무료로 정부에 의해 건강보장이 이루어지고 있는 영국에서는 오직 민간보험을 추가로 가입할 것인지에 대해서만 가입자가 선택하면 되기 때문에 소비자와 보험회사 간에 발생하는 정보의 일반적인 역선택 개념이 적용된다. 따라서 민간보험자가 소비자의 역선택을 방지하기 위한 방안만이 고려된다. 보험자는 소비자의 동의를 받아 관할 GP에 연락하여 기왕의 질병이나 환자의 건강상태를 점검하는 정도로 소비자의 기왕의 병력을 확인하는 정도로 우리나라와 크게 다를 바 없으나 중대질병보장 상품경우는 건강검진이 선행된다. 이외에도 가입자가 보장을 받기 위해서는 민영의료기관에서 치료해야하므로 이 과정에서 소비자의 기왕병력 등을 확인될 수

있고 다툼이 야기될 수 있다. 그래서 소비자와의 다툼방지와 자기통제를 위해 ABI[2]는 정기적으로 상품범위와 용어정의를 자체적으로 결정한다.

다. 민간건강보험료와 세제혜택 등

개인 보험료과 소규모 자영자보험료의 산정방식은 그리 복잡하지 않다. 보험요율을 결정하는 요소가 많지 않고 주로 연령을 기준으로 위험률이 결정되기 때문이다. 그러나 최근 몇몇 민간의료보험자는 건강지도 개념을 도입하여 지역에 따라 보험료를 차등화하는 등 좀 더 정교한 요율을 적용하고 있다. 또한 실증적으로 확인된 일반적인 인플레이션률 보다 의료인플레이션률을 사용하여 보험료를 조정하고 있다. 보험자의 관점에서는 그렇게 함으로써 리스크를 더 효율적으로 관리할 수 있고 수익을 증대할 수 있기 때문이다. 큰 사업장에 대한 보험료는 사업장의 보장범위의 선택에 따라 결정되므로 일괄적으로 설명할 수 없다. 사업장의 단체보험은 근로자의 요구와 아울러 사용자가 부담하는 보험료는 사업경비로 처리되기 때문에 개인가입자보다 가입률이 높게 나타난다. 물론 자영자의 경우에도 이에 해당되지만, 개인이 민간의료보험에 가입하는 경우 세금공제 등의 해택은 주어지지 않는다.

5. 네덜란드의 민간의료보험

가. 신건강보험체제

형식적인 변화를 살펴보면 2006년 이전에 분리되어 있었던 법정질병금고(전국민의 63%)와 민간의료보험(전국민의 37%)을 하나로 합쳤다. 제2차

2) ABI(Association of British Insurer)는 영국내의 모든 민간보험업자의 연합회다.

세계대전이후로 네덜란드 보건의료재정의 특성이었던 이원화된 체계가 단일체계로 전국민을 보장하게 되었다.

새로운 건강보험체제의 내용적인 특징을 우선적으로 살펴보면 시장경쟁의 강화이다. 영리를 추구하는 보험자들이 보험료, 보험프로그램의 종류, 서비스 수준 등에서 경쟁을 하는 것이다. 네덜란드에 모든 법정 거주자들은 기본 건강보험을 구입하여만 한다(보충적 보험은 자원자만 개별적으로 구입). 보험자와 보험프로그램의 종류를 임의로 선택할 수 있다. 추가적으로 소비자는 대체보험 또는 다른 보험자로 바꿀 수 있는 권리가 있다.[3)]

시장경쟁을 통해 보험자가 의료 제공자와의 협상력을 높일 수 있다. 보험자는 가격, 의료의 양, 서비스 수준, 의료의 질에 대하여 협상한다. 새로운 건강보험체제에서는 보험자가 선호하는 공급자들과 가격, 대기시간, 기타 항목 등 대한 세부 협정을 포함한 계약을 할 수 있다.

다른 주요 변화는 보험료 산정에 관한 것이다. 새로운 체제에서는 보험자들은 자신들이 제안한 보험프로그램의 종류에 따라 각각 단일의 일률적인 보험료율을 설정해야한다. 연령, 성별, 세부 건강위험에 따라 보험료율을 설정하는 것은 금지되었다. 18세 이하의 아동의 보험료는 정부가 지불하고 저소득층은 건강보험을 구입할 수 있도록 정부보조를 받는다. 피고용인의 경우 소득의 6.5%를 보험료로 지불해야 한다(상한선: €30,000, 자영업자, 퇴직자, 그 외 하위 그룹의 경우 보험료는 4.4%).

나. 건강보험의 공공성 및 연대성

새로운 건강보험체제에서 피보험자는 보험자와 1년 단위로 계약관계를 맺게 되는데 매년 새롭게 재계약을 하거나 1년 동안의 계약기간이 끝나면 다른 보험자와 계약을 맺을 수도 있다. 보험자는 피보험자들 중에서 약속

3) 최근 자료에 의하면 적어도 18%의 피보험자가 보험자를 바꾸었고 이것은 대부분의 전문가들이 예측한 것보다 크게 높은 수치였다.

불이행자의 경우 명단에서 뺄 수 있는 권리를 가지고 있다. 이전에는 이러한 권리가 존재하지 않았다. 또한 보험자는 각자 그들만의 정액보험료를 책정할 수 있고 영리를 목적으로 운영할 수 있다. 이러한 요소들은 새로운 체제가 개념적으로 공공체제 대신에 민간체제로 되어있는 것으로 보인다. 그러나 자세히 살펴보면 전국민 의료보험 접근성 및 이용성 보장 등과 같은 공익을 보호하고 있어 새 체제는 공공성과 연대성이라는 개념을 기반으로 하고 있다고 할 수 있다.

새로운 건강보험 체제의 공공성과 연대성 내용을 살펴보면 우선 보험자는 건강 위험도에 따라서 보험료를 책정하는 것이 금지되었으며 반드시 모든 지원자를 받아들여야만 한다. 이 규정은 위험에 대한 연대책임의 중요한 요소이다. 그러나 위험선택이 기본 건강보험에서만 금지된 것이며 보험자는 보충적 건강보험에서 위험선택을 할 수 있다. 두 번째로는 연간 보험료의 인상이다. 2005년도에 €239~€455사이에 분포되어 있었던 반면에 2006년 현재 1인당 평균 보험료는 €1,050이다. 소득 연대책임을 위해 정부는 소득 연계 수당제를 도입함으로써 저소득층이 기본 건강보험을 구매하여 이용할 수 있게 하였다. 세 번째로는 새로운 체제는 과거에 사회건강보험과 민간건강보험으로 나누어져 있던 것을 합쳐서 모든 법적 거주자들에게 강제적으로 가입하게 한 것이다. 과거의 질병금고체계에서는 전 국민의 63%만 가입되어 있었기 때문에 새로운 체제가 이전의 체제보다 더 큰 연대책임성을 가지고 있다고 주장할 수 있다. 네 번째로는 새로운 체제의 의료 서비스 패키지는 이전의 질병금고 체제 보다 범위가 넓으며 정부가 패키지 구성 내용을 결정한다. 다섯 번째로는 새로운 건강보험 체제는 피보험자들의 위험도에 따라 보험자들에게 위험도의 차이를 보상하기위해 전반적인 위험 균등화 시스템을 가지고 있다.

다. 건강보험의 운영

관리운영측면에서 보았을 때 새로운 체제는 다분히 민간적이다. 보험자가 공공이 아니라 민간이기 때문이다. 네덜란드에서는 2006년 이전체제의 공공보험인 질병금고 또한 민간기관이기 때문에 전혀 새로운 것은 아니다. 그러나 질병금고가 비록 수익을 유지할 수 있었지만 영리적 운영이 아니었던 반면에 새로운 체제에서의 보험자는 영리를 추구하는 것이 가능하다.

네덜란드의 새로운 건강보험체제에서 보험자는 보험료 책정, 서비스 수준 등과 관련하여 시장경쟁에 노출되어 있다. 보험자는 경쟁을 통해 시장을 점유할 수 있지만 그와 반면에 파산할 수도 있다. 시장 경쟁은 법정건강보험에서 새로운 현상이 아니라 질병금고가 전통적인 지역 독점과 정액보험료 책정 권한을 상실한 1990년 초기에서 시작된 변화의 다음 단계라고 할 수 있다. 그러나 변화한 것은 시장경쟁의 영역이다.

시장경쟁의 영역 확장은 건강보험의 관리운영에 영향을 줄 것이다. 비영리 보험자를 포함해서 모든 보험자들은 점차 시장이라는 환경에 적응해 나아갈 것이다. 보험자들은 이전보다 좀더 시장에 초점을 맞추고 고객을 모을 것이다. 이러한 변화는 건강보험 관리운영의 민영화라고 설명할 수 있겠다.

6. 결론

본 보고서에서는 독일, 프랑스, 영국, 네덜란드의 민간의료보험 규제정책에 대해 살펴보았다. 이들 국가들은 의료를 공공재적 시각에서 접근하고 있으며, 이러한 접근은 의료의 보편적 보장성을 실현했지만 반응성 측면에서 소비자의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 비판도 있어왔다. 그

연장선상에서 경쟁원리의 도입이 검토되었고, 민간의료보험의 적절한 활용방안이 모색되어 왔다. 국가별로 의료체제내에서 민간의료보험의 역할은 다르다. 하지만 민간의료보험에 대한 강력한 규제를 통해 의료의 공공성을 유지하면서 의료보장체제의 한 축으로 민간의료보험이 활용되고 있다는 공통점을 가지고 있다.

민간의료보험의 역할확대라는 이슈는 여러 가지 각도에서 논의되어야 할 사항이다. 만약 민간의료보험의 역할 확대에 대해 소비자의 욕구 충족과 이 과정에서 나타날 수 있는 의료의 공공성 약화라는 사안에 국한하여 생각해 볼 경우 유럽국가들의 사례는 우리에게 좋은 참고가 될 수 있겠다. 또한 공공 재정 조달과 민간 운영의 혼합이라고 할 수 있는 네덜란드의 신건강보험체제는 건강보험에 정부가 더 많이 개입하기를 주장하는 세력과 국민의 복지를 위한 공공적인 정책에 민간부문이 더 많이 개입해 줄 것을 주장하는 세력 사이의 모범적인 정치적 타협의 산물이라는 점에서 눈여겨 볼만 하다.

제1장 서 론

OECD 국가들의 민간의료보험은 공적보험의 구조에 따른 역할에 따라 크게 다음과 같은 유형으로 분류할 수 있다(OECD, 2004). 공적보험 가입자를 적용자격으로 하는 민간보험에는 급여서비스를 중복하여 보장하는 중복형(duplicate), 공적보험 본인부담금을 급여하는 보완형(complementary), 공적보험 비급여를 급여하는 보충보험(supplementary)이 있다. 그리고 공적보험의 적용을 받지 않는 인구를 대상으로 하는 민간의료보험에는 그 자체가 기본적보험이 되는 기초형(primary)이 있다. 기초형은 소비자에게 공적보험과의 선택권을 인정하는 대체형(substitute)과 선택권을 인정하지 않고 민간보험 적용대상자를 제한적으로 지정하는 방식의 기본형(principal)으로 나누어 볼 수 있다.

독일의 경우 국민의 88%가 공적보험에 가입하고 있으며 이중 74%는 강제피보험자이고 14%는 임의피보험자이다. 국민의 9%가 대체형 민간의료보험 가입자이고, 공적보험가입자 중 10%는 본인부담 보충형 혹은 비급여 서비스에 대한 보충형 민간의료보험에도 가입하고 있으며, 2%는 경찰, 군인, 사회복지서비스 대상자로서 무료로 정부의 의료보험서비스를 받고 무보험자는 0.2%이하이다. 원칙적으로 사회법(SGB)은 실업자, 연금수급자, 농부, 학생, 예술가, 장애자 같은 그룹뿐만 아니라 고용상태에 있는 국민이 공적보험의 대상이 되어야 하는 것으로 규정하고 있다. 그러나 일정소득이상 근로자, 공무원, 군인 등은 이 의무에서 제외되어 민간의료보험선택이 가능하다.

이처럼 독일은 대체형 민간의료보험을 고소득 근로자, 자영업자 그리고 공무원에게 한정하고 일단 민간의료보험에 가입하면 공적보험으로의 회귀

를 금지한다는 면에서 매우 독특하다. 이들이 특정시간동안 공적보험에 가입했다면 공적보험제도 하에 남을 수 있다. 즉, 일정소득 이상의 개인들은 공적보험을 선택할 수 있고 대체형 민간의료보험을 구입할 수 있는 것이다. 독일의 민간의료보험은 공적부분과 직접적으로 경쟁하기 때문에, 대체형 민간의료보험 상품은 한 가지 유형 이상의 보험을 급여하여 결국 쾌적한 시설, 더 빠른 접근, 의료제공자의 다양한 선택이 가능하게 된다.

프랑스의 민간의료보험은 인구의 87%를 대상으로 공적보험의 본인부담을 보상해주는 소위 본인부담보충형(complementary) 보험이다. 보충형 민간의료보험 조직에는 3가지 유형이 있다. 비영리조직인 뮈뛰엘(Mutuelles), 또 다른 비영리조직인 프레브와양스금고(caisses de prévoyance) 그리고 상업조직인 민간보험회사(assurances commerciales privées)가 그것이다. 뮈뛰엘은 민간의료보험들이 지불하는 전체 급여액의 60% 가까이를 점하고, 프레브와양스금고가 15~20%를 차지하며, 민간보험회사의 시장 점유율은 20%를 조금 넘는 정도다.

프랑스 민간의료보험의 경우 다른 국가들과는 달리 공공의료 영역에서 생기는 대기기간을 뛰어넘거나 고급의 의료를 확보하기 위한 수단으로 활용되지는 않는다. 그보다는, 공적 제도에서 환자가 부담할 부분을 상환하거나 공적 제도에서는 제대로 급여되지 않는 서비스, 즉, 주로 치과나 안과 서비스의 급여를 제공한다. 프랑스에서는 민간의료보험의 급여표준화가 되어 있지 않다. 민간의료보험에 대해 필수적으로 급여해야 할 의료서비스나 의료재화를 규정하고 있지 않다. 반대로 급여를 금지하고 있는 항목도 없다. 특히 민간의료보험의 보충적 성격 때문에 공적보험의 보장성이 높은 항목은 민간의료보험의 역할이 적고, 반대로 공적보험의 보장성이 낮은 항목에서 보충보험으로서의 민간의료보험이 역할을 하게 된다.

영국의 민간의료보험은 NHS의 급여서비스를 중복하여 보장하는 중첩보험(duplicate)성격과 비급여를 보장하는 보충보험(supplementary)의 성격을

아울러 가지고 있다. 민간의료보험의 급여는 민영 의료기관을 이용하는 경우에 한하여 약관에 따라 이루어지는 것이 원칙이다. 영국의 민간의료보험 보험자는 순수 영국자본인 The British United Provident Association (BUPA)를 비롯하여 대표적인 다국적 보험회사인 Allianz외 약 30개의 회사가 보험시장을 안분하고 있으며 조심스럽게 그 영역을 확대해 가고 있다. 특히 BUPA 경우 1980년 대 NHS와 공동사업을 추진하여 런던의 St Thomas 병원을 개원하는 등 NHS의 민간자본을 투입하는 주된 역할을 담당하고 있다. 그럼에도 영국에서의 민간보험은 앞에서 언급하였듯이 NHS를 유지하려는 사회분위기와 맛 물려 다른 EU국가보다는 그 시장영역이 극히 제한되어 있다.

네덜란드는 2006년 이전에 분리되어 있었던 법정질병금고(전국민의 63%)와 민간의료보험(전국민의 37%)을 하나로 합쳤다. 제2차 세계대전이후로 네덜란드 보건의료재정의 특성이었던 이원화된 체계가 단일체계로 전국민을 보장하게 되었다. 새로운 건강보험체제의 내용적인 특징을 우선적으로 살펴보면 시장경쟁의 강화이다. 영리를 추구하는 보험자들이 보험료, 보험프로그램의 종류, 서비스 수준 등에서 경쟁을 하는 것이다. 네덜란드에 모든 법정 거주자들은 기본 건강보험을 구입하여만 한다. 보험자와 보험프로그램의 종류를 임의로 선택할 수 있다. 추가적으로 소비자는 대체보험 또는 다른 보험자로 바꿀 수 있는 권리가 있다.

시장경쟁을 통해 보험자가 의료 제공자와의 협상력을 높일 수 있다. 보험자는 가격, 의료의 양, 서비스 수준, 의료의 질에 대하여 협상한다. 새로운 건강보험체제에서는 보험자가 선호하는 공급자들과 가격, 대기시간, 기타 항목 등 대한 세부 협정을 포함한 계약을 할 수 있다.

다른 주요 변화는 보험료 산정에 관한 것이다. 새로운 체제에서는 보험자들은 자신들이 제안한 보험프로그램의 종류에 따라 각각 단일의 일률적인 보험료율을 설정해야한다. 연령, 성별, 세부 건강위험에 따라 보험료율

을 설정하는 것은 금지되었다. 18세 이하의 아동의 보험료는 정부가 지불하고 저소득층은 건강보험을 구입할 수 있도록 정부보조를 받는다. 피고용인의 경우 소득의 6.5%를 보험료로 지불해야 한다.

앞에서 살펴본 유럽국가들은 의료의 공공성을 유지하면서 의료보장체제의 한 축으로 민간보험을 활용하고 있다. 우리나라의 경우는 현재 공적건강보험에서 나타나는 보장성 및 재정의 취약성으로 인해 민간의료보험의 역할확대라는 이슈가 대두되어오고 있다. 민간의료보험의 역할확대와 관련된 논의의 핵심은 민간의료보험의 역할확대 자체가 공적보험과의 단순한 보완적 역할이 아닌 공적보험의 기반을 약화시키는 결과를 초래할 것이라는 우려이다. 특히 의료의 공공성이 약화될 수 있다는 우려가 부정적인 측면의 핵심이라고 볼 수 있다. 의료의 공공성을 유지하면서 민간보험을 활성화한 유럽국가들과 같이 민간의료보험에 대한 적절한 규제정책을 통하여 문제점이 완화 또는 완전 통제될수 있는지에 대한 검토 또는 논의도 필요하다고 본다. 따라서 본 보고서에서는 독일, 프랑스, 영국, 네덜란드의 민간의료보험에 대한 정책을 규제측면을 중심으로 살펴보고자 한다. 이러한 연구는 민간보험의 역할확대에 대한 논의가 진행 중인 우리나라의 정책결정에 참고가 될 것으로 기대한다.

제2장 독일의 민간의료보험

제1절 사회보장의 한 축으로서 민간의료보험

1. 민간보험의 역사

민간의료보험은 가장 오래된 보험의 형태이다. 수공업자의 길드(Zunftwesen)가 이른바 최초의 민간 의료보험의 기원이라고 할 수 있는데, 그것들은 이미 중세초기부터 보험료를 통해 모아진 재원을 통해 질병, 장해 그리고 노령 등과 같은 위기에 처한 그들의 회원들을 지원했었다. 18세기 초에 처음으로 의료보험이 제도화되기 시작하였다. 그 당시 독일의 한 제국이었던 프로이센에서 1845년 황제의 『일반상업명령』을 장차 공장노동자를 위한 사회보험의 전신인 질병금고[4]의 설립을 허가하였으며 지방관청이 지역에서 종사하는 도제들에게 그와 같은 질병금고에 가입하는 것을 강제할 수 있도록 허용하였다. 그 후 대부분의 독일 여러 제국에서 프로이센의 뒤를 이어 보조 질병금고에 관한 법을 제정하였다. 그리고 마침내 1876년 4월 7일에 독일 제국 전체에 적용되는 단일한 규정으로 『등록된 보조질병금고에 관한 법』이 제정되었다.

산업화로 인해 야기된 노동자 계층의 위기와 곤경은 1883년 비스마르크로 하여금 사회정책적 개혁을 추진하도록 강요하였다. 1883년 6월 15일 최초의 사회보험이라 할 수 있는 노동자 질병보험이 도입되었다. 그 핵심은 그 계층에 대한 보험가입의무였다. 지방관청질병금고, 지역질병금고, 직장질병금고, 수공업질병금고, 광업질병금고 그리고 보조금고(Hilfskasse)

---

4) 질병금고(Krankenkasse)는 우리나라의 의료보험조합과 유사한 기능을 하는 기관임.

들이 사회보험의 관리기구였다. 바로 이 시점부터 공적의료보험과 민간의료보험의 차이가 분명하게 드러나기 시작하였다.

공적 의료보험의 적용을 받는 특정 계층에 대한 보험가입의무의 시행은 그와 같은 공적 의료보험에 가입하여 혜택을 받을 수 없는 계층들로 하여금 민간 자율의 원리에 기초하여 유사한 장치를 마련하도록 하는 계기가 되었다. 1901년 5월 12일부터 의료보험회사들은 당시 최초로 설립된 민간보험감독청의 감독을 받게 되었다.

노동자에 대한 사회보험의 도입 이후 공무원 그리고 중산계층에서 민간의료보험에 대한 수요가 제기되었다. 특히 지방관청의 공무원, 교사 그리고 성직자 등의 관심이 높았다. 그러한 민간 의료보험의 최초 유형은 1848년 설립된 베를린 경찰청 공무원을 위한 질병금고였다.

1900년 설립된 독일 수공업상협회는 수공업자를 사회보험의 의무가입 대상으로 전환하려고 시도하였다. 그러나 자영자인 수공업자들에게 사회보험을 확대 적용하는 것에 대해 제국정부는 매우 부정적인 견해를 가지고 있었다. 그리하여 수공업자에 대한 의무가입 적용은 거부되었다.

민간의료보험에 우호적이었던 여건은 제1차 세계대전의 발발과 동시에 변화되었다. 화폐가치의 폭락으로 중산계층은 막대한 자산의 손실을 겪게 되었다. 그리하여 질병에 대해 준비되었던 자금은 가치가 상실되었다. 화폐가치가 안정되자 1923부터 1924년 사이에 엄청나게 많은 민간보험회사들이 설립되기 시작했다. 그리고 그 후 수년간 공적인 보험기구들이 민간의료보험으로 전환하였다. 민간의료보험은 화폐가치의 안정화 이후에도 여전히 그들의 봉급으로 중증질병으로 인한 비용을 부담하기 어려운 공무원과 그 가족들에게만 제한적으로 적용되었다.

특히 민간의료보험에 중요한 의미가 있는 것은 1934년 제정된 『사회보험 구축에 관한 법』과 그 조치를 위한 규정들이었다. 1935년 그리고 1937년의 시행규칙에서 대체질병금고(Ersatzkasse)가 공법상의 조직으로서

공적의료보험의 관리자로 허가되었다. 대체질병금고는 단순노동자와 사무직 근로자를 구분하여 설립되었다. 그러나 제국보험령(RVO)에 따라 사회보험에 해당되지 못하는 사람은 가입대상에서 배제되었다. 이와 같이 가입대상을 의무가입자로 제한하였기 때문에 대체금고는 민간의료보험회사에 대한 감독의 대상에 제외되었다. 그리하여 민간보험회사들은 대체질병금고에서 배제된 사람들에게 보험을 제공할 수 있었다.

1945년 제2차 세계대전 이후 민간 의료보험이 완전히 붕괴 되었다. 그 이후 독일의 민간의료보험은 심각하게 침체되었다. 소련의 점령군은 어떠한 형태의 민간의료보험 활동도 허용하지 않았다. 다수의 민간의료보험회사들이 서독 지역으로 이전하였다. 1946년 영국군 주둔지역인 Hameln에서 최초의 민간의료보험 보험자 회의가 개최되었고, 1947년 영국군 주둔지역인 Köln에 민간의료보험협회가 설립되었다. 1948년에는 이 협회는 소련군 주둔지에도 활동을 확장하였고, 1949년에는 전체 독일로 확장하였다.

1970년대까지는 보험을 통한 법적 보장이 거의 모든 국민들에게 확대 적용되었다. 1970년 『의료보험개선법』에 규정된 연금보험의 보험료산정 상한소득액의 75%인 보험의무가입 경계선은 공적의료보험과 민간의료보험의 안정적인 공존의 전제가 되었다. 1971년 사무직근로자에 대한 공적의료보험의 개방과 농민에 대한 공적의료보험 가입의무시행으로 1970년에서 1973년 사이에 815,000명이 공적의료보험으로 소속을 옮겼다. 1989년 『보건의료개혁법』으로 공적의료보험과 민간의료보험 간에 새로운 경계가 설정되었다. 처음으로 의무가입경계선 이상의 소득이 있는 노동자에게 민간보험에만 가입할 수 있도록 허용하였다. 공무원과 자영자는 소득에 관계없이 민간의료보험에 가입하도록 했다.

1990년 구동독지역이 서독지역에 통합되었으며, 1991년 1월 1일 서독의 의료보험제도가 이식되었다. 1993년부터 시행된 『보건의료구조법』으로 이른바 '표준보험료'가 도입되었는데 모든 공적의료보험가입자의 평균최

대보험료를 노령가입자에게 적용할 수 있도록 한 것이다. 1995년1월1일 장기요양보험의 도입으로 “의료보험방식에 기초한 장기요양보험”이라는 기본원칙은 현실에서도 적용되었다. 그리하여 지금까지 의료보험을 담당해왔던 민간보험회사들도 공적 장기요양보험의 보험자가가 될 수 있었다.

〈표 2-1〉 민간보험 관련 법·규정의 변화

연도	가입자 수 (백만 명)	규정의 주요 내용
1961~1964	6,7	
1965	6,6	사무직 근로자에 대한 의무가입경계선 인상 - 660DM(337,45 유로)에서 900DM(460,16 유로)으로
1966~1967	6,6	
1968	6,3	소액연금수령자에 대한 공적 의료보험 강제가입의무 시행
1969	6,0	사무직 근로자에 대한 의무가입경계선 인상 - 990DM(506,18유로)으로
1970	5,8	사무직 근로자에 대한 의무가입경계선 인상 - 1,200DM(613,55유로)으로
1971	5,3	사무직 근로자에 대한 의무가입경계선 인상 - 1,425DM(728,59유로)으로 - 사무직근로자와 연금자에 대한 공적 의료보험 일시 개방
1972	4,6	농민에 대한 공적 의료보험 의무가입 시행
1973	4,2	
1974~1975	4,2	
1980	4,84	
1985	5,241	
1989	6,410	『보건의료개혁법』 - 고소득 노동자에게 민간보험 적용 - 공무원, 자영자에 민간 의료보험 적용 유지
1992	6,733	『보건의료구조법』 - 고령자에 대한 표준보험료
1996	6,986	
1998	7,206	
1999	7,355	

자료: Verband der privaten Krankenversicheurng. 2002: 7.

2. 민간 의료보험 제도의 개관

가. 개요

OECD 국가들의 민간보험 유형은 상당히 복잡한데 민간의료보험의 적용자격과 급여범위에 따라 크게 4가지 유형으로 분류된다(김진현, 2006: 36-37). 공적 의료보험 가입자를 적용자격으로 하는 민간보험에는 공적 의료보험 본인부담금을 급여하는 보완보험(complementary), 공적 의료보험 비급여를 급여하는 보충보험(supplementary), 급여서비스를 중복하여 보장하는 중첩보험(duplicate)이 있다. 또, 공적 의료보험의 적용을 받지 않는 인구를 대상으로 하는 민간 의료보험에는 그 자체가 기초보험(primary)으로서, 소비자에게 공적의료보험과의 선택권을 인정하는 대체보험(substitute)과 선택권을 인정하지 않고 민간의료보험 적용대상자(공적 의료보험 제외자)를 제한적으로 지정하는 방식의 주보험(principle)이 있다

이처럼 민간의료보험은 개념적으로 4가지를 구분할 수 있으나 각국의 민간의료상품은 의료서비스 외에 비의료서비스를 포함하는 경우가 많기 때문에 실제 자료로부터 민간의료보험을 4가지로 명확히 구분하기에는 어려움이 있다.

독일에서는 민간의료보험이 공적 의료보험의 적용대상에서 제외된 인구에 대해 기본적인 급여를 제공한다. 독일은 소득 상한선을 초과한 사람들만 사회보험에서 탈퇴하여 민간의료보험을 구입할 수 있도록 선택권(대체보험)을 허용한 유일한 국가이다.

○ 민간 의료보험 제도 이용자의 증가

- 1907년부터 의료비 상승에 대처하기 위해 일정소득이상의 공적 의료보험 제도의 가입자수 제한
- 총인구의 약 7%가 민간보험에 가입

○ 의료보험이 손해보험과 생명보험 이외에 제3의 독립적인 분야로 의료보험업을 운영하기 위해서는 별도의 면허를 얻어야 함.

○ 민영의료보험은 의료비 보상과 소득상실을 보상

○ 민영의료보험의 구성

◇ 의료비보장

- 의료비 완전보험
  - ▪ 질병, 사고, 분만에 따라 발생하는 의료비를 미리 정한 범위에서 보상
  - ▪ 진료, 문진, 수술, 약제, 보조기구, 치과치료 및 의치 등
  - ▪ 입원비용에 대해서는 자기부담이 존재하지 않음
- 의료비 부분보험
  - ▪ 보상이 특정 의료행위에 제한
  - ▪ 단독 입원급여보험 : 입원비용만 보상
  - ▪ 기타 단독부분급여보험 : 수술비용보험, 소아마비보험, 심장병보험, 병실 차액분 등 개인이 부담하는 진료를 보상

◇ 입원수당보장

- 입원기간 중에 미리 정해진 급액 지급
- 입원기간동안에 발생하는 가사구조비, 가족의 교통비 등 보상

◇ 질병수당(Krankentagegeld)보장

- 질병 또는 완전취업불능인 경우 상실소득을 담보
- 가입대상
  - ▪ 공적 상병수당 수급대상에 포함되지 않는 자

▪ 상병수당금 수급 대상에 포함되더라도 한도액 때문에 보상액이 상실 소득을 훨씬 미치지 못하는 고소득자

○ 민영건강보험의 역할

공적의료보험에 가입하지 않은 자 및 공적의료보험에 가입했더라도 추가 보상을 필요로 하는 자들을 대상

- 개인병실 또는 2인용 병실에 발생하는 차액 병실료
- 희망하는 의사에게 의료서비스를 받는 경우의 개인 진료비
- 공무원의 의료비의 본인부담 부분
- 자영업자의 취업불능 소득상실에 대한 보상
- 피용자의 취업불능 시 공적 보상에 추가해서 지급되는 부분보상

나. 민간의료보험의 기능

공적의료보험과 의료제공체계는 민간의료보험의 급여서비스 종류, 민간의료보험의 적용을 받는 공급자 및 인구집단의 범위에 직접적인 영향을 미치고 있으며, 민간의료보험에 대한 정부의 태도는 민간의료보험의 구조와 범위를 결정하고 있다. 민간의료보험의 다양한 경험에 의하면, 공적 보험에 당연히 더 적합한 의료서비스라든가 혹은 민간의료보험에 더 적합한 의료서비스라는 것은 없다. 그러나 지금까지의 경향으로 보면, 노인질환이나 만성질환과 같이 고액질환은 공적 의료보험에 더 많이 의존하는 추세를 보이고 있으며, 민간의료 보험은 주로, 낮은 위험 즉 보충적 의료서비스(치과, 안과서비스, 상급병실, 고급서비스)를 급여하고 있으며 민간장기요양보험은 대다수 국가에 존재하지 않거나 아주 제한적이다(Marmor and McKissick, 2000 김진현, 2006 재인용). 독일의 민간 의료보험가입자는 동일보험자로부터 장기요양상품도 반드시 구입하도록 강제되고 있는데, 전

체인구의 약 10%가 민간장기요양보험에 가입되어 있다(김진현, 2006: 39).

다. 민간의료보험의 규모

스위스, 독일, 오스트리아, 호주, 아일랜드, 뉴질랜드는 민간보험이 국민의료비의 5%~10% 수준이다. 민간의료보험의 성과를 분석해보면, 의료비 지출과 관련하여서는 보건의료체계 내에서 민간의료보험의 역할이 무엇이든 간에 민간의료보험이 국민의료비를 추가적으로 증가시키는 것은 분명하다(Gerdtham and Jonsson, 1992 김진현, 2006 재인용). 민간의료보험의 비중이 높은 국가는 1인당 의료비 지출이 높은 국가에 속하는 바, 미국, 스위스, 독일, 프랑스가 대표적이다. OECD국가에서 민간의료보험의 시장규모와 의료비 지출의 관계를 1998, 2000, 2002 패널 자료에 의해 분석해 보면, 민간의료보험의 확대가 의료비 지출을 증가시킨 것이 분명한 것으로 나타난다. 공공의료비 지출과의 관계를 살펴보면, OECD 국가의 횡단면 자료분석에 의하면 민간 의료보험이 공공의료재정을 실질적으로 감소시키지 못한 것으로 나타났다(김진현, 2006: 41). 독일의 경우 전체 국민의료비 중 12.6%가 민간 의료보험에 의한 지출이다.

제2절 민간의료보험 접근 보장을 위한 보험자 규제

1. 민간의료보험의 급여 규정

민간의료보험에 가입한 사람들은 그들이 원하는 보장의 종류를 개별적으로 구성할 수 있다. 즉, 어떠한 위험에 대해 자신들이 재정적으로 보장받을 것인가를 스스로 결정한다.

가. 완전질병보장(Krankheitsvollversicherung)

이것은 매우 중요한 민간의료보험 상품 종류 중 하나이다. 이 상품은 계약에서 합의된 금액으로 질병, 사고 그리고 출산 등과 관련된 의료비를 지급한다. 여기에는 외래진료나 입원진료가 모두 포함된다. 입원진료에 있어 대부분의 민간의료보험 가입자들은 병실을 1인실로 할 것인지 2인실로 할 것인지 또는 과장의사를 선택하여 진료를 받을 것인지를 미리 결정하여야 한다. 이것은 현물급여 방식과 유사한 것이 아닌가? 공적 의료보험과 어떤 차이가 있나? 어떤 병원에서 받을 것인가를 정하지 않기 때문에 현물급여방식은 아니라고 할 수 있으며 진료비보장상한액이 정해져 있다는 점이 차이이다. 해외의 진료에 대해서도 가입자는 민간 의료보험의 보장을 받을 수 있다. 유럽에서의 진료는 보장기간의 제한 없이 보장되지만, 유럽이외의 지역에서는 보장기간이 1개월 이내로 제한된다. 그보다 더 장기의 진료를 보장받으려면 미리 계약시점에서 합의했어야 한다.

보험보장의 내용은 가입자의 개별적인 재정상황에 맞추어 구성할 수 있다. 특히, 본인부담은 보험료를 낮추는데 매우 중요한 의미를 갖는다. 만약 가입자가 소액의 진료비를 자신이 부담하는 조건을 제시하면 보험료는 상당히 낮추어질 수 있다. 그리고 진료비가 미리 정해진 연간 보장의 범위(보험금)를 초과하게 되면 보험에서 부담한다. 개인이 자유롭게 결정하는 과정에서 가입자는 연간 의사진료와 약제비에서 일부를 스스로 부담하고, 그 대신 장기적인 진료를 요하는 중증의 질환의 경우 낮은 보험료로 보장을 받는 것을 결정할 수 있다.

보험료는 보험급여로서 가입자에게 다시 돌아가며 관리운영에도 투입된다. 그리고 남은 재원의 대부분은 보험료 환급을 위한 기금으로 적립된다. 한 해 동안 전혀 보험급여를 받지 않은 가입자에게 이 기금으로부터 보험료가 연말에 환급된다. 따라서 가입자의 입장에서는 소액의 진료비영수증

들을 즉각적으로 보험에 제출하기 보다는, 일단 취합한 다음 그것들을 연말에 보험에 청구하는 것과 청구하지 않고 보험료 환급을 받는 것이 나을 것인가를 심사숙고하는 것이 좋다.

나. 병원진료추가보장(Krankenhauszusatzversicherung)

공적의료보험에 가입된 사람들은 병원진료추가보장을 계약할 수 있다. 이것을 통해 선택진료에 대한 보장을 받게 된다. 즉, 병원에서 진료할 의사를 결정하여 계약할 수 있다. 그리고 더 나아가 과장의사의 진료를 계약하여 그 의사의 진료는 물론이고 그 의사가 운영하는 병원이외의 의료시설에서의 진료까지도 받을 수 있도록 할 수 있다. 1인 병실을 이용하는 경우 병원은 일반 병원입원비의 65% 그리고 2인병실의 경우는 25%를 추가적으로 요구한다.

다. 병원입원수당보장(Krankenhaustagegeldversicherung)

병원에 입원하게 되면 보통 진료비보장보험으로 충당되지 않는 부수적인 지출이 발생한다. 민간 의료보험에서는 이와 같은 경우에 가정도우미, 업무도우미, 가족들의 병원방문을 위한 교통비 그리고 자녀를 병원 둔 부모의 병원숙박 등에 따른 비용을 보장할 수 있다. 가입자는 민간 의료보험과 별도의 증명을 제시할 필요 없이 특정한 액수로 입원수당을 받을 수 있도록 계약할 수 있다.

라. 질병수당보장(Krankentagegeld)

질병수당보장에 대한 보험은 질병이나 사고로 인한 노동능력상실의 경우 결손되는 소득을 보충하기 위한 것이다. 질병보장수당의 지급은 사용자의 임금계속 지불의무가 종료되는 시점에서부터 시작된다. 자영자의 경

우 대부분 질병 후 4일부터 질병수당을 받도록 계약한다. 고소득의 사무직근로자는 질병 발생 6주 이후부터 상실된 소득에 대해 질병수당을 받게 된다. 공적 의료보험에서 상병수당은 세전소득의 70% 그리고 세후소득의 90%가 된다. 민간 의료보험에서 질병수당보장을 위한 보험료는 질병수당의 액수, 지급개시 시점, 가입자의 성별 그리고 가입연령 등에 따라서 달라진다.

마. 해외여행질병보장(Auslandsreisekrankheitsversicheurng)

해외여행의 경우 민간의료보험은 외래진료, 약제비, 입원진료 그리고 경우에 따라서는 의료적 필요에 의한 귀국 등의 비용을 보장한다. 그러한 보험은 특히 독일과 국제사회보장협정을 체결하지 않은 국가들을 여행하게 되는 공적 의료보험 가입자들에게 의미가 있다. 그러한 국가들에서의 진료에 대해 공적 의료보험의 질병금고들은 그 진료비를 전혀 보상해 주지 않는다. 그리고 의료적 필요에 의한 귀국에 소요되는 비용도 연방사회법원의 판결에 의해 더 이상 공적 의료보험이 보장할 수 없게 되었다. 그러나 민간 의료보험으로 인해 장기적인 해외체류가 가능해졌다. 그러나 그 전제는 가입자가 지속적인 거주지를 독일지역에 가지고 있어야 한다는 것이다. 해외여행질병보험은 독일을 방문하는 사람들에게도 적용될 수 있다.

바. 외래진료추가보장(Zuastzversicherung für ambulante Behandlung)

이러한 종류의 보험상품은 공적 의료보험의 공백을 보충하는 것이다. 보장되는 내용은 보험료의 수준에 따라서 달라진다. 일반적으로 안경, 특수치료사의 진료 또는 의치 등에 대한 보조금 등이 포함될 수 있다.

사. 치과보충보장(Zahnergänzungsversicherung)

공적의료보험 가입자는 치과 진료에 대한 공적의료보험의 급여를 보충하는 보험을 민간의료보험과 계약할 수 있다. 민간의료보험은 공적의료보험이 보장하지 않는 의치와 관련된 비용의 일정 비율을 보상한다. 한편, 공적의료보험에서 보장하는 수준과 합산하여 법적으로 규정된 보상액의 최대치를 넘기지는 않아야 한다. 의치에 해당되는 것은 치아홈메우기(실란트), 치아쐬우기(크라운), 걸기 및 치아교정 등이 포함된다. 의치에 대한 보상금액은 보험회사가 제시하는 조건에 따라 달라지는데 최대치는 확정되어 있다.

아. 휴양비보장(Kurkostentarif)

이 상품은 일반적으로 질병비보장이나 병원입원보충보장에 가입한 사람들에게 제공된다. 보험료는 진료비 영수증의 증빙을 전제로 하거나 일정한 보험금을 전제로 계약하게 된다. 휴양을 가야할 지는 가입자나 의사가 결정하도록 계약할 수 있다.

자. 휴면보장(Anwartschaftsversicherung)

다른 보험의 보장을 받게 되는 경우에 이러한 상품은 기존에 가입되었던 내용이 사용되지 않고 정지되는데 만약 다시 민간의료보험을 필요로 하는 경우가 되면 기존의 보험내용을 다시 살려서 이용할 수 있게 하는 것을 보장한다. 예를 들면 민간의료보험에 가입하였던 가입자가 군인이 되어 군에서 제공하는 무료의료혜택을 받게 되면 그때까지 가입한 민간의료보험을 사용할 필요가 없게 된다. 이 경우에 휴면보장계약을 하였다면 정지된 기간 동안을 노후준비금으로 전환되도록 하거나 군을 마치고 나올 때 다시 민간 의료보험의 보장을 받을 수 있게 할 수 도 있다. 민간

의료보험에 가입되었던 사람이 실직을 하게 되면 자동적으로 공적 의료보험의 가입자가 된다. 이 때 실업기간이 1년 이상 지속될 경우는 나중에 직업을 갖게 될 때 예전의 보험조건으로 민간 의료보험 재가입을 가능하게 한다. 만약 민간 의료보험에 가입한 기간이 5년을 초과하게 되면 공적 의료보험에 가입할 의무를 면제받게 된다.

2. 민간의료보험에의 접근을 보장하기 위한 규정

독일은 국민의 88%가 공적의료보험에 가입하고 있으며 이중 74%는 강제피보험자이고 14%는 임의피보험자이다. 국민의 9%가 대체형 민간 의료보험 가입자이고, 공적 의료보험가입자 중 10%는 본인부담 보충형 혹은 비급여 서비스에 대한 보충형 민간 의료보험에도 가입하고 있으며, 2%는 경찰, 군인, 사회복지서비스 대상자로서 무료로 정부의 의료보험서비스를 받고 무보험자는 0.2%이하이다. 원칙적으로 사회법(SGB)은 실업자, 연금수급자, 농부, 학생, 예술가, 장애자 같은 그룹뿐만 아니라 고용상태에 있는 국민이 공적 의료보험의 대상이 되어야 하는 것으로 규정하고 있다. 그러나 일정소득이상 2002년 현재 월 3, 3375Euro 이상 근로자, 공무원, 군인 등은 이 의무에서 제외되어 민간 의료보험선택이 가능하다(Dixon and Mossialos, 2002).

이처럼 독일은 대체형 민간의료보험을 고소득 근로자, 자영업자 그리고 공무원에게 한정하고 일단 민간의료보험에 가입하면 공적 의료보험으로의 회귀를 금지한다는 면에서 매우 독특하다. 이들이 특정시간동안 공적 의료보험에 가입했다면 공적 보험제도 하에 남을 수 있다. 즉 일정소득 이상의 개인들은 공적의료보험을 선택할 수 있고 대체형 민간의료보험을 구입할 수 있는 것이다. 독일의 민간의료보험은 공적부분과 직접적으로 경쟁하기 때문에, 대체형 민간의료보험 상품은 한 가지 유형 이상의 보험을 급여하여 결국 쾌적한 시설, 더 빠른 접근, 의료제공자의 다양한 선택이

가능하게 된다(김경하, 2003:84).

민간의료보험은 임의로 가입하는 제도이기 때문에 시장에서 보험급여와 보험료에서 매력이 있어야 한다. 사회보험에서는 대부분의 사람들이 강제로 가입한다. 강제가입경계선[5] 이하의 소득을 가진 근로자는 민간 의료보험을 선택할 수 없다. 따라서 그들은 공적 질병금고의 가입자가 되어야 하기 때문에 공적 질병금고들 중 하나를 선택할 수밖에 없다.

가. 강제가입과 임의가입

의료보장을 하는 방법은 기본적으로 두 가지가 있다. 첫째는 각 개인들에게 어떻게 어디서 질병의 위험에 대해 대비하느냐 하는 것이고, 둘째는 법적으로 보험을 규정하고 그 법에 따라 질병의 위험에 대비해 보험을 가입하도록 강제하는 것이다. 독일에서는 이 두 가지 방식이 계층에 따라 다르게 적용되고 있다. 공적 의료보험은 강제보험의 보험자인데 그러한 강제보험에서 제외되어 보험가입여부를 스스로 선택할 수 있는 계층이 있다.

민간의료보험에서는 단지 임의가입 원칙만이 있을 뿐이다. 민간 의료보험은 시장에서 살아남아야 하는데 그들의 존속여부는 가입자들로부터 선택받을 수 있느냐에 달려있다.

공적의료보험과 민간의료보험 간의 경계 그리고 강제가입 원칙과 임의가입원칙 간의 경계를 확정짓는 것은 전적으로 보충성의 원칙에 기초한다. 이른바 '가톨릭 사회개입론'에서 기원한 이 원칙에 따르면 개별 국민은 질병의 위험에 대해 스스로의 힘으로 해결해야 하며 그들이 부담이 과도해질 경우 비로소 국가가 개입을 하여야 한다.

출생과 동시에 모든 인간은 의료보험에 가입된다. 원칙적으로 아동은 자신의 부모들이 가입된 보험에 가입하게 된다. 공적 의료보험의 경우 자녀

---

5) 공적 연금보험의 보험료산정상한소득의 75%가 강제가입의무경계선임. 2007년 연금보험료 산정상한소득은 월 5,250 유로이므로 공적 의료보험 강제가입경계선은 3,975.5 유로임.

는 피부양자로서 무료로 가입된다. 민간 의료보험에 가입하고 있는 부모는 자녀를 민간 의료보험에 가입시킬 것이다. 늦어도 직업훈련이나 대학에 입학하기 전까지는 의료보험에 대한 결정을 한번은 하게 된다. 그렇지만 여기에도 부모의 영향이 미치게 된다. 직업훈련생의 경우는 그들의 소득이 의무가입경계선 이하이기 때문에 공적 의료보험의 강제가입자가 되어야 한다. 대학생의 경우도 공적 의료보험의 가입자가 될 수 있다. 그러나 그들은 강제가입원칙을 적용받지 않고 민간보험에도 가입할 수 있다.

그들이 최초로 민간보험을 경험하게 된다. 직장을 갖게 되면 사회생활 초년생으로서 단순노동자와 사무직근로자로서 의무가입경계선 이상의 소득을 갖게 되면[6] 공적 의료보험과 민간 의료보험 중에서 하나를 선택하여 가입할 수 있다. 이미 직장 생활을 하고 있는 사람들도 자신의 소득이 의무가입경계선을 넘게 되면 역시 선택의 가능성을 갖게 된다.

나. 민간보험 가입자 구성

독일 통계청의 조사에 의하면 2000년 말에 민간 의료보험에 가입한 사람의 수는 약 1천5백만에 이르는 것으로 나타났다. 그것은 전체 독일 인구의 약 15%정도였다. 그중 7백5만 명이 완전보장보험에 가입했었다.

① 완전보장 가입자

이 경우는 민간의료보험은 공적의료보험을 대체한다. 완전보장 민간 의료보험은 법적으로 공적 의료보험에 가입의무가 강제되지 않는 다음과 같은 계층이 가입할 수 있다.

첫째, 단순노동자와 사무직 근로자

그들의 소득이 보험의무가입경계선 이상일 경우에 민간 의료보험에 가입할 수 있다. 보험의무 가입경계선은 공적 연금보험료 산정상한소득의

6) 2202년 3.375 유로

75%로서 임금상승에 맞추어 매년 초에 연동시킨다.

둘째, 공무원

소속 기관으로부터 진료비를 위한 보조를 받는 공무원들은 보조금액수에 맞추어 민간의료보험에 가입할 수 있다. 진료비 보조는 질병 시에 소속기관으로부터 진료비의 일정 비율을 받는 것을 의미한다. 공무원을 위한 진료비보조는 보통 50%, 그 배우자에게는 70% 그리고 그 자녀들에게는 80%가 지원된다. 만약 공무원이 퇴직을 하게 되면 진료비보조는 50%에서 70%로 인상된다. 따라서 공무원은 단지 그들이 소속기관으로부터 받는 진료비보조로 부족한 부분에 대해 민간 의료보험에 가입하게 된다.

셋째, 자영자

1989년의 『보건의료개혁법』으로 자영자의 경우 소득에 상관없이 민간의료보험에 가입하도록 되었다. 거기에는 모든 자유직업인, 예를 들면, 개업한 의사, 변호사, 법무사, 자영약사, 설계사, 회계사 및 세무사 등이 속한다. 또 직업 활동을 하지 않는 계층도 민간 의료보험에 가입하게 되는데, 공적 의료보험의 가입의무가 없는 전업주부와 그 자녀 등이 거기에 속한다. 그리고 직업 활동 기간 중에 민간 의료보험에 가입했던 연금수급자도 민간 의료보험에 가입하게 된다. 1994년 1월1일부터 직업 활동 기간 중 후반부의 90%이상을 공적 의료보험에 가입하였던 연금수급자들만이 공적 의료보험의 가입이 가능하게 되었다. 마지막으로, 대학에 입학한 학생인데, 국립 또는 공립 대학에 등록하게 되면 공적 의료보험의 가입자가 된다. 그러나 그와 같은 강제가입의무는 민간 의료보험으로 대체가 가능하다.

〈표 2-2〉 공적 의료보험의 최고보험료 추이(구서독 지역)

연도	보험료산정상한선 (유로)	평균보험료율 (%)	최고보험료	
			월 보험료 (유료)	인상률 (%)
1970	613,55	8.2	50.31	
1975	1,073.71	10.5	112.74	124.09
1980	1,610.57	11.5	185.22	64.29
1981	1,687.26	11.8	199.1	7.49
1982	1,802.30	12	216.28	8.63
1983	1,917.34	11.8	226.25	4.61
1984	1,994.04	11.4	227.32	0.47
1985	2,070.73	11.8	244.35	7.49
1986	2,147.43	12.2	261.99	7.22
1987	2,185.77	12.6	275.41	5.12
1988	2,300.81	12.9	296.8	7.77
1989	2,339.16	12.9	301.75	1.67
1990	2,415.85	12.5	301.98	0.08
1991	2,492.55	12.2	304.09	0.7
1992	2,607.59	12.7	331.16	8.9
1993	2,760.98	13.4	369.97	11.72
1994	2,914.36	13.2	384.7	3.98
1995	2,991.06	13.2	394.82	2.63
1996	3,067.79	13.5	414.15	4.9
1997	3,144.45	13.5	424.5	2.5
1998	3,221.14	13.6	438.08	2.44
1999	3,259.49	13.6	443.29	1.19
2000	3,297.83	13.5	445.21	1.18
2001	3,336.18	13.5*	450.38	1.16
2002	3,375.00	13.6*	459	1.91

자료: Verband der privaten Krankenversicheurng. 2002: 21.

② 보충보험 가입자

공적 의료보험의 급여수준은 『보건의료개혁법』과 『보건의료구조법』으로 낮아졌다. 그것은 결국 공적 의료보험 가입자에게는 상당한 수준으로 안경, 콘텍트 렌즈, 의치, 보조치료제 그리고 병원입원과 관련된 진료비를 본인 부담해야 한다는 것을 의미하였다. 또한 해외여행에서의 진료

도 상당부분 제한되었다. 이러한 공백을 채우기 위해서 민간 의료보험에 가입하여 외래진료를 보충적으로 보장받아야만 했다. 보험료의 수준에 따라 외래진료에서 지불해야 하는 본인부담의 일정비율을 보장받을 수 있다. 의치에 대한 보상에서는 상한액이 있다.

공적 의료보험에 가입한 사람은 과장의사를 선택하여 진료 받거나 병원에서 1인이나 2인 병실을 이용하기 위한 보충적 보장을 위해 민간의료보험에 가입할 수 있다. 또한 병원입원 기간 동안에 발생되는 부대비용을 마련하기 위해서도 병원입원수당보장을 가입할 수 있다. 예를 들면 부모가 자녀의 입원 시에 의료적으로 불가피하지는 않더라도 자녀와 함께 병원에 있으려고 할 때 발생되는 비용을 보장받을 수 있다.

〈표 2-3〉 민간 의료보험 현황(2000)

(단위 : 천명)

보험종류	적용인구
완전보장 가입자	7,500
보충보험	7,500
- 입원선택보장	4,400
- 상병수당	2,600
- 외래보충보장	4,400
해외여행보장	25,400
의무보험보장	8,300
보험재정	단위 (10억 유로)
보험료 수입	20,700
급여지출	13,600
보험료 환급	2,900
노령적립금 불입	7,400

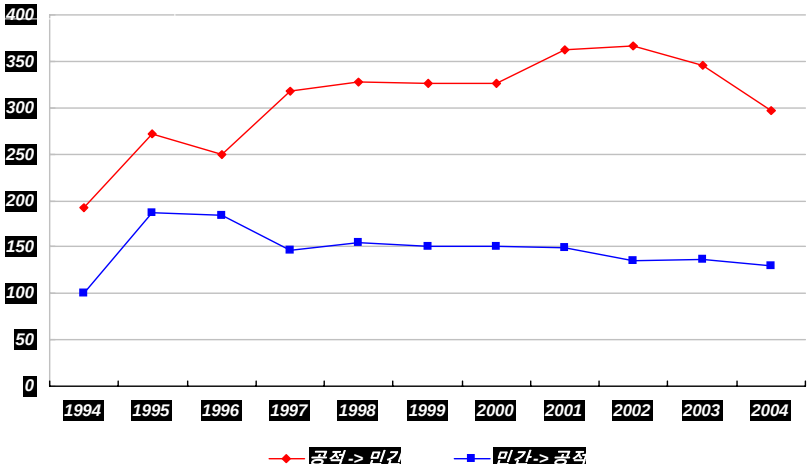
자료: Verband der privaten Krankenversicheurng. 2002: 16.

다. 보험자 간의 경쟁과 가입자의 선택권

각 보험회사별로 적립된 노후준비금으로 인해 보험회사를 변경하는 것

이 용이하지 않았었다. 그러나 2007년 의료보험개혁으로 가입자가 소속을 변경하는 경우 노후준비금을 이체할 수 있도록 하여 가입자의 선택이 훨씬 용이해졌다.

〔그림 2-1〕 **공적 및 민간의료보험 간 가입자 이동 추이**



3. 민간의료보험에서의 역선택 방지 규정

1980년대를 거치면서 대부분의 국가들이 폭등하는 의료비를 억제하기 위한 수단의 하나로 공적 의료보험시스템 내에 경쟁의 원리를 도입하였다. 일반적으로 의료보험에서의 선택과 경쟁은 의료보험을 더욱 효율적으로 만들 수 있다는 이론이 주장된다. 얼핏 보기에는 의료보험제도 내에 다양한 방법으로 경쟁과 선택이 가능하다. 그러나 문제는 과연 이러한 기능이 실제로 작동될 수 있는가 하는 점이다. 독일의 경우 의료가 갖는 특수성과 정보의 비대칭성 때문에 경쟁과 선택은 한계를 가질 수밖에 없으므로 보험자에 의해 '관리된' 혹은 '규제된 경쟁'만이 가능하다는 관점에 있다.

1980대부터 90년대 이후까지 공적 의료보험에 경쟁원리가 도입되었지만 남미와 달리 민간보험과 공적 의료보험 간의 경쟁이 아니고, 공적 의료보험 내에서의 제한된 경쟁이었다(전창배, 2005:37). 의료보험과 관련하여 다양한 선택의 가능성이 존재하며 실제로 국가마다 다른 형태의 선택권을 부여하고 있는 것이 사실이다. 여러 유럽국가들 중 영국을 제외하면 보험자를 선택할 수 있는 권한을 가입자가 실제로 행사하고 있기 때문이다. 그러나 현실에서는 시장에서 이것을 제약하는 것들이 있는데, 그 가운데 하나가 지속성(persistence)때문이다. 즉, 일단 보험자를 한 번 선택한 후에는 여러 가지 이유로 가입자가 자신의 욕구나 필요에 따라 보험자를 바꾸는 것을 어렵게 한다는 것이다(Greb, et al., 2002, 전창배 2005. 재인용). 보험자를 교체하는 것이 가입자는 물론 보험자 모두에게 비용이 많이 들어간다. 개인의 입장에선 보험자 교체는 새로이 의사-환자 또는 의료기관-환자간의 관계를 설정해야 하는데, 이는 시간에 대한 비용은 물론 불편함을 초래한다. 또한 보험자 교체에 따른 거래비용을 간과할 수 없다. 즉 다른 보험자를 탐색하기 위한 정보수집, 새로운 보험자의 급여범위, 재정상태 등을 알아보는데 많은 비용이 수반된다. 또한 환자의 입장에선 보험자 이동으로 인한 경제적 절감 못지않게 환자-의료기관-의사간의 관계를 만족스럽게 유지하는 것에 가치를 두는 경향이 많은 상황에선 보험자 선택권이 행사되기 어렵다 (Bertranou, 1999 전창배, 2005 재인용).

지속성외에 보험자 선택권을 제약하는 또 하나의 요인은 보험자가 자유롭게 취하는 선별가입(cream skimming) 현상 때문이다. 즉 보험자는 젊고 건강한 사람, 소득이 높은 사람 위주로 선별적으로 가입시킬 유인을 갖는다. 이러한 조건하에서는 위험요인을 많이 가진 병약자의 의료접근성을 제약하게 되는 한편, 건강한 사람만을 골라 가입시키는 비효율적인 보험자가 위험을 가진 사람들을 가입시키는 효율적인 보험자를 시장에서 퇴출시키는 현상을 초래하여 건전한 보험의 존립마저 불가능하게 한다. 뿐만

아니라 cream skimming이 보험자간 비용이전현상을 야기하여 궁극적으로 비용유발을 많이 할 가능성이 있는 가입자를 공적 의료보험이 전담하는 결과를 초래하게 되고, 공적 의료보험은 비효율적인 보험자에 비해 보장성이 약화되는 저급한 보험으로 전락하고 만다. 결국 cream skimming 은 사회적 후생은 없고 손실만 초래하기 때문에 정교한 규제 장치가 필수적임을 보여준다.

유럽의 국가들은 공적 의료보험 내에서의 '관리된 경쟁'이라 할 수 있도록 하였다. 독일과 네덜란드의 보험자 선택권은 이미 잘 알려진 사실이다. 독일의 경우 선택권은 두 가지 방향에서 이루어지고 있다. 하나는 공적 의료보험대상자가 보험자를 교체할 수 있는 선택권이고, 다른 하나는 민간보험가입가능 대상층이 민간 의료보험과 공적 의료보험 중 어느 하나를 선택할 수 있는 것이다.

첫째로, 공적 의료보험자 간 소속의 변경이 1997년부터 허용되었는데, 이것의 배경은 많이 알려진 것과는 달리 효율성의 관점에서라기보다는 정치적, 사회적 목적 때문이었다(전창배, 2005:37). 보험자 통합이 숨은 이슈였다. 다시 말해 통일 이후 동·서독소재의 보험자간 보험료율 상이, 화이트칼라와 블루칼라 간의 상이한 보험자, 상이한 보험료율이 사회적 연대성(solidarity)을 저해하는 측면이 있었다. 이것은 독일의 오랜 전통인 사회민주적 이념과 상충되었다. 이러한 이념을 실현하기 위해서는 보험자 선택권은 선택 가능한 정책수단이었다. 왜냐하면 보험자간 상이한 보험료를 낮추도록 경쟁하게 하면 궁극적으로는 규모의 경제를 가진 보험자 중심으로 통합이 이루어질 것이라고 보았기 때문이다(Dixon, et al., 2004). 그 결과, 보험자 수가 매년 감소하고 있다. 1883년 당시 전국적으로 20,000개로 출발하여 현재는 267개로 축소되었다 (Appleby, 1993: Haas, 2005. 3. 15).

둘째로, 공적 보험과 민간 의료보험 간 선택권에 관해서인데, 여기에는 상당한 제약을 두어 민간보험이 공적 의료보험의 발전을 저해할 수 있는

요지를 사전에 차단하고 있다. 무엇보다, 일정소득 이상자만(월소득 3,862 유로) 민간 의료보험을 선택할 수 있는 자격을 주고 있는 것이 그 예이다. 또한 독일국민 중 위 소득금액 이상자가 전체 국민의 21%인데, 그 중 7%만이 실제로 민간보험을 선택하고 있다. 이는 민간보험에 대한 직, 간접적인 제약에다 공적 의료보험의 보장성 때문이다.

Dixon(2002)에 의하면 이러한 배경을 통해 우리가 얻을 수 있는 시사점은 3가지이다(전창배, 2005: 38). 첫째, 국가가 공적 의료보험을 통해 포괄적인 서비스를 제공하고 있고, 둘째, 공적 의료보험가입이 강제이고, 셋째, 공적 의료보험과 달리 민간 의료보험에는 본인부담금제도를 두어 비용을 환자에게 부담시키고 있는 것을 들 수 있다. 유럽 대부분의 국가에서는 급성상병에 대한 입원, 외래의 경우 본인부담이 거의 없다.

민간의료보험의 보험자들은 완전질병보장보험에 대해 합법적인 해지권한을 자발적으로 포기하였는데, 그것이 보험계약법 상에 그대로 반영되었다. 보험자들은 질병비용보장과 질병수당보장보험이 전체적으로 또는 부분적으로 공적 의료보험을 대체하는 경우에는 이를 해지하지 못한다. 그러나 사용자의 보조를 신청하지 못하는 질병수당보장보험의 경우, 첫 3년 내에, 3개월간의 예고기간이 경과된 후, 해지할 수 있다.

직업 활동 기간 중에 민간 의료보험에 가입했던 연금수급자도 민간 의료보험에 가입하게 된다. 1994년 1월1일부터 직업 활동 기간 중 후반부의 90%이상을 공적 의료보험에 가입하였던 연금수급자들만이 공적 의료보험의 가입이 가능하게 되었다. 이것은 민간 의료보험은 젊고 질병이 적은 사람들이 가입하고 공적 의료보험은 소득도 적고 질병율이 높은 사람들이 가입하는 현상을 방지하기 위한 정책이다.

4. 위험에 따른 보험료책정을 제한하는 규정

가. 수지상응의 원리(Äquivalent-Prinzip)

민간의료보험에서는 수지상응의 원리에 기초한 자기보장이 적용된다. 수지상응의 원리는 보험료의 수준과 보장되는 급여의 범위가 직접적으로 관계가 있다는 것을 의미한다. 더 많은 급여를 보장받으려하면 보험료는 더 많아진다. 결국 민간의료보험은 위험의 수준에 따라 보험료를 징수한다. 보험료는 가입연령, 가입자의 성별, 그리고 건강상태 등과 상관없이 보험가입 전에 합의된 급여에 따라 결정된다. 수지상응의 원리는 동일한 위험을 가진 집단에게 동일한 보험료가 적용되도록 한다. 따라서 좀 더 높은 위험을 가진 사람은 좀 더 많은 급여를 필요로 하게 될 것이기 때문에 그 보다 낮은 위험을 가진 사람들에 비해 더 많은 보험료를 납입하여야 한다.

그에 비해 공적 의료보험은 사회적 연대의 원리에 의해 보장된다. 공적 의료보험의 보험료는 단지 소득의 수준에 비례한다. 그리고 소득이 없거나 매우 적은 보험가입자의 가족은 피부양자로서 보험료 납입이 면제된다. 그리고 보험료의 수준에 따른 보험급여의 차이는 인정되지 않는다.
보험료산출에서 수지상응의 원리는 구체적으로 다음과 같은 4가지에서 나타난다.

첫째, 보험료수준은 보장될 급여의 범위에 따라 달라진다. 예를 들면, 병원에서 1인실을 사용하게 되면 다인실을 이용하는 경우에 비해 보험료가 높아진다.

둘째, 의료이용은 연령이 높아질수록 증가한다. 그러므로 민간의료보험에서 보험료는 보험가입 시점의 연령에 따라 달라진다. 더 젊어서 가입할수록 보험료가 낮아지게 된다.

셋째, 또 다른 고려사항은 보험가입 시점에서의 건강상태이다. 이미 질

병에 한 번 걸린 적이 있는 경우는 보험기술적으로 보면 수지상응의 원리에 더 많은 보험료(추가위험부담금)를 부담하여야 하는 추가적 위험이다.

넷째, 보험료는 남성과 여성이 다르게 산출된다.

중요한 것은 항상 보험가입시점에서의 상황이다. 그것이 보험계산의 기초가 된다. 만약 추후에 위험에 관련된 사건이 발생하더라도, 특히 건강의 악화 등, 그것은 보험료에 아무런 영향을 미치지 못한다. 추후에 추가위험부담금은 산추에 반영할 수 없다. 그러나 추후에 가입자가 새로운 보험료를 결정하고 계약하여 급여의 범위가 더 확대된다면 가입자의 위험에 대해 새로이 판정하게 된다.

나. 개별적 보험료와 부과방식

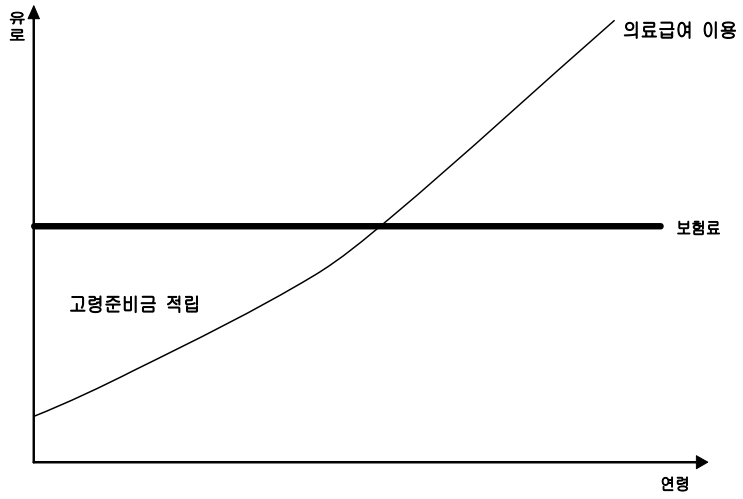
민간의료보험에서 보험료는 항상 개별적으로 산출되기 때문에 피부양 가족에 대한 보험료 면제는 없다. 그의 가입자는 자신의 사용자로부터 민간의료보험 보험료의 절반을 지원받는데, 그 액수는 모든 공적 의료보험들의 최대보험료의 평균치를 넘지 않는다.

생명보험 유형의 민간 의료보험에서 보험료는 보험수리적 기초에 의해 산출된다. 즉, 노후준비금이 적립된다는 의미이다. 이것을 통해 노후에 증가하는 위험으로 인한 비용을 충당하게 된다. 가입자는 자신의 현재의 위험에 대한 보험료 외에 추가적으로 노후에 증가하는 의료비를 위한 자금을 저축하기 위한 보험료를 납입하여야 한다.

보험료의 일부가 노후준비금으로 이자가 발생되는 저축이 된다. 이 자금은 노후에 증가하는 의료비를 충당하기 위해 사용된다. 민간 의료보험에서 전체 보험가입기간으로 볼 때 보험료는 젊은 시절에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 높고, 노후에는 실제로 이용하는 의료의 비용보다 낮게 산출된다. 젊은 시절에 납입된 보험료와 이용한 의료비 사이의 차액은 노후준비금으로 이자가 발생되는 형태로 적립된다. 노후에는 납입된 보험료

와 실제로 이용한 의료비 부족분은 노후준비금을 통해 충당하게 된다.

〔그림 2-2〕 **민간의료보험의 보험료 산정**



『보험감독법』 제12a조(보험료의 산출 및 노후준비금의 적립)

(1) 의료비용보험과 임의개호보험(개호비용보험과 개호일당보험: nursing care daily allowance)에서 보험사업자는 해당 보험의 노후준비금에 의해 발생한 수익의 80%에 상당하는 추가적인 금액과 전년도 말고 노후준비금의 2.5%를 넘지 않는 범위 내에서 기술적 이자율(technical interest rate)을 적용한 수익을 초과하는 추가적인 금액을 매년 노후준비금으로 적립하여야 한다.

(2) 위 (1)항에 언급한 금액의 50%는 매년 피보험자의 계정으로 직접 이전되어야 하고 장래 또는 현재의 보험료 감소, 특히 고령시의 보험료인상을 피하거나 제한하는데 이용될 수 있어야 한다. 임의 일일개호 수당보

험에서 보험약관은 보험료 감소 대신에 급부금 증가를 규정할 수도 있다.

(3) 위의 (1)항에 따른 금액 중 50%는 대차대조표 날짜로 65세에 도달한 피보험자를 위해 별도로 적립하여야 하며 보험료를 감소시키거나 또는 보험료 증가를 회피 제한하기 위해 3년 이내에 이용되어야 한다.
단, 보험료가 계약개시시점의 보험료 이하로 떨어지는 것을 방지하기위해 보험료 인하가 제한될 수도 있다. 이 때 이용되지 못한 금액은 위의 (2)항의 내용에 따라 이용되어야 한다.

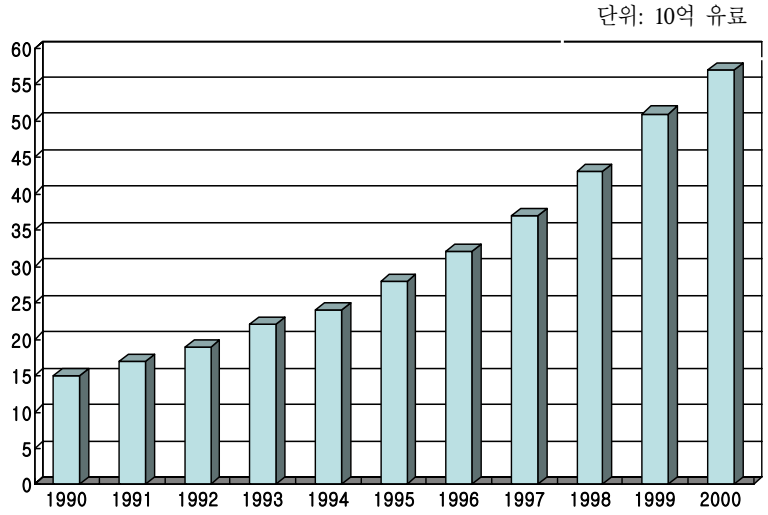
(4) 위 (1)항에 의해 계산된 금액을 피보험자에게 분배할 때 사용되는 방법은 제12c조에 따른 시행령에 의해 결정되어야 한다.

(5) (1)항 내지 (3)항은 1994년 12월 31일 이후 개시되는 회계 연도부터 적용되어야 한다. 그 때까지는 이전년도 말의 노후준비금의 1%가 피보험자의 계정에 이전되어야 하며 위의 (2)항에 따라 이용되어야 한다. 그러나 직접이전(direct crediting)에 의해 이루어져야 할 필요는 없다.

다. 노후준비금을 통한 위험 분산

연령이 높아짐에 따라 의료이용도 많아진다. 80대 고령자의 경우 약제비가 일반 가입자보다 15배나 많다. 그러므로 민간의료보험에서 젊은 사람은 늦지 않게 연령에 따라 증가하는 의료비에 대비한다. 보험료산출에서 이미 연령에 따라 증가하는 의료비가 반영되어 있다. 그리고 민간의료보험에서는 노후준비금을 적립하고 있다. 이것이 바로 위험에 따른 보험료 산출을 부분적으로 완화하기 위한 중요한 대책의 일종이라고 할 수 있다.

［그림 2-3］ 노령적립금 연도별 추이



자료: Verband der privaten Krankenversicheurng. 2002:27.

노후준비금의 적립에 적용될 이자율은 법적으로 연 3.5%이다. 이것은 이자율 변동에 대한 매우 보수적 관점에서 책정된 것이다. 이자율 3.5%는 경기 상황이 매우 좋지 않다하더라도 가능한 수준이다. 만약 그보다 높은 이자율을 책정한다면, 경제가 불황일 때 시장의 이자율이 책정된 이자율보다 낮아지는 위험이 발생될 수 있다. 그렇게 되면, 노후준비금이 기대한 만큼 적립되지 못하는 결과를 초래하게 된다.

만약 시장 이자율이 3.5%를 넘게 되면 그렇다면 이자차액이 발생되는데, 이것은 보험계리상 초과이자로 표시된다. 이와 같은 초과이자는 노후에 보험료 감액이나 보험료환급을 위한 기금으로 적립할 수 있다. 초과이자의 90% 이상을 보험가입자의 노후에 보험료 감액을 위해 활용하여야 한다. 그중 상당부분은 현재 65세 이상인 고령자들의 향후 3년간 보험료의 감액 또는 보험료 인상의 억제나 제한을 위해 활용되어야 한다.

『보험감독법』 제12조제1항은 초과이자의 처분에 대해 다음과 같이 규정하고 있다.

1. 보험료는 확률표 및 기타 관련 통계에 근거한 계리적 원칙에 따라 계산되어야 한다. 관련 통계의 산출에 있어서는 특히 폐질 및 질병위험, 사망율, 연령, 성별, 해약율에 대한 위험의 의존도 및 해약율에 관한 해당 가정을 고려해야 하며 또한 안전할증(safty loading) 및 기타 할증과 기술적 준비금의 최고 금리(3.5%)를 감안해야 한다.

2. 노후준비금은 상법 제341f조에 따라 설정되어야 한다.

3. 입원일당보험에 있어서 늦어도 보험계약 후 4차년도 부터는 계약종료에 대한 계약상 또는 法定통보에 대한 보험사업자의 권리는 소멸하고 또한 보험료 증가는 허용되어야 한다.

2000년부터 신규가입자는 그들의 보험료의 10%를 추가적으로 더 납입하여야 한다. 이것은 일반적으로 21세부터 60세까지 납입하여야 한다. 이 재원도 이자가 발생되는 방식으로 적립한다. 그 기금의 대부분이 65세 이후의 보험료인상을 억제하기 위해 사용된다. 그것을 통해 만약 보건의료부분의 비용이 지속적으로 상승하더라도 보험료는 일정하게 유지될 수 있다.

보험료산출은 보건의료비 추이에 관한 오늘날 존재하는 통계치와 연령에 따라 증가하는 의료이용에 기초하여 이루어진다. 시간이 지남에 따라 과거의 질병경험들로부터 의료이용양에 미치는 효과를 통계적으로 예측할 수 없는 상황이 빈번하게 발생되었다. 그렇기 때문에 보험료는 정기적으로 검토되어야 하며 수요에 맞추어 재조정되어야 한다.

제3절 자체규제에 대한 기준

민간의료보험보험에 대한 법적 근거는 법적 규정과 계약 내용에 기초한다. 민간의료보험에 대한 법적 기초는 보험계약에 관한 법, 회사에 관한

법 그리고 감독법이라는 3가지로 분류된다. 그 외에도 다양한 법적 규정이 존재한다.

1. 보험계약 관련 법

보험계약에 관련된 법의 출발점은 시민법 즉, 민법이다. 모든 영역에서 개별적인 규정들이 보험계약법에 명시되어 있다. 특히 민간의료보험을 위해서는 일반적 보험조건들이 포함되어 있다. 그것의 1부에는 민간의료보험협회가 단일화한 표준계약서가 있으며 제2부에는 각 보험회사별로 결정할 수 있는 보험료들이 포함되어 있다. 민간의료보험에서 보험은 민법상의 계약원칙에 의거하여 체결된다.

2. 회사 관련 법

공적 의료보험의 보험자는 공법상의 조직이다. 그에 비해 민간의료보험은 민법상의 회사들에 의해 운영된다.

3. 보험감독법

민간의료보험회사들은 연방보험감독청(BAV)의 업무 및 회계감독을 받아야 한다. 과거에 연방보험감독청에 의한 보험조건 및 보험료의 승인 제도는 폐지되었다. 그러나 연방보험감독청은 상황에 따라서는 그러한 조건이나 보험료를 수정하도록 개입할 수는 있다. 그 대신 보험료 조정은 신용평가회사(Treuhändler)의 동의를 받도록 되었다. 개별 보험회사들은 보험료의 산출과 수리적 적립, 특히 노후준비금의 적립을 전문가에게 위탁할 수 있다. 그 전문가의 임무는 보험회사의 재정상태가 보험가입자의 지불요구에 대해 항시 대응이 가능한 것인가를 위주로 판단하게 된다.

원칙적으로 주정부가 민간 의료보험의 내용에 대하여 관리할 의무는 없

다. 그러나 대체형 의료보험에 대한 일반적인 보험 내용은 처음 실행과 수정이 있을 때마다 매번 재정부 산하 연방보험감독청(Federal Supervisory Office for the Insurance Sector)에 규제를 받아야 한다. 감독 당국은 보험사업의 감독에 과한 법률과 다른 규제에서 규정된 최소 규범에 응해야 하는 것을 체크한다. 이러한 의무는 독일에 등록된 외국 보험사에도 똑같이 적용된다.

독일에 등록된 모든 보험회사는 피보험자의 이익을 보호하고 계약에서 생명에 대해 책임지는 의무가 이행될 수 있는지 여부를 보증하도록 고안된 회계의 법적 규정을 기준으로 한 연방 보험감독청에서 보험료 회계방식에 따라야 하고 또한 보험내용과 보험료의 일부를 수정할 경우에는 동의를 받아야 한다. 가장 엄격하게 규정된 부분 중 하나는 노인 민간 의료보험 고객을 위한 재정적 보유와 관련되어 있다. 민간 의료보험의 피보험자는 보험료가 연령이 올라가면서 상당히 증가한다는 것이 문제였다. 그러므로 현재 일부 보험료는 인간의 생애주기에 따라 보험재정의 균형을 유지하도록 하고 있다. 즉 2000년부터 10%를 대체형 민간 의료보험료의 특별요금을 부과하고 있으며 이는 65세 이상의 보험료 증가에 따른 것을 보조하기 위한 것이다(Dixon and Mossialos, 2002). 따라서 보험료의 일부를 기금으로 적립하여 보험료를 부담하기 어려운 노년에 이용하는 적립방식(funding)과 위험기준 보험료 방식을 병행하여 사용하고 있다(김경하, 2003: 85).

제4절 분쟁조정을 위한 기구

연방재무부(BMF)는 시행규칙으로 보험가입자의 이익을 위해 노후준비금을 위한 최소한 보험료 적립액을 결정한다. 특히, 이체율과 산출방식을 결정한다. 이 업무는 시행규칙에 의해 연방보험감독청에 이관될 수 있다.

연방보험청은 각 주의 보험감독청과 협의하여 관련된 규정을 마련한다. 이 규정들은 연방법무부(BMJ)의 동의를 얻어 제정된다.

『보험감독법』 제12조b의 이른바 『보험료재조정규정』에 기초하여 보험료의 변동은 오직 독립적인 위탁관리자(Treuhändler)가 보험료의 변화에 동의한 경우에만 변경할 수 있다. 위탁관리자는 적절한 전문성을 갖추고 신뢰할 수 있어야 하며, 특히 민간 의료보험 회사들로부터 독립적이어야 한다. 그리고 위탁관리자는 민간의료보험의 보험료 산출 분야에서 충분한 지식을 가지고 있어야 한다.

독일의 『보험감독법』 제12조b항은 다음과 같이 규정하였다.

(1) 생명보험과 동일하게 취급되는 의료보험에 있어서 독립적인 위탁관리자의 승인 없이는 보험료 조정조항에 따른 보험료 조정이 이루어질 수 없다. 위탁관리자는 보험료가 기존 법적 요건에 합치되게 계산되었는지를 증명해야 한다. 이를 위해 위탁관리자는 필요한 문서 및 데이터를 포함해 보험료 조정을 증명하는데 요구되는 모든 기술적 계산 근거를 제공받는다. 기술적 계산근거는 산출기초 및 사용된 수리적 공식을 포함한 보험료 및 노후준비금 산출 원칙 등을 포함해야 한다. 제2문의 요건이 충족되면 인가가 주어진다.

(2) 보험사업자는 생명보험과 같은 방식으로 계산된 모든 기초율에 대해 최소한 1년에 한번 보험금 요구수준과 계산치를 비교해야 한다. 만약 감독당국과 위탁관리자에게 제출되어야 하는 비교 결과가 특정 기초율에 대해 10% 이상의 차이를 보이는 경우, 일반보험약관이 더 낮은 수치를 요구하지 않는 한 보험사업자는 그 비율을 사용한 모든 보험료를 검토해야 한다. 그리고 차이가 일시적인 것이 아니라고 판단되면 위탁관리자의 승인 하에 보험료를 수정해야 한다. 이와 관련하여 계약상 규정되어 있다면 주어진 보유 규모와 이에 따라 합의된 보험료 할증도 조정되어야 한다. 위탁관리자의 의견 상 보험료의 증감이 필요하고 또한 보험사업자와

어떤 합의도 이루어질 수 없다면 위탁관리자는 지체 없이 감독당국에 보고해야 한다.

(3) 신뢰성 있고, 적격하며, 보험사업자와 연관이 없으며, 특히 보험사업자 및 그 자회사와 고용계약이나 기타 용역계약을 체결하지 않은 사람만이 위탁관리자로 선임될 수 있다. 적격요건을 충족시키기 위해 위탁관리자는 의료보험의 보험료 계산 분야에서의 적정한 지식을 가져야 한다.

(4) 지명된 위탁관리자를 선임하기 전에 감독당국이 위의 (3)항의 요건이 충족 되었는지를 판단하는데 필요한 정보를 제공해야 한다. 요건을 충족시키지 못한다는 증거가 있을 경우 감독당국은 다른 사람을 선임하도록 요구할 수 있다. 만약 선임 이후 위의 (3)항에 비추어 볼 때 선임될 수 없었던 특정 상황에 대한 증거가 존재하거나 위탁관리자가 법에 정해진 임무를 적절하게 수행하지 못할 경우 특히 법적 요건을 충족시키지 못한 보험료 조정을 승인하는 경우 감독당국은 다른 위탁관리자의 선임을 요구할 수 있다. 제2문 및 제3문에서 언급한 경우에서 지명된 혹은 새로 선임된 위탁관리자가 요건을 충족시키지 못하거나 또는 새로운 선임이 이루어지지 않는 경우 감독당국은 직권으로 위탁관리자를 선임할 수 있다.

제8a조

(1) 소송비용보험과 기타 보험종목을 취급하는 보험사업자는 소송비용보험에 대한 클레임의 처리를 제7조(1)항에 규정된 법적 형태 또는 기타 자본회사(Kapitalgesellschaft)의 법적 형태를 취하는 다른 기업(손해사정회사)에 이전하여야 한다. 이러한 업무의 이전은 업무분리의행위로 간주한다.

(2) 손해사정회사는 소송비용보험 이외의 어떠한 종류의 보험종목도 취급해서는 안 되며 여타 보험종목의 어떠한 클레임도 처리해서는 안 된다.

제12d 조

(1) 생명보험과 같이 취급되는 의료보험에 대해서 1994년 7월 29일 이전에 체결된 보험계약의 보험료가 감독당국의 승인과 더불어 수정조항 하에서 조정된다면 감독당국에 의한 이러한 승인은 위탁관리자의 동의로 대체되어야 한다.

(2) 만약 보험사업자가 생명보험과 같이 취급되는 의료보험에 대해 제12b조 (3)항의 적격요건을 갖춘 위탁관리자를 선임하지 않으면 감독당국은 위탁관리자의 의무를 대신할 수 있으며, 이때 비용은 보험사업자가 부담한다. 단, 제12b조 (3)항의 적격요건을 충족시키는 충분히 많은 위탁관리자들이 서비스를 제공한다면 제1문은 더 이상 적용될 수 없다. 제2문의 요건이 충족되는 것으로 간주하는 때는 연방의회의 승인은 필요하지 않으며 연방재무장관이 시행령에 의해 결정할 권한을 가진다.

제5절 민간보험의 가입에 대한 세금감면 및 정부지원

민간의료보험의 보험료는 특별한 지출로서 과세소득에서 공제할 수 있다. 단체보험은 독일의 민간 의료보험시장에서 중요한 의미를 지니지 않는다. 또한 보험료 부담액은 민영의료보험이든 공적 의료보험이든 소득의 일정한도까지 세금공제가 가능하나 세금공제 비용은 대체형 민간 의료보험을 가진 사람들에 대해서는 평균적으로 한도가 너무 낮으며 또한 본인부담 보충형과 비급여 보충형 상품을 구입하는데 관심이 있는 사람들은 이미 공적 의료보험료를 통해 한도를 초과할 것이므로 인센티브의 효과는 없다(김경하, 2003:85).

기본적으로 유럽은 의료의 공공성에 기반하여 공적 의료보험의 보장성을 강화하여 의료보험의 수요를 억제한다. 이로써 의료제공이 효율적이고, 형평하게 이루어지도록 하고 있다. 유럽의 경우 민간보험에 대한 규제가

상당하다. 이는 민간보험이라도 시장의 실패를 방관하지 않겠다는 신념에서 출발한다. 실제로 상당한 부문에서 규제가 이루어지고 있다. 놀랍게도 영국을 비롯하여 유럽국가 일부는 민간보험에 대해 세제상의 불이익을 주고 있다. 독일의 경우, 민간보험가입자들이 의료공급자를 선택하는데 상당한 제약을 받도록 하고 있다. 즉 병원급 병상 중 보험의 협회와 공적 의료보험 적용 의료기관으로 계약하지 않은 병원 1%만이, 의원급 전체개원의 중 비보험의사(non-office based physicians) 5%만이 민간보험 환자를 볼 수 있도록 하고 있는데 이것은 민간보험에 대한 상당한 규제라 아니할 수 없다(Riesberg, A. 2004) 전창배, 2005에서 재인용).

제3장 프랑스의 민간의료보험

제1절 사회보장제도와 민간의료보험

프랑스는 보편적인 공공건강보험제도(un système d'assurance maladie publique universel)를 가지고 있지만 공공건강보험만으로 급여가 완전하게 이루어지지는 않는다. 따라서 프랑스인은 대부분 '보충민간의료보험(assurance complémentaire privée)'을 가지고 있다. '보충민간의료보험'이라는 용어에서도 나타나듯이, 프랑스의 민간의료보험은 공공건강보험의 보충적 역할을 주로 한다. 즉, 공공건강보험에서 내야 하는 환자본인부담을 다시 환불해주는 것이 민간의료보험의 주된 역할이다. 일부 NHS 국가에서와 같이 민간의료보험이 공공부문에서의 대기행렬을 피하거나 공공제도에서 얻을 수 없는 치료나 양질의 치료를 받기 위해서 구입되는 것이 아니다. 따라서 프랑스의 민간의료보험을 논함에 있어서 공공건강보험에 대한 논의가 필수적이고, 역으로 공공건강보험의 기원을 이해하기 위해서는 민간의료보험의 역사를 빼놓을 수 없다.

1. 사회보장제도로서의 공공건강보험

1차 세계 대전 후 독일에서 반환 받은 알자스-로렌 지방의 사회보험제도는 프랑스의 사회보장제도 형성에 일조했다. 제1차 세계대전 후의 경제불황과 사회혼란을 배경으로 해서 여러 가지 사회적 입법이 나타났다. 공무원, 해운, 광산 등 특수 산업의 노동자를 대상으로 하는 입법이 있었지만 본격적인 사회보장입법이 이루어 진 것은 1928년부터 1930년 사이였다. 1930년에 창설된 사회보험(Assurances Sociales)은 일정액의 임금수입을

갖지 못하는 상공업부문의 노동자를 대상으로 해서, 이들을 질병, 출산, 폐질, 노령, 사망 등의 보험사고로부터 보호하고자 하는 것이었다. 이는 법정 자산조사(means test) 프로그램으로 일정 기준 이하의 소득을 가진 임금노동자를 대상으로 한 비스마르크 모델에 기초하고 있다. 프랑스의 현행 공공건강보험은 이 당시의 사회보험이 제공하던 급여를 기초로 해서 만들어지게 되었다.

사회보장제도(Système de Securité Social)는 독일의 지배로부터 해방된 후 제4공화정과 함께 등장한 드골에 의해 1945년 창설되어 본격적으로 발전되기 시작했다. 프랑스의 공공건강보험은 연금제도, 산재제도, 가족급여제도 등과 함께 프랑스 사회보장제도의 한 부분을 이룬다. 프랑스의 사회보장제도는 그 관리와 운영이 공적 기관이 아닌 사적 '금고'를 통해 이루어졌기 때문에 다원화된 복지체제로 발전하게 된다. 사회보장제도는 전후 초기에 피폐화된 사회의 재건을 목적으로 하여 노동자와 그 부양가족을 제일 먼저 적용대상으로 했고, 1948년에 학생, 1949년에 직업군인, 1961년에 농부, 1966~1970년 자영업자로 점차 확대되었다. 1975년에는 적용 대상이 아니던 개인들에게 적용이 확대되었고, 1990년대에는 보편적(universal) 적용이 거의 달성되었다. 1999년에 통과되고 2000년 1월에 발효된 "보편적상병급여법(Couverture Maladie Universelle: CMU)"으로, 사회보장제도 밖에 남아있던 법적 거주자의 약 1%도 법적 적용 대상이 되었다.

프랑스의 사회보장제도는 의료와 연금을 담당하는 사회보험부문, 노동재해 및 직업병부문, 가족급여부문의 3개 부분으로 구성되나, 사실상 건강보험제도와 연금제도가 사회보장제도의 주류를 이루고 있다. 기타 보조적 제도(un systeme subsidiaire de protection sociale)로서 사회복지, 사회부조, 상호부조조합 등이 있다. 사회보장제도의 법정제도로는 피용자제도와 자영자제도가 있고 피용자제도에는 일반제도(régime général)와 특별제도(régimes spéciaux)가 있다. 자영자제도에는 농업자제도와 상공업자제도가

있다. 일반제도는 모든 부문에 걸쳐 급여를 하고 있는데, 특별제도는 급여 내용이 일반제도와 일치하지 않아 사회보장 수준의 최저기준 설정 및 재정조정의 논란이 계속되고 있다.

〈표 3-1〉 프랑스의 공공건강보험제도

제도명		대상가입자	보험자	적용인구(%)
근로자 제도	일반 제도	일반상공업근로자	질병금고 (CNAMTS, CRAM, CPAM)	84%
	특별 제도	국철직원	국철공제조합	4%
		광산종사자	광산부조조합	
		선원	전국선원장애자기관	
		국가공무원	급여는 일반제도 보험자 사무는 공무원공제조합	
		프랑스 전력 및 가스회사	급여는 일반제도 보험자	
		파리지하철공사직원	질병·출산보험조정금고	
		프랑스수도회사직원	네프춘공제조합	
자영업자제도		상공업자영업자	자영업자질병금고(CANAM)	5%
		성직자	성직자퇴직신용금고	
농업제도		농업자영업자	농업상호부조중앙금고 농업복지공제금고	7%

프랑스 공공건강보험제도에는 독일의 지역질병금고나 일본의 국민건강보험과 같은 지역보험은 존재하지 않는다. 이는 직장보험이 기본이 되어 발전한 프랑스 사회보장의 역사와 깊은 관계가 있다. 퇴직 후에도 현역시에 가입하고 있던 제도에 계속 가입이 가능하게 되어 있다. 그리고 이러한 특징에 기인한 것이기는 하나 프랑스의 공공건강보험은 지역 단위가 아닌 전국 단위로 일원화된 제도이다. 하지만 실제적으로는 일반제도, 특별제도, 농업자영업자제도, 상공업자영업자제도 등으로 제도가 구분이 되어 있고, 직장의 구역마다 세분화된 다수의 제도가 복잡하게 교차한다. 제도 간에 급여 내용도 상이하다. 예를 들면 노인연금보험 분야에서는 독립제도로서 운영되고 있는 국가공무원, 지방공공단체직원, 프랑스전기, 가스

공사 등의 특별제도도 질병보험에서는 일반제도에 병합되어 있다. 피용자 제도에는 의료에 대한 급여 외에 소득보장을 위한 현금급여가 있는데 자영업자에는 없고, 특별제도에서는 부가급여가 있어서 대부분의 의료비가 급여 대상인데 비해 상공업자영업자 제도에서는 급여수준이 떨어진다.

일반제도(régime général)는 민간부문의 상업근로자와 부양가족(인구의 84%), 그리고 CMU 수급자(약 1.6%)를 대상으로 한다. 공공건강보험을 관리하는 질병금고는 질병, 출산, 장애, 사망, 산재 및 직업병관련 보험업무의 관리 기구로서 3단계 전달체계를 가진다. 행정구역상 중간단위 수준에서 운영되는 129개의 1차질병금고(CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie)는 보험가입자등록, 의료비상환, 보건 및 사회활동을 한다. 그보다 상위의 16개 광역질병금고(CRAM: Caisse régionale d'assurance maladie)의 역할은 산재와 지역병원으로 제한되고, 질병과 관련해서는 병원통제와 예방조치만 담당한다. 전국 단위의 전국근로자질병금고(CNAMTS: Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)는 정부의 통제 하에 있는 중앙의 법인체로 CRAM 및 CPAM에 대한 감독 권한을 가진다. 이들 운영조직 이외에 보험료를 징수하는 보험료징수연합(URSSAF: Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales)이 전국 105개소에 설치되어 있다. 보험료징수연합은 건강보험부문 뿐만 아니라 사회보험 모든 부문의 보험료 징수도 함께 담당하고 있다. 최근 한국에서 논의되고 있는 사회보험 통합징수가 프랑스에서는 일찌감치 진행되고 있다고 볼 수 있다.

프랑스에서는 1990년대 초기에 보건의료체계의 조직과 관리를 지방화하는 과정이 시작되었다. 지방수준의 일반제도, 농업제도, 자영업자제도를 묶어서 각 금고의 업무를 조정하고, 지방의 위험관리정책을 촉진하고자 한 것이 '지방질병금고연합(URCAMs)'이다. 같은 맥락에서, 공공과 민간병원에 대한 병원계획, 공공병원의 재정할당, 전국협약의 틀 내에서 민간영

리병원에 대한 요금조정을 담당하는 '지방병원청(ARH: Agence régionale d'hospitalisation)', 보건의료제도의 기능, 의료행위, 전염병, 보건의료니드와 관련한 연구와 분석, 다른 보건의료종사자들과의 조정, 의사와 환자에 대한 정보제공과 훈련 등의 기능을 수행하는 '지방의사연합(URMILs)' 등이 만들어졌다.

2006년 일반제도의 보험료는 총 임금의 13.55%로 이 중 사용자가 12.8%, 근로자가 0.75%를 부담한다. 근로자들은 또한 일반사회기여금(CSG: contribution sociale généralisée)[7]으로서 임금소득의 7.5%를 내는데 의료에는 5.95%가 배당된다. 임금소득의 5.95%는 총 임금소득에 대한 비율로 환산하면 4.98%에 해당한다. 결국 근로자가 부담하는 보험료 부분은 소득의 5.73%(0.75%+4.98%)이다. 그 외에 건강보험 수입원으로 국고부담과 여러 가지 목적세 등이 있다. 법정건강보험 지출 중에서 보험상환을 위한 지출은 84.9%를 차지하며, 나머지 15.1%는 출산, 질병, 산재, 장애에 대한 일당 수당 형태의 현금급여에 쓰인다.

오늘날 프랑스의 사회보장제도는 환자와 공급자 모두에게 상당한 자유를 허용하는 보편적 의료보장을 제공한다. 환자는 자유로이 원하는 의사를 선택하고 원하면 자유롭게 전문의를 선택할 수 있다. 공급자는 행위별 수가제로 보상받으며 진료에 있어서 상당한 자유를 누린다. 수문장의사(gate-keeper)제도도 없고 의료시설의 공급과 기술의 제공도 충분해서 다른 나라에서 흔히 보는 대기목록이나 접근성의 제약이 프랑스에서는 큰 문제가 되지 않는다.

---

7) 소득의 '일정'비율만큼 부과되는 사회보장을 위한 세금임. 1991년 Michel Rocard 정부 시절에 창설되었다. 1991년 창설시의 제도는 저임금 근로자에게 유리하게 설계되었음. 부과 조건 등은 계속 변화하고 있음. 대부분 건강보험에 배당되고 나머지는 가족수당과 연금에 사용됨.

2. 공공건강보험과의 관계에서 본 민간의료보험의 발전

뒤에서 자세히 살펴보겠지만, 프랑스에서 “보충민간의료보험”를 제공하는 조직에는 “뮈뛰엘”(Mutuelles), “프레브와양스금고”(caisses de prévoyance), “민간보험회사”(assurances commerciales privées)의 세 가지 유형이 있다. 뮈뛰엘(Mutuelles)은 전 민간의료보험 시장의 60% 정도를 점하고, 프레브와양스금고와 민간보험회사가 나머지 40%를 비슷하게 나눈다. 프랑스 민간의료보험을 대표하는 뮈뛰엘(Mutuelles)은 그 기원을 사회보장제도보다 훨씬 멀리 19세기 중반에 둔다. 뮈뛰엘은 19세기 중에 성장을 계속하여 1900년 시점에는 약 1만3천 개에 달하는 뮈뛰엘이 2백만의 국민을 커버하고 있었으며, 2차 대전이 시작될 시점에는 국민의 3분의 2가 뮈뛰엘의 급여를 받고 있었다. 뮈뛰엘은 사회보험의 운영에도 참여하고 정치적, 경제적으로 중요한 역할을 했다.

이러한 역사적 배경과 현재의 중요한 역할에도 불구하고 1945년 사회보장제도로서의 공공건강보험이 성립되는 시점에 뮈뛰엘은 공공건강보험제도를 운영하는 역할을 부여받지 못했다. 그렇지만 보충적 민간의료보험으로서의 뮈뛰엘의 역할은 계속되었으며 사회보장제도와의 공식적인 관계는 1947년의 법에서 확립되었다. 프랑스에서 민간의료보험 가입률이 높고 다른 나라보다 더 발전한 것은 뮈뛰엘이 시장참여자로서 뿐 아니라 공공정책에 대한 영향 면에서 중요한 역할을 해왔기 때문이다. 또한 직장에서 제공하는 민간의료보험에 대한 세금특례조치가 이러한 높은 가입률에 기여했다. 민간의료보험 가입비율은 산업별로 차이가 난다. 전체 뮈뛰엘 계약의 절반 정도가 직장을 통한 계약이다.

세 가지 유형의 민간의료보험은 서로 다른 철학과 서로 다른 규제 하에서 운영된다. 뮈뛰엘은 연대의식(le concept de solidarité)을 강조한다. 이는 가입자의 위험(risk)에 따라 보험료와 계약규정을 달리 하지 않는 것을 의

미한다. 반면에 민간보험회사는 위험률을 적용한다. 다만 위험률 반영 정도는 미국보다는 덜하다. 최근 유럽연합의 규정대로 규제정책이 수렴됨에 따라 보험자 사이의 경쟁이 증가하고 민간의료보험의 본질이 변화할 가능성도 높아졌다.

전체적으로 볼 때, 공공부문의 의료비 비중은 1980년 81%이던 것이 약간씩 감소해서 1990년 중반 경부터 77%로 안정되었다. 2000년에는 CMU로 인해 약간 상승했다. 하지만, 국민의료비의 45%에 달하는 병원치료에 대한 지출에서 공공부문의 비중이 90% 이상이기 때문에 이러한 전체 부분에 대한 공공-민간 혼합비율만으로는 상황을 제대로 파악하기 힘들다. 외래부문에 초점을 맞추어 보면 공공부문의 역할이 크게 감소하고 있는 것을 알 수 있다. 의사서비스 및 치과의사서비스에서의 공공재원의 비중은 1980년과 1995년 사이에 8% 이상 줄었다. 민간의료보험 인구의 비중은 1980년과 2000년 사이에 69%에서 86%로 늘었다. 결과적으로 국민의료비 중 민간의료보험자 지불분의 비중은 1992년 10.6%에서 2002년 12.7%로 늘었고, 가계의 직접지불분의 비중은 같은 기간 12.4%에서 10.6%로 줄었다.

2000년에 프랑스 정부는 새로운 프로그램인 “보편적상병급여(Couverture Maladie Universelle : CMU)”를 시행했는데, 이는 저소득층이 “보충민간의료보험”을 공공재정으로 지원받는 자격을 확대하는 것이다. CMU 수급자들은 공공건강보험을 통해 보충보험을 받든지 뮈뛰엘/프레프와양스금고/의료보험회사에 가입하든지 선택할 수 있다. 후자가 증가하는 경향이다. (이전까지는 공공 프로그램의 적용을 받았던) 초기의 CMU 수급자 중에서 보충의료보험자에서 CMU 급여를 받는 수급자는 8%이었는데, 2002년 12월 현재 15%로 늘었다. 제도 시행에 따라 민간의료보험 가입비율은 86%에서 92%로 증가했고 그 뒤로도 약간씩 증가하고 있지만, 현재 약 6%의 국민이 보충보험이 없는 상태에 있다. 이들은 대부분 소득 수준이 CMU의 자격기준을 넘어서지만, 실제로는 민간의료보험을 구입할 능력이 없는 사

람들인 것으로 보인다.

아래 표는 CMU가 도입되기 이전인 1998년의 시점에 노동시장형태, 직업, 소득에 따라 민간의료보험 가입률이 어떠했는지를 보여준다. 이는 또한 민간의료보험 미가입자의 비율 외에 보장의 질에 대한 정보도 제공한다. 여기서 'Minimal Coverage'란 법정본인부담은 급여하되 안경이나 치과치료에 대한 급여는 극히 제한되어 있는 경우를, 'Excellent Coverage'란 안경과 치과치료에 대한 상환도 해주는 경우를 가리킨다.

소득/경제사회적 지위와 보장수준 사이에는 강한 정(+)의 관계가 있다. 저소득층은 보충보험을 가지지 못하는 비율이 높고, 반면에 "Excellent Coverage"를 가지는 개인의 절반 정도가 고소득자층에서 나왔다. 또한 사회적 지위가 높은 개인일수록 가입률이 높고 보장수준도 좋았다. 보장수준이 노동시장변수와도 관련되어 있다. 이 사실은 민간의료보험계약의 절반 정도가 직장을 통해 제공된다는 것으로도 어느 정도 알 수 있다.

〈표 3-2〉 프랑스 보충보험의 보장수준, 1998

	No Coverage	Minimal Coverage	Excellent Coverage	Any Coverage
By Income per Consumption Unit				
Less than EUR 610	41.7	20.5	11.6	16.5
EUR 610 to 915	12.8	28.1	17.9	26.9
EUR 915 to 1 220	4.8	19.3	15.6	19.1
More than EUR 1 220	7.2	21.4	46.8	27.3
Unknown	33.6	10.7	8.1	10.3
By Occupational Profession				
Farmer	4.8	2.7	2.3	2.7
Artisans Retailer	8.4	7.2	2.9	5.0
Executive, Intellectual Profession	8.2	8.1	38.2	16.2
Technical Profession	9.7	25.0	25.4	25.7
Employee	22.5	24.9	13.3	24.1
Skilled Workers	24.1	17.4	13.9	16.6
Unskilled Workers	18.3	9.1	2.3	6.8
Other Workers	4.1	5.6	1.7	3.0
By Employment Status				
Public employee	9.0	18.9	9.3	18.8
Agricultural salaried worker	2.2	1.4	0.6	1.7
Other salaried workers	69.6	63.4	83.2	67.5
Non salaried workers	15.6	11.1	5.2	9.1
Unknown	3.8	5.4	1.7	3.0

Source: Bocognano et al. (2000).

3. 민간의료보험이 의료이용과 의료비에 미친 영향

민간의료보험은 의료이용의 본인부담을 줄임으로써 의사서비스나 처방약에 대한 일차적 보장성을 제공한다. 보장성이 높고 급여 대상이 포괄적으로 되어 있는 계약일수록 안경, 콘텍트렌즈, 치과재료와 같은 재화에 대한 이용자의 본인부담 비용이 낮다. 프랑스에서 보충민간의료보험은 의료서비스와 의료재화의 이용에 중요한 영향을 미치고 있다.

민간의료보험이 의료이용에 영향을 미치는 것을 확인하는 연구결과는 많다(Genier, 1998; Caussat and Glaude, 1993, Buchmueller, Couffinhal,

Grignon and Perronnin, 2004). 민간의료보험이 의료이용에 영향을 미치지 않는다는 연구결과도 없는 것은 아니다. Chiappori, Durand, and Geoffard(1998)는 한 개의 특정 보험사를 대상으로 한 조사에서 본인부담의 변화가 의료이용에 거의 영향을 주시 않는다는 결과를 제시한 바 있다. 그렇지만 이러한 연구결과는 예외적인 것이다. Buchmueller, Couffinhal, Grignon and Perronnin(2004)에 의하면, 경제사회적, 인구적 특성과 구체적인 건강상태 측정치를 통제하고 볼 때, 민간의료보험을 가진 성인은 그렇지 않은 성인보다 의사방문을 86% 더 하고 있었다. 이러한 차이는 보험가입자와 비가입자 사이의 본인부담 수준이 큰 미국에서의 이용률의 차이와 비견된다. 이러한 차이를 역선택이 작용해서 생긴 것이라고 해석하기는 어렵다. 건강상태를 확인하는 세부척도를 사용하여 이를 통제한 결과 보충의보 가입자가 미가입자보다 덜 건강하다는 증거가 발견되지 않았다. 도덕적 해이에 의한 의료이용 증가였을 가능성이 큰 것이다.

프랑스에서는 전문의를 중심으로 구성되어 공공건강보험의 수가보다 높은 비용을 요구할 수 있는 의사들이 있다. 이러한 추가적 비용지불을 'balance billing'이라고 하고 그러한 의사들을 '섹터2 의사'라고 한다. 프랑스에서 민간의료보험이 '섹터2 의사'에 대한 비용을 낮춤으로써 이용 부담을 낮추고 결국 의사선택에 영향을 미치는지도 논의 대상이었다. 민간의료보험이 'balance billing'을 환불해주는 경우 'balance billing'을 하지 않는 GP로부터, 'balance billing'을 하더라도 양질의 의료를 제공할 가능성이 높다고 여겨지는 '섹터2 의사'로의 대체가 발생하는지 여부가 쟁점이다. Mormiche(1993)는 고소득 직업을 가진 개인들이 보충보험을 가지는 비율이 높고 전문의를 방문하는 비율이 높았음을 보여주었다. 하지만 Buchmueller et al.(2002)에서는 소득과 환자특성을 통제하고 볼 때, GP와 전문의 선택에 대한 보충보험의 영향은 크지 않았다. 이는 프랑스에서 GP와 전문의 사이의 가격 차이가 거의 없기 때문일 것으로 해석되었다. 실

제로 ‘balance billing’을 빼고는 양자의 차이가 1 유로 정도에 불과하다.

프랑스는 유럽에서 1인당 약제비 지출이 가장 높은 나라이다. 1998년 데이터를 이용한 연구에 의하면 보충보험급여와 처방약 지출은 높은 상관관계를 보였다(Dourgnon and Sermet, 2002). 연령과 성을 통제할 때, 민간의료보험 가입자는 미가입자보다 처방약을 복용할 가능성이 10% 높았다. 약제비 지출을 한 사람들 중에서 가입자의 지출규모가 비가입자의 지출규모보다 10% 높았다. 이러한 결과는 민간의료보험 가입이 경증 질환에 대한 약품비 지출을 유도할 가능성이 있음을 보여준다.

Raynaud(2003)는 2000년 데이터를 이용하여 CMU에 가입한 개인, 다른 보충보험을 가진 사람, 공공건강보험만을 가진 사람의 의료이용과 의료비를 비교했다. 사회보장데이터와 서베이데이터를 연결한 데이터세트를 분석하고 있다. 이는 청구데이터를 사용하여 CMU 수급자와 비수급자를 비교한 Girard-Le Gallo(2003a and 2003b)의 한계를 넘어서고 있는 것으로 평가된다. 동 연구에 의하면 건강상태 및 기타요인을 통제했을 때, CMU 수급자 및 민간의료보험 가입자의 통원치료비가 미가입자보다 각각 40%, 26% 높았다. 다만 입원의 경우는 차이가 없었다. 이는 이전의 연구(Cassaut and Glaude, 1993)에서 미가입자의 입원비가 가입자보다 유의하게 높았던 것과 다른 결과이었다.

안경과 치과치료에서 법정공공건강보험의 상환이 별로 없다는 점을 고려할 때 이들의 이용에 민간의료보험의 영향이 클 것이라는 것은 예견할 수 있다. 다른 요인을 통제할 때 보충급여는 안경을 필요로 하는 사람들의 안과치료 이용의 확률을 84% 높이는 것으로 나타났다. 치과치료를 한 번이라도 받을 확률이 보충의보 비소유자에 비해 민간의료보험 가입자가 38%, CMU 수급자가 50% 높았다. 전체 의료비에 대한 치과치료의 영향은 민간의료보험 가입자의 경우 22%, CMU 수급자의 경우 (통계적으로 유의하지 않은) 5%이었다.

Gerard and Henry(2002)는 치과치료의 '이용' 자체 보다는 치과치료의 '포기 결정'을 관찰했다. 치과의사를 방문한 신규 환자에게 지난 6개월동안 치과치료를 하지 않았는지 질문했다. 인구특성과 방문 이유를 통제할 때, 보충의보가 없는 사람은 있는 사람보다 치료를 받지 않은 비율이 3배 이상 높았다.

종합적으로 볼 때, 프랑스에서는 공공건강보험이 의사방문비용과 약제비의 약 3분의 2를 상환해주기 때문에, 민간의료보험의 보충적 급여로 인해 유도되는 추가적 이용에 따른 추가적 비용을 대부분 공공건강보험이 부담하게 된다. 결국 민간의료보험이 도덕적 해이를 줄이고자 하는 목적을 지닌 법정본인부담의 효과를 중화시켜버리게 되고 그 부담은 공공건강보험이 지게 되는 것이다. 물론, 법정본인부담이 저소득 환자에게 부담이 되는 것도 사실이기 때문에, 그러한 부담을 민간보충보험이 줄여준다면 이는 긍정적인 역할이고 그만큼 의미를 부여할 수 있다. 이 경계선에서 '초과' 이용을 줄이려는 '효율성'과 접근장벽을 제거하려는 '형평성'이 직접적으로 충돌을 일으키고 있다. CMU를 통해 보충보험을 확장시킨 정책은 프랑스 정부가 '효율성'을 희생해서 '형평성'을 높이는 선택을 한 대표적인 사례가 된다.

제2절 민간의료보험 접근 보장을 위한 보험자 규제

1. 프랑스 민간의료보험의 성격 및 종류

가. 프랑스 민간의료보험의 성격 : 국제비교론적 관점

프랑스는 대부분의 OECD 국가들과 마찬가지로[8] 핵심적인 의료서비스

8) OECD 국가 중에서 아직까지 보편적인(또는 거의 보편적인) 의료보장을 이루지 못한

에 대한 보편적(universal) 인구보장률을 달성하고 있다. 즉, 대부분의 국민들이 의료보장제도를 통해 핵심 의료서비스를 이용하고 있다. 민간의료보험이 한 국가의 의료제도에서 가지는 역할은 다양하다. 프랑스의 민간의료보험은 인구의 87%를 대상으로 공공건강보험의 본인부담을 보상해주는 소위 본인부담보충형(complementary) 보험이다. 이는 미국에서 노인과 장애인에 대한 공적인 메디케어 급여를 보충하는 Medigap과 유사한 역할이다.

프랑스의 민간의료보험은 민간의료보험이 일정 인구집단에게는 일차적(primary) 의료보장이 되는, 즉 민간의료보험이 유일한 급여(의료보장) 형태가 되는[9] 미국, 네덜란드, 독일에서의 역할과 다르며, 민간의료보험이 인구의 66%의 국민을 대상으로 공공재원으로 보상되지 않는 처방약품과 치과 치료에 대한 보상을 하는 비급여보충적(supplementary) 보험시장을 가지는 캐나다에서의 역할과도 다르다. 또한 국가보건서비스(NHS)라는 공적 시스템에서 대기시간이 긴 경우 민간부문을 통해 의료서비스에 빨리 접근할 수 있게 하는 중복적(duplicate) 시장을 가진 아일랜드(52%), 호주(43%), 뉴질랜드(33%)에서의 역할과도 다르다. 1996년부터 전체 거주 인구의 기본건강보험 가입을 의무화한 스위스가 비교적 프랑스와 비슷하다.[10]

국가는 미국, 멕시코, 터키의 3개뿐임. 미국에서는 인구의 27%를 차지하는 노인, 저소득층, 장애인만이 공공재원에 의한 의료보장을 얻을 자격이 있음. 2005년 인구의 59%는 1차적(primary) 민간의료보험에 가입해 있고, 나머지 14%가 의료보장의 사각지대에 있음. 멕시코는 인구의 절반 정도가 사회보장시스템에 포함되지 않고 있고, 이러한 비보장(uninsured) 인구는 주정부의 의료시설에서 제공하는 의료서비스에 의존함. 터키의 경우 2003년 현재 인구의 3분의 2만이 공적 의료보장 하에 있음.

9) 이로 인해 이들 인구집단에 적정 급여가 어려워질 수 있다는 우려 때문에 민간의료보험에 대한 규제 및 보조금 지급 등의 정책 개입이 진행됨.

10) 독일이나 네덜란드는 프랑스처럼 전국민을 공공건강보험 하에 두지 않더라도 대체형 민간의료보험을 통해서 보편적 보장률을 확보하고 있음. 독일은 인구의 90%를 위한 공공건강보험과, 여기에서 자발적으로 탈퇴한 고소득층(인구의 10%)을 위한 민간의료보험을 조합하여 보편적 보장률을 달성하고 있음. 네덜란드는 2005년 이전까지 고소득층은 사회건강보험에서 제외대상이었지만 그 대부분이 민간의료보험을 구입했음(인구의 36%). 2006년부터는 네덜란드에서 다수의 민간의료보험자들이 규제된 경쟁을 하는 보편적, 강제적 건강보험 시스템이 도입되어 기본적 인구보장률을 위한 공공건강보험과

민간의료보험의 보장 하에 있는 인구의 비율은 OECD 국가 간에 상당한 차이를 보인다. 2005년 현재, 자료 확보가 가능한 23개국 중 인구의 절반 이상이 민간의료보험에 가입하고 있는 국가는 프랑스 외에는 네덜란드, 미국, 캐나다, 아일랜드의 4개국뿐이다. 벨기에와 호주는 민간의료보험을 가지는 인구의 비율이 40%를 약간 넘으며, 뉴질랜드와 스위스는 3분의 1 수준이다. 터키, 체코, 헝가리, 노르웨이, 폴란드, 슬로바키아는 민간의료보험 가입 인구가 거의 없다.

〈표 3-3〉 OECD 국가의 공공의료보장과 민간의료보험의 적용범위

	국민의료비 중 공공의료비 비율1 (%)	공공의료보장의 적용범위1	공공의료보장의 수혜자격2	국민의료비 중 민간의료보험 비율1	민간의료보험 인구비중3 (%)	민간의료보험 급여의 유형
프랑스	75.8	99.9	사회보장제도가 모든 합법적 거주자에게 급여 제공. 인구의 1%는 보편질병급여CMU에 의한 보장.	12.7	86.0 (CMU 포함시, 92)	본인부담 보충형, 비급여보충형
호주	68.9	100	모든 영주권자는 메디케어(조세제원의 공공의료보장제도)의 대상. 대상자는 급여를 받기 전에 필히 메디케어에 등록해야 함.	7.3	44.9 40.34	이중형, 본인부담 보충형 비급여보충형
오스트리아	69.4	99	현직 노동자 및 은퇴자 거의 모두가 강제적 법정건강보험 적용대상임. 사회부조 수급자와 재소자들은 주 당국으로부터 급여와 서비스를 받음. 1%는 대상에서 제외됨	7.2	0.1 31.8	일차형 (대체형) 본인부담 보충형, 비급여보충형
벨기에	72.1	99	강제적 법정건강보험에는 봉급근로자를 위한 제도와 자영업자(인구의 12%)를 위한 제도가 하나씩 포함됨. 후자의 경우 '경미한 리스크'(외래진료, 대부분의 물리치료, 치과치료, 경미한 수술)에 대한 급여는 제외됨.	n.a.	57.5a	일차형 (대체형). 본인부담 보충형, 비급여보충형

민간의료보험의 경계가 사라지게 되었음.

	국민의료비 중 공공의료비 비율1 (%)	공공의료 보장의 적용범위1	공공의료보장의 수혜자격2	국민의료비 중 민간의료보험 비율1	민간의료보험 인구비중3 (%)	민간의료보험 급여의 유형
캐나다	70.9	100	모든 국민은 연방과 주Province의 조세재원 공적보장의 대상임.	11.4	65.0 (추정)	비급여보충형
체코	91.4	100	모든 영주권자들은 법정건강보험의 대상임.	0 (추정)	미미함	비급여보충형
덴마크	82.5	100	모든 국민은 국가State, 주County, 지방Municipal 조세재원 공적보장의 대상임 .	1.6	28 (1998)	본인부담 보충형, 비급여보충형
핀란드	75.1	100	모든 국민은 국가State, 지방 Municipal 조세재원 공적보장의 대상임	2.6	10	이중형, 본인부담보충형, 비급여보충형
독일	75	90.9	모든 피용자와 그들의 피부양자들은 법정건강보험의 대상이 됨. 이는 자영업자와 공무원을 포함하지 않음. 수입이 일정 수준 이상이 되는 피용자는 사회질병금고제도를 탈퇴할 수 있음. 일정한 조건을 충족시키면 사회보장피보험자는 건강보험을 탈퇴할 수 있지만, 자신의 의사로 공적보장에 “머물stay in” 수 있음, 자영업자 또한 자신의 의사로 건강보험에 가입할 수 있음,	12.6	18.2, 그중 9.1 9.1b	일차형 (대체형) 본인부담보충형, 비급여보충형
그리스	56.1	100	모든 국민은 조세와 건강보험료 혼합재원의 공적보장의 대상임.	n.a.	105	이중형, 본인부담보충형
헝가리	75.5	100	모든 영주권자들은 법정건강보험의 대상이 됨. 1999년 현재 인구의 1%만이 대상 외임.	0.2	미미함	본인부담보충형
아이슬란드	83.7	100	모든 영주권자들은 법정건강보험의 대상이 됨.	0 (추정)	미미함	본인부담 보충형
아일랜드	73.3	100	모든 거주 국민은 일반 조세재원의 공적병원급여의 대상이 됨. 1/3의 의료카드 소지 인구만이 일반의GP 진료 및 여타 외래급여를 받을 수 있음.	7.6	43.	이중형, 본인부담 보충형, 비급여보충형
이태리	73.4	100 (1997)	모든 국민은 일반조세재원의 국가보건서비스NHS제도에 의해 커버됨.	0.9	15.65 (1999)	이중형, 본인부담 보충형, 비급여보충형

	국민의료비 중 공공의료비 비율1 (%)	공공의료 보장의 적용범위1	공공의료보장의 수혜자격2	국민의료비 중 민간의료보험 비율1	민간의료보험 인구비중3 (%)	민간의료보험 급여의 유형
일본	78.3	100	모든 국민은 법정사회건강보험제도에 의해 커버됨.	0.3	미미함	n.a.
한국	52.1**	100	모든 국민은 법정사회건강보험제도에 의해 커버됨.	n.a.	n.a.	비급여보충형
룩셈부르크	87.8	99	모든 국민은 법정사회건강보험제도에 의해 커버됨. 단, 공무원 및 국제기구 소속 직원은 제외(1%)	1.6	2.4	본인부담충형, 비급여보충형
멕시코	47.9	45-55 (추정)c	민간의 정규직부문 종사자와 공무원은 공공사회보장제도의 급여 대상이 됨(즉, 독립 자영업자들과 비정규직 노동자와 실업자는 대상에서 제외). 2004년부터 건강사회보장제도System of Social Protection in Health를 통해 사회보장에서 제외되었던 국민에게 공공건강보험을 제공하게 됨.	2.5 (2001)	2.8	이중형, 비급여보충형
네덜란드	63.4	75.6	법정건강보험 수혜자격은 소득에 의해 결정됨. 일정 수준 이상의 소득자는 대상에서 제외됨 (28.9%, 2000년)	15.2	92, 그중 28.0 64 (추정)b	일차형 (주체형) 비급여보충형
뉴질랜드	78	100	모든 국민은 일반조세재원 공적보장의 대상임.	6.3	356	이중형, 본인부담 보충형, 비급여보충형
노르웨이	85.2	100	모든 국민은 국가State, 주County, 지방Municipal 조세재원 공적보장의 대상임.	0 (추정)	미미함	n.a.
폴란드	70	n.a.	모든 적격그룹들은 법정건강보험급여의 자격이 있음. 1997년 2월6일의 법에서 적격그룹으로 분류되지 않은 사람들도 자신의 의사로 사회건강보험을 구입할 수 있음.	n.a.	미미함	비급여보충형
포르투갈	68.5	100	모든 국민은 일반조세재원 국가보건서비스NHS제도에 의해 커버됨.	1.5 (1997)	14.8	이중형, 본인부담 보충형, 비급여보충형
슬로바키아	89.4	100 (1999)	모든 국민은 법정사회건강보험제도에 의해 커버됨.	0 (추정)	미미함	비급여보충형

	국민의료비 중 공공의료비 비율1 (%)	공공의료 보장의 적용범위1	공공의료보장의 수혜자격2	국민의료비 중 민간의료보험 비율1	민간의료보험 인구비중3 (%)	민간의료보험 급여의 유형
스페인	71.7	99.8 (1997)	거의 모든 국민은 일반조세 재원의 국가보건서비스NHS제도에 의해 커버됨. 공무원과 그들의 피부양자들은 특별제도에 속함. 자유 전문직 및 고용주 등 소수 집단은 의료보장 대상 외임.	3.9	13, 그 중 2.77 10.37	일차형 (대체형, 주체형), 이중형, 비급여보충형
스웨덴	85	100	모든 국민은 지방세와 주state보조금 재원의 법정사회건강보험제도에 의해 커버됨.	n.a.	미미함	본인부담 보충형, 비급여보충형
스위스	55.6	100d	모든 영주권자들은 기본건강보험 basic health insurance을 구입할 의무가 있음.	10.5	80d	비급여보충형
터키	71.9 (1998)	66 (1997)	민간부문 피용자, 블루칼라의 공공부문 피용자, 자영업자와 은퇴공무원을 위한 3 가지 사회보장제도를 통한 보장population coverage.	0.7 (1994)	< 28	본인부담 보충형, 비급여보충형
영국	80.9	100	모든 영국 거주자는 일반조세 재원의 국가보건서비스NHS제도에 의해 커버됨.	3.3 (1996)	10.0	이중형, 비급여보충형
미국	44.2	24.7	공공프로그램 수급자격이 있는 개인individuals에는 65세 이상 또는 중증장애자(메디케어), 빈자 또는 차상위자(메디케이드), 그리고 가난한 어린이SCHIIP가 포함됨. 메디케이드의 수혜자격은 주별로 설정됨.	35.1	71.9	일차형 (주체형), 본인부담 보충형, 비급여보충형

주: (추정) : 추정치임.

CMU: "Couverture Maladie Universelle", 유자격 저소득층에게 본인부담보충형 건강보험을 제공하기 위한 공공재원조달 프로그램 미미함: 1% 미만. n.a.: 자료 미확보.

(a) 벨기에의 수치에는 상업회사에 의해 제공되는 민간의료보험 뿐만 아니라 질병금고에 의해 제공되는 병원의료용 자발적 민간의료보험도 포함됨. 질병금고가 가입자에게 필수적으로 제공하고, 피보험자에게 제한된 일정금액(1일당 거의 12.4 유로 미만: Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités, 2002, Rapport Annuel, p. 81)을 보장하며, 2000년 인구의 67%를 커버한 병원의료용 보험은 제외됨.

(b) 네덜란드와 독일의 수치는 사회건강보험제도에 속한 개인들이 구입한 비급여보충형 민간의료보험을 가리킴. 일차적 민간의료보험에 속한 개인 중 일부는 비급여보충형 민간의료보험(때때로 일차형 민간의료보험과 패키지로 되어 있음)에 의해 커버되기도 함.

(c) 이는 민간 정규직부문과 공무원을 포함하는 사회보장제도의 수치임. 중요한 점은 국민의료비 중 공공의료비 비율이 모든 공공의료지출 즉, 사회보장비용과 (states의 보건서비스에 따른 보험을 받지 못하는 국민에게 의료를 제공하기 위해 사용된 자원과 같은) 여타 공공지출 모두를 포함하고 있는 것임. 출처마다 추정치가 다름: 인구서베이 데이터는 수치가 낮

고, 공식행정데이터는 높지만 사회보장제도에 의해 커버되는 개인의 명부는 파악되지 못함.
(d) 스위스의 민간의료보험 수치는 자발적인 민간의료보험만을 가리킴. 전체 주민을 대상으로 하고 있는 강제적 건강보험은 OECD Health Data에 공공보험으로서 보고됨. 하지만, 이는 경계선 상의 케이스임.

출처: 구체적인 데이터 출처는 다음과 같음; 정보는 OECD 국가로부터 제공받거나 공식 출판물에서 확보하기도 함.

1. OECD Health Data 2003 2nd edition, 별도 언급이 없으면 2000년 데이터.
2. OECD PHI Regulatory Questionnaire, 2003 및 기타 공식 자료.
3. OECD PHI Statistical Questionnaire, 별도 언급이 없으면 2000년 데이터.
4. PHIAC (2002), Operations of the Registered Health Benefits Organisations Annual Report 2001-02. 2001년 6월 데이터.
5. Mossialos and Thomson (2002). Voluntary Health Insurance in the European Union.
6. European Observatory on Health Care Systems (2001). Health Care Systems in Transition. New Zealand.
7. Ministry of Health, Spain (2003). National Health Survey 2001. 다른 추정치에 따르면 인구커버리지는 2002년 16.2% (이중형 11.3% 및 대체형 4.9%) (Data from UNESPA, December 2003).
8. U.K. Trade & Investment, "Health Care & Medical Market in Turkey", http://www.tradepartners.gov.uk/healthcare/turkey/profile/overview.shtml 이 수치는 민간의료보험만에 의한 것과 생명보험상품에 추가 제공된 민간의료보험을 구분하지 않음

*역주: 이중형은 Duplicate, 일차형 (대체형)은 Primary (substitute), 일차형 (주체형)은 Primary(Principal), 본인부담보충형은 Complementary, 비급여보충형은 Supplementary를 가리킴.

**역주: 한국의 공고의료비 비율은 OECD Health Data 2004 3rd edition에 나오는 2002년도 추치임. 의약분업을 전후해서 그 비율이 크게 달라졌기 때문에 2003년도 자료를 인용하지 않음.

출처: 정형선 역, OECD국가의 의료제도 (2004)

나. 프랑스 민간의료보험의 종류

프랑스의 보충형 민간의료보험 조직에는 3가지 유형이 있다. 비영리 조직인 뮈뛰엘(Mutuelles), 또 다른 비영리 조직인 프레브와양스금고(caisses de prévoyance) 그리고 상업조직인 민간보험회사(assurances commerciales privées)가 그것이다.

뮈뛰엘은 민간의료보험들이 지불하는 전체 급여액의 60% 가까이를 점하고, 프레브와양스금고가 15-20%를 차지하며, 민간보험회사의 시장 점유율은 20%를 조금 넘는 정도다. 지난 10 여 년 동안 뮈뛰엘의 시장점유율은 거의 변동이 없었다. 반면에 민간보험회사의 시장점유율은 하락하고 프레브와양스금고의 시장 점유는 그 만큼 확대되었다. 그러나 일부 프레

브와양스금고들은 민간보험회사들과 협력관계이기 때문에 실제적인 시장 점유율의 변화는 이러한 외형상의 수치만큼 크지 않다.

뮈뛰엘은 영어로는 “mutual”에 해당되는 단어다. 뮈뛰엘은 이름 그대로 상호부조를 위한 조직으로 조합원 간의 연대를 중시하여 대부분 직업별로 조직되어 있다. 예를 들어, 가장 큰 뮈뛰엘은 교사, 우체부 등의 공무원들을 대상으로 하는 조직이다. 특정 행정구역에 거주하는 주민들을 가입 대상으로 하는 뮈뛰엘도 있다. 역사적으로 뮈뛰엘에는 상호부조와 연대의 개념을 강조하는 뚜렷한 지향점이 있기 때문에 위험등급을 설정한다든가 고위험자를 선별하는 전략을 거의 사용하지 않는다. 전통적으로 대부분의 뮈뛰엘은 보험료를 가입자 소득의 일정비율로 책정하고 있다. 뮈뛰엘의 재정은 거의 대부분 가입자들이 납부하는 보험료로 충당된다. 뮈뛰엘은 예산의 95% 정도가 보충의료보험 사업에 지출될 정도로 보충의료보험이 주된 사업이다. 뮈뛰엘 가입은 단체계약과 개인계약이 거의 절반씩이다. 2000년에는 1,275개의 뮈뛰엘이 있었으며 한 뮈뛰엘에는 최소 3500명의 주민이 가입되어 있었다. 그 중 565개의 뮈뛰엘에서 급여한 액수가 전체 뮈뛰엘 급여액의 90% 이상을 차지했다.

뮈뛰엘은 오래 전부터 서비스를 직접 제공하기도 하는데 치과, 안경, 약국서비스 등이 그 대상이며 병원서비스를 제공하는 경우도 있다. 그와 같은 시설은 1,600여 개에 달하며 2000년의 그러한 서비스를 위한 총 예산이 19억 유로에 달했다. 참고로, 뮈뛰엘이 지급한 총 급여액은 약 90억 유로였다. 이러한 시설에서는 서비스를 낮은 가격에 제공하는 것으로 인식되고 있다(특히, 치과진료). 우수한 몇 개의 시설을 제외하면 질에 대한 평판이 그리 높지는 않다. EU의 규정에 따르려면 이와 같은 시설들은 별개의 주체에 의해 운영되도록 바뀌어져야 한다.

프레브와양스금고는 영어의 “provident fund”에 해당한다. 이는 직장인들에게 퇴직급여나 기타 여러 형태의 사회보험을 제공하기 위해 고용주와

종업원의 대표들이 공동으로 운영하는 조직으로 오래 전부터 존재해 왔다. 현재, 51개의 프레브와양스금고에서 보충의료보험을 제공한다. 프레브와양스금고의 사업은 여러 가지가 있지만, 그 중에서 의료보험사업의 비중이 가장 커서 전체 예산의 절반가량을 차지한다. 프레브와양스금고는 민간 부문에서의 단체계약을 주로 한다. 의무적 단체가입 계약이 절반 정도이다. 개별 프레브와양스금고들은 특정산업이나 직업군들을 중점 가입 대상으로 하고 있다.

민간보험회사는 영리기업과 비영리 기업을 모두 포함한다. 프랑스의 보충의료보험 시장에 참가하고 있는 민간보험회사는 118개이다. 이러한 보험회사의 보충의료보험은 그 보험회사에서 제공하는 여러 가지 보험상품 중의 하나다. 이는 뮈뛰엘이나 프레브와양스금고와는 다른 점이다. 생명보험 산업에서 보충의료보험이 차지하는 비중은 전체 수입의 5% 이하이다. 단체계약과 개인계약의 수는 비슷하다.

90년대 중반부터 보건의료 영역에서 좀 더 적극적 개입을 시작한 민간보험회사들이 있었다. 민간보험회사인 AXA는 1997년도에 가입자의 공공건강보험을 포함한 전체 의료보험을 관리하며 Ile-de-France 지역의 한정된 네트워크 내에서 서비스를 제공하는 프로젝트를 제안했다. 가입 여부는 개인이 자유롭게 결정할 수 있도록 하는 것이었다. 이 제안에 대해서는 격론이 벌어졌으며, “사회보장의 민간화”에 대한 우려가 대두되었다. 결국 그 제안은 폐기되었다. 이와 같은 도발적 조치가 민간의료보험회사의 의도에 대한 의심의 눈초리를 키웠고, 결국 좀 더 적극적인 관리의료(managed care) 전략을 도입하기 어렵게 만들고 말았다고 하는 견해도 있다.

일부 “콜센터”와 비슷한 모델들이 새로운 프로젝트로서 제시되고 있는데, 위험도관리나 비용통제보다는 소비자들에 대한 서비스임이 강조되고 있다. 일부 콜센터에서는 보건의료서비스나 의료기관에 대한 정보를 제공하고 조언도 해 주지만 치과진료나 안경서비스와 관련된 활동이 대부분이

다. 가격에 대한 정보를 제공하고, 제시된 가격을 환자의 편에 서서 평가해 준다. 그러면 환자가 더 많은 정보를 가지고 의료공급자와 협상에 임할 수 있게 된다. 일부 보험자들은 환자를 늘려 주는 대가로 이러한 분야의 의료공급자들과 서비스의 질 향상과 가격 할인을 포함한 좀 더 공식적인 협약을 체결하였다.

민간보험회사인 Groupama는 농촌 지역의 보험가입자 및 GP를 대상으로 한 독특한 프로젝트를 시작했다. 고정가격(fixed fee)을 받아들이는 대가로, GP들은 서비스의 질 활동(quality circles)에 동의하고 환자들은 일정한 예방활동을 수행하고 GP의 처방에 따르는데 동의한다. 동 프로젝트는 의료비 지출을 감소시키고 참가자들의 만족도도 높이고 있는 것으로 평가되었다(Le Concours medical, 2002).

2. 민간의료보험의 급여 내용

프랑스의 민간의료보험은, 다른 국가들과는 달리, 공공의료 영역에서 생기는 대기기간을 뛰어넘거나 고급의 의료를 확보하기 위한 수단으로 활용되지는 않는다. 그보다는, 공적 제도에서 환자가 부담할 부분을 상환하거나 공적 제도에서는 제대로 급여되지 않는 서비스, 즉, 주로 치과나 안과 서비스의 급여를 제공한다. 많은 연구를 통해 민간의료보험이 환자의 본인부담금을 줄여주거나 부담을 없앰으로써 의료이용을 증가시키고 있음을 확인할 수 있다. 프랑스에서는 민간의료보험의 급여표준화가 되어 있지 않다. 민간의료보험에 대해 필수적으로 급여해야 할 의료서비스나 의료재화를 규정하고 있지 않다. 반대로 급여를 금지하고 있는 항목도 없다. 특히 민간의료보험의 보충적 성격 때문에 공공건강보험의 보장성이 높은 항목은 민간의료보험의 역할이 적고, 반대로 공공건강보험의 보장성이 낮은 항목에서 보충보험으로서의 민간의료보험이 역할을 하게 된다.

'입원치료'는 공공건강보험의 보장성이 높다. 환자본인부담은 주로 일당

본인부담 10.67유로와 개인병상에 대한 추가 지불에 국한된다. 민간의료보험은 대부분의 계약에서 일당 본인부담을 급여 대상으로 하고 있으나, 개인병상에 대한 급여는 보험마다 다르다.

'의사서비스'에 대한 공공건강보험의 보장률은 72% 수준이다. 환자는 법정본인부담 (ticket modérateur)[11] 으로서 공공건강보험수가 (tarif conventionnel)의 30%를 부담한다. 2003년 GP 진료비는 20 유로이었고 따라서 본인부담은 6유로이었다. 다만, 프랑스 공공건강보험제도에서 일정한 중증질환이나 만성질환(당뇨, AIDS, 암 및 정신질환 등) 환자는 법정본인부담을 면제받고, 이러한 목록에 있지 않더라도 6개월 이상 또는 고가의 치료를 요하거나 불구를 초래하는 복합상병을 가지는 환자도 본인부담을 면제받는다. 환자는 또한 의사수가 중 'tarif conventionnel'을 넘어서는 부분을 지불해야 한다(balance-billing). 대체로 프랑스 의사의 4분의 1 정도가 'balance-billing'을 할 권한이 있다. GP 방문의 11%, 전문의 방문의 33% 정도가 'balance-billing'을 한다. 민간의료보험은 대부분의 계약에서 의사서비스에 대한 법정본인부담을 급여 대상으로 하고 있다. 'balance-billing'에 대한 급여는 계약마다 상이하다.

'처방약'의 공공건강보험 보장률은 65%이다. 법정본인부담(ticket modérateur)은 '대체할 수 없고 특히 고가'인 의약품이 0%에서부터 편의약에 대한 65%까지 걸쳐 있다. 이러한 법정본인부담은 대부분의 민간의료보험의 급여대상이다. 따라서 대부분의 국민이 처방약 비용을 전액 상환받는다. 비처방의약품은 민간의료보험의 상환대상이 아니기 때문에 이에 대한 지출이 직접적 가계부담의 대부분을 차지한다.

아래 표에서 '기타의료재화(other medical goods)'에는 안경과 非치과보철이 포함되고, '치과보철'은 치과치료에 포함되어 있다. 이들은 공공건강보

11) ticket modérateur는 영어로는 moderating ticket에 해당하는 것으로서 보험급여에 따른 도덕적 해이(moral hazard)를 줄이기 위한 제도임이 용어에 반영되어 있다.

험의 급여가 한정되어 있기 때문에 민간의료보험이 중요한 역할을 하는 분야이다. 예를 들어, 안경은 실제 평균가격이 300 유로 정도 되지만 공공건강보험이 15 유로 이상 상환해주는 경우가 드물다. 콘택트렌즈는 대부분 공공건강보험의 상환대상이 아니다. 공공재원은 이들 항목에 대한 지출의 45%에 불과하다. 치과의사 제공 치료는 공공재원의 비중이 더 낮다. 이들 항목은 민간의료보험재원이 공공재원보다 더 높다.

민간의료보험 재원의 비중은 의사서비스와 기타의료재화 사이에 비슷하지만, 환자직접부담률은 의사서비스와 기타의료재화 사이에 큰 차이가 있다. 공공건강보험이 의료재화보다는 의사서비스에 대한 보장률을 높이 하고 있기 때문이다. 의사서비스에 대한 가계의 직접부담지출은 대부분 법정본인부담(ticket modérateur)을 위한 것인데, 법정본인부담(ticket modérateur)은 대부분 다시 민간의료보험계약이 상환해주고 있다. balance-billing에 대한 급여 정도는 계약마다 다르다.

보충보험이 의사서비스의 과다 이용을 가져오지만, 이러한 도덕적 해이의 비용은 대체로 공공건강보험이 부담한다. 더욱이, 법정본인부담은 공공건강보험수가에 기초해서 산정되고 이 수가는 자주 바뀌지 않기 때문에 민간의료보험자들은 가격상승에 따른 위험을 크게 지지 않는다. '섹터2 의사'의 수가는 자주 바뀌지만 이 경우도 민간의료보험자의 위험부담이 크지는 않다. 대부분의 민간의료보험계약이 balance-billing에 대한 상환수준을 공공건강보험수가의 일정 비율로 정하고 있기 때문이다.

반면에, 안경과 치과보철에 대한 공공건강보험의 상환률은 아주 낮다. 따라서 이 경우 민간의료보험자는 사실상 1차적 지불자가 되고 재정적 위험에 크게 노출되게 된다. 결국 민간의료보험사는 이러한 위험을 항목별 상한액을 정함으로써 관리해 나간다. 이러한 상한액을 정했음에도 불구하고 1990년대의 10년간 뮈뛰엘의 안경 상환액은 연간증가율이 13%이었고, 치과 상환액은 8%이었다. 같은 기간의 처방약 상환액 증가율 5%, 의사서

비스 상환액 증가율 6%보다 높은 증가율이다.

CMU의 보충급여는 공공건강보험에 의한 법정본인부담(ticket modérateur)과 병원일당액을 상환해준다. 의사가 CMU 환자에게 공공건강보험수가 이상으로 부과하는 것은 법으로 금지되어 있다. CMU의 전신인 AMG(Aide Médicale Générale)[12]에서는 balance-billing을 금하지 않았었는데, CMU가 AMG보다 진일보한 정책인 것으로 판단된다. CMU 환자를 거부하는 것이 금지되어 있기 때문에, 환자의 입장에서 볼 때, 이러한 금지는 balance-billing을 전액 상환해주는 것과 마찬가지의 효과가 있다. 안경과 치과보철의 경우, 공급자가 CMU 수급자에게 부과할 수 있는 가격은 상한이 있고 부과된 가격과 공공보험수가와의 차이는 환자에게 전액 상환된다. 어떤 면에서는 공급자가 CMU의 재정부담을 일부 지고 있는 것으로 볼 수도 있다. 결국 수급자들은 이러한 치료를 무료로 받게 된다.

〈표 3-4〉 서비스 및 재화 항목별 재원구성

	Total	Inpatient Care	Pharmaceuticals	Physician Services	Other Med. Goods	Dental Services
% of Total Expenditures	100%	43%	21%	12%	6%	6%
By Source of Payment						
Public	76.4%	92.0%	65.3%	71.8%	44.8%	34.8%
Complementary Insurance	12.4%	4.2%	17.6%	20.2%	25.4%	35.2%
Private households	11.1%	3.7%	17.1%	8.0%	29.8%	30.0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source: Comptes Nationaux de la santé (프랑스 국민보건계정) 및 Eco-Santé France 2003, 2ème ed.

12) AMG의 급여내용은 도(départements)마다 달랐지만 모든 도에서 급여가 제한적이었고 ticket modérateur를 면제해주는 정도였지 balance-billing을 지원한다든지 안경이나 치과치료에 대한 추가지원은 하지 않았음.

3. 민간의료보험에 대한 규제

가. 시장경쟁

의료분야는 시장경쟁의 효율성이 비교적 제약되어 있는 분야임은 교과서적 상식이다. 그럼에도 정부의 개입이 정당화될 특별한 이유가 없는 한 경쟁원리의 적용 필요성이 끊임없이 논의되고 있다. 미국은 아예 의료서비스에서도 경쟁을 일반원칙으로 하고 취약계층에 대한 의료나 R&D와 같은 외부효과가 큰 분야에서만 정부개입을 인정하고 있다. 그 결과 의료기술의 눈부신 발전이라는 가시적 성과를 거두고 있다. 하지만 전반적으로 볼 때 높은 의료비, 많은 의료소외계층의 존재 등 그 결과는 참담하다. 반면에 서구유럽의 국가를 중심으로 한 대부분의 OECD 국가는 의료를 사회보장적 시각에서 접근했다. 이러한 오랜 전통은 보편적 보장성을 실현했지만 반응성(responsiveness) 측면에서 국민의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 비판도 계속되었다. 그 연장선상에서 경쟁원리의 도입이 검토되었고, 민간의료보험의 적절한 활용방안이 모색되어 왔다.

경쟁은 일반적으로 추구되어야 할 원칙이다. 문제는 이러한 경쟁의 원리가 제대로 작동할 수 있는 대상과 환경인가의 여부다. 정보의 비대칭성으로 집약되는 의료재의 특성상 경쟁과 선택의 원칙은 한계가 있다. 따라서 보험자에 의해 '관리된 경쟁' 내지 '규제된 경쟁'이 1980년대 이후의 지속적 관심의 대상이었고 여러 나라에서 그 실현을 위한 시도와 개혁이 계속되어 왔다. 지난 20여 년간의 실험은 그러한 경쟁 개혁이 '경쟁을 위한 경쟁' 내지 '무늬만 경쟁'의 범주를 크게 벗어나지 못했던 것으로 보인다. 대체형 민간의료보험을 허용한 국가들의 경우도 실제로는 공공건강보험과 민간의료보험 사이의 경쟁이 성공적으로 진행되지 못했다. 기껏해야 공공건강보험 내에서의 제한된 경쟁에 불과했다. 일정 소득 이상의 국민이 자유롭게 민간의료보험을 선택해 나갈 수 있도록 한 독일도 실제로 그

대상인 21%의 국민 중 7%만이 민간의료보험을 선택하고 있다. Greb 외 (2002)는 그 이유로 가입자의 지속성(persistence) 유지 경향, 보험자를 자주 바꾸지 않는 경향에 두고 있다. 그러한 경향을 보이는 것에는 지리적 여건, 변경에 따른 추가적 거래비용 외에도 보험자 간 차별성의 부재, 그러한 차별성에 관한 정보의 부족, 차별성 인지를 위한 전문성과 시간의 부족 등 등 여러 가지 원인이 있을 것이다.

프랑스에서는 공공정책 전략으로서 시장경쟁을 채택하지는 않았지만 어느 면에서 보면 프랑스의 건강보험은 경쟁을 의도적으로 도입하고자 시도했던 유럽의 다른 국가들보다 경쟁이 더 치열하게 벌어지는 구조를 가지고 있다. 네덜란드에서는 법정 의료보장을 제공하는 같은 질병금고에서 보충의료보험도 판매하고 있기 때문에 이들 조직은 지역 독점을 유지하고 있다. 1990년대에 보충의료보험제공자들 중에서 소비자들이 선택할 수 있는 권한을 부여한 법안이 제정되었지만, 대부분은 여전히 기본적 의료보장을 제공하는 동일한 질병금고에서 그러한 보충의료보험도 구입한다. 마찬가지로 스위스의 민간의료보험도 법률로 규정된 기본법정보험과 보충보험을 모두 제공한다. 소비자들은 두 가지 보험을 각각 다른 보험자에게서 구입할 수 있지만 실제로 이렇게 하는 경우는 거의 없다. 이러한 특징은 오히려 이들 두 국가의 경우 보충의료보험 시장의 경쟁을 제한하는 요인이 되고 있다.

반면에, 프랑스에서는 사회보장시스템 하에서 운영되는 금고와 보충의료보험자가 항상 뚜렷하게 구분되어 왔으며 보충의료보험시장에서 선택이 가능하게 된 것도 오래 되었다. 네덜란드와 스위스에서는 소비자들이 보험회사를 바꾸는 일이 드물지만, 프랑스에서는 흔한 일이고 이를 통해 시장경쟁성이 생기게 된다(Grignon and Sitta, 2003). 프랑스의 보충의료보험 시장은 다른 유럽국가들에 비해 덜 집중되어 있다. 상위 5개 보험자(뮈뛰엘 2, 공제조합 2, 보험회사 1)의 수입은 시장 전체 수입의 1/4 정도에 불

과하며, 상위 10개 보험자들을 합쳐도 1/3을 겨우 넘는다. 이 수치는 영국이나 아일랜드에서 상위 3개 민간의료보험 제공자가 시장에서 각각 75%와 100%를 점하는 상황과 대조된다(Mossialos and Thomson, 2002).

나. 접근성의 보장을 위한 규제

프랑스의 보충형 민간의료보험은 3가지 유형별로 조직의 목표와 규제 방식이 다르다. 각각의 조직은 서로 다른 법률의 규제를 받는다. 뮈뛰엘은 뮈뛰엘법(Code de la Mutualité)으로, 프레브와양스금고는 사회보장법(Code de la Sécurité Sociale), 그리고 민간보험회사는 보험법(Code de l'assurance)의 규제 하에 있다. 이러한 규제 법률들 사이에는 유사점이 많이 있다. 산업별 특화의 원칙이 존중되는 한, 모든 보충의료보험에서 필수급여항목이 따로 정해져 있지 않으며, 금지된 급여항목도 없다. 마찬가지로, 급여의 표준화에 대한 규정도 없다.

프랑스의 보충형 민간의료보험에서는 단체계약 때 특정 질환을 배제해서는 안 된다. 이는 프랑스의 민간의료보험에서 연대의 원칙이 강하게 유지되고 있음을 보여준다. 반면에 개인계약 때는 특정 질환을 배제할 수 있다. 하지만, 이를 위해서는 보험자가 그러한 상태를 분명하게 규정해 놓아야 하고 소비자들이 보험 가입 전에 그와 같은 제약조건을 인식하였다는 사실을 제시할 수 있어야 한다. 가입 후 2년이 지나면 보험자는 계약을 해지하거나 적용수준을 축소할 수 없다. 그리고 퇴직자나 단체를 떠난 개인도 그 단체를 통해 보충보험을 그대로 유지할 수 있다.

프랑스의 법률 체계에 EU의 규정을 수용하게 됨에 따라 뮈뛰엘법의 개정개정되게 되었다. 개정 논의는 1993년부터 시작되었지만 2001년에 개정이 이루어졌다. 새로운 뮈뛰엘법은 각각의 조직들이 개별 조직 내에서 "사회적 책임(social undertakings)"을 관리해야 한다고 규정하고, 엄격한 지불능력(solvency) 조건을 명시하였다. 특히, 보험료는 소득, 초기계약가입

이후의 경과기간, 가입한 의료보험금고, 위치, 그리고 수급자 수와 나이 등의 요소에 따라서만 차등을 둘 수 있다고 하였다. 이와는 달리, 민간보험회사들은, 연대의 원칙을 따르지 않기로 결정하면, 가입신청자들에게 의학적 상태를 묻고 그 데이터를 근거로 하여 보험료와 계약 항목을 정할 수 있다. 포괄적 보험계약에 대해서는 의학적 상태에 대한 질문지를 작성하도록 요구하는 경우도 있지만 기본 계약에 대해서는 그러한 요구를 하지 않는다.

앞에서도 보았듯이 2000년에 프랑스 정부는 새로운 프로그램인 "보편적 상병급여(Couverture Maladie Universelle : CMU)"를 시행했다. 이는 저소득층에게 보충민간의료보험을 공공재정으로 지원하기 위한 것이다. CMU 보충급여는 월소득 562 유로 이하의 개인에게 주어진다. 제도 시행 초기에는 약 5백만명(인구의 8%)이 자격이 있었다. 여기에는 3.8백만명 정도의 과거의 자산조사 프로그램 수급자가 포함되어 있는데 이들은 자동적으로 CMU에 가입되었다. 2000년의 조사(Boisguérin, 2002)에 의하면 수급자는 일반국민보다 더 젊고, 여성비율이 높고, 홀부모가구비율이 높았다. 수급자에는 실업자나 근로무능력자가 더 많았다. 해외 지역(département) 거주민의 3분의 1 이상이 CMU 수급자이었다. 2002년 12월 현재 4.5백만명(인구의 약7%)이 CMU를 통한 보충급여 대상이다(Boisguérin, 2003).
2002년에는 소득이 보충급여 소득기준선을 넘는 CMU 수급자를 위한 법이 발효되었다. 기준선의 110% 미만까지는 민간보충보험계약을 위한 일괄보조금(1인당 115 유로)을 받을 수 있다. 이러한 옵션을 취하건 않건, 수급자에서 벗어나더라도 1년간은 의료 이용시 선불후상환 절차를 면제받는다.

다. 민간의료보험에서의 역선택 또는 선별가입(크림스키밍)

경쟁이 이루어지려면 선택이 가능해야 한다. 보험자도 가입자를 선택할

수 있어야 하고, 가입자도 보험자를 선택할 수 있어야 한다. 민간의료보험은 원칙적으로 이러한 자유로운 선택을 전제로 한다. 전자 즉, 보험자가 가입자를 선택하는 것은 '언더라이팅(underwriting)' 내지 '크림스키밍(cream skimming; 선별가입)'에 해당하고, 가입자가 보험자를 선택하는 것을 역선택(adverse selection)이라고 부른다. '逆선택'이라는 용어에서도 감지되듯이 민간의료보험에서 정상적인 것은 '위험에 따른 보험료 책정'으로 정당화되는 보험자의 선별행위이고, 가입자의 보험자 선택은 '선택'에 대한 대항행위로 정상적인 것으로 간주되고 있지 않다. 그러나 자유경쟁이 이루어지려면 쌍방의 선택이 자유로워야 한다. 이러한 사실은 민간의료보험이 의료보장의 한 축을 담당하도록 하는 한 자유경쟁의 원리 적용에는 한계가 있다는 것을 암시한다.

민간의료보험에서는 보험자가 가입자를 선별해서 가입토록 하는 것이 원칙이다. 이러한 원칙 하에서 민간의료보험의 보험자는 젊고 건강한 사람, 소득이 높은 사람을 가입시키고자 한다. 이는 크게 두 가지 문제점을 야기한다. 첫째, 민간의료보험이 의료보장의 중요한 축을 담당하도록 되어 있는 제도에서는 임산부, 노약자, 장애인 등 위험요소가 큰 사회의 취약계층에게 의료에의 접근성이 제약된다는 점이다. 둘째, 유리한 조건에 있는 대상자만 선별해 가입시킨 보험자는 그러한 선별가입 정책을 취하지 않는 보험자를 장기적으로 민간의료보험 시장에서 퇴출시키게 된다는 점이다. 만일 공공건강보험과 민간의료보험이 경쟁하는 제도라면, 이는 결국 선별가입에 따른 부담을 공공건강보험이 지게 되는 결과가 된다.

프랑스에서는 민간의료보험이 공공건강보험을 보충하는 역할을 한다. 즉, 민간의료보험이 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 따라서 프랑스의 민간의료보험은 자유경쟁을 제약하는 규제가 정당화되는 상황이다. EU 규정에 따라 이러한 규제에도 상당한 제약이 가해지게 되었지만 민간의료보험이 공적 역할을 수행하는 범위 내에서 그러한 규제가 정당화되고 있

다. 프랑스에서는 뮈뛰엘과 민간보험회사를 규제하는 법률이 다르고 각각에 대한 세금제도도 다르다. 이러한 상황은 미국에서 한 때 블루크로스(Blue Cross)/블루쉴드(Blue Shield)와 민간보험회사가 병존하던 상황과 비슷하다. 미국에서는 상업적 보험회사들이 위험도 줄이기 경쟁 즉, 크림스키밍을 통해 경쟁력을 갖추게 되었고, 결과적으로 블루크로스/블루쉴드는 소비자의 역선택으로 경쟁시장에서 밀려날 위험에 처하게 되고 결과적으로 대부분의 블루크로스/블루쉴드가 community rating을 포기하게 되었다. 프랑스에서도 미약하지만 이와 비슷한 시나리오가 전개되고 있다.

프랑스의 민간보험회사들은 1980년대에 보충의료보험시장에 진입했다. 그 이전까지는 뮈뛰엘이 시장을 독점했다. 이들은 연대의 원칙을 강조하며 이를 뮈뛰엘 운동의 중심에 두었다. 뮈뛰엘은 전통적으로 모든 가입자들에게 '소득의 몇 %' 하는 단일 보험료율을 책정했으며, 급여 수준도 동일했다. 비가격 전략을 이용해서 고위험군 소비자들의 가입을 제한하는 경우도 없었다. 반대로, 보충의료보험 시장에 진입한 민간보험회사에서는 위험에 따라 가격을 책정했으며 연령 또는 의학상태를 묻는 질문지에 수록된 정보에 따라 보험료도 다르게 했다. 급여항목 패키지도 다양했는데 소비자들이 위험도를 바탕으로 스스로 선택할 수 있게 하려는 것이었다. 그리고 특정 보험상품에 특정 소비자의 가입을 배제하는 등 여러 가지 '위험도 선택' 전략도 활용하였다.

특정 집단(예를 들어 공무원들)을 대상으로 한 단체계약에 특화된 뮈뛰엘들은 민간보험회사가 진입한다고 해서 커다란 위협을 느끼지 않았다. 이들 단체는 이미 사업이 안정되어 있었고 연대의 원칙에 따라 운영을 계속할 수 있었다. 하지만 개인계약을 주로 하는 뮈뛰엘들에게는 민간보험회사가 직접적이고 큰 위협으로 등장했다. 역선택이 나타날 가능성, 즉, 위험도가 낮은 소비자들은 민간보험회사에서 제공하는 싼 가격의 보험으로 옮겨갈 가능성이 생기게 된 것이다. 이와 비슷한 경향이 민간기업을

대상으로 한 단체계약 시장에서 나타났다. 이렇게 민간기업을 놓고 치열하게 경쟁이 벌어진 결과, 시간이 지남에 따라 시장 경쟁자인 민간보험회사와 비슷한 방식을 채택하는 뮈뛰엘이 늘어나게 되었다.

단체계약이 아닌 경우, 뮈뛰엘과 민간보험회사 모두 신청자의 연령에 따라 가격을 다르게 책정한다. 고령자가 처음 가입할 때 추가요금을 요구하거나, 특정한 계약에는 고령자는 가입을 금하는 경우가 많다. 다만, 뮈뛰엘은 민간회사들보다는 연령 구간 수가 적은 편이다. 이미 언급한 바와 같이, 연령 이외의 다른 기준, 즉 민간회사와 같이 성별이나 건강상태 등으로는 차등을 둘 수 없게 뮈뛰엘법에 규정되어 있다. 뮈뛰엘과 민간보험회사 모두 특정 질환에 대해서는 적용 유예 기간을 설정한다. 예를 들어 대부분의 계약들이 계약 시작 후 처음 9~10개월 동안은 임신관련 진료에 급여해 주지 않는다. 또한 뮈뛰엘들도 급여내용에 차이가 나는 복수의 계약을 제공하고 있다. 다만 민간의료보험처럼 선택여지가 많지는 않다.

뮈뛰엘은 이와 같은 대응을 통해 시장에서 안정을 유지할 수 있었다. 미국과 같이 여러 형태의 의료보험자들이 사활을 걸고 경쟁하고 있는 상황과는 다르다. 미국과 프랑스 민간의료보험 시스템의 가장 중요한 차이는 급여 내용에 있다. 프랑스에서는 의료비의 분포가 매우 집중적이지만, 보충보험에 의한 비용은 그렇게 집중되어 있지 않기 때문에, 프랑스에서는 비용 지출이 클 사람을 찾아내 가입을 제한해서 이윤을 낼 필요성이 미국만큼 크지 않다. 또한 프랑스에서는 장기의, 의료비 지출이 많은 질환을 가진 사람들에게는 본인부담금을 면제해 주는데 여기에는 당뇨병, 암, 혹은 에이즈 등의 질환을 가진 약 7%의 인구가 해당된다. 이러한 제도로 보험자들은 고위험 가입자에 따른 위험이 줄어든다. 다음으로, 프랑스에서는 뮈뛰엘과 민간의료보험사에 대한 규제 방식의 차이가 미국에서 블루크로스/블루쉴드와 상업보험사에 대한 규제방식의 차이만큼 크지 않다는 점도 특징이다.

프랑스의 고용주제공 민간의료보험은 그 보충급여적 성격 때문에 리스크풀링이 큰 쟁점이 되지 않는다. 근로자가 의무 가입하게 되어 있는 단체계약(employer-sponsored contracts)이 개인계약(individually-purchased contracts)보다 보험료가 싸기는 하지만, 큰 차이는 아니다(Pleynet-Jesus, 2003). 미국에서 일반화 되어 있는 고위험 소비자의 가입에 대한 비가격 장벽 문제도 프랑스 개인계약 시장에서는 이슈가 되지 않는다.

제3절 민간의료보험에 대한 세금감면 및 인센티브

미국에서와 마찬가지로 프랑스에서 직장 근로자에게 고용주가 민간의료보험을 제공하는데 적극적인 이유는 직장민간의료보험에 대한 세제혜택 때문이다. 근로자의 민간의료보험 가입이 의무화되어 있지만, 그 대신 고용주에게는 세액공제의 비용처리가 되고 근로자에게는 면세 급여혜택이 주어진다. 민간의료보험의 고용주 부담 보험료에는 추가적인 보험료 리베이트의 혜택이 주어진다. 이는 의무가입 여부와 관계없다. 자영업자에 대한 세액공제도 있다.

민간의료보험을 규제하는 법률들 간의 가장 큰 차이는 세금제도와 관련된다. 과거부터 뮈뛰엘과 프레브와양스금고는 보험계약 때 7%의 보험료세를 면제받았다. 이와 같은 세금혜택은 이러한 조직들이 공익에 기여하고 사회경제적 영역에 속함을 인정하기 위한 것이었다. 그러나 이것은 보험자들을 동등하게 취급하라는 EU 규정을 위반한 것이라는 문제가 제기되었고, 프랑스보험자연합(FFSA)은 이러한 점을 들어 유럽재판소에 제소하였다. 그 결과 2002년 10월, 연대의 원칙(solidarity principle)을 지키는 계약들은 세금을 면제받는다는 점을 명시한 새로운 규제제도가 시행되었다. '연대의 원칙'은 보험자들이 가입을 결정하기 전에 가입신청자의 건강정보를 요구하거나 가입신청자들의 건강상태를 근거로 하여 보험료를 책정

하지 않는 것이다. 뮈뛰엘에 연대의 원칙이 자동적으로 적용되며, 모든 계약이 이러한 원칙에 맞게 바뀌게 된다.

제4절 민간의료보험을 위한 개혁

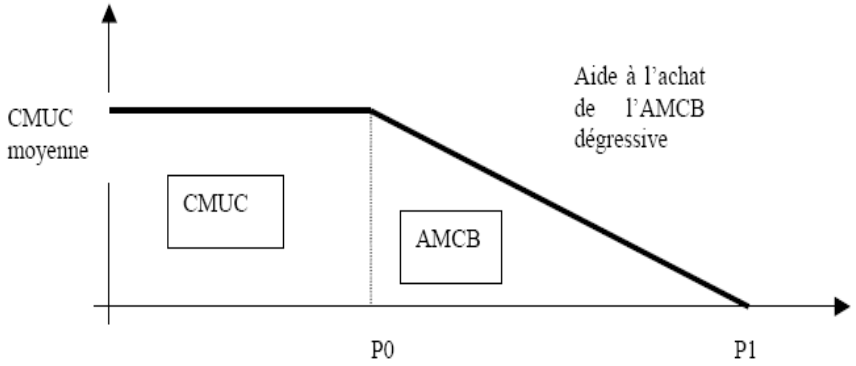
프랑스에서 민간의료보험을 위한 개혁은 CMU를 둘러싼 취약계층의 의료보장에 집중되어 있다. CMU에 대한 관심은 그동안 급여의 분배와 의료에 대한 접근성에 미치는 영향에 집중되었다. 하지만 그 외에도 CMU가 공공공건강보험과 보충의료보험 사이의 관계에 어떠한 영향을 미치는지 또한 관심의 대상이다. 공공건강보험을 제공하는 건강보험금고가 보충의료보험을 제공할 수 있게 하는 방안도 논의되고 있는데, 이렇게 되면 공공과 민간 사이의 경계가 불분명해지게 된다.

프랑스에서 공공건강보험의 급여방식에 대한 불만이 증가하고 적자가 늘어남에 따라, 공공건강보험의 재원 조달에 있어 공공과 민간의 역할이 어떠해야 할지가 빈번히 논의되고 있다. 2003년 4월8일 Jean-François Chadelat에 의해 소위 “샤들라(Chadelat) 보고서”가 발표되었다. 그 핵심은 모든 국민들이 접근성을 확보해야 할 서비스를 위한 “종합질병보험(Couverture Maladie Généralisée: CMG)”프로그램을 창설하는 것이었다.

종합질병보험(CMG)은 크게 두 개의 층으로 구성된다. 첫째는 ‘의무질병보험(Assurance Maladie Obligatoire: AMO)’으로 이는 기존의 공공건강보험과 본질적으로 차이가 없다. 둘째는 ‘기본보충질병보험(Assurance Maladie Complémentaire dite de Base (AMCB))’인데 이는 강제가입이 아니고 또한 누구나 가입할 수 있다. 빈곤층에 대해서는 아래 그림의 P0와 P1 사이에서 보듯이 단계적 보조금(bon d’achat)이 지불된다. CMU보충급여(Couverture Maladie Universelle Complémentaire: CMUC)는 극빈계층 가입자에 한해 ‘기본보충질병보험’의 일부로 계속 유지된다. (추가 비용을 청구

할 수 없다는) 공급자들에 대한 제약조건도 유지된다.

［그림 3-1］ 기본보충질병보험(AMCB) 구입을 위한 보조



빈곤층이 아닌 계층에 대한 '기본보충질병보험'에서는 추가 비용을 청구할 수 없다는 공급자들에 대한 제약조건을 부가할 수 없다. '기본보충질병보험'은 원칙적으로 민간보험회사가 제공하되, '의무질병보험'에서 급여하는 재화 및 서비스 이외에 추가적으로 일정 서비스 패키지를 의무적 급여대상으로 한다. 보험료는 "연대의 원칙"에 따라 책정된다. 즉, 설문지를 이용하거나 혹은 건강상태에 따라 보험료에 차등을 둘 수 없다. 이런 점을 고려하면 '기본보충질병보험'은 '민간'의료보험회사에 의해 운영되는 '공보험'적 성격을 지니는 것으로 볼 수 있다.

"종합질병보험"프로그램의 포지티브 급여목록(positive lists)과 본인부담 수준은 보건경제학적 경제성 평가 원칙에 따라 만들어진다. '의무가입질병보험'과 '기본보충질병보험' 사이의 경계를 어떻게 그을 것인가를 협상하는 과정 속에서 "의료를 관리하는" 역량을 키울 수 있게 될 것이다. 민간의료보험자는 '기본보충질병보험'의 급여수준을 넘어서서 추가적으로 비용을 부담시킬 수 있고(extra-billing), 비급여항목에 대한 계약을 제약 없이 할 수 있게 된다.

이러한 Chadelat 보고서는 의료공급자단체, 기업인단체 및 피용자조합, 그리고 민간의료보험회사 등 많은 이해집단의 비판을 받았다. 이러한 비판에 따라 새로이 추진위원회가 구성되어 다양한 의견을 수렴하고 보고서를 발행하고 있다. 동 위원회를 중심으로 프랑스 의료제도의 재원 조달에 있어서 공공 및 민간부문 각각의 책임을 정의하게 된다. 2006년12월 보건부 장관인 Xavier Bertrand은 CMU 환자를 거절하는 의사를 제재하는 제안을 담은 Chadelat 보고서를 승인한 바 있으나, 2003년의 보고서에서 제시된 바 종합질병보험(Couverture Maladie Généralisée: CMG)"프로그램의 창설은 진전을 보이지 않고 있다.

제4장 영국의 민간의료보험

제1절 민간의료보험의 위치

1. 민간의료보험의 성립과정

영국은 국가책임 하에 건강보장제도가 운영되는 대표적인 나라다. 그러나 영국도 유럽의 다른 나라와 마찬가지로 민간의료보험의 역사는 중세로부터 그 기원을 찾을 수 있다. 잦은 전쟁과 질병은 중앙정부차원의 대책 이외에도 민간중심의 자구적인 상호부조의 제도가 운영되었기 때문이다. 이후 1300년경 유럽인구의 절반을 죽음에 이르게 한 흑사병과 1666년 런던 대화재, 1700년경 영국민의 40만 명을 희생시킨 천연두 등은 공중보건 필요성을 제기했고 질병과 재난에 대해 단체 또는 정부차원의 대응이 필요했다. 더구나 산업혁명 이후 숙련된 노동력 확보를 위한 기업의 이해에 상응하여 단위 사업장 중심의 상호부조형태의 제도를 운영하며 소속 노동자의 질병과 재난에 대처하였다[13]. 이러한 사회적 배경과 역사를 기반으로 영국은 1911년에 건강보험법령(The National Health Insurance Act)을 공포하고 근대적인 의료보장을 제도화 화 하였다.

그러나 NHI는 노동자에 한하여 적용되었으므로 전 국민을 대상으로 하는 사회보장제도로서는 한계가 있었고 급여수준과 범위 또한 제한적이었기 때문에 많은 문제점을 노출하였다[14]. 더구나 NHI의 운영은 비영리 공

---

13) 시기는 19세기 초에 구체적인 명칭은 없지만 노동자협의회(worker co-operatives)와 친목회(friendly societies) 형태로 상호 질병과 재난을 상호 부조하는 단체들을 학계에서는 공식적인 민간보험의 출발로 보고 있음.

14) Anne Digby는 'The Evolution of British General Practice(Oxford University press, 1999)'에서 국민건강보험법(the National Health Insurance Act) 실시를 위한 준비과정과 실시 이

제조합(Provident Association)에 의하여 운영되었고 조직이 국가적으로 통합되지 못하였기 때문에 지역에 따라 의료이용의 불형평성은 지속되었다. 또한 보험료는 가입자의 부담능력에 따르기 보다는 총 소요재원을 오늘날 민간보험 보험료 책정과 같은 방식에 따라 부과하였기 때문에 NHI를 오늘날과 같은 건강보장제도로 간주하기에는 미흡하였다.

2차 세계대전 중인 1942년에 발표된 '비버리지 보고서'는 사회전반의 안전망이 필요한 영국정부에게 사회보장의 정책방향을 제시해 주었다. 이를 토대로 1944년 영국정부는 모든 국민에게 형평한 의료이용과 동등한 서비스를 제공하고자 백서를 발간하였고 이 백서의 명칭이 National Health Service(NHS)이다. NHS의 기본정신은 개인의 의료비 부담능력에 상관없이 보편적이고 포괄적인 의료서비스를 국가책임 하에 전 국민에게 제공하고 국민의 평생건강을 국가가 책임지는 것이다. 1946년 백서의 내용에 따라 NHS는 법제화 되었고 1948년에 실시되었다.

NHS가 구체화되는 과정에서, NHS를 도입하고자 하는 Aneurin Bevan이 이끄는 노동당과 NHI를 유지하고자 하는 세력 간에 많은 논쟁이 있었고, 이 논쟁 속에는 공 보험과 민간보험 방식간의 장단점에 대한 정책적 논쟁이 있었으나, 사회보장제도로서의 한계를 노출한 NHI는 제도로서 마감되었다. 그러나 NHI를 운영하였던 공제조합(provident associations)들 중 일부는 통합 및 합병과정을 거쳐 1947년 영국의 주요 민간보험협회인 British United Provident Association(BUPA)를 결성하고 NHS의 보충적인 제도로서 정착한다. 이후 BUPA는 거의 독점적으로 영국 민간 건강보험시장의 점유하여 성장하였고 1980년대의 민간 보험시장의 점유율은 70%에 이른다.

후의 결과에 대해 많은 문제점이 있음을 지적함.

2. NHS와 민간의료보험과의 관계

영국의 민간의료보험의 기능과 체계를 이해하기위해서는 영국 내에서의 NHS 위상을 살필 필요가 있다. NHS는 그 역사만큼이나 영국국민에게는 익숙한 제도로 삶의 일부분처럼 받아들여지고 있고 NHS의 기본원리[15]를 사회를 유지하는 기반으로 인식하고 있기 때문에 다른 나라와 같이 민간 의료보험시장이 활성화 되지못하고 있다. 따라서 우리나라와 달리 민간보험회사들의 직간접적인 공세 즉 NHS의 심각한 재정난과 운영의 비효율성 등에 대해서도 정책당국이외에는 국민의 관심을 유도할 만한 뉴스 소재가 되지 못하고 있다.

NHS는 의료보장제도를 운영하는 나라의 공통적 문제점인 재정지출의 급격한 증가라는 문제점이외에도 그간 누적된 운영의 비효율성 특히 긴 진료대기시간의 문제점을 해결하지 못하고 있다. 이에 대해 2004년 영국정부는 'NHS Improvement Plan'을 발표하고 개혁을 추진 중이나, 그 성과는 미흡한 편이다. 이에 대해 다국적 민간보험회사는 긴 진료대기시간의 불편한 점을 해소할 수 있다는 점과 세제해택을 내세워 영국에서 그 시장확장에 박차를 가하고 있다. 그들은 가입대상자와 가족이 급히 진료를 받아야하는 경우 NHS가 즉각적인 서비스를 제공하지 못하며 오랜 대기시간 때문에 환자에게 불편만 초래한다고 주장한다. 또한 정부가 NHS에 많은 재정을 투입함에도 불구하고 수명연장과 인구증가에 따른 수요를 감당할 수 없으며, 적절한 치료에 필요한 비용을 조달할 수 없을 것이라고 주장한다. 또한 조세방식의 재원조달 방식으로 NHS의 목표를 달성한다는 것은 이상이라고 비판한다. 특히 Private Healthcare UK 경우 건강보험과 관련한 하여서는 민간의료보험의 필요성에 대한 논리적 공격을 공공연하게 시도하고 있다[16].

---

15) NHS의 기본원리는 10가지이나 요약하면 경제적 능력에 상관없이 필요에 의한 포괄적이고 보편적이면서도 양질의 급여, 건강의 불평등 해소, NHS 재정은 오직 NHS환자의 진료와 치료만을 위해서 사용하는 것을 골자로 하고있음.

<표 4-1>은 영국보건부 2007/8 회계연도 2/4분기 통계자료 중 NHS 산하 병원 외래환자 대기 건수를 살펴보기 위해 진료과목별 대기인원수를 무시하고 대기 건수만을 기준으로 재산정한 것이나, 표에서 나타나듯 최고 17주이상이나 진료를 받기위해 대기한 경우가 있는 것으로 나타나고 있다. 병원의 대기 건은 관할 GP에서 1차 진료를 받고 진료의뢰에 따라 2차 진료를 받기 위해 대기하고 있는 환자 수를 말한다.

〈표 4-1〉 병원 외래환자 Waiting Times/List 통계

(단위: 명, %)

계 / 대기기간(주)	대기 인원수	비율
	925,777	100.0
01주 미만	177,135	19.1
01~02주 미만	161,792	17.5
02~03주 미만	143,068	15.5
03~04주 미만	116,368	12.6
04~05주 미만	82,500	8.9
05~06주 미만	79,869	8.6
06~07주 미만	61,718	6.7
07~08주 미만	43,805	4.7
08~09주 미만	27,912	3.0
09~10주 미만	16,353	1.8
10~11주 미만	9,920	1.1
11~12주 미만	2,488	0.3
12~13주 미만	1,183	0.1
13~14주 미만	164	0.0
14~15주 미만	215	0.0
15~16주 미만	158	0.0
16~17주 미만	129	0.0
17주 이상	1,000	0.1

자료: 영국보건부 2007/8 회계연도 2/4분기 통계자료

민간의료보험은 그러한 비판과 아울러 NHS를 신뢰하는 영국인의 정서

16) Private Healthcare UK는 민간보험상품을 안내, 홍보하고 민간 보험상품을 상호 비교하여 고객에게 민간보험에 대한 정보와 논리를 제공하는 단체임.

를 의식하여 더 이상 Anti-NHS가 아니라 상호 보완관계라고 자신들을 표현한다. 그러면서도 NHS소속 의사 중 상당수가 민간보험환자를 진료하며 현실적으로 그들의 소득을 보완하고 있기 때문에, 만약 민간영역을 잃게 된다면 이들이 NHS의 일을 그만둘 수 있고, 그 경우 NHS 운영이 어려움에 처할 수 있다고 경고하기도 한다. 향후에도 민간건강보험은 사고와 응급한 영역이상으로 영역을 확장하지 않을 것이므로 민간보험을 대해서 적대적인 관점에서 벗어나 협조적인 관계설정을 유지해야 한다고 주장한다.

이러한 강온의 양면을 가진 주장의 배경에는 사회보장부분에 시장논리가 침투하는 것을 강력하게 비판하고 NHS를 유지하려는 정관계 인사들과 학자들이 있기 때문이다. 이들은 현재 NHS가 재정안정과 효율성을 위해 민간자본인 PFI(Private finance initiative)를 NHS에 도입하는 것 자체를 NHS를 팔아넘기고 사회보장체계를 포기하는 것으로 간주한다[17]. 이들은 건강보장영역을 이데올로기적인 차이로 설명하고 민간과 공공 영역을 구분한다(표 4-2 참조).

〈표 4-2〉 사회보장에 대한 이데올로기적 비교

구분	Libertarian	Egalitarian
사회보장에 대한 기본시각	개인은 자신의 복지를 위해 최선을 선택하므로, 개인의 선택의 총합이 사회복지다	사회구성원의 기본적인 권리에도 불구하고 결국 사회가 이를 분배하므로 사회가 책임져야한다.
개인성취에 대한 시각	성취는 개인노력의 결과다	성취가 미약하다고 징벌해서는 안 된다
사회구성원의 불행	사회적 관심은 사적기부행위로 충분하다	통합적 관리기전이 충분하다
자유의 의미	자유는 최선이다	자유란 선택을 위한 기회이므로, 타인의 기회를 보장해야한다
평등의 의미	자유와 평등은 법으로 균형을 이룬다	평등의 기회를 박탈한 경우 보상이 필요하다

17) Allyson M. Pollock는 그의 저서 NHS plc The privatisation of Our Health Care(2004)에서 NHS의 민간자본 도입정책을 강력히 비판하고, WTO가 영국내의 사회보장체계까지 위협하고 있으므로 이를 경계해야한다고 주장하고 있다.

제2절 영국의 민간보험

1. 개요

영국의 민간의료보험은 NHS의 급여서비스를 중복하여 보장하는 중첩보험(duplicate)성격과 비급여를 보장하는 보충보험(supplementary)의 성격을 아울러 가지고 있다. 민간건강보험의 급여는 민영 의료기관을 이용하는 경우에 한하여 약관에 따라 이루어지는 것이 원칙이다. 영국의 민간건강보험 보험자는 순수 영국자본인 The British United Provident Association (BUPA)를 비롯하여 대표적인 다국적 보험회사인 Allianz외 약 30개의 회사가 보험시장을 안분하고 있으며 조심스럽게 그 영역을 확대해 가고 있다. 특히 BUPA 경우 1980년 대 NHS와 공동사업을 추진하여 런던의 St Thomas 병원을 개원하는 등 NHS의 민간자본을 투입하는 주된 역할을 담당하고 있다. 그럼에도 영국에서의 민간보험은 앞에서 언급하였듯이 NHS를 유지하려는 사회분위기와 맞 물려 다른 EU국가보다는 그 시장영역이 극히 제한되어 있다. 따라서 각종 통계와 연구 자료도 민간자본 도입의 필요성 등이 사회적으로 논의되었던 당시의 자료가 대부분이다. 그러나 그 당시와 현재의 상황이 크게 달라진 바 없으므로 당시의 자료를 인용하는 것도 분석과 현황을 파악하는 데에는 무리가 없다는 판단이다. Alison Bunn(2002)가 ABI[18]에서 발표한 자료를 정리한 민간의료보험 시장규모는 다음과 같다.

---

18) ABI(Association of British Insurer)는 영국내의 모든 민간보험업자의 연합회임.

〈표 4-3〉 민간의료보험 가입자현황 및 수입규모

(단위: 천명, %, 백만£)

구분	가입자		총수입	
	인원	증가율	규모	증가율
1995	5,984	-	1,601	-
1996	6,099	1.15	1,752	1.51
1997	6,123	0.24	1,877	1.25
1998	6,141	0.18	1,970	0.93
1999	6,179	0.38	2,066	0.96
2000	6,580	4.01	2,239	1.73

자료 : Alison Bunn외 Current Topics 2002 Section4 - UK Private Medical Insurance 재인용

위의 현황은 2000년 말을 기준으로 작성된 것이며 당시 영국 인구의 약 11%가 민간보험에 가입한 것으로 나타나고 있고 연간 모집인원의 증가율은 1996년과 2000년을 제외하고 매년 1% 미만으로 나타나고 있으며 민간건강보험의 수입도 2% 이하의 증가율을 보이고 있다. 2000년 이후의 자료갱신이 이루어지지 않아 그 이후의 연차별 민간 건강보험의 지속적인 증감현황은 알 수 없으나 민간보험시장 조사보고서인 'Health & Care Cover - UK Market Report 2007'에 영국전체인구의 12.2%인 7,388천명이 민간건강보험에 가입하고 있는 것으로 보고되고 있다. 즉, 약 7년에 거쳐 민간건강보험 가입자의 증가율이 1.2% 수준에 머물고 있음을 보여주고 있다. 증가율이 저조한 이유로는 지속적인 NHS의 개혁의지로 소비자의 건강보장에 대한 불확실성이 낮아지고 있고 NHS 급여의 질이 개선되고 있기 때문이라고 보고하고 있다. 그러나 진료과목에서 치과부문은 향후 낙관적인 시장전망을 예측하고 있다. 그 이유는 NHS의 치과관련 급여수준이 민간보험 급여수준 보다 열악하기 때문에 민간보험가입자 수가 지속적으로 증가하므로 시장성이 높다는 결론을 내리고 있다.

이와 같이 영국에서의 민간의료보험은 정부정책의지와 NHS에 대한 국민의 신뢰가 민간건강보험시장 영역을 제한하고 있다. 아래 표 <표 4-4>

와 <표 4-5>는 위의 현황을 사업장 종사자와 개인으로 나누어 현황을 살핀 것이다. 참고로 2008년 기준 영국의 보건의료 예산은 £90bn(약 171조원)이다.

〈표 4-4〉 민간의료보험 사업장 가입자현황 및 수입규모

(단위: 천명, %, 백만£)

구분	가입자		총수입	
	인원	증가율	규모	증가율
1995	3,735		756	
1996	3,800	0.65	822	0.66
1997	3,979	1.79	881	0.59
1998	4,157	1.78	966	0.85
1999	4,287	1.30	1,027	0.61
2000	4,631	3.44	1,092	0.65

자료 : Alison Bunn외 Current Topics 2002 Section4 - UK Private Medical Insurance 재인용

〈표 4-5〉 민간의료보험 개인 가입자현황 및 수입규모

(단위: 천명, %, 백만£)

구분	가입자		총수입	
	인원	증가율	규모	증가율
1995	2,249		845	
1996	2,299	0.50	930	0.85
1997	2,144	-1.55	996	0.66
1998	1,984	-1.60	1,004	0.08
1999	1,892	-0.92	1,039	0.35
2000	1,949	0.57	1,146	1.07

자료 : Alison Bunn외 Current Topics 2002 Section4 - UK Private Medical Insurance 재인용

표에서 나타나듯 사업장 종사자의 민간의료보험가입자 수는 꾸준히 증가하나, 개인가입자 수는 1997년부터 1999년까지는 오히려 감소한 것으로 나타난다. 'Health & Care Cover – UK Market Report 2007'에서도 같은 결과를 보이고 있으며 1996년을 정점으로 개인별 건강보험가입자수는 감소하여 2000년 대비 2.2%나 감소한 것으로 보고되고 있다.

거의 같은 시기에 발표된 2002년의 정부통계[19] 발표(표 4-6 참조)에도 거의 유사한 결과를 나타내고 있다. 정부통계는 민간건강보험 가입세대수를 기준으로 이루어졌고 영국 전체세대 가운데 민간의료보험 가입세대수는 1999년 말 기준으로 9%로 나타나고 있다. 아울러 정부통계에 대한 설명과 분석에서는 1985년 민간의료보험 가입세대수는 전체 세대의 6%였고 14년 동안 민간건강보험 가입세대수가 3%가 증가한 것으로 제시하고 있다.

〈표 4-6〉 1999년 기준 영국의 민간의료보험 가입세대 현황

(단위:%)

구분		비율
총 세대		9
직업별	전문직 종사자, 사용자	18
	중견 일반직 근로자	8
	초년 일반직 근로자	12
	전문 생산직 근로자	6
	초년 중견 생산직근로자	6
	자영자	14
	퇴직자[1]	8
	무직[2]	5

주: 1) 남자65세 이상 여자 60세 이상 비경제활동인구
2) 남자65세 미만 여자 60세 미만으로 직업이 없거나 구직노력을 하지 않는 인구
자료: Office for National Statistics(2002년.2월)

표에서 보듯이 민간의료보험은 전문직종사자와 사용자 그리고 초년 일반직 근로자가 상대적으로 민간의료보험에 많이 가입한 것으로 나타난다. 그 이유로는 1995년 이후 사회현상의 하나로 이들의 약 40%가 민간건강보험에 가입하였기 때문이라고 설명하고 있다. 자영자의 경우는 사업경비로 세제혜택을 볼 수 있기 때문에 상대적으로 높게 나타나는 것으로 판단된다. 아울러 발표 자료에는 민간의료보험 피보험자의 남녀 비율은 남자

19) 정부의 공식적인 통계자료는 2002년 2월 이후 갱신되고 있지 않고 있으며 그 이유는 제시되지 않고 있다.

가 여자보다 약 2배 높은 것으로 설명되고 있다.

2. 민간의료보험의 대상 및 보장유형

NHS가 영국에 거주하는 모든 사람을 대상으로 하기 때문에 민간의료보험의 가입대상은 NHS 적용대상자와 동일하다 할 수 있다. 즉 국적에 상관없이 영국에 거주하거나 영국국민으로서 외국에서 근로하는 대상자가 영국 민간보험 구매자라 할 수 있다. 따라서 보험상품에서 기본적으로 구분하는 대상자 유형은 3가지로 구분된다. 개인대상 의료보험은 가입자와 그의 가족을 위한 상품이며, 다음으로 자영자와 합자회사를 대상으로 하는 의료보험이 있다. 이 경우에도 자영자의 가족과 그 회사의 동업자도 같은 단위의 보험상품을 구매할 수 있다. 마지막으로 단체보험인 회사의 경영자와 근로자를 대상으로 하는 상품이 있다. 이 경우에는 정형화된 상품을 구매해야 하므로 개인의 필요에 따른 선택은 제한된다. 외국에 나가서 근로하는 경우에는 영국 내에서 적용하는 보장범위는 적용되지 않으므로 국제보험으로 갱신해야한다.

민간의료보험이 보장하는 영역은 보장하는 범위와 보장유형에 따라 구분할 수 있으며 보험료도 이에 따라 결정된다. 보장단위는 가입자 대상자 유형과 유사하게 가족단위보장(packaged cover)부터 전문직 종사자보장(specialist cover)로 나뉘며, 보장수준에 따른 단위는 전체보장(full cover)부터 부분보장(limited cover)이 있다. 보장범위에 따라서는 중대질병보장(Critical Illness)과 평생질병보장(Permanent Health Insurance)으로 구분된다. 중대질병보장은 암부터 신체기관 이식수술과 치료까지 약정내용에 따라 보장되며 평생질병보장은 질병과 사고로 소득이 상실된 경우 소득보장성격이 짙은 보험상품이다.

민간의료보험에서 보장하지 않는 경우로는 약관에 따라 다르나 일반적으로 자해(self-inflicted conditions)상병 경우, 치료 불가능한 만성질환, 가입이

전의 질병은 원칙적으로 보장되지 않는다. 영국의 민간의료보험에서 보장하는 정형화된 내용을 외래로 구분하여 구체적으로 나타내면 다음과 같다.

- 입원환자의 보장범위
  - · 치료병원의 선택
  - · NHS 상급병실 이용료(pay-bed)
  - · 수용과 간호비용
  - · 처방에 의한 약제 및 깁스
  - · 외과수술 및 마취비용
  - · 내과진료비용
  - · 방사선 및 화학요법 치료비용
  - · 상담 및 물리요법
  - · 병리검사 및 방사선 검산
  - · 민간업자에 의한 이송비용
  - · 급여의 선택
- 가정간호
- 외래진료
  - · 상담 및 치료
  - · 방사선 및 화학요법
  - · 침술 및 동종요법
  - · 단, 외래환자 경우에는 민간의료기관 연간 치료회수를 제한한다.

유의할 것은 영국의 민간의료보험가입자는 동시에 NHS 적용대상자이므로 민영의료기관에서 진료와 치료할 경우는 약관에 따라 민간보험이 당연 보장되지만 NHS에서 비급여되는 항목은 약관에 정해진 내용에 의한다는

것이다. 또한 용어상으로 민간건강보험(PHI)과 민간의료보험(PMI)이 경우에 따라 혼용되어 사용되기도 하나, 의료보장 범위를 구분함에 있어서는 예방과 치료 재활 등의 개념구분과 같이 양자가 명확하게 구분되어 사용된다. 따라서 PMI에서 보장되지 않는 범위를 구체적으로 나열하면 다음과 같다.

- 응급실의 입원 및 외래진료(Accident and emergency admission, outpatient treatment)
- GP 서비스
- NHS 처방(prescription)
- 일반적인 임신(Normal pregnancy)
- 응급을 요하지 않는 영국 밖의 치료
- 약물중독(Drug abuse)
- 알콜중독(Alcohol abuse)
- 자해상병(Self inflicted injuries)
- 면역결핍증(HIV/AIDS)
- 성형수술(Cosmetic surgery)
- 임신 및 불임(Fertility/infertility)
- 성전환(Sex changes)
- 장기이식(Organ transplant)
- 혈액투석(Kidney dialysis)
- 외래환자 약제비와 깁스(Outpatient drugs and dressings)
- 연구치료 및 투약(Experimental treatment and drugs)
- 갱생(Rehabilitation)
- 위험한 행위에 의한 부상(Dangerous/ hazardous pursuits ,hobbies, sports, and work)

다시 정리하자면 영국의 민간의료보험은 민영의료기관을 이용하는데 지불되는 비용을 보장하되 일반적인 질병에 대해서는 포괄적인 정의를 하여 보장하고 보장범위 이외의 영역은 별도의 보험상품 구매를 통해서 해결해야 한다. 별도의 품목별 보험상품 종류로는 성형수술, 치과치료, 레이저 안과수술, 관절수술, 레이저 하지정맥류 수술 등 고가장비를 이용하는 치료나 수술 등이 있다. 또한 NHS와 관련된 상품으로는 응급실 이송 시 민간 앰뷸런스 이용비용[20]을 보장하고 있다.

즉, 영국의 민간보험은 NHS라는 무상진료가 제공되는 환경에서 틈새시장의 상품을 개발하여 소비자를 충족시켜야 하기 때문에 우리나라의 민간건강보험과는 차이점이 많다. 본인부담진료비가 높은 나라의 경우 보완보험(complementary)상품이, 비급여 항목이 많은 경우 보충보험(supplementary)상품이 제공되듯이 영국의 경우에는 NHS를 이용하지 않고 민영의료기관을 택할 소비자를 대상으로 상품을 개발하여야 하므로 NHS와 보장범위가 거의 중첩될 수밖에 없다.

<표 4-7>은 Ireland의 2003년 건강백서에서 영국의 민간의료보험에 대해 제시된 원문이다. 앞에서 서술한대로 영국의 민간보험은 NHS의 비효율적인 영역에서 상품을 판매하고 특징적으로 보여주고 있다.

20) BBC는 2007년 9월 5일, 2007년 6~8월 3개월간 앰뷸런스 호출 후, 대기시간이 평균 50분 이상으로 NHS의 응급환자 이송은 심각한 수준에 이르고 있음을 보도한바 있음.

〈표 4-7〉 영국의 민간의료보험(PMI)의 특징

UK-PMI(Private Medical Insurance)		
• Typical cover		
Treatments	Cover	Exclusions
In patient/ day case (includes drugs)	Full refund	Chronic conditions and A&E[1]
Out patient	Cover varies	Annual benefit limit
Primary care	Not covered	
Outpatient drugs	Not covered	
• Product variants: Annual excess, waiting list plans		

주 : Accident and emergency
자료: Ireland 2003년 건강백서

3. 구매절차 및 계약

일반적인 구매절차는 소비자의 신청에 의하며 보험자는 소비자가 제출한 정보를 바탕으로 보충질의와 소비자의 GP를 통해 질병정보 등을 확인한 후 계약을 성립시킨다. 포괄적인 보장범위의 상품을 구매하기 위해서는 약 4단계의 절차를 요한다. 우선 소비자는 자신의 의료기록을 보험자에게 자세하게 설명해야 한다. 소비자가 제시한 정보에 추가하여 보험자는 보충적인 질문을 하고 소비자의 관할 GP와 연락하여 가입대상자의 의료정보를 취득할 수 있다. 이후 보험자는 가입자의 건강수준과 관리방안을 제시함과 함께 적정 보험료를 제시하여 계약을 성사시킨다.

4. 역선택 방지를 위한 절차 및 내용

무료로 정부에 의해 건강보장이 이루어지고 있는 영국에서는 오직 민간보험을 추가로 가입할 것인지에 대해서만 가입자가 선택하면 되기 때문에 소비자와 보험회사 간에 발생하는 정보의 일반적인 역선택 개념이 적용된다. 따라서 민간보험자가 소비자의 역선택을 방지하기 위한 방안만이 고

려된다. 보험자는 소비자의 동의를 받아 관할 GP에 연락하여 기왕의 질병이나 환자의 건강상태를 점검하는 정도로 소비자의 기왕의 병력을 확인하는 정도로 우리나라와 크게 다를 바 없으나 중대질병보장 상품경우는 건강검진이 선행된다. 이외에도 가입자가 보장을 받기 위해서는 민영의료기관에서 치료해야하므로 이 과정에서 소비자의 기왕병력 등을 확인될 수 있고 다툼이 야기될 수 있다. 그래서 소비자와의 다툼방지와 자기통제를 위해 ABI[21]는 정기적으로 상품범위와 용어정의를 자체적으로 결정한다. 이는 물론 회원들의 의사결정절차에 의하며 아래 표는 2008년부터 적용될 용어의 정의며 기존의 정의도 변경해야 하는 규제가 따른다.

〈표 4-8〉 ABI의 2008년부터 적용할 용어정의

Definition of terminologies
Chronic condition A disease, illness, or injury that has one or more of the following characteristics: it needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, and / or tests it needs ongoing or long-term control or relief of symptoms it requires your rehabilitation or for you to be specially trained to cope with it it continues indefinitely it has no known cure it comes back or is likely to come back.
Pre-existing condition Any disease, illness or injury for which: you have received medication, advice or treatment or you have experienced symptoms
Since October 2007 insurers must use or move to use by 2008, certain ABI agreed definitions
Acute condition 'A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to treatment which aims to return you to the state of health you were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to your full recovery

21) ABI(Association of British Insurer)는 영국내의 모든 민간보험업자의 연합회다.

Day patient
A patient who is admitted to a hospital or day patient unit because they need a period of medically supervised recovery but does not occupy a bed overnight

Diagnostic tests
Investigations, such as X-rays or blood tests, to find or to help to find the cause of your symptoms.

Inpatient
A patient who is admitted to hospital and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons.

Nurse
A qualified nurse who is on the register of the Nursing and Midwifery Council (NMC) and holds a valid NMC personal identification number

Out patient
A patient who attends a hospital, consulting room, or outpatient clinic and is not admitted as a day patient or an inpatient

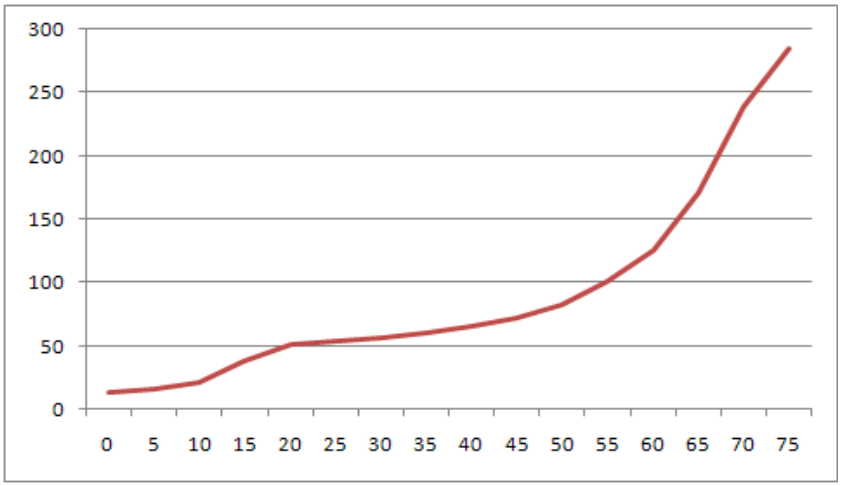
Treatment
Surgical or medical services (including diagnostic tests) that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury

5. 민간건강보험료와 세제혜택 등

개인 보험료과 소규모 자영자보험료의 산정방식은 그리 복잡하지 않다. 보험요율을 결정하는 요소가 많지 않고 주로 연령을 기준으로 위험률이 결정되기 때문이다. 아래 〔그림 4-1〕 은 런던 민간건강보험 평균보험료를 연령별로 살펴본 것이다. 그러나 최근 몇몇 민간건강보험자는 건강지도 개념을 도입하여 지역에 따라 보험료를 차등화하는 등 좀 더 정교한 요율을 적용하고 있다. 또한 실증적으로 확인된 일반적인 인플레이션률 보다 의료인플레이션률을 사용하여 보험료를 조정하고 있다. 보험자의 관점에서는 그렇게 함으로써 리스크를 더 효율적으로 관리할 수 있고 수익을 증

대할 수 있기 때문이다. 큰 사업장에 대한 보험료는 사업장의 보장범위의 선택에 따라 결정되므로 일괄적으로 설명할 수 없다. 사업장의 단체보험은 근로자의 요구와 아울러 사용자가 부담하는 보험료는 사업경비로 처리되기 때문에 개인가입자보다 가입률이 높게 나타난다. 물론 자영자의 경우에도 이에 해당되지만, 개인이 민간건강보험에 가입하는 경우 세금공제 등의 해택은 주어지지 않는다.

〔그림 4-1〕 런던 민간건강보험 연령별 평균보험료(파운드)



6. 민간의료보험의 자체규제

The Independent Healthcare Advisory Services (IHAS)는 민간의료보험의 보험상품과 표준 진료절차를 절차를 정한다. 이들은 보건부 산하 Healthcare Commission과 사전 정보교환을 하고 새로운 시술과 치료법에 대한 보험 상품화 여부를 정한다. 영국의 민간 의료보험은 민간기업의 경쟁에 관한 법령 'the Competition Act 1998'에 따라 정한 자체규정인 GIS

C[22]의 Rule F42'에 의하여 보험상품판매에 대한 공정한 경쟁을 한다. 최근 보험중개상 모의투표를 통해 GISC를 유일한 민간보험 자체관리와 통제기구로 인정한다는 결론을 지었다.

제3절 민간의료보험에 대한 정부규제 및 분쟁조정

1. 민간의료보험에 대한 규제

결론을 미리 말하자면 NHS를 유지하고 경쟁을 제한하는 내용의 영국 정부에 의한 민간의료보험에 대한 직접적인 규제는 없다. 보험업자는 일단 재무부에 등록을 하여야 보험료 등을 통제[23] 받는다. 재무부는 보험료 통제의 목적을 'The Insurance (Fees) Regulations 2001 (S.I. 2001 No.812)'에서 보험산업의 효율성 증진과 소비자보호를 위해서라고 명시하고 있다. 즉 민간의료보험에 대한 정부의 입장은 시장경제논리를 인정하고 있으며 단지 소비자 보호와 경제질서를 위한 규제법령과 관리법령이 있을 뿐이고, 영업과 관련하여 보험료에 대해 5%의 세금(Insurance premium tax; IPT)을 민간의료보험업자에게 부과하고 있다. 그러나 민간의료보험에 대한 간접적인 규제는 우리나라 공정거래위와 소비자보호원과 같은 정부조직 및 기구를 통하여 이루어지고 있다.

OFT(Office of Fair Trading)는 민간 의료보험업자의 부당한 거래행위에 대해 정기 연구보고서를 발간하며, Citizens Advice Bureau는 소비자에게 민간건강보험을 선택할 때 주의사항과 관련내용에 대한 안내를 별도로 게시하고 있다. 그러나 OFT 보고서 서문에는 PMI로부터 적절한 정보를 얻

---

22) The General Insurance Standards Council (GISC)는 민간보험회사간의 상품판매에 관한 활동을 통제하고 관리하기위해 독립적이고 자치조직으로 2000년 7월 3일 설립되었음. 그들의 주된 목적은 판매와 고객 서비스의 표준약관을 정하며 공정한 경쟁을 관리함.

23) 재무부의 감독권은 'The Insurance Companies Act 1982'에 부여되어있음.

을 수 없었기 때문에 연구보고서의 실효성 및 정책보고서로서 가치에 대해 한계가 있음을 시인하고 있다. 이는 영국정부에서 민간의료시장을 적극적으로 개입을 할 수 있는 법적근거가 마련되지 않았음을 의미하기도 한다. 그러나 OFT는 민간보험자들에게 PMI 약관을 소비자가 쉽게 이해할 수 있는 평이한 용어를 사용하도록 요구하며 지속적으로 소비자 보호를 위해 노력하고 있다.

또한 OFT는 과거에도 GISC에서 정한 Rule F42가 공정한 시장경쟁을 저해하고 있다고 시정을 이룬 적이 있다. 기존의 Rule F42는 보험상품을 오직 GISC의 산하의 중개상들에 의해서만 판매 있도록 정하고 있었다. 따라서 OFT는 소비자에게 상품정보를 왜곡하여 전달할 소지가 있고 가격을 상승할 여지가 있는 위의 조항을 Competition Act 1998(공정거래법)위반으로 시정 조치하였고 GISC자체도 경쟁성을 저해한다고 시정요구하고 있다.

FSA는 금융상품시장의 건전성 확보, 금융상품과 체계에 대한 소비자 이해 증진, 금융상품관련 소비자보호, 금융사범 감시 등을 담당하고 금융상품을 승인 및 관리하는 독립기구이다. 이곳에서 금융상품의 일종인 각종 보험상품 등의 내용을 심사하고 관련 사업의 통제가 이루어지고 있다. 그러나 최근 The Consumer Panel[24]에서는 FSA가 단체 민간의료보험을 일반보험상품과 함께 판매할 수 있도록 함에 따라 통제와 관리가 허술해지고 소비자에게 손해를 미칠 여지를 만들었다고 비판하고 있다. 민간건강보험상품은 소비자가 이해하기 어려운 용어와 개념이 적용되므로 일반 보험상품인 자동차보험이나 가계보험 등 보다 훨씬 복잡함에도 불구하고 동일한 상품수준으로 판매하도록 하는 것은 시정되어야 한다고 권고하고 있다. 또한 FSA는 민간건강보험자가 소비자에게 상품에 대한 설명을 더욱 상세하게 할 필요가 있고 아울러 일반보험상품보다 더욱 관리가 철저할

24) 'The Communications Act 2003'에 의하여 소비자 이익을 보호하고 대변하기 위해 설립된 독립적 연구와 정책을 자문하는 기구

필요가 있다고 지적하고 있다. 이에 대해 FSA가 적절한 조치를 취하겠다는 발표는 하였으나 아직 구체화된 내용은 없다.

위와 같이 민간건강보험에 대한 관리나 규제는 정부기관이나 공적 기구의 업무영역 내에서 이루어질 뿐 NHS와 관련하여 정책적으로 민간건강보험에 대한 통제는 이루어지지 않고 있다. 다만 시민단체인 Citizens Advice Bureau에서 NHS를 유지하고 보호하는 차원에서 보다 적극적인 활동이 이루어지고 있음을 보인다.

Citizens Advice Bureau는 민간건강보험 선택과 이용절차를 구체적으로 적시하며 제시하고 있다. 소비자가 민간건강보험을 부득이 선택할 경우를 구체적으로 적시하고 있다.

- 소비자의 진료와 치료가 NHS에서 불가능할 경우
- 긴 대기시간을 원하지 않을 경우
- 수술일정과 시간을 선택하고 소비자가 선택할 경우
- NHS에서 진료이후 재진을 원할 경우
- 본인에 원에 의해 건강검진 경우

그리고 민간의료기관을 이용하기 전에 민간건강보험은 비용이 높으므로 비록 소비자가 부담능력이 있다고 하더라도 다시 생각해보라고 권유한다. 아울러 민간의료기관의 무책임성에 대한 언급과 의료사고 경우 무료법률상담을 제공하는 AvMA(Action against Medical Against)를 안내하고 있다.

2. 분쟁조정

'Arbitration Act 1996 (of England)'[25]는 보험 포함 각종의 분쟁이 일어났

25) 영국의 근대적 중재법은 1950년에 시작되었고 다양한 사안별 판례법에 이어 1996 Arbitration Acts가 제정되었음.

을 경우 소송이전에 중재절차에 의해 해결할 수 있도록 하는 법규정절차이다. 제 1장의 명시된 일반원칙 중 1항과 2항은 중재의 목적과 원칙을 명시하고 있다. 제1항은 불필요한 비용과 시간낭비 없이 심판위원회에 의해 공정한 해결을 하기 위함이라고 입법목적을 명시하고 있으며 제2항은 양 당사자는 분쟁해결방법에 자유롭게 합의할 수 있고 공공의 0이익(Public Interest)에 따라야한다고 규정되어 있다. 중재법은 3장110조로 구성되어있고 중재절차, 중재위원회의 구성방법, 중재에 의해 당사자 간 합의에 이르지 못한 경우 강제중재 등 전 과정을 망라하여 명시하고 있다.

3. 소결

일반적으로 건강보험과 대비하여 민간보험의 확대를 논할 때 공보험에서 갖는 급여의 범위와 다양성의 제한을 그 이유로 든다. 높은 본인부담금과 취약한 보험재정은 적정한 보장성을 확보하지 못하고 있고 이 때문에 이를 보완할 민간보험 활성화가 필요하다는 주장이다. 또한 획일화되고 규제 일변의 공보험 체제에서는 양질의 의료를 요구하는 소비자의 욕구를 충족시키지 못하므로 대체형 민간보험이 도입되어야 한다는 것이다.

그러나 서두에서 언급하였던 것처럼 국가책임 하에 무상으로 건강보장이 이루어지는 영국 국민에게는 위와 같은 논리의 접근여지가 없고 민간건강보험시장이 존재한다는 것만으로도 의미를 부여할 수 있겠다. 그 이유는 국민대부분이 건강보장제도 운영주체를 국가라고 생각하고 있고, 낮지 않은 자신의 세금에 의해 그 재정이 충당되고 있음을 잘 알고 있으므로 굳이 민간건강보험에 가입할 필요성을 느끼지 않기 때문이다. 다만. 긴 진료대기시간 등 NHS의 운영에서 비롯된 불편함과 문제점과 근로자의 후생복지차원에서 민간보험을 선택하며 민간건강보험회사 역시 이러한 문제점에 주로 초점을 맞춰 상품광고를 한다. 사실 이들의 공공보건의료 체계는 고질적인 문제점을 안고 있고 느리다[26]. 그럼에도 불구하고 일단 진료

가 이루어지는 경우 사후관리까지 철저하게 이루어지고 있음을 여러 면에서 볼 수 있다.

이제 영국의 NHS도 변화와 개혁과 함께 민간자본의 투입이 지속적으로 이루어지고 있고 NHS에도 기업운영방식과 경쟁논리가 도입되고 있다. 영국의 민영화정책(Privatisaion policy)은 1980년 대처 정부부터 시작되었다고 볼 수 있다. 당시 NHS는 30년 이상의 재정적자, 낡은 건물, 의료인력 부족 등에 시달렸으나 NHS의 기본이념인 포괄적이고 보편적인 건강보장에 대한 국민의 지지는 이를 저지할 수 있었다. 그러나 노인인구의 증가에 따른 의료수요 증가와 재정적자의 심화는 NHS가 변화하지 않고는 위기를 넘어설 수 없게 하였다. 2001년 Public Policy Research 연구보고서에 의해 PFI(Private finance initiative)가 도입되었고 민간자본이 NHS의 Health Service Project에 이용되었다. 또한 NHS trust 소속의료기관도 민간건강보험 가입자의 진료를 행하면서 의료기관의 적자해소와 의료인 자신의 수익증대도 꾀할 수 있었다.

현재 영국보건부는 PFI를 NHS와 민간영역의 협력사업으로 정의하고 국민으로부터 직접적인 부담을 주지 않고 NHS의 재원을 확보할 수 있으며, NHS 서비스 확대를 위한 새로운 투자가 실패하지 않기 위해서는 민간사업 경영기법이 필요하다고 판단한다. 민간영역은 주로 건설회사 자본조달 능력이 있는 회사 경영능력이 있는 회사로 컨소시엄을 구성하고 NHS와 최단 30년 이상의 계약을 통해 NHS의 사업에 참여하고 있다. 1997년 이후로 132개의 병원설립이 추진 중이며 160억 파운드의 소요재원에 대해 39개의 병원은 PFI에 의해 재원조달이 이루어 졌다. 그러나 이에 대한 저항도 적지 않다. 언급하였듯이 영국국민들은 NHS의 효율성 제고에는 동의하나 민영화에 대한 지지는 미약한 편이다. 민간자본이 참여한 요양기

---

26) 영국에서 공공분야 노동자의 파업과 태업이 끊이지 않았던 과거의 잔재와 낙후된 시설 등의 문제점에 대한 언론지적에 대해 NHS관계자도 인정하고 있다.

관을 쇼핑몰 같다고 노골적인 비판도 서슴지 않는다. 영국국민에게 있어서 저소득층에게 의료비 부담이 없고, 국민 누구에게나 보편적이고 포괄적인 의료제공이 가능하며 평등성이 보장되는 NHS가 갖는 의미는 적지 않다. 이러한 맥락에서 영국의 민간건강보험은 역할은 그 영역이 좁을 수 밖에 없다.

제5장 네덜란드의 민간의료보험

제1절 네덜란드 보건의료체계 개요

1. 역사적 배경

보건의료 서비스의 재원조달에 있어 유럽의 국가들은 상이한 재정방식을 제시하고 있으나, 다음과 같은 기본 원칙은 공유하고 있다: 보건의료 서비스와 의료보험에 대한 보편적인 접근, 재정조달에서의 형평성, 양질의 보건의료 서비스. 이뿐만 아니라 보건의료비 지출이 공공지출의 주요 범주 중의 하나이기 때문에 비용통제는 많은 정부의 과도한 관심대상이 되었다. 대부분의 국가들은 보건의료 서비스 공급에 대한 광범위한 국가 규제와 함께 보건의료 서비스의 재원조달을 공공의 과제로 인식하고 있다.

서유럽 다른 국가들과 마찬가지로 네덜란드 역시 자발적인 비정부 조직에 의한 집단적 재화의 민간제공이라는 오랜 전통을 가지고 있다. 이러한 전통은 질병 또는 사망 시 구성원에 대한 재정적 지원을 하는 중세 길드 제도와 무주택자, 노인, 병자, 정신질환자를 위해 병원을 설립 했던 교회, 수도원, 지역사회에 기인한 것이다. 이러한 비 국가적 급여의 제공이라는 전통은 현대에도 여전히 유효하다. 대다수 네덜란드 병원과 보건의료 서비스관련 시설들은 종교기관, 자선기관, 비영리 재단에 의해 소유되고 운영된다. 제2차 세계대전까지 정부의 개입은 크지 않았다.

전쟁이후 정부는 법정 의료보험에의 가입의 도입을 통해 보건의료 서비스에 대하여 다음과 같은 개입을 시작하였다: 특정 고위험 집단을 위한 민간 의료보험 접근에 대한 규제, 자원의 분배와 시설계획에 대한 규제.

이와 같은 개입의 논리적 결과로서 정부는 보건의료비 지출의 통제에 대한 관심을 갖게 되었다. 하지만 그러나 보건의료시설의 소유와 운영은 대체적으로 비정부조직이 담당하였으며, 대부분의 일반의, 치과의사와 심리치료사들은 외래진료를 담당하는 개원의가 되었다.

네덜란드는 사회정책에 있어 신조합주의(neo-corporatism) 전통을 가지고 있다. 전후 수십 년 동안 보건의료제도는 거의 모든 이익집단들의 공식적인 대표성을 띤 광범위한 자문기구의 설립에 의해 확대되었다. 이러한 자문기구를 통해서 보건의료 서비스의 공급자들은 지배적 지위를 부여 받았다. 1970년대와 1980년대는 다른 조직들도 이러한 공식적 체계에 대한 접근을 확보하였다. 이러한 제도는 보건의료 서비스관련 이해당사자로 하여금 보건의료정책의 형성과 결과에 대한 영향력과 자신들의 위상에게 불리하다고 생각되는 조치들을 막을 수 있는 통로의 역할을 했다. 예를 들어 1987년 Dekker위원회가 제안한 보건의료 개혁안의 시행은 이해집단의 반대 때문에 실패하였다. 1980년대와 1990년대의 경우 의회 안팎의 몇몇 전문가 위원회의 자문에 근거하여 정부는 이러한 신조합주의적 구조의 범위와 규모를 축소하기 시작했다. 이와 동시에 1998년 Governing manifesto는 보건의료 서비스와 관련한 다년도 예산 배분을 위해 새로 조직된 협의회에 주요 이익집단들을 포함시켰다.

2. 보건의료 서비스

최근 연구들은 네덜란드 국민의 절대 다수가 건강에 만족하고 있다고 보고하고 있다. 대부분의 시민들은 (여전히 증가하고 있는) 긴 기대수명과 건강을 유지하며 늙어가는 것을 소망하고 있다. 하지만 질병과 장애, 특히, 사회경제적 요인, 고용상태, 해로운 생활양식, 이민 등과 관련된 특정 인구집단에 대한 건강문제는 여전히 존재하고 있다. 전체적으로는 양호한 건강상태에도 불구하고 몇 몇의 경우에는 건강에서의 불평등이 증가하고,

이러한 문제를 해결하기 위한 특정 정책적 조치가 강구되고 있다.

의료보험과 양질의 보건의료 서비스에 대한 보편적이고 평등한 접근성이라는 주요한 정책목표는 포괄적인 의료보험과 전체 국민에 대한 광범위한 보건의료 서비스의 접근으로 해석할 수 있다. 네덜란드의 보건의료 서비스는 수천 개의 기관과 수 만개의 계약 또는 개업한 보건의료 전문인력 및 수십 만 명의 보건의료관련 근로자들이 제공한다. 대부분의 보건의료 시설은 비영리 조직과 비정부 조직이 소유하고 운영하고 있다. 일반적으로 이들 조직들에게는 전반적인 정책과 예산승인에 대한 책임을 갖는 자체적으로 임명된 위원회가 있으나, 지속되는 일상적 사업에 관한 책임은 관리조직이 담당한다. 대부분의 일반의는 소규모 진료소에서 보건의료 서비스를 제공하며, 다른 보건의료 전문 인력과 함께 일하는 보건소도 다수 있다. 건의 모든 치과의사는 단독으로 진료한다. 시설외부에 존재하는 물리치료사는 소규모 집단을 구성하여 공동으로 보건의료 서비스를 제공한다.

보건의료는 네덜란드 경제에서 가장 큰 서비스부문 중 하나이다. 보건의료부문의 종사자는 네덜란드 전체 고용의 10%가 넘는 약 750,000명 이상이다. 이 분야의 주요 종사자는 여성이며, 이들의 상당수는 단시간 근로자이다. 교육부와 보건부는 공동으로 보건의료 전문 인력에 대한 교육을 책임지고 있다. 미래수요에 대한 추계에 기반하여 의과대학과 관련 교육시설의 경우 입학정원에 법정제한이 있다. 네덜란드에서 가장 큰 8개의 대학 모두에는 의과대학이 있으며, 이곳에서 의사에 대한 기본 교육을 제공된다.

원칙적으로 뿐만 아니라 현실적으로도 네덜란드 환자들은 의료공급자에 대한 충분한 선택권을 가지고 있다. 의료보험 가입자들은 의료보험 조합과 계약을 맺은 보건의료 서비스 공급자를 제한적으로 선택할 수 있지만, 대부분의 의료보험조합이 해당 지역의 보건의료 서비스 공급자들과 계약을 체결함으로써 실제 소비자의 선택에 제한을 가하지 않고 있다. 법정

의료보험에 가입하지 않은 민간 환자들은 일반적으로 보건의료 서비스 공급자를 선택하는 데 있어 자유롭다. 대부분의 환자들은 자신의 일반의에 등록되어 있다. 네덜란드 보건의료체계는 의약품 처방 및 병원과 전문의에게로의 진료의뢰를 담당하는 일반의의 문지기 역할이라는 오랜 전통이 있다. 원칙적으로 환자는 일반의의 진료의뢰 없이 전문의의 진료를 받을 수 없지만, 실제에 있어서는 보험자는 이러한 규칙의 적용에 있어 관대함을 보여 왔으며, 특히 민간 환자의 경우에는 더욱 관대하다. 네덜란드에서 소비되는 의약품의 약 85%는 해외로부터 수입되고 있으며, 나머지 15%는 네덜란드에서 생산되고 있다. 약 1,500명의 약사와 의약품을 처방하는 650명의 일반의가 있다.

의료보험과 보건의료 서비스 공급자의 절대 다수가 비영리 조직 또는 비정부 조직과 같은 민간부문이지만, 보건의료 서비스 공급자와 의료보험에 대한 규제에 있어 정부의 역할은 대단히 중요하다. 급성기 질환에 대한 진료와 장기요양서비스에 관한 두 개의 주요한 의료보험체계[건강보험인 ZFW(Ziekenfondswet)와 특별 의료비 지출인 AWBZ(Algemene wet bijondere ziektekosten)]는 피보험자의 수급자격을 규정하고, 보건의료 서비스와 의료보험에 대한 접근, 의료보험조합과 민간 의료보험자의 관리운영에 관한 규칙에 대하여 규정한다. 1986년 정부는 특정 민간 의료보험자를 위한 독립체계를 도입하였는데, '의료보험 접근에 관한 법률 (WTZ: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen)'은 민간 의료 보험자에 의한 위험 선택과 접근의 제약을 방지하기 위한 법률이다.

지역의 미래 최대 수요 추정치에 기반하여 병원과 보건의료 서비스 시설에 대한 계획을 위한 특별법인 '보건의료 시설 계획에 관한 법(WZV: Wet ziekenhuisvoorzieningen)'이 있다. 다른 법으로는 네덜란드 보건의료 서비스 공급자의 진료비, 진료보수와 예산을 규제하는 법(WTG: Wet tarieven gezondheidszorg)이 있다. 별도의 독립기구인 보건의료 진료비 협회(CTG:

College Tarieven Gezondheidszorg)는 보건의료 서비스 시설의 예산과 보건의료 서비스의 진료비에 관한 관리감독을 담당하고 있다. 원칙적으로 보건의료 서비스 공급자와 의료보험 조직은 전국, 지방, 지역차원에서 협상을 담당한다. 전국차원에서 최고대표조직들은 지방 차원에서 발생하는 계약협상을 위한 근간이 되는 구조적인 합의를 담당한다. CTG는 진료비의 법정 최고 상한선을 초과하는 경우와 같은 법률 위반사항을 감독하고 이를 시정할 수 있다.

1989년까지 일반의는 개업을 위해서는 지방당국의 허가를 필요로 했으나 이후 폐지되었다. 기타 법률들은 보건의료 서비스 공급자 및 소비자보호에 초점을 맞춘다. 1993년의 '개별 보건의료 전문 인력에 관한 법 (Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg)'은 의사와 기타 보건의료 전문 인력의 졸업요건, 자격증, 학위 등에 관한 내용을 규정하고 있다. 1991년의 '보건의료기관의 질에 관한 법(Kwaliteitswet zorginstellingen)'은 보건의료기관이 제공하는 서비스의 질을 규정하고 있다. 이 법은 보건의료 서비스 제공자가 자신들이 제공하는 서비스의 질에 관한 1차적인 책임이 있다는 것에 기초하고 있다. 보건의료 서비스 제공자들은 규범의 제정과 절차의 설정, 인증제도 및 모든 보건의료 서비스 기관에 적용할 수 있는 기타 규정을 포함하는 질 관리체계를 개발해야 한다.

이와 더불어 환자의 권리는 다양한 규제를 통해 보호되어야 하는데 예를 들면 소비자 보호로부터 의사와 환자 간의 계약(WGBO: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) 과 정신과 의료기관에 대한 비자발적인 개입(BOPZ: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)에 이르는 범위가 이에 해당한다.

제2절 2006년 이전의 건강보험 체계

민간에 의한 보건의료 서비스 제공이라는 오랜 전통에도 불구하고 보건의료 서비스 재원조달과 함께 국가에 의한 보건의료 서비스 공급에 관한 규제는 공공의 역할로 인식되고 있다. 유럽의 다른 국가들과 마찬가지로 네덜란드도 보건의료비의 가장 큰 부분이 공공에 의해 조달되고 있다. 독일, 프랑스, 벨기에, 이탈리아, 네덜란드의 경우 사회보험과 민영보험이 보건의료 재원의 주요한 원천이다. 독일(1994년 이후)과 네덜란드(1968년 이후)에는 1년 이상의 장기요양 서비스를 위해 전 국민을 대상으로 하는 독립된 사회보험제도가 존재한다.

고용관련 법정 의료보험과 장기요양보험을 조합한 독일과 네덜란드는 비스마르크형 모델과 베버리지형 모델를 결합한 혼합적인 성격을 띠고 있다. 1998년 정부성명서는 보건의료 서비스와 관련된 기금을 다음과 같이 세 가지로 구분하였다: 첫 번째는 대부분 장기요양보험인 AWBZ의 재원으로 충당하는 만성질환에 대한 장기요양, 두 번째는 사회보험과 민간 보험체계에서 제공되는 급성질환에 대한 진료, 마지막 세 번째는 이 외 나머지 모든 서비스를 제공하는 민간보험이었다.

1. 첫 번째 부분: 장기요양보험

법정 의료보험과 민간 의료보험 모두 가입자를 위한 장기요양보험(AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)을 운영하고 있다. 시설에 입소한 사람들의 장기요양서비스 비용을 위한 사회보험으로써 출발한 장기요양보험(AWBZ)은 1968년부터 실시되고 있다. 수십 년간의 제도의 확대 결과 AWBZ는 현재 재가서비스, 신체장애자와 정신장애자를 위한 쉼터와 주간보호시설, 입원환자와 통원 환자에 대한 재활서비스, 확대된 모자관련 서비스, 예방접종, 임신검진 및 기타 서비스를 제공하고 있다.

1996년 이후 시설입원이 필요하다고 인정된 특정 범주의 환자들은 현물서비스 대신에 현금급여를 선택할 수 있다.

AWBZ는 전 국민을 위한 사회적 의료보험으로 네덜란드에 거주하는 모든 사람들에게 강제적으로 적용된다. 모든 네덜란드인은 AWBZ이 제공하는 서비스를 이용할 수 있다. 네덜란드 사회보험에서 연대성원칙을 반영하여 모든 가입자는 소득에 부과한 보험료를 납부한다(소득이 없는 사람은 보험료를 납부하지 않음). 보험료율은 매년 정부가 책정하며, 2001년 과세대상 소득인 €22,000이상의 경우 10.25%였으며, 2004년 보험료율은 13.25%까지 인상되었다. 1998년의 정부성명서(Regeerakkoord 1998)는 AWBZ가 제공하는 장기요양 서비스를 통제하기 위하여 시장경쟁의 축소와 정부규제의 강화를 발표하였다. 특히, 지역 관리사무소(zorgkantoren)는 소비자조직과 지방당국의 보다 강한 영향력을 동반하여 장기요양 서비스의 공급계약을 담당하게 되었다. 정부정책 또한 균등한 장기요양서비스 계약을 체계함에 있어 지역적 협조의 필요성과 효율성의 향상을 강조했다.

2. 두 번째 부분: 사회보험과 민간 의료보험

2000년 의료보험의 보험료율은 첫 번째 과세소득 €25,000을 기준으로 8.1%였으며, 이중 사용자는 6.35%, 근로자는 1.75%를 부담하였다. 사용자가 원천징수하여 일반조세체계를 통해 의료보험 위원회(CVZ: College voor Zorgverzekering)가 운영하는 중앙기금으로 이체되는 소득연계 보험료를 제외하고, 의료보험 가입자들은 정액보험료를 의료보험조합에 직접 납부해야 한다. 정액보험료는2000년에 1인당 평균 연간 €188이지만, 각 의료보험조합은 자체적으로 보험료를 책정할 수도 있다. 민간 의료보험에 가입자는 위험등급에 대한 제한정도에 따라 정액보험료를 납부하며, 1인당 평균 연간 약 €990를 납부한다. 특정 민간 의료보험 가입자는 특별 의료보험(WTZ)에 가입할 수 있으며, 이 경우 정부가 규제하는 보험료 (1인당 월

별 최대 €115)를 납부한다. 모든 민간 의료보험 가입자는 특별의료보험(WTZ)의 초과비용을 보조하는 법정비용경감제도에 가입한다 (1998년 기본보험료에 추가하여 연간 1인당 약 € 180 정도 납부하였다).

지난 수십 년 동안 네덜란드의 의료보험구조는 주요한 변화를 경험하였다. 의료보험조합은 민간 의료보험과 통합하거나 또는 협력하였다. 보건의료 안팎의 변화는 보험자가 새로운 서비스를 개발하고 시장에서 전략적 지위를 탐색하는 것을 촉진시켰다. 의료보험을 비롯한 다른 사회보험제도는 근로자를 위한 보다 확대된 급여패키지의 일부로 통합되고 있다. 하지만 공공보험과 민간보험이라는 기본적인 재원조달 방식은 아직까지 크게 변하지 않았다. (공무원을 위한 특별 보험 제도를 포함하여) 인구의 약 64%가 의료보험에 가입하고 있으며, 35%는 민간 의료보험을 선택했다.

1999년에 1,000명 미만부터 100만 명 이상에 이르는 광범위한 가입자 분포와 평균 약 300,000명의 가입자를 보유한 30개의 독립 의료보험조합들이 존재하였다. 많은 의료보험조합들이 시장에서 전략적 지위를 차지하기 위하여 민간 의료보험과 은행뿐만 아니라 다른 의료보험조합과의 협력을 도모했으며, 또한 근로자를 위한 보다 확대된 급여패키지의 제공에 관한 새로운 대안들을 모색했다. 1999년 초 상위 3개 의료보험조합인 ANOVA, ZAO및 ANOZ는 합병을 통해 약 170만 명의 가입자를 보유하게 됨에 따라 네덜란드에서 6개 대규모 의료보험그룹 중 하나가 되었다. 이외 다른 거대 의료보험자로는 Achmea Group(270만 명), VGZ Group (170만 명)와 CZ Group (170만 명), AMICON (110 만 명), Nuts Ohra (100만 명)가 있다. 민간보험과 공공보험이 결합한 6개의 거대 의료보험자는 네덜란드 인구의 60% 이상에 해당하는 약 1000만 명의 가입자를 보유하고 있다.

의료보험조합은 자체적으로 이사회를 임명할 수 있는 독립 법인이다. 의료보험조합은 의료보험 위원회(CVZ)로부터 예산을 받으며, 피보험자들

의 보건의료 서비스의 접근성을 보장하기 위하여 보건의료 서비스에 대한 계약을 체결한다. 예산은 연령, 성별, 지역, 장애상태와 같은 기준에 근거한다. 의료보험의 선지불 예산제 도입이후 초기에는 해당 연도 말에 실제 지출이 모델에 기초한 예산을 초과한 경우 의료보험조합은 이에 대한 보상을 받았다. 이후 보상은 점진적으로 감소하였으며, 의료보험조합은 독립적이고 위험을 부담해야 하는 보험자로서의 기본적인 기능을 회복하였다.

그리고 의료보험조합들은 자본투자와 특정 고위험 가입자집단을 위한 독립된 예산을 계속적으로 지급 받는다. 의료보험조합들은 가입자를 위한 장기요양보험(AWBZ)을 운영한다(이와 같은 방식으로 민간 의료보험자도 가입자들을 위하여 AWBZ를 운영한다). 의료보험조합은 장기요양보험의 운영을 위해 지역사무소(zorgkantoren)를 설치한다. 의료보험 위원회(CVZ)는 의료보험과 장기요양보험의 중앙기금을 관리하며, 의료보험조합들에 대한 예산을 책정하고 개별 의료보험조합과 관련 조직에 대한 예산을 배분하며, 의료보험의 진료비를 지불한다.

의료보험의 수급자격이 없는 네덜란드 거주자(2004년 기준 연간 소득이 일반적으로 충분한 수준인 €33,000이상인 고소득자)는 50개 중 하나의 민간 의료보험에 가입을 선택할 수 있다. 민간 의료보험에의 가입이 비록 강제적이지 않지만, 인구의 절대 다수가 실제로 민간 의료보험에 가입하고 있다.

민영보험자는 다양한 보장 범위, 재정 상황, 자격 기준 등과 같은 넓은 범위의 보험정책을 실시하고 있다. 대개 민영보험자는 노인 가입자에 대해 보다 높은 보험료를 부과한다(보장범위에서 기존에 있는 조건들의 제외가능). 그러나 네덜란드 민영보험자가 완전히 위험등급에 따라 보험료를 부과하고 있지 않다는 것은 주목할 만 하다. 1970년대 초, 민영보험회사 중 하나는 학생을 위한 저렴한 보험료 정책을 실시하였는데 다른 보험자가 같은 정책을 실시 한 후, 노인 가입자에 대해서는 높은 보험료를 부

과하였다. 즉, 이는 보험료 차이와 위험 선택에 대한 연쇄적인 변동을 야기한 것이었다. 이러한 문제를 해결하기 위한 비공식적 합의를 이행하는데 민영 보험자들이 실패한 이후, 정부는 민영의료보험에 새롭게 형성된 접근성 저해요인을 없애기 위한 강제적인 조치가 필요함을 인식했으며 이로 인해 노인을 포함한 특정 고위험 그룹을 위한 독립 의료보험 체계인 의료보험 (WTZ)을 도입하였다. WTZ의 보장범위는 질병금고보험과 거의 동일하며 가입자는 정부가 규제하는 보험료를 납부하게 되었다. 하지만 이러한 보험료가 WTZ 가입자의 평균비용을 완전히 보장하지 못하기 때문에 모든 민영의료보험 가입자는 매년 추가 보험료를 납부함으로써 강제적인 비용경감제도에 가입한다.

지난 수 십 년간 특히, 1990년대 후반에 민간 의료보험자들은 여러 가지 이유로 의료보험조합들과의 협력을 강화하였다. 협력을 통해 민간 의료 보험자들은 다른 보험 상품에 대한 안내를 가능하게 하는 의료보험조합 가입자의 주소에 대한 접근을 확보하였다. 이러한 방법으로 민간 의료보험자들은 또한 지역과 지방에서 급여를 제공하는 의료보험조합의 아주 오랜 경험을 공유할 수 있게 되었다. 다음으로 민간 의료보험자들은 대기업에 종사하는 의료보험 가입자와 민간 의료보험 가입자 모두를 위해 집단적 보험과 근로자를 위한 급여패키지까지 범위를 넓혀 전통적인 의료보험을 확대하기 시작했다. 네덜란드 시장에서는 근로자를 위한 급여 패키지의 의미는 중요하며, 특히 질병과 장애로 인한 재정적 위험 책임이 사회보험에서 사용자로 이전된 최근 사회보험법의 변화 이후 그 중요성이 더욱 부각되었다.

〈표 5-1〉 네덜란드 보건의료체계의 지출과 재원

	의료보험 공급자에 대한 지출				재원		
	총 지출	의료 서비스	복지	정책과 감독 기구	합계	정부/ 공공 부문 보험	민간 부문 보험
	€ 100만						
2000년	42,182	26,573	14,083	1,526	42,182	29,077	529
2001년	46,995	29,731	15,618	1,646	46,995	32,190	604
2002년	52,560	33,030	17,741	1,790	52,560	36,164	701
2003년	56,983	35,733	19,379	1,870	56,983	39,164	778

출처: Voorburg/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004.

제3절 새로운 건강보험 체제

1. 데커 개혁

2006년에 실시된 새로운 건강보험체제의 뿌리는 1986년부터 시작된 데커개혁에서 비롯됐다. 당시 네덜란드 정부는 보건의료의 여러 문제점을 개혁하기 위해 필립스 회사의 회장을 역임함 데커박사를 위원장으로 하는 의료개혁위원회를 구성해 '관리된 경쟁이론'을 받아들여 의료개혁의 모형을 만들었다. 이를 바탕으로 건강보험체계의 개혁을 도모하였으나, 1989년 정권이 교체됨에 따라 개혁의 방향이 변하게 되었다. 그러나 이 개혁은 사회보험에서 규제된 경쟁모형을 제시했다는 점에서 많은 주목을 받았고, 시간이 걸리는 했으나 최근 네덜란드의 새로운 건강보험체계의 청사진 역할을 하게 됐다.

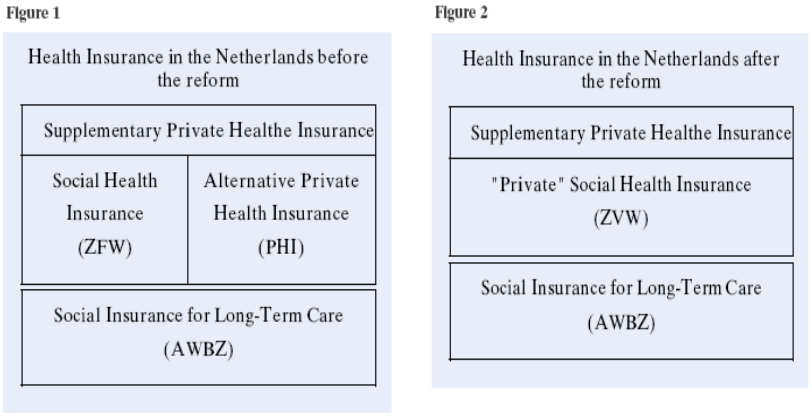
초기 데커개혁의 모형은 먼저 수요자에게 질병금고를 선택하도록 허용해 보험료가 높은 질병금고는 퇴출토록 하는 바탕위에서 질병금고와 의료공급자간의 시장경쟁을 유도하는 것이다. 이를 통해 진료비가 비용의 지출이 적거나 아니면 의료의 질이 좋은 공급자가 시장에서 살아남게 하는

방법이다. 특히 경쟁형 보험자 체계가 갖는 취약점인 역선택 문제를 보완했는데 중앙기금에 기금을 만들고 위험균등화 정책을 통해 위험선택을 방지하고 위험분산을 해준 것이다. 이러한 주요 내용들이 2006년 새로운 건강보험체제의 근간이 되었다.

2. 주요 내용

형식적인 변화를 살펴보면 2006년 이전에 분리되어 있었던 법정질병금고(ZFW, 전국민의 63%)와 민간보험(전국민의 37%)을 하나로 합쳤다. 제2차 세계대전이후로 네덜란드 보건의료재정의 특성이었던 이원화된 체계가 단일체계로 전국민을 보장하게 되었다.

〔그림 5-1〕 네덜란드 건강보험체제 2006년 전후 비교



source : Health insurance reform in the Netherlands, 2007

〈표 5-2〉 네덜란드 건강보험 개혁 주요 요소

Table 1

Key elements of the Dutch health insurance reform

	Old system		New system
	Social health insurance	Private health insurance	"Private" social health insurance
Clients	Employees und self-employed under income ceiling (mandatory) 70% of the population	Employees und self-employed above income ceiling (voluntary) 30% of the population	All inhabitants (mandatory)
Premium calculation	Income dependent (85%) Community rating (15%) No risk rating	Risk rating	Income dependent (50%) Community rating (50%) No risk rating
Benefits	Standardized	Individual	Standardized
Benefits in kind or benefits in cash	Benefits in kind	Benefits in cash	Both
Voluntary deductibles	No	Yes	Yes
Group contracts	No	Yes	Yes

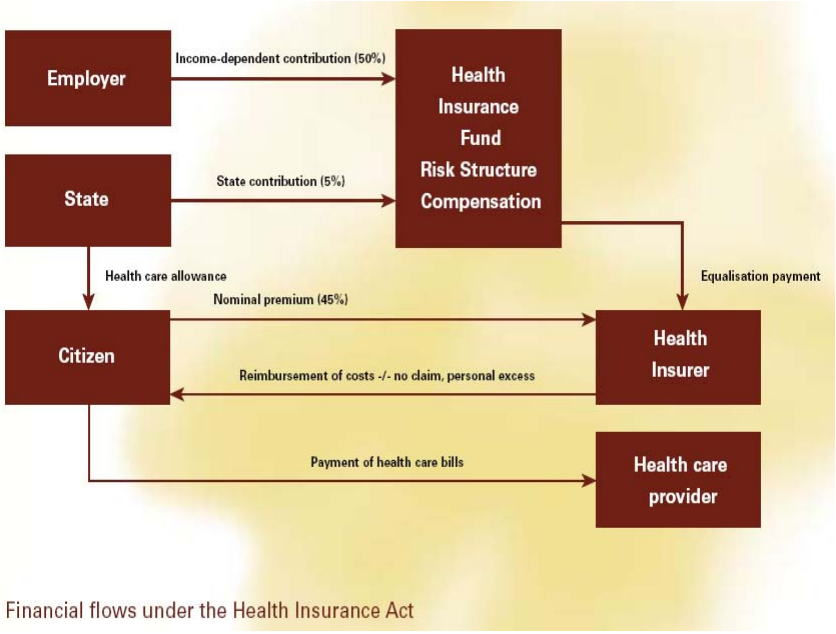
Source: Greß et al. 2006.

새로운 건강보험체제의 내용적인 특징을 우선적으로 살펴보면 시장 경쟁의 강화이다. 영리를 추구하는 보험자들이 보험료, 보험프로그램의 종류, 서비스 수준 등에서 경쟁을 하는 것이다. 네덜란드에 모든 법정 거주자들은 기본 건강보험을 구입하여야 한다(보충적 보험은 자원자만 개별적으로 구입). 보험자와 보험프로그램의 종류를 임의로 선택할 수 있다. 추가적으로 소비자는 대체보험(alternative plan) 또는 다른 보험자로 바꿀 수 있는 권리가 있다. 최근 자료에 의하면 적어도 18%의 피보험자가 보험자를 바꾸었고 이것은 대부분의 전문가들이 예측한 것보다 크게 높은 수치였다.

시장경쟁을 통해 보험자가 의료 제공자와의 협상력을 높일 수 있다. 보험자는 가격, 의료의 양, 서비스 수준, 의료의 질에 대하여 협상한다. 새로운 건강보험체제에서는 보험자로 하여금 선호하는 공급자들과 가격, 대기시간, 기타 항목 등 대한 세부 협정을 포함한 계약을 할 수 있게 하였다.

다른 주요 변화는 보험료 산정에 관한 것이다. 새로운 체제에서는 보험자들은 자신들이 제안한 보험프로그램의 종류에 따라 각각 단일의 일률적인 보험료율을 설정해야한다. 연령, 성별, 세부 건강위험에 따라 보험료율을 설정하는 것이 금지되었다. 18세 이하의 아동의 보험료는 정부가 지불하고 저소득층은 건강보험을 구입할 수 있도록 정부보조를 받는다. 피고용인의 경우 소득의 6.5%를 보험료로 지불해야 한다(상한선: €30,000, 자영업자, 퇴직자, 그 외 하위 그룹의 경우 보험료는 4.4%).

［그림 5-2］ 건강보험법에 따른 재정 흐름도



Financial flows under the Health Insurance Act

source : The new care health system in Netherlands, 2006

3. 건강보험의 공공성 및 연대성

새로운 건강보험체제에서 피보험자는 보험자와 1년 단위로 계약관계를 맺게 되는데 매년 새롭게 재계약을 하거나 1년 동안의 계약기간이 끝나면 다른 보험자와 계약을 맺을 수도 있다. 보험자는 피보험자들 중에서 약속 불이행자의 경우 명단에서 뺄 수 있는 권리를 가지고 있다. 이전에는 이러한 권리가 존재하지 않았다. 또한 보험자는 각자 그들만의 정액보험료를 책정할 수 있고 영리를 목적으로 운영할 수 있다. 이러한 요소들은 새로운 체제가 개념적으로 공공체제 대신에 민간체제가 되어있는 것으로 보인다. 그러나 자세히 살펴보면 전국민 의료보험 접근성 및 이용성 보장 등과 같은 공익을 보호하고 있어 새 체제는 공공성과 연대성이라는 개념을 기반으로 하고 있다고 할 수 있다.

새로운 건강보험 체제의 공공성과 연대성 내용을 살펴보면 우선 보험자는 건강 위험도에 따라서 보험료를 책정하는 것이 금지되었으며 반드시 모든 지원자를 받아들여야만 한다. 이 규정은 위험에 대한 연대책임의 중요한 요소이다. 그러나 위험선택이 기본 건강보험에서만 금지된 것이며 보험자는 보충적 건강보험에서 위험선택을 할 수 있다. 두 번째로는 연간 보험료의 인상이다. 2005년도에 €239~€455사이에 분포되어 있었던 반면에 2006년 현재 1인당 평균 보험료는 €1,050이다. 소득 연대책임을 위해 정부는 소득 연계 수당제를 도입함으로써 저소득층이 기본 건강보험을 구매하여 이용할 수 있게 하였다. 세 번째로는 새로운 체제는 과거에 사회건강보험과 민간건강보험으로 나누어져 있던 것을 합쳐서 모든 법적 거주자들에게 강제적으로 가입하게 한 것이다. 과거의 질병금고체계에서는 전 국민의 63%만 가입되어 있었기 때문에 새로운 체제가 이전의 체제보다 더 큰 연대책임성을 가지고 있다고 주장할 수 있다. 네 번째로는 새로운 체제의 의료 서비스 패키지는 이전의 질병금고 체제 보다 범위가 넓으며 정부

가 패키지 구성 내용을 결정한다. 다섯 번째로는 새로운 건강보험 체제는 피보험자들의 위험도에 따라 보험자들에게 위험도의 차이를 보상하기위해 전반적인 위험 균등화 시스템을 가지고 있다.

4. 건강보험의 운영

관리운영측면에서 보았을 때 새로운 체제는 다분히 민간적이다. 보험자가 공공이 아니라 민간이기 때문이다. 네덜란드에서는 2006년 이전체제의 공공보험인 질병금고 또한 민간기관이기 때문에 전혀 새로운 것은 아니다. 그러나 질병금고가 비록 수익을 유지할 수 있었지만 영리적 운영이 아니었던 반면에 새로운 체제에서의 보험자는 영리를 추구하는 것이 가능하다.

네덜란드의 새로운 건강보험체제에서 보험자는 보험료 책정, 서비스 수준 등과 관련하여 시장경쟁에 노출되어 있다. 보험자는 경쟁을 통해 시장을 점유할 수 있지만 그와 반면에 파산할 수도 있다. 시장 경쟁은 법정건강보험에서 새로운 현상이 아니라 질병금고가 전통적인 지역 독점과 정액보험료 책정 권한을 상실한 1990년 초기에서 시작된 변화의 다음 단계라고 할 수 있다. 그러나 변화한 것은 시장경쟁의 영역이다.

시장경쟁의 영역 확장은 건강보험의 관리운영에 영향을 줄 것이다. 비영리 보험자를 포함해서 모든 보험자들은 점차 시장이라는 환경에 적응해 나아갈 것이다. 보험자들은 이전보다 좀더 시장에 초점을 맞추고 고객을 모을 것이다. 이러한 변화는 건강보험 관리운영의 민간화라고 할 수 있겠다.

제6장 결론

기본적으로 유럽은 의료의 공공성에 기반하여 공적보험의 보장성을 강화하여 의료보험의 수요를 억제한다. 이로써 의료제공이 효율적이고, 형평하게 이루어지도록 하고 있다. 유럽의 경우 민간의료보험에 대한 규제가 상당하다. 영국을 비롯하여 유럽국가 일부는 민간의료보험에 대해 세제상의 불이익을 주고 있다. 독일의 경우, 민간보험가입자들이 의료공급자를 선택하는데 상당한 제약을 받도록 하고 있다. 즉 병원급 병상 중 보험의협회와 공적 의료보험 적용 의료기관으로 계약하지 않은 병원 1%만이, 의원급 전체개원의 중 비보험의사(non-office based physicians) 5%만이 민간보험 환자를 볼 수 있도록 하고 있다. 프랑스에서는 민간의료보험이 공공건강보험을 보충하는 역할을 하고 있다. 즉, 민간의료보험이 의료보장의 한 축을 담당하고 있다. 따라서 프랑스의 민간의료보험은 자유경쟁을 제약하는 규제가 정당화되는 상황이다. EU 규정에 따라 이러한 규제에도 상당한 제약이 가해지게 되었지만 민간의료보험이 공적 역할을 수행하는 범위 내에서 그러한 규제가 정당화되고 있다. 2006년부터 시작된 네덜란드의 신건강보험체제는 이전에 존재하였던 건강보험의 연대책임제도를 강화하였다. 전통적으로 두개로 나누어져 있었던 공적건강보험과 민간의료보험을 통폐합한 것과 위험선택을 금지한 것이 중요한 사항이다. 새로운 체계가 사법(private law)에 의해 통제되는 제도라는 사실에도 불구하고 민간 제도라기보다는 기본적으로 공공에 더 가깝다는 주장을 할 수 있다.

의료분야는 시장경쟁의 효율성이 비교적 제약되어 있는 분야임은 교과서적 상식이다. 그럼에도 정부의 개입이 정당화될 특별한 이유가 없는 한 경쟁원리의 적용 필요성이 끊임없이 논의되고 있다. 미국은 아예 의료서

비스에서도 경쟁을 일반원칙으로 하고 취약계층에 대한 의료나 R&D와 같은 외부효과가 큰 분야에서만 정부개입을 인정하고 있다. 그 결과 의료기술의 눈부신 발전이라는 가시적 성과를 거두고 있다. 하지만 전반적으로 볼 때 높은 의료비, 많은 의료소외계층의 존재 등 그 결과는 참담하다. 반면에 서구유럽의 국가를 중심으로 한 대부분의 OECD 국가는 의료를 사회보장적 시각에서 접근했다. 이러한 오랜 전통은 보편적 보장성을 실현했지만 반응성(responsiveness) 측면에서 국민의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 비판도 계속되었다. 그 연장선상에서 경쟁원리의 도입이 검토되었고, 민간의료보험의 적절한 활용방안이 모색되어 왔다.

경쟁은 일반적으로 추구되어야 할 원칙이다. 문제는 이러한 경쟁의 원리가 제대로 작동할 수 있는 대상과 환경인가의 여부다. 정보의 비대칭성으로 집약되는 의료재의 특성상 경쟁과 선택의 원칙은 한계가 있다. 따라서 의료의 공공성에 기반하여 공적 보험의 보장성을 강화하여 의료보험의 수요를 억제함으로써 의료제공이 효율적이고, 형평하게 이루어지도록 하고 있는 유럽의 사례는 우리에게 주는 시사점이 있다.

본 보고서에서 독일, 프랑스, 영국, 네덜란드의 민간의료보험 규제정책에 대해 살펴보았다. 이들 국가들은 의료를 공공재적 시각에서 접근하고 있다. 이러한 접근은 의료의 보편적 보장성을 실현했지만 반응성 측면에서 소비자의 욕구를 충족시키지 못하고 있다는 비판도 있어왔다. 따라서 의료보장체제내에서 민간의료보험의 활용방안이 제기되어 왔다. 국가별로 의료체제내에서 민간의료보험의 역할은 다르다. 하지만 민간의료보험에 대한 강력한 규제를 통해 의료의 공공성을 유지하면서 의료보장체제의 한 축으로 민간의료보험이 활용되고 있다는 공통점을 가지고 있다.

민간의료보험의 역할확대라는 이슈는 여러 가지 각도에서 논의되어야 할 사항이다. 만약 민간의료보험의 역할 확대에 대해 소비자의 욕구 충족과 이를 통해 나타날 수 있는 의료의 공공성 약화라는 사항에 국한하여

생각해 볼 경우 유럽국가들의 사례는 우리에게 좋은 참고가 될 수 있겠다. 또한 공공 재정 조달과 민간 운영의 혼합이라고 할 수 있는 네덜란드의 신건강보험체제는 건강보험에 정부가 더 많이 개입하기를 주장하는 세력과 국민의 복지를 위한 공공적인 정책에 민간부문이 더 많이 개입해 줄 것을 주장하는 세력 사이의 모범적인 정치적 타협의 산물이라는 점에서 눈여겨 볼만 하다.

참 고 문 헌

김경하 (2003), 「OECD국가들의 민영건강보험」, 『건강보험포럼』. 2003년 봄호. pp.77~92.

김진현 (2006), 「OECD 국가의 민간의료보험 성과 분석과 정책적 시사점」, 『건강보험포럼』, 2006년 봄호. pp.32~54.

전창배 (2005), 「민간의료보험과 의료산업화에 대한 상반된 접근: 유럽과 남미의 교훈」, 『건강보험포럼』. 2005. 봄호. pp.31~44.

정형선 옮김 (2004), 『OECD국가의 의료제도』, 보건복지부, 이노맥스 출판사.

Alan Maynard and Anna Dixon (2002), *Private Health Insurance and Meidcal Savings Accounts-theory and experiences,* Funding Health Care options for Europe. Open University Press. pp.109~127.

Alison Bunn (2002), *Current Topics 2002 Section4 - UK Private Medical Insurance*, Faculty of Actuaries Students Society.

Aliyson M. Polloc (2004), *NHS plc the Privatisation of Our Health Care*, Verso.

Anne Digby (1999), *The Evolution of British General Practice,* Oxford University press.

Appleby, J. (1993), *Financing in Helath Care in 1990s.* Opnen University Press. Buckingham.

Bertranou, F. M. (1995), "Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The case of Argentina, Chile and Columbia". *Health Policy.* Vol.47. pp.19~36.

Blomqvist, T.(1991) "The doctor as double agent", *Jounal of Health Economics 10.*

Bocognano, A, Couffinhal, A. Dumesnil, S. and Grignon, M. (2000). La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements. Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. CREDES Report n°1317.

Boisguérin, B. (2002). Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (Novembre 2000). DREES, Série statistique, n°41.

Boisguérin, B. (2003). Les Bénéficiaires de la CMU au 31 Décembre 2002 (Mai 2003). DREES Études et Résultats, No.239.

Buchmueller, T., Couffinhal, A., Grignon, M., Perronnin, M. and Szwarcensztein, K., (2002). Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins. CREDES, Questions d'économie de la santé n°47.

Buchmueller, T. and Couffinhal, (2002). Private health insurance in France, OECD Health Working Papers n°12.

Buchmueller, T.C., Couffinhal, M. and Perronnin, M. (2004). Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France. Health Economics.

Caussat, L. and Glaude, M. (1993). Dépenses médicales et couverture

sociale. Économie et Statistique, No.265:31~43.

Chadelat, J.F. (2003). La répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale.

Chiappori, P.A., Durand, F. and Geoffard, P.Y. (1998). "Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment". *European Economic Review,* No.42:499~511.

Comptes Nationaux de la Santé (2003). Eco-Santé France 2003, 2ème ed. Chadelat, J.F. (2003). La répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/chadelat.pdf).

Department of Health(2007), NHS FINANCIAL PERFORMANCE.

Disxon, A. & E. Mossialos (2002), "Funding Health in Europe: Recent Experiences", *Health Care.* pp.66~77.

Dourgnon, P. and Sermet, C. (2002). La consommation de médicaments varie-t-elle selon l''assurance complémentaire? CREDES Report n°1380.

Elias Mossialos & Sarah M S. Thomson. (2002), *Voluntary Helath Insurance. Funding Health Care options for Europe.* Open University Press. pp.128~160.

Elias Mossialos & De Grand Julian. (1999), "Cost Containment in the EU:

an Overwie", in Elias Mossialos & De Grand Julian(ed.) *Health Care and Cost Containment in the European Union.* Aldershot.

Genier, P. (1998). "Assurance et Recours aux Soins". *Revue Economique,* Vol.49(3): 808~819.

Gerard, P. and Henry, J.L. (2002). Analyse du phénomène de renoncement aux soins bucco-dentaire. Union Régionale des Caisses d''Assurance Maladie des Pays de la Loire.

Gerdtham U. G.& B. Jonsson, 1992. "International comparisons of helath care expenditure: conversion factor instability, hetroscedasticity, outline and robust estimators", *Journal of Health Economics,* Vol.11.

Girard-Le Gallo, I. (2003a). La Consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000. CNAMTS, Direction des Statistiques et des Etudes, Point Stat No.35.

Girard-Le Gallo, I. (2003b). Evolution des dépenses de soins de ville des premiers bénéficiaires de la CMU entre 1999 et 2001. CNAMTS, Direction des Statistiques et des Etudes, Point Stat No.36.

Glaser, W.A. (1991). *Health Insurance in Practice: international variations in financing, benefits, and problems.* Jossey-Bass Publishers: Oxford, UK.

Greb, S. Groenenwegen, J. Kersens, B. Braun & J. Wasem. 2002. "Free Choice of Sickness funds in regulated competition: evidences from Germany and Netherlands", *Health Policy.* Vol.60. pp.235~254.

Le Concours Medical (2002) Groupama Partenaires Santé : un exemple de maîtrise médicalisée. Special Issue 124-36, Nov.

Marmor, T. & G. J. McKissick, 2000. "Medicare's Future: Fact, Fiction and Folly", *American Journal of Law and Medicine.* Vol.26. pp.2~3.

Mauroy, H. (1996). La Mutualité en mutation. L''Harmattan, Paris.

Millot, R. and Rudelle Waternaux, A. (2001). L'assurance de santé : acteurs et garanties. Paris: Editions de l''Argus de l''Assurance-Dalloz.

Mormiche, P. (1993). Les disparités de recours aux soins en 1991. Economie et Statistique, No.265: 45~52.

Mossialos, E. and Thomson, S. (2002). Voluntary Health Insurance in The European Union. Report Prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission February 2002.

OFT(1998), Report to the Office of Fair Trading Core Terms Products Volume 1 of 3 Private Medical Insurance Final Report.

Peter Davis(2006), *The NHS in England 2005/2006,* The NHS Confederation.

Pleynet-jesus, S. (2003). Tarification en Assurance Complémentaire Santé. Seminaris conference: Justifications et limites de l'obligation en assurance santé, June (available at http://www.ces-asso.org/).

Raynaud, D. (2003). L''impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. DREES Etudes et Résultats, No.229.

Republic of Ireland(2003),White Paper -Private Medical Insurance UK vs Republic of Ireland.

Riesberg, A. 2004. "Choice in the German health care system", *Euro Observer,* Vol.6. No.4. pp.6~9.

Sara Connolly & Alistair Munro(1999), *Economics of the public sector*, Prentice Hall.

Sarah Thomson and Elias Mossialos(2006), Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy-working paper, LSE

Verband der privaten Krankenversicherung. 2002. "Wissenswertes über die Private Krankenversicherung". - *Informationen für Lehre und Schüller.*

연구보고서 2007-18-2

외국의 민간의료보험 정책 연구

발행일 2007년 12월 일 값 5,000원

저 자 홍 석 표 외

발행인 김 용 문

발행처 한국보건사회연구원
서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)
대표전화: 02) 380-8000
http://www.kihasa.re.kr

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 대명기획

ⓒ 한국보건사회연구원 2007

ISBN 978-89-8187-466-7 93330