

실손의료보험 청구절차 개선을 위한 법적 과제

전한덕*

- I. 서론
- II. 실손의료보험제도 및 보험금 청구 절차
- III. 보험업법 개정안 검토 및 제언
- IV. 결론

국문초록

실손의료보험 간소화를 내용으로 하는 보험업법 개정안이 국회에서 전향적으로 논의되고 있다. 그런데 의료정보 전송을 대행할 전문중계기관 선정, 민감한 의료정보에 대한 보호와 관리 문제 등과 관련하여 앞으로 해결해야 할 과제가 많다. 전문중계기관을 어디로 지정할 것인지와 관련하여 건강보험심사평가원, 보험개발원, 보험협회 등 다양한 후보 기관이 거론되고 있고, 심지어 중계기관은 전혀 필요 없다는 의견도 있다. 실손의료보험 청구 간소화 및 이를 실현하기 위한 도구인 중계기관 선정은 국민들의 편의성 증진과 이익을 고려하여 결정하는 것이 바람직하다. 건강보험심사평가원은 이미 공적인 영역에서 유사한 업무를 오랫동안 수행해 온 기관이고, 관련 전산시스템도 이미 구축되어 있다. 무엇보다 요양기관의 과잉 의료행위에 대하여 실질적인 통제를 할 수 있기 때문에 전문중계기관으로 가장 적합하다고 볼 수 있다. 실손의료보험 간소화 서비스가 도입되면 민감한 의료정보에 대해서 각별한 관리가 요구된다. 중계기관이 수집한 의료정보는 보험회사에 전송 후 바로 폐기되어야 하고, 보험회사에서도 제공받은 의료정보를 목적에 활용한 이후에는 특별한 사유 없는 한 폐기하는 것이 바람직하다. 정보유출이나 오남용 행위에 대해서는 엄벌에 처하도록 제재를 강화해야 한다.

- 핵심어 실손의료보험, 보험업법 개정안, 보험금 청구 간소화, 요양기관, 전문중계기관

* 전주대학교 금융보험학과 부교수, 법학박사.

I. 서론

실손의료보험은 보험가입자가 질병 또는 상해로 병원에서 치료를 받은 경우 보험회사가 피보험자(손해보험의 경우) 또는 보험수익자(생명보험의 경우)에게 실제 발생한 의료비를 보상해 주는 보험상품이다. 즉 실손의료보험은 피보험자가 부담한 의료비 중 일정 금액을 보상하는 보험상품이다. 실손의료보험은 국민건강보험으로 보장되지 않는 비급여 부분에 대하여 보완해 줌으로써 제2의 국민건강보험이라 불리기도 한다. 국민들은 국민건강보험 및 민영 보험회사에서 판매하는 실손의료보험에 가입함으로써 거의 대부분의 의료비에 대해서 보상을 받게 됨으로써 헌법에 보장된 건강권을 온전히 보장받을 수 있다.

실손의료보험은 그 동안 비약적인 성장을 하여 왔다. 그 결과 2022년 말 기준 보유계약은 3, 565만 건이고, 보험료수익은 13.2조 원에 달한다.¹⁾ 실손의료보험은 병원을 방문한 환자가 국민건강보험에서 부담하는 비용을 제외한 나머지 급여부분을 부담하고, 해당 요양기관에서 영수증, 진단서 등 보험금 청구에 필요한 증빙서류를 발급받아서 보험회사에 청구를 해야 보험금이 지급되는 방식으로 운영되고 있다. 보험금 중 대부분이 소액인 경우가 많은데도 일률적으로 피보험자 또는 보험수익자가 보험회사를 상대로 직접 서면으로 청구하도록 되어 있다. 이러한 보험금 청구절차의 복잡성으로 인하여 보험금 청구를 포기하는 사례가 빈번히 발생하게 된다.²⁾ 또한 요양기관은 각종 보험금 청구와 관련된 증빙서류 발급 업무로 인해 행정력을 과도하게 소모하고 있고, 보험회사도 보험금 청구서류와 각종 증빙서류를 서면으로 받아서 직원이 직접 수작업으로 처리하기 때문에 많은 불편과 비효율이 발생하고 있다.

최근 실손의료보험 청구 간소화를 내용으로 하는 보험업법 개정안이 국회 정무위원회를 통과하는 등 매우 전향적으로 논의되고 있다.³⁾ 앞으로 법 개정안은 국회 법제사법위원회에서 논의를 거쳐 통과하게 되면 본회의 표결에 부쳐지게 된다. 이처럼 국회에서는 과거 어느 때보다 실손의료보험 청구 간소화와 관련한 법 개정 작업을 적극적으로 진행하고 있다. 이는 그 동안 국민들이 실손의료보험제도에 대하여 가졌던 피로감과 불편했던 감정들

1) 금융감독원 보도자료, “2022년 실손의료보험 사업실적”, 2023.4.19., 2면.

2) 금융위원회와 보건복지부가 2018년 12월 한국갤럽을 통해 조사한 결과에 따르면 실손의료보험금 미청구한 비율은 47.5%로 나타났다. 금액별로 보면 1~5만원 45.9%, 1만원 이하 24.4%, 5~10만원 16.6%다. 보험금 미청구 사유로는 ‘금액이 적어서’(73.3%), ‘병원 방문이 귀찮고 시간이 없어서’(44.0%) 등으로 조사됐다.

3) 국회 의안정보시스템에서 확인하였음(2023.6.20. 방문).

이 적극적으로 표출되어 반영된 결과라고 할 수 있다.

보험업법 개정안에 의하면 피보험자가 실손의료보험 가입자임을 통지하면서 요양기관에 보험금 청구에 필요한 각종 증빙서류를 요청하면 요양기관은 증빙서류를 전문중계기관에 제출하고 중계기관은 증빙서류를 확인 후 해당 보험회사로 전송하게 된다. 이 경우 보험 가입자는 요양기관에 직접 방문하지 않더라도 보험금을 간편하게 청구할 수 있게 된다. 그 결과 보험금을 청구하지 않는 사례가 현저히 줄어들 것이고, 가입자들이 실손의료보험을 비롯한 여타의 민영 보험상품에 대하여 긍정적인 생각을 가지게 될 것이다. 또한 요양기관이나 보험회사는 각종 서류와 관련한 과도한 행정력 낭비로부터 자유로워질 수 있을 것이다.⁴⁾

본 논문에서는 현행 실손의료보험제도의 현황과 문제점을 살펴보고, 현재 국회에서 논의되고 있는 실손의료보험 청구 간소화와 관련한 보험업법 개정안에 대해서 그 동안 유사한 여러 다양한 보험업법 개정안⁵⁾과 비교해서 검토하고, 필자가 생각하는 가장 이상적인 개선방안을 제안해 보고자 한다.

II. 실손의료보험제도 및 보험금 청구 절차

1. 실손의료보험의 개념 및 발전

(1) 개념

실손의료보험이란 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해에 대하여 실제 지출한 의료비를 보상해 주는 보험상품이다. 실손의료보험에 대한 법적 정의는 보험업법상 중복계약 체결 확인 의무에서 규정하고 있다. 즉 보험업법 제95조의5(중복계약 체결 확인 의무)에서는 대통령령으로 정하는 보험계약을 모집함에 있어서는 보험회사는 중복계약 체결 확인 의무를 준수하여야 하는데, 여기서 대통령령으로 정하는 보험계약이라 함은 실제 부담한 의료비만 지급하는 제3보험상품계약인 실손의료보험계약과 실제 부담한 손해액만을 지급하는 것으로서 금융감독원장이 정하는 기타손해보험계약을 말한다(보험업법 시

4) 보험연구원 보도자료, “보험연구원, 『인슈어테크와 실손의료보험 청구간소화』 정책토론회 개최”, 2019.10.25., 3면.

5) 21대 국회에서 실손의료보험 청구 간소화를 내용으로 하는 보험업법 개정안이 총 6건이 발의되었다.

행령 제42조의5 제1항). 실손의료보험은 보험업법상 제3보험 상품에 포함되고, 6) 그 결과 생명보험회사나 손해보험회사 모두 실손의료보험상품을 판매할 수 있다(보험업법 제4조 제3항).

실손의료보험은 공보험인 국민건강보험과 보장범위가 연계되어 건강보험으로 보장되지 않는 본인부담 부분과 비급여 부분을 보장해 주는 일종의 ‘보충형 건강보험상품’이다.7) 이에 반하여 국민건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시하는 공보험이다(국민건강보험법 제1조). 환자(실손의료보험의 피보험자)의 병원비는 급여와 비급여항목으로 구성되는데, 급여항목은 공단부담금과 본인부담금으로 구성되어 있고, 나머지는 비급여항목이다. 즉 환자가 병원에 지급하는 금액은 급여항목의 본인부담금과 비급여항목인데, 실손의료보험은 이 금액을 보상해주는 보험이다. 다만, 실손의료보험은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중, 본인부담금과 비급여를 더한 금액에서 약관에서 정한 자기부담금을 공제한 금액을 보장해주며, 약관에서 보상하지 않는 사항은 보장되지 않는다.

〈표 1〉 건강보험과 실손의료보험의 보상 영역

국민건강보험법상 요양급여		비급여(c)
건강보험공단 부담(A)	본인부담(B)	

* 국민건강보험공단 부담분: (A), 민영 보험회사 실손의료비 보장부분: [(B) + (C)] 중에서 일부 금액

(2) 발전과정

실손의료보험은 1963년 손해보험사가 ‘실손 보상 상해보험’을 국내에서 처음 도입한 이후 1970년대 손해보험회사를 중심으로 단체건강보험 및 특약 형태의 질병보험을 판매되었다. 1999년에는 상해·질병으로 인한 의료비 중에서 본인 부담 부분인 비급여를 보상하는 형태의 보험이 출현하였다. 그리고 2003년 8월 보험업법 개정을 통해 실손의료보험을 제3보험으로 분류하여 손해보험회사와 생명보험회사 모두 실손의료보험을 판매할 수 있게 되었다.

- 6) 제3보험 상품이란 “위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약을 말한다(보험업법 제2조 제1호 다.목).” 여기에는 상해보험계약, 질병보험계약, 간병보험계약이 있다(보험업법 시행령 제1조의2 제4항).
- 7) 금융감독원, “실손의료보험 제도 개선 방안”, 2016.12.20., 2면.

2009년 7월 22일 보험업감독규정 개정으로 실손의료보험에 자기부담금 제도가 도입되었으며 2009년 9월에는 실손의료보험의 보장부분을 표준화하였다. 2016년 12월 금융위원회와 보건복지부, 금융감독원은 실손보험제도 개선방안을 발표했는데, 이에 따르면 2017년 4월부터 실손보험은 기본형과 특약형으로 구분된다. 즉 이때부터 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료, 비급여 주사제, 비급여 MRI 검사 등 5가지 항목에 대하여 보험료를 추가로 납부하고 보장받을 수 있도록 특약형으로 분리했다.

실손의료보험은 2003년 10월부터 2009년 10월까지 판매된 1세대 실손의료보험으로 시작해서 2세대(2019년 10월 ~ 2017년 3월), 3세대(2017년 4월 ~ 2021년 6월), 4세대 실손의료보험으로 그 동안 많은 변화를 거쳐왔다.⁸⁾ 2021년 7월부터 판매되고 있는 4세대 실손의료보험은 상품구조를 급여(주계약)와 비급여(특약)로 분리하고, 급여항목은 보장을 확대한 반면, 특약사항인 비급여항목에 대해서는 의료이용에 따라 보험료가 할인·할증되도록 구성하였다. 의료이용이 많을 경우 자기부담비율도 상향 조정되었다(급여: 10%에서 20%로, 비급여: 20%에서 30%로 각각 상향).⁹⁾

2. 실손의료보험과 타 보험의 비교

(1) 실손의료보험과 국민건강보험

실손의료보험과 국민건강보험은 환자의 의료비 부담을 경감시켜 준다는 측면에서 공통점이 있지만 국민건강보험은 국가가 운영하고 전 국민을 대상으로 의무가입 하도록 규정되어 있는 반면, 실손의료보험은 보험사가 운영하고 소비자가 자유롭게 선택하여 가입할 수 있는 측면에서 차이점이 있다. 세부적인 차이점은 아래 표와 같다.

〈표 2〉 국민건강보험과 실손의료보험의 비교

구분	국민건강보험	실손의료보험
관련 법규	국민건강보험법	보험업법
운영 주체	국가(국민건강보험공단)	민영 보험사

8) 실손의료보험의 발전과정에 관하여 구체적인 내용은 “정원석 외 2인, “실손의료보험의 본인부담금 상한액 초과금 면책사항에 관한 연구”, 『홍익법학』 제23권 제3호, 홍익대학교 법학연구소, 2022, 315-316면” 참조.

9) 금융위원회·금융감독원 보도자료, “7.1일부터 제4세대 실손의료보험이 출시됩니다.”, 2021.6.30., 1면.

의무가입 여부	의무가입	임의가입
보상 방법	국민건강보험법 등에서 정한 금액을 국가가 보장	국민건강보험에서 보장하지 않는 의료비를 대상으로 보험사가 보상
보험료 산정방법	소득수준과 재산규모에 따라 보험료를 차등 부과	과거 위험발생을 토대로 대수의 법칙에 따라 보험료 산출
보장범위	질병, 부상, 출산, 예방, 재활 등	본인부담금 중 일부 보상
보장대상 질병	모든질병 (단, 국민건강보험법상의 비급여대상은 제외)	국민건강보험법상의 비급여 대상 및 보험 약관에서 보장하지 아니하는 질병을 제외한 질병

* 자료: 국민건강보험공단 홈페이지

(2) 실손의료보험과 정액형 보험

실손의료보험은 의료기관의 입통원 시 약관이 정하는 한도 내에서 본인이 지출한 의료비를 지급하는 보험이지만 정액형 보험은 본인이 지출한 의료비와 상관없이 보험사고 발생 시 계약 당시에 보상하기로 한 약정한 금액을 지급하는 보험이다. 우리나라 공적 건강보험은 1977년 직장가입자를 대상으로 처음 도입된 이후, 12년 만인 1989년부터 전 국민 의료보장을 달성하였다. 하지만 여전히 낮은 보장성으로 인해 실질적 의료비 부담은 지속되고 있으며, 이에 따라 공적 건강보험 제도를 보완하는 민영 건강보험제도가 도입 및 확대되어 왔다. 1970년대 후반부터 시작된 민영 건강보험제도는 소득 손실을 보전하고 건강보험의 공백을 보완하는 목적의 ‘정액형 민간의료보험’과 가입자가 실제 부담한 의료비 혹은 상실 소득에 근거하여 지급하는 ‘실손형 민간의료보험’으로 구분된다. 두 보험상품의 세부적인 차이는 아래 표와 같이 정리할 수 있다.

〈표 3〉 실손의료보험과 정액형 보험상품의 비교

구분	실손의료보험	정액형 보험
보험목적	실제 발생한 손해 (금액으로 측정가능)	질병, 재해 등 (금액으로 측정 부적절)
보상금액	보험가입금액 한도 내에서 실제 부담한 금액	계약 시 약정된 금액
보상범위	포괄주의	열거주의

	(보상하지 않은 항목 열거)	(보상하는 항목 열거)
다수계약 가입 시 처리	각 계약의 지금액 합이 실제로 부담한 금액을 초과하지 않도록 비례보상	중복에 관계없이 각 계약의 사전 약정금액을 보상

3. 보장범위

실손의료보험은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여와 비급여의 합계액에서 자기부담금을 공제한 금액을 보장한다. 급여항목은 국민건강보험에서 보장하는 진료비 항목으로 국민건강보험공단이 보장하는 부분(건강보험공단 부담금)과 본인이 직접 부담해야 하는 부분(본인 부담금)으로 구성되고, 비급여항목은 국민건강보험에서 보상하지 않는 법정 비급여항목으로 상급병실료 차액, 선택진료비, MRI 촬영비, 초음파 등이 여기에 해당된다. 현재 시판되고 있는 4세대 실손의료보험상품의 급여항목인 주계약과 비급여항목인 특약에 모두 가입할 경우, 보장범위는 이전 3세대 실손의료보험과 동일하게 대다수의 질병·상해 치료비를 보장받을 수 있다. 즉, 질병·상해로 인한 입원과 통원의 연간 보장한도는 1억 원 수준(급여 5천만 원, 비급여 5천만 원)이다. 다만, 4세대 실손의료보험이 3세대와 보장내용에서 다른 점은 급여항목의 경우 습관성 유산, 불임, 인공수정 관련 합병증 등 불임관련 질환, 선천성 뇌질환 등에 대해 보장이 확대되었고, 보험사기로 인한 보험금 누수가 많이 발생되고 있는 도수치료, 영양제 등의 일부 비급여항목에 대해서는 보장이 제한되었다는 점이다. 이해하기 쉽게 정리하면 아래 표와 같다.

〈표 4〉 4세대 실손의료보험 보장내용 변경 사항

구분	4세대 실손의료보험 보장범위	
보장확대 (급여)	불임관련 질환	보험가입일 2년 후부터 급여항목 보장(전액본인부담금 제외)
	선천성 뇌질환	태아일 때 가입된 경우 급여항목 보장
	피부질환	심한 농양 발생 등으로 급여로 인정된 부분 보장
보장축소 (비급여)	도수치료	10회시마다 병적완화 효과 등 확인 시 연간 최대 50회 보장
	영양제, 비타민	약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항에 따라 투여된 경우 보장

* 자료: 금융감독원 보도자료 내용 편집

4. 보험금 청구절차

현행 제도 하에서 보험가입자가 실손의료보험금을 청구하기 위해서는 총 6단계의 과정을 거쳐야 한다. 즉 보험가입자는 요양기관을 방문하여 병원비를 수납하고(1단계), 보험회사에 연락을 취해서 필요한 서류를 확인하고(2단계), 요양기관에 필요한 서류를 신청한다(3단계). 그 후 보험가입자는 병원을 방문하여 필요한 서류를 유료로 발급받아 수령한다(4단계). 보험가입자는 보험회사에 보험금 청구신청을 하고(5단계), 보험회사에서 요구하는 서류를 제출함으로써(6단계) 보험금 신청이 완료된다.

현행 제도상에서 보험가입자가 보험금을 청구하려면 병원에서 의료비를 지급한 뒤 진료비 계산서 영수증, 진단서, 진료비 세부내역서 등의 서류를 유료로 발급받아야 한다. 그 다음으로는 보험회사에 서류를 전송하는데, 전송방법으로는 보험회사 앱이나 이메일, 팩스 등이 활용된다. 일부 보험회사의 경우, 병원과 개별 계약을 체결하여 병원에 비치된 단말기나 앱을 통해 증빙 서류를 바로 전송(온라인 기반 원스톱 청구)¹⁰⁾할 수도 있다.

5. 보험금 청구 절차상의 문제점

실손의료보험은 2020년 말 기준 약 3, 900만 명(전체 인구의 약 75%)이 가입하고 있으나, 보험금 청구의 불편함으로 인하여 최근 3년간 실손의료보험금을 청구하지 않은 금액은 약 7, 400억 원으로 추정되고 있다.¹¹⁾ 이는 의료비 발생 시 환자가 여전히 의료기관에서 직접 청구 서류를 발급받아 제출하는 과정에서 많은 불편과 어려움이 있기에 발생하는 문제라고 볼 수 있다.¹²⁾ 앞서 설명한 바와 같이 환자(피보험자)가 실손의료보험금을 청구하기 위해서는 의료기관을 방문해서 관련 증빙서류 발급받고, 이를 보험설계사나 팩스, 직접

10) 온라인 이용자는 요양병원의 OCS/EMR을 연동하여 보험회사에 온라인상에서 원스톱으로 증명서를 제공하게 된다. 의료기록지에 대한 위·변조를 방지하기 위하여 2D 바코드, 기관인증서 정보 복사방지 등을 처리하고 있다. 의료기록지를 보험회사로 전송할 경우 공인전자메일(#-mail)을 통해 안전하게 증명서를 전송한다. 전송된 증명서는 보험회사에서 보안과 위·변조 여부를 검증한 후 보험금 청구 접수가 종결된다(이경학·강민수·이재열, “온라인 기반 원스톱 실손의료보험료 청구에 관한 연구”, 『디지털융복합연구』 제14권 제4호, 한국디지털정책학회, 2016. 4., 234-235면).

11) 2022년 9월 국회 정부위원회 소속 윤창현 국민의 힘 의원이 건강보험공단의 본인부담금 통계와 보험사의 실손보험 가입 현황, 보험금 청구내역 등을 조사한 결과에 의함. 조사 결과에 따르면 2020년 부터 2022년까지 실손의료보험금 지급 가능액은 37조5700억 원인데 실제 지급된 보험금은 36조8300억 원으로 7410억 원이 미지급되었다.

12) 조용운·김동겸, “실손의료보험금 미청구 실태 및 대책”, 『KiRI 고령화 리뷰』 26호, 보험연구원, 2018.10., 3면.

방문, 간편 청구 앱 등을 통해 보험회사에 제출하여야 한다. 실손의료보험금이 대부분 소액인 점을 감안하였을 때, 환자가 복잡한 보험금 청구과정을 감수하는 그리 쉬운 일이 아니다.

현행 제도 하에서 병원이나 보험회사의 경우에도 보험금 청구 및 지급에 많은 자원과 시간을 투입하여야 한다. 즉 보험회사의 보험금 청구, 지급 업무는 다량으로 발생하고 있음에도 보험금 청구 전산화가 되어 있지 않기 때문에 요양기관, 보험회사 모두에게 큰 부담으로 작용할 수밖에 없다. 실손의료보험은 보험금 청구 건수도 가입자 수에 비례하여 매년 수천만 건에 이르는데, 보험금 청구에 필요한 증빙서류를 의료기관에서 종이로 발급 받아 보험회사에 제출하는 과정에서 많은 비용이 발생하고, 행정력 낭비 및 환경오염 등 다양한 문제를 발생시킨다.¹³⁾

온라인 기반의 보험금 청구 절차인 '원스톱 청구제도'가 일부 병원에서 시행되고 있지만,¹⁴⁾ 보험회사는 이에 따른 전산망을 독자적으로 구축해야 하고, 다수의 민간 사업자가 중계기관의 역할을 함으로 인하여 여러 가지 문제가 발생할 수 있는 등 근본적인 한계가 있다.¹⁵⁾

III. 보험업법 개정안 검토 및 제언

1. 보험업법 개정안 소개

(1) 전재수 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안(2020.7.17., 의안번호: 2141)

전재수 의원 외 9명이 발의한 보험업법 일부 개정 법률안에서는 ① 보험회사로 하여금 실손의료보험금 청구를 위한 전산시스템 구축·운영하여야 하고, ② 이러한 업무를 시행령으로 정하는 전문중계기관에게 위탁할 수 있도록 하고, ③ 전문중계기관이 위탁업무 수

13) 전한덕, “실손의료보험 청구체계 개선방안에 관한 연구 - 보험업법 개정안을 중심으로”, 『소비자문 제연구』 제51권 제2호, 한국소비자원, 2020. 8., 99면.

14) 예컨대, KB손해보험의 경우 연세세브란스병원과 제휴하여 스마트폰 애플리케이션을 통해서도 보험금 청구가 가능하다. 그러나 전국 약 9만7000여개의 요양기관 중 보험금 청구 전산화에 참여한 의료기관은 주요 대학병원 등 일부에 국한되며, 실손보험 가입자들이 실제로 주로 이용하는 병원이나 약국 등은 참여하지 않고 있다(머니투데이, “병원비 자동 청구할 수 있다는데...서류 고집하는 ‘실손보험’”, 2020. 11.13.자 기사).

15) 유주선, “실손의료보험 보험금청구 간소화에 관한 법적 연구”, 『보험법연구』 제16권 제3호, 2022, 144면.

행을 위해 보험회사와 요양기관에 자료를 요구할 수 있는 법적 근거를 마련하였으며, ④ 보험계약자·피보험자 등이 실손의료보험금 청구를 위하여 요양기관을 상대로 의료비 증명서류를 전자적 형태로 (전문중계기관을 거쳐) 보험회사에 전송하여 줄 것을 요청할 수 있도록 하였다.

〈표 5〉 전재수 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안

법조문 내용	비고
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 제3보험상품을 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 청구를 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.	신설

(2) 고용진 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안(2020.10.8., 의안번호: 4447)

고용진 의원 외 14명이 발의한 보험업법 일부 개정 법률안에서는 ① 보험계약자, 피보험자 등이 요양기관을 상대로 보험금 청구에 필요한 서류를 보험회사에 전자적 형태로 전송 요청할 수 있는 법적 근거를 마련하였고, ② 정당한 사유가 없는 한 요양기관은 요청에 응할 의무를 규정하였고, ③ 건강보험심사평가원을 전문중계기관으로 지정하였다. ④ 건강보험심사평가원으로 하여금 서류전송 업무 이외에 다른 목적으로 정보를 사용 또는 보관할 수 없도록 규정하는 한편, ⑤ 서류전송 위탁업무와 관련하여 의료계가 참여하는 위원회

를 구성할 수 있도록 하였고, ⑥ 비밀누설이나 업무목적 외의 정보사용에 대해서는 처벌조항을 마련하였다.

〈표 6〉 고용진 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안

법조문 내용	비고
제102조의6(실손의료보험계약의 보험금 청구를 위한 서류 전송) ① 실제로 부담한 의료비만을 보상하는 제3보험상품(이하 “실손의료보험”이라 한다) 계약의 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인은 보험금 청구를 위하여 「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관(이하 “요양기관”이라 한다)으로 하여금 진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역 등 금융위원회가 정하여 고시하는 서류를 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 제1항에 따른 서류를 전송하는 비용은 보험회사가 부담한다. ④ 제1항부터 제3항까지에 따른 요청 방법·절차 및 전송비용 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	신설
제102조의7(진료비 서류전송 업무의 위탁 등) ① 보험회사는 제102조의6에 따라 요양기관의 서류 전송 업무를 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있다. ② 건강보험심사평가원은 제1항의 업무에 관한 사항을 협의하기 위하여 보험회사, 요양기관 등이 참여하는 위원회를 구성할 수 있다. ③ 제1항에 따른 업무에 종사하거나 종사한 자는 제102조의6제1항에 따른 서류의 전송으로 알게 된 다른 사람의 비밀을 누설해서는 아니 된다. ④ 건강보험심사평가원은 제1항에 따라 위탁받은 업무 수행 과정에서 얻은 정보와 자료를 제102조의6제1항에 따른 서류 전송 업무 외의 용도로 사용하거나 보관해서는 아니 된다. ⑤ 제1항에 따라 건강보험심사평가원에 위탁한 경우 서류의 전송 방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	신설
제202조 3의2. 제102조의7제3항 또는 제4항을 위반한 자	신설

(3) 김병욱 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안(2021.4.12., 의안번호: 9414)

김병욱 의원 외 10명이 발의한 보험업법 일부 개정 법률안은 앞서 소개한 고용진 의원 대표발의 안과 유사하다. 다만, 전문중계기관을 건강보험심사평가원으로 정하지 않았고, 이를 시행령에 위임하고 있다는 점은 차이가 있다.

〈표 7〉 김병욱 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안

법조문 내용	비고
<p>제102조의6(실손의료보험계약의 보험금 청구를 위한 서류 전송) ① 실손의료보험(실제로 부담한 의료비만을 보상하는 제3보험상품을 말한다. 이하 같다) 계약의 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인은 보험금을 청구하기 위하여 「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관(이하 “요양기관”이라 한다)으로 하여금 진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역 등 보험금 청구에 필요한 서류로서 금융위원회가 정하여 고시하는 서류를 보험계약자가 가입한 보험회사에 전자적 형태로 전송하여 줄 것을 요청할 수 있다.</p> <p>② 제1항의 요청을 받은 요양기관은 「의료법」 제21조 및 「약사법」 제30조에도 불구하고 정당한 사유가 없으면 요청에 따라야 한다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따른 요청 방법과 절차, 전송방식 등에 필요한 세부사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>신설</p>
<p>제102조의7(실손의료보험계약의 서류 전송을 위한 전산시스템의 구축·운영 등) ① 보험회사는 제102조의6에 따른 업무를 수행하기 위하여 필요한 전산시스템을 구축·운영할 수 있다.</p> <p>② 보험회사는 제1항에 따른 전산시스템의 구축·운영에 관한 사무를 대통령령으로 정하는 중계기관(이하 “전문중계기관”이라 한다)에 위탁할 수 있다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따른 전산시스템의 구축·운영에 관한 비용은 보험회사가 부담한다.</p> <p>④ 전문중계기관은 제2항의 업무에 관한 사항을 협의하기 위해 보험회사, 요양기관 등이 참여하는 위원회를 구성할 수 있으며, 위원회의 구성·운영 등에 대하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>⑤ 전문중계기관은 제2항에 따라 위탁받은 업무 수행 과정에서 얻은 정보와 자료를 제102조의6제1항에 따른 서류 전송 업무 외의 용도로 사용하거나 보관해서는 아니 된다.</p> <p>⑥ 제2항에 따른 업무에 종사하거나 종사한 자는 그 업무를 수행하면서 알게 된 다른 사람의 비밀을 누설하여서는 아니 된다.</p> <p>⑦ 제1항 및 제2항의 전산시스템의 구축·운영, 사무위탁의 범위·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.</p>	<p>신설</p>
<p>제202조 3의2. 제102조의7 제5항 및 제6항을 위반한 자</p>	<p>신설</p>

(4) 기타

윤창현 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안(2020.7.31., 의안번호: 2552), 정청래 의원 대표발의 보험업법 일부 개정 법률안(2021.5.7., 의안번호: 9937)에서는 보험계약자, 피보험자 등으로 하여금 요양기관에 서류를 보험회사에 전송하여 줄 것을 요청할 수 있도록 규정하고 있고, 건강보험심사평가원을 전문중계기관으로 지정하는 등 앞서 소개한 개정안들과 유사하다.

배교진 의원 외 9명이 발의한 보험업법 일부 개정 법률안(2022.5.9., 의안번호: 15534)

은 실손의료보험의 보험금 청구를 위한 서류제출 업무를 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있도록 근거를 마련하는 등 앞서 소개한 여러 보험업법 개정안과 유사하다. 다만, ① 서류 제출 요청을 받은 요양기관은 특별한 사유가 없으면 요청일로부터 3영업일 이내에 제출하여야 하고, ② 건강보험심사평가원은 서류를 제출받은 날부터 3영업일 이내에 해당 서류를 보험회사에 제출하여야 하고, ③ 이 경우 건강보험심사평가원은 해당 서류를 전자적 형태로 제출하지 못하도록 규정하고 있다. 따라서 배교진 의원의 대표발의안은 실손의료보험 청구 전산화 또는 간편화와는 다소 거리가 있는 법안으로 보인다.

(5) 정리

6개의 보험업법 개정안들은 공통적으로 실손의료보험에 가입한 자가 보험금을 지급받기 위해 겪어야 하는 여러 불편사항과 이로 인해 발생하는 보험금 미청구 및 종이서류로 보험금 청구를 하는 현실에서 발생하는 보험회사, 병원, 약국 등의 행정력 낭비 등 사회적 비효율 등을 해소하기 위해 필요한 사항들을 규정하고 있다. 다만, 전문중계기관 지정이나 위원회 구성 등 세부적인 사안들에서 각 법률안들은 차이를 보이고 있다. 가장 중요하고도 민감한 부분이라 할 수 있는 전문중계기관의 경우 고용진 의원 대표발의안을 비롯해 총 4건의 보험업법 개정안에서 건강보험심사평가원을 지정한 반면, 전재수 의원과 김병욱 의원의 대표발의안에서는 이를 시행령에 위임하였다. 이는 건강보험심사평가원을 전문중계기관으로 지정하는 것에 대하여 의료계의 반발 등을 고려한 것으로 해석된다.

〈표 8〉 보험업법 개정안 주요내용 비교

구분	전산시스템 구축·운영 주체	전문중계기관	서류 전송방법	위원회 구성	정보유출 등 처벌조항
전재수 대표발의안	보험회사	시행령에 위임	전자적	없음	없음
고용진 대표발의안	보험회사	건강보험심사평가원	전자적	있음	있음
김병욱 대표발의안	보험회사	시행령에 위임	전자적	있음	있음
배교진 대표발의안	보험회사	건강보험심사평가원	비전자적	없음	있음

윤창현 대표발의안	보험회사	건강보험심사평가원	전자적	없음	있음
정청래 대표발의안	보험회사	건강보험심사평가원	전자적	없음	있음

2. 보험업법 개정 관련 최근 동향

2023년 6월 15일 국회 정무위원회(위원장 백혜련)에서는 전체회의를 열고, 김병욱 의원이 대표발의한 「보험업법 일부개정법률안」을 의결하였다. 정무위원회가 보험업법 개정안을 의결한 배경에는 실손의료보험금 청구를 함에 있어 보험가입자의 불편을 해소하고 편의를 제고할 수 있다는 긍정적인 요소가 있고, 요양기관에 대한 의무 부과 필요성과 환자의 개인정보의 유출과 오남용 등을 종합적으로 고려하여 입법정책적으로 결정한 것으로 보인다.¹⁶⁾ 국회 정무위원회 검토보고서에 따르면 김병욱 의원의 보험업법 개정안과 함께 추가로 위원회에 계류중인 4건의 보험업법 개정안(전재수 의원 대표발의안, 윤창현 의원 대표발의안, 고용진 의원 대표발의안, 정청래 의원 대표발의안)에 대해서도 병합심사가 필요하다고 판단하고 있다.¹⁷⁾ 향후 보험업법 개정안은 금융위원회, 보건복지부 등 관계 부처의 의견을 수렴하여¹⁸⁾ 국회 법제사법위원회에서 논의될 것이고, 위원회를 통과하게 되면 본회의 표결에 부쳐진다.

3. 실손의료보험 청구 간소화 관련 비판의견

첫째, 보험업법 개정안은 의료비 증명서류를 보험회사에 전자적 형태로 전송할 것을 요청 받으면 이를 이행해야 할 의무를 요양기관에 부과하고 있는데, 요양기관은 보험계약의

16) 국회 정무위원회, “보험업법 일부개정법률안 검토보고서; 실손의료보험계약의 보험금 청구 서류의 전 자적 전송 근거 마련, 김병욱 의원 대표발의(의안번호 제2109414호)”, 2021. 6.15., 11면.

17) 국회 정무위원회, 앞의 자료, 12면.

18) 금융위원회는 많은 국민이 가입한 실손의료보험의 청구 불편을 해소하고, 청구 포기 등을 방지하고자 하는 법률안의 취지에 전적으로 공감하면서, 입법과정에서 의료계와의 충분한 협의를 통해 의료계의 우려 완화 및 참여 유도 방안 의료기관별 단계적 도입, 참여 의료기관 인증제 시행 등을 검토·제시할 예정이라는 입장이고, 보건복지부는 실손의료보험 가입자 등 소비자의 불편을 해소하고 국민편의를 제고하기 위한 개정안의 취지에는 동의하나, 민간보험 계약관계에서 제3자에 해당하는 요양기관에게 서류의 전자적 전송 요청을 따라야 하는 의무를 부과하는 방안은 의무이행 및 수용성 제고를 위한 제 정적, 행정적 지원 방안을 함께 논의하는 등 사회적 논의를 거쳐 신중하게 검토할 필요가 있다는 입장이다(국회 정무위원회, 앞의 자료, 12면).

당사자가 아니라는 점에서 민간기관인 제3자에게 보험금 지급행정에 관한 의무를 부과하는 것이 타당한지 여부가 문제된다. 이와 관련하여 의료계 측에서는 실손의료보험은 민간 보험사와 보험계약자 간에 발생하는 사적(私的) 계약이라는 점을 고려할 때, 제3자인 요양기관에게 보험계약에 관한 법적 의무를 강제하는 것은 부당하다고 주장한다. 생각건대, 요양기관은 보험계약의 측면에서 보면 제3자에 해당되지만, 환자와의 관계에서는 의료계약을 체결한 주체에 해당된다. 따라서 보험가입자인 환자의 요청이 있는 경우 해당 보험회사에게 의료비 증명서류를 전송하는 것은 요양기관의 계약에 따른 부수적 의무로 보는 것이 타당하다.

둘째, 의료계 측에서는 요양병원이 전문중계기관을 거쳐 보험회사에 제출하는 의료비 증명서류에는 다양한 환자의 민감정보가 포함되어 있는데, 이러한 의료정보가 전자적으로 전송되는 과정에서 정보유출이 발생하거나, 해당 정보가 보험회사에 의해 보험금 지급 거절이나 계약 갱신 거절 등 다른 목적으로 이용될 우려가 있다고 주장한다. 생각건대, 이러한 정보유출이나 목적범위 외 정보남용 문제는 정보보안이나 처벌을 강화하거나, 감독당국의 엄격한 규제를 통해서 해결할 수 있다. 환자의 의료정보를 전자전송의 형태로 정보를 전송했을 경우가 서류로 제출되는 경우보다 보험회사가 이를 다른 목적으로 악용할 우려가 더 크다고 볼만한 근거는 없다. 오히려 서류로 제출되는 경우에는 서류분실 등 정보유출의 우려가 더 클 수 있고, 이에 따른 여러 행정력 낭비, 비용발생 문제가 발생하게 되어 비효율적이다.

4. 보험업법 개정안 관련 제언

(1) 전문중계기관 지정 문제

1) 건강보험심사평가원 지정을 둘러싼 갈등

국회에 계류중인 법 개정안 중 4건이 전문중계기관을 건강보험심사평가원으로 지정하였으나, 국회 정무위원회를 통과한 보험업법 개정안에는 실손의료보험 청구 간소화와 관련하여 보험회사로부터 보험금 청구에 필요한 서류의 전자전송 업무를 위탁받아 수행할 전문중계기관을 구체적으로 정하지 않았고, 이를 시행령으로 위임하고 있다. 건강보험심사평가원은 민영보험회사에 대한 보험금 청구서류를 위탁·대행해 주는 업무에 있어 가장 최적

화된 기관으로 평가되어 왔으나 이에 대해서 의료계의 반발이 거세게 일었다. 의료계 측에서는 민감한 의료정보의 유출이나 보험회사의 정보 오남용 등을 반대하는 이유로 들고 있지만, 가장 근본적인 이유는 건강보험 급여를 적용 받는 의료비와 및 약가를 심사하는 건강보험심사평가원이 민영 보험회사에 대해 실손의료보험 청구의 중계기관이 될 경우 감독이 더 강화될 수 있다는 우려가 있었기 때문으로 판단된다.

2) 논의되고 있는 대안

최근 들어 대안으로 전문중계기관을 보험요율 산정기관인 보험개발원으로 지정하는 방안이 거론되고 있다.¹⁹⁾ 그러나 보험개발원은 민영 보험회사들이 출자해서 설립한 영리기관이기 때문에 의료정보와 같이 민감한 정보를 다량으로 수집·집적하는 것에 대해서 국민적 신뢰와 동의를 얻기 어렵다. 또한 의료정보 중계업무 경험이 없었던 보험개발원이 이를 수행하기 위해서는 새로운 전산시스템 구축, 장비 및 인력 도입 등 막대한 비용과 시간이 투여될 것이고, 시행 초기단계에서 정보유출, 오남용 등 심각한 시행착오가 발생할 수 있을 것이다. 또한 민영기관인 보험개발원과 개별 보험회사에서 의료정보를 전산으로 대량 수취할 경우 의료정보를 표준화·집적화할 수 있게 되는데 이는 심각한 개인정보 침해²⁰⁾ 및 정보 오남용 등으로 비화될 수 있다.

보건복지부의 ‘마이헬스웨이플랫폼’²¹⁾을 통해 민간 사업자가 중계기관으로 참여하는 방안도 거론되고 있다.²²⁾ 블록체인 기반 실손보험 간편 청구 서비스로도 불리는 이 방안은 환자가 요양기관 방문 및 종이 서류 없이 앱에서 진료와 동시에 자동으로 실손의료보험금을 청구할 수 있다. 보험회사는 민간 플랫폼 참여 사업자와 API연동을 통하여 실손의료보험금 청구에 필요한 의료데이터를 수신하고, 제출된 의료데이터가 원본임을 확인한다. 그러나 민간기업이 마이헬스웨이 플랫폼을 통해 보험회사로 서류를 전송하는 방안은 중계기

19) Biz Watch, “실손보험 청구 중계기관, 보험개발원 힘 받나”, 2023.5.24.자 기사; 아주경제신문, “실 손 청구 중계기관에 보험개발원 거론...업계는 ‘심평원’ 원한다”, 2023.5.18.자 기사 등.

20) 개인 의료정보는 그 속성상 성명, 성별, 전화번호 등 다른 식별정보와 결합될 경우 특정 개인을 쉽게 식별할 수 있다(박미정, “보건의료 빅 데이터 활용에 관한 법·정책적 개선방안 연구”, 『의료법학회지』 제 26권 제1호, 한국의료법학회, 2018, 165면).

21) 마이헬스웨이 일명 ‘건강정보 고속도로’는 보건복지부에서 주관하는 사업으로 여러 요양기관의 표준화 된 의료데이터를 본인에게 제공하고, 본인의 동의가 있을 경우 원하는 곳에 온라인상에서 의료데이터를 전송할 수 있게 해주는 플랫폼이다(보건복지부 보도자료, “언제 어디서든, 건강정보를 확인·활용할 수 있는 디지털 보건의료 환경 조성한다”, 2023.6.9).

22) 미디어인뉴스, ““진료받으면 실손보험 자동 청구”...부산서 실증 사업 추진”, 2023.4.12.자 기사; 아시아경제, “세종텔레콤 ‘실손보험 청구 간소화 서비스 전국 확대 위해 노력’”, 2023.5.31.자 기사 등.

관이 사실상 2곳을 지정되는 결과를 초래하게 되고, 플랫폼에 다수의 민간 사업자가 참여 함으로 인하여 정보유출과 오남용 등의 심각한 문제가 발생할 수 있다.

의료계의 반발을 억제하기 위해서 건강보험심사평가원 산하에 독립된 전문중계기관을 설립하고, 기존의 전산망을 이용하여 중계전송 업무만 수행하도록 하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 즉 기존의 건강보험심사평가원이 요양기관에 대하여 가지고 있던 심사와 평가 기능을 없애고, 신설 보험중계기관은 단순 서류 전송업무만을 담당하게 하는 방안이다.²³⁾

한편, 전문대행기관을 지정하지 않는 방안도 제시되고 있는데, 서류 전송을 위해 ‘전송 대행기관’이라는 중간단계를 놓는 것이 청구 간소화 방향에 맞지 않다는 점, 전문중계기관을 설립할 경우 정보의 유출 위험과 정보의 집적 등의 문제가 발생할 수 있다는 점 등을 논거로 제시하고 있다.²⁴⁾ 이와 비슷한 논조로 비디지털화 청구자료를 의료기관이 직접 민간 보험회사에게 전송하는 것이 가장 적합하다는 의견도 있다.²⁵⁾

3) 해외 사례

독일은 우리나라와 같이 상환제²⁶⁾ 적용을 원칙으로 하되, 입원·고가 처방약 등 환자의 부담이 큰 진료비에 대해 의료기관이 환자를 대신하여 보험회사에 직접 청구할 수 있다. 상환제가 적용되는 경우 환자는 보험금 지급에 필요한 의료정보 전송을 의료기관에 요청해야 하며, 의료기관은 환자의 동의를 얻어 전자적 데이터 방식으로 보험회사에 의료정보를 제출하고 있다.²⁷⁾ 프랑스의 경우 건강보험공단이 민영건강보험의 전자청구 중계기관으로서 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)을 구축·관리하고, 민영건강보험기관과의 계약을 통해 의료정보 제공서비스를 수행하고 있다.²⁸⁾ 영국에서는 중계기관인 중간결제회사(Healthcode)가 민영건강보험을 판매하는 대부분의 보험회사와 제휴하여 전자정보전송시스템(ePractice system)을 통해 의료정보를 전송하고 있다.²⁹⁾ 핀란드는 사회복지부(The Ministry of Social Affairs and Health : STM)가 주관하여 통합 중계시스템인 칸타(KANTA)³⁰⁾

23) 유주선, 앞의 논문, 157면.

24) 국회 긴급토론회자료, “보험업법 개정안 논란 “청구간소화인가, 의료정보보호 해제인가”, 2023.5.25., 16면, 40면 등.

25) 국회 긴급토론회자료, 앞의 자료, 27면.

26) 상환제는 환자가 의료기관 이용 후 진료비를 사전에 정산하고 보험자에게 청구하면, 보험자는 약관에 따라 보험금을 지급하는 방식임.

27) 보험연구원, “실손의료보험 보험금 청구 전산화 필요성”, 『CEO Brief』, 2021.4., 6면.

28) 정성희 외 5인, “실손의료보험 지속성 강화와 역할 정립에 대한 연구”, 보험연구원 연구보고서, 2022.12., 24면.

29) 정성희 외 5인, 앞의 자료, 27면.

를 구축하고, 사회복지부 산하에 데이터 허가기관인 Findata를 의료정보에 대한 심의·허가 등의 절차를 거친 후 제3자에게 의료정보를 제공하고 있다.³¹⁾

4) 사건

실손의료보험 청구 간소화 방안은 오랜 기간 동안 지속적으로 논의가 이루어져 왔으나 의료계의 반발로 인하여 매년 무산되었다. 보험금 청구를 간소화 하고자 하는 이유는 간단하다. 전 국민의 약 70% 이상이 가입하고 있는 실손의료보험의 보험가입자의 당연한 권리를 보장하는데 있다. 복잡한 청구절차로 인하여 보험가입자가 보험금 청구를 포기하는 경우가 지속적으로 발생하고 있으며, 찾아가지 않는 보험금액도 천문학적인 액수에 달한다. 수많은 가입자들이 보험금을 찾아가지 않는 것은 명백히 절차상에 문제가 있다는 것이고, 반드시 개선되어야 할 과제이다. 건강보험심사평가원은 이미 오래전부터 국민건강보험의 급여부분을 심사하는 업무를 수행하는 과정에서 무수히 많은 민감 의료정보를 수집·집적해 온 기관이고, 이를 위한 전산시스템을 이미 구축·운영하고 있다. 이러한 점에서 건강보험심사평가원은 공적 기구로서 국민적 신뢰와 동의를 얻기에 충분하다.³²⁾ 무엇보다 민영 보험회사가 부담하는 보험금 지급 부분을 심사하여 요양기관의 부정·과잉 의료행위를 실질적으로 통제할 수 있다. 그 결과 실손의료보험계약에서 발생하는 보험사기를 예방하고,³³⁾ 손해율을 개선할 수 있을 것이다.³⁴⁾

30) 핀란드 사회복지부는 칸타 서비스의 일반적인 전략적 지침 및 자금 지원을 담당한다.

31) <https://www.kanta.fi/en/>(2023.6.22. 최종 접속).

32) 유주선, 앞의 논문, 155면.

33) 2022년 보험사기 적발금액은 1조 818억원, 적발인원은 102, 679명으로 매년 지속적으로 증가하고 있다. 보험사기 유형별로 보면 사고내용 조작이 61.8%(6, 681억원)를 차지하고, 허위사고 17.7%(1, 914억 원), 고의사고 14.4%(1, 553억원) 순이다. 사고내용 조작에서 가장 큰 비중을 차지하는 것은 진단서 위 변조, 입원수술비 과다청구 유형이다. 이는 보험사기가 의료계 분야와 밀접하게 관련되어 있다는 점을 시사한다(금융감독원 보도자료, “2022년 보험사기 적발현황 및 향후 계획”, 2023. 3.24).

34) 실손의료보험의 손해율은 2018년 -11,965억 원, 2019년 -25,133억 원, 2020년 -25,009억 원, 2021년 -28,580억 원, 2022년 -15,300억 원으로 매년 천문학적인 적자를 내고 있다. 2021년 기준, 실손 보험금이 가장 많은 비급여항목은 도수치료(14.7%), 조절성 인공수정체(11.7%), 체외충격파치료 (5.7%) 등이고, 백내장 수술에 사용되는 치료재료와 관련해서도 2019년 3.6%에서 2021년에는 11.7%에 달하는 등 최근 2년간 급격히 증가하였다. 금융감독원은 향후 중점 감독방향으로 “도수치료 등과 인진료 우려가 있는 주요 비급여 진료항목에 대해 실손보험 보상기준을 합리적으로 개선” 의견을 제시하고 있다(금융감독원 보도자료, “2022년 실손의료보험 사업실적”, 2023. 4.19., 2-6면). 그러나 요 양기관에 대해 실질적 감독 권한이 없는 금융감독원이 해당 업무를 수행하는 것은 근본적인 한계에 부딪힐 수밖에 없다.

(2) 의료정보 유출, 오남용 문제

민감정보인 의료정보에 대해서 병원은 원칙적으로 환자가 아닌 제3자에게 의료정보를 열람하게 하거나 그 사본을 제공하는 것을 금지하고 있다(의료법 제21조). 병원에서 환자의 의료정보를 전자적 전송방법으로 보험회사에 제공하거나 전문중계기관을 통해 제공하는 과정에서 환자의 민감한 의료정보가 유출되거나, 보험회사가 환자의 정보를 남용하여 본래 제공 목적인 보험금 청구 이외의 용도로 사용할 위험성도 충분히 존재한다. 다량의 의료정보를 직접적으로 활용하고 집적하게 됨에 따라³⁵⁾ 보험회사는 해킹, 전산시스템 오류 등으로 인한 의료정보의 유출이나, 회사 내외에서 의료정보를 다루는 직원 등에 의해 정보를 악용이나 외부로 유출하는 등의 불법행위가 얼마든지 발생할 수 있다는 점을 유념하여 충분한 대비책을 마련하여야 할 것이다. 전문중계기관이 요양기관으로부터 제공받아 보험사에게는 제출하는 의료정보를 보험금 청구에 필요한 비급여항목에 관한 의료정보에 한정하여 제공하도록 세부 규정을 마련할 필요가 있다. 그 결과 환자의 의료정보 일체가 표준화된 형태로 보험회사에 전송·집적되는 것을 예방할 수 있을 것이다.³⁶⁾ 보험업법 개정 시 의료정보 유출 시 요양기관, 중계기관, 보험회사, 근무 직원 간 손해배상의 범위, 구상관계 등 책임소재를 명확히 반영할 필요가 있다.³⁷⁾

이러한 우려를 예상하여 보험업법 개정안에서도 전문중계기관(건강보험심사평가원)에 서류전송에 관한 사항을 협의하기 위하여 보험회사, 요양기관 등이 참여하는 위원회를 구성할 수 있도록 규정하고 있고, 중계업무에 종사하거나 종사한 자는 업무상 알게 된 비밀을 누설하지 못하도록 금지조항도 두고 있다. 또한 전문중계기관(건강보험심사평가원)은 위탁받은 업무 수행 과정에서 얻은 정보와 자료를 서류 전송 업무 외의 용도로 사용할 수 없도록 금지하고 있으며, 정보를 보관하지 못하도록(즉시 폐기) 규율하고 있다. 정보보안과 관련하여 세부적인 사항은 시행령에 위임하여 향후 더욱 많은 논의와 협의가 필요할 것으로 예상된다.

위원회 구성에 있어서는 다양한 기관과 전문가들이 참여하는 것이 바람직하다. 예를 들어, 위원회 구성에 시민단체, 금융감독원·금융위원회, 법률전문가(교수, 변호사) 등 다양

35) 이에 대해서는 손해보험협회는 “실손의료보험 청구 절차를 전산화 할 경우 기존에 종이서류로 제출하는 과정에서 불필요하게 제출되었던 정보가 줄어들게 됨에 따라 보험회사가 제출받는 증명서류의 양이 오히려 현재보다 더 줄어들 것”이라고 반론한다(국회 정무위원회, 앞의 자료, 11면).

36) 이찬진, “복지칼럼 ‘실손보험 청구간소화’ 무엇이 문제인가?”, 『월간복지동향』, 참여연대, 2023. 3. 1.자 기사.

37) 유주선, 앞의 논문, 154면.

한 전문가를 구성하여 위원회의 전문성·신뢰성을 확보할 필요가 있다. 보험업법 개정안에서는 전문중계기관이 의료정보를 업무 외의 용도로 사용할 수 없도록 금지하고, 정보를 폐기하도록 선언적인 규율을 하고 있지만, 시행령이나 감독규정 등에서는 보다 구체적인 방안을 마련할 필요가 있다. 보험업법 개정안에서는 벌칙으로 보험업법 제202조를 적용하여 '3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금'에 처하도록 규정하고 있다. 그러나 의료정보와 같이 민감한 정보를 유출하거나 업무 목적 외로 사용하는 것은 사회적 비난 가능성이 매우 높은 심각한 범죄행위에 해당하고, 의료정보가 대량으로 유출될 경우 사회적 혼란과 피해가 매우 심각해 질 수 있다는 점을 고려한다면 보다 강력한 처벌이 필요하다.³⁸⁾ 이에 더하여 의료정보를 부당하게 이용하여 재산상의 이익을 취득한 자에 대하여는 특별히 과징금이나 몰수 등의 행정상의 제재를 가할 필요가 있다.

(3) 의료법·약사법 개정

「의료법」 제21조 제2항과 「약사법」 제30조 제3항에서는 의료기록 및 조제기록부의 제3자 제공을 원칙적으로 금지하되, 예외적인 경우에 한하여 제3자에게 제공할 수 있도록 각 호에서 열거하고 있고, 의료기록의 제3자 제공을 엄격하게 규율하고 있다. 이러한 현행 법체계를 고려할 때, 의료법 등 의료정보와 직접적으로 관련이 있는 현행법을 도외시하고 보험업법 개정안으로 특례를 규율하는 것보다는 「의료법」과 「약사법」을 함께 개정하는 것이 법체계상 바람직하다.³⁹⁾

IV. 결론

실손의료보험 청구 간소화는 2009년 국민권익위원회의 권고에서 처음 언급되었으나, 각 이해단체들 간의 대립으로 오랫동안 해결되지 않았다. 그러나 최근 들어 요양기관과 보험회사 간 의료정보 연계를 통하여 실손의료보험 가입자는 별도의 서류발급 절차 없이도 요양기관을 상대로 데이터 전송을 요청하여 보험회사에 보험금을 청구할 수 있도록 하는 실

38) 참고로 현행 보험업법에서는 법 위반 시 10년 이하의 징역 또는 1억 원 이하의 벌금에 처하거나(법 제197조), 7년 이하의 징역 또는 7천만 원 이하의 벌금(법 제198조, 199조), 5년 이하의 징역 또는 5천만 원 이하의 벌금(법 제200조, 201조) 등 죄질에 따라 다양한 처벌조항이 있다.

39) 김창호, "실손의료보험 청구간소화 제도의 현황과 과제", 『이슈와 논점』 제1749호, 국회입법조사처, 2020. 9. 7., 4면. 법제처에서도 유사한 의견을 제시한 바 있다.

손의료보험 간소화 서비스를 위한 보험업법 개정이 국회에서 전향적으로 논의되고 있다. 하지만 의료정보 전송을 대행할 전문중계기관 선정, 민감한 의료정보에 대한 보호와 관리 문제 등 앞으로 해결해야 할 과제가 많다.

전문중계기관을 어디로 지정할 것인지와 관련하여 건강보험심사평가원, 보험개발원, 보험협회 등 다양한 후보 기관이 거론되고 있고, 심지어 중계기관은 전혀 필요 없다는 의견도 있다. 그만큼 중계기관의 지정은 민감한 문제이고, 의견의 합치를 이루기도 쉽지 않은 사안이다. 그러나 실손의료보험 청구 간소화 및 이를 실현하기 위한 도구인 중계기관 선정은 특정 이해단체의 이익을 고려하는 것은 부적절하다. 국민들의 편익증진을 최우선적으로 고려하는 것이 바람직하다. 이러한 관점에서 보면 건강보험심사평가원은 이미 공적인 영역에서 유사한 업무를 오랫동안 수행해온 기관이고, 관련 전산시스템도 이미 구축되어 있고, 요양기관의 과잉 의료행위⁴⁰⁾에 대하여 실질적인 통제를 할 수 있기 때문에 전문중계기관으로 가장 적합하다고 볼 수 있다.

실손의료보험 간소화 서비스가 도입되면 민감한 의료정보에 대해서 각별한 관리가 요구된다. 특히 중계기관이 수집한 의료정보는 보험회사에 전송 후 바로 폐기되어야 하고, 보험회사에서도 제공받은 의료정보를 목적에 활용한 이후에는 특별한 사유 없는 한 폐기하는 것이 바람직하다. 정보유출이나 오남용 행위에 대해서는 엄벌에 처하도록 제재를 보다 상향 조정하는 것이 바람직하다.

실손의료보험 청구 간소화 실현은 특정 보험회사나 의료단체 등 어느 한쪽의 이익만을 고려해서는 올바른 제도를 만들 수 없을 것이다. 앞으로 국회에서 논의하는 과정에서 개정 법안에도 많은 변화가 있을 것으로 예상된다. 각 업계의 의견과 관계 부처의 입장을 모두 수렴하고, 객관적으로 법안에 반영하여 공평하고 합리적인 법안을 마련하길 기대한다. 본 논문 또한 올바른 제도 수립에 있어 조금이나마 도움이 되었으면 한다.

▶ 논문투고일 : 2023.06.27, 논문심사일: 2023.08.11, 게재확정일: 2023.08.25.

40) 보험가입자의 과잉 의료행위는 실손의료보험의 보험료 상승은 물론이고, 실손의료보험에서 보장하는 비급여항목의 진료증가는 급여항목의 진료 증가와도 연계되어 있기 때문에 국민건강보험 재정 건전성 악화의 원인이 된다(이현복 외 5인, “국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험 개선에 대한 연구”, 건강보험정책연구원 연구보고서, 2017, 101면).

■ 참고문헌

1. 논문

- 박미정, “보건의료 빅 데이터 활용에 관한 법·정책적 개선방안 연구”, 『의료법학회지』 제26권 제1호, 한국의료법학회, 2018.
- 유주선, “실손의료보험 보험금청구 간소화에 관한 법적 연구”, 『보험법연구』 제16권 제3호, 2022.
- 이경학·강민수·이재열, “온라인 기반 원스톱 실손의료보험료 청구에 관한 연구”, 『디지털융복합연구』 제14권 제4호, 한국디지털정책학회, 2016. 4.
- 전한덕, “실손의료보험 청구체계 개선방안에 관한 연구 - 보험업법 개정안을 중심으로”, 『소비자문제연구』 제51권 제2호, 한국소비자원, 2020. 8.
- 정원석 외 2인, “실손의료보험의 본인부담금 상한액 초과금 면책사항에 관한 연구”, 『홍익법학』 제23권 제3호, 홍익대학교 법학연구소, 2022.

2. 기타

- 국회 긴급토론회자료, “보험업법 개정안 논란 “청구간소화인가, 의료정보보호 해제인가””, 2023. 5.25.
- 국회 정무위원회, “보험업법 일부개정법률안 검토보고서; 실손의료보험계약의 보험금 청구 서류의 전자적 전송 근거 마련, 김병욱의원 대표발의(의안번호 제2109414호)”, 2021. 6.15.
- 금융감독원, “실손의료보험 제도 개선 방안”, 2016.12.20.
- 금융감독원 보도자료, “2022년 보험사기 적발현황 및 향후 계획”, 2023.3.24.
- 금융감독원 보도자료, “2022년 실손의료보험 사업실적”, 2023.4.19.
- 금융위원회·금융감독원 보도자료, “7.1일부터 제4세대 실손의료보험이 출시됩니다.”, 2021. 6.30.
- 김창호, “실손의료보험 청구간소화 제도의 현황과 과제”, 『이슈와 논점』 제1749호, 국회입법조사처, 2020.9.7.
- 보건복지부 보도자료, “언제 어디서든, 건강정보를 확인·활용할 수 있는 디지털 보건의료 환경 조성한다”, 2023.6.9.
- 보험연구원, “실손의료보험 보험금 청구 전산화 필요성”, 『CEO Brief』, 2021.4.
- 보험연구원 보도자료, “보험연구원, 『인슈어테크와 실손의료보험 청구간소화』 정책토론회 개최”, 2019.10.25.
- 이현복 외 5인, “국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험 개선에 대한 연구”, 건강보험정책연구원 연구보고서, 2017.
- 정성희 외 5인, “실손의료보험 지속성 강화와 역할 정립에 대한 연구”, 보험연구원 연구보고

서, 2022.12.

조용운·김동겸, “실손의료보험금 미청구 실태 및 대책”, 『KiRi 고령화 리뷰』 26호, 보험연구원, 2018.10.

■ Abstract

Legal Issues for Improving the Claims Procedure for Private Health Insurance

Jun, HanDeok*

An amendment to the Insurance Business Act, which simplifies private health insurance, is being discussed proactively in the National Assembly. However, there are many challenges to be solved in the future, such as the selection of a specialized agency to transmit medical information and the protection and management of sensitive medical information. There are various candidates such as Health Insurance Review and Assessment Service, Korea Insurance Development Institute, and Insurance Association in relation to where to appoint a specialized intermediary agency to transmit medical information, and there is an opinion that there is no need for the agency at all. It is desirable to decide on the selection of a intermediary agency, which is a tool for simplifying claims for medical insurance claims and realizing them, in consideration of the convenience and benefits of the people. The Health Insurance Review and Assessment Service is an institution that has already performed similar tasks in the public domain for a long time, and the related system has already been established, so it is most suitable as a professional intermediary agency because it can control the excessive medical activities of medical institutions. When the simplified private health insurance service is introduced, special care is required for sensitive medical information. Medical information collected by the intermediary agency should be sent to the insurance company and then discarded. After the medical information provided by the insurance company is used for the purpose, it is desirable to discard it unless there is a special reason. Sanctions should be tightened to severely punish information leakage or misuse.

- Key Words Private health insurance, Amendment to the Insurance Business Act, Simplification of an insurance claim, Medical institution, Specialized intermediary agency

* Professor of Junju University, Ph.D. in Law