

보험업감독규정 일부개정규정안

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 계약진 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 계약진 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 “유병력자실손의료보험”이라 한다)은 제외한다. 이하 “기본형 실손의료보험”이라 한다.]를 “기본형 실손의료보험”으로 하고, 같은 호 본문 중 “(공제진)”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 제3조의4에 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·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액

제7-63조제2항제2호다목을 삭제한다.

제7-63조제2항제2호의2 중 “(노후실손의료보험은 제외한다)”를 “(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)”로 하고, 같은 호 본문 중 “(공제진)”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·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·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 동안의 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신 시 순보험료(특약 순보험료 총액을 대상으로 한다)에 대한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용할 수 있을 것.

제7-63조제2항제4호를 삭제한다.

제7-63조제2항제6호나목 중 “15년”을 “5년”으로 하고, 같은 목 단서 중 “노후실손의료보험”을 “노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험”으로 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) ① 보험회사는 제7-63조제2항제3호의2 및 제3호의3, 제7-73조제9항의 개정규정에도 불구하고 2024년 6월 30일까지 종전의 규정을 적용할 수 있다.

② 보험회사는 단체보험상품 및 해외여행보험상품 중 국내실손의료비보장과 관련하여 이 규정 시행이후 2021년 7월 31일까지는 제7-63조제2항제1호의2, 제2호, 제2호의2의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정을 적용할 수 있다.

신·구조문대비표

현행	개정안
제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (생략) 1. ~ 2. (생략) ② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다. 1. (생략) <u><신설></u>	제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (현행과 같음) 1. ~ 2. (현행과 같음) ② ----- ----- ----- ----- ----- 1. (현행과 같음) <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 “노후실손의료보험”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</u>

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

중 본인부담금 부분을 보장하고, 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분을 보장할 것.
2. 기본형 실손의료보험-----

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

-----보장-----
-----.

<p>의료비에서 제외한다.</p> <p>가. 입원 : 보장대상의료비의 10% 또는 20%(단, 공제할 금액이 연간 200만원을 초과하는 때에는 200만원까지 공제한다)</p> <p>나. 외래(국민건강보험법 제42조 요양기관별 방문 1회당 또는 1일당)</p> <p>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</p> <p>2) 의료법 제3조의3에 의한 종합병원, 동법 제3조의2에 의한 병원·치과병원·한방병원, 요양병원 : 1만5천원 또는 1만5천원과 보장대상의료</p>	<p>가. -----</p> <p>- 20%-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>나. 통원(외래 및 처방·조제비를 합산하여 통원 1회당)</p> <p>1) 국민건강보험법 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 의료법 제3조의4에 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</p> <p>다. 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방·조제(의사의 처방전 1건당, 의약품예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) : 8천원 또는 8천원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액</p> <p>2의2. 특약으로 체결한 실손의</p>	<p>비의 20%중 큰 금액</p> <p>3) 국민건강보험법 제42조제2항에 의한 전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 : 2만원 또는 2만원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액</p> <p>다. 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방·조제(의사의 처방전 1건당, 의약품예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) : 8천원 또는 8천원과 보장대상의료비의 20%중 큰 금액</p> <p>2의2. 특약으로 체결한 실손의</p>	<p>제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액</p> <p><삭 제></p> <p><삭 제></p> <p>2의2. -----</p>	<p>료보험계약(노후실손의료보험은 제외한다)의 보험금을 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제전)에서 1회당 또는 일당 2만원 또는 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.</p> <p><신 설></p> <p><신 설></p>	<p>-----)(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)-----</p> <p>-----)(공제전을 말하며, 이하 ‘보장대상의료비’라 한다.)--- 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. -----</p> <p>-----보장-----</p> <p>-----.</p> <p>가. 입원 : 보장대상의료비의 30%</p> <p>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 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제) : 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액 (외래 및 처방·조제비를 합산</p>
---	---	--	--	---	---

<p>3. 실손의료보험에서 위험구분 단위별로 보험료의 변경이 매년 $\pm 25\%$를 초과하지 않을 것. 다만, 보험회사가 제7-16조부터 제7-19조까지에서 정하는 조치를 요구받거나 그러할 가능성이 있다고 인정되는 경우는 그러하지 아니한다.</p> <p><신 설></p>	<p><u>하여 통원 1회당)</u></p> <p>3. ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----,.</p> <p><u>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</u></p> <p><u>3의3. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안의 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료</u></p>
--	---

<p>4. 실손의료보험 위험률을 국민건강보험법 및 의료급여법에 근거하여 비용을 산정하는 급여부분과 비급여부분으로 구분할 것 (여행보험은 제외)</p> <p>5. (생 략)</p> <p>6. 실손의료보험은 다음 각 목의 내용을 준수하여 사업방법서를 작성할 것</p> <p>가. (생 략)</p> <p>나. 보험기간 및 보장내용 변경주기를 15년 이내로 할 것. 다만, <u>노후실손의료보험</u>은 3년 이내로 한다.</p> <p>다. (생 략)</p> <p>라. 국민건강보험법 등에서 정하는 비급여부분에 대하여 제2호 및 제2호의2에서 정하는 공제비율이 20%미만인 실손의료보험은 청구된 보험금이 해당 범규의 급여 대상에서 제</p>	<p>갱신 시 순보험료(특약 순보험료 총액을 대상으로 한다)에 대한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용할 수 있을 것</p> <p><삭 제></p> <p>5. (현행과 같음)</p> <p>6. ----- ----- -----</p> <p>가. (현행과 같음)</p> <p>나. ----- ----- 5년 -----</p> <p>--. ---, <u>노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험</u>----</p> <p>다. (현행과 같음)</p> <p><삭 제></p>
--	--

<p><u>외되는 비용인지 여부에 대하여 확인할 수 있을 것</u></p> <p>7. ~ 8. (생 략)</p> <p>③ (생 략)</p> <p>제7-73조(보험요율 산출의 원칙)</p> <p>① ~ ⑧ (생 략)</p> <p><신 설></p>	<p>7. ~ 8. (현행과 같음)</p> <p>③ (현행과 같음)</p> <p>제7-73조(보험요율 산출의 원칙)</p> <p>① ~ ⑧ (현행과 같음)</p> <p><u>⑨ 보험회사가 제7-63조제2항 제3호의3에 따라 특약으로 체결하는 실손의료보험의 요율 상대도(할인·할증요율)를 산출하는 경우에는 상대도 적용 전후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 한다.</u></p>
--	--