

의적 지급심사에 대한 고찰

대한생명보험주식회사 의무부

이승섭, 이정숙

Medical Analysis for making a claim decision

Seung Sub Lee M.D., Ph.D. & Jung Sook Lee M.D.

Medical Department, Korea Life Insurance co., Ltd.

시 론

생명보험 상품이 90년대 중반을 거치면서 종래의 사망보장에서 생존보장 중심으로 변화되어 각종 질병에 대한 다양한 보장을 약속 하게 되고, 또한 재해 및 상해에 대한 보장급부가 대형화되면서 생명보험 회사에서 의무직의 가장 중요한 존재 이유인 진사 및 신계약 사정업무 외에, 보험금 지급 시 의적 지급심사 업무가 또 다른 업무 영역으로 요구되고 있다.

당사에서 지급심사 업무는 보험심사부가 담당하고, 종래에는 의적인 판단이 요구되는 경우 심사담당자의 판단에 의해 의료심사 자문을 외부 의료기관에 의뢰하였으나, 격변하는 사회와 회사 내, 외의 변화에 따라, 업무 효율을 기하기 위하여 2000년 1월부터 본사 의무부에서 심사를 일부 감당하기 시작 하였다. 이에 많은 전수는 아니었지만, 지난 1년간의 결과를 분석하였기에 보고하는 바이다.

대상 및 방법

2000년 1월 1일부터 동년 12월 31일까지, 1년간 당사 보험심사부에서 본의무부에 의뢰한 대내 자문 95건 중, 단순한 의무기록의 해독 11건, 수술해당 가부(수술코드) 10건, 의학적 원인코드 확인 3건, 방사선 필름판독 의뢰 2건, 그리고 2000년 이전 분쟁 건에 대한 자문 5건을 제외한 64건을 대상으로 하였고, 같은 기간 시행된 대외 심사 78건과 비교하여 검토 하였다.

의뢰내용에 대한 분석의 간편함을 기하기 위하여, 1인 당 의뢰건수에 대하여 복수의 상품가입인 경우는 1건으로 처리 하였고, 1건 당 의뢰내용이 복수인 경우는 자문의 효율적 대응에 대한 분석이 목적이므로 의뢰내용 모두를 분류 하였다.

분석결과

1. 분기별 심사건 추이

심사건수는 대외심사가 각 분기별로 비교적 고른 분포를 보이는 반면(24건, 17건, 16건, 21건), 대내 심사의 경우 1/4분기, 2/4분기, 3/4분기 각 11, 13,

구 분	1/4분기	2/4분기	3/4분기	4/4분기	년계
대내심사	11	13	13	27	64
대외심사	24	17	16	21	78
합 계	35	30	29	48	142

13건이었으나 4/4분기 27건으로 전분기에 비해 건수가 약 2배 이상 증가 하였다.

2. 의적심사요구의 유형별 분류

- 1) 인과관계 여부 : 35건
- 2) 질병 및 외상의 해당 여부 : 17건
- 3) 장애판정 (정도/증상고정여부/회복가능성) : 12건
- 4) 뇌혈관질환 확진 여부 : 9건
- 5) 고지 법 위반의 타당성 : 8건
- 6) 암 해당여부 : 8건 (특히 상피내 암과 진행 암과의 판단)
- 7) 입원기간의 적정성 : 8건
- 8) 약관상 특정질병 해당 여부 : 7건
- 9) 심혈관 질환 확진 여부 : 3건
- 10) 선천성 여부 : 3건
- 11) 재해판정 : 3건

* 의뢰 1건 당 의뢰내용이 복수인 경우 각각 산정 (113건)

의적심사요구의 유형별 분류상 인과관계여부가 35건으로 가장 많았고, 질병 및 외상의 해당여부가 17건, 장애판정이 12건 이었으며, 3대 질환 중 뇌혈관질환 확진 여부 9건, 암 해당여부 8건(상피내 암과 진행 암과의 판단), 심혈관 질환 확진 여부 3건, 그리고 특정질병 해당여부 7건 외, 고지법 위반의 타당성 8건, 입원기간의 적정성 8건, 기타 재해판정 및 선천성 여부 확인이 각각 3건 이었다.

3. 청구사유별

구 분	사망	장해	입원	합계
대내심사	3	9	52	64
대외심사	8	39	31	78
합 계	11	48	83	142

청구 사유별로는 대내심사의 경우 입원에 대한 심사요구가 52건으로 가장 많았고, 대외심사의 경우 장

해에 대한 심사요구가 39건으로 가장 많았다.

4. 진단명 별

구분	척추질환	뇌혈관질환	외과질환	내과질환	기타	계
대내	7	14	16	20	7	64
대외	54	10	9	0	5	78
계	61	24	25	20	12	142

- 주) 1. 척추질환 ; 추간판 탈출증, 경추 및 요추 염좌 등...
2. 뇌혈관질환 ; 뇌 경색, 뇌 출혈 등
 3. 외과질환 ; 연골파열, 좌상, 골절 등
 4. 내과질환 ; 심혈관질환, 위염, 위, 십이지장 궤양, 폐기종, 각종 암 등
 5. 기타 망막박리, 실명, 난청 등

진단명별 심사요구는 대내심사의 경우 내과질환의 경우가 20건으로 가장 많았고, 대외심사의 경우 척추질환의 경우가 54건으로 가장 많았다.

5. 심사 후 처리결과

구분	지급	거절	합계	비 고
대내	45	19	64	
대외	23	54	77	(+1건은 진행 중)
합계	68	73	141	(+1건은 진행 중)

대내 심사 후 지급이 45건으로 19건의 거절에 비해 월등히 많았고, 대외 심사 후 거절이 54건으로, 23건의 지급에 비해 많았다.

고 안

의적 지급사정은 신계약 사정과 달리 건수가 상대적으로 적은 대신, 관련정보가 복잡하여 건 당 사정에 요하는 투여시간이 상대적으로 많고, 약관 및 법률지식(과거의 판례 참고) 외, 일반적 상식이 많이 요구 되고 있다.

또한 고액의 금전이 관련되기 때문에 분쟁이 생기기 쉽고, 다양한 보장을 약속하는 현재 우리 생명보험업계의 현실과, 하루가 다르게 복잡해 지고 있는

수술 및 치료기법으로 인하여 판단하기 쉽지않은 경우가 빈발하여, 여러 분야의 전문의사에게 자문을 요청하는 경우도 드물지 않은 것이 현실이다.

지급사정에 대한 의적심사를 시작한지 1년이 경과된 시점에서 상대적으로 고른 분포를 보이는 대외심사 전수와 비교시, 대내심사의 경우 1/4분기의 11건으로 시작하여, 4/4분기 27건으로 늘어난 것은, 사의에 대한 의적심사 의뢰 시, 심사담당 직원이 우선 쉽게 접근 할 수 있다는 편리성과 경제성 뿐만 아니라, 대외심사에서 기대하기 어려운 보험상품 및 약관의 이해가 선행되어 다소 쉽게 처리될 수 있다는 장점이 있기 때문인 것이 아닌가 생각된다.

의적심사요구의 유형별로 살펴보면 인과관계 여부가 35건으로 가장 많았고, 고지법 위반 여부를 직접적으로 질의한 8건까지 합하여 모두 43건으로, 청약시 고지의무에 대한 이행이 아직도 성실히 이행되지 않고 있는 현실을 반영하는 것으로, 이는 항상 강조되어도 지나치지 않는 것으로서 1차 위험선택을 감당해야 할 모집인(보험설계사)의 교육과, 계약자의 성실한 고지의무 자세를 보험회사에서 늘 관심을 가지고 개선시키려는 의지가 꾸준히 병행되어야 할 것으로 사료된다. 최근 들어 강조되고 있는 진정한 의미의 고객서비스는 계약 시점부터 완전판매가 전제되어야 된다는 전사적 공동 인식이 필요할 것이다.

질병 및 외상의 해당여부 17건 및 장애판정 3건 등 모두 32건은, 현재 약관상 대형화 추세의 장해보장과, 장애등급분류표의 해당 신체장애 정의상 보험자와, 수익자간의 미묘한 해석의 차이에 기인된다고 사료된다. 이 문제는 생명보험 고유의 목적, 즉 불확실한 미래의 위험에 대비하는 상호부조의 개념에서 생각하여, 계약자의 현재 경제상황과 거리가 먼 대해보장의 지양과, 장애판정의 명확한 정의로 개선되어야 될 것이다.

3대 질환, 즉 뇌혈관 질환, 각종 암 질환, 심혈관 질환의 확진 여부에 대한 심사는 각 9건, 8건, 3건 모두 20건으로, 이는 현 약관상 보장되는 3대 질환이 국제질병 코드로 표기되어 있기 때문에 생길 수 밖에 없는 문제들이 대부분으로, 약관상 좀 더 명확한 각 질병별의 정의가 필요할 것으로 사료된다.

청구사유별 의료심사는 대내의 경우 입원비 청구가

52건으로 가장 많았고, 대외의 경우 장해보험금 청구가 39건으로 가장 많았다. 이는 진단명별 심사내용이 대내의 경우 내과질환 20건, 외과질환 16건, 뇌혈관질환 14건 등 비교적 균등한 분포를 보이며, 상대적으로 민감한 보험금관련 척추질환에 대한 심사가 7건인데 비해, 대외 심사의 경우 장해보험금 청구가 많은 것은 심사의뢰 진단내용의 대부분(78건 중 54건)이 앞에서 지적한 바와 같이 민감한 보험금이 많이 관련되는 척추질환에 기인한 것 때문일 것이다.

심사 후 처리결과에 있어 대내심사의 경우 지급이 많고(64건 중 45건), 대외심사의 경우 거절이 월등히 많은 것은(78건 중 진행 중 1건 제외, 68건), 앞에서 지적한 심사 내용 및 청구사유의 특성에도 기인되며, 상대적으로 고액이 보장되고, 장애분류에 있어 민감한 척추질환의 경우, 정형외과, 재활의학등 관련 전문의가 있는 대외 의료기관에 의뢰할 수 밖에 없는 현실과 상당부문 역선택의 혼입 가능성도 배재하기 어려울 것으로 생각된다.

결 론

2000년 1월 1일부터, 동년 12월 31일까지 1년 동안 대한생명보험 주식회사 심사부에서 본 의무부에 의뢰한 의적심사 내용의 분석은 다음과 같다.

1. 1/4분기 11건으로 시작하여, 4/4분기 27건으로 약 2배 이상 증가 하였다.
2. 사내 의적심사 요구의 유형별로는 인과관계 여부 및 고지위반 여부가 각 35건 및 8건으로 총 43건, 질병 및 외상의 해당 및 장애판정, 재해판정이 각 17건, 12건, 3건으로 총 32건, 3대질환(뇌혈관질환 9건/암 8건/심장질환 3건) 및 특정 질병 해당여부가 각 20건, 7건으로 27건, 입원기간의 적정성 여부 8건, 기타 선천성 여부 3건 이었다.
3. 청구사유별로는 대내심사의 경우 입원이 52건으로 가장 많았고, 대외심사의 경우 장애가 39건으로 가장 많았다.
4. 진단명 별로 대내심사는 내과질환, 외과질환, 뇌혈관질환 각 20건, 16건, 14건의 순이었고, 척추

관련 질환은 7건으로 가장 적은 반면, 대외심사는 척추관련 질환이 54건으로 가장 많았다.

5. 심사 후 결과는 대내 심사 총 64건 중 지급 45건이, 거절 19건보다 많았고, 대외 심사의 경우 총 77건 중 거절 54건으로 지급 23건 보다 많았다.

최근 강조되고 있는 고객서비스의 진정한 성취는 보험고유의 진솔한 목적에 부합되는 상품 및 명쾌한 약관상의 정의, 그리고 모집인에 의한 1차 위험선택 시 성실한 고지 유도, 계약자가 숙지 해야 할 사항에 대한 보험자로서의 노력에 의해서만 이루어 질 수

있으므로, 생명보험회사에서 종사하는 사의들은 상품 개발, 계약, 지급 등 보험회사 제반 업무에 관심을 가지고, 각 부서에서 요구되는 의적인 전문지식에 적극적으로 협조하며, 생명보험에 대한 충분한 이해 및 발전을 위해 꾸준히 연구 노력해야 할 필요가 있을 것으로 생각된다.

*상기 논고에 필요한 통계 자료를 제공해 주신 당사 보험 심사부에 감사를 드립니다.