

<http://dx.doi.org/10.17703/JCCT.2024.10.3.667>

JCCT 2024-5-75

본인 부담상한제와 민영 실손의료보험의 상호작용

Interaction between Out-of-Pocket Maximum and Indemnity Health Insurance

남영희*

Young-Hee Nam*

요약 본 연구는 건강보험의 본인부담상한제와 민영실손의료보험의 관계에서 야기되는 쟁점을 진단하고, 제도 개선을 위한 정책 과제를 제안하는 것을 목적으로 한다. 문헌연구를 통해 본인부담상한제 초과 환급금 미지급으로 인한 소비자 피해 실태와 건강보험 보장성 강화에 따른 실손보험의 역할 변화를 분석하였다. 연구 결과, 일방적 약관 해석과 불완전판매 관행이 소비자 권익을 침해하고 있으며, 실손보험의 보장 축소에도 불구하고 보험료 인하로 이어지지 않는 문제점이 확인되었다. 이에 상품 구조 합리화, 위험률 산출 투명화, 소비자 정보 제공 강화 등의 제도 개선과 함께, 건강보험과 민영보험의 합리적 역할분담을 위한 사회적 합의 도출이 시급함을 강조하였다. 본 연구는 의료보장체계의 발전적 재편을 위한 정책적 시사점을 제공한다는 점에서 의의가 있다.

주요어 : 본인부담상한제, 실손의료보험, 건강보험 보장성, 소비자 권익, 의료보장체계

Abstract This study aims to diagnose the issues arising from the relationship between the out-of-pocket maximum in health insurance and private indemnity health insurance and propose policy tasks for institutional improvement. Through literature research, the study analyzed the damage to consumers caused by the non-payment of refunds exceeding the out-of-pocket maximum and the changing role of indemnity insurance due to the strengthening of health insurance coverage. The results confirmed that unilateral interpretation of insurance clauses and incomplete sales practices infringe upon consumer rights, and that insurance premiums do not decrease despite the reduction in coverage of indemnity insurance. Therefore, the study emphasized the urgency of institutional improvements such as rationalization of product structure, transparency of risk rate calculation, and reinforcement of consumer information provision, as well as the need for social consensus on the rational division of roles between health insurance and private insurance. This study is significant in that it provides policy implications for the developmental reorganization of the healthcare system.

Key words : out-of-pocket maximum, indemnity health insurance, health insurance coverage, consumer rights, healthcare system

I. 서론

우리나라는 국민의 의료비 부담을 완화하기 위해 공

적인 건강보험과 민간 보험사에서 실손의료보험 제도를 운영하고 있다. 특히 저소득층과 중증질환자의 과중한 의료비 부담을 경감시키고자 2004년 건강보험의 본

*정회원, 중앙대학교 복지행정학과 겸임교수 (제1저자)
접수일: 2024년 3월 5일, 수정완료일: 2024년 4월 12일
게재확정일: 2024년 4월 20일

Received: March 5, 2024 / Revised: April 12, 2024

Accepted: April 20, 2024

* Corresponding Author: yhn0435@naver.com

Dept. of Welfar and Public Administration, Chung-Ang Univ, Korea

인부담상한제를 도입하였다. 본인부담상한제는 가입자가 연간 본인부담금이 일정 상한액을 초과할 경우 그 초과금액을 건강보험공단이 부담하는 제도이다[3].

그런데 이렇게 공보험인 건강보험과 민영보험인 실손의료보험 간 상호작용 과정에서 소비자 피해 문제가 발생하고 있다. 실손의료보험은 가입자가 부담한 법정 본인부담금과 비급여 의료비의 일부를 보장해주는 상품인데, 보험사들이 고객이 건강보험 본인부담상한금액 이상 지출한 의료비를 실손 보험금에서 삭감하는 사례가 빈발하고 있기 때문이다[1].

이에 대해 보험업계는 이미 환급된 금액을 추가로 지급하는 것은 이중 보상이며, 도덕적 해이를 초래할 수 있다고 주장한다[2]. 실손보험의 수지 균형과 상품의 지속가능성을 위해서는 이를 제한할 수밖에 없다는 논리이다.

그러나, 이러한 관행은 소비자 권익 차원에서 문제의 소지가 있다. 먼저 실손보험 가입자들은 본인부담상한제와는 별개로 보험료를 납부하고 있음에도, 사고 발생 시 보험금을 온전히 수령하지 못하는 상황에 직면하게 된다[3]. 이는 소비자의 정당한 기대이익을 침해하고 보험 상품에 대한 신뢰를 저하시킬 수 있다.

게다가 건강보험의 본인부담상한 초과에 따른 환급금은 진료 후 상당한 시일이 경과한 이후에 지급되어 일정 기간 시차(time lag)이 존재하기 때문에 소비자들은 심리적으로나 경제적으로 여전히 부담을 느낄 수밖에 없는 구조이다.

보험회사의 입장만 고려한 일방적 약관 설계와 불완전판매 문제 역시 소비자 불만을 야기하고 있다. 본인부담상한제 관련 면책조항에 대한 설명 소홀로 인해 보장의 공백이 발생할 것을 소비자가 예측하기란 쉽지 않은 실정이다[4].

나아가 본인부담상한제 도입 취지를 감안할 때, 건강보험 본인부담금 상한제의 보장이 강화 될 때 보험금 지급액이 줄어들게 되어 보험사들은 반사이익을 얻게 된다. 이를 민영보험사의 배타적 이익 수단으로 활용하는 것은 제도의 공공성을 훼손할 우려가 있다. 저소득·취약계층의 의료 접근성 보장이라는 사회정책적 목표 달성을 위해서는 제도 간 유기적 연계와 이해관계자 간 협력이 필수적이기 때문이다[5]. 보험산업의 건전한 발전을 도모하면서도 국민 건강권 보호라는 공익을 함께 제고할 수 있는 해법 마련이 요구되는 대목

이다.

물론 보험회사는 영리법인으로서 이윤추구가 당연한 목적이며, 계약자유 원칙상 약관 내용을 자율적으로 설계할 수 있다. 그러나 다수 국민이 가입한 공공재적 성격의 상품인 만큼[6], 사회적 형평과 공정성 관점에서 일정한 규제와 감독이 필요한 영역이기도 하다. 법적 정당성만을 좇는 도덕적 해이는 보험산업의 지속가능한 발전에도 부정적이다.

따라서 본인부담상한제와 실손의료보험 간 관계를 재정립하고, 제도 운영상 문제점을 개선하기 위한 종합적 논의가 필요한 시점이다. 이에 본 연구는 해당 쟁점을 둘러싼 다양한 이해관계를 조망하고, 소비자 관점에서의 개선 방안을 모색하는 것을 목적으로 한다. 특히 최근 대법원 판결로 촉발된 공·사보험 간 상호작용에 주목하여, 근본적 제도 개혁을 위한 정책 의제를 제안하고자 한다.

이는 의료보장제도의 공공성 확립과 소비자 후생 증진이라는 사회정책적 가치 실현에 기여할 수 있을 것이다. 국민 의료비 부담 경감과 건강권 보장은 보건의료정책의 핵심 과제일 뿐 아니라[7], 사회안전망 강화를 통한 국민 삶의 질 제고라는 거시적 비전과도 직결되는 문제이기 때문이다[8].

II. 이론적 배경

1. 본인부담상한제의 도입배경 및 운영 현황

우리나라는 의료보험제도 도입 이래 건강보험의 보장성을 지속 강화해 왔다. 그러나 저소득층의 경우 과도한 의료비로 인해 필요한 의료서비스마저 포기하는 미충족의료 문제가 발생하기도 했다[8]. 이에 정부는 2004년 본인부담상한제를 도입하였다.

본인부담상한제는 건강보험 가입자가 연간 본인부담금이 일정 상한액을 초과할 경우 그 초과금액을 공단이 부담하는 제도로, 가입자의 소득수준에 따라 상한액이 차등 적용되며 초과금액은 사후 정산된다[3]. 2004년 도입 당시에는 소득에 관계없이 일률적으로 상한액을 정했으나, 2009년부터 소득 구간을 세분화하여 차등 적용하기 시작했다. 2018년부터는 소득분위별로 상한액을 다르게 설정하고, 고객 장기 입원에 대해서는 더 높은 상한액을 적용하고 있다. 2022년 기준 본인부담상한제 적용 인원은 186만 명, 지급금액은 2조 4,708

억 원에 달했다. 제도 혜택은 저소득층에 집중되는 경향을 보였는데, 소득 하위 50%인 15분위의 적용 인원은 전체의 85%, 지원금액은 전체의 70.1%를 차지했다. 1분위의 경우 1인당 평균 107만 원을 지원받은 반면, 10분위는 32만 원에 그쳤다. 이는 저소득층일수록 의료 수요가 많고 본인부담액이 높은 현실을 반영한 것으로, 본인부담상한제가 이들의 의료비 부담 경감에 상당한 도움이 되고 있음을 시사한다.

그럼에도 여전히 저소득층의 경우 상한액 수준이 높아 의료 이용에 제약이 따른다는 지적이 있다[9]. 또한 비급여 의료비가 상한액 산정에서 제외되어 보장의 사각지대로 남아있다[9]. 보장성 확대에 의한 의료 이용량 증가와 건강보험 재정 부담 문제도 향후 관리가 필요한 과제이다. 여기에 더해 본인부담상한제와 민영실손의료보험의 관계 설정 문제도 중요한 정책 의제로 대두되고 있다.

2. 실손의료보험의 개념 및 현황

실손의료보험은 국민건강보험의 본인부담금과 비급여 의료비를 보장하는 민영의료보험이다. 저부담-저급여를 특징으로 하는 우리나라 건강보험체계 하에서는 [10] 가입자의 의료비 부담이 가중되고 보장의 사각지대가 발생하는 문제가 제기되어 왔다[9]. 실손의료보험은 이러한 문제의식 하에 공보험의 보완재로서 도입·발전해왔다.

2022년 기준 실손의료보험 가입률은 68.9%, 가입자 수는 약 3,565만 명에 이른다[11]. 이는 국민건강보험 적용 인구의 약 68.9%가 실손의료보험에 가입해있음을 의미한다. 개인 단위뿐 아니라 단체보험 형태로도 널리 활용되고 있어, 의료 영역에서 민영보험이 차지하는 비중이 상당함을 알 수 있다.

그러나 실손의료보험의 양적 성장에도 불구하고 손해를 상승으로 인한 보험료 인상, 소비자 민원과 분쟁 증가, 공·사보험 연계 부족으로 인한 중복 보상 등의 문제점이 지적되고 있다[12]. 특히 이러한 양상이 건강보험 보장성 강화와 무관치 않다는 점에 주목할 필요가 있다. 건강보험의 보장 영역이 확대될수록 실손보험의 보장 범위는 축소되는데, 이를 보험사가 즉각 보험료에 반영하기 어려운 구조적 한계가 있기 때문이다. 이는 새로운 담보 발굴이나 기존 약관의 보장 축소로 이어지곤 한다.

보험사의 이러한 행태는 건강보험 보장성 강화로 인한 반사이익을 극대화하려는 데서 비롯된다. 실손보험의 보장 축소로 지급보험금이 감소함에도 이를 보험료에 반영하지 않음으로써 초과이익을 누리게 되는 것이다. 물론 장기적으로는 손해를 개선으로 보험료 인하는 요인으로 작용할 수 있겠으나, 단기적으로는 보험사가 수익을 내부 유보하려는 유인이 크다 하겠다. 이처럼 실손의료보험은 소비자 보호와 공정성 제고라는 과제에 직면해 있다. 건강보험 보장성 강화에 부응하여 상품 구조를 합리화하고 위험률 산출을 투명화하려는 노력이 요구된다. 특히 반사이익의 보험료 환원을 위한 제도적 장치 마련이 시급하다.

3. 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계에 대한 선행연구 검토

본인부담상한제와 실손의료보험의 관계를 다룬 선행연구들은 주로 법학 분야에서 관련 약관과 관례의 해석, 제도 운영상 쟁점 분석에 초점을 맞추고 있다. 김배정(2022)은 대법원 판결에 대한 분석을 통해 본인부담상한제 관련 보험금 환수 문제를 소비자 보호 관점에서 조명하였다[12]. 약관 설명의무 강화, 소급적용 제한 등 소비자에게 유리한 해석 기준을 제시하였으나, 장기적으로는 상위법 개정을 통한 제도 개선이 필요하다고 역설했다[12].

황현아 외(2019)는 정부의 건강보험 보장성 강화가 가져올 수급권 변화와 이해관계 재조정 문제에 대해 분석했는데[3], 이는 의료보장 강화와 국민 건강권 확보라는 사회정책적 가치에 입각한 균형 있는 고려가 필요함을 시사한다.

일부 연구자들은 행동경제학의 분석틀을 도입해 정보비대칭 하의 소비자 행태에 주목하기도 한다[13]. 복잡한 약관 하에서 소비자의 합리적 선택이 제약된다는 점을 지적하며, 약관의 명확성 제고와 소비자 역량 강화를 제언하고 있다.

최근에는 행정학, 정책학 등 인접 사회과학 분야에서도 공사보험 관계를 조망하려는 시도가 나타난다[5]. 의료보장 거버넌스와 이해관계자 참여, 의료전달체계와 의료이용 행태, 급여 우선순위 설정 등 다양한 쟁점과의 연계 속에서 통합적 처방을 모색하는 접근이라 하겠다.

이상의 검토에서 알 수 있듯 본인부담상한제와 실손

의료보험 문제는 법학에 국한된 것이 아니라 사회정책 전반과 밀접히 연관된 복합적 주제라 할 수 있다. 따라서 사회과학 제 분과학문의 이론과 분석틀이 두루 활용되어야 할 것이다. 가치와 이해관계의 조화, 절차적 정당성 확보, 사회적 신뢰 구축 등에 대한 심도 있는 논의가 필요한 시점이다.

요컨대 제도 개선을 위해서는 학제적 연구와 사회적 논의의 활성화가 요구된다. 기존 논의의 단편성을 넘어 국민 건강권 확보라는 시대적 과제에 부응하는 통합적 처방이 절실하다. 사회과학계의 면밀한 진단과 처방이 요청되는 대목이다.

III. 연구의 설계

1. 연구문제 설정

본 연구는 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계를 둘러싼 쟁점을 소비자 관점에서 조명하고, 제도 개선을 위한 정책 의제를 발굴하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

첫째, 본인부담상한제 초과 환급금에 대한 실손보험 미지급이 가입자에게 미치는 영향을 살펴본다. 최근 대법원 판결 이후 보험사들이 기존 계약에까지 소급하여 환급금에 대한 기지급분을 환수하는 사례가 나타나고 있다. 이로 인한 경제적 피해 규모와 주관적 불안감 등을 분석함으로써 문제의 심각성을 가늠해 보고자 한다. 보험사 입장에서는 모럴해저드 방지와 재무건전성 확보를 위해 불가피한 조치일 수 있다. 그러나 가입자 입장에서는 예상치 못한 추가 부담이 발생하는 것이며, 이는 궁극적으로 의료 접근성 저하로 이어질 수 있다. 불완전판매에 따른 소비자 신뢰 저하, 사회적 형평성 훼손 등 부정적 외부효과도 종합적으로 고찰할 필요가 있다.

둘째, 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험의 역할 변화와 제도 개선 방향을 모색한다. 국민건강보험 보장 영역의 확대는 실손보험 시장에 직접적 영향을 미치게 된다. 실손보험의 보장 범위 축소와 손해율 개선이 예상되기 때문이다. 그러나 이러한 반사이익이 보험료 인하로 귀결되지 않는 보험사의 행태에 대해서는 비판적 검토가 필요하다. 소비자 이익 제고를 위한 정책방안을 강구하고자 한다. 구체적으로는 ① 건강보험 보장 확대에 따른 실손보험 역할 재정립, ② 표준약관

개선을 통한 소비자 권익 강화, ③ 상품구조 단순화 및 정보제공 확대, ④ 금융당국의 감독·제재 강화 등이 주요 의제가 될 것이다.

셋째, 장기적 관점에서 국민건강보험과 민영실손보험의 합리적 역할분담 방안을 제언한다. 양 제도 간 보장 공백과 중복이 발생하고, 총의료비 관리에 어려움이 있는 현행 이원화체계의 한계가 지적되고 있다. 특히 고령화에 따른 의료수요 증가 추세를 고려할 때, 재정건전성 확보와 지속가능성 제고가 시급한 과제로 대두된다. 따라서 건강보험 보장성 강화를 고려하여 실손보험의 역할과 위상을 재정립하되, 상호보완적 관계 구축을 위한 정책 로드맵을 제시하고자 한다. 또한 의료진 달체계 확립, 예방적 건강관리 활성화 등 관련 제도 개혁과의 연계성도 모색할 것이다. 이는 사회보험과 민영보험의 균형 있는 발전을 통해 국민 의료보장 수준을 제고하기 위한 장기적 비전으로 이어질 수 있을 것이다.

2. 연구방법

첫 번째 연구문제인 실손보험 미지급의 사회적 영향 분석을 위해서는 주로 2차 자료를 활용한 문헌연구를 실시한다. 금융위원회, 금융감독원, 건강보험공단 등 유관기관의 보도자료와 통계를 수집·분석하여 피해 실태를 파악할 것이다.

두 번째로 실손보험의 제도 개선방안에 관해서는 관련 법령과 판례, 정책자료 등에 대한 검토가 이루어질 것이다. 이를 통해 현실적 제도 설계 방향을 모색하고자 한다.

마지막으로 공·사보험의 발전적 관계 정립을 위해서는 이론적 분석과 정책적 논의를 종합해야 한다. 경제학, 사회정책학 등 관련 분과학문의 논의를 폭넓게 검토하는 한편, 이해관계자의 목소리에도 귀 기울일 것이다. 아울러 국회 회의록, 연구보고서 등 정책결정 과정에서 생산된 자료도 분석 대상으로 삼을 것이다.

이상의 연구설계를 통해 실손의료보험을 둘러싼 환경 변화에 능동적으로 대처하고, 관련 정책의 합리성과 실효성을 제고하고자 한다. 법학적 분석에 국한하지 않고 사회과학 제 분야의 이론과 방법론을 원용함으로써 통합적 인식과 처방이 가능할 것으로 기대한다.

IV. 분석

1. 본인부담상한제 초과 환급금 미지급의 소비자 피해 실태

최근 대법원은 실손보험 표준약관 제정 전후를 불문하고 본인부담상한제에 따른 초과 환급금을 보험금에서 공제하는 것이 타당하다고 판시했다. 이에 보험사들은 환급금 전액을 면책하거나 이미 지급한 보험금을 환수하겠다는 입장을 밝혔다.

한국소비자원(2022)에 따르면, 2021년 한 해 실손의료보험 관련 피해구제 신청 중 본인부담상한제 관련 민원이 26.8%에 달했으며[1], 불만 사유로는 약관 해석 문제, 임의 적용 등이 주로 제기되었다. 2020년 12건에서 2021년 25건으로 관련 민원이 급증한 점도 주목할 만하다[1].

특히 문제가 되는 것은 약관에 명시되지 않은 사항을 근거로 환급금을 사후 공제하거나 기납입 보험료를 환수하는 관행이다. 2016년부터 2020년까지 보험사들이 본인부담상한제를 이유로 지급하지 않은 보험금이 845억 원에 이르는 것으로 나타났다[15]. 이는 직접적 경제적 피해일 뿐 아니라 소비자 알권리와 선택권을 침해하는 행위다.

더욱 우려되는 것은 판결 취지를 그대로 적용하는 경우다. 2024년 대법원은 표준약관 제정 이전인 2009년 9월 이전 실손보험 계약에 대한 판단을 내렸는데, 이 경우 소비자는 가입 당시 예상하지 못한 불이익을 사후적으로 감수해야 하는 상황에 놓이게 된다. 법적 정당성은 확보되었으나 신뢰관계 측면에서는 부당한 결과로 이어질 수 있다. 물론 저소득층 의료비 부담 경감이라는 제도 취지에 비추어 볼 때, 이를 보험사의 배타적 이익 수단으로 활용해서는 곤란할 것이다. 과도한 중복보상은 도덕적 해이를 조래하고 보험제도의 지속 가능성을 저해할 수 있기에, 본인부담상한 초과 의료비의 면책에 관해 합리적 기준을 마련해야 한다. 그러나 건강보험 보장성 강화로 인한 혜택을 보험사 수익 개선에만 활용하는 것 역시 형평성에 어긋난다. 실손보험의 보장 범위 축소에 따른 반사이익을 객관적으로 산출하고, 이를 보험료 인하나 급부 확대에 투입하는 기전이 필요하다.

게다가 고령화로 인한 의료비 증가 추세를 감안할 때, 공·사 의료보험의 관계를 '의료보장 강화'라는 관

점에서 재정립하고, 이는 국민 건강권 보호라는 사회적 책 목표와 연계되어야 한다. 단순히 개별 분쟁의 해결이 아닌, 의료 영역에서의 공공성 제고를 위한 거시적 제도 개혁이 요청되는 시점이다.

2. 본인부담상한제 초과 환급금 미지급의 소비자 피해 실태

2017년 이후 정부의 건강보험 보장성 강화 정책으로 2021년 기준 보장률은 64.5%까지 상승했다[14]. 이는 의료비 부담 경감과 의료 접근성 제고라는 가시적 성과로 이어졌다. 그러나 이로 인한 실손보험 시장의 변화 양상에도 주목할 필요가 있다. 건강보험 보장 확대는 실손보험의 보장 영역 축소로 귀결될 수밖에 없기 때문이다. 실제로 2021~2023년 동안 실손보험 손해율은 11.3%나 하락한 반면, 같은 기간 보험료는 오히려 상승했다[16].

즉, 건강보험 보장성 강화로 실손보험사의 지급 부담은 감소했음에도 보험료 인하로는 이어지지 않고 있다. 물론 손해를 개선이 즉각 보험료 인하로 귀결되기는 어려운 것이다. 그러나 소비자 입장에서 건강보험의 보장성 확대에 따른 민영보험료 인하라는 수혜를 제대로 누리지 못하는 상황이 문제적이다. 국민 부담 경감이라는 정책 목적이 반감될 수 있기 때문이다.

더욱이 보험료 조정 시차로 인해 기존 계약자와 신규 계약자 간 형평성 문제도 발생하게 된다[15]. 기존 계약자는 과도한 보험료를 부담해야 하는 반면, 신규 계약자는 개선된 요율의 혜택을 보게 되는 것이다. 이는 장기적으로 실손보험 시장의 신뢰도를 저하시킬 수 있다[17].

이에 실손의료보험은 소비자 보호와 공정성 제고라는 과제에 직면해 있다. 건강보험 보장성 강화에 조응하여 상품 구조를 합리화하고 위험률 산출을 투명화해야 한다. 무엇보다 반사이익의 보험료 환원을 위한 제도적 장치 마련이 시급하다. 이를 위해 우선 실손보험 표준약관을 개선해야 한다. 건강보험 보장 강화에 따른 급부 조정 기준을 구체화하고, 보험료 변경 절차에 관한 객관적 지침을 수립해야 한다. 보험료 산출 근거 공시, 변경 시 신고 의무화 등 요율 결정 과정에 대한 감시·통제 장치도 보완되어야 할 것이다.

아울러 상품 구조 단순화와 비교공시 강화로 소비자의 합리적 선택을 지원하고, 불완전판매 근절을 위한

규제도 강화할 필요가 있다. 이는 실손보험 상품의 복잡성을 고려할 때 정보 비대칭 해소를 위해 필수적이다. 나아가 금융감독원을 중심으로 한 제재 체계를 내실화하여 위법·부당 행위에 대한 규율을 강화해야 한다. 물론 규제 차원의 대응은 한계가 있다. 보험사의 자율적 책무 이행을 유도하고 상생의 공급망을 구축하기 위한 정책적 노력이 병행되어야 한다. 이해관계자 간 소통과 협력을 통해 개선안을 마련하고, 이를 자율 규제 형태로 실천해 나가야 할 것이다.

이상의 제도 개선과 더불어, 건강보험과 실손보험 간 합리적 역할 분담에 관한 사회적 합의 도출도 중요한 과제다. 공보험과 사보험의 보장 영역을 명확히 설정하고, 국민 의료비 효율화 방안을 함께 모색할 필요가 있다. 실손의료보험은 건강보험을 보완하되 과도한 중복은 지양하고, 국민건강 증진에 특화된 고유영역을 발굴해 나가야 한다. 요컨대 건강보험 보장성 강화는 실손의료보험에 위기인 동시에 기회다. 제도 운영의 투명성과 합리성을 높여 국민 신뢰를 회복하고, 공적보험과의 협력적 발전을 도모함으로써 지속가능한 의료보장 체계를 구축해야 한다. 이는 단순히 수익구조 개선이 아닌, 의료보험의 공공성을 확립하고 국민 건강권 보장에 기여하는 혁신으로 이어져야 할 것이다.

더불어 상품 구조의 단순화와 비교공시 강화 등을 통해 소비자의 합리적 선택을 지원하는 한편, 불완전판매 근절을 위한 판매 규제도 한층 강화할 필요가 있다. 이는 복잡하고 전문적인 실손보험 상품의 속성을 고려할 때 정보 비대칭 완화를 위한 필수적 과제라 할 수 있다. 나아가 금융감독원 중심의 감독·제재 체계를 내실화하여 위법·부당 행위에 대한 규율을 강화해 나가야 한다.

그러나, 이러한 규제 중심의 대응만으로는 한계가 있다. 보험사의 자발적 책무 이행을 유도하고 상생의 공급망을 구축하기 위한 정책적 노력 또한 병행되어야 한다. 이해관계자 간 소통과 협력을 통해 상호 수용 가능한 개선안을 모색하고, 이를 자율규제 형태로 실천해 나가는 노력이 요구된다. 가령 공·사보험 정보연계시스템 구축, 의료공급자 인센티브제 도입 등 제도 운용의 효율성 제고를 위한 민관 협력 과제를 적극 발굴할 필요가 있다.

이상의 제도 개선 노력과 함께, 국민건강보험과의 관계 재정립에 대한 사회적 합의 도출도 중요한 과제

이다. 공보험과 민영보험의 역할과 기능 배분에 대한 정책적 논의는 물론, 의학적 비급여 관리나 예방적 건강관리 활성화 등을 통한 재정 지출 효율화 방안 모색도 병행되어야 한다. 실손의료보험은 건강보험을 보완하되 과도한 중복을 지양하고, 국민건강 증진에 기여하는 고유 영역을 확립해 나가야 할 것이다.

요컨대 건강보험 보장성 강화라는 정책 환경 변화는 실손의료보험에 위기인 동시에 기회이다. 제도 운영의 투명성과 합리성을 제고하여 국민 신뢰를 회복하고, 공적보험과의 조화로운 발전을 도모함으로써 지속가능한 의료보장 체계를 구축해 나갈 수 있는 전환점으로 삼아야 한다[5]. 이는 단순히 수익 구조의 개선이 아닌, 의료보험의 공공성 실현과 국민 건강권 보장이라는 시대적 요구에 부응하는 혁신으로 이어져야 할 것이다. 민영의료보험의 역할과 기업의 사회적 책임에 대한 근본적 성찰이 요구되는 시점이다.

V. 결 론

지금까지 살펴본 바와 같이 실손의료보험을 둘러싼 다양한 문제는 관련 제도의 미비에서 기인하는 바가 크다. 따라서 소비자 보호와 시장의 건전한 발전을 위해서는 제도 개선이 시급하다. 우선 초과 환급금 관련 분쟁을 최소화하기 위한 기준 정비가 필요하다. 최종 환급금 확정 시점에 맞추어 정산하되, 과도한 소급 적용은 자제하는 것이 바람직하다. 또한 불완전판매 방지를 위해 약관 설명 의무 이행 여부를 철저히 점검하고, 위반 시 제재를 강화해야 한다.

소비자 교육과 정보 제공도 중요한 과제다. 비교공시 제도 활성화, 통합 정보 플랫폼 구축 등을 통해 가입자의 올바른 의사결정을 지원할 필요가 있다.

보험사 감독 역시 실효성 있게 이루어져야 한다. 검사·제재 기능을 보강하고, 위반행위에 대한 제재수단을 다양화해야 한다. 사후 규제에서 벗어나 상시 감시와 예방 중심의 감독 체계로 전환해 나가야 할 것이다. 물론 이 과정에서 보험사의 재무건전성과 영업의 자유를 과도히 제약해서는 곤란할 것이다. 규제 준수를 통한 신뢰 구축만이 궁극적으로 보험산업의 지속가능한 성장을 담보할 수 있기 때문이다.

이상의 제도 개선과 함께 공·사보험의 협력적 거버넌스 구축도 중요한 과제다. 정부와 공단, 보험업계, 의

료계, 시민단체 등 다양한 이해관계자가 참여하는 협의체를 상설화할 필요가 있다. 특히 실손보험의 역할 재정립과 직결되는 의료전달체계 확립, 가치기반 의료 활성화, 예방적 건강관리 체계 구축 등은 민관 협력을 통한 혁신방안 모색이 요구된다.

나아가 국민건강보험의 보장성 확대에 따른 민영보험 운영 전략을 정교하게 수립해야 한다. 단순 재정 절감을 넘어 보험제도 전반의 효율성과 형평성 제고를 꾀할 필요가 있다. 궁극적으로는 민영의료보험과 공적 의료보장의 합리적 역할 분담에 대한 사회적 합의를 마련하고, 상호 보완적 발전을 위한 제도적 기반을 구축해 나가야 한다. 의료보장의 공공성과 지속가능한 보험 시장 육성이라는 정책목표를 균형 있게 달성하기 위한 실천전략이 절실히 요청되는 시점이다.

References

- [1] Korea Consumer Agency. (2022). Consumer damage related to non-payment of actual medical insurance premiums continues to increase - Insurance payment screening standards need to be improved upon application of the out-of-pocket cap system -, 2022.05.11. press release
- [2] BAEJUNG KIM. (2022). Out-of-Pocket Maximum System and Indemnity Medical Insurance, Kyungpool national university law journal, 79, 185-215.
- [3] Hwang Hyeon-ah, Jeong Seong-hee, Son Min-sook. (2019). Relationship between health insurance out-of-pocket cap system and actual cost medical insurance, Insurance Research Institute Research Report, 21(9).
- [4] Lim Dong Sup (2017). The study of scope on the “widely known” clause explanation duty on Personal Health Insurance. ajou law review, 11(3), 86-112.
- [5] Jeong Seong-hee, Lee Tae-yeol, and Kim Yu-mi. (2019). Analysis of public-private health insurance linkage systems in major countries, Insurance Research Institute research report, 2018-9.
- [6] Seonghee Jeong and Hyejeong Moon. (2021). Tasks for normalizing the actual medical insurance system: Focusing on product structure reform, Insurance Research Institute Research Report, 20(9).
- [7] Choi Byeong-ho. (2020). Implications of health insurance coverage rates and significance of policies to strengthen coverage, Korea Institute for Health and Social Affairs Health and Welfare Forum, (November 2020).
- [8] Myunghee Kim. (2019). Direction of Inclusive Welfare and Health Policy, Korea Institute for Health and Social Affairs Health and Welfare Forum, (December 2019).
- [9] Shin Hyeon-woong. (2009). Status of medical security blind spots and solutions, Korea Institute for Health and Social Affairs Health and Welfare Forum (September 2009).
- [10] Dongjin Kim et al. (2015). Korea's health inequality indicators and policy tasks - strategies for alleviating health inequality. Korea Institute for Health and Social Affairs research report.
- [11] Seokyoung Kim, Seyoung Kim, and Seonju Lee. (2018). Insurance product evolution and development direction, Insurance Research Institute research report (2018.02.)
- [12] Kim Bae-jeong. (2023). Review of the operational status and issues of actual cost medical insurance. Korea Law Academy Current Affairs Report
- [13] Seungyeon Oh. (2015). Examples of insurance application and utilization of behavioral economics concepts. Insurance Research Institute Weekly focus (2015.07.06.)
- [14] National Health Insurance Corporation. 2021 Survey on Medical Expenses for Health Insurance Patients
- [15] National Assembly audit data. (2021). Rep. Bae OO's office, unpaid insurance amount of 84.5 billion won due to out-of-pocket cap system
- [16] Non-Life Insurance Association Disclosure Office. (2024). Disclosure of insurance premium increase rate and loss ratio
- [17] Choi Ki-chun & Lee Hyun-bok. (2017). Issues for establishing the role of national health insurance and private health insurance, Health and Welfare Forum (June 2017)