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.

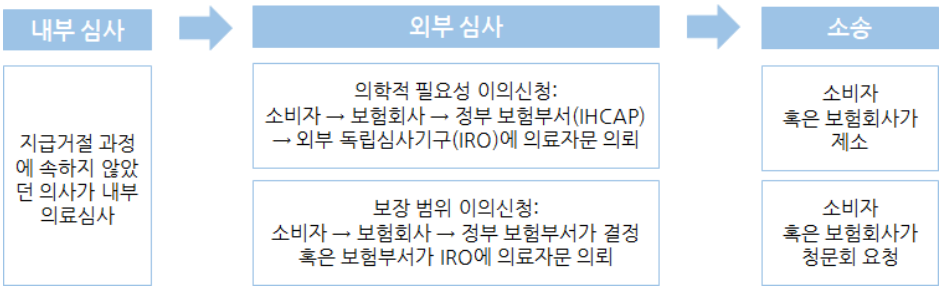
대부분의 주(州)에서는 의료적 필요성 규칙의 개발과 관리를 규정하는 절차적인 법이 마련되어 있다. 주(州)법에 따라 보험회사의 의료적 필요성 규칙 개발에는 의료 전문가가 참여하고 타당한 임상 증거만 반영하며 이러한 규칙은 적어도 1년에 한 번 검토되어야 한다. 일부 주에서는 의료적 필요성 규칙의 객관성을 보장할 수 있도록 보험회사가 독립적인 비영리 조직을 통해 인증을 받도록 한다. 이러한 인증을 담당하는 주요 기관은 Natioanl Committee for Quality Assurance(NCQA)와 Utilization Review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

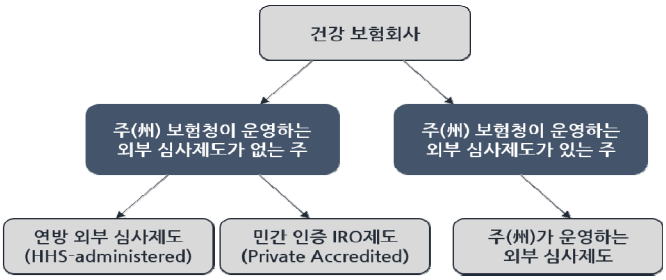
42) 2022년 12월 기준 캘리포니아주, 미시간주, 뉴욕주, 펜실베니아주(2024년 1월 도입 예정) 등 총 45개 주가 NAIC-parallel을 채택하고 있음

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.

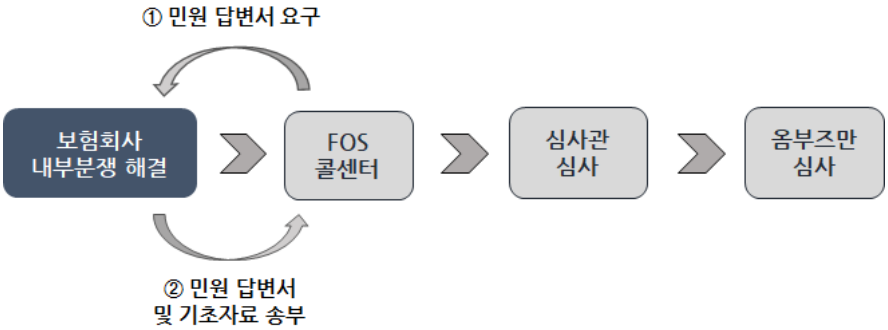
나. 영국 금융 옴부즈만(FOS)

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)

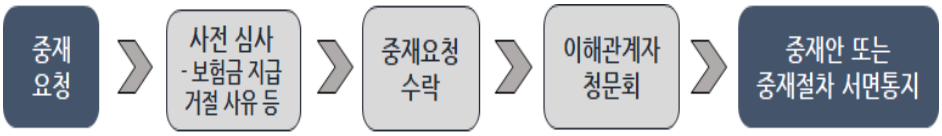
독일은 2001년 4월 독일 보험협회(DGV)에서 정관과 옴부즈만 절차의 규칙을 제정하면서 협회(e.V.)의 형태로 독일 보험 옴부즈만(Versicherungsombudsmann e.V.)을 설립하였다. 이때 다른 독일 보험협회인 민영건강보험협회(PKV)는 건강보험 또는 장기 요양보험 계약에서 발생하는 분쟁만을 다루는 PKV-옴부즈만을 독자적으로 구축한다. 이때 두 옴부즈만 시스템은 상호배타적이다. 만약 독일 보험 옴부즈만으로 건강보험 관련 분쟁이 접수되면 DGV는 해당 불만사항을 PKV-옴부즈만으로 직접 전달하지 않고, 소비자에게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