Ⅲ 공·사 건강보험 역할 정립

1. 개요

우리나라의 국민건강보험은 사회보험으로 사회연대성과 형평성의 원리를 핵심 가치로 보편적 건강보장을 목표로 하고 있다. 이에 따라 공적건강보험의 정책은 2005년부터 건강보험 보장성 강화를 최우선의 목표로 추진되어 왔다. 그러나 건강보험 보장성을 강화하기 위한 급여 확대에는 충분한 재원이 뒷받침되어야 하는데 재원의 상당 부분은 국민건강보험의 보험료로 조달되다 보니, 정책의 효과는 투입된 재원 대비 보장률 향상 등과 같은 정량적 지표로 평가되어 왔다. 이러한 측면에서 보면 2005~2020년까지 15년 이상 투입된 총 20조 원 이상의 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 판단된다.[41)]

한편, 공적건강보험은 보편적 보장을 표방하고 있기 때문에, 국민의 다양한 건강보장 수요의 반영에 어려움이 있다. 또한, 공적건강보험의 보장 확대에는 재원 부담이 불가피하기 때문에, 대부분의 국가에서 이를 민영건강보험이 보완하도록 하고 있다. 우리나라에서는 건강보험 보장성 강화 정책이 시작된 참여정부 시절부터 민영건강보험의 활용과 관련하여 실손의료보험이 어떠한 역할을 수행하는 것이 바람직한가에 대한 논의[42)]가 본격화되었다.

현재 공·사 건강보험 역할 정립과 관련하여 논의되고 있는 현안으로 ① 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 금지, ② 건강보험 급여비용 경감제도(본인부담상한제, 재난적 의료비 지원 제도)와 실손의료보험의 보장 제외, ③ 민영건강보험 규제·관리 관련 논쟁 등이 있다. 본 장에서는 상기의 현안들에 대해 주요 쟁점을 정리하고, 관련된 해외 사례를 살펴보았다.

---

41) 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022)

42) 2005년 10월 5일 대통령 직속의 「의료산업 선진화 위원회」를 발족, 2006년 7월 11일 「의료산업 선진화 전략」 대통령 보고에서 '국민건강보험과 민간의료보험 간 역할 설정'이 주요 토론 과제로 논의됨(정성희·이태열 2018)

2. 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 금지

가. 현황

급여 본인부담금이란 건강보험이 보장하는 진료행위의 진료비 중에 건강보험에서 지급하는 급여를 제외하고 환자가 스스로 지불해야 하는 부담을 의미한다. 따라서 급여 본인부담금이 커지면 환자의 부담도 커지기 때문에 의료비 지출을 억제하는 효과를 가지고 있다. 따라서 공적건강보험은 보완적 역할을 수행하는 민영건강보험이 급여 본인부담금을 보장할 경우 의료비 증가를 불필요하게 자극할 가능성이 있다고 우려해왔다.

물론 이러한 논쟁에 앞서 급여 본인부담금의 성격에 대해 명확히 정리할 필요가 있을 것이다. 기본적으로 급여 본인부담금은 진료비를 최대한 보장하면서 의료 과소비를 억제하는 역할을 하는 순수한 개념으로 설정되는 경우도 있다. 하지만 많은 경우 공적건강보험의 재정 부담으로 인해 제한적으로 보장하는 경우도 많다. 우리나라의 예비 급여제도가 그 대표적인 사례가 될 것이다.

한편, 상기 현안을 단순히 해외사례를 기반으로 논의하는 것은 적절하지 않을 수 있다. 본인부담금 보장 문제는 II장에서 논의한 '평준보험료'나 '의료저축계좌'와 같이 다소 지엽적이거나 기술적인 사안이라기보다는 건강보험 보장체제의 핵심적인 사안이라고 할 수 있기 때문이다. 따라서 해외사례를 정확하게 논의하기 위해서는 우리나라와 건강보장체제에 있어서 많은 유사성을 가지고 있어야 할 것이다.

우선, 전 국민을 유사한 건강보험체제로 보장하고 추가적으로 민영건강보험이 보완적인 역할을 수행하는 사례를 찾아야 할 것이다. 국가가 의료서비스를 제공하는 NHS(National Health Service) 체제를 가지고 있는 영국, 캐나다, 호주 등과 대체형 민영건강보험을 가지고 있는 독일 등의 사례는 논의에서 제외하는 것이 바람직해 보인다. 따라서 본 장에서는 비교적 '공적건강보험의 전 국민 보장과 민영건강보험의 보완적 기능'이라는 성격에 비교적 가까운 프랑스와 스위스 사례를 바탕으로 논의하고자 한다.

나. 해외 사례

우선 프랑스의 경우 전 국민을 대상으로 사회보험방식으로 보장하고, 민영건강보험은 추

가적으로 보완적인 역할을 한다는 측면에서 우리나라와 유사성이 많다. 특히, 프랑스는 공적건강보험이 정액 공제하는 €1와, 의약품, 준의료행위, 의료수송 등에 적용하는 의료 공제액(약품 €0.5, 준의료행위 €0.5, 의료수송 €2)에 대해서는 민영건강보험이 보장하지 않는다. €1 정액제 한도는 연간 €50로 제한된다. 단, 만성질환자, 6개월 이상 임산부, 18세 미만의 어린이 및 청소년과 상담, 정부 의료보조 수혜자의 경우에는 €1 정액제의 영향을 받지 않는다. 또한 치과, 조산사 제공 치료, 의료보조기관 치료 등에는 €1 정액제가 적용되지 않는다. 프랑스의 이러한 특징 때문에 급여 본인부담금의 보장 제외 사례로 인용되기도 한다.

그러나 프랑스의 사례의 정책 공제는 우리나라의 급여 본인부담금과 다소 성격이 다르다. 정확히 말하자면, 급여 본인부담금 안에 보장에서 배제되는 최소 부담금이 있는 것이라고 보는 것이 타당할 것이다. 그나마도 만성질환자, 임산부, 청소년 등 다양한 예외 사례들이 있다. 따라서 우리나라의 급여 본인부담금에 대한 민영건강보험의 보장 제외를 주장하기 위해 프랑스의 사례를 인용하는 것은 한계가 있다고 판단된다.

다음으로는 스위스의 사례를 살펴볼 필요가 있다. 스위스의 경우 연방건강보험법(Bundesgesetz über die Krankenversicherung; KVG)[43]에 따라 스위스에서 거주하는 모든 사람은 건강보험에 가입할 의무가 있고 새로 정착한 사람은 3개월 이내에 가입해야 한다(제3조). 다양한 보험회사에서 자유롭게 보험을 선택할 수 있고(제4조), 건강보험의 가입 단위는 개인이므로 가족의 각 구성원들이 개별적으로 보험에 가입해야 한다. 이렇게 보면 우리나라나 프랑스와 유사하다고 할 수 있으나, 여기서 언급하고 있는 건강보험은 공적건강보험이 아니라 민영건강보험이라는 점에서 상당한 차이가 존재한다. 미국의 오바마케어를 전 국민에게 적용한다고 보면 스위스 건강보험체제를 이해하기 쉬울 것이다.

그럼에도 불구하고 급여 본인부담금의 보장 제외와 관련해서 스위스 사례에 관심을 갖는 것은 스위스가 법정 본인부담금 전체를 보완적 민영건강보험에서 보장 제외시키기 때문일 것이다. 스위스 연방건강보험법 제64조 제2항은 피보험자의 법정 본인부담금을 연간 공제액(Franchise)과 본인부담률(Selbstbehalt)로 설정하고 있으며, 제8항에서는 이와 같은 법정 본인부담금에 대해서는 건강보험회사를 비롯한 기타 기관에서 보험에 가입할 수 없도록 명시하고 있다. 그러나 건강보험이 일부만 보장하는 경우에는 법정 본인부담금을 제외하고 이를 초과하는 금액에 대해서는 보충보험(Zusatzversicherung)이 보장할 수 있다. 주로 치

43) Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts

과치료, 대체의료, 상병 수당 및 소득손실 보완에 대하여 보장한다.

그러나 스위스의 법정 본인부담금의 성격을 자세히 살펴보면 이를 우리나라에 그대로 인용하기 어려운 특징이 발견된다. 스위스의 법정 본인부담금은 연간공제액, 본인부담률, 입원 일일 본인부담금으로 나뉘는데, 이중 가장 핵심적인 연간 공제액을 보면 다양한 옵션이 존재하고 있다는 것이다. 스위스의 경우 18세 이상 국민은 연간 최소 300 프랑의 연간 공제액을 설정하고 해당 금액만큼의 의료비를 본인이 지불해야 한다. 연간 공제액은 최소 300프랑부터 최대 2,500 프랑까지 6가지 중에서 선택할 수 있다. 18세 미만 미성년자에 대해서는 연간 공제액을 두지 않으나, 보험료를 줄이기 위하여 최대 600 프랑까지 연간 공제액을 선택할 수 있다.

스위스의 사례는 보험료를 더 부담해서 진료비에 대한 본인부담을 줄일 수 있다는 것을 의미한다. 그러나 우리나라의 경우 전 국민에게 일률적인 법정 본인부담률을 적용하는 경직적인 기준을 가지고 있다. 결국, 우리나라의 민영건강보험은 우리나라의 일률적 법정 본인부담금에 추가적인 보장을 통해서 본인의 부담을 조정하는 역할을 한다고 할 수 있다. 따라서 국민건강보험에 본인 부담의 크기를 결정하는 옵션을 부여하지 않는 한 스위스 사례를 법정 본인부담금의 보장 제외 사례로 활용하기는 어려울 것으로 판단된다.

3. 국민건강보험의 급여비용 경감제도와 실손의료보험의 보장 제외

가. 현황

현재 건강보험의 본인부담을 경감해 줌으로써 국민의료비의 부담을 지원해 주는 제도로서, 본인부담상한제, 재난적 의료비 지원 제도, 본인일부부담금 산정특례제도 등이 시행되고 있다.

먼저 진료비의 본인부담을 줄이기 위한 제도로 환자가 부담한 연간 본인부담액 총액이 본인부담 상한액을 초과하는 경우 그 초과금액 전액을 환자에게 돌려주는 본인부담액상한제가 2004년 7월 1일부터 본격적으로 도입되었다. 도입 당시에는 소득에 관계없이 동일한 상한액을 적용하였으나, 상한금액을 소득수준과 관계없이 운영하는 것은 제도 취지를 제대로 반영하지 못한다는 비판이 계속되자 2009년부터 소득수준을 반영하기 시작하였

다.[44] 2020년 현재 본인부담상한제는 소득분위를 1~10등급으로 나누고 분위별로 연간 건강보험 급여의 본인부담금이 81~582만 원에 해당되는 경우 초과금액을 국민건강보험공단에서 부담하고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 우리나라 건강보험 본인부담상한제 운영 현황

연도	연평균 건강보험료 분위(저소득 → 고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)			300만 원(중위 30%)		400만 원(상위 20%)	
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일 초과 입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				

자료: 황현아·정성희·손민숙(2021)

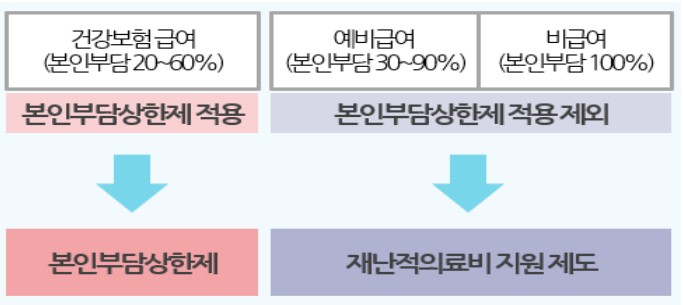
한편, 재난적 의료비 지원 제도는 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치질환)으로 인한 고액의 비급여 의료비 부담으로 발생되는 가계파탄을 방지하기 위해 2013년 8월부터 평생 1회에 한해 2천만 원까지 지원하는 한시적·제한적 사업으로 도입되었다. 이후 2017년 '문재인 케어' 추진에 따라 해당 제도의 보장 질환범위가 입원의 경우 4대 중증질환에서 모든 질환으로 확대되었으며, 지원금액 한도도 2천만 원에서 3천만 원으로 상향(필요하다고 인정 시 개별심사를 통해 최대 1천만 원까지 추가 지원하는 형태), 지원횟수도 평생 1회에서 매년 지원으로 확대되었다.

44) 2014년부터 소득 구간을 7단계로 세분화하고, 2015년부터 매년 전년도 상한액에 전국 소비자물가변동률을 적용하여 상한액을 조정함. 2018년부터는 소득 1~5분위에 해당하는 가입자의 요양병원 120일 초과 입원에 대해서 보다 높은 상한액을 적용함(황현아·정성희·손민숙 2021)

현재 해당 제도는 2020년 기준 의료급여 본인부담 보상금제도·본인부담상한제 및 건강보험 본인부담상한제 적용을 받지 않는 항목[45]의 급여 본인부담금과 비급여를 합산한 금액(지원제외항목 제외)의 50%를 연간 2천만 원 범위 내에서 지원하고 있으며, 국가·지방자치단체의 여타 의료비 지원금 또는 민간보험 수령금이 있는 경우에는 그 지원금 또는 수령금을 제외한 금액을 산정하여 지급하고 있다.

윤석열 정부는 저소득층 의료비 부담 경감을 위해 재난적 의료비 지원대상 선정기준을 현행 본인이 부담한 의료비 총액이 가구 연간 소득의 15%를 초과하는 것에서 10% 초과로, 지원범위를 외래의 6대 중증질환에서 모든 질환으로 각각 확대하기로 발표하였다. 또한 지원한도도 1인당 연간 3천만 원에서 5천만 원으로 상향을 추진할 예정이다.[46]

〈그림 Ⅲ-1〉 우리나라 본인부담상한제와 재난적 의료비 지원 제도



재난적 의료비 지원 사업은 매년 편성된 예산을 모두 집행하지 못하고 있다. 해당 사업은 보건복지부 일반회계와 기획재정부의 복권기금, 국민건강보험공단의 건강보험 재정에서 공동 부담하고 있는데, 2018년 기획재정부 복권기금 실집행률은 33.8%, 건강보험 재정은 5.9%, 사회복지공동모금회는 28.8%에 불과하였고, 2019년은 보건복지부 일반회계는 100% 집행되었으나, 기획재정부 복권기금은 56%, 건강보험재정은 30.4%만 실집행되었다.[47]

45) 예비급여, 선별급여, 65세 이상의 임플란트, 노인틀니(의료급여 수급권자에 한함), 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액, 전액본인부담금

46) 관계부처 합동 보도자료(2022. 6. 13), “새정부 경제정책방향”

47) 국회예산정책처(2020)

〈표 Ⅲ-2〉 문재인정부의 재난적 의료비 지원 사업[1] 현황

구분			2021. 10월 이전	2021. 11월 이후[2]
지원 대상	대상질환		입원 - 모든 질환 외래 - 6대 중증질환[3]	동일
	소득기준[5]		기준 중위소득[4] 100% 이하	기준중위소득 200% 이하
	재산기준[5]		5억 4천만 원 이하	동일
	의료비 부담 수준[6]	기초생활수급자·차상위 계층	800만 원 초과	연소득 15% 초과
		~ 50%	160만 원 초과	
		~ 100%	연소득 15% 초과	
		~ 200%	미대상	연소득 20% 초과
지원 내용	금액		연간 2천만 원까지 (개별심사) 3천만 원까지	연간 3천만 원까지
	비율	기초생활수급자·차상위 계층	50%	80%
		~ 50%		70%
		~ 100%		60%
		~ 200%	0%	50%

주: 1) 2018년 1월 제정법률 국회 통과, 2018. 1~6월 시범사업을 거쳐 7월부터 본사업을 시행함
2) 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 개정안 시행
3) 암·뇌혈관·심장·희귀난치·중증난치·중증화상 질환(단, 암·희귀난치·중증난치·중증화상 질환의 경우 본인일부부담금 산정특례자로 등록된 경우)
4) 기초생활보장 급여별 선정기준 등에 활용하기 위해 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 고시하는 국민가구 소득의 중위값임
5) 가구 합산액 기준임
6) 가구의 소득 구간별 본인이 부담한 의료비 총액이 기준 금액 초과 시 지원 대상에 해당됨

마지막으로 본인일부부담금 산정특례제도는 의료보험의 낮은 보장성 수준으로 인한 과도한 의료비 부담을 해소하기 위하여 고액의 비용과 장기간 치료가 요구되는 상병에 대해서 진료 시 환자 부담액을 경감하여 주는 제도[48]로 2005년부터 본격적으로 확대되었다. 정부는 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등의 3대 중증질환으로 진단받은 환자에 대해서 입원 및 외래 본인부담률을 2005년 9월부터 20%에서 10%로 축소하였으며, 이후 10%에서 5%(암: 2009년 12월, 심·뇌혈관질환: 2010년 1월)로 추가 인하하는 등 산전특례 대상의 중증질

48) 1983년 10월 인공신장투석과 계속적 복막관류술에 대해 산정특례를 적용하여 외래 진료 시에도 본인부담률을 20%로 낮춘 것이 산정특례제도의 시작으로 볼 수 있음

환 범위 및 본인부담률 경감혜택을 지속적으로 확대해 왔다. 현재 2022년 1월 기준 질병군별 입원 및 외래 본인부담률 수준을 보면 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 중증화상, 중증외상의 경우는 5%, 희귀질환, 중증난치질환, 중증치매의 경우는 10%, 결핵의 경우에는 0%이다.

나. 해외 사례: 본인부담상한제

1) 독일

독일의 법정 건강보험에 가입한 사람들은 의료서비스에 대해 본인부담금(Zuzahlungen)을 지불해야 한다. 입원 치료 및 외래 환자 재활의 경우에는 1일당 10유로의 자기부담금이 적용되며, 입원은 최대 28일(280유로)까지만 본인이 부담한다. 처방 의약품, 붕대, 보조기구 등의 경우에는 본인부담률 10%(최소 5유로, 최대 10유로)가 적용된다.

더불어 독일은 필요한 의료서비스를 충분히 받을 수 있도록 연간 법정 본인부담금 상한제(Belastungsgrenze)를 운영해오고 있는데, 18세 이상의 법정 건강보험 피보험자의 경우에는 본인부담 상한을 연간 가구 총소득의 2%로 적용하며, 만성질환자의 경우에는 연간 가구소득 총액의 1%을 적용한다.[49]

본인부담금이 상한금액에 도달한 경우 건강보험공단이 피보험자에게 자동으로 통지하지 않는다. 따라서 피보험자는 건강보험공단에 본인부담금 면제 신청서(영수증 및 소득증명서)를 제출하고, 건강보험회사는 당해의 나머지 기간 동안의 자기부담금을 면제하는 증명서(면제 카드)를 발급해야 한다. 단기간 내에 본인부담금이 상한금액에 도달할 것으로 예상하는 경우에는 사전에 건강보험회사에 상한금액만큼을 지불하고 본인부담금 면제 카드를 수령할 수 있다.

2) 프랑스

프랑스의 18세 이상 건강보험 가입자는 일반의 및 전문의 방문 1회당 1유로의 정액 공제금(Participation forfaitaire)을 지불해야 한다.[50] 이는 법정 본인부담금(Ticket modérateur)

49) 사회법전 제5권(SGB-V) 제4장 제61조(법정 본인부담), 제62조(상한 기준)(§ 62 SGB V (Zuzahlungen, Belastungsgrenze))

50) 사회보험 적자 해소를 위해 2015년 7월 1일부터 시행, 18세 이상의 모든 환자에게 적용됨. 단 CMU

과는 별개이며, 정액 공제금은 공적건강보험기금이 보험금 지급 시 자동으로 공제한다. 1유로 정액제의 연간 한도는 50유로이다. 그 외 의료 운송(2유로), 처방의약품(0.5유로), 준의료행위(0.5유로)에 대해서도 연간 50유로 한도로 본인부담금(franchise médicale)을 지불한다. 최소한의 본인부담금인 1유로의 정액공제금에 대해서는 책임계약(contrats responsables)에 따라 민영건강보험이 보장하지 못하도록 하고 있다. 정액공제금이 아닌 법정 본인부담금 및 추가 금액에 대해서는 민영건강보험이 일부 또는 전체를 보장할 수 있다.

입원의 경우에는 처음 30일 동안 입원비용의 20%인 법정 자기부담금과 입원일당 20유로를 지불해야 한다. 그러나 31일째부터는 법정 본인부담금인 입원비용의 20%가 면제된다.

3) 호주

호주는 공적건강보험인 메디케어가 보장하는 입원 외 진료(Out of hospital services)[51]의 연간 본인부담금이 상한금액을 초과하면 1차적으로 메디케어 보장률이 정해진 수가(MBS)의 100%로 높아지며, 2차적으로는 기타 본인부담금의 80%를 메디케어가 보장한다.

1차적 안전망인 Original Medicare Safety Net(OMSN)은 MBS 수수료와 메디케어 보장(주로 85~100%) 차액(Gap amount)의 누적 금액이 상한금액을 초과하면 입원 외 의료서비스에 대해 메디케어 혜택이 MBS 수수료의 100%로 증가하여 당해에는 급여 본인부담금이 발생하지 않는다. 개인의 경우 상한금액(2021년 기준 481.2 호주 달러) 도달 시 자동으로 OMSN 혜택이 적용된다.

2차적 안전망인 Extended Medicare Safety Net(EMSN)은 입원 외 진료비의 본인부담비용(Out of Pocket payment)이 상한금액을 초과하면, 당해의 나머지 기간 동안 메디케어가 본인부담비용의 80%를 보장한다.[52] 2021년 기준 본인부담 상한금액은 일반 개인 및 가족 2,184.3 호주 달러, 복지 혜택 수혜자 개인 및 가족 697호주 달러이다.

호주 민영건강보험은 크게 입원 보장(Hospital cover)과 추가 보장(Extras cover)으로 구

(Couverture Maladie Universelle) 또는 AME(Aide Médicale de l'Etat), 임신 6개월 이상인 임산부는 1유로를 납부하지 않음

51) 입원 외 진료(Out-of-hospital medical services)에는 일반의 및 전문의 상담, 진단테스트, 방사선 및 화학치료, 재활치료, 투석치료 등이 포함됨

52) 2004년부터 시행하였으며, 본인부담금의 80%와 EMSN의 상한금액(Extended Medicare Safety Net benefit caps) 중 적은 금액을 보상함

분되는데, 메디케어의 본인부담금 상한제의 적용범위와 상이하여 이중 보상의 문제가 발생하지 않는다. 입원 보장(Hospital cover)은 병원에 개인환자로 입원하여 치료받는 경우 메디케어가 보장하는 비용의 일부를 보장하므로, 일반의 상담 및 각종 검진 등 입원 외 진료에 해당하는 메디케어 본인부담 상한제와 적용 범위가 상이하다. 추가 보장(Extras cover)은 메디케어에서 보장하지 않는 항목에 대해서 보장하는 상품이므로, 메디케어 본인부담금 상한제 적용 범위가 아니다.

의약품에 대해서도 본인부담상한이 존재한다. 호주의 2021년 기준 일반 환자의 연간 의약품 본인부담상한[53]은 1,497.20호주 달러로, 상한금액을 초과하면 당해의 나머지 기간 동안 처방 당 6.6호주 달러를 지불한다. 복지 혜택 수급자(Concessional patient)의 연간 의약품 본인부담상한은 316.8호주 달러이며, 이를 초과하면 당해의 나머지 기간 동안 의약품에 대한 자기부담은 없다.

다. 해외 사례: 재난적 의료비 지원 제도

1) 세금 공제[54]

주요국에서는 재난적 의료비 지원 제도로 세금 공제를 대표적으로 적용하고 있다. 일례로 캐나다는 연간 의료비 지출이 소득의 일정 수준(3%) 이상일 경우 연방정부는 세금 공제를, 주정부는 본인부담금 공제 혜택을 주고 있다. 또한 이탈리아의 경우 연간 의료비 지출이 일정 수준(129€)를 초과하면 총 지출금액의 20% 정도에 대한 세금을 공제해주고 있다.

2) 미국 메디케이드 스펜드다운(Medicaid Spend-Down) 제도

미국 정부는 사회보장제도로 고령자 대상의 메디케어와 함께 일정기준 이하의 저소득층 대상의 메디케이드를 시행하고 있다. 주정부는 연방법에 정해진 기준범위 내에서 주별로 상이한 빈곤층 분포를 고려하여 자체적으로 메이케이드 프로그램을 운영하고 있다. 2014년 오바마케어[55] 시행에 따라 수급자격은 소득기준이 연방빈곤선 138% 미만인 65세 이

53) PBS(Pharmaceutical Benefits Scheme) Safety Net

54) 황도경 외(2013)

55) 환자보호 및 부담적정보험법((Patient Protection and Affordable Care Act)으로 일반적으로 오바마케어로 통용됨

하의 모든 개인으로 확장[56]되었다. 메디케이드 스펜드다운 제도는 메디케이드에서 요구하는 소득기준을 초과하는 대상, 즉 메디케이드 수혜자(Categorically Needy; CN)가 아닌 대상에 대해 의료적 필요(Medically Needy; MN)가 발생한 경우 추가 지원하는 제도이다. 주별로 운영하는 기준이 상이하나, 일반적으로 메디케이드 스펜드다운 프로그램 수혜자로 ① 고령자, 장애인 혹은 시각장애인(Aged, Blind, or Disabled; ABD), ② 미성년자(Children) 등으로 한정하고 있다. 스펜드다운이란 전체 의료비 중에서 수혜자가 책임져야 하는 몫으로 주별로 상이하게 정해져 있으며, 일반 보험상품에서 피보험자에게 부담하도록 하는 공제액(Deductible)과 유사한 개념이다. 상기 수혜자 대상이 부담한 의료비 누적분이 주별로 정해 놓은 스펜드다운 금액을 초과할 경우, 그해 남은 기간 동안 이후 발생되는 의료비 중에서 수혜자 부담분을 메디케이드에서 부담하게 된다.

4. 민영건강보험 규제·관리

가. 현황

실손의료보험은 급여 본인부담금과 비급여를 보장하는 보험상품으로 금융위원회와 금융감독원이 관리·감독하는 임의가입 금융상품이지만, 국민건강보험을 보완하는 역할을 수행함에 따라 정부의 건강보험 정책 기조에 상당한 영향을 받아 왔다. 정부는 2017년 8월 건강보험 보장성 강화 대책을 발표[57]하였고, 9월에는 공·사 보험 정책협의체를 발족[58]하여 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험 반사이익 분석 및 보험료 인하 유도, 실손의료보험상품구조 개편, 비급여 관리 강화, 실손의료보험 청구간소화, 공·사의료보험 연계를 위한 법적 근거 마련 등을 주요 과제로 논의하여 왔다.

이후 제20대 국회에서 연계법 관련 4건의 법률안이 발의되었으나, 연계법의 소관 부처(보건복지부/금융위원회/국무조정실/공동소관 등), 연계위원회의 소속 등에 관해 금융당국과 보건당국이 의견합치를 이루지 못하여 모두 임기만료로 폐기되었다. 이후 2020년 12

56) 2014년 이전에는 여러 자격요건을 충족해야만 해당 서비스를 제공받을 수 있어 모든 빈곤층이 의료서비스를 받을 수 있는 것은 아니었음

57) 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “모든 의학적 비급여(미용·성형등 제외), 건강보험이 보장한다!”

58) 금융위원회 보도자료(2017. 9. 29), “실손의료보험 개선을 위한 공·사 보험 정책협의체 발족”

월 24일 개최한 공·사보험 정책협의체에서는 공·사보험 연계를 위한 법적 근거 마련을 위하여 보건복지부와 금융위원회가 공동으로 보험업법 및 건강보험법을 일부 개정하고 공동시행령을 제정하기로 합의하였다.

공·사보험 연계 관련 건강보험법 및 보험업법 개정안[59]의 주요 내용은 ① 보건복지부와 금융위원회 공동 소속의 공·사 의료보험연계위원회 설치, ② 위원회 심의를 거쳐 실태조사 실시 및 결과 공개, ③ 관계 기관에 실태 조사에 필요한 자료 제출 요청 권한 부여 및 자료 활용 등이며 이를 통해 제도 개선에 관한 권고 및 의견 제시를 할 수 있도록 하는 것이다. 관계 기관으로는 공공기관, 요양기관, 보험회사, 보험협회, 요율산출기관 등이 해당되며, 실태조사의 대상, 시기, 방법과 자료제출 요청의 범위, 방법 등에 관한 사항은 대통령령으로 정하도록 하고 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 공·사의료보험 연계 관련 법률안

구분	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 민간의료보험 연계에 관한 법률안	공·사의료보험 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험법 및 보험업법 일부 개정법률안
대표 발의자	김상희 의원	윤소하 의원	김종석 의원	성일종 의원	보건복지부 및 금융위원회
제안일자	2017. 12. 29	2018. 1. 25	2018. 2. 7	2018. 8. 30	2021. 9. 16
소관위원회	보건복지위원회	보건복지위원회	정무위원회	보건복지위원회	하위법령에 규정[2]
연계위원회 소속	보건복지부	보건복지부	국무총리	국무총리	하위법령에 규정[2]
적용대상	실손의료보험	제3보험상품 (실손형·정액형)	실손의료보험	실손의료보험	실손의료보험
의결 결과	임기만료 폐기				계류 중

주: 1) 2022년 8월 12일 기준 내용임
2) 관련 법 통과 이후 마련될 하위법령에서 현행 공·사 보험정책협의체를 발전시켜 '(가칭)공·사 보험연계심의위원회'로 규정할 예정임

자료: 의안정보시스템 및 보도자료

59) 2021년 1월 7일부터 2월 16일까지 건강보험법 및 보험업법 개정안의 입법예고 기간을 거쳐 2021년 국회 통과를 목표로 하고 있음(보건복지부 제2021-1호, 금융위원회 제2021-3호)

나. 해외 사례

민영건강보험은 국가의 공적건강보험제도 및 보건의료시스템을 포함하는 공공 건강보장 체계와의 역할 관계에 따라 각각 보완형(Complementary), 보충형(Supplementary), 대체형(Substitute) 등으로 분류할 수 있다. 대부분의 국가에서 민영건강보험은 공공부문과의 경쟁(대체형) 관계가 아닌 공공부문의 보장을 보완·보충해 주는 관계로 운영되고 있다. 이에 따라 공적건강보험은 주로 비용효과적인 측면에서 필수 의료서비스 중심의 급여를 보장하는 반면, 민영건강보험은 그 이외에 비필수적이거나 상대적으로 고가의 의료서비스를 보장하고 있다.[60] 본 장에서는 〈표 Ⅲ-4〉에 제시된 국가들의 민영건강보험에 대한 규제 및 관리 체계를 살펴보았다.

〈표 Ⅲ-4〉 주요국 민영건강보험 규제 및 관리 체계

국가	역할	가입형태	관련 법규	관리·감독기관	보험료 산출 방식
독일	대체형	의무	보험감독법(VAG)	연방 금융감독청	위험요율
	보완형	자율			
프랑스	보완형	자율	통화 및 금융법	건전성감독청(ACPR)	위험요율
영국	중복형, 보완형	자율	금융서비스·시장법	금융행위감독청(FCA) 건전성감독청(PRA)	위험요율
미국	대체형	자율·의무[1]	각 주법	각 주 보험감독청	위험요율[2] 지역요율[3]
호주	중복형, 보완형	자율	민영건강보험법	보건부(상품내용, 요율) 건전성감독청(상품등록, 재무)	지역요율
네덜란드	대체형	의무	신건강보험법	보건복지체육부	지역요율
	보완형	자율		중앙은행	위험요율
일본	보완형	자율	보험업법, 보험업법시행령· 시행규칙 등	금융청	위험요율

주: 1) 2010~2018년 동안 건강보험개혁법(오바마케어)에 따라 민영건강보험 미가입자는 연방 벌금(Federal penalty)을 납부하도록 하였으나, 2019년 트럼프 정부에 의해 미가입자에 대한 연방 벌금이 폐지됨. 현재 5개 주(캘리포니아, 뉴저지, 매사추세츠, 버몬트, 워싱턴 D.C.)에서 민영건강보험 미가입자에 대해 주 벌금(State penalty)을 부과함
2) 대부분의 주(개인보험 43개 주, 소규모단체보험 40개 주)에서 위험요율을 적용함
3) 개인보험은 8개 주, 소규모단체보험은 11개 주에서 지역요율을 적용함

60) 최병호(2001)

1) 독일

독일의 민영건강보험은 공보험의 대체형(의무가입)과 보완형(자율가입)이 존재하며, 대체형과 보완형 모두 연방 금융감독청(Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; BaFin)에서 보험감독법(Versicherungsaufsichtsgesetz; VAG)에 근거하여 관리·감독한다. 연방 금융감독청은 민영건강보험을 포함하여 보험산업 전반에 대한 감독을 수행하는 역할을 수행한다.[61]

독일은 대체형 민영건강보험에 한해 가입대상, 보험료 및 보장범위를 규제하고 있다. 대체형 건강보험을 제공하는 모든 민영건강보험회사는 법정 건강보험의 보장금액 및 범위에 준하는 기본형 상품(Basistarif)을 제공해야 하며, 가입자격이 있는 대상의 가입요청을 거부할 수 없다(보험감독법 151조). 또한 대체형 민영건강보험은 생명보험과 동일한 방식으로 보험료를 산출해야 하며, 매년 기존 보험료 산출 기준을 검토하여야 한다(보험감독법 146조~160조). 대체형 민영건강보험을 판매하는 보험회사는 직전 3년간의 경험통계와 다음 연도 예상치를 고려하여, 매년 Triggering factors(Auslösende Faktoren)를 작성하여 금융감독청에 제출해야 하고, 금융감독청은 요인 수준에 따라 보험회사에 요율 조정 요구하거나 권고할 수 있다. 예상 보험료와 실제 보험료의 편차가 ±10% 이상일 경우 보험료 조정을 요구, ±5%~10%일 경우 권고, ±5%이하일 경우 요율 조정을 하지 않아도 된다(보험감독법 155조 제3항 및 민영건강보험감독조례 제15조 및 제16조).[62] 보완형 민영건강보험의 경우에는 대체형 민영건강보험과 같이 명시적인 규제사항은 없다.

---

61) 법정건강보험(GKV)은 보험감독법의 대상이 아니며 연방사회보장국(Bundesamt für Soziale Sicherung; BAS)에서 감독함

62) Each year the PHI companies have to calculate “triggering factor”(“Auslösende Faktoren”) for the Financial Supervisor. Depending on the factor level, a rate adjustment may be required by the financial supervisor or just recommended. These factors take into account the most recent 3 years of experience and are projected to the next rating period. A deviation of 10% between actual and expected would require a premium adjustment. By a deviation of 5% the rate adjustment is possible and recommended, but not required by the regulator. Below 5%, no rate adjustment is possible. The rates are considered as adequate

2) 프랑스

프랑스의 민영건강보험은 공적건강보험의 보완형[63]으로 운영되고 있으며, 민영건강보험을 제공하는 상호공제조합, 공제기관, 보험회사 모두 통화금융법(Code monétaire et financier) L612-1~L612-50에 근거하여 건전성감독청(ACPR)의 관리·감독을 받는다. 건전성감독청은 중앙은행 소속의 독립된 행정기관으로 은행 및 보험기관의 승인 및 감독을 담당한다. 감독의 목적은 ① 금융 시스템의 안정성을 유지하고, ② 감독대상의 고객, 보험계약자, 회원 및 수혜자를 보호하는 역할을 수행하는 것이다.

건전성감독청은 민영 보험기관의 재무제표, 지급능력 및 리스크 관리, 건전성 규칙 준수 수준, 지배구조, 소비자 보호 등에 대한 일반적인 수준의 감독을 수행하며, 기타 세부 사항은 각 민영보험기관의 법령과 규약에 따라 관리된다.

프랑스의 민영보험기관으로는 크게 상호공제조합, 공제기관, 보험회사가 있다. 먼저, 상호공제조합은 사회공제조합법(Code de la mutualité)에 근거하는 비영리조직으로, 회원의 연령, 소득, 소속 건강보험제도, 가입기간 등을 고려하여 보험료를 조정할 수 있으나, 회원의 의료정보를 수집할 수 없으며 건강상태에 따라 보험료를 차별할 수 없다.[64]

다음으로, 공제기관은 사회보장법(Code de la sécurité sociale)에 근거하는 비영리법인으로, 주로 회사의 단체계약을 관리하며 회원의 연령, 소득, 소속 건강보험제도 등을 고려하여 보험료를 조정할 수 있으나, 회원의 의료정보를 수집할 수 없으며 건강상태에 따라 보험료를 차별할 수 없다.[65]

마지막으로 보험회사는 보험법(Code des assurances)에 근거하며 영리를 목적으로 하는 법인으로, 가입자의 연령, 거주지역, 건강상태 등 개인의 특성을 반영한 위험요율을 적용하고 보험계약의 일반조건에 따라 보험료를 변경할 수 있다.

---

63) 민영건강보험은 공적건강보험의 자기부담금과 공적건강보험의 상환율이 낮은 안과, 치과, 보청기 등 의료서비스를 보장함

64) 사회공제조합법 제 L110-2조

65) 사회보장법 제 L932-14-1조의 II

3) 영국

영국의 민영건강보험은 공적 제도인 국민보건서비스(NHS)의 중복형[66]과 보완형[67]으로 운영되며, 금융서비스·시장법(The Financial Services and Markets Act 2000)에 근거하여 2013년부터 금융행위감독청(Financial Conduct Authority; FCA)과 건전성감독청(Prudential Regulation Authority; PRA)의 관리·감독을 받는다.[68]

금융행위감독청(FCA)은 ① 소비자를 보호하고, ② 금융시스템의 안정성을 확립하며, ③ 금융시장의 효율적인 경쟁을 촉진하는 역할을 수행한다.[69] 또 다른 감독자인 건전성감독청(PRA)은 영란은행(BoE)의 자회사로서, 주요 역할은 일반목적과 보험목적으로 나누어지며, 일반목적[70]은 피감기관의 건전성 감독이며, 보험목적[71]의 주요내용은 보험계약자 보호이다.

영국 민영건강보험시장 감독기관은 시스템 위험 등 건전성 감독을 중시하며, 민영건강보험상품·요율에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않으며, 각 보험회사가 개인 위험요율을 감안하여 보험료를 산출한다. 민영건강보험 보험료는 피보험자의 나이, 거주 지역, 건강상태, 과거 보험금 청구 이력 등을 감안하여 위험요율에 의해 산출된다. 민영건강보험에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않지만, FCA의 Handbook ICOBS Insurance: Conduct of Business sourcebook, ICOBS 6 Product Information은 FCA의 규제를 받는 일반보험상품에 대하여 포괄적으로 규정하고 있다.[72]

---

66) NHS는 무상으로 제공된다는 장점이 있지만, 긴 진료 대기시간, 의사·의료기관 선택이 자유롭지 못한 단점도 존재하며, 특히 급성·중증질환 등에 대한 대기시간 단축, 진료 시간·의료기관 선택권을 목적으로 가입함

67) NHS에서 보장하지 않는 의료서비스(대체 의학, 정신과 치료, 치과 및 안경, 재택 치료 등)를 받기 위해 가입함

68) 2013년 이전까지는 금융서비스규제청(Financial Services Authority; FSA)이 통합감독기능을 수행. 2012년 영국 금융서비스법(Financial Services Act)에 따라 FSA의 역할이 FCA와 PRA로 양분화됨

69) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 1 The Financial Condunt Authority Section 1B. The FCA's general duties (3) The FCA's operational objectives are— (a) the consumer protection objective (b)the integrity objective (c)the competition objective

70) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 2 The Prudential Regulation Authority Section 2B. The PRA's general objective is promoting the safety and soundness of PRA-authorised persons

71) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 2 The Prudential Regulation Authority Section 2C. Insurance objective (2) The PRA's insurance objective is: contributing to the securing of an appropriate degree of protection for those who are or may become policyholders

72) FCA(https://www.handbook.fca.org.uk/handbook)

4) 미국

미국의 의료보장은 민영건강보험시장을 기본으로 하며, 민영건강보험은 각 주의 보험청이 전미보험감독협의회(NAIC)의 모델법(Model Laws) 및 가이드라인을 참조하여 개별적으로 규제한다. McCarran Ferguson Act of 1945[73]에 따라 주법에 의해 규제받는 보험산업은 특별한 경우를 제외하고는 보험업에 대해 연방 반독점법으로부터 폭넓은 적용제외를 인정하고 있다. 그러나 이러한 연방 반독점법 적용제외를 축소·철폐하기 위하여 2021년 1월, The Competitive Health Insurance Reform Act가 제정되면서 민영건강보험사들은 연방 반독점법 규제를 받게 될 예정이다.

각 주 보험청은 해당 주법에 따라 보험회사 인·허가(licensing), 상품·요율 규제, 소비자 보호 등 민영건강보험시장의 다양한 부문에서 관리·감독의 역할을 수행한다. 요율에 대한 관리·감독 권한은 주마다 약간씩 차이가 있으나 일반적으로 주 보험청의 요율 감독관리 권한은 개인보험과 소규모 단체건강보험(종업원 50인 미만 사업장)에 한정된다.

미국 민영건강보험시장의 요율 규제의 종류는 총 4가지, ① 지역요율(Community Rating), ② 수정지역요율(Adjusted Community Rating), ③ 범위요율(Rating Band), ④ 계리적 요율(규제 없음)이 있다.[74] 지역요율은 지리적 요인만을 이용하여 보험료를 차등화하는 것이며, 수정지역요율제도는 피보험자의 건강상태와 보험금 지급실적을 제외한 변수를 사용하도록 허용한 것이다.[75] 한편, 위험요율은 계리적 요인을 바탕으로 요율을 산출하는 계리요율과 건강상태 및 개인의 위험요인을 감안하되 범위에 제한을 두는 범위요율로 나누어진다.[76]

---

73) NAIC, MCCARRAN-FERGUSON ACT: To remove any uncertainty over states' regulatory authority over insurance created by that decision, the NAIC proposed a bill sponsored by U.S. Senators Pat McCarran (D-NV) and Homer S. Ferguson (R-MI) that would keep insurance regulation in the hands of the states. Versions of the bill passed both the U.S. House of Representatives (House) and the U.S. Senate (Senate), and it was signed into law by President Franklin D. Roosevelt in 1945

74) NAIC(http://www.naic.org/documents/topics_health_insurance_rate_regulation_brief.pdf)

75) 소규모 단체건강보험의 경우 지역요율제도를 채택한 주는 뉴욕과 버몬트 주이며, 수정지역요율제도를 채택한 주는 9개 주(앨라배마, 코네티컷, 매사추세츠, 메릴랜드, 메인, 뉴햄프셔, 뉴저지, 오레곤, 워싱턴)임. 개인보험의 경우에는 뉴욕과 미시간주(블루크로스는 지역요율, 그 외는 규제 없음)만 지역요율제도를 채택하고 6개 주(매사추세츠, 메인, 뉴저지, 오레곤, 워싱턴, 버몬트)는 수정지역요율제도를 채택함

76) 소규모 단체건강보험의 경우 요율규제를 채택하지 않은 주는 4개주(하와이, 펜실베니아, 버지니아, 워싱턴 D.C.)이며, 이 외(지역요율 제도 사용 주 포함)에 다른 주는 모두 범위요율을 채택하고 있음. 개인보험의 경우에는 아이다호, 켄터키, 네바다, 뉴햄프셔, 뉴멕시코, 로드아일랜드, 유타, 노스다코타, 사우스다코타, 웨스트 버지니아, 미

5) 호주

호주의 민영건강보험은 공적건강보험(메디케어)의 보완형[77]으로 운영되고 있으며, 연방 보건부와 건전성감독청(APRA)이 관리·감독한다. 연방 보건부는 민영건강보험법(Private Health Insurance Act 2007)을 통해서 민영건강보험 가입 인센티브 제공, 건강보험상품의 준수 요건 및 기타 민영건강보험회사의 의무 등을 정하고 있다. 건전성감독청은 민영건강보험회사의 등록, 건전성 규제, 재무 및 운영 감독, 기타 건강보험사업 수행 요건 부과 등을 수행한다.

연방 보건부는 민영건강보험법 제3장에서 민영건강보험의 지역요율 적용, 보장내용 및 범위, 대기기간, 보험료 변경 승인 등에 대해 정하고 있다. 민영건강보험법에 따라, 민영건강보험회사는 보험료를 인상하기 전에 연방 보건부 장관에게 보험료 인상 필요성에 대한 세부 사항(재무 정보, 수익·비용 예측 등)을 제출하고 승인받아야 한다.[78] 보험료 인상에 대해서는 보건부와 건전성감독청이 검토하며, 보험료 인상 필요성을 충분히 입증하지 못할 경우 보험료를 변경할 수 없다.

6) 네덜란드

네덜란드의 민영건강보험[79]은 사회건강보험(의무가입, 대체형)과 보완형 건강보험(자율가입)으로 구분되며 사회건강보험은 보건복지체육부에서, 보완형 건강보험은 중앙은행(DNB)에서 관리·감독한다. 네덜란드에 거주하는 모든 사람은 의무적으로 사회건강보험(basispakket)에 가입해야 하며 보건복지체육부는 신건강보험법(Zvw)[80]에 따라 사회건강보험(의무가입)의 내용을 결정한다. 또한 법에 따라 보험회사는 가입자를 선별하거나 가입을 거부할 수 없다. 신건강보험법은 사법(Private law) 체계하에서 운영되기 때문에

네소타 등 11개 주가 범위요율제도를 채택하고 있으며, 이외에 워싱턴 D.C.를 포함한 32개주가 요율변수에 대한 규제를 적용하지 않음

77) 공공병원과 민영병원에서 민영환자로서 진료를 받거나(Hospital Cover), 메디케어가 보장하지 않는 비급여 서비스(General Cover)를 보장함

78) 『Private Health Insurance Act 2007』, Division 66-10, Minister's approval of premiums

79) 네덜란드는 2006년 보험개혁을 통해 공보험, 공무원 건강보험, 민영건강보험 등 세 부문으로 분류되어 있던 건강보험제도를 하나의 사회민영보험(Social-private health insurance)으로 통합하고, 민간위탁형식으로 다수의 보험회사가 보험자 역할을 담당함

80) 2006년 1월 보험개혁을 통해 제정, 이전 Social Health Insurance Act(Zfw)을 대체함

공적 이해관점에서 최소한의 간섭이 필요한 부분에 대한 규제를 위해 도입되었다.

사회건강보험(의무가입)에 대해서는 보건복지체육부가 보장내용, 공제액, 본인부담금 등을 결정하지만, 보완형 건강보험(자율가입)에 대해서는 중앙은행이 보험산업에 대한 일반적인 감독행위(지급능력, 보고요건, 반카르텔(Anti-cartel) 등 규제) 이상의 규제를 부과하지 못한다.[81] 즉, 중앙은행은 보완형 건강보험(자율가입)에 대해 일반적인 수준의 감독을 수행한다. 보완형 민영건강보험(자율가입)의 보장내용, 보험료 수준, 가입대상 등은 보험회사가 자율적으로 결정한다.

7) 일본

일본 민영건강보험[82]은 공적건강보험의 보완형으로 운영되며, 내각총리 산하의 금융청에서 관리·감독한다.[83] 금융청의 보험회사 업무에 대한 감독의 목적은 보험회사 업무의 건전하고 적절한 운영, 보험모집의 공정성 확보 등을 통한 보험계약자 보호이다.[84] 다만, 민영보험회사와 유사한 보장내역을 가지나 비영리목적으로 운영되는 의료공제[85]의 경우 감독주체가 농림수산부 또는 후생노동성이다. 민영건강보험만을 규율하고 있는 별도의 독립적 법규 체계는 존재하지 않고, 민영건강보험을 보험상품 중 하나의 상품으로 보고 보험업법 내에서 상품운영에 대해 포괄적으로 관리·감독하는 체계이다.

보험업법상 민영건강보험 요율에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않으며, 금융청은 보험회사에 대한 종합적 감독지침에 따라 보험상품의 세부사항(보험 금액, 보험 기간, 계약 연령범위) 등을 규정하고 보험료를 합리적 기준에 의거하여 산출했는지에 대한 적정성 심사를 진행한다.

---

81) "DNB is limited to standard market regulation applied to all insurance business, such as solvency and reporting requirements, anti-cartel regulation and patient safety regulation."(VWS 2008)

82) 일본의 민영건강보험은 실제 발생의료비에 따라 보험금이 결정되는 실손형 상품의 비중은 미미하며, 일정조건에 따라 정액의 급여를 지급하는 정액형 상품이 대다수임. 일본은 혼합진료 금지, 고액요양비지원 제도 운영으로 환자의 자기 부담금이 낮게 설정되어 있어, 민영의료보험에 추가적으로 가입하는 형태임

83) 근거법: ① 보험업법 ② 보험업법시행령 ③ 보험업법시행규칙 ④ 보험회사에 관한 종합적 감독지침 ⑤ 보험법 등

84) 保険会社向けの総合的な監督指針 (平成30年2月) Ⅰ－1－1 保険監督の目的と監督部局の役割

85) 総合的な医療保障(https://hoken-connect.jp/columns/312)

보험업법 제5조 1항(면허심사기준)[86]에서는 보험료 및 책임 준비금 산출 방법이 계리적 기준에 따라 합리적이고 타당해야 하며, 특히, 보험료가 특정인을 부당하게 차별해서는 안 된다고 규정하고 있다. 상기 보험업법 규정 등에 따라 보험회사가 신규상품을 출시하거나 기존 상품의 개정에 관한 허가 신청·신고할 경우 금융청은 보험회사에 대한 종합적 감독지침[87]에 의거하여 심사를 진행한다.

86) 保険業法 第五条 (免許審査基準) 1 内閣総理大臣は、第三条第一項の免許の申請があったときは、次に掲げる基準に適合するかどうかを審査しなければならない。
四 前条第二項第四号に掲げる書類に記載された事項が次に掲げる基準に適合するものであること。
イ 保険料及び責任準備金の算出方法が、保険数理に基づき、合理的かつ妥当なものであること。
ロ 保険料に関し、特定の者に対して不当な差別的取扱いをするものでないこと。
ハ その他内閣府令で定める基準

87) 금융청의 보험회사에 대한 종합적 감독지침(保険会社向けの総合的な監督指針) 제4장 Ⅳ-1(공통부문, 共通事項), Ⅳ-4(제3보험, 第三分野), Ⅳ-5(계리부문, 保険数理)은 보험 금액, 보험 기간, 계약 연령 범위, 보험상품 심사관련 사항 등을 규정하고 있음