



금융위, 실손의료보험 종합개선대책 발표

최 원 선임연구원

■ 금융위는 실손의료보험¹⁾이 높은 상품인지도와 가입률에도 불구하고 보험료가 주기적으로 급등하는 등 소비자 불만이 증가하고 있어 관련 단체 및 기관들과의 의견 조율을 거쳐 ‘실손의료보험 종합개선대책’을 발표함.

- 2012년 4월 실손의료보험 가입자는 약 2,522만 명, 연간 수입보험료는 약 3조 3,000억 원(손해 보험 2조 5,000억 원, 생명보험 8,000억 원)으로 상품인지도와 가입률은 매우 높은 수준임.
- 그러나 금융위는 가입 시에는 낮은 보험료를 제시하고 갱신 시에는 보험료를 크게 인상한다는 소비자들의 불만이 제기되고, 중복가입에 따른 보험료 낭비와 고정된 자기부담금 설정²⁾으로 소비자의 합리적인 선택권이 저해된다는 지적도 존재하여 개선대책을 마련함.

■ 이번 개선대책에는 상품설계 · 공시 · 판매 · 갱신 등 다양한 측면에서의 소비자보호 강화를 위한 상품 구조 개편방안이 포함됨.

- 현재 실손의료보험이 통합상품으로 판매되고 있어 갱신 시 보험료가 얼마나 인상되었는가를 소비자들이 파악하기 어렵고 상품 전환도 힘들다는 문제점을 해소하기 위하여 실손의료보험 상품만을 가입 · 변경할 수 있는 단독상품 출시를 의무화 함.
- 매년 바뀌는 국민건강보험과 연계되는 특성을 반영하여 소비자들의 상품 전환을 용이하도록 하기 위하여 보험료 갱신주기를 3년에서 1년으로 단축함.
- 특정연령(예: 100세)까지 동일한 보장을 제공하여 고연령에서는 현실적으로 계약 유지가 어렵다는 점을 개선하기 위하여 소비자의 기호를 반영하여 보장내용을 일정기간(최대 15년)마다 변경할 수 있도록 함.

1) 국민건강보험의 ‘요양급여 중 본인부담분’과 ‘비급여’부분을 보장함.

2) 현재 실손의료보험은 입원비의 10%만을 자기부담금으로 설정할 수 있음.

■ 또한, 비급여 의료비의 확인 장치를 마련하고, 비급여 의료비 청구서식을 표준화하며, 자기부담금 확대 상품을 출시하는 등 보험금 지급 적정화를 유도하기 위한 방안도 제시됨.

- 비급여 의료비의 청구내용 확인을 강화하기 위하여 전문심사기관(건강보험심사평가원)을 활용하는 법적근거 및 관리체계를 마련함.
- 비급여 의료비 항목의 확인을 용이하게 하기 위하여 명칭, 코드, 양식 등 비급여 의료비 청구서식의 표준화를 추진함.
- 자기부담금 비율이 20%인 상품을 출시하여 의료서비스 이용이 적은 소비자들의 기호에 부합하는 보험료 및 보장수준 조합을 제공하고 합리적인 의료서비스 이용을 유도함.

(실손의료보험 종합개선대책, 금융위, 8/30)