

---

# 『건강보험과 실손의료보험의 상호 작용』

권정현  
한국개발연구원(KDI)  
11.02.2018

# CONTENTS

---

- 1. 실손의료보험 현황**
- 2. 건강보험과 실손의료보험의 상호작용**
- 3. 보장성강화정책의 시행과 실손의료보험 반사이익**
- 4. 공사보험 역할 정립을 위한 제도 개선 방향**

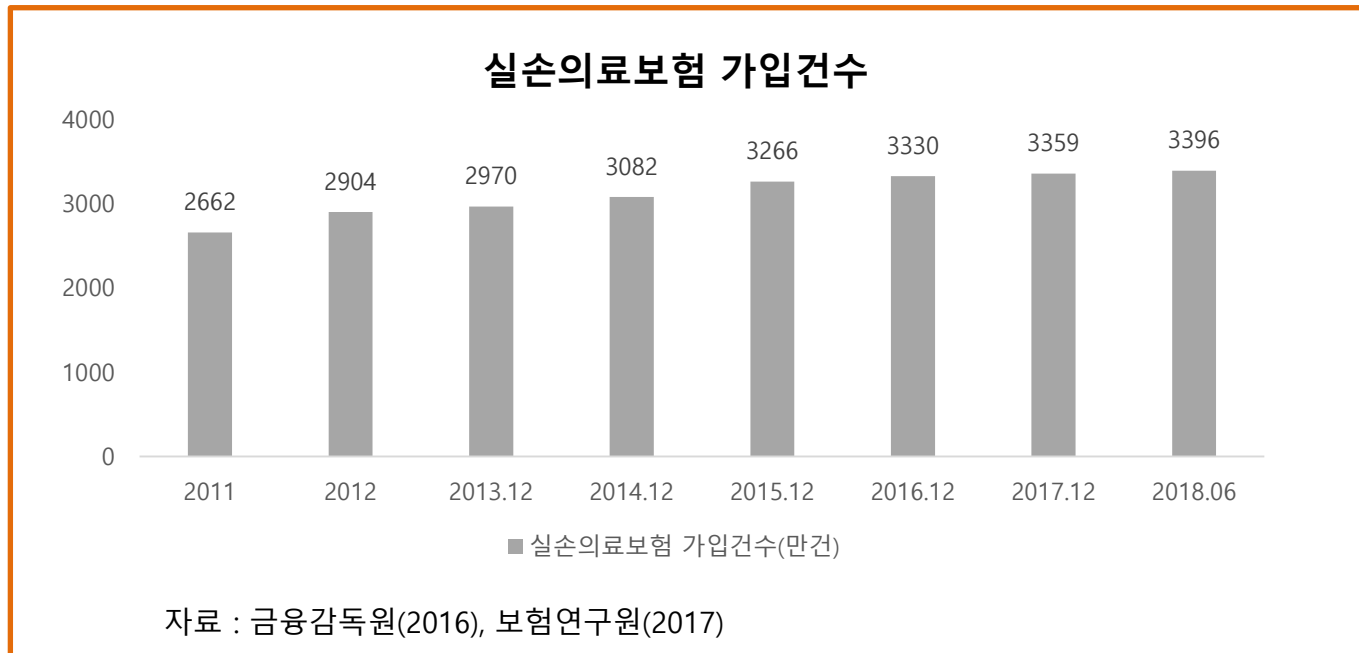
# PART 1

## 실손의료보험 현황

---

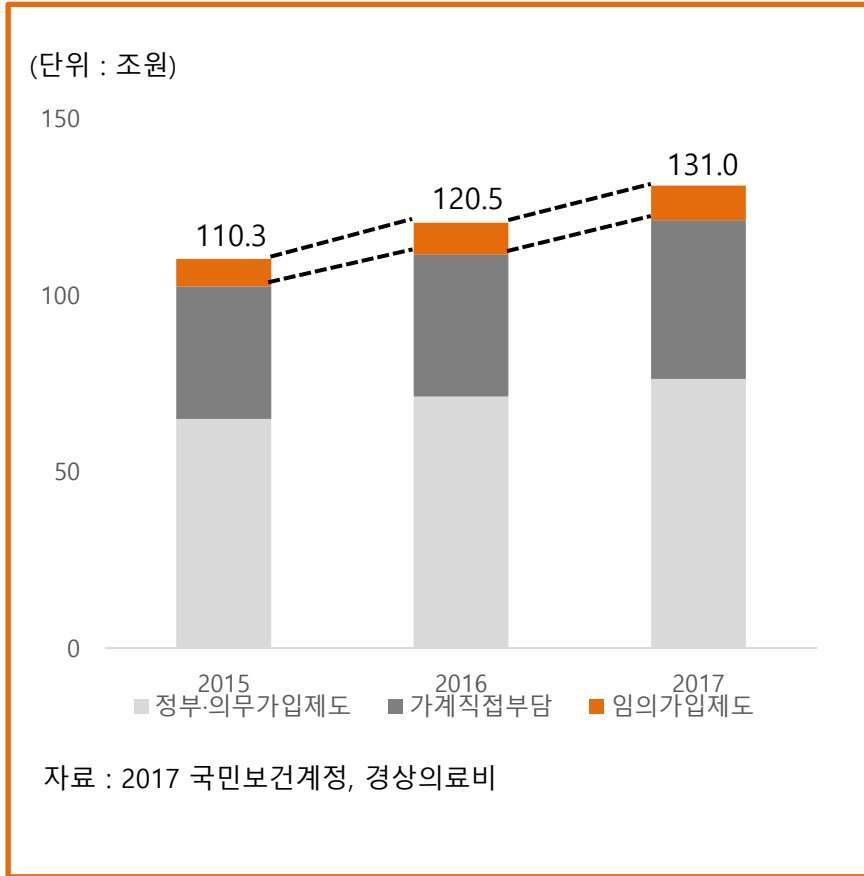
## 실손의료보험 현황 : 가입자 수

- 실손의료보험 가입자 수는 지속적으로 증가
- 2018년 6월 기준 생보사와 손보사의 실손의료보험 가입자는 3,396만명
- 전체 건강보험 가입자의 70% 수준

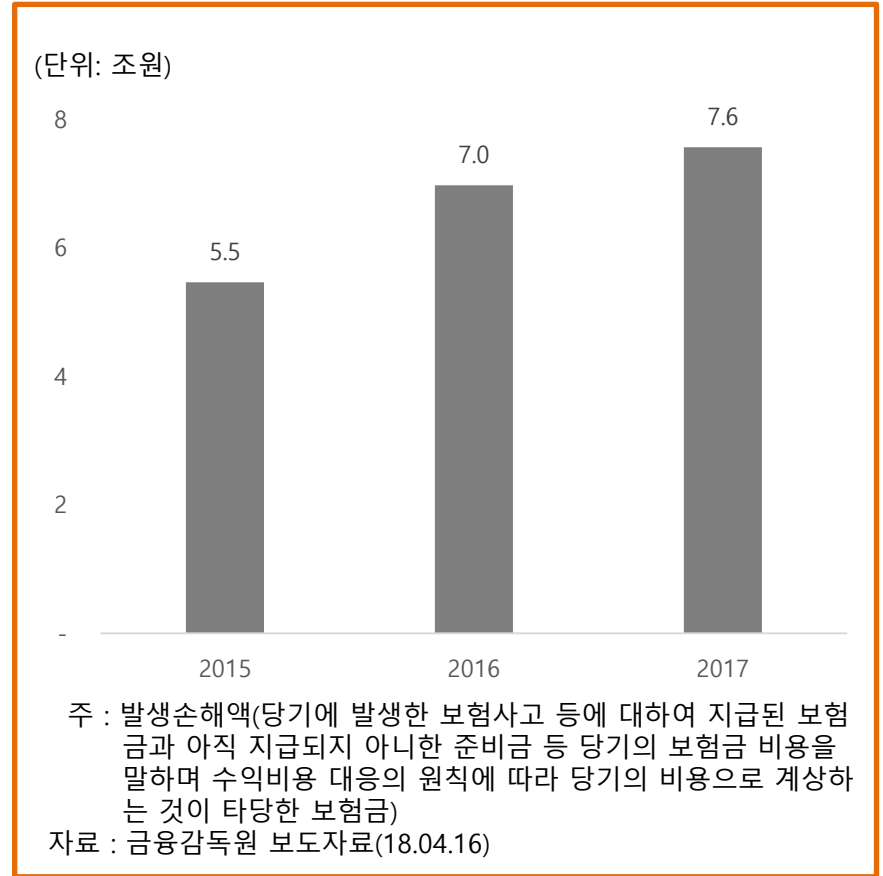


# 실손의료보험 현황 : 지급보험금 규모

## 재원별 경상의료비



## 실손보험회사의 발생손해액



## 실손의료보험 현황 : 의료비 지출 중 실손의료보험의 비중

- 의료비 지출 중 실손의료보험의 지급보험금 비중은 10%에 근접

(단위 : 조원)

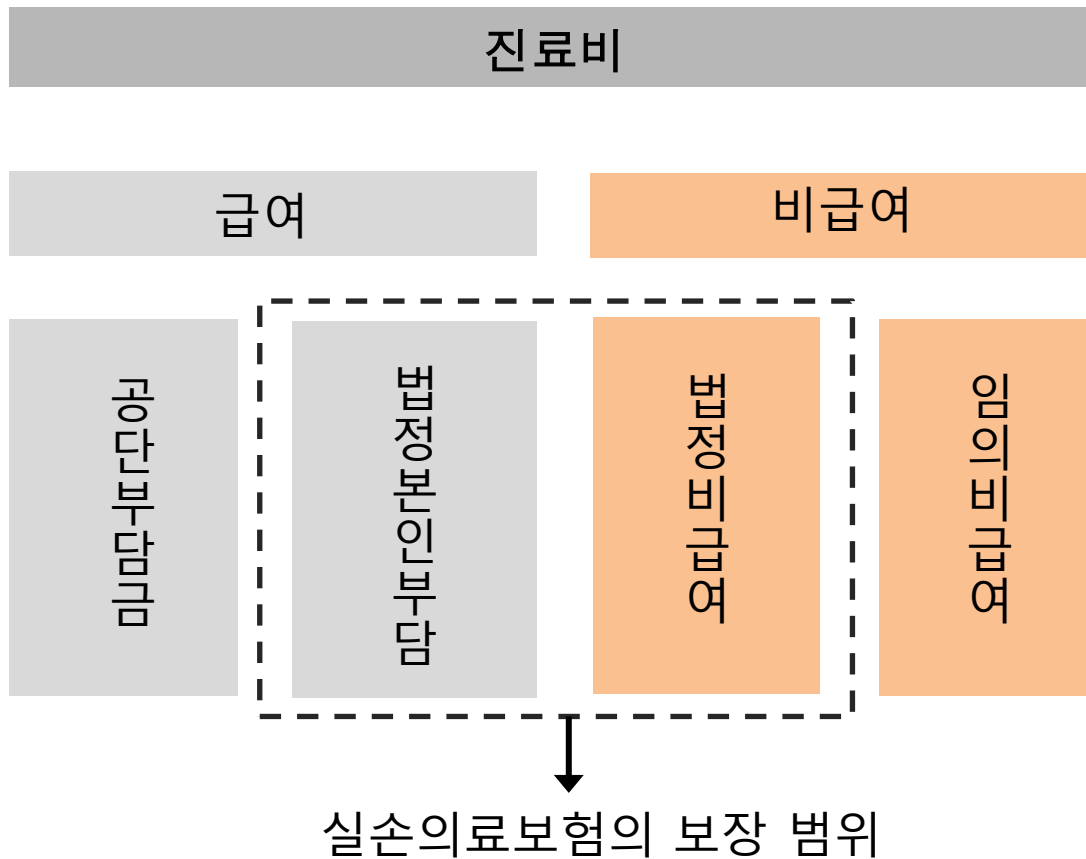
	2015	2016	2017
경상의료비	110.3	120.5	131.0
진료비(=공단부담금+법정본인부담금)	58.0	64.6	69.3
급여비(공단부담금)	43.3	48.3	51.8
법정본인부담금(=진료비-급여비)	14.6	16.3	17.5
비급여 본인부담금(=경상의료비-공단부담금-법정본인부담금)	52.3	55.9	61.6
발생손해액(지급보험금) <sup>1</sup>	5.5	7.0	7.6
발생손해액 비중(= 발생손해액 / (법정본인부담금+비급여본인부담금))	<b>8.16%</b>	<b>9.66%</b>	<b>9.56%</b>

주 1 : 발생손해액(당기에 발생한 보험사고 등에 대하여 지급된 보험금과 아직 지급되지 아니한 준비금 등 당기의 보험금 비용을 말하며 수익비용 대응의 원칙에 따라 당기의 비용으로 계상하는 것이 타당한 보험금)

자료 : 국민보건계정 경상의료비, 2017년 건강보험통계연보, 금융감독원 보도자료(18.04.16)

## 실손의료보험의 역할

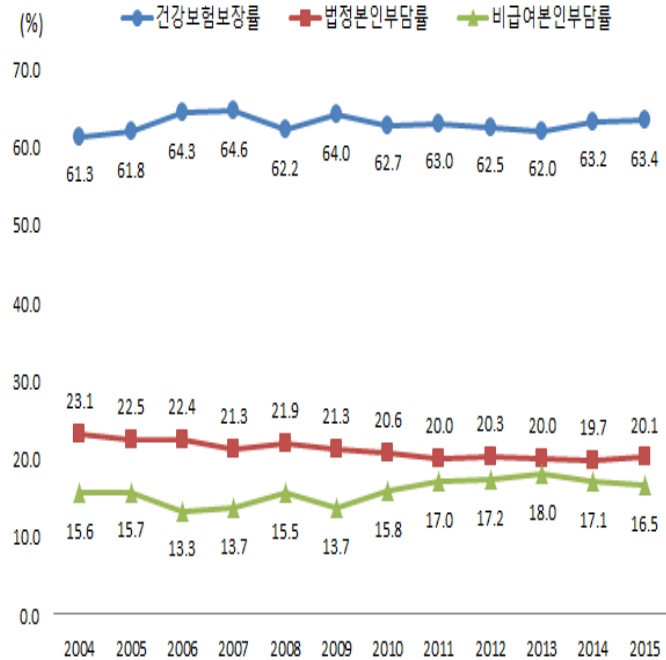
- 실손의료보험은 가입자가 실제 부담한 의료비의 일정 비율을 보험사가 보장
- 건강보험이 보장하지 않는 비급여 의료비와 급여 본인부담 의료비를 보장



# 실손의료보험 가입 확대의 이유

- 건강보험의 낮은 보장성으로 인한 의료비 부담이 실손의료보험 가입 주 원인

## <건강보험보장률 >



자료: 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사

## <재난적 의료비 지출 발생 >

Threshold Level	재난적 의료비 지출 발생률	
	2010년	2015년
5%	30.23%	30.14%
10%	15.66%	15.62%
15%	9.56%	9.85%
20%	<b>6.86%</b>	<b>7.03%</b>
30%	3.88%	3.80%
40%	2.60%	2.46%

주: 의료비 지출에 포함된 의료비는 외래, 입원, 응급 의료비와 처방약값을 포함.

자료: 2010년, 2015년 한국의료패널 자료를 이용해 저자 계산



## PART 2

# 건강보험과 실손의료보험의 상호작용

---

## 공보험과의 관계에 따른 민간의료보험의 유형 분류

- 실손의료보험은 건강보험이 보장하는 영역 중 급여 본인부담과 보장하지 않는 비급여 항목 의료비를 보장하는 보완·보충형 보험
- 공보험의 일부를 보장하기 때문에 건강보험과 상호 영향 발생

		공적 의료보장제도의 적용 여부	
		예	아니오
민간 의료 보험의 보장내용	공보험과 같은 의료 서비스	중복형 (Duplicate)	대체형 (Substitutive)
	공보험의 본인부담	<b>본인부담 보충형 (Complementary)</b>	
	공보험의 보장범위가 아닌 영역		<b>보완형 (Supplementary)</b>

## 실손의료보험과 건강보험의 상호 관련성 : 건강보험의 영향

- **건강보험의 정책 변화에 따른 실손의료보험 보장 영역과 지급보험금 변화**
  - 정책 시행 이전 실손의료보험의 보장영역인 비급여 항목이 급여화될 경우
    - MRI, 초음파 급여화
    - 도수치료
  - **본인부담 규모 감소에 따른 지급보험금 감소 (반사이익?)**
  - 보장 제외 비급여 항목의 급여화
    - 치과, 한방 치료
    - 간병 비용
  - **새로운 보장 항목 발생에 따른 추가 지급보험금 발생**

## 실손의료보험과 건강보험의 상호 관련성 : 실손의료보험의 영향

- 공보험은 과도한 의료이용 및 의료비 지출을 통제하기 위해 본인부담 설정
- 건강보험은 질환, 의료서비스 종류, 의료기관 종별로 본인부담 설정

예: 입원진료시 본인부담

구분	본인부담액	
	요양급여비용총액	고가특수의료장비총액 (CT,MRI,PET)
일반환자	20%	외래 본인부담율
15세이하(신생아제외)		5%
신생아(28일 이내)		면제
자연분만		면제
고위험 임신부		10%

# 실손의료보험과 건강보험의 상호 관련성 : 실손의료보험의 영향

- 실손의료보험은 건강보험 가입자가 의료서비스 이용 시 지불하는 급여 본인부담을 보장
- 상품에 따라 본인부담 비율은 차이가 있으나 2009년 실손의료보험 표준화 이전에는 치료비의 전액을 보장

	2009년 표준화	2013년 1월 단독형 상품 판매	2015년 9월	2017년 4월	
	구실손	표준형	선택형 I	선택형 II	착한 실손
급여 본인부담	100%	90%	90%/ 80% 선택	90% / 80% 선택	90%
비급여 본인부담	100%	90%	90%/ 80% 선택	80%	80% (도수치료, MRI, 주사치료 70%)

자료 : 금융감독원 보도자료, 보험연구원 실손의료보험 제도 개선 방안(6.16.2016)

## 실손의료보험과 건강보험의 상호 관련성 : 실손의료보험의 영향

- 실손의료보험의 본인부담 보장은 의료서비스의 가격을 낮추는 역할
- 건강보험의 의료비 통제 기전 작동을 어렵게 만들어
- 의료 서비스 이용이 증가시키고 공보험 재정에 악영향 가능성

### ▶(사례1) 30일 입원기간 동안 69회 도수치료

- 25세 여대생이 허리 통증으로 총 30일간 입원하고 입원기간 동안 총 69회의 도수치료 (일요일을 제외하고 매일 2회 이상)

### ▶(사례2) 대상포진으로 인한 신경통, 두통에 비타민C 등 비급여 주사제 비용 627만원 청구

- 대상포진 후 신경통, 두통 등으로 병원에 2차례(48일/33일) 입원
- 메가씨주 2회(비타민C제재), 구치온주 3회(화학치료로 인한 신경성질환 예방·미백주사), 메가코르빈씨주 1회(비타민C제재) 등 비급여 주사제를 투여받고 해당비용 627만원을 청구

자료 : 금융위원회 보도자료, 2016.12.20

## 실손의료보험과 건강보험의 상호 관련성 : 실손의료보험의 영향

- 실제로 실손의료보험의 건강보험 재정에 대한 부정적 외부성이 발생?
  - 민간의료보험 가입자가 공보험에 미치는 부정적 영향에 대한 실증 증거는 제한적이며 연구자와 이용 자료에 따라 결과가 혼재
  - 조사 자료를 이용한 연구들은 전반적으로 민간의료보험 가입자의 미가입자 대비 의료이용이 동일한 수준이거나 일부 양의 결과를 보이는 것으로 나타남(정기택 외 2006; 권순만 외 2010; 강성욱 외 2010; 김대환 2014)
  - 행정자료에 기반한 연구에서는 민간의료보험 가입자의 도덕적 해이를 확인할 수 없다는 결과가 도출(윤희숙 외 2008).
  - 또한 김대환(2014)을 제외한 다른 연구들은 정액형 민간의료보험과 실손형 민간의료보험의 효과가 혼재된 결과로, 이들 결과를 실손의료보험 가입자의 행동에 적용하는 것에는 주의가 필요
  - 최근의 연구에서는 실손의료보험 가입자가 미가입자에 비해 의료비 지출이 높은 것으로 나타남(김관옥·신영전, 2016)

## PART 3

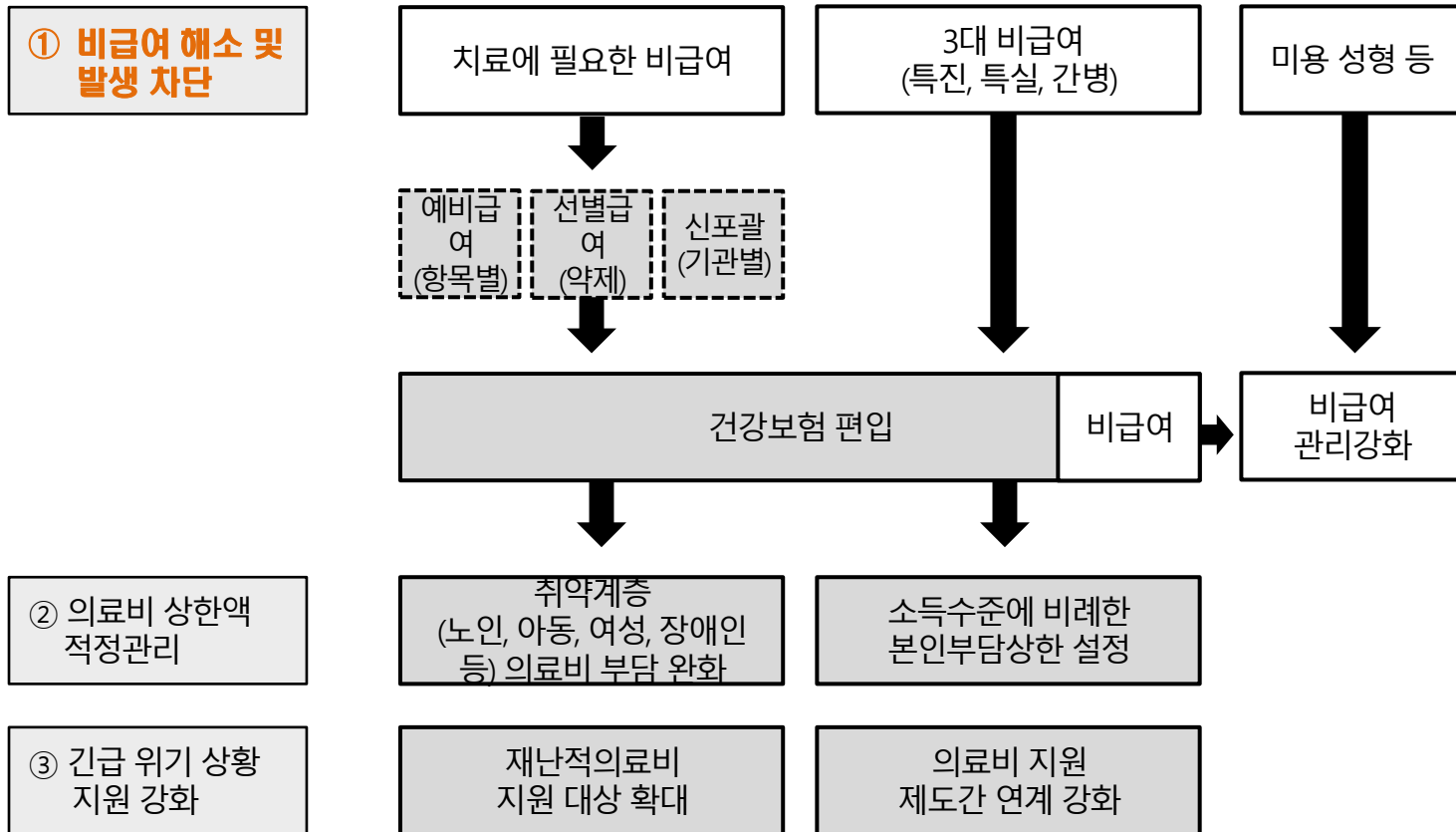
# 보장성강화정책과 실손의료보험 반사이익

---



# 건강보험 보장성강화정책의 시행

- 건강보험보장성강화정책의 주요 내용



자료 : 보건복지부 보도자료(2017.8.9), "모든 의학적 비급여 건강보험이 보장한다."

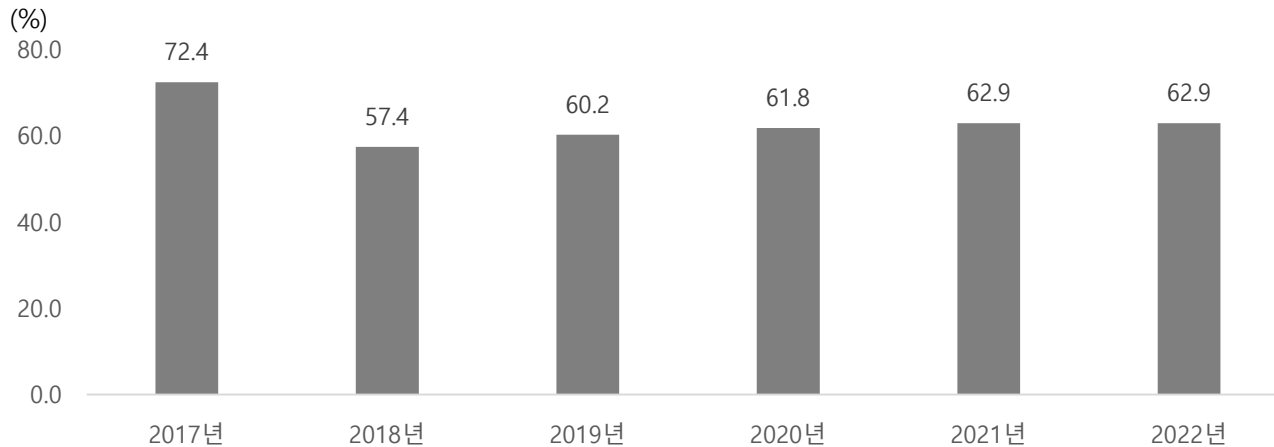
# 건강보험 보장성강화정책의 시행

- 2022년까지 예상되는 총 투입 재원은 30.6조
- 비급여의 급여화 확대 예산은 매년 투입 재원의 60% 이상

(단위 : 억원)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	총계
신규	4,834	32,018	9,658	6,915	6,305	5,905	65,635
누적	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441	306,164
목표보장률	-	-	-	-	-	70.0%	

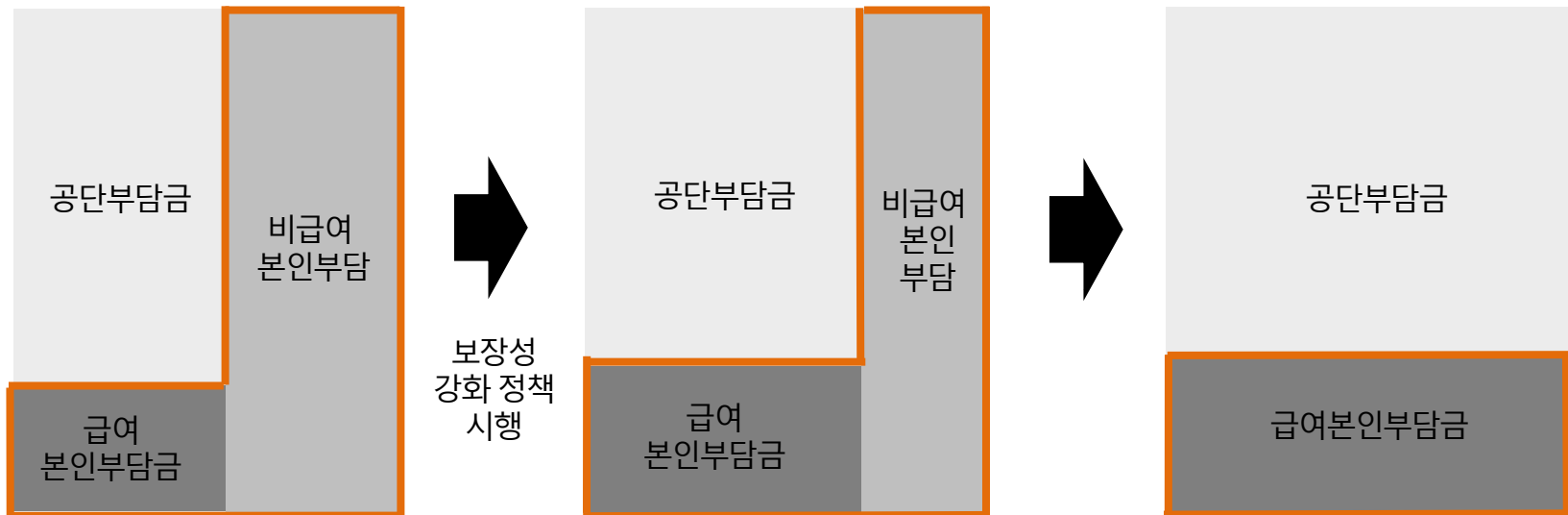
자료 : 보건복지부 보도자료(2017.8.9), "모든 의학적 비급여 건강보험이 보장한다."



주: 예비선별급여, 3대 비급여 해소 비용이 전체 투입재원에서 차지하는 비중

## 보장성강화 시행에 따른 실손의료보험의 보장범위 변화

- 계획된 “모든 의학적 비급여의 급여화” 가 이루어질 경우 실손의료보험의 보장 범위는 축소되고 보험금 지급 규모 감소
  - 실손의료보험 가입자들의 비급여 의료비 지출이 전체 비중보다 2배 가까이 높은 점을 고려할 때 이러한 정책 변화는 실손의료보험의 보장 범위 축소로 이어져 정책 시행에 따른 반사이익 발생 예상
- 보험금 지급 규모 감소는 보장성강화를 위한 재정 투입에 따른 반사이익



## 반사이익 산출 연구 개요

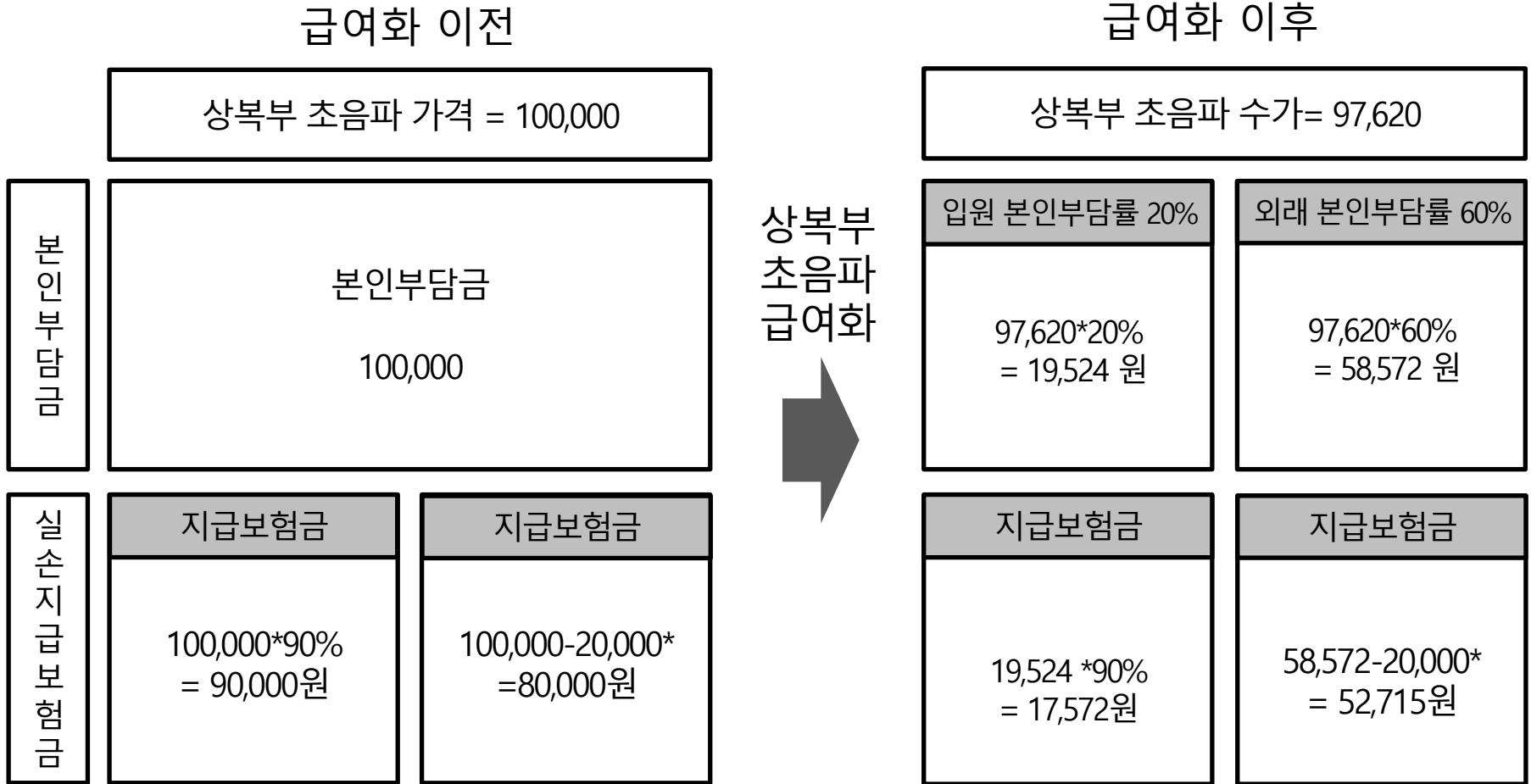
- 보장성강화정책의 시행으로 발생하는 반사이익을 반영한 실손의료보험료 인하 추진을 공사보험정책 협의체에서 논의 (2017.09.29. 금융위원회 보도자료)
- 정책 시행의 효과에 대해 민간의 상품 가격 조정을 유도하기 위해서는 보장성강화정책이 실손의료보험에 미치는 영향을 면밀하게 산출, 검증할 필요
- 반사이익을 산출하기 위한 직,간접적 근거 자료 부재
  - 비급여 의료행위 내역
  - 실손의료보험의 보험금 지급 내역
  - 보장성 강화계획의 구체적인 추진 안 및 시기
  - 의료서비스 가격 변화 시 개인의 의료서비스 이용 변화 양상

## 반사이익 산출 연구 개요

- 세부 자료 이용의 제약 하에서 기존의 반사이익 추산 연구들은 투입 예산과 거시 수준의 지표를 이용해 Top-Down 방식으로 4대중증질환 보장성 강화정책의 반사이익을 산출 (김용익 의원 2014년 국정감사 자료, 보건사회연구원, 2015)
- 실제 실손의료보험 가입자의 의료 이용을 고려할 수 없다는 한계점에 대해 지속적으로 보험업계 및 금융 당국의 문제 제기
- 실제 실손의료보험 가입자의 의료서비스 이용 상황을 바탕으로 반사이익을 추산해야 한다는 요구
- 기존의 반사이익 연구 한계를 보완하기 위한 방법으로 실제 실손의료보험사의 보험금 청구자료에서 확인할 수 있는 진료비 세부내역을 집적한 실손의료보험 지급보험금 DB 를 구축하고 제도 변화에 따른 세부 가격 변화를 이용해 반사이익 규모 산출

# 보장성강화 시행에 따른 실손의료보험의 보장범위 변화

- 상급종합병원에서 상복부 초음파 촬영 시 지급보험금의 변화



주 : 통원 실손 보험금 지급시 공제액 적용(상급종합병원의 경우 20,000원 공제)  
 자료 : 실손보험 지급보험금 DB 중 상복부 초음파 최빈값 이용

# 건강보험 보장성강화정책의 시행

- 현재까지 시행된 보장성강화정책 내용

구분	주요내용	시행
노인	중증치매 본인부담률 인하(20~60%→10%) 치매진단을 위한 신경인지검사 건강보험 적용	2017.10
	틀니 본인부담률 인하(50%→30%)	2017.11
	치매진단을 위한 MRI 건강보험 적용	2018.1
	노인외래정액제 개선(의과, 한의, 치과, 약국)	2018.1
	임플란트 본인부담률 인하(50%→30%)	2018.7
여성	난임시술행위 표준화 및 필수 시술, 마취, 검사, 약제 등에 대해 건강보험 적용(본인부담 30%)	2017.10
아동	<b>15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 인하(10~20%→5%)</b>	2017.10
	18세 이하 치아홈메우기 본인부담률 인하(20~60%→10%)	2017.10
	12세 이하 광중합형 복합레진 충전치료 건강보험 적용	2018년 하반기
저소득층	본인부담상한제 개선	2018.1
장애인	장애인 보장구 건강보험 적용 대상 확대	2018.7
공통	<b>선택진료비 부담 전면 해소</b>	2018.1
	재난적 의료비 지원사업 확대 실시	2018.1
	<b>상복부 초음파 건강보험 적용 실시</b>	2018.4
	<b>종합병원 이상 2~3인실 건강보험 적용 실시</b>	2018.7
	<b>뇌·혈관 MRI 검사 건강보험 적용 실시</b>	2018년 하반기

## 건강보험 보장성강화정책의 시행에 따른 반사이익 산출

- 보장성 강화정책의 시행은 실손의료보험의 지급 보험금 규모 감소로 이어지나, 그 규모는 정책 내용에 따라 매우 유동적

	기존 지급보험금	급여화 시 지급보험금 <sup>2</sup>
현재 시행된 정책		
시행제도 모두 반영시	100%	-6.15%
시행예상 제도 반영		
시행제도+MRI+초음파 반영시	100%	-9.94%
등재비급여 예비급여 전환		
본인부담률 90% 적용시	100%	-13.10%
본인부담률 80% 적용시		-16.09%
본인부담률 50% 적용시		-25.05%

주 1 : 실손의료보험 지급보험금 DB를 바탕으로 저자 작성

주2: 시행제도는 아동입원진료비 경감, 상복부초음파, 선택진료제 폐지, 상급병실 급여화



# 반사이익 산출 연구의 한계

## 1. 반사이익의 정확한 규모 추정이 가능한가?

- 실손의료보험 지급보험금 DB 의 대표성
  - 건강보험자료와 실손의료보험 가입 정보를 연계한 전수자료를 이용하지 않는다면 샘플의 대표성 문제 지속적 제기는 불가피하나 개인정보보호법 및 건강보험자료의 접근 제한성으로 한계
- 비급여 진료행위 내역의 비표준화
  - 비급여 의료행위 내역의 명칭, 내용, 가격 등 의료기관 별로 상이
  - 건강보험심사평가원, 건강보험공단, 보험개발원 등 관계자 참여로 표준화 작업을 하였으나 여전히 어려움이 남음.
- 과거 의료이용 패턴이 유지된다는 가정하에 추산한 지급보험금으로 향후에도 비슷한 수준이 유지된다는 보장이 어려움.
- 보장성강화정책 시행의 세부내역 미정

# 반사이익 산출 연구의 한계

## 2. 보험료율 조정의 실제적 효과?

- 실손의료보험과 건강보험 상호작용에서 가장 문제가 되는 부분은 의료서비스 통제 기전이 작동하지 않아 발생하는 과도한 의료서비스 이용
- 보험료율 인하는 의료서비스 이용 통제에 전혀 영향을 미치지 못하는 요인
- 특히 실손의료보험의 보험료가 월 1-3만원 수준임을 고려할 때 반사이익 추산 연구결과를 바탕으로 한 8% 내외의 보험료 인하는 월 1,000-2,000원 수준의 변화로 개인의 행동에 영향을 미칠 수 없음.
- 건강보험재정투입을 통한 반사이익의 혜택 대상이 실손의료보험 가입자에 제한되는 것의 정당성?

## PART 4

# 공사보험 역할 정립을 위한 제도적 개선

---

# 공사보험 역할 정립을 위한 제도적 개선

I. 비급여 의료행위 관리 체계 개선

II. 실손의료보험 보장 영역 조정

III. 비효율적 의료서비스 통제 기전 마련

IV. 건강보험 자료와 실손의료보험 자료 이용 개선

## 비급여 의료행위 관리체계 마련 필요

- 비급여 의료행위의 명칭 및 관리코드가 의료기관별로 상이

표준화 전 명칭
로봇특수도수치료[MM122]
자극도수치료
물리요법[도수10]
PERCUSSORMANUAL
[DG]통증도수치료[B]
[60]도수치료
[비급여]정형도수조직이완치료10
맞춤도수치료[SPECIAL]
MANUALTHERAPHY4
근육도수
스페셜도수치료[MANUAL목]
NS22차도수치료[복잡1일당]
경추도수치료
혈액순환도수치료VW
복합도수치료[최신슬링이용]
BMS[MANUAL130분]



표준화 후 명칭 및 코드
도수치료 (MX122)

자료: 실손의료보험 지급보험금 DB

## 비급여 의료행위 관리 체계 마련 필요

- 가격 역시 의료기관별로 상이

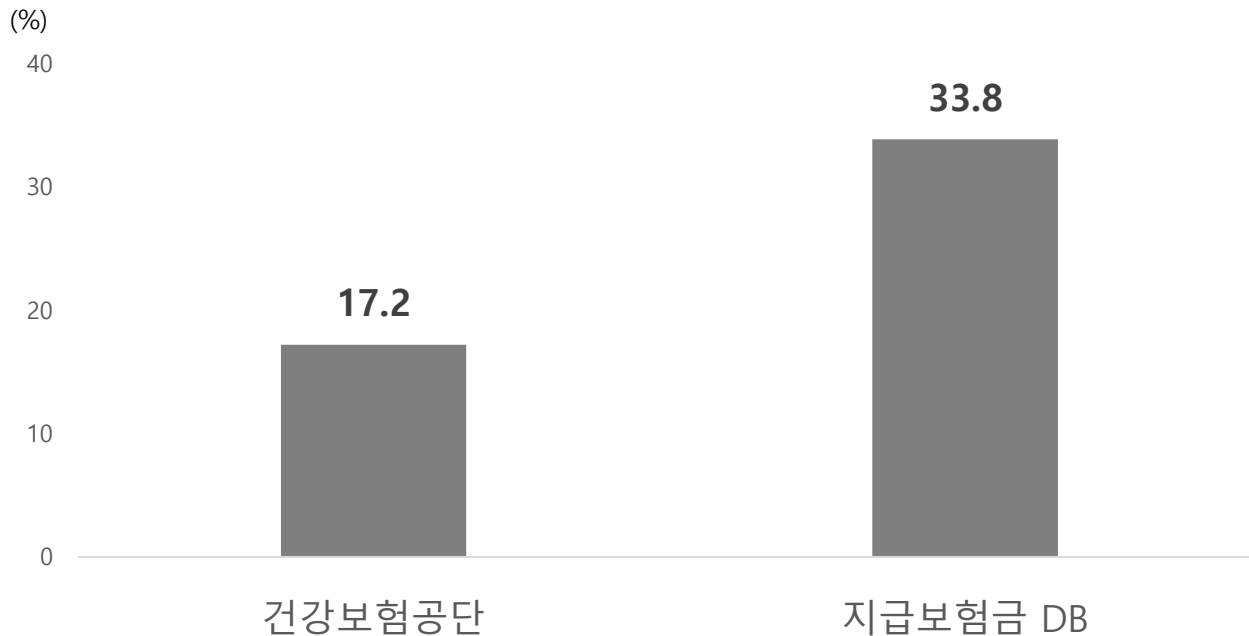
진료항목	단가
MX122	10,000
MX122	∴
MX122	50,000
MX122	∴
MX122	60,000
MX122	∴
MX122	100,000
MX122	150,000
MX122	200,000
MX122	∴
MX122	700,000

자료: 실손의료보험 지급보험금 DB

## 비급여 의료행위 관리 체계 마련 필요

- 실손의료보험 가입자의 높은 비급여 의료서비스 이용에도 불구하고, 비급여 의료행위에 대한 표준화 및 코드화 미비로 통계 집적을 통한 현황파악 어려움.

실손의료보험 가입자 의료비 중 비급여 진료비 비중



자료 : 건강보험 진료비실태조사, 비급여 본인부담률(2016), 지급보험금 DB상 비급여 진료비 비중

## 비급여 의료행위 관리 체계 마련

- 왜 실손의료보험 판매사의 자발적비급여 의료서비스에 대한 관리 노력이 없나?
  - 일차적으로는 비급여 의료서비스 이용이 전혀 표준화가 되지 않아 통계 관리뿐만 아니라 현황 파악조차 어려운 상황
  - 근본적으로는 실손의료보험사가 보험금 지급과 관련해 의료서비스 이용을 심사 또는 통제할 수 없는 현 체계 상 비급여 의료행위의 통계 관리 및 현황 파악 유인이 부족
  - 비급여의 전면 급여화 시행은 실손의료보험사들이 그 동안 통제할 수 없었던 비급여 의료비에 대한 통제 기전이 마련되는 계기이며, 그에 따라 실손의료보험 지급 보험금에 대한 통제기전이 마련된다는 점에서 장기적으로는 실손의료보험사에 긍정적 효과를 가져올 정책의 시행
  - 보장성강화정책의 지속적 시행에 따른 실손의료보험 보험료 조정 논의가 지속한다면 반사이익 파악을 위해서 비급여 진료비에 대한 통계 관리 강화 및 비급여 진료행위 관리 방안 모색이 필요



## 비급여 의료행위 관리 체계 마련

- 향후 추가적으로 발생할 수 있는 비급여 진료행위에 대해 현황 파악을 위한 관리 기제를 마련하고 불필요한 비급여 풍선효과를 억제할 수 있는 방안을 강구할 필요
  - 실손의료보험사에서 비급여 진료행위 파악할 유인이 있으나 민간에서 시행하기에는 어려움이 있으며 실손의료보험사는 보험금이 청구된 건에 대해서만 파악이 가능
  - 비급여 진료행위의 표준화 및 코드화, 통계 집적을 통한 관리 기제 마련이 건강보험과 민간의료보험이 협력해야 할 분야

## 실손의료보험 보장 영역의 조정 가능성 개선

- 실손의료보험의 보장범위 또는 본인부담율 조정 가능하도록 제도 개선
  - 건강보험 정책 변화에 따라 실손의료보험의 상품 보장 영역 및 지급보험금 규모가 달라지나 이러한 변화를 반영 조정할 수 있는 기제는 현재 보험료에 제한
  - 또한 보험료 갱신주기는 3-10년으로 제도적 환경 변화에 대응하기 어려움.
  - 건강보험 제도 변화 또는 의료환경 변화를 반영해 상품의 보장 범위 조정 및 본인부담률 등 상품 운용 내용을 조정할 수 있도록 할 필요

## 비효율적 의료서비스 이용을 통제할 수 있는 기제 마련

- 현재 모든 가입자에 대해 성별, 연령 외 위험요인 고려하지 않고 단일한 요율을 적용하고 있으며, 과도한 의료서비스 이용 통제 방법으로 2년동안 보험금 청구가 없었던 개인에게 보험료 인하 정책 계획
  - 과도한 의료서비스를 이용한 개인에 대해 일정 수준을 넘어선 의료서비스 이용에 대해 후년에 보험요율을 조정할 수 있도록 정책 개선 등을 통해 비효율적 의료서비스 이용을 통제할 수 있는 기제 마련 필요
- 과도한 비효율적 의료서비스 이용이 우려되는 항목을 특약으로 분리하고 신규가입자에 대해 적용
  - 기존 실손의료보험 가입자에 대해서도 일정 항목과 관련된 비급여 의료서비스에 대해 일정 수준의 의료비 지출이 넘어서는 보장을 제한하는 등 상품 보장 내역을 조정할 수 있도록 허용

## 건강보험자료와 실손의료보험 자료 연계를 통한 현황 파악

- 건강보험자료와 실손의료보험 가입자 정보의 연계를 통해 실제 실손의료보험 가입자의 의료 이용행태를 파악하고 실손의료보험의 보장 범위, 본인부담률 등을 조정할 수 있는 증거 기반 마련 필요
  - 예를 들어, 본인부담상한제 적용 여부를 건강보험에서 실손의료보험으로 제공할 수 있다면?

감사합니다.

---