연구보고서

2023

10

의료자문제도 현황과 과제

김경선·홍보배

KiRi 보험연구원

본 보고서에 수록된 내용은 집필자 개인의 의견이며 우리원의 공식 의견이 아님을 밝혀 둔다.

목 차

• 요약 1

Ⅰ. 서론 2
1. 연구 배경 및 목적 2
2. 선행연구와의 차별성 4
3. 연구 내용 및 구성 5

Ⅱ. 의료자문제도 관련 논의 6
1. 의료자문의 정의와 필요성 6
2. 국내 보험산업의 의료자문제도 운영 현황 및 문제점 11

Ⅲ. 의료자문제도: 의료전문심사제도와 의료사고감정단 21
1. 의료전문심사제도 21
2. 의료사고감정단 23

Ⅳ. 주요국 의료자문제도 25
1. 미국 26
2. 영국 34
3. 독일 37
4. 호주 41

Ⅴ. 결론 46
1. 요약 46
2. 의료자문제도 개선 방향 47

• 참고문헌 53

표 차례

〈표 Ⅳ-1〉 미국 Affordable Care Act 건강보험금 분쟁 현황 33
〈표 Ⅳ-2〉 미국 캘리포니아주 IMR 현황 34

그림 차례

〈그림 Ⅰ-1〉 실손의료보험 불만 건수 3
〈그림 Ⅰ-2〉 보험금 미지급 피해구제 신청 현황(2018~21년) 3
〈그림 Ⅱ-1〉 손해사정(의료자문) 결정 게임 10
〈그림 Ⅱ-2〉 보험금 지급 여부 결정 과정 12
〈그림 Ⅱ-3〉 생명보험업권 의료자문 현황 15
〈그림 Ⅱ-4〉 손해보험업권 의료자문 현황 15
〈그림 Ⅱ-5〉 2022년 금융권역별 민원 비중 19
〈그림 Ⅱ-6〉 2022년 손해보험업 민원 유형별 비중 19
〈그림 Ⅱ-7〉 국가별 보험소비자의 긍정적·중립적·부정적 경험 비교 20
〈그림 Ⅲ-1〉 의료전문심사제도 업무처리절차 23
〈그림 Ⅳ-1〉 미국 이의신청 처리절차 28
〈그림 Ⅳ-2〉 미국 외부 심사제도 방식 31
〈그림 Ⅳ-3〉 영국 FOS 중재절차 36
〈그림 Ⅳ-4〉 독일 PKV-옴부즈만 중재절차 39
〈그림 Ⅴ-1〉 금융감독원을 통한 제3의료기관 자문절차(안) 49

Abstract

Issues and Challenges of Medical Review System

The main purpose of the medical review of the health insurers is to ensure that health insurance performs its primary function of providing financial protection to those who experience health losses by paying legitimate claims. In addition, the medical review system guarantees the insured of the appropriate healthcare services through reviewing coverage items and protects their rights in the process of dispute resolution.

However, health insurance disputes related to medical reviews persist. Policyholders show low levels of trust in the outcomes of medical reviews conducted by insurers, resulting in numerous disputes and lawsuits that carry significant social costs. We identify several key issues with the medical review system of the private health insurance, including challenges in assigning independent medical experts, limited information disclosure on the insurers' medical review practices, a lack of predictability on the outcomes of the medical reviews, and a lack of follow-up procedures.

To establish a reliable medical review system, it is crucial to create an adequate pool of independent medical experts. In the United States, each state operates an external medical review system in which strictly certified independent medical review organizations are assigned to perform the review and ensure the fairness and objectivity of the system. In South Korea, the medical review system of the Mutual Aid Dispute Mediation Committee and the medical accident evaluation group of the Medical Dispute Mediation and Arbitration Service hold legal status or the related government agency has legal rights to assign independent medical reviewers. Therefore, for the private health insurers, an independent

organization or the government should lay the ground for the medical review system and encourage the participation of medical experts.

In addition, health insurers should establish clearer claims payout criteria based on clinical evidence to reduce variability in the outcomes of medical reviews. In Australia, when issues arise regarding private health insurance claims, the department of Health and Aged Care, independent medical experts, and Commonwealth ombudsmen intervene and collaborate to establish guidelines and minimize the disputes beforehand. Additionally, to enhance the predictability of the medical review system, the medical experts can be provided with supplementary materials or assisted by independent claims adjusters or legal experts for the interpretation of insurance policy terms and conditions in the decision-making process.

요 약

의료자문의 목적은 건강 손실을 경험한 소비자에게 정당한 보험금을 지급함으로써 위험보장이라는 보험 본연의 기능을 충실히 수행하도록 하는 데 있다. 또한 의료자문은 보장항목의 의학적 검토를 통해 적정한 의료 서비스에 대한 보장을 약속하고, 건강보험분쟁조정 단계에서 정당한 보험금 청구권자의 권익을 보호하는 역할을 한다.

그러나 최근 보험회사의 의료자문 관련 분쟁이 지속적으로 발생하고 있으며, 자문 결과에 대한 소비자신뢰가 낮아 보험소비자가 민원·소송을 제기하는 등 의료자문과 관련된 사회경제적 비용이 발생하고 있다. 국내 의료자문제도의 문제점으로는 독립적인 자문의 선정의 어려움, 제한적인 의료자문 현황 공시 및 의료자문제도 평가의 어려움, 의료자문 결과의 예측 가능성 부족, 사후관리의 필요성 등을 들 수 있다.

소비자가 신뢰할 수 있는 의료자문제도 마련을 위해서는 우선 독립적인 자문의 인력풀 확보가 필요하다. 미국은 엄격한 기준에 따라 인증을 받은 독립의료심사기구를 배정하여 의료자문의 공정성과 객관성을 보장하고 있으며, 국내에서도 공제분쟁조정위원회의 의료전문심사제도와 의료분쟁조정중재원의 의료사고감정단은 국가 기관 또는 법인이 법적 근거를 가지고 중립성을 갖춘 자문위원을 배정하고 있다. 이와 유사하게 민영건강보험도 독립적인 민간기구나 공신력 있는 국가기관이 개입하여 자문절차를 마련하고 의료진의 참여를 독려하여 독립적인 자문의 선정이 가능한 환경 및 제도적 기반을 조성할 필요가 있다.

더불어 보험업계 및 관련 부처에서 임상적 증거에 근거한 명확한 보험금 지급기준을 마련하고 이를 보험회사가 손해사정 시 활용할 수 있도록 함으로써 의료자문 결과의 변동성을 줄일 필요가 있다. 호주의 경우 민영건강보험의 보험금 지급 관련 이슈가 발생하면 복지부와 독립적인 의료전문가, 옴부즈만이 개입하여 가이드라인을 정립하고 분쟁 발생을 최소화하고자 노력하고 있다. 한편, 의료자문의 예측 가능성을 제고하기 위하여 보험약관에 대한 해석이 필요한 사안에 대해서는 자문의에게 법해석을 돕는 추가 자료를 제공하거나 독립적인 손해사정사 또는 법률전문가와 함께 판단하도록 하는 방안을 검토할 수 있다.

Ⅰ 서론

1. 연구 배경 및 목적

보험계약은 보험계약자가 보험가입 시점에 보험료를 지불하고 보험기간 중 보험사고가 발생하면 보험금을 지급하기로 약속하는 조건부 계약이다. 이러한 계약에서 보험금 지급은 보험회사의 기본적인 의무이자 본질적인 업무이며, 그 첫 단계로 청구 적정성 심사와 적정 보험금 산출을 위한 손해사정이 이루어진다. 이때 보험업감독업무시행세칙 제6-20조(전문인의 활용)에 따라 보험회사(손해사정사)는 보험사고에 대한 전문적인 지식이 요구되는 사항에 대하여 당해분야에 대한 전문지식을 갖춘 자에게 조사를 의뢰하거나 자문을 요청할 수 있다. 건강보험의 경우에는 의학지식을 갖춘 자에게 의료자문을 구할 수 있다.

한편 잠재적 위험을 보장하는 보험의 특성에 따라 보험약관은 모호성(Ambiguity)을 내포하게 되는데, 보험약관의 해석이 다의적인 경우에는 손해사정 과정에서 분쟁이 발생할 가능성이 높다. 보험회사는 약관의 모호성이 소비자의 도덕적 해이를 유발하거나 결과적으로 보험금 지급을 증가시키는 경우 보험약관 개선을 통해 보장내용을 명확히 하고자 할 수 있다. 특히 건강보험계약은 빠르게 발전하는 의료기술을 반영하게 되므로 약관이 모호성을 수반할 가능성이 높다. 따라서 민영건강보험에서 보장하는 급부의 결정과 약관 기술의 명확성은 매우 중요하며, 보험회사가 보장내용을 결정하고 사전적으로 보험금 지급 기준을 마련할 때 전문적인 임상 지식이 필요함에 따라 의료자문 수요가 발생한다.

보험회사의 의료자문 활용은 특히 손해사정 단계에서 이슈가 되고 있다. 보험회사의 의료자문 수요는 보험금 지급사유 해당 여부[1]의 검토나 후유장해 평가(장해율 결정 등)에서 많이 발생하였으나, 최근에는 비급여 의료행위의 적정성 평가를 위한 의료자문이 증가하고 있다. 보험회사는 보험금 지급심사 시 계약자 등이 제출한 의학적 증거(진단서 등)에 대해 의학적 전문 소견이 필요하거나 보험소비자와 이견이 있는 경우 제한적으로 의료자문을 시행하고 있음에도, 최근 실손의료보험 비급여 진료과목의 보험금 지급분쟁이 증가하면서 의료자문 필요성도 증가하였다.[2] 실손의료보험 손해율은 오랜 기간 100%를 상회하고 있고, 그 원인으로 꼽히는 비급여 과

1) 담보대상 해당 여부(e.g. 진단금, 수술금 해당 여부), 지급사유 해당 여부(e.g. 기왕증의 고려, 상해사고(외상, 질병) 해당 여부) 등
2) 아이뉴스24(2023. 4. 16), "백내장 실손 분쟁으로 손보사 의료자문 39% 증가"(https://www.inews24.com/view/1585610)

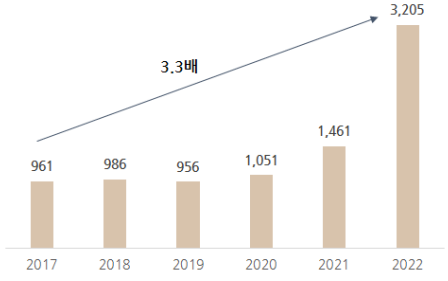
잉 진료를 방지하기 위한 노력의 일환으로 보험회사는 보험금 지급심사를 강화하고 필요시 의료자문을 활용할 수 있다.

그러나 국회 및 시민단체 등에서 보험회사의 의료자문 관행에 대한 불공정성 문제가 제기되고 민원과 소송이 증가하는 등 의료자문과 관련된 사회적 비용이 발생하고 있다. 이때 건강보험은 분쟁조정 단계에서 추가적으로 독립적인 의료전문가의 의료자문(감정)이 필요할 수 있다. 보험회사의 의료자문과 보험금 지급 결정이 적정하지 않았다면 분쟁조정절차를 통해 해당 결정을 번복하여 보험계약자의 권익을 보호할 수 있다.

한국소비자원에 접수된 실손의료보험 불만 건수는 2022년 9월 기준 3,205건으로 2017년(961건) 대비 3배 이상 증가하였다(〈그림 Ⅰ-1〉 참조). 실손의료보험 미지급 피해구제 신청의 사유별 현황(2018~21년)을 살펴보면, 도수치료, 백내장 수술 등 비급여 치료를 과잉진료로 판단해 보험금을 미지급한 경우가 30.6%로 두 번째로 많았다(〈그림 Ⅰ-2〉 참조). 민영건강보험과 관련된 소송도 증가하고 있는데, 실손보험 소비자권리찾기 시민연대와 법무법인 산지는 2022년 백내장 수술과 관련하여 보험회사를 상대로 공동소송을 제기한 바 있다. 실손의료보험 외에도 상해사망보험, 암보험 등 건강·생명보험 전반에서 보험금 지급심사 및 의료자문 결과에 대한 분쟁이 지속되고 있다.

〈그림 Ⅰ-1〉 실손의료보험 불만 건수

(단위: 건)



주: 1) 2022년은 9월 21일 기준임
2) 한국소비자원에 접수된 건임

자료: 송석준 의원실 보도자료(2022. 9. 30), "실손보험 소비자 불만 최근 5년간 3.3배 폭증, 주요분쟁 유형 파악을 통한 가이드라인 제시로 사전 예방해야"

〈그림 Ⅰ-2〉 보험금 미지급 피해구제 신청 현황 (2018~21년)

(단위: 건, %)

구분	세부내용	건수(비율)
약관 적용(해석) 다툼	• 면책기간 적용 • 약관상 보상하지 않는 사항	71(34.4)
비급여 치료를 과잉진료로 판단	• 일정 횟수 초과한 도수치료 • 백내장 수술 • 암 수술 후 요양병원 보조치료 (고수파온열치료 등)	63(30.6)
본인부담금 상한제 임의 적용	• 본인부담상한제에 따른 건보공단 환급금을 보험금에서 공제	43(20.9)
고지의무 위반	• 보험가입 전 병원치료 이력을 고지하지 않은 경우	29(14.1)
합계	—	206(100.0)

자료: 한국소비자원 보도자료(2022. 5. 12), "실손의료보험금미지급 관련 소비자피해 지속 증가"

민영건강보험은 국민건강보험의 보완적 역할을 수행하나 국민의 사적 사회안전망 역할을 하고 있고, 특히 실손의료보험의 경우 가입자가 2022년 기준 4천만 명에 육박하고 있다는 점에서 민영건강보험의 실효성 확보는 중요하다. 소비자 불만을 이유로 의료자문을 무조건적으로 자제하면 부적절한 보험금 지급에 따른 보험금 누수가 발생할 수 있고, 반대로 의료자문을 무분별하게 남용하면 선의의 소비자가 피해를 보게 된다. 민영건강보험이 국민 생활에 미치는 영향과 최근 증가하고 있는 의료자문 관련 이슈 및 사회경제적 비용을 고려할 때, 국내 의료자문제도의 문제점 파악과 개선 방안에 대한 고민이 필요하다.

본 연구는 국내와 주요국의 의료자문제도 운영 현황을 살펴보고, 이를 바탕으로 국내 보험산업에서 활용하는 의료자문의 객관성과 공정성, 투명성 강화를 도모하고자 한다.

2. 선행연구와의 차별성

보험회사의 의료자문제도와 관련한 선행연구는 주로 의료자문 운용 현황 및 문제점에 대한 조사와 제한적인 해외사례를 다루고 있다. 먼저 김창호(2018)는 보험회사의 의료자문제도 운용 실태를 조사하고 의료자문의 남용, 설명의무 위반, 의료자문의 공정성 미흡 등 몇 가지 문제점을 지적하고 있다. 그러나 2021년 「의료자문 표준내부통제기준」이 마련되고 보험업감독규정상 설명의무가 강화되는 등 김창호(2018)가 제기한 문제점을 보완하기 위한 규제체계 정비가 순차적으로 이루어졌다. 백영화(2020; 2021)는 상기 의료자문제도의 정비가 제도의 공정성·객관성 및 소비자의 알권리를 제고하는 방향으로 이루어졌다고 평가하였다. 본 연구는 감독당국의 의료자문제도 개선 노력에도 불구하고 잔존하고 있는 문제를 의료자문의 공정성, 투명성, 예측 가능성, 사후관리 등의 측면에서 살펴보고 의료자문제도 개선 방향을 제시하고 있다는 점에서 선행연구와 차별성을 가진다.

조용운 외(2020)는 미국 보험회사의 보험금 거절·삭감 결정에 대한 소비자의 이의제기 권리와 Aetna 사례를 소개하고 있다. 그러나 본 연구는 의료자문 활용 범위를 보험금 청구 적정성 검토나 소비자 분쟁조정절차 위주로 한정하지 않고, 보험금 지급심사 이전 단계에서의 활용 즉, 보험금 지급기준의 정립과 보장 항목에 대한 의학적 검토를 포함하여 폭넓게 살펴보았다.

변혜원 외(2021)는 주요국의 대안적 분쟁해결(ADR)방식에 대해 정리하고 있으나 금융회

사와 소비자 간 분쟁에 대한 일반적인 내용을 담고 있다. 한편, 김영현(2014)은 보험산업 전반에서 손해사정과 관련한 분쟁조정에 대해서 다루고 있으며 영국, 미국, 독일, 캐나다의 분쟁해결제도를 간략히 언급하고 있다. 본 연구는 건강보험분쟁에 초점을 맞추고 미국, 영국, 독일, 호주의 사례를 보다 깊이 있게 조사하여 국내 보험시장에 적용 가능한 시사점을 도출하고자 하였다. 또한 본 연구는 의료자문 및 감정업무를 하고 있는 국토교통부 산하 공제분쟁조정위원회 내 의료전문심사제도와 의료분쟁조정중재원 내 의료사고감정단에 대해 살펴보고, 이를 참고하여 의료자문제도 개선 방안을 제안한다.

3. 연구 내용 및 구성

본 보고서는 Ⅱ장에서 의료자문의 정의와 필요성에 대해 논의하고, 국내 보험회사의 의료자문제도 운영 현황 및 문제점을 살펴본다. Ⅲ장에서는 건강보험분쟁해결제도에서 참고할 만한 국내 의료 관련 분쟁해결제도인 의료전문심사제도와 의료사고감정단에 대해 살펴본다. Ⅳ장에서는 의료자문제도를 운영하고 있는 미국, 영국, 독일, 호주 사례를 살펴보고, 마지막으로 Ⅴ장에서는 연구내용의 요약과 의료자문제도의 개선 방향을 제시한다.

Ⅱ 의료자문제도 관련 논의

본 장에서는 의료자문을 정의하고 의료자문의 필요성에 대해 논의한다. 또한 국내 보험회사의 의료자문제도 운영 현황을 살펴보고 어떤 문제점이 있는지 짚어본다.

1. 의료자문의 정의와 필요성

가. 의료자문의 정의와 목적

1) 의료자문의 정의

본 연구에서 정의하는 '의료자문'은 건강보험 서비스 제공의 전 과정에서 필요시 의료 전문가(자문의)에게 의학적 소견을 구하는 것을 말한다. 이 정의에 따라 의료자문이 활용될 수 있는 단계를 시간순으로 살펴보면 다음과 같다. (i) 보험상품 설계 과정에서 보장 내용(급부)을 결정하거나 사전적으로 보험금 지급기준을 수립할 때, (ii) 손해사정이나 보험금 지급심사 시 의학적 소견이 필요할 때, 그리고 (iii) 보험회사의 보험금 지급 결정에 대해 소비자가 이의를 제기한 경우 해당 분쟁해결절차에서 필요시 의료자문이 이용될 수 있다.

의료자문은 기본적으로 (ii) 단계에서 보험금 청구 적정성 검토나 보험사기 식별과 관련하여 이슈가 많이 되고 있으나 보장 항목에 대한 의학적 검토(임상 효과, 비용 효율성, 안전성)가 필요한 (i) 단계에서도 중요하게 활용된다. 실질적으로 (i) 단계는 (ii) 단계와 긴밀하게 연결되어 있는데, 보험금 청구 적정성은 보험금 지급기준에 따라 판단되어야 하기 때문이다. 또한 약관상 보장 내용이 모호한 경우 청구 적정성 판단이 어려워지고, 보험회사와 소비자가 약관의 해석을 달리할 가능성이 있다. 따라서 (i) 단계가 잘 이루어져야 (ii) 단계에서 의료자문이 제 역할을 할 수 있다. 마지막으로 (iii) 단계에서 추가로 독립적인 의료 전문가의 자문 의견을 구함으로써 보험금이 거절·삭감된 보험계약자에게 보험회사의 보험

금 지급 결정에 이의를 제기할 수 있는 권리를 제공할 수 있다. 만약 (ii) 단계에서의 의료자문이 적정하지 않았다면 해당 결정을 번복하여 보험계약자의 권익을 보호해야 한다.

보험금 지급심사와 관련한 의료자문 실시 대상을 구체적으로 살펴보면 보험계약자 등이 제출한 의학적 증거에 대하여 담당의사가 소견을 거부하는 경우, 제출된 자료가 청구내용과 불일치하는 경우, 의학적 재검토가 필요하다고 판단되는 경우, 제출된 자료의 의학적 근거가 부족한 경우, 전문 의학 정보가 필요한 경우 등이다. 금융감독원은 의료자문을 통한 보험사고 조사 대상으로 치료근거 제출을 거부하는 경우, 검사결과 등의 신빙성이 저하되는 경우, 치료·입원목적이 불명확한 경우, 과잉진료가 의심되거나 진료비용이 비합리적으로 높아 보험사기 등이 의심되는 경우 등을 제시하고 있다.[3)]

자문의로는 외부 자문의와 제3의료기관 자문의가 있으며, 보험회사와는 독립적인 지위를 가지고 의료자문을 수행하는 의료 전문가로서 사의(社醫)와 구별된다.

2) 의료자문의 목적

의료자문의 목적은 임상적 근거에 따라 적정 보험금을 산정·지급함으로써 소비자의 위험 보장이라는 보험 본연의 기능을 충실히 수행하는 것이다. 의료자문을 통해 보험회사는 보험금 청구가 보험약관상 보장하는 담보에 해당하는지, 청구 패턴이나 청구 금액에 문제가 없는지를 식별하여 지불 오류를 줄일 수 있다. 한편, 건강보험은 일반적으로 보험계약자와 주치의 일방이 건강위험 및 의료행위·비용에 대해 보험회사보다 더 많은 정보를 가지고 있는 정보 비대칭성을 내포하고 있다. 정보 비대칭성은 건강보험시장에서 역선택 및 시장실패를 야기하여 선의의 소비자들까지 충분한 위험 보장을 누리지 못하는 결과로 이어질 수 있다. 의료자문은 보험회사의 보험금 지급 결정이 약관상 지급 사유 및 의료 지침(의료적 필요성 등)에 상응하도록 함으로써 이러한 정보 비대칭성을 완화하는 데 기여할 수 있다. 공정하고 전문적인 의료자문은 궁극적으로 의료 자원의 효율적인 사용을 유도하여 사회 후생을 증진시킬 수 있다.

3) 금융감독원 보도자료(2022. 4. 27), "보험금 누수방지 및 공정한 보험금 지급심사 가이드라인 제시를 위한 「보험사기 예방 모범규준」 개정 예고"

나. 의료자문의 필요성

1) 도덕적 해이 완화

의료자문의 필요성에 대해 논의하기 앞서, 건강보험과 관련된 이해관계자인 보험소비자, 병원(의사), 보험회사에 대해 생각해볼 필요가 있다. 건강보험의 의료비 보장은 사후정산(Out-of-pocket)되는 피보험자(환자)의 의료비 지출을 감소시키므로 과도한 의료 서비스 이용을 야기할 수 있다. 이러한 소비자 측면의 도덕적 해이뿐만 아니라 의료 서비스 공급자 측면의 도덕적 해이도 존재한다. 의사에 비해 환자는 필요한 치료의 유형이나 양에 대해 정보열위에 있기 때문에 의료 서비스의 선택은 주로 의사에 의해 이루어진다. 따라서 의사는 이익 극대화를 위해 불필요한 의료 서비스 수요를 창출할 유인이 있다.[4] 소비자와 의사의 도덕적 해이가 결합되면 건강보험에서 보장하는 의료 서비스 항목의 과다 이용 및 의료비 상승으로 이어질 수 있다.

건강보험시장에는 의료행위 및 비용에 대한 소비자·의사와 보험회사 간 정보 비대칭이 존재한다. 따라서 적절한 손해사정(의료자문)이 이루어지지 않는다면 건강보험의 손해율 악화에 따라 과도한 보험료 인상이나 보장 축소, 시장실패로 이어질 수 있다. 다시 말해 의료자문은 정보 비대칭을 완화하고 부적절한 보험금 지급을 줄임으로써, 과도한 보험료 상승을 억제하고 민영건강보험의 지속가능성을 제고할 수 있다. 의료자문이 보험료에 미치는 영향에 대한 직접적인 근거(연구)는 거의 없으나, 의료자문을 포함한 의료 서비스 이용 관리에 관한 포괄적인 개념으로 '의료이용관리(Utilization Management)'에 대한 연구[5]는 활발하게 이루어졌다. 의료이용관리는 의료이용패턴을 모니터링하여 의료 서비스의 남용을 억제하고, 치료의 임상적 필요성과 적절성 검토를 통해 효율적인 의료이용을 유도할 수 있다. 의료자문 또한 건강보험금 청구를 면밀히 검토하고 보험약관에 따라 치료 필요성을 평가함으로써 잠재적인 보험료 인상을 억제할 수 있다.

4) 이러한 수요 창출은 공급자 유인수요(Supplier-Induced Demand)라고도 하며, 자세한 내용은 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022) 참조 바람

5) Wickizer et al.(1989); Wickizer and Lessler(2002)

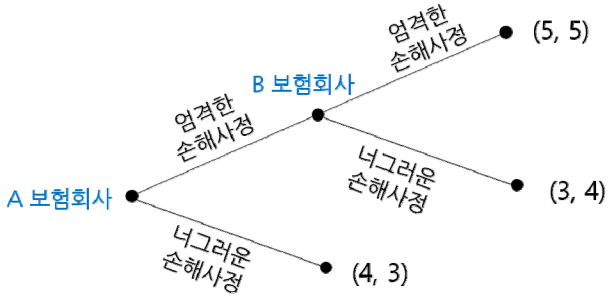
2) 손해사정과 소비자효용

보험회사는 보험금 지급심사에 의료자문을 활용하므로, 의료자문이 건강보험산업에 미치는 영향을 논의하기 위해서는 보험회사의 손해사정 전략에 대해 생각해볼 필요가 있다. 보험계약은 잠재적 위험과 관련되어 있어 보험약관은 다소 추상적이거나 다의적 해석이 가능한 경우도 있으며, 손해사정의 주체인 보험회사는 보험금 지급심사에서 어느 정도 재량권을 가질 수 있다. 보험계약의 이러한 구조적 특징은 보험회사가 엄격한 보험금 지급심사를 통해 이익 극대화를 꾀할 유인을 제공한다. 이때 건강보험 영역에서는 불투명하거나 과도한 의료자문을 근거로 보험금 부지급 등의 가능성이 있다. 물론 보험회사는 평판 리스크를 고려해야 하므로 지나친 보험금 지급 거절만이 능사는 아닐 것이나, 일반적으로 소비자는 보험회사의 손해사정(의료자문)이 적정했는지 판단하기 쉽지 않을 수 있다.

보험회사의 손해사정(의료자문) 전략에 대해 간단히 논의해보자. 단순하게 두 개의 보험회사만 있는 건강보험시장(Duopoly)을 고려하면, 두 보험회사는 이익 극대화를 목표로 보험금 지급심사의 강도를 결정할 것이다. 두 보험회사가 엄격한 손해사정을 통해 높은 이익을 유지하고 있는 경우를 생각해보자. 소비자는 너그러운 손해사정 관행을 가진 보험회사를 선호할 것이므로 각 보험회사는 시장점유율을 높이기 위해 너그러운 손해사정을 하기로 결정할 수 있다. 이러한 상황을 〈그림 Ⅱ-1〉과 같이 게임 트리로 표현할 수 있다. A 보험회사는 계속 엄격한 손해사정을 유지하거나, 너그러운 손해사정을 하기로 결정할 수 있다. A 보험회사가 엄격한 손해사정을 하기로 결정하면, B 보험회사도 손해사정의 강도를 결정해야 한다. 만약 두 보험회사가 모두 엄격한 손해사정을 하기로 결정하면 보험회사의 페이오프는 두 보험회사 모두 5가 될 것이다. 그러나 한 보험회사가 너그러운 손해사정을 하기로 결정하면, 어떤 회사가 그런 결정을 하였는지에 따라 페이오프 세트가 (4, 3) 또는 (3, 4)가 될 것이다. 이때 너그러운 손해사정을 한 보험회사가 더 큰 시장점유율을 얻고 다른 보험회사보다 높은 페이오프를 얻는다.[6] 이러한 게임에서는 두 보험회사가 모두 엄격한 손해사정을 하는 것이 파레토 최적(Pareto optimum)이라는 것을 알 수 있다.

6) 소비자는 보험회사의 손해사정 결정을 보고 다음 기에 너그러운 손해사정을 하는 보험회사로 계약 전환을 할 수 있으나, 모형의 단순화를 위해 보험회사의 결정과 그에 따른 시장점유율 및 페이오프 결과를 한 기간으로 모형화하였음

〈그림 Ⅱ-1〉 손해사정(의료자문) 결정 게임



주: 각 보험회사가 각자의 전략(엄격한 또는 너그러운 손해사정)을 취함으로써 얻는 페이오프는 (a, b)로 표시하며, 이때 A 보험회사의 페이오프는 a이고 B 보험회사의 페이오프는 b임

건강보험과 같이 소비자의 계약 전환비용이 높은 시장에서는 보험회사가 너그러운 손해사정을 통해 시장점유율을 얻는 것보다 엄격한 손해사정을 선택할 유인이 있다. 만약 보험회사가 불투명한 의료자문을 근거로 부적절하게 보험금을 부지급한다면 민영건강보험의 실효성과 소비자효용이 감소할 수 있다. 따라서 공정하고 투명한 의료자문제도를 구축하여 보험회사의 의료자문 남용 우려를 불식할 필요가 있다.

3) 의료자문의 비용효과성

의료자문제도 운영에는 의료자문의 인력풀 구성과 관리, 의료자문료 등의 비용이 발생한다. 국내의 경우 의료자문 비용은 보험회사가 부담하는데 무분별한 의료자문 시행은 보험회사의 사업비 지출을 늘리는 한편, 의료자문 공정성에 대한 소비자 불신에 따라 소비자 민원, 소송 제기 등 과도한 사회경제적 비용을 발생시킬 수 있다. 반면 객관적이고 공정한 의료자문은 보험금 지급의 투명성과 신뢰도를 제고하고 소비자의 더 정확한 보험금 청구 결정으로 이어져 장기적으로 불필요한 비용을 줄일 수 있다. 의료자문의 사회경제적 비용을 감안하면 우선 소비자가 신뢰할 수 있는 의료자문제도를 마련할 필요가 있으며 보험회사도 의료자문의 비용효과성을 고려하여 의료자문 수준을 결정해야 한다.

4) 시장 경쟁

전문적이고 신뢰성 있는 의료자문은 보험회사 손해사정의 투명성을 증진하고 보험서비스에 대한 소비자 만족도를 향상시킬 것이다. 소비자는 공정하고 독립적인 의료자문절차를 제공하는 보험회사를 선호할 것이므로 보험회사의 의료자문관행은 소비자의 보험 선택에 영향을 미칠 수 있다. 소비자의 의료자문 평가 가능성은 보험회사의 손해사정 및 의료자문제도 개선을 유도하고 궁극적으로 보험시장 내 건전한 경쟁을 장려할 수 있다.

2. 국내 보험산업의 의료자문제도 운영 현황 및 문제점

금융감독원과 보험협회는 2021년 「의료자문 표준내부통제기준」을 마련하고, 내부 의료자문관리위원회 설치를 의무화하였다. 위원회는 의료자문이 보험금 부지급이나 삭감 수단으로 남용되지 않도록 의료자문의 적정성을 심의하고 관리하는 역할을 한다. 본 절에서는 국내 보험회사의 의료자문제도 운영 현황을 살펴보고, 의료자문이 표준내부통제기준에 따라 적정하게 운영되고 있는지 평가한다.

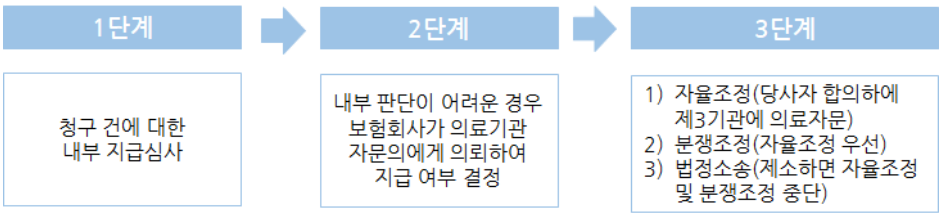
가. 국내 의료자문제도 운영 현황[7)]

1) 의료자문 단계별 절차 및 준수사항

보험계약자는 건강 관련 보험사고 발생 시 의료기관에서 발급하는 진단서 등을 보험회사에 제출하고 보험금을 청구한다. 보험회사는 청구건이 보험금 지급사유에 해당하는지 여부에 대한 의학적 판단을 위해 보험회사 소속 간호사 또는 의사의 내부 자문을 받는다(1단계). 그러나 내부적인 판단이 어렵거나 의학적 재검토가 필요할 경우 외부 자문의에게 의료자문을 의뢰할 수 있다(2단계). 이때 보험회사는 의료자문 의뢰 사유와 내용 등을 보험계약자 등이 이해할 수 있도록 설명하여야 하며 의료자문실시에 대한 동의를 받아야 한다. 의료자문을 실시한 이후 보험회사는 자문기관, 자문 의견 등 의료자문결과를 보험계약자 등에게 설명하여야 한다.

7) (ii) 보험금 지급심사 단계와 (iii) 분쟁조정 단계에서 활용되는 의료자문에 대해 살펴봄. (i) 보험상품 설계 및 보험금 지급기준 수립 단계에서 활용되는 의료자문에 대해서는 p. 15 '나'에서 관련 문제점을 짚어봄

〈그림 Ⅱ-2〉 보험금 지급 여부 결정 과정



자료: 조용운·정성희·이아름(2020)

의료자문 의뢰는 보통 의료자문중개업체(의료분석원)를 통해 이루어지나 보험회사가 직접 자문의 체결을 하여 의료자문 인력풀을 구성하는 경우도 있다. 보험회사는 자문의 선정 기준 및 절차를 마련하고 이에 따라 자문의를 선정해야 하는데 의료자문중개업체에서는 해당 보험회사의 자문의 선정 기준에 부합하는 의료 전문가를 추천해준다. 이때 자문의는 국·공립의료기관, 대학부속병원, 기타 종합병원 등에 종사하는 해당 건 관련 분야의 전문의 및 이에 준하는 경력이 있는 자, 의학단체 소속 전문의 등 의료 전문성을 갖춘 자여야 한다.

한편 보험회사의 의료자문 의뢰는 특정 의료기관에 집중되어 있다는 지적이 있었고,[8] 이에 「의료자문 표준내부통제기준」에서는 자문의 편중 방지에 대한 조항을 마련하였다. 보험회사는 특정 의료기관 또는 자문의의 의료자문 비율 또는 건수 제한 등 합리적인 기준을 마련하고 이를 준수하여야 한다. 또한 보험회사는 의료자문 실시 현황 및 자문의료인 소속 의료기관, 전공과목, 자문 건수를 공시하고 있다.[9]

최종적으로 보험계약자가 의료자문 결과에 따른 보험금 지급 결정에 이의가 있는 경우에는 제3의료기관 자문을 통한 자율조정이나 금융감독원 등에 분쟁조정 신청 및 소송 등을 통해 문제를 해결한다(3단계). 제3의료기관 자문의를 통한 자율조정 단계에 대해서는 아래 별도의 항목으로 다루고 분쟁이나 소송 제기에 대해 간략히 설명한다.

보험 관련 분쟁은 금융감독원의 '금융분쟁조정위원회' 또는 한국소비자원의 '소비자분쟁조정위원회'를 통해 이루어진다. 금융분쟁조정위원회에 회부된 분쟁조정 사건은 회부된 날로부터 60일 이내에 심의하여 조정결정을 하며, 분쟁 당사자가 조정결정을 수락하여 조

8) 전재수 의원실에 따르면 2018년 기준 보험회사의 의료자문 건수는 특정 병원에 쏠려 있고, 특정 의사 쏠림현상도 있음
9) 의료자문 설명·공시를 강화하는 「보험업감독시행세칙」이 2021년 3월 개정되어 시행 중임

정이 성립되면 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다.

금융감독원이나 한국소비자원 등을 통한 조정절차에서 분쟁해결이 되지 않은 경우 소비자는 민사소송을 통해 권리를 구제받을 수 있다. 그러나 소송은 시간과 비용이 많이 소요되고 그 결과의 예측이 어려운 한편, 건강 손실을 겪은 소비자(환자)는 신속한 보상이 필요하며 소송에 전념할 정신적·재정적 여력이 부족한 경우가 많다. 분쟁조정신청이나 소송을 줄이기 위해서는 제3의료기관 자문의를 통한 자율조정의 공정성과 실효성을 제고할 필요가 있다.

2) 제3의료기관 자문의를 통한 추가적인 의료자문

제3의료기관을 통한 추가적인 의료자문은 보험약관에 그 근거를 두고 있다.[10] 약관은 보험계약자 등이 보험회사의 의료자문 결과에 동의하지 않는 경우 보험회사와 합의하여 제3의료기관을 정하도록 하고 있다. 2단계 외부 의료자문에서와 마찬가지로 보험회사는 제3의료기관을 통해 자문을 의뢰할 때 의료자문 의뢰 내용과 제공하는 자료의 내역 등을 보험계약자 등에게 설명하여야 하며 의료자문 완료 후 해당 자문 결과 또한 설명하여야 한다. 제3의료기관을 통한 추가적인 의료자문 비용은 보험회사가 전액 부담한다. 또한 소비자가 이 사실을 알지 못해서 이의제기 절차를 활용하지 못하는 피해를 방지하기 위하여 보험회사가 이 내용을 소비자에게 안내하도록 의무화하고 있다.[11]

해당 사안의 이전 단계(2단계)에서 의료자문을 수행했던 자문의를 제3의료기관 자문의로 선정할 수 없으며 제3의료기관 자문의는 종합병원 소속 전문의 중에서만 정하도록 약관에서 규정하고 있다. 제3의료기관 자문의 선정은 직전 1년간 보험회사가 의료자문을 실시한 전문의를 피하는 것을 원칙으로 하나 부득이하게 해당 전문의를 선정하고자 하는 경우 사전에 보험계약자에게 동 사실 및 직전 1년간 보험회사가 의료자문을 실시한 의료기관명을 알려야 한다.

---

10) 표준약관(제5-13조 제1항 관련) 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ①~⑧ 생략 ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

11) 보험업감독업무시행세칙 제2-34조의 2 제5항 제1호에 따라 보험회사는 제3자를 통해 의료자문을 의뢰하는 경우 의료자문비용은 보험회사가 전액 부담한다는 사실을 보험계약자에게 설명해야 함

3) 의료자문실시 및 보험분쟁 현황

보험회사는 의료자문실시 건수 및 실시율, 의료자문을 통해 보험금을 부지급 또는 일부 지급한 건수 및 비율 등 의료자문실시 현황을 반기별로 비교공시하고 있다. 보험회사는 의료자문을 제한적으로 실시하고 있으나 그 결과를 근거로 보험금 지급을 거절·삭감하는 비율은 높은 편이다(〈그림 Ⅱ-3〉, 〈그림 Ⅱ-4〉 참조). 2022년 기준 보험회사가 의료자문을 의뢰한 10건 중 생명보험은 6건 이상, 손해보험은 약 3건에 대해 의료자문 결과를 이유로 청구보험금의 일부 또는 전부를 지급하지 않았다.[12]

최근 의료자문과 관련된 민원과 분쟁은 특히 백내장과 관련하여 실손의료보험에서 많이 발생하고 있다. 이는 백내장 등 비급여 과잉진료 방지를 위해 금융감독원이 「보험사기 예방 모범규준」 개정을 통해 공정한 보험금 심사기준을 제시하고,[13] 보험회사가 보험금 지급기준을 강화한 것과 관련이 있다.[14] 그 배경에는 2022년 1월부터 백내장 수술 관련 실손보험금 청구가 급증하고 일부 의료기관의 과잉 백내장 수술 등 과잉진료 의심 사례가 증가한 사실이 있다. 과잉의료 및 보험사기로 인한 보험금 누수는 보험회사의 재무적 부담으로 작용하여 보험소비자 다수의 보험료 부담을 가중시키는 등 부작용을 발생시키므로 보험회사는 응당 이 문제에 대응하여야 한다. 그러나 선의의 소비자에 대한 보험금 지급 거절 등의 피해를 줄이기 위해서는 보험금 지급 결정에서 공정하고 객관적인 의료자문이 뒷받침되어야 할 것이다.

이 외에도 치료 필요성, 직접치료 여부 등에 대한 논란 등 민영건강보험 관련 분쟁이 지속되고 있다. 이에 당국은 실손의료보험 보상 기준을 정비하는 등 분쟁 방지와 소비자보호 방안을 마련하고자 노력하고 있다.[15]

12) 생명보험·손해보험 업권 간 차이가 나는 이유는 손해보험 업권의 자동차보험에서 보험금 지급 여부 결정이 아닌 과실비율을 따지는 의료자문 건수가 많기 때문임

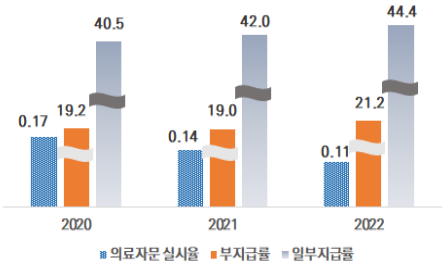
13) 금융감독원 보도자료(2022. 4. 27), "보험금 누수방지 및 공정한 보험금 지급심사 가이드라인 제시를 위한 「보험사기 예방 모범규준」 개정 예고"

14) 대부분의 보험회사는 보험계약자에게 백내장 여부를 확인할 수 있는 세극등현미경검사나 혼탁도 분류기재(LOCS) 검사 결과를 제출하도록 요구하는 등 보험금 지급기준을 강화함

15) 대한민국 대통령실(2023), p. 17

〈그림 Ⅱ-3〉 생명보험업권 의료자문 현황

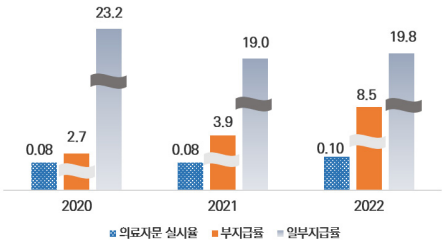
(단위: %)



자료: 생명보험협회 홈페이지

〈그림 Ⅱ-4〉 손해보험업권 의료자문 현황

(단위: %)



자료: 손해보험협회 홈페이지

4) 보험회사 내부 중재절차

보험회사는 보험금 지급 결정의 공정성을 제고하고 보험분쟁을 원만하게 처리하기 위하여 내부 중재절차를 마련하고 있다. 일례로 일부 보험회사는 '고객(소비자)권익보호위원회'를 운영하고 있으며, 위원회의 심의위원은 교수, 변호사, 전문의, 소비자단체장 등으로 구성된다.[16][17] 고객(소비자)권익보호위원회는 외부 전문가로 구성된 심의위원에게 소비자보호 관련 이슈 및 판단이 힘든 보험분쟁 건에 대한 심의·자문을 요청함으로써 보험금 지급 절차의 객관성과 투명성을 제고하고자 하였다.

나. 국내 의료자문제도의 문제점

민영건강보험에서 의료자문과 관련된 문제는 다양한 이해관계가 얽혀 있어 감독당국과 보험업계의 제도 개선 노력에도 불구하고 아직 충분히 해결되지 못한 것으로 보인다. 본 항에서는 (i) 보험금 지급심사기준 수립 단계와 (ii & iii) 보험금 지급심사 및 분쟁조정 단계에서 발생하는 의료자문제도의 문제점을 살펴보고, 사후관리 필요성과 낮은 소비자신뢰의 문제도 함께 짚어본다.

16) 삼성화재 홈페이지

17) 매일경제(2020. 8. 14), "NH농협손보, 고객권익보호위원회 신설"(https://www.mk.co.kr/news/economy/9476257)

1) 보험금 지급심사기준 수립 단계

실손의료보험 약관은 네거티브 방식으로 보장하지 않는 항목을 설정하고 있다. 또한 구체적인 수치를 제시하는 심평원의 명확한 급여 기준과 달리, 약관에 명시된 실손보험금 지급기준은 상대적으로 불명확한 측면이 있다. 예를 들어 백내장의 경우 2016년 1월 이후 약관은 시력교정술(다초점렌즈 비용)은 보상하지 않는다. 한편 백내장수술의 치료목적 여부 판단은 해당 질병이 백내장인지 아닌지를 보게 되는데, 이에 대한 판별은 쉽지 않다. 의사는 2016년 1월 이전 계약을 보유한 환자에게 백내장 증상이 심하지 않거나 수술이 불필요한 경우에도 시력교정술을 권유할 수 있다. 이러한 상황에서 민영건강보험 영역의 손해사정은 사전적으로 보험금 지급심사 기준을 명확히 하는 것이 필요하다.

그러나 보험금 지급심사 시 업계에서 공유되는 의학적 가이드라인이 부재함에 따라, 각 보험회사별로 자문의를 통해 가이드라인을 만들어 활용하고 있다. 기존에 의학세미나, 전문의학회 등에서 제시하는 가이드라인이 있는 경우 최대한 활용하나, 그렇지 않은 경우 보험회사가 자체 가이드라인을 마련하므로 표준약관에 따른 동일 보장 항목에 대해서도 보험금 지급 결정이 회사마다 달라질 수 있다.[18] 이는 소비자에게 보험 보장 혜택에 대한 불확실성과 잠재적인 불공평성을 야기할 수 있다. 또한 보험회사가 자체 개발한 보험금 지급기준에 대한 소비자신뢰가 낮아지면서 보험분쟁을 촉발할 수 있다.

2) 보험금 지급심사 및 분쟁조정 단계

가) 독립적인 자문의 인력풀 구성 어려움

의료자문의 선정의 공정성과 자문 결과의 객관성을 제고하기 위해서는 독립적인 의료기관의 자문 인력풀 구성이 중요하다. 「의료자문 표준내부통제기준」에서는 보험회사가 의료자문중개업체 또는 보험협회와 업무협약(MOU)을 맺은 전문의학단체에 자문의 선정을 요청할 수 있다고 명시하고 있다.[19] 그러나 현재 보험협회가 업무협약을 맺은 의학회는

18) 최근 백내장 과잉수술 및 수술 필요성에 대한 이슈가 증가하면서 보험회사의 보험금 지급기준이 강화되었는데, 세부적인 지급기준은 보험회사별로 다를 수 있음. 다수의 보험회사는 수정체 혼탁도가 일정 등급 이상인 경우만 보험금을 지급하고, 일부 보험회사는 세극등현미경 검사지 제출을 요구하고 있음. 한편, 수술 및 입원치료 필요성 여부는 의사의 의학적 판단에 따라 결정되는 것으로 명확한 임상 기준이 존재하지 않음

19) 다만 보험회사의 의료자문 의뢰는 의료법 등에 그 근거를 두고 있지 않아, 공정성을 갖춘 자문의 인력풀 구성을 위해서는 전문의학회나 대학병원급 교수진, 의료인 등의 협조가 필요함

대한정형외과학회가 유일하다.

또한 의료자문중개업체(의료분석원)에 소속된 의료인들의 객관성에 대한 소비자 우려도 존재한다. 시장에는 다수의 의료분석원이 있으나 자문의는 복수의 의료분석원에 중복 소속되어 있고, 안과, 이비인후과, 성형외과, 한방 등 전문의 수가 적거나 자문의를 구하기 어려운 전공과목에 대해서는 의료자문이 소수에게 집중될 수밖에 없는 구조이다. 보험회사와 관련이 없는 중립적이고 공정한 의료기관 전문의에 대한 자문 의뢰는 더욱 어렵다. 더군다나 제3의료기관을 통한 자율조정은 2단계 의료자문보다 더 큰 독립성을 요구하므로 자문의 선정 어려움에 따라 진행이 더욱 쉽지 않다.

나) 의료자문제도 평가의 어려움

투명한 의료자문제도의 운영을 위해서는 보험회사의 내부통제기준에 대한 준수사항을 소비자가 알 수 있도록 설명하고 공시하는 것이 중요하다. 현재 의료자문 실태에 대한 공시는 의료자문실시 건수 및 실시율, 의료자문을 통해 보험금을 부지급 또는 일부 지급한 건수 및 비율 등에 대해서만 이루어지고 있다. 그러나 이것만으로는 소비자가 의료자문 관련 분쟁의 자세한 내용을 알기 어렵고 의료자문제도에 대해 평가하기도 쉽지 않다. 예를 들면, 보험회사별 제3의료기관을 통한 추가 의료자문 시행 건수 및 비율(Appeals rate), 이를 통해 보험회사의 결정이 뒤집힌 건수 및 비율(Appeals turnover rate)에 대한 정보 없이는 보험회사가 실시한 의료자문의 적정성을 평가하기 어렵다. 한편, 이러한 공시는 제3의료기관 자문의 선정 어려움이 해결되어야 가능하다.

다) 의료자문의 예측 가능성 부족

동일한 보험상품(표준약관)에서 보장하는 동일 질환에 대해서 의료자문 결과가 상이함에 따라 보험회사별로 다른 결정을 내리는 경우가 있으며[20][21] 보험금 지급심사기준도 회사마다 다른 경우가 있다. 물론 동일 사안에 대해서 의사마다 의학적 견해가 다를 수 있으나 건강보험금 지급심사는 자문의의 의학적 판단 외에도 보험약관규정의 법리적 해석에 따

20) 백영화·박정희(2019)에 따르면 갑상선암이 인근 국소 림프절로 전이된 경우 C37 코드(갑상선암) 이외에 C77 코드(쇄골상부 림프절의 이차성 및 악성 신생물)도 부여할 수 있는지 여부에 대해 해당 분야 전문의들 사이에서도 여러 견해가 존재함

21) 백내장과 녹내장이 동반 발생하여 수술을 진행한 경우, 각각의 질환으로 보고 보험금을 각각 지급할 것인지 여부에 대하여 보험회사의 결정이 달랐음(http://newsport.co.kr/View.aspx?No=2739658)

른 규범적 판단을 필요로 한다. 따라서 보험약관에 대한 이해도가 다른 의료 전문가의 의료자문 결과가 상이할 가능성은 더 크다. 특히 분쟁이 잦은 사안에 대한 의료자문결과의 변동성이 크다면 의료자문에 대한 소비자신뢰가 저하될 수 있다. 그러나 건강보험분쟁에서 의료자문은 자문의의 판단에 의존하며 자문의에게 법률 지식을 요구하고 있지 않다.

3) 사후관리 필요성

보험회사의 준법감시인 또는 내부 감사부서에서는 보험금 지급심사 관련 의료자문업무가 「의료자문 표준내부통제기준」 및 관련 법규에 따라 적정하게 처리되고 있는지 여부에 대해 연중 1회 이상 사후점검 또는 감사하여야 한다. 그러나 여전히 보험회사의 의료자문에 대한 소비자신뢰도는 낮고, 일부 보험회사의 경우 의료자문제도에 대한 내부감사의 실효성에 대해서도 의문이 제기된다. 일례로 A 생명보험회사는 의료자문 실시 대상, 자문의 선정 등에 대한 적정한 기준과 절차를 마련하지 않은 채 의료자문 판단을 내려 금융감독원의 지적을 받은 바 있다.[22]

4) 낮은 소비자신뢰

보험산업에 대한 소비자신뢰는 보험회사의 의료자문에 대한 소비자신뢰에도 영향을 미칠 수밖에 없는데, 보험산업에 대한 부정적인 이미지는 의료자문의 공정성 여부와 무관하게 건강보험분쟁을 촉발할 수 있는 여지가 있다. 더구나 보험회사가 부적정하게 의료자문을 시행하게 되면 보험회사의 평판이 악화되고, 의료자문에 대한 소비자신뢰도 더 낮아지는 악순환이 반복될 수 있다.

대표적인 소비자신뢰 지표로 민원 건수를 들 수 있는데, 2022년 중 발생·접수된 민원은 보험업권이 51,890건으로 금융업권 전체 민원의 59.6%(생명보험 19.2%, 손해보험 40.4%)를 차지한다(〈그림 Ⅱ-5〉 참조).[23] 금융회사별 신뢰도에 대한 설문조사 결과에서도 생명보험회사(48.09점)와 손해보험회사(48.97점)의 신뢰도 점수는 은행(63.08점)이나 증권사(51.21점)보다 훨씬 낮았다.[24] 국가 간 비교에서도 보험소비자가 긍정적 경험(Positive experience)을

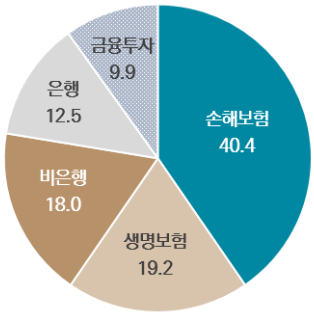
22) SBS Biz(2023. 2. 13), "의료자문 선정 기준 없어"...A 생명보험회사, 유의·개선 조치 29건(https://biz.sbs.co.kr/article/20000103042)

23) 금융감독원 보도자료(2023. 4. 20), "2022년 금융민원 및 상담동향"; 2022년 민원 건수는 보험업권(51,890건), 비은행(15,704건), 은행(10,904건), 금융투자(8,615건) 등의 순임

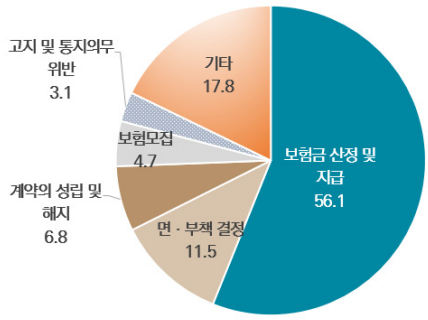
한 비율은 33.6%로 30개국 중 가장 낮고, 부정적 경험(Negative experience, 7.6%) 및 중립적 경험(Neutral experience, 58.8%)의 비율(66.4%)은 가장 높았다(〈그림 Ⅱ-7〉 참조).

손해보험업권의 2022년 민원 유형별 비중을 살펴보면 보험금 산정·지급(56.1%), 면·부책 결정(11.5%)의 순인데(〈그림 Ⅱ-6〉 참조), 손해보험은 손해사정 과정을 거쳐 실제 손해액 기준으로 보험금이 지급되기 때문에 '보험금 지급' 관련 민원이 상대적으로 많을 수 있다. 같은 논리로 실손의료보험에서 의료자문결과에 따른 보험금 지급 결정에 대한 분쟁이 많을 수 있으며, 의료자문에 대한 소비자 불신이 관련 분쟁을 더욱 촉발시키는 유인이 된다. 낮은 소비자신뢰는 앞서 서술한 의료자문제도의 문제점에서 비롯되기도 하지만 보험산업 전반에 대한 소비자의 부정적인 인식에도 영향을 받는다. 건강보험분쟁·민원 등 의료자문과 관련된 사회경제적 비용을 줄이기 위해서는 근본적으로 보험회사가 공정한 의료자문 관행을 정립해야 하며, 보험소비자의 전반적인 신뢰를 얻는 것이 필요하다.

〈그림 Ⅱ-5〉 2022년 금융권역별 민원 비중 (단위: %)



〈그림 Ⅱ-6〉 2022년 손해보험업 민원 유형별 비중 (단위: %)

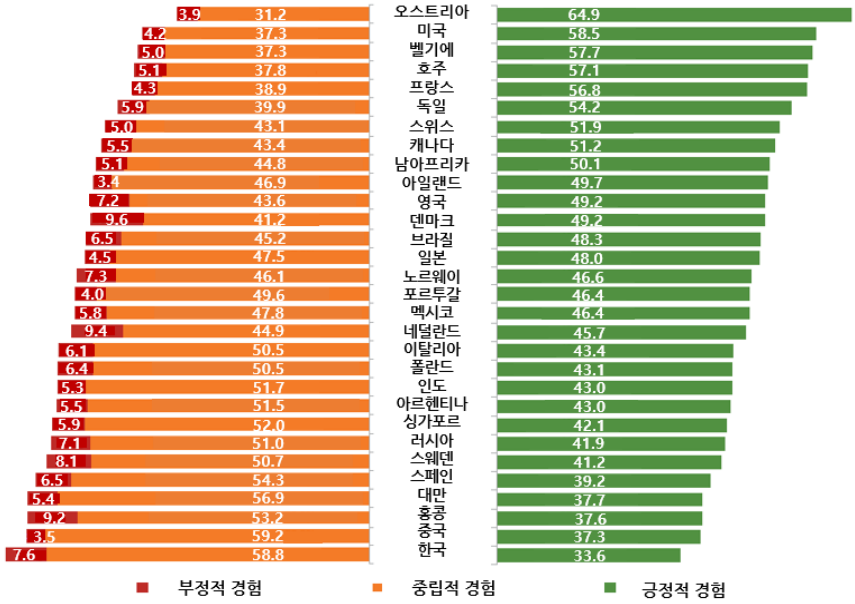


자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 20), "2022년 금융민원 및 상담동향"

24) 김재현·이석호(2022); 신용상·노형식(2015)에서 재인용함

〈그림 Ⅱ-7〉 국가별 보험소비자의 긍정적·중립적·부정적 경험 비교

(단위: %)



자료: Capgemini and Efma(2016)

Ⅲ 의료자문제도: 의료전문심사제도와 의료사고감정단

국내 보험회사의 의료자문제도는 표준내부통제기준을 마련하고 설명 및 공시 의무를 강화하는 등 규제체제의 정비가 이루어졌음에도 여전히 제3의료기관 선정에 어려움을 겪고 있으며 소비자신뢰도가 낮다. 이와 달리 국토교통부 산하 공제분쟁조정위원회 내 의료전문심사제도와 의료분쟁조정중재원 내 의료사고감정단은 공신력 있는 의료자문 및 의료감정 제도로 자리매김하고 있다.[25] 본 장에서는 건강보험과 관련된 의료자문의 운영에 참고하기 위하여 의료자문 및 감정업무를 하고 있는 공제분쟁조정위원회와 의료분쟁조정중재원에 대해 살펴본다.

1. 의료전문심사제도

국토교통부 산하의 공제분쟁조정위원회(이하 '분조위'라 함)는 여객자동차운수사업법 제70조에 따라 자동차 사고 피해자와 6개 공제조합(택시공제, 화물공제, 버스공제, 개인택시공제, 전세버스공제, 렌터카공제) 간의 분쟁을 조정하기 위해 설치된 위원회이다. 자동차손해배상진흥원은 2019년부터 분조위 사무를 위탁받아 수행하고 있으며 매월 자동차 사고로 발생하는 다양한 분쟁을 조정하고 있다. 분조위는 내부에도 전공과목별로 의료 전문가가 있지만 의료자문의 공정성을 제고하고자 2021년 7월부터 별도로 '의료전문심사제도'를 도입하였다.

가. 의료전문심사제도 개요

의료전문심사제도는 사업용 차량 자동차사고 피해자와 공제조합 간 분쟁 사안에 대해 의료전문심사위원의 의학적 전문 소견을 받아 분쟁을 해결하는 절차이다. 의료전문심사 대

25) 자동차손해배상진흥원 보도자료(2022. 5. 4), "자배원, 자동차공제조합 민원서비스 개선 성과"

상이 되는 의료분쟁 사안으로는 피해자의 치료와 교통사고 간 인과관계 여부, 피해자의 장애평가 적정 여부 및 예상장애 평가, 기타 진료내용 관련 분쟁 등이 있다.

의료전문심사위원은 국토교통부 장관의 승인을 받아 위원장이 위촉하며 전문의학회 학회장 및 이사 출신의 대학병원급 교수진으로 구성된다. 구체적으로 위촉의 기준을 살펴보면 국·공립의료기관, 의과대학 부속병원, 기타 종합병원 등에 종사하는 과장급 이상 및 이에 준하는 경력자, 의과대학의 부교수급 이상 및 이에 준하는 경력자, 기타 전문의로서 상기 항목에 상당하는 임상경력자 중에서 심사하여 위촉한다. 이때 의료전문심사위원은 보험회사와 관련이 없는 사람[26] 중에서 위촉함으로써 공정성과 중립성을 지향한다.

의료자문비에 해당하는 심사 수수료는 진료과별로 다르나 통상 건당 20만 원이고 신청인이 부담한다. 의료자문비 외 의료전문심사제도 운영에 드는 비용(시스템 전산개발비, 인건비 등)은 국토부와의 협의하에 6개 공제조합이 지불한 일반분담금 재원으로 충당한다.

나. 의료전문심사제도 업무처리절차

자동차손해배상진흥원은 '의료전문심사 전산시스템'을 구축하여 2022년 7월부터는 우편발송이나 직접 방문 신청뿐만 아니라 온라인[27]을 통해서도 의료전문심사 신청이 가능하다. 온라인을 통해 신청할 경우에는 심사 결과를 온라인으로 조회할 수 있으며 처리현황 또한 SMS로 통보받을 수 있어 소비자 편의성이 향상되었다.[28] 이때 의료전문심사의 신청은 보험회사뿐만 아니라 피해자나 피보험자도 가능하다.

의료심사가 접수되면 신청인뿐만 아니라 피신청인에게도 접수 내용이 통지되고, 의료분쟁의 양쪽 당사자 모두에게 자료 및 의견을 받아 심사에 반영하되 분쟁당사자의 이해관계 개입은 차단함으로써 중립성을 갖추고자 하였다. 의료심사를 위한 자문의 선정은 국토부 위촉의 의료전문심사위원을 순차적으로 배정하며 심사가 완료되면 그 결과는 신청인과 피신청인 모두에게 통지된다. 이때 심사결과의 회신은 의료전문심사위원의 전문적이고 구체적인 의학적 논거와 설명을 통해 이루어지도록 한다. 심사위원의 1차 심사 후 회신결과는 위원장의 최종 재가를 통한 검증 절차를 거친다. 의료전문심사위원의 신변 보호를

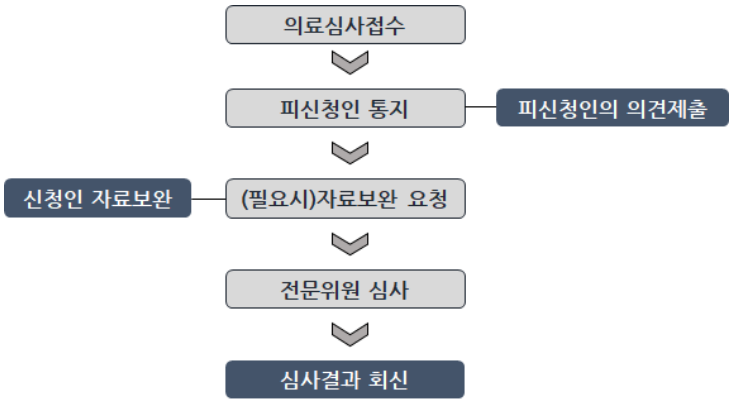
26) 의료전문심사위원 위촉 시 보험회사의 의료자문에 자주 참여했던 의료 전문가는 배제함

27) 국토교통부 공제분쟁조정위원회 홈페이지

28) 자동차손해배상진흥원 보도자료(2022. 7. 4), "공제분쟁조정 의료전문심사제도 이용, 더욱 쉽고 편리해진다"

위해 심사결과 회신서는 위원장 명의로 나가며 소속 의료기관 등 심사위원에 대한 일체의 개인정보를 공개하지 않는다. 한편, 의료전문심사 결과는 의료분쟁 당사자 간 분쟁해결을 위한 참고자료로서, 심사 결과가 법적 구속력을 지니지는 않는다.

〈그림 Ⅲ-1〉 의료전문심사제도 업무처리절차



자료: 국토교통부·자동차손해배상진흥원(2022)

2. 의료사고감정단

한국의료분쟁조정중재원(이하 '조정중재원'이라 함)은 의료분쟁조정법에 따라 의료분쟁을 신속·공정하고 효율적으로 해결하기 위하여 설립된 법인으로, 의료분쟁을 조정[29]하거나 중재[30]하는 업무를 한다. 조정중재원의 업무를 지원하기 위하여 산하에 의료사고감정단(이하 '감정단'이라 함)을 두는데, 감정단은 의료분쟁의 조정 또는 중재에 필요한 사실조사, 의료행위 등을 둘러싼 과실 유무 및 인과관계의 규명, 후유장애 발생 여부 등 확인, 다른 기관에서 의뢰한 의료사고에 대한 감정업무를 한다.

29) 조정은 대체적 분쟁해결절차(Alternative Dispute Resolution; ADR)로서 소송과 다른 특성을 가짐. 조정은 조정기관이 당사자에게 분쟁대상에 관련된 법률관계를 설명하고 합리적인 선에서 서로 양보하여 분쟁을 원만하게 해결하도록 설득하여 당사자 사이의 자발적인 합의를 권유하고 필요한 경우 적절한 합의안을 제시하여 분쟁해결을 시도하는 절차임

30) 중재는 대체적 분쟁해결절차로서 당사자 사이의 중재합의에 따라 사법(私法)상의 분쟁을 법원의 재판이 아닌 중재인의 판정에 의하여 해결하는 절차임

가. 감정단 및 감정부의 구성

감정단은 단장 및 100명 이상 300명 이내의 감정위원으로 구성하고 단장은 비상임으로서 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 중에서 원장의 제청으로 보건복지부장관이 위촉한다. 감정단의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 상임 감정위원 및 비상임 감정위원으로 구성된 분야별·대상별 또는 지역별 감정부를 둘 수 있다. 감정부는 감정위원 5인으로 구성되는데 분야별 전문의, 치과의사, 한의사 등 보건의료인 2명, 검사, 변호사의 자격이 있는 법조인 2명, 소비자권익위원 1명을 포함해야 한다. 감정부의 장은 보건의료인 감정위원 중에서 단장이 지명한다. 감정부는 감정위원의 업무를 보좌하기 위하여 조사관(의사·치과의사 및 한의사, 약사, 한약사, 간호사 등 자격보유자)을 둘 수 있다.

의료사고의 사실 관계를 규명하는 감정단의 업무는 전문적인 의학지식이 필수적이기 때문에 감정부 구성에서 보건의료인의 역할이 중요하다. 의료인 감정위원 인력풀 구성을 위해 조정중재원은 전문의학회에 주기적으로 의료 전문가 추천을 의뢰하고, 연간 방문하여 업무 협조를 요청하기도 한다. 한편 의료사고와 관련된 사실 판단은 의학적 판단이 아니라 규범적 판단의 영역이다. 따라서 감정부는 의료인과 법조인을 각 2명씩 포함하여 의학적 판단과 규범적 판단의 균형을 맞추기 위한 인적 구성을 하고 있다.[31)]

나. 감정부의 감정절차

감정부는 조정절차가 개시된 날부터 60일 이내에 감정서를 작성하여 조정부에 송부하되, 필요한 경우 그 기간을 1회에 한하여 30일까지 연장할 수 있다. 감정서에는 사실조사의 내용 및 결과, 과실 및 인과관계 유무, 후유장애의 정도 등을 기재하고 감정부의 장 또는 감정위원이 서명하여야 한다. 감정서의 감정소견에는 그 판단 근거 및 이유를 적어야 하나 감정위원 전원의 일치된 감정소견의 경우에는 생략할 수 있다. 감정부에서 감정결과를 의결함에 있어 감정위원의 감정소견이 일치하지 않는 경우에는 감정위원의 소수의견도 함께 기재하여야 한다.

31) 최연석(2021)

Ⅳ 주요국 의료자문제도

본 장에서는 미국, 영국, 독일, 호주의 의료자문제도와 건강보험분쟁해결제도의 선진 사례를 살펴보고 국내 민영건강보험의 공정하고 효율적인 의료자문 및 보험분쟁해결제도 수립을 위해 해당 사례들을 참고하고자 한다. 보험산업에서 의료자문의 활용 범위는 모든 국가에서 유사한데 보험회사의 건강보험 보장 내용의 정립과 보험금 지급심사, 그리고 이후 소비자 분쟁조정 시에 의료자문이 활용될 수 있다. 다만, 손해사정 및 의료자문 활용에 대한 보험회사의 재량권 정도는 나라마다 다를 수 있다.[32]

각국의 의료자문제도를 살펴보기에 앞서 나라별 의료시스템과 민영건강보험제도에 대해 이해할 필요가 있다. 먼저 한국은 전 국민 대상으로 NHI(국민건강보험) 방식의 건강보험제도를 운영하고 있으며, 민영건강보험은 보완형으로서 공적건강보험이 보장하지 않는 급여 본인부담금과 비급여를 보장한다.

미국의 경우에는 민영건강보험시장 중심의 의료보장체계를 구축하여[33] 주로 보험회사와 병원 간 계약을 통해 의료 서비스를 공급하고 비용을 관리한다. 이때 의료 서비스의 전달과 보장을 민영건강보험회사 즉, 시장의 자율에 맡김에 따라 건강보험상품 설계와 보험금 지급심사 단계에서 의료자문이 중요한 역할을 하게 된다. 미국은 소비자보호를 위해 민영보험회사가 의료보장 결정 시 지켜야 할 절차적인 법과 세부적인 사후적 분쟁해결절차를 마련하였다.

영국은 전체 자국민에게 포괄적인 의료 서비스를 제공하는 NHS(국가보건서비스) 방식의 건강보험제도를 운영하고 있으며 국민의 약 13%가 고품질의 의료 서비스를 더 빠르게 제공받고자 민영건강보험에 가입하고 있다.[34] 독일은 SHI(사회보험) 방식의 건강보험제도

32) 한국의 경우 실손의료보험 약관은 네거티브 방식으로 보장하지 않는 항목을 설정하고 있고, 보험금 지급심사 단계에서 보험회사가 비급여 진료행위 적정성 심사 등을 수행하는 것에 대한 법적 기반이 마련되어 있지 않아 의료자문 활용에 대한 보험회사의 재량권이 타 국가에 비해 제한적임

33) 미국은 특정 계층(군인 등) 또는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 대상자가 아닌 경우 기본형 민간의료보험에서 보장함

34) Equipsme 홈페이지

를 운영하고 있고 공적 또는 민영건강보험 의무가입이 원칙이다. 일정 소득 이하의 국민은 법정보험에 강제 가입하며 일정 소득 이상의 국민과 공무원은 민영보험에 가입된 경우가 많다.[35] 영국과 독일은 미국에 비해 민영건강보험의 비중이 작으나 건강보험회사의 보험금 지급 결정 및 회사 내부의 소비자불만 처리절차에 대한 소비자 만족도가 높고, 분쟁해결절차(ADR) 또한 긍정적인 평가를 받고 있다.[36][37]

호주는 NHS 방식의 공적건강보험인 메디케어(Medicare)를 운영하고 있다. 민영건강보험은 가입률이 40%대이며 메디케어가 보장하지 않는 비급여 서비스와 민간병원 입원 시 발생하는 본인부담금 등을 보장하고 있다. 호주는 건강보장시스템이 한국과 유사하고 건강보험 관련 소비자분쟁을 최소화하기 위해 사전에 민영건강보험의 보장 내용을 명확히 하고 의료자문 관련 이슈 해결을 위해 정부 차원에서 노력하고 있다는 점에서 참고할 만하다.

1. 미국

가. 보장 조건 수립 및 보험금 지급심사 단계

보험회사는 건강보험금 지급심사 과정에서 청구 건이 보장 범위에 해당하는지, 해당 의료행위가 의료적 필요성을 충족하는지 여부 등에 대한 임상적 판단을 위해 의료자문을 활용한다. 특히 미국 건강보험분쟁에서 중요한 쟁점 중 하나는 의료적 필요성을 정의하고 판단하는 것이다. 건강보험은 실험적이거나 필요하지 않은 치료에 대한 보장을 오랫동안 배제해 왔고 최근에는 의료적 필요성과 관련한 약관상의 보장 조건을 정립하는 데 있어 의료자문의 역할이 커지고 있다.

미국은 의료 서비스가 발전하고 의료비용이 급격히 증가함에 따라 보험계약의 구조가 현저하게 변화해 왔는데 보험회사는 의료적 필요성과 관련하여 계약 관행의 접근 방식을 표준 기반에서 규칙 기반으로 전환하였다.[38] 표준 방식은 가능한 모든 보장 항목을 자세히

35) 국제의료정보포털 홈페이지

36) Ombudsmann Private Kranken-und Pflegeversicherung(2022); 2010~2022년 기간 동안 PKV-옴부즈만에 중재를 신청한 불만 건수는 기존 계약(4,000만 건 이상)의 0.02%를 밑돌며, 이는 민영건강보험회사의 소비자 불만처리 솔루션에 대한 피보험자의 높은 만족도를 시사함

37) Schwarcz(2009)

38) Monahan and Schwarcz(2022)

설명하려고 시도하기보다 해당 건강보험계약이 보장하는 의료행위가 '실험적 또는 조사적'이 아닌 '의학적으로 필요한' 행위일 것을 요구하였다. 반면에 규칙 방식은 허용 가능한 행위를 사전에 정의하고 보장 범위를 결정하기 위하여 매우 구체적인 규칙을 개발하여 사용하는 특징이 있다. 따라서 표준 방식은 건강보험분쟁(소송) 발생 시 의료적 필요성을 정의하는 광범위한 원칙을 환자 개별 상황에 따라 어떻게 적용할지에 대한 재량권을 심판관(판사)에게 위임하나, 규칙 방식은 보장 내용을 미리 정의하므로 심판관의 재량권이 제한되는 경향이 있다.

보험회사가 의료적 필요성 규칙을 개발하고 업데이트하는 결정은 과학적이고 임상적인 증거로 뒷받침되어야 하며 내부적으로 개발된 정책은 의료정책위원회(Medical Policy Committee)의 승인을 받아야 한다. 규모가 큰 보험회사들은 주로 의료적 필요성 규칙을 내부적으로 개발하고 있으며 중소형 보험회사들의 경우에는 비영리 단체, 의료 협회 또는 민간기업(Changehealthcare, Milliman Guidelines)과 같은 제3기관이 수립한 규칙을 사용하거나 내부 개발 방식과 혼용하기도 한다.

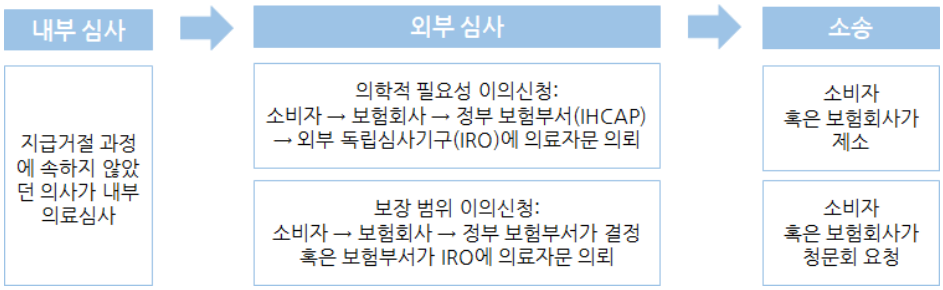
대부분의 주(州)에서는 의료적 필요성 규칙의 개발과 관리를 규정하는 절차적인 법이 마련되어 있다. 주(州)법에 따라 보험회사의 의료적 필요성 규칙 개발에는 의료 전문가가 참여하고 타당한 임상 증거만 반영하며 이러한 규칙은 적어도 1년에 한 번 검토되어야 한다. 일부 주에서는 의료적 필요성 규칙의 객관성을 보장할 수 있도록 보험회사가 독립적인 비영리 조직을 통해 인증을 받도록 한다. 이러한 인증을 담당하는 주요 기관은 Natioanl Committee for Quality Assurance(NCQA)와 Utilization Review Accreditation Commission(URAC)이 있으며, 주(州)법에서 요구하는 내용을 포함하여 특정 절차에 따라 건강보험회사를 인증한다.

보험회사는 기존의 광범위하고 모호한 계약 기준(표준 방식)에서 벗어나 규칙 방식하에서 더 자세하게 명시한 보장 조건을 기초로 보험금 지급심사(의료자문)를 한다. 또한 특정 유형의 진료가 환자에게 제공되기 전에 보험회사 또는 대리인으로부터 사전 승인을 받도록 요구하는 등 다양한 형태의 의료이용심사(Utilization Review)를 시행하기도 한다. 결과적으로 건강보험회사와 환자 간의 분쟁은 더 흔해졌으나 규칙 방식은 보다 명확한 보장 조건을 명시함으로써 보험분쟁 소송 등에서 보험회사에 표준 방식보다 유리한 고지를 제공하였다.

나. 건강보험 분쟁조정 단계

미국의 개인 또는 단체 건강보험은 보험회사의 불리한 보험급여 결정(Adverse benefit determination)에 대해 소비자가 이의신청을 할 수 있는 기회를 제공해야 한다(〈그림 Ⅳ-1〉 참조). 그 법적 근거는 ACA(Affordable Care Act)에서 찾을 수 있는데 보험회사는 보험금 거절·삭감을 결정한 이유와 해당 결정에 대한 이의제기 방법을 소비자에게 알려야 한다. 소비자가 보험회사의 보험금 지급 결정에 동의하지 않는 경우 연방법 또는 주(州)법은 먼저 보험회사의 내부 심사에 해당하는 내부 고충처리절차를 통해 분쟁을 해결하도록 요구하고 있다. 내부 고충처리절차에서 청구가 기각된 소비자는 독립적인 제3자에 의한 외부 심사를 선택하거나, 외부 심사를 생략하고 소송을 진행할 수 있다. 외부 심사 단계는 대체적 분쟁해결절차(ADR)에 해당한다. 소비자가 외부 심사 결과에 만족하지 않는 경우 일부 주(州)는 소비자에게 소송 또는 추가적인 사법적 검토를 허용한다. 예를 들어 일부 주에서는 소비자가 소송을 제기하거나 행정청문회를 요청할 수 있으나 다른 주에서는 외부 심사 이외에 보험계약자가 이용할 수 있는 다른 구제책이 없을 수 있다.

〈그림 Ⅳ-1〉 미국 이의신청 처리절차



자료: 조용운·정성희·이아름(2020)을 참조하여 작성함

1) 내부 심사

연방법은 내부 심사를 통해 소비자가 보험회사의 불리한 보험급여 결정에 대해 이의제기를 할 수 있는 기회를 보장한다.[39] 이 법에 따라 보험회사는 기존의 불리한 보험급여 결정

39) C.F.R. § 2560.503-1 (h); 보험자는 '청구인이 제출한 보험 청구와 관련된 모든 의견, 문서, 기록 및 기타 정보'를 고려하여 청구인에게 '완전하고 공정한 검토'의 기회를 제공해야 함

을 검토하여 임상적 판단 근거와 내부 심사 결과를 보험계약자에게 통지해야 한다. 이때 내부 심사를 수행하는 의료 전문가는 최초 보험금 지급 결정에 관여하지 않은 사람이어야 하고, 최초 결정을 내린 관련자에게 종속되지도 않아야 한다. 또한 보험계약자는 이의제기를 위해 보험회사에 추가 정보 및 의견을 제출할 수 있어야 하며 보험금 청구와 관련된 모든 문서 및 기타 정보에 접근할 수 있어야 한다.

2) 외부 심사

외부 심사는 보험회사의 의학적 판단에 따라 보험금이 거절·삭감된 개인에게 독립적인 의료 전문가를 통해 해당 결정에 이의를 제기할 수 있는 권리를 제공하기 위한 것이다. 외부 심사제도는 일반적으로 각 주(州) 보험청이 관리·운영하며, 주 보험법에 관련 제도의 규정을 명시한다. 이때 주 보험법은 대개 전미보험감독협의회(NAIC)의 Model 법을 따르고 있으며, Uniform Health Carrier External Review Model Act의 소비자보호 규정을 포함하도록 하고 있다. 본 보고서에서는 16개의 최소 소비자보호 규정 내용 중 일부를 다루고자 한다.[40]

먼저 외부 심사 절차는 의료적 필요성, 적합성, 의료 환경, 관리 수준, 보험급여의 효과성 등을 기준으로 불리한 보험급여 결정에 대한 의학적 검토를 제공해야 한다. 또한 보험회사는 외부 심사에 대한 권리를 소비자에게 서면 통지해야 한다. 한편 외부 심사는 독립의료심사기구(Independent Review Organization; IRO)를 통한 독립적인 의료심사제도로 특징지을 수 있는데 자세한 내용은 아래 별도의 항목에서 추가로 다루기로 한다. IRO의 배정은 주(州)정부 또는 독립적인 법인에 의한 무작위 할당이나 순환 할당과 같은 방식으로 진행하여 독립성과 공정성을 보장하여야 한다. 또한 승인된 IRO의 목록을 유지·관리해야 하며 승인된 IRO는 독립성에 영향을 줄 수 있는 이해 상충이 없어야 한다. IRO가 내린 심사 결정은 연방법 또는 주(州)법에 보험계약자가 이용할 수 있는 다른 구제 방법이 있는 경우를 제외하고는 보험계약자와 보험회사 모두에게 법적 구속력을 가진다. 또한 IRO는 시간이 지연되면 생명의 위협이 있거나 건강 회복 능력에 영향을 줄 수 있다고 판단되는 경우 등 특정 상황에서는 긴급 외부 심사(심사 요청 접수 후 72시간 이내)를 제공하여야 한다.

40) 16개의 최소 소비자보호 규정의 내용은 Employee Benefits Security Administration(DOL) 홈페이지 참조 바람

한편, 연방정부는 주(州)정부 주도의 소비자보호를 선호함에 따라 주별로 유연하게 제도를 운영할 수 있도록 허용하고 있으며,[41] 외부 심사제도는 총 3가지 방식으로 구분할 수 있다. 먼저 NAIC-parallel 방식은 NAIC Uniform Model Act(2010)에 명시된 최소 소비자 보호 규정을 모두 충족하도록 요구한다.[42] 다음으로 NAIC-similar 방식은 NAIC-parallel 방식은 아니지만 유사한 표준에 따라 외부 심사제도를 운영한다.[43] 외부 심사제도가 NAIC-parallel 또는 NAIC-similar로 간주되지 않는 경우 보험회사는 미국 보건복지부(HHS)가 관리하는 연방정부의 외부 심사제도(HHS-administered Federal External Review)를 활용하거나 공인된 IRO와 계약하여 외부 심사를 제공하여야 한다.[44]

해당 주에서 운영하는 외부 심사제도가 없는 보험계약자가 연방정부의 외부 심사제도를 활용하고자 하는 경우에는 보건복지부를 대신하여 외부 심사 절차를 수행하는 지정 연방 계약자인 Maximus에 외부 심사 요청서를 제출하여야 한다. Maximus가 내린 심사 결정은 최종적이며 심사요청자(보험계약자)가 그 결정을 통지받은 이후에는 HHS-administered 외부 심사제도 절차에 따라 추가적인 검토가 불가능하다.[45]

41) 이는 각 주가 이해관계자의 의견을 반영하고 법을 시행하기 위한 유연성을 갖도록 함으로써, 주정부가 소비자보호 규정을 채택하도록 노력하면서도 불필요하게 외부 심사제도를 중단하지 않도록 방지하는 역할을 함

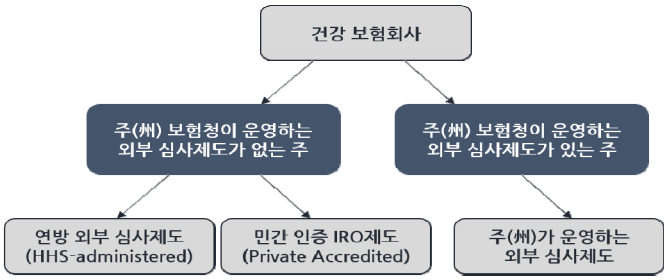
42) 2022년 12월 기준 캘리포니아주, 미시간주, 뉴욕주, 펜실베니아주(2024년 1월 도입 예정) 등 총 45개 주가 NAIC-parallel을 채택하고 있음

43) 2022년 12월 기준 애리조나주에서 NAIC-similar를 운영하고 있음

44) Pollitz(2021); 자가보험(Self-insured) 그룹플랜을 제공하는 건강보험회사가 IRO와 직접 계약을 맺는 경우, 편향(Bias)을 방지하기 위해 최소 3곳 이상의 공인 IRO와 계약을 맺고 그들 사이에서 외부 심사를 순환하거나 무작위로 할당해야 함. 또한 ACA 외부 심사 표준을 채택하지 않은 주에서는 보험회사가 사례별로 연방 외부 심사 절차를 사용할지 민간 공인 IRO 절차를 사용할지 선택할 수 있음. 보험회사는 보험금 청구 거절 및 이의제기 건수에 대한 요약 데이터를 보고해야 하나, 외부 심사자에 대한 정보는 보고하지 않음

45) 이 결정은 소송 등 연방법 또는 주(州)법에 따라 보험계약자가 이용할 수 있는 다른 구제책이 있는 경우를 제외하고 보험계약자와 건강보험회사 모두에게 법적 구속력을 지님

〈그림 Ⅳ-2〉 미국 외부 심사제도 방식



자료: Centers for Medicare & Medicaid Services(2022)

한편, 각 주(州)는 외부 심사의 대상이 되는 분쟁 유형에 대하여 자체 기준이 있을 수 있다. 예를 들어 일부 주에서는 고용주가 보험회사로부터 구입한 보험(Fully-insured plan)에 대해서만 외부 심사를 허용하고 고용주가 직접 임직원에게 의료 혜택을 제공하는 건강보험(Self-funded plan)에 대해서는 외부 심사를 허용하지 않을 수 있다. 또한 일부 주에서는 의료적 필요성과 관련된 분쟁에 대해서만 외부 심사를 허용하는 반면, 다른 주에서는 실험적 또는 조사적 치료와 관련된 분쟁에 대해서도 외부 심사를 허용할 수 있다.

본고에서는 구체적인 사례로 캘리포니아주 보험청(CDI)의 독립의료심사제도(Independent Medical Review; IMR)를 살펴보기로 한다. 캘리포니아주는 IMR 요청을 CDI에서 접수하고 검토 및 처리를 담당하고 있으며 캘리포니아 보험법(CIC)에 IMR 절차를 명시하고 있다. 주목할 부분은 보험회사의 결정이 (i) 치료의 의료적 필요성, (ii) 해당 의료행위가 실험적 또는 조사적인지 여부, (iii) 응급 서비스에 대한 지급 거절과 관련된 경우에만 IMR 요청이 가능하다는 점이다. 즉, CDI는 외부 심사 대상 분쟁을 제한함으로써 의료자문에 불필요한 자원 낭비를 방지하고 있다. 보장 범위와 관련된 분쟁은 IMR 제도를 활용할 수 없으며 보험계약자가 제기한 고충 사건이 보장 범위에 관한 것인지 의료 서비스 이용에 관한 것인지에 대한 분쟁의 여지가 있는 경우에는 최종 중재자인 캘리포니아주 보험청이 결정한다. 보험계약자는 이러한 외부 심사 절차를 도와줄 공인 IMR 도우미를 지정할 수 있으며 의료전문가가 함께 IMR 신청을 도와줄 수 있다. 보험계약자는 IMR에 대한 어떠한 종류의 수수료도 지불하지 않으며 IMR 비용은 해당 보험회사가 전액 지불하여야 한다.[46]

46) 주(州)정부 외부 심사 절차 수수료는 주별로 다를 수 있는데 보험회사가 외부 심사 비용을 지불하고 보험계약자에게도 통상 25달러에 해당하는 접수비를 요구할 수 있음

3) 독립의료심사기구(IRO)

독립의료심사기구(IRO)는 보험회사와 이해관계가 없는 제3자로서 독립적인 의료 동료심사(Medical peer review)를 통해 편향이 없고 객관적인 의학적 의사결정을 지원하는 역할을 한다. IRO를 활용하는 회사는 건강보험회사, 재보험회사, 자체 의료보험을 제공하는 대형회사(Self-insured corporations), 관리의료조직(MCOs), 건강보험회사의 보험사기 담당부서(Fraud unit) 등 다양하다. IRO는 사전 승인을 위한 표준화된 의료 기준 개발에 참여하거나 자체 의료 기준을 개발하는 보험회사를 승인하고 연방정부나 주(州)정부가 보장하는 외부 심사에서 보험회사의 불리한 보험급여 결정을 객관적으로 검토하는 역할을 한다.

IRO를 구성하는 패널은 해당 검토 분야의 전문가로서 면허가 있는 위원회 인증 의료 전문가로 구성되며 일반적으로 거의 모든 전공과목 의사가 정규직 직원으로 상주하고 있다. IRO는 국가적으로 인정된 민간 인증 기관에 의해 인증을 받아야 하는데 주요 인증기관으로는 URAC가 있다. IRO가 URAC 인증을 받으려면 소비자보호, 심사자 자격 증명 및 이해 상충, 심사과정, 내부·외부 심사 인증 및 자격 등과 관련된 엄격한 기준을 충족해야 한다.[47] 한편, 주(州)별로 동일 규제에 따른 통일된 외부 심사 프로세스의 적용이 필요함에 따라 대다수의 URAC 인증 IRO들을 통합하여 National Association of Independent Review Organizations(NAIRO)라는 협회가 구성되기도 하였다. 미국의 대표 IRO 기관으로는 최초로 URAC의 외부 심사 기관 인증을 받은 IPRO가 있으며, 300명 이상의 이사회 인증을 받은 의사 컨설턴트 네트워크를 보유하고 있다.

4) 건강보험분쟁 현황

미국은 기본적으로 민영건강보험을 시장의 자율에 맡겨두는 대신 소비자보호를 위한 사후적 소비자 분쟁해결제도를 잘 마련하고 있는 것으로 보인다.

미국 ACA 건강보험금 분쟁 현황을 살펴보면, 보험회사의 보험금 부지급율은 2018년 14%에서 2020년에는 약 18%로 증가추세를 보인다. 소비자가 이러한 보험회사의 결정에 이의를 제기하고 내부 심사를 요청한 비율은 0.1% 내외이나 내부 심사를 통한 보험회사 기존 결정의 번복률은 2018년 약 14%에서 2020년에는 급증하여 37%에 달한다. 독립적인 IRO

47) URAC(2022)

를 통한 외부 심사 청구율 또한 증가하고 있으며 외부 심사를 통한 번복률은 2018년 약 15%에서 2020년에는 약 29%로 증가하였다.

캘리포니아주 IMR 실시 현황을 살펴보면, 2021년 기준 IMR 실시 비율은 약 0.64%이다. 같은 해 기존 결정의 번복률을 살펴보면 실험적 치료 관련 분쟁은 약 46%, 의료적 필요성 관련 분쟁은 약 52%로 나타났다.

〈표 Ⅳ-1〉 미국 Affordable Care Act 건강보험금 분쟁 현황

(단위: %)

연도	보험회사	부지급률	내부심사 청구율	내부심사를 통한 번복률	외부심사 청구율	외부심사를 통한 번복률
2018	블루크로스(Blue Cross and Blue Shield of NC)	14.51	0.04	-	-	-
	그 외	13.97	0.32	13.85	2.85	15.13
	합계	14.03	0.29	13.85	2.85	15.13
2019	블루크로스(Blue Cross and Blue Shield of NC)	16.31	0.05	37.34	6.21	40.58
	그 외	17.46	0.17	40.53	3.40	29.07
	합계	17.35	0.16	40.44	3.48	29.67
2020	블루크로스(Blue Cross and Blue Shield of NC)	14.90	0.10	39.30	2.90	42.30
	그 외	18.64	0.15	37.09	4.94	29.19
	합계	18.33	0.14	37.14	4.89	29.38

주: 1) 2018년 총 35개 주 101개 보험회사, 2019년은 총 36개 주 122개 보험회사, 2020년은 총 33개 주 144개 보험회사 자료임
2) 보험금 지급 청구 건수 기준 상위 1개 사, 그 외, 합계로 구성함

자료: Kaiser Family Foundation

〈표 Ⅳ-2〉 미국 캘리포니아주 IMR 현황

(단위: 건, %)

연도	IMR 실시 건수 (보험계약 만 건당 비율)	실험적 치료 관련 IMR		의료적 필요성 관련 IMR	
		전체	번복 건수(률)	전체	번복 건수(률)
2019	2,693 (0.67)	589	248 (42.1%)	2,085	969 (46.5%)
2020	2,592 (0.65)	394	176 (44.7%)	2,190	1,185 (54.1%)
2021	2,570 (0.64)	406	186 (45.8%)	2,151	1,107 (51.5%)

자료: California Department of Managed Health Care(2022)

2. 영국

영국의 민영건강보험에서 보험금 청구 관련 분쟁은 유병력자의 보험금 청구, 실험적·미증명된 의료 서비스의 이용, 응급 의료 서비스, 예방적 의료 서비스 이용, 지연(Delays), 의료 서비스 제공자 및 병원 선택 등과 관련한 이슈이다. 이러한 분쟁 이슈와 관련하여 영국 금융 옴부즈만(Financial Ombudsman Service; FOS)[48]은 분쟁처리 기준을 개략적으로 공표하고 있다.

그중 실험적·미증명된 의료 서비스에 대해 살펴보면 FOS는 보험회사가 실험적 의료 서비스를 무조건적으로 지급 거절하지 않도록 검토하고 있다. 대부분의 민영건강보험은 허가받지 않은 의약품이나 영국 국립보건임상연구소(NICE)에서 승인하지 않은 의료 서비스에 대해서는 보장하지 않는다. 그러나 실험적인 약물이나 치료법도 시간이 지남에 따라 표준 관행으로 자리잡기도 하므로 일부 보험회사는 선의의 표시로 실험적 치료도 보장하는 경우가 있다. 따라서 FOS는 실험적·미증명된 의료 서비스 관련 분쟁에서 제출된 모든 증거를 검토하여 보험회사가 공정하게 보험금 지급 결정을 하였는지를 판단한다. FOS의 분쟁 검토 방향성이 보험회사의 부적정한 의료자문 관행을 수정하고 소비자피해를 줄이도록 유도하고 있음을 알 수 있다.

48) FOS는 단일 비영리법인으로서 금융 부분의 소비자 분쟁을 해결하는 기관임

본 절에서는 영국 보험회사의 내부 분쟁처리절차를 살펴보고 긍정적인 평가를 받고 있는 FOS 분쟁해결절차의 특징에 대해서도 살펴본다.

가. 보험회사의 소비자불만 처리절차

영국 보험회사는 내부적으로 소비자불만 해결절차를 수립하여야 한다. 보험계약자는 보험금 청구가 기각된 경우 약관의 세부 내용을 확인하고 보험회사에 직접 문의하여 기각 사유가 사실에 부합하는지 확인해야 한다. 만약 보험계약자가 보험회사의 결정이 부당하다고 판단하는 경우에는 정식 민원서(Complaint letter)를 작성하여 보험회사에 제출하여야 한다.

영국 보험회사는 소비자가 정식 민원서를 제출한 경우 각 민원에 대해 조사하고 8주 내 서면으로 답변해야 한다. 또한 민원에 대한 모든 답변에는 보험계약자가 해당 사례를 FOS에 회부할 권리가 있음을 명시해야 한다.

보험계약자가 보험회사의 내부 불만처리절차 결과에 만족하지 않는 경우, 또는 정식 민원서를 제출하였으나 8주 내 답변을 받지 못한 경우에는 FOS에 민원을 제기할 수 있다.

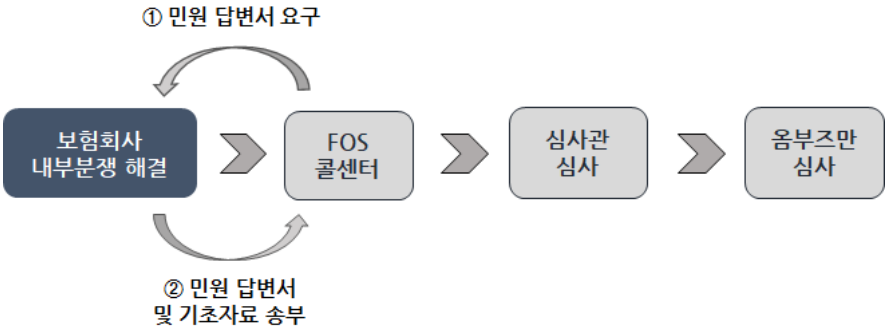
나. 영국 금융 옴부즈만(FOS)

FOS로 회부된 불만은 먼저 콜센터로 보내진다. 콜센터 직원은 해당 보험회사에 연락해 민원서에 대한 답변을 하도록 요구한다. 콜센터 직원이 보험계약자의 민원을 공식 사건으로 지정하면 보험회사는 후속 과정 및 결과와 관계없이 수수료를 지불해야 한다.[49] 공식 사건은 심사관에게 배정되고 심사관은 보험회사의 민원 답변서 등 초기 자료를 검토한다. 이때 옴부즈만의 결정 선례가 심사관의 평가에 있어 주요 지침이 된다. 마지막 단계에서는 옴부즈만이 사건을 검토하게 되는데 이전 단계에서 수집한 자료를 중점적으로 활용하여 사건에 대한 결정을 내린다. 이때 옴부즈만의 결정은 보험회사에게만 직접적인 효력이 있다. 소비자는 옴부즈만의 결정과 관계없이 보험회사를 상대로 소송을 진행할 수 있으며 보험회사는 옴부즈만의 결정을 준수해야 한다. 또한 대부분의 옴부즈만은 일정 수준의 법 교육을 받는다.

---

49) 소비자에게 무료로 분쟁조정 서비스를 제공하기 위해 FOS는 기업이 납부하는 분담금과 민원 건에 대해 지불된 수수료로 재원을 조달함. 기업은 각 회계연도에 처리되는 최초 3건의 불만사항에 대해서는 수수료가 부과되지 않으나, 네 번째 불만사항부터는 £750의 수수료를 지불해야 함(Financial Ombudsman Service 홈페이지 참조 바람)

〈그림 Ⅳ-3〉 영국 FOS 중재절차



자료: Schwarcz(2009)

FOS의 분쟁조정은 미국의 대체적 분쟁해결절차(ADR)과 유사한 점이 많으나,[50] FOS는 자발적 해결 비율을 높게 달성하는 등 긍정적인 평가를 받고 있다.[51] FOS의 분쟁조정절차는 보험회사의 내부 불만처리절차, 국가가 제공하는 분쟁조정 및 중재를 포함한 다양한 ADR 전략을 단일 조정 체계로 결합하였다. 특히 FOS 콜센터와 심사관의 심사가 옴부즈만의 후속 심사 단계와 연결되어 있어 의사결정 과정의 연계를 통해 분쟁조정절차의 초기 단계 효율성을 높였다. 한편, FOS 콜센터 직원은 보험회사가 사건을 조기에 해결하도록 설득하는 데 있어 준권한(Quasi-authority)을 누리고 있으며 FOS는 공식 사건에 대해 보험회사에 수수료를 부과하기 때문에 후속 ADR 절차에 따른 비용 발생을 꺼리는 보험회사가 수수료가 부과되기 전에 자발적 분쟁해결에 응하도록 하는데 용이하다.

FOS는 공공적 성격을 지니지만 규제 기관은 아니기 때문에 의사결정자의 편향을 효과적으로 관리하는 데 도움이 되는 방식으로 사적 중재절차와 규제적 성격의 조정과정을 혼합하여 운영할 수 있다. 또한 FOS는 영국 금융규제기관인 FCA(Financial Conduct Authority)와 독립적으로 운영되는데, 이러한 독립성은 개별 사건 해결이 규제의 강화를 촉발할 것이라는 보험회사의 두려움을 줄임으로써 업계 협력을 촉진할 수 있다.

FOS는 연차보고서를 발간하여 금융회사의 분쟁해결성과에 대한 소비자의 알권리를 보장

50) FOS의 중재절차와 유사하게 미국도 외부 심사 이전에 내부 심사를 통해 분쟁을 해결하도록 요구하고 있으며(보험회사 내부 분쟁해결), 소비자의 외부 심사 요청이 접수되면(FOS 콜센터) 불만처리자가 사건 해결을 조정하고자 시도하고(심사관 심사), IRO에 외부 심사를 의뢰함(옴부즈만 심사)

51) Schwarcz(2009)

하고 있다. 2021~22년 기간 동안 보험산업에서 FOS에 제기된 민원은 40,242건이고, 해결된 민원은 60,001건이며, 인정된 민원[52]의 비율은 28%이다. FOS에 제기된 전체 민원에 대해서 2020~21년 기준 인정되지 않은 민원에 대한 소비자 만족도는 36%이며, 인정된 민원에 대한 소비자 만족도는 88%이다. 한편, FOS는 분쟁해결의 비용효과성(Cost-per-case) 목표를 설정하고 연차보고서에 달성 여부를 제시하고 있다. 또한 FOS는 컨설팅(Independent review)을 의뢰하고 2021/22 Action Plan을 시행하여 전략·운용 측면에서 변화를 모색하는 등 분쟁해결제도의 효율성을 제고하기 위해 노력하고 있다.[53]

3. 독일

본 절에서는 독일의 건강보험 분쟁처리절차를 살펴보고, 옴부즈만의 분쟁조정 사례에서 의학회의 가이드라인을 활용한 보험금 청구 적정성 검토 사례를 소개한다. 또한 독일 보험회사가 보험 급부 결정 시 참고할 수 있는 비급여 평가제도(IGeL Monitor)에 대해 살펴본다.

가. 보험회사의 소비자 불만처리절차

독일 금융감독청(BaFin)은 보험회사가 소비자 불만처리 시 지켜야 할 최소 요구사항을 제시하고 있다. 보험회사는 내부 불만 관리 정책을 수립해야 하며, 보험회사 관리 위원회(Management board)는 이러한 정책의 준수 여부를 모니터링해야 한다. 내부 불만 관리 정책은 불만처리 과정에서 발생할 수 있는 잠재적인 이해 상충을 식별하고 관리하는 최선의 방법에 대한 조항을 포함해야 한다. 또한 소비자의 불만사항과 관련된 문서는 적절한 기간동안 안전하게 보관되어야 한다.

보험계약자는 보험회사의 보험금 지급 거절·삭감 결정에 대해 이의제기를 할 수 있으며, 보험금 청구 기각 통지를 받은 후 1개월 이내에 보험회사에 민원을 제기해야 한다. 그러나 보험가입 시점에 보험회사가 보험계약자에게 이의신청과 관련된 설명의무를 다하지 않은 경우에는 민원 제출 마감 기한이 1년으로 연장된다. 일반적으로 보험계약자는 보험

52) 인정된 민원(Upheld case)은 금융회사의 결정에 대해 FOS가 금융회사의 결정을 번복하거나, 금융회사의 보상금액이 충분하지 않아 수정하도록 요구한 경우임

53) FOS(2022)

회사에 불만을 제기한 날로부터 3개월 이내에 보험회사로부터 불만처리 결과를 제공받게 된다. 여전히 그 결과가 만족스럽지 않은 경우, 보험계약자는 PKV-옴부즈만에 다시 민원을 제기할 권리가 있다. 한편, 보험회사가 정당한 이유 없이 3개월 이내에 내부 불만처리 결과를 제공하지 않는 경우, 보험계약자는 지방사회법원(sozialgericht, SG, 1심)에 제소할 수 있다. 또한 건강보험회사로의 분쟁 제기가 기각되는 경우에도 기각 통지를 받은 후 1개월 이내에 지방사회법원에 제소할 수 있다.

나. 민영건강보험 옴부즈만(PKV-Ombudsmann)

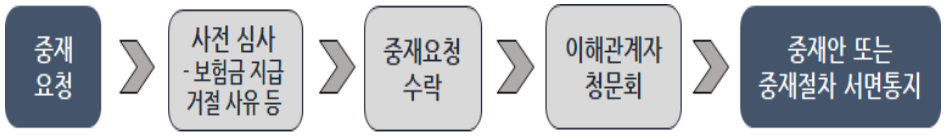
독일은 2001년 4월 독일 보험협회(DGV)에서 정관과 옴부즈만 절차의 규칙을 제정하면서 협회(e.V.)의 형태로 독일 보험 옴부즈만(Versicherungsombudsmann e.V.)을 설립하였다. 이때 다른 독일 보험협회인 민영건강보험협회(PKV)는 건강보험 또는 장기 요양보험 계약에서 발생하는 분쟁만을 다루는 PKV-옴부즈만을 독자적으로 구축한다. 이때 두 옴부즈만 시스템은 상호배타적이다. 만약 독일 보험 옴부즈만으로 건강보험 관련 분쟁이 접수되면 DGV는 해당 불만사항을 PKV-옴부즈만으로 직접 전달하지 않고, 소비자에게 PKV-옴부즈만 절차에 대해 안내한다.[54]

1) 분쟁해결절차

PKV-옴부즈만(이하 '옴부즈만'이라 함)은 보험계약자와 건강보험회사 간 분쟁이 발생할 경우 중재하고, 당사자 간 화해를 이끌어내는 업무를 수행한다. 소비자는 보험회사에 먼저 불만을 제기한 이후 옴부즈만에 중재를 요청할 수 있으며, 소비자의 중재 요청 시 옴부즈만은 사전심사를 통해 수락 여부를 결정한다. 만약 소비자의 불만사항이 민영건강보험 또는 장기요양보험과 관련이 없거나, 이미 소송이 진행 중인 경우에는 요청이 기각된다. 옴부즈만은 분쟁과 관련된 금액이 소액인 경우(50유로 이하)에도 중재를 거절할 수 있다. 옴부즈만이 소비자의 중재 요청을 수락하면 청문회가 열리고 이해관계자는 의견을 제시할 수 있다. 변호사는 이해관계자의 주장과 보험법 등 관련 법규를 고려하여 법률적인 관점에서 중재요청서를 검토한다. 마지막으로 옴부즈만은 당사자에게 조정을 제안하고, 소비자의 중재요청에 대한 근거가 없다고 판단한 경우에는 그 사실을 당사자에게 알리고 절차를 마무리한다.

54) Gal(2014)

〈그림 Ⅳ-4〉 독일 PKV-옴부즈만 중재절차



자료: Ombudsman Private Kranken-und Pflegeversicherung(2022)

2) PKV-옴부즈만의 장점

PKV-옴부즈만 절차는 무료로 제공되며, 소비자는 이 절차를 진행하기 위해 변호사를 선임할 필요가 없다. 다만, 옴부즈만 절차에서 발생하는 우편 요금 또는 대리인 지정으로 발생하는 비용 등은 보험계약자가 부담한다. 옴부즈만 절차에서는 자격을 갖춘 변호사가 보험계약, 법률 조항 및 관련 판례 등을 고려하여 보험회사의 결정을 검토하며, 보험계약자는 보험금을 지급받을 수 있는지 여부와 그 범위 또는 보험회사의 절차에 대해 이의를 제기할 수 있는지 여부 등에 대해서 전문가의 판단을 구할 수 있다. 이러한 법적 평가는 피보험자가 보험회사에 대해 가질 수 있는 모든 청구권을 유지한 채 진행되기 때문에 소비자는 위험부담이 없다. 소비자는 옴부즈만의 중재 결과가 자신에게 불리하다고 판단한 경우 추가로 소송을 제기할 수 있다.

옴부즈만은 협회(PKV) 이사회가 협회 운영진의 제안에 따라 임명하는데, 법관 또는 중재인 자격을 갖춘 자로서 민영건강보험 및 의료 분야에 대한 경험과 일반적인 법률 지식을 갖춘 자를 위촉하여야 한다. 옴부즈만은 위촉 전 3년간 협회, 옴부즈만 절차에 참여하는 보험회사, 민영건강보험 및 장기요양보험의 이익을 대변하는 기관, 보험 중개업 등에 근무한 적이 없어야 한다. 또한 의료 서비스 제공과 관련된 직종에 속해 있어서는 안된다. 옴부즈만은 독립적으로 직무를 수행한다. 옴부즈만은 그의 독립성 또는 공평성에 영향을 미치는 모든 상황을 중재 당사자에게 공개하여야 하며, 당사자들이 그의 중재 활동에 명시적으로 동의하는 경우에만 업무를 수행할 수 있다. 옴부즈만은 보험계약자의 개인정보(특히 건강정보)가 유출되지 않도록 보안을 유지한다.

3) 건강보험 분쟁조정 현황

옴부즈만은 연차보고서를 통해 당해 연도에 접수된 중재신청 건수 및 토픽별 건수·비중을 공시하고 있다. 2022년에는 기존 건강보험 및 장기 요양보험계약 중 6,429건(약 0.016%)의 중재요청이 있었고 그중 5,694건이 수락되었다. 중재신청 건을 토픽별로 살펴보면 보험금 조정액 관련이 27.1%, 의료적 필요성과 수수료 분쟁 관련이 각각 10.8%, 약관 해석 관련은 7.5%를 차지한다.

또한 옴부즈만 연차보고서에서는 자주 논쟁이 되는 토픽(의료적 필요성, 수수료 분쟁 등)에 대해서는 사례를 소개하고 중재내용을 설명한다. 예를 들어 PKV-옴부즈만 2022년 연차보고서에서는 지방성 수종(Lipoedema)[55]에 대한 지방흡입술(Liposuction)의 치료 적합성 여부를 설명하고 있다. 독일 정맥학 학회(German Society for Phlebology)의 S1-가이드라인에 따르면 비만(BMI 32kg/m² 이상)은 우선 치료적인 방법으로(Therapeutically) 처치되어야 한다. 또한 이 가이드라인은 지방성 수종이 발생한 경우 KPE(Combined Physical Decongestion Therapy)를 꾸준히 사용해야 하며, 이 요법의 효과가 없는 경우 외과적으로 지방 조직을 제거(지방흡입술)할 수 있다고 명시하고 있다. 연차보고서는 이러한 가이드라인에 따라 옴부즈만이 지방흡입술의 의료적 필요성이 부족하다는 보험회사의 주장이 정당하다고 판단한 경우 소비자에게 유리한 중재가 가능하지 않음을 설명하고 있다.

궁극적으로 옴부즈만은 중재절차를 통해 보험계약자와 보험회사 간의 신뢰 관계를 재구축·강화할 수 있는 기회를 제공한다. 이는 건강보험이 보통 장기계약인 경우가 많다는 점에서 시사하는 바가 크다.

다. 비급여 평가제도

독일은 비급여의 목록과 의학적 효과 및 부작용 등을 평가하여 공개하는 IGeL Monitor를 운영하고 있다. IGeL Monitor는 독일 의료시스템의 중앙 의사결정 기관인 연방 합동 위원회(Germany Federal Joint Committee; G-BA)가 운영한다. G-BA는 의료시스템의 4대 주요 자치 조직인 전국 법정 건강보험 의사 협회(KBV), 전국 법정 건강보험 치과의사 협회(KZBV), 독일병원협회(DKV), 그리고 전국건강보험협회(GKV-Spitzenverband)로 구성된다.

IGeL은 개별 의료 서비스(Individual Health Services)라고도 하며, 법정 건강보험에서 보

55) 지방성 수종(부종)은 지방조직의 비정상적인 증식을 초래하는 유전성 지방 분해 장애임

장하지 않는 모든 서비스 즉, 비급여를 의미한다. 일부 민영건강보험회사는 특정 IGeL에 대한 추가적인 보장을 제공하고 있다. IGeL Monitor의 목적은 환자가 의료 서비스에 대한 판단과 선택을 할 수 있도록 의료 서비스에 대한 정보를 제공하는 것이며, 보험회사도 상품 설계 시 IGeL에 대한 평가 결과에 따라 보험 급부를 결정할 수 있다. IGeL Monitor는 다빈도 의료 서비스 및 모니터링 수요가 높은 비급여 항목을 대상으로 의학적 효과성과 비용 등을 평가하고 IGeL Monitor 홈페이지에 평가 결과를 게시한다.

의료 서비스의 효과를 입증하기 위해서는 임상 연구가 필요한데, G-BA는 자체 연구를 수행하지 않고 비급여에 대한 독립적인 평가가 수행되도록 제3자와 계약한다. IGel Monitor는 증거 기반 의학(Evidence-based Medicine)의 과학적 표준에 따라 비급여를 분석·평가하고, 의학 저널리스트가 일반적으로 이해할 수 있는 방식으로 근거 보고서를 작성하여 배포한다.

4. 호주

호주는 사전에 민영건강보험과 관련한 가이드라인을 설정하여 소비자분쟁을 최소화하고자 노력하고 있으며, 보험분쟁 발생 시 옴부즈만 제도를 통해 해결하고 있다. 본 절에서는 호주의 민영건강보험 및 의료자문제도 관련 이슈를 살펴보고 호주 정부가 이 문제를 어떻게 해결하였는지 살펴본다. 또한 호주의 건강보험 분쟁해결절차에 대해서도 살펴본다.

가. 의료자문제도 관련 이슈

1) 유병력 관련 보험분쟁

2019년 호주에서는 유병력을 사유로 민간건강보험회사가 보험금 지급을 거절함에 따라 소비자분쟁이 발생하여 사회적으로 큰 이슈가 된 바 있다.[56] 유병력은 보험에 가입하기 6개월 전에 징후나 증상이 존재하는 질병, 질환 또는 상태를 의미한다.[57] 보험회사는 보험

56) The Guardian(2019. 7. 8), "Australia's biggest private health insurers illegally rejected thousands of claims"(https://www.theguardian.com/australia-news/2019/jul/08/australias-biggest-private-health-insurers-illegally-rejected-thousands-of-claims)

57) 유병력자는 12개월의 대기기간 이후 관련 보험 청구가 가능함. 보험에서 대기기간을 인정하는 이유는 병원 치료 필요성을 알거나 의심하는 경우에만 보험에 가입하거나 보장 금액을 늘리는 역선택을 방지하기 위함임

계약자의 질병을 유병력과 연관지어 병원비에 대한 보험금 지급을 거절할 수 있다. 다만 보험회사는 보험금 지급 결정 전에 의료 전문가를 지정하여 의학적 증거를 검토하고, 해당 유병력을 치료한 의사가 제공한 모든 정보를 고려하여야 한다. 그러나 민영건강보험 옴부즈만(Private Health Insurance Ombudsman; PHIO)의 조사 결과, 호주의 주요 보험회사 중 하나인 NIB는 이러한 의료자문 없이 일부 유병력자의 보험금 청구를 기각한 것으로 드러났다.[58] 이후 PHIO는 유병력과 관련한 보험금 지급기준을 명확히 하고자 유병력과 관련한 가이드라인을 설정하였다.[59]

해당 가이드라인은 유병력 보험상품의 광고 및 마케팅부터 유병력자에 대한 검토와 검토 후 소비자에 대한 설명의무에 이르는 보험회사의 전반적인 책임을 명시하고 있다. 이 중 보험회사가 지정한 의료자문의에 대한 가이드라인은 유병력 관련 검토가 해당 환자의 개별 상황 및 모든 정보를 고려하여 이루어져야 하고, 의료자문의는 병원 치료가 필요한 질병이 보험계약자의 유병력과 직접적인 연관성이 있음을 입증할 책임이 있다고 명시하고 있다.

2) 자연 요법 보장 제외 심사

2012~13년 예산에서 호주 정부는 민영건강보험이 임상적으로 입증된 치료만을 보장할 수 있도록 민영건강보험의 자연 요법 보장에 대해 검토한다고 발표하였다. 호주 보건부는 국가보건의료연구위원회(National Health and Medical Research Council; NHMRC)에 민영건강보험 환급(Rebate)에서 제외된 16가지 자연 요법의 임상 효과, 안전성 및 비용효율성에 대한 검토를 의뢰하였다.

NHMRC는 16가지 자연 요법 각각에 대한 증거 평가를 위해 독립적인 증거 검토자에게 업무 수행을 의뢰하였다. NHMRC는 관련된 주요 기관이 자연 요법의 임상 효과, 안전성 등을 입증하는 증거를 제출할 수 있도록 하고, 증거 검토자가 그 자료를 검토하도록 하였다. 체계적인 검토를 위해 증거 검토자는 해당 자연 요법에 대한 임상 효과 평가 방법론을 설명하는 개요 프로토콜을 작성하였다. 또한 독립적인 방법론 검토자가 연구 프로토콜 및

58) 금융위원회 보도자료(2022. 1. 26), "삼성생명보험(주)에 대한 종합검사 관련 대주주와의 용역계약 업무처리 부적정, 암보험금 부지급 등에 대한 조치" 참조; 건강보험에서 모든 건에 대해 '의료자문' 없이 자체판단으로 보험금을 부지급했다는 사실만으로 문제가 되는 것은 아님. 의료자문이 필수적인 상황이 아니라면 보험금 부지급 근거로서 의료자문의 남용을 방지할 필요가 있으며, 다만 보험금 지급심사는 객관적이고 공정한 근거에 기초하여 이루어져야 함

59) PHIO, Best Practice Guidelines for health funds, How to interpret and apply the pre-existing ailment rule

증거 평가 보고서에 대한 평가와 피드백을 제공하였다. 이러한 자연 요법 검토 결과에 따라, 2019년 4월 1일부터 16가지 자연 요법이 민영건강보험 환급에서 제외되었다.

나. 건강보험 분쟁해결

호주의 민영건강보험 대표기관인 PHA(Private Healthcare Australia)는 행동강령(Code of conduct)을 통해 소비자가 건강보험 관련 민원을 제기하고 분쟁을 해결하는 방법을 안내하고 있다. 소비자는 보험회사(Health fund)의 내부 분쟁해결제도를 이용할 수 있으며, 그 결과가 만족스럽지 못할 경우 옴부즈만(PHIO)과 같은 외부 기관에 분쟁을 제기할 수 있다.

1) 내부 분쟁해결

본 보고서에서는 PHA의 회원인 Australian Unity가 안내하는 분쟁해결절차를 소개하고자 한다. Australian Unity는 더 빠른 문제해결을 위해 소비자가 불만사항을 보험회사에 접수할 때 관련된 모든 증빙 서류 및 정보를 제공해주기를 요청하고 있다. 일반적인 사항 이외에 더 복잡한 사항에 대해서는 에스컬레이션 프로세스를 마련하여, 소비자의 불만사항을 처음 담당한 직원이 해결할 수 없는 경우 전문적인 지식과 권한을 가진 사내 관리자가 해결할 수 있도록 한다. 이 절차를 통해 불만이 만족스럽게 해결되지 않은 경우 Australian Unity의 고객 관계 부서 내 사례 관리자에게 문제를 처리하도록 추가적으로 요청할 수 있으며 사례 관리자는 불만접수 후 영업일 기준 5일 이내에 불만사항을 조사하고 해결해야 한다. 여전히 소비자불만이 만족스럽게 해결되지 않은 경우에는 민영 건강보험 옴부즈만(PHIO)에 분쟁을 제기할 수 있다.

2) 옴부즈만을 통한 분쟁해결

민영건강보험 옴부즈만(PHIO)의 역할은 민영건강보험과 관련하여 소비자의 이익을 보호하고 호주 의료시스템 전반에 걸쳐 보험분쟁을 해결하는 것이다. PHIO가 관여할 수 있는 소비자불만의 종류는 건강보험 보장, 보험 해지 또는 보험료 납부와 같은 계약 관련 문제, 유병력 등 대기기간 관련 문제, 건강보험에 대한 잘못된 정보 또는 조언, 보험회사와 병원 간의 계약 문제, 의사, 병원 및 의료 서비스 공급자에 대한 불만 등이다. 그러나 소비자불

만의 종류가 의사, 병원 또는 의료 서비스 공급자가 제공한 진료의 질에 대한 임상적 불만인 경우에는 PHIO가 관여하지 않는다.

2021년~22년 동안 PHIO에는 2,704건의 불만이 접수되었는데, 이는 2020년~21년(3,496건)에 비해 22.7% 감소한 수치이다. PHIO는 2021년~22년 동안 2,711건의 불만을 처리하였으며, 불만의 약 88%가 '회부'로 최종 처리되었다. 즉, 보험계약자(불만 제기자)가 보험회사의 내부 분쟁해결절차에서 충분히 이의제기를 하지 않았을 때 PHIO는 소비자불만을 보험회사가 다시 확인하도록 회부하고, 보험회사가 추후 보험계약자에게 제공하는 응답서 사본을 요청하게 된다. 또한 동 기간에 처리된 불만접수 건수의 약 5%만 '조사'로 분류되었으며, 이는 2020년~21년에 비해 8% 감소한 수치이다. 소비자불만이 '조사'로 분류된 경우 PHIO는 건강보험회사 또는 기타 불만 대상(병원, 중개인 또는 기타 의료 종사자)에게 불만사항과 관련된 자세한 보고서를 요청하고, 이 보고서를 바탕으로 검토 후 초기 대응이 만족스러웠는지 또는 추가 조사가 필요한지 결정하게 된다.

다. 2018년 민영건강보험 개혁

호주 건전성 감독청(Australian Prudential Regulation Authority; APRA)에 따르면 민영병원 보험(Private hospital insurance)에 가입한 사람의 비율은 2015년 6월 47.4%에서 2020년 6월 43.6%로 5년 연속 감소하였다.[60] 이에 호주 정부는 2018년 민영건강보험 시스템에 대한 개혁을 발표하고 2019년 4월 1일부터 시행하였다.

호주의 민영건강보험 시스템은 복잡하고 의료행위 또는 의료 서비스에 대해 보험회사마다 다른 용어(또는 정의)를 사용하기도 하였다. 이는 보험금 지급과 관련하여 혼란을 야기할 뿐만 아니라 소비자가 여러 보험회사의 상품을 비교하기 어렵게 만들었다. 그러나 2018년 개혁을 통해 호주의 모든 건강보험회사는 2020년 4월 1일까지 동일한 임상 정의를 사용하도록 하였다. 또한 호주 정부는 병원 보험을 4개 등급으로 구분하고, 각 등급에서 보장되는 의료행위를 명확하게 규정지음으로써 상품을 단순화하고 소비자의 선택권을 넓히고자 하였다.[61]

60) AMA(2022)

61) 병원 보험의 각 등급을 살펴보면, (i) 기본 등급(Basic Tier)은 3개의 제한된 임상 범주(Clinical categories)만 보장하고, (ii) 브론즈 등급(Bronze Tier)은 18개의 임상 범주와 3개의 제한된 임상 범주를 보장하며, (iii) 실버 등급(Silver Tier)은 26개의 임상 범주와 3개의 제한된 임상 범주를 보장함. 마지막으로 (iv) 골드 등급(Gold Tier)은 38개의 임상 범주를 보장함. 임상 범주에 대한 자세한 내용은 Department of Health and Aged Care(2020)를 참조 바람

또한 2018년 개혁에 따라 보험회사는 민영건강보험의 보장이 적용되는 것과 적용되지 않는 것을 요약한 민영건강보험 명세서(PHIS)를 매년 보험계약자에게 보내야 하며 정책이 변경될 때마다 다시 보내야 한다. 또한 이 개혁의 일환으로 PHIO는 민영건강보험 관련 불만사항 및 기타 문제를 조사하기 위한 추가 자료를 받을 수 있게 되었다. 이러한 개혁은 민영건강보험의 투명성을 제고하고 보험금 지급과 관련된 분쟁을 사전에 방지하는 데 기여하였다.

V 결론

1. 요약

의료자문의 목적은 임상적 증거에 근거한 적정 보험금 지급을 통해 소비자의 위험 보장이라는 보험 본연의 기능을 충실히 수행하고 정당한 보험금 청구권자의 권익을 보호하는 데 있다. 그러나 최근 실손보험금 지급기준 강화와 함께 수행된 보험회사의 의료자문은 오히려 소비자와 보험회사 간 갈등을 심화시키고 있다. 의료자문결과에 대한 소비자의 신뢰도가 낮아 민원과 분쟁이 증가하고 있으며, 일부 민원 사유에 대해서는 시민단체가 집단 소송을 제기하는 등 의료자문과 관련된 사회경제적 비용이 발생하고 있다.

보험업계는 「의료자문 내부통제기준」을 마련하고 설명 및 공시 의무를 강화하는 등 규제를 개선해 왔음에도 의료자문에 대한 소비자신뢰는 여전히 낮다. 보험금 지급심사 과정에서 발생하는 의료자문의 가장 큰 문제점은 독립적인 자문의 인력풀 구성이 쉽지 않아 의료자문의 공정성·객관성 보장이 어렵다는 점이다. 이는 의료자문제도가 보험금 거절·삭감 수단으로 남용될 수 있다는 소비자 우려를 야기하고 관련 분쟁을 증가시키는 주된 요인이 된다. 소비자는 보험회사와 이견이 있는 경우 제3의료기관을 통한 자문 의뢰를 통해 피해구제신청을 할 수 있는데, 상기 언급한 인력풀 문제는 독립적인 제3의료기관 자문의 선정에서도 똑같이 발생한다. 보험회사의 의료자문과 보험금 지급 결정 적정성을 판단해 줄 제3의료기관을 통한 자문 의뢰 자체가 어렵다 보니 소비자가 사후적으로 의료자문제도에 대해 평가하기도 쉽지 않다.

한편 약관상 보장 범위 해당 여부에 대한 의료자문은 자문의의 의학적 지식 외에도 약관에 대한 이해를 요구하나, 현 의료자문제도는 자문의에게 법률 지식을 요구하고 있지 않다. 이는 자문의의 약관 이해도에 따른 자문결과의 변동성을 증가시킨다. 의료자문의 예측 가능성이 부족한 것은 업계가 공유하는 일관되고 객관적인 보험금 지급 기준의 마련이 어려운 것과도 관련이 있다.

소비자가 신뢰할 수 있는 의료자문제도를 마련하기 위해 가장 우선적으로 고려해야 하는

것은 독립적인 자문의 인력풀 확보이다. 보험회사가 공정한 방식으로 자문의 선정이 가능한 환경이 마련되면 소비자는 보험회사의 보험금 지급 결정을 신뢰할 수 있어 분쟁이 줄어들 것이고, 소비자가 이의를 제기하는 경우에도 독립적인 제3의료기관 의료진의 자문의뢰를 통해 분쟁을 효과적으로 해결할 수 있다. 제3의료기관을 통해 충분한 심의가 이루어진다면 심의 결과(기존 보험회사의 결정 번복 여부)를 공시하여 보험회사의 의료자문성과 지표로 활용할 수 있다.

다음으로 중요한 제도 개선 방향은 과학적이고 임상적인 근거에 따라 보험 보장 내용을 정립하고 보험금 지급심사 기준을 마련하는 것이다. 사전적으로 명확한 가이드라인이 존재하면 그 기준에 따라 보험금 청구 적정성이 판단될 수 있다. 또한 업계가 일관된 가이드라인에 따라 보험금 지급심사를 진행하게 되므로 의료자문의 예측 가능성을 높일 수 있다. 이 외에도 보험약관에 대한 해석이 필요한 사안에 대해서는 의료자문의가 독립적인 손해사정사 또는 법률전문가와 함께 판단하거나, 법리적 해석을 돕는 추가 자료를 자문의에게 제공하는 방안을 검토할 수 있다.[62] 또한 적정한 사후관리를 통해 보험회사가 의료자문제도를 적정하게 운영하고 관련 규정을 준수하는지 감사할 필요가 있다.

다음 절에서는 국내·외 선진 사례를 참고하여 국내 보험산업의 의료자문제도 개선 방향의 구체적인 내용을 제시한다.

2. 의료자문제도 개선 방향

가. 독립적인 자문의 인력풀 확충

우리나라는 건강보험분쟁 발생 시 제3의료기관 자문의를 통한 자율조정을 시도하고 있으나 공정성과 객관성을 갖춘 의료 전문가 위촉에 어려움을 겪고 있다. 미국의 경우 독립의료심사기구(IRO)가 우리나라의 제3의료기관에 해당하는데, 미국은 IRO의 독립성을 보장하기 위하여 엄격한 기준에 따라 민간 인증기관의 인증을 받도록 하고 있다. 또한 미국은 NAIC의 Model법에 따라 IRO의 배정에 대해서도 규정하고 있다. 우리나라도 국가 기관 감독하에 의료자문을 수행하는 독립적인 제3기관을 별도로 지정·인증하고 보험회사와 보험소비자가 자

62) 김영현(2014)

문 의뢰를 할 수 있게 한다면 의료자문의 공정성과 독립성을 확보할 수 있을 것이다.

국내에서도 한국의료분쟁조정중재원의 조정절차는 의료분쟁조정법에 근거를 두고 이해관계자의 적극적인 참여를 유도하고 있다. 민영건강보험에서도 의료법 등 관련 법률 개정을 통해 제3의료기관의 의료자문에 대한 법적 근거를 마련할 수 있다면 객관성을 갖춘 의료 전문가 인력풀 구성이 원활하게 이루어질 수 있을 것이다.[63] 그러나 의료분쟁조정법조차 23년만에 제정된 만큼,[64] 의사의 이해관계가 강하게 얽혀 있는 민영건강보험의 경우 의료자문 관련 법 제정은 현실적으로 많은 제약이 존재한다.

한편 공제분쟁조정위원회의 의료전문심사제도는 국가 기관인 국토교통부의 주도로 전문위원을 위촉하고 있는데, 이와 유사하게 민영건강보험 영역에서도 감독당국이 분쟁조정위원회를 구성하여 운영할 수 있다. 위원회에서 감독당국 주도로 전문의학회와 업무협약을 맺고 자문의 선정을 의뢰한다면 제3의료기관을 통한 의료자문의 공정성과 객관성을 제고할 수 있다. 그간 국내 보험회사는 소비자에게 긍정적인 이미지를 얻는 데 성공적이지는 못했으며 현재 의료자문 결과에 대한 소비자신뢰가 낮은 상황이므로, 소비자가 신뢰할 수 있는 분쟁조정절차를 마련하기 위해서는 업계나 협회보다는 인증을 받은 독립적인 민간 기구나 공신력 있는 국가 기관이 개입하는 것이 더 효과적일 수 있다.[65]

그러나 과거 금융감독원을 통한 제3의료기관 자문절차 마련을 시도하였으나 추진되지 못한 바 있다(〈그림 Ⅴ-1〉 참조). 이는 특히 실손의료보험과 의료진의 이해관계와 관련이 있는데, 사실상 병원은 실손의료보험에서 보장하는 비급여를 통해 수익을 창출하고 있기 때

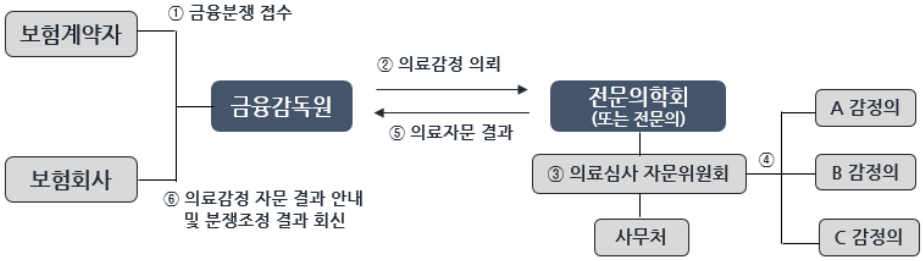
63) 독립적인 제3의료기관의 운영에 대한 법규 마련 시 미국의 최소 소비자보호 규정을 참고할 수 있음. 법규는 제3의료기관의 인증 요구 및 이해상충이 없는 자문의 배정을 통해 자문기관의 독립성·공정성·전문성을 보장하여야 하며, 심사결과의 회신 기한 등을 명시하여 의료자문의 신속성·효율성을 확보할 필요가 있음. 한편 「의료자문 표준내부통제기준」은 전공별 자문의의 의료자문 건수를 제한하도록 하고 있는데, 문제가 되는 비급여 과목에 대한 의료자문 수요가 많을 수밖에 없는 현실을 고려할 필요가 있음. 즉, 자문의의 편중만을 막기보다는 자문의의 독립성과 객관성을 보장하고 자문의 배정을 공정하게 할 수 있는 제도적 절차를 마련하는 것이 중요함

64) 의료분쟁조정제도의 도입은 의료인 및 의료단체가 지속적으로 요구해왔고, 그 근간이 되는 의료분쟁조정법의 목적은 의료사고를 겪은 환자에 대한 신속한 피해구제와 의료인에게 안정적인 진료환경을 제공하기 위함임. 의료분쟁조정법의 제정은 여러 관계부처 간 의견의 상충으로 입법에 어려움을 겪었음. 예를 들면, 제16대 국회(2000년~04년)에서의 입법 추진은 조정전치주의 및 형사처벌 특례를 반대하는 법조계, 의료배상공제조합의 설립·가입 의무화에 반대하는 공정거래위원회, 무과실 보상제도 및 국가보상제도 도입을 반대하는 기획예산처 등 관계부처와 의료단체들의 이견을 좁히지 못하며 무산되었음

65) 법규상 설립 근거가 있는 민간 독립기구를 통해 분쟁조정절차를 마련하는 경우 의사와의 관계성을 고려했을 때 복지부(심평원)의 개입보다는 민간기구가 의료진의 협력을 이끌어내기 수월한 측면이 있을 수 있음. 한편, 민간 독립기구에 대한 감사·관리 등은 결국 관련 부처의 소관이 될 것임. 금감원 등 공적 기관이 직접 개입하는 경우에는 공신력을 가지고 제도 개선을 추진할 수 있고 소비자의 신뢰를 얻는 데에 장점이 있을 것임

문이다. 반면, 공제분쟁조정위원회에서 다루는 분쟁은 비급여보다는 주로 후유장애와 관련이 있어 상대적으로 의사의 협조를 구하기 쉬운 측면이 있다. 따라서 민영건강보험의 자문절차 마련 시 의료공급자와의 협의가 무엇보다 중요하다. 민영건강보험에서 의료자문을 필요로 하는 청구 건의 대다수는 과잉진료나 보험사기가 의심되는 일부 문제병원과 관련되며, 이에 따른 소비자피해가 발생하고 있으므로 의료공급자의 도덕적 해이에 대한 의료진의 문제의식 및 공감대 형성이 필요하다. 보험업계와 감독당국은 건강보험 분쟁조정이 모든 청구 건에 대한 비급여 심사가 아니라 분쟁건에 대해서만 의료자문을 구하는 것이라는 점을 강조하여 의료진을 설득하고 의료자문제도 참여 유인책을 마련할 필요가 있다.[66] 또한 건강보험 분쟁조정은 보건의료 경험과 지식이 중요하다는 점에서 전문성을 갖춘 의료진의 의료자문 참여가 필요하므로 의사의 동기부여를 강화해야 할 것이다.

〈그림 Ⅴ-1〉 금융감독원을 통한 제3의료기관 자문절차(안)



주: 의료감정 의뢰는 제3의료기관 합의가 안 되거나 공정한 제3의료기관 선정을 금감원에 요청한 분쟁 건에 해당함
자료: 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), "보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선"

나. 의료자문 현황 공시 강화

국내 보험회사는 의료자문 실시 건수 및 실시율, 의료자문을 통해 보험금을 부지급 또는 일부 지급한 건수 및 비율에 대해서만 공시하고 있다. 그러나 미국은 보험회사의 보험금 부지급률뿐만 아니라 내부 심사를 통한 번복률과 외부 심사를 통한 번복률을 모두 공시하고 있다. 또한 영국과 독일은 민영건강보험 관련 분쟁 현황 및 해결 내용을 담은 연차 보

66) 의료자문비는 의사의 평균임금 대비 높지 않아 의사가 의료자문 의뢰에 응할 유인이 작은 측면도 있으므로 자문비 향상을 검토해볼 수 있음. 단, 비용이 추가로 발생한다는 점에서 자문비 인상폭 및 비용 분담 방식 등에 대한 충분한 고민이 필요함

고서를 발간하여 대체적 분쟁해결절차(ADR)의 성과를 소비자가 알 수 있도록 한다. 이러한 보험분쟁해결에 대한 정보는 보험회사 의료자문의 성과 지표로 활용할 수 있다.

우리나라도 금융감독원에서 보험회사별로 제3의료기관을 통한 추가 의료자문의 시행 건수 및 비율, 이를 통해 기존 보험회사의 결정이 뒤집힌 건수 및 비율을 공시하여 소비자가 보험회사의 의료자문 관행에 대해서 평가할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 연간 제기된 의료자문 관련 민원 또는 분쟁이 몇 건인지, 그 중 어느 정도가 유효한 분쟁인지(조정이 필요한 민원인지), 유효하지 않다면 어떤 사유인지(재판 계류 중인 건 등), 유효한 분쟁 건 중 조정된 건은 몇 건인지 등의 정보를 제공하여 소비자의 알권리를 보장할 필요가 있다.

다. 의료자문 예측 가능성 제고

1) 보험금 지급심사 기준 마련

국내 보험회사는 보험금 지급심사 기준을 회사 자체적으로 마련함에 따라 표준약관에 대한 동일 보장 항목에 대해서도 보험금 지급 결정이 달라질 수 있는 등 의료자문 결과의 일관성이 떨어질 여지가 있다. 한편 미국도 대형 보험회사는 의료자문의 판단 기준이 될 의료적 필요성 규칙 등을 자체적으로 마련하고 있다. 그러나 대형 보험회사는 개별 의사보다 임상 관련 문헌 및 모범 사례의 최신 정보를 업데이트하는 데 유리할 수 있으며, 보장 조건을 수립하는 데 필요한 방대한 데이터를 활용할 수 있다는 장점이 있다. 이때 미국은 보험회사가 마련한 규칙의 적정성을 보장하기 위하여 IRO나 민간 인증 기관(URAC)의 인증을 받도록 하고 있다는 점에서 한국과 차이가 있다.

독일은 연방 합동 위원회(G-BA)에서 임상적·과학적 증거에 기반하여 비급여(IGeL)의 의학적 효과 및 부작용을 평가하고 이에 대한 근거 보고서를 제공하고 있다. 이와 같은 의료서비스에 대한 공식적인 정보는 보험회사가 보험 보장 내용을 결정할 때 활용할 수 있다.

한편 호주는 유병력, 자연요법 등 민영건강보험 관련 이슈가 발생하면 보건부 등 관련 부처와 독립적인 의료 전문가, 민영건강보험 옴부즈만(PHIO) 등이 개입하여 가이드라인을 정립하고 잠재적인 분쟁 발생을 최소화하고자 노력하고 있다. 국내 보험회사는 보험금 지급기준을 마련함에 있어 호주의 사례를 참고할 필요가 있다. 국가 기관의 주도로 전문의학회가 참여하여 과학적이고 임상적인 근거에 따라 보험 보장 내용 및 보험금 지급기준을

수립한다면 효과적으로 업계에서 공유할 수 있는 표준화된 가이드라인을 마련할 수 있으며, 이러한 방식이 소비자신뢰를 확보하기에도 더 유리할 것이다.

명확한 보험금 지급기준의 설정은 청구 심사(의료자문)의 일관성과 효율성을 제고할 뿐만 아니라, 의사와 환자 모두가 어떤 의료행위가 보험에서 보장되는지 사전에 이해할 수 있도록 함으로써 보험분쟁을 줄일 수 있다. 또한 타당한 의학적 근거를 기반으로 가이드라인이 마련되면 의사가 그 가이드라인에 따라 치료 결정을 내리도록 장려함으로써 보다 효율적인 의료자원의 분배를 유도할 수 있다. 건강보험 구매 시점에 이러한 가이드라인에 대한 설명이 이루어진다면, 소비자의 보험 구매 결정에도 도움이 될 수 있다. 단, 빠르게 발전하는 의료기술을 반영할 수 있도록 가이드라인은 주기적으로 업데이트되어야 할 것이다.

2) 자문의의 의료 분야 외 전문성 강화

건강보험 분쟁조정에 있어서 가장 중요한 요소는 자문의의 의료 분야 전문성과 객관성일 것이나, 약관상 보장 범위에 해당하는지에 대한 판단은 규범적인 것으로서 보험학적 판단에 해당한다. 이러한 이유로 한국의료분쟁조정중재원의 감정부는 의료인뿐만 아니라 법조인을 포함하여 구성하고 있다. 그러나 건강보험 분쟁에서 의료자문은 자문의의 판단에 의존하며, 자문의에게 법률지식을 요구하고 있지는 않다. 따라서 자문의의 보험약관 이해도에 따라 의료자문 결과가 달라질 수 있는 여지가 있다. 의료자문 결과의 변동성을 줄이고 예측 가능성을 제고하기 위해서는 자문의에게 보험 및 법률 분야의 교육 프로그램을 제공하는 방안을 고려해볼 수 있다.[67] 또한 보험약관에 대한 해석이 필요한 사안에 대해서는 의료자문의가 독립적인 손해사정사 또는 법률전문가와 함께 판단하거나, 법리적 해석을 돕는 추가 자료를 자문의에게 제공하는 방안을 고려해볼 수 있다.

라. 사후관리 강화

보험회사가 의료자문제도를 운영함에 있어 내부통제기준 등 관련 규정을 준수하도록 권장하기 위해서 준법감시인 또는 내부 감사부서에서 사후관리를 하고 있다. 그러나 일부

67) 금융위원회 보도자료(2013. 11. 20), "금융위, 금융소비자보호를 위한 불합리한 금융관행 개선 추진"; 금융위원회는 장해평가 및 배상의학 분야에 관한 교육(연수) 프로그램을 이수하거나 별도의 시험을 거친 의사만이 보험자문을 할 수 있는 방안을 검토한 바 있음

보험회사는 「의료자문 표준내부통제기준」을 준수하지 않은 사실이 적발된 바 있다. 이는 추가적인 독립적 외부감사의 필요성을 시사하며, 따라서 현재 이러한 역할을 하고 있는 금융감독원이 보험회사의 의료자문 내부통제기준 준수 여부에 대한 감사를 강화할 필요가 있다.

참고문헌

국토교통부·자동차손해배상진흥원(2022), 「공제분쟁조정위원회 의료전문심사제도 안내」

김영현(2014), 「보험분쟁의 原因과 對策: 보험금심사(손해사정) 및 분쟁조정 중심」, 고려대학교 법무대학원 석사학위논문

김재현·이석호(2022), 「우리나라 보험산업의 소비자신뢰 현황과 개선과제」, 『종간보고서』, 2022-01, 한국금융연구원

김창호(2018), 「보험사 의료자문제도의 운용 실태 및 개선 방안」, 『이슈와 논점』, 국회입법조사처

대한민국 대통령실(2023), 「국민제안 보고서(제1호)」

백영화(2020), 「의료자문 관련 규제 강화 시 고려사항」, 『보험법리뷰』, 보험연구원

_____(2021), 「의료자문 표준내부통제기준안의 주요 내용」, 『보험법리뷰』, 보험연구원

백영화·박정희(2019), 「암보험 관련 주요 분쟁사례 연구」, 『연구보고서』, 2019-04, 보험연구원

변혜원·손재희·정인영(2021), 「해외 주요국의 대안적 보험분쟁해결제도」, 『이슈보고서』, 2021-03, 보험연구원

신용상·노형식(2015), 「금융소비자 인식 설문조사」, 한국금융연구원

정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022), 「실손의료보험 비급여 보험금 분석」, 『이슈보고서』, 2022-03, 보험연구원

조용운·정성희·이아름(2020), 「미국 의료자문제도 현황 및 시사점」, 『이슈보고서』, 2020-06, 보험연구원

최연석(2021), 「의료분쟁조정제도에 관한 연구」, 제주대학교 대학원 박사학위논문

국제의료정보포털(https://www.medicalkorea.or.kr/ghip/nationInfo/view?srchCtgry=GHI_NATION_7&nationCode=DE&detailCd=GHI_DETAIL_2#none)

국토교통부 공제분쟁조정위원회(https://admc.tacss.or.kr)

삼성화재(https://www.samsungfire.com/consumer/P_U06_02_07_001.html)

생명보험협회(https://consumer.insure.or.kr)

손해보험협회(https://www.knia.or.kr)

한국의료분쟁조정중재원(K-medi.or.kr)

AMA(2022), “Private Health Insurance Report Card 2022”

Baggoley, C.(2015), “Review of the Australian Government Rebate on Natural Therapies for Private Health Insurance”, Australian Government Department of Health

Capgemini and Efma(2016), “World Insurance Report 2016”

California Department of Managed Health Care(2022), “2021 Department of Managed Health Care Annual Report”

Centers for Medicare & Medicaid Services(2022), “Internal Claims and Appeals and the External Review Process Overview”

Department of Health and Aged Care(2020), “Clinical Categories for Private Health Insurance Hospital Product Tier Arrangements”

FOS(2022), “Annual Report and Accounts”

Gal, J.(2014), “The German Insurance Ombudsman System”, İstanbul, Sigorta Hukuku Türk Derneği, pp. 9~44

Monahan A., and Schwarcz, D.(2022), “Rules of Medical Necessity”, *Iowa Law Review*, 107(2), pp. 423~493

Ombudsmann Private Kranken-und Pflegeversicherung(2022), “Tätigkeitsbericht 2022”

PHIO, “Best Practice Guidelines for Health Funds, How to Interpret and Apply the Pre-existing Ailment Rule”

Pollitz, K.(2021), “Consumer Appeal Rights in Private Health Coverage”, Kaiser Family Foundation

Schwarcz, D.(2009), “Redesigning Consumer Dispute Resolution: A Case Study of the British and American Approaches to Insurance Claims Conflict”, *Tulane Law Review*, 83(3), p. 735

URAC(2022), “Independent Review Organization Accreditation Standards”

Wickizer, T., Wheeler, J., and Feldstein, P.(1989), "Does Utilization Review Reduce Unnecessary Hospital Care and Contain Costs?", *Medical Care*, 27(6), pp. 632~647

Wickizer, T., and Lessler, D.(2002), "Utilization Management: Issues, Effects, and Future Prospects", *Annual Review of Public Health*, 23(1), pp. 233~254

Kaiser Family Foundation, KFF Transparency Data

BaFin(https://www.bafin.de/EN/Homepage/homepage_node.html)

California Department of Insurance(https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/01-imr/)

Centers for Medicare & Medicaid Services(https://www.cms.gov/)

Commonwealth Ombudsman(https://www.ombudsman.gov.au/)

Employee Benefits Security Administration(DOL)
(https://www.dol.gov/agencies/ebsa/employers-and-advisers/guidance/technical-releases/11-02)

Equipsme(https://www.equipsme.com/blog/how-many-people-have-health-insurance-uk/)

Financial Ombudsman Service(https://www.financial-ombudsman.org.uk/)

IGeL Monitor(https://www.igel-monitor.de/)

Ombudsmann Private Kranken-und Pflegeversicherung(https://www.pkv-ombudsmann.de/)

도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

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

가입 문의

보험연구원 도서회원 담당
전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102

회비 납입 방법

무통장입금
- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원

자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)

저자약력

김경선 서울대학교 경영학 박사 / 연구위원
E-mail : sunnykim@kiri.or.kr

홍보배 Claremont Graduate University 경제학 석사 / 연구원
E-mail : bobae.hong@kiri.or.kr

연구보고서 2023-10

의료자문제도 현황과 과제

발 행 일 2023년 8월
발 행 인 안 철 경
발 행 처 보험연구원
주 소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩
인 쇄 소 고려씨엔피

ISBN 979-11-93021-22-4 (정가 10,000원)
979-11-85691-50-3(세트)