
『건강보험과 실손의료보험의 상호 작용』

권정현
한국개발연구원(KDI)
11.02.2018

CONTENTS

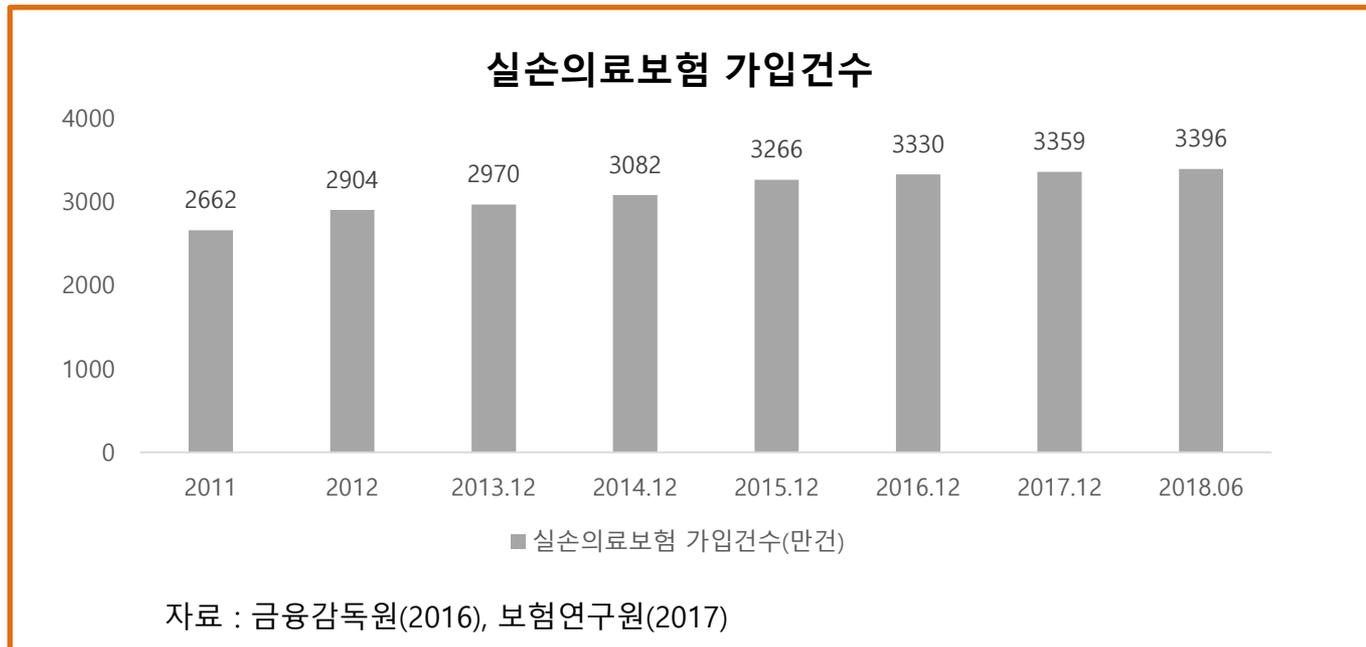
- 1. 실손의료보험 현황**
- 2. 건강보험과 실손의료보험의 상호작용**
- 3. 보장성강화정책의 시행과 실손의료보험 반사이익**
- 4. 공사보험 역할 정립을 위한 제도 개선 방향**

PART 1

실손의료보험 현황

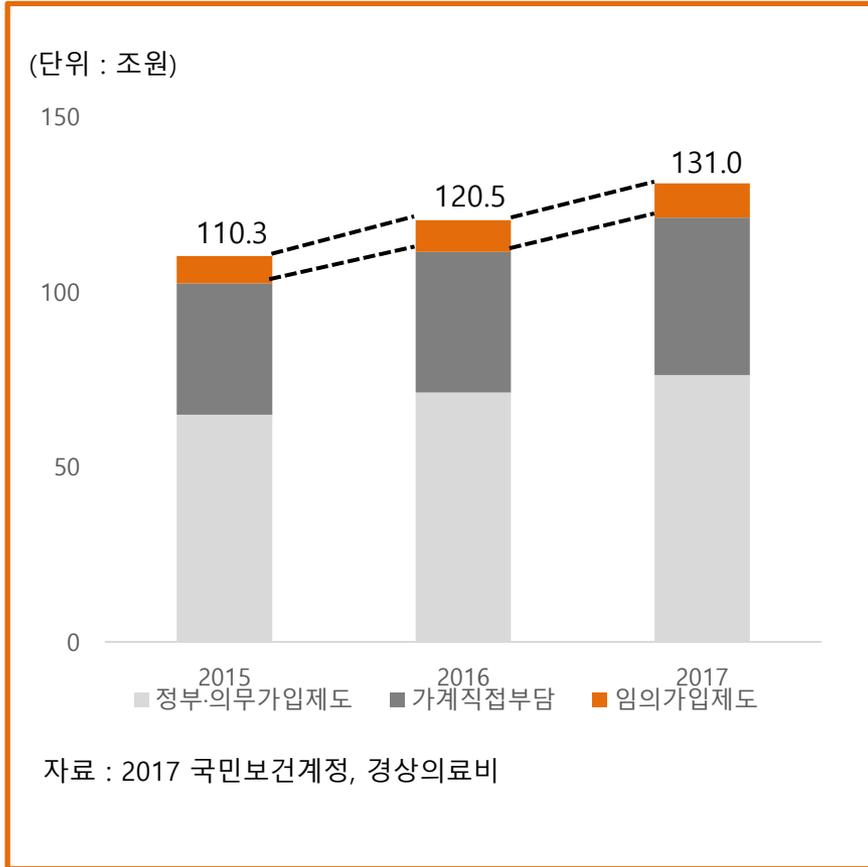
실손의료보험 현황 : 가입자 수

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

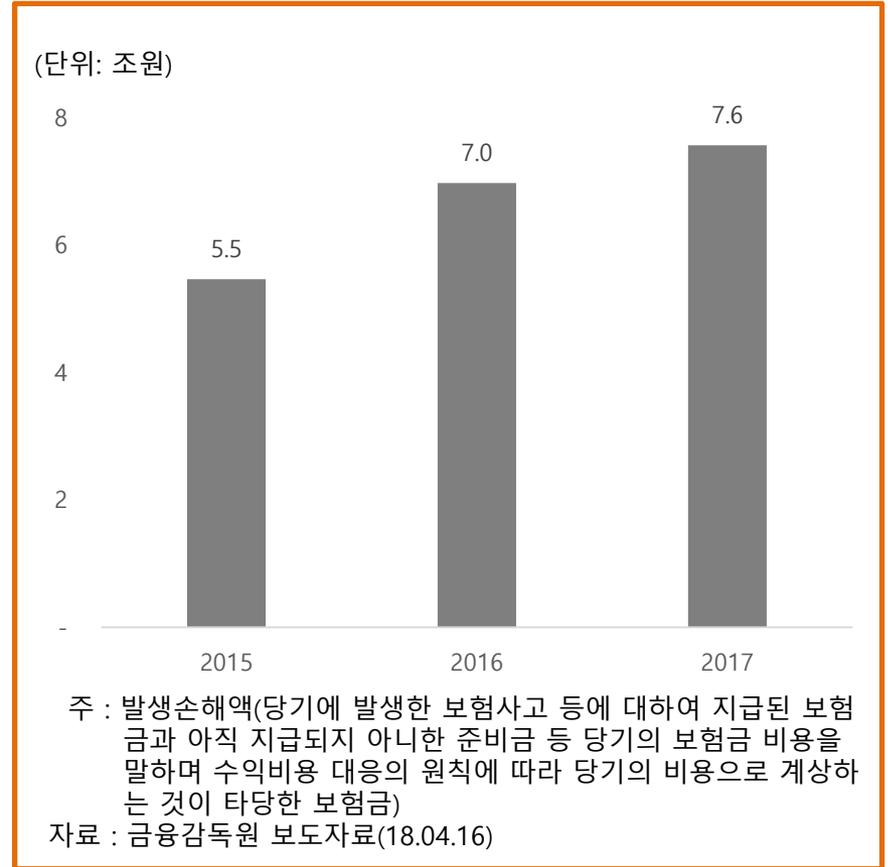


실손의료보험 현황 : 지급보험금 규모

재원별 경상의료비



실손보험회사의 발생손해액



실손의료보험 현황 : 의료비 지출 중 실손의료보험의 비중

- 의료비 지출 중 실손의료보험의 지급보험금 비중은 10%에 근접

(단위 : 조원)

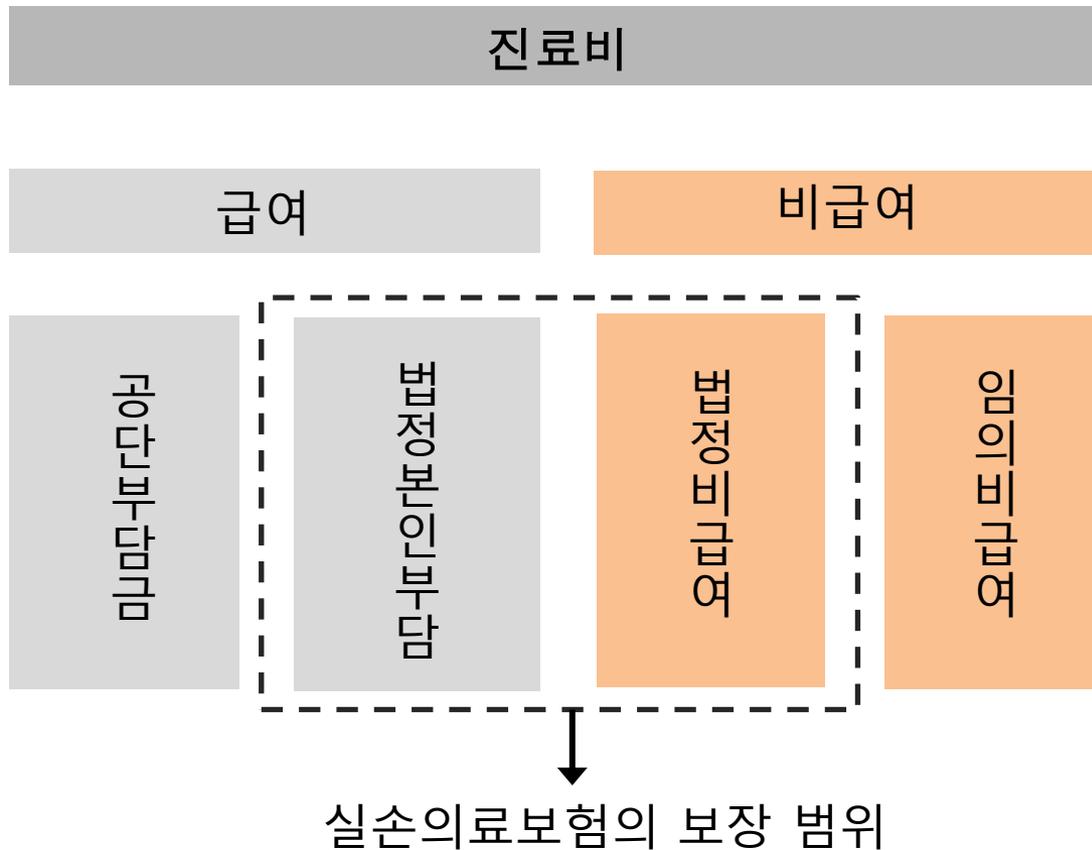
	2015	2016	2017
경상의료비	110.3	120.5	131.0
진료비(=공단부담금+법정본인부담금)	58.0	64.6	69.3
급여비(공단부담금)	43.3	48.3	51.8
법정본인부담금(=진료비-급여비)	14.6	16.3	17.5
비급여 본인부담금(=경상의료비-공단부담금-법정본인부담금)	52.3	55.9	61.6
발생손해액(지급보험금) ¹	5.5	7.0	7.6
발생손해액 비중(= 발생손해액 / (법정본인부담금+비급여본인부담금))	8.16%	9.66%	9.56%

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

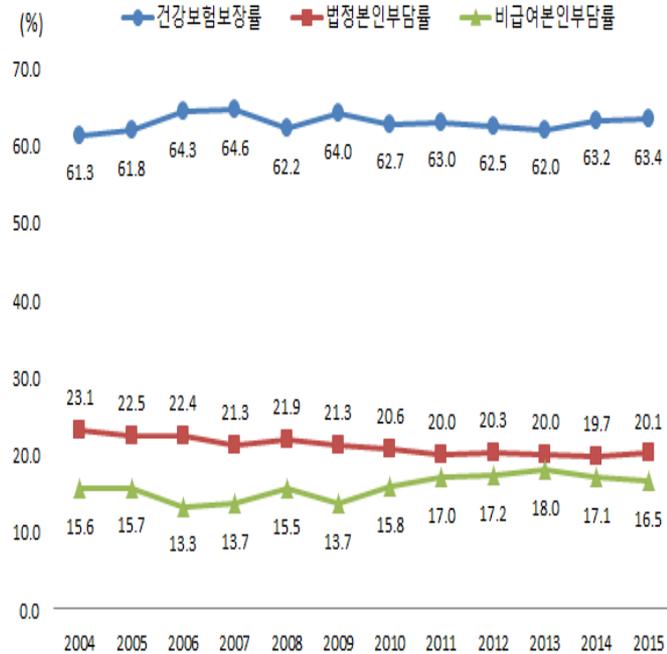
- 실손의료보험은 가입자가 실제 부담한 의료비의 일정 비율을 보험사가 보장
- 건강보험이 보장하지 않는 비급여 의료비와 급여 본인부담 의료비를 보장



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%	6.86%	7.03%
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	본인부담 보충형 (Complementary)	
	공보험의 보장범위가 아닌 영역		보완형 (Supplementary)

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

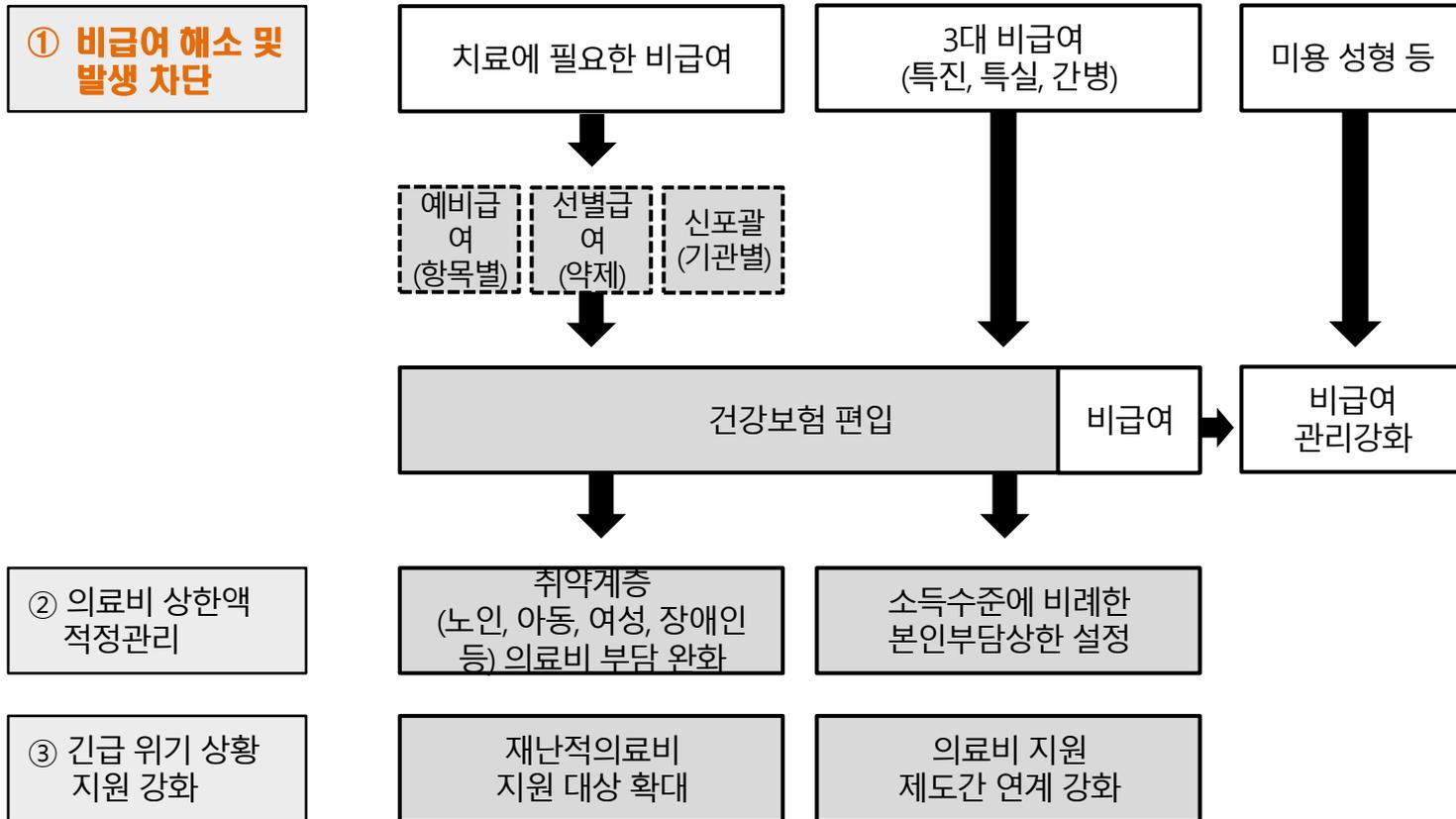
- 실제로 실손의료보험의 건강보험 재정에 대한 부정적 외부성이 발생?
 - 민간의료보험 가입자가 공보험에 미치는 부정적 영향에 대한 실증 증거는 제한적이며 연구자와 이용 자료에 따라 결과가 혼재
 - 조사 자료를 이용한 연구들은 전반적으로 민간의료보험 가입자의 미가입자 대비 의료이용이 동일한 수준이거나 일부 양의 결과를 보이는 것으로 나타남(정기택 외 2006; 권순만 외 2010; 강성욱 외 2010; 김대환 2014)
 - 행정자료에 기반한 연구에서는 민간의료보험 가입자의 도덕적 해이를 확인할 수 없다는 결과가 도출(윤희숙 외 2008).
 - 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."

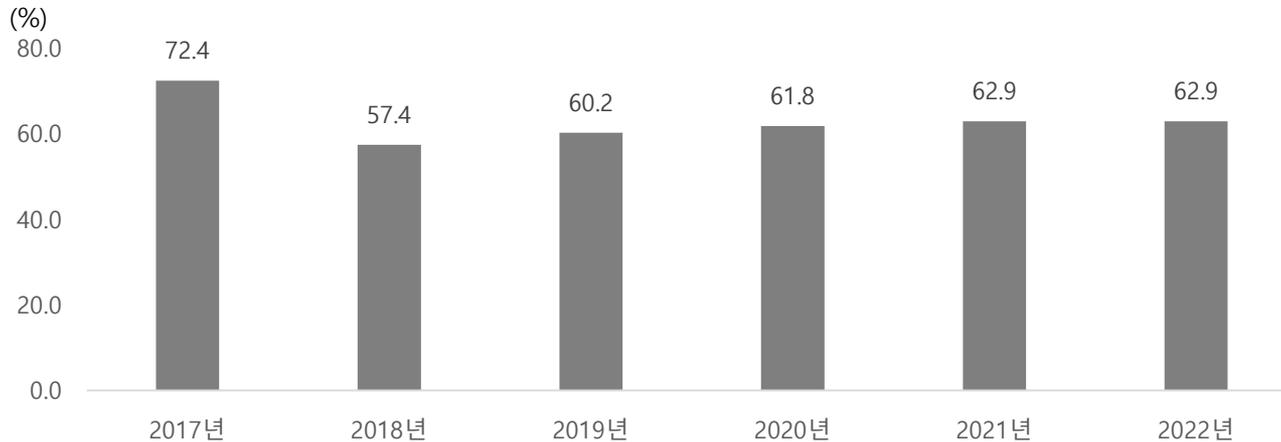
건강보험 보장성강화정책의 시행

- 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%	

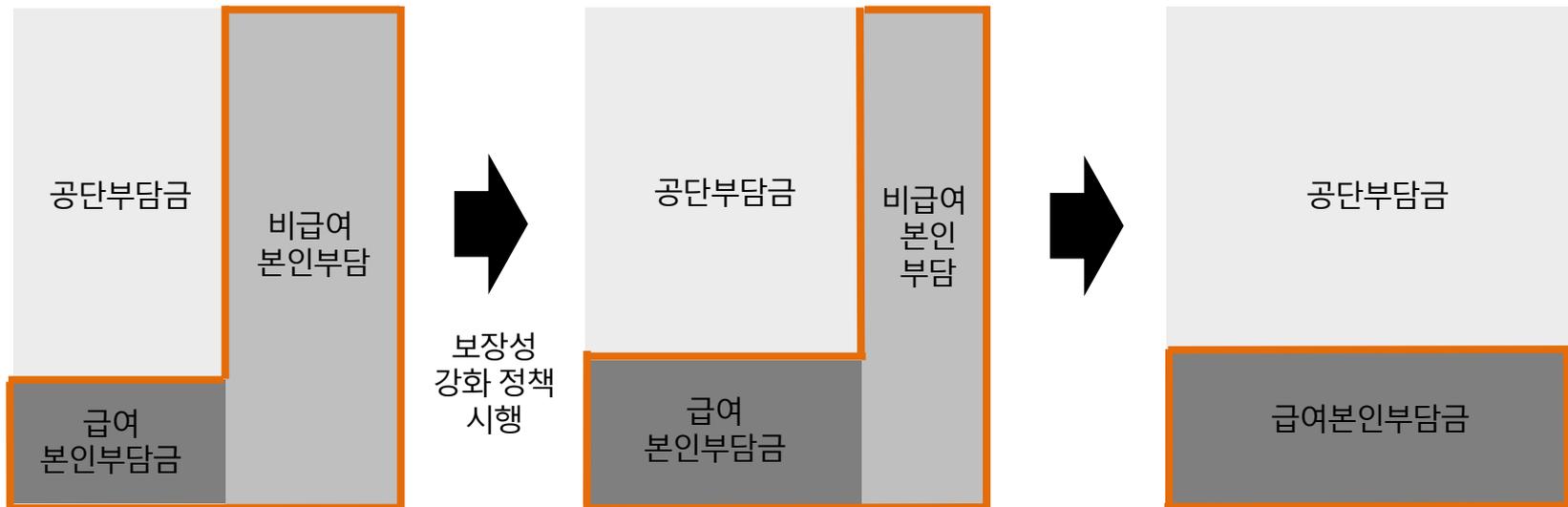
자료 : 보건복지부 보도자료(2017.8.9), "모든 의학적 비급여 건강보험이 보장한다."



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

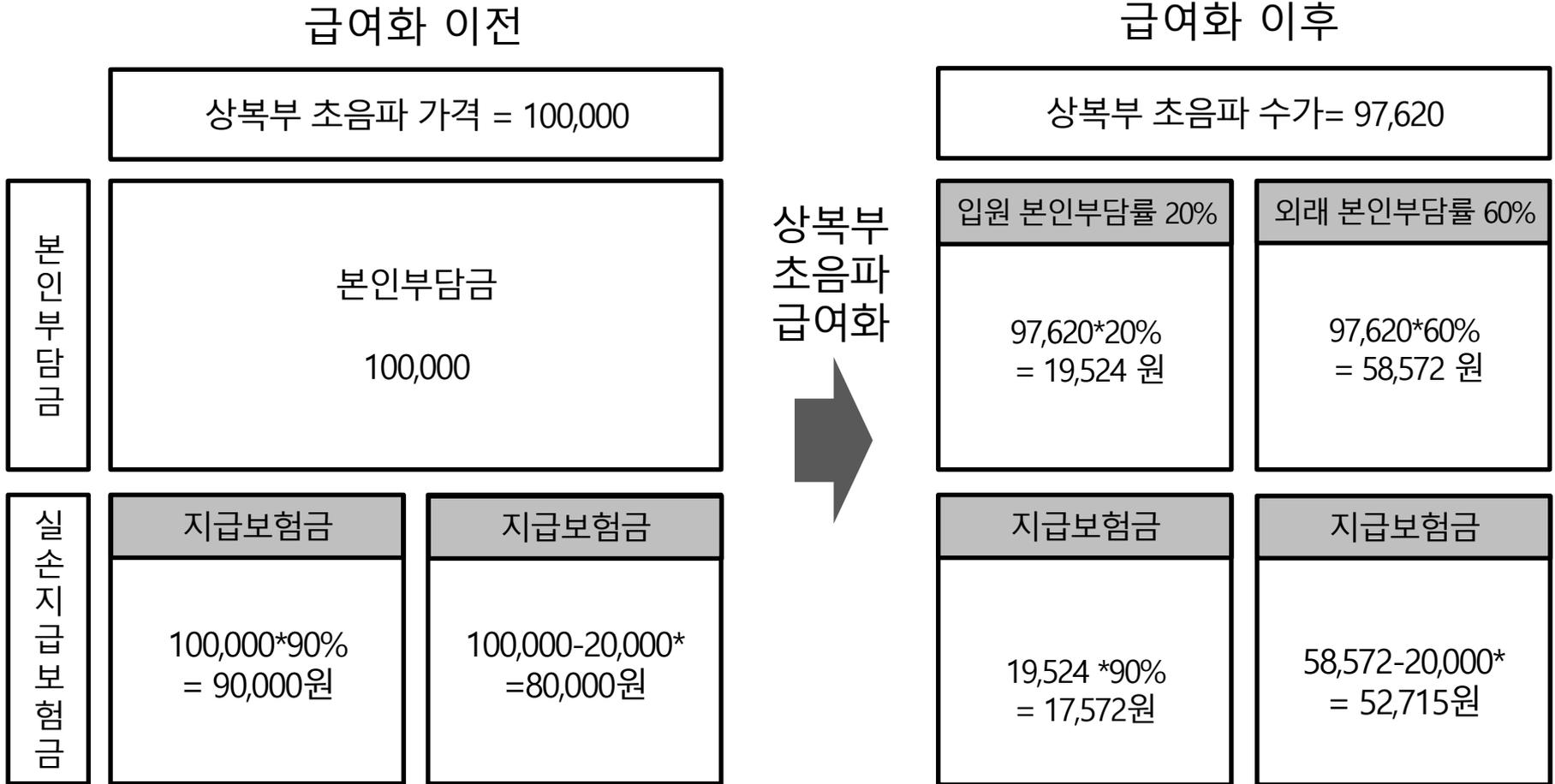
- 보장성강화정책의 시행으로 발생하는 반사이익을 반영한 실손의료보험료 인하 추진을 공사보험정책 협의체에서 논의 (2017.09.29. 금융위원회 보도자료)
- 정책 시행의 효과에 대해 민간의 상품 가격 조정을 유도하기 위해서는 보장성강화정책이 실손의료보험에 미치는 영향을 면밀하게 산출, 검증할 필요
- 반사이익을 산출하기 위한 직,간접적 근거 자료 부재
 - 비급여 의료행위 내역
 - 실손의료보험의 보험금 지급 내역
 - 보장성 강화계획의 구체적인 추진 안 및 시기
 - 의료서비스 가격 변화 시 개인의 의료서비스 이용 변화 양상

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%) 치매진단을 위한 MRI 건강보험 적용	2017.11 2018.1
	노인외래정액제 개선(의과, 한의, 치과, 약국)	2018.1
	임플란트 본인부담률 인하(50%→30%)	2018.7
	난임시술행위 표준화 및 필수 시술, 마취, 검사, 약제 등에 대해 건강보험 적용(본인부담 30%)	2017.10
아동	15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 인하(10~20%→5%)	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	선택진료비 부담 전면 해소	2018.1
	재난적 의료비 지원사업 확대 실시	2018.1
	상복부 초음파 건강보험 적용 실시	2018.4
	종합병원 이상 2~3인실 건강보험 적용 실시	2018.7
	뇌·혈관 MRI 검사 건강보험 적용 실시	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 ²
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



자료: 실손의료보험 지급보험금 DB

비급여 의료행위 관리 체계 마련 필요

- 가격 역시 의료기관별로 상이

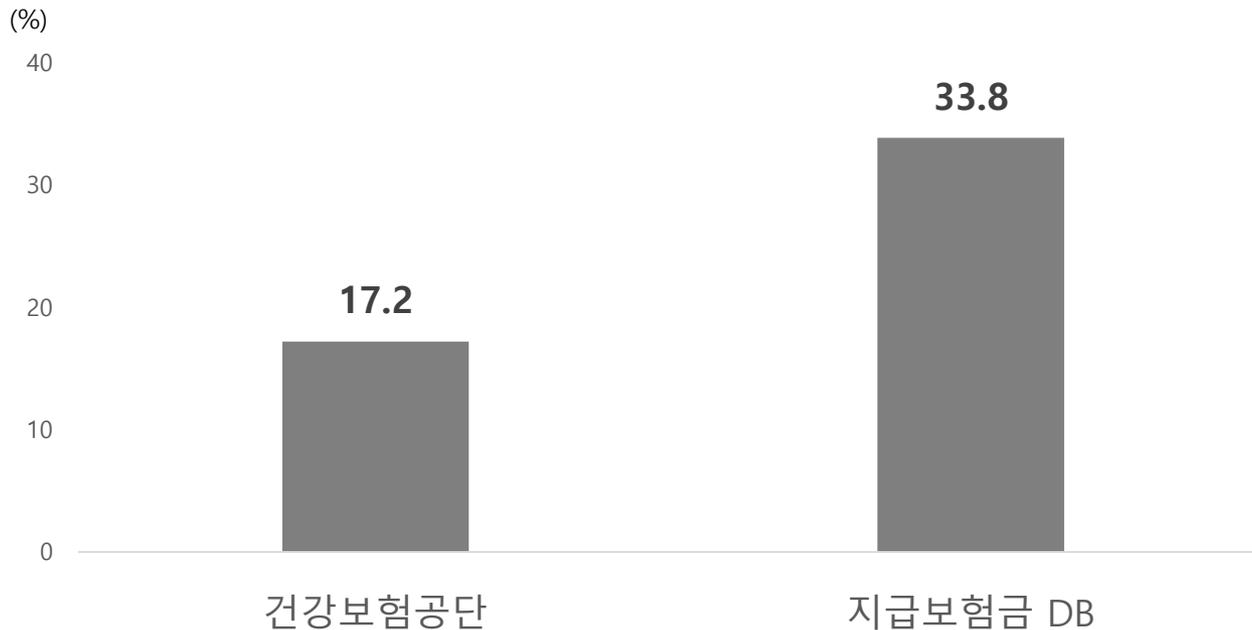
진료항목	단가
MX122	10,000
MX122	∴
MX122	50,000
MX122	∴
MX122	60,000
MX122	∴
MX122	100,000
MX122	150,000
MX122	200,000
MX122	∴
MX122	700,000

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.
