

○ 예를 들어, 건강보험 보장성 강화는 중증환자가 주로 이용하는 종합병원급 이상에서 필수적 비급여를 급여화하는데 중점을 두고 있는 반면,

- 실손보험금 지급 증가는 의원급 의료기관의 도수치료·영양주사 등 치료에 필수적이지 않은 항목에서 기인하는 경우가 많습니다.

□ 또한, 실손보험금 지급 증가는 ①과거에 설계된 舊 실손보험의 구조적 한계, ②일부 의원급 의료기관의 부적정한 비급여 가격 책정과 제공 등 복합적 요인으로 인해 발생하고 있어, 더욱 「건강보험 보장성 강화」의 결과로 보기 어렵습니다.

○ 특히, 과거에 설계된 실손보험은 '99년 최초 상품출시 당시 자기 부담금이 없는 100% 보장구조로 설계되는 등 과잉진료 행위에 취약한 구조적 한계점이 있었고, 이에 따라 보험료 인상은 주로 예전에 판매된 상품에서 이루어지고 있습니다.

□ 정부는 그간 자기부담률 증가* 등 실손상품 구조를 지속적으로 개편하고, 비급여 관리도 강화해 왔습니다.

* 자기부담률 : (1세대) 0% → (2세대) 10% → (3세대) 급여 10%, 비급여 20%

○ 금융위는 올해 7.1일 상품구조를 보다 개선한 4세대 실손보험*을 출시하였으며, 향후 4세대 실손이 안착되면 보다 합리적으로 의료서비스의 공급과 이용이 이루어질 것으로 기대합니다.

* 자기부담률 상향(급여 20%, 비급여 30%), 의료이용량에 따른 보험료 할증 적용

○ 아울러, 복지부도 작년 12월 「비급여 관리강화 종합대책」을 확정하고, 올해 9월에는 의원급 비급여 가격 공개 확대*를 시행했으며, 비급여 진료내역 등 보고 의무**를 신설하여 합리적인 의료서비스 이용이 이루어질 수 있는 기반을 만들어 가고 있습니다.

* 비급여 가격정보 공개 항목(564개→ 616개) 및 대상(병원급 이상→ 의원급 이상) 확대

** 의료기관의 비급여 진료내역·가격·빈도 등을 복지부 장관에 매년 1~2회 보고

□ 앞으로 정부는 필수적 의료서비스에 대한 접근성 강화 등 긍정적 효과는 장려하고, 과잉진료 등 부작용은 최소화하는 방향으로 정책을 지속 보완해 나가겠습니다.

○ 또한, 건강보험과 실손보험의 연계를 통한 국민 의료비 적정화를 위해 공사보험연계의 법적 근거*를 마련하고,

* 공사보험 연계 근거 마련을 위한 「국민건강보험법」, 「보험업법」 개정안 국회 제출(9월)

- 실손보험 제도개선, 비급여 관리와 함께 비급여의 급여화도 차질 없이 추진해 나갈 예정입니다.



본 자료를 인용 보도할 경우
출처를 표기해 주십시오.
<http://www.fsc.go.kr>

금융위원회 대변인
prfsc@korea.kr



“혁신금융, 더 많은 기회 함께하는 성장”