

실손의료보험(이하 “실손보험”), 낮은 보험료로 정말 필요할 때 도움되는 보험상품으로 재탄생합니다.

- ◆ 앞으로의 실손보험은 보편적 의료비(급여 의료비)와 중증 질환 치료비 중심으로 적정 보상하는 상품으로 개편합니다.
 - 필수의료 강화 등 의료체계 정상화를 지원하고, 30~50% 보험료 인하* 등 국민 부담을 완화하고 보험료의 공정성을 제고합니다.
- * 현행 4세대 대비 신규 상품 비교, 일부 보험사 시뮬레이션 결과로 변동 가능
- ◆ 약관변경(재가입) 조항이 없는 초기 가입자(약 1.6천만명)가 원하는 경우 계약 재매입을 통해 보상을 받고 기존 계약 해지 및 신규 실손보험으로의 전환이 가능합니다.

1. 실손보험 개혁 추진 배경

실손보험은 건강보험이 보장하지 않는 부분(급여의 본인부담금+비급여)을 보장하며, 국민의 사적(私的) 안전망 역할*을 수행하고 있다. 그러나 실손보험의 낮은 자기부담 등으로 인해 과다 의료서비스 유발 및 건강보험의 지속가능성을 저해하고 실손보험료가 지속적으로 인상되어 다수 국민들의 부담 급증 문제가 제기되어 왔다.

* 실손보험 가입자수(피보험자수)는 4천만명('24년말)
우리나라 총 진료비(133조원) 중 실손보험(14.1조원)이 10.6% 부담('23년말)

이를 보완하기 위해 그간 3차례(1→4세대)의 제도 개선*을 추진하여 왔으나 비급여 관리수단이 부족한 가운데 여전히 실손보험으로 인해 ① 불필요한 비급여가 확대되고 ② 의료인력의 비급여 쏠림현상이 발생하며, ③ 건강보험 본인부담금 정책의 효과를 저해한다는 지적이 보건의료계를 중심으로 지속 제기되고 있다.

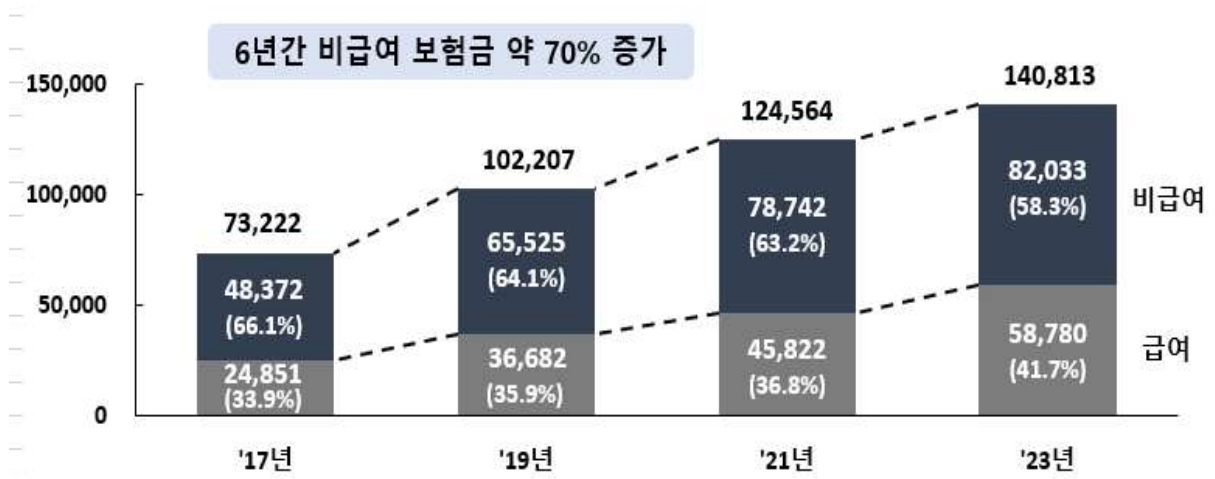
* 예) 본인부담 확대(0%→20~30%), 과잉진료 비급여(비급여 주사제, 도수치료 등) 보장 한도 제한, 비급여 이용에 따른 보험료 할인·할증제 시행

※ 실손보험 관련 제기되는 주요 문제점

① [비급여 확대] 실손보험의 비급여 보험금은 지속 확대
('17년 4.8조원 → '23년 8.2조원)

- 우리나라 총 비급여 진료비(20.2조원) 중 약 40%를 실손보험(8.2조원)에서 보장

< 개인 실손 급여·비급여 지급보험금 추이(단위: 억원) >



② [의료인력 쏠림현상] 실손보험의 비급여 과다 보장으로 급여 중심 필수 의료 대비 비급여에 과도한 보상 발생 → 필수의료 기피 원인 중 하나

* '24년도 상반기 레지던트 1년차 지원율(보건복지부) :
(안과) 172.6% (재활의학과) 158.8% (정형외과) 150.7%
(소아청소년과) 25.9% (심장혈관흉부) 38.1% (산부인과) 67.4%

③ [건강보험 정책 효과 저해] 건강보험은 의료수요 조절을 위해 본인부담제를 운영중이나, 실손보험이 본인부담금의 상당 부분을 보상하여 정책 효과 저해

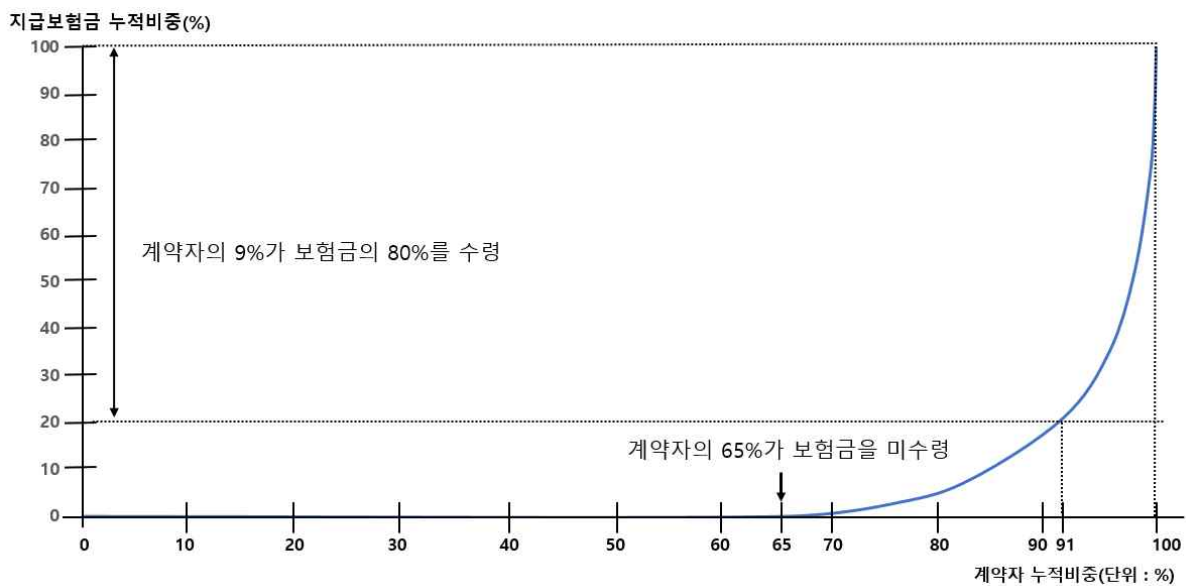
* (사례) 보건당국은 경증환자의 응급실 이용시, 본인부담률을 90%까지 확대
→ 실손보험이 본인부담 상당액을 보상함에 따라 정책 효과 저해

또한 실손보험 자체의 구조적 문제도 점증하고 있다. 다수는 보험료를 납부만 하고 소수만 보험금을 지급받는 가운데 실손보험료의 가파른 인상으로 인해 국민들의 부담이 가중되고 있고 보험료의 불공정성 문제가 확대되고 있다. 이로 인해 사적 안전망으로서 실손보험의 지속 가능성에 의문이 제기되고 있는 실정이다.

※ 실손보험 보험금 및 보험료 현황

- ① [지급보험금] 다수 가입자(65%)는 보험금 지급 없이 보험료만 납부하며, 상위 9%에게 전체 보험금의 약 80% 지급

< 실손보험 지급보험금 구간별 현황 >



주) 대형 손해보험 4개사, 1~4세대 개인실손보험, '24년 상반기 기준

- ② [보험료] 지급보험금의 지속적인 증가로 매년 실손보험료 인상

- 지급보험금 : ('17년) 7.3조원 → ('20년) 11.1조원 → ('23년) 14.1조원
- 실손보험료 인상률 : ('22년) 14.2% → ('23년) 8.9% → ('24년*) 1.5% → ('25년) 7.5%

* '24년 인상률이 낮은 이유는 대법원 백내장 판결 등에 따른 지급보험금 감소에 기인

이러한 문제를 해결하기 위해 의료개혁 4대 과제 중 하나(“보상체계의 공정성 제고”)로서 실손보험 개혁을 추진하게 되었다. 실손 개혁 방안은 의료계, 소비자, 보건전문가, 학계 및 금융·보건당국 등이 참여하는 의료개혁 특별위원회에서 수차례 논의*되었으며, 1.9일 정책토론회에서 개혁방안 초안을 발표하여 다양한 의견을 수렴하였다. 이러한 과정을 거쳐 3.19일 의료개혁 특별위원회는 제2차 의료개혁 실행방안을 통해 실손보험 개혁방안을 발표하였다.

* 의개특위 산하 비급여·실손 소위 7차례 및 공정보상전문위 3차례 개최 등

2. 실손보험 개혁의 지향점

앞으로 실손보험을 ‘보편적 의료비(급여 의료비)’와 ‘중증환자’ 중심으로 ‘적정’ 보장하도록 개편하여 낮은 보험료로 정말 필요할 때 도움이 되는 보험상품으로 전환을 유도한다.

3. 실손보험 개혁방안 주요내용

1) 실손보험 신규 가입 및 약관변경(재가입)* 대상자

- ※ 일정기간(15년 또는 5년) 이후 신규 판매중인 약관으로 변경하는 조건이 있는 후기 2세대, 3세대, 4세대 합계 약 2천만건(가입시기에 따라 약관변경 시기 상이)
 - '26.7월 ~ '36.6월까지 10년간 순차적으로 전환될 예정

[급여 의료비]

급여는 입원과 외래(통원)로 구분하여 실손보험의 자기부담률을 차등화한다. 급여 입원은 중증질환인 경우가 많고, 의료비 부담이 높으며, 남용 우려가 크지 않다는 의견을 반영하여 현행 4세대와 같이 실손보험료 자기부담률을 일괄 20%로 적용한다.

외래의 경우 건강보험 본인부담제도의 정책 효과 제고를 위해 실손보험 자기부담률과 건강보험 본인부담률을 연동*한다.(단, 최저자기부담률 20% 적용)

* 보험금 지급 실무상 전체 의료행위 합산 비용 기준으로 보상

또한 임신·출산(0코드)이 보험의 영역으로 명확히 신규 포함('24.8월 보험개혁회의 발표)됨에 따라 그간 보장에서 제외되었던 임신·출산과 관련된 급여 의료비를 실손보험의 보장 범위로 확대하여 저출생 시대에 임신·출산을 두텁게 보장한다.

<급여 관련 현행 4세대와 신규실손 비교>

	현행(4세대)		신규상품	
	입원	외래	입원	외래
자기부담률	20%	Max[20%, 1/2만원 ¹⁾]	20%	Max[건보 본인부담률 ²⁾ , 20%, 1/2만원 ¹⁾]
임신·출산	보장대상 아님		급여의료비 신규 보장	

1) 병·의원+약국 : 1만원, 상급·종합+약국 : 2만원 / 2) 전체 의료행위 합산 비용(가중평균) 기준

< 1.9일 정책토론회 발표안과의 차이점(급여) >

√ 1.9일 정책토론회에서는 급여를 중증환자(건강보험 산정특례 등록자)와 일반환자(그 외 환자)로 구분하여 자기부담률을 차등화하는 방안을 제시

* 자기부담률 : [중증질환자] 20% / [일반질환자] Max[건보 본인부담률, 20%]
(외래의 경우 최소공제액 1/2만원 적용)

○ 정책토론회(환자단체, 의료계 등) 및 의개특위 일부 위원들은 중증 환자를 충분히 보장하기 위해 중증 범위 추가 확대 필요성 제기

⇒ 급여의 경우 보편적 의료비인 만큼 중증 범위를 포괄적으로 인정하기 위해 입원인 경우 중증으로 간주하고 보장 강화(자기부담률 일괄 20%)

<1.9일 정책토론회 발표안과 최종 발표안과 비교>

	정책토론회 발표안		최종 발표안	
	중증	일반	입원	외래
급여 자기부담률	20%*	Max[건보 본인부담률, 20%]*	20%	Max[건보 본인부담률, 20%, 1/2만원]

* 정책토론회 발표안의 경우 외래는 중증이더라도 최소공제액 1/2만원 적용

[비급여 의료비]

비급여는 중증* 비급여(특약1)와 비중증 비급여(특약2)로 구분하여 보상 한도, 자기부담 및 출시시기 등을 차등화하여 보장을 합리화한다.

* 암, 뇌혈관·심장질환, 희귀난치성질환, 중증화상·외상 등 건강보험 산정특례 대상 질환
→ 보건당국이 대상 질환 조정시 자동 연동하는 구조

중증 비급여(특약1)는 중증환자의 해당 질환 치료를 위한 의료비를 보장하는 것으로서 중증 치료인 만큼 실손보험이 사회안전망 기능을 다할 수 있도록 현행 보장(한도, 자기부담 등)을 유지하되, 상급종합·종합병원 입원시 연간 자기부담 한도(500만원)를 신설하여 현행 4세대*보다 중증에 대한 보장을 강화한다.

* 현행 4세대 실손보험에는 비급여 연간 자기부담 한도 없음

비중증 비급여(특약2)는 의료체계 왜곡 및 보험료 상승의 주원인으로 지목되는 만큼 과다 보상으로 인한 의료체계 왜곡 및 과도한 보험료 부담 문제 해결을 위해 보장한도·범위 축소, 자기부담 상향 등을 통해 보장을 합리화한다. 아울러 비중증 비급여(특약2)의 경우 비급여 관리 효과 등을 보아가며 향후 출시시기를 확정할 예정이다.

아울러 현행 4세대에서 운영되고 있는 비급여 할인·할증제도*는 신규 상품에서도 동일하게 적용된다. 다만, 중증 비급여(특약1)는 충분한 보장을 위해 현행 4세대와 같이 할인·할증 대상에 포함되지 않으며, 비중증 비급여(특약2)에 한해 과다 이용 가능성 및 보험료 부담의 형평성을 위해 할인·할증제도를 적용한다.

* 비급여 할인·할증 제도 : 직전 1년간 비급여 수령보험금이 100만원 이상인 가입자(약 1%)의 보험료를 할증(100~300%)하여, 해당 할증액으로 비급여 수령보험금이 0인 가입자(약 60% 이상)의 보험료를 할인해주는 제도

<비급여 관련 현행 4세대와 신규실손 비교>

	현행(4세대)	신규상품	
		중증 (특약1)	비중증 (특약2)
보상한도	· 연간 5천만원 · 통원 회당 20만원 · 입원 한도 없음	· 좌동	· 연간 1천만원 · 통원 일당 20만원 · 입원(병의원) 회당 300만원
자기부담률	· 입원 30% · 외래 Max[30%, 3만원]	· 좌동	· 입원 50% · 외래 Max[50%, 5만원]
자기부담 한도	· 없음	· 입원(상중·중병) 500만원 신설	· 없음
보험금 미지급	· 미용·성형 등	· 좌동	· 좌동 + · 미등재 신의료기술 · 일부 비급여* * 도수·체외·증식 등 근골격계 치료, 비급여 주사제 등
할인·할증제	· 이용량에 따라 할인·할증 (단, 중증질환 제외)	· 좌동(제외)	· 할인·할증 적용

< 1.9일 정책토론회 발표안과의 차이점(비급여) >

√ 1.9일 정책토론회에서는 중증 비급여(특약1)의 자기부담 한도 부재

- 정책토론회 및 일부 의개특위 위원들은 신규 상품의 중증질환 보장 강화 장치가 필요하다는 의견 제기

⇒ 중증 보장 강화를 위해 중증 비급여 자기부담 한도(상급종합·종합병원 입원시, 연간 500만원)를 새롭게 도입

<1.9일 정책토론회 발표안과 최종 발표안과 비교>

	정책토론회 발표안	최종 발표안
중증 비급여 연간 자기부담 한도	없음	500만원 (상급종합·종합병원 입원限)

2) 약관변경(재가입) 조항 없는 초기 가입자

※ 1세대 및 초기 2세대 합계 총 1.6천만건

→ 약관변경(재가입) 조항이 없어 계약만기(예 : 100세)까지 개정 약관 적용 불가

[계약 재매입 시행]

의료 이용량은 많지 않으나 높은 실손 보험료 부담 등으로 초기 가입자가 원하는 경우(선택사항), 보험사는 금융당국이 권고하는 기준에 따라 가입자에게 보상하고 계약을 해지하는 계약 재매입을 시행할 예정이다. 이 과정에서 소비자 보호를 위한 설명 강화, 숙려기간 부여, 철회권·취소권 보장 등 다양한 방안을 검토하고 있으며, 계약 재매입 후 가입자가 원하는 경우 신규 실손보험으로의 무심사 전환을 허용할 계획이다. 계약 재매입의 구체적인 실행방안은 보험업계와 추가 논의를 거쳐 향후('25년 하반기 중) 발표할 예정이다.

< 1.9일 정책토론회 발표안과의 차이점(초기 가입자 약관변경 적용) >

√ 1.9일 정책토론회에서는 법 개정 통한 약관변경(재가입) 적용 방안 발표

- 비급여 관리 강화 방안이 안착되고 계약 재매입 등 다른 실손보험 개혁방안이 작동될 경우 약관변경 소급 적용이 불필요하다는 의견 제기

⇒ 비급여 관리 강화 방안 및 다른 실손보험 개혁방안의 효과를 먼저 살피자는 의견을 반영하여 최종 방안에서는 제외

<1.9일 정책토론회 발표안과 최종 발표안과 비교>

	정책토론회 발표안	최종 발표안
법개정 통한 약관변경 조항 적용	필요시 법 개정 검토	삭제

3) 실손보험 관리·운영 개선 등

[주요 비급여 분쟁조정기준 마련]

비급여 보상기준 정비를 위해 금융감독원은 주요 비급여에 대한 분쟁조정기준*을 구체적으로 마련할 예정이다. 분쟁조정기준은 치료목적 여부 등에 대한 합리적인 판단을 위한 기준이므로 기존 1~4세대 및 신규 실손보험 상품 모두에 적용된다. 아울러 주요 비급여는 보험금 지급 분쟁이 빈번한 비급여로서 시기에 따라 변경 가능하므로 지속적으로 대상 비급여를 수정·보완하는 연동기준(Rolling plan)으로 운영한다.

* 소비자-금융사 간 분쟁에 관한 조정기준으로서, 실손보험 보장 대상인 치료목적의 비급여 적용 기준 등 규정

** 금감원은 건강보험심사평가원 등과 전문가 추천 등을 위한 MOU체결 추진 계획

[실손보험 공시 강화]

소비자에게 실손보험에 대한 정확한 정보를 제공하여 실손보험 운영의 투명성을 제고하고, 소비자의 알권리 및 선택권을 강화하기 위해 실손보험 공시를 확대한다.

현재 실손보험은 생명·손해보험협회를 통해 회사별 보험료(4세대), 보험료 인상률(4세대), 손해율(경과)을 공시하고 있다. 향후에는 회사별·세대별 보험료, 손해율뿐만 아니라 보유계약, 보험료 수익, 보험손익 및 사업비율 등에 대해 회사별·세대별 공시를 확대할 예정이다.

< 주요 실손보험 추가 공시항목 >

	공시 항목	내용
1	보험료	- 회사별·세대별·주요 연령대별·성별 평균보험료
2	손해율	- 회사별·세대별 위험·경과손해율 및 합산비율
3	보유계약	- 회사별·세대별 공시
4	보험료수익	
5	보험손익	
6	사업비율	

< 1.9일 정책토론회 발표안과의 차이점(실손보험 공시) >

√ 1.9일 정책토론회에서는 실손보험 공시 강화 방향성에 대해서만 발표

- 실손보험의 투명성 및 소비자의 알권리 강화 등을 위해 회사별·세대별 세부적인 운영 실적 등에 대한 공시 강화 의견 제시

⇒ 회사별·세대별 세부 공시항목(보험료, 손해율, 보험손익, 사업비율 등) 확대

<1.9일 정책토론회 발표안과 최종 발표안과 비교>

	정책토론회 발표안	최종 발표안
실손보험 공시	공시 확대 방향성 발표	회사별·세대별 세부 공시항목 발표

※ <참고> 실손보험 관련 보건당국 추진 사항

- 의료기관의 실손보험 가능 여부 등 광고 금지(의료법 시행령 개정)

- 현재 일부 의료기관은 환자에게 실손보험 지급 가능 여부를 광고하고 있으나, 의료기관은 보험금 지급 결정 주체가 아님에 따라 의료기관의 잘못된 광고로 소비자 피해*가 발생하는 경우 존재

* 예) 보험사가 아닌 의료기관은 보험금 지급 가능 여부를 판단할 수 없음에도 이를 신뢰하여 고액 진료를 받은 환자가 최종 보험금 부지급시 억울함을 호소

- 이에 의료기관의 실손보험 관련 광고를 명시적으로 금지하여 소비자 피해 발생을 방지해 나갈 예정(의료법 시행령 개정)

4. 기대 효과

실손보험 개혁을 통해 필수의료 강화 등 의료체계 정상화를 지원하는 한편 실손보험료 인하*(30~50% 내외 추정) 등 국민 부담이 감소하고 보험료 체계의 공정성이 제고될 것으로 기대된다.

* 특약1만 가입시 보험료 50% 인하, 특약 1·2 모두 가입시 보험료 30% 인하
/ 일부 보험사 시뮬레이션 결과

구체적으로는 첫째, 실손보험으로 인한 불필요한 의료서비스 과다 이용을 방지하여 의료체계 내 공정보상 시스템 마련에 기여하고, 필수의료 기피 방지 등 의료체계 정상화를 지원한다. 둘째, 실손보험과 건강보험 간 연계를 강화하여 의료 이용 관리를 위한 건강보험의 본인부담 제도의 효과성을 제고하고, 공영-민영보험 간 상생시스템을 마련할 수 있을 것으로 기대된다. 마지막으로 소수 가입자의 과다 비급여 이용을 차단하고, 비급여 보장 범위에 대한 소비자의 선택권을 제고(특약1/2 선택 가능)하여 현행 4세대 대비 신규 실손보험의 보험료가 30~50% 내외 인하될 것으로 추정된다. 이를 통해 국민의 부담이 감소하고 보험료 부담의 공정성이 제고될 것으로 판단된다.

5. 향후 계획

[신규상품 출시]

보험업감독규정·시행세칙 개정 및 보험사 실무 준비 등을 거쳐 신규 실손보험 상품은 '25년말 출시를 목표로 진행된다.

[계약 재매입 시행]

소비자에 대한 보상기준 및 소비자 보호 장치 마련 등 세부방안 검토 후, 계약 재매입 시행방안을 발표('25년 하반기 중)하고, 신규 실손보험 상품 출시 후 계약 재매입을 시행할 예정이다.

[주요 비급여 분쟁조정 기준 마련]

주요 비급여 항목을 선정하여 순차적으로 분쟁조정기준을 마련('25년 하반기 중)할 계획이다.

* 금감원은 건강보험심사평가원 등과 전문가 추천 등을 위한 MOU체결 추진 계획

[실손보험 공시 강화]

'25년 하반기부터 '24년의 실손보험 공시사항(보험료, 손해율, 보험손익, 사업비율 등)을 생·손보 협회를 통해 공시할 예정이다.

[별첨] 주요 QA

담당 부서	금융위원회 보험과	책임자	과 장	고영호 (02-2100-2960)
		담당자	사무관	서승리 (02-2100-2962)
	금융감독원 보험계리상품감독국	책임자	국 장	이권홍 (02-3145-7240)
		담당자	팀 장	전현욱 (02-3145-7250)



더 아픈 환자에게 양보해 주셔서 감사합니다
가벼운 증상은 동네 병·의원으로



2 의료체계 정상화와 국민 부담 완화를 위한 실손보험 개편

- ◆ 실손보험 역할 정립을 통한 의료 공급·이용 및 보상체계 왜곡 방지
- ◆ 보험료 부담 완화 및 필수의료 강화에 조응하는 상품구조·운영 및 관리체계 개선

【 실손보험의 구조적 문제 】

- ① **(의료체계 영향)** 실손보험으로 인해 의료서비스에 대한 비용 의식 약화, 본인부담 차등을 기반으로 한 의료 이용 관리 무력화(상급종합병원과 의원 이용 간 본인 부담 차이 無)
- ② **(도덕적 해이)** 의료기관이 제외된 兩者 구조(가입자-보험자)로 의료비 통제 기전 부재
 ⇨ 과잉 진료 유발로 의료비 증가*, 보험료 부담 증가, 필수의료 공정 보상 저해
 * ▲비급여 증가 56% 실손 유인(21, 건보) ▲실손 가입자 年 의료비 4배(미가입자 比) 지출(16, 한양대)
- ③ **(국민 부담)** 다수는 보험료 납부만 하고 소수만 보험금을 지급받는 가운데 지속적인 보험료 인상으로 국민의 부담 가중 + 보험금 지급 분쟁 상존

【 실손보험 개혁 방향 】

상품구조 개선		관리·운영 개선	
新 실손보험		공통	
건강보험 급여 본인부담 적정 보장	중증 중심 비급여 보장 합리화	분쟁조정 기준의 객관성 제고	보험 운영 투명성 강화
▶ 입원: 현행 유지 ▶ 외래: 건강보험 급여 본인부담률 연동	▶ 중증 보장 강화 * 자기부담금 상한 신설 ▶ 非중증 보장 합리화	▶ 의료계·소비자단체 등 참여 下 주요 비급여 분쟁조정기준 마련	▶ 가입자 친화적 정보공개 강화 * 운영실적·보험료 공시 확대
↓	↓	↓	↓
적정 의료 이용 위한 본인부담제 기능 회복	보험료 30~50% 인하 비급여 적정화	보험금 지급의 예측 가능성 제고	소비자 신뢰 강화 선택권 제고

+

자발적 舊 실손 계약 재매입, 실손 광고 금지 등

1 보완형 의료보험으로서 건강보험 급여 본인부담 보장 합리화

- (원칙) 건강보험 급여 본인부담에 대한 실손보험 자기 부담률 합리화를 통해 적정 의료 이용을 위한 건강보험 본인부담률 기능 정상화
- (외래) 건강보험 급여 본인부담의 실손보험 자기부담률(현행 20%)은 건강보험 본인부담률과 연동(실손 자기부담률 20~90%)*
 - * 보험금 지급 실무상 전체 의료행위 합산 비용 기준
 - 예: (건보) 비응급(KTAS 4~5)환자의 권역응급의료센터 응급실 외래방문으로 90% 본인부담금 설정 시
 - (現) 실손에서 20% 본인부담 적용 → $90\% \times (1-20\%) = 72\%$ 보험사 보장
 - (改) 실손에서 90% 본인부담 적용 → $90\% \times (1-90\%) = 9\%$ 보험사 보장
- (입원) 외래와 달리 의료비 부담은 높고, 남용 우려는 낮은 입원 급여 본인부담에 대해서는 현행 보장수준 유지(실손 자기부담률 20%)

< 실손보험의 건강보험 급여 부분 자기부담률 개선안 >

구분	현행 실손보험	개선안
입원	20%	현행 동일
외래	20%와 1/2만원* 중 최대치	건강보험 본인부담률*, 20%, 1/2만원** 중 최대치

* 일반환자 외래 기준, 경증비응급 환자 권역응급의료센터 90% 상증 60% 중병 50%, 병원 40%, 의원 30%

** 병·의원+약국: 1만원 / 상급종합+약국: 2만원

2 중증 중심 비급여 보장 전환

- (원칙) 가입자가 보장 희망 범위와 보험료 부담을 고려하여 비급여 특약 선택 가능하도록 상품구조 개선* 및 중증 중심 보장 전환
 - * (現) 단일한 비급여 특약 → 보험가입자가 중증만 이용해도 일괄 보장에 따른 보험료 부담↑
 - (改) 중증 비급여 특약/ 非중증 비급여 특약 중 선택 가능 → 가입자 선택에 따른 보험료 부담 적정화
- (중증 비급여) 건강보험 산정특례 질환 대상자 등 중증환자의 해당 질환 치료에 대해서는 현행 보장수준을 유지*하면서

* 현행 4세대 실손보험은 비급여 특약 자기부담률 30%, 보장한도 입원 연 5천, 외래 회당 20만원 (비급여 100회) + 도수체외증식치료 연 350만원(50회)/주사료 연 250만원(50회)/MRI 연 300만원 한도

- 과도한 본인부담 발생 시 추가 보상하는 연간 자기부담금 한도를 (상종·중병 입원 限) 신설, 가입자 보호 강화(현행 4세대는 자기부담 한도 無)
- (非중증 비급여) 과다 보상으로 의료체계를 왜곡하거나 과도한 보험료 부담이 발생하지 않도록 보장 합리화

< 非중증 비급여 보장 합리화 방향 >

- ▶ 자기부담률(현 30%) 상향
- ▶ 한도 축소: 年 보장한도(현 입원 年 5천만 원) 축소, 병원·의원 입원 회당 한도 신설
- ▶ 기준 변경: 통원 상한(20만원)을 회(回)당 → 일(日)당 변경
- ▶ 보험금 부지급 항목(현 치료 목적 외 미용·성형 등) 확대

3 국민부담 완화 및 관리·운영 신뢰성 제고

- (보험료 부담 완화) 적정 보상 및 보상의 공정성 제고에 따른 보험 가입자의 보험료 부담 완화
 - 개별 가입자의 非중증 비급여 이용량을 바탕으로 한 보험료 할인·할증제 지속 적용*
 - * 현행 4세대 실손보험의 경우 비급여 이용량(100만원/150만원/300만원 이상)에 따라 비급여 특약 보험료 할증(100%/200%/300%), 비급여 미이용 시 할증금액 활용한 보험료 할인
 - ⇒ 非중증 비급여 특약 선택 여부에 따라 4세대 실손보험 대비 보험료 30~50% 내외 인하* 효과 기대
 - * 보험료 인하율은 非중증 비급여 특약상품 선택에 따라 변경 / 일부 보험사 시뮬레이션 결과로서 변경 가능
- (舊세대 실손 관리) 상품 재가입 주기가 없으므로 보장 합리화 적용이 어려워 보험료 부담이 계속 늘어날 舊세대 실손 대책 마련
 - 특히, 희망하는 경우에만 ▲금융당국 적정 금액 제시 ▲가입자 권익 보호 절차 마련을 바탕으로 계약 재매입 도입
 - * 설명상담 강화, 숙려기간 부여, 재매입 철회권·취소권 보장 등 검토

- (심사체계 마련) 가입자 예측 가능성 제고 등을 위해 보험금 지급 분쟁 빈발 주요 비급여는 분쟁조정기준 마련
 - * 소비자-금융사 간 금융분쟁에 대한 조정기준으로서, 실손보험 보장 대상인 치료목적 비급여의 시행 기준 등 규정(주요 비급여는 연동기준으로 운영)
- 금융감독원이 의료계·소비자단체 등 참여 통해 구체화(필요시 보건당국 협조)
- (투명성 강화) 보험상품 운영 관련 공시 확대* 등 가입자 친화적 정보제공 강화로 보험 운영 신뢰성 제고 및 가입자 선택권 강화
 - * **현행 공시내용:** ▲보험사 전체 경영실적 ▲직전 3년간 4세대 실손보험료 인상률 및 2~4세대 손해율 ▲상품유형·성별·연령별 보험사별 4세대 상품 보험료 비교 서비스 제공
- (운영) 보험사 전체 경영실적뿐만 아니라, 보험사별·세대별 실손보험의 보험료 수익, 보험손익, 사업비율, 손해율(위험·경과·합산) 등 공시
- (알권리 및 선택권) 4세대뿐만 아니라, 실손보험 전체 세대별(1~4세대) 연령대·성별·보험사별 보험료 공시
- (광고 금지) 소비자가 부담해야 하는 비급여 진료비용 등 오인하지 않도록 의료기관의 실손 가능 여부 등 광고 금지 구체화*(의료법 시행령 改)
 - * 의료법 제56조(의료광고의 금지 등) 제2항은 소비자를 속이거나 잘못 알게 할 우려가 있는 비급여 진료비용 할인·면제 내용 광고 금지, 그 밖의 대통령령으로 정하는 내용의 광고 금지

◇ 의료개혁 실행방안을 바탕으로 구체적 5세대 실손보험 상품구조 설계 및 관리·운영체계 개선은 금융당국 시행