V 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 민영건강보험 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

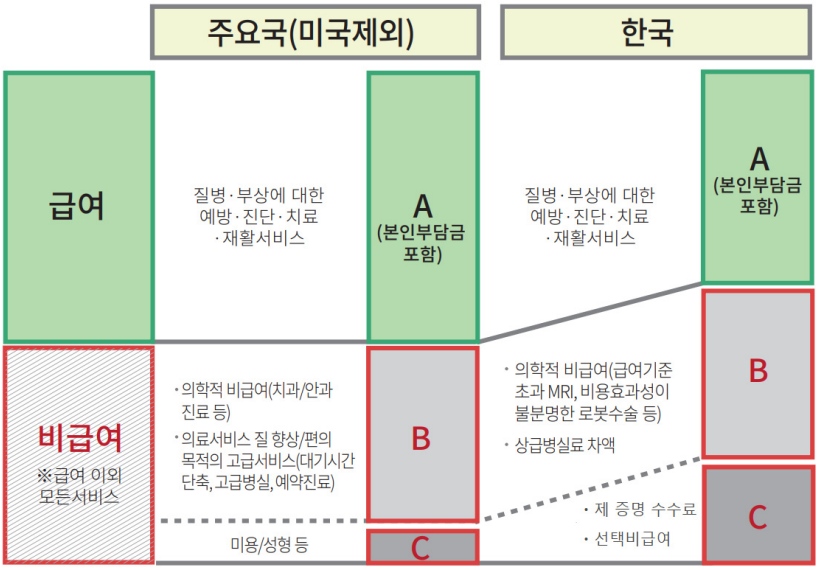
내용
① 의학적 필요성이 있음에도 기준 초과, 비용효과성 등에 의해 비급여로 적용되는 항목(MRI, 초음파 등 기준 비급여·로봇수술 등 등재비급여)
② 관련 제도적 규정으로 비급여로 적용되는 항목(상급병실료차액, 제증명수수료)
③ 의학적 필요성은 낮으나 환자의 선택에 의한 의료서비스(미용·성형, 예방 등) … 민간의료보험 미보장 영역

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 급부로서 비용이 부담되어야 한다. 민영건강보험의 급부로서 비용이 부담되기 위해서는 비용의 적정성이 판단되어야 하는데, 현재로서는 이를 판단할 기제가 존재하지 않는 상황이다.

그런데 우리나라는 주요국에 비해 국민건강보험에서 보장하는 급여 범위가 더 작고 본인부담의 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: %)

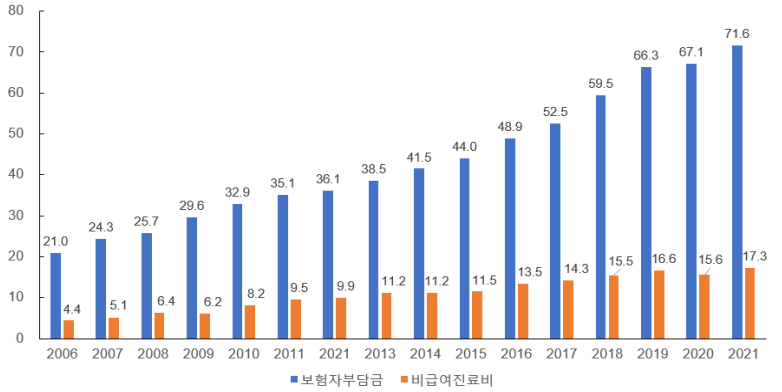
구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
국민건강보험 보장률	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	64.5
법정 본인부담률	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5	19.9
비급여 부담률	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2	15.6

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: 오른편 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.

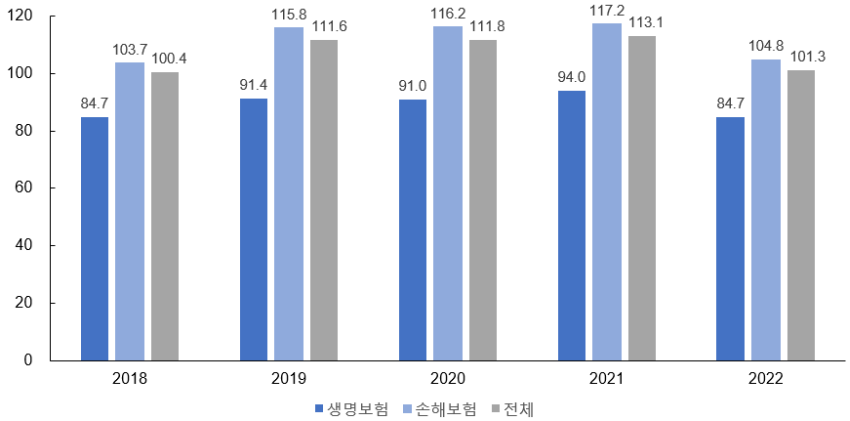
다. 실손의료보험 손해율

금융감독원의 최신 발표[35]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

(단위: %)



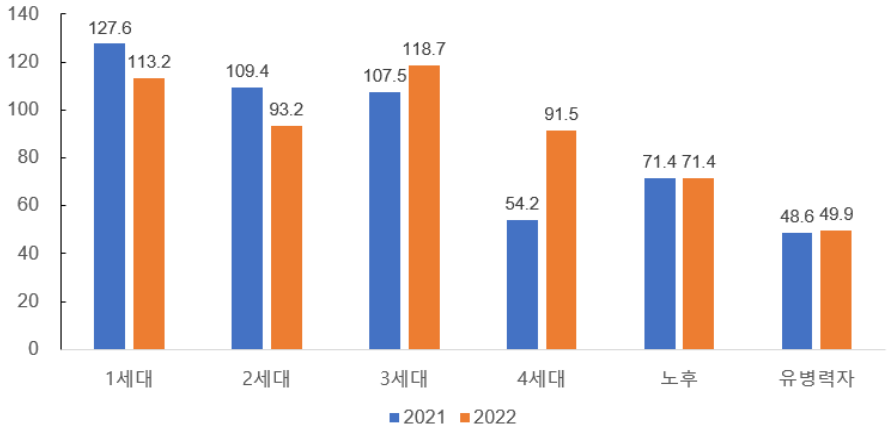
자료: 금융감독원 보도자료(2023. 4. 17), "2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)", p. 3

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 1 세대나 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 경과손해율 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 전면화까지 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 첩약 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.

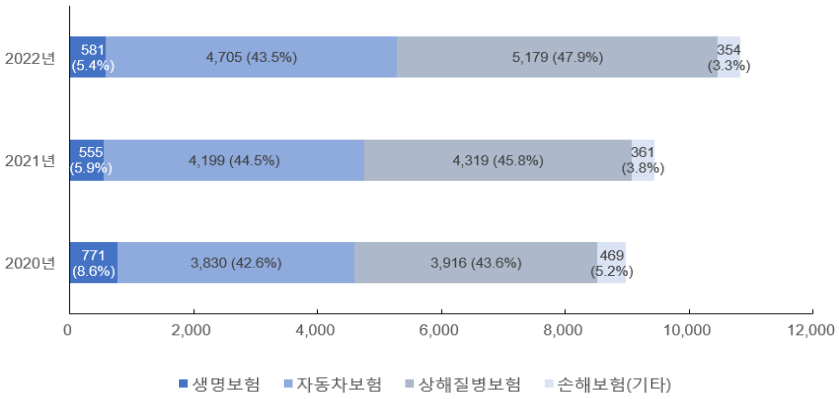
바. 보험사기 증가

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 제약사항의 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.

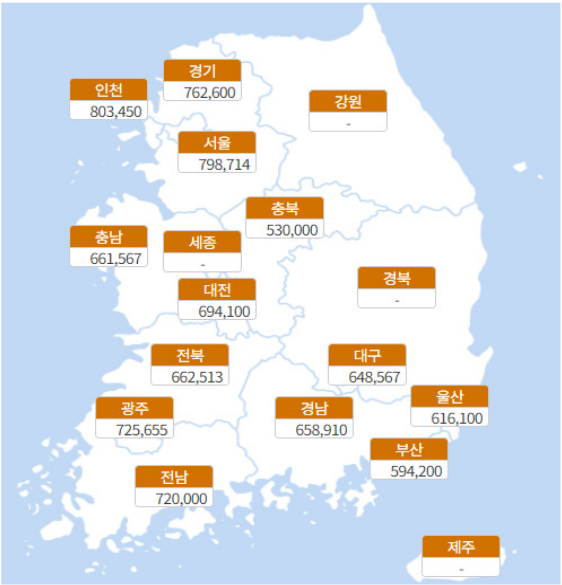
다. 진료수가의 결정

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.

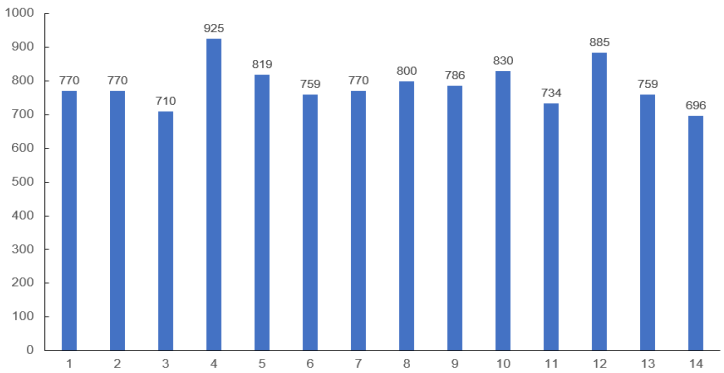
〈그림 V-6〉 지역별·규모별 MRI(기본검사 뇌/일반) 금액 비교



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

(단위: 천 원)



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

비급여 진료비의 가격을 정할 때 지불방법을 어떤 것으로 할 것인지가 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 쉬울 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 "보험가입자등에게 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.