

계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안

2018. 3

조재린 · 정성희

머 리 말

현재 3천만 명 이상이 가입한 실손의료보험은 공보험의 보장을 보완하여 국민 의료비 부담을 경감하는 역할을 담당해 왔다. 그리고 우리나라도 이미 고령사회에 진입하여 고령화에 따른 소비자의 의료보장 수요 증가에 부응하기 위해서라도 실손의료보험의 안정적인 공급이 지속될 필요가 있다.

그런데 보험의 본질적인 기능인 위험의 인수는 보험회사를 보험위험에 노출시키는 결과를 가져온다. 이는 보험계약이 이미 발생한 손실이 아닌 미래에 발생할 것으로 예상되는 손실에 대해 담보하기 때문에 나타나는 자연스러운 현상이다. 그러나 보험위험은 보험회사를 파산으로 이끌 수 있으며, 이는 보험회사가 보험계약자에 대한 의무를 다하지 못할 가능성을 높지게 된다.

이에 감독당국과 보험업계는 그동안 소비자를 보호하면서도 보험위험을 경감할 수 있는 방향으로 실손의료보험의 상품 구조를 개선해 왔다. 그럼에도 불구하고 최근의 손해율과 의료물가 상승 추세는 실손의료보험의 지속가능성을 우려하게 만들고 있는 것이 사실이다.

따라서 현행 실손의료보험의 현황 및 문제점을 점검하고, 해외 주요국의 민영건강보험 운영 사례를 살펴 지속가능성 차원에서 실손의료보험의 개선 방안을 마련할 필요가 있다.

이 보고서가 실손의료보험이 제 역할을 지속하고, 나아가 더욱 강화할 수 있는 방안을 마련하는데 디딤돌이 되었으면 한다.

마지막으로 이 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며, 우리원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2018년 3월

보 험 연 구 원
원장 한 기 정

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 11

1. 연구배경 및 목적 / 11
2. 선행연구 / 13
3. 연구범위와 방법 / 13

II. 보험위험과 상품설계 / 15

1. 보험위험 / 15
2. 상품설계 / 17
3. 수용가능성과 평준보험료 / 22

III. 실손의료보험 현황 및 문제점 / 23

1. 현황 / 23
2. 문제점 / 30
3. 요약 / 38

IV. 해외 사례 / 40

1. 국가별 민영건강보험 특징 / 40
2. 국가별 민영건강보험 상품 구조 / 45
3. 소결 / 62

V. 개선 방안 / 64

1. 보험료 세분화 / 64
2. 보험료 차등제 / 66
3. 연간 자기부담금 / 69
4. 갱신헌 평준보험료 / 71

VI. 결론 / 77

| 참고문헌 | / 79

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 자기부담금(Cost Sharing)제도 특징 / 21
- 〈표 III-1〉 실손의료보험 보장내역(2013년 개정) / 26
- 〈표 III-2〉 실손의료보험 특약 보장한도(금액·횟수·자기부담금) / 29
- 〈표 III-3〉 건강보험 연령별 인당 진료비 추이 / 35
- 〈표 III-4〉 건강보험 진료비 및 비급여 진료비 추이 / 36
- 〈표 III-5〉 건강보험 연령별 인당 진료비 연평균 상승률(2012~2016년) / 37
- 〈표 III-6〉 연도별 물가상승률 / 37
- 〈표 IV-1〉 2015년 영국 민영건강보험 시장 규모 / 43
- 〈표 IV-2〉 영국 보험회사별 민영건강보험 시장점유율 / 43
- 〈표 IV-3〉 영국 민영건강보험 주요 보장내용 / 44
- 〈표 IV-4〉 영국 민영건강보험 인수심사 종류 / 45
- 〈표 IV-5〉 영국 민영건강보험 위험요소 분류 / 49
- 〈표 IV-6〉 영국 민영건강보험 상품옵션 종류 예시 / 49
- 〈표 IV-7〉 보험금 청구 여부에 따른 누적 보험료 환급금 규모 / 51
- 〈표 IV-8〉 보험료 할인제도 모형 사례: 영국 BUPA / 52
- 〈표 IV-9〉 독일 대체형 건강보험의 보장범위 및 공제액 / 54
- 〈표 V-1〉 주요국 GDP 대비 의료비 비중(2016년) / 74

■ 그림 차례

- 〈그림 I -1〉 실손의료보험 보유계약 건수 추이 / 11
- 〈그림 I -2〉 실손의료보험 손해율 추이: 위험보험료 기준 / 12
- 〈그림 II -1〉 보험위험의 구분 / 18
- 〈그림 II -2〉 평준보험료 산출 원리 / 22
- 〈그림 II -3〉 준비금(보험료적립금) / 22
- 〈그림 III -1〉 의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위 / 23
- 〈그림 III -2〉 실손의료보험 상품 연혁 / 25
- 〈그림 III -3〉 주요 변화 / 27
- 〈그림 III -4〉 2017년 4월 실손의료보험 제도 개선 방안 / 28
- 〈그림 III -5〉 2년간 보험금 미청구 시 보험료 할인 효과 예시(40세 남자 기준) / 30
- 〈그림 III -6〉 실손의료보험과 국민건강보험 가입자 보장비율 비교 / 32
- 〈그림 III -7〉 실손의료보험 상품 특징과 문제점 / 39
- 〈그림 IV -1〉 독일 보험회사 민영건강보험(대체형, 보충형) 시장점유율 / 41
- 〈그림 IV -2〉 네덜란드의 건강보험 재원 흐름과 위험평준화제도 / 47
- 〈그림 IV -3〉 독일 Allianz 보험료 환급제도 사례 / 51
- 〈그림 IV -4〉 영국 Vitality Health 보험료 할인제도 모형 사례 / 53
- 〈그림 IV -5〉 독일 민영건강보험 연간 공제금 보험료 절감 효과 / 55
- 〈그림 IV -6〉 기준 인당 보험금 외삽 예시 / 60
- 〈그림 IV -7〉 주요국의 특징 / 63
- 〈그림 V -1〉 실손의료보험 보험금 수령 현황 / 71
- 〈그림 V -2〉 주요국 연평균 의료비 지출 증가율(2003~2016년) / 73

A Study on the Improvement of Private Health Insurance from a Actuarial Perspective

Private health insurance in Korea has played a significant role as complementary and supplementary health insurance that compensates for insufficient coverage by National Health Insurance and lowers policyholder's out-of-pocket payment. Moreover, the stable supply of the private health insurance will be more crucial to meet an increasing demand for medical services due to rapidly aging population.

But, although the private health insurance market has weak publicness, the private health insurance product has been emphasized public concern; standardized structure, limitation of using differentiated rates and experience rates, and policy guaranteed to be renewable and re-insurable. Furthermore, the sustainability of the private health insurance is seriously challenged since the rate of increase in medical costs, one of major determinants of renewal premiums, has been significantly higher than the inflation rate.

To ensure long-term sustainability of the private health insurance market in Korea, this report examines the existing problems of the private health insurance and suggests improvement measures of private health insurance product from an actuarial perspective as follows.

First, to counteract adverse selection in the stage of initial purchase, the private health insurance premium needs to be differentiated. Second, to reduce adverse selection and moral hazard in the stage of renewal, it should be reinforced the experience rating system which is connected with the amount of individual medical care utilization. Third, annual deductible should be introduced in order to alleviate moral hazard. Last, level premium should

be introduced in order to ease the burden of the private health insurance premium for the elderly.

요 약

1. 서론

- OECD 국가 중에서 공적 건강보험의 보장 수준이 낮은 상황에서 실손의료보험은 공보험의 보완형으로 도입되었으며, 현재 3천만 명 이상(국민 62%)이 가입한 대표보험으로 성장함
- 그러나 최근 들어 높은 손해율이 지속되고 있고 이에 따라 갱신보험료도 빠르게 상승하고 있어 보험계약자의 불만이 커지고 있음
- 더욱이 갱신보험료에 큰 영향을 미치는 의료물가의 상승이 물가상승에 비해 상당히 높은 상황이 지속되고 있어 실손의료보험의 지속가능성이 크게 우려되는 상황임
- 반면, 우리나라도 이미 고령사회에 진입하여 급격한 고령화에 따른 소비자의 의료보장 수요 증가에 부응하기 위해서라도 실손의료보험의 안정적인 공급이 지속될 필요가 있음
- 이에 실손의료보험 상품의 현황과 문제점을 진단해 보고, 이를 완화할 수 있는 상품 개선 방안을 해외 사례를 참고하여 제안하고자 함

2. 보험위험과 상품설계

- 피보험자의 위험을 인수한 보험회사는 필연적으로 그에 상응하는 위험에 노출됨
- 보험위험은 확률적(Stochastic) 위험과 모수불확실성(Parameter Uncertainty) 위험으로 구분함
 - 확률적 위험이란 미래에 발생할 것으로 예상되는 보험금 지급이 확률분포를 가지기 때문에 발생함
 - 모수불확실성 위험이란 미래 손실분포가 현재의 예상과 다르게 변하여 기대한 보험금보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 말함
- 모수불확실성 위험은 흔히 경제환경이나 제도의 변화로 인해 발생함
- 계약자의 행동 측면에서 살펴보면 역선택과 도덕적 해이도 미래 손실분포를 현재의 예상과 다르게 만드는 중요한 요인임
- 보험회사는 상품개발 단계에서부터 보험위험의 발생 가능성을 줄이기 위해 갱신보험료, 보험료 세분화, 보험료 차등제, 비용공유 등 다양한 방법을 이용함
 - 확률적 위험은 대수의 법칙으로 해결함
 - － 즉, 보험계약자 수가 많아질수록 확률적 위험은 작아짐
 - 신기술 개발이나 의료제도 변화 등 상품개발 시 예측하기 어려운 위험에 대해서는 보험료를 갱신하는 방법을 사용함
 - 역선택에 대해서는 주로 보험료 세분화 또는 보험료 차등제를 사용함
 - － 보험료 세분화는 계약시점 또는 보험료 갱신시점에서 피보험자의 특성을 반영하여 위험의 정도에 따라 보험료를 다르게 하는 것을 말함
 - － 보험료 차등제는 보험계약 후 피보험자 개별의 청구 통계에 기반하여 보험료를 차등하는 것을 말함

- 도덕적 해이 방지를 위해서는 자기부담금(Deductible) 및 한도(Limit) 설정 등 보험회사와 보험계약자가 비용을 분담하는 방법을 이용함
 - 비용 분담은 보험계약자에게 경제적 부담을 줌으로써 행위에 있어 신중하기를 유도하는 것을 목적으로 함
 - 보험료 차등제 또한 보험료가 자신의 행위에 영향을 받으므로 도덕적 해이 방지에 효과가 있음
- 보험회사가 상품설계 시 고려해야 하는 중요한 요소 중 하나는 수용가능성임
- 수용가능성이란 보험계약자가 감당할 수 있는 정도의 보험료를 제시해야 한다는 것임
- 수용가능성을 높이는 방법 중 하나는 평준보험료를 적용하는 것임
- 평준보험료는 비교적 수입이 많고 위험이 적은 청장년기에 수입이 적고 위험이 높은 고령기에 대비하여 미리 보험료를 납부하는 방법임
 - 평준보험료를 적용하는 경우 보험회사는 계약 초기의 보험료 중 미래를 위하여 미리 납부한 부분을 적립해야 하는데 이를 보험료적립금이라 함

3. 실손의료보험 현황 및 문제점

- 실손의료보험은 국민건강보험공단이 보장하지 않는 환자의 본인부담 의료비를 포괄적으로 보장해 주는 상품임
- 성별, 연령, 상해등급별로 구분하고 있으나 건강상태, 지역 등으로는 차별하지 않음
 - 여기서 상해등급은 건강상태와는 관련 없는 직업구분 정도에 불과함
 - 1년 갱신, 15년 재가입으로 보험회사는 갱신 및 재가입을 거부할 수 없음
 - 다시 말해 계약의 유지와 탈퇴는 전적으로 가입자의 의사에 달려 있음

- 표준약관을 사용하므로 모든 회사가 동일한 보장을 제공함
 - 보험회사는 실손의료보험 상품을 임의로 개발할 수 없으며 금융당국이 정한 표준약관이 정하는 바대로만 판매해야 함

■ 2009년 표준화 이후 금융당국과 보험회사는 보험위험을 줄이기 위해 노력함

- 2003년 8월 보험업법 개정을 통해 제3보험 내 실손의료보험을 정의하고 손해 보험회사와 생명보험회사 모두 실손의료보험을 취급하게 됨
- 2009년 보험회사마다 제각각이었던 보장내용을 본인부담금의 90%를 보장하고 보험료를 3년마다 갱신하도록 표준화 함
 - 2009년 표준화 이전에는 생명보험회사의 실손의료보험은 치료비의 80% 수준을 보장하였고, 손해보험회사의 실손의료보험은 치료비 전액(100%)을 보장함
 - 보험료 갱신주기도 서로 달라 생명보험회사는 3년마다 보험료를 갱신하였고, 손해보험회사는 3년, 5년 갱신뿐 아니라 세만기 상품도 판매함
- 2012년 15년 재가입제도를 도입함
 - 이때 계약자보호를 위해 보험회사는 재가입을 거부할 수 없음
 - 다만 재가입 시점에는 변경된 보장내용으로 가입하게 되는데, 변경시점의 표준약관에 따라 보장함
- 2017년에는 과잉진료가 우려되는 항목들을 특약으로 분리하고, 2년 동안 비급여 의료비를 보험사에 청구하지 않았을 경우 차기 보험료를 10% 이상 할인해주는 보험료 할인제도를 도입함
 - 보험금 청구 여부 판단 시 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환 등 4대 중증질환 관련 비급여 의료비는 보험금 청구에 포함하지 않음

■ 그럼에도 불구하고 역선택, 도덕적 해이, 수용가능성 측면에서 지속가능성에 대한 우려가 있음

- 보험료를 기본적으로 성별과 연령으로만 구분하고 있어 피보험자의 위험 특

성이 충분히 반영되지 않고 있음

- 보험회사는 갱신과 재가입을 거부할 수 없어 시간이 지날수록 건강한 사람들의 탈퇴가 그렇지 않은 사람들의 탈퇴보다 많을 가능성이 존재함
- 현재 시행되고 있는 할인제는 단순하여 도덕적 해이 방지 효과가 미흡함
- 실손의료보험은 포괄적 보장구조로 운영되고 있어, 향후 도덕적 해이 가능성이 큰 담보가 보장 범위에 포함될 가능성을 배제할 수 없음
- 자연보험료 방식을 적용하기 때문에 향후 연령 증가와 의료물가 상승으로 인해 가입자가 감당하기 어려울 정도로 갱신보험료가 상승할 가능성이 있음
 - － 현재 판매중인 실손의료보험은 1년 자동갱신 상품으로 매해 보험료를 갱신하는 구조임
 - － 이때 갱신보험료는 올해의 보험료에 나이가 한 살 늘어남에 따른 위험률의 증가와 올해의 의료비 상승이 반영됨
 - － 만약 최근 5년간의 추세가 계속된다면 40세인 가입자가 20년 후인 60세에 적용받는 갱신보험료의 현재가치는 현재 보험료의 5.2배, 30년 후에는 약 15.5배로 추정됨

■ 따라서 보험료 세분화, 보험료 차등제, 비용공유, 평준보험료 방식에 대한 검토가 필요함

4. 해외 사례

- 네덜란드는 급격한 의료비 증가를 통제하기 위하여 2006년 공·사 단일체제로 통합됨
 - 민영건강보험은 정부의 건강보험관리위원회에서 보장하도록 권고하는 기본 보장을 제공함

- 독일은 고소득자, 자영업자 등 일정한 자격 조건을 갖춘 자에 한해서 공적 건강보험과 대체형 민영건강보험 중에 선택할 수 있음
 - 독일은 2009년 전 국민이 공적 건강보험 또는 민영건강보험의 어느 하나에 가입하도록 의무화함
 - 전체 인구의 11% 정도가 대체형 민영건강보험에 가입하고 있음
 - 독일 대체형의 경우 건강보험협회에서 권장하는 최소보장을 만족하고, 연간 공제금은 최대 5,000유로 하에서 설계하는 등 일정 기준을 준수하여 상품을 설계함

- 영국의 민영건강보험은 공적 건강보험에 비해 병원 대기시간이 짧고 양질의 의료서비스를 제공하는 것을 주목적으로 하며 보험금은 보험회사가 직접 의료기관에 지급하는 구조임
 - 영국의 민영건강보험(PMI)은 공적 건강보험(NHS) 급부 보완형 또는 중복형으로 불림
 - 영국 민영건강보험의 보험료 결정요인은 크게 보장범위, 인수심사 방법, 위험요소, 상품옵션 등 네 가지로 분류 가능하며 각 결정요인은 보험회사별로 상이하게 적용함

- 각 국가별 민영의료보험의 특성은 공공부문과 연계된 민영의료보험의 역할에 의해서 결정됨
 - 공적 건강보험을 완전히 대체하는 네덜란드의 경우에는 표준화된 상품에 지역요율 적용 등 강한 공공성을 요구하고, 보험료 차등제도를 실시하지 않음
 - 지역요율 적용으로 인한 역선택 문제를 해결하기 위해 보험회사 간에 보험료를 재분배하는 위험평준화제도를 도입함
 - 공적 건강보험을 부분적으로 대체하는 독일 대체형의 경우 보장범위, 보험기간 등에 제한을 두는 등 공공성을 강조하지만, 민영건강보험의 특성을 반영하여 보험료에 건강상태를 반영하며 다소 복잡한 구조의 보험료 환급제를 운용함

- 시장성이 강한 중복형 민영건강보험을 운영하는 영국의 경우 다양한 요인으로 보험료를 세분화하고 복잡한 할인구조를 가지는 보험료 차등제를 운용함
 - 독일은 공공성 강화 측면에서 평준식보험료를 채택하고 있는 데 반해, 영국은 자연보험료 방식을 취하고 있음
 - 한편 영국, 독일, 네덜란드 모두 연간 자기부담금제도를 적용함
- 반면 상대적으로 공공성이 약한 보완형 민영건강보험인 실손의료보험은 그 역할에 비해 공공성이 강조된 상품 구조를 가짐
- 보험료가 세분화되어 있지 않으며 차등제도 단순한 형태로 운영됨
 - 보험회사는 갱신 및 재가입을 거부할 수 없음
 - 모든 회사가 동일한 보장을 제공함
- 한편 독일의 민영건강보험은 고령기에도 보험료 납부가 가능하도록 평준보험료 방식을 적용함
- 독일의 경우 일부계층에 대해서 민영건강보험이 공적 건강보험을 대체하므로 고령기에도 보험료 납부가 가능하도록 하는 것이 중요함
 - 평준보험료를 책정하되 예정과 실제의 차이가 유의미하게 나타나면 보험료를 조정함
 - 미리 받은 보험료를 적립하기 위한 연령준비금 계정을 운용함
 - 역선택 방지를 위해 가입자가 계약을 해지하고 다른 보험회사로 이동할 경우 연령 준비금의 일부만 이전함
- 고령기 갱신보험료가 지나치게 높아질 가능성이 큰 실손의료보험의 지속가능성 제고를 위해 독일의 평준보험료는 좋은 벤치마크가 될 것임

5. 개선 방안

■ 첫째, 역선택 방지를 위해 보험료 세분화를 강화할 필요가 있음

- 실손의료보험은 보험료 세분화가 미흡하여 역선택 가능성이 있음
- 반면 공공성이 약한 영국은 위험요소를 매우 세분화하고 있으며, 공공성이 다소 강한 독일도 건강상태를 반영함
- 보험료를 세분화할수록 각 그룹에 속하는 데이터가 적어져 보험료 산출에 어려움을 겪을 수 있으므로, 영국과 같이 일반선행모형을 사용하는 방안을 검토할 필요가 있음

■ 둘째, 역선택과 도덕적 해이를 줄이기 위해 보험료 차등제를 강화할 필요가 있음

- 실손의료보험은 갱신 및 재가입 시 거부가 불가능하여 역선택과 도덕적 해이의 가능성이 있으며, 현재 도입 중인 보험료 할인제는 도덕적 해이의 방지 효과가 미흡함
- 반면 영국과 독일은 복잡한 보험료 차등제를 실시하고 있음
- 평균보험료와 보험료 할인제를 함께 적용하는 것을 검토할 필요가 있음
 - － 자연보험료를 적용하면서 보험료 차등제를 강화하면 고령층의 보험료 부담이 지나치게 높아지는 부작용이 발생할 수 있음
 - － 환급제는 환급액을 계약자에게 직접 돌려주거나 배당준비금과 유사한 형태로 관리할 필요가 있어 지나친 비용을 발생시킬 수 있음
- 등급 세분화는 역선택과 도덕적 해이 방지에 효과가 있을 정도의 구분과 차이를 두어야 하며, 청구제외범위도 피보험자의 위험 정도에 큰 영향을 미치지 않으며 피치 못할 경우로만 한정할 필요가 있음

■ 셋째, 도덕적 해이 방지를 위해 연간 자기부담금을 도입할 필요가 있음

- 실손의료보험은 포괄적 보장구조로써 도덕적 해이가 발생할 가능성이 있음
- 연간 자기부담금이 건별 자기부담금에 비해 더 효과적이며 영국, 독일, 네덜란

드 모두 연간 자기부담금을 적용하고 있음

- 연간 자기부담금이 지나치게 높으면 상품의 소구력이 감소하고, 지나치게 낮으면 도덕적 해이 방지 효과가 감소하므로 보험금 지급 현황을 면밀히 분석하여 적정 연간 자기부담금을 설정할 필요가 있음
- 국민건강보험의 급여 본인부담금 상한제가 실손의료보험 보험금에 미치는 영향도 고려하여 연간 자기부담금을 설정해야 함
- 실손의료보험은 보험가입자가 보장범위를 쉽게 알기 어려우므로, 연간 자기부담금 초과 여부를 쉽게 확인할 수 있는 장치가 필요함

■ 마지막으로 고령기 수용가능성을 높이기 위해 평준보험료를 도입할 필요가 있음

- 의료물가 상승 등의 추세를 반영하는 방법을 신중하게 선택해야 함
 - － 루삼법을 이용하여 보험료 산출 시, 추세 반영 방법으로 로그회귀분석을 사용하면 40세 가입자의 평준보험료는 40세 자연보험료의 10배에 달하지만, 선형회귀분석을 사용하면 6배 수준으로 감소함
- 보험료 갱신을 전제로 가입자의 수용가능성과 향후 전망을 조화시키는 수준에서 설정하는 것이 필요함
- 보험료 갱신 요건을 명확히 할 필요가 있음
 - － 독일 감독당국은 최근 3년간 실제손해율과 향후 1년간 예상손해율의 차이가 $\pm 10\%$ 이상인 경우 보험료 조정을 강제화하고, $\pm 5\sim 10\%$ 인 경우에는 보험료 조정을 권고함
- 현재도 저해지환급형 종신보험을 판매하고 있어 감독규정상 해약환급금 차감지급은 가능할 것으로 보이나 사회적 관심이 높은 보험이므로 사회적 합의가 필요함

6. 결론

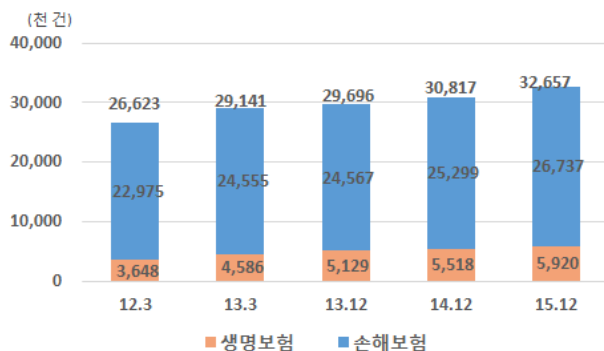
- 실손의료보험은 공보험의 보충형으로 도입되었으며 현재 3천만 명 이상이 가입한 대표보험으로 성장해 왔음
- 그러나 현행 실손의료보험은 역선택 및 도덕적 해이 발생 가능성이 높고 향후 갱신보험료가 지나치게 높아질 가능성이 있음
- 이에 지속가능성 제고를 위해 보험료 세분화, 보험료 차등제, 연간 자기부담금의 도입, 평준보험료 도입을 제안함
- 개선 방안을 실제 적용하기 위해서는 보험업계 및 학계의 의견 수렴과 심도 있는 추가 연구가 필요함

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

OECD 국가 중에서 공적 건강보험의 보장 수준이 낮은 상황에서 실손의료보험은 공보험의 보완형으로 도입되었으며, 소비자에게 부담이 되는 병원비를 저렴한 보험료로 보장해 주는 소구력¹⁾에 힘입어, 현재 3천만 명 이상(국민 62%)이 가입한 대표 보험으로 성장해 왔다.

〈그림 I-1〉 실손의료보험 보유계약 건수 추이



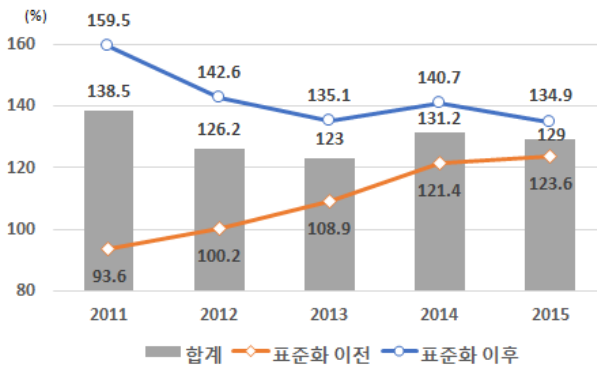
자료: 정성희(2016, 6)

그러나 최근 들어 높은 손해율이 지속되고 있고 이에 따라 갱신보험료도 빠르게 상승하고 있어 보험계약자의 불만이 커지고 있다. 실손의료보험의 2015년 손해율은

1) 실손의료보험의 1인당 연간 보험료는 평균 24만 원(2015년)으로 국민건강보험 보험료(49만 원)의 절반 수준임

위험보험료²⁾와 수입보험료 기준 모두 100%를 상회하고 있으며, 예정사업비를 모두 사업비로 집행³⁾하였다고 가정했을 경우 합산비율은 무려 123%로 적자 구조가 매우 심각한 상황이다.

〈그림 I-2〉 실손의료보험 손해율 추이: 위험보험료 기준



주: (지급보험금 + IBNR) / 위험보험료
 자료: 생명보험 14개사, 손해보험 13개사 통계

더욱이 갱신보험료에 큰 영향을 미치는 의료물가의 상승이 물가상승에 비해 상당히 높은 상황이 지속되고 있어 실손의료보험의 지속가능성이 크게 우려되는 상황이다.

반면, 우리나라도 이미 고령사회에 진입하여 급격한 고령화에 따른 소비자의 의료보장 수요 증가에 부응하기 위해서라도 실손의료보험의 안정적인 공급이 지속될 필요가 있다.

이에 본 보고서는 계리적 관점에서 현행 실손의료보험 상품의 현황과 문제점을 진단해 보고 이를 완화할 수 있는 방안을 지속가능성 제고 차원에서 제안해 보고자 한다.

- 2) 보험료 조정요인을 파악하기 위한 기준으로는 보험금 지급 재원인 위험보험료와 실제 지급보험금을 비교하는 것이 타당함
- 3) 실손의료보험은 가입 시 보장내용 설명, 중복 보험가입 여부 확인 등을 위한 판매비 및 보험금 지급 시 조사비용, 갱신안내비용 등으로 많은 사업비가 소요되어 타 상품보다 사업비 집행률이 높음(단독실손의료보험 2014년 사업비 집행률 175%)

2. 선행연구

실손의료보험에 대한 연구는 주로 도덕적 해이와 역선택 가능성 그리고 보험리스 크 측정에 대한 연구가 대부분이다.

김재호(2011)와 이현복·남상욱(2013) 등은 통원의료비 담보에서 도덕적 해이가 있음을 주장하였다. 김대환·이봉주(2013)는 패널분석을 통해 의료수요가 높을수록(가입 전 입원·통원 경력이 많을수록) 실손의료보험에 더 가입하는 역선택이 존재함을 보였다. 또한 김대환(2016)은 실손의료보험 가입 후 건강상태가 좋지 않을 경우 계약을 유지하고 건강상태가 좋을 경우 해약하는 사후적 역선택 현상을 보고하고 있다.

한편 조재훈·이근창(2013)은 극단값 혼합분포 모형을 이용하여 실손의료보험의 위험조정을 측정하였고, 조재린·지혜수·이항석(2016)은 베이지언 접근법을 이용하여 모수불확실성을 반영한 보험위험을 측정하였다.

반면 실손의료보험의 상품 구조에 대한 논문은 찾아보기 어렵다. 최근 들어 이항석·이수빈·백혜연(2017)이 신뢰도이론을 적용하여 위험집단 내 계약자 간 위험이 질성 정도가 크다는 것을 보이고 보험료 차등제의 필요성을 주장하였으며, 이항석·이가은·이경아(2017)가 GLM 분석을 통해 과거실적 변수가 통계적으로 유의할 뿐만 아니라 현재 요율변수보다 더 높은 설명력을 갖는다는 점을 보인 것 정도가 있다.

실손의료보험의 상품 구조에 대한 선행연구를 찾아보기 어려운 이유는 상품 구조에 대한 논의는 실무적인 부분이 많아 실무자들을 중심으로 논의는 이루어졌으나 논문이나 보고서의 형태로 발표되지 않았기 때문인 것으로 보인다.

3. 연구범위와 방법

본 보고서는 현행 실손의료보험 상품의 현황과 문제점을 파악하고, 이를 완화할 수 있는 방안을 찾는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 먼저 국내 실손의료보험 상품의

구조와 이에 따른 문제점을 살펴보고, 다음으로 네덜란드, 독일, 영국의 대표적인 민영건강보험 상품을 참고하여 계리적 관점에서 개선안을 도출한다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ장에서는 보험회사가 피보험자의 위험을 인수하면서 노출되는 위험과 이를 극복하기 위해 상품설계 시 고려할 사항을 소개한다. 제Ⅲ장에서는 국내 실손의료보험의 현황과 문제점을 살펴보았다. 제Ⅳ장에서는 네덜란드, 독일, 영국의 민영건강보험 현황과 특징을 소개한다. 제Ⅴ장에서는 이러한 분석을 토대로 국내 실손의료보험에 대한 개선 방안을 도출하였다. 마지막으로 제Ⅵ장에서는 결론을 제시하고 있다.

Ⅱ. 보험위험과 상품설계

보험회사의 본질적인 기능은 피보험자의 위험을 인수하는 것이다. 이를 통해 보험회사는 피보험자를 경제적 파멸로부터 보호하며 나아가 위험발생에 대한 불안을 제거해 줌으로써 경제적·정신적 안정성을 부여하는 기능을 한다. 반면 피보험자의 위험을 인수한 보험회사는 필연적으로 그에 상응하는 위험에 노출될 수밖에 없다.

1. 보험위험

보험위험이란 보험계약 시 또는 상품개발 시 기대했던 것보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 말하며, 이는 보험계약이 이미 발생한 손실이 아닌 미래에 발생할 것으로 예상되는 손실에 대해 담보하기 때문에 나타나는 자연스러운 현상이다. 보험위험은 다시 확률적(Stochastic) 위험과 모수불확실성(Parameter Uncertainty) 위험으로 구분할 수 있다.

확률적 위험이란 미래에 발생할 것으로 예상되는 보험금 지급이 확률분포를 가지기 때문에 발생하는 것으로 흔히 말하는 대수의 법칙과 관련되어 있다. 대수의 법칙이란 통계학적으로 말하자면 “표본의 크기가 클수록 그 표본의 평균이 모집단의 평균과 가까울 가능성이 높다”는 정도의 의미이고, 이를 보험의 관점에서 해석하면 “보험계약자 수가 많아질수록 평균지급보험금(전체 지급보험금을 계약자 수로 나눈 금액)이 평균예상보험금(보험계약 한 건에 대한 예상보험금의 평균)을 크게 벗어날 가능성이 작아진다” 정도로 표현할 수 있다. 즉, 보험계약자 수가 많아질수록 확률적 위험은 작아진다. 여기서 대수의 법칙은 계약자들의 손실이 서로 독립적이라는 가정

(쉽게 말해 갑의 손실 정도가 을의 손실 정도에 영향을 미치지 않는다)하에 성립하는 것임을 주의할 필요가 있다.

반면 모수불확실성 위험이란 손실분포의 추정이 잘못되었거나 미래 손실분포가 현재의 예상과 다르게 변하여 기대한 보험금보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 말한다.

사실 손실분포 추정의 오류는 매우 자연스러운 현상이다. 오히려 실제 보험금 지급분포를 정확히 추정하는 것은 불가능하다고 할 수 있다. 보험회사는 과거의 데이터나 경험에 근거하여 미래 보험금 지급분포를 추정하기 때문이다. 다만 데이터의 양과 경험이 충분한 경우 현재의 상황이 지속된다는 가정하에 실제와 가까운 미래의 보험금 지급분포를 추정하는 것이 가능할 뿐이다. 따라서 상품개발자들은 보유하고 있는 데이터와 경험을 충분히 반영하여 미래 보험금 지급분포를 추정하려는 노력을 통해 추정의 오류를 줄이고 있다.

반면 미래 손실분포가 현재 예상하는 손실분포와 달라져 발생하는 모수불확실성 위험은 흔히 경제환경이나 제도의 변화로 인해 나타난다. 예를 들어 실손의료보험의 경우 신기술 개발이나 의료제도 변화에 따라 미래의 보험금 지급분포는 계약체결 시 예상했던 보험금 지급분포와는 다른 분포를 갖게 된다. 이러한 위험은 미리 예측하는 것이 매우 어려우며 이에 대응하기 위한 방안의 하나가 갱신헌 보험상품이다. 우리나라의 경우 대표적인 갱신헌 보험상품으로는 갱신헌 암보험과 실손의료보험을 들 수 있다.

한편 계약자의 행동 측면에서 살펴보면 역선택과 도덕적 해이도 미래 손실분포를 현재의 예상과 다르게 만드는 중요한 요인들이다. 역선택과 도덕적 해이는 보험회사가 보험계약자에 비해 보험계약자에 대한 정보를 적게 갖는 정보비대칭성으로 인해 발생하는 현상으로, 역선택은 보험계약자의 특성(Character)에 관한 정보비대칭성, 도덕적 해이는 보험계약자의 행위(Act)에 관한 정보비대칭성에서 발생한다.

일반적으로 보험회사는 피보험자 개인의 위험에 대해 완전한 정보를 갖기 어렵다. 만약 완전한 정보를 얻을 수 있다 하더라도 그 비용이 커 실익이 없는 경우가 많다. 따라서 보험회사는 피보험자별로 보험료를 다르게 제시하기보다는 일률적인 보험료

를 제시하게 된다. 그러나 이 경우 위험의 정도가 낮은 피보험자는 보험회사가 제시한 보험료가 자신의 위험에 비해 지나치게 높다고 생각할 것이고 위험도가 높은 피보험자는 그 반대로 느낄 것이다. 그 결과 위험의 정도가 낮은 피보험자는 시장으로부터 제외되고 위험의 정도가 높은 피보험자만 보험에 가입하게 되는데, 이 현상을 역선택이라 한다.

도덕적 해이는 계약의 당사자 가운데 한 사람의 숨겨진 행위로 인하여 상대방 계약자가 비용을 추가로 부담하거나 그 가능성이 높아지는 현상을 말한다. 예를 들어 실손의료보험의 경우 보험계약 시 보험회사는 피보험자가 의료쇼핑을 할 가능성이 있는지 여부를 알기 어렵다. 즉 보험회사가 피보험자의 의료쇼핑 행위 가능성에 대한 정보가 없는 상태에서 보험계약을 체결한 후 일부 피보험자는 보험이 없을 때 보다 더 자주 병원에 가거나 이 병원 저 병원을 찾아다니며 의료 쇼핑을 하는 경우가 발생할 수 있다. 이를 도덕적 해이라고 한다. 실손의료보험의 도덕적 해이는 일부 병원을 통해서 증폭되기도 한다. 일부 병원에서는 수입을 늘리기 위해 실손의료보험 가입자에게 과잉 진료를 권유하기도 하는데, 이는 피보험자의 도덕적 해이를 부추기는 역할을 한다.

도덕적 해이는 주인과 대리인의 문제로 설명되기도 한다.⁴⁾ 예를 들어 한 회사가 전문경영인을 고용했을 때 이 전문경영인이 회사의 이익보다는 자신의 이익에 충실한 의사결정을 내릴 가능성이 있는데 이를 도덕적 해이라고 부른다. 보험의 경우에는 보험회사를 주인으로 피보험자를 대리인으로 해석하면 보험에서의 도덕적 해이를 주인과 대리인의 문제로 설명할 수 있다.

2. 상품설계

보험위험은 보험회사를 파산으로 이끌 수 있으며, 이는 보험회사가 보험계약자에 대한 의무를 다하지 못할 가능성을 높게 된다. 따라서 보험회사는 상품개발 단계

4) Bengt Holmstrom(1979)

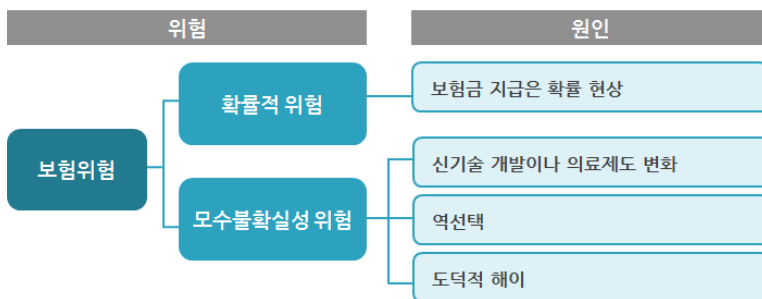
에서부터 보험위험의 발생 가능성을 줄이기 위해 다양한 방법을 이용한다.

먼저 신기술 개발이나 의료제도 변화 등 상품개발 시 예측하기 어려운 위험에 대해서는 사전적으로 안전할증을 적용하거나 사후적으로 보험료를 갱신하는 방법을 사용한다. 안전할증이란 수지상등으로 계산한 보험료에 위험에 해당하는 정도의 보험료를 추가로 부가하는 방법을 말하며, 보험료 갱신은 보험계약 시 향후 보험료를 정하지 않고 상황에 따라 변경할 수 있도록 하는 것을 말한다.

둘째로 역선택에 대해서는 주로 보험료 세분화 또는 보험료 차등제를 사용한다. 여기서 보험료 세분화는 계약시점 또는 보험료 갱신시점에서 피보험자의 특성을 반영하여 위험의 정도에 따라 보험료를 다르게 하는 것을 말하며, 보험료 차등제는 보험계약 또는 갱신 후 피보험자 개별의 보험사고 및 청구 통계에 기반하여 보험료를 차등하는 것을 말한다.

셋째로 도덕적 해이 방지를 위해서는 자기부담금(Deductible) 및 한도(Limit) 설정 등 보험회사와 보험계약자가 비용을 분담하는 방법을 이용한다. 비용 분담은 보험계약자에게 경제적 부담을 줌으로써 행위에 있어 신중하기를 유도하는 것을 목적으로 한다.

〈그림 II-1〉 보험위험의 구분



가. 보험료 갱신

경제환경이나 제도의 변화로 인해 발생하는 모수불확실성 위험은 미리 예측하는 것이 매우 어렵다. 따라서 모수불확실성 위험이 큰 보험상품은 장래의 보험료를 미리 정하기보다는 매 보험기간마다 보험료를 새로 정하는 방법을 사용한다.

특히 실손의료보험이나 자동차보험과 같이 실제 손해를 담보하는 보험상품이 정액을 보장하는 보험에 비해 갱신보험료를 사용하는 경우가 많은데, 이는 실손보상의 경우 사고 발생의 빈도뿐만 아니라 매 사고마다의 심도(보험금의 크기)도 크게 변할 수 있기 때문이다.

나. 보험료 세분화

보험료 세분화는 보험계약 단계에서 피보험자별 특성에 따라 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과하여 계약자간 보험료 부담의 형평성을 제고하고 역선택을 방지하는 것을 목적으로 한다. 예를 들어 보험계약 단계에서 성별, 연령별, 건강상태별로 보험료를 다르게 부과하는 것을 들 수 있다.

역선택은 보험회사가 피보험자의 특성을 완전히 파악하기 어려워 위험의 정도가 다른 피보험자들에게 동일한 보험료를 제시하기 때문에 발생하는 것이다. 따라서 위험의 정도가 비슷한 집단을 세세하게 구분할수록, 즉 보험료를 세분화할수록 역선택의 가능성은 줄어든다. 그러나 기술적 한계(통계부족 등)나 환경적 제약(규제, 문화 등)으로 완벽한 세분화는 불가능하며, 상품설계 시 충분히 세분화하지 못한 부분은 가입심사를 통해 보완하는 것이 일반적이다.

다. 보험료 차등제

보험료 차등제는 보험계약 후 피보험자의 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과하여 보험료 부담의 형평성을 제고하고 보험회사의 손해방지를 촉진하기 위해 적용

된다. 보험료 차등제는 보험료 할인·할증 제도와 보험료 환급제로 나눌 수 있다.

먼저 보험료 할인·할증 제도는 피보험자별 과거 손해실적을 평가하여 차기 보험요율을 조정하는 성과요율제도의 일종으로 할인·할증제도를 채택하고 있는 대표적인 보험종목으로는 자동차보험, 상업용 배상책임보험, 산재·근재(Worker's Compensation)보험, 재물보험 등이 있다. 또 다른 보험료 차등제도인 보험료 환급제는 피보험자별 과거 손해실적에 따라 기납입한 보험료의 일부를 환급하는 방식이다. 대표적으로 독일의 공적 건강보험 및 대체형 민영건강보험에 적용하고 있다.

이러한 조정을 통해 보험가입 시 피보험자의 연령, 성별, 건강상태 등을 고려한 위험집단별 보험료(사전)를 피보험자 개별의 보험사고 및 청구 통계에 기반하여 조정(사후)함으로써, 모든 피보험자는 각자의 위험정도에 상응하는 보험료를 지불하게 된다. 다시 말해 보험료 차등제는 첫 계약 당시 구분하지 못하였거나 반영하지 못한 피보험자의 특성을 사후적으로 반영한다는 점에서 역선택 방지 효과가 있다. 또한 보험료 환급제와 할인·할증 모두 계약 후 피보험자의 행동이 보험계약자의 비용(환급금 또는 차기 보험료)에 영향을 미치므로 도덕적 해이 방지 효과도 있다.

라. 비용 부담금

보험회사는 도덕적 해이 방지를 위해 보험상품에 다양한 비용부담금(Cost Sharing)제도를 적용하고 있으며, 도덕적 해이 노출 가능성이 높은 급부에 대해서는 보장 횟수나 보장 한도 또한 제한하고 있다.

비용부담금제도는 보험계약자와 의료공급자의 도덕적 해이를 방지하는 목적 이외에도 보험계약자의 소액 청구를 감소시킴으로써 보험회사의 사업비 감소 효과도 있다. 한편 보험계약자의 측면에서 보면 비용을 부담하는 만큼의 보험료를 절감할 수 있다는 장점이 있다.

비용부담금제도로는 자기부담금(Deductible),⁵⁾ 공동부담금(Co-insurance),⁶⁾ 정

5) The amount of money you have to pay before your insurance pays anything

6) The amount of money you pay each time you get a service; a percentage of the insurer's allowed for the service

액자기부담금(Co-payment),⁷⁾ 생애보장상한제(LMB: Lifetime Maximum Benefit) 등이 있다. 자기부담금은 국내에서는 의료이용 건별로 적용하고 있으나 해외에서는 분기나 연간 누적 자기부담금을 보편적으로 적용하고 있고 누적 자기부담금의 적용이 도덕적 해이 방지에 훨씬 효과적이라고 평가되고 있다. 공동부담금은 보험금의 일정비율을 보험계약자가 부담하는 제도이고 정액자기부담금은 일종의 건별 자기부담금으로 보험금의 크기에 관계없이 일정한 금액을 보험계약자가 부담한다는 차이가 있다. 공동부담금과 정액자기부담금은 보장영역 혹은 진료항목별로 적용하는데, 도덕적 해이나 과잉 진료에 많이 노출되어 있는 부문에 대해서는 높게 설정하고 있다. 생애보장상한제의 경우 가입자의 과도한 의료서비스 이용을 제한하기 위한 목적으로 사용되며, 고가의 의료서비스 수요를 저렴한 대체제로 전환하도록 하는 효과도 도모할 수 있다.

한편, 과도한 의료비 부담으로부터 보험계약자를 보호하기 위해 통상 연간본인부담금한도액(Annual Out of Pocket Maximum/Limit)⁸⁾을 함께 운영하고 있다. 즉, 보험계약자가 부담한 연간 누적액(자기부담금, 공동부담금, 정액자기부담금)이 연간 누적 상한을 초과할 경우, 그 초과분에 대해서는 전액 보험회사가 지급하게 된다.

〈표 II-1〉 자기부담금(Cost Sharing)제도 특징

구분	특징
Deductible	· 우선적으로 공제 · 통상 분기 또는 연간누적 형태로 적용(국내 건별 공제)
Coinsurance / Copayment	· 보장영역, 진료항목별 차별적 적용 · 도덕적 해이가 높은 부분(통원, 치과 등)에 대해 높게 설정
LMB	· 의료서비스 이용 총량을 제한 · 고가 의료서비스 수요를 저렴한 대체제로 전환하는 효과

7) The amount of money you pay each time you get a service: amount of money you will pay for a service

8) A limit on what you're expected to pay for health care services during a policy period

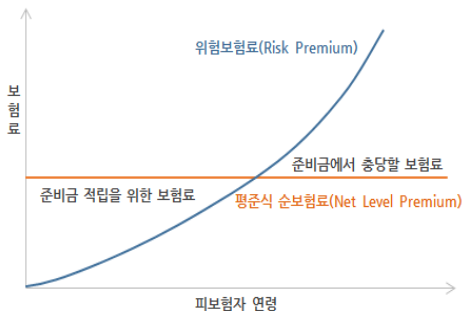
3. 수용가능성과 평준보험료

보험회사가 상품설계 시 고려해야 하는 중요한 요소 중 하나는 보험계약자의 수용가능성이다. 이는 보험계약자가 감당할 수 있는 정도의 보험료를 제시해야 한다는 것이다.

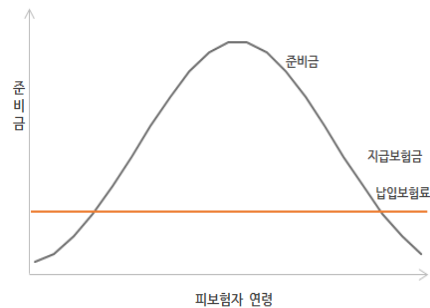
그런데 예를 들어 종신보험의 경우 매해 위험의 정도에 따라 보험료를 산출하는 자연보험료를 적용하면 나이가 들에 따라 사망확률이 높아지기 때문에 고령자에게는 감당하기 힘든 보험료를 제시하게 된다. 특히 노령기는 장년기에 비해 수입이 적은 경우가 많아 보험계약의 유지가 더욱 어려워진다. 반면 젊은 소비자의 경우는 위험보험료가 너무 낮아 설계사의 판매유인이 약해지므로 보험상품을 판매하기 어렵다.

따라서 비교적 수입이 많고 사망위험이 적은 장년기에 수입이 적고 사망위험이 높은 노령기를 대비하여 미리 보험료를 납부하는 방법을 고안하게 되었고 이것이 평준 보험료이다. 종신보험 이외에도 중증질환 보험, 장기요양보험 등 시간이 지남에 따라 위험도가 증가하면서 보장기간이 긴 보험에 많이 적용되는 방법이다. 평준보험료를 적용하는 경우 보험회사는 계약 초기의 보험료 중 미래를 위하여 미리 납부한 부분을 적립해야 하는데 이를 보험료적립금이라 부른다.

〈그림 II-2〉 평준보험료 산출 원리



〈그림 II-3〉 준비금(보험료적립금)



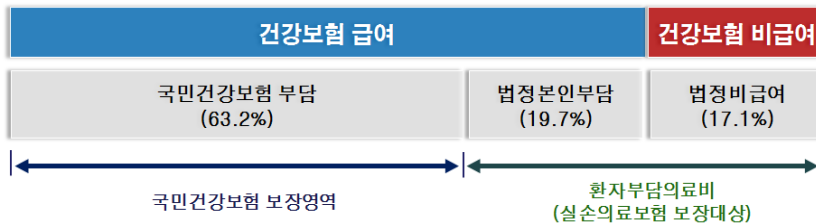
Ⅲ. 실손의료보험 현황 및 문제점

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⁾ 의료비)를 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.

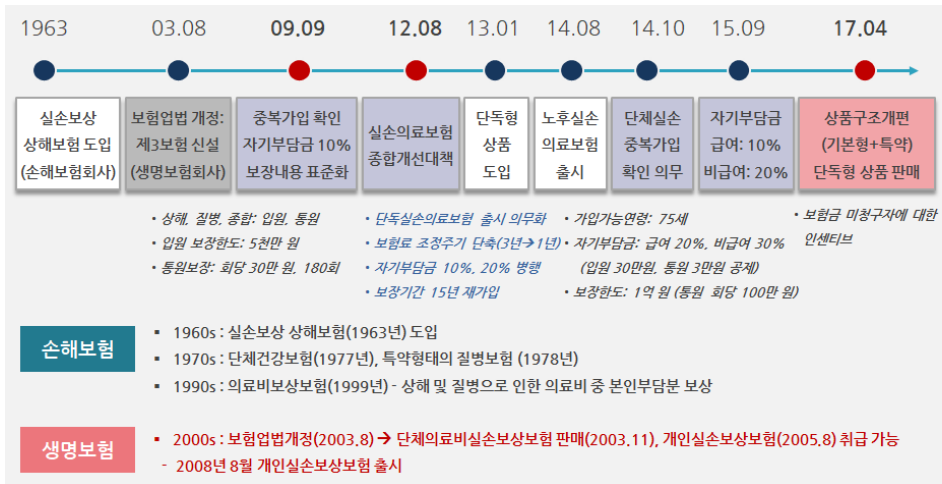
한편 실손의료보험의 보험료는 성별, 연령, 상해등급별로 세분화하고 있으나 건강상태, 지역 등으로 차별하지는 않는다. 그리고 2017년 4월 이후 상품부터 비급여 2년 무청구 시 보험료의 일정 비율을 돌려주는 보험료 할인제를 적용하고 있다.

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 세반기 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.

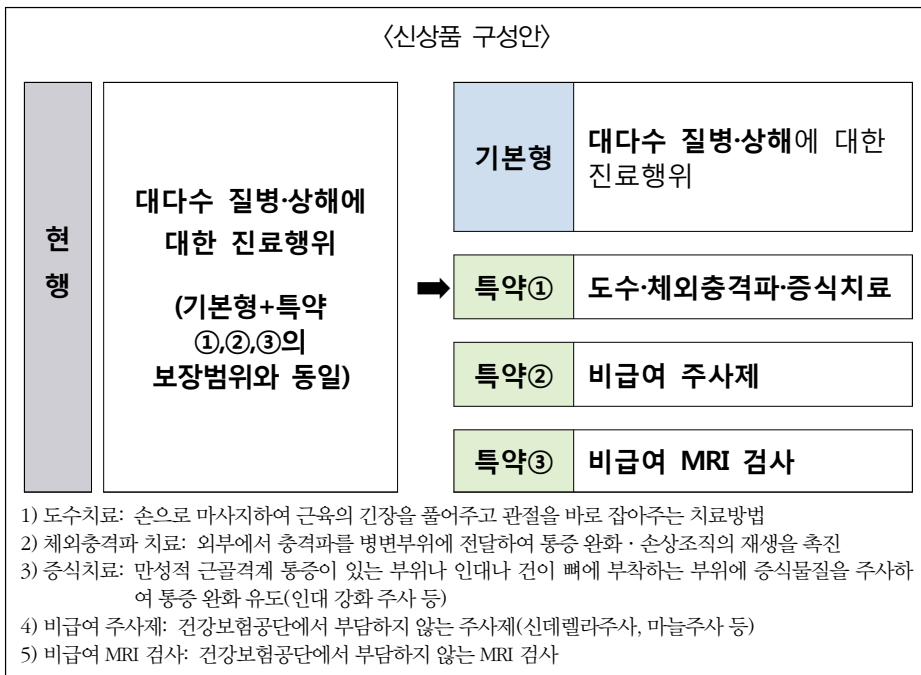
〈그림 Ⅲ-3〉 주요 변화

		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)
	상급병실차액 (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%		

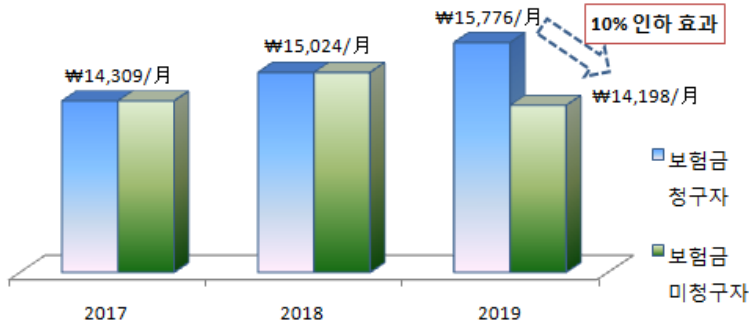
자료: 손해보험협회 공시실, “실손의료보험 안내”

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 갹신하도록 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 갹신보험료를 구한다. 즉 보험회사의 실제 보험금 지급액이 예상보다 커지면 갹신보험료도 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.

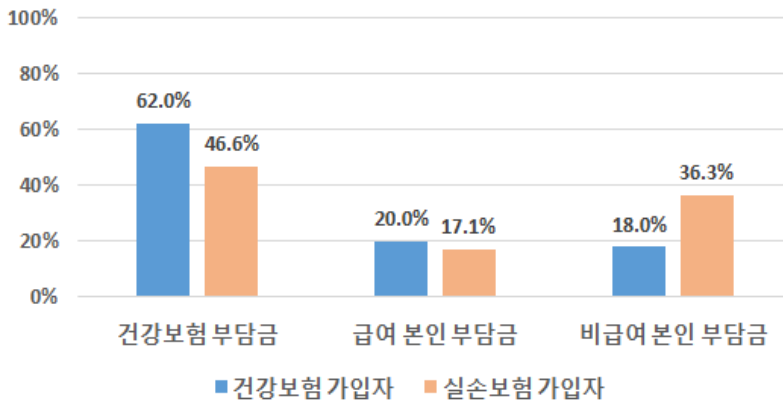
나. 도덕적 해이

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 풀리고 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 지속가능성은 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 가능성이 있다. 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



IV. 해외 사례

이 장에서는 실손의료보험의 상품 구조 개선 방안을 도출하는데 참고할 수 있도록 공공성의 정도가 서로 상이한 네덜란드, 독일, 영국의 민영건강보험을 소개하고자 한다.

1. 국가별 민영건강보험 특징

가. 네덜란드¹⁵⁾

네덜란드의 공적 건강보험은 독일과 마찬가지로 고용에 기반한 질병금고를 기본으로 근로자와 고용주에게 소득에 따른 보험료를 징수했다. 하지만 질병금고는 부유층에게는 적용되지 않았으며 부유층은 민영건강보험을 이용하였다. 즉 네덜란드의 건강보험체계는 공적 건강보험과 정부의 규제와 후원이 적은 자발적 민영건강보험이라는 두 가지 축에 의해 발전되어 왔다.

그러나 2006년 네덜란드의 건강보험체계는 급격한 의료비 증가를 통제하기 위하여 1980년대부터 논의되었던 공·사 단일체계로 통합되고 공적 건강보험에도 민영 건강보험의 경쟁체제를 도입하였다. 그리고 위험관리기금의 역할을 하는 정부의 건강보험관리위원회(CVZ)의 역할이 강화되면서 민영건강보험은 건강보험관리위원회에서 보장하도록 권고하는 기본보장을 전 국민에게 제공하도록 하였다. 한편 2006년 개혁 후 네덜란드의 민영건강보험은 고소득층을 위한 집단가입형태로 국한되었던 것이 전 국민을 대상으로 운영되면서 시장이 커지게 되었다.

15) The Ministry of Health, Welfare and Sports(2011)

나. 독일

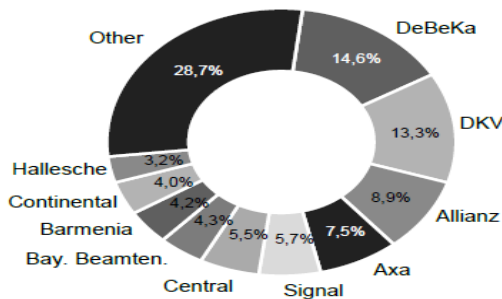
독일 의료체계는 공적 건강보험과 민영건강보험이 나란히 존재한다는 특징이 있다. 독일의 공적 건강보험은 1883년 비스마르크에 의해 생산직근로자 일반을 대상으로 시작하였다. 이후 사무직 근로자, 공무원 등 타 직종으로 적용대상이 확대되었고, 2009년 1월 전 국민이 공적 건강보험 또는 민영건강보험의 어느 하나에 가입하도록 의무화하면서 전 국민 보험시대로 접어들었다.

독일은 사회보장 기능으로서 공적 건강보험(GKV)¹⁶⁾이 우선하고 민영건강보험은 의무가입인 대체형(PKV)과 임의가입인 보완형이 운영되고 있다. 연간 57,600유로(약 7천 5백만 원, 2017년 기준) 이상 고소득자, 자영업자, 특수 직업 종사자(공무원 등) 등 일정한 자격 조건을 갖춘 자에 한해서 공적 건강보험과 대체형 민영건강보험 중에 선택할 수 있도록 하고 있는데, 이는 독일 전체 인구의 약 20% 정도를 차지하며 이 중 절반 정도에 해당되는 전체 인구의 11% 정도가 대체형 민영건강보험에 가입하고 있다.

공적 건강보험은 전체 인구의 87%가 가입하고 있으며 가입자(피보험자)들의 구성을 보면 일정 소득(연 57,600유로) 이하 근로자, 무직자, 퇴직자, 학생, 예술가, 농부 등이다.

현재 44개 건강보험회사가 대체형 민영건강보험을 판매하고 있으며, 2014년 기준 DeBeKa(비영리 협동조합) 14.6%, DKV 13.3%, Allianz 8.9% 등이 시장을 점유하고 있다.

〈그림 IV-1〉 독일 보험회사 민영건강보험(대체형, 보충형) 시장점유율



자료: Munichre(2016)

16) Die Gesetzliche Krankenversicherung

독일 대체형의 경우 건강보험협회에서 권장하는 최소보장영역(Minimum benefit list)을 만족하고, 연간 공제금은 최대 5,000유로 하에서 설계하는 등 정해진 일정 기준을 준수하여 상품을 설계하되, 보장 영역에 따라 차별화된 패키지 플랜을 제시하고 있다.

일반적으로 판매되는 유형은 기본형(Basis), 표준형(Standard), 고급형(Top-level) 등 3단계 구조로 나뉘지는데, 기본형의 경우 공적 건강보험 수준의 보장 구조로 가입자는 별도의 계약심사(Underwriting)를 거치지 않고 가입이 가능하다. 고급형¹⁷⁾의 경우 공적 건강보험의 보장영역 이상의 포괄적인 보장 구조이고 표준형은 기본형과 고급형을 절충한 구조로 보험회사별 차별화된 상품으로 판매되고 있다. 고급형과 표준형의 경우에는 기본형과는 다르게 계약심사를 거쳐 가입이 가능하다.

보충형의 경우 공적 건강보험의 가입자를 대상으로 개인의 추가적인 보장니즈에 따라 가입하는 보험으로, 병원선택치료보험, 외래진료보충보험, 장기요양보험 등이 있다.

다. 영국

영국의 민영건강보험(PMI)은 공적 건강보험(NHS) 급부 보완형 또는 중복형으로 불리며, 공적 건강보험과 유사한 보장으로 구성되어 있다. 영국의 민영건강보험이 중복형이라 불리는 이유는 영국의 경우 전 국민이 공적 건강보험에 가입해야 하므로 민영건강보험에 가입한다는 것은 공적 건강보험에 중복하여 유사한 보장을 제공하는 보험에 가입하는 것을 의미하기 때문이다. 따라서 영국의 민영건강보험은 공적 건강보험에 비해 급성질환, 중증질환 등에 대한 병원 대기시간이 짧고 양질의 의료 서비스를 제공하는 것을 주목적으로 하며 보험금은 보험회사가 직접 의료기관에 지급하는 구조이다.

영국의 민영건강보험은 공적 건강보험과 유사한 보장을 제공하면서도 양질의 서비스를 제공하므로 보험료가 높다. 따라서 개인보험보다는 단체보험을 중심으로 시

17) 1인실 입원비 보장, 치과 등에 낮은 자기부담금 등임

장이 형성되어 있다. 회사는 유능한 인재 확보를 위한 차별화된 복지 제공 차원과 세제혜택 등의 목적으로 단체 민영건강보험에 가입한다.

〈표 IV-1〉 2015년 영국 민영건강보험 시장 규모

구분	단체	개인	전체 ¹⁾
증권수(건)	3,070,000	952,000	4,022,000 (690만 명)
비중	76.3%	23.7%	100.0%
수입보험료(억)	£29.0	£18.1	£47.1
평균보험료(연)	£1,023	£1,909	£1,233
월납(만 원)	12.8	23.9	15.4

주: 1) 평균보험료는 가중평균 값, 월납 보험료는 환율 1,500원 적용
 자료: LaingBuisson's Health Cover, 13th ed

그리고 상위 4개사가 민영건강보험 시장의 대부분을 차지하고 있다.

〈표 IV-2〉 영국 보험회사별 민영건강보험 시장점유율

구분	Bupa	Axa	Aviva	Vitality	기타
시장점유율	38%	27%	14%	10%	11%

자료: Laing and Buisson(2015)

영국의 민영건강보험 상품은 진단, 치료, 사후관리를 포함한 종합보험(Comprehensive) 및 치료와 사후관리(Treatment and Care) 중심의 상품(진단비 미보장)으로 구성되어 있다.

〈표 IV-3〉 영국 민영건강보험 주요 보장내용

구분	종합보험 (Comprehensive)	치료관리보험 (Treatment and Care)
정의	진단, 치료, 사후관리 모두를 포함한 종합 보험	진단비용은 미보장하며 치료, 사후관리 비용만 보장
보장 항목	- 통원상담비용: 통원 시 상담비용 보장 - 통원치료비용: 통원 시 발생하는 치료비용 보장(예: 물리치료) - 치료목적의 검사비용: 증세를 파악하기 위한 검사비용 * T&C 상품은 특약 항목 - 통원 시 MRI, CT, PET 스캔: 통원 시 발생하는 MRI 등 비용 * T&C 상품은 특약 항목 - 자녀입원 시 부모동반 비용: 부모에게 발생하는 부대비용 보장 * 단, 16세 미만 자녀이며 외과적 수술환자에 한해 부모 한명 보장 - NHS암보장플러스: NHS에서 암진단 후 NHS에서 받을 수 없는 방사선 치료, 수술 등 보장 - NHS현금혜택: 사립병원에서 치료가 가능함에도 불구하고 NHS 이용 시 현금 지급	
특약	- 재택치료 및 요양: 사립병원 입원치료 후 자택요양비용 - 민영구급차 이용: 구급차가 의학적으로 필요 시 비용보장	
보장 제외	• 노화, 폐경 • 에이즈 • 시력교정술 • 유행병 • 알레르기 • 피임, 임신, 출산 • 성전환 • 수면장애 • 만성질환 • 해외발생의료비 • 만성적인 정신건강 • 재활 보조기구 • 치료에서 비롯된 합병증 • 기왕증 • 학습, 행동, 발달 장애 • 방사능오염, 전쟁, 폭동 • 요양비용 • 예방목적의 치료 • 미용, 체중감량 • 청각장애 • 말더듬이 • 치과, 구강치료 • 원격진료 • 투석 • 통원치료 혹은 가정 내이용목적의약등 • 미인가 시설 및 의료 공급자 • 실험적인 약물 혹은 시술 등	

자료: Aviva(2016)

한편 영국의 민영건강보험은 개인보험과 단체보험에 서로 다른 인수심사 방식을 적용 중이고 개인보험의 경우 고지의무 방식에 따라 다시 두 가지로 분류된다. 단체보험은 개인별 인수심사를 적용하지 않고 조직 인력의 인원 수 등 비인적 요소로 인수를 결정한다. 개인보험의 경우에는 고지의무를 부과하는 완전의료(Full medical) 방식과 고지의무를 부과하지 않는 고지유예(Moratorium) 방식으로 분류할 수 있다. 고지유예 방식은 완전의료 방식에 대한 고객의 불만을 해소하고 회사의 인수심사 비용을 절감하기 위해 고안되었다. 고지유예 방식은 고지의무를 부과하지 않는 대신 가입 전 5년 동안의 기왕증 발생 시 치료비를 보상하지 않는다.

〈표 IV-4〉 영국 민영건강보험 인수심사 종류

구분	주요 내용
단체보험	- 개인별 언더라이팅은 적용하지 않음 - 조직 인력의 인원수 등 비인적 요소로 결정
개인보험 - 완전의료	- 개인별 병력 히스토리 등 중요사항 고지의무 부가 - 건강상태에 따라 인수거절 및 부담보 결정
개인보험 - 고지유예	- 가입 시 병력 히스토리에 대한 고지의무 없음 (고지의무를 받지 않는 대신 가입 전 5년 동안의 기왕증 발생 시 미보장) - 다만, 보험금 청구 시 보험사가 개별 조사를 통해 보험금 지급 여부를 조사함 (기왕증이라도 2년간 미발생 시 보상, 2년 내 발생 시 면책기간 2년 재산정)

자료: Association of British Insurers(2017)

2. 국가별 민영건강보험 상품 구조

가. 보험료 세분화

보험료산출체계는 지역요율(Community rating)과 위험반영(Risk loading)요율로 구분할 수 있다.

지역요율체계는 피보험자 개인의 위험 정도에 따라 보험료를 적용하는 것이 아니라 일정지역 내 전체 피보험자에 대해 동일한 보험료를 적용하는 체계이다. 지역요율체계는 일반적으로 보험 가입 및 갱신이 보장되고 예외조항 부가가 금지된다. 또는 수정된 지역요율체계(Adjusted community rating)도 운영된다. 한편 전체 피보험자에게 동일한 보험료를 적용하기 때문에 역선택이 발생하기 쉽다. 이 때문에 보험회사 간 보험료를 재분배하는 장치가 마련되어 있다.

지역요율을 적용하는 주요 모티브는 동등성 제고로, 가입률을 높게 함으로써 의료서비스의 접근성을 높이는 데 목적이 있다. 또한 개별 피보험자별로 보험료 산출이나 가입심사가 필요 없기 때문에 비용 절감을 도모할 수 있다.

◆ 지역요율

- 피보험자 간 동등성 제고, 가입률을 높여 의료서비스의 접근성 제고 목적
- 피보험자별 보험료 산출이나 계약심사가 불필요하여 사업비 절감 효과
- Risk Equalization Mechanism을 통한 보험회사 간 보험료 재분배

위험반영요율체계은 개별 피보험자에 대하여 위험의 정도를 반영한 보험료를 적용하는 체계이다. 주로 보험가입 시 성별, 연령, 건강상태, 지역 등 위험의 정도에 영향을 주는 요소별로 세분화하여 보험료를 산출한다. 또한 위험반영요율체계에서는 일반적으로 가입심사를 통해 인수를 거부할 수 있다. 그리고 계약심사과정에서 음주, 흡연 등 라이프스타일이나 진료이력이나 가족력 등 의료정보 등을 반영하여 건강상태별 보험료를 할인·할증하기도 한다. 가입 후 보험금 청구이력에 따라 기납입 보험료를 환급하거나 차기 보험료를 할인하는 것도 위험반영요율체계의 일부이다.

한편 위험반영요율이라든 위험에 따른 요율세분화는 해당 지역의 규제나 문화에 따라 제한되기도 한다. 예를 들어 EU는 2007. 12. 21부터 보험료와 보험보장급부에 대한 성별 간 차등을 금지하는 조항을 채택(Unisex Tariff)하였다. 이에 EU 국가는 건강보험을 포함한 모든 보험 상품의 보험료 산출 시 성별 차등을 금지하고 있다.

◆ 위험반영요율

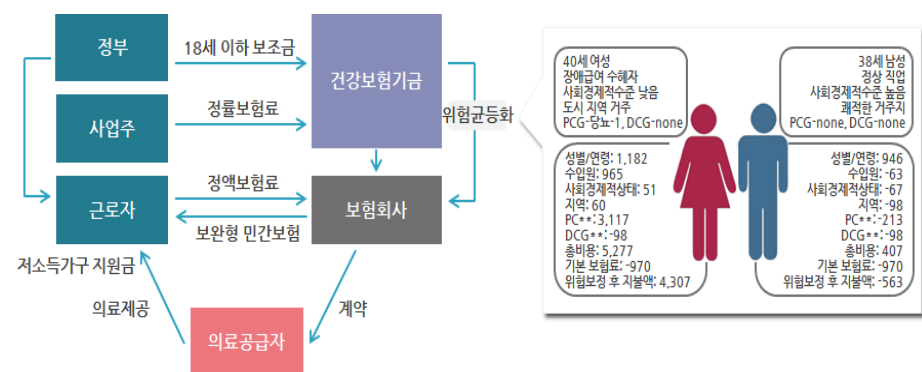
- 피보험자 간 형평성 제고, 위험요소를 반영하여 보험료 산출
- 가입 시 연령, 건강상태 등을 반영하여 보험료 산출
- 가입심사과정에서 라이프스타일, 의료정보 등을 반영하여 할인·할증
- 보험금 청구이력에 따른 보험료 환급 또는 보험료 할인

1) 네덜란드 통합형 민영건강보험

네덜란드는 공적 건강보험과 민영건강보험이 통합 운영되므로 민영건강보험이라 할지라도 건강위험에 따른 피보험자 차별을 금지하고 있다. 단 가입거절을 금지하는

대신 보유 피보험자 중 만성질환자 및 고비용 피보험자의 비율이 높은 만큼 정부가 지원해주는 위험평준화제도를 병행하고 있다. 정부의 건강보험기금을 통해 보다 건강한 피보험자의 기여금으로 덜 건강한 피보험자에게 급여를 보장하는 것이다. 위험평준화 시 고려 요인은 피보험자의 성, 연령, 수입형태, 지역, 사회경제적 지위, 건강보험, 질환자의 최근 의료비 지출내역 등이 있다.

〈그림 IV-2〉 네덜란드의 건강보험 자원 흐름과 위험평준화제도



자료: 정성희(2017)

2) 독일 대체형 민영건강보험

독일 대체형 민영건강보험은 위험요율을 적용한다. 보험료 산출요소¹⁸⁾로 가입 연령과 가입단계 건강상태를 반영하며, 이외에 성별, 지역 등에 따른 차별은 허용되지 않고 있다. 예전 민영건강보험은 다양한 요소로 보험료를 차별하였으나 2009년 1월 전 국민이 공적 건강보험 또는 민영건강보험의 어느 하나에 가입하도록 의무화 되면서 연령과 가입단계 건강상태만을 반영한다. 민영건강보험의 공적 역할이 강화되었기 때문이다.

18) 공적 건강보험의 보험료는 소득기준 정률방식(2016년 기준 14.6%)으로 산출함

3) 영국 중복형 민영건강보험

영국의 감독 체계는 고객 간 공정성을 중심으로 한 원칙 중심 규제로 보험회사의 보험료 산정요소에 대한 세부적인 규정은 없다. 영국의 중복형 민영건강보험은 위험 요율을 적용하고 일반적으로 보험기간 1년이며 보험회사는 계약심사를 통한 인수거절이 가능하다.

영국 민영건강보험의 보험료 결정요인은 크게 보장범위, 인수심사 방법, 위험요소, 상품옵션 등 네 가지로 분류 가능하며 각 결정요인은 보험회사별로 상이하게 적용하고 있다.

◆ 영국 보완형 민영건강보험 보험료 산출요소

- 보장범위: 종합보험 vs 치료관리보험
- 인수심사 방법: 완전의료 vs 고지유예
- 위험요: 연령, 이용가능 병원 목록, 거주지역, 최초가입/갱신 여부
- 상품옵션(보장 확대): 대체의학, 정신과 치료, 재택치료, 치과 및 안경
- 상품옵션(보험료 절감): 외래한도, 연간공제

먼저 계약자가 구매한 보험상품이 종합보험이나 치료관리보험이나에 따라 크게 구분된다. 단, 회사별로 상품의 보장범위를 구분하는 명칭은 서로 다르다. 다음으로 계약심사가 완전의료 방식이나 고지유예 방식이나에 따라 보험료 차이가 난다. 동일한 조건이라면 고지유예 방식이 완전의료 방식에 비해 보험료가 비싸다. 그리고 연령, 이용가능 병원 목록, 거주지역, 가입경력 등 피보험자의 위험요소별로 보험료를 세분화한다. 단 세부 구분은 회사별로 상이하게 적용한다.

〈표 IV-5〉 영국 민영건강보험 위험요소 분류

구분	세부 내용
연령별 요율	• 연령 구분은 하나 성별 구분은 하지 않음 • 연령별 요율을 달리 반영하고 있음 *한국과 유사한 방식으로 적용
이용가능 병원 List	• 주요 병원만 이용, 전체 병원 이용 등으로 구분 • 사고 또는 질병 발생 시 이용할 병원에 따라 요율 상이 *사립병원을 주요 병원, 전체 병원 등으로 구분 (병원과 제휴를 하기 때문에 중요 요소)
거주지역	• 우편번호로 요율 구분 • 거주지역에 따라 GP, 대기기간 등 상이, 요율 세분화 요소로 활용 *영국은 거주지역 내 GP 등록이 의무화 돼 있어 지역코드 활용 가능
최초 가입 / 변경 여부	• Bupa는 선택효과 기간을 3~5년으로 판단 • NCD 할인을 최초 가입 시부터 적용함 *최초 가입자의 경우 선택효과를 반영한 할인요율 적용, 회사 변경은 무사고기간 선택

자료: Aviva(2016)

마지막으로 대체의학, 정신과 치료, 재택치료, 치과 및 안경 등 보장확대 옵션과 외래한도 및 연간공제 설정 등 보험료 절감 옵션의 선택에 따라 보험료가 달라진다.

〈표 IV-6〉 영국 민영건강보험 상품옵션 종류 예시

구분	주요 내용
대체의학 등	• 대체의학 치료 사용 가능으로 GP 추천 가능 *민간요법, 단식요법 등
Protected NCD	• NCD가 3단계 이상 하락 예상 시 하락 보호(1회 한정)
정신과 치료	• 정신과 입원치료 및 전문가 상담비용 등 *최대 28~30일 한도
재택치료	• 필요시 재택 요양비용 전액 보장 *보험회사 동의 필요
치과 및 안경	• 안경비용 및 상해로 인한 치과, 정기진료 등 보장
외래 한도	• 보험료를 축소하기 위해 외래의 보장 한도 금액 설정 *외래한도를 설정했다 하더라도 암치료는 미적용
연간공제 (Excess)	• 연간공제 금액을 다양하게 고객이 설정 가능 *1년 기준으로 설정되며 갱신 시 재시작 *영국은 연간공제 개념만 있으며 한국과 같은 Deductible은 없음

자료: Aviva(2016)

나. 보험료 차등제도

1) 네덜란드 통합형 민영건강보험

네덜란드의 경우 2006년부터 건강보험제도에 보험료 환급제도를 도입하였으나, 2008년 이후 자기부담금 의무제로 전환하였다. 2006년 도입된 보험료 환급제도는 일 년 동안 보험금을 한 번도 청구하지 않는 경우 공적 건강보험 가입자에게 €255를 환불, 일 년 간 청구금액이 €255 미만일 경우 그 차액¹⁹⁾만큼 환불해 주며, 이때 일차 진료(GP care), 임산부 진료(Obstetric care and Maternity assistance) 등과 관련한 청구는 고려대상에서 제외된다. 그러나 만성질환자 등 필수적 의료이용이 불가피한 대상에 대한 차별적이라는 비판과, 의료이용시점과 환급시점 간 상당한 기간이 경과한 이후에 보험료 환급을 받기 때문에 의료이용 절감에 대한 인센티브 효과가 제한적이라는 사회적 우려가 제기됨에 따라 2008년부터 연간 누적 자기부담금제도로 전환하여 운영하고 있다.

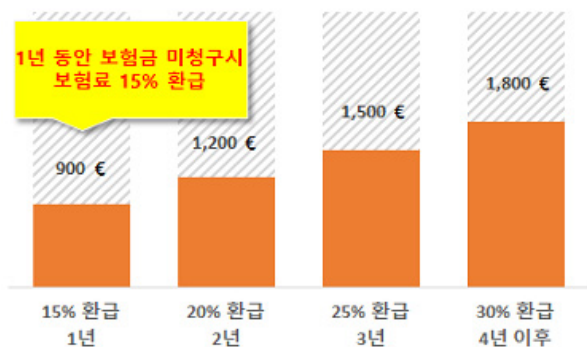
2) 독일 대체형 민영건강보험

독일의 경우 보험계약자가 일 년간 보험금을 청구하지 않았을 경우 통상 2~3개월, 최대 4개월 치의 납입 보험료를 환급해 주는 보험료 환급제도(Premium Refund System)를 운영하고 있다. 따라서 통상 보험계약자는 소액 의료비를 연말까지 청구하지 않고 기다린 후 보험료 환급액과 누적 미청구 금액 간 크기를 비교해서 청구 여부를 결정하게 된다. 한편 보험회사는 보험료 환급 재원을 위해 별도의 준비금(Reserve for Premium Refund)을 적립해야 하고 이를 연차보고서에 명시해야 한다.

Allainz의 경우 처음 1년 동안 보험금을 청구하지 않으면 보험료의 15%를 환급하는 것을 시작으로, 그 다음 해에도 청구하지 않으면 20%, 3년 연속 미청구 시 25%, 4년 연속 미청구 시에는 30%까지 환급하는 제도를 운영하고 있다.

19) 2018년부터 연간 €385

〈그림 IV-3〉 독일 Allianz 보험료 환급제도 사례



자료: 정성희(2016, 12)

여기서 주의할 점은 보험금 청구 시 첫 단계부터 다시 시작한다는 것이다. 예를 들어 어떤 보험계약자가 지난해 보험료의 30%를 환급받았다 하더라도 올해 보험금을 청구하면 환급되는 보험료는 없으며, 다음 해에 보험금을 청구하지 않더라도 보험료의 15%만을 환급받는다. 반면 이 보험계약자가 올해 보험금을 청구하지 않으면 올해는 보험료의 30%를 환급받으며 다음 해에도 보험금을 청구하지 않으면 다시 보험료의 30%만 환급받을 수 있다. 즉 〈표 IV-7〉에서 알 수 있듯이 이 보험계약자의 환급금은 올해 보험금 청구 여부에 따라 최대 60%까지 차이가 날 수 있다. 따라서 보험금 청구 여부를 결정할 때 보험계약자는 올해의 환급금뿐만 아니라 누적적인 환급금의 차이를 고려하여 결정해야 한다.

〈표 IV-7〉 보험금 청구 여부에 따른 누적 보험료 환급금 규모

(단위: %)

구분	올해	2년	3년	4년	5년	합계
올해 보험금 미청구 시	30	30	30	30	30	150
올해 보험금 청구 시	0	15	20	25	30	90

주: 올해 보험금 청구 여부와 관계없이 이후 4년간 보험료 미청구를 가정함

3) 영국 중복형 민영건강보험

영국의 보험회사들은 민영건강보험의 보험금 청구 실적에 따라 차년도 갱신보험료를 할인해 주는 무청구자 할인(No Claim Bonus/Discount)제도를 운영하고 있다. 할인단계를 적용되는 할인을 수준에 따라 몇 단계로 구분하고 일정 기간(통상 1년)동안 보험계약자의 사고 또는 청구 실적에 따라 차년도 갱신보험료의 할인이 결정된다. 영국 최대 건강보험회사인 Bupa²⁰⁾의 경우 할인단계를 총 14등급으로 분류하고 보험계약자의 보험금 청구 실적에 따라 보험료 할인을 최대 70%까지 차등하여 적용하고 있으며, 특정 보장급부²¹⁾에 대해서는 보험금 청구를 하더라도 할인 폭을 축소하지 않는다. 가입시점 할인 단계는 피보험자의 과거 민영의료보험 가입경력, 사고이력 등 이전 보험회사의 할인이력을 반영하여 결정된다.

〈표 IV-8〉 보험료 할인제도 모형 사례: 영국 BUPA

〈할인단계 운영기준〉		〈할인단계별 할인율 수준〉					
전년도 보험금액	할인단계 변동 수준	할인 단계	할인율 (%)	할인 단계	할인율 (%)	할인 단계	할인율 (%)
£0(0원)	할인단계 1단계 상승 (할인율 증가)	1	0	6	40	11	62
~£250(42만 원)	할인단계 1단계 하락 (할인율 감소)	2	10	7	45	12	65
		3	20	8	50	13	68
~£500(84만 원)	할인단계 2단계 하락 (할인율 감소)	4	27.5	9	55	14	70
£500(84만 원) 초과	할인단계 3단계 하락 (할인율 감소)	5	35	10	59	-	-

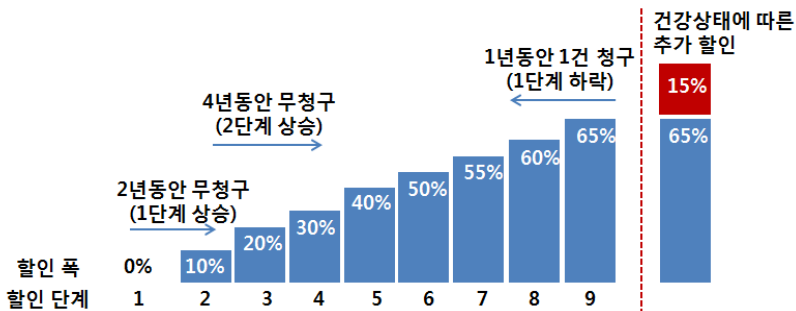
자료: 보험연구원(2016)

20) 영국 민영의료보험 시장의 40%를 점유하고 있으며 전 세계적으로 총 3,200만 명의 계약자를 보유하고 있음

21) 해외여행치료, 주치의(General Practitioner) 상담료, 국립병원 입원비, 재택 간병비, 출산비용, 건강검진 등을 말함

영국 Vitality Health의 경우 무청구자 할인제도를 피보험자의 건강상태(Vitality status)와 연계하여 운영하고 있다. 적용 할인율에 추가하여 다이어트, 금연, 운동 등에 따라 부여되는 피보험자별 바이탈 포인트에 따라서 최대 80%까지 할인된다 (〈그림 IV-4 참조〉). 한편 영국의 WPA(Western Provident Association) 보험회사는 보험료 차등제 대신 일정 청구금액까지 보험계약자가 부담하는 자기부담금을 적용하고 있다.

〈그림 IV-4〉 영국 Vitality Health 보험료 할인제도 모형 사례



자료: 보험연구원(2016)

다. 비용공유

1) 공제와 한도

보험상품에서는 계약자·의료공급자의 의료쇼핑·과잉진료 방지를 위해 상품설계 시 다양한 비용부담금(Cost Sharing)제도를 적용하고 있으며, 도덕적 해이 노출 가능성이 높은 급부에 대해서는 보장 횟수나 보장 한도를 제한하고 있다.

독일 민영건강보험의 사례를 보더라도 선택치료(의치 등)일수록 자기부담금 규모가 크게 설정되어 있는 것을 확인할 수 있다. 또한, 선택치료에 가까운 안과치료, 대체치료 등에 대해서는 보장기간과 보장한도가 설정되어 있으며, 심리치료의 경우에

는 과도한 횡수라고 볼 수 있는 30회 이상의 경우에는 30%의 자기부담금이 설정되어 있다.

〈표 IV-9〉 독일 대체형 건강보험의 보장범위 및 공제액

구분	기본형 AktiMed ®	표준형 AktiMed ® Plus	고급형 AktiMed ® Best
외래	100%	100%	100%
심리치료	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31회 이상: 70%
안과치료	24개월 내 150유로	24개월 내 150유로	24개월 내 400유로
치료제	100%	100%	100%
치과치료 및 예방	100%	100%	100%
인레이	75%	75%	100%
의치	75%	75%	85%
공제액	10%, Max 500유로		
월평균 보험료	Ab 202 €	Ab 230 €	Ab 297 €

자료: Allianz, Private Krankenversicherung im Überblick - Krankenversicherung für Selbstständige

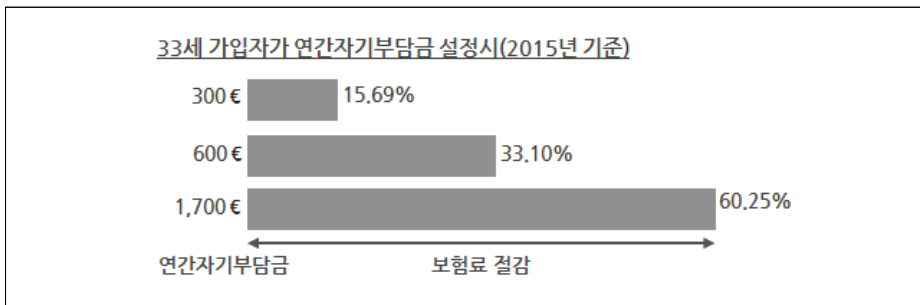
2) 연간 자기부담금

자기부담금은 피보험자의 행동에 상당한 영향을 미친다. 우선 비용에 대한 부담을 줌으로써 병원 이용이나 보험금 청구 결정에 신중해지도록 한다. 그리고 보험금이 자기부담금 이하인 경우에는 보험계약자가 보험금을 청구하지 않으므로 보험회사는 소액청구 처리비용을 절감할 수 있다. 보험계약자에게도 자기부담금 이하의 치료비 발생 시 보험금을 청구하지 않으므로 그만큼 보험료를 절감할 수 있다. 여기에 더해 보험회사의 소액청구 처리비용 절감 효과도 보험료를 낮추는데 영향을 미친다. 한편 실손의료보험은 자기부담금을 의료이용 건별로만 적용하고 있으나, 해외에서는 분기나 연간(누적) 자기부담금을 보편적으로 적용하고 있고 누적 자기부담금의 적용이 도덕적 해이 방지에 훨씬 효과적이라고 평가되고 있다.

독일의 대체형 민영건강보험은 연간 자기부담금을 50유로에서 5,000유로 사이에서 보험계약자가 선택하도록 하고 있다. 더욱이 특정 보장(예: 안경)에 대한 별도의

연간 자기부담금과 한도의 설정이 가능하다. 연간 자기부담금의 보험료 절감 효과도 상당히 크다. 2015년 자료에 의하면 33세 보험계약자가 300유로의 연간 자기부담금을 설정한 경우 보험료의 15.69%, 600유로인 경우 보험료의 33.10%, 1,700유로인 경우에는 60.25%를 절감하는 것으로 나타나 있다.

〈그림 IV-5〉 독일 민영건강보험 연간 공제금 보험료 절감 효과



자료: Association of German private healthcare insurers(2015)

네덜란드는 2008년 이후 연간 자기부담금²²⁾까지는 의무적으로 본인이 부담하도록 하는 자기부담금 의무제(Compulsory Deductible)를 운영하고 있다. 이때, 연간 자기부담금에 일차 진료, 임산부 진료, 22세 이하 치과 치료 등은 제외하고 있으며, 만성질환자, 장기간병시설 이용자 등은 매년 의무적 자기부담금 부담에 대한 일정 보조금을 지급하고 있다.

영국의 중복형 민영건강보험은 건별 자기부담금을 적용하지 않으며 연간 자기부담금만 적용하고 있다. 연간 자기부담금은 보험계약자가 다양한 금액 중 선택할 수 있으며 매 갱신 시마다 새로운 금액을 선택할 수 있다.

22) 2009년 €155, 2010년 €160, 2017년 €385 등으로 순차적으로 확대됨

라. 독일 대체형의 평준보험료²³⁾

독일의 민영건강보험은 대부분의 나라에서 1년 갱신보험료를 적용하는 것과는 다르게 매우 독특한 평준보험료 방식을 적용하고 있다.

독일의 민영건강보험은 공적 건강보험을 대체하는 기능을 하기 때문에 공적 건강보험과 유사한 성질을 가져야 한다. 따라서 독일의 대체형 민영건강보험은 공적 건강보험의 담보범위와 유사해야 하며 생애 마지막까지 담보가 보장되어야 한다. 특히 보험료가 연령이 증가했다는 이유만으로 증가해서는 안 된다. 만약 보험료가 연령의 증가를 이유로 증가한다면 의료비 지출이 증가하는 고령자는 보험료가 감당할 수 없는 수준으로 높아져 보험계약을 지속할 수 없게 된다. 이와 같은 문제를 해결하기 위한 방법으로 고안된 것이 평준보험료 방식이다.

◆ 독일 대체형 민영건강보험의 조건

- 생애 보험 보장: 생애 마지막까지 담보가 보장되어야 한다.
- 공적보험과 유사성: 담보범위가 공적 건강보험의 담보범위와 유사해야 한다.
- 평준보험료: 보험료가 연령의 증가를 이유로 증가해서는 안 된다.

평준보험료 방식이란 II 장에서도 이미 설명한 바와 같이 비교적 수입이 많고 위험이 적은 장년기에 수입이 적고 위험이 높은 노령기를 대비하여 미리 보험료를 납부하는 것을 말한다. 다시 말해 평균적인 보험료에 비해 자연보험료가 낮은 장년기에 그 차이를 적립하였다가 자연식 보험료가 평균적인 보험료보다 높아지면 그 적립금으로 보충하는 것이다. 이러한 구조로 인해 평준보험료를 적용하는 경우 보험회사는 미리 받은 보험료를 적립해야 하고 이는 연령준비금의 주요 구성요소가 된다.

이러한 방식은 보험료가 일정하여 계약자가 안정적으로 보험계약을 유지할 수 있다는 장점이 있으나, 보험회사의 관점에서 보면 매우 위험이 크다. 왜냐하면 평준보험료를 계산하기 위해서는 오랜 기간 동안의 위험률을 예측해야 하는데, 이는 실제

23) Erich Schneider; Rainer Fühaupter, Claudia Brechtmann의 논문을 참조함

와 다를 가능성이 매우 높기 때문이다.

독일의 경우 이러한 위험을 해소하기 위해 평준보험료를 책정하되 예정과 실제의 차이가 유의미하게 나타나면 보험료를 조정한다. 이때 보험료의 조정은 연령 증가에 의한 위험 증가가 아닌 의료수가 인상 폭의 변화, 의료서비스 수요증가, 고가 신의료 서비스나 신약 도입 등에 의해 이루어지므로 보험기간 동안 보험료 조정금액이 크게 발생하지 않는 구조이다.

독일 감독당국은 일정이상의 보험료 수준이 유지되도록 매년 보험회사로부터 적정보험료 산출(Trigger Factor) 보고서를 제출하도록 하고 있다. 이 보고서는 최근 3년간의 경험 손해액과 향후 1년 동안의 예상 손해액 간의 차이를 분석한 보고서로 감독당국은 그 차이가 $\pm 10\%$ 이상인 경우 보험료 조정을 강제화하고, $\pm 5\sim 10\%$ 인 경우는 보험료 조정을 권고한다.

또한 노령기의 보험료 부담을 완화시킬 목적으로 21~60세 동안 연간 영업보험료의 10%를 추가로 더 부가하고 이를 개별 연령준비금에 적립하게 하고 있다(10% Loading).²⁴⁾

1) 평준보험료 산출 방법

평준보험료 산출에 필요한 요소는 이자율, 해약률, 인당 예정보험금, 안전할증, 사업비 등이다. 위의 요소들은 시간의 흐름에 따라 변할 수 있으므로 정기적으로 점검하고 갱신보험료에 반영해야 한다. 본 보고서에서는 안전할증과 사업비는 논외로 하고 수지상등식 위험보험료의 산출에 대해 설명하고자 한다.

독일의 보험료 산출 방법의 기본은 루삼법(Method of Rusam)이다. 이 방법은 1930년대 Rusam이 개발한 방법으로 예상 인당 보험금을 연령에 의존하는 부분(age-profile)과 소위 기준 인당 보험금(Master Claims-per-Capita)이라 부르는 해당 상품의 보장 수준에 대한 정보를 담은 부분으로 나눈 것이다. 인당 보험금(Claims-

24) 2000년 도입, 2000년 이전 계약의 경우 초년도 영업보험료의 2%에서 시작하여 10%가 될 때까지 매년 2%씩 증가하여 부가함

per-Capita)은 정해진 기간 동안 한 개인에게 지급될 보험금의 기댓값이라고 정의할 수 있다. 여기서 정해진 기간은 보통 1년이다.

루삼법은 인당 보험금을 단순한 곱으로 표현하기 위해서 1) 연령별 위험률의 패턴은 시간의 흐름에 따라 변하지 않으며, 2) 시간의 흐름에 따른 보험금의 변화 요인은 모든 연령에서 동일하다고 가정한다.

◆ 루삼법의 가정

- (1) 연령별 위험률의 패턴은 시간의 흐름에 따라 변하지 않는다. 즉 현재 x 세인 가입자의 위험률 r_x 와 현재 y 세인 가입자의 위험률 r_y 의 비율 r_y/r_x 는 시간이 흘러도 변함이 없다.
- (2) 의료비의 증가 등 시간의 흐름에 따른 보험금의 변화 요인은 모든 연령에서 동일하다.

이 가정하에서 루삼법은 현재 x 세인 피보험자의 t 년 후 인당 보험금 $K_x(t)$ 를 $x+t$ 세의 표준화된 연령별 위험률 부분 $k_x(t)$ 과 연령과는 무관한 전체 보험금의 지급 추이 부분인 $G(t)$ 의 곱으로 표현한다.

$$K_x(t) = k_x(t) \times G(t)$$

다음으로 루삼법은 과거의 보험금 지급 데이터를 이용하여 $K_x(t)$ 를 산출하는데, 먼저 $k_x(t)$ 를 구하고, 다음으로 $G(t)$ 를 구하며, 마지막으로 이전 단계에서 구한 $k_x(t)$ 와 $G(t)$ 를 이용하여 $K_x(t)$ 를 구한다.

◆ 루삼법의 예상 인당 보험금 산출 프로세스

- 1단계: 표준화된 연령별 위험률(Age-profile) 산출
- 2단계: 실제 기준 인당 보험금(Master claim per capita) 산출
- 3단계: 기준 인당 보험금 외삽
- 4단계: 계리적 인당 보험금(Actuarial claim per capita) 결정

가) 표준화된 연령별 위험률(Age-profile) 산출

표준화된 연령별 위험률의 산출은 두 단계로 이루어진다. 먼저 최근 데이터(보통 직전 3개년 연령별 또는 연령군별 보험금 지급 내역)를 이용해 대략의 연령별 지급 보험금의 비를 구한다. 이때 기준 연령을 정하여 해당 연령의 지급보험금 비를 1로 한다.

다음으로 위에서 구한 대략의 연령별 지급보험금의 비를 평활화(Smoothing)한다. 여기서 평활화를 하는 이유는 각 연령별 지급보험금 자료는 어떤 확률밀도함수를 갖는 확률분포로부터 뽑혀진 표본과 같은 것으로써 이를 평균하여 얻은 값은 변동성이(Random fluctuation) 매우 크기 때문이다. 즉 무작위로 뽑혀 나온 값들을 평활화함으로써 변동성을 줄이고 추정의 질을 높이는 것이다. 평활화하는 방법으로는 모수회귀분석, 비모수회귀분석 등 여러 가지가 있다.

나) 실제 기준 인당 보험금(Master claim per capita) 산출

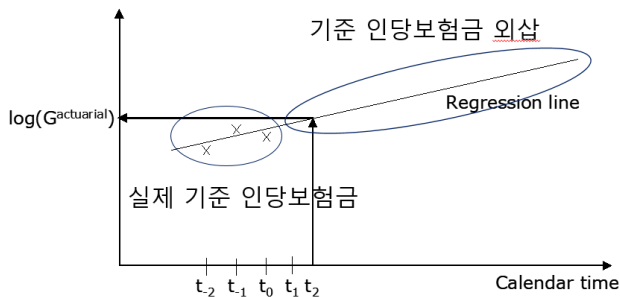
보통 직전 3개년 동안 보험금 지급 데이터를 이용하여 연도별 총 지급보험금을 해당연도의 연령 구성에 따른 가중치를 적용한 총 피보험자의 수로 나누어 구한다. 이때 연령별 가중치는 위에서 구한 표준화된 연령별 위험률을 사용한다. 여기에서 단순히 피보험자의 수로 나누지 않고 해당연도의 연령 구성에 따른 가중치를 적용하는 것은 지급보험금의 변화 중 가입자 군의 연령구조 변화에 따른 영향을 제거하기 위한 것이다. 다시 말해 연령과는 무관한 전체 보험금의 지급 추이를 구하기 위해서이다. 이런 방법으로 각 3개년도의 실제 기준 인당 보험금을 구할 수 있다.

다) 기준 인당 보험금 외삽

위에서 구한 3개년도의 실제 기준 인당 보험금을 이용해 향후 기준 인당 보험금 값을 외삽한다. 외삽 방법으로 선형회귀분석, 로그회귀분석 등 다양한 방법이 있다. 물론 기준 인당 보험금의 특성상 로그회귀분석이 적합할 것으로 생각할 수 있다. 왜

나하면 기준 인당 보험금의 변화는 전체 의료비의 변화 즉, 의료물가상승률을 나타내며 물가의 상승은 로그회귀분석이 더 적합하기 때문이다. 그러나 로그회귀분석을 사용하는 경우 전체 의료비 증가가 지나치게 높게 추정될 수 있기 때문에 외삽 방법은 신중히 선택해야 한다.

〈그림 IV-6〉 기준 인당 보험금 외삽 예시



라) 계리적 인당 보험금(Actuarial claim per capita) 산출

이제 시간의 흐름에 따라 해당 연령의 표준화된 연령별 위험률과 해당연도의 기준 인당 보험금을 곱하여 해당 보험년도의 계리적 인당 보험금을 산출한다.

예를 들어 현재 40세 말인 피보험자의 5보험년도에 해당하는 계리적 인당 보험금은 45세의 표준화된 연령별 위험률 $k_{40}(5)$ 과 5년 후 기준 인당 보험금 $G(5)$ 의 곱으로 구한다.

$$K_{40}(5) = k_{40}(5) \times G(5)$$

마지막으로 적정한 예정이율로 할인하여 현재가치를 구하고 사망률, 해약률 등을 고려하여 평균보험료를 산출한다.

2) 보험료 조정

앞서 설명한 것처럼 독일의 대체형 민영건강보험은 어떤 질병이 발생하거나 높은 비용이 나타났어도 특정 나이에 보장을 중단할 수 없다. 즉 보험회사는 계약을 거부할 수 있는 권한을 포기해야 한다. 따라서 보험회사는 의료비의 변화 등으로 인해 보험금 지급이 현재의 예상과 다를 것이라는 판단이 들면 보험료를 조정할 수 있어야 한다. 이때 독일의 대체형 민영건강보험은 평균보험료를 사용하므로 보험료 조정 시 준비금의 영향을 받는다. 조정보험료는 원칙적으로 미래에 지급할 것으로 예상되는 보험금의 현재가치가 향후 납입할 보험료의 현가와 현재 준비금의 합이 되도록 정한다. 따라서 같은 나이로 할지라도 준비금이 많이 적립된 가입자의 조정 보험료가 그렇지 않은 가입자의 보정보험료보다 작게 된다.

$$\text{총 미래 보험금의 현가} = \text{총 미래 보험료의 현가} + \text{현재 보험료적립금}$$

3) 해약환급금 미지급을 통한 역선택 방지

보험회사가 계약을 거부할 수 없는 체계에서는 보험회사는 항상 균형이 잘 잡힌 포트폴리오를 유지할 수 있어야 한다. 다시 말해 보험회사가 건강이 나쁜 피보험자는 남고 건강한 피보험자는 오히려 탈퇴하는 상황을 막을 수 있어야 한다.

독일은 전 국민이 공적 건강보험 또는 민영건강보험에 의무적으로 가입해야 하고 민영건강보험에 가입한 사람은 특별한 경우가 아니고서는 공적 건강보험으로 옮길 수 없다. 그럼에도 불구하고 민영건강보험 계약자는 보험회사를 바꿀 수 있기 때문에 역선택이 발생할 수 있다. 일반적으로 보험회사를 바꾸려면 아픈 사람은 새로운 보험자에게는 추가 보험료를 내야하기 때문에 탈퇴하지 않는 반면 건강한 사람은 다른 보험회사가 더 나은 조건을 제시한다면 탈퇴할 이유가 있기 때문이다.

논리적으로 보면 역선택을 방지하는 방법은 간단하다. 계약자의 탈퇴를 금지하면 된다. 실제로 이는 보험회사의 계약자에 대한 계약거부 금지와 상응하는 것이다. 그

러나 이러한 조치는 법적·사회적 이유로 불가능하다. 이에 독일의 대체형 민영건강 보험은 계약자가 계약을 해지하고 다른 보험회사로 이동할 경우 연령 준비금의 일부만 이전²⁵⁾하는 방법으로 계약자의 이탈을 막고 있다. 물론 동일 보험회사 내 타 상품으로 옮기는 경우에는 기존 계약의 연령 준비금은 전액 신계약으로 이전된다.

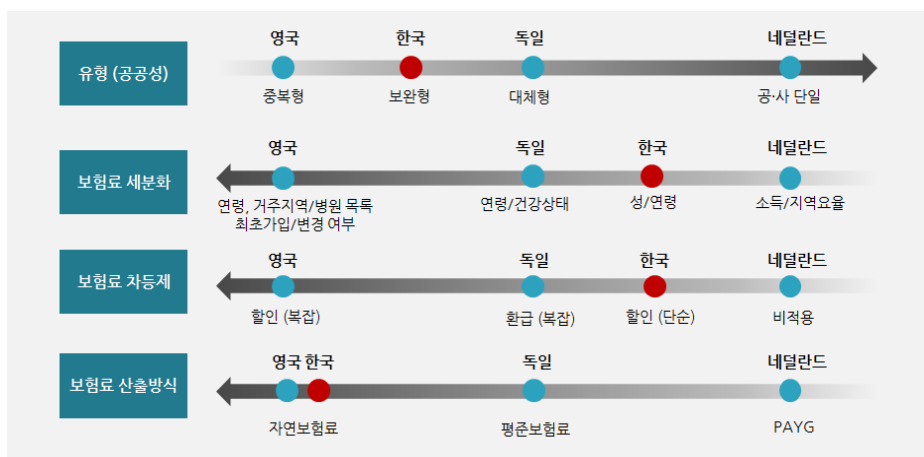
3. 소결

각 국가별 민영의료보험의 특성은 공공부문과 연계된 민영의료보험의 역할에 의해서 결정된다. 예를 들어 공적 건강보험을 완전히 대체하는 네덜란드의 경우에는 표준화된 상품에 지역요율 적용 등 강한 공공성을 요구하고, 보험료 차등제도 실시하지 않는다. 대신 지역요율 적용으로 인한 역선택 문제를 해결하기 위해 보험회사 간 보험료를 재분배하는 위험평준화제도를 실시하고 있다. 반면 시장성이 강한 중복형 민영건강보험을 운영하는 영국의 경우 다양한 요인으로 보험료를 세분화하고 복잡한 할인구조를 가지는 보험료 차등제를 운영하고 있다. 공적 건강보험을 부분적으로 대체하는 독일 대체형의 경우 공공성이 다소 강하여 보장범위, 보험기간 등에 제한을 두는 등 공공성을 강조하지만, 민영건강보험의 특성을 반영하여 보험료 세분화에 건강상태를 반영하며, 다소 복잡한 구조의 보험료 환급제를 운용하고 있다.

반면 상대적으로 공공성이 약한 보완형 민영건강보험인 실손의료보험은 그 역할에 비해 공공성이 강조된 상품 구조를 가지고 있다. 보험료가 세분화되어 있지 않으며 차등제도 단순한 형태로 운영되고 있다. 또한 보험회사는 갱신 및 재가입을 거부할 수 없으며, 모든 보험회사가 동일한 보장을 제공하고 있다.

25) 2009년 이전까지는 타사로 이동 시 전액 반환되지 않고 기존 보험회사에 귀속되어 손해를 안정화에 활용되었으나, 2009년 이후부터 일부 이전을 허용함

〈그림 IV-7〉 주요국의 특징



보험료 산출 방식에서 보면 독일은 공공성 강화 측면에서 평준보험료를 채택하고 있는데 반해, 영국과 한국은 자연보험료 방식을 취하고 있다. 그리고 영국, 독일, 네덜란드 모두 실손의료보험에는 없는 연간 자기부담금제도를 적용하고 있다.

한편 독일의 민영건강보험은 노령기에도 보험료 납부가 가능하도록 평준보험료 방식을 적용하고 있다. 독일의 경우 일부계층에 대해서 민영건강보험이 공적 건강보험을 대체하므로 노령기에도 보험료 납부가 가능하도록 하는 것이 중요하기 때문이다. 이때 평준보험료를 책정하되 예정과 실제의 차이가 유의미하게 나타나면 보험료를 조정하며 역선택 방지를 위해 가입자가 계약을 해지하고 다른 보험회사로 이동할 경우 연령 준비금의 일부만 이전한다.

따라서 노령기 갹신보험료가 지나치게 높아질 가능성이 큰 실손의료보험의 지속 가능성 제고를 위해 독일의 평준보험료는 좋은 벤치마크가 될 것이다.

V. 개선 방안

Ⅲ장에서 논의한 바와 같이 현행 실손의료보험은 지속가능성 측면에서 다음의 세 가지 문제점을 가지고 있다.

첫째, 가입 시 보험료에 계약자의 건강상태를 반영하지 않으며 갱신 및 재가입을 거부할 수 없어 역선택 발생 가능성이 높다는 점이다. 둘째, 현재 실손의료보험은 포괄적 보장구조로 운영되고 있으며 의료이용량에 따른 보험료의 차이도 거의 없어 도덕적 해이가 발생하기 쉽다는 점이다. 셋째, 현재의 연령별 의료비의 차이, 높은 의료물가상승률, 긴 보장기간으로 인해 향후 갱신보험료가 가입자가 감당하기 어려울 정도로 상승할 수 있다는 것이다.

이에 이 장에서는 주요국의 민영의료보험 운영 사례를 참고하여 실손의료보험의 지속가능성을 제고할 수 있는 상품 개선 방안을 제안하고자 한다.

1. 보험료 세분화

가. 민영건강보험의 공적역할과 보험료 세분화

공적 건강보험은 연대성을 강조하는 특성상 피보험자의 위험 특성에 따라 보험료를 달리 하지 않는다. 대부분의 나라는 소득에 비례해 보험료를 납부하고 있다. 우리나라의 경우에도 소득에 따라 보험료를 납부하는 것을 기본으로 하고 있으나, 재산에 대한 보험료 부과를 병행하고 있다. 따라서 공적 건강보험은 고소득자에게서 저소득자에게로, 부유한 사람에게서 가난한 사람에게로, 건강한 사람에게서 병약한 사

람에게로 소득의 전이가 일어나는 구조를 갖게 된다.

반면 민영건강보험은 개인의 의료비부담에 대한 자구책이며, 보험회사와 계약자 간 사적계약의 성질이 크므로 보험료의 형평성 즉, 위험한 정도에 따른 보험료의 부담이 중요한 문제가 된다. 따라서 민영건강보험에서는 소득이전을 최소화하는 것이 일반적이다.

민영의료보험의 공공성은 민영의료보험의 역할(대체형, 보완형, 보충형 등)에 의해서 결정된다. 민영의료보험이 대체형으로서 국민의 기본적인 의료보장의 수단인 경우 강한 공공성이 요구되나, 사치재로서 국민건강보험의 보완적, 보충적 역할에 한정될 경우에는 일반적으로 공공성 규제보다는 다양한 상품의 공급을 통한 소비자의 선택권 확대를 중요시 하게 된다.

건강보험 관련 EU 지침서²⁶⁾의 경우에도 사회보장은 국민 기본권이라는 정신에 입각하여, 대체형 및 준대체형 민영의료보험에 대해서는 회원국에게 강력한 규제를 허용하도록 하고 있다. 반면, 보충형, 보완형, 중복형 등에 대해서는 지급여력에 대한 사후적 규제 등 최소한의 규제만 하도록 권고하고 있다.

나. 실손의료보험의 역선택 가능성과 보험료 세분화

현재 실손의료보험은 형태적으로 공공성이 강하지 않은 보완형으로 운영되고 있다. 그리고 의무가입, 위험균등화 등 공공성이 강한 민영의료보험제도를 가진 국가에서 역선택을 방지하기 위해 시행하는 제도들은 가지고 있지 않다.

한편 실손의료보험은 역선택에 취약한 상품 구조를 가지고 있다. 현재 국내 실손의료보험은 성별과 연령으로만 보험료를 세분화하고 있으며, 건강상태 등 다양한 특성을 반영하지 못하고 있다. 더욱이 갱신 시에도 계약거부를 할 수 없고 과거 가입경력이나 사고이력 등을 보험료에 반영하지 못하여 역선택의 가능성이 매우 크다. 갱신 시 보험료도 성별과 연령 이외의 요인으로 차별할 수 없다.

이렇듯 형태적으로 공공성이 약하고 역선택 가능성이 높은 실손의료보험은 EU 지

26) EC(1992), Third Non-life Insurance Directive

침서의 권고대로 상품 구조, 가격, 가입심사에 대한 규제는 최소화하고 지급여력 등 사후적인 규제를 하는 것이 바람직하다.

만약 국내 실손의료보험의 공공성을 강화하고자 한다면 상품 구조, 가격, 가입심사에 대한 규제와 함께 역선택을 막거나 역선택으로 인한 보험회사의 손실을 보전할 수 있는 제도도 함께 필요하다.

보험료 세분화 정도, 가격, 보장범위 등에 대한 규제는 역선택 발생 가능성을 높여 결과적으로 보험회사의 손실가능성을 높인다. 그러나 이는 보험회사의 자율적인 판단을 제한하였기 때문에 발생한 것이므로 공공차원에서의 역선택 방지 및 손실방지 대책이 필요한 것이다. 예를 들어 네덜란드의 경우 보험자는 가입자를 선별 선택할 수 없기 때문에 위험기준²⁷⁾과 DCGs(Diagnostic Cost Groups)²⁸⁾에 따라 각 보험회사에 재원을 분배하여 역선택으로 인한 손실을 보전하고 있다.

다. 보험료 세분화와 데이터 부족

보험료를 세분화할 때 한 가지 고려해야 할 것은 데이터의 부족이다. 보험료를 세분화할수록 각 그룹에 속하는 데이터가 적어져 보험료 산출에 어려움을 겪을 수 있기 때문이다. 따라서 보험료 산출 시 영국의 경우와 같이 일반선행모형을 사용하는 방안을 검토할 필요가 있다.

2. 보험료 차등제

실손의료보험은 역선택과 도덕적 해이에 취약한 구조를 가지고 있다. 특히 보험회사가 갱신과 재가입을 거부할 수 없고 재가입 시 계약심사를 통한 보험료 차별화도 불가능한 상황이다. 따라서 개인별 의료이용량과 연계한 보험료 차등 부과제로

27) 성, 연령, 지역, 근로 유무, 장애 유무, 만성질환에 대한 처분 수준 등임

28) 30가지 주요 질환 유무를 말함

무사고자나 보험금 미청구자 혹은 소액 청구자에 대한 인센티브를 부여하기 위한 개인별 보험료 차등제를 검토해 볼 필요가 있다. 물론 현행 실손의료보험도 2년간 비급여 무청구 시 보험료의 10% 정도를 환급하는 보험료 할인제를 시행하고 있다. 그러나 그 구조가 매우 단순하고 환급보험료의 규모도 크지 않아 역선택과 도덕적 해이를 줄이는 효과가 크지 않을 것으로 생각된다.

가. 자연보험료 vs 평준보험료

보험료 차등제 도입 시 고려할 사항 중 하나는 자연보험료 방식을 적용할 것인가 평준보험료 방식을 적용할 것인가이다. 왜냐하면 자연보험료 방식을 적용하는 경우에는 고령에서의 보험료 차등 정도가 젊은 나이에에서의 차등에 비해 클 것이기 때문이다. 또한 고령일수록 보험금을 청구할 가능성이 높기 때문에 고령층의 보험료 부담이 지나치게 높아지는 부작용이 생길 수 있다. 반면 평준보험료 방식은 보험금 미청구에 대한 보험료 차등의 정도가 전 연령에 동일하게 적용되므로 보험료의 차이 정도가 피보험자의 위험 차와 다소 동떨어진 결과를 가져오게 된다.

그러나 실손보험료의 지속가능성과 고령화 대비의 차원에서 생각해 보면 보험료의 차이가 위험의 차이와 다소 다르다 하더라도 평준보험료 방식을 적용하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

나. 환급제 vs 할인제

다음으로 고려할 사항은 차등제의 운용방식을 환급제로 할 것인가 할인제로 할 것인가이다. 물론 이미 납입한 보험료를 돌려주는 것과 다음 해 보험료를 할인해 주는 것의 실제 효과는 비슷하다고 할 수 있다. 그러나 두 제도는 그 운용의 복잡성에는 차이가 있다.

할인제의 경우에는 다음 해 보험료가 변하는 것이므로 매해 갱신 시 할인 또는 할증된 보험료를 고지하기만 하면 된다. 그러나 환급제를 운영하기 위해서는 환급이

발생하는 경우 그 금액을 계약자에게 직접 돌려주거나 배당준비금과 유사한 형태로 관리해야 한다. 이때 환급금을 직접 돌려주는 것은 지나친 행정비용이 발생할 가능성이 있으며, 유배당상품을 거의 취급하지 않고 있는 국내보험회사의 경우 직접 돌려주지 못한 환급금을 관리하기 위한 새로운 시스템을 갖춰야 하는 문제가 발생한다.

따라서 그 효과가 유사한 두 제도 중 상대적으로 운영이 용이한 할인제를 적용하는 것이 바람직하다고 판단된다.

다. 구분의 정도

다음으로는 보험료 차등의 정도를 어떻게 설계할 것인가이다. 이 문제는 차등제의 도입 목적, 다양한 차등구조별 효과, 이해 당사자의 의견 등을 종합하여 정해야 할 문제이므로 이 보고서에서 구체적으로 다루기에는 어려움이 있다.

다만 구분의 정도가 지나치게 복잡하거나 큰 것도 문제이지만 너무 단순하고 차이가 적은 것도 적절하지 않음을 명심할 필요가 있다. 적어도 차등제의 도입 목적인 역선택과 도덕적 해이 방지에 효과가 있을 정도의 구분과 차이를 두어야 할 것이다. 특히 청구 경력에 따라 여러 단계로 구분할 수 있어야 피보험자의 위험의 정도에 따른 구분이 가능하여 역선택을 줄이는 역할을 할 수 있을 것이다.

라. 청구 제외

다음으로 청구 제외의 범위를 고민할 필요가 있다. 현재 실손의료보험은 가입자의 의료 접근권을 제한하지 않도록 한다는 취지하에 보험금 청구 여부 판단 시 급여의료비 청구는 물론이고 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀난치성 질환 등 4대 중증질환 관련 비급여 의료비까지 보험금 청구에 포함하지 않는다. 이는 현행 미청구 할인제도가 도덕적 해이의 방지 목적으로만 설계된 것으로 역선택의 방지의 목적은 거의 없음을 나타낸다.

그러나 현행 실손의료보험의 큰 문제점 중의 하나는 역선택에 취약하다는 것이고 본 보고서는 보험료 차등제를 통해 역선택 가능성을 줄여 지속가능성을 높일 것을 제안한다. 그리고 보험료 차등제는 계약 이후 피보험자의 위험의 정도가 변함에 따라 보험료를 제시하여 형평성에 맞는 보험료를 적용하는 방안 중 하나이다. 따라서 청구 제외 항목의 선정 시 피보험자의 위험의 정도에 큰 영향을 미치지 않으면서 피치 못할 경우로만 한정해야 할 것이다.

마. 재원 확보

마지막으로 보험료의 할인에 대한 충분한 재원 확보를 위해서는 적정한 혹은 보수적인 실손의료보험 요율(Basic rate)의 수준 유지가 보장되어야 한다. 과거에도 일정 기간 보험금을 청구하지 않은 실손 가입자에게 차년도 갱신보험료를 할인해 주는 제도를 도입하였으나, 보험료가 현실화되지 못한 상황에서 활성화되지 못한 사례가 있었음을 간과해서는 안 될 것이다.

3. 연간 자기부담금

공적 건강보험은 가입자의 도덕적 해이 방지보다는 원활한 의료이용을 통한 건강회복이 더욱 중요한 목적이므로 의료접근성을 지나치게 제한하는 도덕적 해이 방지수단의 도입은 바람직하지 않다. 그러나 공적 건강보험이라 하더라도 비용효율성을 고려하지 않으면 비용의 증가로 시스템 유지에 위협을 받을 수 있으므로 연대성을 해치지 않는 범위에서 도덕적 해이 방지 수단을 도입하고 있다. 반면 민영건강보험은 공적 건강보험에 비해 계약자 간의 형평성이 강조되는 특성상 상대적으로 강한 도덕적 해이 방지 수단을 사용하고 있다.

가. 연간 공제금의 장점

연간 공제금은 건별이 아닌 연간 의료비용 전체에 대해 고려함으로써 건별공제보다 피보험자의 행동에 더 많은 영향을 미친다. 그러나 일반적으로 피보험자의 치료는 질병이나 상해에 기인하므로 불가피한 측면이 있어 치료의 기피를 유도하는 것은 바람직하지 않다. 이런 측면에서 연간 공제금은 장점이 많은 제도이다.

먼저 심각한 질병의 경우라면 반드시 병원에 가야 하므로 비가격 탄력적인 선택을 할 것이나 일반 감기 같은 경우는 꼭 병원에 가야하는 것이 아니므로 가격 탄력적인 선택을 할 것이라는 면에서 가벼운 병으로 병원을 방문하는 것을 제한하는 효과가 발생한다.

반면 연간 공제금 수준까지는 가격 탄력적인 선택(연간 공제금 수준까지는 병원을 방문할수록 비용이 추가 발생)을 하지만 연간 공제금 수준을 넘어가면 한계비용이 0이기 때문에 심각한 질병의 경우(연간 공제금 수준 이상의 치료비가 발생하는 경우)에는 연간 공제금이 의료 접근권을 제약하지 않는다.

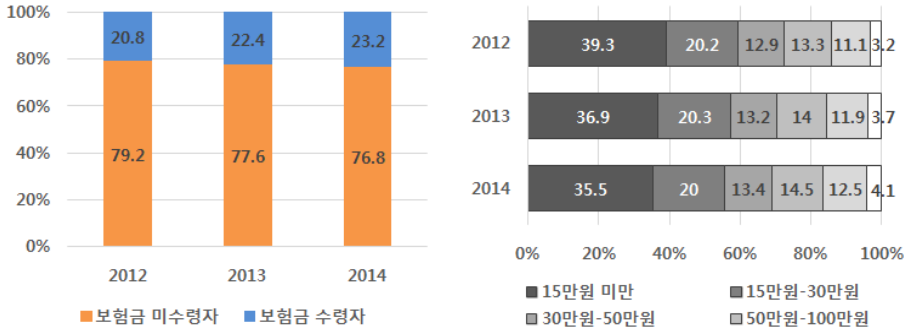
나. 적정 연간 자기부담금 수준

국내 실손의료보험에 연간 자기부담금제도를 도입한다면 적절한 수준의 연간 자기부담금 설정이 중요하다. 자기부담금이 지나치게 높으면 상품의 소구력이 감소하고 자기부담금이 지나치게 낮으면 도덕적 해이 방지 효과가 감소하기 때문이다. 따라서 보험금 지급 현황을 면밀히 분석하여 설정할 필요가 있다.

예를 들어 2014년 기준 실손 가입자 중 보험금 수령 비율은 23%대이고, 수령자들의 대다수인 83.4%가 100만 원 이하를 수령하였으며, 연간 300만 원 이상의 고액 수령자는 4%에 불과하였다. 또한 50만 원을 설정하면 현재 보험금 수령자의 75% 정도가 제외되고, 30만 원을 설정하면 현재 보험금 수령자의 60% 정도가 제외된다.

〈그림 V-1〉 실손의료보험 보험금 수령 현황

(단위: %)



자료: 정성희(2016. 6)

아울러 국내 실손의료보험에 연간 공제금제도를 도입한다면, 그 효과는 국민건강보험 급여의 본인부담금 상한제와의 관계를 고려해야 한다. 급여본인부담금 상한이 100만 원인 경우 실손의료보험의 연간공제가 100만 원이라면 계약자가 비급여를 이용하지 않는다는 가정하에서는 실손의료보험이 보장하는 것이 없게 되기 때문이다. 특히 현 정부의 급여 확대정책이 실현되면 그 가능성이 더 커진다. 따라서 본인부담금 상한제를 고려한 적절한 수준의 연간 공제 설정이 필요하다.

마지막으로 실손의료보험은 보험가입자가 보장범위를 쉽게 알기 어려우므로 보험가입자가 연간 자기부담금 초과 여부를 쉽게 확인할 수 있는 장치를 마련할 필요가 있다.

4. 갱신형 평준보험료

향후 갱신보험료가 크게 상승하게 되면 특히 소득이 줄어드는 노년기에 실손의료보험을 유지하기 어렵게 된다. 따라서 노후에 실손의료보험의 보험료 부담을 완화하기 위한 방안으로 미리 추가 납입하거나 적립하는 방안을 검토할 필요가 있다.

독일 사례를 비추어 볼 때, 의료 요인보다 상대적으로 예측이 가능한 연령별 의료

비 등을 보험가입시점에서 미리 산출하고 이를 보험료에 평준식으로 반영하게 되면 노후 연령 인상분을 미리 납입하고 적립해 놓는 셈이 된다. 의료수가 등 외부 요인으로 인한 인상은 보험료 조정이 필요할 경우 갱신보험료에 반영하면 되는데 이때 조정은 연령 인상분에 비해 크지 않으므로 가입자의 부담도 덜게 된다.

이외에 싱가포르²⁹⁾ 등 해외 사례에서처럼 실손의료보험과 연계된 의료비 저축계좌의 도입과 활용을 다시 한 번 모색해 볼 필요가 있다. 현재 의료비연금계좌를 통한 의료비 인출 특약을 운영 중에 있으나 소비자 대상으로 홍보가 되어 있지 못하고 보험회사도 적극적으로 판매를 하지 않아 그 활용도가 매우 저조한 상태이다.

가. 평준보험료와 의료저축계좌 비교

평준보험료 방식은 미래 보험료를 미리 받아 놓는 방식이다. 그러므로 미리 받아 적립한 금액인 준비금(보험료적립금)은 그 용도가 분명하다. 따라서 평준보험료 방식으로 설계한 보험은 순수 보장성보험으로 분류할 수 있다.

반면 의료저축계좌 방식은 적립금을 의료비 또는 건강보험 보험료로 사용하는 경우에만 인출할 수 있다는 제한은 있으나 기본적으로 보험이라기보다는 저축에 해당한다.

물론 적립금을 향후 실손의료보험의 보험료로만 사용할 수 있게 제한한다면 그 역할은 평준보험료 방식의 보험료적립금과 유사하게 할 수 있다. 한 예로 국내 한 보험회사의 경우는 추후 갱신보험료를 충당하는 목적으로 기본계약에 갱신예비적립을 운영하는 상품을 출시한 바 있다. 그리고 이 보험의 적립부분 보험료의 운영은 보험업감독규정 제7-49조 제1항 제3호에서 정한 보장성보험 기준을 충족할 수 있는 범위 내로 한정하여 보장성보험으로 운영하고 있다.

29) 1984년에 의료비, 노후연금 등을 정부 차원에서 보장하기 위해 가입이 의무화되는 사회 보장기금(CPF: Central Provident Fund)를 도입하고 CPF 내에 의료비 충당 목적의 의료저축계좌(MSA: Medical Saving Accounts)를 설치, 연령별로 급여의 6~8%를 노사 공동으로 분담하여 개인별 MSA에 의무 적립하도록 하고 본인과 직계 가족의 의료비 등에 한해서만 인출하여 사용할 수 있도록 함

나. 평준보험료 도입 시 고려사항

1) 평준보험료 산출 방법

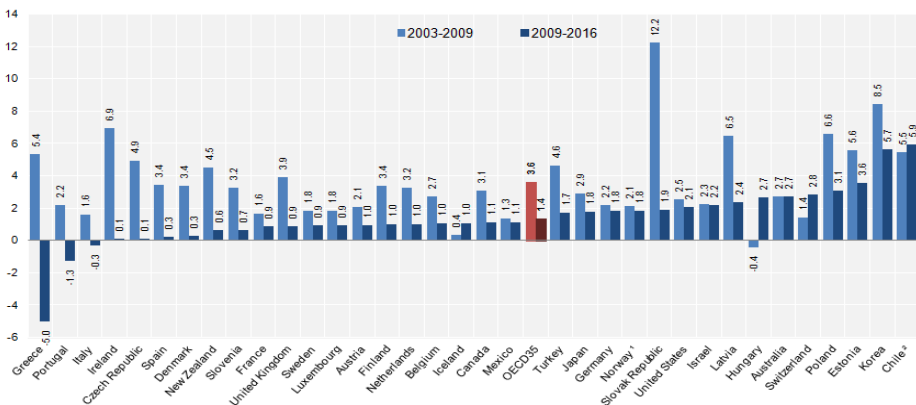
평준보험료 도입 시 보험료 산출 방법으로는 루삼법을 적용하는 것이 가능할 것이다. 이 방법은 이미 독일 민영건강보험에서 사용하고 있는 방법일 뿐 아니라 직관적으로 이해하기 쉬운 가정하에서 상당히 합리적인 방법으로 계산하고 있기 때문이다. 또한 과거에 판매한 3년 또는 5년 마다 갱신하는 실손의료보험의 갱신보험료 산출 방식과도 일맥상통하는 면이 있어 기술적인 측면에서 도입에 무리가 없다고 보인다.

2) 의료물가상승률의 적용

2016년 국민의료비 규모는 GDP 대비 7.7%로 OECD 평균 9.0%보다 낮은 수준이나,³⁰⁾ 지난 7년간(2009~2016년) 연평균 의료비 지출 증가율은 OECD 평균보다 3배 이상 높게 나타나고 있다.

〈그림 V-2〉 주요국 연평균 의료비 지출 증가율(2003~2016년)

(단위: %)



자료: OECD(2017)

30) OECD(2017)

또한 Ⅲ장에서 살펴본 바와 같이 최근 5년간의 연평균 의료물가상승률은 4.33%인 반면 최근 5년간의 연평균 물가상승률은 1.29%에 불과했다.

이러한 추세를 반영하여 평준보험료를 계산하면 보험료 수준이 매우 높게 계산되는 문제가 있다. 루삼법을 이용하여 보험료를 계산해 본 결과 40대 가입자의 평준보험료가 40세 자연보험료(40세 가입자를 1년간 보장하기 위해 필요한 보험료)의 10배 수준으로 나타났다. 금액으로는 평준식 위험보험료가 연 160만 원 수준으로 부가보험료를 고려하면 상당히 부담스러운 수준이다. 여기서 보장기간은 100세 만기, 납입기간은 전기납, 예정이율은 2.5%를 적용했다. 그리고 의료물가상승의 외삽은 로그회귀분석을 사용했다.

그러나 평준보험료 계산 시 의료비 상승이 한없이 계속된다는 가정은 비합리적인 가정이라 할 수 있다. 주요국의 경우에도 GDP 대비 의료비는 10% 초반에 머물러 있으며 국내 의료비도 7.7% 수준이므로 의료비물가가 수십 년간 지속적으로 빠르게 상승한다는 가정보다는 어느 정도의 시점에서 급격한 상승은 멈춘다는 가정이 적절할 것으로 보인다.

〈표 V-1〉 주요국 GDP 대비 의료비 비중(2016년)

(단위: %)

국가	독일	일본	네덜란드	영국	미국	한국
GDP 대비	11.3	10.9	10.5	9.7	17.2	7.7

자료: OECD(2016)

또는 로그회귀분석이 아닌 선형회귀분석 이용하여 의료물가상승의 영향을 줄이는 것도 하나의 방법이다. 앞서 계산과 동일한 가정에서 의료물가 상승의 외삽을 로그회귀분석 대신 선형회귀분석을 적용하면, 40대 가입자의 평준식 위험보험료는 40세 자연보험료의 6배 수준으로 줄어든다. 이는 실손의료보험의 보장 수준과 노후의료비의 증가를 고려하면 수용가능한 수준이라고 보인다.

사실 독일과 같이 평준보험료를 환경의 변화에 따라 조정할 수 있도록 한다면 보험료 수준을 지나치게 보수적으로 계산하는 것 보다는 가입자의 수용가능성과 향후 전망을 조화시키는 수준에서 결정하는 것이 바람직하다.

3) 보험료 조정

국내 실손의료보험의 보장기간은 매우 길다. 따라서 보장기간 동안의 경제환경이나 제도 변화를 미리 예측하는 것이 매우 어렵다. 특히 실손의료보험은 실제 손해를 담보하기 때문에 경제환경이나 제도 변화로 사고 발생의 빈도뿐 아니라 매 사고마다의 심도도 크게 변할 수 있어 미래 보험금의 규모를 정확히 예측하는 것은 불가능에 가깝다. 다시 말해 보험계약 시 평준보험료를 계산할 때 예상했던 보험금의 흐름은 실제와는 다를 가능성이 매우 높다. 따라서 보험회사는 의료비 변화 등으로 인해 보험금 지급이 현재의 예상과 다를 것이라는 판단이 들면 보험료를 조정할 수 있어야 한다.

4) 해약환급금 미지급 여부

실손의료보험에 평준보험료를 도입한다면 준비금이 적립될 것이고 만약 계약자가 해지를 원한다면 이를 환급해야 하는 경우가 생길 것이다. 이때 독일의 경우처럼 역선택 방지를 위해 환급금을 주지 않거나 준비금의 일부만 환급할 것인지에 대한 고민이 필요하다. 물론 현재도 국내에서 저해지환급형 종신보험을 판매하고 있어 감독 규정상 평준보험료 방식 실손의료보험 해약 시 준비금의 일부만 환급하는 상품을 만드는 것은 무리가 없을 것이다. 그러나 사회적으로 많은 관심을 받는 실손의료보험인 만큼 사회적 합의를 통해 결정할 필요가 있다.

이때 해약환급금을 적게 돌려주는 대신 보험료가 저렴해진다는 점도 함께 고려할 필요가 있다. 저해약환급금 상품은 해약자에게 해약환급금을 적게 지급하는 대신 그에 해당하는 만큼을 계약유지자의 준비금적립 재원으로 사용한다. 따라서 준비금을 다 돌려주는 보험에 비해 저렴한 보험료로도 같은 만큼의 위험보장 서비스를 제공할 수 있는 구조를 가지고 있다. 이러한 구조로 인해 저해약환급금 상품은 장래에 많은 계약자들이 해약할 것이라고 가정할수록 계약유지자의 준비금 적립 재원으로 사용할 수 있는 자금이 크게 계산되어 보험료가 저렴해진다.

반면, 보험회사가 상품개발 시 예상했던 해약률보다 실제로 해약하는 계약자의 비율이 낮은 경우에는 보험회사에게 계약유지자에 대한 준비금의 일부를 자본으로 적립해야 하는 부담이 발생한다. 따라서 이 상품은 상품개발 시 해약률에 대한 가정을 매우 신중하게 결정해야 한다.

VI. 결론

실손의료보험은 공보험의 보충형으로 도입되었으며 현재 3천만 명 이상이 가입한 대표보험으로 성장해 왔다. 그러나 현행 실손의료보험은 지속가능성 측면에서 다음의 세 가지 문제점을 가지고 있다.

첫째는 역선택 발생 가능성이다. 현재 실손의료보험은 가입 시 보험료에 계약자의 건강상태를 반영하지 않으며 갱신 및 재가입을 거부할 수 없다. 따라서 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 도덕적 해이가 발생할 가능성이 있으며 이를 제재할 상품 차원의 방책도 없는 상황이다. 셋째는 향후 갱신보험료가 가입자가 감당하기 어려울 정도로 상승할 가능성이다. 현재의 연령별 의료비의 차이와 높은 의료물가상승률 그리고 매우 긴 보장기간을 고려할 때 현재의 상황이 지속된다면 향후 갱신보험료가 매우 높아질 것으로 전망되기 때문이다.

한편 해외 사례를 살펴보면 네덜란드, 독일, 영국 등의 민영건강보험은 각각의 역할에 따라 상품 구조가 정해지고 있다. 공적 건강보험을 완전히 대체하는 네덜란드는 표준화된 상품을 제공하고 지역요율을 적용하며 보험료 차등제를 실시하지 않는 등 공공성을 강조하고 있다. 반면 시장성이 강한 영국의 중복형 민영건강보험은 다양한 요인으로 보험료를 세분화하고 복잡한 보험료 차등제를 실시하고 있다. 부분적으로 공적 건강보험을 대체하는 독일 대체형의 경우에는 보장범위, 보험기간 등에는 공공성을 강조하지만, 민영건강보험의 특성을 반영하여 보험료에 건강상태를 반영하며, 다소 복잡한 보험료 환급제를 도입하고 있다.

그러나 보완형 민영건강보험인 실손의료보험은 형태적으로 공공성이 약함에도 불구하고 표준화된 상품 제공, 보험료 세분화 및 차등제 제한, 갱신 및 재가입 거부불가 등 공공성이 강조된 상품 구조를 가지고 있다. 한편 네덜란드, 독일, 영국 모두 연간 자기부담금제도를 실시하고 있으며 독일의 민영건강보험은 노령기에도 보험료 납부가 가능하도록 평준보험료 방식을 적용하고 있다.

이에 본 보고서는 지속가능성 제고를 위해 보험료 세분화, 보험료 차등제, 연간 공제금의 도입, 평준보험료 도입을 제안한다.

첫째 형태적으로 공공성이 약하고 역선택 가능성이 높은 실손의료보험은 보험료를 세분화하여 역선택의 가능성을 줄여야 한다. 둘째 갱신 시 역선택 발생 가능성과 도덕적 해이를 줄이기 위해 개인별 의료이용량과 연계한 보험료 차등제를 강화할 필요가 있다. 셋째 도덕적 해이 방지를 위해 계약자가 보험금 청구 여부를 신중하게 결정하도록 연간 자기부담금제도를 도입할 필요가 있다. 이 제도는 보험계약자에게 보험료를 절감할 수 있는 방안이기도 하다는 장점이 있다. 마지막으로 노후 시 실손의료보험의 보험료 부담을 완화하기 위한 방안으로 평준보험료를 도입할 필요가 있다.

물론 본 보고서에서 제시하는 개선 방안을 실제 적용하기 위해서는 V장에서 제시한 개선 방안별 고려사항을 포함한 다양한 문제점과 가능성을 검토하여 현실에 적합한 구체적인 방안을 세워야 할 것이다. 이를 위해 보험업계 및 학계의 의견 수렴과 심도 있는 추가 연구가 계속될 필요가 있다.

참고문헌

- 국민건강보험공단(2011~2016), 국민건강보험통계연보
- 국회예산정책처(2015), 2016년도 예산안 부처별 분석 : 보건복지위원회, 여성가족위원회 소관
- 김대환(2016), 「실손의료보험 가입자의 유지 및 해약 형태 실증분석과 시사점」, 『보험학회지』, 제108집
- 김대환 · 이봉주(2013), 「실손의료보험의 역선택 분석」, 『보험학회지』, 제96집
- 김재호(2011), 「민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정」, 『보험학회지』, 제89집
- 보건복지부 · 금융위원회 · 금융감독원(2016), 실손의료보험 제도 개선방안
- 보험연구원(2016), 『고령화리뷰』, 제1호
- 이항석 · 이가은 · 이경아(2017), 「실손의료보험에서 요율산정과 일반화선형모형(GLM)의 활용」, 『리스크관리연구』, 제28권, 제4호
- 이항석 · 이수빈 · 백혜연(2017), 「실손의료보험에서 신뢰도기법을 반영한 보험료 산정」, 『보험학회지』, 제111집
- 이현복 · 남상욱(2013), 「민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구」, 『보험학회지』, 제75집
- 정성희(2016. 6), 실손의료보험 제도개선 방안, 보험연구원 정책세미나
- _____(2016. 12), 실손의료보험 제도개선: 보험료 차등제, 비급여관리, 실손의료보험 제도개선 공청회, 보험연구원 · 한국계리학회
- _____(2017), 민영건강보험의 역할 재정립, 보험연구원 정책세미나
- 조재린 · 지혜수 · 이항석(2016), 「베이지언 접근법과 모수불확실성을 반영한 보험 위험 측정 모형」, 『한국데이터정보과학회지』, 제27권, 제1호
- 조재훈 · 이근창(2013), 「실손의료보험 손해액 극단값 혼합분포의 베이지언 추정」, 『보험금융연구』, 제24권, 제2호

Allianz, Private Krankenversicherung im Überblick - Krankenversicherung für Selbstständige

Association of British Insurers(2017), Health Insurance Explained

Association of German private healthcare insurers(2015), Financial report for private healthcare insurance

Aviva(2016), Healthier Solutions Terms and conditions

Bengt Holmstrom(1979), "Moral Hazard and Observability", *The Bell Journal of Economics*, 10(1)

EC(1992), Third Non-life Insurance Directive

Erich Schneider, "The Main Features of German Private Health Insurance", Trans 27th ICA

Laing and Buisson(2015), Health Cover UK Market Report

LaingBuisson's Health Cover, 13th ed

Munich Health(2016), Insights into German Health Insurance Market A Munich Health's View

OECD(2017), OCED Health at a Glance

_____(2016), OECD Health Statistics 2016 Definitions, Sources and Methods

Rainer Fühaupter, Claudia Brechtmann, "A survey of the Private Health Insurance in Germany", Trans 27th ICA

The Ministry of Health, Welfare and Sports(2011), Health Insurance in the Netherlands

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 ·
마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸
2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미
2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환
2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정 · 박지운 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형 · 이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호 · 류건식 · 김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송운아 · 이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈 · 이태열 · 김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석 · 이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희 · 한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중 · 김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유효가격 측정 연구 /
지홍민 2017.12

- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화 · 박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공 · 사 협력 방안 / 조용운 · 오승연 · 김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식 · 강성호 · 이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현 · 이해은 2018.2
- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영 · 김세영 · 이선주 2018.2

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목 · 장동식 · 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식 · 이경희 · 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경 · 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원 · 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식 · 이창우 · 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도 · 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도 · 김대환 · 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과의 시사점 / 유경원 · 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태 · 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익 · 김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 이태열 · 신중협 · 황진태 · 유진아 · 김세환 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 이경아 · 이해은 2009.2

- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수 · 김경환 · 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 황진태 · 변혜원 · 이경희 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경 · 변혜원 · 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 김대환 · 이경희 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수 · 안철경 · 변혜원 · 최영목 · 최형선 · 김경환 · 이상우 · 박정희 · 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수 · 김경환 · 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산 · 고령화와 금융의 역할 / 윤성훈 · 류건식 · 오영수 · 조용운 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린 · 이기형 · 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형 · 변혜원 · 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환 · 유진아 · 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형 · 임준환 · 김해식 · 이경희 · 조영현 · 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우 · 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체계 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5

- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해량 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린 · 김해식 · 김석영 2014.3
- 2014-3 공 · 사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열 · 강성호 · 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해량 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해량 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수 · 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실 · 정책연구실 · 동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실 · 재무연구실 2010.6

- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식 · 최영목 · 김소연 · 장동식 · 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경 · 변혜원 · 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목 · 김소연 · 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도 · 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태 · 기승도 · 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아 · 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운 · 황진태 · 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환 · 류건식 · 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현 · 전용식 · 이해은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ④ sure 4.0 / 진 익 · 김동겸 · 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식 · 김석영 · 김세영 · 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환 · 류건식 · 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유정원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린 · 황진태 · 권용재 · 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식 · 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도 · 조용운 · 이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 · 김혜란 · 정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 ·

김동겸 2016.5

■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진억 · 지재원 · 박정희 · 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 기승도 · 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 이상우 · 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면 · 이정환 · 최이섭 · 정중영 · 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익 · 김상수 · 김종훈 · 변귀영 · 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교 · 오영수 · 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환 · 이민환 · 윤건용 · 최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운 · 김세환 · 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식 · 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협 · 최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화 2010.4

- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 김해식 · 유진아 · 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경 · 황진태 · 서성민
2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 /
이창우 · 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운 · 변혜원 · 이승준 ·
김경환 · 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태 · 전용식 · 윤상호 · 기승도 ·
이상우 · 최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우 · 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식 · 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 황진태 · 변혜원 · 정원석 ·
박선영 · 이상우 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식 · 변혜원 ·
황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원 · 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영 · 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의
세제방식 중심으로 / 정원석 · 강성호 · 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을
중심으로 / 한기정 · 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태 · 박선영 · 권오경
2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주 · 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식 · 윤성훈 · 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환 · 강민규 · 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 ·
오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8

- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 -대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른 국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략 / 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형 · 김혜란 2016.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원 · 김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 -Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식 · 이정환 2014.8

- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12

제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
2008-2	보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
2008-3	FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
2008-4	퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식 · 서성민 2008.12
2009-1	FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
2009-2	퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식 · 김동겸 2009.3
2009-3	퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식 · 이상우 2009.6
2009-4	퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식 · 이상우 2009.10
2010-1	복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환 · 이상우 · 김혜란 2010.4

- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환 · 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식 · 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선 · 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환 · 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운 · 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈 · 전용식 · 전성주 · 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형 · 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식 · 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영 · 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2

- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7
 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9
 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식 · 김동겸 2008.2
 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형
 2008.6
 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경 · 권오경 2008.7
 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식 · 김동겸
 2008.7
 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	—	—

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 팩스 : (02) 3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9080 / pgc0703@kiri.or.kr)

저자약력

조재린

Queen's University 통계학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : jrincho@kiri.or.kr)

정성희

서울대 통계학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

연구보고서 2018-6

계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안

발행일 2018년 3월

발행인 한 기 정

발행처 보 험 연 구 원

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-79-4 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원