



실손의료보험금 미청구 실태 및 대책

조용운 연구위원, 김동겸 수석연구원

- 실손의료보험이 범국민적 보험으로 성장하였음에도 보험금 청구체계는 피보험자가 건건이 증빙서류를 준비하여 청구하여야 하는 과거 시장 형성 단계에 도입된 체계 그대로임
 - 2018년 상반기 20세 이상 성인 남·녀의 77.3%가 가입함
 - 현재의 체계는 설계사(52.2%) 대리 청구, 팩스(22.1%), 직접 방문(13.6%) 등 단순 업무에 청구자의 불편과 시간 소요를 초래하고 있음
- 피보험자가 의료서비스를 자주 이용하여 보험금 청구 사유가 빈번히 발생하고 있음
 - 2018년 상반기 6개월 동안 20세 이상 피보험자가 치료목적으로 요양기관을 입원 방문한 횟수는 100명당 7회, 외래는 100명당 95회, 약처방은 100명당 98회임
- 피보험자가 보험금을 청구하지 않는 사례가 빈번히 발생함
 - 보험금을 청구하지 않은 건이 입원의 경우 4.1%, 외래 14.6%, 처방약 20.5%에 이룸
 - 미청구 이유는 90.6%가 금액이 소액이어서, 5.4%가 번거롭기 때문이라고 응답함
- 실제로 피보험자의 실손의료보험금 청구 건이 빈번히 발생함에도 수작업으로 청구가 이루어짐에 따라, 불편함과 시간소모를 초래하고 있으므로 청구절차의 간소화가 필요함
 - 개별 요양기관과 보험회사 간의 계약 하에 모바일 앱 등을 활용하는 것이 방법 중에 하나이지만 전체로 확대하기 위해서는 전 보험회사와 요양기관 간의 계약이 필요하므로 대중화가 어려움
- 미청구 사례가 다수 발생하고 있는 것은 보험금이 소액이기 때문이므로 미청구 사례 발생을 방지하면서 효율적인 청구 체계의 도입이 필요함
 - 청구 체계의 개선이 있더라도 체계 구축비용, 운용비용, 행정비용 등이 과도하게 소요된다면 바람직하지 않을 것임
- 피보험자가 진료비를 요양기관에 지급하면 피보험자를 대리하여 요양기관이 보험회사에 보험금을 전산으로 청구하도록 하는 체계를 대안으로 생각할 수 있음
 - 다만, 건강보험 비급여 부분의 표준화가 필요하고, 전산체계 구축비용 최소화가 필요함

1. 검토배경



■ 70세 이상 고령자를 제외하면 대다수 국민이 실손의료보험에 가입해 있다고 할 수 있음¹⁾

- 2018년 상반기 6개월 동안 20세 이상 성인 남·여 77.3%가 가입한 상태에 있다고 응답함²⁾

〈표 1〉 연령별 실손의료보험 가입 실태

(단위: 명, %)

구분	전체			연령별 가입률				
	응답 수	가입자 수	가입률	20~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상
전체	2,440	1,886	77.3	81.8	85.9	81.5	63.6	22.5
남	1,214	937	77.2	80.3	83.9	82.3	65.0	19.0
여	1,226	949	77.4	83.5	87.9	80.7	62.4	26.3

주: 총 가입응답자의 연령별 분포는 20~39세 35.8%, 40~59세 44.2%, 60~69세 19.5%, 70세 이상 0.5%임
 자료: 보험연구원(2018), 「보험소비자 설문조사」 원자료 분석함

■ 많은 실손의료보험 피보험자는 보험금 청구과정이 번거롭고 시간을 소모하게 한다는 주장을 하고 있음

- 실손의료보험은 피보험자가 의료서비스를 이용할 때마다 보험금 청구 사유가 발생하기 때문에, 자동차 사고 등의 경우와 비교하면 빈번히 보험금을 청구하여야 한다는 특징이 있음
- 그런데 현재의 보험금 청구체계는 피보험자가 건건이 증빙서류를 준비하여 청구해야 하는 초창기 체계를 그대로 유지하고 있음

■ 요양기관은 많은 증빙서류를 종이문서로 발급해야 하는 비효율성, 보험회사는 증빙서류를 요양기관과 별도로 수작업 처리해야 하는 비효율성을 감내하고 있음

■ 본고는 보험소비자 설문조사를 통하여 실손의료보험금 청구 관련 소비자 불편 실태를 조사하고 그동안 제시해 온 실무적으로 실현 가능한 소비자 불편 경감 및 산업 효율화 방안을 재정리하고자 함

1) 본고는 2018년 실손의료보험 보험금 미청구 실태를 조사하기 위하여 2018년 7월 전국 20세 이상 성인 남·여 2,440명을 면접 조사하였음. 조사기관은 코리아리서치임

2) 2014. 12월 말 3,082만 건, 2015. 12월 말 3,266만 건, 2016. 12월 말 3,654만 건 가입함(한국신용정보원)

2. 실손의료보험금 청구체계



■ 실손의료보험은 피보험자가 증빙서류를 준비하여 보험금을 청구해야하는 체계임³⁾

- 첫째 단계, 요양기관이 본인부담진료비를 산정하고 피보험자에게 청구함
- 둘째 단계, 피보험자가 본인부담진료비 전액을 요양기관에 지급함
- 셋째 단계, 피보험자가 보험회사에 보험금을 청구하여 본인부담진료비를 상환 받는 체계임
 - 보험금을 청구하는 절차는 다소 복잡함. ① 피보험자가 의료이용 후 전화, 인터넷 등을 이용하여 보험회사에 통보, ② 보험회사는 피보험자에게 구비해야 할 서류를 통지하고 피보험자는 필요한 구비서류⁴⁾를 준비하여 대리인(설계사, 가족 등), 직접방문, 팩스 또는 우편, 이메일 혹은 스마트폰, 보험회사 홈페이지 등을 통하여 접수, ③ 보험회사는 보상여부 결정, 사고내용 확인 또는 조사, 지급보험금 평가 후 보험금을 지급함
 - 보험금액은 피보험자에게 발생한 손해액(본인부담진료비)을 기초로 결정함

■ 이와 같은 실손의료보험금 청구체계는 피보험자를 번거롭게 하고 피보험자의 시간을 소모하게 함

- 설계사(52.2%)를 통하거나 직접 방문(13.6%)하는 등 단순 업무에 청구자의 시간 소요를 초래함
- 피보험자는 여러 청구 건을 모아 한꺼번에 청구하여 보험금을 즉시 수령하지 못할 가능성 있음
- 보험금이 소액인 경우 청구를 포기하는 경우가 발생할 가능성 있음

〈표 2〉 실손의료보험금 청구 방법별 현황

(단위: 명, %)

구분	응답 수	설계사	이메일·스마트폰	팩스	직접 방문	기타
전체	272	52.2	22.4	22.1	13.6	8.5
남	133	48.9	24.8	23.3	12.0	7.5
여	139	55.4	20.1	20.9	15.1	9.4

주: 여러 번 청구 가능하기 때문에 중복응답 가능함

자료: 보험연구원(2018), 「보험소비자 설문조사」 원자료 분석함

3) 조용운·김경환·김미화(2014), 「의료보장체계 합리화를 위한 공·사 건강보험 협력방안」, 보험연구원

4) 보험금청구서, 진단서, 진료비상세내역서, 영수증 등임

■ 또한, 요양기관과 보험회사의 증빙서류 처리업무 연계체계가 미흡하여 효율성을 저해함

- 요양기관은 보유한 자료를 이용하여 많은 실손의료보험 환자에게 증빙서류를 종이문서로 발급하고 있음
- 보험회사는 접수된 청구서류 및 증빙서류를 수작업으로 처리하고 요양기관과는 별개로 많은 데이터를 전자 입력하고 있음

3. 실손의료보험금 미청구 실태



■ 실손의료보험금 청구 사유가 발생할 수 있는 피보험자의 의료이용이 빈번히 발생하고 있다고 할 수 있음

- 2018년 상반기 6개월 동안 20세 이상 피보험자가 치료목적으로 요양기관을 입원 방문한 횟수는 100명당 7회임
- 동 기간 동안 외래 방문 횟수는 100명당 95회이고, 약처방 방문 횟수는 100명당 98회임

〈표 3〉 실손의료보험 피보험자의 치료목적 요양기관 방문 실태

(단위: 명, 회)

구분	입원 방문 횟수		외래 방문 횟수		약처방 방문 횟수	
	전체	1인당	전체	1인당	전체	1인당
전체	125	0.07	1,793	0.95	1,842	0.98
남	71	0.08	862	0.92	814	0.87
여	54	0.06	931	0.98	1,028	1.08

주: 1) 방문 횟수는 피보험자가 2018년 상반기 6개월 동안에 요양기관을 방문한 횟수임

2) 외래의 경우 피보험자별 큰 금액 순으로 4건, 약국의 경우 3건을 기준으로 하여 미미하지만 과소 조사 가능성이 있음

자료: 보험연구원(2018), 「보험소비자 설문조사」 원자료 분석함

■ 의료서비스를 이용하였으나 실손의료보험금을 청구하지 않았다고 응답한 건의 많은 경우는 소액이어서 공제액을 초과하지 않아 보험금 청구권이 발생하지 않는 것으로 조사됨

- 외래의 경우 1만 원 이하가 87.7%, 약 처방의 경우 8천 원 이하가 93.4%를 차지함

〈표 4〉 실손의료보험금 미청구 영수증 금액 분포 (공제액 차감 전)

(단위: %)

구분	입원 (N=3)		외래 (N=799)			약처방 (N=709)		
	3만 원 이하	3만 원 초과	1~1.5만 원 이하	1.5~2만 원 이하	2만 원 초과	8천 원 이하	8천 원 ~ 2만 원 이하	2만 원 초과
전체	66.7	33.3	6.9	1.8	3.6	93.4	5.4	1.3
남	100	0.0	8.5	1.9	5.2	91.5	6.7	1.8
여	0.0	100	5.5	1.6	2.3	95.0	4.2	0.8

- 주: 1) 외래의 경우 피보험자별 큰 금액 순으로 4건, 약국의 경우 3건을 기준으로 함
 2) 의료이용을 하였으나 실손의료보험금을 청구하지 않은 건을 기준으로 작성함
 3) 표준실손의료보험의 외래 공제액은 '병의원 중별로 1, 1.5, 2만 원과 20% 중 큰 금액'임
 4) 표준실손의료보험의 약처방 공제액은 8천 원과 20% 중 큰 금액임
 5) 표준실손의료보험의 입원 표준형의 경우 공제금액은 없고 20% 본인부담률을 적용함
 6) 노후실손의료보험의 경우 입원은 30만 원 공제액이 있고, 통원은 3만 원 공제액이 있음

자료: 보험연구원(2018), 「보험소비자 설문조사」 원자료 분석함

■ 실손의료보험 공제액을 초과한 본인부담진료비에 대해서 보험금을 청구하지 않은 건이 빈번히 발생하고 있는 것으로 나타남

- 입원의 경우는 4.1%, 외래의 경우는 14.6%, 약처방의 경우는 20.5%가 미청구한 것으로 조사됨.

〈표 5〉 의료서비스 이용자의 실손의료보험금 미청구율 (공제액 차감 후)

(단위: %)

구분	입원	외래(1.5만원 공제 후)	약처방(8천원 공제 후)
전체	4.1	14.6	20.5
남	4.7	18.3	24.6
여	3.3	11.2	16.5

- 주: 1) 입원 미청구율=입원 미청구 건수/피보험자의 입원 보험금 청구권 발생건수
 여기서, 입원 보험금 청구권 발생건수=입원 보험금 청구건수+미청구 건수
 2) 외래 미청구율=1.5만 원 초과 미청구 건수/피보험자의 보험금 청구권 발생건수
 여기서, 외래 보험금 청구권 발생건수=외래 보험금 청구 건수+1.5만 원 초과 미청구 건수
 3) 약처방 미청구율=8천 원 초과 미청구 건수/피보험자의 약처방 보험금 청구권 발생건수
 여기서, 약처방 보험금 청구권 발생건수=약처방 보험금 청구 건수+8천 원 초과 미청구 건수
 4) 외래의 경우 피보험자별 큰 금액 순으로 4건, 약국의 경우 3건을 기준으로 하고 공제액을 1.5만 원으로 하여 미미하지만 과소추계 가능성 있음
 5) 입원의 경우 노후실손의료보험을 포함하고 있다면 공제액이 30만 원이기 때문에 과대추계 가능성 있음

자료: 보험연구원(2018), 보험소비자 설문조사 원자료 분석함

■ 보험금 미청구 이유에 대해서, 대부분의 피보험자가 금액이 적기 때문이라고 응답함

- 소액이기 때문이라고 응답한 피보험자가 90.6%를 차지함

〈표 6〉 실손의료보험금 미청구 이유

(단위: %)

구분	응답 수	미청구 이유			
		소액이어서	번거로워서	시간이 없어서	진단서 발급 비용 등이 지출되어서
전체	372	90.6	5.4	2.2	1.9
남	183	92.9	3.8	1.6	1.6
여	189	88.4	6.9	2.6	2.1

자료: 보험연구원(2018), 「보험소비자 설문조사」 원자료 분석함

4. 대책



■ 실제로 피보험자의 실손의료보험금 청구 건이 빈번히 발생함에도 수직업으로 청구가 이루어짐에 따라 불편함과 시간소모를 초래하고 있으므로 청구절차의 간소화가 필요함

- 개별 요양기관과 보험회사 간의 계약 하에 모바일 앱 등을 활용하는 것이 방법 중에 하나이지만 전체로 확대하기 위해서는 전 보험회사와 전 요양기관 간의 계약이 필요하므로 이 방법은 행정비용이 과다할 수 있고 대중화에 어려움이 있음
- 전체 요양기관과 보험회사 간에 청구 절차가 간소화될 수 있도록 제도 개선이 필요함

■ 미청구 사례가 다수 발생하고 있는 것은 보험금이 소액이기 때문이므로 미청구 사례 발생을 방지하면서 효율적인 청구 체계의 도입이 필요함

- 청구 체계의 개선이 있더라도 체계 구축비용, 운용비용, 행정비용 등이 과도하게 소요된다면 바람직하지 않을 것임

■ 피보험자가 진료비를 요양기관에 지급하면 피보험자를 대리하여 요양기관이 보험회사에 보험금을 전산으로 청구하도록 하는 체계는 피보험자 불편과 시간소모 및 미청구 사례가 발생하지 않으므로 대안으로 생각할 수 있음⁵⁾

- 요양기관이 보유하고 있는 증빙서류를 이용하여 청구하기 때문에 청구절차에 따른 피보험자의 불편 및 시간소모가 발생하지 않으며 보험금 미청구 건이 발생하지 않음
- 요양기관의 종이서류 발급 및 보험회사의 수작업 업무가 대폭 줄어들 것임
- 다만, 건강보험 비급여 부분의 표준화가 필요하고, 체계 구축비용 최소화가 필요함 **kiri**

5) 조용운·김경환·김미화(2014)