

실손의료보험 제도개선(I)

2016. 11. 28

최 양 호(한양대학교 교수)

목차

I. 서 언

II. 실손의료보험의 주요 현황

III. 현행 실손의료보험제도의 문제점

IV. 실손의료보험 제도개선

I. 서 언

II. 실손의료보험의 주요 현황

III. 현행 실손의료보험제도의 문제점

IV. 실손의료보험 제도개선

I. 서 언

- 실손의료보험은 국민건강보험에서 보장되지 않아 환자 본인이 부담해야 하는 의료비를 보장하는 민영 보험상품
 - 국민들의 의료비 경감 필요성 및 고급 의료서비스 수요 증가 등으로 가입자가 꾸준히 증가

<표 I -1> 실손의료보험 보유계약건수 추이 (단위 : 천건)

'12.3월말	'13.3월말	'13.12월말	'14.12월말	'15.12월말
26,623	29,041	29,696	30,817	32,657

자료: 금융감독원(2016)

- 그러나, 대부분의 의료비를 보장하는 상품구조 등으로 인해 과잉진료, 의료쇼핑을 유발하는 등의 문제점이 노출
 - 이로 인해, 손해율 상승과 보험료 인상이 매년 되풀이 될 경우 향후 지속 가능성이 의문시되는 상황

- 한편, 국민건강보험의 의료비 보장수준이 낮은 상황에서, 인구고령화로 인해 향후 국민건강보험의 재정부담이 급증할 것으로 예상되므로 실손의료보험의 역할이 긴요해질 전망
- 우리나라 경상의료비 중 공공재원의 비중은 55.9%로 OECD 회원국 평균(72.7%)보다 매우 낮은 수준 <OECD Health Data2015>

<표 I -2> 경상의료비 중 공공재원의 비중

년도	2009	2010	2011	2012	2013
한국	57.6%	58.0%	57.2%	56.3%	55.9%
OECD 평균*	73.2%	73.0%	73.1%	72.7%	72.7%

*OECD평균은 해당년도 수치가 없는 경우 해당년도 기준시점의 최근접년도 수치를 반영하여 산출함

- 이러한 문제점들을 해결하기 위하여 관계부처,기관 및 연구기관들이 참여한 「실손의료보험 제도 정책 협의회」 개최(2016.5.18)
- 제도개선을 위한 TF 구성하여 구체적 개선방안을 추진

I. 서 언

II. 실손의료보험의 주요 현황

III. 현행 실손의료보험제도의 문제점

IV. 실손의료보험 제도개선

Ⅱ. 실손의료보험의 주요 현황

□ 상품구조

- 실손의료보험은 국민건강보험과 보장범위가 연계된 보충형 건강보험 상품으로 급여 본인부담분과 비급여 부분을 보장

<표 Ⅱ-1> 의료비 구성 및 보장영역('14년 기준)

국민건강보험법상 요양급여		비급여
건강보험공단 부담	본인부담	
(63.2%)	(19.7%)	
<----->		<----->
국민건강보험 보장영역		실손의료보험 보장영역

주: ()는 2014년 전체 의료비 중 점유율

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2016. 4.19)

Ⅱ. 실손의료보험의 주요 현황

□ 가입현황

- '15.12월말 기준 실손의료보험 보유계약이 3,266만건으로 국민의 약 65%가 실손의료보험에 가입

<표 Ⅱ-2> 실손의료보험 보유계약건수 추이 (단위 : 천건)

년도	'12년말	'13년말	'14년말	'15년말
보유계약건수	29,041	29,696	30,817	32,657

□ 손해율

- 실손의료보험 손해율이 지속 상승, '15년 상반기에는 124.2%를 기록

<표 Ⅱ-3> 실손의료보험 손해율 추이

년도	FY'13	FY'14	FY'15
손해율	115.5%	122.8%	122.1%

자료 : 금융감독원

I. 서 언

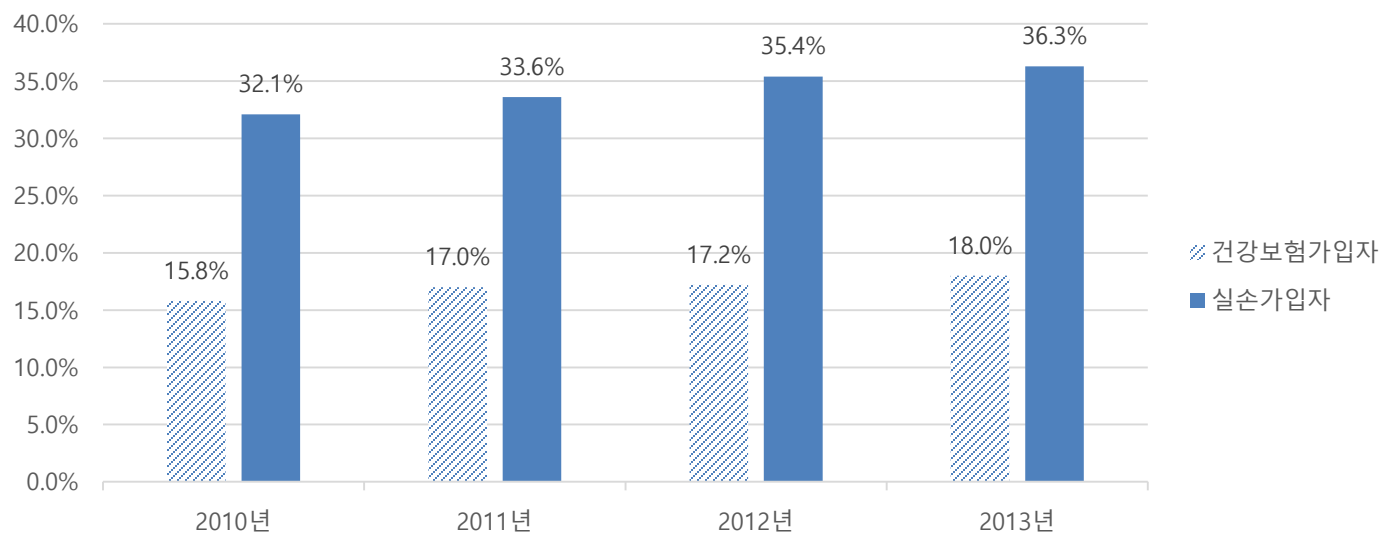
II. 실손의료보험의 주요 현황

III. 현행 실손의료보험제도의 문제점

IV. 실손의료보험 제도개선

- 일부 병원들이 실손의료보험을 이익창출을 위한 의료마케팅 수단으로 활용하면서 과도한 비급여 진료를 시행
 - 실손의료보험 가입자의 비급여 부담률은 국민평균의 2배 수준

<표 Ⅲ-1> 실손 및 건강보험 가입자의 비급여 부담률



자료 : CEO Report, 보험개발원(2016.2)

□ 과잉진료, 의료쇼핑 등 도덕적 해이 증대로 손해율 악화와 보험료 인상이 되풀이 될 경우 향후 고령층 월보험료가 수십만원에 달할 것으로 전망

- 손해율 상승 지속시 고령층의 보험료 부담 가중으로 계약유지 불가

경향비즈

실손의료보험 보험료, 1월부터 최대 20% 인상

이에 따라 4가지 담보의 실손보험료가 지난해까지 월 1만2000원이었다면 연령에 따라서는 최고 20% 인상된 1만4400원이 적용된다.

자료: 경향비즈 2015.01.01

<표 Ⅲ-2> 보험료 인상 시나리오

	30세 가입시	70세 도달시
매년 10% 인상	12,000	543,111
매년 7% 인상	12,000	179,693
매년 5% 인상	12,000	84,480

- 보험사는 손해율관리를 위해, 설계사는 판매수당을 많이 받기 위해 패키지형태*로 판매하는 관행 만연
 - * 손해율이 높은 실손의료보험을 손해율이 낮은 다른 상품(예: 사망보장)과 함께 판매
- 소비자가 총보험료 중 실손보험료를 구별하기 어려움
- 실손의료보험만 단독으로 가입하고 싶어하는 소비자 수요 미충족

I. 서 언

II. 실손의료보험의 주요 현황

III. 현행 실손의료보험제도의 문제점

IV. 실손의료보험 제도개선

1. 제도개선 방안 주요 내용

- 실손의료보험 보장구조를 '기본형'과 '특약'으로 구분
 - 과잉진료 우려가 큰 진료행위를 특약으로 분리
 - 특약의 자기부담비율 상향 조정(20%→30%)
- 실손의료보험 상품의 단독화(끼워팔기 금지)
 - 실손의료보험을 다른 상품과 분리하여 판매토록 의무화
 - 소비자가 편하고 쉽게 가입할 수 있도록 판매채널을 다각화
 - 연납형 실손의료보험 상품 도입
- 의료이용량이 적은 가입자에 대한 보험료 환급제도 도입
- 비급여 의료비 항목·코드 및 진료비 세부내역 서식 표준화

2. 보장구조를 기본형과 특약으로 구분

- 기존 상품의 보장항목 중 과잉진료 우려가 큰 항목은 특약으로 분리, 이를 배제한 기본형 상품의 보험료 수준을 안정적으로 유지
 - 도덕적 해이 가능성이 높은 '도수치료·체외충격파·증식치료', '비급여 주사제', 등을 특약으로 분리하는 방안을 고려할 필요
 - MRI 분리 여부도 고려 가능
- 소비자는 '기본형' 또는 '기본형+특약'에 선택하여 가입
 - 미국, 독일 등에서도 실손의료보험 상품을 보장범위에 따라 기본형, 고급형 등으로 구분하고 소비자가 선택하도록 운영

기본형	특약
• 도덕적 해이 유발요인을 제거하여 보험료 인상을 억제	• 도덕적 해이(과잉진료) 우려가 높은 항목을 별도 보장 • 보험료 인상률이 높을 수 있어 꼭 필요한 소비자만 선택 가입

2. 보장구조를 기본형과 특약으로 구분

1) 특약으로 분리할 진료행위(도수치료)

- 일부 의료기관에서 수익창출을 위해 도수치료를 무분별하게 시행하는 등 도덕적 해이가 극심한 상황
 - 금융감독정보(제2016-24호) “과잉 도수치료는 실손보험급 지급 대상 아니다”
 - 조선비즈(2016.11.24) [병든 실손보험] ① “병원은 공장, 환자는 제품” 도수 치료로 병원들 ‘돈방석’

◆너도나도 실비 보상...일부 정형외과 ‘돈방석’

도수치료와 마사지(경락)의 경계선이 모호한 탓에 일부 소비자들은 ‘도수치료 중독’에 빠지기도 한다.

하루 종일 노트북을 사용하는 탓에 어깨와 목에 통증을 느끼던 진모(31)씨는 최근 한 동네 정형외과를 찾았다가 도수치료를 권유 받았다.

진씨는 “20대 여성 물리치료사가 등에 로션을 발라 마사지해 주고, 사적인 대화까지 나누다 보니 그만 중독되고 말았다”며 “도수 치료를 한 번 경험한 뒤론 특별히 통증이 없더라도 기분 전환이 필요할 때마다 종종 동네 정형외과를 방문하곤 한다”고 말했다.

보험업계에 따르면, 실손보험을 악용해 불필요한 도수치료를 받는 수법은 3~4년 전부터 급속히 퍼져 나가기 시작했다. 실손보험 가입을 권유하는 보험 설계사를 통해 알음알음 ‘팁’이 공유되다가, 입소문을 타기 시작했다는 것이다. 강남, 광화문 등지에 연간 수십억원을 버는 대형 정형외과들이 속속 생기기 시작한 것도 이 무렵부터다.

문제는 이처럼 무분별한 도수치료가 이뤄지는 현행 구조에선 선량한 소비자가 낸 보험료가 일부 블랙 컨슈머(악성을 뜻하는 블랙과 소비자를 뜻하는 컨슈머의 합성어)와 의사들의 뱃속만 채운다는 것이다. 실제로 실손보험 가입자 중 상위 10%의 보험금 청구액이 전체 보험금의 52~63%를 차지하고 있다.

- 유사한 급여치료 및 산재·자동차보험에 비해 높은 가격 형성

1) 특약으로 분리할 진료행위(도수치료)

<표 IV-2> 도수치료 및 유사치료의 진료비 현황

구 분	'04년		'15년	(인상률)
단순운동치료	3,330원	→	3,889~4,134원	(16.8~24.1% ↑)
복합운동치료	5,660원	→	6,619~7,035원	(16.9~24.3% ↑)
도수치료	8,490원	→	10~20만원	(1,077.6~2,255.7% ↑)

<표 IV-3> 산재·자동차보험 진료수가 기준

구 분	산재·자동차보험	국민건강보험(비급여)
산정 기준	1. 재활의학과, 정형외과, 신경외과 전문의가 직접 10분 이상 실시한 경우에 주 3회 이내 산정하되, 치료기간 중 15회 이내만 산정	비급여 항목으로 별도 산정기준 없음
금액	16,520원	의료기관 자율 산정

2. 보장구조를 기본형과 특약으로 구분

1) 특약으로 분리할 진료행위(비급여 주사제)

- 일부 병원에서 치료목적에 맞지 않는 고가의 비급여 주사제를 환자에게 투여하는 등 도덕적 해이 문제가 크며,
 - 비급여 주사제는 적정 투여량 등 진료기준이 없어 주사제 투여 후, 치료목적 소견서만 제출하면 보상을 해주고 있는 실정
- 또한, 의학적 치료효과가 입증되지 않은 비급여 주사제를 효과가 있는 것처럼 홍보하여 실손의료보험 가입자의 의료쇼핑 유도
 - 실손의료보험 가입자는 경제적 부담이 적어 단순 피로회복 및 미용 목적임에도 해당진료를 이용하려는 유인 존재
 - 일부 병원에서는 실손의료보험 가입자를 유인하기 위해 청구금액을 부풀린 허위영수증을 발급하는 등 불법행위도 자행

2) 자기부담비율 조정

- 과잉진료 등 도덕적 해이 방지를 위해서는 자기부담비율 상향 조정 필요
 - 자기부담비율 상향조정 방안은 불합리한 의료이용 행태를 억제하고 도덕적 해이를 예방하는데 효과적
 - 특약의 자기부담 비율을 20%→30%로 조정

1) 단독화 필요성

□ 끼워팔기 관행 시정

- 보험사는 리스크 헤지를 위해 손해율이 높은 실손의료보험을 손해율이 낮은 다른 특약(예: 사망담보)과 함께 판매
 - 설계사는 판매수당을 많이 받기 위해 단독형 실손보다는 패키지형으로 판매하는 관행이 만연
 - '15.12월말 기준 단독형 실손의료보험 비중은 전체 실손의 3.1%에 불과

<표 IV-6> 단독형 실손의료보험/패키지상품 비교

구 분	단독형 실손의료보험	패키지상품(특약형)
주요보장	실손의료비	(주계약) 사망/후유장해 (특약) 실손의료비 + 암뇌졸중 등 보장특약 등
보험료	월 1~3만원	월 10만원 내외(부가특약에 따라 상이)

3. 실손의료보험 상품의 단독화

1) 단독화 필요성

□ 건전경쟁시장 조성

- 소비자는 패키지상품의 총보험료에 관심을 둘 뿐, 그 중 실손의료보험료 금액을 구별하여 인지하기 어려운 상황
 - 이러한 패키지 판매 관행은 회사간 보험료 비교를 통한 건전경쟁시장 조성에 바람직하지 못함.

□ 소비자 선택권 보장

- 실손의료보험만 가입하고자 하는 경우에도 원하지 않는 다른 보험까지 함께 가입하게 함으로써 소비자 선택권 제약
 - 단독형은 실손의료비 이외 다른 보장부분이 없는 만큼 특약형에 비해 보험료가 훨씬 저렴(1~3만원 수준)

3. 실손의료보험 상품의 단독화

1) 단독화 필요성

□ 소비자 이해도 제고

- 특약형 실손의료보험은 주계약 등과 상품구조가 상이하여 가입자의 혼란 및 민원 야기
 - 실손의료보험은 1년마다 보험료가 갱신되고 15년마다 보장내용이 변동하는 등 특수성이 큰 상품이나, 가입자는 주계약과 구조가 동일한 것으로 오해

□ 통계관리 용이

- 패키지 판매로 인해 손해율 등 독립적인 실손의료보험 통계 산출에 어려움 발생
 - 보험상품에 대한 통계는 주로 특약 단위가 아닌 상품별로 관리되고 있어 특약형 실손의료보험의 경우 손해율 등을 정확히 산출하는 것이 어려움

3. 실손의료보험 상품의 단독화

2) 주요 내용

□ 단독판매

- 실손의료보험 끼워팔기 관행을 시정하기 위해 실손의료보험을 다른 보험상품과 분리하여 판매토록 개선
- '기본형+특약' 형태의 상품(안)도 단독화가 전제되어야만 가능한 구조

□ 채널다각화

- 인터넷, 모바일, TM 등 다양한 채널을 통해 실손의료보험에 가입할 수 있도록 하여 소비자 편의 제고
 - 현재 실손의료보험을 인터넷으로 판매하는 회사가 4곳에 불과

□ 연납상품 도입

- 한편, 실손의료보험료를 연납(또는 연2회)으로 납입하는 상품 활성화
 - 연납으로 전환하면 일시에 보험료를 납입하여야 하므로 보험료 부담을 고려할 때, 다른 보장부분과 함께 판매할 유인 감소
 - 자동차보험은 주로 연납으로 납입하고 있음(분할납입 특약을 통해 분기납도 가능)

감 사 합 니 다.

실손의료보험 제도개선

- 보험료 차등제 · 비급여 관리 -

2016. 11.28(월)
보험연구원 정성희

I . 보험료 차등제도

- 현황 및 문제점
- 해외사례
- 개선방안

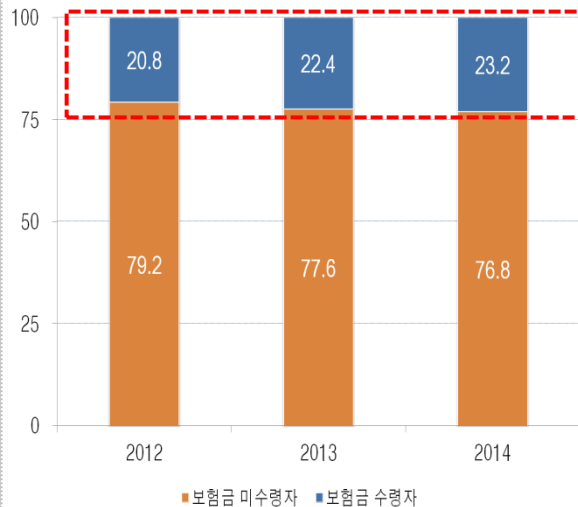


I - 1. 현황 및 문제점 - (1) 일부 가입자의 과다이용

- ❖ 일부 의료쇼핑 소비자의 비용이 대다수 선량 가입자의 보험료 부담으로 전가
 - 가입자 중 보험금 수령 비율은 23.2%, 수령자 중 대다수(83.4%) 100만원 이하 수령
 - * 1인당 연간 평균 수령액 68만원, 연간 300만원 이상 수령자 4.2% (500만원 이상 1.7%, 1,000만원 이상 0.39%)
 - 보험회사 상위 10% 보험금 청구자가 전체 지급보험금의 절반 이상(53.3% ~ 63.2%) 차지

실손보험 보험금 수령현황

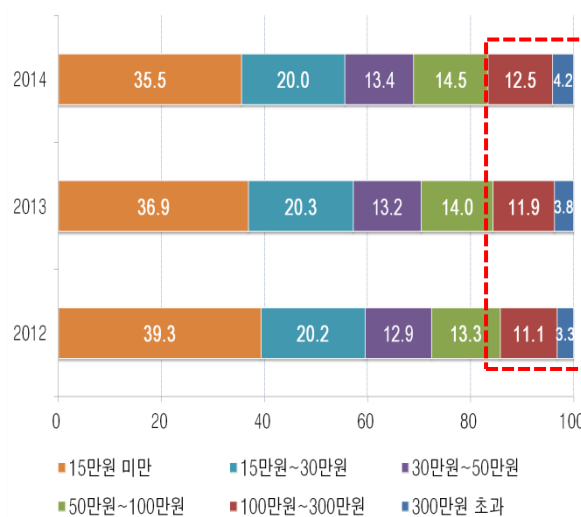
(단위: %)



자료: 보험개발원(2016)

금액대별 보험금 수령자 비중

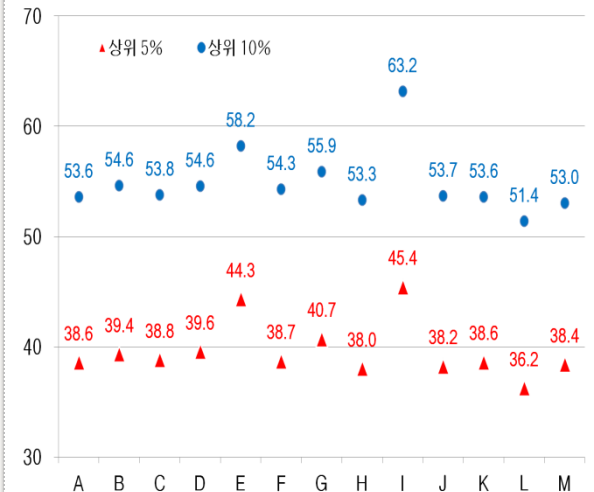
(단위: %)



자료: 보험개발원(2016)

회사별 지급보험금 편중 현황

(단위: %)



주: 각사별 전체지급보험금 대비 상위 보험금청구자의 보험금 비중
자료: 13개 보험회사 통계(2014)

I - 1. 현황 및 문제점 - (2) 특정 병원·질병 과잉집중

❖ 실손보험금 지급은 소형병원 및 근골격계 비급여 의료비에 집중되는 경향

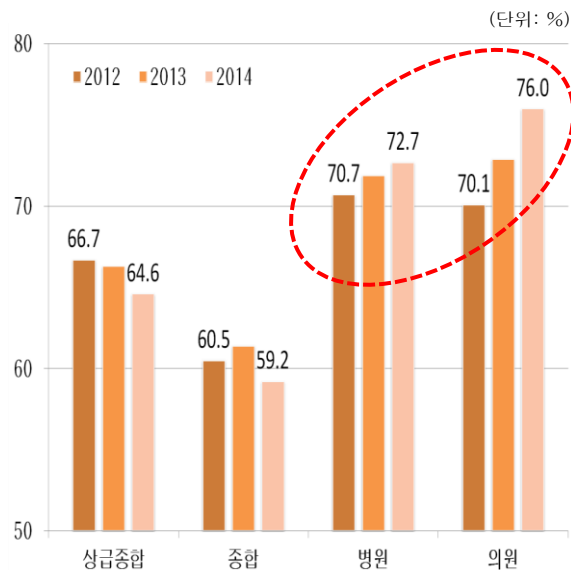
- 의료기관 규모가 작을수록 지급보험금 중 비급여 의료비 비중이 높고 증가 추세

* 2014년 기준 : 의원(76.0%) > 병원 (72.7%) > 상급종합병원 (64.6%) > 종합병원 (59.2%)

- 비급여의료비는 근골격계 (M00 ~ M99) 중심으로 실손보험금의 지급 건수 및 지급 비중 高

* 건수기준: 척추질환, 어깨질환, 고혈압, 척추외상 순 / 비중기준: 하지정맥류, 유방관련질환, 척추질환 순

병원등급별 비급여 비율



자료: 보험개발원(2015, 2016)

질병별 보험금 지급건수

(단위: 건, %)

질병명	건수	비급여 비율
기타추간판장애	164,200	86.9
등통증	116,589	79.8
어깨병변	103,594	77.9
고혈압 본태성	94,769	30.7
요추 및 골반 탈구	75,972	80.2
위염 및 십이지장염	68,726	57.7
경추간판장애	67,815	87.3
유방악성신생물	65,794	83.5

자료: 보험개발원(2015)

질병별 비급여의료비 비중

(단위: %, 건)

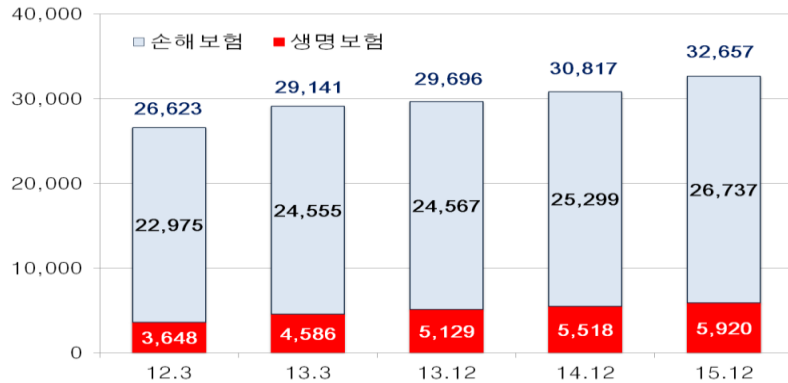
질병명	비급여 비율	건수
하지정맥류	91.9	14,985
유방양성신생물	91.4	27,469
양성유방형성이상	89.8	12,658
유방의 제자리암종	88.6	5,624
유방의 상세불명덩이	88.	7,182
수면장애	88.1	4,217
경추간판장애	87.3	67,815
척추측만증	87.2	13,775

자료: 보험개발원(2015)

[참고] 실손의료보험 관련 주요 통계

실손의료보험 보유계약건수 추이

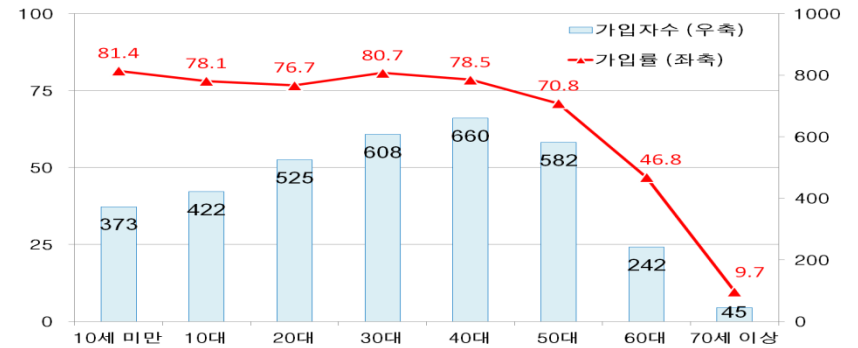
(단위: 천건)



자료: 금융감독원(2016)

실손의료보험 연령대별 가입률

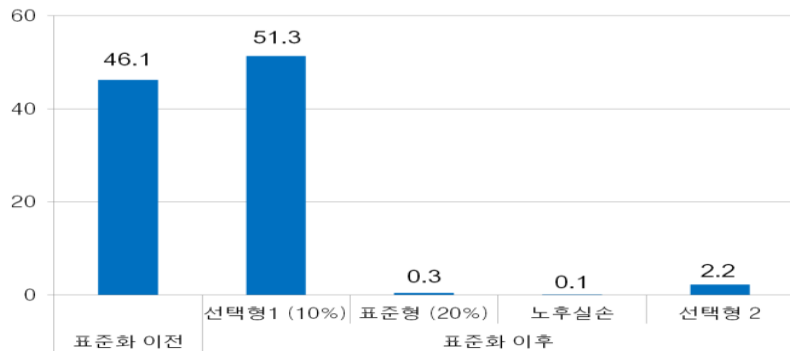
(단위: 만명, %)



주: 2016년 9월 기준 생명보험, 손해보험, 공제상품 가입실적임.
자료: 한국신용정보원(2016)

실손의료보험 상품유형별 비중

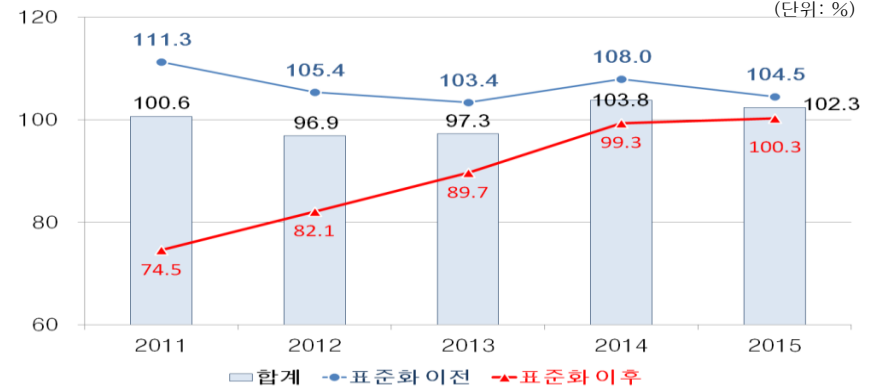
(단위: %)



주: 2015년 기준 전체보유계약건수 대비 상품별 보유계약건수 비중
자료: 금융위원회(2016)

실손의료보험 손해율 추이 (수입보험료 기준)

(단위: %)



주: (지급보험금+IBNR)/(위험보험료+예정사영비)
자료: 생명보험14개사, 손해보험 13개사 통계

I - 2. 해외사례 - 개요

- ❖ 보험료 차등제도는 가입자간 보험료 부담 형평성 제고 및 손해방지 촉진 차원에서 적용
 - 보험가입 시 적용된 위험집단별 보험료(사전)를 가입자별 보험사고 및 청구통계에 기반하여 조정(사후)함으로써, 가입자는 보험금 청구실적에 상응하는 보험료를 지불
 - * 보험가입 시점의 정보 비대칭성에 따른 가입자의 역선택 완화 효과 도모
 - 적용 방식 : 무사고·무청구자 대상 보험료 환급·할인 제도

보험료 차등제도 운영 사례

- 주요국에서 민영건강보험의 보험료 차등제도 적용 확산 추세
 - 가입자의 연간누적공제금 부담에 상응한 인센티브 개념
- 독일, 홍콩 등 : 무사고자·무청구자 보험료 환급제도
- 영국, 말레이시아 등 : 보험금 청구 연계 보험료 할인제도
- 미국 : 최소손해율(MLR) 제도를 통해 보험료 환급제도
 - * 2010년 PPACA에 따라 보험가입 의무화, 보험료 차별 불가, 계약거절 금지 등 공보험적 특성 강화 (MLR, 개인 80%, 소기업단체 85%)

보험료 차등제도 미운영 사례

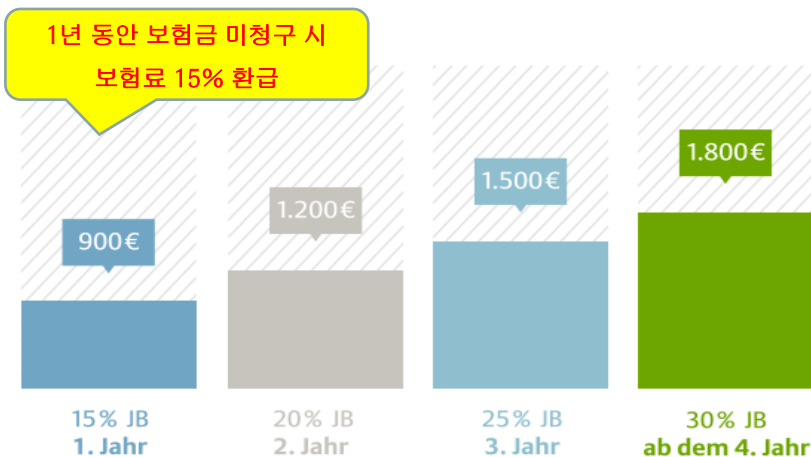
- 네덜란드 : 보험료 환급제도에서 자기부담금 의무제로 전환
 - 2006년 공·사건강보험 단일화 후 보험료 환급제 도입
 - 2008년 이후 자기부담금 의무제(Compulsory Deductible) 로 전환
 - * 만성질환자 등 필수적 의료이용이 불가피한 대상에 대한 차별이라는 사회적 우려, 의료이용과 환급시점 간 상당한 시차로 의료이용 절감 인센티브가 제한적이라는 비판
- 호주 등 의료이용에 따른 보험료 차별 미허용 국가의 경우 보험료 차등제도 미운영

I - 2. 해외사례 - (1) 독일

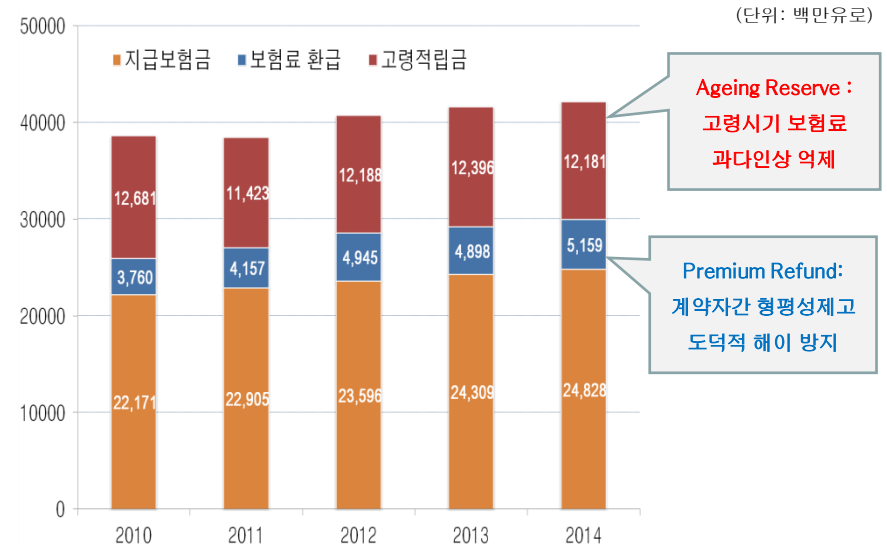
- ❖ 독일의 보험료 환급제도 (Beitragsruckerstattung; Premium Refund System)
 - 가입자가 일 년간 보험금 미청구 시 평균 2~3개월, 최대 4개월치 납입보험료 환급
 - * 보험료 환급 규모는 가입상품의 연간 누적공제금(Annual Deductible) 규모에 따라 상이
 - 가입자 : 환급액과 미청구금액 비교 후 결정 → 보험회사 : 소액청구업무 처리비용 절감
 - 보험회사는 보험료 환급 재원을 위한 별도 준비금(Reserve for Premium Refund) 적립

독일 Allianz 社 사례

AKTUELLES BONUS-PROGRAMM



독일 건강보험시장의 급여 내역별 지출



자료: GDV(2016)

I - 2. 해외사례 - (2) 영국

❖ 영국의 보험료 할인제도 (No Claims Bonus·Discount)

- 할인단계를 할인수준에 따라 몇 단계로 구분하고 일정기간(1년 등)동안 가입자의 사고 또는 청구실적에 따라 차년도 갱신보험료의 할인을 조정

* 국립병원 입원비, 주치의 상담료, 출산비용, 건강검진 등 특정 보장급부에 대한 보험금 청구는 할인을 조정 시 제외

- 가입시점 할인단계 : 가입경력, 사고이력 등 이전 경력을 반영하여 결정

BUPA 와 AVIVA의 보험료 할인제도

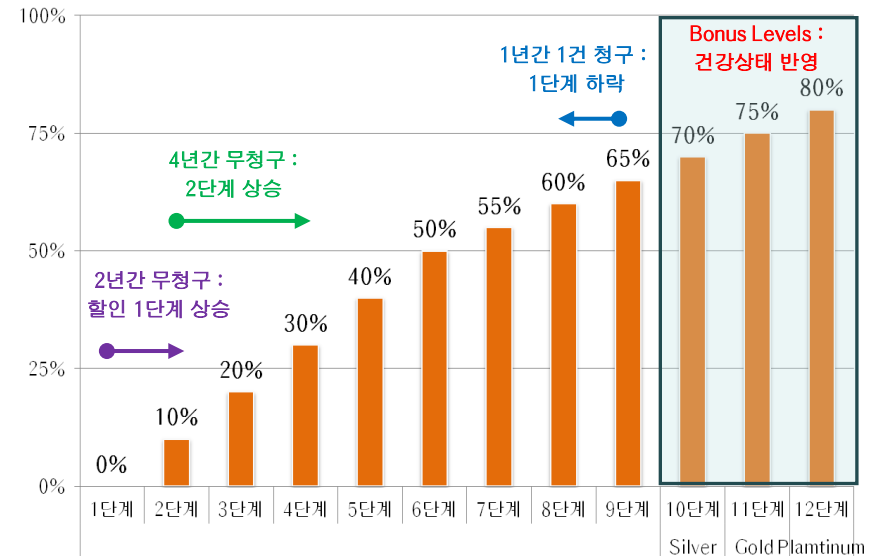
No claim discount scale		Using the scale		
Discount level you are on	Discount you will receive	Value of claims paid during the calculation period	Change in discount level applied at the next 'renewal date'	
14	70% (maximum)	£0.00	Move up the scale by one level	1단계 상승
13	68%	£0.01 to £250	Move down the scale by one level	1단계 하락
12	65%	£250.01 to £500	Move down the scale by two levels	2단계 하락
11	62%	£500.01 and above	Move down the scale by three levels	3단계 하락
10	59%			
9	55%			
8	50%			
7	45%			
6	40%			
5	35%			
4	27.5%			
3	20%			
2	10%			
1	0% (Minimum)			

보험금 지급실적에 따라
보험료할인률을 차등 적용

Calculation period		
Months included in period	Calculation period	
Month 1 to 10 of first year	Year one renewal or first year renewal	
Months 11 and 12 of previous year plus months one to 10 of current year	Year two renewal and thereafter	

Level	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
% discount off level 0 premium	0	9	18	25	32	39	45	50	54	59	63	66	69	72	75

Vitality의 보험료 할인제도



I -3. 개선방안

방안 1

무사고자·무청구자 보험료 환급제도 도입

- 환급재원 또는 환급기준 마련을 위한 방안 선행 검토 필요
→ 독일의 경우 연간 누적공제금 연계
- 해외사례 : 독일 등 보험료 환급제도

방안 2

개인별 보험금 수령실적에 연계한 보험료 할인제도 도입

- 할인재원 또는 할인체계 마련을 위한 선행 검토 필요
→ 유럽의 경우 환급재원을 위해 기본보험료를 보수적으로 책정
- 해외사례 : 영국 등 보험료 할인제도

계약자간 보험료 형평성 제고, 합리적 의료이용 도모

[참고] 자동차보험료 할인·할증제도

- ❖ 사고가 없는 경우 보험료를 할인하고, 사고가 있는 경우에는 보험료를 할증
 - 보험가입자의 과거 사고유무 및 내용에 따라 할인·할증 등급을 평가·결정
 - 최초가입 시 11Z등급 부여 → 무사고시 1등급 할인, 사고시 사고점수연계 할증등급 적용
 - * 할인·할증 등급별 적용률은 최고적용률(200%)과 최저적용률(30%) 사이에서 회사별 실적통계를 기초로 자율 적용



할인할증 등급별 적용률

등급	1Z	1F	2Z	...	11Z	11F	12Z	...	25Z	25P
적용률 (%)	200	194	188	...	88	83	80	...	34	34

주: Z(Zero)는 일반등급, P(Protection)는 장기무사고 보호등급, F(Five)는 현등급과 다음등급의 가운데 등급을 의미

사고내용별 점수

사고내용		점수 (사고건당)
대인사고	사망사고	4점
	부상사고 (등급별 : 1급 ~14급)	1 ~ 4점
자기신체사고		1점
물적사고	할증기준금액 이하 사고	0.5점
	물적사고 할증기준금액 초과사고	1점

I -3. 개선방안

보험료 차등제도 도입 시 유의 사항

- ① 실손가입자의 지나친 의료이용 접근성 제한 가능성
 - 보험료 차등제도 적용대상 결정에 신중
- ② 의료 과다이용자와 의료 필수이용자를 구분하여 차별적으로 적용
 - 중증질환자의 경우 적용 제외 등
- ③ 실손가입자의 일관된 보험금 청구 및 지급 경력을 반영한 할인 혜택 부여
 - 보험업계 차원의 통일되거나 표준적인 할인가준 검토 필요
- ④ 충분한 할인 재원 확보를 위한 적절한 보험요율 수준 유지 보장

II. 비급여 관리

- 현황 및 문제점
- 해외사례
- 개선방안



II-1. 현황 및 문제점 - (1) 청구 실태 ①

❖ 비급여의료항목 코드 미표준화 : 의료기관 별 청구코드 및 명칭을 상이하게 적용
- 의료기관의 자율적인 생성관리로 비급여 의료비에 대한 표준화된 정보 부재

* 현재 16,680개 비급여항목 중 진료명칭, 코드 표준화 항목은 1,611개(9.7%)에 불과 [감사원(2015)]

건강보험 비급여 코드		MX122 도수치료	MY142 증식치료	SZ084 체외충격파치료	SZ083 추간판내 고주파열치료술
의료 기관 청구 자료	코드	MX122, MX122-@ DECOM-B, A, C MX122-1, MX122-A	PROLO, MY#, MY142, MY#DNA, MY#-DEEP	SZ084-1, SZ084-FIBRO, NSW, NSW-P, NSW-R	SZ083-RF, SZ083-#CAT SZ083-L, LDISQ3
	명칭	PT1, 연부도수, 복합림프도수, 감압도수, 전문수기치료, 통증도수, 코어운동도수, SPINE-MT A-MANUAL, G-MANUAL,	증식치료, 프롤로, PROLOTHERAPY, 인대증식치료, 관절프롤로	ESWT-ADM, ESWT-어깨, NSW-4N, M-ESWT, SPECIAL-체외충격파치료	추간판내고주파열치료술, IDET, DISCAL ELECTROTHERMAL THERAPY

자료: 보험개발원(2016)

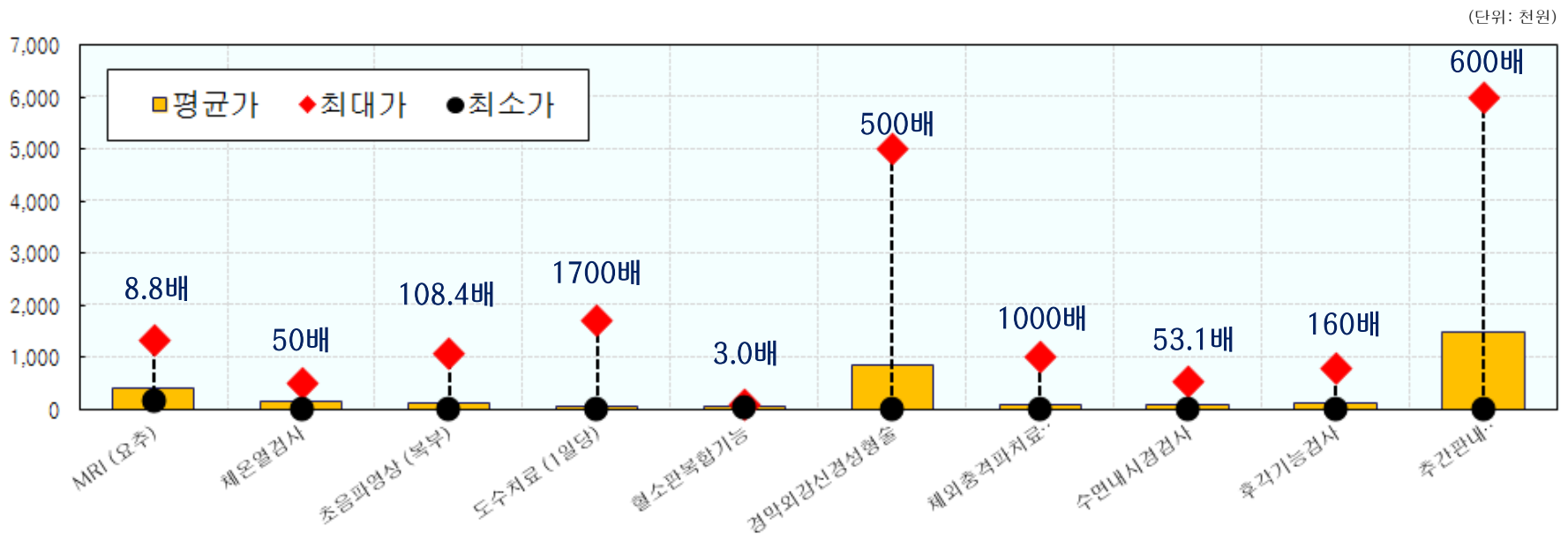
II-1. 현황 및 문제점 - (1) 청구 실태 ②

❖ 동일 진료에 대한 의료기관별 청구비용 차이 大

- 의료기관별 비급여 청구 비용 간 3배 ~ 1700배 차이

* 도수치료 : 치료시행횟수를 늘리거나 합쳐서 일회비용으로 청구하는 등 청구내용 상에도 차이 존재

비급여 청구건수가 높은 상위 10개 항목의 의료기관별 청구비용



자료: 보험개발원(2016)

II-1. 현황 및 문제점 – (2) 관리체계 ①

- ❖ 비급여 의료의 가격 및 의료량에 대한 관리체계 미비로 진료 적정성 평가 불가
- 병원별 진료비 내역서 상이, 보험회사는 진료비영수증에 근거한 보험금 심사 후 지급
 - 보험제도별 비급여 진료비용 차이 大

공사보험 진료비 관리체계

구분	국민건강보험	자동차보험	산재보험	실손의료보험
법적근거	국민건강보험법	자동차손해배상보장법	산재보험법	-
주무부처	보건복지부	국토교통부	고용노동부	금융위원회
심사기준	요양급여의 기준에 관한 규칙 등	자동차보험진료수가에 관한 기준	산재보험요양급여기준	-
청구방법	EDI시스템, 서면	EDI시스템, 서면	EDI시스템, 서면	팩스, 서면 등
심사기관	(급여) 심평원 (비급여) 시장자율	(대인) 심평원	근로복지공단	영수증금액만 확인
코드표준화	653개	8,129개	227개	-

보험제도별 비급여 진료비

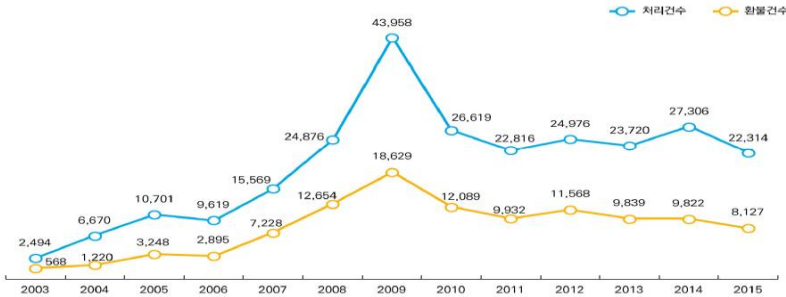
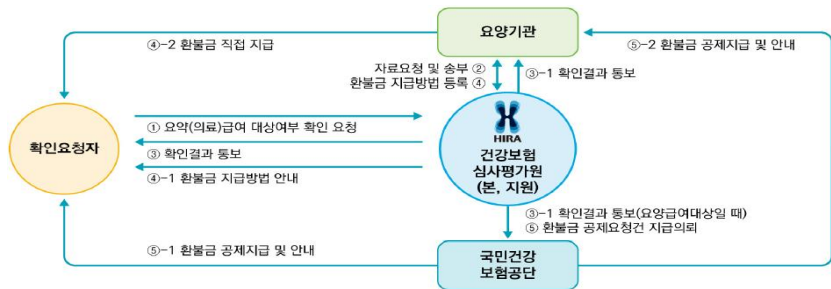
구분		국민건강보험	자동차보험	실손의료보험
도수치료	코드	MX122	51040	SP6, OZ30, B
	명칭	도수치료		도수치료, 통증도수, CON.Manual
	비용	시장자율(비보장)	16,520 (원)	45,000 ~ 135,000 (원)
추간판내 고주파 열치료술	코드	SZ083	SZ083	SZ0345, SZ083, TSZ083
	명칭	추간판내 고주파열 치료술		
	비용	시장자율(비보장)	192,440 (원)	700,000 ~ 4,500,000 (원)

II-1. 현황 및 문제점 - (2) 관리체계 ②

진료비 확인제도 (2003년)

- 의료기관에 지급한 진료비 중 건강보험 적용을 받지 못한 진료비의 적정성 확인
 - 관련규정 : 국민건강보호법 제43조의 2, 의료급여법 제11조의 3
 - 요청주체 : 환자본인 및 배우자, 환자의 직계존속 및 비속 등
 - 수행기관 : 건강보험심사평가원 (2009년 건보공단·심평원에서 심평원으로 확인업무 일원화)
- (문제점) 의료지식이 취약한 일반 국민이 직접 이의 제기, 일반국민의 제도운영 인지 미흡

진료비 확인 처리절차



자료: 건강보험심사평가원(2016)

진료비 확인결과 환불유형별 환불금액

(단위: 백만원)

환불유형		2011	2012	2013	2014	2015
총계		3,597	4,546	3,054	2,715	2,197
급여대상	처치, 일반검사 등	1,307	1,146	746	845	723
	진료비를	353	239	159	174	259
임의비급여	CT, MRI, PET 등	199	230	213	234	253
	처리	1,859	1,615	1,118	1,253	1,235
별도산정 불가항목 비급여 처리		1,023	1,850	1,218	759	609
선택진료비 과다징수		549	542	205	133	82
상급병실료 과다징수		43	52	50	89	99
신의료기술 등 임의비급여		91	417	400	342	113
제출된 관련자료에 의한 정산처리		26	66	51	82	41
기타(청구착오, 계산착오)		6	4	12	56	18

자료: 건강보험심사평가원(2016)

II-1. 현황 및 문제점 – (2) 관리체계 ③

건강보험환자 진료비 실태조사 (2004년)

- 요양기관 방문 시 발생하는 비급여 진료비용을 포함한 전체 진료비 조사
 - 관련규정 : 국가승인통계 제35005호
 - 조사대상 : 전국 요양기관 및 약국 대상표본조사 (2014년 1,500기관)
 - 수행기관 : 국민건강보험공단 매년 시행
- (문제점) 1개월 진료분에 대한 보장비율 공개 → 항목별 가격, 진료량 파악에 한계

비급여 진료비용 고지제도 (2010년)

- 의료기관이 비급여 진료비용 등을 환자에게 고지 (책자 비치, 홈페이지 등)
 - 관련규정 : 의료법 제45조, 의료법 시행규칙 제45조의 2
 - 적용대상 및 항목 : 전 의료기관 52개 항목 (진료비용 32개, 증명수수료 20개)
 - * 종합병원: 고지지침에 의거 작성, 이외 의료기관 : 별도 양식으로 고지 가능
- (문제점) 통일된 기준 미적용 → 병원 간 비교가능성 낮음

비급여 진료비용 현황조사 분석 및 공개제도 (2016년)

- 비급여 진료비용 등에 대한 자료조사, 분석, 공개
 - 관련규정 : 의료법 제45조의 2, 의료법시행령 제42조, 시행규칙 제42조의 3
 - 수행주체 : 보건복지부가 건강보험심사평가원 위탁
 - 조사대상 및 항목 : 병원급 2,019개 의료기관 / 52개 항목
- (문제점) 병원급(전체의료기관의 5.8%)으로 조사대상 한정, 미이행 시 처벌규정

[참고] 비급여 관련 주요제도 변천

2010

- 01월 31일, 「의료법」 개정안 시행
 - * 2009년 1월 30일, 의료법 개정
 - 의료법 제45조 (비급여 진료비 등의 고지) 규정 신설
 - “비급여 진료비 고지제도” 시행 (3개월 제도 정착 기간 경과 후 5월 1일부터 시행)
- 04월, 보건복지부, 고지 가이드라인 제정
 - 「비급여 진료비용 고지 방법 지침」 : (근거법령) 의료법 제45조, 의료법시행규칙 제42조의2

2011

- 06월 20일, 「의료관계 행정처분 규칙」 개정
 - 비급여 진료비용 고지·게시 위반에 관한 처분기준 신설
 - (1) 의료법 제45조 위반 → 시정명령
 - 비급여 진료비용 미고지, 제증명수수료 미게시
 - 고지방법 및 게시방법 위반, 게시금액 초과정수
 - (2) 의료법 제63조에 따른 명령위반, 명령 미이행 → 업무정지 15일
- 07월, 한국소비자원, 비급여 진료비용 고지실태 결과 발표
 - 고지항목 표준화, 게시정보 인지도 제고 건의

2012

- 03월 16일, 물가관계장관회의
 - 비급여진료비 비교정보 제공 시범사업 추진 결정
- 06월
 - 한국소비자원, 건강보험심사평가원 비급여 진료비 정보수집 및 제공 공동 추진
 - * 소비자의 비급여 진료비 관련 수집자료를 심평원이 보완
- 10월 25일, 물가관계장관회의
 - 비급여 고지방법 표준화와 가격정보 공개 추진 결정
 - : 비급여 진료비용 고지 지침 개정 및 시행, 비급여 진료비용 대상 및 공개항목 확대 결정

2013

- 01월, 심평원, 비급여 진료비용 공개
 - 상급종합병원 29개 항목
- 01월 9일, 비급여 가격정보 비교 공개
 - 심평원 및 소비자원 홈페이지
- 07월, 보건복지부, 고지 가이드라인 개정
 - 「상급종합병원 비급여 진료비용 고지 지침」 개정 (13.9월 시행) : 고지매체, 장소, 고지방법 등 규정
- 09월, 심평원, 비급여 진료비용 공개
 - 상급종합병원 43개 기관, 37개 항목

2014

- 02월 18일, 심평원, 비급여 진료비용 공개
 - 300병상 초과 종합병원 154개 기관 37개 항목
- 06월, 보건복지부, 고지 가이드라인 제정
 - 「비급여 진료비용 고지지침 - 상급종합병원 및 종합병원 용」 개정 (14.8월 시행)
- 12월, 심평원, 비급여 진료비용 공개
 - 전제종합병원, 치과대학 부속 치과병원 등 335개 기관 32개 항목

2015

- 05월 29일, 「의료법 시행규칙」 제42조의2 개정
 - 42조의2제4항 신설 : 고지방법의 세부사항에 관한 규정
- 09월 1일 ~ 21일, 「비급여 진료비용 고지지침」 행정 예고
 - (근거법령) 의료법 시행규칙 제42조의2 개정
- 10월, 심평원, 비급여 진료비용 공개
 - 병원급(한방, 전문, 치과병원 등) 895개 기관, 52개 항목
- 12월 21일, 보건복지부 고시 2015-218호 제정·발령
 - 「비급여 진료비용 고지지침」
- 12월 29일, 의료법 개정안 통과
 - 제45조 제2항 신설 (16.9.30 시행) : 비급여 진료비용 등의 현황조사 분석 공개 관련 규정
 - “비급여 진료비용 등의 현황 조사, 분석 및 공개제도”

2016

- 04월 4일 ~ 5월 15일, 의료법 시행령, 시행규칙 개정안 입법 예고
- 06월 1일 ~ 21일, 보건복지부 고시 제정안 행정 예고
- 9월 29일, 「의료법 시행령」 제42조 신설
 - 비급여 진료비용 업무위탁 관련 규정
- 9월 30일, 「의료법」 개정안 시행
- 10월 6일, 「의료법 시행규칙」 제42조의3 신설
 - 비급여 진료비용 등의 조사대상, 조사항목에 관한 사항
- 10월 6일, 보건복지부 고시 2016-193호 제정·발령
 - 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 고지지침」 : 업무위탁기관, 조사대상, 조사항목에 관한 세부 사항
- 12월 1일, 심평원, 비급여 진료비 현황조사 결과 발표 예정
 - 150병상 초과 병원급 2,019개 의료기관 대상 52개 항목
 - * 150병상 이하 병원 및 요양병원의 경우 2017년 1월 1일부터 적용

II-1. 현황 및 문제점 - (3) 통계관리

❖ 실손보험 통계의 보험업계 집적·관리 기준 부재로 보험회사의 통계관리 부실

- 일부 보험회사만 보험금 청구·지급 상세내역 관리, 대부분은 보험금 총액만 입력

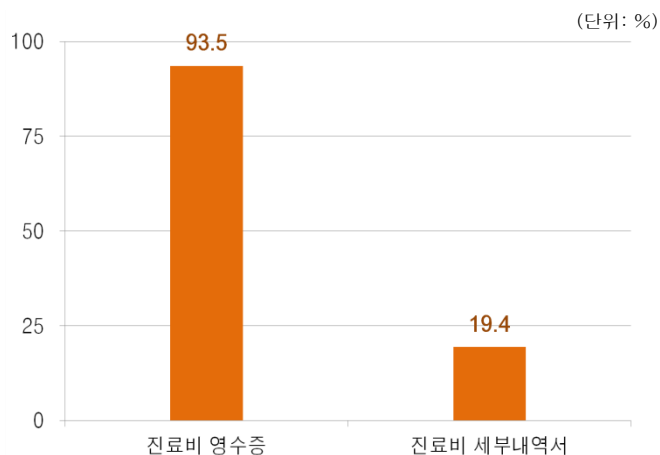
* 2016년부터 위험률을 급여·비급여로 구분 관리(보험업 감독규정 §7-63②4호)

- 특약 위주 판매로 인해 실제 사업비 산출이 여의치 않아 비용구조 공개 미흡

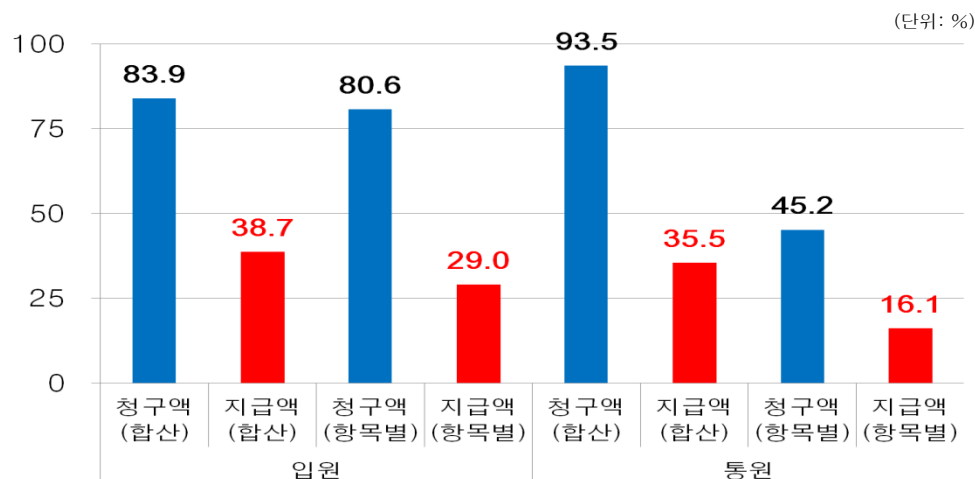
* 자동차보험과 같이 소비자가 납부한 보험료 대비 지급보험금 및 사업비 공개에 대한 사회적 요구 증대

실손의료보험 관련 회사별 통계집적 현황

< 비급여 세부내역 집적 현황 >



< 비급여 통계 집적 현황 >



주: 생명보험회사 18개사, 손해보험회사 13개사를 대상으로 설문조사를 실시

II-2. 해외사례 - (1) 의료수가 관리

- ❖ 제3자 지불제 국가는 의료네트워크 허용으로 보험회사·의료기관 협상을 통해 수가결정
 - 독일은 환자지불제 및 제한적 의료네트워크를 허용함에도 불구하고 보건당국이 민영건강보험 의료수가 기준(GOA) 책정

	의료비 지불	의료네트워크	보험급부 수가주체	공보험 수가비교
독일	환자 지불제	제한적 허용 * 민영가입자 취급 병원	보건당국 * GOA	높음
프랑스	환자 지불제 *일부 제3자 지불제	미허용	의료기관-질병금고 협상 * 공보험 의료수가	동일 *추가 청구 일부 허용
네덜란드	환자 지불제 *일부 제3자 지불제	허용	-	-
아일랜드	제3자 지불제	허용	선도보험회사-의료기관 협상	높음
영국	제3자 지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
미국	제3자 지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
한국	환자지불제	미허용 *환자 유인·알선 금지	의료기관	높음

II-2. 해외사례 - (1) 의료수가 관리 - 독일

- ❖ 독일은 보건당국이 민영건강보험에 적용되는 의료수가를 정하고 체계적으로 관리
 - 민영건강보험의 의료행위 코드 및 수가체계(GOA)를 1965년 도입
 - * GOA: Fee schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance
 - * 의료행위를 16개 범주(이비인후과, 외과 등)로 구분, 약 2,800여 항목에 대한 민영건강보험 의료수가 가이드라인 책정
 - 의료인은 의료행위의 질, 수행 시간 등을 고려하여 GOA에 제시된 가중치를 적용
 - * 공적건강보험의 의료수가(EBM)를 기준(가중치 1)으로 GOA 가중치 설정

독일 민영건강보험 의료수가 체계(GOA)

가중치	적용	적용비율
1	• 공적 건강보험 수가 기준	
1 ~ 2.3	• 의료행위 난이도 평균 이하 적용	10% ↓
2.3 ~ 3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상 적용, 적용 전 의료진은 환자에게 서명 설명 필요	통원 80% ↑
3.5 이상	• 고난도 또는 선진의료행위 적용, 적용 전 의료진은 환자동의 및 보험회사 합의 필요	입원 60% ↑

II-2. 해외사례 - (2) 진료적정성 관리

❖ 유럽 대다수 국가에서는 진료의 적정성 관리를 위해 사전확인제 또는 2차 소견제도 운영

- 사전확인제 : 가입자는 의료서비스 이용 전 보험회사로부터 보장여부 확인

- * 가입자는 병원 방문 전 본인이 가입한 상품의 보장범위에 해당되는지 여부를 보험회사로부터 사전에 승인(Pre-authorization) 또는 고지(Pre-notification)해야 하며, 사전확인 절차를 거치지 않을 경우 경우에 따라 보험회사는 보장해 줄 의무에서 면책
- * 영국 등 주치의(GP; General Physician)제도 운영 국가의 경우 주치의는 소견서(Referral Letter)를 보험회사에 통보하고, 치료담당 의료기관은 치료 종료 후 보험회사로부터 소견서에 대한 확인증(Determination Letter)을 받아야만 진료비 지급 가능

- 2차 소견제 : 보험금청구 과정에서 보험회사가 필요하다고 판단 시 타 의사 소견을 재확인



When we require precertification

Precertification occurs before inpatient admissions and select ambulatory procedures and services. Precertification applies to:

- Procedures and services on the Aetna Participating Provider Precertification List
- Procedures and services on the Aetna Behavioral Health Precertification List
- Procedures and services that require precertification under the terms of a member's plan
- Any organization determination made by a Medicare Advantage member, appointed representative* or physician for a coverage decision

You can submit a precertification by electronic data interchange (EDI), through our secure provider website or by phone, using the number on the member's ID card.

Check our precertification lists >



The benefits of precertification

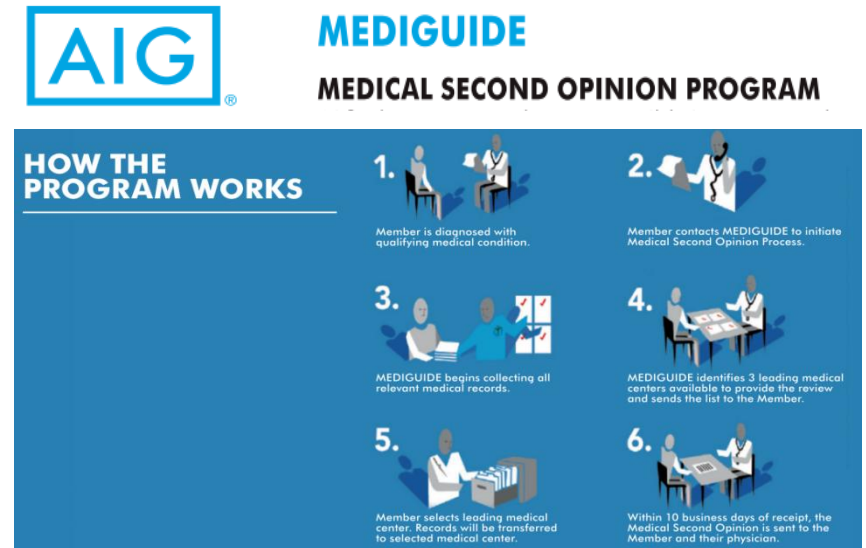
- You and our members (and their appointed representatives) will know coverage decisions before procedures, services or supplies are provided.
- We can identify members and get them into specialty programs, such as case management and disease management, behavioral health, the National Medical Excellence Program®, and women's health programs, such as the Beginning Right® Maternity Program and the Infertility program.



Notification and coverage determination

Procedures and services on the precertification lists may require notification and/or a coverage determination.

- Notification is a data-entry process that does not require judgment or interpretation for benefits coverage.
- A coverage determination is based upon plan documents and (when applicable) a review of clinical information to determine whether clinical guidelines/criteria



AIG MEDIGUIDE MEDICAL SECOND OPINION PROGRAM

HOW THE PROGRAM WORKS

1. Member is diagnosed with qualifying medical condition.
2. Member contacts MEDIGUIDE to initiate Medical Second Opinion Process.
3. MEDIGUIDE begins collecting all relevant medical records.
4. MEDIGUIDE identifies 3 leading medical centers available to provide the review and sends the list to the Member.
5. Member selects leading medical center. Records will be transferred to selected medical center.
6. Within 10 business days of receipt, the Medical Second Opinion is sent to the Member and their physician.

Ⅱ-3. 대응방안 - (1) 비급여 관리체계 구축

방안 1 [공·사 협력] 비급여 진료 표준화 및 사용 의무화 추진

- 심평원의 비급여 진료비용의 조사·분석·공개 작업의 실효성 제고 노력
- 실효성 확보를 위한 비급여 표준화 정보의 의료기관 사용 의무화 촉구

방안 2 [업계 노력] 비급여 관련 자체적인 인프라 구축과 관리체계 마련

- 실손보험금 각종 청구 서식 및 정보에 대한 표준화 기준 마련
- 상기 인프라를 기초로 비급여 진료비 청구에 대한 전문심사기관 구축
→ 비급여 진료 수가·진료량에 대한 적정 가이드라인 수립
- 독일 사례 : GOA에 의한 의료기관의 민영건강보험 진료수가 책정 및 보험회사 적정성 관리

방안 3 [기존 제도] 현행 비급여 관리제도 적극 활용

- 비정상적인 비급여 진료비 청구의 판단 기준 마련 및 진료비 확인제도 활용
- 진료비 공개제도의 활용도 제고를 위한 홍보활동 및 소비자 역량 향상 지원

Ⅱ-3. 대응방안 - (2) 통계인프라 재정비

방안 1

실손보험금 지급통계 집적·관리 체계 구축

- 실손보험 사고이력 관리 및 청구·지급통계 관련 업계기준 마련
- 급여·비급여 보험금 지급내역 세분화 기준

→ 금융감독원 실손의료보험 통계관리를 위해 업무보고서 개선 추진 중

방안 2

실손의료보험 비용지표 산출 및 공시기준 구축

- 소비자 이해 편의를 위한 영업보험료 기준 손해율 공시
- 수익구조 투명성 제고를 위한 실제사업비 산출 및 합산비율 공시

kiri

경청해 주셔서 감사합니다.

