부록 Ⅰ. 보험료 차등화와 사회후생 개선[32)]

1. 보험료 차등화의 이론적 배경과 사회적 후생 개선

■ 가입자는 보험가입을 통해 기대효용을 극대화하는 의사결정을 하고 보험회사는 이익을 극대화하는 의사결정을 함

○ Rothschild, Stiglitz(1976)는 정보비대칭 상황하에서 동질적이지 않은 위험집단에 대한 균형은 단일 보험계약이 아닌 복수 보험계약 형태의 분리균형(separating equilibria)이 될 수밖에 없으며, 이러한 분리균형하에서 저위험집단은 완전보험(full insurance)에 도달하지 못하고 부분보험(partial insurance)에 머물게 된다는 점을 기술함

보험사건이 발생하지 않았을 경우의 부의 수준을 W_1, 보험사건이 발생하였을 경우의 부의 수준을 W_2, 초기의 부존자원 상태를 $E(W_1, W_2)$, 보험료 α_1, 보험금 α_2인 보험계약을 벡터 $\alpha=(\alpha_1,\alpha_2)$, 보험사건 발생확률을 p라 하자.

위험회피자인 소비자는 보험가입의 기대효용 $\hat{V}(p,\alpha)$이 0보다 크다면 보험에 가입할 것이다.

$$\hat{V}(p, W_1, W_2) = (1-p)\,U(W_1) + p\,U(W_2). \qquad (1.1)$$

반면 보험회사는 위험중립자로 기대이익 π가 0 이상이면 해당 계약을 인수할 것이다.

32) 보험연구원·법무법인 태평양(2020)의 내용 일부를 발췌함

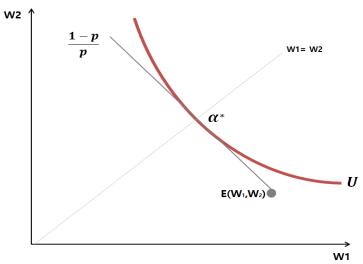
$$\pi(p,\alpha) = (1-p)\alpha_1 - p\alpha_2 = \alpha_1 - p(\alpha_1+\alpha_2). \qquad (1.2)$$

식 (1.1), (1.2)에서 사고확률 p는 계약자와 보험회사 의사결정에 결정적인 정보이다. 만약 시장에 고위험군과 저위험군이 있고 각각의 사고확률을 p^H, p^L 이라 했을 때 정보비대칭이 없다면 보험회사는 계약자별 위험수준을 정확히 파악할 수 있으므로 계약자별 예산제약선과 효용곡선 U이 만나는 점에서 균형(equilibrium)이 이루어진다. 이때 보험회사의 이익극대화 조건 식(1.3)에 의해 예산제약선(budget line)의 기울기가 결정된다.

$$\pi(p,\alpha) = (1-p)\alpha_1 - p\alpha_2 = \alpha_1 - p(\alpha_1+\alpha_2) = 0. \qquad (1.3)$$
$$\frac{a_2}{a_1} = \frac{p}{1-p}.$$

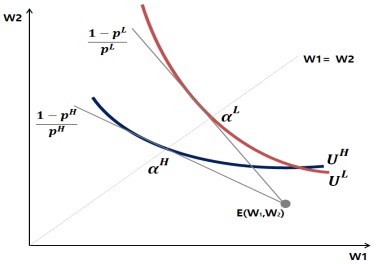
만약 정보대칭 상황에서 사고확률 $p = p^H = p^L$인 동질적 위험집단이라면 〈부록 그림 Ⅰ-1〉에서처럼 단일균형 a^*이 존재하며 완전보험(complete insurance)이 달성된다. 이때 모든 계약자는 보험가입 상태이므로 사고 미발생 시의 부의 수준 W_1과 사고발생 시의 부의 수준 W_2가 같다. 또한 〈부록 그림 Ⅰ-2〉에서처럼 정보대칭하에서는 위험집단이 동질적이지 않고 고위험군과 저위험군으로 이질적일 경우에도 위험집단별 예산제약선 $\frac{1-p^L}{p^L}$, $\frac{1-p^H}{p^H}$이 위험집단별 무차별곡선 U^H, U^L과 만나는 점에서 집단별 균형 a^H, a^L이 존재한다.

〈부록 그림 Ⅰ-1〉 정보대칭하 단일균형



주: 단일균형 α^*

〈부록 그림 Ⅰ-2〉 정보대칭하 분리균형

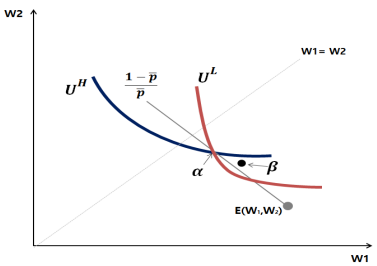


주: 분리균형 (α^H, α^L)

자료: Rothshild, Stiglitz(1976)

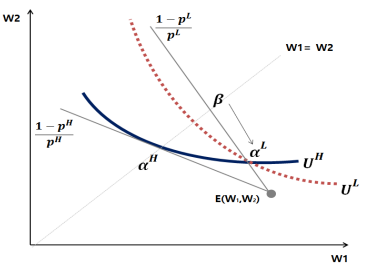
하지만 정보비대칭 상황에서는 원칙적으로 균형이 존재할 수 없다. 〈부록 그림 Ⅰ-3〉에서처럼 위험수준이 다른 두 집단에 대해 평균 사고확률 $\bar{p}$를 적용한 단일가격을 부과할 경우 저위험군은 단일균형 α대신 β를 선택함으로써 효용을 개선하려 할 것이다. 보험시장은 경쟁시장이므로 이러한 상품이 다른 보험회사에 의해 제공될 수 있으므로 단일균형 α는 유지될 수 없다. 이때 단일균형 α는 단일보험료를 의미한다.

〈부록 그림 Ⅰ-3〉 정보비대칭하 단일균형 불가



주: 단일균형 불가
자료: Rothschild, Stiglitz(1976)

〈부록 그림 Ⅰ-4〉 정보비대칭하 분리균형 가능



주: 분리균형 (α^H, α^L)

■ 현실의 세계는 정보비대칭의 세계이며 계약자별 위험수준은 이질적이지만 이러한 상황에서도 분리균형(separating equilibrium)은 존재할 수 있음

○ 분리균형이란 각 집단별 위험률 p^H와 p^L에 따라 위험집단별 보험요율을 부과하는 것으로 앞서의 균형은 전체 집단에 대해 단일요율을 부과한다는 것과 구분될 필요가 있음

○ 〈부록 그림 Ⅰ-4〉는 다른 유형의 위험집단이 존재하더라도 보험료를 달리하면 시장이 성립될 수 있음을 보여줌

- 대신 저위험군의 균형은 정보대칭 상황의 균형점 β가 아니라 α^L임
- 이는 정보비대칭으로 보험회사가 계약자가 어떤 위험집단에 속하는지 파악할 수 없는 상황에서 α^H와 β를 책정할 경우 고위험군이 전부 β로 이동하려 할 것이므로 이를 차단하기 위해서는 고위험군의 효용 U^H와 저위험군의 효용 U^L이 무차별한 수준인 a^L에서만 균형이 유지될 수 있기 때문임

■ 요약하면 위험수준별 세분집단이 존재하는 상황에서 전체에 대해 단일보험료를 부과하는 것이 성립될 수 없다는 점이지만 분리균형은 가능함

○ 다시 말해 위험집단별로 보험료를 차등화하는 것은 가능하지만, 정보비대칭 상황에서의 저위험군은 완전보험가입이 불가능하며 고위험군이 없었을 경우, 즉, 위험집단이 동질적인 상황에 비해 효용감소가 발생함

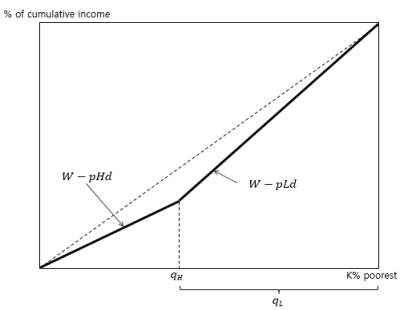
○ 따라서 보험시장에서 이질적 위험집단에 대해 단일보험료를 부과할 경우는 근본적으로 유지되기 어렵기 때문에 이질적 위험집단에 대한 보험료 차등화가 필요함

■ 보장범위의 축소는 계약자의 위험전가를 제한할 수 있음

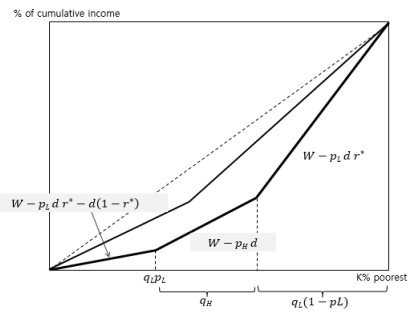
○ Hoy(2006)는 규제적 역선택(regulatory adverse selection)에 의한 분리균형하에서 보험사건 발생 유무에 따라 위험집단별 효용수준에 대한 비교를 시각적으로 도식화함으로써 보장축소로 저위험군의 효용이 고위험군에 비해 상대적으로 더 감소할 수 있다는 사실을 보여줌

○ 보험사고 발생에 따른 각 위험집단의 부(wealth)을 비교해 보면 보험사고 발생 시 저위험군의 부가 고위험군보다 악화되는 것을 알 수 있음

〈부록 그림 Ⅰ-5〉 정보대칭하 로렌츠 곡선



〈부록 그림 Ⅰ-6〉 정보비대칭하 로렌츠 곡선



자료: Hoy(2006)를 수정함

○ 〈부록 그림 Ⅰ-5, 6〉에서 로렌츠 곡선은 보험가입 정도에 따른 사회전체의 소득을 나타낸 것임

- 로렌츠 곡선의 가로축은 개인별 소득의 비율을, 세로축은 누적소득의 비율을 나타냄
- 점선은 개인별 소득이 W로 같을 때 사회전체 소득이 구성원별 소득인 W만큼 비례적으로 증가함을 나타내며 실선은 보험가입 정도에 따라 위험집단별 소득이 어떻게 바뀌는가를 나타냄
- q_H, q_L은 고위험군과 저위험군의 구성비율, p_H, p_L는 고위험군과 저위험군의 위험률, 손실액은 d, 부보비율은 r^*임

○ 〈부록 그림 Ⅰ-5〉의 정보대칭 상황에서 구성원은 각자의 위험률에 따라 보험료 p_Hd, p_Ld(위험집단별 기대손실액)를 지불하며 보험사고 발생 시에는 완전보험 상태이므로 손실액 d를 보상받음

- 따라서 보험사고 발생 여부와 상관없이 소득이 $W-p_Hd$, $W-p_Ld$으로 같음

○ 반면 〈부록 그림 Ⅰ-6〉의 정보비대칭 상황으로 Rothschild, Stiglitz에서처럼 고위험군은 완전보험 상태이나 저위험군이 부분보험 상태일 때의 위험집단별 소득을 나타냄

- 고위험군은 완전보험이므로 보험사고 발생 여부와 관계없이 $W-p_Hd$이 됨
- 하지만 저위험군은 부분보험이므로 부보율 $r^* < 1$이므로 보험사고 발생 시 저위험군 계약자의 소득($W_L^{'}$)은 $W-p_Ldr^*-d(1-r^*)$이 되어 보험사고 미발생 시의 소득 $W-p_Ld$보다 감소함. 보험사고 발생에 따른 각 위험집단의 소득을 비교해 보면 $W_L^{\text{보험사고 발생}} < W_H < W_L^{\text{보험사고 미발생}}$이 되어 보험사고 발생 시 저위험군의 소득이 고위험군의 소득보다 악화되는 것을 알 수 있음

■ 다시 말해 실손의료보험의 상품구조 변경이 고위험군의 경우에는 큰 영향을 미치지 않을 수 있지만 저위험군의 경우 보장축소 우려의 여지가 있다고 볼 수 있음

○ 따라서 근본적인 문제해결을 위해서는 실손의료보험의 정보비대칭 상황을 완화하기 위해 계약자 위험특성을 반영하는 요율변수 반영이 필요함

2. 계약자위험특성의 다양성과 요율변수의 유의성

■ 실손의료보험 계약자의 위험특성의 다양화와 보험료 차등화의 필요성에 대한 연구인 이경아·이항석(2016)에서는 실손의료보험의 손해율 상승과 문제점의 원인으로 역선택이 야기하는 문제점을 살펴보고 경험자료를 이용한 베이지언 접근법을 살펴보고 실증분석 결과를 기술함

○ 분석결과 실손의료보험의 계약자별 경험자료의 정보 가치가 지속적으로 증가해왔음을 확인함

- 이는 계약자집단 내 위험이질성이 증가했다는 의미로 해석될 수 있으며 보험료 차등화의 필요성을 뒷받침하는 결과임

○ 이를 통해 질병의 경우 보험료 산정 시 개별 경험자료의 반영 필요성이 지속적으로 증가해왔음을 알 수 있음

- 즉, 계약자별 위험특성의 다양성을 나타내는 신뢰도계수가 지속적으로 상승한 것을 확인할 수 있었음

■ 신뢰도(credibility)는 보험료 결정 시 계약자 평균과 위험집단 평균에 대한 정보 반영기준을 정량화한 가중치임

○ 신뢰도 산출은 위험집단 전체에 대한 사전적 정보와 사후적 표본집합 정보를 통해 보험사고 발생의 무작위성(randomness)을 구분하고 보험료 산정에 반영될 표본집합 정보에 대해 어느 정도의 신뢰를 부여할 것인가의 문제임

○ 다시 말해 신뢰도는 계약자가 우연히 낮은 손실값을 나타낸 것인지 아니면 실제로 평균보다 낮은 위험수준을 보유한 계약자인지를 구분할 수 있는 기준에 해당함

○ 신뢰도계수 Z는 요율산출 근거로서 경험정보와 등급요율의 관련성(relevance)과 표본오차(sampling error) 최소화를 통한 통계적 판단으로 $Z \in [0,1]$의 값을 가짐

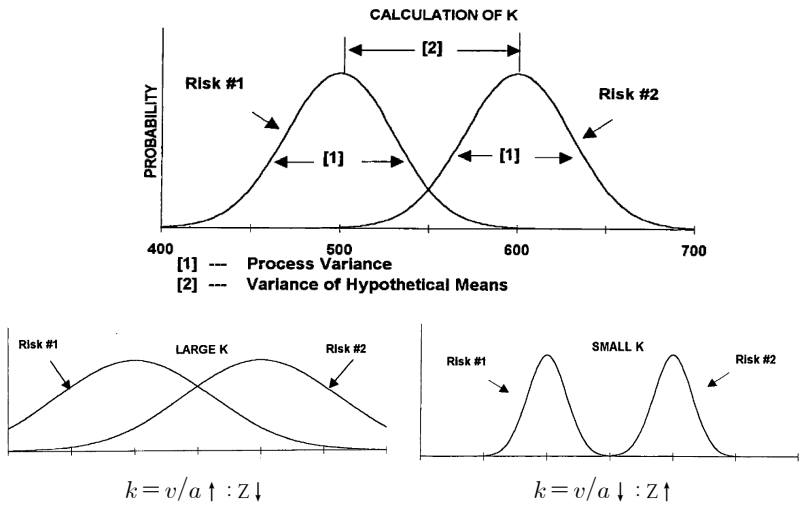
뷜만 신뢰도(Buhlmann Credibility)는 위험특성 θ를 지닌 계약자의 과거 손실 $X_1, \cdots, X_n$의 평균과 분산이 갖고 독립적이고 동일한 분포를 지닌다고 가정한다(independently and identically distributed). 위험특성 모수 θ의 평균과 분산을 $\mu(\theta)$와 $v(\theta)$라 할 때 손실 X_j의 평균과 분산 및 뷜만 신뢰도에 사용되는 모수 μ, v, a는 다음과 같다. 이때 v를 EPV(Expected value of the Process Variance), a를 VHM(Variance of the Hypothetical Mean)이라 한다.

$$E(X) = E[E(X|\Theta = \theta)] = E[\mu(\theta)] = \mu. \tag{1.4}$$

$$\begin{aligned} V(X) &= E[V(X|\Theta)] + V[E[X|\Theta)] \\ &= E[v(\Theta)] + V[\mu(\Theta)] \\ &= v + a. \end{aligned} \tag{1.5}$$

동질적 위험집단일수록 전체 평균값의 정보가치가 더 높고 이질적 위험집단 일수록 Hypothetical Means $\mu(\theta)$의 변동이 증가하며 신뢰도계수는 증가한다. 계약자 간 위험수준이 이질적일수록 다른 계약자의 손실정보의 정보가치가 낮다고 보는 것이다. 따라서 특정 위험집단의 신뢰도계수가 높다면 구성원 간 위험이질성이 높은 것으로 해석할 수 있으며 결과적으로 경험자료의 정보가치와 보험료 차등화 필요성이 높다고 봐야 한다.

〈부록 그림 Ⅰ-7〉 Process Variance와 Variance of Hypothetical Mean



자료: Gary(1995)

뷜만 신뢰도는 모집단 분산의 비율을 기준으로 구한다. 신뢰도계수 Z는 전체 분산의 얼마만큼이 개별 계약자의 기댓값의 분산(VHM: a)에 기인하고 얼마만큼이 전체 계약자의 분산의 기댓값(EPV: v) 때문인지에 대한 상대적인 비율이다. 〈부록 그림 Ⅰ-7〉은 Risk #1과 Risk #2의 손실분포를 통해 $k = \frac{v}{a} = \frac{EPV}{VHM}$ 산출을 나타낸다. [1]가 클수록 EPV가 커지고 [2]가 클수록 VHM이 크다. k는 EPV가 VHM에 비해 상대적으로 클 경우 커지고 EPV가 VHM에 비해 상대적으로 작을 경우 작아진다. k가 클 경우 계약자 분포가 넓게 겹치는 모양을 나타내며 위험집단 등급요율의 비중이 증가하며 k가 작을 경우 계약자 분포가 겹치지 않으며 계약자 경험자료의 비중이 증가한다.

■ 실손의료보험의 보험료 차등화 방식은 실손의료보험의 위험집단 구성원의 특성을 잘 반영할 수 있도록 이론적 타당성을 지닌 것이어야 함

○ 실손의료보험의 위험특성 분포는 광범위할 뿐만 아니라 현실적으로 관찰 불가능한 미지의 정보를 포함하므로 정확한 추정이 쉽지 않음

○ 하지만 보험금 지급정보를 보험료 산정에 포함한다면 계약자의 알려지지 않은 위험특성에 대한 정보를 반영하는 것이 가능해짐

- 보험금 지급정보는 진정한 계약자별 위험특성이 가장 근사적으로 반영된 귀중한 정보임
- 보험금 지급정보에는 계약자의 관찰 가능한 위험특성과 관찰 불가능한 위험특성이 모두 포함되어 있음

■ 보험료가 사전적 위험평가에 의해서 결정되는 손실의 기댓값이라면 보험금은 사후적으로 확정된 손실값임

○ 사전적 위험등급화 단계의 보험료가 가입자가 고지한 정보를 반영한 미래 손실의 기댓값이라면, 보험금은 보험가입 시 가입자가 고지한 정보는 물론 사전적 위험등급화 단계에서 포함될 수 없었던 계약자별 미지의 위험특성에 대한 정보가 모두 반영되어 사후적으로 실현된 위험액임

○ 따라서 과거 보험금 지급정보는 계약자별 위험특성에 대해 가장 많은 정보를 담고 있음

■ 신뢰도보험료는 과거 보험금지급 정보를 보험료 산정 정보로 활용하는 대표적인 손해보험요율 산정 방법으로, 계약자의 숨겨진 위험특성을 가장 잘 반영하는 정보가 바로 계약자의 과거 보험지급금이라는 통계이론인 베이즈 정리를 근거로 함

○ 신뢰도보험료는 가입자 간 위험이질성이 높아 위험등급화만으로는 정확한 보험료 산출이 어려울 경우에 적합한 보험료 산출 방식으로 이미 다양한 손해보험상품에 사용되고 있음

○ 이와 같은 이유로 신뢰도보험료는 실손의료보험의 위험평가 방법으로 이론적 타당성을 지님

■ 이는 분석대상인 실손의료보험의 위험 이질성이 증가했다는 뜻으로 분석기간 동안 계약자 중 보험금수령자 비율과 전체 지급률의 상승 정도를 고려할 때 보험금을 청

구한 계약자집단의 평균과 보험금을 청구하지 않은 계약자집단의 평균의 차이가 확대되었을 것이라는 직관적 결과와 일치함

○ 이를 통해 분석대상 집단의 경우 경험자료의 보험료의 산정에 필요성이 더 높고 신뢰도를 활용한 보험료 차등화가 보다 시급하다는 것을 알 수 있음

■ 이항석·이가은·이경아(2017)에서 계약자별 위험특성을 반영할 수 있는 요율변수로 계약자실적변수의 필요성을 검증함

○ 일반화선형모형(GLM: Generalized Linear Model)을 이용한 실증분석을 통해 실제 실손의료보험 계약자 정보를 이용하여 현행 요율변수만을 반영할 경우의 상대도[33]가 계약자실적변수를 포함해 반영할 경우의 상대도의 차이가 크다는 점을 확인할 수 있었음

- GLM은 Nelder, Wedderburn(1972)에 의해 소개된 모형으로 전통적인 선형모형을 확장한 것임
- 회귀분석은 반응변수가 정규분포를 따르는 연속형 변수일 때 사용되지만 GLM은 반응변수가 정규분포를 따르지 않는 경우에도 사용될 수 있음
- 특히 보험분야에서 연결함수를 로그함수로 사용하면 요율변수 간 상대도를 적용하기 용이하다는 장점이 있음

○ 계약자실적변수의 정보적 가치는 지급건수에 대한 분석에서 계약자실적변수를 포함하였을 때의 상대도와 현행 요율변수만을 포함할 경우의 상대도 차이를 통해 확인할 수 있음

○ 모형 선택의 적합도를 나타내는 통계치를 통해 계약자실적변수 포함 시 결과의 적합성이 높음을 확인할 수 있었으며 이를 통해 계약자의 실적변수가 비관찰 위험특성에 대한 정보효과가 높다는 점을 알 수 있었음

○ 또한 실제 계약자의 지급 건수 빈도와 계약자실적변수가 포함된 사후적 빈도의 비교를 통해서 보험료 차등화 시 계약자실적변수가 요율변수로 매우 타당성을 지닌다는 점 또한 확인함

33) 상대도는 기준수준(base level) 대비 설명계수에 의한 요인별 상대적인 비율을 뜻함

3. 보험료 차등화 할인할증 방식의 실증 분석

■ 이항석·이수빈·백혜연(2017)에서는 위험수준별 보험료 차등화의 필요성과 차등화 보험료 산정 방법을 함께 제시함

○ 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여 의료비의 경우 진료선택 및 진료비 청구로 인해 계약자마다 그 위험특성 간의 편차가 크지만 정작 보험사는 그러한 위험특성에 대한 사전 정보 이용에 제약이 있음

○ 따라서 계약자별 위험수준에 상응하는 보험료 산출을 위해 가입자의 비관찰 위험특성에 대한 추가 데이터가 필요함

○ 이에 가입자의 과거 9년치의 사고발생 데이터를 이용하여 뵐만의 신뢰도 이론을 통해 보험료 차등화의 필요성에 대해 살펴보고 순보험료를 산출함

○ 과거 경험 데이터를 이용하여 계약자의 비관찰적 특성을 반영하여 보험료 차등화의 필요성이 있음을 확인하고, 순보험료 산출 결과를 제시하여 신뢰도 보험료 산정 방식이 개인의 정보가 한정적이고 가입자별 위험집단의 위험 편차가 큰 시장의 차등화 보험료 산정방식으로 이론적 적합성을 지닌 요율체계임을 확인함

■ 실손의료보험의 할인할증제도에 대한 연구인 이항석·이민하·백혜연(2018)은 실손의료보험처럼 계약자별 위험특성 편차가 클 경우 단일보험료를 부과하면 역선택으로 인해 구조적 손해율 상승이 야기되므로 해결방안으로 해외 할인할증제도 검토와 대안에 대한 탐색 및 실증적 분석을 실시함

○ 해외 할인할증제도의 예로 AIA(홍콩)은 최소 3년 연속으로 보험금 청구가 없을 때 5%에서 최대 15%까지 보험료를 할인해주는 제도를 적용하고 있음

○ 또한 AIA Vitality 프로그램을 통해 운동과 금연과 같은 건강 유지를 위해 수행한 특정한 행위에 대하여 포인트를 받아 누적된 포인트만큼 보험료 할인율을 적용할 수 있게 함

○ AXA(말레이시아)와 BUPA(영국)도 건강보험에 할인할증제도를 적용하고 있음

○ 위험등급 간 이동의 전이행렬 분석을 이용하여 실손의료보험의 위험특성에 적합한 할인할증 보험료 차등화 체계를 탐색함

○ 이를 위하여 해외 할인할증제도 및 대안적 제도에 국내 실손의료보험 자료를 활용하여 과거 보험금 지급실적별 미래 지급 상태로의 이동을 나타내는 전이행렬의 추정과 일반화 혼합 선형모형(GLMM: Generalized Linear Mixed Model) 분석을 통한 할인할증제도가 반영된 최적 상대도를 산출함

- GLMM은 GLM의 확장된 모형으로 GLM의 설명변수의 계수들의 고정효과(fixed effect)에 더하여 임의효과(random effect)도 고려한 것임

○ 그리고 전이행렬을 이용 극한분포의 산출(궁극적인 계약자 포트폴리오) 및 할인할증제도의 재무적 건전성 평가를 실시함

- 방법론으로 GLMM 분석, 마코프 확률과정론 및 베이지언 프리미엄기법을 사용하고, 데이터는 상해·질병, 성별·연령, 담보 등으로 구분된 연속년도별 지급건수 및 건별 지급금액을 사용함

○ 보험계약자의 이해도가 높은 할인할증제도의 실증분석으로 재무건전성 평가 및 우리나라에 적합한 할인할증제도 구축의 시사점을 도출함

■ 이항석·백혜연·이민하(2019)에서는 과거 계약자의 경험정보를 바탕으로 계약자의 리스크 성향을 반영하는 베이지언 접근법을 근거로 한 경험적 요율산정방식을 제안함

○ 실손의료보험의 상해와 질병에 대하여 통원과 입원 등의 다중 담보를 보장하는 보험상품으로 현재는 계약자별 위험특성을 충분히 반영하지 못하는 단일 보험료 부과 방식이 적용되고 있음

- 그러나 이러한 요율산정방식으로 인해 역선택, 도덕적 해이 등의 문제점들이 발생함에 따라 개선된 요율산정방식에 대한 관심이 점점 늘고 있음

○ 또한 위 연구에서는 담보별로 각각 모형화하여 경험적 보험료를 산출했던 선행연구를 발전시켜 다중 담보(multiple coverages)를 동시에 반영하는 경험적 요율산정 방법에 대하여 논의함

- 이 연구에서는 담보별로 사고 빈도의 모형을 복합적으로 반영하기 위해 담보와 사전 요율변수와의 교호작용을 추가한 일반화 혼합선형모형을 사용함
- 그리고 실증분석을 위해 보험사 데이터를 이용하여 정상적인(stationary) 상태에 도달했을 때의 계약자 포트폴리오와 최적 상대도(베이지언 보험료)를 산출하여 경험적 요율산정방식을 제시함

○ 이러한 요율산정방식은 단일 보험료 부과 방식에 비해 보험사의 리스크 관리 및 피보험자들 간 형평성을 제고하는 데 도움을 줄 것으로 예상됨

4. 소결

■ 실손의료보험은 비급여 의료비 부분의 보장특성과 계약자별 편차가 큰 위험특성으로 인해 역선택이 발생할 유인이 큰 시장으로, 실손의료보험의 특성에 적합한 보험료 산출을 정립함으로써 계약자 위험수준에 상응하는 공정 보험료를 부과하는 보험의 기본원칙이 성립되도록 하는 것은 국민의료보장체계 강화를 위해 매우 중요함

○ 실손의료보험의 역선택으로 인한 사회적 비효율성을 방치할 경우 단기적으로는 계약자 간 형평성과 보험의 재무건전성이 저해될 수 있으며 장기적으로는 실손의료보험의 시장 축소로 인해 국민의료복지체계에 위협이 될 수 있음

■ 현재 실손의료보험의 보험료는 제한적인 요율변수만을 반영한 보험료이며, 이와 같은 단일보험료 부과방식은 계약자별 위험특성의 편차와 가입자 선택의 폭이 큰 실손의료보험의 보험료 체계로서 논리적 타당성을 지니기 힘듦

■ 실손의료보험이 당면한 문제점을 해결하기 위해 무엇보다 시급한 것은 실손의료보험에 적합한 보험료 산출을 정립하는 것임

○ 새롭게 적용될 실손의료보험의 보험료 체계는 계속되는 손해율 상승과 이로 인한 보험료 인상의 근원적 발생가능성을 최소화할 수 있는 것이어야 하며 공정

한 보험료 부과를 위한 이론적 타당성을 갖추어야 함

■ 마지막으로, 보험료 차등화의 제도 도입은 계약자들의 형평성 문제의 개선, 사회적 후생의 증대, 시장실패 방지, 보장성 강화의 지속가능성 제고, 저위험군 보험계약자의 이탈 방지 등을 위하여 유용한 방안임

○ 상품의 보장 수준 또는 계약자의 자기부담률 인상 등 여러 다른 제도가 함께 실시될 때 시너지 효과가 발휘될 수 있고 제도의 연착륙을 기대할 수 있음

부록 Ⅱ. 급여 본인부담금 보장 필요성

1. 논란의 배경

■ 실손의료보험의 급여본인부담금 보장은 도덕적 해이 유발과 의료비 증가로 이어져 국민건강보험 재정 악화를 초래해 왔다는 주장이 지속적으로 제기됨

■ 상기 주장은 의료산업선진화위원회(이하, '위원회'라 함)에서 손해보험회사 중심으로 판매되었던 실손형 건강보험이 환자본인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 100% 보장[34]해 줌에 따라, 실손 가입자의 도덕적 해이 유발과 이에 따른 의료비 증가로 공보험의 재정악화를 초래하고 있다는 지적에서 시작됨

○ 위원회는 공보험 보장영역인 급여의 본인부담금을 민영보험이 보장할 경우, 보험가입자의 의료서비스 가격민감도 하락에 따른 의료쇼핑 등 과잉의료 행위로 이어져, 결국에는 공보험 재정악화로 이어진다고 지적함

○ 특히, 위원회는 급여본인부담금은 의료 이용자의 도덕적 해이를 관리하기 위한 통제장치로 OECD(2004)[35]에서도 급여본인부담금의 전체 또는 일부 보장 금지를 권고하고 있음을 들어 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장 제외를 제안함

34) 보상 한도를 설정하고 있으나, 건강보험 본인부담상한제(6개월간 300만 원), 본인부담보상제(1개월간 120만 원) 운영에 따라 사실상 환자 본인부담금의 100%를 보장하는 것으로 봄

35) OECD(2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems"

〈부록 표 Ⅱ-1〉 제4차 의료산업 선진화 위원회 회의 주요 내용

추진과제	세부 추진사항	주관부처
비급여 중심의 보장범위 설정 방안	• 실손형 상품에 대한 급여본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안	복지부, 재경부 (금감위)
민간보험상품 표준화 방안	• 실손형 상품 표준화 내용 및 방법(표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안	재경부, 금감위 (복지부)
공·사 보험 간 정보공유 방안	• 공·사 보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공·사 보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영	건보공단, 보험개발원 (심평원)
민간의료보험의 진료비 심사 위탁 방안	• 진료비 심사를 심평원에 위탁방안 구체화 - 위탁계약, 위탁업무 처리, 이의신청 절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항	심평원
비급여 가격 계약 허용 방안	• 비급여 가격 계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 • 환자 선택권 보장을 위한 최소 조건 설정	복지부, 재경부 (금감위)

주: 괄호 안은 협조부처(기관)임
자료: 의료제도 개선기획단(2006)

2. 해외 사례 인용에 대한 오해

■ OECD 국가의 대부분(평균 73.8%)[36]이 의료비 재원에서 공공부문이 차지하는 비중이 우리나라(59.8%)보다 높은 상황을 고려해 볼 때, OECD(2004) 권고안은 공보험의 보장률이 높은, 즉 국민의 개인의료비 부담이 낮은 국가를 염두에 둔 것으로 해석해 볼 수 있음

○ 민영의료보험을 공보험의 보완형으로 운영하는 상당 국가에서 비급여 이외에 급여본인부담금을 함께 보장하고 있음

- 급여본인부담금을 보장하는 국가는 독일, 호주, 프랑스, 미국, 덴마크, 벨기에, 스웨덴, 핀란드, 아일랜드, 오스트리아, 이탈리아, 포르투갈, 룩셈부르크, 터키, 뉴질랜드 등이 있음[37]

36) OECD Health Statistics(2019)
37) 김광호(2011)

- OECD 국가 중에서 민영의료보험의 급여본인부담금 보장을 법적으로 불허하는 국가로는 스위스가 유일함

○ 일례로 보완형(급여본인부담금) 민영의료보험 시장이 가장 발달한 국가인 프랑스의 경우 국가의 재정 상황을 고려하여 급여본인부담금 보장에 대한 민영보험의 역할 강화 사례로 평가됨

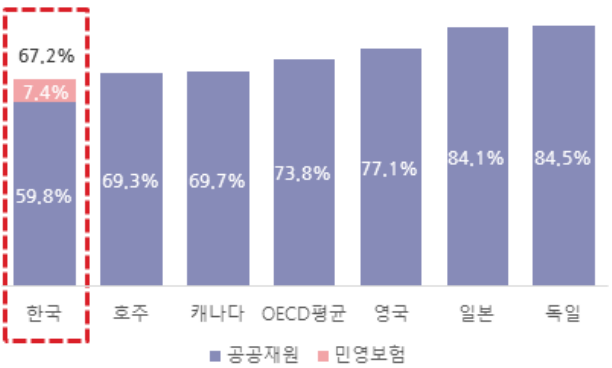
- 프랑스 정부는 공공부문 재정부담 완화를 위해 통원 중심으로 민영의료보험의 역할을 확대해 옴[38]
- 2000년부터 통원의 급여본인부담금을 지속적으로 확대해 왔으며, 그 결과 통원의 공보험 보장률은 1990년대 초반까지 90% 이상에서 2010년 63% 수준까지 낮아짐

○ 우리나라 국민의 가계 직접부담 비중(32.8%)은 2018년 기준으로 OECD에서 다섯 번째로 높은 수준임[39]

38) 프랑스 정부는 민영보험 가입 유도를 위해 2000년부터 최극빈층에 무료로 민영의료보험(CMU: Couverture Maladie Universelle)을 제공하고, 2006년 차상위층 대상으로 민영의료보험에 대한 보조금 지원 제도를 도입함. 현재 프랑스의 민영의료보험 가입률은 1960년대 33%대에서 2015년 94% 이상으로 확대됨

39) OECD Health Statistics(2019); 2018년 기준 OECD 36개 회원국 중에서 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 칠레(35.1%), 그리스(34.8%) 다음으로 높은 수준임

〈부록 그림 Ⅱ-1〉 경상의료비 재원구성비(2018년)



주: 1) 민영보험 보장률은 임의가입건강보험(사회보험 이외 모든 민영보험), 비영리단체, 기업 등의 재원을 모두 합한 금액을 기준으로 계산됨
2) 임의가입건강보험을 기준으로 계산할 경우 민영보험의 비중은 7.4%에서 6.8%로 하락함
자료: OECD Health Statistics(2019)

〈부록 표 Ⅱ-2〉 민영의료보험의 역할관계에 따른 분류체계와 시장 특성

분류	적용 국가	발전 동인	보장 특성
보충형 (Supplementary)	유럽 상당 국가	공공부문 제공 의료서비스(질, 대기기간 등)의 니즈 차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대
보완형-공보험 급부보완(비급여) (Complementary -services)	한국 독일 호주 일본 등	공보험공적재원이 제공하는 보장급부 범위 제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스(안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형- 급여본인부담금 (Complementary -user Charges)	한국 독일 호주 프랑스 등	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
대체형 (Substitutive)	독일 미국	전체 국민에서 공보험/ 공적재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)

주: 1) 보건의료시스템이 공공부문 중심으로 운영되고 있는 영국, 아일랜드 등 유럽 상당 국가의 경우 민영의료보험이 보충형 중심으로 운영됨
2) 대체형 국가는 미국, 독일 정도로 적용 국가는 점차 축소되는 추세임
자료: Sagan & Thomson(2016)을 참고하여 재작성함

3. 개인 의료비부담 완화를 위한 보장 필요

■ 국민의료비에서 급여본인부담금이 차지하는 비중은 2017년 기준 20.2%[40]로 개인부담금에서 절반 이상(54%)을 차지하고 있어, 급여본인부담금의 실손 보장 제외는 국민이 직접 부담하는 의료비 증가와 직결되어 국민 편익 저하가 우려됨

○ 정부의 보장성 강화 정책 추진에 따라 급여의 본인부담금은 지속적으로 확대될 예정으로, 또한 목표 보장률(2022년 70%)을 달성하더라도 국민의 개인의료비 부담이 적지 않을 것으로 예상됨

- 현재 선별·예비급여로 편제된 항목에 적용되는 본인부담비율이 50~90%로 이전 급여보다 매우 높음
- 또한, 예비급여항목은 건강보험 본인부담상한제에 해당되지 않기 때문에 국민들의 의료비 부담이 더욱 가중되는 문제가 존재함

※ 〈부록 Ⅳ. 선별급여 중 본인부담금이 높은 사례〉 참고

〈부록 표 Ⅱ-3〉 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황(2011~2018년)

(단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
건강보험 보장률	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
급여 본인부담률(A)	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6
비급여 본인부담률(B)	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6
개인직접부담률(A+B)	37.0	37.5	38.0	36.8	36.6	37.4	37.3	36.2

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험 보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치임

자료: 건강보험정책연구원(2019)

40) 실손의료보험 청구금액에서도 34.0%을 차지함(2016년 손해보험회사 11개사 업무보고서)

〈부록 표 Ⅱ-4〉 선별급여/예비급여 정의

구분	정의	본인 부담률
선별급여	• 비급여 항목에 대해 급여 전환에 앞서 본인부담금을 차등 • 비용 효과성 등이 불명확해 건강보험 급여적용이 어려웠던 항목을 본인부담금을 높여 적용 • 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 진료 (예시) 추나요법, 뇌MRI, 상·하복부 초음파 등	50%, 80%
예비급여	• 기존 선별급여와 기능은 동일하나 적용 질환의 제한 없이 본인부담률 유형을 보다 다양화하여 확대 운영하는 것 (예시) 수술 시 사용하는 피부봉합유지기	50%, 70%, 90%

주: 1) 선별급여: 국민건강보험법 제41조의4(선별급여)에 의한 것임
2) 예비급여: 법규상 개념은 아니나, 복지부·심평원 등 정책 확대 측면에서 각종 보도자료 등 자료상 개념으로 선별급여보다 포괄적인 개념임

4. 소결

■ 실손의료보험의 급여본인부담금 보장 금지의 목적이 의료 이용량 감소에 있다고 볼 때, 연구 결과에 따르면 소기의 목적이 달성된다는 보장이 없고, 경우에 따라서는 오히려 의료 이용량이 증가할 수도 있음(소득효과가 대체효과보다 큰 경우)[41]

○ 또한, 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장을 금지하는 대신 자기부담금(자기부담비율, 최소공제금액) 조정을 통해 의료 이용량 감소 효과를 도모할 수 있음을 증명함

■ 또한, 새로운 실손의료보험에서 급여본인부담금 미보장 시 개인 의료비부담 경감 목적으로 실손의료보험을 가입하려는 신규 가입자의 보장권 침해 및 기존 가입자와의 형평성 문제가 발생할 가능성이 높음

■ 따라서, 실손의료보험의 보장범위 조정에 대해서는 사회적 합의가 필요한 만큼, 소비자단체 등의 폭넓은 의견수렴을 거쳐 신중히 검토될 필요가 있음

41) 김광호(2011)

부록 Ⅲ. 보험가격 산정원칙과 상품설계

1. 보험위험

■ 보험회사의 본질적인 기능은 피보험자의 위험을 인수하는 것으로, 이를 통해 보험회사는 피보험자를 경제적 파멸로부터 보호하며 나아가 위험발생에 대한 불안을 제거해 줌으로써 경제적·정신적 안정성을 부여하는 기능을 수행함

■ 한편, 보험회사는 피보험자의 위험을 인수하는 동시에 필연적으로 그에 상응하는 보험위험에 노출됨

○ 보험위험이란 보험계약 시 또는 상품개발 시 기대했던 것보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 의미하며, 이는 보험계약이 이미 발생한 손실이 아닌 미래에 발생할 것으로 예상되는 손실에 대해 담보하는 특성으로 인해 발생하는 것으로 자연스러운 현상으로 이해될 수 있음

■ 보험위험은 확률적(Stochastic) 위험과 모수불확실성(Parameter Uncertainty) 위험으로 구분됨

○ 확률적 위험: 미래 발생할 것으로 예상되는 보험금 지급이 확률분포를 따르기 때문에 소위 말하는 '대수의 법칙'[42]과 관련되어 있음

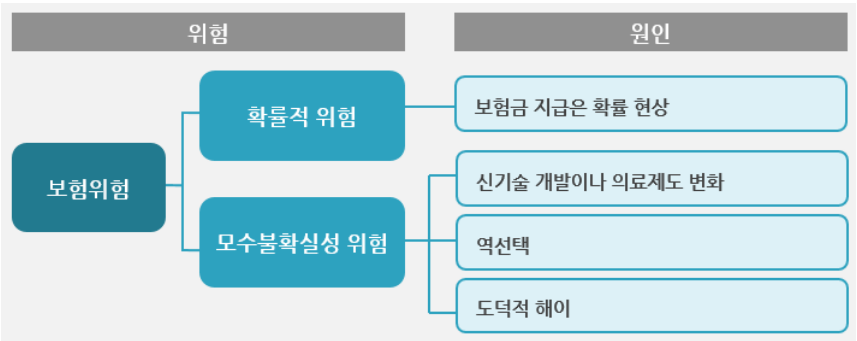
○ 모수불확실성 위험: 미래 손실분포가 현재의 예상과 다르게 변하여 기대한 보

42) 통계학적으로는 "표본의 크기가 클수록 그 표본의 평균이 모집단의 평균과 가까울 가능성이 높다"는 정도의 의미이고, 이를 보험의 관점에서 해석하면 "보험계약자 수가 많아질수록 평균지급보험금(전체 지급보험금을 계약자 수로 나눈 금액)이 평균예상보험금(보험계약 한 건에 대한 예상보험금의 평균)을 크게 벗어날 가능성이 작아진다." 정도로 표현할 수 있음

험금보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 의미함[43]

- 흔히 경제 환경이나 제도의 변화로 인해 발생하며, 계약자(피보험자)의 행동 측면에서 발생하는 역선택과 도덕적 해이도 중요한 요인으로 작용함

〈부록 그림 Ⅲ-1〉 보험위험 종류와 원인



2. 보험가격의 특성과 산정원칙

■ 보험가격은 제조상품이나 기타 서비스의 가격과 상이한 특성을 갖고 있음

○ 보험가격은 미래의 손실 및 사업비용의 예측에 근거하여 이루어지므로, 원가의 불확실성이 매우 큼

- 대부분의 제조상품 또는 서비스의 원가는 가격결정 시에 이미 확정되기 때문에 원가의 불확실성이 작음

○ 상기 특성에 따라 보험의 실제원가는 보험상품의 판매 시에 확정되는 것이 아니라 미래 보험계약기간 종료 시 확정되게 됨

- 이에 따라 보험가격은 보험자와 보험계약자 간에 최종적으로 확정된 것이 아

43) 보험회사는 과거의 데이터나 경험에 근거하여 미래 보험금 지급분포를 추정하기 때문에 손실분포 추정의 오류는 매우 자연스러운 현상으로 이해될 수 있음. 다만 보험회사는 보유하고 있는 데이터와 경험을 충분히 반영하여 미래 보험금 지급분포를 추정하려는 노력을 통해 추정의 오류를 줄이는 노력을 할 필요가 있음

닌 잠정적인 성격을 갖게 되므로, 계약자배당제도 등과 같은 보험자와 보험계약 간의 합리적인 보험가격 조정기능을 활용하기도 함

○ 또한, 보험의 원가는 보험자의 통제가 대부분 불가능하고, 미래에 확정되기 때문에 실제원가가 보험가격을 상회할 수 있는 가능성이 항상 존재함

- 보험가격[44] 중 손실원가 부분은 근본적으로 보험자의 통제 밖에 있으며 보험계약자에 의하여 좌우되는 원가임
- 일반적으로 제조상품 및 서비스 상품의 경우 가격결정에 반영되는 원가는 공급자에 의해서 통제되기 때문에 원가가격을 상회하는 상황이 흔치 않음

■ 상기와 같은 보험가격의 특성으로 인해 보험가격 산정 시 보험회사의 재무적 건전성과 보험계약자의 이익보호를 위하여 고려해야할 원칙을 둠

○ (충분성, adequacy) 보험가격은 미래 발생할 손실을 적정하게 지급할 수 있을 정도로 그 수준이 충분해야 함

- 보험회사가 지급불능상태가 되지 않도록 건전경영을 도모해야 하며, 공정경쟁을 해칠 정도의 낮은 요율체계는 규제의 대상이 됨

○ (비과도성, not excessiveness) 보험계약자의 무지[45]를 이유로 보험요율을 과도하게 높게 책정해서는 안됨

○ (안정성·신축성, stability·flexibility) 보험가격 구조는 적당히 안정적이어야 하며, 한편으로 위험의 변화를 적절하게 반영할 수 있어야 함

- 보험가격 조정을 너무 빈번히 하게 되면 안정성을 해치게 되며, 한편 너무 경직되어 있으면 합리성이 결여되기 때문에 보험가격 조정은 어느 정도의 신축성을 가질 필요가 있음

○ (공정한 차별, fair discrimination) 보험가격은 피보험자의 위험의 정도에 따라 차별적이어야 함

---

44) 보험가격의 기본요소는 미래의 손실을 지급하기 위한 손실원가 부분과 사업비원가로 구성되며, 사업비원가는 대체로 보험자의 통제가능 범위에 있다고 볼 수 있음

45) 보험회사에 비해 전문 지식과 경험이 없어 보험가격 산정 방법과 그 내용에 대한 이해도가 낮은 상태를 의미함

- 이는 모든 피보험자에 대해 예상되는 손실률과 상관없이 동일한 가격을 적용하는 것이 아닌 각각의 손실률에 상응하는 가격을 적용하는 것을 의미함
- 보험가격 산정에 있어서 공정성과 신뢰성의 균형을 어느 수준에서 유지해야 하는가는 매우 중요한 보험정책적인 과제임[46]

○ (손실방지 장려, promotion of loss control) 특히 손해보험상품에서 보험계약자의 손실의 발생 및 손실의 규모를 감소하도록 장려하는 보험가격 구조를 고려해야 함

- 손실방지를 장려하는 보험가격 산정 기법으로 비용공유제도(cost-sharing system),[47] 경험요율제도(experience rating system)[48] 등이 있음

3. 상품설계

■ 보험회사는 보험위험(확률적, 모수적)의 발생 가능성을 줄이기 위한 방안[49]으로 상품개발 단계 시 갱신보험료, 보험료 세분화, 보험료 차등제, 비용공유 등 다양한 방법을 적용함(〈부록 그림 Ⅲ-2〉 참고)

■ 확률적 위험은 대수의 법칙(계약자(피보험자) 수가 많아질수록 확률적 위험은 작아짐)을 통해 해결 가능함

46) 공정성을 높이기 위해 보험가격 적용대상을 세분화할수록 가격의 신뢰성은 낮아지게 되며, 반대로 적용대상을 덜 세분화할수록 신뢰성은 높아지나 공정성을 저해할 수밖에 없음

47) 보험회사는 일정한 크기 이하의 손실에 대해서는 보상해 주지 않는 조건의 계약으로, 보상해 주지 않는 손실의 규모(보험계약자의 자기부담)가 커질수록 보험료를 인하시켜 줌. 보험계약자는 보험료 인하의 혜택을 받기 위해 비용공유제도를 선택함과 동시에 작은 손실이 발생하지 않도록 손실방지활동에 더 많은 관심을 가질 것을 기대할 수 있음

48) 보험료의 수준 및 조정이 보험계약자의 개별적 손실경험에 근거하여 이루어지는 것으로 손실이 크면 보험료가 커지고 손실이 작으면 보험료도 작아짐. 따라서 보험계약자가 보험료를 절약할 목적으로 손실방지활동에 관심을 가질 것이라는 기대를 할 수 있음

49) 보험회사가 보험위험 관리에 실패할 경우 최악의 상황에서 파산으로 이끌 수 있으며, 이는 보험회사가 보험계약자에 대한 의무를 다하지 못할 가능성을 높이게 됨

○ 특히 보험산출원리 중에서 '충분성'을 통해 상당부분 해결이 가능함

■ 신기술 개발이나 의료제도 변화 등 상품개발 시 예측하기 어려운 위험에 대해서는 사전적으로 보험료에 안전할증을 적용하거나 사후적으로 보험료를 갱신하는 방법을 사용함

○ 안전할증: 수지상등으로 계산한 보험료에 상기 예측하기 어려운 위험에 해당하는 정도의 보험료를 추가로 부가하는 것을 의미함

○ 보험료 갱신: 보험계약 시 향후 보험료를 정하지 않고 상황에 따라 변경할 수 있도록 하는 것을 의미함

■ 역선택 완화·방지를 위해서는 주로 보험료 세분화 또는 보험료 차등제를 사용함

○ 보험료 세분화: 계약시점 또는 보험료 갱신 시점에서 계약자(피보험자)의 특성을 반영하여 위험의 정도에 따라 보험료를 다르게 하는 것을 의미하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '공정한 차별'과 관련됨

- 예: 보험계약 단계에서 성, 연령, 건강상태 등에 따라 보험료를 다르게 부과

○ 보험료 차등제: 보험계약 후 계약자(피보험자)의 개별 청구 통계에 기반하여 보험료를 차등하는 것을 의미하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '공정한 차별'과 관련됨

■ 도덕적 해이 완화·방지를 위해서는 보험회사와 보험계약자 간 비용공유제도 또는 보험료 차등제를 적용함

○ 비용공유제도: 자기부담(Deductible, Co-insurance) 및 한도(Limit) 설정 등을 통해 보험계약자에게 경제적 부담을 줌으로써 행위에 있어 신중하기를 유도하는 것을 목적으로 하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '손실방지 장려'와 관련됨

○ 보험료 차등제: 보험료가 자신의 행위에 영향을 받으므로 도덕적 해이 방지에 효과가 있으며, 특히 보험가격 산정원칙의 '손실방지 장려'와 관련됨

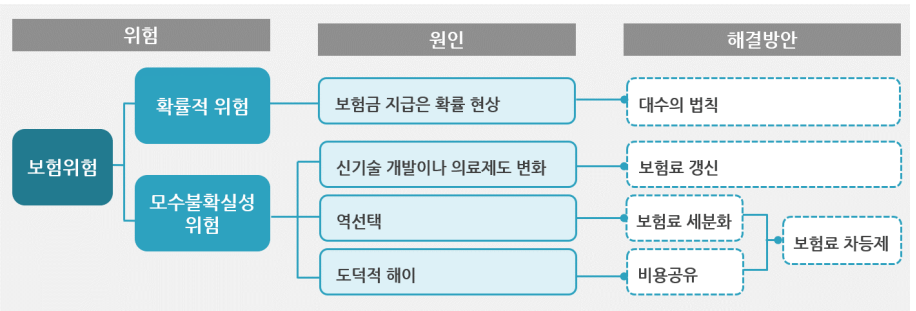
■ 보험료 차등제는 경험요율제도의 일종으로, 이는 보험계약자의 과거 손실경험을 반영하여 미래 보험가격을 결정함

○ 보험계약자의 직전 몇 개년(1년, 3년 등)의 손실경험에 따라 등급별 요율을 상향 또는 하향 조정하여 차기 보험기간의 보험가격에 반영함

○ 경험요율제도가 적용되는 보험종목으로는 일반배상책임보험(General Liability Insurance), 산재보험(Worker's Compensation Insurance), 업무용 자동차배상책임보험(Commercial Automobile Liability Insurance), 단체건강보험(Group Health Insurance) 등이 있음

○ 경험요율제도는 보험계약자의 손실경험이 민감하게 보험가격에 반영되기 때문에 보험계약자의 손실방지 활동을 장려하는 효과가 큼

〈부록 그림 Ⅲ-2〉 보험위험과 상품설계



부록 Ⅳ. 선별급여 중 본인부담금이 높은 사례

① 유방재건술(본인부담률 50%)

○ 유방암 환자가 종양을 제거하는 수술은 받은 후 보형물을 삽입하는 유방재건술[50]을 받는 경우 수술비(통상 400만 원)의 50%(통상 200만 원)를 환자가 부담함

- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 250만 원 이상을 환자가 부담함

② 경피적 대동맥판 삽입술(본인부담률 80%)

○ 대동맥판(심장판막)이 좁아져 환자 몸에 작은 관을 넣어 경피적 대동맥판 삽입술을 받는 경우 총 비용(통상 3,350만 원)의 80%(통상 2,700만 원)를 환자가 부담함

③ 위소매술(본인부담률 80%)

○ 비만환자 중 약물치료 및 생활습관 개선으로도 혈당 조절이 되지 않아 위 일부를 절제하여 위 저장 공간을 줄여주는 위소매술을 받는 경우 수술비(통상 200만 원)의 80%(통상 160만 원)를 환자가 부담함

- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 200만 원 이상을 환자가 부담함

④ 초음파 절삭기(본인부담률 50%)

○ 초음파를 통해 발생한 열을 이용하여 조직을 자르는 치료재료대로 갑상선암·척

50) 유방절제 후 유방 상실에 대한 심리적 문제 등으로 인해 사회적 요구도가 높은 시술임

추수술 등 많은 외과적 수술에 사용되고 있으며, 수술에 사용한 초음파 절삭기 비용(통상 60만 원)의 50%(통상 30만 원)를 환자가 부담함

- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 50만 원 이상을 환자가 부담함

부록 Ⅴ. 실손의료보험 상품구조 개편 방안

■ 금융위원회·금융감독원은 2020년 12월 10일, 비급여 특약 분리·비급여 보험료 차등제 도입을 골자로 하는 제4세대 실손의 상품구조 개편 방안을 발표함[51)]

○ 보험료 할인·할증에 대한 가입자의 이해도를 높이기 위해 적용 단계는 5등급으로 단순화함

- 할인율은 상품 출시 후, 회사별 계약·사고 통계량에 따라 5% 내외로 변동 가능함
- 비급여 의료 이용자의 평균 지급보험금은 약 30만 원임
- 착한실손 기준 시뮬레이션 결과, 할증구간(3~5등급) 대상자는 전체 가입자의 1.8%임

〈부록 표 Ⅴ-1〉 보험료 차등제 적용 단계

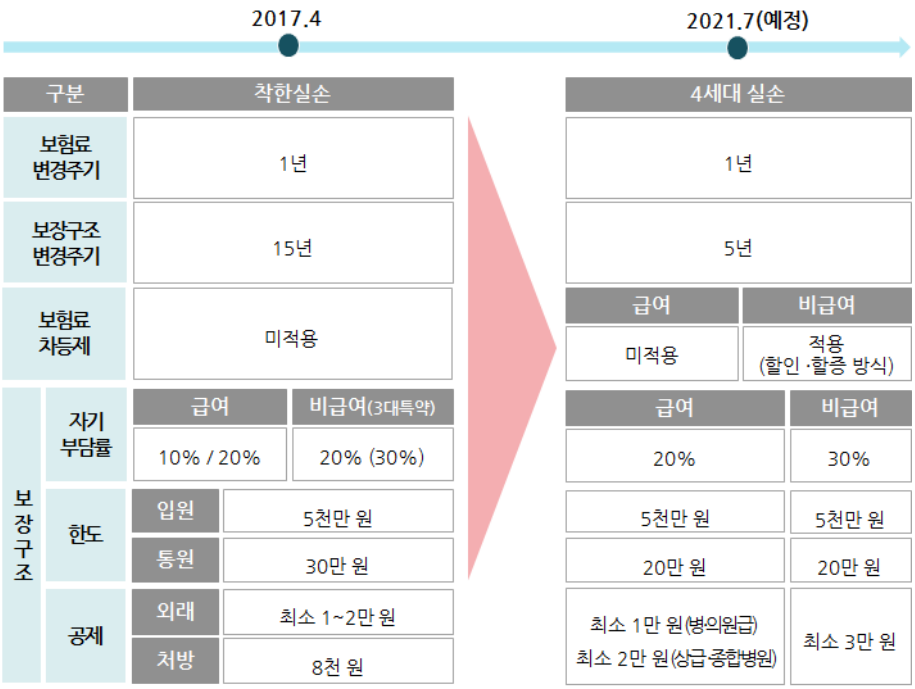
구분	1등급 (할인)	2등급 (유지)	3등급 (할증)	4등급 (할증)	5등급 (할증)
할인/할증률	- 5%	-	+ 100%	+ 200%	+ 300%
비급여 지급보험금 (평균 지급보험금 대비)	지급보험금 無	100만 원 미만 (300% 미만)	150만 원 미만 (500% 미만)	300만 원 미만 (1,000% 미만)	300만 원 이상 (1,000% 이상)
가입자 비중	72.9%	25.3%	0.8%	0.7%	0.3%

↳ 할증금액을 할인재원으로 사용 ↲

자료: 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 10), “실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다.(제4세대 실손, 내년 7월 출시.)”

51) 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 10), “실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다.(제4세대 실손, 내년 7월 출시.)”를 참고함

○ 충분한 통계확보 등을 위해 보험료 할인·할증은 새로운 상품 출시 후, 3년이 경과한 시점부터 적용할 예정임

- 가입자 수, 청구 건수가 충분히 확보되어야 통계적으로 안정된 할인·할증률 제공이 가능하며, 기존 착한실손의 가입 추이 등을 고려할 때 최소 3년의 준비기간이 필요함

〈부록 그림 Ⅴ-1〉 실손의료보험 상품구조 개편 방안(종합)