

실손의료보험 제도 개선 방안

- 소비자 편의성·지속가능성 제고 중심 -

2016. 6.16(목)
보험연구원 정성희

I . 현황

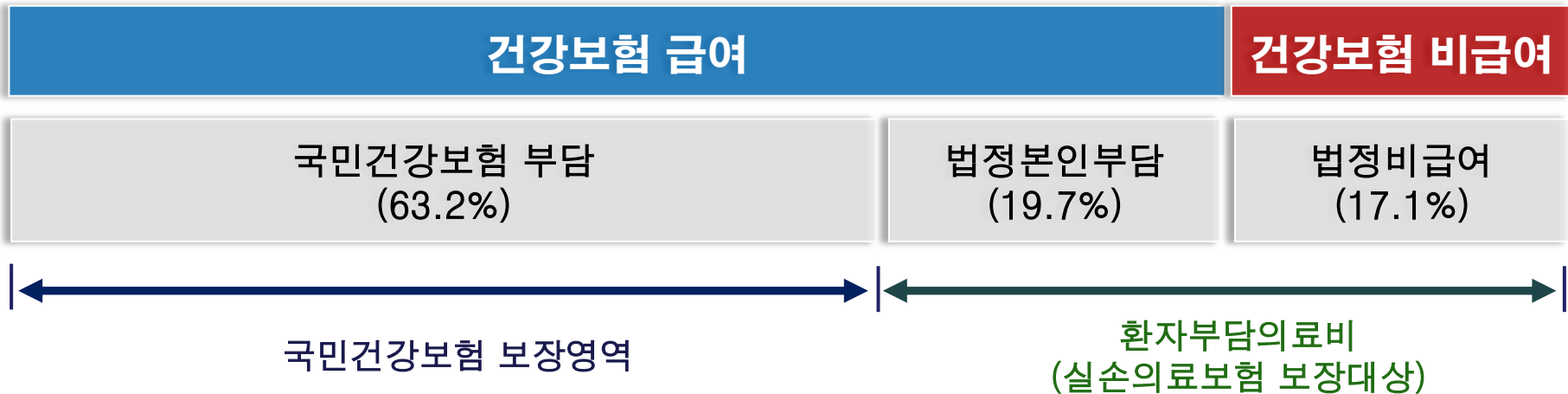
- 공보험 연계
- 민영보험 역할 확대
- 지속가능성 위협



I . 현황 (공보험 연계)

- ❖ 실손의료보험은 공보험과 보장범위가 연계된 구조로 소비자가 가입·유지여부를 선택
 - 공보험이 보장하지 않는 환자의 본인 부담 의료비를 포괄적으로 보장
 - * 특정 질병·상해의 선별적 보장구조가 아닌, 실손보험 가입자가 의료기관 진료 후 지불한 병원비를 보험회사가 사후적 지급·보장하는 방식
 - 소비자·의료공급자의 도덕적 해이 방지를 위해 자기부담금 차감 및 보장금액 한도 부가
 - * 급여 10% / 비급여 20%, 입원 5천만원(1년) / 통원 30만원(1회) 한도

의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위



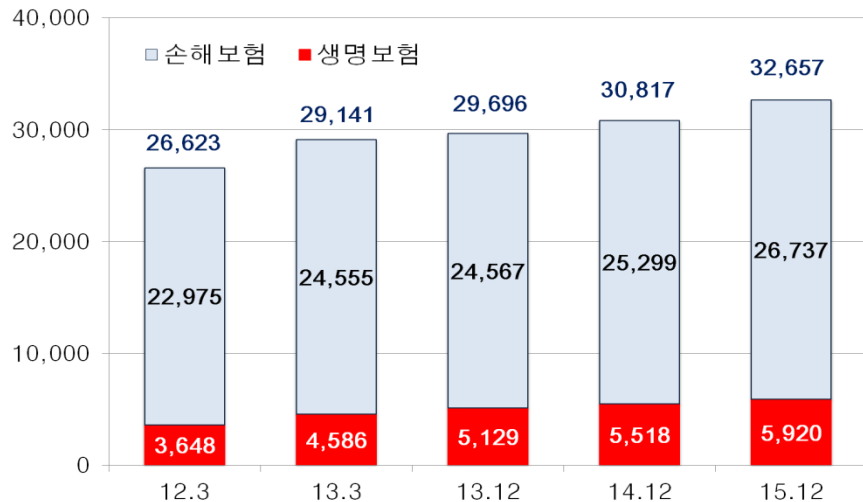
주: ()는 2014년 전체 의료비 중 점유율
자료: 국민건강보험공단 보도자료(2016.4.19)

I . 현황 (민영보험 역할 확대)

- ❖ 2003년 공보험 보충형으로 도입, 현재 국민 대다수가 가입한 대표보험으로 성장
 - 저렴한 보험료·높은 소구력으로 가입자는 꾸준히 증가 추세 (국민 62% 가입)
 - * 1인당 보험료(15년): 연 24만원(국민건강보험 49만원), 수령액(14년): 연 68만원(수령자 의료비의 63%)
- ❖ 최근 고령 인구에 대한 민영건강보험 역할 강화 요구
 - 의료비 지출이 많은 고령층 가입률 저조, 노후실손의료보험 출시 (2014년)

실손의료보험 보유계약건수 추이

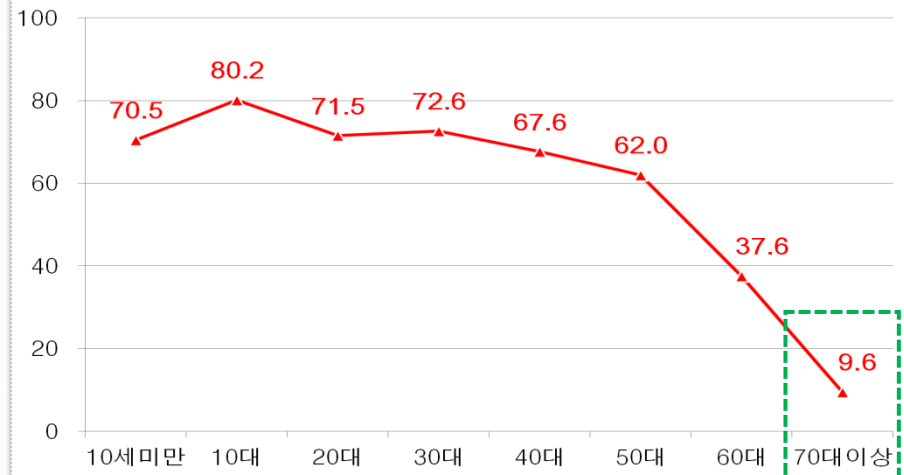
(단위: 천건)



자료: 금융감독원(2016)

연령대별 가입률

(단위: %)



주: 2014년 기준 생명보험, 장기손해보험, 공제실적 합산 실적임.
 자료: 보험개발원(2016)

I . 현황 (지속가능성 위협)

❖ 비급여 의료비의 급속한 증가로 실손의료보험 제도의 지속가능성 우려

- 비급여의료비의 연평균 증가율은 급여 의료비를 약 3.5%p 상회

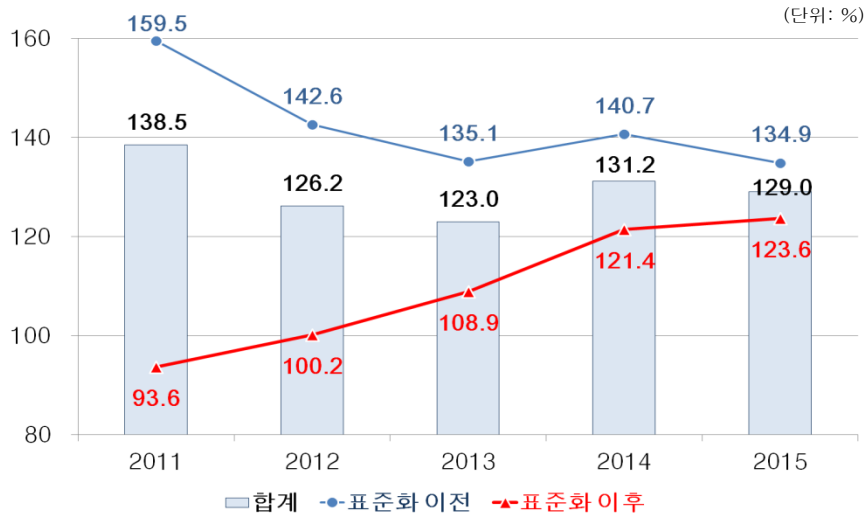
* 연평균 의료비증가율(2009~2013년) : 총의료비 7.7%, 급여의료비 6.7%, 비급여의료비 10.2%

- 실손의료보험은 지급보험금 중 비급여 비중 증가로 손해율 상승 추세

* 지급보험금 중 비급여 비중(생명보험회사) : 2012년 67.2% → 2013년 68.0% → 2014년 68.6%

* 손해율(2015년) : 수입보험료 기준 102.3%, 예정사업비 모두 집행 가정 시 합산비율 123%로 적자구조 심각

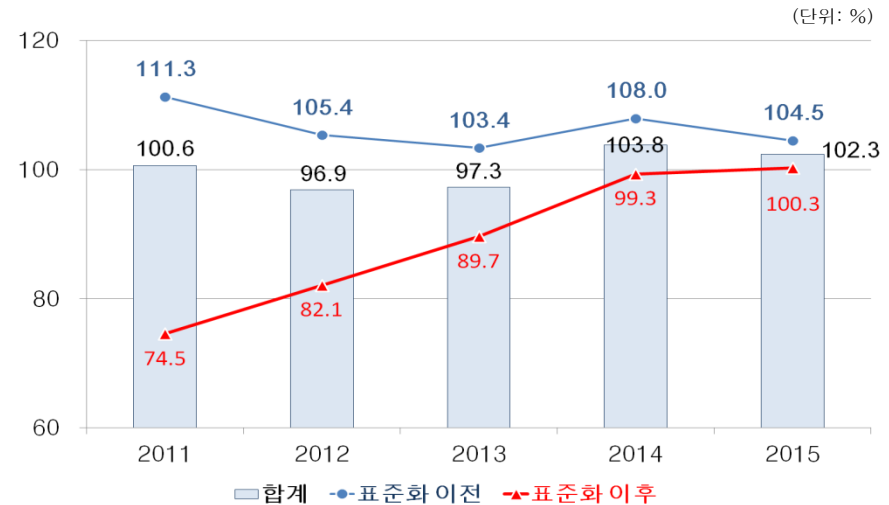
손해율 추이 (위험보험료 기준)



주: (지급보험금+IBNR)/위험보험료

자료: 생명보험14개사, 손해보험 13개사 통계

손해율 추이 (수입보험료 기준)



주: (지급보험금+IBNR)/(위험보험료+예정사업비)

자료: 생명보험14개사, 손해보험 13개사 통계

I . 현황 (지속가능성 위협)

❖ “손해율 악화 → 보험료 급등” 악순환 심화 따른 실손의료보험 지속가능성 위협

- 실손 보험료는 10년 이내 2배 이상 급등 예상 [손해율 114% 가정, 보험료 인상 반영]

* 4인 가족 기준 : 2016년 월 10.6만원 → 2026년 월 21.6만원

- 실손 보험금은 2013년 자동차보험 대인·자손 보험금 추월, 2024년엔 3배 예상

* 실손 / 자동차 대인·자손 보험금 [조원] : 2012년 3.4 / 3.8 → 2013년 4.1 / 3.7 → 2024년 12.8 / 4.1

실손의료보험 보험료 예측

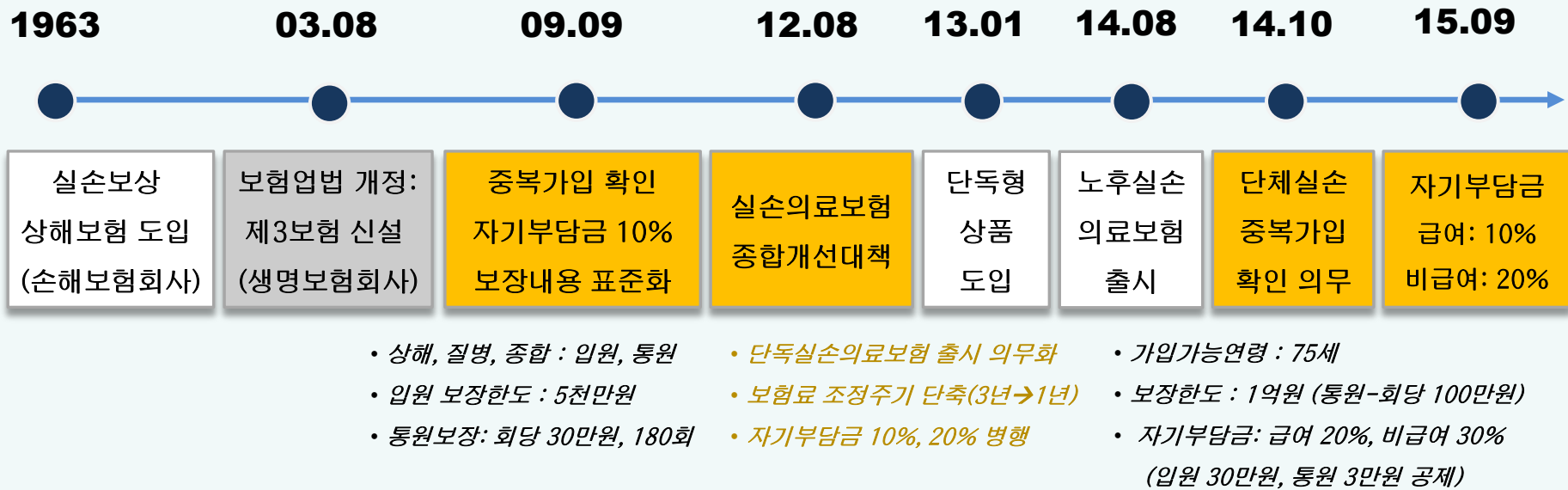
(단위: 조원)

구분		2012년	2013년	2014년	...	2019년	2024년
실손의료보험 손해액		3.4	4.1	4.9	...	9.3	12.8
자동차보험 원수보험금	전체	9.4	9.9	10.5	...	12.2	14.1
	대인/자손	3.8	3.7	3.9	...	4.0	4.1
국민건강보험 보험급여		37.6	39.7	42.8	...	—	—

주: 실손의료보험 손해율 114% 가정

자료: 보험개발원(2016)

[참고] 실손의료보험 상품 연혁



손해 보험

- 1960s : 실손보상 상해보험(1963년) 도입
- 1970s : 단체건강보험(1977년), 특약형태의 질병보험 (1978년)
- 1990s : 의료비보상보험(1999년) – 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 본인부담분 보상

생명보험

- 2000s : 보험업법개정(2003.8) → 단체의료비실손보상보험 판매(2003.11), 개인실손보상보험(2005.8) 취급 가능
– 2008년 8월 개인실손보상보험 출시

[참고] 실손의료보험 약관 개정(2016년)

보장 확대

- 일부 정신질환의 급여의료비 : F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98
- 일부 비뇨기계 장애 : 요로감염, 단백뇨 (N39.0, N39.1, N.39.2)
- 산재 및 자동차보험 본인부담의료비 보장한도, 입원의료비 보장기간

보장 축소

- 비급여 다리 정맥류 치료·시력 교정술
- 비응급환자의 상급종합병원 응급실 이용 : 응급의료관리료
- 자의적 입원, 의사 지시 불이행

※ 실손의료보험상품의 보장제외 대상 질병 (한국표준질병사인분류표 기준)

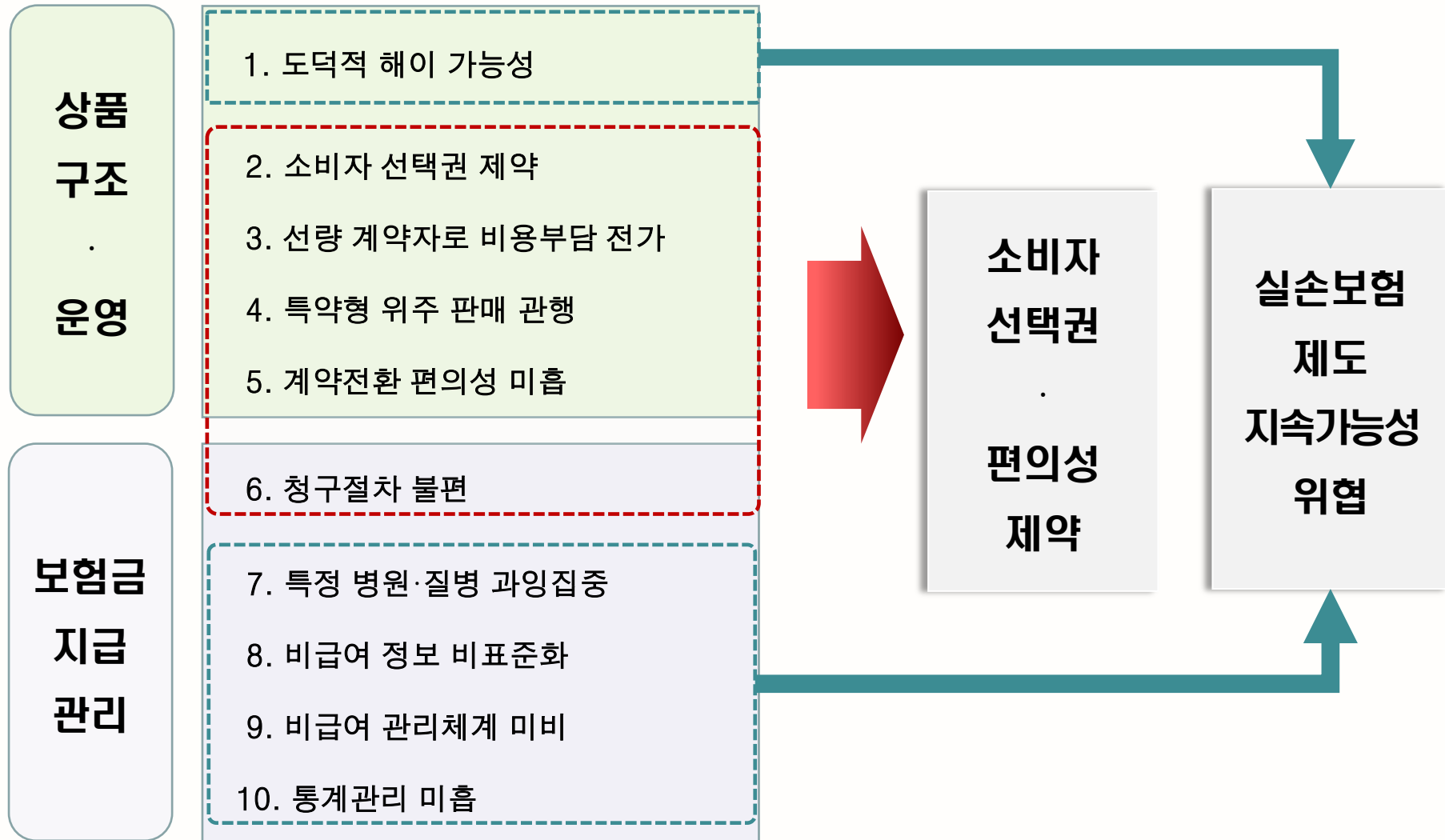
1. 정신 및 행동장애 (F04~F99): 단, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98 관련한 급여의료비는 보상
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증 (N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 입원한 경우 (O00~O99)
4. 선천성 뇌질환 (Q00~Q04)
5. 비만 (E66)
6. 요실금 (N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (I84, K60~K62, K64)

II. 진단

- 상품구조·운영 측면
- 보험금 지급관리 측면



II. 진단 (상품 구조·운영, 보험금 지급 관리)



II-1. 도덕적 해이 가능성 ①

❖ 실손상품 표준화에 따른 시장경쟁 원리 미작동으로 도덕적 해이 가능성 상존

- 실손가입자는 표준화된 보장구조에 대해 실제 의료이용량과 상관없이 공동으로 보험료를 분담
 - * 특정 가입자가 고가 도수치료를 과다 이용하더라도 이로 인한 보험료 인상분은 모든 가입자에게 전가
- 일부 의료기관들이 실손 가입자에게 고가 의료서비스 등 과도한 비급여 진료를 시행
 - * 실손 가입자의 비급여 부담률은 국민건강보험 가입자의 2배 수준

표준화에 따른 도덕적 해이 발생

실손의료보험 : 표준화(단일)

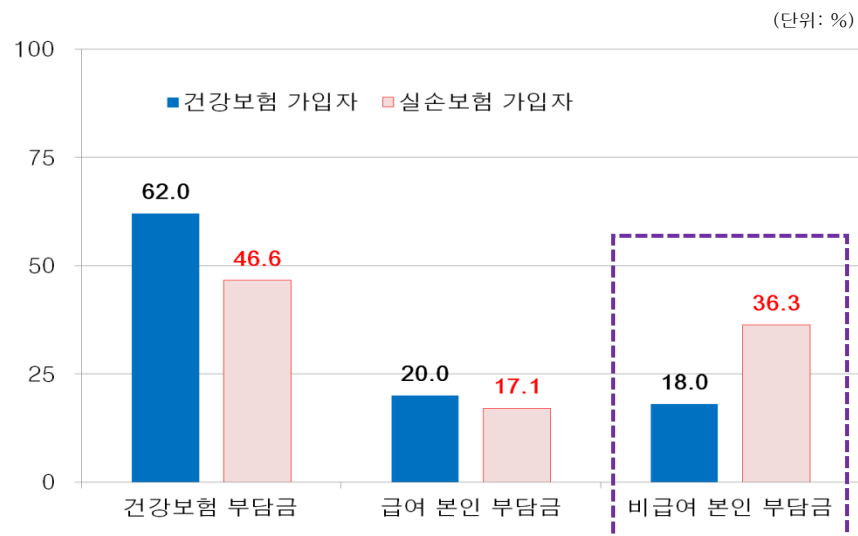
급여	비급여
■ 심평원 수가 책정 ■ 진료량 적정성 심사	■ 의료기관 수가 책정 ■ 진료량 자율 결정

• 도수 치료
 • 고주파 열치료술
 • 레이저치료

모든 실손가입자
공동 분담

일부 가입자
과다 이용

가입자의 보장비율 비교



주: 2013년 기준임
 자료: 보험개발원(2015)

II-1. 도덕적 해이 가능성 ②

최근 언론 등에서 제기된 일부 의료기관의 과잉진료 제시 사례

위장 환자를 통한
디스크 진료체험
(KBS 시사기획 창)

- 보험금 경미한 허리통증 시에도 우선 고가의 MRI 진료 추천
- 증상이 심각(실제는 경미)하니 치료 및 수술 필요성 안내
- 열치료술 등 고가 진료와 30만원 이상의 주사치료 권유
- 실손 가입여부 확인 → 치료비 공짜임을 안내

단순 시력교정
진료체험
(KBS 시사기획 창)

- 단순 시력교정이나 실손보험금 청구 가능하도록 진단서 제공 유인
- 백내장, 노안, 근시로 진단 (교정 수술비 600만원 수준)
→ 6시간 상주하면 입원 처리되어 실비청구가 가능
- 지인(환자)을 데리고 올 경우 인센티브 제공 안내

어깨통증 진료
(실제 영수증 분석)

- 동일 수술 시 병원 규모가 작을수록 총 본인부담액이 큰 것으로 분석
 - (상급병원) 220만원 (병실차액 50%, 선택진료비 22%, 검사비 13% 등)
 - (병원급) 447만원 (검사비 48%, 재료비 29%, 병실차액 9% 등)
- * 병원급은 입원기간 중 MRI촬영 등 비급여 검사비만 215만원에 달하는 데 기인

II-2. 소비자 선택권 제약

❖ 실손보험 표준화상품 운영으로 소비자의 건강니즈 반영 불가

- 소비자는 소구력 낮은 보장 영역(예: 고가 진료행위)까지 보험료를 추가 부담하며 가입
- 희망하는 보장 영역(예: 한방, 치과 등)의 추가 가입 및 보장한도 확대가 불가능
- * 오바마케어 건강보험 : 10개 필수보장(Essential Health Benefits)과 선택으로 분리 운영

실손의료보험 보장내용

(보장범위)

- 국민건강보험에서 정한 급여 중 본인부담금과 비급여

(자기부담금)

- 급여 10%, 비급여 20%

(보장한도)

- 입원 : 5천만원 (연간)
- 통원 : 회당 30만원 (연간 180회 한도)

(보장제외 항목)

- 비급여 치과치료, 한방치료
- 건강검진, 예방접종, 인공유산, 미용목적 등

소비가 희망하는 보장 내용

Basic Plan A

(보험료 低)

- 필수치료 중심
- 자기부담금 高

Basic Plan B

(보험료 低)

- 필수치료 중심
- 가입금액 · 보장횟수 小

Premium Plan C

(보험료 高)

- 선택치료 포함
- 자기부담금 低

Premium Plan D

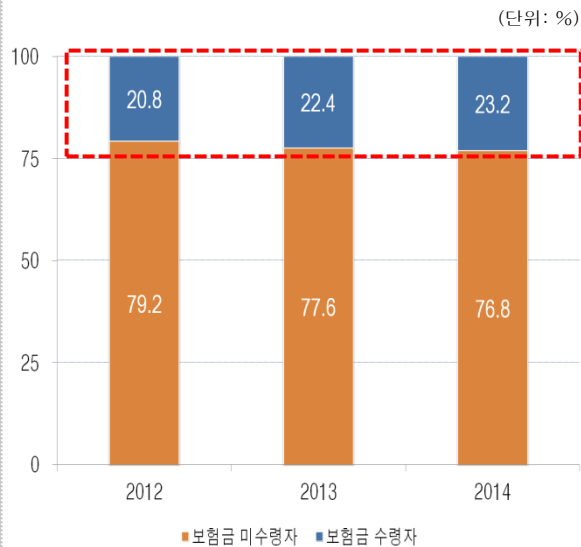
(보험료 高)

- 한방, 치과 포함

II-3. 선량 계약자로 비용부담 전가

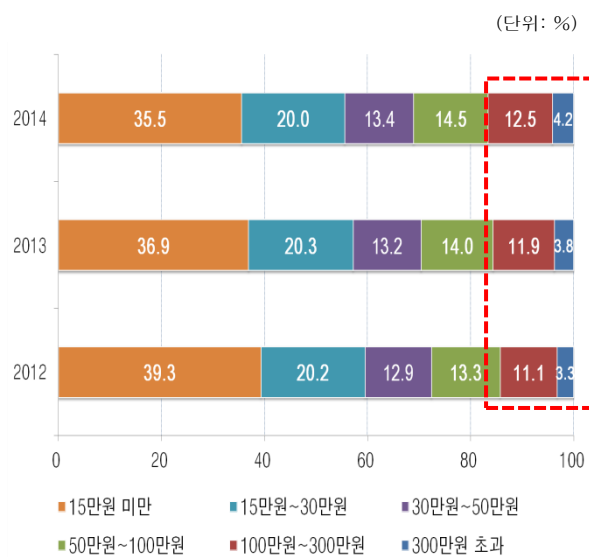
- ❖ 일부 의료쇼핑 소비자의 비용이 대부분 선량 가입자의 보험료 부담으로 전가
 - 실손가입자 중 보험금 수령 비율은 23.2%, 대다수(83.4%) 100만원 이하 수령 (2014년)
 - * 상위 10% 보험금 청구자가 전체 보험금의 절반 이상(53.3% ~ 63.2%) 차지

실손보험 보험금 수령현황



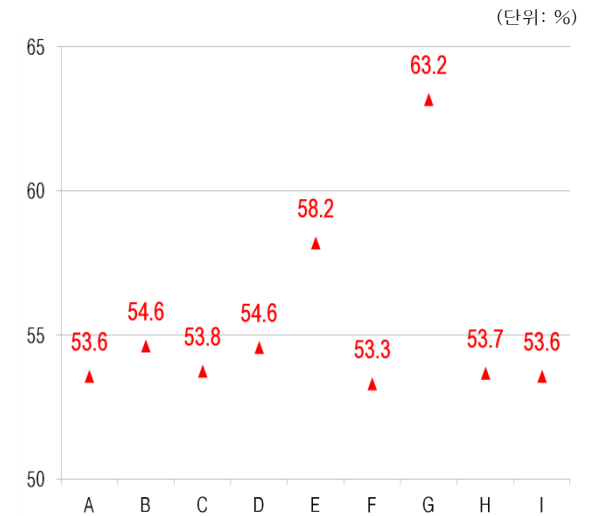
자료: 보험개발원(2016)

금액대별 보험금 수령자 비중



자료: 보험개발원(2016)

회사별 지급보험금 편중 현황



주: 전체 지급보험금 대비 상위 10% 보험금 청구자의 보험금 비중
자료: 각 사 자료(2016)

II-4. 특약형 위주 판매 관행

❖ 마케팅전략에 따른 특약형 위주 판매로 소비자의 선택권·편의성 침해

- 실손 보장만 가입을 원하는 소비자에게도 패키지 형태로 상품 가입을 권유

* 단독형은 2013년부터 판매되었으나 2015년 현재 3.1% [계약건수 기준] 에 불과

- 소비자가 총보험료 중 실손보험료 구별이 쉽지 않고 실손보험 중복가입 개연성 내재

단독형상품 vs. 특약상품 비교

구분	단독형	특약형
주요보장	실손의료비	▪ 주계약 : 사망(생보) / 후유장해(손보) ▪ 특약 : 실손의료비 + 암 · 뇌졸중
보험료	월 1 ~ 3만원 (연 12~ 36만원)	월 10만원 내외 (연 120만원)

II-5. 계약전환 편의성 미흡

❖ 기존가입자가 새로운 상품으로 전환을 원할 경우 해지 후 신상품에 가입

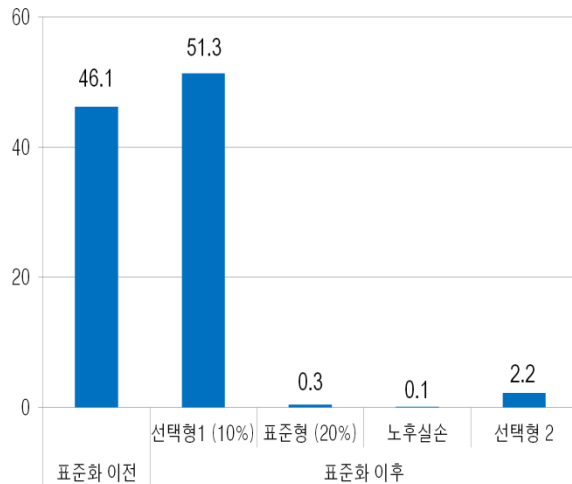
- [예] 보험료 인상 부담으로 자기부담금을 확대하려고 하는 경우 :

기존 선택형(10%) 계약 해지 → 언더라이팅 및 사업비 부담 → 표준형(20%) 상품 가입

- 현재와 같이 손해율 상승이 지속될 경우 고령자는 보험료 부담 가중으로 계약유지 불가

실손상품 유형별 비중 현황

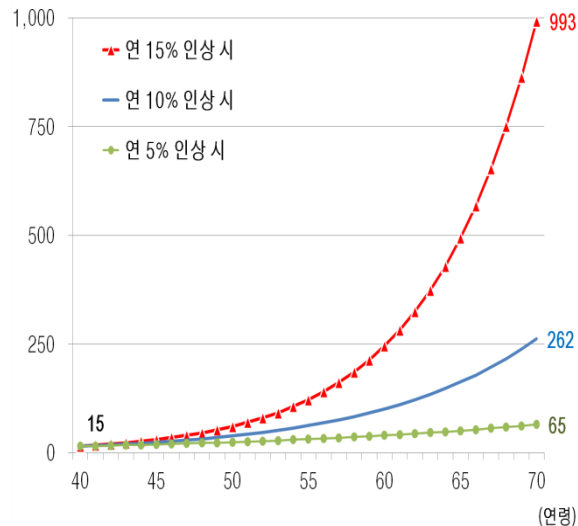
(단위: %)



주: 2015년 기준 전체보유계약건수 대비 상품별 보유계약건수 비중
자료: 금융위원회(2016)

실손 보험료 증가 (예시)

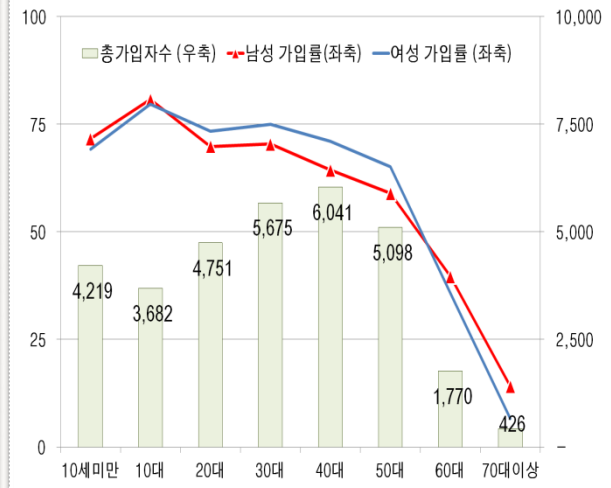
(단위: 천원)



주: 최초가입 시 보험료 15,000원 가정

연령대별 가입자수 및 가입률

(단위: %, 천명)

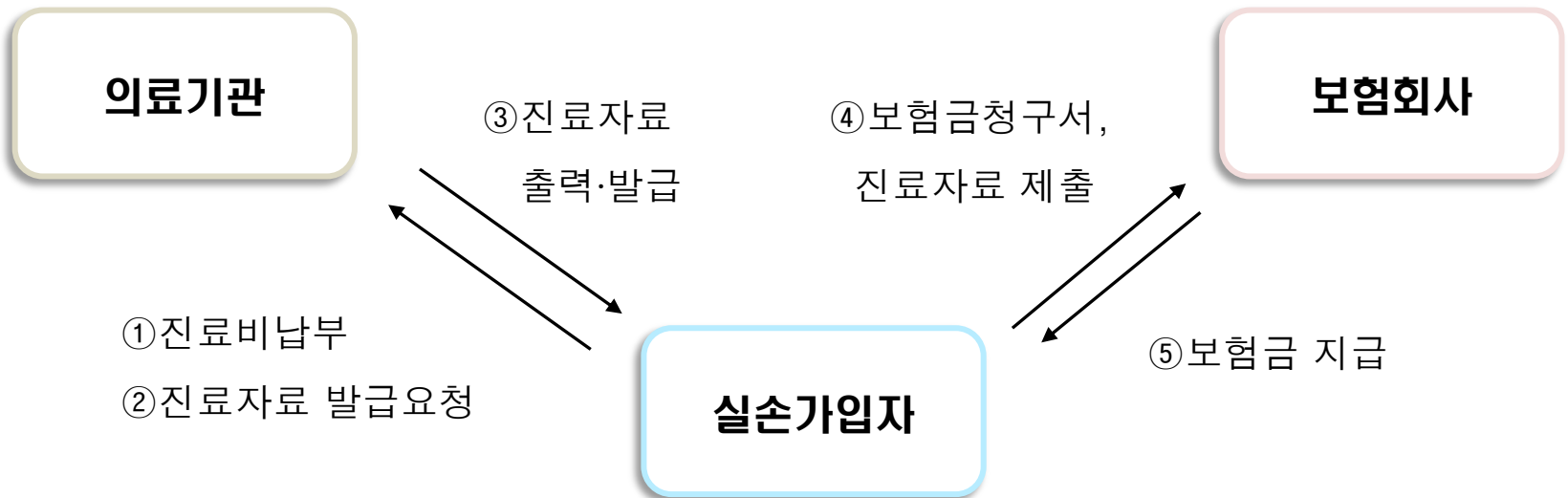


주: 2014년 기준 생명보험, 장기손해보험, 공제실적 환산 실적
자료: 보험개발원(2016)

II-6. 청구절차 불편

- ❖ 실손 보험금 청구절차가 번거롭고 복잡하여 소비자의 불편 가중
 - 가입자가 의료기관에 치료비 지불 후 진료비 영수증 등 청구에 필요한 서류를 의료기관으로부터 받아 방문, 팩스, 우편 등으로 보험회사에게 보험금을 청구
 - * 구비서류 : 진단서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 등
 - * 보험회사 청구방법 : 설계사 [67.8%], 영업소 방문 [21.2%], 팩스 [9.0%], 기타 [1.4%]
 - 특히, 소액 청구인 경우 보험금 청구를 포기하는 경우가 빈번히 발생

실손보험 청구 프로세스(현재)



II-7. 특정 병원·질병 과잉집중 ①

❖ 실손보험금 지급은 소형 병원 및 근골격계 비급여 의료비에 집중되는 경향

- 의료기관 규모가 작을수록 지급보험금 중 비급여 의료비 비중 높고 증가 추세

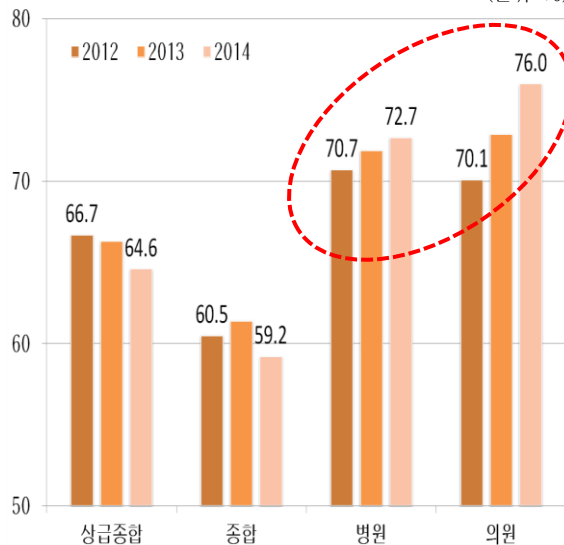
* 2014년 기준 : 의원(76.0%) > 병원 [72.7%] > 상급종합병원 [64.6%] > 종합병원 [59.2%]

- 비급여 의료비는 근골격계 중심으로 실손보험금의 지급 건수 및 지급 비중 高

* 건수기준: 척추질환, 어깨질환, 고혈압, 척추외상 순 / 비중기준: 하지정맥류, 유방관련질환, 척추질환 순

병원등급별 비급여 비율

(단위: %)



자료: 보험개발원(2015, 2016)

질병별 보험금 지급건수

(단위: 건, %)

질병명	건수	비급여 비율
기타추간판장애	164,200	86.9
등통증	116,589	79.8
어깨병변	103,594	77.9
고혈압 본태성	94,769	30.7
요추 및 골반 탈구	75,972	80.2
위염 및 십이지장염	68,726	57.7
경추간판장애	67,815	87.3
유방악성신생물	65,794	83.5

자료: 보험개발원(2015)

질병별 비급여의료비 비중

(단위: %, 건)

질병명	비급여 비율	건수
하지정맥류	91.9	14,985
유방양성신생물	91.4	27,469
양성유방형성이상	89.8	12,658
유방의 제자리암종	88.6	5,624
유방의 상세불명덩이	88.	7,182
수면장애	88.1	4,217
경추간판장애	87.3	67,815
척추측만증	87.2	13,775

자료: 보험개발원(2015)

II-7. 특정 병원·질병 과잉집중 ②

❖ 특히, 근골격 계통 질환(M00~M99)의 실손 보험금 지급이 증가 추세

- 지급보험금 비중이 큰 질병담보 중심으로 최근 5년동안 2배 증가(2010년 13% → 2014년 26%)

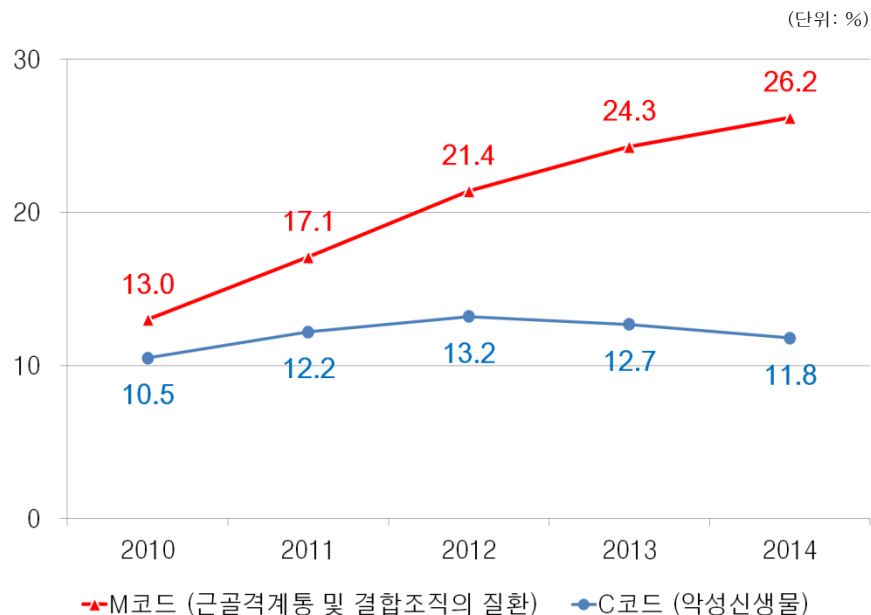
* 도수치료의 경우 병원별 상이한 코드 사용(보건복지부 고시: MX122, 의료기관 적용: SP6, PT34, OZ30, B 등)

주요 질병별 지급보험금 대비 비중

질병 (한국표준질병사인분류표 기준)	비중 (%)
특정 감염성 및 기생충성 질환(A00~B99)	2.8%
신생물(C00~D48)	16.7%
신경계통의 질환(G00~G99)	2.3%
순환계통의 질환(I00~I99)	6.6%
호흡계통의 질환(J00~J99)	6.6%
소화계통의 질환(K00~K93)	8.2%
피부 및 피하조직의 질환(L00~L99)	1.0%
근골격계통 및 결합조직의 질환(M00~M99)	23.5%
비뇨생식계통의 질환(N00~N99)	5.8%
임신, 출산 및 산후기(O00~O99)	0.0%
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과(S00~T98)	16.9%

주: 2010~2014년 동안의 생명보험의 실손보험금 지급건을 대상으로 질병별로 분류
자료: 보험개발원(2016)

주요 질병별 지급보험금 비중 추이



자료: 보험개발원(2016)

II-8. 비급여 정보 비표준화

❖ 비급여 의료항목의 명칭, 코드 등을 의료기관별로 상이하게 적용

- 의료기관의 자율적인 생성관리로 비급여 의료비에 대한 표준화된 정보 부재
 - * 현재 16,680개 비급여항목 중 진료명칭, 코드 표준화 항목은 1,611개(9.7%)에 불과 [감사원(2015)]
- 비급여 고지제도에도 불구하고 비용 비교 및 적정성 판단이 불가능
 - * 비급여 진료항목 조사결과, 동일 항목에 대한 병원별 가격차이는 평균 7.5배 [감사원(2015)]

비급여 진료비용 고지제도

현황	• 비급여항목 가격을 비급여 진료비용 고지지침에서 정한 서식에 따라 병원의 인터넷 홈페이지에 게시 (2010년)
문제점	• 고지 위반에 대한 처벌 규정이 없어 비급여 가격 고지 불이행 발생 • 고지가 이루어져도 비교 기준이 없어서 소비자의 비교 어려움

비급여 의료비 코드표준화

현황	• 2012년부터 심평원은 의료계와 공동으로 비급여 의료행위 및 코드에 대한 표준화 작업 추진 중
문제점	• 비급여 관리주체 부재로 진척도 미미 (심평원 분석결과 비급여 코드표준화 비율은 9.7%에 불과)

II-9. 비급여 관리체계 미비 ①

❖ 비급여 의료의 가격 및 의료량에 대한 관리체계 미비로 진료 적정성 평가 불가

- 현재 공보험의 급여 의료비와 자동차보험은 건강보험심사평가원에서 적정성을 평가
 - * 진료비 확인제도의 경우, 요청 당사자가 환자로 제한되어 있어 실효성에 한계
- 병원별 진료비 내역서 상이, 보험회사는 진료비영수증에 근거한 보험금 심사 후 지급

공사보험 진료비 적정성 확인제도 : 운영근거 및 관리체계

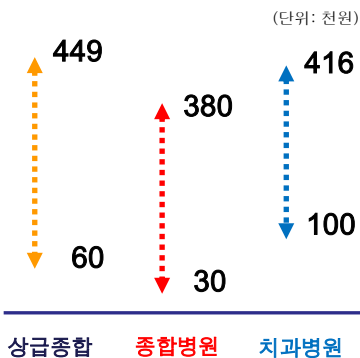
구분	국민건강보험	자동차보험	실손의료보험
법적근거	국민건강보험법	자동차손해배상보장법	-
주무부처	보건복지부	국토교통부	금융위원회
심사기준	복지부령 및 고시 * 요양급여의 기준에 관한 규칙 등	국토부 장관 고시 * 자동차보험진료수가에 관한 기준	-
진료비 청구방법	EDI시스템, 서면	EDI시스템, 서면	팩스, 서면 등
심사기관	(급여) 심평원 (비급여) 시장자율	(대인) 심평원	영수증금액만 확인

II-9. 비급여 관리체계 미비 ②

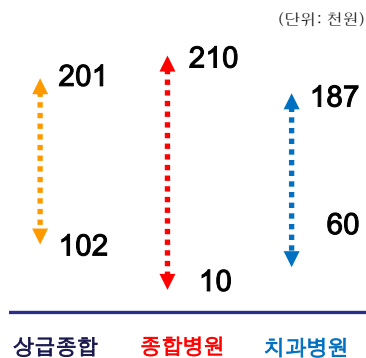
의료기관별 · 보험제도별 비급여 진료비용 차이

의료기관별
비급여
진료비
(심평원(2015))

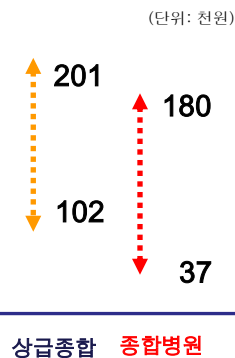
◆ 상급병실료차액 (1인실)



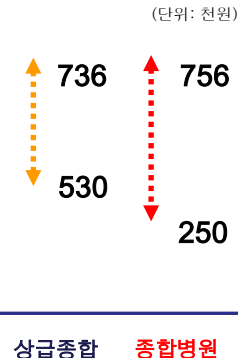
◆ 상급병실료차액 (2인실)



◆ 초음파 (갑상선)



◆ MRI (경추)



보험제도별
비급여
진료비

구분		국민건강보험	자동차보험	실손의료보험
도수치료	코드	MX122	51040	SP6, OZ30, B
	명칭	도수치료		도수치료, 통증도수, CON.Manual
	비용	시장자율(비보장)	16,520 (원)	45,000 ~ 135,000 (원)
추간판내 고주파 열치료술	코드	SZ083	SZ083	SZ0345, SZ083, TSZ083
	명칭	추간판내 고주파열 치료술		
	비용	시장자율(비보장)	192,440 (원)	700,000 ~ 4,500,000 (원)

II-10. 통계관리 미흡

❖ 실손보험 통계의 보험업계 집적·관리 기준 부재로 보험회사의 통계 관리 부실

- 일부 보험회사만 보험금 청구·지급 상세내역 관리, 대부분은 보험금 총액만 입력

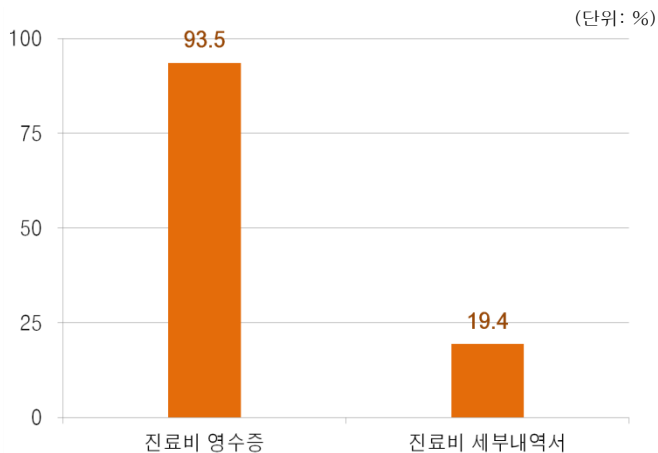
* 2016년부터 위험률을 급여·비급여로 구분 관리[보험업 감독규정 § 7-63②4호]

- 특약 위주 판매로 인해 실제 사업비 산출이 여의치 않아 비용구조 공개 미흡

* 자동차보험같이 소비자가 납부한 보험료 대비 지급보험금 및 사업비 공개를 요구

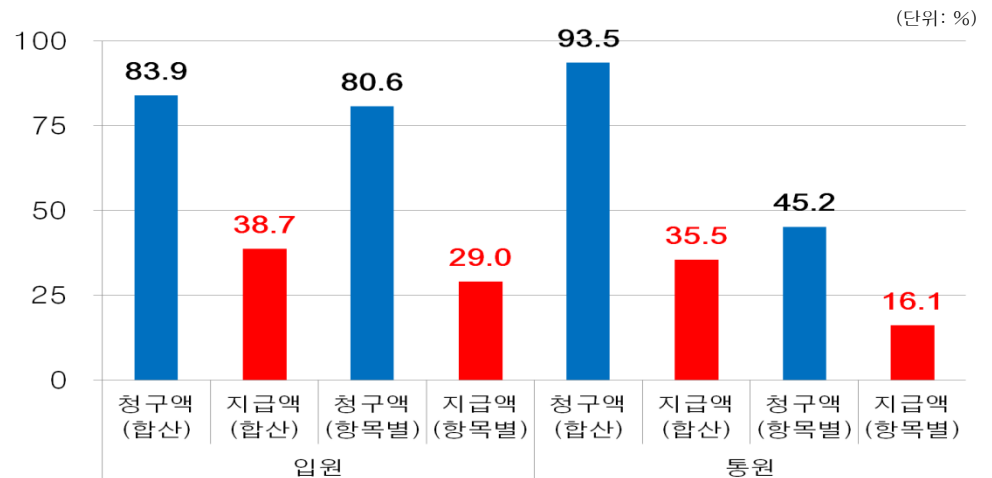
실손의료보험 관련 회사별 통계집적 현황

< 비급여 세부내역 집적 현황 >



주: 생명보험회사 18개사, 손해보험회사 13개사를 대상으로 설문조사를 실시

< 비급여 통계 집적 현황 >



III. 개선방안

1. 상품구조 개선
2. 개인별 보험료 차등
3. 계약전환제도 도입
4. 단독형 활성화
5. 통계인프라 재정비
6. 비급여 관리체계 구축
7. 온라인 청구시스템 도입



Ⅲ. 개선방안 (제도 지속가능성·소비자 편의성 제고)

진단

상품 구조 · 운영

1. 도덕적 해이 가능성
2. 소비자 선택권 제약
3. 선량 계약자로 비용부담 전가
4. 특약형 위주 판매 관행
5. 계약전환 편의성 미흡

보험금 지급 관리

6. 청구절차 불편
7. 특정 병원·질병 과잉집중
8. 비급여 정보 비표준화
9. 비급여 관리체계 미비
10. 통계관리 미흡

개선방안

1. 상품구조 개선
2. 개인별 보험료 차등
3. 계약전환 제도 도입
4. 단독형 활성화
5. 통계인프라 재정비
6. 비급여 관리체계 구축
7. 온라인 청구시스템 도입

제도
지속가능성
제고

소비자
편의성
제고

Ⅲ-1. 상품구조 개선 ①

방안 1

필수가입의 기본형과 별도의 선택 특약형으로 구분 운영

- 과잉진료가 우려되는 일부 비급여 항목을 특약으로 분리
 - 기본형 보험료 인상분에 과잉진료로 인한 일부 비급여 항목* 영향 배제
 - * 도수치료, 고주파 열치료술, 자세교정 등 과잉진료 우려 혹은 비급여비율이 매우 높은 항목

방안 2

과잉진료 유발 우려가 큰 비급여 항목에 대한 보장한도 제한

- 보장 치료 횟수·보장금액을 제한하거나 자기부담금 비율을 확대
- 의료행위 통제방안 적용 검토 : Lifetime Benefit Limit, Annual Deductible 등

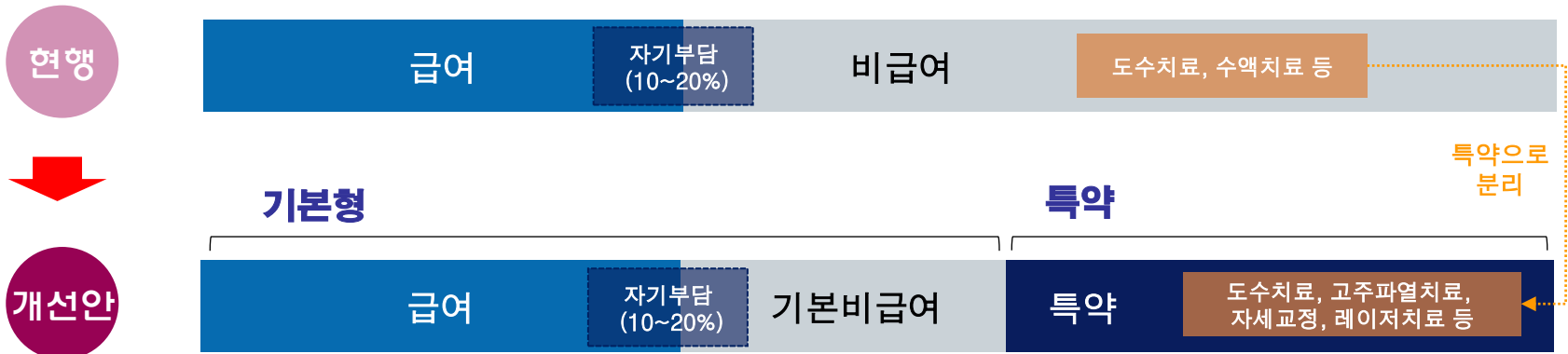
방안 3

소비자 선택 개념이 큰 비급여 항목은 별도 특약형으로 구분

- 상급병실료, 한방, 치과, 안과 등은 특약을 통해 가입
- 보장 횟수·보장금액 확대를 원할 경우 특약 추가

Ⅲ-1. 상품구조 개선 ②

실손의료보험 상품구조 개선 (방안1 + 방안2)



과잉진료 보장제한 효과 (M코드)

• 보장한도 가정

- ① M코드 부담보
- ② 입원 50만원, 외래 5만원, 처방 5천원
- ③ 입원 100만원, 외래 7만원, 처방 1만원
- ④ 입원 200만원, 외래 10만원, 처방 2만원

〈 M코드 보장제한 시 요율 변동폭 〉

구분	15년 변동	가정 (1)	가정 (2)	가정 (3)	가정 (4)
질병	+12.9%	-22.5%	-10.2%	- 4.6%	+ 1.8%
상해	+16.7%	+15.1%	+15.6%	+15.9%	+16.2%
합계	+13.4%	-16.9%	- 6.4%	- 1.5%	+ 4.0%
차이		30.3%p ↓	19.8%p ↓	14.9%p ↓	9.4%p ↓

자료 : 보험개발원(2016)

Ⅲ-2. 개인별 보험료 차등

방안 1 ▶ 무사고자·보험금 미청구자 보험료할인제도(No Claim Bonus) 도입

- 할인재원 마련을 위한 방안 선행 검토 필요
- 유럽의 경우 NCD 환급재원을 위해 기본보험료를 보수적으로 책정

방안 2 ▶ 개인별 보험금 수령실적과 연계한 보험료 할인·할증제도 도입

- 할증 적용 시 비표준체(Poor Health)와 과다이용자를 구분

영국 BUPA의 NCD(No Claims Discount) 모형 (사례)

- 매년 직전년도 계약자별 보험금 지급실적에 따라 차년도 갱신보험료 할인
 - 계약자에게 지급한 보험금 규모에 따라 할인을 차등화(총 14단계), 매년 개별 계약자 할인을 관리

< 할인단계 운영기준 >

전년도 보험금액	할인단계 변동수준
£ 0.00	할인단계 1단계 상승 (할인을 증가)
£ 0.01 (17원) ~ £ 250 (42만원)	할인단계 1단계 하락 (할인을 감소)
£ 250 (42만원) ~ £ 500 (84만원)	할인단계 2단계 하락 (할인을 감소)
£ 500 (84만원) 초과	할인단계 3단계 하락 (할인을 감소)

< 할인단계별 할인율 수준 >

할인 단계	할인율 (%)	할인 단계	할인율 (%)	할인 단계	할인율 (%)
1	0	6	40	11	62
2	10	7	45	12	60
3	20	8	50	13	68
4	27.5	9	55	14	70
5	35	10	59	-	-

Ⅲ-3. 계약전환제도 도입

방안 1 기존 가입자의 새로운 실손상품으로 전환 용이를 위한 제도 마련

- [유럽] 소비자 편의성 제고를 위해 계약전환 시 언더라이팅 미 실시 또는 최소화

방안 2 기존 가입자의 고령·은퇴 시 별도 심사 없이 노후실손보험 전환

- 실손 고령층의 실손보험료 부담 완화를 통해 노후시기 실손보장 강화

유럽보험회사의 타겟마케팅 (사례)



(예) 실손의료보험 상품 보험료가 15% 인상될 것으로 예상되나, 신규상품 가입 시 고객의 보험료가 인하될 수 있습니다.

Ⅲ-4. 단독형 활성화

방안

실손의료보험의 단독형 가입 및 판매 활성화

- 소비자의 불필요한 보험료 부담 완화 및 보험료 비교 용이
- 실손 중복가입 방지 및 사업비 등 통계 관리 효율성 제고
- 대부분 국가 민영의료보험 1년 단독형 운영
- 국내 자동차보험 단독형 : 책임보험 + 임의보험

단독형 실손의료보험 상품 구조 (안)

구 분		납입보험료			
정액	사망 (기본)	비갱신			
	생존 (특약)	비갱신(갱신)			
	실손 (특약)	갱신 (1년)	.	.	갱신 (1년)



구 분		납입보험료			
	실손 (기본)	갱신 (1년)	.	.	갱신 (1년)
정액	사망 (특약)	비갱신			
	생존 (특약)	비갱신(갱신)			

Ⅲ-5. 통계인프라 재정비

방안 1

실손보험금 지급 통계 집적·관리 체계 구축

- 실손보험 사고이력 관리 및 청구·지급 통계 관련 업계기준 마련
- 급여·비급여 보험금 지급내역 세분화 기준 마련

방안 2

실손의료보험 비용지표 산출 및 공시기준 구축

- 소비자 이해 편의를 위한 영업보험료 기준 손해율 공시
- 수익 구조 투명성 제고를 위한 실제사업비 산출 및 합산비율 공시

Ⅲ-6. 비급여 관리체계 구축

방안 1 비급여 의료정보 표준화 및 사용 의무화

- 비급여 의료 명칭·코드 표준화 확대 및 진료비 세부내역서 표준서식 마련
- 실효성 확보를 위한 의료기관 사용 의무화

방안 2 공보험 연계한 비급여 심사체계 구축 검토

- 실손의료보험 비급여 의료비 지급기준 마련
- 복지부·금융당국 협업의 제3의 전문심사기관 구축

진료비 세부내역서 표준서식 (안)

항목	처방일자	수가코드	수가명칭	횟수	일수	단가	총액	급여		비급여	
								일부 본인부담		선택 진료료	선택 진료료외
								본인	공단		
진찰료											
...											

독일 민영의료보험 수가 관리 (사례)

- 보건당국이 민영의료보험 적용 수가체계(GOA) 수립
- 1~2.3배 : 의료기관 자율 책정
~3.5배 : 보험회사에 사유 제출
3.5배~ : 미리 보험회사와 합의

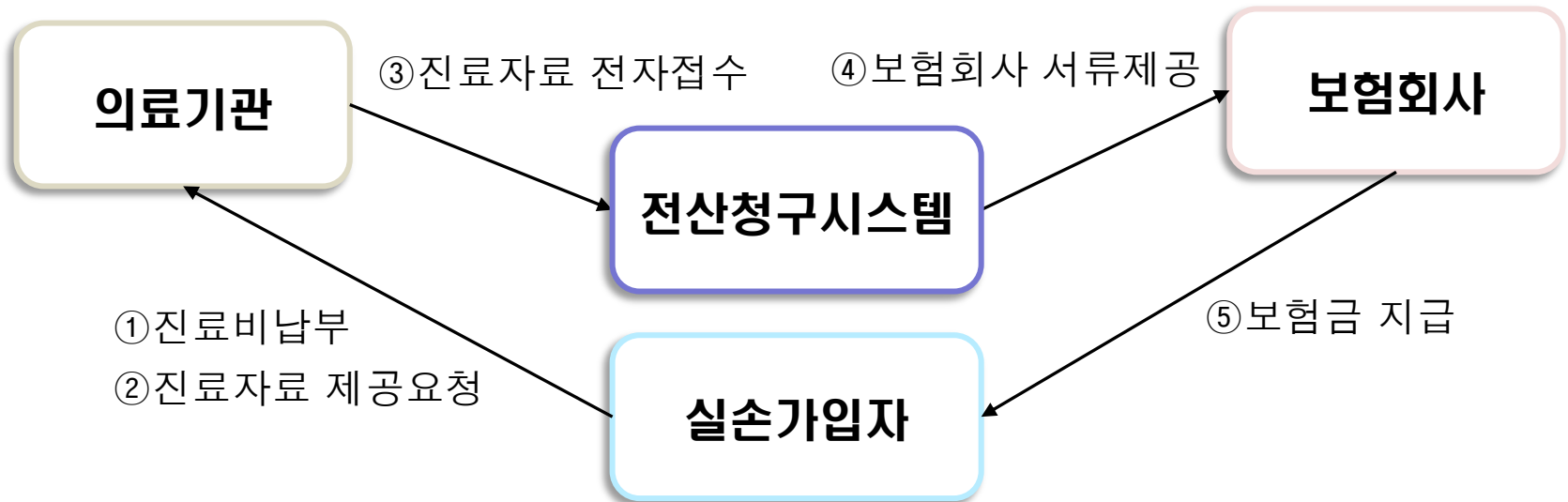
Ⅲ-7. 온라인 청구시스템 도입

방안

의료기관·보험회사 간 의료비청구 온라인시스템 도입

- 우편, 팩스 등을 통한 불편한 실손보험금 청구방식을 원스톱 전산시스템으로 전환
- 소비자 편익증대 및 소액보험금 청구 포기·누락 방지

실손보험 청구 프로세스 (안)



kiri

경청해 주셔서 감사합니다.



편집 : 정성희·김동겸·김영주