

의료비 보장보험의 언더라이팅

삼성생명보험주식회사

박 성 수

underwriting for medical expense insurance

Sung Soo Park, M.D., Ph.D.

Samsung life insurance co., Ltd.

I. 머리말

2000년 7월부터 시행된 국민건강보험법으로 직장인 중 절반 가량은 의료보험료를 시행 전보다 최고 50%까지 더 부담하게 되었으나 의료보험 혜택의 폭은 오히려 감소하여 실제 의료비 부담은 더욱 가중되게 되었다. 또한 다소 획일화된 의료 서비스에 대해서만 의료보험의 혜택을 주고 있는 국영 의료보험의 한계를 벗어나 보다 양질의 의료 서비스를 받고 싶어하는 국민들의 요구도 증가하고 있다. 그리고 7월 보험개발원의 발표와 같이 국민 각자의 총의료비 중 평균 본인부담금이 계속해서 증가하고 있어서 1998년 약 10%에서 2005년에는 약 13.5% 정도 증가될 것으로 전망하고 있어 민영 의료보험 시장에 대한 수요가 앞으로는 증가될 것으로 기대하고 있다.

외국의 경우도 대부분의 나라에서 의료 서비스에 대한 지출이 엄청나게 증가하고 있지만 국가나 개인이 이를 분담하기에 재정적으로는 부족한 상태이다. 따라서 이들 나라에서도 보험회사가 의료비 보장 보험을 판매할 수 있는 기회를 갖게 되었는데

의료기술, 지식의 세부 전문화에 따른 비용의 증가와, 새롭고 차별화된 의료 서비스의 제공도 가능해지고 있어 의료보험의 민영화를 추구하는 것이 세계적인 추세이기도 하다. 또한 최근 라틴 아메리카를 비롯한 아시아 지역의 소비자들의 변화를 보면 중간층이 생겨나고 있어서 부와 교육 수준에 따라 건강에 대한 정보와 서비스 등의 요구가 증가하고 있으며, 환자 자신이 건강에 관한 서비스를 결정하는데 직접 참여하고 있어서 의료의 질과 유용성(availability), 지불 능력(affordability) 등이 점점 중요시 되고 있다.

이러한 배경을 바탕으로 국내의 의료비보장보험(Medical Expense Insurance, 건강보험)은 1999년 9월 손보사인 삼성화재에서 판매를 시작하여 2000년 들어 손해보험사들이 연이어 상품을 출시하고 있고 생보사에서는 지난 4월 교보생명이, 6월에는 현대생명이 판매를 시작하였으며, 대부분의 회사에서도 상품을 준비 중이거나 판매를 시작하고 있다. 국내 생보사의 의료비보장보험 상품은 외국이나 국내 손보사의 상품들과 다소 차이가 있다. 즉 국내 생보사의 경우 의료비보장보험의 급부 형식 중 정액 보상형의 상품만을 판매하고 있다. 보장 내용은

외국이나 국내 손보사의 그것과 유사하며, 보장대상이 거의 모든 질병의 입원과 외래 의료비를 모두 포함하고 있으므로 위험평가(언더라이팅) 측면에서 기존에 판매되고 있는 상품들과는 차이가 있음을 알 수 있다. 외국의 경우에는 의료비보장보험 상품의 경우 소득불능 보장보험이나 장기 간병보험 상품 등과 같이 언더라이팅 측면에서는 다르게 접근하고 있다.

현재 의료비보장보험을 판매하고 있는 많은 나라에서는 적절한 위험관리가 이 상품 판매의 성공에 중요한 역할을 하고 있다. 무엇보다도 상품 개발단계에서부터 계약의 인수와 보험금 지급과 관련된 위험요인들을 고려해야 하며, 우선적으로 판매된 상품에 대한 언더라이팅이 다른 상품들과는 다르다는 인식이 전제되어야 할 필요가 있다. 우리보다 먼저 판매된 선진국의 의료비보장보험에 대한 개념과 판매되고 있는 상품을 정리해보고, 언더라이팅과 보험금 지급에 관련된 사항들을 정리해보고자 한다. 의료비보장보험의 경우 개인보다는 단체를 대상으로 판매하는 시장이 많으나 여기서는 개인상품에 대해서만 다루어 보고자 한다.

II. 의료비보장보험

(Medical Expense Insurance : MEI)

이 상품에 대한 검토를 시작하기 전에 우선 용어의 정리가 필요하다. 우리 나라에서는 몇 년 전부터 '건강보험' 상품이 판매되고 있는데, 이들 상품들은 3대 질환(치명적인 질병 중 3가지)과 그 외 7대, 12대 질병 등 국내에서 다발하는 질병들에 대한 진단 보험금, 입원비, 수술비 등을 정액 보장하는 상품들이다. 외국의 경우에는 의료비보장보험(Medical Expense Insurance)과 건강보험(Health Insurance)을 거의 동일한 개념으로 혼용하고 있으나 국내에서는 '건강보험'과 '의료비보장보험'을 서로 구별된 상품으로 판매하고 있어 특히 외국자료를 참고할 때는 이를 염두해둘 필요가 있고 여기에서는 동일한 의미로 사용하고 있다. 의료비보장보험의 본질은 병이나 사고에 의한 손상 등으로 인해 제공된 의료 서비스에 따르는 의료비 부담으로부터 개인을 보호하고자 개발되었다. 전통적인

의료비보장보험은 정액보장형과 실손보상형이 있다. 정액보장의 경우 입원과 수술에 대해서 정액을 지급하나, 실손보상의 경우 의료비 지출 또는 소비된 의료서비스에 따라서 보험금이 지급되는 것이다.

현재외국에서 흔히 판매되고 있는 의료비보장보험(Medical Expense Insurance:MEI)의 상품으로는 다음과 같은 것들이 있다.

1. 입원과 수술 급부

병원에 입원을 하고 있는 동안에 발생한, 의학적으로 필요하다고(Medical Necessary) 인정되는 경비만을 실손 보상하는 것이며 그 경비는 통상적이며 적절한 것인데(Usual, Reasonable, & Customary) 병실료와 식대, 중환자실 치료 급부, 수술비, 마취료, 입원 중 의사의 진찰비용(처치비용), 타과 전문의에 대한 자문 비용, 입원 30일 전 시행된 검사 비용, 퇴원 후 동일한 주치의에게 추적관리를 받는 비용(60~90일), 응급사고에 의한 외래치료 비용, 사고가 발생한 지역에 상관없이(해외도 가능) 지급하는 급부, 기타 비용(입원 중 투여된 약물 비용, 처치료, 보조장구 임대료, 진단을 위한 검사비, 수혈비용, 앰블런스 사용료) 등에 대해 실손보상을 해 주는 것이다. 실손보상 형태이므로 의료비 인상이 보험금 지급에 직접적인 영향을 미치므로 회사는 시기적절하게 이를 반영해야 하는 어려움이 있다.

외국 시장의 경우 실손보상을 하되 연 최고 보장 한도를 정해 놓거나, 피보험자와 보험회사 간에 상호보험(co-insurance)을 들거나 공제(deductible) 제도를 적용하여 피보험자도 보장액 중 일부를 부담하도록 하여 발생 가능한 역선택을 막고 있다. 지급액은 실제 치료비를 초과하지 못하도록 하고 있다. 국내 생보사의 경우에는 질병의 종류나 실제 소요된 의료비에 상관없이 일정액을 부담하고 있고, 그 이상의 보장을 원하는 고객에 대해서는 특약의 형태로 입원, 통원, 수술, 진단, 의료비 등과 기타 다양한 보장 내용들에 청약할 수 있도록 하고 있다.

2. 입원비(Hospital Cash) 급부

외국 시장의 입원비 급부는 국내 시장과 같이 의학적인 필요에 의해서 입원한 경우에 일정액(Fixed

Sum)을 지급해 주는 것이다. 따라서 상기 '입원과 수술 급부'에서와 같이 실손(reimburse)을 보상해주는 것과는 다르며 따라서 치료의 경중에 따라 보험금이 달라지지 않는다. 즉 입원일수에 따라서 일정액을 지급하고 수술 전 당 일정액을 지급한다. 대부분의 경우 최대 급부 기간(30일~2년)이나 급부액을 제한하며, 역선택을 방지하기 위해서 일반적으로 입원 일수 3일을 경과한 경우에 보험금이 지급되도록 상품이 구성되어 있다. 이 상품의 경우 의료비 실손보장보험과는 달리 의료비 인상이 보험금 지급에 직접적인 영향이 없으므로 의료비 실손보장상품보다 수명이 길다.

3. 주요 의료비 보장 상품 (Major Medical Expenses Insurance)

이 상품은 1950년 대에 미국에서 단체를 대상으로 하여 소개되었고, 이어서 개인형이 소개되었는데 의료 기술의 발전에 따른 가파른 의료비 상승과, 의료 서비스에 대한 일반인들의 인식 변화 등이 개발 배경이며, 또한 전통적인 보험상품은 만성적이고 심각한 질병들에 대한 보장이 부족하였기 때문이다. 이 상품은 다른 상품들의 제한적인 보장 한도액을 초과하는 비용을 보장하기 위한 상품이다. 즉 피보험자가 소액이 소요되는 의료비는 스스로 부담하기 원하고 큰 비용이 드는 의료 서비스에 대한 필요가 있을 때 구입할 수 있다. 이 상품은 피보험자가 심각한 의학적 치료를 받게 되었을 때 급부를 제공하는 것이다. 급부의 내용은 피보험자가 치료받은 총 의료비용이나 관련 비용을 보장하는 것이다. 치명적 질병 보장보험(국내의 경우 3대 질병 보장보험)과 의료비보장보험의 중간형이라고 할 수 있으며, 정액 급부형(fixed benefit)이다.

4. 외래환자에 대한 급부

이 상품에서는 일반적으로 계약자의 자기부담이 있다[예, 공제(deductible)와 상호보험(co-insurance)]. 외국 시장에서 보장하는 외래환자에 대한 급부는 다음과 같은 내용들을 포함하고 있다.

1) 일차의료 서비스

일 년 동안의 최대 방문 횟수까지 보장한다.

2) 진단을 위한 검사

반드시 입원을 수반해야 하는 검사는 아니다.

3) 재활치료

반드시 주치의의 재활치료 처방에 대한 진단서가 필요하다(일부 회사에서는 먼저 입원치료가 선행되어야 함을 전제로 한다). 재활치료는 재활치료사에 의해 시행되어야 하며, 계약자와 보험회사가 공동(계약자 부담액)으로 지불하거나, 1년 동안의 방문횟수나 재활치료 비용 등을 제한할 수 있다.

4) 처방약품

계약자가 일부 부담한다[공제(deductible) 또는 상호보험(co-insurance)]

5) 응급상황에 대한 지원

사고가 외국에서 발생한 경우 환자수송비(병원으로의 수송 또는 귀국 비용),

적절한 병원이나 의사에 대한 정보 제공, 유해에 대한 화장 또는 매장 비용등을 지급할 수 있다.

III. 정보수집 방법

의료비보장보험에 대해서 선별검사도구로서 청약서, 고객용 설문지, 주치의 진단서, 건강진단서, 기타 등과 같은 방법들이 이용되고 있다.

1. 청약서

국내의 경우 청약서는 정부에서 통제하고 있는 부분이므로 상품별로 청약서를 차별화하는 것이 매우 어렵다. 그러나 현재의 청약서는 고지대상 질병이 한정되어 있고 현재 가지고 있는 신체 증상조차도 몇 가지로 나열되어 있어 이에 해당하지 않는 증상에 대해서는 고지 의무가 없다. 직업에 대한 고지는 받고 있으나 사고의 원인이 될 수 있는 취미활동에 관련해서는 설계사의 보고서에 작성하도록 되어 있어 고지되지 않는 경우가 대부분이다. 따라서 비록 국내 의료비보장보험 상품이 정액을 보장하고 있으나 대부분

의 상품이 외래 치료비를 부담하고 있으므로 이에 대한 위험평가가 언더라이팅 시점에서 어려운 것이 사실이다. 청약서는 계약사항과 위험평가에 있어서 청약자의 배경에 대한 통찰력이 생길 수 있게하며, 청약자의 상품 구입 의도를 알 수 있는 경우도 있다. 따라서 다른 상품에 대해서도 마찬가지로 기본적인 청약서는 건강상태, 생활양식, 직업, 취미, 거주지, 재정적인 정보를 알 수 있도록 구성되어야 한다. 외국 시장의 경우 보험회사가 주치의(국내의 경우 진료를 한 의사)와 연락할 수 있도록 의사에 대한 정보를 얻을 수 있도록 하고 있는데 이는 언더라이팅 시점에서뿐만 아니라 보험금 지급 단계에서도 꼭 필요한 정보이다. 의료비보장보험은 보험회사가 다량으로 발생할 보험금 지급을 부담하는 것이다. 따라서 외국 시장의 경우 질병에 따라서 설문지를 다양화하여 작성하도록 하고 있으며 일반적으로 질문 항목도 적지 않다. 물론 매년 지급 한도액수가 소액으로 제한되어 있는 상품이라면 질문 항목도 5-6개 정도로 단순화할 수 있다. 즉, 회사가 부담해야 할 보험금 지급 책임의 규모와 보험료 규모에 따른 보험금지급 건의 규모 등에 관한 회사의 전략적 분석이 설문지 양식에 영향을 끼칠 수 있다.

언더라이터는 질병이 고지된 경우 정확하고 공정한 위험평가를 하기 위해 가능한 한 많은 정보를 얻고자 한다. 모든 정보를 얻는 것이 이상적이기는 하나 현실적이지 않으므로 언더라이터는 적절한 요구사항을 비용과 주어진 시간에 맞게 만들어야 한다.

2 고객용 설문지 'Point of Sale' (POS)

청약자가 가지고 있는 위험에 따라서 정확하고 공정한 인수 조건을 적용하기 위해서 그 위험들에 대하여 가능한 한 많은 정보를 얻는 것은 앞서 언급하였듯이 언더라이팅에 있어서 이상적인 요망사항이나 현실적으로는 불가능하다. 따라서 언더라이터는 시간과 비용을 고려한 적절한 수준의 정보를 요구해야 한다. 국내의 경우 보험회사가 피보험자의 동의를 받았음에도 불구하고 의사에게 진단서를 요구하기가 매우 어렵고, 발급 받은 경우에도 언더라이팅에 필요한 정보들-예를 들면 질병에 대한 자세한 과거상태, 현 상태, 예후 등-이 누락되어 있는 경우가 많아 재발급이

필요한 경우도 종종 있어 시간과 비용측면의 효율을 고려하지 않을 수 없다. 이에 대한 보완방법의 하나로 설계사들이 청약자로부터 청약을 받을 당시 질병에 대한 고지가 있는 경우 미리 준비된 POS 설문지를 청약자로 하여금 작성하도록 할 수 있다. 물론 국내 현실상 청약서 한 장을 작성하는 것조차 불편해하는 고객들의 성격을 고려해볼 때 추가로 설문지를 더 작성해야 한다는 것은 설계사나 고객 모두에게 불편한 것은 사실이다. 그러나 현재의 청약서가 의료비 보장보험 상품을 판매하기에 문제가 있음은 누구도 부인할 수 없는 사실이므로 위험관리 측면에서 볼 때 다른 상품보다도 상품에 대한 설계사 교육이 더욱 필요하다. 즉, 언더라이터를 통해서 설문지 작성을 요구받기 보다는 충분한 교육을 통해서 설계사가 설문지의 사용에 대해 이해하게 되면 그들의 시간과 돈을 절약할 수 있게 된다. 설계사에 대한 교육은 상품에 대한 보장범위와 보험금 지급 대상에 해당되는가 되지 않는가에 대한 내부 교육자료를 Q & A 형식으로 만들어 교육하게 되면 상품의 이해에 훨씬 도움이 될 것이며, 고객의 이해를 돕는데도 사용할 수 있다. 실제 외국의 경우 이를 약관 상에 언급하고 있기도 한다.

3. 주치의 진단서

선진국과 달리 국내의 경우 환자가 같은 질병을 가지고도 여러 의사를 방문하게 되므로 "주치의" 진단서라고 하기보다는 그 질병으로 인해 가장 최근 방문한 의사의 진단서라고 할 수 있겠다. 이는 비록 보험회사가 요구하기에 쉽지는 않지만 잘 작성된 진단서는 매우 유용한 정보인 것은 사실이다. 우리나라의 의료환경에서 건 당 진료시간이 매우 짧기 때문에 환자가 자신의 질병에 대해 자세한 설명을 듣기가 어렵고, 또한 비록 설명을 들었어도 일반인으로서 쉽게 이해하고 설명내용을 기억하고 있기는 쉽지 않다. 따라서 자신의 질병 양상이나 예후 등에 대해 모든 청약자가 잘 이해하고 있다고 할 수 없으므로 고지 내용이 의학적인 소견에 합당하지 않을 때 주치의 진단서가 필요하게 된다. 현재의 병원 진단서는 질문 항목이 다소 포괄적으로 되어 있고 기재내용은 전적으로 담당의사에 의해 결정되므로 보험회사(언더라이

터)가 필요한 정보가 누락되기가 쉽다. 따라서 생보사 나름대로의 진단서 양식이 필요하다. 그 양식에 회사가 필요한 정보를 얻을 수 있도록 질문항목을 세분화하고 기재 방식을 단순화하여 담당의사의 불편을 최소화하면서도 전체적인 의사의 소견을 기재할 수 있는 란을 남겨 놓아 가능한 한 필요한 정보를 얻고 또한 재발급을 요청하거나 전화 상으로 확인해야하는 불편을 최소화하도록 한다.

4. 건강진단

대부분의 국내 보험회사에서는 회사 자체에서 사의를 운영하거나, 촉탁이나 방문진단을 통해서 보험회사에서 규정한 양식의 건강진단을 실시하고 있다. 이 방법은 청약자의 현재의 건강상태를 알 수 있는 것이 가장 큰 장점이며, 혈압측정과 키, 몸무게 측정, 소변검사 등과 같은 기본검사들을 통해서 이전에 진단되지 않았던 새로운 질병이 발견되기도 한다. 대부분의 회사에서 연령 및 가입 금액에 따라 '특진' 내용을 차별화하여 규정하고 있으며, 여기에는 심전도, 혈액검사(간기능, 혈청 지질, 신장기능, 혈당, CBC, HBsAg, HIV, HCV, HbA1c 등) 등이 포함되어 있다. 근로자의 경우에는 정기적으로 회사에서 제공하고 있는 신체검사를 받고 있으므로 이 자료를 이용하거나 결과에 이상이 있었는가를 확인함으로써 청약자의 건강상태에 대한 정보를 얻을 수 있다.

5. 기타

그 외 직업, 취미, 거주 양상, 재정적 심사 또한 이 상품에 있어서 필요한 정보이다.

표 1. 사망율과 이환율에 대한 비교

사 망 율	이 환 율
일반사망 보장	의료비 보장
보험금 지급 1회 발생	보험금 지급 수회 발생
고액 급부	상대적으로 낮은 급부
비교적 낮은 보험료	비교적 높은 보험료
다수의 연구 수행	소수의 이환율 연구
낮은 도덕적 위험	높은 도덕적 위험
소수의 면책 조건	많은 면책 조건

IV. 언더라이팅

이 상품을 위한 위험평가에 있어서는 예외조항(부담보) 적용이나 초과 보험료 부과 등과 같은 방법을 적절하게 제시하는 언더라이팅 가이드라인이 필요하다. 종신보험(Life insurance: 일반사망 보장)에 대한 언더라이팅은 사망의 위험(risk of mortality)을 고려하나 의료비보장보험에서는 이환의 위험(risk of morbidity)을 고려해야 하는데 사망률과 이환율을 고려한 언더라이팅에서는 다음과 같은 차이가 있다.(표 1)

의료비보장상품이 시장에서 성공하기 위해서는 언더라이팅이 그 어느 상품에서보다도 중요하다. 기본적인 언더라이팅 과정은 다른 상품들과 동일하나 이 상품에서는 표준하체를 인수하는데 있어서 보다 많은 인수 방법을 적용한다. 그럼에도 불구하고 많은 청약들이 거절되고 있는데 주된 이유로는 피보험자가 사고 발생(보험금 청구)에 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 역선택의 가능성이 잠재되어 있어 표준하체 건들을 더욱 위험하게 만들기 때문에 일반적으로 초과사망률이 높은 질병에 대해서는 비록 종신보험에서는 인수할 수 있어도 의료비보장보험에서는 인수하지 않는다.

국내사의 경우 종신보험 판매가 저조하기 때문에 이에 대한 언더라이팅 경험이 부족하나 기본적인 생명보험 상품의 언더라이팅의 모델이 종신보험이므로 이 상품과 의료비보장 보험상품을 비교해보면 다음과 같다. 첫째로 외국 시장에서 말하는 건강보험(health insurance)은 다른 상품들과 달리 사고가 다발할 가능성이 높기 때문에 이 상품의 위험평가에 대한 언더라이터의 과제는 보험금 청구가 조기에 발생할 가능성을 산정하기 보다는 예상되는 사고발생수준(expected claims level)을 평가하는 것이다. 보장내용에 따라 달라지겠지만 일반적으로 의료비보장보험의 사고발생율은 건강보험(Health Insurance) 보다 높다. 또한 급부 지급은 일반적으로 실제 제공된 의료 서비스에 따라서, 또는 입원 기간이나 우발적인 사건 등에 기초하므로 미리 예측할 수 없다. 또 다른 중요한 차이점은 의료비보장보험의 경우 수익자보다는 계약자

가 보험의 수혜를 받기 때문에 계약자가 보험금 수혜 정도에 영향을 끼칠 수 있다. 즉, 수혜의 남용이 발생할 수 있는 것이다.

일반적으로 피보험자는 그들이 지불한 보험료를 되 돌려 받기 위해 가능한 한 많은 의료비를 발생시키고자 하며, 보험회사가 의료서비스 비용을 지불하므로 피보험자는 최상의 의료서비스를 받을 권리가 있다고 생각한다. 따라서 보험금 지급액을 합리적인 범위 안에서 유지하기 위해서는 이러한 의료서비스의 남용을 제거해야 하므로, 약관 상에 이러한 요건들을 명시해야 한다.(예, 최고 입원일수 제한, 의료비 일부 계약자 부담 등)

생명보험에 있어서 계약자는 사망의 가능성이 적기 때문에 소액의 보험료를 지불하게 될 가능성이 높지만, 그 대신 사망이 발생하게 되면 수익자에게 고액의 보험금이 지급되게 된다. 대부분의 경우 피보험자는 자신의 죽음을 조절할 수 없으므로 결과에 영향을 주지 못한다. 그러나 의료비보장 보험의 경우 피보험자는 어느 정도 의료 서비스에 대한 소비의 시기와 내용을 조절할 수 있으므로 보험금 지급에 어느 정도 영향을 끼칠 수 있다. 즉, 의료비보장보험은 생존 급부이므로 보험금 청구가 조작될 가능성을 항상 안고 있다. 따라서 이에 대한 반응으로서 보험자는 손해를 만회하기 위해서 보험료를 증가시키게 되고, 이렇게 되면 불량한 계약자들만이 남게 된다. 그러므로 이러한 문제를 해결하기 위해 제한(limitation)과 예외(exclusion)조항을 적용하는 것이 한 방법이 된다. 즉, 보험금 청구자로 하여금 이윤을 취하지 못하게 하고, 역선택을 감소시키고 소소한 보험금 청구를 없애고, 질병에 대한 예외(부담보) 조항을 만들어 합리적인 보험료를 산정하고, 예측하지 못했거나 보험료에 산정되지 않은 위험들로 인한 지불 불능의 위험을 감소시키는 것이다. 보험료를 고정시켜 기계계약자로 하여금 계약을 유지하게 하고, 새로운 계약자로 하여금 관심을 끌게 하는 것이 중요하다. 국내의 경우 앞서 언급한대로 정액의 형태로 보험금을 지급하고 있으므로 「제한」보다는 「예외(부담보)조항」을 언더라이팅에서 적용하는 것이 합리적이라고 생각된다. 일반적인 예외조항으로는 먼저 보험에 가입하기 전에 이미 가지고 있는 건강상의 문제에 대한 것이 있다. 이는 의

료비보장보험을 판매하고 있는 나라들에서 널리 적용하고 있는 조항으로 고지하지 않은 질병에 대한 보험금 청구를 방지하기 위함이다. 두 번째로 일반적으로 다른 상품들에서 적용하고 있는 3개월 면책기간과 같이 보험가입 후로 미룰 수 있는 치료의 가능성을 배제하기 위해 30일의 면책기간을 설정한다. 그러나 국내의 경우 면책기간(Waiting Period)이 최근에 모두 없어지고 암에 대해서만 남아있으나 외국의 경우 실손보험에는 전통적으로 면책기간을 운영하여 역선택을 방지하고 있음을 참고하여야 한다.

외국에서는 상기 이외의 알코올이나 약물 남용, 의도된 자살이나 자해, HIV, AIDS, 기타 성병들, 정신질환, 전쟁, 군복무, 핵위험 등에의 노출 등에 대한 예외조항들이 있다. 이들의 경우 질병 자체가 치료방법이 없거나 사망률은 낮으나 이환율이 매우 높은 경우이고, 남용이나 정신병과 같이 매우 주관적이어서 객관적으로 질병 상태를 판단하기 어려운 경우, 한 번의 사건으로 걸잡을 수 없는 보험금 지급이 발생하는 경우(핵폭발과 같은 대참사) 등이다. 그 외에 '의학적으로 필요한' 경우로 볼 때 보장하기 어려운 미용성형수술, 실험용 치료방법 적용, 정기검진, 예방접종, 출산, 초과치료, 시력관련(안경이나 콘택트 렌즈비용, 시력측정 비용) 치료 등이 있다. 이들 중 출산과 초과치료에 대한 보장은 부가급부로 개발하여 판매하고 있다.

보험금 지급양상과 언더라이팅과의 관련성은 계약심사에 있어서 매우 중요한 영향을 끼치나, 현재까지 이미 먼저 의료비보장보험을 팔고 있는 여러 시장에서도 보험금 지급과 관련한 연구자료가 매우 부족하여 다양한 건강문제(medical problems)들이 보험금 지급 양상에 미치는 정도를 평가하는데 도움을 주지 못하고 있다.

이 상품을 언더라이팅하기 위해서는 보장대상과 제외대상이 무엇인가와 사고 발생시 이에 대한 관리를 이해하고 있어야 한다. 피보험자에 대한 위험평가를 할 때 다음과 같은 사항들을 고려해야 한다.

1. 연령

연령은 상품개발 단계에서 보험료 산출을 위해서 중요하게 취급되나 언더라이터 역시 연령에 따른 잠

재적인 위험을 알고 있어야 한다. 현대의학의 치료기술의 발달로 의료비는 가파르게 증가하고 있으며, 질병이 있을지라도 생존할 가능성이 높아지고 있다. 65세 이상인 경우 일반적으로 보험가입 대상에서 제외되고 있다. 연령의 증가는 질병으로부터 회복되고, 순응하는데 영향을 끼친다. 조절을 잘하고 있는 당뇨병 환자의 경우 50세 이전에는 입원할 가능성이 거의 없으나 그 이후에는 당뇨병성 망막증, 신경증 등으로 인한 합병증이나 심혈관, 뇌혈관, 신장질환 등에 의해 입원할 가능성이 매우 높아진다. 실손보장 보험의 경우 가입연령은 중요한 문제인데 상한연령은 일반적으로 제한되어 문제가 없어보이나 신생아나 소아의 경우 높은 이환율을 보이고 있으므로 아래 연령에 대한 제한도 검토가 되어야 할 것으로 생각된다.

2. 성별

여성은 어느 연령에서든 남성보다 실제 입원에 대한 요구가 더 높는데, 이는 부인과 질환과 정신과 질환들이 그 원인이 되며, 이는 보험료에 반영되어 있다(여성이 약 2배 정도 더 부담). 따라서 표준하체에 대한 할증이 필요할 때 어떤 질병의 예후가 남녀에 상관없이 동일한 경우 여성을 보다 양호하게 취급할 수 있다. 즉 부비동염의 치료비용을 30만원이라고 가정했을 때 여성의 경우는 +50, 남성의 경우 +100을 부과할 수 있다. 그러나 선진사의 의료비보장보험 언더라이팅 가이드라인을 참고하면 중간 점수인 +75를 취하고 있는 것을 볼 수 있다. 그러므로 실제 언더라이팅에서는 앞서 언급한 보험료 부과의 차이를 숙지하면 여성의 경우 융통성 있게 위험평가를 할 수가 있다.

3. 경제적요인과 생활습관

사회경제적 상황은 개인의 건강에 중요한 영향을 끼친다.

4. 직업, 취미

직업이나 취미 등은 사고에 의한 상해의 위험을 증가시키므로 언더라이터들은 이들의 의학적 위험에 대한 가능성을 고려하여 적절한 가이드라인을 통해 거절, 면책조건 또는 초과보험료를 부과하여야 한다. 직

업이나 취미 그 자체는 위험이 없으나 기존에 가지고 있는 질병상태를 악화시킬 수 있는데, 그 예로서 바닥에 카페트를 설치하는 직업을 가진 사람이 과거력 상 관절통이 있는 경우이다.

5. 질병 과거력

가장 중요하게 고려되어야 할 사항은 질병에 대한 과거력이 고지된 경우이다. 기본적으로 다른 보험 상품 청약자에 대한 심사과정과 같이 보험금 지급 내역을 우선 조회해 볼 필요가 있다. 청약자가 앓았던 질병에 대한 회복 여부, 만성 정도에 대한 파악을 위해서 청약서에 이에 대한 질문항목이 포함되어야 한다. 또한 어떤 질병이 외래 또는 입원 치료를 요할 것인가에 대한 평가가 중요하다. 질병의 종류, 질병 기간과 발병 횟수, 중증도, 완전 회복 여부 등에 정보를 알아야한다. 청약서에 어떤 질병이 고지되면 언더라이터는 이 질환을 무시할 것인지, 부담보를 할 것인지, 할증할 것인지, 거절할 것인지를 결정해야만 하기 때문에 이러한 질병에 대한 추가 질문서 양식이 의료비보장보험에서는 매우 중요하다. 최근 병력이 있는 경우 현재의 상태 뿐 아니라 역선택의 가능성에 대해서 신중하게 검토해 보아야 한다. 의료비보장보험에 대한 청약자의 태도는 종신보험과는 상당히 다르다. 즉 의료비보장보험은 생존 급부형이며 일반적으로 청약자들 간에 언젠가 발생할 사고에 대한 기대를 가지고 이 상품에 가입하고자 하기 때문이다.

요통의 경우 사망의 가능성은 거의 없으나 입원 또는 장애가 발생할 가능성은 높다. 치료의 내용을 보면 추간관적출술, 디스크 융합, 정기적인 고가의 물리치료(외래) 등이 있다. 종신보험의 경우 표준체 인수가 가능하나 의료비보장보험의 경우에는 치료와 관련한 비용으로 인하여 인수가 어렵다. 또한 어떤 질병에 있어서 수술이 실패한 경우 보험회사가 이런 위험을 보장하고자 할 때 보장하는 정도의 제한을 두지 않으면 전체적인 상황을 위태하게 만든다. 이렇게 될 경우 보험회사는 보험료를 인상하게 되며, 건강한 사람들(보험금 청구를 한 적이 없는 사람들)의 실효율이 높아지고, 보다 보험료가 저렴한 회사를 선택하게 될 가능성이 높게 되고, 계약을 유지하고 있는 사람들 중의 많은 사람들이 질병을 가지고 있게 될 것

이다. 이런 일이 반복되게 되면 보험회사는 경쟁력이 없어지게 된다.

의료비보장 보험상품을 심사하는 언더라이터는 질병에 대한 전반적인 지식을 보완해야 하며, 각 회사의 상품 범위에 대한 정확한 파악이 필요하다. 외국의 경우 의료비보장보험 상품을 담당하는 언더라이터에게는 우리나라에서는 판매되지 않고 있는 소득보상 불능 상품에 대한 언더라이팅의 수준을, 즉, 높은 수준의 능력을 요구하고 있다. 또한 역선택을 유발할 수 있는 상품의 급부와 정의를 확인함으로써 상품개발에 있어 중요한 역할을 담당해야한다. 따라서 영업, 보험금 지급, 계리, 행정 부서 등과의 긴밀한 업무협조가 중요하다.

6. 표준하체

위에서 언급하였지만 표준하체에 대한 가장 중요한 언더라이팅 방법은 '예외조항(exclusion clause; 질병, 취미 등에 대한)'이다. 이는 어떤 특정 질환이나 위험한 활동 등에 의해 발생한 의료서비스에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 것이다. 예외조항은 일정 기간 또는 보장 기간 내내 적용할 수 있다. 예외조항은 필요한 보장을 제외해야하고 어떤 특정 상황에서만 적용 가능하다는 약점이 있으나, 이를 적용하지 않으면 거절될 건을 인수할 수 있으며, 피보험자에게는 이를 적용하지 않으면 얻을 수 없는 유익한 보장을 제공받을 수 있다는 장점이 있다. 국내 일부 생보사에서 적용하고 있는 특정부위부담보 또는 질병부담보와 유사하다. 초과보험료(extra premium)의 부과는 잠재적인 역선택에 복합적인 효과를 가지고 있기 때문에 잘 적용하지 않는다. 이외에도 외국 시장에서는 언더라이터가 청약된 급부액을 낮추거나 면책기간을 늘리는 등의 방법을 적용할 수 있다. 이는 예외조항이나 초과 보험료 부과 등의 적용이 어려운 상황에서 유용하게 사용할 수 있는 방법이다.

V. 보험금 지급

보험금 지급의 타당성을 심사하는 것은 다른 상품에 비교해 볼 때 매우 어려우며, 이 상품을 담당하는

사고 조사자에게는 높은 의학적 지식이 요구된다. 과거 예를 보면 치료비와 관련된 심사에서 많은 문제가 있어 왔으므로 보험금 청구시 발생하는 조작이나 남용에 대한 대책이 빈틈없이 준비되어야 한다. 실손보상형의 경우 상황에 따라 지급 보험금액이 달라지므로 우선 청구된 사고가 보장되는 것인지를 확인해야 하고, 상품에 따라 지급액을 설정해야 하는 문제에 놓이게 된다. 따라서 상품 약관에 정통해야 하는 것은 물론이며, 특히 보장되는 의료서비스나 사고 내용에 대해서 잘 알고 있어야 하고, 정확한 심사를 시행하기 위해서 필요한 정보를 알고 요구할 수 있어야 한다. 작은 규모의 보험금 지급이 다발하게 되므로 많은 인력의 손실이 발생할 수 있으므로 업무를 능숙히 처리할 수 있는 심사부서의 여건 또한 중요하다.

국내의 경우 보험금 청구를 위한 회사양식이 없어 병·의원의 진단서로 대처하고 있다. 그러나 외국에서는 다른 특정상품들과 마찬가지로 의료비보장보험에 대해서도 보험금 청구를 위한 회사양식이 준비되어 있어 이를 피보험자와 담당 주치의가 함께 작성하도록 하고 있다. 사고 내용에 대한 자료들은 보험금 지급을 위한 것 뿐 아니라 이들 자료를 축적하여 향후 보험료를 산정과 언더라이팅 가이드라인 내용 보강에 필수적이다. 국내 보험사의 자료 관리 및 축적은 현재까지도 미비한 상황이나 특히 이 상품은 판매와 함께 보험금 지급에 대한 자료 관리가 아주 중요하다. 보험금 지급건 발생율의 양상을 알기 위해서 뿐만 아니라 처음 지불된 보험료는 불과 몇년 동안만 충당됨으로 의료비용의 증가 양상을 이해하기 위해서도 매우 중요하다.

VI. 맺음말

이상과 같이 의료비보장보험 상품에 관련하여 외국 시장에서의 상품 양상과 언더라이팅을 중심으로 정리해보았다. 의료비보장상품은 기존의 보험과는 달리 계약자의 도덕적 해이 및 병원에서의 과잉진료의 가능성이 높기 때문에 언더라이팅 뿐만 아니라 보험금 지급심사에도 상당한 어려움이 예상된다. 또한 현재 국내에서 문제시 되고 있는 의약분업과 관련되어 국

민 의료보험 제도의 변화에 따라서 손해율이 좌우될 것으로 예상된다. 실질적으로 외국의 경우 의료비 실손보장 보험의 손해율이 상당히 높은 것으로 알려져 있다.

따라서 의료비보장상품의 언더라이팅은 단지 의학적인 측면만 고려해야 하는 것이 아니라 포괄적인 언더라이팅이 이루어져야 하기 때문에 전문 언더라이터들에 대한 충분한 교육과 연수, 실제 케이스를 통한 경험 축적이 무엇보다도 중요하다. 선진국에서도 소득불능 보상보험이나 장기간병보험 등과 같이 의료비 보장상품에 있어서는 언더라이터에게 더 높은 수준의 자질을 요청하고 있다. 앞서 설명된 언더라이팅은 단지 선진국에서만 적용하고 있는 것이 아니며, 실제 아시아 시장에서도 널리 시행되고 있는 것들이다. 보험 상품은 개발 단계부터 계약 인수와 보험금 지급 절차를 고려해야 하는 일련의 작업이다. 따라서 보장 내용이 다양해지고 고액화 될수록 위험관리와 이에 따라 결과되어지는 사차익을 위해서 보다 합리적인 언더라이팅이 이루어지도록 노력해야만 한다.

1. Swiss Re Life & Health. Medical Expense Insurance, Individual Underwriting Guidelines for Asia/Pacific Region, 1998.
2. Geoff C. Mark Prichard, Private Health Insurance and South Africa, October 1990.
3. 금융보험통신, '민영의료보험 전망과 과제' 2000년 7월 4일.
4. 보험신문, 2000년 7월 3일.
5. 보건복지부 웹 사이트(www.mhw.go.kr)
6. Swiss Re Life & Health, Medical Expense Study
7. Swiss Re Life & Health, Medex Pricing Manual.
8. Harriett E. Jones, Medical expense coverage, Principles of Insurance: Life, Health, and Annuities. 1999; 340-71.
9. Kenneth Huggins, Underwriting individual Health insurance, Operations of Life and Health Insurance Companies. 1992; 253-9.
10. Muriel L. Crawford, Health insurance, Life & Health Insurance Law. 1998; 392-417.

참 고 문 헌