

 금융위원회	<div style="text-align: center;"> <h1>보 도 자 료</h1> </div> <div style="text-align: right;">  </div>			
 금융감독원	보도	2020.12.10.(목) 조간	배포	2020.12.9.(수)

책 임 자	금융위원회 보험과장 김 동 환(02-2100-2960)	담 당 자	금융위원회 보험과 사무관 남 명 호(02-2100-2963)
	금융감독원 보험감독국장 강 한 구(02-3145-7460)		금융감독원 특수보험2팀장 권 재 순(02-3145-7474)
	보험연구원 부원장 조 재 린(02-3775-9034)		보험연구원 손해보험연구실장 정 성 희(02-3775-9024)
	보험개발원 생명장기손해보험부문장 장 이 규(02-368-4105)		보험개발원 실손의료보험TF팀장 문 성 연(02-368-4343)
	생명보험협회 시장지원본부장 신 영 선(02-2262-6621)		생명보험협회 리스크관리지원부장 김 인 호(02-2262-6645)
	손해보험협회 손해보험1본부장 이 재 구(02-3702-8524)		손해보험협회 장기보험부장 박 기 준(02-3702-8531)

제 목 : 실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다. [제4세대 실손, 내년 7월 출시]

◆ 실손의료보험이 국민건강보험을 보완하는 사적(私的) 사회 안전망 역할을 지속 수행할 수 있도록, 상품구조를 전면 개편

- 가입자간 보험료 부담의 형평성 제고(비급여 보험료 차등제*) 및 자기부담률 조정 등을 통한 도덕적 해이 방지

* 건강보험법상 산정특례대상자 등 의료취약 계층은 차등제 적용 제외

- 보장범위·한도는 기존과 유사하면서 국민의 보험료 부담은 기존 상품 대비 10~70% 대폭 인하*

* 新실손 대비 약 10%↓, 표준화 실손 대비 약 50%↓, 표준화 前 실손 대비 약 70%↓

1

추진 배경

- 실손의료보험은 건강보험이 보장하지 않는 의료비를 보장하는 ‘국민의 사적(私的) 사회 안전망’으로서 역할*을 수행해 왔습니다.

* '19년말 기준 약 3,800만명 가입(단체보험, 공제계약 포함)

- 그러나, '99년 최초 상품 출시 당시 자기부담금이 없는 100%보장 구조 등으로 과다 의료서비스 제공 및 이용을 유발할 수 있는 구조적 한계점을 가지고 있었습니다.

□ 실손의료보험은 그 동안 자기부담률 인상, 일부 비급여 과잉진료 항목의 특약* 분리 등 지속적인 제도 개선에도 불구하고,

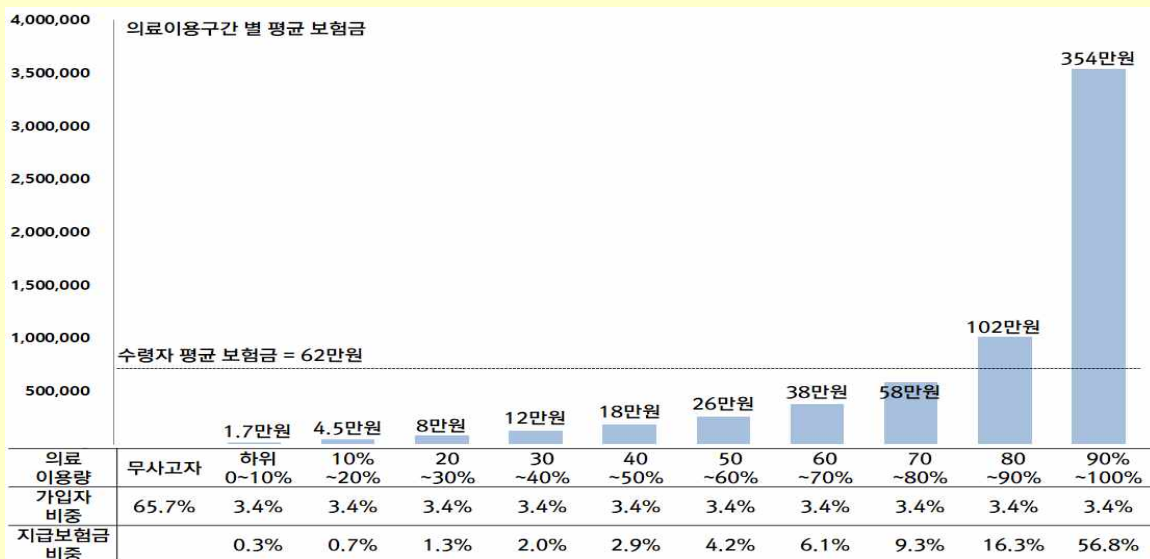
* 1)도수·증식·체외충격파 2)비급여 주사 3)비급여 MRI

- 여전히 극히 일부의 과다한 의료서비스 이용으로 대다수 국민의 보험료 부담이 가중되고, 보험회사의 손해율이 급격히 상승하는 등 많은 문제점이 지적되고 있습니다.

« 현행 실손의료보험 제도 문제점 »

① 일부 가입자의 과다 의료이용이 대다수 가입자의 보험료 부담으로 전가

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



* 생·손보 전체 실손의료보험(표준화 실손) 보험금 지급현황 ('18년 기준)

② 지급보험금의 급격한 상승에 따른 국민의 보험료 부담 증가

구 분	'14	'15	'16	'17	'18	'19	연평균 상승률
지급보험금 (조원)	4.9	5.6	7.0	7.5	8.7	11.0	17.7% ↑
1인당 지급보험금 (만원)	16.1	17.5	21.1	22.6	25.7	32.1	14.7% ↑

* 1인당 지급보험금의 상승은 1인당 실손 보험료 부담 증가로 이어짐

③ 적자 누적*으로 인한 보험회사의 실손의료보험 판매 중지** 및 가입 심사 강화***

* ('17년) -1.2조, ('18년) -1.2조, ('19년) -2.5조 ('20상) -1.3조 ⇒ '17~'20년 누적 6.2조원

** 기존 실손보험 판매 회사(30개사) 중 '19년말 기준 판매중지 회사는 모두 11개사 (생보 8개사, 손보 3개사)

*** "실손보험 들려면 피 뽑아 검사하라고?... 문턱 높이는 보험사" (○○일보, '20.2.13)
"팔아봐야 손해... 손보사, 20대 실손가입자까지 심사 강화" (○○신문, '20.1.8)

→ 이러한 현상이 지속될 경우, 국민 의료비 부담이 가중되고, 실손 의료보험의 지속가능성에 대한 심각한 우려도 제기되는 상황입니다.

- 실손의료보험이 국민 의료비 부담을 경감하는 '건강한' 사적(私的) 사회 안전망 기능을 지속 수행할 수 있도록 상품 구조에 대한 근본적인 개편을 추진하게 되었습니다.

2 | 상품구조 개편 기본방향

- ◆ 보장범위·한도는 기존과 유사, 보험료 수준은 대폭 인하
- ◆ 보험료 상승의 주(主)원인인 비급여에 대해 ①특약으로 분리하고, ②보험료 차등제를 도입하여 가입자간 보험료 부담 형평성 제고
- ◆ 건강보험의 보완형 상품으로서의 연계성 강화 (재가입주기 조정)

3 | 주요 개편내용

- (1) 보장범위·한도는 기존과 유사하면서 보험료 수준은 대폭 인하

[보장범위 및 한도]

- 새로운 상품의 주계약(급여)과 특약(비급여)을 모두 가입할 경우,
 - 보장 범위는 종전과 동일하게 대다수의 질병·상해 치료비를 보장 받을 수 있습니다.
 - 질병·상해로 인한 입원과 통원의 연간 보장한도를 기존과 유사하게 1억원 수준(급여 5천만원, 비급여 5천만원)으로 책정*하였습니다.

* '19년 기준 5천만원 이상 보험금을 지급받은 사람은 전체 가입자의 0.005%

구분		현행 (단위: 만원)	보장한도 (단위: 만원)	
			급여	비급여
질 병	입원	5,000	입·통원 합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	입·통원 합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원*)
	통원	5,400 (30만원×180회)		
상 해	입원	5,000	입·통원 합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	입·통원 합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원*)
	통원	5,400 (30만원×180회)		

* 과다 의료서비스 제공 및 이용 소지가 높은 비급여에 한해 **별도 통원 횟수 제한 등 추가 예정** (추후 표준약관에서 구체적으로 규정)

- 다만, 적정한 의료서비스 제공 및 이용 등을 위해 자기부담금* 수준 및 통원 공제금액**이 종전에 비해 높아집니다.

* (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

[보험료 수준]

- 새로운 상품은 자기부담금 수준과 통원 공제금액 인상의 효과로 보험료가 기존 상품보다 대폭 낮아집니다.
- '17년 출시된 **新실손 대비 약 10%**, '09년 이후 **표준화 실손 대비 약 50%**, **표준화 前 실손 대비 약 70%** 정도 인하됩니다.

< 새로운 실손과 기존 실손과의 40세(남자) 기준 보험료 비교 (예시) >

상품종류	'20 보험료기준	새로운 실손과 비교	
		月 보험료 차이	年 보험료 차이
표준화 前	36,679	+25,750	+309,000
표준화 後	20,710	+9,781	+117,372
新실손	12,184	+1,255	+15,060
새로운 실손 (예상)	10,929	-	-

* 손해보험 4개사 보험료 평균

- 기존 상품의 높은 손해율을 감안할 때, 기존 상품과의 보험료 격차는 향후 더 커질 것으로 예상됩니다.

< 기존 실손의료보험 상품의 위험손해율 비교 >

구 분	'16	'17	'18	'19
표준화 前 ('09 이전)	138%	131%	132%	144%
표준화 後 ('09 이후)	127%	116%	119%	135%
新실손 ('17.4월~)		59%	78%	100%

(2) 보험료 상승의 주(主)원인인 **비급여를 특약으로 분리**하고, **비급여 보험료 차등제를 도입**하여 가입자간 보험료 부담의 **형평성 제고**

[비급여 특약 분리]

- 현재의 포괄적 보장구조(급여+비급여)를 급여 및 비급여로 분리하여 비급여 보장영역 관리를 위한 체계를 마련하겠습니다.

현행 (新실손)	개편(안)
▶ 주계약 (급여+비급여)	▶ 주계약 (급여)
▶ 특약 (특정* 비급여) * 1)도수·증식·체외충격파 2)비급여 주사 3)비급여 MRI	▶ 특약 (비급여)

- 이를 통해, 과다 의료서비스 제공 및 이용 소지가 큰 비급여 부분에 보험료 차등제를 적용할 수 있는 기반이 마련되고,
- 급여, 비급여 각각의 손해율에 따라 보험료가 조정되어, 본인의 의료이용 행태 및 보험료 수준에 대한 이해도가 높아질 것*으로 기대됩니다.

* 보험료 인상 요인이 '급여' 또는 '비급여' 때문인지 **명확하게 인식**

[비급여 보험료 차등제 도입]

□ 도수치료 등 비급여는 급여 대비 의료관리체계가 미흡하여,

- 일부 가입자의 비급여 의료이용량이 전체 가입자의 보험료 부담으로 이어지는 **형평성 문제***가 심각합니다.

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

□ 비급여 의료이용량과 연계한 보험료 차등제를 도입하여, 가입자간 보험료 부담의 형평성 문제를 해소하겠습니다.

- 할인·할증에 대한 가입자의 이해도를 높이기 위해 적용 단계는 5등급으로 단순화하였습니다.

구분	1등급 (할인)	2등급 (유지)	3등급 (할증)	4등급 (할증)	5등급 (할증)
할인/할증률	-5% ¹⁾		+ 100%	+ 200%	+ 300%
비급여 지급보험금 (평균 지급보험금 ²⁾ 대비)	지급보험금 無	100만원 미만 (300% 미만)	150만원 미만 (500% 미만)	300만원 미만 (1,000% 미만)	300만원 이상 (1,000% 이상)
가입자 비중 ³⁾	72.9%	25.3%	0.8%	0.7%	0.3%

할증금액을 할인재원으로 사용

1) **할인율**은 상품 출시 후, **회사별** 계약/사고 통계량에 따라 **5% 내외로 변동** 가능

2) 비급여 의료이용자의 평균 지급보험금은 **약 30만원**

3) 新실손 기준 시뮬레이션 결과, **할증구간(3~5등급)** 대상자는 **전체 가입자의 1.8%**

- 할증 등급이 적용되는 가입자는 전체 가입자의 극소수(1.8%)인 반면에, 대다수의 가입자는 보험료 할인 혜택을 볼 수 있을 것으로 기대됩니다.

- 충분한 통계확보 등을 위해 할인·할증은 새로운 상품 출시 후, 3년이 경과한 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**

□ 비급여 보험료 차등제는 의료취약계층의 의료 접근성을 제한하지 않도록 하기 위해,

○ 지속적이고 충분한 치료가 필요한 '불가피한 의료 이용자'*에 대해서는 적용을 제외하였습니다.

* 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%

(3) 국민건강보험의 **보완형 상품**으로서의 **연계성 강화**

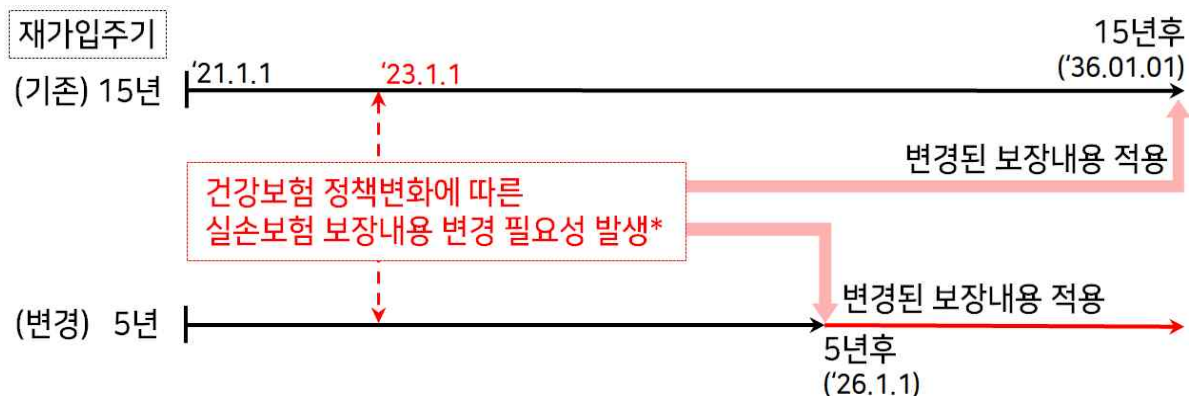
□ 실손의료보험은 건강보험의 **보완형 상품**으로서 건강보험 정책 방향에 **부합되게 운영될 필요가** 있으며,

○ 의료기술 발전, 진료행태 변화 등 **의료환경 변화**에도 시의 적절하게 대응할 필요가 있습니다.

□ 실손의료보험의 재가입주기*를 15년에서 **5년**으로 **단축**하여,

* 실질적으로 '**보장내용 변경주기**'를 의미하며, 동일 보험사의 실손의료보험에 **再 가입 시**, 과거 사고 이력 등을 이유로 **계약 인수를 거절하지 못함**

○ 건강보험정책과의 **연계성을 강화***하고, 의료환경 변화에 **적절히 대응****할 수 있도록 하겠습니다.



- * **[건강보험과 연계성 강화]** 건강보험에서 非응급환자의 상급종합병원 응급실 이용시 **응급의료관리료**(6만원 내외)를 **환자가 전액 부담**토록 할 때, **실손의료보험**에서도 이를 보장하지 않기 위해 **보장내용(표준약관)**을 변경하려면 **15년이나 소요**
- ** **[의료환경 변화에 대응]** 재가입 주기 단축으로 **특정 질환을 신속하게 보장** 가능
(예 : '14년 출시된 노후실손의 경우, 재가입 주기(3년) 도래 시 보장내용이 확대 (정신질환 보장 추가))

4 | 상품구조 개편방안 (종합)

- ◆ 비급여 특약 분리 및 보험료 차등제 도입, 자기부담률 조정 등으로 가입자의 **보험료 부담이 낮아지고**, 가입자간 **보험료 부담의 형평성**이 **제고**될 것으로 기대됩니다.
- ◆ 국민건강보험과의 **연계성 강화** 등으로 국민건강보험을 보완하는 **'건강한' 사적(私的) 사회 안전망** 기능을 **지속 수행**할 수 있을 것으로 기대됩니다.

구분		현행(新실손)	개편(안)									
상품구조		급여·비급여 통합 + 비급여 3개 특약	급여(주계약) · 비급여(특약) 분리									
보험료	급여	미적용	미적용									
차등제	비급여		적용 (할인·할증 방식)									
자기 부담률	급여	10% / 20%	20%									
	비급여	20% (특약 : 30%)	30%									
공제 금액 (통원)	급여	최소 1~2만원 (처방 0.8만원)	최소 1만원(병·의원급) / 최소 2만원(상급·종합병원)									
	비급여		최소 3만원									
보장 한도	입원	상해·질병당 연간 5천만원	<table><tr><th>구 분</th><th>급여</th><th>비급여</th></tr><tr><td>상해 입·통원</td><td>합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)</td><td>합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*</td></tr><tr><td>질병 입·통원</td><td>합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)</td><td>합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*</td></tr></table>	구 분	급여	비급여	상해 입·통원	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*	질병 입·통원	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*
	구 분	급여		비급여								
상해 입·통원	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*										
질병 입·통원	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)	합산 연간 5천만원 (통원 회당 20만원)*										
	통원	상해·질병당 회당 30만원 (연 180회)										
재가입주기		15년	5년									

* 비급여에 한해 별도 통원횟수 추가 예정

- 기존 실손 가입자가 원하는 경우*, 새로운 상품으로 간편하게 전환할 수 있는 절차 마련** (新상품 출시 前까지)

* 기존 상품에 비해 보험료가 저렴하지만, 보장내용, 자기부담금 등에 차이가 있으므로 본인의 건강상태, 의료이용 성향 등을 고려하여 전환여부를 판단할 필요

** 계약 전환을 위해 별도 심사가 필요한 경우만 제한적으로 열거(Negative 방식) 하고, 그 외의 경우는 모두 무심사로 전환 가능한 방안 검토

- 보험업감독규정 및 보험업감독업무시행세칙 개정

- ① ('21.1월) 보험업감독규정 개정안 규정변경예고
- ② ('21.1~4월) 규제개혁위원회 규제심사 및 금융위 의결
- ③ ('21.4월) 보험업감독업무시행세칙* 개정안 변경예고
- * 표준약관 및 표준사업방법서 상 세부내용 개정
- ④ ('21.7.1) 제4세대 실손의료보험 상품 출시

“혁신금융, 더 많은 기회 함께하는 성장”



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

금융위원회 대변인
prfsc@korea.kr

