

KIEP

# 오늘의 世界經濟

## World Economy Update

제 05 - 16 호 / 2005년 5월 11일 발간

### 보건의료서비스시장 개방과 주요 쟁점의 이해

작성자: 무역투자정책실 송영관 부연구위원  
【ysong@kiep.go.kr, ☎ 02-3460-1073】

#### 主要內容

- 보건의료서비스의 해외소비가 늘고 있는 현실에서 보건의료서비스시장 개방을 국내 보건의료서비스의 경쟁력을 향상시킬 수 있는 계기로 삼자는 의견이 대두되고 있음.
- 보건의료서비스의 경우 시장개방의 주요 쟁점은 mode 3 교역인 외국인 의료기관 설립과 mode 4 교역인 의료인력이동에 집중되어 있음.
- 외국인 의료기관 설립과 관련하여 국내의 의료기관 영리법인 불허와 요양기관 강제지정제가 쟁점으로 등장함.
- 의료인력이동과 관련해서는 의료인력 자격인정 및 면허관리체제의 정비가 쟁점으로 등장함.
- 또한 현재 국민건강보험의 문제를 보완하기 위하여 민간의료보험 육성을 검토할 필요가 있음.

對外經濟政策研究院

## 보건의료서비스시장 개방과 주요 쟁점의 이해<sup>1)</sup>

### 1. 개방 논의의 배경

- 보건의료서비스는 각국의 사회정책적 목적이 중요시되는 공공성이 강한 분야로 대외개방의 논의가 활발하게 이루어지지 않았던 서비스임.
- 그럼에도 불구하고 보건의료서비스의 국경간 이동이 점차 늘어나고 있고 시장개방 압력도 존재함.
  - 국내 보건의료서비스에 만족하지 못하고 암 치료 등을 받기 위해 해외로 나가는 환자가 증가하고 있고 동시에 일본, 중국 등지에서 우리나라에 성형수술을 받으러 오는 환자가 늘고 있음.
  - 중국의 경우 이미 DDA 서비스협상에서 중의서비스분야를 중심으로 우리 보건의료서비스 시장에 대해 관심을 표명하고 이의 개방을 요구하고 있음.
- 이런 배경하에서 보건의료서비스시장 개방을 국내 보건의료서비스의 경쟁력을 향상시킬 수 있는 계기로 삼자는 의견이 대두되고 있음.
  - 우리나라 병원도 국제적인 경쟁력을 확보해나가야 하며 날로 증가하는 고급 의료수요를 만족시킬 필요가 있음.
  - 이를 위해 의료기관의 자율적 경영을 저해하는 각종 규제를 완화하여 병원 간 경쟁을 통한 자율적인 성장을 촉진시켜야 함.
- 본고에서는 보건의료서비스시장 개방의 의미와 주요 쟁점, 그리고 각 쟁점별 정책과제를 살펴봄.

1) 본고는 김준동 외(2003)를 참고하였다: 『DDA 서비스협상 보건의료 분야의 주요 쟁점 및 정책과제』, 경제사회연구회 소관기관 WTO 협동연구시리즈, 대외경제정책연구원.

## 2. 보건의료서비스 교역

- WTO 서비스협정인 **GATS**(General Agreement on Trade in Services)상에서의 정의 및 분류에 따르면 보건의료서비스는 사업서비스 중 전문서비스인 **의료 및 치과서비스(CPC 9312)**와 **조산사, 간호사, 심리치료사, 준의료인 서비스(CPC 93191)**, 보건 관련 및 사회서비스 중 **병원서비스(CPC 9311)**와 **기타 인적보건서비스(CPC 9319)**, **사회서비스(CPC 933)** 등을 포함하고 있음.<sup>2)</sup>
  
- 보건의료서비스의 **mode 1 교역**<sup>3)</sup>은 국가간 **원격의료(tele-medicine)**, 즉 인터넷 등의 기술을 이용하여 현지 의사가 원격지 의사에게 의료지식이나 기술에 대한 자문을 구할 경우, 원격지 의사가 간호사와 같은 현지 의료보조인력을 통하여 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 경우, 의사가 원격지 환자에게 원격상담하는 형태로 보건의료서비스를 제공할 경우 등이 해당됨.
  
- 보건의료서비스의 **mode 2 교역**은 **환자가 해외에 직접 나가서** 외국의 보건의료서비스를 제공받거나, 또는 **외국인이 국내에 들어와** 보건의료서비스를 제공받는 것을 의미함.
  
- 보건의료서비스의 **mode 3 교역**은 외국의 의료기관이나 보건의료서비스 관련 법인이 국내에 진출하여 **병원 등 사업체의 설립**을 통해 보건의료서비스를 제공하거나, 또는 반대로 국내 의료기관이나 보건의료서비스 관련 법인이 해외에 진출하여 사업체의 설립을 통해 보건의료서비스를 제공하는 것을 의미함.

2) GATS 서비스 분류는 UN Provisional Central Product Classification (CPCprov)에 근거하고 있다. CPCprov에 의하면 보건의료서비스는 인적보건서비스(CPC 931)와 노인, 장애인 등을 위한 사회서비스(CPC 933)로 크게 분류되고 있으며 인적보건서비스는 입원환자 치료 등을 중심으로 한 병원서비스(CPC 9311)와 의료 및 치과서비스(CPC 9312), 기타 인적보건서비스(CPC 9319)로 나뉘고 있다. 더 자세한 사항은 UN CPCprov 참고.

3) 서비스 교역은 다양한 형태로 나타나게 되는데 GATS에서는 이를 국경간 공급(mode 1), 해외소비(mode 2), 상업적 주재(mode 3), 자연인 이동(mode 4)으로 구분하고 있다.

- 보건의료서비스의 **mode 4 교역**은 외국인 의사 등 **외국의 보건의료서비스 공급자가 국내에 들어와** 보건의료서비스를 제공하거나 **국내 의료진 등 국내의 보건의료서비스 공급자가 해외에 나가** 보건의료서비스를 제공하는 것을 의미함.

### 3. 각 모드별 대외개방의 긍정적 효과와 문제점

#### 가. Mode 1

- Mode 1 교역인 국가간 원격의료서비스 개방의 **긍정적 효과**는 다음과 같음.
  - 원격의료를 통해 국내 진료의사들이 세계적으로 유명한 전문병원에 있는 **전문가들로부터 의견을 구할 수 있어** 보건의료서비스 질의 향상을 가져옴.
  - 국내 보건의료기관에서는 이용할 수 없는 **장비 이용**이 가능함.
  - 원격의료를 통한 교류로 지속적인 **의료교육 및 수련이 가능하여** 전문지식 및 제반사항들에 뒤지지 않고 지속적으로 최신경향을 따라갈 수 있고 해외에서 받게 되는 **교육 및 훈련비용을 감소**시킬 수 있으며, 또한 해외로 나갈 수 없는 많은 내국인이 해당 교육코스를 접할 수 있어 **편익증가**를 기대할 수 있음.
  - 원격의료의 국제적 교류가 활성화되기 위해서는 환자 개인에 관한 정보의 전산화가 필요한데 이의 구축은 결과적으로 보건의료서비스 관련 **행정업무의 간소화와 업무비용 절감의 효과**를 가져옴.
- 반면 원격의료에서 유발되는 **문제점**으로 다음과 같은 사항을 들 수 있음.

- 환자들의 정보누출에 관한 문제가 남아 있으므로 **환자의 개인정보를 보호할 수 있는 조치가 필요함.**
- 원격의료서비스에 대한 장애요소 중 하나는 **의료보험 적용이 쉽지 않다는 것**이고 더구나 국가간 원격의료서비스의 의료보험 적용에는 더 많은 어려움이 따를 것으로 예상됨.
- 서비스 공급자의 의료기술을 위한 **면허인정과 의료사고의 책임 및 보상문제**가 대두됨.

## 나. Mode 2

□ 보건의료서비스 해외소비자유화의 **긍정적 효과**는 다음과 같음.

- 국내에서 이용할 수 없는 **선진화된 의료기법 및 전문화된 치료**를 제공받을 수 있음.
- 자국과 질적인 측면에서는 유사하지만 비용이 낮거나 혹은 자국에서 이용할 수 없는 **특수서비스** 등을 제공받을 수 있음.
- 노인 및 퇴직자의 경우에는 비용이 낮고 기후가 좋은 국가로 이동하고자 하므로 mode 2 교역의 활성화는 **개도국 해외진료시장 확대의 기회**가 될 수 있음.

□ 반면 mode 2 교역의 **장벽**으로는 다음과 같은 점이 지적됨.

- 해외치료에 대해 **의료보험이 적용되지 않는** 경우가 많음.
- **문화와 언어장벽**은 mode 2의 주요 교역장벽으로 작용함.

### 다. Mode 3

□ 사업체 설립을 통한 보건의료서비스 교역자유화의 **긍정적 기대효과**는 다음과 같음.

- 선진화된 보건의료서비스를 제공하는 외국의 의료기관들이 국내에 최첨단 사업체를 설립할 경우 **최신 의료장비, 우수한 경영기법 및 정보시스템 등의 도입**으로 서비스의 질적 수준이 향상될 수 있음.

- 국내 보건의료서비스 산업의 **경쟁을 증진**시킴으로써 효율의 증대를 가져옴.

- 외국 의료시설의 유입으로 인해 **국내 의료진의 고용기회가 확대**되고, 우수 의료진 영입경쟁에 따른 임금격차의 확대로 보건의료서비스 제공자의 **경쟁 증진을 통한 자질 향상**을 가져올 수 있음.

□ 그러나 사업체 설립을 통한 보건의료서비스 교역자유화의 **문제점**으로는 다음과 같은 점을 지적할 수 있음.

- 자본력과 기술력에서 앞서는 외국 의료기관의 진입은 경쟁력이 취약한 **중소병원의 경영악화와 도산과 병원의 대형화 추세**가 가속될 수 있음.

- 외국의 유명 의료시설의 도입은 고급 의료서비스의 선호경향을 심화시켜 **의료의 상업화와 사치화**를 조장할 가능성이 있음.

- 외국 의료기관이 수요층이 넓은 대도시에만 진입하는 경우 보건의료서비스의 **지역간 불균형은 더욱 확대**될 수 있음.

- 외국 우수 의료진의 국내 유입이 함께 이루어지지 않는 한 외국 의료기관의 유입은 공급이 한정된 국내 의료진의 전반적 임금상승을 가져와 **의료비의 상승**을 가져올 수 있음.

## 라. Mode 4

- 보건의료서비스 공급자의 국경간 이동자유화의 **혜택**으로는 다음과 같은 점을 들 수 있음.
  - 해외로 진출한 전문인력들이 귀국하여 **해외체류기간 동안 향상시킨 능력을 국내에 발휘**할 수 있도록 직업기회와 관련 인프라가 제공된다면 이를 활용한 제반효과를 기대할 수 있을 것임.
  - 또한 국내인력의 단기 해외이동의 경우 해외로부터 노동소득이 본국으로 송금되므로 **국가경제에 도움**이 될 수 있음.
  - 자국의 인력이 부족한 상태에 있다면 해외인력의 유입은 **외국인력과 내국인력의 보완적 관계 형성**에 도움이 되어 서비스 질의 향상에 기여할 것임.
    - 인력유입은 서비스 공급자간의 경쟁을 촉진하여 소비자들에게 보다 낮은 비용으로 다양한 양질의 보건의료서비스를 이용할 수 있게 함.
    - 또한 부족한 **특수 의료서비스 등이 유입**될 수 있음.
    - 한편 국내의 서비스 공급자들은 자신의 **비교우위분야를 전문화**해서 국가의 **대외경쟁력을 향상**시킬 수 있음.
- 반면 전문의의 유출이 심할 경우 **보건의료서비스 공급자의 감소**로 인해 보건의료서비스의 접근성이 낮아질 수 있고, 고급인력의 유출로 보건의료서비스의 질이 낮아질 수 있음.
  - 보건의료인력은 전문성을 필요로 하는 경우가 많기 때문에 즉시 대체하기 힘들고 **훈련비용도 높음**.

## 4. 주요 쟁점별 현황과 향후 정책방향

### 가. 의료인력 자격인정 및 면허 관리체제의 정비

- 의사 및 치과의사 등 의료인력의 **mode 4** 교역에서는 무엇보다도 국가간 자격 인정 문제, 그리고 이를 위한 면허관리체제 정비가 핵심임.
- 현재 외국의 보건의료부문 자격증을 인정하고 있는 국가로는 영국, 폴란드, 중국, 호주 등이 있고, 의사면허의 상호인정협정(Mutual Recognition Agreement: MRA)을 체결하고 있는 국가는 영국, 폴란드, 호주, 뉴질랜드 등이 있음.
  - 영국은 EU 회원국 및 일부 국가와 MRA를 체결하고 있고, EU 회원국에 대해서는 외국의 의료자격증을 인정하고 있으며 비EU 회원국의 경우도 개별적인 자격심사를 통하여 이를 인정하고 있음.
  - 폴란드는 체코, 헝가리, 루마니아 등과 MRA를 체결하고 있고, 의사, 약사 및 간호사의 자격증에 대해 해당 기관이 인정할 경우 외국의 보건의료자격증이 인정됨.
  - 호주는 MRA를 맺고 있는 영국, 아일랜드, 뉴질랜드의 의료자격증을 인정하고 있으며 이외의 국가에서는 호주의료협회의 시험을 통과해야 함.
  - 중국은 해당 시험에 합격한 후 단기간에 의료서비스 제공이 가능함.
- 우리나라는 선진국에 의료전문직 자격에 대한 MRA 체결을 요구하고 있으나 이를 위해서는 의료인력에 대한 자격요건 및 면허시험절차, 면허취득 후 사후 관리 등과 관련하여 법 제도상 다음과 같은 정비가 선결되어야 함.



- **현행 종신면허제도를 폐지**하고 영국, 캐나다, 호주, 프랑스, 미국 등 서방 선진국의 의료면허처럼 일정 기간 후 **지속적으로 면허를 갱신**하도록 하여 의료인력이 항상 일정 자질을 갖추고 있도록 **사후관리를 강화**할 필요가 있음.
  - 의사의 경우 우리나라는 의과대학 졸업과 동시에 일회성 시험인 국가고시를 보게 되고 이 시험에서 합격하면 보건복지부로부터 면허를 발급받고 그 후로는 의사협회에 자동적으로 가입되어 일정 연수점수만 채우면 **평생면허를 사용할 수 있음.**
  
- **면허의 다양화**를 통하여 용도와 직분에 맞게 면허를 설정함으로써 현재 우리나라 의사제도와 같이 졸업과 동시에 국가고시 한 번으로 면허를 취득하여 무한적인 의료활동을 할 수 있도록 허용하고 있는 문제점을 보완하고 면허 부여와 관리를 더욱 체계적으로 할 필요가 있음.
  - 선진국의 의사면허의 경우 의료활동의 영역에 제한이 없는 **개업면허**, 해당 전문과목 이외의 환자는 볼 수 없는 **전문면허**, 실제로 환자의 진료를 담당하지 않고 주로 예방과 보건활동을 하는 **공중보건의면허**, 의사가 부족한 경우 일정 기간 특정 지역에서의 의료활동만 허용하는 **지역면허**, 그외에 **학술면허, 군면허, 교육면허, 임시면허** 등으로 면허의 종류가 다양하여 면허획득에 따른 불필요한 노력을 줄이고 필요에 따라 면허형태를 조절할 수 있음.
  
- 우리나라는 국가면허형태를 채택하고 있지만 보건복지부의 면허관리는 면허 등록과 면허증 교부가 전부이며 면허를 취득한 의사 등에 대해 사후관리가 이루어지지 않고 있으므로 면허의 사후관리 강화를 위해 **면허 부여와 관리업무를 전문기관에 이양**할 필요가 있음.
  - 의사면허의 경우 중앙의 보건복지부에서 모든 의사의 개인관리를 담당하는 것은 불가능하므로 미국, 캐나다, 영국, 프랑스 등 선진국과 같이

의사면허 발급기관을 전담하는 **입법 민간단체**(공익 의사단체)를 설립하여 이곳에서 면허 발급과 관리업무를 하는 것이 바람직함.

## 나. 영리법인 허용 여부

- 외국자본 및 병원이 국내 보건의료시장에 **mode 3 형태로 진입하는 데 가장 큰 장벽**은 의료법상 의료기관의 설립형태로서 **공공성이 약한 영리법인의 불허임**.
  - UR 당시 우리나라는 보건의료서비스분야에 대하여 양허한 바가 없으나, 1995년 1월부터 외자도입법 및 외국인투자인가지침에 보건의료기관을 투자제한업종으로 규정하고 있던 조항이 폐지됨에 따라 보건의료기관시설에 대한 **외국인투자가 허용**되었음.
  - 그러나 현행 우리나라 의료법상 영리법인의 의료기관 설립은 허용되지 않고 있고 의료인이 아닌 자의 경우에는 **비영리법인에 한해 의료기관을 설립**할 수 있도록 규정하고 있음(의료법 제30조 제2항).
    - 의료법인은 영리법인이 아니므로 의료기관의 운영결과 이익이 나더라도 출연자는 출연금액에 대하여 배당을 받을 수 없고 그 이익은 고유목적사업을 수행하기 위한 의료시설 등에 재투자하여야 함.
    - 다만 현재 우리나라의 경우 **경제특구에 입주하는 외국병원에 한하여 영리법인이 허용**되고 있으며, 2004년 12월 31일 「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 법률」 개정안이 국회를 통과하여 **외국병원의 내국인 진료도 허용**됨.
  - 따라서 외국자본 및 병원이 국내 보건의료시장에 mode 3 형태로 진입하려면 현행 의료법에 의해 비영리법인인 의료법인을 설립하여야 하므로 이익을 내도 **그 이익금을 외국으로 송금할 수 없음**.

- 외국인이 영리목적으로 보건의료 관련 시설을 운영할 수 있는 국가로는 영국, 폴란드, 미국, 캐나다, 중국, 호주, 뉴질랜드 등이 있으나 영리법인을 허용하는 국가에서도 비영리법인 형태가 주류를 이루고 있음.
- 영리법인 허용의 장점으로는 투자증가로 인한 의료기관의 시설·설비투자의 증대와 그로 인한 보건의료서비스 질의 향상, 그리고 병원서비스 경쟁의 증가로 인한 보건의료비용 감소와 생산효율성의 증대를 들 수 있지만, 반면에 의료의 상업화로 인한 환자의 선택진료 등 의료취약계층을 위한 보건의료서비스 제공과 같은 의료의 공공성 부분의 손상이 우려되고 있음.
- 의료의 공공성이 강조되긴 하지만 의료공급자들은 고객과의 관계 속에서 소비자 만족을 제고시키는 것에 보다 큰 관심을 두는 고객지향적 경영 또는 고객만족경영이 중요하게 부각되고 있는 등 의료환경의 변화에 따라 의료공급자들에게 소유형태를 자율에 맡기는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있음.
  - 영리법인 허용 여부에 관한 논의에 있어 의료기관의 내적 경쟁력 및 공공성을 확충하는 환경조성과 관련 제도 정비를 위한 작업 등이 선행되어야 할 것임.
  - 소유형태 전환에 따른 부작용은 의료의 질과 환자만족도 등에 관한 평가와 공공성 강화, 그리고 의료공급자 모니터링 등과 같은 명확한 의료제도 및 규정 확립과 이를 원활히 시행할 수 있는 메커니즘 구축 강화로 보완될 수 있을 것임.
  - 또한 갑작스러운 변화에서 오는 충격과 부작용을 피하기 위해 우선 일부 지역에서 시범적으로 시작하여 검증은 거쳐 점차 확대하는 방안도 검토할 필요가 있을 것임.

## 다. 요양기관 강제지정제와 계약제

- 우리나라는 현재 실질적으로 모든 의료기관을 **요양기관으로 강제 지정하여 의료비를 통제**하고 있음.
  - 의료기관들이 요양기관으로 지정되면 그 기관에서 치료를 받은 국민건강보험 가입자들 진료비의 대부분은 국민건강보험법에 따라 보건복지부령으로 정하는 **요양급여의 대상**이 됨.
  - 국민 대부분이 국민건강보험 가입자인 현실에서 **요양급여의 통제**는 실질적으로 **의료비 통제효과**가 있음.
- 우리나라가 위와 같은 요양기관 강제지정제도를 취하고 있는 이유는 **공공의료기관이 전체의 10% 내외**이고 대부분이 민간의료기관인 현실에서 국민 전체가 **안정적이고 비교적 저렴하게 의료서비스를 받을 수 있도록 하겠다**는 취지에서 비롯된 것임.
  - 보건의료서비스가 공공재적 성격을 가지고 있다고 하더라도 일률적으로 민간의료기관을 요양기관으로 지정하여 업무를 통제하는 것은 비록 헌법재판소가 대한의사협회의 1999년, 2000년 **헌법소원사건에서 합헌 결정**을 내린 바 있지만 **논란의 여지**가 있음.
- 그러나 요양기관 강제지정제도는 보건의료시장에 진출하고 하는 **외국자본에 진입장벽**이 될 뿐 아니라 **국내 의료시장의 경직성과 가격통제**로 인한 **의료 이용의 오남용과 공급자의 과잉진료**를 유발할 여지가 큼.
- 따라서 **보건의료서비스 경쟁력 향상**을 위해 **필요한 자율성과 다양성 증진**을 위하여 **요양기관 계약제의 도입**을 적극 검토할 필요가 있고, 다양한 형태의 계약제를 연구하여 국내 보건의료서비스시장에 최소한의 충격으로 최대의 효과를 낼 수 있는 방법을 고안할 필요가 있음.

- 의료기관에 대해 영리법인을 허용할 경우 비영리법인에 대해서는 강제지정제를 취하고 영리법인에 대해서만 계약제를 도입하는 방안을 검토할 수 있음.
  - 계약제의 형태에서 기관단위로 접근하지 않고 진료부문별로 접근하는 방안도 검토하여야 함.
    - 예를 들어 보편적인 진료서비스에 대해서는 공보험의 당연적용을 받고 그외의 진료서비스에 대해서는 계약에 의하는 방안을 검토할 수 있음.
  - 또한 병원의 경우 총병상 수 중에서 일정한 범위(예: 70%)에 해당하는 기준병상에 대해서는 당연적용을 하고 기준병상을 초과하는 병상에 대해서 계약제를 적용하는 방안도 검토할 수 있음.
  - 또 다른 형태의 계약제로서 당연적용의 경우에는 보험수가의 적용을 받지만 계약제하에서도 부분적으로 보험수가의 적용을 받도록 선택을 허용하는 방안을 검토할 수 있음.
    - 의료서비스의 질이 높은 의료기관이나 병상들이 공보험으로부터 이탈할 가능성이 있기 때문에 이들 양질의 의료공급에 대한 공보험 가입자의 접근성을 어느 정도 확보해주기 위하여 보험수가보다 높은 진료수가를 허용하는 것임.
  - 이외에도 의료기관의 특성에 따라 보험자와 의료공급자간에 다양한 형태의 계약제를 고려할 필요가 있음.
- 다만 전국적인 요양기관의 분포를 고려하여 특정 지역내에서 일정한 범위의 요양기관에 대해서는 강제지정이 필요할 것이고, 계약제는 요양기관이 과도하게 밀집된 대도시지역을 중심으로 시행하면서 단계적으로 적용범위를 확산시켜나가는 것이 충격을 줄이는 데 도움이 될 것임.

## 라. 민간의료보험 활성화

- 우리나라 건강보험은 급여에 포함되지 않은 의료서비스가 많고 급여항목에 대해서는 환자의 본인부담금이 높고, 또한 중증질환 또는 고액진료비에 대한 급여가 경증질환에 대한 급여보다 미흡한 왜곡된 구조를 가지고 있어 이런 왜곡현상을 시정할 수단의 하나로 민간의료보험 활성화가 논의되고 있음.
  - 공보험은 그 보편성과 형평성에서 장점이 있는 반면 획일성 때문에 국민 각자의 다양한 의료수요에 충분히 대응할 수 없는 비효율성을 내재하고 있음.
  - 현재 우리나라의 경우 외국 민간보험사가 국내에 진입하는 데에 국내 보험회사와 차별화되는 규제는 거의 없기 때문에 국내 민간의료보험 활성화로 민간의료보험산업의 경쟁력을 강화시킬 필요도 있음.
    - 우리나라의 민간의료보험은 1980년대 초에 개발된 암보험을 중심으로 발달해왔고 1990년대 후반부터는 보충보험성격의 의료비보장보험이 도입되어 확대추세에 있음.
- 외국의 사례를 살펴보면 외국의 민간의료보험은 크게 보충형, 대체형, 경쟁형 등 세 가지 유형으로 나눌 수 있음.
  - 보충형 민간보험은 공적의료보험이 보장하지 않는 진료부문의 본인부담을 보충적으로 보장하는 보험으로 영국, 호주, 스페인, 프랑스 등이 속하는데 이 중 영국, 호주, 스페인은 국가의료서비스방식으로 공적의료보험을 운영하고 있고 프랑스는 사회보험방식으로 운영하고 있음.
  - 대체형 민간보험은 일부 계층에 대해서는 공적의료보험의 강제적용에서 제외시켜 민간보험에 가입하도록 허용하는 방식으로 고소득자에 대해 공보험 가입을 강제화하지 않고 있는 독일이 대표적이고, 미국의 경우 대체형

으로 분류하는 데에 다소 이견이 있을 수 있으나 노인과 장애인을 제외한 인  
구계층에 대해서는 공보험 적용이 제외되고 이를 민간보험이 대체하고 있음.

- 경쟁형 민간보험은 대체형과 유사하지만 민간보험이나 공보험 중 선택하  
여 가입할 수 있게 허용함으로써 공보험과 민간보험간 경쟁을 시키는 유형  
으로 칠레가 대표적이고 네덜란드, 벨기에 등이 이에 속함.

□ 민간보험의 진정한 성공 여부는 긍정적인 면과 부정적인 면을 지닌 민간보험  
을 어떻게 설계하고 규제하느냐에 달려 있고, 더욱 중요한 것은 공보험의 역  
할을 명확히 하는 것이므로 이를 위해서 다음 몇 가지 원칙을 고려할 수 있음.

- 첫째, 공보험에 의무적으로 가입하되 공보험의 급여보장범위는 고액진료비  
가 소요되는 중증질환 급여와 예방적 급여를 중심으로 함.
- 둘째, 경증질환에 대한 보충보험에서는 소비자가 민간보험이나 공보험을  
선택하도록 하되 공보험과 민간보험이 공동으로 보험사업을 할 수 있도록  
함.
- 셋째, 경질환에 대한 보충보험은 관리의료방식이나 의료저축계정(MSA)의  
도입을 적극 권장함.
- 넷째, 진료정보와 심사정보는 공보험과 민간보험이 필요한 범위내에서 상호  
공유하도록 함.