

보험업감독규정 일부개정고시안

보험업감독규정 일부를 다음과 같이 개정한다.

제7-63조제2항에 제1호의2를 다음과 같이 신설한다.

1의2. 주계약으로 체결하는 실손의료보험계약[제2호 각 목에서 정하는 공제금액보다 높은 공제금액을 적용하고 65세 이상에서 보험가입이 가능한 실손의료보험(이하 “노후실손의료보험”이라 한다)과 감독원장이 정하는 표준사업방법서에 따른 계약전 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 “유병력자실손의료보험”이라 한다)은 제외한다. 이하 “기본형 실손의료보험”이라 한다.]은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금 부분을 보장하고, 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분을 보장할 것.

제7-63조제2항제2호 중 “주계약으로 체결한 실손의료보험계약[다음 각 목에서 정하는 공제금액보다 높은 공제금액을 적용하고 65세 이상에서 보험가입이 가능한 실손의료보험(이하 “노후실손의료보험”이라 한다)과 감독원장이 정하는 표준사업방법서에 따른 계약전 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 “유병력자실손의료보험”이라 한다)은 제외한다. 이하 “기본형 실손의료보험”이라 한다.]”를 “기본형 실손의

료보험”으로 하고, 같은 호 본문 중 “(공제전)”을 “(공제전을 말하며, 이하 ‘보장대상의료비’라 한다.)”로 하며, 같은 호 단서 중 “공제”를 “보장”으로 한다.

제7-63조제2항제2호가목 중 “10% 또는 20%”를 “20%”로 한다.

제7-63조제2항제2호나목 중 “외래(국민건강보험법 제42조 요양기관별 방문 1회당 또는 1일당)”을 “통원(외래 및 처방·조제비를 합산하여 통원 1회당)”으로 한다.

제7-63조제2항제2호나목 1)부터 3)까지를 삭제하고, 같은 목에 1)부터 2)까지를 다음과 같이 신설한다.

1) 국민건강보험법 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 : 2만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액

2) 의료법 제3조제2항에 의한 의료기관(종합병원은 제외한다), 국민건강보험법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액

제7-63조제2항제2호다목을 삭제한다.

제7-63조제2항제2호의2 중 “(노후실손의료보험은 제외한다)”를 “(노후 실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)”로 하고, 같은 호 본문 중 “(공제전)”을 “(공제전을 말하며, 이하 ‘보장대상의료비’라 한다.)”로, “1회당 또는 일당 2만원 또는 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액을 공제한 금액으로 할 것”을 “다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것”으로 하며, 같은 호 단서 중 “공제”를 “보장”으로 한다.

제7-63조제2항제2호의2에 가목 및 나목을 다음과 같이 신설한다.

가. 입원 : 보장대상의료비의 30%

나. 통원(국민건강보험법 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제) : 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액(외래 및 처방·조제비를 합산하여 통원 1회당)

제7-63조제2항에 제3호의2 및 제3호의3을 다음과 같이 신설한다.

3의2. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우에는 제3호의3에 의한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용하기 전 보험료를 기준으로 제3호를 적용할 것

3의3. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안

의 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신 시 순보험료(특약 순 보험료 총액을 대상으로 한다)에 대한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용할 수 있을 것.

제7-63조제2항제4호를 삭제한다.

제7-63조제2항제6호나목 중 “15년 이내로”를 “5년으로” 하고, 같은 목 단서 중 “노후실손의료보험”을 “노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험”으로, “3년 이내로”를 “3년으로” 한다.

제7-63조제2항제6호라목을 삭제한다.

제7-73조에 제9항을 다음과 같이 신설한다.

⑨ 보험회사가 제7-63조제2항제3호의3에 따라 특약으로 체결하는 실손의료보험의 요율 상대도(할인·할증요율)를 산출하는 경우에는 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규정은 2021년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 규정은 이 규정 시행 후 최초로 작성·변경되는 기초서류로서 판매개시일이 이 규정 시행일 이후인 보험상품에 관한 기초서류부터 적용한다.

제3조(특례) 보험회사는 제7-63조제2항제3호의2 및 제3호의3, 제7-73조제9항의 개정규정에도 불구하고 2024년 6월 30일까지 종전의 규정

을 적용할 수 있다.

신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
<p>제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (생략)</p> <p>1. ~ 2. (생략)</p> <p>② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다.</p> <p>1. (생략)</p> <p><u><신 설></u></p>	<p>제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (현행과 같음)</p> <p>1. ~ 2. (현행과 같음)</p> <p>② ----- ----- ----- -----.</p> <p>1. (현행과 같음)</p> <p><u>1의2. 주계약으로 체결하는 실손의료보험계약[제2호 각 목에서 정하는 공제금액보다 높은 공제금액을 적용하고 65세 이상에서 보험가입이 가능한 실손의료보험(이하 "노후실손의료보험"이라 한다)과 감독원장이 정하는 표준사업방법서에 따른 계약전 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 "유병력자실손의료보험"이라 한다)은 제외한다. 이하 "기본형 실손의료보험"이라 한다.]은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금 부분을 보장하고, 특약으로 체결하</u></p>

2. 주계약으로 체결한 실손의료보험계약[다음 각 목에서 정하는 공제금액보다 높은 공제금액을 적용하고 65세 이상에서 보험가입이 가능한 실손의료보험(이하 “노후실손의료보험”이라 한다)과 감독원장이 정하는 표준사업방법서에 따른 계약전 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 “유병력자실손의료보험”이라 한다)은 제외한다. 이하 “기본형 실손의료보험”이라 한다.]의 보험금을 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제전)에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.

가. 입원 : 보장대상의료비의

는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분을 보장할 것.

2. 기본형 실손의료보험-----

-----(공제전을 말하며, 이하 ‘보장대상의료비’라 한다.)-----

-----보장-----

-----.

가. -----

10% 또는 20%(단, 공제할 금액이 연간 200만원을 초과하는 때에는 200만원까지 공제한다)

나. 외래(국민건강보험법 제42조 영양기관별 방문 1회당 또는 1일당)

1) 의료법 제3조제2항제1호에 의한 의원·치과의원·한의원, 의료법 제3조제2항제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소 : 1만원 또는 1만원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액

2) 의료법 제3조의3에 의한 종합병원, 동법 제3조의2에 의한 병원·치과병원·한방병원, 요양병원 : 1만5천원 또는 1만5천원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액

20%-----

나. 통원(외래 및 처방·조제비를 합산하여 통원 1회당)

1) 국민건강보험법 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 : 2만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액

2) 의료법 제3조제2항에 의한 의료기관(종합병원은 제외한다), 국민건강보험법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2

호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액

<삭 제>

3) 국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 : 2만원 또는 2만원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액

<삭 제>

다. 국민건강보험법 제42조 제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방·조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) : 8천원 또는 8천원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액

2의2. -----
-----(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)-----
-----(공제전을 말하

2의2. 특약으로 체결한 실손의료보험계약(노후실손의료보험은 제외한다)의 보험금을 약관에서 보장대상으로 하는 본인 부담의료비(공제전)에서 1회당

또는 일당 2만원 또는 보장대
상의료비의 30% 중 큰 금액을
공제한 금액으로 할 것. 단, 국
민건강보험법 제42조의 요양기
관이 아닌 해외 소재 의료기관
의 의료비는 공제 대상 의료비
에서 제외한다.

<신 설>

<신 설>

3. 실손의료보험에서 위험구분
단위별로 보험료의 변경이 매년
±25%를 초과하지 않을 것. 다
만, 보험회사가 제7-16조부터

며, 이하 ‘보장대상의료비’라
한다.)--- 다음 각 목의 금액
을 공제한 금액으로 할 것. --

-----보장-----
-----.

가. 입원 : 보장대상의료비의
30%

나. 통원(국민건강보험법 제42
조제1항제1호에 의한 의료기
관, 동법 제42조제1항제4호에
의한 보건소·보건의료원·보건
지소, 동법 제42조제1항제5호
에 의한 보건진료소에서의 외
래 및 국민건강보험법 제42조
제1항제2호에 의한 약국, 동법
제42조제1항제3호에 의한 한
국회귀·필수의약품센터에서의
처방·조제) : 3만원과 보장대
상의료비의 30% 중 큰 금액
(외래 및 처방·조제비를 합산
하여 통원 1회당)

3. -----

제7-19조까지에서 정하는 조치를 요구받거나 그러할 가능성이 있다고 인정되는 경우는 그러하지 아니한다.

<신 설>

<신 설>

4. 실손의료보험 위험률을 국민 건강보험법 및 의료급여법에 근

-----.

3의2. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우에는 제3호의3에 의한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용하기 전 보험료를 기준으로 제3호를 적용할 것

3의3. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안의 보험금지급 실적을 고려하여 보험료 갱신 시 순보험료(특약 순보험료 총액을 대상으로 한다)에 대한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용할 수 있을 것

<삭 제>

거하여 비용을 산정하는 급여부
분과 비급여부분으로 구분할 것
(여행보험은 제외)

5. (생략)

6. 실손의료보험은 다음 각 목
의 내용을 준수하여 사업방법서
를 작성할 것

가. (생략)

나. 보험기간 및 보장내용 변
경주기를 15년 이내로 할 것.
다만, 노후실손의료보험은 3년
이내로 한다.

다. (생략)

라. 국민건강보험법 등에서 정
하는 비급여부분에 대하여 제2
호 및 제2호의2에서 정하는 공
제비율이 20%미만인 실손의료
보험은 청구된 보험금이 해당
법규의 급여 대상에서 제외되
는 비용인지 여부에 대하여 확
인할 수 있을 것

7. ~ 8. (생략)

③ (생략)

제7-73조(보험요율 산출의 원칙)

① ~ ⑧ (생략)

<신설>

5. (현행과 같음)

6. -----

가. (현행과 같음)

나. -----
----- 5년으로 -----
---, 노후실손의료보험 및 유
병력자실손의료보험--3년으로
-----.

다. (현행과 같음)

<삭제>

7. ~ 8. (현행과 같음)

③ (현행과 같음)

제7-73조(보험요율 산출의 원칙)

① ~ ⑧ (현행과 같음)

⑨ 보험회사가 제7-63조제2항제

3호의3에 따라 특약으로 체결하는 실손의료보험의 요율 상대도(할인·할증요율)를 산출하는 경우에는 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 한다.