

실손의료보험 제도 개선방안

2016. 12. 20

보 건 복 지 부 · 금 용 위 원 회
금 용 감 독 원

목 차

I. 추진배경	1
II. 현황 및 진단	2
1. 실손의료보험 현황	2
2. 현행 실손의료보험 진단	3
III. 실손의료보험 제도 개선방안	7
1. 상품구조 개편을 통한 자율적인 시장규율 확립	7
2. 실손 인프라 정비를 통한 국민 의료비 부담 완화	17
3. 가입·전환·청구 간소화를 통한 소비자 편익 제고	24
IV. 기대효과	30
V. 향후 추진일정	32
[참고1] 실손의료보험 무사고자 할인·환급제도 해외사례 ..	33
[참고2] 패키지 상품의 복잡한 상품구조 사례	34
[참고3] 2016년 보험소비자 설문조사 결과	35

I. 추진배경

- **실손의료보험**은 국민건강보험에서 보장하지 않는 본인 부담 의료비를 포괄적으로 보장하는 **보완형 민영보험**
 - **의료비 경감 필요성, 고급 의료서비스 수요 증가** 등으로 가입자가 꾸준히 증가
 - * (‘12.3월) 2,662만건 → (‘13.12월) 2,969만건 → (‘14.12월) 3,082만건 → (‘15.12월) 3,266만건
 - **급격한 고령화** 감안시 **사적 안전망**으로서 실손의료보험의 중요성은 더욱 커질 전망
- 그러나 **확실적·포괄적 보장** 등으로 인해 **일부 이용자의 과잉 진료 및 의료쇼핑**을 유발하는 등 상품구조상 문제점 노출
 - * 일부 가입자가 고가의 도수치료, 수액주사 등 과도한 비급여 진료를 반복적으로 이용
 - 또한, 실손의료보험의 주된 보장영역인 **비급여 의료비**에 대한 **관리체계 부재**는 **비급여 의료의 과잉**을 심화시키는 요인
 - * 일부 의료기관들이 실손의료보험 가입여부를 확인 후 고가의 비급여 진료를 권유시행
- 이로 인한 **손해율 상승**과 **보험료 인상**의 **악순환 심화**시, 실손의료보험의 **지속가능성**을 위협할 우려
 - 아울러, 실손의료보험 이용자의 **도덕적 해이**는 **국민의료비 증가** 및 **국민건강보험 재정 악화** 등 **부정적 외부효과** 초래

➔ 금융개혁 차원에서 실손의료보험의 안정적인 공급 및 국민 의료비 부담 경감을 위해 **종합적인 실손의료보험 제도개선방안** 마련

* 복지부·금융위 공동 실손의료보험 제도개선 TF 운영(‘16.5.18일 발족)

- 1 -

II. 현황 및 진단

1 실손의료보험 현황

- **(상품구조)** 실손의료보험은 국민건강보험과 보장범위가 연계된 보완형 건강보험상품으로 **급여 본인부담분과 비급여 부분을 보장**

<의료비 구성 및 보장영역(14년 기준)>

국민건강보험법상 요양급여		비급여(C)
건강보험공단 부담(A)	본인부담(B)	
63.2%	19.7%	17.1%

* 국민건강보험공단 부담분: (A), 보험사 실손의료비 보장부분: [(B) + (C)]의 80~90%

- **(가입현황)** ‘16.6월말 기준 실손의료보험 보유계약건수는 **3,296만건** (국민의 약 65%), **매년 약 300만건 수준의 신규가입** 발생

* (‘13) 203만건 → (‘14) 332만건 → (‘15) 407만건 / (3년간 평균) 314만건

- **(판매현황)** ‘15년중 실손의료보험 수입보험료는 **5.5조원**으로 보험사 **전체 수입보험료(190조원)의 2.9%** 점유

- **(손해율)** 실손의료보험 손해율이 **지속 상승**, ‘15년 **122.1%**를 기록

<실손의료보험 손해율>



<보장종목별 손해율 비교>



1) 발생손해액/위험보험료

2) (발생손해액+실제가입비)/(위험보험료+부가보험료)

* (발생손해액+실제가입비)/(위험보험료+부가보험료) 기준

- **(보험료 예측)** 손해율 상승이 지속되고, 이를 보험료에 반영시 실손의료보험료가 **10년 내 2배 이상 급등**할 것으로 추정

* 4인 가족 기준 월납보험료 추정(연령증가분 포함, 보험개발원)

: (‘16) 104,017원 → (‘21) 175,004원 → (‘26) 215,702원

- 2 -

2 현행 실손의료보험 진단

① 상품구조의 맹점을 이용한 도덕적 해이 만연

- ① 실손의료보험의 **포괄적 보장구조**는 가입자의 도덕적 해이를 유발
 - 이를 방지하기 위해 **그간** 가입자의 **자기부담비율**을 **상향조정** (0→10→20%)해왔으나, 여전히 가입자의 **의료쇼핑** 행태가 만연

【실손의료보험 가입자의 의료쇼핑 사례】

- (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

- ② 의료쇼핑 등 제도의 악용으로 인한 보험료 상승을 선의의 계약자가 부담하는 문제 발생

- 실제 의료 서비스 이용량과 관계없이 공동으로 보험료를 분담하는 구조가 일부 계약자의 의료쇼핑 등 제도악용을 유발
- * 상위 10% 실손의료보험금 청구자에게 지급한 보험금이 전체 실손의료보험금의 절반 이상(회사별 53.3~63.2%) 차지(14년)

- 3 -

② 실손의료보험 가입자가 비급여 의료비의 증가세를 주도

- ① 실손의료보험의 구조적 문제가 비급여 과잉진료 확산으로 연결
 - 상당수의 의료기관에서 실손의료보험 가입여부를 확인 후 고가의 비급여 진료를 권유·시행
 - 주치료 질환과 무관한 검사를 반복 시행하는 경우도 빈발

【과잉진료 사례】

- (사례1) 양측 무릎관절 통증으로 내원한 여성에게 각기 다른 3가지 종류의 체외충격파 치료를 51회 시행하는 한편, 동적족저압측정, 동적체 평형검사, 하지심부혈전검사 등 다수 비급여 진료를 시행하여 전체 3,178만원의 진료 비용 중 비급여 비용으로만 3,022만원 발생
- (사례2) 어깨통증으로 수술 후 7일간 입원한 남성에게 자양강장, 에너지 대사 등 4종류의 고가 비급여 영양제 주사로 약 180만원 청구
 - . 해당 환자는 통증이나 피로 호소없이 수술 후 식이섭취 등에도 문제가 없었으나 고액의 주사제 반복 시행

- ② 비급여 진료행위의 가격 적정성에 대한 신뢰 저하

- 동일 진료행위에 대한 가격이 병·의원별 최대 1,700배까지 차이

<산재보험 등 수가 vs. 현행 실손 청구금액>

구 분	다른 보험 적용 수가	현행 실손 청구금액*
도수치료	산재 16,520원	1,000원~1,700,000원(1,700배)
체외충격파 치료	산재 42,030원	1,000원~1,000,000원(1,000배)
MRI검사(허리)	건보(급여) 186,580원	150,000원~1,320,000원(9배)

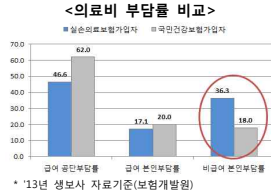
* 진료비 세부내역서에 기재된 청구단가 기준

- ③ 실손의료보험 가입자가 비급여 의료비 확대를 주도함에 따라 국민 의료비 부담 증가세를 견인 → 공보험 재정에도 악영향

* 연평균 의료비증가율(09~13년): 총의료비 7.7% 급여의료비 6.7% 비급여의료비 10.2%

- 4 -

- 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 건강공단이 비교대상기간 동안 지출한 금액은 **未가입자**보다 약 3.5배(314,232원) 높은 수준이며, 총 의료비도 약 4배(641,198원) 높은 것으로 분석 (한양대 김관욱 신영전(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 체외충격파 치료의 합병증 으로 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 재발치료를 시행

- 이에, 일부 의료계에서도 **적정진료**에 대한 지침 등을 제시하고 있음

▶ 피부와 의사회 추계학술대회 (‘16.11.16): “신데렐라 주사 등과 같이 환자를 현혹하는 상업적인 명칭을 사용하지 않고 검증되지 않은 치료를 자제한다”고 결의
▶ 대한척추외과학회 는 「만성요통에 대한 비수술적 치료지침」 발표(‘16.5월) 도수치료는 최대 12주까지 권고/ 증식치료와 통증유발점 주사는 권고하지 않음

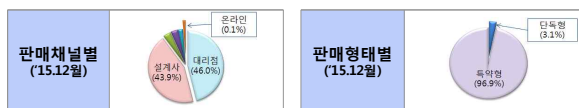
- ④ 비급여 의료행위에 대한 정보 비대칭이 심각하여 보험금 지급·관리가 곤란

- 해당 진료행위의 보장대상 여부 확인이 어려운 구조로, 대부분 영수증 제출만으로 보험금을 지급하고 있어 보험금 누수 심화
- 지급·관리 미비에 따른 보험금 누수가 보험료 인상으로 이어지면서 선량한 소비자의 부담이 증가

- 5 -

[3] 공급자 위주의 상품 운영 시스템이 소비자 불편 야기

- ① (가입) 대리점, 설계사 등 대면 채널 위주로 판매가 이루어지고 있으며, 온라인 판매 비중(0.1%)은 미미한 실정



- 보험사는 손해를 관리를 위해, 설계사 등은 판매수당 증가를 위해 가입자가 원치 않는 불필요한 보장을 포함하여 가입을 권유 [⇒ 끼워팔기 만연]

* 보험료가 높은 다른 상품(ex. 사망보장)과 묶어 패키지 형태로 판매

- 소비자의 선택권을 제한하고, 불필요한 보험료 부담을 가중시키는 문제 발생

- ② (전환) 기존 가입자가 신규 상품으로 전환을 원하는 경우 해지 후 최초 가입시와 동일한 인수심사(Underwriting)를 거쳐 가입

- 기존 가입기간 중 질병이력 등으로 인해 가입이 거절되는 경우가 발생함에 따라 보장의 공백 존재

- ③ (청구) 병원비가 발생할 때마다 보험사 제출 서류를 발급받고 직접 방문하는 등 청구의 번거로움이 소비자의 불편을 초래

- 청구서류 구비, 온라인 청구시 회원가입 필요 등 보험금 청구 절차의 불편으로 **소액청구**의 경우 포기하는 경우도 발생

* 15만원 미만 소액 청구자가 전체 보험금 수령자의 35.5%에 불과(14년)

- 6 -

Ⅲ. 실손의료보험 제도 개선방안

[기 본 방 안]

실손의료보험의 안정적 공급 및 국민의료비 부담 경감
[금융개혁의 국민 체감도 제고]

1. 상품구조 개편을 통한 자율적인 시장규율 확립

- ① 획일적·포괄적 보장구조 → 「기본형 + 다양한 특약」 구조
- ② 특약 가입자의 도덕적 해이 및 역선택 방지 장치 마련
- ③ 보험금 청구자에 대한 인센티브 제공
- ④ 실손의료보험 상품의 단독화 → 끼워팔기 금지

2. 실손 인프라 정비를 통한 국민 의료비 부담 완화

- ① 비급여 의료비 표준화 및 정보공개 확대
- ② 실손의료보험 통계 DB 구축
- ③ 합리적인 보상기준 마련
- ④ 보험사기 점검·홍보 강화

3. 가입·전환·청구 간소화를 통한 소비자 편익 제고

- ① 실손의료보험 상품의 온라인 채널 확충
- ② 기존 가입자의 新 상품 전환 절차 간소화
- ③ 실손의료보험 청구 간소화
- ④ 단체/개인 실손의료보험 연계

- 7 -

1 상품구조 개편을 통한 자율적인 시장 규율 확립

① 획일적·포괄적 보장구조 → 「기본형 + 다양한 특약」 구조

- ◆ 과잉진료 우려가 크거나 보장수준이 미약한 3개 진료군을 특약으로 분리
- ◆ 소비자는 '기본형' 또는 '기본형 + 특약(①~③)' 선택

기본형	특약
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 도덕적 해이 유발행위를 제거하여 보험료 인상을 최대한 억제하되, - 현행보다 보장내용이 지나치게 축소되지 않도록 설계 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 특약 가입자에게만 별도 보장 - 보험료 인상이 높을 수 있어 꼭 필요한 소비자만 선택 가입 ▶ 과잉진료가 심각한 진료행위를 특약 분리
<ul style="list-style-type: none"> • 특약의 보장항목은 기본형에서 보장 제외 	<ul style="list-style-type: none"> • 특약①: 도수제한·충격파·증식치료 • 특약②: 비급여 주사제
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 충실한 보장을 위한 특약 분리 • 특약③: 비급여 MRI 검사

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

<현행 표준화 실손의료보험 보장내용>

- ▶ (보장범위) 국민건강보험법에서 정한 급여 중 본인부담금과 비급여
 - * 보장제외 : 비급여 치과치료·한방치료, 건강검진·예방접종·외모개선목적 등
- ▶ (자기부담비율) 급여 10%/20%, 비급여 20%
- ▶ (보장한도) 입원 최대 5천만원, 통원 회당 최대 30만원(연간 180회)

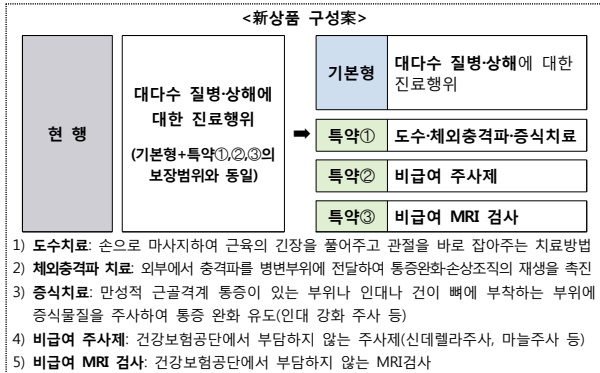
- 이는 가입자·의료기관의 도덕적 해이를 유발하기 쉬운 구조로 손해를 악화에 따른 급격한 보험료 인상 요인으로 작용
- 가입자는 회망하지 않는 진료행위까지 보장하는 상품을 가입하여 높은 보험료를 부담

- 8 -

□ (개선) 「기본형 + 다양한 특약」 구조로 개편(新상품 출시, '17.4월)

(i) 과잉진료 실태, (ii) 보험금 청구비중, (iii) 병·의원별 가격 편차 정도, (iv) 필수 진료항목인지 여부, (v) 상품구조에 기인한 불합리한 의료행태 등을 기준으로 특약 분리항목을 설정

※ 민간전문가로 구성된 「보험상품위원회」를 통해 新상품 구성안 마련



❶ 도수치료, 체외충격파 치료, 중식치료, 비급여 주사제, 비급여 MRI 검사 등 5개 진료행위를 선별, 총 3개의 특약으로 구성

* 5개 특약으로 상품 구성시, 선택지가 너무 많아 소비자의 혼란 초래 우려

(i) 과잉진료가 심각한 진료행위를 특약①, ②로 분리

- (특약①) 성격이 유사한 도수치료, 체외충격파 치료, 중식 치료를 하나의 특약으로 구성

- (특약②) 신데렐라주사, 마늘주사 등 비급여 주사제를 별도 특약으로 구성

- 9 -

(ii) 현행 상품구조로 인해 불합리한 의료행태가 관행화된 비급여 MRI 검사는 특약③으로 분리

- MRI검사는 통상 입원이 불필요하나, 현행 실손의료보험의 통원한도(30만원)는 비급여 MRI 검사비용을 보전하기에 불충분

* 비급여 MRI 검사비 청구자 중 입원 청구건수의 비중은 68%(A사 '15.11~'16.10월 기준)

- 실손의료보험을 통한 MRI 검사 실비를 보장받기 위해 불필요한 입원을 선택하여 시간 낭비 등 소비자 불편을 유발

* 비급여 MRI 검사 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)

【실손의료보험 가입자의 MRI보장 관련 금감원 접수 민원사례】

- (사례1) 피보험자는 고관절 통증으로 2주간 통원치료를 받으면서 의사의 지시에 따라 MRI 검사(90만원)를 받음
 . MRI 검사에 대해 통원이라고 해서 보험금을 일부(30만원)만 지급하는 것은 실손의료보험의 취지에 부합하지 않는다며 제도개선 건의
- (사례2) 실손의료보험 통원 보장한도가 낮아 고가인 MRI 검사비용 전액을 보험금으로 받기 위해서는 무조건 입원을 해야 하는 실정으로 불필요한 입원을 조장하고 있어 제도개선이 필요함을 건의

⇒ 비급여 MRI검사의 충분한 보장을 통해 불필요한 입원진료 관행을 개선함으로써 소비자의 불편을 해소

❷ 중장기적으로 실손의료보험 가입자의 비급여 진료 이용행태, 비급여 항목 표준화 추진경과 등을 보아가며 추가적인 과잉 진료 항목 발견시 기본형의 안정적 운영을 위해 특약화 검토

➡ 의료쇼핑·과잉진료 억제 및 실손의료보험의 지속가능성 확보

② 특약 가입자의 도덕적 해이 및 역선택 방지장치 마련

◆ 특약부문의 의료쇼핑 방지를 위해 **특약항목**에 한하여

- ⇒ ① 자기부담비율 상향, ② 보장한도 조정,
③ 보장횟수 설정 등 통제장치 병행 추진

※ 기본형에 대해서는 현행과 동일한 수준 유지

□ (현행) 「기본형 + 특약」으로 상품구조 개편시, **특약 가입자의 의료쇼핑 심화 등 도덕적 해이 및 역선택 확대 우려**

- ▶ (도덕적 해이) 추가 보험료를 내고 특약을 가입하였으므로 보다 적극적으로 무분별한 의료쇼핑 행태를 보일 가능성(“**본전 뽑기**”)
- ▶ (역선택) 정보의 비대칭 상황에서 해당 치료에 대한 이용 유인(위험도)이 높은 사람이 집중적으로 특약에 가입·이용함에 따라 손해율이 더욱 악화될 우려(“**Lemon Market**”, “**악화가 양화를 구축**”)

○ 특약 가입자의 의료쇼핑은 **특약 부분의 과도한 보험료 급등**으로 이어질 가능성

- 특약 보장 **장기 존속가능성 의문** 및 **민원 급증 우려**

⇒ 따라서 실손의료보험을 이용한 도덕적 해이 억제 및 보험료 안정화를 위해 특약에 대한 자기부담비율 상향 조정 등 불가피

□ (개선) **특약 항목에 한하여 의료쇼핑 제어장치** 마련(17.3)

❶ (자기부담비율 상향) **특약 가입자의 무분별한 의료이용** 방지를 위해 자기부담비율을 **상향 조정 (20% → 30%)**

- 자기부담비율의 상향 조정은 **불합리한 의료서비스 이용 행태를 억제**하고, **도덕적 해이를 예방**하는데 **효과적**

- 11 -

- 소비자 보호 차원에서 **기본형** 상품의 **자기부담 비율은 기존 수준 유지(20%)**

* 美는 10~40%, 獨은 20~30% 등으로 민영의료보험의 자기부담비율을 보장수준 및 치료의 종류별로 차등화

❷ (보장한도 조정) **특약별** 해당 진료행위의 연간 청구금액을 감안하여 **입·통원 합산하여 연간 누적 보장한도***를 설정

* 진료행위별 1인당 연간 청구금액 분석결과 95% 이상 보장 가능한 수준

구 분	특약①: 도수치료 등	특약②: 비급여주사제	특약③: 비급여MRI
보장한도	350만원	250만원	300만원

❸ (보장횟수 설정) **특약①·②에** 대해 각각 **연간 최대 50회***(입·통원 합산)로 보장횟수를 제한

* 진료행위별 1인당 연간 청구횟수 분석결과 95% 이상 보장 가능한 수준

구 분	특약①: 도수치료 등	특약②: 비급여주사제	특약③: 비급여MRI
보장횟수	50회	50회	-

< 특약 항목에 대한 보장한도 및 의료쇼핑 제어장치(요약) >

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

- 12 -

③ 보험금 未 청구자에 대한 인센티브 제공

◆ 보험금 未청구자에 대한 연간 보험료 할인제도 도입

□ (현행) 현재 실손의료보험 상품은 모든 가입자에 대하여 성별·연령 외의 위험요인을 고려하지 않고 **단일한 요율**을 적용

○ 즉, 일부 가입자의 **도덕적 해이**로 인한 **보험료 인상**을 모든 가입자가 **동일하게 부담**하는 구조로 **계약자간 형평성** 문제 대두

⇒ 따라서, 보험금 未청구자에게 **인센티브**를 제공함으로써 **선의의 계약자**를 보호하는 한편, **합리적 의료이용**을 유도할 필요

□ (개선) 보험금 未청구자 “**보험료 할인제도**” 도입(☞[참고1] 해외사례)

❶ **직전 2년간 비급여 의료비에 대한 보험금을 청구하지 않은 가입자**에게 차기 1년간 **보험료를 10% 이상 할인**

- 보험금 未수령 여부 판단시, **급여 본인부담금** 및 **4대 중증질환**(암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환) **관련 비급여 의료비**는 제외
- 기본형 및 특약 각각에 대해 보험료 할인대상을 추출·적용

❷ 기존 상품과의 차별화를 위해 **신규 가입자부터 적용**

※ 실손의료보험은 과실과 무관하게 발생하는 질병을 대상으로 하므로, 대인/대물/배상책임 등을 대상으로 하는 자동차보험처럼 질병 발생빈도 등에 따른 보험료 할증을 적용하기는 어려운 측면

➔ 위험 편차가 큰 가입자간 **보험료 부담의 형평성 제고** 및 **합리적 의료서비스 이용 유도**

- 13 -

④ 실손의료보험 상품의 단독화 ⇒ 끼워팔기 금지

◆ 실손의료보험 끼워팔기 관행 개선

⇒ 실손의료보험을 **다른 보험상품과 분리·판매**하도록 **규정화**

□ **현황 및 문제점**

❶ (끼워팔기 관행) 보험사의 판매전략에 따라 **실손의료보험 상품**을 미끼로 **여타 보험 상품**을 끼워파는 관행 만연

* '15.12월말 기준 단독형 실손의료보험 비중은 전체 실손의 3.1%에 불과

- 판매수당이 적은 **실손의료보험**을 판매수당이 큰 **사망보험** 등 다른 특약과 **함께 판매**

<실손의료보험 판매형태 비교(예시)>

구 분	단독형 실손의료보험	패키지 상품
주요 보장	실손의료비	(주계약) 사망/후유장해 (특약) 실손의료비 +암·뇌졸중 등 보장
보험료	월 1~3만원	월 10만원 내외 (부가특약에 따라 상이)

❷ (소비자 이해곤란) 특약 형태의 실손의료보험은 **주계약과 갱신 주기, 보장기간 등 상품구조가 상이**하여 가입자의 이해가 어렵고 민원 야기 (☞[참고2] 관련 사례)

<패키지형 실손의료보험 상품구조(예시)>

구분	보장명	납입기간	보험기간(최대보장기간)	갱신주기	보장내용 변경주기
주계약	사망보험금	20년 납입	80세	-	없음
특약	뇌출혈진단	전기납입	3년(최대80세)	3년	없음
	실손의료보험	전기납입	15년(최대100세)	1년	15년

* 일정기간마다 보장내용이 변경되고 보험료가 1년마다 갱신되는 상품은 실손의료보험이 유일

- 14 -

③ (보험료 부담 증가) 실손의료보험 관련 보험료는 월 1~3만원
이나, 실제 계약자가 체감하는 총 보험료는 월 10만원 수준

* 보험소비자 설문조사 결과, 실손의료보험 평균 월납 기준 납입보험료를 7.3만원
으로 인식(16년, 보험연구원) (☞ [참고3] 보험소비자 설문조사 결과)

<단독형 상품과 패키지 상품 보험료 비교(40세 男, 예시)>

구분	단독형	패키지㉠	패키지㉡	패키지㉢
월보험료(원)	17,778	50,098	71,230	100,574

* 패키지㉠: 실손의료보험 특약 + 상해사망 및 고도후유장해, 질병사망 및 고도후유장해
패키지㉡: 패키지㉠ + 암진단비 / 패키지㉢: 패키지㉡ + 뇌출혈 진단비, 급성심근경색증 진단비 등

- 실손의료보험을 위해 원하지 않는 다른 보험까지 가입하게
되어 보험료 낭비가 발생

④ (장기간 계약 유지 곤란) 보험료 부담¹⁾ 등으로 주계약 해지시
특약도 해지됨에 따라 실손의료보험 특약도 동반 해지²⁾되는 문제

- 해지 후 신규로 실손의료보험 가입을 원하더라도 기존 실손
의료보험 이용실적을 심사하여 가입이 거절되는 상황 빈번

1) 실손의료보험의 해지이유를 조사한 결과, '보험료가 부담되어서'라는 응답이
75.4%(2016년 보험소비자 설문조사, 보험연구원)

2) 보험료 부담 등에 따라 5년(60개월) 유지율이 50% 미만인 상황
(출처: 김대환(2012), 민영건강보험의 개편안 검토)

< 실손의료보험 유지율 >

구분	13차월	25차월	37차월	48차월	60차월
유지율	90.5%	78.7%	68.6%	58.6%	48.5%

⑤ (비교가능성 저해) 패키지 상품의 총 보험료를 납부하는
소비자는 정확한 실손의료보험의 보험료 수준 파악이 곤란

- 15 -

- 패키지 상품의 상이한 구성으로 인해 상품간 비교·선택도
곤란하여, 보험료 비교를 통한 건전한 경쟁환경 조성 저해

* 자동차보험의 경우, 보험다모아를 통한 보험료 비교를 통해 보험료가 기존
상품에 비해 15.4~17.6% 인하된 온라인 전용 보험 출시

⑥ (통계관리 곤란) 패키지 판매로 인해 손해율 등 독립적인
실손의료보험 통계 산출에 어려움 발생

- 보험상품 통계는 주로 상품별로 관리되고 있어 특약형의 경우
손해율 등을 정확하게 산출하는데 상당한 시간·노력 소요

□ 개선방안

○ 실손의료보험을 다른 보험상품과 분리 판매토록 규정(18.4.1. 시행)

* 통계 집적, 보험금 지급관리 등 손해율 안정화를 위한 준비기간을 감안 시행시기를 1년간
유예하되, 단독형 실손의료보험을 판매하는 내년중 모두 단독형 상품을 보험다모아에 탑재

- 소비자가 원하는 경우 여타 보험(ex. 암보험, 사망보험 등)을 별도의
계약으로 동시 판매하는 것을 허용함으로써 One-stop 서비스를 제공
[설계사의 "동시" 판매는 허용]

- 즉, 여타 보험과 실손의료보험을 확실하게 구분하여 안내를
받고, 각각의 보험료를 인지·판단 후 상품가입여부를 결정

➔ 소비자 선택권 및 상품 이해도 제고를 통해 불완전 판매를
방지하고, 소비자 부담 경감

➔ 보험료 투명성 확보를 통해 건전한 가격 경쟁을 유도하는
한편, 실손의료보험 통계의 신뢰도 제고

2 실손 인프라 준비를 통한 국민 의료비 부담 완화

1 비급여 의료비 표준화 및 정보공개 확대

- ◆ 비급여 코드·명칭·행위정의 등을 단계적으로 표준화
- ◆ 의료기관별 비급여 진료비용의 공개항목 및 대상기관 확대
- ◆ 진료비 세부내역 서식 표준화 및 확산

□ (현행) 비급여 진료항목은 건강보험 급여 청구와 연계·관리 되지 않아 의료기관별로 관리코드·명칭·정의 등이 제각각

- 비급여 진료행위에 대한 가격이 의료기관별로 천차만별이나, 가격정보 부족으로 국민의 알권리 및 선택권 제한

* 건강보험심사평가원 홈페이지에서 비급여 진료가격(최저가, 최고가)을 비교·공개하고 있으나 일부 기관(895개소)과 항목(52항목)만 대상

- 의료기관별로 진료비 세부내역 서식이 상이·난해하여 소비자의 이해도가 낮고 진료서비스의 적정성을 확인하는데 어려움 존재

* 환자들의 알권리 차원에서 진료비 세부내역 확인이 용이하도록 제도 개선 권고('15.12월, 권익위)

□ (개선) 비급여 진료항목의 코드·명칭·행위정의를 표준화하고, 비급여 진료비용 공개항목을 단계적으로 확대

1 사회적 필요가 큰 비급여 항목부터 단계적으로 표준화(계속)

- (i) '16년 100항목, '17년 100항목 등 연도별 확대 계획에 따라 순차적으로 코드·명칭·행위정의 등 표준화(복지부 고시 개정)

* '18년 이후 확대 항목은 표준화 작업의 난이도, 진행속도 등을 감안하여 결정

- 17 -

- (ii) 다빈도·고액 부담, 환자 안전 등 사회적 관심이 크거나 건강보험 정책 관련 항목 등을 우선적으로 표준화

- 매년 변화하는 의료현장을 반영하여 지속적인 표준화 작업이 가능하도록 비급여 자료수집·분석, 표준화 원칙 등 연구 추진

* 표준화 등 효율적인 진료비용 운영방안 마련을 위한 연구('16.9~'17.4월, 대한의학회)

2 비급여 항목 표준화와 연계하여 비급여 진료비용 조사·분석 및 공개항목도 점진적으로 확대('17.상)

- 표준화가 완료된 비급여 항목을 중심으로 항목, 기준, 금액 등 현황을 조사·분석하여 결과를 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)

3 비급여 진료비용 공개대상 기관을 대폭 확대('17.상)

- 현재 150병상 초과 병원급 이상(요양병원 포함)만 공개하고 있으나, '17년부터 병원급 이상 의료기관은 모두 공개(총 3,739개, '17.4월)

* ('15.12.31) 종합병원 이상(전문병원, 치과·한방병원) 총 887개 ('16.12.1) 150병상 이상 병원(요양병원 포함) 추가 총 2,041개

4 진료비 세부내역서에 대한 표준양식을 마련·확산('17.하)

- 의료·소비자단체 등 의견수렴을 통해 서식 형태, 필수 기재 항목 등을 정한 표준서식을 마련·확산

* (필수기재항목) 항목, 코드, 금액, 급여·비급여 여부 등

** 최초 1회 발급비용 무료, 추가 발행시 신청인에게 청구

- 관련 법령 개정 및 전산체계 개편('17.상)을 거쳐 '17년 하반기 부터 모든 의료기관에 적용·시행

- ➔ 국민의 알권리 충족 및 비급여 진료비용의 예측가능성 제고
- ➔ 소비자의 합리적 의료이용 유도 및 의료기관간 가격경쟁 촉진

- 18 -

② 실손의료보험 통계 DB 구축

◆ 보험금 지급 세부통계(치료행위·부담주체·질병코드별) 집적·관리

□ (현행) 보험사가 실손 보험금 지급시 **보험금 총액만 전산으로** 관리하는 등 항목별 **세부통계 집적이 되지 않고 있는 상황**

○ 보험료 조정의 근거가 되는 손해율 산출방식에 대한 논란 야기

□ (개선) 실손의료보험의 보험료 산정 및 위험률 분석의 토대가 되는 기초 통계를 업무보고서 항목으로 신설·편입

❶ 보험사는 실손 관련 통계를 견고히 관리할 수 있는 **시스템 구축**(16.하)

- **보유계약, 신계약, 지급보험금, 손해율 및 사업비율, 보험료, 보험금 지급세부현황*** 등으로 세분화된 통계 집적

* 보험금 지급 세부내역은 각 보험사가 치료항목별 세부 진료내역 등을 관리할 수 있는 인력·시스템 구축 후 '18년부터 집적 예정

❷ 금감원은 개별 보험사가 제출한 **업무보고서**를 통해 **주기적으로** 체계적인 통계를 **집적·관리**(17.1~)

❸ **집적된 통계**는 복지부(심평원)와 공유하여 **비급여 항목 표준화** 및 **급여항목 확대, 보험사기 방지** 등에 활용

- 향후 **세부통계를 바탕으로** 의료쇼핑 항목을 **적출하여 추가 특약화 검토**

➔ **보험사의 보험금 지급·관리를 강화하여 보험금 누수를 최소화**하는 한편 **실손의료보험 통계의 신뢰도 제고**

- 19 -

③ 합리적인 보상기준 마련

◆ 업계 공동 보상자문기구 운영 및 보상 가이드라인 마련

□ 현황 및 문제점

○ 단일 상품구조를 「기본형 + 특약」으로 개편함에 따라 **기본형과 특약 보상여부**에 대한 **명확한 판단기준이 필요**하나,

- **비급여 의료행위**에 대한 **표준화된 정보가 없는 상황**에서 **약관 해석**에 심사 담당자의 **주관적 판단 여지가 높을 것**으로 예상

○ '09.10월 표준화된 **기준 상품**은 **약관상 보장범위**가 **동일함**에도 불구하고 **보험사별 보상기준**이 **상이**하여 민원 발생

- 이는 **보험사별 전문인력 보유 여부** 등 **심사역량 차이**와 **내부 심사지침**이 **상이**한 데 기인

□ 개선방안

❶ (보상자문기구) 실손의료보험 **보험금 지급여부**가 **모호한 사안**에 대하여 판단을 내릴 수 있는 **중립적인 자문기구** 설립(17.하)

- 실손의료보험 보상 관련 **소 보험사 공통 이슈**에 대해 해당 분야 **의료 전문가**들이 의료자문을 수행

- 이를 위해 **보험사간 상호협정**에 근거한 **업계 자율기구**로 운영하는 방안 등* 검토

* (i) 보험협회 외부에 독립적인 기구로 설립, (ii) 기존 타 위원회(예: 손해보험 의료심사위원회 등)를 확대·개편하여 활용하는 방안 등

- 20 -

실손의료보험 보상 자문기구 운영(안)(예시)

- ✓ (구성) 보험업계, 의료계, 학계, 소비자 단체, 법조계 전문가 등
 - ▶ **위원장:** 위원 중 외부전문가 위촉
 - ▶ **의료계 위원:** 의사협회의 추천을 받아 선정
 - 일정 이상의 경력*을 가진 의료 전문가로 구성
 - * 국·공립 의료기관, 의과대학 부속병원, 기타 종합병원의 과장급 이상 또는 의과대학 부교수급 이상 경력을 가진 자 등
 - 논의되는 개별 사안에 따라 적합한 전문의가 위원회에 참여할 수 있도록 **참여위원 Pool** 운영
- ✓ (역할) 보험금 지급여부가 모호한 사안에 대하여 전문가적 판단에 기초한 자문의견을 보험사에 제공

② (보상 가이드라인) 자문기구를 통해 집적된 사례를 활용하여 실손의료보험 보상에 관한 **업계 공통 가이드라인** 마련·공유(계속)

- ➔ **기본형/특약 보상** 관련 불필요한 **민원 및 분쟁 최소화**
- ➔ **보험사간 보험금 지급격차 해소** 및 **보상기준의 일관성 제고**

- 21 -

④ 보험사기 점검·홍보 강화

- ◆ **단속·홍보**를 통한 제도, **예측모델 개발**을 통해 보험사기 방지
- ◆ **公·私 보험** 영역의 보험사기 방지를 위한 **협력 강화**

□ 현황 및 문제점

- 최근 **장기손해보험 관련 보험사기***가 급증함에 따라 '15년 기준 연간 **2,429억원**의 보험금 누수 발생

* 질병·상해로 인한 입원일당 및 치료비(실손) 등과 관련된 보험사기가 대부분

< 장기손해보험 보험사기 적발 금액 및 비중 추이 >

구 분	'12년	'13년	'14년	'15년	'16상반기
적발금액(억원)	1,035	1,451	1,793	2,429	1,351
비중*(%)	22.8	27.9	29.9	37.1	38.8

* 보험사기 총 적발금액(생·손보사 합계) 대비 장기손해보험 보험사기 적발금액 비중

- 특히, **사무장 병원, 보험사기 브로커** 등이 개입한 **조직적인 보험사기 증가**
- 보험사기는 **건강보험 급여 허위청구가 동반**되는 경우가 많으나, **금융당국-보건당국 간 협력**은 미흡한 실정

【실손의료보험 관련 보험사기 및 건강보험 허위청구 사례】

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

- 22 -

□ 개선방안 (계속)

❶ (적발·처벌) '보험사기는 반드시 처벌된다'는 메시지 전파

- 보험사기 조사·협의병원 모니터링 및 적발시 「보험사기방지특별법」에 따른 엄벌을 통해 보험사기에 대한 경각심 강화
- 보험사기 신고포상금의 최고지급한도를 확대(5억원→10억원, '16.7월 기시행)함으로써 국민과 협업하여 보험사기를 적발
- * '16년 상반기 신고포상금 2,145건, 8.9억원 지급

❷ (홍보) 소비자에게 친숙한 웹툰·이모티콘을 활용, 보험사기에 대한 경각심 제고 및 보험사기방지 특별법 시행 등 홍보

❸ (예방) 빅데이터 기반 보험사기 예측모델 도입 등 「보험사기 다잡아」를 업그레이드 하여 보험사기 예방능력 강화

* 생·손보·공제의 보험 가입, 보험금 청구/지급 정보 일괄 조회 시스템(신정원)

❹ (공·사보험 협력) 경찰 - 금감원 - 건보공단 - 심평원 간 분기별 실무 정례회의 개최 등 공·사보험 조사업무 협력 강화

- 보험사기·건강보험급여 허위청구 적발 및 제재결과 상호 공유
- * 검찰 기소가 확정된 민영 보험사기 사건 및 '거짓청구 요양기관 명단' 공표된 의료기관의 세부 위반사실 제공 또는 열람
- 「보험사기방지 특별법」에 따라 수사기관이 심평원에 입원 적정성 평가를 의뢰하여 수사에 활용 가능

➔ 선량한 보험소비자가 보험사기로 인한 실손보험금 누수를 대납하는 불합리한 구조 개선

- 23 -

3 가입·전환·청구 간소화를 통한 소비자 편의 제고

① 실손의료보험 상품의 온라인 채널 확충

◆ 온라인(CM) 전용상품 개발을 유도, 보험다모아 접근성 개선

□ (현행) 온라인 채널(CM)을 통한 판매가 미미한 수준

- 단독형 실손의료보험의 경우 설계사의 판매수당이 많지 않고, 상품이 표준화되어 있어 온라인 채널에 적합한 상품이나, 대면 채널을 통한 끼워팔기가 일반적
- 단독형 의무화 이후 설계사의 소극적 영업으로 인한 소비자 가입 불편 방지를 위해 온라인 전용상품 활성화가 더욱 긴급

□ (개선) 보험다모아 등 온라인 채널을 통한 단독형 실손의료보험 가입이 용이하도록 보험사의 온라인 전용상품 개발 추진

- 온라인 전용 실손의료보험 상품을 내년 중 모든 보험사에서 출시
- * 기존 2개사(삼성화재, 동부화재) 외 10월중 2개사(KB손보, 메리츠화재) 추가 출시 등 점차 확산되는 중
- 보험다모아와 인터넷 포털을 연계하여 소비자의 접근성 개선('17.하)
- 모바일 등을 통해 단독형 실손의료보험을 편리하고 저렴하게 가입할 수 있음을 지속 홍보(계속)

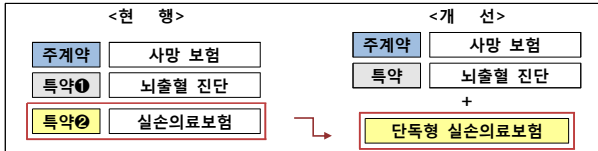
➔ 소비자가 단독형 실손의료보험상품을 한눈에 가격을 비교하고, 온라인을 통해 손쉽게 가입

- 24 -

② 기존 가입자의 新 상품 전환 절차 간소화

◆ 기존 실손의료보험 가입자의 실손 의료보장 특약을 분리하여 新상품으로 전환을 허용

- (현행) 다른 보장상품에 실손의료보장이 특약 형태로 부가되어 있어 해당 특약만의 해지·가입이 쉽지 않은 상황
 - 또한, 기존 실손의료보험 가입자가 새로운 상품으로 가입하려는 경우, 신규 가입과 동일한 수준의 인수심사 진행
 - 신규 상품으로 전환 과정에서 기존 상품의 보험금 청구실적에 따라 가입이 거절될 가능성이 높은 편
- (개선) 기존 계약자가 새롭게 출시되는 실손의료보험 상품 가입을 원하는 경우 쉽게 전환할 수 있는 방안 마련(17.상)



- (i) 기존 계약자에게 기존 상품과 새로운 상품을 비교 안내
- (ii) 계약자가 원하는 경우 새로운 상품으로 전환을 신청
- (iii) 보험회사는 최소한의 인수심사를 거쳐 전환 여부를 승인
- (iv) 기존 상품 구성 중 실손의료보장 특약만 해지하고, 신규 단독 실손의료보험 상품을 가입

➡ 기존 가입자의 신규 상품으로 전환 용이성 제고

- 25 -

③ 실손의료보험 청구 간소화

◆ 모바일앱 등을 통한 one-stop 온라인 실손보험금 청구 확대

- (현행) 일상 의료비를 보장하는 실손의료보험은 비교적 보험금 청구가 잦아 그 불편사항에 대한 소비자의 체감도가 높은 편
 - 병원비가 발생할 때마다 보험사에 제출하는 서류*를 구비하고 직접 방문**하는 번거로움이 소비자 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 보험금 청구가 가능하도록 모바일 앱 청구 서비스를 확산하고, 보험금 청구서류 안내 명확화
- ❶ 17년 중 모든 보험사에서 모바일 앱 청구 서비스를 제공
- 지급절차 진행상황·상세내역을 조회할 수 있도록 기능개선

<모바일 앱 등을 통한 실손의료보험금 청구화면(예시)>

①보험금 접수화면	②청구내역 입력	③보험금지급계좌 입력	④증빙서류 즉석 촬영 제출

- 26 -

- ② 홈페이지 등 온라인을 통한 보험금 청구시 **별도의 회원가입 절차를 생략**하여 신속한 청구가 가능하도록 개편(17.상)

현 행	개 선
· 일부사(7개사)는 보험금 청구시 회원 가입을 필수적으로 요구	· 비회원 보험금 청구 메뉴 신설

- ③ 보험금 심사에 필요한 서류의 **사본인정기준을 상향조정**하여 청구서류 구비 부담을 경감(17.상)

현 행	개 선
· 회사별로 사본인정기준 보험금 수준이 상이(30~100만원 이하)	· 사본인정기준을 상향 조정 (최소 100만원 이하)

- ④ 보험금 청구서 및 진료비 영수증 외에 **추가적인 서류**가 필요한 경우, **제출이 필요한 경우와 대상, 발급처** 등을 명확히 안내(17.상)

<청구서류 안내장 개선(통원의 경우, 예시)>

기 존	보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서, 신분증 사본, 영수증, 진단서 · 통원확인서 · 처방전 · 진료확인서 · 소견서 · 진료차트 등
-----	--

↓ 개 선

공 통	①보험금청구서, ②개인(신용)정보처리동의서, ③신분증 사본
-----	----------------------------------

통 원	~3만원*	①병원영수증
	3~10만원*	①병원영수증, ②처방전(질병분류코드 포함)
	10만원 ~	기본: ①진료비계산영수증, ②진료비세부내역서 선택: ①통원확인서, ②진단서, ③처방전 [진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 중 하나]

* 특약 항목 및 단기간내 보험청구횟수 과다 등 추가심사 필요시 추가증빙자료 필요

➔ 소비자가 보다 손쉽게 실손보험금 청구를 가능하게 하여 **낙전효과 최소화**

- 27 -

④ 단체/개인 실손의료보험 연계

◆ **단체 실손의료보험 가입자 퇴직시 개인 실손의료보험 상품으로 연계**시킬 수 있는 제도적 장치 마련

- (현행) 단체실손의료보험 가입자는 퇴직후 보장의 공백 발생
- **단체실손의료보험은 제직기간 동안에만 보장**되는 상품으로, 퇴직 후 개인실손의료보험 가입을 원하더라도 단체실손 가입 중 발생한 질병, 연령 등으로 인해 가입 거절 가능성이 높은 실정
 - 은퇴 후 보장을 위해 재직 중 개인실손의료보험을 중복가입 하더라도 중복보장 되지 않으므로 이중부담으로 작용
 - '16.1월부터 일부 보험사에서 단체보험 피보험자 퇴직시 개인 실손의료보험으로 전환할 수 있는 보험상품을 판매중이나,
- * 흥국화재('16.1), 롯데손보('16.5), 한화손보('16.9) 등 3개사, '16.1~11월중 511건 판매
- 개인장기보험 가입을 전제*로 하고 있어, 실손 단독 가입이 불가
- * 단체실손의료보험 가입시 암진단비 등 정액담보를 보장하는 장기보험을 추가로 가입하면서 실손의료보험을 예약 가입(퇴직후 보장개시)하는 형태
- (개선) 단체실손의료보험 가입자에 대해 개인실손의료보험으로 간편하게 전환할 수 있는 제도적 장치 마련
- 일정 조건 하 개인실손의료보험 상품으로 전환, 단체실손 의료보험 가입기간 중 개인실손의료보험 중지제도* 등 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

- 28 -

① 단체실손만 가입한 경우(개인실손 未가입)

- : 단체 실손의료보험 상품에 **개인 실손의료보험 전환 옵션** 부여
- ▶ 단체구성원이 단체 퇴직 후 개인 실손의료보험으로 전환을 요청할 경우, 일정조건 하에 개인 실손의료보험 상품으로 전환
 - 보험사는 **신계약 인수심사보다 완화된 기준으로 심사를 최소화**
 - ▶ 다만, 퇴직 전 건강 이상을 인지한 사람들만 전환 신청할 소지가 크므로 **역선택 방지장치를 마련**
 - * (예) 전환 신청기간을 퇴직 후 일정기간 이내로 한정 필요시 보장범위 제한

<단체 퇴직 후 개인실손 전환조건(예시)>

단체 실손의료보험		→	개인 실손의료보험
보험금 청구여부	보험금 청구수준	인수심사 여부	전환 여부
未 청구	-	x	전환
청 구	금액·횟수 경미	○	전환
	금액·횟수 상당	○	조건부 전환
	역선택 의심	○	전환 불가

② 개인실손 가입자가 단체실손도 가입하게 되는 경우

- : 단체 실손의료보험 가입기간 중 **개인 실손의료보험 중지제도** 도입
- ▶ 개인 실손의료보험 가입자가 단체 실손과의 중복 해소를 위해 개인 실손의료보험료 납입 및 보장을 중지할 수 있는 제도 마련
 - 이후, 단체 퇴직시 개인 실손의료보험료 납입 및 보장재개(인수심사 생략)
 - ▶ '14.10월 개인/단체 중복해소를 위해 도입한 단체실손 보장변경(실손 →정액보장) 제도와 병행할 경우 가입자의 선택권 확대

- (추진계획) '17년중 업계 의견수렴 후 제도 도입방안을 마련하고 표준사업방법서 등 관련 규정 개정 추진('17.하)

* 회사별 상품개발, 상품간 전환시스템 구축 등 준비상황을 보아가며 시행시기 결정

➔ 퇴직 후 보장의 단절 및 불필요한 중복가입을 해소

- 29 -

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	현 행 (구)실손 ¹⁾	개 선			
		기본형	특약① ²⁾	특약②	특약③
남	19,429	14,309(26.4%↓)	1,394	834	1,565
여	24,559	18,078(26.4%↓)	1,928	1,038	1,942
					총 합
					18,102(6.8%↓)
					22,986(6.4%↓)

1) (구)실손: 자기부담비율 10% 상품

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

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

<新상품 가입자가 2년간 보험금 未청구시 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

- 30 -

3 소비자 선택권 제고: 필요한 보장만 골라서 가입

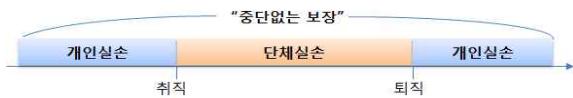
- ❶ 원하지 않는 보험(ex. 종신보험, 사망보험 등)의 비자발적 가입 가능성을 차단하여, 실손의료보험의 가입 선택권을 확대
- ❷ 실손의료보험 중에서도 기본형, 기본형 + 특약 ①/②/③ 중 자신에게 필요한 부분만 선택하여 가입이 가능

4 국민 의료선택권 보장 및 의료비 부담 경감

- ❶ 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
- ❷ 실손의료보험의 악용·남용 행위를 감소시킴으로써 이와 연관된 공보험 재정에 미치는 악영향 최소화

5 간편한 가입·청구 및 “중단없는 보장”

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



V. 향후 추진일정

추진과제	필요조치	추진일정	소관
① 상품구조 개편을 통한 자율적인 시장 규율 확립			
▶ 상품구조 개편	시행세칙 개정	'17.3	금융위·금감원
	新상품 출시	'17.4	
▶ 특약 가입자 도덕적 해이·역선택 방지 방안 마련	감독규정 개정	'17.3	금융위·금감원
▶ 무사고자 인센티브 제공	시행세칙 개정	'17.3	금융위·금감원
▶ 단독형 상품 판매 의무화	감독규정 개정	'17.3 (*18.4.1.시행)	금융위·금감원
② 실손 인프라 정비를 통한 국민 의료비 부담 완화			
▶ 비급여 표준화 및 정보공개 확대	고시개정·공개	'17.4	복지부
▶ 진료비 세부내역 서식 표준화	전산시스템 개편	'17.상	복지부
	전 의료기관 적용·시행	'17.하	
▶ 실손의료보험 통계 DB 구축	시행세칙 개정	'16.12	금융위·금감원
	통계 집적	'17.1~	
▶ 공동 의료자문기구 운영	자문기구 출범	'17.하	업계자율
▶ 보험사기 점검·홍보 강화	보험사기 조사·모니터링	계속	금융위·금감원
③ 가입·전환·청구 간소화를 통한 소비자 편의 제고			
▶ 온라인 판매채널 강화	CM 전용상품 확대	'17년중	금융위·금감원
	보험다모아·포털 연계	'17.하	
▶ 기존 가입자의 新상품 전환 절차 간소화	가입전환특약 출시	'17.상	금융위·금감원
▶ 실손의료보험 청구 간소화	모바일 앱 확대	'17.상	금융위·금감원
▶ 단체/개인 실손 전환 제도화	시행세칙 개정	'17.하	금융위·금감원

참고1 실손의료보험 무사고자 할인·환급 제도 해외 사례

- (영국) 매년 직전년도 보험금 지급실적에 따라 계약자별 등급을 책정하여 차년도 갱신보험료를 차등화하여 할인·할증(14단계, 0~70%)
[※민영의료보험사 BUPA 사례]

* 가입시점 할인단계는 가입자의 과거 민영의료보험 가입경력, 사고이력 등을 반영하여 책정

<BUPA의 보험료 할인제도>

전년도 보험금액	할인단계 변동	할인 단계	할인율 (%)	할인 단계	할인율 (%)
없음	1단계 상승(할인율 ↑)	1	0	8	50
£0.01 ~ £250(42만원)	1단계 하락(할인율 ↓)	2	10	9	55
£250 ~ £500(84만원)	2단계 하락(할인율 ↓)	3	20	10	59
£500(84만원) 초과	3단계 하락(할인율 ↓)	4	27.5	11	62
		5	35	12	65
		6	40	13	68
		7	45	14	70

- (독일) 1년간 보험금을 미청구한 경우 2~4개월치 납입보험료를 계약자에 환급하여 주고, 보험사는 이를 위한 별도 준비금 적립

- (홍콩) 3년 이상 연속 무사고시, 직전년도 납입 보험료를 최대 15% 환급 [※AIA社 사례]

* 연속 무사고 기간별 환급률: (3년)5% → (4년)10% → (5년 이상)15%

- (말련) 2년 이상 연속 무사고시, 차년도 갱신보험료를 최대 20% 할인 [※AXA社 사례]

* 연속 무사고 기간별 할인율: (2년)8% → (3년)10% → (4년)15% → (5년 이상)20%

- 33 -

참고2 패키지상품의 복잡한 상품구조 사례

< 패키지 상품 사례 >

OO생명, 종신보험			□□손보, 건강보험		
구분	담보명	보험료	구분	담보명	보험료
주보험	사망보험금	374,000	주보험	일반상해 후유장해	5,800
특약	재해사망	20,000	특약	일반상해사망	16,600
	재해장해	17,000		상해입원일당	1,878
	암진단	6,000		상해수술	1,014
	뇌출혈진단	2,160		실손의료비	15,540
	급성심근경색증진단	2,040		암진단	15,560
	임원	3,400		뇌출혈진단	9,450
	실손의료비	15,460		급성심근경색증진단	3,490
합계		440,060	합계		74,392

< 주요 소비자 혼란 발생 사례 >

- ① (납입기간 혼란) A씨는 기본계약(상해사망, 고도후유장해)이 20년납 100세 만기이므로 실손의료보험 특약도 20년만 보험료를 납입하면 되는 것으로 알고 종합보험을 가입
- 뒤늦게 실손의료보험은 100세까지 계속 보험료를 납입하는 상품인 것을 알고 민원을 제기

청약서

계약자 정보			
계약자명	계약자번호	740726-	계약번호
주소 (지역) (14549)	연락처	(휴대폰)	E-mail
계약기간 정보			
보험기간	2016년 08월	월 (계약일) ~ 2074년 08월	월 (만기일) 20년납100세만기 / 1월납
보험료	79,991	적립보험료	80,000
단 체 여부	아니오	납입보험료	80,000

- ② (인상수준 이해 곤란) B씨는 암보험, 입원일당 등을 가입하면서 실손의료 보험도 함께 가입한 후 매년 갱신안내장을 받고 있는데, 5년째에 보험료 인상폭이 너무 높아 보험사에 문의
- 이에 실손의료보험은 1년마다 보험료가 오르는 반면, 입원일당 등은 5년마다 보험료가 오르기 때문에 5년마다 보험료가 크게 인상될 수 있다는 설명을 들음

- 34 -

- ① 실손의료보험 관련 실제 보험료는 1~3만원이나, 특약형태의 가입으로 인해 평균 7.3만원으로 인식하는 문제 지속 제기

128 조사보고서 2016-9

〈표 IV-7〉의 계속

	특성별	사례 수	100%	90%	80%	70%	모름
교육 수준	중졸 이하	(25)	20.0	48.0	28.0	0.0	4.0
	고졸	(341)	17.0	36.7	30.5	0.3	15.5
	대졸 이상	(411)	13.4	36.0	36.3	0.0	14.4
	모름/무응답	(45)	16.3	18.6	44.2	0.0	20.9
가구 소득	저소득	(119)	16.0	36.1	32.8	0.0	15.1
	중소득	(456)	14.7	35.5	35.5	0.2	14.0
	고소득	(245)	15.9	35.9	31.8	0.0	16.3

주: 농/임/어업, 은퇴자, 무직/기타는 표본이 적어 통계적 의미가 낮음.

아. 실손의료보험 월납 기준 납입보험료

■ 실손의료보험 평균 월납 기준 납입보험료¹⁸⁾는 7.3만 원인 것으로 나타남.

○ 실손의료보험 평균 월납 납입보험료는 여성, 60대 이상 고령층에서 높게 나타남.

〈표 IV-8〉 실손의료보험 평균 월납 기준 납입보험료

(단위: 원)

특성별		사례 수	평균 납입보험료
전체		(820)	73,524
	성별		
	남성	(400)	73,021
	여성	(420)	74,002
연령	20대	(134)	59,389
	30대	(171)	67,085
	40대	(196)	79,034
	50대	(181)	78,182
	60대 이상	(138)	81,291
	지역 규모		
	대도시	(300)	79,228
	중·소도시	(379)	66,836
	군지역	(51)	79,600

18) 다른 보장과 함께 특약으로 판매될 경우 대부분 전체 보험료로 응답하여, 실제 실손의료 보험 보험료가 1~3만 원 수준인 것에 비해 매우 높게 나타남.

- 35 -

- ② 실손의료보험 해지 이유로, ‘보험료가 부담되어서’라는 응답이 75.4%로 가장 높게 나타남

* 소비자의 보험료에 대한 오인/착각을 방증(패키지형 상품 가입시 개별 보장에 대한 보험료를 제대로 인식하지 않고 가입 → 전체 보험료를 실손보험료로 인식)

132 조사보고서 2016-9

■ 가입한 실손의료보험의 해지 이유를 살펴본 결과, ‘보험료가 부담되어서’라는 응답이 75.4%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 의료 이용이 적어 불필하다고 생각해서(18.8%), 경신기간을 놓쳐서(7.2%) 등의 순으로 나타남.

〈표 IV-11〉 실손의료보험 해지 이유

(단위: %)

	특성별	사례 수	보험료 부담	불필요	경신기간 놓침	국민건강 보험으로 전환	다시 가입	만기
성별	전체	(69)	75.4	18.8	7.2	1.4	1.4	1.4
	남성	(27)	74.1	25.9	7.4	0.0	3.7	0.0
	여성	(42)	76.2	14.3	7.1	2.4	0.0	2.4
연령	20대	(1)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	30대	(13)	61.5	30.8	7.7	0.0	0.0	0.0
	40대	(23)	78.3	17.4	4.3	0.0	4.3	0.0
	50대	(22)	77.3	13.6	13.6	4.5	0.0	4.5
지역 규모	60대 이상	(10)	80.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	대도시	(26)	84.6	7.7	11.5	3.8	0.0	0.0
	중·소도시	(30)	66.7	30.0	3.3	0.0	0.0	3.3
	군지역	(13)	76.9	15.4	7.7	0.0	7.7	0.0
직업	과이트알라	(14)	57.1	35.7	14.3	0.0	0.0	0.0
	블루칼라	(23)	87.0	8.7	0.0	0.0	0.0	4.3
	농/임/어업	(2)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	자영업	(12)	91.7	16.7	0.0	0.0	8.3	0.0
교육 수준	주부	(18)	61.1	22.2	16.7	5.6	0.0	0.0
	중졸 이하	(3)	66.7	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	고졸	(40)	80.0	12.5	5.0	2.5	0.0	2.5
	대졸 이상	(26)	69.2	23.1	11.5	0.0	3.8	0.0
가구 소득	저소득	(17)	82.4	23.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	중소득	(34)	70.6	20.6	8.8	0.0	2.9	2.9
	고소득	(18)	77.8	11.1	11.1	5.6	0.0	0.0

주: 농/임/어업, 은퇴자, 무직/기타는 표본이 적어 통계적 의미가 낮음.