

Key points on private dental insurance

치과 민간보험 핵심 정리

Eui-Dong Kim 

Cheonggu Dental Clinic, Seoul, Korea

ABSTRACT

Since the introduction of private dental insurance in South Korea in 2008, the proportion of private insurance in the dental field has steadily increased. Many people concerned about their oral health and the financial burden of dental treatment are signing up for or considering signing up for dental insurance. However, dental professionals are largely uninterested in private insurance. A little understanding of private insurance can be of great help to patients and will undoubtedly benefit dental practices. (*J Korean Dent Assoc* 2026; 64(2): 38-44)

Key words : Insurance, Dental; Private Sector; Professional Practice

서론

치과에서 환자에게 민간보험과 관련된 서류를 작성해주고 진료기록부를 복사해 주는 일은 거의 일상이 되었다. 많은 환자들이 치아보험에 가입해있고 치아보험을 가입할 것인지 고민하고 내가 받는 치료가 치아보험의 보장을 받을 수 있는 것인지 궁금해한다. 치과의사들에게 민간보험은 반드시 알아야 하는 부분은 아니지만 핵심적인 내용을 몇 가지만 알아두어도 환자에게 적지 않은 도움을 줄 수 있고 환자가 당연히 받을 수 있는 보험금을 치과의사의 무관심이나 실수로 받지 못하게 하는 불상사를 줄일 수 있다. 이에 모든 치과의사들이 알아 두었던 하는 치과 민간보험의 핵심적인 사항을 정리해 보고자 한다.

본론

치과에서 적용 가능한 민간보험

*Corresponding author: Dr. Eui-Dong Kim
Cheonggu Dental Clinic, 185 Dasan-ro, Jung-gu, Seoul 04608, Korea
Tel: +82-02-2237-2822, E-mail: ked02@hanmail.net

1. 치아보험

치과치료비를 보장하기 위해 만들어진 보험으로 치과에서 가장 많이 접하게 되는 민간보험이다. 주로 충치나 치주질환 등 치아와 관련된 질병이나 치아의 파절과 같은 상해로 보존치료 또는 보철치료 시 계약된 보험금을 받을 수 있는 보험 상품이다. 생명보험사와 손해보험사에서 모두 판매하고 있다. 이 글에서는 가장 많이 접하고 보장내용과 수준도 다양한 치아보험을 위주로 설명할 것이다.

2. 생명보험

생명보험은 사람의 생존을 담보로 하는 보험으로 치과치료와는 관계가 없는 보험이다. 하지만 일부 생명보험에서 주계약이 아닌 특별약관 중 수술 특약으로 임플란트 등의 수술 치료 시 시행되는 골이식술을 보장받을 수 있다. 보장이 가능한 경우, 골이식 수술 1일당 1회의 보험금이 지급되고, 골이식재의 종류는 상관없다.

3. 실손보험

피보험자가 질병, 상해로 인하여 의료기관에서 입원 또는 통원 치료를 받거나 처방, 조제를 받는 경우, 본인이 실제로 부담

하는 의료비 중에서 급여(건강보험) 의료비의 본인부담금과 약관에서 보장하는 비급여 의료비를 보장하는 보험이다. 치과에서는 2009년 8월 1일 이후 가입한 2세대 보험부터는 보험급여 항목에 한해 보장이 가능하다. 건강보험이 적용되는 의료비의 본인부담금 내에서만 보장이 가능하여 보장금액이 대개의 경우에 크지 않으나, 보험 임플란트나 보험 틀니의 경우에는 본인부담금이 수십 만원에 이르므로 가입자에게 적지 않은 도움이 된다.

4. 상해보험, 손해보험

손해보험, 상해보험 등 일반보험의 특약에서 골절 시 진단금이나 치료비를 보장하는 경우가 있다. 이는 보험기간 중에 질병이 아닌 상해를 원인으로 골절이 발생한 경우에 한하며, 이 골절이 치아파절을 포함하는 경우도 있고, 포함하지 않는 경우도 있으므로 환자가 미리 확인해야 한다.

치아보험의 특성

1. 면책기간

면책기간이란 보험가입 후 실제 보험보장 항목에 해당되는 질병이 발생하여 치료를 받더라도 보험금이 지급되지 않는 기간을 말한다. 실손보험이나 암보험, 치아보험 등에서 면책기간을 많이 볼 수 있는데, 보험사의 보장책임이 면제되는 기간이라는 의미라고 볼 수 있다. 이런 기간을 왜 두는 것인지 의아스러울 수 있는데 이는 치아보험의 경우에 대부분 보험 가입 전에 미리 병원에서 건강하다는 진단을 받고 가입하는 진단형이 아닌 무진단형이기 때문에 보험 가입 후 얼마 되지 않은 시기에 질병이 발생하면 보험 가입 이전에 이미 이러한 질병을 가지고 있었다고 보고 보험금을 일정기간 지급하지 않는 것이다. 따라서 드물긴 하지만 미리 진단을 받고 가입하는 진단형 치아보험에 가입하거나, 기존의 치아보험이 만기가 도래하여 갱신하는 경우에는 면책기간이 없다.

치아보험의 경우, 모든 치아보험 상품이 면책기간을 두고 있으며, 이는 고가의 비용이 드는 일부 치료에만 해당되는 것이 아니고, 보철치료, 보존치료, 그 외의 치료 등 모든 보장 내역에 공통적으로 해당된다. 그러므로 보험사의 약관에 따르면 면책기간이 끝나야 보험 상품의 보장이 시작된다는 표현을 쓰고, 이렇게 이해하는 것이 적절하다.

면책기간은 거의 대부분 보험 가입일로부터 그날을 포함하

여 90일로 되어 있고, 91일째 되는 날부터 보장이 시작된다. 그래서 보험 가입일로부터 91일째 되는 날을 보험 보장이 시작되는 날의 의미로 ‘보장개시일’이라고 표현한다. 단, 이는 질병에 의한 경우에만 해당되고, 면책기간에도 상해에 의해 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 면책기간을 인정하지 않고, 보험 가입 후부터 바로 보험금 지급이 가능하다. 상해는 보험 가입 이전부터 가지고 있던 질병이 아니고, 보험에 가입하는 가장 큰 이유가 이러한 우발적 사고 위험을 대비하고자 함이니 상해에 대해 면책기간을 적용하지 않는 것은 사실 너무도 당연한 일이다. 상해로 인한 치료의 경우에는 면책기간과 더불어 감액기간도 적용되지 않는다.

하지만, 최근 치아보험 상품들은 일부에서 상해에 관한 보장을 ‘특약’의 형태로 분리해서 판매하고 있다. 즉, 상해에 관한 특약이 분리되어 있는 상품에서 특약을 제외하고 기본 계약만 할 경우, 질병(치아우식증, 치주질환, 치수질환 등)에 대한 치료만 보장받을 수 있고, 아예 상해의 경우에는 전혀 보장받지 못할 수도 있다는 뜻이다. 따라서 가입자의 보험 상품이 질병만을 보장하고 있는지, 상해(주로, 치아의 파절이 되겠다)도 보장하고 있는지 보험약관이나 상품설명서 또는 보험설계사를 통해 정확한 확인이 필요하다.

그리고 대부분의 경우 면책기간은 보철치료든 보존치료든 모든 치료에 대해 90일로 되어 있는데, 극히 일부 보험사의 상품에서 보철치료만 면책기간을 180일로 통상의 경우의 2배의 기간을 정해둔 경우도 있으니 보험약관이나 상품설명서를 정확히 확인할 필요가 있다.

2. 감액기간

감액기간이란 보험금 지급사유가 발생하더라도 보장 금액을 전부 지급하지 않고 감액하여 지급하는 기간을 말한다. 일반적으로 보험 가입으로부터 일 년에서 이 년 정도의 기간이다.

감액기간의 감액 비중은 모든 치아보험 상품에서 50%로 동일하다. 감액기간은 보험사 입장에서 면책기간을 너무 길게 두면 가입자들의 불만과 항의가 커지고 가입 자체도 줄어들 것이고, 너무 짧게 두면 손해율이 올라가 이윤이 줄어들게 되므로 면책기간과 정상 보장의 중간 형태의 기간을 두는 방식으로 마련한 절충안으로 보인다. 그리고 이러한 감액기간은 보험사 입장에서선 감액기간도 보장기간에 포함되므로 보장의 명분도 살리고 가입자 유치에도 유리하며, 동시에 이 기간 동안 가입자들의 보험금 청구를 자연스럽게 억제시키고 미루게 하여 손해

을을 낮추는 효과도 가져오는 장치인 셈이다.

보철치료(임플란트, 브릿지, 틀니)와 임플란트와 연관된 임플란트 재치료, 임플란트 치조골 이식술 등은 모든 보험사에서 동일하게 2년의 감액기간을 두고 있다. 즉 치아보험에서 가장 중요한 비중을 차지하는 보철치료들은 면책기간과 함께 고려하면 보험 가입일로부터 90일까지는 전혀 보장이 되지 않고(면책기간), 91일째부터 2년이 되는 날까지는 50%만 보장이 되며(감액기간), 2년이 지나야 정상적인 100% 보장이 가능하다(하지만, 이 경우에도 개수제한이 있는 경우가 많다)는 뜻이다. 치아보험에 가입하는 사람들 중에서 임플란트 치료비를 보장받기 위해 치아보험에 가입하는 사람들이 아마도 가장 큰 비중을 차지하지 않을까 싶은데, 임플란트 치료비가 2년 동안 50%의 금액만 보장받는다라는 부분은 아마도 가입을 고려할 때도 그렇고, 가입 후에 실제 이런 상황이 닥쳤을 때도 제일 크게 고민이 되는 부분 중의 하나일 것이다. 가입자의 입장에서 2년 내에 임플란트를 해야 할 일이 생기면 절반의 보장이라도 받고 당장 치료받는 것이 나올지, 아니면 좀 더 참았다가 2년 후에 100% 보장을 받고 치료받는 것이 나올지 고민이 되지 않을 수 없다. 사실 이 문제에 대한 정답은 환자 개개인의 치아상태와 경제적인 상황, 가입한 치아보험 상품의 종류와 특성에 따라 달라질 수밖에 없고 최종적인 결론은 모든 부분을 종합적으로 고려하여 환자 자신이 내리는 수밖에 없는 것이 현실이다.

보철치료와 달리 보존치료(아말감, 글래스아이오노머, 레진 충전, 인레이, 온레이, 크라운 치료)는 대부분의 보험사에서 동일하게 1년의 감액기간을 두고 있다. 이 경우에도 면책기간과 함께 고려하면 보험가입일로부터 90일까지는 전혀 보장이 되지 않고(면책기간) 91일째부터 1년이 되는 날까지는 50%만 보장이 되며(감액기간) 1년이 지나야 정상적인 100% 보장이 가능하다는 뜻이다(이 경우에도 역시 개수제한이 있는 경우가 많다).

다음으로는 보철치료와 보존치료 외의 치료 항목들이 있는데 그 외의 치료항목들 중에 감액기간이 중요한 것은 그 중에 보장금액이 제일 큰 치료인 임플란트 치조골 이식술이다. 임플란트 치조골 이식술은 대부분 임플란트 치료와 함께 시술되기 때문에 임플란트와 동일하게 2년의 감액기간을 둔다. 주의할 것은 임플란트 치조골 이식술은 보장 자체가 되지 않는 상품이 많으므로 먼저 이에 대한 확인이 필요하다.

3. 개수제한

개수제한은 사람이 치아를 한두 개가 아니고 스물여덟 개를

가지고 있으며 치과에서 책정되는 치과치료비도 대부분 치아 하나당 치료비를 기준으로 정해져 있다 보니, 여러 개의 치아 치료를 어떻게 보장할 것인가에 대한 보험사의 고민에서 나온 대안일 것이다. 보장치료 항목에 따라 어떤 것들은 개수제한 없이 무제한으로 보장하기도 하고, 어떤 항목은 1년에 몇 개로 제한하기도 하고, 어떤 경우에는 2년 내에는 몇 개, 2년 이후는 무제한으로 기간별로 개수제한을 달리 하기도 한다. 치과질환의 특성상, 단 것을 좋아하거나 충치가 잘 생기는 분들도 그렇고 잇몸질환이 심하신 분들도 그런데, 한두 개의 치아가 문제가 있는 것이 아니고 다수의 치아들이 안 좋아서 동시에 여러 개의 치아를 치료해야 하는 경우가 흔히 발생한다. 이 경우에 치료비는 보존치료에만 국한되는 경우이든 보철치료까지 필요한 경우이든 많은 개수의 치아를 치료하다 보니 치료비가 급격히 커지게 된다. 그리고 보험사 입장에서는 가입자 한 명에게 동시에 여러 개의 치아의 치료비를 보험금으로 지급하다 보니 손해율이 커지게 되고, 개수를 적절히 제한하지 않으면 손실을 볼 수도 있을 것이다. 그래서 개수를 제한하는 보험사의 입장을 이해 못하는 것은 아니지만 치료할 것이 여러 개 동시에 발생한 환자 입장에서는 여러 개의 치아 중에 단 몇 개만 보험금이 나온다면 상당히 곤혹스러운 선택을 해야만 할 것이다. 앞에서 얘기한 면책기간이나 감액기간은 극히 일부의 경우를 제외하면 대체로 거의 비슷한 수준이어서 보험상품 비교에서는 그리 중요한 기준이 되지 못한다. 하지만, 개수제한은 보험사 별로, 상품 별로 항목 별로 다양해서 비교하기도 어렵지만, 상대적으로 가입자에게는 훨씬 중요한 부분이다.

개수제한은 대개 3가지 형태로 나뉘어진다. 첫째, 개수를 전혀 제한하지 않는 무제한 형태,

둘째, 1년에 몇 개와 같이 1년당 개수를 제한하는 형태, 셋째, '2년 이내에는 1년에 몇 개, 그 이후에는 무제한'과 같이 기간별로 차등을 두는 형태이다.

개수제한에서 가장 중요한 비중을 차지하는 것은 역시 보철치료이다. 보철치료 3가지 중에서 임플란트와 브릿지는 모든 보험사에서 위에서 열거한 세 가지 개수제한 중에서 한가지의 형태를 똑같이 취하고, 틀니는 모든 상품이 공통적으로 연 1회의 개수제한을 두고 있다.

여기서 한 가지 주의할 것은 개수제한만 보고 그 상품을 평가해서는 안 된다는 것이다. 임플란트를 무제한으로 보장해 준다고 훌륭한 상품이라고 생각했는데, 정작 임플란트 치료비 보험금이 얼마 되지 않는다면 차라리 연 3개로 제한하더라도 보

장액수가 훨씬 큰 상품이 더 유리할 것이라는 점이다. 임플란트 치료비만 중심으로 치아보험 가입을 고려하고 있는 가입자라면 임플란트 보장금액, 개수제한, 보험료 이 3가지가 제일 주된 비교의 기준이 될 것으로 생각된다.

개수제한에서도 그 다음으로 중요한 비중을 차지하는 것은 보존치료이다. 보존치료 6가지 항목(아말감, 글래스아이오노머, 레진충전, 인레이, 온레이, 크라운 치료) 중에서 크라운을 제외한 5가지 항목은 대부분의 보험사가 개수제한을 두고 있지 않으나 일부 보험사에서는 연간 3개, 5개 등으로 개수제한을 두고 있다.

크라운 치료는 보존치료 중에서 가장 치료비가 많이 드는 항목이어서인지 대부분의 보험사가 연간 3개로 개수제한을 두고 있고, 일부 보험사에서는 2년 이내에는 연간 3개의 개수제한을 두고, 그 이후에는 무제한으로 보장하는 절충 형태를 띄고 있다. 그 다음으로 그 외의 치료들에서도 개수제한이 있는 경우가 있으나, 감액기간과 마찬가지로 대부분의 치료들이 치료비가 크지 않은 치료들이어서 개수제한이 크게 의미를 가지지는 않는다.

4. 보장 기준일

앞에서도 얘기했듯이 치아보험은 면책기간, 감액기간, 개수제한 등의 다양한 방법으로 보장을 제한하고 있다. 그렇기 때문에 이러한 보장제한 조건들을 어떤 날짜를 기준으로 적용하는가는 대단히 중요한 부분이다.

치아보험이 보장하는 항목 중에 임플란트, 브릿지, 틀니를 포함한 보철치료는 발치일이 보장 기준일이 된다. (크라운은 제외 : 치아보험에서 크라운은 보존치료로 분류한다.) 보철치료는 모두 발치 이후에 진행되는 치료이고, 치아보험은 발치하기 전의 자연치아만을 가입 대상으로 보기 때문에 보철치료가 보험 보장을 받는 것은 보장기간 내에 발치한 경우에만 가능하다. 즉, 보험가입 이전에 발치하였거나 가입 후 90일 이내의 면책기간에 발치한 경우에는 해당 발치부위에 대해서 어떤 보철치료를 받아도 보험금은 전혀 받을 수 없다는 뜻이다. 2년이 지나야 완전한 보장을 받을 수 있다는 얘기를 잘못 이해하여 이미 발치를 한 이후에 치아보험에 가입한 가입자는 가입 후 2년이 지나서 보철치료를 받더라도 보철치료에 대한 보험금을 한 톨도 못 받는다는 얘기가.

감액기간이나 개수제한의 경우에도 마찬가지로 발치일을 기준으로 결정된다. 예를 들어 보험가입을 하고 9개월 후에 발치

를 한 후, 다시 16개월(보험가입으로부터 계산하면 $9+16=25$ 개월)이 지나서 임플란트를 한다면 보험가입 후 2년이 지났으니 100% 보장금액이 지급되는 것이 아니고, 가입 9개월 후에 발치를 했으니 발치일이 가입 후 2년 이내의 감액기간에 해당되므로 가입 2년이 지나서 임플란트를 하더라도 보장금액의 50%만 지급된다는 것이다. 치아보험의 보장 여부를 임플란트 수술 날짜가 기준이 아니라 발치일을 기준으로 하기 때문이다.

또 임플란트의 개수제한이 2년 이내에는 연간 3개이고, 그 후에는 무제한인 보험상품에 가입한 후 20개월이 지나서 5개의 치아를 발치하고, 그로부터 6개월이 지나서 임플란트를 5개를 치료받았다면, 치아 발치 시점이 가입 후 20개월이고 이 시기의 개수제한이 연간 3개이므로 3개까지만 지급되고(그나마도 감액기간에 해당하므로 50%만 지급될 것이다.) 나머지 2개는 몇 년을 더 기다렸다가 치료받는다 해도 전혀 보장받을 수 없다.

보존치로나 그 외 치료의 경우에는 치료 시작일을 보장 기준으로 한다. 치료가 언제 끝났더라도 면책기간이나 감액기간, 개수제한 등이 적용되는지 여부를 따질 때, 치료시작일을 기준으로 결정한다는 의미이다. 보존치로나 그 외 치료의 경우에는 대부분 치료기간이 그리 길지 않기 때문에, 면책기간이나 감액기간의 종료 시점이나 개수제한의 변동 시기에 진행된 치료가 아니라면 대부분의 경우에 문제되지는 않는다.

5. 가입 전 고지의무사항

다른 대부분의 보험처럼 치아보험도 가입 전 고지의무사항이 있다. 치아보험에 가입할 때, 보험계약서에 명시되고, 전화로 가입할 경우에는 상담사가 전화로 물어보며 확인하는데 이 내용은 녹취되어 보험 계약의 중요한 근거자료가 되기 때문에 주의해야 한다.

치아보험 가입 전 고지의무사항으로 물어보는 사항은 대개 3가지이다. 1) 최근 1년 이내에 치아우식증(충치)으로 의사로부터 진단 및 검사를 통하여 치료나 투약행위를 받거나 치료가 필요하다는 진단을 받은 적이 있습니까? 2) 최근 5년 이내에 치주 질환으로 자연치를 1개 이상 상실했거나 치주수술(잇몸수술)을 받았거나 치주수술이 필요하다는 진단을 받은 적이 있습니까? 3) 현재 틀니를 사용 중입니까?

3번은 틀니를 사용 중이면 치아보험 가입이 안 된다는 뜻이고 이는 구분 기준이 명확해서 별로 문제될 것이 없다. 하지만 1번과 2번은 가장 대표적인 치과질환 두 가지, 충치와 잇몸질

환에 대한 질문이기 때문에 많은 사람들이 해당될 수 있고, 따라서 꼼꼼히 살펴볼 필요가 있다.

1번은 최근 1년 이내에 충치가 있다는 진단을 받거나 충치치료를 받은 적이 있느냐는 질문이다. 이는 가입자가 본인의 기억을 정확히 확인해 볼 필요가 있는 질문이다. 치아보험에 가입을 고려하고 있다는 것은 대부분의 경우, 충치가 있거나 잇몸질환이 있어서 치료비에 대한 부담 때문에 가입을 고려하는 것일 것이고 그렇다면 1년 이내에 충치치료를 받았거나 충치치료를 받지 않았어도 충치가 있다는 진단을 받았을 가능성은 충분히 존재한다. 그리고 이러한 사실이 있다면 차후에 보험금 지급사유가 발생해도 이런 사실이 확인될 경우, 보험금은 지급되지 않을 가능성이 매우 높다.

예를 들어 면책기간과 감액기간 때문에 2년이나 불편함을 참으면서 보험금을 꼬박꼬박 내고 기다렸는데 가입 전에 치과에 가서 충치 있다는 진단을 받았다는 이유로 보험금 지급이 거절된다면 가입자 입장에서는 대단히 당황스러운 일이 될 것이다. 치아보험 가입 이전에 1년 동안 충치치료를 충치 진단을 받은 일이 있는지 잘 되새겨 보시고, 만약에 그런 일이 있다면 치아보험 가입을 포기하거나, 적어도 치료나 진단을 받은 후 1년이 되는 시기까지는 늦추거나, 아니면 적어도 보험사에 미리 솔직하게 얘기하고 가입 가능여부를 확인해야 한다. 요즘은 보험 가입 이전 1년 내에 충치 진단을 받았어도, 가입이 가능한 보험 상품이 일부 보험사에서 출시되었으므로 이런 보험 상품이 가입하는 방법도 있다.

2번은 1번보다도 더욱 주의해야 할 부분이다. 최근 5년 이내에 잇몸병으로 발치한 적이 있거나, 잇몸수술을 받았거나 잇몸수술이 필요하다는 진단을 받은 적이 있는가 하는 질문인데 확인 기간을 5년까지 두는 것은 너무 과도하게 보험사의 편익에만 초점이 맞추어진 조항으로 보인다. 여기서 잇몸수술은 전문적 용어로 하면 반드시 잇몸을 절개하고 진행하는 '치주관막술'만을 지칭하는 것이 아니고, 일선 개원가에서도 흔히 하는 '치주소파술'도 포함하는 개념으로 쓰이고 있기 때문에 상당수의 환자들이 이 조항에 해당된다고 볼 수 있어 문제는 간단치 않다.

환자들 중에는 자신이 발치한 치아가 있었는지 헛갈리는 분들도 계시고, 발치를 했었더라도 발치한 사실은 기억하지만 그게 몇 년 전인지 정확히 기억하지는 못하는 분들은 흔히 있다. 또한 내가 충치 때문에 발치했는지, 잇몸병 때문에 발치했는지 잘 모르는 분들도 많다.

잇몸수술을 한 기억이 있거나, 발치한 경험이 있는데 5년 이내에 발치했던 것이 확실치 않으면 발치했던 병원에 가서 날카를 확인해 보는 것도 하나의 방법이 될 것이고 건강보험공단 홈페이지 등을 통해 진료 기록을 조회해 볼 수도 있겠다. 단 여기서 발치한 치아 중에 사랑니 발치는 제외라고 봐도 된다. 어쨌든 5년 이내에 발치한 경험이 있거나 잇몸수술 경험이 있으신 분들은 정확히 확인하고 가입하지 않으면 차후에 보험금 수령이 불가능할 수도 있으므로 꼼꼼한 확인이 필수이다. 보험설계사에게 얘기했는데, 설계사가 문제 되지 않는다고 얘기했더라도 이는 차후에 증거도 없고 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 내용은 효력이 없다는 대법원 판결도 있으므로 특별히 유의해야 한다.

가입 전 고지의무사항이라는 부분이 보험사 입장에서는 손해를 줄이기 위해서 반드시 필요한 장치임은 이해하나 명확히 경계를 짓기 어려운 치주질환에서 환자가 기억하기도 힘든 잇몸수술이 필요하다는 진단 경력 여부를 5년 전까지 확장하여 이에 대한 책임을 환자에게 떠넘기는 것은 지나치게 보험사의 편익에만 초점이 맞추어진 조항이어서 시정이 필요하다고 판단된다.

6. 간편(유병자) 치아보험

앞에서도 잠깐 얘기했지만, 가입 전 고지 의무사항에서 1번과 2번 조항이 적지 않은 가입자에게 해당되고, 부당하다는 지적이 늘어나서인지 일부 보험사에서 1번과 2번 조항에 해당되는 사람들도 가입할 수 있는 보험 상품이 '간편 치아보험'이라는 이름으로 출시되었다.

1년 이내에 충치치료를 받거나 충치치료가 필요하다는 진단을 받은 사람이나 5년 이내에 잇몸수술을 받거나 발치한 적이 있거나 잇몸수술이 필요하다는 진단을 받은 사람, 즉 충치 및 잇몸질환 유병자도 가입이 가능하도록 만든 상품이다.

그러나 이 경우에도 충치치료는 치료가 끝나고 2주 정도가 지나야 가입이 가능하고, 잇몸치료는 치료가 종결되고 1년이 지나야 가입이 가능하다. 그리고, 충치나 잇몸질환이 없는 경우보다 당연히 보험료가 더 높게 책정되고, 대개의 경우 설계사와의 상담을 거친 후에 가입이 가능하다.

7. 상병명 제한

치아보험 약관을 살펴보면 치아보험은 '상해'와 '치아관련 질병'을 직접적인 원인으로 치료받은 경우에만 보험금을 지급하

는 것으로 명시되어 있다. 여기서 '상해'는 상병명으로 말하면 S02(치아의 파절)가 되겠고, '치아관련 질병'은 K02(치아우식증), K04(치수질환), K05(치주질환)의 3가지 상병명을 말하는 것이라고 나와 있다.

여기서 문제점은 '치아관련 질병'만 보험금을 지급한다는 부분이다. 언뜻 보기에 치아보험이 '치아관련 질병'을 원인으로 치료받는 경우에만 보험금을 지급한다는 보험 약관의 내용은 지극히 당연하고 상식적인 것으로 보인다. 하지만, 문제는 약관에서 말하는 '치아관련 질병'에 대한 정의는 실제로 치아관련 질병 모두를 지칭하지 않고, 치아관련 질병 중에 위에서 말한 3가지 상병의 경우에만 국한하고 있다는 점이다.

치아관련 질병은 이 외에도 많으며, 치아보험이 모든 치아관련 질병을 다 보장하지 않을 수는 있지만 치아관련 질병을 보험사 입장에서 자신에게 유리하게끔 임의로 정의함으로써 보험사가 마치 모든 치아관련 질병을 보장하고 있는 것처럼 약관에서 규정하고 있는 것은 문제가 있다고 생각된다. 보험사와 가입자 사이의 계약에서 제일 중요한 근거가 되는 약관에서 용어에 대한 정의를 일반적인 사회 통념에도 맞지 않게 한 쪽의 이익을 위해 재정의하는 것은 시정이나 규제가 필요한 부분으로 보인다.

치아보험 약관에서 쓰이는 '치아관련 질병'이라는 용어는 '치아관련 질병 중 일부' 또는 적어도 '치아관련 주요 질병' 정도로 시정하는 것이 타당할 것이다.

'치아관련 질병'을 결국 이렇게 3가지로만 정의함으로써, 결국 어떤 치료를 받더라도 상병명이 K02(치아우식증), K04(치수질환), K05(치주질환)일 때에만, 그리고 상해도 보장하는 치아보험이라면 S02(치아의 파절)까지 포함하여 4가지 상병명일 때에만 보험금을 받을 수 있게 된다. 그 이외의 어떤 상병명이든지 이상의 4가지 상병명을 제외한 상병명이 치료확인서에 기록되는 경우에는 그에 해당하는 치료의 보험금을 전혀 받을 수 없다는 의미이다.

이로 인한 문제점의 대표적인 예를 2가지만 들어보자. 첫째는 '치아의 마모증'에 대한 문제이다. 이 흔한 질환도 치아보험의 '치아관련 질환'에는 포함되지 않는다. 치아보험의 '치아관련 질환'으로 인정되지 않는다는 것은 해당 질환으로 레진 충전 등의 치료를 받아도 보험금은 지급되지 않는다는 의미이다. 치아보험의 치아보존치료는 충치나 파절로 인한 경우에만 보험금을 지급하고, 마모증으로 인한 치료에는 보험금을 지급하지 않는 것이다. '치아의 마모증'외에도 '치아의 교모증'이나 '치아

의 부식증' 등도 당연히 보험사의 '치아관련 질병'의 정의에 포함되지 않았으므로 역시 치료를 받아도 보험금은 지급되지 않는다. 둘째는 '잔류치근'의 문제이다. 이는 치과 의사들이 주의 깊게 볼 필요가 있는 대목이다. '잔류치근'이라는 상병명은 치아의 상태를 나타내는 상병명이지만, 충치나 잇몸병처럼 질환의 원인이나 종류를 나타내는 상병명은 아니다. 그리고, 잔류치근은 현재 결국 뿌리밖에 안 남은 치아의 상태를 지칭하지만, 많은 경우에 치아가 잔류치근 상태가 되는 원인은 심각한 충치나 외상이 된다. 예를 들면, 크라운 등의 보철치료 후 생긴 2차 충치, 신경치료 후 크라운 치료를 받지 못한 상태에서 씹는 힘에 의한 파절 등이 원인이 된다.

다시 말하면 잔류치근도 결국 병의 원인으로 따지자면 대부분 충치와 상해가 원인인데도 불구하고, 잔류치근이 상병명으로 기재되면 치아보험 약관 상에서 보험사들이 마음대로 정의한 '치아관련 질환'이 아니라는 이유로 보험금 지급이 거절된다는 것이다. 특히나 잔류치근에 대한 치료는 대부분 발치 후에 임플란트 등의 보철치료로 연결되기 때문에, 가입자나 보험사 입장에서 가장 중요한 비중을 차지하는 보철치료비에 대한 보험금 지급 여부와 직결되는 문제이다.

아마도 보험사 입장에서 잔류치근 상병명의 제한은 보험가입 전에 이미 잔류치근 상태가 되어 있는 치아에 보험금을 지급하는 것을 막기 위한 조치였을 것으로 추측된다. 치아 하나하나를 기준으로 보장 내용과 금액이 정해지는 치아보험의 구조상, 치아보험 가입 전의 개별 치아의 상태는 보험 적용의 중요한 기준이 되는데 보험 가입 전에 잔류치근 상태의 치아를 보험 적용해주지 않으려 하는 것은 보험사 입장에서 당연한 일이다.

그런데 문제는 현재의 대부분의 치아보험이 무진단형이다 보니 환자의 치아 중에 잔류치근만 남아 있는 치아가 있는지를 보험사가 미리 확인할 방법이 없는 셈이고, 그러다 보니 잔류치근 상병명의 치아는 아예 보험적용을 해주지 않는 형태로 상품이 설계된 것이 아닐까 싶다. 하지만, 보험사의 기준에도 적합한 치아의 상태에서 보험에 가입했다가, 2차 충치나 외상 등 보험사의 기준에도 적합한 사유로 인한 문제가 차후에 발생하여 잔류치근이 되었을 때에도 보험금을 지급하지 않는 구조는 분명히 개선해야 할 부분이라고 생각된다.

8. 보상의 기준

치아보험의 보상 구조는 개별 치아 하나하나를 기준으로 적용하게끔 되어 있다. 보존치료의 경우에는 각각의 치아에 충전

치료를 했는지 크라운 치료를 했는지에 따라 보험금이 적용되는 것은 당연한 일이지만 보철치료의 경우에 다수의 치아를 발치하고 브릿지 치료를 하거나 임플란트를 발치한 치아 개수대로 심지 않고 소수의 임플란트를 심어서 임플란트 브릿지 형태로 치료를 한 경우에 브릿지 보험금을 몇 개로 청구해야 하는지, 임플란트 브릿지의 인공치 부위도 보험금을 청구하는 것이 맞는지, 청구한다면 무엇으로 청구해야 하는지 치과의사 입장에서 혼란스럽게 느껴진다.

예를 들어 하악 4전치를 치주질환으로 발치하고 하악 좌우 견치를 지대치로 하는 6본 브릿지 보철치료를 진행했다면 이 환자가 치아보험에 가입해 있을 때 브릿지 보험금을 몇 개를 청구할 수 있을까? 치과에선 보통 이런 경우에 크라운 6개의 비용으로 브릿지 보철치료비를 받지만 치아보험은 크라운 보장 금액과 브릿지 보장 금액이 별도로 책정되어 있기 때문에 브릿지 치료비로 치료확인서를 작성하지만 4개의 인공치를 포함하는 6본 브릿지를 하나의 브릿지로 작성할지 4개의 브릿지로 작성할지 또는 6개의 브릿지로 작성할지 혼란스럽게 느껴진다는 것이다. 치아보험은 각각의 개별치아를 보장의 기준으로 삼기 때문에 브릿지의 경우에는 발치한 부위에 들어가는 인공치 하나하나가 각각 하나의 브릿지 치료로 간주되며 따라서 32,31,41,42번 치아의 부위에 브릿지 하나씩 브릿지 4개로 확인서를 작성해야 한다. 33,43번 치아의 경우에는 만약에 우식증이나 파절 등이 존재하여 크라운이 필요한 경우였다면 크라운 치료비도 청구할 수 있다.

Conflicts of Interest: None

결론

위에서 기술한 내용만 숙지하더라도 치아보험 확인서 작성에 어려움은 없을 것이며 잘못 작성하여 환자에게 의도치 않은 피해를 주는 일도 없앨 수 있다. 건강보험의 체계 내에서 필수적인 치과치료비가 모두 보장될 수 있다면 가장 바람직한 일이겠으나 이는 아직 요원할 일이고 치과에서의 민간보험의 비중이나 역할은 줄어들지 않고 있다. 치과의사가 민간보험에 대해 기본적인 사항들만 알고 있어도 치아보험의 가입이나 해지, 치료여부 결정 등에서 환자들에게 현실적이고 합리적인 조언을 해 줄 수 있고 최선의 결정을 내리도록 도울 수 있다. 그리고 이는 환자의 구강건강에도 적지 않은 영향을 미칠 수 있고 환자와의 신뢰 관계 형성에도 도움이 될 것이다.