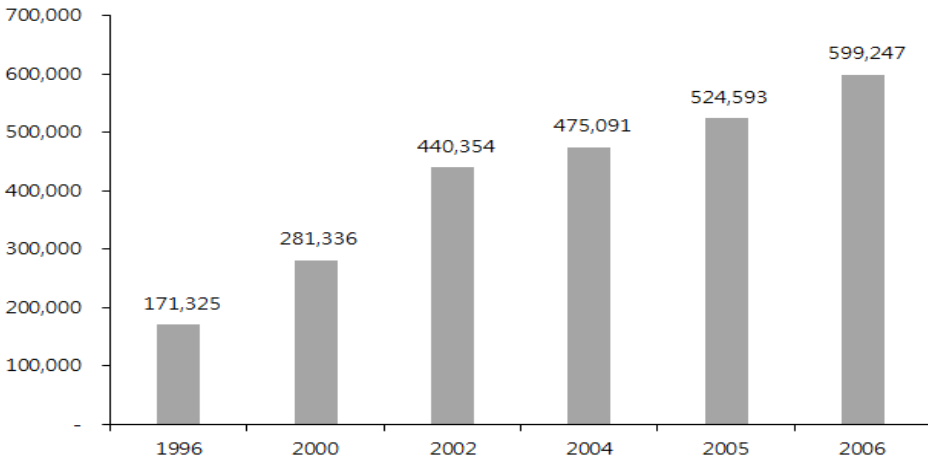
Ⅵ. 실손건강보험의 성장

1. 시대 배경

가. 사회 현황

2000년대에 들어서부터 한국 사회의 국민의료비 지출이 크게 증가하기 시작하였다. 1996년 1인당 건강보험 진료비는 17만 원이었으나, 2002년 44만 원으로 2.6배가 증가하였다.

〈그림 Ⅵ-1〉 연도별 건강보험 1인당 진료비 추이



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2007. 2. 22)

건강보험 진료비의 증가는 두 가지 측면에서 영향을 받은 것으로 추정된다. 첫 번째로 건강보험 적용 대상자의 증가이다. 2001년 7월 이후 근로자 5인 미만 사업장으

로 건강보험 확대 적용, 시간제근무자의 직장가입자 전환 등의 제도적인 보완책과 지속적인 사업장 지도 점검 추진으로 직장가입자 적용 인구가 증가한 것이다.

또 다른 측면은 의료기관 방문횟수의 증가가 원인으로 추정된다. 90년대 후반까지 경제성장과 경제 위기를 겪고 2000년대 들어오면서 사람들은 물질적인 풍요와 함께 건강의 중요성을 깨닫기 시작했다. 건강에 대한 관심 증가는 사회 전체적으로 건강검진제도를 확산시켰고 이를 통해 건강에 대한 이상징후를 조기에 발견하고 조치를 하는 것이 일반화되기 시작하였다. 실제로 건강보험공단 통계자료에 따르면 2001년 연간 1인당 의료기관 방문횟수는 13일이었으나, 2003년에는 약 15일까지 증가하였다.

〈표 Ⅵ-1〉 건강보험 진료실적 추이

구분		2001년	2002년	2003년
총진료비(억 원)		178,433	188,317	207,420
전년 대비 증감(%)		38.2	5.5	10.1
의료기관	진료비(억 원)	132,364	138,067	152,664
	전년 대비 증감(%)	12.9	4.3	10.6
	연간 1인당 이용횟수	**13.2일**	**13.9일**	**14.7일**
	내원일당 진료비(원)	21,821	21,303	22,146
약국	약제비(억 원)	46,069	50,250	54,755
	전년 대비 증감(%)	286.9	9.1	9.0
	연간 1인당 약제비(원)	99,952	108,056	116,594
	내원일당 약제비(원)	11,725	12,981	14,391
	연간 1인당 처방일(일)	7.99	7.87	7.62

주: 건강보험진료비는 공단부담금과 본인부담금 합계이며 비급여인 선택진료료, 병실료차액 등 제외
자료: 국민건강보험공단 보도자료(2007. 2. 22)

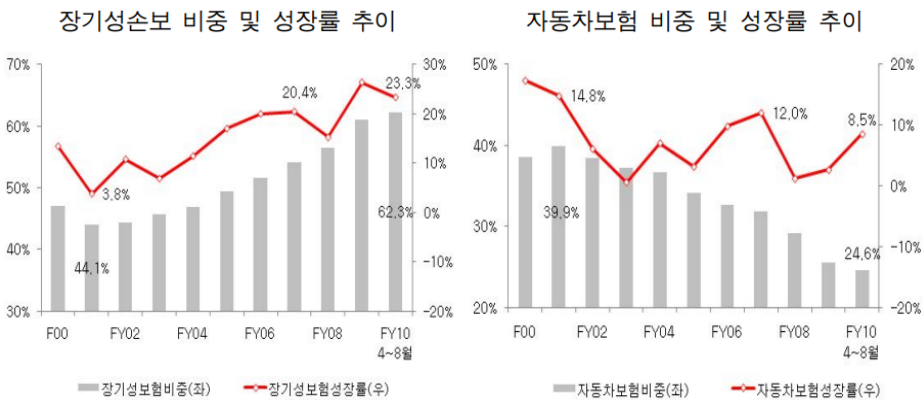
앞서 CI보험의 시대배경에서도 언급하였지만, 사람들의 건강에 대한 관심 증가, 가계소비 중 의료비 지출 증가는 보험회사의 건강보험이 활성화되는 계기가 되었고, 또한 병원진료비 중 본인이 부담하는 치료비를 보전해 주는 실손건강 상품에 대한 관심이 증가하는 계기가 되었다.

나. 시장 상황

1990년대 중반까지 국내 보험시장에서는 자녀교육 및 목돈 마련을 위한 교육보험, 노후설계보험, 새가정 복지보험 등 고금리 저축성 보험이 성장을 주도하였다. 반면, 손해보험회사들은 1998년 이후 제3분야 보험 상품에 대한 규제 완화로 상해 및 질병보험(장기보험)을 적극적으로 판매하여 급격한 성장을 이루었다. 손해보험회사들은 3대 질병 진단, 입원, 수술 등의 다양한 담보들을 생명보험사의 건강보험 상품 대비 더 저렴한 보험료로 공급하였고, 특히 실손건강특약을 건강보험에 부가하여 판매하기 시작하면서 생명보험회사들이 차지하던 건강보험시장에 진입하였다.

그리고 생명보험업계의 경영진 및 실무진 일부가 손해보험업계로 넘어가 생명보험 영업 방식을 본격적으로 도입하여 생명보험 영역을 잠식하기 시작하였다. 2000년 이후에는 장기성 손해보험(이하 "장기보험"이라 함)이 손해보험회사의 새로운 성장 동력으로 등장하였고, 반대로 자동차보험의 비중은 점차 감소하기 시작하였다.

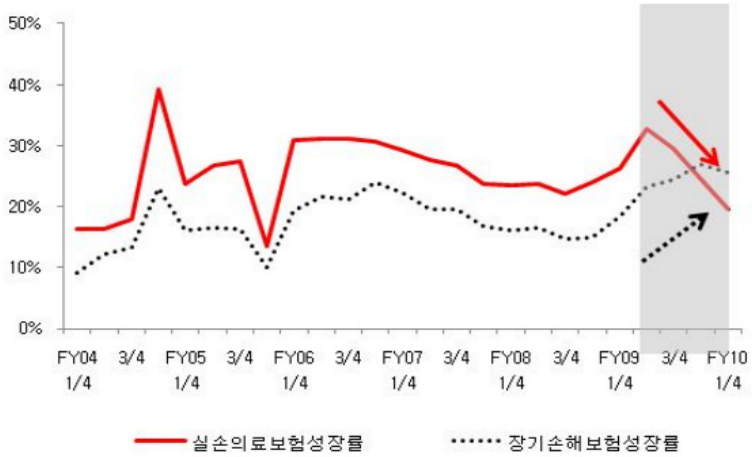
〈그림 Ⅵ-2〉 장기보험의 성장과 자동차보험의 감소



자료: 보험연구원(2010b)

손해보험회사의 장기보험 상품은 FY2009 하반기까지 실손건강특약을 부가한 질병보험이 성장을 이끌었으며, 2003년 말에는 실손건강특약을 포함하는 통합보험을 출시하면서 급성장하였다.

〈그림 Ⅵ-3〉 실손건강보험 및 장기손해보험 성장 추이



자료: 보험연구원(2010b)

보험개발원 통계자료에 따르면, 1998년부터 2004년의 기간 동안 생명보험업계의 수입보험료가 1.38배 신장한 데 비해 손해보험업계는 장기보험의 성장과 함께 전체 수입보험료가 1.63배 신장됐다.

〈표 Ⅵ-2〉 수입보험료 증가

(단위: 조 원)

구분	1998	2000	2001	2002	2003	2004	증가율
생명보험	33.0	39.9	37.8	41.4	44.0	45.6	1.38배
손해보험	14.3	16.5	18.5	20.6	21.4	23.2	1.63배

자료: 보험개발원

최근 보험통계월보에 따르면 손해보험업계의 장기보험은 비약적인 발전을 거듭해 2001년 시점의 원수보험료와 비교하여 2016년까지 약 4.96배가 증가했다. 반면, 생명보험회사의 보장성 보험료는 최근 감소 추세를 보이고 있다.

2000년대 초반 생명보험회사들은 종신보험과 CI보험의 성공과 함께 보장성상품 시장을 석권하였으나, 2003년 손해보험회사들의 통합보험이 생명보험회사들의 보장성 상품 시장을 크게 잠식하면서 생명보험회사들은 실손의료상품의 개발 필요성을 느끼기 시작하였다.

다. 규제 현황[95)]

1997년 7월 생명 · 손해보험회사가 제3분야 상품(질병, 상해, 간병보장 상품)을 겸영할 수 있도록 허용되었으며, 실손건강보험과 정액형 보험상품 역시 생명 · 손해보험회사가 겸영할 수 있도록 허용되었다. 다만 생명보험회사가 실손건강보험을 판매하기 위해서는 신고상품으로 운용하도록 허용해 주었다. 이에 따라 손해보험업계는 생명보험회사들이 보장하고 있는 진단, 입원, 수술담보의 정액형 보장상품을 도입하였고, 생명보험회사들의 경우 상해보험만 정액형으로 도입하고 실손건강보험은 도입하지 않았다.

물론 생명보험회사들이 실손건강보험 시장영역에 진입하기 위해 단체보험에 준실손 형태[96)]의 상품을 도입하기도 하였으나, 단체보험시장에 한정되었고 보장내용이 복잡하여 성공하지는 못했다. 이후 2003년에 생명보험업계에서 다시 실손건강보험 영역에 진출할 때에 손해보험회사들도 생명보험회사의 실손건강보험 진출이 허용되는 대신 손해보험회사의 질병사망 담보 및 제3분야 상품 운용에 대한 규제 완화를 요청[97)]하였다.

이에 따라 생명보험회사는 단계적으로 2003년 8월부터 단체실손건강보험을 출시할 수 있었으며, 2005년 8월부터는 개인실손건강보험도 출시할 수 있는 발판을 마련하게 되었다. 이후 실손건강보험은 국가 건강보험의 재정 상태, 생명보험회사와 손해보험회사의 규제 입장 차이 등으로 본인부담금 비율의 조정, 보험기간, 상품형태의 변화 등으로 진화해왔다.

---

95) 실손건강보험은 제3분야 보험으로, 동 영역은 손해보험회사와 생명보험회사가 갈등과 경쟁력이 심한 영역임. 규제현황과 관련해서는 제3분야 영역과 관련하여 정리함

96) 실손건강보험이란 피보험자가 치료비에 사용된 금액의 전부 또는 일부를 보전해 주기 위한 상품이나, 준실손 상품은 치료비의 상한 값 또는 하한 값을 기준으로 정액으로 보험금을 지급해 주는 상품임. 예를 들어 준실손건강보험에서 치료비의 구간값 10~15만 원일 때 상한값을 기준으로 보장해 준다고 할 때, 피보험자의 치료비가 12만 원이 나왔다면 15만 원을 보상받음

97) 기존에 손해보험회사들은 제3분야 질병담보에 대해 보험기간 최대 15년까지만 운용하였으나 동 기간이 폐지되었으며, 질병사망 담보에 대해서도 80세 이하, 인당 2억 원, 만기환급금은 납입보험료 이내로 제한하는 조건으로 상품판매가 허용되었음(박현문(2011), p. 174)

〈제3분야 상품에 대한 생명 · 손해보험 업계 간 경쟁〉[98]

질병 · 상해에 대한 제3분야 상품은 생명보험회사와 손해보험회사 간 갈등을 유발하는 경쟁영역이다. "제3분야 보험"이라는 용어는 일본의 보험업법에서 유래되었다. 일본에서는 생명보험을 제1분야 보험, 손해보험을 제2분야 보험으로 분류해 왔다. 의료와 관련된 보험영역은 두 보험 중 어느 한 쪽으로 보기 힘들다고 보고 이를 제3분야 상품으로 지정하여 생명보험회사와 손해보험회사가 겸영토록 하고 있다.

국내에서 질병과 상해보험에 얽힌 생명 · 손해보험 간 경쟁과 갈등은 1970년대 손해보험회사가 상해보험을 넘어 질병보험 사업에 진출하면서부터 시작된다. 과거 손해보험회사는 기업을 대상으로 화재보험이나 해상보험을 주로 취급하였으나, 1970년대 후반 정부가 가계보험 판매실적에 따라 화재보험 물건에 대한 유인을 제공하자 손해보험회사들이 개인시장을 적극 개척하는 과정에서 의료보험영역에 진출하기 시작하였다.

손해보험회사의 질병보험 진출은 이 분야를 선점하고 있었던 생명보험회사들의 불만을 야기하였고 정부는 양 진영 간 영역정리를 시작하였다. 1978년 5월 재무부가 발표한 "인보험 사업자와 손해보험 사업자의 겸영대상 보험 지정"에 따르면, 질병보험은 보험업법규정에 의하여 생명보험과 손해보험 겸영 영역이 된다. 그리고 과도한 경쟁을 억제하기 위하여 인보험 사업자인 생명보험회사는 정액보상을 원칙으로 정했고, 손해보험 사업자는 주보험이 아닌 형식으로 실손보상을 원칙으로 하되, 질병보험을 특약으로 개발 · 판매할 수 있도록 허용해 주었다. 이는 결국 정부가 질병보험을 생명보험회사의 영역으로 인식하되 손해보험회사에게 제한적으로 허용한 것으로 정리할 수 있다. 이후 1997년 정부는 금융개혁의 일환인 규제완화 조치로 종전 생명보험의 상해보험과 손해보험의 질병보험이 부가계약으로 취급되던 것을 양측 모두 상해 · 질병을 주계약으로 취급할 수 있도록 허용해 주었다. 이에 따라 보험회사에서는 다수의 저가형 상해보험/질병건강보험을 출시하기 시작하여, 제3분야 상품 시장은 폭발적으로 성장하였다. 이후에도 양측은 제3분야 상품에 대해 치열한 경쟁과 갈등이 연속되었다. 2003년 보험업법 전면 개정 시 양측의 합의하에 생명보험업계에 실손건강보험을 허용해 주었으며, 손해보험업계는 제3분야 상품의 만기 15년 제한을 폐지하여 질병사망에 대해서 개인당 2억 원을 한도로 80세까지 보장할 수 있도록 허용해 주었다.

제3분야 규제완화에 대한 입장은 손해보험회사와 생명보험회사 간 엇갈린 입장을 보이고 있다. 생명보험회사는 손해보험회사에 질병사망담보를 허용함으로써 큰 피해를 입었다고 생각하고 있고, 손해보험회사는 실손건강보험 영역을 내주는 대가를 충분히 받지 못했

다는 입장이다.

〈손해보험회사의 생명보험 업무영역 영위 현황〉

연도	생명보험 업무영역 허용
1969년	장기 저축성 보험(가계장기보험) 판매
1978년	질병보험 특약, 생존급부형(기납입보험료의 100% 한도) 판매
1984년	질병사망담보특약 판매
1992년	암보험(사망보장) 개발 판매
1994년	세제적격 개인연금저축상품 판매
1995년	뇌혈관질환, 특정암(위암, 폐암 등) 발병 시 정액보장
1997년	질병보험에서 진단, 수술, 입원에 대해 정액보장 상품 판매
1998년	저축성 보험 만기환급률 제한조항 삭제 (1978: 100% → 1988: 150% → 1993: 200%)
1999년	근로기준법에 의한 퇴직보험 판매
2000년	유사 종신보험 판매(주보험은 상해보험, 질병사망특약을 주보험에 의무부가특약으로 부가, 80세 보장)
2003년	질병사망특약 범위 확대(보험업법 개정) (80세 만기, 만기환급금은 납입보험료 이내, 인당 2억 원 한도)
2005년	퇴직연금 실적배당형 보험 판매

자료: 생명보험협회(2010), p. 314

2017년 현재까지의 표면적인 결과를 보면 손해보험회사가 생명보험회사보다는 상품 판매에 있어서는 더 많은 혜택을 받은 것처럼 보인다. 2008년 이후 실손건강 담보를 도입한 생명보험회사는 실손건강 담보 부가 효과를 받지 못했다. 우선 도입 시기 자체가 2008년으로 늦었으며, 대형 생명보험회사를 중심으로 실손건강보험을 도입하였고, 외국계 보험회사의 경우는 도입하지 않은 경우도 많았다. 이에 반해 손해보험회사들은 실손건강 담보와 함께 질병사망특약도 80세까지 보장하는 등 장기 보장성 상품을 손해보험회사의 대표적인 상품으로 성장시켰다. 하지만, 실손건강보험의 손해율이 지속적으로 증가하고 있고, 규제 및 정부 정책 등에 너무 많은 영향을 받고 있어서 수익성까지 고려했을 때 손해보험회사가 더 많은 혜택을 보았는지는 두고 보아야 할 것이다.

98) 보험미래포럼(2012)을 요약 발췌하여 정리함

2. 실손건강보험 상품 소개

가. 상품 출시배경[99)]

2003년 말부터 손해보험회사는 일본의 초보험(超保險) 상품을 벤치마킹한 통합보험(삼성화재 수퍼보험)을 도입하여 생명보험회사의 시장을 잠식하기 시작하였다. 통합보험은 손해보험회사에 허용된 모든 보장 분야를 보장하여, 하나의 증권으로 전 세대원이 보장받을 수 있도록 설계된 상품이다. 당시 생명보험회사는 규제상 실손건강담보를 취급하지 못하였기 때문에 손해보험회사의 통합보험 상품에서 보장하고 있는 실손건강보험담보는 고객의 가장 큰 유인책이 되었다. 손해보험회사의 통합보험이 성공한 또 다른 이유는 제3분야 질병담보 만기의 확대이다. 기존 손해보험회사에서 판매하는 제3분야 질병담보의 만기가 15년 이하로 제한되던 것이 2003년 생명보험회사의 실손건강보험 영역 허용을 계기로 80세 만기보장이 가능하였기 때문이었다.

일반적으로 통합보험의 주보험은 상해사망과 후유장해 두 가지 담보를 기본계약으로 하고 있으나 고객이 선택할 수 있는 특약의 종류가 70~80가지이며, 이중 입원 · 통원 의료실비를 보장하는 실손건강보험 담보의 인기가 높았다. 또한 보험기간을 80세 만기로 설정하여 높게 책정된 보험료 수준에서 사업비 재원 확보가 용이하여 수수료를 높이 책정할 수 있었던 것도 큰 성공의 원인이 되었다.[100)] 손해보험회사의 통합보험 성공은 생명보험회사로 하여금 실손건강보험의 도입을 상기하는 계기가 되었다.

앞서 규제현황에서도 설명을 하였듯이, 1997년 제3분야 보험에 대한 생명 · 손해보험 겸영 지침으로 생명보험회사는 실손의료비 담보를 도입할 수 있는 기회가 있었으나 진입하지 않았다. 이후 2003년 5월 29일「보험업법」개정으로 생명보험회사도 2003년 8월 30일부터 단체실손건강보험, 2005년 8월 30일부터 개인실손건강보험의

99) 실손보험의 시작은 손해보험회사가 1960년대에 상해담보 실손담보를 도입하면서 시작하였음. 그러나 질병실손의 도입은 1990년대 후반이고, 실손상품이 각광받기 시작한 것이 2005년 이후이기 때문에 본 보고서에서는 2000년 초반을 배경으로 실손상품을 설명하였음

100) 박현문(2011), p. 181

판매가 가능해졌다. 이때까지 생명보험회사가 실손건강보험 영역에 진출하지 않았던 원인은 여러 가지가 있으나, 기본적으로는 정액형 담보보다 실손으로 보장하는 상품의 리스크가 매우 클 것이라는 인식 때문이었다.[101]

또한 생명보험회사가 2005년부터 판매할 수 있었던 개인실손건강보험의 판매가 3년 가량 지연된 이유는 2006~2007년 사이에 보건복지부에서 본인부담금에 대한 민영실손건강보험의 급여를 제한하려는 움직임이 있었고, 2008년 초에는 자기부담금 제도(Co-insurance) 도입과 관련하여 생명 · 손해보험 간 상품설계에 있어 형평성 논란이 발생하였기 때문이다. 이후 생명보험업계에서 본인부담금의 80%를 보장하는 상품을 개발하고 금융감독원이 이를 신고 수리하여 2008년 6월부터 개인실손건강보험이 특약형태로 판매되기 시작하였다. 그러나 손해보험회사에서 여전히 100% 보장상품을 판매함에 따라 생명보험회사는 도입초기에 판매가 활성화되지 못하였고, 오히려 불공정경쟁 논란을 야기하였다.[102]

〈그림 Ⅵ-4〉 실손건강보험 상품도입 및 제도 연혁

자료: 리스크관리학회 · 보험연구원 정책세미나 발표자료(2015. 10. 23)

나. 상품 소개

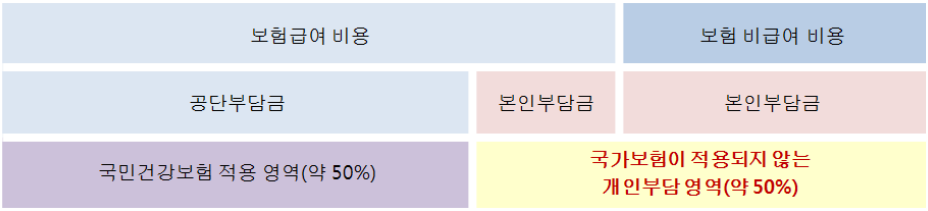
우리나라에서는 국민이 의료기관을 방문하여 치료를 받을 경우, 해당 치료비에 대해 국민건강보험을 통해 보장을 받을 수 있으나 평균적으로 치료비중의 30~40%는 환자 본인이 부담을 해야 한다. 환자가 부담해야 하는 비용은 "법정급여 환자 본인부담

101) 박현문(2011), p. 175

102) 생명보험협회(2010), p. 306

금"과 건강보험에서 보장이 되지 않는 "보험비급여 본인부담금"이다. 민영보험회사에서 판매하고 있는 실손건강보험은 치료비 중 환자가 실제 부담하는 본인부담금을 보전해 주는 보충형 상품이다.

〈그림 Ⅵ-5〉 국내건강보험 운용체계 및 실손건강보험



주: 국민건강보험 적용 영역으로 50%로 표현하였으나, 이는 발표자료에 따라 다를 수 있음. 여기서 제시한 비율은 보험회사 통계에 근거하여 보험계약자가 부담하는 진료비(보험계약자는 비급여 의료비를 더 많이 사용할 수 있음)를 추정하여 제시한 숫자임을 밝힘

즉 실손건강보험은 공적 건강보험의 부족분을 보완하는 상품으로서 질병 및 상해에 따른 입원 · 통원 · 처방 시 발생하는 의료비 중 본인이 부담하는 의료비를 실제 비용만큼 민영 보험회사가 지불해 주는 상품이다. 정액형 상품과 달리 실손건강보험은 피보험자의 실제 진료비를 지급하는 상품이기 때문에 보장범위 및 보상 방법에서 두 상품은 큰 차이가 있다.

〈표 Ⅵ-3〉 정액형 건강보험과 실손형 건강보험의 비교

구분	정액형 상품	실손건강보험
보장 범위	약관에 규정된 지급사유만 보장 (Positive 방식)	약관에 규정된 보장제외 사유 외에는 전체를 보장함(Negative 방식 보장)
보장 금액	약관에 규정된 금액을 정액 보장 (치료비보다 보장금액이 높을 경우 도덕적 해이 발생이 가능하며, 물가상승률은 보전하지 못함)	실제 발생 금액 중 공제 및 보장한도를 적용하여 보상함 (실 진료비를 보상하므로 중복비례 보상 원칙)
보험료	보험의료 수가에 관계없이 일정	가입당시에는 보험료가 저렴하나 의료수가 및 물가상승률에 따라 보험료의 상승폭이 매우 큼

자료: 손해보험협회 홈페이지, "실손의료보험 소개" 수정 인용

1) 실손건강보험 보장내용[103)]

2009년 실손건강보험 표준화 이전에는 실손건강보험의 보장 영역이 생명보험과 손해보험이 각각 달랐다. 생명보험회사는 피보험자의 역선택 및 도덕적 해이를 막기 위해 연간 치료비의 3천만 원 한도 내에서 치료비의 80% 수준에서 보상하였다. 반면, 손해보험회사는 회사마다 연간한도에서 차이가 있지만 기본적으로 치료비의 전액(100%)을 보장하였다. 보장내용의 차이를 조정하기 위해 2009년 10월 생명보험업계와 손해보험업계 합의를 통해 실손건강보험이 표준화되었다. 표준화 이후에는 생명 · 손해보험 동일하게 연간 한도 5천만 원 이내에서 본인부담금의 90%를 보장하는 상품으로 개정되었다.

〈표 Ⅵ-4〉 표준화 이전과 표준화 이후의 실손건강보험 비교

구분	표준화 이전	표준화 이후(2009년 10월 이후)
입원 보장한도	• 생명보험: 3천만 원 • 손해보험: 1천만 원 ~ 1억 원	연간 5천만 원 한도
보장 내용	• 손해보험: 전액보장 • 생명보험: 80% 보장	90% 보장(단, 연간 200만 원 자기부담금 한도 초과 시에는 전액 보장)
외래 보장	• 보장: 10~50만 원 한도 • 공제금 한도: 5천 원~1만 원	• 보장: 30만 원 한도 • 공제금: 요양기관별 차등공제금 적용 약제비는 8천 원 공제

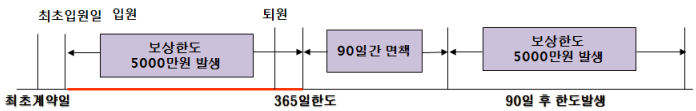
주: 실손건강보험 표준화 배경 및 자세한 변경내용은 5절 "실손건강보험 상품의 진화"에서 설명함
자료: 리스크관리학회 · 보험연구원 정책세미나 발표자료(2015. 10. 23)

실손건강보험의 표준화 이후 실손건강보험은 종합형(사고원인이 상해든 질병이든 보상)과 질병형(사고원인이 질병일 경우만 보장)으로 구분되었다. 이는 손해보험회사가 오래전부터 상해담보 실손만을 단독으로 판매하였기 때문이다. 중복비례보상원칙에 입각하여 피보험자가 상해 실손담보 상품을 보유하고 있는 경우 질병담보만 가입하여 불필요한 보험료를 납부하지 않도록 하기 위함이었다.

103) 실손건강보험의 보장내용은 2009년 10월 표준화된 상품을 중심으로 설명하며, 이후의 개정내용은 5절 "실손건강보험 상품의 진화"에서 설명함

구체적인 상품내용을 보면 실손 입원담보에서는 발생한 치료비의 90% 수준을 보상하되, 상급병실차액[104]에 대해서는 발생금액의 50% 수준에서 보장하였다. 상급병실료는 피보험자의 도덕적 해이가 가장 많이 발생할 수 있는 비용으로 피보험자의 도덕적 해이를 방지하기 위해 보상비율을 제한하고 있다. 표준화 이후 실손 입원담보의 세부내용을 보면 다음과 같다.

〈표 Ⅵ-5〉 표준화 이후 실손입원담보 보장내용

구분		보장내용
지급사유	종합형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인해 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상 의료비가 발생하였을 때
	질병형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인해 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상 의료비가 발생하였을 때
지급 금액		• 보상대상 의료비의 90% (국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못하는 경우 40%) • 상급병실차액 : 보상대상 의료비의 50%(1일 평균 10만 원 한도)
보상 한도		입원의료비 보상책임액은 합산하여 연간 5,000만 원 한도 • 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인한 입원비를 최초 입원일로부터 365일까지 보상함. 다만 최초 입원일이 365일 경과하여 입원한 경우에는 90일간의 보상 제외기간 발생  • 입원의료비 90% 보상 시 나머지 10%에 해당하는 금액은 계약연도별 200만 원 한도임. 200만 원 한도가 차면 이후 발생하는 입원의료비는 100% 보상함 • 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 계약의 보험기간 종료일로부터 180일까지 보상함

자료: 보험회사 실손건강보험 표준약관(2009년 기준)을 요약 정리함

104) 상급병실이라 함은 해당요양기관의 급여 기준이 되는 병실 이상의 병실을 말하며, 요양기관마다 다를 수 있으나 통상 2인실이 상급병실이라 할 수 있음. 따라서 상급병실 차액이라 함은 실제입원병실과 해당요양기관의 급여기준병실의 병실료를 뺀 차액을 말함

외래담보의 경우도 입원담보와 마찬가지로 “종합형”과 “질병형”으로 구분하고 있다. 표준화 이전에는 외래(통원)의료비에서 요양기관(병원등급)을 구분하지 않았으나, 표준화된 실손건강보험에서는 요양기관을 구분하여 보상한도를 설정한 것이 특징이다. 이는 일반병원과 종합병원의 외래비용의 차이를 구분하여 보장하기 위함이며, 또한 외래의 경우는 방문횟수를 제한하여 피보험자의 지나치게 많은 의료기관 이용을 제한(피보험자의 도덕적 해이 방지)하고 있다. 구체적인 상품안은 다음과 같다.

〈표 Ⅵ-6〉 표준화 이후 실손외래담보 보장내용

구분		내용
지급사유	종합형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인해 그 치료를 직접목적으로 통원에 의한 보상대상 의료비가 발생하였을 때
	질병형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인해 그 치료를 직접 목적으로 외래에 의한 보상대상 의료비가 발생하였을 때
지급 금액		방문 1회당(의원 1万, 병원 1.5万, 종합전문요양기관(상급종합병원) 2万)공제한 금액(국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못하는 경우 상기액 공제 후 40%)
보상 한도		외래 1회당 20만 원, 연간 180회 한도(계약 해당일로부터 1년 단위) 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원치료에 대하여는 보험종료일로부터 180일 이내 외래 방문 90회 보상
‘방문 1회당’과 ‘연간 180회’에서 ‘1회’는 진찰료 발생 1회를 기준으로 하므로 하루에 다른 질병으로 여러 과에서 진료 시 각각의 과를 1회로 산정하여 공제금액과 지급한도를 적용함		

자료: 보험회사 실손건강보험 표준약관(2009년 기준)을 요약 정리함

처방조제비의 경우 실손건강보험 표준화 이전에는 손해보험회사는 외래의료비 안에 포함[105]되어 보장을 하였고, 생명보험회사는 외래의료비와 구분하여 보장하였다. 그러나 표준화 이후에는 생명 · 손해보험은 외래의료비와 별도로 처방전당 8천 원을 한도로 하여 처방조제비에 대해 보장하고 있다.

105) 손해보험회사의 실손건강보험은 의약분업(2000년) 이전에 판매가 되었기 때문에 처방조제비는 외래의료비에 포함하는 것이 관행인 시절에 판매가 되었음. 따라서 손해보험회사의 외래의료비는 처방조제를 포함하는 것이 당연한 것이었고, 생명보험회사의 경우는 의약분업 이후에 최초로 상품을 출시하였기 때문에 외래의료비와 처방조제비는 분리되어 설계되었음

〈표 Ⅵ-7〉 표준화 이후 실손 처방조제비담보 보장내용

구분		내용
지급사유	종합형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인해 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상 의료비가 발생하였을 때
	질병형	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인해 그 치료를 직접목적으로 처방조제에 의한 보상대상 의료비가 발생하였을 때
지급 금액		처방전당 8,000원을 공제한 금액 (국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못하는 경우 8,000원 공제 후 40%)
보상 한도		처방전당 10만 원, 연간 180회 한도(계약 해당일로부터 1년 단위) 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원치료에 대하여는 보험종료일로부터 180일 이내 처방전의 90건 보상
※ 처방전 단위: 의사의 진찰에 따른 처방전 1건을 말합니다 ※ 처방조제: 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비(처방전 없이 약국에서 구입하는 의약품은 제외됩니다)		

자료: 보험회사 실손건강보험 표준약관(2009년 기준)을 요약 정리함

2) 실손건강보험에서의 보상제외항목과 지급처리

실손건강보험에서는 보상대상 의료비를 기준으로 보험금을 지급하고 있다. 보상대상 의료비라 함은 본인이 실제로 부담한 금액(건강보험 본인부담금 및 비급여 의료비)에서 보상제외 항목을 차감한 금액으로, 최종적으로는 보상대상 의료비에 대해 일정률(10% 또는 20%) 또는 일정액의 자기부담금을 제외한 금액이 지급된다.

실손건강보험은 피보험자의 실제 치료비를 보상하고 있고 민영보험회사에서 운용하는 상품이기 때문에 의료과잉, 역선택 등의 문제를 해결하기 위해 실손건강보험에서는 보상제외 항목을 설정하고 있다. 제외항목의 주요부분은 치료목적이 아닌 미용·시술목적의 진료비이며 피보험자의 과잉 진료를 막고자 하는 항목들로 구성되어 있다. 국가에서도 이러한 항목들은 보험급여로 하지 않고 비급여 항목으로 운영하고 있다.

〈표 Ⅵ-8〉 실손건강보험에서의 보상제외 항목

구분	보상하지 않는 항목
공통	1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우(단, 피보험자가 심신상실 등의 이유로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우는 제외) 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 악화된 부분 5. 치과 비급여, 한방 비급여 6. 본인부담금 상한제에 따라 국민건강보험공단으로부터 환급이 가능한 부분 7. 건강검진, 예방접종, 인공유산(단, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료목적으로 인한 경우는 보상) 8. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용(단, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료목적으로 인한 경우는 보상) 9. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(단, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외) 10. 외모개선 목적의 치료로 인해 발생한 의료비 • 쌍꺼풀 수술(이중안검술), 코 성형술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술 등 • 사시교정, 안외격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 • 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력 교정술 • 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 • 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 진료 11. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등) 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비 12. 자동차보험(공제포함) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비(본인부담의료비 제외) 13. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재의료기관에서 발생한 의료비
상해 입원 · 상해 통원	1. 전문등반, 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 사상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행, 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상) 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖의 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

구분	보상하지 않는 항목
	4. 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 인한 의료비(단, 회사가 보상하는 상해로 인한 경우는 보상) 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동
질병 입원 · 질병 통원	정신과 질환 및 행동장애(F04-F99) 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96-N98) 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 입원한 경우(O00-O99) 선천성 뇌질환(Q00-Q04) 비만(E66) 요실금(N39.3, N39.4, R32) 직장 또는 항문질환 중 비급여 부분(I84, K60-K62, K64) 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비 단순한 피로 또는 권태 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 발기부전(Impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(Phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표 2] 비급여 대상)에 의한 업부 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

자료: 손해보험협회 홈페이지

마지막으로 실손건강보험은 중복비례율을 감안하여 보험금을 지급한다. 실손건강보험의 보상 취지상 피보험자가 지불한 실제 치료비를 기준으로 보험금이 지급되어야 하므로, 피보험자가 다수의 실손의료비 상품에 가입되어 있는 경우 각 상품에서 중복적으로 치료비를 받을 수 없도록 하고 있다. 이에 따라 생명 · 손해보험협회에서는 개별 피보험자의 실손건강보험 중복 가입 시스템을 갖추고 피보험자가 실제 지불한 치료비 이상 보험금이 지급되지 않도록 하고 있다. 물론 요율에서도 반영하여 중복하여 가입한 경우에 대한 조정비율을 반영하고 있다.

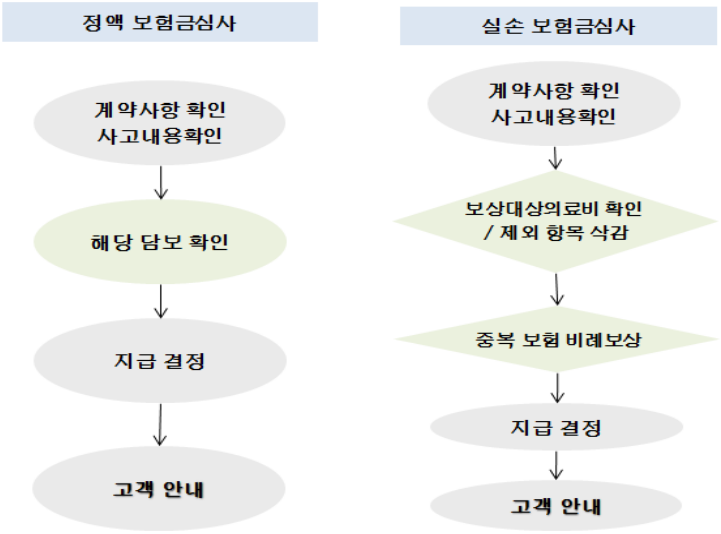
〈표 Ⅵ-9〉 실손건강보험 다수보험(중복보험)의 처리

다수보험(중복보험)이란 실손건강보험 계약(우체국보험, 각종 공제, 상해, 질병, 간병보험 등 제3보험, 개인연금, 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험, 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손건강보험 계약을 말함. 따라서 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상 의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산한다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산한다. ※ 각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보상대상 의료비 중 최고액 - 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × 각 계약별 보상책임액 각 계약별 보상책임액을 합한 금액

자료: 손해보험협회 홈페이지

특히 실손건강보험은 일반적인 정액으로 지급하는 담보와 달리 병원진료 세부내역서 및 중복비례보상을 기준으로 보험금이 지급되어야 한다. 따라서 실손건강보험은 일반상품과 달리 전문적인 심사지급자를 고용하여 실손건강보험의 지급을 처리해 주어야 한다.

〈그림 Ⅵ-6〉 정액형 상품과 실손형 상품의 보험금 심사 절차



〈미국, 독일, 일본의 민영의료보험 운영체계 소개〉

민영의료(실손)보험은 국가의료보험체계와 맞물려 상이하게 도입되어 있다. 미국의 경우는 국가의료보험체계가 잘 구축되어 있지 않아 민영의료보험에 의존하고 있으며, 독일의 경우는 소득수준에 따라 국가의료보험 대신 민영의료보험을 대신 선택할 수 있다. 일본은 국가 의료보험체계 정비가 잘 되어 있어 민영보험회사가 실손의료보험을 많이 취급하고 있지 않다.

국가	민영의료보험의 역할
미국	• 의료공급/수요 양 측면에서 민영건강보험의 의료비 통제기능이 존재, 민영건강보험부분에서 의료비용의 상승압력부분을 의료공급자, 의료수요자에게 전가 • 소비자의 경우 직접적으로 건강보험에 가입하는 경우보다는 고용주를 통한 가입이 대부분이며 직장그룹에 따라 소비자 그룹이 나누어짐(직접가입그룹, 소규모직장그룹, 대규모직장그룹) • 후원자 역할은 고용주가 하고 있으며 건강보험의 제공여부를 결정 • 건강보험은 주법에 의해 허가 받은 건강보험회사에 의해 판매되고 있으며 일반보험회사, 비영리단체, 건강관리조직(HMOs), 기금형 수탁운영회사로 구성
독일	• 미국과 마찬가지로 의료공급과 수요 양 측면에서 민영건강보험의 의료비 통제기능이 존재하여 의료비용의 상승 압력부분을 의료공급자, 의료수요자에게 전가할 수 있는 장치가 존재함 • 공적건강보험의 재정악화문제를 위험조정방식과 민영건강보험과의 경쟁허용을 통해 해결 • 수많은 질병금고로 이루어진 공적건강보험조직이 존재하므로 단일보험자 형태의 공적건강보험으로 보기 어려움 • 민영건강보험회사만이 건강보험 상품의 취급이 가능하며, 2007년 말 기준으로 독일에서는 유사보험을 제외한 47개 건강보험회사 영업
일본	• 민영건강보험은 공적건강보험에서 진료/치료비의 환자 본인부담(정률부담 부분)과 급여대상에서 제외되는 의료 간접서비스 등과 같은 비급여 서비스의 비용을 보상하는 기능 수행 • 의료공급과 수요 양적 측면에서 민영건강보험의 의료비 통제에 어려움이 있어, 민영건강보험이 의료비용의 상승 압력 부분을 정액형 보험으로 막고 있음 • 일본 민영건강보험은 외국계 및 중・소형 보험회사의 경우 건강보험 주계약으로 취급하고 있으나 대형 생명보험회사의 경우 사망보장상품에 특약형태 위주로 취급하며, 보상방식은 실손의료보험은 거의 없고 대부분이 정액형 보험으로 판매하고 있음

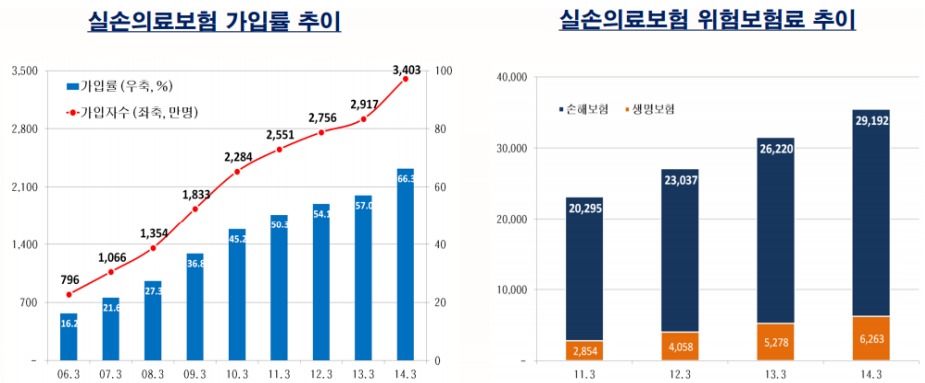
자료: 보험연구원(2010c)

3. 실손건강보험의 성장요인 분석

가. 상품 매력도 및 고객 니즈 측면

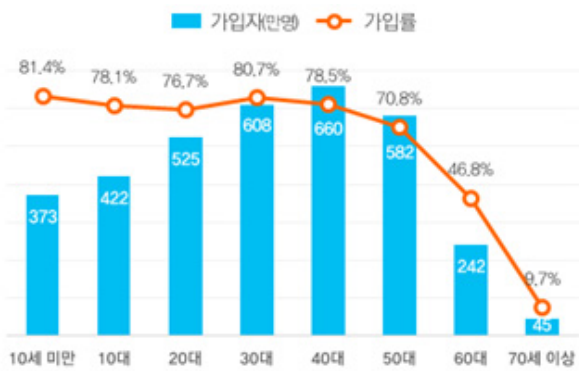
금융감독원에서 공식 발표된 자료에 따르면 2015년 말 기준 실손건강보험 담보는 3천 2백만 명이 가입하고 있으며, 지금까지 보험회사가 판매한 모든 담보를 통틀어서 가장 많은 보유계약자 수를 가지고 있다.

〈그림 Ⅵ-7〉 실손건강보험 가입률 및 위험보험료 추이



자료: 리스크관리학회 · 보험연구원 정책세미나 발표자료(2015. 10. 23)

〈그림 Ⅵ-8〉 연령대별 실손건강보험 가입률



자료: 한국신용정보원(2016)

민영보험회사의 실손건강보험은 국가 공적의료보험의 취약한 보장과 공적의료보험에서 보장하지 않는 비급여 진료에 따른 환자의 의료비 부담을 덜어주기 위한 "보충형 의료보험"의 개념으로 도입되었다. 실손건강보험은 이후 의료비용에 대한 소비자의 니즈와 민영 보험회사의 공격적인 마케팅으로 인해 짧은 기간에 가입자 수가 폭발적으로 증가했다. 단순히 가입자 수만 따져보면 사실상 전 국민의 60% 이상이 민영보험회사의 실손건강보험 상품을 보유하고 있다는 것으로, 오히려 국민건강보험의 실질 가입자 수보다 더 많다.[106] 이렇게 짧은 기간 동안 보험회사의 실손건강보험 상품이 성장한 원인은 크게 수요자 측면과 공급자 측면에서 살펴볼 수 있다.

먼저 수요자 측면에서는 국내의 높은 의료비용과 공적의료보험의 낮은 보장으로 인해 다른 상품보다 가입니즈가 높기 때문에 필수적인 보험상품인 실손건강보험에 가입하는 것으로 보인다.

우리나라 국민의료비 중 실제 국가가 부담하는 비중은 54.5%로 OECD 34개 국가 평균인 72.3%보다 낮고,[107] 국민의료비 중 가계지출은 36.8%로 OECD 국가 평균 19.8%와 비교하여 2배 이상 높아[108] 가계에 부담을 주고 있는 것으로 나타났다.

이렇게 의료비에 대한 가계부담이 높아지는 이유는 국민건강보험의 보장률이 매우 낮기 때문이다. 우리나라의 국민건강보험의 보장률은 60%[109]를 약간 상회하는 수준으로 OECD 국가 평균에 못 미치고 있다.

〈표 Ⅵ-10〉 국민건강보험의 보장률 수준

연도	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015
보장률	65.0%	63.6%	63.0%	62.5%	62.0%	63.2%	63.4%

자료: 국민건강보험공단

106) 2015년 건강보험 주요통계에 따르면 국민건강보험 적용인구는 약 5천만 명이나, 직장가입자의 피부양자를 제외할 경우는 약 3천만 명으로 민영 실손건강보험 가입자보다 작음

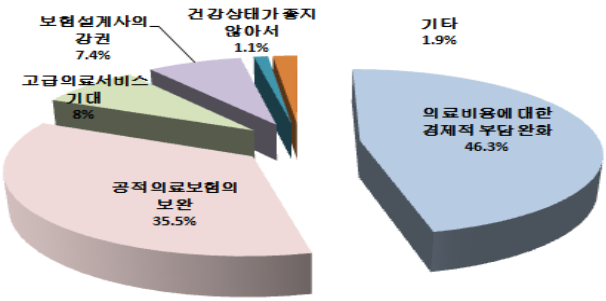
107) 국회입법조사처(2015. 7. 10)

108) 보건복지부 보도자료(2013. 11. 21), "한눈에 보는 국민의 보건의료지표: 'OECD Health at Glance 2013' 주요지표 분석"

109) 국민건강보험공단

이러한 사정으로 국민건강보험에서 보장되지 않는 의료비(본인부담금) 보장에 대한 소비자의 니즈가 매우 크다. 실제 실손건강보험 상품의 가입사유를 조사해 보면 의료비용에 대한 경제적 부담완화와 국민건강보험을 보완하기 위해 가입하는 경우가 전체의 80%이다. 우리나라는 비교적 의료보험 체계가 잘 갖추어져 있으나, 국민들은 높은 의료비용 대비 공적건강보험의 역할이 충분하지 않다고 생각하고 있기 때문에 이에 대한 해결책으로 실손건강보험 상품을 구매하는 것으로 추정된다.

〈그림 Ⅵ-9〉 민영건강보험 가입사유 조사



자료: 한국보건사회연구원(2011. 1. 14)

다음으로 공급자 측면에서 실손건강보험의 성장은 통합적인 보장 구조를 가진 상품을 통한 보험회사의 공격적인 마케팅에 기인한다. 최초의 국내 실손건강보험은 1960년대 상해담보의 실손보험으로 출발하였으나, 2003년 이후 손해보험회사들의 통합보험 판매와 함께 폭발적으로 가입자 수가 증가하였다. 앞서 설명하였듯이, 통합보험은 질병보험 · 배상책임보험 · 자동차보험 · 상해보험 · 화재보험 등을 따로 따로 가입하는 번거로움을 없애고 하나의 보험증권으로 모든 담보를 한꺼번에 보장받을 수 있도록 설계한 상품이다. 모든 담보를 한꺼번에 가입함으로써 개별 보험상품을 따로 가입하는 것보다 사업비 절감효과로 인해 보험료가 약 10~15% 가량 저렴한(보험업계 관계자의 인터뷰를 통해 추정) 장점이 있으며, 통합보험에 실손건강 특약을 부가하여 대대적인 마케팅을 전개하였다. 실손건강 특약은 통합보험의 콘셉트에 맞게 상해 · 질병으로 인한 대부분의 치료비를 보장해 준다는 이미지로 장기 보장성 보험 시장을 선도해 나갔으며, 실손건강 보장급부도 함께 성장하였다. 생명보험회사에서

도 2008년 이후 손해보험회사의 통합보험을 벤치마킹하여 실손건강 보장을 부가한 통합보험을 출시하였고, 이후 실손건강보험은 통합보험의 성공과 함께 보장성 상품 시장의 판도를 바꿀 정도로 크게 성장하였다.

나. 회사별 판매 전략 측면

일찍부터 상해 실손건강보험 담보를 개발 · 판매하였던 대부분의 손해보험회사들은 2003년 이후 질병 및 상해관련 실손건강 특약을 통합보험에 부가하여 판매하였다. 그러나 생명보험회사들의 경우에는 회사마다 실손건강 담보에 접근하는 방식이 달랐다. 삼성생명, 한화생명, 교보생명, 동양생명, 흥국생명, 금호생명(현 KDB생명), 미래에셋생명 등 국내 생명보험회사들은 실손건강 담보를 적극적으로 도입하여 손해보험회사들의 통합보험 형태로 부가하여 판매하였다. 당시 대형 생명보험회사들은 CI 종신보험이 회사의 주력상품이었으나, 손해보험회사들의 통합보험으로 인해 판매 경쟁력에서 열세를 보였다. 이에 영업현장의 적극적인 요청에 따라 실손건강보험을 도입하여 CI보험을 통합보험으로 개편하여 판매하였다.

그러나 ING생명, 푸르덴셜생명, 라이나생명, 메트라이프생명 등 일부 외국계 생명보험회사들은 실손건강 담보를 도입하지 않았다. 먼저 푸르덴셜생명과 메트라이프생명의 경우 질병담보를 갱신형 특약으로 부가하지 않았고 80/90세 만기로 판매하는 전략을 고수하고 있었다. 그 이유는 실손건강 담보특약은 3년 갱신형 특약이었기 때문에 기존의 영업전략 및 상품운용 IT시스템과 맞지 않는 측면이 있어 도입하지 않았기 때문이다. 라이나생명의 경우는 당시 주력상품이 암진단 보장상품과 치아보험이었기 때문에 실손건강보험을 도입하더라도 상품경쟁력에 도움이 되지 않는다고 판단하여 도입하지 않은 것으로 보인다.[110]

외국계 생명보험회사의 경우는 글로벌 회사로 이미 실손건강보험의 손해율 리스크를 경험하였기 때문에 실손건강보험의 리스크가 매우 큰 것을 우려하여 도입하지

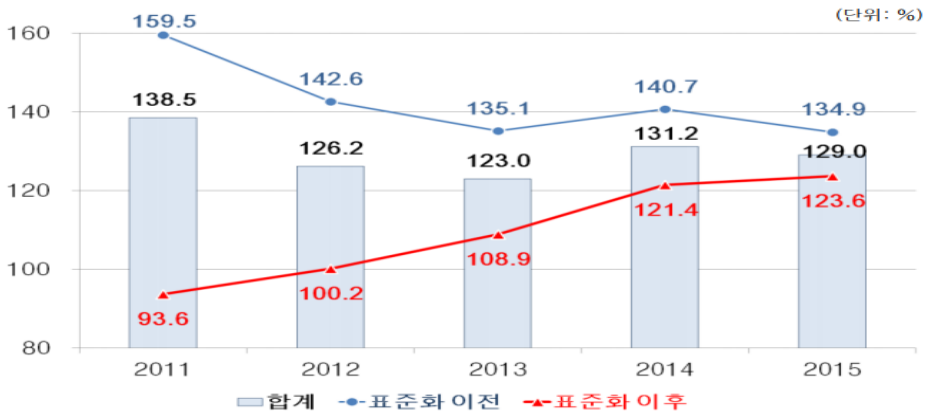
110) 메트라이프생명과 라이나생명은 실손건강보험을 도입하지 않았으나, 알리안츠, ING 그리고 AIG는 나중에 실손건강보험을 도입하였으나 이후 판매 중지하였음

않았던 것으로 판단된다.[111)]

4. 실손건강보험의 리스크 요인 분석

보험회사 실손건강보험 상품은 보험회사의 성장에 큰 도움을 주었으나, 현재 상품의 손해율은 100%가 훨씬 넘어 보험회사에게 상당한 부담을 주고 있다.

〈그림 Ⅵ-10〉 실손건강보험의 손해율 현황



주: 손해율 = 지급보험금 / 위험보험료
자료: 보험연구원 정책세미나 발표자료(2016. 6. 16)

실손건강보험 상품은 상품의 판매 측면에서는 매우 매력적이나, 그만큼 리스크도 크다고 할 수 있다. 이번 절에서는 실손건강보험이 가지고 있는 리스크에 대해 살펴보도록 하겠다.

111) 일부 외국계 재보험회사들은 실손건강보험의 손해율이 60~70% 수준으로 양호할 때에도 해외시장의 경험에 비추어 곧 손해가 발생할 것이라고 예측하면서 출재사에게 할증보험료를 요구하는 등 실손건강보험의 재보험 수재에 있어서 적극적인 움직임을 보이지 않았음. 이후 실손건강보험의 손해율은 급증하였기 때문에 어느 정도는 그들의 예측이 맞았다고 볼 수 있음

가. 정책 및 규제 변화로 인한 잦은 상품 개정[112)]

2008년 생명보험회사의 실손건강보험 도입으로 실손건강보험 시장은 외형적으로 크게 성장하였다. 그러나 앞서 살펴보았듯이 실손건강보험 담보는 전 국민의 60%가 가입한 상품으로 민영보험회사의 상업목적의 보험이기 이전에 준 공공보험에 가까운 상품이 되었다. 즉 실손건강보험은 국민의 기초생활과 밀접하게 연관되어 있기 때문에 국민건강보험의 급여 체계, 재정 상황, 정부의 소비자 물가정책 등에 크게 영향을 받았다. 앞서 소개한 2009년 실손건강보험의 표준화 정비와 몇 차례의 실손건강보험 제도 개정은 국민건강보험의 급여체계, 비급여 의료 이용의 제한 그리고 보험료 인상 억제를 통한 소비자 물가 안정[113)]이 주목적이라 할 수 있다.

향후 정부정책 및 규제의 변화는 실손건강보험에 있어서 또 한 번 대대적인 상품 개정이 있을 수 있으며, 이는 고스란히 소비자와 보험회사에게 혼란을 줄 수 있다. 이로 인해 일부 외국계 보험회사들의 경우 실손건강보험의 잦은 제도 변경과 높은 손해율로 더 이상 신규계약을 판매하지 않고 있다.

나. 의료소비 과잉과 비급여 진료비의 무분별한 남용

실손건강보험에 대한 정부 개입의 가장 주요한 원인은 바로 보험가입자들의 "도덕적 해이"이다. 피보험자의 의료쇼핑과 병원의 과잉진료로 인해 2015년 기준 보험회사의 실손건강보험 손해율은 약 130%까지 상승하였다. 결국 손해를 보면서 장사를 할 수 없는 보험회사 입장에서는 보험료를 올려서라도 그 손실을 보전할 수밖에 없다. 하지만 보험료의 인상은 곧 실손건강보험 가입자들의 부담으로 작용하고 이에 따른 반발도 클 것으로 예상된다. 예를 들어 실손건강보험 손해율 상승이 지속되고 이를 보험료에 반영할 경우 10년 내 2배 이상 급등할 것으로 예상되었다.[114)] 이에 보험

112) 정책 및 규제의 변화는 실손건강보험만이 아니라 모든 다른 보험상품에도 영향을 미침. 그러나 실손건강보험은 국민생활과 밀접한 관계로 보다 직접적으로 상품의 형태와 가격에 영향을 미치기 때문에 정책 및 규제의 변화를 리스크로 설정함

113) 국민일보(2013. 3. 11), "금감원, "실손의료보험료 인상말라"…朴대통령 물가안정 의지반영"

회사에서는 가입자의 도덕적 해이를 예방하기 위한 방법으로 그동안 가입자의 자기부담비율을 상향조정(0%→10%→20%)해 왔다.

이와 같은 개정에도 불구하고 피보험자와 의료기관의 도덕적 해이로 인한 의료과잉의 행태는 근절되지 않았다. 다음 예는 피보험자에 의한 의료과잉 그리고 병원에 의한 의료과잉진료에 대한 사례를 잘 보여주고 있다.[115)]

피보험자의 과잉의료 사례: A씨는 대상포진 후 신경통과 두통 등을 호소하며 두 차례에 나눠 병원에 입원했다. 그리고 81일간 병원에 입원했다. A씨는 메가씨주 2회(비타민C제재), 구치온주 3회(화학치료로 인한 신경성질환 예방 · 미백주사), 메가코르빈씨주 1회(비타민C제재) 등 건강보험이 적용되지 않는 비급여 주사제를 투여 받았다. 해당비용 627만 원은 보험회사에 청구했다. 병원의 과잉진료 사례: B병원은 양측 무릎관절 통증으로 내원한 여성에게 각기 다른 3가지 종류의 체외충격파 진료를 51회 시행하는 한편, 동적족저압측정, 동적체 평형검사, 하지심부혈전검사 등 다수 비급여 진료를 시행했다. 이로 인해 3,178만 원의 진료비가 나왔다. 이 중 비급여 비용만 3,022만 원이 발생했다.

보험연구원 발표[116)]에 따르면 2014년 기준 상위 10% 실손건강보험금 청구자에게 지급한 보험금이 전체 실손건강보험금의 절반 이상을 차지한 것으로 조사됐다. 문제는 실손상품 가입자의 비도덕적 행위뿐만 아니라 의료기관의 과잉진료 역시 문제점이 많다는 사실이다. 의료에 대해서 누구보다 잘 알고 있는 일부 비양심적 의료기관은 환자의 실손건강보험 가입여부를 확인한 후 해당 환자가 실손건강보험에 가입되어 있을 경우 불필요한 고가의 비급여 진료를 권유한다. 병원 입장에서는 고가의 비급여 진료를 통한 수입이 늘어서 좋고, 환자는 고가의 진료를 받고도 보험금으로 환급받을 수 있어 양쪽 모두 피해를 보지 않기 때문이다.

비급여 진료의 더 큰 문제는 비급여 진료행위의 가격상한선이 정해져 있지 않다는

114) 보험연구원 정책세미나 발표자료(2016. 6. 16)

115) http://www.m-economynews.com/news/article.html?no=18723

116) 보험연구원 정책세미나 발표자료(2016. 6. 16)

부분이다. 도수치료의 경우 산업재해 보험으로 수가를 적용했을 때 16,520원으로 측정된다. 하지만 현행 실손 청구금액은 최저 1,000원부터 최대 170만 원으로 그 차이가 1,700배에 이른다. 이러한 사실은 2009년부터 2013년 사이 급여의료비는 매년 6.7% 상승한 데 비해 비급여 의료비는 매년 10.2%나 상승했다는 부분에서 확인할 수 있다. 실손건강보험 가입자의 총 의료비 중 비급여 부담비용이 차지하는 비중 또한 36.3%로 18.0% 수준인 국민건강보험 가입자의 약 2배인 것으로 조사됐다.[117)]

구조적으로 비급여 의료 항목의 과잉진료는 낮은 의료수가에 시달리는 의료기관들이 생존 차원에서 수입이 되는 비급여 항목을 창출할 수밖에 없는 의료 환경에서 기인한다. 특정 질환에서 건강보험 보장성 강화를 추진하면 거기에서 사라진 비급여를 다른 질환분야에서 새로 만들어 낸다는 것이다. 이러한 결과로 건강보험 보장률은 오히려 하락하고 가계의 의료비 부담은 높아지는 악순환의 현상이 발생하고 있다.

실손건강보험에서 비급여와 관련한 해결을 위해서는 비급여 항목을 통제하고, 보험금 심사를 강화해야 할 필요도 있지만, 보다 근본적인 문제 해결을 위한 방안으로 건강보험의 보장성 강화를 검토할 필요성이 있다. 지금보다 훨씬 더 전면적이고 신속한 보장성 강화를 통해 비급여 항목을 급여영역으로 포함시키고, 보장률을 경제협력개발기구(OECD) 평균 수준으로 끌어올리는 것이 보험회사나 국민 모두에게 혜택이 돌아갈 수 있기 때문이다. 이는 궁극적으로 비급여 항목의 창출을 줄일 수 있고, 의료공급자도 비급여를 통한 수익창출의 의존도를 줄일 수 있어 민영보험회사의 실손건강보험 운용을 안정화시킬 수 있을 것이다.

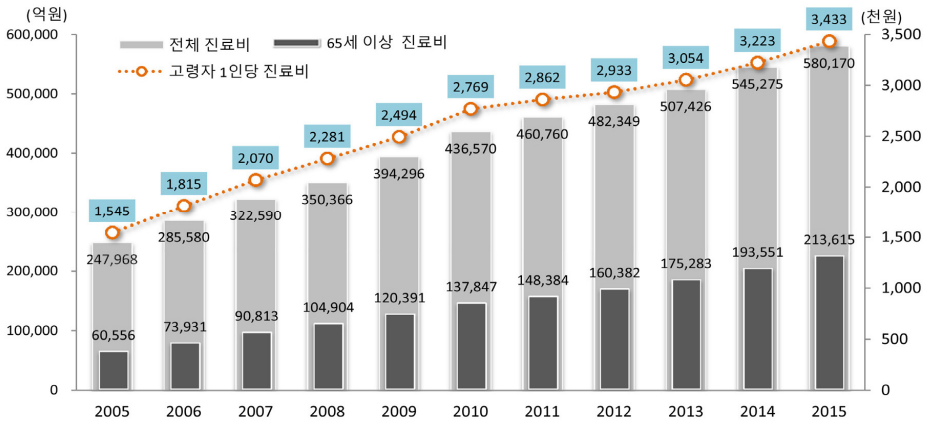
다. 고령자의 의료비 증가 리스크

현재 실손건강보험의 65세 이상자의 가입률은 20% 미만으로 매우 낮아 고령자에 대한 리스크가 드러나 있지 않다. 그러나 고령자의 의료비 증가율을 감안해 보면 앞으로 갱신 시점에서 적절한 보험료 인상이 이루어지지 않을 경우 실손 상품의 리스크는 더 커질 수 있다. 통계청의 2016년 고령자 통계에 따르면 2015년 기준 65세 미만자

117) http://www.m-economynews.com/news/article.html?no=18723

의 진료비는 2005년 대비 약 1.96배 증가하였으나, 고령자의 경우는 약 3.5배로 더 높게 나타나고 있다.

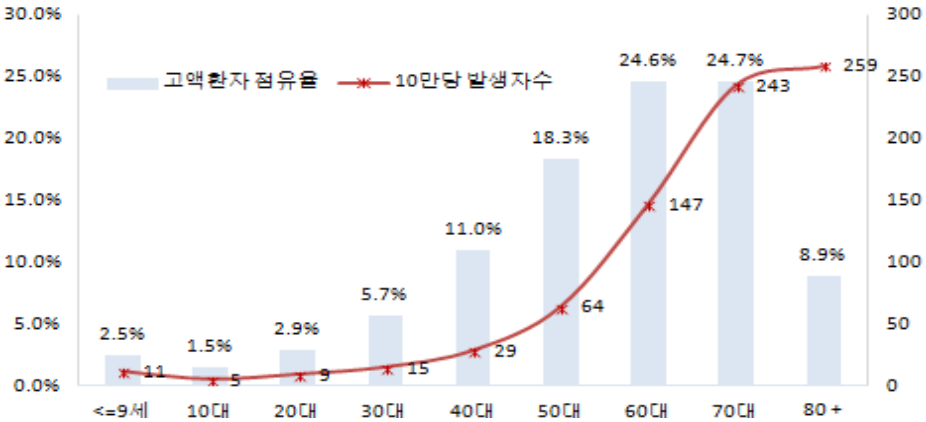
〈그림 Ⅵ-11〉 건강보험 진료비 현황(2005~2015년)



자료: 통계청 보도자료(2016. 9. 29), "2016년 고령자 통계"

특히 연간진료비 300만 원 이상을 이용한 환자를 보면 60대 이후 급격한 증가를 보이고 있다. 앞으로 국내 노령화 진전에 따라 노인의료비의 급격한 증가가 예상되며, 이는 고스란히 실손의료비 상품에 부담이 될 수 있다.

〈그림 Ⅵ-12〉 연간진료비 300만 원 이상 환자 점유율 및 발생자 수



자료: 국민건강보험공단

고령자의 의료비 상승의 문제는 지속적인 보험료 인상만으로 해결할 수는 없다. 앞서 설명한대로 실손건강보험은 국가의 정책, 과잉의료, 비급여 진료의 문제 등이 복합적으로 얽혀 있으며, 국가가 국민의 의료문제에 대한 책임을 가지고 근본적인 문제 해결을 통해 접근해야 할 것이다.

5. 실손건강보험 상품의 진화

본 보고서에서 소개한 다른 상품과 달리 실손건강보험은 지금까지 국가 건강보험의 재정, 소비자 물가 등 국가 정책에 영향을 많이 받았다. 특히 국가 통제에 벗어나 있는 비급여 항목을 다루고 있고 타 상품 대비 손해율이 매우 높아, 상품의 진화 측면에서 가격인상 억제 및 손해율 악화 방지에 초점을 맞춰 급부가 점진적으로 축소되는 방향으로 상품이 개정되었다.

〈그림 Ⅵ-13〉 실손건강보험 개정 추이

주: 2015년 9월 보험급여 본인부담금은 90%, 비급여 본인부담금에 대해서는 80%를 보장하는 개정이 있었음

본 보고서에서는 2009년 10월 표준화 시점부터 실손건강보험의 변화 과정에 대해 논하도록 하겠다.

가. 2009년 표준화 시점의 실손건강보험[118)]

국회 이혜훈 의원(2008. 9. 22)과 심재철 의원(2008. 11. 4)이 개최한 공청회에서 국민건강 보험의 재정건전성 확보를 위해 민영의료보험의 100% 보장을 제한할 필요성 등이 논의되었다. 그리고 2009년 5월에는 금융위원회, 보건복지부, 기획재정부 간 논의를 통해 실제 부담한 의료비의 90%를 보장하고 자기부담한도를 200만 원으로 설정하는 내용의 합의안이 마련되었다.

이러한 내용이 전해지자 생명보험, 손해보험업계 양측은 치열한 논쟁을 벌었으며, 이에 생명보험협회와 손해보험협회는 2009년 6월 긴급 사장단회의를 열고 실손건강보험의 개정에 대한 의견을 정부에 건의하는 등 심각한 갈등을 보였고, 이는 국회 국정감사 등에서도 주요 쟁점으로 부각되었다. 당시 손해보험회사들은 실손건강보험 개정 시 국민 의료비 부담 가중과 함께 생명보험에 대한 특혜조치 등을 내세워 반발하였고, 생명보험회사들은 보험회사의 재무건전성 및 국민건강보험 재정 악화를 지적함과 동시에 공정경쟁 및 중복 가입에 따른 보험계약자의 피해 방지 필요성을 주장하였다.

양측의 치열한 논란과 충돌 끝에 결국 2009년 7월 22일 금융위원회에서는 최소 본인부담금 10% 설정과 상품 표준화 등을 통해 개인의료보험제도를 합리적으로 개선하고, 중복 가입을 방지하여 보험회사의 재무건전성 악화에 선제적으로 대응하며, 보험계약자 보호를 강화하기 위해 「보험업감독규정」을 개정(금융위원회 고시 제 2009-43호) 함으로써 논란은 마무리되었고, 2009년 10월 1일 생명 · 손해보험 간 실손건강보험이 다음과 같이 표준화되었다.

118) 실손표준화 배경은『생명보험협회 60년사』각론 p. 306의 내용을 요약 정리함

〈표 Ⅵ-11〉 실손건강보험 상품의 표준화 방안

구분	내용	현행		표준안
		손해보험	생명보험	
유형분류	• 상품유형 ①상해 · 질병 · 입원 · 통원 ②질병형 · 상해형 · 종합형 ③입원형 · 통원형 • 상해등급 적용 여부	• 상해입원 · 상해통원 · 질병입원 · 질병통원 • 상해의료비 • 질병입원의료비 • 적용	• 질병형(입 · 통원), • 종합형 (질병+상해 입 · 통원) • 해당사항 없음	① 상해(입원 · 통원)형 ② 질병(입원 · 통원)형 ③ 종합(입원 · 통원)형 • 적용
입원통원	• 상품구성 • 입원 한도 • 입원한도 산출방식 • 상급병실차액(개인) • 통원(외래+약제비)한도 • 통원한도 산출방식 • 갱신주기 • 병원급별 공제금액	• 입원 + 통원 • 천만 원~1억 원 한도 (본인부담금 100% 보장) • 사고당 입원 한도 • 50%(상해의료비는 100% 가능) • 10만 원~50만 원 • 일당 통원 한도 • 3년/5년, 歲만기 • 해당사항 없음	• 입원 + 외래 + 약제비 • 3천만 원~5천만 원 한도 (본인부담금 80% 보장) • 연간 입원 한도 • 50% (1일 평균 8만 원 한도) • 15만 원/20만 원 • 회당 외래 · 약제비 한도 • 3년 자동갱신 • 적용	• 입원 + 외래 + 약제비 • 5천만 원 한도 (본인부담금 90% 보장) • 사고당 입원 한도 • 50% (1일 평균 10만 원 한도) • 30만 원 한도 • 회당 외래 · 약제비 한도 • 자율 운용 • 적용
보장범위	• 용어(상해 / 재해) • 재해분류표 적용 • 해외진료비 보장여부 • 국민건강보험 미적용 시 • 면책사항(치매, 한방, 치과, 비뇨기과, 산과, 선천성질환, 치질 등)	• "상해" 용어 사용 • 해당사항 없음 • 40% 보장 • 40% 보장 (회사별 의료비 기준) • 회사별 면책범위 상이 (포괄적 열거주의)	• "재해" 용어 사용 • 적용 • 해당사항 없음 • 본인부담의료비의 32% • 회사별 면책범위 상이 (구체적 열거주의)	• "상해" 로 통일 • 적용 안함 • 보장 안함 • 40% 보장 • 보장 : 치매, 한방(급여), 치과(급여), 치질(급여)
운영방식	• 주계약/특약 운용여부 • 보장기간 • 공시방법 • 상품명 • 특정 담보 의료비 보장 • 적립금 대체납입 방식	• 특약형(방카는 주계약) • 최대 100세 • 별도 공시기준 없음 • 일부 "의료보험" 사용 • 교통, 화재상해 등 다수 • 운용 중	• 특약형(일부는 주계약) • 80세/100세(일부 종신) • 별도 공시기준 없음 • "의료" / "의료비" 사용 • 선천이상 입원 등 소수 • 해당사항 없음	• 자율 운용 • 자율 운용 • 별도공시기준마련(협회) • "실손 의료비" 명기 • 면책사항만 담보 가능 • 자율 운용
요율	• 요율산출	• 자사율 (회사별 경험통계 적용)	• 자사율 (국민건강보험통계 적용, 일부는 경험통계 적용)	• 자율 운용

자료: 생명보험협회(2010), 각론 p. 307

실손건강보험의 보장은 생명 · 손해보험 동일하게 연간 한도 5천만 원 이내에서 본인부담금의 90%를 보장해 주는 상품으로 개정하였다. 표준화된 실손건강보험의 자세한 보장내용은 2절 "실손건강보험 상품 소개"를 참고하기 바란다.

나. 단독형 실손건강보험의 등장

2013년이 시작되면서 보험업계의 가장 큰 이슈 중 하나가 바로 실손건강보험제도의 변경이었다. 2013년 1월 1일부터 판매되기 시작한 단독형 실손건강보험의 경우 순수하게 의료비 담보만을 가입하여 보장받을 수 있다. 따라서 적립되는 보험료도 없고 다른 특약 가입에 따른 보험료 추가도 없기 때문에 1~2만 원대의 상대적으로 저렴하게 가입할 수 있는 의료실비보험이었다. 갱신주기가 기존 3년에서 1년으로 변경됨에 따라 해마다 보험료가 인상되며, 적립보험료가 없기 때문에 1년마다 인상된 보험료로 새로 납부해야 한다.

보장내용에 있어 단독형상품의 표준형은 입원의 경우 기존 90% 보장에서 80%로 변경되었으나 90% 보장도 선택은 가능하다. 변경된 내용 중 가장 중요한 부분은 보장기간으로, 현재 3년 단위로 보험료가 갱신되면서 최장 100세까지 보장받을 수 있는 보험기간이 15년 보장 후 재가입하는 것으로 변경되었다. 재가입 시점에는 변경된 보장내용으로 가입하게 되는데, 사회적, 경제적 상황에 따라 보험회사가 변경한 보장을 받게 된다. 예를 들어 입원 시 본인부담금의 90%를 보장받는 조건으로 가입하더라도 15년 후 보험회사에서 재정악화를 이유로 80% 보장으로 약관을 변경한다면 변경된 80% 보장조건으로 가입해야 한다.

〈표 Ⅵ-12〉 단독형 실손건강보험 내용

구분	단독형 상품 내용
보험료 갱신주기	1년
보장내용 변경주기	최대 15년
보장기간	최대 100세 최초가입 이후 질병 발생 시에도 동일한 보장내용일 경우에는 재가입을 통해 100세까지 계약 유지 가능

〈표 Ⅵ-13〉 단독형 실손건강보험(표준형 vs. 선택형)

구분			표준형	선택형
상해	입원		실제치료비의 80% 해당액	실제치료비의 90% 해당액
	통원	외래	실제치료비에서 병원규모별 1~2만 원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	실제치료비에서 공제금액(병원규모별 1~2만 원)을 차감한 금액
		처방 조제비	실제치료비에서 8천 원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	실제치료비에서 공제금액(8천 원)을 차감한 금액
질병	입원		실제치료비의 80% 해당액	실제치료비의 90% 해당액
	통원	외래	실제치료비에서 병원규모별 1~2만 원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	실제치료비에서 공제금액(병원규모별 1~2만 원)을 차감한 금액
		처방 조제비	실제치료비에서 8천 원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	실제치료비에서 공제금액(8천 원)을 차감한 금액

자료: 생명보험협회 홈페이지, "단독형 실손보험 안내"

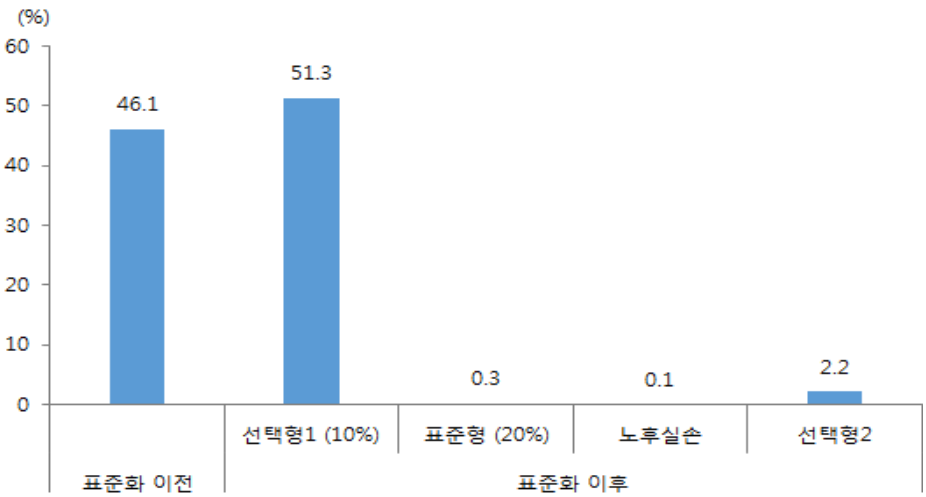
다. 노후 실손건강보험의 도입

현행 실손건강보험 상품의 연령대별 가입률을 보면 고연령의 의료비 증가율이 높은 반면 60세 이상 고연령층 가입률은 저조한 편이다. 고령자의 경우 보험료 부담 및 까다로운 언더라이팅 심사로 인해 민영보험회사의 실손건강보험 상품 가입이 쉽지 않고, 보험회사 역시 고령자의 의료비 증가 리스크로 인해 적극적인 인수를 하지 않았기 때문이다. 이에 2014년 금융위원회에서는 우선 실손 가입자의 가입연령 상한을 현행 최대 65살에서 최대 75살 이상으로 늘리도록 했다. 종전까지는 가입연령 규정이 없었지만 보험회사들이 자체 규정으로 가입연령을 65살 이하로 제한하고 있었다.

또한 고령자의 보험료 부담 축소 및 보험회사가 가져야 할 보험리스크를 줄이기 위해 일반 실손건강보험에 비해 노후 실손건강보험은 가입자가 내야 하는 자기부담금을 더 크도록 만들었다. 자기부담금이 많은 대신 노후 실손건강보험의 보험료는 일반 실손건강보험에 비해 70~80% 수준으로 더 저렴해졌다. 또한 고액 의료비에 대한

보장을 강화하기 위해 보장 금액 한도가 입원 · 통원의 구분 없이 연간 1억 원으로 확대되었다. 아울러 노후 실손건강보험 상품의 가입대상자가 고령층이기 때문에 상품 내용을 3년마다 안내하고 재가입할 수 있도록 하였다. 그러나 노인실손건강보험은 시장에서 판매가 부진하였는데(판매 비중 0.1%), 이미 노화로 각종 질병을 가지고 있는 고령자에 대해 언더라이팅 조건이 완화되지 않은 채 판매가 되었고, 자기부담금 등이 높아 상품으로서의 매력이 높지 않았기 때문이다.

〈그림 Ⅵ-14〉 실손건강보험 상품유형별 비중



주: 2015년 기준 전체 보유계약 건수 대비 상품별 보유계약 건수 비중
자료: 보험연구원 정책세미나 발표자료(2016. 6. 16)

〈표 Ⅵ-14〉 기존 실손건강보험과 노후실손건강보험의 비교

구분	기존 실손건강보험	노후실손 상품
가입연령	0~65세	50~75세
자기부담금 (입원기준)	본인부담금의 10~20%	30만 원 우선 부담 후 급여항목의 20% + 비급여 항목의 30% 추가 부담
보상금액 한도 (입원기준)	연간 5천만 원	연간 1억 원

자료: 생명보험협회 홈페이지

생명보험협회와 손해보험협회의 홈페이지에서 공시된 노후실손건강보험 상품은 50세부터 최대 75세까지 고령층을 대상으로 하는 실손건강보험으로 질병 · 상해로 입원(또는 통원) 치료 시 소비자가 실제 부담한 의료비를 보상하는 상품이다. 국민건강보험 급여 항목 중 본인부담액과 법정비급여 항목의 합계액에서 입원(30만 원), 통원(3만 원)을 제외하고, 급여부분 80%, 비급여부분 70%를 보험금으로 지급한다. 다만 요양병원의료비 특약의 경우 보상대상 의료비의 80%(비급여는 50%한도), 상급병실료 차액보장 특약의 경우는 상급병실료 차액의 50%를 보험금으로 지급된다. 노후실손건강보험은 단독상품 또는 특약상품 중에 선택하여 가입이 가능하다.

〈표 Ⅵ-15〉 노후실손건강보험 상품내용

구분	내용
단독	실손건강보험 담보(노후상해, 노후질병, 요양병원 실손의료비(선택가입), 상급병실료 차액보장(선택가입))만으로 구성되어 사망담보 등 다른 담보 없이 단독으로만 가입이 가능한 보험상품
특약	실손건강보험 담보를 사망, 후유장해 등 다양한 보장에 추가적으로 부가하여 특약으로 가입할 수 있는 보험상품

〈표 Ⅵ-16〉 노후실손건강보험 상품 기본계약

구분		기본계약
상해	보상금액	연간 1억 원 한도 (통원은 건당 100만 원 한도)
	보상비율	보상대상 의료비의 80% 해당액 (비급여는 70% 한도)
	공제금액(건당)	입원 30만 원 / 통원 3만 원
	자기부담한도	입원은 연간 500만 원
질병	보상금액	연간 1억 원 한도 (통원은 건당 100만 원 한도)
	보상비율	보상대상 의료비의 80% 해당액 (비급여는 70% 한도)
	공제금액(건당)	입원 30만 원 / 통원 3만 원
	자기부담한도	입원은 연간 500만 원

〈표 Ⅵ-17〉 노후실손건강보험 상품 선택계약

구분	선택계약	
	요양병원 의료비	상급병실료 차액보장
보상금액	연간 5천만 원 한도 (통원은 건당 100만 원 한도)	연간 2천만 원 한도 (1일당 평균 10만 원 한도)
보상비율	보상대상 의료비의 80% 해당액 (비급여는 50% 한도)	상급병실료 차액의 50%
공제금액 (건당)	입원 30만 원 / 통원 3만 원	-
자기부담한도	입원은 연간 500만 원	-

주: 노후실손건강보험의 자기부담금
① 입원은 30만 원, 통원 3만 원(비급여부분에서 먼저 공제)
② '①'을 제외한 급여부분 20%, 비급여부분 30%
③ 연간 1억 원(통원 1회 100만 원)을 초과한 병원비
단, 요양병원의료비 특약의 경우 보상대상 의료비의 80%(비급여는 50% 한도), 상급병실료 차액보장 특약의 경우는 상급병실료 차액의 50%를 보험금으로 지급

라. 기본형 + 특약 형태 실손건강보험의 도입

감독당국 및 보험회사는 실손건강보험의 여러가지 문제해결을 위해 지속적으로 상품을 개정 · 보완을 하였으나, 2016년 말까지도 공급자인 보험회사 입장에서는 손해율이 매우 높아 부담이 지속되었고 소비자 입장에서는 보험료의 인상에 대한 불만들이 쌓여갔다. 공급자 및 소비자에서 제기된 문제를 해결하기 위해 다시 실손건강보험 제도 개선에 대한 논의를 하였고, 그 결과로 2017년 4월 실손건강보험은 전면적으로 개편이 되었다. 그동안의 실손건강보험은 획일적이고 포괄적인 보장내용을 제공하였으나, 도덕적 해이 유발항목을 분리 · 제거하여 "기본형 상품"과 과잉진료 행위가 일어날 수 있는 진료를 따로 묶은 "선택특약"으로 분리한 것이 제도개편의 주요 골자이다.

기본형은 기존 실손건강상품의 보장내용에서 도수 · 체외충격파 치료, 비급여 주사제, 비급여 MRI/MRA에 대한 보장을 제외하고 설계한 상품이다. 특약 상품은 3가지 보장항목으로 구분이 되었다. "특약 1"은 도수 · 체외충격파 · 증식 치료, "특약 2"는 비급여 주사제, "특약 3"은 비급여 MRI/MRA 검사로 각 특약에 가입할 경우 해당 진료에 대한 혜택을 받을 수 있다.

〈그림 Ⅵ-15〉 2017년 4월 이후 실손건강보험 개편안

1) **도수치료**: 손으로 마사지하여 근육의 긴장을 풀어주고 관절을 바로 잡아주는 치료방법
2) **체외충격파 치료**: 외부에서 충격파를 병변부위에 전달하여 통증완화·손상조직의 재생을 촉진
3) **증식치료:** 만성적 근골격계 통증이 있는 부위나 인대나 건이 뼈에 부착하는 부위에 증식물질을 주사하여 통증 완화 유도(인대 강화 주사 등)
4) **비급여 주사제:** 건강보험공단에서 부담하지 않는 주사제(신데렐라주사, 마늘주사 등)
5) **비급여 MRI 검사:** 건강보험공단에서 부담하지 않는 MRI 검사

자료: 금융위원회 보도자료(2016. 12. 20)

다만 특약의 경우 추가로 보험료를 더 내고 특약을 가입했기 때문에 더 적극적으로 의료과잉에 대한 도덕적 해이를 보일 가능성이 있기 때문에 다음의 제한 장치를 부가하였다.

첫 번째로 특약담보의 경우 자기부담비율을 30%로 상향한 것이다. 그동안의 개정 과정을 거쳐 실손건강보험의 자기부담비율을 20%까지 상향했으나 보험 가입자들의 도덕적 해이 행태는 크게 줄지 않았다. 이에 자기부담금 비율을 30%로 상향하게 되면 불필요한 의료서비스를 이용하는 가입자가 줄어들 것으로 전망하고 있다. 두 번째는 특약담보의 누적 보장한도 및 보장횟수의 제한이다. "특약 1"의 경우 연간 보장한도는 350만 원으로 제한되고, "특약 2"는 250만 원까지로 제한되며, "특약 3"은 누적한도가 300만 원으로 제한하고 있다. 보장횟수의 경우는 종류에 상관없이 연간 누적 180회로 제한되는 현행과 달리 "특약 1"과 "특약 2"에 대해서 각각 50회씩 한도 제한을 하고 있다.

생명보험협회와 손해보험협회의 홈페이지에서 공시된 실손건강보험의 구체적 내용은 다음과 같다.

〈표 Ⅵ-18〉 기본형 실손건강보험

구분			표준형	선택형
상해	입원		보상대상 의료비의 80% 해당액	보상대상 의료비 중 급여 본인부담금의 90% 해당액과 비급여의 80% 해당액
상해	통원	외래	보상대상 의료비에서 병원규모별 1~2만 원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	보상대상 의료비에서 공제금액 (병원규모별 1~2만 원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합계액) 중 큰 금액)을 차감한 금액
상해	통원	처방 조제비	보상대상 의료비에서 8천 원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	보상대상 의료비에서 공제금액 (8천 원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합계액) 중 큰 금액)을 차감한 금액
질병	입원		보상대상 의료비의 80% 해당액	보상대상 의료비 중 급여 본인부담금의 90% 해당액과 비급여의 80% 해당액
질병	통원	외래	보상대상 의료비에서 병원규모별 1~2만 원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	보상대상 의료비에서 공제금액(병원규모별 1~2만 원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합계액) 중 큰 금액)을 차감한 금액
질병	통원	처방 조제비	보상대상 의료비에서 8천 원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	보상대상 의료비에서 공제금액(8천 원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합계액) 중 큰 금액)을 차감한 금액

자료: 손해보험협회

실손건강보험 특약은 입원과 통원의 구분 없이 특약의 보장항목으로 발생한 비급여 의료비를 보상한다. 다만, 비급여 의료비에서 공제금액(1회당 2만 원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상한다. 특약 각각의 연간 보상한도는 다음과 같다.

〈표 Ⅵ-19〉 실손건강보험 특약 보장한도(금액 · 횟수)

구분	비급여 도수치료 · 체외충격파 · 증식치료	비급여 주사료	비급여 MRI/MRA
연간 보장한도	350만 원	250만 원	300만 원
연간 보장횟수	50회	50회	-

자료: 손해보험협회

이와 함께 자동차 무사고 할인혜택과 유사한 개념으로 보험료 할인제도도 실손건강보험에 새롭게 도입된다. 현행 실손건강보험은 성별과 연령을 제외하고 모든 가입자들에 대해 단일 요율을 적용해 보험료를 산정한다. 이 때문에 일부 가입자의 도덕적 해이 현상이 생겼고, 이로 인해 인상된 보험료를 모두가 함께 부담하게 되면서 계약자들 사이에 보험료 납입에 있어 형평성 문제가 발생하게 된다. 따라서 이번 보험료 할인제도는 가입자가 2년 동안 비급여 의료비를 보험회사에 청구하지 않았을 경우 1년간 보험료를 10% 이상 할인해 형평성 문제를 조금이나마 개선시킨 제도이다. 보험금 수령 여부판단 시 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환 등 4대 중증질환 관련 비급여 비용은 보험금 청구에 포함되지 않도록 하여 보험료 할인 혜택을 받을 수 있게 하였다. 이는 실손건강보험 가입자의 의료쇼핑을 방지하기 위한 장치이기도 하다.

다만 보험료 할인 혜택은 기존상품과 차별화하기 위해 2017년 실손건강보험 개정 이후 신규 가입자들부터 적용된다. 이와 함께 실손건강보험 가입자들로부터 빈축을 샀던 보험상품의 끼워 팔기 관행도 금지하도록 하였다. 그간 보험회사는 실손건강보험 담보를 미끼로 하여 다른 보험상품 담보도 패키지 형태로 팔았고 이는 거의 관행처럼 이루어졌다. 예를 들어 보험회사는 실손건강보험을 가입하려는 사람에게 사망/후유장해 등을 기본 계약으로 하는 상품에 실손의료비 담보와 암과 뇌졸중 등의 특약을 부가하여 판매하였다. 이러한 관행으로 인해, 소비자는 1~3만 원으로 실손건강보험을 살 수 있지만, 보험회사가 제시한 패키지상품으로 구매하면서 월 10만 원 내외(부가특약에 따라 상이)로 높은 보험료를 지불하고 실손건강보험 담보를 구매하게 된다. 이에 2018년 4월 1일부터 실손건강보험과 기타 보험상품을 패키지 형태로 판

매하는 관행이 금지된다. 다만 소비자가 원할 경우 실손건강보험과 기타 계약을 동시에 판매할 수 있다.

마. 향후 실손건강보험의 개발 전망

우리나라에서 도입한 보충형 실손건강보험은 가입자의 모럴해저드, 국가건강보험의 재정상태 및 급여체계, 보험회사의 손해율 수준, 보험료의 인상 수준에 따라 지속적으로 개정되어 왔다. 다만 그 방향이 소비자의 니즈보다는 도덕적 해이를 막아 선의의 계약자 보호와 보험료의 인상 억제에 초점을 맞춰 이루어진 것은 아쉬운 부분이다. 앞으로도 실손건강보험의 경우에는 이와 같은 상품 개발의 행태는 변하지 않을 것으로 보인다.

소비자 니즈 측면에서 전망해 본다면 노후실손건강보험에 이어 유병자 등 소외계층을 위한 실손건강보험은 추가적으로 출시될 것으로 전망된다. 다만 보험회사의 입장에서는 적정 보험료 수준에서 소비자의 니즈에 맞춘 다양한 실손건강보험(예: 고가형 실손건강보험 등)을 개발할 수도 있으나, 의료민영화의 비판 속에서 이러한 종류의 상품 개발은 쉽지 않을 것으로 전망된다.