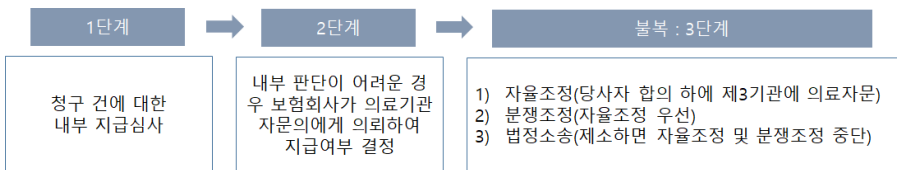


I. 서론

1. 조사 배경 및 목적

보험계약자(수익자)는 피보험자의 사망·장해 등의 보험사고가 발생하면 의료기관 등에서 발급하는 진단서를 첨부하여 보험금을 청구한다. 보험회사는 내부적으로 청구권이 지급사유에 해당하는지 여부를 판단하기 위하여 지급심사를 실시한다(1단계). 내부 심사를 통하여 판단하기 어려운 경우 의료기관의 전문의(자문의)의 소견을 구하고 이를 토대로 지급 여부를 결정한다(2단계). 이 결정에 대해 보험계약자가 이의가 있을 경우 보험계약자는 자율조정(3단계), 금융감독원에 분쟁조정신청, 법정소송 등을 통해 문제를 해결한다.¹⁾

〈그림 I-1〉 보험금 지급 여부 결정과정



자율조정 과정에서 근거 확보를 위해 이용되는 제3의료기관 의료자문 의뢰는 약관에 명시되어 있다.²⁾ 약관은 보험계약자와 보험회사가 합의하여 제3의료기관을 선정하

1) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”
2) “[표준약관(제5~13조 제1항 관련) 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 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” 이 조항은 생명보험과

도록 하고 있다.

자율조정을 위해 이용되고 있는 의료자문 의뢰 건수는 적지 않은 것으로 나타났다. 금융감독원 공시자료에 따르면 의뢰 건수는 2017년 98,275건이었고 2018년 87,467건으로 나타나 전년에 비해 감소하였지만 여전히 많은 의뢰가 이루어지고 있다고 할 수 있다(〈표 I-1〉 참조).³⁾ 공시 자문 건수가 내부절차에 따른 전문의(자문의) 의뢰 건수 인지 보험계약자와 보험회사가 합의하여 선정한 제3의료기관에 자문을 의뢰한 건수인지는 분명하지 않다.

〈표 I-1〉 의료자문 건수 및 자문병원 수

(단위: 건, 개)

구분	자문 건수 계	생명보험			손해보험		
		자문 건수	자문 병원 수		자문 건수	자문 병원 수	
			A보험회사	B보험회사		A보험회사	B보험회사
2017	98,275	30,220	286	199	68,055	184	277
2018	87,467	20,094	287	89	67,373	164	259

자료: 금융감독원 금융소비자보호처(2019)

제3의료기관 의료자문제도는 의료기관에 자문을 의뢰하는 과정이 보험회사 중심이어서 보험계약자에게 불만이 발생할 소지가 있다. 보험회사가 내부적으로 보험금 지급 여부 결정이 어려워 확인을 위하여 실행하는 의료자문은 크게 문제될 소지가 있어 보이지 않는다. 그러나 보험회사가 보험계약자에게 보험금 지급 거절 혹은 삭감 결정을 통지한 후 보험계약자가 이의를 신청하여 자율조정을 진행하는 과정에서 이루어지는 제3의료기관 의료자문 의뢰는 문제가 발생할 소지가 있다. 보험계약자는 제3의료기관 선정과정에서 보험회사와 합의한다고 하더라도 정보가 부족하기 때문에 보험회사의 안내에 따를 수밖에 없어 공정성 문제가 대두될 수 있는 것이다. 보험회사가 보험회사의 입장에서 결정을 내리는 자문자를 선정하고 있다는 보험계약자의 주장이 있을 수

질병·상해보험(손해보험 회사용)에서 동일함

3) 의료자문에 따른 보험회사의 지출은 2014년 90.6억 원에서 2017년 195.2억 원으로 크게 증가하였음; 김창호(2018)

있는 것이다. 제3의료기관 선정 주체의 독립성이 확보되어 있지 않기 때문에 발생할 수 있는 불만이다.

보험회사에게도 3가지 문제점이 발생하고 있다.

첫째, 각각의 보험회사가 내부 결정을 위한 외부 자문의 그리고 자율조정을 위한 제3의료기관 자문의를 관리하기 위한 행정비용을 부담하고 있다. 의료자문은 해당 질병 분야의 전문의에게 의뢰하여야 하기 때문에 다양한 분야의 전문의와 접촉하고 협력 관계를 유지하여야 한다. 각각의 보험회사가 이를 관리하기 위한 행정비용을 부담해야 하는 것이다. 2018년 A생명보험회사의 경우 287개 병원에 자문을 의뢰하였다(표 I-1) 참조). 보험산업 전체를 아우르는 통합 관리조직이 있다면 행정비용을 줄일 수 있을 것이다.

둘째, 개별 보험회사는 행정 부담으로 인해 특정 자문자에 집중적으로 접촉할 수밖에 없어 자문자 선정에 대한 보험계약자의 신뢰를 얻기가 어려울 수 있다. 보험회사와 독립적인 기관이 선정하고 관리하면 보험계약자 신뢰 제고에 도움이 될 것이다.

마지막으로, 보험계약자가 보험회사와 자율적인 조정절차 없이 감독자에게 분쟁조정을 신청하는 경우가 발생하여 보험회사는 자율조정 기회를 상실하는 문제가 발생하고 있다. 실제로 자율조정을 기피하는 것과 관련한 보험계약자의 분쟁조정 신청 건수가 2013년 1,364건에서 2016년 2,112건으로 증가하였다. 그 주요 이유는 첫째, 보험회사가 자문의 정보 또는 자문내용을 알려주지 않거나 제3의료기관 자문절차에 대한 안내 및 설명을 하지 않는다. 둘째, 자문의가 보험회사에 유리한 자문을 제공하는 일부 의사에 편중된다. 마지막으로, 협의를 통한 제3의료기관 선정에 시간이 오래 걸리고 그 결과도 잘 받아들이지 않는다는 것이다.⁴⁾ 금융감독원은 분쟁조정신청의 경우 민원 자율조정제도⁵⁾에 따라 자율조정 과정을 거치도록 유도하고 있기는 하지만 근본적 해

4) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

5) 민원자율조정제도는 금융감독원에 접수된 금융민원 중 금융회사를 경유하지 않은 민원에 대해 당사자인 민원인과 금융회사 간 조정기회를 부여하고 조정이 성립되지 않을 경우 금융감독원이 직접 처리하는 제도임. 금융감독원은 금융회사의 업무처리와 관련하여 발생하는 금융민원에 대하여 당사자의 주장이 있어야 함에도 민원인 일방만의 주장만 있는 상황임 따라서 당사자 양방의 주장을 듣기 위한 예비단계로서 당사자 간 자율조정 기회를 부여하고 자율조정이 성립되지 않을 경우 양방의 주장을 검토하여 금융감독원이 직접 처리하는 제도를 도입하게 됨(금융감독원 정례브리핑자료(2005. 10. 25), “민원자율조정제도 시범실시”)

결책은 아닌 듯하다. 제3의료기관 선정 및 운영에 관한 제도를 정비하여 자율조정이 효율적으로 이루어져 분쟁조정신청을 줄일 수 있도록 하는 것이 필요해 보인다.

2017년 금융감독원은 제3의료기관 자문절차에 대한 설명 의무화, 자문병원 및 자문 내용을 보험계약자에게 제공, 의료자문 현황을 공시하도록 하였다. 그러나 보험회사가 주체가 되어 있기 때문에 보험계약자 신뢰 제고는 한계가 있을 것으로 보인다. 금융감독원은 제3의료기관 선정 시 금융감독원을 통해 전문의학회 자문을 받을 수 있는 절차를 마련한다는 대안을 제시하고 있지만 구체적 진행은 이루어지고 있지 않다.

의료자문은 보험금 지급 심사과정에서 합당한 보험금 지급이 이루어질 수 있도록 하기 위해 필요한 절차이다. 그러나 현재의 제도는 보험회사와 보험계약자 모두에게 만족스럽지 못한 것으로 보인다. 본고는 보험회사와 독립적인 의료자문이 이루어져 보험계약자의 신뢰를 제고하고 각각의 보험회사가 중첩적으로 수행하고 있는 행정을 통합하여 행정 부담을 줄일 수 있는 방안을 미국의 사례를 통해서 모색하고자 한다.

우리나라는 소비자 신뢰 제고를 위하여 감독자 중심으로 제도 정비를 시도하였으나 진척이 미흡한 상황이다. 미국은 민간의료보험이 발달하여 소비자보호 제도를 세밀하게 정비하고 있고, 자율조정을 통한 분쟁해결을 우선하여 소송비용을 줄일 수 있도록 하고 있으며 감독자 중심으로 의료자문제도를 운영하여 보험회사의 자문비용을 절감하고 소비자 신뢰를 제고할 수 있게 하고 있기 때문에 미국을 조사하고자 한다.

2. 선행 연구

보험회사 의료자문제도와 관련한 선행연구가 제기하는 문제점 및 해결 방안은 공통적이다. 소비자 신뢰를 확보하기 위하여 보험회사와 독립적으로 금융감독원을 통한 의료자문이 이루어질 수 있도록 해야 한다는 것이다.

김창호(2018)는 의료자문 이용 현황을 조사하고 몇 가지 문제점을 지적하고 있다. 첫째, 객관성 확보가 필요한 경우에 한하지 않고 과도하게 의료자문을 이용하고 있다. 둘째, 실무상 현재 실시되는 의료자문은 보험회사가 일방적으로 정한 특정 병원이나

의사에게 실시하여 객관성에 문제가 있다. 마지막으로, 보험회사가 피보험자 동의하에 의료자문을 진행하였음에도 불구하고 그 결과를 피보험자에게 서면으로 알리는 경우는 많지 않고, 피보험자의 요구나 민원을 제기하는 경우에 한하여 자문의를 비공개한 상태에서 공개하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 공적 의료자문시스템의 구축이 필요하다고 주장하고 있다. 금융감독원(2017)⁶⁾은 금융감독원을 통한 제3의료기관 자문절차 마련 등에 대한 대책을 발표한 바 있으나 진행되고 있지 않다고 지적하고 있다.

백영화(2020)는 보험회사가 받는 의료자문이 보험금 지급 거절 수단으로 악용된다는 지적이 계속됨에 따라 의료자문 관련 규제가 강화되는 추세에 있고, 이는 의료자문의 객관성·공정성을 확보하고 의료자문에 관한 설명의무 강화 등 소비자의 알 권리를 제고하는 방향으로 이루어지고 있어 바람직하다고 평가하고 있다. 그리고 현재 보험협회가 의학회와 MOU를 체결하고 공동 의료자문을 실시할 예정에 있는데, 이는 보험회사 중심이라는 점에서 객관성·공정성 시비를 완전히 배제하기는 어려울 수 있을 것으므로 장기적으로는 감독당국을 통한 의료자문 절차나 보상자문기구 제도를 마련하는 것이 바람직하다고 제안하고 있다.

이와 같이 선행 연구는 객관성·공정성을 확보하고 소비자 신뢰 제고를 위하여 감독자 중심의 의료자문제도를 제안하고 있다. 그러나 구체적 제도 제안 혹은 해외사례를 찾아보기는 어렵다.

3. 조사 방법

본 보고서는 미국의 의료자문제도 및 대상 의료보험을 문헌조사를 통하여 조사하고자 한다. 정리해 가는 과정에서 의학적인 부분에 대해서는 의학계의 자문을 구하고 제도 정비 방향에 대해서는 보험회사의 의견을 수렴한다.

6) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”