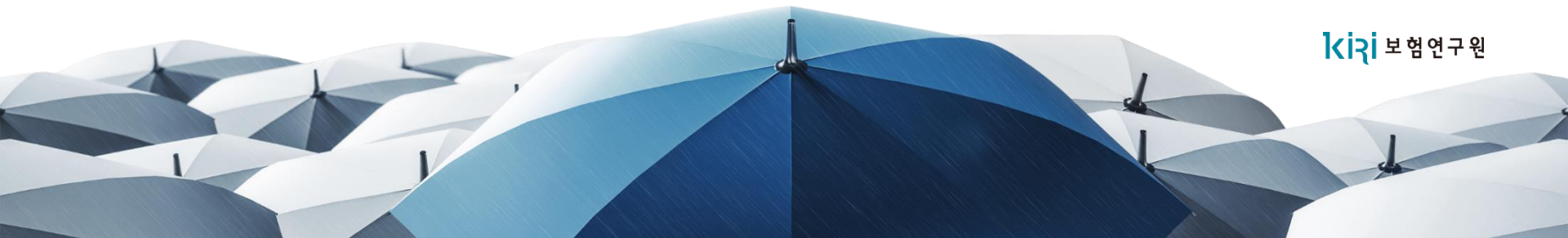


실손의료보험 지속성 제고를 위한 과제

정 성 희 보험연구원 산업연구실장

2022.12. 8.

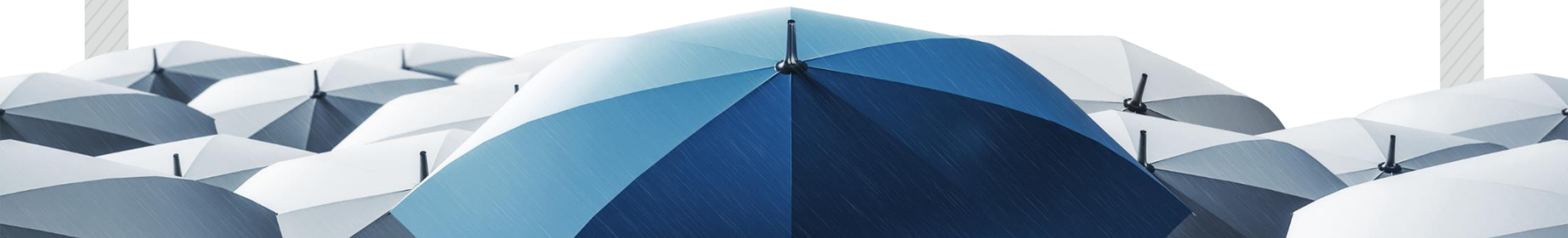


목 차

I . 현안

II . 진단

III . 과제





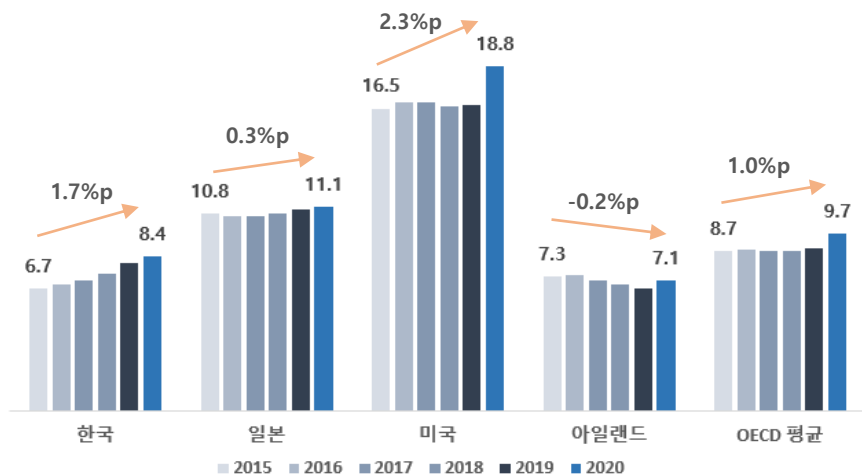
현안

1. 의료비 증가

- 국민의료비의 빠른 증가 추세로 건강보험 재정 및 개인 의료비의 부담 가중될 것이 우려
 - 우리나라의 총 의료비 지출은 최근 5년간 1.7%p 증가, 국민 1인당 의료비는 연평균 7.5% 증가 등 OECD(평균 1.0%p, 4.2%) 회원국에서 가장 빠른 증가세를 보임
 - * 주요국 의료비 지출 증가: 초고령 국가인 일본 0.3%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국 2.3%p 수준

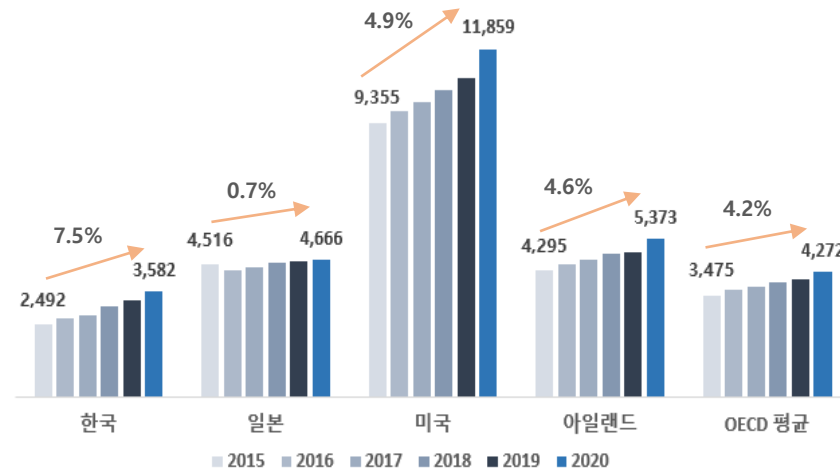
GDP 대비 의료비

(단위: %)



1인당 의료비

(단위: 달러)



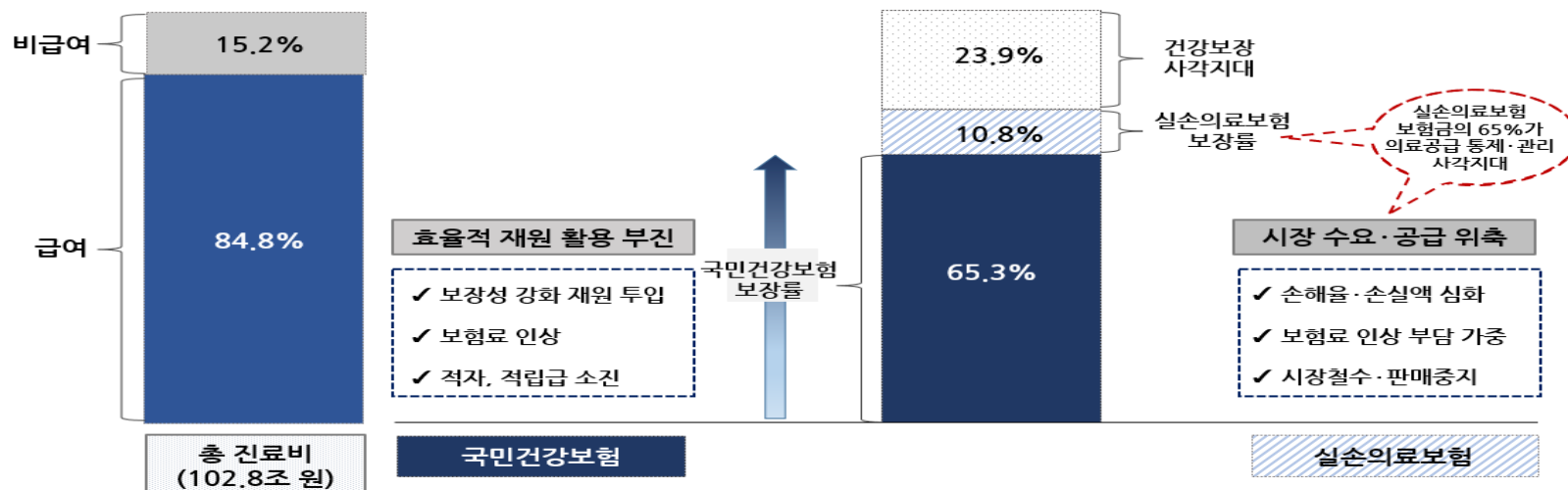
자료: OECD Health Statistics(2022)

자료: OECD Health Statistics(2022)

2. 우리나라 공·사 건강보험 역할

- 우리나라 2020년 총 진료비는 102.8조 원, 공·사 건강보험의 보장률은 약 76%로 추정
 - 국민건강보험은 급여를 대상으로 총 진료비의 65.3%(67.1조 원)를 보장함
 - 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여 본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 10.8%(11.1조 원)를 보장함

우리나라 공·사 건강보험 보장 현황(2020년)



자료: 김경선외(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(Ⅲ): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

3. 국민건강보험 보장성 강화 정책

- 정부는 2005년부터 4차에 걸쳐 건강보험 보장성 강화 정책을 지속적으로 시행해 왔으나 투입된 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 평가
 - 최근 문재인 케어(4차)에서는 건강보험 보장률 제고를 위해 '비급여의 급여화'가 적극적으로 추진됨
 - 총 20조 원 이상의 건강보험 자원 투입에도 정책 평가지표인 건강보험 보장률은 60% 중반대에 정체

국민건강보험 보장성 강화 정책 주요 내용과 재정소요액

강화정책	주요내용	재정소요액
1차 (2005~2008년)	· 고액 중증질환 본인부담 경감(20% → 10%) · 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등	3.5조 원
2차 (2009~2013년)	· 암, 심장·뇌혈관질환 본인부담 추가 경감(10% → 5%) · 고가서비스(MRI, 초음파) 보험 적용 등	3.1조 원
3차 (2014~2018년)	· 고액 비급여 해소 및 관리, 취약계층 의료지원 강화 · 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선 등	7.4조 원
문재인 케어 (2018~2022년)	· 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여의 실질적 해소 · 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제, 의료 사회안전망 강화	6.6조 원

자료: 김경선의(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(III): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

4. 실손의료보험 제도 개선

- 2009년 표준화 이후 지속적인 제도 개선 및 상품구조 개편을 실시
 - 의료이용 · 의료공급 통제를 위해 비급여 특약 분리 운영 및 가입자 자기부담을 확대함
 - 의료환경 진료형태 변화 등에 능동적 대응을 위해 재가입주기 도입(2013년: 15년) 및 단축(2021년: 5년)
- 그러나, 의료 공급 변화 등에 따라 제도 개선 및 상품구조 개편 효과가 희석

실손의료보험 상품구조 개편 주요 내용					
2009.10 2013.1 2017.4 2021.7					
구분	1세대	2세대	3세대	4세대	
기본 구조		급여·비급여 포괄 구조	비급여 특약 확대 특약: 3대 비급여	특약: 전체 비급여	
자기 부담		10%/20%	자기부담 확대 주계약: 급여:10%/20% 비급여: 20% 특약: 30%	주계약	20%
변경 주기		3년, 5년	1년	특약	30%
		없음	15년		
청구방식		청구전산화 도입 추진			

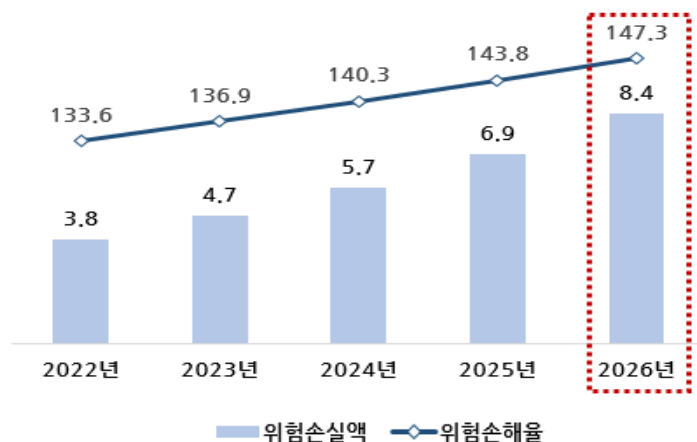
5. 공·사 건강보험 지속성 위기

- 특히, 비급여의 지속적인 증가는 실손의료보험의 지속성 위기로인 및 국민건강보험 재정의 효율적 사용에 장애요인으로 작용
 - 실손의료보험: 현재 수준 유지 시 향후 5년 동안 누적 위험손실액이 약 30조 원으로 추정됨
 - 국민건강보험: 향후 지출이 수입을 상회할 것으로 예상, 건강보험 적립금이 빠르게 소진될 것으로 우려됨

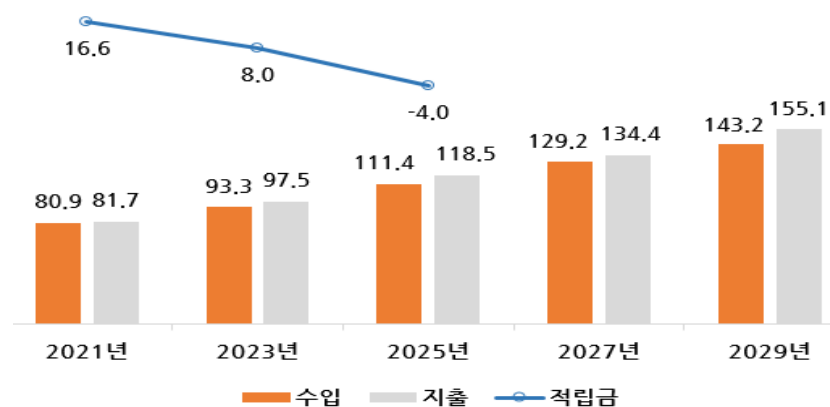
공·사 건강보험 재정 전망

(단위: 조 원, %)

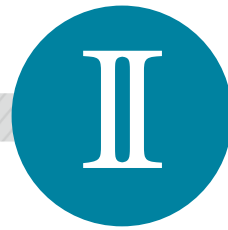
실손의료보험



국민건강보험



자료: 김경선의(2022년), 「장수하는 고령사회, 준비와 협력(Ⅲ): 건강보장 정책 방향」, 보험연구원

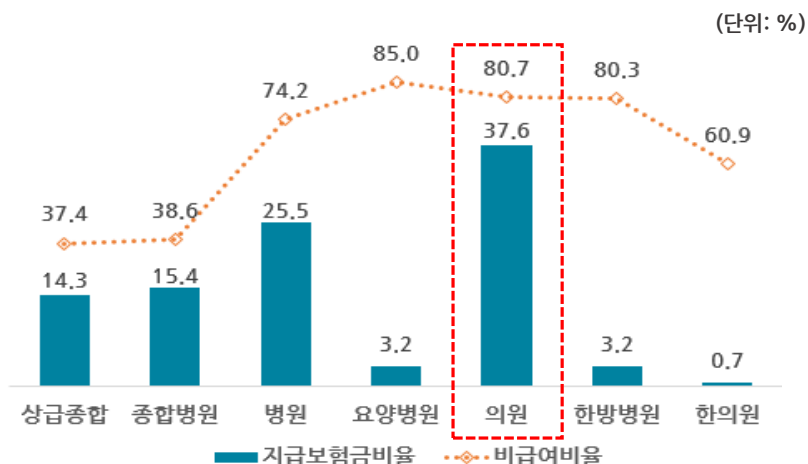


진단

1. 보험금 구조 - 의원, 근골격계·안질환에 집중

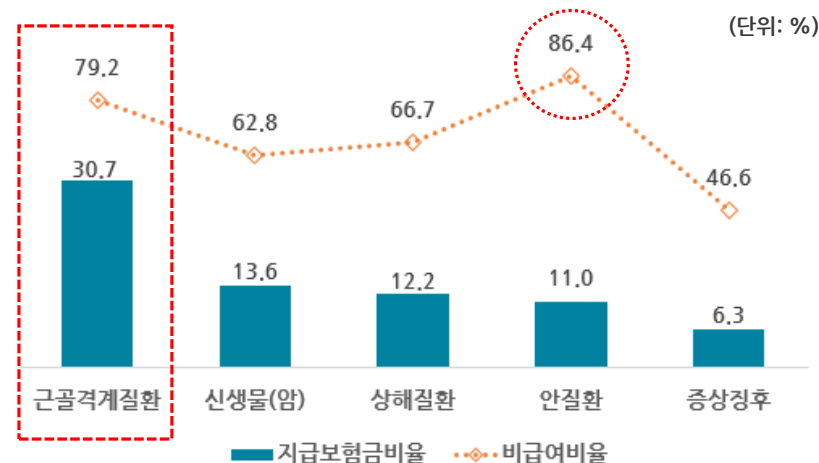
- 2021년 의원·병원의 보험금 비중은 37.6·25.5%으로 전체 보험금의 63.1%를 차지
 - 의원의 보험금 증가율은 19.2%로 전체 의료기관(10%)과 상급종합병원(4.4%)에 비해 높은 수준임
 - * 비급여 비율: 요양병원·의원이 85.0%, 80.7%로 상급·종합병원 대비 2배 이상 높음
- 2021년 근골격계질환(30.7%)을 포함한 상위 5개 질환이 전체 보험금의 73.8% 차지
 - 안질환의 보험금 증가율은 39.9%로 2019년 대비 2021년 2배 증가함
 - * 비급여 비율: 안질환·근골격계질환이 86.4%·79.2%로 상위 차지함

2021년 의료기관 종별 보험금 구성



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

2021년 상병별 보험금 구성



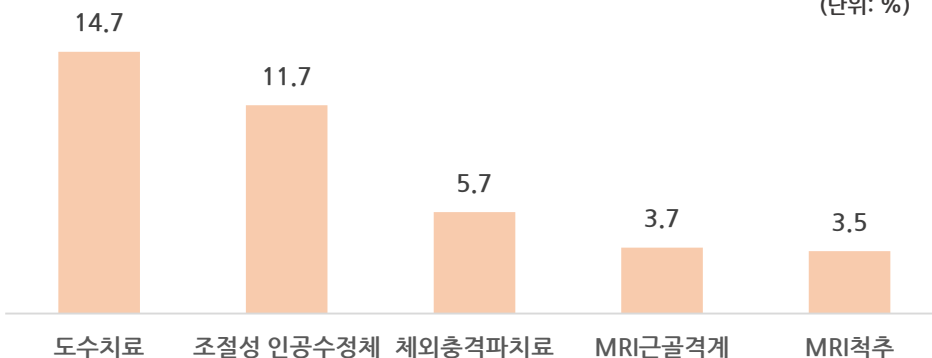
자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

1. 보험금 구조 - 특정 비급여에 집중 (1/2)

- 도수치료(14.7%), 조절성 인공수정체(11.7%) 등 상위 5개가 전체 비급여 보험금의 39.3% 차지
 - 의원: 조절성 인공수정체(24.6%), 도수치료(21.5%)가 비급여 금액 상위를 차지
- 백내장의 지급보험금은 2021년 1조 2천억 원으로 연평균 47.3%의 높은 증가세
 - 백내장의 입원 건당 지급금액도 2019년 251만 원에서 2021년 350만 원으로 급격히 상향

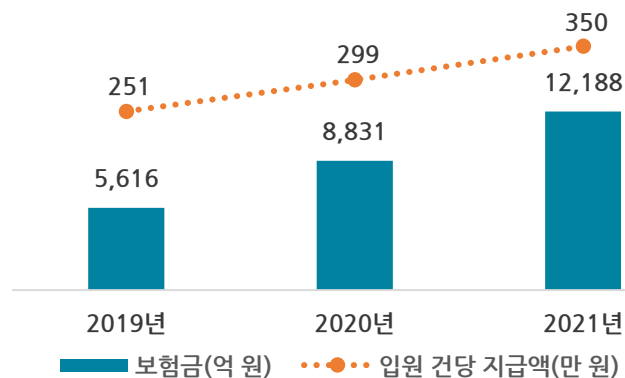
2021년 세부항목별 비급여 금액 상위 5개

(단위: %)



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

백내장 지급보험금 증가율



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

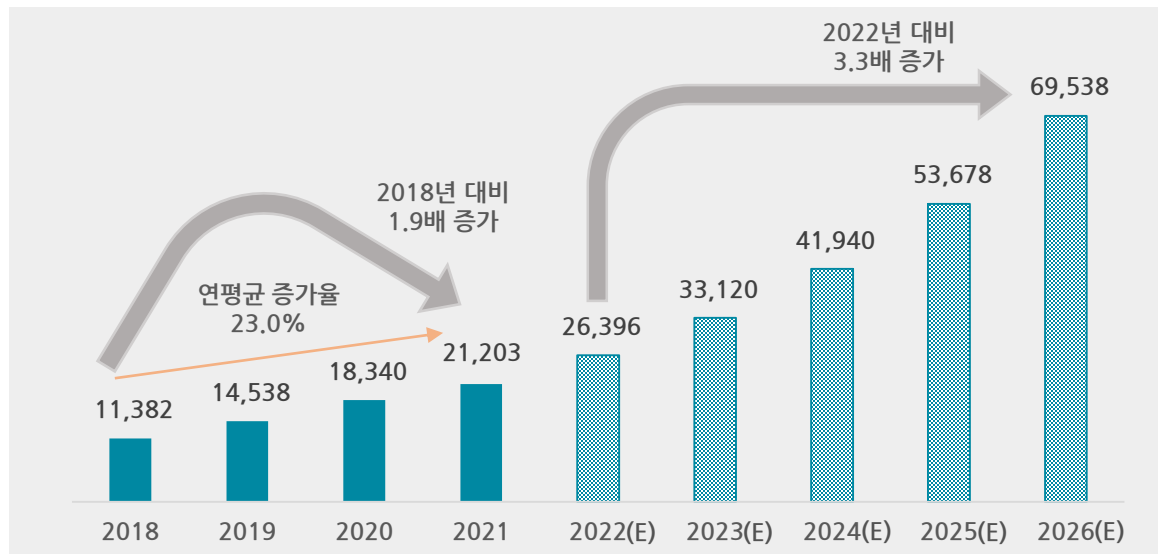
1. 보험금 구조 - 특정 비급여에 집중 (2/2)

- 9대 비급여 2021년 손해보험 보험금은 2.1조 원으로 전체 보험금(10.6조 원)의 약 20% 차지
 - 9대 비급여의 보험금 증가율은 23%로 전체 보험금 증가율(14.7%)보다 1.6배 높은 수준임
 - 현재 수준 유지 시 9대 비급여의 보험금은 5년 후(2026년) 6.9조 원으로 현재대비 3.3배 증가할 전망임

9대 비급여의 실손의료보험 보험금 추이

(단위: 억 원)

9대 비급여 항목	
1	도수치료
2	비급여약제(영양제 등)
3	오다리교정술
4	하지정맥류
5	하이푸시술
6	재판매가능치료재료
7	비벨브재건술
8	갑상선고주파절제술
9	مام모툼

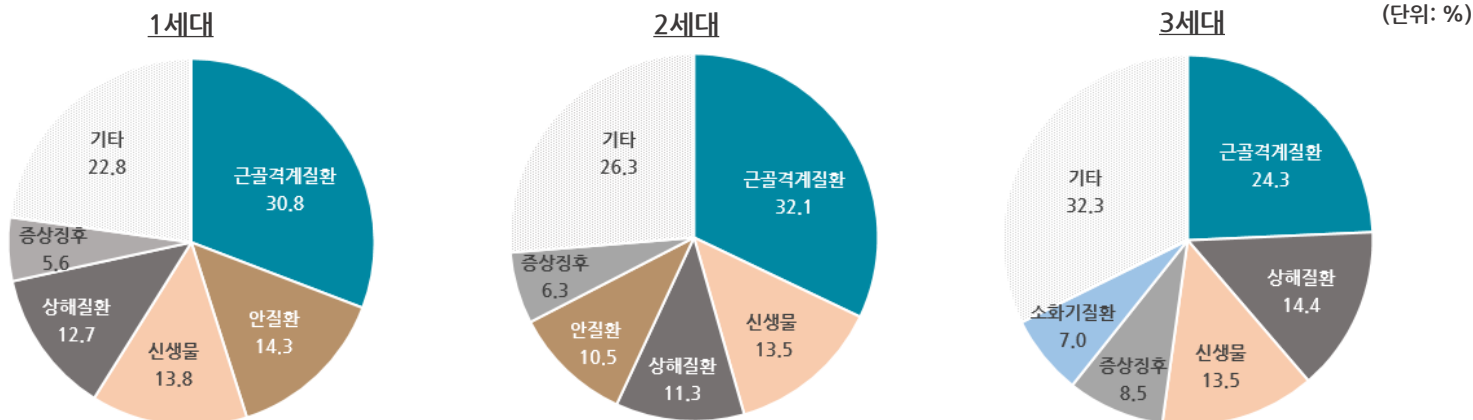


주: 2018~2021년 연평균 증가율 23.0%를 가정하여 2022~2026년 보험금을 추정함

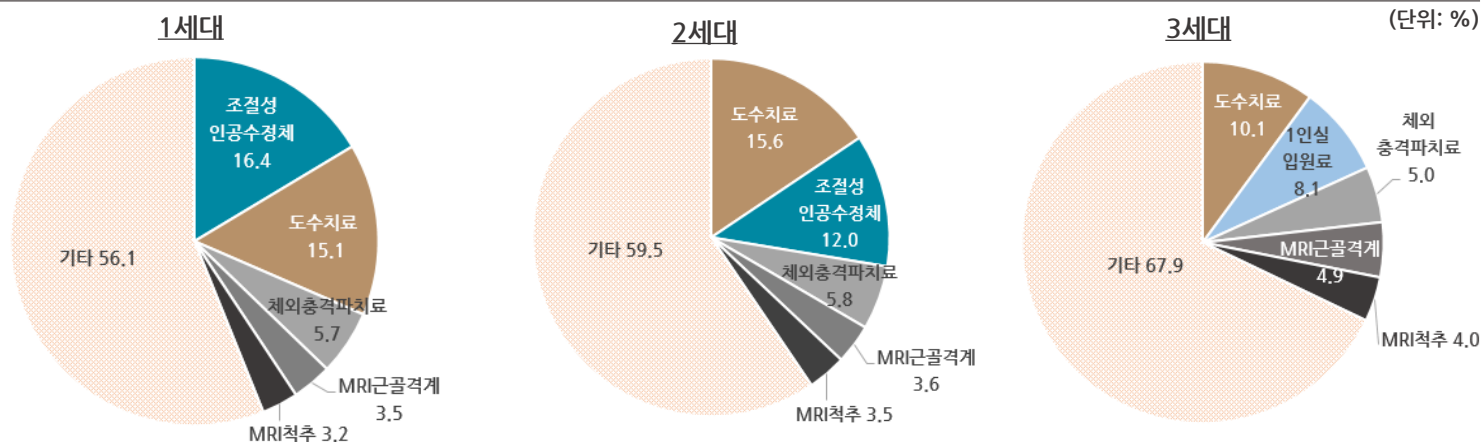
자료: 14개 손해보험회사 통계

[참고] 2021년 실손의료보험 상품별 보험금 구조

청구보험금 상위 5개 상병대분류



청구 비급여 보험금 상위 5개 질병대분류



자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

2. 비급여 구조 - 관리 사각지대

① 동일한 비급여 항목임에도 의료기관별 과도한 가격 편차가 발생

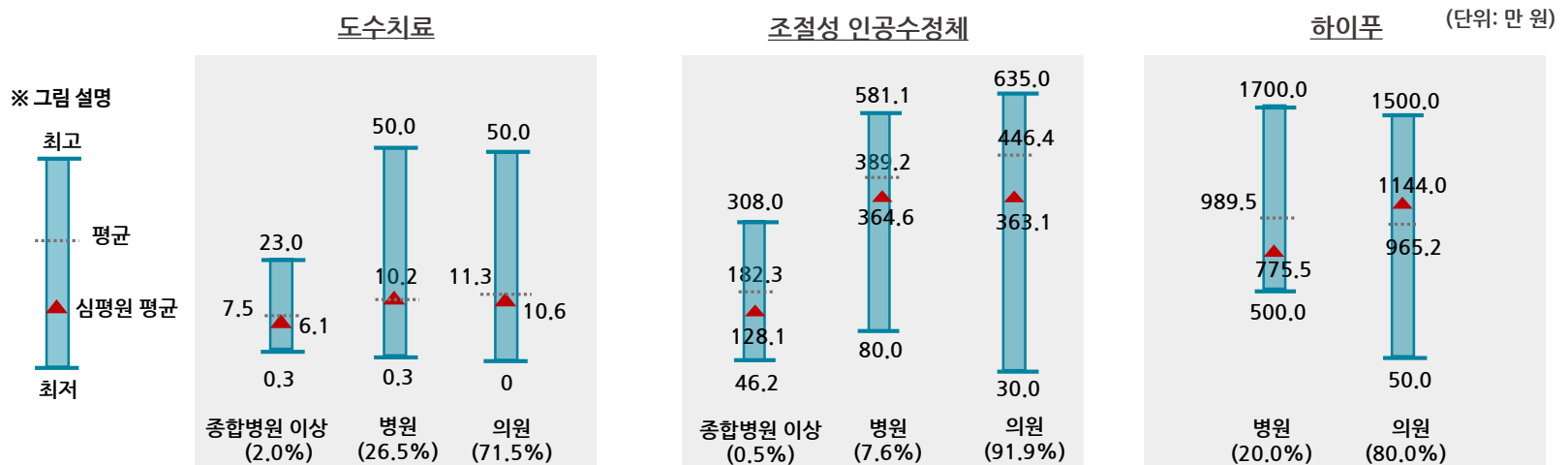
- 조절성 인공수정체: 의원의 평균 가격은 의료기관 종별 가장 높고, 가격 편차(30 ~ 635만 원)도 매우 큼

② 질병·진단명과 무관한 검사 시행, 약제 과잉처방 등 비급여 진료 적정성 기준이 부재

③ 의료기관의 비급여항목 명칭·코드 임의사용으로 정확한 통계의 파악이 불가

- 약 19,000여개(2020.4) 비급여 표준 코드·명칭 존재, 다수 의료기관 자체 코드·명칭 사용(사용의무화 부재)

주요 비급여 세부항목별 의료기관 종별 가격 비교



주: 괄호는 세부항목별 금액비중임

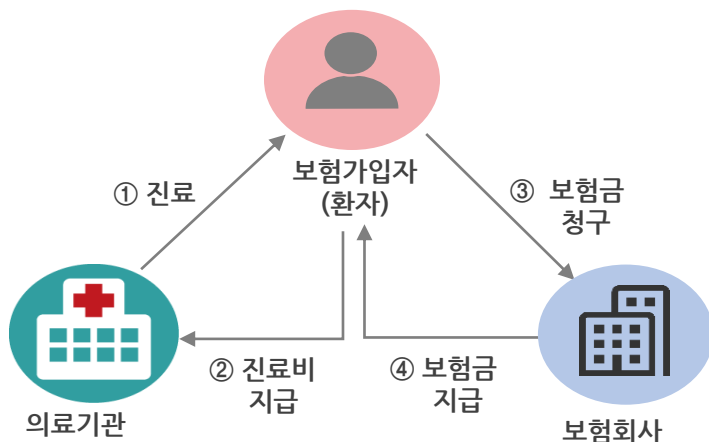
자료: 보험개발원 비급여 샘플통계

3. 보험금 청구 구조 - 소비자 불편

- 의료기관-보험회사 간 전자적 정보교환이 되지 않아 소비자의 청구 불편이 지속
 - 보험회사는 소비자의 청구 편의를 위해 민간 ICT업체·의료기관과 개별 협상을 통해 청구전산화를 추진해 왔으나, 의료기관 참여 저조 등으로 실질적인 효과는 내지 못하는 상황임
 - 실손보험 청구 전산화 관련하여 보험업법 개정안(6건)이 국회 계류 중임
 - * 고용진 의원('20.10, 재발의), 전재수 의원('20.7, 재발의), 윤창현 의원('20.7), 김병욱 의원('21.4)

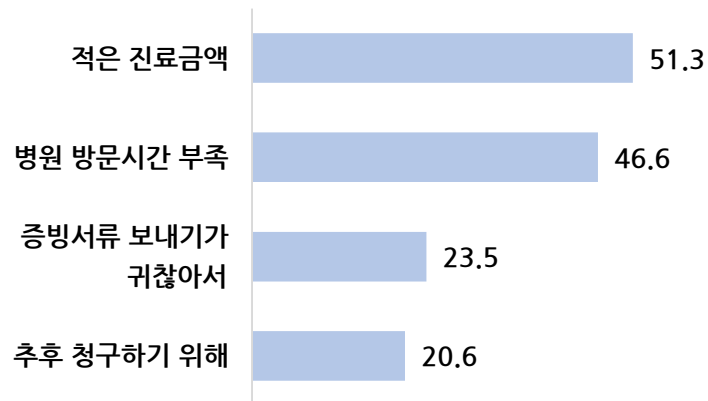
실손의료보험 보험금 청구 현황

지불체계(상한제)



실손보험금 미청구 이유

(단위:%)



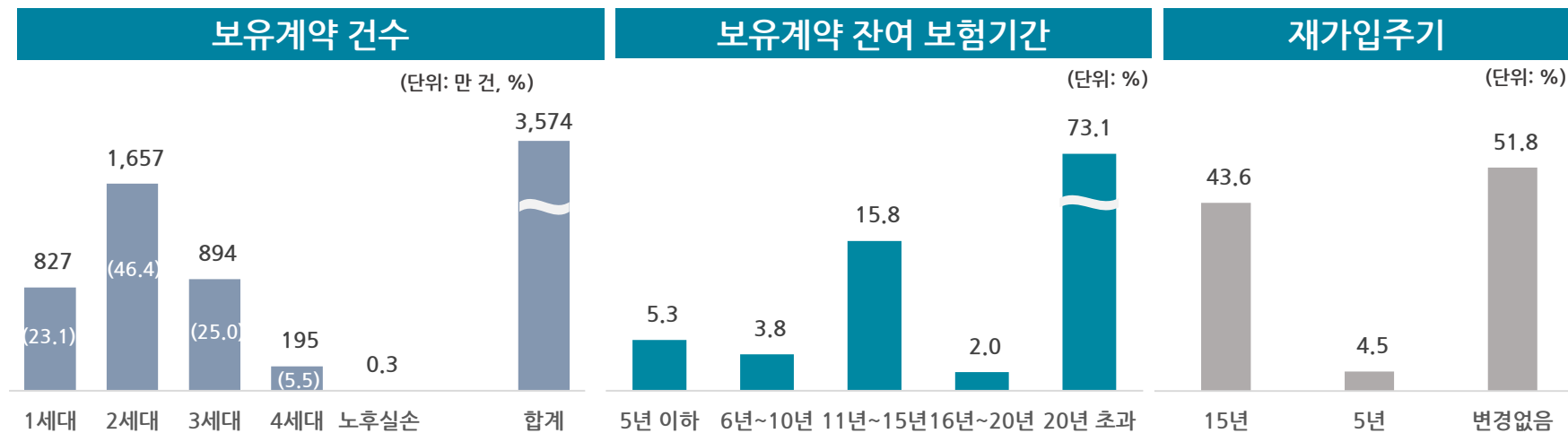
자료: 정성희(2021년), 「해외 민영 건강보험의 청구전산화 사례와 시사점」, 보험연구원

자료: 금융소비자연맹 공동보도자료(2021.5.6)

4. 보유계약 구조 - 상품구조 개편 영향 미흡

- 새로운 상품구조 개편 내용을 기존 보유계약에 대해 소급 적용하는 기전이 부재한 상황
 - 1·2세대 보유계약은 69.5%(2022년 9월), 잔여 보험기간이 20년 초과 보유계약이 73.1%(2022년 6월)
 - 특히, 재가입주기가 변경되지 않는 보유계약(50% 이상)의 경우 가입자의 계약전환 이외에는 상품구조 개편의 영향을 미치는 방법이 부재함

실손의료보험 보유계약 구조 현황



주: 1. 개인실손보험 대상으로 단체실손보험은 제외함

2. 괄호는 보유계약건수 비중임

자료: 7개 손해보험회사 통계(2022년 6월말 기준), 보유계약 건수 기준

자료: 한국신용정보원 실손의료보험 정기통계(2022년 9월)



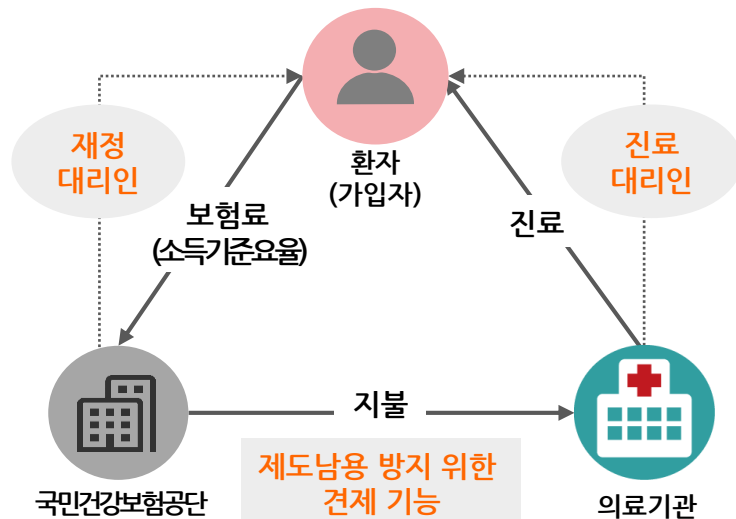
과제

1. 비급여 관리 - 공급자 경쟁·견제 장치 마련

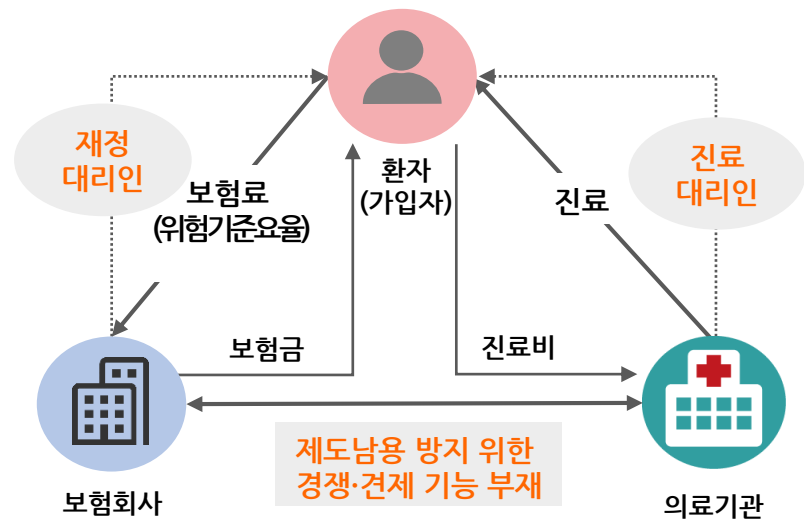
- 의료공급측면의 제도 남용 방지를 위해서는 환자의 재정대리인(보험자)이 진료대리인(의료기관)과 선의의 경쟁·견제를 하도록 하는 장치가 필요
 - 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스의 질과 비용에 영향을 미치는 우위적 위치에 있으므로, 건강보험의 공급 지속성 및 효율성을 위해서는 의료 공급에 대한 효과적인 정책 수립이 더욱 중요함

우리나라 공사 건강보험 지불체계

국민건강보험(제3자 지불제)



실손의료보험(상환제)



자료: 정성희(2021년), 「인구고령화 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제」 정책토론회, 보험연구원

1. 비급여 관리 - 표준수가 가이드 도입

① 합리적인 비급여 공급 관리체계 구축을 위해 비급여 표준수가 가이드 도입

- 비급여 의료비의 적정가격 징수를 위한 표준수가 및 배율·상한금액 등의 가이드 설정

독일 사례	
가중치	적용
1	• 공적 건강보험 수가 기준
1~2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용
2.3~3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서명으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면합의 필요

비급여 표준수가 가이드 도입(안)
• 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안): 신설 - 제41조의6(비급여 행위의료비 및 비급여약제·치료재료 가격의 상한금액)
① 모든 비급여 진찰·검사, 처치·수술 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송에 대한 상대가치점수와 기본수가를 정하여야 함
② 일정한 요건을 만족시킬 경우에만 비급여 행위에 대한 기본수가의 일정 배율을 초과하여 비용을 징수할 수 있도록 하여야 함
③ 모든 특허 있는 비급여 약제 및 치료재료의 상한금액 을 정하고, 상한 금액을 초과하여 비용을 징수할 수 없도록 하여야 함

1. 비급여 관리 - 관리 주체 & 사후 확인제도 도입

- ② 비급여 관련 정책수립, 표준수가 마련 등 주요 사항 심의·의결하는 관리 주체 신설 검토
- ③ 환자·대리인이 지불한 비급여의 적정성 확인을 위해 보건당국 차원의 사후적 확인제도 마련

「(가칭) 비급여의료비정책심의위원회」 신설(안)

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안):신설
- 제42조의2(비급여의료비정책심의위원회):비급여의료비에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위해 보건복지부장관 소속으로 비급여의료비정책심의위원회를 둔다.

- ① 비급여 의료비 정책의 수립 및 추진·관리 방향
- ② 비급여행위의 기본수가 등에 관한 사항
- ③ 비급여약제 및 치료재료 가격의 상한 금액에 관한 사항
- ④ 비급여 행위의 코드, 명칭, 행위정의, 진료량 내지 횟수의 표준화에 관한 사항
- ⑤ 그 밖의 비급여 의료비에 관한 주요 사항으로 대통령령으로 정하는 사항

- 예시: 구성(안)위원회구성: 위원장1명(보건복지부장관)과 25명위원(근로자단체가추천하는자,시민단체,의약업계단체가추천하는자,중앙행정기관소속공무원,비급여의료비에 관하여 학식이 풍부한 자등)

비급여 적정성 사후적 확인제도 도입(안)

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안):신설
- 제41조의7(비급여의료비의적정성확인):

- ① 환자나 그 대리인은 자신이 부담한 비급여 의료비가 적정한지 여부에 대하여 보건복지부장관에게 확인을 요청할 수 있다
- ② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 보건복지부장관은 환자나 그 대리인이 부담한 비급여 의료비가 적정한지 여부를 확인한 후 그 결과를 확인을 요청한 사람에게 알려야 한다
- ③ 제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액을 지체없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다
- ④ 그 밖에 비급여 의료비의 적정성 확인에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

1. 비급여 관리 - 표준화·사용의무화

④ 비급여 코드·명칭·행위 정의·진료량 등을 표준화하고 의료기관의 사용을 의무화

- 복지부가 고시한 표준코드 사용을 법령으로 의무화하여 비급여의 관리체계 및 통계구축 기반 마련
- 또한, 현행 급여 분류체계를 준용하여 표준화된 비급여 코드 관련 대상질환·시행방법·횟수 등 정의 마련

비급여행위 표준화 등 관리기준

- 국민건강보험법 일부개정법률 검토(안): 신설
- 제41조의8(비급여행위 표준화 등 관리기준): 보건복지부장관은 비급여의료 비정책심의위원회의 심의를 거쳐 비급여행위의 코드, 명칭, 행위 정의, 진료량 등을 표준화하고 이를 고시하여야 함
- 제41조의9(표준화된 코드의 등의 사용의무): 요양기관은 제41조의8에 따라 고시된 표준코드명칭 및 행위 정의를 사용하여 진단서·처방전증명서 등 작성·교부업무 등을 하여야 함

복지부 고시 개정(안): 비급여 항목 정의 마련 예시(개정)

구 분	국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙(제9조)	비 고
코드	비급여 항목의 분류기호(검사, 수술, 마취 등)	기존
명칭	비급여 항목의 한글명	기존
정의	적응증, 허용범위(횟수등), 대상 등 구체적인 행위 내용	신설

[참고] 2022년도 국정감사 비급여 관련 지적 사항

주 제	상임위 (피감기관)	의원명	질의일자	주요 질의 및 이슈제기 사항	비 고
비급여 보고제도	복지위 (복지부)	한정애 (민)	'22.10.5	✓ 비급여 보고를 의무화하는 의료법령이 개정·시행('21.6.30.~)되었음에도, 의료계 반대에 따른 보건복지부의 고시 미이행으로 시행 지연	[비급여 보고제도 개요] 의료기관이 비급여 진료비용과 제증명수수료 항목, 기준, 금액, 진료 내역 등을 복지부에 의무적으로 보고하는 제도
문제 비급여 관리 및 규제	복지위 (건보공단, 심평원)	김민석 (민)	'22.10.13 <언론보도>	✓ 비급여가 실손보험 보장성에 영향을 미치고 있고, 높은 손해율로 '17년 이후 13곳 손보사 중 3곳 철수 ✓ 비급여 현황(총진료비, 규모 등) 관련 정확한 통계 부재 → 비급여 모니터링 민·관협의채널 구축 필요 ✓ 비급여 진료수가 법적기준 설정·운영 등 비급여 관리방안의 단계·체계적 구축 필요	-
과잉진료 허위청구 의료기관	복지위 (건보공단, 심평원)	신현영(민), 백종헌(힘)	'22.10.13 <보도자료>	✓ 비급여 진료만 하는(급여비용 청구가 전무한) 의료기관에 대한 정부 차원의 현지조사 미흡 ✓ '19년 이후 현재까지 3년연속 급여비용 청구를 하지 않은 의료기관 총 1,299개소 ✓ 과잉의료 또는 비과학적 의료행위가 행해지고 있는 것은 아닌지 여부 등 정부의 면밀한 모니터링 필요	-
	복지위 (심평원)	서영석 (민)	'22.10.13 <보도자료>	✓ 의원급 의료기관에 대한 비급여진료비 확인서비스를 통한 민원제기 79.9%, 환불금액 141.9% 각각 급증 ✓ 정부의 비급여 의료서비스에 대한 환자 중심의 관리방안 마련 필요	[비급여진료비 확인서비스 개요] 의료기관 등에서 비급여로 부담한 진료비가 건강보험 대상에 해당하는지 여부를 확인해주는 가입자 또는 피부양자 대상 권리구제 제도
		인재근 (민)	'22.10.13	✓ 거짓 청구 요양기관 관련 정보를 심평원 누리집에 공개하고는 있으나, 게시 기한이 한정적(6개월)이고, 해당 요양기관의 거짓 청구 사실이 (상세히) 표시되지 않는 문제 개선 필요	[거짓 청구 요양기관 정보공개 개요] 심평원에 요양급여 비용을 거짓 청구한 기관으로 그 금액이 1,500만원 이상이거나 거짓청구금액 비율이 20% 이상인 기관에 대해 '건강보험공표심의회' 의결을 거쳐 6월 간 공표하는 제도(복지부·심평원 누리집 등)
비급여 진료비용 공개제도	복지위 (심평원)	인재근 (민)	'22.10.13	✓ 심평원에서 제공하는 비급여 진료비용 공개제도 항목이 매우 제한적 ✓ 국민이 원하는 항목에 대해 공개범위를 확대할 필요	[비급여 진료비용 공개제도 개요] 보건복지부 장관이 건강보험심사평가원과 함께 의료기관에서 제출한 가격 등의 정보를 확인하여 공개하는 제도('22년 기준 578개 항목)
	정무위 (금감원)	최재형 (힘)	'22.10.13	✓ 의학용어로 된 비급여 명칭으로만 검색·확인할 수 있어 일반 이용자 입장에서 확인이 어려움 ✓ 진료비뿐만 아니라 진단·시술방법 정보도 제공 필요	

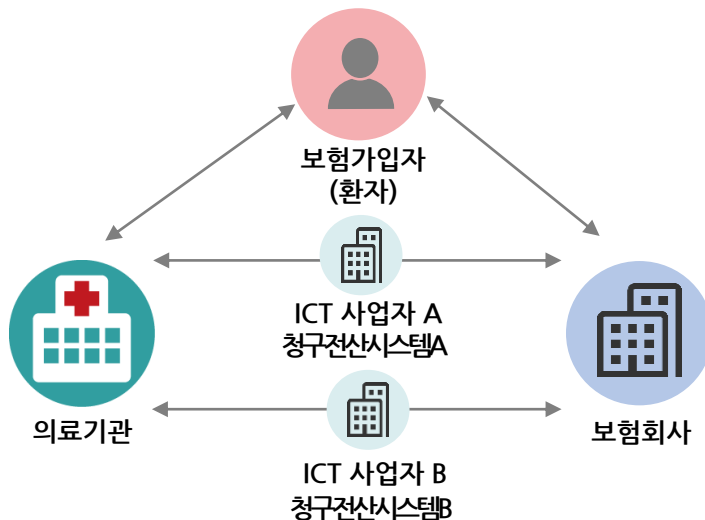
2. 실손보험 청구전산화

· 실손보험 청구전산화는 사회적 편익을 제고하는 방향으로 적극적인 검토가 필요

- (간편성 제고) 보험가입자 요청에 따라 증빙서류가 의료기관에서 보험회사로 전자적으로 전송
- (사각지대 해소) 모든 요양기관(9.9만 여개)과 보험회사(30개)를 표준 전자정보시스템으로 연결
- (개인정보보호 등) 법령에서 정한 중계기관을 통해 청구전산시스템을 운영 및 관리

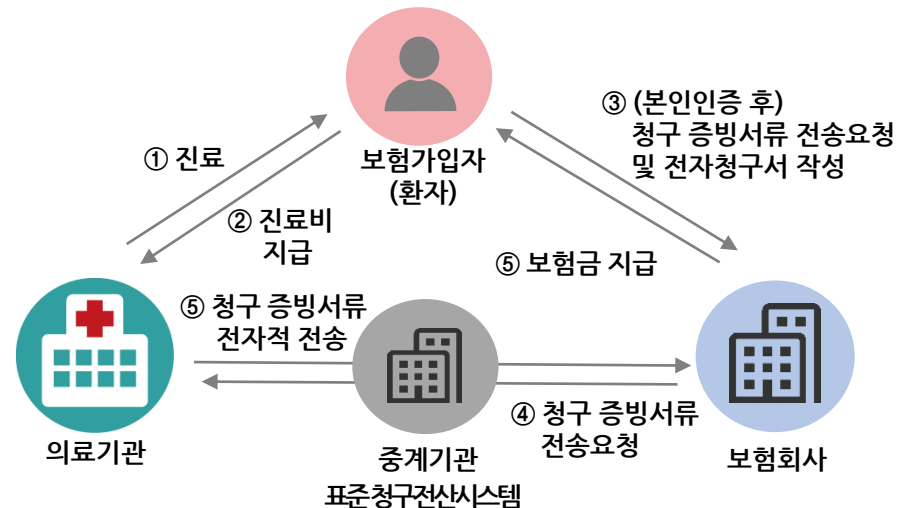
실손보험 청구전산시스템 운영 현황

민간 자율방식



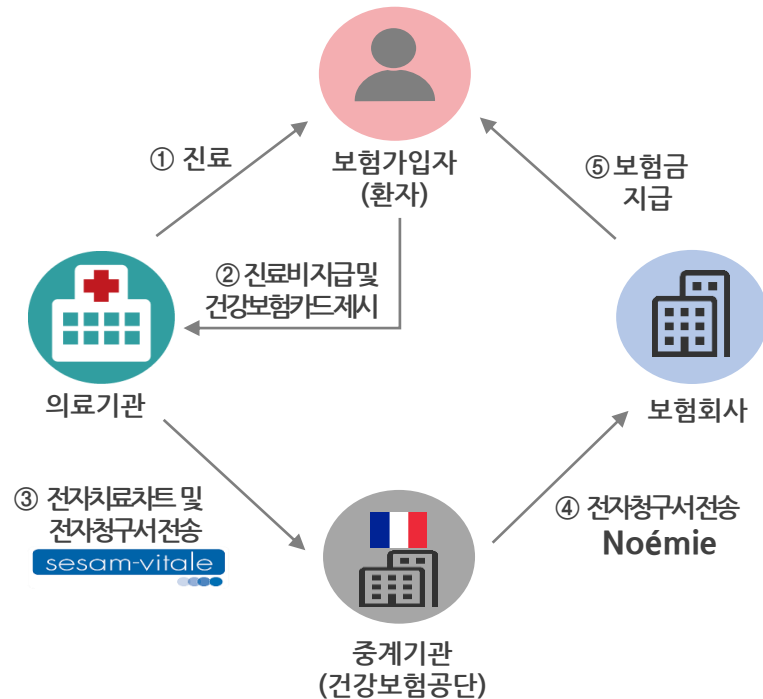
사회적 편익을 고려한 실손보험 청구전산화 방안

중계기관 방식

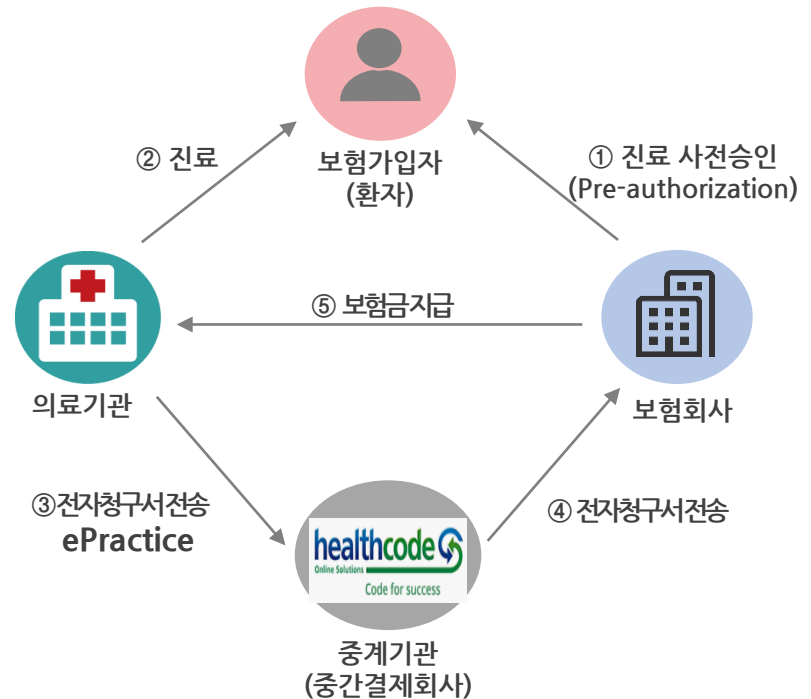


[참고] 해외 민영건강보험 청구전산화 사례

프랑스 민영건강보험 보험금 지급체계



영국 민영건강보험 보험금 지급체계



자료: 정성희(2021년), 「해외 민영 건강보험의 청구전산화 사례와 시사점」, 보험연구원

3. 상품구조 개편 - 보험기간 단축, 상품 자율화

① 보험기간(재가입주기) 지속적 축소(현행 5년에서 1~3년으로 단축)

- 의료이용 환경 변화, 국민건강보험 정책 추진(보장성 강화 등) 등에 대응하여 실손의료보험 보장 내용을 유연하게 변경할 수 있도록 재가입주기를 1~3년으로 축소
- 향후 가입자의 합리적인 의료이용을 유도하기 위한 상품구조 개편 효과가 단기내 보유계약에 적용 도모

② 실손의료보험 상품 부분 자율화(현행 단일 상품에서 일부 자율담보 허용)

- 소비자 혼란을 방지하기 위해 급여 보장범위 등은 공동 사항으로 운영하고, 자기부담금, 비급여 보장 등에 대해 보험회사가 자율적으로 상품 출시를 허용

실손의료보험 상품 현황					실손의료보험 상품 부분 자율화	
구 분	1세대	2세대	3세대	4세대	공동 사항 (표준화)	자율화 사항
출시연월	~'09.9월	'09.10월	'17.4월	~'21.7월	보장 담보 구성 (주계약 + 특약)	자기부담비율 (±10%범위 내 선택 등)
최종판매시기	'09.9월	'17.3월	'21.6월	-	급여 보장범위	공제 금액
재가입주기	없음	15년 ('13.1월 이전 상품 없음)	15년	5년	비급여 보장범위 (일부 비급여 제외)	일부 비급여 면부책 여부
최종재가입 주기도래시기	없음	'32.3월	'36.6월	판매종료일로 부터 5년 후	할인제도, 계약전환 제도	

4. 개선 방안

실손의료보험 지속성 제고 방안

비급여 관리	비급여 표준수가 가이드 도입	비급여 의료비의 적정 가격 체계 마련을 위해 표준수가 및 배율·상한금액 등 가이드 설정
	비급여 관리 주체 신설	비급여 관련 정책 수립, 표준수가 마련 등 주요 사항 심의·의결하는 관리 주체 신설 검토 * 「(가칭) 비급여의료비정책심의위원회」
	비급여 적정성 사후확인제도 마련	환자·대리인이 지불한 비급여 적정성확인을 위해 보건당국차원의 사후적 확인제도 마련
	비급여 표준화·사용 의무화	비급여 코드·명칭·행위 정의·진료량 등을 표준화하고 의료기관의 사용을 의무화
편의성 제고	실손보험 청구전산화 도입	모든 요양기관, 보험회사가 표준전자시스템으로 연결, 법령에 의한 중계기관을 통해 운영
상품구조 개편	재가입주기 단축	의료 환경 변화, 건강보험 정책 등에 유연하게 대응하기 위해 재가입주기를 1~3년으로 단축
	상품 부분 자율화	기본 사항은 표준화로 운영, 자기부담금, 비급여 등에 대해 보험회사의 자율적 운영을 허용

감사합니다.