



|   |                                 |  |       |                             |   |
|---|---------------------------------|--|-------|-----------------------------|---|
| <br>금융위원회 | <div>보도자료</div>                 |  |       |                             | <br>대한민국 대전환<br>한국판뉴딜 |
| 보도  | 2021.1.19.(화) 조간                |  | 배포    | 2021.1.18.(월)               |   |
| 책 임 자   | 금융위 보험과장<br>김 동 환(02-2100-2960) |  | 담 당 자 | 남 명 호 사무관<br>(02-2100-2963) |   |

## 제 목 : 「보험업감독규정 일부개정안」 규정변경예고

### - 제4세대 실손의료보험 출시('21.7.1)를 위한 감독 규정 개정

#### 1 추진 배경

- ☐ 금융당국은 실손의료보험이 국민 건강의 사적(私的) 안전망 기능을 충실히 수행해 나갈수 있도록 상품구조 전반에 걸친 개편 방안을 발표('20.12.9)\*한 바 있습니다.

\* 「실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증제도가 새로 도입됩니다.」  
('20.12.9 보도자료)

- 금번 감독규정 개정은 이에 대한 후속조치로 새로운 실손의료보험 관련 내용을 감독규정에 반영하기 위한 것입니다.

#### 2 주요 내용

##### ① 급여·비급여 분리

- ☐ **(현황)** 현재 실손의료보험은 하나의 보험상품(주계약)에서 급여와 비급여를 함께 보장하고 있기 때문에,
- 보험회사는 급여와 비급여 각각의 손해율 등 통계 관리 유인이 부족\*하였고,

\* 현재는 전체 지급보험금(급여+비급여) 위주로 손해율 등 통계 관리가 되고 있음

- 실손보험 가입자는 보험료 인상 요인이 급여 이용 때문인지, 비급여 이용 때문인지 명확하게 인식하기 어려웠습니다.
- (개선) '급여'는 '주계약'으로, '비급여'는 '특약'으로 분리·운영하겠습니다.

| 현 행  | 개편(안)      |
|--|------------|
| ▶ 주계약 (급여+비급여)                                       | ▶ 주계약 (급여) |
| ▶ 특약 (특정* 비급여)<br>* 1)도수·증식·체외충격파 2)비급여 주사 3)비급여 MRI | ▶ 특약 (비급여) |

- (기대효과) 급여·비급여 각각의 손해율 등 통계 관리와 비급여에 대한 보험료 차등제 시행 기반이 마련되고,
- 향후 실손보험 가입자는 보험료 인상 요인이 '급여' 또는 '비급여' 이용 때문인지 명확하게 인식할 수 있어 합리적 의료이용에 기여할 것으로 기대됩니다.

## ② 재가입주기 단축

- (현황) 현재 실손의료보험의 보장내용(약관)은 재가입주기인 15년마다 변경 가능하여, 빠르게 변화하는 의료기술, 진료행태 변화 등에 시의 적절하게 대응하기 어려웠습니다.\*

\* 예) 백내장 치료시 특정 비급여(다초점 인공수정체) 항목의 보장이 과잉진료 및 수술 부작용 등으로 사회적 문제가 되는 경우 등 → 15년내 통제 어려움

- (개선) 실손의료보험의 재가입주기를 5년으로 단축하겠습니다.
- (기대효과) 공(公)보험인 국민건강보험의 정책 방향과 의료환경 변화 등을 적절하게 반영할 수 있으며,
- 실손보험에 새로운 보장이 추가될 경우, 기존 가입자도 5년마다 신속하게 동일한 보장을 받을 수 있습니다.

### ③ 보험료 차등제 도입

- **(현황)** 현재 실손의료보험은 일부 가입자의 과다 의료이용이 대다수 가입자의 보험료 부담으로 전가\*되는 문제점을 갖고 있습니다.

\* 의료이용량 상위 10%가 전체 보험금의 56.8%를 지급받으며, 무사고자를 포함하여 전체의 가입자의 93.2%는 평균 보험금(62만원) 미만을 지급받음

- 특히, 비급여는 과잉진료, 과다 의료이용 등이 심각하고, 가입자간 의료이용 편차가 크게 나타나기 때문에 보험료 부담에 대한 형평성 문제\*가 더욱 심각합니다.

\* 실손보험의 전체 지급보험금 중 비급여 비중은 약 65% (급여 약 35%) → 비급여 의료이용량의 변화가 전체(급여+비급여) 보험료에 미치는 영향이 큰 것을 의미함

- **(개선)** 비급여 부분에 대해 의료 이용량(보험금 실적)과 연계한 보험료 차등제를 도입하겠습니다.

- 다만, 지속적이고 충분한 치료가 필요한 '불가피한 의료 이용자'\*에 대해서는 차등제 적용을 제외하겠습니다.

\* 국민건강보험법상 산정특례 대상자 (암질환, 심장질환, 희귀난치성질환자 등)  
→ '18년 기준 전체 인구 수 대비 약 4%

\* 노인장기요양보험법상 장기요양대상자 중 1~2등급 판정자(치매·뇌혈관성 질환 등)  
→ '19년 기준 65세 이상 인구 수 대비 약 1.5%

- 비급여 차등제의 안정적 운영을 위해 할인·할증은 상품 출시 후, 3년 경과 시점부터 적용할 예정\*입니다.

\* 가입자 수, 청구건수가 충분히 확보되어야 통계적으로 안정된 할인·할증을 제공이 가능하며, 기존 新실손의 가입 추이 등을 고려할 때 최소 3년의 준비기간이 필요

- **(기대효과)** 비급여에 대한 합리적 의료이용을 유도하고, 가입자간 보험료 부담의 형평성이 제고될 것으로 기대됩니다.

#### 4 자기부담률 및 공제금액 합리화

□ (현행) 실손의료보험의 자기부담률은 과잉 의료서비스 이용 억제 및 도덕적 해이 예방에 중요한 요소이나,

○ 현행 자기부담률 수준은 적정 의료이용 유도와 손해율의 안정적 관리 측면에서 여전히 미흡한 상황입니다.

□ (개선) 자기부담률\* 및 통원 최소 공제금액\*\*을 상향 조정하겠습니다.

\* (현행) 급여 10/20%, 비급여 20% → (변경) 급여 20%, 비급여 30%

\*\* (현행) [급여, 비급여 통합] 외래 1~2만원, 처방 0.8만원

→ (변경) [급여, 비급여 구분] 급여 1만원(단, 상급·종합병원 2만원) / 비급여 3만원

□ (기대효과) 새로운 실손보험의 보험료가 기존 대비 대폭 인하\*되고, 가입자가 보다 합리적으로 의료서비스를 이용할 것으로 기대됩니다.

\* '17년 출시된 新실손 대비 약 10%, '09년 이후 표준화 실손 대비 약 50%, 표준화 前 실손 대비 약 70%정도 인하 효과 발생

### 3 향후 계획

□ 보험업감독규정 규정변경예고('21.1.19~3.2), 규제개혁위원회 규제 심사, 금융위 의결 등을 거쳐,

○ '21.7.1일 제4세대 실손의료보험 상품이 출시될 예정입니다.



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

금융위원회 대변인  
[prfsc@korea.kr](mailto:prfsc@korea.kr)



“혁신금융, 더 많은 기회 함께하는 성장”