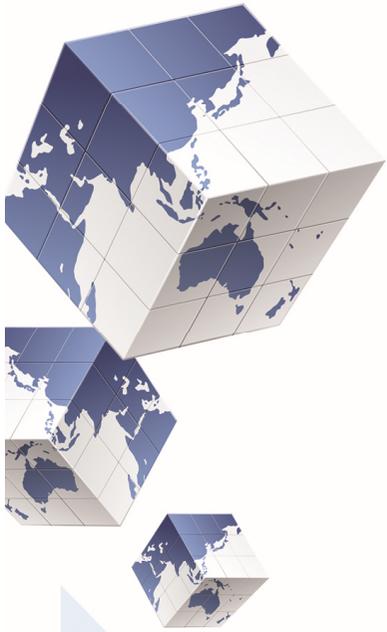


실손의료보험의 현황과 평가

2015. 10. 23

오승연





Contents

- 01 **현 주소**
- 02 **주요 현안 : 상품구조 및 손해율**
- 03 **주요 현안 : 제도적 측면**
- 04 **성과와 한계**

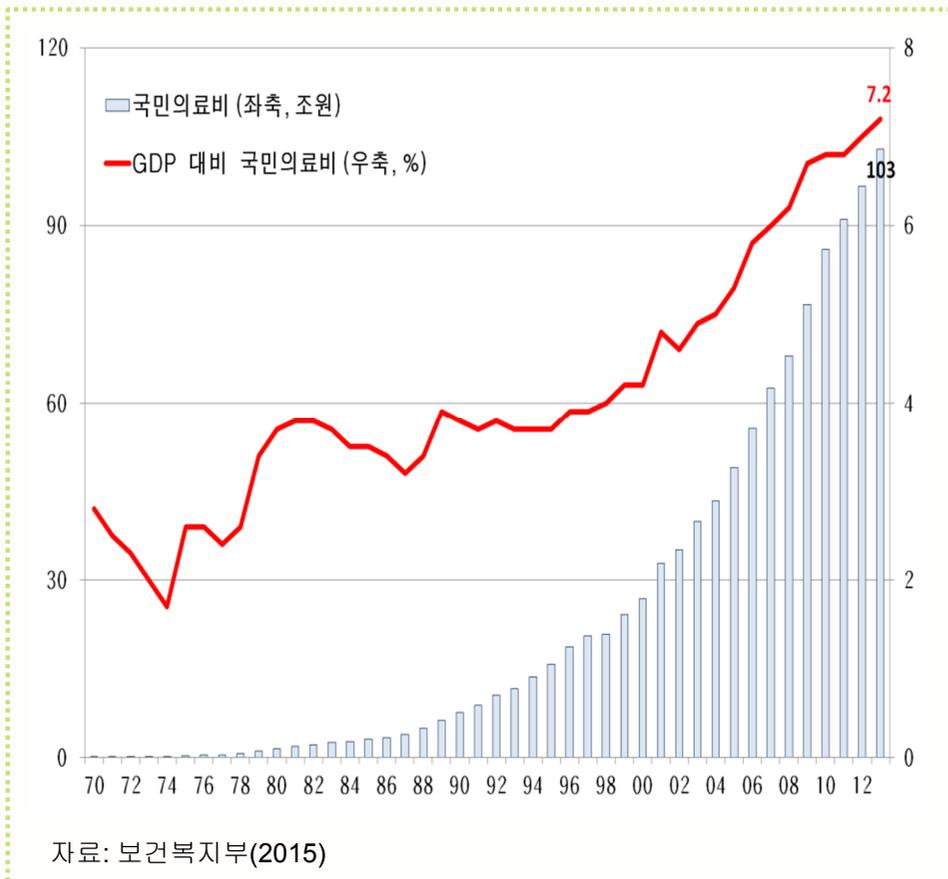


I. 실손의료보험의 현 주소

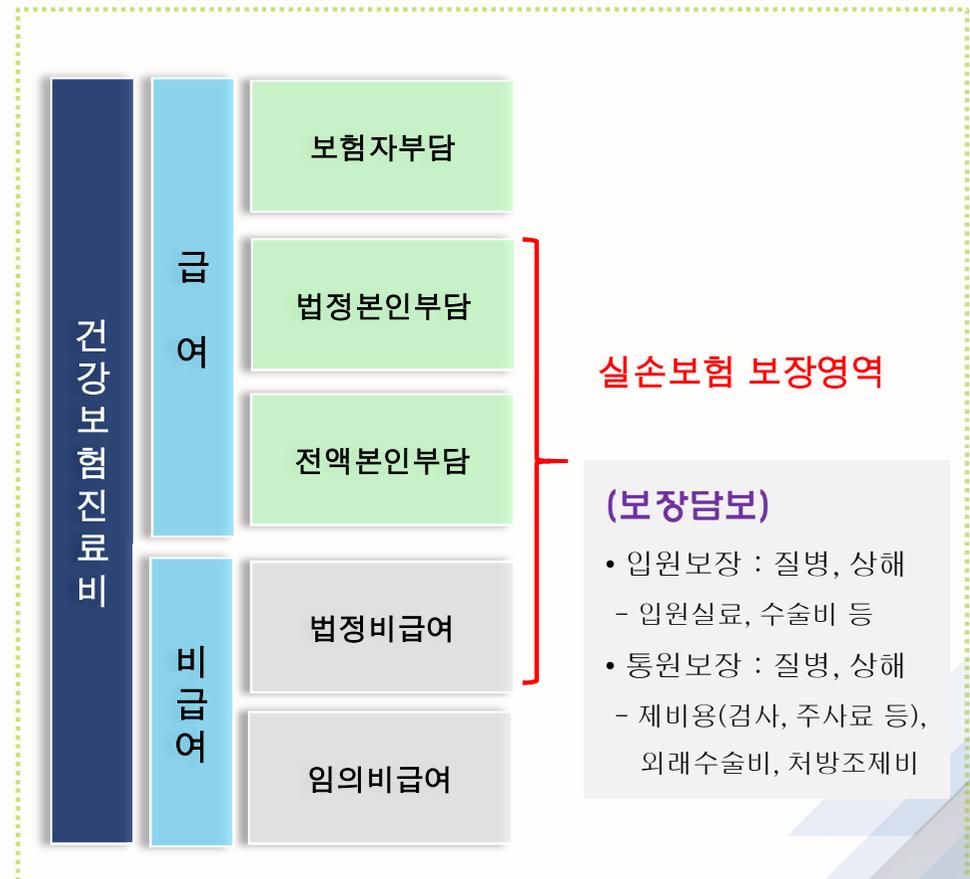
1-1. 도입배경

- 국민의료비 부담완화 및 다양한 의료수요 충족
 - 국민건강보험의 요양급여 중 본인부담액과 비급여 항목 보장

GDP 대비 국민의료비 비중 추이



실손의료보험 보장범위



1-2. 상품 및 제도 발전과정: 연혁

실손의료보험 상품 및 제도 연혁



• 초과이익 방지

- 단독 상품 출시 의무화
- 보험료 조정주기 단축(3년→1년)
- 자기부담금 10%, 20% 병행

손해보험

- 1960s : 실손보상 상해보험(63') 도입
- 1970s : 단체건강보험(77'), 특약형태의 질병보험 (78')
- 1990s : 의료비보상보험(99') - 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 본인부담분 보상

생명보험

- 2000s : 보험업법개정(03.8) → 단체의료비실손보상보험 판매(03.11), 개인실손보상보험(05.8) 취급 가능
- 2008년 8월 개인실손보상보험상품 출시

1-2. 상품 및 제도 발전과정: 표준화

- 소비자의 상품에 대한 이해도 및 비교가능성 제고를 위한 상품표준화 시행
 - 과잉의료이용 방지를 위해 본인부담금 도입 및 보장한도 표준화

실손의료보험 상품의 표준화

구분	손해보험	생명보험	표준안
상품유형	상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원, 상해의료비, 질병입원의료비	질병형(입.통원), 종합형 (질병+상해 입.통원)	①상해(입원.통원)형 ②질병(입원.통원)형 ③종합(입원.통원)형
상품구성	입원 + 통원	입원 + 외래 + 약제비	입원 + 외래 + 약제비
보장한도	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 : 천만원 - 1억 한도 (사고당) • 상급병실차액: 50% • 통원: 10만원 - 50만원 (일당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원: 3 - 5천만원 한도 (연간) • 상급병실차액: 50% (1일 8만원) • 통원: 15만원/20만원 (회당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원: 5천만원 한도 (사고당) • 상급병실차액: 50% (일평균 10만원 한도) • 통원: 30만원 한도 (회당)
갱신주기	3년, 5년, 歲간기	3년 자동갱신	자율운용
면책사항	회사별 면책범위 상이	회사별 면책범위 상이	보장 : 치매, 한방(급여), 치과(급여), 치질(급여)
보장기간	최대 100세	80세, 100세(일부 종신형)	자율 운용
상품명	일부 '의료보험' 사용	'의료', '의료비' 사용	'실손 의료비' 명기

자료: 금융감독원(2009) 재구성

I-2. 상품 및 제도 발전과정: 소비자보호, 보장성 강화

12.08

실손의료보험 종합대책

- 단독실손의료보험 출시 의무화

13.01

단독형상품 도입

14.08

노인실손의료보험 도입

- 가입가능연령 : 75세
- 보장한도 : 1억원 (통원-회당 100만원)
- 자기부담금: 급여 20%, 비급여 30%
(입원 30만원, 통원 3만원 공제)

14.10

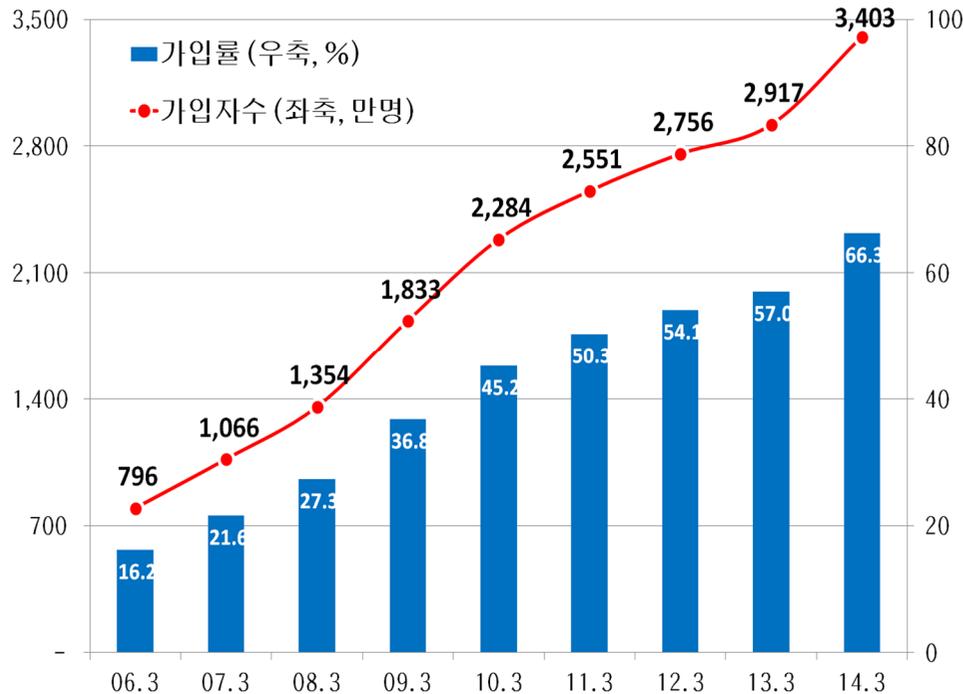
단체실손 중복가입확인 의무

- 보장성 강화를 위해 지속적인 제도 개선
 - 저소득층 가입 확대를 위한 단독상품 판매 의무화
 - 노인의료 보장을 위한 노인실손보험 도입
- 소비자 보호를 위해 단체중복가입 확인 의무 규정
 - 현재 실손보험 중복가입 시 비례보상 실시
 - 중복가입으로 인한 불필요한 보험료 지출을 방지

I-3. 현황: 시장규모

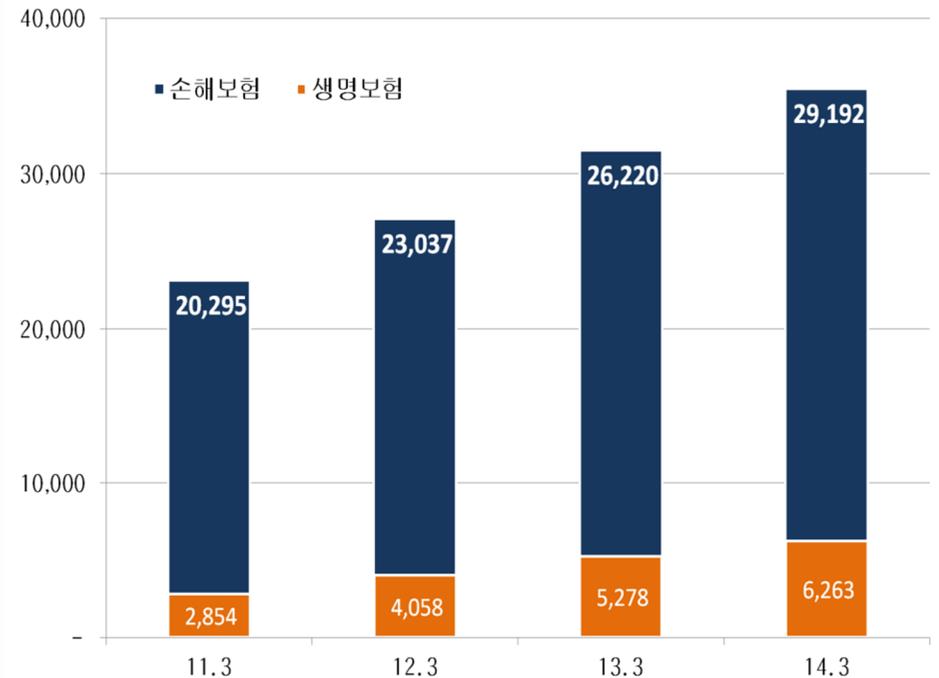
- 전 국민의 66.3%가 실손보험상품에 가입 (가입자수: 3,403 만명)
 - 2014년 3월 기준 실손의료보험의 위험보험료는 3조 5천억원 수준
- 단일 보험상품으로 가입자수 최대
 - 국민들의 비급여 의료비에 대한 보장수요가 컸음을 의미

실손의료보험 가입률 추이



자료: 금융감독원

실손의료보험 위험보험료 추이

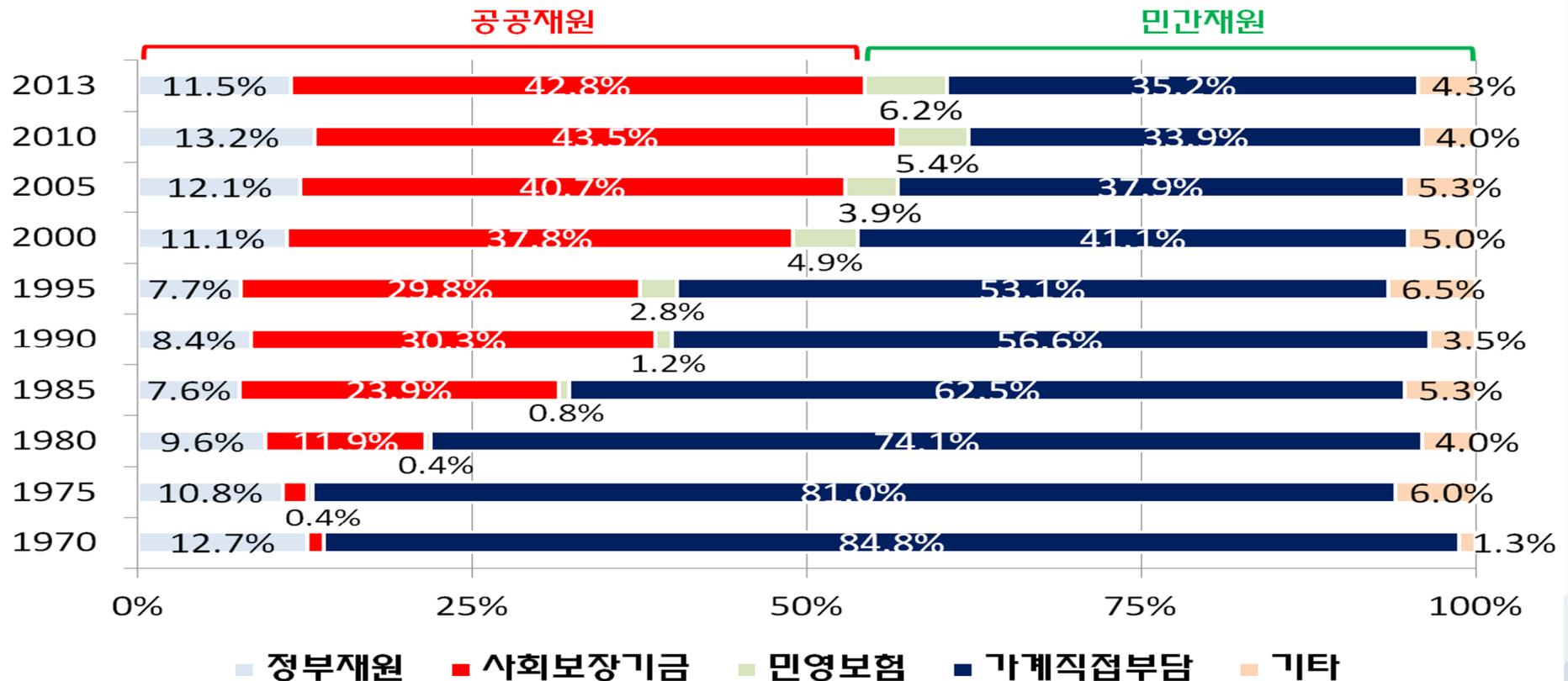


자료: 금융감독원

I-3. 현황: 국민의료비

- 국민의료비에서 공공의료비가 차지하는 비중은 보장대상 및 급여 확대에 증가 추세
- 실손의료보험 가입증가로 민간재원에서 민영보험이 차지하는 규모가 지속적으로 증가

경상의료비 자원구성의 추이





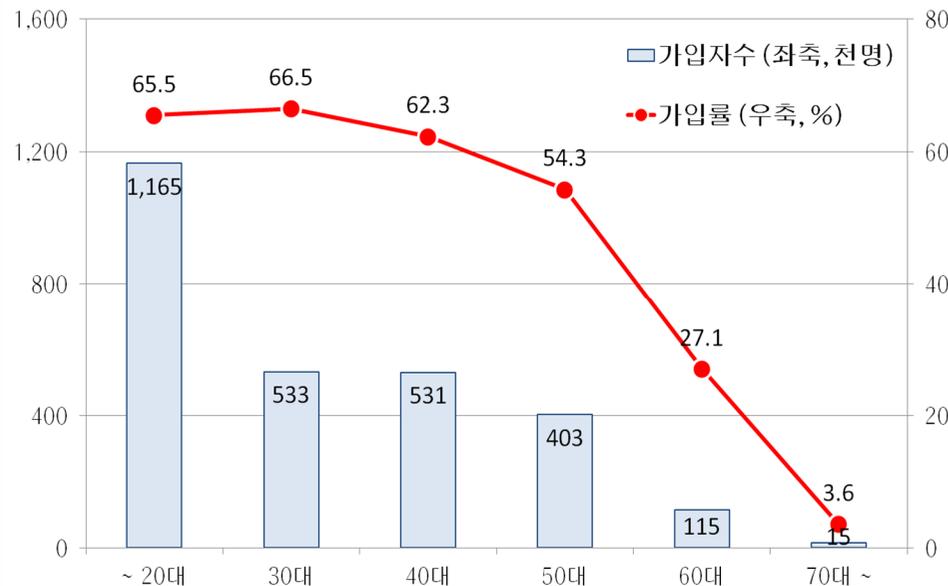
II. 주요 현안 : 상품 구조 및 손해를

II-1. 가입 및 계약유지

가입

- 고령층의 실손보험 가입률은 현저히 낮음
 - 노후실손의료보험 상품이 2014년 출시 되었으나 판매실적 미미

연령대별 보험가입률 (2013년 기준)



주 : 가입률 = 연령대별 가입자수 / 해당 연령대별 주민등록등록인구
 자료: 보험개발원(2014)

계약 유지

- 실손의료보험상품 가입자의 절반 정도가 가입 후 5년 이내에 해지

실손의료보험료 유지율

구분	유지율	구분	유지율
13차월	90.5%	49차월	58.6%
25차월	78.7%	61차월 (5년)	48.5%
37차월	68.6%	121차월	14.7%

자료: 금융감독원(2012)

II-2. 보장 내용

표준화 이후 보장내용

보장하지 않는 사항 (비급여)

- 초과, 한방 비급여
- 본인부담상한액 초과비용
- 자동차보험, 산재보험 보상
- 해외소재 의료기관
- 직장, 향문질환 비급여

보장하지 않는 사항 (급여포함)

- 비만
- 임신, 출산(제왕절개 포함)
- 선천성 뇌질환
- 비뇨기계 장애
- 정신과질환 및 행동 장애

한방급여 보장 문제

소비자

- 한방의료 미보장
→ 소비자의 진료선택권 침해

보험사

- 비급여 진료행위의 세분화 어려움
- 법정비급여와 임의비급여 구분 난해
- 한방비급여 데이터 불충분
→ 보험료 산출 한계

보장내용 확대를 위해서는 충분한 데이터 집적, 의료비 관리체계 구축 필요

II-3. 자기부담금

- 소비자의 도덕적 해이 방지, 선택권 확대 위해 본인부담금 변화
 - 본인부담금 변화 : 10% (09년 표준화) → 급여:10%, 비급여: 20% (2015년)
- 건강보험 급여의 본인부담금 부분
 - 과잉의료이용을 방지하기 위한 목적 ➡ 실손보험이 보장하는 것 타당?
 - 재정부담

실손의료보험 본인부담금 변화



표준형 20%기준 보장내용

입원	<ul style="list-style-type: none"> • 입원제비용 및 수술비: (급여본인부담분+비급여)의 80% • 상급병실료차액: 실제사용병실과 기준병실의 차액의 50%
통원	<ul style="list-style-type: none"> • 외래 (외래제비용, 외래수술비) : (급여본인부담금+비급여)에서 병원별 공제액 차감 ※ 병원별 공제액 (1) 의원급 : Max [1만원, 보상대상의료비의 20%] (2) 병원급 : Max [1.5만원, 보상대상의료비의 20%] (3) 상급종합병원 : Max [2만원, 보상대상의료비의 20%] • 처방조제비 : (급여본인부담금+비급여)에서 Max(8천원, 보상대상 의료비의 20%) 차감

II-4. 손해율: 개념

- 위험보험료는 전년도 계약 건당 지급보험금으로 결정
- 적정 손해율: 수지상등 100%
- 손해율이 낮으면(보험료>보험금) 보장성 약화
- 손해율이 높으면(보험료<보험금) 상품 운영의 지속성 문제

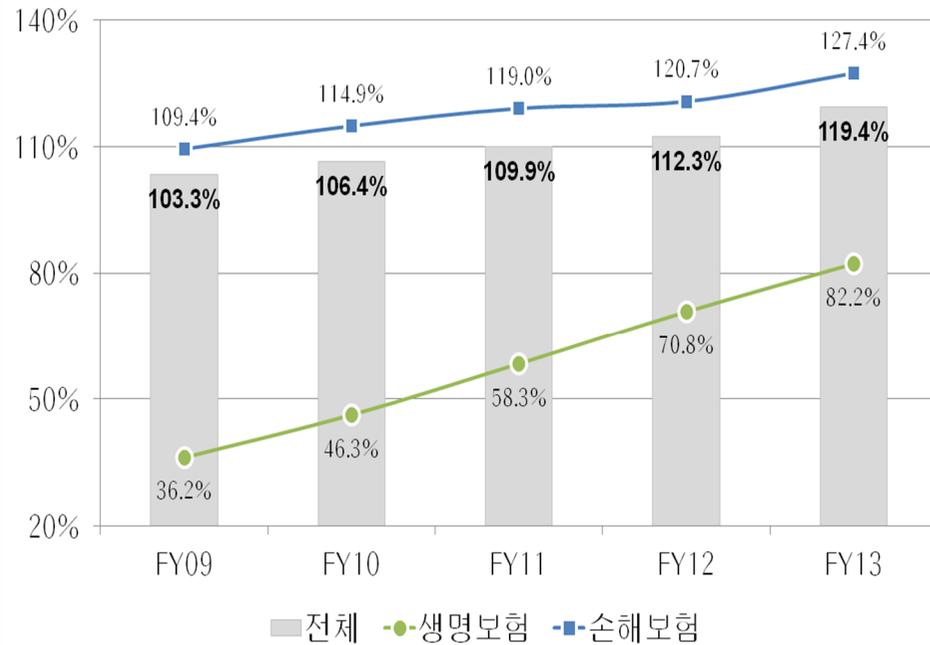
손해율이란



II-4. 손해율: 추이

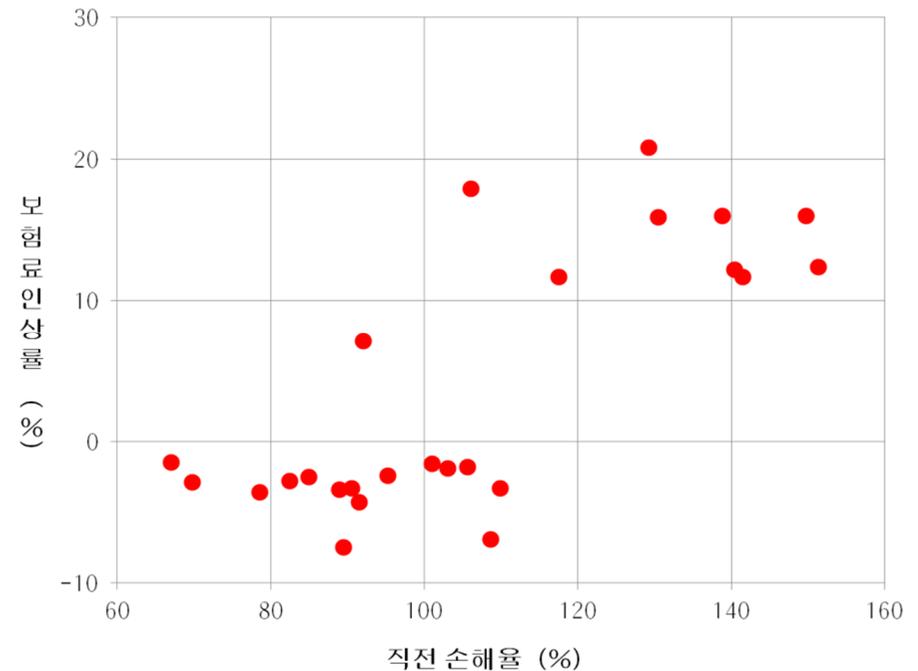
- 손해율이 지속적으로 증가
- 보험료: 소비자 부담 완화시키려 보험료 인상률 억제
- 보험금: 지급 심사 관리 체계가 부재하여 지속적으로 증가

실손의료보험 손해율 추이



자료: 금융감독원(2015)

손해율 vs. 보험료 인상율 (2015)



주: 손해율 = 발생손해액 / 위험보험료
 자료: 생보, 손보험회 실손의료보험 비교공시

II-4. 손해율: 빈도와 심도

- 지급보험금을 수량(빈도)과 가격(심도) 요인으로 분해
계약건당 보험금 = 빈도(지급률) × 심도(건당보험금)
- 지급률은 비교적 안정적, 지급 건당 보험금은 지속적 증가

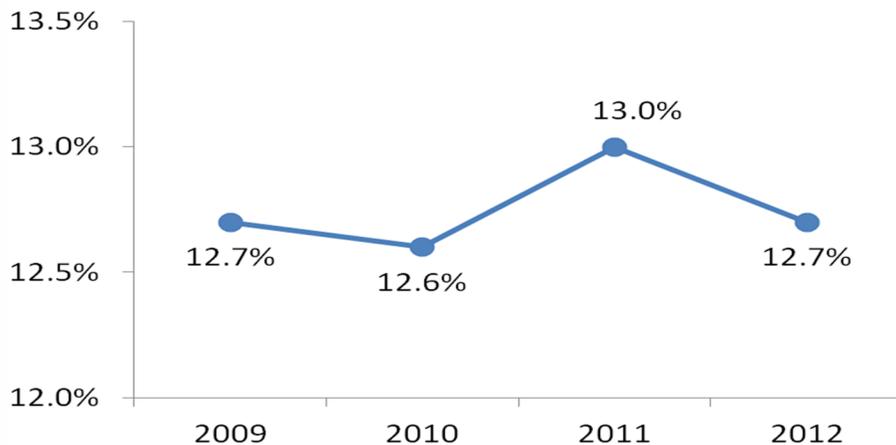
빈도 (보험금지급률) 영향요인

유병양상의 변화, 보장성에 따른 이용행태
 의료공급자 진료행태

심도 (건당 보험금) 영향요인

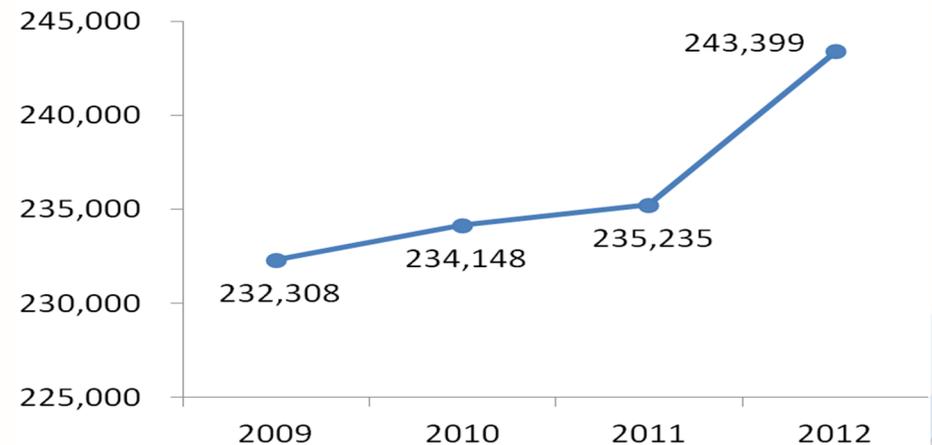
의료수가 인상, 의료서비스 종류/수 증가
 의료신기술 도입

실손의료보험 지급률 추이



주: 지급율 = 보험금지급건수/경과보험계약건수
 자료: 보험개발원(2014)

실손의료보험 지급건당 보험금 추이



주: 지급건당보험금 = 지급보험금/보험금지급건수
 자료: 보험개발원(2014)

II-4. 손해율: 건강보험과의 비교

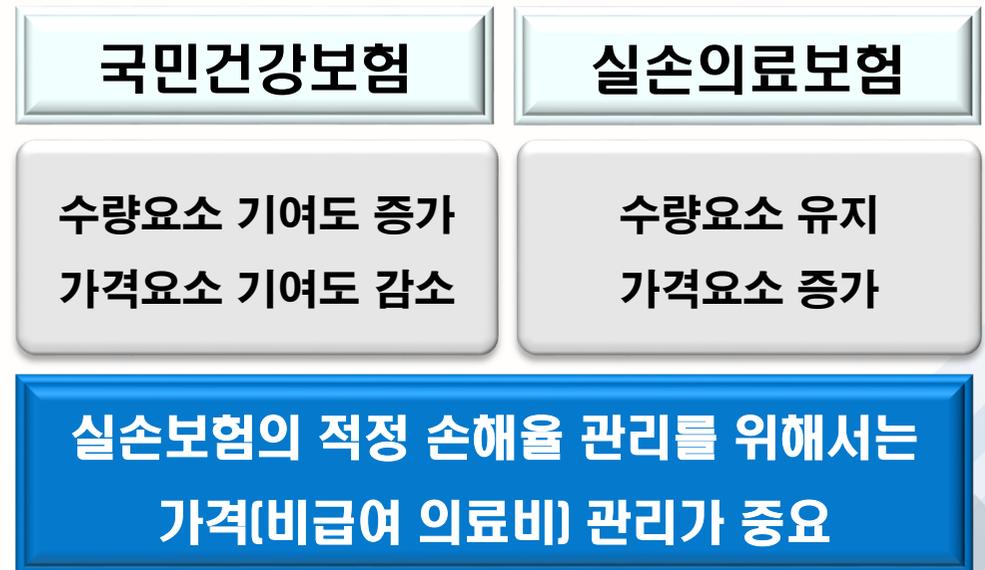
- 국민건강보험:
 - 2003~2007년과 2008~2012년 건강보험 진료비 증가에 대한 기여도 비교
 - 수량요소가 36.8%에서 64.7%로 증가, 가격요소는 63.3%에서 35.4%로 감소
- 실손의료보험:
 - 수량요소인 지급율은 유지된 반면, 가격요소는 크게 악화

건강보험 진료비 증가에 대한 요소별 기여도

	2003~2007년	2008~2012년
수량요소 (내원일수)	36.8%	64.7%
인구증가	4.10%	12.30%
1인당 내원일수	32.70%	52.40%
가격요소 (내원일당 진료비)	63.3%	35.4%
전체 진료비	100%	100%

자료: 허순임, 김수정(2014) 재구성

진료비 증가 요인



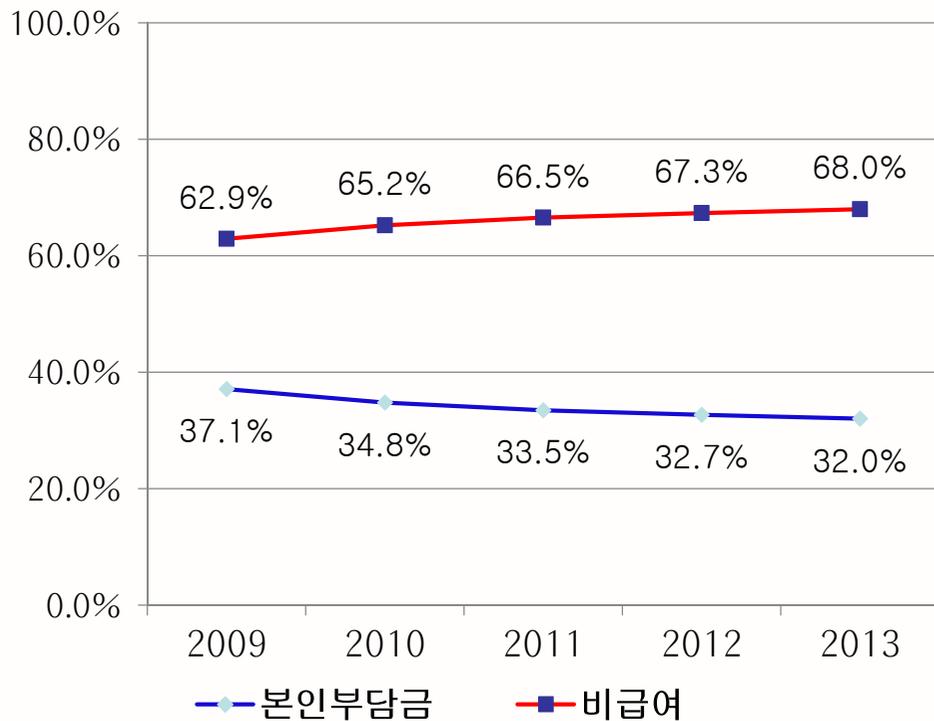


Ⅲ. 주요 현안 : 제도적 측면

III-1. 비급여 의료비: 추이

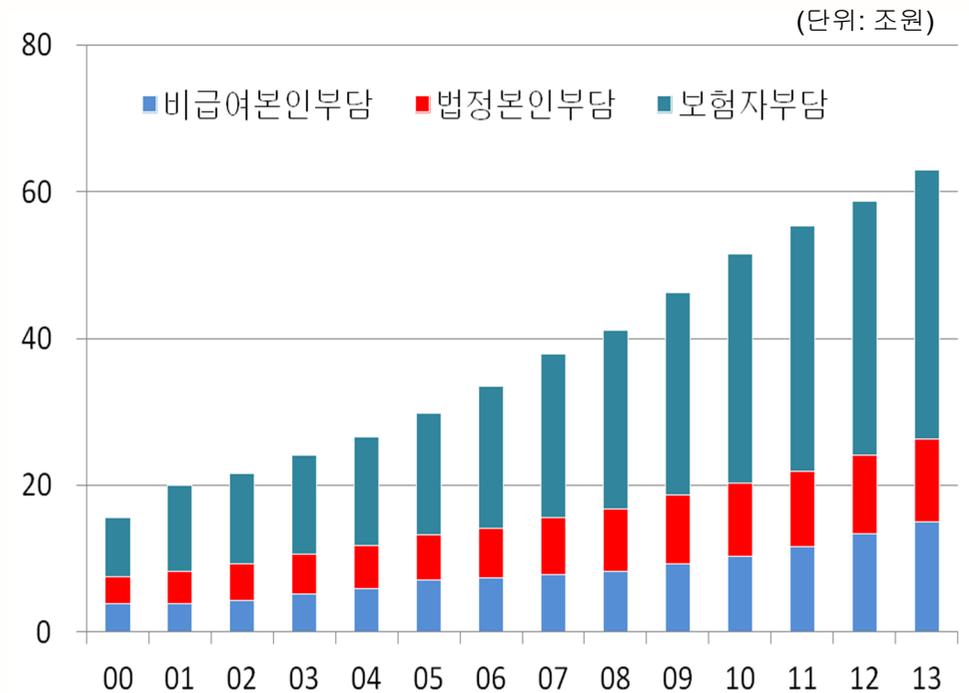
- 실손의료보험의 지급보험금 중 본인부담금 비중은 감소, 비급여 비중은 증가 추세
- 비급여의료비의 급속한 증가가 실손의료보험 손해율 상승의 주된 요인

실손의료보험의 지급보험금 구성



주: 급여 및 비급여 구분이 가능한 생명보험 실손 지급치료비 대상
 자료: 보험개발원(2015)

국민의료비 급여, 비급여 증가 추이



주: 일반요양기관(일반 병원 및 약국, 한방 및 치과제외)
 자료: 정형선(2015)

III-2. 비급여 의료비: 특징

비급여 수가 편차

- 병원간, 종별간 가격차이 큼
 - 955개 비급여 진료항목의 병원별 가격차이가 평균 7.5배 (감사원, 2015)
 - 행위의 처치 수술료 중 편차가 가장 큰 항목
“체외충격파치료[근골격계질환]ESWT” 5,000 ~5,000,000원
 - 약제의 주사료 편차가 가장 큰 항목
“셀레나제티프로주사” 5,000~1,436,800원

의료기관 종별 비급여 수가

- 의료기관 종별 수가 역전현상 존재: 의원 > 병원 > 종합병원
 - 급여부분에서는 희박

진료 과목별 의료이용 비중

- 정형외과(28.5%) > 내과(14.8%) > 일반외과(10.8%)
- 건강보험의 경우 내과(31.3%) 비중이 가장 높음

주: 대형 생명보험사 2013년 비급여 지급자료 대상 - 청구건수(302,442건), 의료이용자(50,743명), 의료기관(3,416개소)
손해보험사 2014년 비급여 지급자료 대상
출처: 순천향대학교 산학협력단(2015), 손보험회(2015)

III-2. 비급여 의료비: 특징

자동차보험
수가와의 비교

- 동일 의료서비스에 대해,
실손보험의 비급여 수가가 자동차보험에 비해 92.2% 높음

고액 비급여 발생
의료서비스

- 도수치료, 신경성형술, 고주파 열치료술, 증식치료,
- 각종주사 (태반, 마늘, 비타민)

도수치료

- 2006년 건강보험 급여에서 비급여로 전환
- 2004년에 비해 2015년 의료수가가 급격히 증가

구분	2004년	2015년
도수치료	8,490원	7만원~20만원 (실손한도)
단순운동치료	3,330원	3,889~4,134원
복합운동치료	5,660원	6,619~7,035원

주: 대형 손해보험사의 2014년 비급여 지급자료 대상
출처: 손보험회(2015)

급여부분 저수가, 시장을 통한 적정 의료수가 달성에 한계

III-3. 비급여 의료비 관리 : 현행 제도

	비급여 의료비 가격 고지제도	진료비 확인제도
내용	보건복지부는 의료기관으로 하여금 비급여 항목의 진료가격을 『비급여 진료비용 고지 지침』에서 정한 서식에 따라 병원의 인터넷 홈페이지에 게시토록 함. (의원급 이하는 열람할 수 있도록 비치)	건강보험 수진자가 요양기관에 지불한 비급여 진료비용이 적절하였는지를 건강보험 심사평가원에 확인 요청하는 제도 (2013년, 확인신청건의 41.5%가 환불대상)**
관련규정	의료법 제 45조, 의료법 시행규칙 제 42조의 2	국민건강보험법 제 48조
문제점	<ul style="list-style-type: none"> - 비급여 가격고지 불이행 기관 많음 - 의료소비자의 가격정보 비교가 어려움 - 비급여의 적정성 평가에는 한계 	<ul style="list-style-type: none"> - 소비자만이 확인요청 가능하여 실적 저조 - 소비자 입장에서 보험금 지급 후 사후 확인할 동기가 약함
개선방향	진료 가격 뿐만 아니라 질병, 수술별 비급여 항목의 진료 제공량과 총 진료비용(급여+비급여) 정보도 공개*	실손보험 가입 시 보험자가 진료비 확인 신청을 할 수 있도록 하는 가입자 동의 절차 고려

* 감사원(2015), 『의료서비스 관리실태』 감사결과 발표, **심사평가원(2014)

III-3. 비급여 의료비 관리 : 문제점

- 급여와 비급여의 관리 비교

- 비급여 영역은 가격과 진료량의 파악 및 통제 장치 취약

구분	급여	비급여
가격 파악성	요양 급여비용 지급자료로 파악 가능	일부파악(비급여가격 고시제도)
진료량 파악성	요양 급여비용 지급자료로 파악 가능	알수없음
통제수단	급여 적정성 평가 실시 (심평원) 행위, 약제, 재료 가격 고시	시장 자율

- 비급여 항목 표준화 미비로 지급 보험금의 내역 파악에 한계

- 비급여 영역은 코드 표준화 비율이 9.7%에 불과(심평원, 비급여 분석결과)

- 비급여 의료비 심사는 기본적으로 불가능한 상황

- 환자 동의가 필요한 진료비 확인 제도도 급여/비급여를 구분하는 정도

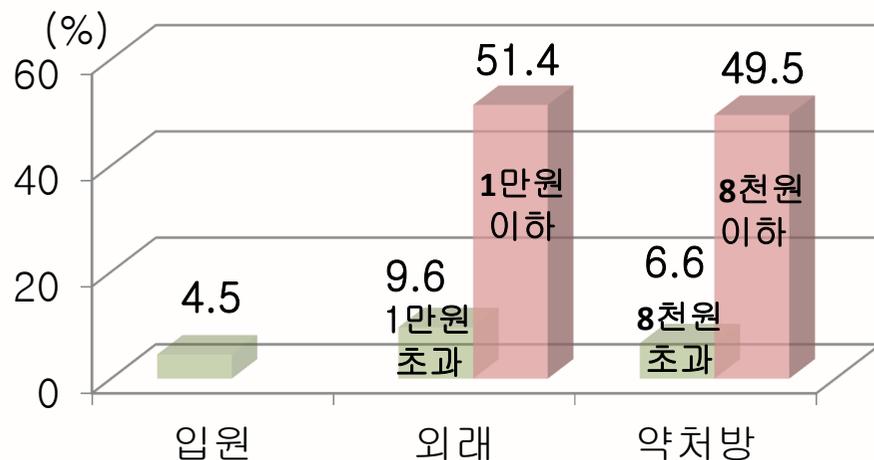
- 비급여 의료 분야는 의료계의 전문적인 기준과 양심적 판단에 지나치게 의존

III-4. 기타 제도

보험금 청구

- 실손보험의 미 청구건 다수 발생
 - 외래: 1만원(공제액) 초과건 9.6%
 - 약처방: 8천원 초과 건 6.6%
- 미청구 이유
 - 소액이어서(87.7%)
- 최근 온라인 활용 청구방법

의료이용자의 실손 보험금 미청구율



Source: 조용운(2014)

본인부담금 상한액

- 건강보험은 보험료 납부수준에 따라 본인부담 상한액 설정(120~500만 원)
- 본인부담 상한액에 관한 정보교류가 없어 모든 실손보험 지급자에게 최대 보상한도인 500만원 적용
- 제도개선 필요
 - 건강보험과 정보공유 통해 이중보상이 되지 않도록 지급관리



IV. 성과와 한계

IV-1. 성과: 국민 의료비 보장에 기여

- 실손의료보험의 역할이 중요해지고 있는 추세

- 개인이 부담해야 하는 진료비 중 실손의료보험이 차지하는 비중은 15.8% 수준

실손의료보험의 보장률

(단위: 조 원, %)

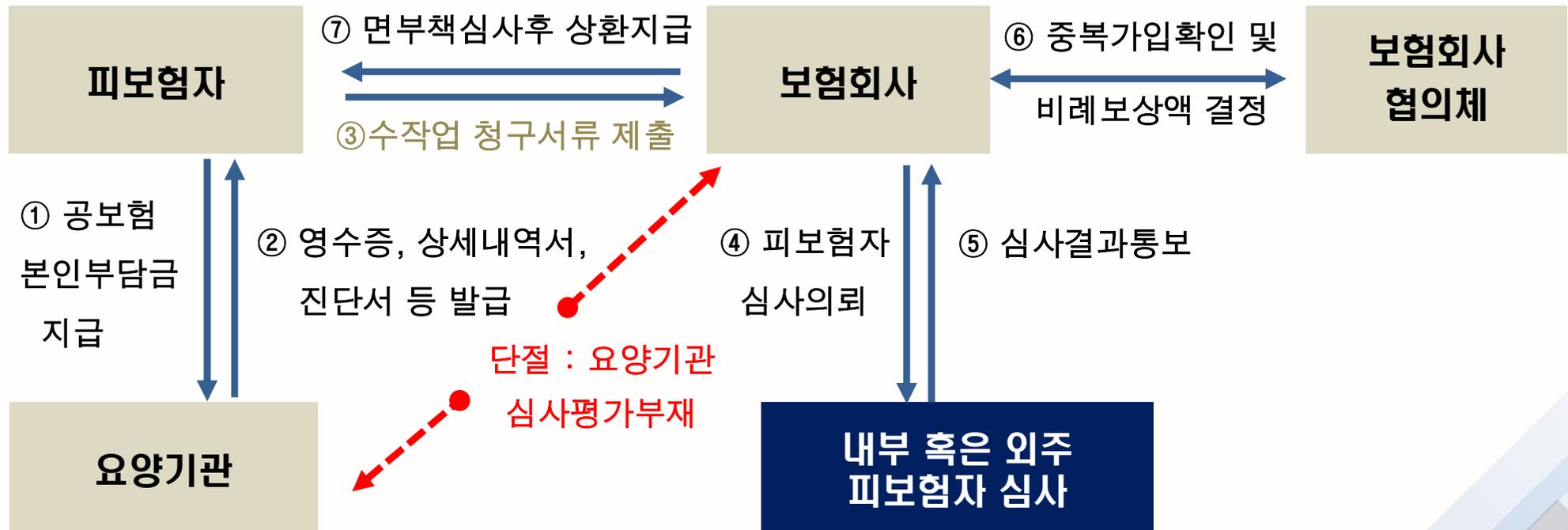
구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
비급여본인부담 (A)	7	7.3	7.8	8.3	9.2	10.3	11.6	13.4
법정본인부담 (B)	6.2	6.8	7.7	8.4	9.4	9.9	10.3	10.7
건강보험부담 (C)	16.6	19.5	22.5	24.4	27.7	31.4	33.5	34.6
실손 지급보험금 (D)	0.6	0.7	1.0	1.5	2.3	2.8	3.3	3.8
국민의료비 대비 비중 D/(A+B+C)	2.0%	2.1%	2.6%	3.6%	5.0%	5.4%	6.0%	6.5%
본인부담비용 대비 비중 D/(A+B)	4.5%	5.0%	6.5%	9.0%	12.4%	13.9%	15.1%	15.8%

Source: 조용운(2012); 정형선(2010) 재구성

IV-2. 한계: 비급여 의료비 관리체계 부재

- 민영보험사가 의료수가를 관리, 통제할 시스템 부재
 - 보험금 지급 관리체계 부재로 보험료 재원의 효율적 사용에 한계
- 손해율의 지속적 상승 → 보험료 인상 → 소비자 부담 증가

현 실손의료보험 보험금 지급 심사 체계



자료: 조용운(2014)

IV-3. 향후 방향

현 제도

개선방향

손해율 관리

**보험료
VS.
보험금**

- 보험금 지급 관리 부재
- 보험료는 지급보험금에 연동

- 보험금 지급관리 통한 손해율 관리

**소비자
VS.
공급자**

- 소비자를 대상으로 한 손해율 관리
(언더라이팅, 보험료 차등화)

- 의료공급측면 관리
- 비급여의료비 표준화, 심사체계 마련

**수량
VS.
가격**

- 자기부담금 인상 통한 의료이용량 통제
- 의료수가 통제 부재
→ 지급건당 보험금 상승

- 수량통제와 더불어 의료수가 관리 필요

**비급여 의료비
관리**

- 비급여의료 표준화, 심사체계 부재
- 비급여 의료비 관리 주체 부재

- 시장자유 vs 공공성

감사합니다

실손의료보험 지속가능한가?

-지속가능한 실손의료보험 발전 방안-

2015. 10. 23.

김대환 동아대학교

실손의료보험 지속 가능한가?

보건의료체계 속 사적안전망으로서 지속가능한가?

Contents

I. 주요 문제와 제기된 개선안

II. 문제해결을 위한 대안

III. 기타 실손의료보험 이슈와 개선 방향

IV. 맺음말

Contents

I. 주요 문제와 제기된 개선안

II. 문제해결을 위한 대안

III. 기타 실손의료보험 이슈와 개선 방향

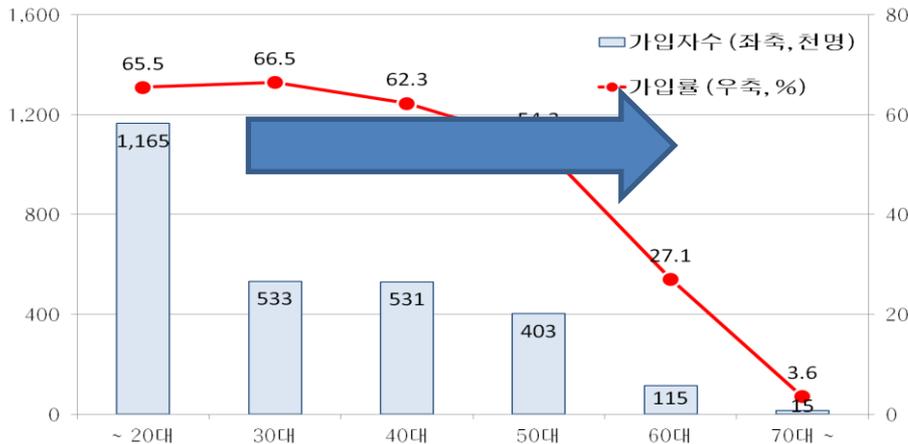
IV. 맺음말

1. 손해를

◆ 향후 손해율과 주요 대책

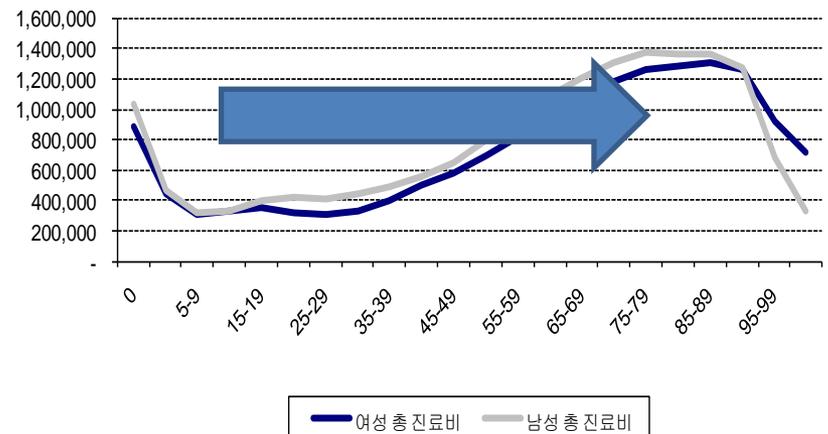
- 2013년 손해율 119.4%(금융감독원, 2015)
- 저연령 및 건강체 중심의 가입자, 향후 의료비 지출 더욱 증가
- 손해율 악화 및 보험료 인상에 대한 불신 확대
- 대책: 가입자 부담 지속 확대(자기부담 0%, 10%, 20%, 급여10% · 비급여 20% & 위험보율 조정한도 25%, 2016년 30%, 2017년 35%, 이후 자유)

연령대별 실손 가입률



자료 : 보험개발원(2014), 제1부 자료

생애 의료비 지출 구조



자료 : 국민건강보험공단, "건강보험청구자료", 2010

2. 도덕적 해이

◆ 도덕적 해이와 대책

- 실손 도덕적 해이에 대한 연구는 다수
 - 정기택 외(2006), 윤희숙(2008), 김재호(2011), 박성복 및 정기호(2011), 이현복 및 남상욱(2013), 김대환(2014) 등
 - 결과는 활용한 자료와 분석모형에 따라 상이
- 대책 : 가입자 부담 지속 확대(0%, 10%, 20%, 급여10% · 비급여 20%)

도덕적 해이 연구의 구조

실손의 도덕적 해이를 위한 분석 데이터

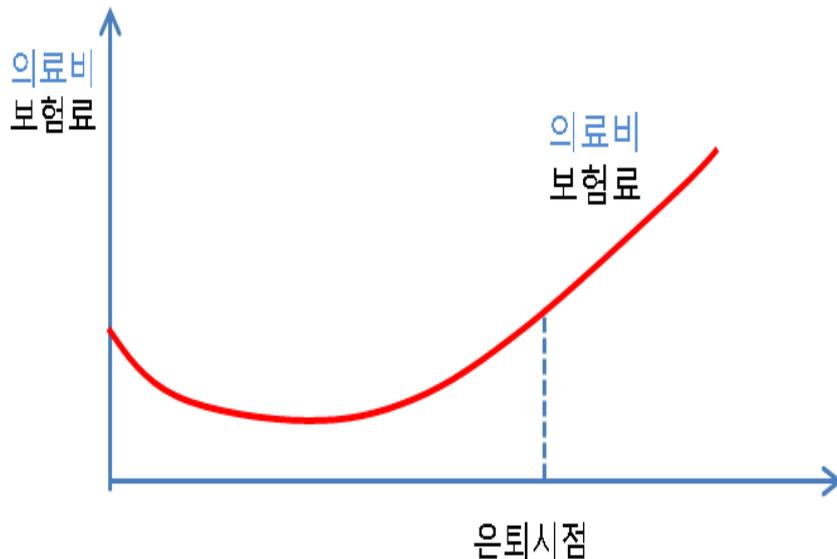
도덕적 해이

3. 보험료 구조

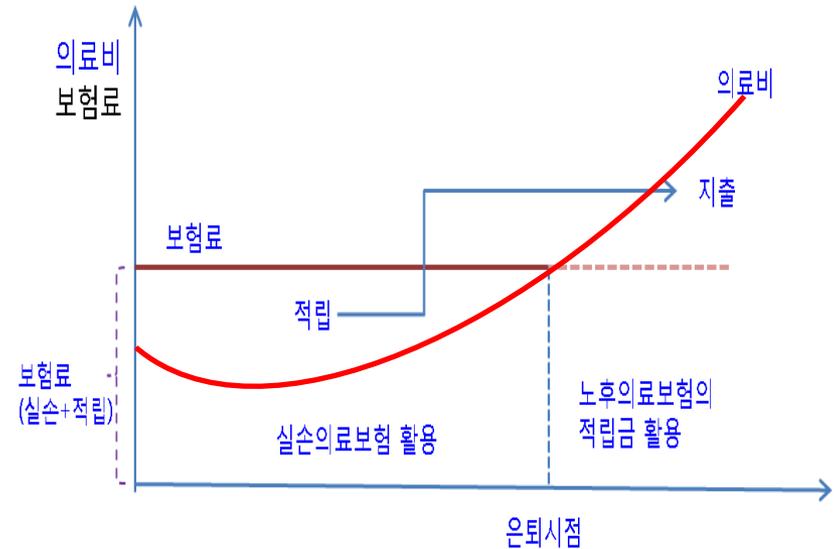
◆ 보험료 구조와 대책

- 연령증가에 따라 의료비 및 보험료 증가
- 정작 실손 필요한 은퇴 이후에는 보험료 부담으로 유지 어려움
- 대책 : 적립식(평준보험료) 실손의료보험

생애 의료비 및 실손 보험료 구조



적립식 (평준보험료) 실손

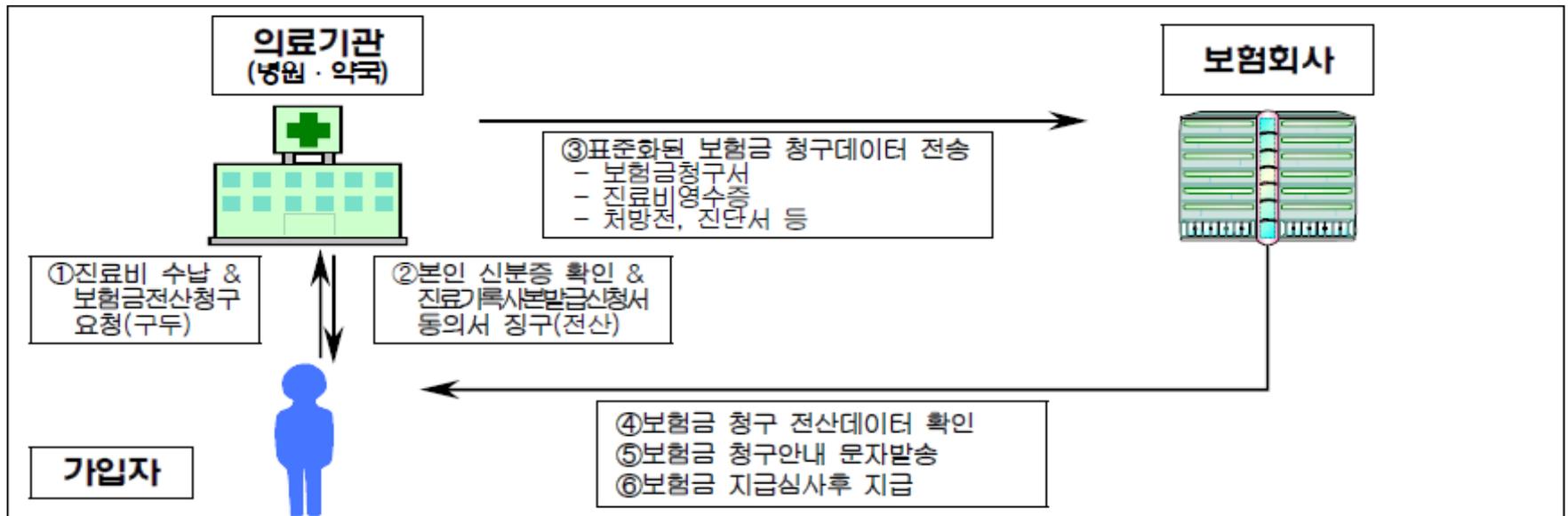


4. 실손보험금 수령

◆ 실손보험금신청과 대책

- 가입자 의료기관에 의료비 지급 후 보험회사에 신청
- 대책 : 실손가입자를 위해 간편청구시스템 구축 추진
 - 가입자가 요청시 보험금 청구데이터 보험회사로 전송 후 보험금 지급

실손 보험금 간편청구시스템



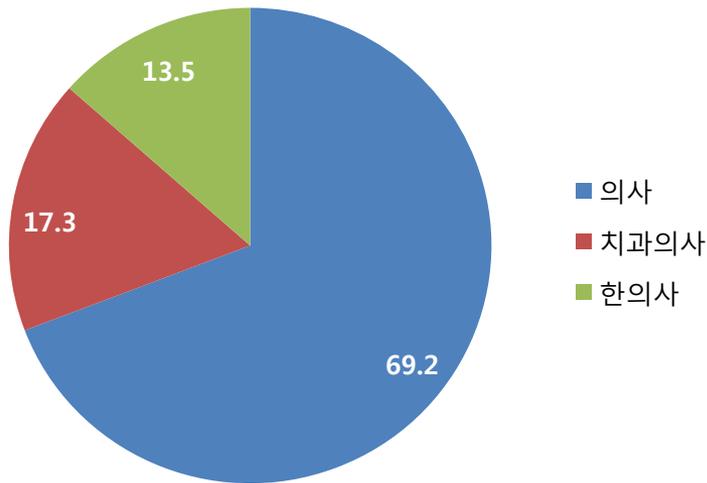
자료 : 금융위원회(2015)

5. 실손의 한방 보장

◆ 실손의 한방보장 제외와 대책

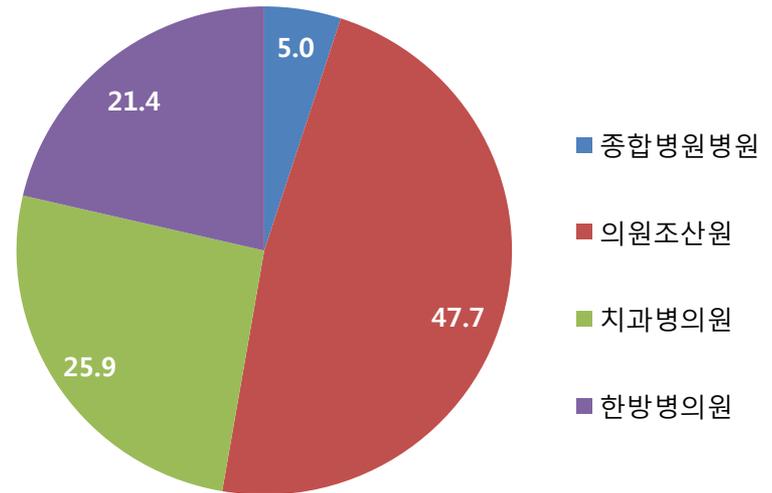
- 한의사 17.3%, 한방병의원 21.4%로 보건의료체계의 중요한 기능
- 실손은 모든 한방의료행위 보장 제외
- 대책(제안) : 양방과 달리 열거식으로 보장(국민권익위원회, 2014.7)

의료인별 구성비(2013년)



자료 : 보건복지부(2015)

의료기관별 구성비(2013년)



자료 : 보건복지부(2015)

4. 기존 대책의 평가

◆ 실손보험금 관리체계(핵심) 부재한 상황에서 부작용

- 손해율, 도덕적 해이, 유인수요(과잉공급)
 - 실손의료보험 가입자의 부담증가(자기부담금 및 보험료 상승)
 - 의료접근성, 치료, 예방의 기능 경감
- 적립식(평준보험료) 실손
 - 초장기 상품으로 과부족문제 중요해 가장 중요한 조건은 예측성
- 실손보험금 간편청구시스템
 - 현재 의료기관의 과잉진료는 실손 가입자에게 집중
 - 비급여 문제 해결없이 과잉진료 확대 가능
- 실손의 한방보장 제외
 - “보편타당한 치료행위”로 보장을 위한 방향성 설립 중요
 - 문제는 보험금 관리의 어려움

Contents

I. 주요 문제와 제기된 개선안

II. 문제해결을 위한 대안

III. 기타 실손의료보험 이슈와 개선 방향

IV. 맺음말

1. 현재의 비급여관리체계

◆ 정부의 무책임 & 보험회사의 외형성장

- 의료기관 가격 책정 뒤 홈페이지에 공시하여 환자가 비교
- 비급여는 부르는 것이 값
 - ▶ 도수치료 산업재해 · 자동차보험에서 회당 1만6,520원, 실손에서는 수십배
- 심사하지 못하는 담보 보장한 보험의 원칙 무시 & 외형성장 중심

비급여의료 진료비 차이

구분	최저가격	최고 가격	가격차
수면내시경 관리행위	35,000	196,100	5.6
갑성선 초음파검사	30,000	177,000	5.9
유방 초음파검사	70,000	275,000	3.9
MRI(뇌)	410,000	1,386,000	3.4
MRI(척추)	410,000	700,000	1.7
PET-CT(뇌)	370,000	940,000	2.5

자료: 한국소비자원(2011. 7).

2. 제안된 실손보험금 심사체계

◆ 건강보험심사평가원에 위탁

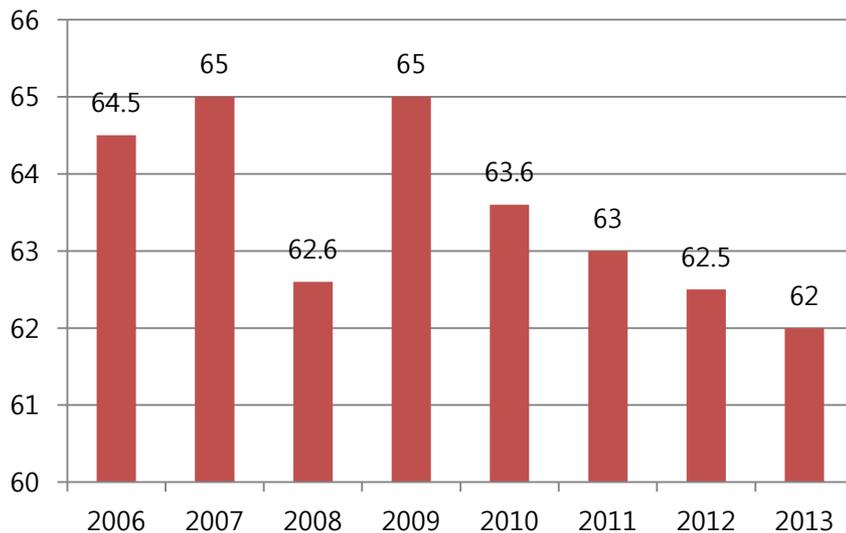
- 금융위(2015) & 조용운(보험연구원, 2008~2014)
 - 의료기관의 과잉진료로 인해 보험료 인상 및 다수의 가입자 피해
 - 가입자 보험금 수령 간소화
 - 실손보험금심사 전문심사기관에 위탁
- 한계
 - 실현가능성(의료기관)
 - 실현 뒤 부작용과 논란 지속될 가능성(의료기관)
 - 실손가입자 vs. 비가입자
 - 실손가입자 확인 가능으로 인한 부작용
 - 실손만을 위한 방안으로 보건의료체계의 궁극적 위기 해결 어려움 등

3. 실손의료보험 지속시켜야 하는가?

◆ 실손의료보험의 개선 필요성

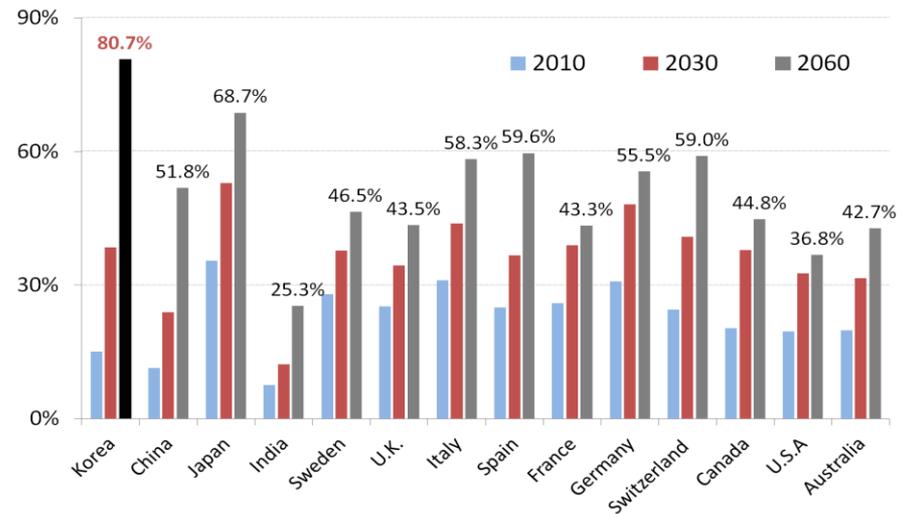
- 국민건강보험의 목표 보장을 달성 시 실손 불필요
- 국민건강보험 중장기 보장성 강화 프로젝트 : 목표 80%(복지부, 2015)
- 급속한 인구고령화와 현 보건의료체계에서 쉽지 않음

국민건강보험 보장률 추이



자료 : 국민건강보험공단(2015)

주요국의 노년부양비 추이



주: 1) 노년부양비=(65세 이상 인구/15~64세 인구)×100
 2) 통계청 보도자료(2011. 12. 7)의 자료를 분석함.

4. 실손의료보험의 지위와 역할 설정

◆ 보건의료체계 속 실손의료보험 역할 정립 우선

- 노후소득보장체계로부터의 교훈
 - 공적연금의 한계 인정하고 사적연금을 적극 활용(국내외)
- 공사건강보험은 역할 정립에 대해 논의조차 없는 현실
 - '제2의 국민건강보험'으로 격상하고 보건의료체계 속 실손을 활용
 - 왜? 비급여는 실손의 문제라기보다 보건의료체계 전체의 문제

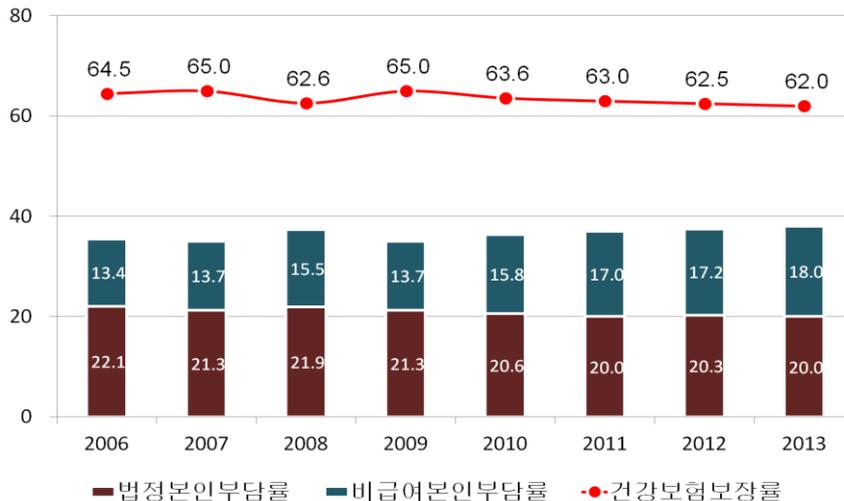


4. 보건의료체계의 문제

◆ 비급여 보건의료체계 위협

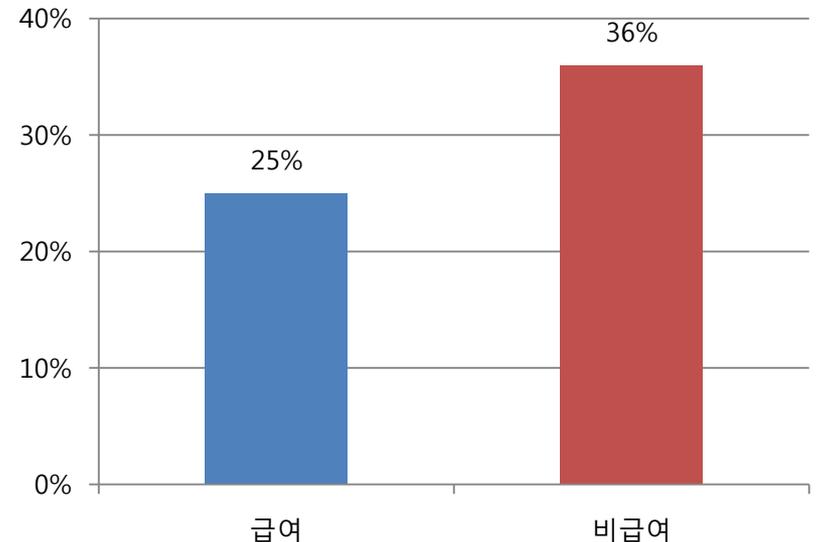
- 국민건강보험의 급여율은 증가 또는 담보 보장율은 감소
- 비급여의 증가로 보장율 개선 어려워(공단, 2013, 2014, 2015)
- 비급여는 전체 보건의료체계 위협

국민건강보험 보장률과 본인부담



주 : 건강보험보장률 = 건강보험공단에서 부담하는 급여비 / 전체의료비
 자료 : 국민건강보험공단(2015), 제1부 자료 재인용

급여와 비급여 인상율(2010~2014)



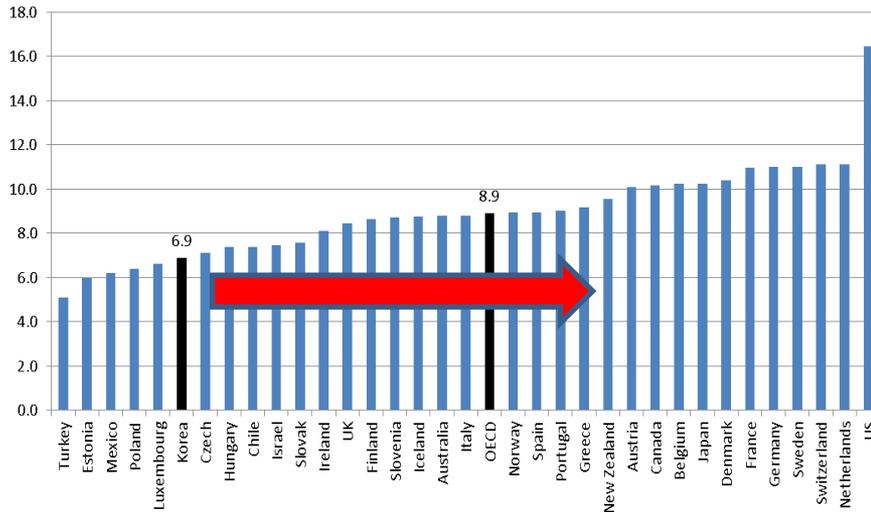
자료 : 서울경제(2015.8.31), 당국 관리감독 사각지대...

4. 보건의료체계의 문제

◆ GDP 대비 의료비

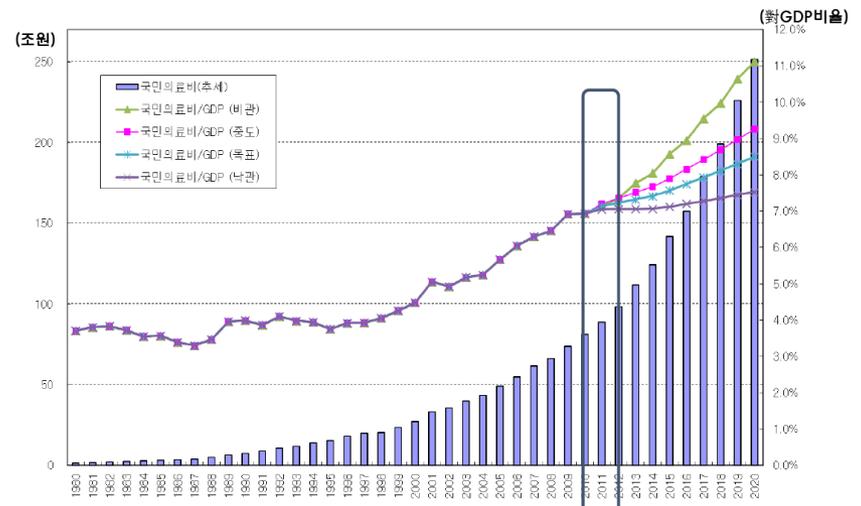
- 우리나라 6.9%로 OECD 평균 8.9%로 낮아
- 증가율은 가장 높아 조만간(2020년) OECD 평균에 도달
- 세계는 효율적인 지출을 통한 의료비 증가억제에 노력
- 실손의 보험금 관리가 아닌 보건의료체계의 정비과정에서 관리되어야

GPG 대비 의료비 지출 비중(2013)



자료 : OECD Health Data(2015)

국민의료비 및 GDP 대비 비중



자료: 보건의료미래위원회(2011); 정형선(2012 .8 .20).

5. 보건의료체계, 실손, 그리고 비급여

◆ 실손의 비급여(보험금) 관리 방안

- 첫째, 보험회사와 의료기관간 계약
- 둘째, 실손 보험금을 심평원에 위탁
- 셋째, 비급여를 급여화

◆ 방안

- 국민적 정서, 전문성, 비용효율성 등을 고려 시 심평원이 심사
- 비급여의료의 문제는 의료기관을 정부가 적절히 견제하지 못한 결과
- 실손이 아닌 보건의료체계를 위해 국내에서 행해지는 대부분의 의료를 심평원이 급여화
 - 일본 : 대부분의 의료를 정부가 급여화하여 관리
- 단, 비용효율성, 중요성 등을 고려하여 급여율을 차등화

5. 보건의료체계, 실손, 그리고 비급여

◆ 비급여 속 의료행위

● 비급여

- 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위약제 및 치료재료(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조)
- 즉 필수의료이 아닌데 정부가 관리?

● 4대 중증질환 : 수많은 비급여의료를 필수의료로 간주하여 급여화 추진

4대 중증질환에 대한 국민건강보험 보장성 강화 계획

구분	2013	2014	2015	2016
의약품		항암제 등 고가 의약품 ※약가협상 등의 절차를 거쳐 순차적으로 보험 적용		
검사수술	초음파검사	영상검사 (MRT, PET 등)	방사선치료 수술행위	검사(유전자 검사 등) 및 교육상담료
치료재료			심장 및 뇌수실 재료 행위연계수술재료	일반수술재료

자료 : 보건복지부(2013)

5. 보건의료체계, 실손, 그리고 비급여

◆ 보건의료체계 속 실손 보험금 관리

- 대부분의 의료는 급여화 후 심평원이 진료비 및 진료행위 적정성 심사
 - ▶ 비효율적인 의료비 관리, 투명한 의료전달체계 확립, 실손 보험금 관리

비급여의료의 관리와 보장

의료		변경 전		변경 후	
급여의료		심평원 심사	국민건강보험 + 실손	국민건강보험 + 실손	
법정비급여	필수의료	실손		심평원 심사	국민건강보험 + 실손
	준 필수의료의료	실손			국민건강보험 + 실손
	순수한 선택의료	실손			실손 (시장위임 후 보장제외도 고려)

6. 실손보험금 심사 심평원 위탁

◆ 심평원 위탁

- 실손보험금 심사의 심평원 위탁이 실현가능하고 용이하면 고려
- 자동차보험 진료내역 심사체계를 참조(금융위, 2014.12)
- 우선 실손보험금을 위탁하더라도 결국 “비급여의 급여화”로

◆ 자동차보험 진료비 통합심사

- 의료기관의 유인수요
 - 자동차보험 환자 입원을 일본의 10배, 목이 뻐 경우 입원을 건강보험의 33배 등 (서울경제, 2013)
- 14개의 보험회사 및 6개의 공제가 개별적으로 심사하여 심사기준 상이
- 2013년 7월 1일부터 자동차보험 진료비의 심사는 심평원이 심사

6. 실손보험금 심사 심평원 위탁

◆ 심평원 위탁의 전제 조건

- 자동차보험에서 비급여 심사하지만 통일된 진료비 및 진료행위를 요구할 권한 없어, 명칭과 코드 표준화 9.7%에 불과(감사원, 2015)
- 일부만 산재보험의 수가 활용(자동차보험진료수가에 관한 기준 제5조)
- 2015년 상반기 26% 법정처리기한(15일) 넘겨(문정림 의원 국정감사 보도자료, 2015), 자동차보험은 특성 상 상해중심, 질병 포함된 실손에 비해 심사 용이
- 실손보험금 : 심평원 위탁 자체가 아닌 적정성 심사 기준 마련이 우선
 - 표준진료지침 개발, 코드 통일화(의료기관, 정부, 보험회사), 진료비 기준

◆ 결국 '비급여를 급여화'와 동일

- 진료비 및 진료행위의 적정성 기준 마련한다면 왜 실손가입자만?
- 심평원에 위탁하는 체계 구축되어도 결국 "비급여의 급여화"로 귀결

Contents

I. 주요 문제와 제기된 개선안

II. 문제해결을 위한 대안

III. 기타 실손의료보험 이슈와 개선 방향

IV. 맺음말

1. 가능한 많은 사람

◆ 가능한 많은 사람, 가능한 낮은 비용, 가능한 오래

- 기본을 위해 정부, 보험회사, 소비자 모두 책임과 희생 필요

◆ 가능한 많은 사람

- 역선택(Adverse Selection)

- 건강이 좋은 사람일수록 실손 가입가능성 높아(김대환 및 이봉주, 2013)

- 순선택(Advantageous Selection/Cream Skimming)

- 건강이 좋지 않은 사람 가입 어려워(김대환 및 이봉주, 2013)

- 의료비보장으로서는 민영건강보험의 역할 큰 주요국

- 역선택과 순선택을 방지하려는 노력 강화

- ✓ 보험료 차등화 금지, 세제혜택, 가입의무화, 가산보험료 등

2. 가능한 낮은 비용

◆ 중복가입(개인, 단체)

● 개인

- ▶ 실손의료보험 표준화(2009.10)때 중복가입 확인시스템 구축되었으나 이후에도 23만명의 중복가입 여전(금융위원회, 2005)
- ▶ 계약 취소 시 보험료 및 이자 환급(금융감독원, 2015.10), 사전방지가 우선

● 단체

- ▶ 보험회사와 기업 간 협약을 통해 직장에서 단체실손보험 제공
- ▶ 단체실손보험 가입 동안 개인실손 보험료 납입 중지, 이직 및 퇴직 시 납입

◆ 손해율 및 사업비

- 손해율의 기본적인 관리는 보험료 인상이 아닌 심사체계 마련을 통해
- 실손의 사업비 타당성 검증, 실손의 시장규모조차 파악되지 못해

◆ 국민건강보험과 정보 공유

- 본인부담상한액으로 8,706억원 환급(복지부&건강보험공단, 2015)

2. 가능한 낮은 비용

◆ 도덕적 해이

● 의료기관 및 소비자

- 실손에서도 의료기관의 코드 및 행위명 표준화를 유도할 필요
- 소비자의 비용부담(자기부담) 증가보다는 “비급여의 급여화”로 방지

● 보험회사(영업 및 상품)

- 주로 실손과 함께 가입하는 입원일당 도덕적 해이 유발
- 타 보험회사와 사회에 부정적 외부성(Negative Externality) 유발한 보험사 책임 & 손보, 생보, 공제 등 통합 후 신용정보집중기관을 통해 한도 기준 설정

입원일당과 도덕적 해이 그리고 부정적 외부성



3. 가능한 오래

◆ 유지율

- 가입자 중 50% 이상 5년 이내에 해약

◆ 사후적 역선택(Ex-post Adverse Selection)

- 건강이 의심스러운 사람 가입 후 병원 방문, 병원 방문 후 이상 없음을 확인 후 해약
- 해약과 재가입이 너무 용이한 구조로 보험의 기본기능 경감
- 늦게 가입하거나 해약한 후 재가입시 가산보험료를 통해 유지 강화 (Australian Gov, Dept. of Health and Ageing, 2011)

실손의료보험의 유지율

구분	유지율	구분	유지율
13차월	90.5%	49차월	58.6%
25차월	78.7%	61차월	48.5%
37차월	68.6%	121차월	14.7%

자료 : 금융감독원(2012), 제1부 발표 재인용

Contents

I. 주요 문제와 제기된 개선안

II. 문제해결을 위한 대안

III. 기타 실손의료보험 이슈와 개선 방향

IV. 맺음말

◆ 나무가 아닌 숲

- 실손만이 아닌 보건의료체계를 위해
- 실손 가입자만이 아닌 국민 전체를 위해

◆ 공사건강보험의 역할 정립이 우선

- 국민건강보험 한계 인정해야 실손의 활용방안 도출 될 수 있어
- 지금부터라도 보건의료체계 속 실손의 활용방안 모색 시작해야

◆ 필요한 개입은 과감하게

- 정부의 적극적인 역할 필요
- 그 과정에서 경제주체 모두에게 당근과 채찍
- '외형의 제2의 국민건강보험'이 아닌 '사적안전망으로서 제2의 국민건강보험'

경청해 주셔서 감사합니다.