

II. 현황 및 문제점

1. 보험금 청구 및 지급심사 현황

가. 보험금 청구

민영보험자가 민영의료비실손보장보험계약자에게 지급하는 급여는 직불 급여이며, 급여범위는 국민건강보험에서 지급하지 않고 있는 법정본인부담금과 비급여본인부담금 부분이다. 의료서비스 공급자는 의료서비스를 제공한 후 본인부담금을 의료이용자에게 청구하고 의료이용자는 의료비를 지불한 후 진료내역과 영수증을 첨부하여 민영보험자에게 보험금을 청구하게 된다.

민영의료비실손보장보험의 보험금 지급은 사고 발생 이후 피보험자가 유선, 인터넷 등을 이용하여 보험회사로 통보하면서 시작된다. 주로 콜센터로 사고접수를 하고 피보험자가 보험금 청구시 구비해야할 서류를 확인한 후 보험금청구서를 작성하고 진단서, 입원확인서, 의료비영수증 등 보험금청구에 필요한 구비서류를 준비하여 직접방문, 팩스 또는 우편 등으로 보험회사에 접수한다.

나. 지급 절차

접수된 서류들은 자동시스템 또는 수동적인 방법을 통하여 담당자에게 배정되고 손해사정담당자들은 접수받은 서류를 검토한다. 손해사정담당자들은 보상여부의 결정, 사고내용의 확인 또는 조사, 손해액(지급금)의 평가, 보험금 청구에 대하여 지급 또는 면책유무를 결정한다.

보상여부의 결정과정에서는 ① 계약에서 보장하는 피보험자는 누구인지, ② 발생한 사고 또는 질병의 원인이 보상가능한지, ③ 면책조항에 적용되는 사항은 없는지, ④ 보험기간내에 발생한 사고인지, ⑤ 사고발

생한 장소가 보상가능한 지역인지, ⑥ 계약자 또는 피보험자가 사고전 후 계약상의 의무를 다하였는지 등의 사항이 확인된다.

사고내용의 확인 또는 조사는 주로 외주업체를 이용한다. 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하고자 하면 보험청약 당시의 서류를 확인하고 피보험자의 동의를 얻은 후 관련 의료기관 또는 경찰서 등을 직접 방문하여 조사한다. 이 단계에서 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하기 위해 조사비용이 과다하게 지출되고 있다.

손해액 평가 과정에서는 지급할 보험금에 대하여 손해액을 평가한다. 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상액의 합계액이 실제 발생 의료비를 초과했을 때 각 계약에 따른 보상액의 합계액에 대한 비율을 산출하여 실제발생의료비에 곱하여 산출한 보험금을 지급하여 피보험이익이 발생하지 않도록 손해액(지급금)을 산정한다. 손해보험 협회와 생명보험협회는 계약자정보센타를 운영하여 중복가입 여부를 확인할 수 있게 하여 비례보상이 가능하도록 하고 있으나 의료비를 실손 보장하는 상품들이 매우 복잡하고 다양하여 사실상 실질적인 비례보상이 어려운 상태에 있다.

지급 또는 면책유무 결정 과정에서 보험금 지급이 결정되면 보험회사는 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금을 지급해야 한다. 그러나 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하고자 하는 경우는 지급이 지연되므로 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험금 수익자에게 통보해야 한다. 조사 후 지급해야 하는 것으로 판정이 나면 지연기간에 대한 지연이자를 지불하고 지급이 거절되는 경우에는 절차에 따라 면책공문을 서면으로 피보험자에게 발송한다.

다. 보험금 지급심사

현재 의료비실손보장보험의 보험금 지급심사를 위한 인프라가 사실상 전무한 상태에 있다. 영수증 및 청구서류를 가지고 지급심사를 하고 있

어서 세부진료내역 조회가 가능하지 않은 상태에 있으며, 병·의원 간 영수증 및 보험금 청구서류의 통일화도 이루어져 있지 않다. 따라서 현재의 보험금 청구서류로 지급심사를 하기 위해서는 세부진료내역에 대해 일일이 의료기관에 확인을 해야 하지만 협력이 원만하게 이루어지지 않고 있다.

중복가입 여부를 확인하기 위해 피보험자의 인적사항과 계약내용에 대한 정보공유가 이루어지고 있지만, 보험계약 청약시의 고지사항과 보험금 지급시 지급사유 위주로 이루어진 의료정보는 공유되지 못하고 있다. 따라서 질병별 표준진료비의 분포에 대한 통계정보를 기초로 한 지급심사 가이드라인을 제공하는 시스템 구축도 어려운 상태에 있다.

심사·평가를 위한 법적 근거도 마련되어 있지 않다. 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성에 대한 평가, 심사 및 평가 기준의 개발을 위한 법적근거를 가지고 있지 않아 의료서비스 공급자에 대한 의료서비스의 질 관리, 보험사기 및 과잉공급 여부 등에 대한 심사·평가 없이 의료공급자 청구금액 전액을 그대로 지급할 수 밖에 없다.

2. 문제점

가. 소비자로부터 발생하는 문제점

국민건강보험의 보장범위 확대와 민영의료비실손보장보험의 확대적용은 소비자의 과잉수요를 가져와 공·사건강보험의 보장영역 모두에서 보험금의 상승을 초래할 것이다. 실제 의료서비스 가격(공급가격)은 변동이 없지만 소비자들은 보험급여율만큼 하락한 가격으로 인식을 하여 시장가격 수준에서 수요해야 할 양보다 많은 양을 수요하여 초과수요(과잉수요)를 발생시키게 되는 것이다.²⁾ 초과수요는 의료서비스의 시장

2) 의료서비스에도 우하향 수요곡선으로 표현되는 통상적인 수요의 법칙이 적용된다는 실증분석은 무수히 많다. 의료서비스의 가격변화에 따라 수요량이

가격을 상승시키고, 보험자 입장에서는 과도한 보험금의 지출을 하게 한다.

과잉수요는 고가의 의료서비스에 대해서 더욱 두드러지게 나타난다. 본인부담률이 모든 가격대에서 동일로 적용되는 한 높은 가격 수준에서의 가격하락 정도가 낮은 가격수준에서의 가격하락 정도 보다 크게 되어 수요량의 증가도 높은 가격 수준에서 보다 크게 나타난다. 따라서 민영보험의 주요보장 대상인 고급의료서비스 수요가 증가되어 민영보험 보험금의 지급이 큰 폭으로 증대될 것이다.³⁾ 공제제(deductibles), 정률제(coinsurance), 정액부담제(copayment), 급여상한제(limit) 등을 이용하여 소비자가 비용을 부담하도록 하면 과잉수요는 일정 수준 억제될 수 있지만 근본적인 대책은 되지 못한다.

의료비실손보장보험은 사망보험과는 달리 피보험자가 보험금을 수령하기 때문에 피보험자의 보험사기의 가능성이 매우 높다. 미국에서는 계약자 측면의 보험사기의 대부분이 고용주(3%)라기보다는 피보험자(97%)에 의해서 일어나고 있는데, 의료비(36%)·약제비(12%)의 허위청구, 고지의무 위반(14%), 보험금 수령자격 위반(13%) 등의 형태로 나타나고 있다(HIAA, Health Care Fraud).

기왕증을 가지고 있는 계약자가 의료비실손보장을 목적으로 가입할 가능성이 커서 역선택 리스크가 크다.

의료비실손보장보험은 정액보험과 달리 공제제, 정률제, 보장한도 설정, 면책기간 등이 설정되어 있어서 보험금 지급에 대한 계약자의 이익제기 가능성이 높지만, 이에 대비한 공신력 있는 중재기구가 설치되어

어느 정도 변화하는가를 나타내는 의료수요의 가격탄력성은 비탄력적(병원 입원의 가격탄력성은 0.14에서 0.20, 의사 방문의 가격탄력성은 0.03에서 0.35정도로 가파른 기울기를 갖는다(Feldstein, 1998, 99쪽).

3) 고가의 의료서비스에 대한 수요증대는 보다 가파라진 수요곡선의 형태로 표현되고 가격변동에 비탄력적으로 반응하여 수요량을 변동시킴을 의미한다. 즉 의료서비스의 가격을 상승시키더라도 소비자들의 수요량 변동은 미미할 것이다.

있지 않다. 또한 의료비실손보장보험은 건강을 담보로 한다는 점에서 정부가 법적요건을 강화시킬 소지가 크기 때문에 보험회사들은 집단소송에 휘말릴 가능성도 있어서 공식적이고 객관적인 심사·평가가 필요하다.

소비자들은 소액의 보험금을 위하여 구비서류를 준비하고 보험회사에 청구해야 하기 때문에 소액보험금은 포기하는 경우도 있는 불이익을 감수해야 하는 제도상의 문제가 있다. 사고가 발생하면 소비자들은 보험금 청구서를 비롯하여 진단서, 입원확인서, 의료비영수증 등의 구비서류를 구비하여 직접방문, 팩스 또는 우편으로 보험금을 청구해야 하는 번거로움 때문에 지급청구를 포기하는 경우가 발생하고 있는 것이다.

나. 의료공급자로부터 발생하는 문제점

현재의 개방형⁴⁾ 그리고 후불제인 행위당수가제에 의한 의료비실손보장보험 하에서 의료서비스 공급자는 의료서비스 공급 및 질에 대하여 자율성을 보장 받고 있으며, 피보험자도 아무런 제약 없이 의료기관이나 서비스를 선택할 수 있는 자율성이 보장 되고 있다.

이러한 제도 아래에서는 과잉공급 그리고 유인수요의 문제가 크다.

4) 보험자는 의료서비스공급자와 의료서비스의 공급과 질에 대한 계약을 할 수 있는데, 이렇게 계약이 형성되어 있는 경우를 폐쇄형보험, 그리고 계약이 형성되어 있지 않은 경우를 개방형보험으로 정의한다. 개방형보험 하에서 채택되고 있는 지급보상제도는 행위당수가제가 있으며, 폐쇄형보험에서는 상대수가제도, 포괄수가제도, 인두제, 총액예산제 등이 있다.

폐쇄형보험 하에서는 의료서비스 공급자는 의료서비스 공급량 및 질에 대하여 보험자로부터 관리를 받게 되며, 따라서 보험계약자도 의료기관이나 서비스를 선택할 수 있는 자율성이 제한된다. 보험자는 계약을 체결한 의료서비스 공급자들과 하나의 폐쇄적인 집단을 형성하며, 의료서비스 공급자는 여러 보험회사와 다양한 형태의 계약을 체결하여 여러 집단에 가입되어 있을 수 있다. 의료서비스공급자들은 의료서비스의 공급량 및 질에 대한 계약을 맺고 있기 때문에 과잉공급의 유인이 축소된다는 것이 개방형보험과의 큰 차이점이다.

의료공급자는 소비자의 재원이 보험임을 고려하여 과잉공급 그리고 유인수요를 의료비실손보장보험 가입자에게 더 큰 정도로 발생시켜 보험자가 과도하게 보험금을 지급해야 하는 문제를 발생시킨다.

의료공급자는 국민건강보험급여부분의 낮은 의료수가에 기인된 수입부족분을 비급여부분으로 전환하여 보충하고 있는 상황에서 향후 민영보험의 가입자가 증가할수록 그러한 현상은 가속화될 것이어서 민영보험 지급보험금을 크게 상승시킬 가능성이 있다. 현재 비급여부분의 의료비는 기준수가가 정비되어 있지 않아 의료기관별로 가격편차가 크며 이에 대해 보험회사는 효과적인 가격통제 수단을 가지고 있지 못하다. 의료공급자들은 소비자가 민영보험가입자임을 인지하면 비급여부분으로 전환함에 따른 부담이 경감되어 비급여부분으로의 전환을 보다 많이 시도할 것이기 때문이다.

의료공급자에게는 민영보험 환자들에게 고가의 신약 및 신의료기술을 과도하게 사용할 유인이 있다. 국민건강보험비급여부분의 의료수가는 급여부분에 대한 기준수가보다 높으며, 비급여부분은 지급심사가 사실상 이루어지지 않고 있기 때문이다.

의료기관의 허위영수증 청구행위, 경증환자에 대한 과잉진료행위, 약국의 허위청구 행위⁵⁾ 등에 대한 제재수단이 없다. 의료서비스공급자의 도덕적 해이에 대한 보험회사의 관리능력이 실손보장보험의 안정적 운용에 중요한 요소이다. 그러나 현재 우리나라 민영의료비실손보험은 개방형 보험이고 행위당수가제에 의해서 지불되고 있기 때문에 즉, 피보험자가 의료기관에 이미 의료비용을 지급했기 때문에 진료내역심사가 이루어질 여지가 적으며, 의료공급자의 도덕적 해이에 대한 별다른 제재수단이 없다. 민영보험회사는 지불과정 중에 개입의 여지가 적어서 청구액을 그대로 지불해야 하는 상황이다.

5) 미국의 경우 응급진료기관(59%)에서 허위청구 발생비중이 가장 높고, 기타의료기관(25%), 외래환자 전문병원(9%) 등의 순으로 그 비중이 높다(HIAA, Health Care Fraud).

다. 운영상의 문제점

의료비실손보장보험은 경미한 질병도 지급사유가 발생하여 보험금 지급건수가 정액보험금 지급건수보다 월등히 많아 사고처리비용이 과다하게 소요되어 효율적인 지급시스템을 필요로 하지만 아직 구축되지 못하고 있다. 국민건강보험심사평가원이 운용하고 있는 EDI청구에 의해 자동화된 국민건강보험의 청구·심사과정과 비교하면 인력낭비와 고객 불편은 큰 문제점이다.

보험자에게 있어서 사고조사 진행 과정의 가장 큰 문제점은 기왕증의 확인이다. 2000년 이전에는 국민건강보험공단에서 피보험자 또는 대리인이 신청을 하면 해당 고객의 치료내역에 대하여 「의료급여 사실 확인원」을 발급하였으나, 개인정보보호 등의 이유로 2000년 이후에는 발급을 중단 하였다. 이로 인해 민영보험자의 탐문방식의 조사비용이 급증하고 있다.

보험회사들이 진료비심사를 위한 법적근거를 가지고 있지 못하여 국민건강보험의 비급여부분에 대한 심사를 할 수 없는 것도 문제이다. 의료공급자들의 도덕적 해이에 대한 아무런 대응을 할 수 없는 상황이어서 과다 보험료 등에 의한 소비자 피해를 줄일 수 있는 방법이 없는 것이다.