조사보고서 2010-7

보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안

2010. 4

조 용 운 · 서 대 교 · 김 미 화

보험연구원

머 리 말

우리나라 산재보험과 자동차보험은 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하여 진료비를 산정하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 국민건강보험보다 진료비가 높았고 입원기간은 길게 나타나고 있다. 민영건강보험은 진료수가 및 심사체계가 마련되어 있지 않아 진료비가 적정 수준보다는 높을 것으로 예상되고 있다. 최근 정부는 이를 바로잡고자 진료수가 및 진료비 심사체계의 합리화를 위한 공청회를 개최하는 등 많은 노력을 기울이고 있다.

정부는 물론 학계는 우리나라 진료수가 및 심사체계가 합리적이지 않아 이러한 불합리한 현상이 나타나고 있다고 인식하고 동 문제를 다각도로 검토해 오고 있다. 비합리성 문제의 출발점은 무엇보다도 산재·자동차보험은 특수한 환자를 대상으로 한다는 인식에서 비롯되었다. 그래서 주요 논점은 산재·자동차보험 환자가 특수성을 지니고 있는가에 있다. 의료계는 특수하다는 입장이고 정부나 보험자 측은 특수하지 않다는 주장을 펼치고 있다. 따라서 정부는 이러한 상충되는 주장 때문에 합리화를 위한 구체적인 방안 및 일정을 세우지 못하고 있다. 한편, 그러한 논의 과정에서 자동차보험에 대해서는 구체적으로 개선방안이 제시되지 못한 면이 있었고, 실손형 민영건강보험은 논의에서 제외되어 왔다.

본 연구는 산재·자동차보험 환자의 특수성을 검토하면서 특수성이 보험종류별로 다르게 나타나는 것이 아니라 상해 및 질병 자체의 성격에서 나타나는 것이라고 판단하고 '동일상병은 동일진료'의 기준으로 다루어야한다는 방향으로 인식의 전환이 필요하다는 결론에 도달하였다. 그리고 그러한 인식하에 민영보험에 초점을 두고 진료수가 체계와 심사평가제도에 관해서 개선방안을 제공함으로써 관련 정부 정책 수립을 지원하고 민영보험산업의 발전에 기여할 수 있는 방안을 제시하고자 하였다.

최근 고령화의 진전, 의료신기술의 발전 등으로 의료비가 급증하고 있다. 이 때문에 정부 재정에 대한 부담이 가중되고 있는 상황에서 본 연구에서 제시된 개선방안이 우리나라 정부재정 부담 완화 및 보험산업과 의료산업의 발전에

기여할 수 있기를 바란다. 그리고 본 연구는 연구담당자의 의견이며 보험연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 4월

보 험 연 구 원

원 장 김 대 식

< 목 차 >

요 약 ····· 1

Ⅰ. 서 론 ····· 15

1. 연구 배경 및 목적 ····· 15
2. 연구 방법 및 구성 ····· 19

Ⅱ. 보험종류별 진료수가체계 및 진료비 비교분석 ····· 20

1. 진료수가 체계 ····· 20
2. 진료비 ····· 33

Ⅲ. 보험종류별 진료비 차이 원인분석 ····· 43

1. 진료수가의 산정 ····· 43
2. 진료비 심사체계 ····· 46
3. 다양한 의사결정기관 ····· 47
4. 요양급여 허위·부당청구 규제차이 ····· 49

Ⅳ. 해외 사례 ····· 51

1. 자동차보험 ····· 51
2. 산재보험 ····· 57
3. 민영건강보험 ····· 62

Ⅴ. 개선 방안 ····· 68

1. 진료수가체계의 개선 ····· 68
2. 심사체계 효율화 ····· 77

3. 의사결정기관의 조정 ····· 81
4. 규제 개선 ····· 82

Ⅵ. 결 론 ····· 84

참고문헌 ····· 87

[부 록] ····· 89

<표 차례>

<표 Ⅱ-1> 산업재해보상보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이 ····· 21
<표 Ⅱ-2> 자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 비교 ····· 25
<표 Ⅱ-3> 민영건강보험 보장범위 ····· 30
<표 Ⅱ-4> '07년 국민건강·산재보험 입원 진료비 및 기간 ····· 36
<표 Ⅱ-5> '07년 국민건강·자동차보험 입원 진료비 및 기간 ····· 37
<표 Ⅱ-6> '07년 국민건강·산재보험 입원환자 주요 상병의 입원율 ····· 38
<표 Ⅱ-7> '07년 국민건강·자동차보험 입원환자 주요 상해 및 질병의 입원율 ··· 39
<표 Ⅱ-8> '07년 의료기관 종별 청구건당 내원일수 ····· 41
<표 Ⅱ-9> 의료기관 종별 진료비 및 입원율 현황(2007) ····· 42
<표 Ⅲ-1> 보험종류별 및 의료기관 종별 가산율 ····· 44
<표 Ⅲ-2> 의료기관 종류별 입원료 체감률 비교 ····· 45
<표 Ⅲ-3> 보험종류별 심사주체 비교 ····· 47
<표 Ⅲ-4> 진료수가결정기관 비교 ····· 48
<표 Ⅲ-5> 허위·부당청구에 대한 벌칙규정 ····· 49
<표 Ⅳ-1> 자동차보험 의료보장체계 유형 ····· 51
<표 Ⅳ-2> 주요 선진국의 자동차보험 요양급여 심사 및 진료수가체계 ····· 56
<표 Ⅳ-3> 산재보험 체계 및 관리운영방식 ····· 57
<표 Ⅳ-4> 산재보험 단기급여와 기존 의료보장체계와의 연계여부 ····· 58
<표 Ⅳ-5> 산재보험에 대한 고용주의 재정부담방식과 관리운영방식 ····· 62
<표 Ⅳ-6> 주요 선진국의 산재보험 요양급여 심사 및 진료수가체계 ····· 64
<표 Ⅴ-1> 응급의료관리료 산정기준 비교 ····· 70
<표 Ⅴ-2> 자동차보험진료수가의 원가보전율 ····· 71
<표 Ⅴ-3> 보험종류별 물리치료 적용횟수기준 비교 ····· 74
<표 Ⅴ-4> 진료수가 계약방법별 비교 ····· 77
<표 Ⅴ-5> 주요 선진국의 요양급여 심사 및 수가체계 ····· 82

<그림 차례>

<그림 Ⅳ-1> 이탈리아의 자동차보험 진료비심사제도 ····· 52
<그림 Ⅳ-2> 독일 및 오스트리아의 자동차보험 진료비 심사제도 ····· 54
<그림 Ⅳ-3> 일본의 자동차보험 진료비 심사제도 ····· 54
<그림 Ⅳ-4> 스웨덴의 사회보험 진료비 심사제도 ····· 59
<그림 Ⅳ-5> 일본의 산재보험 진료비 심사제도: 지정의료기관 ····· 61
<그림 Ⅳ-6> 일본의 산재보험 진료비 심사제도: 비지정의료기관 ····· 61

Improving Plans on the Discriminated Schedules of Medical Cost

The Korean insurance industry, in general, calculates medical costs for auto and occupational health and safety insurance with the schedules of coverage applied to national health insurance. Despite the same or similar injuries and diseases, however, medical costs and hospitalization for these insurances are high relative to those for national health insurance. Furthermore, it might be natural that medical costs for private health insurance in absence of the schedules of medical cost and investigation system are expected to be higher than at a reasonable level.

As a result, the government and academia have recognized the unreasonable schedules of medical cost and investigation system, and then considered the way of getting around the problem from various angles. First of all, it may be assumed that such a problem starts from a misunderstanding that patients treated in the auto and occupational health and safety insurance are not usual. The medical community believes that they are distinct from those in national health insurance, while the government and insurance companies do not. Due to the differences between the two sides, no specific plans for auto insurance were provided, and further private health insurance was not even discussed.

Examining the characteristics of patients for auto and occupational health and safety insurance, this research shows that such unique characteristics in themselves depend upon injuries or diseases, not upon insurance products. Then it comes to the conclusion that it is required to handle the auto and occupational health and safety insurance based on the principle of "the same treatment for the same injuries or diseases". Moreover, focusing on the private insurance industry, it tried to suggest the way of supporting the government's policy making and contributing to the development of the insurance industry by providing improvements in the schedules of medical cost and investigation system.

요 약

Ⅰ. 서 론

1. 연구 배경 및 목적

□ 최근 정부는 의료전달체계의 효율화 및 합리화를 위하여 진료수가 및 진료비 심사의 일원화를 위한 공청회를 개최 하는 등 많은 노력을 기울이고 있음.

□ 산업재해보상보험(이하, 산재보험)과 자동차손해배상보험(이하, 자동차보험)은 국민건강보험에 비해 유사한 상해 및 질병이더라도 입원기간이 길고 요양비가 높게 나타나고 있는데 이 문제를 바로잡고자 하는 것임.

□ 이와 같은 논의 과정 중에 자동차보험에 대해서는 구체적으로 논의되지 못한 면이 있었고, 민영건강보험은 논의에서 제외되어 왔음.

□ 따라서 민영보험에 초점을 두고 진료수가 체계와 요양급여심사평가제도에 관해서 개선방안을 제공함으로써 관련 정부 정책 수립을 지원하고 민영보험산업의 발전에 기여할 수 있는 방안을 제시하고자 함.

2. 연구 방법 및 구성

가. 연구 방법

□ 본 연구는 먼저 국민건강・산재・자동차・민영건강보험(이하 4대 의료보험)의 진료수가체계와 요양급여심사평가제도를 비교분석하고 실제로 나타난 진료비의 차이를 비교분석하고자 함.

□ 이러한 연구를 수행하기 위하여 문헌조사, 법·제도 비교분석 및 평가, 통계분석, 관련 단체의 방문조사, 전문가 면담 등의 방법을 이용함.

나. 연구의 구성

□ 제1장 서론에 이어 제2장에서는 먼저 4대 의료보험의 종류별 진료수가 체계를 조사하고 각 보험종류별 주요 상해 및 질병별 진료비의 현황을 조사하여 국민건강보험을 중심으로 비교평가 함.

□ 제3장은 제2장에서 파악된 진료비 차이의 원인을 진료수가의 산정 체계, 심사제도, 규제차이 등에서 찾고자 하고, 제4장에서는 해외의 진료수가 체계와 심사제도를 조사하여 시사점을 얻고자 함.

□ 제5장에서는 정책적 개선방안을 진료수가 측면, 심사체계 측면, 규제개선 측면으로 나누어 제시하고 마지막장에서는 연구내용을 요약하면서 결론을 내림.

Ⅱ. 보험종류별 진료수가체계 및 진료비 비교분석

1. 진료수가 체계

가. 산재보험과 국민건강보험

□ 산재보험의 요양급여 범위 및 진료수가는 기본적으로 국민건강보험을 따르고 국민건강보험에서 정하지 않은 사항 중 산재보험에서 추가로 인정하는 부분은 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」에 별도로 정해 놓고 있음.

□ 국민건강보험은 의료기관의 전문성, 의료장비 및 시설, 연구활동 등을

인정하여 규모별로 의료기관 종별 가산율을 적용하고 있으나, 산재보험은 산재사고 환자의 특수성 즉, 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많다는 것을 받아들여 국민건강보험에 추가로 종별 가산율을 인정하고 있음.

○ 산재·자동차보험의 경우는 종별 가산율을 국민건강보험보다 종합전문병원의 경우 15%, 종합병원은 12%, 병원은 1% 더 할증하고 있음.

□ 국민건강보험은 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료행위의 양이 줄어들기 때문에 의료기관 종별을 구분하지 않고 체감률을 적용하는데, 산재보험은 충분한 진료가 이루어져야 한다는 이유로 이러한 체감률을 종합전문병원과 종합병원에 대해서는 적용하지 않고 병·의원에 대해서는 국민건강보험에 비하여 미적용 기간을 길게 설정하고 있음.

□ 국민건강보험은 입원환자 의약품관리료에도 입원료 체감률을 적용하고 있으나, 산재보험은 적용하지 않음.

□ 그 외에 산재보험의 진료수가는 응급의료관리료, 이송료, 물리치료, 자기공명영상진단(MRI), 가정산소치료 등의 경우에도 국민건강보험에 추가적인 진료행위를 인정하고 있음.

나. 자동차보험과 국민건강보험

□ 자동차보험의 진료비는 「국민건강보험 진료수가 기준」에 정한 진료비에 대하여는 그 금액을 따르고, 동 기준에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」에 별도로 정하고 있음.

□ 자동차보험에서 국민건강보험을 기준으로 하고 추가로 인정하는 요양급여비는 요양기관 종별가산율, 입원료체감률의 경우는 산재보험의 경우와 동일함.

□ 그 외에 마취료, 주사료, 검사료, 물리치료, 응급의료관리료, 정신요법료, 처치 및 수수료 등에 대해서 국민건강보험에 추가로 진료행위를 인정함.

다. 민영건강보험과 국민건강보험

□ 민영건강보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 부분을 보충하여 보장하지만 「국민건강보험 진료수가 기준」에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료수가체계가 별도로 마련되어 있지 않음.

□ 국민건강보험의 허가의료에 해당하는 부분에 대해서는 진료수가가 국민건강보험에서 정한 기준에 의하여 결정되고 있다고 할 수 있음.

□ 임의비급여의료에 대해서는 별도의 진료수가 산정기준이 마련되어 있지 않아 의료기관이 그 지역 관할 관청에 신고한 수가에 의하여 의료비가 결정됨.

2. 진료비

가. 보험종류별 주요 상해 및 질병별 비교

□ 산재보험은 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 산재사고로 인한 진료비가 국민건강보험보다 많았고 입원기간은 길게 나타나고 있음.

○ 발목을 포함한 아래다리 골절의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 275만 6천 원인데 반하여, 산재보험은 550만 7천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2배 많았음.

○ 발목을 포함한 아래다리의 골절의 경우 입원기간은 국민건강보험이 20.9 일인데 반하여, 산재보험은 77일으로 나타나 산재보험이 국민건

강보험에 비하여 3.7배 길게 나타남.

□ 자동차보험도 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 자동차사고로 인한 진료비는 국민건강보험보다 높고 입원기간은 긴 것으로 나타남.

○ 발목을 포함한 아래다리의 골절(슬개골, 하퇴골, 족근골 (족지골 이외)의 골절)의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 266만 7천 원인데 반하여, 자동차보험은 785만 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2.9배 많았음.

○ 국민건강보험의 입원기간은 19.7 일인데 반하여, 자동차보험은 91.0일으로 나타나 자동차보험의 입원기간이 국민건강보험에 비하여 4.6배 길게 나타남.

나. 의료기관 종별 진료현황

□ 청구건당 내원일수를 보면 국민건강보험의 경우 의원(1.31일)이 가장 짧게 나타나고 병원(2.75일)이 가장 길게 나타남.

□ 산재보험의 경우 청구건당 내원일수를 보면 종합전문병원(63일)이 가장 짧고 의원(94일)이 가장 길게 나타남.

□ 자동차보험의 경우는 병・의원(8.9일)이 가장 낮고, 종합전문병원(11.1일)에서 가장 길게 나타남.

Ⅲ. 보험종류별 진료비 차이 원인분석

1. 진료수가의 산정

가. 의료기관 종별 가산율

□ 동일 의료행위라도 종별 가산율 때문에 산재·자동차보험 환자의 진료비가 높을 수밖에 없는 구조임.

○ 또한, 이러한 구조는 산재·자동차보험 환자에 대해서 의료기관과 환자의 도덕적 해이를 유발하여 진료비가 높게 나타나고 있는 것일 수 있음.

□ 민영건강보험은 국민건강보험의 일부본인부담금은 국민건강보험의 종별 가산율을 따른다고 할 수 있어서 종별 가산율 문제는 발생하지 않을 것임.

나. 보험종류별 입원료 체감률

□ 산재·자동차보험은 입원료 체감률로 인하여 국민건강보험 환자보다 진료비가 높을 수밖에 없는 구조임.

○ 일부 의료기관은 산재·자동차보험 사고환자는 통원 치료, 단기 입원으로 치료가 가능함에도 불필요한 입원기간 연장을 유도할 가능성이 있음.

□ 민영건강보험에서는 국민건강보험과 동일하게 적용하고 있어서 입원료 체감률이 원인이 되어 불필요한 입원기간 연장과 같은 문제는 발생하지 않을 것임.

다. 임의비급여수가

□ 4대 의료보험에서 국민건강보험의 임의비급여에 대한 수가는 각 의료기관이 관할관청에 신고한 가격으로 청구되고 있어 진료비의 차이를 가져올 수 있음.

2. 진료비 심사체계

□ 4대 의료보험 모두가 각기 다른 심사체계를 가지고 있어서 다원화되어 있는 심사체계로 인하여 요양급여비용의 차이를 가져올 수 있음.

□ 민영건강보험은 진료비의 심사와 진료행위의 적정성을 평가하는 기준이 없는데다가 보험회사는 의료공급자에 대해서는 아무런 심사·평가권을 갖지 못하여 의료공급자에 대한 심사 자체가 이루어지지 않고 있음.

3. 다양한 의사결정기관

□ 4대 의료보험 모두가 의사결정기관이나 위원회 참여자들이 달라 각기 다른 이해당사자의 의견을 반영하는 가운데 진료비의 차이를 가져올 수 있음.

□ 민영건강보험은 진료수가에 대해서 국민건강보험을 준용한다고 할 수 있으나 별도의 의사결정기관이나 위원회가 없음.

4. 요양급여 허위·부당청구 규제차이

□ 「국민건강보험법」, 「산업재해보장보험법」, 「자동차손해배상보장법」의 허위·부당청구에 대한 벌칙 내용이 달라 규제의 차이가 규제차익을 발생시켜 진료비의 차이를 가져올 수 있음.

□ 민영건강보험은 허위·부당청구가 있더라도 행정처분을 할 수 있는 법적 근거를 가지고 있지 않아 법적 보호의 사각지대에 놓여 있음.

Ⅳ. 해외 사례

□ 일본을 제외하고 NHI와 NHS 주요국가에서 국민건강보험과 산재보험은 진료수가와 심사체계가 일원화되어 있음.

□ NHS 체계 하에 있는 주요국들의 수가 및 심사체계는 NHS, 주요 NHI 국가들은 일본을 제외하고 건강보험조합을 중심으로 진료수가 및 심사체계가 일원화 되어 있음.

□ 보험자와 의료공급자 간의 계약 관계에 따라 공·사건강보험은 개방형 혹은 전통형(open or indemnity), 계약형(contractual), 통합형 건강보험(integrated health insurance)으로 나눌 수 있음(<표 Ⅳ-6> 참조).

□ 전통형 민영건강보험의 진료수가는 의료서비스 공급자에 의해서 결정되고 진료비에 대한 심사도 이루어지지 않음.

□ 계약형 건강보험은 계약 내용에 따라 보험자의 의료공급자에 대한 진료비의 심사 및 진료의 적정성 평가가 이루어지게 됨.

□ 통합형 건강보험은 보험자가 의료공급자를 고용한 경우는 진료수가를 결정할 필요는 없어지고, 계약에 의한 경우는 진료수가가 계약에 의해서 결정되고 지급심사는 보험회사가 담당함.

<표 Ⅳ-6> 건강보험형태별 진료수가 및 심사평가

계약관계	내 용
전통형	■ 보험자가 의료공급자와 직접계약이 없는 경우 - 진료수가는 의료공급자에 의해서 결정 - 진료비의 심사 및 요양급여의 적정성 평가는 이루어지지 않음.
해당국가	한국, 네덜란드(미계약 의료공급자 이용 시), 벨기에, 프랑스(극히 일부 미계약 의료공급자), 독일, 룩셈부르크, 캐나다 등의 민영건강보험(미국은 점진적으로 비중 축소)
계약형	■ 보험자가 의료공급자와 직접계약 체결 후 보상 - 진료수가는 의료공급자와 보험자의 계약에 의해서 결정 - 진료비의 심사 및 요양급여의 적정성 평가는 계약내용을 기준으로 보험자가 담당
해당국가	아일랜드, 호주, 프랑스, 오스트리아, 포르투갈, 네덜란드, 영국 및 미국 HMO의 일부 옵션
통합형	■ 보험자가 제휴병원 네트워크를 구축 또는 소유하고 계약자에게 모든 범주의 의료서비스를 제공 - 의료기관을 소유한 경우 진료수가는 사전적으로 결정될 필요가 없고, 심사도 없음.
해당국가	프랑스, 스페인, 그리스 및 미국의 스태프형 HMO

Ⅴ. 개선 방안

1. 진료수가체계의 개선

가. 의료기관 종별가산율의 합리적 조정

□ 의료산업은 산재·자동차사고 환자의 특수성 즉, 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많으므로 산재·자동차보험의 진료수가기준은 국민건강

보험의 의료기관 종별 가산율에 추가로 가산율을 적용해야한다고 주장하고 있으나, 이러한 주장은 여러 면에서 논란이 될 수 있음.

○ 응급성 자체가 사고 종류별로 다르다고 볼 수는 없으므로 응급성을 이유로 추가적인 종별 가산율을 적용하는 것은 합리적이지 않다고 봄.

○ 행위별수가제를 적용하고 있는 우리나라 진료수가 결정방식에 비추어 볼 때 복합 증상이 있는 경우 세분화된 진료가 행하여질 것이므로 추가적으로 종별 가산율을 적용하는 것은 논리적으로 맞지 않다고 봄.

○ 사고의 원인 즉 보험종류별로 질환의 중증도가 다르다기보다는 사고의 정도에 따라 질환의 중증도가 다를 것이기 때문에 중증도를 근거로 종별 가산율을 추가적용 해야 한다는 주장 또한 불합리하다고 봄.

□ 따라서 해외 사례에서 본 바와 같이 동일한 정도의 상해 및 질병에 대해서는 동일한 정도의 진료가 이루어져야한다는 원칙이 받아들여져야 한다고 봄.

□ 민영건강보험은 국민건강보험을 보충하여 보장하고 있기 때문에 국민건강보험의 종별 가산율을 따르는 것이 합리적일 것임.

나. 입원료 체감률의 합리적 조정

□ 진료강도의 지속성 여부는 상해·질병의 종류에 따라 달라질 수는 있겠지만 보험의 종류에 따라 달라지는 것은 아닐 것이기 때문에 입원료 체감률을 합리적으로 조정해야한다고 봄.

□ 다만, 산재·자동차보험에서 유사한 정도로 장기간 지속적인 진료가 필요한 상해·질병이 국민건강보험 환자보다는 다빈도로 발생할 수 있는 경우를 대비하여 그러한 상해·질병에 대한 분류가 필요하고 그 분류에 따라 입원료 체감률의 적용여부를 결정하는 것이 제도도입의 취지에 맞을 것으로 봄.

다. 임의비급여에 대한 진료수가 마련

□ 4대 의료보험 모두가 임의비급여에 대한 진료수가의 산정에 대해서는 명확한 근거가 마련되어 있지 않음.

○ 우선적으로 다빈도로 그리고 진료비 규모가 크게 발생하고 있는 상해와 질병을 분류하여 진료수가 지침이 제시되어야 할 것임.

□ 민영건강보험은 국민건강보험에서 급여항목으로 정한 부분에 대해서는 그 적용범위, 그리고 정하지 아니한 부분(임의비급여)에 대해서는 진료수가의 산정기준(가칭, 「민영건강보험진료수가에관한기준」)이 요구됨.

2. 심사체계 효율화

□ 국민건강·산재·자동차보험은 동일 상해 및 질병에 대해서 동일 심사기준을 가지고 있더라도 심사·평가를 위한 기관이 상이하며, 과잉·허위청구에 대한 벌칙내용이 상이하여 청구된 진료비의 차이를 가져올 수 있으므로 심사체계의 조정이 필요함.

□ 자동차보험·민영건강보험의 심사체계를 합리화할 수 있는 방안으로 건강보험심사평가원에 심사위탁을 하여 일괄심사가 가능하도록 하는 방법이 있음.

□ 자동차보험은 자동차보험의 특성을 고려하여 자동차보험산업 내에 하나의 기구를 중심으로 운영될 수 있고, 민영건강보험이 민영심사기구를 운영하면서 독립적으로 심사기능을 수행할 수 있음.

○ 민영건강보험은 의료공급자에 대해서 심사·평가에 관한 아무런 법적 근거가 마련되어 있지 않으며, 더욱이 과잉·허위청구를 하더라도 규제할 수 있는 법적 근거가 마련되어 있지 않으므로 이에 대한 법적 근거의 마련이 전제되어야 함.

3. 의사결정기관의 조정

□ 4대 의료보험이 국민건강보험을 중심으로 진료수가체계 및 심사체계를 일원화할 경우에는 하나의 의사결정기구로 통합해야할 것임.

□ 자동차·민영건강보험은 민간기구가 심사를 담당하는 경우에는 민간의사결정기구를 별도로 운영하는 것이 바람직함.

4. 규제 개선

□ 국민건강·산재·자동차보험의 경우 허위·부당청구에 대한 벌칙 조항이 상이하므로 규제의 차이를 유발하는 조항을 개선할 필요가 있음.

□ 민영건강보험은「민영건강보험진료수가에관한기준」등을 마련하면서 허위·부당청구에 대한 행정처분 등이 가능하도록 벌칙조항을 만들어 법적 보호의 사각지대를 해소하여야 할 것임.

□ 4대 의료보험 모두에 행정처분 기간 중 의료급여행위에 대한 벌칙 규정, 의료기관의 외출·외박 기록 열람 거부에 대한 행정처분 조항이 미비되어 있으므로 관련 조항을 신설하여야 하고, 허위·부당청구한 의료기관의 실명공개 및 위반사실 공표를 위한 조치도 마련하여야 할 것임.

□ 민영보험에 대해서 제재의 실효성을 제고시키기 위해서는 심사위탁시 민영보험자를 포함한 보험자의 합동 현지조사의 주기적 실시 등 효율적인 요양급여 현지조사체계가 마련되어야 할 것임.

Ⅵ. 결 론

□ 본 연구는 유사 상해 및 질병인데도 불구하고 보험종류별로 진료비와 입원기간에 차이가 나고 있는 문제의 저변에는 무엇보다도 산재·자동차보험은 특수한 환자를 대상으로 한다는 생각에서 기인한다는 결론에 도달하였음.

□ 따라서 본 연구는 '동일상병은 동일진료'의 기준으로 다루어야한다는 방향으로 인식의 전환이 필요하다는 전제하에 개선방안을 도출하였음.

○ 해외 사례를 조사하면서 일본을 제외한 주요 선진국은 국민건강·산재·자동차보험 진료수가 체계와 심사체계가 일원화되어 있어서 '동일상병은 동일진료'의 원칙이 지켜지고 있음을 보았음.

□ 진료비 및 입원기간이 보험종류별로 차이가 나는 원인을 4대 의료보험의 다원화된 진료수가체계와 심사제도 그리고 규제의 차이에서 찾아보았고, '동일상병은 동일진료'의 관점에서 문제점을 개선하기 위한 방안을 구체적으로 정리하면 다음과 같음.

○ 첫째, 산재·자동차보험의 의료기관 종별 가산율과 입원료 체감률은 국민건강보험을 중심으로 조정되어야 한다고 봄. 다만, 적어도 산재·자동차보험 사고의 다빈도 상해 및 질병에 대해서 원가가 보전되고 있는지는 검토되어야 할 것임.

○ 둘째, 현재 의료기관이 실제 소요비용을 진료수가로 인정하고 있는 비급여항목에 대한 구체적 수가기준이 마련되어야 함.

○ 셋째, 심사체계의 정비는 단기적으로 자동차보험은 보험회사가 각각 심사하기 때문에 전문성 및 일관성을 확보하기가 어려우므로 특정의 기관을 중심으로 보험회사 간 일원화된 심사창구가 마련되어야 할 것이고, 장기적으로는 국민건강보험과 위탁계약 등을 통한 심사일원화의 방안도 고려할 수 있음. 민영건강보험은 진료수가기준을 마련하고

제3자 지급제도를 도입하여 국민건강보험과 위탁계약 등을 통한 심사가 가능할 수 있도록 해야 함.

○ 마지막으로, 각 보험종류별로 허위·부당청구에 대한 행정처분의 정도가 다르므로 개선하여야 하고 민영건강보험은 허위·부당청구를 적발할 수 있는 기준이 없고 적발하더라도 행정처분할 근거가 없으므로 개선이 필요함.

Ⅰ. 서 론

1. 연구 배경 및 목적

최근 정부는 우리나라 의료전달체계의 효율화 및 합리화를 위하여 진료수가 및 진료비 심사의 일원화를 위한 공청회를 개최 하는 등 많은 노력을 기울이고 있다.

이러한 노력의 배경에는 산업재해보상보험(이하, 산재보험)과 자동차손해배상보험(이하, 자동차보험)의 경우 장기입원과 높은 요양비로 인한 자원배분의 효율성 저하가 큰 문제점으로 지적되어 이를 바로잡고자 하는 의도가 깔려 있다. 산재보험은 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 국민건강보험보다 진료비가 많았고 입원기간은 길게 나타나고 있다. 자동차보험도 산재보험과 마찬가지로 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 국민건강보험과 진료비와 입원기간은 차이가 나고 있다.

예를 들어, 두개골 및 안면골 골절의 4일 이상 입원환자를 대상으로 할 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 245만 6천 원인데 반하여, 산재보험은 802만 6천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 3.3배 많았다. 입원기간은 국민건강보험이 10.7 일인데 반하여, 산재보험은 82일으로 나타나 산재보험이 국민건강보험에 비하여 7.7배 길게 나타났다. 뇌진탕의 경우는 1인당 진료비와 입원일수의 차이가 더 크게 나타나고 있다. 1인당 진료비는 산재보험이 3.3배 많았고, 입원일 수는 3.4배 길었다(국민권익위원회, 2009.7).

대퇴골 골절의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 725만 2천 원인데 반하여, 자동차보험은 1,293만 3천 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 1.8배 많았다. 국민건강보험의 입원기간은 35.6 일인데 반하여, 자동차보험은 129.9일으로 나타나 자동차보험의 입원기간이 국민건강보

험에 비하여 3.6배 길게 나타나고 있다.

정부는 물론 학계는 이러한 불합리한 현상을 지속적이고 다각도로 검토해 오고 있다. 먼저 산재·자동차 보험의 진료수가기준은 국민건강보험의 진료수가 기준에 가산적으로 인정하고 있는 부분이 있는데, 그 추가적으로 인정되고 있는 부분 때문에 유사한 상해 및 질병이더라도 국민건강보험보다 산재·자동차 보험 환자의 입원기간이 길고 진료비가 비싸게 산정되고 있으나 추가적으로 인정되고 있는 부분이 합리적이지 않다는 주장이 설득력을 얻고 있다. 산재·자동차 보험에 추가적으로 인정하는 이유는 산재·자동차 보험의 환자는 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많기 때문이라는 것이며, 그리고 충분한 진료가 이루어져야하기 때문이라는 것이다. 그런데 이러한 주장은 근거가 미약하다.

실손형 민영건강보험(이하, 민영건강보험)은 최근에 활성화 되고 있는 보험이어서 아직 주요 통계현황이 파악될 수 있는 체계가 마련되어 있지 않다. 그러나 민영건강보험의 진료비가 제도정비의 미흡으로 적정 수준보다는 높을 것으로 예상된다. 민영건강보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 비급여 부분을 보장하고 있으나 진료수가에 대한 별도의 기준이 마련되어 있지 않다. 진료비를 결정할 기준이 의료기관에 제시된 바 없으므로 의료기관이 스스로 결정한 진료비를 그대로 지급해야 하는 구조에 있는 것이다. 민영건강보험의 진료비가 적정하다고 인정되는 수준 이상으로 비쌀 것으로 예상되는 것이다.

진료비의 심사제도 차이가 진료비의 차이를 유발할 수 있다는 접근도 진료수가에 대한 접근과 병행되어 진행되고 있다. 국민건강보험의 진료비 심사는 진료수가기준에 따라 국민건강보험심사평가원이 담당하며, 산재보험 진료비 심사는 근로복지공단 소속기관장이 진료비·약제비 심사를 하며, 자동차보험 진료비 심사의 경우 각 보험회사가 담당 하고 있다. 민영건강보험은 진료비의 과잉청구여부 심사와 진료행위의 적정성을 평가하는 기준이 없는데다가 보험회사는 의료공급자에 대해서는 아무런 심사·평가권을 갖지 못하여 의료공급자에 대한 심사 자체가 이루어지지 않고 있다. 유사 진료행위이더라도 심사의 기준과 적용이 상이하여 국민건강보험과 진료비의 차이를 유발하는 원인이 될 수 있는 것이다.

그리고 규제의 차이에서 원인을 찾을 수 있다. 산재·자동차 보험은 국민건강보험에 추가해야 할 부분에 대해서는 각각 별도의 진료수가 기준을 마련하여 심사·평가를 하고 허위·과당청구에 대해서 행정처분 등의 벌칙조항을 가지고 있다. 그런데 국민건강·산재·자동차 보험의 벌칙조항의 내용이 각각 상이하다. 민영건강보험은 진료수가 기준이 마련되어 있지 않아 진료비의 허위·과잉청구가 있더라도 적발이 가능하지 않고 적발하더라도 행정처분이 가능하지 않아 규제의 사각지대에 놓여 있다. 규제의 차익이 발생할 수 있고 이 또한 진료비의 차이를 가져오는 원인이 될 수 있다.

그 밖에 의료산업의 특성상 혹은 우리나라의 행위별수가제로 인하여 모든 진료행위를 규정할 수 없기 때문에 발생하는 문제에서 원인을 찾는 시각이 있다. 국민건강·산재·자동차 보험의 비급여부분은 보장 대상에서 제외되고 있고 파악이 어려워 급여항목으로의 전환, 총체적 진료비의 관리 등을 어렵게 하고 있다. 민영건강보험은 국민건강보험의 비급여부분을 의료기관이 산정한 실제 소요비용을 보장하고 있다. 비급여부분을 포함한 합리적 진료수가체계와 체계적인 심사 및 평가 시스템이 요구된다고 하겠다.

이와 같이 국민건강·산재·자동차·민영건강보험(이하, 4대 의료보험) 모두가 제도적인 원인 혹은 각 보험의 태생적 차이로 인하여 유사 진료행위이더라도 진료비의 차이가 발생하고 운영의 비효율성 문제를 가지고 있다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다. 이에 대해 정부는 산재보험과 자동차보험의 진료비 문제를 해소하고자 꾸준히 노력하고 있으나 관련단체 간 이해관계의 상충으로 구체적인 방안 및 일정을 세우지 못하고 있다. 그리고 그러한 논의 과정에서 자동차보험산업에 대해서는 구체적으로 개선방안이 제시되지 못한 면이 있었고, 민영건강보험은 논의에서 제외되어 왔다.

최근 국민권익위원회(2009. 7)의 보고서는 기존의 연구를 전체적으로 망라하고 있다고 할 수 있다. 진료수가체계의 합리화를 위하여 국민건강·산재·자동차보험에 다르게 적용되고 있는 요양기관 종별 가산율과 입원료 체감률을 국민건강보험을 중심으로 일원화하고, 비급여 진료항목은 객관적인 원가의 분석이 없이 요양기관이 관할 관청에 신고한 가격으로 청구하고 있으므로 이를 다빈도 항목을 중심으로 원가분석 및 실태조사를 하여 개선방안을 마련할

것을 제안하고 있다. 그러나 자동차보험은 민간영역의 특징을 지니고 있다는 점, 자동차보험환자의 경우 자동차사고에서 빈번히 발생하지만 국민건강보험에서는 드물게 발생하는 상해 및 질병이 있을 수 있고 이러한 부분에서 종별가산율과 입원료 체감률이 필요한 경우가 있을 수 있다는 점이 고려되고 있지 않으며, 민영건강보험은 제도정비가 미흡함에도 불구하고 논의에서 제외되고 있다.

그리고 요양급여비 심사체계가 다원화되어 있어서 유사 상해 및 질병임에도 불구하고 보험종류별로 진료내역에 차이가 발생하므로 산재·자동차보험의 심사를 국민건강보험을 중심으로 일원화할 것을 제안하고 있다. 그러나 자동차보험은 민간영역이고 보험산업 내에 하나의 기구를 두어 일괄심사를 하는 것이 더 효율적일 수 있다는 점 등이 고려되지 않고 있으며, 민영건강보험에 대해서는 구체적 개선안이 제시되지 않고 있다.

김진현(2009.3, 2005.3)은 유사 상해 및 질병이더라도 국민건강·산재·자동차보험의 진료내역에 차이가 많이 나는 것은 심사제도가 다원화되어 있기 때문이라는 점을 지적하면서 요양급여심사제도를 국민건강보험을 중심으로 일원화할 것을 주장하고 있다. 여기에서도 민영보험산업의 특성을 고려함에는 미흡한 면이 있다.

이용재(2009)는 국민건강·산재·자동차보험의 진료내역에 차이가 많이 나는 것은 진료수가체계가 합리적이지 않기 때문이라는 점을 지적하면서 국민건강보험을 중심으로 일원화할 것을 주장하고 있다.

따라서 위에서 언급된 견해들의 근거를 민영보험산업의 입장에서 찾아볼 필요가 있다. 그리고 민영보험에 초점을 두고 진료수가 체계와 요양급여심사평가제도에 관해서 개선방안을 제공함으로써 관련 정부 정책 수립을 지원하고 민영보험산업의 발전에 기여할 수 있는 방안을 제시하고자 한다.

2. 연구 방법 및 구성

가. 연구 방법

본 연구는 먼저 4대 의료보험의 진료수가체계와 요양급여심사평가제도를 비교분석하고자 한다. 그리고 실제로 나타난 진료비의 차이를 비교분석하고자 한다. 진료비의 차이를 비교분석하기 위해서는 동일 상해 및 질병에 대해서 보험종류별 진료원가의 차이를 분석하여 진료비가 보험종목별로 차이가 나는 이유를 제시하는 것이 바람직하지만 이는 현실적으로 어려움이 많다. 따라서 가용 통계와 기존의 연구 결과를 활용하여 보험종류별 진료비의 차이를 비교분석하고 그 원인을 제도적인 측면에서 찾아보고 개선방안을 제시하고자 한다.

이러한 연구를 수행하기 위하여 문헌조사, 법·제도 비교분석 및 평가, 통계분석, 관련 단체의 방문조사, 전문가 면담 등의 방법을 이용한다.

나. 연구의 구성

진료수가체계와 요양급여심사평가제도의 현황 및 문제점을 파악하고 제도개선을 위한 정책적 시사점을 얻기 위하여 다음과 같은 구성으로 연구를 전개한다. 제2장에서는 먼저 4대 의료보험의 종류별 진료수가체계를 조사하고 국민건강보험과 각 보험을 비교평가한다. 그리고 각 보험종류별 진료비의 일반 현황 및 주요 상해 및 질병별 현황을 조사하고 역시 국민건강보험을 중심으로 비교평가 한다. 제3장은 제2장에서 파악된 진료비의 차이가 어디에서 비롯되었는지를 알아보기 위하여 할애된다. 진료수가의 산정 체계, 심사제도, 규제차이 등에서 진료비가 차이나는 원인을 찾고자 한다. 제4장에서는 해외의 진료수가체계와 심사제도가 어떻게 운영되고 있는지 알아본다. 제5장에서는 정책적 개선방안을 진료수가 측면, 심사체계 측면, 규제개선 측면으로 나누어 제시한다. 마지막장에서는 연구내용을 요약하면서 결론을 내린다.

Ⅱ. 보험종류별 진료수가체계 및 진료비 비교분석

1. 진료수가 체계

가. 산재보험과 국민건강보험

산업재해보상보험(이하 산재보험)의 요양급여의 범위 및 진료수가는 기본적으로 국민건강보험을 따르고 국민건강보험에서 요양급여로 정하지 않은 사항 중 산업재해보상보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위는 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」에 별도로 정해놓고 있다(<표 Ⅱ-1> 참조). 그리고 동 기준에서 정하지 않은 부분은 일반수가라고 하는데 이에 대해서는 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정하고 있다. 실제소요비용은 관할관청에 신고한 가격이다. 의료법 제45조에 따르면 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 시·도지사에게 신고하고, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원은 시, 군, 구청장에게 신고하도록 되어 있다.

국민건강보험은 의료기관의 전문성, 의료장비 및 시설, 연구활동 등을 인정하여 규모별로「건강보험 행위 급여·비급여 목록 표 및 급여상대가치점수」에 의료기관 종별 가산율을 적용하고 있다. 그런데 산재보험은 국민건강보험을 기준으로 하고 거기에 추가로 종별 가산율을 인정하고 있다. 그것은 산재사고 환자의 특수성 즉, 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많다는 것을 받아들였기 때문이다. 종합전문요양기관은 국민건강보험 종별 가산율에 15%, 종합병원은 12%, 병원에는 1%를 가산하여 산재사고 환자의 요양급여비를 산정하고 있다.

국민건강보험은 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료행위(수술, 처치 등)의 양이 줄어들기 때문에 이에 대한 원가 등을 고려하여 체감률을 적용한다. 산재보험은 이러한 입원료 체감률을 적용하지 않거나 국민건강보험에 비하여 약하게 적용하고 있다. 산재보험의 경우 종합전문요양기관 및 산재의료원 소속 의료기관과 종합병원은 적용하지 않고(국민건강보험은 의료기관 종별에 관계없이 15일째까지 적용하지 않음),

병원은 입원 일부터 50일째(국민건강보험은 15일째)까지는 소정점수의 100분의 100, 입원 51일째부터 150일째(국민건강보험은 16일째부터 30일째)까지는 소정점수의 100분의 90, 입원 151일째(국민건강보험은 31일째)부터는 소정점수의 100분의 85를 요양급여비로 산정하고 있는 것이다.

<표 II-1> 산업재해보상보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이

	산업재해보상보험	국민건강보험
의료기관 종별 가산율	종합전문요양기관: 건강보험 요양기관 종별 가산율에 15% 가산 종합병원: 12% 가산 병원: 1% 가산	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」(이하 "행위 및 상대가치점수") 제1부 일반 원칙 Ⅱ. 요양기관 종별 가산율을 적용하여 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원에 대하여 각각 30%, 25%, 20%, 15%의 가산율을 적용 (부록 <별표 1> 참조)
입원료 체감률	종합전문요양기관 및 산재의료원 소속 의료기관: 입원기간에 관계없이 행위 및 상대가치점수 중 소정점수의 100분의 100에 병원관리료의 100분의 100을 가산하여 산정 종합병원: 입원기간에 관계없이 행위 및 상대가치점수 중 소정점수의 100분의 100을 산정 병원: 입원일부터 50일째까지는 소정점수의 100분의 100, 입원51일째부터 150일째까지는 소정점수의 100분의 90, 입원 151일째부터는 소정점수의 100분의 85를 산정(요양병원은 제외함)	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제2부 제1장 제2호 다목 및 제2부 제1장 분류번호 가-2, 가-9, 가-10에 따라 입원료를 산정하고(부록 <별표 2> 참조), 제2부 제1장 제2호 다목 주요내용은 다음과 같음. - 입원 16일째부터 30일째 까지는 해당점수의 90%를 산정한다. - 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.
응급의료관리료	휴일·야간 근로 등으로 인하여 발생한 업무상재해의 진료를 위하여 부득이 휴일 또는 야간에 응급의료센터 및 응급의료기관을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정대상 응급증상에 해당하지 아니하더라도 "응급의료관리료"를 지급	보건복지가족부장관이 고시(【 보건복지부 고시 제2000-34호, 2000.7.1 】)한 "응급의료수가기준" (부록 <별표 3> 참조). I. 의료기관의 응급의료수가기준 1. 적용기준 가. 응급의료수가기준은 의료법 제3조에 의한 의료기관 또는 지역의료법 제8조에 의한 보건의료원에 적용한다. 나. 응급의료수가기준은 응급의료에관한법률 제2조제1호에 해당되는 응급환자를 진료한 경우에 적용한다.

		2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료 관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 "가" 응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.
이송료	「응급의료수가기준」중 "이송처치료 기준금액"에 따라 산정하되 구급차 이외의 교통비, 숙박료 및 식대는 별도 산정(부록 <별표 4> 참조) [산정지침] 1항: 교통비는 순로(정상적 교통수단 및 경로)에 따라 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인의 이송에 실제로 드는 금액을 지급한다.	「응급의료수가기준」중 "이송처치료 기준금액" - 일반구급차 ·기본요금(10km 이내) 20,000원 ·10km 초과시 1km당 800원 추가 - 특수구급차 ·기본요금(10km 이내) 50,000원 ·10km 초과시 1km당 1000원 추가
물리치료	진료상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 보건복지가족부장관이 정한 산정횟수 제한에도 불구하고 이를 추가로 인정 할 수 있음.	행위 및 상대가치점수 제7장 이학요법료(기본물리치료료, 단순재활치료료, 전문재활치료료)에 따라 산정(부록 <별표 5> 참조) - 제1절 기본물리치료 : 주2 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. - 제2절 단순재활치료로 : 주2 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. - 제3절 전문재활치료료 : 주2 중추신경계 발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
의약품관리료	"입원환자 의약품관리료 = 건강보험 입원환자의 초일분 의약품관리료 × 투약일수"로 산정하여 체감률을 적용하지 않음.	행위 및 상대가치점수 제2부 제1장 기본진료비 중 분류번호 가-11 및 나목에 따라 의약품 관리료를 산정(부록 <별표 6> 참조) - 예를 들어, 종합전문요양기관의 경우 입원환자 의약품관리료는 다음과 같이 체감

		함. 1일분 26.85 2일분 50.98 (26.85×2=53.7) 3일분 75.12 (26.85×3=80.55)
자기공명영상진단 MRI	두경부, 척추, 근골격계의 손상 및 질환에 대하여는 자기공명영상진단 세부 산정기준중 일반원칙에 의하여 진단시 1회 인정하며, 다음 각 호의 하나에 해당하는 경우에는 추가로 인정할 수 있음. - 장해상태의 확인을 위한 경우 - 상해 및 질병상태의 호전이 없거나 악화로 인하여 진료방향 을 결정하기 위하여 의학적으로 촬영의 필요성이 인정되는 경우 - 수술 후 상병상태 확인을 위하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우	자기공명영상진단에 소요되는 비용은 행위 및 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료 중 분류번호 다-246 자기공명영상진단에 따라 산정(부록 <별표 7> 참조). - 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영의 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. - 뇌, 두경부, 척추, 근골격계, 흉부, 복부, 혈관, 전신으로 분류하여 수가를 산정함.
가정산소치료	- 진폐 합병증 등으로 통원요양하고 있는 경우에는 수면시 또는 보행 등 일상생활활동시 시행한 동맥혈혈액가스검사 결과가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 가정산소치료서비스를 제공받는 경우에도 그 비용을 지급함. ·동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하 ·동맥혈 산소포화도가 88%이하 - 가정산소치료서비스 제공대상 산재근로자에게는 전기요금 등의 비용으로 월 30,000원을 정액으로 지급함.	가정산소치료서비스 적용기준 - 중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고 인정되는 자 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 결과가 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우 ·동맥혈 산소분압이 55mmHg이하인 경우 ·동맥혈 산소포화도가 88%이하인 경우 ·동맥혈 산소분압이 56-59mmHg이면서 적혈구증가증(헤마토크리트>55%)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 ·동맥혈 산소포화도가 89%이면서 적혈구증가증(헤마토크리트 > 55%)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 - 호흡기 1급 및 2급 장애인으로서 별도 검사없이 ″2항″ 전문의의 판단에 따라 처방전을 발급받은 경우

국민건강보험은 입원환자 의약품관리료에도 입원료 체감률을 적용하고 있다. 예를 들어, 종합전문요양기관의 경우 입원환자 의약품관리료는 다음과 같이 체감한다.

1일분 26.85
2일분 50.98 (26.85×2=53.7)
3일분 75.12 (26.85×3=80.55)

즉, 2일분이 1일분의 2배가 아니라 2일분보다는 낮게 산정하고 있는 것이다. 그러나 산재보험은 입원환자 의약품관리료를 국민건강보험 입원환자의 "초일분 의약품관리료 × 투약일수"로 산정하여 체감률을 적용하지 않는다.

그 외에 산재보험은 응급의료관리료, 이송료, 물리치료, 자기공명영상진단(MRI), 가정산소치료의 경우에도 추가적으로 진료행위를 인정하여 국민건강보험보다 진료비가 높게 산정될 수 있는 구조를 가지고 있다.

나. 자동차보험과 국민건강보험

자동차보험의 진료비는 「국민건강보험 진료수가 기준」에 정한 진료비에 대하여는 그 금액을 따르고, 동 기준에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」에 별도로 정하고 있으며(<표 Ⅱ-2> 참조), 별도로 규정되지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 국민건강보험기준에서 가장 유사한 분류항목을 준용하여 산정하고 있다. 다만, 준용하기 곤란한 특수한 진료행위이거나 새로운 진료행위인 경우에는 심의회가 정한 진료비에 의하며, 심의회가 정한 진료비가 없는 경우에는 당해 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정한다.

<표 Ⅱ-2> 자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 비교

	자동차보험	국민건강보험
종별가산율	- 종합전문요양기관: 건강보험 요양기관 종별 가산율에 15% 가산 - 종합병원: 12% - 병원: 1% - 의원: 0%	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」(이하 "행위 및 상대가치점수") 제1편 제1부 일반 원칙 Ⅱ. 요양기관 종별 가산율을 적용하여 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원에 대하여 각각 30%, 25%, 20%, 15%의 가산율을 적용(부록 <별표1> 참조)
입원료 체감률	- 종합전문요양기관 또는 전문요양기관: 입원기간에 관계없이 100%에 병원관리료 100%를 가산하여 산정 - 종합병원: 입원기간에 관계없이 100%를 산정 - 병원: 입원 51일째부터 150일까지는 해당 점수의 90%를 산정하고, 입원 151일째부터 해당 점수의 85%를 산정	「행위 및 상대가치점수」 제2부 제1장 제2호 다목 및 제2부 제1장 분류번호 가-2, 가-9, 가-10에 따라 입원료를 산정(부록 <별표2> 참조) - 입원 16일째부터 30일째 까지는 해당점수의 90%를 산정한다. - 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.
주사료	[주 사 료] 중 피하 또는 근육내주사(마-1)의 주의 내용 및 정맥내일시주사(마-2)의 "(1일당)"은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제5장 제1절주사료에 따라 산정(부록 <별표 9> 참조) 가. 피하 또는 근육내주사(마-1): 주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다. 나. 정맥내 일시 주사는 1일당 점수를 기준으로 산정한다.
검사료	[검사료] 중 다음 각 항목은 해당항목의 주의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함(별도의 진료비는 부록 <별표8> 참조). 가. 미생물약제 감수성검사(나-406) 나. 정밀안저검사(나-666) 다. 안압측정(나-675) 라. 세극등현미경검사 (나-681) 마. 청력검사(순음청력계기에 의한 검사) (나-634) 바. 첩포시험(나-713) 사. 광첩포시험(나-714) 아. 알레르겐 피부반응검사(나-715)	「행위 및 상대가치점수」 제2장 검사료에 따라 산정(양이 많아 부록에 첨부하지 않음) 가. 미생물약제 감수성검사: 주: 검사결과를 첨부하여야 한다. 다만, 항산균약제 감수성 검사를 위탁검사실시기관에 의뢰하여 검사 결과지가 도착되지 아니한 경우에는 검사 실시기관이 발급한 검사의뢰 접수증을 첨부하여야 한다. 나. 정밀안저검사: 주: 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 산정한다. 다. 안압측정: 주 : 주 3회 이상 실시하더라도 3회 이내만 산정한다. 라. 세극등현미경검사: 주: 주 2회 이상 실시하더라도 2회이내만 산정한다. 마. 청력검사: 주: 동시에 3종 이상을 실시하

		더라도 3종 이내만 산정한다. 바. 첩포시험: 주: 만8세 미만의 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정한다. 사. 광첩포시험: 주: 특히 난청아나 저능아의 경우에 실시하며 2명의 검사자가 30~40분 소요되는 검사로서 만8세 미만 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정한다. 아. 알레르겐 피부반응검사: 주: Glycerol 약제 투여 전후에 동 검사를 실시하는 경우에도 검사료는 1회만 산정한다.
마취료	[산정지침] 중 (7)에서 마취통증의학과 전문의 초빙료는 50,000원으로 함.	「행위 및 상대가치점수」 제6장 제1절 마취료 산정지침에 따름(부록 <별표 10> 참조). 마취: 주: 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 초빙료로 505.42점을 산정한다. 다만, 의료법 제3조제3항의 규정에 의한 종합병원인 요양기관 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 있는 병·의원급 요양기관은 제외한다.
물리치료	이학요법료 제1절 내지 제3절의 주2의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제7장 이학요법료(제1절 기본물리치료료, 제2절 단순재활치료료, 제3절 전문재활치료료)에 따라 산정 (부록 <별표 5> 참조) 제1절의 주2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적 전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제2절의 주2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제3절의 주2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
응급의료관리료	의료기관의 응급의료수가기준의 2. 산정기준, 가항 단서 중 "환자 본인"은 "보험사업자 등"으로 하여 이를 적용함.	보건복지가족부장관이 고시한 "응급의료수가기준"에 따름(부록 <별표 3> 참조). 2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 "가" 응급

		의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.
정신요법료	[정신요법료] 중 다음 각 항목은 해당 항목의 주의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함. 가. 개인정신치료(아-1)의 주2 및 주3 나. 집단정신치료(아-2) 다. 가족치료(아-3) 라. 작업 및 오락요법(아-4)의 주2 마. 약물이용면담(아-5) 바. 전기충격요법(아-7) 사. 정신과적재활요법(아-9) 아. 정신의학적사회사업(아-11)	「행위 및 상대가치점수」 제8장 정신요법료에 따라 산정(부록 <별표 11> 참조) 가. 개인정신치료(아-1)의 주2 및 주3 : 주2. 외래의경우「가」지지요법,「나」집중요법,「다」심층분석요법을 합하여 주 2회 이내만 산정한다. 주3. 입원의 경우「가」,「나」,다」를 합하여 주 6회 이내만 산정하되 「다」는 2회이내만 산정한다. 나. 집단정신치료(아-2) 주:「가」일반집단정신치료,「나」분석집단정신치료,「다」정신치료극 각각 주 2회 이내만 산정한다. 다. 가족치료(아-3) 주:「가」개인,「나」집단의 각각 주 1회만 산정한다. 라. 작업 및 오락요법(아-4)의 주2. 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회이내만 산정한다. 마. 약물이용면담(아-5): 주: 치료기간 중 2회 이내만 산정한다. 바. 전기충격요법(아-7) 주: 치료기간 중 20회 이내로 산정한다. 사. 정신과적재활요법(아-9) 주: 2~3개월 이상 장기입원 치료후 퇴원전 10회 정도 산정할 수 있는 요법이다. 아. 정신의학적사회사업(아-11): 주: 1.「가」개인력조사는 치료기간 중 1회만 산정한다. 2.「나」사회사업지도,「다」사회조사,「라」가정방문은 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회이내만 산정한다.
처치및수술료등	안면부에 대하여 창상봉합술(자-2-가)을 시행한 경우에는 1회의 시술에 한하여 별도로 50,000원을 가산하되 자동차보험진료수가에관한기준 제7조제1항의 요양기관 종별가산율은 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제9장 처치 및 수술료 등에 따라 산정(부록 <별표 12> 참조) - 창상봉합술: 주: 1. 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌우상하지의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.

진료에 수반되어 사용된 의약품의 가격과 진료에 사용된 재료대는 「국민건강보험진료수가기준」에 의하여 이를 산정하고, 동 기준에서 정하지 아니한 경우에는 의료기관이 당해 의약품 및 재료를 구입한 가격으로 이를 산정한다. 다만, 심의회가 별도의 가격을 정한 경우에는 그 가격에 의한다.

기타비용은 당해 의료기관의 실제비용에 의하고 다만, 심의회가 별도의 산정기준을 정한 경우에는 그 기준에 의하여 진료수가를 산정한다.

이와 같이 「국민건강보험 진료수가 기준」과 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」에서 정하지 않은 부분에 대해서는 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정하고 있는데 실제 소요비용은 관할관청에 신고한 가격이다.

자동차보험에서 국민건강보험을 기준으로 하고 추가로 인정하는 요양급여비는 요양기관 종별가산율, 입원료체감률의 경우는 산재보험의 경우와 동일하다. 그 외에 마취료, 주사료, 검사료, 물리치료료, 응급의료관리료, 정신요법료, 처치 및 수수료 등에 대해서 자동차보험의 진료수가는 국민건강보험보다 높게 산정되는 구조를 가지고 있다.

다. 민영건강보험과 국민건강보험

1) 민영건강보험 보장범위

민영건강보험은 국민건강보험법에서 정한 요양급여대상의 일부본인부담금과 비급여 대상 진료비 중 피보험자가 보험회사에 가입한 상품의 약관에서 정한 보장범위에 있는 진료비(2009년 10월 이후 본인부담의료비의 90%를 보장)를 보장한다.

민영건강보험은 2009년 10월부터는 상품이 표준화 되었다. 손해보험과 생명보험의 보장내용, 사용용어, 운영방식이 상이하였으나 표준화를 통하여 통일되어 소비자들이 비교평가를 하는 것이 용이해졌다. 표준화 전후의 보장내용은 표를 참조하기 바란다(<표 Ⅱ-3> 참조).

2) 국민건강보험의 본인부담제도

국민건강보험의 본인부담금제도는 다음과 같다. 국민건강보험은 안전성과 유효성의 확보여부에 따라 허가의료와 임의비급여의료로 구분한다. 다시 허가의료에는 건강보험급여원리에 부합되는 의료인 보험적용의료가 있고 부합되지 않는 법정비급여의료가 있다. 보험적용의료는 다시 ① 건강보험급여의료, ② 일부본인부담의료(법정본인부담의료)와 ③ 전액본인부담의료로 분류한다. 신의료기술을 포함하는 임의비급여는 허가의료에 포함되지 않는다.

국민건강보험 보험적용의료의 급여의료는 국민건강보험법 제39조(요양급여)에서 정한 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송이며 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조에서 정한 비급여대상을 제외한 일체의 사항이다.[1)]

---

1) 건강보험심사평가원에 따르면 국민건강보험 요양급여비용 관련 법령은 다음과 같다.
- 국민건강보험법 제39조에 의한 요양급여기준
  - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령)
  - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부령)
- 국민건강보험법 제42조 규정에 의한 요양급여비용의 내역
  - 국민건강보험 요양급여의 내역
  - 국민건강보험 요양급여행위 및 상대가치 점수
  - 약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준
  - 치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표
  - 약제급여·비급여목록 및 급여상한금액표 등
- 국민건강보험법 제41조 규정에 의한 본인일부부담금
  - 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률(시행령)

<표 II-3> 민영건강보험 표준화 전후의 보장범위

구분	내 용	표준화 이전(~2009.9.30)		표준화 이후 (2009.10.1~)
		손 보	생 보	
유형분류	▸상품유형 ①상해·질병·입원·통원 ②질병형·상해형·종합형 ③입원형·통원형 ▸상해등급 적용 여부	- 상해입원·상해통원·질병입원·질병통원 - 상해의료비 - 질병입원의료비 - 적용	- 질병형(입·통원), - 종합형 (질병+상해 입·통원) - 해당사항 없음	-①상해(입원·통원)형 -②질병(입원·통원)형 -③종합(입원·통원)형 - 적용
입원통원	▸상품구성 ▸입원 한도 ▸입원한도 산출방식 ▸상급병실차액(개인) ▸통원(외래+약제비)한도 ▸통원한도 산출방식 ▸갱신주기 ▸병원급별 공제금액	- 입원 + 통원 - 천만원~1억 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(상해의료비는 100% 가능) - 10만원~50만원 - 일당 통원 한도 - 3년/5년, 歲만기 - 해당사항 없음	- 입원+외래+약제비 - 3천만원~5천만원한도 - 연간 입원 한도 - 50%(1일 평균 8만원 한도) - 15만원/20만원 - 회당 외래·약제비 한도 - 3년 자동갱신 - 적용	- 입원+외래+약제비 - 5천만원 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(1일 평균 10만원 한도) - 30만원 한도 - 회당 외래·약제비한도 - 자율 운용 - 적용
보장범위	▸용어 (상해 / 재해) ▸재해분류표 적용 ▸해외의료비 보장여부 ▸국민건강보험 미적용시 ▸면책사항 (치매, 한방, 치과, 비뇨기과, 산과, 선천성질환, 치질 등)	- '상해' 용어 사용 - 해당사항 없음 - 40% 보장 - 40% 보장(회사별 의료비 기준) - 회사별 면책범위 상이 (포괄적 열거주의)	- '재해' 용어 사용 - 적용 - 해당사항 없음 - 본인부담의료비의 32% - 회사별면책범위 상이 (구체적 열거주의)	- '상해' 로 통일 - 적용 안함 - 보장 안함 - 40% 보장 - 보장 : 치매, 한방(급여), 치과(급여), 치질(급여)
운영방식	▸주계약/특약 운용여부 ▸보장기간 ▸공시방법 ▸상품명 ▸특정 보장 의료비 보장 ▸적립금 대체납입 방식	- 특약형(방카는주계약) - 최대 100세 - 별도 공시기준 없음 - 일부 '의료보험' 사용 - 교통,화재상해등 다수 - 운용 중	- 특약형(일부는주계약) - 80세/100세(일부 종신형) - 별도 공시기준 없음 - '의료'·'의료비' 사용 - 선천이상입원등 소수 - 해당사항 없음	- 자율 운용 - 자율 운용 - 별도 공시기준 마련(협회) - '실손 의료비' 명기 - 면책사항만 보장가능 - 자율 운용
요율	▸요율산출	- 자사율 (회사별 경험통계 적용)	- 자사율 (국민건강보험통계 적용, 일부는 경험통계 적용)	- 자율 운용

자료 : 보험개발원.

급여의료의 일부본인부담은 주로 정률제를 적용하여 입원의 경우 100분의

20 (2005년 9월부터 암, 심장질환, 뇌혈관질환은 100분의 10), 외래진료의 경우 의료기관의 등급과 소재지에 따라 100분의 50에서 100분의 30, 약국의 경우 100분의 30을 본인부담한다. 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조[2]에 따르면 전액본인부담의료는 급여가 제한되거나 정지되는 경우와 보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등이 해당한다. 이 경우 향후 급여대상 확대 등을 고려하여 전액본인부담의료의 수가를 정하여 100/100 본인부담으로 고시하고 있고 의료기관은 이를 적용하고 있다.

법정비급여의료는 선택진료료, 병실차액, 식대, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 치료재료대, MRI(2009년 일부 상해 및 질병에 대해서는 급여로 전환), 초음파, 기타가 있다. 법정비급여의료로 결정되는 것은 ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 혹은 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ② 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용·행위·약제 및 치료재료에 해당하는 것으로 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술(체외수정, 인공수정), 친자확인진단, 치과보철, 선택진료 등이 해당한다.

임의비급여의료는 법령이나 고시로 모든 합법적인 의료행위와 치료재료는 급여 또는 법정비급여로 구분하여 규정하고 있는데 급여 또는 법정비급여로 결정되지 않은 행위 및 치료재료에 대해 환자에게 비용을 부담하게 하는 경

---

2) 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조에서 정한 기준을 보면 다음과 같다.
① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재
② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
④ 보험급여시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강급여 원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료
예: 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술 (체외수정, 인공수정 등), 친자확인진단, 치과보철, 선택진료 등
⑤ 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료에 대한 비급여 대상규정
⑥ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
예: 한방 물리요법, 한방생약제제 등

우, 신의료기술, 진료상의 경제성이 불분명한 검사처치수술, 기타의 치료 또는 치료재료가 해당한다. 기타 보건복지가족부에서 분류한 임의비급여는 요양급여기준을 초과한 경우, 별도의 진료수가 산정이 불가능한 경우, 식약청 허가사항을 초과하여 사용한 경우(주로 의약품에 해당), 심사삭감에 따른 부분 등이 해당한다.

3) 민영건강보험 보장대상 진료비 산정기준

가) 국민건강보험 허가의료의 본인부담금

국민건강보험은 법령이나 고시로 모든 합법적인 의료행위와 치료재료는 급여 또는 법정비급여로 구분하여 규정하고 있다. 이러한 허가의료에 해당하는 부분에 대해서는 민영건강보험의 진료수가가 국민건강보험에서 정한 기준에 의하여 결정된다고 할 수 있다.

따라서 산재보험이나 자동차보험에서 국민건강보험을 기준으로 하고 추가로 인정하는 요양기관 규모별 종별가산율, 입원료체감률은 민영건강보험에서 적용되지 않는다고 할 수 있다.

국민건강보험의 요양급여비용은 극히 일부 포괄수가제(DGR)를 제외하고 행위별수가제(FFS, fee-for-service)[3]로 산정하고 있다.

---

3) 우리나라 국민건강보험, 산재보험, 자동차보험의 요양급여비용은 진료행위에 대한 기술료(조제료, 재료대 포함)와 진료행위에 소요되는 약제비와 치료재료비로 구성된다. 기술료에 해당되는 행위료의 경우 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별수가제(fee-for-service)의 점수제로 운영하고 있다. 의료기술의 변화와 같은 여건변화에 따라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때만 점수표를 조정하게 된다. 보험자와 의료서비스 공급자가 수가를 협상 및 계약할 경우에 점수를 협상할 필요는 없고 보험재정, 의료기관의 경영수지를 감안하여 환산지수(점당 가격)만 협상 및 계약을 한다. 약제비나 치료재료비는 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액 범위 내에서 의료기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 한다.

민영건강보험은 국민건강보험의 일부본인부담금은 국민건강보험을 따르고 있고 비급여 본인부담금은 의료공급자가 원가를 고려하여 결정한다고 할 수 있다.

나) 국민건강보험 임의비급여의료

신 의료기술 등 임의비급여의료는 허가의료에 해당하지 않는다. 이 경우 의료법 제45조에 의거 해당 의료기관이 그 지역 관할 관청에 신고한 일반수가에 의하여 환자 본인이 전액 부담한다.

그런데 민영건강보험은 임의비급여에 대한 범위가 애매하다. 자동차보험의 경우 마취료, 주사료, 검사료, 물리치료료, 응급의료관리료, 정신요법료, 처치 및 수수료 등에 대해서 국민건강보험은 비급여로 하고 있지만 자동차보험은 급여로 인정하는 기준을 마련해 놓고 있다. 민영건강보험은 이러한 기준이 마련되어 있지 않다.

우리나라 민영건강보험은 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 어떠한 계약도 체결한 바가 없고, 정부의 소관부처에 의해서 고시된 바도 없다. 민영건강보험은 「국민건강보험 진료수가 기준」에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료수가체계가 별도로 마련되어 있지 않은 것이다.

2. 진료비

가. 보험종류별 주요 상해 및 질병별 비교

1) 산재보험과 국민건강보험의 진료비

산재보험[4]은 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 산재사고로 인한 진료비가 많았고 입원기간은 길게 나타나고 있다(<표 Ⅱ-4> 참조). 발목을 포함한 아래다리의 골절의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 275만 6천 원인데

4) 보험종류별 일반적인 현황을 보면 가입자 1인당 진료비가 국민건강보험은 49만 원, 산재보험은 4만 6천 원, 자동차보험은 5만 8천 원 수준으로 나타나고 있다. 수급자 1인당 진료비가 국민건강보험은 53만 원, 산재보험은 4백 26만 원, 자동차보험은 56만 원으로 나타나고 있다.

반하여, 산재보험은 550만 7천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2배 많았다. 입원기간은 국민건강보험이 20.9 일인데 반하여, 산재보험은 77일로 나타나 산재보험이 국민건강보험에 비하여 3.7배 길게 나타났다. 뇌진탕의 경우는 1인당 진료비와 입원일수의 차이가 더 크게 나타나고 있다. 1인당 진료비는 산재보험이 3.3배 많았고, 입원일 수는 3.4배 길었다.

1인 1일당 입원진료비는 국민건강보험이 13만 2천 원인데 반하여, 산재보험은 7만 2천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 낮았다. 이것은 산업재해 환자의 입원기간이 상대적으로 현저히 길기 때문이다.

2) 자동차보험과 국민건강보험의 진료비

자동차보험도 산재보험과 마찬가지로 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 자동차사고로 인한 진료비는 높고 입원기간은 긴 것으로 나타나고 있다(<표 Ⅱ-5> 참조). 발목을 포함한 아래다리의 골절(슬개골, 하퇴골, 족근골 (족지골 이외)의 골절)의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 266만 7천 원인데 반하여, 자동차보험은 785만 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2.9배 많았다. 국민건강보험의 입원기간은 19.7 일인데 반하여, 자

< 보험종목별 진료비 일반현황 >

(단위: 명, 원, 대)

구 분	국민건강보험	산재보험	자동차보험
총진료비(천원)	23,496,728,761	581,496,000	889,529,796
가입자	47,819,674	12,528,879	15,266,432
가입자 1인당 진료비	491,361	46,412	58,267
수급자 1인당 진료비	534,764	4,268,957	567,699

주 : 1) 진료비에서 약제비 제외, 2007년 말 기준
2) 자동차보험은 가입대수 기준
3) 수급자 1인당 진료비의 경우 국민건강보험은 총진료비/진료실인원, 산재보험은 진료비지급액/진료비수급자수
4) 민영건강보험은 수급자 1인당 진료비 등이 파악되지 않고 있음.

자료 : 『건강보험통계연보』, 2007, 『산재보험 사업연보』, 2007, 『자동차보험 통계자료집』, 2007.

동차보험은 91.0일로 나타나 자동차보험의 입원기간이 국민건강보험에 비하여 4.6배 길게 나타나고 있다.

국민건강보험의 1인 1일당 입원진료비는 13만 5천 원인데 반하여, 자동차보험은 8만 6천 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 낮았다. 이것은 자동차보험환자의 입원기간이 현저히 길기 때문에 나타나는 현상으로 보인다.

<표 II-4> '07년 국민건강·산재보험 입원 진료비 및 기간

< 본인부담금 반영, 4일 이상 입원환자를 대상 >

(단위 : 천 원, 일)

상병명	코드	국민건강보험 1인당			산재보험 1인당		
		진료비	입원일수	1일당 입원 진료비	진료비	입원일수	1일당 입원 진료비
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82	2,756	20.9	132	5,507 **(2.0)**	77 **(3.7)**	72
머리내 손상	S06	4,318	19.3	224	10,656 **(2.5)**	112 **(5.8)**	95
요추 및 골반의 골절	S32	3,030	23	132	7,398 **(2.4)**	96 **(4.2)**	77
늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	S22	1,927	18.4	105	5,639 **(2.9)**	73 **(4.0)**	77
대퇴골의 골절	S72	7,409	36.9	201	8,163 **(1.1)**	101 **(2.7)**	81
아래팔의 골절	S52	2,202	14.7	150	4,006 **(1.8)**	49 **(3.3)**	82
두개골 및 안면골의 골절	S02	2,456	10.7	230	8,026 **(3.3)**	82 **(7.7)**	98
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33	856	14	61	3,148 **(3.7)**	51 **(3.6)**	62
무릎관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83	2,498	16.4	152	4,208 **(1.7)**	58 **(3.5)**	73
목 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13	1,053	13.8	76	3,976 **(3.8)**	58 **(4.2)**	69
뇌진탕	S06.0	987	11.6	85	3,220 **(3.3)**	39 **(3.4)**	83

주 : 1) 괄호안은 건강보험와 산재보험의 비율을 나타냄.
2) 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준
3) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도 최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산
4) 4일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회의 「요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.7」을 재구성함.

<표 II-5> '07년 국민건강·자동차보험 입원 진료비 및 기간

< 본인부담금 미반영, 1일 이상 입원환자를 대상 >

(단위 : 천 원, 일)

코드 (건강보험)	대표 AIS-CODE (자동차보험)	국민건보 1인당			자동차보험 1인당		
		진료비	입원일수	1일 입원 진료비	진료비	입원일수	1일 입원 진료비
S82	722-567, 723-567, 733-567, 734-567 슬개골,하퇴골,족근골(족지골 이외)의 골절	2,667	19.7	135	7,850 (2.9)	91.0 (4.6)	86
S06	102, 103, 104, 105 두안부(뇌진탕, 뇌좌상, 중증 뇌좌상, 두 개강내 출혈)	3,674	14.7	250	1,512 (0.4)	16.4 (1.1)	92
S32	322, 323, 324 배요부(척수손상이 없는것, 척수손상이나 불완전마비, 척수손상으로 완전 마비	2,924	20.9	140	7,670 (2.6)	83.9 (4.0)	91
S22	422, 423, 424 흉부(혈흉,기흉이 없는 늑골/흉골 골절,혈흉,기흉을 동반한 골절	1,862	17.0	110	5,032 (2.7)	52.5 (3.1)	96
S72	722-4, 723-4, 733-4, 734-4 대퇴골의 골절	7,252	35.6	204	12,933 (1.8)	129.9 (3.6)	100
S52	622-78, 623-78, 633-78, 634-78 전완골,수근골(수지골이외)의 골절	2,061	12.9	160	5,198 (2.5)	53.6 (4.2)	97
S02	122, 123, 124, 125, 131, 132, 133 두안부(의식장애 없는 단순/함몰 골절, 의식장애 있는 단순/함몰 골절, 치아손상, 하악골 골절)	2,256	9.1	248	3,943 (1.7)	30.6 (3.4)	129
S33	302, 303, 304, 배요부(염좌, 추간판 탈출증)	769	12.1	64	683 (0.9)	9.1 (0.8)	75
S83	702-2, 703-2 슬관절(염좌, 인대 파열 및 탈구)	2,389	15.1	158	2,564 (1.1)	21.2 (1.4)	121
S13	202, 203, 204 경부(염좌, 추간판 탈출증)	952	11.7	81	635 (0.7)	8.8 (0.8)	72
S06.0	102, 두안부(뇌진탕)	797	7.9	101	1,117 (1.4)	13.4 (1.7)	83

주 : 1) 괄호안은 건강보험과 자동차보험의 비율을 나타냄.
2) 건강보험 코드는 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준
3) 자동차보험은 AIS-CODE(표준간이상해도) 기준이며 복합상병인 경우 주 상병 기준
4) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도 최초 요양 일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산
5) 건강·자동차보험 비교시 1일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회의 「요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.7」을 재구성함.

3) 보험종류별 입원율 비교

보험종류별로 주요 상해 및 질병의 입원율을 비교할 때는 산재보험과 자동차보험이 다른 현상을 보인다. 국민건강보험과 산재보험의 주요 상해 및 질병의 입원율은 상해 및 질병에 따라 산재보험이 낮게 나타나는 경우도 자주 발생하고 있다(<표 Ⅱ-6> 참조). 그러나 국민건강보험과 자동차보험의 경우는 조사 대상 모든 상해 및 질병에서 자동차보험의 입원율이 높게 나타나고 있다(<표 Ⅱ-7> 참조). 자동차보험 환자의 경우 가해자가 있을 경우 보상금에 대해서 합의를 해야 한다. 자동차보험 환자는 입원을 하면 보상금 협상에서 유리할 수 있기 때문에 입원을 선호할 수 있다. 의료기관은 자동차보험의 경우 종별가산율과 입원료체감률이 국민건강보험보다 유리하게 작용하고 있기 때문에 자동차보험 환자의 입원을 선호한다. 따라서 환자와 의료기관의 이해관계가 일치하여 나타나는 현상이라고 볼 수 있다.

<표 Ⅱ-6> '07년 국민건강·산재보험 입원환자 주요 상병의 입원율

(단위 : %)

상해 및 질병명	코드	건보(A)	산재(B)	B/A(배)
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82	76.4	77.9	1
머리내 손상	S06	85.4	65.0	0.8
요추 및 골반의 골절	S32	84.1	71.3	0.8
늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	S22	77.2	70.6	0.9
대퇴골의 골절	S72	95.7	78.6	0.8
아래팔의 골절	S52	45.5	60.6	1.3
두개골 및 안면골의 골절	S02	71.5	57.4	0.8
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33	26.3	57.6	2.2
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83	48.8	63.9	1.3
목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13	24.5	64.5	2.6
뇌진탕	S06.0	77.3	30.3	0.4

주 : 1) 입원율 = 입원건수 ÷ 합계건수(입원건수 + 외래건수)
2) 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준
3) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도 최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산
4) 4일 이상 입원환자를 대상으로 비교
자료 : 국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.

<표 II-7> '07년 국민건강·자동차보험 입원환자 주요 상해 및 질병의 입원율

(단위 : %)

표준질병 분류코드 (건강보험)		대표 AIS-CODE (자동차보험)		건보 (A)	자보 (B)	B/A (배)
S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	722-567,723-567, 733-567, 734-567	슬개골,하퇴골,족근골(족지골 이외)의 골절	37.3	91.2	2.4
S06	머리내손상	102, 103, 104, 105	두안부(뇌진탕, 뇌좌상, 중증 뇌좌상, 두 개강내 출혈)	18.1	88.2	4.9
S32	허리뼈 및 골반의 골절	322, 323, 324	배요부(척수손상이없는것, 척수손상이나불완전마비, 척수손상으로 완전 마비	36.6	93.2	2.5
S22	갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	422, 423, 424	흉부(혈흉,기흉이 없는 늑골/흉골골절,혈흉,기흉을 동반한 골절	23.8	92.0	3.9
S72	넓적다리뼈의 골절	722-4, 723-4, 733-4, 734-4	대퇴골의 골절	57.3	93.2	1.6
S52	아래팔의 골절	622-78, 623-78, 633-78, 634-78	전완골,수근골(수지골 이외)의 골절	18.9	84.6	4.5
S02	머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	122,123,124,125,131,132,133	두안부(의식장애가 없는 단순/함몰 골절, 의식장애가 있는 단순/함몰 골절, 치아손상, 하악골 골절)	7.7	90.8	11.8
S33	허리뼈 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	302,303,304,	배요부(염좌, 추간판 탈출증)	3.0	76.0	25.3
S83	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌및 긴장	702-2,703-2	슬관절(염좌, 인대 파열 및 탈구)	7.0	70.4	10.1
S13	목부위의 관절 및 인대의 탈구,염좌및긴장	202, 203, 204	경부(염좌, 추간판 탈출증)	2.4	79.2	33
S06.0	뇌진탕	102	두안부(뇌진탕)	8.4	88.3	10.5

주 : 1) 상병분류기준
- 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준
- 자동차보험은 AIS-CODE(표준간이상해도) 기준이며 복합 상병인 경우 주상병 기준

2) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도 최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산

3) 건강·자동차보험 비교시 1일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.

나. 의료기관 종별 진료현황

의료기관 종별로 진료현황을 보면 종별 가산율 등으로 인한 진료비 차이를 간접적으로나마 알 수 있다. 청구건당 내원일수를 보면 국민건강보험의 경우 의원(1.31일)이 가장 짧게 나타난다. 의원은 중증입원 중심의 의료기관이 아니기 때문에 나타나는 현상이라고 볼 수 있다. 그런데 병원(2.75일)이 가장 길게 나타나 종합전문병원이나 종합병원보다도 길게 나타난 것은 의료기관 종별 가산율로 인하여 상대적으로 낮은 수가를 보전하기 위해서 내원일수를 늘이기 때문일 수 있다. 또한, 종합전문병원이나 종합병원은 병상이 부족하여 병상회전률이 빠른 반면 병원은 병상의 여유로 인하여 충분한 진료를 하고 있기 때문으로 해석할 수 있다(<표 Ⅱ-8> 참조).

산재보험의 경우 청구건당 내원일수를 보면 종합전문병원(63일)이 가장 짧고 의원(94일)이 가장 길게 나타난다. 의료기관의 규모가 클수록 청구건당내원일수가 짧은 것이다. 병원(91일)이 종합전문병원이나 종합병원보다도 길게 나타난 것은 국민건강보험의 경우와 같이 해석할 수 있다.

자동차보험의 경우는 병·의원(8.9일)이 가장 낮고, 종합전문병원(11.1일)에서 가장 길게 나타난다. 자동차보험환자가 종합전문병원에 집중되는 것은 종합전문병원의 의료기관 종별 가산율이 높기 때문일 수 있다. 또한, 자동차보험환자는 충분한 치료를 받기 위해서 전문성이 높은 의료기관을 선호할 수 있기 때문이기도 하다. 그러나 자동차보험환자는 가해자가 있을 경우 가해자와 보상금을 합의해야 한다. 종합전문병원에서 진료를 받을 경우 보상금합의가 유리한 입장에서 이루어질 수 있기 때문이기도 한 것이다. 앞에서 자동차보험 환자의 경우는 분석 대상 모든 질병에서 입원율이 국민건강보험 환자보다 높았다는 사실도 이를 뒷받침하고 있다. 치료의 목적이 아니라 보상금을 목적으로 입원을 하고 그리고 종합전문병원을 선호하고 있는 것이다. 자동차보험의 경우는 이와 같이 종합전문병원과 자동차보험환자 사이의 이해관계가 일치하여 자동차보험환자가 종합전문병원에서 장기간 진료를 받을 수 있는 것이다.

이렇게 국민건강보험과 자동차보험이 의료기관 종별로 비교할 때 다르게

나타나는 현상을 <표 Ⅱ-9>에서 세분해서 보여주고 있다. 건당진료비를 보면 국민건강보험은 종합전문병원이 27만 원 수준으로 가장 높게 나타나고 자동차보험에서도 235만 원 수준으로 종합전문병원이 가장 높게 나타난다. 그러나 건당입원일수를 보면 국민건강보험은 병원(13.36일)이 가장 길고 자동차보험은 종합전문병원(7.7일)이 가장 길게 나타난다. 그리고 건당외래일수를 보면 건당입원일수의 경우와 동일한 현상이 나타난다.

<표 II-8> '07년 의료기관 종별 청구건당 내원일수[1)]

(단위: 일)

구 분	국민건강보험	산재보험[2)]	자동차보험
종합전문	1.97	63	11.1
종합병원	2.00	76	9.9
병원	2.75	91	8.9
의원	1.31	94	8.9

주 : 1) 청구건당내원일수=(입원+방문)/청구건수, 투약일수 제외
2) 평균요양일수(산재보험에서 요양일수는 입원과 외래를 포함하는 개념이다.)
자료 : 『건강보험통계연보 2007』, 『산업재해보상보험 사업연보 2007』, 『자동차보험통계자료집 2007』.

국민건강보험은 병원(1.67일)이 가장 길고 자동차보험은 종합전문병원(3.4일)이 가장 길게 나타난다. 자동차보험의 경우는 국민건강보험과 다른 현상을 보여주는 것은 종합전문병원에서 진료를 받을 경우 보상금합의가 유리하기 때문에 자동차보험환자가 종합전문병원에서 장기간 진료를 받고 있을 수 있다는 해석을 다시 지지하고 있는 것이다.

<표 II-9> 의료기관 종별 의료비 및 입원율 현황(2007)

(단위: 건, 원, 일, %)

구 분	의료기관	국민건강보험	자동차보험
건당의료비	종합전문	270,808	2,356,634
	종합병원	159,479	1,032,652
	병원	132,838	569,183
	의원	21,893	363,638
건당입원일수	종합전문	8.34	7.7
	종합병원	9.63	7.6
	병원	13.36	6.6
	의원	6.75	5.5
건당외래일수	종합전문	1.40	3.4
	종합병원	1.42	2.3
	병원	1.67	2.3
	의원	1.29	3.3
입원율	종합전문	8.2	27.5
	종합병원	7.1	43.2
	병원	9.2	56.8
	의원	0.4	54.5

주 : 입원율 = 입원건수 ÷ 합계건수(입원건수 + 외래건수)

자료 : 『건강보험통계연보 2007』, 『자동차보험 통계자료집 2007』.

Ⅲ. 보험종류별 진료비 차이 원인분석

1. 진료수가의 산정

가. 의료기관 종별 가산율

앞에서 동일 상해 및 질병임에도 불구하고 산재·자동차보험의 경우 국민건강보험보다 진료비가 높게 나타나고 있음을 보았다. 이러한 현상이 나타나고 있는 원인 중의 하나로 의료기관 규모별 종별 가산율을 들 수 있다. 국민건강보험은 종합전문병원의 경우 30%, 종합병원은 25%, 병원은 20%, 그리고 의원은 15%를 가산한다(<표 Ⅲ-1> 참조). 그런데 산재·자동차보험의 의료기관 종별 가산율은 종합전문병원 45%, 종합병원 37%, 병원 21%이다. 산재·자동차보험의 경우는 국민건강보험보다 종합전문병원의 경우 15%, 종합병원은 12%, 병원은 1% 더 할증하고 있는 것이다. 동일 의료행위라도 종별 가산율 때문에 산재·자동차보험 환자의 진료비가 높을 수밖에 없는 구조인 것이다.

더욱이 이러한 구조는 산재·자동차보험에 대해서 의료기관과 환자의 도덕적 해이를 유발할 수 있기 때문에 진료비가 높게 나타나고 있는 것일 수 있다. 일부 의료기관은 수입 증대를 위해 산재·자동차사고 환자에 대해 통원 치료, 단기 입원으로 치료가 가능함에도 과잉진료를 유도할 가능성이 있고, 산재·자동차사고 환자는 보상금, 보험금을 이유로 불필요한 입원과 치료기간 연장을 유인할 가능성이 있는 것이다.

특히, 자동차보험의 경우 입원율이 동일 상해 및 질병이더라도 국민건강보험보다 높고 입원기간이 종합전문병원에서 가장 길게 나타나는 현상을 앞에서 보았다. 가해자가 있을 경우 보상금을 합의해야 하는데 입원할 경우 그리고 종합전문병원에 입원 할수록 합의과정에서 유리한 입장에 있을 수 있다. 이렇게 치료의 목적이 아니라 의료기관과 환자의 이해관계가 일치하여 산재·자동차사고 환자의 진료비가 높게 나타나고 있는 것일 수 있다.

민영건강보험은 국민건강보험의 일부본인부담금과 비급여본인부담금을 보충하여 보장하고 있으므로 일부본인부담금은 국민건강보험의 종별 가산율을

따른다고 할 수 있다. 따라서 산재·자동차사고 환자의 경우와 같은 문제는 발생하지 않을 것이다.

<표 III-1> 보험종류별 및 의료기관 종별 가산율

구 분	종합전문병원	종합병원	병원	의원
건강보험	30%	25%	20%	15%
산재보험	45%	37%	21%	15%
자동차보험	45%	37%	21%	15%
민영건강보험	일부본인부담금은 국민건강보험을 따르고 비급여본인부담금은 정해진 바 없음.			

자료 : 1) 건설교통부,「자동차보험 진료수가에 관한 기준」
2) 노동부・근로복지공단,「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」
3) 보건복지가족부,「국민건강보험 진료수가 산정기준」.

나. 보험종류별 입원료 체감률

산재·자동차보험 환자의 입원료 체감률이 국민건강보험과 달라 동일 상해 및 질병이라도 산재보험과 자동차보험 환자의 입원 일수가 증가되어 진료비의 차이가 발생할 수 있다(<표 Ⅲ-2> 참조).

국민건강보험은 의료기관 종별을 구분하지 않고 입원료 체감률을 적용하고 있는 데 반해 산재보험과 자동차보험은 종합전문병원과 종합병원에 대해서는 적용하지 않고 병・의원에 대해서는 국민건강보험에 비하여 미적용 기간을 길게 설정하고 있다. 국민건강보험은 미적용기간이 15일 인데 산재·자동차보험은 50일이다. 산재·자동차보험 환자의 진료비가 높을 수밖에 없는 구조인 것이다. 그리고 일부 의료기관은 수입 증대를 위해 산재·자동차보험 사고환자는 통원 치료, 단기 입원으로 치료가 가능함에도 불필요한 입원기간 연장을 유도할 가능성이 있는 것이다.

민영건강보험에서는 입원료 체감률을 국민건강보험과 동일하게 적용하고 있다고 할 수 있어서 민영건강보험 환자의 경우는 입원료 체감률이 원인이 되어 불필요한 입원기간 연장과 같은 문제는 발생하지 않을 것이다.

<표 III-2> 의료기관 종류별 입원료 체감률 비교

구 분	국민건강보험	자동차보험	산재보험
종합전문	- 1일~15일 : 입원료 100% - 16일~30일 : 입원료의 90% - 31일 초과 : 입원료의 85%	- 입원료(100%) × 1.35 *0.35는 병원관리료 - 입원료 체감률 미적용	- 입원료(100%) + 병원관리료(100%) - 입원료 체감률 미적용
종합병원		- 입원료 100% 산정 - 입원료 체감률 미적용	- 입원료 100% 산정 - 입원료 체감률 미적용
병·의원		- 1일~50일: 입원료의 100% - 51일~150일: 입원료의 90% - 151일 초과: 입원료의 85%	- 1일~50일: 입원료의 100% - 51일~150일: 입원료의 90% - 151일 초과: 입원료의 85%

자료 : 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」, 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」.

다. 임의비급여수가

4대 의료보험 모두에서 국민건강보험의 임의비급여에 대한 일반수가는 각 의료기관이 시도 또는 시군구에 신고한 가격으로 청구되고 있어 진료비의 차이를 가져올 수 있다. 국민건강보험법령에서는 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 시·도지사에게 신고하고, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원은 시, 군, 구청장에게 신고하도록 되어 있다. 의료기관 종별로 다른 일반수가를 신고할 수가 있는 것이다.

산재·자동차보험은 제2장에서 살펴 본 바와 같이 국민건강보험이 정한 진료수가 기준에 추가적으로 인정하는 급여항목에 대해서 별도의 기준을 마련해 놓고 있다. 그러나 민영건강보험은 추가적으로 인정하는 급여항목에 대해서 별도의 기준이 마련되어 있지 않다. 국민건강보험은 외래 물리치료의 경우 하루에 1번 급여로 인정하고 있으나, 산재·자동차보험은 일정요건이 충족되면 2번도 급여로 인정하고 있다. 그런데 민영건강보험은 이러한 급여기준이 마련

되어 있지 않기 때문에 2번째 치료의 경우 국민건강보험의 수가기준에 따를 것인지 임의비급여로 할 것인지가 불명확하다. 의료기관이 산정한 진료비가 그대로 적용되고 있어서 민영건강보험의 진료비가 높을 것으로 예상되고 있는 것이다.

2. 진료비 심사체계

진료비의 심사체계 차이가 유사 상해 및 질병임에도 불구하고 보험종류별로 진료내역에 차이를 유발할 수 있다(<표 Ⅲ-3> 참조). 국민건강보험 진료비의 심사는 진료수가기준에 따라 국민건강보험심사평가원이 담당하며, 의료기관에 대한 진료비의 지급은 국민건강보험공단이 담당하고 있다. 산재보험 진료비 심사의 경우, 산재의 특성을 고려하기 위하여 근로복지공단 소속기관장이 진료비·약제비 심사를 하며 필요할 경우 자문의사 또는 관계전문가에게 자문을 구할 수 있다[5]. 이러한 심사제도의 차이는 결과적으로 요양급여비용 심사조정액의 차이를 가져오고 형평성 있는 진료비 심사를 어렵게 하며 진료비의 차이를 가져오는 원인이 될 수 있다. 2007년 민간산재지정병원의 심사조정률 1.25%, 노동부 산하 산재의료원은 0.29%로 나타나 현저한 차이를 보이고 있다(김진현, 2009.7).

자동차보험 진료비 심사의 경우 국민건강보험을 준용하여 심사가 이루어지고 있으나, 전문인력과 심사시스템이 각 보험회사에 분산되어 있기 때문에 유사 진료행위에 대해 보험회사마다 다른 기준 적용, 일관성 있는 진료비의 심사가 어려운 상태에 있다. 동일 진료행위에 대해서 보험회사별로 다른 진료비가 청구되더라도 적발할 수 없는 상태에 있는 것이다. 이것은 의료기관과의 분쟁을 유발하는 원인이 될 수 있고, 유사 진료행위이더라도 국민건강보험과 진료비의 차이를 유발하는 원인이 될 수 있다.

민영건강보험은 진료비의 과잉청구여부 심사와 진료행위의 적정성을 평가하는 기준이 없는데다가 보험회사는 의료공급자에 대해서는 아무런 심사·평

5) 산업재해보상보험법 제45조 2항, 시행규칙 제 29조 1항 및 산재보험 의료기관 운영 및 진료비·약제비의 심사·지급규정 제 14조

가권을 갖지 못하여 보험회사가 피보험자에 대한 보장성여부나 고지의무위반 등을 심사할 뿐 의료공급자에 대한 심사 자체가 이루어지지 않고 있다. 민영건강보험은 진료비의 주요 현황파악조차 어렵지만 다른 보험종목과 비교했을 때 진료비의 차이가 날 것으로 예상할 수 있는 것이다.

<표 Ⅲ-3> 보험종류별 심사주체 비교

	국민건강보험	자동차보험	산재보험	민영건강보험
심사주체	- 건강보험심사평가원	- 손해보험회사 - 진료수가분쟁심의회	- 근로복지공단	- 의료공급자가 청구한 진료비의심사·평가는 이루어지지 않고있음. - 약관에 따른 보장여부를 보험사가 심사·평가함.
지급주체	- 국민건강보험공단	- 손해보험회사	- 근로복지공단	- 보험회사
관련법규	- 국민건강보험법	- 자동차손해배상 보장법	- 산재보험법	- 보험업법

3. 다양한 의사결정기관

보험종류별 의사결정기관이나 위원회 참여자들이 달라 진료비의 차이를 가져올 수 있다(<표 Ⅲ-4> 참조). 국민건강보험은 보건복지가족부, 건강보험정책심의위원회, 근로자 단체, 의료계 대표단체, 공무원 등 이해관계자가 진료수가 등을 결정한다. 자동차보험은 국토해양부, 자동차보험진료수가분쟁심의회, 손해보험회사 및 의료기관 등 이해관계자가 참여하여 자동차보험진료수가기준 등을 결정한다. 산재보험은 노동부, 산재보험심의위원회 및 근로복지공단에서 산재보험진료수가기준 등과 관련된 업무를 하고 있다. 산재보험의 이해관계자의 구성은 국민건강보험법을 따르고 있다. 산재보험사업에 관한 중요 사항을 심의하기 위하여 노동부 산하에 산재보험심의위원회를 두고 있으며 이는 노·

사·정을 대표하는 동수의 위원들로 구성되어 있다. 근로복지공단 본부에 심사청구를 심의하기 위한 산재심사위원회가 있으며 업무상 질병의 판정을 위한 업무상질병판정위원회는 지역본부별로 각1개씩 총6개가 있다.

민영건강보험은 진료수가에 대해서 국민건강보험을 준용한다고 할 수 있으나 별도의 의사결정기관이나 위원회가 없다.

<표 III-4> 진료수가결정기관 비교

구 분		국민건강보험	자동차보험	산재보험	민영 건강보험
주무부처		보건복지가족부	국토해양부	노동부	금융위원회
관련법령		국민건강보험법	자동차손해배상보장법	산업재해보상보험법	보험업법
결 정 (심의)기관		건강보험정책심의위원회 (결정)	자동차보험진료수가분쟁심의회의 (결정 및 자문)	국민건강보험과 동일	없음
참여자		25명(위원장 : 차관) - 가입자 8인 : 근로자 단체 등 - 공급자 8인 : 의료계 대표단체 등 - 공공이익 8인 : 공무원 등	18명(위원장 : 호선) - 보험회사 등의 단체 추천 6명 - 의료계의 추천 6명 - 나머지 6명 : 경력자	국민건강보험과 동일	없음
결정 내용	공통점	요양급여의 기준 및 수가	자동차보험진료수가의 인정범위·청구절차 및 지급절차	국민건강보험과 동일	없음
	차이점	건강보험 정책방향, 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험료부과 점수당 금액	자동차보험진료수가에 관한 분쟁의 심사·조정	국민건강보험과 동일	없음

자료 : 이용재(2008)를 재구성함.

이와 같이 4대 의료보험은 진료수가에 대해서는 기본적으로 국민건강보험을 따르고 있으나 각기 다른 의사결정기관을 가지고 있다. 각기 다른 의사결

정기구는 각기 다른 이해당사자의 의견을 반영하는 가운데 진료수가, 심사기준, 기준의 적용 등이 상이하게 나타나고 결국은 진료수가의 차이로 나타날 수 있다.

4. 요양급여 허위 · 부당청구 규제차이

규제의 차이가 진료비의 차이를 가져올 수 있다(<표 Ⅲ-5> 참조).

<표 Ⅲ-5> 허위·부당청구에 대한 벌칙규정

	국민건강보험	산재보험	자동차보험	민영건강보험
벌칙 내용	- 1년의 범위 안에서 기간을 정하여 의료기관의 업무정지 혹은 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금	- 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금	- 5천만 원 이하의 벌금	- 없음

「국민건강보험법」 제85조(업무정지)는 의료기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 때에는 1년의 범위 안에서 기간을 정하여 의료기관의 업무정지를 명할 수 있도록 되어 있고 업무정지를 부과하는 위반행위의 종별·정도 등에 따른 행정처분기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정하고 있다. 동법 제85조의2(과징금)항은 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지처분이 그 의료기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있는 경우 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수

있도록 되어 있다.

「산업재해보장보험법」 제127조(벌칙)는 산재보험 의료기관이나 약국의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 진료비나 약제비를 지급받은 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처하도록 되어있다. 그리고 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받은 자는 2년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처하도록 되어 있다.

「자동차손해배상보장법」 제46조(벌칙)는 진료기록부의 진료기록과 다르게 자동차보험진료수가를 청구하거나 이를 청구할 목적으로 거짓의 진료기록을 작성한 의료기관에 대하여는 5천만 원 이하의 벌금에 처할 수 있도록 되어 있다.

이와 같은 국민건강・산재・자동차 보험의 벌칙규정은 상이하며 구체적이지 않다. 행정처분 기간 중 의료급여행위에 대한 벌칙 규정이 마련되어 있지 않고, 의료기관의 외출·외박에 대한 기록의 열람 거부가 발생하고 있음에도 이에 대한 제제조치가 정비되어 있지 않으며, 고발기준이 명시되지 않아 규제의 실효성을 얻기가 어려운 상황이라고 하겠다. 민영건강보험은 허위·부당청구가 있더라도 행정처분을 할 수 있는 법적 근거를 가지고 있지 않아 보험회사는 물론 소비자들도 법적 보호의 사각지대에 놓여 있다.

이러한 의료기관의 허위·부당청구 등 위법행위에 대한 제제의 차이 및 미비는 그에 따른 진료비의 차이를 가져올 수 있다. 규제의 강도가 약한 보험종류에 대해서 허위·부당청구가 집중적으로 발생할 수 있는 것이다.

Ⅳ. 해외 사례

의료보장제도는 크게 보험가입자의 보험료가 주 재원인 국민건강보험(NHI, National Health Insurance) 방식과, 조세가 주 재원이며 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 국민의료서비스(NHS, National Health System) 방식의 두 가지 유형으로 구분된다.

1. 자동차보험

자동차보험의 의료보장체계는 미국, 프랑스, 일본 등이 국민건강보험(NHI) 체계를 택하고 있으며, 영국, 이탈리아 등은 국민보건서비스(NHS) 체계를 따르고 있다(<표 Ⅳ-1> 참조). 우리나라는 국민건강보험 방식이지만 단일보험자 체계로 운영되고 있어서 두 방식 모두가 유용한 참조사례가 될 것이다.

<표 Ⅳ-1> 자동차보험 의료보장체계 유형

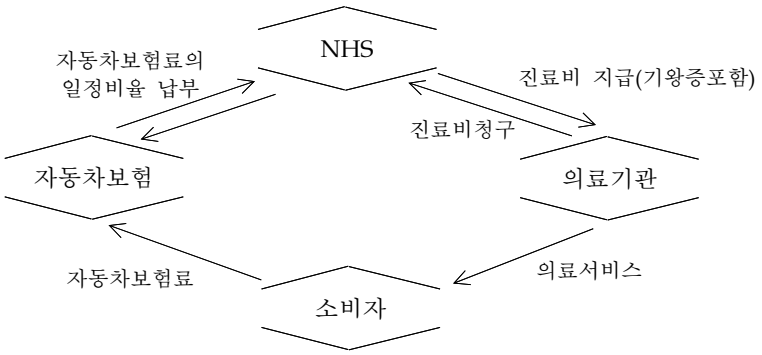
	방 식	국 가
의료보장체계	국민건강보험(NHI)	한국, 미국, 일본, 독일, 프랑스, 스웨덴, 노르웨이
	국민의료서비스(NHS)	영국, 뉴질랜드, 이탈리아

가. 주요 NHS 국가(이탈리아, 영국, 뉴질랜드)

NHS 체계 하에 있는 이탈리아의 경우 소비자가 자동차보험료를 자동차보험회사에 납부하면 보험회사가 보험료의 일정비율을 NHS에 납부하고 NHS는 자동차사고 환자의 진료비를 모두 부담하며 진료비 심사 및 지급도 NHS에서 담당하고 있다. 따라서 의료서비스의 공급 방식은 제3자 지급제라고 할 수 있

으며 자동차보험은 별도의 진료수가체계와 심사체계가 존재하지 않아 건강보험과 일원화되어 있다고 볼 수 있다(<그림 Ⅳ-1> 참조). 의료기관은 국민건강보험환자와 자동차보험환자를 구분하지 않고 진료를 한다(김진현, 2005). NHS는 자동차보험환자에 대한 모든 진료비를 의료기관에 지불하기 때문에 자동차보험회사와 분담금을 협상하여야 한다.

<그림 Ⅳ-1> 이탈리아의 자동차보험 진료비 지급체계 및 심사제도



영국은 1999년 'The Road Traffic Act' 개정 이후 모든 진료비를 NHS에서 부담한다. 영국에서 교통사고로 인해 상해를 입은 자동차보험환자의 모든 진료비는 다른 환자들과 마찬가지로 NHS에서 지급하고 있는 것이다.[6] 이탈리아의 경우와 다른 점이 있다면 영국은 소비자가 진료비에 대한 자동차보험료를 자동차보험회사에 지급하지 않으며, 따라서 자동차보험회사가 NHS에 분담금을 지불하지 않는다는 것이다. NHS는 진료비에 관해서는 소비자로부터 조세의 형식으로 재원을 조달하고 의료기관에게 진료비를 지급한다. 자동차보험회사는 대인·대물손해에 대한 보상금만을 보장하고 있다. 따라서 영국에서 진료비심사 및 진료수가체계는 일원화 되어 있다.

NHS 방식의 뉴질랜드의 경우 영국과 유사한 체계로 운영되고 있다. 국민

6) 비급여항목의 경우 가해자의 자동차보험 회사에 직접청구하게 되나, 자동차보험회사도 무한책임은 아니며 책임한계에 대한 법적 근거를 가진다.

건강보험, 산재보험, 자동차보험의 구분이 없으며 모든 상해 및 질병을 1972년에 설립된 정부기관인 ACC(Accident Compensation Corporation)보험에서 전담한다. 자동차사고로 인해 피해를 입은 경우, 신체상해와 자산손실을 분리하여 보상을 받아야 하는데, 신체상해는 ACC보험에서 보상을 받으며 자산손실은 민간 자동차보험에서 보상을 받는다. 따라서 ACC에서 신체상해와 관련된 진료비 및 보상을 전담하므로 진료수가는 일원화되어 있다.

나. 주요 NHI 국가(독일 및 오스트리아, 일본)

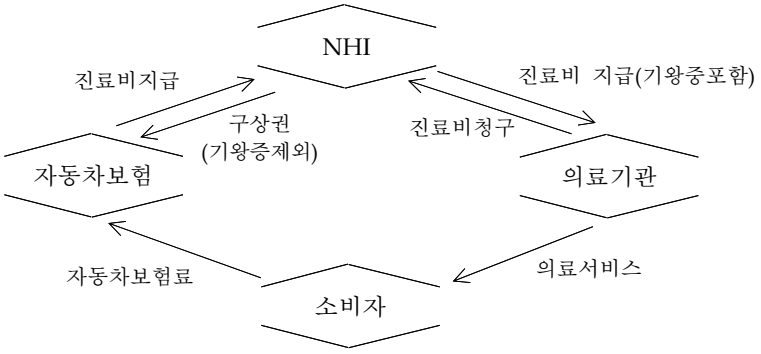
NHI 방식 하에서도 대부분 국가의 자동차보험 진료수가는 건강보험진료수가와 일원화되어 있다. 독일은 조합방식의 NHI 제도를 운영하고 있다(김진현, 2005). 교통사고가 발생했을 경우 건강보험조합에서 일차적으로 진료비를 심사 및 지급하고 피해자 및 가해자의 자동차보험회사에 상환을 요구하는 체계이다. 따라서 건강보험과 자동차보험의 진료수가 및 심사체계는 동일하다. 건강보험조합이나 다른 보험자가 보상하지 않는 진료항목의 경우에는 자동차보험에서 지급한다(<그림 Ⅳ-2> 참조).

오스트리아에서도 진료수가와 심사체계가 건강보험조합을 중심으로 일원화되어 있다. 자동차 사고 시 NHI에서 모든 진료비를 의료기관에 지급하고 이때 의료기관은 피해자의 건강보험조합에만 진료비를 청구한다. 오스트리아는 자동차보험가입자의 자동차사고 귀책유무에 관계없이 청구된 진료비를 자동차보험 회사에서 65%, 건강보험조합에서 35%를 부담하는 일괄계약 방식도 운영하고 있다.

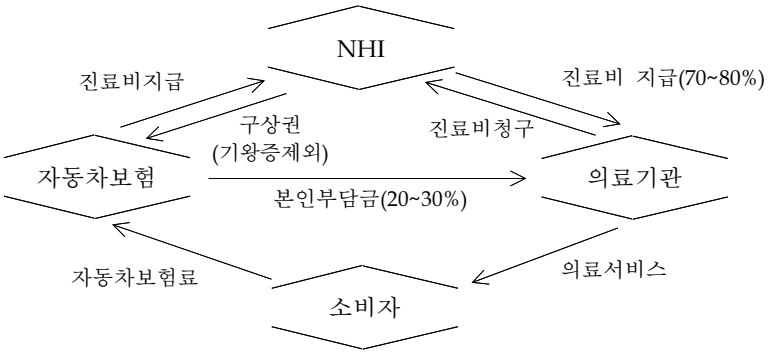
NHI제도를 운영하는 국가 중 일본의 경우 자동차보험 진료수가 기준이 별도로 존재하여 진료수가가 이원화되어 있다. 자동차배상책임보험의 진료수가 가산율은 건강보험의 140% 이다. 일본의 경우 독특한 점은 자동차 사고가 발생하면 소비자는 건강보험과의 선택이 가능하다는 점이다. 소비자가 건강보험 선택 시 NHI에서 진료비를 지급한 뒤 자동차보험 회사에 진료비 구상권을 행사하고, 자동차보험 선택 시 의료기관은 자동차보험 회사로 청구하게 된다.

또한, 진료비심사는 건강보험을 선택할 경우 건강보험조합에서, 자동차보험 선택 시 자동차보험 회사에서 담당하기 때문에 이원화되어 있다.

<그림 Ⅳ-2> 독일 및 오스트리아의 자동차보험 진료비 지급체계 및 심사제도



<그림 Ⅳ-3> 일본의 자동차보험 진료비 지급체계 및 심사제도



다. 미국

미국의 경우 자동차사고 환자의 진료수가는 별도로 존재하지 않으므로 자동차보험진료수가와 건강보험진료수가는 동일하다. 그러나 심사체계는 보험회사를 중심으로 다원화되어 있다. 현재 15개 주에서는 무과실책임(No-fault)[7]제도가 도입되어 있는데, 동 제도에 의하면 자동차사고 피해자는 자신이 가입한 보험회사에 보험금을 청구하고 있다. 자동차사고로 진료를 받은 경우 발생하는 진료비는 다른 의료보험의 가입유무와는 상관없이 자동차보험에서 일차적으로 지급하게 된다. 의료서비스 제공자는 자신이 제공한 의료서비스를 자동차보험회사에 청구하게 되며, 자동차보험회사가 청구된 진료비를 심사하여 지급하는 방식이다.

7) 무과실책임 제도가 도입된 배경은 책임보험제도가 가지고 있는 과실입증의 문제, 불공평한 보험금 지급, 소송절차를 통한 비용의 낭비 등에 대한 불만에 기인한다.

<표 Ⅳ-2> 주요 선진국의 자동차보험 요양급여 심사 및 진료수가체계

국가	요양급여 심사 및 수가	비 고
영국 (NHS)	일원화	자동차보험환자의 모든 진료비는 다른 환자들과 마찬가지로 NHS에서 지급하므로 진료수가체계, 진료비심사체계가 NHS를 중심으로 일원화.
이탈리아 (NHS)	일원화	소비자가 자동차보험료를 자동차보험회사에 납부하면 보험회사가 보험료의 일정비율을 NHS에 납부하고 NHS는 자동차사고 환자의 진료비를 모두 부담하며 진료비 심사 및 지급도 NHS에서 담당
뉴질랜드 (NHS)	일원화	국민건강보험, 산재보험, 자동차보험의 구분이 없으며 ACC(NHS 방식)에서 치료비와 보상을 전담
미국	일원화	별도의 자동차보험 진료수가는 존재하지 않으며, 진료비심사는 자동차보험 회사에서 담당
프랑스 (NHI)	일원화	진료수가 및 진료비 심사는 건강보험조합에서 전담
오스트리아 (NHI)	일원화	자동차 사고 시 NHI에서 모든 진료비를 의료기관에 지급하고 진료수가와 심사체계가 건강보험조합을 중심으로 일원화
독일 (NHI)	일원화	자동차보험 진료수가는 존재하지 않으며, NHI에서 모든 진료비를 지급하고 보험회사에 구상권을 행사
일본 (NHI)	건강보험과 이원화	별도의 자동차수가체계를 유지하고 있으며, 심사도 이원화되어 있음. 그러나 환자가 자동차보험과 건강보험 중에서 선택

자료 : 김진현(2005)을 재구성함.

2. 산재보험

산재보상체계의 관리운영방식에서는 공영전담방식, 민영사간 경쟁방식, 민·공영 혼합방식으로 구분하고 있다. 산재보험이 사회보험체계의 일부로 이루어진 국가들은 주로 공적 기관에서 관리운영을 전담하고 있다. 단독으로 산재보험을 운영하는 국가들은 민간이나 민·공영 혼합방식을 채택하고 있다(<표 Ⅳ-3> 참조).

<표 Ⅳ-3> 산재보험 체계 및 관리운영방식

방식	사회보험체계	단독 산재보험
공영전담방식	프랑스, 일본, 독일, 오스트리아, 영국, 한국, 대만, 스페인, 스웨덴, 이탈리아, 그리스, 룩셈부르크, 아일랜드, 아이슬란드, 멕시코, 헝가리, 체코, 폴란드, 터키	미국, 캐나다
민영사간 경쟁방식	네덜란드, 벨기에	미국, 포르투갈, 스위스, 핀란드
민·공영 혼합방식	노르웨이, 싱가포르	미국, 호주, 뉴질랜드, 덴마크

주 : 미국은 주별로 운용체계가 다름.
자료 : 박찬임, 2004.

산재보험에 대한 고용주의 재정부담방식을 살펴보면 대부분의 국가에서 위험에 따라 보험료를 차등 부담하는 방식을 주로 채택하고 있다(<표 Ⅳ-4> 참조). 이외에 근로자 소득의 일정비율로 징수하는 국가와 연금과 통합징수 하는 국가도 일부 존재한다.

공·사 혼합방식이나 민영사간 경쟁방식을 운영하는 국가의 경우 주로 위험에 따른 보험료 차등 부과방식을 채택하고 있다. 위험에 따른 보험료 차등 부과방식은 시장원리에 보다 입각한 운영이며 정률부과 방식은 상대적으로 재분배 기능에 가까운 운영방식이다. 따라서 공·사 혼합방식이나 민영사간 경쟁방식을 운영하는 국가의 경우 시장원리를 따르고자 하는 것으로 풀이 할 수 있다.

가. 주요 NHI 국가

NHI 국가인 독일, 오스트리아, 네덜란드의 경우에는 건강보험의 급여내용과 내용상으로 상당히 중복되는 요양급여(입원, 치료, 수술 등 의료적 처치)의 경우 건강보험체계에서 지급하는 경우가 많다.

독일과 오스트리아의 경우, 산재보험의 진료비 지급도 우선적으로 건강보험조합을 통해 이루어지고 있으며, 차후에 건강보험과 산재보험, 자동차보험간의 구상권 혹은 분담협정에 따라 진료비를 정산하는 체계이다(김진현, 2005). 따라서 진료수가체계와 심사체계는 건강보험조합을 중심으로 일원화되어 있다고 볼 수 있다.

<표 Ⅳ-4> 산재보험에 대한 고용주의 재정부담방식과 관리운영방식

	공영전담방식	민·공영 혼합방식	민영사간 경쟁방식
위험에 따라서 차등	독일, 프랑스, 룩셈부르크, 터키, 스페인, 이탈리아, 한국, 일본, 대만, 캐나다, 멕시코, 폴란드	호주, 뉴질랜드, 미국, 스위스, 벨기에(산재), 포르투갈(산재)	덴마크, 핀란드, 싱가포르
정률	오스트리아, 스웨덴, 그리스, 벨기에(직업병)		
연금과 통합징수	영국, 아일랜드, 아이슬란드, 체코, 헝가리, 노르웨이, 포르투갈(직업병)	네덜란드	

주 : 벨기에와 포르투갈은 산업재해와 직업병을 분리하여 재정부담방식을 상이하게 운영하고 있음.
자료 : 한국노동연구원, 2004.

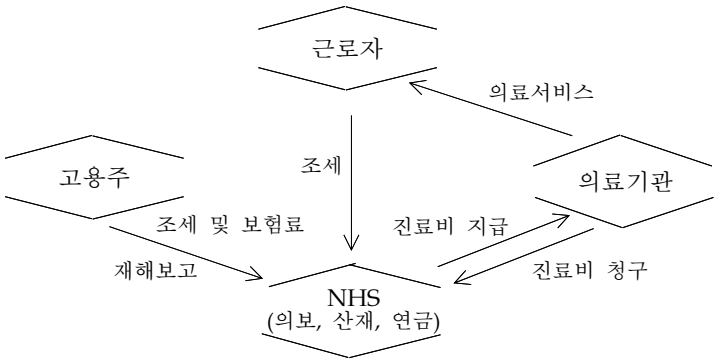
NHI 국가인 프랑스에서 산재보험 업무는 정부에서 담당하고 있으나 형식적이다. 실질적 산재보험의 진료비 심사 및 지급은 건강보험조합에서 담당하

고 있어서 일원화되어 있다고 볼 수 있다. 사고발생의 유무, 사고의 업무상 재해여부 인정에 대해서 이의제기가 있을 수 있는데, 이의제기 주체는 건강보험조합, 피해자, 고용주가 된다.

NHI 국가인 네덜란드의 경우는 1967년부터 산재의 유무에 따른 장애와 질병 구분을 없애고 모든 산재급여는 의료보장과 연금제도의 사회보험 틀 아래서 이루어지고 있으며, 따라서 진료수가체계와 심사체계는 일원화되어 있다. 네덜란드의 사회보험은 관리운영기구와 정부기구인 사회고용부로 일원화되어 있으며, 국민건강보험과 근로자보험 모두 사회고용부의 관리 감독을 받고 있다.

NHI 국가인 스위스에서는 진료수가체계의 표준화를 위해 진료수가조정위원회가[8] 운영되고 있다. 진료수가조정위원회는 보험가입기관과는 무관하게 재해환자에 대하여 동일한 수준의 의료가 공급될 수 있도록 하고 있다. 의료공급자와 진료수가 계약체결 시 개별 산재보험자간 과당경쟁을 방지하며, 개별보험자의 업무통일이 유지될 수 있도록 하고 있다.

<그림 Ⅳ-4> 스웨덴의 사회보험 진료비 지급체계 및 심사제도



8) 의료수가조정위원회의 위원은 산재보험대표, 민간보험대표, 건강보험조합대표, 장해연금보험대표, 군인보험대표로 구성된다.

진료수가체계의 결정에 있어서 공적 산재보험과 타사회보험기관이 동일한 수준을 유지할 수 있게 하고 있다. 따라서 진료수가체계와 진료비심사체계는 일원화되어 있다.

나. 주요 NHS 국가

NHS 국가 중 스웨덴의 경우 산재보험은 선택적 보상청구 방식에 따른다. 즉, 근로상의 재해에 대한 진료비를 건강보험에서 의료기관에 보상하였다면, 이에 대해 산재보험에서는 보상하지 않는 체계이다. 재해의 발생 이후 90일까지는 NHS에서 보장하고 그 이후에는 산재보험에서 모든 의료서비스에 대한 비용을 보장한다(<그림 Ⅳ-4> 참조).

NHS 국가 중 핀란드, 덴마크, 노르웨이, 영국 등은 산재보험과 의료보장체계가 긴밀하게 연관되어 있으며, 이들 국가에서는 진료비의 발생원인과 상관없이 공공병원에서의 진료비는 무상으로 제공되므로 산재로 인한 사고로 진료비가 발생하더라도 별도의 수가체계가 존재할 수 없다.

다. 일본

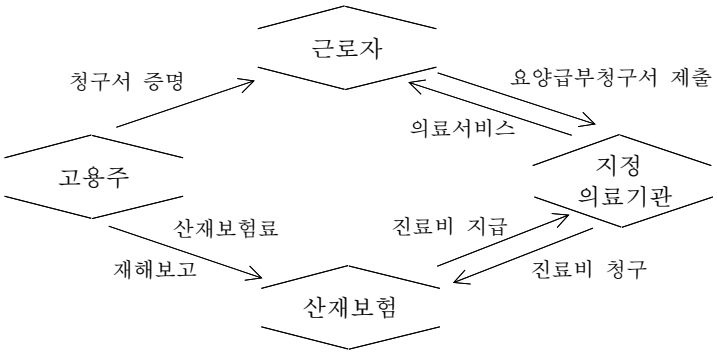
NHI 국가인 일본의 산재급여에는 지정 의료기관을 이용하느냐의 여부에 따라 현물급여와 현금상환의 두 종류가 있다. 산재보험 지정의료기관에서 진료를 받을 경우는 현물급여를 받게 된다. 근로자가 지정 의료기관에 요양급부청구서를 제출하고 의료서비스를 받으면 지정 의료기관은 산재보험자에게 진료비를 청구(제3자 지급제)하는 체계인 것이다(<그림 Ⅳ-5> 참조).

산재보험 비지정의료기관에서 진료를 받을 경우는 현금상환을 받게 된다. 근로자가 비지정 의료기관에서 의료서비스를 받고 진료비를 지급한 뒤 청구서를 산재보험자에게 제출하여 진료비를 상환받는 체계(상환제)이다(<그림 Ⅳ-6> 참조).

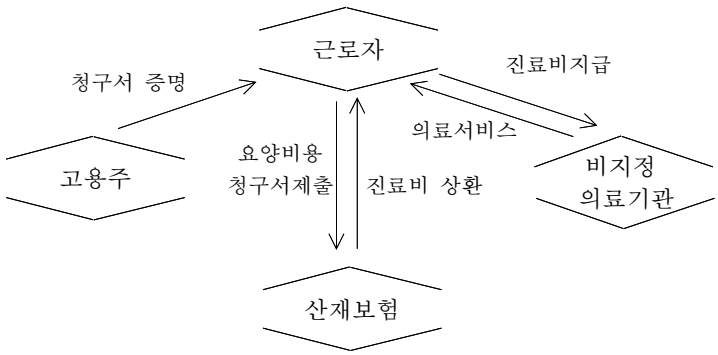
산재보험의 진료수가는 건강보험비용 산정방법에 의한 진료보수 점수에 산

재진료 단가를 곱하여 산정하고 있으므로 산재의 진료수가는 건강보험과 이원화되어 있다(김진현, 2005).

<그림 IV-5> 일본의 산재보험 진료비 지급체계 및 심사제도: 지정의료기관



<그림 IV-6> 일본의 산재보험 진료비 지급체계 및 심사제도: 비지정의료기관



이상에서 조사한 내용을 <표 Ⅳ-5>에 정리하였다.

<표 Ⅳ-5> 주요국의 산재보험 요양급여 심사 및 진료수가체계

국가	요양급여 심사 및 수가	비 고
독일·오스트리아	일원화	진료비 심사는 건강보험조합을 통해 이루어지고 있으며, 분담협정에 따라 진료비를 정산하는 체계이다.
프랑스	일원화	건강보험조합에서 진료비 심사 및 지급을 담당한다.
네덜란드	일원화	산재보험을 사회운영부에서 관리·감독하고 있다.
스위스	일원화	의료수가체계 표준화를 위해 의료수가조정위원회가 운영되고 있다.
일본	건강보험과 이원화	산재의 진료비는 건강보험비용 산정방법에 의한 진료보수 점수에 산재진료 단가를 곱하여 산정한다.

3. 민영건강보험

보험자와 의료공급자 간의 계약 관계에 따라 공·사건강보험은 개방형 혹은 전통형(open or indemnity), 계약형(contractual), 통합형 건강보험(integrated health insurance)으로 나눌 수 있다(OECD, 2004). 이들 모델은 한 국가에서 동시에 존재할 수 있다(<표 Ⅳ-6> 참조). 예를 들어, 미국에서는 시장에서 모든 유형의 모델이 발견되고 있고, 우리나라는 국민건강보험은 계약형, 민영건강보험은 개방형(혹은 전통형)을 채택하고 있다.

가. 전통형 보험

전통형 민영건강보험(indemnity private health insurance)은 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하지 않고 피보험자와 계약 관계에 있는 경우를 말하며, 의료서비스 공급자는 의료서비스를 제공한 후

진료비를 피보험자에게 청구하고 피보험자는 의료서비스 공급자에게 진료비를 우선 지급한 후 의료내역과 영수증을 첨부하여 보험회사에 보험금을 상환청구(reimbursement)하게 된다(<표 Ⅳ-6> 참조).

이 경우는 보험회사가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하지 않은 상태에 있기 때문에 진료수가는 의료서비스 공급자에 의해서 결정되고 진료비에 대한 심사도 이루어지지 않는다.

피보험자가 치료할 의사를 자유로이 선택하고 의사는 의료서비스 공급량에 자율성이 보장된다. 반면, 피보험자가 보험회사에게 보험금 청구에 필요한 구비서류를 직접 준비해야 하는 부담이 발생하며, 보험회사는 피보험자에 대한 보상여부 등을 확인할 뿐 의료기관의 진료비 심사 및 의료내역의 적정성 평가가 불가능하여 허위·과잉청구에 대한 제제가 곤란하다는 문제가 발생한다.

보험회사는 피보험자에게 단일사고기준 또는 연간보상한도액 방식을 통하여 보상한도를 정할 수도 있으며, 의료행위에 대한 최대보상수가표를 보험계약에서 미리 정할 수도 있다. 피보험자의 보상한도를 초과하는 부분은 개인이 책임지게 되며, 보험회사는 비용노출위험을 축소하는 수단으로 이를 사용하기도 한다.

미국에서는 민영건강보험은 과거에는 전통형으로 주로 운영되었으나, 현재에는 비중이 축소되어 소규모를 차지하고 있다. 네덜란드에서는 보험사업자가 의료공급자와 개별적으로 계약을 맺는 것은 허용이 되고 있으나 대개의 민영건강보험이 전통형으로 운영되고 있다. 한국, 벨기에, 프랑스, 독일, 룩셈부르크와 캐나다에서도 민영건강보험은 대부분 전통형으로 운영되고 있다.

<표 Ⅳ-6> 건강보험형태별 진료수가 및 심사평가

계약관계	내 용
전통형	■ 보험자가 의료공급자와 직접계약이 없는 경우 - 진료수가는 의료공급자에 의해서 결정 - 진료비의 심사 및 요양급여의 적정성 평가는 이루어지지 않음.
해당국가	한국, 네덜란드(미계약 의료공급자 이용 시), 벨기에, 프랑스(극히 일부 미계약 의료공급자), 독일, 룩셈부르크, 캐나다 등의 민영건강보험(미국은 점진적으로 비중 축소)
계약형	■ 보험자가 의료공급자와 직접계약 체결 후 보상 - 진료수가는 의료공급자와 보험자의 계약에 의해서 결정 - 진료비의 심사 및 요양급여의 적정성 평가는 계약내용을 기준으로 보험자가 담당
해당국가	아일랜드, 호주, 프랑스, 오스트리아, 포르투갈, 네덜란드, 영국 및 미국 HMO의 일부 옵션
통합형	■ 보험자가 제휴병원 네트워크를 구축 또는 소유하고 계약자에게 모든 범주의 의료서비스를 제공 - 의료기관을 소유한 경우 진료수가는 사전적으로 결정될 필요가 없고, 심사도 없음.
해당국가	프랑스, 스페인, 그리스 및 미국의 스태프형 HMO

나. 계약형 보험

계약형 건강보험은 계약 혹은 당연(강제)지정에 의해서 일단 의료기관으로 지정되면 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하고 의료서비스에 대해 보험자가 의료공급자에게 직접 보상(의료서비스 공급방식은 제3자 지급제)하는 체계의 건강보험을 말한다. 보험자가 의료공급자와 계약을 하기 때문에 계약 내용에 따라 보험자의 의료공급자에 대한 진료비의 심사 및 진료의 적정성 평가가 이루어지게 된다.

보험자가 의료공급자에게 행위별(fee-for-service basis)로 진료비를 지급하게 되는 경우는 진료수가가 계약협상의 중심이 되며[9], 의료의 공급량이나 질, 유형의 문제는 계약이나 협정에서 중요성이 다소 떨어진다. 의료공급자와의 협상은 개별기준 또는 단체기준(보험협회와 의료공급자협회)으로 이루어질 수 있다. 일부국가에서는 협정에 민영병원 뿐만 아니라 공공병원까지 참여하고 있다.

네덜란드는 일부 민영건강보험회사만이 의료공급자와 개별적으로 계약을 체결하여 보상하고, 비계약 의료공급자를 이용시 피보험자에게 전통형 보험체계로 보상한다. 진료수가는 의료공급자협회와 보험회사(공적 건강보험자인 질병금고와 민영건강보험회사가 공동 참여) 간 단체협상에 의하여 결정된다. 협상은 정부가 지정한 중요한 몇몇 파라메타에 대해 진행되며 국가에서 정한 수가 한도를 초과할 수 없다.

호주에서는 보험회사가 의료공급자와의 개별적인 협상에서 수가가 결정되나 협상과정이 표준화되어 있다. 보험회사가 일부 의료공급자와 개별적으로 계약을 체결하는 것이 가능하며 비계약 의료공급자에게는 기본수가(default payment)를 지급한다. 보험자는 단체를 구성하여 협상하는 것이 가능하나 자유경쟁을 촉진하기 위한 규제 때문에 의료공급자가 단체를 구성하여 보험사업자와 협상하는 것은 금지되어 있다.

아일랜드에서는 보험회사나 보험회사 단체가 모든 의료공급자와 개별계약을 체결하고 있다. 호주에서와 같이 의료공급자와의 개별적인 협상에서 수가가 결정되나 협상과정이 표준화되어 있다. 자유경쟁을 촉진하기 위한 규제 때문에 보험사업자는 단체를 구성하여 협상하는 것이 가능하나 의료공급자가 단체로 협상하는 것은 금지되어 있다. 공영건강보험사업자(statutory corporation)인 VHI(voluntary health insurance)가 보상수준을 결정하는데 결정적인 협상력을 가지고 있으므로 다른 보험사업자는 VHI가 결정한 수가체계를 따르게 된다.

프랑스의 진료수가의 결정방식은 단체협상방식에 의해 이루어진다. 질병금

9) 호주에서는 진료비 통제를 위해 일부 대형 보험사업자 중심으로 민영병원과 케이스별 지급체계로 협상이 이루어지고 있다.

고협회와 보험협회 간에 진료수가를 계약하여 진료수가가 정해진 후 전국협정을 주무장관이 고시하게 된다. OBD(office-based doctor)협회의 구성원이 되면 의료기관은 자동적으로 참여 의료기관이 되게 된다. 협약의 가입여부는 개개의 의사의 자유이지만 2002년 기준으로 전체의사 114,225명 중 비협약의는 780명(0.5%)에 불과하다.[10] 협약의와 비협약의의 차이는 질병보험금고로부터 지급되는 진료보수, 즉 환자가 금고에 상환 청구할 수 있는 진료보수의 단가에 있다.

오스트리아, 포르투갈, 영국 등 국가에서는 보험회사와 의료공급자 간 선택계약제를 실시하고 있다.

다. 통합형 보험

통합형 건강보험은 보험회사가 계약 혹은 당연(강제)지정에 의해서 의료기관을 지정하지 않고 통상적으로 제휴 병원·의료공급자 네트워크를 만들거나 소유하여, 회원들에게 모든 범주의 보건의료서비스를 제공한다. 이 제도는 보건의료의 재원조달(financing)과 의료전달체계를 하나의 체계로 결합한 것이다.

미국 스태프형(staff model) 관리의료(managed care)[11], 멕시코, 프랑스, 스페인, 그리스에서 병원과 관련된 보험회사가 통합형에 속한다.

통합형 모델의 원천인 미국의 스태프형 HMO(staff model HMO)는 보험자

---

10) 협약의사 중에는 협약요금을 바탕으로 하지만 별도로 환자에게 요금을 받을 수 있는 Secteur 2나 DP라고 불리는 의사가 있다.
- 1980년 보건의료의 질 향상과 건강보험의 비용통제에 관한 정책의 일환으로 secteur 2 제도를 시행
- secteur 2 참가 의사들은 세금 및 사회복지분담금 감면 혜택을 받지 않는 대신에 환자에게 공식수가 이상의 진료비용을 청구할 수 있음.
- secteur 2 의사들을 이용한 환자들은 공적건강보험으로 공식적인 진료수가 이상의 금액을 후불보상받지 못함.
- 2003년 현재 일반의의 14%와 전문의의 38%가 secteur 2를 선택

11) 관리의료플랜(managed care plan)은 3가지 주요 요소가 포함되어야 한다. 제공된 의료행위에 대한 심사, 의료행위를 제공하는 의료공급자와의 계약관계, 관리의료규정에 부합하는 급여의 보장이 주요 요소이다.

가 의료공급자를 고용하거나 계약을 체결하여 그들로 하여금 의료서비스 공급 패턴을 통제하도록 하여 의료공급자의 의료서비스 공급을 관리하고 조정한다. 스태프형 HMO는 피보험자에게 계약된 서비스를 직접 공급하는 것을 목적으로 하며 진료비 절감이 성패를 결정하기 때문에 경제적 인센티브와 전형적 진료방법, 가이드라인을 혼합하여 적용한다.[12] 보험자가 의료공급자를 고용한 경우는 진료수가를 결정할 필요는 없어지고 진료비를 절약해야하는 점과 피보험자에게 양질의 의료서비스를 제공해야한다는 점을 고려하여 운영하게 된다. 계약에 의한 경우는 진료수가가 계약에 의해서 결정되고 지급심사는 보험회사가 담당한다.

오늘날에는 스태프형 HMO와 같은 완전통합형 모델은 미국에서도 소수를 차지하는 보험제도로 전락하였다. 통합형 모델 내에서도 업무상의 개선이 이루어져 의료전달패턴 통제를 위한 경제적 레버리지 사용의 중요성이 떨어졌고, 의료의 질, 환자의 안전, 성과의 보상, 환자 주도의 의료와 의료공급자의 참여에 보다 많은 비중을 두는 추세에 있다.

멕시코에서는 1999년 말의 규제개혁으로 건강보험을 제공하는 모든 기관에 전업화가 요구되어 건강보험 전문기관(specialized Health Insurance Institution, ISES)들이 탄생했다.[13] ISES는 미국 HMO의 그룹모델과 유사하게 운영된다. 의료공급자 네트워크를 소유(통합형)하거나 네트워크와 계약(계약형)을 체결하여 예방 및 건강증진서비스를 제공하며, 제공된 의료서비스의 효용을 심사하며, 진찰 후 환자를 전문의에게 보내는 방식 등을 채택하고 있다.

---

12) HMO는 의료공급자에게 월급, 인두제, 혼합형 인두제(blended capitation), 의료행위별 보수, 할인 또는 전액 행위별 수가협정 등 여러 가지 방법으로 보상한다.

13) 2004년에 12개의 ISES가 활동 중이다. ISES 가입자는 2002년 기준 민영건강보험 가입자의 2.9%에 불과하다. 나머지는 일반보험사업자의 catastrophic health product (GMM)에 가입한 상태에 있다. GMM은 공제금액이 매우 크며, 피보험자가 보험사업자와 계약이 체결된 의료공급자 네트워크에서 서비스를 받는 경우에는 공제금액 적용이 유예되거나 공제금액이 축소된다. 후자의 경우 보험사업자는 미국의 PPO와 유사한 방식으로 운영한다.

Ⅴ. 개선 방안

1. 진료수가체계의 개선

산재·자동차보험은 기본적으로 국민건강보험의 진료수가 기준을 따르되 산재·자동차보험의 특수성을 고려하여 별도의 진료수가 기준을 만들어 운용하고 있다. 똑같은 치료를 받더라도 진료수가가 국민건강보험보다 높게 산정되도록 기준이 만들어져 있어 동일 상해 및 질병이더라도 진료비가 높게 나타나는 불합리한 현상이 나타나고 있다. 또한, 진료수가가 산재·자동차보험에서 국민건강보험보다 높게 산정되기 때문에 허위·과잉진료, 가짜환자 등이 산재·자동차보험에서 많이 발생하여 기업체·손해보험회사는 과도한 요양급여비용을 지급하여야 하는 상태에 있다.

진료의 정도는 상해나 질병의 심각성 정도나 질환부위에 의해서 달라질 수 있는 것이지 상해 및 질병의 원인에 따라 달라진다고 보기는 어렵기 때문에 보험종류별로 진료수가를 다르게 적용하는 것은 개선되어야 한다고 본다. 그러한 개선은 소비자와 의료기관의 도덕적 해이의 유인을 줄여 의료자원을 효율적으로 이용할 수 있다는 부가적인 효과도 가져올 것으로 본다.

가. 의료기관 종별가산율의 합리적 조정

의료산업은 산재·자동차사고 환자의 특수성 즉, 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많으므로 산재·자동차보험의 진료수가기준은 국민건강보험의 의료기관 종별 가산율에 추가로 가산율을 적용해야한다고 주장하고 있다. 그러나 산재·자동차사고 환자의 특수성을 근거로 이러한 주장을 하는 것은 여러 면에서 논란이 되어오고 있다. 먼저 산재·자동차사고 환자의 특수성의 판단기준이 모호하다는 것이다. 특수성이 각 보험의 태생적 차이에서 오는 것인지, 상해 및 질병자체에서 오는 것인지, 치료방법이 다르기 때문에 발생하는 것인지가 모호하다는 반론이 있다(김진현, 2009.3). 사고의 발생 원인이 다른

것뿐이지 근본적인 진료행위 자체가 다른 것으로 보이지는 않는다. 특수성에 대한 정의가 명확해야 할 것이고 그로부터 합리적인 대안이 제시될 수 있을 것이다.

특수성에 대한 의료계의 주장의 근거로 제시되고 있는 것 중의 하나가 산재·자동차사고 환자의 응급성이다. 그러나 응급성의 정도가 보험종류별로 다르다는 주장은 설득력이 약하기 때문에 그 근거가 약하다는 반론이 제기되고 있다. 상해 및 질병의 응급정도는 응급성을 요구하는 사고 자체에서 결정되는 것이지 사고의 종류(보험의 종류)에 의해서 결정되는 것은 아니기 때문이라는 것이다. 본 연구는 응급한 환자는 산재·자동차사고에서 국민건강보험 환자보다 다빈도로 발생할 수는 있어도 응급성 자체가 사고 종류별로 다르다고 볼 수는 없다고 본다.

그리고 산재·자동차사고 환자의 경우에는 응급하지 않은 경우에도 응급의료관리료를 지급하고 있어서 이미 국민건강보험보다 응급성을 폭넓게 인정하고 있다(<표 Ⅴ-1> 참조). 제2장에서 살펴본 바와 같이 국민건강보험의 응급의료수가기준은 「응급의료에관한법률」 제2조제1호에 해당되는 응급환자를 진료한 경우에 적용하고 있고, 산재보험은 국민건강보험 응급의료관리료 산정대상 뿐만 아니라 휴일 또는 야간에 응급의료센터 및 응급의료기관을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정대상 응급증상에 해당하지 아니하더라도 "응급의료관리료"를 지급하도록 하고 있다. 그리고 국민건강보험의 응급의료수가기준은 응급실에 내원한 환자 중에서 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담하도록 되어 있지만, 자동차보험의 경우 환자본인부담액을 보험사업자 등이 부담하도록 규정하고 있다.

산재·자동차보험 환자의 복합성에 의한 의료기관의 종별 가산율 추가적용에 대한 의료계의 주장은 우리나라 진료수가 결정방식에 비추어 볼 때 합리적인 주장이라고 하기가 어렵다는 반론에 부딪치고 있다. 산재·자동차보험진료수가는 국민건강보험의 진료수가를 따르고 있으며, 국민건강보험진료수가는 세분화된 개별 의료행위별로 진료수가가 정해져 있는 행위별수가제를 적용하고 있다. 따라서 본 연구도 복합증상이 있는 경우 세분화된 진료가 행하여질

것이고 그에 따른 진료비가 지급될 것이어서 추가적으로 종별 가산율을 적용하는 것은 논리적으로 맞지 않다고 본다.

산재·자동차보험 환자의 중증도를 근거로 종별 가산율을 추가적용 해야 한다는 주장 또한 불합리하다고 본다. 사고의 원인 즉 보험종류별로 질환의 중증도가 다르기 보다는 사고의 정도에 따라 질환의 중증도가 다를 것이기 때문이다. 그리고 자동차보험은 약물치료나 물리치료를 중심으로 진료가 행해지는 경상환자가 95% 이상을 차지하고 있는 것으로 알려져 있다.

진료비의 원가보전을 이유로 종별 가산율을 두어야 한다는 의료계의 주장은 그 근거가 미약하다는 반론이 있다(국민권익위원회, 2009).

<표 Ⅴ-1> 응급의료관리료 산정기준 비교

자동차보험	산재보험	국민건강보험
국민건강보험 의료기관의 응급의료수가기준의 2. 산정기준, 가항 단서 중 "환자 본인"은 "보험사업자 등"으로 하여 이를 적용함.	휴일·야간 근로 등으로 인하여 발생한 업무상 재해의 진료를 위하여 부득이 휴일 또는 야간에 응급의료센터 및 응급의료기관을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정대상 응급증상에 해당하지 아니하더라도 "응급의료관리료"를 지급	국민건강보험 "응급의료수가기준"을 보면 다음과 같다. I. 의료기관의 응급의료수가기준 1. 적용기준 가. 응급의료수가기준은 의료법 제3조에 의한 의료기관 또는 지역의료법 제8조에 의한 보건의료원에 적용한다. 나. 응급의료수가기준은 응급의료에관한법률 제2조제1호에 해당되는 응급환자를 진료한 경우에 적용한다. 2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 "가" 응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.

자동차보험은 원가보전율이 100%를 상회하는 것으로 여러 자료에서 나타나고 있다(<표 Ⅴ-2> 참조). 보건복지가족부 자료에 따르면 종합전문 병원의 경우는 원가보전율이 93.6%이어서 원가를 하회하는 것으로 나타난 것을 제외하고 모든 의료기관에서 100%를 상회하여 원가는 보전되고 있는 것으로 나타나고 있다. 감사원자료는 모든 의료기관에서 원가가 보전되고 있는 것으로 나타나고 있다.

따라서 산재·자동차보험은 응급성·복합성·중증도 면에서 볼 때 의료기관 종별 가산율을 국민건강보험에 추가로 적용하여 진료수가를 산정하는 것은 바람직하지 않다. 지속적으로 논쟁이 되고 있는 것은 의료계가 산재·자동차보험은 국민건강보험과 응급성·복합성·중증도 면에서 차이가 있다는 전제를 중심으로 접근하기 때문이다. 그런데 그러한 접근은 논리적으로 근거를 제시하는데 어려울 것으로 보여 해외 사례에서 본 바와 같이 동일한 정도의 상해 및 질병에 대해서는 동일한 정도의 진료가 이루어져야한다는 원칙이 받아들여져야 한다고 본다.

다만 우리나라 행위별수가가 해당진료행위의 원가를 반영하고 있지 못할 수 있다는 점은 고려해야할 것이다. 산재·자동차보험 사고에서 자주 발생하는 상해 및 질병에 대해서 원가가 보전이 되지 않을 수준으로 진료수가가 정해져 있을 수 있다.

<표 Ⅴ-2> 자동차보험진료수가의 원가보전율

구 분	현재 자보수가지수		자보원가지수 (물가상승률 반영)	원가보전율	
	복지부자료	감사원자료		복지부자료	감사원자료
종합전문	316.2	346.9	337.7	93.6%	102.7%
종합병원	285.8	313.5	271.6	105.2%	115.4%
병 원	234.3	257.1	179.2	130.7%	143.4%
의 원	222.9	244.5	164.3	135.6%	148.8%

자료 : 국회 공청회 자료, 자동차보험 진료수가기준 개선방안, 2003.11.

이때 의료기관은 산재·자동차보험 환자를 진료함으로써 발생하는 손실을 의료기관 종별 가산율을 통하여 보전하려고 할 수 있기 때문이다. 산재·자동차보험 사고의 다빈도 상해 및 질병에 대해서 원가가 보전되고 있는지가 검토되어야 할 것이다.

민영건강보험은 국민건강보험을 보충하여 보장하고 있기 때문에 국민건강보험의 종별 가산율을 따르는 것이 합리적일 것이다. 민영건강보험은 국민건강보험의 환자일부본인부담금을 보장하고 그 외에 비급여본인부담금을 보장하고 있어서 응급성·복합성·중증도 등의 논란이 발생하지 않기 때문이다.

나. 입원료 체감률의 합리적 조정

산재·자동차보험에서는 급성기(입원초기) 이후 입원료 체감률을 국민건강보험과는 달리 종합전문병원과 종합병원에 대해서는 적용하지 않고, 병·의원에 대해서는 국민건강보험에 비하여 약하게 적용하고 있으나 이에 대한 근거에 대해서 논란이 되고 있다. 입원초기에는 진료행위가 집중적으로 투입될 것이고 시간이 지날수록 투입정도는 약해질 것인데 약해지는 정도가 보험종류별로 달라진다는 것은 합리적이지 않다는 반론이 제기 되고 있는 것이다(국민권익위원회, 2009.7).

자동차사고환자의 평균 재원일수는 2000년 25.9일로 대부분 26일 이내에 퇴원하고 있으며, 50일이 초과하는 환자의 진료비는 총 진료비 기준으로 10%에도 미치지 못하고 있다. 그리고 입원 8일째까지는 비교적 높은 진료의 투입량을 보이고 있으며 9일부터 13일까지는 급격한 감소세를 보이다가 14일 이후부터는 거의 변화가 없었다. 더욱이 자동차사고 환자가 국민건강보험환자와 큰 차이가 없는 진료를 받고 있는 것으로 조사되어 국민건강보험보다 굳이 더 긴 기간의 입원료 체감률을 유지할 필요가 없다는 결론을 내리고 있다(인제대학교 보건과학정보연구소, 2003).

그런데 <표 Ⅱ-7>에서 본 바와 같이 입원기간은 자동차보험 환자의 경우 유사 질병임에도 많게는 국민건강보다 4.6배 길게 입원을 하고 있었다. 의료

적 처치를 위한 입원보다는 보상차원의 불필요한 입원기간의 연장이 이루어지고 있다는 추론이 가능한 것이다.

따라서 진료강도의 지속성 여부는 상해·질병의 종류에 따라 달라질 수는 있겠지만 보험의 종류에 따라 달라지는 것은 아닐 것이기 때문에 입원료 체감률을 합리적으로 조정해야한다고 본다. 다만, 산재·자동차보험에서 유사한 정도로 장기간 지속적인 진료가 필요한 상해·질병이 국민건강보험 환자보다는 다빈도로 발생할 수 있다. 이러한 경우를 대비하여 그러한 상해·질병에 대한 분류가 필요하고 그 분류에 따라 입원료 체감률의 적용여부를 결정하는 것이 산재·자동차보험에 발생할 수 있는 불이익을 최소화 시키는 것이며 제도도입의 취지에 맞을 것으로 본다.

그리고 의료기관 종별로 진료의 정도는 다를 수 있다. 그래서 국민건강보험은 의료기관 종별로 입원료 상대가치점수를 차등하여 적용 중에 있는 것이다. 그런데 국민건강보험과는 달리 산재·자동차보험은 환자에 대한 종합전문병원의 병원관리료를 가산하여 진료료를 산정하고 있다. 종별 가산율을 통해서 의료기관 종별 진료의 정도를 반영하고 있는데 산재·자동차보험 환자에 대한 추가적인 종합전문병원의 병원관리료 적용은 이중적이다. 병원관리료의 축소 또는 국민건강보험과 일원화가 필요하다고 하겠다.

다. 임의비급여에 대한 진료수가 마련

4대 의료보험 모두가 임의비급여 항목에 대한 진료수가는 의료법 제45조에 의거의료공급자가 관할 관청에 신고(일반수가)한 실제소요비용으로 결정되고 있다. 산재·자동차보험의 진료수가(진료료, 의약품가격, 재료대, 기타비용)는 국민건강보험기준에 정한 경우에 대하여는 그 금액을 따르되, 국민건강보험기준에서 정하지 아니한 경우는 별도로 규정하여 일부 언급하고 있으나 전체적으로 임의비급여에 대한 진료수가의 산정에 대해서는 명확한 근거가 마련되어 있지 않다.

<표 Ⅴ-3> 보험종류별 물리치료 적용횟수기준 비교

자동차보험	산재보험	국민건강보험
이학요법료 제1절 내지 제3절의 주2의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니한다.	진료상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 보건복지가족부장관이 정한 산정횟수 제한에도 불구하고 이를 추가로 인정 할 수 있다.	행위 및 상대가치점수 제7장 이학요법료(기본물리치료료, 단순재활치료료, 전문재활치료료)에 따라 산정(부록 <별표 5> 참조) 기본물리치료 : 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기 신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제1절의 주2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적 전기신경 자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제2절의 주2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제3절의 주2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.

민영건강보험은 산재·자동차보험보다 상황이 더 심각하다. 국민건강보험의 비급여의료에 대해서 일부에 관한 것이더라도 별도의 진료수가 적용범위가 정비되어 있지 않기 때문이다. 예를 들어, 국민건강보험은 외래의 경우 물리치료를 하루에 한 번 받는 경우에 보장을 하고 두 번 이상은 보장하지 않는데 반해, 산재보험은 진료수가기준에서 두 번 이상을 인정하고 있는 경우를 규정하고 있다. 자동차보험의 경우도 국민건강보험의 기준을 적용하지 않는 경우를 규정하고 있다(<표 Ⅴ-3> 참조). 그런데 민영건강보험은 그러한 규정이 마련되어 있지 않아 세 번, 혹은 네 번도 보장하고 있는 상황이다. 그리고 세 번, 혹은 네 번째 진료비는 급여부분에 해당하는지 임의비급여에 해당하는지가 규정되어 있지 않다. 국민건강보험에서 급여항목으로 정한 부분에 대해

서는 그 적용범위, 그리고 정하지 아니한 부분(임의비급여)에 대해서는 진료수가의 산정기준(가칭, 「민영건강보험진료수가에관한기준」)이 요구되고 있는 것이다.

신기술 등의 발전이 있는 한 우리나라와 같은 행위별수가제에서는 임의비급여부분은 완전히 사라지지는 않는다. 다만 최소화하려는 노력이 필요할 뿐이다. 4대 의료보험의 임의비급여부분을 최소화하기 위해서는 임의비급여 항목에 대한 원가분석 및 진료수가 실태조사를 선행해야 할 것이다. 첫 단계로 비용부담이 크고 청구빈도가 높은 임의비급여 행위, 약제, 치료재료의 목록을 분류·코드화한 전산시스템을 구축하여 효율적인 실태조사가 이루어지도록 하여야 할 것이다. 둘째 단계로 실태조사를 통해 고비용·다빈도 상해 및 질병을 분류하고 우선적으로 고비용·다빈도 상해 및 질병에 대한 표준 진료 및 약제 처방지침을 마련하여야 할 것이다. 마지막 단계로 이를 통하여 임의비급여에 대한 범위를 최소화시키고 보험종류별로 상이한 진료량 및 요양급여를 적정하게 관리할 수 있도록 해야 할 것이다.

민영건강보험에 대한 기준을 마련하기 위해서는 첫째, 국민건강보험에서 급여항목으로 정한 부분에 대해서는 그 적용범위(횟수 등)를 정해야 한다. 둘째, 정하지 않은 부분에 대해서는 진료료, 약제·재료 각각에 대해서 보험회사와 의료계간 계약금액[14]에 의거 산정하는 방법이 있다. 신기술 등의 발전이 있는 한 임의비급여부분은 남아 있게 된다. 이러한 부분에 대해서는 실 소요비용으로 산정하는 방안이 있다. 실 소요비용으로 하는 경우는 앞에서 언급한 바와 같이 임의비급여부분이 되어 이를 최소화하려는 노력이 필요하다.

그리고 민영건강보험의 진료수가수준은 민간부분에서 환자에 대한 진료를 보장하고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 수준의 수가를 책정하는 것이 필요하다. 민영보험의 특성을 살리면서도 더불어 의료산업의 발전을 위해 신기술의 개발을 촉진할 수 있는 수준의 진료수가가 바람직하다고 본다.

「민영건강보험진료수가에관한기준」이 마련되면 이 기준을 따르도록 민영

14) 호주와 아일랜드에서는 보험자는 단체를 구성하여 협상하는 것이 가능하나 의료공급자가 단체로 협상하는 것은 금지하고 있으며, 프랑스에서는 질병금고협회와 보험협회 간에 진료수가를 단체계약하여 전국협정을 주무장관이 고시하고 있다.

건강보험 피보험자를 진료하는 의료공급자에게 적용하는 방법으로는 산재·자동차보험과 같이 소관부처장이 고시하는 방안과 보험회사와 의료공급자가 계약하는 방안이 있다. 소관부처장이 고시하는 방안은 결정된 주무 장관이 고시하면 된다. 보험회사와 의료공급자가 계약하는 경우 계약방법으로는 개별 보험회사와 개별 의료공급자 간 계약, 보험회사 단체와 의료공급자 단체 간 계약, 보험회사와 의료공급자 협의체를 통한 계약이 있다. 그러나 개별 보험회사와 개별 의료공급자 간 계약 방법은 환자는 가입한 보험회사가 계약한 의료기관에서 진료를 받아야 하는 어려움이 있고 진료비의 심사가 곤란하여 지양해야 할 것이다(<표 Ⅴ-4> 참조). 우리나라는 계약방법을 채택한 경우는 전 국민을 적용 대상으로 하는 국민건강보험제도를 운용하고 있으므로 전체보험회사와 전체의료공급자 협의체 사이의 계약이 소비자 편의, 심사의 효율성, 의료자원 이용의 효율성 측면에서 바람직하다고 본다.

<표 Ⅴ-4> 진료수가 계약방법별 비교

■ 계약방안1 : 개별 보험회사와 개별 의료공급자간 계약

- 계약에 따른 시간과 비용이 과다하게 소요
- 개별보험자가 계약내용에 따라 심사·평가
- 피보험자는 가입한 보험회사가 계약한 의료기관을 이용해야 함.

■ 계약방안2 : 보험회사 단체와 의료공급자 단체간 계약

- 보험회사 단체와 의료공급자 단체가 직접 계약하고 소속 보험회사 및 의료공급자가 이를 따르도록 함.
- 계약에 따른 시간과 비용이 개별계약의 경우 보다 절감됨.
- 단체에 가입한 의료공급자에 대해서는 동일 기준으로 심사·평가가 가능하여 심사의 효율성이 개별계약의 경우 보다 제고됨.
- 피보험자는 가입한 보험회사가 계약한 의료공급자 단체를 이용해야 함.

■ 계약방안3 : 보험회사와 의료공급자 협의체를 통한 계약

- 국가 전체 의료공급자의 단일 협의체를 구성하거나 의료공급자 규모별, 지역별 분포 등을 고려하여 각각 협의체를 구성하여 계약
- 단일 협의체인 경우 심사·평가의 효율성이 제고됨.
- 부분 협의체인 경우 의료공급자 부분별 계약내용 다르면 각각 다른 기준으로 심사· 평가가 가능
- 단일 협의체 계약인 경우 피보험자는 모든 의료공급자를 이용할 수 있음.

2. 심사체계 효율화

국민건강·산재·자동차보험은 진료수가기준 등을 마련하여 의료공급자에 대해서 심사·평가할 수 있는 법적 근거와 과잉·허위청구에 대해서 규제를 할 수 있는 법적 근거가 마련되어 있다. 그러나 동일 상해 및 질병에 대해서 동일 심사기준을 가지고 있더라도 각각 다르게 심사하고 있고, 심사·평가를 위

한 기관이 상이하며, 과잉·허위청구에 대한 벌칙내용이 상이하여 청구된 진료비의 차이를 가져올 수 있는 상황이다.

자동차보험은 손해보험회사가 각각 심사하기 때문에 심사기준의 적용이 상이함에 따른 일관성이 부족하여 소비자와의 분쟁이 증가하고 있다. 이것은 회사별 분산심사로 인하여 전문심사인력의 부족 및 체계적인 심사시스템이 미흡하기 때문이다. 분쟁심의위원회의 중재 시 장기간이 소요되고, 의료기관의 경우 심의회의 조정결과에 대한 이의제기절차가 마련되어 있지 않은 상태에 있는 것도 지적되고 있다.

민영건강보험은 의료공급자에 대해서 심사·평가에 관한 아무런 법적 근거가 마련되어 있지 않으며, 더욱이 과잉·허위청구를 하더라도 규제할 수 있는 법적 근거가 마련되어 있지 않아 청구금액을 그대로 지급하여야 하는 문제가 발생하고 있다. 민영건강보험은 진료비의 심사를 위한 법적 근거 및 심사체계가 마련되어야 하는 것이다.

여기서는 일괄심사체계가 갖추어져 있지 않은 자동차보험과 민영건강보험을 중심으로 심사체계의 개선 방안에 대해서 논하고자 한다.

이러한 민영보험의 심사체계를 합리화할 수 있는 방안으로 건강보험심사평가원에 심사위탁을 하여 일괄심사가 가능하도록 하는 방법을 고려할 수 있겠다. 자동차보험·민영건강보험의 심사를 건강보험심사평가원이 수행하도록 강제로 추진하는 것은 자동차보험·민영건강보험이 민간영역이기 때문에 자본주의 시장의 사적자치의 원칙에 반한다. 민영보험인 자동차·민영건강보험의 보험금 지급심사기능을 공적 기구인 건강보험심사평가원이 하도록 강제하는 것은 보험회사의 경제활동의 자율성과 사업상의 선택권을 제한하기 때문이다. 따라서 민영보험은 건강보험심사평가원과 보험회사 간에 자율적으로 심사·평가·조사업무에 대해서 위탁하는 계약을 체결하는 것이 한 방법일 수 있다.

독립적인 민영기구를 설립하여 운영하는 방법도 있다. 자동차보험은 자동차보험의 특성을 고려하여 자동차보험산업 내에 하나의 기구를 중심으로 운영될 수 있다. 민영기구 중심의 기구를 운영하는 것은 사적자치의 원리가 강화되고 보험산업의 변화를 탄력적으로 반영할 수 있다는 장점이 있다. 그래서 현재 손해보험산업은 하나의 기구를 중심으로 심사체계를 갖추고자 준비 중

에 있다. 동시에 현재 서면청구체계로 운영되기 때문에 발생하는 행정적·경제적 낭비 및 심사의 비효율성 문제[15]를 해소하기 위하여 전자청구체계(EDI)를 도입하고자 하고 있다.[16]

현재 민영건강보험은 상환제로 의료서비스가 공급되고 있어서 심사의 기회조차 없는 상황이다. 민영건강보험이 심사가 가능하게 하기 위해서는 먼저 제3자지급제도의 도입이 전제되어야 한다(조용운・김세환, 2008). 이때 심사·평

15) 자동차보험은 국민건강보험과 같이 제3자지급제로 운영되고 있지만 서면심사청구에 따른 행정적·경제적 낭비 및 심사의 비효율성이 발생하고 있다. 명세서 생성, 청구, 심사 등을 수작업으로 진행함에 따른 행정적 비효율이 발생하고 있으며, 서류의 출력, 전달(팩스, 우편), 분류, 보관비용 발생 등의 행정비용이 발생하고 있는 것이다. 자동차보험은 이러한 비효율성과 동일 진료행위에 대해서 보험회사별로 다른 진료비가 청구되더라도 적발할 수 없는 상태를 해소하기 위해서는 단일 기구를 중심으로 운영하되 전자청구체계(EDI)가 필요하다고 하겠다.

16) 전자청구체계 도입을 위한 법적 제도화 미비로 각 보험회사 또는 의료기관 전체 참여가 어려운 상태에 있다. 민간차원의 의견조율 및 시스템 개발, 의료기관에 대한 확산 노력과 함께 정부차원의 제도화 추진이 병행되어야 할 것이다. 자동차보험의 전자청구체계를 구축하기 위해서는 다음과 같은 단계로 준비해야 할 것이다.

첫째, 보험회사 및 의료기관 간에 사전적으로 청구서식의 표준화작업이 필요하다. 지급보증서, 지급보증철회서, 지급청구서, 접수증, 반송증, 지급통보서, 동의서 등 청구서식의 표준화가 필요하다.

둘째, 지급보증・심사・지급 업무 프로세스를 위한 표준 매뉴얼을 수립해야 하고, 공동으로 적용할 자동차보험 심사기준을 마련하는 것이 필요하다고 하겠다.

셋째, 자동차보험 전자청구체계 도입 및 활용에 대한 『자동차보험 진료수가에 관한 기준』의 정비가 필요하다. 현행 동 기준 제17조에 의거 자동차보험도 지급보증, 청구, 심사결과 통지가 전자문서교환 방식으로 처리는 가능하나 구체적인 시행방법, 기준 등은 미흡한 상태에 있다. 지급기일 단축 등 의료기관 지원방안, 표준화된 전자문서 서식 및 심사업무를 위한 규정을 포함한 전자청구체계 관련 조항을 정비해야 할 것이다. 개정되어야할 내용을 정리하면 다음과 같다.

□ EDI로 지급 청구 시 지급 기한 단축 (예, 15일 이내 지급)
□ EDI 관련 정보통신 이해촉진 및 정보보호 등에 관한 법률에 의한 보호
□ EDI 신청, 승인 절차에 대한 기준
□ EDI 관련 심사업무 규정, 서식 표준화, 보관기간 등 규정
□ EDI 송・수신 방법 및 코드 표준화 (비급여 코드 표준화 등)
□ 청구대행 및 청구 S/W업체 승인기준 등

가업무에 대해서는 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있다. 위탁 할 경우는 보험회사와 의료기관간에 별도의 전자청구체계를 구축할 필요가 없어 비용절감 및 의료기관의 행정편의를 제공하고, 공·사보험의 중복청구 및 과잉진료 예방이 용이하며, 요양급여 심사·평가·조사결과의 당연 적용이 수월하며, 위탁시 비급여 항목과 환자 본인부담진료비에 대한 심사업무를 포함할 수 있고, 건강보험심사평가원의 전문 인력, 전산시스템 등 국가자원의 효율적 이용을 기할 수 있다는 장점이 있다. 위탁계약이 체결될 경우는 보험회사에게 요양급여 심사·평가·조사 등을 위한 진료기록 요구권 보장 및 보상금액 산정, 사후관리 등 손해사정업무의 수행을 위한 보험회사의 의료기관 진료기록 열람권 보장이 이루어져야할 것이다.

민영건강보험이 민영심사기구를 운영하면서 독립적으로 심사기능을 수행할 수 있다. 건강보험심사평가원에 위탁할 경우보다 사적자치가 강화되고 절차가 간단하다는 장점이 있지만 다음과 같은 단점이 있다. 각 의료기관·약국이 민영건강보험이 보장하는 부분에 대한 진료내역을 민영심사기구에게 별도로 송부해야 하는 어려움이 있다. 각 의료기관·약국이 민영심사기구와 추가적으로 청구 및 지급을 위한 전산시스템을 구축해야 한다. 더욱이 공·사건강보험에 대한 비교 심사·평가가 어렵고 중복청구 적발이 어렵다. 보험산업의 발전과 의료자원의 효율적 이용 측면에서 건강보험심사평가원에 위탁하는 방안과 민영심사기구를 두는 방안 중에서 선택해야할 것이다(조용운·김세환, 2008).

이러한 하나의 민영심사기구 중심의 심사 혹은 건강보험심사평가원의 위탁심사는 환자에 대한 정상적인 진료를 막는 것이 아니라 불필요한 과잉진료를 최소화하는 효과를 가져 올 수 있다. 의료서비스의 적정성 평가를 전문적이고 일관성을 가지고 수행함으로서 환자상태에 따른 적정진료를 통한 의료서비스 질의 향상을 가져오는 효과와, 진료비 절감액을 보상 확대 및 보험료 인하에 사용할 수 있는 경제적 효과도 가져올 수 있다. 그리고 의료자원의 효율적 이용과 국민진료비의 절감을 기대할 수 있다.

해외에서도 주요 선진국 중 일본만 산재(노재)보험은 건강보험과 별도로 심사하고, 자동차보험은 환자가 건강보험과 자동차보험 중 선택한 결과에 따라 심사하며, 그 외의 국가는 진료비 심사와 지급, 진료수가체계는 국민건강보험

을 기준으로 통일된 시스템에 의해 운영되고 있다(<표 Ⅴ-5> 참조).

재정절감 및 요양급여 과잉·허위청구를 예방하고, 가짜환자 적발, 기업의 보험료 부담완화, 소비자 보험료 부담 경감, 진료비 조기 지급 및 청구절차 간소화를 위하여 심사체계를 정비 및 구축할 필요가 있다.

3. 의사결정기관의 조정

보험종류별 의사결정기관의 참여자들이 달라 각기 다른 이해당사자의 의견을 반영하는 가운데 진료수가, 심사기준, 기준의 적용 등이 상이하게 나타나고 결국은 진료수가의 차이로 나타날 수 있다. 이러한 문제는 4대 의료보험이 국민건강보험을 중심으로 진료수가체계 및 심사체계를 일원화할 경우 하나의 의사결정기구로 통합하면서 해소될 수 있을 것이다. 그러나 자동차·민영건강보험은 민간영역이기 때문에 진료수가체계는 국민건강보험을 따르더라도 민간기구가 심사를 담당하는 경우가 있을 수 있다. 이 경우에는 민간의사결정기구를 별도로 운영하는 것이 바람직하다고 본다. 민간고유의 심사 및 기준의 적용이 필요하고 보험회사 간 그리고 의료기관과 보험회사, 공공부문과 민영부분의 분쟁의 조정이 필요하기 때문이다.

<표 Ⅴ-5> 주요 선진국의 요양급여 심사 및 수가체계

구 분	NHI (National Health Insurance)	NHS (National Health Service)	비 고
국 가	독일, 오스트리아, 프랑스, 일본 등	이탈리아, 스웨덴, 영국, 캐나다 등	
건보·산재·자보제도	분리	통합 / 분리	
요양급여 심사	일원화	일원화	일본은 보험종별로 제3자 심사
요양급여 지급절차	선진료 후정산	NHS 전담 / 정산	지급과 심사 분리
진료수가체계	일원화	일원화	일본은 진료수가 가산 -산재 (건보의 115~120%) -자보(건보의 140%)
급여범위 및 기준	일원화	일원화	사전승인에 의거 비급여 가능
기왕증 진료비	일원화로 해결	일원화로 해결	주치의가 최초 판정

자료 : 국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.

4. 규제 개선

국민건강보험 그리고 산재·자동차보험의 경우 요양급여 허위·부당청구에 대해서 의료기관에게 행정처분을 할 수 있는 각각의 법적 근거를 가지고 있으나 그 벌칙이 구체적이지 못하며, 각각 상이하다. 더욱이 민영건강보험은 그러한 법적 근거조차 가지고 있지 않아 허위·부당청구가 있더라도 처벌하기가 불가능한 상태이어서 보험회사는 물론 소비자들도 법적 보호의 사각지대에 놓여 있다. 이러한 제제의 차이 및 부재는 규제의 차익을 발생시키고 진료비의 차이를 가져올 수 있다. 규제의 강도가 약한 보험종목에 대해서 허위·부당청구가 집중적으로 발생할 수 있는 것이다.

국민건강·산재·자동차보험의 경우 허위·부당청구에 대한 규제의 차이를 유발하는 조항을 개선할 필요가 있고, 민영건강보험은 「민영건강보험진료수가에 관한기준」 등을 마련하면서 행정처분 등이 가능하도록 벌칙조항을 만들어 법적 보호의 사각지대를 해소하여야 할 것이다. 그리고 4대 의료보험 모두에 행정처분 기간 중 의료급여행위에 대한 벌칙 규정, 의료기관의 외출·외박 기록 열람 거부에 대한 행정처분 조항이 미비되어 있다. 따라서 규제의 실효성을 증진시키기 위해서는 관련 조항을 신설하여야 하고, 허위·부당청구한 의료기관의 실명공개 및 위반사실 공표를 위한 조치도 마련하여야 할 것이다.

민영보험에 대해서 제재의 실효성을 제고시키기 위해서는 심사위탁시 현지확인조사 권한을 가져야할 것이며, 민영보험자를 포함한 보험자의 합동 현지조사의 주기적 실시 등 효율적인 요양급여 현지조사체계가 마련되어야 할 것이다.

Ⅵ. 결 론

본 연구는 그동안 지속적으로 제기되어 온 유사 상해 및 질병인데도 불구하고 보험종류별로 진료비와 입원기간에 차이가 나고 있는 문제를 다루었다. 그런데 그러한 문제의 저변에는 무엇보다도 산재·자동차보험은 특수한 환자를 대상으로 한다는 생각이 깔려있었다는 결론에 도달하였다. 그리고 기존의 연구들이 민간부분의 자동차보험과 민영건강보험을 다루면서 민간부분의 특성이나 제도적인 현황을 면밀히 다루지 않아 민간보험에 대한 개선방안을 도출하는데 한계가 있었다는 점을 알 수 있었다. 따라서 본 연구는 산재·자동차보험의 특수성이 검증되기는 어려울 것이므로 '동일상병은 동일진료'의 기준으로 다루어야한다는 방향으로 인식의 전환이 필요하다는 전제하에 개선방안을 도출하였다. 특히 자동차보험에 대해서는 민간보험산업 내부에서 제도적 개선을 통해 다루는 것도 효율적일 수 있고 실현가능성이 있다는 생각을 가지고 개선방안을 도출하였다. 이를 간략히 정리해 보면 다음과 같다.

먼저 진료수가체계를 국민건강보험을 기준으로 비교분석하면서 우리나라의 진료수가체계는 각 보험종류별로 기본적으로는 국민건강보험의 체계를 따르고 있지만 각각 다른 특성을 가지고 있어서 다원화되어 있음을 보였다. 다원화된 체계는 산재·자동차보험의 경우는 주로 의료기관 종별 가산율과 입원료 체감률의 보험종류별 차이와 비급여부분의 정비 미흡에서 비롯되었다. 민영건강보험은 보장부분에 대한 진료수가 기준이 없기 때문에 다른 보험종류와는 다른 수준의 진료비가 산정되고 있을 것이라고 보았다.

그리고 보험종류별 주요 상해 및 질병별 현황을 분석하면서 유사 상해 및 질병이더라도 국민건강보험보다 산재·자동차보험 환자의 입원기간이 길었고 진료비가 높게 나타나고 있음을 보였고 국민건강보험과 자동차보험의 의료기관 종별 진료현황을 분석하면서 자동차보험에서는 높은 수입을 원하는 의료기관과 보상금을 원하는 환자의 이해관계가 일치하여 도덕적 해이에 의한 입원일수 및 진료비의 차이가 발생할 수 있음도 보았다. 민영건강보험은 심사자체가 이루어지지 않고 있음을 밝혔다. 민간보험은 민간보험 내부에서 일차적으로 제도정비를 해야 할 필요성이 있음을 지적하고자 한 것이다.

이러한 진료비 및 입원기간이 보험종류별로 차이가 나는 원인을 4대 의료보험의 다원화된 진료수가체계와 심사제도 그리고 규제의 차이에서 찾아보았다. 다원화된 진료수가체계와 심사제도를 유지해야 할 근거가 미약하다는 점을 밝히면서 규제차이가 발생하고 있는 부분은 개선되어야한다는 점을 지적하였다. 그리고 해외 사례를 조사하면서 일본을 제외한 주요 선진국은 국민건강·산재·자동차보험 진료수가 체계와 심사체계가 일원화되어 있음을 보았다. 민영건강보험은 해외에서 진료수가나 심사체계가 의료공급자와 보험자의 계약에 따라 다르게 나타나고 있음을 알 수 있었다.

이상에서 제기된 문제점을 개선하기 위한 방안을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 산재·자동차사고 환자의 특수성 때문에 국민건강보험 기준에 추가적으로 인정되고 있는 의료기관 종별 가산율은 논리적으로 특수성의 근거를 제시하는데 어려울 것으로 보여 조정되어야 할 것이다. 해외 사례에서 본 바와 같이 동일한 정도의 상해 및 질병에 대해서는 동일한 정도의 진료가 이루어져야한다는 원칙이 받아들여져야 한다고 본다. 다만, 우리나라 행위별수가가 해당진료행위의 원가를 반영하고 있지 못할 수 있다는 점은 고려해야 할 것이다. 적어도 산재·자동차보험 사고의 다빈도 상해 및 질병에 대해서 원가가 보전되고 있는지는 검토되어야 할 것이다.

둘째, 특정 질병에 대한 진료강도의 지속적 유지 필요성은 보험의 종류에 따라 결정되는 것은 아닐 것이다. 따라서 입원료 체감률을 국민건강보험을 기준으로 조정할 필요가 있다. 그러나 획일적으로 일원화하기 보다는 합리적인 방향이 강구되어야 할 것이다. 산재·자동차보험에서 유사한 정도로 장기간 지속적인 진료가 필요한 상해·질병이 국민건강보험 환자보다는 다빈도로 발생할 수 있는데 이러한 상황이 고려됨이 없이 일괄적으로 일원화하는 것은 바람직하지 않을 것이기 때문이다. 산재·자동차보험에서 지속적으로 진료강도가 유지될 필요가 있는 상해·질병에 대한 분류가 필요하고 그 분류에 따라 입원료 체감률의 적용여부를 결정하는 것이 필요할 것이다.

셋째, 현재 의료기관이 실제 소요비용을 진료수가로 인정하고 있는 비급여 항목에 대한 구체적 수가기준이 마련되어야 하는데 이는 적정 진료행위의 유도와 적정진료비의 산정을 위해서 필수적일 것이다. 이러한 과정을 통해서 소

비자의 보험료 절감은 물론 의료자원의 효율적 이용이라는 효과를 기대할 수 있을 것으로 본다.

넷째, 심사체계의 정비가 필요한데 이는 이제까지의 문헌들에서 나타난 바와 같이 국민건강보험을 중심으로 일률적으로 일원화하기 보다는 민간영역의 특성을 반영하여야 할 것이다. 단기적으로 자동차보험은 보험회사가 각각 심사하기 때문에 전문성 및 일관성을 확보하기가 어려우므로 특정 기관을 중심으로 보험회사 간 일원화된 심사창구가 마련되어야 할 것이다. 장기적으로는 국민건강보험과 위탁계약 등을 통한 심사일원화의 방안도 고려할 수 있다. 민영건강보험은 진료비에 대한 심사자체가 이루어지지 않고 있으므로 진료수가 기준을 마련하고 제3자 지급제도를 도입하여 심사가 가능할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

마지막으로, 각 보험종류별로 허위·부당청구에 대한 행정처분의 정도가 다른데 이는 사전적인 조사 등이 필요 없이 정비가 가능할 것이므로 우선적으로 개선하여야할 것으로 본다. 그리고 민영건강보험은 허위·부당청구를 적발할 수 있는 기준이 없고 적발하더라도 행정처분할 근거가 없으므로 조속한 개선이 필요하다. 이러한 규제의 차이를 해소하여 특정보험에서 집중적으로 발생할 수 있는 도덕적 해이 등을 방지할 수 있도록 하여야할 것이다.

이러한 연구를 위해서는 보험종류별 진료비 데이터가 있어야 충분한 연구가 가능하지만 그러한 데이터의 확보는 현실적으로 어려워 여러 한계가 있었음을 밝혀 둔다. 그러나 본 연구의 제도적 비교 분석부분은 조금이나마 보험산업의 발전과 의료자원의 효율적 이용에 기여할 수 있기를 기대한다. 그리고 개선 방안은 저자의 견해와 각 분야의 전문가들로부터 자문과 자료를 획득하여 그를 기초로 작성되었다. 향후 보다 나은 자료를 기초로 보다 심층적인 연구가 이루어질 수 있기를 기대한다.

참고문헌

건강보험관리공단, □건강보험통계연보□, 각 연호.
근로복지공단, □산업재해보상보험 사업연보□, 각 연호.
보험개발원, □자동차보험 통계자료집□, 각 연호.

국토해양부, □자동차보험 진료수가에 관한 기준□, 국토해양부고시제2001-13호, 2001.
_____, □자동차손해배상보장법□ 제5793호, 1999.
노동부, □산업재해보상보험법□
노동부·근로복지공단, □산업재해보상보험 요양급여 산정기준□.
보건복지가족부, □국민건강보험법□.
_____, □건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수□, 보건복지가족부 고시.
_____, □의료법□.
자동차보험진료수가분쟁심의회(편), 법령과 규정, 2002.

국회, □자동차보험 진료수가기준 개선방안□, 공청회 자료, 2003.
국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.
교통안전공단, 『자동차보험 진료수가 합리화 방안 연구』, 연구용역보고서, 2008.
권창익·김진현·김준호·이성훈, "보험진료비 심사일원화의 사회·경제적 효과", 보건과 사회과학 제20집, PP.105-125, 2007.
김진현, 『국민의료비 심사일원화를 위한 입법공청회 자료집』, 2005.
_____, 『산재보험 재활수가 지급체계 개선방안에 관한 연구』, 노동부 연구용역 보고서, 2008.
_____, 『요양급여심사제도의 합리성과 효율성 제고를 위한 제도개선방안』, 요양급여 제도개선 공청회자료, 2009.

박찬임, □산재보험제도의 국제비교 연구□, 한국노동연구원, 2002.
윤조덕·윤순녕·김희걸·김상호·박수경, □산재보험제도 발전방안에 대한 연구[재활·복지]□, 한국노동연구원, 2005.
이용재, 『요양급여 진료수가 체계 합리화 방안』, 요양급여 제도개선 공청회자료, p12, 2009.
인제대학교 보건과학정보연구소, 자동차보험 진료수가 기준 개선연구, 2003.10.
조용운·김세환, 『민영건강보험 운영체계 개선방안』, 보험연구원, 2008.
최은숙, 『산재지정의료기관 평가시스템 구축방안 연구』, 근로복지공단, 2007.

OECD, Private Health Insurance in OECD Countries, OECD, 2004.

[부 록]

<별표 1> 국민건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 급여 일반원칙 II. 의료기관 종별 가산율

Ⅱ. 요양기관 종별 가산율

1. 제2부 제2장 내지 제10장, 제13장 및 제14장에 분류된 분류항목에 대하여는 소정점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관의 종별에 따라 다음 각 호의 비율을 가산한다.

가. 다음 각 항의 요양기관은 30%

⑴ 종합전문요양기관으로 인정받은 종합병원

⑵ 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속 치과병원

⑶ 종합전문요양기관에 설치된 특수전문병원

나. 다음 각 항의 요양기관은 25%

⑴ 종합전문요양기관을 제외한 종합병원

⑵ 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원

⑶ 허가 병상 수가 30병상 이상이고, 한방 6개 과가 설치되어 있는 한의과대학 부속 한방병원

⑷ 국립병원 한방진료부

다. 다음 각 항의 요양기관은 20%

⑴ 병원

⑵ 위 "가-⑵" 또는 "나-⑵"에 해당되지 아니하는 치과병원

⑶ 위 "나-⑶"에 해당되지 아니하는 한방병원

⑷ 요양병원

라. 다음 각 항의 요양기관은 15%

⑴ 의원

⑵ 치과의원

⑶ 한의원

⑷ 보건의료원

마. 다음 각 항의 요양기관은 종별가산율을 적용하지 아니한다.

⑴ 약국 및 한국희귀의약품센터

⑵ 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소

⑶ 의료법 제35조에 의한 사업장부속 요양기관

2. 위 “1"의 규정에도 불구하고 아래 항목에 대해서는 요양기관 종별가산율을 적용하지 아니한다.

가. 바이러스 혈청검사 (나-476, C4760)

나. 각 장의 산정지침 또는 분류항목의 “주"에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 약제비, 치료재료대 등

다. 컴퓨터영상처리장치(CR)(G0011-G0015, HA001), 영상저장및전송시스템(Full PACS)(GB011 내지 GB045, HB011 내지 HB041, HG011 내지 HG045, HG111 내지 HG141)을 이용한 처리비용, C-Arm형 영상증폭장치 이용료(다-101, G0400)

라. 생혈(마-103, X3010), 교환(마-104, X4000), 조혈모세포의 이식 준비-냉동 처리 및 보관(마-105-다-(1), X5020), 자가수혈채혈료(마-106-가, X6001 내지 X6008), 연성신요관경하 요관협착확장술 "주"(자-319-3 "주", R3196), 연성신요관경하 결석제거술 "주3"(자-321-3 "주3", R3429)

마. 퇴장방지의약품 사용장려비

바. 가정간호 기본방문료(가-13, AN100, 13100), 가정간호 교통비(AX100, 19100)

사. 검체검사 위탁에 관한 기준에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우의 검사료 및 위탁검사관리료

아. Infusion Pump 사용료(KK058, KK158)

자. 마취과전문의 초빙료(L7990)

3. 위 “1-나" 항의 종별 가산율을 적용받은 종합병원이 의료법 제3조제3항의 기준에 부적합한 경우에는 3월 이내의 범위 내에서 기간을 정하여 시정하도록 하고 동 시정기간 내에 시정하지 아니한 때에는 시정기간 종료 익일부터는 위 “1-다"항의 종별 가산율을 적용한다.

<별표 2> 국민건강보험 입원료 체감률 : 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 제1장 제2호 다목 및 제2부 제1장 분류번호 가-2, 가-9, 가-10

2. 입원료 등 (입원료·무균치료실입원료·낮병동입원료·신생아입원료·중환자실입원료·격리실입원료)
다. 입원료 등은 1일당으로 다음과 같이 산정한다.
⑴ 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.
⑵ 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫번째 자리에 2로 기재)에는 입원료 소정점수의 50%를 별도 산정한다.
⑶ 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료는 별도 산정하지 아니한다.
⑷ 입원과 퇴원이 같은 날에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료를 산정한다.
⑸ 입원료(가-2, 가-9, 가-10)는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)
⑹ 입원료(가-2, 가-9, 가-10)는 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)
⑺ 위“⑸ 및 ⑹”의 규정에도 불구하고 요양병원 입원료(가-2의 주4)는 입원 181일째부터 360일째까지는 해당점수의 95%를 산정하고(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재), 입원 361일째부터는 해당점수의 90%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 7로 기재)

<별표 3> 국민건강보험 응급진료수가기준

【 보건복지부 고시 제2000-34호, 2000.7.1 】

응급의료수가기준

I. 의료기관의 응급의료수가기준

1. 적용기준

가. 응급의료수가기준은 의료법 제3조에 의한 의료기관 또는 지역의료법 제8조에 의한 보건의료원에 적용한다.

나. 응급의료수가기준은 응급의료에관한법률 제2조제1호에 해당되는 응급환자를 진료한 경우에 적용한다.

2. 산정기준

가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 "가" 응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.

나. (별표2) 응급의료수가기준액표중 "나" 응급처치료는 의료기관 또는 보건의료원에서 응급처치를 행한 경우에 산정한다.

다. 의료기관 또는 보건의료원이 (별표1)에 해당하는 응급환자에게 (별표2) 응급의료수가기준액표 "나"에 분류된 응급처치를 행한 경우에는 주·야간 또는 공휴일을 불문하고 소정금액의 50%를 가산한다.

라. (별표2) 응급의료수가기준액표 "나" 응급처치료에 대하여는 의료보험법 제35조제1항의 규정에 의한 의료보험진료수가및약제비산정기준중 제1부 일반원칙의 V. 요양기관 종별에 따른 가산율을 적용한다.

마. 응급환자에게 사용한 진료재료 및 의약품에 대한 수가는 의료보험법 제35조제1항의 규정에 의한 진료수가기준 중 의료보험진료수가 및 약제비산정기준및 의료보험약가기준액표에 의하여 산정한다. 다만, 다른 법령에서 정한 경우에는 그 법령에서 정한 기준에 의한다.

바. 응급환자에게 이 기준에 분류되지 아니한 진료행위를 행한 경우에는 다른 법령이

정하는 바에 의한 진료비용을 산정한다.

(별표1)

응급의료관리료 산정대상 응급증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물촵알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 소실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응

아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애

자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애

나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란

다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 기타 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애

라. 출혈 : 혈관손상

마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 3세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

<별표 4> 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준 제11절 이송료

제11절 이송료

<신설 2007. 3. 6, 전문개정 2008. 7. 1>

[산정지침]

1. 교통비는 순로(정상적 교통수단 및 경로)에 따라 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인의 이송에 실제로 드는 금액으로 하되, 다음의 원칙을 고려하여 교통수단별 이용기준 및 등급기준에 따라 지급한다.
   가. 등급의 차이가 있는 교통수단을 이용하는 경우에는 제2등급에 해당하는 등급을 기준으로 산정하되, 산재근로자의 상병상태로 보아 상위등급의 교통수단을 이용할 필요성이 의학적으로 인정되는 경우에는 제1등급을 기준으로 지급
   나. 순로에 따른 이송이 아닌 경우에는 교통수단별 이용기준 및 등급기준에 따라 정상적인 교통수단 및 경로에 따른 비용을 지급
   다. 자가용을 이용하는 경우에는 지역별 일반택시요금의 100분의 50을 지급
2. 숙박비 및 식대는 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인중 숙식이 필요한 경우에 한하여 지급하되, 「공무원여비규정」 제16조제1항 별표 2 제2호에 따른 숙박비 및 식비에 준하여 지급한다.

[교통수단별 이용기준]

구 분	이 용 기 준
근거리 대중 교통수단	의학적 소견에 따라 퇴원, 통원 하는 경우로 시내·외버스, 농어촌버스, 마을버스, 전철 및 기타 이에 준하는 교통수단 이용이 가능한 경우
원거리 대중 교통수단	의학적 소견에 따라 고속버스, 시외버스, 철도 및 기타 이에 준하는 교통수단을 통한 원거리 이송 필요성이 인정되는 경우
자가용 · 택시	1. 근거리 대중교통수단으로 이동이 가능한 구간임에도 불구하고 상병상태로 보아 다른 대중교통수단의 이용이 불가하다는 의학적 소견이 있는 경우 2. 원거리 이송 필요성이 인정되나 상병상태로 보아 간호인 동행에도 불구하고 다른 대중교통수단 이용이 불가능하여 그 이용이 유일한 수단임이 의학적으로 인정되는 경우
선박 · 항공기	지리적 여건으로 다른 교통수단 이용이 불가하거나 응급치료 등 긴급한 경우로 그 이용의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우

[교통수단별 등급기준]

구 분		등 급 기 준		비 고
		1등급	2등급	
근거리 대중교통수단		-	시내·외 버스, 전철, 마을버스, 농어촌버스 등	직행좌석형, 좌석형, 일반형 등 등급 구분 없이 실제 부담한 금액
원거리 대중교통 수단	고속버스	우등고속	일반고속, 시외버스	운행계통, 시설, 요금 등이 고속버스에 준하는 시외버스는 고속버스로 분류
	철도	새마을호 특실, KTX 보통실	새마을호 보통실	새마을호, KTX 비통과구간은 그 노선의 이용 열차 운임 적용
택 시		-	소형·중형택시	대형, 모범형, 고급형 배제
선 박		1등실	2등실	특등실 배제(2개 등급의 경우 아래등급 인정)
항공기		Business Class	Economy Class	First Class 배제(2개 등급의 경우 아래등급 인정)

<별표 5> 국민건강보험 행위 및 상대가치점수 제7장

이학요법료(기본물리치료료, 단순재활치료료, 전문재활치료료)

		제1절 기본물리치료료
		주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
		2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
		제2절 단순재활치료료
		주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 외과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
		2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
		제3절 전문재활치료료
		주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동착 훈련치료, 연하장애재활치료에 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
		2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적 전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
		3. 위 “1"의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복합작업치료는 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정할 수 있다.
		4. 위 “1”의 규정에도 불구하고 근막동통유발점주사자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정한다.
		제4절 기타 이학요법료
사-30	M M	**적외선치료 [1일당]** Infra Red Ray Irradiation

	300		8.05
사-30-1	MM303	**상기도 증기흡입치료** Humidification of Upper Airway	9.35
		주 : 1. 급·만성 후두염에 한하여 산정하되, 적외선치료(사-30)와 동일 실시한 경우에는 상기도 증기흡입치료의 소정점수만을 산정한다.	
		2. 외래는 주 2회, 입원은 1일 1회에 한하여 산정한다.	
		3. Disposable Nebulizer Kit, Mask 재료대는 별도 산정하지 아니한다.	

<별표 6> 행위 및 상대가치점수 제2부 제1장 기본진료비 중 분류번호 가-11 및 나목 : 의약품 관리료

가-11		의약품 관리료 Medication Keeping Fee	
		가. 외래환자 의약품관리료 Outpatient	
		(1) 종합전문요양기관	
	AL501	(가) 1일분	0.53
	AL502	(나) 2일분	1.07
	AL503	(다) 3일분	1.42
	AL504	(라) 4일분	1.79
	AL505	(마) 5일분	2.14
		(2) 종합병원	
	AL601	(가) 1일분	0.71
	AL602	(나) 2일분	1.42
	AL603	(다) 3일분	1.95
	AL604	(라) 4일분	

			2.47
	AL605	(마) 5일분	2.85
		(3) 병원, 치과병원, 요양병원 의과	
	AL701	(가) 1일분	0.89
	AL702	(나) 2일분	1.79
	AL703	(다) 3일분	2.48
	AL704	(라) 4일분	3.03
	AL705	(마) 5일분	3.58
		(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과	
	AL801	(가) 1일분	2.71
	AL802	(나) 2일분	5.26
	AL803	(다) 3일분	7.51
	AL804	(라) 4일분	9.18
	AL805	(마) 5일분	10.84
		나. 입원환자 의약품관리료 Inpatient	
		(1) 종합전문요양기관	
	AL551	(가) 1일분	26.85
	AL552	(나) 2일분	50.98
	AL553	(다) 3일분	75.12
	AL554	(라) 4일분	

			91.34
	AL555	(마) 5일분	107.37
		(2) 종합병원	
	AL651	(가) 1일분	18.73
	AL652	(나) 2일분	35.64
	AL653	(다) 3일분	52.41
	AL654	(라) 4일분	63.74
	AL655	(마) 5일분	74.91
		(3) 병원, 치과병원, 요양병원 의과	
	AL751	(가) 1일분	10.42
	AL752	(나) 2일분	19.78
	AL753	(다) 3일분	29.12
	AL754	(라) 4일분	35.41
	AL755	(마) 5일분	41.69
		(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과	
	AL851	(가) 1일분	6.67
	AL852	(나) 2일분	

			12.62
	AL853	(다) 3일분	18.71
	AL854	(라) 4일분	22.69
	AL855	(마) 5일분	26.65

<별표 7> 행위 및 상대가치점수 제1편제2부제3장제2절 방사선특수영상진단료 중 분류번호 다-246 : 자기공명영상진단

		[자기공명영상진단]	
다-246		**자기공명영상진단** Magnetic Resonance Imaging	
		가. 기본검사	
	HE301-HE334	주 : 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영의 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. (⊙ 가(1)(가)1)01), 가(1)(나)1)02), 가(2)(가)1)03), 가(2)(나)1)04), 가(2)(다)1)05), 가(2)(라)1)06), 가(2)(마)1)07), 가(2)(바)1)08), 가(3)(가)1)09), 가(3)(나)1)10), 가(3)(다)1)11), 가(3)(라)1)12), 가(3)(다)1)주13), 가(3)(라)1)주14), 가(4)(가)1)15), 가(4)(나)1)16), 가(4)(다)1)17), 가(4)(라)1)18), 가(4)(마)1)19), 가(4)(바)1)20), 가(4)(사)1)21), 가(4)(아)1)22), 가(4)(자)1)23), 가(5)(가)1)24), 가(5)(나)1)25), 가(5)(다)1)26), 가(6)(가)1)27), 가(6)(나)1)28), 가(6)(다)1)29), 가(6)(라)1)30), 가(6)(마)1)31), 가(6)(바)1)32), 가(6)(사)1)33), 가(6)(아)1)34)	
		(1) 뇌 [뇌, 해마] [Brain, Hippocampus]	
		(가) 뇌 Brain	
	HE101	1) 일반	3,431.28
	HE201	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	4,460.67
	HE401	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,715.71
	HE501	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	4,460.79
		(나) 해마 Hippocampus	
	HE102	1) 일반	3,431.28
	HE202	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	4,460.67
	HE402	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,715.67

	HE502	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	4,460.79
		(2) 두경부	
		(가) 안면 Face	
	HE103	1) 일반	3,774.41
	HE203	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	4,906.73
	HE403	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,887.21
	HE503	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	4,906.86
		(나) 부비동 PNS	
	HE104	1) 일반	3,774.41
	HE204	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	4,906.73
	HE404	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,887.21
	HE504	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 등	4,906.86

<별표 8> 국민건강보험기준에 규정되지 아니한 진료항목에 대한 진료비

(제5조제1항제2호관련) (단위 : 천원)

항목 번호	코드 번호	분 류	의료기관 종별			
			종합전문 요양기관	종합 병원	병 원	의 원
		검 사 료				
1		<削除 2002.4.25>				
2		<削除 2000.4.12>				
3		수면 다원 검사 주 : 치료기간중 1회에 한한다.				
		가. 주간	100	94	86	82
		나. 야간	350	330	300	280
		다. 24시간	400	370	340	320
4		위장관 출혈 검사 (G-I Bleeding)	50	47	43	41
5		<削除 2002.4.25>				
6		단일 섬유질근 근전도 검사	50	47	43	41
7		음경기능 진단				
		가. 주간	80	75	69	65
		나. 야간	100	94	86	82
		영상진단 및 방사선 치료료				
8		초음파				
		가. 복부	54	51	47	44
		나. 흉부	54	51	47	44
		다. 신장 및 기타부위 <改正 2002.4.25>	43	40	37	35
		라. 심장(도플러)	109	102	94	89
		마. 기타(도플러)	54	51	47	44

항목 번호	코드 번호	분 류	의료기관 종별			
			종합전문 요양기관	종합 병원	병 원	의 원
9		<削除 2005.1.1>				
10		<削除 2005.1.1>				
11		<削除 2004.7.29>				
12		X-Ray 필름 복사(매당)	4	3.7	3.4	3.2
13		타 의료기관 방사선필름판독료				
		주 : 진단방사선과 전문의에게 의뢰하여 판독한 경우에 한한다.				
		가. 초음파	5	4.7	4.3	4.1
		나. <削除 2005.1.1>				
		다. <新設 2001.1.22, 削除 2002.4.25>				
		이학요법료				
14		<削除 2004.7.29>				
		정신요법료				
15		PLD 언어치료	6.5	6.1	5.6	5.3
16		언어전반 진단 평가	20	18	17	16
17		발음 발성 검사	15	14	13	12
18		임상심리 검사 <改正 1999.12.6>				
		가. <削除 2002.4.25>				
		나. 간이 인지지능	5	4.7	4.3	4.1
		다. 비언어적 지능	10	9.4	8.6	8.2
		라. 시각운동 협응	10	9.4	8.6	8.2
		마. 통찰치료	10	9.4	8.6	8.2
		처치 및 수술료				
19		피부성형술				

항목 번호	코드 번호	분 류	의료기관 종별			
			종합전문요양기관	종합병원	병 원	의 원
		주 : 1. <削除 2000.6.13> 2. 안면성형술시 사용된 특수봉합사는 실구입가로 산정한다 3. 근성형, 피부식피술은 건강보험기준의 피판작성술(자-16), 식피술(자-17)에 준용하여 별도 산정한다. <改正 2001.1.22> 4. 기타 미용목적의 성형(재건)술은 상호협의하여 정한다.				
		가. 안면(Cm당)	100	80	70	60
		나. 기타부위(Cm당)	70	60	50	40
20		Eye Dressing 주 : 건강보험기준의 단순처치[자-2-1- 가(1)]에 준용하여 처리한다. <改正 2001.1.22>				
21		외이도 세척 주 : 건강보험기준의 염증성처치[자-2-1 -가(2)]에 준용하여 처리한다. <改正 2001.1.22>				
22		이비인후과 처치 주 : 건강보험기준의 단순처치[자-2-1- 가(1)]에 준용하여 처리한다. <改正 2001.1.22>				

항목 번호	코드 번호	분 류	의료기관 종별			
			종합전문 요양기관	종합 병원	병 원	의 원
23		사후처치	20	18	17	16
		치과처치 · 수술료 주 : 재료대와 기술료를 합산한 금액임				
24		주조금관	218			
25		4분의3금관	218			
26		도재전장 주조관 (귀금속)	327			
27		도재전장 주조관 (비귀금속)	217			
28		국소의치 (백금가금 주조) (1악)	1,515			
29		국소의치 (코발트크롬상 주조)	650			
30		총의치 (코발트크롬상 주조) (1악)	788			
31		총의치 (레진상) (1악)	679			
32		캐스트코아	131			
33		포스트(기성품)	82			
34		악안면 보철 (귀금속 : 유치악)	1,706			
35		악안면 보철 (코발트크롬: 유치악)	1,051			
36		악안면 보철 (귀금속 : 무치악)	1,051			
37		임시 레진관	21			
38		임시 국소의치	35 (1치 추가당 5.0)			

자료: 자동차보험 진료수가에 관한 기준, 건설교통부 고시.

[비고]

1. 위 표에 명시된 재료대 및 판독료 이외의 재료대 및 판독료는 별도로 산정하지 아니한다.

2. 위 표에 명시된 항목이 건강보험기준의 개정에 의하여 새로이 건강보험기준에 포함되는 경우에는 그 날부터 건강보험기준에 의한다. <改正 2001.1.22>

3. 건강보험기준에 규정되지 아니한 항목으로서 위 표에 정하지 아니한 항목에 대한 진료기준 및 수가는 산업재해보상보험법 제40조제4항의 규정에 의한 노동부장관의 고시 중 [별표]의 규정에 의한다. 다만, 동 고시 [별표] 중 제1절 치과보철료의 [진료원칙]중 6.항은 적용하지 아니한다. <但書新設 2001.1.22>

<별표 9> 행위 및 상대가치점수 제5장 주사료

		제5장 주사료	
		[산정지침]	
		⑴ 주사시 사용된 주사재료대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내유치침, 수액세트, 혈액Bag 등)와 수혈에 소요된 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 정맥내유치침을 사용한 경우에는「마-5-주1」및「마-15-다-주1」에 따라 산정하며, 다음의 경우에는 "약제및치료재료의구입금액에대한산정기준"에 의하여 별도 산정한다.	
		㈎ 혈액성분채집술에 사용된 약제 및 재료대(요양기관이 대한적십자사혈액원 등으로부터 성분채집에 의한 혈액성분제제를 구입한 경우 포함)	
		㈏ 조혈모세포이식에 사용된 Bone Marrow Collection Kit 및 CD34+ Collection Kit?	
		㈐ 적혈구수집기(Cell Salvage)를 이용한 자가수혈에 사용된 재료대	
		⑵ 만8세 미만의 소아에 대하여 정맥내 점적주사(마-5, 마-15-다)는 주사료 소정점수의 30%를 가산하고, 기타 주사는 주사료 소정점수의 20%를 가산한다.(산정코드 첫번째 자리에 3으로 기재) 다만, 피하 또는 근육내주사(마-1), 생물학적제제주사(마-4), 수액제 주입로를 통한 주사(마-5-1), 항암제 피하내주사(마-15-가), 조혈모세포이식(마-105) 및 동종 공여자 림프구 주입(마-105-1)은 그러하지 아니한다.	
		제1절 주사료	
마-1	KK010	**피하 또는 근육내주사** Subcutaneous or Intramuscular Injection	14.69
		주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.	
마-2	KK020	**정맥내 일시 주사 [1일당]** Intravenous Injection	20.34
마-3		**동맥주사** Intraarterial Injection	
	KK031	가. 폐동맥기시부, 대동맥궁 및 복부대동맥 등 심부동맥의 경우 for Artery of Internal Organ	149.41
	KK033	나. 기타의 경우 Others	27.34
마-3-1	KK032	**심장내주사** Intracardiac Injection	164.82

<별표 10> 행위 및 상대가치점수 제6장 마취료 산정지침

제6장 마취료
［산정지침］
⑴ 마취약제주사시 사용한 1회용 주사기 및 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
⑵ 만8세 미만의 소아(산정코드 첫번째 자리에 3으로 기재) 또는 만70세 이상의 노인(산정코드 첫번째 자리에 4로 기재), 심폐체외순환법마취(산정코드 첫번째 자리에 5로 기재), 일측폐환기법마취(산정코드 첫번째 자리에 6으로 기재), 고빈도제트환기법마취(산정코드 첫번째 자리에 7로 기재), 개흉적 심장수술마취(산정코드 첫번째 자리에 8로 기재), 뇌종양, 뇌혈관질환에 대한 개두술마취(산정코드 첫번째 자리에 9로 기재)시에는 마취료 소정점수의 30%를 가산한다. 다만, 신생아의 경우(산정코드 첫번째 자리에 1로 기재)에는 마취료 소정점수의 60%를 가산한다.
⑶ 18시 ~ 09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두번째 자리에 18시 ~ 09시의 경우는 1, 공휴일의 경우는 5로 기재) 이 경우 해당 마취를 시작한 시각을 기준으로 산정한다.
⑷ 수술중에 발생하는 우발사고에 대한 처치(산소흡입, 응급적 인공호흡) 또는 주사(강심제) 등의 비용은 별도 산정할 수 있으나, 그밖의 경우에는 산소흡입, 응급적 인공호흡비용 및 EKG monitoring료는 산정하지 아니한다.
⑸ 동일 목적을 위하여 2이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취의 소정점수만 산정한다.
⑹ 제6장에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
⑺ 마취통증의학과 전문의 초빙료를 산정하는 경우에는 초빙된 마취통증의학과 전문의의 성명, 주민등록번호, 전문의 자격번호를 기재하고, 마취통증의학과 전문의가 서명 또는 날인한 마취기록지 사본을 요양급여비용명세서에 첨부하여야 한다.

<별표 11> 행위 및 상대가치점수 제8장 정신요법료

		제8장 정신요법료	
		[산정지침]	
		⑴ 정신요법료는 정신과 전문의가 정신과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.	
		⑵ 위 "⑴"의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, "㉮"는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다.	
		㉮ 심층분석요법(아-1-다), 분석집단정신치료(아-2-나), 약물이용면담(아-5)	
		㉯ 지지요법(아-1-가), 집중요법(아-1-나), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7), 지속적 수면요법(아-8)	
		⑶ 위 "⑵"에서 규정한 분류항목 이외는 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아-11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.	
아-1		**개인정신치료**	
		주 : 1.「가」,「나」,「다」를 동시에 산정할 수 없다.	
		2. 외래의경우「가」,「나」,「다」를 합하여 주 2회 이내만 산정한다.	
		3. 입원의 경우「가」,「나」,「다」를 합하여 주 6회 이내만 산정하되 「다」는 2회이내만 산정한다.	
	NN011	가. 지지요법 Supportive	146.45
		주 : 정신과적 평가하에 환자의 건전한 방어 기전들을 강화하고 심리적 장애요인을 억제하여 정신장애를 해소 내지 경감 목적으로 15분미만 치료한 경우에 산정한다.	
	NN013	나. 집중요법 Intensive	299.01
		주 : 정신과적 평가하에 환자의 상태에 따라 지지적 기법 등 면담기법을 혼용하여 증상을 경감하고 자아방어에 대한 이해를 목적으로 15분이상 45분미만 치료한 경우에 산정한다.	
	NN012	다. 심층분석요법 Intensive Analytic	451.15
		주 : 환자의 무의식 내용에 대하여 증상의 완화, 성격구조 및 자아방어 양상의 수정 목적으로 45분이상 심층적으로 분석하는 경우에 산정한다.	
아-2		**집단정신치료** Group Psychotherapy	

		주 :「가」,「나」,「다」 각각 주 2회 이내만 산정한다.	
	NN021	가. 일반집단정신치료 General	68.77
	NN022	나. 분석집단정신치료 Analytic	103.53
	NN023	다. 정신치료극 Psychodrama	81.05
아-3		**가족치료** Family Therapy	
		주 :「가」,「나」 각각 주 1회만 산정한다.	
	NN031	가. 개인 Individual	190.23
		주 : 한 환자의 가족을 대상으로 치료를 행하는 경우에 산정한다.	
	NN032	나. 집단 Group	111.91
		주 : 두 환자 이상의 가족을 대상으로 45분이상 치료를 행하는 경우에 환자가족단위별로 소정점수를 각각 산정한다.	
아-4	NN040	**작업및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등]** Occupational or Recreation Therapy	49.54
		주 : 1. 실시종목수에 관계없이 소정점수를 산정한다.	
		2. 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회이내만 산정한다.	
		3. 각종 소모재료비용은 별도 산정하지 아니한다.	
아-5	NN050	**약물이용면담** Narcosynthesis	297.93
		주 : 치료기간 중 2회이내만 산정한다.	
아-7		**전기충격요법** Electroconvulsive Therapy	
		주 : 치료기간 중 20회 이내로 산정한다.	
	NN071	가. 일반전기충격요법 Simple ETC	370.51
	NN072	나. 특수전기충격요법 [마취하] Modified ETC	568.83
아-8		**지속적 수면요법** Continuous Sleep Treatment	
	NN081	가. 전기 Electro Sleep Treatment	162.97
	NN082	나. 약물 Drug Induced Sleep Treatment	119.45
	NN083	다. 마취 Sleep Treatment with Anesthesia	193.01
아-9	NN090	**정신과적재활요법** Psychiatric Rehabilitation	106.04
		주 : 2~3개월 이상 장기입원 치료후 퇴원전 10회 정도 산정할 수 있는 요법이다.	
아-10	NN100	**정신과적응급처치** Psychiatric Emergency Treatment	344.85

아-11		**정신의학적사회사업** Psychiatric Social Work	
		주 : 1.「가」는 치료기간 중 1회만 산정한다.	
		2.「나」,「다」,「라」는 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회이내만 산정한다.	
	NN111	가. 개인력조사 Individual History Taking	111.61
	NN112	나. 사회사업지도 Social Work Guidance	98.15
	NN113	다. 사회조사 Social Investigation	98.15
	NN114	라. 가정방문 Home Visiting	323.57

<별표 12>행위 및 상대가치점수 제9장 처치 및 수수료 등 산정지침

제9장 처치 및 수술료 등			
제1절 처치 및 수술료			
자-2		**창상봉합술** Suture of the Wound	
		주 : 1. 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌우상하지의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.	
		2. “주1"의 각 부위내에 창상봉합부위가 둘 이상일 때 여러 창상봉합부위가 4″ ×4″거즈 범위내에 포함되는 경우에는 제1범위 분류항목을 산정하고, 4″×4″거즈 한장 범위를 초과하는 경우에는 두장째 범위부터 1범위당 제2범위의 분류항목으로 각각 산정한다.	
		가. 안면 또는 경부 Face or Neck	
		(1) 단순봉합 Simple Suture	
		(가) 제1범위	
	S0021	1) 길이 1.5cm 미만	180.68
	S0022	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	241.69
	S0023	3) 길이 3.0cm 이상이거나, 근육에 달하는 것	619.06
		(나) 제2범위부터 [1범위당]	
	S0024	1) 길이 1.5cm 미만	69.75
	S0025	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	101.54
	S0026	3) 길이 3.0cm 이상이거나, 근육에 달하는 것	290.23
		(2) 변연절제를 포함 Including Debridement	
		(가) 제1범위	
	SA021	1) 길이 1.5cm 미만	241.87
	SA022	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	280.68
	SA023	3) 길이 3.0cm 이상이거나, 근육에 달하는 것	640.30
		(나) 제2범위부터 [1범위당]	
	SA024	1) 길이 1.5cm 미만	108.47
	SA025	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	134.25
	SA026	3) 길이 3.0cm 이상이거나, 근육에 달하는 것	316.84

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

2006-1 보험회사의 은행업 진출 방안 / 류근옥 2006.1

2006-2 보험시장의 퇴출 분석과 규제개선방향 / 김헌수 2006.3

2006-3 보험지주회사제도 도입 및 활용방안 / 안철경, 이상우 2006.8

2006-4 보험회사의 리스크공시체계에 관한 연구 / 류건식, 이경희 2006.12

2007-1 국제보험회계기준도입에 따른 영향 및 대응방안 / 이장희, 김동겸 2007.1

2007-2 민영건강보험료율 결정요인 분석 / 조용운, 기승도 2007.3

2007-3 퇴직연금 손·익 위험 관리전략에 관한 연구 / 성주호 2007.3

2007-4 확률적 프런티어 방법론을 이용한 손해보험사의 기술효율성 측정 / 지홍민 2007.3

2007-5 금융겸업화에 대응한 보험회사의 채널전략 / 안철경, 기승도 2008.1

2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1

2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.3

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 2009.1

2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이혜은 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, 이혜은 2010.1

■ 조사보고서

2006-1	2006년도 보험소비자 설문조사 / 김세환, 조재현, 박정희 2006.3
2006-2	주요국 방카슈랑스의 운용사례 및 시사점 / 류건식, 김석영, 이상우, 박정희, 김동겸 2006.7
2007-1	보험회사 경영성과 분석모형에 관한 비교연구 / 류건식, 장이규, 이경희, 김동겸 2007.3
2007-2	보험회사 브랜드 전략의 필요성 및 시사점 / 최영목, 박정희 2007.3
2007-3	2007년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 오승철 2007.3
2007-4	주요국의 퇴직연금개혁 특징과 시사점 / 류건식, 이상우 2007.4
2007-5	지적재산권 리스크 관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2007.10
2008-1	보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진억, 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 리스크평가모형 및 측정방법 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 / 신종협, 최형선, 최원 2010.3
2010-2	금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3
2010-3	주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
2010-4	2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
2010-5	산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
2010-6	보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5

■ 정책보고서

2006-1 2007년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2006.12

2006-2 의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구 / 차일권, 오승철 2006.12

2007-1 퇴직연금 수탁자리스크 감독방안 / 류건식, 이경희 2007.2

2007-2 보험상품의 불완전판매 개선방안 / 차일권, 이상우 2007.3

2007-3 퇴직연금 지급보증제도의 요율체계에 관한 연구:미국과 영국을 중심으로/ 이봉주 2007.3

2007-4 보험고객정보의 이용과 프라이버시 보호의 상충문제 해소방안 / 김성태 2007.3

2007-5 방카슈랑스가 보험산업에 미치는 영향 분석 / 안철경, 기승도, 이경희 2007.4

2007-6 2008년도 보험산업 전망과 과제 / 양성문, 김진억, 지재원, 박정희, 김세중 2007.12

2008-1 민영건강보험 운영체계 개선방안 연구 / 조용운, 김세환 2008.3

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, 이경아, 이혜은 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

■ 경영보고서

2009-1 기업휴지보험 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 보험산업성장 방안 / 산업연구실, 정책연구실, 동향분석실 2010.4

2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실 2010.4

■ 영문발간물

1호	Environment Changes in the Korean Insurance Industry in Recent Years : Institutional Improvement, Deregulation and Liberalization / Hokyung Kim, Sango Park, 1995.5
2호	Korean Insurance Industry 2000 / Insurance Research Center, 2001.4
3호	Korean Insurance Industry 2001 / Insurance Research Center, 2002.2
4호	Korean Insurance Industry 2002 / Insurance Research Center, 2003.2
5호	Korean Insurance Industry 2003 / Insurance Research Center, 2004.2
6호	Korean Insurance Industry 2004 / Insurance Research Center, 2005.2
7호	Korean Insurance Industry 2005 / Insurance Research Center, 2005.8
8호	Korean Insurance Industry 2006 / Insurance Research Center, 2006.10
9호	Korean Insurance Industry 2007 / Insurance Research Center, 2007.9
10호	Korean Insurance Industry 2008 / Korea Insurance Research Institute, 2008.9
11호	Korean Insurance Industry 2009 / Korea Insurance Research Institute, 2009.9

■ 연구논문집

1호 보험산업의 규제와 감독제도의 미래
/ Harold D. Skipper, Robert W. Klein, Martin F. Grace 1997.6

2호 세계보험시장의 변화와 대응방안
/ D. Farny, 전천관, J. E. Johnson, 조해균 1998.3

3호 제1회 전국대학생 보험현상논문집 1998.11

4호 제2회 전국대학생 보험현상논문집 1999.12

■ CEO Report

2006-1 생보사 개인연금보험 생존리스크 분석 및 시사점 / 생명보험본부 2006. 1

2006-2 보험회사의 퇴직연금 운용전략 / 보험연구소 2006.1

2006-3 생보사 FY2006 손익 전망 및 분석 / 생명보험본부 2006.2

2006-4 의무보험제도의 현황과 과제 / 손해보험본부 2006.2

2006-5 자동차보험 지급준비금 분석 및 과제 / 자동차보험본부 2006.3

2006-6 보험사기 관리실태와 대응전략 / 정보통계본부 2006.3

2006-7 자동차보험 의료비 지급 적정화 방안 / 자동차보험본부 2006.3

2006-8 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부 2006.4

2006-9 날씨위험에 대한 손해보험회사의 역할 강화 방안 / 손해보험본부 2006.4

2006-10 장기손해보험 상품운용전략 -손익관리를 중심으로- / 손해보험본부 2006.5

2006-11 자동차 중고부품 활성화 방안 / 자동차기술연구소 2006.5

2006-12 장기간병보험시장의 활성화를 위한 상품개발 방향 / 보험연구소 2006.6

2006-13 보험산업 소액지급결제시스템 참여방안 / 보험연구소 2006.7

2006-14 생명보험 가입형태별 위험수준 분석 / 리스크·통계관리실 2006.8

2006-15 □민영의료보험법□ 제정(안)에 대한 검토 / 보험연구소 2006.9

2006-16 모기지보험의 시장규모 및 운영방안 / 손해보험본부 2006.9

2006-17 생명보험 상품별 가입 현황 분석 / 생명보험본부 2006.10

2006-18 자동차보험 온라인시장의 성장 및 시사점 / 자동차보험본부 2006.10

2007-1 퇴직연금제 시행 1년 평가 및 보험회사 대응과제 / 보험연구소 2007.4

2007-2 외국의 협력정비공장제도 운영현황과 전략적 시사점 / 자동차기술연구소 2007.4

2007-3 예금보험제 개선안의 문제점 및 과제 / 보험연구소 2007.6

2007-4 자본시장통합법 이후 보험산업의 진로 / 보험연구소 2007.7

2007-5 방카슈랑스 확대 시행과 관련한 주요 이슈 검토 / 보험연구소 2007.11

2007-6 자동차보험 시장변화와 전략적 시사점 / 자동차보험본부 2007.11

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

■ Insurance Business Report

20호 선진 보험사 재무공시 특징 및 트렌드(유럽 및 캐나다를 중심으로) / 장이규 2006.11

21호 지급여력 평가모형 트렌드 및 국제비교 / 류건식, 장이규 2006.11

22호 선진보험그룹 글로벌화 추세와 시사점 / 안철경, 오승철 2006.12

23호 미국과 영국의 손해보험 직판시장 동향분석 및 시사점 / 안철경, 가승도 2007.7

24호 보험회사의 자본비용 추정과 활용: 손해보험회사를 중심으로 / 이경희 2007.7

25호 영국손해보험의 행위규제 적용과 영향 / 이기형, 박정희 2007.9

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

정기간행물

■ 간행물

○ 보험동향 / 계간
○ 보험금융연구 / 년4회
○ 보험회사 재무분석 / 계간

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원	연속간행물 구독회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원	₩ 50,000원
제공자료	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 -연속간행물 ·보험금융연구 ·보험동향 ·보험회사재무분석	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 -연속간행물 ·보험금융연구 ·보험동향 ·보험회사재무분석	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 -연속간행물 ·보험금융연구 ·보험동향 ·보험회사재무분석	-보험통계월보 (월간)
	-본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) -영문보고서 -보험통계월보 -손해보험통계연보	-보험통계월보	-	

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

가입문의

보험연구원 도서회원 담당
전화 : (02)3775-9115, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)
  예금주 : 보험연구원
- 지로번호 : 6360647

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 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 정책연구실 연구위원
(E-mail : ywcho@kiri.or.kr)

서 대 교

Kansas State University 경제학 박사
보험연구원 정책연구실 부연구위원
(E-mail : dkseo@kiri.or.kr)

김 미 화

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

조사보고서 2010-7

보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안

발 행 일 2010년 4월 일
발 행 인 김 대 식
발 행 처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 여의도동 35-4
대표전화 (02) 3775-9000

ISBN 978-89-5710-109-4 정가 10,000원