



실손의료보험 청구 특징과 과제

정성희 연구위원, 문혜정 연구원

- 실손의료보험 손해율은 2019년 134%으로, 2016년 131.3% 이후 최고치를 기록함
 - 2020년 상반기 실손의료보험의 위험손해율은 131.7%로 전년 동기 대비 2.6%p 증가하여 1.4조 원의 위험손실액이 발생함
 - 2020년 3분기 위험손해율은 130%로, 코로나19 등으로 발생손해액 증가율은 다소 둔화되었으나, 2020년 적용 요율 인상의 최소화 등으로 여전히 높은 수준을 유지함
- 실손보험금 청구는 의원급 비급여 진료의 증가, 근골격계·안과질환에 집중, 소수 의료이용에 편중되는 특징을 보임
 - (의원급 비급여 진료 증가) 2020년 상반기 의원의 실손보험 비급여 진료 청구금액은 1조 1,530억 원 규모로 2017년 상반기(6,417억 원)보다 무려 79.7% 증가함
 - (특정 진료과목 집중) 실손보험 청구금액에서 비급여 진료 비중이 높은 근골격계·안과 질환이 상위 청구 항목에 집중됨
 - (소수 의료이용 편중 ①) 일부 소수의 과다 의료이용으로 인해, 의료를 전혀 이용하지 않았거나 꼭 필요한 의료이용을 한 대다수의 가입자에게 보험료 부담이 전가됨
 - (소수 의료이용 편중 ②) 소수의 불필요한 과다 의료이용은 실손의료보험의 손해율 악화 원인일 뿐만 아니라 국민건강보험의 재정 부담으로도 작용하고 있음
- 실손의료보험제도의 형평성 및 지속성을 제고하고, 정부의 보장성 강화 정책의 효과를 증대하기 위해서는 비급여 이용량을 반영한 할인할증 방식의 보험료 차등제 도입과 비급여 관리를 위한 합리적인 해결책을 마련하는 것이 필요함
 - (형평성 제고) 실손가입자의 보험료 부담 형평성 제고 및 비급여에 대한 비용 의식 제고를 위해, 가입자의 개별 비급여 의료이용량과 연계하는 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입이 필요함
 - (지속성 제고) 실손의료보험제도의 지속성을 제고하고 정부의 보장성 강화 정책의 효과를 증대하기 위해서는 공·사 협업하에 비급여 관리를 위한 합리적인 해결책을 마련하는 것이 필요함

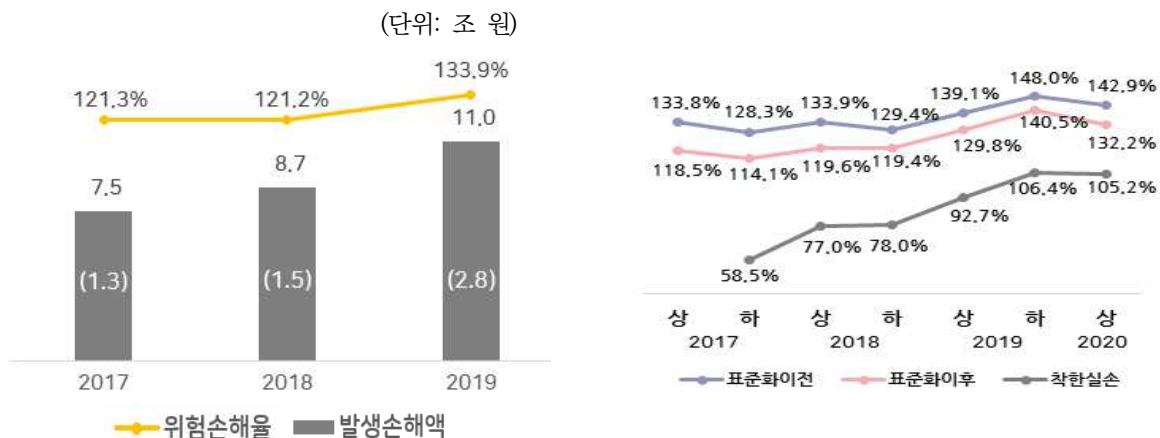
1. 검토 배경



■ 실손의료보험 손해율은 2019년 134%으로, 2016년 131.3% 이후 최고치를 기록함(그림 1) 참고

- 2020년 상반기 실손의료보험의 위험손해율은 131.7%¹⁾로 전년 동기 대비 2.6%p 증가하여 1.4조 원의 위험손실액이 발생함
- 2020년 3분기 위험손해율은 130%로, 코로나19 등으로 발생손해액 증가율은 다소 둔화되었으나, 2020년 적용 요율 인상²⁾의 최소화 등으로 여전히 높은 수준을 유지함
 - 표준화 이전(~2009. 9) 및 표준화(2009. 10~2017. 3) 상품의 경우 약 20% 내외의 요율 인상이 필요하였으나, 2020년에 적용된 손해보험회사 전체 실손의료보험 보험료 인상률은 평균 6~7%에 그침
- 착한 실손의료보험의 위험손해율은 2017년 4월 출시 이후, 빠른 속도로 상승하여 3년이 채 되지 않은 2019년 하반기부터 100%를 상회함
 - 2009년 10월에 출시된 표준화 상품의 경우 3여년이 경과한 시점부터 100%를 상회함

〈그림 1〉 실손의료보험 위험손해율 및 손해액 추이



주: 1) 개인실손보험, IBNR 포함함

2) 괄호는 위험손실액(=위험보험료-발생손해액) 규모임

자료: 생명·손해보험회사 통계

■ 본고는 실손의료보험 손해율 상승의 주요 요인으로 작용하는 실손보험금 청구의 특징들을 살펴보고, 이에 대한 해결 방안을 제안하고자 함

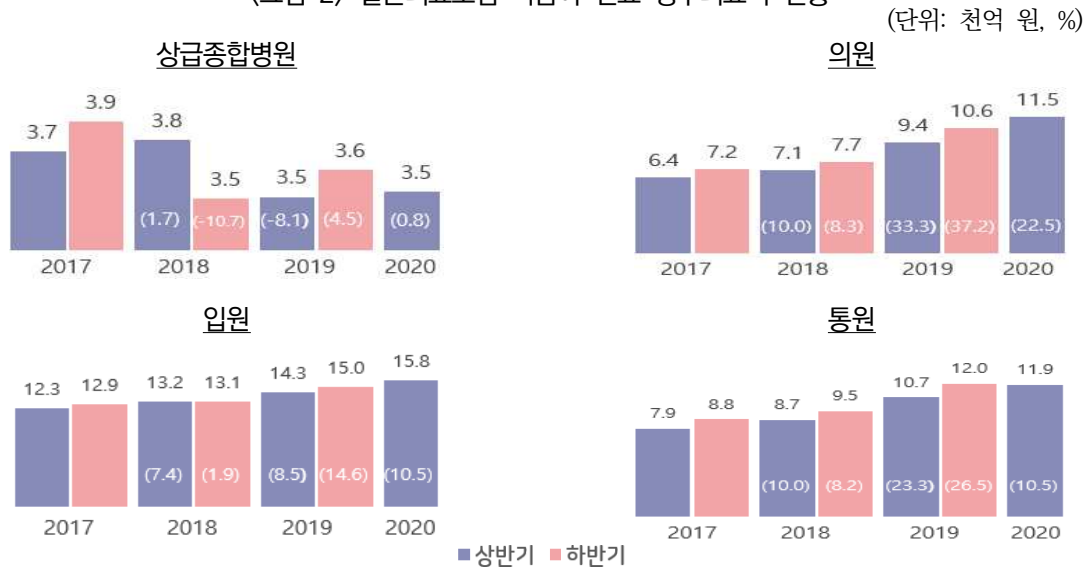
1) 2009년 표준화 이후 위험손해율이 가장 높았던 2016년 131.3%를 상회함

2. 실손의료보험 보험금 청구 특징



- 실손보험금 청구의 특징은 의원급 비급여 진료 증가·특정 진료과목 집중·일부 소수의 의료이용 편중 등으로 요약됨
- (의원급 비급여 진료²⁾ 증가) 2020년 상반기 의원의 실손보험 비급여 진료 청구금액³⁾은 1조 1,530억 원 규모로 2017년 상반기(6,417억 원)보다 무려 79.7% 증가함(그림 2) 참고
 - 최근 의원의 비급여 진료가 연평균 20% 이상 증가함에 따라, 실손보험 전체 청구의료비⁴⁾에서 비급여가 차지하는 비중이 건강보험 보장성 강화 시행 전보다 증가함('17. 상 47.5%→'20. 상 48.1%)
 - 반면, 상급종합병원의 비급여 진료는 최근 3년간 3.4%씩 감소함에 따라, 청구의료비에서 비급여가 차지하는 비중도 2017년 상반기 19.9%에서 2020년 상반기 14.4%로 감소함
 - 특히, 의원의 통원 청구 비중이 상급종합병원에 비해 높기⁵⁾ 때문에 통원의 비급여 진료 청구 증가세가 두드러지는 경향을 보임
 - 통원 비급여 청구 증가율(전년 동기 대비): '19. 상 23.3%, '19. 하 26.5%, '20. 상 10.5%

〈그림 2〉 실손의료보험 비급여 진료 청구의료비 현황



주: 1) 청구의료비=급여 건강보험부담금+급여 본인부담금+비급여

2) 괄호는 전년 동기 대비 증감률임

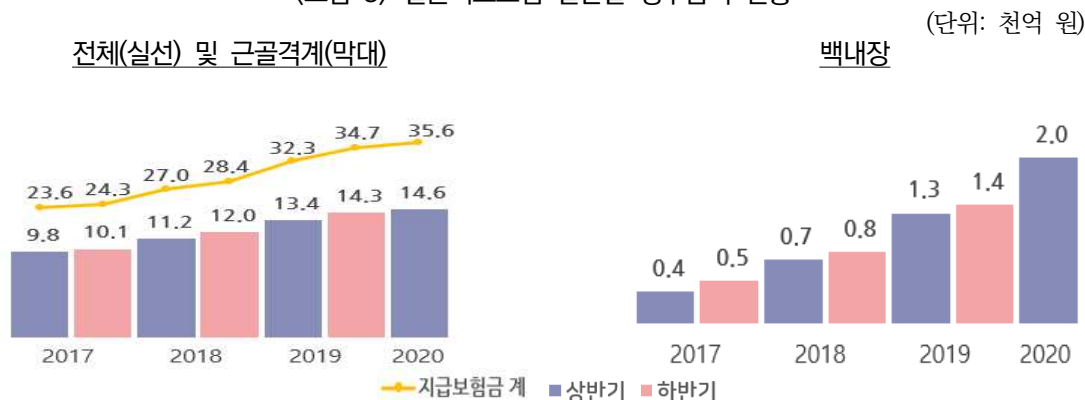
자료: 손해보험 5개사 실손의료보험 청구통계(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61%를 차지함)

- 2) 2020년 상반기 실손의료보험 청구금액 중 비급여 진료 비중: 전체 의료기관 64%, 의원 77%임
- 3) 실손의료보험 청구금액=급여 본인부담금+비급여
- 4) 실손의료보험 청구의료비=급여 건강보험부담금+급여 본인부담금+비급여
- 5) 실손의료보험 청구금액 중 통원 비중: 병원급 이상 27.5%, 의원 68.9%임; 2019년 보험회사 샘플 통계

■ (특정 진료과목 집중) 실손보험 청구금액에서 비급여 진료 비중이 높은 근골격계·안과 질환이 상위 청구 항목에 집중됨(그림 3) 참고

- 근골격계 질환은 실손보험 전체 청구금액에서 41%로 가장 높은 비중을 차지하며, 청구금액에서 비급여 진료 비중도 81.2%로 매우 높은 수준임
 - 상위 10개 청구 항목이 전체 청구금액의 41%를 차지하며, 이 중 도수치료, MRI 근골격계·척추, 척추경막외 유착방지제 등의 근골격계 항목이 다수를 차지함
- 최근 실손보험 청구금액에서 비급여 진료 비중이 가장 높은 질환인 안과(82.2%)에서 백내장의 청구가 빠르게 증가하고 있음
 - 백내장은 안과 질환 청구금액의 78.7%를 차지하고, 전체 의료기관 중에 의원이 89.6%를 차지함
 - 백내장 수술에 사용되는 조절성 인공수정체가 상위 청구 항목 중 5위임

〈그림 3〉 실손의료보험 질환별 청구금액 현황



청구 상위 10개 항목(금액 기준)



청구 상위 10개 항목(건수 기준)



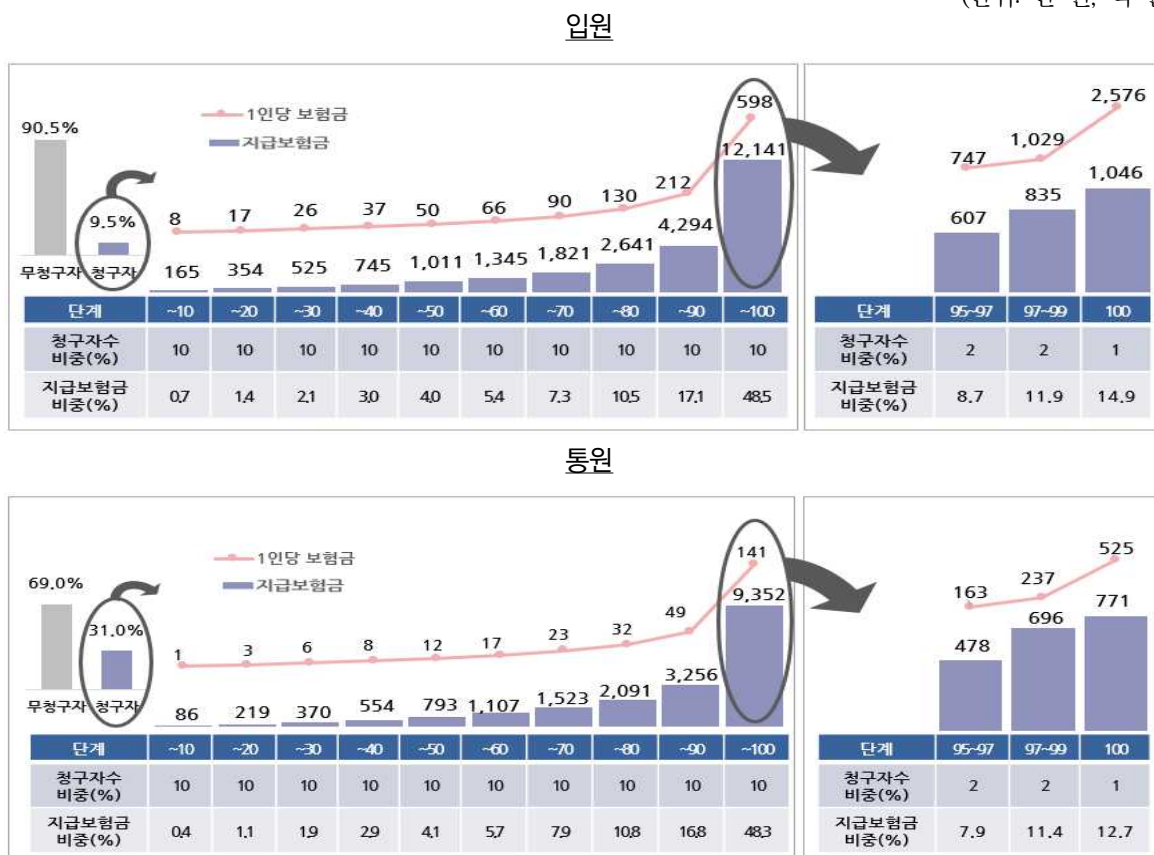
주: 청구금액=급여 본인부담금+비급여
 자료: 손해보험 5개사 통계(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61%를 차지함)

■ (소수 의료이용 편중 ①) 일부 소수의 과다 의료이용으로 인해 의료를 전혀 이용하지 않았거나 꼭 필요한 의료이용을 한 대다수의 가입자에게 보험료 부담이 전가됨(그림 4) 참고

- (입원) 전체 가입자의 95%가 무청구자이거나 연평균 50만 원 이하의 소액 보험금 수령자로, 연평균 100만 원 이상 수령자는 전체 가입자의 2~3% 수준임
 - 전체 청구자의 상위 1%(10%)는 연평균 2천만 원(6백만 원) 및 전체 지급보험금의 15%(48.5%)를 수령함
- (통원) 전체 가입자의 80% 이상이 무청구자이거나 연평균 10만 원 미만의 소액 청구자로, 연평균 30만 원 이상 수령자는 전체 가입자의 9% 수준임
 - 전체 청구자의 상위 1%(10%)는 연평균 5백만 원(14십만 원) 및 전체 지급보험금의 13%(48.5%)를 수령함

〈그림 4〉 실손의료보험 청구금액 현황

(단위: 만 원, 억 원)



주: 1) 청구금액=급여 본인부담금+비급여

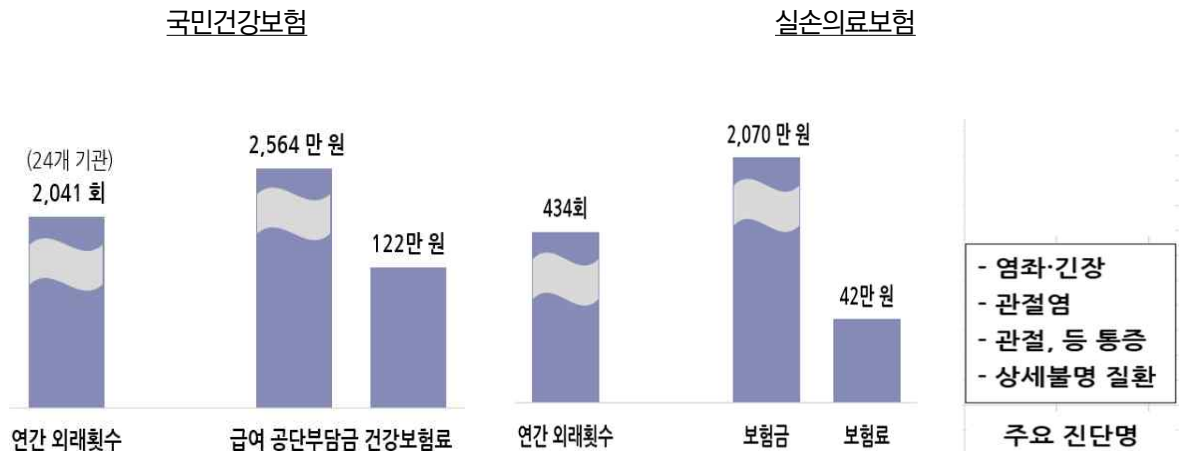
2) 각 구간은 청구자수 기준으로 한 하위10%부터 100%까지의 퍼센타일임

자료: 보험회사 통계(2018); 상위 5%: 손해보험 1개사 통계(2019)

■ (소수 의료이용 편중 ②) 소수의 불필요한 과다 의료이용은 실손의료보험의 손해율 악화 원인일 뿐만 아니라 국민건강보험의 재정 부담으로도 작용하고 있음(그림 5) 참고

- (실손의료보험) 입원의 경우 전체 청구자의 상위 1%(10%)는 연평균 2천만 원(6백만 원) 및 전체 지급보험금의 15%(48.5%)을 수령함⁷⁾
 - 통원의 경우 위염, 염좌, 두통, 요통 등 경미한 질환을 사유로 한 해 동안 많게는 800회 이상 통원 치료를 받은 청구 사례가 보고됨
- (국민건강보험) 2019년 동안 통원 진료일수 상위 10명이 납입한 국민건강보험료는 1,218만 원에 불과하나, 투입된 건강보험재정(급여 공단부담금)은 20배가 넘는 총 3억 5,624만 원으로 집계됨
 - 상위 10명의 평균 외래진료 횟수는 2,041회, 1년 동안 방문한 의료기관 수는 23.5개임

〈그림 5〉 2019년 외래 이용빈도 상위 10명 이용 실적



주: 1) 괄호는 방문의료기관 수임임

2) 실손보험료는 상위 10명의 납입보험료 중 극단치 보험료 3개 값을 제외한 7명의 평균보험료임

자료: 신현영 더불어민주당 의원실; 손해보험 4개사 통계

7) 전체 가입자의 95%가 무청구자이거나 연평균 50만 원 이하의 소액 보험금 수령자로, 연평균 100만 원 이상 수령자는 전체 가입자의 2~3% 수준임

3. 과제



■ (형평성 제고) 실손가입자의 보험료 부담 형평성 제고 및 비급여에 대한 비용 의식 제고를 위해, 가입자의 개별 비급여 의료이용량과 연계하는 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입이 필요함

- 상해와 달리 질병의 발생은 불가피한 측면이 있으나, 가입자의 건강관리 정도에 따라서 어느 정도의 통제가 가능⁸⁾하다는 점에서 의료이용량에 따른 보험료의 할인·할증 적용을 검토해 볼 수 있음
- 실손가입자의 형평성 및 역선택·도덕적 해이 방지 효과 측면에서는 명시적인 ‘할증’ 방식이 보다 효과적일 것으로 판단됨
 - 현재 실손의료보험⁹⁾에서 무사고자 할인제도¹⁰⁾를 운영 중에 있으나, 손해율이 지속 악화되고 있는 상황을 보면 할인제도만으로는 의료쇼핑·과잉의료 등을 방지하는데 한계가 있음
- 또한, 비급여는 선택적 의료 성격이 강하고 보험금 청구가 비급여에서 큰 금액에 집중되며, 가입자의 의료이용에 대한 통제 가능성 등을 고려해 볼 때 비급여에 대한 보험료 차등제 도입이 필요함
 - 비급여 진료비용 공개제도¹¹⁾ 및 고지제도¹²⁾ 등을 바탕으로 가입자의 의료기관 선택권 강화를 통해 합리적인 비급여 의료이용 유도가 가능함

■ (지속성 제고) 실손의료보험제도의 지속성을 제고하고, 정부의 보장성 강화 정책의 효과를 증대하기 위해서는 공·사 협업하에 비급여 관리를 위한 합리적인 해결책을 마련하는 것이 필요함

- 상품구조 개편을 통해 지속성 강화를 도모하더라도 실손보험금·비급여 관리가 제대로 이뤄지지 않는다면 그 효과성은 현저히 떨어질 것이 자명함
- 건강보험의 보장성 강화 정책이 소기의 목적을 달성하기 위해서라도 비급여 관리를 통한 의료비 총액 관리가 핵심임 **kiri**

8) 예) 지속적인 건강관리→병원 입·통원 가능성 감소→지속적인 보험료 할인 적용 가능

9) 2011년 이후부터 판매된 다수의 실손의료보험 계약 및 2017년 4월 이후 출시된 착한실손보험 계약임

10) 보험업감독업무시행세칙 [별표 14] 표준사업방법서 실손의료보험 제4조 제12항: 실손의료보험을 판매하는 회사는 직전 보험기간(최대 2년)동안 보험금 지급 실적(급여 의료비 중 본인부담금 및 4대 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)으로 인한 비급여의료비에 대한 보험금은 제외)이 없는 계약을 대상으로 차기 보험기간(1년)동안 영업보험료의 10% 이상을 할인하는 제도 운영함

11) 2016년 의료법 개정을 통해 도입되어, 매년 병원급 이상 의료기관의 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등을 공개(다빈도, 고비용 및 사회적 관심도가 높은 항목 중심으로 공개)하고 있으며, 공개항목을 지속 확대(2016년 52항목 → 2020년 564항목) 중임(의원급 이상 확대 예정임)

12) 의료법 제45조에 따라 모든 의료기관이 비급여 진료비용을 환자에게 고지(병원 내 및 홈페이지에 게시)토록 되어 있음 (고지 금액을 초과하여 청구하는 것도 금지함)