



실손의료보험 보험금 청구 전산화 필요성

요 약

현행 의료시장에서 소비자는 실손의료보험을 가지고 있어도 진료비를 의료기관과 직접 정산한 후에야 이를 보험회사에 보험금으로 청구할 수 있는 상환제가 시행 중임. 게다가 의료기관과 보험회사 간 전자적 정보 교환이 되지 않아 소비자가 직접 관련 서류를 보험회사에 제출해야 하는 불편이 계속되고 있음. 이에 국회에서는 소비자(환자)가 요청하면 의료기관이 보험금 청구와 관련된 서류를 보험회사에 전자적 방식으로 전송하도록 하는 내용의 법안이 발의되었음. 우리나라처럼 상환제를 적용하고 있더라도 다양한 방식의 보험금 청구 전산화를 시행 중인 해외 사례와 같이 사회적 편익이 큰 제도의 도입이 적극적으로 검토될 필요가 있음

1. 청구 전산화 도입 필요성

- 국내 의료시장에서 소비자는 실손의료보험에 가입하고 있어도 진료비를 의료기관과 직접 정산하고, 보험회사에 보험금을 청구하는 상환제를 시행하고 있어, 소비자의 실손보험금 청구에 대한 부담이 큼
 - 한편, 제3자 지불제는 소비자가 의료기관을 이용한 후에 진료비를 정산하거나 청구 관련 서류를 발급받는 절차가 일체 없고, 의료기관이 보험회사에게 직접 소비자의 진료비를 청구하여 지급받는 유형임
- 또한, 의료기관과 보험회사 간 전자적 정보 교환이 되지 않아 소비자가 직접 관련 서류를 보험회사에 제출해야 하는 불편이 계속되고 있음
 - 소비자는 의료기관으로부터 직접 종이로 된 진료비 및 약제비 증명서류를 발급받아 제출해야 하는 번거로움으로 보험금 청구를 포기하는 경우가 발생함
 - 보험금 청구 포기 사유: 서류 발급을 위한 병원 방문이 귀찮고(44%), 청구 금액이 소액임(73.3%)
 - 보험회사는 소비자의 실손보험 청구 편의를 위해 민간 ICT 업체·의료기관과 개별적인 협상을 맺고 자체적으로 청구 전산화를 추진해 왔으나, 의료기관의 참여가 적어 실질적인 효과는 내지 못하고 있음
 - 2020년 말 청구 전산화에 참여한 의료기관은 약 150여 개(전체 의료기관·약국 9.6만 개)에 불과하여 이를 통한 청구 건수는 전체의 0.1%(2019년 기준)도 미치지 못하는 수준임



CEO Brief

○ 이에 국회에서는 소비자(환자)가 요청하면 의료기관이 보험금 청구와 관련된 서류를 보험회사에 전자적 방식으로 전송하도록 하는 내용의 법안이 발의되었음¹⁾

- 현재 실손의료보험 청구 전산화와 관련하여 보험업법 개정안(4건)이 국회 계류 중에 있으며, ‘소비자가 의료기관에 보험금 청구에 필요한 서류 전송을 요청하면 의료기관은 해당 서류를 전자적 방식으로 보험회사에 전송하도록 함’을 주요 내용으로 함
 - 전재수 의원('20. 7, 재발의), 윤창현 의원('20. 7), 고용진 의원('20. 10, 재발의), 김병욱 의원('21. 4)

2. 해외 사례와 시사점

○ 프랑스는 ‘의료기관-건강보험공단-보험회사 간 전자정보전송시스템’을 통해 의료기관으로부터 보험회사에 전자진료차트가 전송되는 방식의 상환제를 적용함

- 환자는 의료 이용 후 의료기관에 진료비를 정산하고 건강보험카드(Carte Vitale)를 제시하면, 의료기관은 전자정보전송시스템을 통해 전자치료차트를 건강보험공단에 전송함
- 보험회사는 전자정보전송시스템을 통해 건강보험공단으로부터 상환 명세서를 자동 전송받고, 통상 48시간 이내에 공적 건강보험 미지급 금액의 일부 또는 전부를 보험가입자에게 보험금으로 상환함

○ 독일은 상환제 적용을 원칙으로 하되, 입원·고가 처방약 등 환자의 부담이 큰 진료비에 대해서는 의료기관이 환자를 대신하여 보험회사에 직접 청구할 수 있음

- 통원 진료에 대해서는 상환제 적용을 원칙으로 하고, 입원의 경우 환자의 진료비 정산의 부담과 민영 건강보험 보험금의 청구 절차를 줄여주기 위해 보험회사와 의료기관이 직접 정산할 수 있도록 함
- 2013년 법률 제정을 통해 보험회사가 환자를 대신하여 진료비를 정산하는 경우 의료기관은 환자의 동의를 받아 전자적 방식으로 청구 정보를 보험회사에게 전달하도록 의무화 함

○ 우리나라처럼 상환제를 적용하고 있더라도 다양한 방식의 보험금 청구 전산화를 시행 중인 해외 사례와 같이 사회적 편익이 큰 제도의 도입이 적극적으로 검토될 필요가 있음

- 실손의료보험은 전 국민의 약 75%²⁾가 가입하고 있고, 연간 청구 건이 10억 건 이상³⁾인 점을 고려해 볼 때, 실손보험 청구 전산화는 국민의 편익이 최우선이라는 기본 원칙하에서 검토되어야 할 과제임

정성희 연구위원, 문혜정 연구원

shchung71@kiri.or.kr, hjmun@kiri.or.kr

1) 실손의료보험의 청구 전산화는 2009년 국민권익위원회의 권고 이후 지속적으로 논의되어 왔으나, 의료단체는 환자 개인정보 유출, 행정업무 부담 가중, 비급여 부분 정부 통제 가능, 제증명 수수료 발급 수익 보전 방안 미흡 등의 이유로 반대해 옴

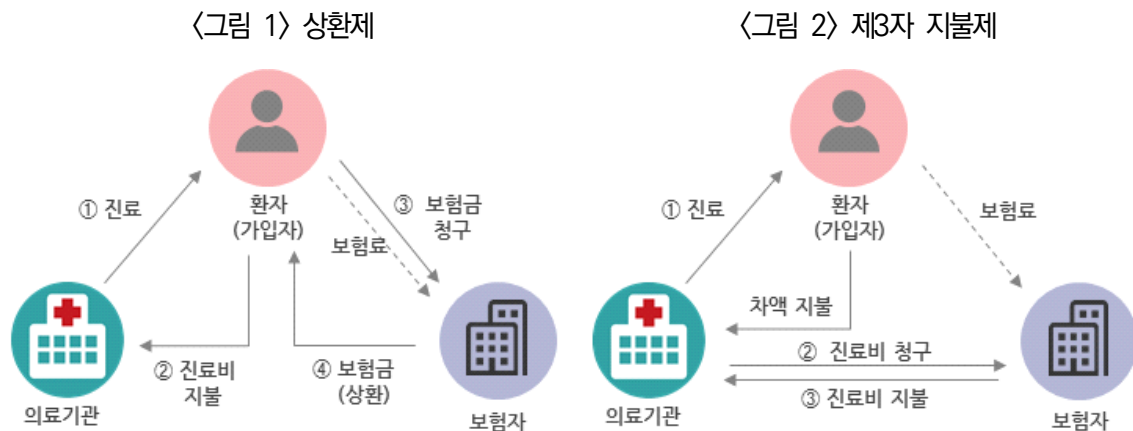
2) 2020년 3월 피보험자 기준 3,864만 명임(개인·단체·공제 실손의료보험 포함, 중복 가입자 제외)

3) 2020년 10,626만 건으로 2017년(5,606만 건) 대비 90% 증가함

1. 현황

○ 건강보험 보험자가 급부(보험금)를 지급하는 방식으로 상환제와 제3자 지불제가 있음

- 상환제(현금 배상형)는 소비자(환자)가 의료기관 이용 후 진료비를 정산하고 보험자에게 청구하면, 약정한 비율의 현금을 보험급부(보험금)로 상환받는 방식임
- 제3자 지불제(직접 서비스형)는 소비자(환자)가 의료기관 이용 후 진료비를 전혀 부담하지 않거나 일부 본인부담금만 부담하고, 의료기관이 보험자에게 직접 진료비를 청구하여 지불받는 유형임



○ 공적 건강보험은 환자의 편익 제고를 위해 보편적으로 제3자 지불제가 적용되는 반면, 민영 건강보험의 경우 국가의 보건의료체계에 따라 제3자 지불제 혹은 상환제가 적용됨

- 프랑스는 건강보험의 보험금 지급 체계로 상환제를 기본 원칙으로 하고 있으나, 최근 공·사 건강보험에 대해 제3자 지불제 적용 확대를 도모하는 추세임
- 민영 건강보험의 경우 호주, 네덜란드, 영국, 미국 등은 제3자 지불제를, 프랑스, 독일, 한국 등은 상환제를 보험금 지급 체계로 적용하고 있음

〈표 1〉 주요국 공·사 건강보험 보험금 지급 체계

국가	공적 건강보험	민영 건강보험	민영 건강보험 관련 비고
프랑스	상환제 ¹⁾	상환제	- 환자가 진료비 정산 후 건강보험카드²⁾를 제시하면 사회보장국 및 보험회사로 전자치료차트가 전송되어 자동 상환 - 특정 대상 및 의무 건강보험에 한하여 제3자 지불제를 적용하고 있으며, 민영 건강보험에 대해서도 제3자 지불제를 확대하는 추세
독일	제3자 지불제	상환제	- 통원: 청구서·처방전 등을 발급받아 모바일·온라인으로 보험회사에 제출 - 입원 등 고액 의료서비스 이용 시 의료기관이 보험회사에 직접 청구 가능
호주	제3자 지불제	제3자 지불제	- 통원: 환자가 의료기관의 전자의료청구 및 정산 단말기에서 보험회사 멤버십 카드를 이용하여 현장에서 청구, 환자는 차액만 부담 - 입원: 의료기관이 보험회사에 직접 청구
네덜란드	제3자 지불제	제3자 지불제	네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제
영국	제3자 지불제	제3자 지불제	의료기관 이용 전에 보험회사로부터 진료 보장에 대한 승인을 받아야 함
미국	제3자 지불제	제3자 지불제	네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제
한국	제3자 지불제	상환제	종이 서류로 발급받아 직접 또는 이메일·팩스·모바일로 보험회사에 제출

주: 1) 일부 대상(산업재해사고 피해 및 직업병 관련 환자, 청소년 구강 예방검사, 예방을 위한 검사 등)은 제3자 지불제를 필수 적용함

2) Carte Vitale: 1998년에 도입되었으며, 민영 건강보험 정보가 연계되어 있어서 보험회사에 정산 정보가 자동 전송됨

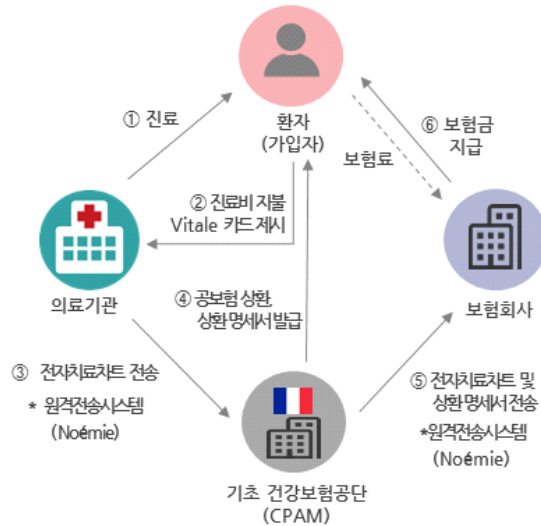
2. 해외 사례

가. 프랑스

○ 공·사 건강보험에 모두 상환제를 적용하고 있으나, 우리나라와는 달리 ‘의료기관-건강보험공단-보험회사’가 연결된 전자정보전송시스템을 통해 보험회사에 전산화된 전자진료차트가 직접 전송됨

- 의료이용 후 환자가 진료비를 정산하고 건강보험카드(Carte Vitale)를 제시하면 의료기관은 전자정보전송시스템을 통해 전자치료차트를 건강보험공단에 전송하고, 건강보험공단은 48시간 이내 지급 승인 혹은 거절 및 1주일 이내 보험급부를 상환함
 - 건강보험카드는 건강보험공단(Assurance Maladie)이 16세 이상 건강보험 적용 대상자에게 무료로 발급하며 신원, 사회보장번호, 소속 건강보험제도, 민영 건강보험 가입 정보 등이 포함되어 있음
- 보험회사는 전자정보전송시스템을 통해 건강보험공단으로부터 건강보험기금 상환 명세서를 자동 전송받고, 통상 48시간 이내에 공적 건강보험 미지급 금액의 일부 또는 전부를 보험가입자에게 상환함
 - 보험회사가 원격전송시스템에 연결되어 있지 않은 경우 건강보험공단은 보험회사에 건강보험기금 상환 명세서를 서류로 직접 전달함

〈그림 3〉 프랑스 공·사 건강보험 보험금 지급 절차



○ 프랑스는 모든 사람의 의료접근성을 보장하기 위하여 2015년부터 공적 건강보험에 대해 단계적으로 제3자 지불제를 확대해왔고, 현재는 특정 대상에 한하여 제3자 지불제를 적용함

- 프랑스는 기존에 경제적 취약 계층에 한해 제3자 지불제를 적용하였으나, 국민의 의료이용 편의성 제고를 위해 2016년 의료시스템의 현대화에 관한 법률을 제정함(법률 번호 2016-41 제83조)¹⁾
 - 1단계: 2015년 7월, 저소득 계층의 본인부담금 면제 대상자를 중심으로 적용하던 제3자 지불제를 보충건강보험 보조금 지원 대상자(ACS)에게 확대 적용
 - 2단계: 2017년 1월부터 기존에 경제적 취약계층을 위주로 적용한 제3자 지불제를 6개월 이상 임신부, 만성질환자 등 건강보험으로 100% 보장되는 대상까지 제3자 지불제 적용 의무화
 - 3단계(계획): 2017년 12월부터 모든 건강보험 가입자 대상으로 제3자 지불제를 확대 적용 계획²⁾
- 2016년 의료시스템의 현대화에 관한 법률(법률 번호 2016-41) 제83조 제2항 제3호에 따라 정부는 제3자 지불제의 일반화를 위하여 2018년 3월 31일 이전에 일반화 이행 일정과 그 이행에 대한 기술적 요건에 대해 의회에 보고서를 제출하도록 함

1) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé(Marisol Touraine 보건부 장관의 개혁)

2) 2017년 1월부터는 일반 건강보험 가입자 대상으로도 공적 건강보험에 대해 제3자 지불제를 적용할 수 있으나 의료기관의 재량에 따름

나. 독일

○ 상환제 적용을 원칙으로 하되, 입원·고가 처방약 등 환자의 부담이 큰 진료비에 대해 의료기관이 환자를 대신하여 보험회사에 직접 청구할 수 있음

- 통원 진료에 대해서는 상환제 적용을 원칙으로 하나, 입원의 경우 환자의 부담 경감, 청구 및 행정 절차 간소화 등을 위해 보험회사와 의료기관이 직접 정산할 수 있도록 함
 - 환자는 청구양도선언서(Abtretungserklärung)를 작성하여 의료기관에 요청해야 하며, 의료기관에 보험회사가 제공하는 보험카드를 제시하거나 보험회사에 따라 진료 전에 사전 동의가 필요함
- 2013년 직접 청구(Direct Billing) 관련 법률 제정을 통해 보험회사가 환자를 대신해 의료기관의 진료비를 부담할 경우 의료기관은 환자의 동의(Abtretungserklärung)를 받아 전자적 데이터 교환을 통해 보험회사에 전달해야 함³⁾
 - 독일병원협회와 민간건강보험협회는 데이터 전송을 위한 세부사항을 규정하는 계약을 체결해야 함⁴⁾

정성희 연구위원, 문혜정 연구원

shchung71@kiri.or.kr, hjmun@kiri.or.kr

3) 병원재정법(KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz) 제17c조 제5항, 사회법전 제5권(SGB-V) 제301조

4) 사회법전 제5권(SGB-V) 제301조 제3항