



공청회

실손의료보험 제도개선

일시 : 2020년 10월 27일(화) 15:00~17:30

장소 : 프론트원 이벤트홀 5층

주최 : **kiri** 보험연구원

후원 :  금융위원회

 금융감독원
FINANCIAL SUPERVISORY SERVICE





실손의료보험 역할과 과제

최양호

한양대학교

2020. 10. 27.

목차

I. 실손의료보험의 역할

1. 실손의료보험의 현황
2. 현안

II. 실손의료보험의 과제

1. 보험료 차등제 도입
2. 급여본인부담금 보장
3. 바람직한 실손의료보험 역할
: 보완형 .vs. 대체형

I. 실손의료보험의 역할

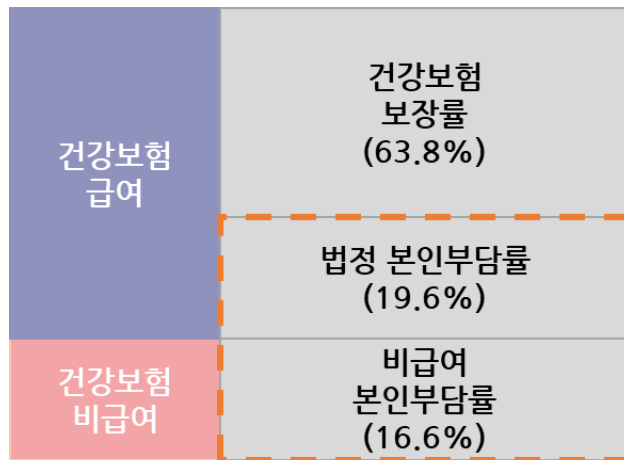
1. 실손의료보험의 현황

2. 현안

1. 실손의료보험의 현황(1/2)

- 실손의료보험은 2003년 공적 건강보험의 보완형으로 도입되어, 현재 3천만 명 이상이 가입한 대표보험으로 성장함
- 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 환자의 본인부담 의료비를 보장해 주는 보완형 상품으로, 특정 질병, 상해에 대한 선별적 보장이 아닌 일부 항목을 제외하고 모두 보장해 주는 포괄적인 구조로 운영됨

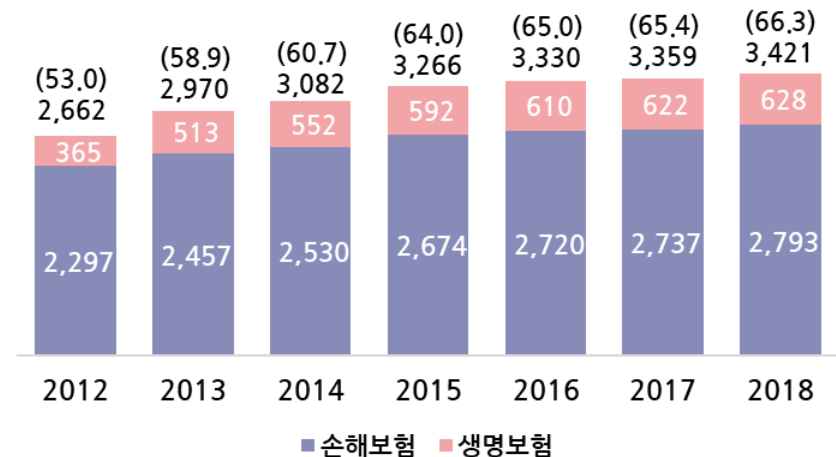
<그림1> 실손의료보험 보장범위



자료: 건강보험 정책연구원(2019.12)

<그림2> 실손의료보험 가입자 수 추이

(단위: %, 만명)

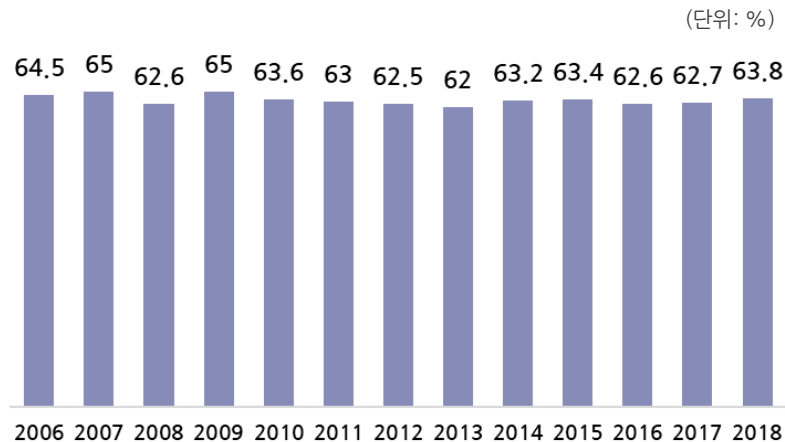


주: 2012년은 3월말 기준임
자료: 금융감독원 보도자료(보험회사별 업무보고서)

1. 실손의료보험의 현황(2/2)

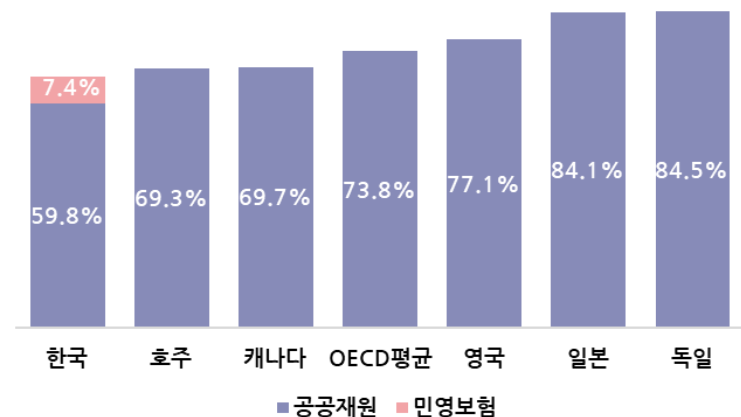
- 정부의 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 보장률은 60%대 초반에 정체됨에 따라, 실손의료보험은 공보험의 추가적인 보장을 제공하면서 성장함
 - 우리나라 경상의료비에서 공공재원이 차지하는 비중은 2018년 기준 59.8%로 OECD 평균(73.8%)에 비해 낮은 반면, 가계 직접부담 비중(32.9%)은 2018년 기준으로 OECD에서 다섯 번째로 높은 수준임

〈그림3〉 우리나라 건강보험 보장률 추이



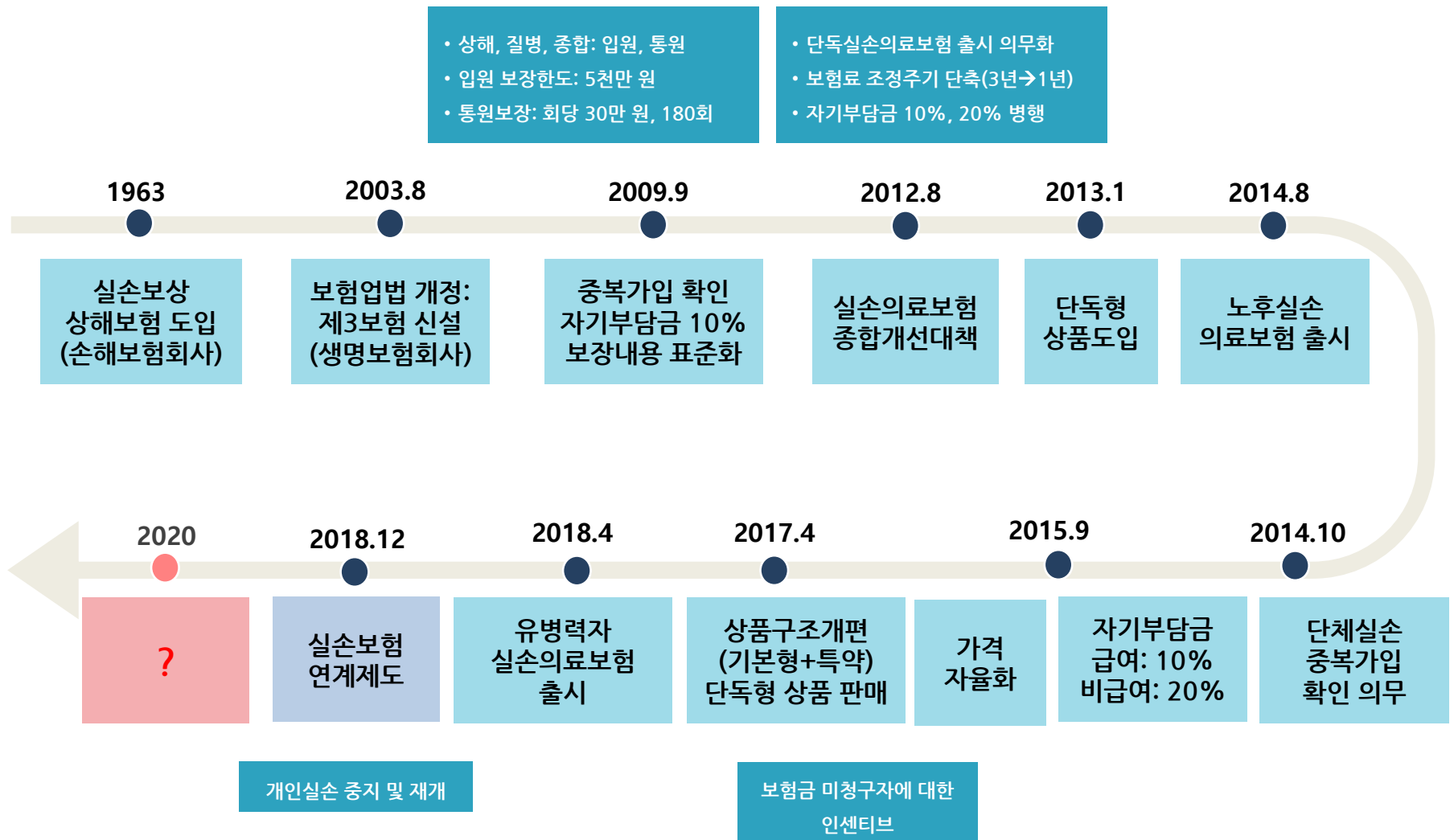
자료: 건강보험정책연구원(2019.12)

〈그림4〉 경상의료비 자원구성비(2018년)



자료: OECD Health Statistics 2019

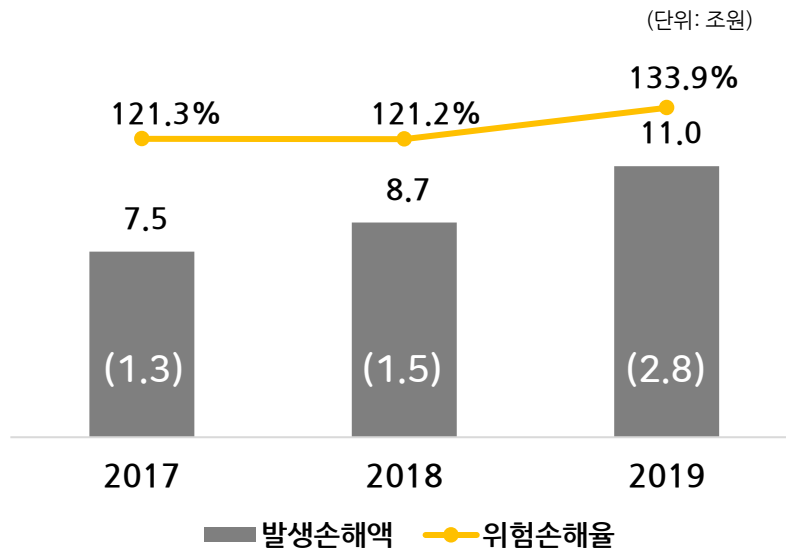
[참고] 실손의료보험 제도 개선 경과



2. 현안 - 실손의료보험, 안전성 · 지속성 위기(1/2)

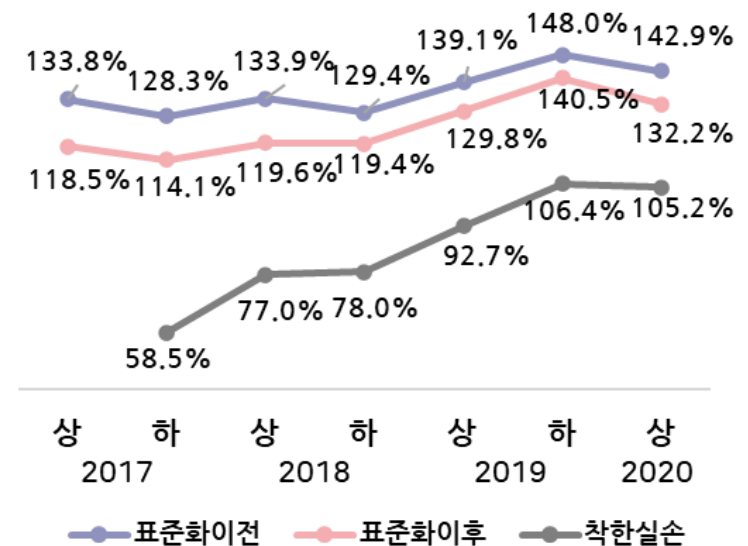
- 최근 실손의료보험 손해액이 급증함에 따라 손해율이 큰 폭으로 상승하면서 제도의 지속성에 대해 심각한 우려가 제기됨

〈그림5〉 실손의료보험 연간 위험손해율 및 손해액 추이



주: 1. 개인실손의료보험, IBNR포함
2. 괄호는 위험손실액(=위험보험료-발생손해액) 규모임
자료: 보험회사 통계

〈그림6〉 실손의료보험 상품종류별 반기손해율 추이

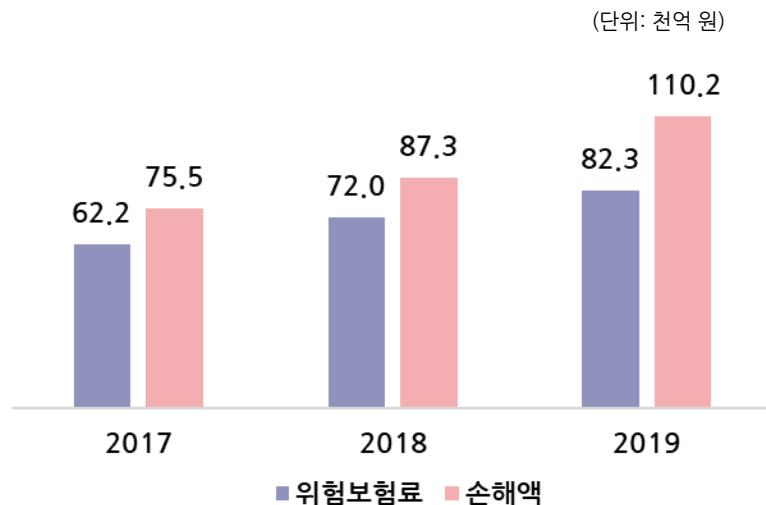


주: 개인실손보험, IBNR포함
자료: 보험회사 통계

2. 현안 - 실손의료보험, 안전성 · 지속성 위기(2/2)

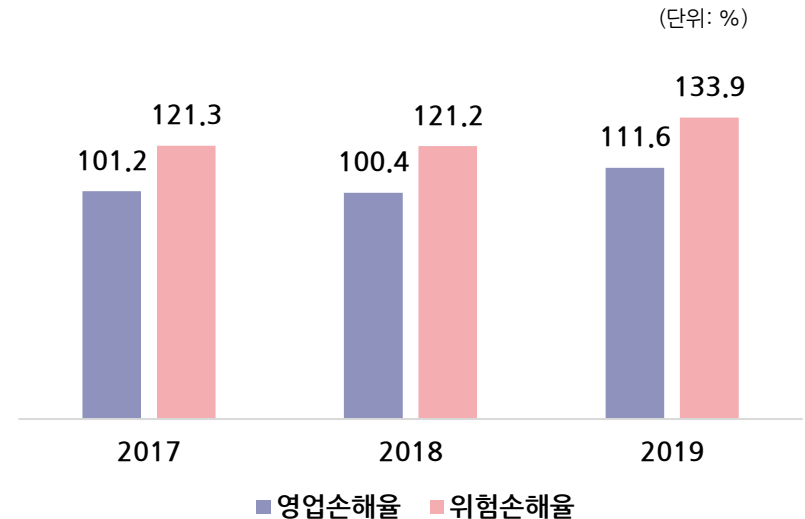
- 2019년 실손의료보험의 손해액 및 손해율 급증으로 제도의 지속성에 대한 심각한 우려 제기
 - 2019년 손해액이 11조 원으로 전년 대비 26% 상승함
 - 위험손해율은 2019년 133.9%로 이는 그동안 가장 높았던 2016년 131.3%보다 높은 수준임
 - * 2019년 갱신보험료 인상률은 평균 9%에 그침(착한 실손은 9% 인하)

〈그림7〉 실손의료보험 손해액 추이



주: 1. 개인실손의료보험 기준임
2. 발생손해액=지급보험금+IBNR
자료: 보험회사 통계

〈그림8〉 실손의료보험 위험 vs. 영업손해율

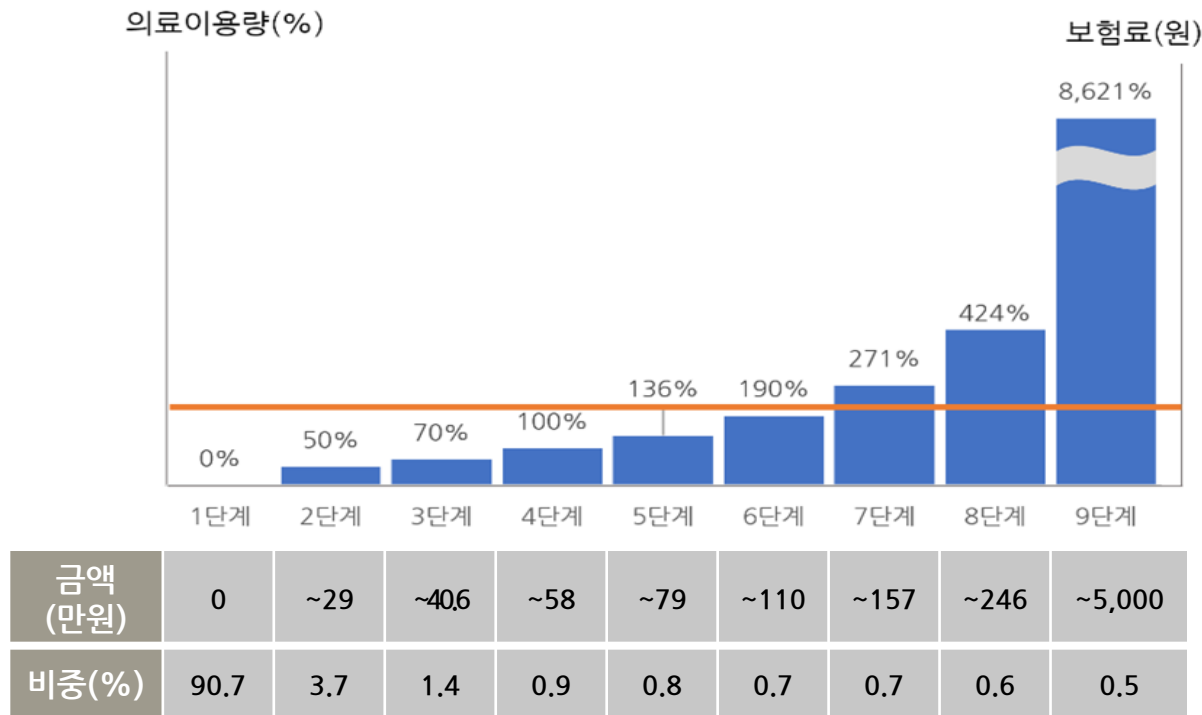


주: 1. 개인실손의료보험 기준
2. 영업손해율: 손해보험회사는 경과보험료기준, 생명보험회사는 보험료수익 기준
자료: 보험회사 통계

2. 현안 - 보험금 지급 구조상 문제점

- 실손의료보험의 비용부담 구조를 보면 일부 가입자의 과다 의료이용이 대다수의 선량한 가입자의 보험료 부담으로 전가되고 있음

〈그림9〉 실손가입자의 의료이용량과 실손보험료 분석결과



자료: 1개 손해보험회사, 1개 생명보험회사 착한실손 기본형(입원) 데이터

2. 현안 - 공적건강보험, 보장성 강화 효과 미흡(1/2)

- 정부는 2005년부터 건강보험 보장성 강화 대책을 꾸준히 추진해 옴
 - 모든 정부에서 보장성 강화 대책의 주요 핵심 내용으로 ‘비급여의 급여화’를 추진함
 - 문재인정부에서도 ‘예비급여’ 제외한 나머지 정책은 과거(노무현 정부, 1차) 정책을 계승하여 발전시키는 성격이 강함

〈표1〉 1~4차 건강보험 중기보장성 강화 계획 주요 내용 비교

1차('05~'08)	2차('09~'13)	3차('14~'18)	4차('18~'22) ^{주)}
• 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (개두술·개심술) • PET 보험적용 질환 확대 (암·심장·뇌질환) • 식대 급여화, 암 본인부담 인하 • 아동 입원·외래 부담경감 • 본인부담상한액 하향조정	• 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (척추·관절) • 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) • 구강 보험 적용 • 임·출산 지원 강화 • 본인부담상한액 3단계 차등	• 4대 중증질환 선별급여 • MRI 보험적용 확대 (뇌·심장) • 초음파 보험적용 확대 (임산부·간질환) • 3대 비급여 해소 추진 • 생애주기 필수의료 보장 • 본인부담상한액 7단계 차등	• 예비 급여 • MRI 보험적용 확대 (디스크, 혈관성 질환, 복부) • 초음파 보험적용 확대 (심장, 수술중, 근골격계) • 3대 비급여 실질적 해소 • 재난적 의료비 지원 • 본인부담 상한액 설정

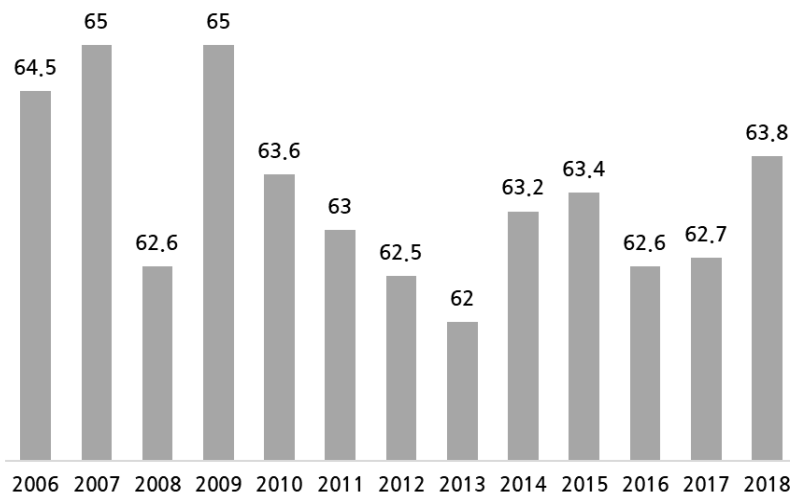
주: 4차('18~'22)는 건강보험 보장성 강화 정책의 내용을 기초로 별도 작성함
 자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

2. 현안 - 공적건강보험, 보장성 강화 효과 미흡(2/2)

- 지속적인 건강보험 보장성 강화 추진에도 불구하고 지금까지 보장률은 크게 개선되지 못함
 - 보장성 강화 추진에 따른 정부의 재정 투입은 계속 증가해 왔으나, 보장률은 2009년 65% 이후 62~63% 대에 그침

〈그림10〉 우리나라 건강보험 보장률 추이

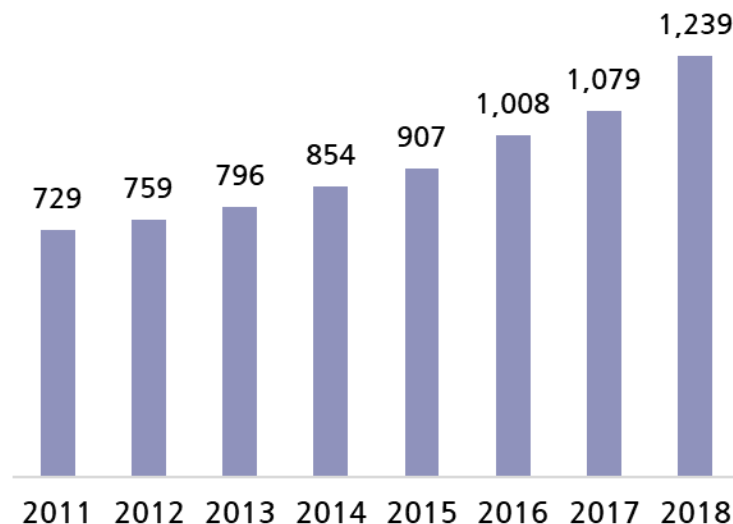
(단위: %)



자료: 건강보험정책연구원(2019.12)

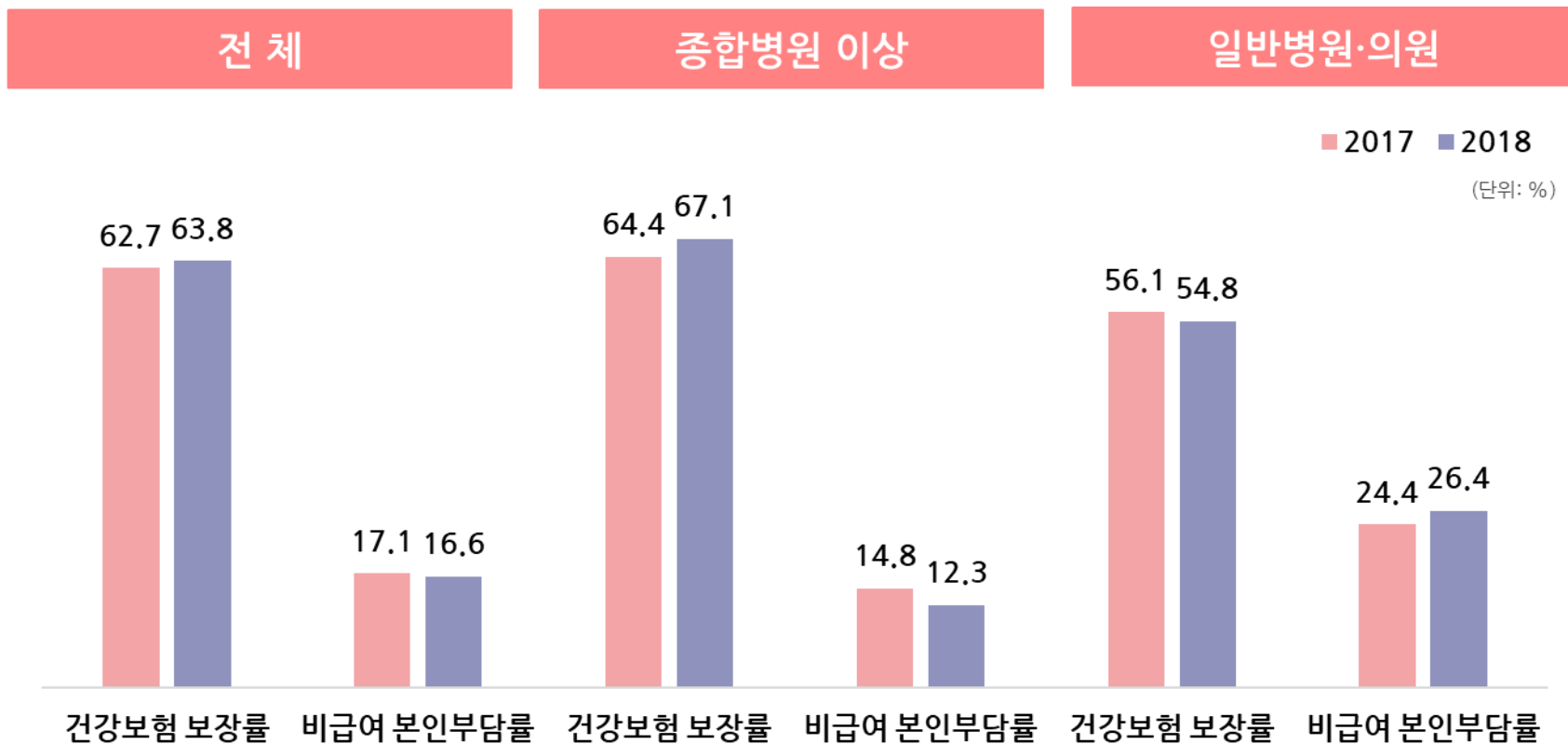
〈그림11〉 연간 환자 1인당 급여비

(단위: 천원)



자료: 건강보험통계연보(2018)

[참고] 의료기관 종별 건강보험 보장률



[참고] 공·사 건강보험 실적 현황

연도	2014	2015	2016	2017	2018	연평균증가율
진료비	543,170	579,546	645,768	693,352	776,583	9.3%
(증감률)	-	(6.7%)	(11.4%)	(7.4%)	(12.0%)	
급여비	406,845	433,404	483,239	518,225	585,836	9.5%
(증감률)		(6.5%)	(11.5%)	(7.2%)	(13.0%)	
비급여	100,572	104,057	126,179	133,163	141,655	8.9%
(증감률)		(3.5%)	(21.3%)	(5.5%)	(6.4%)	
실손가입자	3,082	3,266	3,330	3,359	3,412	2.6%
(증감률)	-	(6.0%)	(2.0%)	(0.9%)	(1.8%)	
실손 지급보험금	47,617	54,620	69,723	75,466	87,285	16.4%
(증감률)	-	(14.7%)	(27.7%)	(8.2%)	(15.7%)	

자료: 건강보험공단 주요통계, 2018; 금융감독원 보도자료; 회사별 업무보고서

2. 현안 - 도덕적 해이, 반사이익

- 최근 실손의료보험 관련한 주요 쟁점은 ‘도덕적 해이’와 ‘반사이익’으로, 이에 대해 공공부문은 상품 규제와 보험료 인하를 해결방안으로 제시
 - 실손의료보험을 포함하여 민영 건강보험의 규제를 위해 공사건강보험 연계법을 추진중임
 - 문재인케어에 따른 실손의료보험의 반사이익을 산출하여 보험료 인하요인으로 선 반영함
 - * 2019년 반사이익으로 6.15%이 산출되어, 2019년 실손보험료 6.15% 인하(KDI 연구용역 결과)
 - * 2020년 반사이익으로 0.6%으로 낮게 산출됨에 따라 통계 집계 및 산출방법(반사이익·풍선효과 정의 등)에 대한 다양한 논란이 야기 (2020년 실손보험료에 반사이익 미반영)

〈표2〉 실손의료보험 관련 쟁점에 대한 공공부문의 주장과 해결방안

쟁점	공공부문 주장	해결방안
도덕적 해이	· 실손 가입자의 과잉 의료이용으로 실손보험 손해율 악화 및 공공부문 재정에 부정적 영향 · 정액형 건강보험(입원일당 등) 가입자의 과잉 의료 심화	· 실손의료보험 상품 규제 · 실손-정액 중복가입 규제
보험회사 반사이익	· 공보험 보장성 확대로 실손의료보험의 보장범위 축소 및 지급보험금 감소로 인해 보험회사의 반사이익 존재	· 반사이익의 소비자 귀속방안 마련 (보험료 인하 등)

II. 실손의료보험의 과제

1. 보험료 차등제 도입

2. 급여본인부담금 보장

3. 바람직한 실손의료보험 역할

1. 보험료 차등제 도입(1/2)

- **보험료 차등제 도입의 주요 목적은 가입자의 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과함으로써 가입자 간의 보험료 부담 형평성을 제고하는 데 있음**
 - 보험 가입(갱신) 시 가입자의 연령, 성별 등을 고려한 위험집단별 보험료를 가입자 개별의 보험사고 및 청구 통계에 기반하여 조정함으로써, 모든 가입자는 각자 보험사고 및 청구 경험에 상응하는 보험료를 지불함
 - 보험료 차등제는 보험 가입 시 반영되지 못한 피보험자의 특성을 가입 후 보험료에 반영한다는 점에서 역선택 방지에 효과가 큼
 - * 또한 가입자의 행동이 보험계약자의 비용(환급금 또는 차기 갱신 보험료)에 영향을 미치므로 도덕적 해이 방지 효과도 도모 가능
- **보험료 차등제 적용 방식에 따라 보험료 할인·할증과 보험료 환급으로 구분됨**
 - (할인·할증) 가입자의 당해 혹은 직전 몇 년의 경험 손해를 차년도 보험료(보험가입금액)에 반영하는 방식(성과요율제도)임
 - * 자동차보험, 민영의료보험(영국, 인도, 싱가포르 등), 손해보험 등에 적용
 - (환급) 가입자의 당해 연도의 경험 손해를 당해 연말에 일부 환급해 주는 방식임
 - * 민영의료보험(독일, 미국), 손해보험 등에 적용

1. 보험료 차등제 도입(2/2)

- 가입자간 형평성 제고 및 역선택 관리를 위해서는 개인별 보험금 실적(의료 이용량)과 연계한 보험료 차등제 도입 검토가 필요함
 - 보험료 차등제의 보험료 할인은 보상·보너스 개념으로, 가입자가 평상시 건강한 상태를 유지하고 꼭 필요한 경우에만 의료서비스를 이용하도록 장려함
 - 환자의 건강권·의료접근성은 매우 중요한 가치이지만, 실손의료보험의 지속가능성 확보라는 공익적 차원에서 보험료 차등제 도입을 우선적으로 검토할 필요가 있음

〈표3〉 보험료 차등제의 계리적 함의와 적용방식

가입시점 적용 요율 (Basic rate)		· 요율 변수에 따라 분류된 위험 그룹별로 평균 보험요율 적용 · 일반적으로 보험 가입 시점 성·연령·직업 등 인구구조 변수 적용
보험료 차등제		
가입 후 조정 요율	보험료 할인·할증 (Experience rate)	· 당해(직전 몇 개)년 개인 경험손해를 차년도 보험료에 반영 · 자동차보험, 건강보험, 손해보험(배상, 재물, 산재 등)에 적용 * Bonus-Malus System, No-Claim Bonus(Discount), Merit-rating 등
	보험료 환급 (Retrospective rate)	· 당해년 개인별 경험 손해(청구 실적 등)를 당해 연말에 정산 · 건강보험, 손해보험(배상, 재물, 산재 등)에 적용 * Premium Refund System

2. 급여본인부담금 보장 불필요한가?(1/2)

- 우리나라 국민의 가계 직접부담 비중(32.8%)은 2018년 기준으로 OECD에서 다섯 번째로 높은 수준임

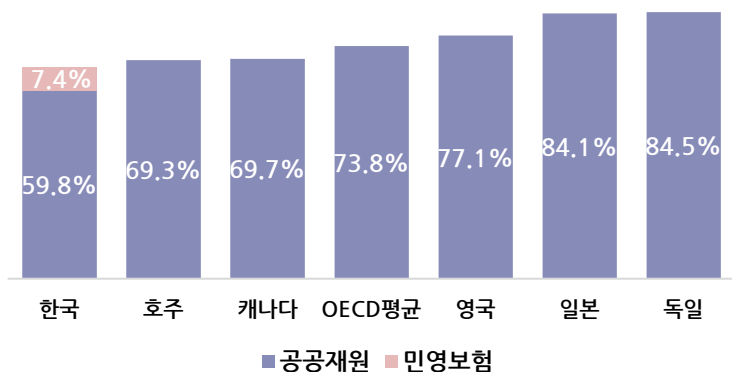
* OECD Health Statistics 2019; 2018년 기준 OECD 36개 회원국 중에서 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 칠레(35.1%), 그리스(34.8%) 다음으로 높은 수준임

- 국민의료비 중 급여본인부담금은 2018년 기준 19.6%로 개인부담금의 절반 이상(54%)을 차지함

- 정부의 보장성 강화 정책 추진에 따라 급여의 본인부담금은 지속적으로 확대될 예정으로, 또한 목표 보장률(2022년 70%)을 달성하더라도 국민의 개인의료비 부담이 적지 않을 것으로 예상됨

- 김광호 (2011)는 실손보험의 급여본인부담금 보장금지 목적이 의료이용량 감소에 있을 경우, 소기 목적을 달성한다는 보장이 없고, (소득효과가 대체효과보다 큰 경우) 의료이용량이 증가할 수도 있음을 증명함

〈그림12〉 경상의료비 재원구성비(2018)



자료: OECD Health Statistics 2019

〈표4〉 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황

(단위: %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018
건강보험보장률	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
급여 본인부담률(A)	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6
비급여본인부담률(B)	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6
개인직접부담률(A+B)	36.8	36.6	37.4	37.3	36.2

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치임
 자료: 건강보험정책연구원(2018)

2. 급여본인부담금 보장 불필요한가?(2/2)

- 실손보험의 급여본인부담금 보장은 공보험의 재정 악화를 초래해 왔다는 주장이 지속적으로 제기
 - 표준화 이전 손해보험회사 중심으로 판매된 실손형 건강보험에서 환자 본인부담금을 100% 보장해 줌에 따라, 실손 가입자의 도덕적 해이 유발과 의료비 증가로 이어져 공보험의 재정악화를 초래하고 있다는 지적에서 시작됨
 - * 의료산업선진화위원회는 공보험 보장영역인 급여본인부담금을 민영보험이 보장하면, 보험가입자의 의료서비스 가격민감도 하락에 따른 의료쇼핑 등 과잉의료 행위로 이어져, 결국 공보험 재정악화로 이어진다고 지적함
 - * 특히, 위원회는 급여본인부담금은 의료이용자의 도덕적 해이를 관리하기 위한 통제장치로 OECD(2004)에서도 급여본인부담금의 전체 또는 일부 보장 금지를 권고하고 있음을 들어 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장 제외를 제안함
- OECD 국가 대부분이 의료비 재원에서 공공부문 비중이 우리나라(59.8%)보다 높은 상황을 고려할 때, OECD(2004)는 공보험 보장률이 높은(개인의료비 부담이 낮은) 국가에 대한 권고안으로 해석
 - 민영의료보험을 공보험의 보완형으로 운영하는 상당 국가에서 비급여 이외에 급여본인부담금을 함께 보장함
 - * 급여본인부담금을 보장하는 국가는 독일, 호주, 프랑스, 미국, 덴마크, 벨기에, 스웨덴, 핀란드, 아일랜드, 오스트리아, 이탈리아, 포르투갈, 룩셈부르크, 터키, 뉴질랜드 등이 있음(김광호, 2011)
 - * OECD 국가 중에서 민영의료보험의 급여본인부담금 보장을 법적으로 불허하는 국가로는 스위스가 유일함
 - 일례로 보완형(급여본인부담금) 민영의료보험 시장이 가장 발달한 국가인 프랑스의 경우 국가의 재정 상황을 고려하여 급여본인부담금 보장에 대한 민영보험의 역할 강화 사례로 평가됨
 - * 프랑스 정부는 공공부문 재정부담 완화를 위해 통원 중심으로 민영의료보험의 역할을 확대해 옴
 - * 2000년부터 통원의 급여본인부담금을 지속적으로 확대해 왔으며, 그 결과 통원의 공보험 보장률은 1990년대 초반까지 90% 이상에서 2010년 63% 수준까지 낮아짐

3. 바람직한 실손의료보험 역할: 보완형 vs. 대체형

- 민영의료보험 역할 논의는 1997년 의료개혁위원회에서 공보험의 보완적 역할 담당을 제언하면서부터 시작
 - 참여정부 시절 의료산업선진화위원회를 통해 본격적으로 논의되다가, 현 정부의 효과적인 건강보험 보장성 강화 대책 추진을 위해 실손의료보험 역할 정립 필요성이 다시 쟁점화 됨
 - * 공보험 보장성이 낮은 상태에서 보완재가 아닌 대체재로 인식되는 경향
- 민영의료보험은 공공부문(공보험,보건의료시스템)과 역할 관계에 따라 발전 동인과 보장급부 특성이 결정
 - OECD 중 미국, 그리스, 멕시코 등 일부 국가를 제외하고 대부분 국가에서 전국민대상 건강보장제도를 시행함

〈표5〉 민영의료보험 역할에 따른 발전 동인과 보장급부

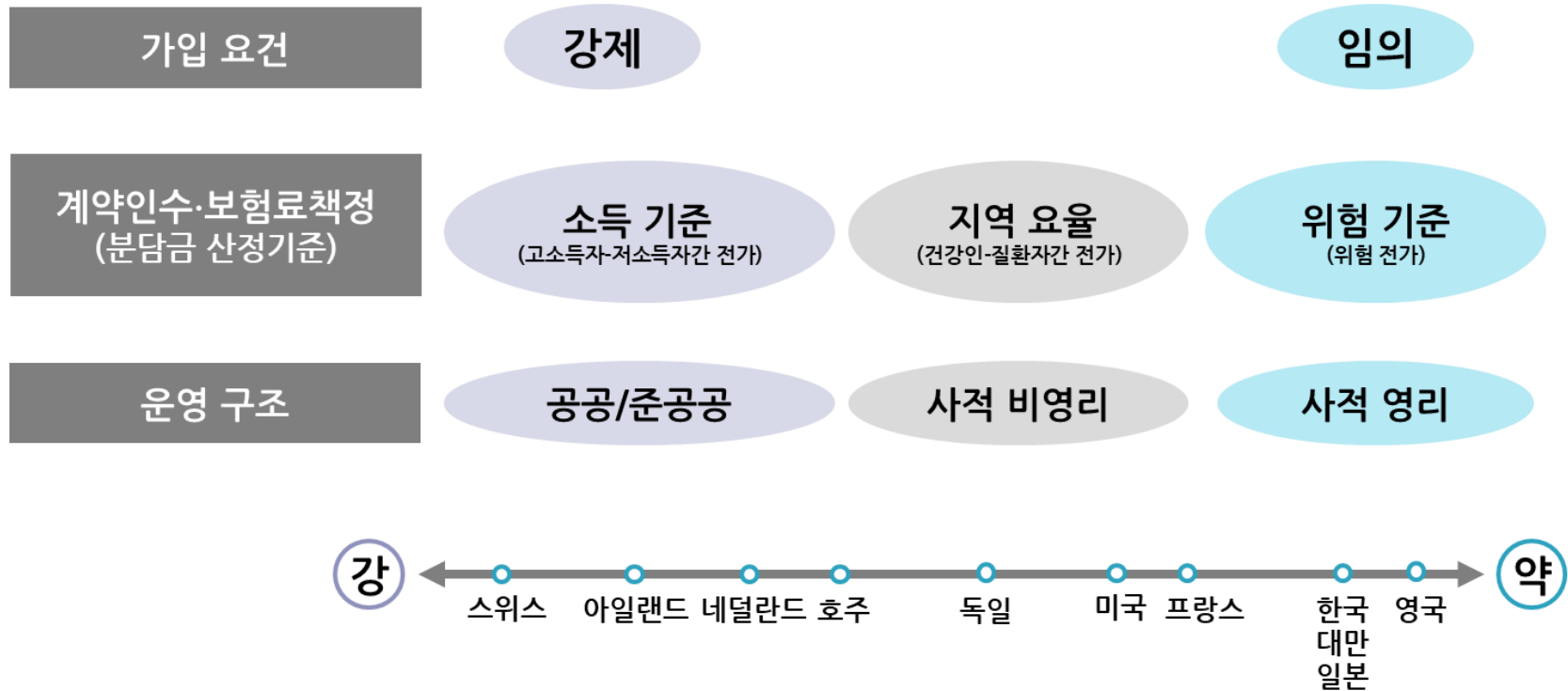
공공부문과 역할관계	국가	민영의료보험시장 발전 동인	민영의료보험보장급부 특성
대체형 (Substitutive)	독일, 미국	전체 국민에서 공보험·공적 재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)
보완형 -공보험 급부보완 (Complementary-service)	독일, 네덜란드, 일본, 한국 등	공보험·공적 재원이 제공하는 보장급부 범위 제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스 (안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형 -공보험 본인부담금 (Complementary-User Charges)	독일, 프랑스, 일본, 한국 등	공보험·공적 재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
보충형 (Supplementary)	유럽 상당국가	공공부문 제공 의료서비스(질, 대기시간 등)의 니즈 차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대

자료: WHO(2016)

[참고] 주요국 민영의료보험 특성 비교

구분	한국	독일	미국	네덜란드	호주	프랑스
공사관계	보완형	보완형 · 대체형	대체형 · 보완형	보완형	보완형 (중복형)	보완형
보험료	성, 연령, 건강상태	연령, 건강상태	지역요율	지역요율	지역요율	연령, 거주지역
계약심사	○	○ 대체형 기본플랜	X	○ 의무가입플랜	X	○
의료비 지불제	환자지불제	환자지불제	제3자 지불제	환자지불제 (일부 제3자)	제3자 지불제	환자지불제 (일부 제3자)
의료수가 결정	의료기관	보건당국	보험회사- 의료기관 협상	보험회사- 의료기관 협상	보험회사- 의료기관 협상	보험회사- 의료기관 협상

[참고] 주요국 민영의료보험의 공공성





감사합니다

「실손의료보험 제도개선」 공청회

실손의료보험 개선방안

정성희

보험연구원 연구위원

2020.10.27.

목 차

I. 개선과제

1. 보험료 구조
2. 보장 구조

II. 개선방안

1. 할인·할증방식 보험료 차등제 도입
2. 급여·비급여 보장구조 분리
3. 보장구조·한도 변경
4. 자기부담금 상향
5. 재가입주기 단축
6. 보험료 영향
7. 요약
8. 한계점과 향후 과제

I. 개선과제

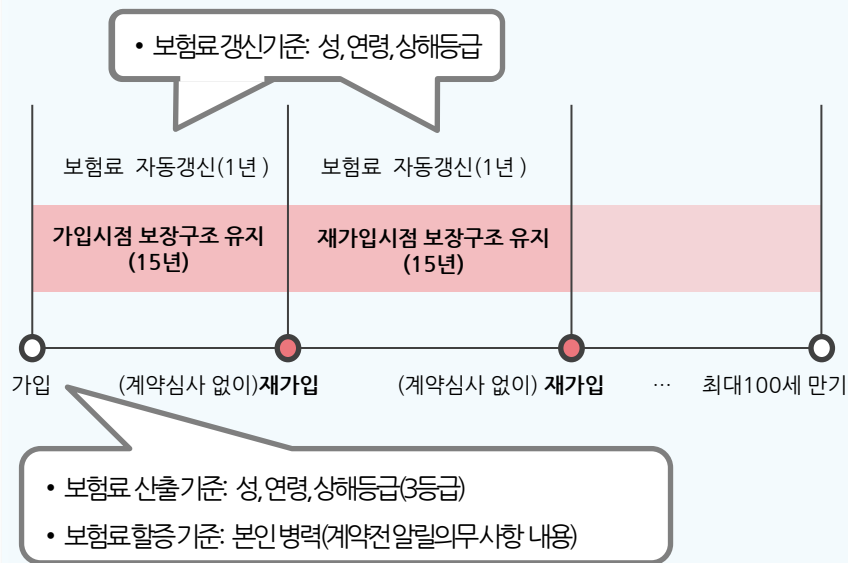
1. 보험료 구조
2. 보장 구조

1. 보험료 구조 (1/2)

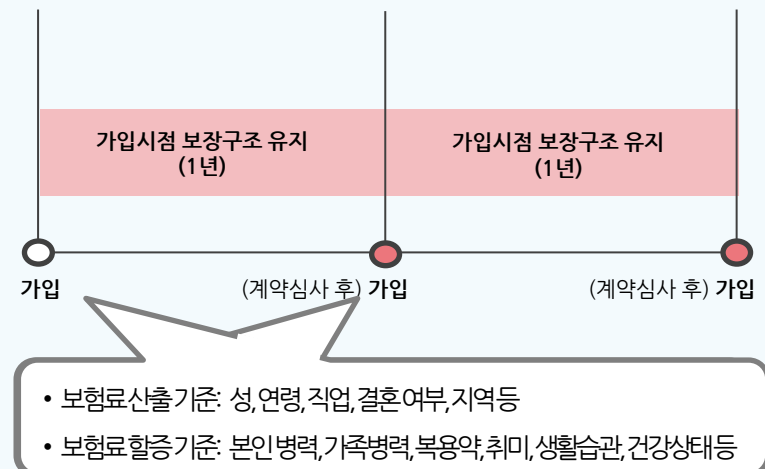
• 보험료 산출 시 가입자별 건강상태·의료이용을 반영하여 개인별 보험료 세분화에 한계

- 실손보험 가입 및 보험료 갱신 시 성, 연령, 상해등급(직업 위험별 3등급) 등 보편적인 인구구조 변수를 반영함
- 가입자는 실제 의료이용과 상관없이 동일한 보험료를 부담하므로 본전 심리에 따른 불필요한 의료이용 발생 가능함

〈그림1〉 실손의료보험 가입·보장 구조



〈그림2〉 주요국 민영의료보험 가입·보장 구조

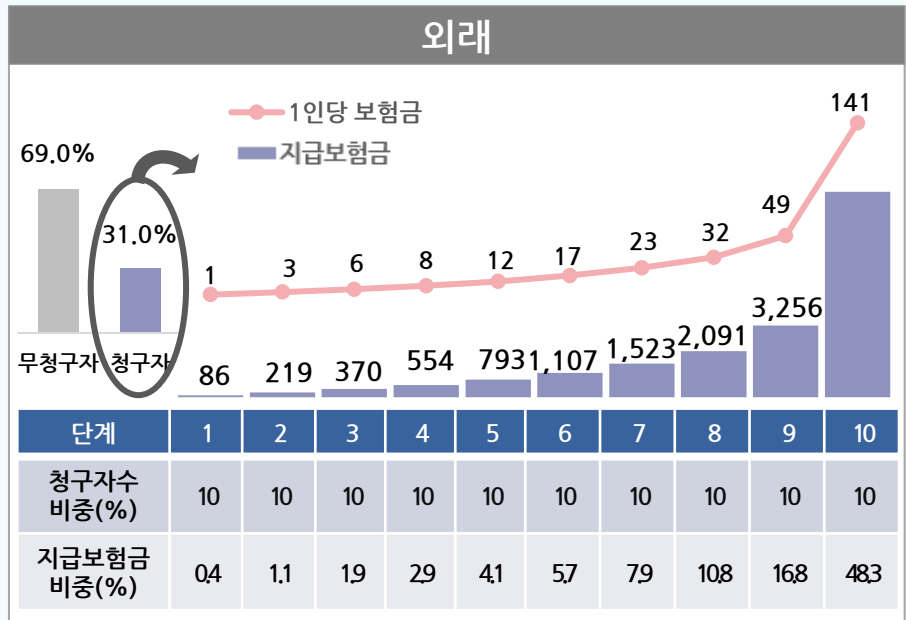
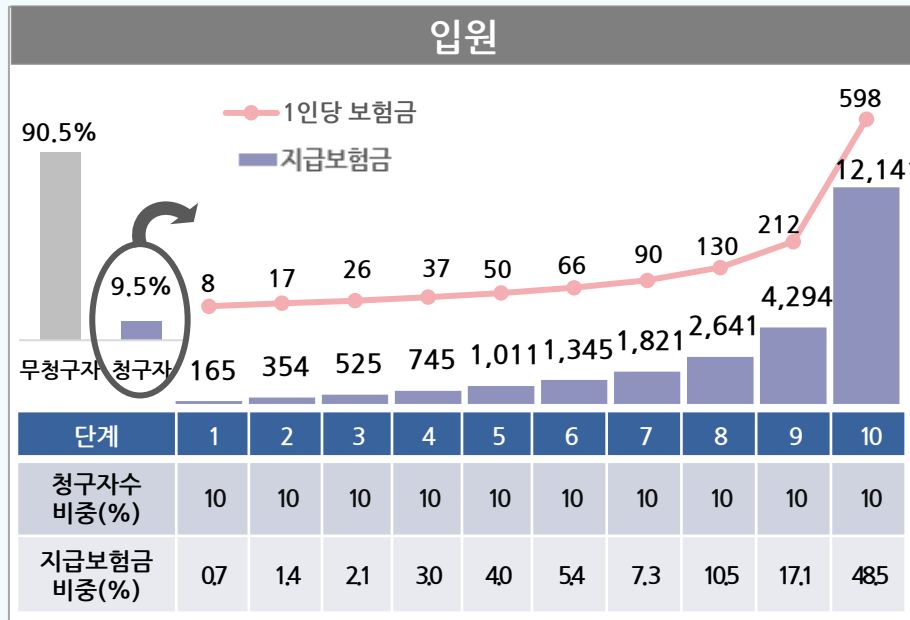


1. 보험료 구조 (2/2)

- 의료이용량과 상관없는 보험료 부담 구조로 일부 과다 의료 이용이 대다수의 보험료 부담으로 전가
 - (입원) 전체 가입자의 95%가 무청구자·소액 청구자로, 연간 100만 원 이상 청구자는 전체 가입자의 2~3% 수준
 - (외래) 전체 가입자의 80% 이상이 무청구자·연간 10만 원 미만의 소액 청구자

〈그림3〉 실손의료보험 지급보험금 현황 분석

(단위: 만 원, 억 원)



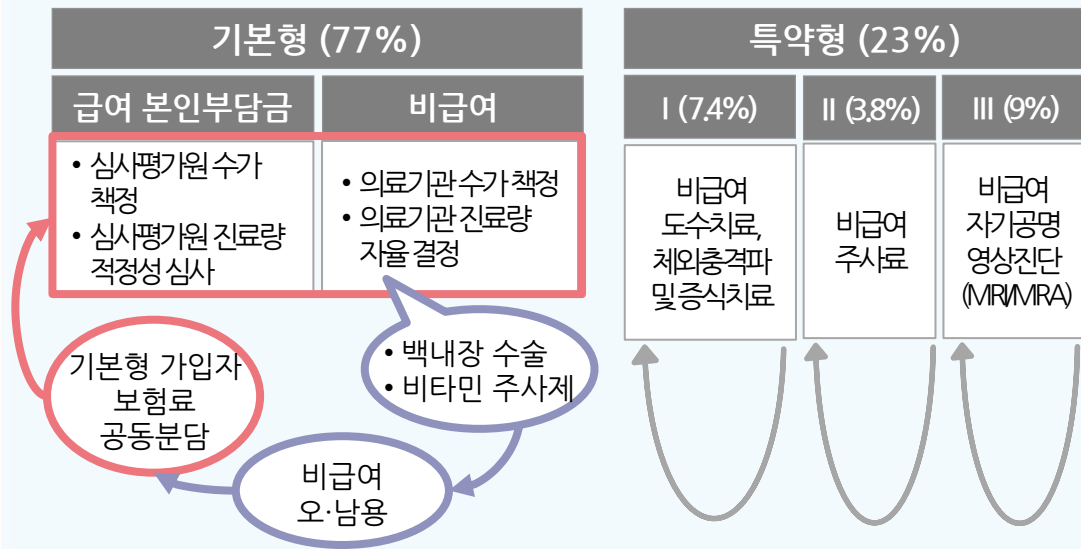
주: 각 구간은 청구자수를 기준으로 한 하위 10%부터 100%까지의 퍼센타일임
 자료: 보험회사 통계(2018년)

2. 보장 구조 (1/4)

• 네거티브 방식의 포괄적 보장구조로 도덕적 해이에 취약하여 불필요한 의료 이용·공급에 쉽게 노출

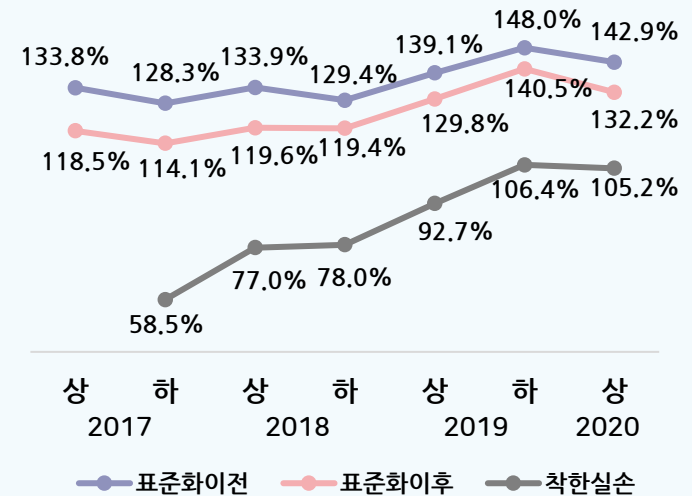
- 대부분의 비급여 항목이 급여와 함께 기본형으로 포괄 운영됨에 따라, ‘일부 오·남용진료에 따른 보험료인상 공동부담 고리’가 존재함
- 착한실손의 위험손해율은 2017년 4월 출시 이후 빠른 속도로 상승하여 2019년 하반기부터 100%를 상회함

〈그림4〉 착한실손보험 보장구조



주: 괄호는 착한실손보험의 일인당 위험보험료 중 해당 담보의 위험보험료 비중임(2020년 상반기 기준)

〈그림5〉 실손의료보험 위험손해율 추이

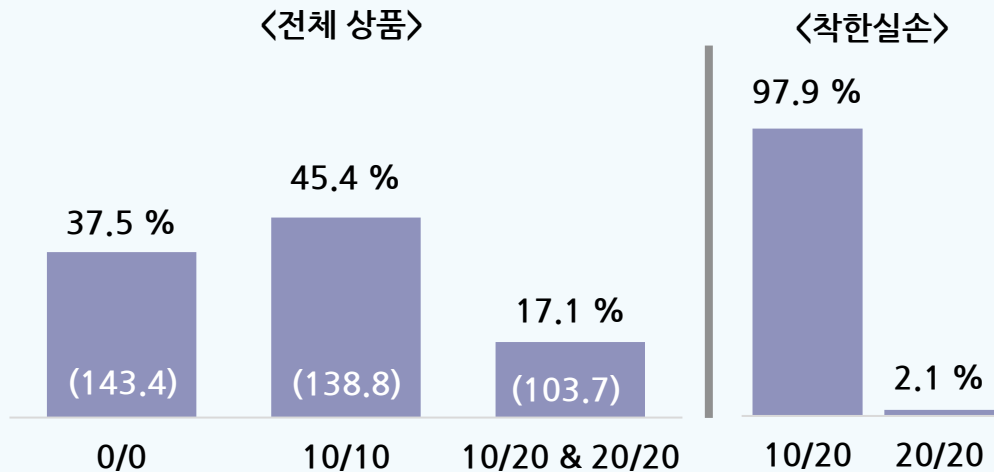


주: 개인실손보험 기준, IBNR포함
자료: 보험회사 통계

2. 보장 구조 (2/4)

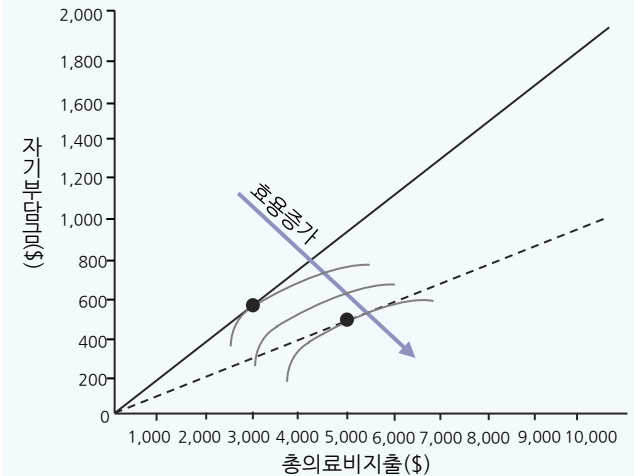
- 실손가입자의 일부 과다 의료이용 방지 및 보험료 인상 요인 억제를 위해 자기부담금 확대 필요
 - 가입자의 자기부담금은 의료쇼핑, 오·남용진료 등 일부 실손가입자의 도덕적 해이가 보험료 상승 요인으로 작용하는 것을 방지하기 위해 2009년 10월 표준화 이후부터 본격적으로 도입되었으나 아직까지 그 기능이 약하다는 평가임

〈그림 6〉 자기부담률에 따른 위험보험료 비중



주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 급여/비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3. 괄호는 해당 상품의 위험손해율(=(지급보험금+IBNR)/위험보험료)임
 자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

〈그림 7〉 의료이용량의 가격탄력성



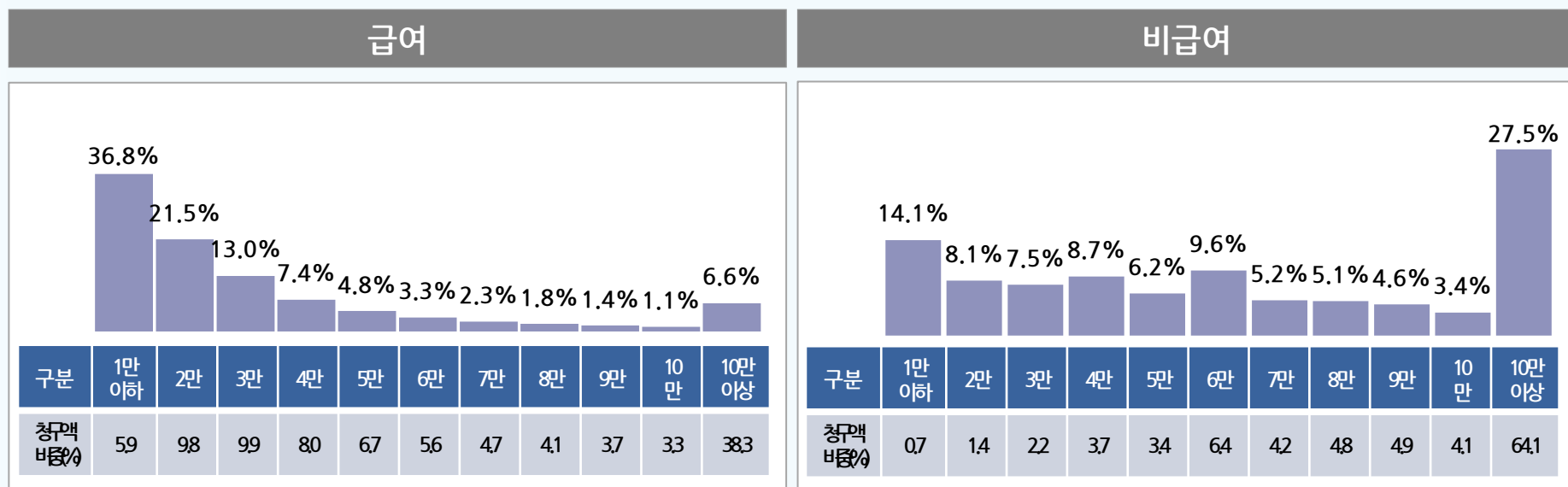
자료: Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND health insurance experiment, three decades later. *Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197-222.

2. 보장 구조 (3/4)

• 통원의 도덕적 해이 가능 축소 및 지나친 소액 의료이용 방지를 위해 최소 공제금액 조정 필요

- 불필요한 급여의 소액 의료이용 등에 따른 공적 건강보험의 재정 악화를 방지하고, 도덕적 해이 가능성이 높은 비급여의 통원 이용에 대한 적절한 통제가 가능하도록 최소 공제금액을 조정할 필요가 있음
- 특히, 현행 의료기관별 공제금액 차등 적용은 통원의 비급여에 대한 도덕적 해이 통제 기능이 미흡함

〈그림8〉 통원의료비 청구건수 및 청구금액 비중



자료: 생명보험회사 통계(2018년)

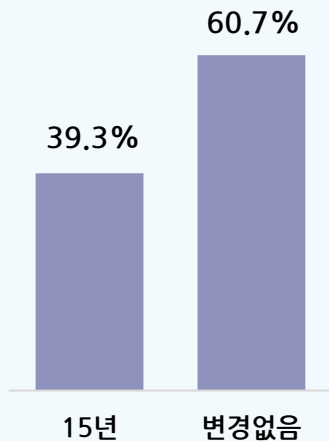
2. 보장 구조 (4/4)

• 의료환경·진료행태 변화에 따라 능동적인 보장구조 개편이 가능하도록 재가입주기*를 단축할 필요

* ‘보장내용 변경주기’를 의미, 동일 보험회사의 실손의료보험에 재가입 시 과거 사고 이력 등을 이유로 계약 인수를 거절하지 못함

- 의료환경 변화에 따른 면부책 기준 변경 사유 발생, 신의료기술 등에 따른 새로운 비급여 항목 생성, 공보험과 연계한 긴밀한 대응 등을 감안해 볼 때, 현재 15년 재가입주기를 단축할 필요가 있음

〈그림9〉 재가입주기비중



자료: 10개 손해보험회사 통계
(2020년 3월말 기준)

〈표1〉 재가입주기 단축이 필요했던 과거 사례

사례1. 실손보험의 보장범위 확대에 따라 기존 가입자도 혜택 가능

2016.1.1. 개정된 실손의료보험 표준약관에 따라 우울증, 조울증, 공황장애 등 일부 정신질환을 보장 대상에 포함하고, 입원의료비 보장기간을 보장한도 도달 시까지로 확대하는 등 가입자의 의료이용 접근성 제고 및 불편해소를 위해 표준약관을 개정·시행했으나, **신규계약(2016.1.1. 이후 가입)에 적용**

사례2. 공보험과 연계하여 과잉 의료이용에 효율적 대응 가능

메르스 후속대책의 일환으로 대형 응급실의 과밀화 해소를 위해 건강보험은 비응급환자의 상급종합 병원 응급실 이용 시 응급의료관리료(6만 원 내외)를 환자가 전액 부담토록 하고 있으나, 실손보험에서 이를 보장해 주고 있어, 동 제도의 실효성이 낮은 상황 → 실손보험도 이를 보장해 주지 않도록 표준약관을 변경(2016.1.1.)하였으나, **신규계약(2016.1.1. 이후 가입)에 적용**

사례3. 보상여부에 대한 불필요한 민원방지 및 소비자 보호 가능

의료기술 발전 등에 따라 새로운 질병이 분류되거나 조정되는 경우(KCD 변경 등), 실손보험 약관상 정해진 면·부책 사항(KCD코드로 면책 규정 등)을 조정할 필요성이 발생

[참고] 착한실손보험 자기부담금 구조

구분	기본형		특약형		
	입원	통원	I	II	III
정액공제금 (deductible)	-	의료기관종별 1~2만 원	최소 2만 원		
정률공제금 (co-insurance)	표준형		30%		
	급여20%	비급여20%	급여10%	비급여20%	
최대한도 (maximum Benefit)	최대 5천만 원	회당 최대 30만 원 연간 180회	연간350만원 연간50회	연간250만원 연간50회	연간300만원

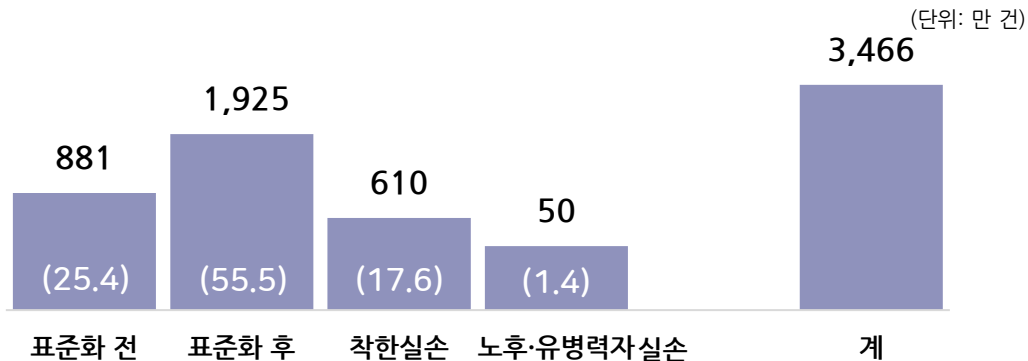
주: 1. 특약형I = 비급여 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료

2. 특약형II = 비급여 주사료

3. 특약형III = 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

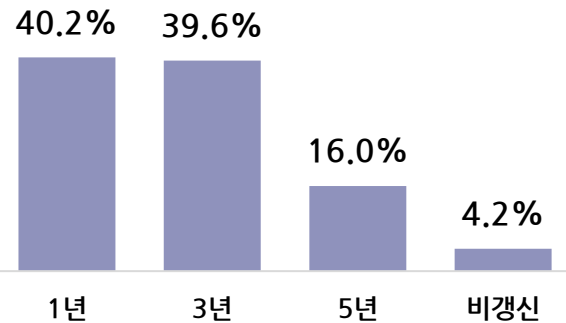
[참고] 실손의료보험 보유계약 구조

보유계약건수



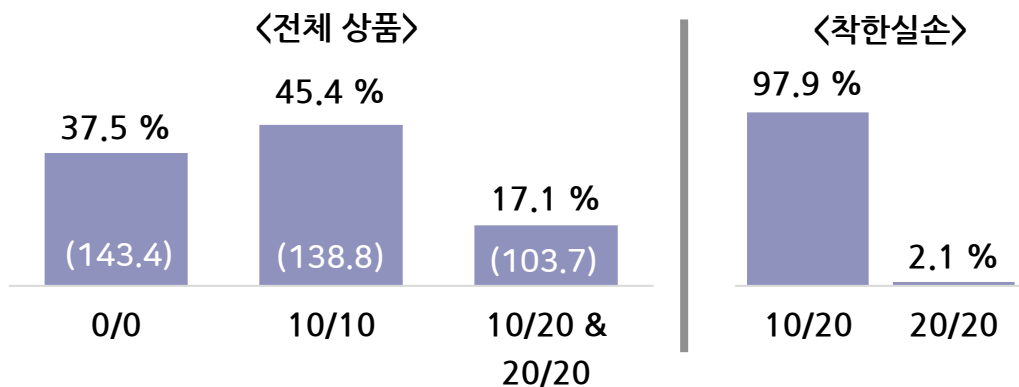
주: 개인실손의료보험 대상으로 단체실손의료보험은 제외함. 괄호는 보유계약건수가 차지하는 비중임
 자료: 보험회사 통계(2020년 상반기 기준)

보험료 변경주기



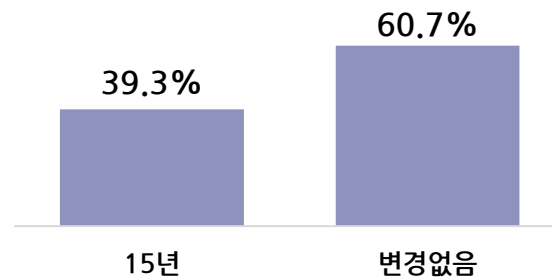
자료: 10개 손해보험회사 통계(2020년 3월말 기준)

자기부담률에 따른 위험보험료 비중



주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 급여/비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3. 괄호는 해당 상품의 위험손해율(=(지급보험금+IBNR)/위험보험료)임
 자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

재가입주기



자료: 10개 손해보험회사 통계(2020년 3월말 기준)

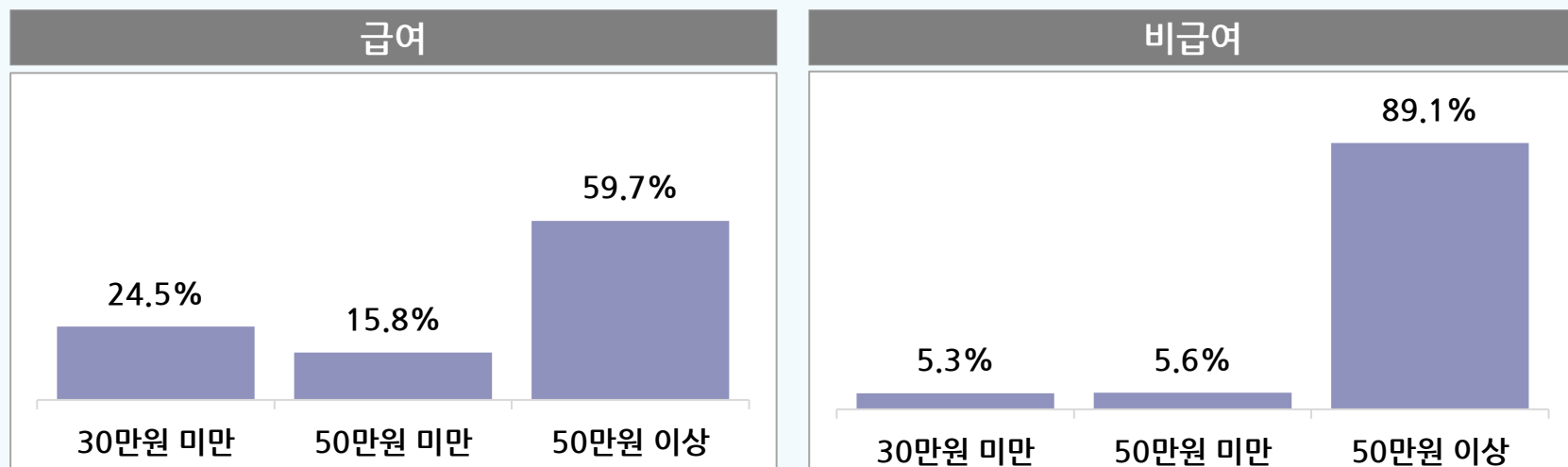
II. 개선방안

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 | 5. 재가입주기 단축 |
| 2. 급여·비급여 보장구조 분리 | 6. 보험료 영향 |
| 3. 보장구조·한도 변경 | 7. 요약 |
| 4. 자기부담금 상향 | 8. 한계점과 향후 과제 |

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (1/4)

- 실손가입자의 개별 비급여 의료이용량(청구 실적)과 연계하여 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입
 - 질병 발생은 불가피한 측면이 있으나 가입자의 건강관리 정도에 따라 어느 정도 통제가 가능하다는 점에서 의료이용량에 따른 보험료의 할인·할증 적용이 가능함
 - 또한, 가입자의 보험료 세분화 한계 및 비급여 오·남용 완화를 위해, 비급여 보장에 대한 보험료 차등제 도입을 검토함

〈그림10〉 실손의료보험 청구금액 분포



주: 실손의료보험 표준화상품 선택형I(급여90%, 비급여90% 보장) 상품의 입원 청구통계
 자료: 생명보험회사 통계(2018년)

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (2/4)

• 보험료 차등제 도입을 통해 역선택·도덕적해이 방지 완화 및 가입자의 보험료 부담 형평성을 제고

- 보험가입 시점에 충분히 반영되지 못한 가입자(피보험자)의 특성을 가입 이후 보험료에 반영한다는 점에서 역선택 및 도덕적 해이 방지에 효과가 큼
- 또한, 가입자의 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과함으로써 가입자 간 보험료 부담 형평성을 제고함

〈표2〉 보험위험과 상품개선 방안

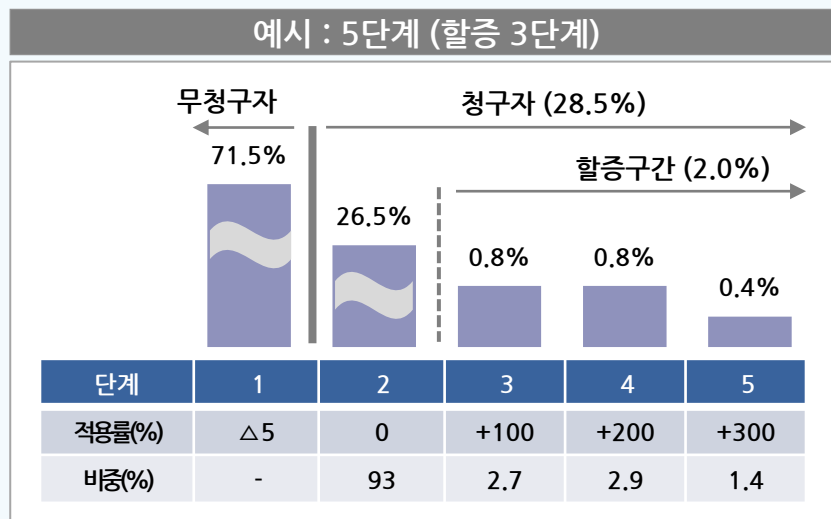
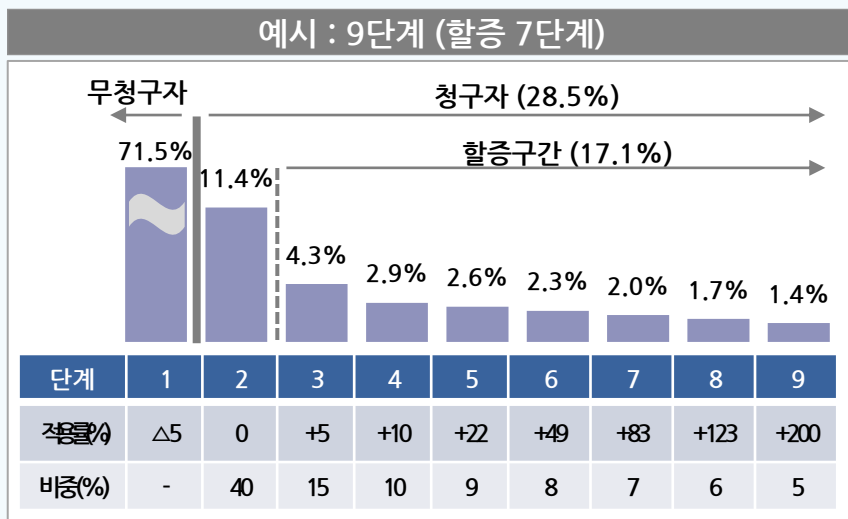
상품 특성	문제점	해결 방안
보험료 세분화 미흡 (성별, 연령, 상해등급으로만 구분)	• 가입자의 위험특성을 충분히 반영하지 못함	역선택 ↑ 보험료 세분화 도덕적 해이 ↑ 비용 공유 보험료 차등제
갱신·재가입시 거부 불가능 (1년갱신매15년재가입)	• 유지와 탈퇴를 전적으로 가입자가 결정	
포괄적인 보장구조	• 도덕적 해이 가능성이 큰 담보의 유입 가능성	

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (3/4)

• 전체 실손가입자의 연간 비급여 의료이용량(청구 실적)을 기준으로 할인·할증 단계를 구분

- 매년 실손가입자의 비급여 청구 실적을 평가하여, 할인·할증 단계(적용률)를 결정, 이를 차년도 갱신보험료에 반영함
- 할인·할증단계는 할인(무청구자), 할증(소액할증, 고액할증), 할인·할증 미적용(소액청구, 적용 제외 대상)으로 구분함
- 실손가입자의 할인·할증은 매년 산정해 차년도 갱신보험료에 한 번만 적용(할인·할증 적용 위한 보험금 지급이력 매년 초기화)

〈그림 11〉 보험료 차등제(안)의 단계별 청구자 수 비중



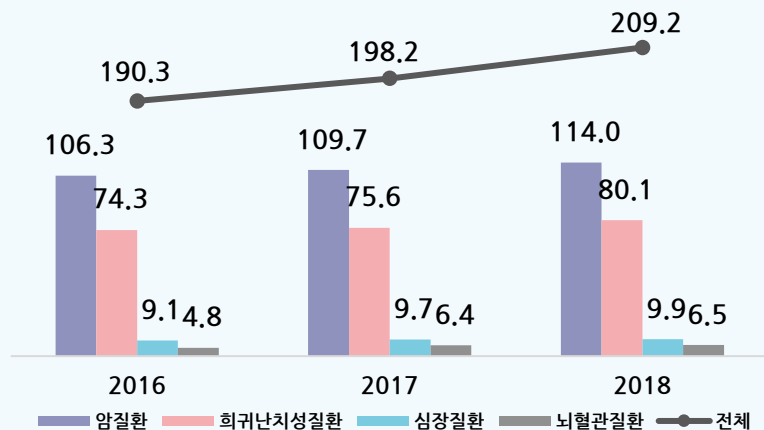
주: 비중은 청구자(2~9단계) 중에서 각 단계별 청구자의 비중을 뜻함
 자료: A보험회사 통계

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 (4/4)

- 실손가입자의 의료 접근성이 지나치게 제한되지 않도록 차등제 적용 제외 대상자를 신중하게 결정
 - 가입자가 보험료 할인단계 유지를 위해 필요한 의료이용을 기피할 경우 초기 치료 기회를 놓쳐 건강상태가 악화되거나 더 큰 의료비용 부담으로 이어질 가능성이 있음
 - 4대 중증질환자, 건강보험 산정특례 대상, 장기요양등급 대상 등 이해관계자의 충분한 의견 수렴을 통해 결정

〈그림12〉 산정특례 및 4대 중증질환자 수 추이

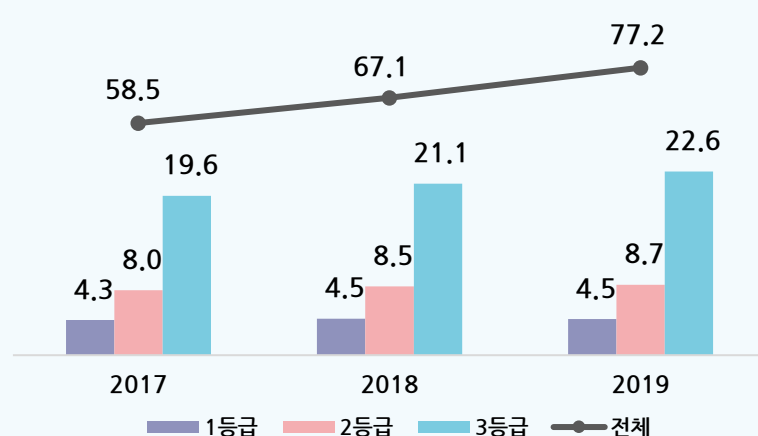
(단위: 만 명)



자료: 건강보험통계연보 각 연도

〈그림13〉 노인장기요양보험 인정자 수 추이

(단위: 만 명)



자료: 노인장기요양보험통계연보 각 연도

[참고] 착한실손보험 보험료 할인제도

〈표3〉 착한실손보험 보험료 할인제도 개요

대상	• 2017.4.1. 이후 신규 가입한 착한실손 계약(108,801건) • 구실손계약의 착한실손 전환 계약(2017.4.1~2018.12.31까지 43천여 건) * 단체실손·유병력자실손·노후실손보험은 제외
판정기간 (2년)	• 갱신일의 2년전 전전월의 1일(2년차 갱신 시 최초 보험개시일) ~ 갱신일의 3개월전 말일 (예) 2017.4.18. 체결 계약, 2년차 갱신(2019.4.18.): 2017.4.18 ~ 2019.1.31.(1년 9개월) 3년차 갱신(2020.4.18.): 2018.2.1. ~ 2020.1.31.(2년)
할인대상	• 판정기간 중 담보별로 비급여 의료비 보험금 미수령자 * 담보(7개): ① 기본계약(상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원) ② 특약(도수치료 등, 비급여주사제, 비급여 MRI) * 4대 중증질환(암,뇌혈관,심장,희귀난치성)의 비급여 의료비 보험금 수령은 제외
할인금액	• 할인대상 담보별 차기 연간 갱신보험료의 10% 할인

〈표4〉 보험료 할인 효과 추산

- 2019.4월까지 유지계약(83,344건) 중 모든 보장 담보에 대한 보험료 할인대상 계약(56,119건, 67.3%)
- 보험료 할인대상 계약의 차기 연간갱신보험료(88억 원)의 8.8억 원(10%)

〈그림14〉 보험료 인상률이 15%인 경우

〈갱신전 보험료〉

20,000 원



〈갱신후 보험료〉

23,000원

보험금 수령자

20,700원



10% 할인

보험금 미수령자

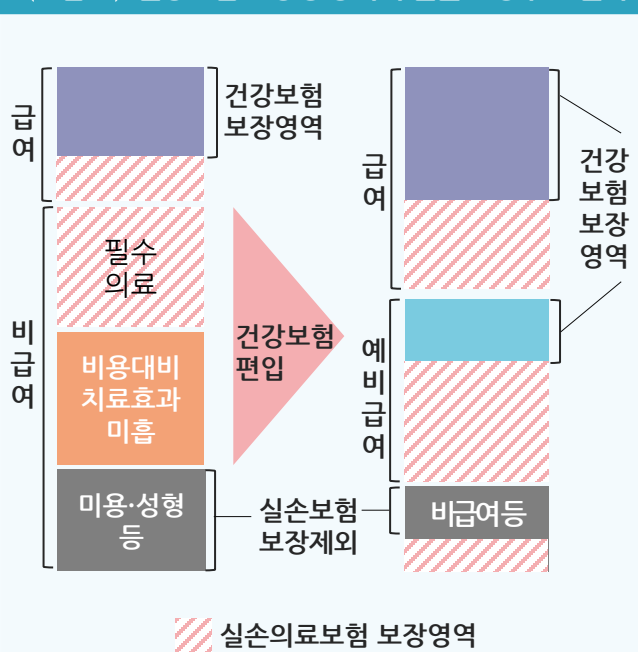
자료: 금융감독원 보도자료(2019.4.30.) 참고 재작성

2. 급여·비급여 보장구조 분리 (1/2)

• 현재 포괄 보장 구조를 실질적인 의료비 기준인 급여와 비급여로 구분하여 운영을 검토

- 급여(필수의료)와 비급여(비필수, 선택의료)의 의료 특성을 감안하여, 기본형과 특약으로 분리 운영을 검토할 필요가 있음
- 또한 비급여에 대한 할인·할증방식 보험료 차등제 도입을 감안해 볼 때, 보장구조를 급여와 비급여로 분리할 필요가 있음

〈그림15〉건강보험 보장성 강화와 실손 보장구조 변화



〈표5〉실손의료보험 상품구조 개편(안) - 급여·비급여 보장구조 분리

착한실손 보험료			개 편(안) 보험료		
기본형	급여	10,497원	기본형	급여	4,894원
	비급여				
+			+		
특약형 (비급여)	도수치료 체외충격파치료 중식치료	1,303원	특약형	비급여	9,029원
	주사료				
	자기공명영상진단 (MRI/MRA)				
=			=		
영업보험료 13,922원			영업보험료 13,923원 ± α		

비급여의료
이용량반영
보험료
할인·할증

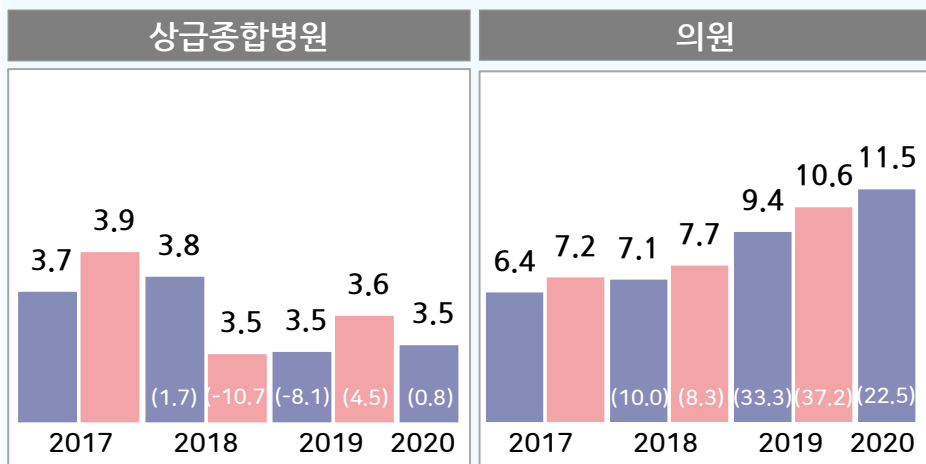
주: A보험회사 착한실손보험 선택형(급여 10%, 비급여 20%), 입원 5천만, 외래 25만, 처방 5만, 3대 비급여 특약가입, 남자 40세 상해1급 기준

2. 급여·비급여 보장구조 분리 (2/2)

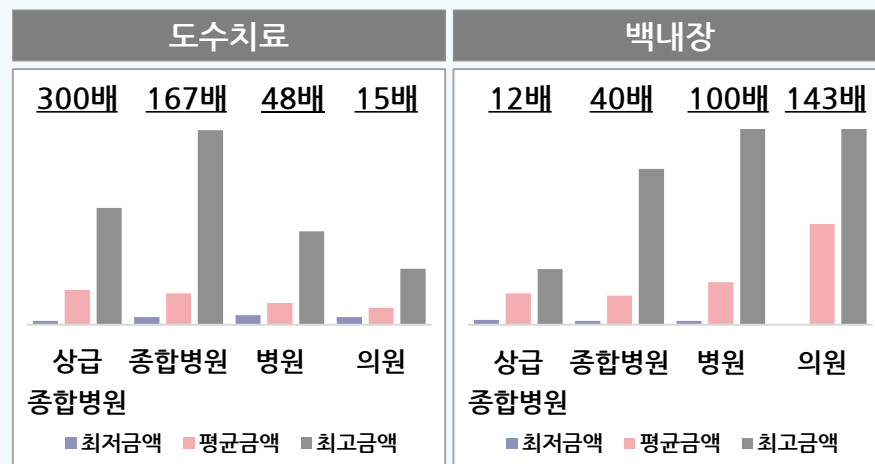
- 보험회사는 급여와 비급여로 분리·지급함에 따라 비급여에 대해 별도 보험료 및 보험금 관리가 가능
 - 비급여는 보장 특성 및 가입자의 의료 성향 편차가 급여에 비해 크므로 역선택·도덕적 해이 발생 유인이 높음
 - 실손보험 청구금액의 상당부분을 비급여가 차지하고 있어, 오·남용진료 발생에 취약함

〈그림 16〉 실손의료보험 비급여 청구 추이

(단위: 천억 원)



〈그림 17〉 의료기관 간 비급여 진료비용 편차



3. 보장구조·한도 변경

• 보장구조는 상해·질병 구분 및 입원·통원 통합하고, 보장한도를 착한실손보험과 동일 수준으로 설정

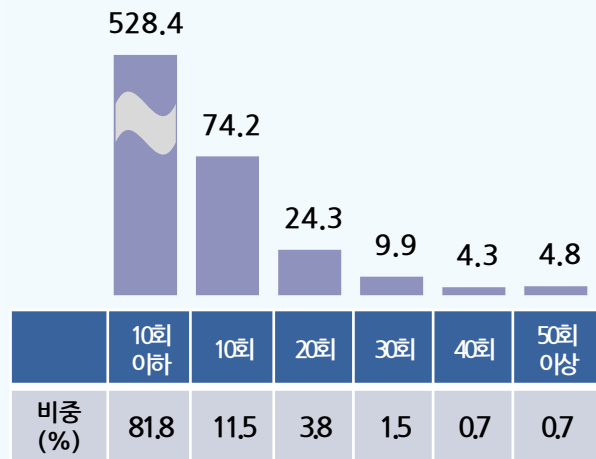
- 상해·질병은 위험특성이 상이하고, 상법·보험관련 법규에서 별도 보험종목(계약)으로 규정하고 있으므로 구분 운영함
- 동일 상해·질병에 대한 입·통원은 의료인 판단에 따른 조치로, 실손가입자 측면에서 운영 실익이 없어 통합 운영함
- 보장구조 개편에 따라 전체 보장한도는 현행과 유사한 수준(약 2억 원)으로 설정(통원 한도는 상향조정, 회당 30→40만 원)
- 다만, 현행 통원 횟수가 연 180회(급여+비급여)임을 고려하여, 비급여의 통원횟수 제한을 검토할 필요가 있음

〈표6〉 실손의료보험 상품구조 개편(안) - 보장구조 및 보장한도

현 행			개 편(안)		
입 원	질 병	하나의 질병당 5천만 원	주계약 (급여)	질 병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
	상 해	하나의 상해당 5천만 원		상 해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
통 원	질 병	회당 30만 원/연 180회	특약 (비급여)	질 병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)
	상 해	회당 30만 원/연 180회		상 해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)

〈그림18〉 연간통원 청구자분포

(단위: 만 명)



자료: 6개 손해보험회사 통계

4. 자기부담금 상향

• 급여·비급여의 자기부담률을 20·30%(10%p 상향), 통원 최소 공제금액을 1·3만원 검토

- 자기부담률 상향은 불합리한 의료서비스 이용 억제 및 도덕적 해이 예방에 효과적이거나, 과도한 상향에 따른 가입자의 부담 증대가 있고, 유병력자 실손보험(급여 30%, 비급여 30%)과의 형평성을 고려하여 각각 10%p를 상향함
- 소액 의료이용 등에 따른 공적 건강보험 재정악화 방지, 비급여에 대한 도덕적 해이 완화, 가입자의 부담가능한 수준 등을 고려하여, 급여와 비급여의 통원 최소 공제금액을 각각 1만 원, 3만 원으로 의료기관 구분 없이 동일하게 적용함

〈표7〉 실손의료보험 상품구조 개편(안) - 자기부담률, 최소 공제금액

현행																		
구분	급여		비급여															
자기 부담률	입원	통원	입원	통원														
	10% / 20% 선택		20%															
최소 공제 금액 (통원)	통원																	
	<table><thead><tr><th>구분</th><th>의원</th><th>병원</th><th>상급종합</th><th>처방</th></tr></thead><tbody><tr><td>외래</td><td>1만원</td><td>1.5만원</td><td>2만원</td><td></td></tr><tr><td>처방</td><td></td><td></td><td></td><td>8천원</td></tr></tbody></table>				구분	의원	병원	상급종합	처방	외래	1만원	1.5만원	2만원		처방			
구분	의원	병원	상급종합	처방														
외래	1만원	1.5만원	2만원															
처방				8천원														

개편(안)				
구분	급여		비급여	
	입원	통원	입원	통원
자기 부담률	20%		30%	
최소 공제 금액 (통원)	통원			
				

5. 재가입주기 단축

- 의료환경 변화 및 건강보험 정책 추진에 대응하기 위해 재가입주기를 현행 15년에서 5년으로 단축
 - 빠르게 변화하는 의료기술, 진료 및 의료이용 행태 변화 등에 시의성 있게 대응하고, 정부의 건강보험 정책 변화(통상 4~5년)에 따라 보완형의 역할을 합리적으로 정비하기 위해서는 현행 15년을 5년 이하로 단축할 필요가 있음
 - 다만, 지나친 단축 시 재가입 불편 등의 우려가 예상되므로 재가입주기를 5년으로 하는 것이 적절하다고 판단됨

〈표8〉 건강보험 중기보장성 강화 계획

2차 (2009~2013)	3차 (2014~2018)	4차 (2018~2022)주)	5차 (2023~2027)
• 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (척추·관절) • 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) • 구강 보험 적용 • 임·출산 지원 강화 • 본인부담상한액 3단계	• 4대 중증질환 선별급여 • MRI 보험적용 확대 (뇌·심장) • 초음파 보험적용 확대 (임산부·간질환) • 3대 비급여 해소 추진 • 생애주기 필수의료 보장 • 본인부담상한액 7단계	• 예비 급여 • MRI 보험적용 확대 (디스크, 혈관성 질환, 복부) • 초음파 보험적용 확대 (심장, 수술중, 근골격계) • 3대 비급여 실질적 해소 • 재난적 의료비 지원 • 본인부담 상한액 설정	?

2013년

2028년

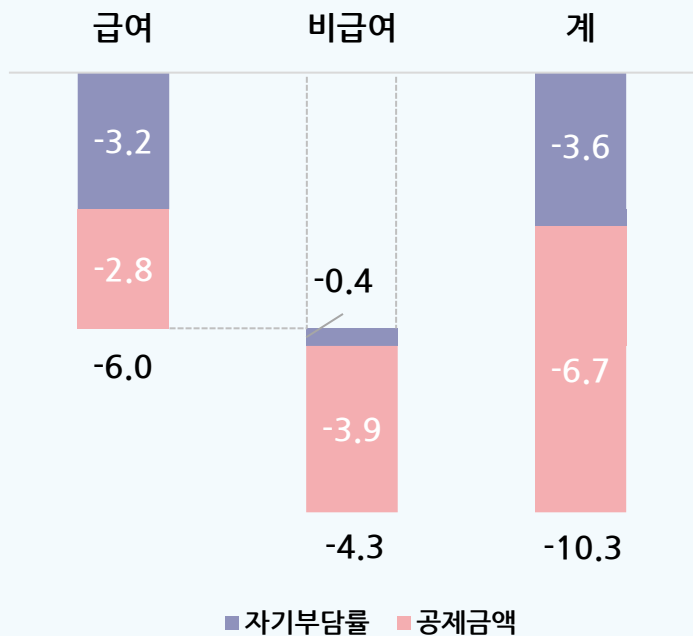
재가입주기(15년)

주: 4차(2018~2022)는 건강보험 보장성 강화 정책의 내용을 기초로 별도 작성함
 자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

6. 보험료 영향: 10.3% 감소 (1/2)

〈그림 19〉 지급보험금 변동 효과

(단위: %)

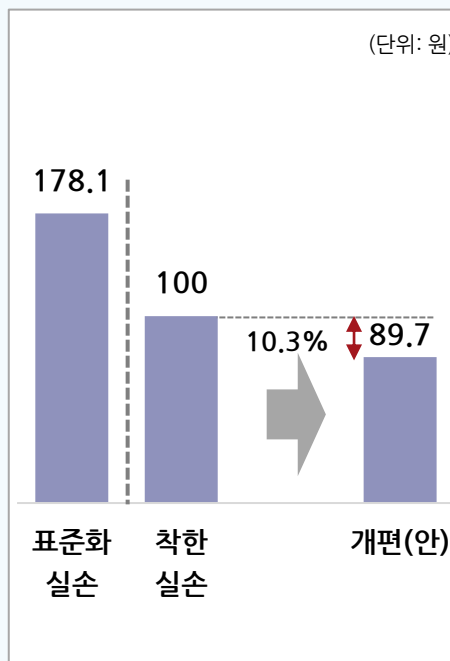


주: 1. 착한실손(급여 90%, 비급여 80%, 특약 70% 보장 상품) 기준임
2. 착한실손(자기부담률, 공제금액 모두 적용), 개편(안)(자기부담률만 적용) 비교

〈그림 20〉 영업보험료 예시

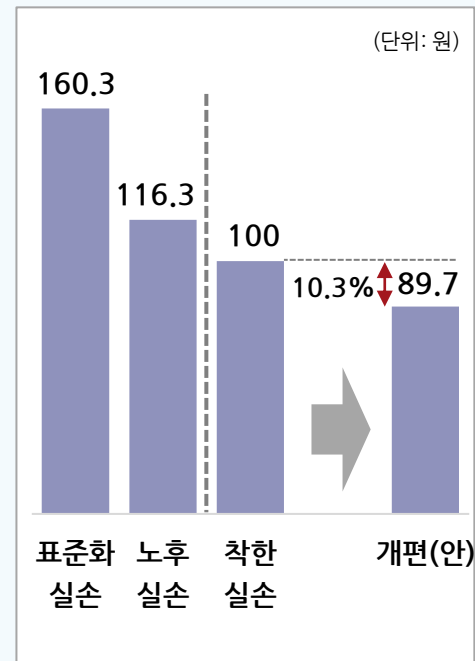
40세 기준

(단위: 원)



55세 기준

(단위: 원)



주: 1. 착한실손(90/80)은 상해 1급, 남자, 입원 5천만원, 외래 20만원, 처방조제 10만원 보장 한도 기준
2. 표준화실손(90/90)은 상해 1급, 남자, 입원 5천만원, 외래 20만원, 초방조제 10만원 보장 한도 기준
3. 노후실손은 남자, 상해·질병 각 1억원, 상급병실차액 2천만원, 요양병원 5천만원 보장 한도 기준

6. 보험료 영향: 비급여 보험료 할인·할증 (2/2)

비급여 보험료 및 보험금 수령 내역				차등제 적용 전		차등제 적용 후	
계약자	보험료 (2021)	보험금 (2021)	보험금 (2022)	보험료 (2022)	보험료 (2023)	보험료 (2022)	보험료 (2023)
1	100	1,100	0	110	121	155	115
2	100	0	1,210	110	121	105	175
3	100	0	0	110	121	105	115
...	...	...	...	...	...	...	...
10	100	0	0	110	121	105	115
계	1,000	1,100	1,210	1,100	1,210	1,100	1,210

110에서
41%
할증

110에서
5%
할인

121에서
5%
할인

121에서
45%
할증

총액 동일

주: 가정 1. 개편(안) 실손보험 비급여 계약자 10명(2021년 ~ 2023년 가입 유지), 2021년 1인당 연 비급여 보험료 100원, 2021~2022년 비급여 위험손해율 110% 가정
 가정 2. 비급여 보험금 수령실적: 2021년 1번 계약자 1,100원, 2022년 2번 계약자 1,210원

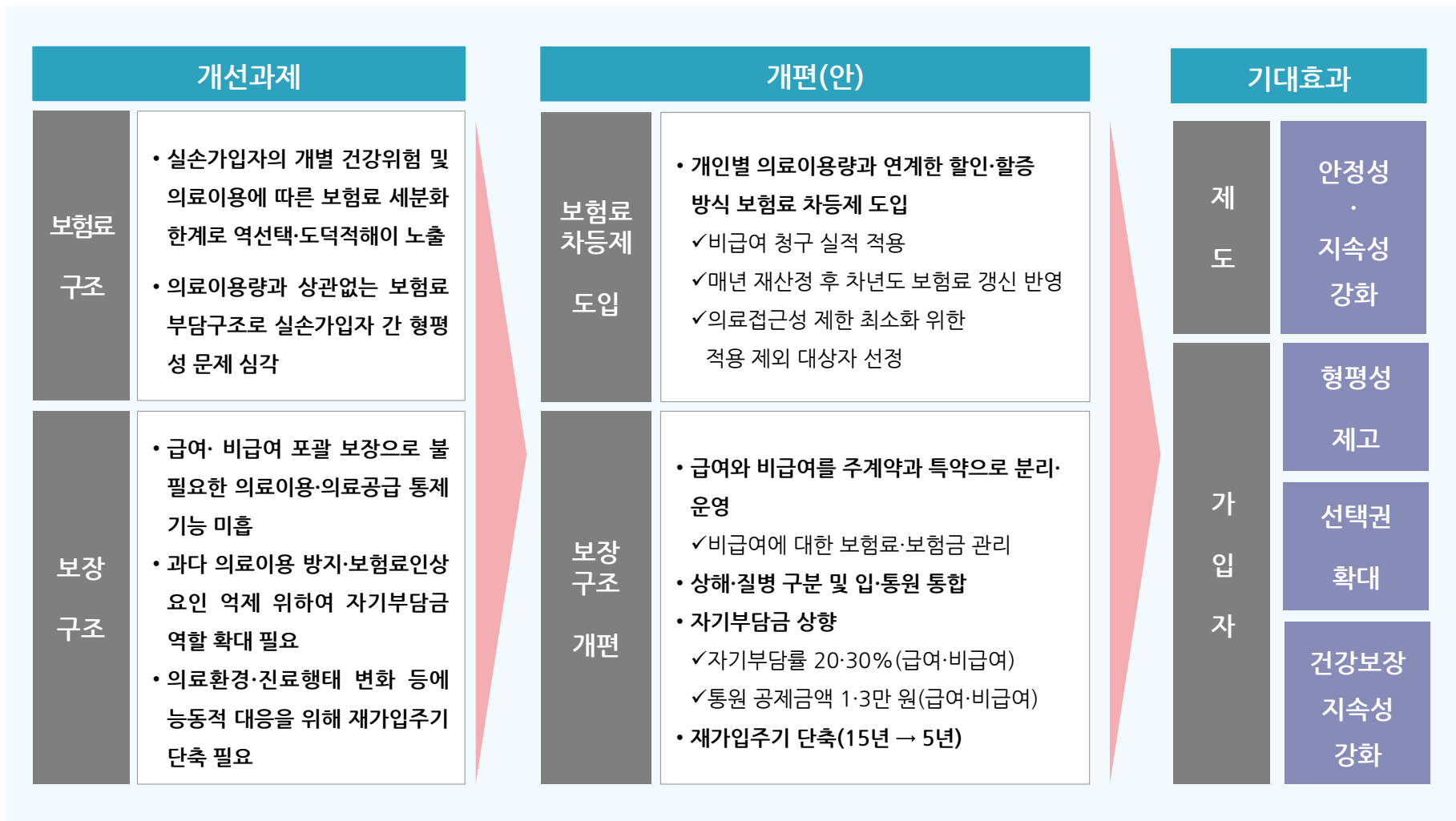
2009.10 **2013.1** **2017.4** **2021(예정)**

구분	표준화 전(25.4%)	표준화 후 (55.5%)		착한실손 (17.6%)
보험료 변경주기	1, 3, 5년 비갱신	3, 5년		1년
보장구조 변경주기	없음	없음		15년
보장구조	자기 부담률	0%	급여	비급여(3대특약)
			10% / 20%	20% (30%)
	한도	입원	5천만 원	
		통원	30만 원	
공제	통원(1회)	외래	1~2만 원	
	5천원	처방	8천 원	

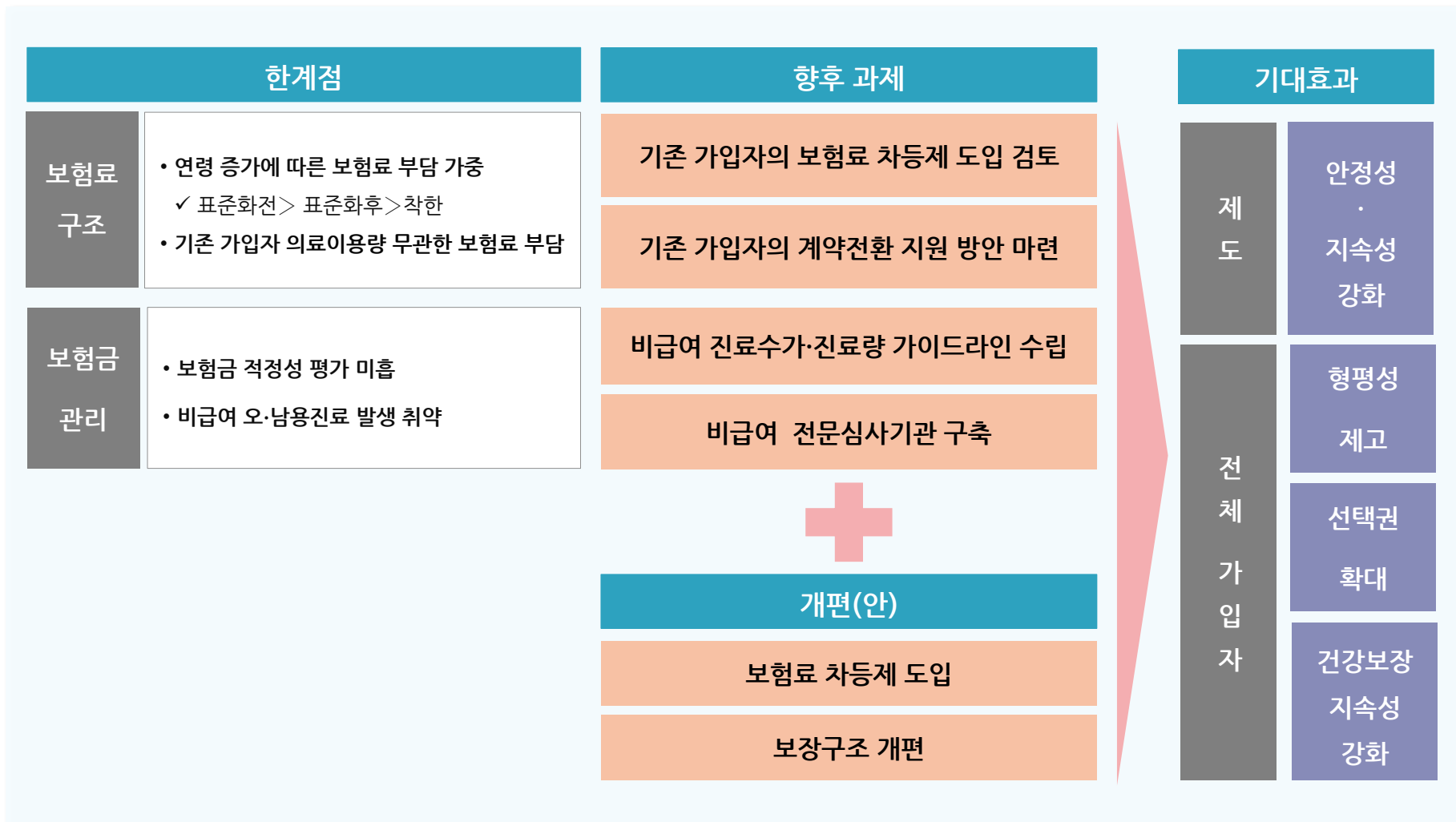
개편(안)	
1년	
5년	
급여	비급여
20%	30%
5천만 원	5천만 원
20만 원	20만 원
1만 원	3만 원

kiri 보험연구원

7. 요약 (2/2)



8. 한계점과 향후 과제



감사합니다.