

국민건강보험의 비급여 진료비 관리방안

김진현

서울대학교 간호대학

차례

1

비급여 관리의 중요성

2

건강보험 비급여 관리의 문제점

3

외국의 비급여 관리제도

4

실효성 있는 비급여 진료비 관리방안

1

비급여 관리의 중요성

1) 건강보험의 보장률 추이

- 지속적인 건강보험 보장성 강화정책의 추진에도 불구하고 건강보험 보장률은 여전히 정체된 상황임
- 암질환 등 중증질환 중심의 보장성 강화 정책을 꾸준히 펼쳐온 결과, 암 보장률 (2020년 기준 79.8%)과 4대 중증질환 보장률(2019년 기준 82.7%)은 상당수준으로 개선되었음
- 그러나 전체 건강보험 보장률은 답보 상황
 - 건강보험 보장률 62.7%(2017) → 65.3%(2020)
 - 암환자 보장률 78.2%(2017) → 79.8%(2020)

1) 건강보험의 보장률 추이

- 그동안 3차에 걸친 건강보험 보장성 강화계획(2005~2008년, 2009~2013년, 2014~2018년)에 따른 보장률의 변화를 살펴 보면, 각 보장성 강화계획 초기에 반짝 높아졌던 보장률은 시간이 지나면서 급격히 하락하는 추세를 보였음

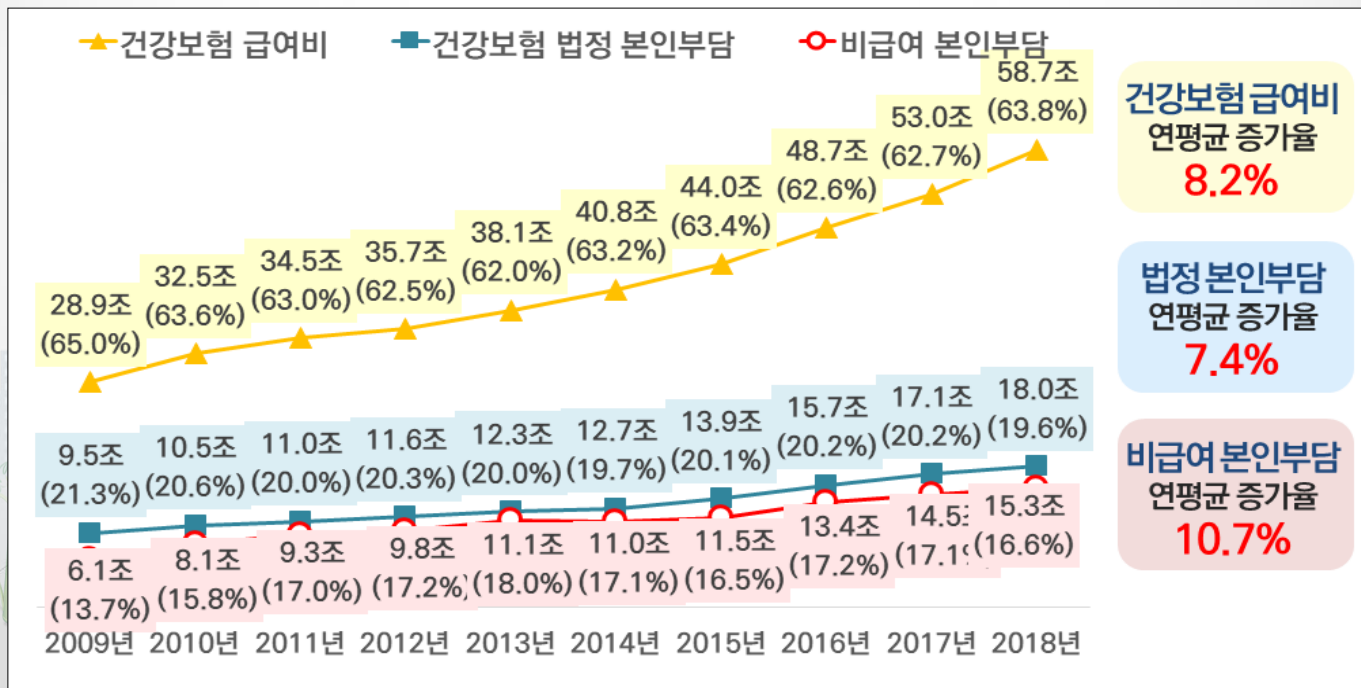
- 제1차(중증질환, 식대) 2008년 보장률 62.2%
- 제2차(중증질환) 2013년 보장률 62.0%
- 제3차(4대 중증질환, 3대 비급여) 2016년 보장률 62.6%

1) 건강보험의 보장률 추이

- 보장성 확대에도 불구하고 보장률이 정체되는 가장 큰 이유는 '**비급여 관리의 실패**'에 기인한다고 볼 수 있음.
 - 지난 10년간 건강보험 급여비는 연평균 8.2%, 건강보험 법정 본인부담금은 연평균 7.4% 증가한 반면, 비급여 본인부담금은 연평균 10.7% 증가하였음
 - 즉, 비급여 진료비 증가율이 급여비 증가율을 지속적으로 상회해 왔음
- 이처럼 비급여 진료비는 건강보험 진료비 증가를 견인할 뿐만 아니라, 국민이 체감하는 보장률을 악화시키고 있음

2) 건강보험의 급여비와 비급여비 추이

[그림 1] 건강보험 급여비, 법정 본인부담, 비급여 본인부담 추이



자료: 국민건강보험공단. 각 연도. 건강보험통계연보 / 건강보험진료비실태조사.

3) 비급여 진료비 증가의 파급효과

- 체감 보장률 정체 → 의료 접근성 악화
- 심사·평가 시스템 부재 → 의료의 질 관리 취약
- 민간보험 의존 → 체감 본인부담이 낮아져 과다이용 유발

건강보험 보장성

환자부담금의 증가

보장률의 정체

재정효율성

높은 가격과 과다이용

재정지출 낭비

의료의 질

제도 밖에서 관리부재

안전성과 유효성
불확실

3) 비급여 진료비 증가의 파급효과

○ 비급여 증가로 인한 건강보험 보장률 감소 사례분석 (2005~2011년)

- 2005년~2011년 건강보험 보장성 확대에 총 4조 411 억원 투입(2011년 기준 금액으로 환산)
- 건강보험 보장률은 2005년 61.3%에서 63.0%로 1.7%p 증가에 그침
- 비급여 증가가 없었더라면 보장률은 61.3%에서 68.7%로 추정되어 7.4%p 증가할 것으로 예상되었음

3) 비급여 진료비 증가의 파급효과

<표 1> 건강보험 실제 보장률과 예상 보장률

	급여확대 (억원)	2011년 기준 급여확대(억원)		실제보장률 (%)	예상보장 률 %	보장률 차이 (=실제-예상) % p
		연간	누적			
2004	-			61.3		
2005	1,863	3,583	3,583	61.8	62.0	-0.2
2006	11,683	19,310	22,893	64.3	65.5	-1.2
2007	-	-	22,893	64.6	65.5	-0.9
2008	-	-	22,893	62.2	65.5	-3.3
2009	6,100	7,298	30,191	64.0	66.8	-2.8
2010	6,510	6,931	37,122	62.7	68.1	-5.4
2011	3,319	3,319	40,441	63.0	68.7	-5.7
전체	29,475	40,411	40,411	63.0	68.7	-5.7

주: 비급여 포함, 2011년기준 급여확대금액은 각 연도의 실제 금액을 2011년으로 환산
 자료: 국민건강보험공단(각년도) 건강보험통계연보, 진료비 본인부담 실태조사

3) 비급여 진료비 증가의 파급효과

- 현재 국민의료비 관리는 건강보험 급여비를 중심으로 이루어지고 있음. 그러나 건강보험 급여비는 전체 **국민의료비** 143.1조원(2018년)의 **43.8%**를 차지하고 있으며, 절반 이상이 다른 공보험과 민간보험, 비급여로 구성되어 있음
 - 건강보험 92.3조(급여비 58.7조, 법정본인부담 18.3조, 비급여 15.3조) + (조사불포함)비급여 15.1조
 - 의료급여/산재/자보책임/장기요양 17.2조
 - 민간보험 등 10.8조
- 따라서 국민의료비를 효율적으로 관리하기 위해서는 건강보험 급여비 중심의 관리체계에서 벗어나 **타 제도와 연계하여 비급여 관리**를 체계적으로 추진하는 것이 필요한 상황임

2

건강보험 비급여 관리의 문제점

1) 건강보험 비급여 진료비의 유형

- 기존의 '비급여'는 법정비급여와 임의비급여 등 합법성 여부를 기준으로 분류. 임의비급여는 불법으로 간주되었음
- 비급여관리정책협의체(2016.12.)를 통해 비급여 진료비를 기준 비급여, 등재 비급여, 제도 비급여, 선택 비급여의 4가지 유형으로 분류함



유형		내용
치료적 비급여	기준 비급여	급여 등재. 급여기준에 의해 비급여 적용
	등재 비급여	비급여 목록 등재. 경제성 불분명 항목
제도 비급여		관련 제도 규정에 따라 비급여로 지정
선택 비급여		소비자 선택. 일상생활 지장없는 질환

1) 건강보험 비급여 진료비의 유형

- **기준 비급여:** 건강보험 급여목록에 등재되어 있으나, 급여기준에 의해 비급여로 적용되는 항목. 진료상 필요성, 의학적 타당성, 비용 효과성 등의 측면에서 급여범위에 부합되지 않음
- **등재 비급여:** 건강보험 비급여목록에 등재되어 있는 항목으로 비용 효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 항목
- **제도 비급여:** 관련 제도 규정에 따라 비급여로 정해진 상급병실차액, 선택진료비, 제증명수수료 등
- **선택 비급여:** 소비자 선택에 의한 경우로 일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수기능개선을 직접목적으로 하지 않는 경우. 미용, 성형, 예방, 검진 등에 해당하는 항목

2) **현행 비급여 진료비 관리제도**

○ **건강보험환자 진료비 실태조사** (국민건강보험공단)

- 건강보험 보장성과 비급여 실태 파악

○ **비급여 상세내역조사** (국민건강보험공단)

- 2015년부터 실태조사와 병행 조사.
- 비급여 진료비 구성과 실태파악을 통한 비급여 모니터링 목적
- 매년 6월과 12월의 진료비 상세내역
- 표본 요양기관 대상

○ **진료비 확인신청제도** (건강보험심사평가원)

- 국민이 직접 심평원에 비급여 진료비의 타당성 확인신청
- 급여 대상 여부 확인 후 환불 조치(최근 5년간 총 96억원 환불)

2) 현행 비급여 진료비 관리제도

○ 비급여 진료비용 고지 및 공개 (건강보험심사평가원)

- 비급여 진료비용 정보를 소비자에게 제공하여 의료기관 선택을 지원하고 의료기관간의 적정 경쟁 유도를 통해 가격 상승 억제



2) **현행 비급여 진료비 관리제도**

○ **비급여 진료비용 보고제도**(보건복지부)

- 2016년 10월 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」이 제정되면서 병원급 의료기관의 비급여 진료비용 등의 항목, 기준, 금액 조사가 시작됨
- 2021.3월부터는 조사대상이 모든 의료기관으로 확대됨
- 공개범위는 의료기관별, 항목별 최저·최고비용 등과 기타 복지부장관이 공개가 필요하다고 인정하는 사항임
- 일부 보고항목(600여개)

2) 현행 비급여 진료비 관리제도

○ 비급여 진료비 실태 파악의 한계

- 진료비 실태조사: 조사대상이 일부 표본기관으로 한정되어 있음
 - 비급여 보고제도: 자료수집범위가 일부 항목으로 한정되어 있음
- 전체 비급여 진료비 실태 파악이 불가능한 상황임

	비급여 실태조사 (상세내역조사)	비급여 보고제도
자료 조사 대상	표본 요양기관	전체 의료기관 (약국 제외)
자료 수집 범위	전체 진료내역	일부 보고항목

3) 비급여 진료비 관리제도의 미비점

- 비급여 진료비 실태를 정확하게 파악하지 못하고 있어 적합한 비급여 관리대책 수립에 한계가 있음
 - 전체 요양기관의 전체 진료비 실태를 파악하지 못함
 - 처치·수술료 등 **단위비용** 수집으로, 사례(episode)에 대한 총금액을 알 수 없음
- 새로운 비급여의 끊임없는 발생에 대해 관리방안 부재
 - 반짝효과 후 예전으로 돌아가는 보장성 확대 정책
 - 결과적으로 건강보험 재정지출 낭비를 반복하는 상황
 - 환자의 의료비 부담은 여전히 높음

예) 산전진찰 바우처 제도의 사례

3

외국의 비급여 관리제도

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

1) CMS(Center for Medicare & Medicaid Services)

- ▶ Medicare 적용 3,000개 병원의 기관별 입원 및 외래 진료비 웹에 제공
- ▶ 다빈도 입원 및 외래 서비스 비용과 치료재료, 처치료
- ▶ 질병, 수술의 중증도 반영 DRG 세부 항목의 청구진료비

2) 펜실베이니아 주 보건의료비관리위원회

- ▶ 정보공개를 통해 의료시장에서의 경쟁 촉진
 - 의료제공자에 대한 비교정보를 소비자와 보건서비스 구매자에게 제공
 - 의료제공자에게 정보제공으로 비용억제, 진료의 질 향상 기회 제공
- ▶ 수집 자료
 - 펜실베이니아주의 병원 및 응급수술센터
 - 매년 450만건의 입원 및 퇴원 기록, 응급수술센터와 외래환자 자료
 - 분기별로 수집한 자료를 보고서 형태로 출판하여 무료로 제공

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

3) 미네소타 주 HealthScores

- ▶ 사보험에 가입한 150만명의 총진료비 자료 공개
- ▶ 항목별로 의료기관간 평균진료비 확인할 수 있음
 - 최대 5개까지 선택 및 비교가 가능함
 - 항목별로 최고금액에서부터 최저금액까지 정렬이 가능함
- ▶ 특정 의료기관에서 최대 3개 의료기관까지 환자 1명의 총진료비가 Minnesota 평균 총진료비와 비교해서 이하인지, 이상인지 시각화된 도표로 확인 가능
 - 평균보다 낮은 경우(Lower than Average)
 - 평균보다 높은 경우(Higher than Average)
 - 평균수준인 경우(Average)
 - 진료비가 수집이 안된 경우(Not Reportable)

가 미국

☒ HIDE NON REPORTING MEDICAL GROUPS SHARE: [f](#) [t](#) [in](#) [✉](#) PRINT:

COMPARE RATINGS
Select & compare up to 3 medical groups

☒ COMPARE

Refine results by [name](#) or [location](#)

Add or change column topics

	Sort	High to Low Performer	Sort
☐ Stellis Health, PA BUFFALO, MN	\$328	\$203	
☐ Cuyuna Regional Medical Center CROSBY, MN	\$337	\$242	
☐ Unity Family Healthcare, Family Medical Center LITTLE FALLS, MN	\$343	\$215	
☐ Glencoe Regional Health Services GLENCOE, MN	\$348	NOT REPORTABLE	

출처: 미네소타 주 HealthScores 홈페이지(<http://www.mnhealthscores.org>)

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

<그림 3> 진료대상(전체/성인/아동)별 의료기관간 평균진료비 비교

	Cuyuna Regional Medical Center CROSBY, MN	HealthPartners Clinics MINNEAPOLIS, MN	Stellis Health, PA BUFFALO, MN
COST MEASURES (per month)			
① TOTAL COST: OVERALL MORE INFORMATION	 AVERAGE \$551	 LOWER THAN AVERAGE \$487	 LOWER THAN AVERAGE \$467
① TOTAL COST: ADULTS MORE INFORMATION	 AVERAGE \$657	 LOWER THAN AVERAGE \$568	 LOWER THAN AVERAGE \$549
① TOTAL COST: PEDIATRICS MORE INFORMATION	 AVERAGE \$236	 LOWER THAN AVERAGE \$250	 LOWER THAN AVERAGE \$226

출처: 미네소타주 HealthSaves 홈페이지(<http://www.mnhealthsaves.org>)

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

4) 캘리포니아 주 보건기획개발국(OSHPD)

- ▶ 캘리포니아 주 의료기관의 외래진료비 정보 확인할 수 있음
- ▶ 약물중독회복 또는 정신과 관련 의료시설을 제외한 모든 의료기관은 OSHPD에 관련 자료를 제출하도록 법령으로 규정
 - 의료서비스 및 항목에 대한 전반적인 가격 정보
 - 25가지 외래 평균 진료비
 - 가격 변동으로 인한 총진료비의 변동

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

<표 2> 의료기관별 청구내역 및 금액 공개 화면(엑셀 파일)

1	Charge Code	Charge Code Description	HCPCS Code	June 2019 Prices
5329	5000658	ACYCLOVIR 5% 3G OIN 50	Z7610	339.17
5330	5000666	ACYCLOVIR 50/ML 10ML INJ 50	63323032514	380.53
5331	5000674	ACYCLOVIR 500MG INJ 50	55390061210	380.53
5332	5000682	ACYCLOVIR 800MG TAB 50	68084010901	39.00
5333	5000724	ADENOSINE 3/ML 2ML INJ SDV	17478054202	249.36
5334	5000732	ADENOSINE 3/ML 30ML INJ 50	469087130	753.28
5335	5000740	ATRACURIUM 10/ML 5ML INJ 50	25021065905	219.81
5336	5000757	ALOH 320/5ML 30ML PO 50	536009185	5.91
5337	5000799	AL SULF/CA ACET TP PKT 50	16500002324	49.63
5338	5000807	ALBENDAZOLE 200MG TAB 50	52054055028	650.89
5339	5000823	ALBUT/PRAT 3-0.5MG 3ML INH	487020101	26.00
5340	5000831	ALBUMIN HUMAN 5% 500ML SDV	44206031050	624.77
5341	5000856	ALBUT 2.5/3ML 3ML INH SL	487950101	21.27
5342	5000864	ALBUT HFA 90MCG 6.7G MDI 50	85113201	419.88
5343	5000872	ALBUT 2/5ML 5ML ORAL LIQ	93066116	7.09
5344	5000898	ALBUT 90MCG 17G MDI 50	Z7610	212.73
5345	5000906	ALBUT 90MCG 7G MDI 50	173068224	137.08
5346	5000914	ALBUT/PRAT 103-18MCG 15G MDI 50	597001314	310.80
5347	5000930	ALBUT 2/5ML 60ML PO 50	Z7610	37.82
5348	5000948	ALBUT 2MG TAB 50	51079065701	12.11
5349	5000955	ALBUT 4MG ER TAB 50	378412201	12.11
5350	5000971	ALENDRONATE 10MG TAB 50	51079094105	16.54

출처: 캘리포니아 주 OSHPD 홈페이지(<https://oshpd.cagov>)

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

<표 3> 의료기관별 외래진료비 항목 중 총진료비 변화량 공개 화면(엑셀 파일)

1	Dept Code & Name	Svc Item Code & Name	Total Units	2018 Price	2019 Price	2018 Total	2019 Total
2	6070 3 West - NICU	607031002 NEO NICU-LEVEL3	9,806	13,785	15,115	135,175,710	148,217,690
3	6052 2 West - CTICU	605241000 CARDIAC ICU	6,598	16,051	17,732	105,904,498	116,995,736
4	6070 3 West - NICU	607031003 NEO NICU-LEVEL4	6,898	14,985	16,397	103,366,530	113,106,506
5	6050 3 East - PICU	605022000 PEDS ICU	6,332	13,753	15,143	87,083,996	95,885,476
6	6289 Cardiovascular	628951000 CARDIAC ACUTE	6,403	11,812	13,034	75,632,236	83,456,702
7	6298 5 East	629821000 PEDS MED SURG	10,161	7,175	7,906	72,905,175	80,332,866
8	6297 6 East	629721000 PEDS MED SURG	9,910	7,183	7,915	71,183,530	78,437,650
9	7450 OR/ANESTH	745012001 ORA ANES SERVICES EACH 15 MIN	98,329	690	692	67,847,010	68,043,668
10	6290 6 West	629021000 PEDS MED SURG	9,393	7,180	7,883	67,441,740	74,045,019
11	6292 4 East	629221001 HEM/ONC ACUTE	8,124	8,014	8,804	65,105,736	71,523,696
12	6294 5 West	629421000 PEDS MED SURG	8,060	7,170	7,827	57,790,200	63,085,620
13	6299 Bone Marrow Transplant	629921002 BMT ACUTE	3,539	13,755	15,091	48,678,945	53,407,049
14	7420 Operating Room	742099998 LVL 3 SURGICAL PX	4,643	9,355	9,654	43,435,265	44,823,522
15	7010 Emergency Department	701010001 ED LEVEL II	47,602	730	766	34,749,460	36,463,132
16	7420 Operating Room	742088883 LEVEL 3 EACH ADDTL 30 MIN	11,507	2,806	2,896	32,288,642	33,324,272
17	6291 4 West	629121001 HEM/ONC ACUTE	3,469	7,994	8,789	27,731,186	30,489,041
18	7420 Operating Room	742088885 LEVEL 5 EACH ADDTL 30 MIN	6,566	3,994	4,422	26,224,604	29,034,852
19	6053 5 East Duque Medsurge	605321001 PEDS MED SURG	3,262	7,215	7,899	23,535,330	25,766,538
20	7710 Pharmacy	771004145 INOMAX (NITRIC OXIDE) PER HOUR	23,384	935	935	21,864,040	21,864,040

출처: 캘리포니아 주 OSHPD 홈페이지(<https://oshpd.ca.gov>)

1) 비급여 진료비 정보 공개

가 미국

<표 4> 의료기관별 25개 외래진료비 항목 평균가격 공개 화면(엑셀 파일)

36	Medicine Services (CPT Codes 90281-99607)	2019 CPT Code	Average Charge
37	Cardiac Catheterization, Left Heart, percutaneous	93452	\$6,244.00
38	Echocardiography, Transthoracic, complete, without Doppler	93307	\$3,508.00
39	Electrocardiogram, routine, with interpretation and report	93000	
40	Inhalation Treatment, pressurized or nonpressurized	94640	\$2,754.00
41	Physical Therapy, Evaluation	97161-97163	
42	Physical Therapy, Gait Training	97116	\$123.00
43	Physical Therapy, Therapeutic Exercise	97110	\$662.00
44	Surgery Services (CPT Codes 10021-69990)	2019 CPT Code	Average Charge
45	Arthroscopy, Knee, with meniscectomy (medial or lateral)	29881	
46	Arthroscopy, Shoulder, with partial acromioplasty	29826	
47	Carpal Tunnel Surgery	64721	
48	Cataract Removal with Insertion of Intraocular Lens, 1 Stage	66984	
49	Colonoscopy, diagnostic	45378	\$5,050.00
50	Colonoscopy, with biopsy	45380	\$2,525.00
51	Colonoscopy, with lesion removal, by snare technique	45385	\$2,525.00
52	Discission, secondary membranous cataract, laser surgery	66821	\$1,645.00
53	Endoscopy, Upper GI, with biopsy	43239	\$4,804.00
54	Endoscopy, Upper GI, diagnostic	43235	\$4,804.00
55	Excision, Breast Lesion, without preoperative radiological marker	19120	\$10,378.00
56	Hernia Repair, Inguinal, 5 years and older	49505	\$5,961.00
57	Injection, Diagnostic or Therapeutic substance, epidural, lumbar	62322-62323	
58	Injection, Anesthetic or Steroid, transforaminal epidural, lumbar	64483	\$4,503.00
59	Laparoscopic Cholecystectomy	47562	
60	Tympanostomy (insert ventilating tube, general anesthesia)	69436	
61	Tonsillectomy with Adenoidectomy, less than 12 years old	42820	

출처: 캘리포니아 주 OSHPD 홈페이지(<https://oshpd.ca.gov>)

1) 비급여 진료비 정보 공개

나 싱가포르

- ▶ 2004년 정부가 병원진료비와 치과진료비 정보공개 시작
- ▶ 병원진료비는 공공병원 5개 기관과 민간병원 1개 기관의 자료
- ▶ 총진료비의 세부내역, 항목별 수술비 등

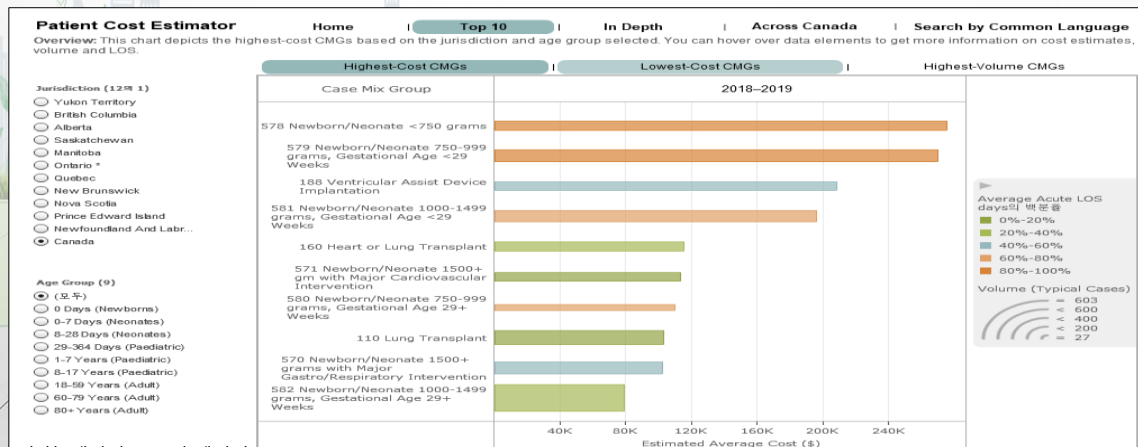


1) 비급여 진료비 정보 공개

다 캐나다

- ▶ 캐나다 보건정보원에서 예상 평균진료비 정보 공개하고 있음
 - 예상 평균진료비는 전국의 병원별 급성치료 입원진료비
 - 예상 평균진료비는 Case-Mix group을 이용하여 산정함
- ▶ 진료비 정보는 행정구역별, 환자의 연령 그룹별로 공개

<Patient Cost Estimator TOP 10 화면>



2) 비급여 진료행위의 안전성과 유효성 공개

□ 독일 IGeL-Monitor 정보공개: 관상동맥질환 조기 발견을 위한 ECG

- 예방적 ECG를 사용하여 심장마비 위험을 줄일 수 있는가?
- 평가 결과 : 부정적 경향(tendeziell negativ)



2) 비급여 진료행위의 안전성과 유효성 공개

□ 독일 IGeL-Monitor 정보공개: 유방 MRI 검사

○ 평가 결과 : 부정적 경향(tendeziell negativ)

MRT der Brust zur Krebsfrüherkennung

Kann die Magnetresonanztomographie Frauen davor bewahren, an Brustkrebs zu sterben?

i positiv	i tendenziell positiv	i unklar	i tendenziell negativ	i negativ
-----------	-----------------------	----------	------------------------------	-----------



3) 비급여 진료의 사전설명과 사전동의

- ▶ 미국, 일본, 독일 등 비급여 진료전 사전설명과 환자 서면동의 규정
- ▶ 비급여 항목과 사유, 예상비용을 환자가 예측가능한 수준으로 제시

사례1) 메디케어의 비급여 진료 서면동의 서식

A. 신고자(Notifier)
B. 환자이름(Patient Name): C. 식별번호(Identification Number)

Advance Beneficiary Notice of Noncoverage(ABN)

참고: 만약 메디케어가 D에 해당하는 항목에 대해 지불하지 않을 경우, 환자 본인이 부담해야 합니다. 메디케어는 모든 것에 대해 지불하지 않으며 이는 환자 또는 해당의료기관에서 합당한 사유가 있는 경우에도 마찬가지입니다. 우리는 메디케어가 D에 해당하는 항목에 대해 지불하지 않을 수 있다고 예상합니다.

D.	E. 메디케어가 부담하지 않는 사유 (Reason Medicare May Not Pay)	F. 예상비용(Estimated Cost)
		(Ex)\$500이 초과될 것으로 예상, \$375이상, \$400-600사이, \$700이내

다음과 같이 하십시오.

- 본 통지서를 잘 읽어보고, 본인의 치료에 관한 올바르게 결정하시기 바랍니다.
- 다 읽은 후 질문이 있는 경우 당사로 문의하시기 바랍니다.
- 상기의 D에 해당하는 항목에 대해 진료받고 싶다면 아래에서 선택해주시십시오.

참고: 선택사항 중 1도는 2의 경우, 환자가 갖고 있는 다른 보증을 사용할 수 있도록 지원할 수 있으나 메디케어에서 당사에 이를 요구할 수는 없습니다.

G. 선택사항(Optional): 한 곳만 표시하십시오. 반드시 표시해야 합니다.

- ☐ 선택사항 1. D에 대한 진료를 받고 싶습니다. 본인이 바로 부담할 것이나, 메디케어가 공식적으로 비용부담 여부를 결정하고 이를 본인에게 MSN(메디케어청구서)으로 보낼 수 있도록 메디케어에 청구하고 싶습니다. 메디케어에서 부담하지 않을 경우 본인이 부담해야 하는 것을 알고 있습니다. 하지만 MSN에 명시된 사항에 따라 본인은 메디케어에 이의를 제기할 수 있습니다. 메디케어에서 부담할 경우 본인이 부담한 금액을 환불 받거나 공동부담(적게 부담) 또는 공제 받을 것입니다.
- ☐ 선택사항 2. D에 대한 진료를 받고 싶습니다. 그러나 메디케어에 청구하고 싶지 않습니다. 비용지불에 대한 책임을 질 것입니다. 메디케어로 청구하지 않을 경우, 본인은 메디케어에 이의제기 할 수 없습니다.
- ☐ 선택사항 3. D에 대한 진료를 받고 싶지 않습니다. 따라서 본인이 부담할 비용이 없으며 본인은 메디케어에서 부담할지 여부를 알려달라고 요청할 수 없습니다.

H. 추가정보(Additional Information):

본 통지서는 당사의 견해이며, 메디케어의 공식적인 견해가 아닙니다. 본 통지서 또는 메디케어 청구에 관한 다른 문의사항이 있는 경우 1-800-MEDICARE로 문의하시기 바랍니다. 본 통지서를 수령하고 이해한 경우 아래에 서명해주시십시오. 사본은 함께 제공됩니다.

I. 서명(Signature)	J. 일자(Date)
------------------	-------------

출처: Medicare Form CMS-R-131(2020)

사례2) 일본 보험의료기관 및 보험의 요양담당 규칙

〈보험의료기관 및 보험의 요양담당 규칙 제5조의4〉

(보험회비용요양비와 관련되는 요양의 기준 등)

- 제5조의4 1항: 보험의료기관은 평가요양, 환자신청요양 또는 선정요양에 관하여 제5조 제2항 또는 제3항 제2호의 규정에 따른 지급을 받고자 하는 경우, 해당 요양을 함에 있어서 종류 및 내용은 후생노동대신이 정하는 기준에 따라야 하며, 미리 환자에게 내용 및 비용에 관하여 설명을 하고 동의를 얻어야 한다.
- 제5조의4 2항: 보험의료기관은 해당 병원이나 진료소의 잘 보이는 장소에 전함의 요양 내용 및 비용에 관한 사항을 게시하여야 한다.

출처: 保険医療機関及び保険医療養担当規則(2019)

4) 비급여 가격의 통제

□ 호주의 공보험과 비급여 가격

- 비급여 진료의 필요성 인정하되 사전에 항목 고시
- 비급여 가격을 정부가 결정함
- 총진료비 범위 내에서 비급여 가격이 결정됨

□ 독일의 공보험과 비급여 가격

- 비급여 진료 필요시 환자가 의사의 증빙서류를 첨부하여 공보험에 사전승인을 신청해야 함
- 사전승인이 나면 공보험은 급여로 보상해줌
- 사전승인이 거절되면 환자는 민간보험이나 본인부담으로 해결
- 그러나 이 때의 비급여 가격은 일정 범위내에서 결정됨(사전승인 되었을 때의 가격에 근사)

5) 비급여 진료의 통제

□ 일본의 혼합진료 금지

○ 2011년 일본 대법원이 혼합진료금지를 합법으로 판단

- 공보험외 병용요양비제도는 공보험의 안전성과 유효성 확보, 환자의 부당한 부담방지를 도모하는 것으로 혼합진료금지의 원칙이 전제인 바, 혼합진료를 전액 본인이 부담하는 해석은 건강보험법 전체의 정합성 측면에서 타당함

○ 2016년 건강보험법 개정

- 비급여: 평가 비급여, 환자신청 비급여, 선택 비급여

4

실효성 있는 비급여 진료비 관리방안



1) 선행연구에서 제시된 비급여 관리방안

○ 비급여 실태 파악

- 비급여 항목, 기준과 금액에 대한 현황조사
- 비급여 진료 비용 정보수집체계 구축

○ 비급여 표준화

- 비급여 의료비 코드 표준화
- 진료비 세부내역서 표준화

○ 비급여 진료비 관리

- 비급여 진료비용 공개제도 활성화와 체계화
- 비급여 의료행위 가격관리
- 환자 사전동의제도와 혼합진료 금지(100/100제도 도입) 등

2) 제1차 국민건강보험종합계획의 비급여 관리방안

○ 비급여 발생 억제

- 신의료기술 진입에 대해 급여 또는 예비급여 적용

○ 관리체계

- 비급여 항목 분류 체계화 및 표준화를 위한 법령개정
- 산재, 자보, 민간보험 등 제도간 연계관리방안 마련
- 급여와 병행 진료 비급여 진료항목의 자료 제출 검토

○ 정보 공개

- 비급여 공개대상을 비급여의 급여화와 연계하여 항목수 조정
- 상병·수술별 진료비용 공개로 개선
- 의료진이 환자에게 충분한 설명 후 동의서 작성

3) 비급여관리 강화를 위한 종합대책 마련 연구(2020)

○ (1단계) 비급여 실태 파악

- 비급여 자료 수집, 분석 고도화, 자료 연계

○ (2단계) 비급여 관리 인프라 구축

- 비급여의 유형과 범위 설정, 표준코드 부여

○ (3단계) 비급여 관리 제도 개선

- (환자의 알권리와 선택권) 사전동의서, 비급여 제출 의무화
- (공급자의 표준진료기준 적용) 급여와 병용 불가한 비급여목록 체계화, 단계적 비급여 진료내역 자료제출 제도 도입

○ (4단계) 비급여 관리 거버넌스 강화

- 타 공보험과 민간보험과의 연계 강화
- 국민, 의료계, 정부의 소통과 협력

4) 실효성 있는 비급여 관리방안

한국의 비급여는 외국의 비급여와 근본적으로 다르기 때문에 비급여 관리가 매우 중요함

- 한국의 비급여: 보장성이 낮아서 의학적으로 필요한 의료서비스가 상당수
- 외국의 비급여: 보장성이 높기 때문에 비급여는 대부분 amenity 서비스(상급병실, 특진 의사, 치과 임플란트 등)

4) 실효성 있는 비급여 관리방안

1

건강보험 급여비 청구시에 비급여 진료를 포함한 모든 진료비 자료를 제출하도록 의무화

- 요양기관이 심평원에 건강보험 급여비 청구시에 건강보험환자에게 발생한 모든 급여+비급여 진료비 자료를 제출하도록 의무화
- 현재의 EDI 시스템에서 자동적으로 총 진료비 제출이 가능하며 추가적인 행정비용이 소용되지 않음
- 불필요한 비급여 진료 예방효과 기대

4) 실효성 있는 비급여 관리방안

2

새로운 비급여 진료(신의료기술, 신약, 신치료재료)는 반드시 사전에 공단에 신고하여 사전승인을 받도록 함

- 신의료기술, 신약, 신치료재료는 요양기관이 건강보험 환자에게 시술하기 전에 반드시 건보공단에 신고하여 사전승인을 받도록 함
- 임상적 안전성과 유효성에 대한 식약처의 심의기능을 강화하고, 향후 급여시 문제가 발생하지 않도록 함

4) 실효성 있는 비급여 관리방안

3 비급여 가격에 대한 정보공개와 표준가격 제시

- 비급여 가격에 대한 정보를 요양기관별, 항목별, 수술별, 질병별로 공개하고 소비자가 비교가능하도록 비교 프로그램을 제공함
- 병용 급여되는 비급여 가격에 대한 표준가격을 건보공단 이 제시할 필요가 있음(산재, 자보, 실손 등 활용)

5) 비급여 관리를 통한 민간보험과 상생방안

공보험의 법정 본인부담금을 제외한

비급여 중심의 상품개발을 통한 상생협력방안

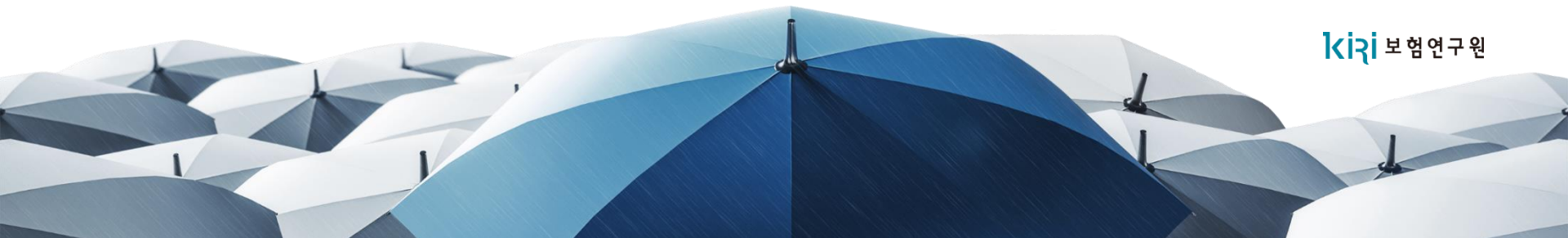
- OECD의 민간보험은 공보험의 적용인구범위와 재원조달, 의료전달체계에 따라 다양: 국민보험 하에서는 **보충보험**이 주류

공공보험 적용 인구			공공보험 비적용 인구
공보험 급여비	본인부담금	비급여	
중첩보험 (duplicate)	보완보험 (complementary)	보충보험 (supplementary)	기초보험(primary) •주보험(principal) •대체보험(substitute)

실손의료보험 가격 규제 현황과 과제

김 경 선 보험연구원 연구위원

2022.12. 8.

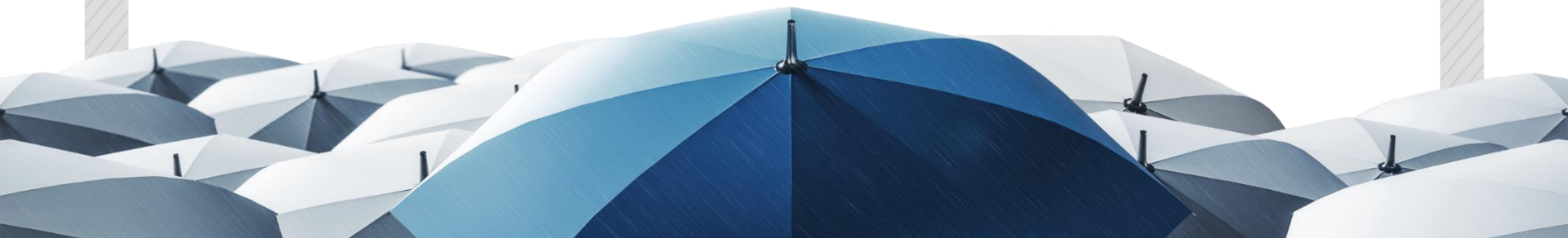


목 차

I . 현황

II . 가격 규제의 영향

III . 제언



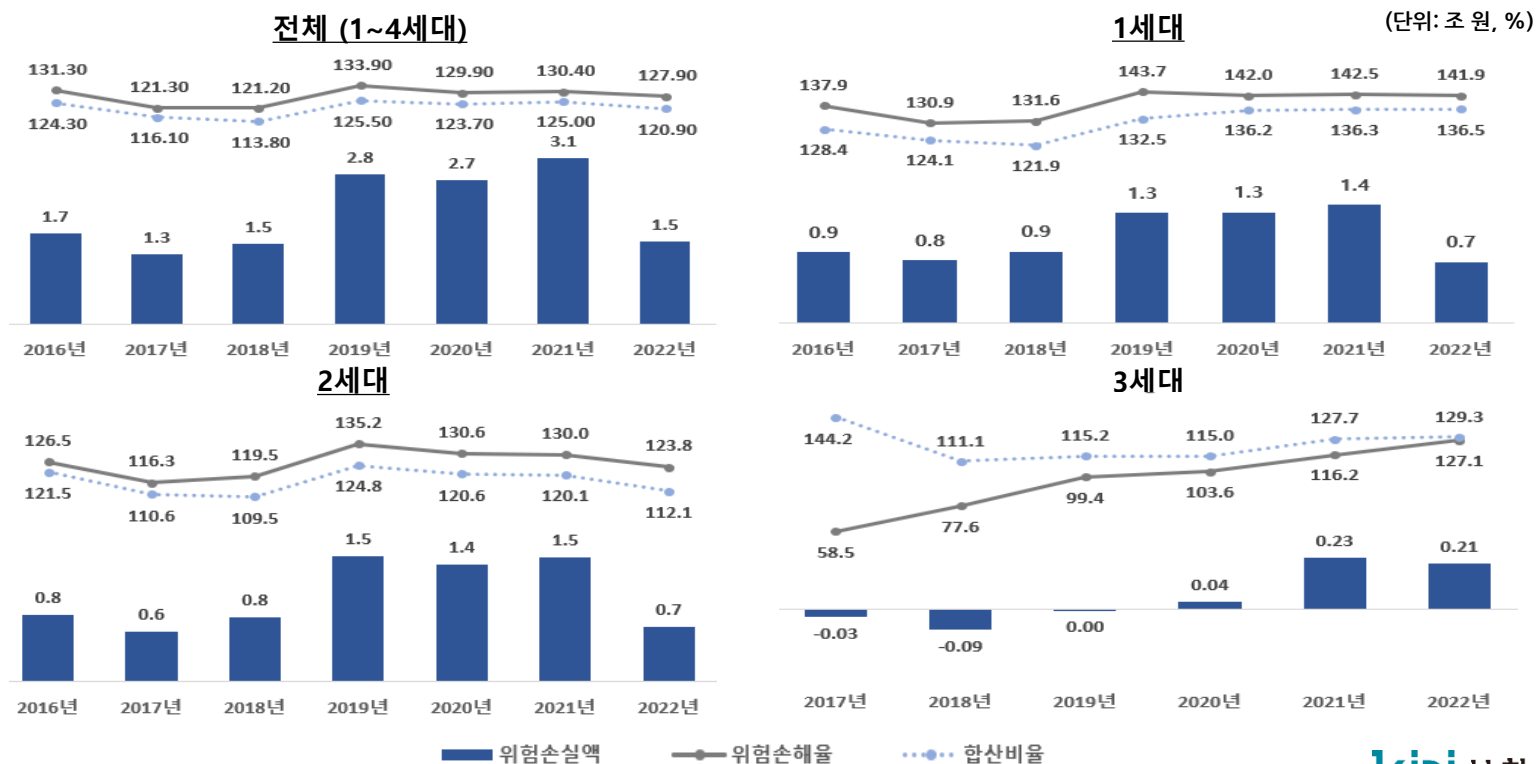


현황

손해율 악화

- 실손의료보험은 비급여 의료 증가로 인해 130% 내외의 손해율이 지속되었음
 - 실손의료보험의 위험손해율과 합산비율 모두 100%를 상회하고 있으며, 최근 5년(2017~2021년) 간 실손의료보험 위험손실액은 11조 원 이상임

실손의료보험 상품(1 ~ 4세대)별 손해율·손실액 현황

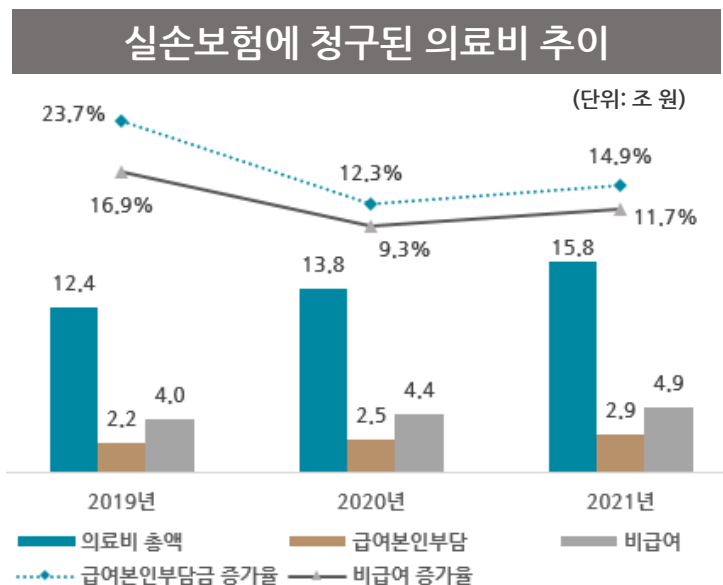


주: 2022년은 상반기 자료임
자료: 보험회사 통계

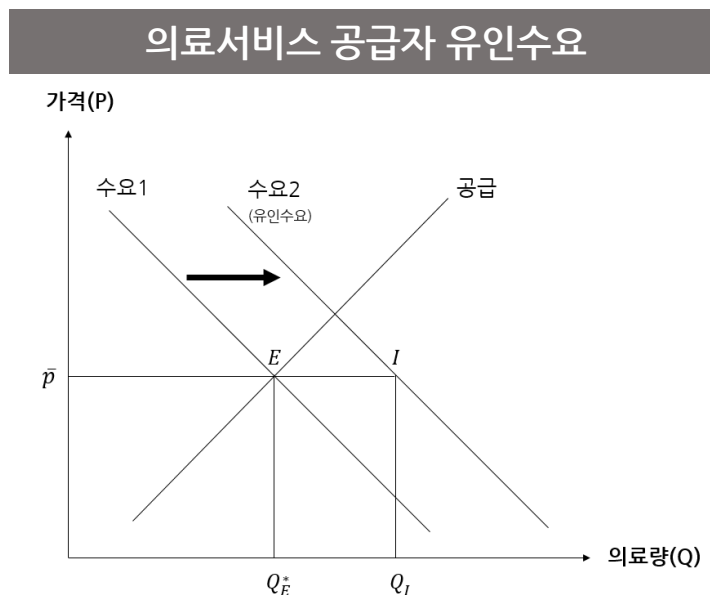
청구의료비 증가

• 비급여 증가, 의료서비스 공급자 유인수요, 의료서비스 가격 상승 등에 따라 실손의료보험 청구의료비가 증가함

- 건강보험 보장성 강화정책 시행으로 의료이용량이 늘면서 실손보험 청구의료비가 큰 폭으로 증가
 - * 일부 의료기관에서 공급자 유인수요 창출 및 비급여 진료비를 높이는 풍선효과가 발생 (e.g. 비급여 MRI 풍선효과), 소비자의 도덕적 해이
- 실손비례형 장기상품인 실손의료보험은 인플레이션 위험에 상대적으로 더 많이 노출됨



주: 의료비 총액: 급여 건보부담+급여본인부담+비급여



주: 1) 관례적으로 의료가격이 외생적으로 주어지는 경우의 시장균형을 나타냄

2) 공급충격은 없다고 가정함

자료: Delattre and Dormont(2003)을 참고하여 작성함

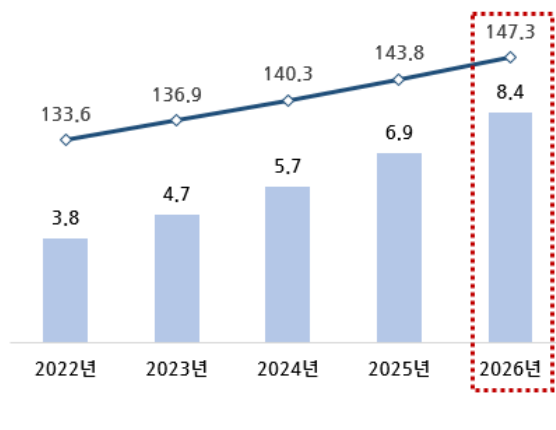
지속성 위기

- 현재 수준 유지 시 향후 5년 동안 실손의료보험 누적 위험손실액은 약 30조 원으로 추정됨
 - 최근 3년(2018~2021년) 보험금 증가율(14.7%)은 위험보험료 증가율(11.9%)을 상회함
- 향후 5년 이내 실손의료보험 정상화를 위해서는 매년 21% 이상의 보험료 인상이 불가피함
 - * 실손의료보험 정상화 = 위험손해율 100% 이내 유지

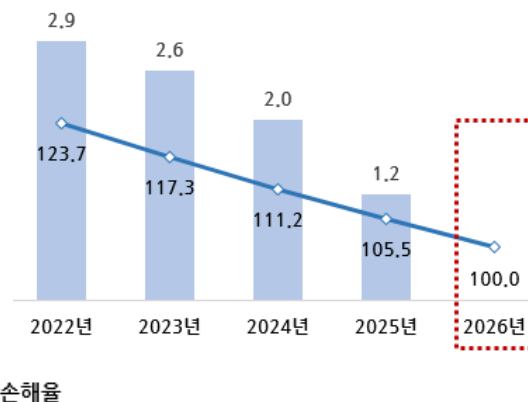
실손의료보험 위험손해율 및 위험손실액 전망

(단위: 조 원, %)

현재 수준 유지



5년 내 정상화



자료: 김경선 외(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(III): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

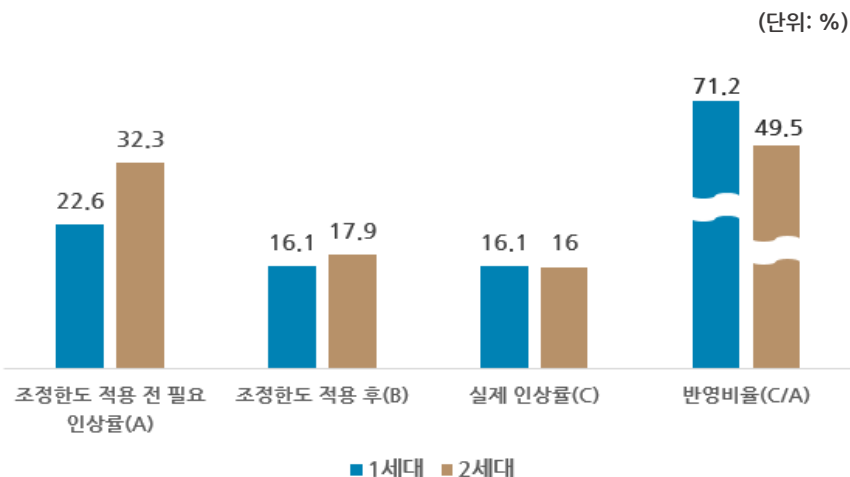
Ⅱ

가격 규제의 영향

보험료 조정 제한 (1/2)

- 실손의료보험은 보험업감독규정에 따라 연간 $\pm 25\%$ 범위 내에서만 조정이 가능한 상황
 - 실손보험금이 지속 증가하고 있으나, 보험료 조정한도로 보험료 필요 인상분의 충분한 반영 어려움
 - 요율 조정시 이에 더하여 국민경제·물가상승 부담 등을 고려함

보험료 조정한도 적용에 따른 인상률 제한폭



주: '22년, 손보업계 추정치

보험료 조정한도 규제

보험업감독규정 제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등)

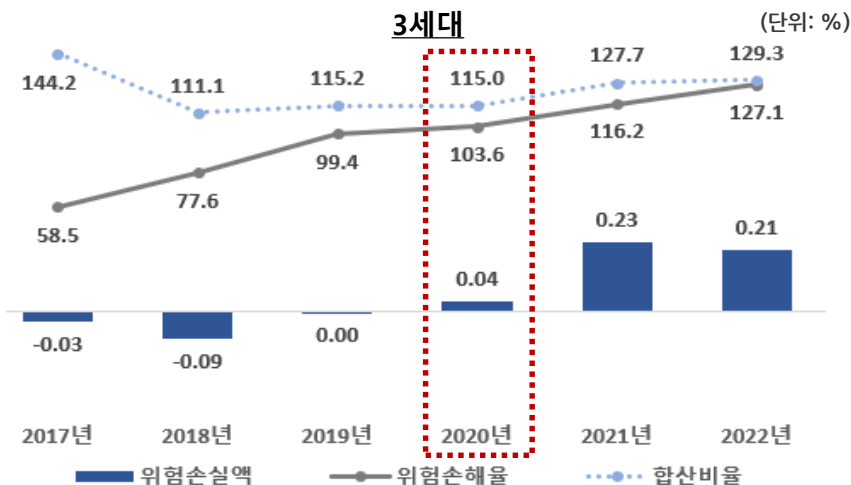
② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항 제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다.

3. 실손의료보험에서 위험구분단위별로 보험료의 변경이 매년 $\pm 25\%$ 를 초과하지 않을 것. 다만, 보험회사가 제7-16조부터 제7-19조까지에서 정하는 조치를 요구받거나 그러할 가능성이 있다고 인정되는 경우는 그러하지 아니한다.

보험료 조정 제한 (2/2)

- 보험업감독규정에 따라 실손의료보험은 신상품 출시 후 5년 내에는 요율 조정이 어려움
 - 그러나 3,4세대 실손보험은 가입자수 등이 충분히 유지되어 단기간 내에 통계적 충분성/안정성 확보 가능
 - 3세대 실손보험은 추가로 요율 인하 조치가 취해짐에 따라 손해율이 악화되었음
 - * ('19) 건강보험 보장성 강화정책에 따른 반사이익 차감, ('21, '22) 1~2세대 요율인상에 대한 반대급부로 할인혜택 제공

3세대 실손의료보험 손해율·손실액 현황



주: 2022년은 상반기 자료임
자료: 보험회사통계

최초 요율조정시기 규제

보험업감독규정 제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등)

② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항 제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다.

6. 실손의료보험은 다음 각 목의 내용을 준수하여야 한다.
가. 경험통계 등을 기초로 순보험요율의 적정성을 매년 검증할 것. 다만, 새로운 위험을 보장하는 경우는 5년까지 적정성을 검증하지 아니할 수 있다.

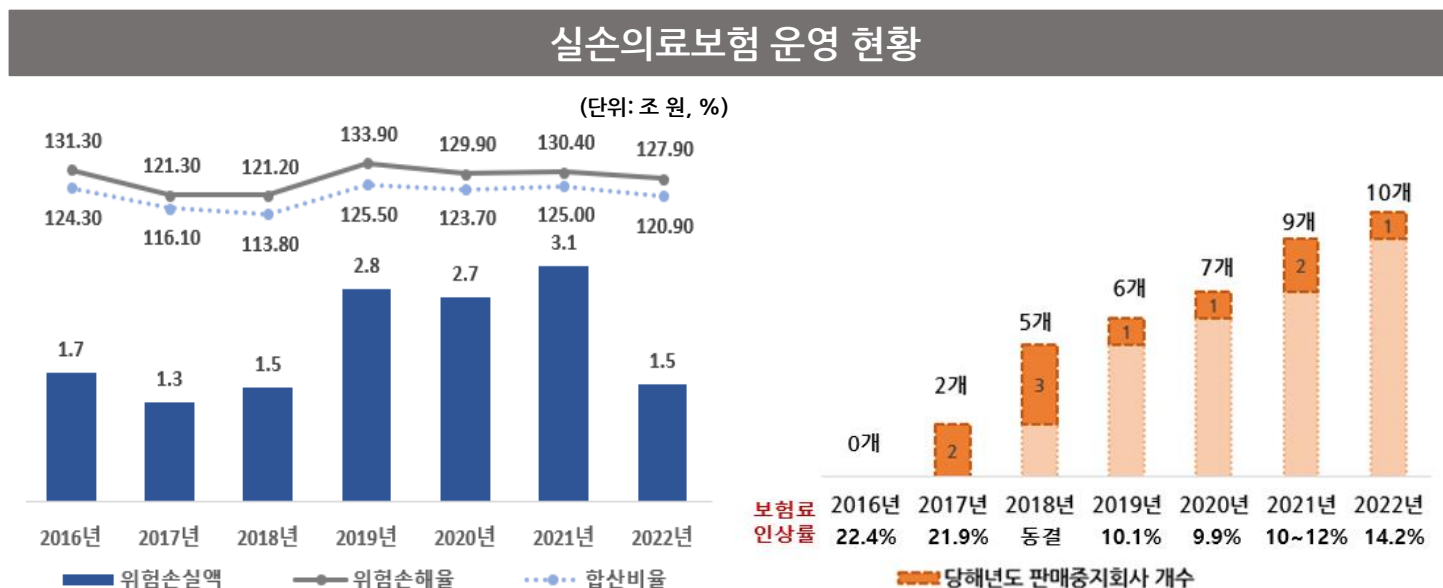
가격 규제의 목적

- 보험가입의 보편화가 바람직하다고 판단되는 보험에 대한 가격 규제가 일반적임
 - 자동차보험, 건강보험, 산재보험, 의료과실보험, 주택보험 등이 이에 해당됨
 - 특히 건강보험은 국민의 건강권(right to health) 측면에서 가격 규제의 필요성이 제기됨
- 일반적으로 보험시장에서의 가격 규제는 보험료의 충분성, 비과도성, 비차별성을 기준으로 이루어짐

	규제 목적	규제 방법	국내 실손의료보험시장 진단
충분성	과도하게 낮은 가격 책정 등 보험회사의 파괴적 경쟁 방지, 보험회사 건전성 유지	요율 검토 후 조정 (상향 조정 요구 가능)	보장내용 표준화, 시장 성숙단계
비과도성	보험회사의 과도한 보험료 책정에 따른 소비자 피해 방지	요율 검토 후 조정 (하향 조정 요구 가능)	진입장벽 존재, 그러나 실손의료보험의 손해율 높음
비차별성	부당한 요율 차별화에 따른 소비자 피해 방지	요율 결정 변수 제한	성, 연령, 직업(상해)으로만 요율 결정

가격 규제의 영향 - 공급 위축

- 보험시장에서 과도한 가격 규제는 공급을 위축시켜 장기적으로 경쟁이 저하될 수 있음
 - 가격 규제로 가격 조정 빈도가 낮아지면 시장 가격과 이익의 전반적인 변동성이 더 커지므로, 기존 보험사의 시장퇴출이 증가하고 신규 보험사의 시장 진입 동기가 감소함
 - 요율 적정성에 대한 불확실성은 보험회사의 투자 유인을 줄이고 경쟁을 더욱 위축시킬 수 있음
- 오랫동안 실손의료보험 적자 상태가 지속됨에 따라 실손의료보험 판매 중지 회사가 늘어남



주: 2022년은 상반기 자료임
자료: 보험회사통계

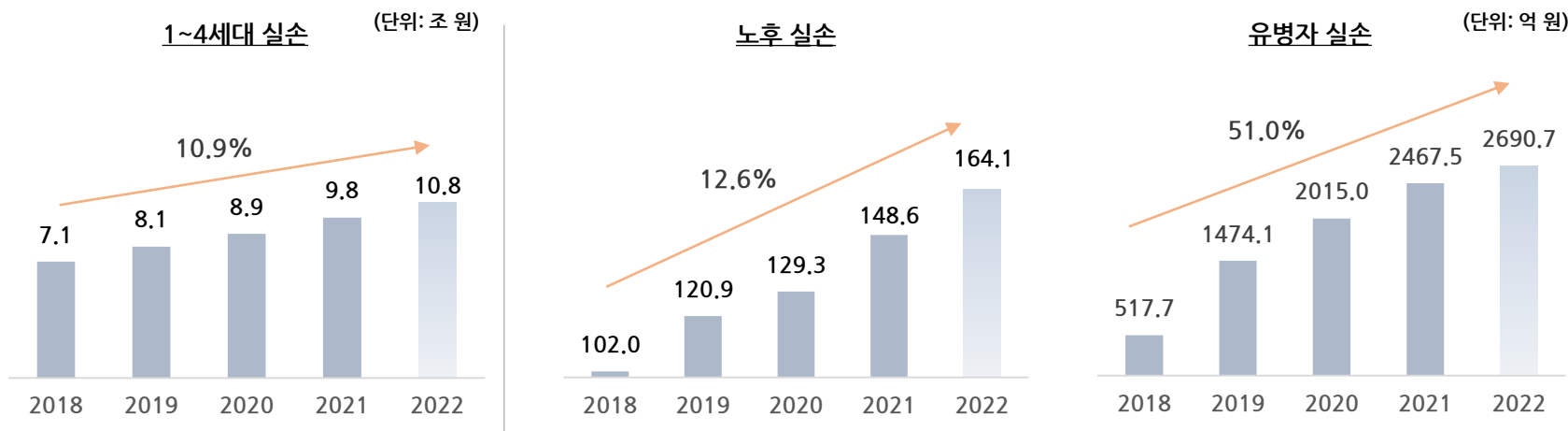
가격 규제의 영향 - 사업부문 간 계약자 형평성 저해

- 실손의료보험 부문의 적자를 타 사업부문으로 전가함으로써 사업부문 간 계약자 형평성 문제가 야기될 수 있음
 - 규제로 인한 가격의 비유연성에 따라 보험회사는 손해율이 좋더라도 가격을 인하하기 어려울 수 있음
 - 보험회사는 적자를 보전하기 위해 다른 사업부문에서 이익이 나더라도 보험료를 인하하지 못할 수 있음

가격 규제의 영향 - 소비자의 보장 부족 확대

- 손해율 악화로 보험회사의 인수 가능 위험이 줄어들고 심사 기준이 강화됨에 따라, 일부 소비자는 불충분한 보장이나 높은 보험료를 감당해야 할 수 있음
 - 실손의료보험은 손해율이 높아지면서 가입연령을 낮추는 등(60~70세 → 50~55세) 가입 심사 기준을 강화함에 따라 소비자의 보장 부족(protection gap)이 확대됨
 - ‘노후실손의료보험’이나 ‘유병자실손의료보험’은 보편적인 실손의료보험 상품보다 보장이 적거나 보험료가 더 비쌈

실손의료보험 위험보험료 추이



주: 1) 2018~2020년은 1~3세대 실손보험에 한함
 2) 2022년 손해보험회사 항목별 지급보험금은 상반기 수치를 감안하여 추정한 연간 수치임
 자료: 보험회사 통계

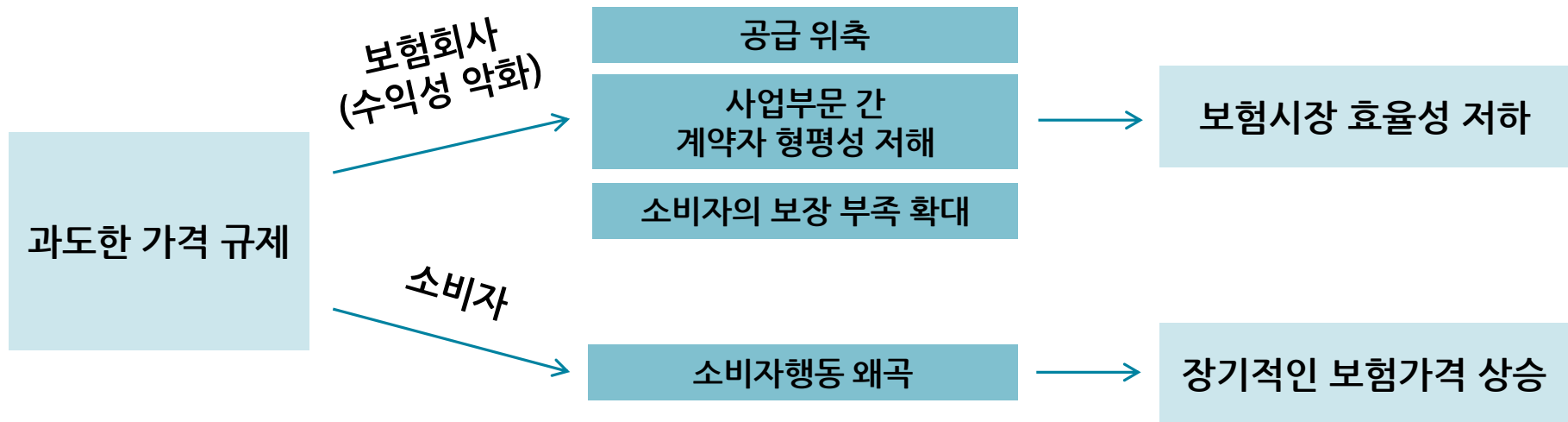
가격 규제의 영향 - 소비자행동 왜곡

- 과도한 가격 규제는 소비자의 보험 선택 및 위험행동(risk-taking behavior), 청구 유인을 왜곡
 - 보험료와 보험금 청구 간의 연계가 약화되면 고위험 소비자의 보험 가입 유인이 늘고, 소비자의 건강 위험 경감 노력(금연, 운동 등) 유인이 감소하며, 보험금 청구 유인이 증가함
 - 과도한 가격 규제에 따른 청구·손실 비용의 상향 이동 논리는 합법적인 청구뿐만 아니라 허위과장 청구에 대해서도 적용할 수 있음
- 가격 규제 하에서 역선택과 도덕적 해이가 결합되면 보험손실이 증가하여 장기적으로 평균적인 보험가격이 상승할 수 있음

가격 규제의 영향

- 보험료와 보험금 청구 간 연계가 약화되면 보험회사의 의사결정과 소비자행동이 왜곡될 수 있음

보험 가격 규제가 시장에 미치는 영향



자료: Tennyson(2007), "Efficiency Consequences of Rate Regulation in Insurance Markets"을 참고하여 작성함



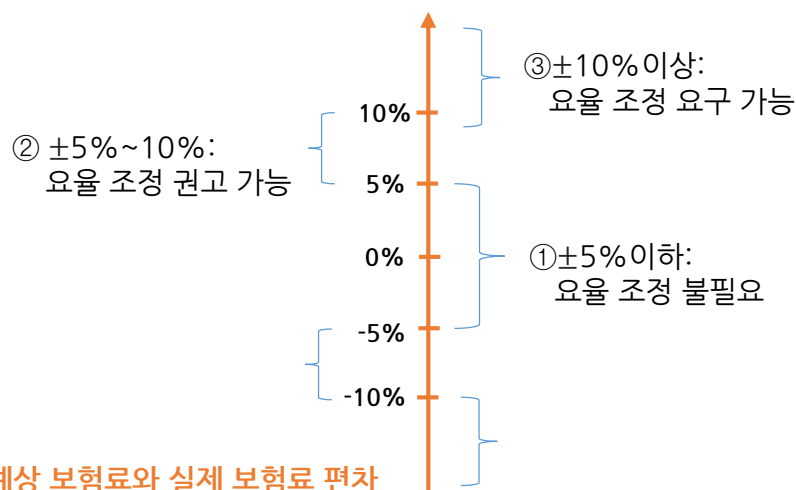
제언

가격 규제의 적정성 - 해외사례

- (독일) 요율 조정시 가격규제의 비용편익을 고려하여 보험료 조정 정도에 따라 범위(band)를 정해 요율 검토의 강도를 달리할 뿐, 조정한도를 두고 있지는 않음
- (미국) 보험회사가 제시한 보험료 조정이 합리적이지 않다고 판단할 만한 설득력 있는 이유가 없는 한 합리적인 요율 조정으로 간주함

* 개인 건강보험상품에 대해서는 다수의 주에서 사전 승인제를 채택하고 있으며, 보험회사가 제시한 보험료 조정이 합리적이지 않은 것으로 평가되는 경우 보험청은 보험회사에 요율 조정의 수정을 요청할 수 있음

(독일) 금융감독청의 요율 조정 권고/요구



(미국) 요율 검토

종류	내용
사전 승인	보험요율의 신설 및 변경 시 주 보험청의 사전 승인 필요
사전 신고	신설 및 변경되는 요율을 사용하기 전에 보험청에 신고
사후 보고	신설 및 변경된 요율을 사용 후 일정 기간 이내 보험청에 보고
정보 수집 목적	정보 수집의 목적으로만 자료를 제출하도록 하나 요율 조정을 검토하지는 않음
약관 신고 요건	신상품 출시/보험료 조정 시 통상적으로 하는 약관 신고 요건의 일부로 자료 제출, 요율 조정을 검토하지는 않음
자료 제출 불필요	보험료 조정 예상 자료를 제출할 필요 없음

제언

① 실손의료보험 신상품 요율 조정주기 단축(현행 5년에서 3년으로 단축)

- 관련 조문(보험업감독 규정 제7-63조)에 대한 금융당국의 해석 등을 통해 신상품이 일정한 통계적 요건을 만족할 경우 5년 이내(출시 후 3년) 요율을 조정할 수 있도록 허용
- 가입자가 체감하는 보험료 인상 부담을 여러 기간으로 분산시키는 효과와 손해율의 안정적인 관리를 도모

② 실손의료보험 보험료 조정한도($\pm 25\%$)를 단계적으로 완화

- “2015년 보험산업 경쟁력 강화 로드맵”^{*}에 따라 2017년 $\pm 35\%$ 까지 완화되었다가 2018년에 원복
- ^{*} (현행) $\pm 25\% \rightarrow$ (2016년) $\pm 30\% \rightarrow$ (2017년) $\pm 35\% \rightarrow$ (2018년) 조건부 자율화
- 보험원리에 따른 자율적 요율 조정 원칙 실현으로 안정적인 실손의료보험 운영 및 재무 리스크 해소를 도모
- ^{*} 단, 구세대 실손의료보험은 가입자간 보험료 부담 형평성 제고 방안을 강구할 필요가 있음
- 다만, 보험료 조정 시 실손의료보험의 공공적인 성격과 국민경제에 미치는 영향을 함께 고려해야 함

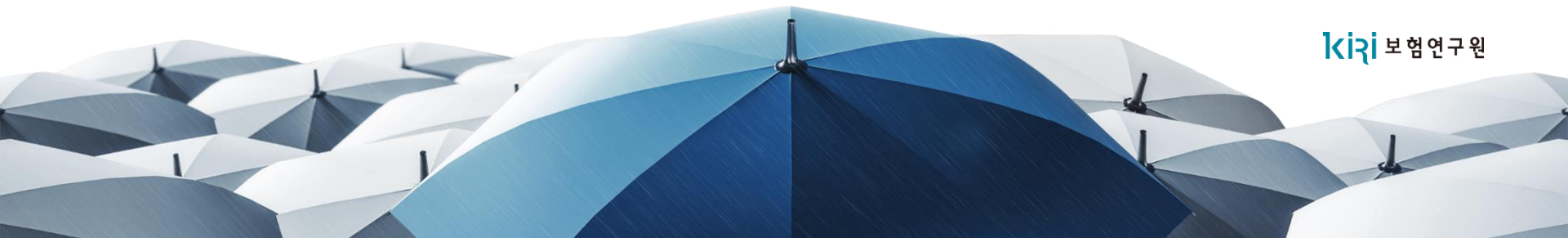
③ 실손의료보험은 지속가능성 제고를 위해 보험료 조정 뿐만 아니라, 비급여 관리, 지속적인 상품구조 개편, 이해관계자 간 협력과 노력이 필요함

감사합니다.

실손의료보험 지속성 제고를 위한 과제

정 성 희 보험연구원 산업연구실장

2022.12. 8.

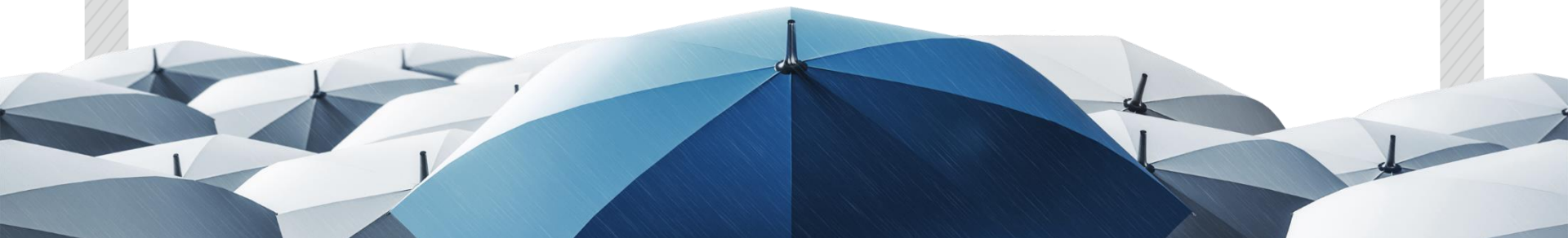


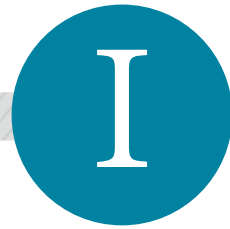
목 차

I . 현안

II . 진단

III . 과제





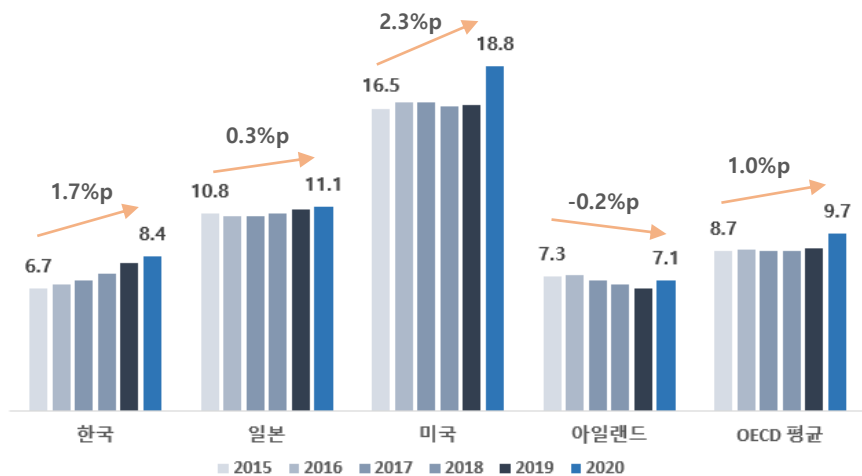
현안

1. 의료비 증가

- 국민의료비의 빠른 증가 추세로 건강보험 재정 및 개인 의료비의 부담 가중될 것이 우려
 - 우리나라의 총 의료비 지출은 최근 5년간 1.7%p 증가, 국민 1인당 의료비는 연평균 7.5% 증가 등 OECD(평균 1.0%p, 4.2%) 회원국에서 가장 빠른 증가세를 보임
 - * 주요국 의료비 지출 증가: 초고령 국가인 일본 0.3%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국 2.3%p 수준

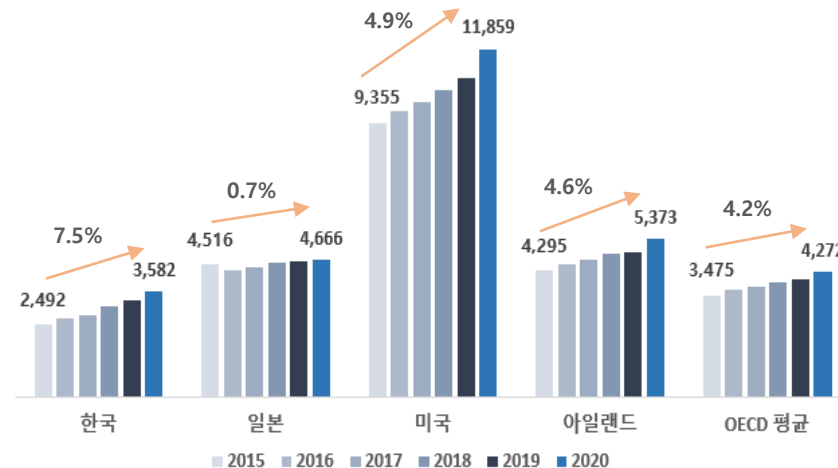
GDP 대비 의료비

(단위: %)



1인당 의료비

(단위: 달러)



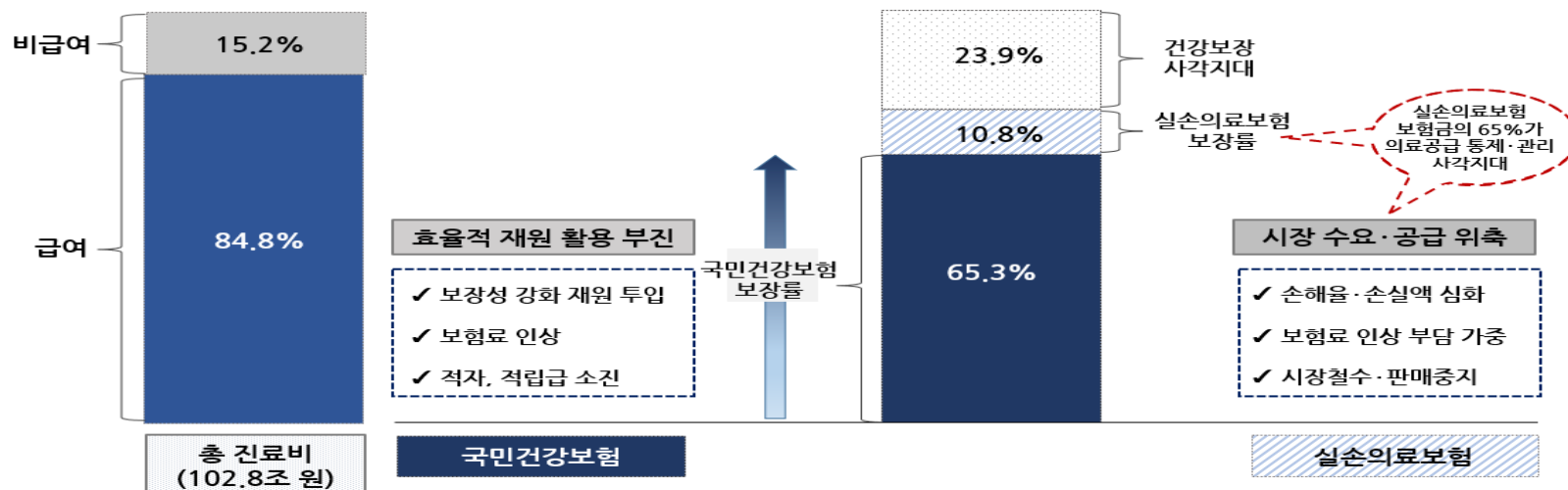
자료: OECD Health Statistics(2022)

자료: OECD Health Statistics(2022)

2. 우리나라 공·사 건강보험 역할

- 우리나라 2020년 총 진료비는 102.8조 원, 공·사 건강보험의 보장률은 약 76%로 추정
 - 국민건강보험은 급여를 대상으로 총 진료비의 65.3%(67.1조 원)를 보장함
 - 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 10.8%(11.1조 원)를 보장함

우리나라 공·사 건강보험 보장 현황(2020년)



자료: 김경선외(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(Ⅲ): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

3. 국민건강보험 보장성 강화 정책

- 정부는 2005년부터 4차에 걸쳐 건강보험 보장성 강화 정책을 지속적으로 시행해 왔으나 투입된 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 평가
 - 최근 문재인 케어(4차)에서는 건강보험 보장률 제고를 위해 ‘비급여의 급여화’가 적극적으로 추진됨
 - 총 20조 원 이상의 건강보험 자원 투입에도 정책 평가지표인 건강보험 보장률은 60% 중반대에 정체

국민건강보험 보장성 강화 정책 주요 내용과 재정소요액

강화정책	주요내용	재정소요액
1차 (2005~2008년)	· 고액 중증질환 본인부담 경감(20% → 10%) · 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등	3.5조 원
2차 (2009~2013년)	· 암, 심장·뇌혈관질환 본인부담 추가 경감(10% → 5%) · 고가서비스(MRI, 초음파) 보험 적용 등	3.1조 원
3차 (2014~2018년)	· 고액 비급여 해소 및 관리, 취약계층 의료지원 강화 · 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선 등	7.4조 원
문재인 케어 (2018~2022년)	· 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여의 실질적 해소 · 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제, 의료 사회안전망 강화	6.6조 원

자료: 김경선의(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(III): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

4. 실손의료보험 제도 개선

- 2009년 표준화 이후 지속적인 제도 개선 및 상품구조 개편을 실시
 - 의료이용 · 의료공급 통제를 위해 비급여 특약 분리 운영 및 가입자 자기부담을 확대함
 - 의료환경 진료형태 변화 등에 능동적 대응을 위해 재가입주기 도입(2013년: 15년) 및 단축(2021년: 5년)
- 그러나, 의료 공급 변화 등에 따라 제도 개선 및 상품구조 개편 효과가 희석

실손의료보험 상품구조 개편 주요 내용

2009.10

2013.1

2017.4

2021.7

구분	1세대	2세대	3세대	4세대
기본 구조		급여·비급여 포괄 구조	비급여 특약 확대 특약: 3대 비급여	특약: 전체 비급여
자기 부담		10%/20%	자기부담 확대 주계약: 급여:10%/20% 비급여: 20% 특약: 30%	주계약: 20% 특약: 30%
변경 주기		3년, 5년	1년	1년
청구방식		없음	보험료 변경주기 단축 1년	5년
			보장구조 변경주기 단축 15년	
			청구전산화 도입 추진	

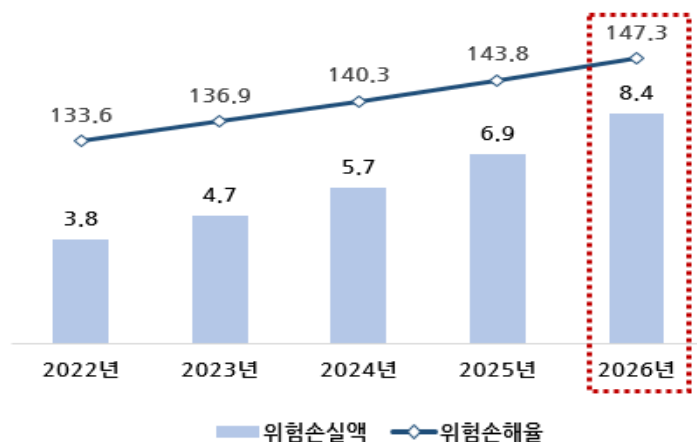
5. 공·사 건강보험 지속성 위기

- 특히, 비급여의 지속적인 증가는 실손의료보험의 지속성 위기로인 및 국민건강보험 재정의 효율적 사용에 장애요인으로 작용
 - 실손의료보험: 현재 수준 유지 시 향후 5년 동안 누적 위험손실액이 약 30조 원으로 추정됨
 - 국민건강보험: 향후 지출이 수입을 상회할 것으로 예상, 건강보험 적립금이 빠르게 소진될 것으로 우려됨

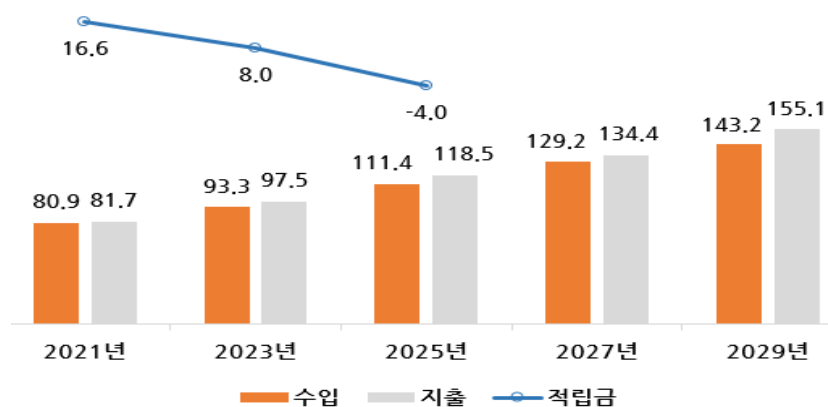
공·사 건강보험 재정 전망

(단위: 조 원, %)

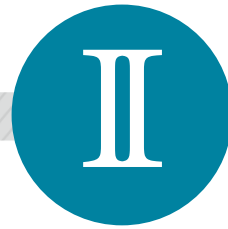
실손의료보험



국민건강보험



자료: 김경선의(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(Ⅲ): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

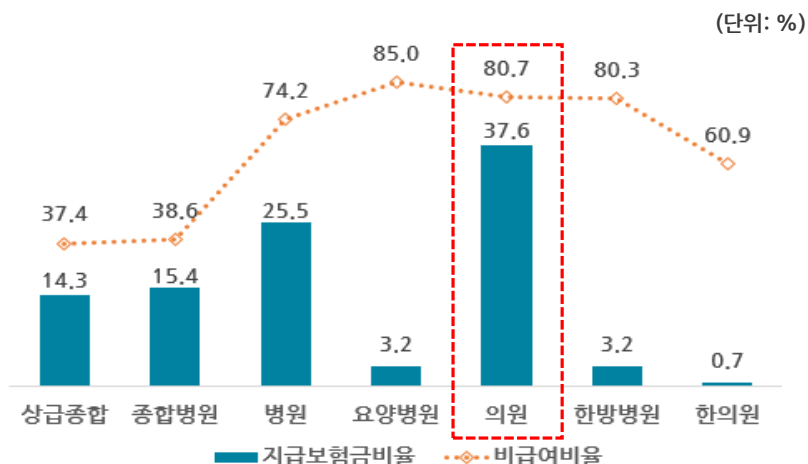


진단

1. 보험금 구조 - 의원, 근골격계·안질환에 집중

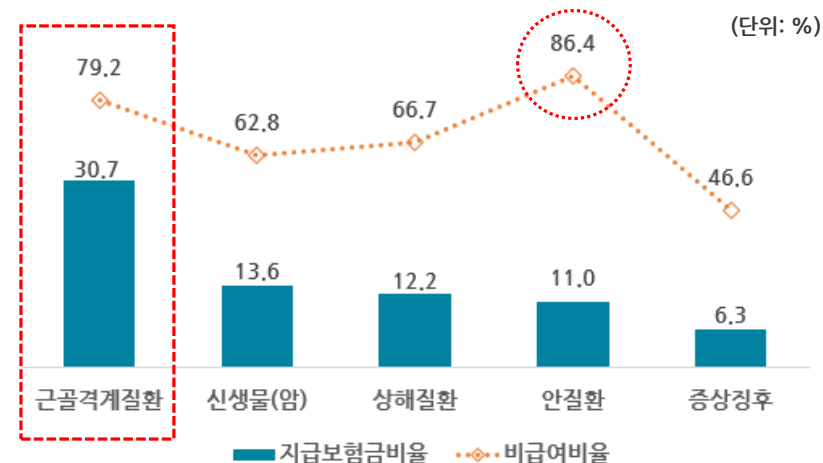
- 2021년 의원·병원의 보험금 비중은 37.6·25.5%으로 전체 보험금의 63.1%를 차지
 - 의원의 보험금 증가율은 19.2%로 전체 의료기관(10%)과 상급종합병원(4.4%)에 비해 높은 수준임
 - * 비급여 비율: 요양병원·의원이 85.0%, 80.7%로 상급·종합병원 대비 2배 이상 높음
- 2021년 근골격계질환(30.7%)을 포함한 상위 5개 질환이 전체 보험금의 73.8% 차지
 - 안질환의 보험금 증가율은 39.9%로 2019년 대비 2021년 2배 증가함
 - * 비급여 비율: 안질환·근골격계질환이 86.4%·79.2%로 상위 차지함

2021년 의료기관 종별 보험금 구성



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

2021년 상병별 보험금 구성



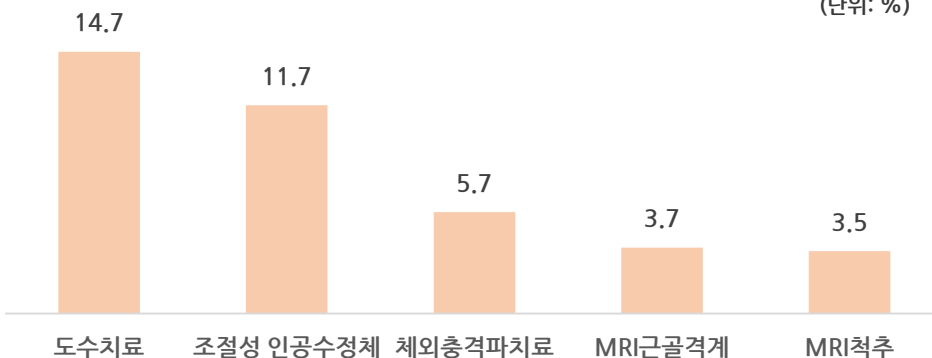
자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

1. 보험금 구조 - 특정 비급여에 집중 (1/2)

- 도수치료(14.7%), 조절성 인공수정체(11.7%) 등 상위 5개가 전체 비급여 보험금의 39.3% 차지
 - 의원: 조절성 인공수정체(24.6%), 도수치료(21.5%)가 비급여 금액 상위를 차지
- 백내장의 보험금은 2021년 1조 2천억 원으로 연평균 47.3%의 높은 증가세
 - 백내장의 입원 건당 지급금액도 2019년 251만 원에서 2021년 350만 원으로 급격히 상향

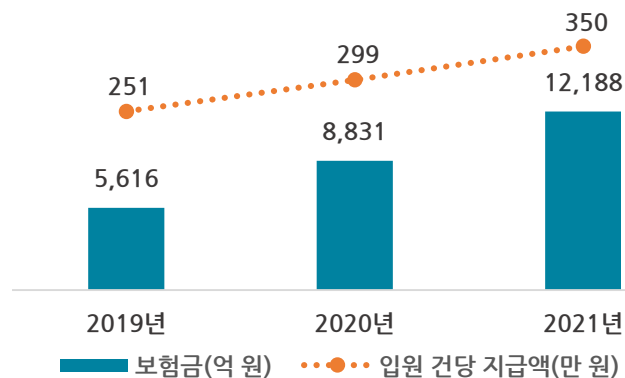
2021년 세부항목별 비급여 금액 상위 5개

(단위: %)



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

백내장 보험금 증가율



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

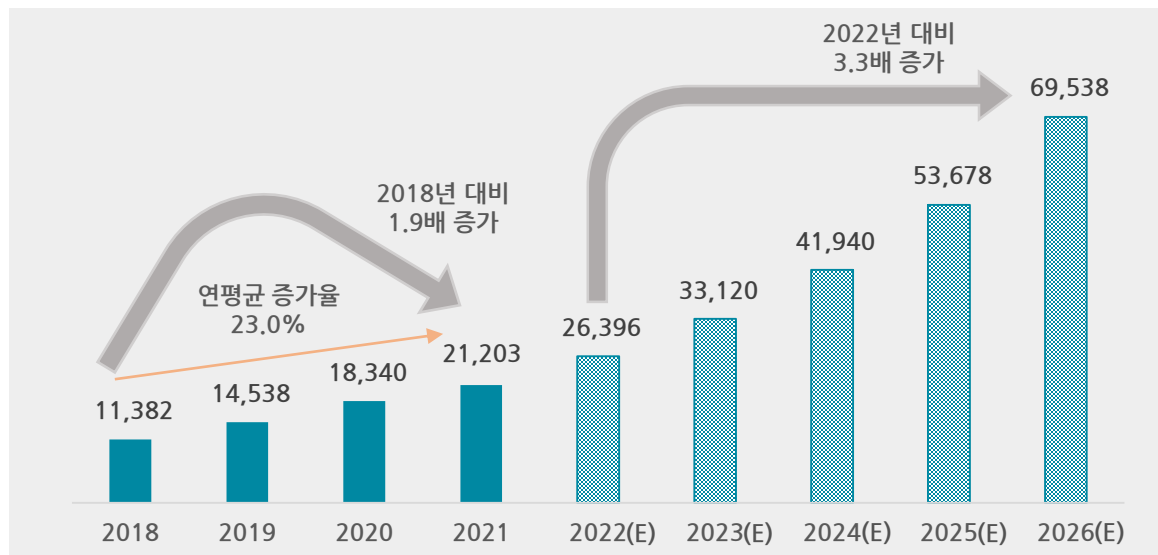
1. 보험금 구조 - 특정 비급여에 집중 (2/2)

- 9대 비급여 2021년 손해보험 보험금은 2.1조 원으로 전체 보험금(10.6조 원)의 약 20% 차지
 - 9대 비급여의 보험금 증가율은 23%로 전체 보험금 증가율(14.7%)보다 1.6배 높은 수준임
 - 현재 수준 유지 시 9대 비급여의 보험금은 5년 후(2026년) 6.9조 원으로 현재대비 3.3배 증가할 전망임

9대 비급여의 실손의료보험 보험금 추이

(단위: 억 원)

9대 비급여 항목	
1	도수치료
2	비급여약제(영양제 등)
3	오다리교정술
4	하지정맥류
5	하이푸시술
6	재판매가능치료재료
7	비벨브재건술
8	갑상선고주파절제술
9	مام모툼

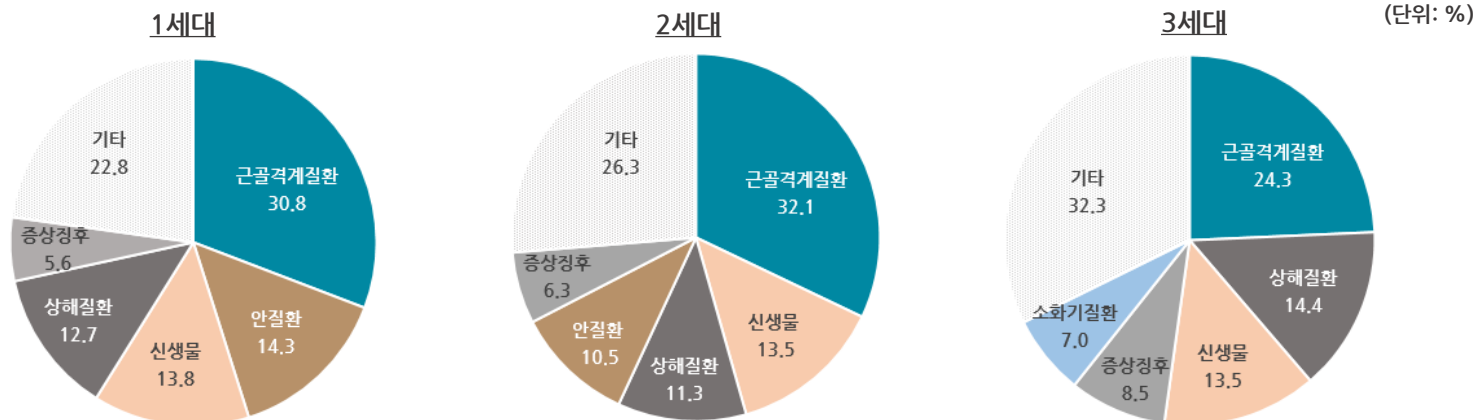


주: 2018~2021년 연평균 증가율 23.0%를 가정하여 2022~2026년 보험금을 추정함

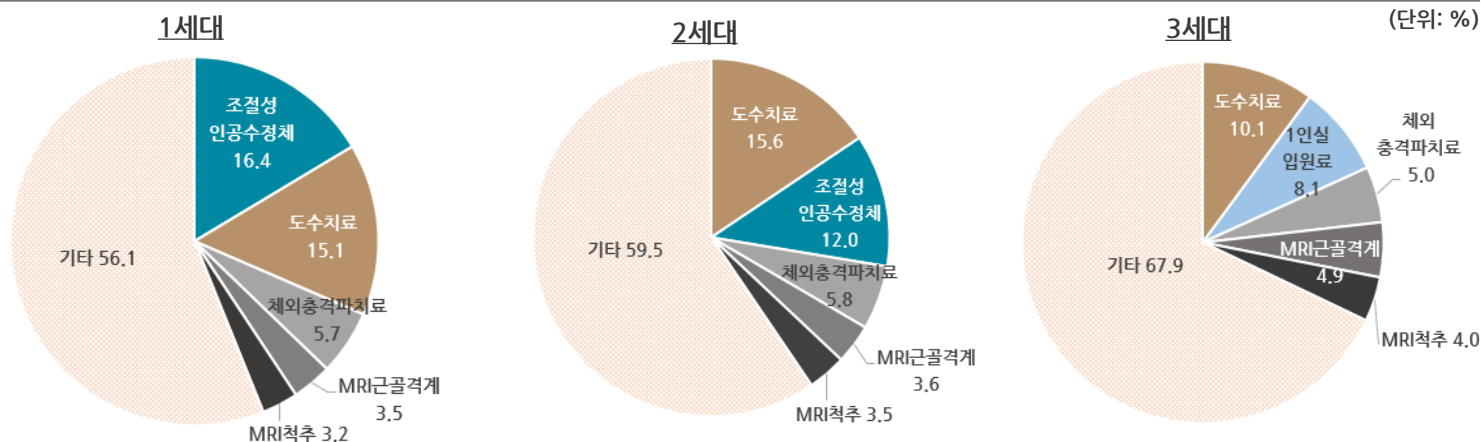
자료: 14개 손해보험회사 통계

[참고] 2021년 실손의료보험 상품별 보험금 구조

청구보험금 상위 5개 상병대분류



청구 비급여 보험금 상위 5개 질병대분류



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

2. 비급여 구조 - 관리 사각지대

① 동일한 비급여 항목임에도 의료기관별 과도한 가격 편차가 발생

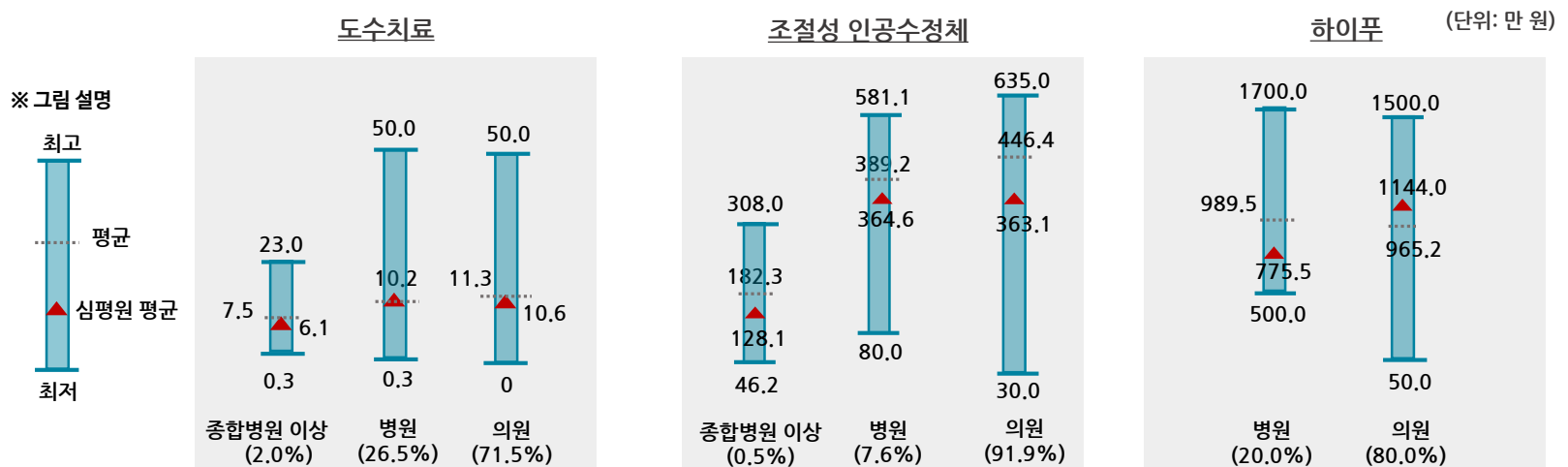
- 조절성 인공수정체: 의원의 평균 가격은 의료기관 종별 가장 높고, 가격 편차(30 ~ 635만 원)도 매우 큼

② 질병·진단명과 무관한 검사 시행, 약제 과잉처방 등 비급여 진료 적정성 기준이 부재

③ 의료기관의 비급여항목 명칭·코드 임의사용으로 정확한 통계의 파악이 불가

- 약 19,000여개(2020.4) 비급여 표준 코드·명칭 존재, 다수 의료기관 자체 코드·명칭 사용(사용의무화 부재)

주요 비급여 세부항목별 의료기관 종별 가격 비교



주: 괄호는 세부항목별 금액비중임

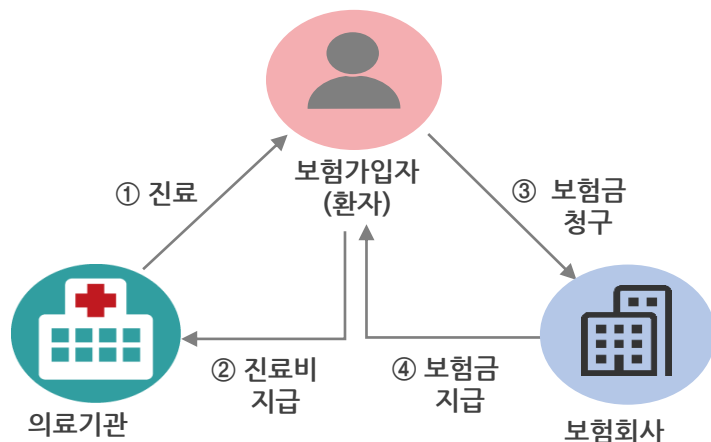
자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

3. 보험금 청구 구조 - 소비자 불편

- 의료기관-보험회사 간 전자적 정보교환이 되지 않아 소비자의 청구 불편이 지속
 - 보험회사는 소비자의 청구 편의를 위해 민간 ICT업체·의료기관과 개별 협상을 통해 청구전산화를 추진해 왔으나, 의료기관 참여 저조 등으로 실질적인 효과는 내지 못하는 상황임
 - 실손보험 청구 전산화 관련하여 보험업법 개정안(6건)이 국회 계류 중임
 - * 고용진 의원('20.10, 재발의), 전재수 의원('20.7, 재발의), 윤창현 의원('20.7), 김병욱 의원('21.4)

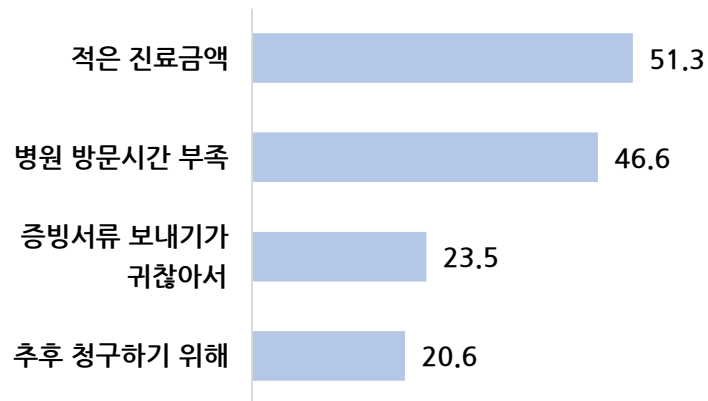
실손의료보험 보험금 청구 현황

지불체계(상한제)



실손보험금 미청구 이유

(단위:%)



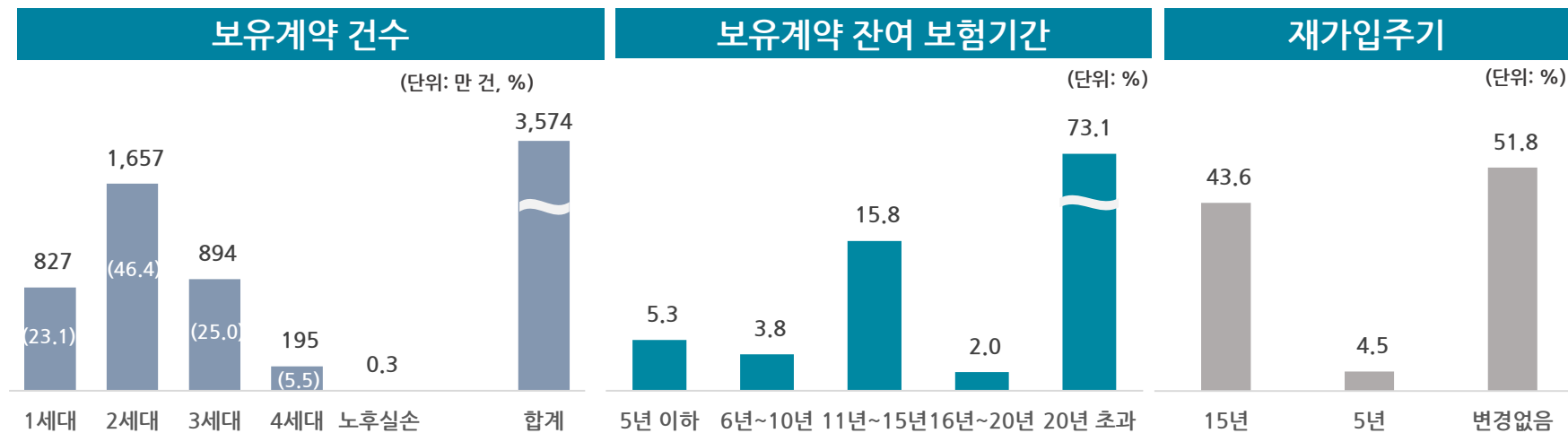
자료: 정성희(2021년), 「해외 민영 건강보험의 청구전산화 사례와 시사점」, 보험연구원

자료: 금융소비자연맹 공동보도자료(2021.5.6)

4. 보유계약 구조 - 상품구조 개편 영향 미흡

- 새로운 상품구조 개편 내용을 기존 보유계약에 대해 소급 적용하는 기전이 부재한 상황
 - 1·2세대 보유계약은 69.5%(2022년 9월), 잔여 보험기간이 20년 초과 보유계약이 73.1%(2022년 6월)
 - 특히, 재가입주기가 변경되지 않는 보유계약(50% 이상)의 경우 가입자의 계약전환 이외에는 상품구조 개편의 영향을 미치는 방법이 부재함

실손의료보험 보유계약 구조 현황



주: 1. 개인실손보험 대상으로 단체실손보험은 제외함

2. 괄호는 보유계약건수 비중임

자료: 7개 손해보험회사 통계(2022년 6월말 기준), 보유계약 건수 기준

자료: 한국신용정보원 실손의료보험 정기통계(2022년 9월)



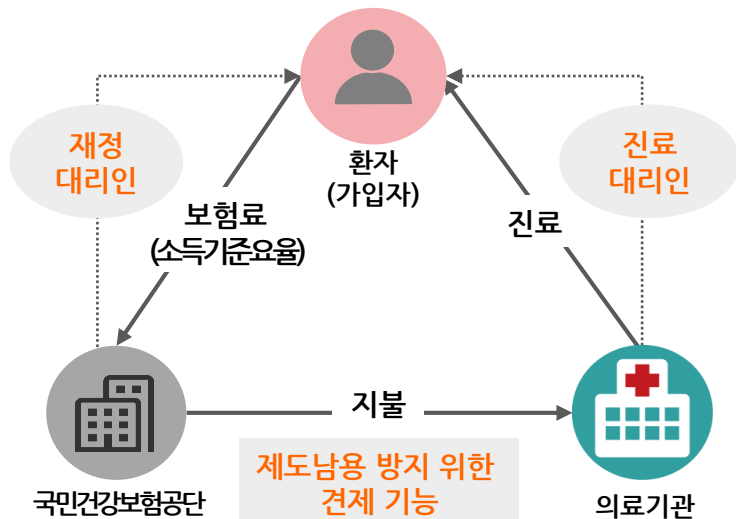
과제

1. 비급여 관리 - 공급자 경쟁·견제 장치 마련

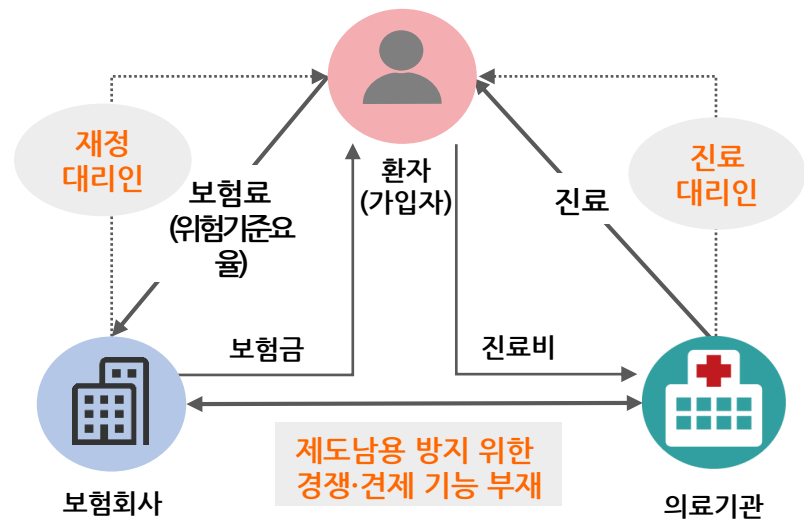
- 의료공급측면의 제도 남용 방지를 위해서는 환자의 재정대리인(보험자)이 진료대리인(의료기관)과 선의의 경쟁·견제를 하도록 하는 장치가 필요
 - 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스의 질과 비용에 영향을 미치는 우위적 위치에 있으므로, 건강보험의 공급 지속성 및 효율성을 위해서는 의료 공급에 대한 효과적인 정책 수립이 더욱 중요함

우리나라 공사 건강보험 지불체계

국민건강보험(제3자 지불제)



실손의료보험(상환제)



자료: 정성희(2021년), 「인구고령화 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제」 정책토론회, 보험연구원

1. 비급여 관리 - 표준수가 가이드 도입

① 합리적인 비급여 공급 관리체계 구축을 위해 비급여 표준수가 가이드 도입

- 비급여 의료비의 적정가격 징수를 위한 표준수가 및 배율·상한금액 등의 가이드 설정

독일 사례

가중치	적용
1	• 공적 건강보험 수가 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 서면합의 필요

비급여 표준수가 가이드 도입(안)

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안):신설
- 제41조의6(비급여 행위의료비 및 비급여약제·치료재료 가격의 상한금액)
 - ① 모든 비급여 진찰·검사, 처치·수술 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송에 대한 **상대가치점수와 기본수가를 정하여야 함**
 - ② 일정한 요건을 만족시킬 경우에만 비급여 행위에 대한 **기본수가의 일정 배율을 초과하여 비용을 징수할 수 있도록 하여야 함**
 - ③ 모든 특허 있는 **비급여 약제 및 치료재료의 상한금액**을 정하고, **상한 금액을 초과하여 비용을 징수할 수 없도록 하여야 함**

1. 비급여 관리 - 관리 주체 & 사후 확인제도 도입

- ② 비급여 관련 정책수립, 표준수가 마련 등 주요 사항 심의·의결하는 관리 주체 신설 검토
- ③ 환자·대리인이 지불한 비급여의 적정성 확인을 위해 보건당국 차원의 사후적 확인제도 마련

「(가칭) 비급여의료비정책심의위원회」 신설(안)

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안):신설
- 제42조의2(비급여의료비정책심의위원회):비급여의료비에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위해 보건복지부장관 소속으로 비급여의료비정책심의위원회를 둔다.

- ① 비급여 의료비 정책의 수립 및 추진·관리 방향
- ② 비급여행위의 기본수가 등에 관한 사항
- ③ 비급여약제 및 치료재료 가격의 상한 금액에 관한 사항
- ④ 비급여 행위의 코드, 명칭, 행위정의, 진료량 내지 횟수의 표준화에 관한 사항
- ⑤ 그 밖의 비급여 의료비에 관한 주요 사항으로 대통령령으로 정하는 사항

- 예시: 구성(안)위원회구성: 위원장1명(보건복지부장관)과 25명위원(근로자단체가추천하는자,시민단체,의약업계단체가추천하는자,중앙행정기관소속공무원,비급여의료비에 관하여 학식이 풍부한 자등)

비급여 적정성 사후적 확인제도 도입(안)

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안):신설
- 제41조의7(비급여의료비의적정성확인):

- ① 환자나 그 대리인은 자신이 부담한 비급여 의료비가 적정한지 여부에 대하여 보건복지부장관에게 확인을 요청할 수 있다
- ② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 보건복지부장관은 환자나 그 대리인이 부담한 비급여 의료비가 적정한지 여부를 확인한 후 그 결과를 확인을 요청한 사람에게 알려야 한다
- ③ 제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 지체없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다
- ④ 그 밖에 비급여 의료비의 적정성 확인에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

1. 비급여 관리 - 표준화·사용의무화

④ 비급여 코드·명칭·행위 정의·진료량 등을 표준화하고 의료기관의 사용을 의무화

- 복지부가 고시한 표준코드 사용을 법령으로 의무화하여 비급여의 관리체계 및 통계구축 기반 마련
- 또한, 현행 급여 분류체계를 준용하여 표준화된 비급여 코드 관련 대상질환·시행방법·횟수 등 정의 마련

비급여행위 표준화 등 관리기준

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안): 신설
- 제41조의8(비급여행위 표준화 등 관리기준): 보건복지부장관은 비급여의료 비정책심의위원회의 심의를 거쳐 비급여행위의 코드, 명칭, 행위 정의, 진료량 등을 표준화하고 이를 고시하여야 함
- 제41조의9(표준화된 코드의 등의 사용의무): 요양기관은 제41조의8에 따라 고시된 표준코드명칭 및 행위 정의를 사용하여 진단서·처방전증명서 등 작성·교부업무 등을 하여야 함

복지부 고시 개정(안): 비급여 항목 정의 마련 예시(개정)

구 분	국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙(제9조)	비 고
코드	비급여 항목의 분류기호(검사, 수술, 마취 등)	기존
명칭	비급여 항목의 한글명	기존
정의	적응증, 허용범위(횟수등), 대상 등 구체적인 행위 내용	신설

[참고] 2022년도 국정감사 비급여 관련 지적 사항

주 제	상임위 (피감기관)	의원명	질의일자	주요 질의 및 이슈제기 사항	비 고
비급여 보고제도	복지위 (복지부)	한정애 (민)	'22.10.5	✓ 비급여 보고를 의무화하는 의료법령이 개정·시행 ('21.6.30.~)되었음에도, 의료계 반대에 따른 보건복지부의 고시 미이행으로 시행 지연	[비급여 보고제도 개요] 의료기관이 비급여 진료비용과 제증명수수료 항목, 기준, 금액, 진료 내역 등을 복지부에 의무적으로 보고하는 제도
문제 비급여 관리 및 규제	복지위 (건보공단, 심평원)	김민석 (민)	'22.10.13 <언론보도>	✓ 비급여가 실손보험 보장성에 영향을 미치고 있고, 높은 손해율로 '17년이후 13곳 손보사 중 3곳 철수 ✓ 비급여 현황(총진료비, 규모 등) 관련 정확한 통계 부재 → 비급여 모니터링 민·관협의채널 구축 필요 ✓ 비급여 진료수가 법적기준 설정·운영 등 비급여 관리방안의 단계·체계적 구축 필요	-
과잉진료 허위청구 의료기관	복지위 (건보공단, 심평원)	신현영(민), 백종헌(힘)	'22.10.13 <보도자료>	✓ 비급여 진료만 하는(급여비용 청구가 전무한) 의료기관에 대한 정부 차원의 현지조사 미흡 ✓ '19년이후 현재까지 3년연속 급여비용 청구를 하지 않은 의료기관 총 1,299개소 ✓ 과잉의료 또는 비과학적 의료행위가 행해지고 있는 것은 아닌지 여부 등 정부의 면밀한 모니터링 필요	-
	복지위 (심평원)	서영석 (민)	'22.10.13 <보도자료>	✓ 의원급 의료기관에 대한 비급여진료비 확인서비스를 통한 민원제기 79.9%, 환불금액 141.9% 각각 급증 ✓ 정부의 비급여 의료서비스에 대한 환자 중심의 관리방안 마련 필요	[비급여진료비 확인서비스 개요] 의료기관 등에서 비급여로 부담한 진료비가 건강보험 대상에 해당하는지 여부를 확인해주는 가입자 또는 피부양자 대상 권리구제 제도
		인재근 (민)	'22.10.13	✓ 거짓 청구 요양기관 관련 정보를 심평원 누리집에 공개하고는 있으나, 게시 기한이 한정적(6개월)이고, 해당 요양기관의 거짓 청구 사실이 (상세히) 표시되지 않는 문제 개선 필요	[거짓 청구 요양기관 정보공개 개요] 심평원에 요양급여 비용을 거짓 청구한 기관으로 그 금액이 1,500만원 이상이거나 거짓청구금액 비율이 20% 이상인 기관에 대해 '건강보험공표심의회' 의결을 거쳐 6월 간 공표하는 제도(복지부·심평원 누리집 등)
비급여 진료비용 공개제도	복지위 (심평원)	인재근 (민)	'22.10.13	✓ 심평원에서 제공하는 비급여 진료비용 공개제도 항목이 매우 제한적 ✓ 국민이 원하는 항목에 대해 공개범위를 확대할 필요	[비급여 진료비용 공개제도 개요] 보건복지부 장관이 건강보험심사평가원과 함께 의료기관에서 제출한 가격 등의 정보를 확인하여 공개하는 제도('22년 기준 578개 항목)
	정무위 (금감원)	최재형 (힘)	'22.10.13	✓ 의학용어로 된 비급여 명칭으로만 검색·확인할 수 있어 일반 이용자 입장에서 확인이 어려움 ✓ 진료비뿐만 아니라 진단·시술방법 정보도 제공 필요	

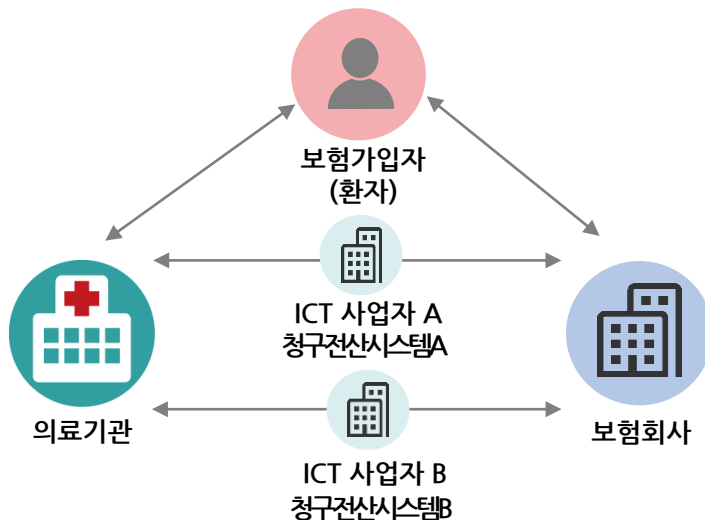
2. 실손보험 청구전산화

· 실손보험 청구전산화는 사회적 편익을 제고하는 방향으로 적극적인 검토가 필요

- (간편성 제고) 보험가입자 요청에 따라 증빙서류가 의료기관에서 보험회사로 전자적으로 전송
- (사각지대 해소) 모든 요양기관(9.9만 여개)과 보험회사(30개)를 표준 전자정보시스템으로 연결
- (개인정보보호 등) 법령에서 정한 중계기관을 통해 청구전산시스템을 운영 및 관리

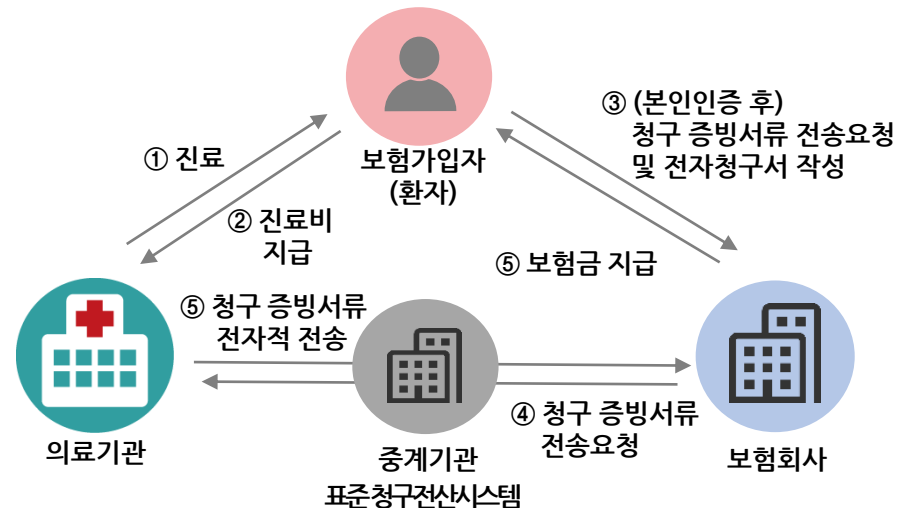
실손보험 청구전산시스템 운영 현황

민간 자율방식



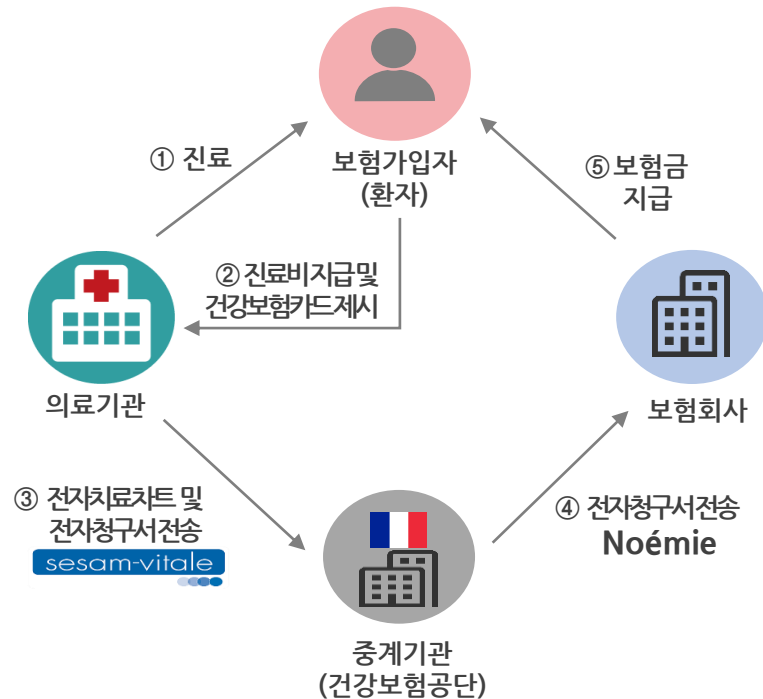
사회적 편익을 고려한 실손보험 청구전산화 방안

중계기관 방식

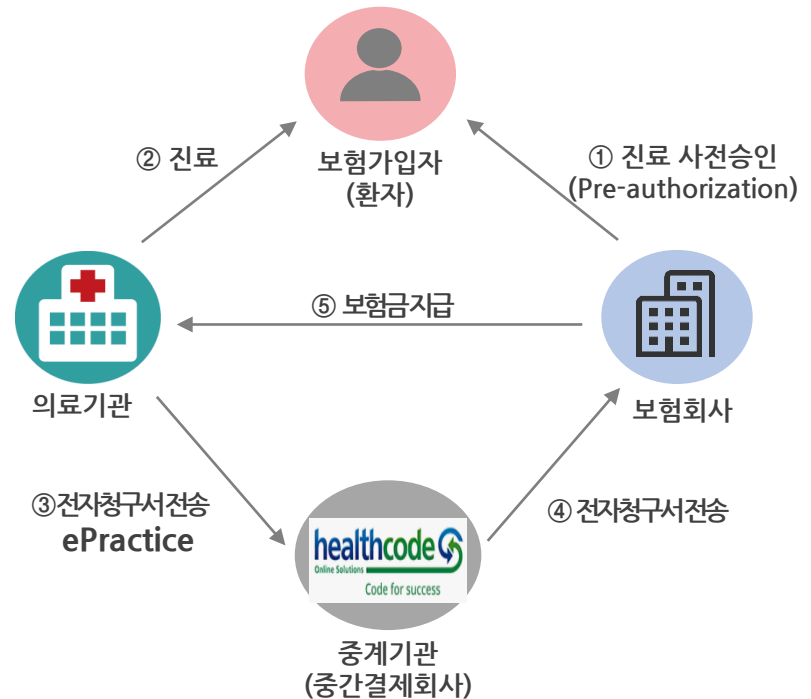


[참고] 해외 민영건강보험 청구전산화 사례

프랑스 민영건강보험 보험금 지급체계



영국 민영건강보험 보험금 지급체계



자료: 정성희(2021년), 「해외 민영 건강보험의 청구전산화 사례와 시사점」, 보험연구원

3. 상품구조 개편 - 보험기간 단축, 상품 자율화

① 보험기간(재가입주기) 지속적 축소(현행 5년에서 1~3년으로 단축)

- 의료이용 환경 변화, 국민건강보험 정책 추진(보장성 강화 등) 등에 대응하여 실손의료보험 보장 내용을 유연하게 변경할 수 있도록 재가입주기를 1~3년으로 축소
- 향후 가입자의 합리적인 의료이용을 유도하기 위한 상품구조 개편 효과가 단기내 보유계약에 적용 도모

② 실손의료보험 상품 부분 자율화(현행 단일 상품에서 일부 자율담보 허용)

- 소비자 혼란을 방지하기 위해 급여 보장범위 등은 공동 사항으로 운영하고, 자기부담금, 비급여 보장 등에 대해 보험회사가 자율적으로 상품 출시를 허용

실손의료보험 상품 현황					실손의료보험 상품 부분 자율화	
구 분	1세대	2세대	3세대	4세대	공동 사항 (표준화)	자율화 사항
출시연월	~'09.9월	'09.10월	'17.4월	~'21.7월	보장 담보 구성 (주계약 + 특약)	자기부담비율 (±10%범위 내 선택 등)
최종판매시기	'09.9월	'17.3월	'21.6월	-	급여 보장범위	공제 금액
재가입주기	없음	15년 (^{13.1월} 이전 상품 없음)	15년	5년	비급여 보장범위 (일부 비급여 제외)	일부 비급여 면부책 여부
최종재가입 주기도래시기	없음	'32.3월	'36.6월	판매종료일로 부터 5년 후	할인제도, 계약전환 제도	

4. 개선 방안

실손의료보험 지속성 제고 방안

비급여 관리	비급여 표준수가 가이드 도입	비급여 의료비의 적정 가격 체계 마련을 위해 표준수가 및 배율·상한금액 등 가이드 설정
	비급여 관리 주체 신설	비급여 관련 정책 수립, 표준수가 마련 등 주요 사항 심의·의결하는 관리 주체 신설 검토 * 「(가칭) 비급여의료비정책심의위원회」
	비급여 적정성 사후확인제도 마련	환자·대리인이 지불한 비급여 적정성확인을 위해 보건당국차원의 사후적 확인제도 마련
	비급여 표준화·사용 의무화	비급여 코드·명칭·행위 정의·진료량 등을 표준화하고 의료기관의 사용을 의무화
편의성 제고	실손보험 청구전산화 도입	모든 요양기관, 보험회사가 표준전자시스템으로 연결, 법령에 의한 중계기관을 통해 운영
상품구조 개편	재가입주기 단축	의료 환경 변화, 건강보험 정책 등에 유연하게 대응하기 위해 재가입주기를 1~3년으로 단축
	상품 부분 자율화	기본 사항은 표준화로 운영, 자기부담금, 비급여 등에 대해 보험회사의 자율적 운영을 허용

감사합니다.