

건강보험 시각에서 바라본 건강보험과 민간보험의 향후 역할 재설정과 협력 방안

2021.10.29.

건강보험심사평가원

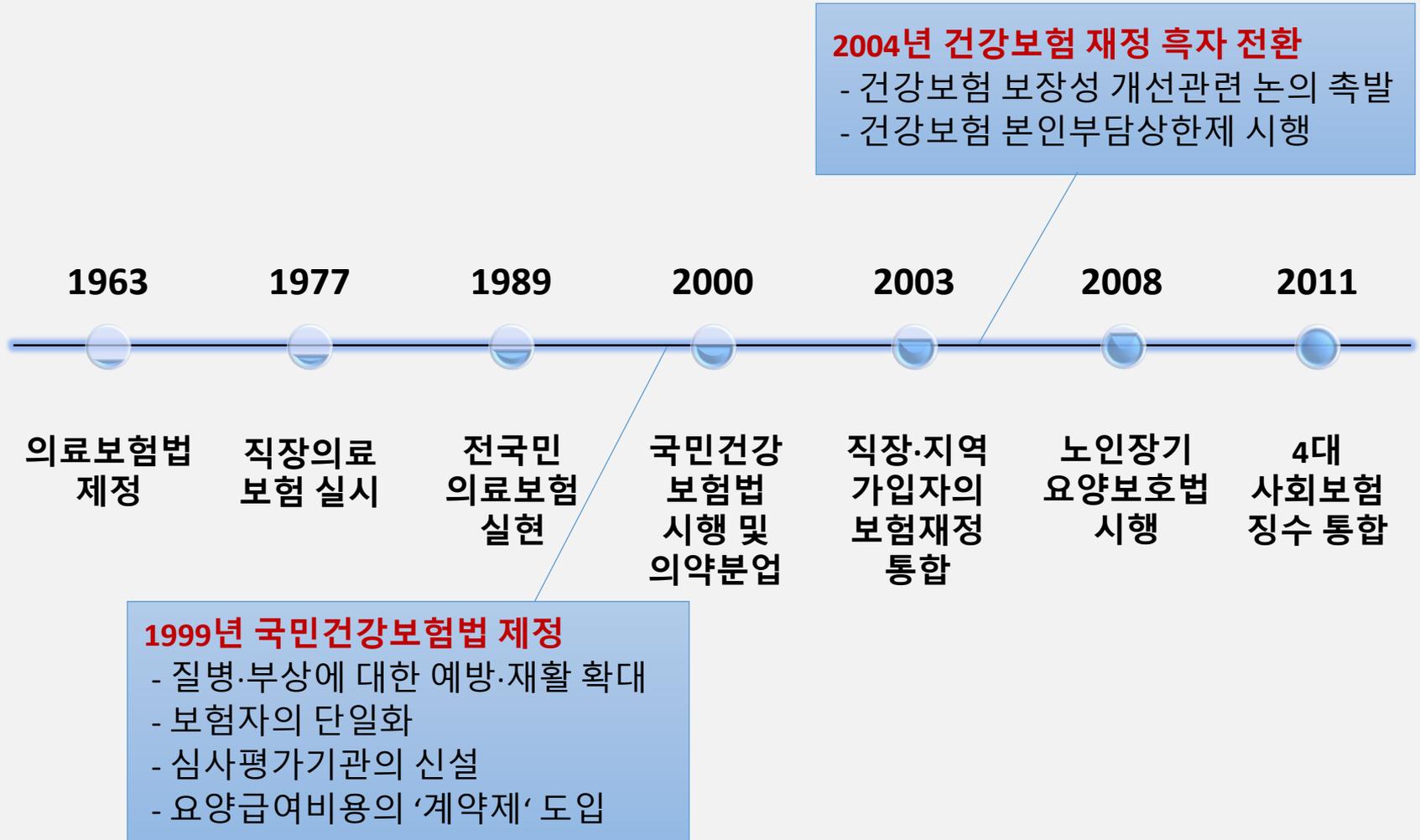
연구소장 이진용

CONTENS

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)	<ul style="list-style-type: none"> 고액 중증질환 본인부담경감(20%→10%) 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등 	3.5조원
2차 (2009~2013)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 생애주기별 필수의료 보장 고액비급여 해소 및 관리 취약계층 의료지원 강화 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선 	7.4조원
문재인 케어 (2018~2022)	<ul style="list-style-type: none"> 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여의 실질적 해소 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제, 의료 사회 안전망 강화 	6.6조원

건강보험 진료비 규모와 현황

① '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, %)

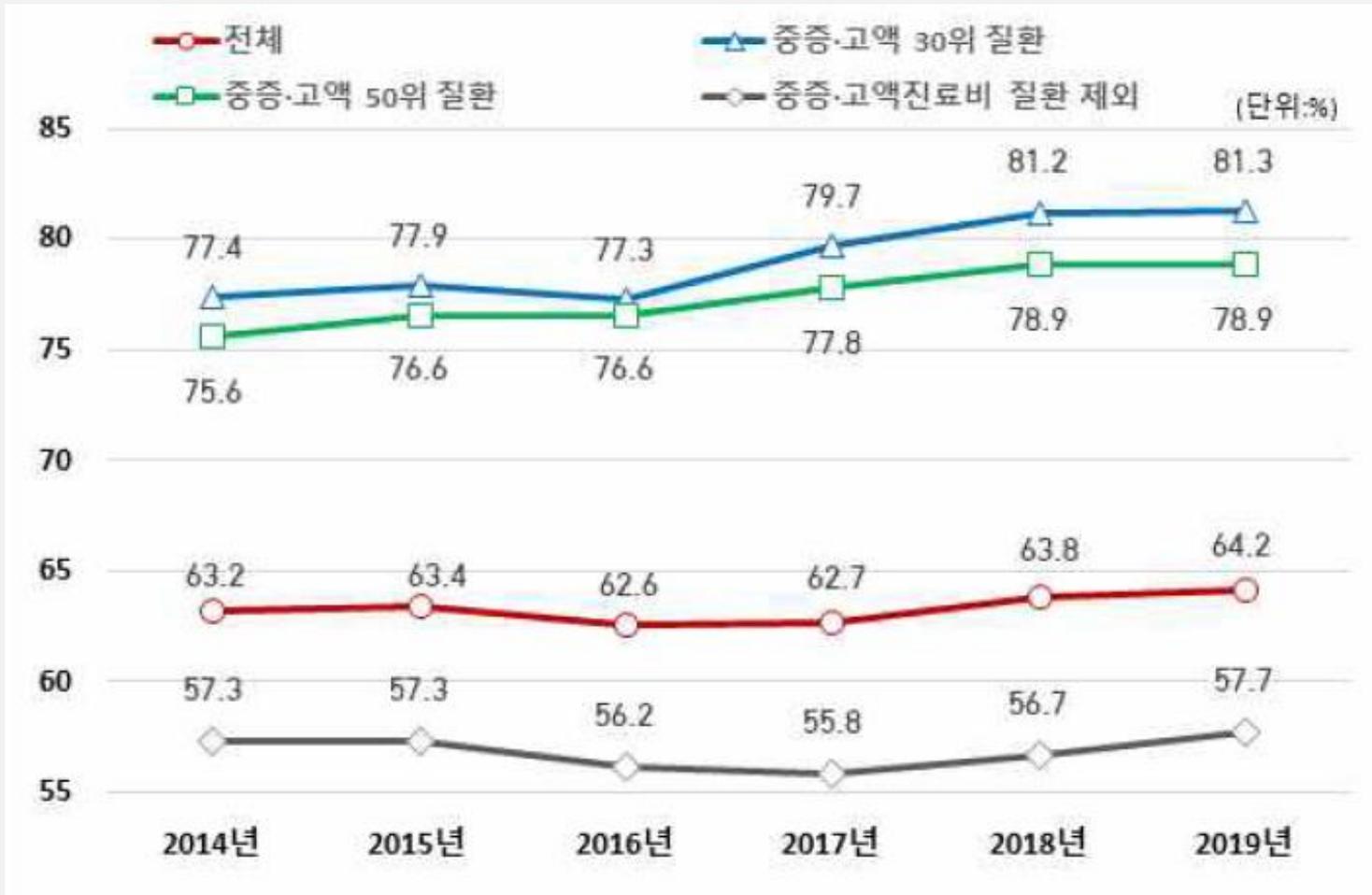
구 분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
입내원일수 (증감률)	98,796 (2.0)	98,993 (0.2)	102,157 (3.2)	103,264 (1.1)	105,229 (1.9)	108,674 (3.3)	96,198 (-11.5)
급여일수 (증감률)	738,088 (3.7)	761,685 (3.2)	810,378 (6.4)	850,921 (5.0)	898,662 (5.6)	956,667 (6.5)	956,822 (0.02)
진료비 (증감률)	543,170 (6.6)	579,546 (6.7)	645,768 (11.4)	693,352 (7.4)	776,583 (12.0)	864,775 (11.4)	869,545 (0.6)
급여비 (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)
급여율	74.9	74.8	74.8	74.7	75.4	75.4	75.3

주 1) 지급기준, 입내원일수는 약국의 처방조제 제외

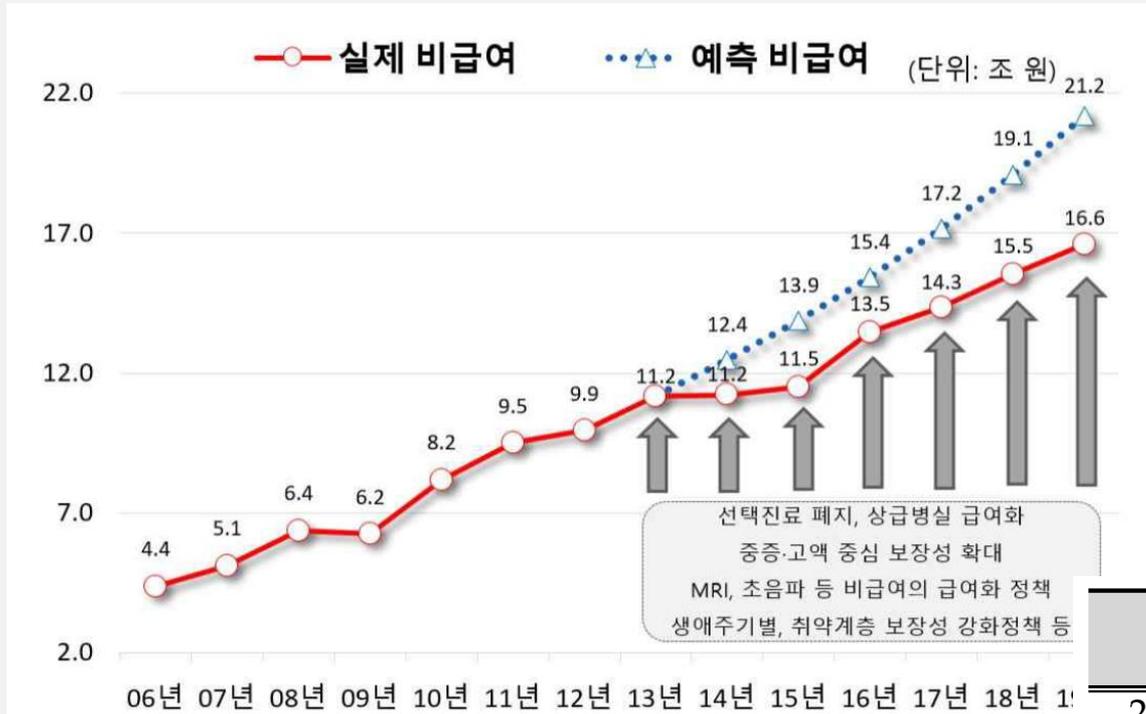
2) 급여율 = 급여비 ÷ 진료비 × 100

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

건강한 국민, 든든한 건강보험

건강수명 : '16년 73세 → '23년 75세
 건강보험 보장률 : '16년 62.4% → '23년 70.0%

평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화

- 국민의료비 부담 경감
- 환자 중심 통합서비스 제공
- 예방중심 건강관리 기능 강화

의료 질과 환자 중심의 보상 강화

- 의료의 질 제고
- 적정 진료 및 적정 수가 보상

건강보험의 지속가능성 제고

- 건강보험 재정 관리 강화
- 의료이용 적정화
- 합리적인 지출구조 설계
- 통합적·효율적인 노인의료 제공

건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화

- 공평한 보험료 부과제도 개편
- 가입자 자격·징수 관리 제도 개선
- 통계·정보 관리 강화
- 건강보험 운영체계 개선

국민중심

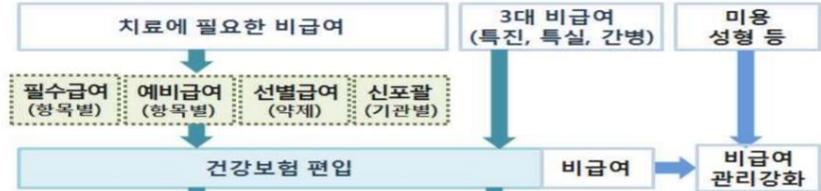
가치기반

지속가능성

혁신지향

목표 : 병원비 걱정 없는 든든한 나라

① 비급여 해소 및 발생자단



② 의료비상한액 적정관리

취약계층 (노인, 아동, 여성, 장애인 등) 의료비 부담 완화

소득수준에 비례한 본인부담상한 설정

③ 긴급 위기 상황지원 강화

재난적의료비 지원 대상 확대

의료비 지원 제도간 연계 강화

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 비중으로 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 인공수정체의 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 등에게만 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. ◯

*예제 온타모로 안저 관찰이 어려운 급성 후유리체박리, 급성 망막박리, 맥락막박리, 유리체출혈, 포도막염

의료비 부담 얼마나 줄어줄까?

구분	평균 비급여 관행 가격	보험 적용 후 환자 부담(의례 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('20.8월)	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)	ilsa(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)	finevislon(BI0201KU)	3,566,160	4,816,160
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	3,965,000
합계		4,300,930	4,355,000	

구분	세부항목	비급여 가격	20.9.1 급여화	구분	세부항목	비급여 가격	본인부담금(의원급)	급여비
비급여	레이저 계측검사	30만원	→	급여	레이저 계측검사	0원	2.6만원	6만
	안초음파 검사	70만원			안초음파 검사	0원	2만원	4.8만
	조절성 인공수정체	330만원		비급여	조절성 인공수정체	430만원	-	-
	환자부담 총액	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

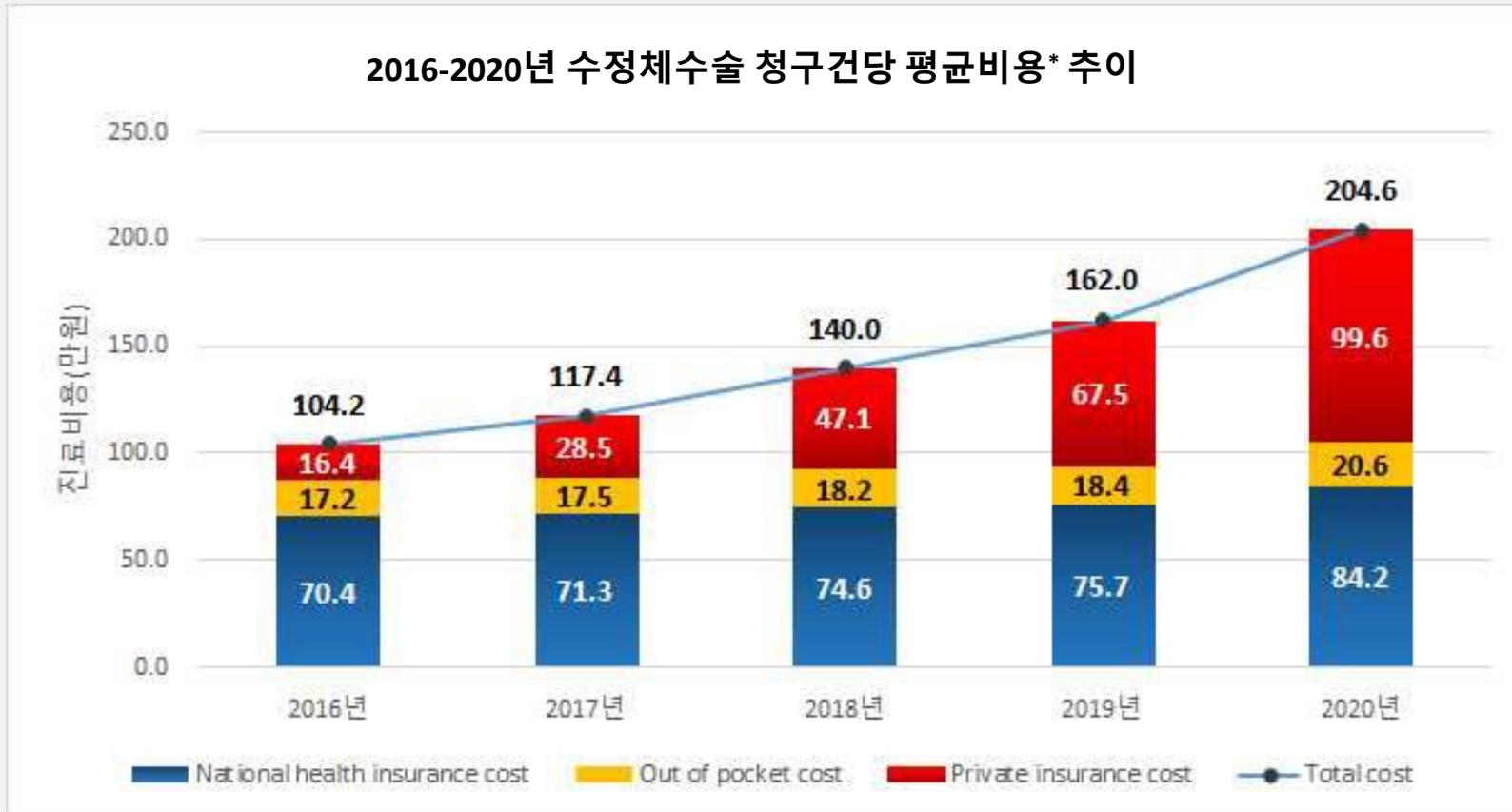


〈그림 4〉 2020년 다초점렌즈 실손보험 청구 현황

(단위: 백만 원, 만 원)



문제의 진단: 백내장수술 건강보험 청구



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 “지난해에도 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 “이게 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 약용 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?



실손보험 가입



의료수요 증가 또는 유발

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