

---

## II. 의료자문제도

---

### 1. 대상 보험

미국 의료보험 상품은 보험회사와 의료공급자의 계약 여부에 따라 전통적 의료보험 상품(Traditional Indemnity Plan or Indemnity Health Insurance or Fee-for-service Plans)과 관리의료보험 상품(Managed Care Plans)으로 구분할 수 있다.

1929년 대공황 시기에 등장한 전통적 의료보험은 보험계약자가 행위별수가제를 기초로 의료공급자에게 의료비를 지급하고 그 의료비를 보험회사가 보험계약자에게 상환 지급한다. 행위별수가제는 보험계약자가 보험가입 이전보다 의료이용을 더 많이 할 유인을 가지고 있다. 그래서 보험회사는 보험상품에 정률제 본인부담률 설정(Coinsurance), 정액 공제액 설정(Deductible), 1사고당 혹은 연간 한도설정(Limit), 의료기관 방문당 비용 설정(Copayment)의 방식을 혼용하여 의료비용을 관리한다.<sup>7)</sup>

1849년경에 태동한 관리의료보험은 재원조달(Financing: 보험계약자), 조직(Organization: 보험회사), 의료서비스 공급(의료공급자)을 결합한 하나의 통합의료보장체계이다. 전통적 의료보험은 의료공급자와 어떠한 계약관계에 있지 않은 데 반해, 관리의료보험은 보험회사가 의료공급자를 고용, 의료공급자와 전속계약, 독립적 의료공급자와 계약하여 의료서비스를 공급한다. 전통적 의료보험은 의료이용의 모니터링을 하지 않지만, 대부분 관리의료보험은 의료이용을 직접 모니터링 한다. 의료이용심사(Utilization Review)는 고비용 의료서비스에서 일반적이다. 많은 보험회사는 병원입원에 대한 보험회사의 사전승인을 획득할 것을 요구하고 입원기간을 제한한다. 몇몇 관리의료상품은 또한, 수술을 받고자하는 환자에게 다른 의사의 견해(Second Opinion)를 얻을 것을 요구한다.

---

7) Mark V. Pauly(2000), pp. 537~560

의료자문 대상보험은 전통적 의료보험과 전통적 의료보험의 본인부담을 확대한 HDHP(High Deductible Health Plan), 관리의료보험의 일종인 HMO(Health Maintenance Organization), PPO(Preferred Provider Organization), POS(Point-of-Service), EPO(Exclusive Provider Organization)<sup>8)</sup> 등이다.<sup>9)10)</sup> 전국민 의료보험 가입 의무화를 위한 오바마 케어 법(Patient Protection and Affordable Care Act: PPACA)을 도입하면서 취약계층을 위해 보완적으로 운영하는 재난적 건강보험도 HDHP 형태의 민간보험이다. 고용주 지원 자가보험, 메디케어 및 메디케이드, 군인보험(TRICARE Military Plan)도 급여자들이 관리의료보험에 가입할 수 있도록 하고 있다. 이들 상품이 소비자가 보험금과 관련하여 이의가 있을 경우 의료자문제도를 이용할 수 있는 대상이다.

## 2. 의료자문제도

### 가. 법규

의료보험금 지급 거절 혹은 삭감 결정에 대한 소비자의 이의제기 권리를 부여하고 있는 법적 근거는 PPACA에서 찾을 수 있다. 동 법에 따라 소비자는 의료보험의 보험금 지급 거절 및 삭감에 동의하지 않는다면 의료보험회사의 내부절차(Internal Process)를 통하여 이의제기를 할 수 있는 권리를 갖는다. 보험회사는 소비자가 이의제기를 하였다고 해서 보장을 중단하거나 보험료를 높일 수 없다. 보험회사는 보험금 청구가 거절된 이유, 내부 이의제기 권리, 이의제기 마감일, 주(州)보험감독국의 소비자 지원 프로그램(Consumer Assistance Program: CAP) 이용 가능성과 같은 사항을 소비자에게 알려야 한다.<sup>11)12)</sup>

8) eHealth(2019)

9) David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser(2000), pp. 717~721

10) HIAA Insurance Education (1997), pp. 27~29

11) 직장근로자를 위한 근로자퇴직소득보장법(Employee Retirement Income Security Act: ERISA)이 있음. 1974년 제정된 ERISA는 민간보험의 소비자보호를 위해 최저 기준을 설정

소비자가 보험회사의 내부 의료심사 결과에 동의하지 않는 경우 PPACA는 독립적 제3자에 의한 외부 의료심사 절차(External Review Process)를 활용할 수 있도록 하고 있다. 연방정부는 이러한 법적 근거에 기초하여 소비자의 이의제기에 대한 외부 의료심사 절차의 기준을 제시하고 있다. 그런데 연방정부는 주(州)정부 주도의 소비자보호를 선호하기 때문에 주(州)정부가 독자적 제도를 마련하고 이행하기를 권장한다. PPACA는 주(州)정부가 연방 외부 의료심사 절차 대신에 주(州) 외부 의료심사 절차를 적용하기 위해서는 주(州) 외부 의료심사 절차가 NAIC<sup>13)</sup> Uniform Model Act(2010)의 최소 소비자보호 규정을 포함하여야 한다고 규정하고 있다. 따라서 연방정부는 주(州) 외부 의료심사 절차가 NAIC Uniform Model Act(2010)의 최소 소비자보호 규정을 포함하고 있는지를 평가하여 포함하고 있지 않을 경우 주(州) 외부 의료심사 절차를 승인하지 않는다. 주(州) 외부 의료심사 절차가 포함하여야 하는 연방정부 기준은 다음과 같으며 NAIC Uniform Model Act(2010)과 유사하다.<sup>14)</sup>

- 의학적 필요성, 적절성, 진료 방법 구성, 진료 수준, 급여의 효과성을 기준으로 불리한 보험급여 결정에 대한 외부 심사 실행을 규정해야 한다.
- 불리한 보험급여 결정에 관하여 외부 심사 요청 권리를 가지고 있다는 것을 보험자가 심사 청구인에게 효과적 서면 통지를 하여야 함을 요구해야 한다.
- 보험자가 청구인에게 외부 심사를 받기 위해서 내부 절차를 완료하여야 한다고 요구하고자 한다면 보험자가 완료요구를 면제한 경우, 신청자가 법적 근거를 가지고 내부 절차를 완료한 경우, 신청자가 긴급 내부 심사와 동시에 긴급 외부 심

---

한 연방법임. 단체의료보험 가입자들에게 보험금 청구 절차, 보험금 지급이 거절되었을 때의 소비자 권리, 이의제기 일정 등을 알려주도록 하고 있음. 정부기관과 대부분의 교회 근로자에게는 적용되지 않음. 한편, 고용주 지원 의료보험(Employer-sponsored Health Plan) 가입자는 노동부 산하의 EBSA(Employee Benefits Security Administration)에서 도움을 받을 수 있음

12) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28

13) NAIC(National Association of Insurance Commissioners)는 미국의 표준을 설정하고 규제적 지원을 하는 조직임. 50개주 보험 규제 대표들이 설립하고 운영함

14) Federal Register / Vol. 75, No. 141(2010. 7. 23), pp. 43332~43337

사를 신청한 경우에는 예외로 하여야 한다고 규정해야 한다.

- 보험자는 외부 심사비용을 지급하여야 한다고 규정해야 한다. 주(州)정부가 이 비용을 지급한다면, 주(州)정부 절차는 다음을 충족해야 한다. 심사비용이 소비자에게 부과되지 않아야 하기 때문에 소비자보호를 위한 지급이어야 한다. 보험자 혹은 주(州)정부가 이 비용을 지급하여야 한다는 요구에도 불구하고 주(州)정부 절차는 외부 심사 요청 소비자에게 통상적인(2010년 \$25) 접수비(Filing Fee)를 요구할 수 있다. 이 접수비는 외부 심사 요청 소비자에게 불리한 결과가 반복될 경우 환급되어야 한다.
- 심사 대상에 대해서 최소 금액 기준을 정해 두지 말아야 한다.
- 소비자가 불리한 결과의 통지 혹은 최종 내부 심사 결과의 통지를 수령한 후 외부 심사 요청을 위해 적어도 4개월의 기간이 주어지도록 하여야 한다.
- 독립의료심사기구(Independent Review Organization: IRO)는 무작위로 할당되어야 한다고 규정해야 한다. 혹은, 주(州)정부 또는 독립적 법인에 의해서 할당 절차가 독립적이고 공정하게 진행되도록 규정해야 한다.
- 승인된 IROs의 목록 유지를 위한 규정이 있어야 한다. 범국가적으로 인지도된 민간 인가 기구(Private Accrediting Organization)에 의한 IROs의 승인에 대해 규정해야 한다.
- 승인된 IRO는 독립성에 영향을 줄 수 있는 이해관계를 가지고 있지 않아야 한다고 규정해야 한다.
- 외부 심사 요청 소비자가 추가정보를 IRO에 서면으로 제출할 수 있도록 해야 한다. IRO에 제출된 추가정보는 IRO의 접수 후 1영업일 이내에 보험자에게 전달되도록 해야 한다.
- IRO 결정이 주(州)법 혹은 연방법하에서 다른 구제 방법이 있는 경우를 제외하고 보험자와 신청자를 구속한다고 규정해야 한다.
- 일반 외부 심사는 IRO가 외부 심사 요청 접수 후 45일 이내에 이루어져야 한다고 규정해야 한다. IRO는 외부 심사 요청 소비자와 보험자에게 심사 결과를 서면으로 통지해야 한다고 규정해야 한다.

- 긴급 외부 심사는 IRO가 심사 요청 접수 후 72시간 이내에 결정을 통지해야 한다고 규정해야 한다.
- 보험자는 외부 심사 절차, 보험증권, 자격증, 회원 소책자, 보장범위 요약 등을 포함하여 제공할 것을 요구해야 한다.
- IROs는 서면 기록을 남겨야 하고 주(州)정부가 이용할 수 있게 하여야 한다고 요구해야 한다.
- 임상적 치료에 대한 심사를 포함해야 한다.

많은 주(州)보험감독국(State Department of Insurance)은 이러한 기준을 충족하는 주(州) 외부 의료심사 절차를 규정하고 있다. 그리고 소비자의 이의신청 및 건강보험에 대한 권리의 이해를 돕기 위해 IHCAP(Independent Health Care Appeals Process)와 같은 소비자 지원 프로그램을 운영하고 있다. 소비자는 보험회사에 이의가 있을 경우, 외부 의료심사 절차에 대해서 알고 싶을 경우, 소비자 지원 프로그램 이용가능성에 대해서 알고 싶을 경우에 주(州)보험감독국에서 도움을 받을 수 있다.<sup>15)</sup>

#### 나. 이의신청 종류

소비자는 의료서비스 이용, 보험금 지급 어떤 것이든 거절된 경우 보험회사에 전화하여 거절 이유와 기간 내 이의신청 방법을 알려줄 것을 요청할 수 있다. 보험회사는 소비자에게 의료이용 요청을 승인하지 않은 이유 또는 의료서비스에 대한 지급을 거절할 이유를 비롯하여 이의신청 방법을 반드시 서면으로 통보해야 한다.

소비자는 일반 이의신청(Standard Appeal) 및 긴급 이의신청(Expedited Appeal)을 할 수 있다. 긴급은 신속하게 의료서비스를 이용해야 되는 상황에서 의료이용 승인을 요청하였으나 거절 결정이 내려진 건에 관한 것이다. 반면, 일반은 긴급하지 않은 의료서비스 이용 승인 요청의 거절 건 그리고 이미 이용한 의료서비스에 대한 보험금 청구의 지급 거절 건에 대한 것이다.

---

15) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28

이의신청자는 구두로 보험회사에 긴급하게 이의신청 건을 처리하여줄 것을 요청할 수 있다. 긴급 이의신청을 할 수 있는 경우는 다음과 같다. 첫째, 신청자가 치료를 위한 처방전을 받았거나 받은 상태에 있는 경우, 둘째, 담당 의사가 치료 지연이 생명의 위협을 가하거나 전체적 건강 상태를 위협할 수 있다고 평가하고 있는 경우, 셋째, 담당 의사가 시간 지연이 최대 건강 기능 회복 능력에 영향을 줄 수 있다고 평가하고 있는 경우, 넷째, 담당 의사가 시간 지연이 참을 수 없는 고통에 시달리게 할 수 있다고 평가하고 있는 경우, 마지막으로, 이의신청 내용이 입원 시작 혹은 입원의 연장과 관련이 있을 때이다.

〈표 II-1〉 이의신청 형태

형태	세부사항
의료서비스 이용 전 일반 이의신청	치료를 받기 전에 의료서비스 이용 요청을 보험회사가 거절
의료서비스 이용 후 일반 이의신청	치료 받은 후 보험금 지급을 보험회사가 거절
의료서비스 이용 전 긴급 이의신청	의학적 필요성 때문에 이의신청 서류가 신속히 검토될 것을 요청

#### 다. 이의신청 절차

절차는 주(州)별, 보험 상품별로 다르지만 일반적으로 3단계로 진행된다.

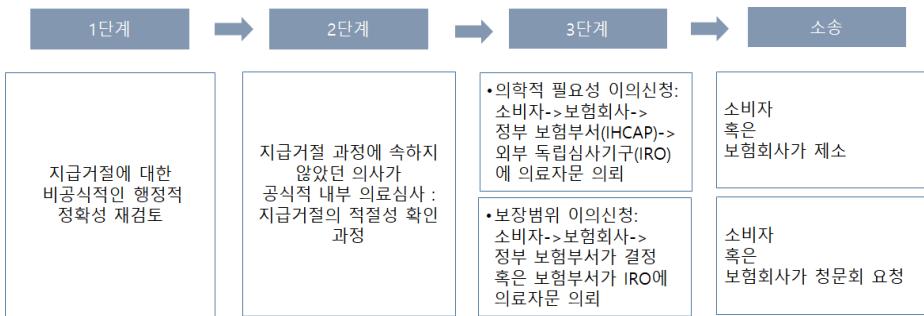
1단계는 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 보험회사에 연락하여 다시 한 번 더 고려해보기를 요청하는 단계이다. 의료기관의 환자 담당 의사가 보험회사의 의료심사자에게 동료심사(Peer-to-peer Review)의 일환으로 검토할 것을 요청할 수 있다. 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 추구하는 1단계의 목표는 각종 자료를 제출하여 의료서비스 후 보험금 청구가 보험 가이드라인을 준수하고 있다는 것을 입증하는 것이고 주로 행정적으로 부정확하게 거절되었다는 것을 입증하는 것이다.

2단계는 보험회사의 내부 의사(Medical Director)가 의료심사를 수행하는 단계이다. 이때 의사는 거절 결정과정에 관계하지 않은 사람이어야 한다. 2단계의 목표는 의

료서비스가 보장범위에 속함으로 요청 혹은 청구가 받아들여져야 한다는 것을 입증하는 것이다. 만약, 의료 서비스가 임상실험에 해당하는 것인지를 결정하는 것이라면, 추가적인 단계가 더 있을 수 있다.

3단계는 독립적인 외부 의료심사 단계이다. 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 의학적 심사를 요청하는 단계이다. 각 주(州)보험감독국은 3단계 이의신청을 처리하기 위하여 IHCAP(Independent Health Care Appeals Process)를 운영하고 있고 IHCAP는 정부기준하에 승인된 독립의료심사기구(IRO)를 이용하여 독립적 외부 의료심사를 진행한다. IRO는 객관적이고 편향적이지 않은 의료적 결정을 제공하는 제3의료심사기구이다(〈그림 II-1〉 참조). 주(州) 또는 연방법을 근거로 대안을 제시할 수 없을 경우, IRO의 결정은 이의신청자와 보험회사에 최종이며 법적 효력을 유지한다. 2012년 1월부터 모든 주(州)에서 모든 건강보험회사는 PPACA의 최소 소비자보호 기준 규정을 충족시키기 위하여 외부 심사 과정을 두어야 한다.

〈그림 II-1〉 미국 이의신청 처리 절차



### 라. 독립의료심사기구

의료산업에서 독립의료심사기구(IRO)는 객관적이고 편향적이지 않은 의료적 결정을 제공하는 제3의료심사기구이다. 독립적 의료인 동료심사 방법으로 결정하여 객관성을 유지하고 보험회사의 재정지원을 받지 않으면서 보험회사의 내부 결정에 의해서 구속되지 않아 편향적이지 않다.

IROs를 이용하는 회사는 다양하다. 의료보험회사, 재보험회사, 자가보험회사, 관리 의료조직, 의료이용 심사 및 의료이용 관리회사, 병원, 행정대행회사(Third Party Administrators), 보험사기 업무부서 등이다.

의료보험 관련 회사는 의료이용 전 의료이용을 사전승인하고, 이의제기 관련 결정을 내리기 위해서 IROs를 이용하고 있다. IRO를 이용함으로써 반복적이고 불필요하며 광범위하고 복잡한 의료심사 절차의 부담을 피할 수 있다. 그리고 특히, 관리의료보험과 관련하여 의료서비스의 질을 높이기 위해서 혹은 환자의 안전을 개선하기 위해서 IROs를 이용하고 있다. 진료의 복잡성이 심화됨에 따라 IROs는 보험회사와 보험가입 환자들에게 점점 더 필요한 수단이 되어가고 있다.<sup>16)</sup>

의료기관은 IRO를 고려한 표준화된 의료기준의 개발을 통해 의료서비스의 질 혹은 환자의 안전성을 증진함과 동시에 책임을 줄일 수 있고, 효율성을 개선할 수 있으며, 법적 분쟁을 피할 수 있다.

IROs는 전국적으로 인지도된 민간 승인기구(URAC)<sup>17)</sup>로부터 승인을 받아야 한다. 민간 승인기구의 IRO 승인 기준은 첫째, IRO는 공정하고 편향적이지 않은 의료인 동료 심사를 수행하고 있다는 것을 입증해야 한다. 둘째, IROs는 이해관계로부터 자유로워야 한다. 셋째, 독립적 의료인 동료심사를 수행하는 의료인 자격요건을 설정하여야 하며 의학적 필수성 및 임상적 치료 이슈를 구분해야 한다. 마지막으로, 일반 절차와 긴급 절차를 위한 기간을 준수해야 한다.

승인을 얻은 IRO는 첫째, 주(州) 그리고 연방 법규, 절차, 데이터 보안 및 내부 운영에 대해 업데이트 한다. 둘째, 적절히 자격을 갖추고 신뢰받는 동료 심사자와 협업한다. 셋째, 내부 및 외부 심사 결과의 일관성, 효율성, 정확성을 보장한다. 넷째, 임상 및 조사 자료, 현재 받아들여지고 있는 표준 의료서비스에 대한 전문지식을 제공한다. 다섯째, 의사와 유사 의료행위자에게 즉각적인 접근이 가능하도록 한다. 여섯째, 수많은 전문가들 중에서 고비용 심사자문단을 특별 관리한다. 일곱째, 심사자를 위한 진보적

16) NAIRO(National Association of Independent Review Organizations) 홈페이지: <https://www.nairo.org/>

17) URAC는 1990년 설립된 독립적 비영리 승인 법인임

교육훈련을 제공한다. 마지막으로, 이해상충 이슈를 피하기 위해 표준 및 가이드라인을 따른다.<sup>18)</sup>

IRO는 다음을 고려하여 심사한다. 첫째, 신청자의 의무기록, 둘째, 참여 의사의 추천장, 셋째, 보험회사가 제출한 적절한 의료전문가의 보고서와 기타 서류 그리고 신청자와 치료의사의 진술서, 넷째, 보험 계약조건, 다섯째, 적절한 관행 가이드라인, 마지막으로, 보험회사가 개발하고 이용한 심사기준 등이다.

IRO 결정이 지급 거절을 반복하는 것이라면 보험회사는 즉시 서비스를 제공하거나 보험금을 지급하여야 한다. 보험회사의 지급 거절이 합당하다고 결정이 내려진 경우 이미 치료가 끝난 상태라면 신청자는 의료비를 의료공급자에게 지급해야 한다.<sup>19)</sup>

---

18) <https://www.urac.org/programs/independent-review-organization-accreditation>

19) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28