

이슈
보고서

2022

03

실손의료보험 비급여 보험금 분석

정성희·김경선·문혜정·홍보배

본 보고서에 수록된 내용은 집필자 개인의 의견이며 우리원의 공식 의견이 아님을
밝혀 둔다.

목 차

• 요약	1
I. 서론	2
II. 실손의료보험 통계 분석	4
1. 청구 현황	4
2. 비급여 청구 현황	5
III. 백내장 사례를 통해 본 건강보험 보장성 강화가 실손보험금에 미치는 영향	9
1. 백내장 수술의 실손보험금 분석	9
2. 백내장 수술의 실손보험금 회귀분석	14
IV. 의료서비스의 도덕적 해이와 비급여 관리의 해외 사례	18
1. 의료서비스 선택과 도덕적 해이	18
2. 비급여 관리 해외 사례	21
V. 제언	26
• 참고문헌	29
• 부록	32

표 차례

〈표 III-1〉 OECD 주요국의 백내장 수술건수	10
〈표 III-2〉 백내장 관련 검사비의 급여화 전·후 비급여 청구 항목 구성비 변화	11
〈표 III-3〉 백내장 관련 검사비의 급여화 전·후 환자 본인부담금 및 다초점렌즈 건당 금액 변화	11
〈표 III-4〉 2020년 다초점렌즈 월별 청구건수 및 금액 비교	12
〈표 III-5〉 10개 의료기관의 다초점렌즈 기간별 건당 금액	12
〈표 III-6〉 백내장 수술 관련 다초점렌즈의 2019년 지급보험금 비중 및 변동 효과	13
〈표 III-7〉 백내장 수술 관련 다초점렌즈의 2020년 보험금 규모 추정	14
〈표 III-8〉 단절적 시계열분석 결과: $y = \ln(\text{건당 금액})$	17
〈표 III-9〉 단절적 시계열분석 결과: $y = \text{건당 금액}$	17
〈표 IV-1〉 독일 민영건강보험 의료수가 체계(GOÄ)	22
〈표 IV-2〉 일본 평가요양 및 선정요양	24
〈표 IV-3〉 대만 비급여 항목 예시	25
〈표 V-1〉 주요국의 의료비용 통제 제도	26
〈표 V-2〉 실손의료보험 지속성 제고를 위한 비급여 관리방안	28

그림 차례

〈그림 I-1〉 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책의 투입 재원과 보장률 추이	2
〈그림 II-1〉 진료형태별 청구건수·금액 비중	4
〈그림 II-2〉 질병대분류별 청구금액 비중	4
〈그림 II-3〉 보험급부별 질병대분류별 청구금액 비중	5
〈그림 II-4〉 의료기관 종별 비급여 비중	6
〈그림 II-5〉 비급여 비율 상위 5개 질병대분류	6
〈그림 II-6〉 진료형태별 비급여 비중이 높은 상위 5개 세부항목	6
〈그림 II-7〉 비급여 청구금액 상위 10개 질병의 청구금액 비중 변화	7
〈그림 II-8〉 진료형태별 청구 비중	7
〈그림 II-9〉 진료형태별 비급여금액 비중	7
〈그림 II-10〉 질병대분류별 비급여금액 비중(의원급)	8
〈그림 III-1〉 실손보험 비급여 청구 추이: 상급종합병원, 의원	13
〈그림 III-2〉 치료재료대 전체 청구금액 및 청구건수 변화 추이	15
〈그림 III-3〉 치료재료대 건당 금액 변화	15
〈그림 III-4〉 전체 청구금액 대비 치료재료대 비중	15
〈그림 IV-1〉 공급자 유인수요	19

정부는 2005년부터 건강보험 보장성 강화 정책을 꾸준히 추진해 왔다. 그러나 15년 이상 투입된 총 20조 원 이상의 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 판단되고, 실손의료보험의 손해율은 건강보험 보장성 강화로 감소할 거라는 예상과 달리 100%를 훨씬 상회하는 수준을 유지하고 있다.

건강보험 보장성 강화 정책 시행에 따른 '비급여의 급여화' 이후 실손의료보험의 보험금을 청구하는 과정에서, 여전히 비급여로 남아있는 항목의 진료수가가 일시에 과도하게 인상되거나 진료량이 급격하게 늘어나는 현상이 빈번히 목격되어 왔다. 그리고 이러한 현상이 건강보험 보장성 강화 정책의 효과 저조와 실손의료보험 손해율 상승의 공통 요인으로 작용하는 것으로 판단된다. 일례로 백내장 관련 비급여 검사의 급여화(2020년 9월) 이후 비급여 항목인 조절성 인공수정체(다초점렌즈)의 진료수와 진료량이 비정상적으로 증가하였으며, 이로 인해 2020년 전체 실손의료보험의 보험금이 3% 이상 증가한 것으로 추정된다.

그동안 추진된 건강보험 보장성 강화의 노력에도 불구하고, 비급여 영역의 지속적인 증가는 건강보험 재정의 효율적 사용에 장애 요인으로 작용하고 있다. 무엇보다도 공·사 건강보험의 효율적인 운영을 위해서는 부적절한 의료서비스의 수요와 공급에 대한 통제가 중요하다. 정보 우위 등을 고려해 볼 때 비급여의 공급에 대한 효과적인 관리방안 마련이 더욱 긴요하게 요구되고 있다.

먼저 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 우선적으로 집중 관리하고, 예상치 못한 비급여의 과잉 공급을 미리 차단할 필요가 있는데, 이를 위해 민관 협의 채널 구축을 검토할 필요가 있다. 중·장기적으로 비급여 통계 집적 등을 통해 관리 기전을 구축하고, 비급여 진료수가에 대한 법적 가이드라인의 설정·운영을 제안한다.

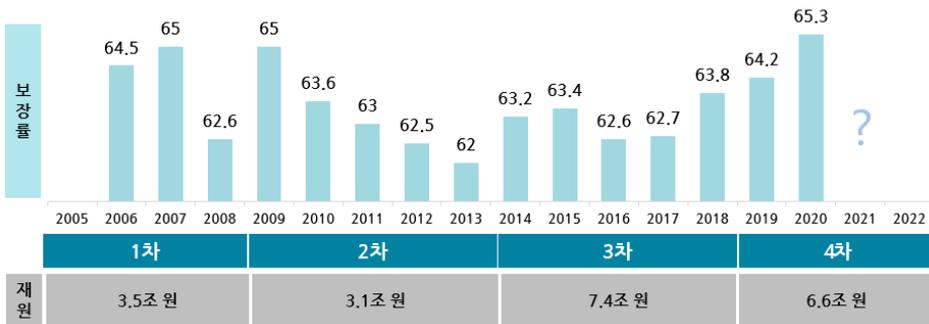
I

서론

- 우리나라 국민건강보험의 전체 진료비는 2020년 기준 약 102.8조 원으로, 이 중 국민건강보험이 보장해 주지 않는 환자 본인부담금은 35.7조 원으로 추정됨¹⁾
 - 전체 진료비에서 환자 본인부담금이 차지하는 비중이 34.7%로, 이 중 공공부문으로부터 가격·제공량 등의 통제를 받지 않는 비급여 진료비(15.6조 원, 15.2%)가 환자 본인부담금의 44.0%를 차지하고 있음
 - 국민건강보험이 보장하지 않는 환자 본인부담금에서 일부 보장하지 않는 영역 및 일정의 가입자 자기부담²⁾을 제외하고, 보완형으로 실손의료보험이 보장함

〈그림 I-1〉 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책의 투입 자원과 보장률 추이

(단위: %)



자료: 정성희 외(2022. 3. 23)을 참고하여 재작성함

- 정부는 2005년부터 ‘비급여의 급여화’를 주요 핵심 내용으로 건강보험 보장성 강화 정책을 꾸준히 추진해 왔으나, 정책 효과는 높지 않은 것으로 판단됨(〈그림 I-1〉 참조)³⁾
 - 2005~2020년까지 총 20조 원 이상의 재원이 건강보험 보장성 강화 정책에 투입

1) 국민건강보험공단(2021)

2) 4세대 실손의료보험의 경우 급여 20%, 비급여 30%를 가입자의 자기부담률로 두고 있음

3) 정성희 외(2022. 3. 23)

되었으나, 정책 성과지표인 건강보험 보장률은 62~65%대에 정체되어 있음

- 의료기관 종별 보장률을 보면 실손의료보험의 청구·보험금지급 비중이 높은 의원급에서 보장률이 감소(비급여 비중 확대)함
 - 상급종합병원은 2017년 65.1%에서 2020년 70.0%로 건강보험 보장률이 확대되고 있으나, 의원급의 경우 2017년 60.3%에서 2020년 59.6%로 감소함

○ 한편, 건강보험 보장성 강화가 실손의료보험의 손해액 감소로 이어질 것이라는 예상과 달리 위험손해액은 지속적으로 증가함

- 실손의료보험은 2009년부터 표준화된 단일 상품으로 판매된 이후 지속적으로 제도개선과 상품구조 개편을 실시해 왔으나, 위험손해율은 100%를 훨씬 상회하는 수준을 유지함
 - 최근 코로나19 기간 동안에도 실손의료보험의 위험손해율은 130% 이상의 높은 수준을 유지함
- 특히, 건강보험 보장성 강화 정책 시행에 따른 ‘비급여의 급여화’ 이후 실손보험금을 청구하는 과정에서, 여전히 비급여로 남아있는 항목의 수가가 임의적으로 과도하게 인상되거나 진료량이 급격하게 늘어나는 현상이 빈번히 목격됨
- 보험회사 입장에서는 실손의료보험을 판매할수록 손실이 커지게 되면서, 사업의 지속가능성이 위협을 받고 있음
 - 실손의료보험 보험료는 2022년 평균 14%대를 포함하여 최근 7개년 동안 두 자릿수의 높은 인상률이 적용되었으나, 실현되는 위험손해율의 수준에 미치지 못함

○ 본 연구는 건강보험 보장성 강화 정책의 효과 저조와 실손의료보험 손해율 상승의 공통 요인으로 작용하는 비급여에 대해 실손의료보험의 청구 통계 분석(II, III장) 및 의료서비스 도덕적 해이의 선행연구와 비급여 관리 체계의 해외 사례(IV장) 검토를 통해, 공·사 건강보험의 효율적인 운영과 지속성 제고를 위한 비급여 관리방안을 제안(V장)하고자 함

II

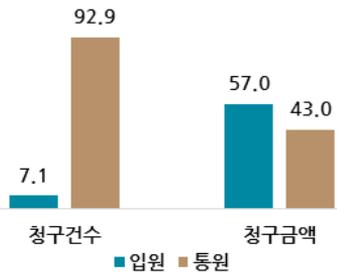
실손의료보험 통계 분석

1. 청구 현황⁴⁾

○ 2020년 기준 전체 청구건수 중 통원이 92.9%로 대부분을 차지하지만, 청구금액 기준으로는 입원이 57.0%로 통원보다 높은 비중을 차지함

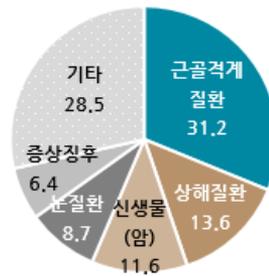
- 청구건을 금액 크기별로 나누어 살펴보면, 환자본인부담 총액이 10만 원 미만인 청구건이 전체 청구건의 64.8%를 차지하며, 청구금액을 기준으로 보면 환자부담 총액이 100만 원 이상인 청구건이 전체 청구금액의 48.0%를 차지함
- 청구금액을 질환별로 살펴보면, 근골격계 질환(31.2%), 상해질환(13.6%), 암(11.6%) 순으로 높았으며, 상위 5개 질병이 전체 청구금액의 71.5%를 차지함
 - 청구금액을 급여·비급여로 나누어 보더라도 근골격계 질환이 비급여와 급여에서 모두 37.5%, 19.0%로 가장 높게 나타남
- 눈 질환의 경우에는 비급여 중에서는 10.8%를 차지하여 네 번째로 큰 비중을 보이는 반면, 급여의 상위 5개 항목에는 포함되지 않음

〈그림 II-1〉 진료형태별 청구건수·금액 비중
(단위: %)



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 II-2〉 질병대분류별 청구금액 비중
(단위: %)

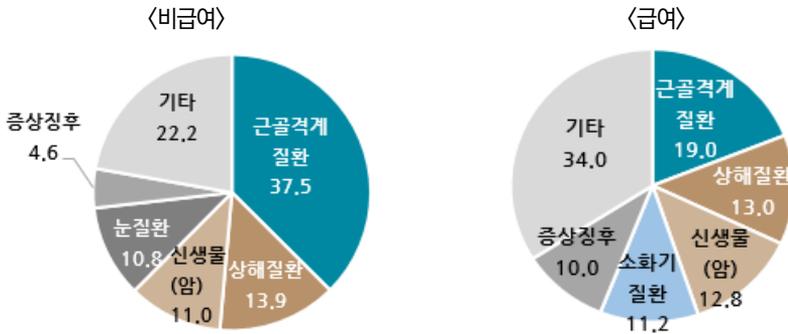


자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

4) 2020년 실손의료보험 샘플통계는 20개 생명·손해보험회사의 2020년 1월~2020년 12월의 실손의료보험 청구건 중 매월 15, 30일자 청구 영수증에 대한 10% 샘플통계로, 영수증 기준 67만 4천 건임

〈그림 II-3〉 보험금부별 질병대분류별 청구금액 비중

(단위: %)

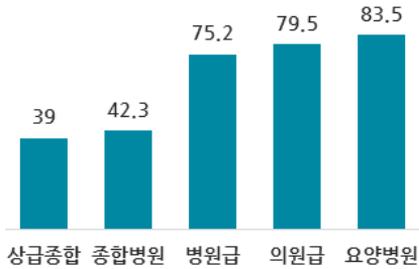


자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

2. 비급여 청구 현황

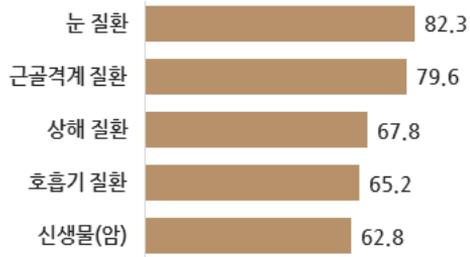
- 실손의료보험 청구금액 중에서 비급여가 차지하는 비중(이하, '비급여 비중'이라 함)은 의료기관 종별로 차이를 보이며, 특히 의료의 공급 및 수요를 제한하기 비교적 어려운 의원급에서 그 비중이 크게 나타남
 - 의료기관 종별로 비급여 비중을 살펴보면, 상급종합병원과 종합병원은 각각 39.0%, 42.3%인 반면, 병원급과 의원급은 각각 75.2%, 79.5%로 높은 비중을 차지함
 - 특히 비급여 비율이 높은 상위 5개 질병은 백내장 진료가 포함된 눈 질환이 82.3%로 가장 높고, 도수치료 및 체외충격파치료 등의 항목이 포함된 근골격계 질환이 79.6%로 그 다음으로 높은 수준임

〈그림 II-4〉 의료기관 종별 비급여 비중
(단위: %)



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 II-5〉 비급여 비율 상위 5개 질병대분류
(단위: %)



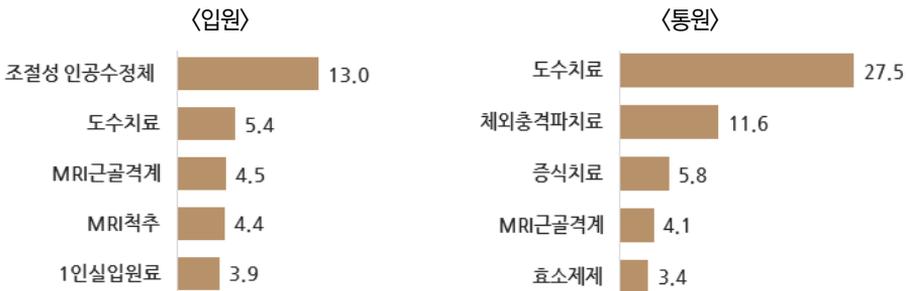
자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

○ 비급여 비중은 진료형태별(입·통원)로도 차이를 보이는데, 입원의 경우에는 조절성 인공수정체(다초점렌즈)가 전체 비급여금액에서 13.0%를 차지하여 가장 높은 비중을 보이며, 통원은 도수치료가 27.5%로 가장 큰 비중을 차지함

- 특히, 통원의 경우 비급여 비중이 높은 상위 5개 세부항목이 전체 비급여금액의 절반 이상인 52.5%를 차지함

〈그림 II-6〉 진료형태별 비급여 비중이 높은 상위 5개 세부항목

(단위: %)

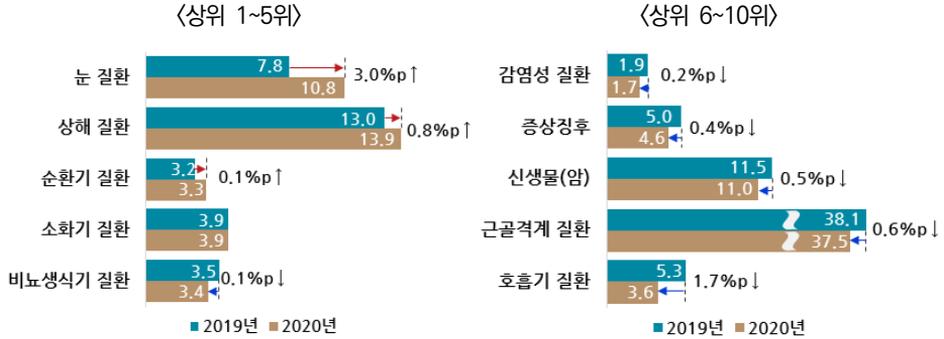


자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

○ 비급여 청구금액 기준으로 상위 10개 질환의 비급여 청구금액 비중 변화를 살펴보면, 눈 질환이 2019년 7.8%에서 2020년 10.8%로 전년 대비 가장 큰 폭으로 증가함

- 반면, 코로나19의 확산으로 개인의 위생관리가 철저해짐에 따라 호흡기 질환은 전년 대비 1.7%p 감소하여 상위 10개 질환 중 가장 큰 폭으로 감소함

〈그림 II-7〉 비급여 청구금액 상위 10개 질병의 청구금액 비중 변화

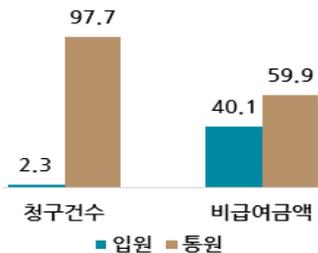


자료: 2019년, 2020년 실손의료보험 샘플통계

○ 의원급 청구금액은 전체 청구금액의 35.5%로 가장 큰 비중을 차지하며, 청구금액 중 비급여가 차지하는 비중이 79.5%로 높은 편이고, 진료의 특성상 통원의 청구 건당 금액의 비중이 높게 나타남

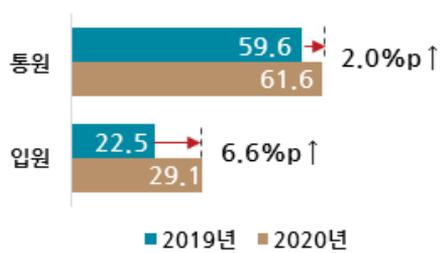
- 의원의 입원은 청구건수는 적은 데 비해 비급여금액 중에서 차지하는 비중은 40.1%로 건당 금액이 큰 편인데, 의원급의 입원에서 청구 건당 금액이 2019년 147만 원에서 2020년에 189만 원으로 전년 대비 29.0% 증가하여, 상급종합병원 5.9%, 종합병원 14.0%, 병원급 16.1%와 비교해 볼 때 매우 높은 증가세를 보임
- 질환별로 살펴보면 입원은 눈 질환(백내장, 기타 백내장 등)이 55.5%로 상당히 높은 비중을 차지하며, 통원은 근골격계 질환(요통, 오십견, 인대의 염좌 및 긴장 등)이 48.1%로 가장 큰 비중을 차지함

〈그림 II-8〉 진료형태별 청구 비중 (단위: %)



자료: 2019년, 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 II-9〉 진료형태별 비급여금액 비중 (단위: %)



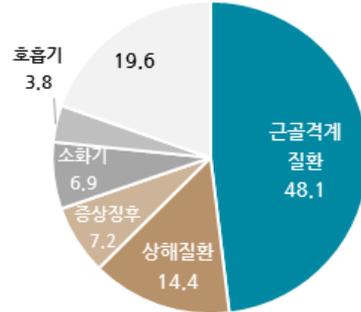
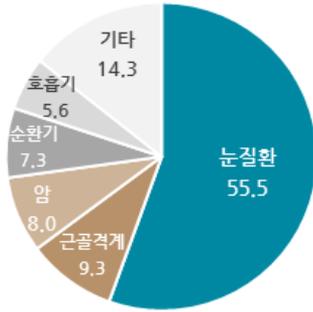
자료: 2019년, 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 II-10〉 질병대분류별 비급여금액 비중(의원급)

(단위: %)

〈입원〉

〈통원〉



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

III

백내장 사례를 통해 본 건강보험 보장성 강화가 실손보험금에 미치는 영향

- 본장에서는 2020년 건강보험 보장성 강화 정책의 일환으로 추진된 ‘비급여 항목의 급여화’가 실손보험금의 청구에 미치는 영향을 살펴보기 위해, 대표적으로 백내장⁵⁾ 관련 검사의 급여화(2020년 9월) 전·후 실손보험금 청구 통계를 분석해 봄⁶⁾
 - 이외에 여성초음파 관련 검사에 대한 급여화(2020년 2월) 전·후 실손보험금 청구 통계 분석은 부록(여성초음파 검사의 실손보험금 분석)을 참고하기 바람

1. 백내장 수술의 실손보험금 분석

- 백내장 수술은 국내에서 가장 많이 시행되는 수술로 최근 높은 증가율에 따른 환자의 의료비 부담 경감 필요성이 제기되어, 2020년 9월 백내장 수술의 비급여 검사(안 초음파, 눈의 계측검사)항목을 급여화함⁷⁾
 - 백내장 수술은 2019년 기준 689,919건으로 국내 주요 33개 수술 중 수술건수 1위로, 2012~2019년 동안 백내장 수술의 연평균 증가율(7.3%)은 OECD 주요국보다 매우 높은 수준임(〈표 III-1〉 참조)

5) 백내장은 수정체가 회백색으로 혼탁해져 시력이 떨어지는 질병으로, 백내장 수술은 혼탁해진 눈의 수정체를 제거한 후 인공수정체를 교체하는 수술임

6) 2019년: 17개 생·손보사 샘플통계(진료일자 2019. 1~2019. 12), 2020년: 20개 생·손보사 샘플통계(진료일자 2020. 1~2020. 12), 매월 15일, 30일 실손의료보험 청구 건 10%를 집적함

7) 정성희·문혜정(2021. 7. 19)

〈표 III-1〉 OECD 주요국의 백내장 수술건수

(단위: 천 건)

국가	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년	연평균 증가율
한국	420	436	462	491	518	549	592	689	7.3%
영국	399	438	472	479	491	482	519	540	4.4%
프랑스	731	748	773	804	840	863	898	923	3.4%
호주	222	231	248	254	261	269	277	-	3.7%
독일	775	781	814	839	857	864	870	882	1.9%

자료: OECD.stat, Health Care Utilisation: Surgical procedures

○ 백내장 관련 검사의 급여화 이후 검사료 비중은 감소한 반면, 치료재료대의 비중은 31.9%p 증가하여 88.7%를 차지하였으며, 환자 본인부담금의 평균금액은 급여화 이후 9.6% 증가한 것으로 나타남(〈표 III-2〉, 〈표 III-3〉 참조)

- 백내장 수술은 포괄수가제 적용 항목이나, 다초점렌즈(비급여 대상 행위)에 한하여 예외적으로 환자에게 진료비를 청구할 수 있도록 하고 있음
- 특히, 급여화 이후 다초점렌즈⁸⁾의 청구금액이 급격하게 증가하여 급여화 이전 대비 9.71%p 증가함
 - 다초점렌즈는 백내장의 치료목적(단초점렌즈)에 시력교정 기능이 더해진 것으로, 치료목적이 아닌 미용·성형·시력교정은 실손의료보험에서 보상하지 않는 사항에 해당됨⁹⁾

8) 실손의료보험 표준약관 제3관 4. (보상하지 않는 사항) ⑧ 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대처하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄)

9) 정성희·문혜정(2021. 7. 19)

〈표 III-2〉 백내장 관련 검사비의 급여화 전·후 비급여 청구 항목 구성비 변화

(단위: %, %p)

구분	진찰료	입원료	식대	투약 주사료	차지 수술료	검사료	영상 방사선	치료 재료대	물리 치료료	MRI	초음파	기타	
1~ 8월	'19(A)	0.4	0.0	0.0	0.1	5.2	15.6	1.0	55.0	0.3	0.0	18.4	4.0
	'20(B)	1.6	0.0	0.0	0.0	4.5	17.3	0.5	57.5	1.3	0.1	13.5	3.5
	B-A	1.2	0.0	0.0	0.0	-0.7	1.8	-0.6	2.5	1.1	0.1	-4.8	-0.5
9~ 12월	'19(A)	0.2	0.4	0.0	0.0	6.6	17.0	0.4	56.8	0.3	0.0	16.2	1.9
	'20(B)	0.4	0.0	0.0	0.0	8.2	0.7	0.0	88.7	1.6	0.2	0.0	0.2
	B-A	0.1	-0.4	0.0	0.0	1.6	-16.3	-0.4	31.9	1.2	0.2	-16.2	-1.7

〈표 III-3〉 백내장 관련 검사비의 급여화 전·후 환자 본인부담금 및 다초점렌즈 건당 금액 변화

(단위: 만 원, %)

구분	2020년 1~8월	2020년 9~12월	증감률
환자 본인부담금 평균금액	307.4	337.0	9.6
다초점렌즈 건당 금액	255.5	389.0	52.2

주: 다초점렌즈 건당 금액 산출 시 최저(30만 원) 및 최고(600만 원) 초과 건을 제외함

○ 월별 청구금액을 비교하여 보면 백내장 관련 검사 급여화 시점인 2020년 9월 이후, 다초점렌즈 평균금액이 급격히 증가한 것으로 확인됨(〈표 III-4〉 참조)

- 백내장의 입원 청구금액 비중이 높은 상위 10개 의원급¹⁰⁾ 중에서 2개 의원을 제외하고 모두 다초점렌즈 단가가 인상됨(〈표 III-5〉 참조)
 - 백내장 관련 검사의 평균비용(의원, 외래 기준)이 2020년 9월 이전 130만 원에서 2020년 9월 이후 5만 원 수준으로 경감됨에 따라 다초점렌즈 단가를 인상(평균 266만 원 → 402만 원)한 것으로 나타남
 - 최고 375%(80만 원 → 380만 원)까지 인상한 사례도 발생함

10) 의원급은 백내장 수술 관련 전체 청구 비중에서 93.3%(상위 10개 의원급은 31.7%)를 차지함

〈표 III-4〉 2020년 다초점렌즈 월별 청구건수 및 금액 비교

(단위: 만 원, %)

진료월	건수	평균금액	청구금액	청구금액 비중
1월	63	244	15,360	5.5
2월	62	261	16,166	5.8
3월	71	240	17,015	6.1
4월	64	264	16,904	6.1
5월	52	236	12,286	4.4
6월	66	263	17,375	6.3
7월	53	259	13,727	5.0
8월	87	271	23,537	8.5
9월	71	369	26,218	9.5
10월	59	388	22,865	8.3
11월	106	382	40,448	14.6
12월	136	406	55,189	19.9
전체	890	311	277,090	100.0

〈표 III-5〉 10개 의료기관의 다초점렌즈 기간별 건당 금액

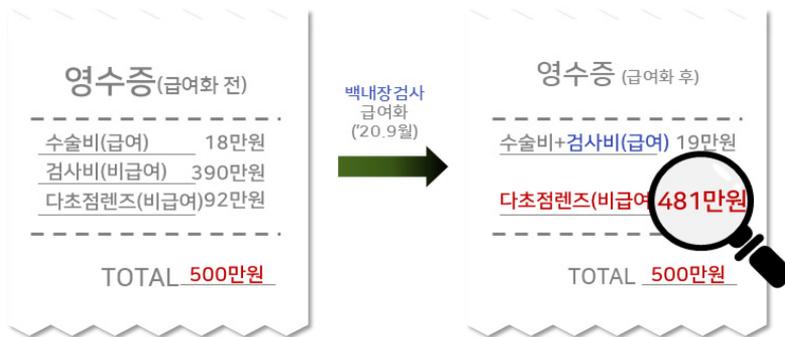
(단위: 만 원, %)

의료기관	조절성 인공수정체			눈의 계측검사	눈초음파
	2020년 1~8월	2020년 9~12월	증감률	2020년 1~8월	2020년 1~8월
A	180.4	443.3	145.8	92.4	76.4
B	94.2	404.0	329.0	98.7	128.4
C	367.9	430.8	17.1	40.0	40.0
D	384.9	425.8	10.6	40.0	40.0
E	380.0	380.0	0.0	24.6	14.7
F	326.6	450.8	38.0	44.1	55.2
G	382.9	441.6	15.3	39.7	49.4
H	134.5	345.8	157.1	101.5	122.0
I	80.0	380.0	375.0	150.0	70.5
J	324.0	312.5	-3.6	35.6	32.9
소계/평균	265.5	401.5	51.2	66.7	62.9

○ 백내장 관련 실손보험금의 청구 사례를 보면 백내장 관련 검사 급여화 이후 검사비가 크게 줄어들었음에도 다초점렌즈 비용이 크게 증가하여, 총 청구금액은 급여화 이전과 동일한 경우가 상당 부분 발생하였음

- 일례로 급여화(20년 9월) 이전에는 검사비(비급여)로 390만 원의 비용이 발생하였으나, 급여화 이후 검사비(급여)로 진료비가 1만 원 증가한 것에 반해, 다초점렌즈 비용은 92만 원에서 481만 원으로 증가하여 급여화 이전과 동일한 500만 원으로 청구됨

〈그림 Ⅲ-1〉 실손보험 비급여 청구 추이: 상급종합병원, 의원



주: A보험회사, A안과에서 백내장 진단하에 백내장 수술을 받고 청구한 사례분석임

○ 백내장 관련 검사비의 급여화로 인해 2020년 전체 실손보험금의 3.42%가 증가한 것으로 예상됨

- 2020년 1~8월과 2020년 9~12월 의료이용량 비교 시 다초점렌즈¹¹⁾의 청구금액이 8.56%p 증가하여, 2020년 전체 실손보험금 11조 1천억 원 중에서 3,792억 원 증가하는 데 영향을 미친 것으로 예상됨

〈표 Ⅲ-6〉 백내장 수술 관련 다초점렌즈의 2019년 지급보험금 비중 및 변동 효과

구분	급여화 전	급여화 후	비중 변화/변동 효과
비중	3.15%	4.84%	1.69%p
변동 효과	2,081억 원	3,197억 원	53.7%

주: 변동 효과=2019년 전체 비급여 지급보험금(6조 6천억 원)×각 비중

11) 백내장 관련 검사비의 급여화 이후 백내장 수술 시 비급여로 남아있는 부분임

〈표 III-7〉 백내장 수술 관련 다초점렌즈의 2020년 보험금 규모 추정

구분	급여화 전	급여화 후	비중 변화 ²⁾ /변동 효과
비중	6.00%	14.56%	8.56%p
변동 효과 ¹⁾	4,259억 원	10,336억 원	6,078억 원
자연증가율 반영 ³⁾	6,544억 원	10,336억 원	3,792억 원

주: 1) 2020년 전체 비급여 지급보험금(7조 1천억 원)×각 비중

2) 비급여 청구금액 기준임

3) 다초점렌즈의 2019년 1~8월과 2019년 9~12월 동안 의료이용량 증가율인 53.7%를 자연증가분으로 적용함

2. 백내장 수술의 실손보험금 회귀분석

가. 연구 방법

- 다초점렌즈를 보상해주는 2016년 1월 이전 실손보험 계약을 대상으로, 비급여 검사의 급여화(2020년 9월)가 잔존비급여인 치료재료대의 청구금액에 미치는 영향을 그래프적 해석과 단절적 시계열분석(Interrupted time-series analysis)을 통해 살펴봄
 - 실손의료보험 시장점유율의 상당부분을 차지하는 5개 손해보험회사¹²⁾의 월별 통계('19년 1월~'21년 11월)를 통해 백내장 수술 관련 치료재료대의 청구금액 변화를 분석함

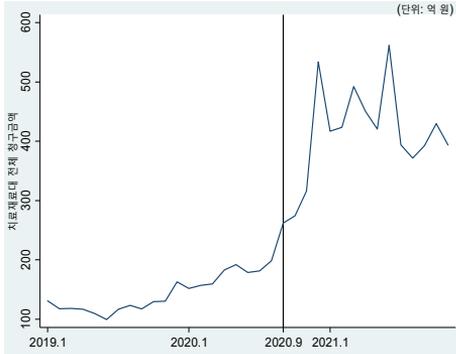
나. 다초점렌즈 실손보험금 청구 변화 추이

- 다초점렌즈의 전체 청구금액과 청구건수는 비슷한 변화 추이를 보이는데, 금액과 건수 모두 비급여 검사 급여화 이전(2019. 1~2020. 8) 대비 이후(2020. 9~2021. 11)에 큰 폭 증가하는 모습을 보임(〈그림 III-2〉 참조)
 - 전체 청구금액은 비급여 검사 급여화 이전 평균 143.7억 원 수준에서 급여화 이후 평균 408.9억 원으로 184.5% 상승함
 - 전체 청구건수는 비급여 검사 급여화 이전 평균 5,934건에서 급여화 이후 평균 9,758건으로 64.4% 증가함

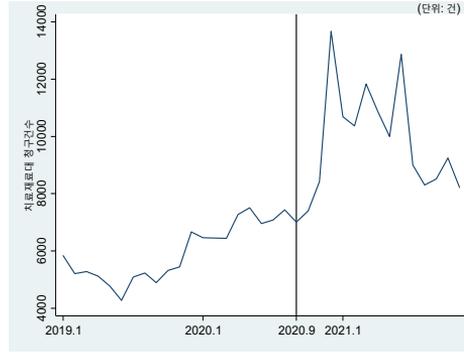
12) 5개 손해보험회사는 '19년 기준 전체 실손보험 위험보험료 중 66%, 전체 손보회사의 실손보험 위험보험료 중 77% 차지함

〈그림 III-2〉 치료재료대 전체 청구금액 및 청구건수 변화 추이

〈청구금액〉



〈청구건수〉

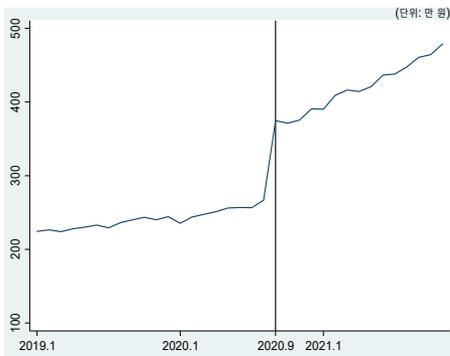


○ 다초점렌즈의 청구 건당 금액을 살펴보면, 2019년 1월 224만 원에서 점진적으로 증가하였으며, 비급여 검사항목이 급여화된 2020년 9월에 큰 폭 증가한 후 더 빠르게 증가하는 모습을 보임(〈그림 III-3〉 참조)

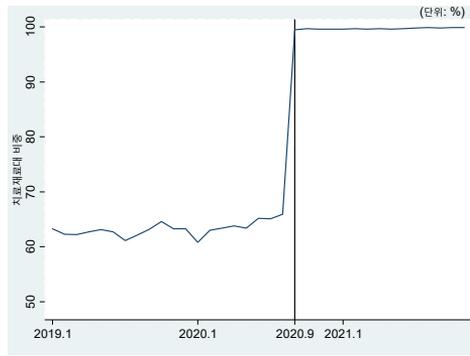
- 다초점렌즈의 청구 건당 금액은 급여화 이전 평균 240.6만 원 수준에서 급여화 이후 419.3만 원으로 74.2% 증가함

○ 백내장 수술 관련 청구금액에서 다초점렌즈가 차지하는 비중은 검사비 급여화 이전 평균 63.2%였으며, 급여화 이후에는 99.7%로 청구금액의 대부분이 다초점렌즈 비용인 것으로 나타남(〈그림 III-4〉 참조)

〈그림 III-3〉 치료재료대 건당 금액 변화



〈그림 III-4〉 전체 청구금액 대비 치료재료대 비중



다. 분석모형

○ 첫 번째 시계열은 2020년 9월 비급여 검사비의 급여화 이전 기간(2019. 1~2020. 8) 20개월로 설정하고, 두 번째 시계열은 비급여 검사비의 급여화 이후 기간(2020. 9~2021. 11) 15개월로 설정하여 총 35개월로 설계됨¹³⁾

- 구간별로 비급여 검사비 급여화의 효과를 추정하기 위하여, 구간별 회귀분석 모형을 다음과 같이 설정함

$$y_t = \beta_0 + \beta_1 t + \beta_2 D_t + \beta_3 t' + \epsilon_t$$

y_t : ln(청구 건당 금액), 건당 금액, 비중

t : 시계열 자료가 속한 기간의 연속적인 월별 수치(1~35)

D_t : 2020년 9월 비급여 검사비 급여화 이후 시점 더미(급여화 전=0, 후=1)

t' : 비급여 검사비 급여화 이후 기간의 연속적인 월별 수치(1~15), 급여화 이전 기간은 0

β_1 : 비급여 검사비 급여화 전 추세(Trend)

β_2 : 비급여 검사비 급여화의 즉각적 효과, 수준(Level)의 변화

β_3 : 비급여 검사비 급여화 후 추세 변화, 기울기 변화(Trend)

ϵ : 오차항

- 회귀분석 모형의 계수 β_1 은 비급여 검사비 급여화 이전의 청구 건당 금액의 월평균 변화율, β_2 는 2020년 9월 비급여 검사비 급여화의 즉각적인 효과, β_3 는 비급여 검사비 급여화 이전 대비 이후의 청구 건당 금액 월평균 변화율의 변화를 나타냄

13) 시계열 자료(치료재료대 건당 금액)의 자기상관 검정 결과, 자기상관이 존재하지 않음

자기상관 검정 방법	lgas(p)	F	df	Prob > F
Durbin's alternative test	1	0.168	(1,30)	0.6850
Breusch-Godfrey LM test	1	0.195	(1,30)	0.6623

* Durbin Watson d-statistic(4, 35)=1.79

라. 단절적 시계열 모형 분석 결과

- 회귀분석 결과에서 비급여 검사의 급여화가 다초점렌즈 건당 금액의 급격한 증가와 건당 금액 증가 추세의 변화에 통계적으로도 유의미한 영향을 미치고 있음이 확인됨
- 2019년 1월에서 2021년 11월의 월별 자료를 이용한 단절적 시계열분석 결과에 따르면, 다초점렌즈의 청구 건당 금액은 급여화 이전 월평균 0.8% 증가함(〈표 III-8〉 참조)
 - 급여화 직후 큰 폭(32.9%) 증가하여 급여화로 인한 증가 효과가 유의하게 존재하였고($p < 0.001$), 급여화 이후 청구 건당 금액은 월평균 1.8% 증가하는 추세를 보여 급여화 이전 대비 증가 추세가 더 가팔라진 것으로 나타남
 - 급여화 이후 시간변수의 기울기(0.01) 값이 양(+)으로 유의하게 나타나 급여화 이전보다 급여화 이후의 증가율이 증가함
 - 종속변수를 건당 금액의 수준변수로 분석한 결과도 로그변수의 결과와 유사하게 나타남(〈표 III-9〉 참조)

〈표 III-8〉 단절적 시계열분석 결과: $y = \ln(\text{건당 금액})$

변수	계수	표준오차	t값	p값
cons	14.606***	0.006	2296.79	0.000
t	0.008***	0.0005	15.52	0.000
D	0.329***	0.009	34.63	0.000
t'	0.0100***	0.0010	10.30	0.000

주: R-squared=0.9979, Adj R-squared=0.9977, Prob>F=0.0000

〈표 III-9〉 단절적 시계열분석 결과: $y = \text{건당 금액}$

변수	계수	표준오차	t값	p값
cons	2,197,144***	20,295	108.26	0.000
t	19,920***	1,694	11.76	0.000
D	983,710***	30,298	32.47	0.000
t'	56,764***	3,112	18.24	0.000

주: R-squared=0.9980, Adj R-squared=0.9978, Prob>F=0.0000

IV

의료서비스의 도덕적 해이와 비급여 관리의 해외 사례

1. 의료서비스 선택과 도덕적 해이

가. 수요 측면

- 의료서비스의 선택 주체가 환자라는 가정하에서 건강보험은 불필요한 의료비 지출을 증가시키는 도덕적 해이(Moral hazard)를 야기한다고 알려져 있음
 - 건강보험에 의한 비용분담은 사후정산(Out-of-pocket)되는 환자의 의료비 지출을 감소시키므로 과도한 의료이용을 야기함(Feldstein 1973; Feldstein and Friedman 1977; Manning et al. 1987)
 - 한편 건강보험은 보험계약자가 건강위험 경감을 위해 노력할 유인을 줄이는 사전적 도덕적 해이(Ex-ante Moral hazard)를 유발하기도 함(Zwifel and Manning 2000; Bhattacharya et al. 2011)
- 그러나 비전문가인 환자는 일반적으로 자신이 원하는 의료서비스가 무엇인지, 의사가 제공한 치료가 자신의 건강 회복에 어느 정도 기여했는지 정확히 알지 못함
 - 환자는 그들이 필요로 하는 치료의 유형이나 양에 대해 의사보다 열등한 정보를 가지기 때문에 의사와 상의하여 의료서비스를 선택함
 - 치료의 기술적 복잡성은 환자가 의료서비스의 효과를 평가하기 어렵게 만들음(Evans 1974; Reinhardt 1978)
 - 환자는 낮은 수준의 치료만으로 치유되거나, 자가 치유(Self-curing)되는 경험을 하기도 함

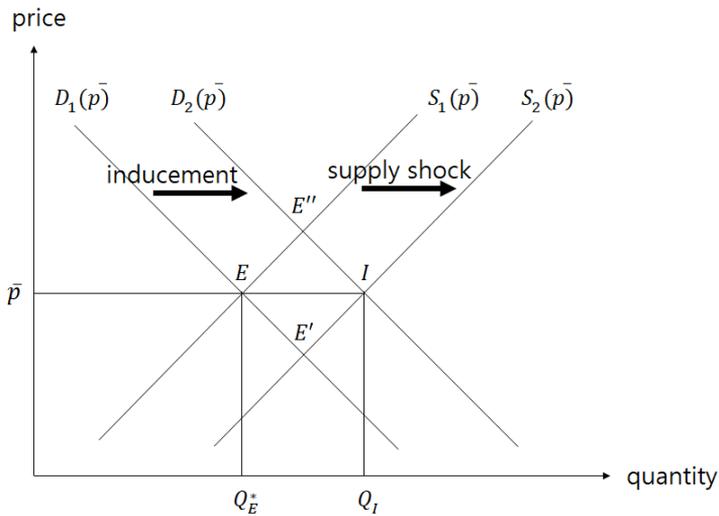
나. 공급 측면

- 공급 측면의 도덕적 해이는 주로 의료서비스 공급자의 유인수요(Supplier-Induced Demand;

SID) 형태로 나타남

- 공급자 유인수요는 의사가 자신의 이익을 극대화하기 위하여 수요곡선을 오른쪽으로 옮김으로써 불필요한 의료서비스 수요를 창출하는 것을 의미함
- 의료시장은 완전경쟁시장이 아니므로 환자가 적정 가격의 의료서비스를 찾는 능력이 제한되며, 의사는 의료서비스 가격이 한계비용(Marginal cost)을 초과하는 경우 실제 시장수요(D_1)¹⁴⁾의 오른쪽에서 과잉 의료공급이 가능함(〈그림 IV-1〉 참조)¹⁵⁾

〈그림 IV-1〉 공급자 유인수요



주: 1) 관례적으로 의료가격이 외생적으로 주어지는 경우의 시장균형을 나타냄

2) Supply shock는 의사 대 인구 비율의 증가임

자료: Delattre and Dormont(2003)을 참고하여 작성함

14) '실제 시장수요(D_1)'는 의료서비스의 효과에 대해 완벽한 정보력을 갖춘 환자의 한계효용(MB)을 의미함. 정보비대칭이 존재하는 경우에도 의사가 객관적인 의료적 판단에 따라 의료서비스를 제공한다면 D_1 선상의 가격-의료량 조합을 선택할 것임

15) 공급자 유인수요 존재 여부는 공급충격(의사 대 인구 비율의 증가)이 있을 때 의료 공급량이 늘어나는지를 살펴봄으로써 테스트할 수 있음. ① 유인수요가 없는 경우, 의료가격이 유동적이라면 공급충격이 있을 때 가격은 낮아지고 의료량은 증가하는 새로운 균형(E')에 도달하나, 의료가격이 외생적으로 주어지는 경우에는 공급이 할당(Rationing)됨. ② 유인수요가 있는 경우, 의료가격이 주어져 있을 때 새로운 균형은 I 가 되고 공급충격에도 불구하고 각각의 의사 개인의 소득은 감소하지 않음. 한편, 우리나라와 같이 의사 수에 제한을 두는 경우에는 의료가격이 유동적이라면 새로운 균형은 가격과 의료량이 모두 증가하는 E'' 이 되고 의료가격이 주어진 경우의 균형은 I 가 되어 의사는 유인수요를 창출하여 자신의 이익을 증가시킬 수 있음

- 의사의 유인수요는 의사와 환자의 정보비대칭과 상대적 진단 능력의 차이, 의사의 이타심 (Altruism) 정도에 따라 결정됨
 - 공급자 유인수요는 환자와 의사 간 정보비대칭에 기인하거나(Arrow 1963), 의사가 환자의 수요곡선을 오른쪽으로 옮길 수 있는 능력이 있는 경우 발생할 수 있음 (Richardson 1981)
 - 의료공급이 의사에 의해 결정되는 경우, 의사가 이타적이어서 유인수요를 창출하는데 드는 도덕적 비용(Moral cost)이 클수록 수요곡선의 이동이 작음

- 의사의 의료공급 결정은 수가결정 방식이나 유인수요 인센티브에 따라 영향을 받을 수 있음
 - 우리나라와 같이 행위별수가제(Fee for service)가 보편적이면서 의료비가 건강보험에 의해 보장되는 경우 공급자의 유인수요 발생 가능성이 높음(Delattre and Dormont 2003)
 - 우리나라 건강보험의 경우, 행위별수가제 환자가 포괄수가제 환자에 비해 급여 청구 건당 재원일수가 긴 것으로 나타남(허순임 외 2008)
 - 1996년 CT검사 급여화 후 CT검사 이용량이 증가하였으며, 이후 국민건강보험공단의 심사가 강화되자 CT검사 이용량은 감소한 반면 당시 비급여 항목이었던 MRI검사 이용량이 증가하였음(서종록 외 1997; 문재희 1999)
 - 제왕절개 분만의 수가가 높기 때문에, 의료인들이 정상 분만에 비해 제왕절개 분만을 더 선호하여 제왕절개 분만이 증가하였음(문재희 1999)
 - 급여항목의 수가가 낮은 경우, 관행가격이 높은 비급여 항목에서 공급자의 유인수요 발생 가능성이 높음

- 공급자 유인수요가 존재한다는 실증적 증거는 다음과 같음
 - 의사 수가 외생적으로 증가하면 의사 1명당 더 적은 환자를 보게 되어 임금 감소 가능성이 있으며, 이런 경우 의사가 의료공급량을 늘리는 유인수요 인센티브를 가짐
 - 의사 대 인구 비율(Physicians-per-population ratio)의 증가는 의료공급량을 증가시킴(Cromwell and Mitchell 1986; Rossiter and Willensky 1983, 1984)
 - 의료수가가 낮아지면 의사는 임금 손실 보전을 위해 의료공급량을 늘릴 유인이 있음
 - 1976년 콜로라도(Colorado)에서 메디케어(Medicare) 이용량은 상대적으로 메디케어 수수료(Fee)가 낮은 도시가 주변 도시보다 높았음(Rice 1983)

- 수가의 변화로 소득 충격이 큰 의사집단일수록 더 많은 유인수요를 창출함(Yip 1998)

• 충분한 의료적 지식이 없는 집단일수록 의사의 유인수요에 대응하지 못하는 경향이 있음

- 의사나 의사의 가족에 비해 일반적인 사람들이 외과수술을 받을 확률이 훨씬 높음(Bunker and Brown 1974)

○ 현실에서는 수요 측면과 공급 측면의 도덕적 해이가 혼재되어 있음

○ 의사의 유인수요가 존재하는 경우, 보험계약자의 진료수준과 보험 선택이 달라질 수 있음 (석승훈 2010)¹⁶⁾

• 의사가 자신의 이익을 위해 진료 선택을 하는 경우, 의사의 도덕적 해이 문제만 존재하고 보험계약자에게는 위험을 부담할 이유가 없으므로 위험은 완전 헛지됨

• 의료공급은 최적 수준에 비해 크거나 작을 수 있는데, 효율이 떨어지는 진료를 추가하는 과잉진료뿐만 아니라 의료과실 사고를 우려하여 효율적인 진료를 기피하는 과소진료가 가능함

2. 비급여 관리 해외 사례

○ 본장에서는 우리나라와 같이 전 국민 대상의 공적건강보험을 시행하고 있는 독일, 호주, 일본, 대만 등의 비급여 영역 관리 체계를 살펴봄

• 상기 국가에서 민영건강보험은 공적건강보험이 보장해 주지 않는 급부(급여 환자 부담금, 비급여)를 보완해 주는 역할(보완형)을 수행함

- 독일의 민영건강보험은 보완형 이외에 일정 자격요건을 갖춘 국민¹⁷⁾에 한해 공적건강보험 대신 선택할 수 있는 대체형도 함께 운영함

16) 석승훈(2010)은 의사의 유인수요가 있는 경우 외에도 ① 의사가 이타심을 갖고 보험계약자에게 최선의 진료를 하는 경우와 ② 진료의 효율성을 극대화하는 진료 선택을 하는 경우를 고려하고 있음. ①의 경우 환자의 도덕적 해이가 존재하므로 부분보험이 주어지고 환자의 위험은 부분 헛지됨. ②의 경우 위험은 완전히 헛지되고, 진료 선택은 진료의 한계효용과 한계비용이 같아지는 수준에서 결정됨

17) 일정 소득수준(2020년 기준 연 소득 62,550유로) 이상 고소득자, 공무원, 자영업자 등으로 2020년 기준 독일 국민 중 약 11%(870만 명)가 대체형에 가입함

가. 독일

○ 공적건강보험이 급여하지 않는 비급여에 대한 의료수가 체계(GOÄ)가 1965년부터 도입되었으며, 의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간 등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있음¹⁸⁾

- 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 하며, 치료 전 환자와 합의가 있는 경우에는 3.5배 이상의 수가를 적용할 수도 있음

〈표 IV-1〉 독일 민영건강보험 의료수가 체계(GOÄ)

가중치	적용
1	• 공적건강보험 수가 기준
1~2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용
2.3~3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서면으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면 합의 필요

자료: Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ)

나. 호주

○ 민영건강보험은 공적건강보험인 메디케어(Medicare)가 보장하지 않는 비급여 서비스(General cover)¹⁹⁾와 공공병원과 민영병원에서 민영환자로서 진료를 받는 경우(Hospital cover)²⁰⁾에 대해 보장함

- 일반의(GP) 외래진료는 메디케어 의료수가(Medicare Benefit Schedule, 이하 'MBS'라 함)의 100%를 보장하고, 전문의 외래진료 시에는 MBS의 85%를 보장함
- 전문의 외래 의료비의 비급여분 15%는 반드시 본인(환자)이 전액 부담해야 함.

18) 치과치료는 별도의 수가체계(Gebührenordnung für Zahnärzte: GOZ)가 적용됨

19) 치과, 안과, 물리치료, 안경 및 렌즈 등 보조기기 등임

20) 공공병원에서 의사 및 병원, 입원시점 등에 대한 선택권을 행사하는 경우와 민영병원을 이용하는 경우 메디케어(Medicare)에서는 75%만 보장해 주고 있어, 이를 초과하는 부분을 보장함

이러한 본인부담금을 민영건강보험으로 보장하는 것은 금지함²¹⁾

- 입원의 경우, 공공병원 진료는 메디케어에서 100% 보장하여 본인부담금이 없으며, 민영병원 입원 시에도 메디케어로 MBS의 75%를 보장받을 수 있음
 - 그리고 민영병원 입원 시 발생하는 25%에 해당하는 본인부담금은 민영건강보험을 통해 보장받을 수 있음
- 의료공급자는 자유롭게 진료비를 청구할 수 있으나, 보험회사와 사전계약을 맺은 의사 및 민영병원은 정해진 수가를 적용해야 하며 합의된 수가는 일반적으로 MBS보다 높은 수준임
 - 보험회사와 의료인 간 사전계약은 환자 본인부담금이 없는 계약(No gap agreement) 또는 환자 본인부담금 상한선²²⁾을 정한 계약(Known gap agreement), 두 종류가 있음
 - 피보험자가 보험회사와 사전계약을 맺지 않은 의료기관을 이용할 경우에는 보험회사가 MBS 초과금액의 25%만 부담하므로 MBS를 초과하는 나머지 금액은 전액 본인이 부담해야 함
- 환자 본인부담금이 발생하는 경우, 의료공급자는 진료 전에 환자에게 이를 설명하고 동의를 받아야 함
 - 의료공급자는 환자 사전동의(Informed Financial Consent; IFC) 가이드라인을 활용하여 환자에게 예상 의료비 정보를 제공하고, 이를 통해 진료 전 환자, 의사, 병원, 보험회사 간 충분한 의사소통이 이루어진 후에 환자가 진료 진행 여부를 결정할 수 있도록 함
- 호주의료협회(Australian Medical Association; AMA)에서는 의료수가 가이드라인(AMA Fees List)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 의료비 청구 시 이를 참고하도록 권장함

다. 일본

- 공적건강보험의 급여(보험진료)와 비급여(보험 외 진료)가 병용되는 경우(혼합진료)를 원칙적으로 금지하고, 혼합진료 시 공적건강보험의 급여 청구를 인정하지 않고 모든 비용을

21) 김하윤 외(2021. 1)

22) 본인부담금 상한선은 보통 500달러 수준임

환자가 전액 부담하도록 함

- 다만 후생노동성이 정하는 ‘평가요양’과 ‘선정요양’의 범위 내에서는 혼합진료를 허용하여 보험진료에 대해서는 보험급여를 적용함
- ‘평가요양’은 보험도입을 위해 평가 중인 요양을 뜻하며, ‘선정요양’은 보험도입을 전제로 하지 않는 환자의 선택적 요양을 의미함

○ 일본은 평가요양, 환자신청요양, 그리고 선정요양에 대한 내용의 게시, 설명, 환자동의의 관련 규정을 명문화하고 있음²³⁾

- 규정에 따르면, 의료기관은 환자에게 평가요양, 환자신청요양, 선정요양의 내용, 예상진료비 등에 대해 설명해야 하며, 서명을 받아 환자에게 동의를 얻어야 함

〈표 IV-2〉 일본 평가요양 및 선정요양

구분		내용
평가요양	의료기술	• 선진의료
	의약품·의료기기	• 의약품의 시험(임상시험)에 소요되는 진료 • 의료기기의 시험에 관련된 치료 • 약가기준 등재 전 승인의약품 투여 • 보험적용 전의 승인의료기기의 사용 • 약가기준에 등재되어 있는 의약품의 적용 중 이외의 사용
선정요양	쾌적성·편의성	• 특별 의료환경의 제공 • 예약 진료 • 시간외 진료
	의료기관의 선택	• 200병상 이상의 병원 - 소견서 미지참 환자의 초진·재진
	의료행위의 선택	• 제한 횟수를 초과한 의료행위 • 180일을 초과하는 입원 • 앞니 부위의 재료 차액 • 금속으로 된 완전 틀니 • 소아 충치치료 후 지속관리

23) 보험의료기관 및 보험회사 요양담당규칙 제5조의 4(保険医療機関及び保険医療養担当規則)

라. 대만

- 의료기관이 수술 시 비급여 의료기기를 사용할 경우 환자에게 비급여 의료기기의 예상진료비, 비급여 사유, 잠재 부작용, 의료기기 특징, 유사 급여항목과의 비교 등에 대해서 설명하고 환자에게 서명으로 동의를 받아야 함²⁴⁾
 - 환자가 비급여 진료에 대해 이의를 신청할 경우에, 요양기관 조사 후 문제가 인정되면 비급여 해당 부분을 환자에게 환불해주는 비급여 진료에 대한 이의신청 제도 또한 시행하고 있음
 - 또한 대만은 비급여 항목 및 수가를 공개하도록 하고 있는데, 중앙건강보험서의 「의료기관 관리법」에 관련 규정이 명시되어 있으나, 강제적이지 않고 처벌규정도 없는 상태로 간단한 목록만 공개하고 있음

〈표 IV-3〉 대만 비급여 항목 예시

내용
<ul style="list-style-type: none">• 미용·성형• 주간 입원(다만, 정신질환치료 제외)• 상급병실 차익(1~2인실): 관행수가로 요양기관마다 차이 존재• 인공수정• 약물중독치료(알코올, 담배 포함), 비외상 치료성 치열교정, 예방성 수술• 성전환 수술• 의사 처방전이 필요 없는 일반 의약품• 혈액(다만, 긴급상병으로 의사의 진단에 의한 수혈은 제외)• 생체 실험• 튜브식사 이외의 식사• 환자 이송비, 등록비, 증명서 발급비• 의치, 의안, 안경, 보청기, 휠체어, 지팡이 및 기타 비적극 치료성의 보장구• 기타 법령에 의하여 정부가 비용을 부담하는 의료서비스• 예방접종 및 정부가 비용을 부담하는 기타 의료서비스• 보험자가 입안하고 건보회 심의를 거쳐 주관기관이 발표한 기타 치료 및 의약품

24) 국민건강보험 의료기관의 계약 및 관리에 관한 규정 제14조

V

제언

- 공·사 건강보험의 효율적인 운영을 위해서는 부적절한 의료서비스의 수요와 공급에 대한 통제가 중요함
 - 우리나라는 다른 나라에 비해 국민건강보험공단의 견제가 미치지 않는 비급여 영역이 넓은 편임에도, 비급여에 대한 의료공급의 통제 제도나 관리 체계가 매우 미흡한 것으로 평가됨
 - 독일의 경우에는 민영건강보험에 적용되는 의료수가 가이드라인을 통해 의료기관이 일정 수준 이상의 의료수가를 책정하고자 할 경우, 보험회사에 가격 책정 사유를 제출해야 하거나 진료 전에 합의를 하도록 하고 있고, 이러한 의료수가 가이드라인을 의료기관협회에서 작성하고 이를 준수하고 있음
 - 호주의 경우 의료인은 연방정부가 제시하는 의료수가(MBS)를 가이드라인으로 하되, MBS 이상의 의료비를 청구할 경우 보험회사와 사전에 합의를 통해 정해진 수가를 적용하도록 하고 있음
 - 우리나라도 2007년 의료산업선진화위원회에서 보험회사와 의료기관 간의 ‘비급여 가격계약 허용’을 위한 의료법 개정을 추진한 바 있으나 무산됨²⁵⁾

〈표 V-1〉 주요국의 의료비용 통제 제도

국가	의료 수요	의료 공급: 비급여
한국(4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용	없음
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급 ¹⁾	민영건강보험 의료수가 가이드라인 적용
호주, 프랑스, 네덜란드, 미국 등	보험회사-의료기관 간 네트워크 허용	보험회사-의료기관 간 의료수가 협상

주: 1) 1년간 보험금 청구가 없는 경우 보험료 일부를 환급해주는 보험료 환급제도(Premium refund system)로 공적 건강보험의 대체형 민영건강보험에 한해 적용하며, 관련 제도의 운영 여부 및 운영 형태는 보험회사별로 상이함

25) 2007년 의료산업선진화위원회에서 ‘비급여’ 중심의 실손보험 기반 마련을 위해 추진된 것으로, 의료법상 유인·알선 금지 규정을 개정하여 보험회사와 의료기관 간 비급여 가격계약 체결을 유인·알선 금지의 예외 사항으로 규정하여 허용하는 방안으로 추진되었음

- 먼저 우선적이고 시급히 해결할 과제로 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 집중 관리할 필요가 있는데, 현재 문제가 되는 비급여에 대해서는 공·사가 함께 시급성, 필요성에 따라 선별적으로 대응할 필요가 있음
 - 이를 위해 영양주사, 도수치료 등 의료행위 여부가 불분명한 비급여 항목에 대해서는 치료 인정기준을 마련하고, 백내장 수술의 다초점렌즈, 그리고 고주파절제술, 풍선확장술과 같은 근골격계 질환 시술 등과 같이 의료이용이 많고 과잉진료가 빈번한 비급여 항목들을 우선적으로 급여화할 필요가 있음
- 둘째, 보장성 강화 정책에 따라 발생하는 비급여 과잉공급을 미연에 차단할 필요가 있음
 - 정보 공유를 위한 민관 협의 채널을 구축하고, 제도 변경에 따라 특정 비급여의 가격이나 진료량이 단기간 내 임의적으로 증가하는지 지속적으로 모니터링을 실시할 필요가 있음
 - 문제점이 감지될 경우 민관 협의 채널을 통해 신속하면서도 효과적으로 대응할 수 있도록 공조 체계에 대한 법적 기반 마련도 함께 이뤄질 필요가 있음
 - 비급여에 대한 주요사항을 심의·의결하는 ‘비급여의료정책심의위원회’ 신설을 검토할 수 있음
- 셋째, 급여와 비급여 진료 전체에 대한 현황 파악이 가능하도록 통계 집적 및 관리가 이루어져야 함
 - 먼저 1단계로 급여 진료와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료 제출을 요구함
 - 2단계로 총 진료비용의 자료 제출을 우선 실시하고, 이를 비급여 세부항목의 자료 제출로 단계적으로 확대하는 방안을 검토할 수 있음
 - 또한, 공·사 건강보험 간의 정보 교류 창구 마련이라는 과제도 함께 풀어나가야 할 것임
- 마지막으로, 집적된 비급여 진료 통계를 기반으로 비급여 표준수가제도를 비급여 항목의 특성에 따라 상한가, 평균가, 구입원가, 협상가 등의 기준에 따라 마련하는 것을 검토할 필요가 있음

〈표 V-2〉 실손의료보험 지속성 제고를 위한 비급여 관리방안

구분	주요 내용
과잉진료 비급여 항목 집중 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 의료행위 여부가 불분명한 비급여 항목에 대해 치료 인정기준을 마련 • 의료이용이 많고 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 우선적으로 급여화 추진
보장성 강화에 따른 비급여 과잉공급 차단	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 과잉 진료 관련 신속한 정보 공유를 위해 민·관 간 협의 채널 구축 • 제도 변경(복지부 고시, 실손의료보험 약관 등)에 따른 특정 비급여의 가격·진료량의 단기간 내 임의적인 증가 현상에 대한 지속적인 모니터링 실시
비급여 진료 통계 집적 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 실태 파악: 급여 진료와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료 제출 요구 • 자료 제출: 총 진료비용 우선 실시 및 비급여 세부항목 자료로 단계적 확대
비급여 표준수가제도 도입	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 특성에 따라 합리적인 기준*에 의한 비급여 표준 수가제도 구축 * 상한가, 평균가, 구입원가, 협상가격 등

참고문헌

- 국민건강보험공단(2021), 『2020년도 건강보험환자 진료비 실태조사』
- 김하윤·장종원·박보람·임슬기·고은비(2021. 1), 「주요국의 비급여 관리 현황과 시사점」,
국민건강보험 건강보험연구원
- 문재희(1999), 「의사의 유인수요가설에 관한 연구: 전산화단층촬영과 제왕절개시술을 중심으로」, 연세대학교 대학원 석사학위 논문
- 서종록·유승흠·전기홍·남정모(1997), 「CT 보험급여 전후의 CT 및 MRI검사의 이용량과 수익성 변화」, 『병원경영학회지』, 제2권, 제1호, pp. 1~21
- 석승훈(2010), 「의사가 진료수준을 정할 때 건강보험에서의 도덕적 해이에 대한 이론적 고찰」, 『보험학회지』, 제86호, pp. 1~21
- 정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정(2022. 3. 23), 「국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제」, 보험연구원
- 정성희·문혜정(2021. 7. 19), 「백내장 수술의 실손의료보험 보험금 현황과 과제」, 『KIRI 리포트』, 보험연구원
- 허순임·황도경·정설희·이선경(2008), 「건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태 - 의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악」, 『연구보고서』, 한국보건사회연구원
- Arrow, K.J.(1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, 53(5), pp. 941~973
- Bhattacharya, J., Bundorf, M.K., Pace, N., and Sood, N.(2011), “Does Health Insurance Make You Fat?”, *Economic Aspects of Obesity*, University of Chicago Press, pp. 35~64
- Bunker, J.P., and Brown, Jr., B.W.(1974), “The physician-patient as an informed consumer of surgical services”, *New England Journal of Medicine*, 290, pp. 1051~1055
- Cromwell, J., and Mitchell, J.B.(1986), “Physician-induced demand for surgery”,

- Journal of Health Economics*, 5, pp. 293~313
- Delattre, E., and Dormont, B.(2003), “Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians”, *Health Economics*, 12, pp. 741~754
- Evans, R.G.(1974), “Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications”, In Perlman, M.(Eds.), “The Economics of Health and Medical Care”, Macmillan: London, pp. 162~201
- Feldstein, M.(1973), “The Welfare Loss of Excess Health Insurance”, *Journal of Political Economy*, 81(2), pp. 251~280
- Feldstein, M., and Friedman, B.(1977), “Tax Subsidies, the Rational Demand for Health Insurance, and the Health Care Crisis”, *Journal of Public Economics*, 7(2), pp. 155~178
- Manning, W.G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E.B., and Leibowitz, A.(1987), “Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, *American Economic Review*, 77(3), pp. 251~277
- Reinhardt, U.(1978), “Comment on paper by Sloan and Feldman”, In Warren Greenberg (Eds.), “Competition in the health care sector: Past, present and future”, Federal Trade Commission, pp. 156~190
- Rice, T.(1983), “The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand”, *Medical Care*, 21, pp. 803~815
- Richardson, J.(1981), “The inducement hypothesis: That doctors generate demand for their own services”, In Van der Gaag J. and Perlman M.(Eds.), *Health, economics and health economics*, North-Holland Publishing Company: Amsterdam
- Rossiter, L.F., and Willensky, R.G.(1983), “A reexamination of the use of physician services: The role of physician-initiated demand”, *Inquiry*, 20, pp. 162~172
- Rossiter, L.F., and Willensky, R.G.(1984), “Identification of physician-induced demand”, *Journal of Human Resources*, 19, pp. 231~244

- Yip, W.(1998), “Physician responses to medical fee reductions: Changes in the volume and intensity of supply of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors”, *Journal of Health Economics*, 17, pp. 675~700
- Zwifel, P., and Manning, W.G.(2000), “Moral hazard and consumer incentives in health care”, In A.J. Culyer and J.P. Newhouse(Eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier: Amsterdam, pp. 409~459

2019년 실손의료보험 샘플통계

2020년 실손의료보험 샘플통계

OECD.stat, Health Care Utilisation: Surgical procedures

1. 여성초음파 검사의 실손보험금 청구 현황

- 여성초음파 관련 검사항목의 급여화(2020년 2월)에 따른 실손보험 청구 변화를 파악해 보기 위해, 급여화 전·후 동일 기간(2019년 2~12월, 2020년 2~12월)의 의료이용량을 비교 분석함
- 2020년 여성초음파 관련 실손보험 청구금액에서 병·의원급이 대부분(72.8%)을 차지함

〈부록 표 1〉 의료기관 종별 초음파 비중

(단위: %)

의료기관 종별	입원	통원	전체
종합병원 이상	11.0	16.1	27.2
병원급	19.5	8.4	28.0
의원급	20.6	24.2	44.8
전체	51.2	48.8	100.0

- 여성초음파를 포함하여 그동안 진행된 복부초음파의 급여화²⁶⁾에 따라 복부초음파의 실손보험 청구 비중은 5.2%p 감소한 반면, 비급여 항목인 유방초음파의 경우 진공보조 유방생검 시 유도 초음파는 2.9%p, 수술 중 초음파는 2.0%p 증가함

26) 상복부('18. 4월), 하복부·비뇨기('19. 2월), 남성초음파('19. 9월), 여성초음파('20. 2월)

〈부록 표 2〉 초음파 소분류 비중 변화

(단위: %, %p)

세부항목	2019년(A)	2020년(B)	차이(B-A)
초음파두경부	20.7	20.6	-0.1
초음파심장흉부	16.0	15.1	-0.9
초음파유방	11.4	11.3	-0.1
초음파혈관	11.0	11.2	0.1
진공보조 유방 생검 시 유도 초음파	6.2	9.1	2.9
초음파근골격	7.5	8.3	0.7
초음파복부	13.3	8.1	-5.2
초음파유도	5.3	5.8	0.6
수술 중 초음파	3.1	5.1	2.0
초음파단순	1.7	1.9	0.2
소계(10개)	96.1	96.4	-

- 2020년 2월 여성초음파 급여화 전·후 환자부담 총액²⁷⁾을 비교한 결과, 급여 본인부담금 11.9% 증가와 함께 비급여 본인부담금도 0.3% 증가하는 양상에 따라 환자본인부담 총액이 4.7% 증가함

〈부록 표 3〉 급여화 전·후 환자 본인부담금 변화

(단위: 만 원)

의료기관 종별	2019년(하반기)	2020년(하반기)	증감률
급여 본인부담금	8.6	9.6	11.9%
비급여 본인부담금	13.9	13.9	0.3%
총 환자 본인부담금	22.4	23.5	4.7%

27) 2019년(하반기)과 2020년(하반기) 여성초음파가 청구된 영수증 비교임

2. 여성초음파 검사 세부항목별 실손보험금 청구 현황

가. 하이푸 시술

○ 여성초음파가 청구된 영수증의 세부항목을 분석한 결과, 여성초음파의 급여화 이전에 비해 하이푸 시술의 청구금액 비중이 26.3%p 증가함(부록 표 4) 참조)

- 의원급의 경우 하이푸 시술의 건당 금액이 2019년 566.9만 원에서 2020년 922.2만 원으로 무려 62.7% 증가함(부록 표 5) 참조)

〈부록 표 4〉 세부항목별 비중 변화

(단위: %, %p)

세부항목	2019년(하반기)(A)	2020년(하반기)(B)	차이(B-A)
초음파 유도하 고강도초음파집속술(하이푸)	5.6	31.9	26.3
초음파복부	47.5	22.7	-24.8
로봇 보조 수술	6.4	9.0	2.6
소계	59.4	63.6	-

〈부록 표 5〉 의료기관 종별 하이푸 시술의 건당 금액 비교

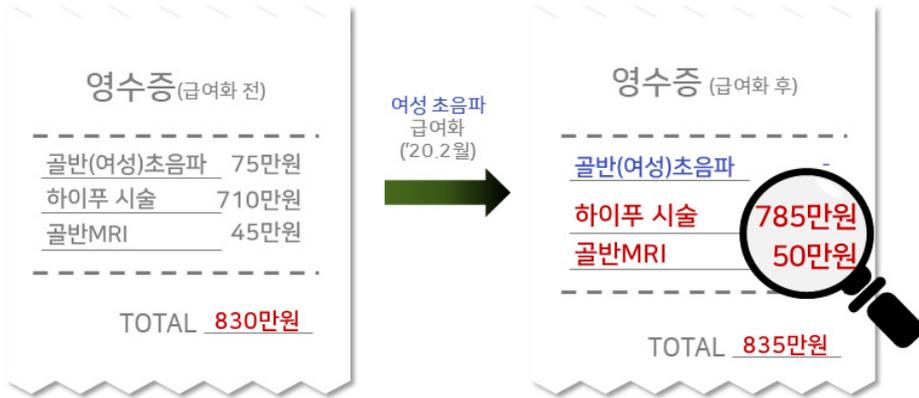
(단위: 만 원)

구분	2019년		2020년		건당 금액 증감률
	비중	건당 금액	비중	건당 금액	
종합병원 이상	4.3%	370.0	0.0%	-	-
병원급	35.7%	505.6	34.2%	683.7	35.2%
의원급	60.0%	566.9	65.8%	922.2	62.7%
(가중)평균	100.0%	544.1	100.0%	840.7	54.5%

주: 건당 금액 산출 시 최저(100만 원) 및 최고(2,000만 원) 초과 건은 제외함

○ 여성초음파 관련 실손보험금의 청구 사례를 보면 여성초음파의 급여화로 가격이 크게 떨어지자, 하이푸 시술의 가격 인상 및 비급여 고액 수술 유도 등으로 환자가 부담하는 본인부담금 총액은 오히려 증가한 경우가 상당부분 발생하였음(부록 그림 1) 참조)

〈부록 그림 1〉 여성초음파 검사 급여화에 따른 청구 변화 사례



나. 수술 중 초음파

- 여성초음파 검사 급여화 이후 수술 중 초음파 청구금액이 0.17%p 증가함(부록 표 6) 참조)

〈부록 표 6〉 수술 중 초음파의 급여화 전·후 비중 변화

(단위: %, %p)

구분	급여화 전	급여화 후	비중 변화
비중	0.25	0.42	0.17

3. 여성초음파 검사의 급여화에 따른 실손보험금 영향 분석

- 여성초음파의 급여화 이후 하이푸 시술 및 수술 중 초음파의 의료이용 증가로 2020년 전체 실손보험금의 0.62%가 증가한 것으로 예상됨(부록 표 7) 참조)
 - 급여화 등의 정책 영향을 배제한 비급여 의료이용의 자연 증가율로 2019년 대비 2020년 비급여 지급보험금 증가율(7.1%)을 적용함
 - 비급여 지급보험금: 2019년 6조 6천억 원, 2020년 7조 1천억 원

- 하이푸 시술의 의료이용 증가에 따라 실손의료보험 지급보험금 564억 원 및 전체 0.51%가 증가한 것으로 예상됨
- 수술 중 초음파의 의료이용 증가에 따라 실손의료보험 지급보험금 123억 원 및 전체 0.11%가 증가한 것으로 예상됨

〈부록 표 7〉 하이푸 시술 및 수술 중 초음파 관련 2020년 보험금 규모 추정

(단위: 억 원)

구분	급여화 전	급여화 후	변동 효과
하이푸 시술	236 ¹⁾	800 ²⁾	564
수술 중 초음파	174 ³⁾	297 ⁴⁾	123

- 주: 1) 하이푸 시술 급여화 전=2019년 전체 비급여 지급보험금(6조 6천억 원)×0.33%(1+7.1%)
 2) 하이푸 시술 급여화 후=2020년 전체 비급여 지급보험금(7조 1천억 원)×1.13%
 3) 수술 중 초음파 급여화 전=2019년 전체 비급여 지급보험금(6조 6천억 원)×0.25%(1+7.1%)
 4) 수술 중 초음파 급여화 후=2020년 전체 비급여 지급보험금(7조 1천억 원)×0.42%

도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)

저자약력

정성희 서울대학교 통계학 박사 / 선임연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

김경선 서울대학교 경영학 박사 / 연구위원
(E-mail : sunnykim@kiri.or.kr)

문혜정 연세대학교 경제학 석사 / 연구원
(E-mail : hjmun@kiri.or.kr)

홍보배 Claremont Graduate University 경제학 석사 / 연구원
(E-mail : bobae.hong@kiri.or.kr)

이슈보고서 2022-03

실손의료보험 비급여 보험금 분석

발행일 2022년 6월

발행인 안철경

발행처 보험연구원

주소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩

인쇄소 고려씨엔피

ISBN 979-11-89741-76-1
979-11-89741-37-2(세트)