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)

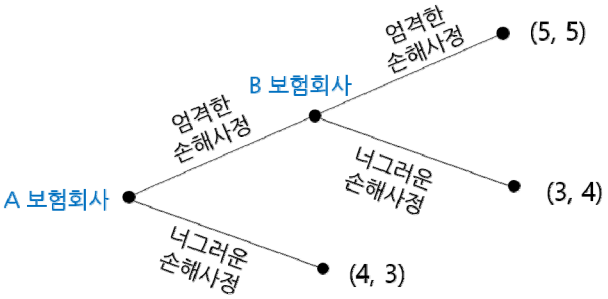
2) 손해사정과 소비자효용

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 평판리스크를 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)]

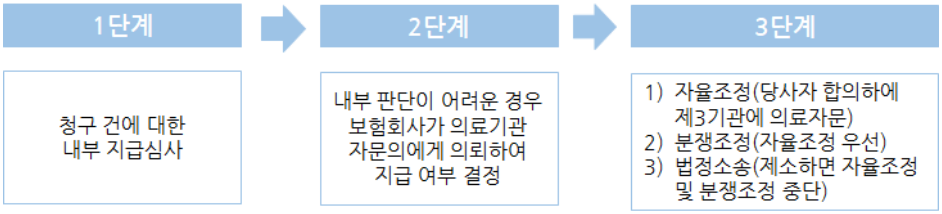
1) 의료자문 단계별 절차 및 준수사항

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

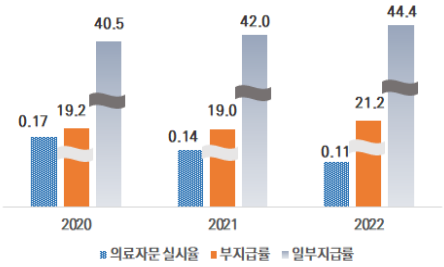
13) 금융감독원 보도자료(2022. 4. 27), “보험금 누수방지 및 공정한 보험금 지급심사 가이드라인 제시를 위한 「보험사기 예방 모범규준」 개정 예고”

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

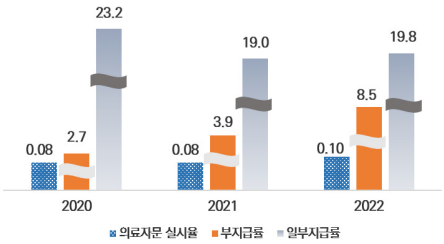
(단위: %)



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)

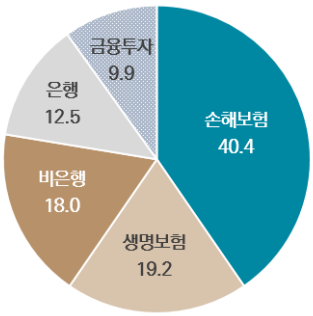
23) 금융감독원 보도자료(2023. 4. 20), "2022년 금융민원 및 상담동향"; 2022년 민원 건수는 보험업권(51,890건), 비은행(15,704건), 은행(10,904건), 금융투자(8,615건) 등의 순임

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.

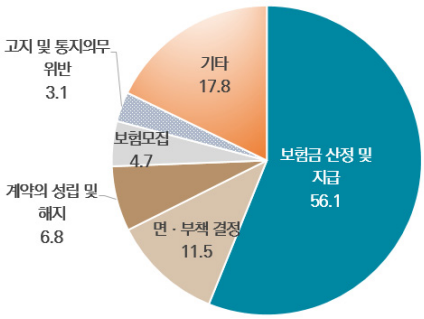
〈그림 Ⅱ-5〉 2022년 금융권역별 민원 비중

(단위: %)



〈그림 Ⅱ-6〉 2022년 손해보험업 민원 유형별 비중

(단위: %)

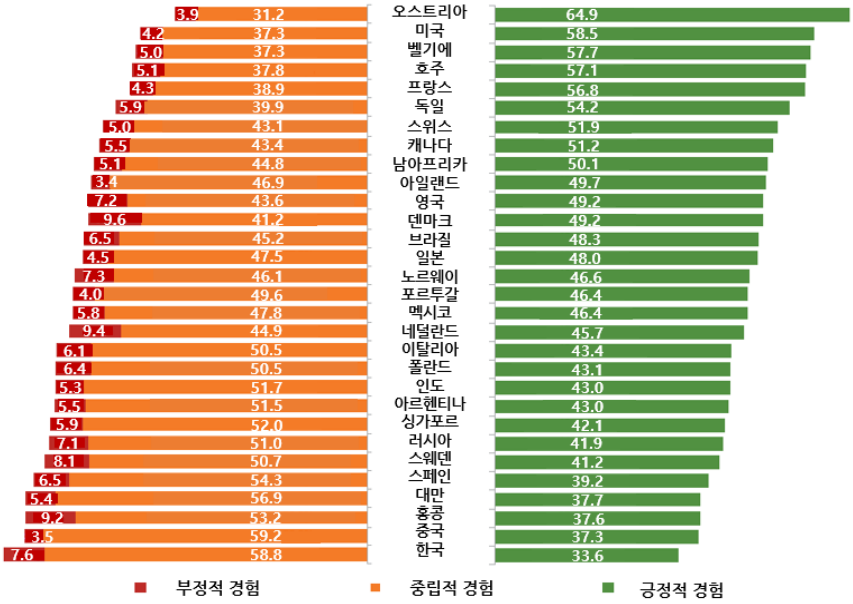


자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 20), "2022년 금융민원 및 상담동향"

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)