# 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 자문 의뢰를 통해 분쟁을 효과적으로 해결할 수 있다. 제3의료기관을 통해 충분한 심의가 이루어진다면 심의 결과(기존 보험회사의 결정 번복 여부)를 공시하여 보험회사의 의료자문 성과 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

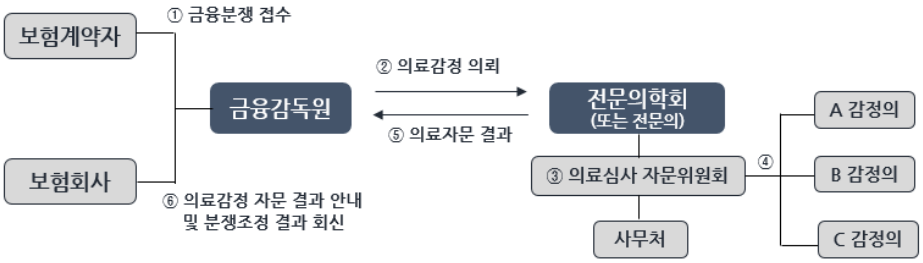
63) 독립적인 제3의료기관의 운영에 대한 법규 마련 시 미국의 최소 소비자보호 규정을 참고할 수 있음. 법규는 제3의료기관의 인증 요구 및 이해상충이 없는 자문의 배정을 통해 자문기관의 독립성·공정성·전문성을 보장하여야 하며, 심사결과의 회신 기한 등을 명시하여 의료자문의 신속성·효율성을 확보할 필요가 있음. 한편 「의료자문 표준내부통제기준」은 전공별 자문의의 의료자문 건수를 제한하도록 하고 있는데, 문제가 되는 비급여 과목에 대한 의료자문 수요가 많을 수밖에 없는 현실을 고려할 필요가 있음. 즉, 자문의의 편중만을 막기보다는 자문의의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