

CEO Brief

CEO Brief는 보험산업 관련 이슈를 분석하여 보험회사 CEO와 유관기관의 기관장분들께만 제공되는 리포트입니다.

건강보험 지속성을 위한 정책과제¹⁾

요약

비급여 항목은 공·사 건강보험제도 재정에 부정적인 영향을 미치고 필수의료 공백 문제를 야기하는 가운데, 의료개혁특위는 과잉 의료 이용을 제어하기 위한 실손의료보험 상품 개선을 추진하고 있음. 건강보험제도의 지속가능성 제고를 위해서는 비급여 정보 제공 및 심사 강화, 병행진료 제한 등을 통해 비(非)중증 비급여의 과잉 공급을 억제할 필요가 있음. 보험업계는 신규 실손의료보험 상품의 보장범위 및 수준을 보건정책과 연계하여 합리화하고, 실손의료보험 요율 정상화를 위해 신상품 최초 요율조정주기 단축(예: 현행 5년 → 3년) 등을 고려해야 함

1. 실손의료보험 현황과 우려 사항

- 총진료비와 비급여 규모가 증가 추세를 보이는 가운데(〈그림 1〉 참조), 보건당국은 건강보험의 재정적 지속가능성 제고 및 적정 의료 이용 유도를 위한 실손의료보험 상품 개선을 추진 중인 상황임
 - 실손의료보험은 특히 비급여 영역에서 과잉 의료 이용을 유발하여 국민건강보험의 재정건전성에 부정적인 영향을 미치고 필수의료 공백 문제를 강화한다는 비판이 존재함
 - 급여와 비급여의 병행진료로 인해 국민건강보험 지출이 증가하고, 실손의료보험 기반의 고수익·저위험 비급여 팽창 등의 영향으로 저수익·고위험인 필수의료 분야는 의사 공급 기반이 취약해지고 있음
 - 의료개혁특위는 비(非)중증 과잉 비급여의 병행진료 급여 제한 등을 통해 비급여 관리를 강화하고, 실손의료보험의 보장범위 및 기준을 보건정책과 연계하는 방향의 개혁안을 제시함(의료개혁특별위원회 보도자료(2024. 8. 30), “의료개혁 1차 실행방안”)
- 그간 실손의료보험은 본인부담금을 상향하는 방향으로 상품구조를 개편하며 도덕적 해이 통제 기전을 마련해 왔으나, 손해율은 여전히 100%를 상회하고 있음(〈그림 2〉 참조)
 - 과잉진료 유인을 줄이기 위해 4세대 실손의료보험은 비급여 진료량에 따라 보험료를 차등 적용하고, 건

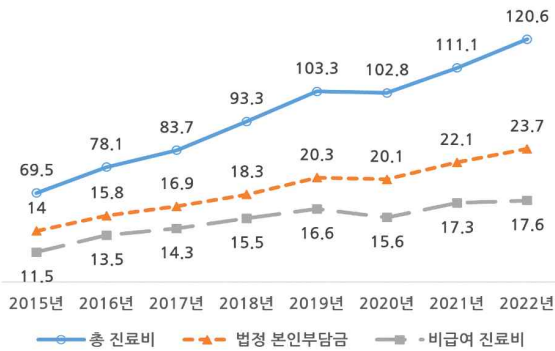
1) 본 보고서는 KIRI세미나 「건강보험 지속성을 위한 정책과제」(2024. 12. 5)에서 발표된 내용을 중심으로 작성됨

CEO Brief

강보험 급여 본인부담금의 20%, 비급여의 30%를 본인이 부담하도록 하고 있음

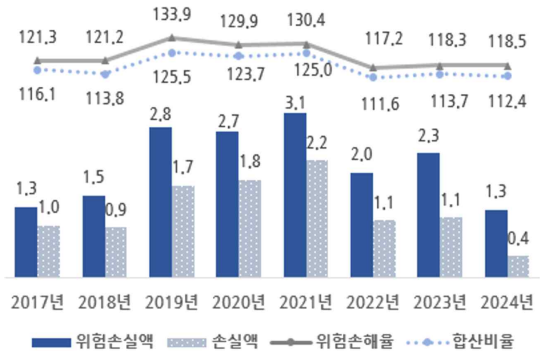
- 그러나 실손의료보험 손해율은 100%를 상회하고, 특히 4세대 손해율은 지속적으로 악화되는 모습을 보임
 - '24년 상반기 손해보험회사 기준, 4세대 손해율은 급여(154.6%)와 비급여(114.2%)에서 모두 높으며, 이는 최초 요율조정주기 규제²⁾로 인해 다소 낮은 가격으로 설계된 데 기인한 측면도 있음
 - 한편 실손의료보험 4세대는 도입 취지와 같이 비급여 진료를 억제하는 효과가 있는 것으로 보이나, 병원 등에서는 염좌 및 긴장 환자의 비급여 과잉진료 가능성이 있는 것으로 분석됨(전용식·김경선 (2024), 「4세대 실손의료보험의 비급여 진료 현황: 염좌 및 긴장을 중심으로」)

〈그림 1〉 연도별 진료비 규모 변화(2015~2022년)
(단위: 조 원)



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2024. 5. 17), “2022년 건강보험 보장률 65.7%(전년 대비 +1.2%p)”

〈그림 2〉 실손의료보험(1~4세대) 손해율 현황
(단위: 조 원, %)



주: 2024년은 상반기 누적 자료임
자료: 보험회사 통계

2. 대응 방안

- 비(非)중증 비급여 항목의 과잉 공급이 공·사 건강보험체계의 지속가능성을 저해하는 상황이므로, 체계적인 비급여 관리체계 구축을 통해 의료공급 측면의 제도 남용을 방지할 필요가 있음
 - 비급여 보고제도를 활용하여 비급여의 가격 및 효과에 대한 정보를 제공함으로써 환자의 합리적인 의료 서비스 선택을 지원하고, 의료서비스의 투명성을 높일 필요가 있음
 - 현재 1개월만 보고하는 의료기관 비급여 보고자료 범위를 확대하여 분기별로 모든 비급여 전산자료를 제출하도록 하는 의료법 개정이 필요함
 - 비급여 항목에 대한 체계적 평가와 갱신 시스템을 통해 안전성·유효성이 낮은 비급여 진료의 퇴출 기전을 마련하고, 과잉 비급여 진료에 대한 실손보험 청구 심사를 강화할 필요가 있음

2) 보험업감독규정 제7-63조 제2항 제6호 가. 경험통계 등을 기초로 순보험요율의 적정성을 매년 검증할 것. 다만, 새로운 위험을 보장하는 경우는 5년까지 적정성을 검증하지 아니할 수 있다.

CEO Brief

- 비(非)중증 과잉 비급여는 병행진료 시 급여 제한을 통해 남용을 억제하되, 치료 특성상 병행진료 전면 금지는 불가능하기 때문에 질환 특성별로 제한적으로 병행진료 인정 기준을 개발해야 함
- 관련 의학회별로 비급여의 참고가격을 결정하여 국민건강보험공단에 신고하도록 함으로써 지나치게 높은 비급여 가격 책정을 억제하고 의료기관 간 비급여 가격편차를 줄일 필요가 있음

○ 금융당국 및 보험업계는 신규 실손의료보험 상품의 보장범위 및 수준을 보건의정과 연계하여 합리화 하고, 실손의료보험 요율 정상화를 위해 신상품 최초 요율조정주기 단축을 고려할 수 있음

- 급여·비급여의 본인부담금 상향을 통해 과잉 의료이용을 억제하고, 치료효과성이 떨어지는 비(非)중증 비급여 의료행위에 대한 보장금액·한도를 제한할 필요가 있음
- 보건의정과 연계한 실손의료보험 개편을 통해 보건의정의 실효성을 강화할 필요가 있음
 - 예를 들면, 보건당국의 병행진료 제한과 연계하여, 실손의료보험에서도 병행진료 급여 제한 항목에 대해 면책 또는 본인부담비율 상향을 고려할 수 있음
- 보험료 인상에 대한 소비자 부담 분산 및 안정적 손해를 관리할 통한 지속가능성 확보를 위해 실손의료 보험 신상품의 최초 요율조정주기 단축(예: 현행 5년 → 3년)을 검토할 필요가 있음

〈그림 3〉 건강보험 지속가능성 제고 방안

| 비급여 관리체계 구축 | 실손보험 상품구조 개편 및 요율 정상화 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 비급여 보고제도를 활용하여 비급여 정보 비대칭을 해소하고 주기적 의료기술 재평가를 통해 유효성 낮은 비급여의 퇴출 기전 마련 | <ul style="list-style-type: none"> • 급여·비급여의 본인부담금 상향을 통해 과잉 의료이용 유인을 억제 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 질환 특성별로 병행진료 인정 기준을 개발하고 비중증 과잉 비급여는 병행진료 시 급여 제한 | <ul style="list-style-type: none"> • 보건의정과 연계한 실손보험 개편을 통해 비중증 과잉 비급여의 남용을 억제 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 관련 의학회별로 비급여의 참고가격을 결정하고 건보공단에 신고하도록 의료법 개정 | <ul style="list-style-type: none"> • 실손보험 신상품 최초 요율조정주기 단축 (예: 현행 5년 → 3년) |

김경선 연구위원
sunnykim@kiri.or.kr

CEO Brief

CEO Brief is a report highlighting key current issues the insurance industry faces.

Policy Measures for the Sustainability of Health Insurance

ABSTRACT

Non-covered medical services strain public and private health insurance finances and create care gaps. The Special Committee on Healthcare Reform aims to curb excessive use by improving indemnity insurance products. Sustainability requires controlling the oversupply of non-essential services through better information disclosure, stricter reviews, and limits on parallel consultations. The insurance industry should align product coverage with health policy and consider shortening the initial premium adjustment period (e.g., from 5 to 3 years) to stabilize rates.

1. Current Status and Concerns of Indemnity Health Insurance

Indemnity health insurance has become a critical issue amid the rising total medical expenses and the growing volume of non-covered medical services. Critics argue that it drives excessive utilization of non-covered services, exacerbating gaps in essential medical care and undermining the financial stability of the National Health Insurance (NHI) system. According to the Ministry of Health and Welfare, the cost burden on NHI due to the combined provision of covered and non-covered services is estimated at 64 billion KRW annually. The expansion of high-margin, low-risk non-covered services under indemnity health insurance has weakened the supply base for essential medical services, which are typically low-margin but high-risk.

In response, the Special Committee on Healthcare Reform has proposed reforms to strengthen the management of non-covered services. This includes limiting NHI reimbursements for parallel consultations on non-essential, non-covered services and aligning the scope and standards of indemnity health insurance coverage with health policy.

CEO Brief

Meanwhile, indemnity health insurance products have undergone structural adjustments to increase policyholders' cost-sharing. The fourth-generation indemnity health insurance applies differentiated premiums based on the volume of non-covered services used. It also requires policyholders to pay 20% of the costs for covered services and 30% for non-covered services. Analysis of treatment trends for sprains and strains indicates that the fourth-generation plan has effectively curbed the use of non-covered services, as reflected in a lower ratio of non-covered expenses relative to total treatment costs compared to earlier generations.

However, concerns remain regarding excessive use of non-covered services at hospital-level facilities, even under fourth-generation policies. Moreover, the loss ratio for indemnity health insurance continues to exceed 100% across all generations. The fourth-generation plan, in particular, shows a worsening loss ratio, with figures reaching 154.6% for covered services and 114.2% for non-covered services. This deterioration is partly attributed to regulatory constraints on the initial rate adjustment period, which led to the product being introduced at relatively low prices.

2. Response Measures

The excessive supply of non-essential, non-covered medical services poses a threat to the sustainability of both public and private health insurance systems. To prevent the misuse of the system from the supply side, it is crucial to establish a systematic management framework for non-covered services.

First, providing transparent information on non-covered services is essential to support patients in making informed healthcare choices. To reduce information asymmetry more effectively, it may be necessary to revise the Medical Services Act to require healthcare providers to submit comprehensive electronic records of all non-covered services on a quarterly basis, rather than the current monthly reporting of limited data.

CEO Brief

Second, the review process for non-covered services must be reinforced to create a mechanism for eliminating services with low safety or efficacy. Additionally, the review of indemnity health insurance claims for excessive use of non-covered services should be strengthened. Limiting reimbursements for parallel consultations involving non-essential, non-covered services can also help reduce abuse. It is advisable to develop criteria to permit parallel consultations only in cases where the nature of treatment justifies it.

Furthermore, establishing reference prices for non-covered services through medical societies and requiring them to be reported to the National Health Insurance Service (NHIS) could help curb excessive price setting for non-covered services and reduce price disparities across healthcare providers.

In addition to managing non-covered services, financial authorities and the insurance industry should work to rationalize the scope and level of indemnity health insurance coverage in alignment with health policy. Possible measures include increasing the co-payment rates for both covered and non-covered services to discourage overuse and limiting the coverage amounts and reimbursement limits for non-covered medical services with low therapeutic efficacy.

To enhance the effectiveness of government policies on parallel consultations, indemnity health insurance could also exclude coverage for non-covered services subject to NHI reimbursement restrictions or raise the co-payment rate for such services.

Finally, to ease the premium burden on consumers and ensure the sustainability of indemnity health insurance through better loss ratio management, it is necessary to shorten the initial rate adjustment period for new insurance products from the current five years to three years. This change would enable insurers to respond more promptly to changes in claims experience and ensure more stable premium rates.

Kyungsun Kim, Research Fellow
sunnykim@kiri.or.kr

◆ 안수지 부연구위원(국회미래연구원)

- 정부는 2017년 비급여의 급여화, 2020년 비급여 관리 강화 종합대책 등 지속적으로 비급여 관리를 위해 노력했으나, 비급여 팽창 속도가 이를 앞질러 그 효과가 미비한 것으로 나타남
 - 실손보험은 일부 가입자의 의료 쇼핑을 유도하고 특정 진료과에 편중된 보장으로 필수 의료과의 의료진 이탈을 초래해 의료체계의 지속가능성을 위협함
 - 공적 보험은 수요를 조절하지만, 실손보험은 비용효과성이 반영되지 않아 의료비 증가를 가속하며, 이를 해결하기 위해 공·사보험 간 정책 연계를 통한 균형 잡힌 접근이 필요함
- 실손보험의 구조적 허점으로 일부 가입자가 의료 쇼핑을 유도 받고 있으며, 비용 대비 효과를 고려한 소비자의 선택이 비급여 진료를 합리화하는 요인으로 작용함
 - 손해보험사 자료에 따르면 실손보험 가입자의 4%가 전체 지급보험금의 절반 이상을 수령하고 있으며, 이는 일부 가입자가 과도한 의료 이용을 통해 보험 혜택을 집중적으로 받고 있음
 - 그러나 실손보험의 문제를 소비자에게만 책임을 돌릴 수는 없으며, 필수·중증 의료를 제외하면 소비자는 비용 대비 효과를 고려하여 의료서비스를 선택하는 경향이 있음
- 공적 보험은 의료수요를 조절하는 반면 실손보험은 비용효과성이 부족하고 특정 진료과에 보장이 집중되어 필수 의료인력 이탈을 초래하고 있음
 - 공적 건강보험은 본인부담률 차등적용 및 선별·예비 급여를 통해 의료수요를 조절하지만, 항목과 범위 설정 시 세심한 기준이 필요하며, 이는 보건정책과 실손보험의 연계 속에서 이루어져야 함
 - 실손보험 청구는 비급여 비중이 높은 특정 진료과에 집중되어 있으며, 이는 개원의원들의 진료과목이 편중된 현상에서도 나타남
- 지속적인 의료비 증가는 급여 보장 확대, 비급여 관리 부재, 실손보험 한계 등 복합적 요인에 기인하며, 공·사보험 협력을 통해 재정 안정성과 지속가능성을 확보해야 함

◆ 권병근 이사(손해보험협회)

- 공급 주도의 비급여 과잉 진료로 인해 국민 의료비 증가 문제가 심각한 수준이고, 이로 인해 공·사 건강보험의 지속가능성도 위협받고 있음

- 비급여 진료 현황 분석 결과 도수치료가 젊은 연령층에서도 만연해 있음을 확인할 수 있었음
 - 현 제도상 한 달 치 자료만으로도 그 심각성이 확인된 만큼, 분기 또는 12개월 전체 연간 보고가 확실하게 이루어진다면 비급여 제도개선에 도움이 될 것임
- 비급여 가격 결정은 의료기관의 자율에 맡기고 있어, 비급여 가격과 관련해서는 현재 규제 공백 상황임
- 같은 비급여 진료임에도 의료기관 간 가격 격차가 수십 배에서 수백 배까지 나는 상황은 비정상적임
 - 지속 가능한 의료 환경 구축과 국민 의료비 절감을 위해 정부 정책이 비급여 감소 방안에 초점을 맞추고, 비급여 항목의 표준 가격 결정 체계와 표준 임상 진료 지침을 병행하여 마련해야 함
- 최근 4세대 실손보험 손해율 급등의 원인은 최초 요율 조정 주기 규제와 관련되어 있으며, 이러한 문제는 신상품 출시 시에도 영향을 미칠 수 있음
- 당국이 실손보험 상품개편 방안을 고민 중인 상황에서 요율 조정 없이 신상품이 출시될 경우, 신상품 요율은 현행 4세대 요율을 기반으로 산정될 가능성이 높아 향후 급격한 손해율 악화를 겪을 수 있음
 - 요율 조정 주기를 현행 5년에서 3년으로 축소하는 방안은 당국의 적극적인 해석과 검토가 필요함

◆ 고영호 보험과장(금융위원회)

- 실손의료보험에 대해 한쪽은 과도한 보장이 의료수요를 왜곡한다고 비판하는 반면, 다른 쪽은 의료 접근성을 높여 질병 악화를 막고 의료비를 절감할 수 있다고 강조함
- 실손보험의 과도한 보장으로 인해 의료수요가 조절되지 않으며, 국민건강보험과 달리 실손의료보험에서는 의료기관 종별로 본인부담률이 동일하게 적용되어 의료체계가 왜곡되고 있음
 - 그러나 실손의료보험은 의료 접근성을 높여 조기 진단과 예방적 치료를 가능하게 하며, 이는 중증 질병 발생을 줄이고 장기적으로 의료비 절감에 기여할 수 있음
- 의료체계 왜곡을 우려하는 측은 비급여 보장 축소를, 긍정적 시각은 보장 유지를 주장하는 가운데, 정부는 두 접근법을 병행해 해결책을 모색하고 있음
- 실손보험을 통한 비중증 비급여의 과도한 보장은 불필요한 의료수요를 창출하므로, 비급여 보장을 축소하고 공적 영역에서 비급여 항목에 대한 철저한 관리와 통제가 필요하다고 주장함
 - 실손보험이 신의료기술과 비급여 진료 발전을 지원해 환자들이 혁신적 의료서비스를 받을 수 있도록 기여함
 - 정부는 비중증 비급여 축소와 공적 비급여 관리 강화를 통해 의료체계 왜곡을 방지하면서도, 실손보험이 가진 긍정적 역할을 유지하는 균형적 접근이 필요하다고 판단함

- 비급여와 의료체계 이슈는 단순한 보험제도 개편만으로는 문제 해결에 한계가 있으며, 실손보험 시장의 균형을 맞추기 위해서는 보험회사, 요양기관, 보험계약자 간의 협력이 필수적임
 - 보험회사 측면에서는 변화된 확률 분포를 반영하여 심사 기준을 강화하고 보험상품 구조를 합리적으로 개선할 필요가 있음
 - 계약자 및 요양기관 측면에서는 일부 계약자와 요양기관의 도덕적 해이를 방지하기 위한 자정 노력이 필수적으로 요구됨

◆ 정지연 사무총장(한국소비자연맹)

- 실손보험은 지역 간 의료 격차, 필수의료 붕괴 등 여러 의료 관련 문제의 원인으로 작용하고 있으나, 공적 건강보험을 보완하는 민영보험으로서 기능하여 소비자에게 긍정적인 영향을 주었음
- 이러한 문제를 해결하기 위해서는 비급여 관리를 강화하는 정부 정책뿐만 아니라, 비급여 과잉 이용을 줄이기 위한 실손보험 개편과 의료소비자의 행태 변화가 동시에 필요함
 - 현재는 부재한 비급여 관리 주체를 명확히 해야 하며, 비급여 보고제도의 경우 의료기관이 보고해야 하는 비급여 정보의 범위를 확대하고 투명성을 강화하여 소비자를 위한 정보 전달체계 개선이 필요함
- 실손보험 개편은 소비자의 혜택과 선택권을 줄이는 방향이 될 것이므로, 공적 건강보험의 보장률을 높이는 것이 건강보험의 지속성을 높이고 소비자에게도 궁극적으로 이익이 되는 방향일 것임
 - 보건정책과 실손보험 개편은 중증 환자의 치료 선택권을 저해하지 않으면서도, 과잉 비급여 행위의 총량을 줄이는 데 효과적인 방식으로 이루어져야 함

김경선 연구위원
sunnykim@kiri.or.kr