

보험회사와 의료공급자의 관계에 대한 연구

오영수

본 보고서에 수록된 내용은 집필자 개인의 의견이며 위원회와 집필자가 소속한 조직의 공식 의견이 아님을 밝혀 둔다.

목 차

• 요약	1
I. 서론	2
1. 연구 배경 및 목적	2
2. 연구 범위 및 방법	3
II. 선행 연구에 대한 검토 및 주요 논점	4
1. 선행 연구에 대한 검토	4
2. 주요 논점	8
III. 보험회사와 의료공급자 간 관계 유형 및 해외사례	9
1. 보험회사와 의료공급자 간 관계 유형	9
2. 해외사례	13
IV. 보험회사와 의료공급자 간 연계에 대한 제약 요인	27
1. 「의료법」상 알선행위 금지	27
2. 「공정거래법」상 불공정행위 금지	29
V. 보험회사와 의료공급자 간 연계 방향 및 제도 개선 과제	32
1. 민영건강보험 및 의료 시장 여건	32
2. 연계 방향	40
3. 연계 방법	43
4. 계약의 내용	45
5. 법·제도적 개선과제	50
VI. 결론 및 요약	52
• 참고문헌	54

표 차례

〈표 II-1〉 공·사 의료보험 연계 관련 법률안	7
〈표 III-1〉 보험금 직접지급 서비스와 현물급부의 비교	22
〈표 III-2〉 솜포재팬닛폰코아(損保ジャパン日本興亜)의 선진의료비 보험금 직접지급제도 사례	24
〈표 III-3〉 환자 소개에 대한 경제적 이익 제공 금지 규칙	25
〈표 V-1〉 발생 유형에 따른 비급여의 구분	32
〈표 V-2〉 연도별 국민건강보험 보장률	35
〈표 V-3〉 비급여 부분 상위 5개 항목	38
〈표 V-4〉 개별 계약과 단체 계약의 비교	43

그림 차례

〈그림 III-1〉 미국 관리의료 시장의 최근 구조 변화	17
〈그림 III-2〉 네덜란드 건강관리 시스템의 규제된 경쟁 체계	18
〈그림 V-1〉 주요국과 한국의 비급여 개념 비교	33
〈그림 V-2〉 연도별 부문별 진료비 변화	35
〈그림 V-3〉 실손의료보험 경과손해율 추이	36
〈그림 V-4〉 실손의료보험 상품별 경과손해율 추이	37
〈그림 V-5〉 보험종목별 보험사기 적발 현황	39
〈그림 V-6〉 지역별·규모별 MRI(기본검사, 뇌·일반) 금액 비교	47
〈그림 V-7〉 서울상급종합병원의 MRI(기본검사, 뇌·일반)의 금액 비교	47

A Study on the Formation of a Relationship between Insurers and Healthcare Providers

Insurers do not have any relationship with healthcare providers in Korea. Previous studies have repeatedly raised the need to form a relationship between two parties, and the government had even come up with concrete implementation plans. However, due to legal instability and the lack of efforts on the part of healthcare providers to form relationship with insurers, there is still no relationship between insurers and healthcare providers.

In addition to the open model, contractual model, and integrated model, this study also examined vertical contracts and vertical integration, and examined how these models are implemented in the United States, the Netherlands, and Japan. From the examination of these theoretical models and the case studies of the three countries, it was possible to obtain the suggestion that Korea should prioritize the contractual model but refer to the experience of the Netherlands and Japan.

Accordingly, while securing legal stability related to the Medical Act and other relevant acts, this study proposed how to introduce a contractual model that does not violate the Fair Trade Act. In addition, for the participation of healthcare providers some measures were proposed as follow; to bear the costs appropriately for building infrastructure and the operation of the system, to provide insureds with customized information on healthcare providers, and to provide incentives to excellent healthcare providers.

Now, it is necessary for insurers and healthcare providers to form a stable relationship to achieve win-win cooperation and promote the interests of patients. The government should also step up its support for these efforts.

우리나라 보험회사는 실손의료보험 등 건강보험상품을 취급하지만, 의료공급자와는 직접적으로 관계를 맺고 있지 않다. 그 결과 실손의료보험의 경우 4세대 상품까지 나와 있으나 여전히 도덕적 해이를 체계적으로 방지하는 데 한계를 보인다. 이러한 문제를 해결하기 위해 기존 연구에서 여러 차례의 문제 제기가 있었고, 정부도 구체적 실행방안까지 내놓은 적도 있다. 그러나 법적 안정성이 부족하고 보험회사와 관계를 맺으려는 의료공급자 측의 노력도 크게 부족하여 아직도 보험회사와 의료공급자 간에는 어떠한 직접적 관계도 설정되어 있지 않다.

그러나 양자가 관계를 맺을 수 있다면 서로 협력하여 적절히 의료서비스를 공급할 수 있을 뿐만 아니라 최신의 의료기술 발전을 반영한 첨단의료를 도입하는 데 도움이 될 수 있다. 환자인 피보험자의 입장에서 의료서비스의 공급과 보험금 지급이 체계화되어 편의성이 크게 높아질 수 있다.

이에 개방형 모형, 계약형 모형, 통합형 모형이라는 접근법과 함께 수직적 계약과 수직적 통합을 포괄하는 수직적 관계까지 이론적으로 살펴보고, 미국·네덜란드·일본에서 이들 모형은 어떻게 구현되고 있는지를 조사하였다. 이들 이론적 모형에 대해 검토하고 3개국의 사례를 조사한 결과, 우리나라는 계약형 모형을 우선적으로 추진하되 네덜란드나 일본의 경험을 참고하면 좋을 것이라는 시사점을 얻을 수 있었다.

이에 의료법 등과 관련한 법적 안정성을 확보하면서 공정거래법을 위반하지 않는 계약형 모형을 도입할 수 있는 방안을 제시하였다. 이 과정에서 법과 제도가 마련됨과 더불어 의료공급자의 참여가 중요하므로, 그를 위한 방안으로 보험회사가 제도 운영을 위한 인프라 구축 및 비용의 적절한 부담, 피보험자에게 의료공급자 정보의 맞춤형 제공, 의료공급자에 대한 인센티브 제공 및 홍보 강화 등을 제시하였다.

이제는 보험회사와 의료공급자가 안정적으로 관계를 맺고 상생하며 환자의 이익을 도모하는 노력이 필요하다. 이러한 노력에 대해 정부도 대승적 차원에서 지원을 강화해야 할 것이다.

1. 연구 배경 및 목적

실손의료보험은 국민건강보험의 보장성이 높지 않은 상황에서 국민의 의료비 리스크를 완화하는 역할을 해왔다. 2006년 실손의료보험에 대한 본격적 논의가 시작된 이후 4차례에 걸쳐 표준상품이 나왔으나 아직도 도덕적 해이를 극복하지 못하고 있다. 이는 근본적으로 실손의료보험의 거래구조에서 보험자인 보험회사가 제3자인 의료공급자와 아무런 관계도 맺고 있지 않은 데서 기인하는 바가 크다. 이에 반해 국민건강보험에서는 보험자인 국민건강보험공단과 의료공급자가 법에 근거하여 의무적으로 관계가 설정되어 있다.

「국민건강보험법」상 요양기관 강제지정제도는 1963년 12월 16일에 입법된 제정 「의료보험법」에서 보험자의 요양기관 지정신청권을 인정한 데서 시작되었다. 그 후 1970년 8월에는 「의료보험법」을 개정하여 보건사회부장관이 지정하도록 하였다. 다시 1979년 4월에는 「의료보험법」을 개정하여 보험자 또는 보험자로 구성된 단체가 보건사회부장관의 승인을 얻어 지정하도록 하고, 지정할 때 필요하면 의사회·치과의사회·약사회 또는 기타의 약관계단체와 협의하도록 하며, 보건사회부장관이 필요하다고 인정할 때에는 보험자 또는 보험자단체가 요양취급기관을 지정할 수 있게 하였다. 1981년 4월의 「의료보험법」 개정 시에는 보건사회부 장관의 승인을 받을 필요 없이 보험자 또는 보험자로 구성된 단체가 지정하도록 하였다. 아울러 보험자는 제1항의 규정에 의한 요양취급기관지정 권한을 보험자단체에 위임할 수도 있게 했다. 그 후 1999년 2월에는 「국민건강보험법」을 제정하면서 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못하도록 함으로써 강제지정을 하였다. 다만 국민건강보험 수가는 원칙적으로 보험자인 국민건강보험공단과 의료공급자 단체가 계약하는 것으로 하였다.

이에 따라 급여를 보장하는 국민건강보험을 관리하는 국민건강보험공단과 보험자 역할을 분담하는 건강보험심사평가원은 의료공급자를 심사하고 평가할 수 있음에 반해, 비급여 등을 보장하는 실손의료보험을 제공하는 보험회사는 그러한 기능을 전혀 할 수 없는 상태에 있다. 고작 할 수 있는 기능은 진료내역을 확인하고 행해진 진료가 보상범위에 속하는

지 확인하는 정도이다.

물론 보험자와 의료공급자가 관계를 맺는다고 하여 국민건강보험에서 도덕적 해이가 완전하게 해소되었다고 할 수는 없다. 그렇지만 그를 통해 사전적으로 도덕적 해이를 막기 위한 다양한 노력을 할 수 있게 된다는 점에서 보험자와 의료공급자 간의 관계를 맺는 것은 진일보한 조치라 할 수 있다. 또한 보험자와 의료공급자가 서로 관계를 맺으면 도덕적 해이의 방지 외에도 의료비를 관리하는 데도 도움이 되는 것은 사실이다.

2. 연구 범위 및 방법

실손의료보험의 공급체계는 보험자인 보험회사 등과 보험계약자 및 피보험자, 그리고 의료서비스 등을 공급하는 의료기관 등(이하, ‘의료공급자’라 함)으로 구성된다. 이러한 체계에서 이 보고서의 연구 목적은 보험자인 보험회사와 의료공급자 간 관계가 어떻게 설정되는 것이 바람직할 것인가를 찾아 실행방안을 제시하는 데 있다.

이를 위해 연구 범위는 이론적 검토, 해외사례 조사, 국내의 정책 및 법률적 제약 요인 검토, 정책 및 법률 개선방안에 걸쳐 있다. 이에 따라 본 연구는 크게 세 가지 내용으로 구성되어 있다. 서론에 이어 II장에서는 기존 연구에 대한 검토 및 쟁점을 살펴본다. 기존 연구는 주로 이론적 측면과 정책분석을 행한 최근 연구를 중심으로 살펴본다. 나아가 이들 연구를 살펴면서 드러나는 논점을 분석한다. III장에서는 보험회사와 의료공급자 간 관계 유형과 주요 사례를 미국·네덜란드·일본을 중심으로 살펴본다. 관계 유형은 유형별 특징 및 장단점을 중심으로 살펴본다. 그리고 사례는 실제 운영되는 사례를 인용하여 소개한다. IV장에서는 미국 등의 주요 국가와 달리 우리나라에서는 보험회사와 의료공급자 간 연계를 무엇이 막고 있는지 「의료법」과 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」(이하, 「공정거래법」이라 함) 등을 중심으로 살펴본다. 마지막으로 제V장에서는 보험회사와 의료공급자 간 연계 방향과 그를 위해 해결해야 할 제도적 개선과제에 관하여 논한다.

위와 같은 내용의 연구를 수행하기 위해 본 연구에서는 문헌조사와 인터넷을 통한 자료조사를 하고 제도적 분석을 하는 방법을 취한다.

II

선행 연구에 대한 검토 및 주요 논점

1. 선행 연구에 대한 검토

우리나라에서 보험자와 의료공급자 간 관계는 공보험인 국민건강보험에서 요양기관 강제 지정제도를 운영하면서 먼저 이슈가 되었다. 보험자와 의료공급자 간의 관계에 대한 문제 제기는 학술적 차원보다 의료공급자 측의 헌법소원을 통해 이루어졌다. 헌법소원은 1999년과 2000년 두 차례에 걸쳐 이루어졌는데, 헌법재판소는 2002년에 두 사건을 병합하여 판결하였다.¹⁾ 동 판결문의 결정요지를 보면 국가의 의료보장 의무를 이행하기 위해서 모든 의료기관을 국민건강보험체계에 강제로 편입하는데 그로 인해 직업선택의 자유가 아니라 직업행사의 자유가 제한된 것이므로 핵심적 자유 영역에 대한 침해는 아니라고 보았다. 또한 입법자가 강제지정제를 택한 것은 의료기관 중 공공의료기관이 약 10여%에 불과한 현실, 1977년 계약지정제를 일시적으로 도입한 경험, 의료인의 직업의 자유에 대한 포괄적인 제한에도 불구하고 강제지정제의 범주 내에서 가능하면 직업행사의 자유를 고려하고 존중하는 여러 규정을 갖추고 있는 점 등에 비추어볼 때 최소침해의 원칙에 위반되지 않는다고 보았다.

이에 반해 민간보험자인 보험회사와 의료공급자 간 연계의 필요성에 대해서는 주로 정책 연구나 정책검토 차원에서 이루어졌고, 보험회사와 의료공급자의 입장은 물론 정부와 국회 차원에서도 균형 있게 검토되었다.

오영수·이경희(1999)는 저요율-저급여 체제를 탈피하고 적정요율-적정급여 체제로 가기 위해 강제지정방식이 아니라 자발적 계약에 기초하여 시장경제원리가 구현될 수 있도록 해야 한다고 주장하였다. 또한 민영보충보험의 의료비 심사는 건강보험심사평가원이 아닌 별도의 심사기구에서 이루어져야 하며, 공동의 심사기구를 두는 것이 효율적일 것으로 판단하였다. 이러한 전제하에 보험회사가 의료서비스 공급자에 대해 진료내역을 평가할

1) 헌법재판소 2002. 10. 31. 선고 99헌바76, 2000헌마505(병합) 전원재판부 [구 의료보험법 제32조 제1항 등 위헌소원 (동조 제4항 및 제5항)] [한집14-2, 410]

수 있게 허용하고, 그를 기초로 의료공급과 계약의 갱신에 참고할 수 있게 해야 한다는 의견을 내놓았다.

최병호(2001)는 의료보장을 위한 공보험과 민간보험의 역할 분담을 위해 4가지 모형을 제시하면서 민간보험회사와 요양기관이 계약을 맺을 필요성을 제기했다. 특히 국민건강보험과 민간보험이 별도로 발전하되 민간보험이 보충적 역할을 하는 모형에서는 민간보험회사가 요양기관과 계약을 맺어 소비자에게 보험 혜택을 제공하는 경우에만 일정한 세제상 유인을 제공하는 방안을 검토할 것을 제안했다. 다만 이 경우 보험회사가 고위험군에 속한 가입자와 계약을 회피하여 저위험군을 선택하여 계약하려는 선별계약의 방지, 불완전정보에 따른 시장실패의 발생, 보험회사의 재무상태의 건전성 등에 대한 규제장치가 병행되어야 한다고 제안했다.

강성욱·권영대·김성아(2004)는 우리나라 민간의료보험은 초기의 개방형에서 점진적으로 폐쇄형으로 나갈 것으로 보고, 그에 맞추어 민간의료보험이 의료공급자에게 미칠 영향을 개방형과 폐쇄형으로 나누어서 살펴보았다. 개방형은 단기적 측면에서는 대형병원과 중소병원 모두 수익이 향상될 것으로 보았다. 그리고 폐쇄형은 장기적 측면에서는 대형병원 은 어느 정도 수익이 유지된다고 기대할 수 있지만 중소병원은 민간의료보험으로 인한 공공보험 수요 확대의 효과를 볼 것으로 보았다. 의료의 질적 측면에서는 질 높은 서비스를 제공할 수 있을 것으로 보았다. 그러나 자율성 측면에서는 단기에는 모든 병원에서 현재 수준과 변화가 없지만, 장기적으로 현재보다 줄어든 것으로 보았다.

조용운·김세환(2005)은 민영보험회사에 청구되는 의료비의 구체적 진료행위에 대한 적정성 심사가 이루어져 과대의료비청구를 최소화할 수 있도록 제도적 장치를 마련하는 방법으로 계약형제도로 전환하는 방안을 제시하였다. 보험회사가 의료공급자 모두와 계약을 체결하는 경우와 의료공급자 일부와 선택적으로 계약을 체결하는 경우로 나누어 살펴보면, 우리나라 민영건강보험의 경우도 선택 계약제가 바람직하며 계약을 체결하지 않은 의료기관에게도 의료수가 지불방식 등을 알려주어 그 조건을 수락하면 의료서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것으로 보았다.

김계현·신성철(2006)은 외국의 민간의료보험 운영 사례에 대한 조사를 기초로 우선 의료계가 계약형을 위한 충분한 준비가 되기 전까지는 직접적인 계약을 피하는 개방형을 채택하는 것이 바람직할 것으로 보았다. 그 이유로는 계약형의 경우 구조적으로 의료기관과 의료제공자가 민간보험회사에 의해 통제되기 쉽고, 민간보험회사가 진료비 심사 권한을

요청할 가능성이 크기 때문이라고 보았다.

조용운·김세환(2008)은 상환제의 문제점을 개선할 수 있는 제3자 지불제의 도입을 검토하면서 의료서비스의 공급방식, 진료비지불보상제도, 요양기관지정제도, 의료기관과 보험자 간의 의료네트워크 구성형태 등에 관한 국내외 문헌을 조사하여 정리하였다. 이를 바탕으로 제3자 지불제도를 원만히 운영하기 위해서는 상품표준화, 보건의료정산소, 비급여부분의 청구서식의 코딩(Coding) 및 표준화가 필요하다고 결론을 내렸다. 나아가 제3자 지불방식의 도입과 동시에 사전지급심사·평가가 가능하도록 민영건강보험의 요양기관을 지정하는 방법은 사적 자치의 원리에 따라 계약제가 바람직하고, 해당 요양기관과 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 계약을 하는 계약형 보험으로의 전환이 필요하다고 하였다. 그리고 진료비 지불방식과 수가계약 방안으로 개별 보험회사와 개별 의료기관 간 진료수가를 계약하는 방안, 보험회사 단체와 의료계 단체 간 계약방안, 주요 보험회사와 의료기관 대표 협의체를 통한 계약방안을 제시하였다.

정성희·이태열·김유미(2018)는 미국·호주·네덜란드에서 민영건강보험의 보장 급부에 대해서 의료인이 보험회사와 사전에 합의한 수가를 적용해야 하며 이의 근거가 되는 것이 보험회사와 의료기관 간의 네트워크라는 사례를 제시했다. 또한 독일의 경우 보험회사(민영건강보험연합)와 의료기관(연방의사연합)의 협의를 통해 민영건강보험 급부 수가 규칙(GOÄ)을 정하는 사례도 제시했다.

정성희 외(2022)는 보험회사-의료기관 간 네트워크를 허용하는 해외사례를 조사하여 제시했다. 국내에서 어떻게 허용할지와 관련해서는 정부·보험회사·의료기관 간의 협의하에 비급여 표준수가 가이드 도입과 체계적인 비급여 관리를 위한 컨트롤타워((가칭) 비급여 비의료비정책위원회)의 신설을 검토할 것을 제안했다.

이상과 같은 연구자 차원의 검토 외에도 정부와 국회가 나서서 비급여를 관리하고 민영건강보험을 통제하기 위한 입법적 시도가 여러 차례 이어졌다.

실손의료보험 도입 당시인 2006년에는 대통령 자문 의료산업선진화위원회가 의료산업 선진화 전략의 일환으로 공보험인 국민건강보험과 민간의료보험 간 합리적 역할을 설정하면서 보험회사와 의료기관 간 비급여 가격 계약 허용과 민간의료보험의 진료비 심사를 건강보험심사평가원에 위탁하는 방안이 채택되었다.²⁾ 같은 해 9월에는 국회에서 국회 복지사

2) 대통령 자문 의료산업선진화위원회(2006), p. 67

회포럼과 의료연대회의가 주최하는 「민영의료보험법」 제정을 위한 공청회가 열렸는데, 법률 초안 제27조에서는 보험회사가 특정 의료기관의 진료에 대해서만 지급보장을 하는 선택 계약을 해서는 안 된다고 규정하였다. 이는 보험자와 의료기관의 불합리한 담합으로 인한 가입자와 타 의료기관의 피해를 방지하게 할 법적 규제가 필요하다고 생각했기 때문이었다. 그 후 12월에는 재정경제부가 금융감독위원회와 보건복지부와 함께 워킹그룹을 구성하여 후속 논의를 하였는데, 「의료법」의 전면개정이 예정되어 있으므로 「의료법」 제25조제3항의 유인 및 알선에 관한 규제를 완화할 예정임을 확인하였다. 또한 건강보험심사평가원이 진료비 심사를 담당하게 하는 것을 법으로 강제화하기보다는 보험회사와 심사평가원 간 MOU를 체결하여 수행하는 방안이 더 바람직할 것이라고 논의했다. 그러나 이러한 논의는 완결되지 못하고 끝남으로써 그동안 어느 정도 이루어 놓은 합의조차도 무산되었다.

2010년대 들어서도 공·사의료보험을 연계하려는 입법적 시도는 꾸준히 이어졌다.³⁾ 그러나 실손의료보험 청구간소화에 논의가 집중되면서 보험회사와 의료공급자 간 계약에 근거한 관계 설정은 심도 있게 다루어지지 못했다.

〈표 II-1〉 공·사의료보험 연계 관련 법률안¹⁾

구분	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 민간의료보험 연계에 관한 법률안	공·사의료보험 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험법 및 보험업법 일부 개정 법률안
대표 발의자	김상희 의원	윤소하 의원	김종석 의원	성일종 의원	보건복지부 및 금융위원회
제안 일자	2017. 12. 19	2018. 1. 25	2018. 2. 7	2018. 8. 30	2021. 9. 16
소관 위원회	보건복지 위원회	보건복지 위원회	정무위원회	보건복지 위원회	하위법령에 규정 ²⁾
연계 위원회 소속	보건복지부	보건복지부	국무총리실	국무총리실	하위법령에 규정 ²⁾
적용 대상	실손의료보험	제3보험상품 (실손형· 정액형)	실손의료보험	실손의료보험	실손의료보험
의결 결과	임기만료(폐기)				계류 중

주: 1) 2022년 8월 12일 기준 내용임

2) 관련 법 통과 이후 마련될 하위법령에서 현행 공·사 보험정책협의체를 발전시켜 ‘(가칭)공·사 보험연계심의 위원회’로 규정할 예정임

자료: 정성희 외(2022), p. 40

3) 2017년 이후의 입법적 시도와 관련하여 자세한 내용은 정성희 외(2022), pp. 39~40을 참조하길 바람

2. 주요 논점

이러한 논의에서 논점으로 부각되는 사항은 다음과 같이 정리될 수 있다.

첫째, 국민건강보험에는 강제지정제도를 적용하더라도 민간보험인 실손의료보험 등에는 자유계약제를 적용하는 것이 타당한지 여부이다. 국민건강보험은 국민건강보험법에서 가입을 강제하고 있으며 제도의 효율적 운영을 위해 의료공급자의 강제지정제도를 운영하고 있다. 이에 반해 실손의료보험은 가입이 강제되지 않으며 보장하는 영역이 국민건강보험이 보장하는 급여 중 본인부담금의 일부와 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여이다. 이렇게 급여와 비급여가 하나의 묶음으로 제공되어 일반적으로는 급여를 제공하는 의료공급자가 비급여도 같이 제공하지만, 진료의 주된 영역이 비급여일 경우에는 비급여를 제공하는 의료공급자가 급여도 같이 제공한다고 보아야 할 것이다. 한 의료공급자가 급여와 비급여를 모두 제공하니 결국 어찌하나 같다고 볼 수 있지만, 비급여가 진료비의 많은 부분을 차지하고 의료공급자를 결정하는 주요 요소라면 달리 생각할 여지가 있다. 즉, 비급여를 지급하는 보험자의 입장에서는 비급여를 적절하게 관리하기 위해서 적절한 의료공급자를 선택하고 관리할 동기가 있기 때문이다. 그래서 보험자인 보험회사와 의료공급자 간에 자유롭게 계약을 맺어 보험회사의 피보험자에게 진료를 제공하고 그 대가로 보험금을 받게 하는 방법을 생각할 수 있다.

둘째, 「의료법」 제27조제3항은 영리를 목적으로 알선행위를 하는 것을 금지하고 있는데, 보험회사가 보험계약자에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 알선행위를 하는 것에도 적용되는지 여부와 적용된다고 할 때 위법인가 하는 것이다. 동 조항의 입법 취지나 이후의 판례를 보면 국민건강보험과 관련된다고 보는 것이 타당한데, 현재까지 이 조항으로 인해 보험회사와 의료공급자 간에 계약을 맺는 것이 어렵다고 보았다.

셋째, 「의료법」 제27조제3항의 적용을 극복하여 보험회사가 의료공급자와 계약을 맺는 것이 가능하다고 할 때 「공정거래법」상 담합으로 인정되는 것을 피하여 계약을 맺을 방법은 무엇인가 하는 것이다.

Ⅲ

보험회사와 의료공급자 간 관계 유형 및 해외사례

건강보험은 공보험이든 민간보험이든 보험자와 피보험자 사이에 의료공급자가 개재된다. 이는 건강보험이 피보험자가 의료서비스를 공급받는 과정에서 발생하는 비용을 보험자가 재무적으로 보장하는 제도이기 때문이다. 우리나라에서 공보험은 의무적용을 위해 의료공급자에 대해 강제지정제도를 취하고 요양급여비용계약을 매년 체결하는 반면에, 민간보험의 경우에는 일반적으로 보험회사와 의료공급자 간에는 어떠한 계약관계도 맺어 있지 않다. 그러나 주요국의 사례에서는 공보험은 물론 민간보험까지도 보험자가 의료공급자와 계약을 맺는 방식으로 관계를 설정한다.

1. 보험회사와 의료공급자 간 관계 유형

가. 관계 방식에 따른 구분

보험자와 의료공급자 간 관계는 이론적으로는 개방형 모형, 계약형 모형, 통합형 모형으로 구분할 수 있다.

개방형 모형은 보험자가 의료공급자와 직접 계약하지 않고 의료서비스를 보상하는 방식이다. 프랑스에서는 공보험과 달리 민간의료보험에 대해서는 정부가 의료공급자와 계약을 맺고 의료시장에 적극적으로 개입하는 것을 꺼려 보험회사와 의료공급자 간에 계약관계가 없다. 이러한 형태에서는 보험자인 보험회사가 의료공급자에게 영향을 미칠 메커니즘이 없기 때문에 의료공급자는 자율적 상태에서 자유롭게 의료행위를 할 수 있어 자칫 의료의 과잉공급이 발생할 수 있다.

계약형 모형은 보험자가 의료공급자 또는 의료공급자 네트워크와 직접 계약을 체결한 후 보상하는 방식이다. 유럽에서는 독일·스위스·네덜란드가 대표적으로 계약형 모형을 실시했다. 이들 국가에서는 보험자와 의료공급자 간의 계약관계는 양자 독점의 맥락에서 계속

발생한다. 보험자와 의료공급자는 정부의 규제와 감독을 받으며 단체 대 단체로서 협상하는데, 가격과 의료비 지불은 일반적으로 모든 제공자와 보험자에게 동등하게 적용된다.⁴⁾ 네덜란드에서는 보험회사가 의료공급자와 계약을 맺을 수 있는데, 병원과 계약을 맺되 전체 의료서비스가 아닌 일부에 대해서만 계약을 맺을 수도 있다. 계약을 맺을 때 보험회사와 의료공급자 간의 지위가 계약 내용을 결정할 수 있는데, 보험회사는 수가 계약은 물론 의료공급자에 대한 심사·평가 기능까지 가질 수 있다. 이에 따라 의료공급자는 개방형에 비해 의료공급의 자율성이 일정 정도 계약을 받게 된다.

통합형은 보험회사가 병원 또는 의료인력을 보유하고 계약자에게 모든 범주의 의료서비스를 제공하는 방식이다. 이와 반대로 의료공급자가 보험자를 소유하는 것도 가능하다. 보험자가 주도하는 통합형은 계약형에 비해 의료공급의 자율성을 더 크게 제약한다.

나. 보험자와 의료공급자 간 수직적 관계⁵⁾

1) 수직적 관계의 유형

보험자와 의료공급자 간 수직적 관계가 맺어지는 유형은 크게 수직적 통합과 수직적 계약으로 나뉜다.

수직적 통합은 가장 강력한 형태의 수직적 관계로 한 기업 내에서 보험과 의료의 공급이 통합된다. 이 방식에서는 참여하는 보험자와 의료공급자 간의 시장거래가 조직 내의 단순한 재분배 또는 이전으로 대체된다. 현실에서는 완전한 수직적 통합과 부분적 수직적 통합이 있을 수 있는데, 부분적 통합의 경우에는 보험회사가 의료기관의 또는 의료기관이 보험회사의 일부(소수 또는 다수의) 지분을 소유하여 관계를 유지한다.

수직적 계약은 중간 정도의 수직적 관계를 나타내는데, 전형적 사례로 독점협약(Exclusivity agreement), 계층화(Tiering)를 우선적 근거로 한 선택, 최혜국 조항(Most-favoured-nation clauses)이 있다.

독점협약은 협약에 서명한 한쪽 또는 양쪽 당사자의 일정한 권리를 제한하는데, 주요한 형태는 독점거래(Exclusive dealing)와 독점영역(Exclusive territories)이다. 독점협약은

4) Docteur, Elizabeth and Howard Oxley(2003), p. 42

5) Bijlsma, Meijer and Shestalova(2008), pp. 19~26의 내용을 기초로 작성함

상류기업(Upstream firm)이 하류기업(Downstream firm)에게 상류기업과 경합하는 업무나 때로는 다른 업무에도 종사하지 않을 것을 요구한다. 특히 독점적 구매 협약은 하류기업이 상류기업으로부터 독점적으로 구매할 것을 요구한다. 이에 따라 보험자가 상류기업일 경우 하류기업으로 협약에 참여하는 의료기관과 참여하지 않는 의료기관 간에는 대우가 달라진다.

계층화를 우선적 근거로 한 선택은 보험자가 자사가 우선적 의료공급자로 취급할 일부 의료공급자와 계약을 체결한 후 보험계약자가 그 우선적 의료공급자의 서비스를 이용하도록 장려하기 위해 계층화를 사용하는 것이다. 계층은 의료공급자 전체의 부분집합을 말하는데, 계층화는 의료공급자의 다양한 부분집합에 대해 보험계약자가 낼 본인부담금을 다양한 수준으로 청구하는 보험자의 가격 차별 정책이다.

선택적 계약의 경우 그 계약을 유지하기 위해서, 즉 일정 수의 환자를 보장하기 위해서 보험자가 계약을 맺은 병원에 환자를 보낼 수 있어야 하므로 계층화가 핵심적 부분이다. 만약 소비자들이 계층화가 제공하는 금전적 인센티브에 고도로 대응한다면 계층화는 독점권의 대안적(한층 완화된) 형태로 이용될 수 있으며, 이 경우 독점권에 의존한 차단 메커니즘이 계층화의 경우에도 유지된다.⁶⁾

최혜국 조항은 보험자가 의료공급자와 계약을 맺을 때 의료공급자가 다른 보험자에 부과하는 최저가격에 비해 더 높은 가격을 부과하지 않기로 합의하는 것을 말한다. 이러한 최혜국 조항을 두면 의료공급자가 다른 보험자에 더 낮은 가격에 의료서비스를 공급하게 되면 계약을 맺은 보험자에게도 그와 동일하거나 더 낮은 가격을 적용해야 한다. 이러한 계약은 예를 들면 미국의 헬스케어 부문에서는 의료공급자와 HMO 간의 계약에 사용된다.

2) 수직적 관계의 경제적 효과

수직적 관계는 수직적으로 관계를 맺는 시장에서 나타나는 수직적 외부효과, 수평적 외부효과, 정보 비대칭성, 그리고 불완전계약과 연관된 효율성 상실과 같은 비효율성을 줄이거나 제거할 수 있다.

수직적 외부효과는 수직 체인의 한 수준에 있는 기업의 가격 책정 또는 투자 결정에 의해

6) Bijlsma, Meijer and Shestalova(2008), pp. 36~37

생성된 잉여가 수직 체인의 다른 부분에 있는 회사에 생기면 발생한다. 수직적 외부효과를 대표하는 가격설정의 외부효과는 투자를 줄이거나 비효율적 투입을 대체하는 것으로 이어질 수 있다. 예를 들어 보험자가 의료공급자에게 낮은 가격을 지불하면 의료공급자는 환자의 치료 성과를 개선할 수 있는 새로운 기술이나 치료법에 투자할 가능성이 줄어들 수 있다. 이로 인해 혁신이 느려지고 새로운 치료법이 개발되지 않을 수 있다. 이러한 상황에 대응하여 보험자가 의료공급자와 성과급 계약을 맺으면, 의료공급자는 비용효율적으로 치료할 수 있는 방법을 찾기 위해 노력할 수 있어 외부효과가 개선될 수 있다. 이렇듯 수직적 통합과 수직적 계약은 모두 이러한 가격설정의 외부효과를 내부화할 수 있는데, 수직적 계약은 완전하게 내부화할 수 없다.

수평적 외부효과는 여러 기업이 수직적 체인의 어느 수준에서 경쟁하고 한 기업의 투자결정에 의해 생긴 잉여가 다른 기업에게 넘어갈 때 발생할 수 있는데, 수직적 계약은 이 문제를 완화할 수 있다. 예를 들어 병원과 보험자 간의 독점적 거래는 소비자가 보험회사를 바꿀 가능성을 줄임으로써 무임승차효과를 개선할 수 있다. 또한 보험자 간 리스크 균등화 장치는 리스크 선택과 같은 수평적 외부성을 개선할 수 있다.

주인과 대리인 간의 정보 비대칭은 숨겨진 정보나 숨겨진 작업이 존재할 때 발생한다. 수직적 통합은 모니터링을 더 잘 할 수 있게 하거나 비용에 관한 정보를 직접 이용할 수 있게 하여 이러한 정보의 비대칭성을 줄일 수 있으며, 특히 주인-대리인 문제를 줄일 수 있다. 의료 분야의 경우 소비자는 물론 보험자와 의료공급자 간에도 정보의 비대칭성이 큰데, 보험자와 의료공급자 간의 수직적 관계는 정보 비대칭에서 결과하는 대리인 문제를 줄이는 데 적절할 것이다.

계약이 불완전하면 지연이 발생하여 수직적 또는 수평적 외부성으로 이어질 수 있는데, 독점영역 또는 독점거래협약과 같은 독점권 조항은 지연 문제를 줄이는 데 도움이 될 수 있다. 또한 수직적 통합도 사후 교섭의 가능성을 제거하는 경우 보류 문제를 해결한다.

그러나 수직적 통합과 수직적 계약은 차단(Foreclosure)의 발생, 공모의 용이에 따른 경쟁저하로 소비자 후생이 저하하는 효과를 낳을 수도 있다.

차단은 수직적으로 관계가 설정된 시장에서 상류기업 또는 하류기업이 투입물 또는 고객에 대한 접근을 직접 또는 간접으로 부정하거나 제한할 때 발생하는데, 고객 차단과 투입물 차단이 있다. 고객 또는 투입물을 차단하게 되면 경쟁하는 기업에는 더 높은 비용을 부담하거나(부분 차단), 심하면 시장 퇴출을 초래한다(완전 차단). 예를 들어 보험자와 병원

이 통합된 법인이 상류 병원 진료와 하류 보험 서비스를 제공하기 시작하면, 그 법인은 예를 들어 다른 보험자가 병원에 접근하는 것을 차단하거나(예: 계열 병원은 다른 보험자의 보험에 가입한 환자의 치료에 대해서는 더 높은 가격을 요구할 수 있다. 이는 투입물 차단이다), 또는 다른 병원이 자신의 고객에 대한 진료를 제공하는 것을 차단할 수 있다(예: 고객에게 정액의 본인부담금(Co-payment)을 요구하거나 다른 병원의 치료에 대한 보상 예산에 한도를 설정한다. 이는 고객 차단이다). 시카고경제학파는 독점의 경우 독점자가 경쟁자를 차단하지 않고도 독점 이익을 실현할 수 있기 때문에 차단은 결코 반경쟁적일 수 없다고 이해하나, 이를 반박하는 논문이 많이 있다.⁷⁾

수직적 통합 또는 수직적 계약은 경쟁 저하, 가격 등의 정보 공유, 소비자 선택 제한, 정부 감독 곤란을 통해 공모 리스크를 증가시키는데, 수직적 통합이 부정적 효과가 훨씬 더 크게 나타난다. 보험자와 의료공급자가 수직적으로 통합되어 있으면 다른 의료공급자와 경쟁이 약해지고 가격, 비용, 소비자 수요에 관한 정보를 공유할 수 있어 담합하여 가격을 인상하기가 용이할 수 있다. 또한 소비자가 의료공급자를 선택할 수 없어서 진료에 불만이 있더라도 억지로 수용할 수밖에 없다. 다만 시장에 대안적 경쟁자들이 충분하게 있으면 반경쟁적이라고 판단되지 않는데, 수직적 관계하의 계약들은 합리의 원칙을 가지고 평가된다. 물론 수직적 통합 모형에서는 보험자를 바꾸는 것이 가능해야 수직적으로 통합된 법인을 선택할 수 있으므로, 이를 위해서는 보험자 전환을 쉽게 하는 제도적 장치가 필요할 것이다.

2. 해외사례

가. 미국

미국에서는 보험과 의료 공급이 어느 정도 통합된 제도를 관리의료(Managed care)로 통칭한다. 관리의료는 원래 고정된 예산으로 의료공급자 네트워크를 통해 치료를 제공하고 비용을 관리하는 선불 건강 플랜(일반적으로 HMO(Health Maintenance Organization))

7) 대표적으로 Bernheim and Whinston(1998)의 논문은 상류 독점자와 두 개의 하류 소매업체가 있는 시장을 고려하고 완전히 통합된 구조의 관점에서 이것이 최적이 아닌 경우 양자 계약이 비효율적인 차단을 초래하지 않을 것임을 보여줌. 그들은 소위 계약 외부효과(Contracting externalities)가 존재하는 경우에만 비효율적인 차단이 발생할 것이라고 주장함

을 지칭하는 데 사용된 용어이다.⁸⁾ 관리의료는 의료비를 줄이고자 하는 목적에서 시작되었는데, 1970년대 초에 HMO가 도입된 후 1980년대부터 확산하기 시작했다. 그 후 관리의료라는 용어는 PPO(Preferred Provider Organization)도 포함하여 사용되었다.

관리의료의 대표적인 방식으로는 HMO와 PPO, EPO(Exclusive Provider Organization), POS(Point Of Service) 등이 있다. 이하에서는 이들 제도를 소개한다.

1) HMO⁹⁾

HMO는 1971년에 닉슨 정부가 HMO의 촉진을 표명하고, 그 후 1973년에는 연방 의회가 HMO의 조직에 보조금을 주고 대출과 대출보증을 해주며 건강유지조직법(Health Maintenance Organization Act)을 가결함으로써 보급되었다. 보험회사는 기존 HMO 조직을 산하에 편입시키는 것 외에도 자사의 플랜에 HMO를 도입하여 이용하였다.¹⁰⁾

그리하여 HMO는 보험회사가 주도하는데, 보험회사와 의료공급자가 하나로 통합되어 운영된다. HMO는 보험회사가 단일한 의료그룹과 배타적 계약을 하는 그룹 모형, 복수의 의료그룹과 계약하는 네트워크 모형, 보험회사가 병원을 운영하면서 의사를 직접 고용하여 서비스를 제공하는 스태프 모형(Staff model)으로 나뉜다.

그룹 모형은 단일한 다중 전문(Multi-specialty) 의료그룹과 계약하여 HMO 회원에게 진료를 제공한다. 그룹 진료는 HMO와 독점적으로 협력하거나 HMO 회원이 아닌 환자에게도 서비스를 제공할 수 있다. HMO는 의료그룹에 협상하여 정한 1인당 요율로 지불하며, 그룹은 일반적으로 급여를 기준으로 의사들에게 분배한다.

네트워크 모형 HMO는 HMO 회원에게 서비스를 제공하기 위해 여러 의료그룹과 계약을 맺는 HMO 모델로, 대규모 단일 및 다중 전문 의료그룹이 포함될 수 있다. 의료그룹은 HMO 및 비 HMO 플랜 참가자 모두에게 서비스를 제공할 수 있다.

스태프 모형 HMO는 의사가 HMO의 스태프인 폐쇄형 패널 HMO(환자가 제한된 수의 의료공급자를 통해서만 서비스를 받을 수 있음)의 한 유형이다. 의사는 HMO의 자체 시설에

8) <https://www.cdc.gov/nchs/hsr/sources-definitions/managed-care.htm>

9) <https://www.cdc.gov/nchs/hsr/sources-definitions/hmo.htm>

10) 小林 篤(2022), p. 8

서 환자를 본다.

이외에도 보험회사가 독립된 의사 또는 의사 조직과 계약하는 IPA(Independent Physician Association) 모형과 혼합 모형(Mixed HMO Model)도 있다.

IPA 모형 HMO는 HMO와 서비스를 계약할 목적으로 자신의 사무실을 유지하고 함께 뭉치는 독립적인 개업 의사 그룹으로 구성된 의료공급자 조직의 한 유형이다. IPA는 HMO 플랜 가입자 및 비 HMO 플랜 가입자 모두와 계약을 맺고 서비스를 제공할 수 있다. 의사는 제3자 또는 보험회사와 협업하게 된다.

혼합 모형은 HMO 모형들의 혼합형으로 하이브리드모형이라고도 불린다. 일반적으로 혼합 모형 HMO에는 HMO가 소유한 스태프 모형 또는 그룹 모형의 시설에 IPA 구성 요소를 추가하는 HMO가 포함된다. 행위별수가제로 의료비를 받는 개별 의사와 계약함으로써 HMO는 최소한의 투자 비용으로 인접한 시장 영역으로 확장할 수 있다.

HMO 모형은 보험계약자별로 주치의(Primary Care Physician, 이하, 'PCP'라 함)를 정하고, PCP를 거치지 않으면 보험급부를 지급하지 않는다. 이때 PCP는 불필요한 의료를 최소화할 수 있도록 보험급부 대상이 되는 의료를 엄격히 관리한다. 그래서 비용이 적게 들어도 개방형 방식보다 서비스의 질이 낮다는 증거는 없다(Miller and Luft 1997, 2002).

그런데도 HMO는 1990년대 중반부터 퇴조하기 시작했는데, 의료전문가들과 보험관리자들 간 인센티브 조율의 곤란, 기업문화의 차이(Burns and Pauly 2002), 의료의 질 저하 등에 따른 관리의료에 대한 보험계약자들의 반발(Miller 2006) 등이 원인으로 지목되었다. 이러한 내부적 요인 외에도 의사와 병원 선택 시 유연성이 있는 PPO나 POS와 같은 조직의 성장이나 의료기술의 발전과 처방약 비용의 급증을 수용할 수 없는 HMO의 예산상 제약, 환자의 치료보다 수익을 우선한다는 사회적 평판 등을 퇴조의 원인으로 꼽을 수 있다.

그러나 2000년대 들어서는 PPO나 POS와 같은 다른 의료공급자들의 비용이 증가하였지만 HMO는 의료공급자 네트워크를 엄격히 통제하면서 경쟁자들에 비해 비용을 낮출 수 있어 가격경쟁력을 회복하기 시작했다. 예를 들어 2021년 평균 월 보험료는 HMO가 427달러인데 반해 PPO는 517달러이고, 본인부담금도 일반적으로는 HMO가 PPO보다 훨씬 낮다.¹¹⁾ 또한 고품질의 진료 제공, 네트워크 확대에 따른 의료공급자 선택 폭 확대, 일부

11) <https://www.healthmarkets.com/resources/health-insurance/difference-between-hmo-and-ppo/>
(2023년 5월 13일 조사)

HMO가 의사 선택 및 특정 의료서비스 이용을 허용하는 등 소비자 만족도 제고에 초점을 맞추면서 사회적 평판도 개선되었다. 이렇듯 1990년대에 문제점으로 지적된 사항들이 점차 개선됨에 따라 HMO는 전체 의료시장에서 점유율을 다시 꾸준히 높일 수 있었다.

2) PPO

PPO 방식은 네트워크 의료공급자가 보험회사와 계약을 맺은 후 그에 기초하여 의료서비스를 공급한다. HMO 방식이 보험회사가 주도함에 따라 의료공급자가 수동적 위치에 있다는 문제점을 극복하기 위해 등장했으며, 이용할 수 있는 의료공급자의 제약을 완화하였다. 이러한 등장 배경으로 인해 의료공급자의 주도적 역할이 강조되며, 이를 위해 의료공급자들이 네트워크를 조직한 후 개별 보험회사와 계약을 체결하는 형태가 일반적이다. 보험회사와 진료비 지불방식을 계약하며, 보험계약자가 네트워크 가입 의료기관을 이용할 경우 각 급부 항목에 대해 우대한다. 또한 전문의나 네트워크 외부의 의사를 진료 의뢰(Referral) 없이 이용할 수 있게 한다. 다만 고액의 입원이나 수술 시에는 일정 기일 이전에 보험회사에 연락하여 사전승인을 받아야 하며, 연락하지 않으면 보험급부가 삭감된다. 다만 긴급 시에는 예외가 인정된다. 의료공급자에게 일정 수의 환자를 보장하며, 가입자에 대해서는 의료공급자를 선택할 수 있게 한다.

PPO의 다른 형태로 한층 더 엄격한 EPO는 보험계약자가 네트워크 가맹 의료기관을 이용한 경우에만 보험급부를 인정한다. 응급상황을 제외하고는 네트워크에 속하지 않은 의료공급자로부터 받은 치료에 대해서는 보험으로 보장하지 않는다. 그런데 일반적으로는 네트워크 규모가 크며, 보험료는 HMO보다는 높지만 PPO보다는 낮다.

3) POS

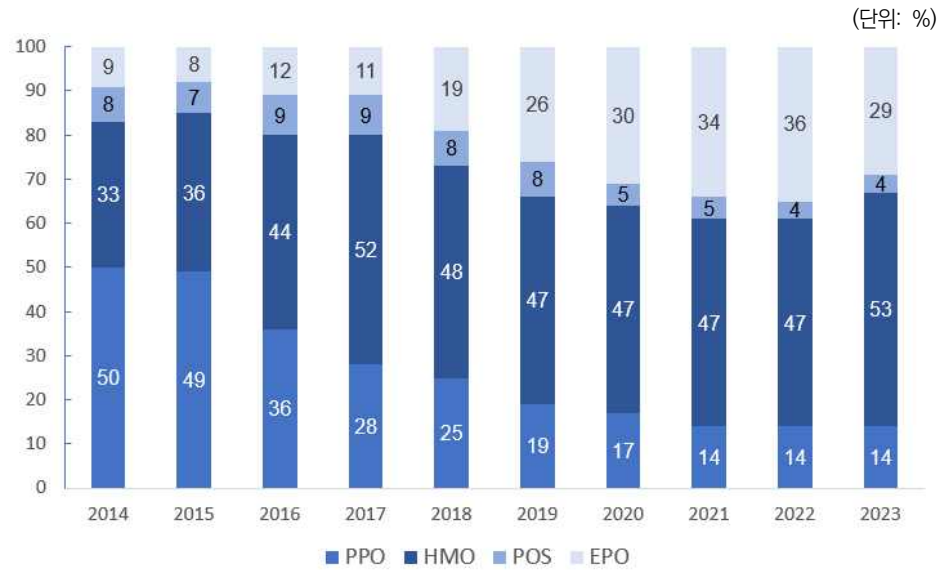
POS 방식이란 HMO와 동일한 운영을 하나, PCP의 소개를 받지 않고 다른 의료기관에서 진료를 받아도 PPO의 경우와 같이 일정한 보험급부가 제공되는 방식이다. POS 플랜은 HMO와 PPO의 하이브리드로, HMO에서 제공하는 경우 ‘개방형’ HMO라고도 한다. POS 플랜은 네트워크 내 서비스에 대한 HMO와 유사하다. 네트워크 외부에서 받은 서비스는 일반적으로 기존 배상 계획과 유사한 방식으로 상환된다(예: 요금표 또는 일반적이고 관례적이며 합리적인 요금에 따른 의료제공자 상환).

그런데 게이트키퍼가 없는 POS(Non-gatekeeper POS)나 개방적 접근 POS(Open Access POS)처럼 PCP를 설정하지 않은 제도가 등장하면서 이들을 PPO로 분류함에 따라 POS의 정의는 모호해졌다.

4) 시장구조

미국 관리의료 시장은 2014년 당시만 하더라도 절반을 차지했던 PPO가 크게 퇴조하고 HMO가 꾸준히 성장하여 2023년에는 점유율이 각각 14%와 53%로 역전되었다.

〈그림 Ⅲ-1〉 미국 관리의료 시장의 최근 구조 변화



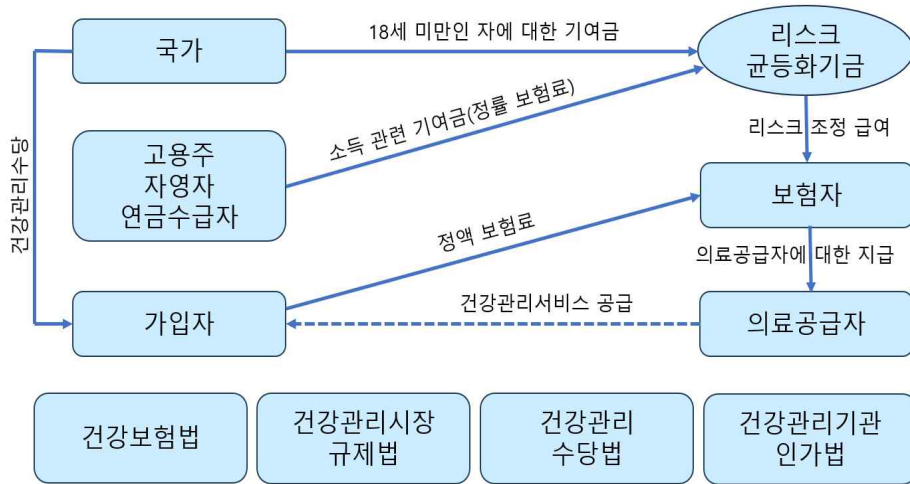
자료: Chan, Edith et al.(2023), p. 9

이는 앞에서 설명했듯이 HMO가 비용효율성이 높고 의료의 질도 좋아졌기 때문으로 보인다. POS도 점진적으로 비중이 낮아지고 있으나, EPO는 2022년까지 꾸준히 비중이 높아지는 추세를 보였다.

나. 네덜란드

네덜란드는 2006년부터 건강보험법을 시행하면서 네덜란드에 거주하는 모든 개인은 건강보험을 의무적으로 가입하되 다수의 민영보험회사가 관리하도록 함으로써 경쟁을 통해 의료비 증가를 억제하려고 하였다. 새로운 건강보험법의 시행에 따라 1층은 전 국민 강제 가입의 장기간병보험(AWBZ), 2층은 강제가입하되 민간보험회사가 경쟁하는 기본건강보험(Basic health insurance), 3층은 기본건강보험에서 보장하지 않는 급여를 보장하는 보충형 건강보험으로 보장체계가 구성되어 있다. 다만 3층의 보충형 건강보험은 새로운 건강보험법의 적용을 받지 않고 통상의 계약법을 적용받는데, 기본건강보험을 다른 보험회사로 옮겼다 하여 보충형 건강보험을 해지할 수 없게 하는 것만은 규제한다.

〈그림 III-2〉 네덜란드 건강관리 시스템의 규제된 경쟁 체계



자료: Jeurissen, Patrick and Hans Maarse(2021), p. 26

이에 따라 보험회사는 보충형 건강보험에 대해서는 급부 패키지, 등록 기준, 보험료 산정 등을 자유롭게 할 수 있다.¹²⁾ 보충형 건강보험은 일반적으로는 처방 안경 및 렌즈, 치과진료(18세 미만은 기본보험에 가입), 치열 교정, 예방접종, 물리치료, 네덜란드 요율 이상의

12) Jeurissen, Patrick and Hans Maarse(2021), p. 26

치료비를 위한 해외 의료서비스, 피임 등을 보장한다. 그런데 자발적으로 가입하는 보충형 건강보험에 가입했다 하여 진료를 더 빠르게 받을 수 있거나 전문의나 병원에 대한 선택의 폭이 넓어지지는 않는다.¹³⁾ 이러한 점들을 고려할 때 네덜란드에서 민영건강보험 시장은 보충형 건강보험에만 해당된다고 할 수 있다.

기본건강보험을 제공하는 보험회사는 등록자를 두고 경쟁하는데, 보험회사는 등록을 희망하는 개인을 거부할 수 없는 개방형 등록 제도(Open enrollment)를 운영한다. 보험회사가 제공하는 보험의 보험료와 품질이 경쟁의 핵심적 요소이므로 보험료를 낮추면서도 보험의 품질을 높이려면 의료공급자의 협력을 얻는 것이 절대적으로 중요하다. 이에 보험회사는 협상력 강화를 위해 의료공급자와 선별적으로 계약을 맺는 것이 허용된다. 이러한 체계에서 보험회사는 등록자 즉 잠재적 환자와 의료공급자 간의 중개자로서 역할한다.¹⁴⁾

의료기관과 보험회사 간의 계약은 각 영역의 협회들이 약제비 규모, 서비스 품질, 전체 의료비 지출 등과 관련한 정책적인 큰 틀에 대해 먼저 협상한 다음, 세부적인 사항에 대해서는 개별 계약을 통해 결정한다. 보험회사와 일반의(General Practitioner) 간에는 주로 등록환자당 인두제 가격과 방문당 지불 비용 등에 대해 계약을 체결하고, 보험회사와 병원 간에는 대기시간, 사후서비스 내용, 가격 등을 내용으로 하여 계약을 체결한다. 계약 과정에서 등록자 수가 많은 보험회사는 진료비를 인하할 수도 있다. 계약이 결렬되었을 때는 사법적 재판과정을 거친다.¹⁵⁾

이러한 절차를 거치는 네덜란드에서 보험자와 의료공급자 간 계약의 특징은 다음과 같이 정리할 수 있다.¹⁶⁾

- 재산권 배분: 계약에는 합병 또는 분할이나 병원과 병원에서 근무하는 전문의 간의 관계 수정과 같이 병원의 지배구조가 변경되는 경우의 조항을 포함한다. 보험자는 의료공급자 조직이 좋은 건강관리 지배구조법을 충족하지 못하는 경우 그들과 계약을 거부할 수 있다.
- 계약기간: 계약에는 기간에 대한 조항이 포함되어 있다. 계약 초기 단계에서 계약기간은 대부분 1년이었다. 그러나 다년으로 계약하는 추세가 있다.

13) International Health Care System Profiles: Netherlands(The Commonwealth Fund, June 5, 2020)

14) Bes, Romy Evelien(2017), p. 27

15) 김계현·신성철(2006), pp. 31~32

16) Ruwaard(2018)

- 인센티브 조정: 계약에는 상환, 치료의 양 및 질에 대한 조항이 포함된다. 또한 비응급 치료에 대한 의뢰와 일부 특정 치료에 대한 사전승인이 필요할 수도 있다. 품질에 관해서는, 계약은 의료서비스 제공이 의학의 최첨단 또는 의료 사회의 전문 표준과 일치하도록 요구한다. 계약에는 인증 요건 및 최대 대기시간을 지정하는 조항이 추가로 포함될 수 있다. 성과 보상 및 공동 저축 약정에 대한 계약을 포함하는 흐름이 새롭게 있다.
- 계약 완전성: 계약에는 예상되는 환자 수의 상당한 과소평가 또는 과대평가와 같은 예상치 못한 상황에 대처하기 위한 적응(Adaptation) 조항이 포함되어 있다.
- 리스크 배분: 계약에는 계약자의 재무적 리스크를 처리하기 위한 조항이 포함된다. 계약은 일시금이 지출되거나 금액 한도(Volume ceiling)에 도달한 후에도 의료공급자가 환자 치료를 계속하도록 의무화할 수 있다.
- 보호 조치: 계약에는 병원 성과 모니터링 및 분쟁 해결 조항이 포함된다.

네덜란드 의료시스템은 기본건강보험 패키지의 내용과 진료의 품질을 살피는 ZIN (National Health Care Institute)과 의료시장에서 보험회사와 의료공급자 간 공정경쟁 등을 포함하여 새로운 건강관리시스템 전반을 규율하는 NZa(Dutch Healthcare Authority)가 주요한 역할을 한다. 공정거래법이 보험회사와 의료공급자에게 적용된다.

한편 대부분의 피보험자는 기본건강보험과 보충형 건강보험을 같은 보험회사에서 구매한다. 보험회사는 보충형 건강보험을 위해서도 필요한 경우 급부 제공을 위해 의료공급자와 계약을 맺는다. 보험회사가 보충형 건강보험의 제공을 위해 의료공급자를 선별하여 계약하는 것은 이와 관련한 특별한 규제가 없어 기본건강보험의 경우와 마찬가지로 허용된다. 그렇다 하더라도 수직적 통합의 형태는 거의 존재하지 않는다. 다만 네덜란드에서는 법적으로는 선별계약을 허용하더라도 보험계약자가 선별계약을 맺은 의료공급자가 아닌 다른 의료공급자를 선택해도 의료비를 약관에 따라 상환해준다.¹⁷⁾ 이는 ‘의사를 선택할 자유’에 대한 제약이 대중적 및 정치적 압력 때문에 사회적으로 거의 받아들여지지 않기 때문이다. 그러한 배경에서 일부 보험회사는 의사를 선택할 자유를 내세워 보충형 건강보험을 마케팅하기도 한다.¹⁸⁾ 보충형 건강보험에 대한 규제는 건전성 및 보고 요건, 반독점 규제, 환자 안전 규제와 같이 모든 보험업무에 적용되는 표준적 시장 규제로 한정된다.

17) 예를 들어 선별계약을 맺은 의료공급자로부터 동일한 진료를 받았을 때 들었을 비용만 상환해줌

18) Netherlands Authority for Consumers and Markets(2016), pp. 13~14, pp. 17~18

다. 일본

일본에서는 「선진의료 등 비용 보험금 직접지급제도」(이하, '선진의료비 보험금 지급 제도'라 함)가 시행되었다. 선진의료비 보험금 지급 제도는 내각총리대신의 자문기구인 금융심의회(金融審議会)의 '새로운 보험상품·서비스의 제공 등의 방식에 관한 워킹그룹'이 2012년 6월 7일부터 2013년 6월 7일까지 총 16회에 걸쳐 보험상품·서비스의 제공 등의 방식에 대한 검토 및 심의를 거쳐 2013년 6월 11일에 공표한 정식 보고서에서 유래한다. 이 보고서에서는 “보험회사가 특정한 재화 및 서비스를 제공하는 제후처의 사업자(이하, '제후사업자'라 함)를 고객에 소개하고 고객이 제후사업자로부터 재화 및 서비스의 구입을 희망하는 경우에 보험금을 수취하지 않고 당해 사업자에 대해 그 대금으로 지불하는 것”이라는 '직접 지불 서비스'의 개발이 제안되었고, 재화 및 서비스의 예로서 개호와 장례 등이 제시되었다. 건강보험에서는 출산육아일시금과 고액의료비의 병원 직접 지불 제도가 있는데, 모두 의료비를 일단 자기부담으로 지불한 후 사후적으로 일정한 급부가 행해지는 구조 속에서 발생하는 고객의 '일시적인 의료비 선대(先貸)'를 회피하는 제도로서, '직접 지불 서비스'와 유사한 제도라고 할 수 있다.¹⁹⁾

후생노동성에 따르면 선진의료는 2014년 12월에 후생노동성 장관이 내각부 특명 담당 장관(규제개혁, 산업재생기구) 등과 맺은 '기본적 합의'에 기초하여 국민의 안전성을 확보하고 환자부담의 증가를 방지한다는 관점도 고려하면서 국민의 선택지를 넓히고 편리성을 향상한다는 관점에서 공적 건강보험의 보험진료와 병용을 인정한 데서 비롯되었다. 또한 선진의료는 건강보험법 등의 일부를 개정한 법률(平成18年法律第83号)에서 “후생노동성 장관이 정한 고도의 의료기술을 이용한 요양과 기타 요양으로서, 보험급부로 해야 할지에 대해 적절한 의료의 효율적 제공을 도모하는 관점에서 평가하는 것이 필요한 요양”이라고 하여, 후생노동성 장관이 정하는 '평가요양' 중 하나로 되어 있다. 구체적으로는 유효성 및 안전성을 확보하는 관점에서 의료기술별로 일정한 시설기준을 설정하고 시설기준에 해당하는 보험의료기관은 신고를 통해 보험진료와 병용할 수 있다. 이는 장래에 공적 건강보험 적용을 위한 평가를 실시하는 것으로서, 아직 공적 건강보험의 진료 방법으로 인정받지 못한 선진적인 의료기술 등과 공적 건강보험진료의 병용을 인정한 것이며, 병용을 실시하고 있는 보험 의료기관²⁰⁾은 정기적인 보고를 해야 한다. 선진의료는 공적 건강보

19) 小林 雅史(2013), p. 1

20) 보험의료기관은 「건강보험법」과 「국민건강보험법」에서 정함. 「건강보험법」은 제63조제3항제1호에서 후생노동대

험이 적용되지 않으므로 전액 본인부담이다. 선진의료는 일반적인 공적 건강보험진료를 받는 중에 환자가 희망하고 의사가 필요성과 합리성을 인정한 경우에 행해지는데, 선진의료를 받으려면 공적 건강보험 피보험자증을 창구에 제출해야 한다.

이러한 선진의료에 대한 급부금을 병원에 직접 지불하는 서비스를 제공하겠다고 언론에 최초로 발표한 생명보험회사는 AIG에디슨생명인데, 2010년 7월 14일에 ‘다이렉트 지불 서비스’라고 발표하였다. 손해보험회사 중에서도 생명보험회사가 취급하고 있는 선진의료특약과 같은 특약을 판매하고, 선진의료비용 보험금을 병원에 직접 지불하는 사례도 있다. 이 경우는 다음을 조건으로 선진의료비용 보험금의 병원 직접지급을 취급하고 있다.

가) 선진의료 비용이 10만 엔 이상이고 선진의료비용 보험금 지급한도액의 범위 내일 것

나) 선진医료를 받기 전에 고객이 회사에 신청하고 소정의 서면을 제출할 것

병원이 직접지급에 동의하지 않는 경우 외에 ‘보험금 지급을 위한 내용 확인에 상당한 시간이 소요되는 등 치료에 방해가 될 우려가 있는 경우’ 등은 이용할 수 없다고 되어 있다.

이러한 보험금 직접지급 서비스는 현물급부와 비교될 수 있는데(〈표 Ⅲ-1〉 참조), 현물급부가 법적으로 인정되지 않는 상황에서 무엇보다 고액 의료비를 내야 하는 보험계약자의 편리가 향상될 수 있다. 그 외에도 보험금 부정청구 억제나 보험계약자의 안심감을 높이는 데 기여하고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 보험금 직접지급 서비스와 현물급부의 비교

구분	보험금 직접지급 서비스	현물급부
개요	• 보험사고 발생 시에 보험금부로서 보험 계약 시에 미리 정한 액수의 보험금이 지급됨 • 부가적인 서비스로 당해 보험금(의 일부)의 지급처를 보험자가 소개하는 제 휴사업자로 변경할 수 있음(현행법상 금지되지 않음)	보험사고 발생 시에 보험금부로서 보험 계약 시에 미리 정한 특정 물품·서비스가 제공됨(현행법상 인정되고 있지 않음)

신(厚生労働大臣)의 지정을 받은 병원 또는 진료소(동 법 제65조의 규정에 의해 병상의 전부 또는 일부를 제외하고 지정을 받은 때는 그 제외된 병상을 제외한다.)를 보험의료기관이라고 규정함. 「국민건강보험법」은 제36조제3항에서 「건강보험법」 제63조제3항제1호에서 규정한 보험의료기관이라고 규정하고 있음. 보험의료기관에서는 보험증을 사용할 수 있는데, 이는 보험의료기관이 아닌 의료기관에서는 보험증을 사용할 수 없다는 것을 의미하므로 의료비를 전액 자기가 부담해야 함

〈표 III-1〉 계속

구분	보험금 직접지급 서비스	현물급부
보험금부의 내용	보험계약에서 정한 액수의 보험금임	보험계약에서 정한 특정 물품·서비스임
가격변동 리스크 대응	물품·서비스의 가격변동에 관계 없이 보험금액은 일정함	물품·서비스의 가격변동에 관계 없이 미리 정한 물품·서비스가 지급됨
차액 취급	• 물품·서비스의 가격이 보험금액을 상회하는 경우에는 계약자가 부족분을 부담할 필요가 있음 • 물품·서비스의 가격이 보험금액을 하회하는 경우에는 차이가 계약자에게 지급됨	개념상 차액은 발생하지 않음
물품·서비스의 선택가능성	이론상으로는 보험사고 발생 후에 서비스제공자로부터 물품·서비스를 수취하든, 보험회사로부터 보험금을 수취하든 계약자가 자유롭게 선택할 수 있음	보험계약 시에 제공된 물품·서비스의 내용이 미리 특정되어 있기 때문에 선택할 수 없음

자료: 松吉 夏之介(2013), p. 39

한편 손해보험회사 중에는 공적 건강보험과 무관한 진료에 대해 보장을 제공하는 보험을 판매하는 회사가 있다. 세콤손해보험(주)이 2001년 10월에 ‘자유진료²¹⁾’로 인한 치료비를 실액으로 보상하는 일본 최초 실손보험’으로 자유진료보험 메디콤을 출시한 것이 최초 사례이다. 세콤손보와 제휴한 병원(협정병원)이 사전에 협정한 암 진료 내용·진료료에 근거한 협정병원(및 회사가 인정한 의료기관)에서의 진료(예를 들어 선진의료에서도 인정되고 있지 않은 미승인 항암제 치료, 적응 외 항암제 치료, 약제의 적용 외 투여, 적용 외 검사 등)에 대해서 공적보험진료와 자비진료 양쪽을 보상하는 구조로, 보험금부는 직접 협정병원 측에 지불되는 ‘병원에 대한 직접지불 제도’라기보다는 의료의 현물급부에 가까운 구조이다.²²⁾

협정병원에 대해서는 다음을 조건으로 하고 있으며, 홈페이지에 협정병원을 게시하고 있다.

가) 진료계획에서 공적의료보험제도의 급부 대상이 되지 않는 암 진료가 포함되어 있는 경우 자비 진료로 암의 치료를 행할 것

나) 자비진료의 범위를 의사가 의학적으로 유효하다고 인정한 범위로 할 것

21) 자유진료는 공적 건강보험(건강보험, 국민건강보험, 후기 고령자 의료제도)이 적용되지 않는 진료를 말함. 보험진료에 대칭되는 진료임. 진료를 받는 자와 진료를 하는 의료기관 간에 자유롭게 개별 계약을 하고 그 계약에 따라 이루어지는 진료임. 공적 건강보험이 적용되지 않으므로 진료를 하는 데 드는 비용 전체를 본인이 부담함

22) 小林 雅史(2013), pp. 2~3

다) 자기진료의 진찰료의 단가를 당 회사가 제시하는 단가로 할 것

라) 진료비의 지불방법을 당 회사가 정하는 방법으로 할 것

손해보험회사에서는 이 밖에 임의가입 자동차보험의 대인배상책임보험(자동차사고에 의한 상대방의 부상 등을 보상하는 보험)이나 해외여행 상해보험 등으로 병원에 보험금을 직접지급하는 경우가 있다.²³⁾

그렇지만 생보·손보 모두 보험금을 병원에 직접지급하는 제도의 보급이 그다지 활성화되고 있지 않은데, 그 이유는 다음과 같다. 전국에는 약 8,500개의 병원(환자 20명 이상의 입원시설을 가진 병원, 그 중 국공립·대학병원 등을 제외한 의료법인이나 개인이 경영하는 병원은 약 6,000개)이 있는데 개별 병원과 사전 교섭과 제휴를 맺어야 한다. 병원 측과 보험회사 측 모두에 새로운 사무와 비용이 발생한다. 신계약 시점에서 직접지급을 홍보하고 있어도 실제 지급 시점에서는 가입자 측의 통원 이력 불고지 등 고지 의무 위반을 살피게 되고, 고지 의무 위반 혐의가 있는 행위가 발각되어 보험금 지급을 위한 내용 확인에 상당한 시간이 필요한 경우 등에는 직접지급이 실질적으로 불가능하다는 것 등을 들 수 있다.²⁴⁾

〈표 III-2〉 숨포재팬닛폰코아(損保ジャパン日本興亜)의 선진의료비 보험금 직접지급제도 사례

내용
선진의료비 보험금 직접지급제도란 주로 기업의 종업원이 가입할 수 있는 ‘신·단체의료보험’에서 고객이 안심하고 치료를 받을 수 있게 하려고 선진의료 중 양성자치료, 중입자치료와 관련한 선진의료 등 비용보험금을 의료기관에 직접지급하는 제도이다.
선진의료 중 양성자치료, 중입자치료는 고액의 치료비가 드는 경우가 많고, 일시적으로 고객 자신이 치료비를 부담해야 했었다. 이에 부담 경감을 목적으로 이러한 제도가 도입되었다.
이 제도를 이용하려면 진료를 받기 전에 보험회사에 이용을 희망한다고 연락하여 보험회사로부터 이용 여부를 안내받아야 한다. 보험회사는 이 제도를 이용할 수 있는 의료기관을 사전에 안내하고 있다. 물론 이 제도는 강제 적용되지 않고 임의로 적용되므로 고객이 선진의료의 치료비를 의료기관에 지불한 후 보험금을 지급받는 것도 가능하다.

자료: 損保ジャパン日本興亜 News Release(2017. 10. 3), “「先進医療等費用保険金」直接支払制度の開始~全国の「陽子線治療」・「重粒子線治療」を実施するすべての医療機関に対応~”

23) 小林 雅史(2013), pp. 3~4

24) 小林 雅史(2013), p. 4

한편 일본에서도 2014년 4월에 『건강보험법』의 위임을 받은 『보험의료기관 및 보험의 요양담당규칙(保険医療機関及び保険医療養担当規則)』을 개정하여 우리나라처럼 환자 소개에 대한 경제적 이익 제공을 금지하고 있다. 동 규칙 제2조의4의2에서는 경제적 이익 제공에 의한 유인을 금지하고, 제2조의5에서는 특정 보험약국으로 유도를 금지하고 있다. 이렇게 금지하는 것은 2014년경에 일부 의료기관이 방문진료가 필요한 사람이 많이 입소한 시설·주택으로부터 환자를 소개받고 소개료를 지불하고 방문진료를 한 사례가 사회문제가 된 데서 비롯되었다.

동 조항을 도입한 취지는 특정 의료기관이 소개료를 지불하고 환자를 유인하는 것이 환자의 자유로운 선택을 저해할 수 있고, 환자를 경제적 거래 대상으로 삼게 되면 보험진료 그 자체와 보험재원의 효과적·효율적 활용에 대한 국민의 신뢰가 손상될 우려가 있으니 금지해야 한다는 것이다.

이 때 경제적 이익이란 금전, 물품, 편익, 노무, 향응 등을 의미하며, 상품 또는 노무를 통상의 가격보다 싸게 구입할 수 있는 이익도 포함한다. 그리고 경제적 이익을 제공받는 자로서 행정상 상정되는 것은 주로 환자 소개를 하는 중개업자 또는 그 종업원, 환자가 입소하는 집합주택시설의 사업자 또는 그 종사자 등이다. 환자의 유인에 해당하는지는 의료기관이 가진 진료기록에 첨부된 방문진료 동의서, 진료 시간(개시 시각 및 종료 시각), 진료 장소, 진료인수 등을 참고하여 결정한다.

〈표 Ⅲ-3〉 환자 소개에 대한 경제적 이익 제공 금지 규칙

조항	조문
제2조의4의2 경제상 이익의 제공에 의한 유인의 금지	보험의료기관은, 환자에 대해, 제5조의 규정에 의해 수령하는 비용의 액수에 따라 해당 보험의료기관이 행하는 수익 업무에 관련된 물품의 대가액의 할인을 하는 것, 기타 건강보험사업의 건전한 운영을 손상시킬 우려가 있는 경제상의 이익을 제공함으로써, 해당 환자가 자기 보험의료기관에서 진료를 받도록 유인해서는 안 된다. 2. 보험의료기관은, 사업자 또는 그 종업원에게, 환자를 소개하는 대가로서 금품을 제공하는 것, 그 외의 건강보험사업의 건전한 운영을 해칠 우려가 있는 경제상의 이익을 제공함으로써 환자가 자신의 보험의료기관에서 진료를 받도록 유인해서는 안 된다.
제2조의5 특정 보험약국 으로 유도 금지	보험의료기관은, 해당 보험의료기관에서 건강보험의 진료에 종사하고 있는 보험의(이하 '보험'이라고 한다)가 실시하는 처방전의 교부에 관해, 환자에 대해서 특정의 보험약국에서 조제를 받아야 한다는 취지의 지시 등을 해서는 안 된다. 2. 보험의료기관은, 보험의가 행하는 처방전의 교부에 관해, 환자에게 특정 보험약국에서 조제를 받아야 한다는 취지의 지시 등을 행하는 것의 대가로, 보험약국으로부터 금품이나 그 외의 재산상의 이익을 수수해서는 안 된다.

자료: 『보험의료기관 및 보험의요양담당규칙(保険医療機関及び保険医療養担当規則)』

그러나 환자를 보험의료기관이 아닌 의료기관에 소개하고 소개료를 받는 것은 위법이 아닙니다. 따라서 『건강보험법』의 적용을 받지 않는 ‘선진의료비 보험금 직접 지불 제도’의 운영을 위해 제휴사업자를 고객에 소개하는 것은 위법이 아니라고 할 수 있다.

라. 시사점

민영건강보험 중심의 보험제도를 운영하는 가운데 HMO나 PPO 등과 같은 조직을 발전시킨 미국의 사례나 임의가입의 보충형 민간의료보험을 운영하기 위해 보험회사와 의료공급자가 계약을 맺고 있는 네덜란드와 일본의 사례를 볼 때 보험자와 의료공급자 간의 계약을 금지하는 것은 의료비 관리 및 통제, 도덕적 해이 방지, 보험과 의료 공급의 연계를 통한 효율성 제고 등 여러 측면에서 적절하지 못한 것임을 알 수 있다. 현재 국민건강보험의 운영을 위해 요양기관에 당연지정제를 적용하는 우리나라의 보험회사가 고려 중인 것은 비급여를 대상으로 의료공급자와 계약을 맺는 것이다. 그러한 점에서 의무적으로 가입하는 건강보험이 존재하며 보충형 또는 보완형으로 민영건강보험을 공급하는 국가의 사례가 우리나라의 보험회사에 더 많은 시사점을 줄 수 있다고 본다. 결국 HMO나 PPO를 중심으로 관리의료를 시행하고 있는 미국 사례보다는 네덜란드나 일본의 사례가 도움이 된다고 본다. 다만 미국의 사례는 앞으로 계약형 제도를 운영하며 좀 더 발전된 형태로 관계를 전개하기 위해서는 참고해야 할 것으로 본다. 뒤에서 자세히 살펴보겠지만, 아직 보험회사와 의료공급자가 계약을 맺는 것이 가능한지에 대한 법적 안정성이 확보되지 않은 상황에서는 미국 사례보다 네덜란드나 일본 사례가 더 도움이 된다고 본다.

그러한 점을 고려할 때 전면적인 규제 개선보다는 단계적으로 규제를 개선하는 것이 적절할 것이다. 특히 의료공급자도 개원의, 중소형 병원, 대형 병원이 이에 대한 입장이 다르기 때문에 법적 안정성만 확보된다고 바로 계약을 맺을 수 있을 것으로 보지는 않는다. 또한 일본의 사례에서 볼 수 있듯이 제도 도입 후 활성화를 위해서는 제도 시행을 위한 비용 요소도 적절히 고려할 필요가 있을 것이다. 따라서 가장 낮은 수준에서나마 보험회사가 의료공급자와 관계를 맺을 수 있는 법적 안정성을 확보하며, 그러한 관계에 가능한 많은 의료공급자가 참여할 수 있도록 중장기적 계획을 세워 접근하는 것이 바람직할 것이다.

보험회사와 의료공급자 간 연계에 대한 제약 요인

1. 「의료법」상 알선행위 금지

보험산업은 현재까지 보험회사와 의료공급자 간 연계를 어렵게 하는 사유 중의 하나로 영리를 목적으로 알선행위를 하는 것을 금지하는 「의료법」 제27조제3항을 꼽는다. 현행 「의료법」 제27조제3항은 1981년 12월 31일 법률 제3504호에 의해 신설된 「의료법」 제25조제3항에서 유래하며, 그 후로 2002년과 2009년에 두 차례에 걸쳐 법이 개정되었다.

1981년 당시 입법 취지나 국회 상임위원회 회의록과 전문위원의 검토의견 등을 보면 소위 ‘브로커’라는 비의료인과 의료기관 및 의료인의 부적절한 행위를 처벌하기 위한 것임을 알 수 있다.

그 후 2002년 개정에서 “환자의 경제적 사정 등 특정한 사정이 있어 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 얻은 경우에는 그러하지 아니하다는 예외조항을 두고 본인부담금을 면제 또는 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등이 구체적으로 예시되었지만, 처벌의 대상이 바뀌지는 않았다.

특히 눈여겨보아야 할 것은 2009년 법 개정을 통해 국내에 거주하지 아니하는 외국인 환자에 대한 유치활동을 허용하였다는 점이다. 정책적으로 외국인 환자를 유치하여 외화를 벌겠다는 것은 이해가 되지만 외국인을 대상으로는 허용되는 행위가 내국인을 대상으로는 허용되지 않는 점은 이해하기 어려운 부분이다. 다만, 굳이 이해하고자 한다면 외국인에 대한 의료행위는 국민건강보험이 적용되지 않기 때문에 외국인 환자 유치활동을 허용한 것은 아닌가 하는 점이다. 그렇다면 내국인이라 하더라도 국민건강보험이 적용되지 않는 비급여에 대해서는 「의료법」 제27조제3항을 적용하지 않을 수 있지 않을까 유추하여 해석할 필요도 있다고 생각한다.

어쨌든 「의료법」 제27조제3항을 어떻게 적용할 것인지는 여러 대법원 판례 등을 통해 잘 나타나 있다.²⁵⁾ 즉, “본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료

인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 금지한다. 이 조항의 ‘소개·알선·유인하는 행위’는 환자와 특정 의료기관·의료인 사이에 치료위임계약의 성립 또는 체결에 관한 중개·유도 또는 편의를 도모하는 행위를 의미하는 것으로(대법원 1998. 5. 29. 선고 97도1126 판결, 대법원 2019. 4. 25. 선고 2018도20928 판결 등 참조), 이러한 행위가 영리적으로 이루어지는 것을 금지·처벌하는 이 조항의 입법취지는 의료기관 주위에서 환자 유치를 둘러싸고 금품수수 등 비리가 발생하는 것을 방지하며 의료기관 사이의 불합리한 과당경쟁을 방지함에 있다(대법원 2004. 10. 27. 선고 2004도5724 판결 등 참조).”

한편 의료시장질서와 건강보험재정의 건전성을 확립함으로써 국민건강을 보호한다는 「의료법」 제27조제3항의 입법 취지 및 예시 등을 고려할 때 정확한 정보제공에 의한 ‘유인’은 상대방의 판단을 흐리게 하거나 착오에 빠지게 하는 행위가 아니기 때문에, 「의료법」 제27조제3항의 ‘유인’행위에는 포함되지 않는 것으로 해석해야 한다는 견해도 있다.²⁶⁾

보건복지부 홈페이지의 ‘자주 하는 질문’ 코너에는 “의료법에서 금지하는 환자유인행위의 종류에는 어떤 것이 있나요?”라는 질문에 대해 다음과 같이 답하고 있다. 즉, “의료법에서는 환자유인의 방식을 구체화하여 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위를 그 예시로 들고 있습니다. 금품 제공의 경우 제공된 물품에 경제적 가치가 있는 이상 금품에 해당됩니다. 또한 교통편의 제공행위의 경우 실제 제공여부와 무관하게 불특정 다수인에게 교통편의를 제공사실을 알리는 행위만으로도 환자유인행위에 해당되나, 의료법 제27조제3항에 따라 관할 시장·군수·구청장의 사전승인이 있었다면 환자 유인행위가 가능할 것이나, 이 역시도 사전승인된 범위 내에서 이루어져야 합니다. 의료법 제27조제3항에 따라 환자유인행위가 일반적으로 금지된 이상, 제시된 정형적인 방식 이외에도 환자에게 금품이 제공되거나 의료시장의 질서를 근본적으로 해하는 등의 특별한 사정이 있다고 판단되는 경우라면, 의료인은 환자유인행위에 의한 행정처분 대상이 됩니다.”

대법원 판례는 아니지만 부산지방법원 형사부는 2020년 11월 12일에 의료인이 본인부담금을 감면해주는 것은 원칙적으로 사적자치의 영역이라며 “의료법 제27조제3항은 이를 예외적으로 제한하는 규정으로 엄격하게 해석해야 한다”는 의견을 내놓기도 했다.²⁷⁾

25) 대법원 2022. 10. 14. 선고 2021도10046 판결

26) 이석배(2011)

27) 의약뉴스(2020. 11. 26), “법원 “의료인의 본인부담금 감면은 사적자치의 영역”

또한 헌법재판소는 비급여 진료비를 할인 또는 면제하는 행위는 ‘국민건강보험법 또는 의료급여법의 규정에 의한 본인부담금을 할인하는 행위’에 해당하지 않으므로 의료법 제27조제3항이 비급여 진료비의 할인 또는 면제하는 행위까지 규제하는 것은 아니라고 판시한 바 있다.²⁸⁾

이상과 같은 일련의 판결을 볼 때 보험회사와 의료공급자 간 계약을 맺는 것이 법률상 완전한 위법 여부에 대한 새로운 판단이 필요할 것으로 생각된다. 특히 보험회사가 의료공급자와 계약을 맺으려 하는 대상은 법정본인부담금이 아니고 비급여이기 때문이다. 「의료법」 제27조제3항이 비급여에 대해서 규율할 근거가 되지 못한다면 비급여를 대상으로 보험회사가 의료공급자와 계약을 맺는 것에 대해서는 최소한 의료법 위반은 아니라고 볼 수 있다. 그렇다 하여 보험회사가 바로 의료공급자와 계약관계를 맺으려는 시도가 법적 안정성이 있다고 보기도 어렵다. 이러한 점들을 고려할 때 보험산업에서는 의료공급자와 계약을 맺기 위해서는 그에 앞서 법적 안정성을 확보할 필요가 있을 것이다.

2. 「공정거래법」상 불공정행위 금지

보험회사와 의료공급자 간의 관계를 설정할 때 주된 걸림돌이라 생각한 「의료법」 제27조제3항의 적용제외 여부가 해결되지 않았기 때문에 「공정거래법」상 불공정행위 금지는 그다지 이슈가 되지 않았다. 그러나 두 이해관계자 간에 가장 낮은 단계의 관계인 계약을 맺는다고 하더라도 계약의 불공정성 여부와 함께 담합의 가능성 등 공정거래법의 위반 가능성은 항시 잠재해 있다. 「공정거래법」 제40조에서는 사업자는 계약·협정·결의 또는 그 밖의 어떠한 방법으로도 다른 사업자와 공동으로 부당하게 경쟁을 제한하는 “부당한 공동행위”²⁹⁾를 할 것을 합의하거나 다른 사업자로 하여금 이를 하도록 하여서는 아니된다고 규

28) 헌법재판소 2019. 5. 30. 선고 2017헌마1217 전원재판부 결정 [기소유예처분취소] [헌공272, 673]; “비급여 진료비를 할인 또는 면제하는 행위는 ‘국민건강보험법 또는 의료급여법의 규정에 의한 본인부담금을 할인하는 행위’에 해당하지 않는다. 국민건강보험법 및 의료급여법에 의한 급여대상이 아닌 진료비로서 의료인이 스스로 그 금액을 자유롭게 정하고 환자 본인이 이를 전액 부담하도록 되어 있는 진료비까지 위 규정상 ‘본인부담금’에 해당한다고 해석하는 것은 형법 법규를 지나치게 확장 해석하는 것으로서 죄형법정주의의 원칙에 어긋나 허용될 수 없기 때문이다”

29) 다음에 열거된 사항 중 어느 하나에 해당하는 행위를 할 것을 합의하면 “부당한 공동행위”가 됨

1. 가격을 결정·유지 또는 변경하는 행위
2. 상품 또는 용역의 거래조건이나, 그 대금 또는 대가의 지급조건을 정하는 행위

정하고 있다. 그럼에도 거래조건의 합리화를 목적으로 할 때는 적용을 제외할 수 있게 하고 있다. 이를 고려할 때는 보험회사가 의료공급자가 계약관계를 맺는 것만으로 담합이 될 것으로 보기는 어려울 것으로 생각된다. 다만 복수의 보험회사와 복수의 의료공급자가 각각 대리하는 대표단체를 정하고 계약을 할 때는 법적 안전성을 판단받을 필요가 있을 것이다. 이렇듯 「공정거래법」 위반 여부는 개별 계약을 살펴보고 판단될 수 있지만, 그에 앞서 보험시장과 의료시장의 경쟁상황도 같이 살펴볼 필요가 있다.

보험시장의 경우 건강보험의 대부분이 속해 있는 생명보험과 장기손해보험을 기준으로 보면 모두 경쟁시장인 것으로 평가된다.³⁰⁾ 생명보험시장의 경우 HHI 지수는 1,037로 1,200 이하이고, 수익성 지표인 자본이익률(Return on Equity)도 2019년 기준 3.9%로 주요국에 비해 낮은 편이다. 장기손해보험은 생명보험시장과의 경쟁관계를 고려하여 경쟁 시장으로 평가될 수 있다.

의료시장은 시장을 어떻게 정의하는가에 따라 경쟁도 측정이 달라질 수 있다. 전체 의료시장의 경쟁도를 모두 분석해야 하지만, 의료 공급을 주도하는 병원의 경쟁도를 살펴보는 것으로 어느 정도 정보를 줄 수 있다고 생각한다. 김대중 외(2013)에 따르면 2010년 기준으로 상급종합병원의 평균 HHI 지수는 55.43, 종합병원은 277.42, 병원은 268.50으로 상급종합병원의 경쟁 수준이 종합병원, 병원보다 높게 나타났다. 병상 수 기준 HHI 지수는 100~300병상 미만의 의료기관은 302.82로 경쟁도가 가장 낮았으며, 1,000병상 이상의 의료기관은 42.81로 경쟁도가 가장 높았다. 어떻게 보든 의료시장은 경쟁적인 것으로 나타났다. 2023년 4월 20일 기준으로 병상 수가 1천 병상을 넘는 병원이 24개가 있고 800병상 이상 1,000병상 미만인 병원은 35개이며, 800병상 이상을 보유한 병원의 총 수가 59개에 이른다.³¹⁾ 2011년 이후 병원의 대형화 추세와 함께 의료시장의 경쟁은 치열해지고

-
3. 상품의 생산·출고·수송 또는 거래의 제한이나 용역의 거래를 제한하는 행위
 4. 거래지역 또는 거래상대방을 제한하는 행위
 5. 생산 또는 용역의 거래를 위한 설비의 신설 또는 증설이나 장비의 도입을 방해하거나 제한하는 행위
 6. 상품 또는 용역의 생산·거래 시에 그 상품 또는 용역의 종류·규격을 제한하는 행위
 7. 영업의 주요 부문을 공동으로 수행·관리하거나 수행·관리하기 위한 회사 등을 설립하는 행위
 8. 입찰 또는 경매를 할 때 낙찰자, 경락자, 입찰가격, 낙찰가격 또는 경락가격, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 결정하는 행위
 9. 그 밖의 행위로서 다른 사업자(그 행위를 한 사업자를 포함한다)의 사업활동 또는 사업내용을 방해·제한하거나 가격, 생산량, 그 밖에 대통령령으로 정하는 정보를 주고받음으로써 일정한 거래분야에서 경쟁을 실질적으로 제한하는 행위

30) 임준(2021)

31) 건강보험심사평가원 2023년 4월 20일 집계 기준임

있다고 본다.

이상에서 기존 연구를 통해 살펴보았듯이 보험시장과 의료시장은 경쟁적인 것으로 판단할 수 있다. 두 시장이 모두 경쟁적이라면 보험회사와 의료공급자가 관계를 설정하면서 경쟁을 저해하여 소비자후생을 낮춘다는 잠재적 부작용의 가능성은 크지 않을 것으로 판단된다. 즉, 보험시장과 병원시장이 경쟁적이라면 배타적 거래나 수직적 통합을 하더라도 배제를 촉발하지 않을 것이다.³²⁾ 다만 대형병원이나 특정질병에 특화된 병원은 소비자들 이 그들 병원에 대해 강한 선호를 갖기 때문에 시장지배력을 가질 잠재적 가능성은 있는데, 대형병원 간 경쟁이 치열하게 이루어지고 특정질병에 특화된 병원의 대체가능성을 고려할 때는 그 가능성은 크지 않을 것으로 본다.

미국의 경우 보험회사와 병원 간의 가격협상이 전체 보험료를 결정하는 중요한 요인이다. 주어진 시장에서 이들 가격은 ‘필수(Must have)’ 또는 ‘스타(Star)’ 병원들이 지지하는 협상력뿐만 아니라 병원 대 보험회사의 상대적 시장집중도를 반영한다고 한다. 또한 병원과 보험회사의 상대적 집중은 시장에 따라 그리고 시간의 변화에 따라 바뀐다.³³⁾

시장의 경쟁도 변화와 배제의 가능성 발생보다 더 관심을 기울여야 할 것은 보험회사와 의료공급자 간 개별 계약의 공정성이라 할 수 있다. 보험회사의 입장은 의료공급자와 관계를 맺어 비급여 의료비를 적정한 수준으로 통제하기를 원하는 반면에 의료공급자는 실손의료보험 등 민영건강보험에 가입한 환자를 받아서 수입을 극대화하기를 원한다. 이렇듯 관계를 형성하려는 두 주체가 목표가 일치되지 않게 되면 힘이 더 큰 쪽으로 균형이 쏠릴 가능성이 있다. 그러할 경우 맺어지는 계약은 공정거래라고 보기 어려울 수 있다. 따라서 계약의 형태와 함께 계약조건에 대해서도 충분히 살필 필요가 있다.

그런데 공정거래와 관련한 제약은 의료법에 의한 제약과는 근본적 차이가 있다. 이는 보험회사와 의료공급자 간에 계약관계를 맺는 것을 금지하기보다는 계약관계를 맺기 위해서는 최소한 준수할 사항을 요구하고 있기 때문이다. 특히 현재 보험시장과 의료시장이 경쟁적이라고 평가되는 상황에서는 근본적인 제약 요인이라고 하기 어렵다.

32) Bijlsma et al.(2008)

33) Frakt(2010)



보험회사와 의료공급자 간 연계 방향 및 제도 개선 과제

제Ⅲ장과 제Ⅳ장에서는 보험회사와 의료공급자 간 관계를 맺기 위해 연계 방법으로는 어떤 유형이 있으며, 실제 주요국에서는 어떻게 관계가 설정되는지, 그리고 국내에서 관계 설정을 저해하는 요소는 무엇인지를 알아보았다. 이를 전제로 제Ⅴ장에서는 현재의 민영 건강보험 및 의료시장의 여건에서 앞으로 관계 설정이 어떠한 틀에서 접근되는 것이 바람직하고 구체적으로 어떤 방안을 고려할 수 있으며 그를 위한 제도적 개선은 무엇이 필요한지를 알아본다.

1. 민영건강보험 및 의료 시장 여건

가. 신의료기술의 빠른 도입 필요성

의료기술은 더 나은 의료서비스를 효율적으로 제공하기 위해 발전해왔다. 그런데 새로운 의료기술이 개발된다 해도 활발한 상용화는 바로 가능하지 않다. 우선은 기술의 안전성이 평가될 필요가 있으며, 비용효과성도 검토되어야 한다. 이를 위해 정부는 새로 개발된 의료기술에 대하여 국가 차원에서 안전성과 유효성을 전문적이고 객관적으로 평가하여 국민의 건강을 보호하고 신의료기술의 발전을 촉진할 목적으로 신의료기술평가제도를 도입하였다. 새로운 의료기술이 개발되면 이러한 절차를 거쳐서 법정 비급여로서 등재되어야 진료과정에서 사용될 수 있게 된다.

〈표 V-1〉 발생 유형에 따른 비급여의 구분

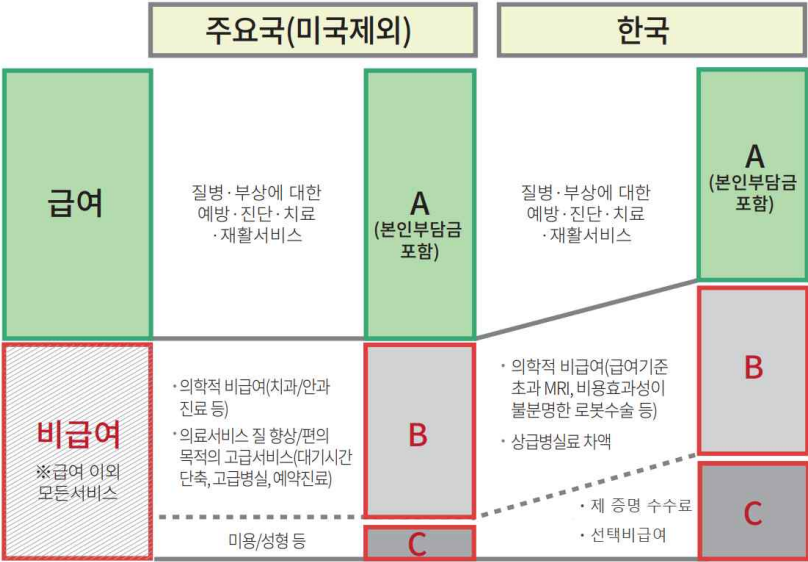
내용
① 의학적 필요성이 있음에도 기준 초과, 비용효과성 등에 의해 비급여로 적용되는 항목(MRI, 초음파 등 기준 비급여·로봇수술 등 등재비급여)
② 관련 제도적 규정으로 비급여로 적용되는 항목(상급병실료차액, 제증명수수료)
③ 의학적 필요성은 낮으나 환자의 선택에 의한 의료서비스(미용·성형, 예방 등) … 민간의료보험 미보장 영역

자료: 김하윤(2022), p. 17

법정 비급여로 등재되더라도 이용하는 데 큰 비용이 들면 의료 현장에서 사용하기 어려워 아무리 좋은 기술이라 하더라도 확산의 속도가 늦어져 환자에게 도움이 되지 않을 수 있다. 이러한 문제를 극복하려면 국민건강보험의 급여로서 비용이 부담되거나 민영건강보험의 급여로서 비용이 부담되어야 한다. 민영건강보험의 급여로서 비용이 부담되기 위해서는 비용의 적정성이 판단되어야 하는데, 현재로서는 이를 판단할 기제가 존재하지 않는 상황이다.

그런데 우리나라는 주요국에 비해 국민건강보험에서 보장하는 급여 범위가 더 작고 본인 부담의 비중은 더 높은 편인데, 비급여의 영역과 항목이 다른 국가에 비해 더 많은 편이며 (〈그림 V-1〉 참조), 민영건강보험에서도 보장하지 않아 환자가 부담해야 하는 비급여 항목(C영역)도 주요국에 비해 상대적으로 많다.³⁴⁾ 이렇듯 체계적으로 관리되지 않고 환자의 본인부담이 큰 비급여의 비중이 높은 상황은 신속히 개선될 필요가 있다.

〈그림 V-1〉 주요국과 한국의 비급여 개념 비교



주: 1) A영역: 공적 보장범위, B영역: 민간의료보험에서 보장하는 비급여 영역, C영역: 민간의료보험에서 보장하지 않는 비급여 영역임
2) 선택비급여는 미용, 성형 및 치료적 목적과 무관한 치과, 한방진료 등임
자료: 김하윤(2022), p. 18

34) 김하윤(2022), p. 17

만약 의료공급자가 보험회사와 관계를 맺어 비용의 적정성을 공동으로 판단하여 민영건강보험의 급부로 인정할 수 있게 되면 기술의 이용이 빠르게 늘어나 기술 채택이 많아지고 환자도 선진의료의 효과를 볼 수 있을 것이며 보험회사도 적절하게 보험금 지급을 관리할 수 있게 될 것이다. 최근 들어 인공지능(AI)·빅데이터 기술, 디지털·웨어러블 기술을 활용한 혁신의료기기 및 진료기법이 속속 개발되고 있는데, 이들 기기 및 기법이 빠르게 시장에 도입되어 확산되게 하기 위해서라도 보험회사와 의료공급자 간에는 적절한 연계가 필요할 것이다. 특히 비급여 목록에 등재되어 있지 않은 의약품, 한방 등에 대해서는 표준화 이후 급여화 또는 가격관리가 필요할 것이다.

이렇게 되면 환자보다 더 많은 전문성과 정보는 물론 협상력을 가진 보험회사가 환자를 대리하여 비급여 가격을 협상함으로써 적정하게 가격을 설정하는 효과도 얻을 수 있게 될 것이다. 실제 환자는 다양한 상황에서 병원 등 의료기관을 방문하는데 진료의 품질은 물론 가격에 대한 적절한 정보를 얻기 쉽지 않을 뿐만 아니라 협상력도 없어 일방적으로 진료의 내용과 가격을 수용할 수밖에 없는 위치에 있다. 따라서 보험회사를 통해 이러한 부분에 대해 도움을 받으면 재무적으로 향상된 효과를 얻을 수 있을 것이다.

또한 환자가 건강보험을 통해 재무적 능력을 갖추고 의료기관을 이용함에 따라 비용부담을 우려하여 신기술 이용을 주저하는 비율이 크게 낮아질 것이다. 결국 적절한 재무적 능력을 갖춘 환자 수를 확보하는 데 용이해져 의료공급자는 신기술을 적용하며 규모의 경제 효과를 쉽게 달성할 수 있게 될 것이다.

나. 비급여의 급증과 국민건강보험 보장 수준

소위 '문재인 케어'에서는 '선별급여, 예비급여제도'를 통하여 비급여의 급여화를 진행해 왔는데, 그 결과 국민건강보험의 보장률은 높아지고 비급여 부담률은 낮아졌다. 문재인 케어가 시작되기 전인 2016년에는 62.6%였던 국민건강보험 보장률은 지속적으로 상승하여 2020년에는 65.3%까지 높아졌다. 다만 2021년에는 법정본인부담률과 비급여부담률이 상승하면서 국민건강보험 보장률이 2020년에 비해 0.8%p 하락하였다.

〈표 V-2〉 연도별 국민건강보험 보장률

(단위: %)

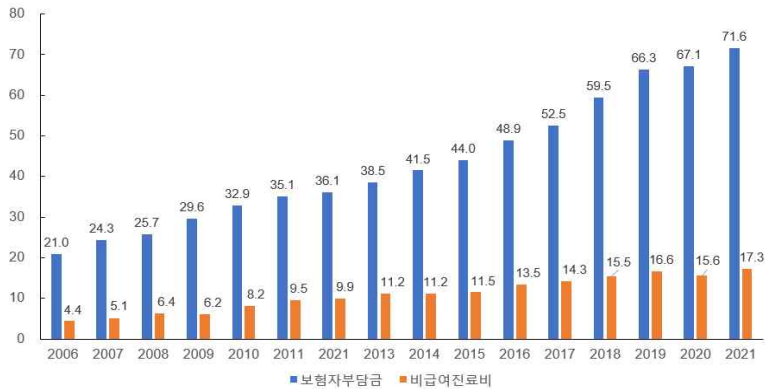
구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
국민건강보험 보장률	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	64.5
법정 본인부담률	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5	19.9
비급여 부담률	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2	15.6

주: 전체 건강보험 보장률은 현금급여(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산진료비 지원금, 요양비)를 포함함
자료: 국민건강보험공단 보도자료(2023. 1. 10), “2021년 건강보험 보장률 64.5% [전년대비 -0.8%p]”

왜 이러한 결과가 나타났는지는 〈그림 V-2〉에 나타난 부문별 진료비 변화에서 확인될 수 있다. 관찰된 기간 중에 국민건강보험공단의 부담액이 비급여 진료비에 비해 가파르게 증가하는 가운데 2018년에서 2020년 사이에는 증가율이 더 가팔라졌다. 다만 2021년에는 비급여 진료비가 공단 부담액 증가율보다 더 크게 증가했다.

〈그림 V-2〉 연도별 부문별 진료비 변화

(단위: 조 원)



주: 오른쪽 표의 하단의 괄호 속 수치는 전년 대비 증가율을 나타냄
자료: 국민건강보험공단(2023)

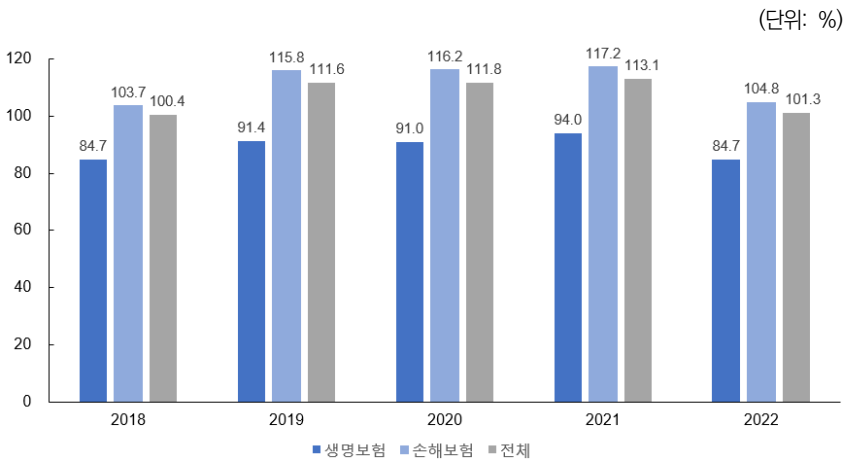
이러한 수치 변화를 보면 비급여 진료비의 급증이 국민건강보험 보장률을 낮추는 요인인 것을 알 수 있다. 따라서 비급여 진료비를 적절히 관리해야 국민건강보험의 보장률을 높일 수 있을 것이다.

다. 실손의료보험 손해율

금융감독원의 최신 발표³⁵⁾에 따르면 실손의료보험은 2022년 말 기준으로 3,997만 명이 가입해 있고, 보유계약은 3,565만 건이다.

실손의료보험의 2022년 경과손해율(발생손해액/보험료수익)은 101.3%로 전년(113.1%) 대비 11.8%p 감소하였다. 생명보험은 2021년 94.0%에서 2022년 84.7%로 낮아져 9.3%p 감소하였고, 손해보험은 2021년 117.2%에서 2022년 104.8%로 12.4%p 감소하였다. 이렇게 손해율이 감소한 것은 무엇보다 보험료 인상 효과와 함께 과잉진료에 따른 보험금 지급을 적절히 관리하려고 노력한 결과로 여겨진다. 또한 과잉진료 통제 수단을 갖춘 4세대 실손의료보험의 계약 비중이 2021년 말 1.5%에서 2022년 말 5.8%로 4.3%p 증가한 것도 한 원인이다.

〈그림 V-3〉 실손의료보험 경과손해율 추이



자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”, p. 3

상품별로 손해율을 보면 3세대(118.7%)가 가장 높고, 다음으로 1세대(113.2%), 2세대(93.2%), 4세대(91.5%) 순이다. 이러한 수치는 보험료가 지속적으로 인상된 1세대나 2세대와 달리 3세대 실손은 출시 후 5년간(‘17~’22년) 보험료가 조정되지 않아 경과손해율이 높다.³⁶⁾

35) 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”

〈그림 V-4〉 실손의료보험 상품별 경과손해를 추이

(단위: %)



자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”, p. 3

그러나 현재 진행되고 있는 과잉진료에 대한 보험금 관리 정책은 효율성 측면에서나 소비자나 의료공급자에 대한 관계 측면에서 바람직한 것만은 아니다. 그러므로 체계적인 방법으로 진행하여 소비자나 의료공급자의 불편을 덜어줄 필요가 있다.

라. 실손의료보험 보험금 지급의 불편성

우리나라 실손의료보험은 제3자 지불제를 채택하고 있지 못하고 상환제로 운영되고 있어서 보험금을 지급하는 절차가 번거롭게 되어 있다. 즉, 피보험자가 진료를 받게 되면 의료비를 진료를 받은 의료기관에 납부한 후에 입원의 경우 진단명(질병분류코드), 입원기간이 포함된 서류를, 통원의 경우 진단명(질병분류코드), 통원일(기간)이 포함된 서류 등을 보험회사에 제출하여야 한다. 그러한 절차가 번거롭다 보니 소액 보험금을 청구하지 않는 경우가 많다.

이러한 문제점을 극복하기 위해 일부 인슈어테크업체, 통신사, 인터넷 포털사이트가 보험금 청구 대행을 하는 사례가 있으나, 한정된 의료기관에 대해서만 가능해서 아직 전문화까지 가기에는 상당히 미흡한 수준에 있다.

36) 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”, p. 3

마. 실손의료보험 분쟁 증가

실손의료보험은 일정 한도 내에서 실제 지급된 의료비를 지급하기 때문에 보험계약자는 직접적인 금전적 이익을 얻지 못하지만, 의료공급자는 진료횟수나 진료금액 등의 조정을 통해 금전적 이익을 얻을 수 있다. 또한 진료방법의 선택은 환자의 동의가 전제되기는 하지만 의료진의 주도로 제시되어 결정된다. 일부 포괄수가제가 적용되기도 하지만 행위별 수가제가 여전히 진료비 지불방법으로 우세하여 의료진은 진료횟수를 늘리려는 동기가 잠재해 있다. 그렇다 보니 의료공급자는 과잉진료행위를 하게 될 잠재성을 가지고 있다.

비급여 부분 상위 5개 항목은 <표 V-3>에서 볼 수 있는 것처럼 도수치료, 조절성 인공수정체, 체외충격파치료, 근골격계 MRI, 척추 MRI이다. 이들 5개 항목 중에서도 요즘 분쟁이 가장 많은 것은 도수치료와 백내장 수술이다. 한편 2018~2021년 한국소비자원에 접수된 실손의료보험금 미지급 관련 피해구제 신청은 총 242건에 달하는데, 비급여 치료를 과잉진료로 판단해 보험금을 미지급한 경우가 30.6%(63건)를 차지했다. 그에 속하는 대표적 사례가 도수치료, 백내장 수술, 암 수술 후 요양병원 보조치료(고주파 온열치료·한방병원 침약 등)였다.³⁷⁾

<표 V-3> 비급여 부분 상위 5개 항목

(단위: %)

세부 항목	구분	'19년(순위)	'20년(순위)	'21년(순위)
도수치료	행위	14.6(1)	12.9(1)	14.7(1)
조절성 인공수정체	치료재료	3.6(5)	8.5(2)	11.7(2)
체외충격파치료	행위	5.3(2)	4.8(3)	5.7(3)
근골격계 MRI	행위	4.3(3)	4.4(4)	3.7(4)
척추 MRI	행위	4.0(4)	4.1(5)	3.5(5)

자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”, p. 4

도수치료가 근육과 관절의 기능을 회복시키는 데 도움이 될 수 있다고 하지만, 금융감독원 분쟁조정위원회는 2016년 6월 10일에 “장기간 도수(추나)치료를 시행한 건에 대해 치료를 통한 환자의 상태 호전 및 치료 효과에 대한 객관적인 의학적 증거가 없는 경우, 보험금 지급 대상이 되지 않는다고 판단한다.”는 결정을 내린 바 있다. 결국 치료효과를 일률적으로

37) 한국소비자원 보도자료(2022. 5. 11), “실손의료보험금 미지급 관련 소비자피해 지속 증가”, p. 4

판단할 수 없기 때문에 사례별로 따져봐야 할 필요가 있어 분쟁이 생길 수 밖에 없다.

백내장 수술은 본래 시력을 회복시키는 수술이지만, 시력 회복 외에도 다초점렌즈의 삽입과 같이 시력 교정을 위한 추가적인 수술을 받는 경우 실손의료보험 보험금이 지급되지 않을 수 있어 지급분쟁이 자주 발생하고 있다.

따라서 이러한 분쟁을 막기 위해서는 보험회사와 의료공급자가 협의하여 적정한 진료의 기준을 정하고 그러한 범위 내에서 진료하도록 하는 것이 바람직할 것이다. 이렇게 협의하기 위해서는 두 당사자가 아무런 관계가 없는 상태가 아니라 최소한 계약의 당사자로서 관계가 설정될 수 있어야 할 것이다.

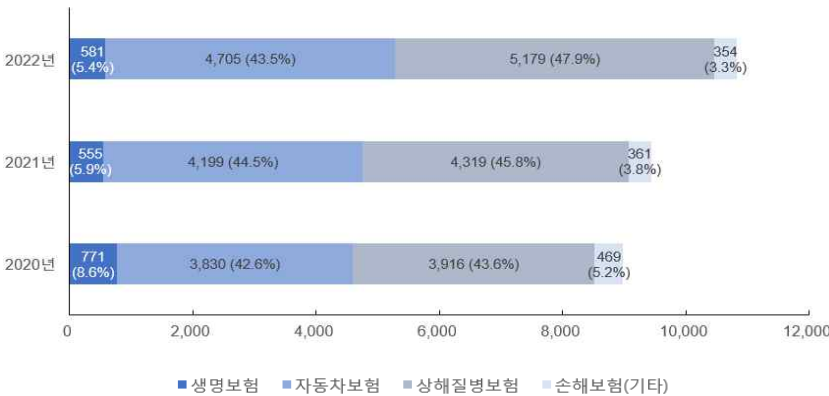
바. 보험사기 증가

2022년 중 보험사기 적발금액은 1조 818억 원으로 전년 9,434억 원 대비 1,384억 원 (14.7%↑)이 증가하여 역대 최고 수준이었다. 적발 인원은 102,679명으로 전년 97,629명 대비 5,050명 증가(5.2%↑)하였고, 1인당 평균 적발금액은 1,050만 원으로 고액화 추세를 보이고 있다.

허위(과다)입원·진단·장해 등 상해·질병 보험상품 관련 사기가 크게 증가하는 추세를 보였는데, 2022년중 보험사기 적발금액은 1조 818억 원 중 47.9%인 5,179억 원이었다.

〈그림 V-5〉 보험종목별 보험사기 적발 현황

(단위: 억 원)



자료: 금융감독원 보도자료(2023. 3. 23), “2022년 보험사기 적발 현황 및 향후 계획”, p. 3

실손의료보험 관련 보험사기는 보험분쟁과 달리 허위진료비 영수증의 발급, 허위 진료기록부 발급 등의 형태로 나타났다.

이러한 보험사기를 원천적으로 억제하고 사기방지 노력의 효율성을 높이기 위해서는 보험회사와 의료공급자 간 호혜적 관계에서 상호노력이 필요하다.

2. 연계 방향

앞서 살펴보았듯이 보험회사와 의료공급자 간의 연계는 강제지정과 같은 방법을 사용하는 것보다는 자발적으로 이루어지게 해야 한다. 이는 의무보험인 국민건강보험의 운영을 위해 적용하는 요양기관강제지정제조차도 비록 국내법상으로 적법하다 하더라도 국제적 사례를 찾기 어렵기 때문이다. 또한 자발적 민영건강보험을 운영하고 있는 국가들의 사례를 보면 양자 간의 자발적 계약을 통해 관계를 맺고 있다.

가. 이론적 모형의 국내 도입을 위한 여건 비교

제Ⅲ장에서 살펴보았듯이 보험자와 의료공급자 간 연계는 이론적으로는 개방형 모형, 계약형 모형, 통합형 모형으로 구분할 수 있다. 이들 모형을 국내에 도입하기 위해서는 관련 모형과 관련한 제도적 제약 등을 포함한 계약사항의 극복가능성을 살펴볼 필요가 있다.

먼저 개방형 모형은 의료공급자와 사전에 특정한 계약관계를 맺지 않고 사후적으로 진료에 따른 비용을 보상하게 된다. 계약관계가 존재하지 않아 의료공급자는 보험자의 통제를 받지 않고 자유롭게 진료할 수 있다. 그러나 보험자는 피보험자를 통해 진료내역을 전달받아 진료의 적정성을 극히 제한적으로만 평가한 후 보험금을 피보험자에게 현금으로 지급하게 된다. 이에 따라 현행 행위별 수가제하에서 발생할 수 있는 의료공급자의 과잉진료의 가능성을 사전에 전혀 통제할 수 없을 뿐만 아니라 사후적으로도 극히 제한적으로만 가능하다. 보험계약자는 자신이 원하는 의료공급자를 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있는 장점이 있는 반면에 진료비를 먼저 지불한 후 보험금을 받는 상환제를 적용받아 거래상의 불편이 해결되지 않는다. 이러한 문제를 해결하기 위해 제3자 지불제를 채택할 수 있으나, 개별적으로 하든 단체로 하든 이 역시 보험자와 의료공급자가 무언가 계약을 맺

게 되므로 ‘제한된 계약형 모형’이라 할 수 있다. ‘제한된 계약형 모형’은 알선·소개의 과정이 생략되므로 「의료법」 위반의 가능성에서는 자유로우나 「공정거래법」이 요구하는 사항의 준수 의무는 생긴다. 보충형 건강보험인 민간의료보험을 규제하기 위해 별도의 법을 제정하거나 기존 법률을 개정하여 의료공급자의 진료 적정성을 살피게 할 수도 있으나, 이는 꼭 개방형 모형에만 적용할 수 있는 것은 아니다.

다음으로 계약형 모형은 개방형 모형과 달리 사전에 체결된 계약관계를 통해 의료공급자에게 관여할 수 있게 된다. 환자인 피보험자의 소개, 진료수가, 의료비 납부와 보험금 지급 간 연계, 진료의 적정성 평가 등을 할 수 있게 된다. 이에 따라 과잉진료의 가능성을 사전적으로나 사후적으로 줄일 수 있는 기제가 마련되고 피보험자인 환자의 편의성이 개선될 수 있을 것이다. 그러나 계약형 모형을 도입하기 위해서는 「의료법」 제27조제3항과 제4항이 적용되지 않는다 하더라도 법적 안정성을 사전에 구할 필요가 있고, 무엇보다도 의료공급자들이 참여할 유인이 커야 할 것이다.

마지막으로 통합형 모형은 계약형 모형에 비해 보험자와 의료공급자가 더 강하게 결합한 상태에서 환자인 피보험자의 소개, 진료수가, 의료비 납부와 보험금 지급 간 연계, 진료의 적정성 평가 등을 할 수 있게 된다. 이에 따라 과잉진료의 가능성은 계약형 모형에 비해 더욱 효과적으로 차단될 수 있을 것이며 환자의 편의성도 개선될 것이다. 이를 위해서는 보험회사가 의료공급자를 자회사 또는 관계회사로 두어야 하고 반대로 의료공급자도 보험회사를 자회사 또는 관계회사로 둘 수 있도록 「보험업법」과 「의료법」 등의 개정이 필요할 것이다. 아울러 계약형 모형보다도 「공정거래법」 상의 불공정행위가 발생할 가능성이 커지므로 이에 유의할 필요가 크다.

이상과 같이 세 모형을 비교해서 검토해보면 모형을 작동하기 위한 법적·규제적 여건이나 실행의 효과성 측면에서 계약형 모형이 현 단계에서는 가장 바람직할 것으로 생각된다. 그런데 이조차도 의료공급자의 참여 부진 등으로 어렵다면 제한된 계약형 모형이라 할 수 있는 보험금 지급을 위한 제3자 지불제를 먼저 시행하며 보험자와 의료공급자 간 신뢰도 쌓고 관계도 다질 필요가 있을 것이다.

나. 계약형 모형 도입의 과제

보험회사가 의료공급자와 계약관계를 맺는 것으로 방향이 정해졌다 해도 이를 구현하는

데는 여러 과제가 남아 있다.

그중에서도 계약관계 설정에 소극적인 의료공급자를 참여시켜 양자가 호혜적인 상태에 도달할 수 있는 접점을 찾아내는 것이 가장 중요하다 할 것이다. 이를 위해서 검토할 수 있는 대안은 다음과 같다. 첫째, 보험금 지급을 위한 전산망 등 인프라 구축 및 사무비용 등을 보험회사 보험금 지급과 관련 비용에서 지원하는 방안을 고려할 수 있다. 양자 간에 계약을 체결하면 그러지 않을 때보다 더 적은 비용이 지출될 수 있으므로 보험회사는 비용효율성이 높아지면서도 의료공급자의 부담을 덜어 비용으로 인해 참여를 꺼리는 것을 줄일 수 있다. 둘째, 의료공급자가 더 많은 환자를 진료할 수 있도록 다양한 정보를 기초로 피보험자가 찾아갈 수 있는 정보제공 체계를 강화한다. 특히 피보험자가 진료를 받고자 할 때 거주지 또는 직장을 기준으로 계약관계에 있는 의료공급자의 장점에 대한 정보를 맞춤형으로 제공할 수 있으면 좋을 것이다. 셋째, 비용효율성이 높은 진료 방법을 도입하는 의료공급자에 대해 인센티브를 제공하는 방안을 고려할 수 있다. 특히 의료신기술의 경우 비용이 많이 드는데 보험회사가 법규가 허용하는 범위에서 인센티브를 제공하면 도움이 될 수 있다. 이와 함께 병원 재입원 감소나 환자 결과 개선과 같은 특정 성과 지표를 충족하는 제공자에게 보너스 또는 기타 재정적 인센티브를 제공하는 것도 검토할 필요가 있다. 넷째, 의료공급자의 우수 진료 사례 등을 보험회사가 홍보하고 모범의료공급자와 정기적 미팅이나 이벤트 등을 개최하여 다른 의료공급자와 차별성을 부여할 필요도 있다. 이를 통해 계약관계에 있는 의료공급자의 명성이나 사회적 평판을 크게 높일 수 있을 것으로 기대된다.

그런데 보험회사가 이러한 유인을 제공하고 노력함에도 전체 의료공급자가 일시에 참여할 가능성이 없으므로 참여 의사를 밝히는 일부 의료공급자부터라도 계약을 맺을 수 있어야 할 것이다. 보험회사들이 의료공급자의 일부와 계약을 맺게 되면 연계에 참여한 의료공급자와 참여하지 않는 의료공급자로 구분될 것이다.

특별한 법적 조치를 하지 않고서 계약이 공정하다고 인정받기 위해서는 현행 법의 테두리 내에서 법규를 준수할 수 있어야 할 것이다. 이를 위해서는 가격담합 행위로 오인될 수 있는 행위를 해서는 안 될 것이며, 개별적으로 계약을 투명하게 진행할 필요가 있을 것이다. 또한 연계에 참여하지 않은 의료공급자에게 진료를 받았다 하여 보험보장을 제공하지 않거나 급부에 차등을 두기는 어려울 것이다. 그러나 계약형 모형의 법적 안정성을 높이고 활성화하기 위해서는 제도 개선이 필요할 것이다.

3. 연계 방법

관리의료 형태가 아니고 자발적 계약관계를 기초로 보험회사와 의료공급자가 관계를 맺게 하는 방향이 정해졌다 하더라도 그를 구현하는 방안은 개별 계약과 단체 계약으로 구분할 수 있다. 그런데 단기적으로는 법 개정 등을 하지 않고서 진행해야 한다면 개별 계약을 하는 것이 바람직할 것이지만, 중장기적으로는 단체 계약도 할 것임을 염두에 둔다면 <표 V-4>와 같이 정리할 수 있는 각 방안의 장단점을 살펴볼 필요가 있다.

<표 V-4> 개별 계약과 단체 계약의 비교

구분	개별 계약	단체 계약
장점	• 개별 의료기관의 선택권 및 자율성을 보장함 • 계약 조건을 쉽게 일치시킬 수 있음	• 계약의 효율성이 증대됨 • 소규모 의료기관의 권익이 보호됨 • 구조적으로 보험자와 의료계단체의 협상력이 대등해질 수 있음 • 제도 정착 시 서로를 제도 운영의 파트너로 인식, 안정적인 관계 유지가 가능함
단점	• 보험자의 선별계약이 가능함 • 양 당사자가 대등한 조건에 있지 않을 경우 협상력 차이가 생길 수 있음 • 수많은 계약을 일일이 체결하는 데 따른 업무부담 및 비용이 있음	• 담합으로 인정될 우려가 커짐 • 양 단체 내 의견조율이 제대로 되지 않을 경우 협상이 오래 걸릴 수 있음

먼저 보험회사와 의료공급자가 개별 계약을 맺는 방법은 계약의 당사자 간 계약 조건 등을 협의하여 계약을 체결하기 때문에 선택권 및 자율성이 확보된다. 또한 보험회사와 의료공급자 간 일대일의 계약이므로 계약 절차가 복잡하지 않아 쉽게 계약 여부가 결정될 수 있다. 그러나 보험회사가 의료공급자를 선별하여 계약하는 데 따른 배제의 문제가 따를 수 있다. 또한 보험회사가 여러 의료공급자에 대해 동일한 지위에서 협상할 수 있는 것이 아니기 때문에 동일한 진료에 대해서 동일한 수가를 적용하기가 쉽지 않을 수 있다. 그러다 보면 어느 의료공급자를 이용하는가에 따라 보험금이 달라지는 문제가 발생한다. 나아가 수많은 의료공급자와 일일이 계약을 체결해야 하므로 그에 따른 업무부담 및 비용이 우려되는 측면도 있다.

다음으로 보험회사와 의료공급자가 각자를 대리할 수 있는 기관 또는 단체에 계약할 권리

를 위임한 후 양자를 대표하는 대리자가 단체 계약을 맺는 방법을 고려할 수 있다. 이 방법은 기관 또는 단체에 소속된 회원이 먼저 관계를 갖고 계약을 체결하는 데 동의한다는 것을 위임해야 한다. 전체 회원이 동의하면 좋지만 그렇지 않더라도 동의한 일부 회원을 위해 별도로 대리할 수 있을 것으로 보인다. 물론 별도로 단체를 구성하여 협상에 임할 수도 있을 것이다. 이 방법은 기본적으로는 계약 체결의 효율성을 높이고 협상력이 낮은 소규모 의료공급자를 보호할 수 있을 것이다. 다만 구체적 조건을 협의할 때 협상된 안에 대해 기관 또는 단체 회원의 동의를 구하는 과정이 복잡할 수 있다. 그러한 측면에서 볼 때 계약 체결의 효율성이 높아지는지는 대리하는 기관 또는 단체의 대표성과 리더십에 달려 있을 것이다. 그런데도 무엇보다 결정적인 단점은 담합으로 인정될 잠재성이 크다는 점이다.

보험회사의 경우 협상을 위한 기관 또는 단체로 보험협회를 내세우는 것이 효율적일 것으로 판단되나, 생명보험과 손해보험이 함께 협상할지 별도로 협상할지를 판단할 필요가 있을 것이다. 의료공급자도 대형 병원, 중소형 병원, 개원의로 나뉘어 협상할 것인지 통합해서 협상할 것인지 판단할 필요가 있을 것이다. 이와 관련하여 한때 운영되다 경영난을 이유로 이제는 운영되고 있지 않은 병원협회 산하 의료네트워크 운영 법인의 사례도 살펴볼 필요가 있을 것이다. 의료공급자를 너무 세분하게 되면 의료공급자 간 경쟁으로 계약이 복잡해지면서 지연되는 문제점이 발생할 수 있으므로 적정선을 찾는 노력이 필요할 것이다.

이렇듯 계약형 모형을 채택한다고 하더라도 계약에 참여하는 의료공급자와 참여하지 않는 의료공급자를 공정하게 대해야 하므로 효과성에 문제가 제기될 수 있다. 이는 결국 의료공급자를 계약에 참여시킬 유인을 현저히 낮추어 계약형 모형의 무용론으로 이어질 수도 있다. 이러한 점을 고려할 때는 계약형 모형에 대한 법률적 안정성을 선제적으로 마련하는 것이 절대적으로 필요할 것이다.

이렇게 계약을 맺어 계약형 모형을 운영하는 과정에서 미국의 경험을 통해 몇 가지 우려사항이 제기될 수 있으므로 그에 대한 대책도 같이 마련할 필요가 있을 것이다.

첫째, 양단간 계약(All-or-nothing contracting)을 맺어 의료공급자가 환자를 모두 받거나 그렇지 않으면 포기하게 하는 것인데, 무엇보다도 환자인 피보험자의 선택권 제약, 진료비 상승, 의료공급자의 혁신 노력 약화 등의 문제가 생길 수 있다. 이러한 문제를 극복하기 위해서는 환자의 선택권을 확대할 수 있도록 같은 진료 분야에 대해 동등한 수준의 복수의 의료공급자와 계약을 맺도록 할 필요가 있다.

둘째, 계약에 최혜국 조항이 포함되면 의료공급자가 가격을 낮추지 않는 한 작동되지 않

아도 책임이 없으므로 가격이 내려갈 유인이 약하고 같이 경쟁하는 보험자가 더 낮은 가격으로 시장에 진입하는 것을 막아 혁신을 저해하는 결과를 초래한다. 따라서 계약에 이러한 조항이 포함되지 않도록 하는 것이 바람직하고 정부가 이를 적절히 규제하는 것이 필요할 것이다.

셋째, 계층화 방지 조항(Anti-tiering clause)은 보험회사가 비용이나 품질에 따라 공급자를 다른 계층에 배치하는 것을 금지하는데, 환자의 선택을 제한하는 데 따른 진료 성과 하락, 진료 가격 협상 가능성을 낮추어 비용상승에 따른 보험료 상승, 가격 경쟁 약화에 따른 혁신 동기 저하 등의 문제를 낳는다. 따라서 보험자는 의료공급자와 계약 시 이러한 조항을 포함시키지 않도록 하며 정부도 이를 금지하는 규제를 하는 것이 바람직할 것이다.

넷째, 논의 금지 조항(Gag clause)은 의료공급자가 환자와 공유할 수 있는 정보의 양을 제한하거나 특정 치료를 선택할 수 있는 상황을 제한하는데, 환자가 자신의 진료 방법과 그에 따른 비용을 정확하게 모른 채 일방적으로 수용하게 되어 궁극적으로 의료공급자에 대한 불신을 키울 수 있다. 따라서 보험자는 의료공급자와 계약 시 이러한 조항을 포함하지 않도록 하며 정부도 이를 금지하는 규제를 하는 것이 바람직할 것이다.

4. 계약의 내용

계약 내용에는 계약의 주체(필요시 위임 여부 등 포함), 의료공급자가 보험회사의 계약자인 환자에게 제공할 의료서비스의 범위, 서비스에 대해 지불되는 가격 즉 수가, 보험금 청구 절차 및 지급 기한, 진료의 적정성 평가 조항, 분쟁조정방법, 계약기간, 비밀유지의무, 적용되는 법률, 계약의 효력 범위 등이 포함되어야 할 것이다.

가. 계약의 주체

계약의 주체는 개별 계약을 전제로 할 경우 개별 보험회사와 개별 의료공급자가 될 것이다. 이 경우에는 계약의 주체가 명확하여 특별히 추가할 사항은 없을 것이다.

그러나 단체 계약을 전제로 할 경우에는 개별 보험회사의 동의와 위임 전제로 보험회사들을 대리하는 기관 또는 단체와 개별 의료공급자의 동의와 위임을 전제로 의료공급자들을

대리하는 기관 또는 단체가 계약의 주체가 될 것이다. 이 경우에는 위임관계를 명확히 하고 그에 따른 책임 소재도 분명히 해두어야 할 것이다.

여기에서 환자로서 의료를 이용하고 보험금을 받을 보험계약자 및 피보험자는 직접적인 계약의 당사자가 아닌데, 시장에서 두 당사자가 계약을 통해 내놓는 보험급부 지급 패키지를 보고 선택하는 과정을 통해 간접적으로 개입할 수 있을 것으로 본다. 이를 위해서는 시장 메커니즘이 적절히 작동할 수 있어야 할 것이다.

나. 의료서비스의 범위

계약의 주요 내용이 될 의료서비스의 범위는 민영건강보험이 보장할 책임이 있는 비급여에 국한될 것이다. 국민건강보험 본인부담금은 「국민건강보험법」에서 정한 절차에 따라 결정된 수가가 적용되므로 별도의 협상을 통해 계약을 따로 할 필요가 없기 때문이다. 여기에서 민영건강보험은 표준화된 실손의료보험은 물론 보험회사가 제공하는 보장에 정액급부라도 비급여 영역을 보장하는 상품이 포함될 것이나, 계약형 모형을 위해 별도의 건강보험상품을 내놓을 필요는 없을 것이다.

다만 비급여 전체를 협상할지 아니면 비급여 중 일부만 선별하여 협상할지 여부는 당사자 간 결정할 필요가 있을 것이다. 실제로 비급여 품목을 처음부터 모두 포함하여 협상할 경우 협상의 경험이 충분히 쌓여 있지 못해 많은 시간이 소요될 것이다. 만약 일부만 선별하여 계약해야 한다면 보험금 지급과 관련하여 쟁점이 크게 된 진료 분야를 먼저 고려하는 방안이 검토될 수 있다.

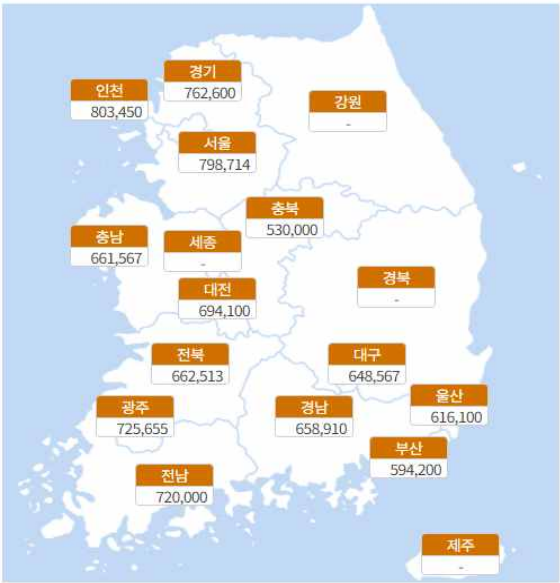
다. 진료수가의 결정

수가의 결정은 의료서비스의 범위를 정하는 것 이상으로 중요한 부분이다. 수가를 정하기 위해서는 진료행위로 인해 소요되는 비용을 정확하게 파악해야 한다.

현재도 비급여의 가격은 상당히 큰 편차를 보이고 있는데, MRI의 경우 서울상급종합병원 14곳의 가격을 보면 2023년 4월 23일 현재 최저 69만 6천 원에서 최고 92만 5천 원에 걸쳐 있다. 물론 이러한 차이는 의료기관마다 투입되는 인력, 장비, 시술의 난이도 등이 차이가 있기 때문이다. 이에 대해서 의료공급자는 상세히 공시하고 있지 않은데, 보험회사

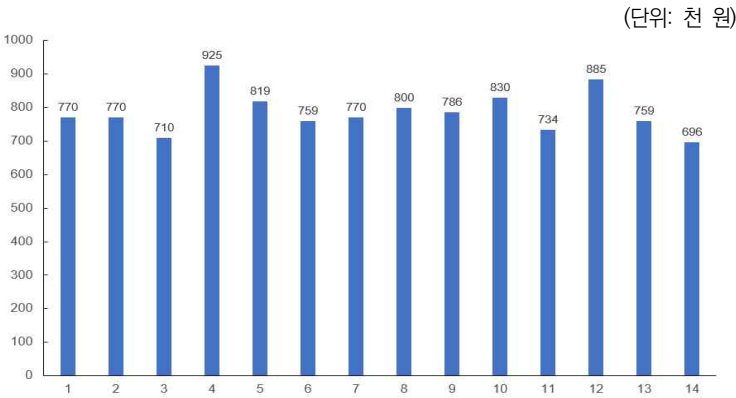
와 계약을 맺기 위해서는 비용을 결정하는 데 투입된 여러 요소의 비용을 충분하게 설명하여 근거를 제시할 수 있어야 할 것이다.

〈그림 V-6〉 지역별·규모별 MRI(기본검사 뇌/일반) 금액 비교



주: 전국적으로 평균금액은 722,351원, 중간금액 740,000원임
자료: 건강보험심사평가원, 비급여진료비 정보(2023년 4월 23일 검색)

〈그림 V-7〉 서울상급종합병원의 MRI(기본검사, 뇌/일반)의 금액 비교



자료: 건강보험심사평가원, 비급여진료비 정보(2023년 4월 23일 검색)

비급여 진료비의 가격을 정할 때 지불방법을 어떤 것으로 할 것인가가 중요할 것이다. 진료비 지불방법에는 여러 가지가 있고 각각 장단점이 있지만, 우선은 행위별 수가제를 적용하는 것이 적절할 것으로 생각된다. 행위별 수가제는 의료량을 증가시켜 과잉진료의 잠재성이 있지만, 현행 국민건강보험의 지불제도가 행위별 수가제와 포괄수가제를 병행하고 있어 충돌이 적고 이해하기 쉬운 것으로 생각되기 때문이다. 또한 포괄수가제 등을 시행하려면 기존에 국민건강보험에서 시행하고 있는 포괄수가제와 제도적 정합성이 맞아야 할 것이므로 많은 연구와 시험이 필요하기 때문이다. 이를 위해 자동차보험제도 중 「건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대한 사항」과 「자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 운영한 경험 및 사례를 적절히 참고하면 좋을 것으로 생각한다.

라. 진료비 청구 및 지급 절차와 지급 기한

보험계약자인 환자가 보험회사와 계약관계에 있는 의료공급자로부터 진료를 받은 후에는 현재처럼 직접 의료공급자에게 지불하지 않도록 해야 한다. 이를 위해서는 의료공급자가 진료내역을 보험회사에 보내면서 보험금을 청구하도록 하고 보험회사는 이를 심사한 후에 의료공급자에게 보험금을 지급하는 절차를 거치게 될 것이다.

이러한 절차를 진행하기 위해서는 환자를 대신하여 의료공급자가 진료비를 보험금으로 받을 수 있는 메커니즘이 확립되어야 한다. 이는 보험회사가 보험금을 지급할 의무가 있는 것은 의료공급자가 아니라 보험계약자이기 때문이다. 이를 위해서는 보험계약자가 보험회사에 의료공급자가 청구하는 금액을 지급할 것을 요청하는 절차가 필요할 것이다. 자동차보험의 경우 「자동차손해배상보장법」 제10조(보험금 청구)에서 “보험가입자들에게 제3조(자동차손해배상책임)에 따른 손해배상책임이 발생하면 그 피해자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보험회사등에게 「상법」 제724조제2항에 따라 보험금 등을 자기에게 직접지급할 것을 청구할 수 있다. 이 경우 피해자는 자동차보험진료수가에 해당하는 금액은 진료한 의료기관에 직접지급하여 줄 것을 청구할 수 있다.”라고 규정하고 있다.

보험회사는 의료공급자가 지급을 청구하는 금액을 심사하여 보험금 지급 가능 여부 및 지급 금액을 알려줘야 한다. 또한 보험금의 지급은 건강보험상품의 약관에 정한 보험금 지급 기한 이내에 이루어져야 할 것이다.

마. 진료의 적정성 평가

보험회사는 의료공급자가 계약한 바와 같이 진료를 적절히 하고 있는지 적정성 평가를 할 필요가 있다. 이를 통해 진료의 질을 관리하고 다음 계약을 위한 참고자료로 사용할 필요가 있다. 따라서 이러한 절차를 진행할 수 있기 위해서는 관련 내용을 계약사항으로 포함시켜야 할 것이다.

진료의 적정성 평가는 보험회사가 직접 자체적으로 하는 방안과 제3자에 위탁하는 방안을 고려할 수 있다. 보험회사가 직접 자체적으로 하는 방안은 개별 계약을 하는 것과 정합성이 맞으나 규모의 경제 효과와 전문성이 낮을 우려가 있다. 이에 대한 대안으로 제3자 위탁을 고려할 수 있는데, 건강보험심사평가원에 의뢰하거나 보험산업 내에 별도의 심사평가기구를 설립하여 운영하는 방안도 고려할 수 있다.

바. 분쟁조정

진료비의 지급을 청구받은 보험회사가 계약에 비추어 진료가 적절하지 않다고 생각하여 진료비 지급을 거절할 경우에는 의료공급자와 분쟁이 발생한다. 이렇게 분쟁이 발생하면 이를 신속하고 합리적으로 해결할 수 있는 절차와 그러한 절차에 따라 분쟁을 조정할 기관이 필요하다. 따라서 개별 계약에 참여하는 보험회사와 의료공급자가 공동으로 중립적이며 독립적인 분쟁조정기구를 설치하여 분쟁을 조정하는 노력을 기울여야 할 것이다.

다만 분쟁조정기구는 임의단체로서 법적 구속력을 부여하기 어렵기 때문에 조정 결과에 대해 불만이 있는 경우에는 소송 등을 통해 해결해야 할 것이다.

사. 적용되는 법률

보험회사와 의료공급자의 계약에 적용되는 법률은 단기적으로는 「보험업법」, 「의료법」, 「공정거래법」이 적용되고, 그 범위를 벗어나는 일반적인 사항에 대해서는 「상법」과 「민법」이 적용될 것이다.

다만 중장기적으로 보험회사와 의료공급자의 계약을 규율할 법률이 제정된다면 동 법이 우선적으로 적용될 것이다.

아. 기타 사항

계약의 기간은 1년으로 하여, 위의 내용을 매년 갱신하도록 한다. 그리고 계약 결렬 시 이를 조정하거나 중재할 수 있는 기관을 두도록 하고, 계약기간 중이라도 의료공급자가 원할 경우 적절한 절차를 거쳐 계약을 해지할 수 있는 계약해지권을 부여한다.

보험회사와 의료공급자 모두 계약 조건을 주의 깊게 검토하고 협상하여 공정하고 합리적이며 관련 법률 및 규정을 준수하는지 확인하는 것이 중요할 것이다. 또한 양 당사자는 계약서 작성 및 협상을 지원하기 위해 법률 자문을 구하는 것이 바람직할 것이다.

5. 법·제도적 개선과제

우리나라에서 민영보험회사가 의료공급자와 관계를 설정하는 데는 법적 안정성이 취약하다는 문제가 있다. 앞서 살펴보았듯이 「의료법」 제27조제3항과 제4항의 적용 대상은 아니나 관계를 설정할 수 있는 법적 근거도 없다. 이러한 법적 취약성을 극복하기 위해서는 민영보험회사에게도 의료공급자와 의료서비스 공급에 관한 계약을 맺고 보험계약자를 보험회사와 계약을 맺은 의료공급자에게 소개할 수 있도록 제도적 개선이 필요하다. 이와 관련하여 보험회사가 의료공급자와 개별 계약 외에도 단체 계약을 맺을 수 있도록 「보험업법」과 「의료법」에 관련 조항을 신설하고, 그 경우 「공정거래법」의 적용제외를 규정할 필요도 있다.

또한 보험진료수가를 정부가 법규를 통해 정하는 자동차보험과 달리 민영건강보험은 의무보험이 아니므로 보험회사와 의료공급자 간의 협상에 의해 수가를 정해야 할 것이다. 이 때 개별 계약을 맺으면 동일한 범주의 진료행위를 두고 하나의 보험회사가 여러 가격을 계약할 수밖에 없는 상황이 생기게 되는데, 이를 「공정거래법」상 불공정한 거래라고 규정하는 것에서 벗어날 수 있어야 한다. 그렇지 않으면 단체 계약을 체결할 수 있도록 법적 기반을 마련하고 그에 대해서는 「공정거래법」을 적용하지 않도록 해야 할 것이다.

보험회사가 실손의료보험 보험금을 지급하기에 앞서 진료내용의 적정성 등을 심사하고 의료공급자의 서비스 수준을 평가할 수 있도록 제도 개선을 하여 지원할 필요가 있다. 이를 위해서는 보험회사가 의료기록을 열람할 수 있도록 「보험업법」에 관련 조항을 추가하

고 자동차보험의 경우처럼 「의료법」 제21조제3항에도 이와 관련한 사항을 추가하는 법 개정이 필요하다. 필요시 건강보험심사평가원을 활용하여 국민건강보험과 일관된 심사평가 및 운영 효율화를 기하도록 하는 것도 검토할 필요가 있다.

이러한 일련의 절차를 「보험업법」과 「의료법」에 담아서 업무를 추진하는 데는 법률상 여러 난점이 있을 것이다. 「보험업법」이 보험회사만을 대상으로 규율하고 있고 「의료법」이 의료 관련해서만 규율하고 있기 때문이다. 또한 단체 계약 방법에 대한 공정거래법상의 법적 안정성도 구할 필요가 있다. 이러한 점을 고려할 때는 「민간의료보험수가 결정 및 보험금 지급 등에 관한 법률(가칭)」을 제정하여 보험회사와 의료공급자를 동시에 규율하는 방안을 모색할 필요가 있다.

한편 보험계약자 및 피보험자가 보험회사가 계약관계를 맺지 않은 의료공급자를 이용하겠다고 할 수 있다. 이 경우에는 선택권을 보장하되 당해 의료공급자가 대체불가능할지를 판단하여 계약관계에 있는 의료공급자를 이용하도록 권유하는 것이 필요할 것이다. 특히 계약관계에 있는 의료공급자가 충분하지 않은 초기 단계에서는 선택권을 존중할 필요성이 더 클 것이다.

민영건강보험의 손해를 상승이나 도덕적 해이 등과 같은 문제는 이제 민영건강보험만의 문제가 아니다. 실손의료보험을 중심으로 민영건강보험의 보험금 지출이 많아지는 것은 국민의료비의 증가와 결부되어 있고 국민건강보험의 보장 수준에도 영향을 미친다. 이러한 이슈들의 핵심을 차지하고 있는 것이 비급여 의료비 관리이다. 몇 년 전까지만 하더라도 비급여 의료비에 대해 큰 문제의식이 없었으나 이제는 비급여 의료비를 적절히 관리하지 않으면 안 되는 상황임을 많은 이해관계자가 인식하고 있다.

민영건강보험은 소득재분배 기능은 약하나, 리스크를 적절히 통제하고 관리할 수 있는 기능을 갖추고 있다. 리스크가 커서 보험금을 많이 지출하게 하는 보험계약자에 대해서는 리스크를 평가하여 그에 합당한 요율을 적용함으로써 수익자부담의 원칙을 적용할 수 있다. 또한 리스크 기준으로 요율을 적용하는 것은 높은 요율을 피하기 위해 리스크 예방 활동을 하도록 촉진할 수 있다. 이러한 원리가 작동하도록 하면 민영건강보험이 비급여를 담당하여 적절히 의료비를 관리할 수 있게 된다. 다만 현재와 같이 보험회사와 의료공급자가 관계를 맺지 못하고 별개로 존재할 경우에는 민영건강보험이 그러한 역할을 하는 데 크게 제약을 받을 수밖에 없다.

이러한 점을 고려할 때 비급여 의료비 관리는 정부나 보험회사는 물론 의료공급자도 같이 책임을 같이 져야 할 사안이다. 따라서 보험회사가 의료공급자와 적절한 계약관계를 통해 적정한 수가로 진료를 받게 하여 국민의 후생을 높이고, 보험계약자에게 지급할 보험금을 직접 의료공급자에게 지급함으로써 보험계약자가 진료비 지불을 위해 거쳐야 할 번거로운 절차를 줄일 필요가 있다. 또한 의료공급자에게는 민영건강보험의 뒷받침을 받는 보험계약자인 환자가 의료신기술을 적절히 이용할 수 있게 되어 의료산업을 발전시킬 수요를 진작시킬 수 있는 효과를 줄 수 있다. 보험회사는 적절한 수준으로 보험금 지급을 관리할 수 있게 되어 손해를 줄이고 적정한 수익성을 확보할 수 있게 된다.

그런데 이러한 긍정적 효과를 얻기 위해서는 법률 개정을 통해 법적 안정성을 확보하는 것이 필요하다. 그러나 보험산업이 추진하는 일에 대해서는 국민건강보험의 민영화나 의

료 민영화로 보는 접근법을 가진 사회세력이나 시민단체가 많다. 따라서 이들에 대해서 충분한 설명과 설득 과정을 거쳐 이해를 구한 후 법 개정을 통해 보험회사와 의료공급자가 안정적으로 관계를 설정할 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 이를 위해 보험산업은 물론 의료계와 정부가 함께 협력할 때라고 본다.

참고문헌

- 강성욱·권영대·김성아(2004), 「민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰」, 『보건경제와 정책연구』, 한국보건경제·정책학회, 제10권, 제2호, pp. 23~36
- 김계현·신성철(2006), 『민간의료보험의 유형별 영향에 관한 연구』, 대한의사협회 의료정책연구소
- 김대중 외(2013), 『의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구』, 한국보건사회연구원
- 김하운(2022), 「주요국의 비급여 관리 현황과 시사점」, 『건강보장 Issue & View』, Vol. 41, 국민건강보험공단 건강보험연구원
- 대통령 자문 의료산업선진화위원회(2006), 「의료산업 선진화 전략」
- 오영수·이경희(1999), 『사회환경변화와 민영보험의 역할(III): 의료보험개혁과 보험회사의 역할』, 보험개발원 보험연구소
- 이석배(2011), 「의료법 제27조 제3항 환자 ‘유인’ 금지의 적용범위」, 대한의료법학회, 『의료법학』, 제12권, 제1호, pp. 11~39
- 임준(2021), 「보험업 경쟁도 평가」, 『CEO Report』, 보험연구원
- 정성희·이태열·김유미(2018), 『주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석』, 보험연구원
- 정성희·이태열·손재희·문혜정·김연희·강윤지(2022), 『실손의료보험 지속성 강화와 역할 정립에 대한 연구』, 보험연구원
- 조용운·김세환(2005), 『민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안』, 보험개발원 보험연구소
- _____ (2008), 『민영건강보험 운영체계 개선방안 연구』, 보험연구원
- 최병호(2001), 「의료보장을 위한 공보험과 민간보험의 바람직한 역할분담 모색」, 한국보건사회연구원, 『보건복지포럼』, 2001년 1월호, pp. 56~63
- 小林 篤(2022), 「先進国 7 かの健康保険制度の基本構造と特徴~基本的考え方・改革の沿革・立法実施手続~, SOMPO 未来研レポート, Vol. 80

松吉 夏之介(2013), 「保険金直接支払サービスの可能性について」, 『共済総研レポート』, 第130号, pp. 38~40

Bes, Romy Evelien(2017), "Selective contracting by health insurers: the perspective of enrolees"

Bijlsma, Michiel, Arno Meijer and Victoria Shestalova(2008), "Vertical relationships between health insurers and healthcare providers", CPB Document 167, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis

Burns, Lawton R. and Mark V Pauly(2002), "Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care?", *Health Affairs*, Vol. 21 No. 4, July/August 2002, pp. 7~25

Chan, Edith, Brandon Flowers, Himani Kohli, and Isaac Swaiman(2023), "The individual health insurance market in 2023", McKinsey & Company

Docteur, Elizabeth and Howard Oxley(2003), "Health-Care systems: Lessons from the Reform Experience", DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)9, OECD

Frakt, Austin(2010), "The Future of Health Care Costs: Hospital-Insurer Balance of Power", *expert voices*

Jeurissen, Patrick and Hans Maarse(2021), *The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects*, World Health Organization

Miller, Nolan H.(2006), "Insurer-provider integration, credible commitment and managed-care backlash", *Journal of health economics*, Vol. 25 No. 5, pp. 861~ 876

Miller, Robert H. and Harold S. Luft(1997), "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?", *Health Affairs*, Vol. 16 No. 5, pp. 7~25

Miller, Robert H. and Harold S. Luft(2002), "HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001", *Health Affairs*, Vol. 21 No. 4, pp. 63~86

Netherlands Authority for Consumers and Markets(2016), *Competition in the Dutch*

health insurance market – Interim Report

Ruwaard, Suzanne(2018), “Purchasing healthcare: beyond getting the financial incentives right”, Dissertation, Tilburg: Tilburg University

도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)

| 저자약력

오영수 성균관대학교 경제학박사 / 김·장 법률사무소 고문
E-mail : youngsoh@nate.com

연구보고서 2023-09

보험회사와 의료공급자의 관계에 대한 연구

발행일 2023년 7월
발행인 안철경
발행처 보험연구원
주소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩
인쇄소 고려씨엔피

ISBN 979-11-93021-15-6
979-11-85691-50-3(세트)

(정가 10,000원)