

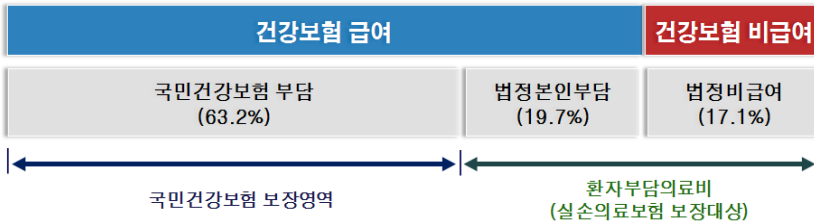
Ⅲ. 실손의료보험 현황 및 문제점

1. 현황

가. 실손의료보험 보장 내역

현재 실손의료보험은 공보험과 보장범위가 연계되어 있는 구조로, 국민건강보험 공단이 보장하지 않는 환자의 본인부담 의료비를 포괄적으로 보장해 주는 상품이다.

〈그림 Ⅲ-1〉 의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위



주: ()는 2014년 전체 의료비 중 점유율
자료: 정성희(2016. 6)

다시 말해 실손의료보험은 공적 건강보험의 부족분을 보완해주는 상품으로서 상해·질병에 따른 입원·통원·처방 시 발생하는 의료비 중 공적 건강보험에서 부담하는 것을 제외한 본인이 부담하는 의료비(건강보험 본인부담금 및 비급여⁹⁾ 의료비를 지불해 주는 상품이다. 물론 도덕적 해이의 방지를 위해 실제 지급되는 금액은

9) 국민건강보험이 적용되지 않는 비용으로 『국민건강보험법』 제41조 제3항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 사항, 『의료급여법』 제7조 제3항에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 사항임

본인이 부담하는 의료비의 일정률(10% 또는 20%) 또는 일정액의 자기부담금을 제외한 금액이 지급된다. 그리고 치료목적이 아닌 미용·시술목적의 진료비 등은 보상하지 않는다.

실손의료보험은 의무가입인 국민건강보험과 달리 민영보험이므로 소비자가 보험의 가입이나 유지 여부를 자율적으로 선택하게 되어 있다. 따라서 자기부담금, 보장한도 설정, 보장횟수 제한 등 도덕적 해이 방지를 위해 상품 구조상에 안전장치¹⁰⁾를 두고 있다. 그리고 도덕적 해이의 가능성이 높은 담보일수록 더욱 강한 제한을 두고 있으며, 2017년 4월 이후부터는 일부 담보를 특약으로 분리하여 선택적으로 가입하도록 하고 있다.

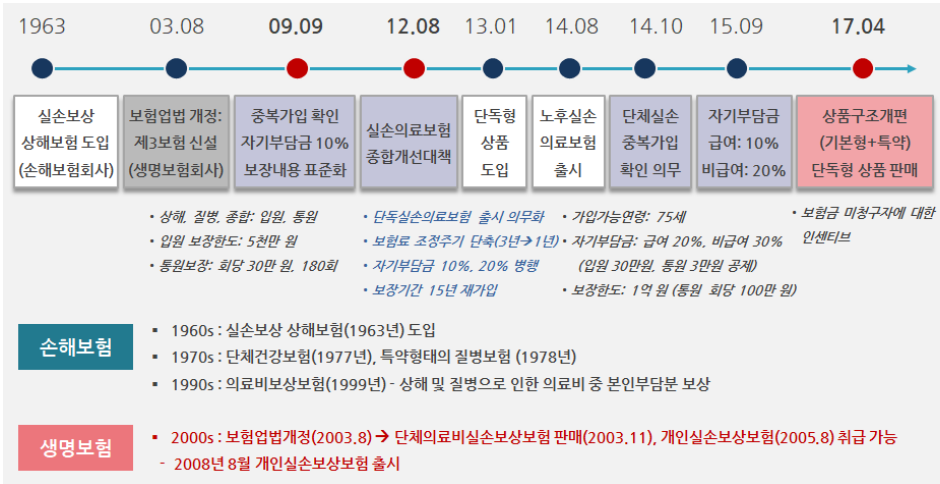
한편 실손의료보험의 보험료는 성별, 연령, 상해등급별로 세분화하고 있으나 건강상태, 지역 등으로 차별하지는 않는다. 그리고 2017년 4월 이후 상품부터 비급여 2년 무청구 시 보험료의 일정 비율을 돌려주는 보험료 할인제를 적용하고 있다.

나. 실손의료보험 상품 연혁

우리나라에서 실손의료비를 보상하는 상품은 1963년 상해로 인한 의료비를 실손보상하는 “실손보상 상해보험”으로 거슬러 올라간다. 이후 손해보험회사를 중심으로 1970년대 단체건강보험 및 특약형태의 질병보험을 거쳐, 1999년 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 본인부담분을 보상하는 현재의 실손의료보험과 유사한 형태의 보험이 출현하였다. 그리고 2003년 8월 보험업법 개정을 통해 제3보험 내 실손의료보험을 정의하고 손해보험회사와 생명보험회사 모두 실손의료보험을 취급하게 되었다. 2009년 9월에는 그 동안 보험회사마다 제각각이었던 실손의료보험의 보장내용을 표준화하였고, 이후 여러 차례 개정을 통해 현재의 모습을 갖추었다.

10) 자기부담률은 급여 10%, 비급여 20%, 보장한도는 입원 연간 5천만 원, 통원 1회 30만 원 한도 등임

〈그림 Ⅲ-2〉 실손의료보험 상품 연혁



자료: 정성희(2017)

1) 2009년 실손의료보험 표준화

2009년 9월 실손의료보험 표준화 이전에는 생명보험회사에서 판매하는 실손의료보험과 손해보험회사에서 판매하는 실손의료보험의 보장영역이 서로 달랐다. 생명보험회사의 실손의료보험은 연간 치료비의 3천만 원 한도 내에서 치료비의 80% 수준을 보장하였고, 손해보험회사의 실손의료보험은 회사마다 연간 치료비 한도는 달랐으나 치료비 전액(100%)을 보장하였다. 보험료 갱신주기도 서로 달라 생명보험회사는 3년마다 보험료를 갱신하였고, 손해보험회사는 3년, 5년 갱신뿐 아니라 세만기 상품도 판매했다.

생명보험회사가 치료비를 전액 보장하지 않은 이유는 보험계약자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 것이었으나 이는 손해보험회사 상품에 비해 생명보험회사 상품의 경쟁력을 약화시키는 결과를 초래했다. 이에 2009년 생명보험업계와 손해보험업계의 합의를 통해 실손의료보험이 표준화되었다. 표준화된 상품은 연간 한도 5천만 원 이내에서 본인부담금의 90%를 보장하며, 보험료 갱신주기 또한 3년으로 통일했다.

한편 피보험자의 도덕적 해이가 많이 발생할 수 있는 상급병실차액¹¹⁾에 대해서는

50%만 보장하고 외래의 경우는 방문횟수를 제한하여 피보험자의 지나친 의료이용을 제한했다.

2) 2012년 8월 실손의료보험 종합개선 대책

2012년 8월 실손보험 종합개선 대책은 먼저 단독형 실손의료보험의 출시를 의무화했다. 실손의료보험을 타 보험의 특약 형태로 판매하여 소비자의 선택권을 제한하고 있다는 비판에 의한 것이었다. 보장내용에 있어서도 입원의 경우 80%를 보장하는 표준형과 90%를 보장하는 선택형으로 나누어 소비자의 선택폭을 넓혔다.

〈표 Ⅲ-1〉 실손의료보험 보장내역(2013년 개정)

구분		표준형	선택형
입원	입원비, 수술비	(급여 본인부담분 + 비급여)의 80%	(급여 본인부담분 + 비급여)의 90%
	상급병실료 차액	실제 사용병실과 기준병실 차액의 50%	실제 사용병실과 기준병실 차액의 50%
통원	외래비, 수술비	(급여 본인부담분 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급: MAX(1만 원, 보상대상 의료비의 20%) (2) 병원급: MAX(1.5만 원, 보상대상 의료비의 20%) (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원: MAX(2만 원, 보상대상 의료비의 20%)	(급여 본인부담분 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급: 1만 원 (2) 병원급: 1.5만 원 (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원: 2만 원
	처방조제비	(급여 본인부담분 + 비급여)에서 MAX(8천 원, 보상대상 의료비의 20%)를 차감한 금액	(급여 본인부담분 + 비급여)에서 8천 원을 차감한 금액

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

변경된 내용 중 가장 중요한 부분은 갱신주기와 보장기간이다. 먼저 갱신주기를 기존의 3년에서 1년으로 변경했다. 3년마다 보험료를 갱신하는 경우 3년간의 보험료 인상요인을 한 번에 반영하게 되어 보험료 인상 폭이 지나치게 크게 되는 것을 우려한 조치라고 생각된다.

다음으로 보장기간은 기존의 실손의료보험은 자동갱신을 통해 최장 100세까지 보장받을 수 있는 구조였으나 매 15년마다 재가입을 통해 100세까지 보장하는 것으로 변경했다. 이때 계약자보호를 위해 보험회사는 재가입을 거부할 수 없다. 다만 재가입 시점에는 변경된 보장내용으로 가입하게 되는데, 변경시점의 표준약관에 따라 보장받게 된다. 따라서 첫 가입 시 보장내용과 15년 후 재가입 시 보장내용이 달라질 수 있다. 이는 급격한 의료환경 변화 등으로 보험회사의 재정적 부담이 지나치게 커지거나 보험료의 수준이 급격히 높아지는 등의 위험에 대처하기 위한 안전장치의 일종이다.

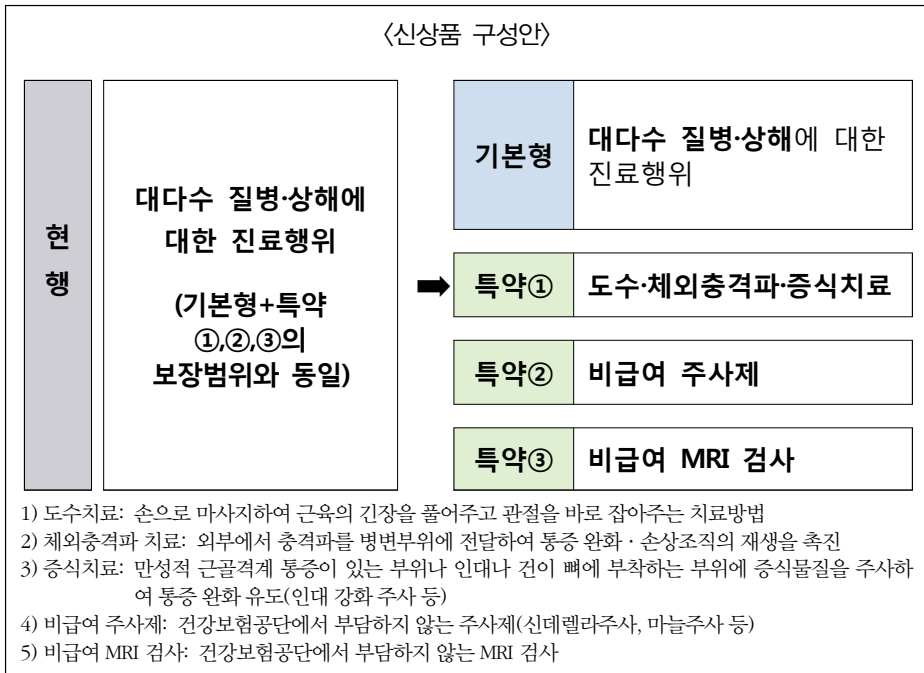
〈그림 Ⅲ-3〉 주요 변화

		2009년 표준화 이전		2009년 표준화 이후	2012년
		손해보험	생명보험		
입원 통원	입원 한도 및 산출방식	천만 원~1억 원 (본인부담금 100% 보장) 사고당 입원 한도	3천만 원~5천만 원 (본인부담금 80% 보장) 연간 입원 한도	5천만 원 (본인부담금 90% 보장) 사고당 입원 한도	• (본인부담금 80%, 90% 병행)
	상급병실자액 (개인)	50% (상해의료비는 100% 가능)	50% (1일 평균 8만 원 한도)	50% (1일 평균 10만 원 한도)	
	통원 한도 및 산출방식	10만 원~50만 원 일당 통원 한도	15만 원/20만 원 회당 외래·약제비 한도	30만 원 회당 외래·약제비 한도	
운영 방식	갱신주기	3년/5년, 무갱신	3년 자동갱신	3년 자동갱신	1년 자동갱신
	보장기간	최대 100세	80세/100세(일부 중신)	자율 운용	매 15년 재가입 100세

3) 2017년 4월 「기본형 + 특약」 상품 도입

2017년 4월 이전 실손의료보험은 대부분의 질병·상해에 대한 치료행위를 포괄적·획일적으로 보장하는 표준화된 단일 상품을 판매하였다. 그러나 이에 따른 도덕적 해이 발생과 손해율의 급증, 보험료 인상 등이 사회적인 문제로 대두되었다. 이에 2017년 4월 이후 상품은 과잉진료¹²⁾가 우려되거나 소비자의 선택의료¹³⁾ 성격이 강한 비급여 항목들을 특약으로 분리하고, 특약 가입자의 의료쇼핑 심화 등 도덕적 해이 및 역선택 확대를 우려해 특약 항목에 대해 비용 공유를 강화하고 보장한도를 설정했다.

〈그림 Ⅲ-4〉 2017년 4월 실손의료보험 제도 개선 방안



자료: 금융위원회 보도자료, “실손의료보험 제도 개선 방안”

12) 도수치료, 체외충격파, 고주파 열치료술, 영양제주사, 자세교정 등을 말함

13) 상급병실료, 한방·치과·안과 비급여 등을 말함

구체적으로는 특약 항목에 대해 자기부담비율을 기존의 20%에서 30%로 상향 조정하였고, 특약별 해당 진료행위의 연간 청구금액을 감안하여 연간 누적 보장한도를 설정했다. 또한 특약 ①·②에 대해서는 각각 연간 최대 50회(입·통원 합산)로 보장횟수를 제한했다.

〈표 Ⅲ-2〉 실손의료보험 특약 보장한도(금액·횟수·자기부담금)

구분	비급여 도수치료· 체외충격파·증식치료	비급여 주사료	비급여 MRI/MRA
연간 보장한도	350만 원	250만 원	300만 원
연간 보장횟수	50회	50회	-
자기부담금	20% → 30%		

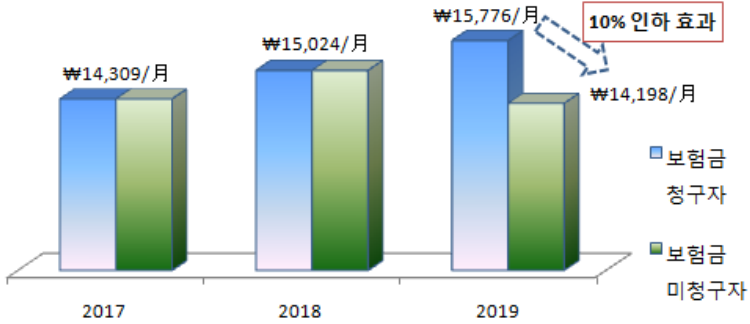
자료: 손해보험협회 공시실, "실손의료보험 안내"

이와 함께 보험료 할인제도도 도입되었다. 현행 실손의료보험의 보험료는 성, 연령, 상해등급으로만 구분하여 책정하고 있다. 이는 일부 가입자의 도덕적 해이 가능성을 높이고 가입자들 사이에 보험료 형평성 문제를 야기한다. 이에 금융당국은 2년 동안 비급여 의료비를 보험회사에 청구하지 않았을 경우 차기 보험료를 10% 이상 할인해주기로 했다. 다만 이 제도는 2017년 4월 이후 신규가입자부터 적용한다. 그리고 보험료 할인제도가 의료접근권을 지나치게 제한하지 않도록 보험금 청구 여부 판단 시 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환 등 4대 중증질환 관련 비급여 의료비는 보험금 청구에 포함하지 않기로 했다.

한편 지금까지 보험회사는 실손의료보험에 가입하려는 소비자에게 사망/후유장애 등을 주 계약으로 하는 상품에 실손의료보험을 특약 형식으로 끼워 파는 일이 많았다. 그러나 이러한 판매 방식은 실손의료보험만을 필요로 하는 소비자에게는 지나치게 높은 보험료를 부담하게 한다는 비판을 받아 왔다. 이에 2018년 4월 1일부터는 실손의료보험을 다른 보험상품에 끼워 파는 행위가 금지된다. 다만 소비자가 원할 경우 실손의료보험과 다른 보험상품을 동시에 판매하는 것은 허용된다.

〈그림 Ⅲ-5〉 2년간 보험금 미청구 시 보험료 할인 효과 예시(40세 남자 기준)

- (예) 2년간 보험금 미청구 시 보험료의 10% 할인



주: 연령증가분 등을 감안하여 매년 5% 보험료 인상 가정
 자료: 보건복지부·금융위원회·금융감독원(2016)

2. 문제점

2009년 표준화를 통해 보험계약자가 치료비의 일부를 부담하게 하고 보험회사가 보험료를 갱신하도록 한 것은 위험관리 측면에서 매우 다행인 일이다. 이후에도 금융당국과 보험회사는 보험계약자를 보호하면서 보험회사의 위험을 줄이기 위해 실손의료보험을 여러 차례 개정했다. 그러나 서론에서도 언급한 바와 같이 지속가능성에 대한 우려가 있는 것이 사실이다.

실손의료보험의 지속가능을 어렵게 하는 요소로는 환경 측면에서는 높은 의료물가상승률과 비급여의 증가 등이 있고 소비자 행동 측면에서는 역선택과 도덕적 해이 가능성이 있다.

가. 역선택

보험회사는 손해율법을 사용하여 갱신보험료를 구한다. 즉 보험회사의 실제 보험금 지급액이 예상보다 커지면 갱신보험료도 그 만큼 더 상승한다. 그런데 역선택이

발생하면 건강한 피보험자는 탈퇴하고 남아 있는 피보험자 군에는 평균보다 위험률이 높은 피보험자가 많이 분포하게 된다. 따라서 역선택이 발생하면 예상보다 많은 보험금이 지급되고 이로 인해 보험료는 역선택이 없는 경우보다 더욱 상승하게 된다. 이에 더해 역선택으로 인해 오른 갱신보험료는 더욱 많은 건강한 피보험자를 탈퇴하게 만들고 이것은 다시 보험료를 상승시키는 역할을 한다. 즉 보험료 상승과 건강한 피보험자의 탈퇴라는 악순환이 계속되어 결국 실손의료보험을 유지할 수 없게 만든다.

그런데 현재는 1년마다 보험료를 갱신하기는 하지만 자동재가입이어서 보험회사는 갱신을 거부할 수 없다. 또한 15년마다 재가입도 보험회사는 거부할 수 없다. 다시 말해 계약의 유지와 탈퇴는 전적으로 보험계약자의 의사에 달려 있다. 따라서 시간이 지날수록 건강한 사람들의 탈퇴가 그렇지 않은 사람들의 탈퇴보다 높을 가능성이 존재한다. 특히 향후 갱신보험료의 수준이 높을수록 더욱 가능성이 높아질 것이다.

반면 현재의 실손의료보험은 역선택을 방지할 장치가 부족하다. 우선 현재 실손의료보험은 보험료를 성별, 연령별, 직업군별로만 나누고 있다. 그나마 직업군별은 상해발생 가능성을 세 가지로 분류할 뿐이어서 가입자의 건강상태는 전혀 고려되지 않고 있다. 특히 갱신과 재가입 시에도 보험료를 성별, 연령별, 직업군별로만 나누고 인수심사에 의한 계약 거절을 할 수 없는 상태이다.

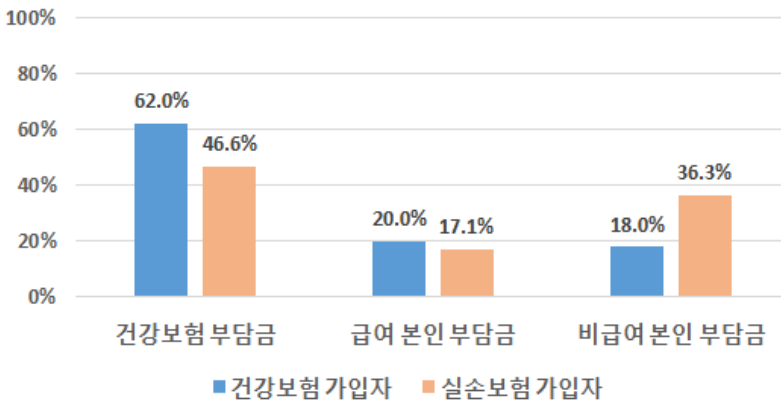
나. 도덕적 해이

2009년 상품표준화 이후 실손의료보험은 도덕적 해이를 막기 위한 조치를 강화하고 있다. 먼저 2009년 이전에는 입원의료비의 100%를 보장하던 실손의료보험도 존재하였으나, 2009년 표준화부터는 입원의료비를 90%만 보장하도록 했다. 그리고 2013년부터는 자기부담금을 20% 부과하는 것을 표준으로 하되 10% 부과도 선택할 수 있도록 개정하였으며, 2015에는 자기부담금 10% 부과를 선택하더라도 비급여에 대해서는 자기부담금을 20%로 하도록 하였다. 2017년에는 도덕적 해이 가능성이

큰 일부 비급여 항목을 특약으로 분리시켰으며, 그 특약에 대해서는 자기부담금을 늘리고 이용횟수 및 한도 규제를 강화하였다. 또한 피보험자의 도덕적 해이가 많이 발생할 수 있는 상급병실차액에 대해서는 50%만 보장하고 외래의 경우는 방문횟수를 제한하고 있으며, 치료목적이 아닌 미용·시술목적의 진료비 등은 보상하지 않는다.

그러나 현재 판매되는 실손의료보험은 표준화 상품으로 포괄적 보장구조로 운영되고 있어 도덕적 해이 가능성이 상존하고 있다. 실제로 실손의료보험 가입자의 비급여 부담률은 국민건강보험 가입자 평균의 2배 수준으로, 이를 보더라도 실손의료보험 가입자 대상으로 고가의 의료서비스와 같은 과도한 비급여 진료비가 쏟아지고 있음을 짐작할 수 있다.

〈그림 III-6〉 실손의료보험과 국민건강보험 가입자 보장비율 비교



주: 2013년 기준
자료: 정성희(2016, 6)

물론 2017년 이후 도덕적 해이 가능성이 높은 담보를 특약으로 분리하여 기본계약 내에서 도덕적 해이 가능성을 줄인 것은 다행스러운 일이다. 그러나 향후 기본계약이 담보하는 부분에 다시 도덕적 해이 가능성이 큰 담보가 포함될 수도 있다는 점이 우려된다. 실손의료보험의 보장범위가 진료비 중 건강보험이 보장하지 않는 부분으로 매우 포괄적이기 때문이다.

한편 2017년 4월 도입된 보험료 할인제는 구조가 단순하고 할인 금액도 크지 않으며 국민건강보험 급여부분과 4대 중증질환 관련 비급여 의료비를 보험금 청구에 포함하지 않아 도덕적 해이 방지 효과는 제한적일 것으로 보인다.

다. 갱신보험료의 수용가능성

1) n년 후 갱신보험료의 현재가치

현재 실손의료보험은 1년 자동갱신 상품으로 매해 보험료를 갱신하는 구조이다. 이때 갱신보험료에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 연령의 증가와 의료비의 상승이다. 다시 말해 다음 해의 갱신보험료는 올해의 보험료에 나이가 한 살 늘어남에 따른 위험률(1인당 연평균 보험금)의 증가와 올해의 의료비 상승을 반영하여 구할 수 있다.

먼저 논의의 편의상 연령별 위험률의 비는 시간의 흐름에 따라 변하지 않는다고 가정하자. 즉 현재 x 세인 피보험자의 위험률 r_x 와 현재 y 세인 피보험자의 위험률 r_y 의 비율 r_y/r_x 는 시간이 흘러도 변함이 없다고 가정하자.

그러면 현재 x 세인 피보험자의 보험료가 P 이고 올해 의료물가상승률이 m 일 때 이 피보험자의 다음 해 갱신보험료는 다음과 같이 구할 수 있다.

$$\text{차년도 갱신보험료} = P \times \frac{r_{x+1}}{r_x} \times (1+m)$$

이때 보험료의 실질상승률을 구하기 위해서는 다음 해 갱신보험료를 현재가치로 환산하여 비교하여야 하고 일반적으로 물가상승률을 반영하여 다음과 같이 구한다. 여기서 i 는 물가상승률을 말한다.

$$\text{차년도 갱신보험료의 현재가치} = P \times \frac{r_{x+1}}{r_x} \times \frac{1+m}{1+i}$$

이제 위의 식을 일반화하면 현재 x 세인 피보험자의 n 년 후 갱신보험료의 현재가치는 다음과 같다.

$$n\text{년 후 갱신보험료의 현재가치} = P \times \frac{r_{x+n}}{r_x} \times \frac{\prod_{t=1}^n (1+m_t)}{\prod_{t=1}^n (1+i_t)}$$

여기서 m_t , i_t 는 t 번째 해의 의료물가상승률과 물가상승률을 의미한다. 이때 향후 n 년 동안의 의료물가상승률과 물가상승률이 각각 m 과 i 로 일정하다고 가정하면 위의 식은 다음과 같이 표현할 수 있다.

$$n\text{년 후 갱신보험료의 현재가치} = P \times \frac{r_{x+n}}{r_x} \times \frac{(1+m)^n}{(1+i)^n} \quad \text{식 (1)}$$

2) 연령별 위험률의 차이

위의 식 (1)에서 알 수 있듯이 만약 의료물가상승률과 물가상승률이 같다면 갱신보험료의 현재가치는 현재 연령의 위험률과 갱신 시 연령의 위험률의 비로 표현될 수 있다. 예를 들어 60세인 남자의 위험률이 40세인 남자의 위험률의 2배라면 현재 40세인 피보험자가 20년 후인 60세에 적용 받는 갱신보험료는 현재 보험료의 2배가 되는 것이다.

이제 현재 40세인 피보험자의 향후 갱신보험료 수준이 연령의 증가에 따라 어떻게 변할지를 살펴보기로 하자. 이를 위해 2016년 국민건강보험통계연보를 이용하여 연령별 인당 진료비를 구했다. 그 결과 60~64세의 진료비는 40~44세의 진료비에 비해 2.74배 높고 70세 이상은 5.94배에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-3〉 건강보험 연령별 인당 진료비 추이

(단위: 천 원)

구분	계	0~4세	5~9세	10~14세	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세
2016	1,284	1,180	713	447	403	414	522	655
2015	1,164	1,066	639	397	367	382	483	604
2014	1,092	1,075	615	382	345	364	466	579
2013	1,019	973	571	344	315	338	434	540
2012	963	926	574	333	299	324	416	515
2011	938	914	568	327	299	317	412	502
구분	35~39세	40~44세	45~49세	50~54세	55~59세	60~64세	65~69세	70세 이상
2016	686	749	910	1,221	1,585	2,056	2,851	4,449
2015	630	691	854	1,156	1,490	1,933	2,543	4,091
2014	603	659	831	1,126	1,454	1,887	2,441	3,760
2013	561	622	801	1,095	1,419	1,850	2,375	3,530
2012	530	591	777	1,065	1,394	1,810	2,333	3,339
2011	515	585	776	1,069	1,414	1,837	2,384	3,275

자료: 국민건강보험공단(2011~2016)

따라서 의료물가상승률과 물가상승률이 같다는 가정하에서 현재 40세인 피보험자의 20년 후 갱신보험료 현가는 현재보험료의 2.74배가 되고 70세 이후 갱신보험료 현가는 평균적으로 5.94배가 될 것으로 예측할 수 있다.

물론 건강보험통계연보의 진료비는 급여에 해당하는 부분으로 비급여 부분은 제외한 값이다. 그러나 실손의료보험이 보장하는 영역은 건강보험 급여부분 중 본인부담금 및 비급여 의료비이다. 따라서 연령별 전체 진료비 중 비급여의 비중과 급여 중 본인부담금의 비중에 따라 갱신보험료 수준이 다르게 나타날 수 있다. 또한 향후 의료보험 정책의 변화에도 영향을 받는다. 그러나 현재 비급여에 대한 정확한 데이터를 확보하기 어렵고 향후 정책은 선불리 예단하기 어려운 상황에서 국민건강보험의 통계는 연령의 증가에 따른 실손의료보험의 보험금 변화를 예측하는데 유용한 정보라고 생각된다.

3) 의료물가 상승

연령의 증가와 함께 갱신보험료에 영향을 미치는 것은 의료물가상승률과 물가상승률의 차이이다. 그런데 국내 총 진료비는 2009~2014년 동안 연평균 7.5% 증가하여 같은 기간 동안의 연평균 물가상승률 2.66%에 비해 5%p정도 더 상승하였다. 따라서 식 (1)에서 알 수 있듯이 이러한 추세가 계속된다면 연령의 증가 효과를 제외하더라도 향후 갱신보험료는 상당히 빠르게 증가할 가능성이 있음을 알 수 있다.

〈표 Ⅲ-4〉 건강보험 진료비 및 비급여 진료비 추이

(단위: 조 원, %)

연도	급여의료비			비급여 의료비	총 진료비
	공단부담금	본인부담금	합계		
2009	28.3	10.4	39.3	15.8	55.1
2010	32.5	11.1	43.6	17.9	61.5
2011	34.6	11.7	46.3	19.6	65.9
2012	35.7	12.1	47.8	21.4	69.2
2013	38.1	12.8	50.9	23.3	74.2
2014	40.7	13.7	54.4	24.8	79.2
증가율	7.5	5.7	6.7	9.4	7.5

자료: 국회예산정책처(2015)

특히 비급여 진료비는 2009~2014년 동안 연평균 9.4% 증가하여, 급여 진료비 증가율인 6.7%에 비해 1.4배나 높은 수준이다. 이는 신의료기술 발전 및 의료이용 확대에 따라 비급여 의료 영역이 확대되고 서비스 공급량도 빠르게 증가하고 있기 때문이다. 그러나 이러한 현상은 실손의료보험의 갱신보험료에 더욱 부정적인 영향을 미친다. 이러한 추세가 지속된다면 실손의료보험이 보장하는 부분이 넓어져 갱신보험료의 상승 속도가 더 빨라질 수도 있기 때문이다.

여기서 진료비의 증가율을 식 (1)의 의료물가상승률에 적용하는 것은 적절하지 않다. 왜냐하면 진료비의 증가는 의료물가상승뿐 아니라 인구고령화로 인한 효과가 동시에 반영되어 나타난 수이기 때문이다. 실손의료보험의 갱신보험료는 국가 전체의

의료비 증가가 아닌 피보험자 개인의 의료비 증가에 영향을 받는다. 따라서 인구고령화로 인한 효과는 제거하는 것이 적절하다.

이에 <표 Ⅲ-3>의 국민건강보험통계를 이용하여 연령별 인당 진료비 연평균 상승률을 구하고 이를 평균하여 의료물가상승률을 구하였다. 그 결과 최근 5년간의 연평균 의료물가상승률은 4.33%였다.

<표 Ⅲ-5> 건강보험 연령별 인당 진료비 연평균 상승률(2012~2016년)

(단위: %)

구분	0~4세	5~9세	10~14세	15~19세	20~4세	25~29세	30~34세	35~39세
진료비 상승률	4.66	4.62	5.68	4.90	4.99	4.46	5.11	5.69
구분	40~44세	45~49세	50~54세	55~59세	60~64세	65~69세	70세 이상	평균
진료비 상승률	4.73	3.05	2.69	2.39	2.46	3.44	6.05	4.33

반면 최근 5년간의 연평균 물가상승률은 1.29%에 불과했다.

<표 Ⅲ-6> 연도별 물가상승률

(단위: %)

구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
물가상승률	2.19	1.31	1.27	0.71	1.00

자료: 통계청

따라서 만약 최근 5년간의 추세가 계속된다면 20년 후 인당 평균 의료비의 현재가치는 현재의 1.9배¹⁴⁾가 되고 30년 후에는 2.6배가 된다.

14) $1.9 = (1 + 0.0433)^{20} / (1 + 0.0129)^{20}$

4) 연령별 위험률의 차이와 의료물가 상승

이제 연령별 위험률의 차이와 의료물가 상승효과를 함께 반영하면 갱신보험료는 대부분의 보험계약자가 감당하기 어려운 수준이 될 것으로 보인다.

예를 들어 최근 5년간의 추세가 계속된다는 가정하에 현재 40세인 피보험자가 20년 후인 60세에 적용받는 갱신보험료의 현재가치는 현재 보험료의 $5.2(= 2.74 \times 1.9)$ 배가 되고 30년 후에는 약 $15.5(= 5.94 \times 2.6)$ 배가 된다.

5) 소결

앞서 살펴본 바와 같이 갱신보험료는 연령의 증가, 의료물가상승률, 국민건강의 보장범위 등에 따라 매우 민감하게 반응한다. 더욱이 보장 기간이 매우 길어 향후 갱신보험료의 수준을 예측하기는 매우 어렵다. 그러나 지금의 상황이 지속된다는 가정하에서 보면 보험만기까지 계약을 유지하기 위해서는 매우 높은 갱신보험료를 지불해야 할 것으로 보인다. 따라서 향후 계약을 유지하지 못하고 해약하는 사례가 빈발할 가능성이 있다. 즉, 현재 상황이 지속된다는 가정하에 현행 실손의료보험의 지속 가능성은 상당히 우려되는 상황이다.

다만 15년 재가입 시 표준약관을 바꿀 수 있다는 것은 그나마 다행인 일이다. 갱신보험료가 너무 커지는 경우라면 실손의료보험의 보장범위를 조정할 수도 있기 때문이다. 그러나 그 경우 발생할 수 있는 소비자의 불만을 고려하면 보장범위의 조정은 그리 쉬운 일이 아닐 것으로 생각된다.

3. 요약

지금까지 살펴본 바와 같이 현행 실손의료보험은 지속가능성 측면에서 다음의 세 가지 문제점을 가지고 있다.

첫째는 역선택 발생 가능성이다. 현재의 실손의료보험은 가입 시 보험료에 계약자의 건강상태를 반영하지 않으며 갱신 및 재가입을 거부할 수 없어 향후 건강한 가입자는 탈퇴하고 위험률이 높은 가입자만 남을 가능성이 있다.

둘째는 도덕적 해이 발생 가능성이다. 현재 실손의료보험은 포괄적 보장구조로 운영되고 있으며 의료이용량에 따른 보험료의 차이도 거의 없다. 또한 갱신 및 재가입을 거부할 수도 없다. 따라서 특히 일부 비급여 항목에서 도덕적 해이가 발생할 가능성이 있으며 이를 제재할 상품 차원의 방책도 없는 상황이다.

셋째는 향후 보험계약자가 감당하기 어려울 정도로 갱신보험료가 상승할 가능성이다. 현재의 연령별 의료비의 차이와 높은 의료물가상승률 그리고 매우 긴 보장기간을 고려할 때 현재의 상황이 지속된다면 향후 갱신보험료가 매우 높아질 것으로 전망되기 때문이다.

〈그림 Ⅲ-7〉 실손의료보험 상품 특징과 문제점

