

실손의료보험 청구체계 개선방안에 관한 연구: 보험업법 개정안을 중심으로

전한덕

요 약

보험소비자들이 실손의료보험을 가입하고도 보험금을 청구하지 않는 근본적인 이유는 청구절차가 너무 까다롭고 복잡하게 되어있기 때문이다. 따라서 실손의료보험 청구절차를 간소화한다면 실손의료보험 청구가 활발하게 이루어질 것으로 예상된다. 그 결과 보험가입자들의 보험금 미청구 건수가 줄어들게 되고, 의료비 부담이 상당부분 경감될 것이며, 나아가 실손의료보험이 공보험의 보충적 역할을 충실하게 수행하게 될 것이다. 그 동안 많은 노력이 있었음에도 불구하고 실손의료보험 청구절차 간소화가 성사되지 못하는 주된 이유로는 기존 의료법과의 상충 문제 및 의료계 등 이해당사자들의 강력한 반대가 있었기 때문이다. 그러나 실손의료보험 청구절차 간소화 문제는 의료계와 보험회사라는 거대 이익집단의 이해관계 관점에서 바라보는 것은 바람직하지 않고, 무엇보다 보험소비자의 이익을 우선하여 검토해야 한다. 보험소비자가 보험료를 지불하고, 보험사고 발생시 보험회사로부터 정당한 보험금을 지급받는 것은 보험의 원리를 놓고 봤을 때 너무나 당연한 권리다. 이러한 권리가 그 청구절차의 복잡성으로 방해받거나 사실상 침해되는 것은 보험의 사회적 역할과 기능을 놓고 봤을 때 바람직하지 않다. 본 논문에서는 실손의료보험 현황과 보험금 청구절차 간소화 방안을 다루고 있다. 특히 최근 21대 국회에서 발의된 실손의료보험 보험금 청구 절차 간소화 방안을 담은 보험업법 일부개정법률안의 주요 내용을 분석하고 문제점과 개선방안을 제시한다.

● **주제어:** 보험업법, 실손의료보험, 의료정보, 건강보험심사평가원, 비급여항목

목 차

I. 서론	Ⅲ. 실손의료보험금 청구 간소화 방안
II. 실손의료보험 현황 및 문제점	IV. 결론

I. 서론

우리나라는 건강보험체계가 미국 등 다른 선진국들에 비해 비교적 잘 갖추어져 있는 편이다. 다만 다소 아쉬운 점 중에 하나는 국민건강보험만으로 비싼 의료비를 감당하기에는 여전히 부족하다는 점이다. 현실이 이러하므로 대부분의 사람들은 공보험의 부족한 부분을 보충해 줄 수 있는 민영보험회사에서 판매하는 실손의료보험에 가입하고 있다. 또한 국민들의 소득수준이 향상되고 평균 기대수명이 늘면서, 건강과 삶의 질에 대한 관심이 갈수록 증가하고 있다. 이러한 분위기 속에서 실손의료보험에 대한 수요는 갈수록 늘고 있다. 보험연구원 자료에 의하면 2018년 기준 실손의료보험 가입건수는 3,421만건(생명보험 628만건, 손해보험 2,793만건)에 달한다.¹⁾ 이처럼 실손의료보험은 공보험을 보완하고, 보편적인 의료서비스 수준을 향상시킴으로써 국민들의 건강과 삶의 질 개선이라는 중요한 역할을 수행해 오고 있다.

그러나 실손의료보험은 그 청구절차가 복잡하며, 청구에 따른 비용도 발생한다. 즉 현행 실손의료보험금 청구 절차상 보험소비자가 보험회사로부터 보험금을 지급받기 위해서는 보험가입자가 의료비 영수증과 진료 명세서, 진단서, 소견서 등의 보험금 청구서류를 자신의 부담으로 병원에서 직접 발급받아서 우편이나 팩스, 이메일 등의 방법으로 보험회사에 제출하여야 한다. 이처럼 청구절차가 복잡하고 까다롭다보니 실손의료보험 가입자들은 보험사고가 발생하여도 보험금 청구를 포기하는 경우가 많다. 한국갤럽 설문조사에 의하면 2018년 기준 실손보험 가입자의 보험금 미청구 비율은 47.5%달하는데, 그 이유로는 ‘진료금액이 소액(73.3%)’, ‘병원 방문이 귀찮고, 시간이 없음(44%)’, ‘까다로운 증빙서류 발송 절차(30.7%)’ 등으로 나타났다.²⁾ 한편 보험연구원에서 실시한 2018년 보험소비자 설문조사³⁾에 의하면 실손의료보험 가입자 중 의료기관 또는 약국에 방문한 적이 있는 응답자가 보험회사에 보험금을 청구한 경험이 있는지를 묻는 질문에 ‘청구한 경험이 있다’고 답을 한 비율이 38.1%였던 반면에 ‘청구한 경험이 없다’고 응답한 비율은 61.9%로 매우 높게 나타났다. 그리고 최근 6개월간 입원과 관련하여 미청구 금액은 평균 334,833.3원, 외래진료와 관련한 미청구 금액은 평균 9,339.9원, 약 처방과 관련한 미청구 금액은 평균 4,867.9원으로 각각 조사되

1) 보험연구원 정책세미나 자료집, “실손의료보험제도 현황과 개선방안”, 2019.9.5., 8면.

2) 조선비즈, “11년째 제자리걸음 ‘실손보험 청구 간소화’, 이번에는 될까”, 2020.7.21.

3) 보험연구원, “2018년 보험소비자 설문조사 설명자료”, 2018.10.17., 14~15면.

었다. 보험금 미청구 사유로는 소액(90.6%), 번거로운 청구절차(5.4%), 시간 부족(2.2%), 진단서 발급비용 부담(1.95) 등으로 나타났다.

보험소비자들이 실손의료보험에 가입하고도 보험금을 청구하지 않게 되는 사유로 여러 가지가 지적되고 있지만, 결국 근본적인 이유는 청구절차가 너무 복잡하게 되어있다는 점으로 귀결된다. 만약 보험금 청구절차가 간소화 된다면 진단서 발급을 위한 여러 비용(발급비, 교통비 등)을 줄일 수 있고, 실손의료보험금 청구가 활발하게 이루어질 수 있을 것으로 예상된다. 그 결과 보험가입자들의 보험금 미청구 건수가 줄어들게 되고, 의료비 부담이 상당부분 경감될 것이며, 나아가 실손의료보험이 공보험의 보충적 역할을 충실하게 수행하게 될 것이다.

실손의료보험 청구절차 간소화와 관련한 논의는 2009년 국민권익위원회의 제도 개선 권고 이래 현재까지 활발하게 진행되어 왔으나 아직까지 특별한 진척은 없는 상황이다. 지난 20대 국회에서도 보험업법 개정안이 발의되었지만 결국 통과되지 못하고, 회기 만료로 폐기되었다. 이와 같이 실손의료보험 청구절차 간소화가 성사되지 못하는 주된 이유로는 기존 의료법과의 상충 문제 및 의료계 등 이해당사자들의 강력한 반대가 있었기 때문이다.

그러나 실손의료보험 청구절차 간소화 문제는 의료계와 보험회사라는 거대 이익집단의 이해관계 관점에서 바라보는 것은 바람직하지 않다. 이 문제는 무엇보다 보험소비자의 정당한 보험금 청구권 보장 및 의료비 부담 완화라는 관점에서 검토해야 할 필요가 있다. 또한 코로나 19의 장기화로 인한 사회적 거리두기가 일상화되고 있는 뉴노멀 시대에 환자가 직접 병원을 방문해서 보험금 청구서류를 발급받고 보험회사에 직접 보험금을 청구해야 하는 현재의 시스템은 시대의 흐름과도 맞지 않는다. 보험소비자가 정당한 보험료를 지불하고, 보험사고 발생시 보험회사로부터 정당한 보험금을 지급받는 것은 보험의 원리를 놓고 봤을 때 너무나 당연한 권리다. 이러한 권리가 그 청구절차의 복잡성으로 인하여 방해받거나 사실상 침해되는 것은 보험의 사회적 역할과 기능을 놓고 봤을 때 바람직하지 않다. 따라서 실손의료보험 청구절차는 지금과 같은 퇴행적 관행에서 벗어나 간소화·전자화될 필요가 있다.

본고에서는 실손의료보험 현황과 보험금 청구절차 간소화 방안을 다루고자 한다. 특히 최근 21대 국회에서 발의된 실손의료보험 보험금 청구 절차 간소화 방안을 담은 보험업법 일부개정법률안의 주요 내용을 중심으로 논의를 이끌어 가고자 한다.

II. 실손의료보험 개관 및 지급절차상의 문제점

1. 실손의료보험 개관

1) 개념과 연혁

실손의료보험은 피보험자의 상해·질병으로 인하여 발생한 의료비를 보상하는 상품으로 의료기관에 지출한 입원비, 통원비, 처방조제비 등의 의료비 지출액에서 일정액의 자기부담금을 공제하고 보험회사로부터 보험금으로 지급받는 인보험 상품이다.⁴⁾ 보험회사는 국민건강보험의 급여 항목 중에서 본인부담액과 법정비급여항목의 합계액에서 자기부담액을 공제한 후 보험금을 지급하게 된다. 이를 도식화하면 다음과 같다.

〈표 1〉 실손의료보험 보장 대상과 범위

국민건강보험 급여	국민건강보험 비급여
건강보험공단 부담금(A)	법정비급여(C)
본인 부담금(B)	

※ 실손의료보험 보장액 = 본인 부담금(B) + 법정비급여(C) - 자기부담금(D)

실손의료보험의 보장 대상과 범위를 놓고 봤을 때, 결국 실손의료보험은 국민건강보험에서 보장하지 않는 의료비를 보장해 주는 보험상품으로 이해할 수 있다.⁵⁾ 다만 도덕적 해이를 방지하기 위해서 보험회사가 지급하는 보험금은 건강보험의 본인 부담금과 법정비급여 합산액의 합계액에서 본인이 부담하는 의료비의 일정률 또는 계약마다 조금씩 상이한 일정액의 자기부담금⁶⁾을 공제하여 계산된다. 실손의료보험은 기본적으로 입원 및 통원 치료비를 보장하지만, 치료 목적이 아니거나, 예방접종이나 건강검진 비용 등은 보상하지 않는다. 상해로 인한 입·통원, 질병으로 인한 입·통원 등 각 보장종목별로 보험회사가 보상하지 않는 사항에 대해서는 약관에서 구체적으로 정하고 있다.⁷⁾ 그러나 의사의 임상적 소견을 받아 치료 목적으로 검사한 비용은 약관상 보상이 가능하기도 하다. 2016년부터는 보장범위가 확대되어, 치매와 우울증, 공황장애, 조울증, 틱장애, 주의력결핍과잉행동장애, 외상 후 스트레스 장애 등의 정신질환도 실손의료보험의 보장 대상으로 편입되었다.

실손의료보험은 1963년에 손해보험사가 실손보상상해보험 상품을 출시하면서 최초로 도입하였으며, 1970년대 후반에는 상품군을 더욱 확대하여 단체건강보험, 특약형태의 질병보험 등의 의료실비보험을 판매

4) 한창희, 「보험법」 제3개정판, 국민대학교출판부, 2017, 559면.

5) 조재린·정성희, “계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선방안”, 보험연구원 연구보고서, 2018, 23~24면.

6) 실손의료보험은 자기부담금 설계 방식에 따라 표준형, 선택형으로 구분된다.

7) 실손의료보험 표준약관 제4조.

하였고, 1999년에는 상해·질병으로 인한 의료비 중 자기부담금을 보상해주는 보험상품을 출시하였다, 2003년 8월에 보험업법이 개정되면서 생명보험사에서도 제3보험상품 판매가 가능하게 되자 여러 생명보험 사들도 2003년 11월부터 단체의료비 실손보상보험을 판매하기 시작하였다. 실손의료보험 시장이 점점 확대되고, 관련 분쟁사건이 증가하기 시작하자 금융감독원은 2009년에 실손의료보험 표준약관을 제정하였고, 현재까지 총 13차례의 개정을 통하여 실손의료보험의 체계를 잡아가고 있다.

2) 유형

(1) 가입대상에 따른 구분

보험회사가 판매하는 실손의료보험은 가입대상을 기준으로 표준화 실손의료보험상품, 노후실손의료보험 상품, 유병력자 실손의료보험상품으로 구분된다. 표준화 실손의료보험상품은 보험가입자가 질병이나 상해로 입원 또는 통원치료를 받을 경우 보험가입자가 실제 부담한 의료비를 보험회사가 보상해 주는 상품이다. 표준화 실손의료보험은 자기부담금 설계방식에 따라 표준형과 선택형을 보험가입자가 선택할 수 있는데, 보장 종목별로 보상하는 내용은 다음과 같다.

〈표 2〉 표준화 실손의료보험상품 보장종목

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

* 자료: 실손의료보험 표준약관

실손의료보험은 계약형태에 따라 기본형 실손의료보험과 특약형 실손의료보험으로 구분된다. 기본형 실손의료보험은 주계약의 형태로 체결되는 보험상품이고, 특약의 형식으로 판매되는 보험상품으로는 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료보험, 비급여 주사료 실손의료보험, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료보험이 있다.

노후실손의료보험은 50세부터 최대 75세까지의 고령층을 가입대상으로 하는 실손의료보험으로 질병·상해로 입원 또는 통원치료를 보험가입자가 실제 부담한 의료비를 보험회사에서 보상해 주는 상품이다. 보상방식은 국민건강보험의 급여항목 중에서 본인부담액과 법정비급여항목의 합계액에서 입원(30만원), 통원(3만원)을 제외하고, 급여부분 80%, 비급여부분 70%를 보험금으로 지급한다. 단, 요양병원의료비 특약의 경우 보상대상의료비의 80%(비급여는 50%한도), 상급병실료 차액보장 특약의 경우는 상급병실료 차액의 50%를

보험금으로 지급한다.⁸⁾

유병력자 실손의료보험은 치료이력이 있거나 경증 만성질환을 가진 유병력자를 대상으로 하는 실손의료보험으로 상해입원, 상해통원(외래), 질병입원, 질병통원(외래)으로 치료시 보험가입자가 실제 부담한 의료비를 보상하는 보험이다. 자기부담금은 입원 10만원(통원 2만원)과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액으로 한다.

한편 해외여행 중에 피보험자의 상해 또는 질병으로 인한 의료비를 보험회사가 보상하는 해외여행 실손의료보험상품이 있는데, 이는 주계약인 기본형 해외여행 실손의료보험과 특약(비급여 도수치료·체외충격파 치료·증식치료 해외여행 실손의료보험 특약, 비급여 주사료 해외여행 실손의료보험 특약, 비급여 자기공명 영상진단(MRI/MRA) 해외여행 실손의료보험 특약)으로 구분된다.

(2) 보상범위에 따른 구분

실손의료보험은 보상하는 범위에 따라 실손형보험과 정액형보험으로 구분한다. 실손형보험은 보험가입자가 입원 또는 통원으로 치료시 실제로 본인이 지출한 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 전액 지급하는 보험상품이고, 이에 반해 정액형보험상품은 보험가입자의 실제 치료비 액수와 상관없이 보험계약 체결당시에 보험회사와 보험계약자가 약정한 보험금을 지급해 주는 보험상품이다. 따라서 실손형보험상품은 손해보험회사가, 정액형보험상품은 생명보험회사가 각각 판매한다. 실손형보험의 보상범위는 보상하지 않는 항목을 열거하는 포괄주의 방식을 취하는 반면, 정액형보험상품은 이와 반대로 보상해 주는 상품을 열거하는 방식을 취하고 있다. 실손형보험상품에 대해서는 중복보험계약에 관한 상법의 규제가 적용되는바, 중복보험 계약자는 각 보험자에 대하여 각 보험계약의 내용을 통지하여야 하고, 각 계약의 보험금 지급액의 합계액이 실제 피보험자가 부담한 금액을 초과한 경우에는 중복보험 비례보상규정이 적용된다.⁹⁾ 이에 반해 정액형보험상품의 경우에는 보험계약 중복 여부에 상관없이 사전에 보험자가 약정한 보험금을 지급하여야 한다.

2. 보험사고 및 보험금 청구절차

1) 보험사고 및 보험금 청구절차

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 하는데, 만약 보험계약의 이해관계자가 통지의무를 해태하여 손해가 증가된 때에는 보험회사는 증가된 손해를 보상할 책임이 없다(상법 제657조). 실무상 보험사고 발생통지는 통상적으로 보험금을 청

8) 손해보험협회 공시실 참조.

9) 상법 제672조(중복보험) ① 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 수개의 보험계약이 동시에 또는 순차로 체결된 경우에 그 보험금액의 총액이 보험가액을 초과한 때에는 보험자는 각자의 보험금액의 한도에서 연대책임을 진다. 이 경우에는 각 보험자의 보상책임은 각자의 보험금액의 비율에 따른다.

구함과 동시에 이루어진다. 보험금 청구는 피보험자 또는 보험수익자의 권리인데, 이 경우 보험수익자는 보험금 청구서, 「의료법」 제3조에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등, 신분증, 기타 보험금 수령에 필요한 서류를 제출하여야 한다(실손의료보험 표준약관 제6조). 현재 실손의료보험금 청구 절차를 보면, 피보험자가 병원에서 진료를 받거나 약국에서 처방전으로 약을 조제받은 후 보험회사에 전화나 인터넷 등으로 보험사고 발생 사실을 통보하면, 보험회사는 피보험자 또는 보험수익자에게 구비서류를 통지하고, 피보험자 또는 수익자는 보험회사에서 요구하는 서류를 준비하여 대리인을 통하거나 직접 방문 또는 우편, 팩스, 이메일, 스마트폰, 보험회사 홈페이지 등을 통하여 보험금 청구를 하게 된다.

위와 같은 절차로 보험금 청구를 받은 보험자는 보험금액을 지급하여야 할 의무가 발생한다. 이 경우 보험금 지급에 관하여 약정기간이 있는 경우에는 그 기간 내에 지급을 하여야 하고, 약정기간이 없는 경우에는 보험계약 이해관계자로부터 보험사고의 통지를 받은 후 지체없이 지급할 보험금액을 정하고 그 정하여진 날부터 10일내에 손해보험의 경우에는 피보험자 또는 생명보험의 경우에는 보험수익자에게 보험금액을 지급하여야 한다(상법 제658조). 보험회사는 보험수익자로부터 보험금의 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급한다. 그러나 보험회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 위 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우, 그 구체적인 사유와 소송 등 약관에서 정하는 예외적인 경우를 제외하고 보험금 청구서류 접수 후 30영업일 이내에서 지급예정일을 정하고 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지한다(실손의료보험 표준약관 제7조 제1항, 제2항).

2) 보험금 청구절차 관련 개선 연혁

그 동안 실손의료보험의 보험금 청구절차와 관련하여 많은 개선이 있었다. 과거에는 보험금 청구서류에 대한 통일된 기준이 없었고, 보험회사별로 요구하는 서류가 상이하여 보험소비자들은 많은 불편함을 겪어 왔는데, 2010년 4월에 최초로 실손의료보험 청구서류가 표준화·통일화 되면서 보험가입자들의 보험금 청구절차가 다소 간소화되었다. 그리고 2013년 11월에 금융감독원에서는 보험업계와 공동으로 보험계약 체결, 유지 및 보험금 청구시 보험소비자의 편의를 제고하기 위한 획기적인 개선방안을 마련하였다.¹⁰⁾ 그 결과 동일사고에 대한 청구 건당 3만원 이하의 통원의료비에 대하여 진단서, 처방전 등의 증빙서류를 제출하지 않고 원칙적으로 병원영수증과 보험금청구서만으로 보험금을 청구할 수 있게 되었고, 대리인 청구시 본인의 위임장, 인감증명서 또는 본인서명사실확인서, 개인정보처리동의서만 제출하도록 하였고, 입원보험금의 경우 진단서 면제기준을 20만원에서 50만원으로 확대하고, 진단서에 입원기간이 명시된 경우에는 입퇴원확인서 제출을 면제하는 등 보험금 청구서류를 표준화·간소화 하였다. 그리고 2016년 11월에는 금융감독원에서는 다시 한 번 보험금 청구절차를 간소화 하였다.¹¹⁾ 그 결과 보험사별로 사본인정기준의 상이함으로 인한

10) 금융감독원 보도자료, “보험계약 관련 소비자 편의 제고방안”, 2013.11.29.

소비자의 불편을 해소하기 위해 최소 100만원까지는 청구서류의 사본을 인정하고, 입원급여금 청구시 진단명, 입원기간이 포함된 입·퇴원확인서 또는 진단서 중 하나만 제출하도록 청구서류를 간소화 하였다. 그 외에도 홈페이지 등을 통한 보험금 청구시 별도의 회원가입 절차를 생략하였고, 보험금 청구를 스마트폰으로 가능하게 하고, 증빙서류를 촬영하여 보험회사에 제출하는 소위 '원스톱서비스'가 도입되었다.¹²⁾

3) 보험금 청구시 필요 서류¹³⁾

실손의료보험의 보험금 청구에 따른 필요 서류는 보험회사마다 조금씩 다르긴 하지만 대체로 유사하다. 보험금 청구를 위해 기본적으로 필요한 서류는 보험금청구서와 신분증, 통장, 주민등록 사본 등이다. 통원 치료 시에는 진료비 약제비 영수증, 진단서, 처방전, 통원확인서, 소견서, 진료차트 등이, 질병으로 입원이나 수술 시에는 진단서, 입·퇴원 확인서, 수술확인서, 병원비 영수증 등이, 상해사고로 입원이나 수술 시에는 진단서, 입·퇴원 확인서, 수술확인서, 병원비 영수 사고사실 확인서 등이 각각 필요하다. 그러나 보험회사 중에서는 위 서류들 중 일부만 요청하는 경우도 있고, 추가로 더 요청하는 서류가 있을 수도 있다. 그리고 관련 질환이나 사고 내용, 진료비용 등에 따라 필요한 서류가 달라지기도 한다. 보험금에 따라 보험회사에 제출하는 서류 리스트도 차이가 나기도 하는데, 통상적으로 보험금이 10만원 이하일 경우에는 진료비 영수증, 약제비 영수증, 처방전 등 간단한 진료기록 서류만 제출하면 되지만, 10만원을 초과할 경우에는 진료비 세부내역서와 입원확인서, 진단서 등의 추가 서류를 제출하여야 한다.

3. 실손의료보험금 청구상의 문제점

실손의료보험에서 보험금 청구시 필요한 서류들은 대부분 병원이나 약국에서 발급하고 있고, 이 중 서류 발급을 위해 환자가 수수료를 지불해야 하는 경우도 있다. 이러한 서류들은 통상 환자(피보험자 또는 보험수익자)가 병원이나 약국에서 직접 서류를 발급한 후에 보험회사에 제출해야 한다.¹⁴⁾ 보험사와 병원간 전산망이 연결될 경우 고객은 병원에서 결제만 하고 이후 절차는 보험사와 병원이 처리한다. 현재 일부 대학병원과 일부 보험회사는 전산망을 연결해서 전산으로 서류 제출을 하고 있지만, 대다수 병원은 재정상황이 열악하여 실시하지 못하고 있다. 결국 현행 제도 하에서 실손의료보험금을 청구하기 위해서는 환자가 병원에 진료비를 지급한 후, 보험금 청구서류를 작성하고, 영수증·진료비 세부내역서·진단서 등 필요서류를 교부받아서 보험회사를 직접 방문하거나, 우편, 팩스, 홈페이지, 스마트폰 앱 등으로 청구해야 한다. 게다가 진료

11) 금융감독원 보도자료, “보험소비자 편의성 제고를 위한 보험금 청구절차 간소화 방안”, 2016.11.4.

12) 보건복지부·금융위원회·금융감독원 보도자료, “실손의료보험제도 개선방안”, 2016.12.20., 26~27면.

13) 각 보험회사 홈페이지에 안내하고 있는 내용을 종합하여 작성하였다.

14) 뉴시스, “10명 중 6명 실손의료보험금 청구 포기…”금액대비 번거로워”, 2018.11.23.

비 세부내역서, 약제비 영수증, 처방전은 무료로 발급해 주지만 입원확인서는 약 1천원에서 2천원, 진단서는 약 1만원에서 2만원 정도의 비용이 발생한다. 이는 실손의료보험 가입자가 소액의 보험금 청구를 포기하게 만드는 요인 중 하나로 작용한다.

그 동안 실손의료보험 청구 간소화를 위해 여러 가지 개선안들이 마련되었지만, 가장 근본적인 문제인 청구절차의 복잡성과 까다로움은 해결되지 못했다. 스마트 폰으로 촬영해서 보험금을 청구하는 방식과 별도의 회원가입 없이 홈페이지에서 보험금을 청구하는 방식 등은 당시에는 획기적인 개선사항이었고, 결과적으로 보험소비자들의 편익이 증진되었다고 평가할 수 있다. 그럼에도 불구하고 실손의료보험금 청구절차와 관련하여 근본적인 개선은 이루어지지 않고 있다. 즉 현행 실손의료보험 청구체계 하에서 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구하기 위해서는 직접 병원에 방문하여 필요한 서류들을 발급받고, 이를 보험회사에 제출하여야 한다. 결국 보험소비자는 실손의료보험금 청구절차의 복잡성으로 인하여 많은 불편을 겪고 있고, 이로 인하여 보험금 청구를 포기하기도 하는 사례가 빈번히 발생하고 있다. 병원이 서류를 직접 보험회사에 제출하는 것을 피보험자가 동의하더라도 의료법 제21조 제2항에 위반될 소지가 있어, 본인이 직접 발급받아서 제출할 수밖에 없는 상황이다.¹⁵⁾

이러한 구시대적인 실손의료보험 청구절차는 보험회사나 병원에게도 비효율적이다. 즉 보험회사는 보험가입자로부터 종이로 된 병원 서류를 접수받은 후 내부 전산에 다시 입력하고 오랜 기간 동안 보관하기 때문에 업무의 효율이 떨어지고, 여러 비용이 발생하며, 서류 보관 과정에서 개인정보 유출의 위험성도 높아지고 있다. 또한 병원 입장에서도 실손의료보험 가입자들에게 보험금 청구서류를 발급해주는 업무로 인하여 많은 행정적 부담이 발생한다. 그러나 현행과 같은 서류 발급시스템의 가장 큰 피해는 보험소비자의 정당한 보험금 수령권이 사실상 제한되고 있다는 점이다.

Ⅲ. 실손의료보험금 청구 간소화 방안

1. 보험업법 개정안 소개

21대 국회가 개원하면서 실손의료보험 청구를 간소화하기 위한 보험업법 개정안이 국회에 제출되었다. 더불어민주당 전재수 의원이 대표발의한 보험업법 개정안은 보험회사가 실손보험금을 청구하는 과정에서 보험회사에 전산시스템을 구축해서 운영하거나, 이를 제3의 전문중계기관에 위탁하여 운영할 수 있도록 하는 것이 핵심적인 내용이다. 즉 보험업법 개정안에 의할 경우 병원과 보험회사가 전산망으로 연결되게 되는 데, 이 경우 보험소비자 입장에서는 복잡한 서류를 발급받을 필요 없이 병원 전산망을 통해 전자적으로 보험금 청구 서류를 보험회사에 전송할 수 있게 된다.

15) 의료법 제21조 ② 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자는 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인할 수 있게 하여서는 아니 된다.

보험업법 개정안은 아래와 같다.

현행	개정안
〈신설〉	제102조의4(실손의료보험계약의 보험금 청구 전산시스템의 구축·운영 등) ① 보험회사는 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인의 실손의료보험(보험계약자 등이 실제로 부담한 의료비만을 보상하는 제3보험 상품을 말한다) 계약에 따른 보험금 청구의 편의를 제공하기 위하여 필요한 전산시스템을 구축·운영할 수 있다. ② 보험회사는 제1항에 따른 전산시스템의 구축·운영에 관한 사무를 대통령령으로 정하는 중계기관(이하 “전문중계기관”이라 한다)에 위탁할 수 있다. ③ 전문중계기관은 제2항에 따라 위탁받은 업무를 수행하기 위하여 보험회사 및 「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관(이하 “요양기관”이라 한다)에 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다. ④ 제1항부터 제3항까지에 따른 전산시스템의 시설·장비 등에 관한 기준, 위탁방법 등에 필요한 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.
〈신설〉	제102조의5(실손의료보험계약의 보험금 청구를 위한 의료비 증명서류 전송 요청) ① 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인은 실손의료보험계약의 보험금 청구 위하여 요양기관으로 하여금 의료비 증명서류를 보험계약자가 가입한 보험회사에 전자적 형태로 전송하여 줄 것을 요청할 수 있다. ② 제1항의 요청을 받은 요양기관은 「의료법」 제21조에도 불구하고 정당한 사유가 없으면 요청에 따라야 한다. ③ 제1항의 의료비 증명서류의 종류·내용, 요청방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보험업법 개정안을 제안한 이유로는 다음과 같이 크게 두 가지가 제시되고 있다.¹⁶⁾ 첫째, 실손의료보험은 국민 대다수가 가입하고 있을 정도로 보편화된 보험이고, 보험금 청구도 일상적으로 이루어지고 있지만, 보험가입자가 보험금을 지급받기 위해서는 병원이나 약국에서 서류를 직접 발급받아서 보험회사에 제출하여야 하는 등 청구 절차가 매우 불편하고, 둘째, 요양기관과 보험회사 입장에서 서류를 기반으로 보험금 지급업무를 수행하는바, 보험금 지급에 비용이 과다 발생하는 등 비효율적인 상황이다.

16) 국회 의안정보시스템, 보험업법 일부개정법률안(의안번호 2141), 2020.7.17.

20대 국회에서도 2건의 보험업법 개정안이 발의된 바 있는데, 결국 통과하지 못하고 임기만으로 폐기되었다. 2018년 9월 21일 고용진 의원이 대표발의한 보험업법 개정안(의안번호 15714)은 보험금 청구서류 제출 의무자를 「국민건강보험법」 제42조¹⁷⁾에 따른 요양기관으로 규정하고 있다는 점 등에서 최근 발의된 개정안과 유사하다. 그러나 고용진 의원의 안은 서류를 전송하는 비용을 보험회사가 부담하는 것으로 규정했다는 점(안 제102조의6 제3항), 청구서류 전송 업무를 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있도록 명시했다는 점(안 제102조의7)에서 현행 개정안과 차이가 있다. 그리고 2019년 1월 28일 전재수 의원이 대표발의한 보험업법 개정안인테(의안번호 18363), 동 개정안은 현재 21대 국회에 제출된 안과 내용이 동일하다.

2. 찬성과 반대입장

1) 찬성입장

실손의료보험 청구 간소화 방안에 대해 보험업계는 수기로 입력하는 보험금 청구서류의 처리 비용과 인력이 줄어들고, 보험소비자의 편익이 증진될 것 등의 이유로 찬성하고 있다. 또한 금융권 시민단체는 보험료를 낸 만큼 보험서비스를 이용해야 하지만 보험금 청구절차가 복잡해서 혜택을 제대로 받지 못하게 하는 것은 소비자 기만이라고 하여, 시급히 실손의료보험 청구절차가 간소화되어야 한다고 주장한다.¹⁸⁾ 보험연구원도 보험금 청구 간소화가 이루어질 경우 피보험자의 불편 및 보험금 미청구건이 줄어들어 보험소비자 권익이 증진되고, 서류 처리에 따른 요양기관 및 보험회사의 행정부담도 줄어들어 국가자원이 효율적으로 이용될 수 있다는 이유를 들어 찬성입장을 보인다.¹⁹⁾

학계에서는 현재까지 활발한 연구가 진행되지는 않은 것으로 보인다. 다만, 이와 관련하여 보험금 청구 간소화 서비스를 통해 보험회사나 중계기관에서 병원치료비에 대한 직접적인 심사기능을 가지게 되며, 이를 통해 비급여진료비 등의 적정성 여부를 판단하여 의료소비자 및 보험소비자의 권익증대와 편리성이 크게 향상되고, 공정한 보험금 지급이 이루어 질 것이라고 주장하는 의견,²⁰⁾ 실손의료보험의 심사를 건강보험심사

17) 「국민건강보험법」제42조(요양기관) ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료료 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ②~⑤ (생략)

18) 금융경제신문, “실손 의료보험” 청구 간소화는 ‘기회’ … 지급 받기 쉬워야 가입자 몰린다”, 2020.07.16.

19) 보험연구원 보도자료, “보험연구원, 「인슈어테크와 실손의료보험 청구간소화」 정책토론회 개최”, 2019.10.25.

평가원에서 수행하도록 하여, 보험회사의 손해율을 적절하게 관리하고 보험소비자의 보험금 청구 절차를 효율화할 필요가 있다는 의견,²¹⁾ 실손의료보험의 보험금 청구와 관련하여 까다로운 운영체제 및 절차로 보험가입자의 보험금 청구가 어려운 상황이므로 개선이 필요하다는 의견 등이 있다.²²⁾

실손 보험 청구 간소화에 대하여 보험소비자를 대상으로 설문조사 결과에 의하면 병원 증빙서류 발급이 번거롭고, 부담스러운 발급비용은 보험소비자들의 실손의료보험금을 청구하는데 있어 큰 장애요인으로 작용하기 때문에 실손의료보험 청구 간소화에 대한 보험소비자들의 니즈는 매우 강한 것으로 나타났다.²³⁾

2) 반대입장

의료계 쪽에서는 실손의료보험금의 청구 간소화에 대하여 반대하고 있는데, 그 주된 이유로 민영보험사의 사적(私的) 계약에 관한 사항이라는 점을 고려할 때 요양기관에게 그 본연의 업무와 직접적인 관련이 없는 민간보험계약 관련 사항에 관하여 법적인 의무를 부과하는 것은 부당하다는 점, 민간보험사 행정업무를 의료기관에 강제로 전가하는 것이라는 점, 환자 개인정보가 유출될 우려가 있다는 점, 환자의 정보가 민영보험사 이익으로의 활용될 위험이 있다는 점 등을 제시하고 있다.

관계기관인 금융위원회는 실손의료보험의 청구 절차가 까다롭고 복잡하여 보험소비자들의 불편을 해소하고 청구 포기 등을 방지할 필요에 공감하면서도 구체적인 청구 절차 불편 해소방안에 관하여는 요양기관, 보험회사 등 이해관계인이 참여하는 사회적 논의를 충분히 거친 후 입법을 추진할 필요가 있다고 하여 중간적 입장을 보이고 있다. 보건복지부에서도 실손의료보험 서류의 전자적 전송을 요청받은 요양기관에게 이에 따라야 하는 의무를 부과하는 방안은 요양기관의 의견을 들을 필요가 있고, 사회적 논의가 필요하다고 하여 다소 소극적인 입장을 취한바 있다.²⁴⁾ 그러나 최근 들어 보건복지부는 ‘진료기록 열람 및 사본 발급 업무 지침’을 통해서 “환자가 요양기관을 대상으로 제3자에게 진료기록을 송부할 것을 요청할 수 있으며, 이 경우 요양기관은 정당한 사유가 없는 한 환자의 요청에 응해야 한다.”고 하여, 실손의료보험 청구 간소화에 대해서 적극적인 입장으로 선화한 것으로 보인다.²⁵⁾

20) 정희근, “실손의료보험 보상실무에 관한 연구 : 금융분쟁조정결정 및 판례를 중심으로”, 국민대학교 석사학위논문, 2018, 91~93면.

21) 김대환·오영수, “건강보험심사평가원을 활용한 실손의료보험의 보험금 관리방안”, 「리스크관리연구」 제27권 제1호, 한국리스크관리학회, 2016.3., 111~115면.

22) 이경학·강민수·이재열, “온라인 기반 원스톱 실손의료보험료 청구에 관한 연구”, 「디지털융복합연구」 제14권 제4호, 한국디지털정책학회, 2016, 231면.

23) 최재성, “실손보험 청구간소화 소비자 니즈 및 의료기관 평가분석”, 녹색소비자연대전국협의회, 2019, 31면: 박나영, “실손의료보험 청구간소화를 위한 소비자가입실태 및 요구 분석”, 금융소비자 연맹, 2019, 41면.

24) 국회 청무위원회, 보험업법 일부개정안 검토보고, 2019.3., 11~12면.

25) 조선비즈, “11년째 제자리걸음 '실손보험 청구 간소화', 이번에는 될까”, 2020.7.21.

3. 보험업법 개정안 평가

1) 보험금 청구 서류 전자전송 도입

보험업법 개정안은 보험소비자가 요양기관에 대한 실손의료보험금 청구 필요서류의 전자적 전송 요청권을 규정하고 있다. 즉 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인은 실손의료보험계약의 보험금 청구를 위하여 요양기관으로 하여금 의료비 증명서류를 보험계약자가 가입한 보험회사에 전자적 형태로 전송하여 줄 것을 요청할 수 있으며(안 제102조의5 제1항), 이러한 요청을 받은 요양기관은 「의료법」 제21조에도 불구하고 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다(안 제102조의5 제2항). 그 외 의료비 증명서류의 종류·내용, 요청방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정하도록 했다.

보험업법 개정안에 의하면 환자가 요양기관에 요청을 하면 요양기관은 실손의료보험금을 청구하는데 있어 필요한 제반 서류들을 보험회사에 전자적 형태로 제공해 주어야 한다. 만약 동법이 통과된다면 환자는 병원에 방문하거나 직접 진료기록을 발급받을 필요 없이 간단하게 전화, 이메일 등의 방법으로 실손의료보험금을 청구할 수 있게 될 것이다.

그러나 실손의료보험의 문제는 보험계약 당사자 간의 법률관계에 관한 사항임에도 불구하고 보험계약의 당사자가 아닌 요양기관에게 관련 의무를 부과하는 것은 부당하다는 지적이 있다. 즉 의료법 제21조 제3항에서는 의료정보를 제3자에게 제공해 줄 수 있는 사유를 가족에게 제공하는 경우나 그 외 공공의 이익과 관련된 공적업무로 한정하고 있다. 동법에서 규정하는 공적인 업무의 예로는 4대 보험의 보험금 지급과 관련하여 국민건강보험공단 또는 건강보험심사평가원, 근로복지공단 등에 제공하는 경우, 형사소송이나 민사소송에서 문서제출을 하는 경우 등이 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 공적인 사유 없이 환자의 의료정보를 민영보험회사에 제공하는 것은 법의 취지에 반한다는 비판이 제기된다.²⁶⁾

이러한 우려사항에도 불구하고 사실상 공보험의 역할을 하는 실손의료보험의 올바른 운영과 가입자들의 권익증진 측면에서 본다면 전자적 전송 요청권을 도입하는 것에 적극 찬성한다.

2) 실손의료보험금 청구 전산시스템 구축·운영

보험업법 개정안에 의하면 보험소비자의 보험금 청구절차를 간소화하고 청구서류 발급에 따른 비용부담을 덜어주기 위하여 보험회사가 실손의료보험계약의 보험금 청구 전산시스템을 직접 구축·운영하거나 전문중계기관에 관련 사무를 위탁할 수 있도록 관련 근거를 마련하고 있다(안 제 102조의4). 이 경우 전문중계기관은 보험회사로부터 위탁받은 업무를 수행하기 위하여 보험회사 및 요양기관에 보험금 청구에 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다(안 제102조의4 제3항). 그 외 전산시스템의 시설·장비 등에 관한 기준, 위탁방법 등에 필요한 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다(안 제102조의4 제3항). 전문중계기관은 민감정보가

26) 국회 정무위원회, 앞의 검토보고서, 2019.3., 9면.

포함된 실손의료보험금 청구서류의 전송을 위한 전산시스템 구축·운영 업무를 수행하고, 보험회사 및 요양기관에 대하여 보험금 청구에 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있는 권한을 가지게 된다.

2017년 6월부터 의료기관 간에는 환자의 동의를 받아서 진료기록전송지원시스템을 통하여 환자의 의료정보를 교환하고 있다. 즉 보건복지부장관은 진료기록전송지원시스템의 구축·운영을 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관에 위탁할 수 있고, 소요 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(의료법 제21조의2 제3항, 제4항). 의료법시행령에서는 진료기록전송지원시스템의 구축·운영에 관한 업무를 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관 중 그 설립목적이 보건의료 또는 사회보장과 관련되는 공공기관 또는 위탁 업무 수행에 필요한 조직·인력 및 전문성 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문기관이 수행할 수 있도록 규정하고 있다(의료법시행령 제10조의4). 보험업법 개정안은 환자의 동의를 받아서 의료기관과 보험회사 간에 진료기록전송지원시스템을 통하여 환자의 의료정보를 교환하는 것을 골자로 한다. 여기에 중간에 중계기관이 양 기관의 연결고리 역할을 하게 되는 것이다.

이와 관련하여 보험회사의 위탁에 따라 보험금 청구를 위한 전산시스템 구축·운영 사무를 수행하는 중계기관에게 요양기관에 대한 환자의 진료정보 요청권을 부여하는 것이 타당하지 않다는 반대의견이 있다.²⁷⁾ 반대의견에 의하면 보험업법 개정안에 따르면 요양기관에 대한 의료정보의 전자적 전송 요청권은 환자에게 주어지는데, 중계기관에게 이러한 직접적인 의료정보 제공요구 권한을 주는 것은 정보의 주체가 환자 개인에게 있다는 점, 정보유출의 위험이 크다는 점 등의 관점에서 보았을 때 바람직하지 않다고 비판한다. 사건으로는 중계기관에게 정보 요청권을 부여하는 것은 바람직하지 않다고 보인다. 대안으로 환자가 요양기관이나 보험회사에 진료정보를 제공해 주는 것에 사전에 명시적으로 동의했거나, 사후에 개별적으로 동의하는 경우에 한하여 중계기관에게 정보 요청권을 부여해 주는 방안, 중계기관에 정보 요청권을 부여하지 않고, 환자가 요양기관이나 보험회사를 상대로 중계기관에 정보를 제공해 줄 것을 요청할 수 있도록 권한을 부여하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

한편 개정안에서 법률이나 시행령에 아무런 규정도 없이 전산시스템의 시설·장비 등에 관한 기준, 위탁방법 등에 필요한 사항을 모두 금융위원회가 정하여 고시하도록 규정하는 것은(안 제102조의3 제4항), 법체계상으로도 바람직하지 않고, 일반인들의 법 접근성을 어렵게 하는 것으로 판단된다. 참고로 의료법 제21조의2 제4항에서는 진료기록전송지원시스템의 구축·운영을 위탁받은 전문기관의 준수사항으로 정보유출을 예방하기 위한 안전성 확보 조치, 재위탁 금지 의무, 정보의 제3자 임의제공 및 유출금지 의무를 규정하고, 시행령에서는 전문기관의 자격요건과(시행령 제10조의4) 진료기록전송지원시스템 보유 정보의 안전성 확보 조치(시행령 제 10조의5), 민감정보와 고유식별정보의 처리(시행령 제42조의2) 등 세부사항을 정하고 있다. 그리고 진료기록전송지원시스템의 구축·운영에 관한 세부 사항은 시행규칙에서 정한다(규칙 제13조의4). 보험업법 개정안도 이와 보조를 맞출 필요가 있다. 따라서 전산시스템의 시설·장비 등에 관한 기준, 위탁방법 등에 필요한 기본적인 사항에 대해서는 보험업법에서 정하고, 세부적인 사항을 시행령으로 규정하는 것이

27) 국회 정무위원회, 앞의 검토 보고서, 10면.

바람직하며, 그 외 실무적인 내용을 금융위원회 고시로 정하는 것이 적절할 것으로 보인다.

4. 예상되는 문제 및 개선방안

1) 보험금 청구서류와 관련한 비용 부담

20대 국회에 제출된 고용진 의원이 대표발의한 보험업법 개정안에서는 전송비용의 부담과 관련하여, 보험회사가 부담하는 것으로 규정하고 있는데 반하여(안 제102조의6 제3항), 현재 국회에 제출된 보험업법 개정안은 이와 관련하여 법률에 아무런 규정이 없다. 다만, 개정안 제102조의5 제3항에서는 의료비 증명서류의 종류·내용, 요청방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정하는 것으로 하였다. 보험회사의 반발에 따라 비용 부담의 주체를 시행령으로 유보한 것으로 추정된다. 향후 시행령에서 구체적으로 어떻게 정해질지는 모르지만, 실손의료보험금 청구를 위한 서류의 전송비용은 기존에는 없던 추가된 비용으로 이를 보험소비자에게 전가하는 것은 바람직하지 않으며, 과거 고용진 의원의 안대로 보험회사가 부담하도록 하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

한편 현재 진료비 세부내역서, 약제비 영수증, 처방전은 무료로 발급이 가능하지만, 입원확인서와 진단서는 유료로 발급받아야 한다. 그런데 보험업법이 개정된다면 보험금 청구서류를 전자적 방식으로 전송하게 되는데, 이 경우에도 입원확인서와 진단서 전송에 대하여 환자가 병원에 소정의 비용을 지불하여야 하는지 여부가 문제될 수 있다. 이는 기존의 서류발급과는 성격이 다른 정보의 소유권 또는 처분권한이 누구에게 있는지 여부를 따져봐야 한다. 그런데 개인정보보호법상 질병이나 기타 의료정보는 개인정보로서 그 정보주체에게 귀속되는바, 실손의료보험 청구 간소화 절차를 통하여 발급받는 전자서류는 환자 본인의 요청에 따라 본인확인절차를 거친 후 발급되므로, 정보의 소유권이나 처분권은 환자 개인에게 귀속된다고 보는 것이 타당할 것이다. 그렇다면 서류발급에 따른 비용을 환자가 부담하지 않아도 될 것으로 보인다. 그러나 이에 대해서는 환자의 의료기록을 의학적 소견과 함께 기록한 의사와 환자에게 공동으로 소유권이 있다고 주장하는 견해도 있다.²⁸⁾ 개인정보의 소유권이 누구에게 귀속되는지 여부는 개인정보보호법상 개인정보의 수집·이용·제공 등과 관련하여 매우 중요한 문제다. 즉 개인정보의 처리는 기본적으로 정부주체의 동의를 받아서 할 수 있는 것이기 때문에 의료정보와 관련하여 누가 개인정보처리자이고, 정보주체인지를 가리는 것은 매우 중요한 문제라고 할 수 있다. 만약 의료정보가 환자 개인의 정보로 한정해서 본다면 정보주체인 환자가 독립적인 위치에서 자신의 정보를 자유롭게 처분할 수 있을 것이다. 이에 반해 이러한 정보가 환자와 병원(또는 의사)의 공동 소유라고 이해된다면, 의료정보의 처분은 양 정보주체의 동의가 전제되어야 가능하고, 나아가 병원에 소정의 수수료를 지급하여야 할 것이다.

그러나 이러한 복잡한 문제는 이미 의료법이나 보험업법 개정안에서 규정하고 있듯이 환자의 의료정보

28) 최재성, 앞의 자료, 26면.

전송요청권 부여로 해결될 수 있을 것으로 판단된다. 이와 관련하여 입원확인서와 진단서에 대한 전송비용이 발생하든지 여부가 문제될 수 있는데, 이에 대해서는 병원마다 전산을 관리·운영하는데 많은 인력과 비용이 발생할 것이기 때문에 기존과 같이 소정의 비용을 지불하는 것이 타당할 것이다. 다만 이러한 시스템을 보험회사에서 자신들의 이익을 위해 이용할 것이라는 점, 보험소비자의 실손의료보험금 청구 활성화를 위해 보험소비자에게 비용을 전가하는 것은 바람직하지 않다는 점을 고려하였을 때, 보험회사가 자신들의 사업비로 전송비용을 부담하는 것이 타당할 것이다. 이 경우 보험회사는 해당 비용을 다시 보험소비자에게 전가할 가능성이 있다. 이로 인하여 보험료 인상이나 보장내용 축소 등이 발생할 수 있는데, 이 경우 보험요율산출기관 및 감독기관에서는 면밀한 검토와 검증 등을 취하여 보험소비자에게 불이익이 전가되는 것을 차단해야 할 것이다.

2) 전자전송 수행기관

20대 국회에 제출된 고용진 의원의 보험업법 개정안에서는 청구서류 전송 업무를 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있도록 명시했다. 이에 반하여 현재 국회에 제출된 보험업법 개정안에서는 보험회사는 전산시스템의 구축·운영에 관한 사무를 대통령령으로 정하는 전문중계기관에 위탁할 수 있도록 규정하여(개정안 제102조의4 제2항), 구체적인 사항을 미리 설정하고 있지는 않다. 이와 관련하여 전자전송 수행기관을 기존 법안과 같이 건강보험심사평가원으로 하는 방안과 제3의 중계기관으로 정하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다. 건강보험심사평가원을 중계기관으로 선정하는 방안에 대하여 반대하는 입장의 논거로는 정보유출의 우려가 있다는 점, 청구자료를 이용한 보험사의 병원 공격행위가 예상된다는 점, 건강보험심사평가원의 행정부담이 증가할 것이라는 점, 실손의료보험과 관련하여 의료서류 열람을 통해 얻은 정보로 건강보험심사시 부당한 행정행위를 할 우려가 있다는 점 등이 제시되고 있다.²⁹⁾ 그러나 동 기관이 이미 국민건강보험의 급여부분에 대하여 심사업무를 수행하고 있고, 이를 위한 시스템을 이미 구축·운영하고 있다는 점, 의료기관에 대한 비급여 부분을 실질적으로 심사하여 의료기관의 부정 의료행위에 대하여 사실상 통제 가능하다는 점, 이에 따라 실손의료보험의 높은 손해율을 개선할 수 있을 것이라는 점 등을 고려하였을 때, 중계기관은 건강보험심사평가원으로 정하는 것이 바람직하다고 판단된다. 이에 반하여 금융감독원, 보험개발원, 신용정보원 등 제3의 중계기관으로 선정하여야 한다는 의견도 존재한다.³⁰⁾ 그러나 이러한 제3의 기관들은 의료전문 기관이 아니라는 점, 병원에 대한 실질적인 심사 기능이 없다는 점, 새로운 시스템 구축 및 인력 증원 등에 막대한 비용이 발생할 것이라는 점 등을 고려하였을 때 적합하지 않다고 판단된다.

29) 최재성, 앞의 자료, 30면.

30) 최재성, 앞의 자료, 28면.

3) 의료정보 유출

의료정보란 의료제공의 필요성을 판단하고 진료 등을 통해서 얻는 환자의 건강상태 등에 관한 정보를 말하는데, 여기에는 의사뿐만 아니라 의료종사자가 작성한 간호기록, 처방전, 검사기록 등을 모두 포함하는 넓은 개념으로 이해된다.³¹⁾ 의료정보는 그 특성상 수많은 민감정보를 포함하고 있기 때문에, 의료법 제21조에서도 원칙적으로 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자는 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주지 못하도록 규정하고 있다. 또한 의료기관 상호간 제공 등 예외적인 경우에 진료기록을 송부 또는 전송하기 위해 개발된 전자의무기록시스템에 대해서도 표준, 전자의무기록 시스템 간 호환성, 정보 보안 등에 대하여 엄격하게 규율하고 있다(의료법 제23조의2).

만약 병원에서 전자적 전송에 따라 환자의 의료정보를 보험회사에 직접 제공하거나 전문중계기관에 제공하게 된다면 그 과정에서 환자의 의료정보 유출 우려가 커지고, 정보 유출시 그 책임 소재 관련 논란이 제기되는데, 이에 대한 면밀한 검토가 수행되어야 할 것으로 보인다. 더욱이 실손의료보험금 청구를 위해 제출되는 진료비 세부산정내역 등에는 환자의 진료 관련 내역이 포함되어 있다는 점을 고려할 때 환자의 건강에 관한 민감정보가 포함될 가능성이 높은 서류가 전자적 전송의 대상이 됨에 따라 전송 과정에서 유출의 위험이 많고, 유출시 요양기관, 중계기관, 보험회사 간 그 책임소재를 놓고 분쟁이 발생할 가능성이 있을 것이다.

그 동안 수작업으로 해왔던 의료정보 제공업무를 앞으로 전자적 방식으로 수행하게 된다면 병원이나 환자가 생각한 것보다 더 많은 의료정보가 보험회사나 전문중계기관에 제공될 수 있고, 이 과정에서 대형 정보유출 사고가 발생할 위험성이 있다. 의사가 환자를 진료하다보면 환자의 진료정보 외에도 사생활과 관련된 민감한 정보도 진료기록에 기재되기도 하는데, 만약 환자의 진료정보 전체를 보험회사나 중계기관에 제공하게 된다면 환자의 사생활이 부당하게 유출되는 결과가 발생할 것이다. 따라서 환자의 의료기록과 관계 없는 정보에 대해서는 병원이 제공하지 못하도록 하거나 실수로 이를 제공받은 보험회사나 중계기관에서 즉시 폐기하는 절차를 마련하는 등 의료정보의 보호와 유출 방지를 위한 구체적인 방안을 마련할 필요가 있다.

4) 병원의 과도한 행정부담

보험업법 개정안에 의하면 환자가 병원에 요청하면 병원은 실손의료보험금 청구와 관련된 의료정보를 직접 보험회사에 제공해 주어야 한다. 그리고 전문중계기관 또한 보험회사로부터 위탁받은 업무를 수행하기 위하여 보험회사 및 요양기관에 대하여 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이러한 업무 프로세스와 관련하여 병원의 행정업무가 늘어나는 것이 아닌가 하는 일각의 우려가 제기되고 있다. 현재 실손의료보험 청구시 입원확인서와 진단서는 유료로 발급받고, 나머지 서류들은 무료로 발급을 할 수 있는데, 이러한 업무

31) 전영주, “의료정보 유출의 문제점과 의료정보보호”, 『한국컴퓨터정보학회논문지』 17권 2호, 한국컴퓨터정보학회, 2012.12., 252면.

들은 병원 원무과 직원들이 수기로 진행하고 있다. 아직 속단할 수는 없지만, 법이 개정되면서 앞으로 전자적 전송이 가능해 진다면 병원의 직원들이 직접 환자와 대면하지 않아도 될 것이다. 그리고 환자나 전문중계기관에서 온라인이나 모바일 등의 방법으로 정보제공 요청을 해오면 전산시스템에 의해 자동으로 서류가 전송될 것이기 때문에 결과적으로 환자와의 대면접촉 및 상담, 신청서 접수, 서류 발급 등의 행정업무가 사라질 것이므로 오히려 의료기관의 행정부담은 감소될 것으로 예상된다.

5) 비급여항목에 대한 심사 강화로 인한 병원의 수입감소

보험회사의 위탁에 따라 보험금 청구를 위한 전산시스템 구축·운영 사무를 수행하는 전문중계기관으로 건강보험심사평가원이 지정될 경우에는 비급여 진료비 표준화로 인하여 병원들의 수입 감소가 우려된다는 문제가 제기되고 있다.³²⁾ 현재 발의된 보험업법 개정안에는 비급여 진료비 표준화에 대한 내용이 존재하지 않는다. 즉 보험업법 개정안에 의하면 건강보험심사평가원은 실손의료보험금 청구서류에 대한 단순 중계역할을 할뿐 보험금 청구에 대한 심사역할을 하는 것은 아니다.

다만, 2019년 기준 실손의료보험의 손해율이 130% 수준으로 상승하면서 실손보험에 대한 효율적 관리 필요성이 제기되고 있다. 국민건강보험의 급여항목과 달리 비급여항목은 건강보험심사평가원과 같은 의료행위의 적정성에 대한 공적 통제 장치가 존재하지 않는다. 의료법에 따른 비급여 진료비용 고지제도(법 제45조), 비급여 진료비용 등의 현황조사(법 제45조의2), 진료비 확인청구제도 등 비급여항목에 대하여 통제하는 장치가 있으나, 이러한 제도들은 비급여항목에 대한 공적 심사기능을 수행하지 못한다.

보험회사에서 보험금 심사라는 내부 조사절차에 따라 보험금의 지급 여부와 적정한 수준의 보험금이 산출되지만, 의료행위에 대한 전문지식이 없는 보험회사에서 의료행위의 적정성을 판단하기는 매우 어려운 일이며, 현행 의료법상 의료행위에 대하여 심사할 권한도 없다. 그렇다면 비급여항목으로 지출하는 의료비용은 공적 통제 없이 보험회사의 심사절차에 의존하는 것이 바람직한가? 전혀 그렇지 않다. 의료서비스는 공공재의 성격이 강하고, 적절한 시장기능이 작동되기 어려운 특수성이 있다.³³⁾ 이와 관련하여 보험료 차등제 도입, 상품구조 개선, 계약전환제도 인센티브 강화 등 여러 개선방안들이 나오고 있지만, 무엇보다 비급여 심사체계를 구축하여 소위 실손의료보험 전문심사기관으로서의 역할을 수행 한다면 과다하게 지출되는 의료비를 통제하고 누수되는 실손의료보험금을 적절하게 관리할 수 있을 것이다.³⁴⁾ 비급여항목에 대한 심사체계를 구축하는 방안으로 민간심사평가원을 설립하는 방안, 보험회사와 의료기관이 네트워크를 구축하는 방안, 건강보험심사평가원을 활용하는 방안 등이 제시되고 있다.

32) 최재성, 앞의 자료, 25면.

33) 이희정, “의료복지와 국가의 역할”, 제1회 HeLP 헬 스케어 콜로키엄 자료집, 고려대학교 법학연구원 보건의료법정책연구센터, 2016, 6~7면.

34) 보험연구원, 앞의 정책세미나 자료, 23면.

생각건대, 민간심사평가원을 새로 설립할 경우 엄청난 비용 발생이 예상되고, 의료비용 심사에 대한 경험 이 없는 신규기관이 심사과정에서 수많은 시행착오와 혼선을 야기할 것이다. 보험회사와 의료기관이 네트워크를 구축하는 방안에 대해서는 보험사와 의료기관 간에 담합이 발생하여 의료비와 보험료가 동시에 증가될 위험이 있고, 보험금 심사를 민간 영리사업자들의 자율에 맡기는 것은 의료서비스의 공공성과도 배치된다. 따라서 우리나라 보건의료체계의 현실, 전문성, 경제성, 효율성 등을 고려할 때 건강보험심사평가원에서 전문적인 심사인력과 시스템으로 비급여항목을 심사하는 방안이 가장 적절하다.³⁵⁾ 자동차손해배상보장법에서는 자동차보험진료수가의 심사·조정업무 등을 대통령령으로 정하는 전문심사기관인 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있도록 규정하고 있는데,³⁶⁾ 이를 참고로 하여 보험업법 및 동법 시행령 개정시 건강보험심사평가원을 비급여항목 심사기관으로 지정하는 것을 고려해 볼만 하다. 그러나 건강보험심사평가원은 그 본질상 민영보험회사의 심사기관으로 적절하지 않다는 주장도 의료계를 중심으로 제기되고 있는 만큼,³⁷⁾ 보건복지부, 의사협회, 금융감독원, 보험협회 등 관련 기관들과 심도 있는 논의를 하고 합의를 거쳐 결정하여야 할 것이다.

IV. 결론

최근 보험업법 개정안에 대해서는 일응 긍정적으로 보는 시각이 더 우세한 것으로 보인다. 실손의료보험 가입자의 권익증진이라는 큰 틀을 놓고 봤을 때, 이번 개정안에 적극 찬성한다. 특히 전 국민의 3분의2가 가입하고 있고, 제2의 건강보험으로 불리는 실손의료보험의 가입자들의 입장에서 본다면 보험금 청구절차가 간소화되는 것에 대해서 반대하는 사람은 거의 없을 것으로 생각된다. 그러나 의료계를 중심으로 부정적인 입장도 존재한다. 실손의료보험 청구 간소화를 실현하는데 있어 의료계의 협조가 절대적이라는 점을 감안했을 때, 이러한 반대의견을 무시하고 법 개정을 강행하는 것은 옳지 않다고 본다. 특히 요양기관이 민영보험회사의 이익을 위하여 의료정보를 제공하도록 강제하는 것과 관련하여 여러 가지 측면에서 병원에게 부담이 되고, 부당하다는 반대의견을 주목할 필요가 있고, 여기에 대한 개선책 마련이 필요할 것으로 보인다. 또한 환자의 의료정보 유출과 관련한 우려사항에 대해서도 앞으로 더욱 심도 있게 검토하고 강력한 보안대책을 수립하여야 할 것이다. 그 외에도 서류 발급비용 문제, 전문중계기관 지정, 건강보험심사평가원의 비급여항목에 대한 심사 강화 등은 병원의 이해관계에 중대한 영향이 있는 민감한 사항들이기 때문에 보완책을

35) 동지: 명순규, “실손의료보험과 비급여 의료비 심사제도 도입의 필요성”, 「경영법률」 제27권 1호, 한국경영법률학회. 2016, 321면; 박세민, “국민건강보험의 보장률 제고를 위한 비급여 의료비 관리 개선 방향에 대한 연구”, 「보험학회지」 114집, 한국보험학회, 2018.4., 23면.

36) 자동차손해배상보장법 제12조의2 및 동법 시행령 제11조의2.

37) 서인석, “자동차보험의 심평원 위탁심사를 통해 살펴본 실손보험심사 심평원 이관의 문제점”, 「의료정책포럼」 제13권 제1호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2015, 80~81면.

마련할 필요가 있다.

그러나 실손의료보험 청구절차 간소화 문제는 의료계와 보험회사의 득실의 관점에서만 바라보는 것은 바람직하지 않다. 이 문제는 보험소비자의 이익을 최우선으로 하여 검토해야 할 필요가 있다. 그러한 관점에서 바라본다면 실손의료보험 청구절차 간소화는 시급히 실현되어야 한다. 실손의료보험금 청구절차의 개선은 병원이나 보험회사에 부당하게 비용을 전가하는 개념으로 바라볼 것이 아니라 보험소비자가 마땅히 누려야 하는 권리를 용이하게 행사할 수 있게 도와주는 개념으로 이해할 필요가 있다. 이는 보험소비자로 하여금 권리행사를 남용하게 하려는 것이 아니고, 보험금 청구절차를 단지 쉽고 간단하게 개선하려는 것이다. 따라서 실손의료보험 청구 간소화는 보험계약과 의료서비스의 주체인 보험소비자를 중심으로 놓고 생각해 봤을 때, 반드시 실현되어야 한다. 다만, 보험업법을 급하게 개정하기 보다는 그 전에 의료계와 충분한 사전 협의를 거쳐 신중하게 검토를 하고 미진한 부분은 보완·개선할 필요가 있다.

[투고일] 2020. 07. 26

[심사시작일] 2020. 07. 30

[게재확정일] 2020. 08. 31

| 참고문헌 |

〈논문 및 서적〉

- 김대환·오영수, “건강보험심사평가원을 활용한 실손의료보험의 보험금 관리방안”, 「리스크관리연구」 제27권 제1호, 한국리스크관리학회, 2016.3.
- 명순구, “실손의료보험과 비급여 의료비 심사제도 도입의 필요성”, 「경영법률」 제27권 1호, 한국경영법률학회, 2016.
- 박나영, “실손의료보험 청구간소화를 위한 소비자가입실태 및 요구 분석”, 금융소비자연맹, 2019.
- 박세민, “국민건강보험의 보장률 제고를 위한 비급여 의료비 관리 개선 방향에 대한 연구”, 「보험학회지」 114집, 한국보험학회, 2018.4.
- 서인석, “자동차보험의 심평원 위탁심사를 통해 살펴본 실손보험심사 심평원 이관의 문제점”, 「의료정책포럼」 제13권 제1호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2015.
- 이경학·강민수·이재열, “온라인 기반 원스톱 실손의료보험료 청구에 관한 연구”, 「디지털융복합연구」 제14권 제4호, 한국디지털정책학회, 2016.
- 이희정, “의료복지와 국가의 역할”, 제1회 HeLP 헬 스케어 콜로키엄 자료집, 고려대학교 법학연구원 보건 의료법정책연구센터, 2016.
- 전영주, “의료정보 유출의 문제점과 의료정보보호”, 「한국컴퓨터정보학회논문지」 17권 2호, 한국컴퓨터정보학회, 2012.12.
- 정희근, “실손의료보험 보상실무에 관한 연구 : 금융분쟁조정결정 및 판례를 중심으로”, 국민대학교 석사 학위논문, 2018.
- 조재린·정성희, “계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선방안”, 보험연구원 연구보고서, 2018.
- 최재성, “실손보험 청구간소화 소비자 니즈 및 의료기관 평가분석”, 녹색소비자연대전국협의회, 2019.
- 한창희, 「보험법」 제3개정판, 국민대학교출판부, 2017.

〈기타〉

국회 정무위원회, 보험업법 일부개정안 검토보고, 2019.3.

금융감독원 보도자료, “보험계약 관련 소비자 편의 제고방안”, 2013.11.29.

금융감독원 보도자료, “보험소비자 편의성 제고를 위한 보험금 청구절차 간소화 방안”, 2016.11.4.

보건복지부·금융위원회·금융감독원 보도자료, “실손의료보험제도 개선방안”, 2016.12.20.

보험연구원 정책세미나 자료집, “실손의료보험제도 현황과 개선방안”, 2019.9.5.

보험연구원, “2018년 보험소비자 설문조사 설명자료”, 2018.10.17.

보험연구원 보도자료, “보험연구원, 「인슈어테크와 실손의료보험 청구간소화」 정책토론회 개최”,
2019.10.25.

| Abstract |

**A Study on the improvement of insurance claims system
for private health insurance:
Focused on the revision of the Insurance Business Act**

Jun, handeok

The fundamental reason why insurance consumers do not claim insurance money even after purchasing private health insurance is because the claim process is too difficult and complicated. Therefore, if the claim process for private health insurance would be simplified, the claim for private health insurance will be actively made. Despite much effort, the main reason for the failure to simplify the claims process for private health insurance was the conflict with existing Medical Law and strong opposition from stakeholders, including the medical community. However the issue of simplifying the claim process for private health insurance needs to be considered with the interest of insurance consumers. If the claims process for private health insurance would be simplified, the claims ratio will increase, which could greatly contribute to reducing the burden of medical expenses for insurance consumers. It is only natural for insurance consumers to pay a legitimate premium and receive a legitimate insurance payment from insurance companies in the event of an insurance accident. It is undesirable for these rights to be obstructed or virtually violated by the complexity of the claims process, given the social role and function of insurance. In this thesis, I will deal with the current status of private health insurance and the simplification of insurance claim procedures. In particular, I will analyze the main contents of amendments to the Insurance Business Law, which was recently submitted to the 21th National Assembly, and present problems and improvement measures.

Key words: *Insurance Business Act, Private health insurance, Medical information, Health Insurance Review and Assessment Service, Non-paid items*

Jun, handeok | Professor of JeonJu University, Ph.D. in Law

