

실손의료보험의 다수가입시 비례분담방식에 대한 연구

(A Study for Sharing Method of Health Insurance)

임동섭*

Dongsup, Lim

<국문초록>

손해보험 상품의 하나로서 도입된 실손의료보험은 지금은 거의 대다수 국민이 가입하는 제2의 국민건강보험으로 자리잡았다. 실손의료보험이 다수의 국민이 가입하고 있는 대중성과는 달리 일선 현장에서는 동일한 상해나 질병을 보상하는 실손의료보험을 두 개 이상 가입하는 경우 이에 대한 비례분담방식이 정립되지 않아 보험소비자의 불만과 피해를 야기하고 있다.

그동안의 실손의료보험 비례분담방식은 보험상품의 판매를 촉진하기 위해 제시되었던 방식(사업방법서별 비례보상방식)과 기존에 판매된 실손의료보험의 기득권을 인정하면서 새로운 기준을 통해 보상하는 방식(구선신후방식), 실손의료보험의 표준화 이후의 비례보상방식이 혼재하고 있다. 그러나 실손의료보험의 표준화 이후의 보험상품에 대한 비례보상 방식에서 비례분담 대상이 되는 ‘손해액’을 산정하는 기준이 보험약관의 내용과 일선현장에서 적용하는 방식이 달라 보험소비자의 피해를 야기하고 있다. 실손의료보험 표준약관에서는 비례보상 대상이 되는 ‘손해액’은 “보상대상의료비 중 최고액”이라 명시하고 있지만 일선 현장에서는 ‘보상책임액’을 손해액으로 보아 비례보상하고 있다.

따라서 이 논문에서는 그 동안의 실손의료보험의 비례보상 방식에 대한 역사

* 광주보건대학교 보건행정과 조교수

투고일: 2015. 07. 28. 심사일: 2015. 08. 11. 게재확정일: 2015. 08. 21.

적 배경을 정리하고, 2009년 10월 1일 실손의료보험을 표준화 한 이후에 판매된 상품들에 대한 비례보상방식을 정리함으로써, 보험약관을 편의에 따라 달리 해석함으로써 발생하는 문제를 해결하고 올바른 실손보상 방식에 대한 이론과 실무에 대한 논쟁을 해소하고자 한다.

※ 국문 주제어 : 실손의료보험, 중복보험, 다수보험, 타보험조항, 비례분담, 비례보상, 의료비, 보상대상의료비, 보상책임액

I. 서론

실손의료보험은 원래 손해보험회사의 장기손해보험의 담보형태 중 하나로 1984년에 ‘상해의료비’라는 이름으로 판매되기 시작하였다. 최초의 상해의료비 담보항목은 ‘상해사고’의 요건을 충족하기만 하면 입원과 통원을 구분하지 않고, 치료비 중 상급병실료 차액과 같은 비급여 항목은 물론 급여 본인부담금 뿐만 아니라 급여 공단부담금까지 포함하는 총진료비를 보상하는 상품으로 시작되었다.

현재의 실손의료보험과 가장 유사한 실손의료보험은 입원과 통원을 구분하여 입원의료비의 경우 본인부담금의 80~100%를 보상하고, 통원의료비는 의료기관의 종류에 대한 구분 없이 5,000원을 공제한 금액의 70%를 보상하는 상품으로 1999년에 개발된 상품으로서 이후 수차례 변화를 거쳐 현재의 실손의료보험 형태를 갖게 되었다.

실손의료보험은 손해보험사와 생명보험사가 보험사별로 각각 다른 보상기준과 면책요건 등을 운용하면서 보험소비자의 혼란이 지속되는데다가 일부 보험사의 실손의료보험이 입원 시 본인부담금의 100%를 보장하면서 의료이용량이 증가하고 보험회사의 재무건전성과 국민건강보험의 재정을 악화시킨다는 지적¹⁾에 따라 2009년 10월 1일자로 실손의료보험을 표준화하기에 이르렀다.

실손의료보험은 단체보험을 제외한 개인 가입건수를 기준으로 3,000만건 이상으로서 전 국민이 가입하는 민영건강보험제도라 불릴 정도로 보편화되어 있다. 그러나 이렇게 국민 대다수가 가입하고 있는 보험임에도 불구하고 실손의료보험의 지급기준이나 면책요건에 대한 심도 있는 논의가 부재한 상황이다. 일부 금융감독원의 분쟁조정신청이 이루어지고 있으나, 이러한 분쟁조정 결과 등에 대한 체계적인 정리와 홍보 등이 없어 일선현장에서의 혼란이 적지 않다.

특히, 다수의 실손의료보험 중복가입에 따른 비례분담에 대한 문제는 일선 실무현장에서의 오래된 문제임에도 불구하고 이에 대한 명확한 기준역시도 부재한 상태이다. 실무현장에서의 혼란이 보험사간 계산방식의 차이에 따른 혼선

1) 금융위원회, “개인의료보험제도 개선 방안”, 금융위원회 보도자료, 2009. 6.22.

에서 멈추지 않고 보험금의 과소지급이나 지연지급이라는 보험소비자의 피해로 직결되기 때문에 조기에 해소되어야 할 문제이다.

이에 따라 이 논문에서는 실손의료보험의 현황과 변천해온 과정, 그리고 다수의 실손의료보험 가입에 따른 비례분담과 관련된 이론적 배경과 중복가입에 따른 올바른 비례분담방식을 제안하기로 한다.

II. 문제의 제기

실손의료보험은 피보험자가 질병이나 상해로 인하여 입원하거나 통원하여 치료를 받은 경우 실제 부담한 의료비를 보험회사가 보상하도록 한 보험상품으로서 2015년 4월말 현재 3,000만건 이상 가입한 제2의 국민건강보험으로 자리매김하고 있다.²⁾

<표 1> 실손의료보험 계약 건수 추이

개인보험 기준(단체보험 제외)				(단위: 천건)	
구분	‘12.3월말	‘13.3월말	‘13.12월말	‘14.12월말	‘15.4월말
계약건수	26,623	29,041	29,696	30,817	30,831

자료 : 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 보도자료, 2015. 8.24.

실손의료보험은 그 특성상 ‘피보험자가 실제 부담한 의료비’를 보상하는 만큼, 실손의료보험을 중복하여 2개 이상 가입하더라도 피보험자가 최종적으로 지급받을 수 있는 보험금은 ‘실제 부담한 의료비’를 한도로 한다.

따라서 2개 이상의 실손의료보험에 중복해서 가입하더라도 본인이 부담한 의료비 이상을 지급받을 수 없기 때문에 보험업법에서는 보험회사 또는 보험의 모집에 종사하는 자에게 동일한 위험을 보장하는 보험계약을 체결하는지에

2) 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 보도자료, 2015. 8. 24.

대한 확인의무를 부여하였다(보험업법 제95조의5 중복계약 체결 확인의무).

이에 따라 금융감독원은 2009년 7월부터 보험회사가 실손의료보험 중복가입 여부를 사전에 확인하고 비례보상원칙을 설명한 후 서면동의나 녹취 등의 방법으로 확인을 받은 경우에 한하여 중복 가입할 수 있도록 의무화 하였다.³⁾

그럼에도 불구하고, 보험계약자의 실손의료보험에 대한 인식 부족이나 자발적으로 보험가입한도를 증액하기 위한 목적 또는 보험회사의 보험상품 판매 마케팅 강화 및 불완전 판매 등의 영향으로 실손의료보험을 중복하여 가입하는 사례가 다수 발생하고 있다. 실제 2009년 10월 1일 실손의료보험이 표준화된 이후에 판매된 실손의료보험에 2개 이상 가입된 계약은 2015년 4월말 기준으로 총 23만여 건에 이르고 있다.⁴⁾

<표 2> 2009년 10월 1일 이후 판매된 중복계약 건수

(단위 : 건)

보험사		공제사	합계
생보사	손보사		
29,378건	165,192건	38,304건	232,874건

주 1. 공제사 : 우정사업본부, 새마을금고, 수협중앙회, 신협중앙회, 교직원공제회

2. 중복계약 중 나중에 체결된 계약 기준으로 집계

자료 : 금융감독원, “실손의료보험 중복가입 및 소비자 유의사항 안내”, 금융감독원 보도자료, 2015. 6. 3.

이처럼 많은 실손의료보험 계약이 중복 가입되고 있으나 중복가입 시 중복계약 간 비례분담 방식에 대한 논의가 일원화되지 않은 점은 큰 문제이다. 실제 2009년 10월 1일자로 실손의료보험이 표준화되면서 일선 현장에서 실손의료보험의 중복가입에 따른 비례분담방식이 논란이 되자 손해보험협회에서는 금융감독원에 유권해석을 요구하는 질의를 하였다.⁵⁾

3) 금융감독원, “실손의료보험 중복가입 및 소비자 유의사항 안내”, 금융감독원 보도자료, 2015. 6. 3.

4) 금융감독원이 추산하고 있는 실손의료보험 표준화 이전계약을 포함한 중복계약 건수는 200만건에 달하고 있으며, 해외여행보험 등을 포함한 중복가입건수를 포함할 경우 200만건을 훨씬 상회할 것으로 예상된다.

5) 손해보험협회 문서자료, 손보협보-1210-32, 2010. 5. 27.

금융감독원에서는 이에 대한 회신으로 2009년 10월 1일 이후 신규로 체결된 실손의료보험계약이 다수인 경우에는 실손의료보험 표준약관 제21조(연대책임)에서 정하는 바에 따라 약관에서 정한 입원 본인부담의료비의 90%에 대한 연대책임이 부과되므로 손해액을 본인부담금의 90%로 할 것과 2009년 10월 1일을 전후로 하여 각각 체결된 계약간의 비례분담 방식은 실손의료보험 표준약관 제20조(다수보험의 처리)를 적용한다고 회신하였으며,⁶⁾ 이에 따라 2010년 6월 23일 이후에는 이를 적용하게 되었다. 즉 2009년 10월 1일을 기점으로 그 이후에 실손의료보험을 2개 이상 가입한 계약은 입원 시 본인부담의료비의 90%를 손해액으로 보아 비례분담토록 하고, 그 전후에 각각 실손의료보험을 하나씩 가입한 경우에는 입원 시 본인부담의료비의 100%를 손해액으로 보아 비례분담토록 한 것이다.

그러나 금융감독원에서는 2015년 6월 3일 보도자료를 통해 중복 가입된 실손의료보험을 비례 분담할 때는 실제 본인이 부담한 의료비의 100%를 손해액으로 보아 이를 적용하는 것으로 보도함으로써 일선 현장의 혼란이 가중되었다. 이후 금융감독원에서는 중복 가입된 실손의료보험 가입자에게 자기부담금 10%를 공제하고 지급하는지의 여부가 불명확하여 발생한 것이기 때문에 그때까지 미지급한 자기부담금을 지급토록 권고하고, 향후 자기부담금을 공제한 후의 금액을 기준으로 비례 분담하는 것으로 보험약관을 개정하겠다는 계획을 발표하였다.⁷⁾

그러나 실손의료보험의 비례분담 방식은 원래 ‘실제 발생한 손해’를 보상함으로써 이득이 발생하지 않도록 하는 것이 목적이므로 자기부담금을 공제한 후의 금액을 기준으로 비례 분담하도록 한 것은 옳지 않다.

이러한 문제는 2009년 10월 1일 이후 계약에 대해서만 발생한 것이 아니다. 동일한 방식에 의해 일관되게 비례분담방식을 적용해야 함에도 불구하고 실손의료보험은 가입 시기에 따라 비례분담방식을 달리 정하고 있다. 즉 2003년 10월 1일 이전에 실손의료보험을 중복하여 가입한 경우에는 가입한 보험상품의 사업방법서의 구분에 따라 비례분담여부가 결정되도록 하였으며, 2003년 10월

6) 금융감독원 질의회신자료, 문서번호 보계손보-00189, 시행일자 2010. 06. 23.

7) 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 보도자료, 2015. 8. 24.

1일 이후부터 2009년 10월 1일 실손의료보험이 표준화되기 이전까지는 기존의 실손의료보험에서 보상하고 초과한 손해에 대해서만 새로이 가입한 실손의료보험에서 보상하도록 하는 주보험초과액보험(Primary and Excess Insurance) 방식을 적용하였다.

다수의 보험소비자가 가입하고 있는 실손의료보험이 명확한 근거 없이 그때 그때의 상황에 따라 변화하고 있는 문제를 안고 있다.

III. 타보험조항과 실손의료보험

1. 타보험조항(Other Insurance) 의의

타보험조항(other insurance provision)은 중복보험의 경우를 포함하여 동일한 손해에 대하여 보상받을 수 있는 다른 보험계약을 체결하고 있는 경우에 피보험자가 손해발생으로 인하여 이익을 얻는 것을 방지하기 위하여 타보험의 보상내용과 관련하여 해당 보험계약의 보험자가 보상책임을 지급하는 방법과 보상범위를 규정하는 보험증권상의 규정을 말한다.⁸⁾

타보험조항은 보통 재산보험과 배상책임보험을 포함한 손해보험과 건강보험(health insurance)에서 이용되며, 둘 이상의 보험계약이 동일한 손해를 부담하는 경우에 적용하고, 피보험이익이 동일한 중복보험 뿐만 아니라 피보험이익이 전혀 다른 이종(異種)의 보험계약 간에도 적용된다.⁹⁾

타보험조항의 목적은 실제 발생한 손해 만큼만을 보상하는 손해보상의 원리와 보험으로부터 이득을 얻는 것을 방지하기 위한 것이다.¹⁰⁾ 즉 타보험조항을 통해 실제 발생한 손해 만큼만을 보상함으로써 보험사고로 인한 이득을 방지하고 궁극적으로는 도덕적 위험상황의 발생을 방지하기 위한 것이다.

타보험조항은 재산보험이나 배상책임보험 등에서 비례책임조항(pro rata

8) 이재복, 「손해사정이론」, 두양사, 2008, p.359.

9) 이재복, 「손해사정론」, 보험연수원, 2005, p.240.

10) George E. Rejda, "Principles of Risk Management and Insurance" 10th edition, 2008. p.201.

liability clause), 균등액 분담조항(contribution by equal shares clause), 주보험 초과액보험조항(primary and excess insurance clause)이 대표적이며, 이 외에도 화재보험이나 건강보험(health insurance) 등에서는 독립책임액방식 등이 주로 활용되고 있다.

2. 타보험조항의 분류

1) 비례책임조항(Pro Rata Liability)

비례책임조항은 중복하여 가입한 보험의 보험가입금액 총액의 해당 보험계약의 가입금액에 대한 비율에 따라 비례 분담하는 방식으로서 흔히 보험가입금액 안분방식이라 불리기도 한다. 화재보험 표준약관에서는 손해액에 대한 지급보험금의 보험금계산방식이 동일한 경우 이러한 비례책임조항(보험가입금액 안분방식)을 활용하여 비례 분담하도록 하고 있다.

2) 균등액분담조항(Contribution by equal Share)

균등액분담조항은 배상책임보험 등에서 중복하여 가입한 여러 보험계약 중에서 가입금액이 가장 낮은 계약의 보험가입금액 한도 내에서 균등하게 분담하고 전체 손해액을 지급할 때까지 동일한 방법으로 가입금액 한도 내에서 균등하게 분담하는 방식이다.

3) 주보험초과액보험조항(Primary and Excess Insurance)

주보험초과액보험조항은 주된 보험의 보험자가 주보험증권의 한도가 소진될 때까지 가장 먼저 지급하고 초과액보험자는 주보험에서 초과된 손해만을 보상하는 방식이다.

4) 독립책임액 방식

독립책임액 방식은 화재보험이나 실손의료보험 등에서 지급보험금의 계산

방식을 달리하는 보험계약에서 채택되는 방식으로서 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 가정하고 먼저 각각의 지급보험금을 독립적으로 계산한 다음, 이 독립책임액의 합계액이 손해액을 초과한 때에는 각 독립책임액의 비율에 따라 보험금을 지급하는 방식이다.¹¹⁾

3. 보험종목별 다수가입에 따른 비례보상 방식

1) 화재보험의 중복보험 계산 방식

화재보험은 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함)이 있고 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 비례 분담하여 지급보험금을 계산한다(화재보험 표준약관 제9조 제2항). 그러나 화재보험은 계산방식이 같은 경우와 다른 경우를 각각 구분하여 분담방식을 정하고 있다. 즉 지급보험금의 계산방법이 같은 경우는 비례책임조항(보험가입금액 안분방식)을 적용하고, 지급보험금의 계산방법이 다른 경우에는 독립책임액방식을 적용한다.

가) 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

나) 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

2) 배상책임보험의 다수보험 보험금 계산 방식

배상책임보험 표준약관에서는 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장

11) 강원희, 「화재보험손해사정」, 보험감독원 보험연수원, 1989. p.110.

하는 다른 계약(공제계약을 포함)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 독립책임액 방식을 적용하고 있으며, 해당 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 동일하게 적용한다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 보험계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

그러나 가입한 보험이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 보상할 금액을 결정하는 주보험초과액보상(Primary and Excess Insurance) 방식을 적용하고 있으며, 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않는다는 조항도 두고 있다.

3) 자동차보험의 다수보험 보험금 계산 방식

자동차보험 표준약관 제33조에서 정한 자동차보험금의 분담방식은 보상책임의 전부 또는 일부가 중복되는 다른 보험계약(공제계약을 포함)이 있는 경우에는 다른 보험계약이 없는 것으로 가정하여 각각의 자동차 보험계약에 의해 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액보다 많을 때에는 독립책임액 방식을 적용하여 보험금을 산출한다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 보험계약에 의해 산출한 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각 계약에 의해 산출한 보상책임액의 합계액}}$$

그러나 대리운전업자(대리운전자를 포함)가 가입한 보험계약에서 보험금이 지급될 수 있는 경우에는 그 보험금을 초과하는 손해에 대하여만 보상하도록 하는 주보험초과액보상(Primary and Excess Insurance) 방식을 적용한다.

4. 실손의료보험의 비례분담방식

실손의료보험은 2개 이상 중복 가입한 경우에도 실제 부담한 의료비만큼을 보상하는 것이 원칙이다.

그러나 일선 현장에서는 보험가입시기에 따라 비례분담방식을 달리 정하고 있다. 즉 2003년 10월 1일 이전에 실손의료보험을 중복하여 가입한 경우에는 가입한 보험상품의 사업방법서의 구분에 따라 비례분담하거나 중복하여 보상하기도 하며, 2003년 10월 1일 이후부터 2009년 10월 실손의료보험이 표준화되기 이전까지는 기존의 실손의료보험에서 보상하고 초과한 손해에 대해서만 새로이 가입한 보험에서 보상하도록 하는 주보험초과액보험(Primary and Excess Insurance) 방식을 적용하였다. 이후 2009년 10월 1일 이후 실손의료보험이 표준화되었지만 비례분담방식은 가입시기별로 구분하여 각기 계산방식을 달리하였다.

(1) 2003년 10월 1일 이전 다수 가입한 경우의 비례분담 방식

- 사업방법서별 비례분담 방식 -

2003년 10월 1일 이전에 실손의료보험이 일반화되기 전에는 실손의료보험을 중복하여 가입하더라도 비례분담여부 또는 중복지급 여부가 사업방법서에 따라 결정되었다. 즉 보험상품이 적용되는 사업방법서에 따라 동일한 사업방법서에 속하는 상품들은 보험회사와 상관없이 비례분담하지만, 보험상품의 사업방법서가 다른 경우에는 중복하여 의료비를 보상하였다.

이 시기에는 동일한 상해위험을 보장하는 실손의료보험을 중복하여 2개 이상을 가입하였더라도 가입한 보험상품들의 사업방법서만 다르면 비례분담하지 않고 각각 중복하여 지급하였다. 물론, 사업방법서에 의한 구분일 뿐이므로 보험회사가 같고 다름은 문제되지 않고 위의 기준을 동일하게 적용한다.

예를 들어, A손해보험사에 ① 장기종합에 해당하는 'X종합보험'에 가입하고, B손해보험사에 ② 장기상해에 해당하는 'Y의료보장보험'에 가입하고, C손해보험사에 ③ 개인연금에 해당하는 '실버그린연금보험'에 가입하고, D손해보험사에 ④ 일반상해 보험을 각각 가입한 피보험자가 보험사고가 발생하여 치

료한 경우에는 위의 ①, ②, ③, ④ 의 보험에서 각각 중복하여 보상한다.

<표 3> 사업방법서별 상품 예시(2003년 10월 1일 이전 상품)

구분	삼성화재	동부화재	현대해상	KB손보
장기종합	가화만사성 80평생보험 메디컬자녀보험	새천년안심 프로미건강보험 큰사랑자녀보험	아름다운인생종합 하이클리닉종합 현대의료보험	우리집종합보험 가가호호종합보험 토탈라이프종합보험
장기상해	애니카운전자보험 참여성건강보험 의료보장보험	웨이리케어설계 건강OK의료보장 엑셀런트A헬스케어	프리스타일운전자 여성파워운전자	사랑나누기보험 꼬꼬마자녀상해 아이리브 차차차
개인연금	실버그린연금 흙런인생연금	흙런인생연금 미래행복연금	실버그린연금 미래희망연금	실버그린연금 연금저축미래골드
일반상해	일반상해보험	일반상해보험	일반상해보험	일반상해보험

자료 : 임동섭, 「현장에서 활용하는 손해사정실무, 제3보험편」, 보험연수원, 2015, p.726.
- 각 보험사의 홈페이지 상품공시자료를 통해 보험상품명을 발췌

과거의 이러한 사업방법서의 구분은 장기종합, 장기상해, 개인연금, 일반상해의 4가지로 구분하고 상품의 사업방법서가 어디에 속하느냐에 따라 비례보상여부가 결정되어, 이 당시에는 각각의 사업방법서별로 보험상품을 가입하는 것이 중요한 재테크 포인트가 되기도 하였다.¹²⁾

게다가 2003년 10월 1일 이전의 ‘상해의료비 담보 특약’은 환자가 진료기관에 납부한 의료비 외에도 국민건강보험의 공단부담금까지도 포함한 ‘총진료비’를 보상하였다. 여기에 사업방법서별로 4개의 사업방법서에 해당하는 보험에 ‘상해의료비’를 가입했다면 입원치료 환자는 총 진료비의 20%만을 납부하고 보험금으로는 400%를 보상받을 수 있었다.

문제는 동일한 위험을 보장하는 실손의료보험을 사업방법서별로 각각 다수 가입한 경우, 일반적인 손해보상의 원리를 따르지 않고 중복하여 보상한다는 법규정이나 보험약관 규정을 어디에서도 찾아볼 수 없다는 점이다. 단지 보험상품의 판매촉진을 위한 일시적인 방책이었다는 설명 외에는 그 어떠한 문서

12) 임동섭, 「현장에서 활용하는 손해사정실무 제3보험편」, 보험연수원, 2015, pp.710~711.

나 근거도 찾을 수 없지만, 그 당시 판매되어 현재까지 유지중인 모든 계약에 대하여 이러한 원칙을 그대로 적용하고 있다. 이에 대해 이현열(2010)은 실손의료보험의 보상방식은 실제 손해를 보상하는 원칙이 견지된다면 보험회사간의 보상방식은 각 나라의 보험의 발전정도 등에 좌우될 뿐 논리 필연적·개념 필연적인 보상방식이 존재하는 것은 아니라고 보았다.

결국, 이러한 실손의료보험의 중복보상 방식이 진료기관의 과잉진료를 높이고, 보험계약의 사행성을 조장하는 등의 부작용이 속출하면서 2003년 10월 1일자로 비례분담방식의 변경을 가져오게 되었다.

(2) 2003년 10월 1일 이후 다수 가입한 경우의 비례분담 방식

- 구선신후(舊先新後) 방식¹³⁾ -

2003년 10월 1일을 기점으로 기존에 사업방법서별로 영역을 구분하여 중복 보상 하던 방식을 폐지하고, 사업방법서의 구분과는 상관없이 동일한 위험을 보장하는 실손의료보험을 2개 이상 가입한 경우에는 모든 상품에 대하여 비례 분담하는 것으로 변경하였다.

그러나 2003년 10월 1일 이전에 체결된 계약은 상해의료비의 본인부담금 외의 공단부담금을 포함한 총진료비를 보상하는 점이나 비급여의 상급병실료 차액까지도 보상하는 등의 유리한 점이 있었으나 신계약에서는 이러한 것들이 모두 폐지되면 신 - 구 계약간 중복가입시의 비례보상 방식이 문제되었다. 이를 해결하기 위해 2003년 10월 1일 이전의 구 계약을 가입한 경우 그 당시의 상품설명을 듣고 가입한 계약의 효력을 번복할 수 없었기 때문에 구 계약을 우선적으로 보상하고 신계약의 잔여부분을 나중에 보상하는 주보험초과액 보험(Primary and Excess Insurance)방식을 적용하게 되었다. 따라서 기존의 구계약을 우선 먼저 보상하고 나머지 잔여금액에 대해서만 신계약에서 보상한다는 의미에서 ‘구선신후(舊先新後) 방식’이라 부르기도 한다.

13) 실무현장에서는 2003년 10월 1일을 기점으로 2003년 10월 1일 이전에 체결된 계약을 ‘구(舊)계약’으로, 이후에 체결된 계약을 ‘신(新)계약’으로 명칭을 부여하여 활용하고 있다. 이에 따라 ‘구(舊)계약’에서 우선 보상하고, 잔여부분은 ‘신(新)계약’에서 보상하는 방식으로의 전환을 가져오게 되었다.

(3) 2009년 10월 1일 이후 다수 가입한 경우의 비례분담 방식

각 보험사에서 개별적으로 자유롭게 실손의료보험상품을 판매해오다가 동일한 사고임에도 보험사별로 또는 보험상품별로 다양한 자기부담금과 면책사유를 적용하던 것을 2009년 10월 1일을 기점으로 모든 생명보험사와 손해보험사가 동일한 실손의료보험 표준약관을 사용함으로써 보험소비자의 혼선을 최소화하도록 변경되었다.

실손의료보험 표준약관을 모두 동일하게 사용하면서 중복하여 가입한 실손의료보험의 계산방식 역시도 표준화되었다. 그러나 비례분담해야하는 손해액을 자기부담금을 공제한 후의 금액을 손해액으로 보아야 하는지에 대한 논란이 일어나자, 금융감독원에서는 2009년 10월 1일을 전후로 하여 각각 체결된 계약은 자기부담금(10%)을 공제하기 전 손해액을 기준으로 비례분담하고, 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 계약은 자기부담금(10%)을 공제한 손해액을 기준으로 비례분담하도록 하였다.

예를 들어, 질병의 치료를 위해 치료병원 진료비로 100만원을 부담하고 2009년 10월 1일 이후에 본인부담금의 90%를 보상하는 실손의료보험에 중복하여 가입했다면,

$$\text{각 계약별 비례분담액} = 90\text{만원} \times \frac{90\text{만원}}{90\text{만원} + 90\text{만원}} = 45\text{만원}$$

으로 각 보험사는 45만원씩을 비례분담하여 지급하므로 보험소비자는 90만원을 지급받게 된다. 그러나 동일한 치료에 대해 2009년 10월 1일을 기점으로 그 이전에 본인부담금의 100%를 보상하는 실손의료보험과 그 이후에 본인부담금의 90%를 보상하는 실손의료보험을 중복하여 가입했다면,

$$\text{이전계약의 비례분담액} = 100\text{만원} \times \frac{100\text{만원}}{100\text{만원} + 90\text{만원}} = 526,316\text{원}$$

$$\text{이후계약의 비례분담액} = 100\text{만원} \times \frac{90\text{만원}}{100\text{만원} + 90\text{만원}} = 473,684\text{원}$$

으로 보험소비자는 본인이 실제 병원에 부담한 의료비 100만원을 지급받게 된다.

그러나 2015년 6월 3일 보도자료를 통해 2009년 10월 1일 이후 신규로 체결된 실손의료보험 계약간 비례분담방식은 자기부담금(10%)을 공제하기전 금액을 손해액으로 보아 비례분담 한다고 안내함으로써 기존의 방식과 달라 논란이 촉발되었다가 2015년 8월 24일 브리핑자료를 통해 자기부담금(10%)을 공제하기 전 금액을 손해액으로 보아 비례분담 하는 것이 옳으며 각 보험사에게 미지급된 자기부담금(10%) 부분을 추가로 지급하도록 권고하며, 향후 상품개정을 통해 자기부담금(10%) 부분을 공제하고 보험금을 지급하는 것으로 약관을 개정하겠다는 계획까지 발표¹⁴⁾하기에 이르렀다.

IV. 실손의료보험의 손해액

1. 실손의료보험의 ‘손해액’ 산정기준에 대한 논란

실손의료보험이란 피보험자가 질병 또는 상해로 인하여 입원하거나 통원치료를 받은 경우 피보험자가 '실제 부담한 의료비'를 보험사가 보상하는 상품이다.¹⁵⁾

보험업감독규정에서는 실손의료보험 상품을 설계할 때 입원의료비의 경우 보장대상의료비의 10% 또는 20%, 통원의료비의 경우에는 의료기관별 공제금액과 다른 금액을 공제하는 경우 금융위원회에 신고하도록 하고 있다.¹⁶⁾ 이러한 보험약관 관련 신고기준이 국민의 행복추구권과 사적자치의 원칙을 침해하는지에 대한 헌법소원에서 헌법재판소는 자기부담금 기준은 보험상품의 신고기준에 불과한 것이므로 본인부담의료비의 100%를 보장하는 보험상품의 판매를

14) 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 브리핑자료, 2015. 8. 24.

15) 금융감독원·생명보험협회·손해보험협회, 「실손의료보험 길라잡이」, 2015, p.4.

16) 보험업감독규정 제7-50조 (보험약관 관련 신고기준) 제2항 제1호.

금지하는 것으로 보기 어렵다고 보았다.¹⁷⁾ 즉 보험업감독규정의 신고기준은 말 그대로 신고기준일 뿐, 실손의료보험의 입원의료비를 본인부담 의료비의 100%를 보상하는 보험상품을 판매할 수 없도록 한 것이 아니라는 의미로서 본인부담 의료비의 100%를 보상하는 것이 보험약관과 보험업감독규정을 위반한 것으로 볼 수 없다는 추론도 가능하다.

공동보험(Co-Insurance) 조항을 적용하는 화재보험이나 배상책임보험, 그리고 자동차보험에서도 다수보험 가입 시에 계산방법이 같은지의 여부에 관계없이 비례분담 할 때는 ‘실제 발생한 손해액’을 기준으로 하고 있다. ‘실제 발생한 손해액’을 기준으로 비례분담 하더라도 피보험자는 발생한 손해 이상의 이득이 발생하지 않기 때문에 손해보상의 원리에도 반하지 않는다.

실손의료보험에서 비례분담 할 때 ‘보상대상의료비’ 전체를 기준으로 비례분담해야 한다는 의견과 ‘보상책임액’을 기준으로 비례분담해야 한다는 의견이 각각 아래와 같이 팽팽하다.

(1) 보상대상의료비 전체를 기준으로 비례분담해야 한다는 의견

실손의료보험이 표준화된 2009년 10월 1일 이후에 가입한 경우에는 실제 피보험자에게 발생한 손해액을 보상하도록 한 원래의 취지에서처럼 실손의료보험 표준약관 제35조에서는 손해액을 ‘계약의 보상대상의료비중 최고액’으로 산정하도록 명시하고 있고, ‘보상대상의료비’는 피보험자가 ‘실제 부담액’에서 ‘보상제외금액’을 뺀 금액으로 정의하고 있는 만큼 약관규정에 따라 보상대상의료비 금액 전체를 기준으로 비례 분담해야 한다는 주장이다.

또한 2009년 10월 1일 이전에 가입한 상품과 2009년 10월 1일 이후에 가입한 보험상품을 구분하여 2009년 10월 1일 이전과 이후 상품에 중복한 경우에는 ‘보상대상의료비’를 기준으로 비례분담하고, 2009년 10월 1일 이후에 가입한 상품에 대하여만 ‘보상책임액’을 손해액으로 보아 비례 분담하는 것은 형평성의 원칙에도 맞지 않으며, 이를 설명할 합리적인 근거마저도 없는 상태이므로 ‘보상대상의료비’ 전체를 기준으로 비례 분담해야 한다는 주장이다.

17) 헌법재판소 2012. 3. 29. 2009헌마613 결정.

(2) 보상책임액을 기준으로 비례보상해야 한다는 의견

실손의료보험에서 적용하는 자기부담금 제도는 실손의료보험의 중복가입을 통해 이득이 발생하는 것을 방지하고, 이득을 위해 의도적으로 의료이용량을 늘리는 문제를 차단하기 위한 것인 만큼 비례분담과정에서 이를 적용하는 것이 타당하다는 주장이다.¹⁸⁾ 실손의료보험은 보험소비자들을 통해 여러 차례 자기부담금을 공제한 나머지 금액만을 보상한다는 사실이 알려져 있는 만큼 자기부담율을 공제한 후의 보상책임액을 손해액으로 보아 비례 분담하는 것이 타당하다는 의견이다.

2. 바람직한 실손의료보험의 비례분담 방식

(1) 다수가입이 국민건강보험의 재정건전성을 악화시키는 지의 여부

중복 가입된 실손의료보험의 비례분담 과정에서 분담하는 기준금액을 ‘보상대상의료비 중 최고액’이 아닌 ‘보상책임액’을 기준으로 해야 한다는 논리의 저변에는 실손의료보험에서 ‘보상책임액’을 적용하는 자기부담금 제도가 과잉 의료이용 방지와 보험회사 및 국민건강보험의 재정건전성 악화 가능성을 차단하기 위해 도입되었기 때문에 취지에 맞도록 ‘보상책임액’을 기준으로 해야 한다는 논리이다.

심지어는 2009년 10월 1일 이후 실손의료보험간 비례보상 시 본인부담의료비의 100%를 기준으로 계산할 경우 실손보상의 원칙이나 이득금지의 원칙에 위배된다는 의견¹⁹⁾까지 있으나 이는 실손보상의 원칙이나 이득금지의 원칙에 대한 오해에서 비롯된 것이다.

실손보상의 원칙이나 이득금지의 원칙은 ‘실제 발생한 손해’ 만큼만을 보상하여 보험사고의 발생으로 인한 이득을 금지함으로써 도덕적 위험을 방지하기 위한 원칙이다. 여기에서의 ‘실제 발생한 손해’는 화재보험에서는

18) 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 브리핑자료 2015. 8. 24. p.4.

19) 금융감독원·생명보험협회·손해보험협회, 「실손의료보험 길라잡이」, 2015, p.58.

보험약관에 정한 손해이고, 실손의료보험에서는 환자가 진료기관에 ‘실제 지급한 의료비’이다. 따라서 중복된 실손의료보험간 비례분담할 때에는 ‘보상대상의료비’를 기준으로 본인부담 의료비의 100%를 기준으로 비례분담하는 것도 ‘손해보상의 원리’나 ‘이득금지의 원칙’에 반하지 않는다.

그리고 실손의료보험의 가입이 의료이용량을 늘리는지에 대해 이송우·김동훈(2012)은 실손의료보험을 가입하지 않은 그룹이 가입한 그룹에 비해 오히려 더 많은 의료이용량을 보이고 있지만, 실손의료보험을 가입한 그룹이 가입하지 않은 그룹보다 단기간 의료이용 비중이 상대적으로 높다는 점을 들어 도덕적 위험을 유발하는 것으로 보았다. 이현복·남상욱(2013)은 실손의료보험을 가입한 사람이 가입하지 않은 사람에 비해 외래이용횟수와 의료비를 더 많이 지출하지만 입원치료의 경우에는 영향을 받지 않는다고 보았지만, 김승모·권영대(2011)는 실손의료보험 가입이 의료이용량을 늘리는 것에 대한 영향은 크지 않다고 보았다. 나아가 허순임·이상이(2007)는 실손의료보험이 국민건강보험에 장기적으로는 재정적 부담을 가중시킬 수 있다고 보았다.

이상의 연구에 의하면 실손의료보험의 가입은 의료이용량을 외래이용 횟수와 금액에는 영향을 미치지만 입원일수나 총치료비 등에는 큰 영향을 미치지 않는다는 것이 일반적인 견해이다. 즉 실손의료보험 가입 사실이 의료이용량을 의도적으로 늘림으로써 국민건강보험의 재정에 악영향을 미치는지는 보다 많은 연구를 필요로 한다.

위의 연구 결과에 따라 실손의료보험 가입이 의료이용량을 늘려 국민건강보험의 재정에 악영향을 미친다는 것이 확정되었다 하더라도 이는 어디까지 실손의료보험의 가입여부에 대한 것이지 2개 이상의 실손의료보험에 중복 가입한 경우에 대한 연구는 아니다. 다시 말해, 실손의료보험을 2개 이상 가입한 피보험자가 의도적으로 의료이용량을 늘려 국민건강보험의 재정을 악화시킨다고 볼 수는 없다.

또한 김광호(2011)는 자기부담금이 의료이용량에 유의한 영향을 미치지 않는다고 보았다. 따라서 실손의료보험의 ‘보상대상의료비’를 기준으로 비례분담하는 것이 ‘보상책임액’을 기준으로 비례분담하는 것보다 의료이용량

을 늘려 국민건강보험 재정건전성을 악화시킨다고 볼 수 없다.

자기부담금 제도가 과잉 의료이용 방지와 보험회사 및 국민건강보험의 재정건전성 악화가가능성을 차단하기 위해 도입되었으므로 원래의 취지에 맞도록 보험사고의 발생으로 이득이 발생하지 않도록 하는 데에 초점을 맞추는 것이 타당하다.

(2) 다수가입이 보험회사의 재정건전성을 악화시키는 지의 여부

실손의료보험에 중복 가입한 경우에도 자기부담금을 적용해야한다는 논리의 또 다른 근거는 보험회사의 재정건전성 악화의 방지이다.

그러나 실손의료보험을 두 개 이상 가입한 경우, 보험회사는 보험료를 둘 이상의 계약으로부터 각각 전액(100%)을 받지만, 이에 따른 보상은 실제 발생한 손해의 90% 또는 100%를 보상하기 때문에 개별 보험회사 입장에서는 발생한 손해의 45% 또는 50%만을 보상하는 것이어서 오히려 재무건전성을 개선하는 효과가 있다. 오히려 보험소비자가 이중으로 보험료를 부담하고도 개별 보험사로부터는 45% 또는 50% 정도만을 보상받기 때문에 손실이 발생한다.

현재 보험회사에서 제기되고 있는 실손의료보험의 손해율의 문제는 중복가입에 따른 자기부담금의 문제라기보다 보험금 청구과정에서 자연스럽게 발생한 ‘학습효과’의 문제이거나 연령 증가와 물가상승이나 의료수가 상승의 문제로 보는 것이 오히려 타당할 것이다.

또한 우리나라에서는 본인부담금 상한제와 본인부담금 보상제를 운영하고 있기 때문에 개인이 의료이용량을 무한대로 늘린다 하더라도 국민건강보험의 급여 본인부담금이 500만원²⁰⁾ 이상 발생하는 경우는 발생하지 않는다.

게다가 실손의료보험의 보험금 청구를 위해 제출되는 진료비의 적정성 심사 업무를 국민건강보험심사평가원에 위탁할 경우 과도하게 발생하던 임의비급여 문제와 과잉진료의 문제는 상당부분 해소될 것으로 기대된다.

따라서 타보험조합이나 중복보험 제도를 운영하는 취지도 발생한 손해액

20) 본인부담금 상한제가 적용되면 소득수준에 따라 본인부담금의 상한금액은 1단계 121만원부터 7단계 506만원까지이다.

이상을 취득하여 발생한 이득으로 인하여 야기되는 보험범죄나 인위적인 보험사고의 발생을 방지하기 위한 것인 만큼, 실손의료보험을 다수 가입한 경우에는 자기부담금(률)을 적용하지 않는 것이 타당하다.

(3) 보험약관 규정이 모호한 지의 여부

실손의료보험은 그 성질상 사람의 신체에 상해 또는 질병의 결과로 발생하는 ‘실제 발생한 의료비 손해액’ 만큼만을 보상하도록 한 보험으로서 인보험의 영역에 속하지만, 실제 발생한 손해를 보상한다는 점에서 손해보험의 성격도 가지고 있다.

실손의료보험이 상법 제672조(중복보험) 제1항에 정한 중복보험인지의 여부를 구체적으로 명시한 규정이나 판례는 없지만, 자동차보험에서 ‘무보험차상해특약’과 관련된 판결에서 대법원은 ‘무보험차상해특약’이 상해보험으로서의 성질과 손해보험으로서의 성질도 가지고 있는 손해보험형 상해보험으로서 상법에 정한 중복보험에 해당한다고 보았다.²¹⁾

또한, 대법원은 상법 제672조 제1항은 강행규정으로 해석되지 않으므로 각 보험계약 당사자가 약관을 통해 보상책임방식이나 책임분담방식에 대하여 상법과 다른 내용으로 규정할 수 있다²²⁾고 보고 있다. 따라서 중복보험으로 볼 수 있다면 손해액의 보상책임방식이나 책임분담방식을 상법과 다른 내용으로 규정할 수 있다.²³⁾

실손의료보험 표준약관 제35조에서는 다수보험의 처리 규정을 두어 둘 이상의 실손의료보험에 가입한 경우 각 회사별 비례분담액을 계산하는 방식을 정하고 있다.

21) 대법원 2006. 11. 23. 선고 2006다10989 판결.

22) 대법원 2002. 5. 17. 선고 2000다30127 판결.

23) 임동섭, 앞의 책, p.707.

제35조(다수보험의 처리)①다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상 책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

②비례 분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례 분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

[용어의 정의]

*보상대상의료비 : 실제 부담액 - 보상제외금액

*보상책임액 : (실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율

계산방식은 ‘각 계약의 보상책임액의 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험’을 대상으로 하여, 보상책임비율이 각기 다른 계약이 있다하더라도(즉 실제 본인부담금의 80% 해당액 또는 90% 해당액을 보상하는 상품과 같이 보상비율이 다른 경우를 말함) 손해액은 ‘계약의 보상대상의료비중 최고액’을 대상으로 하고 있다.

그러나 이를 추가적인 해석을 통해 계약의 보상대상의료비 중 최고액에 보상책임비율을 곱한 금액으로 보는 것은 일반적인 약관의 해석원칙에도 위배된다. 다시 말해, 다수보험의 비례보상 방식은 보험약관에 비례보상방식이 명확히 명시되어 있음에도 불구하고, 이에 반하여 그 취지나 원리 등을 논하며 보상범위를 축소하도록 하는 것은 일반적인 보험의 원리 및 약관의 해석원칙에도 맞지 않다.

또한 2009년 10월 1일 이후 체결된 실손의료보험간 비례 분담할 때에 적용하도록 한 실손의료보험 표준약관 제36조의 연대책임과 관련된 조항은 어디

까지나 보험소비자의 편의를 위해 다수의 실손의료보험 가입자에게 상법 제 672조(중복보험) 제1항 및 제2항의 조항을 준용하여 보험회사 한곳에 청구하는 경우 다른 보험회사에서 지급해야할 보험금 지급책임을 연대하여 부과하도록 한 것일 뿐 보험금의 지급한도를 명시한 것은 아니다.

그리고 보험약관을 해석할 때에 보험소비자가 보험약관에서 드러나지 않은 ‘과잉의료이용 방지와 보험회사의 재정건전성 악화’ 와 같은 보험약관의 취지나 원리까지를 충분히 이해하고 해석할 것은 아니어서 현재의 실손의료보험 약관을 해석할 때에는 주어진 문구에 충실히 해석하더라도 보험소비자 이익에 반하지 않는다.

실제 실손의료보험의 의료비담보 외에도 제3보험 영역에서 실제 발생한 손해를 보상하는 상품들, 예를 들면, 운전자보험 등의 별금담보 특별약관, 교통사고처리지원금 담보특별약관, 자동차사고 변호사선임비용 담보 특별약관 모두 발생한 손해액 자체를 ‘손해액’으로 보아 각 계약별로 비례분담 하고 있다.

자기부담금의 설정은 어디까지나 일반적인 보험계약, 즉 하나의 실손의료보험을 가입하였을 때에 소손해 처리에 따른 비용과 시간의 절감이나 보험료 절감 등이 목적인만큼, 다수의 실손의료보험에 가입한 경우에까지 이를 적용하는 것은 옳지 않다.

V. 결론

다수의 실손의료보험에 가입하는 경우에도 자기부담금을 적용해야하는지의 문제는 자기부담금을 공제하지 않음으로써 발생할 수 있는 과도적인 의료이용량의 증가와 이에 따른 국민건강보험과 보험회사의 재정건전성 악화를 방지한다는 취지에서부터 시작되었다.

그러나 원래의 취지와는 달리 중복하여 가입한 실손의료보험에도 자기부담금을 적용하여 비례분담을 하도록 유권해석을 하였다가, 보험약관 불비의 문제

해소를 위해 약관개정을 계획하고 있다고 하지만 이는 실손보상의 원리와 이득금지의 원칙의 본질에도 반한다.

실손의료보험을 다수 가입한 경우에는 자기부담금을 적용하지 않고 ‘보상 대상의료비’를 기준으로 비례 분담해야 한다. 자기부담금을 적용해야 한다는 논리의 문제점으로, 첫째, 실손의료보험의 다수가입이 피보험자의 의료이용량 증가와 이에 따른 국민건강보험의 재정악화에 영향을 미치지 않는다. 둘째, 실손의료보험의 다수가입은 보험회사의 재정건전성을 악화시키지 않고 오히려 재정건전성에 긍정적인 효과를 가져 오며, 실손의료보험의 높은 손해율은 다수가입의 문제가 아니다. 셋째, 다수보험의 경우를 가정한 화재보험이나 배상책임보험, 그리고 자동차보험 등의 사례에서도 ‘실제 발생한 손해’를 기준으로 비례분담하고 있으며, 실손의료보험 약관을 문언 그대로 해석하더라도 비례 분담 시 자기부담금을 공제하면 안 된다. 넷째, 실손의료보험의 다수가입에 따른 비례분담조항은 보험사고의 발생으로 이득이 발생하는 것을 막기 위한 것이므로, 다수 가입 시 자기부담금을 공제하지 않더라도 이득이 발생하지 않는다.

따라서 향후 실손의료보험 표준약관 개정 시에도 이를 반영하여 보험소비자가 다수 가입 시 ‘실제 발생한 손해’를 보상받을 수 있도록 해야 할 것이며, 이를 통해 실질적인 보험소비자 보호를 강화할 수 있기를 기대한다.

실손의료보험에서는 비단 다수보험 가입 시 자기부담금의 공제여부 외에도 모호한 약관규정으로 발생하는 실무현장의 논란은 고스란히 보험소비자의 피해로 이어진다는 점을 감안하여, 표준형 실손의료보험의 통원의료비 공제방식에 대한 문제와 실손의료보험의 보험기간 만료 시 ‘계속되는 입원’의 정의를 퇴원 후 동일한 상해나 질병으로 다시 입원한 경우도 포함할 것인지의 여부에 대한 문제 등에 대한 논의도 활발하게 진행되기를 기대한다.

<참고문헌>

- 강원희, 화재보험손해사정, 보험감독원 보험연수원, 1989.
- 금융감독원, “금융감독원질의회신 자료”, 문서번호 보계손보-00189.
- 금융감독원, “실손의료보험 중복가입 및 소비자 유의사항 안내”, 금융감독원
보도자료, 2015.
- 금융감독원, “실손의료보험 가입자 권익제고 방안”, 금융감독원 보도자료,
2015.
- 금융감독원·생명보험협회·손해보험협회, 실손의료보험 길라잡이, 2015.
- 금융위원회, “개인의료보험제도 개선 방안”, 금융위원회 보도자료, 2009.
- 김광호, “실손형 의료보험에 대한 본인부담금 보장 금지가 도덕적 해이에 미
치는 영향”, 연세경제연구, Vol.18. No.2, 2011.
- 김승모·권영대, “민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향: 국내 실증적 연구의
고찰”, 보건의료산업학회지 Vol.5 No.4, 보건의료산업학회, 2011.
- 손해보험협회 문서자료, 손보협보-1210-32, 2010.
- 이송우·김동훈, “민영건강보험의 도덕적 해이와 본인부담금의 도입효과 분석”,
리스크관리연구 Vol.23 No.2, 한국리스크관리학회, 2012.
- 이재복, 손해사정론, 보험연수원, 2005.
- 이재복, 손해사정이론, 두양사, 2008.
- 이재복·임동섭, 실무자를 위한 제3보험실무, 두남출판사, 2011.
- 이현복·남상욱, “민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구”, 보험학회지
Vol. 95, 한국보험학회, 2013.
- 이현열, “개정 표준약관 개관”, 보험법연구 Vo1.4 No. 2, 한국보험법학회, 2010.
- 임동섭, 현장에서 활용하는 손해사정실무 제3보험편, 보험연수원, 2015.
- 허순임·이상이, “실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영
향”, 보건행정학회지 Vol.17 No.2, 한국보건행정학회, 2007.
- George E. Rejda, "Principles of Risk Management and Insurance" 10th
edition, 2008.
- 금융감독원 www.fss.or.kr

금융위원회 www.fsc.go.kr
대법원 www.glaw.scourt.go.kr
동부화재 www.idongbu.com
보험개발원 www.kidi.or.kr
삼성화재 www.samsungfire.com
헌법재판소 www.ccourt.go.kr
현대해상화재보험 www.hi.co.kr
KB손해보험 www.kbinsure.co.kr

Abstract

Health Insurance is introduced as one of the Non-life Insurance is now the vast majority of people have become the first to join the Insurance. Unlike the popularity of Health Insurance, there is no standard of Sharing Method of Health Insurance.

Until now, Sharing method of Health Insurance is method to promote sales Insurance products, method to apply the new standard, and method to standardization of Health Insurance.

But there is a difference between Insurance Conditions and Method of utilize on-site in criteria for estimating 'loss', and it is to cause damage to the Insurance consumer.

Standard Health Insurance is written as 'loss' of sharing is 'Maximums of covered loss'. In contrast Insurance companies regard 'liability loss' as 'loss'.

Therefore, this study is written historical background of Sharing Method of Health Insurance, and from Standardization of Health in October 1, 2009 to solve the problems caused by different interpretations, depending on amenities and solve the debate about the theory and practice for the correct calculating method of double insurance of Health Insurance..

※ Key words : Health Insurance, Double Insurance,
Other Insurance Clause, Proportional Share,
Proportional Compensation, Medical costs,
Covered expenses.