실손의료보험, 의료비 신속지급 제도 도입

최 원 선임연구원

■ 금감원은 실손의료보험 가입자들의 의료비 납입부담을 덜어주기 위하여 '의료비 신속지급제도'를 2012년 7월부터 시행할 계획임.

- 현행 실손의료보험은 보험계약자가 의료비를 병원에 납입한 이후 납입영수증을 근거로 보험금을 청구하는 체계로 운영되고 있는데, 자금이 부족한 보험계약자들은 의료비 납입의 어려움을 겪는 경우가 있음.
- 의료비 신속지급제도는 보험계약자가 진료비 세부 내역서를 중간진료비 고지서와 함께 보험회사에 제출하면 보험회사는 예상보험금의 70%를 미리 지급하고, 나머지 보험금은 현행과 동일하게 최종 의료비 납입 이후 지급하는 방안임.

■ 제도의 실효성 제고를 위하여 적용예외 조항, 적용 대상자 및 적용 병원을 명시적으로 규정함.

- 손해조사가 필요한 건은 보험금 선지급 대상에서 제외될 수 있으며, 보험회사는 필요할 경우 피보험자에게 '보험금 환수이행 확약서'를 요구할 수 있음.
- 적용 대상자에는 실손의료보험에 가입한 저소득층[1], 중증질환자[2], 고액의료비 부담자[3]가 포함됨.
- 저소득층의 경우 의료법상 적법하게 인정되는 모든 병원에서 적용되는 반면, 중증질환자 · 고액의료비 부담자의 경우 일정규모 이상 병원[4]에서만 적용됨.

(보험회사, 실손의료보험 '의료비 신속지급제도'시행, 금감원, 6/18)

---

1) 의료급여법상 1종 · 2종 수급권자로 국민기초생활보장법에 의한 수급자, 재해구호법에 의한 이재민 등.
2) '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 의거 지정되는 암 · 뇌혈관질환 · 심장질환 · 중증화상환자 등.
3) 본인부담금액 기준 의료비 중간정산액이 300만 원 이상인 자.
4) 의료법제3조제2항제3호에 의한 종합병원, 의료법제3조의4에 의한 상급종합병원, 국민건강보험법제40조제2항에 의한 전문요양기관.