

백영화 연구위원

요 약

금융위원회는 실손의료보험 상품구조 개편(2021. 7. 1 시행 예정) 내용을 반영한 보험업감독규정 개정안을 예고하였음. 개정안에 의하면 향후 실손의료보험 주계약에서는 급여 본인부담금 부분을, 특약에서는 비급여 부분을 보장하도록 분리 운영되며, 비급여 보험료에 대해서는 보험금 지급 실적을 고려한 보험료 차등제가 도입됨. 또한 개정안은 자기부담률 및 공제금액 상향 조정, 재가입주기 단축에 관한 내용도 포함하고 있음

○ 금융위원회는 2021년 1월 19일 보험업감독규정 개정안을 예고하였음

- 금융당국이 2020년 12월 9일 발표한 실손의료보험 상품구조 개편 내용¹⁾을 보험업감독규정에 반영하기 위한 것임
 - 실손의료보험 상품구조 개편은 2021년 7월 1일 시행 예정이며, 노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 개편 대상에서 제외됨

○ 비급여(특약)의 분리 운영

- 현재 실손의료보험은 원칙적으로 하나의 보험상품(주계약)에서 급여(본인부담금 부분)와 비급여를 함께 보장하고 일부 특정 비급여에 대해서만 특약으로 담보하고 있음
- 향후에는 실손의료보험 주계약에서는 급여(본인부담금 부분)를, 특약에서는 비급여 부분을 보장하도록 분리 운영함 (제7-63조 제2항 제1호의2)
 - 급여와 비급여 각각의 손해율 등 통계 관리가 가능해지고, 실손의료보험 가입자 입장에서도 보험료 인상 요인이 급여 때문인지 비급여 때문인지 명확하게 인식할 수 있게 될 것으로 기대함

〈표 1〉 비급여(특약) 분리 운영

현행	개편(안)
주계약(급여+비급여)	주계약(급여)
특약(특정* 비급여) *1) 도수·증식·체외충격파 2) 비급여주사 3) 비급여MRI	특약(비급여)

자료: 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 9)

1) 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 9), “실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다(제4세대 실손, 내년 7월 출시)”

○ 비급여 보험료 차등제 도입

- 비급여 부분을 보장하는 특약 보험료에 대해서, 보험금 지급 실적과 연계한 보험료 차등제를 도입함(제7-63조 제2항 제3호의3)
 - 현재 실손의료보험은 일부 가입자의 비급여 의료 이용량이 전체 가입자의 보험료 부담으로 이어지는 형평성 문제가 심각하다는 점을 고려하여, 비급여 의료 이용량과 연계하여 비급여 보험료를 할인·할증함으로써 가입자 간 보험료 부담 형평성을 제고하려는 것임
 - 비급여 부분을 보장하는 특약 보험료(순보험료 총액)를 대상으로, 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안의 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신 시 할인·할증요율을 적용함
 - 한편 노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험에 대해서는 보험료 차등제를 적용하지 않음
- 비급여 보험료 차등제는 새로운 실손의료보험 상품 출시 후 3년 경과 시점(2024년 7월 1일)부터 적용할 예정임(부칙 제3조)
 - 가입자 수, 청구 건수가 충분히 확보되어야 통계적으로 안정된 할인·할증률 제공이 가능하다는 점을 고려한 것임

○ 자기부담률 및 공제금액 조정

- 실손의료보험에서의 자기부담률 및 통원(외래 및 처방·조제비)에 적용되는 최소 공제금액을 일부 상향 조정함(제7-63조 제2항 제2호 및 제2호의2)
 - 실손의료보험에서의 자기부담률 및 공제금액은 과잉 의료서비스 이용 억제 및 도덕적 해이 예방에 중요한 요소이나, 현행 수준이 적정 의료이용 유도과 손해율의 안정적 관리 측면에서 여전히 미흡하다는 고려하여 일부 상향 조정하는 것임

〈표 2〉 자기부담률 및 공제금액 조정

구분	현행		개편(안)	
	주계약(급여+비급여)	특약(특정 비급여)	주계약(급여)	특약(비급여)
자기부담률 (입원)	• 10% 또는 20%		• 20%	• 30%
공제금액 (통원)	• 외래: 의료기관 종류에 따라 1만 원/1만 5천 원/2만 원, 또는 max(1만 원/1만 5천 원/2만 원, 20%) • 처방·조제: 8천 원 또는 max(8천 원, 20%)	• 입·통원 구분 없이 max(2만 원, 30%)	• max(의료기관 종류에 따라 1만 원/2만 원, 20%) * 외래 및 처방·조제비 합산	• max(3만 원, 30%) * 외래 및 처방·조제비 합산

○ 재가입주기 조정

- 실손의료보험의 보험기간 및 보장내용 변경 주기를 15년에서 5년으로 단축함(제7-63조 제2항 제6호 나목)
 - 국민건강보험의 정책 방향과 의료환경 변화 등을 실손의료보험 보장내용에 시의적절하게 반영할 수 있도록 하기 위한 것임