

# kiri Weekly

2016.5.16. 제384호

## 주간 포커스

비급여진료비용 관련 의료법 개정이 실손의료보험에 주는 시사점

## 이슈 분석

중국 은행의 부실대출 증가 현황과 영향  
저성장기 생명보험 마케팅 전략

## 글로벌 이슈

세계 금융산업의 핀테크 추세: 보험산업을 중심으로  
공유경제가 손해보험업에 미치는 영향

## 금융시장 주요지표

**kiri** 보험연구원  
Korea Insurance Research Institute

주간 포커스와 이슈 분석은 연구자 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.  
서울시 영등포구 국제금융로 6길 38 (여의도동 35-4) 8층 보험연구원 (문의: 변철성 수석담당역 / 02-3775-9115)



# 비급여진료비용 관련 의료법 개정이 실손의료보험에 주는 시사점

조용운 연구위원

## 요약

- 2015년 12월 보건복지부가 비급여진료비용에 대해 조사·분석하고 그 결과를 공개할 수 있도록 하는 「의료법」 개정(2016년 9월 30일 시행)이 있었음(법 제45조의 2).
  - 국민건강보험은 급여서비스 부분에 대해서는 많은 자료를 기초로 가격 및 양을 관리하고 있지만, 비급여서비스에 대해서는 법적 근거 부족으로 자료 확보 및 관리가 어려운 상태에 있었음.
  - 동 개정법은 환자의 알권리 확대 및 비급여진료비용에 대한 예측가능성 확보가 주요 목적임.
- 요양기관이 비급여서비스 가격을 실제소요비용을 기준으로 결정하여 사후적으로 청구하고, 그 가격이 요양기관마다 차이가 있어, 소비자는 비급여진료비용의 예측이 가능하지 않았음.
  - 소비자는 중대질병이 발생하면 가격이 높더라도 의료서비스를 구매하여 치료를 하려할 것이므로, 요양기관은 가격을 높게 설정할 가능성이 있지만 자료 부족으로 그 내역 파악이 어려운 상황이었음.
    - 특히, 실손의료보험가입자에 대해서는 가격을 높게 설정할 가능성이 더 클 것임.
  - 경증질병 소비자는 의료서비스의 가격이 높으면 참고 지내거나 자가 치료를 하고, 낮으면 의료이용을 할 것이기 때문에, 소비자는 사전적으로 가격정보를 필요로 하나 이제까지는 알 수 없는 상황이었음.
    - 실손의료보험가입자의 과잉이용이 발생할 수 있으나 보험회사는 실태 파악이 어려운 상황이었음.
- 의료법 개정으로 소비자의 알 권리가 충족됨과 동시에 과다의료이용 및 공급이 줄어들 수 있을 것으로 봄.
  - 소비자는 사전적으로 가격을 확인하고 수요 여부를 결정할 수 있게 되며, 요양기관 간 가격비교를 통해 적절한 요양기관을 선택할 수 있게 됨.
  - 실손의료보험은 중대질병 치료를 위한 비급여서비스 가격공시가 적절히 이루어지면 요양기관이 청구하는 가격에 대해 사전 심사효과를 얻을 수 있을 것임.
  - 실손의료보험은 향후 경증질병 치료 비급여서비스에 대한 요양기관별 가격자료가 확보되고 코드가 표준화되면 소비자의 과잉이용을 유인하는 비급여서비스에 대해 보장을 제한하는 것이 가능할 것임.
- 비급여진료행위 코드표준화가 병행되고, 중대질병은 물론 경증질병 치료를 위한 비급여서비스 가격도 공시되어야 정책효과를 극대화할 수 있을 것임.

## 1. 검토배경



- 2015년 12월 보건복지부가 비급여진료비용에 대해서 조사·분석하고 그 결과를 공개할 수 있도록 하는 「의료법」 개정(2016년 9월 30일 시행)이 있었음(법 제45조의 2).
  - 보건복지부는 소비자의 알 권리 확대 및 비급여진료비용에 대한 예측가능성을 확보하기 위하여 요양비급여진료비용고지제도(2009년 「의료법」 개정)를 도입하였으나 실효를 거두지 못하였음.
    - 요양기관이 비급여서비스 및 그 가격을 기재한 책자를 비치하거나 인터넷상에 고지하도록 하였으나 고지내용 및 양식의 표준화 미비 등으로 소비자의 활용도가 낮았음.
  - 그 후 표준화, 요양기관 내 책자 비치 장소 지정 및 홈페이지 첫 화면 배치 등을 주요 내용으로 하는 법령 개정(2015년 12월 「비급여진료비용 등의 고지지침」 시행)이 있었음.
  - 이에 요양기관이 비급여진료비용을 고지하도록 한 것을 보완하여 「의료법」 개정을 통해 보건복지부가 조사·분석하여 공시할 수 있도록 한 것임.
  
- 국민건강보험은 급여서비스 부분에 대해서는 집적된 자료를 기초로 가격 및 양을 관리하고 있지만, 비급여서비스에 대해서는 법적 근거 부족으로 자료 확보 및 관리가 가능하지 않은 상태에 있음.
  - 재화와 서비스 가격은 수요와 공급에 의해서 정해지는 것이 자원 낭비를 최소화하는 것이라고 알려져 있지만, 이는 수요자와 공급자가 동일한 정보를 가지고 있는 경우에 해당하는 논리임.
  - 의료소비자는 공급자에 대한 정보를 충분히 알고 있지 못하여, 이로 인한 가격 왜곡을 줄이기 위해 국민건강보험은 소비자를 대신하여 많은 정보를 기초로 급여서비스 가격을 정해 놓고 있음.
  - 그러나 국민건강보험도 비급여서비스의 가격에 대해서는 충분한 정보를 가지고 있지 못하여 시장 가격의 왜곡이 있더라도 이에 대한 대응이 가능하지 않은 상황에 처해 있음.
  - 결과적으로 현재 비급여서비스를 보장하는 실손의료보험은 정보비대칭성으로 인한 비급여서비스 가격의 왜곡을 관리할 수 있는 정보 및 제도적 장치를 가지고 있지 못한 상태임.
  
- 본고는 개정법이 실손의료보험에 주는 시사점을 고찰해 보고자 함.
  - 공·사건강보험이 의료수급에 주는 영향은 질병의 중증도에 따라 다르게 나타남을 이론적으로 살펴보고 개정법의 중증도별 실손의료보험에 대한 시사점을 논하고자 함.

## 2. 실손의료보험이 비급여서비스 수급에 미치는 영향<sup>1)</sup>



### 가. 중대질병

#### ■ 일반적으로 중대질병 치료서비스 가격은 소비자의 영향을 받는다고 보기 어려움.<sup>2)</sup>

- 소비자는 중대질병이 발생하면 의료서비스 가격이 높더라도 의료서비스를 구매하여 치료하고자 할 것임.
- 따라서 중대질병 치료를 위한 의료수요 수준은 주로 질병발생률에 의해서 결정된다고 할 수 있음.

#### ■ 가격이 수요 측의 영향을 받지 않기 때문에 소비자가 실손의료보험에 가입해 비급여서비스 가격이 낮아지더라도 의료수요 과정에서 도덕적 해이가 발생한다고 보기 어려움.

- 중대질병이 발생한 소비자는 가격에 관계없이 의료이용을 하려 하기 때문에 보험 가입으로 치료비용이 적어진다고 해서 의료서비스를 더 많이 이용할 것이라고 보기 어려움.

#### ■ 중대질병 치료를 위한 비급여서비스 가격은 주로 공급 측에서 결정된다고 할 수 있음.

- 요양기관은 비급여서비스의 가격을 실제소요비용을 기준으로 결정하고 있음.
  - 중대질병 치료서비스 수요량은 가격에 따라 변화가 없기 때문에 요양기관은 수요량을 의식하지 않고 비급여의료서비스 공급가격을 높게 결정할 가능성이 있음.

#### ■ 소비자가 실손의료보험에 가입해 있을 경우 요양기관은 비급여서비스 가격을 높게 산정할 가능성이 있음.

- 요양기관은 비급여서비스 진료비용의 지급자가 소비자가 아니고 실손의료보험자일 경우 그 가격을 더 높게 산정할 가능성이 있음.
- 요양기관은 급여서비스로 치료가 가능함에도 불구하고 실손의료보험자가 지급할 것이기 때문에 수요자를 의식하지 않고 가격이 높은 비급여서비스로 치료할 가능성이 있음.

1) 국민건강보험의 급여서비스 부분은 가격이 통제되고 있기 때문에 시장논리를 그대로 적용하기는 어려우므로, 본고는 가격이 시장에서 결정되고 있는 비급여서비스를 중심으로 전개하고자 함.

2) 중대질병치료서비스 가격에 의한 수요량의 변화는 경증질병에 비해 적다고 알려져 있음. 본고는 편의상 중대질병의 치료가격에 의해 수요량이 변화하지 않는 완전비탄력적 상황을 가정함. 경증질병의 경우는 탄력적 상황을 가정함(박윤형·정우진 역(2010), 『보건의료경제학』, 의료정책연구소).

- 그러나 비급여서비스 가격이 공급 측에서 결정되고 그 과정에서 가격이 높게 결정될 수 있음에도 불구하고 소비자는 사전적으로 자료 확보가 가능하지 않아 진료비용을 예측하는 것이 가능하지 않았음.
- 실손의료보험 가입자에 대해 요양기관은 비급여서비스 가격을 높게 청구할 가능성이 있으나 실손의료보험자는 그 실태의 파악이 가능하지 않은 상태에 있었음.

## 나. 경증질병

- 경증질병 치료서비스 수요량은 공급가격 변화에 따라 변할 수 있음.
  - 의료서비스의 공급가격이 높으면 개인은 경증질병을 치료하기보다는 참고 지내거나 자가 치료를 하려고 할 것이고, 낮으면 의료서비스를 이용한다고 할 수 있음.
- 소비자가 실손의료보험에 가입한 경우 의료수요 과정에서 소비자의 도덕적 해이가 발생할 수 있음.
  - 보험에 가입하여 의료서비스 가격이 낮다고 생각하는 소비자는 질병당 기대의료비지출액<sup>3)</sup>을 초과하여 의료서비스를 이용할 수 있음.
- 경증질병 치료를 위한 비급여서비스의 가격과 양은 수요와 공급의 상호작용에 의해서 결정된다고 할 수 있음.
  - 중증질병의 경우와 마찬가지로 요양기관은 경증질병 치료를 위한 비급여서비스의 가격을 실제소요비용을 기준으로 하여 결정하고 있음.
    - 다만, 경증질병의 경우 요양기관은 수요량이 가격에 의해서 영향을 받기 때문에 수요량을 고려하여 가격을 결정함.
  - 보험가입자의 초과수요에 대해 요양기관의 초과공급이 발생할 수 있음.
- 경증질병의 경우에 소비자는 합리적 수요를 위해 사전적으로 가격정보를 확보할 필요가 있지만, 그렇지 못하여 의도하지 않은 의료수요를 할 가능성이 있었음.
  - 한편, 보험가입자는 초과수요를 하여 초과공급을 유발할 가능성이 있음에도 불구하고, 실손의료보험자는 그 양과 비급여진료비용을 예측하는 것이 가능하지 않았음.

3) 보험계리적으로 공정한 보험료(actuarially fair rates)는 질병당 기대의료비지출액에 발생률을 곱하여 산출함.

### 3. 실손의료보험 보장내용별 지급보험금 추이



■ 이론적으로 비급여서비스의 공급가격과 수급량이 높은 수준에서 결정될 수 있는 상황에서 실제로 비급여진료비는 급증하고 있음.

- 보건복지부(2015)에 따르면 비급여의료비가 2009년 15.8조 원이던 것이 2013년 23.3조 원으로 증가하여 연평균 10.2% 증가하였음.
  - 이는 급여서비스 진료비가 동 기간 동안 6.7% 증가한 것에 비하면 매우 높은 수준임.<sup>4)</sup>

■ 비급여의료비를 보장하는 실손의료보험의 지급보험금은 급증하고 있으며 위험보험료 수준을 지속적으로 상회하고 있음(〈표 1〉 참조).

- 실손의료보험은 2014년 전년 대비 17.0% 증가한 5조 3천억 원을 지급하였음.
- 실손의료보험은 지속적으로 보험료를 상향 조정해 왔음에도 불구하고 보험금 지급액이 위험보험료 수준을 지속적으로 상회하고 있음.
  - 보험개발원이 제공한 자료에 따르면 2011년에는 22.3%, 2014년에는 7.8% 만큼 상회하였음.

〈표 1〉 실손의료보험의 보장내용별 지급보험금 비중 추이

(단위: 조 원, %)

연도	위험보험료	총지급보험금	입원비중	외래비중	처방약비중
2011	3.1	3.5( - )	72.4	25.8	1.7
2012	3.6	4.0(14.5)	70.4	27.8	1.8
2013	4.0	4.5(13.3)	68.4	29.7	1.9
2014	4.9	5.3(17.0)	66.0	31.9	2.1

주: 괄호 안은 증가율임.  
자료: 보험개발원.

■ 실손의료보험 지급보험금 중 입원비가 큰 비중을 차지하고 있어 입원비 관리가 중요함을 시사함.

- 지급보험금의 구성비를 보면 입원비가 2014년 66.0%를 차지하고 있음.
- 요양기관이 산정한 중대질병에 대한 비급여서비스 가격관리가 필요함을 시사함.

4) 결과적으로 국민건강보험은 지속적으로 보장성을 강화해 왔으나 보장률이 62% 선에서 머물러 있게 됨.

- 실손의료보험의 외래 지급보험금 구성비가 증가추세에 있어 외래비 관리의 필요성이 커지고 있음.
  - 2011년 외래 지급보험금 구성비가 25.8%였으나 지속적으로 증가하여 2014년 31.9%를 기록함.
  - 최근 경증질병에 대한 외래비급여서비스 진료비용이 급증하고 있고, 요양기관마다 다르게 산정되고 있는 것으로 알려져 있음.

#### 4. 공·사건강보험자의 대응 및 한계



- 국민건강보험은 급여서비스 부분에서 중대질병과 경증질병의 수요에 대한 특징을 반영하는 소비자 본인부담률을 산정하고 있음.
  - 중대질병의 경우는 소비자의 도덕적 해이가 적게 발생하므로 일부분인부담률을 낮게 부과하고, 경증질병의 경우는 소비자의 도덕적 해이가 발생할 수 있으므로 높게 부과하고 있음.
    - 암, 뇌혈관질환, 심장질환 등 중대질병 입원에 대한 일부분인부담률은 급여비용의 5%이고, 경증질병입원은 20%임.
  - 외래의 경우 일부분인부담률을 일반적으로 높게 책정<sup>5)</sup>하고 있지만 중대질병인 희귀난치질환(10%), 암(5%), 중증화상환자(5%) 등에 대해서는 낮게 책정하고 있음.
- 실손의료보험은 요양기관이 산정한 비급여서비스 가격에 대한 자료 확보 및 관리를 위한 법적 근거를 가지고 있지 못함.<sup>6)</sup>
  - 보험가입자와 실손의료보험자는 자료가 부족하여 그 가격 및 공급량이 어떻게 산정되었는지 알 수 없어 청구된 의료비를 무조건 지급할 수밖에 없는 상황에 처해 있음.<sup>7)</sup>

5) 지역에 따라 종합병원 45~50%, 병원급 35~40%.

6) 비급여서비스는 국민건강보험의 보장대상이 아니기 때문에 국민건강보험은 이에 대한 가격 및 양의 관리를 위한 법적 권한을 가지고 있지 못하며 자료의 집적을 하고 있지 못함.

7) 상환제에서 발생하는 문제임. 가장 전통적인 방법으로 소비자 불편과 실손의료보험자의 과다관리비용을 유발하는 체계임. ① 요양기관이 진료비를 산정하고 피보험자에게 청구하면, ② 피보험자가 진료비 전액을 마련하여 요양기관에 지급한 후, ③ 피보험자가 보험회사에 보험금을 청구하여 상환 받는 방식임. ④ 보험회사는 수작업으로 면부책임사 후 보험금을 지급함. 실손의료보험은 요양기관에 대한 진료비 심사 및 진료행위 적정성 평가의 기회조차 없어 과잉공급 및 부당청구가 있을 경우에 대한 대책이 전혀 없는 상황임(조용운·김경환·김미화(2014), 『의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험협력 방안』, 보험연구원).

- 실손의료보험자는 비급여서비스에 대한 자료 확보와 동시에 비급여서비스의 의료비 심사 및 진료 행위 적정성 평가를 할 수 있어야 할 것임.
- 실손의료보험은 경증질병 치료를 위한 비급여서비스를 보장하고 있음에도 불구하고 자료의 부족으로 소비자의 도덕적 해이에 대처할 수 있는 제도를 운영하고 있지 못함.
  - 실손의료보험은 자료 부족으로 과잉의료이용에 대처할 수 있는 적절한 상품개발이 가능하지 않은 상태에 있음.
    - 표준실손의료보험 상품은 중증질병과 경증질병의 구분 없이 비례본인부담률(coinsurance)과 건당 공제액(deductible) 제도를 적용하여 소비자의 도덕적 해이를 최소화시키고자 하고 있음.
    - 입원에 대해서는 질병 혹은 상해당 비례본인부담률<sup>8)</sup> 제도를 적용하고, 외래와 처방약에 대해서는 건당 비례본인부담률 및 건당 공제액 제도를 적용함.
  - 실손의료보험은 과잉이용을 유발하는 경증질병 비급여서비스에 대한 보장제한 등이 필요할 것임.

## 5. 시사점



- 첫째, 의료법 개정으로 소비자의 알 권리가 충족되고 비급여진료비용의 예측가능성이 제고될 것임.
  - 그 동안 각각의 요양기관이 주요 비급여서비스의 가격을 공시하도록 하여 소비자의 알 권리를 충족시켜주는 데 한계가 있었음.
    - 이제는 국민건강보험이 직접 일괄적으로 비교공시를 하여 이를 충족시키는 것이 가능하게 됨.
  - 소비자가 비급여서비스 전체에 대해 비교평가를 할 수 있게 되어 요양기관 간 경쟁촉진 효과를 얻을 수 있을 것임.
- 둘째, 소비자의 합리적 의료이용을 유도할 수 있을 것으로 봄.
  - 소비자는 사전적으로 가격을 확인하고 수요 여부를 결정할 수 있게 됨.

8) 입원: 질병/상해당 20%(20% 해당액이 200만 원 이하에만 적용).  
 외래: 병의원 종별로 건당 1만 원, 1.5만 원, 2만 원과 20% 중 큰 금액.  
 처방약: 건당 0.8만 원과 20% 중 큰 금액.

- 소비자는 요양기관 간 가격비교를 통해 적절한 요양기관을 선택할 수 있게 됨.
- 셋째, 요양기관이 산정한 비급여서비스 가격에 대한 사전적 심사가 이루어지는 효과를 얻을 수 있음.
- 그 동안에는 비급여서비스에 대한 기초자료가 축적되어 있지 않았기 때문에 실손의료보험이 국민 건강보험에 심사를 위탁하더라도 실질적 심사는 어려움이 많은 상황이었음.
  - 중대질병 치료서비스에 대해서 요양기관이 가격을 높게 산정할 가능성이 있으므로 이에 대한 공시가 적절히 이루어지면 사전적 심사효과가 있을 것으로 봄.
- 넷째, 실손의료보험은 경증질병 치료서비스에 대한 소비자의 초과수요 관리를 위한 상품 운영이 가능하게 될 수 있음.
- 향후 비급여서비스에 대한 요양기관별 가격자료가 확보되고 코드가 표준화되면, 소비자의 초과수요를 유인하는 비급여서비스에 대해 보장을 제한하는 것이 가능할 것임.<sup>9)</sup>
- 마지막으로, 비급여대상과 임의비급여대상<sup>10)</sup>의 구별이 가능하게 될 수 있음.
- 그 동안 급여대상과 그 외의 의료서비스 간의 구별은 건강보험심사평가원의 진료비확인제도<sup>11)</sup>를 이용하여 이루어질 수 있었지만 비급여대상과 임의비급여대상의 구별은 어려운 상황이었음.
    - 진료를 받은 사람 또는 그 가족은 진료비확인제도를 이용하여 진료비 내역을 확인받도록 하였으나 그 구별이 용이하지 않았음.
  - 임의비급여대상은 의료행위라고 보기 어려운 부분이 많아 실손의료보험의 보장대상이 아님에도 불구하고 실손의료보험은 임의비급여대상에 대해 부당한 보험금을 지급하였음.
    - 앞으로는 구별이 가능하게 될 것으로 보이며 이를 통해 무분별한 임의비급여의 증가를 억제할 수 있을 것임.
- 비급여진료행위 코드표준화가 병행되고, 중대질병은 물론 경증질병 치료를 위한 비급여서비스 가격도 공시되어야 정책효과를 극대화할 수 있을 것임. **kiqi**

9) 이것은 진료비 영수증 및 상세내역서의 표준화를 전제로 함.

10) 대체로 급여기준을 초과한 의료서비스, 별도 진료비 산정이 불가한 치료재료, 식약청 허가기준을 초과하여 사용한 치료재료, 심사·평가에 따라 반려된 신 의료기술 등 미등재 의료서비스가 여기에 해당됨. 주로 효과가 입증된 의료서비스라고 보기 어려운 경우임.

11) 진료를 받은 사람 또는 가족의 신청으로 전액본인부담대상과 요양비급여대상 의료서비스에 대해서 부당한 비용이 요양급여대상에 해당하는지를 건강보험심사평가원에서 확인할 수 있는 제도임.