

의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사건강보험 협력방안

2014. 12

조용운 · 김경환 · 김미화

머 리 말

공·사건강보험은 그 동안 상호 협력하여 발전방안을 모색해 보는 것에 소홀히 해 온 면이 있다. 두 보험이 밀접하게 연계되어 있음에도 불구하고 각 보험자는 개별적으로 행동하고 있는 것이다.

의료보장제도는 모든 개인이 동등한 의료서비스 혜택을 받게 하는 것과 각 개인이 다양한 의료서비스를 선택할 수 있게 하는 것의 조화가 필요하다. 우리나라와 같은 사회보험 체제에서 형평성의 강조는 국민건강보험의 보장 강화와 관련이 있고, 개인 선택권의 강조는 실손의료보험의 역할 확대와 관련이 있다. 우리나라는 전국민을 대상으로 한 국민건강보험이 정책적으로 의료보장을 강화해 나가고 있어 형평성이 강조되고 있는 상황이다. 그러나 국민들이 실제로 체감할 수 있을 정도의 보장 강화는 이루어지고 있지 않기 때문에 실손의료보험이 성장하면서 국민건강보험을 보완, 보장하여 실제로는 선택권이 확대되고 있다. 우리나라는 형평성 강화와 선택권 확대의 두 가치가 조화롭게 양립할 필요가 있는 체계를 가지고 있다고 할 수 있는 것이다.

본 연구는 이제부터는 공·사건강보험이 상호 협력을 강화하여 형평성과 선택권 두 가치를 조화롭게 구현하는데 도움이 되고자 하였다. 이 보고서가 우리나라 의료보장체계를 합리적으로 발전시키는데 조금이나마 기여할 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 보험연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2014년 12월
보 험 연 구 원
원 장 강 호

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 13

1. 연구 배경 및 목적 / 13
2. 선행연구 / 17
3. 연구방법 / 19

II. 공·사건강보험 제도 현황 및 평가 / 20

1. 의료서비스 공급 체계 / 20
2. 보장내용 / 31
3. 진료비 산정 / 43

III. 공·사건강보험 성과 및 과제 / 51

1. 성과 / 51
2. 과제 / 56

IV. 공·사건강보험 협력적 제도개선 방안 / 65

1. 인프라 강화 / 66
2. 의료서비스 공급방법 개선 / 68
3. 보장내용제도 정비 / 80
4. 진료수가제도 개선 / 88

V. 맺음말 / 90

| 참고문헌 | / 92

| 부록 | / 95

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 보험금 청구방법별 현황 / 23
- 〈표 II-2〉 의료서비스 공급방법의 장단점 / 25
- 〈표 II-3〉 실손의료보험 피보험자의 요양기관 방문실태 / 28
- 〈표 II-4〉 의료이용자의 미청구건수 실태 / 29
- 〈표 II-5〉 미청구건당 본인부담금 / 29
- 〈표 II-6〉 미청구 이유(1순위 기준) / 30
- 〈표 II-7〉 국민건강보험 의료서비스 분류 / 32
- 〈표 II-8〉 임의비급여대상 의료서비스 사례 / 33
- 〈표 II-9〉 4대 중증질환에 대한 의료서비스 분류 / 34
- 〈표 II-10〉 3대 비급여 보장 강화 계획 / 35
- 〈표 II-11〉 입원본인일부부담률 예외 적용 / 37
- 〈표 II-12〉 현행 외래본인일부부담률 / 37
- 〈표 II-13〉 외래본인일부부담률 예외 적용 / 38
- 〈표 II-14〉 본인부담상한액(2014년 기준) / 38
- 〈표 II-15〉 공·사건강보험 보장대상 의료서비스 차이 / 39
- 〈표 II-16〉 표준실손의료보험의 보장한도 및 실손본인부담 / 40
- 〈표 II-17〉 건강보험 행위별수가제 진료비 산정기준 / 45
- 〈표 II-18〉 외래 및 약처방 진찰료차등수가제 / 46
- 〈표 II-19〉 자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이 / 47
- 〈표 III-1〉 기대수명 추이 / 53
- 〈표 III-2〉 실손의료보험 계약건수 추이 / 54
- 〈표 III-3〉 주요국 의약품 R&D 투자액 / 55
- 〈표 III-4〉 실손의료보험 실적 추이 및 지급률 / 56
- 〈표 III-5〉 병원분야의 보건의료비 지출증가 기여율 / 57
- 〈표 III-6〉 의료기관 유형별 외래환자 분포 / 58
- 〈표 III-7〉 공·사건강보험 실적 및 보장률 추이 / 60

■ 표 차례

- 〈표 III-8〉 요양기관별 비급여대상 진료비 비교 / 61
- 〈표 IV-1〉 의료서비스 공급방법 및 주요 특징 / 69
- 〈표 IV-2〉 주요국의 실손의료보험 수가결정 방법 / 78
- 〈표 IV-3〉 2013년 진료비확인제도를 통한 환급 유형별 현황 / 82

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅱ-1〉 국민건강보험 의료서비스 공급체계(제3자지급제) / 21
- 〈그림 Ⅱ-2〉 현행 실손의료보험 의료서비스 공급체계(상환제) / 22
- 〈그림 Ⅱ-3〉 20세 이상 실손의료보험 가입 실태 / 27
- 〈그림 Ⅱ-4〉 실손의료보험 피보험자의 6개월 의료이용 / 27
- 〈그림 Ⅱ-5〉 국민건강보험 진료비 분류체계 및 실손의료보험 보장영역(채색) / 36
- 〈그림 Ⅲ-1〉 주요국 국민의료체계 비용효과성 평가 순위 / 51
- 〈그림 Ⅲ-2〉 전문의 진찰을 위한 대기시간 / 52
- 〈그림 Ⅲ-3〉 국민1인당 연간 외래진료 건수(2012년 혹은 가장 최근) / 53
- 〈그림 Ⅲ-4〉 공·사건강보험 실적 및 보장률 추이 / 54
- 〈그림 Ⅲ-5〉 주요국 의약품 R&D 투자액 추이 / 55
- 〈그림 Ⅲ-6〉 국민의료비 연평균 증가율(2000~2012년 혹은 가장 최근) / 56
- 〈그림 Ⅲ-7〉 주요국의 1인당 실질 GDP 대비 실질의료비 비중 추이 및 연평균 증가율 / 57
- 〈그림 Ⅲ-8〉 국민건강보험 진료비 구성비 추이 / 61
- 〈그림 Ⅲ-9〉 30세 이상 주요 만성질병 유병률(의사진단 유병률) / 63
- 〈그림 Ⅳ-1〉 제3자지급제(안) / 70
- 〈그림 Ⅳ-2〉 제3자청구제 / 73

A Study on Collaboration Strategies of Public and Private Health Insurance in the Korean Health Care System

The growth in medical costs has been one of the long-standing debates on the Korean health care system. Many studies on the subject, however, have not critically reviewed or interpreted such rapidly increasing medical costs in the perspective of the public and private health insurance in Korea.

Medical costs are strongly affected by the evolution of health care providers and health plan market structures and changes in underlying costs. In this study, we address regulations on public and private health insurance with some empirical studies on medical costs, synthesize various findings, and suggest implications for the future of health care costs, as well as for the present policies.

Initially, we consider some studies dealing with regulations and policies that built up the health care market. The related empirical studies are analyzed, considering policy environment with theoretical implications.

Today Korean policymakers think that health care providers and related insurance market structures would lead to a large-scale cost-shifting from regulated health service to unregulated. The "balloon effect" caused by health care providers would make private health insurance experience high loss ratios, covering unregulated health service. Obviously, it needs to be managed by private health insurance, which has not yet taken part in the reimbursement system. In addition, it is required that when reviewing policies on health care costs, the policymakers discern differences between regulations on health care services.

요약

I. 서론

- 국민건강보험은 진료비 관리에 어려움을 겪고 있고, 실손의료보험은 수년간 지속적으로 높은 보험금 지급률과 과도한 운영비 지출을 경험하고 있음.
 - 실손의료보험 보장 내용은 국민건강보험과 밀접하게 연계되어 있으나, 의료서비스 공급방법, 진료비 산정방법 등은 연계 정비되어 있지 않아 비합리적으로 운영되기 때문에 나타난 현상일 수 있음.
 - 진료코드 표준화 미비 등 합리적 의료보장체계 운영을 위한 인프라 정비 미흡에 기인할 수 있음.

- 본 연구는 공·사건강보험의 어려움을 극복할 수 있는 방안을 인프라 정비, 의료서비스 공급방법, 보장내용, 진료비 산정방법으로 나누어 제시함.
 - 또한, 실손의료보험의 운영비용 절감방안 및 소비자권의 보호 강화를 위한 제도 개선 방안을 제시하고자 함.

II. 공·사건강보험 제도현황 및 평가

1. 의료서비스 공급체계

가. 국민건강보험 및 실손의료보험

- 국민건강보험의 의료서비스 공급방법은 제3자지급제임.
 - 국민건강보험은 요양기관이 진료비를 심사·평가를 담당하는 건강보험심사평가원을 경유하여 건강보험공단에 청구하도록 하고 있음.

○ 피보험자는 본인부담금만을 요양기관에 지급하면 되고 별도의 행정절차를 필요로 하지 않아 소비자 중심의 체계라고 할 수 있음.

■ 실손의료보험의 의료서비스 공급방법은 상환제임.

○ 가장 전통적인 방법으로 소비자 불편과 실손의료보험자의 과다관리비용을 유발하는 체계임.

- ① 요양기관이 진료비를 산정하고 피보험자에게 청구하면,
- ② 피보험자가 진료비 전액을 마련하여 요양기관에 지급한 후,
- ③ 피보험자가 보험회사에 보험금을 청구하여 상환받는 방식임.
- ④ 보험회사는 수작업으로 면부책심사 후 보험금을 지급함.

나. 문제점

■ 국민건강보험은 보장대상 진료비를 국민건강보험자가 환자 대신 지급하기 때문에 요양기관의 의료서비스 과잉공급 및 부당청구 가능성이 있으나 이에 대한 대책이 미흡함.

○ 국민건강보험은 요양급여대상 진료비 및 의료서비스에 대해 심사·평가를 하고 있지만 요양비급여대상에 대해서는 법적 근거 미흡으로 그리하지 못하고 있음.

■ 상환제인 실손의료보험은 요양기관에 대한 심사·평가의 기회조차 없어 과잉공급 및 부당청구가 있을 경우에 대한 대책이 전혀 없는 상황임.

○ 실손의료보험 환자에 대한 과잉공급 및 부당청구는 주로 요양비급여대상에 대한 심사·평가의 부재에서 기인하고 있다고 할 수 있음.

– 상환제에서는 환자가 국민건강보험 본인부담금을 요양기관에 전액 지급하기 때문에 환자로부터 기인된 과잉의료수요는 미미하다고 할 수 있음.

○ 실손의료보험은 의료공급자가 진료비를 허위·부당청구하더라도 처벌 혹은 행정처분이 가능하지 않아 범망의 사각지대에 놓여 있음.

■ 또한, 상환제 하의 실손의료보험은 소비자 권익보호, 보험회사의 보험금 지급 관리 등을 위한 제도 정비가 미흡함.

○ 실손의료보험금 청구절차는 피보험자에게 번거로움과 시간비용을 소모하게 할 뿐만 아니라 소액보험금의 청구를 포기하도록 만들고 있음.

○ 실손의료보험은 보험금 청구서류가 표준화되어 있지 않아 피보험자에 대한 보험금 지급심사가 어려운 상태임.

다. 실손의료보험금 미청구실태

■ 피보험자의 보험금 미청구 사례가 다수 발생하고 있음.

○ 입원을 한 경험이 있지만 보험금을 청구하지 않은 비율은 4.5%인 것으로 조사됨.

○ 외래는 영수증 금액이 1만 원 초과인 경우 미청구율이 9.6%, 약처방은 8천 원 초과인 경우 6.6%로 나타남.

■ 청구하지 않는 이유는 금액이 적기 때문이라고 87.7%가 응답함.

○ 진단서 발급비용 때문 7.2%, 번거로운 청구과정 때문 4.3%임.

2. 보장내용

가. 국민건강보험 및 실손의료보험

■ 국민건강보험은 비용대비 치료효과가 높은 요양급여대상 의료서비스만을 보장함.

○ 국민건강보험법은 의료서비스를 요양급여대상, 전액본인부담대상, 비급여대상

으로 분류하고 있으며, 이외에 진료행위라고 보기 어려운 임의비급여대상 의료 서비스가 있음.

○ 국민건강보험은 2013년부터 4대 중증질환에 대한 요양비급여대상을 정책적으로 요양급여대상으로 전환해 나가고 있음.

■ 실손의료보험은 국민건강보험의 본인일부부담진료비와 전액본인부담진료비, 요양비급여진료비를 보장함.

○ 본인일부부담진료비에 대해서는 본인부담상한액 이하의 금액만을 보장하고 임의비급여진료비는 보장하지 않음.

나. 문제점

■ 국민건강보험의 본인일부부담금제도는 의료이용량과 관계없이 설계되어 있어 과잉의료 수요를 억제하는 데 한계가 있음.

○ 의료의 과잉이용은 반복이용하면서 양산되는 면이 있는데, 본인부담률제도가 이를 고려하여 설계되어 있지 않음.

■ 신의료기술등은 심사를 거쳐 요양급여대상 혹은 요양비급여대상으로 결정되어야 함에도 불구하고 사전적으로 요양비급여대상으로 간주되고 있음.

○ 보험회사는 3일 이내에 보험금을 지급해야 하므로, 심사결과(진료행위 심사는 150일, 약품 심사는 270일 소요)가 임의비급여로 판정날 경우 그 금액에 대해서는 부당한 보험금 지급이 발생함.

■ 보험회사는 건강보험심사평가원의 진료비확인제도를 이용할 수 없음.

○ 보험회사는 요양비급여대상과 임의비급여대상의 구별이 어려운 경우 피보험자에게 진료비확인제도 이용을 요청하여 진료비를 확인하고 있음.

○ 보험회사 행정력 소모, 피보험자의 번거로움을 유발함.

- 보험회사는 최소 120만 원부터 최대 500만 원까지 설정되어 있는 국민건강보험 본인부담상한액 이하만을 보장하도록 되어 있으나 상한액을 알 수 없어 최대금액까지 부당지급하고 있음.

3. 진료비 산정

가. 국민건강보험 및 실손의료보험

- 요양기관의 요양급여서비스에 대해 국민건강보험은 현재 진료행위별수가제의 상대가치점수제(진료행위에 대한 기술료)와 일반수가제(실제 소요되는 약제비와 치료재료비)로 가격을 결정하고 있음.
 - 여기에 국민건강보험은 요양기관 종별가산율(규모별 가산율), 입원기간별 체감률, 외래 및 처방약 진찰료차등수가제도 등 진료비의 차등산정제도를 도입·운영하고 있음.
- 실손의료보험 진료비는 국민건강보험에서 정한 기준에 의하여 결정된다고 할 수 있음.
 - 본인일부부담금은 국민건강보험진료수가기준에 따라 결정되고 요양비급여대상은 일반수가에 의해 결정됨.

나. 문제점

- 요양비급여대상 의료서비스의 적정 양 및 질에 대한 기준 그리고 비용산정 방법에 대한 기준이 마련되어 있지 않아 요양기관의 과잉공급 가능성이 있으나 공·사건강보험자는 어떠한 관리수단도 가지고 있지 않음.
 - 자동차보험과 산재보험은 별도의 기준을 마련해 놓고 있음.

- 외래 및 처방약 진찰료차등수가제도는 의원급에만 적용되고 있어 형평성에 맞지 않다는 주장이 꾸준히 제기되고 있음.
 - 형평성 제고를 위해서 동 제도는 전체 요양기관에 적용하는 것이 바람직하다는 것임.
- 행위별수가제는 의료서비스의 과잉공급을 촉진할 가능성이 있음.
 - 국민건강보험은 요양급여대상에 포함되어 있는 한 요양기관이 제공한 진료행위 및 치료재료 전부에 대해 상환을 보장하고 있기 때문임.

Ⅲ. 공 · 사건강보험 성과 및 과제

1. 성과

- 우리나라의 국민건강보험제도는 세계적으로 인정되는 우수한 보건의료체계 달성이라는 성과를 거두고 있음.
 - 우리나라는 OECD 30개 국가 보건의료지표 분석결과 비용효과 측면에서 5위를 차지할 뿐만 아니라, 진료대기시간이 가장 낮은 국가에 속하고, 의료접근성이 OECD 국가 중 최고 수준임.
- 실손의료보험은 국민건강보험의 낮은 보장성을 보충하여 그 역할을 확대해 나가고 있으며, 신의료기술 및 신약품을 보장하여 개발재원의 확보에 기여함으로써 의료산업의 발전에 일조한 면이 있다고 할 수 있음.
 - 실손의료보험은 보험산업의 성장에도 중요한 역할을 담당하고 있음.
 - 위험보험료는 FY2012에 34,668억 원을 기록하였으며(FY2008 대비 171.9% 증가), 자동차보험의 40% 규모 수준으로 성장함.

2. 과제

가. 국민건강보험

- 우리나라는 OECD 국가와 비교할 때 의료비가 빠르게 증가하고 있으나 대책 마련은 미흡한 실정임.
 - 우리나라 국민건강보험 진료비 증가는 공급 측면에서 다음의 여러 원인에 기인한 것으로 보이므로, 각 원인별 대책이 필요함.
 - 요양비급여대상에 대한 양 및 가격관리 사실상 방치
 - 행위별수가제로 인한 의료공급의 규제(총량규제) 기능 미약
 - 1·2·3차 요양기관이 서로 유사한 서비스를 제공하면서 과잉경쟁
 - 의료이용량과 관계없이 일정 비율을 적용하고 있는 본인일부부담금제도는 수요 측면에서 의료이용 통제 기능이 미흡함.

- 의료서비스의 공급 및 가격에 대한 규제차이로 의료공급시장 왜곡(풍선효과) 현상이 발생하고 있음.
 - 시장왜곡은 요양기관이 요양비급여대상 가격산정에 대해 자율성을 보장받고 있고 요양비급여대상 의료서비스 공급을 확대할 유인을 가지고 있으며 요양비급여대상 의료서비스 공급이 가능한 경우에도 요양비급여대상 의료서비스를 공급할 수 있기 때문에 발생하고 있음.

- 우리나라는 전반적으로 의료서비스의 질 관리가 이루어지지 않고 있음.
 - 국민건강보험 진료수가 협상은 요양기관 규모별 진료수가 수준만을 대상으로 이루어져 의료서비스 질이 진료수가에 반영되지 못하고 있음.
 - 국민건강보험은 법규체계가 투입요소 관리에 중심을 두고 있기 때문에 진료행위 과정에 대한 감독이 미흡함.
 - 실손의료보험의 보장영역인 요양비급여대상 의료서비스에 대해서는 양뿐만

아니라 질 관리도 이루어지지 않고 있음.

- 만성질병 유병률이 증가추세에 있으나 이에 대한 대책이 미흡함.
 - 진료비 절감을 위해서라도 건강생활서비스 공급 활성화 등 예방적 정책이 요구되는 상황임.

나. 실손의료보험

- 실손의료보험이 의료서비스 공급체계의 일부를 담당하고 있고 규모 면에서 성장하고 있지만, 보험금지급률은 지속적으로 110% 수준에 머물러 있는데, 이것은 우리나라 공·사건강보험제도 정비의 미흡에 기인하는 바가 큼.
 - 요양비급여대상 의료서비스의 양 및 가격 관리제도 부재로 인한 풍선효과, 진료의 질 및 가격경쟁 촉진제도 미흡, 요양비급여진료코드 미표준화 등이 원인이 되어 지급률이 높다고 할 수 있음.

IV. 공·사건강보험 협력적 제도개선 방안

1. 인프라 강화

- 건강보험심사평가원은 2016년까지 비급여대상 의료서비스 코드표준화를 완료하고 이의 사용을 의무화할 계획임.
 - 이러한 공적부분의 인프라 구축은 요양기관의 비교평가, 행정비용 절감, 통계 집적 등 실손의료보험의 운영 합리화에 도움이 될 것임.
- 2014년 1월 개인의료보험정책협의회는 진료비상세내역 서식표준화를 추진하는 방안을 논의한 바 있음.

○ 이 정책이 시행된다면 요양기관 간의 경쟁을 촉진하고 부당한 실손보험금 지급을 줄이는 효과를 얻을 수 있을 것임.

■ 건강보험심사평가원은 2013년 7월 ‘비급여진료비용고지지침’ 개정에 따라, 홈페이지에 요양비급여진료비 정보를 공개하고 있으며, 향후 공시대상 요양기관을 확대해 나갈 예정임.

○ 이는 요양기관 간 경쟁을 촉진하여 서비스 질 개선, 가격 투명성 제고, 그리고 요양비급여진료비 인하를 가져올 수 있을 것임.

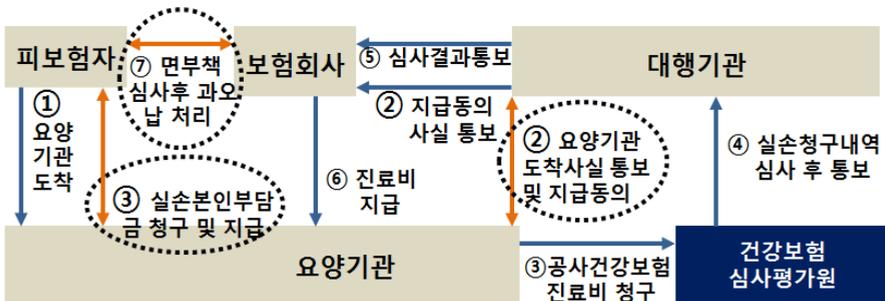
2. 의료서비스 공급방법 개선

가. 제3자지급제 도입 방안 및 문제점

■ 실손의료보험 제3자지급제는 진료비를 당사자인 환자를 대신하여 보험회사(제3자)가 요양기관에 지급하는 제도임.

○ 현재 우리나라 상황에서 이 제도의 운영 효율성을 극대화할 수 있는 체계는 요양기관이 건강보험심사평가원을 경유하여 진료비를 청구하는 것임.

〈요약 그림 1〉 제3자지급제(안)



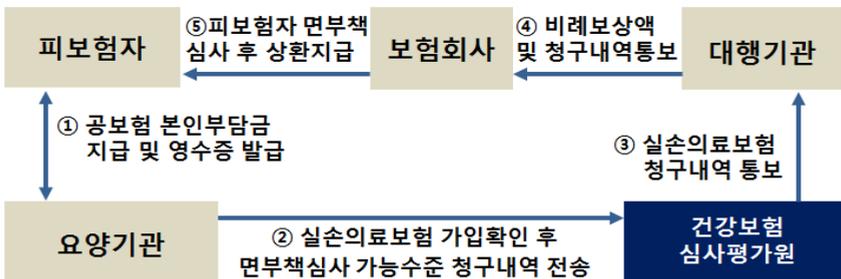
- 제3자지급제는 여러 장점에도 불구하고 도입되기에는 실무적으로 어려움이 많을 것으로 판단됨.

- 요양기관은 환자 도착 시점에 보험회사로부터 보험가입여부 확인 및 지급동의를 받아야 하는데, 이는 사실상 가능하지 않음.
 - 요양기관은 진료시간을 지체하게 되고 진료비 회수를 위해서 긴 기간(1~2주)을 기다려야 함.
- 보험회사는 실시간 실손의료보험 본인부담금 산출시스템을 갖추어야 하는데 이는 비용이 많이 들고 기술적으로 어려움이 많으며 진료비 지급 후 과오납 정산 시 피보험자의 환급 거부로 회수불능 상태에 직면할 수 있음.

나. 제3자청구제 도입

- 제3자청구제는 현재의 상환제와 같이 실손의료보험 피보험자가 요양기관에 국민건강보험 본인부담진료비를 지급하지만, 보험회사에의 보험금 청구는 피보험자 대신 요양기관이 수행하는 것임.
- 제3자청구제에서는 보험금 미청구 문제, 소비자불편 등이 발생하지 않고, 제3자지급제에서 발생하는 대부분의 문제점이 발생하지 않음.
- 운영을 위한 대행기관이 필요할 것임.
- 요양비급여진료비에 대한 심사·평가없이 운영 가능함.

〈요약 그림 2〉 제3자청구제



3. 보장내용제도 정비

- 신의료기술등에 대해서는 시차를 두고 보험금을 지급할 수 있는 ‘보험금분리지급 제도’ 도입을 제안함.
 - 승인신청대상 신의료기술등을 구별할 수 있도록 별도의 진료코드를 마련하고 이에 대해서는 승인심사 결과를 확인한 후 보험금을 지급하도록 함.

- 현재 피보험자만이 건강보험심사평가원에 요청 가능한 진료비 확인제도를 보험 회사가 직접 요청할 수 있도록 제도를 개선할 필요가 있음.
 - 이 제도를 통해 피보험자의 불편이 줄어들 것이고, 보험회사는 피보험자에게 지급되지 않아야할 진료비를 파악할 수 있게 될 것임.

- 실손의료보험이 국민건강보험으로부터 본인부담상한액을 확인할 수 있도록 하는 확인위탁제도 도입을 제안함.
 - 피보험자의 소득수준을 알 수 없어서 모두에게 최대한도까지 지급하고 있는 부당한 보험금 지급을 줄일 수 있을 것으로 기대됨.

- 우리나라 과잉의료이용 억제대책은 본인일부부담률제 외에는 찾아보기 어려운 바, 본 연구는 그 대안의 하나로 ‘차등본인일부부담률제’를 제안함.
 - 처음 며칠 혹은 몇 회는 기존의 본인일부부담률보다 낮은 율을 적용하고 일정 수준 이상은 높은 율을 적용하는 것임.
 - 현재 국민건강보험이 제도개선을 논의 중인 것으로 알려져 있음.
 - 국민건강보험의 진료비 증가가 억제되는 효과를 얻을 수 있고 실손의료보험의 보험금 지급도 줄어드는 효과를 기대할 수 있을 것임.

4. 진료수가제도 개선

- 현재 진찰료차등수가제도가 의원급에만 적용되고 있다는 점이 형평성에 맞지 않다는 논의가 꾸준히 이루어지고 있는 바, 본 연구도 동 제도를 병원급 이상에 확대 적용할 것을 제안함.
 - 본 연구는 요양기관당 외래와 약처방 건수의 제한은 입원을 증가시킬 수 있으므로, 궁극적으로 제도의 폐지를 검토할 필요가 있다고 봄.
- 현재 정부는 행위별수가제 대신 포괄수가제의 확대 시행을 추진하는 등 총량기준 진료비제도 도입을 검토 중에 있음.
 - 현재 입원당 혹은 상해 및 질병당 총량 기준 없는 행위별수가제는 과도한 의료공급을 유발할 수 있기 때문임.

V. 맺음말

- 본 연구는 국민건강보험의 진료비 증가 문제와 실손의료보험의 높은 보험금 지급률 문제, 소비자 권익훼손 문제를 해소하고자 공·사건강보험제도를 종합적으로 검토하고 정책대안들을 제시하였음.
- 실손의료보험 피보험자가 전국민의 50%를 상회하는 상황에서 국민건강보험은 실손의료보험을 국가 의료보장체계의 한 축으로 인식하고 상호 발전적인 방향으로 함께 이끌어 나아가기를 기대함.

I. 서론

1. 연구 배경 및 목적

우리나라는 GDP 대비 의료비 증가율이 OECD 국가 중 가장 높은 상태에 있다. 그런데 의료비 보장률은 매우 낮은 상황이다. 의료비 중에서 국민건강보험과 관련된 것을 진료비라 하며 진료비 증가는 의료비 증가에 큰 비중을 차지한다. 국민건강보험은 진료비의 상승에 대응하는 정책을 내어놓아야 함과 동시에 진료비 지출을 증가시키는 보장성 강화 정책을 추진해야 하는 어려운 과제를 안고 있는 것이다.

국민건강보험이 보장하지 않는 진료비 부분을 보장하는 실손의료보험은 진료비 상승에 따라 높은 보험금 지급률을 경험하고 있다. 이는 피보험자들의 건강에 대한 관심 증대 등 보험 이외의 원인에 기인하는 면이 있지만 제도 정비의 미흡으로 인한 보험금 부당 지급 등의 발생에 기인하는 면도 있다.

이제는 공·사건강보험이 협력하여 진료비 상승 추세를 억제하고 의료보장체계를 합리적으로 개선해 나아가야 할 때이다.

실손의료보험은 보장 내용이 국민건강보험과 밀접하게 연계되어 있다. 그러나 공·사건강보험의 보장영역을 명확하게 구분할 수 있는 제도 정비는 미흡한 상황이다. 국민건강보험이 보장하는 부분은 진료코드가 표준화되어 있지만 보장하지 않는 부분은 그렇지 않아 실손의료보험은 보장 여부의 판단이 어려워 부당하게 보험금을 지급할 수밖에 없는 상황이다.

두 보험의 의료서비스 공급 방법은 연계성이 없다. 국민건강보험의 의료서비스 공급 방법은 제3자지급제이다. 요양기관에서 발생한 진료비를 요양기관의 청구에 따라 환자가 아닌 국민건강보험이 지급한다. 환자는 별도로 청구할 필요가 없는 체계

이어서 환자 중심의 체계라고 할 수 있다. 한편, 실손의료보험은 상환제이다. 피보험자가 요양기관에 진료비를 수납하고 사후에 피보험자의 수작업 청구에 따라 실손의료보험이 피보험자에게 보험금을 지급한다. 실손의료보험자들은 수작업 보험금 지급에 따른 과도한 사업비를 지출하고 있으며, 실손의료보험 피보험자들은 별도의 수작업 청구과정으로 인한 불편을 감수해야 하고 청구를 미루거나 포기하기도 한다. 피보험자 권익보호가 어려운 체계라 할 수 있다.

진료비산정방법에 관해서도 두 보험은 연계성을 찾기 어렵다. 국민건강보험은 보장대상 의료서비스에 대한 진료수가산정기준을 마련하여 그 기준에 따라 진료비를 산정하고 있지만 실손의료보험은 그러한 기준이 마련되어 있지 않다. 그로 인해 실손의료보험이 보장하고 있는 부분으로 의료서비스가 집중되는 의료공급 및 수요의 왜곡이 발생하고 있다. 국민건강보험은 이러한 시장왜곡 관리에 어려움을 겪고 있고, 실손의료보험은 시장왜곡으로 인해 높은 보험금 지급률을 경험하고 있다.

본 연구는 먼저 공·사건강보험의 합리적 운영을 위해 인프라의 정비가 필요한 부분을 지적하면서 개선방안을 제시하고자 한다. 그리고 정비된 인프라 위에서 보장내용, 의료서비스 공급, 진료수가 산정기준에 관한 제도 정비 방안을 제시하고자 한다. 이를 통해 진료비 증가 추세 억제, 공·사건강보험의 합리적 보장체계 확립 및 소비자권익 보호에 기여하는 것을 목적으로 한다.

본 연구는 네 가지 범주로 접근하는데, 주요 내용을 요약하자면 다음과 같다. 첫째, 의료서비스 공급을 위한 인프라 정비에 관한 것이다. 국민건강보험이 보장하지 않는 영역의 경우는 진료코드와 진료비상세내역 서식 등이 표준화되어 있지 않다. 이로 인해 국민건강보험은 요양기관 경쟁 촉진 정책을 추진하는데 한계에 부딪쳐 있으며, 실손의료보험은 보장 여부 확인에 어려움을 겪고 있음을 여러 해 동안 정부에 호소해 왔다. 국민건강보험은 2016년 완료를 목표로 현재 표준화 작업을 수행하고 있다. 국민건강보험과 보험회사의 비표준화로 인한 어려움은 조만간 일정부분 해소될 전망이다. 본 연구는 비표준화 문제를 조사해 보고 표준화의 필요성을 다시 강조한다.

둘째, 의료서비스 공급방법에 관한 것이다. ① 국민건강보험은 소비자가 보험금을 청구할 필요가 없도록 되어 있어 소비자 편의 중심으로 잘 정비되어 있다고 할 수

있다. 그러나 실손의료보험은 상환제로 의료서비스를 공급하고 있기 때문에 보험금 미청구건 발생 등을 방지할 수 없는 상황이다. 그리고 실손의료보험자는 수작업으로 보험금 청구건을 행정처리하여야 하기 때문에 많은 운영비를 지출하고 있다. 이러한 문제들을 해결하기 위해서 본 연구는 요양기관이 실손의료보험의 진료비를 건강보험심사평가원의 전산망을 경유하여 실손의료보험자에게 청구하도록 하는 제3자청구제도 - 요양기관이 진료비를 피보험자에게 청구, 요양기관이 피보험자를 대신하여 실손의료보험자에게 보험금 청구 대행 - 의 도입이 필요하다는 것을 주장한다. 이는 여러 해 동안 본 연구자가 주장해 왔지만 현실화되지 못하고 있어 본 연구는 보험금 미청구 실태 등을 조사하여 당위성을 다시 한 번 강조한다. ② 실손의료보험 보장대상인 국민건강보험 요양비급여대상에 대한 심사·평가의 부재로 인해 실손의료보험 환자에 대한 의료서비스 과잉공급 및 부당청구가 발생할 수 있으나 대책이 미흡하다. 요양기관의 과잉공급 가능성은 보험회사가 주장해 온 바와 같이 실손의료보험이 건강보험심사평가원에 진료비내역 확인 위탁, 그리고 요양기관에 대한 심사·평가 등을 할 수 있도록 하면 줄어들 수 있다. 그러나 직접 심사·평가는 장기적으로 검토할 사안이다. ③ 실손의료보험은 의료공급자가 진료비를 허위·부당청구하더라도 처벌 혹은 행정처분이 가능하지 않아 범망의 사각지대에 놓여 있다(조용운·김세환 2008). 국민건강보험은 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여비를 받은 경우 등에 대해 징역이나 벌금 그리고 경미한 경우 과태료 등의 벌칙 규정을 두고 있다(「국민건강보험법」 제9장). 실손의료보험에 대한 허위·부당청구가 있을 경우 벌칙 부과가 가능하도록 규정을 마련하여야 할 것이다.

셋째, 보장내용에 관한 것이다. ① 현재 보험회사는 국민건강보험의 보장대상과 비보장대상을 확인할 필요가 있을 경우 피보험자에게 건강보험심사평가원에 진료비 확인 위탁을 요청하고 있다. 피보험자의 불편과 보험회사의 행정력 낭비가 초래되고 있는 것이다. 본 연구는 피보험자 불편 해소 및 보험회사 행정 간소화를 위해 보험회사가 건강보험심사평가원에 직접 확인 위탁할 수 있는 제도 도입이 필요함을 강조한다. 이는 보험회사들이 여러 해 동안 정부에 요청해 왔지만 국민건강보험의 협력 부족으로 시행되지 못하고 있는 상황이다. ② 국민건강보험은 본인부담금상한제 - 상

한액은 국민건강보험 보험료 수준에 따라 결정 - 를 운영하고 있다. 실손의료보험은 상한액 이하만을 보장하도록 되어 있지만 피보험자의 상한액을 알 수 없어 소득 수준에 관계없이 최대 상한액을 기준으로 실손의료보험금을 지급하고 있다. 피보험자가 본인부담상한액을 건강보험심사평가원에 확인할 수 있는 제도 도입이 필요하다. 이는 본 연구의 주장으로 국민건강보험의 협력을 필요로 한다. ③ 국민건강보험은 모든 신의료기술등을 사전적으로 요양비급여대상 - 국민건강보험 보장 영역 밖, 실손의료보험 보장대상 - 으로 인정하고 사후적 심사(진료행위의 경우 150일 소요)를 거쳐 국민건강보험 보장대상 여부를 결정한다. 심사 결과 신의료기술등이 효과성 미흡으로 국민건강보험과 실손의료보험 보장대상 밖의 의료행위(임의비급여대상이라 함)로 판정할 수 있다. 실손의료보험은 보험금 청구가 있는 날부터 3일 이내에 지급하여야 한다. 실손의료보험이 국민건강보험과 실손의료보험 보장대상 밖의 의료행위에 해당하는 신의료기술등도 보장할 수밖에 없는 구조인 것이다. 본 연구는 신의료기술등을 분리하여 지급하는 제도 도입이 필요함을 제안한다. 이는 신의료기술등의 남용과 부당한 실손의료보험금 지급을 줄일 수 있을 것이다. ④ 현재의 의료 이용량과 관계없는 국민건강보험 본인일부부담률제도는 잦은 의료이용 혹은 과잉수요를 억제하는 데 한계가 있을 것이다. 본 연구는 국민건강보험의 보장영역에 대해서 처음 며칠 혹은 몇 회는 기존보다 낮은 본인일부부담률을 적용하고 많이 이용할수록 높은 부담률을 적용하는 차등본인일부부담률제도 도입을 제안한다. 국민건강보험은 본인부담금상한제도를 운영하고 있기 때문에 중증질환자의 추가 부담은 발생하지 않는다. 이는 적정의료수요를 유도하고 공·사건강보험의 진료비 증가세를 억제하는데 효과적일 수 있다.

마지막으로, 진료수가 산정기준에 관한 것이다. ① 현재 국민건강보험은 1차요양기관이 하루에 70건 이상의 외래진찰을 하면 국민건강보험이 지급하는 건당 진찰료가 낮아지는 '진찰료차등수가제도'를 운영하고 있다. 이는 1차요양기관(의원급)에만 적용되기 때문에 형평성 원칙에 부합된다고 보기 어려우므로 국민건강보험은 2차요양기관 이상에도 확대적용을 검토하고 있다. 본 연구는 입원 중심으로 의료서비스를 공급해야 할 2차 이상 요양기관의 외래공급 확대 억제 그리고 1차 요양기관 문지기

기능 강화정책과 일관성을 위해 확대적용이 필요하다고 본다. 그리고 동 제도는 외래규제에 따라 입원을 증가시킬 가능성이 있다. 70건에 대한 적정성 검토가 필요하며, 입원 증가 요인이 될 수 있다는 점도 면밀한 검토가 필요하다. 본 연구는 기본적으로 동제도의 폐지가 합리적이라고 본다. ② 국민건강보험이 보장하는 영역의 진료수가 기준은 하루 의료 공급량 및 가격 등은 통제하고 있으나 상해 및 질병당 총액제한이 없다. 이는 입원기간 연장 등 과잉공급을 유발할 수 있으므로 총액관리가 필요할 것으로 본다. 국민건강보험은 총액관리가 가능한 포괄수가제 도입을 추진하고 있다. ③ 국민건강보험이 보장하지 않는 영역의 진료수가 기준은 마련되어 있지 않기 때문에 규제가 없어 이 영역에 대한 의료서비스 공급이 증가할 수 있다. 본 연구는 국민건강보험이 보장하지 않는 영역이 부풀어 지는 풍선효과를 정량적으로 보이면서 국민건강보험의 비보장 영역에 대한 관리기준을 마련하여 규제 차이에 의한 의료 시장 왜곡을 줄여야 함을 다시 주장한다.

본 연구는 다음과 같이 구성된다. II장은 공·사건강보험의 제도적 현황을 의료서비스 공급체계, 보장내용, 진료수가 산정으로 분류하여 파악하고 정성적 평가를 통해 문제점을 제시한다. III장은 실적 현황을 분석하고 정량적으로 문제점을 제시한다. IV장은 정성적 그리고 정량적 분석으로부터 나타난 문제점을 개선하기 위한 제도적 개선방안을 제시한다. V장은 공·사 협력이 필요함을 강조하는 맺음말이다.

2. 선행연구

실손의료보험 역사가 50여 년이 넘어가고 있는 데도 불구하고 공·사건강보험의 협력은 미흡했다. 연구부문에서도 주로 실손의료보험이 국민건강보험 재정에 미치는 영향에 관심을 보여 왔고 국민건강보험이 실손의료보험에 대해 협력할 필요성을 강조한 연구는 찾아보기 어려운 상황이다.

가장 최초로 국민건강보험의 실손의료보험에 대한 협력의 필요성을 강조한 연구는 조용운·김세환(2008)이라고 할 수 있다. 이 연구는 실손의료보험의 상환제로 인하

여 보험금 미청구건 발생 등 피보험자 권익이 보호되지 못하고 있음을 강조하고 있다. 이를 해결할 수 있는 정책적 대안으로 국민건강보험의 도움하에 요양기관이 보험회사로부터 진료비를 직접 받을 수 있는 제3자(보험회사)지급제를 제안하고 있다.

제3자지급제 도입을 주제로 한 국회공청회가 2009년 이성남 의원실과 최영희 의원실 주최로 열렸지만 의료계 반대로 추진되지 못하였다. 조용운·김경환(2010)은 진료시간 지체, 진료비 수납단계에서 실시간 실손본인부담금 산출 곤란 등의 의료계 반대입장을 정리하면서 제3자(요양기관)청구제를 대안으로 제시하였다. 조용운·김경환(2010)은 제3자청구제는 피보험자의 권익을 보호할 수 있고 제3자지급제에서 발생할 수 있는 문제점이 발생하지 않는다는 점을 강조하고 있다. 하지만 이들 연구들은 소비자권익 보호효과 등을 제시하지 않아 당위성을 보이는 데 한계가 있다.

이러한 공·사건강보험의 의료서비스 공급 방법에 관한 협력 모형 연구를 제외한 보장 내용에 관한 협력방안에 대한 연구는 사실상 찾아보기 힘들다. 실손의료보험의 적정 보장률에 관한 논의는 많이 이루어지고 있지만 신의료기술의 보장 여부, 본인 일부부담상한액의 보장 여부 등 보장 내용에 관한 연구는 이루어지지 않고 있는 것이다. 본 연구는 이들에 관한 제도 실태를 파악하고 부당한 실손의료보험금 지급이 발생하지 않도록 하는 정책적 대안을 제시하고자 한다.

실손의료보험은 국민건강보험을 보충하여 보장하기 때문에 진료비 산정방법은 국민건강보험 기준을 따른다. 이에 관한 연구는 조용운 외 2인(2010)이 있다. 이 연구는 자동차보험과 산재보험은 기본적으로 국민건강보험 기준을 따르되 추가적인 진료를 허용하기 위하여 별도의 기준 및 허위·부당청구에 대한 처벌규정을 마련해 놓고 있으나 실손의료보험은 그렇지 않다는 점을 지적하고 있다. 하지만 동 연구는 국민건강보험 기준이 과잉 의료수요 및 공급을 유발할 수 있다는 관점에서 접근하지 않고 있다. 본 연구는 이에 중심을 두고 분석하여 정책적 대안을 찾고자 한다.

주요 선행연구를 볼 때 전체적으로 공·사건강보험이 협력해야 할 필요성을 강조하는 연구는 미흡한 상황이다. 본 연구는 공·사건강보험이 협력하여 우리나라 진료비 증가 문제, 높은 실손의료보험금 지급률 문제, 피보험자 권익훼손 문제 등을 종합적으로 검토하면서 합리적 제도 개선안을 제시하고자 한다.

3. 연구방법

본 연구는 우리나라 공·사건강보험 제도 현황 및 문제점을 파악하기 위해 국내외 기존 문헌과 각종 법규를 조사하고 분석한다. 제도 현황과 국민건강보험 진료비와 실손지급보험금 추세를 연계분석하기 위하여 국민건강보험 통계와 보험개발원에 집계되어 있는 실손의료보험 실적통계를 조사한다.

그리고 소비자설문조사를 실시하여 실손의료보험 가입 및 보험금 청구 실태를 파악한다.

II. 공·사건강보험 제도 현황 및 평가

1. 의료서비스 공급 체계

가. 국민건강보험

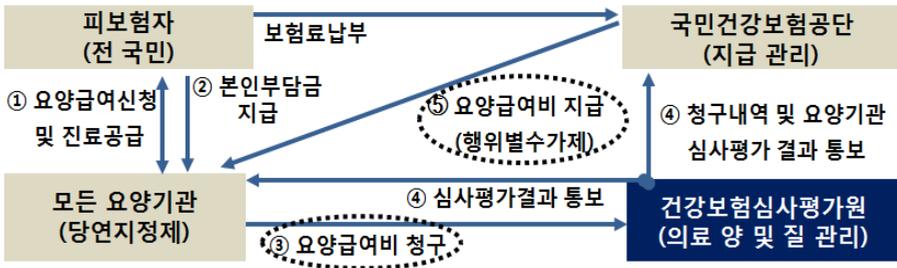
우리나라 의료서비스 공급방법은 제3자지급제¹⁾이다. 우리나라는 피보험자²⁾(국민)가 의료서비스를 필요로 하는 경우 요양기관에 요양급여(진료서비스)를 신청(신분증 제시)하고, 이러한 신청에 따라 요양기관이 요양급여를 공급하면 이에 대한 보상은 국민건강보험(제3자)이 재원³⁾을 마련하여 수행하는 체계이다. 피보험자는 국민건강보험의 본인부담금만을 요양기관에 지급하면 되고 별도의 행정절차를 필요로 하지 않는다(〈그림 II-1〉 참조).

국민건강보험의 보상절차는 건강보험심사평가원을 경유하도록 하고 있다. 국민건강보험은 요양급여비용을 청구하려는 요양기관이 건강보험심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하도록 하고 있다(국민건강보험법 제47조). 이때 심사청구⁴⁾는

-
- 1) 의료서비스의 공급방법은 직접공급과 간접공급으로 분류할 수 있음. 직접공급방법은 의료비재원을 조달한 주체가 이 재원으로 의료서비스를 공급할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 소비자에게 공급하는 방법임. 간접공급방법은 의료비 재원조달 주체가 요양기관과 계약을 통해 의료서비스를 환자에게 공급하는 체계임. 간접공급방법은 상환제(환자가 요양기관에 지급 후 재원조달 주체에게 상환 청구)와 제3자지급제(재원조달 주체가 요양기관에게 지급)로 분류할 수 있음.
 - 2) 국민건강보험의 피보험자는 전 국민이며 2013년 현재 전 국민의 약 98%를 상회함.
 - 3) 피보험자의 소득수준에 따라 보험료(사회보험체계)를 징수하여 마련함. 국가 의료보장제도는 조세를 재정으로 하는 국가보건서비스체계(NHS: National Health System)나 지방보건서비스체계(RHS: Regional Health System)와 보험료를 재원으로 하는 사회보험체제로 구분할 수 있음.
 - 4) 전자문서교환방식(EDI), Web-base 방식, 서면방식 모두 가능함.

건강보험공단에 대한 요양급여비용의 청구로 간주하고 있다. 심사청구를 받은 건강보험심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 건강보험공단과 요양기관에 알려야 하며, 심사·평가 내용을 통보받은 건강보험공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급하여야 한다.

〈그림 II-1〉 국민건강보험 의료서비스 공급체계(제3차지급제)



우리나라는 단일보험자 체계이다(국민건강보험법 제13조). 2000년 7월⁵⁾ 여러 지역의료보험과 직장의료보험을 통합하면서 단일보험자체계가 구축되었다. 다만, 요양급여비 지급주체인 보험자가 요양급여비 심사와 요양급여행위 적정성을 평가하게 되면 지나치게 엄격한 심사·평가 가능성이 있어 심사·평가를 담당하는 건강보험심사평가원(국민건강보험법 제62조)을 별도로 두고 있다.

국민건강보험의 요양급여 공급자는 모든 국내 의료공급자(요양기관)이다. 요양기관은 「의료법」에 따라 개설된 요양기관, 「약사법」에 따라 등록된 약국, 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터가 해당된다. 모든 국내 요양기관은 당연히 국민건강보험의 요양급여를 공급하는 요양기관이 되도록 국민건강보험법은 규정하고 있다(국민건강보험법 제42조). 우리나라는 대부분의 의료서비스 공급이 민간기관에 의해서 이루어지고 있다. 이러한 상황에서 국가가 전 국민에 대한 의료서비스를 불편 또는 차질 없이 제공하기 위해서 당연지정제⁶⁾가 도입되었다.

5) 또한, 의약분업이 시행되었음.

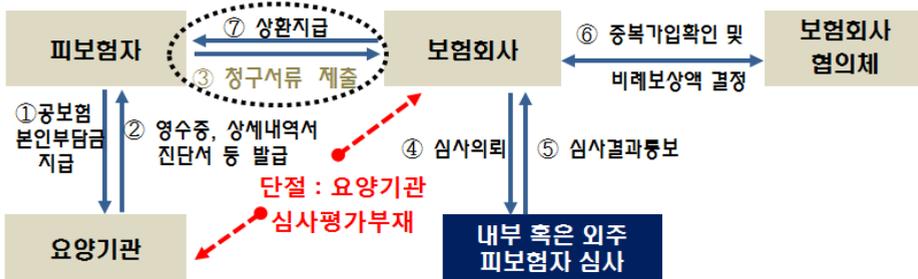
6) 의료서비스를 공급하는 요양기관이 되는가의 여부는 요양기관의 선택권이 있는지 여부에 따라 계약제와 지정제로 구분함. 계약제는 요양기관과 보험자가 계약의 당사자

나. 실손의료보험

우리나라 실손의료보험은 전통적인 방법⁷⁾으로 피보험자에게 의료서비스를 공급하는 체계이다. ① 요양기관이 진료비를 산정하고 피보험자에게 청구하면, ② 피보험자가 진료비 전액을 마련하여 요양기관에 지급한 후, ③ 피보험자가 보험회사에 보험금을 청구하여 상환 받는 방식(상환제)이다(〈그림 II-2〉 참조).

피보험자가 보험회사에 보험금을 청구하는 절차는 다소 복잡하다. 실손의료보험의 보험금청구는 피보험자가 의료이용 후 유선, 인터넷 등을 이용하여 보험회사에 통보하면서 시작된다. 보험회사는 피보험자에게 구비해야 할 서류를 통지하고 피보험자는 필요한 구비서류⁸⁾를 준비하여 대리인(설계사 등), 직접방문, 팩스 또는 우편, e-메일, 보험회사 홈페이지 등으로 보험회사에 접수한다.

〈그림 II-2〉 현행 실손의료보험 의료서비스 공급체계(상환제)



자료: 조용운(2012).

가 되는 제도임. 지정제는 다시 당연(강제)지정제 및 지정신청제로 구분할 수 있음. 지정신청제는 요양기관의 신청이 있을 때 보험자가 지정하는 방식임.

- 7) 의료보험자와 요양기관 간의 계약관계에 따라 실손의료보험은 전통형(indemnity), 계약형(contractual), 통합형 의료보험(integrated health insurance)으로 구분됨(OECD 2004). 우리나라 실손의료보험은 피보험자에게 발생한 손해액(진료비)을 보상한다는 의미에서 전통형 의료보험(indemnity private health insurance)이라 할 수 있음. 일반적으로 전통형 의료보험에서 피보험자는 의료공급자를 자유로이 선택할 수 있고 1차 요양기관을 두고 있지 않고 있음. 우리나라는 1차요양기관을 두고 있음.
- 8) 보험금청구서, 진단서, 진료비상세내역서, 영수증 등 보험금 청구서류 사례를 조사하여 부록에 담아두었음.

접수하는 방법에 관한 실태를 보면 설계사(67.8%) 대리청구가 가장 많고, 직접 방문은 21.2%로 나타났다(보험연구원 2013 『보험소비자 설문조사』). 보험회사는 일 정금액⁹⁾ 이하에 대해서 팩스, e-메일, 홈페이지를 이용할 수 있도록 하고 있다. 팩스 이용은 9.6% 정도이고, e-메일과 홈페이지를 이용하는 사례는 사실상 없는 것으로 조사되었다. 우편접수는 거의 모든 보험회사가 가능하도록 하고 있지만 이 방법 역시 이용자가 사실상 없는 것으로 나타났다(〈표 II-1〉 참조).

〈표 II-1〉 보험금 청구방법별 현황

(단위: 회, %)

구분	설계사(%)	팩스(%)	직접방문(%)	기타 대리인(%)	
전체	99 (67.8)	14 (9.6)	31 (21.2)	2 (1.4)	
지역 별	대도시	37 (71.2)	4 (7.7)	11 (21.2)	0
	중소도시	42 (58.3)	10(13.9)	18 (25.0)	2 (2.8)
	군지역	20 (90.9)	0 (0.0)	2 (9.1)	0
성 별	남성	23 (45.1)	7(13.7)	19 (37.3)	2 (3.9)
	여성	76 (80.0)	7 (7.4)	12 (12.6)	0
직 업 별	화이트	23 (46.0)	8(16.0)	19 (38.0)	0
	블루	8 (100.0)	0	0	0

주: e-메일, 홈페이지 이용 사례는 없었음.

자료: 보험연구원(2013), 보험소비자 설문조사.

접수된 청구서류를 기초로 한 보험회사의 보험금 지급과정은 다음과 같다. 보험회사는 접수서류 검토를 통해 ① 보상여부 결정, ② 사고내용 확인 또는 조사, ③ 지급 보험금 평가를 수행한다. 첫째, 보상여부 결정과정에서는 보상 대상자 여부, 상해 또는 질병 발생 원인의 보상 여부, 면책 해당사항, 보장해야 하는 보험기간, 사고발생 장소, 계약자 또는 피보험자의 고지 및 통지의무 이행여부 확인 등이 수행된다. 둘째, 사고내용 확인 또는 조사는 주로 외주업체를 이용한다. 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하고자 하면 보험청약 당시의 서류를 확인하고 피보험자의 동의를

9) 20만 원, 50만 원, 100만 원 등 다양함.

언은 후 관련 의료기관 또는 경찰서 등을 직접 방문하여 조사한다. 마지막으로, 지급 보험금 평가 과정에서는 주로 피보험이익이 발생하지 않도록 비례보상액을 산정한다. 보험회사는 보험협회의 계약자정보센터를 이용하여 중복가입 여부를 확인하고 자율적으로 협의체를 구성하여 비례보상을 하고 있다. 그러나 상품별로 보장내용이 다른 경우가 많기 때문에 비례보상액 결정에 어려움을 겪고 있고 행정력 소모를 감수하고 있다.

우리나라 보험회사는 감독규정상 청구서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금을 지급해야 한다. 그러나 고지의무위반 등을 확인하는 경우 지급이 지연될 수 있다. 이러한 경우는 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자에게 통보해야 한다. 그리고 지급해야 하는 것으로 결정되면 지연기간에 대한 이자를 지급하고 지급하지 않아야 되는 경우는 사유를 서면으로 피보험자에게 발송한다.

다. 문제점

첫째, 요양비급여대상에 대한 심사·평가의 부재로 실손의료보험 환자에 대한 과잉공급 및 부당청구가 발생할 수 있다. 제3자지급제에서 요양기관은 의료서비스를 과잉공급 및 부당청구 할 가능성이 있다(〈표 II-2〉 참조). 환자 대신 건강보험자가 보장대상 진료비를 요양기관에 지급하기 때문이다. 상환제에서 요양기관의 과잉공급 및 부당청구 가능성은 제3자지급제보다 작다고 할 수 있다. 환자 본인이 요양기관에 본인부담 진료비를 의료이용 후 수납단계에서 전액 지급하기 때문이다. 그러나 우리나라는 과잉공급 및 부당청구가 상환제인 실손의료보험에서 더 크게 발생할 수 있다. 제3자지급제인 국민건강보험은 요양급여대상 진료비 및 의료서비스에 대해 심사·평가를 하고 있지만 상환제인 실손의료보험은 보장영역인 요양비급여대상에 대해서 법적 근거 미흡으로 그리하지 못하고 있기 때문이다.¹⁰⁾

실손의료보험은 건강보험심사평가원에 진료비내역 확인 위탁, 요양기관에 대한

10) 자동차보험과 산재보험은 국민건강보험 진료수가 기준과 별도로 규정한 기준에 따라 비용을 산정하고 있으며 심사·평가를 하고 있음.

심사·평가 등을 할 수 있도록 정부에 호소 해왔다. 직접 심사·평가는 현재 여러 환경을 고려할 때 장기적으로 검토할 사안이다.

〈표 Ⅱ-2〉 의료서비스 공급방법의 장단점

종류	방법	장점	단점
상환제	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자가 요양기관에 진료비 전액을 지급한 후에 이를 보험자에 청구하여 환급받는 방식 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자가 진료비 전액을 지급하기 때문에 과잉이용효과는 제3자지급제보다 적음 	<ul style="list-style-type: none"> · 진료비가 없을 경우 꼭 필요한 의료이용 억제 · 청구에 따른 피보험자의 불편 · 진료행위의 적정성 평가, 비용의 심사 부재에 따른 과잉공급
제3자지급제	<ul style="list-style-type: none"> · 의료공급자가 제3자인 보험자에게 진료비를 청구하면 보험자는 의료공급자에게 지급하는 제도 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자에게는 상환제에 비하여 편리 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자의 편리성과 적은 본인부담금으로 과잉수요 유발 우려 · 보험자가 지급하여 의료서비스의 과잉공급 및 부당청구의 가능성 존재

자료: 조용운·김세환(2008).

둘째, 실손의료보험은 의료공급자가 진료비를 허위·부당청구하더라도 처벌 혹은 행정처분이 가능하지 않아 범망의 사각지대에 놓여 있다(조용운·김세환 2008). 국민건강보험은 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여비를 받은 경우 등에 대해 징역이나 벌금 그리고 경미한 경우 과태료 등의 벌칙 규정을 두고 있다(국민건강보험법 제9장). 하지만 이 규정은 국민건강보험의 보장범위 내의 진료비에 관한 것이다. 실손의료보험에 대한 허위·부당청구가 있을 경우 벌칙부과가 가능하도록 하는 규정을 마련하여야 할 것이다.

셋째, 실손의료보험은 피보험자가 실손의료보험자에게 보험금을 청구한 후에도 피보험자에 대한 보험금 지급심사를 위한 제도정비가 미흡한 상태에 있다. 먼저 비급여대상 진료코드가 표준화되어 있지 않아 보험회사는 보장대상 의료서비스의 판단이 어려운 상태에 있다. 그리고 요양기관 간 영수증, 진료비 상세내역서 등의 서식표준화도 이루어져 있지 않아 지급심사가 어렵고 전산관리가 어려운 상황이다. 따

라서 비급여대상 진료코드 표준화 및 영수증, 진료비 상세내역서 등의 서식표준화가 필요하다.

넷째, 실손의료보험은 상환제로 인해 피보험자의 권익을 보호하지 못하고 있다. 현행 제도는 피보험자가 청구서류를 구비하여 직접방문(설계사 대행 포함), 팩스, 우편, e-메일, 보험회사 홈페이지를 통해 보험회사에 제출하도록 되어 있다. 이러한 청구절차는 피보험자에게 번거로움과 시간비용을 소모하게 한다. 실제로 피보험자는 번거로움으로 인하여 여러 청구 건을 모아 한꺼번에 청구하고 있고 이는 보험금을 즉시 수령하지 못하게 되는 결과를 낳고 있다. 더 심각한 문제는 소액보험금 청구를 포기하는 일이 빈번히 발생하고 있다는 것이다(조용운·김세환 2008). 피보험자 불편과 미청구건 발생이 줄어들 수 있도록 개선이 필요하다.

마지막으로, 실손의료보험은 보험금이 소액인데 청구건수는 매우 많아 보험회사는 건당 처리비용을 과다하게 지출하고 있다. 요양기관은 보험금 청구용 진단서, 영수증, 진료비상세내역서 등 제증명 서류를 종이문서로 발급하고, 피보험자는 수작업으로 보험금을 청구하고 있으며, 보험회사는 이를 다시 수작업으로 전산 입력하고 있다. 제도 정비 미흡으로 사회적으로 대량의 종이문서 발생 및 저부가가치 업무로 인한 인력자원 소모가 초래되고 있는 것이다. 이는 국민건강보험의 전산화된 청구·심사과정과 비교하면 큰 사회적 비용이다. 실손의료보험이 국민건강보험의 잘 정비된 전산망을 이용할 수 있으면 이러한 비용은 줄일 수 있을 것이다.

라. 실손의료보험금 미청구실태

1) 의료이용 실태

본 연구는 2012년 실손의료보험 보험금 청구실태를 조사하기 위하여 전국 20세 이상 성인 남·여 1,200명을 면접조사하였다(보험연구원 2014).

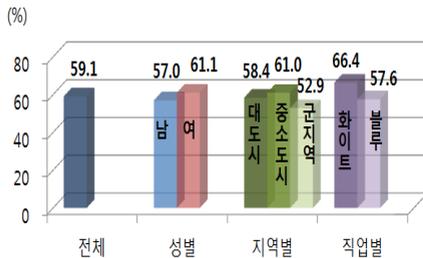
2012년 10월 1일부터 2013년 3월 말까지 6개월 동안 조사대상자의 59.1%가 실손의료보험에 가입하였다고 응답하였다(〈그림 Ⅱ-3〉 참조). 금융위원회·금융감독원

(2014. 8)에 따르면 2012년 현재 실손의료보험은 전국적으로 약 2,500만 명이 가입해 있어 약 50%의 가입률을 보이고 있다. 본 조사는 이보다는 다소 높은 가입률을 보이고 있는데 이는 20세 이상만을 대상으로 하고 있기 때문인 듯하다.

성별로는 남자가 57.0%, 여자가 61.1%의 가입률을 보여 큰 차이는 없는 것으로 나타났다. 지역별, 직업별로도 가입률은 큰 차이가 나지 않고 있다. 표본 추출에 큰 오류가 있어 보이지는 않는다.

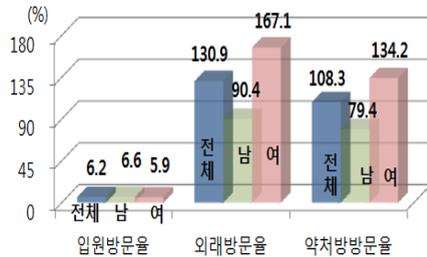
실손의료보험 피보험자의 입원을 위한 요양기관방문율(요양기관방문횟수 ÷ 실손 피보험자 수)은 6개월 동안 6.2%, 외래는 130.9%, 약처방은 108.3%로 나타났다 (<그림 II-4> 참조).

<그림 II-3> 20세 이상 실손의료보험 가입 실태



자료: 보험연구원, 『2013 보험소비자 설문조사』.

<그림 II-4> 실손의료보험 피보험자의 6개월 의료이용



자료: 보험연구원, 『2013 보험소비자 설문조사』.

요양기관방문율은 성별로 차이를 보이고 있다(<표 II-3> 참조). 입원의 경우 남자는 6.6%, 여자는 5.9%로 비슷하다고 할 수 있지만 외래의 경우는 남자 90.4%, 여자 167.1%로 큰 차이를 보이고 있다. 약처방의 경우도 남자 79.4%, 여자 134.2%로 큰 차이를 보이고 있다.

〈표 II-3〉 실손의료보험 피보험자의 요양기관 방문실태
(2012년 10월 1일부터 2013년 3월 31일까지 1,200명 조사)

(단위: 명, %, 회)

구분	피보험자 수 (가입률)	입원	외래	약처방	
		방문횟수 (방문율)	방문횟수 (방문율)	방문횟수 (방문율)	
전체	709 (59.1)	44 (6.2)	928 (130.9)	768 (108.3)	
지역별	대도시	328 (58.4)	15 (4.6)	443 (135.1)	325 (99.1)
	중소도시	326 (61.0)	26 (8.0)	372 (114.1)	317 (97.3)
	군지역	55 (52.9)	3 (5.5)	113 (205.5)	126 (229.1)
성별	남성	335 (57.0)	22 (6.6)	303 (90.4)	266 (79.4)
	여성	374 (61.1)	22 (5.9)	625 (167.1)	502 (134.2)
직업별	화이트	283 (66.4)	15 (5.3)	342 (120.8)	262 (92.6)
	블루	38 (57.6)	1 (2.6)	66 (173.7)	47 (123.7)

2) 보험금 미청구 실태

가) 미청구 건수 및 본인부담금 실태

실손의료보험 피보험자가 입원을 한 경험이 있지만 보험금을 청구하지 않은 비율은 4.5%인 것으로 조사되었다(〈표 II-4〉 참조). 입원보험금은 금액이 크기 때문에 대부분이 청구하고 있는 것으로 보인다.

외래는 영수증 금액이 1만 원 초과인 경우 미청구율이 9.6%, 약처방은 8천 원 초과인 경우 6.6%로 나타났다. 외래의 1만 원과 약처방의 8천 원은 표준실손의료보험의 공제액이다. 공제액 수준 이상의 금액인데도 불구하고 미청구 사례가 다수 발생하고 있는 것이다.

〈표 II-4〉 의료이용자의 미청구건수 실태

(단위: 건, %)

구분	입원 (미청구율)	외래		약처방		
		1만원 초과 (미청구율)	1만원 이하 (미청구율)	8천원 초과 (미청구율)	8천원 이하 (미청구율)	
전체	2 (4.5)	89 (9.6)	477 (51.4)	51 (6.6)	380 (49.5)	
지역 별	대도시	0	31 (7.0)	254 (57.3)	4 (1.2)	178 (54.8)
	중소도시	2 (7.7)	58 (15.6)	169 (45.4)	43 (13.6)	150 (47.3)
	군지역	0.0	0	54 (47.8)	4 (3.2)	52 (41.3)
성 별	남성	2 (9.1)	45 (14.9)	121 (39.9)	39 (14.7)	111 (41.7)
	여성	0.0	44 (7.0)	356 (57.0)	12 (2.4)	269 (53.6)
직 업 별	화이트	2 (13.3)	43 (12.6)	201 (58.8)	39 (14.9)	164 (62.6)
	블루	0	1 (1.5)	26 (39.4)	-	-

주: 1) ()안은 실손의료보험 피보험자의 요양기관방문횟수 대비 비중임.

2) 미청구율 = 미청구건수 ÷ 요양기관방문횟수

미청구건당 금액은 입원 325,000원, 외래 1만 원 초과인 경우 평균 20,584원, 약처방 8천 원 초과인 경우 평균 11,392원으로 나타났다(〈표 II-5〉 참조).

〈표 II-5〉 미청구건당 본인부담금

(단위: 원)

구분	입원	외래		약처방		
		1만 원 초과	1만 원 이하	8천 원 초과	8천 원 이하	
전체	325,000	20,584	4,240	11,392	3,283	
지역 별	대도시	-	30,645	4,400	12,500	3,413
	중소도시	325,000	15,207	3,853	10,953	3,158
	군지역	-	-	4,706	15,000	3,202
성 별	남성	325,000	15,989	4,515	11,308	3,668
	여성	-	25,284	4,147	11,667	3,125
직 업 별	화이트	325,000	16,472	3,638	10,872	3,124
	블루	-	50,000	5,250	-	-

나) 미청구 이유

이렇게 실손의료보험 피보험자들이 청구하지 않고 있는 이유는 금액이 적기 때문이라고 87.7%가 응답하였다. 진단서 발급비용 등의 비용이 지출되기 때문(7.2%), 청구과정이 번거로워서(4.3%)라고 응답한 피보험자도 있다.

〈표 II-6〉 미청구 이유(1순위 기준)

(단위: 명, 건, %)

구분	미청구자	미청구 사유				
		금액이 소액이어서	진단서 발급비용 등이 지출되어서	절차가 번거로워서	기타	
전체	138	121 (87.7)	10 (7.2)	6 (4.3)	1 (0.7)	
지역별	대도시	69	61 (88.4)	5 (7.2)	2 (2.9)	1 (1.4)
	중소도시	54	48 (88.9)	4 (7.4)	2 (3.7)	-
	군지역	15	12 (80.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	-
성별	남성	48	41 (85.4)	4 (8.3)	3 (6.3)	-
	여성	90	80 (88.9)	6 (6.7)	3 (3.3)	1 (1.1)
직업별	화이트	42	36 (85.7)	4 (9.5)	2 (4.8)	-
	블루	8	7 (87.5)	0 (0.0)	1 (12.5)	-

전체적으로 보험금이 소액이기 때문에 다수의 미청구건이 발생하고 있다고 할 수 있다. 건당 미청구 금액은 소액일지라도 2,500만 명이 가입해 있다는 것을 고려하면 총 미청구 보험금은 작은 금액이 아닐 것이다. 소비자 권익보호를 위해서 미청구건이 발생하지 않도록 제도 개선이 필요하다.

2. 보장내용

가. 국민건강보험

1) 보장대상 의료서비스 분류

국민건강보험은 의료서비스를 요양급여대상, 전액본인부담대상, 비급여대상으로 분류¹¹⁾하고 있다. 분류기준은 투입비용 대비 치료효과의 정도이다. 치료효과가 높은 것을 우선적으로 요양급여대상의료서비스에 포함시키고 있다.

국민건강보험은 요양급여대상 의료서비스를 포괄적으로 규정하고 있다. 「국민건강보험법 제41조」는 “가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 1. 진찰·검사, 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급, 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료, 4. 예방·재활, 5. 입원, 6. 간호, 7. 이송(移送)의 요양급여를 실시한다”고 규정하고 있다. 그리고 2013년 12월에 개정된 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조」는 별도로 정한 비급여대상 의료서비스를 제외한 일체의 것을 요양급여대상(2013년 총 68,886개)으로 한다고 규정하고 있다(〈표 II-7〉 참조).

전액본인부담대상 의료서비스(2013년 총 74개)는 경제성이 낮거나 경제성 유무가 불확실하지만 요양급여의 필요성이 인정되는 의료서비스이다. 이는 교통비, 이송 처치료(응급) 등 요양급여대상에 포함되는 의료서비스이지만 전액을 환자가 부담하도록 하고 있는 의료서비스이다(「국민건강보험법 시행령 제19조」). 국민건강보험은 주기적 실태조사를 통해 이를 보장대상 범위에 포함시켜 가고 있다.

요양비급여대상의료서비스(2013년 총 2,608개)는 경제성이 매우 낮거나 사회보험인 국민건강보험이 보장하기에 부적절하다고 평가되는 의료서비스이다(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조」).

11) 임의비급여대상의료서비스는 공식적으로 규정되어 있는 것이 아님.

〈표 II-7〉 국민건강보험 의료서비스 분류

분류	내용
요양급여 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 요양급여의 경제성과 요양급여의 필요성이 인정되어 국민건강보험법체계에서 보장하는 의료서비스 • 2013년 총 68,886개 • 국민건강보험법 제41조 1) 진찰·검사, 2) 약제·치료재료의 지급, 3) 처치·수술 기타의 치료, 4) 예방·재활, 5) 입원, 6) 간호, 7) 이송 • 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조」 동 규칙이 규정하는 비급여대상의료서비스를 제외한 모든 의료서비스를 요양급여대상으로 한다고 규정
전액본인 부담대상	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험법 시행령 제19조 [별표 2] 요양급여의 경제성이 낮거나 경제성 유무가 불확실하지만 요양급여의 필요성이 인정되어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료서비스로 전액 본인부담 • 2013년 총 74개 • 교통비, 이송치료(응급), 내시경적 상부소화관종양수술, 결장경하종양수술, 관절경하 수술 시 사용하는 치료재료 등
비급여 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조」 1) 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, 2) 예방진료 및 외모개선 등을 위한 행위·약제 및 치료재료, 3) 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 의료서비스(한방 물리요법, 한방생약제제), 4) 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강급여원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료 등 • 2013년 총 2,608개 • 상급병상, 선택진료, 신의료기술, 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 재료 등 • 보건복지부장관이 별도로 고시한 세부항목은 초음파영상진단, 교육상담료, 도수치료, 증식치료, PET양전자단층촬영 등

이외에 법규상 분류되어 있는 것이 아니지만 임의비급여대상 의료서비스가 있다. 대체로 요양급여기준을 초과한 의료서비스, 별도 진료비산정이 불가한 치료재료, 식약청 허가기준을 초과하여 사용한 치료재료, 심사·평가에 따라 반려된 신의료기술 등 미등재 의료서비스가 해당된다고 할 수 있다. 주로 효과가 입증된 의료서비스라고 보기 어려운 경우가 해당된다(〈표 II-8〉 참조).

〈표 II-8〉 임의비급여대상 의료서비스 사례

분류	내용
요양급여기준 초과	<ul style="list-style-type: none"> · 국민건강보험 고시나 건강보험심사평가원 지침을 초과한 진료 · 주사료의 예: 피하 또는 근육 내 주사; 외래는 1일 1회 입원은 1일 2회 이내만 산정하도록 되어 있음. 이를 초과하는 경우 임의비급여
별도 진료비산정 불가 항목	<ul style="list-style-type: none"> · 행위에 포함되어 별도로 비용을 산정하는 것이 불가한 치료재료 등 · oxysensor, heparin cap, 거즈 등 재료대
식약청 허가기준을 초과하여 사용한 치료재료	<ul style="list-style-type: none"> · 식약청 허가기준 초과 혹은 이외의 투여 · 주로 의약품에 해당
미등재 의료서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 신고되지 않은 신의료기술, 신의료기술 평가에서 반려된 의료서비스 등

신의료기술등에 대한 요양급여 혹은 요양비급여대상 여부 결정은 다소 복잡한 과정을 거치도록 되어 있다. 진료행위의 경우 요양기관은 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성 등을 인정받은 이후 가입자들에게 최초로 실시한 날부터 30일 이내에 요양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청¹²⁾하여야 한다(「국민건강보험요양급여의기준에관한규칙」 제10조). 그 후 전문평가위원회가 검토하여 결과를 보건복지부장관에게 보고하면 보건복지부장관은 건강보험정책심의회 심의를 거쳐 접수 후 150일 이내에 고시한다.

요양기관은 「약사법」 또는 「의료기기법」에 따른 품목허가 또는 품목신고 대상인 치료재료인 경우에는 식품의약품안전처장으로부터 품목허가를 받거나 품목신고를 한 날 다만, 품목허가나 품목신고 대상이 아닌 치료재료의 경우에는 해당 치료재료를 가입자들에게 최초로 사용한 날부터 30일 이내에 요양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청하여야 한다(「국민건강보험요양급여의기준에관한규칙」 제10조). 약제의 경우 접수 후 270일 이내에 보건복지부장관(건강보험공단이 수행)이 제조자와 협의하여 결정·고시한다.

12) 건강보험심사평가원에 접수함. 자료 수집, 조사 등은 한국보건의료연구원이 수행함.

신의료기술등이 요양급여대상으로 결정되지 아닐 경우 비급여대상 혹은 임의비급여대상으로 분류된다.

2) 최근 보장 강화 정책

국민건강보험은 정책적으로 요양비급여대상을 요양급여대상으로 전환해 나가고 있다. 예를 들어, 보건복지부(2013. 6. 26)는 우선적으로 4대 중증질환 - 암, 뇌혈관 질환, 심장질환, 희귀난치성질환 - 에 대한 요양비급여를 필수급여, 선별급여, 비급여로 분류하고 필수급여에 해당되는 의료서비스를 2013년 후반부터 2016년까지 급여대상화할 계획이다. 필수급여는 치료에 필수적이지만 고비용 등의 이유로 요양비급여로 분류되었던 것(MRI, 초음파, 고가 항암제 등)을 말한다. 2017년부터는 필수급여 보장을 다른 질환으로 확대한다는 계획이다.

〈표 II-9〉 4대 중증질환에 대한 의료서비스 분류

구분	개요	예
필수급여	<ul style="list-style-type: none"> 4대 중증 치료를 위해 꼭 필요한 의료서비스이지만 고비용이어서 비급여이었던 것 본인일부부담률은 5~10% 	<ul style="list-style-type: none"> 암, 뇌, 척추질환에만 적용되던 MRI 검사를 심장질환에까지 확대 생존율 개선 효과가 큰 고가 항암제, 희귀난치성질환 치료제, 수술 시 사용되는 치료재료
선별급여	<ul style="list-style-type: none"> 비용대비 치료효과는 낮으나 수요가 높은 최신의료는 건강보험에서 일부 비용을 지원 : 의료기술에 따라 일정 부분(예: 50~80%)을 본인이 부담(본인부담상한제 적용 배제) 3년마다 재평가하여 필수급여로 전환하거나 본인부담률을 조정 신의료기술은 심사 후 급여화 	<ul style="list-style-type: none"> 카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등
비급여	<ul style="list-style-type: none"> 치료와 무관한 의료서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 미용·성형 등

자료: 1) 보건복지부 보도자료(2013. 6. 26).

2) 조용운(2014a).

그리고 비용대비 치료효과가 낮아 요양비급여대상으로 분류되었던 것은 선별급여 대상 의료서비스로 분류하고 이 역시 선별적으로 급여화해 나가되, 필수급여대상보다는 본인부담률을 높게 설정(예: 50~80%)한다는 계획이다. 선별급여는 주기적(3년)으로 필수급여대상으로 전환 또는 본인부담률을 조정하고 신의료기술 개발 등을 통해 새로 진입하는 의료서비스는 합리적인 진입기준을 마련하여 요양급여화한다는 계획이다.

미용·성형 등 치료와 무관한 의료서비스는 요양비급여대상으로 존속시킨다는 계획이다.

한편, 보건복지부(2014. 2. 10)에 따르면 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여대상 의료서비스로 인한 환자본인부담이 2014년 하반기부터 줄어든다. 3대 비급여대상은 환자가 전액을 부담하고 있어 특히 중증질환자에게 큰 부담이 되어 왔다. 이러한 보장 강화로 중증질환자의 부담은 크게 줄어들 전망이다.

〈표 II-10〉 3대 비급여 보장 강화 계획

선택진료	상급병실	간병
<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 하반기 선택진료 환자부담을 35% 줄임 • 2017년부터 현행 선택진료제는 건강보험 전문진료의사 가산방식으로 전환됨 • 2015~2016년에 병원별로 80%까지 둘 수 있는 선택의사에 대한 기준이 병원 내 진료과목별로 30%만 둘 수 있도록 제한됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 하반기 4인실까지 건강보험 적용 • 2015년 상급종합병원은 일반 병상비율을 현행 50%에서 70%까지 확대함 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 33개 공공병원에서 포괄간호서비스 시범사업 시행 • 2015~2017년 지방, 공공병원 중심으로 확대함 • 2018년부터 수도권, 대형병원으로 확대함 • 2015년부터 건강보험 적용함

자료: 1) 보건복지부 보도자료(2013. 6. 26).
2) 조용운(2014a).

나. 실손의료보험

1) 국민건강보험의 진료비 분류 및 본인부담금제도

실손의료보험은 국민건강보험의 본인부담금을 보충하여 보장하기 때문에 국민건강보험의 본인부담금제도를 먼저 살펴볼 필요가 있다. 국민건강보험에서 의료서비스에 대한 진료비는 ① 요양급여비, ② 본인일부부담금(혹은 비공식적으로 법정본인부담금), ③ 전액본인부담금, ④ 요양비급여본인부담금, ⑤ 임의비급여본인부담금으로 구분된다(「국민건강보험법 시행령 제19조 [별표 2]」).

요양급여비는 요양기관이 공급한 의료서비스에 대해 국민건강보험이 요양기관에 지급한 금액을 말한다(〈그림 II-5〉 참조).

본인일부부담금¹³⁾은 요양급여대상에 대해 환자가 부담하는 부분이다. 전액본인부담진료비, 요양비급여진료비, 임의비급여진료비는 전액 환자 부담이다.

〈그림 II-5〉 국민건강보험 진료비 분류체계 및 실손의료보험 보장영역(채색)

요양급여 대상 의료서비스		요양비급여 대상 의료서비스	
요양급여비 (68,886개 항목)	본인일부부담금 상한액 이하	비급여비 (2,608개 항목)	임의비급여비
전액 본인부담금(74개 항목)			

국민건강보험 본인일부부담금 산출방식은 다소 복잡하다. 입원본인일부부담률은 1979년부터 모든 환자에게 동일한 20%¹⁴⁾이다. 다만 국민건강보험은 몇몇 환자에게 예외로 별도의 부담률을 적용하고 있다(〈표 II-11〉 참조). 2005년 출산관련 환자의 일부본인부담을 면제하여 출산을 장려하고 있고, 암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증화상자 등의 본인일부부담을 낮추어 중증환자의 보장을 강화하고 있다.

13) 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) “요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.”

14) 상급종합병원에서 일반입원실 및 정신과폐쇄병실의 4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 30%임.

〈표 II-11〉 입원본인일부부담률 예외 적용

시행일	내용	본인부담	비고
2005. 1. 1	자연분만 조산아, 저체중출생아, 신생아 집중치료실 환자	면제	출산장려
2005. 9. 1	암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2009. 12. 1	암환자	5%	
2010. 1. 1	뇌혈관질환자, 심장질환자	5%	
2006. 1. 1	6세 미만 소아	면제	출산장려 및 아동의료비용 경감
2008. 1. 1		10%	도덕적 해이로 상향조정
2009. 7. 1	희귀난치질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2010. 7. 1	중증화상 환자	5%	중증환자 의료비부담 경감

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>).

외래본인일부부담금은 요양기관 규모가 클수록 크게 산정되도록 되어 있다(〈표 II-12〉 참조). 이는 환자가 1차 기관을 먼저 이용하도록 하여 전체진료비가 줄어들 수 있도록 하기 위한 것이다.

〈표 II-12〉 현행 외래본인일부부담률

기관종별	소재지	본인부담액
상급종합병원	모든 지역	진찰료 + (요양급여비용 총액 - 진찰료) × 0.6
종합병원	동지역	요양급여비용 총액의 50%
	읍면지역	요양급여비용 총액의 45%
병원급	동지역	요양급여비용 총액의 40%,
	읍면지역	요양급여비용 총액의 35%
의원급	모든 지역	요양급여비용 총액의 30%(단, 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)

주: 6세 미만 아동은 성인 본인부담률의 70%를 적용함.

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>).

예외적으로 희귀난치질환자, 암환자, 중증화상환자 등 중증환자의 외래본인부담률은 낮게 책정되도록 되어 있다.

〈표 II-13〉 외래본인일부부담률 예외 적용

시행일	내용	본인부담	비고
1983. 10	인공신장투석 또는 복막관류술 본인부담 경감을 시작으로 산정특례제도 시작	20%	중증환자 보장 강화 이후 2010년 1월까지 총 163개 질환으로 증가
2009. 7. 1	희귀난치질환자	10%	
2005. 9. 1	암환자	10%	
2009. 12. 1	암환자	5%	
2010. 7. 1	중증화상환자	5%	

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>).

약국 또는 한국희귀의약품센터에서 의사 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우에 본인일부부담금은 요양급여비용 총액의 30% - 65세 이상자는 보건복지부령으로 정하는 금액 - 로 산정한다. 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 종합병원 이상 의사 처방에 따라 조제 받은 경우는 상급종합병원 50%, 종합병원 40%를 적용한다.

한편, 국민건강보험은 본인일부부담금에 대한 본인부담상한제를 실시하고 있다(「국민건강보험법 시행령」 제19조 제2항). 동 제도는 본인일부부담금이 일정수준을 넘으면 그 차액을 환급해 주는 제도이다. 2004년부터 시행되어 오다가 2014년부터 개정된 제도가 시행되고 있다.

〈표 II-14〉 본인부담상한액(2014년 기준)

(단위: 만 원)

보험료부담수준	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
본인부담상한액	120	150	200	250	300	400	500

주: 2015년부터 해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률), 여기서 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용함.

2) 실손의료보험의 보장내용

실손의료보험은 국민건강보험의 본인일부부담진료비와 전액본인부담진료비, 요양비급여진료비를 보장한다. 실손의료보험은 본인일부부담진료비에 대해서는 본인 부담상한액 이하의 금액만을 보장하고 임의비급여진료비는 보장하지 않는다.

〈표 II-15〉 공·사건강보험 보장대상 의료서비스 차이

종류	국민건강보험 비급여	실손의료보험 면책의료서비스	차이
예방진료로서 사용되는 행위·약제 및 치료재료	· 기타 이에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료	· 별도 규정 없음	· 실손은 예방진료도 질병치료 목적의 경우 보상
보험급여시 책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강급여원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료	· 5인 이하 상급병상 이용에 따른 추가비용	· 별도 규정 없음	· 실손은 보상
	· 의료법 제46조에 따른 선택진료	· 별도 규정 없음	· 실손은 보상
	· 급여대상 혹은 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술	· 별도 규정 없음	· 고시된 행위, 치료재료에 대해 실손은 비급여로 간주하여 보상
	· 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 혹은 재료 등	· 별도 규정 없음	

주: 1) 간병비, 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비는 실손의료보험의 면책진료비임.

2) 자세한 것은 부록에 답아두었음.

자료: 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상)(개정 2013. 9. 13).

그런데 본인부담상한액 이하의 금액과 전액본인부담금, 요양비급여진료비를 100% 보장하는 것은 아니다. 표준실손의료보험은 통원(외래 + 약처방)에 대해 연간 180건을 한도로 하고 있다. 외래만을 180건으로 할 수 있고 약처방만을 180건으로 할 수 있지만 합하여 180건을 초과하여 지급하지 아니한다(〈표 II-16〉 참조). 그리고 통원건당 공제액을 설정하고 있으며 청구액의 20%에 해당하는 금액이 공제액 수준을 초과할 경우 이를 보장금액으로 산정하고 있다. 입원에 대해서는 일정액의

공제액이 설정되어 있지 않고 20%의 건당 본인부담률과 보상한도액(실손표준약관¹⁵⁾은 연간 5천만 원)을 설정하고 있다. 하지만 입원본인부담액이 200만 원을 초과하는 경우 20%를 적용하지 아니한다.

〈표 II-16〉 표준실손의료보험의 보장한도 및 실손본인부담

구분	입원	통원*	
		외래	약처방
보 장 한 도	<ul style="list-style-type: none"> · (질병/상해당) 5천만 원 ① 법정 + 비급여(병실차액 제외) 합계액의 80% ② (상급병실차액) 기준 병실과의 차액 중 50% 공제한 후 금액(1일 10만 원 한도) 	<ul style="list-style-type: none"> · 방문1회당 법정+비급여 합계액에서 공제금액 차감(연간 180회 한도) 	<ul style="list-style-type: none"> · 처방1건당 법정+비급여 합계액에서 공제금액 차감(연간 180건 한도)
공 제 액	<ul style="list-style-type: none"> (공제액 없음) (정률본인부담) · (질병/상해당) 20% (20% 해당액이 200만 원 이하에만 적용) 	<ul style="list-style-type: none"> (공제액) · 병원 종별로 1, 1.5, 2만 원과 20% 중 큰 금액 	<ul style="list-style-type: none"> (공제액) · 8천 원(약국)과 20% 중 큰 금액

주: * 외래와 처방약조제비를 합산하여 30만 원을 최고한도로 함. 외래와 처방약조제 건수의 합이 연간 180건을 한도로 함.

자료: 조용운(2013).

그리고 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하고 있는 상해 및 질병이더라도 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우, 보험금수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우, 보험계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 등 고의성 사고와 면책질병¹⁶⁾에 대해서는 보장하지 않는다.

15) 2009년 10월부터 표준화된 상품은 6개 유형으로 분류되고 있음. 표준실손의료보험 상품은 질병과 상해로 인한 입원비를 보장하는 종합형(입원), 질병과 상해로 인한 통원비를 보장하는 종합형(통원), 질병으로 인한 입원비를 보장하는 질병형(입원), 질병으로 인한 통원비를 보장하는 질병형(통원), 상해로 인한 입원비를 보장하는 상해형(입원), 상해로 인한 통원비를 보장하는 상해형(통원)으로 분류됨. 그런데 실제 상품은 상해의 경우 입원과 통원을 구분하지 않고 보장하는 경우가 있음. 본 연구는 이를 상해(통합)으로 분류함.

16) 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)

다. 문제점

첫째, 「국민건강보험요양급여의기준에관한규칙」 제9조는 요양급여대상 혹은 요양비급여대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료재료(이하 '신의료기술등')를 요양비급여대상 의료서비스에 포함시키고 있다. 요양급여대상 혹은 요양비급여대상으로 결정되지 아니하였음에도 불구하고 신의료기술등을 사전적으로 요양비급여대상으로 간주하고 있는 것이다.

요양기관이 신의료기술등을 사용하였을 경우 30일 이내에 보건복지부에 요양급여대상 심사를 신청하여야 한다. 보건복지부는 진료행위는 30일, 신약은 270일 이내에 심사하여 요양급여대상인지 요양비급여대상인지를 평가하여야 한다. 두 가지에 해당되지 않을 경우 임의비급여로 분류된다. 그러나 보험회사는 감독규정상 보험금 청구가 있는 날부터 3일 이내에 보험금을 지급해야 한다. 실손의료보험은 임의비급여에 대해 보험금을 지급하여야 하는 경우가 발생할 수 있는 것이다. 심사결과가 임의비급여로 판정 날 경우 그 금액에 대해서는 부당한 보험금 지급이 발생하는 것이다.

실제로 대부분 보험회사는 신의료기술등에 보험금을 지급하고 있어 지급보험금 상승의 원인이 되고 있다. 본 연구는 이러한 제도에 기인된 부당한 보험금지급을 방지하기 위해서 신의료기술등에 대한 보험금지급을 시차를 두고 분리지급할 수 있도록 하는 제도 도입을 제안한다.

그리고 임의비급여로 결정될 소지가 있는 신의료기술등을 소비자가 모르고 있는 상태에서 비급여로 사전적으로 간주하고 있다는 것은 법적으로 문제가 될 소지가 있다. 법적으로 면밀한 검토가 필요할 것으로 본다.

둘째, 요양비급여대상과 임의비급여대상의 구별이 어려운 상태에 있다. 실손의료보험은 의심이 가는 경우 진료를 받은 사람 또는 가족에게 건강보험심사평가원의 진

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

5. 비만(E66)

6. 비노기계 장애(N39, R32)

7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K6 0~K62)

료비확인제도를 이용하여 진료비 내역을 확인 받도록 하고 있다. 보험회사는 그 결과에 기초하여 피보험자와 보험금을 조정하고 있는 상황이다. 보험회사는 행정력을 소모해야하고 피보험자는 번거로운 조정절차를 거쳐야한다.

건강보험심사평가원의 진료비확인제도(「국민건강보험법 제43조의2(요양급여의 대상여부의 확인 등)」)는 진료를 받은 사람 또는 가족의 신청으로 전액본인부담대상과 요양비급여대상 의료서비스에 대해서 부담한 비용이 요양급여대상에 해당하는지를 건강보험심사평가원에서 확인할 수 있는 제도이다. 보험회사는 보험회사가 확인 받을 수 있도록 제도 개선을 요청하고 있는 상태에 있다.

셋째, 국민건강보험의 본인부담상한액제도와 관련하여 실손의료보험은 부당한 보험금 지급을 감수하고 있다. 본인부담상한액은 국민건강보험료 납부수준에 따라 최소 120만 원부터 최대 500만 원까지 여러 단계로 설정되어 있다. 그러나 보험회사는 피보험자의 국민건강보험료 납부수준을 알 수 없어서 최대금액인 500만 원까지 지급하고 있다. 본인부담상한액 이상의 경우 국민건강보험의 환급금만큼 보험회사에 되돌려 주어야 한다는 확인서를 받고 있기는 하지만 보험회사가 환급금을 확인할 방법이 없어서 사실상 모두 최대금액까지 지급하고 있는 상황이다. 보험회사가 국민건강보험으로부터 보험료 납부수준을 알 수 있도록 제도 개선이 필요하다. 본 연구는 보험회사의 요청이 있을 경우 피보험자가 국민건강보험에 본인부담상한액을 확인요청하면 국민건강보험이 확인해 주는 제도 도입을 제안한다. 개인정보보호 문제가 없다면 피보험자의 편의를 위하여 보험회사가 확인할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

마지막으로, 국민건강보험의 본인일부부담금제도는 과잉의료 수요를 억제하는 데 한계가 있다. 현행 입원본인일부부담률, 외래본인일부부담률 그리고 약국 또는 한국회귀의약품센터에서 의사 처방전에 따라 의약품을 조제받을 경우의 본인부담률은 모두 입원 기간이나 이용건수와 관계가 없다. 현재 1일 입원하든 10일 입원하든, 1회 이용하든 10회 이용하든 본인일부부담률은 동일하다. 의료의 과잉이용은 반복이 용하면서 양산되는 면이 있는데 본인부담률제도가 이를 고려하여 설계되어 있지 않은 것이다.

이렇게 수요자에게 의료이용 기간이나 횟수에 제한을 두지 않는 제도는 예를 들자면 극단적인 의료쇼핑을 초래할 수 있다. 본 연구는 그 대안의 하나로 ‘차등본인일부부담률제’를 제안한다. 처음 며칠 혹은 몇 회는 기존의 본인일부부담률보다 낮은 율을 적용하고 일정 수준 이상은 높은 율을 적용하는 것이다. 국민건강보험의 진료비 증가가 억제되는 효과를 얻을 수 있고 실손의료보험의 보험금 지급도 줄어드는 효과를 기대할 수 있을 것이다. 이러한 제도는 중증환자의 과도한 의료비부담을 초래할 수 있다. 그러나 국민건강보험은 본인일부부담금에 대한 본인부담상한제를 실시하고 있어 우려하는 경우는 발생하지 않을 것이다. 최근 국민건강보험은 동제도의 도입을 검토 중인 것으로 알려져 있다.

3. 진료비 산정

가. 국민건강보험

1) 의료서비스 종류별 진료비 산정방법

국민건강보험은 요양기관이 시행한 요양급여서비스에 대해 현재 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고 진료행위별수가제(FFS: Fee-For-Service)의 상대가치 점수제와 일반수가제로 가격을 결정하고 있다.

진료행위별수가제로 산출된 요양급여비는 진료행위에 대한 기술료(조제료, 재료대 포함)와 진료행위에 소요되는 약제비와 치료재료비로 구성되어 있다. 기술료에 해당되는 진료행위의 상대가치점수는 “요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양 및 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것이며, 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다”(「국민건강보험법 시행령 제21조」). 그리고 의료기술 변화와 같은 여건변화에 따

라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때 진료행위의 상대가치점수표를 조정하고 있다.

국민건강보험자와 의약계 대표는 상대가치점수를 협상하는 것이 아니라 매년 점수당 가격을 협상 및 계약한다(「국민건강보험법 제45조, 국민건강보험법시행령 제21조»). 상대가치점수와 계약된 점수당 가격에 의해 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여비용명세를 지체 없이 고시한다.

진료행위에 소요되는 약제비나 치료재료비는 일일이 상대가치를 정할 수 있는 것이 아니기 때문에 요양기관이 구입한 금액을 기준으로 산정하되 요양급여대상 의료서비스의 경우 상한금액을 정해 놓고 있다(「국민건강보험법」 제46조, 「국민건강보험법시행령」 제22조). 의료법에 따르면 구입가격(소요비용)은 관할 지방자치단체에 신고한 가격(일반수가)이다. 상한금액은 “보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 해당 약제 및 치료재료별 요양급여비용의 상한으로 고시하는 금액을 말한다”(「국민건강보험법시행령」 제22조).

한편, 요양비급여대상 의료서비스의 진료행위에 대한 기술료는 별도의 산정기준이 정해져 있지 않다. 요양기관이 관할 지방자치단체에 신고한 가격을 기준으로 상한 없이 산정한다.

요양비급여대상에 대한 약제비나 치료재료비는 요양기관이 구입한 금액을 기준으로 하고 있다. 요양급여대상과는 달리 상한금액이 고시되어 있지는 않다. 요양비급여대상 의료서비스 가격은 전체적으로 상한금액 없는 일반수가에 의해 결정된다고 할 수 있다.

〈표 II-17〉 건강보험 행위별수가제 진료비 산정기준

구분	요양급여대상	요양비급여대상
진료행위에 대한 기술료	<ul style="list-style-type: none"> · 상대가치점수제 · 국민건강보험법 제45조, 국민건강보험법시행령 제21조 	<ul style="list-style-type: none"> · 실제 소요비용(관할 지방자치단체에 신고한 가격)
약제비나 치료재료비	<ul style="list-style-type: none"> · 고시된 상한금액 범위 내에서 요양기관 실제소요 비용(관할 지방자치단체에 신고한 가격) · 국민건강보험법 제46조, 국민건강보험법시행령 제22조 	<ul style="list-style-type: none"> · 상한금액 없이 요양기관이 구입한 금액(관할 지방자치단체에 신고한 가격)

2) 진료비의 차등산정 제도

국민건강보험은 요양기관의 규모별 전문성, 의료장비 및 시설, 연구활동 등을 인정하여 요양기관 종별가산율을 적용하고 있다. 상급종합병원 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원과 보건의료원 15%를 가산하고, 약국 및 한국희귀의약품센터, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소는 종별가산율을 적용하지 않는다. 보상금액은 소정점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관 종별로 정해진 비율을 곱하여 결정되게 된다.

그리고 국민건강보험은 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료자원이 줄어들기 때문에 체감률을 적용하고 있다. 입원체감률은 요양기관 종별을 구분하지 않고 적용된다. 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%를 산정한다. 그리고 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정한다.

한편, 외래 및 약처방에 대해서는 진찰료차등수가제도¹⁷⁾를 운영하고 있다. 2000년 의약분업 이후 의원급 환자 수 및 약국 조제건수 증가로 외래진료와 약국 조제 서비스 질에 대한 우려가 심화되고 있었다. 그리고 일부 요양기관으로 환자가 집중되

17) 진찰료(기본진찰료+외래관리료)는 의사의 시진, 촉진, 문진 등의 행위를 보상하는 비용으로 요양기관 종별 및 초·재진 여부에 따라 구분됨. 기본진찰료는 병원관리 및 진찰권 발급 등, 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함함.

는 현상이 나타났다. 이러한 부작용을 줄이고자 국민건강보험은 진찰료차등수가제도를 운영하고 있다. 대상기관은 의과의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원, 약국, 한국희귀의약품센터이다. 병원 이상은 포함되지 않는다. 차등 방법은 의사 1인당 1일평균 진찰횟수, 약국은 약사 1인당 1일평균 조제건수를 기준으로 진찰료 및 조제료 등(조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료)을 차등지급한다. 1일평균 진찰(조제)횟수 산출은 초진, 재진 구분 없이 산정 1개월(또는 1주일) 간 기준으로 계산하며 진료(조제)일수는 1개월(또는 1주일) 동안 의사(약사)가 실제 진료(조제)한 날수로 한다.

〈표 II-18〉 외래 및 약처방 진찰료차등수가제

75건 이하	75건 초과~100건	100건 초과~150건	150건 초과
100%	90%	75%	50%

자료: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>).

나. 실손의료보험

국민건강보험을 보충하여 보장하는 실손의료보험의 진료비는 국민건강보험에서 정한 기준에 의하여 결정된다고 할 수 있다. 본인일부부담금은 국민건강보험기준에 따라 결정되고 요양비급여대상은 일반수가에 의해 결정된다. 실손의료보험은 요양비급여대상 의료서비스 양 및 질, 가격결정에 대한 별도의 기준이 마련되어 있지 않은 것이다.

다. 자동차보험과 국민건강보험 진료수가기준 사례

자동차보험의 진료수가는 기본적으로 국민건강보험의 진료수가기준을 따른다. 2013년 6월에 전부 개정된 「자동차보험 진료수가에 관한 기준 제8조(진료수가의 산정방법)」는 먼저 건강보험기준 중 상대가치점수, 금액이 정해진 행위·치료재료,

〈표 II-19〉 자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이

구분	「자동차보험 진료수가에 관한 기준」	국민건강보험 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여상대가치점수」
종별가산율	<p>「건강보험 행위 급여·비급여목록표 및 급여 상대가치점수」의 의료기관 종별에 따라 가산하는 비율을 다음과 같이함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 가목은 45% 2. 나목은 37% 3. 다목은 21% 4. 라목은 15% 	<p>제1편 제1부 제2장 요양기관 종별가산율 1. 소정점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관의 종별에 따라 다음 각 호의 비율을 가산함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 가. 상급종합병원 30%, 나. 상급종합병원을 제외한 종합병원 25%, 다. 병원 20%, 라. 의원과 보건의료원 15% 마. 약국 및 한국회귀의약품센터, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소는 종별가산율을 적용하지 아니함.
입원료체감률	<p>(5) 및 (6) 항을 다음 (5)와 같이 한다.</p> <p>(5) 입원료는 상급종합병원과 종합병원을 제외한 의료기관은 입원 51일째부터 150일까지는 해당 점수의 90%를 산정하고, 입원 151일째부터 해당 점수의 85%를 산정하며, 종합병원은 입원기간에 관계없이 해당 점수의 100%를 산정하고, 상급종합병원은 입원기간에 관계없이 해당 점수의 100%에 병원관리료 100%를 가산하여 산정한다.</p>	<p>제1편 제2부 제1장 [산정지침] 2. 입원료 등 다. (5) 및 (6)항</p> <p>(5) 입원 16일째부터 30일째 까지는 해당 점수의 90%를 산정한다.</p> <p>(6) 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정한다.</p>
주사료	<p>피하 또는 근육 내 주사(마-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 4회 이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.</p> <p>수액제 주입료를 통한 주사(마-5-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 4회 이내만 산정한다.</p>	<p>제1편 제2부 제5장 제1절 주사료에 따라 산정</p> <p>피하 또는 근육 내 주사(마-1): 주: 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.</p> <p>수액제 주입료를 통한 주사(마-5-1): 주: 외래는 1일 1회 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.</p>
이학요법료	<p>표층열치료(사-101), 한냉치료(사-101-1), 경피적전기자극치료(사-104), 간섭파전류치료(사-104의 '주')는 수상일로부터 17일까지 외래는 1일 1회 2부위까지, 입원은 1일 2회 2부위까지 산정하며, 수상일로부터 18일 이후부터는 부위 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.</p>	<p>제1편 제2부 제7장 제1절 기본물리치료료, 주: 2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.</p>

〈표 II-19〉자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이(계속)

구분	「자동차보험 진료수가에 관한 기준」	국민건강보험 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여상대가치점수」
치치 및 수술료 등	안면 또는 경부에 대하여 창상봉합술(자-2-가)을 시행한 경우에는 1회의 시술에 한하여 별도로 50,000원을 가산한다.(키-9, VI010)	제1편 제2부 제9장 치치 및 수술료 등에 따라 산정 창상봉합술(자-2): 주: 1. 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌우상하지의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.
한방시술 및 처치료	온냉경락요법(하-70), 경피전기자극치료, 경근간섭저주파요법은 수상일로부터 17일까지 외래는 1일 1회 2부위까지, 입원은 1일 2회 2부위까지 산정하며, 수상일로부터 18일 이후부터는 부위 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	제1편 제2부 제14장 제1절 온냉경락요법(하-70): 주 : 1. 요양기관 침구실에서 한의사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 1일2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일1회 입원은 1일2회만 산정한다. 3. 「가」, 「나」, 「다」 각 항목을 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다. 가. 경피경근온열요법 나. 경피적외선조사요법 다. 경피경근한냉요법
응급의료관리료	응급의료수가기준의 2.산정기준 “가”항에 의거 응급의료관리료 산정대상 응급증상환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우 초일에 한하여 산정하되, 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 보험회사등이 응급의료관리료 전액을 부담한다.	보건복지가족부장관이 고시한 “응급의료수가기준”에 따름. 2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표 중 “가” 응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원 한 환자 중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.

자료: 1) 국토교통부(2014), 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」.

2) 건강보험심사평가원(2014), 『건강보험심사평가원 수가등재부』.

상한금액이 정해진 약제에 대해서는 「국민건강보험법」에 따른 요양급여의 상대가치 점수 및 금액을 기준으로 진료수가를 산정하도록 하고 있다. 그리고 비용이 정해지지 아니한 행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 가장 유사한 분류항목의 점수 및 금액을 따르도록 규정하고 있다.

국민건강보험기준의 비급여대상으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당 진료에 소요된 실제비용으로 한다. 국민건강보험기준의 비급여로 정해진 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 의료기관의 실구입가를 기준으로 산정하도록 하고 있다.

라. 문제점

첫째, 요양비급여대상 의료서비스에 대해서 적정 양 및 질에 대한 기준이 마련되어 있지 않아 과잉공급 가능성이 있다. 요양기관은 실손의료보험 피보험자들에 대한 의료서비스 공급량 및 질에 대하여 자율성을 보장 받고 있다. 이러한 환경에서 요양기관은 과잉공급 혹은 유인수요의 가능성이 있다. 그러나 공·사건강보험자는 요양기관의 비급여대상 의료서비스의 과잉공급에 대해서는 어떠한 관리수단도 가지고 있지 않다. 요양기관이 적정 진료행위를 하였는지 그리고 적정 진료비를 산정하였는지 공·사건강보험자는 확인할 법적 근거를 가지고 있지 않은 것이다. 요양기관은 비급여대상에 대한 공급을 증대시켜 수입을 증가시킬 여지가 있는 것이다. 결과적으로 비급여대상 진료비의 과도한 상승을 초래하고 이는 실손의료보험의 지급보험금을 상승시켜 실손보험료의 인상을 초래한다. 자동차보험과 산재보험은 별도의 진료비 산정기준을 마련해 놓고 있다. 실손의료보험도 진료비 절감과 보험료 인상 억제를 위해서 별도의 기준을 마련하는 것이 필요하다.

둘째, 의원급과 약국에만 적용되는 진찰료차등수가제도 개선이 필요하다. 진찰료차등수가제도가 의원급에만 적용되고 있다는 점이 형평성에 맞지 않다는 논의가 2009년 이후 꾸준히 이루어져 왔다. 한편, 본 연구는 동 제도를 입원에 집중하여야 할 2, 3차 요양기관이 외래공급을 증가시킬 수밖에 없는 제도로 본다. 본 연구는 병

원급 이상에도 확대하는 것이 합리적이라고 보고 있다. 전체 요양기관에 적용하는 것이 형평성에 부합되고 1, 2, 3차 요양기관의 외래 공급경쟁에 따른 과다 의료공급을 억제하는 효과를 기대할 수 있기 때문이다. 그리고 1차 요양기관의 문지기 기능 강화와 일관성 있는 제도가 될 것이기 때문이다.

한걸음 더 나아가 본 연구는 동 제도의 한도 확대 혹은 폐지를 주장하고자 한다. 외래진료 건수를 제한하는 것은 입원을 증가시킬 수 있고 약 처방 건수를 제한하는 것은 외래진료를 증가시킬 수 있다. 총진료비는 오히려 증가할 수 있는 것이다 (William and Robert 2000). 진찰료차등수가제도가 얼마나 실효성이 있는지 심층적 분석이 필요할 것이다.

마지막으로, 행위별수가제가 의료서비스 과잉공급을 촉진할 가능성이 있다(보건복지부 2012). 국민건강보험은 요양급여대상에 포함되어 있는 한 요양기관이 제공한 진료행위 및 치료재료 전부에 대해 행위별수가제에 의한 금액의 상환을 보장하고 있다. 그런데 질병·상해당 진료행위 및 치료재료에 대해 총량의 제한을 두고 있지 않다. 잦은 의료이용 및 과다공급이 있더라도 행위별수가제를 통한 의료공급자 통제가 어려운 것이다. 총량제한 없는 행위별수가제가 요양급여대상에 대한 진료건수를 증가시키고 있으며, 이는 총요양급여진료비 증가를 초래할 수 있다. 총요양급여진료비 증가는 국민건강보험 본인일부부담금을 증가시켜 실손의료보험의 지급보험금을 상승시킨다.

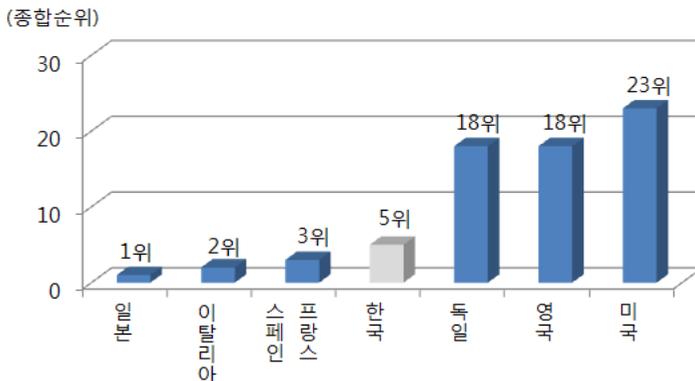
Ⅲ. 공·사건강보험 성과 및 과제

1. 성과

가. 국민건강보험

첫째, 우리나라의 국민건강보험제도는 세계적으로 인정되는 비용효과적인 보건의료체계 달성이라는 성과를 거두고 있다. OECD 30개 국가 보건의료지표 분석결과 비용효과 측면에서 우리나라가 5위를 차지할 정도로 우리나라 국민건강보험제도는 국제적으로 우수한 제도로 평가받고 있다. 이는 단일 보험자 체계, 모든 요양기관의 참여, 비용대비 치료효과 기준 요양급여 정책, 국민건강보험자와 요양기관 사이의 단일 전산시스템 구축 등에 기인한 결과인 듯하다.

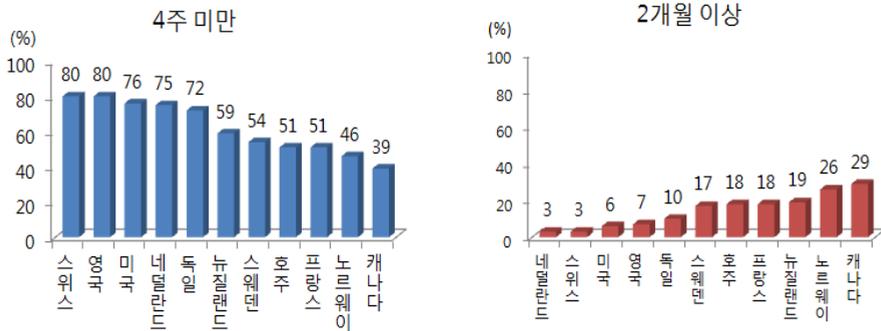
〈그림 Ⅲ-1〉 주요국 국민의료체계 비용효과성 평가 순위



자료: The Conference Board of Canada(2006).

둘째, 우리나라는 진료대기시간이 가장 낮은 국가에 속한다. 예를 들어, Commonwealth Fund(2013)의 11개국 진료대기시간 조사 결과를 보면, 전문의 진료를 위해 캐나다, 노르웨이는 50% 이상, 프랑스, 호주, 스웨덴 등의 경우 40% 이상의 응답자가 소견을 들은 날부터 진료를 약속한 날까지 4주 이상 소요된다고 응답하였다. 특히 캐나다와 노르웨이의 경우 대기시간이 2개월 이상이라고 응답한 사람이 25%가 넘었다(〈그림 Ⅲ-2〉 참조). 우리나라는 2일이면 가능하다. 모든 요양기관이 의료공급에 참여하고 있고, 요양기관이 행위별수가제에 기인한 적극적 의료공급을 하고 있기 때문이라고 본다.

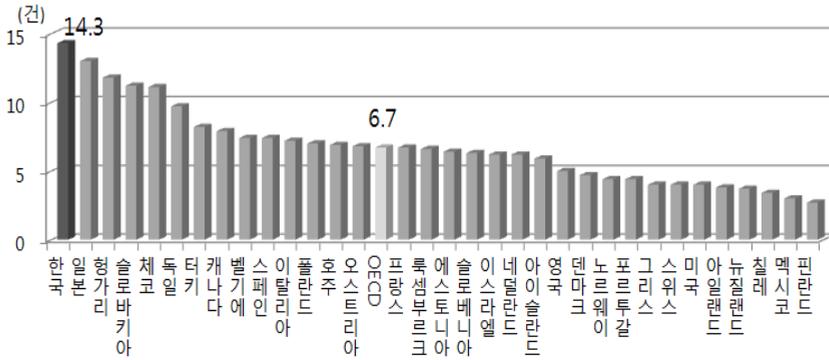
〈그림 Ⅲ-2〉 전문의 진찰을 위한 대기시간



자료: Commonwealth Fund(2013).

셋째, 의료접근성이 OECD 국가 중 최고 수준이다. 이는 의료이용을 과다하게 하고 있다는 해석도 가능하지만 의료이용을 필요로 할 때 자유로이 할 수 있다는 의미이기도 하다. 2012년 우리나라 국민 1인당 외래진찰 건수는 연간 14.3회로 OECD 회원국 평균(6.7회)보다 2배 이상 높다. 또한, 환자 1인당 평균 재원일수는 16.1일로 OECD 평균(8.4일)에 비해 1.9배 긴 것으로 나타났다. 이러한 현상 역시 당연지정제로 인해 모든 요양기관이 의료공급에 참여하고 있고, 요양기관이 행위별수가제에 기인한 적극적 의료공급을 하고 있는데다가, 1, 2, 3차 요양기관이 경쟁적으로 의료공급을 하고 있기 때문이라고 본다.

〈그림 Ⅲ-3〉 국민1인당 연간 외래진료 건수(2012년 혹은 가장 최근)



자료: OECD Health Statistics(2014).

마지막으로, 우리나라 기대수명은 OECD 국가 중 가장 빠른 속도로 연장되었다. GBD(2012)에 따르면, 우리나라 남성의 기대수명은 1990년 68.1세(여성 76.2세)에서 2010년 76.5세(여성 82.7세)로 8.4세(여성 6.5세) 증가하였다. OECD 남성 평균 연장 연수 5.3세(여성 4.1세)에 비하면 매우 빠른 속도로 연장되고 있다고 할 수 있다. 전적으로 공·사건강보험제도에 의해서 이러한 성과를 거두었다고 할 수는 없지만 일정부분 기여한 것은 부인할 수 없을 것이다.

〈표 Ⅲ-1〉 기대수명 추이

(단위: 세)

국가	남			여		
	1990	2010	증가연수	1990	2010	증가연수
터키	63.7	71.2	7.5	70.9	77.7	6.8
미국	71.7	75.9	4.2	78.6	80.5	1.9
OECD	71.3	76.6	5.3	78.1	82.2	4.1
프랑스	73.0	77.5	4.5	81.1	84.3	3.2
독일	71.9	77.5	5.6	78.4	82.8	4.4
영국	72.9	77.8	4.9	78.3	81.9	3.6
한국	68.1	76.5	8.4	76.2	82.7	6.5
호주	73.8	79.2	5.4	80.0	83.8	3.8
일본	76.0	79.3	3.3	82.0	85.9	3.9

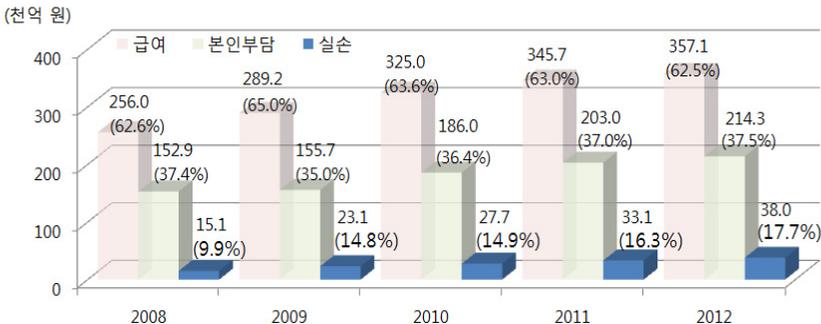
자료: GBD(2012).

나. 실손의료보험

국민건강보험은 보장을 강화하지 못하고 있다. 국민건강보험은 2012년 357.1천억 원을 급여비로 지급하여 국민건강보험 총진료비의 62.5%(급여비÷(급여비+본인일부부담금+비급여본인부담금))를 보장하였다. 그런데 이 보장률은 2008년과 다르지 않은 수준이다(〈그림 Ⅲ-4〉 참조).

첫째, 이러한 국민건강보험의 낮은 보장성을 보충하여 실손의료보험은 역할을 확대해 나가고 있다. 실손의료보험이 2008년 국민건강보험 본인부담금의 9.9%를 보장하였고 이 비중은 매년 상승하여 2012년에 17.7%에 이르렀다. 2012년 4월 현재 약 2,522만 명이 실손의료보험에 가입하였고 이는 증가추세에 있다(〈표 Ⅲ-2〉 참조). 실손의료보험은 범국민적인 보험으로 자리매김한 것이다.

〈그림 Ⅲ-4〉 공·사건강보험 실적 및 보장률 추이



주: 실손보험금의 비중(2012년 17.7%)은 국민건강보험 본인부담금에 대한 보장률임.
 자료: 1) 서남규 외 6인(2013, 2); 조용운(2014).

〈표 Ⅲ-2〉 실손의료보험 계약건수 추이

(단위: 만 명)

분류	2008	2009	2010	2011	2012
피보험자 수(생손보)	685	1,208	2,125	2,340	2,522
신계약 수(손보)	515	538	338	227(9개월)	-
계약갱신 수(손보)	38	47	116	341	500(추정)

자료: 금융위원회·금융감독원 보도자료(2012, 8).

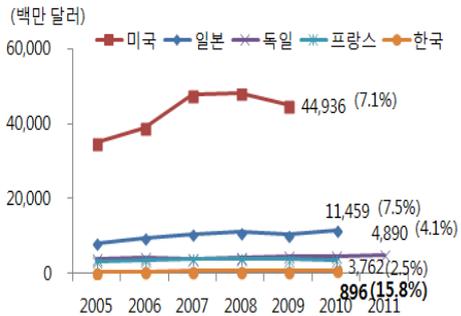
둘째, 실손의료보험은 의료산업의 발전에 기여한 면이 있다고 할 수 있다. 우리나라는 신의료기술 및 신약품 개발이 활성화되어 가고 있는 추세이다(〈표 Ⅲ-3〉 참조). 실손의료보험이 발전하면서 그 개발재원 확보에 기여하고 있다고 할 수 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 주요국 의약품 R&D 투자액

(단위: 백만 달러)

구분	2005	2007	2009	2010	2011
미국	34,839	47,750	44,936	-	-
일본	8,088	10,429	10,357	11,459	-
독일	3,910	3,987	4,788	4,609	4,890
프랑스	3,353	3,969	3,917	3,762	-
한국	444	776	856	896	-

〈그림 Ⅲ-5〉 주요국 의약품 R&D 투자액 추이



자료: 보건산업진흥원 홈페이지, 보건산업통계.

주: ()안은 연평균 증가율.

셋째, 실손의료보험은 보험산업 성장에 중요한 역할을 담당하고 있다. 위험보험료(사업비 제외)는 FY2012에 34,668억 원을 기록하여 FY2008 대비 171.9% 증가하였고 피보험자에게 지급한 지급보험금 규모는 FY2012에 38,004억 원으로 FY2008 대비 152.1% 증가하였다(〈표 Ⅲ-4〉 참조). 대략 자동차보험의 40% 규모 수준에 다다를 정도로 성장한 것이다.

위험보험료를 기준으로 할 때 보험금지급률은 110%에서 등락을 반복하다가 FY2012에 109.6%로 나타나 수입보다 지출이 더 큰 상태에 있는 것은 문제이다. 본 연구는 조금 뒤에 별도의 지면을 할애하여 제도적인 원인 및 개선대안을 제시할 것이다.

〈표 Ⅲ-4〉 실손의료보험 실적 추이 및 지급률

(단위: 억 원, %)

구분	지급보험금		위험보험료		지급률=지급보험금/위험보험료
	보험금	증가율	보험료	증가율	
FY2008	15,075	-	12,752	-	118.2%
FY2009	23,125	53.4	21,464	68.3	107.7%
FY2010	27,655	19.6	24,929	16.1	110.9%
FY2011	33,068	19.6	29,773	19.4	111.1%
FY2012	38,004	14.9	34,668	16.4	109.6%

자료: 조용운(2014).

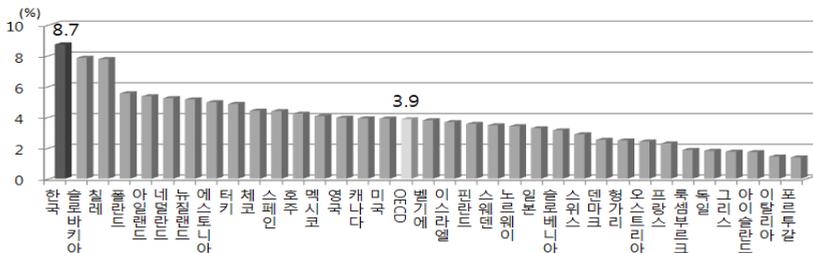
2. 과제

가. 국민건강보험

1) 의료비 증가 대책 미흡

우리나라는 최근 의료비 증가세가 둔화되는 현상을 보이기는 하지만 여전히 빠르게 증가하고 있다. 2000~2012년 동안 OECD 평균 증가율이 3.9%인데 우리나라는 8.7%에 이른다.

〈그림 Ⅲ-6〉 국민의료비 연평균 증가율(2000~2012년 혹은 가장 최근)

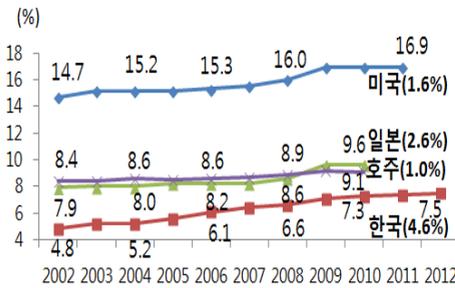


자료: OECD Health Statistics(2014).

또한, 우리나라는 1인당 GDP에서 1인당 의료비가 차지하는 비중이 낮은 편이지만 비중의 증가율이 매우 높은 상황이다. 지난 2002년부터 10여 년간 미국 1.6%, 일본 2.6%, 호주 1.0%에 비해 우리나라는 4.6%에 이른다.

이러한 우리나라 의료비 증가 추세는 국민건강보험의 의로서비스를 공급하고 있는 병원분부에 대한 소비지출이 주도하고 있다. 2002년부터 2009년까지 병원분야 지출 증가율이 OECD 평균은 6.7%로 나타났고, 우리나라는 두 배가 넘는 12.8%로 나타났다.

〈그림 Ⅲ-7〉 주요국의 1인당 실질 GDP 대비 실질의료비 비중 추이 및 연평균 증가율



주: 2010년 의료비 비중 OECD 평균은 9.5%임.
 자료: OECD(2013).

〈표 Ⅲ-5〉 병원분야의 보건의료비 지출증가 기여율

(단위: %)

	연평균 병원분야 지출 증가율 (2002~09년)	병원분야의 보건의료지출 증가 기여율 (2004~09년)
한국	12.8	50
OECD 평균	6.7	36

자료: 보건복지부(2012).

가) 공급관리 미흡

첫째, 우리나라 진료비 증가는 병원분야에 대한 관리제도가 미흡하기 때문에 나타난 현상일 수 있다. 우리나라는 공급규제 방법이 행위별수가제이기 때문에 행위별료 양 및 가격은 통제될지 몰라도 질병·상해당 진료비 총량은 규제되지 않고 있다. 질병·상해당 진료비 총량을 관리할 수 있는 제도 도입이 필요하다.

둘째, 우리나라는 요양급여대상에 대한 양 및 가격 규제에만 치중하고 요양비급여 대상에 대한 양 및 가격관리는 사실상 방치하고 있다. 이 때문에 요양비급여 공급 증

가로 인하여 전체적으로는 규제효과가 나타나지 않아 전체 진료비는 증가할 수 있다. 이러한 규제 차이 효과가 나타나지 않도록 제도 정비가 필요하겠다.

셋째, 국민건강보험이 수요독점적 지위를 누리지 못하고 있기 때문일 수 있다. 국민건강보험은 단일 보험자이어서 의료서비스 구매에 수요독점자 지위에 있지만 행위별수가제에 의하여 의료공급자가 제공한 의료서비스 전부에 대해 상환을 보장하고 있다. 국민건강보험은 행위별수가제 때문에 수요독점자 지위를 누리지 못하여 의료공급의 규제 기능이 미약한 것이다(보건복지부 2012). 결과적으로 과잉공급이 있더라도 의료공급자에 대한 규제가 어려운 것이다. 행위별수가제의 개선이 필요하다.

마지막으로, 우리나라는 1차, 2차, 3차 요양기관을 두어 1차요양기관이 문지기 기능을 하도록 설계되어 있다. 그러나 1차요양기관(의원급)은 외래진료에 집중하여야 하나 외과 수술과 입원서비스를 제공하고 2차, 3차 요양기관은 입원에 집중하여야 하나 외래진료를 하는 등 1차, 2차, 3차 요양기관이 서로 유사한 서비스를 제공하면서 과잉경쟁하고 있다고 할 수 있다(〈표 Ⅲ-6〉 참조). 이는 2012년 우리나라 국민 1인당 외래진찰 건수가 연간 14.3회로 OECD 회원국 평균(6.7회)보다 2배 이상 높은 결과를 초래하는데 일정부분 기여하고 있다고 할 수 있다. 또한, 환자 1인당 평균 재원일수는 16.1일로 OECD 평균(8.4일)에 비해 1.9배 긴 것으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-6〉 의료기관 유형별 외래환자 분포

(단위: %)

연도	상급종합병원	종합병원	병원	의원
2002	4.9	7.3	5.0	82.9
2008	5.3	8.8	7.4	78.5
2010	5.8	9.9	9.1	75.5

자료: 오영호(2014).

이는 의원급(1차)과 약국에만 적용되는 진찰료차등수가제도에 기인하는 바가 있다. 동 제도는 의원급의 외래진찰을 줄이고 병원급의 외래진찰을 증가시키는 결과를 초래한다. 1차 요양기관이 외래진료만을 가지고는 적정 수입을 확보하기가 어렵게

만들어 입원서비스를 제공하게 하는 제도이다. 본 연구는 동 제도를 병원급 이상에 확대하거나 폐지하는 것이 형평성에 부합되고 요양기관의 외래와 입원의 영역 없는 공급경쟁에 따른 과다 의료공급을 억제하는 효과를 기대할 수 있다고 본다. 1차 요양기관은 외래중심, 2차, 3차 요양기관은 입원 중심의 진료에 집중할 수 있도록 제도 개선이 필요하다.

나) 수요관리 미흡

국민건강보험은 수요에 대한 관리제도 정비가 미흡하다. 우리나라 국민 1인당 의사 진찰 건수가 OECD 회원국 평균보다 2배 이상 높고, 환자 1인당 평균 재원일수가 OECD 평균의 비해 1.9배 긴 것은(〈그림 Ⅲ-3〉 참조) 본인일부부담금제도의 한계에 기인하는 바가 있다. 동 제도는 의료이용량과 관계없이 진료비에 일정 비율을 적용하여 본인일부부담금을 산출하도록 하고 있다. 의료이용량이 증가할수록 본인일부부담률이 증가하는 제도 도입을 검토할 필요가 있다.

2) 규제차이에 의한 의료공급시장의 왜곡

그 동안 국민건강보험은 보장을 강화해 왔지만 2008년 62.6%를 보장하였고 2012년 62.5%를 보장하여 큰 변화를 보이지 않고 있다(〈표 Ⅲ-7〉 참조). 이는 요양비급여본인부담금의 비중이 상승추세에 있기 때문이다.

요양비급여본인부담금 비중이 상승추세에 있는 것은 무엇보다도 의료서비스의 공급 및 가격제도에서 기인하는 바가 크다고 할 수 있다. 첫째, 요양비급여대상의 가격 산정에 대해 요양기관의 자율성이 보장되어 있기 때문이다. 요양급여대상 의료서비스에 대한 가격은 규제되고 있다. 그러나 요양비급여대상 의료서비스에 대한 가격은 일반수가제로 산정되고 있어 규제가 없다고 할 수 있다. 규제가 없기 때문에 요양비급여대상 의료서비스는 요양기관별 가격이 천차만별이다(〈표 Ⅲ-8〉 참조).

〈표 Ⅲ-7〉 공·사건강보험 실적 및 보장률 추이

(단위: 천억 원, %)

연도	국민건강보험체계상 진료비							실손의료보험		
	급여비		본인부담금				계	보험금		B/A
			일부 본인	전액 및 비급여 본인	소계			(B)	증가율	
	금액	증가율			(A)	증가율				
2008	256.0 (62.6)	-	89.6 (21.9)	63.4 (15.5)	152.9 (37.4)	-	408.9 (100.0)	15.1	-	9.9
2009	289.2 (65.0)	13.0	94.8 (21.3)	60.9 (13.7)	155.7 (35.0)	1.8	444.9 (100.0)	23.1	53.0	14.8
2010	325.0 (63.6)	12.4	105.3 (20.6)	80.7 (15.8)	186.0 (36.4)	19.5	511.0 (100.0)	27.7	19.9	14.9
2011	345.7 (63.0)	6.4	109.7 (20.0)	93.3 (17.0)	203.0 (37.0)	9.1	548.7 (100.0)	33.1	19.5	16.3
2012	357.1 (62.5)	3.3	116.0 (20.3)	98.3 (17.2)	214.3 (37.5)	5.6	571.4 (100.0)	38.0	14.8	17.7

주: 괄호 안은 국민건강보험체계상 진료비 대비 비중으로 국민건강보험의 보장률을 나타냄.

자료: 1) 서남규 외 6인(2013).

2) 조용운(2014).

3) 국민건강보험통계연보(각 연호).

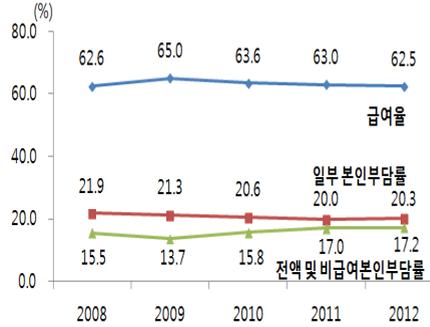
한국소비자원(2011)에 따르면 수면내시경 관리행위의 경우 가장 높은 가격을 설정한 요양기관과 가장 낮은 요양기관의 가격 차이가 5.6배에 이른다. 요양기관은 요양비급여대상에 대한 가격조정으로 요양비급여진료비를 증가시키고 있을 소지가 있는 것이다. 둘째, 요양기관은 요양비급여대상 의료서비스 공급을 확대할 유인을 가지고 있기 때문이다(보건복지부 2012). 요양기관은 공급량의 규제를 받지 않는 요양비급여대상의 종류를 여러 가지로 늘릴 수 있고, 고가의 신약 및 신의료기술을 적극적으로 공급할 수 있다. 마지막으로, 요양비급여대상 의료서비스 공급이 가능한 경우에도 요양비급여대상 의료서비스를 공급할 수 있기 때문이다.

〈표 Ⅲ-8〉 요양기관별 비급여대상 진료비 비교

분류	최저(A) (천 원)	최고(B) (천 원)	차이 (B/A)
수면내시경 관리행위	35	196	5.6
갑상선 초 음파검사	30	177	5.9
유방 초음 파검사	70	275	3.9
MRI(척추)	410	700	1.7
PET-CT	370	940	2.5

자료: 한국소비자원(2011).

〈그림 Ⅲ-8〉 국민건강보험 진료비 구성비 추이



자료: 1) 서남규 외 6인(2013).
2) 조용운(2014).

의료서비스의 공급량 및 가격에 대한 규제제도 차이에서 기인된 이러한 풍선효과(squeezing the balloon)로 인하여 국민건강보험이 보장성을 강화하더라도 전액 본인부담금 및 요양비급여본인부담금 비중이 상승추세에 있다고 할 수 있다(〈그림 Ⅲ-8〉 참조). 우리나라는 규제차이로 인해 의료공급시장 실패를 경험하고 있는 것이다.

해외에서도 풍선효과를 예로 찾아볼 수 있다. William and Robert(2000)는 ‘한 가지 또는 소수 재화 가격에 대한 정부 개입은 불공평하고 잘못된 것이다’라고 주장하면서 풍선효과로 인한 시장실패 사례를 들고 있다.

기업들은 가격규제에 대해 정부가 관리하지 않는 항목을 증가시키는 방법으로 대응한다. 예를 들어, 일본은 가격규제로 1980년~1993년 동안 의약품 가격이 60% 하락하였음에도 불구하고, 총 의약품 지출은 59% 상승하였다. 이는 처방전 발행 수 및 고가약품 공급이 증가하였기 때문이다.

의료서비스 공급시장의 규제되지 않는 다른 부분으로의 진료비용 이전 또한 일반적으로 발생하고 있다. 독일의 약가 및 예산 규제는 의약품비 지출을 감소시켰으나 전문의 진료 및 병원 입원을 10% 증가시켰다. 의사들이 수입을 유지하기 위해 의료서비스 시장의 다른 부분으로 진료비용을 전가한 것이다.

약처방전 수를 제한하는 배급제(rationing)는 병원입원이나 외래서비스 이용을 부추겨 더 높은 의료비용을 초래할 수 있다. 미국의 New Hampshire Medicaid program은 환자당 월 처방전 수를 3개로 제한하였다. 이러한 정책이 의약품 지출을 35% 감소시켰지만, 요양병원 입원은 두 배로 증가시켰다. 배급제가 해제된 이후에는 요양병원 입원이 기준치를 회복하였다. 배급제로 인해 총진료비는 오히려 증가할 수 있는 것이다.

이러한 풍선 효과의 결과는 요양급여대상 의료서비스에 대한 가격규제가 비급여 대상을 포함하는 전체적 급여 시스템을 관리하는데 제 역할을 하지 못한다는 것을 보여준다. 부분적 가격규제를 시행하는 국가가 전체 의료비 수준을 기준으로 할 때 국민에게 낮은 가격으로 의료서비스를 제공하는 것이 아닐 수 있다.

이러한 풍선효과로 인하여 실손의료보험의 보험금 지급률은 최근 4년간 위험보험료를 기준으로 매년 보험료를 조정하더라도 110% 수준에서 머물러 있다고 할 수 있다. 국민건강보험의 공급 및 가격규제가 실손의료보험 보험금 지급률에 영향을 주고 있는 것이다.

우리나라는 규제차이로 인한 요양비급여진료비 상승에 대한 대책이 필요하다.

3) 의료서비스 질관리 미흡

첫째, 국민건강보험 진료수가는 질을 반영하고 있지 않다. 국민건강보험 진료수가 협상은 요양기관 규모별 진료수가 수준만을 대상으로 이루어진다. 단일 보험자와 요양기관 대표가 연 1회 협상하고 있다. 이러한 진료수가협상제도는 의료서비스 질이 진료수가에 반영되도록 하고 있지 않으며, 의료서비스 질과 가격에 따라 계약을 다양화 할 수 있도록 하고 있지 않고, 요양기관 대표가 동일규모 요양기관 사이의 의료서비스 질과 가격 경쟁을 유도할 수 있도록 하지 못하고 있다.

둘째, 국민건강보험은 진료행위 과정에 대한 감독이 미흡하다. 법규체계가 투입요소 관리에 중점을 두고 있기 때문에 양 및 가격관리에 치중하고 의료서비스 질에 영향을 주는 실제 진료행위 과정에 대한 감독은 미흡하다.

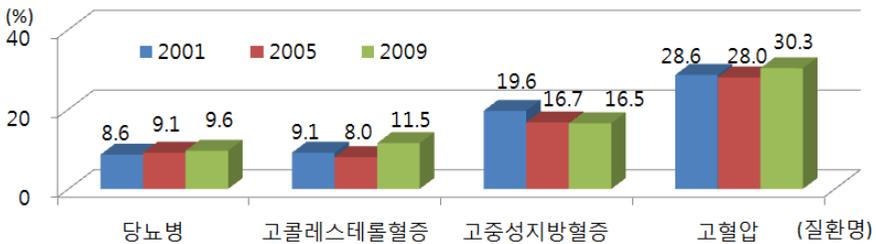
마지막으로, 실손의료보험의 보장영역인 요양비급여대상 의료서비스에 대해서는 양뿐만 아니라 질 관리도 이루어지지 않고 있다. 요양비급여대상에 대해서는 투입 양에 대한 기준조차 마련되어 있지 않고 있으며 진료행위 과정에 대한 관리는 더욱 이루어지지 않고 있다.

전반적으로 요양급여 및 요양비급여대상 의료서비스 질 관리가 이루어 질 수 있도록 의료공급체계 개선이 필요하다. 의료서비스 질이 진료수가에 반영되도록 하고, 요양기관 사이의 질과 진료비 경쟁을 유도하며, 진료행위 과정에 대한 감독이 이루어질 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

4) 만성질환 증가 대책 미흡

생활습관 서구화, 고령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압·당뇨 등 만성질환의 유병률이 증가 추세에 있다. 2001년부터 9년간 만성질환 유병률을 보았을 때 만 19세 이상 비만율은 29.2%에서 31.3%로 증가하였고, 만 30세 이상 당뇨병 유병률은 8.6%에서 9.6%로 증가하였다. 고혈압은 28.6%에서 30.3%로 증가하였다.

〈그림 Ⅲ-9〉 30세 이상 주요 만성질환 유병률(의사진단 유병률)



자료: 유재성 외 5인(2011).

특히 65세 이상 노인의 경우 88.5%가 만성질환에 이환되어 있으며, 만성질환을 2

개 이상 지니고 있는 복합이환 환자도 68.3%나 된다(보건복지부·보건사회연구원 2012). 만성질환은 진료비를 증가시키는 주요 요인 중의 하나이고 많은 경우 예방 가능한 질병이다. 진료비 절감을 위해서 건강생활서비스 공급 활성화 등 예방적 정책이 요구되는 상황이다.

나. 실손의료보험

실손의료보험이 의료서비스 공급체계의 일부를 담당하고 있고 규모 면에서 성장하고 있지만 지속적으로 110% 수준에 머물러 있는 보험금지급률은 문제이다. 이것은 우리나라 공·사건강보험제도 정비 미흡에 기인하는 바가 있다. 첫째, 국민건강보험의 요양비급여대상 의료서비스 양 및 가격 관리제도 부재로 인한 풍선효과, 둘째, 진료 서비스 및 가격경쟁 촉진제도 미흡, 셋째, 요양비급여진료코드 미표준화로 실손의료보험 면부채를 구별할 수 없어 사실상 무조건 지급, 넷째, 신의료기술등은 임의비급여 여부 판정 후 지급하여야 하지만 판정 전에 지급할 수 밖에 없는 제도, 다섯째, 국민건강보험 본인일부부담금의 상한액 이하만을 보장하여야 하나 피보험자의 상한액을 알 수 없어 최대 상한액을 기준으로 지급, 마지막으로, 요양비급여대상진료비에 대한 허위·과잉청구 혐의가 있더라도 지급할 수밖에 없는 상황 등이 원인이 되어 지급률이 높다고 할 수 있다.

이상과 같은 불합리가 발생하지 않도록 공·사건강보험이 협력하여 전면적으로 제도를 정비할 필요가 있다.

IV. 공·사건강보험 협력적 제도개선 방안

금융위원회는 2012년 8월 실손의료보험 종합개선대책에서 요양비급여 진료비 관리가 필요하다는 보도자료를 발표하였다. 이후 2014년 1월 개인의료보험정책협의회에서는 요양비급여 진료비 청구내역 확인·심사방안 등을 논의하였다. 1단계로 진료비 상세내역서 등 요양비급여 진료비 확인에 필요한 각종 서식 등을 표준화하고, 요양비급여대상 진료행위 코드표준화, 사용의무화를 추진한다는 것이다. 그리고 건강보험심사평가원은 요양비급여 진료비 가격 비교공시 확대를 추진하고 보험회사는 요양비급여 진료비를 사전에 확인할 수 있는 방법 등을 피보험자에게 안내하도록 하는 방안을 논의하였다. 이러한 정책이 현실화되면 소비자는 요양비급여 정보 확인 및 가격비교가 용이하게 되고 보험회사는 면부책 진료를 구분할 수 있게 되어 보험금 지급 및 통계관리를 강화할 수 있게 된다.

2단계로 요양비급여 진료비의 적정성을 확인할 수 있는 체계를 마련한다는 것이다. 보험회사가 요양비급여 진료비 적정성을 전문심사기관에 심사의뢰 하는 방안이 논의되었다.

여기서는 먼저 이러한 인프라에 관한 논의들에 대해 평가해 보고자 한다. 그리고 인프라가 구축된 이후 추가적으로 개선해야 할 사항을 다루고자 한다.

1. 인프라 강화

가. 영양비급여대상 진료서비스 코드표준화 및 사용의무화

우리나라는 행위별수가제를 시행하면서 영양급여대상에 대한 진료행위 및 치료재료 코드는 표준화하였으나 영양비급여대상에 대해서는 그렇게 하지 않아 왔다. 이는 소비자의 병원별 가격 비교평가를 어렵게 하여 비교공시를 통한 요양기관의 경쟁우도를 저해하고 있다. 그리고 실손의료보험의 보장여부 확인을 어렵게 하여 확인과정에 따르는 과다 행정비용 지출을 유발하고, 확인 가능하지 않은 경우 면부책에도 보험금 부당지급을 발생하게 하고 있으며, 통계의 집적을 어렵게 하고 있다.

최근 건강보험심사평가원은 영양비급여대상에 대해 일관성 및 비교성 있는 자료를 확보하기 위하여 진료코드 표준화 작업을 진행하고 있다. 건강보험심사평가원은 양방은 2011년 6월, 치과와 한방은 2013년 9월 표준화를 완료한 상태에 있다. 그리고 건강보험심사평가원은 2012년 12월부터 세부적으로 양방 영양비급여대상 코드표준화 작업을 시작하여 초음파진단, MRI진단 등 영양비급여대상 의료서비스와 17,676 품목 중 9,878 품목의 치료재료 코드표준화를 2014년 초 완료하였다. 다음으로 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙(별표2)」에 관련된 영양비급여대상¹⁸⁾ 의료서비스에 대한 코드표준화를 2014년 중 완료를 목표로 하여 추진하고 있다.

건강보험심사평가원은 전체적으로 2016년까지 영양비급여대상 의료서비스 코드표준화를 완료할 계획이다. 그리고 이의 사용을 의무화할 계획이다. 이러한 정책들이 시행이 되면 소비자는 요양기관의 비교평가를 용이하게 할 수 있게 된다. 실손의료보험은 보장여부 확인과정에 따르는 행정비용이 절감되고, 영양비급여에 대한 지급통계를 집적할 수 있으며, 임의비급여 구분이 가능하게 되어 보장대상 여부 판단이 용이해지게 된다. 공적부분의 인프라 구축이 실손의료보험의 운영 합리화에 도움이 되는 것이다.

18) 건강검진, 쌍꺼풀 수술, 악안면 수술, 한방첩약, 치아보철, 상급병상 등.

나. 진료비상세내역 서식표준화

요양급여대상은 진료비상세내역서가 표준화되어있는 데 반해, 요양비급여대상은 병원별로 그러하지 않은 상황이다.

2014년 1월 개인의료보험정책협의회는 서식표준화를 추진하는 방안을 논의한 바 있다. 시행이 된다면 이 정책은 요양기관의 경쟁을 촉진하고 실손의료보험의 행정비용 절감 효과 및 보험금 부당지급을 줄이는 효과를 얻을 것이다.

다. 요양비급여 진료비 고지제도 확대

보건복지부는 환자의 알권리를 확대하고 진료비용에 대한 예측가능성을 확보하기 위하여 2009년 「의료법」 개정을 통해 요양비급여 진료비용 고지제도를 도입하였다. 요양기관 개설자로 하여금 요양비급여대상 항목 및 그 가격을 기재한 책자를 비치하거나 인터넷상에 고지하도록 한 것이다.

그런데 소비자의 활용도가 높지 않아 보건복지부는 2013년 7월 ‘비급여진료비용 고지지침’을 개정하기에 이르렀다. 건강보험법이 고시한¹⁹⁾ 요양비급여 항목 용어와 분류체계를 따르도록 고지내용을 표준화하고, 표준양식을 따르도록 하며, 고지 내용의 요양기관 내 비치 장소 지정 및 홈페이지 첫 화면 배치 등을 통해 접근성을 높이고자 하였다(의료법 제45조(비급여 진료비용 등의 고지)).

한편, 건강보험심사평가원은 홈페이지에 요양비급여 진료비 정보를 공개하고 있다. 43개 상급종합병원의 요양비급여 진료비를 2012년 1월부터 6개 항목²⁰⁾ 24개 세부항목을 공개하였고 2013년 9월부터 추가로 4항목²¹⁾ 8개 세부항목을 공개하고 있다. 2014년 2월부터는 대상 요양기관을 확대하여 300명상 이상 종합병원(282개소)

19) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」와 「치료재료급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」고시의 비급여 목록.

20) 상급병실차액, 초음파진단료, PET진단료, 캡슐내시경 검사료, 제증명수수료, 교육상담료.

21) MRI진단료, 치과임플란트료, 다빈치로봇수술, 양수염색체검사료.

중 110개 기관에 대해 10개 항목을 공개하고 있다. 향후 공시대상 요양기관을 확대해 나갈 예정이다.

요양비급여대상에 대한 질관리가 미흡하고 요양비급여 진료비가 상승추세에 있는 상황에서 고지항목 확대, 대상 요양기관 확대 정책은 환자가 본인부담 진료비를 요양기관별로 비교평가 할 수 있게 하여 합리적으로 요양기관을 선택할 수 있게 할 것이다. 그리고 이는 요양기관 간 경쟁을 촉진하여 서비스의 질 개선, 가격 투명성 제고, 그리고 요양비급여 진료비 인하를 가져올 수 있다.

2. 의료서비스 공급방법 개선

가. 제3자지급제 도입방안 및 문제점

1) 도입방안

정부 혹은 공·사보험자가 의료서비스를 환자에게 공급하는 방법은 직접공급과 간접공급으로 분류할 수 있다(〈표 IV-1〉 참조). 직접공급방법은 정부(조세) 혹은 공·사보험자(보험료)가 의료비재원을 조달하고 이 재원으로 의료서비스를 공급할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 소비자 혹은 피보험자에게 공급하는 방법이다. 우리나라는 보건소가 이에 해당된다고 할 수 있다.

간접공급방법은 정부 혹은 공·사보험자는 의료비 재원만을 조달하고 의료서비스를 공급할 수 있는 시설과 인력을 갖춘 의료공급자와 계약 등을 통해 의료서비스를 환자에게 공급하는 방법이다(이규식 2002). 간접공급방법은 의료공급자에게 진료비를 누가 지급하느냐에 따라 상환제(환자)와 제3자지급제(정부 혹은 공·사보험자)로 분류된다. 상환제는 환자가 의료공급자에게 지급한 진료비를 환자의 청구에 따라 정부 혹은 공·사보험자가 환자에게 상환해 주는 제도이다. 제3자지급제는 당사자인 환자가 아니라 제3자인 정부 혹은 공·사보험자가 의료공급자에게 진료비를

지급하는 제도이다. 우리나라 국민건강보험은 제3자지급제이고 실손의료보험은 상환제이다.

〈표 IV-1〉 의료서비스 공급방법 및 주요 특징

종류	직접공급방법	간접공급방법	
		상환제	제3자지급제
재원조달 주체	· 정부 · 공·사보험자	· 정부 · 공·사보험자	
진료비 청구 주체	· 의료공급자와 재원조달자가 동일하여 해당 없음	· 소비자 혹은 피보험자	· 의료공급자
의료공급자 에게 진료비 지급 주체	· 의료공급자와 재원조달자가 동일하여 해당 없음	· 소비자 혹은 피보험자	· 정부 · 공·사보험자

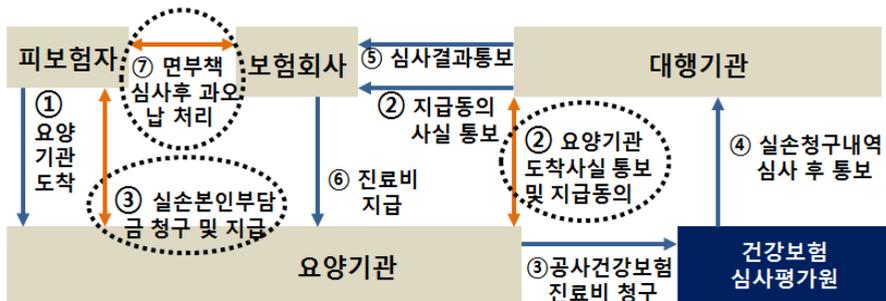
상환제에서 피보험자는 많은 청구서류를 준비하고 보험회사에 직접청구해야 하기 때문에 불편 및 시간소모를 감수해야 하며 경우에 따라서는 보험금 청구를 포기하기도 한다. 이러한 피보험자에게 발생하는 문제점을 해소하는 방법 중의 하나가 제3자지급제의 도입이다(조용운·김세환 2008; 조용운·김경환 2010).

실손의료보험 제3자지급제는 진료비를 당사자인 환자를 대신하여 보험회사(제3자)가 요양기관에 지급하는 제도이다. 조용운·김경환(2010)에 따르면 우리나라의 상황에서 이 제도의 운영효율성을 극대화할 수 있는 체계는 건강보험심사평가원을 경유하는 것이다. 보험회사와 요양기관이 보장내용 및 지급방법(행위별수가제, 포괄수가제 등) 등에 대해 계약을 체결하고 전산망을 구축하는 것이 하나의 방법일 수 있지만 요양기관이 계약에 응할 유인이 없고 계약과정에서 양당사자가 많은 행정력을 소모해야 할 뿐만 아니라 많은 전산망 구축비용을 지급해야 하기 때문이다. 건강보험심사평가원을 경유하면 전산망 구축비용이 큰 폭으로 절감되게 된다(〈그림 IV-1〉 참조).

- ① 환자가 요양기관에 도착하면 ② 요양기관은 실손의료보험 피보험자임을 확인

하여 초진기록 등을 실손의료보험관리 대행기관에 통보한다. 요양기관은 진료비 지급주체를 확인하여야 하기 때문이다. 대행기관은 집적하고 있는 실손의료보험 계약 정보를 이용하여 요양기관에 진료비를 보장한도 내에서 지급할 것을 동의함과 동시에 보험회사에 지급동의 사실을 통보한다. ③ 요양기관은 진료 후 피보험자(환자)에게 실손의료보험 본인부담금 - 국민건강보험 본인부담금보다는 훨씬 적은 금액 - 을 청구함과 동시에 건강보험심사평가원에 진료비내역을 전송하여 공·사건강보험 진료비 심사청구를 한다. ④ 건강보험심사평가원이 요양기관에 대한 심사·평가를 하고 결과를 대행기관에 전송하면 ⑤ 대행기관이 요양기관에 대한 심사·평가 결과를 보험회사에 통보한다. ⑥ 보험회사(제3자)는 요양기관에 실손의료보험 진료비를 지급함과 동시에 ⑦ 피보험자에 대한 면부책 심사를 하여 과오납이 발생한 경우 이에 대해서 정산을 한다.

〈그림 IV-1〉 제3자지급제(안)



이 제도는 상환제로 인한 여러 가지 문제를 해결할 수 있다. 첫째, 번거로운 청구 절차에 따른 실손의료보험 피보험자의 불편함과 시간소모가 발생하지 않는다. 둘째, 피보험자의 보험금 청구포기 사례가 발생하지 않는다. 셋째, 피보험자는 보험에 가입했는데도 불구하고 목돈을 마련해야 하는 부담이 발생하지 않는다. 넷째, 보험회사는 의료공급자에 대한 심사·평가 기회를 얻는다. 다섯째, 보험회사는 다량의 청구서류를 수작업으로 처리함에 따른 비용을 절감하여 운영의 효율성을 제고할 수 있다. 마지막으로, 보험회사는 양질의 데이터를 얻을 수 있다.

2) 문제점

제3자지급제는 여러 장점에도 불구하고 도입되기에는 실무적으로 어려움이 많을 것 같다. 요양기관은 여러 가지 어려움에 직면하게 된다. 첫째, 가장 큰 어려운 문제인데, 요양기관은 보험회사로부터 보험가입여부 확인 및 지급동의를 환자 도착 시점에 받아야 하는데, 이를 수행하는 것은 사실상 가능하지가 않다. 요양기관과 보험회사는 진료내용 및 지급방법에 대해서 계약한 바가 없기 때문에 보험회사는 어느 정도까지 지급할 것을 동의해야 하는지 알 수가 없기 때문이다. 과도한 고급의료서비스 등의 공급이 있을 수 있으나 이에 대한 계약이 이루어져 있지 않은 것이다. 그러한 계약을 하는 것은 요양기관의 참여 유인이 없기 때문에 어려움이 많을 것이다. 둘째, 보험회사로부터 보험가입여부 확인 및 지급동의를 받기 위한 시간이 필요하기 때문에 진료시간이 지체된다. 이는 응급 환제에게 문제가 될 수 있다. 셋째, 보험상품이 복잡하고 다양하여 요양기관이 환자 진료비 수납단계에서 실시간으로 실손의료보험 본인부담금을 산출하는 것이 어렵다. 2009년 이후 상품은 표준화되어 있지만 그 이전 상품은 그렇지 않다. 넷째, 수납단계에서 환자와 실손의료보험 본인부담금에 대한 이견이 발생할 경우 요양기관이 설명해야 하는 부담이 있다. 마지막으로, 진료비 회수를 위해서 긴 기간(1~2주)을 기다려야 하기 때문에 요양기관은 단기적 현금유동성 악화문제에 직면하게 된다.

보험회사에게도 여러 어려움이 발생한다. 첫째, 보험회사는 지급동의를 어느 진료 수준까지 해야 하는지 기준을 가지고 있지 않다. 둘째, 보험회사는 피보험자가 요양기관에 진료비를 수납할 때 실시간으로 실손의료보험 본인부담금을 산출하여야 한다. 그러나 상품이 다양하기 때문에 이 시스템을 갖추는 것은 비용이 많이 들고 기술적으로 어려움이 많다. 셋째, 보험회사는 피보험자와 면부책 등으로 인한 과오납에 대해서 사후적으로 정산을 해야 하지만 피보험자의 환급 거부로 회수불능 상태에 직면할 수 있다. 보험회사가 피보험자 심사를 하는 과정에서 면부책 해당사항, 피보험자의 고지의무위반 등으로 지급해서는 아니될 경우로 밝혀지면 피보험자가 진료비를 지급해야 한다. 그러나 보험회사는 피보험자가 요양기관에 도착한 시점에 지급동

의를 한 상태이기 때문에 보험회사가 요양기관에 진료비를 지급한 상태에 있다. 사후에 보험회사는 환급을 받아야 하지만 이는 가능하지 않을 수 있다. 마지막으로, 요양기관은 지급동의를 받는 과정에서 환자가 실손의료보험 피보험자임을 사전에 인지할 수 있으므로 과잉진료를 할 가능성이 있다.

한편, 환자의 편리성 증대, 본인부담진료비 마련 불필요 등으로 요양기관 접근성이 증가하여 국민건강보험 재정에 부정적 영향을 줄 수 있다는 논란이 제기될 수 있다.

나. 제3자청구제 도입

1) 도입방안

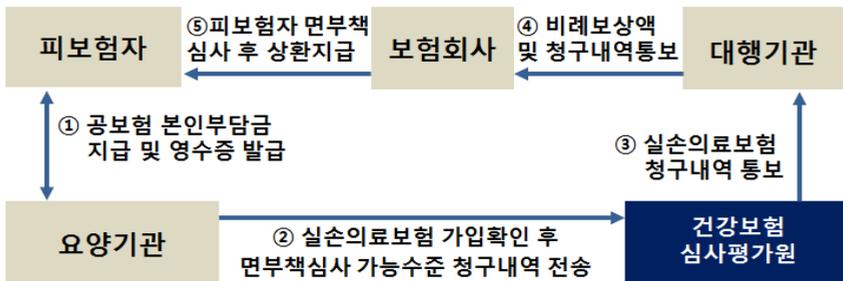
실손의료보험 제3자지급제는 요양기관과 보험회사에 발생할 수 있는 여러 문제점을 볼 때 적절하지 않은 제도이다. 조용운·김경환(2010)은 대안으로 ‘실손의료보험 제3자(요양기관)청구제’를 제안한 바 있다. 제3자청구제와 상환제가 다른 점은 보험회사에 보험금 청구를 피보험자 대신 요양기관이 수행한다는 것이다. 요양기관이 청구를 대행하기 때문에 청구절차에 따른 피보험자의 불편함이 발생하지 않으며 보험금 미청구건이 발생하지 않게 된다. 그리고 건강보험심사평가원을 경유하여 청구하도록 하면 전산망 구축에 따른 비용을 최소화할 수 있을 것이다.

제3자청구제에서 ① 요양기관은 진료비 수납단계에서 현재와 같이 피보험자로부터 국민건강보험 본인부담진료비를 전액 수령한다. 이로 인해 첫째, 요양기관이 진료비 수납단계에서 실시간으로 실손의료보험의 환자본인부담금을 산출할 필요가 없다. 실손의료보험 상품의 다양성으로 인해 발생할 수 있는 실손의료보험 본인부담금 산출의 어려움이 발생하지 않는 것이다. 둘째, 환자가 요양기관에 도착하는 시점에서 지급동의 절차가 불필요하여 동의 내용을 사전에 정할 필요가 없다. 요양기관과 보험회사 사이에 보장내용 및 지급방법 등에 대한 계약이 필요하지 않은 것이다. 셋째, 요양기관의 단기적 현금유동성 악화에 대한 우려가 해소된다. 넷째, 환자의 요양기관 수납단계에서 요양기관과 피보험자 사이에 실손의료보험 본인부담금에 대한

이권이 발생할 소지가 사라진다. 다섯째, 실손의료보험 피보험자에 대한 사전인지에 따른 과잉진료 가능성이 줄어들게 된다. 여섯째, 피보험자는 국민건강보험 본인부담 진료비 전액을 마련해야 하기 때문에 제도개선에 따른 과잉의료이용이 발생하지 않는다. 마지막으로, 제3자청구제는 현재의 상환제와 같이 실손의료보험 피보험자가 요양기관에 국민건강보험 본인부담진료비를 지급한다. 제3자지급제에서 발생할 수 있는 국민건강보험 재정에 대한 부정적 영향은 발생하지 않는 것이다.

② 요양기관이 진료비 수납단계에서 실손의료보험 피보험자임을 환자로부터 확인하고 실손의료보험 진료비내역을 건강보험심사평가원에 전송한다. 환자가 요양기관에 도착하는 시점이 아니라 수납단계에서 피보험자임을 확인하므로 피보험자임을 사전에 인지함에 따른 과잉진료가 발생하지 않게 된다.

〈그림 IV-2〉 제3자청구제



③④ 건강보험심사평가원이 대행기관을 경유하여 보험회사에 청구내역을 전송한다. 이 단계에서 요양기관이 청구한 요양비급여 진료비에 대한 심사를 할 수도 있으나 심사기준이 사전에 마련되어 있어야 가능하다. 실손의료보험의 진료수가기준은 현재 마련되어 있지 않다. 심사기준 마련은 요양기관과의 합의가 전제되어야 하기 때문에 장기적으로 검토할 사안이다.

⑤ 보험회사는 면부책심사 및 고지의무위반 등을 심사 후 피보험자에게 보험금을 지급한다. 부당지급한 보험금에 대한 과오납처리가 필요하지 않게 된다.

제3자청구제에서는 상환제로 인한 보험금 미청구 문제, 소비자불편 등의 문제가 발생하지 않게 된다. 그리고 제3자지급제에서 발생하는 대부분의 문제점이 발생하

지 않게 된다. 다만 제3자지급제에서 피보험자는 소액의 실손의료보험 본인부담금을 마련하면 되었지만 제3자청구제에서는 현재와 같이 국민건강보험 본인부담금을 마련하여야 한다는 부담을 현재와 같이 계속해서 안고 있게 된다.

2) 대항기관

제3자청구제를 도입할 경우 현행 제도와 비교할 때 ① 환자의 실손의료보험 가입 여부 확인업무와 ② 중복보험의 처리(비례보상액 결정)업무가 추가될 것으로 예상된다. 동 업무를 수행하기 위해서는 모든 보험회사의 보험계약내역을 한 기관이 집적하고 관리하는 것이 필요하다. ③ 정보누락 여부의 확인, 진료코드의 확인 등을 통한 시스템의 효율화 업무가 필요하다. 제3자청구제를 도입할 경우 대항기관이 필요한 것이다.

유사한 해외사례로 미국의 보건의료정산소(health care clearing house)가 있다. 이는 의료비청구서비스(billing service), 수가산정(repricing), 지역사회 의료관리 정보제공, 또는 부가가치통신망(values added networks)이나 정보교환(switch) 서비스 등의 역할을 수행하는 민영 또는 공영 기관을 말한다(HIPAA §160.13). 주로 다른 기관에서 받은 비표준화 서식이나 자료를 표준화된 서식이나 자료로 전환 처리하거나 전환을 지원하는 역할을 한다. 보건의료정산소는 요양기관과 보험회사 사이에서 의료공급자를 대신해 코드 입력이나 보험금 청구를 대신해 주는 것이 아니라 전체 프로세스를 보다 효율적으로 만드는 역할을 한다. 의료공급자의 청구서류를 받아 정보 누락 여부 확인, 진료코드의 확인, 개별보험회사에서 요구하는 별도의 기재사항 확인, 의학적 필요성 기준의 충족여부 점검 등의 서비스를 제공한다. 별 문제가 없을 경우 청구서류를 보험회사에 전송하고 문제가 있을 경우 의료공급자에게 사유와 함께 반송한다(조용운 외 2인 2010).

보건의료정산소는 요양기관으로부터 건당 수수료(일반적) 등을 받고 있다. HIPAA법은 “관련기관이 의료플랜에 표준처리방식으로 처리할 것을 요구하는 경우 의료플랜은 이에 따라야 한다”라고 규정하고 있다. 의료플랜 측에 처리의 표준화를

의무적으로 시행할 것을 요구하고 있는 것이다. 그에 따라 보건의료정산소 서비스는 표준화 요구 충족 등을 위해 의료공급자에게 필요하다.

보건의료정산소는 단순 코드변환이나 정보전달 외의 서비스를 개발해 가고 있다. 보건의료정산소는 양질의 보고서, 자료 분석, 처리가 어려운 부분에 대한 접근방법 개발 등의 서비스를 개발해 가고 있어 역할이 중요해 지고 있다.

3) 청구방법 및 내용

제3자청구제에서 요양기관이 청구하는 방법으로 인터넷(Web-base 시스템), EDI, 서면청구 방식이 있을 수 있다. 실손의료보험은 보험금 청구 및 지급사유가 빈번히 발생하여 서면청구 방식은 행정비용이 과다하게 소요된다. 요양기관이 수많은 건의 서류를 발급하여야 하고 보험회사는 이를 일일이 전산입력하여야 하기 때문이다.

국민건강보험이 구축하고 있는 EDI 방식은 통신회사가 위탁운영하고 있는데, 관리비용이 과도하게 소요된다. 이러한 이유로 국민건강보험은 최근에 관리비용이 거의 소요되지 않는 인터넷 방식을 도입하였다. 제3자청구제는 국민건강보험의 인터넷 방식을 활용하는 것이 가장 효율적일 것이다.

청구내용은 보험회사가 면부책 심사를 할 수 있도록 진료비 및 진단명을 포함한 진료비상세내역서의 내용이면 적절할 것이다.

4) 심사·평가 없는 제3자청구제 법적 검토

제3자청구제는 현행 법제상 다음의 세 가지 측면에서 법적 근거 마련을 필요로 한다.

- i) 요양기관이 실손의료보험 보험금 청구를 대행할 법적 근거
- ii) 요양기관이 요양비급여대상 진료내역을 건강보험심사평가원에 송부해야 할 법적 근거
- iii) 건강보험심사평가원이 요양비급여대상을 포함한 진료내역을 보험회사에 송부할(또는 보험회사가 건강보험심사평가원에 요청할) 법적 근거

“i)”의 경우에는 보험약관에 ‘제3자청구권’을 명시함으로써 해결할 수 있으나, 과거의 모든 약관에 명시할 수 없다는 문제가 있다. 따라서 이를 근원적으로 해결하기 위해서는 「보험업법」상 이를 명시할 필요가 있다.

“ii)와 iii)”의 경우는 넓게는 요양기관이 진료내역을 보험회사에 송부하는 것으로서 기본적으로는 「의료법」 혹은 「국민건강보험법」상 법적 근거를 마련하는 것이 선행될 필요가 있다. 그리고 세부적으로는 “ii)”의 경우 건강보험심사평가원이 확인업무를 대행하고 요양기관으로부터 진료내역을 송부받기 위해서는 「국민건강보험법」상 법적 근거를 마련할 필요가 있으며, “iii)”의 경우는 보험회사의 요청 근거를 「보험업법」상 반영시킬 필요가 있다.

결국, 제3자청구제를 추진하기 위해서는 「보험업법」과 「국민건강보험법」 및 「의료법」 모두를 개정하여야 할 것이다. 그리고 별도의 특별법을 제정하는 방안도 있다.

심사·평가 없는 제3자청구제의 경우에도 보험회사는 업무위탁을 통해 개별적으로 건강보험심사평가원에 진료비 확인위탁을 할 수 있을 것이다.

5) 심사·평가 있는 제3자청구제

심사·평가를 하기 위해서는 요양비급여대상 의료서비스에 대해 진료수가기준을 마련하고 이를 기준으로 심사·평가할 수 있는 법적 근거가 필요하다.

가) 요양비급여대상에 대한 진료수가 결정

실손의료보험이 보장하는 국민건강보험의 본인일부부담금은 국민건강보험 진료수가 기준에 따라 결정되고 요양비급여 진료비는 실제 소요비용인 일반수가(일반시장거래 가격)에 의해 결정된다. 그러나 요양비급여대상 의료서비스를 아무런 가격이나 공급량에 대한 제약없이 공급할 수 있는 상태에 있다. 요양비급여 진료비는 별도의 산정기준이 정해져 있지 않은 것이다.

요양비급여진료수가기준을 마련하기 위해서는 먼저 요양비급여대상 진료행위 자료 집적이 필요하다. 수가기준 결정을 위해 보험회사는 집적자료가 충분해야 하나 현재 요양비급여대상 진료행위 세부항목에 대한 자료가 미흡하다. 보험회사는 진료비영수증의 진료항목별 금액 수준의 자료만을 보유하고 있는 상태이다. 현재 상태에서 진료수가를 결정하기에 어려움이 있는 것이다.

제3자청구제가 도입된 후 장기적으로 이러한 문제는 줄어들 수 있다.²²⁾ 단기적으로 심사·평가 없는 체계로 운영하고 장기적으로 심사·평가 있는 체계로 전환을 검토할 수 있다.

나) 요양비급여대상에 대한 진료수가 계약 방법

요양비급여대상진료수가 기준이 구속력을 갖기 위해서는 보험회사와 의료계 간 계약이 필요하다. 첫째, 개별 보험회사와 개별 요양기관 간 계약하는 방법이 있으나 이는 행정력이 과다하게 소요되고 중소보험회사는 참여하기 어려워 현실성이 없다. 둘째, 전체 보험회사 단체와 전체 의료계 단체가 요양비급여진료수가에 대해 계약하는 방안이다. 행정적으로 간편하나 의료계 단체 전체가 계약에 참여할 가능성이 적다. 마지막으로, 주요 보험회사와 규모별(종별), 지역별, 의료서비스 종류별 요양기

22) 요양기관 청구가격을 조사하는 방법이 있음. 병원급 이상은 홈페이지에 요양비급여 대상 내용을 게시하고 있어 이를 참고할 수 있으나, 게시내용이 이해하기 어렵게 되어 있음. 의원급은 요양비급여 진료항목과 비용이 담긴 책자를 접수창구에 비치하고 있으나 일일이 이를 조사하는 것은 어려움이 있을 것임. 피보험자가 보험금 청구과정에서 제출한 상세내역서를 입력하는 방법 역시 많은 비용이 소요될 것임.

관 대표협의체를 통한 계약방안이 있다. 이 방법은 전체와 계약하는 방법보다는 현실성이 있다고 할 수 있지만 참여부분과 미참여부분 사이의 혼란이 조성될 수 있다. 효율성을 기준으로 한다면 전체 보험회사 단체와 전체 의료계 단체가 계약하는 것이 가장 바람직하다고 할 수 있다.

다) EU 주요국의 영양비급여진료수가 결정사례

EU국가들의 경우 공보험의 본인일부부담금 보완형 민영의료보험은 상환제 방식을 취하고 있는 경우가 많다(〈표 IV-2〉 참조). 그러나 공보험에서 보장하지 않는 의료서비스를 보장하는 보충형 민영의료보험은 대부분 요양기관과 의료서비스 계약을 체결하고 가격을 정하고 있다. 수가는 주로 개별보험회사가 요양기관과 협상을 통해 결정하고 있으나, 벨기에나 이탈리아는 국가가 개입하고 있고, 프랑스, 독일, 슬로베니아는 요양기관이 가격을 결정하고 있다.

〈표 IV-2〉 주요국의 실손의료보험 수가결정 방법

국가	요양기관과 계약체결 여부	가격 산정 방법
오스트리아	○	보험협회가 요양기관과 협상
벨기에	○	국가차원에서 공적건강보험과 요양기관대표가 협상
프랑스	×	요양기관이 정함
독일	△*	요양기관이 정함
아일랜드	○	VHI보험사가 요양기관과 협상(타사들은 이를 준용)
이탈리아	○	국영병원은 국가에서 정함, 민영병원은 보험사와 협상
덴마크	○	보험회사가 개별병원과 협상
슬로베니아	○	요양기관이 정함
스페인	○	보험회사가 개별병원과 협상
스웨덴	○	보험회사가 개별병원과 협상
영국	○	보험회사가 개별병원과 협상

주: * 민영보험환자만 치료하는 병원과 하며 이외의 병원과는 별도의 서비스 계약 없음.
 자료: Private health insurance in the EU, Sarah Thomson 외 1인(2009).

다. 의료서비스 공급체계 해외사례

해외 공·사건강보험은 피보험자에게 편의를 제공하기 위하여 일반적으로 공보험의 요양비급여대상에 대해서 제3자지급제를 채택하고 있다. 미국은 민영보험인 직장의료보험에서 3자지급제를 먼저 도입하였고, 그 후 공보험인 메디케어와 메디케이드를 제3자지급방식으로 도입함에 따라 제3자지급제가 보편화되었다. 이러한 추세에 따라 개인의료보험에서도 의료공급자들과 의료보험자들은 피보험자의 편의성 증대와 관리의료를 통한 의료비 절감을 위해 제3자지급제를 도입하게 되었다.

한 예로 MPFFS(Medicare Private Fee-for-Service)가 있다. 이는 민영보험회사와 메디케어가 계약하에 운영하는 메디케어 보충형 보험 중의 하나이다. 피보험자는 의료공급자를 자유로이 선택할 수 있고 1차요양기관을 두고 있지 않아 어떤 면에서는 전통형 의료보험(indemnity)과 같다. 우리나라의 실손의료보험과 매우 유사한 형태이다. MPFFS의 피보험자를 진료하는 의료공급자는 피보험자에게 본인부담금을 청구하고 나머지 진료비는 MPFFS가 주계약일 경우 보험자에게 청구한다. 호스피스 서비스와 같은 고액 의료비가 발생하는 일부 서비스는 상환제로 공급하고 있다.

네덜란드는 2006년 1월 이후 SBHI(Standard or Basic Health Insurance)로 알려진 민영의료보험자(영리 혹은 비영리법인)만이 남아 있다. 보험자는 의료공급자와 계약하에 현물급여상품과 미계약 의료공급자를 이용하는 경우를 위한 상환제 급여상품을 제공할 수 있으며, 결합상품도 제공할 수 있다. 피보험자는 자유로이 보험자, 상품, 의료공급자를 선택할 수 있다. 피보험자가 SBHI와 계약한 의료공급자를 이용할 경우 SBHI가 의료공급자에게 진료비를 지급한다. 제3자지급제인 것이다. 피보험자가 미계약 의료공급자를 선택할 경우 피보험자는 보다 많은 본인부담금을 부담해야 하고 급여부분의 진료비를 상환제로 SBHI에게 청구하여야 한다(조용운·김세환 2008).

호주는 1차요양기관에 해당하는 일반의에게 선택권을 주고 있다. 1차요양기관 진료비는 모두 공적 보험이 보장하고 있고 민영의료보험은 보장하지 않는다. 일반의는 민간인 신분이며 총량제한 없는 진료행위당수가(Uncapped medical fee and

fee-for-service)로 진료비를 산정하고 이를 환자에게 청구할 수 있고 메디케어에 청구할 수도 있다. 일반의가 환자에게 청구한 경우는 상환제가 적용된다. 환자는 일반의에게 진료비를 지급한 후 메디케어에 청구하여야 하는 것이다. 메디케어는 의료수가²³⁾에 따라 환자에게 상환 지급하고 기준수가를 초과하는 부분은 환자 본인부담으로 남는다.

일반의가 메디케어에 청구하는 경우는 제3자지급제에 해당된다. 이 때 메디케어는 기준수가의 85~100%를 적용하여 일반의에게 지급하며 환자의 본인부담은 없다(조용운 외 2인 2014). 환자가 제3자지급제를 선호하므로 일반의는 환자 유치를 위해 제3자지급제를 선택한다. 호주는 이러한 제도를 도입하여 일반의 사이의 경쟁을 유발하여 의료비를 절감하고자 하고 있다.

일반적으로 해외 공·사건건강보험은 제3자지급제를 채택하고 있다고 할 수 있다. 우리나라의 국민건강보험도 제3자지급제를 채택하고 있지만 실손의료보험이 동 제도를 도입하기에는 어려움이 많을 것이다. 제3자청구제는 해외사례를 찾아보기 힘들지만 우리나라 상황으로 볼 때 적절한 대안으로 보인다.

3. 보장내용제도 정비

가. 실손의료보험자의 불합리 해소

1) 신의료기술등에 대한 보험금 분리지급

국민건강보험은 요양급여대상 혹은 요양비급여대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료재료(이하 '신의료기술등')를 사전적으로 요양비급여대상으로 간주하고 있다. 실손의료보험은 약관상 요양비급여대상을 보장하고 있기 때문에 신의료기술

23) 메디케어(Medicare Australia)는 의료수가(MBS: Medical Benefits Scheme) 및 약품수가(PBS: Pharmaceutical Benefits Scheme)를 정하고 그에 따라 진료비를 지급함.

등을 일단 보장하여야 한다.

요양기관은 신의료기술등을 환자에게 처음으로 적용하였을 경우 30일 이내에 요양급여대상 승인신청을 하여야 한다. 그리고 요양기관은 신의료기술등의 요양급여대상 승인신청 후 150일(치료재료 270일)이 지나서야 그 심사결과를 알 수 있다. 심사결과가 임의비급여대상으로 분류되면 이는 실손의료보험의 보장대상이 아니다. 그러나 보험회사는 보험금청구가 있는 날부터 3일 이내에 보험금을 지급해야 하기 때문에 이미 보험금을 지급한 상황이다. 보험회사는 피보험자에게 추후에 반납에 대한 확인서를 받기는 하지만 반납 받는 경우는 드물다.

의료산업에게는 신의료기술등을 개발할 수 있는 재원확보의 기회가 되겠지만 보험회사는 보장하지 않아야 할 것도 보장하는 불합리를 감수해야 하는 것이다. 이러한 제도는 검증되지 않은 신의료기술등의 과잉 공급을 유인할 수 있으며, 부당한 지급보험금 증가로 인해 실손보험료 상승의 원인이 될 수 있다.

본 연구가 제안하는 대책 중의 하나는 승인신청대상 신의료기술등을 구별할 수 있도록 별도의 진료코드를 마련하고 이에 대해서는 승인심사 결과를 확인한 후 보험금을 지급하도록 하는 것이다. 즉, 신의료기술등은 시차를 두고 보험금을 지급할 수 있는 ‘보험금분리지급제도’의 도입을 제안한다.

2) 진료비확인제도 개선

가) 현행 환자의 진료비확인제도

건강보험심사평가원은 진료비확인제도를 운영하고 있다(「국민건강보험법 제43조의2(요양급여 대상여부의 확인 등)」). 동 제도는 진료를 받은 사람 또는 가족의 신청으로 전액본인부담대상과 요양비급여대상 의료서비스에 대해서 부담한 비용이 요양급여대상에 해당하는지를 건강보험심사평가원에서 확인할 수 있는 제도이다.

건강보험심사평가원에 따르면 2013년 진료비 확인요청 건수는 2012년 대비 3.0% 증가한 24,843건이며, 전체 처리건 중 41.5%에서 환급금이 발생하였다. 2013년 요

양기관 전체 환급 처리건율은 41.5%로 2012년 46.3%보다 낮아졌지만, 여전히 환급 건율이 높은 수준이다.

환급 총액은 30억 원에 이른다. 환급유형별로는 진료수가에 포함되어 있어 별도로 환자에게 징수할 수 없는 비용을 요양기관이 별도산정불가항목 요양비급여 처리하여 환자로부터 받아 환급된 금액이 39.9%로 가장 많았으며, 요양급여대상을 임의비급여대상으로 처리하여 환자로부터 받아 환급된 금액이 36.6%로 뒤를 이었다. 이렇게 요양기관이 요양급여대상을 요양비급여로 처리한 금액은 실손의료보험이 지급한 경우 부당한 보험금 지급이 된다.

〈표 IV-3〉 2013년 진료비확인제도를 통한 환급 유형별 현황

(단위: 천 원, %)

환불유형		환급금액	비율
계		3,054,359	100.0
급여대상 진료비 임의비급여 처리	소계	1,118,499	36.6
	처치, 일반검사 등	746,507	24.4
	의약품, 치료재료	159,180	5.2
	CT, MRI, PET 등	212,813	7.0
별도산정불가항목 요양비급여 처리		1,217,773	39.9
선택진료비 과다징수		204,798	6.7
상급병실료 과다징수		50,428	1.7
신의료기술등 임의비급여		399,865	13.1
제출된 관련 자료에 의한 정산처리		51,428	1.7
기타(청구착오, 계산착오)		11,569	0.4

자료: 건강보험심사평가원 보도자료(2014. 3. 4).

의료계에서는 진료비확인제도가 환자와 요양기관 간의 신뢰에 악영향을 끼치고 있다고 지적하고 있지만, 건강보험심사평가원은 요양기관의 본인부담금 과다징수

행태 개선을 유도하는 효과가 있다고 평가하고 있다.

건강보험심사평가원은 요양기관의 지적과 관련하여 ‘진료비 환급 예측 서비스’를 시행하고자 하고 있다. ‘진료비 환급 예측 서비스’는 환자가 환급 가능여부를 확인해 보고 그 중 환급이 예측되는 경우 진료비 확인요청을 접수하도록 안내하는 서비스로 2013년 10월 시범 운영을 시작으로 2015년까지 3개년에 걸쳐 단계별로 서비스가 확대될 예정이다.

나) 보험회사의 진료비확인제도 도입

요양비급여대상과 임의비급여대상의 구별이 어려운 경우 실손의료보험은 진료를 받은 사람 또는 가족이 건강보험심사평가원에 요양급여대상 여부 확인을 신청하도록 하여 임의비급여대상일 경우 피보험자와 지급보험금을 조정하고 있다. 진료를 받은 사람 또는 가족의 불편을 초래하고 보험회사의 행정력 소모가 발생하고 있는 것이다.

그 동안 보험회사는 진료비확인제도를 이용하여 요양급여대상 의로서비스 여부를 직접 확인 할 수 있도록 제도 개선을 요청해 왔다. 보험회사가 건강보험심사평가원에 확인요청을 하면 건강보험심사평가원은 확인해 주는 제도이다. 이 제도를 통해 피보험자의 불편이 줄어들 것이다. 그리고 보험회사는 요양비급여대상과 임의비급여대상을 구분할 수 있게 되어 피보험자에게 지급되지 않아야 할 진료비를 파악할 수 있게 된다.

다) 법적 검토

보험회사 진료비확인제도는 요양비급여진료비 확인업무를 타 기관에 위탁함에 있어 위탁 관련 법규상 업무위탁의 제한 사항에 해당되지 않으면 도입될 수 있을 것으로 본다. 보험업법은 기본적으로 보험회사의 업무위탁에 대하여 규정하고 있지 않다. 따라서 보험회사의 업무위탁에 대해서는 금융위원회가 고시한 「금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정」이 적용될 것이다. 동 규정은 다음과 같은 내용을 포함하고

있다. 첫째, 동 규정 제2조 제1항에서는 적용대상이 되는 “금융기관”에 보험업법에 의한 보험회사를 포함시킴으로써, 보험회사가 동 규정의 적용대상임을 명확히 하고 있다. 둘째, 동 규정에서 “업무위탁”이라 함은 금융기관이 인가 등을 받은 금융업을 영위하기 위하여 제3자(개인을 포함한다)의 용역 또는 시설 등을 계속적으로 활용하는 행위를 말하는 것으로 정의하고 있다(제2조 제2항). 셋째, 동 규정은 다음의 업무에 대해서는 업무위탁을 하지 못하도록 금지하고 있다(제3조 제1항).

- ① 인가 등을 받은 금융업의 본질적 요소를 포함하는 업무²⁴⁾를 위탁하는 경우
- ② 관련 법령에서 금융기관이 수행하도록 의무를 부여하고 있는 경우
- ③ 업무의 위탁 또는 수탁으로 인하여 당해 금융기관의 건전성 또는 신인도를 크게 저해하거나 금융질서의 문란 또는 금융이용자의 피해 발생이 심히 우려되는 경우

여기서 검토할 필요가 있는 부분은 피보험자에게 지급금액을 결정하기 위한 면부책 여부의 확인업무가 “인가 등을 받은 금융업의 본질적 요소를 포함하는 업무”에 해당하는지의 여부일 것이다. 그러나 면부책 여부 확인업무는 보험금 지급여부 심사 및 결정의 전단계에 해당하는 업무이며, 보험업법 제188조에서 보험회사가 손해사정업자에게 위탁할 수 있는 업무²⁵⁾ 중 ‘손해액 및 보험금의 사정’에 포함된다고 판단

24) 동 규정 〈별표 1〉에서는 보험업의 본질적 요소를 포함하는 업무로 다음의 사항을 적시하고 있음.

- 보험모집 및 계약체결(보험 상품 판매)
 - 청약서 작성
 - 고지사항 수령 등
- 보험회사 공시(경영공시 및 상품공시 등)
- 보험계약인수(underwriting) 여부에 대한 심사·결정
- 보험계약의 유지 및 관리
 - 해지, 실효 및 부활처리 등
 - 보험료 영수증(청약서포함) 관리
- 재보험 출·수재(해외 포함)
 - 재보험 계약체결
 - 재보험 정산 등
- 재공제(농, 수, 축협 등)
- 보험금 지급여부 심사 및 결정

25) 제188조(손해사정사 등의 업무) 손해사정사 또는 손해사정업자의 업무는 다음 각 호와 같다.

되므로, 보험회사의 본질적 업무에는 해당하지 않을 것으로 사료된다. 결론적으로 면부채 여부 확인을 위한 요양비급여 진료비 확인업무의 위탁은 보험업법과 「금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정」에 저촉되지 않는 것으로 건강보험심사평가원에서의 위탁에 문제가 없을 것으로 판단된다. 따라서 보험회사는 금융감독원장에게 보고한 후 업무를 위탁할 수 있을 것으로 본다.

3) 본인부담상한액 확인위탁제도 도입

국민건강보험의 본인부담상한액제도와 관련하여 실손의료보험은 보상과정에서 어려움을 겪고 있다. 국민건강보험은 국민건강보험료 납부수준에 따라 본인부담상한액을 설정하고 상한액 이상의 본인일부부담금을 환급해 주고 있다. 그러나 보험회사는 상한액 이하의 본인일부부담금만을 보험금으로 지급하여야 하지만 피보험자의 소득수준을 알 수 없어서 모두에게 최대한도인 500만 원까지 지급하고 있다. 국민건강보험의 환급금만큼 보험회사에 되돌려 주어야 한다는 확인서를 받고 있기는 하지만 보험회사가 환급금을 확인할 방법이 없어서 사실상 최대한도까지 모두 지급하고 있는 상황이다.

본 연구는 실손의료보험이 국민건강보험으로부터 상한액을 확인할 수 있도록 하는 제도의 도입을 제안한다. 실손의료보험이 부당하게 지급하는 보험금을 줄일 수 있는 효과를 얻을 수 있을 것이다.

-
1. 손해 발생 사실의 확인
 2. 보험약관 및 관계 법규 적용의 적정성 판단
 3. 손해액 및 보험금의 사정
 4. 제1호부터 제3호까지의 업무와 관련된 서류의 작성·제출의 대행
 5. 제1호부터 제3호까지의 업무 수행과 관련된 보험회사에 대한 의견의 진술

나. 수요측면의 의료이용 적정화를 위한 차등본인일부부담률제 도입

수요측면을 보았을 때 높은 의료수요는 국민건강보험의 본인일부부담금제도의 미흡에 기인하는 면이 있다. 본인일부부담금제도는 의료수요자에게 비용을 의식하게 하여 적정의료수요를 하도록 유도하기 위한 제도이다. 그런데 현재 1일 입원하든 10일 입원하든 1회 이용하든 10회 이용하든 본인일부부담률은 동일하다. 의료의 과잉 이용은 반복 혹은 장기이용하면서 양산되는 면이 있는데 본인일부부담률제도가 이를 고려하여 설계되어 있지 않은 것이다.

입원본인일부부담률은 이용 횟수 혹은 입원기간에 관계없이 몇몇 예외적용의 경우를 제외하고 입원건당 20%이다.

외래본인일부부담률은 이용횟수에 관계없이 65세 이상 노인 진료비 정액제를 제외하고는 원칙적으로 건당 정률제로 산정되고 있다. 요양기관의 규모가 클수록 그리고 도심에 있는 경우에 본인일부부담률은 높게 산출되기는 하지만 이용횟수와는 관계없다.

약국 또는 한국희귀의약품센터에서 의사 처방전에 따라 의약품을 조제 받을 경우에 본인일부부담액은 기본적으로 요양급여비용 총액의 30%로 산정한다. 약처방전 건수와는 관련이 없는 것이다.

이렇게 수요자에게 의료이용 기간이나 횟수에 제한을 두지 않는 제도는 극단적인 예를 들자면 의료쇼핑을 유발할 수 있다. 보건복지부는 장기의료이용 의료급여 수급권자의 의료이용 실태에 관한 연구결과를 발표한 바 있다(NAVER 뉴스 2007. 7. 25). 의료급여제도는 최저소득층이 사실상 무료로 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 제도이다. 2005년 한 해 동안 의료급여 수급권자의 의료이용량은 예상 밖으로 높은 것으로 나타났다고 밝히고 있다. 건강보험적용인구 중 55세 이상과 비교해 볼 때 입원일수는 5.3배(입원비는 2.9배), 내원일수는 2.2배(외래비는 2.6배), 투약일수는 2.2배(투약비는 2.8배), 총 진료비는 2.7배 높았다. 의료급여 수급권자들은 58.1%가 65세 이상의 노인이며(건강보험적용인구의 6.3배), 56.5%가 배우자가 없고(건강보험적용인구의 6.5배), 31.7%가 장애(건강보험적용인구의 10.2배)가 있다

는 것을 감안하더라도 의료이용을 지나치게 많이 한다는 것이다.

반면, 수급권자 입장에서는 응답자의 35.9%는 경제적으로 부담(49.9%)이 되어서 요양기관 이용이 필요함에도 그리하지 못했다고 응답하였다. 특히 경제적으로 부담을 주는 가장 큰 요인은 교통비(47.9%)라고 응답하였다.

건강보험심사평가원은 이러한 현상을 확인하고 2004년 이후 의료급여 관리를 강화해 오고 있다. 하루에도 여러 요양기관을 방문하여 외래진료를 받는 사례, 입원 중 임의로 외출하여 다른 요양기관에 중복하여 입원하는 사례, 부적절한 장기입원 경향 등의 사례 발생을 줄이고자 함이다. 건강보험심사평가원은 부적절한 의료이용 추정자 등을 선별하여 월별로 관할 시·군·구에 통보하고, 관할 시·군·구에서는 대상자 관리카드를 작성·관리하면서 서면통보 및 웹메일통보 방식으로 상담 및 계도를 실시하고 있다(건강보험심사평가원 보도자료 2004. 9. 22).

그러나 의료급여 수급권자 이외의 일반 의료수요자를 대상으로 하는 과잉의료이용 억제대책은 본인일부부담률제 외에는 찾아보기 어렵다. 본 연구는 그 대안의 하나로 ‘차등본인일부부담률제’를 제안한다. 처음 며칠 혹은 몇 회는 기존의 본인일부부담률보다 낮은 율을 적용하고 일정 수준 이상은 높은 율을 적용하는 것이다. 현재 국민건강보험이 제도 개선을 위해 준비 중인 것으로 알려져 있다. 국민건강보험의 진료비 증가가 억제되는 효과를 얻을 수 있고 실손의료보험의 보험금 지급도 줄어드는 효과를 기대할 수 있을 것이다.

이러한 제도는 중증환자의 과도한 의료비부담을 초래할 수 있다. 그러나 국민건강보험은 본인일부부담금에 대한 본인부담상한제를 실시하고 있어 그러한 경우는 발생하지 않을 것이다.

의료급여수급권자에 대해서도 이러한 제도를 적용할 수 있을 것으로 본다. 처음 며칠 혹은 몇 회는 완전무료에 이송비 등(전액본인부담대상)까지도 지원하고 일정 수준 이상에 대해서 소액의 본인일부부담금을 부과하면 지나치게 과도한 의료이용을 줄일 수 있을 것이다. 의료급여수급권자의 의료보장은 강화되면서 의료이용의 적정화를 유도할 수 있는 것이다.

그동안 의료비 절감을 위하여 의료공급 측면에 대한 관리 강화에 치중한 면이 있

어 왔다. 차등본인일부부담률제의 도입 등 수요측면의 제도 정비에도 관심을 기울여 공급과 수요 관리의 균형있는 제도를 통해 합리적 의료이용을 유도하는 것이 진료비의 상승 억제를 위해 바람직할 것이다.

4. 진료수가제도 개선

가. 진찰료차등수가제 개선

2000년 의약분업 이후 의원급 환자 수 및 약국 조제건수 증가로 외래진료와 약국 조제 서비스의 질에 대한 우려가 심화되고 있었다. 이러한 부작용을 줄이고자 국민 건강보험은 외래 및 약처방에 대한 진찰료차등수가제도를 도입하였다. 대상기관은 의과의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원, 약국, 한국희귀의약품센터이다. 차등 방법은 의사 1인당 1일평균 진찰횟수, 약국은 약사 1인당 1일평균 조제건수를 기준으로 진찰료 및 조제료 등을 차등지급하는 것이다.

학계에서는 외래진찰료차등수가제도가 의원급에만 적용되고 있다는 점이 형평성에 맞지 않다는 논의가 2009년 이후 꾸준히 이루어지고 있는 상황이다. 병원급 이상에도 확대하는 것이 형평성에 부합되고 의료비 절감효과도 기대할 수 있을 것이라는 것이 주요 주장이다. 본 연구는 병원급 이상에도 확대 적용하는 것이 요양기관의 외래와 입원의 영역 없는 공급경쟁에 따른 과다 의료공급을 억제하는 효과를 기대할 수 있고 1차 요양기관의 문지기 기능 강화와 일관성 있는 제도가 될 것으로 보기 때문에 바람직하다고 본다. 그리고 외래와 약처방 건수의 제한은 입원을 증가시킬 수 있다. 궁극적으로 제도의 폐지를 검토할 필요가 있다.

나. 총량기준 진료비제도 도입검토

각각의 진료행위에 대한 가격과 양을 정해놓은 진료수가기준제도가 대표적인 공

급측면 의료양 관리제도이다. 그러나 이 제도의 설계가 OECD(2012)가 지적한 바와 같이 입원당 혹은 상해 및 질병당 총량 기준 없는 행위별수가제를 적용하고 있기 때문에 높은 의료공급을 유발할 수 있다. 그동안 행위별수가제에 관한 연구는 행위별수가제는 진료비를 증가시키고 사후 관리비용이 많이 소요된다는 것이 주요 결론이다(권순만 2001; 신영석 2010; 신현웅 2013). 이러한 이유로 정부는 행위별수가제 대신 포괄수가제의 확대 시행을 추진하고 있다.

V. 맺음말

본 연구는 국민건강보험의 진료비 증가 문제와 실손의료보험의 지속적으로 높은 보험금 지급률 문제, 소비자 권익 훼손 문제를 해소하고자 공·사건강보험제도를 종합적으로 검토하였다.

여러 가지 정책 대안을 제시하였는데 네 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 본 연구는 아래와 같이 국민건강보험이 독자적으로 추진 중에 있거나 검토 중인 정책을 지지하고 있다. 대체로 진료비의 투명성을 제고시키거나 형평성을 제고시키는 정책이어서 실손의료보험의 합리적 운영에 도움이 될 것으로 보이는 정책이다. ① 요양비급여대상 진료행위 진료코드와 진료비상세내역 서식 표준화 정책은 국민건강보험이 추진 중에 있고 2016년이면 완료될 예정이다. 실손의료보험은 부당하게 보험금을 지급하는 경우가 줄어드는 효과를 기대할 수 있게 된다. ② 국민건강보험은 요양비급여대상 항목 및 가격 고지제도를 확대시행할 예정이다. 실손의료보험에 직접적인 영향은 없지만 요양기관 간의 경쟁효과가 나타난다면 지급보험금이 줄어드는 효과를 기대할 수 있다. ③ 1차요양기관에만 적용되는 ‘진찰료차등수가제도’의 2차요양기관 이 상에의 확대 시행은 국민건강보험이 검토 중인 사안이다. 실손의료보험과 직접적인 관계는 없지만 입원발생을 줄일 수 있다면 실손의료보험 지급보험금이 줄어드는 효과를 얻을 수 있다.

둘째, 공·사건강보험이 상호 발전할 수 있는 정책이다. ④ 현재 환자만 요청할 수 있는 진료비확인제도를 보험회사도 요청할 수 있도록 제도를 개선하면 소비자 보다 전문성을 가진 보험회사가 검토 후 확인위탁하게 되므로 부적절한 진료비 산정이 줄어드는 효과를 기대할 수 있다. 실손의료보험은 보험금 부당지급을 줄일 수 있고 국민건강보험진료비의 투명성 제고에 기여할 수 있으므로 상호 발전을 가져오는

제도라 할 수 있다. ⑤ 의료이용을 많이 할수록 본인일부부담률이 증가하도록 하는 차등본인일부부담률제도의 도입은 국민건강보험의 진료비 상승추세를 완화하는 효과를 얻을 수 있다. 실손의료보험은 본인일부부담금이 줄어들기 때문에 보험금 지급이 줄어드는 효과를 얻을 수 있다. ⑥ 제3자청구제도의 도입은 소비자 권익 보호, 국민건강보험 진료비 상승세 완화, 실손의료보험 보험금지급 상승세 완화의 효과를 얻을 수 있음과 동시에 보험회사 운영비 절감효과도 기대할 수 있다.

셋째, 국민건강보험의 협력이 필요한 정책대안이다. ⑦ 실손의료보험 피보험자가 본인부담상한액을 국민건강보험에 확인 위탁할 수 있는 제도 도입을 주장하였다. 동 제도는 실손의료보험의 보험금 부당지급 방지를 위해 필요한 제도이다.

마지막으로, 보험감독자 지원이 필요한 정책대안이다. ⑧ 실손의료보험이 신의료 기술등을 분리하여 지급하는 제도 도입을 주장하였다. 이는 진료코드의 표준화가 이루어지면 가능하다.

이 외에 요양비급여진료수가 기준 마련이 필요하다고 하였지만 이는 의료계와의 합의를 필요로 하므로 장기적으로 추진해야 할 방향이다.

전체적으로 국민건강보험이 실손의료보험을 국가 의료보장체계의 한 축으로 인식하고 상호 발전적인 방향으로 함께 이끌어 나아가기를 기대한다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원 보도자료(2004. 9. 22).
- 건강보험심사평가원 수가등재부(2014), 「건강보험요양급여비용」.
- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
- 국민건강보험심사평가원(2007), 「민간의료보험 진료비 심사방안」, 내부자료.
- 국토교통부(2014), 『자동차보험 진료수가에 관한 기준』.
- 권순만(2001), 「행위별수가제가 문제다」, 나라경제, 한국개발연구원.
- 금융위원회(2014), 『금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정』.
- 금융위원회 · 금융감독원 보도자료(2014. 8), 실손의료보험 종합개선대책.
- 보건복지부(2014), 『국민건강보험법』.
- _____ (2014), 『국민건강보험요양급여의 기준에 관한규칙』.
- 보건복지부 보도자료(2014. 2. 10), 국민행복을 위한 실천, 2014년 보건복지부
업무계획.
- _____ (2012. 2. 24), OECD 한국 의료의 질 검토보고서(Health
Care Quality Review: Korea 관련).
- _____ (2013. 6. 26).
- _____ (2014. 2. 10).
- 보건복지부 · 국민건강보험공단(2006), 『2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현
황조사』.
- 보건복지부 · 보건사회연구원(2012), 『2011년도 노인실태조사』.
- 보험개발원 내부통계자료, 각 연도.
- 보험연구원(2014), 『2013년도 보험 소비자 설문 조사』.
- 서남규 · 이옥희 · 강태욱 · 태윤희 · 서수라 · 안수지 · 이해정(2013), 『2012년도 건
강보험환자 진료비 실태조사』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 신영석(2010), 「건강보험 진료비 지불제도의 개편방향」, 건강보장정책.
- 신현웅(2013), 「건강보험 진료비 분석 및 정책방향」, 보건복지 Issue&Focus, 186,

- 한국보건사회연구원.
- 오영호(2014), 의료자원의 수급불균형과 의료공급체계 개편방향, 보험연구원 고령화 포럼 발표자료.
- 이규식(2002), 『의료보장과 의료체계』, 계축문화사.
- 이평수(2004), 『본인부담금제도』, 국민건강보험공단.
- 조용운(2012), 『소비자보호를 위한 민영의료보험 발전방향 - 노인의료비보장 중심』, 보험연구원.
- _____ (2013), 노후의료비보장을 위한 보험상품 도입 및 관리방안, 공청회 자료, 보험연구원.
- _____ (2014a), 「4대 중증질환 보장 강화에 따른 실손의료보험료 인하 타당성 검토」, Kiri Weekly, 제 307호, 보험연구원.
- _____ (2014b), 『보험동향 - 봄호』, 보험연구원.
- 조용운·김경환(2010), 「민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률(안) 입법발의 내용 및 주요 쟁점」, 『주간이슈』, 보험연구원.
- 조용운·김세환(2008), 『민영건강보험 운영체계 개선방안 연구』, 보험연구원.
- 조용운·서대교·김미화(2010), 『보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안』, 보험연구원.
- 한국소비자원(2011), 『‘비급여 진료비용 등 고지’ 시행실태 및 소비자 활용도 조사』.
- NAVER 뉴스(2007. 7. 25).
- Commonwealth Fund(2013), International Health Policy Survey in Eleven Countries.
- Current Population Survey(2005), *Annual Social and Economic Supplement*.
- GBD(2012), *Global Burden of Disease Study 2010, Healthy life expectancy for 187 countries, 1990~2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*.
- Health Insurance Portability and Accountability Act.

OECD(2004), *Private Health Insurance in OECD Countries*.

OECD Health Statistics(2013).

_____ (2014).

Sarah Thomson and Elias Mossialos(2009), *Private health insurance in the EU*.

The Conference Board of Canada(2006), *Healthy Provinces, Healthy Canadians: A Provincial Benchmarking Report*.

William Orzechowski and Robert C. Walker(2000), "Dose of Reality: How Drug Price Controls Would Hurt Americans", NATIONAL TAXPAYERS UNION FOUNDATION, Policy Paper, No. 125.

보건산업진흥원 보건산업통계(<http://www.khidi.or.kr>).

부 록 I : 보험금 청구서류 사례

〈부록 표 I-1〉 보험금 청구서류 사례

구분	구비서류
공통	<ul style="list-style-type: none"> - 보험금청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 (필요 시) 추가서류 - 가족관계 확인 필요시: 가족관계 확인 서류 - 대리인 청구 시: 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명 사실 확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시: 사고입증 서류
사망	<ul style="list-style-type: none"> - 사망진단서(시체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) (수익자 미지정시) 추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시: 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우: 각각의 위임장 및 인감증명서
입원	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서 [단, 50만 원 이하 시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 같음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원기간 포함 경우 및 실손의 경우 제외) *실손의료보험은 진료비계산서(영수증) 및 진료비세부내역서 추가
통원	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 [단, 3만 원 이하 실손의료보험의 경우(산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외) 진료비계산서(영수증)로 같음] * 실손의료보험의 경우 진료비, 약제비계산서(영수증) 추가
장해	<ul style="list-style-type: none"> - 후유장해진단서 (일반)진단서로 대체 가능한 장해 - 만성신부전: 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단: 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 - 인공관절치환술: 수술명, 수술일자 기재 - 비장, 신장적출: 비장, 신장적출 수술일 기재
진단	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서 - 진단사실 확인서류([예시] ①암: 조직검사결과지, ②뇌졸중, 급성심근경색: 정밀검사결과지(CT, MRI, 심전도 등))
골절	<ul style="list-style-type: none"> - 진단명이 포함된 서류
수술	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서, 수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류
응급비용	<ul style="list-style-type: none"> - 119구급구조증명서(가족 이용 시 주민등록등본 첨부)

부 록 Ⅱ: 공·사건강보험이 보장하지 않는 진료비

〈부록 표 Ⅱ-1〉 공·사건강보험이 보장하지 않는 의료서비스

분류	국민건강보험	실손의료보험	차이
<p>업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시되는 행위·약제 및 치료재료</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 단순한 피로 또는 권태 · 피부질환: 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 사마귀, 여드름, 노화탈모 등 · 비뇨생식기 질환: 발기부전, 불감증, 생식기 선천성기형 등 · 단순 코골음 · 질병없는 단순포경 · 안과질환: 검열반 등 · 기타 이에 상당하는 질환으로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 	<ul style="list-style-type: none"> · 단순한 피로 또는 권태 · 피부질환: 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 사마귀, 여드름, 노화탈모 등 · 비뇨생식기 질환: 발기부전, 불감증, 생식기 선천성기형 등 · 단순 코골음 · 질병을 동반하지 아니한 단순포경 · 안과질환: 검열반 등 	없음
<p>외모개선 목적 행위·약제 및 치료재료</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 · 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 · 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료 · 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 · 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하는 시력교정술 · 기타 이에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료 	<ul style="list-style-type: none"> · 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 · 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 · 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하는 시력교정술 · 외모개선 목적의 다리정맥류수술 · 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 	없음

〈부록 표 Ⅱ-1〉 공·사건강보험이 보장하지 않는 의료서비스(계속)

종류	국민건강보험	실손의료보험	차이
예방진료로서 사용되는 행위 ·약제 및 치료재료	· 본인희망에 의한 건강검진, 예방접종	· 건강검진, 예방접종, 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상 · 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용	없음
	· 구취제거, 치아 착색물 제거, 치석제거 · 치아우식증 예방진료 · 멀미 예방, 금연 진료	· 치과치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 진료비	· 멀미 예방, 금연 진료 실손 면책
	· 태아의 이상유무 진단 위한 세포유 전학검사	· 임신출산 관련 질병은 면책 질병	없음
	· 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급 목적 진료	· 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 · 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등)	없음
	· 기타 이에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료	· 별도 규정 없음	· 실손은 예방진료라 해도 질병 치료 목적의 경우 보상
건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	· 한방 물리요법, · 한방생약제제: 한약첨약, 기상한의서의 처방 등	· 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비	· 영양제, 종합비타민제, 호르몬투여, 보신용투약 실손 추가 면책

〈부록 표 II-1〉 공·사건강보험이 보장하지 않는 의료서비스(계속)

종류	국민건강보험	실손의료보험	차이
보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강급여원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료	<ul style="list-style-type: none"> · 5인 이하 상급병상 이용에 따른 추가비용 · 의료법 제46조에 따른 선택진료 	<ul style="list-style-type: none"> · 별도 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 실손 보장
	<ul style="list-style-type: none"> · 급여대상 혹은 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 	<ul style="list-style-type: none"> · 별도 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 실손 보장
	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인 보험급여 이외의 보장구(보조기, 보청기, 안경, 콘택트렌즈 등) · 75세 이상의 틀니를 제외한 치과의 보철 	<ul style="list-style-type: none"> · 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용 	<ul style="list-style-type: none"> · 없음
	<ul style="list-style-type: none"> · 보조생식술(인공수정에 따른 합병증 치료는 급여) · 친자확인 진단 	<ul style="list-style-type: none"> · 보조생식술(체내외 인공수정을 포함) · 친자 확인 진단 	<ul style="list-style-type: none"> · 인공수정에 따른 합병증 치료는 모두 실손 면책
	-	<ul style="list-style-type: none"> · 불임검사, 불임수술, 불임복원술 	<ul style="list-style-type: none"> · 임신·출산은 모두 실손 면책
	<ul style="list-style-type: none"> · 인공유산(치료목적 혹은 인공유산에 따른 합병증 치료는 급여) 	<ul style="list-style-type: none"> · 인공유산 	<ul style="list-style-type: none"> · 인공유산에 따른 합병증 치료 모두 실손 면책
	<ul style="list-style-type: none"> · 장기 등 이식에 필요한 장기 운반비용 	<ul style="list-style-type: none"> · 별도 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 질병치료목적에 해당된다면 보상(실무의견)
	<ul style="list-style-type: none"> · 마약중독자 치료 보호 비용 	<ul style="list-style-type: none"> · 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 면책 	<ul style="list-style-type: none"> · 없음
<ul style="list-style-type: none"> · 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료/재료 등 	<ul style="list-style-type: none"> · 별도 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 고시된 행위, 치료재료에 대해 실손은 법정비급여로 간주하여 보상 	

주: 간병비, 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비는 실손 면책임.

자료: 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상)(개정 2013. 9. 13).

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식, 이경희, 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안/ 안철경, 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식, 이창우, 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출방법 연구 / 기승도, 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도, 김대환, 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원, 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태, 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익, 김동겸 2010.7

■ 정책보고서

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호, 최원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 이태열, 신종협, 황진태, 유진아, 김세환, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진익, 이민환, 유경원, 최영목, 최형선, 최원, 이정아, 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수, 김경환, 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 황진태, 변혜원, 이경희, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 / 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경,

- 변혜원, 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 김대환, 이경희, 이정환, 최원, 김세중, 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수, 안철경, 변혜원, 최영목, 최형선, 김경환, 이상우, 박정희, 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수, 김경환, 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈, 류건식, 오영수, 조용운, 진익, 유진아, 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경, 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 황진태, 이정환, 최원, 김세중, 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린, 이기형, 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형, 변혜원, 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환, 유진아, 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형, 임준환, 김해식, 이경희, 조영현, 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우, 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 이정환, 최원, 김세중, 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진익, 오병국, 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준, 김해식, 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 최원, 김세중, 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준, 강민규, 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린, 김해식, 김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열, 강성호, 김유미 2014.4

- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 김석영, 김진억, 최원,
채원영, 이아름, 이해랑 2014.11

■ 경영보고서

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형, 한상용 2009.3
 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진익 2009.3
 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진익, 유시용, 이경아 2009.3
 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목, 최원 2009.6
 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경, 권오경 2010.2
 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수, 김경환 2010.2
 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.3
 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실, 정책연구실,
동향분석실 2010.6
 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실
2010.6
 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재, 장동식, 서성민 2010.4
 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식, 최영목, 김소연, 장동식, 서성민
2010.10
 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경, 변혜원, 서성민 2011.1
 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목, 김소연, 김동겸 2011.2
 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도, 황진태 2011.3
 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태, 기승도, 권오경 2011.5
 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아, 정인영 2011.6
 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운, 황진태, 김미화 2011.8
 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2011.9
 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환,
류건식, 이상우 2011.10
 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현, 전용식, 이해은
2012.7
 2012-2 보험산업 비전 2020 : ⑩ sure 4.0 / 진익, 김동겸, 김혜란 2012.7
 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식, 김석영, 김세영,
이해은 2012.9
 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환, 류건식, 김동겸

- 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린, 황진태, 권용재, 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식, 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도, 조용운, 이소양 2013.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진익, 지재원, 박정희, 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 이상우, 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면, 이정환, 최이섭, 정중영, 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진익, 김상수, 김종훈, 변귀영, 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환, 전선애, 최원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교, 오영수, 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환, 이민환, 윤건용, 최원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운, 김세환, 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식, 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신중협, 최형선, 최원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3

- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운, 서대교, 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진익, 김해식, 유진아, 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경, 황진태, 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환, 최원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진익, 김해식, 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우, 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운, 변혜원, 이승준, 김경환, 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태, 전용식, 윤상호, 기승도, 이상우, 최원 2012. 6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우, 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식, 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 황진태, 변혜원, 정원석, 박선영, 이상우, 최원 2013. 8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운, 황진태, 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식, 변혜원, 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원, 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영, 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석, 강성호, 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위규제 등을 중심으로 / 한기정, 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태, 박선영, 권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주, 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식, 윤성훈, 채원영

- 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운, 오승연, 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김정환, 강민규, 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 변혜원, 정원석, 박선영, 오승연, 이상우, 최원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영, 김세중, 김혜란 2014.11

■ 연차보고서

- 제1호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제2호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제3호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제4호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제5호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제6호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제7호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12

■ 영문발간물

- 제7호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제8호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제9호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
- 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.7

- 제1호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2011 / KIRI, 2012.8
- 제2호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2012 / KIRI, 2012.10
- 제3호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2012 / KIRI, 2012.12
- 제4호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2012 / KIRI, 2013.4
- 제5호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2013 / KIRI, 2013.11
- 제6호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식, 서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식, 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식, 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식, 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환, 이상우, 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환, 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식, 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선, 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환, 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운, 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈, 전용식, 전성주, 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형, 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7

- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식, 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영, 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열, 조재린, 황진태, 송운아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환, 황인창, 이해은 2014.10

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식, 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경, 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식, 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희, 서성민 2008.9

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

정기간행물

■ 간행물

- 보험동향 / 계간
- 고령화리뷰 / 연 2회
- 보험금융연구 / 연 4회

『 도서회원 가입안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구
	<ul style="list-style-type: none"> - 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서 	-	-

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

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원이가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스

부산 : 영광도서

저 자 약 력

조 용 운

The University of Houston 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : ywcho@kiri.or.kr)

김 경 환

승실대학교 경영학 박사
보험연구원 수석연구원
(E-mail : khkim@kiri.or.kr)

김 미 화

경북대학교 경제학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : mhkim@kiri.or.kr)

정책보고서 2014-5

의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안

발행일 2014년 12월

발행인 강 호

발행처 보 험 연 구 원

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38

화재보험협회빌딩

대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-15-2

정가 10,000원