

## 【 주간 이슈 】

## 민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안) 입법발의 내용 및 주요 쟁점

조용운 연구위원 · 김경환 전문연구위원

- 2010년 8월 국회에서 소비자의 권익 증진을 주요 목적으로 하는 「민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안)」에 대한 입법공청회가 있었음.
  - 민영의료보험은 피보험자가 진료비를 요양기관에 지급한 후에 청구서류를 구비하고 팩스나 방문을 통하여 보험회사에 보험금을 청구하는 체계로 운영되고 있어서 피보험자의 진료비 마련, 복잡한 청구절차에 따른 불편, 비용지출 및 소액보험금 청구포기 현상 등이 발생하고 있음.
  - 따라서 국회는 보험회사가 요양기관에 직접 진료비를 지급(제3자지급제)하도록 하는 법안을 마련하여 각계의 의견을 수렴하고자 하였음.
- 보험회사에 대한 주요 쟁점은 피보험자가 요양기관을 방문했을 경우 요양기관은 보험회사에게 진료비지급을 동의(지급동의)해 줄 것을 요청하고 보험회사는 조사없이 지급동의를 하도록 되어 있기 때문에 혼선이 발생할 수 있다는 것임.
  - 지급동의 후 피보험자가 고지의무 위반 등의 사실이 밝혀져 지급해서는 아니 될 상황이 발생할 수 있다는 것임.
- 요양기관에 대한 주요 쟁점은 요양기관이 환자가 아니라 보험회사에 진료비를 청구하는 과정에서 요양기관의 행정부담이 증가할 수 있다는 것임.
  - 요양기관은 민영의료보험 본인부담금 산출을 위한 전산시스템 운영비용이 발생하고, 보험상품이 복잡하여 산출금에 대해서 피보험자와 이견이 발생할 수 있다는 것임.
- 위와 같은 우려는 피보험자가 수납단계에서 국민건강보험의 본인부담금을 지급하게 하고, 피보험자 대신 요양기관이 보험회사에 청구자료를 전송(제3자청구제)하면 보험회사가 피보험자에게 보험금을 지급하게 하는 체계에서는 해소될 것임.
  - 제3자청구제에서는 지급동의 과정이 불필요하고 민영의료보험 본인부담금의 산출이 불필요하여 보험회사와 요양기관의 우려가 해소될 것임.
  - 피보험자의 청구과정에 따른 불편, 비용지출, 소액보험금청구 포기 현상은 발생하지 않아 소비자의 권익은 증진될 것임.

## 1. 검토배경

- 민영의료보험<sup>1)</sup>은 2008년 1,000만 명이 넘는 가입자가 있고 최근 4년간 연평균 35% 이상 성장을 하고 있음에도 의료서비스공급 제도의 정비 미흡으로 소비자의 권익을 보호하지 못하고 있음.
  - 민영의료보험은 보험금 지급사유가 소액으로 빈번히 발생<sup>2)</sup>함에도 피보험자가 진료비를 요양기관에 지급 후 보험회사에 보험금을 청구하는 체계로 운용(상환제)하고 있어서 피보험자, 보험회사, 요양기관 모두에게 어려움이 발생하고 있음.
- 지난 8월 국회에서는 소비자 권익증진을 주요 목적으로 하는 「민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안)」의 입법공청회를 개최하였음.
  - 현재의 상환제를 보험회사가 요양기관에 진료비를 직접 지급하게 하는 제3자지급제의 도입과 민영의료보험의 진료수가기준 마련을 주 내용으로 하고 있음.
- 소비자 대표 등 각계의 의견은 제3자지급제를 도입할 경우 보험상품의 복잡성으로 인하여 실무적으로 어려움이 발생할 수 있다는 것이었음.
- 본고에서는 공청회에서 제기된 각계의 의견을 검토하여 법안의 이해를 증진시키고 새로운 제도 도입에 따른 실무적 우려를 최소화 할 수 있는 대안을 모색하고자 함.

## 2. 법률(안)의 주요내용 및 쟁점

### 가. 민영의료보험의 의료서비스 공급제도 현황

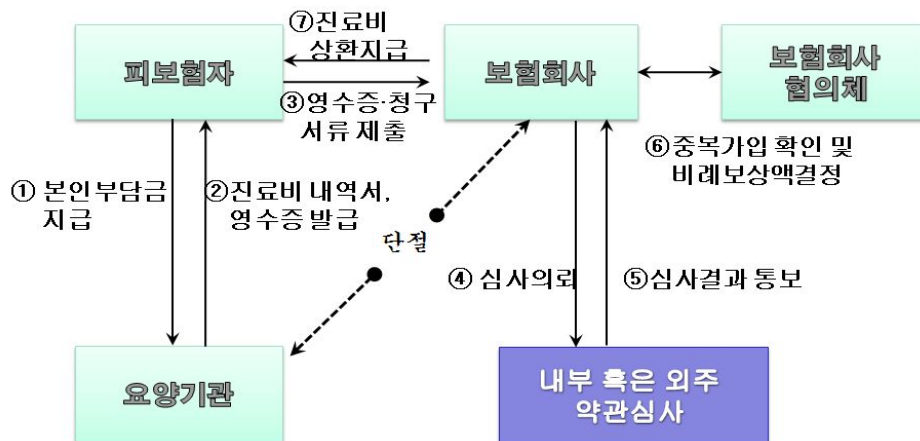
- 민영의료보험은 의료서비스를 공급하는 방식이 상환제이어서 피보험자, 보험회사, 요양기관 모두에게 어려움이 발생하고 있음(<그림 1> 참조).
  - 피보험자는 보험에 가입했는데도 불구하고 목돈을 마련해야 하고, 번거로운 청구 절차에 따른 불편을 감수(팩스를 이용하거나 직접방문)해야 함.

1) 민영의료보험은 실손형과 정액형으로 구분할 수 있는데 여기서는 실손형 민영의료보험을 주 대상으로 함.

2) 장기손해보험의 경우 2008년에 약 500만 건을 지급하였고 건당지급보험금은 27만 원 수준이었음.

- 또한, 피보험자는 진단서 발급비용을 지급하고, 소액이기 때문에 소액보험금의 청구를 포기하고 있으며 진료비의 적정수준을 알지 못하는 상황에서 본인부담금을 지급함.
- 보험회사는 진료비를 지급함에도 불구하고 요양기관이 청구한 진료비의 심사 및 진료의 적정성 평가 기회를 갖지 못하여 청구금액을 그대로 지급해야 하며, 종이서류를 전산 입력함에 따른 저부가가치 생산인력의 투입, 행정비용 지출 및 기록누락 등의 부담이 발생함.
- 요양기관은 민영의료보험금 청구용 진단서 등 제증명 서류를 종이문서로 발급하여 다량의 종이문서를 생산하고 행정비용의 지출을 감내하고 있으며 보험회사는 이를 다시 전산 입력하는 비효율이 발생하고 있음.

<그림 1> 상환제에 따른 의료서비스 공급체계



□ 민영의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 부분을 보장함에도 불구하고 「국민건강보험진료수가기준」<sup>3)</sup>에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료료 산정기준이 별도로 마련되어 있지 않음.

- 요양기관이 진료량 및 진료비를 결정하지만 이들이 적정한지를 판단하기 위한 기준이 부재한 상태에 있음.
- 진료비 허위과잉청구의 적발이 곤란하고, 적발하더라도 행정처분이 가능하지 않아 규제 사각지대에 놓여 있음.

나. 동 법률(안)의 의료서비스 공급제도 도입방안

□ 본 법률(안)은 보험회사가 요양기관에 진료비를 직접 지급하는 제3자지급제를 도입하여 복잡한 청구절차에 따른 소비자 불편을 방지하고자 하고 있음.

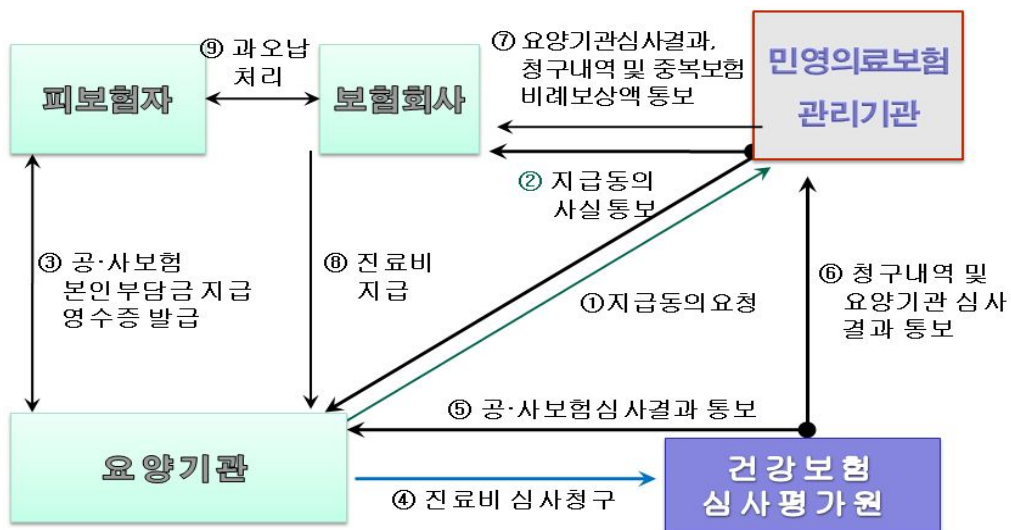
3) 자동차보험과 산재보험은 국민건강보험기준에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 별도로 정하고 있음.

- 제3자지급제를 도입하는 방법으로 민영의료보험관리기관을 설립하고 이 기관을 경유하여 요양기관이 보험회사에 진료비를 청구하도록 하는 체계를 제시하고 있음.
  - 청구방식에는 전산매체(EDI, Web Base) 방식과 서면청구 방식이 있으나 민영의료보험의 지급보험금은 소액으로 빈번히 발생하므로 전산매체 방식을 채택하고 있음.
  - 전산매체 방식이 구축되면 서류출력, 팩스, 서류실물보관 등 환경비용이 절감되고, 저부가가치 업무 제거를 통한 인력효율성 증대, 보험회사와 의료기관간 업무처리 표준화를 통한 효율성이 증대될 것임.
- 민영의료보험관리기관이 직접 진료비 심사를 하도록 하는 체계와 건강보험심사평가원에 진료비 심사를 위탁하는 체계가 가능하도록 하고 있음.

□ 제3자지급제의 운영효율성을 극대화할 수 있는 체계는 건강보험심사평가원에 심사를 위탁하는 체계인 것으로 평가되고 있음(<그림 2> 참조).

- 건강보험심사평가원의 심사전문성을 활용할 수 있고 기존의 전산망을 활용할 수 있어 운영비용을 절감할 수 있다는 장점이 있음.

<그림 2> 제3자지급제에 의한 의료서비스 공급체계  
(건강보험심사평가원에 심사위탁의 경우)



- ① 환자가 요양기관에 도착하면 요양기관은 민영의료보험가입자임을 확인하여 초진 기록 등을 민영의료보험관리기관에 통보함.
- ② 민영의료보험관리기관은 진료비를 보장한도 내에서 지급할 것을 요양기관에 동의함과 동시에 보험회사에 지급동의 사실을 통보함.
- \* 보험회사는 이때 고지의무위반 등에 대해 피보험자를 심사할 수 있음.

- ③ 요양기관은 진료 후 피보험자(환자)에게 민영의료보험 본인부담금을 청구함.
- ④ 요양기관은 건강보험심사평가원에 진료비내역을 전송하여 심사청구를 함.
- ⑤⑥ 건강보험심사평가원이 요양기관에 대한 심사·평가를 하고 결과를 요양기관과 민영의료보험관리기관에 전송함.
- ⑦ 민영의료보험관리기관이 의료기관에 대한 심사·평가 결과를 토대로 진료비 내역과 비례보상액을 결정하여 보험회사에 통보함.
- ⑧ 보험회사가 요양기관에 진료비를 지급함.

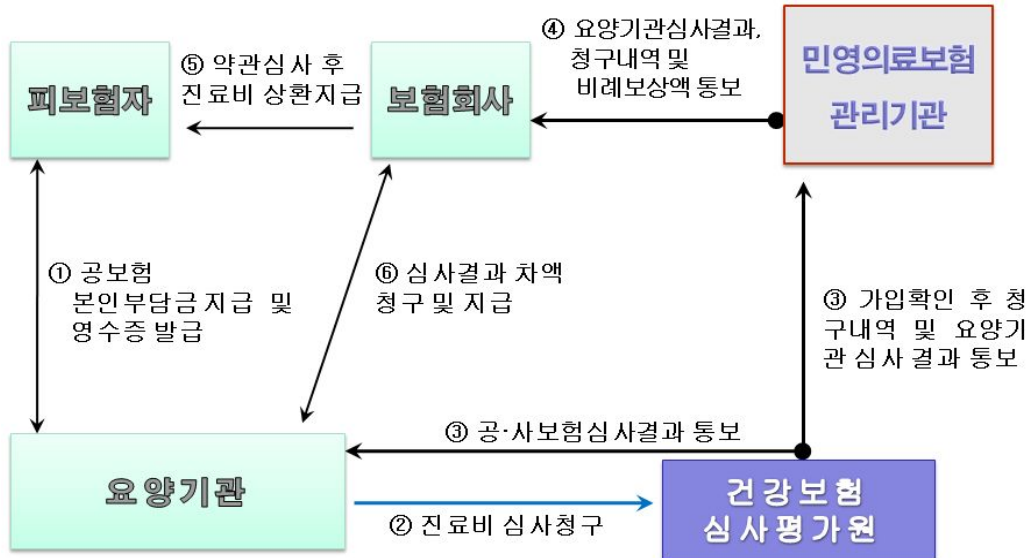
#### 다. 제3자지급제의 실무상 쟁점

- 제3자지급제에서는 요양기관의 진료비 수납단계에서 피보험자는 민영의료보험의 본인부담금만을 지급하므로 피보험자의 부담은 적지만 요양기관은 진료 후 보험회사에 전산매체를 이용한 청구절차를 거쳐 진료비를 지급받으므로 실무상 검토가 필요하다는 의견이 제기되고 있음.
- 실행과정에서 발생할 수 있는 요양기관의 우려점은 요양기관의 현금유동성 악화, 진료시간 지연, 행정부담 증대, 국민건강보험 재정악화 등이 있음.
  - 요양기관은 진료비 회수를 위해서 긴 기간을 기다려야 하기 때문에 요양기관은 현금유동성 악화문제에 직면하게 됨.
  - 요양기관이 보험가입여부 확인을 위한 시간이 필요하기 때문에 진료시간이 지체됨.
  - 환자와 요양기관 간에 본인부담금에 대한 이견이 발생할 경우 요양기관이 설명해야 하는 부담이 발생함.
  - 추가 전산매체 운영에 따른 인건비 및 추가 전산매체 이용 수수료 등 행정부담이 증대될 우려가 있음.
  - 환자의 편리성 증대로 요양기관 접근성이 증가하여 국민건강보험 재정에 부정적 영향을 줄 것이라는 논란이 발생할 수 있음.
- 보험회사의 실무상 우려점은 과오납의 경우 피보험자의 환급 거부, 과잉진료 가능성, 본인부담금 산출의 어려움 등이 있음.
  - 보험회사가 지급동의 후 환자의 고지의무위반 등으로 지급해서는 아니 될 경우로 밝혀지면 보험회사는 환자의 환급 거부로 회수불능 등 혼동이 야기될 가능성이 있음.
  - 요양기관이 환자가 민영의료보험 가입자임을 사전에 인지한 경우 과잉진료가 발생할 가능성이 있음.
  - 보험상품이 복잡하여 실시간으로 환자본인부담금 산출이 어려움.

### 3. 주요 쟁점의 해소를 위한 대안

- 지급동의 절차로 인해서 피보험자는 요양기관에 진료비 수납단계에서 민영의료보험의 본인부담금만을 지급하는 것이 가능함.
  - 진료비는 요양기관이 건강보험심사평가원을 경유하여 민영의료보험관리기관(보험회사)에 청구를 하면 보험회사가 요양기관에 지급(제3자지급제)하게 되어 피보험자는 별도로 보험금을 청구할 필요가 없을 것임.
- 지급동의 절차를 제외할 경우 피보험자는 요양기관에 진료비 수납단계에서 국민건강보험의 본인부담금을 지급하여야 함.
  - 요양기관이 건강보험심사평가원을 경유하여 민영의료보험관리기관(보험회사)에 진료비 내역을 통보(제3자청구제)하면 보험회사는 내역을 근거로 보험금을 피보험자에게 지급하게 되어 피보험자는 별도로 보험금을 청구할 필요가 없게 됨.
- 제3자청구제에서는 제3자지급제에서 발생하는 요양기관과 보험회사의 실무적 어려움이 해소됨(<그림 3> 참조).
  - ① 요양기관은 진료비 수납단계에서 피보험자로부터 진료비를 전액 수령함.
    - 요양기관의 현금유동성 악화 우려가 해소됨.
    - 민영의료보험 가입여부의 확인이 불필요하여 환자의 진료대기시간이 길어지지 않음.
    - 요양기관과 피보험자사이에 본인부담금에 대한 이견이 발생하지 않음.
    - 요양기관은 실시간으로 민영의료보험의 환자본인부담금을 산출할 필요가 없음.
    - 피보험자는 목돈을 마련해야하기 때문에 과잉의료이용에 의한 국민건강보험 재정에 부정적 영향이 발생하지 않음.
  - ② 요양기관이 진료비 수납단계에서 민영의료보험 가입자임을 확인하고 진료비내역을 건강보험심사평가원에 전송함.
    - 추가적인 전산매체 운영비용이 최소화됨.
    - 민영의료보험 가입자임을 사전에 인지함에 따른 과잉진료 발생하지 않음.
  - ③④ 건강보험심사평가원이 심사평가 후 그 결과를 요양기관과 민영의료보험관리기관을 경유하여 보험회사에게 전송함.
  - ⑤ 보험회사는 약관심사 및 고지의무위반 등을 심사 후 피보험자에게 진료비를 지급함.
    - 지급동의 후 보험회사가 지급하여서는 아니 되는 경우가 발생함에 따른 환자의 환급거부 등의 문제가 발생하지 않음.

<그림 3> 제3자청구제에 의한 의료서비스 공급체계  
(건강보험심사평가원에 심사위탁의 경우)



□ 지급동의를 제외하면 피보험자는 진료비를 마련해야한다는 부담이 있지만 본 법률로부터 얻는 혜택은 다음과 같음.

- 요양기관이 청구를 하므로 피보험자는 별도의 복잡한 청구절차가 필요 없음.
- 모든 진료 건이 요양기관을 통해서 청구되므로 소액보험금의 청구권 포기문제가 발생하지 않음.
- 진료비의 심사와 진료의 적정성 평가가 이루어지므로 본인부담금의 적정성을 확보할 수 있음.
  - 진료비의 심사결과 피보험자가 과도한 진료비를 지급한 것으로 밝혀진 경우 보험회사는 그 금액을 요양기관에 청구하여 환급을 받고 피보험자에게 지급함.
- 피보험자는 청구를 할 필요가 없으므로 진단서 등 제 증명서 발급비용을 절약함.

#### 4. 맺음말

□ 동 법률(안)은 제3자지급제의 도입과 진료수가기준을 마련하고자 하는 것이었고 소비자 권익증진 극대화와 운영비용 최소화에 중점을 두고 설계되었음.

□ 2009년 9월 민영의료보험의 상품은 표준화되었으나 그 이전 상품은 복잡하여 공사건강보험 본인부담금 산출 등이 실무적으로 어려움을 야기할 수 있으므로

전면적 제3자지급제로의 전환보다는 먼저 실무적으로 수행이 수월한 제3자청구제를 도입하는 것이 바람직하다고 봄.

- 소비자 권익증진 효과는 최대한 얻으면서 요양기관과 보험회사들이 실무적으로 실행이 가능한 방안을 채택하는 것이 현실적이라고 봄.

□ 한편, 청구된 진료비에 대해서 심사·평가가 이루어지지 않아 환자본인부담금의 적정성을 확보하기가 어렵고, 국민의료비와 보험료의 상승을 초래하고 있으므로 심사·평가 기준을 마련하여 이를 개선하여야 할 것임.

- 민영의료보험은 진료수가기준이 마련되어 있지 않아 의료서비스의 양과 가격을 모른 채 의료서비스를 선구매하는 상태에 있다고 볼 수 있음.
- 불필요한 과잉진료를 최소화하여 환자상태에 따른 적정진료를 통한 의료서비스 질의 향상을 가져올 수 있음.

□ 이러한 제도의 정비는 국민의료비의 절감을 기대할 수 있고 의료비 절감액을 보상 확대 및 보험료 인하에 사용할 수 있는 효과도 가져올 수 있음.

□ 보험회사와 의료산업의 운영효율성 증대, 국가자원이용의 효율성 증대 등의 효과도 기대할 수 있으므로 공·사보험은 민영의료보험 운영체계를 조속히 정비해야 할 것임. KiRi