

정책토론회

건강보험 시각에서 바라본 건강보험과 민간보험의 향후 역할 재설정과 협력 방안

2021.10.29.

건강보험심사평가원

연구소장 이 진 용



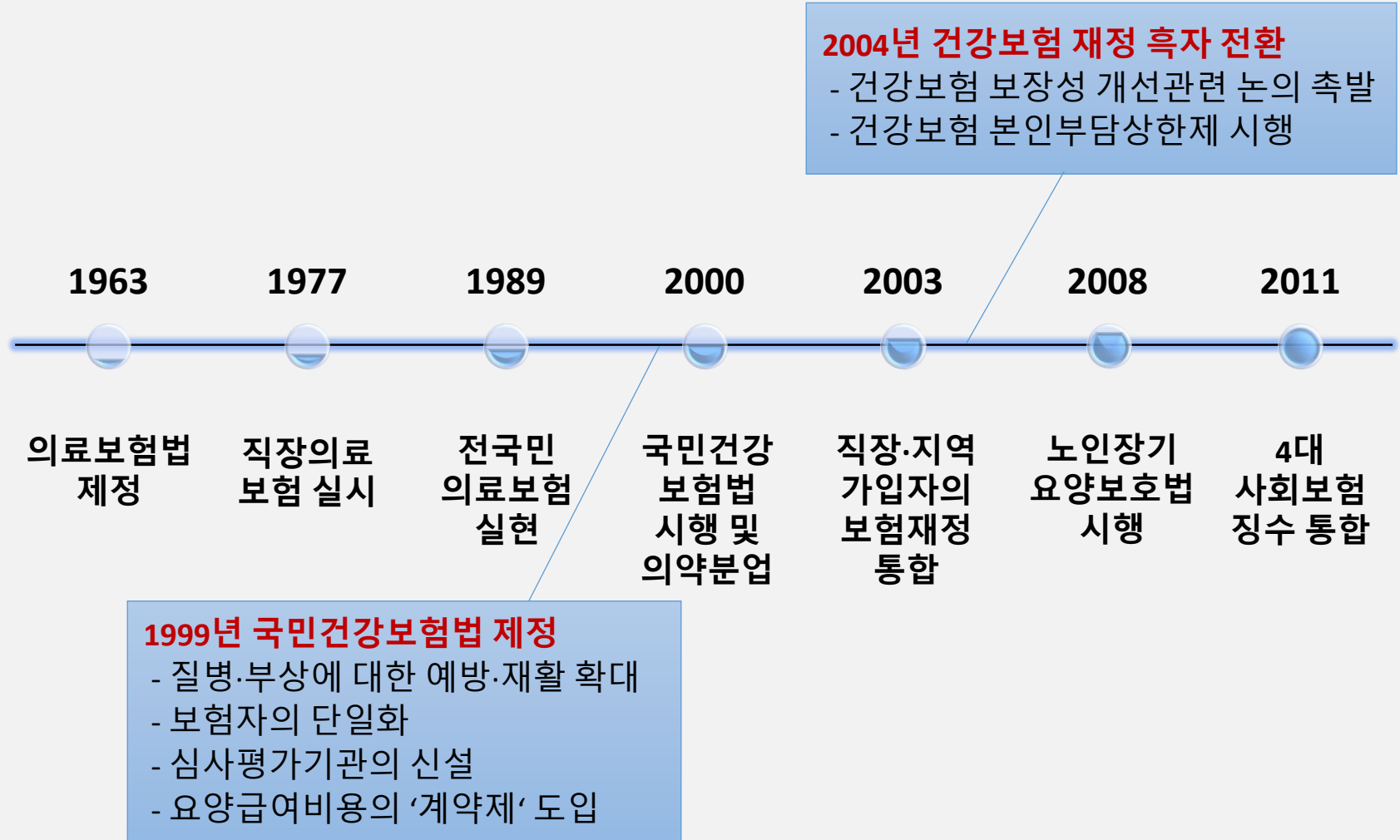
HIRA HEALTH INSURANCE
REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

CONTENTS

1. 국민건강보험의 주요 연혁과 보장성 정책
2. 역할 재설정의 필요성
3. 문제의 진단
4. 건강보험과 민간보험 협력방안

1. 국민건강보험의 주요 연혁과 보장성 정책

국민건강보험제도 주요 연혁



건강보험 보장성 강화정책

1차 (2005~2008)	- 고액 중증질환 본인부담경감(20%→10%) 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등	3.5조원
2차 (2009~2013)	- 암, 심장·뇌혈관질환 본인부담 추가 경감(10%→5%) - 고가서비스(MRI, 초음파) 보험 적용 - 본인부담상한제 소득수준별 적용, 장애인 보장구 급여확대 - 임신 및 출산 진료비 지원확대, 소아선천성 질환 급여확대 - 치과, 한방분야 보험확대	3.1조원
3차 (2014~2018)	- 생애주기별 필수의료 보장 - 고액비급여 해소 및 관리 - 취약계층 의료지원 강화 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선	7.4조원
문재인 케어 (2018~2022)	- 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여의 실질적 해소 - 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제, 의료 사회 안전망 강화	6.6조원

건강보험 진료비 규모와 현황

🏥 '20년 건강보험 진료비 86조 9,545억 원 ... 전년 대비 0.6% 증가

- 입내원일수 9억 6,198만 일 ... 전년 대비 11.5% 감소
- 건강보험 급여율 75.3%

(단위: 만 일, 억 원, %)

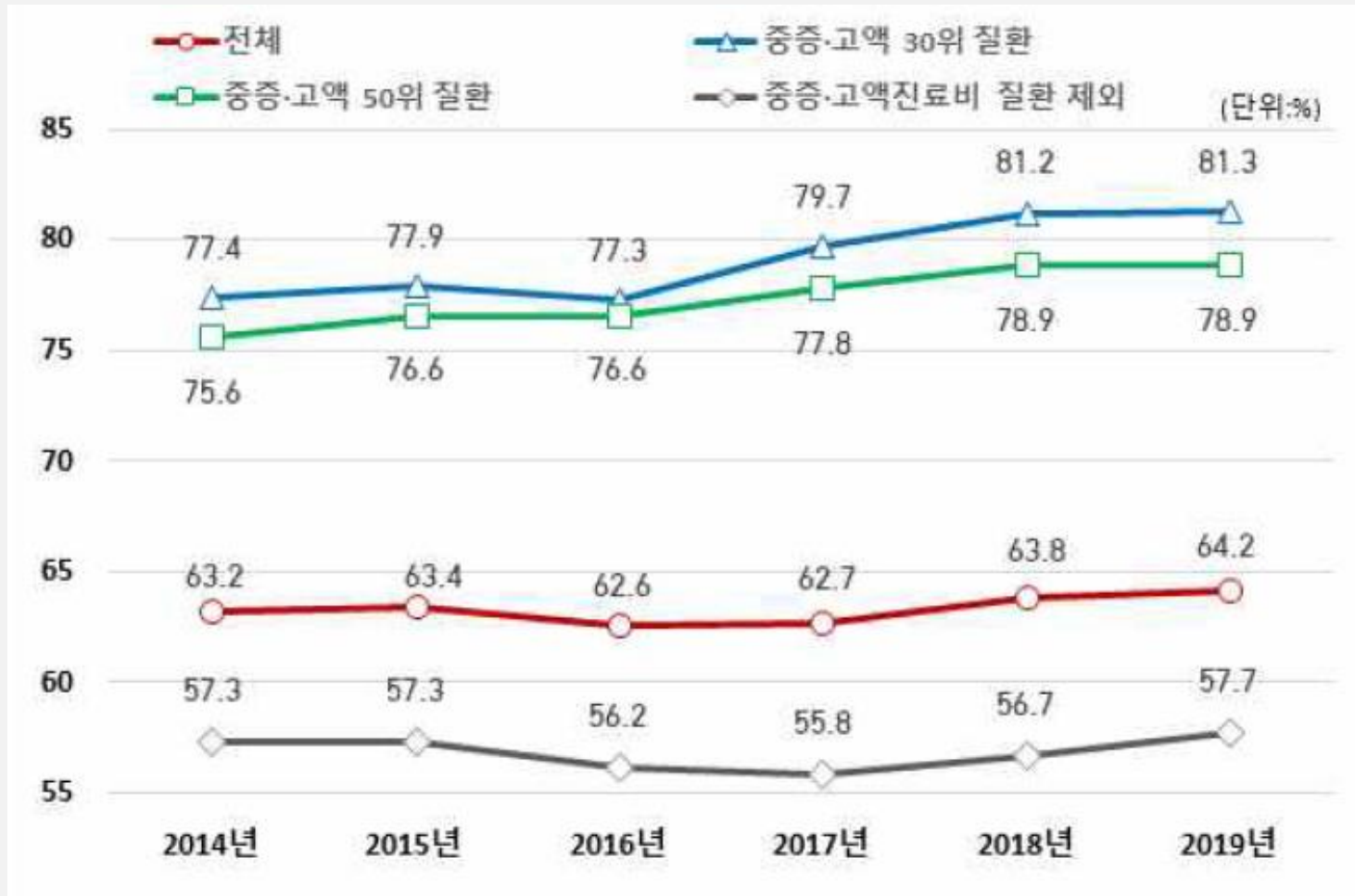
구 분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
입내원일수 (증감률)	98,796 (2.0)	98,993 (0.2)	102,157 (3.2)	103,264 (1.1)	105,229 (1.9)	108,674 (3.3)	96,198 (-11.5)
급여일수 (증감률)	738,088 (3.7)	761,685 (3.2)	810,378 (6.4)	850,921 (5.0)	898,662 (5.6)	956,667 (6.5)	956,822 (0.02)
진 료 비 (증감률)	543,170 (6.6)	579,546 (6.7)	645,768 (11.4)	693,352 (7.4)	776,583 (12.0)	864,775 (11.4)	869,545 (0.6)
급 여 비 (증감률)	406,845 (6.7)	433,404 (6.5)	483,239 (11.5)	518,225 (7.2)	585,836 (13.0)	651,674 (11.2)	654,742 (0.5)
급 여 율	74.9	74.8	74.8	74.7	75.4	75.4	75.3

주 1) 지급기준, 입내원일수는 약국의 처방조제 제외

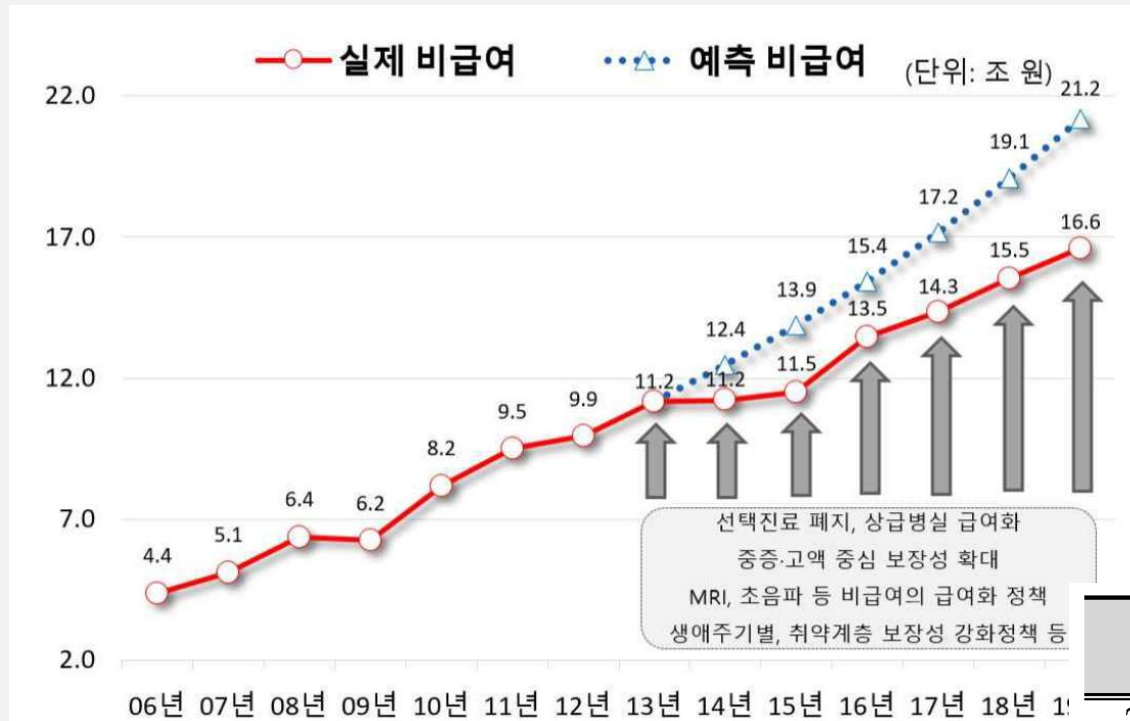
2) 급여율 = 급여비 ÷ 진료비 × 100

3) 증감률 : 전년 대비 증감률

건강보험 보장성: 중증·고액진료비 상위30(50)내 보장률



건강보험 보장성: 보장성 강화정책에 따른 비급여 진료비



구분	예측 ^{주)} 비급여진료비	실제 비급여진료비
2013년	11.2조	11.2조
2014년	12.4조	11.2조
2015년	13.9조	11.5조
2016년	15.4조	13.5조
2017년	17.2조	14.3조
2018년	19.1조	15.5조
2019년	21.2조	16.6조

주: 예측비급여 진료비는 '13년도 기준 4년 연평균 증가율을(11.1%) 적용하여 산출함

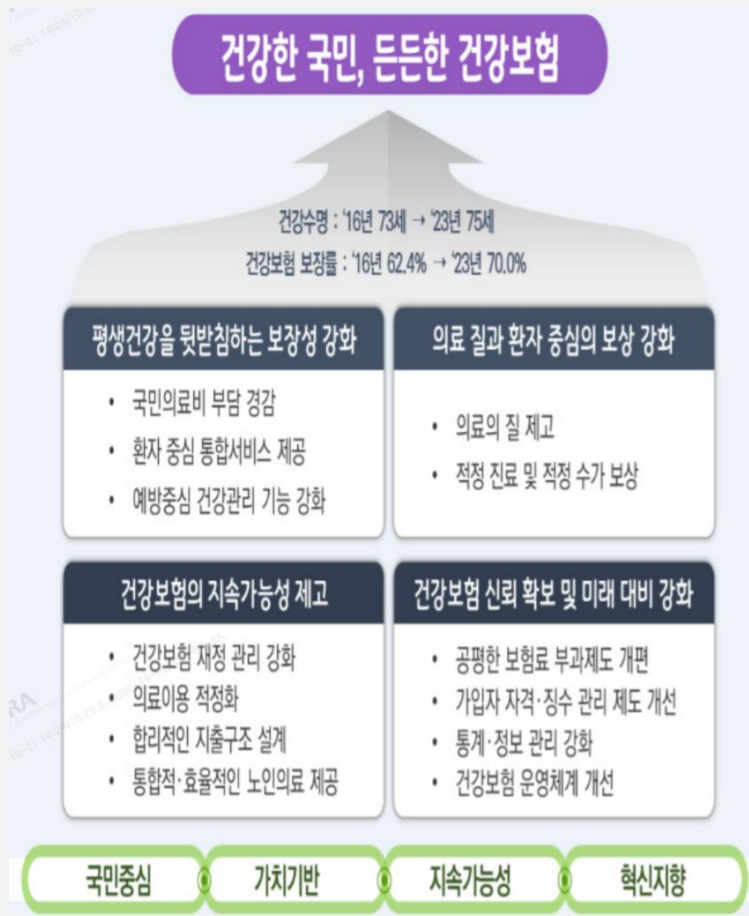
건강보험 보장성 현황: 의료기관 종별 보장률 추이

연도	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	증감(%p)
전체	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	0.6
상급종합	56.4	56.0	57.4	57.3	59.7	61.8	62.9	65.1	68.7	69.5	13.1
종합병원	58.0	61.4	58.7	61.3	61.2	61.7	62.4	63.8	65.2	66.7	8.7
병원	57.3	54.8	51.6	49.8	53.7	50.0	47.8	47.1	48.0	51.4	-5.9
요양병원	74.0	72.8	74.8	72.7	72.4	74.1	71.0	69.2	69.7	68.4	-5.6
의원	65.6	62.7	64.4	61.3	63.4	65.5	62.1	60.3	57.9	57.2	-8.4
치과병원	25.5	21.7	22.4	25.4	21.3	19.8	16.4	18.9	23.4	27.4	1.9
치과의원	35.5	40.3	29.9	35.4	29.9	31.9	30.8	31.7	34.9	36.9	1.4
한방병원	37.4	32.3	37.8	30.8	36.7	35.3	33.3	31.4	34.9	28.7	-8.7
한의원	54.3	49.7	54.9	52.7	53.2	47.2	53.9	56.1	52.7	54.0	-0.3
약국	71.6	71.0	69.7	69.8	69.0	69.1	69.3	69.5	69.4	69.2	-2.4

2. 역할 재설정의 필요성

국민건강보험의 정책적 변화

보장성 강화로 비급여 부담 경감



민간보험의 환경적 변화

기존 정액형에서 실손형 민간의료보험이 활성화

정액형 민간의료보험

- ✓ 목적: 소득손실 보상
- ✓ 국민건강보험과의 보장영역:
중복성 낮음
- ✓ 금융상품 성격

실손보상 민간의료보험

- ✓ 목적: 건강보험이 보상하지 않는
본인부담금 및 비급여 보상
- ✓ 국민건강보험과의 보장영역:
중복성 높음
- ✓ 의료적 성격

의료보장제도 목적의 측면에서...

국민의 의료 보장성 강화 & 국민의료비의 효율적 관리

◇의료계 “취지는 좋으나, 지속가능성 문제 검토 필요”

박수현 대한의사협회 대변인은 “(문재인 케어의) 취지는 좋다고 생각하지만, 현실적으로 준비돼 있느냐 봤을 때 의문스러운 부분이 있다. 지속 가능 측면에서 우려된다”고 지적했다.

◇정형선 교수 “70% 목표 보장을 사실상 불가능... 보다 많은 의료서비스 급여화한 것 긍정”

정형선 연세대 보건행정학과 교수는 문 케어의 목표 보장률 70%는 사실상 달성 불가능한 수치라면서 보다 많은 의료서비스를 급여 체계로 끌어온 것에 대해 긍정적으로 평가했다.

◇시민단체 “대형병원 수익창출 수단... 개인 체감 여전히 낮아”

김준현 건강정책참여연구소장은 문재인 케어가 대형병원의 수익 창출 형태로 진행돼 일반 국민 개개인이 의료기관을 이용할 때 체감할 수 있는 보장성 혜택은 여전히 제한적이라고 지적했다.

김 소장은 “재정이 투입됐지만, 그 혜택은 대형병원 중심으로 이뤄졌다”며 “보편적인 측면에서 보장률이 담보돼야 하는 게 맞다. 질환별로 접근하면 환자 간 보장률 격차로 연계되고, 결국 보편성이라는 측면에서 한계가 있기 마련이다. 이런 한계를 극복하고자 적용했던 게 ‘문재인 케어’다. 70%를 목표로 했는데, 중증 질환에 대해서 보장성이 높아졌다고 하는 건 애시당초 시작했던 문케어의 목표 달성이 안되서 변명하는 것으로 보인다”고 말했다.

그러면서 “보편성을 담보로 전반적인 보장성 강화가 목표였다. 그래야 계층별, 질환별 발생할 건강 격차를 좁힐 수 있다”며 “건강보험 국고지원금도 법적으로 예상수입의 20%라고 돼 있지만, 매년 지키지 못하고 있다. 지난 2007년부터 최근까지 미지급한 금액이 25조원이다. 관행적으로 축소편성하는 것을 체계로 바꿨어야 한다. 재원조달에 있어서도 공정하지 않은 형태를 보이고 있다. 정부가 해야 할 부담이 결국 국민의 보험료 가중으로 작용하게 될 것이다. 또 비급여도 제대로 통제하지 못했다”고 비판했다.

국민이 체감하는 보장성 ↑/↓/- & 국민의료비 ↑

3. 문제의 진단 – 백내장 수술 사례를 중심으로

문제의 진단: 백내장수술 건강보험 확대

9월 1일부터 검사 비용 절반 이하

안질환검사 건강보험 적용

그동안 환자들이 검사비 전액을 부담하던 눈 초음파 등 안질환검사의 건강보험 적용 범위가 확대됐다.
이번 건강보험 보장성 강화로 연간 약 100만 명에서 150만 명이 혜택을 누릴 수 있을 것으로 본다.



백내장·녹내장 수술 전 필수 검사 포함

초음파를 이용한 안구·안와검사, 백내장 수술 시 삽입할 인공 수정체의 도수를 결정하기 위한 계측검사, 녹내장 진단 및 치료 시 각막 두께를 측정하는 초음파 각막 두께 측정검사 등에 대한 건강보험 적용 범위가 전면 확대됐다. 망막질환이나 녹내장 등을 진단하고 치료 방법을 결정하거나, 백내장 수술을 하기 위해서는 필수인 검사들이다. 그동안 4대 중증 질환자 등에겐만 보험이 적용되고, 그 외 환자들은 검사비 전액을 부담해야 해서 급여화 필요성이 꾸준히 제기되곤 했다.

고위험군, 진료상 필요한 경우 추가 인정

9월 1일부터 안구·안와에 질환이 있거나 질환이 의심되는 경우 안구·안와 초음파검사에 건강보험을 1회 적용한다. 고위험군 질환자*에게는 1회 추가로 인정하고, 그 외 경과 관찰이 필요한 경우에는 본인부담률 80%를 적용한다. 아울러 백내장 수술 시 시행하는 계측검사도 건강보험을 1회 적용하고, 진료상 반드시 필요한 경우에는 1회 추가 인정한다. ●

*매체 콘택으로 안저 관찰이 어려운 급성 후유리체박리, 급성 망막박리, 맥락막박리, 유리체출혈, 포도막염

의료비 부담 얼마나 줄어드는가?

구분	평균 비급여 관행 가격	보험 적용 후 환자 부담(외래 기준)
안구·안와검사	9만2000~12만8000원	2만2700원(의원)-4만5500원(상급 종합병원)
초음파 계측검사	7만5000~12만3000원	2만700원(의원)-4만1600원(상급 종합병원)
레이저 계측검사	9만6000원	2만5600원(의원)-5만1500원(상급 종합병원)

[표] 서울시내 안과위원회의 백내장 재료대 인상사례

사례	항목	명칭	변경전('20.6월)	변경후('20.8월)
OO 안과	검사	A-scan	500,000	-
		B-scan	1,000,000	250,000
		IOL-master	490,900	250,000
		재료대(다초점렌즈)	panoptix(BI0200EB)	2,825,100
	합계		4,816,000	4,816,160
☆☆ 안과	검사	B-scan	400,000	400,000
		IOL-master	400,000	400,000
		재료대(다초점렌즈)	liberty(BI0208EB)	3,766,160
	합계		4,566,160	4,816,160
△△ 안과	검사	A-scan	766,200	566,200
		B-scan	520,000	220,000
		레이저간섭계측검사	1,980,000	1,480,000
		재료대(다초점렌즈)	ilea(BI0203OZ)	1,300,000
	합계		4,566,200	4,566,200
□□ 안과	검사	A-scan	250,000	100,000
		B-scan	250,000	120,000
		IOL-master	316,160	96,160
	재료대(다초점렌즈)	렌즈종류 불명	3,950,000	4,800,000
	합계		5,316,160	5,866,160
◎◎ 안과	검사	A-scan	175,500	-
		B-scan	500,000	-
		IOL-master	574,500	-
		재료대(다초점렌즈)	finevision(BI0201KU)	3,566,160
	합계		4,816,160	4,816,160
** 안과	검사	A-scan	330,930	130,000
		B-scan	750,000	130,000
		IOL-master	750,000	130,000
		재료대(다초점렌즈)	렌즈종류 불명	2,500,000
	합계		4,300,930	4,355,000

구분	세부항목	비급여 가격	본인부담금 (의원급)	급여비
비 급 여	레이저 계측검사	30만원	0원	6만
	안초음파 검사	70만원	0원	4.8만
	조절성 인공수정체	330만원	430만원	-
	환자부담 총액	430만원	430만원	10.8만
*20.9.1 급여화				
구 분	레이저 계측검사	0원	2.6만원	6만
	안초음파 검사	0원	2만원	4.8만
	조절성 인공수정체	430만원	-	-
	환자부담 총액	430만원	4.6만원	10.8만

* 자료 : 보건복지부, 심평원 진료비 공개자료 및 병원 홈페이지 비급여 진료비 기반 의원실 작성

문제의 진단: 백내장수술 실손보험금 추이

〈그림 1〉 백내장수술 실손보험금 추이



〈그림 4〉 2020년 다초점렌즈 실손보험 청구 현황

(단위: 백만 원, 만 원)



문제의 진단: 백내장수술 건강보험 청구

2016-2020년 수정체수술 청구건당 평균비용* 추이



주1. 연도별 보험수가 변동에 따른 할인 미적용

주2. 수술청구건당 평균비용으로 계산하였으며, 민간의료보험 진료비는 “보험연구원의 백내장수술의 실손의료보험 보험금 현황과 과제”에서 제시한 1년 총 지급보험금을 단순 합산하였으므로, 법정본인부담금의 중복 합산으로 과잉 산출되었을 수 있음.

문제의 진단: 과도한 백내장수술

의학신문

HOME > 정책·행정 > 국회

과도한 백내장 수술 이젠 젊은 층까지...비급여 관리 절실

▲ 정민준 기자 | ⓒ 승인 2021.10.15 12:01

이종성 의원, “백내장 수술의 적정성을 판단하는 기준과 자료 의무적 요구 필요”

[의학신문·일간보사=정민준 기자]과도한 백내장 수술로 인해 건강보험료가 불필요하게 소비되고 있는 가운데 젊은 층에서도 백내장 수술 비율이 늘어나는 추세이기에 의료기관에 자료보관을 의무화하는 등 실질적인 비급여 관리가 필요하다는 의견이 제기됐다.



국민의힘 이종성 의원은 15일 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 국회 보건복지위 국정감사에서 이와 같이 주장했다.

이종성 의원은 “지나해에도 백내장 과잉치료와 관련해 풍선효과 등 보험료의 불합리한 사용을 막고자 질의한 바 있다”며 “문제는 이례적으로 젊은 연령대까지 수술이 늘어나고 있다”고 우려했다.

이 의원은 “현재 2020년 기준 보험 사기로 14개 의료기관이 적발되는 등 여러 가지 문제점들이 지속되고 있다”며 “그럼에도 개선 방안은 문제를 해결할 수준으로 나아가지 못하고 있는 상황이 심각한 것”이라고 말했다.

이어 그는 “다초점 렌즈 관련 기재 건은 11만 6000건

으로 공개됐으나 의원실에서 다시 자료를 확인했더니 2배가 넘는 23만 건 정도가 사용됐다”며 “이제 다 비급여인데 이렇게 청구서 기재만으로는 비급여 사용 현황이 정확히 파악조차 안 되고 있다는 문제가 있다”고 지적했다.

MK 뉴스

인쇄하기

취소

백내장 과잉진료 주의보...“일부 병원서 실손보험 악용 돈벌이”

금융소비자원 “무리한 수술로 피해 속출 실손보험료 인상 우려”

입력 : 2019.12.11 15:33:34



△백내장 수술

금융소비자원(금소원)은 최근 무분별한 백내장 수술이 비양심적인 의료기관의 돈벌이 수단으로 악용되고 있다며 11일 소비자의 주의를 당부했다.

금소원에 피해구제 상담을 요청한 A씨는 2016년 1월 안과에서 백내장이 있다는 진단을 받고 양쪽 눈에 다초점 인공렌즈 삽입술을 받았다.

A는 약간의 노안과 녹내장이 있었을 뿐 시력에 큰 문제가 없었고 본인도 불편함을 느끼지 않았지만, 의사의 강력한 권유로 수술을 결정했다고 한다.

이후 그는 심한 부작용으로 수면제 없이는 잠을 이루기 힘들 정도의 심각한 신체적·정신적 피해를 겪고 있다.

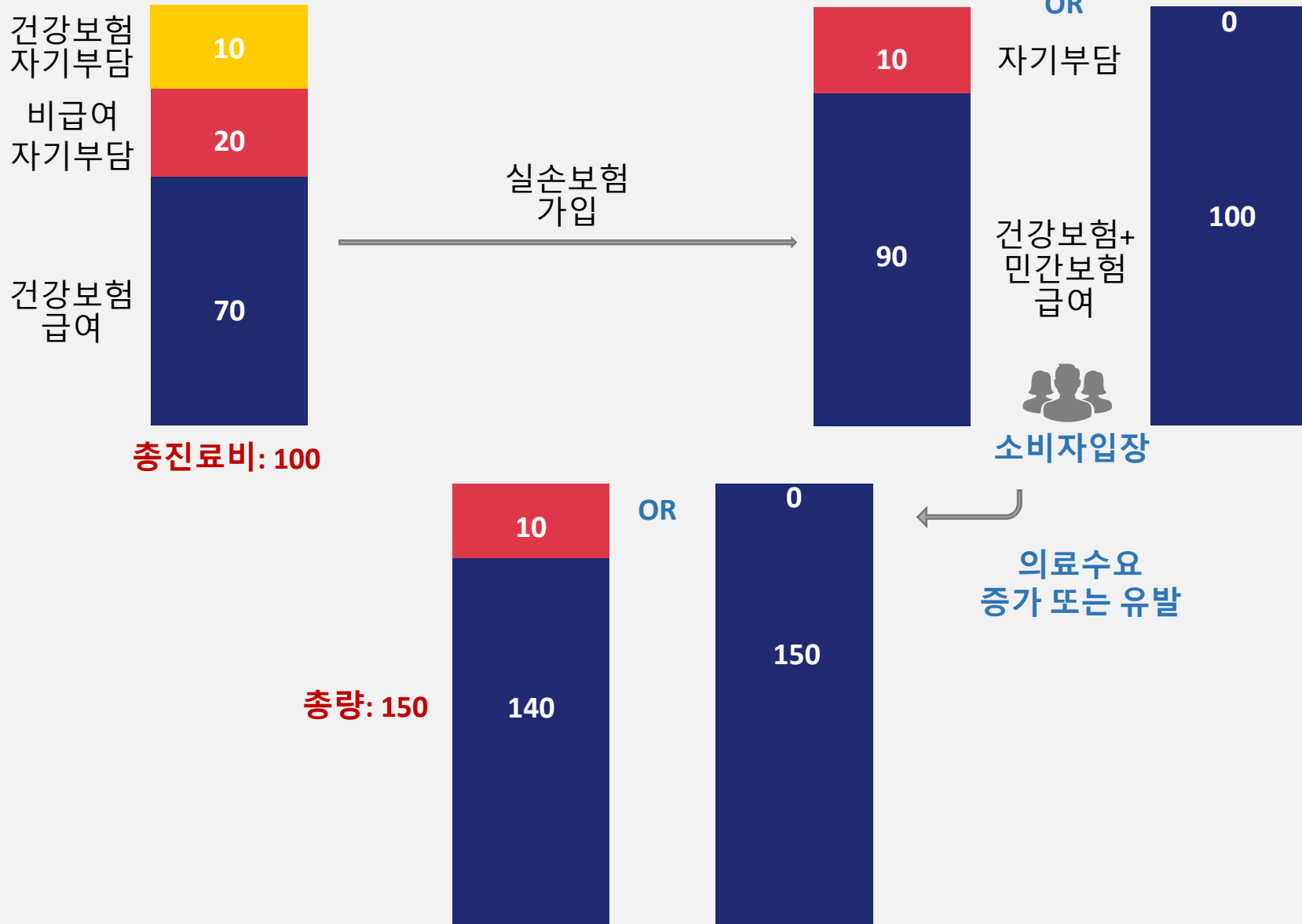
금소원은 “이런 사례가 현장에서 다수 발생하고 있다”며 “일부 의료기관은 환자에게 먼저 실손의료보험 가입 여부를 물어본 뒤, 실손보험 가입자에게 비급여 진료 항목의 가격을 터무니없이 높게 책정하거나 과잉진료를 통해 과도한 치료비를 청구한다”고 전했다.

4. 건강보험과 민간보험 협력방안

협력방안: 왜 협력해야 하는가?



협력방안: 왜 협력해야 하는가?



협력방안: 어디에서부터 출발할 것인가?



HOME > 의사병원

공사보험 연계법, 의료계 반발 속 의결

△ 의약뉴스 강현구 기자 | ○ 승인 2021.09.15 05:57

민간보험사에 국민건강자료 제공...실손보험 반사이익 관련 내용 없어

‘공사보험 연계법’이 국무회의에서 의결돼 추후 논란이 될 전망이다. 특히 의료계에선 해당 법안에 대해 건강보험 정보를 민간보험사에 넘겨주는 것이라며 크게 반발했다.

보건복지부(장관 권덕철)와 금융위원회(위원장 고승범)는 지난 14일 ‘국민건강보험법’ 및 ‘보험업법’ 일부개정법률안이 국무회의에서 의결됐다고 밝혔다.

해당 법안은 지난 1월 국민건강보험과 민간 의료보험 간 연계와 협력을 위한 근거마련을 위해 입법예고된 법안이다.

복지부와 금융위는 법 개정을 통해 기존 실태조사를 확대, ▲ 실손보험 상품구조 개편 ▲ 비급여 관리 강화 ▲ 보험료율의 적정화 등 제도 개선을 추진하겠다고 했다.

개정안은 기존에 공사보험정책협의체를 통해 추진되던 건강보험과 실손의료보험의 연계 관리를 보다 체계적이고 안정적으로 수행할 수 있도록 협의체를 (가칭)공사보험연계심의 위원회로 발전시키고 공사보험이 상호 간 미치는 영향 등을 파악하기 위한 실태조사 근거와 자료 제출 요청 근거가 포함됐다.

일부개정법률안의 시행은 공포 후 1년이 경과한 날이며, 실태조사의 상세한 내용, (가칭)연계심의위원회 등 구체적인 사항을 보건복지부와 금융위원회 양 부처 공동 소관 대통령령에 규정할 예정이다.

이 같은 소식이 전해지자 의료계에선 크게 반발하고 있는 상황이다. 특히 해당 법안의 입법예고기간 중에 70여건이 넘는 의견이 제출됐지만 정부는 단 한 건도 반영하지 않고 원안 그대로 확정된 것으로 알려져 더 큰 논란을 불러올 전망이다.

△실...물...

제약(의약품)개발...의료인, 자료의...
 (물, 요점) ①보건의료정보...
 ②의료정보...
 ③의료정보...
 ④의료정보...
 ⑤의료정보...
 ⑥의료정보...
 ⑦의료정보...
 ⑧의료정보...
 ⑨의료정보...
 ⑩의료정보...

▲ ‘공사보험 연계법’이 국무회의에서 의결돼 추후 논란이 될 전망이다. 특히 의료계에선 해당 법안에 대해 건강보험 정보를 민간보험사에 넘겨주는 것이라며 크게 반발했다.



허종식 의원 "건보 심평원도 민간데이터 확보해야"

[박민욱]

"건보 심평원도 민간보험 데이터로 공보험 효율성 높여야"

[메디파나뉴스 = 박민욱 기자] 지난 해 데이터3법 개정으로 민간보험사의 공공보건의료데이터 개방 요구가 커지고 있는 가운데, 민간보험사도 국민건강보험공단 건강보험심사평가원 등 공보험 측에 자료를 공개해야 한다는 주장이 제기됐다.

더불어민주당 허종식(인천 동구미추홀구갑) 국회의원이 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단으로부터 받은 자료에 따르면, 지난 6월 A손해보험사를 시작으로 민간보험사들이 심평원과 건보공단에 각각 6건의 공공의료데이터 제공을 요청했다.

공보험 측은 이에 따라 심의위원회를 구성했고, 심평원은 승인하기로 한 반면 건보공단은 거부하기로 결정했다.

이처럼 심평원과 건보공단이 상반된 결정을 내리면서 의료 관련 자료공개 여부에 대한 사회적 공론화가 필요하다는 지적이다.

건보공단과 심평원 등 공보험 측도 민간보험의 자료를 받을 수 있도록 제도 마련이 필요하다는 주장이 제기되고 있다.

앞서 지난 9월 국민건강보험법 및 보험업법 개정안이 의결됨에 따라 '비급여에 대한 실태조사' 근거가 마련된 가운데, 한발 더 나아가 공공의 건강보험과 민간의 실손의료보험의 의료이용 및 비용 등을 정확히 파악해야 한다는 것이다.

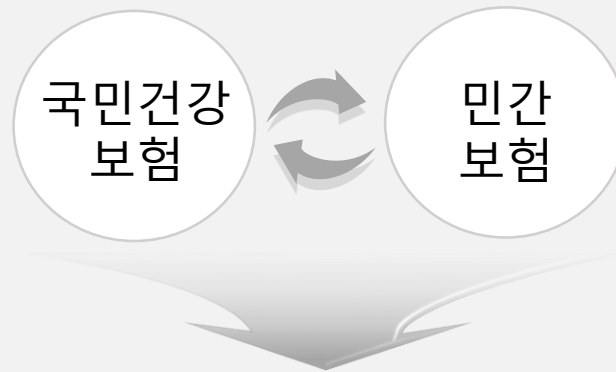
의원실에서 백내장의 수정체수술 건수 및 비용 추이를 분석한 결과, 2016년 건강보험 지출이 4,175억원에서 2020년 6,825억원으로 지난 5년간 60% 이상 증가한 것으로 나타났다.

건강보험 재정 관리를 위해선 실손 및 민간의료보험에 대해 자료를 토대로 검토해야 한다는 목소리에 힘이 실리는 이유다.

허종식 의원은 "민간보험사에서 공보험 측에 자료 공개를 요청하고 나선 만큼, 공보험 측도 민간보험 측 자료를 주기적으로 분석함으로써 공보험의 효율적 운영과 재정 추계 등 정확성을 더 높일 수 있을 것이다"고 말했다.

건강보험과 민간보험의 협력

국민들이 체감하는 **건강보장과 의료비 부담 경감**



건강보험과 민간보험의 **환자단위 자료의 구축과 관리 필요**

비급여 관리

부담청구 관리

국민의료비 관리

환자중심 건강보험 보장성 강화를 위한 **협업**

감사합니다.



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

정책토론회 | 인구고령화 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 상생 전략

초고령사회 대비 국민건강보험 보완을 위한 민영건강보험의 활용과 과제

정 성 희 (보험연구원 실장)

2021.10.29.

목 차

I. 현황

II. 민영건강보험 주요 현안

III. 민영건강보험 활용과 과제

I

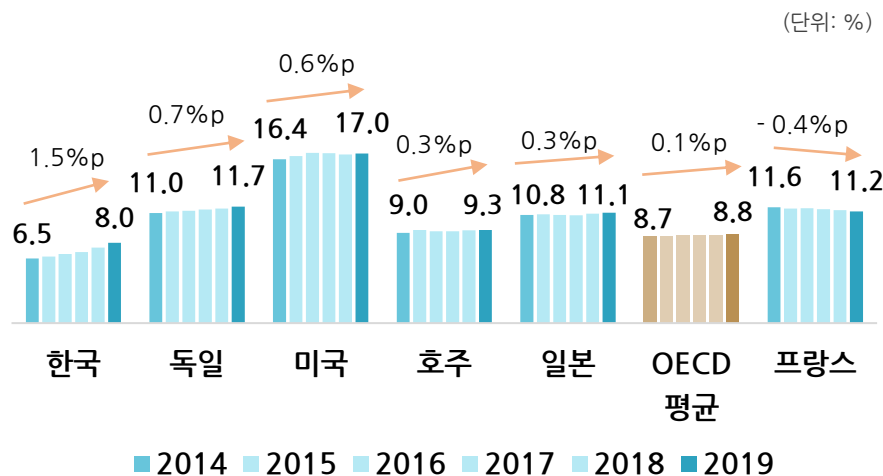
현황

1. 고령화 가속, 의료비 부담
2. 보장성 강화 정책 추진
3. 보완형 민영 역할

1. 고령화 가속, 의료비 부담

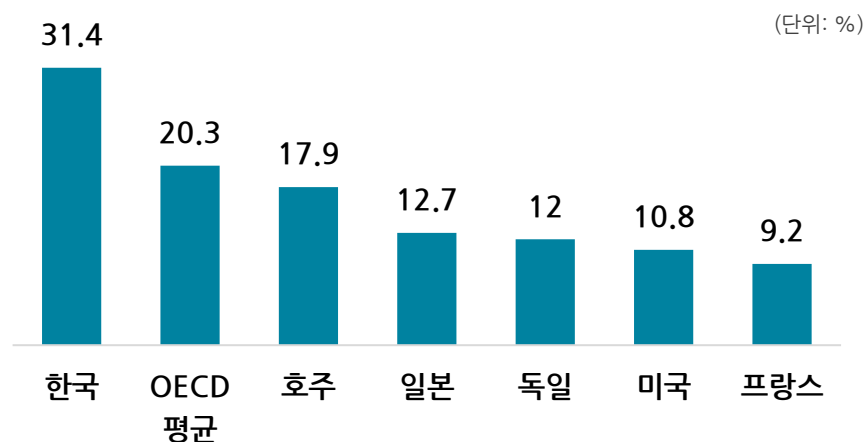
- 저출산·고령화 가속으로 국민건강보험 재정과 개인 의료비 부담 심화가 예상됨
 - 2025년 초고령사회에 진입, 2049년 전세계 최고 고령국가, 2061년 고령인구 비율 44% 전망
- 우리나라 국민의료비는 OECD 회원국에서 가장 빠르게 증가하는 추세임
 - 국민 1인당 의료비 증가율은 연평균 8.7%로 OECD 평균(4.4%)의 두 배 정도 높은 수준

GDP 대비 경상의료비



자료: OECD Health Statistics(2020)

경상의료비 대비 개인의료비



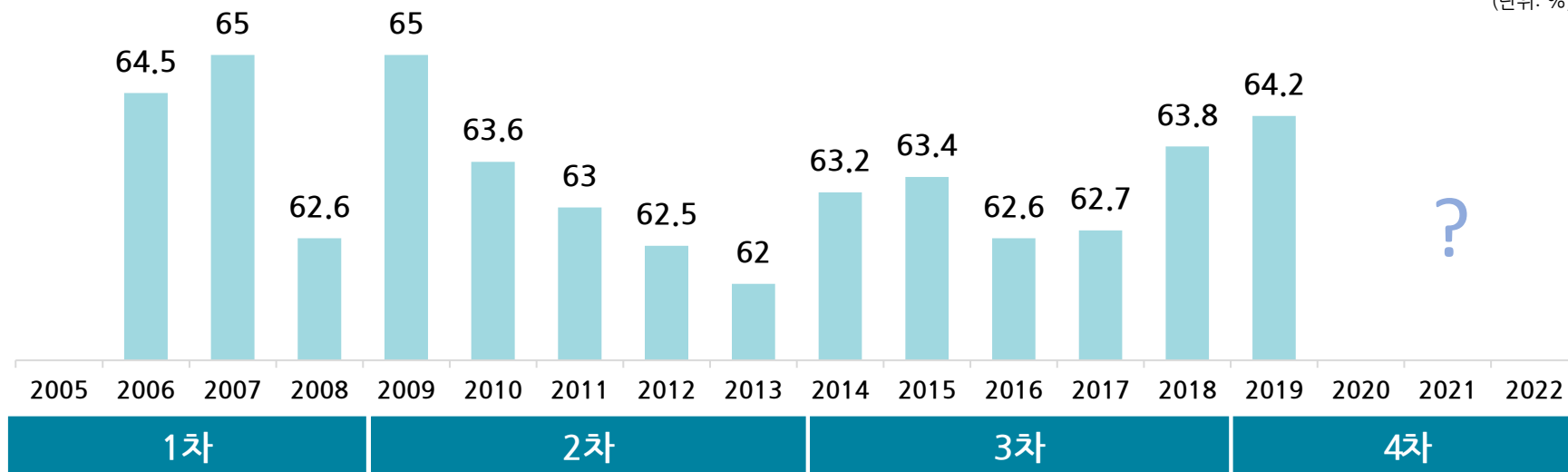
자료: OECD Health Statistics(2020)

2. 보장성 강화 정책 추진

- 정부는 국민의료비 부담 경감을 위해 건강보험 보장성 강화 정책을 꾸준히 추진함
 - 모든 정부는 건강보험 보장성 강화 정책의 핵심 내용으로 '비급여의 급여화'를 추진

우리나라 건강보험 보장성 강화 정책과 보장률 추이

(단위: %)



자료: 건강보험정책연구원(2019.12); 국민건강보험공단 보도자료(2020.12.30)

3. 보완형 민영 역할

• 사회보험의 한 틀로 국민건강보험 및 민영보험으로 실손의료보험이 시행됨

- 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 국민건강보험의 보완형*으로 도입

* 국민건강보험이 보장하지 않는 환자의 본인부담(법정본인부담, 비급여) 의료비를 보장해 주는 상품

우리나라의 건강보장제도	
공적	국민건강보험
	의료급여제도(저소득층 무상의료)
사적	실손의료보험

실손의료보험 보장범위	
국민건강보험 급여	건강보험 보장률 (64.2%)
	법정본인부담률 (19.7%)
국민건강보험 비급여	비급여본인부담률 (16.1%)

주: 1) 괄호는 2019년 기준 전체 의료비 중 점유율임
2) 점선으로 표시된 부분은 실손의료보험 보장범위임

II

민영건강보험 주요 현안

1. 지속성 위기

- 손해율 급증, 보험료 부담, 공급 위축
- 비급여 근골격계·안과 청구 집중
- 백내장수술 비급여관리 취약

2. 역할 정립 요구

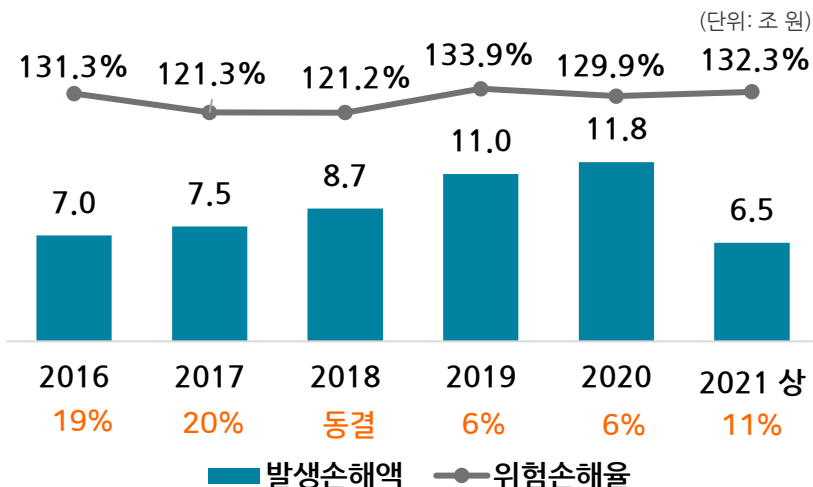
- 정상화 논의
- 보장성 강화 효과 저조
- 급여본인부담, 본인부담상한액 초과금

1. 지속성 위기 - 손해율 급증, 보험료 부담, 공급 위축

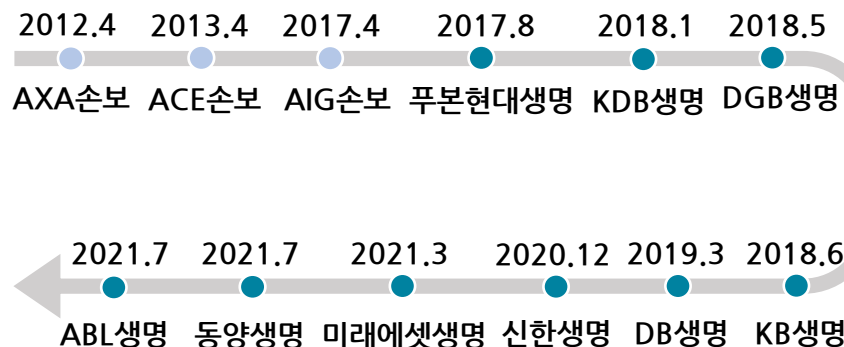
• 실손의료보험의 손해율 급증으로 공급 지속성에 대한 심각한 우려가 제기됨

- 코로나19에도 불구하고 2021년 상반기 손해율은 132.3%로 전년 동기 대비 0.6%p 증가
- 손해율 상승 지속 시 보험료 부담 가중으로 실손가입자의 계약 유지 부담이 가중
- 시장 정상화에 대한 기대가 약해지면서 실손보험 판매를 중지하는 보험회사가 속출

실손의료보험 위험손해율 추이



실손의료보험 판매 중지



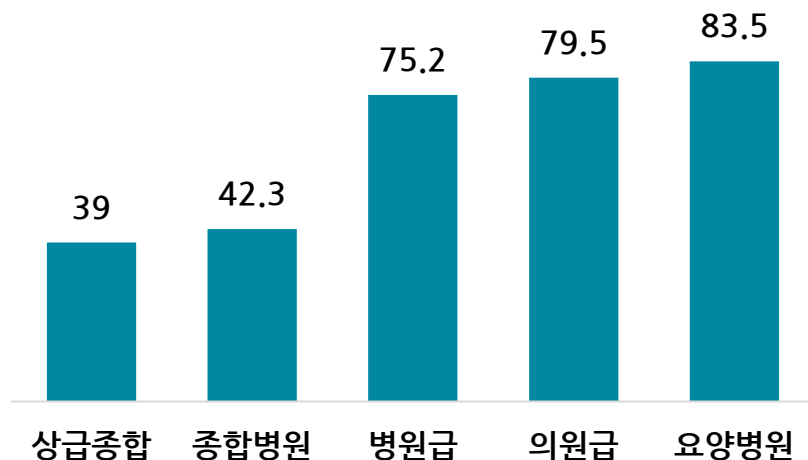
주: 주황색 글씨는 보험업계 평균 보험료 인상률임
자료: 보험회사 통계

1. 지속성 위기 - 비급여 근골격계·안과 청구 집중

- 비급여 비중이 높은 근골격계·안과 질환이 실손보험금의 상위 청구 항목에 집중됨

의료기관종별 비급여 비중

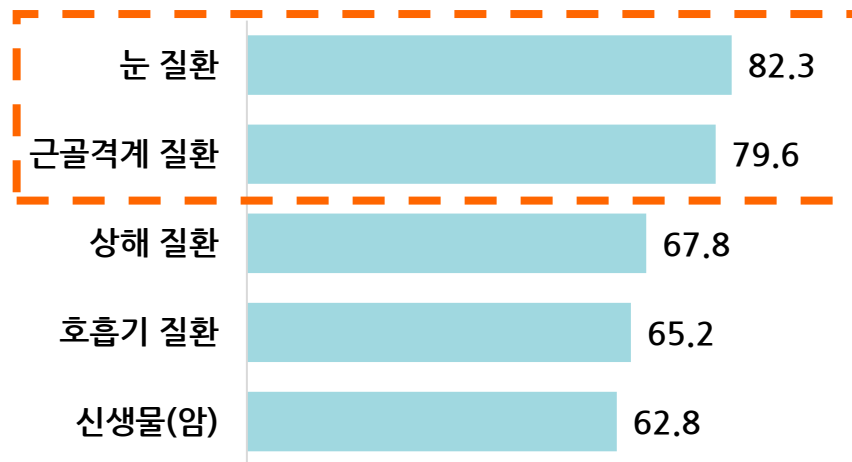
(단위: %)



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

비급여 비율이 높은 상위5개 질병대분류

(단위: %)

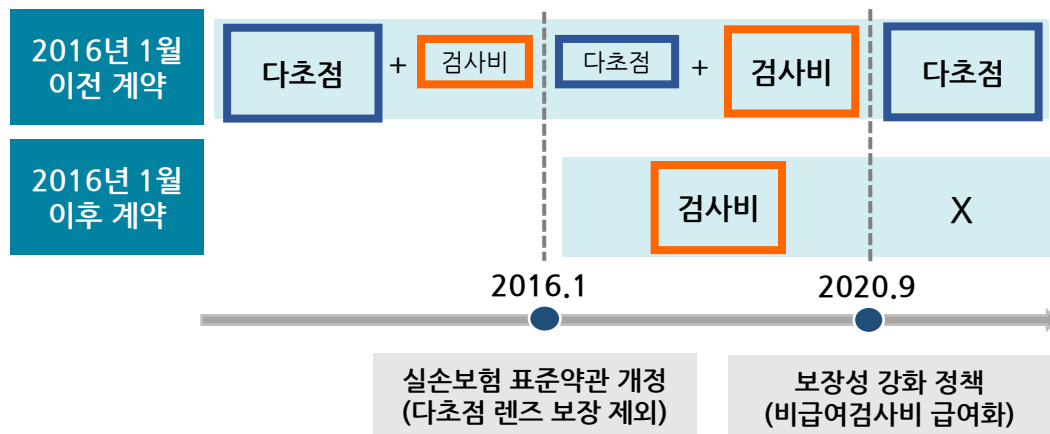


자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

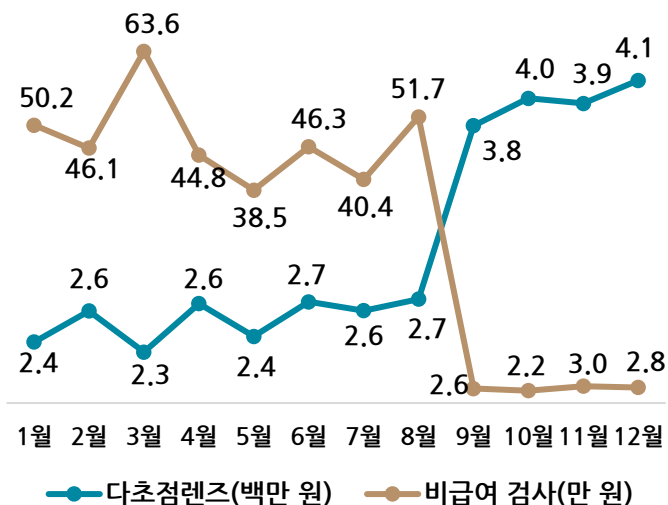
1. 지속성 위기 - 백내장수술 비급여관리 취약

- 특히 백내장수술의 실손보험금이 2021년 1조 원을 상회할 것으로 예상됨
 - 백내장수술과 관련된 규정 변화가 있을 때마다 백내장수술에 대한 실손보험금 청구 항목의 가격이 임의적으로 일시에 변화하거나 급격히 인상

백내장수술 관련 제도 변경과 실손보험금 청구



2020년 다초점렌즈관련 실손보험 청구



2. 역할 정립 요구 - 정상화 논의

• 실손의료보험은 정부의 건강보험 정책 기조에 따라 여러 부침을 겪어 옴

- 정상화 논의는 2005년 참여정부시절부터 이어졌으나, 지금까지 ‘실손의료보험의 표준화’만 도입
- 2020년 12월 복지부·금융위, 공·사보험 연계를 위한 법적 근거 마련에 합의

* ① 복지부·금융위 공동 소속의 공·사 의료보험연계위원회 설치, ② 위원회 심의 거쳐 실태조사 실시·결과 공개, ③ 관계 기관에 실태 조사에 필요한 자료 제출 요청 권한 부여 및 자료 활용 등

추진과제	세부 추진상황
비급여 중심의 보장범위 설정방안	• 실손형 상품에 대한 법정본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안
민간보험상품 표준화 방안	• 실손형상품 표준화 내용 및 방법 (표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안
공·사보험 간 정보공유 방안	• 공사보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공사보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영
민간의료보험의 진료비 심사 위탁방안	• 진료비 심사를 심평원에 위탁방안 구체화 - 위탁계약, 위탁업무처리, 이의신청절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항
비급여 가격계약 허용방안	• 비급여 가격계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 • 환자 선택권 보장을 위한 최소조건 설정

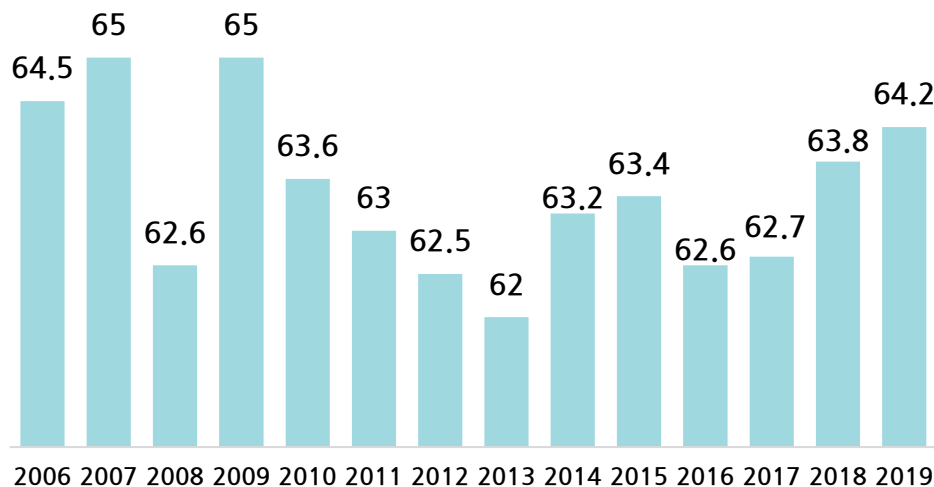
자료: 의료산업선진화위원회(2006.10.24)

2. 역할 정립 요구 - 보장성 강화 효과 저조

- 건강보험 보장성 강화 정책의 저조한 효과가 공·사 건강보험 간 갈등을 촉발함
 - 실손보험이 보장성 강화에 따라 반사이익을 받고 있다는 전제로 보험료 인하를 요구
 - 국민건강보험의 보장성에 부담이 되지 않도록 의료 소비를 부추키는 영역에 대한 보장 축소 제기

우리나라 건강보험 보장률 추이

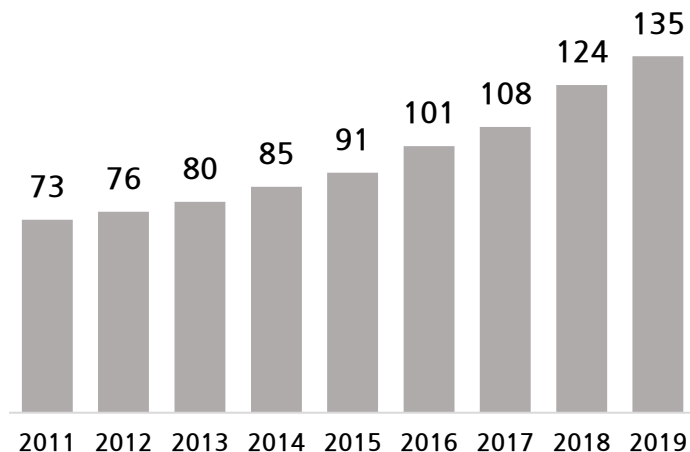
(단위: %)



자료: 1) 국민건강보험연구원(2020)
2) 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사

연간 환자 1인당 급여비

(단위: 만 원)



자료: 1) 건강보험심사평가원·국민건강보험(2020)
2) 2019년 건강보험통계연보

2. 역할 정립 요구 - 급여본인부담, 본인부담상한액 초과금

- 실손보험 급여본인부담금 보장이 건강보험 재정 악화를 초래한다는 주장이 제기됨
- 본인부담상한액 초과금을 실손보험에서도 중복 보장해야 한다는 의견도 개선됨
 - 현행 실손보험 표준약관에서 국민건강보험공단으로부터 사전·사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)은 보상하지 않는 사항(표준약관 제4조)

급여본인부담금에 대한 실손보험금 청구 및 지급

청구금액	81만 원 미만	81만 원~582만 원	582만 원 초과
지급여부	지급 (소득확인 불필요)	지급여부 불명확 (소득확인 필요)	부지급 (소득확인 불필요)
< 81만 원을 초과하는 급여 본인부담금에 대한 보험청구시부터 소득 확인 및 소득에 따른 환급금 공제 필요			
소득확인	- 전년도 건보료 납부 확인서 징구 * 전년도 소득 기준 개인별 상한액 확인	- 소득확인 대상자 선정 기준은 회사별로 상이 * 1분위 적용사/4~5분위 적용사/6~7분위의 적용사/8분위 적용사	
지급결정	- 적용 상한액 이내에서 보험금 지급 * 개인별 상한액 or 회사별 적용 상한액	- 상한액 초과 지급 시* '반환 약약서' 징구 * 계약자 사정을 고려하여 선지급하는 것임	
사후정산	- 차년도 건보 안내문* 징구 및 정산 * 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문	- 초과 지급액 환수* 과소 지급액 추가 지급 * 추가보험금 청구 시 감액하고 지급/자진환수 요청/환수 포기	

III

민영건강보험 활용과 과제

1. 지속성 제고

- 비급여 관리 필요성
- 비급여 관리 사례
- 비급여 관리 방안

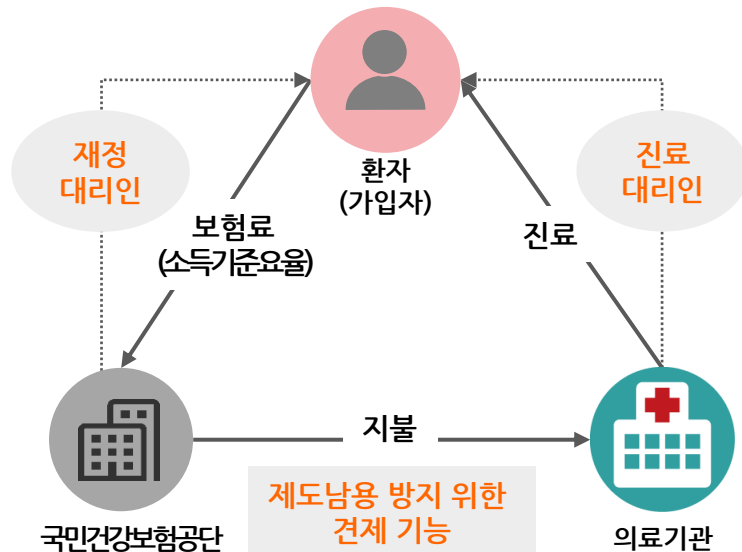
2. 역할 정립 방안

- 공·사 갈등 해소 노력
- 급여본인부담금
- 본인부담상한액 초과금
- 보완형 민영보험에 맞는 역할

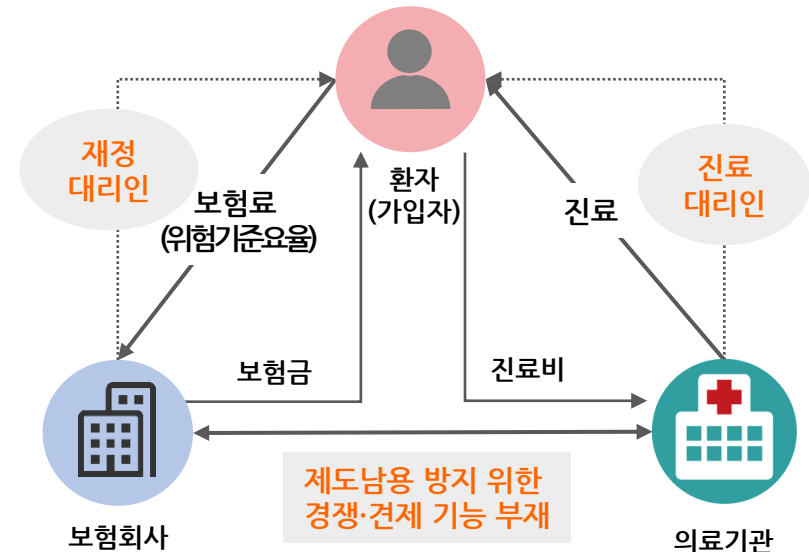
1. 지속성 제고 - 비급여 관리 필요성

- 의료공급의 남용 방지를 위해 보험자와 의료기관 간 선의 경쟁·견제 장치가 필요함
 - 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스의 질과 비용에 영향을 미치는 우위적 위치

국민건강보험(제3자 지불제)



실손의료보험(상환제)



1. 지속성 제고 - 비급여 관리 사례

• 우리나라는 주요국에 비해 비급여에 대한 의료 공급의 통제 제도가 미흡함

- 독일: 의료기관은 민영건강보험 적용수가 가이드라인을 통해 보험회사에 가격책정 사유 제출 혹은 진료 전 합의
- 호주: 의료기관은 연방정부가 제시하는 수가 가이드라인을 기준으로 보험회사와 민영건강보험 적용수가를 합의

주요국의 의료비용 통제 제도

국가	의료 이용	의료 공급: 비급여
한국 (4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용(예정)	없음
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급	민영 건강보험에 대한 의료수가 가이드라인 적용
호주, 프랑스 네덜란드, 미국 등	보험회사 - 의료기관 간 네트워크 허용	보험회사 - 의료기관 간 의료수가 협상

[참고] 비급여 관리 사례

독일 사례

- 법정 건강보험이 급여하지 않는 비급여 의료서비스에 대한 의료수가 체계(GOÄ)를 1965년부터 도입하여 적용함
- 비급여 진료에 대한 이의신청제도 시행
 - 의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간, 실행 상황 등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있음
 - 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 함(GOÄ 제5조 제2항)
 - 치료 전 환자와 합의가 있는 경우에는 3.5배 이상의 수가를 적용할 수도 있음(GOÄ 제2조)

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 서면으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면합의 필요

자료: Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ)

호주 사례

- 의료제공자는 자유롭게 진료비를 청구할 수 있으나, 보험회사와 사전계약을 맺은 의사 및 민영병원은 정해진 수가를 적용해야 함
 - 합의된 수가는 일반적으로 호주의 공적 건강보험 수가(MBS)보다 높음
 - 환자 본인부담금이 없는 계약(no gap) 또는 환자 부담금 상한선을 정한 계약(known gap)이 있음
 - 보험회사와 계약을 맺지 않은 의료기관 이용 시 보험회사는 호주 공적 건강보험 급여 수가(MBS)의 25%만 부담하고 나머지는 환자가 전액 부담해야 함
- 환자 본인부담금 발생 시 의료제공자는 환자에게 이를 설명하고 동의(Informed Financial Consent, IFC)를 받아야 함
- 호주의료협회는 의료수가 가이드라인(AMA Fees Lists)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 이를 참고하여 진료비를 청구하도록 함
 - 호주의료협회는 기본적으로 전문의의 의료수가를 규제에 반대하는 입장이나, 환자와 의사 간 정보공유를 중요하게 생각함
- 호주 복지부는 2019년 12월 전문의 진료비 검색 서비스(Medical Cost Finder)를 시작해 일반 국민에게 지역별, 의료서비스별 전문의 진료비의 평균 수준을 공개함

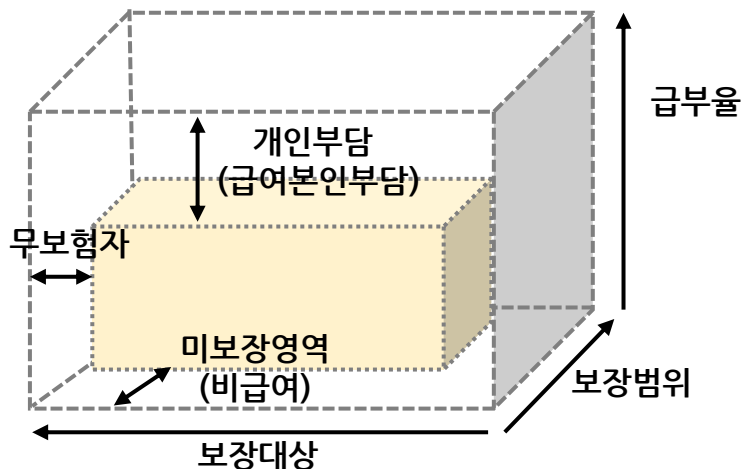
1. 지속성 제고 - 비급여 관리 방안

과잉진료 비급여 항목 집중 관리	• 의료행위 여부가 불분명한 비급여 항목에 대해 치료 인정기준을 마련 • 의료이용이 많고 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 우선적으로 급여화 추진
보장성 강화의 비급여 풍선효과 차단	• 비급여 과잉 진료 관련 신속한 정보 공유를 위해 민·관 간 협의 채널 구축 • 제도 변경(복지부 고시, 실손보험 약관 등)에 따른 특정 비급여의 가격·진료량의 단기간내 임의적인 증가 현상에 대한 지속적인 모니터링 실시
비급여 진료 통계 집적·관리	• 비급여 실태 파악을 위해 급여진료와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료제출 요구 • 총 진료비용의 자료 제출을 우선 실시, 비급여의 세부 항목 자료 제출로 단계적 확대
비급여 표준 수가제도 도입	• 비급여 특성에 따라 합리적인 기준*에 의한 비급여 표준 수가제도 구축 * 상한가, 평균가, 구입원가, 협상가격 등

2. 역할 정립 방안 - 공·사 갈등 해소 노력

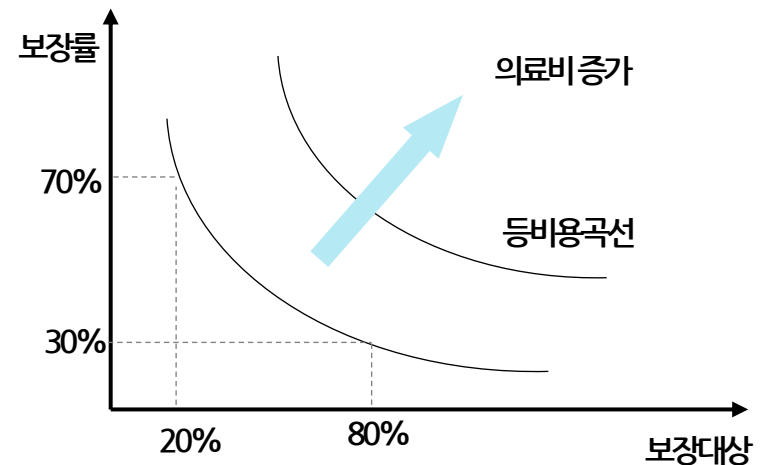
- 건강보험 보장성 강화 효과 제고를 위해 사회적 합의를 통한 개선 노력이 요구됨
 - 전국민의 건강보장 달성을 위한 보장성 강화정책은 재정 규모 혹은 안정성보다 건강보장 혜택 인구, 급여 범위, 급여율 간 조합 등을 통한 지속적인 개선이 보다 중요

건강보험 보장성 강화의 의미



자료: OECD(2016), 「OECD Health care coverage in OECD Countries in 2012」

건강보험 보장성과 의료비 관계



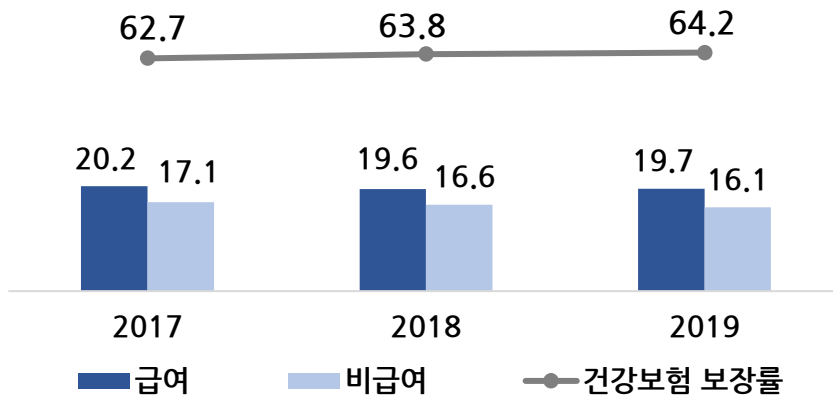
자료: OECD(2016), 「OECD Health care coverage in OECD Countries in 2012」

2. 역할 정립 방안 - 급여본인부담금

- 건강보험의 보장성이 낮은 상황에서 ‘실손보험의 급여본인부담금 보장’은 필요함
 - 급여본인부담금 설정이 도덕적 해이 방지를 목적으로 하나, 건강보험 재정 부담으로 그 이상으로 높게 설정 (선별급여·예비급여: 본인부담률 50 ~ 90%)
 - 2019년 전체 진료비에서 급여 본인부담률은 20% 수준, 환자 본인부담률에서 절반 이상 차지
 - 또한, 현재 4세대 실손보험은 급여본인부담금 중 20%를 실손가입자가 부담

우리나라 건강보험 보장률 및 본인부담률

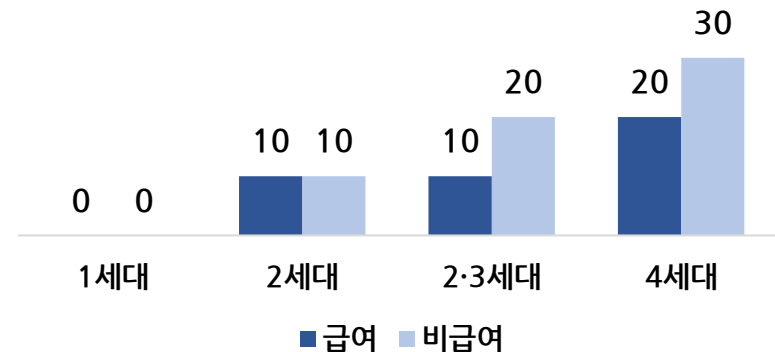
(단위: %)



자료: OECD Health Statistics(2020)

실손의료보험 자기부담률 변화

(단위: %)



주: 손해보험회사 상품 기준, 선택형 기준

2. 역할 정립 방안 - 본인부담상한액 초과금

- 본인부담상한액 초과금의 경제적 실질은 급여공단부담금과 동일함
 - 다만, 보장공백 해소를 위해 진료비 발생과 상한액 초과금 지급 간 시차를 줄일 필요가 있음

쟁점	검토 의견
환급금의 성격	• 환급금이 지급된 만큼 급여본인부담금이 감소하므로, 환급금 성격은 급여공단부담금과 동일
공사보험의 관계	• 실손보험은 보완형으로 기능하므로 공보험 보장성 확대 시 실손보험 보장 대상이 감소하는 것은 당연
보험회사 이익 여부	• 환급금 공제가 보험회사의 이익으로 볼 수 없고, 오히려 보험료 부담 적정화는 전체 계약자 이익이 됨
실손보상원칙 (이득금지원칙)	• 환급금에 대한 실손보상원칙의 예외 인정을 통해 이중지급을 허용해야 하는 정책적 필요성이 불명확 • 반면, 과잉진료 및 보험사기 유발 등 부작용 우려가 큼
보험계약자 평등원칙	• 보험계약자 평등 원칙은 동일보험료-동일보험금의 의미하는 것은 아님 • 실제 지출하지 않은 의료비를 보상하지 않는다고 하여 보험계약자 평등의 원칙에 반한다고 볼 수도 없음
소비자보호	• 의료비 이중지급이 취약계층에 대한 적절한 지원 방법이라고 보기는 어려움 • 오히려 본인부담상한제의 지속가능성을 저해할 우려가 있음

자료: 황현아, 정성희 (2021), 건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계, 보험연구원 CEO Brief

2. 역할 정립 방안 - 보완형 민영보험에 맞는 역할

- 보완형에 맞는 바람직한 공·사 건강보험의 역할 정립 노력이 필요함

구 분	공 · 사 건강보험 연계 모델					
	조세방식	사회보험방식 *고소득자↔저소득자간전가	의무가입	집단요율 *건강인↔질환자간전가	고용주 제공	위험요율 *위험전가
공 · 사	공적건강보험		민영건강보험			
가입 요건	의무 가입			임의가입		
정책수립시 고려사항	• 공공재정부담 • 재정 지속가능성 • 노동시장 유연성에 미치는 영향 • 풀링 범위					
	풀링 및 보장범위					
	• 사회적 연대와 누진성 • 제도제도의 교차보조(cross-subsidization) 정도					
공공성	강 ←○→ 스위스 아일랜드 네덜란드 호주 독일 미국 프랑스 한국 대만 일본 영국 ○약					

요약

현안		과제	
① 지속성 위기	• 실손보험 손해율 급증	① 지속성 제고	• 과잉진료 비급여 항목 집중 관리
	• 비급여 근골격계·안과 청구 집중		• 보장성 강화의 비급여 풍선효과 차단
	• 백내장수술 비급여 관리 취약		• 비급여 진료 통계 집적·관리
② 역할 정립 요구	• 실손보험 정상화 논의		• 비급여 표준수가제도 도입
	• 보장성 강화 효과 저조로 공·사 갈등 촉발	② 역할 정립	• 보장성 강화 효과 제고
	• 급여 본인부담금, 본인부담상한액 보장 논의		• 급여 본인부담금 보장 필요
			• 진료비 발생과 본인부담상한액 초과금 지급 간 시차 해소

감사합니다.

인구고령화와 4차산업혁명 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 나아갈 길

홍석철

서울대 경제학부 & 건강금융연구센터

2021년 10월 29일

1. 건강보험의 특징과 역할

- 건강보험이 타보험과 다른 특징 -

- ‘보험’ 수요는 사고의 임의(random)적 발생에 따른 불확실성에서 비롯되며, 일반적으로 자산손실을 직접 보상하는 방식으로 운영
 - 이론적으로 보험은 사고 발생시와 미발생시의 소비평탄화 (consumption smoothing) 목적 (예: 화재보험, 자동차보험 등)
- 건강보험의 특징
 - 건강보험은 ‘건강’을 직접 보장하지는 못함
 - 우리 사회는 건강을 보장할 기술을 보유하고 있지 못하며, 건강자산에 대한 객관적인 가치 측정도 불가
 - 따라서 직접 보상 대신에 개인의 건강손실을 회복시켜 줄 것으로 기대되는 의료서비스의 구매를 보장
 - 달리 말하자면 건강보험은 건강손실로 발생하는 ‘재무적 위험’을 보장
- 건강보험은 (보험시장 중에서 유일하게) 환자가 받는 의료서비스의 대가를 대신 지불하는 방식으로 환자의 의료서비스 수요에 직접적인 영향을 끼침

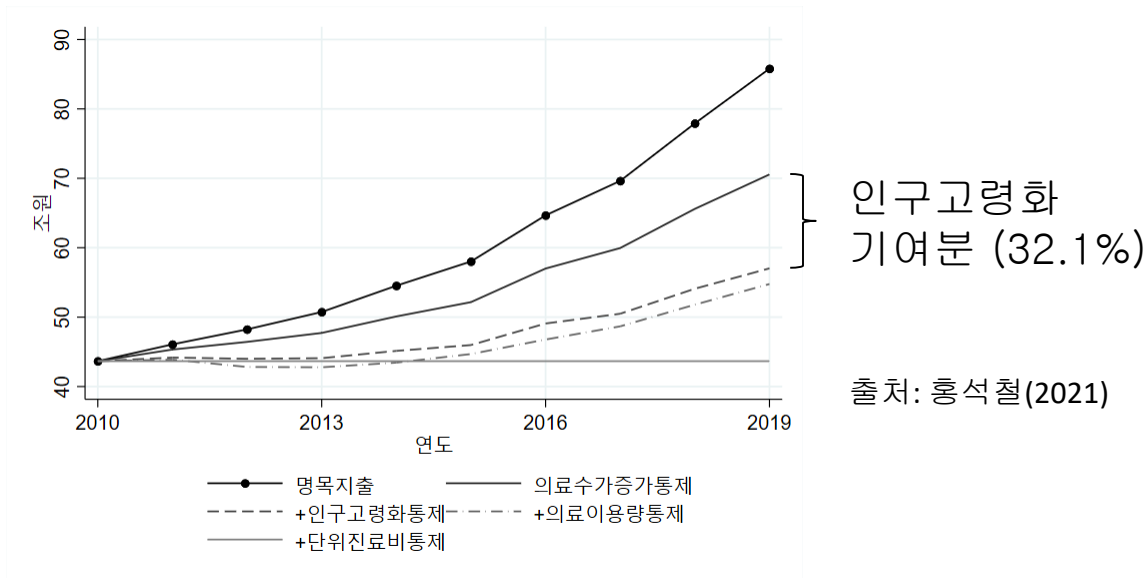
1. 건강보험의 특징과 역할

- 건강보험제도가 의료시장에 미치는 영향 -

- 건강보험제도는 다양한 경로를 통해 의료서비스 수요와 공급에 영향을 미침
 - 본인부담률과 본인부담상한을 낮추는 보장성 강화는 의료서비스의 '유효가격'을 낮춰 의료이용 증가를 초래
 - 경제학에서는 이런 현상을 '도덕적 해이'라고 논하지만, 소비자의 합리적 선택
 - 보험자와 의료공급자 간의 의료수가와 진료비지불방식의 결정은 의료공급에 영향
 - 일반적으로 행위별수가제는 포괄수가제, 인두제, 총액계약제보다 더 많은 의료이용을 초래한다고 알려져 있음
- 결국 보험자의 역할은 payer로서 환자가 지출하는 가격과 의료공급자가 지급받는 가격 결정을 통해 의료시장의 효율성을 확보하는 것
- 따라서 잘못 설계된 건강보험제도는 과도한 의료이용(도덕적 해이, 유인수요 등)을 초래하여 의료자원 활용의 비효율성을 초래
 - 비효율성 = 의료이용과 의료지출은 증가하지만 건강증진 효과는 미흡
- 건강보험제도가 비효율을 초래할수록 건강보험의 안정성은 저해
 - 비효율은 보험료 상승의 주된 요인이며, 정상적인 소비자 이탈을 초래하여 '레몬시장'으로 전락

2. 인구고령화가 의료비와 건강보험에 미치는 영향

- 우리나라는 수명 증가와 초저출산이 맞물리면서 급격한 인구고령화 진행 중이며, 인구고령화의 가장 큰 영향은 의료비 증가
- 고령인구의 증가는 의료서비스 수요를 높여 의료비 증가 초래
 - 의료 이용(Q) 증가 영향
 - 고령인구가 많아질수록 만성질환 유병률과 평균 의료비 상승
 - 수요 증가에 따른 가격(P) 상승 영향
 - 특히 의료수가 통제가 이뤄지지 않는 신의료기술 및 비급여 의료 시장에서 가격 상승 영향 증가 예상
- 고령인구 증가는 지난 10년간 급여 진료비 증가의 약 1/3을 설명



2. 인구고령화가 의료비와 건강보험에 미치는 영향

- 인구고령화가 심화될수록 건강보험 수요 역시 증가
 - 수명이 늘어날수록 의료서비스 이용에 따른 재무적 위험과 불확실성 증가
 - 보다 근본적으로는 연장된 수명 동안 질병 발생 위험 증가
 - 코로나19로 인해 건강에 대한 가치 상승 및 인식 변화 영향도 당분도 이어질 것
 - 건강보험 수요 증가 = 보장 규모와 범위에 대한 수요 증가
- 또한 인구고령화는 의료비 뿐만 아니라 새로운 재무적 위험 해소에 대한 수요 증가를 초래
 - 간병, 요양 등 돌봄 비용에 대한 보장 수요
 - 건강문제를 예방하고 의료 지출을 줄이기 위한 건강관리서비스 수요
- 따라서 초고령사회로 진입하면서 급증하는 의료비와 의료,간병,요양, 건강관리 수요를 감당하고 적절히 관리하기 위한 건강보험제도의 역할이 매우 중요해질 것

3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

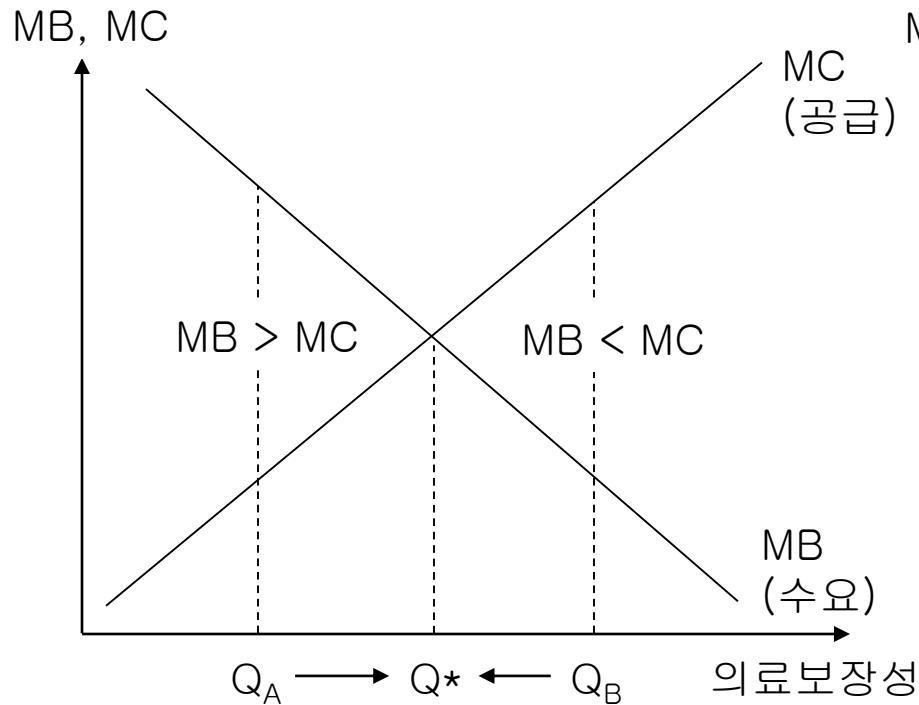
- 국민건강보험: 적정 보장성 -

- 국민건강보험의 핵심 기능은 의료보장이며, 지난 20년간 보장성 강화 정책을 통해 의료보장 기능에 충실
 - 건강보험보장률이 64%에 머물고 있으나, 이는 의료보장 기능 약화로 해석할 필요가 없으며 비급여 관리 미흡의 결과
 - 만약 비급여 지출이 유지되었다면 건강보험보장률은 70%를 넘었을 것
- 하지만 국민건강보험이 100% 의료보장을 제공을 하는 것은 바람직하지 않으며, 사회적으로 적절한 보장성 수준에 대한 고민이 필요한 시점
- 적정 의료보장성?
 - 보장성이 확대될수록 추가적인 건강혜택 편익은 감소
 - ➔ 한계편익(Marginal Benefit) 감소
 - 반면 보장성이 확대될수록 과도한 의료이용에 따른 추가적인 비용은 증가
 - ➔ 한계비용(Marginal Cost) 증가
 - 적정 보장성은 $MB=MC$ 지점에서 결정
 - $MB > MC$ 이면, 보장성을 늘리는 것이 효율적
 - $MB < MC$ 이면, 보장성을 낮추는 것이 효율적

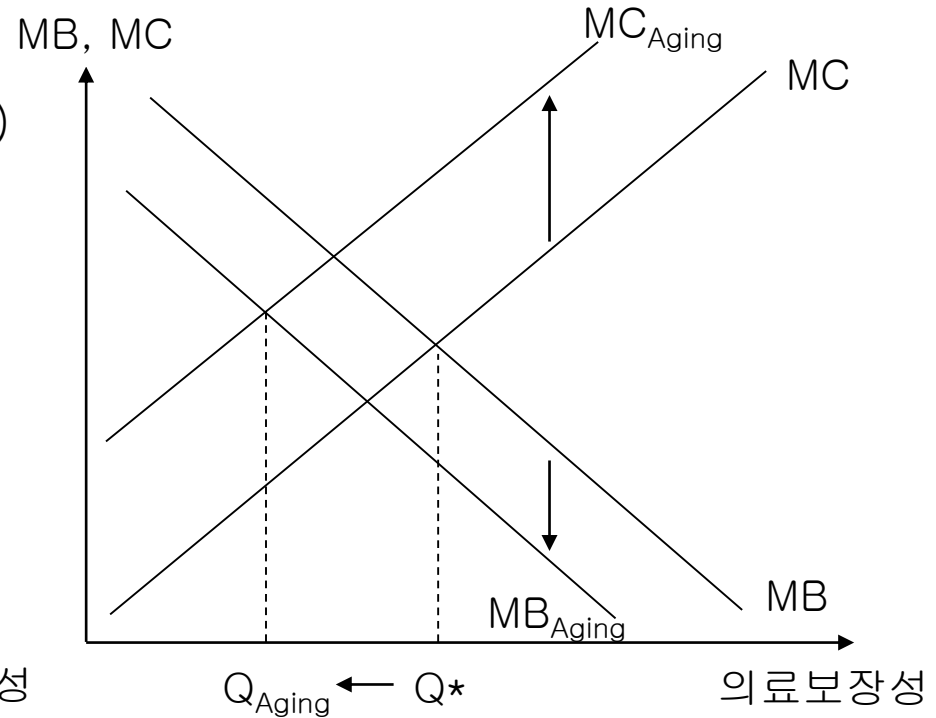
3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 인구고령화의 영향 -

■ 적정 보장성 결정 모형



인구고령화의 영향



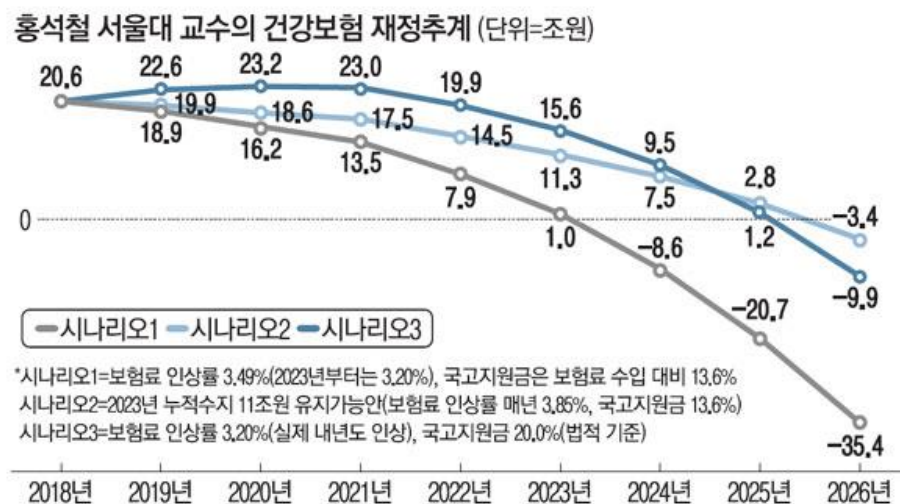
- 인구고령화가 심화되면서 적정 보장성 수준은 하락할 수 밖에 없으나 공보험의 기능(시장실패해소*)을 유지하기 위해 의료보장성의 한계편익은 높이고 한계비용은 낮춰야 하는 책무가 중요

❖ 시장실패해소? 경제 여력이 낮은 (특히 취약) 고령층은 민간 의료시장에서 충분한 의료 혜택을 받을 수 없으며, 이런 문제를 해소하는 것은 공보험의 역할

3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 재정위기 -

- 인구고령화에 따른 적정 보장성 문제는 국민건강보험재정위기와 형평성 문제로 발현되고 있으며, 지속가능성 문제로 귀결
- 건강보험재정 위기, 현실성이 있나?
 - 코로나19(개인위생개선, 감염위험으로 병원방문감소)로 의료비 지출이 감소했으나 코로나 이후 건강보험재정은 빠르게 취약해질 것으로 예상



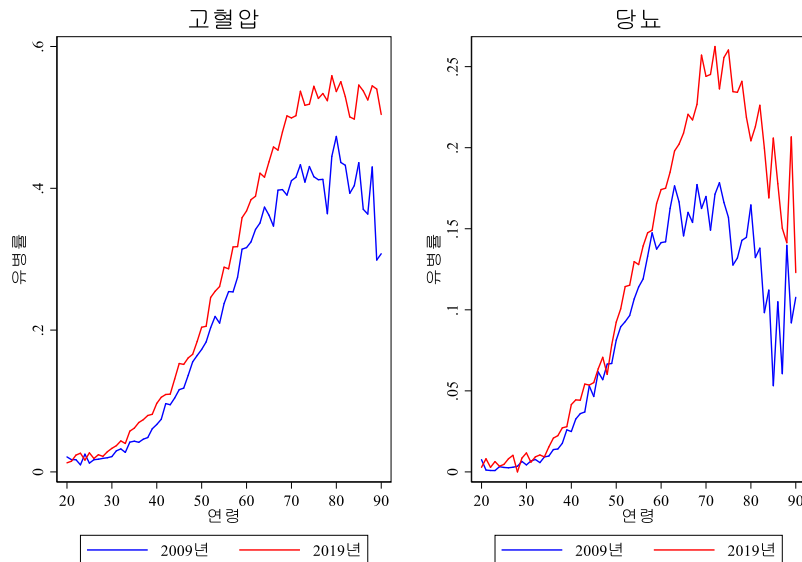
- 건강보험료 인상이 쉽지 않은 것은 건보재정위기를 앞당기는 또 다른 주요 요인
 - 2021년 건강보험 보험료율은 월소득의 6.86%, 2026년 전후로 법정 상한인 8% 도달 예상

3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 위기 요인들 -

■ 건강보험재정위기를 초래하는 비용측 요인들: 한계비용 증가

만성질환 유병률 증가



출처: 홍석철(2021), 지역사회건강조사 분석

비만 등 건강행태 악화로 인해
점차 고령인구의 주요 만성질환
유병률이 증가

과도한 의료이용인가?

MRI 촬영한 두통환자

단위: 명



출처: 중앙일보 2021. 8. 19.

의료이용량의 증가 원인 모두가
도덕적 해이는 아니겠지만,
의료이용이 증가한 만큼
건강혜택(조기진단과 치료에 따른
효과)이 증가했는지
즉 비용-효율성에 대한 검토 필요

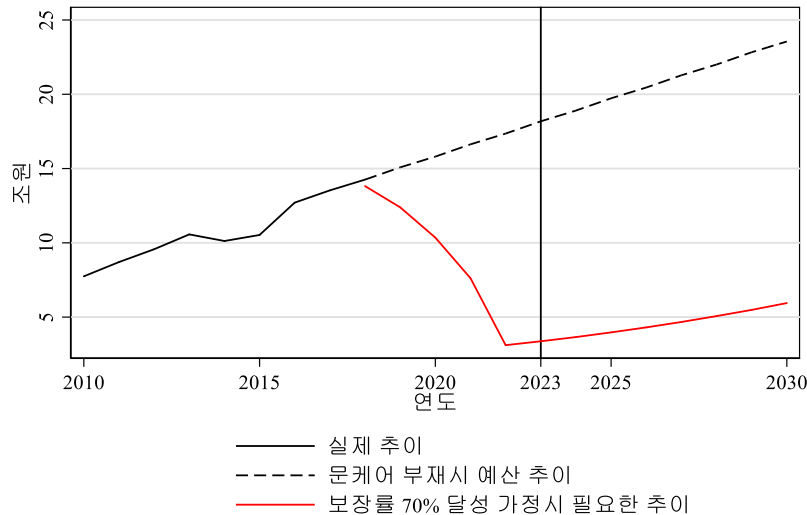
3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 위기 요인들 -

■ 건강보험재정위기를 초래하는 비용측 요인들: 한계비용 증가

비급여 줄어 들고 있나?

비급여본인부담금 추이 분석

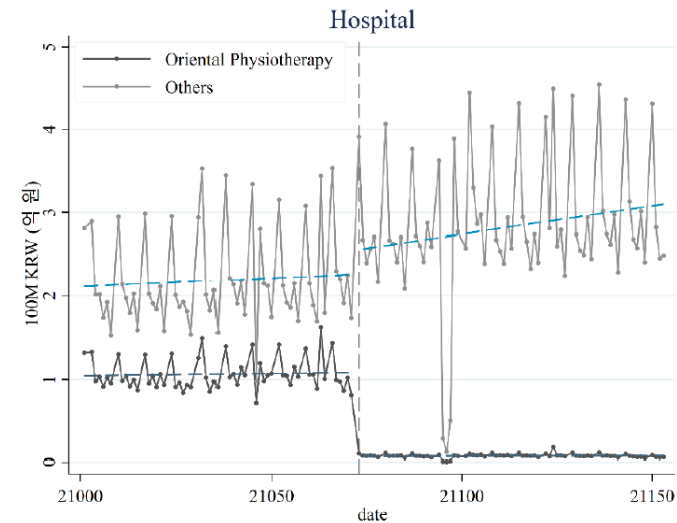


출처: 홍석철 (2019)

정부는 문재인 케이 이후 비급여 진료비가 2022년까지 4조 8천억원으로 줄어들 것으로 예상했으나, 오히려 증가 추이

유인수요 가능성

(2017년 6월 한방 물리치료 급여화 이후 한방병원의 일별 매출 변화)



출처: Hong and Yun (2021)
자동차보험 전수 자료 분석

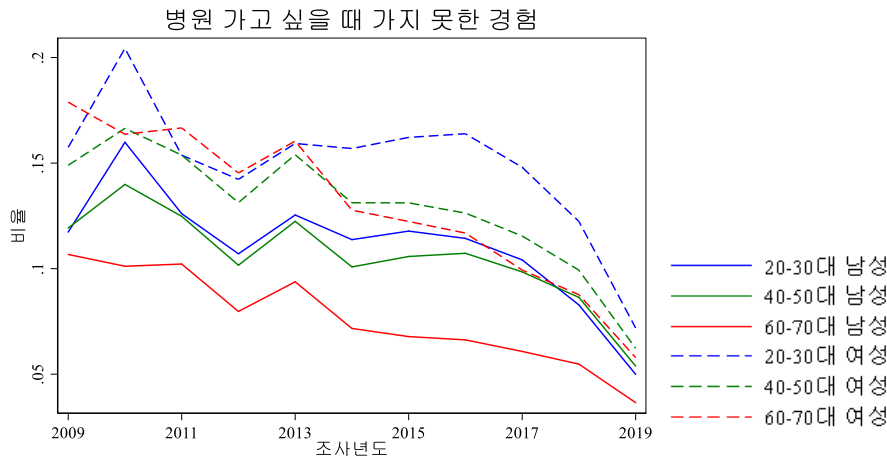
한방물리치료 매출은 크게 줄었으나 오히려 다른 비급여 매출이 늘면서 전체 매출은 유지

3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 위기 요인들 -

- 건강보험재정위기를 초래하는 편익측 요인: 한계편익 감소

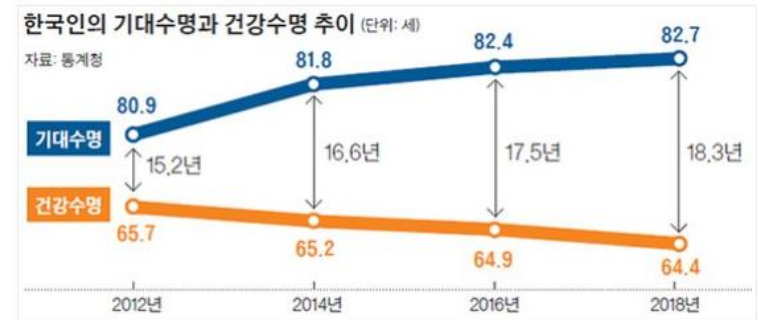
의료접근성은 크게 개선되었으나



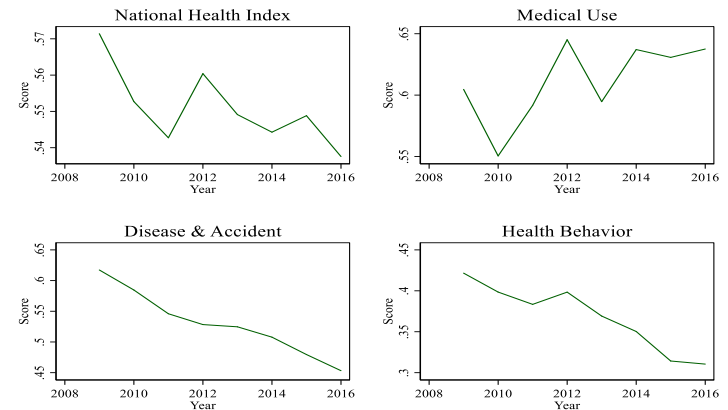
출처: 홍석철 (2019)

의료보장성 확대에도 불구하고
건강수명이 낮아지고 포괄적인
국민건강지표이 악화되는 것은
국민건강보험의 비효율성을
높이는 문제를 야기

오히려 건강수명은 감소



자료: 통계청

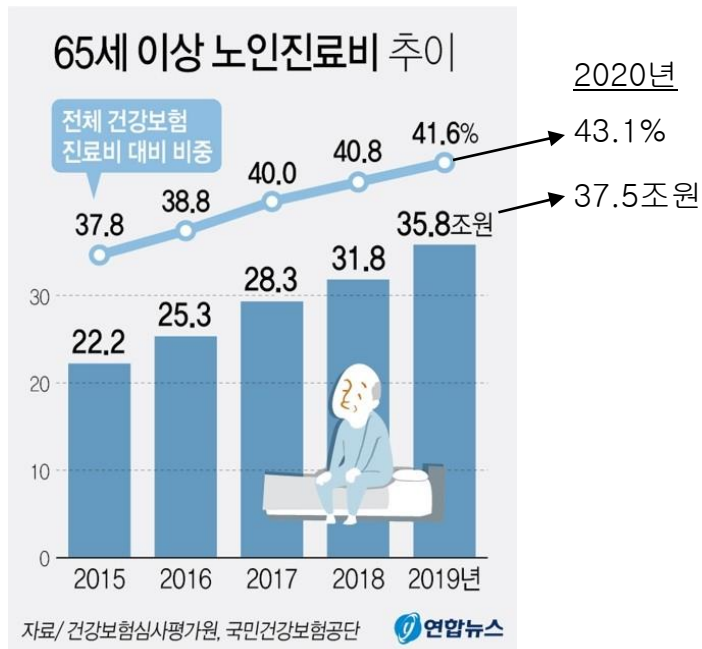


출처: 홍석철 (2018), 국민건강지수, 한국건강학회 발표 자료

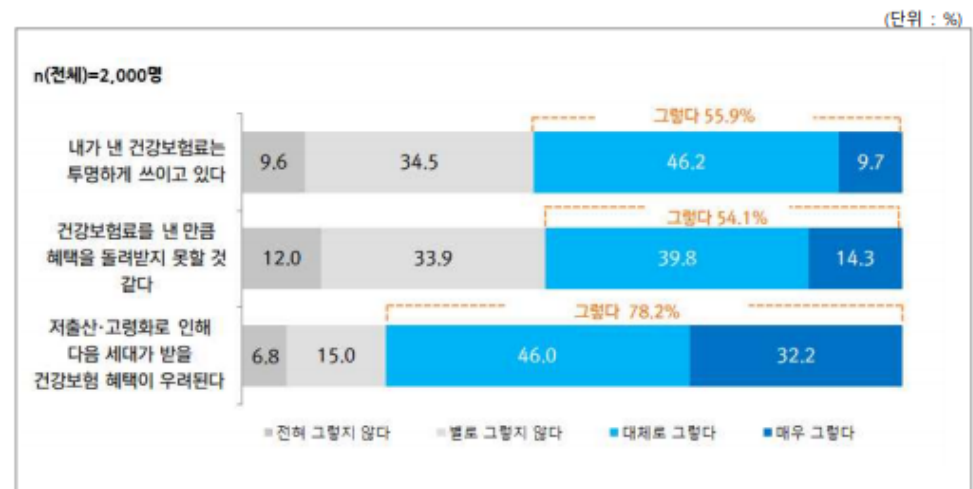
3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 국민건강보험: 형평성 문제 -

- 사회보장제도적 기능을 강화하기위해 소득수준에 따라 보험료를 차등하고 있지만, 인구고령화 가속화될수록 건강보험의 형평성 문제 증가
 - 상대적으로 건강한 생산가능인구가 주요 보험료 납부 집단이고 상대적으로 덜 건강한 고령층에게 보험 혜택이 돌아가는 불균형적인 구조
 - 보험재정부담이 늘어도 보험료 인상이 쉽지 않은 요인



건강보험료 및 보험혜택에 대한 전반적 인식



출처: 의학뉴스 2019. 11. 29.

김영은 기자 / 20201112

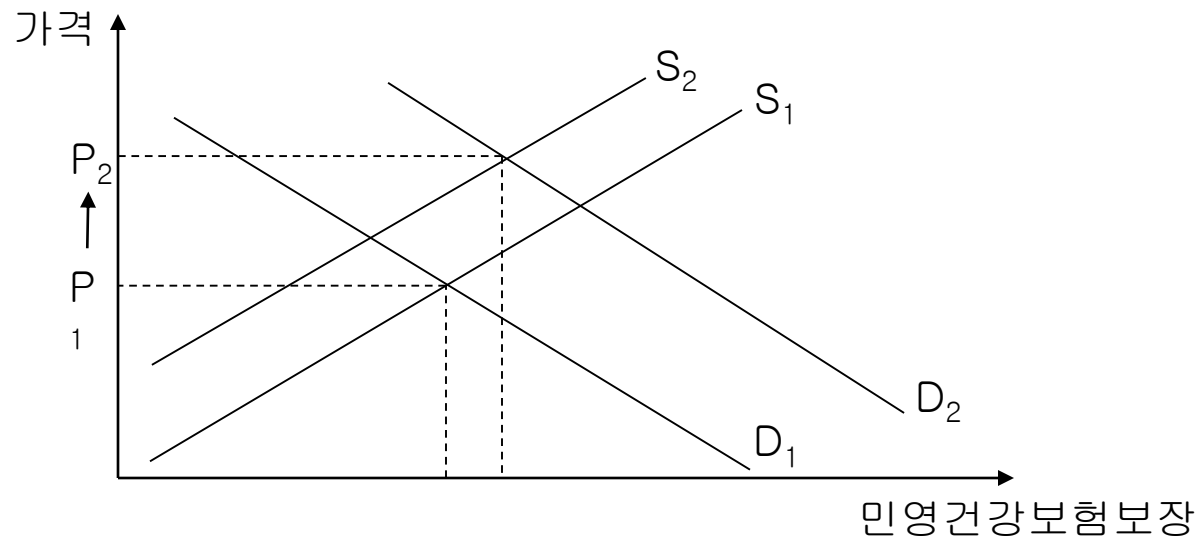
트위터 @yonhap_graphics 페이스북 tune.kr/LeYN1

YONHAP NEWS

3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 민영건강보험: 위기-

- 민영건강보험의 핵심 기능은 국민건강보험의 미충족 보장성을 '보충'하는 기능. 그러나 사회보장의 공급자로 보는 것은 잘못
 - 민영건강보험은 민간의료시장의 보험자 역할과 시장 기능을 높이는데 충실할 필요가 있으며, 그 역할에 충실할 때 공익성이 창출
- 위기에 빠진 민영건강보험
 - 인구고령화가 심화되면서 민영 보험의 보충적 의료보장에 대한 수요가 빠르게 늘고 있으나 민영건강보험의 공급은 높은 손해율로 인해 오히려 감소
 - 결과적으로 보험료는 증가하고 건전한 가입자가 이탈하면서 위기에 봉착할 것



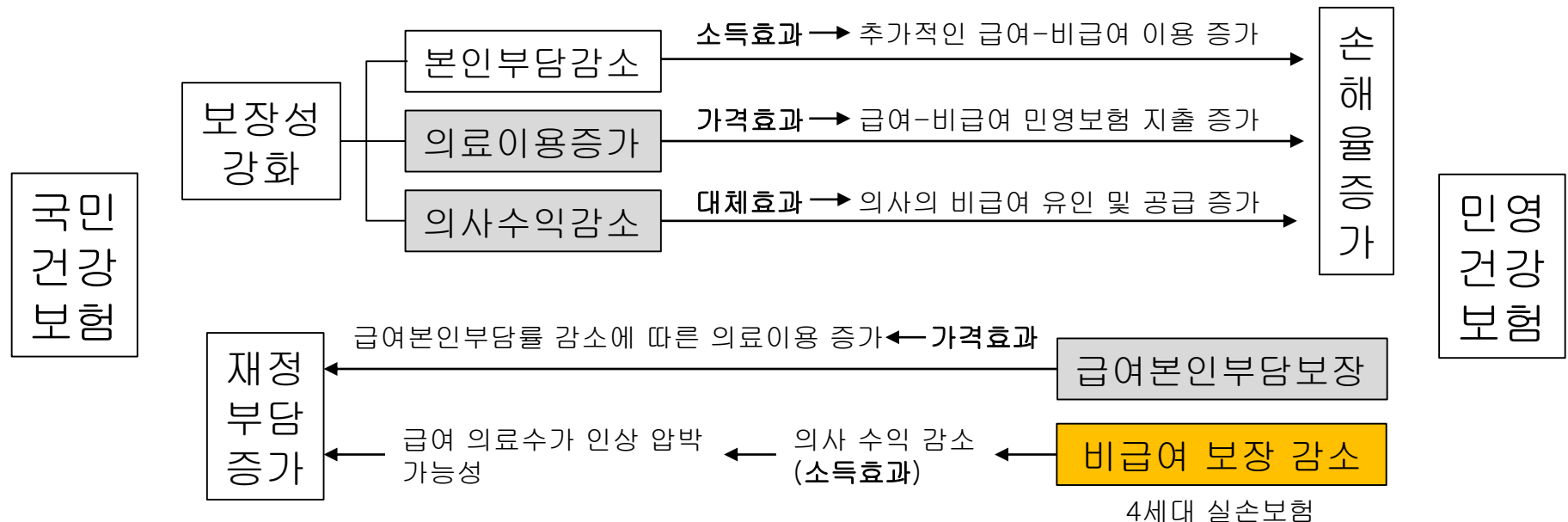
3. 인구고령화시대, 건강보험은 건강한가?

- 민영건강보험: 위기-

- 손해율이 높아진 이유?
 - 가격변화가 의료이용에 미치는 영향을 충분히 검토하지 못한 잘못된 보험 설계로 도덕적 해이 자초
 - 특히 1세대 실손보험(구 실손보험)의 본인부담률 0은 이해 불가
 - 비급여 관리 및 심사 역량-인프라 부재로 유인수요 등 통제 불가
 - 그러나 이 문제는 민영보험사만의 문제는 아니며 정부 책임도 분명
 - 결과적으로 국민건강보험과 같은 문제에 직면
- 보장 범위가 좁아지는 4세대 실손보험
 - 4세대 실손보험 특징: 비급여 특약, 보험료 할증, 보험료 차등제
 - 어느 정도 합리적 의료이용을 유도할 것으로 기대
- 4세대 실손보험으로 위기에서 벗어날 수 있을까?
 - 비급여 지출 관리가 관건
 - 급여 본인부담 보장에서 발생하는 손해율은 크지 않을 것
 - 보장 범위가 낮아짐에 따라 실손보험 수요 감소하고, 1-3세대 보장 변경 시기 전까지는 높은 손해율 예상
 - 당분간 실손보험은 위기에서 벗어나기 어려울 전망

4. 국민건강보험과 민영건강보험의 상호 의존성

- 국민건강보험과 민영건강보험의 정책과 제도는 보험, 의사, 국민 간의 복잡한 이해관계로 얽혀 있으며, 인구고령화로 인해 상호 의존성이 높아지고 있음



- 현재 양보험의 정책은 국민의료비를 함께 올리는 방향으로 작동
- 각 효과에 대해서는 엄밀한 평가가 필요하지만, [] 경로의 영향에 주목할 필요가 있으며 **비급여 보장 감소** 영향도 점차 커질 것으로 예상

5. 인구고령화 시대, 건강보험의 나아갈 방향

- 합리적인 의료이용 유도 -

- 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해 합리적인 의료이용을 이끌어내야
 - 합리적 의료이용은 수요-공급 모두에 해당
 - 이는 의료비 관리를 통한 재정위기를 막는 길이며 형평성을 개선하여 보험의 안정성 유지 핵심
- 합리적인 의료 수요 유도 방안
 - 과학적 근거에 기반하여 적정 보장성 확보하고 도덕적 해이 최소화해야
 - 공-사보험 모두 적정 본인부담률과 보장범위를 산출하기 위해 가격변화에 따른 환자-소비자의 의료이용 변화를 분석 필요
 - 주치의제 등 관리의료 체계 도입
- 합리적인 의료 공급 유도 방안
 - 포괄수가제를 확대하고 총액계약제 등 관리형 진료비지불제도 도입의 타당성 검토 필요
 - 의료인의 합리적인 비급여 의료 공급 유도 대책 필요
 - 일각에서는 급여 의료수가를 정상화해야 비급여 의료 공급이 줄어든 것으로 주장

5. 인구고령화 시대, 건강보험의 나아갈 방향

- 비급여 관리 강화 필요 -

- 과도한 비급여 지출은 건강보험보장률을 낮추고 민영보험의 손해율을 높이는 요인
- 비급여 의료서비스를 표준화하고 가격·효과성 공개 필요
 - 현재 비급여 시장은 의료공급자가 정보 우위
 - 비급여 의료서비스는 경쟁적인 민간의료시장에서 거래되는 서비스이지만 정보 비대칭이 해소되지 않으면 효율적인 시장이 될 수 없어
- 비급여 의료서비스의 합리적 가격 결정 체계 갖춰야
 - 건강 혜택의 가치를 반영하여 가격이 결정되어야 하며, 이를 위해서는 의료기술평가와 경제성 평가가 제대로 이뤄져야
- 급여-비급여 의료이용 및 지출 통합 관리 시급
 - 급증하는 국민의료비를 효율적으로 관리하고 합리적 건강보험제도를 구축하기 위해서는 급여-비급여 의료이용 및 지출을 통합적으로 관리하고 분석해야
- 합리적 의료이용 유도 정책으로 비급여 관리가 어렵다면 급여-비급여 혼합 진료 금지 도입 검토 필요
 - 공공병원 등에서 선도입하여 평가 후 확대하는 것도 방안

5. 인구고령화 시대, 건강보험의 나아갈 방향

- 역할 재정립: 국민건강보험 -

- 국민건강보험은 공보험의 역할에 충실해야
 - 문재인 케어 이후 필수적인 의료 영역에 대해 적절한 보장이 제공되고 있는지 점검 필요
 - 이제는 코로나로 낮아진 국민건강을 회복하고 계층간 건강격차를 줄이는 것에 초점을 뒀야
 - 치료 중심의 의료비 보장에서 벗어나 건강관리 등 본질적인 건강 리스크 관리 방향으로 나가야
- 형평성 제고를 위한 대책 마련 필요
 - 사회보험 방식으로 보편적 사회보장제도를 유지하는 것은 한계
 - 특히 보험료 납부 비중이 높고 상대적으로 건강한 젊은 층에 대한 건강보험 혜택을 늘려야
 - 이 문제가 조기에 해결되지 않으면 국민건강보험은 점차 조세 또는 국고지원에 의존할 수 밖에 없을 것
- 좀 더 혁신적인 의료기술 개발을 유도하기 위해 적극 나서야
 - 의료수가를 혁신 기술(백신, 신약, 의료기기, 돌봄기술 등) 개발의 유인으로 활용

5. 인구고령화 시대, 건강보험의 나아갈 방향

- 역할 재정립: 민영건강보험 -

- 민영건강보험은 국민건강보험 급여 법정본인부담에 대한 보장을 제고해야
 - 초기 실손보험이 경험했듯이 본인부담을 낮추는 것은 보험 건전성을 저해하는 주요 요인
 - 실손보험의 급여 본인부담 보장은 사회 비효율을 높이는 결과 초래
 - 급여 본인부담 보장을 제외하거나 본인부담이 매우 높은 (즉 공보험의 의료보장이 미흡한) 급여 서비스에 한해 허용해야
- 민영건강보험은 인구고령화 시대를 대비하여 새로운 건강보험수요에 대응해야
 - 영양, 돌봄, 간병, 건강관리(헬스케어), 신의료기술 등
 - 새로운 영역에 대한 보장은 인구고령화시대 국민 복지 개선에 기여. 따라서 정부는 규제를 풀고 적극 지원해야
- 인구고령화로 규모가 커질 건강 관련 시장에서 payer 역할을 강화하여 신산업 활성화를 선도하고 경제 혁신을 이끌어야
 - 건강 관련 시장: 제약, 건기식, 유전체 등

6. 4차산업혁명과 건강보험

- 건강 부문은 4차산업혁명으로 가장 혜택을 볼 분야 (The Economist, 2016)
 - 4차산업혁명은 건강증진과 의료효율성 개선을 통해 부가가치 창출 가능성이 크다는 의미
 - 4차산업혁명의 키워드: 빅데이터, 인공지능, 산업간 융합
 - 의료 분야의 새로운 트렌드: 디지털 헬스케어, 디지털 치료제, 스마트병원, 메타버스 의료교육 등
- 건강보험은 건강과 의료부문에서 4차산업혁명의 혁신을 이끌 주체
 - 혁신=의료공급확대, 따라서 미래 의료비용을 낮추고 의료보장성을 높이는 중요한 역할
 - 혁신 기술과 서비스는 건강보험을 통해 공급될 때 국민편익이 크므로, 건강보험은 혁신 개발 지원과 도입에 더욱 적극 나서야
- 또한 건강보험은 건강 빅데이터 구축과 활용에 사명감을 가져야
 - 이제는 건강보험공단과 심사평가원이 구축한 청구 목적 진료 정보 활용을 넘어 다양한 이종 자료와의 결합을 통해 더 높은 부가가치가 창출될 것