

국민건강보험 재정건전성 진단과 과제

- 건강보험 정책토론회 -

김대환 교수(동아대)

목차

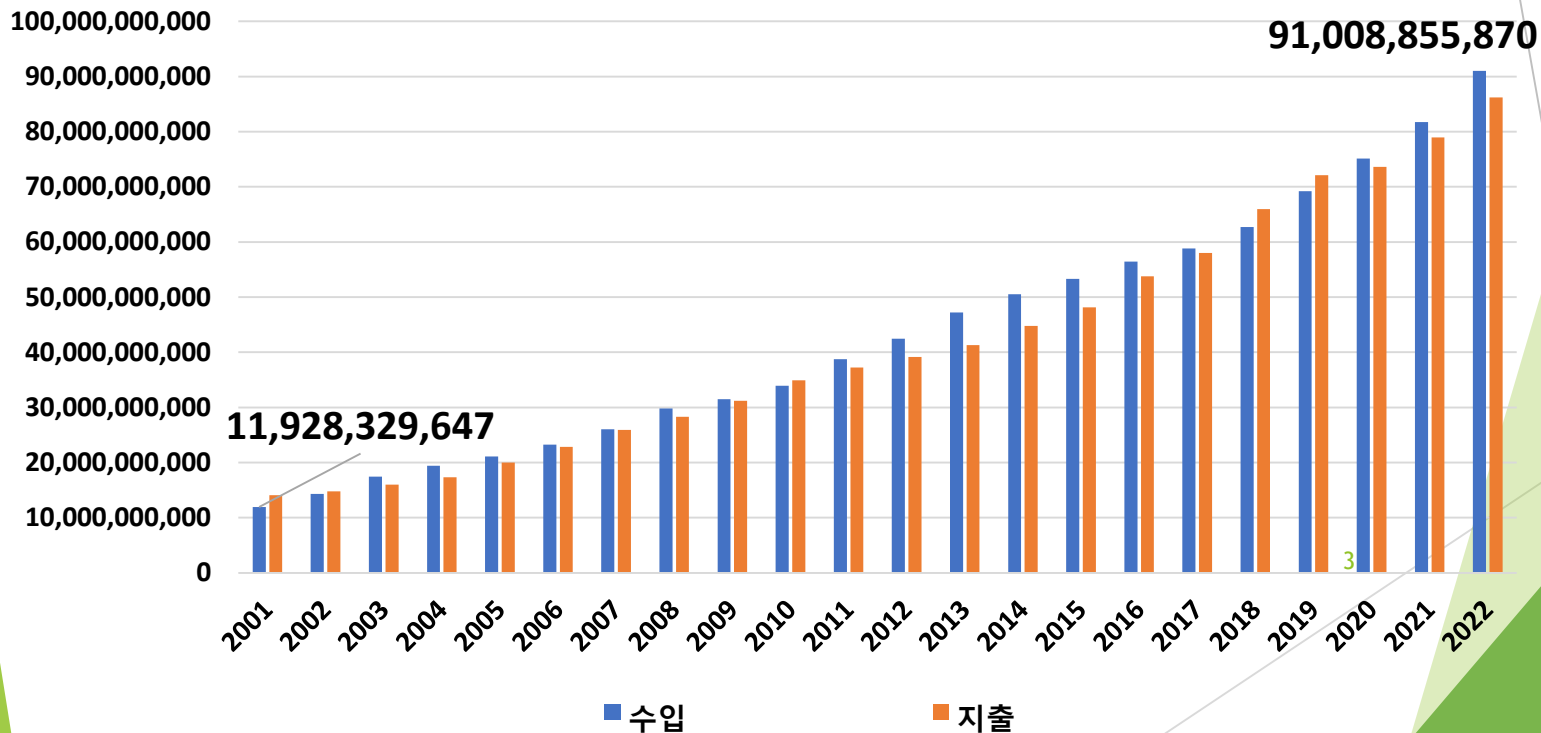
1. 현재까지의 의료비
2. 앞으로의 의료비
3. 개선방안
4. 결론

1. 건강보험의 수입 및 지출

◆ 수입 및 지출(국민의 부담) : 2022년 총진료비 116조원

● 91조 ➔ 지난 20년 8배 증가

국민건강보험의 수입 및 지출 추이(천 원)



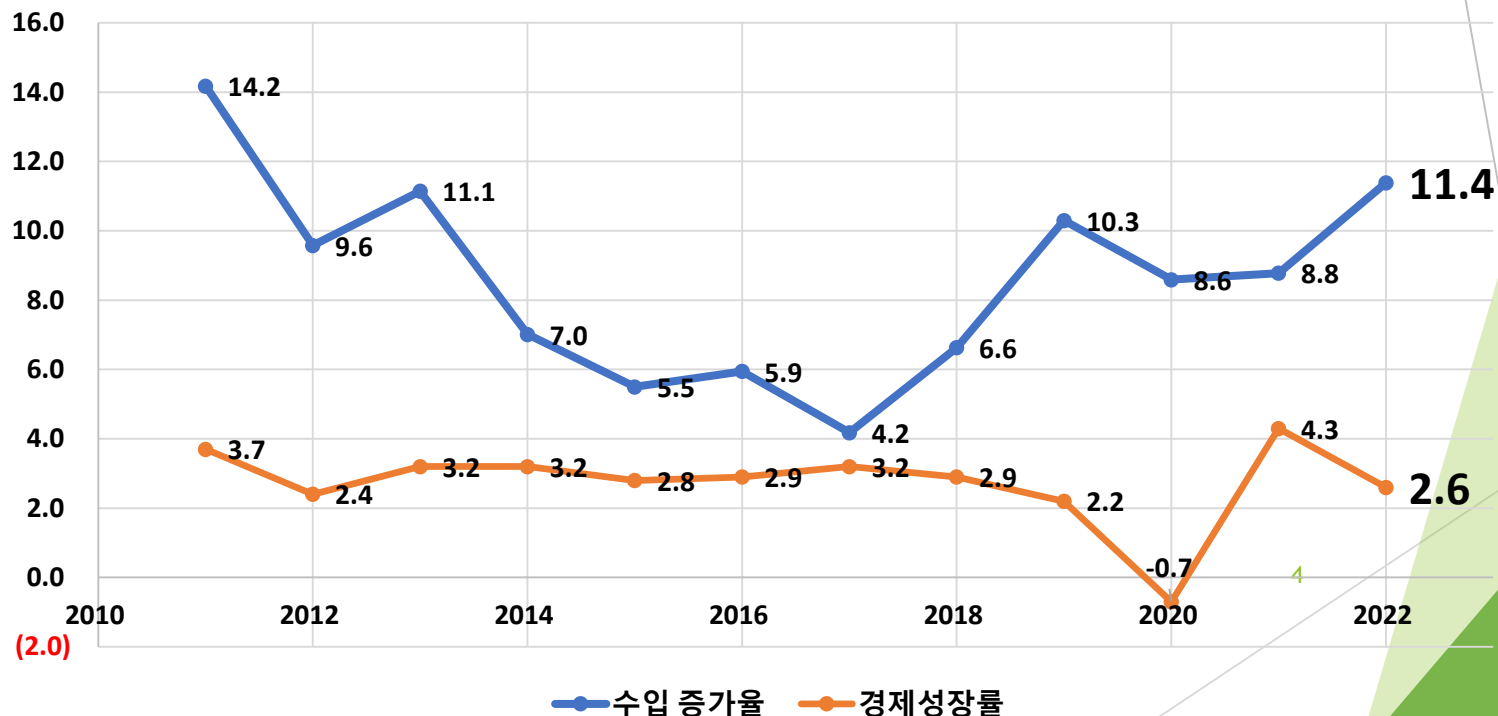
자료 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험)

2. 국민들의 부담 증가

◆ 국민 부담 증가는 항상 경제성장률보다 높아

- 실질 의료비 증가율 매우 높다는 의미

국민건강보험 수입 증가율과 경제성장률 (%) 추이



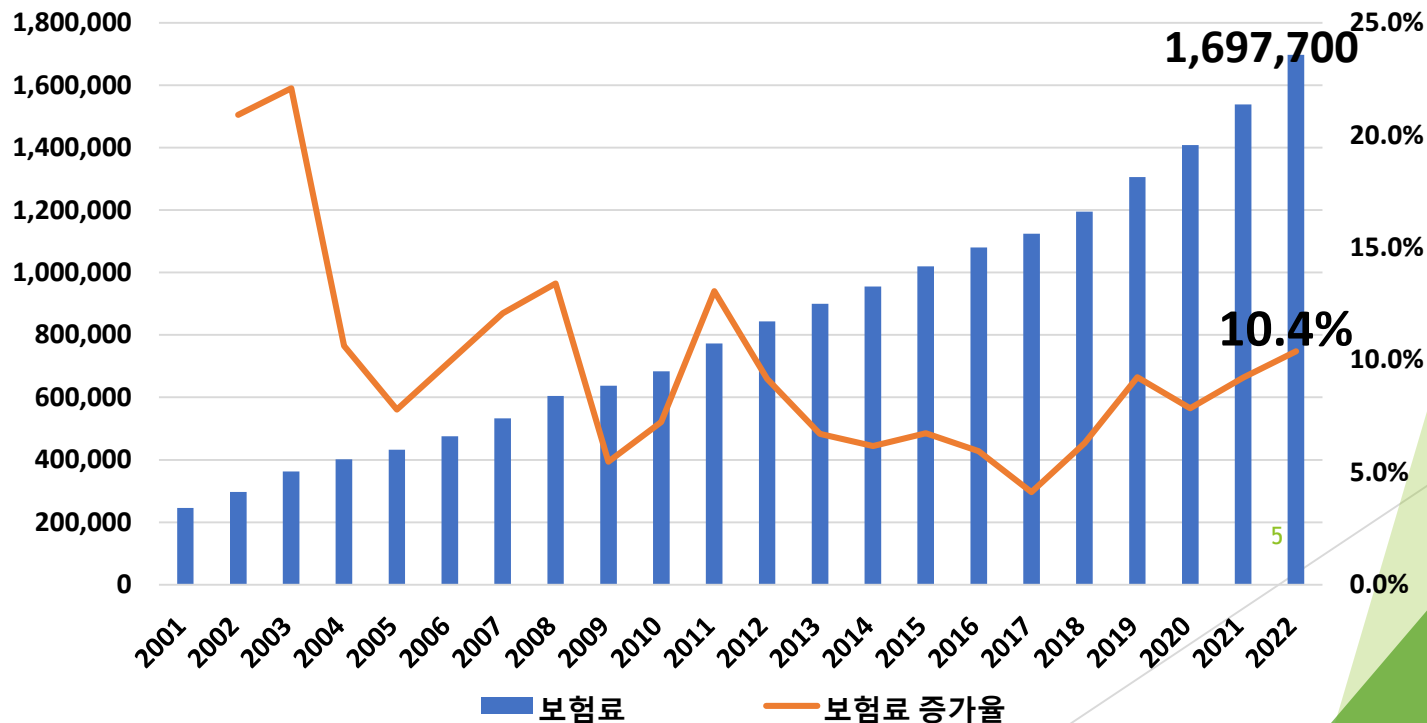
자료 : 건강보험 수입 추이 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험), 경제성장률 추이(한국은행 공시).

2. 국민들의 부담 증가

◆ 경제성장을 대비 보험료 증가

- 현재 국민 1인당 170만원 부담 → 4인 가족 700만원
- 더 큰 문제는 여전히 10% 내외 증가(작년 경제성장률 2.2%)

1인당 부담(원) 및 증가율(%) 추이



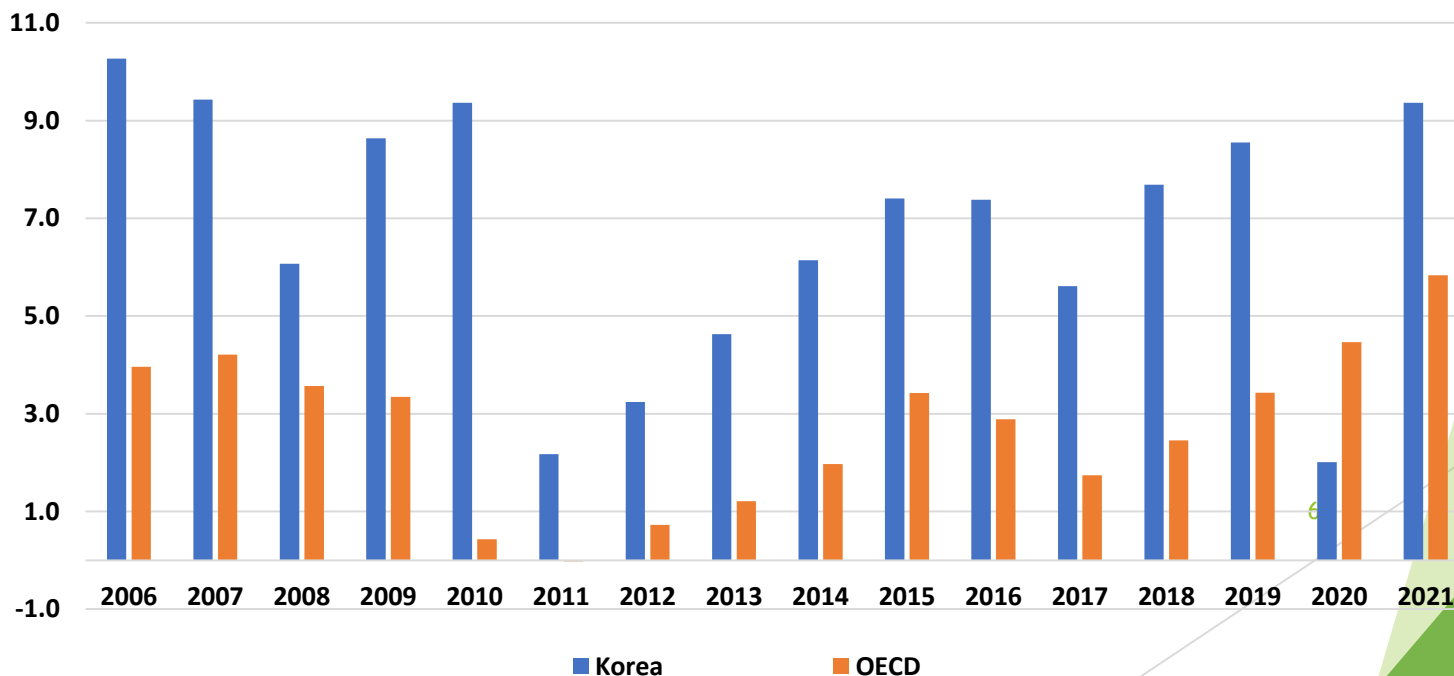
자료 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험)

4. OECD 의료비 증가율(실질)

◆ 높은 의료비 증가율은 세계적 현상인가?

- 한국의 의료비 증가율 가장 높아
- 최근 10년 실질 성장률 : 한국 6.2% vs. OECD 2.8%

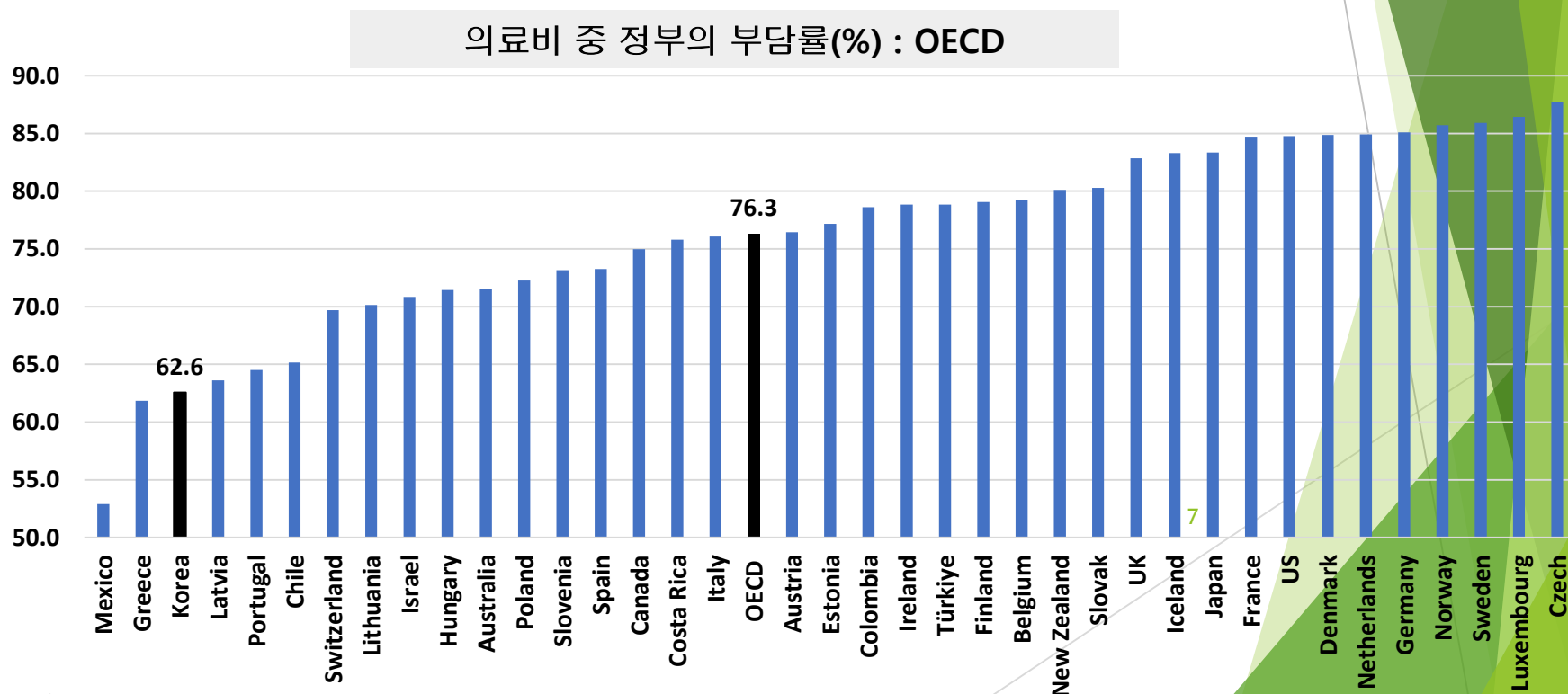
실질 의료비 증가율 추이(%) : 한국 vs. OECD



5. 의료비 중 보장률

◆ 국민 부담 급증의 결과는 보장률 확대?

- 보험료 부담 급증했는데도 왜 자비부담은 세계 최고?
- 의료비가 더 빨리 증가했기 때문



자료 : Health Statistics, OECD(2023)

목차

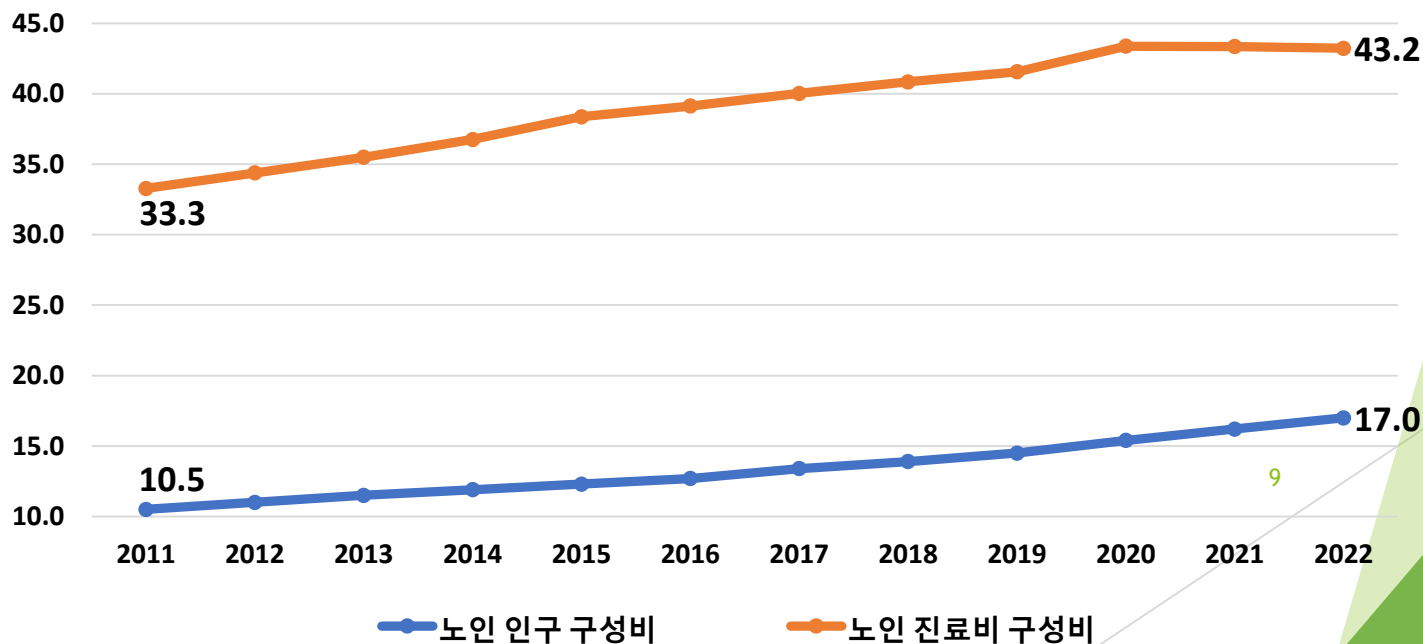
1. 현재까지의 의료비
2. 앞으로의 의료비
3. 개선방안
4. 결론

1. 노인 진료비

◆ 노인(65세 이상) 17%가 전체 진료비의 43.2%를 사용

- 최근 코로나로 노인의 의료접근성 ↓ ➔ 일시적으로 주춤
- 노인 증가율에 비해 노인 진료비가 더 빠르게 증가
- 즉, 1인당 노인 진료비가 매우 빠르게 증가한다는 것

노인 인구 구성비 및 노인 진료비 구성비 추이(%)

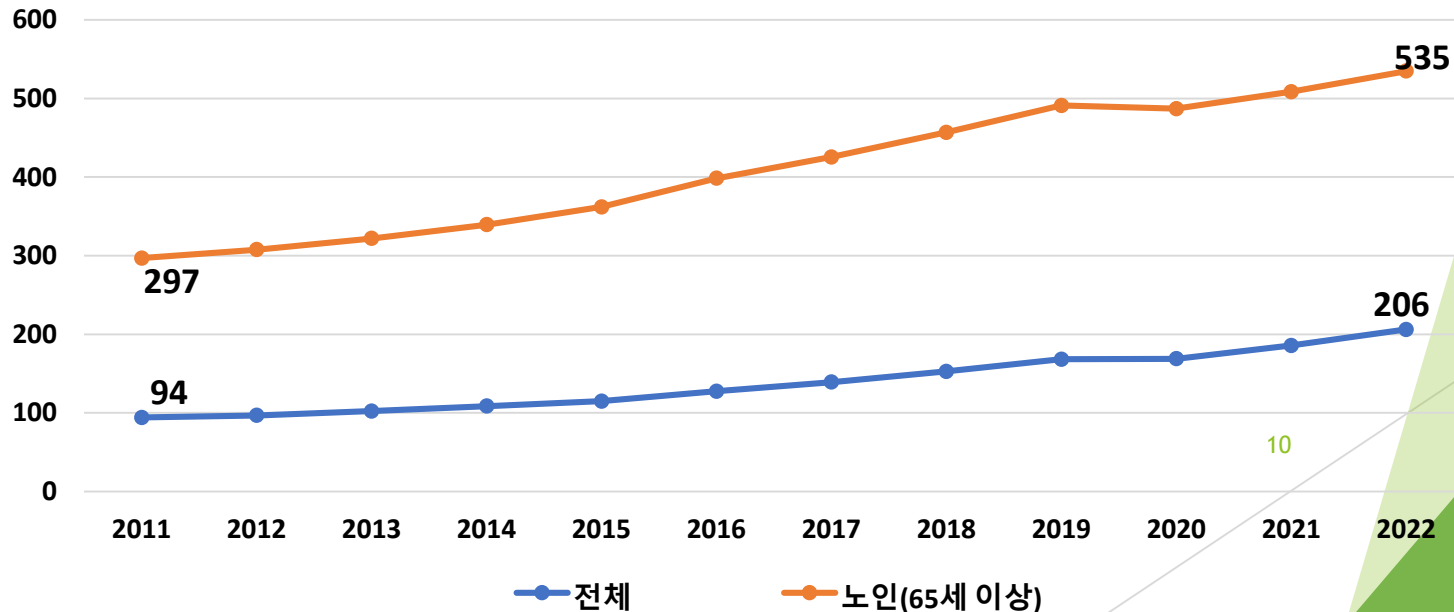


1. 노인 진료비

◆ 아래 그래프 시사점

- 1인 당 노인 진료비 연간 535만원으로 상당한 금액
- 노인진료비가 전체 진료비(노인 포함)보다 가파르게 증가
- 대략 생애의료비 중 70~80%는 65세 이후에 지출한다는 의미

노인 1인 당 및 전체 인구 1인당 진료비 추이(만 원)

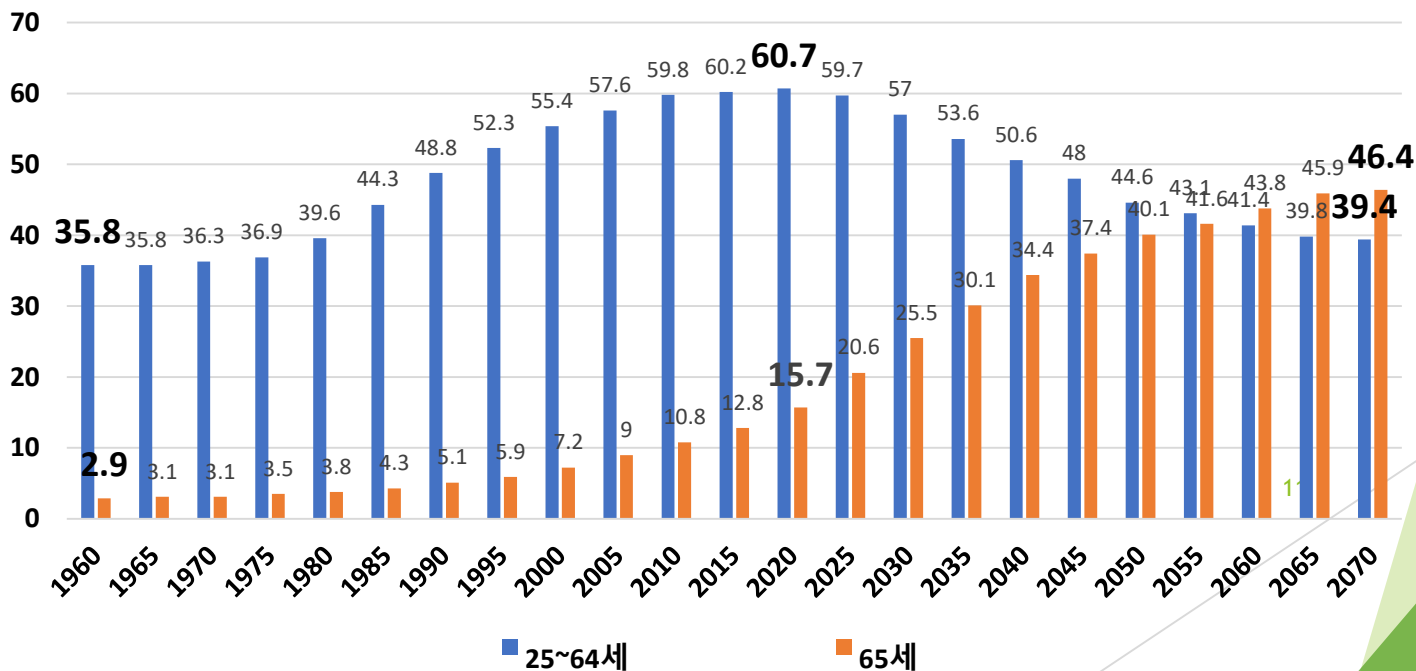


2. 인구구조

◆ 고령자와 재정 부담 계층

- 둘 중 한 명 노인이 되는 시기 도래
- 그때의 의료비는? 1인당 부담은? 국민건강보험의 재정과 지속가능성은?

노인 1인 당 및 전체 인구 1인당 진료비 추이(만 원)



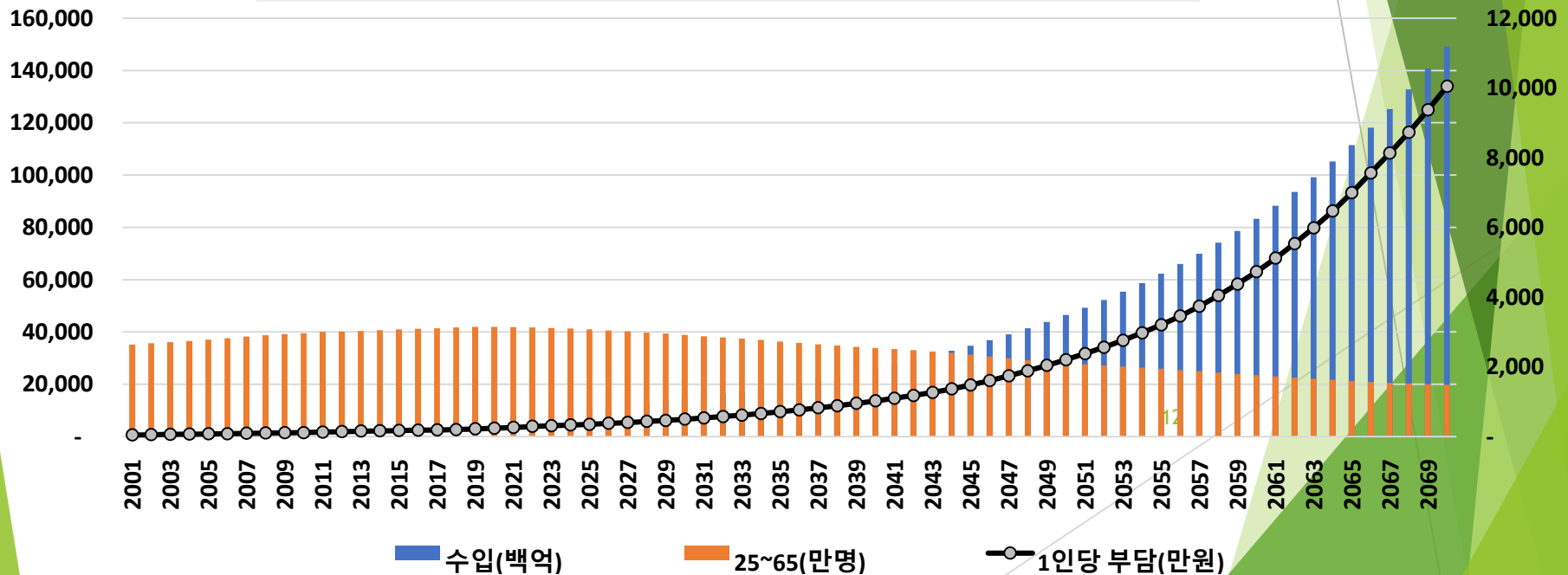
자료 : 장기인구체계(통계청 공시자료)

3. 미래 의료비 부담(보수적 추정)

◆ 현재 추이가 지속 시 25~65세 1인당 2070년 매년 1억 원

- 급여비 : 6% 증가율 가정(과거 20년 평균 10%, 과거 10년 평균 8%)
- 인구 추계는 통계청의 추계를 적용
- 2070년 1억 원: 현재 가치 6,292(할인율 1%)~2,503(할인율 3%)만 원

국민건강보험 수입, 25~65세 인구, 1인당 부담 추이 및 전망



자료 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험) 및 KOSIS(2023)의 자료를 활용해 저자가 작성

목차

1. 현재까지의 의료비
2. 앞으로의 의료비
3. 개선방안
4. 결론

1. 개선(개혁)의 방향 전환

◆ 지금까지

● 의료비 X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

지출 10% 증가 수입 10% 증가
1인당 부담 더 증가

◆ 앞으로

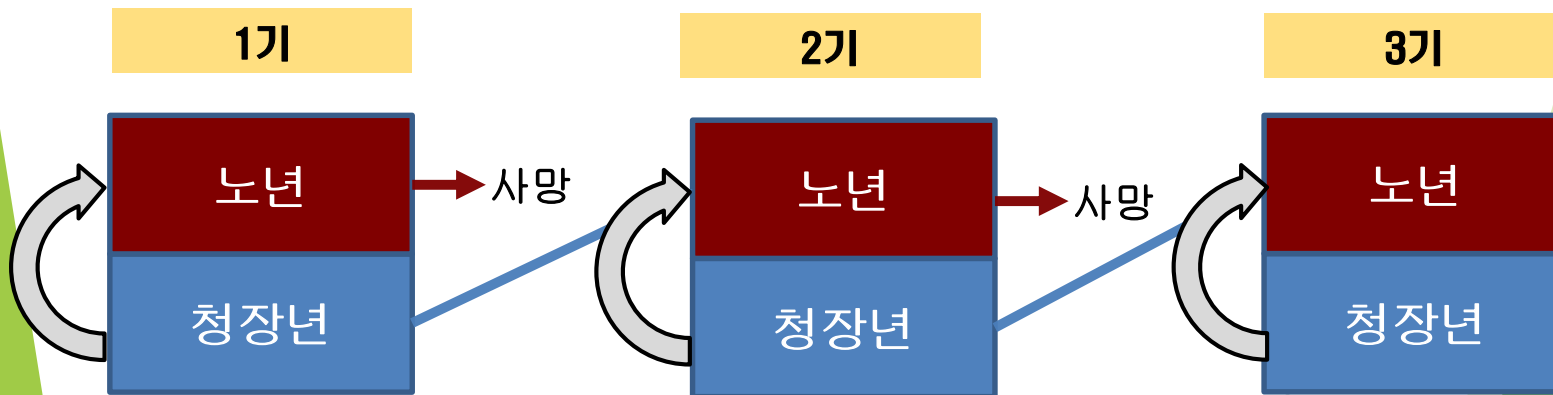
● 의료비 X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

2. 부과방식의 사회보험 변화 필요

◆ 중복세대모형과 사회보험

- 청장년이 노년을 부양하고, 노인이 되면 부양을 받는 구조
- 반드시 필요한 가정
 - 충분한 청장년층(높은 출산율) = 낮은 노년 비율

중복세대 모형과 사회보험



2. 부과방식의 사회보험 변화 필요

◆ 세계에서 가장 높은 부양비

- 현재의 사회보험 구조 유지 불가능

한국의 인구피라미드 추이(만명)



자료 : 장래인구추계(통계청 공시)

2. 부과방식의 사회보험 변화 필요

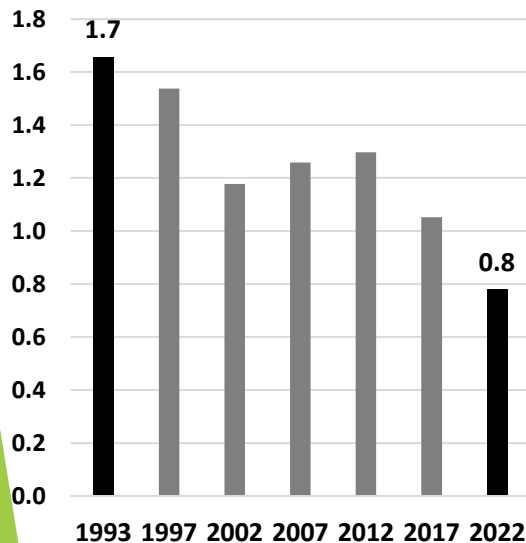
◆ 정부 및 사회보험 재정의 결정요인

- 출산율, 기대수명, 경제성장률 → 항상 예상보다 악화

◆ 의료비(보험료) 재정 안정화의 방향

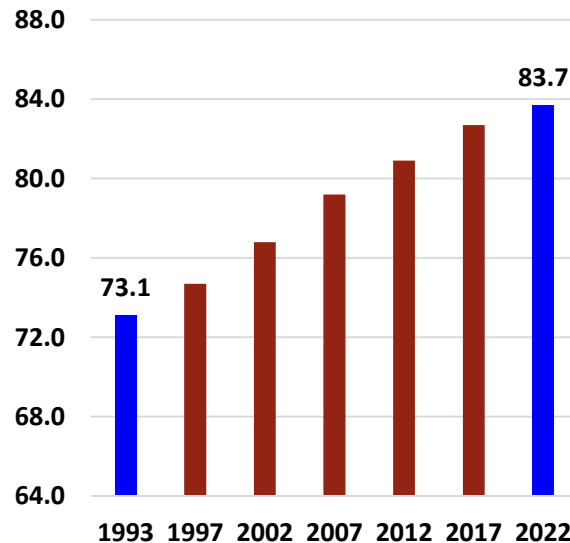
- 적립방식 기능 도입 및 확대 : 정부 or 시장?

출산율 추이

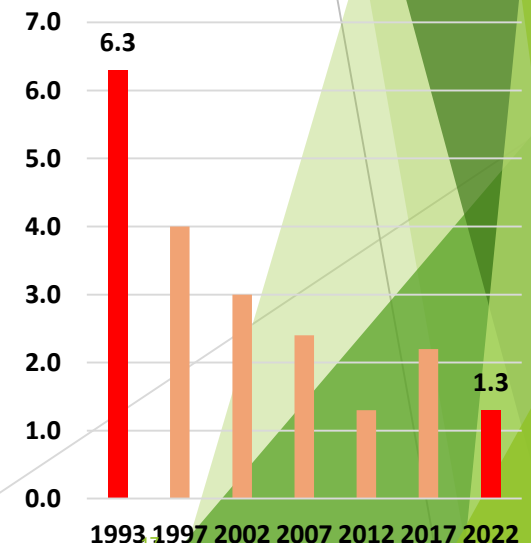


자료 : 한국은행 및 통계청 공시자료

기대수명 추이



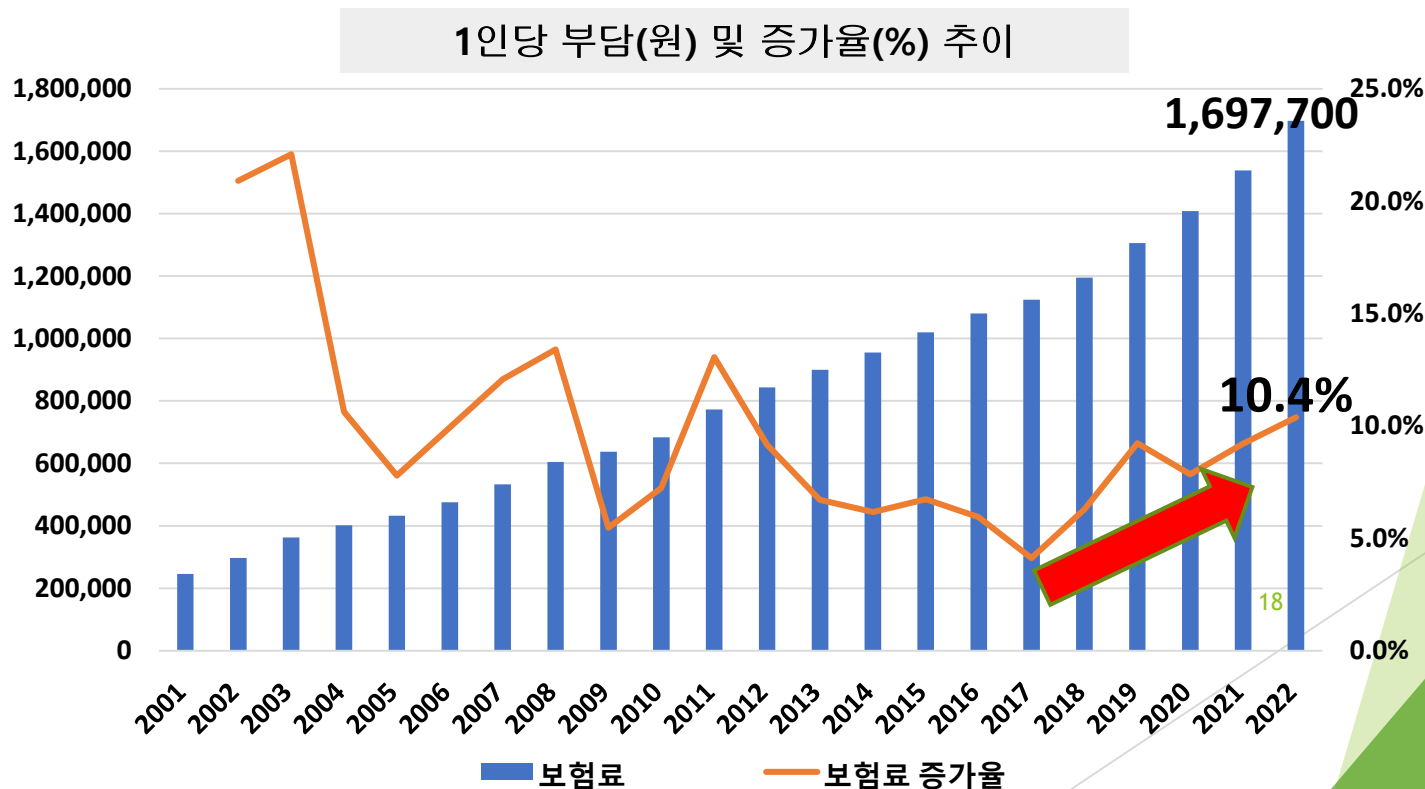
경제성장률 추이



3. **의료비** X 인구(노인)=보험료 X 인구(중장년층)

◆ 비급여

- 문케어의 실패요인은?
- 문케어는 훌륭한 접근, 단 방법을 몰랐을 뿐

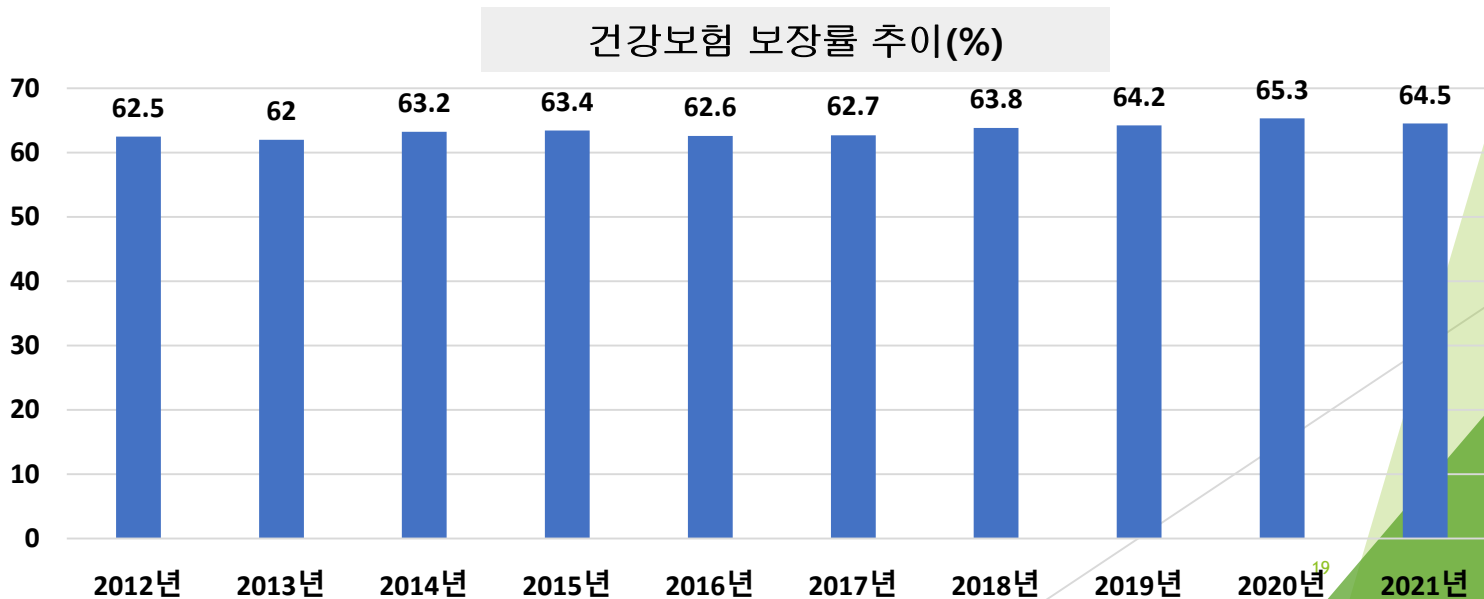


자료 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험)

3. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 비급여

- 2023년 복지부의 보도자료(사실 매년 동일한 언급)
 - 보장을 하락 원인 “비급여 규모가 급증”했기 때문
- 감사원(2015) : 비급여 평균 7.5배 차이(추간판... 17.5배)
- 비급여는 전체 보건의료체계 및 국가 경제의 최대 위험 요인



자료 : 보도자료(국민건강보험공단, 2023.1.10).

3. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ **공사건강보험의 접근 → 국민 고통 가중**

- 국민건강보험 : 비급여 유지하고 보장을 강화 위해 엄청난 재정투입
- 민영건강보험 : 반복적 실손 개혁으로 소비자 의료접근성 약화

◆ **의료시장 특수성 이해하고 수요 아닌 공급에서 해결해야**

3. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

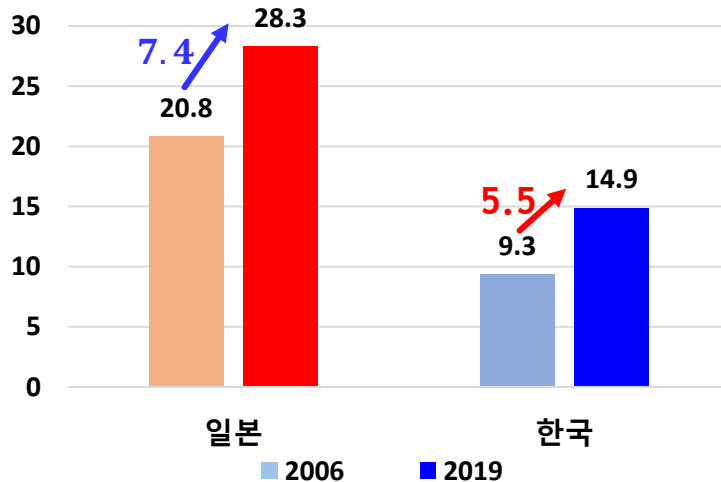
과거·현재

$$\text{보장률?} = \frac{\text{급여비(국민 부담)} \uparrow}{\text{급여진료비} \uparrow + \text{비급여진료비} \uparrow}$$

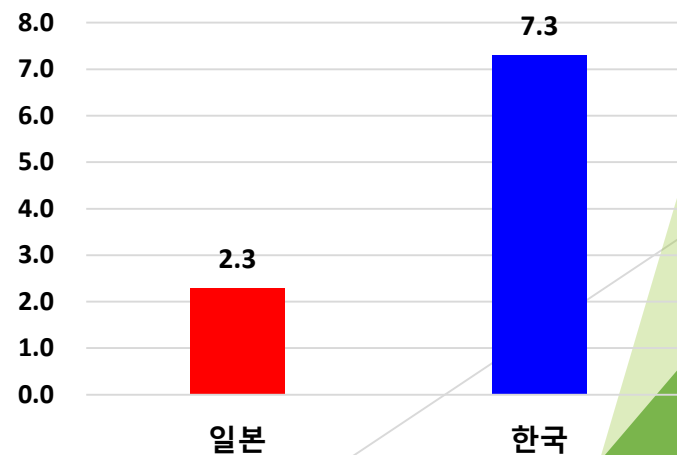
미래

$$\text{보장률} \uparrow = \frac{\text{급여비(국민 부담)}}{\text{급여진료비} \downarrow + \text{비급여진료비} \downarrow}$$

노인 비중 변화 : 2006-2019



실질 의료비 증가율 : 2006-2019



3. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 비급여 관리는 국가의 미래를 위해 반드시 필요

● 1안 : 정부 중심

- 비급여의 급여화
- 단, 필수성&효율성에 따라 급여율 0%~80% 차등
- 나머지 실손이 보장

● 2안 : 시장 중심

- 자동차보험처럼 : 보험업계와 의료계
- 그 과정에서 정부의 지원 필요

4. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

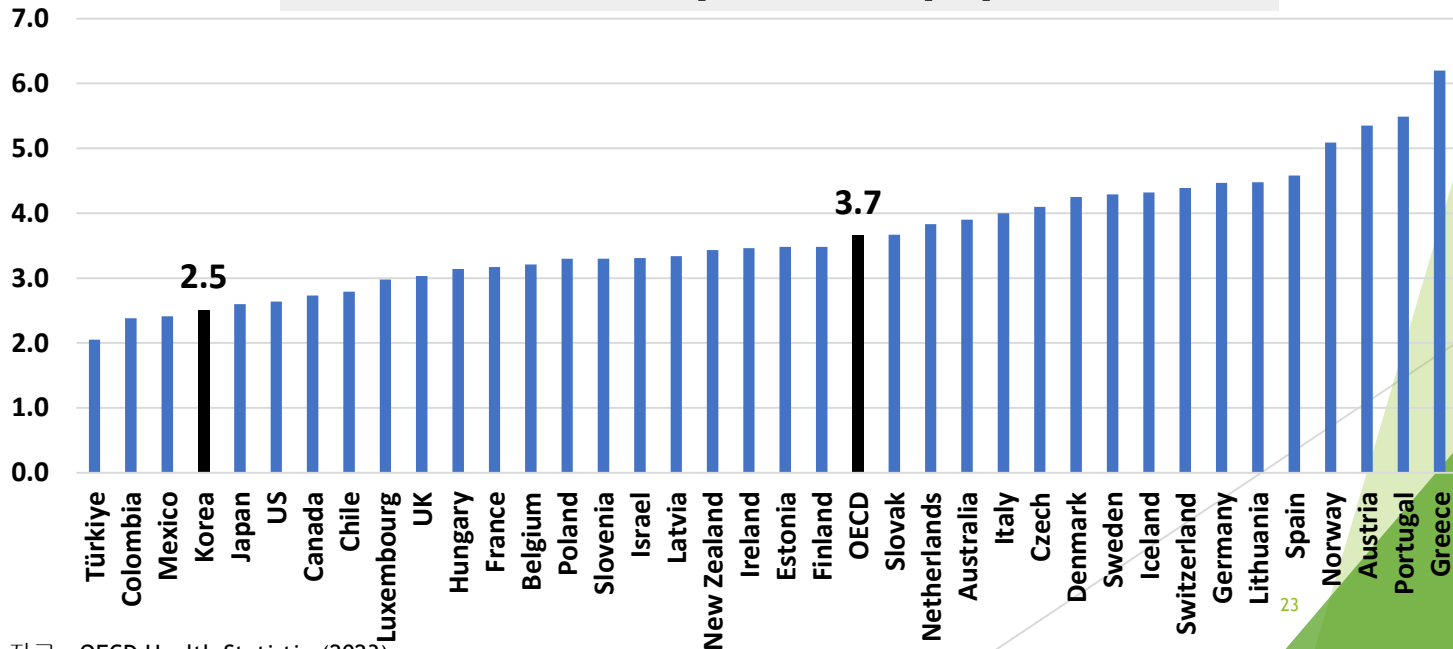
◆ 행위별수가제 유지?

- 완벽한 급여화 하에서 어느 정도 가능 → 지불보상체계 개혁 고민!

◆ 현 수가체계 유지하면서 의사 수 지속 확대하면?

- 수입 $\uparrow$ = (급여 $Q\uparrow$ x **급여P**) + (비급여 $Q\uparrow$ x 비급여 $P\uparrow$)

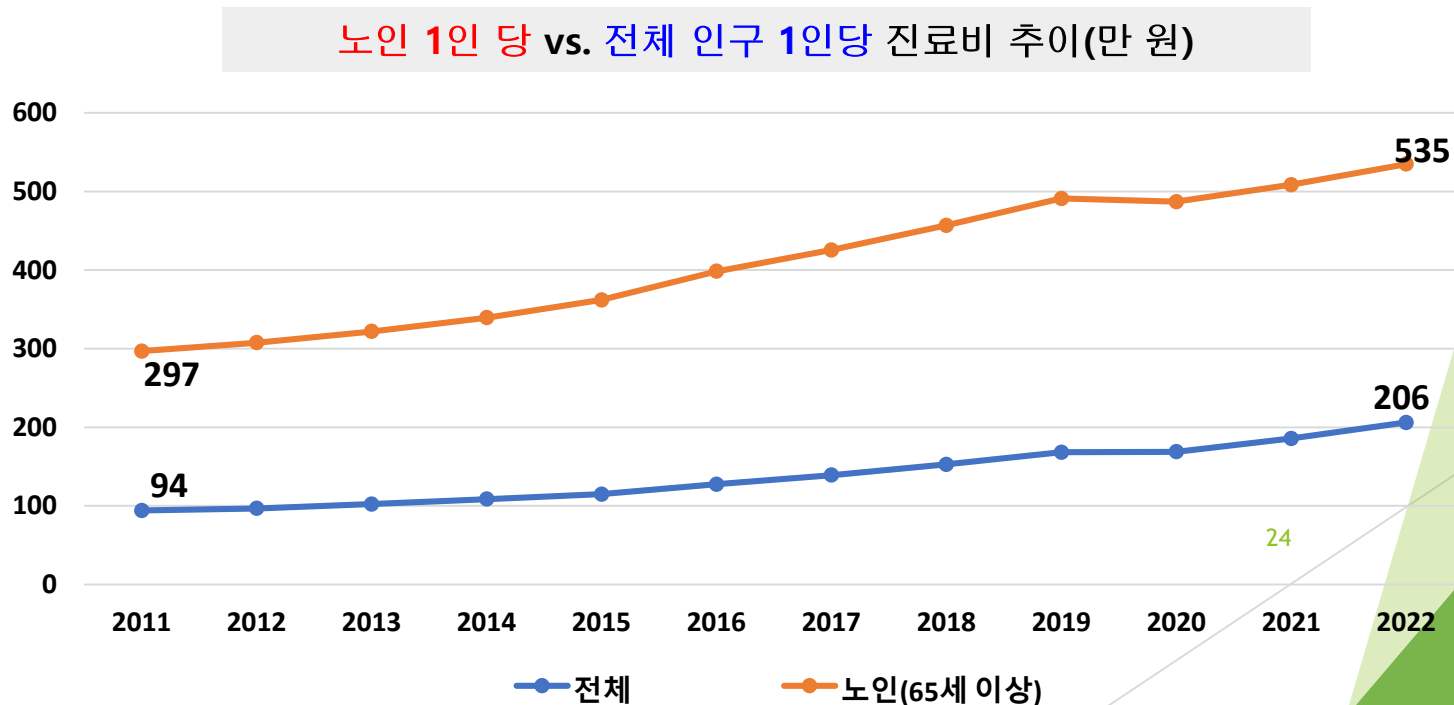
OECD 의사 수 (per 1,000 population)



5. **의료비 X 인구(노인)** = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 아래 그래프 시사점

- 첫째, 1인 당 노인 진료비 연간 535만원으로 상당한 금액
- 둘째, 노인진료비가 전체 진료비(노인 포함)보다 가파르게 증가
- 셋째, 대략 생애의료비 중 70~80%는 65세 이후에 지출

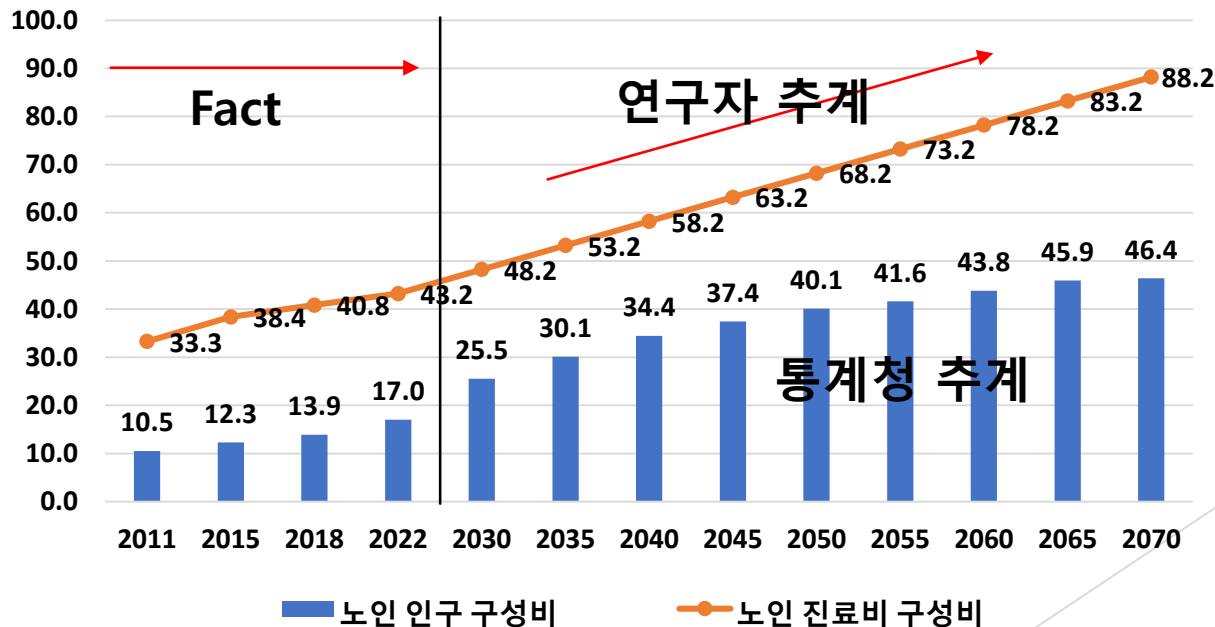


5. **의료비 X 인구(노인)** = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 2022년 기준, 17% 노인이 전체 진료비의 43.2%

- 향후 인구 중 절반을 차지하는 노인
- 그들의 의료비는?

노인 1인 당 vs. 전체 인구 1인당 진료비 추이(만 원)



자료 : 건강보험통계연보 각 연(심평원, 국민건강보험), 장래인구추계(통계청 공시)

5. **의료비 X 인구(노인)** = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 고령자에 대한 의료비 지원 재점검 필요

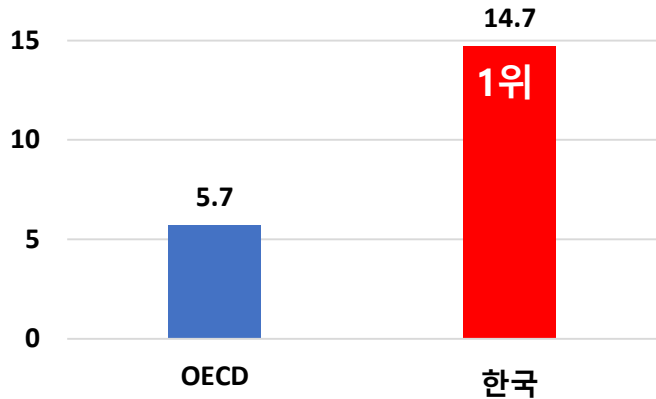
- 60세 이상 치매치료비 지원, 임플란트 및 틀니 지원, 무릎 인공 관절 수술비 지원 등...
 - 향후 2,000만명의 노인은? 왜 모두 예상 가능한 질병에 대해 국가 책임만 확대하는가? 유지 가능한가? 당연히 지속 가능하지 않은데, 도중에 지원을 중단하면 후 세대는?
- 본인부담 확대 필요한데 더 낮춰야 한다는 주장도 강해

외래정액제도 : 진료비 구간별 본인부담(65세)

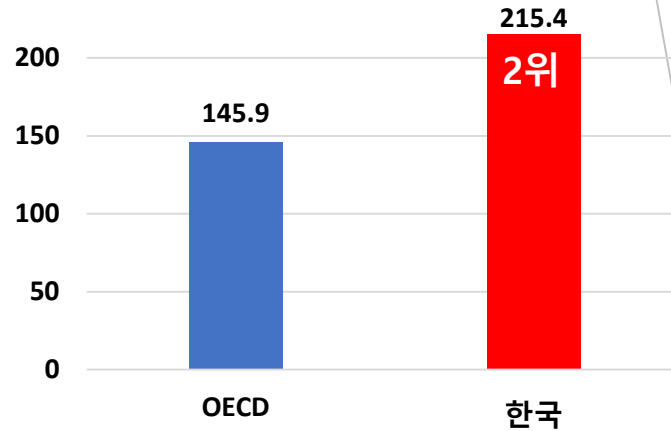
진료비	본인부담
15,000원 이하	1,500원 정액 부담
15,000~20,000원	10%
20,000~25,000원	20%
25,000원 이상	30%

6. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

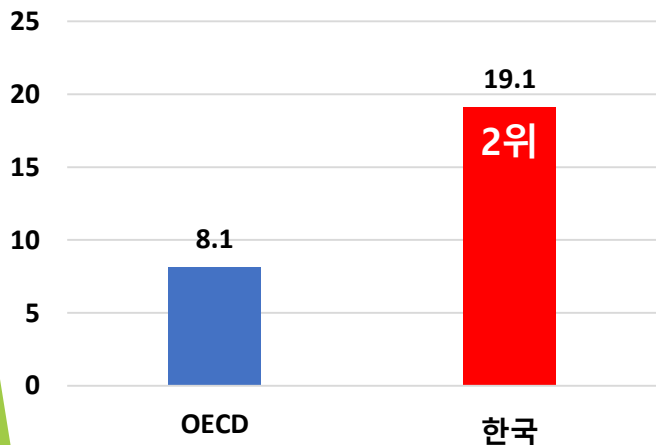
외래 횟수(1인당)



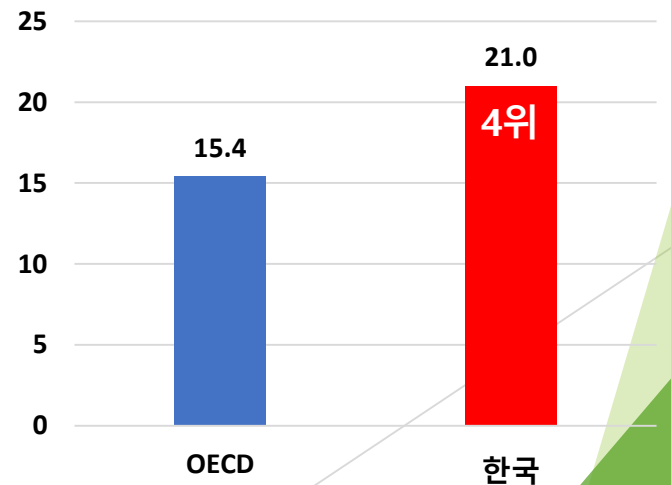
CT 횟수(1,000명당)



입원 일수(평균)



약(1,000명 당 하루)



6. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 과잉공급 : 의료전달체계 재정비

- 의원급은 외래환자, 병원급은 입원환자, 상급종합병원은 중증질환 등(의료법)
- 현실은 동일 환자를 대상으로 무한 경쟁 → 군비경쟁(고가장비, 병상 수 등 최고 수준) → 과잉공급(유인수요)
- 의약품 관리도 중요 : 의약품 처방 과다, 리베이트 등

◆ 과잉수요 : 의료쇼핑 방지

- 동일 질환으로 재방문 시 본인부담 **매우** 높여야

◆ 동시에 국민(환자) 편의 증대

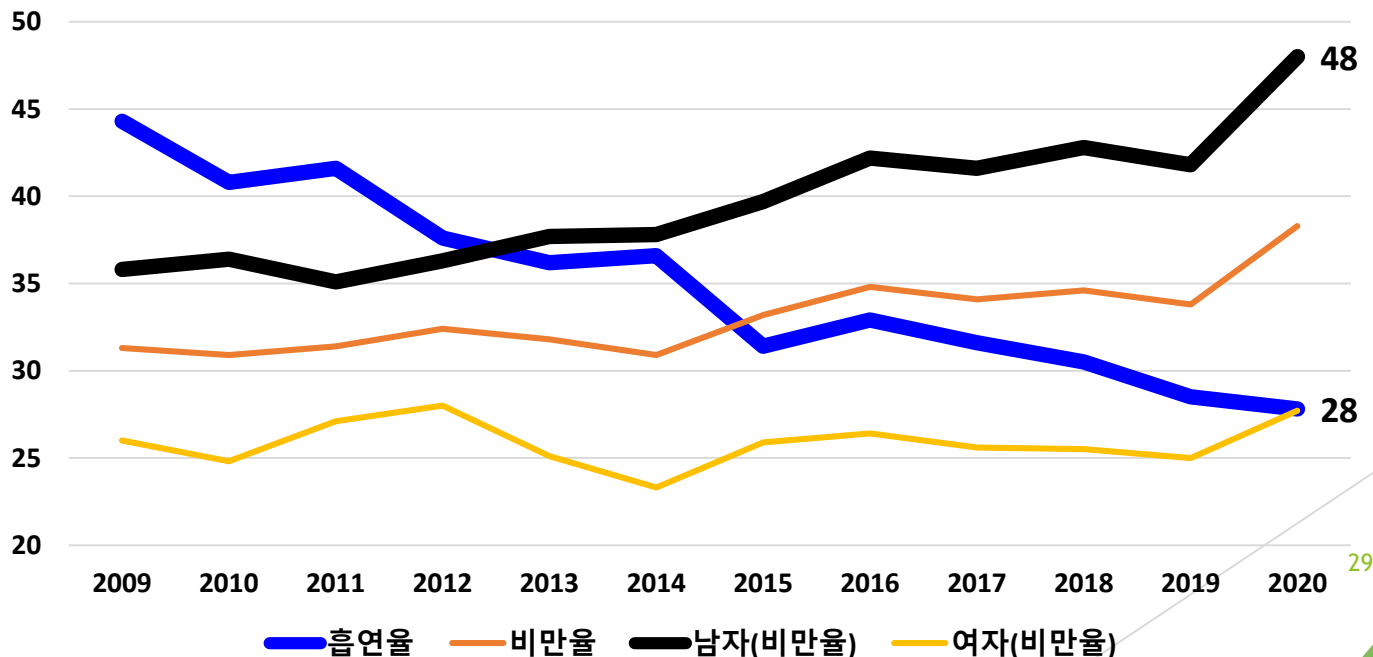
- 검사(진단) 정보 공유체계
- 최소한 진단기록 및 서류들 무료(또는 통일) 제공

7. **의료비** X **인구(노인)** = **보험료** X **인구(중장년층)**

◆ 건강보험의 사후적 의료비보장 → 건강보장

- **비만**, 흡연, 음주, 식사, 운동 등 건강생활에 대한 역할
- 노인 중 80~90%가 만성질환자(보사연, 2015; 복지부, 2020)
- 기대수명 83.5세 vs. 건강수명 66.3세(e-나라지표)

한국인의 흡연율과 비만율 추이



8. **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

◆ 의료비 경감제도 재점검

● 산정특례제도

- 암, 심장, 뇌, 희귀·난치성질환의 급여비 대부분 보장
 - ✓ 왜 소득 무관? 이왕 중증질환이라면 암에 걸려야
- 왜 저소득자 고비용 질환은 지원해주지 않나?
 - ✓ 특정 이슈 발생 시마다 보장 대상 질환을 지속 추가

● 본인부담상한제

- 상한 금액 이후 무상의료가 되는 구조 재고
- 민영보험과의 공조체제로 중복보장 방지

● 재난적의료비 지원사업

- 비급여의 행위·가격 적정성 모니터링 체계 없어
- 그런데 왜 정부가 비급여를 보장하나?

9. **의료비** X 인구(노인)=보험료 X 인구(중장년층)

◆ 만연하고 급증하는 사기

- 부산의 한 의원 “가짜 입원 환자”로 100억원 사기
 - 13년 동안 한번도 적발 없어(11월 15일 보도)
- 민영건강보험도 의료 관련 사기 급증
 - 2022년 1조 818억원 중 의료 관련 35% 정도 차지(금융감독원, 2023)
- 대학병원들도 사기
 - 서울, 영남, 호남의 3개 대학병원 감사(감사원 2015)
 - 13만명 환자 & 39.3만 건

◆ 공사협력체계 구축 및 구조적 개선 필요

목차

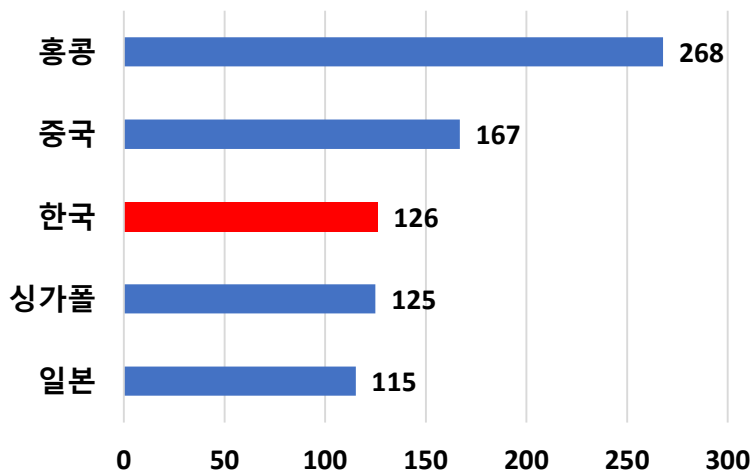
1. 현재까지의 의료비
2. 앞으로의 의료비
3. 개선방안
4. 결론

1. 경제주체의 부채

◆ 경제주체의 부채(IMF, 2023)

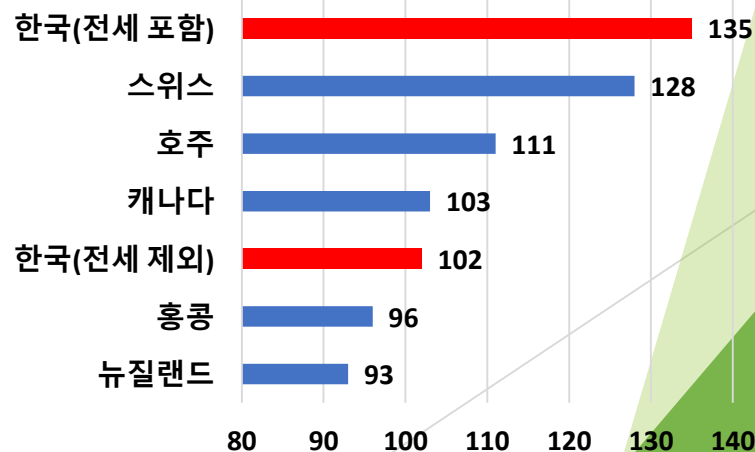
- 기업 : 증가율도 말레이시아 제외하고 최고
- 가계 : 과거 5년 동안 유일하게 두 자리 수(15%) 증가
- 남은 건 정부(GDP 대비 48%)
 - 인구고령화 고려 시 현 체계들도 유지 어려울 것

GDP 대비 기업 부채(%)



자료 : IMF(2023)

GDP 대비 가계 부채(%)



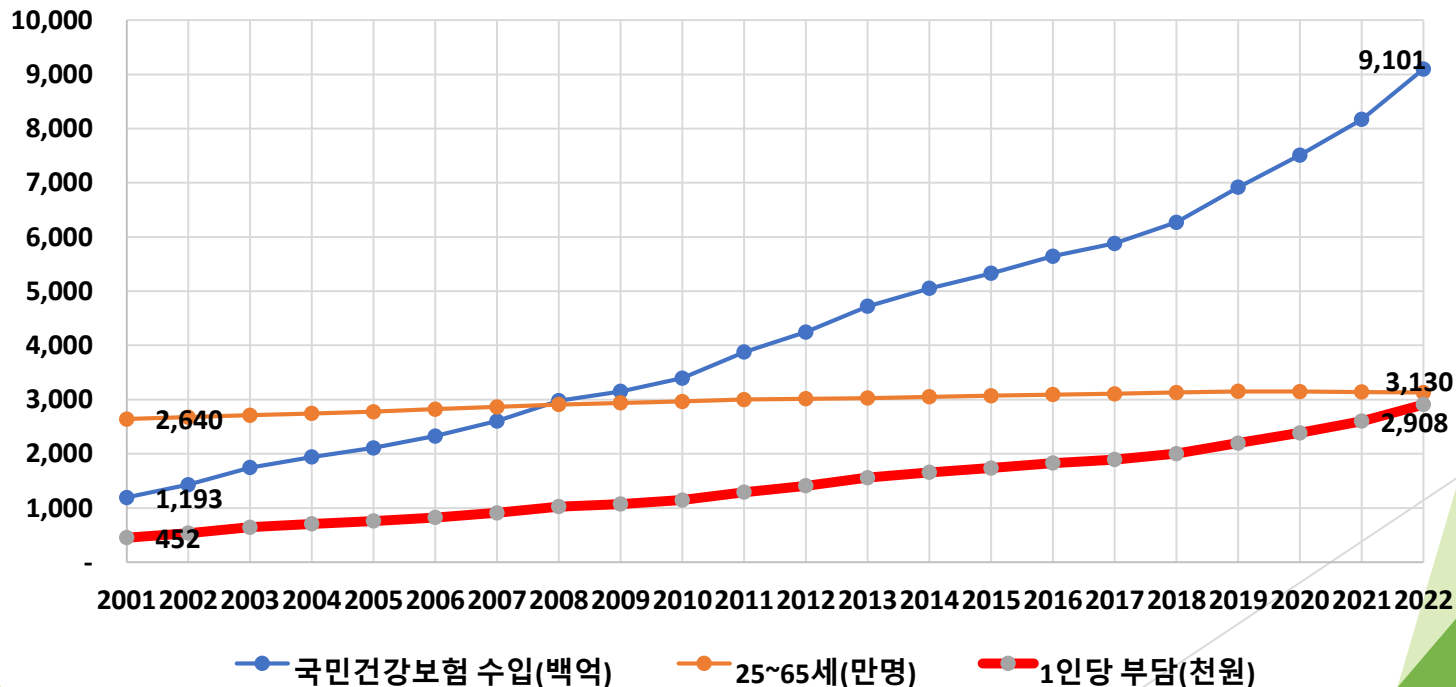
주 : 전세를 포함한 수치는 하이투자증권(2023)을 활용

2. 건강보험의 재정안정의 접근

◆ 해결방법은 유일

- 인구 증가 시에도 의료비 급증해 1인당 부담이 증가
 - 건강보험에서는 출산율 높여도 재정문제 해결 안된다는 것
- **의료비** X 인구(노인) = 보험료 X 인구(중장년층)

국민건강보험 수입(백억), 25~65세 인구(만명), 1인당 부담(천원) 추이



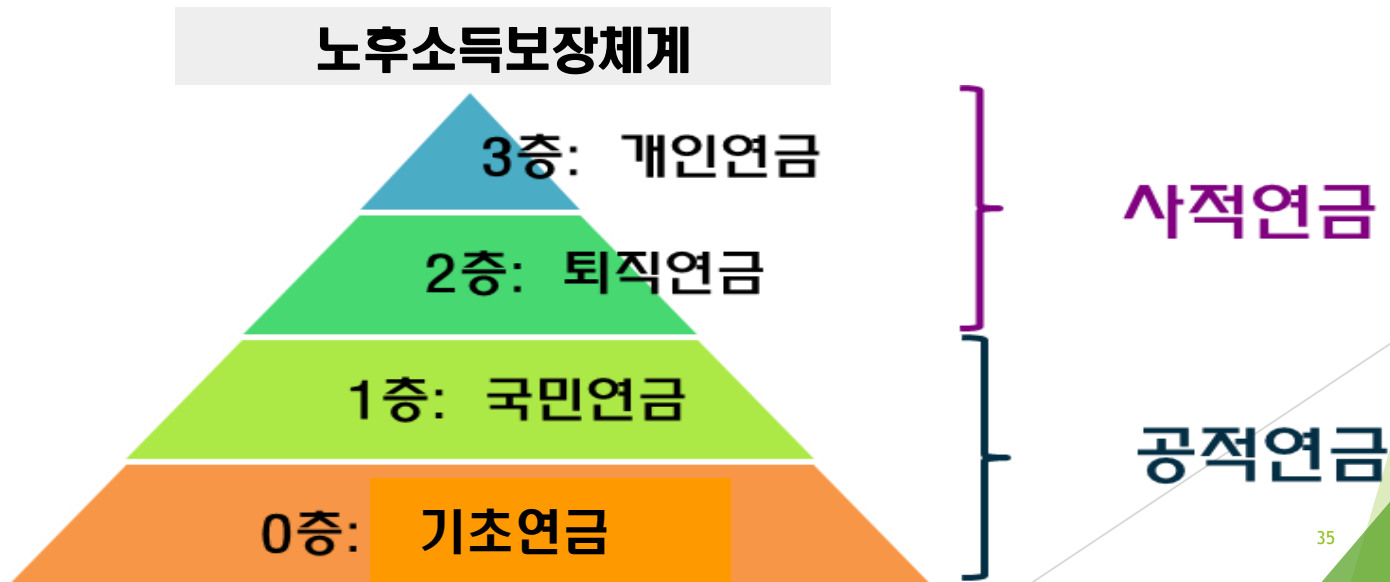
3. **의료비** X **인구(노인)** = 보험료 X **인구(중장년층)**

◆ 국민연금으로부터의 교훈

- 첫째, 인구고령화 하에서 사회보험 중심의 안전망 한계 인정
- 둘째, 부과방식의 한계 인정 & 다층체계 구축

◆ 공사건강보험

- 정부가 실손 가입을 장려 ➔ 다층의료비보장체계
- 대신 준공적으로 관리하고 동시에 공조체계 필요

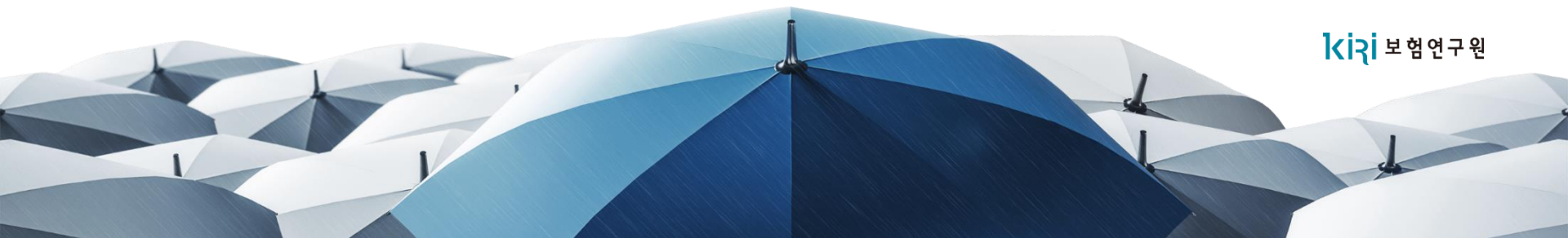


감사합니다.

실손의료보험 현황과 과제

김 경 선 보험연구원 연구위원

2023.12. 7.

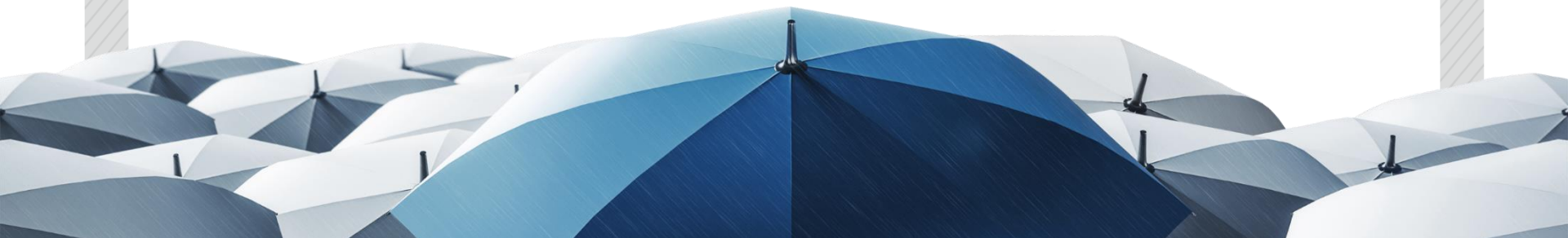


목 차

I. 현황

II. 문제 제기

III. 제언



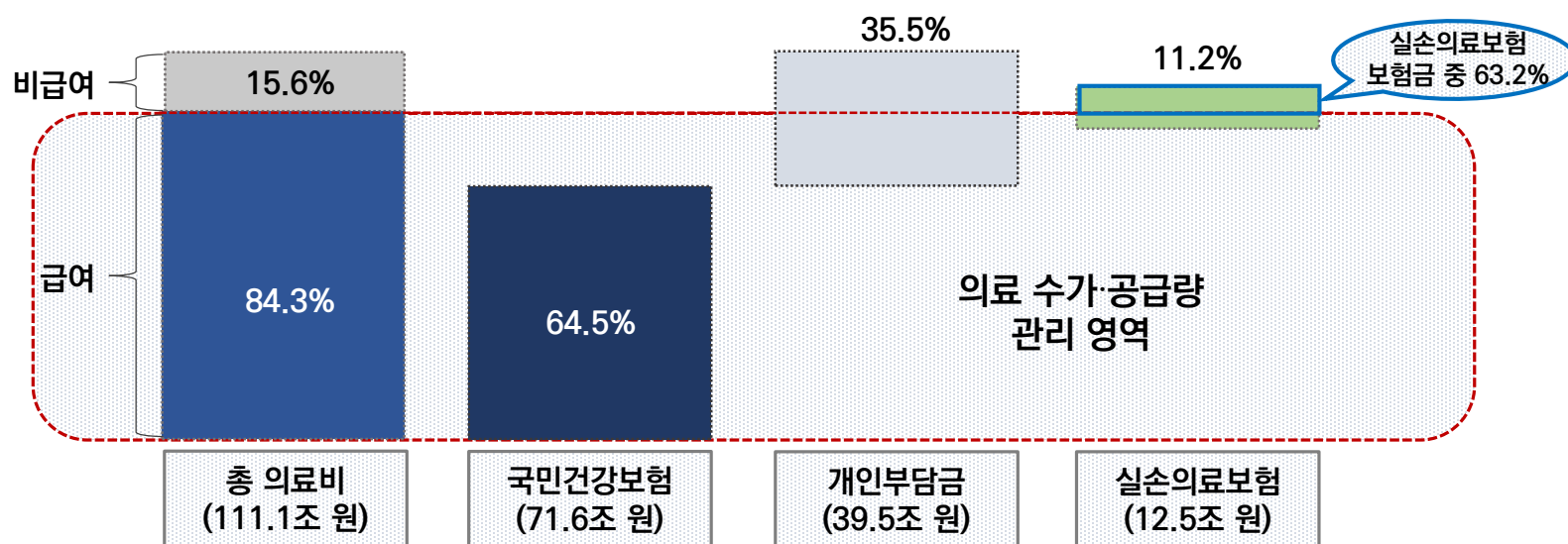


현황

공·사 건강보험 보장률 현황

- 우리나라 2021년 총 진료비는 111.1조원, 공·사 건강보험의 보장률은 약 76%로 추정
 - 국민건강보험은 급여를 대상으로 총 진료비의 64.5%(71.6조)를 보장함
 - 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 11.2%(12.5조 원)을 보장함

우리나라 공·사 건강보험 보장 현황(2021년)



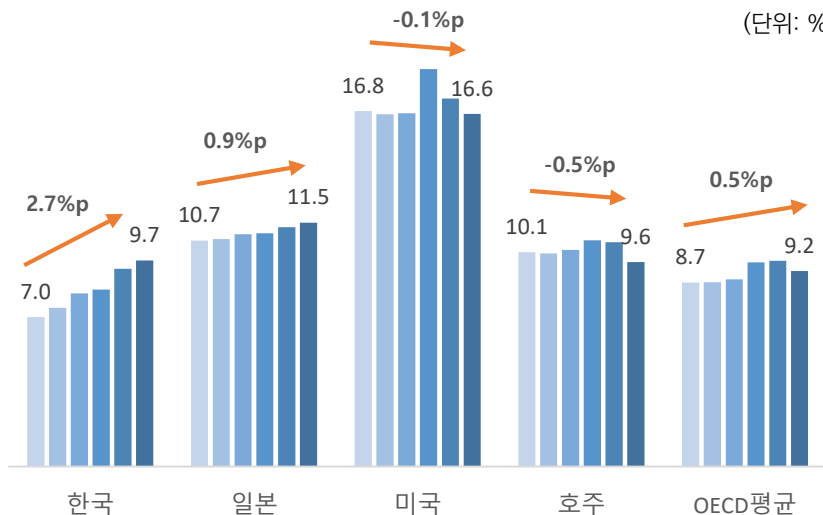
자료: 금융감독원 보도자료(2022.5.3), “2021년 실손보험 사업실적 및 감독방향”,
건강보험공단 보도자료(2023.1.10), “2021년 건강보험 보장률 64.5%”

의료비 증가

- 우리나라 국민의료비는 OECD 국가 대비 빠른 증가 추세를 보여 개인의 의료비 부담은 지속적으로 가중될 것으로 우려됨
 - 우리나라 국민의료비는 지속적으로 증가하여 2022년 기준 GDP 대비 의료비 지출은 9.7%로 OECD 평균(9.2%)을 처음으로 넘어섬
 - * 주요국 의료비 지출 증감: 초고령 국가인 일본 0.9%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국 -0.1%p 수준
 - 1인당 의료비도 연평균(2017~2022년) 10.4% 증가하면서 OECD 회원국 중 가장 빠른 증가세를 보임

GDP 대비 의료비

(단위: %)

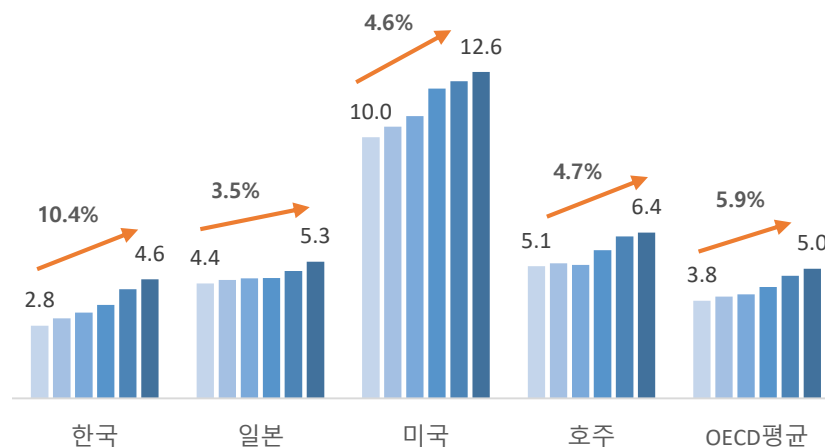


■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021 ■ 2022

자료: OECD Health Statistics(2023)

1인당 의료비

(단위: 1,000 달러)



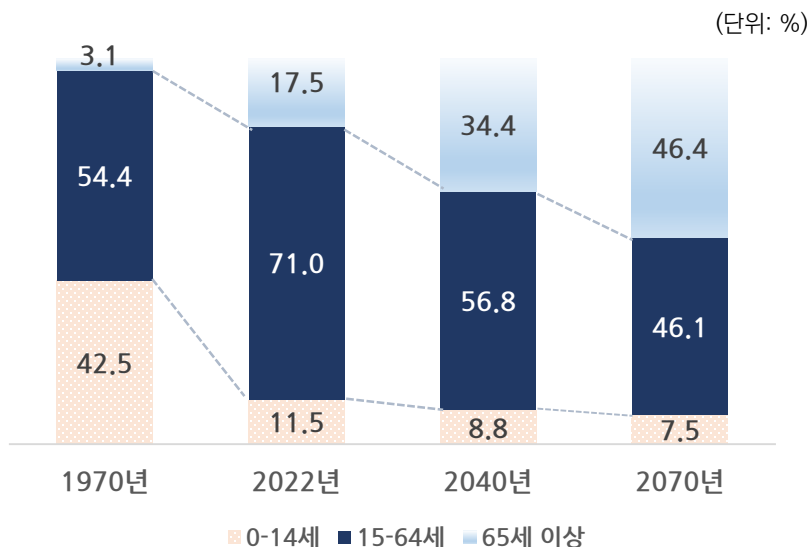
■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021 ■ 2022

자료: OECD Health Statistics(2023)

초고령사회 진입

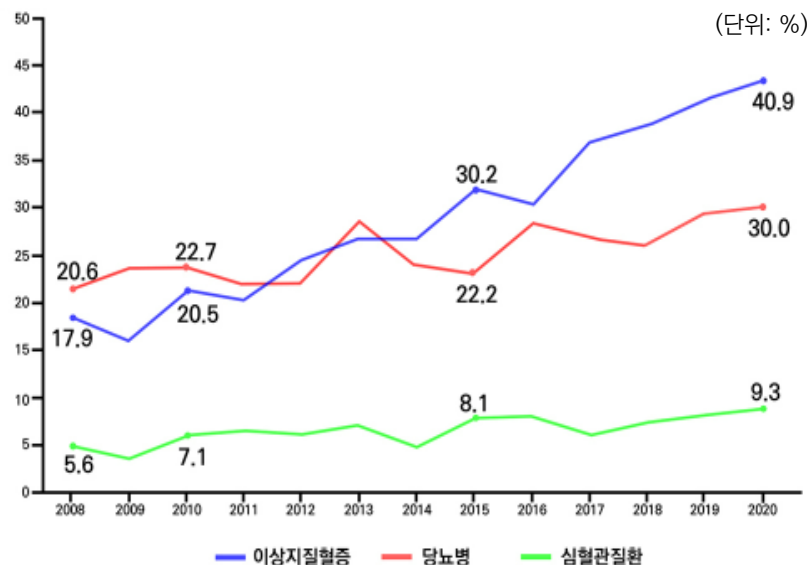
- 우리나라는 저출산·기대수명 증가의 영향으로 2025년 초고령사회로 진입할 전망이다
 - OECD 국가 대비 한국의 합계출산율은 '21년 0.81명으로 가장 낮고, 최근 10년 고령화 속도는 4.4%로 가장 빠름
- 지난 12년간(2008~2020년) 65세 이상 노인의 만성질환 유병률은 약 2배 증가함
 - 고령화 추세와 고령자의 만성질환 유병률 증가를 고려할 때 향후 진료비는 증가할 것으로 예상됨

우리나라 인구구조 변화



자료: 통계청 보도자료(2022.9.5), "2021년 장래인구추계를 반영한 세계와 한국의 인구현황 및 전망"

65세 이상 노인의 만성질환 유병률 추이



주: 단, 노쇠(허약)한 비율은 절반가량 감소했음에 유의
 자료: 서울아산병원 노년내과 정희원 교수팀 연구(2023)

실손보험금 지급액

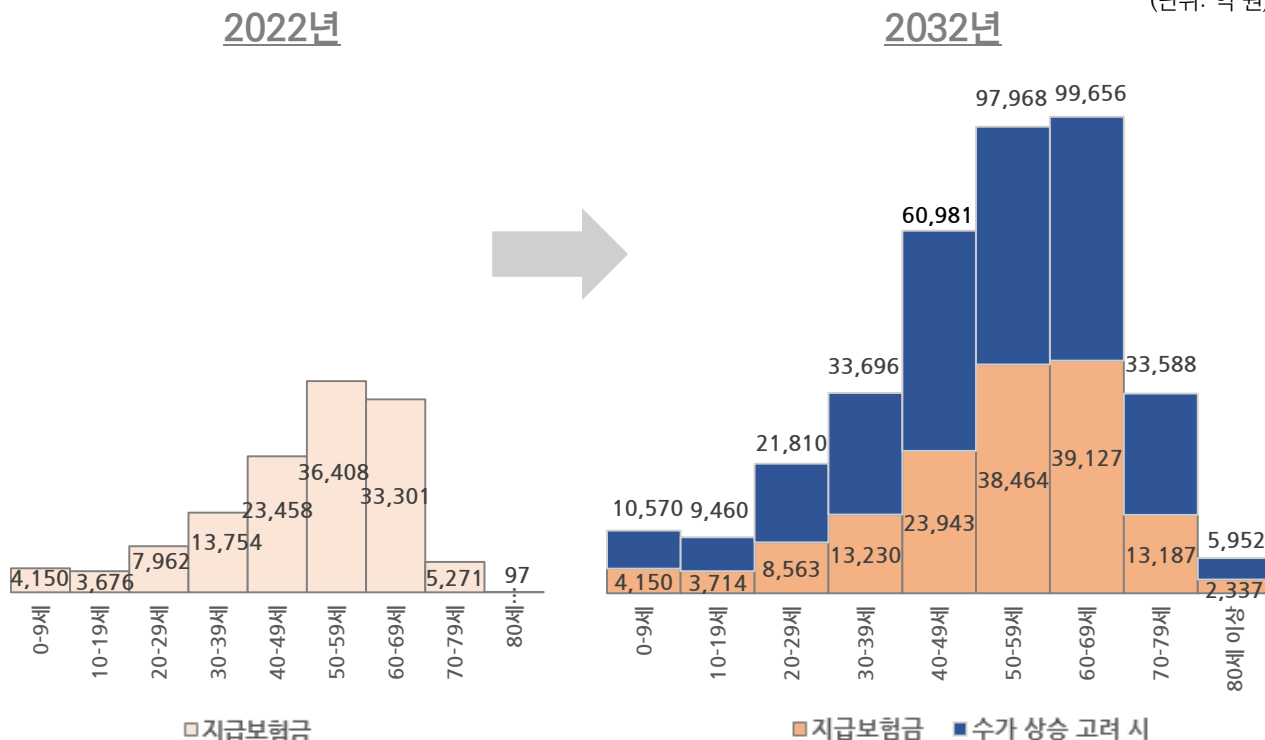
- 향후 실손의료보험 가입자의 고령화에 따라 실손보험금 지급액도 증가할 것으로 예상됨

* (추정) 60세 이상 실손보험 가입률: '22년 44.1% → '32년 58.1% / 지급보험금: '22년 12.8조 원 → '32년 14.7조 원(수가상승未고려)

개인실손 가입자 연령대별 진료비 지출액 변화 추정

(단위: 억 원)

2022년	
연령대	실손보험 가입률
0-9세	87.8%
10-19세	86.9%
20-29세	80.8%
30-39세	84.0%
40-49세	82.3%
50-59세	77.9%
60-69세	66.3%
70-79세	26.5%
80세 이상	1.1%
합 계	72.6%

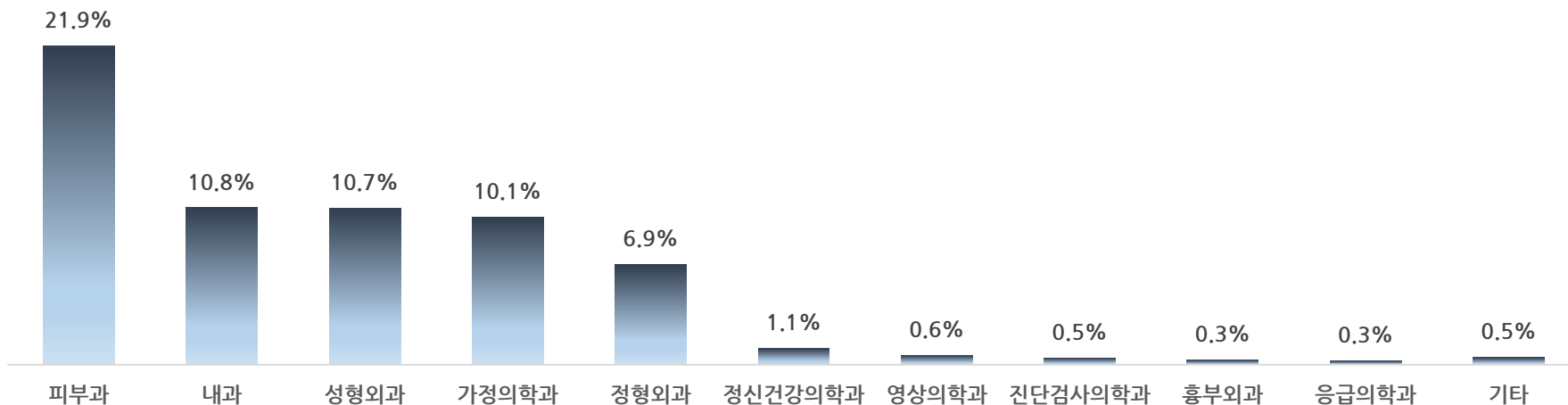


주: 1) 실손보험 가입률은 현재 수준을 유지하는 것으로 가정, 실손보험 가입률 = 연령대별 실손보험 가입자수 / 연령대별 인구수
 2) 매년 건강보험 수가상승률(1.98%, '24년)만큼 상승하는 것으로 반영

필수의료 공백

- 필수의료 분야는 적정 보상 한계와 인력 부족 등의 문제로 적정 공급에 어려움을 겪고 있음
 - 정부는 필수의료 분야로 의사인력이 유입될 수 있도록 필수의료혁신 추진계획을 발표
 - 의사가 개원 후 진료가격과 양(횟수)을 자율적으로 결정할 수 있는 비급여로 높은 수익 실현이 가능함에 따라 필수의료 분야의 의사공급 기반이 더욱 취약해질 우려가 큰 상황

최근 5년(2018~2022년) 일반의 신규개설 일반의원 진료과목 신고 현황



주: 최근 5년간 신규개설된 진료과목 중 해당 진료과목의 신규개설 비중을 나타냄 (상위 5개, 하위 5개 진료과목)
자료:건강보험심사평가원

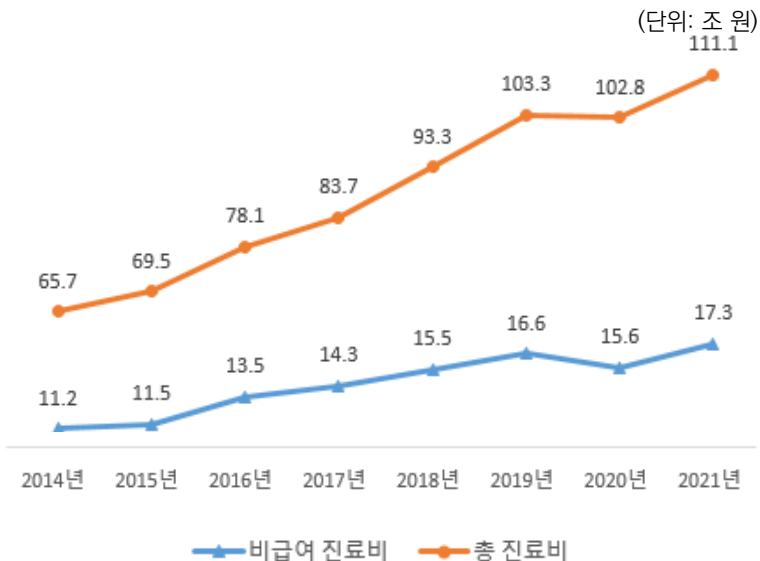


문제 제기

실손보험 지급보험금 현황

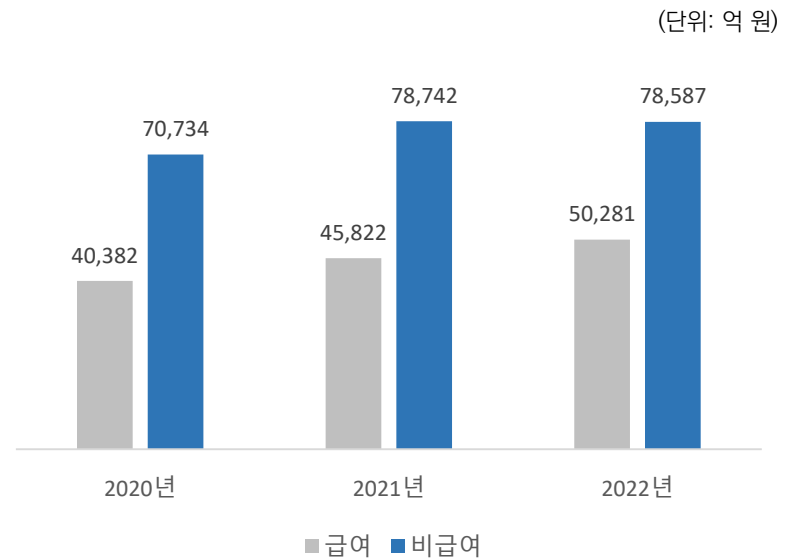
- 우리나라 총 진료비는 증가 추세를 보이며, 비급여 규모의 증가도 진료비 증가에 영향을 미침
 - '21년 비급여 진료비는 17.3조 원으로 전년 대비 11.3% 증가
- 비급여는 실손보험 지급보험금의 60% 이상을 차지함
 - 비급여 지급보험금은 '21년 7.9조 원(전년 대비 11.3% 증가)에 이르고, '22년에도 비슷한 수준을 유지

연도별 진료비 규모 변화



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2023.1.10)

실손보험 지급보험금 현황



자료: 금융감독원 보도자료(2023.4.19)

비급여 - 10대 비급여

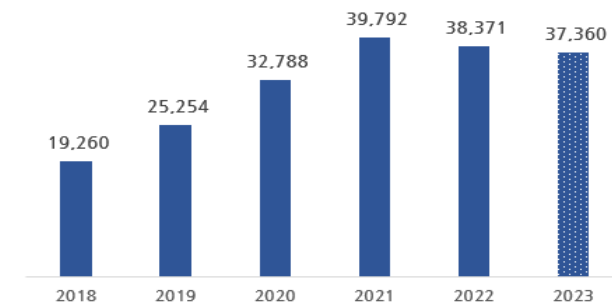
- 2022년 전체 손해보험회사 지급보험금(10.9조 원)에서 10대 비급여(3.8조 원)가 35%를 차지
를 차지하는 것으로 추정

10대 비급여 항목별 실손의료보험 지급보험금 현황

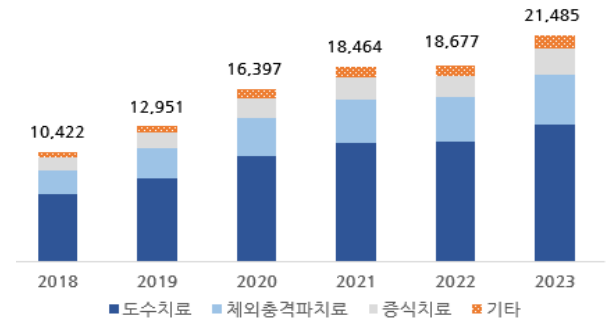
10대 비급여: 2022년 항목별

구분	금액
1 물리치료	18,677
2 백내장 수술	7,083
3 비급여 주사제	4,104
4 척추관련 수술	2,629
5 재판매가능 치료재료	1,268
6 발달지연	1,241
7 유방질환 (맘모툰 등)	1,079
8 하지정맥류	1,075
9 생식기질환 (하이푸시스 등)	741
10 비밸브재건술	477
합계	38,371

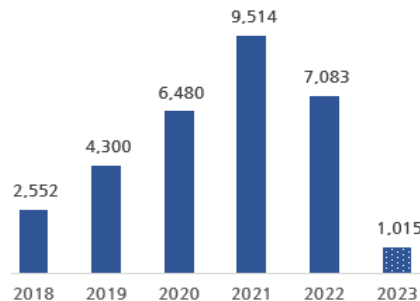
10대 비급여: 전체



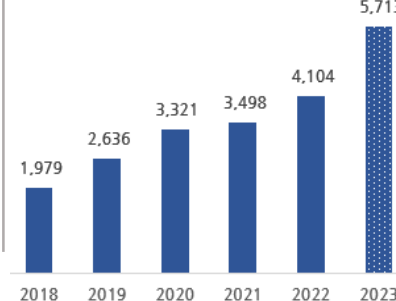
물리치료

(단위: 억
원)

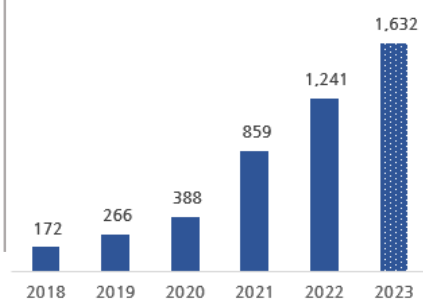
백내장 수술



비급여 주사제



발달지연



주: 2023년 자료는 상반기 실적에서 2배를 곱한 수치임
자료: 14개 손해보험회사 통계(추정치)

비급여 - 세부항목별

- 물리치료(도수·체외충격파·증식치료)는 전체 실손 지급보험금의 17%를 차지함

- 물리치료는 '23.상반기 기준 지급보험금이 1조원을 넘어서며 비급여 금액 상위를 차지
- 특히 도수치료(실손 지급보험금 비중의 약 11%)는 의료기관간 가격편차도 확대

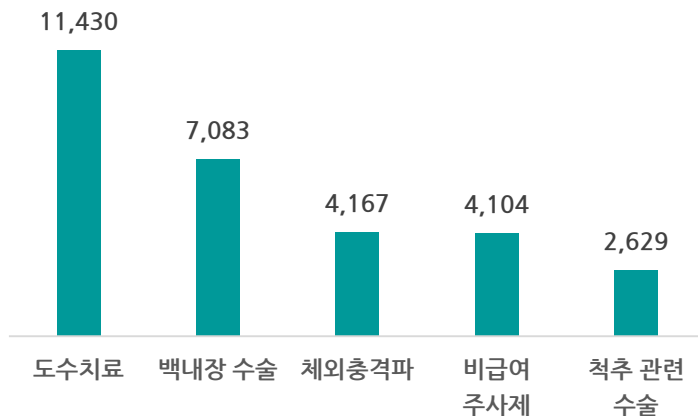
* '23년 도수치료 평균금액(107,027원)은 전년 대비 3.7% 인상, 중간가격(10만 원)과 최고금액(60만 원) 간 편차(6배)도 전년(5배) 대비 확대

- 비급여 주사제와 발달지연은 최근 실손 지급보험금 증가 상위를 차지함

- (발달지연) 코로나 등의 영향으로 발달지연 진단이 증가하면서 장기간 실손보험금의 반복 청구 증가

2022년 실손보험금 지급액 상위 5개(손해보험사)

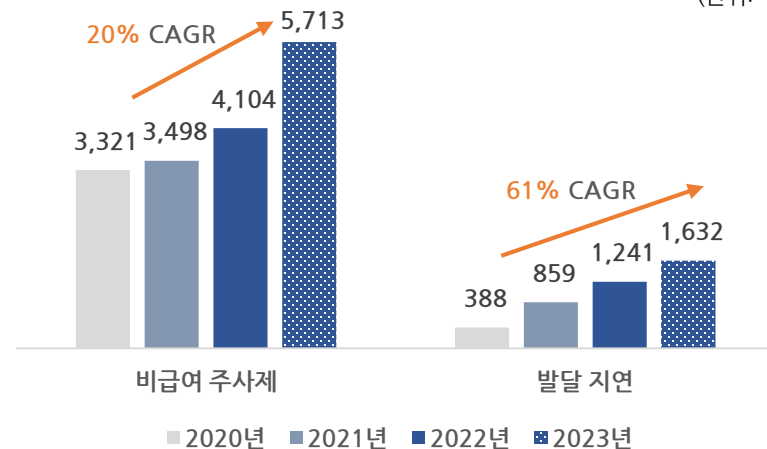
(단위: 억 원)



자료: 14개 손해보험회사 통계

실손보험금 지급액 증가 상위 2개(손해보험사)

(단위: 억 원)



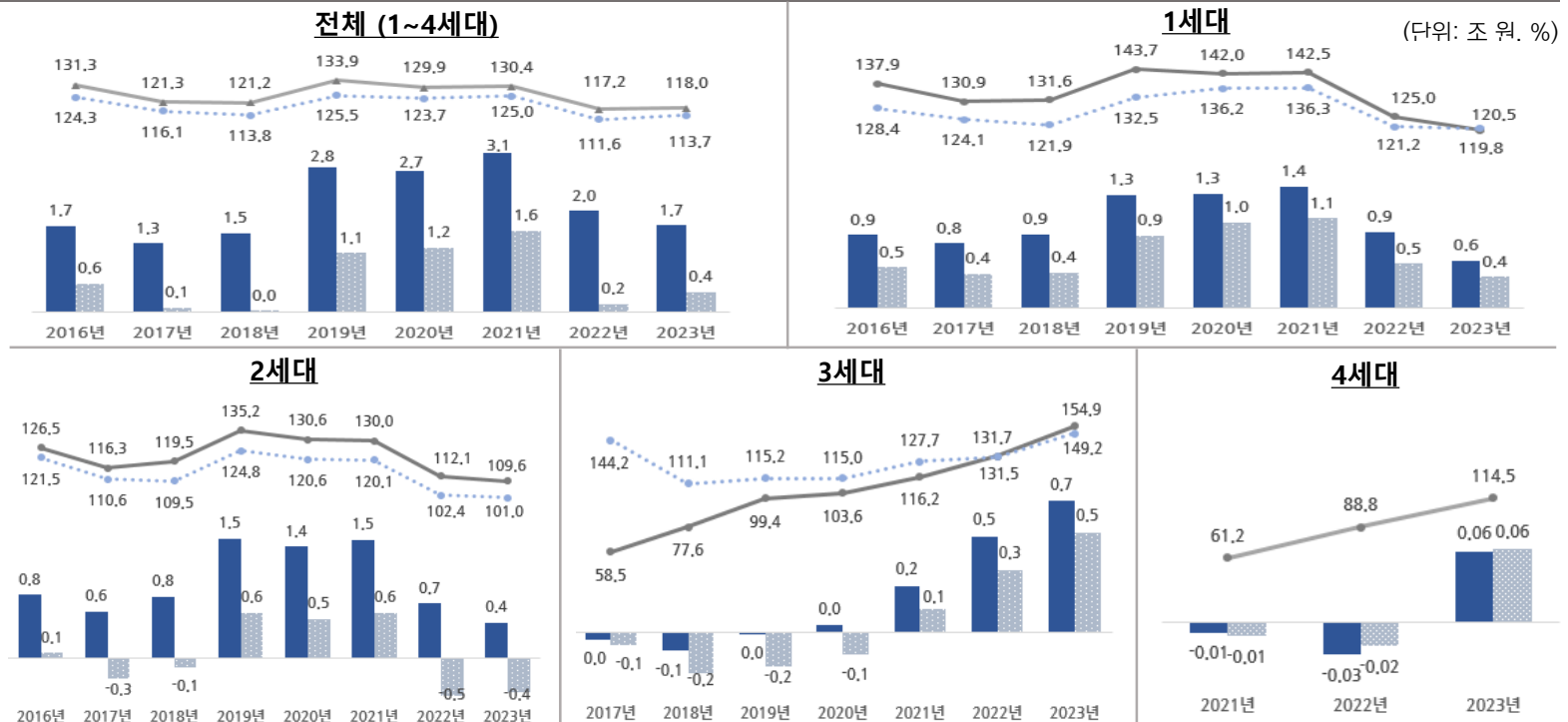
주: 2023년 자료는 상반기 실적에서 2배를 곱한 수치임
자료: 14개 손해보험회사 통계

손해율(1/2)

- 실손의료보험은 최근 요율 정상화 노력 등으로 1·2세대 손해율이 일부 개선*되었으나, 3·4세대 의 경우 손해율은 지속적으로 악화되는 모습을 보임

* 비급여 과잉진료 방지 노력, 4세대로 계약 전환, 보험료 조정 등에 따라 보험손익 및 손해율이 개선됨

실손의료보험 상품(1 ~ 4세대)별 손해율·손실액 현황



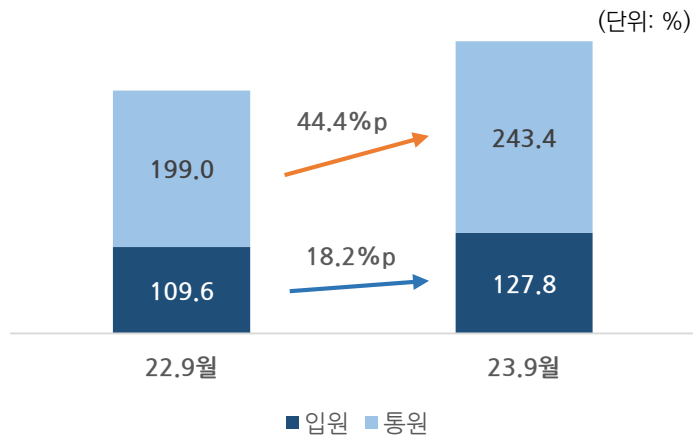
주: 2023년은 3분기 누적 자료임
자료: 보험회사 통계

■ 위험손실액 ■ 손실액 — 위험손해율 합산비율

손해율(2/2)

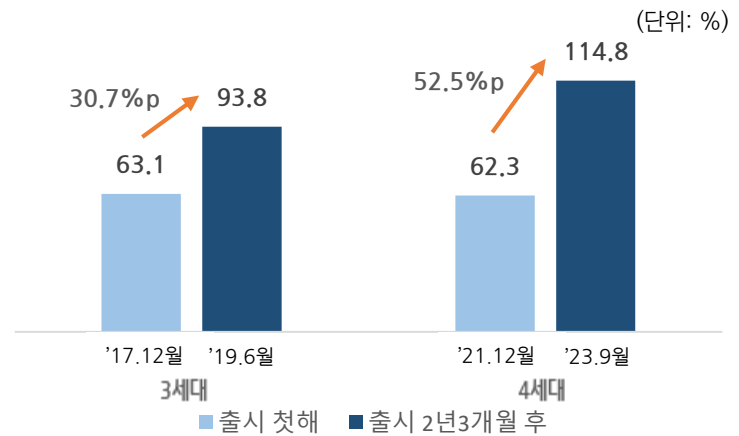
- 3세대 손해율은 꾸준히 증가하여 '23.9월 손보업계 기준 154.6%에 달함
 - 근골격계질환 관련 물리치료·호흡기 질환 등으로 특히 통원담보 손해율(243.4%)이 급증함
- 4세대 손해율은 출시 초기임을 감안하더라도 3세대보다 빠른 상승 추세를 보임
 - 4세대는 계약전환에 따른 언더라이팅 효과가 적어 손해율 상승이 더욱 가속화됨
 - * 신계약은 고지 후 가입이 이루어지나, 계약전환시에는 기존 가입자가 무심사로 가입 가능

3세대 실손보험 주요 담보별 손해율 현황



자료: 14개 손해보험회사 통계

3·4세대 손해율 비교



자료: 14개 손해보험회사 통계

4세대 할인·할증 제도

• '24.7월부터 연간 비급여 지급 실적에 따른 보험료차등제가 시행될 예정

- 매년 가입자의 비급여 청구 실적을 평가하여 할인·할증 단계에 따라 차년도 갱신보험료에 반영
- 각 보험회사는 소비자가 능동적으로 연간 비급여 지급보험금 현황을 체크할 수 있는 서비스 제공 필요
- * 할인·할증 단계: 할인(비급여 보험금 미수령자), 유지(비급여 보험금 소액수령자), 할증(소액·고액 할증)으로 구분
- * 가입자의 할인·할증 단계는 매년 산정해 차년도 비급여 갱신보험료에 한번만 적용(매년 초기화)
- * 차년도 비급여 갱신보험료 = 기준보험료 × (1+ 할인·할증률)
- * 의료취약계층(산정특례대상, 장기요양대상자 1~2등급)의 비급여 지급보험금은 보험료 차등 적용에서 제외

보험료 차등제 적용 방식

비급여 의료이용량에 따른 보험료 할인·할증 구간						적용 예시					
구 분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)	구 분	2024년	변화율	2025년	변화율	2026년
비급여 지급보험금	-	100만원 미만	150만 원 미만	300만 원 미만	300만 원 이상	주계약(급여)	5천 원	-	5천 원	-	6천 원*
할인·할증률	할인		+100%	+200%	+300%	특약(비급여)	8천 원	+300%	3만 2천 원	리셋	9천 원*
가입자 비중	72.9%	25.3%	0.8%	0.7%	0.3%	합계	1만 3천 원		3만 7천 원		1만 5천 원
						지급보험금	700만 원		70만 원		-

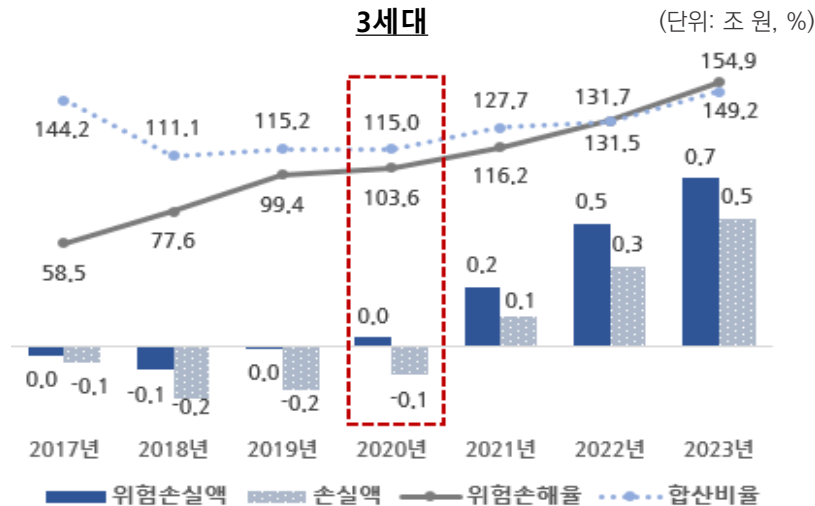
할증금액을 할인재원으로 사용

보험료 조정 제한

- 보험업감독규정을 보수적으로 해석함에 따라 실손의료보험은 신상품 출시 5년 이내 요율을 조정하지 않았음

- 그러나 실손보험은 보장내용·가입집단이 상품별로 유사하고, 가입자수 등이 충분히 유지되어 단기간 내 통계적 충분성/안정성 확보 가능
- 3세대 실손보험은 추가로 요율 인하 조치가 취해짐에 따라 손해율이 악화되었음
 - * 3세대는 '17.4월 출시 이후 요율인하·할인·동결 조치가 이루어지다 '23.1월 최초로 요율이 인상됨

3세대 실손의료보험 손해율·손실액 현황



주: 2023년은 3분기 누적 자료임
 자료: 보험회사 통계

최초 요율조정시기 규제

보험업감독규정 제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등)

② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항 제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다.

6. 실손의료보험은 다음 각 목의 내용을 준수하여야 한다.

가. 경험통계 등을 기초로 순보험요율의 적정성을 매년 검증할 것. 다만, 새로운 위험을 보장하는 경우는 5년까지 적정성을 검증하지 아니할 수 있다.

정신질환 증가

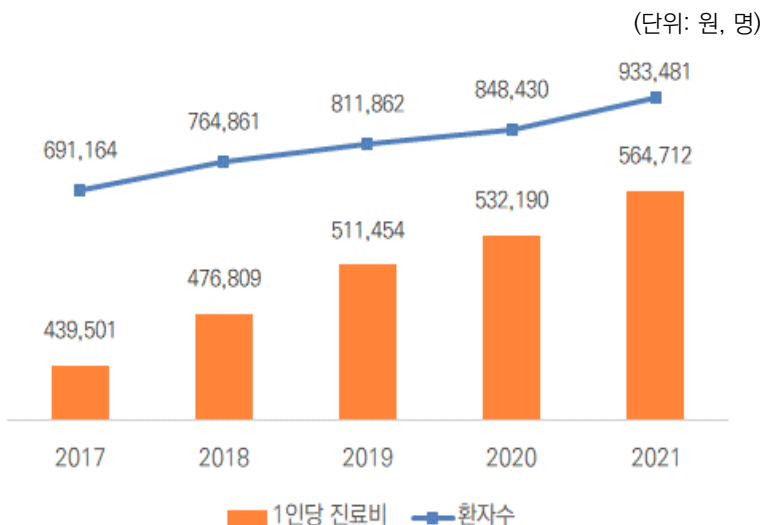
- 코로나19 팬데믹을 겪으며 정신질환 환자와 급여비가 꾸준히 증가 추세를 보임

* 치매를 제외한 정신질환의 경우에도 환자수와 입·내원 1일당 진료비는 각각 연평균(2009~2019) 4.2%, 2.4% 증가

- 그러나 정신질환을 보장하는 실손보험의 역할은 다소 제한적임

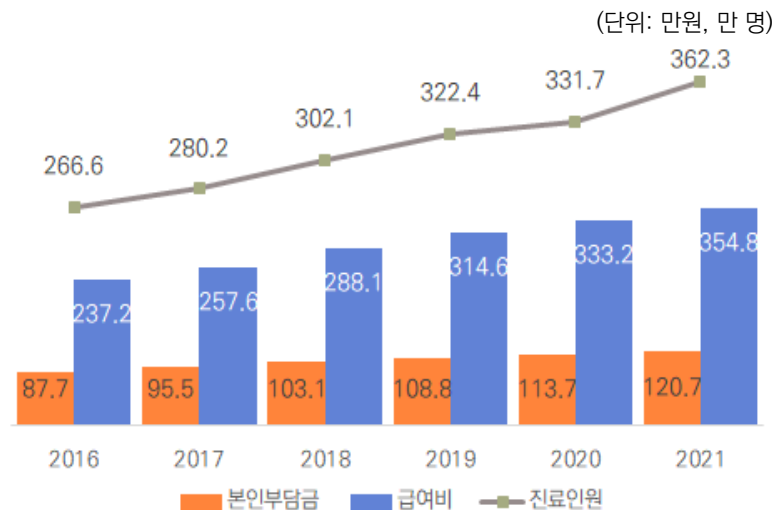
- '16년 이후에 가입한 실손보험은 우울증, ADHD, 틱장애 등 일부 정신질환에 대하여 급여의료비를 보장함

우울증 진료 현황



자료: 심평원 보도자료(2022.6.4)

정신질환 관련 건강보험 진료인원 및 급여 추이



주: F코드 전체 (치매 포함)
자료: 국민건강보험공단 건강보험통계연보

실손보험 청구전산화

- 실손보험 청구절차 전산화를 위한 「보험업법」 개정안이 국회 본회의 통과('23.10.6)

- 소비자가 요청 시, 요양기관(병·의원, 약국)은 보험금 청구에 필요한 서류*를 보험회사에 전송할 수 있음

* 진료비계산서·영수증, 진료비 세부내역서 등

전송대행기관 선정

'23년말까지 전송대행기관 확정 예정

전산시스템 구축

30개 보험회사와 10만여개 요양기관을 전산으로 연결하는 전산시스템 구축 필요

시행령 개정

요양기관이 전송 요청에 응하지 않을 수 있는 정당한 사유, 그 밖에 요청 방법과 절차, 전송방식 등에 관한 세부사항 등 마련

개인정보 보호

전송대행기관이 실손보험 청구자료를 목적외 사용·보관 또는 누설하는 행위 엄격히 금지

청구 방식

소비자가 실손청구를 원하지 않는 경우 자동 청구되지 않음
현황과 동일하게 종이서류로도 청구 가능



제언

비급여 관리 – 비급여 관리체계 구축

- 의료공급측면의 제도 남용을 방지하기 위하여 정부 차원에서 비급여 관리체계 구축 필요

- (1) 주요 문제 비급여 진료 항목에 대하여 해당 전문과목 의학회에서 진료 적정성 가이드라인을 구축하고 해당 내용을 행위정역에 반영하는 등 보건복지부 차원의 규제 마련·시행
- (2) 공·사 건강보험 당국(금융위, 복지부) 간 충분한 소통을 통해 각 보험제도의 보장영역 간 연계를 개선함으로써 비급여로 인한 급여 누수와 보장성 강화로 인한 비급여 풍선효과 등을 제어
- (3) 안전성 및 유효성이 낮은 비급여 진료는 의료기술 재평가를 통해 체계적으로 관리하여 의료기술의 적정 사용 유도
- (4) 비급여 보고 제도를 활용하여 일반 국민의 비급여에 대한 알권리를 보장하고, 금융당국과 협업·연계를 통해 비급여 관리 방안 마련

비급여 관리 - 도수·체외충격파·증식치료 / 비급여 주사제

- ① 도수·체외충격파·증식치료와 ② 비급여 주사제의 평균가격 등을 고려하여 각 항목마다 통원 1회당 한도 설정
 - 실손보험 3·4세대는 한 번의 통원 시 고가의 도수치료 항목의 과잉 처방 등 과잉의료 유인이 존재
 - * 3·4세대 실손의 경우 연간 보장금액(250~350만 원)·통원 횟수(50회) 한도는 존재하나, 통원 1회당 보장 한도 없음
- 1·2세대 실손보험에서 도수·체외충격파·증식치료의 부담보 또는 보장제한 특약 신설
 - 소비자가 본인의 건강 상태 등을 고려하여 도수·체외충격파·증식치료를 담보하지 않거나 보장금액·한도 등을 일부 제한함으로써 보험료를 할인받을 수 있는 선택특약 제공 가능
 - * 1·2세대 실손은 도수·체외충격파·증식치료가 특약으로 구분되어 있지 않음

지속가능성 제고 - 요율 조정주기 개선(단축)

- 실손보험 가입자가 체감하는 보험료 인상을 여러 기간으로 분산시키고 손해율을 안정적으로 관리하기 위해서는 신상품의 최초 요율 조정주기를 개선할 필요가 있음
 - 과거 금융당국은 보험료 변동성 완화를 위해 보험료 갱신주기를 3/5년 단위에서 1년으로 단축한 바 있어, 상기 개선과제는 정책의 일관성 측면에도 부합 [실손종합개선대책('12.8.30)]
- 관련 조문(보험업감독규정 제7-63조)에 대한 금융당국의 해석 등을 통해 일정한 통계적 요건 충족을 전제로 실손보험 신상품에 대해 5년 이내 요율 조정을 허용하는 방안을 고려해 볼 수 있음

소비자 편익 제고

- **보장 수요가 높은 필수의료 항목에 대한 실손보험 급여의료비 보장 확대**
 - 급격히 진행되는 저출산·고령화에 대비하여 필수의료 항목에 대한 보장 확대 노력 필요
 - 일부 정신질환에 대하여 충분한 치료를 받을 수 있도록 급여 본인부담금에 대한 보장 확대
- **4세대 실손보험 계약전환에 대한 설명의무 강화 및 연간 비급여 이용량 확인 시스템 구축**
 - 기존 실손보험 가입자가 4세대 실손으로 전환 시 무심사 원칙 전환이 가능함을 설명하여 기존계약을 해지하는 경우를 방지
 - 4세대는 보험료차등제가 시행('24.7월)되므로 소비자가 연간 비급여 지급보험금 현황을 확인할 수 있도록 시스템 구축 필요

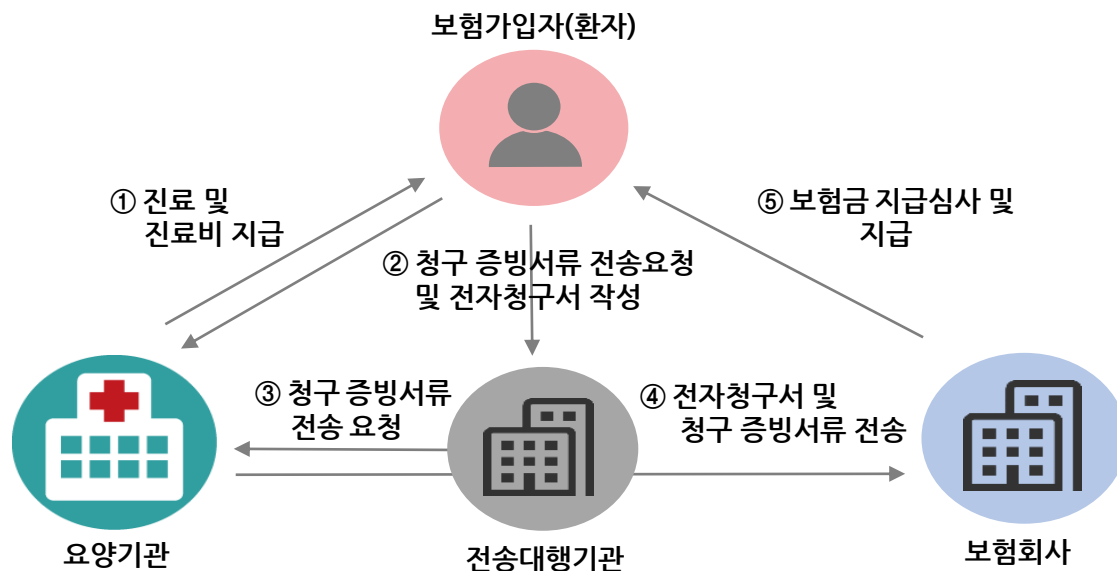
소비자 편의 제고 – 실손보험 청구전산화

• 실손보험 청구전산화는 사회적 편익을 제고하는 방향으로 적극적인 검토가 필요함

- 법령에서 정한 전송대행기관을 통해 운영·관리하고, 이해관계자 협의체를 통해 안정적 운영 도모
- 효율적인 실손 전자청구 서비스 운영 및 보험소비자의 편의 제고를 위하여 의료기관의 비급여항목 표준 코드·명칭 사용 의무화, 요양기관 개·폐업 현황 실시간 반영을 위한 시스템 연동, 요양기관의 적극참여 유도 등 필요

* 『건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)』에 비급여 표준 명칭 및 코드가 기재되어 있음에도 의료기관에서 자체적으로 임의 코드 또는 명칭을 사용하는 사례 多

사회적 편익을 고려한 실손보험 청구전산화 운영 방안



실손의료보험 필요 개선 사항과 기대효과

	기대효과	
	소비자	보험회사
비급여 관리	비급여에 대한 알권리 보장· 보장 일부 제한 등을 통한 소비자 선택권 확대 및 보험료 부담 완화	과잉의료 억제·손해율 관리
요율 조정주기 개선	보험료 인상 부담 여러 기간 분산	손해율의 안정적 관리
실손보험의 필수의료 항목 급여의료비 보장 확대	필수의료 항목 보장격차 완화	소비자 니즈 충족
4세대 전환가능 설명의무· 비급여 이용량 확인 시스템	4세대 실손 전환 시 기존계약 해지 방지· 할인·할증 단계 확인	보험료차등제의 안정적 시행
청구전산화 안정적 운영	청구 편의성 제고·의료비 부담 경감	보험금 심사 효율화·서류보관비용 절감

감사합니다.