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 제약을 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 관계[5]

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 제약은 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 경쟁 저하로 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) HMO[9]

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/hus/sources-definitions/managed-care.htm
9) https://www.cdc.gov/nchs/hus/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

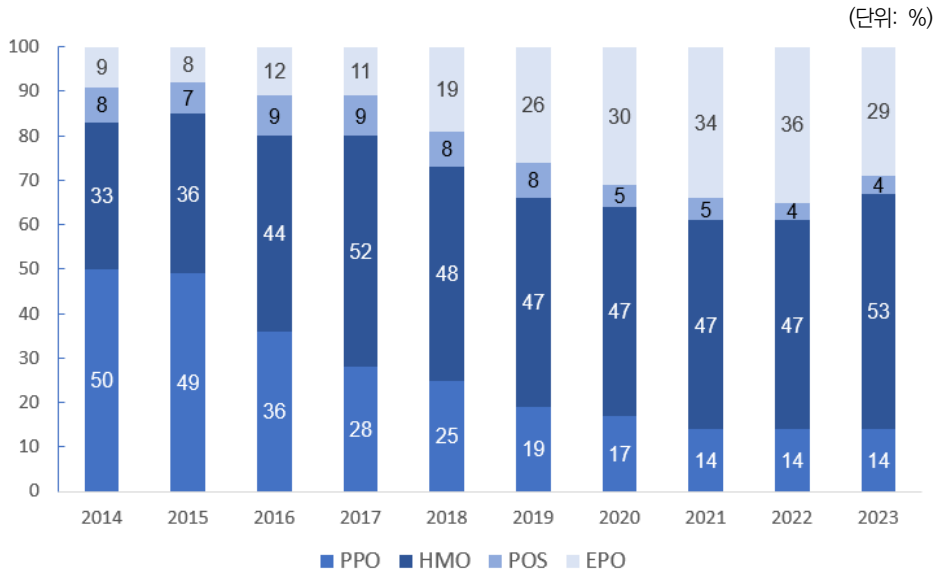
POS 방식이란 HMO와 동일한 운영을 하나, PCP의 소개를 받지 않고 다른 의료기관에서 진료를 받아도 PPO의 경우와 같이 일정한 보험급부가 제공되는 방식이다. POS 플랜은 HMO와 PPO의 하이브리드로, HMO에서 제공하는 경우 '개방형' HMO라고도 한다. POS 플랜은 네트워크 내 서비스에 대한 HMO와 유사하다. 네트워크 외부에서 받은 서비스는 일반적으로 기존 배상 계획과 유사한 방식으로 상환된다(예: 요금표 또는 일반적이고 관례적이며 합리적인 요금에 따른 의료제공자 상환).

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



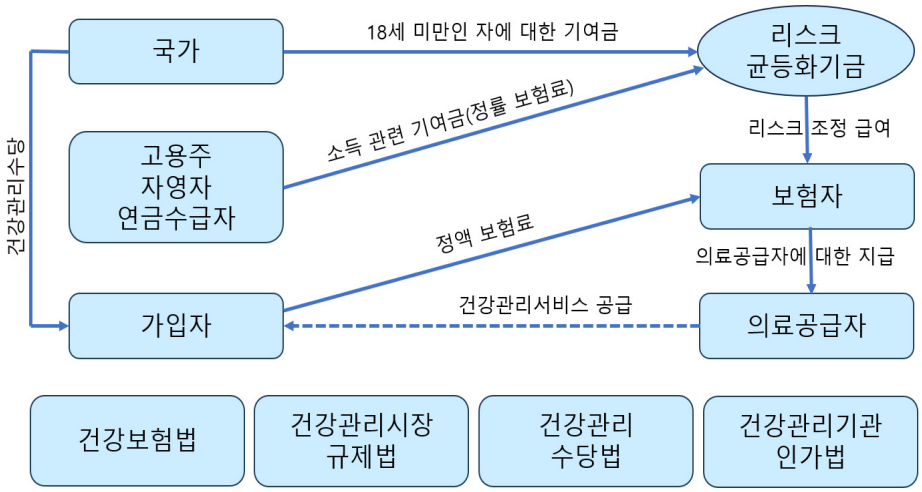
자료: Chan, Edith et al.(2023), p. 9

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 강제가입의 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 있다거나 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 직급 제도'라 함)가 시행되었다. 선진의료비 보험금 직급 제도는 내각총리대신의 자문기구인 금융심의회의 '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 제휴처의 사업자(이하, '제휴사업자'라 함)를 고객에 소개하고 고객이 제휴사업자로부터 재화 및 서비스의 구입을 희망하는 경우에 보험금을 수취하지 않고 당해 사업자에 대해 그 대금으로 지불하는 것"이라는 '직접 지불 서비스'의 개발이 제언되었고, 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 적정한 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 의료기관[20]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) 선진의료를 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 보험급부로서 보험계약 시에 미리 정한 액수의 보험금이 지급됨 • 부가적인 서비스로 당해 보험금(의 일부)의 지급처를 보험자가 소개하는 제휴사업자로 변경할 수 있음(현행법상 금지되지 않음)	보험사고 발생 시에 보험급부로서 보험계약 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
보험급부의 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 차액이 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㈜이 2001년 10월에 '자유진료[21]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, 보험급부는 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) 자비진료의 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〉 손포재팬닛폰코아(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 보험약국으로 유도 금지	보험의료기관은, 해당 보험의료기관에서 건강보험의 진료에 종사하고 있는 보험의(이하 '보험의'라고 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 아니다. 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.