

「실손의료보험 제도개선」 공청회

실손의료보험 개선방안

정성희

보험연구원 연구위원

2020.10.27.

목 차

I. 개선과제

1. 보험료 구조
2. 보장 구조

II. 개선방안

1. 할인·할증방식 보험료 차등제 도입
2. 급여·비급여 보장구조 분리
3. 보장구조·한도 변경
4. 자기부담금 상향
5. 재가입주기 단축
6. 보험료 영향
7. 요약
8. 한계점과 향후 과제

I. 개선과제

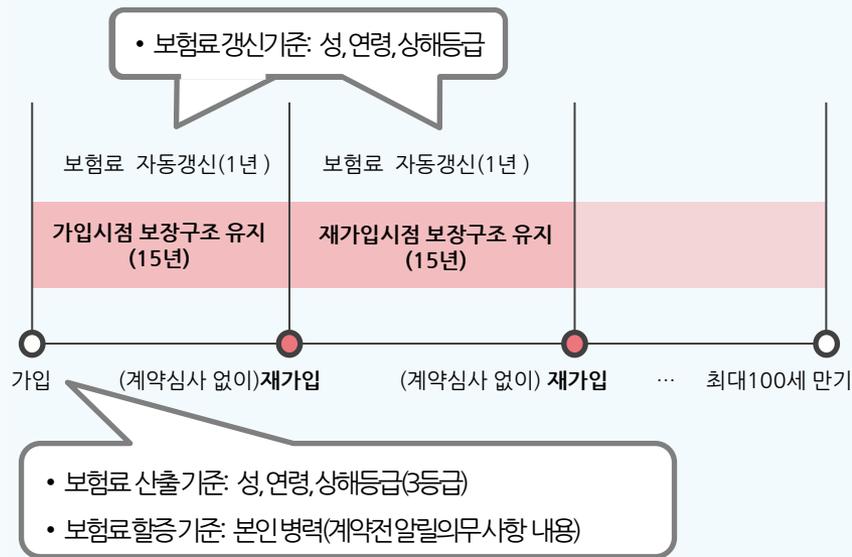
1. 보험료 구조
2. 보장 구조

1. 보험료 구조 (1/2)

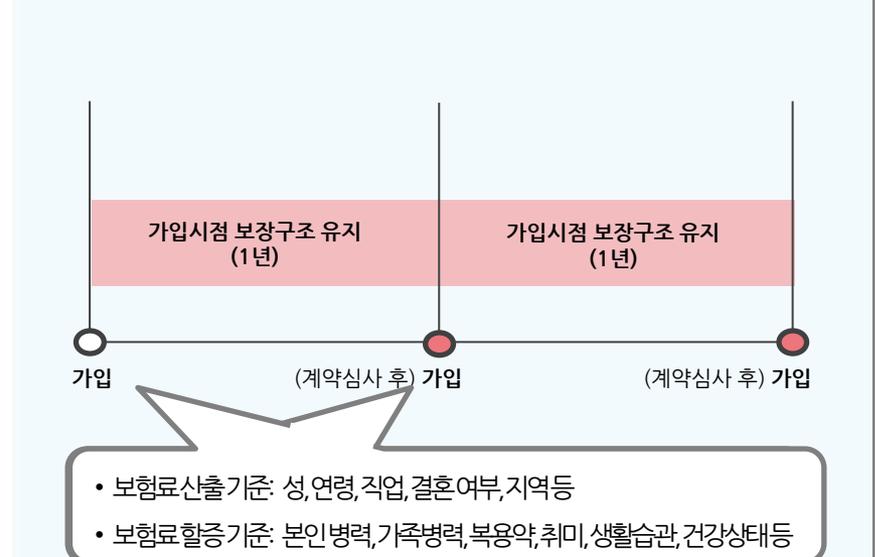
• 보험료 산출 시 가입자별 건강상태·의료이용을 반영하여 개인별 보험료 세분화에 한계

- 실손보험 가입 및 보험료 갱신 시 성, 연령, 상해등급(직업 위험별 3등급) 등 보편적인 인구구조 변수를 반영함
- 가입자는 실제 의료이용과 상관없이 동일한 보험료를 부담하므로 본전 심리에 따른 불필요한 의료이용 발생 가능함

〈그림1〉 실손의료보험 가입·보장 구조



〈그림2〉 주요국 민영의료보험 가입·보장 구조

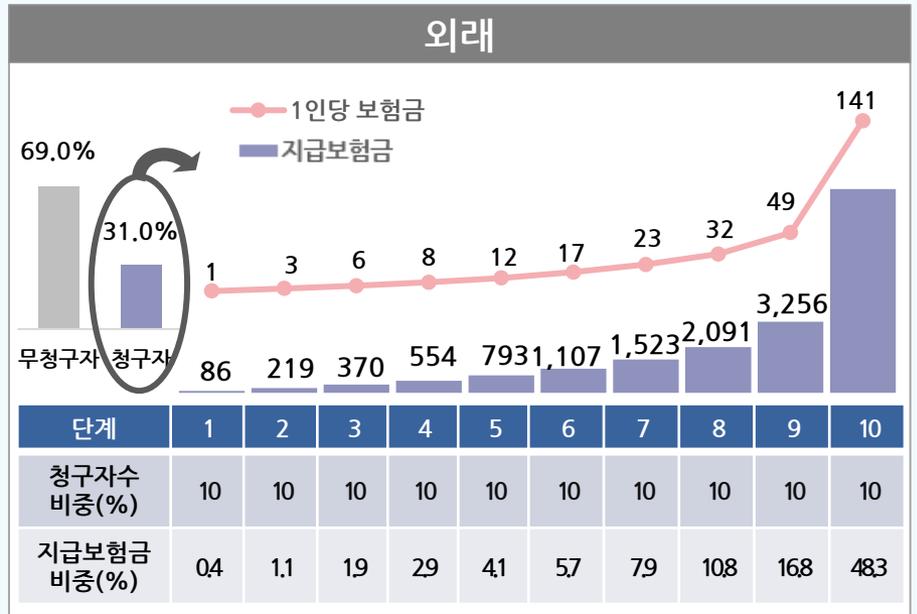
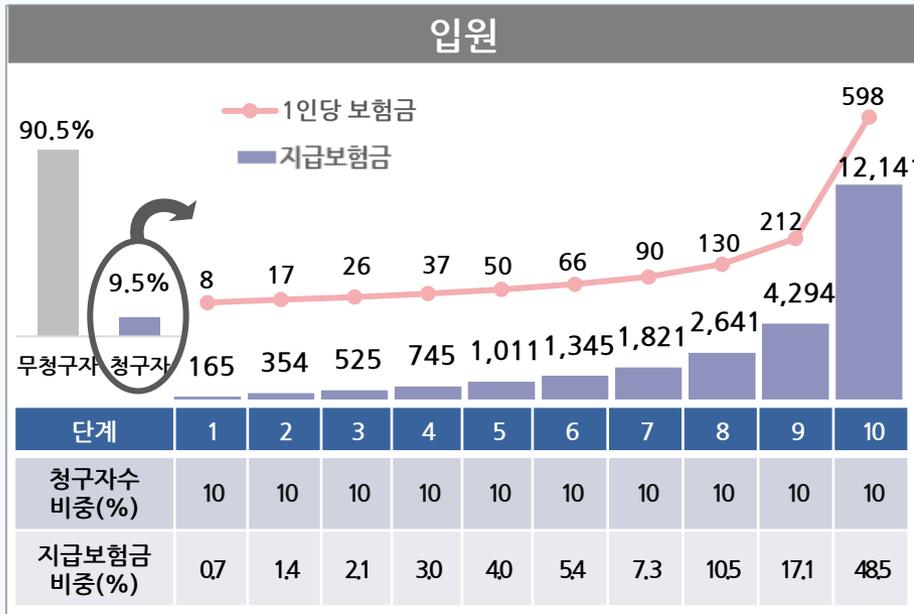


1. 보험료 구조 (2/2)

- 의료이용량과 상관없는 보험료 부담 구조로 일부 과다 의료 이용이 대다수의 보험료 부담으로 전가
 - (입원) 전체 가입자의 95%가 무청구자·소액 청구자로, 연간 100만 원 이상 청구자는 전체 가입자의 2~3% 수준
 - (외래) 전체 가입자의 80% 이상이 무청구자·연간 10만 원 미만의 소액 청구자

<그림3> 실손의료보험 지급보험금 현황 분석

(단위: 만 원, 억 원)



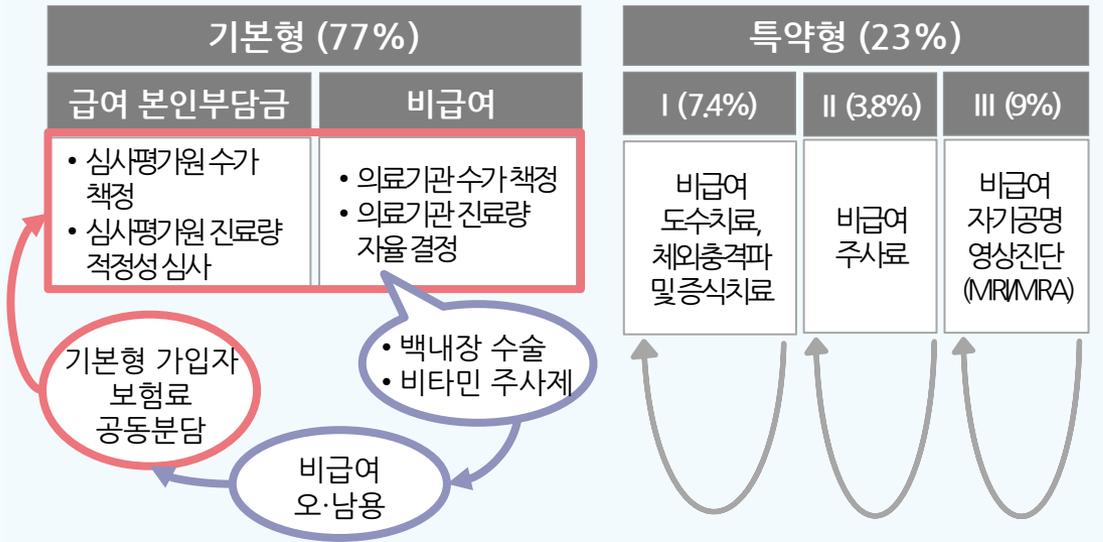
주: 각 구간은 청구자수를 기준으로 한 하위 10%부터 100%까지의 퍼센타일임
 자료: 보험회사 통계(2018년)

2. 보장 구조 (1/4)

• 네거티브 방식의 포괄적 보장구조로 도덕적 해이에 취약하여 불필요한 의료 이용·공급에 쉽게 노출

- 대부분의 비급여 항목이 급여와 함께 기본형으로 포괄 운영됨에 따라, ‘일부 오·남용진료에 따른 보험료인상 공동부담 고리’가 존재함
- 착한실손의 위험손해율은 2017년 4월 출시 이후 빠른 속도로 상승하여 2019년 하반기부터 100%를 상회함

<그림4> 착한실손보험 보장구조



주: 괄호는 착한실손보험의 일인당 위험보험료 중 해당 담보의 위험보험료 비중임(2020년 상반기 기준)

<그림5> 실손의료보험 위험손해율 추이



주: 개인실손보험 기준, IBNR포함
자료: 보험회사 통계

2. 보장 구조 (2/4)

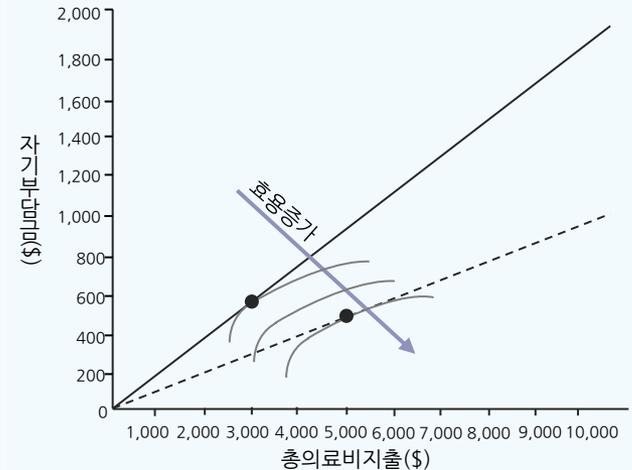
- 실손가입자의 일부 과다 의료이용 방지 및 보험료 인상 요인 억제를 위해 자기부담금 확대 필요
 - 가입자의 자기부담금은 의료쇼핑, 오·남용진료 등 일부 실손가입자의 도덕적 해이가 보험료 상승 요인으로 작용하는 것을 방지하기 위해 2009년 10월 표준화 이후부터 본격적으로 도입되었으나 아직까지 그 기능이 약하다는 평가임

〈그림 6〉 자기부담률에 따른 위험보험료 비중



주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 급여/비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3. 괄호는 해당 상품의 위험손해율(=(지급보험금+IBNR)/위험보험료)임
 자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

〈그림 7〉 의료이용량의 가격탄력성



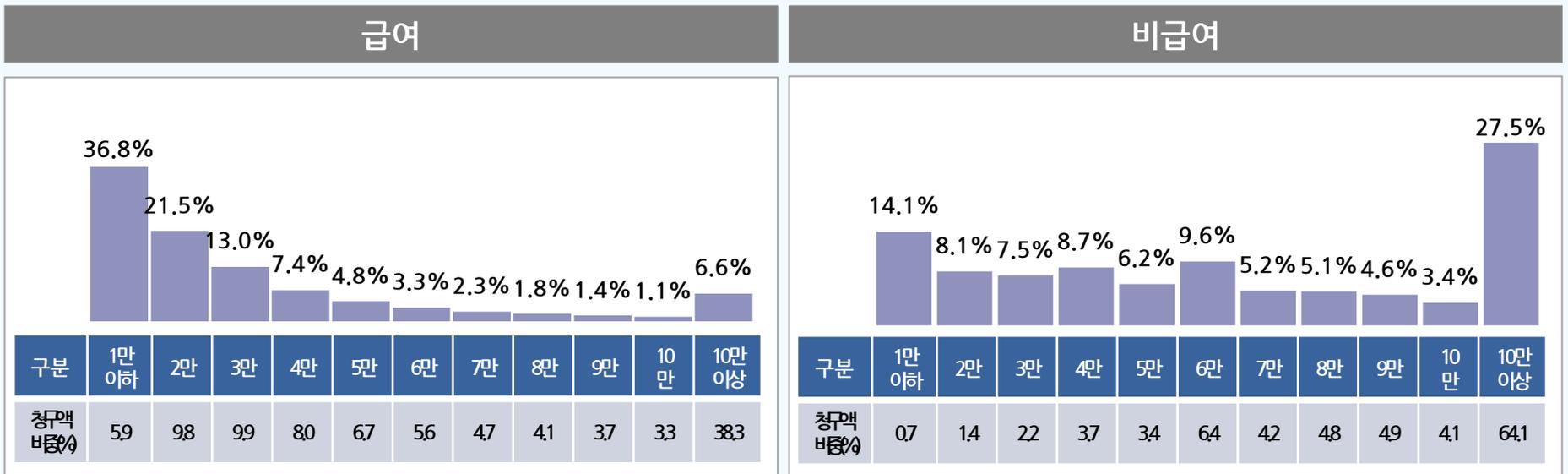
자료: Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND health insurance experiment, three decades later. *Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197-222.

2. 보장 구조 (3/4)

• 통원의 도덕적 해이 가능 축소 및 지나친 소액 의료이용 방지를 위해 최소 공제금액 조정 필요

- 불필요한 급여의 소액 의료이용 등에 따른 공적 건강보험의 재정 악화를 방지하고, 도덕적 해이 가능성이 높은 비급여의 통원 이용에 대한 적절한 통제가 가능하도록 최소 공제금액을 조정할 필요가 있음
- 특히, 현행 의료기관별 공제금액 차등 적용은 통원의 비급여에 대한 도덕적 해이 통제 기능이 미흡함

<그림8> 통원의료비 청구건수 및 청구금액 비중



자료: 생명보험회사 통계(2018년)

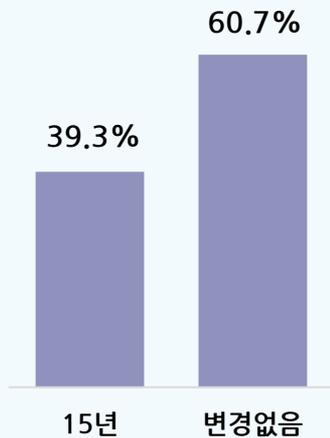
2. 보장 구조 (4/4)

• 의료환경·진료행태 변화에 따라 능동적인 보장구조 개편이 가능하도록 재가입주기*를 단축할 필요

* '보장내용 변경주기'를 의미, 동일 보험회사의 실손의료보험에 재가입 시 과거 사고 이력 등을 이유로 계약 인수를 거절하지 못함

- 의료환경 변화에 따른 면부책 기준 변경 사유 발생, 신의료기술 등에 따른 새로운 비급여 항목 생성, 공보험과 연계한 긴밀한 대응 등을 감안해 볼 때, 현재 15년 재가입주기를 단축할 필요가 있음

〈그림〉 재가입주기비중



자료: 10개 손해보험회사 통계
(2020년 3월말 기준)

〈표1〉 재가입주기 단축이 필요했던 과거 사례

사례1. 실손보험의 보장범위 확대에 따라 기존 가입자도 혜택 가능

2016.1.1. 개정된 실손의료보험 표준약관에 따라 우울증, 조울증, 공황장애 등 일부 정신질환을 보장 대상에 포함하고, 입원의료비 보장기간을 보장한도 도달 시까지로 확대하는 등 가입자의 의료이용 접근성 제고 및 불편해소를 위해 표준약관을 개정·시행했으나, **신규계약(2016.1.1. 이후 가입)에 적용**

사례2. 공보험과 연계하여 과잉 의료이용에 효율적 대응 가능

메르스 후속대책의 일환으로 대형 응급실의 과밀화 해소를 위해 건강보험은 비응급환자의 상급종합병원 응급실 이용 시 응급의료관리료(6만 원 내외)를 환자가 전액 부담토록 하고 있으나, 실손보험에서 이를 보장해 주고 있어, 동 제도의 실효성이 낮은 상황 → 실손보험도 이를 보장해 주지 않도록 표준약관을 변경(2016.1.1.)하였으나, **신규계약(2016.1.1. 이후 가입)에 적용**

사례3. 보상여부에 대한 불필요한 민원방지 및 소비자 보호 가능

의료기술 발전 등에 따라 새로운 질병이 분류되거나 조정되는 경우(KCD 변경 등), 실손보험 약관상 정해진 면·부책 사항(KCD코드로 면책 규정 등)을 조정할 필요성이 발생

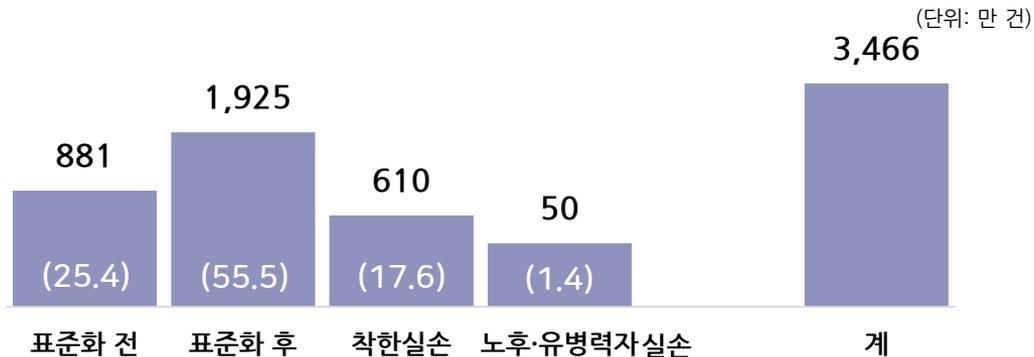
[참고] 착한실손보험 자기부담금 구조

구분	기본형		특약형		
	입원		통원		III
정액공제금 (deductible)	-		의료기관종별 1~2만 원		최소 2만 원
정률공제금 (co-insurance)	표준형		선택형		30%
	급여20%	비급여20%	급여10%	비급여20%	
최대한도 (maximum Benefit)	최대 5천만 원		회당 최대 30만 원 연간 180회		연간350만원 연간50회
					연간250만원 연간50회
					연간300만원

주: 1. 특약형I = 비급여 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료
 2. 특약형II = 비급여 주사료
 3. 특약형III = 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

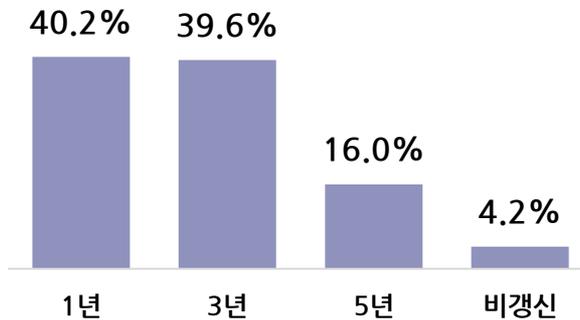
[참고] 실손의료보험 보유계약 구조

보유계약건수



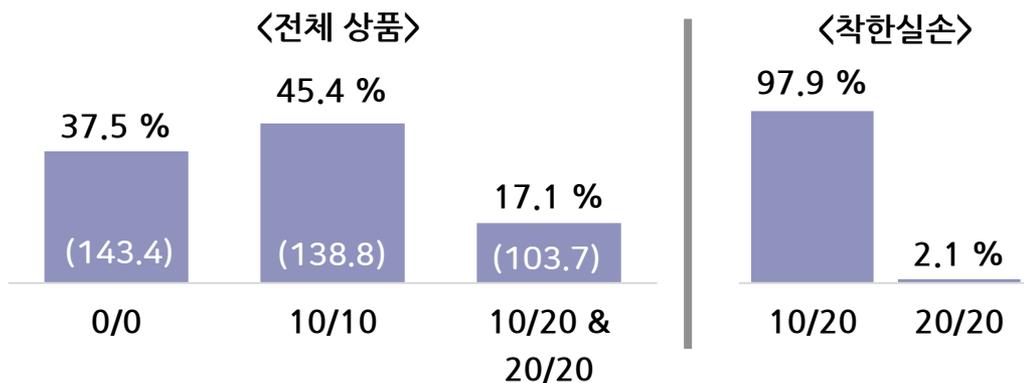
주: 개인실손의료보험 대상으로 단체실손의료보험은 제외함. 괄호는 보유계약건수가 차지하는 비중임
 자료: 보험회사 통계(2020년 상반기 기준)

보험료 변경주기



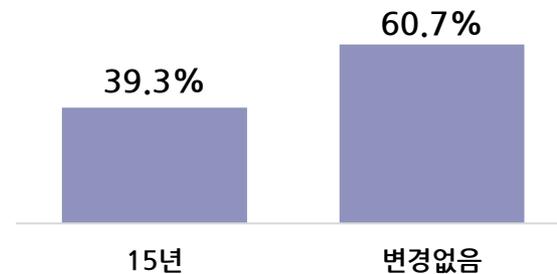
자료: 10개 손해보험회사 통계(2020년 3월말 기준)

자기부담률에 따른 위험보험료 비중



주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 급여/비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3. 괄호는 해당 상품의 위험손해율(=(지급보험금+IBNR)/위험보험료)임
 자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

재가입주기



자료: 10개 손해보험회사 통계(2020년 3월말 기준)

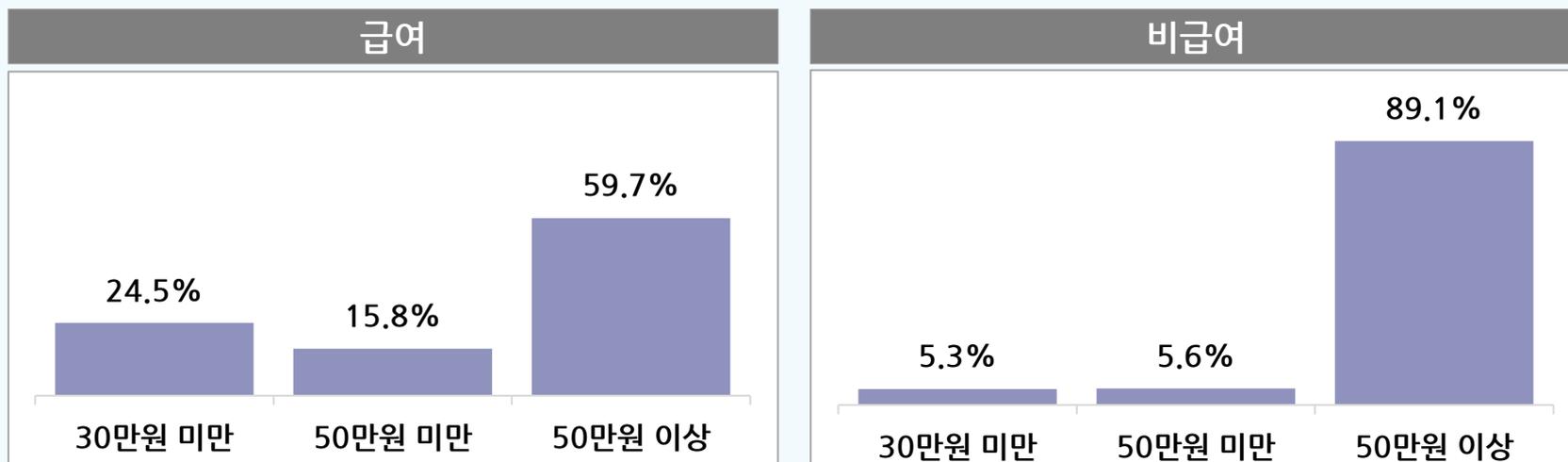
II. 개선방안

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입
2. 급여·비급여 보장구조 분리
3. 보장구조·한도 변경
4. 자기부담금 상향
5. 재가입주기 단축
6. 보험료 영향
7. 요약
8. 한계점과 향후 과제

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (1/4)

- 실손가입자의 개별 비급여 의료이용량(청구 실적)과 연계하여 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입
 - 질병 발생은 불가피한 측면이 있으나 가입자의 건강관리 정도에 따라 어느 정도 통제가 가능하다는 점에서 의료이용량에 따른 보험료의 할인·할증 적용이 가능함
 - 또한, 가입자의 보험료 세분화 한계 및 비급여 오·남용 완화를 위해, 비급여 보장에 대한 보험료 차등제 도입을 검토함

〈그림10〉 실손의료보험 청구금액 분포



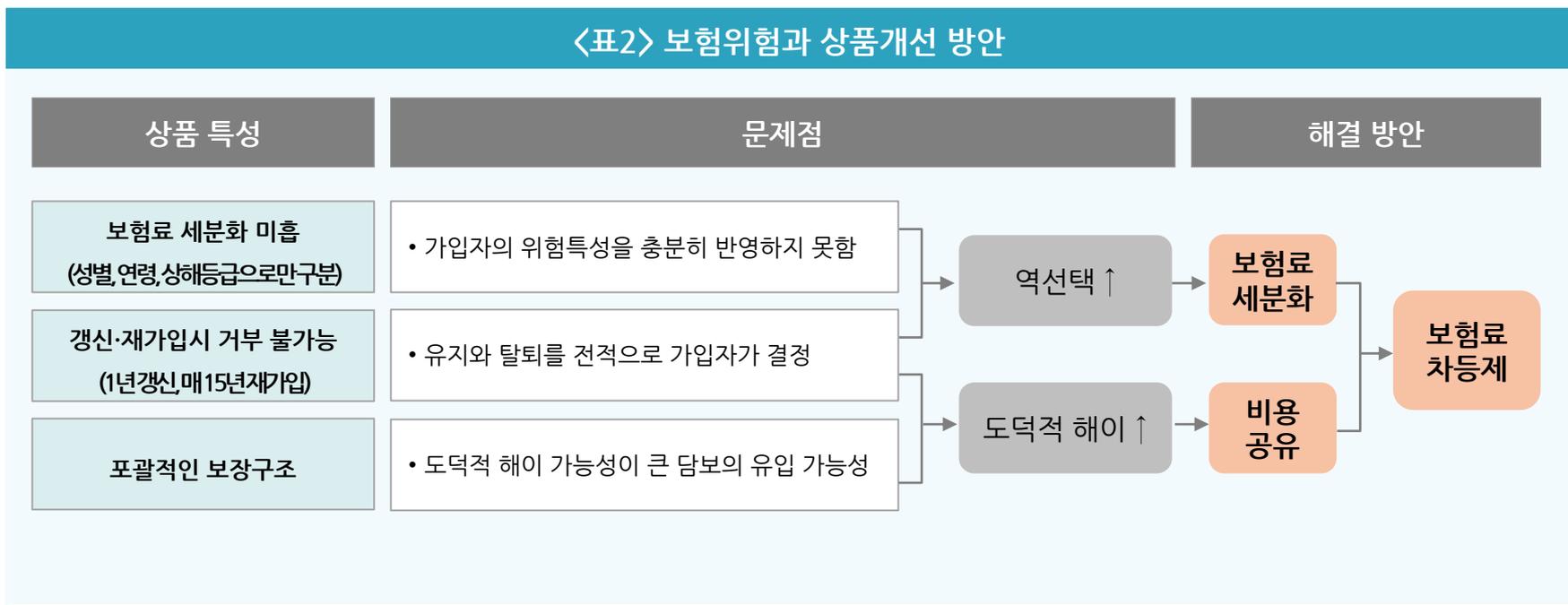
주: 실손의료보험 표준화상품 선택형(급여90%, 비급여90% 보장) 상품의 입원 청구통계
 자료: 생명보험회사 통계(2018년)

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (2/4)

• 보험료 차등제 도입을 통해 역선택·도덕적해이 방지 완화 및 가입자의 보험료 부담 형평성을 제고

- 보험가입 시점에 충분히 반영되지 못한 가입자(피보험자)의 특성을 가입 이후 보험료에 반영한다는 점에서 역선택 및 도덕적 해이 방지에 효과가 큼
- 또한, 가입자의 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과함으로써 가입자 간 보험료 부담 형평성을 제고함

<표2> 보험위험과 상품개선 방안

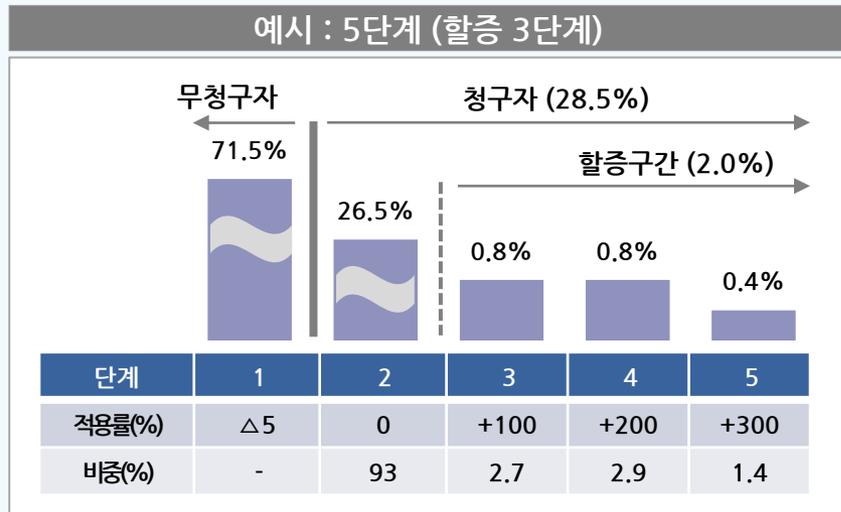
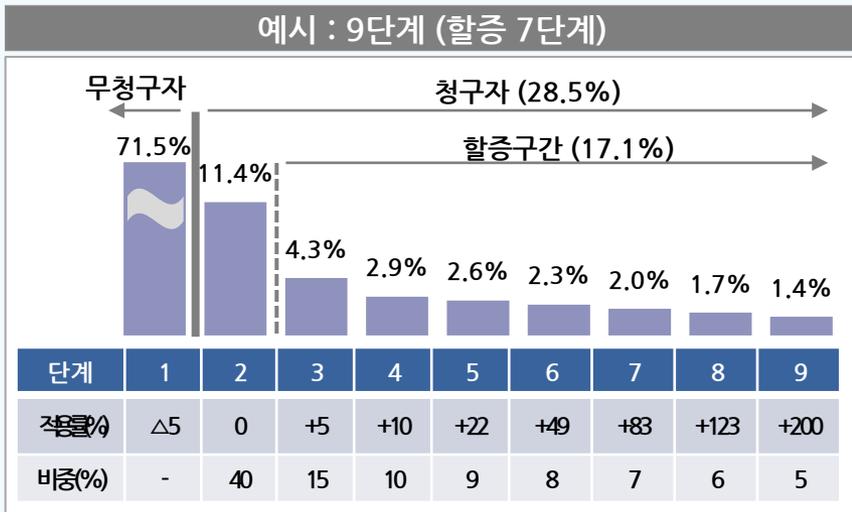


1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (3/4)

• 전체 실손가입자의 연간 비급여 의료이용량(청구 실적)을 기준으로 할인·할증 단계를 구분

- 매년 실손가입자의 비급여 청구 실적을 평가하여, 할인·할증 단계(적용률)를 결정, 이를 차년도 갱신보험료에 반영함
- 할인·할증단계는 할인(무청구자), 할증(소액할증, 고액할증), 할인·할증 미적용(소액청구, 적용 제외 대상)으로 구분함
- 실손가입자의 할인·할증은 매년 산정해 차년도 갱신보험료에 한 번만 적용(할인·할증 적용 위한 보험금 지급이력 매년 초기화)

〈그림 11〉 보험료 차등제(안)의 단계별 청구자 수 비중



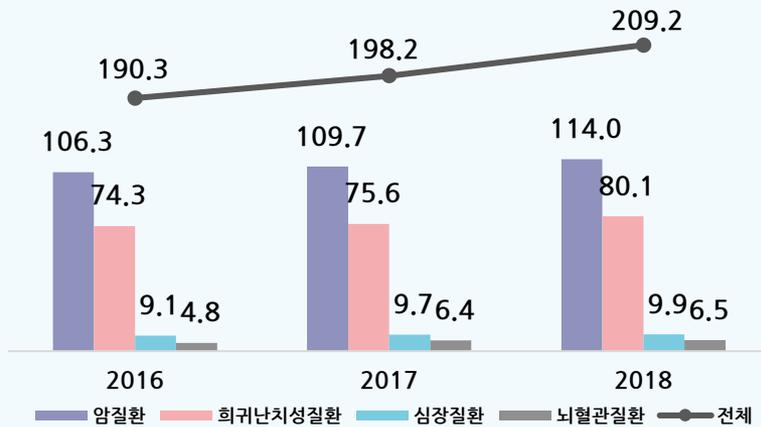
주: 비중은 청구자(2~9단계) 중에서 각 단계별 청구자의 비중을 뜻함
 자료: A보험회사 통계

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (4/4)

- 실손가입자의 의료 접근성이 지나치게 제한되지 않도록 차등제 적용 제외 대상자를 신중하게 결정
 - 가입자가 보험료 할인단계 유지를 위해 필요한 의료이용을 기피할 경우 초기 치료 기회를 놓쳐 건강상태가 악화되거나 더 큰 의료비용 부담으로 이어질 가능성이 있음
 - 4대 중증질환자, 건강보험 산정특례 대상, 장기요양등급 대상 등 이해관계자의 충분한 의견 수렴을 통해 결정

〈그림12〉 산정특례 및 4대 중증질환자 수 추이

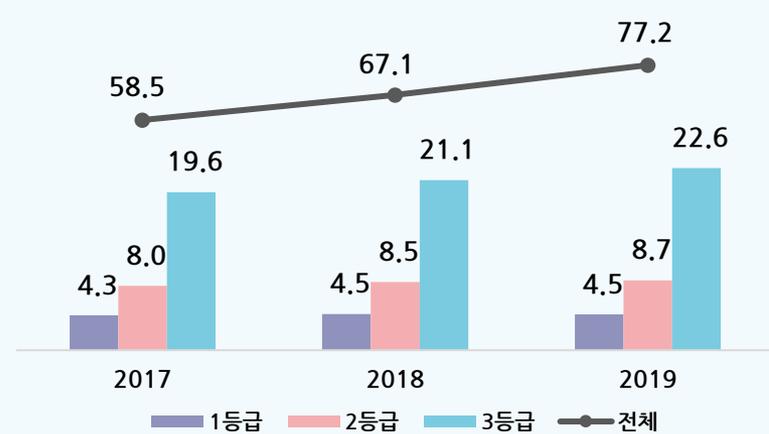
(단위: 만 명)



자료: 건강보험통계연보 각 연도

〈그림13〉 노인장기요양보험 인정자 수 추이

(단위: 만 명)



자료: 노인장기요양보험통계연보 각 연도

[참고] 착한실손보험 보험료 할인제도

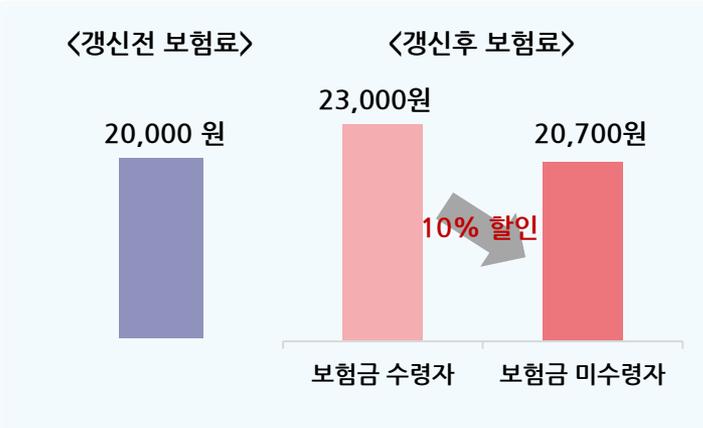
〈표3〉 착한실손보험 보험료 할인제도 개요

대상	<ul style="list-style-type: none"> • 2017.4.1. 이후 신규 가입한 착한실손 계약(108,801건) • 구실손계약의 착한실손 전환 계약(2017.4.1~2018.12.31까지 43천여 건) <ul style="list-style-type: none"> * 단체실손·유병력자실손·노후실손보험은 제외
판정기간 (2년)	<ul style="list-style-type: none"> • 갱신일의 2년전 전전월의 1일(2년차 갱신 시 최초 보험개시일) ~ 갱신일의 3개월전 말일 (예) 2017.4.18. 체결 계약, <ul style="list-style-type: none"> 2년차 갱신(2019.4.18.): 2017.4.18 ~ 2019.1.31.(1년 9개월) 3년차 갱신(2020.4.18.): 2018.2.1. ~ 2020.1.31.(2년)
할인대상	<ul style="list-style-type: none"> • 판정기간 중 담보별로 비급여 의료비 보험금 미수령자 <ul style="list-style-type: none"> * 담보(7개): ① 기본계약(상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원) ② 특약(도수치료 등, 비급여주사제, 비급여 MRI) * 4대 중증질환(암, 뇌혈관, 심장, 희귀난치성)의 비급여 의료비 보험금 수령은 제외
할인금액	<ul style="list-style-type: none"> • 할인대상 담보별 차기 연간 갱신보험료의 10% 할인

〈표4〉 보험료 할인 효과 추산

- 2019.4월까지 유지계약(83,344건) 중 모든 보장 담보에 대한 보험료 할인대상 계약 (56,119건, 67.3%)
- 보험료 할인대상 계약의 차기 연간갱신보험료 (88억 원)의 8.8억 원(10%)

〈그림14〉 보험료 인상률이 15%인 경우



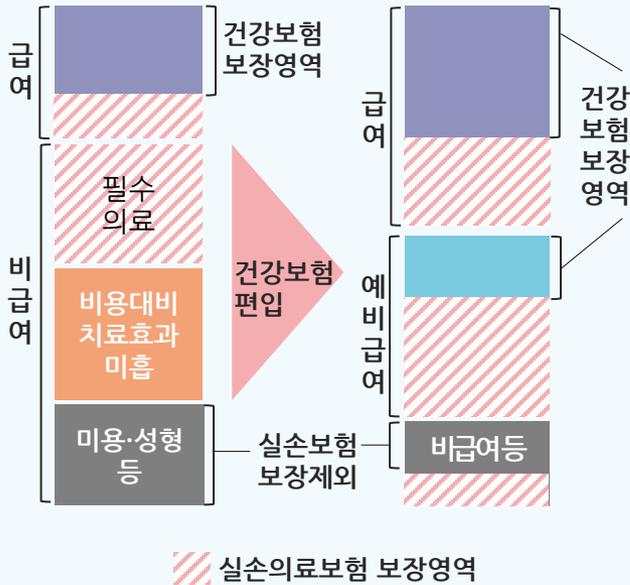
자료: 금융감독원 보도자료(2019.4.30.) 참고 제작성

2. 급여·비급여 보장구조 분리 (1/2)

• 현재 포괄 보장 구조를 실질적인 의료비 기준인 급여와 비급여로 구분하여 운영을 검토

- 급여(필수의료)와 비급여(비필수, 선택의료)의 의료 특성을 감안하여, 기본형과 특약으로 분리 운영을 검토할 필요가 있음
- 또한 비급여에 대한 할인·할증방식 보험료 차등제 도입을 감안해 볼 때, 보장구조를 급여와 비급여로 분리할 필요가 있음

〈그림15〉건강보험 보장성 강화와 실손 보장구조 변화



〈표5〉실손의료보험 상품구조 개편(안) - 급여·비급여 보장구조 분리

착한실손 보험료			개편(안) 보험료			
기본형	급여	10,497원	+	기본형	급여	4,894원
	비급여				비급여	
특약형 (비급여)	도수치료 체외충격파치료 증식치료	1,303원	+	특약형	비급여	9,029원
	주사료				606원	
	자기공명영상진단 (MRI/MRA)					
=		영업보험료 13,922원	=		영업보험료 13,923원 ± α	

비급여의료
이용량반영
보험료
할인·할증

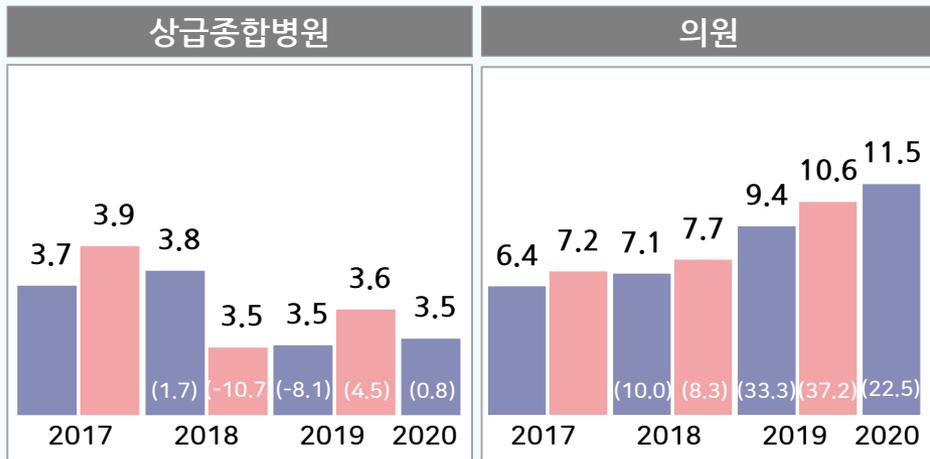
주: A보험회사 착한실손보험 선택형(급여 10%, 비급여 20%), 입원 5천만, 외래 25만, 처방 5만, 3대 비급여 특약가입, 남자 40세 상해1급 기준

2. 급여·비급여 보장구조 분리 (2/2)

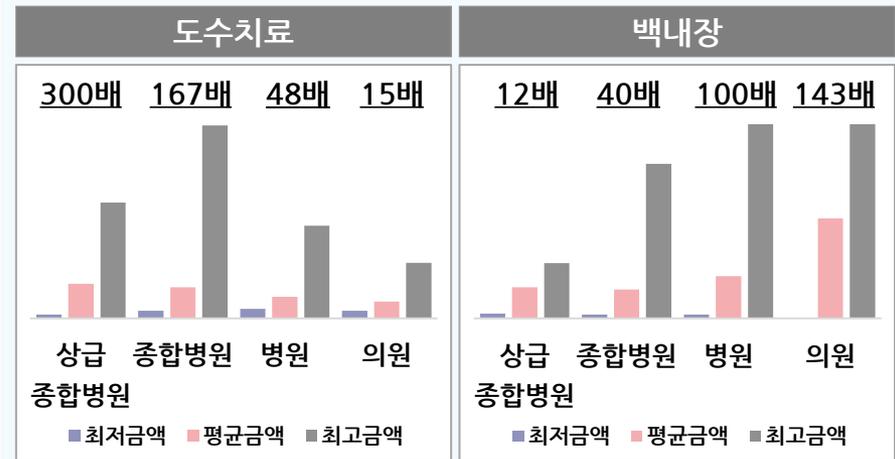
- 보험회사는 급여와 비급여로 분리·지급함에 따라 비급여에 대해 별도 보험료 및 보험금 관리가 가능
 - 비급여는 보장 특성 및 가입자의 의료 성향 편차가 급여에 비해 크므로 역선택·도덕적 해이 발생 유인이 높음
 - 실손보험 청구금액의 상당부분을 비급여가 차지하고 있어, 오·남용진료 발생에 취약함

<그림 16> 실손의료보험 비급여 청구 추이

(단위: 천억 원)



<그림 17> 의료기관 간 비급여 진료비용 편차



주: 괄호는 전년 동기 대비 증감률임
 자료: 5개 손해보험회사 통계(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61% 차지)

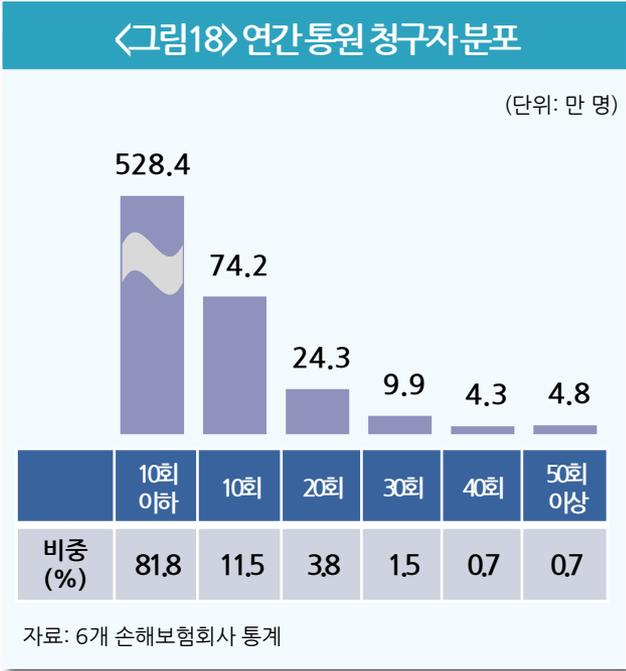
자료: 보건복지부 보도자료(2019.9.5.)

3. 보장구조·한도 변경

- 보장구조는 **상해·질병 구분 및 입원·통원 통합하고, 보장한도를 착한실손보험과 동일 수준으로 설정**
 - 상해·질병은 위험특성이 상이하고, 상법·보험관련 법규에서 별도 보험종목(계약)으로 규정하고 있으므로 구분 운영함
 - 동일 상해·질병에 대한 입·통원은 의료인 판단에 따른 조치로, 실손가입자 측면에서 운영 실익이 없어 통합 운영함
 - 보장구조 개편에 따라 전체 보장한도는 현행과 유사한 수준(약 2억 원)으로 설정(통원 한도는 상향조정, 회당 30→40만 원)
 - 다만, 현행 통원 횟수가 연 180회(급여+비급여)임을 고려하여, 비급여의 통원횟수 제한을 검토할 필요가 있음

<표6> 실손의료보험 상품구조 개편(안) - 보장구조 및 보장한도

현행			개편(안)		
입원	질병	하나의 질병당 5천만 원	주계약 (급여)	질병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
	상해	하나의 상해당 5천만 원		상해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
통원	질병	회당 30만 원/연 180회	특약 (비급여)	질병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)
	상해	회당 30만 원/연 180회		상해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)

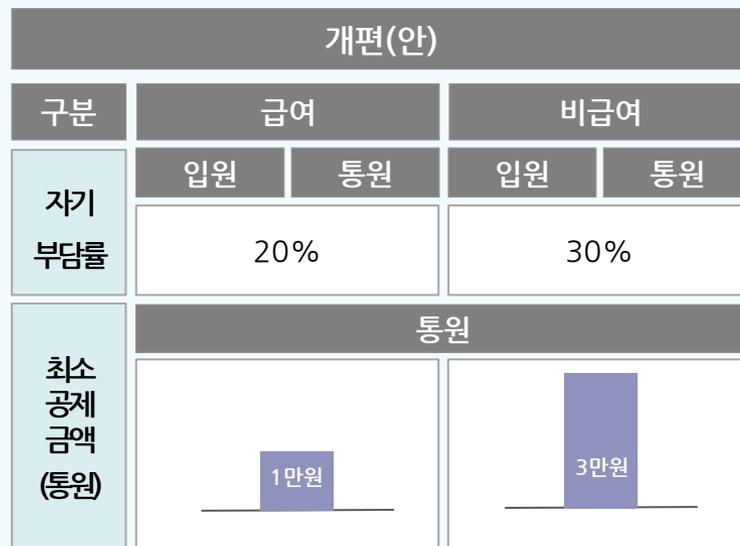
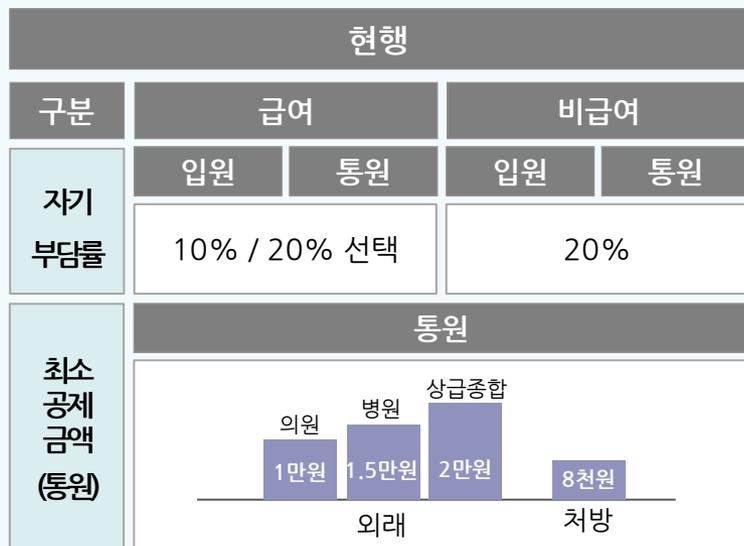


4. 자기부담금 상향

• 급여·비급여의 자기부담률을 20·30%(10%p 상향), 통원 최소 공제금액을 1·3만원 검토

- 자기부담률 상향은 불합리한 의료서비스 이용 억제 및 도덕적 해이 예방에 효과적이거나, 과도한 상향에 따른 가입자의 부담 증대가 있고, 유병력자 실손보험(급여 30%, 비급여 30%)과의 형평성을 고려하여 각각 10%p를 상향함
- 소액 의료이용 등에 따른 공적 건강보험 재정악화 방지, 비급여에 대한 도덕적 해이 완화, 가입자의 부담가능한 수준 등을 고려하여, 급여와 비급여의 통원 최소 공제금액을 각각 1만 원, 3만 원으로 의료기관 구분 없이 동일하게 적용함

<표7> 실손의료보험 상품구조 개편(안) - 자기부담률, 최소 공제금액



5. 재가입주기 단축

- 의료환경 변화 및 건강보험 정책 추진에 대응하기 위해 재가입주기를 현행 15년에서 5년으로 단축
 - 빠르게 변화하는 의료기술, 진료 및 의료이용 행태 변화 등에 시의성 있게 대응하고, 정부의 건강보험 정책 변화(통상 4~5년)에 따라 보완형의 역할을 합리적으로 준비하기 위해서는 현행 15년을 5년 이하로 단축할 필요가 있음
 - 다만, 지나친 단축 시 재가입 불편 등의 우려가 예상되므로 재가입주기를 5년으로 하는 것이 적절하다고 판단됨

〈표8〉 건강보험 중기보장성 강화 계획

2차 (2009~2013)	3차 (2014~2018)	4차 (2018~2022) ^주	5차 (2023~2027)
<ul style="list-style-type: none"> • 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (척추·관절) • 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) • 구강 보험 적용 • 임·출산 지원 강화 • 본인부담상한액 3단계 	<ul style="list-style-type: none"> • 4대 중증질환 선별급여 • MRI 보험적용 확대 (뇌·심장) • 초음파 보험적용 확대 (임산부·간질환) • 3대 비급여 해소 추진 • 생애주기 필수의료 보장 • 본인부담상한액 7단계 	<ul style="list-style-type: none"> • 예비 급여 • MRI 보험적용 확대 (디스크, 혈관성 질환, 복부) • 초음파 보험적용 확대 (심장, 수술중, 근골격계) • 3대 비급여 실질적 해소 • 재난적 의료비 지원 • 본인부담 상한액 설정 	<h1>?</h1>

2013년

2028년

재가입주기(15년)

주: 4차(2018~2022)는 건강보험 보장성 강화 정책의 내용을 기초로 별도 작성함
 자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

6. 보험료 영향: 10.3% 감소 (1/2)

<그림 19> 지급보험금 변동 효과

(단위: %)



주: 1. 착한실손(급여 90%, 비급여 80%, 특약 70% 보장 상품) 기준임
 2. 착한실손(자기부담률, 공제금액 모두 적용), 개편(안)(자기부담률만 적용) 비교

<그림 20> 영업보험료 예시

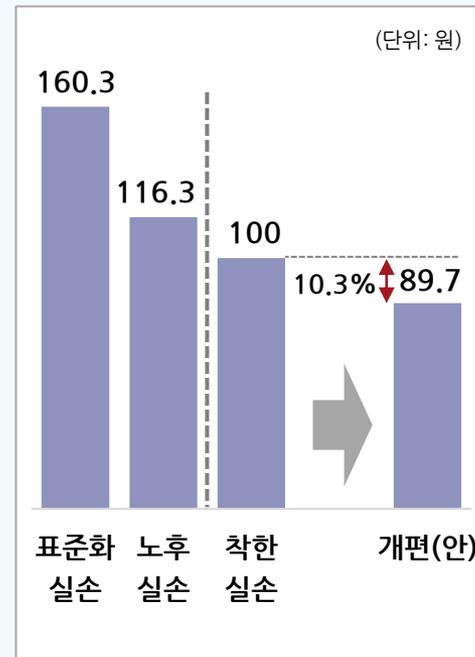
40세 기준

(단위: 원)



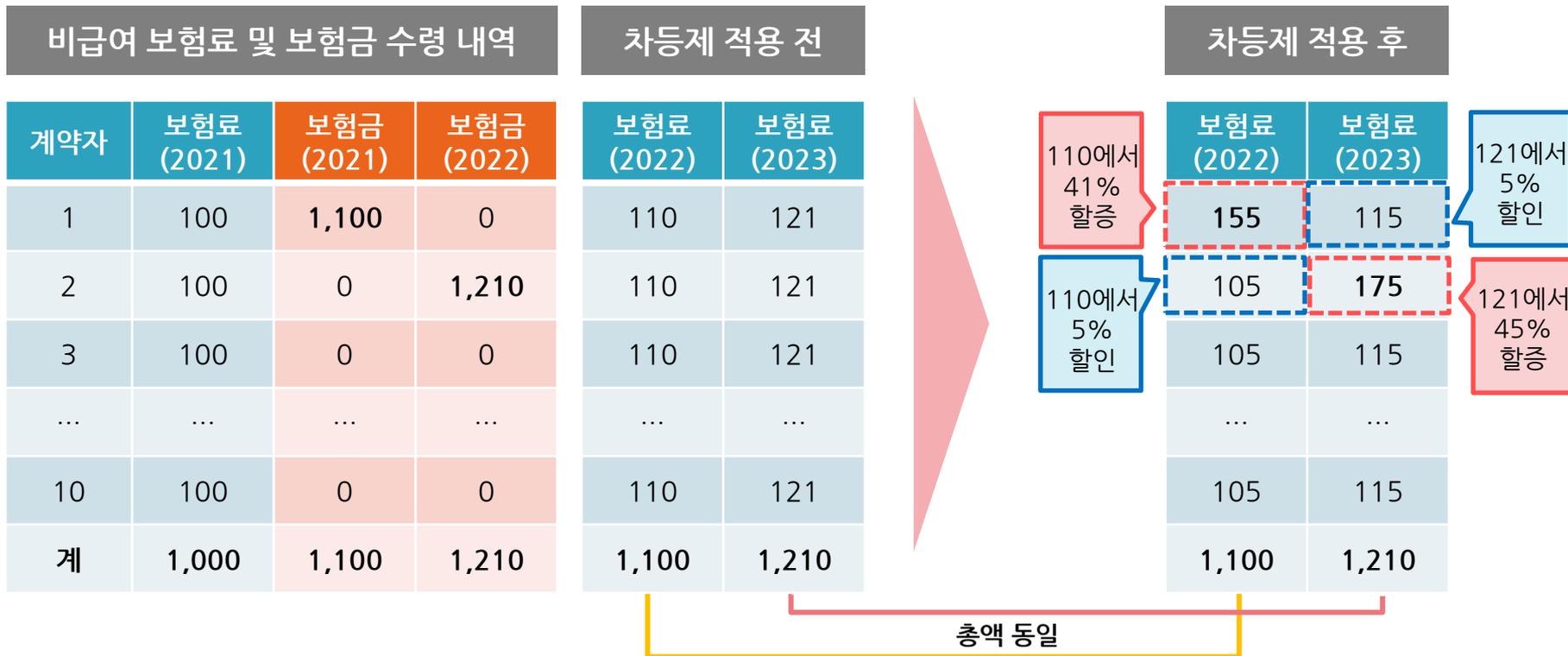
55세 기준

(단위: 원)



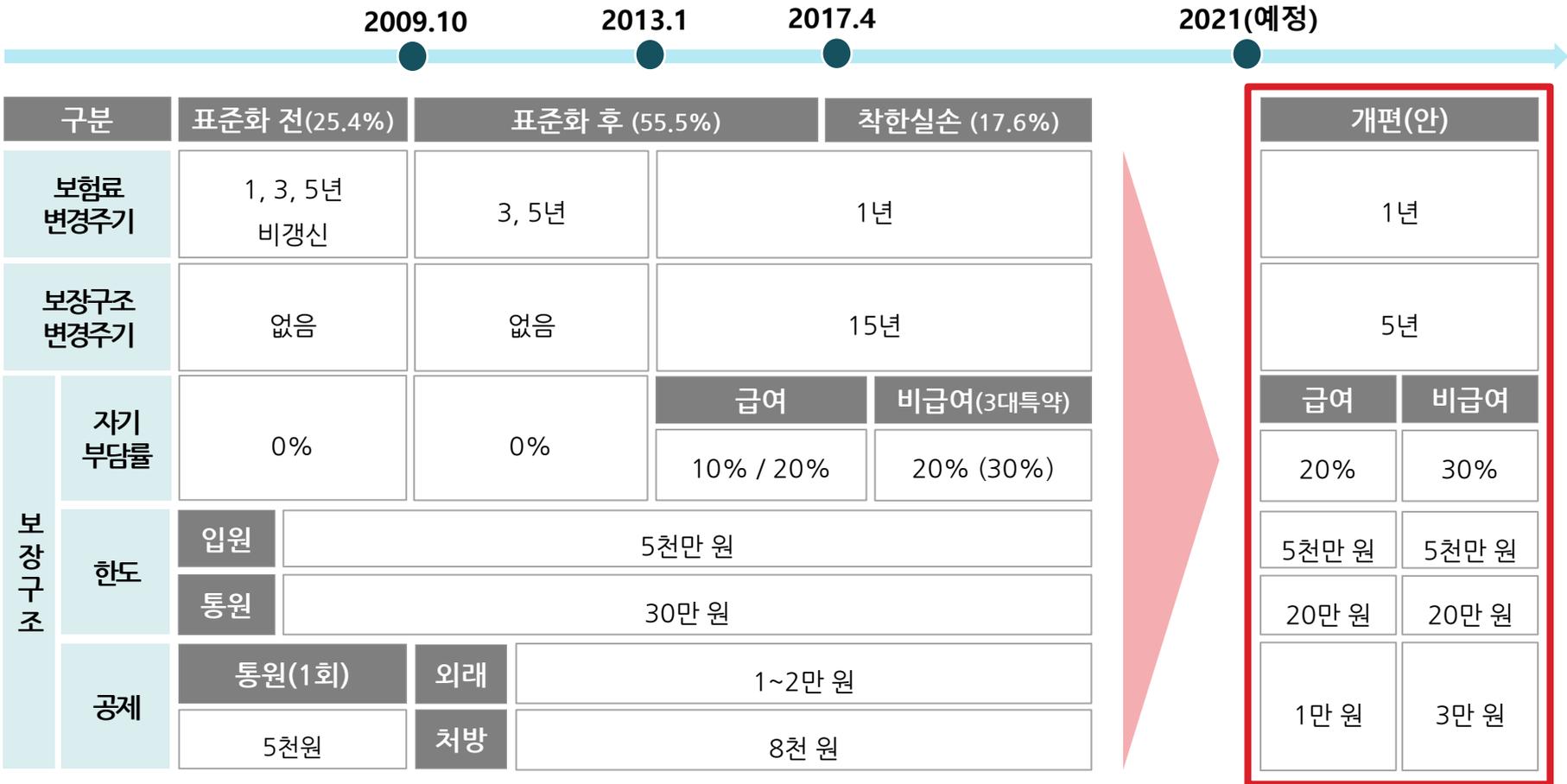
주: 1. 착한실손(90/80)은 상해 1급, 남자, 입원 5천만원, 외래 20만원, 처방조제 10만원 보장 한도 기준
 2. 표준화실손(90/90)은 상해 1급, 남자, 입원 5천만원, 외래 20만원, 초방조제 10만원 보장 한도 기준
 3. 노후실손은 남자, 상해-질병 각 1억원, 상급병실차액 2천만원, 요양병원 5천만원 보장 한도 기준

6. 보험료 영향: 비급여 보험료 할인·할증 (2/2)



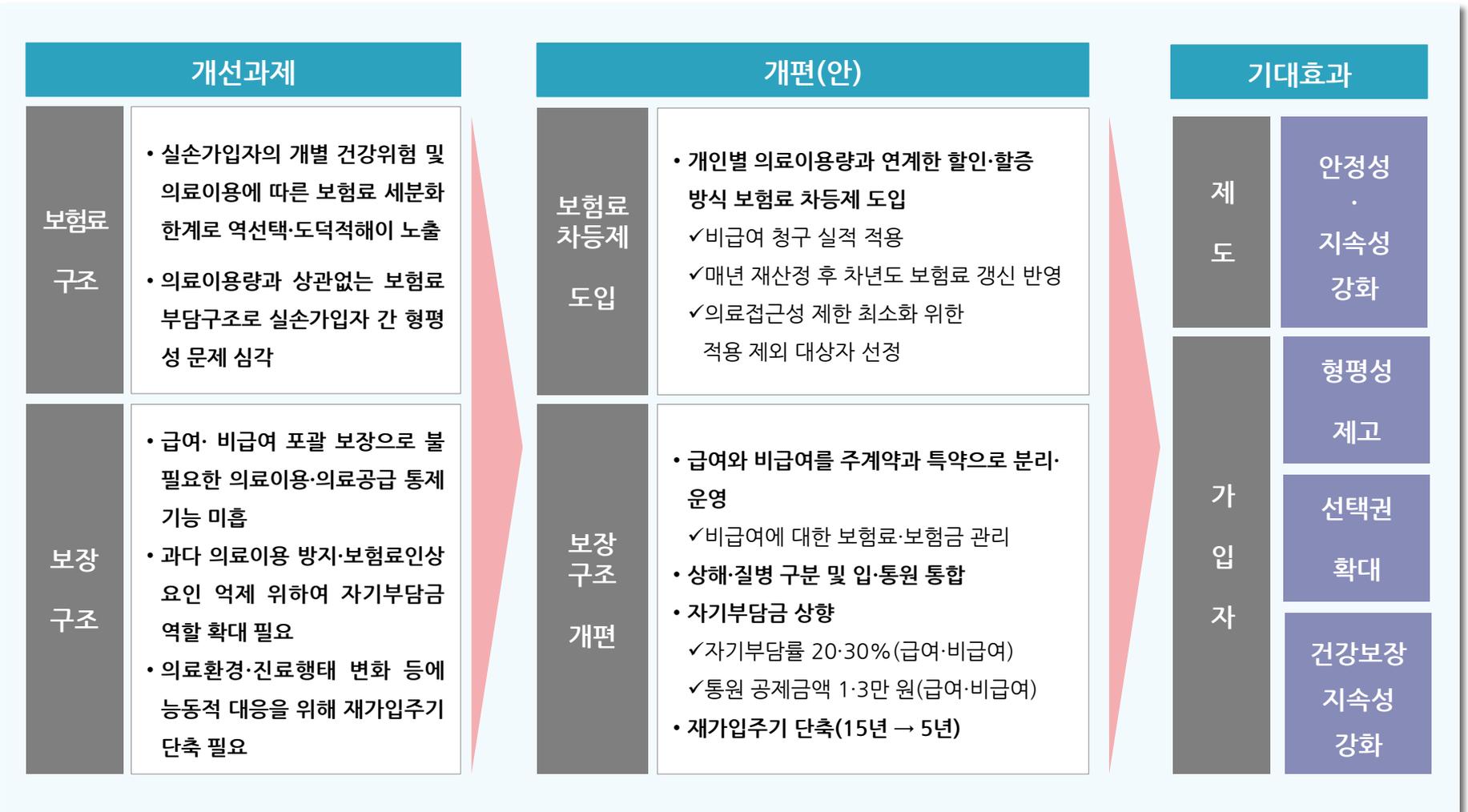
주: 가정 1. 개편(안) 실손보험 비급여 계약자 10명(2021년 ~ 2023년 가입 유지), 2021년 1인당 연 비급여 보험료 100원, 2021~2022년 비급여 위험손해율 110% 가정
 가정 2. 비급여 보험금 수령실적: 2021년 1번 계약자 1,100원, 2022년 2번 계약자 1,210원

7. 요약 (1/2)

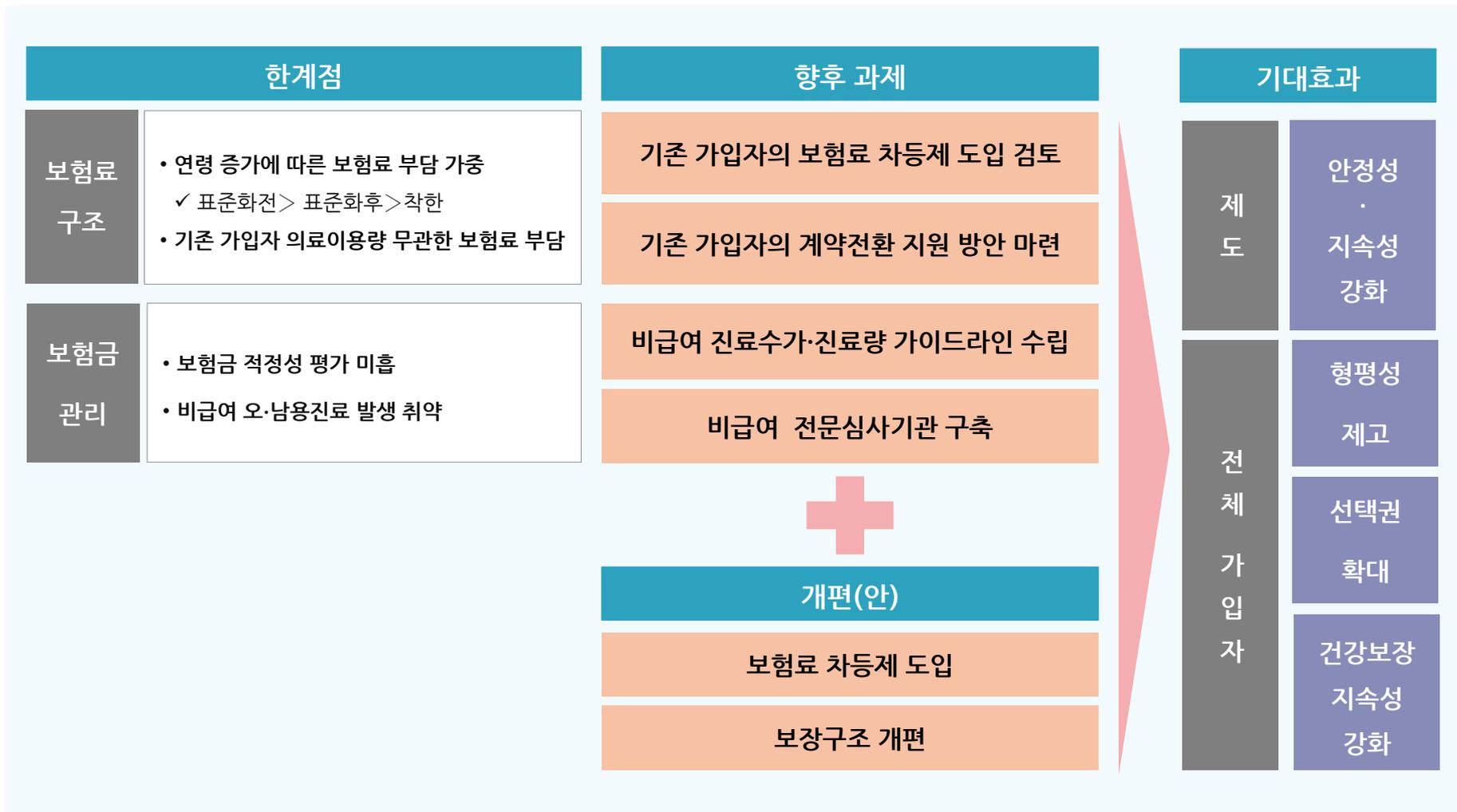


주: 상품종류 우측의 괄호는 전체 개인실손 계약건수 중 각 상품이 차지하는 비중임(2020년 상반기 기준)

7. 요약 (2/2)



8. 한계점과 향후 과제



감사합니다.