

실손의료보험 지속성·편의성

1. 개요

실손의료보험시장의 소비와 공급 측면의 지속성·편의성과 관련하여 논의되고 있는 주요 쟁점으로 ① 가입자가 고령기까지 실손 계약을 계속 유지할 수 있는 가능성이 약화되고 있다는 점(계약 유지 약화), ② 손해율 악화 및 누적적자 심화에 따른 보험회사의 실손 공급이 위축되고 있는 점(공급 위축), 그리고 ③ 소비자의 실손보험금 청구 과정에서 불편한점(청구 편의성 저하)이 발생하고 있다는 점이다.

본 장에서는 상기의 현안에 대해 그동안의 논의 내용을 정리하고, 이에 대한 해외 사례들을 간단히 살펴보았다.

2. 소비자의 실손의료보험 계약 유지 약화

가. 현황

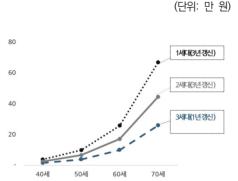
실손의료보험 보험료는 기본적으로 연령의 차이에 따른 위험률에 근거해서 산출되기 때문에 건강 위험이 높은 노년층에 적용되는 보험료가 매우 높아지는 특징을 가지고 있다. 〈그림 II-1〉과 같이 실손의료보험의 보험료는 상품의 종류와 관련 없이 노년기로 갈수록 크게 높아지는 특징을 보이고 있다. 높은 보험료뿐만 아니라 경제적 여력 등 다양한 요인이 존재할 수 있겠지만, 의료 보장이 더 필요한 노년층에서 오히려 타 연령대 대비 실손의료보험 가입률이 크게 낮아지는 현상도 나타난다. 〈그림 II-2〉과 같이 실손의료보험 가입률은 50대까지는 70% 전후의 높은 수준을 보이고 있지만, 60대부터 크게 낮아져 70대 이상에서는 미미한 수준을 보이고 있다.

이러한 노년층의 의료비 보장 공백을 보완하기 위해서는 노년층의 보험료 또는 의료비 부

담을 경감할 필요가 있는데, 이와 관련하여 독일의 평준보험료/연령준비금제도와 미국, 싱가포르의 의료저축계좌 사례를 살펴보았다.

〈그림 Ⅱ-1〉 연령에 따른 보험료 상승 예시

〈그림 Ⅱ-2〉 연령별 실손의료보험 가입률



주: A보험회사 2019년 40세 남성 보험료 기준



주: 1) 개인실손의료보험(노후실손 제외) 기준임 2) 2021년 12월 말 기준임 자료: 한국신용정보원(2021); 행정안전부(2021)

나. 해외 사례

1) 독일: 평준보험료/연령준비금

독일의 대체형 민영건강보험은 공적건강보험의 역할을 노년기까지 지속적으로 수행할 수 있도록 평준보험료 방식을 적용하고 있다. 즉, 민영건강보험 가입자가 지속적으로 계약을 유지할 수 있도록, 고령기의 보험료 일부를 젊었을 때 미리 부담하도록 하고 이를 개별 연 령주비금에 적립하도록 하고 있다. 또한, 고령기에 개별 연령주비금이 높은 보험료를 충 분히 충당할 수 있도록 21~60세 동안 매년 보험료의 10%를 추가로 부담하도록 하고. 이 를 개별 연령준비금에 적립하도록 하고 있다.6)

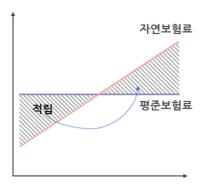
⁶⁾ 조재린·정성희(2018)

〈그림 Ⅱ-3〉 독일의 건강보장 체제

개인부담 (12.5%) 보완형 민영건강보험 (1.4%) 공적건강보험 및 정부 (77.4%) 대체형 민영건강 보험 (7.2%)

주: 괄호는 2018년 기준 의료비 부담주체별 비중임 자료: OECD(2020)

〈그림 Ⅱ-4〉 평준보험료 개념



2) 미국, 싱가포르: 의료저축계좌

노년의 의료비 부담을 덜어주기 위한 방안으로 의료저축계좌를 살펴볼 필요가 있다. 평준 보험료 방식을 통한 연령준비금 제도가 노년의 보험료를 낮추기 위한 수단으로 사용된다고 한다면, 의료저축계좌의 적립금은 직접적으로 의료비를 충당하기 위한 것이라는 점에 차이가 있다. 의료저축계좌의 대표적인 사례로 미국과 싱가포르의 경우 〈표 II-1〉와 같다. 이 두 사례 사이에 가장 근본적인 차이는 미국의 경우 민간 자율의 임의 선택이 가능하다는 점이고, 싱가포르 사례는 공공에 의한 강제성이 있다는 점이다.

우리나라에서도 2000년대 초에 실손의료보험 문제와는 관계없이 건강보험 재정 적자에 대한 대안책으로 싱가포르 방식의 의료저축계좌 도입을 논의하였으나? 좌절된 경험이 있었다. 도입되지 않은 이유는 여러 가지가 있겠으나, 그 중 가장 주목할 만한 것은 의료공급자의 대부분이 민영의료기관이고 의료 수가가 안정되지 않은 우리나라 현실에서 개인이 각각 자신의 미래 의료비를 충당하기 위해서 저축을 하도록 하는 것이 사회 복지 차원에서 타당하지 않다는 것이였다. 따라서 사회 복지의 개선을 위해서는 사회적 연대의 원칙이 적용되는 국민건강보험을 더욱 발전시키는 것이 효과적일 것이라는 판단이 작용한 것으로 보인다.

⁷⁾ 건강보험 재정은 1996년부터 당기적자로 전환한 후 의약분업 시행 후인 2001년에는 2.7조 원의 당기적자가 발생하는 등 건강보험 재정위기가 발생하자 보건복지부는 2001년 5월 이후 3차에 걸쳐 국민건강보험 재정안정화대책을 시행함(감사원(2005. 1. 27.), "국민건강보험 운영실태 감사결과"). 그 과정에서 보건복지부가 의료저축제도 도입 의사를 밝혀 논의가 확대됨

〈표 Ⅱ-1〉미국과 싱가포르의 의료저축계좌 비교

구분	미국	싱가포르		
운영 기관	의료저축계좌 취급 금융기관 (은행, 보험회사, 자산운용사 등)	정부 중앙적립기금 (Central Provident Fund)		
임의·의무	고액공제 의료보험(HDHP)에만 가입한 경우 자율적 가입 가능	의무가입		
사용 용도	원칙상 적격 의료비장기요양보험료COBRA 보험료	본인 및 부양가족 의료비 본인 및 부양가족 건강보험료		
적립 한도	연간 적립한도 존재 55세 이상은 추가 적립 가능	 소득 일정비율 자동 적립 적립 한도(Basic Healthcare Sum) 도달 시 다른 계정으로 이체됨 		
인출 한도	자율	치료별 인출 한도 존재		
세제 혜택	 적립금 소득공제 적립금 운용수익 비과세 적격 의료비 인출 비과세 의료비 외 인출 시 65세 미만: 소득세 + 20% 패널티 65세 이상: 소득세 	 적립금 소득공제 적립금 운용수익 비과세 의료비 인출 비과세 의료비 외 인출 시 과세 		

자료: 보험연구원(2013) 참고하여 재작성함

3. 보험회사의 실손의료보험 공급 위축

가. 현황

실손의료보험은 2009년부터 표준화된 단일 상품으로 판매된 이후 지속적으로 제도 개선 과 상품구조 개편을 실시해 왔음에도 불구하고, 여전히 손해율은 100%를 훨씬 상회하고 있는 실정이다. 오랜 기간 동안 손해율이 100%를 하회한 시기가 한 번도 없으며, 그 결과 보험료가 인하된 적도 없었던 점은, 실손의료보험과 같이 대중성과 제도권 상품, 그리고 실손형 보상이라는 공통점을 가지고 있는 자동차보험과 비교해 보더라도 보험상품 중에 서 유일무이한 경우라고 볼 수 있다.

특히, 최근 코로나19 장기화에도 불구하고 2021년 실손의료보험의 위험손해윸은 130.4%

를 기록하였는데, 이는 전년 동기와 비교해 보더라도 0.5%p 증가한 수준이다. 실손의료보험은 매년 말에 그해 위험손해율 수준을 반영하여 그 다음해 갱신보험료의 조정률이 결정되는데, 2022년 보험업계 평균 14%대 인상률을 포함하여 최근 7개년 동안 두 자리 수의높은 인상률이 적용되었다. 이러한 높은 수준의 보험료 인상률이 매년 적용되었음에도 보험회사 입장에서는 적용된 인상률이 실현되는 위험손해율의 수준에 못 미침에 따라 실손의료보험을 판매할수록 손실이 커지게 되어 사업의 지속가능성이 위협을 받고 있는 상황이다. 실제로 실손의료보험 시장 정상화에 대한 기대가 약해지면서 최근 10년간 12개 보험회사가 실손의료보험 판매를 중지하는 등 공급이 위축되고 있다는 것이 시장뿐만 아니라 소비자(실손 가입자)에게도 결코 우호적인 상황은 아닐 것이다.

〈그림 II-6〉 실손의료보험 판매중지 보험회사 〈그림 II-5〉 실손의료보험 위험손해율 추이 (단위: 조 원) 133.9% 129.9% 130.4% 131.3% 2012,4 2013,4 2017,4 2017,8 2018,1 2018,5 11.8 11.0 AXA손보 ACE손보 AIG손보 푸본현대생명 KDB생명 DGB생명 8.7 7.5 7.0 2021 7 2021 7 2021,3 2020 12 2019 3 2018 6 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 ABL생명 동양생명 미래에셋생명 신한생명 DB생명 KB생명 22.4% 21.9% 동결 10.1% 9.9% 10~12% 14.2% ■ 발생손해액 → 위험손해율 주: 주황색 글씨는 보험업계 평균 보험료 인상률임 자료: 정성희·이진용·홍석철(2021)

최근 3개년(2018~2021년) 실손의료보험 위험보험료와 지급보험금의 연평균 증가율은 각각 11.9%와 14.7%으로, 현재 수준이 유지된다는 가정하에서 장래 실손의료보험의 위험 손해율과 손실 규모를 추정해 보면 다음과 같다. 위험손해율은 향후 5년 후(2026년), 10년 후(2031년) 각각 147%, 167%로, 2021년 대비 각각 17%p, 37%p 증가가 예상된다. 그리고 향후 10년 동안 실손의료보험의 누적 위험손실액은 100조 원 이상 될 것으로 추정된다. 한편, 실손의료보험 보험금의 연평균 증가율이 최근 수준으로 유지되는 경우, 즉 보험금이 매년 14.7%씩 더 많이 지급되는 상황이 계속된다는 가정하에서, 향후 10년 내실 손의료보험시장을 정상화(2031년 내실손의료보험의 위험손해율 100% 이하)하기 위해서는 향후 10년 동안 매년 17% 이상의 위험보험료 인상이 불가피하다는 추산 결과가 나온다.

자료: 보험회사 실적통계

〈표 II-2〉 실손의료보험 장래 추이: 최근 3개년 위험보험료·보험금 증가율 반영

(단위: 조 원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026	 2031
위험보험료	11.3	12.7	14.2	15.9	17.8	 31.2
지급보험금	15.1	17.3	19.9	22.8	26.2	 51.9
위험손해율	133.6	136.9	140.3	143.8	147.3	 166.5
누적 위험손해액	3.8	8.5	14.2	21.1	29.5	 104.6

주: 1) 위험보험료 인상률: 2022~2031년 11.9%(피보험자 연령 인상분 3% 고려 시 8.9%)를 적용함

〈표 II-3〉 실손의료보험 장래 추이: 향후 10년 정상화(2031년 위험손해율 100%)

(단위: 조 원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026		2031
위험보험료	11.9	14.0	16.5	19.4	22.9	•••	51.9
지급보험금	15.1	17.3	19.9	22.8	26.2	•••	51.9
위험손해율	127.0	123.7	120.4	117.3	114.2	•••	100.0
누적 위험손해액	3.2	6.5	9.9	13.3	16.5		25.4

주: 1) 위험보험료 인상률: 2022~2031년 17.8%(피보험자 연령 인상분 3% 고려 시 14.8%)를 적용함

한편, 실손의료보험 지급보험금의 구성 요소를 보면 비급여 부분이 대략 65% 정도 차지 하고 있는데, 최근 일부 비급여 항목에서 발생하고 있는 높은 수가 적용이나 과도한 공급 들이 실손의료보험의 손해율을 높이는 주요 원인으로 작용하고 있다. 다음으로 비급여 관 리 체계에 대한 해외사례를 살펴보았다.

²⁾ 지급보험금 인상률: 2022~2031년 14.7%를 적용함

³⁾ 누적 위험손해액: 2022~2031년 동안 발생한 위험손실(지급보험금-위험보험료)의 누적 금액임

²⁾ 지급보험금 인상률: 2022~2031년 14.7%를 적용함

³⁾ 누적 위험손해액: 2022~2031년에 발생한 위험손해액(지급보험금-위험보험료)의 누적 금액임

나. 해외 사례: 비급여 관리 체계8)

주요국에서는 의료 수요자에 비해 정보 우위에 있는 의료서비스 공급자의 통제를 목적으로 공·사 보험자 모두에게 의료기관 간 의료수가 협상을 허용하고 있다. 보험회사가 의료기관에 환자 진료비를 직접 지불함으로써 의료비용의 적정성에 대해 의료네트워크 내에서 감독자의 역할을 수행하는 것이다. 보험회사는 의료네크워크 형성 과정에서 병원별 의료이용 비교를 통해 의료기관과의 계약 협상력을 보유하며, 이를 통해 의료단가 할인 요구도 가능하다. 보험가입자가 네트워크에 포함되지 않은 의료기관을 이용할 경우 보상하지 않거나, 환자 부담금을 높이는 방식으로 네트워크에 포함된 의료기관 이용을 유도한다. 국내에서도 해외 사례와 같이 보험회사-의료기관 간 비급여 가격계약 허용을 위해 의료법 개정을 추진하였으나, 의료계 반대로 무산된 바 있다.》

〈표 Ⅱ-4〉 주요국의 의료비용 통제 제도

국가	의료 수요	의료 공급: 비급여	
한국(제4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용	없음	
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급 ¹⁾	민영건강보험 의료수가 가이드라인 적용	
호주, 프랑스, 네덜란드, 미국 등	보험회사-의료기관 간 네트워크 허용	보험회사-의료기관 간 의료수가 협상	

주: 1) 일년간 보험금 청구가 없는 경우 보험료 일부를 환급해주는 보험료 환급제도(Premium Refund System)로 공적 건강보험의 대체형 민영건강보험에 한해 적용하며, 관련 제도의 운영 여부 및 운영 형태는 보험회사별로 상이함

본 장에서는 비급여 관리에 대한 해외 사례로 보험회사-의료기관 간 협상(독일, 호주) 이외에 일본과 대만의 비급여 관리 체계를 참고로 살펴 보았다.

⁸⁾ 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022)의 내용을 상당 부분 인용함

^{9) 2007}년 의료산업선진회위원회에서 '비급여' 중심의 실손보험 기반 마련을 위해 추진된 것으로, 의료법상 유인·알선 금지 규정을 개정하여 민간보험사와 의료기관 간 비급여 가격계약 체결을 유인·알선 금지의 예외 사항으로 규정하여 허용하는 방안으로 추진되었음

1) 독일

독일의 민영건강보험은 대체형과 보완형의 역할을 모두 수행하고 있어, 보장 급여에 적용 되는 수가의 결정과 관련하여 상당히 복잡하고 정교한 공·사 간 연계 관계를 가지고 있다 (정성희·이태열 2018). 독일의 의료비는 기본적으로 입원의 경우 포괄수가제(G-DRG)10) 를, 통워의 경우 행위별 수가제를 적용하는 것을 워칙으로 하고 있다. 입워에 적용되는 포 괄수가제에서는 공적건강보험과 민영건강보험 모두 동일한 수가를 적용한다. 통원에 적 용되는 행위별 수가제에서는 공적건강보험은 EBM(Einheitlicher Bewertungsma stab)11) 을, 민영건강보험은 GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte)¹²⁾이 각각 적용된다. 즉, GOÄ는 민영건강보험에 적용되는 통원 의료수가 가이드라인으로, 민영건강보험연합과 연방의사 조합 간의 협의에 의해서 정해지게 된다.13)

의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간, 실행 상황 등을 고려하여 GOA에 제시된 가중치를 적용할 수 있다.14) 의학적으로 필요한 급부가 의술의 법칙에 따라 이루어진 경우 에 가능하며 필요한 범위를 넘어선 급부에 대한 비용 청구는 화자가 이를 요구했던 경우에 만 가능하다는 원칙을 제시하고 있고, 의사는 평균 난이도의 평균적 시간이 소요되는 서비 스의 경우에는 의사 수가원칙의 평균값에 따른 '통상적인 수가'를 받을 수 있으며, 이와 다 른 가중 수가를 책정하려는 경우에는 난이도와 시간적 비용에 따른 근거를 제시해야 한다. 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면 으로 정당화해야 한다. 3.5배 이상의 수가를 책정하려는 경우에는 치료 이전에 화자와의 서면 합의가 요구되나, 통상적인 경우에 민영건강보험은 보험요율에 관한 규율을 통해 3.5 배까지만 급여를 지급한다. GOÄ에 포함되지 않은 진료에 대해서 의사는 관련 규정을 유 추 적용하여 수가를 정할 수 있으며, 수가 산정과 관련하여 발생할 수 있는 문제를 방지하

^{10) 2003}년 입원 의료비 수가 체계로 도입됨

¹¹⁾ 의사 수가규칙으로 같은 취지의 규정이 치과의사 수가규칙, 대체의학 수가규칙 등의 형태로도 존재함, 공적건강보험에 적용되는 모든 의료행위와 가격을 규정한 것으로 정부소속 의사들은 EBM에 규정되지 않은 의료행위에 대해서는 의료 비를 공공보험에 청구할 수 없음

¹²⁾ 의료행위를 16개 범주(이비인후과, 외과 등)로 구분하고 약 2,800여 개 항목에 대해 민영건강보험에 적용되는 통 원 의료수가(Fee schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance) 가이 드라인으로 1986년에 독일보건당국(Ministry of Health)이 도입함

¹³⁾ 의사연합은 이미 1928년부터 자체적인 수가에 관한 규칙을 제정하였고, 이 규칙이 1965년에 의사 수가규칙 제 정으로 이어짐. 기관 간 비급여 가격계약 체결을 유인・알선 금지의 예외 사항으로 규정하여 허용하는 방안으로 추 진되었음

¹⁴⁾ 치과치료는 별도의 수가 체계(Gebührenordnung für Zahnärzte; GOZ)가 적용됨

기 위하여 민영건강보험연합과 연방의사조합은 공동평가위원회를 구성하고 있다.

〈표 II-5〉독일 민영건강보험의 통원 의료수가 체계(GOÄ)

가중치	적용		
1	• 공적건강보험수가 기준		
1 ~ 2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용		
2.3 ~ 3.5 • 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서명으로 정당화 필요			
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면 합의 필요		

자료: 정성희·이태열(2018)

2) 호주

호주의 공적건강보험인 메디케어(Medicare)는 공공병원에서 공공환자(Public patient)로 진료받은 경우 치료비, 입원비 등을 거의 모두 보장한다. 또한, 공공 및 민영병원에서 민영환자(Private patient)로서 입원 진료를 받은 경우 메디케어는 메디케어 수가(Medicare Benefit Schedule, 이하, 'MBS'라 함) 기준으로 전체 진료비의 75%(외래의 경우 일반전문의 100%, 기타전문의 85%)만을 보장한다. 호주 국민은 메디케어가 보장해 주지 않는 입원·외래 진료비의 환자 본인부담금 및 비급여 항목15)을 보장받기 위해 보완형으로 민영건강보험을 가입하고 있다. 민영건강보험 가입자가 공공 및 민영병원에서 민영환자(Private patient)로 진료받기를 선택하면 의사와 병원을 선택할 수 있고 대기시간을 단축할 수 있는 이점도 존재한다. 호주의 민영건강보험은 자율가입 상품이지만 호주 정부는 국민들에게 양질의 의료서비스 접근성을 보장하고 공·사 건강보험의 공존과 상호보완을 장려하기 위하여 다양한 제도를 통해 민영건강보험 가입 인센티브16를 제공하고 있다.

호주는 보험회사가 민영건강보험에 적용되는 수가에 대해 의료인 및 민영병원과 사전에 계약을 맺을 수 있도록 허용하고 있는데, 합의된 수가는 일반적으로 MBS보다 높은 수준

¹⁵⁾ 치과검사 및 치료, 물리치료, 안과치료, 안경 및 렌즈 비용, 보청기 비용, 가정간호 비용, 비급여 약제 등임

¹⁶⁾ 민영건강보험 보험료 보조를 위해 가입자에게 일정 비율의 세금을 환급해 줌. 30세 이전 민영건강보험 가입 장려를 위해 30세 이후 가입 시 미가입 기간 1년당 보험료의 2%씩(최대 70%) 10년간 가산함. 18~29세 가입자의 보험료 할인(최대 10%) 혜택 제공 등이 있음

이다. 호주에서 화자의 본인부담금이 발생하는 경우, 의료서비스 제공자는 진료 전에 환 자에게 이를 설명하고 동의를 받아야 한다. 의료서비스 제공자는 화자 사전동의 (Informed Financial Consent; IFC) 가이드라인을 활용해 화자에게 예상 의료비 정보를 제공하고, 이를 통해 진료 전 환자, 의사, 병원, 보험회사 간 충분한 의사소통이 이루어진 후에 환자가 진료 진행 여부를 결정할 수 있도록 한다.

호주의료협회(Australian Medical Association; AMA)에서는 의료수가 가이드라인(AMA Fees List)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 의료비 청구 시 이를 참 고하도록 권장한다. 호주의료협회는 기본적으로 전문의의 의료수가를 규제하는 것에는 반대하는 입장이나. 환자가 의료비에 대해 잘 이해할 수 있도록 의사와 환자 간 정보 공유 를 중요하게 생각하다. 호주 복지부는 2019년 12월 전문의 진료비 검색 서비스(Medical Cost Finder)를 시작하여 일반 국민에게 지역별, 의료서비스별 전문의 진료비의 평균적인 수준을 공개하고 있다.

3) 대만

대만에서는 의료기관이 수술 시 비급여 의료기기를 사용할 경우 화자에게 비급여 의료기 기의 예상진료비, 비급여 사유, 잠재적인 부작용, 의료기기 특징, 유사 급여항목과의 비교 등에 대해서 설명하고 환자에게 서명으로 동의를 받아야 한다.17) 환자가 비급여 진료에 대해 이의를 신청할 경우에, 요양기관 조사 후 문제가 인정되면 비급여 해당 부분을 환자 에게 환불해주는 비급여 진료에 대한 이의신청 제도 또한 시행하고 있다.

또한 대만은 비급여 항목 및 수가를 공개한다. 중앙건강보험서의 '의료기관 관리법'에 관 련 규정이 명시되어 있으나, 강제적이지 않고 처벌규정도 없는 상태로 간단한 목록만 공 개하다.

¹⁷⁾ 국민건강보험 의료기관의 계약 및 관리에 관한 규정 제14조

〈표 II-6〉 대만 비급여 항목 예시

- 미용/성형
- 주간 입원(다만, 정신질환치료 제외)
- 상급병실차익(1-2인실): 관행수가로 요양기관마다 차이 존재
- 인공수정
- 약물중독치료(알코올, 담배 포함), 비외상 치료성 치열교정, 예방성 수술
- 성전화 수술
- 의사 처방전이 필요 없는 일반 의약품
- 혈액(다만, 긴급상병으로 의사의 진단에 의한 수혈은 제외)
- 생체 실험
- 튜브식사 이외의 식사
- 환자 이송비, 등록비, 증명서 발급비
- 의치, 의안, 안경, 보청기, 휠체어, 지팡이 및 기타 비적극 치료성의 보장구
- 기타 법령에 의하여 정부가 비용을 부담하는 의료서비스
- 예방접종 및 정부가 비용을 부담하는 기타 의료서비스
- 보험자가 입안하고 건보회 심의를 거쳐 주관기관이 발표한 기타 치료 및 의약품

4) 일본

일본은 보험진료(급여)와 보험 외 진료(비급여)가 병용되는 혼합진료를 원칙적으로 금지하며, 병용 시에는 보험급여 청구를 인정하지 않고 모든 비용을 환자가 전액 부담하도록한다. 18) 다만 보험 외 진료(비급여) 중에서 일본의 후생노동성이 정하는 '평가요양'과 '선정요양'의 범위 내에서는 혼합진료를 허용하고 있다. 여기서 '평가요양'은 공적건강보험의 보장범위에 해당되는 보험진료(급여)로 편입을 위해 평가 중인 진료 항목을 의미하며, '선정요양'은 보험진료(급여)로 편입을 전제로 하지 않는 대상으로 환자의 선택적 진료 항목을 의미한다.

^{18) 『}보험 외 병용요양비 제도』

〈표 II-7〉 일본 평가요양 및 선정요양

	의료기술	• 선진의료
평가요양	의약품/의료기기	의약품의 시험(임상시험)에 소요되는 진료 의료기기의 시험에 관련된 치료 약가기준 등재 전 승인의약품 투여 보험적용 전의 승인의료기기의 사용 약가기준에 등재되어 있는 의약품의 적용 중 이외의 사용
선정요양	쾌적성/편의성	특별의료 환경의 제공예약 진료시간외 진료
	의료기관의 선택	• 200병상 이상의 병원 - 소견서 미지참 환자의 초진/재진
	의료행위의 선택	 제한 횟수를 초과한 의료행위 180일을 초과하는 입원 앞니 부위의 재료 차액 금속으로 된 완전 틀니 소아충치치료 후 지속관리

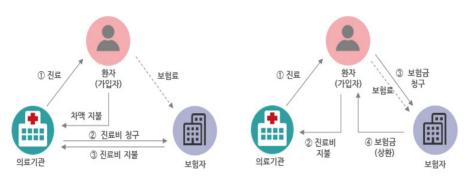
4. 소비자의 실손의료보험 청구 편의성 저하

가. 현황

건강보험의 보험자가 보험급부(보험금)를 지급하는 방식으로 제3자 지불제와 상환제가 적용되고 있다. 제3자 지불제는 직접 서비스형으로 보험가입자(환자)가 의료기관 이용 후 진료비를 전혀 부담하지 않거나 혹은 일부 본인부담금만 부담하고 의료기관이 보험자에 게 직접 진료비를 청구하여 지불받는 유형이다. 즉, 제3자 지불제는 소비자가 의료기관을 이용한 후에 진료비를 정산하거나 청구 관련 서류를 발급받는 절차가 일체 없고, 의료기 관이 보험회사에게 직접 소비자의 진료비를 청구하여 지급받게 되므로 소비자의 보험금 청구 부담이 거의 없다. 또한, 보험자가 의료기관에 직접 의료비를 지불함으로써 보험가 입자(화자)의 재정대리인으로서 의료기관의 견제 역할을 수행하게 된다. 반면, 상환제는 현금 배상형으로 보험가입자(화자)가 의료기관 이용 후 진료비를 정산하고 보험자에게 청 구하면, 약정한 비율의 현금을 보험급부(보험금)로 상환받게 되어 보험가입자에게 보험금 청구 부담을 지우는 방식으로 볼 수 있다.

〈그림 Ⅱ-7〉의료기관 청구방식(제3자 지불제)

〈그림 Ⅱ-8〉 보험가입자 청구방식(상환제)



국내에서 실손의료보험 가입자가 진료비를 의료기관과 직접 정산한 이후 실손보험금을 보험회사에 청구하도록 하는 상환제를 시행하고 있어, 소비자의 보험금 청구 부담이 큰 상황이다. 더욱이 의료기관과 보험회사 간에 실손가입자(환자)의 보험금 청구에 필요한 진료 정보에 대한 전자적 교환이 이뤄지지 않아, 소비자가 직접 관련 서류들을 구비하여 보험회사에 제출해야 하는 불편이 계속되고 있다. 19920) 보험회사는 소비자의 실손보험금의 청구 편의를 위해 ICT 업체·의료기관과의 개별적인 계약·협상을 통해 자체적으로 청구전산화를 추진·확대하는 데 노력해 왔으나, 아직까지 의료기관의 참여가 적어 실질적인 효과는 내지 못하는 실정이다. 21)

실손의료보험의 보험금 청구 및 지급 체계에서 청구전산화 도입은 2009년 국민권익위원 회의 권고 이후 지속적으로 논의되어 왔으나, 의료단체는 환자 개인정보 유출, 행정업무부담 가중, 비급여의 정부 통제 가능, 제증명 수수료발급 수익 보전방안 미흡 등의 이유로 반대하고 있는 실정이다. 현재 실손의료보험 청구전산화와 관련하여 보험업법 개정안(5건)²²⁾이 국회 계류 중에 있으며, '소비자가 의료기관에 보험금 청구에 필요한 서류 전송을 요청하면 의료기관은 해당 서류를 전자적 방식으로 보험회사에 전송하도록 함'을 주요 내용으로 하고 있다.

¹⁹⁾ 정성희·문혜정(2021a)

²⁰⁾ 보험금 청구 포기 사유: 서류 발급을 위한 병원 방문이 귀찮고(44%), 청구 금액이 소액임(73.3%)

²¹⁾ 청구전산화에 참여한 의료기관 수는 2020년 말 기준 전체 의료기관·약국 9.6만 개 중에서 약 150여 개에 불과 하고, 이를 통한 실손보험금 청구 건수는 전체의 0.1%(2019년 기준)에도 못 미치는 것으로 파악됨

²²⁾ 전재수 의원('20. 7, 재발의), 윤창현 의원('20. 7), 고용진 의원('20. 10, 재발의), 김병욱 의원('21. 4), 정청래 의원('21. 5)

나. 해외 사례

주요국의 공적건강보험은 환자의 청구 편의를 위해 제3자 지불제를 보편적으로 적용하고 있으나, 민영건강보험의 경우 국가의 보건의료시스템에 따라서 제3자 지불제(미국, 영국, 호주, 네덜란드 등) 혹은 상환제(프랑스, 독일, 한국 등)를 선택하여 적용하고 있다.

본 장에서는 우리나라처럼 전 국민 건강보험제도(NHI)를 시행하면서 민영건강보험에 상 환제를 적용하고 있는 프랑스, 그리고 국가보건의료서비스제도(NHS)를 시행하면서 민영 건강보험에 제3자 지불제를 적용하고 있는 영국의 보험금 지급 체계에 대해 각각 살펴보 았다.

〈표 II-8〉 주요국 공·사 건강보험 보험금 지급 체계

국가	공적	민영	민영건강보험 관련 내용
프랑스	상환제 ¹⁾	상환제	 환자가 진료비 정산 후 건강보험카드²⁾를 제시하면 사회보장국 및 보험회사로 전자치료차트가 전송되어 자동 상환 특정 대상 및 의무 건강보험에 한하여 제3자 지불제를 적용하고 있으며, 민영건강보험에 대해서도 제3자 지불제를 확대하는 추세
독일	제3자 지불제	상환제	 통원: 청구서·처방전 등을 발급받아 모바일·온라인으로 보험회사에 제출 입원 등 고액 의료서비스 이용 시 의료기관이 보험회사에 직접 청구 가능
영국	제3자 지불제	제3자 지불제	• 의료기관 이용 전에 보험회사로부터 진료 보장에 대한 승인을 받아야 함
한국	제3자 지불제	상환제	• 종이 서류로 발급받아 직접 또는 이메일·팩스·모바일로 보험회사에 제출
호주	제3자 지불제	제3자 지불제	 통원: 환자가 의료기관의 전자의료청구 및 정산 단말기에서 보험회사 멤버십 카드를 이용하여 현장에서 청구, 환자는 차액만 부담 입원: 의료기관이 보험회사에 직접 청구
미국	제3자 지불제	제3자 지불제	• 네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제
네덜란드	제3자 지불제	제3자 지불제	• 네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제

주: 1) 일부 대상(산업재해사고 피해 및 직업병 관련 환자, 청소년 구강 예방검사, 예방을 위한 검사 등)은 제3자 지불 제를 필수 적용함

²⁾ Carte Vitale: 1998년에 도입되었으며, 민영건강보험 정보가 연계되어 있어서 보험회사에 정산 정보가 자동 전송됨

1) 프랑스

프랑스는 모든 거주자에 대해 공적건강보험(l'Assurance maladie)²³⁾을 의무 가입하도록하고 있으며, 급부 지급 방식으로 상환제를 기본 원칙으로 하되 저소득 계층·임산부·만성 질환자 등에 한해 제3자 지불제를 적용하고 있다. 국민의 의료이용 편의성 제고를 위해 공적건강보험에 대한 제3자 지불제 적용을 단계적으로 확대 추진해 오고 있으며, 2017년 부터 의료기관의 재량에 따라 모든 건강보험 가입자에 대해 제3자 지불제 적용이 가능하다.²⁴⁾ 한편 민영건강보험은 공적건강보험의 급여 본인부담금의 일부 혹은 전부를 보장해주는 보완형으로 운영되며, 보험금 지급 방식으로 상환제를 적용하고 있다. 참고로 프랑스의 민영건강보험 가입률은 95.5%²⁵⁾으로 매우 높은 편인데, 이는 저소득계층 대상의 민영건강보험 바우처 제공(2000년), 차상위계층 대상의 민영건강보험 보조금 지급(2005년) 등 사회취약계층의 민영보험 지원 제도 시행 등에 기인한 것으로 평가되고 있다. 이처럼 정부 차원에서 민영건강보험 가입 장려 제도를 꾸준히 시행해 온 배경에는 한정된 공적건 강보험의 재원을 입원 보장에 집중²⁶⁾하고, 통원은 민영건강보험을 통해 보장을 강화하려는 정책 기조가 있었기 때문이다.

보험가입자(환자)는 진료 후 의료기관에 진료비 전액을 지불하고 공·사 건강보험의 보험금 청구를 위해 건강보험카드(Carte Vitale)²⁷⁾를 의료기관에 제시해야 한다. 의료기관은 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)을 통해 전자치료차트를 작성하고, 이를 전자청구서와 함께 중계기관인 건강보험공단(CPAM)에 전송한다. 2020년 기준 일반의 82.6%, 전문의 85.9%, 약사 99.6% 등이 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)을 구축하고 있으며, 이를위해 4개 공적건강보험기관(AMO) 및 3개 대형 민영건강보험기관(AMC)이 자금을 지원하고 있다. 그리고 전자치료차트 작성 및 전자청구서 전송을 위해서는 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)에 환자 건강보험카드(Vitale)와 의료인 카드(CPS)²⁸⁾를 삽입하도록 되어

²³⁾ 거주자의 직업군에 따라 근로자·자영업자 등 대상의 일반 제도(88%), 농업부문 종사자를 위한 농업 제도(5%), 기타 특별 제도(7%) 등 3가지 유형의 제도(Régime)로 구분됨

^{24) 2016}년 의료시스템의 현대화에 관한 법률을 제정함(법률 번호 2016-41 제83조)

²⁵⁾ OECD Health Statistics 2019(프랑스 최근 자료: 2014년)

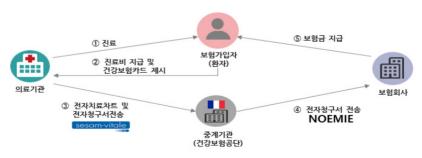
²⁶⁾ 프랑스의 공적건강보험의 보장률은 2018년 83.4%로, OECD 30개국(평균 73.8%) 중 8번째로 높은 편이나, 통원의 보장률은 66%(입원 90%대)임

²⁷⁾ 건강보험공단이 건강보험에 대한 권리를 인증하는 카드로 1998년에 도입되었으며, 건강보험카드에는 이름, 성별, 생 년월일, 사회보장번호, 소속 건강보험제도, 거주지에 따른 건강보험공단, 민영건강보험 가입정보 등의 정보가 등록됨

²⁸⁾ 의료인 카드(Carte de Professionnel de Santé; CPS)는 의료정보 공유를 위해 개인건강정보에 접근하기 위한 필수도구로 법률(공중 보건법 L.1110-4조)에 명시되어 있으며 가입비용은 공적건강보험으로 전액 보장됨

있어, 담당 의료인에게만 환자의 의료정보 접근 권하을 부여하고 있다. 건강보험공단은 48시간 이내에 지불 승인 혹은 거절 정보를 제공하고 1주일 이내에 보험금 상환 및 상환 명세서를 발급하게 된다.29) 상환 진행 상황 등과 관련된 자세한 정보는 온라인 건강보험 계정(Ameli)을 통해서 확인할 수 있다.

하편, 건강보험공단은 전자정보전송시스템(NOEMIE)30) 사용과 관련하여 계약을 맺은 민 영건강보험기관을 대상으로 사전에 제출받은 '전자정보전송 신청 보험가입자'의 상화명 세서를 전자청구서로 전송하고, 민영건강보험기관은 건강보험공단으로부터 전자청구서 를 전송받은 이후 통상 2일 내에 보험가입자에게 보험금을 지급하다. 이처럼 건강보험공 다은 민영건강보험의 전자청구 중계기관으로서 전자정보전송시스템을 구축·관리하고, 민영건강보험기관과의 계약을 통해 서비스를 제공하고 있다.31) 민영건강보험기관은 건 강보험공단의 전자청구 정보전송서비스 사용에 대해 일정의 수수료를 지불하다. 수수료 는 전자청구서 전송으로 인해 건강보험공단에서 발생한 평균 비용에 해당되며, 일반적으 로 제공된 문서의 수에 따라 책정된다. 참고로 전자청구서에는 보험회사명, 피보험자명, 진료비, 보험계약내용, 청구내용 등의 정보가 포함되어 있는데, 보험가입자는 전자청구서 의 전자전송을 원할 경우 건강보험 권리증명서, 은행 계좌 증명서 등을 사전에 보험회사 에 제출하고 신청해야 한다.



〈그림 Ⅱ-9〉 프랑스 민영건강보험 보험금 지급 체계

²⁹⁾ 국민건강보험의 상환명세서에 "이 정보는 귀하의 국민건강보험 기금에서 귀하의 보완형 민영건강보험기관으로 직 접 전송되었습니다(Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé)."라는 메시지가 적혀 있음

³⁰⁾ 건강보험공단과 외부 기관 간의 개방형 교환 표준임(Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs)

^{31) 『}민영보험기관 원격전송시스템의 표준 준수 절차(Procédure d'adhésion à la Norme NOEMIE Organismes Complémentaires)』(2020. 9 개정)

영국은 세금을 재원으로 입원·통원 등 대부분의 의료서비스가 무상으로 제공되고, 국가 차원에서 의료서비스 제공 및 관리가 이뤄지는 국민보건서비스제도(NHS)³²⁾를 운영하고 있으며, 급부 지급 방식으로 제3자 지불제가 적용되고 있다. 한편, 민영건강보험은 NHS에서 보장하지 않는 대체 의학, 정신과 치료, 치과 및 안경, 재택 치료 등의 의료서비스를 보장하는 보완형으로 운영되고 있다. 또한, NHS는 무상으로 제공된다는 장점이 있지만, 긴 진료 대기시간, 의사·의료기관 선택이 자유롭지 못한 단점도 존재하는데, 진료 대기시간 단축, 진료 시간 및 의료기관 선택권 등의 혜택을 부여하는 보충형(혹은 중복형)도 함께 운영되고 있다. 민영건강보험의 보험금 지급 방식으로 의료네트워크 기반의 제3자 지불제가 적용되고 있다. 영국은 보험회사와 의료기관 간에 의료수가 협상 등을 포함한 계약을 허용하고 있으며, 보험회사는 가입자가 네트워크 내 의료기관을 이용한 경우 보험회사가 의료기관에 직접 의료비를 지급하게 된다. 민영건강보험 보장내용에 가입자가 이용가능한 의료기관 리스트가 명시되어 있으며, 일반적으로 이용 가능한 의료기관이 많을수록 보험료가 비싼 구조가 된다. 보험회사는 의료네트워크 형성 과정에서 비용 비교를 통해 의료기관과의 계약 협상력을 보유하며, 이를 통해 의료수가의 할인을 요구하는 등 네트워크 내에서 의료비용 적정성에 대한 감독자의 역할을 수행한다.

보험가입자(환자)는 민영건강보험 계약에 포함된 '보험회사와 제휴된(In-network) 의료 기관'과 '받고자 하는 진료의 보장 여부'를 의료기관 이용 전에 보험회사로부터 사전승인 (Pre-authorization)을 받아야 한다. 이때 보험가입자가 민영건강보험 계약에 포함되어 있지 않은, 즉 보험회사와 제휴되어 있지 않은(Out-of-network) 의료기관을 이용한 경우에는 진료 후 보험가입자가 진료비를 부담하고 민영건강보험 보험금도 보험회사에 직접 청구해야 하는데, 보험회사는 보험계약에 의해서 보험금을 지급하지 않을 수도 있다.

의료기관은 진료 이후 보험가입자의 진료정보를 표준전자청구서 양식³³⁾에 의거하여 전 자정보전송시스템(ePractice system)에 입력하고, 중계기관인 중간결제회사(Healthcode) 로 전자청구서를 전송한다. 중간결제회사는 전자청구서가 표준전자청구서의 양식에 따라 작성되었는지 등에 대한 검증과정³⁴⁾을 거친 후 보험회사에 전송한다. 보험회사는 중간결

³²⁾ 모든 국민에게 필요에 따라 공평한 의료서비스를 무료로 제공한다는 취지하에 1948년에 도입됨

³³⁾ 중간결제회사가 보험산업의 표준민영건강데이터 서식에 따라 표준전자청구서 양식을 작성하여 의료기관에 제공함

³⁴⁾ 검증과정에서 표준전자청구서의 양식에 부합되지 않을 경우 의료기관에 반송됨

제회사로부터 받은 전자청구서를 자체 심사과정을 거친 후 보험가입자의 보험금을 의료 기관에 지급한다.

한편, 중간결제회사35)는 민영건강보험의 보험금 청구전산화 등을 통해 의료기관과 보험 회사 가의 불필요한 행정 절차와 비용 절감을 목적으로 설립되었으며, 현재 영국에서 민 영건강보험을 판매하는 대부분의 보험회사36)는 중간결제회사를 통해 전자청구서를 전송 받고 있다.37) 중간결제회사는 정보보호 관리체계 국제표준(ISO/IEC 27001:200538)) 인증 을 받았으며, 금융·개인 정보보호를 위하여 금융회사(온라인 뱅킹) 수준의 암호화 작업을 수행하고 있었는데. 2000년 설립 이후 현재까지 알려진 정보유출 사건이 1건도 발생하지 않았다고 한다. 영국 정보위원회(ICO) 보고서³⁹⁾에 따르면 2021년 1분기 의료부문의 정보 유출(420건) 중 비전자 방식으로 의한 건이 90%(380건) 이상을 차지하는 등 서류방식을 통한 정보 제공에서 정보유출 문제가 더 심각한 것으로 나타났다. 또한, 영국 민영의료기 관(Pure Sports Medicine)에 따르면 기존의 주당 45~50시간이 소요되던 행정적 절차가 전자청구 이용 후 주당 25~30시간으로 40% 이상의 시간이 절약되었다고 한다. 40) 이와 같이 제3자 지불제 적용에 따라 의료기관이 보험가입자 대신으로 보험회사에게 보험금 청구를 해야 하는 경우 중간결제회사를 통한 전자청구 활용을 통해 의료기관은 비용의 절 감 효과와 함께 환자의 정보보호 강화 효과도 본 것으로 나타났다.

³⁵⁾ 영국 최대 건강보험회사인 Bupa의 추진으로 2000년에 설립되었으며, 현재 Aviva, AXA Health, Bupa, Vitality Health, Nuffield Health가 공동 소유하고 있음

^{36) 2019}년 기준 10개 보험회사가 중간결제회사를 이용하고 있으며, 이 중 4개 보험회사(Bupa, AXA Health, Aviva, Vitality Health)가 전체 민영건강보험시장의 90% 이상을 차지함

³⁷⁾ 하루 병원급 청구의 약 98%, 개원의 청구의 약 70% 수준임(Healthcode 2020). 중간결제회사는 보험산업의 표 준민영건강데이터양식(CCSD)에 따라 표준전자청구서 양식을 작성하고 이를 의료기관에 제공함

³⁸⁾ ISO/IEC 27001:2005 표준은 기업들이 정보보호 업무를 수행함에 있어 참조 및 기준으로 활용할 뿐만 아니라 이 규격을 바탕으로 조직의 특성에 맞는 정보보호 경영체계를 수립한 후 독립적인 인증기관으로부터 시스템의 적 합성 및 실행상태를 평가받고 신뢰할 수 있는 정보보호 관리를 갖추어 운용하고 있다는 것을 보증하는 제3자 심 사 및 등록제도임

³⁹⁾ Information Commissioner's Office, Data Security incident trends 2020-21 Q4(https://ico.org.uk/ac tion-weve-taken/data-security-incident-trends/)

⁴⁰⁾ Healthcode(2011)

〈그림 II-10〉 영국 민영건강보험 보험금 지급 체계

