


|  |  |              |   |
|--|--|--------------|---|
| <br>금융위원회 | <h1>보 도 자 료</h1>   |              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 미래창조 금융</li> <li>• 따뜻한 금융</li> <li>• 튼튼한 금융</li> </ul> |
|  | <b>보도</b> <b>2016.12.20.(화) 11:00 이후</b> <b>배포</b> 2016.12.19(월) |              |   |
| <b>책 임 자</b>   | 금융위원회<br>손주형 보험과장(02-2100-2960)                                  | <b>담 당 자</b> | 안남기 사무관(02-2100-2963)<br>현지은 사무관(02-2100-2964)  |
|  | 보건복지부<br>이창준 보험정책과장(044-202-2710)                                |              | 김영학 서기관(044-202-2703)   |
|  | 금융감독원<br>이창욱 보험감리실장(02-3145-8220)                                |              | 원희정 팀장(02-3145-8246)<br>서명수 수석(02-3145-8247)  |

## 제 목 : 금융개혁의 핵심과제인 「실손의료보험 제도 개선」을 추진하여 “착한 실손의료보험”을 안정적으로 공급하고, 국민 의료비 부담을 완화하겠습니다.

- 상품구조를 기본형과 3개 특약으로 분리하여, 보험료가 저렴(약 25%)하면서도, 필요한 진료를 충실히 보장하는 “착한 실손의료보험”을 안정적으로 공급하고, 도덕적 해이(Moral Hazard)를 차단하겠습니다.
- 보험금 未청구자(2년)에 대한 보험료 할인(차년도, 10% 이상) 인센티브를 제공하여 합리적 의료이용을 유도하고, 가입자간 형평성을 제고하겠습니다.
- 실손의료보험 상품을 단독화하여 불합리한 끼워팔기 관행을 개선하고, 소비자의 가입 선택권을 확대하겠습니다.
- 비급여 항목 표준화, 진료비 공개 확대, 표준화된 진료비 세부내역서 제공 등을 통해 국민의 알권리를 확대하고, 의료기관의 가격경쟁을 촉진시키겠습니다.
- 온라인 채널을 강화하고, 모바일 앱 청구 서비스를 확대하여 빈번하게 발생하는 일상 의료비의 신속하고 간편한 청구가 가능하도록 하겠습니다.
- 단체실손의료보험과 개인실손의료보험을 연계하여 퇴직 후에도 “중단 없는 보장”을 받을 수 있도록 하겠습니다.

## I. 개 요

- 정부는 가입자가 3,200만명에 달하는 국민보험인 실손의료보험의 안정적 공급과 국민의료비 부담 완화를 금융개혁 핵심과제로 선정하고, 「실손의료보험 제도 개선방안」을 마련(12.20일)
    - 이번 대책은 이해관계자 및 민간 전문가의 의견 수렴\*을 거쳐, 관계기관(복지부, 금융위, 금감원)간 긴밀한 협업을 통해 마련하였으며,
    - 금일 개최된 「제2차 복지부·금융위 공동 실손의료보험 제도 개선 TF」를 통해 최종 확정
- \* 실손의료보험 제도개선 정책세미나(6.16), 금융감독자문회의(6.24), 금융발전 심의회(9.7), 금융개혁추진위원회(10.5), 실손의료보험 제도개선 공청회(11.28) 등

## II. 추진배경

- 대다수 국민(‘16.6월말 현재 3,296만건)이 가입한 실손의료보험과 관련하여 최근 여러가지 문제점 대두
  - 획일적·포괄적 보장 등 상품구조의 맹점을 이용한 의료쇼핑·과잉진료 등 도덕적 해이가 만연

▶ (사례1) 30일 입원기간 동안 69회 도수치료  
 . 25세 여대생이 허리 통증으로 총 30일간 입원하고 입원기간 동안 총 69회의 도수치료 (일요일을 제외하고 매일 2회 이상)

▶ (사례2) 대상포진으로 인한 신경통, 두통에 비타민C 등 비급여 주사제 비용 627만원 청구  
 . 대상포진 후 신경통, 두통 등으로 병원에 2차례(48일/33일) 입원  
 . 메가씨주 2회(비타민C제제), 구치온주 3회(화학치료로 인한 신경성질환 예방·미백주사), 메가코르빈씨주 1회(비타민C제제) 등 비급여 주사제를 투여받고 해당비용 627만원을 청구

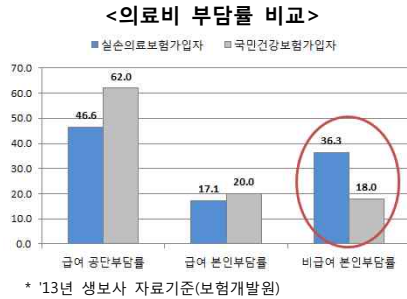
- 실손의료보험의 주된 보장영역인 비급여 의료비에 대한 관리 체계 부재는 비급여 의료의 과잉을 심화시키는 요인
- \* 연평균 의료비증가율(‘09~‘13년): 총의료비 7.7% 급여의료비 6.7% 비급여의료비 10.2%

- 이로 인한 손해를 상승과 보험료 인상의 악순환은 실손의료보험의 지속가능성을 위협 → 국민의료비 증가 및 공보험 재정에도 악영향

\* 손해를 상승이 지속되고, 이를 보험료에 반영시 실손의료보험료가 10년 내 2배 이상 급등할 것으로 추정(보험개발원)

- 실손의료보험 가입자의 총 의료비 중 비급여 부담비용이 차지하는 비중이 36.3%로 건강보험 가입자(18.0%\*)의 2배 수준

\* 건강보험가입자 중 실손의료보험 가입자 제외시 15.1%



- 건강보험공단의 지출과 개인의료비용 증가에도 유의미한 영향

\* 실손의료보험 가입자에게 건보공단이 비교대상기간 동안 지출한 금액은 **未가입자보다 약 3.5배(314,232원) 높은 수준**이며, **총 의료비도 약 4배(641,198원) 높은 것**으로 분석 (한양대 김관옥신영전(2016), 「실손의료보험 가입이 의료비에 미치는 영향」)

※ 정확한 질병·증상, 적정횟수의 고려 없이 **과도한 치료**가 시행되는 경우 국민 건강에 **부정적 영향** 초래 가능성

▶ (사례1) 15세 남자 축구선수는 우측 무릎관절 통증으로 무릎힘줄 염증 진단을 받고 체외충격파 치료 50회, 도수치료 30회를 시행하였으나, **반복적인 체외 충격파 치료의 합병증으로** 치료 전보다 통증이 증가하여 **축구를 포기**

▶ (사례2) 3년 전부터 발생한 좌측 무릎관절 통증으로 **증식치료 10회, DNA주사 15회, 기타 활성 콜라겐 주사 5회** 등을 시행하였으나, 오히려 **무릎힘줄 안쪽 절반이 끊어진 증상**을 보여 수술 후 재활치료를 시행

- 이에, 일부 의료계에서도 적정진료에 대한 지침 등을 제시하고 있음

▶ 피부과 의사회 추계학술대회(16.11.16): “신데렐라 주사 등과 같이 환자를 현혹하는 상업적인 명칭을 사용하지 않고 검증되지 않은 치료를 자제한다”고 결의

▶ 대한척추외과학회는 「만성요통에 대한 비수술적 치료지침」 발표(16.5월)

· 도수치료는 최대 12주까지 권고/ 증식치료와 통증유발점 주사는 권고하지 않음

➡ 금융개혁 차원에서 실손의료보험의 안정적인 공급 및 국민 의료비 부담 경감을 위한 **종합적인 실손의료보험 제도 개선방안** 마련

\* 앞으로도 관계기관과 함께 소비자 불편사항 등을 면밀히 모니터링 하면서 지속적으로 제도를 보완·개선해나갈 계획

### Ⅲ. 실손의료보험 제도 개선방안

#### 1. 상품구조 개편을 통한 자율적인 시장 규율 확립

##### 1) 획일적·포괄적 보장구조 → 다양한 보장구조(新상품 출시, '17.4월)

- (현행) '09년 이후 대부분의 질병·상해에 대한 치료행위를 포괄적·획일적으로 보장하는 **표준화된 단일 상품**을 판매

- (개선) 과잉진료 우려가 크거나 보장수준이 미약한 3개 진료군 (5개 진료행위)을 **특약**으로 분리\*

\* 민간전문가로 구성된 보험상품위원회를 통한 의견수렴을 거쳐 新상품 구성안 마련

- 소비자는 ‘기본형’ 또는 ‘기본형 + 특약(①~③)’ 선택 가능

\* (특약①) 도수·체외충격파·증식치료, (특약②) 비급여 주사제, (특약③) 비급여 MRI

- (i) 과잉진료가 심각한 진료행위를 특약 ①, ②로 분리

▶ 성격이 유사한 **도수치료, 체외충격파 치료, 증식치료**를 하나의 특약으로 구성(특약①)

▶ 수액주사 등 **비급여주사제**를 별도 특약으로 구성(특약②)

- (ii) 현행 상품구조로 인해 불필요한 입원이 관행화된 **비급여 MRI 검사**는 특약③으로 분리하여, 시간 낭비 등 소비자 불편 해소

\* 비급여 MRI검사 입원 청구자 중 2일 이내 입원한 청구자는 ('13) 46.9% < ('14) 47.8% < ('15) 49.7%로 지속 증가 (손보 5개사 및 생보 4개사 기준)

| 현행   | 개선  |
|--|---|
| (사례) 실손의료보험 가입자 A씨는 경미한 요통으로 1박2일 입원하여 MRI검사, 혈액검사, 엑스레이 검사를 받고 별도의 치료 없이 퇴원 후 419,900원에 대한 실손의료보험금 청구 | 비급여MRI 특약 가입시 입/통원 구분 없이 연간 300만원까지 보장이 가능하므로 입원 불요 |

## ② 특약 가입자의 도덕적 해이·역선택 방지 장치 마련(규정 개정, '17.3월)

- 기본형의 자기부담비율, 보장한도 등은 기존 수준을 유지
- 특약가입에 따른 무분별한 의료이용 방지를 위해 특약 항목에  
제한하여 의료쇼핑 제어장치를 마련
- 자기부담비율을 상향조정(20% → 30%)하되, 진료행위별 1인당  
청구금액·횟수 분석 결과 가입자의 95% 이상 보장이 가능한  
수준으로 연간 누적 보장한도·횟수를 설정하여 선량한 가입자를  
충분히 보장

< 특약 항목에 대한 보장한도 및 의료쇼핑 제어장치(요약) >

| 구 분 |               | 현 행                       | 개 선 |                                      |
|-----|---------------|---------------------------|-----|--------------------------------------|
|     |               |                           | 기본형 | 특약                                   |
| 입원  | 자기부담비율        | 20%                       | 좌동  | [입·통원 구분 없이]                         |
|     | 보장한도          | 동일질병·상해당 5천만원             |     | ① 자기부담비율: max(2만원, 30%)              |
| 통원  | 공제금액          | max(1 ~ 2만원, 20%)         |     | ② 보장한도: 350/250/300만원<br>(특약①/ ②/ ③) |
|     | 보장한도·<br>보장횟수 | 회당 최대 30만원,<br>연간 누적 180회 |     | ③ 보장횟수: 50/50회/未설정<br>(특약①/ ②/ ③)    |

## ③ 의료서비스 이용량이 적은 소비자에 대한 인센티브 부여(세칙 개정, '17.3월)

- (현행) 현재 실손의료보험 상품은 모든 가입자에 대하여 성별·  
연령 외의 위험요인을 고려하지 않고, 단일한 요율을 적용
- (개선) 직전 2년간 보험금 未청구자에 대해 차기년도 보험료  
10% 이상을 할인함으로써 보험료 부담의 형평성을 제고
- 기존 상품과 차별화를 위해 신규 상품에 가입하는 소비자부터 적용
- 다만, 소비자가 필수적 진료를 받는데 주저하지 않도록 보험금  
未청구 여부 판단시, 급여 본인부담금 및 4대 중증질환(암, 뇌혈관  
질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환) 관련 비급여 의료비는 제외

## ④ 실손의료보험 상품의 단독화(여타 상품에 끼워팔기 금지)('18.41 시행)

- \* 통계 집적, 보험금 지급관리 등 손해를 안정화를 위한 준비기간을 감안 시행시기를 1년간  
유예하되, 단독형 실손의료보험을 판매하는 보험사는 내년중 모두 단독형 상품을 보험다모아에 탑재
- (현행) 보험사의 판매전략에 따라 실손의료보험 상품을 미끼로  
여타 보험상품을 끼워파는 관행이 만연
- \* 보험업감독규정에 따라 실손의료보험 판매시 단독형 상품을 설명하도록 하고  
있으나, 단독형 상품의 비중은 3.1%에 불과
- 상품구조가 상이한 상품을 통합하여 판매함에 따라 가입자의  
혼란을 야기하는 한편,

\* (사례1) A씨는 기본계약(상해사망, 고도후유장애)이 20년납 100세 만기  
이므로, 실손의료보험 특약도 20년만 보험료를 납입하면 되는 것을 알고  
종합보험을 가입함 → 실손의료보험은 100세까지 계속 보험료를 납입하는  
상품인 것을 뒤늦게 알고 민원을 제기

- 원하지 않는 보험까지 가입하게 됨에 따른 불필요한 보험료  
부담을 초래

\* (사례2) B씨는 종신보험을 기본계약으로, 실손의료보험을 특약으로 가입  
하였으나 보험료가 부담되어 기존계약을 해지한 후 보험료가 저렴한 단독  
실손의료보험에 가입하려 함 → 보험사가 단독실손의료보험 인수를 거절하며  
다른 상품과 같이 가입할 것을 계속 권유하는 것에 대해 불만을 제기

\* 보험소비자 설문조사 결과, 실손의료보험 관련 실제 보험료는 1~3만원이나,  
패키지형태의 가입으로 인해 실손의료보험의 평균 월납 기준 납입보험료를  
7.3만원으로 인식 ('16년, 보험연구원)

- (개선) 실손의료보험은 실손의료보장(기본형, 특약①~③)으로만  
구성된 상품으로 판매하되,
- 소비자가 원하는 경우 여타 보험(ex. 암보험, 사망보험 등)을 별도의  
계약으로 동시판매하는 것을 허용함으로써 One-stop 서비스를 제공

## 2. 실손 인프라 정비를 통한 국민 의료비 부담 완화

### ① 비급여 항목 코드·명칭의 단계적 표준화 및 공개 확대(계속)

- (현행) 비급여 항목은 의료기관별 관리코드·명칭·정의 등이 제각각
    - 진료행위에 대한 가격이 의료기관별로 천차만별이나 가격정보 부족으로 국민의 알권리 및 선택권 제한
  - (개선) 사회적 요구가 큰 비급여 항목부터 코드·명칭·행위 정의 등을 단계적으로 표준화해나갈 계획
    - 표준화된 항목에 대한 비급여 진료비용 공개를 지속적으로 확대하여 '17.4.1일까지 병원급 이상 의료기관은 모두 공개
- \* 현재 52개 비급여 항목 등에 대해 현황조사가격공개 하였으며(20개 항목은 제증명 수수료), 연내 100개 항목('17.4.1. 공개), '17년 200개 항목으로 확대('18.4.1. 공개)

### ② 진료비 세부내역서에 대한 표준양식을 마련·확산(17.하)

- (현행) 의료기관별 상이하고 난해한 진료비 내역서식을 사용함에 따라 진료서비스의 적정성 확인이 불가능
- (개선) 진료비 세부내역을 소비자가 알기 쉽게 기재하도록 표준서식을 마련하여 '17년 하반기부터 모든 의료기관에 적용

### ③ 실손의료보험 세부 통계의 집적·관리(세척개정, '16.12월)

- (현행) 보험사가 실손 보험금 지급시 보험금 총액만 전산으로 관리하는 등 항목별 세부통계가 집적되지 않고 있는 상황
- (개선) 개별 보험사가 금감원에 제출한 업무보고서를 통해 계약현황, 지급보험금, 손해율 등 세분화된 통계를 집적·관리

### ④ 의료계 중심의 민간전문가로 구성된 보상 자문기구 설치(17.하)

- (현행) 비급여 의료행위에 대한 표준화된 정보가 없는 상황에서 약관해석시 심사 담당자의 주관적 판단여지가 높은 실정
  - (개선) 실손의료보험의 보험금 지급여부가 모호한 사안에 대하여 의료 전문을 수행하는 중립적인 자문기구를 설치·운영
- \* 보험협회 외부에 독립적인 기구로 설립하는 방안, 기존 타 위원회(예: 손해보험 의료심사위원회 등)를 확대·개편하여 활용하는 방안 등 검토
- 자문기구를 통해 집적된 사례를 활용, 실손의료보험 보상 관련 업계 공통 가이드라인을 마련·공유하여 보상기준의 일관성 제고

### ⑤ 보험사기 점검·홍보 강화(계속)

- (현행) 실손의료보험 등 장기손해보험 관련 보험사기가 급증함에 따라 '15년 기준 연간 2,429억원의 보험금 누수 발생
- 보험사기는 건강보험 급여청구가 동반되는 경우가 많으나, 금융당국-보건당국간 협력은 미흡한 실정

#### 【실손의료보험 관련 보험사기 및 건강보험 허위청구 사례】

- ▶ 사무장 구모씨는 몸이 불편해 진료가 어려운 의사 장모씨를 고용한 후 의사 행세를 하며 물리치료, 도수치료, 주사치료 등을 시술
- 환자들이 통원치료만 한 경우에도 입원한 것으로 허위 차트를 작성하고, 과거 입원환자 등이 지속적으로 물리치료를 받은 것으로 조작하여 건강보험 요양급여비 63억 2,162만원 허위청구
- ▶ 환자 195명은 허위 진단서와 진료비 영수증을 발급받아 실손의료보험 등 보험금 18억 5,710만원 편취

- (개선) 보험사기 조사·혐의병원 모니터링을 지속하고, '보험사기는 반드시 처벌된다'는 메시지 전파 등 홍보를 통한 경각심 제고
- 보험사기·건강보험급여 허위청구 적발 및 제재 결과 상호공유 등 보험사기 방지를 위한 公·私 보험 영역의 협력 강화

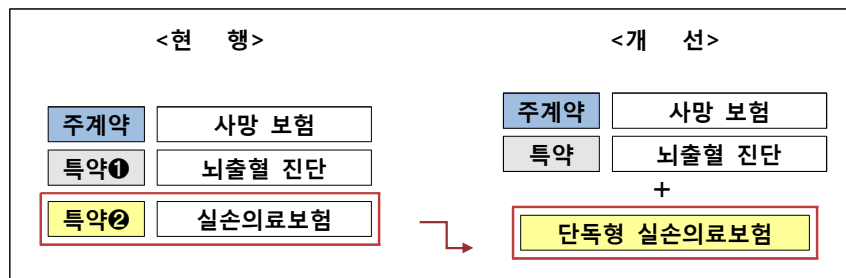
### 3. 가입·전환·청구 간소화를 통한 소비자 편의 제고

#### ① 실손의료보험 상품의 온라인 채널 확충(17년중)

- (현행) 단독형 실손의료보험의 경우, 설계사 판매수당이 많지 않고, 상품이 표준화되어 있어 온라인채널에 적합한 상품이나 대면채널을 통한 끼워팔기가 일반적
- (개선) 설계사의 소극적 영업으로 인한 소비자의 가입 불편 방지를 위해 온라인 전용상품 활성화 추진(17년중 2개사 확대)
  - \* 기존 2개사(삼성화재, 동부화재) 외 10월중 2개사(KB손보, 메리츠화재) 추가 출시 등 점차 확산되는 중
- 보험사의 온라인 전용상품을 내년중 모두 출시하고, 보험다모아와 인터넷 포털을 연계하여 소비자의 접근성을 개선(17.하)

#### ② 기존 가입자의 新 상품 전환 절차 간소화(17.상)

- (현행) 다른 보험 상품(ex. 사망, 종신보험 등)에 실손의료보험이 특약 형태로 부가되어 있어 해당 특약만의 해지·가입이 쉽지 않은 상황
- (개선) 기존 실손의료보험 가입자가 새롭게 출시되는 실손의료 보험 상품 가입을 원하는 경우 쉽게 전환할 수 있는 방안 마련



#### ③ 실손의료보험 청구 간소화(17.상)

- (현행) 일상 의료비를 보장하는 실손의료보험은 비교적 보험금 청구가 잦아 그 불편사항에 대한 소비자의 체감도가 높은 편
  - 병원비가 발생할 때마다 보험사에 제출하는 서류를 구비하고, 직접 방문하는 번거로움이 소비자의 불편을 초래
    - \* 구비서류: 진단서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 등
    - \*\* 청구방법: 설계사(67.8%), 영업소 방문(21.2%), 팩스(9.0%), 기타(1.4%)
- (개선) 온라인을 통한 간편한 청구가 가능하도록 17년 중 모든 보험사에서 모바일 앱 청구서비스를 제공
  - 보험금 지급절차 진행상황·상세내역 조회가 가능하도록 기능 개선
  - 홈페이지 등 온라인을 통한 보험금 청구시 별도의 회원가입 절차를 생략하여 신속한 청구가 가능하도록 개편
  - 보험금 심사에 필요한 사본인정기준을 상향조정하여 청구서류 구비 부담을 경감(회사별 30~100만원 이하 → 최소 100만원 이하의 금액)

#### ④ 단체실손의료보험 가입자의 퇴직 후 보장의 단절 해소(세척개정, 17.하)

- (현행) 단체실손의료보험은 재직 중에만 보장되는 상품으로, 퇴직 후 보장의 공백이 발생
- (개선) 단체실손의료보험 가입자에 대해 퇴직시 개인실손의료보험으로 간편하게 전환할 수 있는 제도적 연계장치 마련
  - 일정 조건하 개인실손의료보험 상품으로 전환, 단체실손의료보험 가입기간 중 개인실손의료보험 중지제도 도입\* 등을 검토

\* [참고: 해외 장기체류자에 대한 실손의료보험 중지제도] 실손의료보험 가입자가 3개월 이상인 해외실손의료비에 가입하는 경우 기존 실손보험료 납입을 중지하거나 귀국 후 3개월 이상 해외체류사실 입증시 해당 기간의 납입보험료를 환급받을 수 있도록 제도화



## IV. 기대효과

### 1 보험료가 약 25% 저렴한 “착한 실손의료보험”의 안정적 공급

- 1 기존 상품에 비해 보험료가 약 25% 저렴한 기본형 상품이 공급됨에 따라 소비자의 부담이 절감

<보험료 예시(40세 기준, 단위: 원)>

| 구분 | 현행                  | 개선             |                   |       |       |               |
|----|---------------------|----------------|-------------------|-------|-------|---------------|
|    | (구)실손 <sup>1)</sup> | 기본형            | 특약① <sup>2)</sup> | 특약②   | 특약③   | 총합            |
| 남  | 19,429              | 14,309(26.4%↓) | 1,394             | 834   | 1,565 | 18,102(6.8%↓) |
| 여  | 24,559              | 18,078(26.4%↓) | 1,928             | 1,038 | 1,942 | 22,986(6.4%↓) |

1) (구)실손: 자기부담비율 10% 상품

2) (특약①) 도수·체외충격파·증식치료, (특약②) 비급여 주사제, (특약③) 비급여 MRI

- 2 보험금 미청구자에 대한 인센티브를 부여함으로써 가입자간 보험료 부담의 형평성 제고 및 합리적 의료서비스 이용 유도

<新상품 가입자가 2년간 보험금 미청구시 보험료 할인 효과 예시(40세 남자 기준)>

· (예) 2년간 보험금 미청구시 보험료의 10% 할인



\* 연령증가분 등을 감안하여 매년 5% 보험료 인상 가정

### 2 일부 이용자의 과도한 의료쇼핑·과잉진료 등 도덕적 해이를 차단

- 1 과잉진료가 심각한 행위의 특약 분리를 통해 일부 가입자의 의료쇼핑 등 도덕적 해이의 비용을 모든 가입자가 공동으로 부담하는 불합리한 구조를 개선
- 2 특약 항목의 자기부담금 상향 등 시장 원리를 활용한 도덕적 해이 및 역선택 제어 장치를 구축

### 3 소비자 선택권 제고: 필요한 보장만 골라서 가입

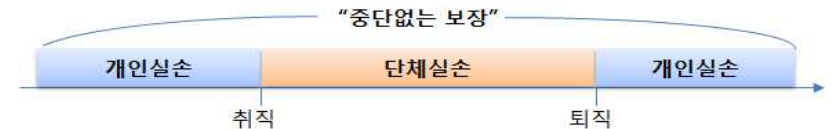
- 1 원하지 않는 보험(ex. 중신보험, 사망보험 등)의 비자발적 가입 가능성을 차단하여, 실손의료보험의 가입 선택권을 확대
- 2 실손의료보험 중에서도 기본형, 기본형 + 특약 ①/②/③ 중 자신에게 필요한 부분만 선택하여 가입이 가능

### 4 국민 의료선택권 보장 및 의료비 부담 경감

- 1 국민의 의료기관 및 진료행위 선택 등을 위한 정확한 정보를 제공함으로써 국민의 의료선택권 보장에 기여
  - 비급여 항목의 코드 등 표준화, 진료비 공개 확대 등을 통해 의료기관의 가격경쟁을 통한 자발적인 비급여 가격 하락 유도
  - 표준화된 진료비 세부내역서를 제공함으로써 국민의 알권리 충족 및 비급여 진료비에 대한 예측가능성 제고
- 2 실손의료보험의 악용·남용 행위를 감소시킴으로써 이와 연관된 공보험 재정에 미치는 악영향 최소화

### 5 간편한 가입·청구 및 “중단없는 보장”

- 1 인터넷, 모바일 채널을 확충하여 가입·청구시 시간 낭비 등의 불편을 해소함으로써 소비자의 편의성이 대폭 개선
- 2 단체실손의료보험 가입자에 대한 개인실손의료보험 연계장치를 마련하여, 퇴직 후 보장의 단절 해소



<별첨> 「실손의료보험 제도 개선방안」 세부내용