

연구보고서 2005-8

# 민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안

2005. 12

조용운·김세환

보 험 개 발 원  
보 험 연 구 소

## 머 리 말

인구고령화와 소득 증가로 건강한 삶과 생활의 질을 추구하는 국민들이 늘어나 의료서비스의 수요가 날로 증가하고, 의료기술의 발전, 의료시장의 개방과 의료허브 구축 등 의료산업을 둘러싼 구조개혁 움직임 속에 최근 민영건강보험의 역할이 새로운 조명을 받고 있습니다.

우리나라는 지금까지 사회보험 방식의 국민건강보험제도를 중심으로 보건의료정책을 운영하여 왔습니다. 그러나 국민들의 의료수요 변화와 의료산업 환경변화로 보건의료시스템 전반의 구조개혁이 요구되고 있으며, 그 일환으로 민영건강보험을 통해 가계의료비 재원조달체계를 다양화하고 의료의 접근성을 강화해야 할 필요성이 제기되고 있습니다.

우리나라의 민영건강보험은 1980년 암보험 판매를 계기로 활성화되기 시작하였으나 주로 정액보장에 치중함으로써 국민건강보험과 연계한 의료보장성 강화에는 많은 도움이 되지 못했던 것이 사실입니다. 그러나 1999년부터 의료비실손보장보험이 판매되어 민영건강보험은 국민건강보험과 함께 새로운 의료비 재원조달수단으로 점차 그 영역을 확장해가고 있습니다. 그렇지만 여러 가지 제도 미비로 의료비실손보장보험이 의료보장성 강화를 위한 제 역할을 충실히 수행하지 못하고 있습니다. 민영보험사 입장에서는 제도 미비로 인한 리스크 관리의 어려움으로 적극적인 판매가 어려우며, 국가경제적인 측면에서도 과도한 국민의료비 인상 우려를 낳고 있는 것 또한 사실입니다.

이 연구보고서가 이와 같은 문제를 다소나마 해소하여 민영건강보험이 활성화될 수 있는 기반을 조성하는 데 기여할 수 있기를 바랍니다. 그리고 본 연구는 연구담당자의 의견이며 보험개발원의 견해가 아님을 밝혀둡니다.

2005년 12월

보 험 개 발 원  
원 장 김 창 수

# 목 차

요 약 .....	1
<b>I. 서론</b> .....	13
1. 연구배경 및 목적 .....	13
2. 연구 범위 .....	15
<b>II. 현황 및 문제점</b> .....	19
1. 보험금 청구 및 지급심사 현황 .....	19
2. 문제점 .....	21
<b>III. 의료공급자가 본인부담금에 미치는 영향</b> .....	26
1. 의료공급자가 의료비에 미치는 영향에 대한 이론적 배경 .....	26
2. 데이터 및 정성적 분석 .....	28
3. 실증분석 결과 .....	35
4. 소비자 만족도와 유인수요 .....	41
<b>IV. 개선방안</b> .....	43
1. 의료급여 사실확인원 발급제도와 진료기록 열람권제도 시행 .....	43
2. 직불급여제도 도입 .....	45
3. 비급여부분의 의료수가체계 정비 .....	57
4. 민영건강보험 약관의 표준화 .....	58
<b>V. 기대효과</b> .....	60
1. 의료비 절감 및 보험료 인하효과 .....	60
2. 저소득층의 의료접근성 향상 효과 .....	60

3. 소비자 이익보호 효과 .....	63
<b>VI. 결론</b> .....	65
참고문헌 .....	67
[부록]	
I. 입법 제안 .....	69
II. OECD의 보험자와 의료공급자의 관계 .....	73

## <표 목차>

<표 I-1> 제3보험의 세분류 .....	17
<표 III-1> 실질본인부담률 추이 .....	29
<표 III-2> 기술 통계 .....	31
<표 III-3> 총의료비와 본인부담의료비에 미치는 영향 .....	36
<표 III-4> 기준수가에 의한 급여부분 의료비와 비급여부분에 미치는 영향 .....	40
<표 IV-1> 표준화된 메디갭 보험상품 .....	59
<표 V-1> 연도별 생명보험 상품별 가입률 변화 .....	61
<표 V-2> 2004년 주요 생명보험종목의 소득 수준별 가입률 .....	62
<표 V-3> 국민건강보험 적용인구당 지급건수 .....	64

## <그림 목차>

<그림 Ⅲ-1> 적용인구당 진료비(급여비+법정본인부담금) 추이 .....	33
<그림 Ⅲ-2> 적용인구당 지급건수 추이 .....	33
<그림 Ⅲ-3> 입원비 본인부담 추이 .....	34
<그림 Ⅲ-4> 외래+약국비 본인부담 추이 .....	34
<그림 Ⅲ-5> 본인부담금과 급여비 추이(입원+외래+약국) .....	35

## 요 약

### 1. 서론

- 의료비실손보장보험은 1999년도에 주보험으로 손해보험회사에 도입되었고, 생명보험회사에는 2003년 8월 말에 단체보험에 도입되었으며, 2005년 8월 말에는 개인보험에까지 확대됨.
- 국민건강보험의 법정본인부담금과 비급여본인부담금에 대한 피보험자들의 부담을 경감시킬 것으로 기대됨.
- 보험회사들은 새로운 시장확보의 기회를 갖게 되었으나 의료공급자가 과잉공급, 유인수요 등에 의해 의료비에 미치는 영향, 공·사건강보험이 의료수요·공급에 미치는 영향, 국민건강보험의 급여부분과 비급여부분의 의료수가 차이에 의한 급여부분의 비급여부분으로의 전환 등이 비급여부분의 의료비를 증가시키고 있어서 시장진입의 리스크가 큼.
- 비급여부분에 대한 기준수가는 마련되어 있지 않고, 민영의료비실손보장보험의 지급심사를 위한 법적·제도적 인프라가 미비하여 지급심사제도 개선이 필요함.
- 이 연구는 민영의료비실손보장보험 지급심사제도의 현황과 문제점을 조사하고, 개선 필요성에 대한 근거를 찾으며, 개선방안을 제시하는 것을 목적으로 함.
- 민영의료비실손보장보험의 보장영역인 본인부담금부분에서 국민건강보험에 의한 영향 그리고 의료공급자가 의료비에 미치는 영향을 추정함.
- 지급심사제도 개선에 의한 기대효과를 연구하고 입법제안을 함.

## 2. 현황 및 문제점

### □ 보험금 청구 및 지급심사 현황

- 의료서비스 공급자는 의료이용자에게 청구하고 의료이용자는 의료비를 지불한 후 진료내역과 영수증을 첨부하여 민영보험회사에게 보험금을 청구함.
- 의료비실손보장보험의 보험금 지급심사를 위한 제도적 인프라가 마련되어 있지 않음.
  - 피보험자가 제출한 영수증 및 청구서류를 기초로 사후적으로 지급심사를 하고 있어서 의료공급자의 과잉공급, 신약 및 신의료기술의 과다 이용 등을 유인함.
  - 국민건강보험 비급여부분에 대한 의료비용의 심사와 적정성 평가를 위한 법적 근거도 마련되어 있지 않음.

### □ 문제점

#### ○ 소비자로부터 발생하는 문제점

- 건강보험이 적용되면 소비자는 의료서비스를 과잉 이용하는 경향이 있고, 이는 민영보험의 주요 보장 영역인 고가의 의료서비스에 대해서 더욱 두드러지게 나타남.
- 국민건강보험의 보장범위 확대와 민영의료비실손보장보험의 확대적용은 소비자의 과잉수요를 가속화시켜 공·사건강보험 보험금의 가중적 상승을 초래함.
- 의료비실손보장보험은 역선택 리스크가 크고, 피보험자의 도덕적 해이나 보험사기의 가능성이 높음.
- 소비자들은 소액의 보험금을 위하여 구비서류를 준비하고 보험회사에게 청구해야 하기 때문에 소액보험금은 포기하는 경우도 있음.

#### ○ 의료서비스 공급자로부터 발생하는 문제점

- 우리나라는 개방형보험-행위당수가제로 운영되고 있어서 과잉공급

의 소지가 많음.

- 상대적으로 낮은 수가가 적용되는 급여부분을 비급여부분으로 전환하여 비급여부분의 의료비를 상승시킴.
- 의료공급자는 민영건강보험 피보험자에게 과잉진료나 유인수요 (physician induced demand)를 더욱 증가시킴.
- 의료공급자는 국민건강보험에 조차 공개하지 않는 비급여부분의 노출을 적극적으로 기피함.

○ **운영상의 문제점**

- 의료비실손보장보험의 지급보험금은 소액다건이어서 급여비용의 심사와 급여의 적정성에 대한 평가비용이 매우 커서 운영시스템의 효율화가 요구됨.
- 기왕증에 대한 보험회사의 탐문방식의 조사비용이 급증하고 있음.
- 보험회사들이 진료비심사를 위한 법적근거를 가지고 있지 못하여 국민건강보험의 비급여부분에 대한 심사를 할 수 없음.
- 상품표준화와 비례보상시스템이 원만히 구축되어 있지 않아 비례보상이 어려움.

### 3. 의료공급자가 본인부담금에 미치는 영향

□ **의료공급자가 의료비에 미치는 영향에 관한 이론적 배경**

- 유인수요란 의료공급자가 자신의 목표소득을 달성하기 위하여 필요 이상의 의료서비스를 공급하는 행위로 정의됨.
  - 행위당수가제 하에서 두드러지게 나타나고, 그 비중이 작지 않음.
  - 의료공급자는 소비자의 의료비 재원을 고려한다는 연구결과도 있는 것처럼 유인수요는 피보험자에게는 더욱 많이 발생함.
- 우리나라가 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 급격한 의료비의 상승을 경험한 것도 과잉수요와 유인수요의 영향이 큰 것으로 보임.

- 민영의료비실손보장보험의 확대는 국민건강보험비급여부분에서의 과잉수요와 유인수요를 증대시킬 것임.
- 유인수요에 관한 전통적인 이론은 의료공급자들이 독점력을 가지고 있는 한 유인수요는 존재한다는 것임.
  - 일반적으로 국외연구들은 총량데이터(aggregate data)를 이용하는 실증연구들은 유인수요가 존재하고, 개별데이터를 이용한 연구는 존재하지 않는다는 결론을 내리고 있음.
- 본 연구에서는 의료비지출에 대한 총량자료를 이용하면서 의료공급자밀도(인구 10,000명당 의료기관종사의사수)가 의료비(급여비+법정 본인부담금+비급여본인부담금)와 비급여본인부담금에 미치는 영향을 추정하여 시사점을 얻음.

#### □ 데이터

- 1982년부터 2004년도까지(의료기관 의사수는 2003년) 총량자료를 수집하여 정성적 분석과 정량적 분석에 이용함.
  - 본인부담금(법정본인부담금+비급여본인부담금) 추계과정은 장영식 외 3인(2002)의 과정과 동일하지만 의료비에 대한 의료공급자의 영향 분석에 적합하게 하기 위해서 '보건의료용품기구' 항목을 분리해 포함시키지 않음.
  - 추계된 의료비 관련 자료들은 실질변수로 전환함.
  - 실질GDP, 실질국민건강보험료도 추계과정에서 사용되었는데 실질GDP는 국민소득의 증가가 의료비에 미치는 영향을 통제하기 위해서 사용되고 실질건강보험료는 국민건강보험의 보장성의 강화를 반영하기 위해서 사용함.
  - 의료기관종사의사수는 인구 1만명당 의사수로 변환하여 사용함.

#### □ 정성적 분석

- 국민건강보험적용인구당 입원진료비 및 실질외래+약국진료비(급여

비+법정본인부담금)가 전국민건강보험을 실시한 1989년부터 급격한 증가율을 보이며, 이러한 현상은 적용인구당지급건수에서도 나타남.

- 국민건강보험의 효과가 비급여부분을 포함하고 있는 본인부담금에서도 나타남.
  - 입원본인부담금(법정+비급여)이 1982년부터 1988년까지는 연평균 5.13%의 증가율을 나타냈고, 1990년부터 1997년까지는 9.48%의 증가율을 나타냄.
  - 외래진료비 본인부담금 추이는 입원의 경우와 유사하게 각각 7.03%와 9.9% 임.
- 그리고 2002년부터 2004년까지 본인부담금증가율은 7.13%에 이르지만 급여비증가율은 5.75%에 그치고 있어서 향후, 다른 조건이 일정하다면, 민영건강보험의 보장영역인 본인부담금은 급여비보다 빠른 속도로 증가할 것임.

#### □ 실증분석 결과

- 의료공급자밀도가 총의료비(급여비+법정본인부담금+비급여본인부담금)에 미치는 영향
  - 탄력성이 0.926으로 추정되어 의사밀도가 총의료비에 영향을 크게 주지만 탄력적이지는 않음.
- 국민건강보험본인부담금(법정+비급여)에 미치는 영향
  - 의료공급자밀도가 본인부담금에 탄력적(1.007)으로 영향을 미침.
  - 국민건강보험적용인구(0.450)도 통계적으로 유의함.
- 기준수가에 의한 급여부분(급여비+법정본인부담금) 의료비에 미치는 영향
  - 의료공급자밀도 계수의 추정치는 0.892로 추정되었고 5% 수준에서 통계적으로 유의함.
  - 국민건강보험 적용인구는 0.282로 추정되었고 5% 수준에서 통계적

으로 유의함.

○ 비급여본인부담금에 미치는 영향

- 의료공급자밀도가 국민건강보험급여부분에서는 비탄력적으로 반응했는데 비급여부분에서는 1.037로 추정되어 탄력적으로 반응함.
- 지급심사가 이루어지지 않고 있는 비급여부분에서 의료공급자들은 유인수요과정을 통해서 그리고 수가차이로 인한 비급여부분으로의 서비스전환과 신기술에 의한 수입추가가 있는 것으로 해석됨.
- 이것으로부터 소비자들은 비급여부분에서 과도한 본인부담을 하고 있을 것임을 알 수 있음.
- 국민건강보험적용인구는 0.493으로 추정되었으며 5% 수준에서 통계적으로 유의함.

- 국민의료비의 과도한 증가를 억제하고 의료시장의 왜곡을 바로잡으며 민영의료비실손보장보험의 보험료를 낮추어 소비자들의 의료접근성을 강화하기 위해서 급여부분의 수가 현실화와 비급여부분의 의료수가 마련, 비급여부분의 지급심사가 이루어져야 함.

#### 4. 개선방안

- 국민건강보험적용인구와 의료공급자가 급여부분보다는 비급여부분에 더 민감하게 반응하므로 소비자와 의료공급자의 비급여본인부담금에 대한 과잉반응을 최소화시키는 방안이 필요함.
- 그러한 민감도의 차이는 민영보험이 확대되면서 더욱 심화될 것임.
- 소비자의 역선택 억제를 위하여 국민건강보험 「의료급여 사실확인원」 발급제도의 재시행이 필요함.
- 보험금 지급여부의 결정 과정에서 기왕증의 확인은 가장 중요한 과

정이며 가장 큰 비용이 들어가는 부분임.

- 「의료급여사실확인원」 발급제도로 지급심사 비용을 대폭 줄일 수 있음.

□ 과잉공급의 억제를 위하여 민영보험사의 「의료기관진료기록열람권제도」 혹은 「진료비세부내역요청권제도」의 시행이 필요함.

- 현재 피보험자 본인이 요청할 경우는 진료비세부내역을 발급하고 있으나 민영보험사에게도 발급되도록 해야 함.
- 단기적으로 「진료기록열람권제도」만 시행되더라도 의료비의 절감 효과는 클 것임.
- 상환급여체계(피보험자가 의료공급자에게 의료비를 지불 후 보험자에게 상환 받는 체계) 아래에서는 「진료기록열람권제도」가 시행되더라도 이미 의료비는 소비자가 지급한 상태에 있기 때문에 피보험자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받는다는 것이 사실상 불가능함.
- 따라서 비급여부분의 과잉지급액을 피보험자에게 정산지급하도록 하는 제도 시행이 필요함.
- 민영의료비실손보험회사 등이 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에 진료기록을 열람할 수 있도록 법적 근거가 마련되어야 함.

□ 원활한 지급심사가 가능하기 위해 보험회사가 의료공급자에게 직접 의료비를 지급하는 제도 도입이 요망됨.

- 의료기관은 민영건강보험심사기구에 지급청구를 하고 민영건강보험심사기구는 심사 후 결과를 보험회사에게 통보하면 보험회사는 의료기관에게 지급하는 체계임(민영보험회사가 지급심사할 경우 민영보험자에게 직접청구)(이하 직불급여제도).
- 이러한 급여체계에서는 의료비를 지불하기 전에 지급심사가 가능하

고, 정확한 실손보상을 가능하게 하며, 비례보상에 의한 소비자 불편을 해소함.

- 자동차손해배상보장법 제11조 (자동차보험 진료수가의 청구 및 지급) ⑤항을 보면 「의료기관은 보험사업자들에게 자동차보험 진료수가를 청구할 수 있는 경우에는 환자에게 이에 해당하는 진료비를 청구하여서는 아니된다」 라고 명기되어 있음.
- 현재와 같은 소비자가 지불 후 상환 받는 체계 아래에서는
  - 진료기록열람권제도가 시행되어 지급심사가 이루어지더라도 소비자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받기 곤란하고,
  - 소비자들은 비례보상을 받아야 할 경우 일일이 여러 보험회사에게 청구해야 하는 불편을 겪어야 하며,
  - 소액청구권에 대해서는 상환을 포기하는 손해를 감수해야 함.
- 직불급여 체계의 한 방법으로 보험카드제도 도입이 한 방법임.
  - 소비자가 보험카드만 제시하면 보험카드에 수록된 의료수가와 지불방식 그리고 보장내용을 확인한 후 보험자로부터 지불보증을 받고 의료서비스를 제공한 뒤 민영보험회사에게 직접 청구하는 체계임.
  - 의료공급자는 보험자가 정한 의료수가에 부가적 진료비를 소비자에게 청구할 수 있음.
  - 민영보험회사와 의료기관이 계약관계에 있지 않더라도 보험회사로부터 직접급여가 이루어지고 있는 것이고 계약형 보험과 같은 효과를 얻음.
- 장기적으로는 계약형 보험제도 시행이 필요함.
  - 선택 계약제가 바람직하며 계약을 체결하지 않은 의료기관에게도 의료수가 지불방식 등을 알려주어 그 조건을 수락하면 의료서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것임.
  - 의료공급자들은 자율성의 침해와 수입의 감소를 우려 반대할 소지가 큼.
- 미국의 메디케어보충형 민영건강보험에서도 보험카드제도로 지불되

고 있음.

□ 직불급여체계와 지급심사기구

- 민영건강보험회사가 심사하는 방안
  - 민영건강보험자가 지급심사를 하는 것은 개인정보보호, 전문성, 효율성 면에서 면밀한 검토가 필요함.
  - 전문인력의 고용, 컴퓨터시스템의 구축에 따른 비용 등의 지출은 중소형회사에게는 큰 부담이 됨.
  - 현행 의료법(제20조)상 "다른 법령에서 특히 규정된 경우 등을 제외하고는 환자기록의 열람을 금지"하고 있으므로 자동차손해배상보장법 제12조에서처럼 보험업법 개정 등을 통하여 민영보험자에게 의료비심사권한을 부여해야 함.
- 국민건강보험심사평가원에 의뢰하는 방안
  - 수수료만을 지불하면 되므로 저비용으로 가능함.
  - 민영보험이 갖는 장점이 희석될 수 있으며, 다원화된 정부감독 하에 놓이게 됨.
  - 이 방법은 「국민건강보험법 제56조제6항」에 의거 보건복지부 장관의 인가만으로 시행 가능하여 추가적인 입법이 필요치 않음.
- 민영건강보험심사평가기구 설립을 통해 심사하는 방안
  - 민영보험 심사업무는 기본적으로 민영보험회사의 고유영역이므로 민영심사기구가 담당하게 하는 것임.
  - 개별보험회사가 수행하는 것보다 민영건강보험심사평가기구에 수수료만 지불하면 되므로 비용 효율적임.
  - 공공성이 확보되어야 하고 법적 근거가 마련되어야 함.
  - 보험업법 개정 또는 새로운 법제정을 통하여 설립근거를 마련하고 영위가능 업무 등을 명시해야 함.

□ 비급여부분의 의료수가체계 정비

- 급여부분수가와 비급여부분수가의 차이로 인한 의료시장 왜곡을 방지함.
- 급여부분은 의료수가가 현실화 되어야 하고 비급여부분의 기준수가가 마련되어야 함.
- 신기술의 개발을 촉진할 수 있는 의료수가제도가 마련되어야 함.

#### □ 민영건강보험 약관의 표준화

- 민영보험자들은 지급심사를 적은 시간과 비용으로 수행할 수 있고, 일관성을 유지하여 민원의 최소화를 기할 수 있음.
- 소비자들이 다양한 상품들에 대한 비교·평가를 할 때 혼동을 피할 수 있으며, 본인부담금을 예측할 수 있음.
- 의료공급자들이 민영건강보험에서 보장하고 있는 부분인지의 판단을 용이하게 하고, 업무처리 시간이나 비용을 절감할 수 있음.

## 5. 기대효과

#### □ 의료비 절감 및 보험료 인하효과

- 역선택 억제를 위한 「의료급여사실확인원」 발급제도로 보험금 절감과 지급단계에서 기왕증 확인비용 절감에 따른 보험료 인하가 가능함.
- 「진료기록열람권」 제도만 시행되더라도 의료비의 절감 효과는 클 것임.
- 직불급여와 민영의료비실손보장보험심사기구 설립으로 보험회사들의 과도한 보험금 지급이 방지되어 보험료를 인하할 수 있음.

#### □ 저소득층의 의료접근성 향상효과

- 보험료 인하효과는 고소득층보다는 저소득층의 의료접근성을 크게 증가시킬 것임.

□ 소비자 이익보호효과

- 상환제도에서 과잉지급분을 피보험자가 정산받을 수 있게 되면 소비자권익이 보호됨.
- 직불급여제도 도입으로 소비자가 빈번히 지급청구를 해야 하는 불편을 해소함.
- 직불급여제도 도입으로 소액청구권은 지급청구를 미루거나 포기하는 경우로부터 소비자를 보호함.
- 진료기록열람권제도가 시행되어 지급심사가 이루어지더라도 소비자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받기 곤란한 문제가 있으나 직불급여 방식에서는 이러한 문제로부터 소비자를 보호함.

6. 결론

- 의료공급자는 국민건강보험의 급여부분의료비에 대해서는 비탄력적으로 반응하고 비급여부분에서는 탄력적으로 의료비에 영향을 줌.
- 의료공급자의 비급여부분에서의 유인수요, 의료수가가 높은 비급여 부분으로의 서비스전환, 신기술의 적용 등이 주요인인 것으로 판단됨.
- 향후 민영의료비실손보장보험 피보험자가 증가하면 보험효과에 의한 과잉수요가 증가하고 위와 같은 공급자로부터 발생하는 문제는 더욱 심화될 것임.
- 국민건강보험적용인구가 국민건강보험비급여부분에도 통계적으로 유의한 영향을 주고 있음.
- ①국민건강보험 「의료급여 사실 확인원」의 발급제도의 시행으로 소비자의 역선택을 최소화하여, 기왕증 확인 과정에서의 비용을 절감할 수 있도록 해야 하고, ② 「진료내역열람권 제도」의 시행으로

지급심사과정에서 의료기관의 협조를 얻을 수 있어야 하며, ③보험 카드제도의 시행이나 계약형 보험제도 시행에 의한 직불급여제도 도입과 더불어 민영건강보험지급심사기구가 운영되어야 하며, ④국민건강보험의 급여부분의 의료수가의 현실화와 비급여부분에서의 기준수가 마련이 필요함.

- 국민건강보험 비급여부분에 대한 통계자료 집적도 이루어져야 함.
- 이러한 제도적인 인프라가 마련되면 보험회사들의 시장진입 리스크를 크게 줄일 것이며, 국민의료비가 절감될 것이고, 민영의료비실손 보장보험료의 인하효과, 의료접근성 향상효과, 피보험자들은 소액다건의 의료비용을 일일이 보험회사에 지급청구를 하지 않아도 되어 소비자의 편의제고효과가 기대됨.
- 직불제도는 정확한 의료비실손보장을 가능하게 하여 비례보상으로 부터 발생하는 문제도 해소함.

## I. 서론

### 1. 연구배경 및 목적

민영의료비실손보장보험은 1999년도에 주보험으로 손해보험회사에 도입되었고, 생명보험회사에는 2003년 8월 말에 단체보험에 도입되었으며, 2005년 8월 말에는 개인보험에까지 확대되었다. 보험회사들은 새로운 시장확장의 기회를 가졌으나 시장진입의 리스크가 커서 법적·제도적 준비를 필요로 하고 있다.

의료비에 영향을 주는 사회·경제적인 요인들이 많겠지만 소비자와 의료서비스 공급자간의 정보비대칭성에 의한 유인수요(physician induced demand)도 한 요인이라고 볼 수 있다. 유인수요란 의료공급자가 자신의 목표소득을 달성하기 위하여 전문지식을 활용, 환자를 설득하여 필요 이상의 진료를 받게 만드는 행위를 지칭하며, 의료비 지불보상방법이 행위당수가제(Fee-for-Services)인 제도 하에서 두드러지게 나타나고, 그 비중이 작지 않은 것으로 알려져 있다. 이 개념은 Evans(1974)가 국민 1인당 의사수가 증가할 때 의료수가가 오히려 증가한다는 실증분석 결과에서 착안한 것으로 의료시장을 설득력 있게 설명한다.

의료공급자는 소비자의 의료비 재원을 고려한다는 연구결과(Rossiter and Wilensky, 1984)도 있는 것처럼 유인수요는 피보험자에게는 더욱 많이 발생할 개연성이 크다. 피보험자들은 과잉수요를 할 것이고, 의료공급자들에게는 소비자의 의료비 재원이 보험이어서 유인수요에 대한 부담(예; 동료공급자의 감시, 소비자의 지출)이 줄어들 것이기 때문이다.

우리나라의 국민건강보험은 행위당수가제에 의해서 지급되는 실손계약(indemnity)<sup>1)</sup>이라고 할 수 있다. 피보험자는 의료서비스공급자 선택의

---

1) 건강보험계약은 본래 실손(indemnity) 계약(실제 발생손해(actual loss)를 상환(reimbursement)해 주는 계약)으로 여겨졌었다. 공공정책의 입장에서는

자유를 누릴 뿐만 아니라 아무런 제한 없이 의료서비스를 받을 수 있고, 의료서비스 공급자의 자유재량도 최대한 존중되고 있는 것이다. 이렇게 행위당수가제는 높은 의료접근성과 양질의 의료서비스 제공이라는 장점을 가지고 있지만 과잉수요와 과잉공급 그리고 유인수요에 의해서 의료비의 과다 지출을 유발할 수 있다는 단점을 가지고 있다. 우리나라가 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 급격한 의료비의 상승을 경험한 것도 그러한 영향이 큰 것으로 보인다.

민영의료비실손보장보험은 그러한 의료비 증가 현상을 국민건강보험 비급여부분에서도 증가시킬 우려가 있다. 민영보험에 의한 과잉수요도 문제이지만, 의료비실손보장보험도 행위당수가제에 의해서 지불되고 있으며, 기준수가가 고시되어 있지 않은 상태에 있고, 의료비 지급을 적합하게 하기 위한 요양급여비용심사와 급여의 적정성에 대한 평가가 이루어지지 않고 있기 때문에 과잉공급과 유인수요에 그대로 노출되어 있기 때문이다. 그리고 보험회사는 단지 보험료 징수 및 지급 업무만을 수행하고 있어서 국민건강보험의 낮은 의료수가에 기인된 급여부분의 비급여부분으로의 전환에 대한 아무런 대책을 가지고 있지 못하고 있기 때문이다.

자동차보험은 건설교통부고시, 국민건강보험은 보건복지부고시에 의하여 기준수가를 정하고 지급심사를 하여 요양급여비용을 산정하고 있으나, 민영의료비실손보장보험은 의료서비스공급자의 청구금액 그대로

---

건강보험 계약이란 피보험자에게 사고로부터 이윤이 발생하지 않도록 하는 계약(소득상실 부분 포함)으로 보고 실손(indemnity) 계약으로 여기지만, 순수한 의미에서의 실손은 소득상실(loss of income)에 대한 급부를 지급하는 계약이 아니다. 사고 당시 소득이 있는 사람만이 그 시간의 상실에 대한 급부금을 산출할 수 있기 때문이다. 소득활동불능(Disability) 때문에 발생하는 입원비(hospital), 의료비(medical), 기타지출을 피보험자에게 상환하는(reimburse) 급부금을 지급하는 건강보험 계약이 이러한 급부금에 관한 진정한 실손계약이다(Faulkner, 1960, 86쪽). 생명보험에서는 생명의 가치를 측정할 수 없기 때문에 정액급부를 하는 것이며, 생명보험 계약도 정액급부를 할지라도 실손계약으로 보는 것이다.

를 지급하고 있고, 심사와 평가는 영수증만을 참고로 하여 이루어지고 있는 수준이다. 이러한 낙후된 심사·평가제도는 의료서비스의 과잉수요와 과잉공급, 허위청구를 유인하고 보험금 상승에 따른 보험료의 상승을 초래하여 결국 소비자 부담으로 귀착되며, 국민의료비의 과도한 증가를 초래함은 물론 민영의료비실손보장보험 비급여부분에 대한 보장성을 제한할 수밖에 없게 한다. 민영의료비실손보장보험은 환자의 의료서비스 과잉수요 억제책(deductible, coinsurance, copayment)으로 대응할 수밖에 없는 상황에 처해 있고, 이것은 높은 보험료, 보장성의 제한 등에 따른 환자부담으로 귀착되게 되는 것이다.

본 연구는 민영의료비실손보장보험의 보장영역인 본인부담금부분에서 의료공급자의 영향정도를 추정해 보고 민영건강보험의 지급심사제도에 관한 정책적 시사점을 얻는 것을 목적으로 한다. 또한 현황과 문제점을 살펴보고 개선방안을 제시하고자 한다.

본 연구는 II장에서 보험금 청구 및 지급심사 현황 및 문제점을 살펴보고, III장에서는 의료공급자가 국민건강보험의 본인부담금에 미치는 영향을 회귀분석을 통해서 분석하고, IV장에서는 개선방향을 제시하고, V장에서는 제도개선에 따른 기대효과를 추정하며, 마지막 장에서는 결론을 지으며 이 연구의 마무리를 한다.

## 2. 연구 범위

제3보험(보험업법 제2조 제4항)은, 1997년 7월 손·생보 상품관리규정이 개정되면서 그 범위가 확정되었고, 손·생보회사에서 상호 겸영할 수 있도록 허용되었다. 2003년 8월 29일 보험업법의 개정과 함께 그 정의와 겸영 대상이 명확히 되었고, 질병보험, 장기간병보험, 상해보험으로 세분류 된다. 제3보험은 사람의 신체사고에 대하여 사망·후유장해 및 치료비, 간병비 등을 보상한다. 질병사망은 생명보험으로 분류되어 제3보험에서의 질병사망담보는 특약으로서만 가능하다.

상해보험은 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고가 원인이 되어 신체에 손상을 입을 경우 상해의 치료를 위한 비용이나, 후유장애·사망보험금 및 기타 특약에 의한 소득보상이나 생계비, 방어비용, 휴대품손해, 배상책임, 질병위험 등을 보험자가 피보험자 또는 그 상속인에게 보상해 주는 보험이다.

고령화의 진전에 따라 치매, 중풍 등으로 요양보호를 필요로 하는 노인이 급격히 증가하고 있지만, 핵가족화, 여성의 경제활동 증가 등으로 가정에 의한 요양보호가 힘든 상황에 대응하여 장기간병보험(Long-term Care: LTC)이 2003년도에 도입되었다. 이동하기, 식사하기, 화장실 이용하기 등 일상적인 생활을 스스로 할 수 없어서 다른 사람의 도움이 필요한 일상장애상태나, 기질성치매 또는 알츠하이머로 인하여 항상 보호자가 돌봐야 하는 치매상태로 판정이 났을 경우에 본인과 가족의 육체적, 경제적, 정신적 고통을 덜어 주기 위해 간병비용을 지급하는 보험이다.

질병보험은 의료비보장보험, 치명적질병보험, 소득보상보험의 3대보험으로 구분되며, 암보험을 포함할 수 있다. 「보험업감독규정」 제2-1조에 의하면 “질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 위험(질병으로 인한 사망은 제외)을 주로 보장하는 보험을 말한다”로 정의되어 있는 바, 일반적으로 질병에 의한 신체의 기능장애 또는 건강의 손상에 따른 경제적 손실을 보상하는 보험이라고 볼 수 있다. 3대보험에 장기간병보험을 포함하면 4대보험이 되며 위의 4대보험과 암보험을 포함하는 건강보험을 실무적으로는 생활보험(Living Assurance)이라고 부르기도 한다.

치명적질병보험(Critical Illness)은 2002년도에 도입되었고 암, 뇌졸중, 심근경색 등의 발병시 사망보험금의 일부 또는 전액을 선지급하거나 별도의 생활보험금(Living Benefit)을 생전에 지급하는 보험으로 정액형 지급이 대다수이며, 90일의 면책기간이 있고, 재발이나 두 번째 발병에 대하여는 보장하지 않는다.

<표 I-1> 제3보험의 세분류

구분	보험업법상 분류	보험종목	특징	실무상 분류
제 3 보험	질병보험	의료비보장보험	실손, 협의의 건강보험	생활보험 (건강보험)
		치명적질병보험	정액, 생명보험중심 종신	
		소득보상보험	실손, 단체보험중심	
	장기간병보험	장기간병보험	정액	
	상해보험	상해보험		상해보험

자료: 김정혜(2005)

소득보상보험(Disability Insurance)은 생존보장을 위한 상품의 일종으로 피보험자가 질병 또는 재해로 인해 취업불능상태가 될 경우, 피보험자의 소득상실 이전 소득 수준의 일정 비율에 따라 보험금을 지급하는 보험이다.

의료비보장보험은 협의의 건강보험(Health Insurance)으로서 상해 또는 질병으로 인한 진료비, 입원비, 수술비, 통원비 등의 의료비를 보장하는 보험이며, 대부분이 실손보상보험이고, 국가에서 운영하고 있는 의료보험의 유무, 의료수가, 의약분업 등에 따라서 그 상품 내용이나 운용 형태는 국가별로 많은 차이를 보이고 있다.

본 연구는 협의의 건강보험인 의료비실손보장보험의 의료비지급심사에 관한 연구를 주 대상으로 한다. 의료비 지급방식은 보험사고 발생 시 치료 여부를 불문하고 약정한 금액을 지급하는 정액지급방식과 실제로 소요된 의료비만을 지급하는 실손지급방식이 있는데 정액지급은 심사 등의 문제가 대두될 소지가 적어 실손의료비지급심사에 논점을 두고자 한다. 공·사건강보험의 관계는 민영건강보험의 공보험 대체형, 공·사건강보험의 상호 경쟁형, 그리고 민영건강보험의 공보험 보충형으로 설정될 수 있으나, 본 연구에서는 보충형으로서의 민영건강보험에 대한

논의로 그 범위를 제한하고자 한다. 보충형 보험에는 공보험의 법정본인부담금을 보상하는 것과(Complementary Insurance or Gap Insurance), 공보험의 비급여 항목에 대한 의료비를 보상해 주는 것이(Supplementary Insurance)있는데, 우리나라의 민영의료비실손보장보험은 두 부분을 모두 급여대상으로 하고 있다.

## II. 현황 및 문제점

### 1. 보험금 청구 및 지급심사 현황

#### 가. 보험금 청구

민영보험자가 민영의료비실손보장보험계약자에게 지급하는 급여는 직불 급여이며, 급여범위는 국민건강보험에서 지급하지 않고 있는 법정본인부담금과 비급여본인부담금 부분이다. 의료서비스 공급자는 의료서비스를 제공한 후 본인부담금을 의료이용자에게 청구하고 의료이용자는 의료비를 지불한 후 진료내역과 영수증을 첨부하여 민영보험자에게 보험금을 청구하게 된다.

민영의료비실손보장보험의 보험금 지급은 사고 발생 이후 피보험자가 유선, 인터넷 등을 이용하여 보험회사로 통보하면서 시작된다. 주로 콜센터로 사고접수를 하고 피보험자가 보험금 청구시 구비해야할 서류를 확인한 후 보험금청구서를 작성하고 진단서, 입원확인서, 의료비영수증 등 보험금청구에 필요한 구비서류를 준비하여 직접방문, 팩스 또는 우편 등으로 보험회사에 접수한다.

#### 나. 지급 절차

접수된 서류들은 자동시스템 또는 수동적인 방법을 통하여 담당자에게 배정되고 손해사정담당자들은 접수받은 서류를 검토한다. 손해사정담당자들은 보상여부의 결정, 사고내용의 확인 또는 조사, 손해액(지급금)의 평가, 보험금 청구에 대하여 지급 또는 면책유무를 결정한다.

보상여부의 결정과정에서는 ① 계약에서 보장하는 피보험자는 누구인지, ② 발생한 사고 또는 질병의 원인이 보상가능한지, ③ 면책조항에 적용되는 사항은 없는지, ④ 보험기간내에 발생한 사고인지, ⑤ 사고발

생한 장소가 보상가능한 지역인지, ⑥ 계약자 또는 피보험자가 사고전 후 계약상의 의무를 다하였는지 등의 사항이 확인된다.

사고내용의 확인 또는 조사는 주로 외주업체를 이용한다. 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하고자 하면 보험청약 당시의 서류를 확인하고 피보험자의 동의를 얻은 후 관련 의료기관 또는 경찰서 등을 직접 방문하여 조사한다. 이 단계에서 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하기 위해 조사비용이 과다하게 지출되고 있다.

손해액 평가 과정에서는 지급할 보험금에 대하여 손해액을 평가한다. 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상액의 합계액이 실제 발생 의료비를 초과했을 때 각 계약에 따른 보상액의 합계액에 대한 비율을 산출하여 실제발생의료비에 곱하여 산출한 보험금을 지급하여 피보험이익이 발생하지 않도록 손해액(지급금)을 산정한다. 손해보험 협회와 생명보험협회는 계약자정보센타를 운영하여 중복가입 여부를 확인할 수 있게 하여 비례보상이 가능하도록 하고 있으나 의료비를 실손 보장하는 상품들이 매우 복잡하고 다양하여 사실상 실질적인 비례보상이 어려운 상태에 있다.

지급 또는 면책유무 결정 과정에서 보험금 지급이 결정되면 보험회사는 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금을 지급해야 한다. 그러나 고지의무 위반사실 및 기왕증 여부를 확인하고자 하는 경우는 지급이 지연되므로 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험금 수익자에게 통보해야 한다. 조사 후 지급해야 하는 것으로 판정이 나면 지연기간에 대한 지연이자를 지불하고 지급이 거절되는 경우에는 절차에 따라 면책공문을 서면으로 피보험자에게 발송한다.

#### 다. 보험금 지급심사

현재 의료비실손보장보험의 보험금 지급심사를 위한 인프라가 사실상 전무한 상태에 있다. 영수증 및 청구서류를 가지고 지급심사를 하고 있

어서 세부진료내역 조회가 가능하지 않은 상태에 있으며, 병·의원 간 영수증 및 보험금 청구서류의 통일화도 이루어져 있지 않다. 따라서 현재의 보험금 청구서류로 지급심사를 하기 위해서는 세부진료내역에 대해 일일이 의료기관에 확인을 해야 하지만 협력이 원만하게 이루어지지 않고 있다.

중복가입 여부를 확인하기 위해 피보험자의 인적사항과 계약내용에 대한 정보공유가 이루어지고 있지만, 보험계약 청약시의 고지사항과 보험금 지급시 지급사유 위주로 이루어진 의료정보는 공유되지 못하고 있다. 따라서 질병별 표준진료비의 분포에 대한 통계정보를 기초로 한 지급심사 가이드라인을 제공하는 시스템 구축도 어려운 상태에 있다.

심사·평가를 위한 법적 근거도 마련되어 있지 않다. 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성에 대한 평가, 심사 및 평가 기준의 개발을 위한 법적근거를 가지고 있지 않아 의료서비스 공급자에 대한 의료서비스의 질 관리, 보험사기 및 과잉공급 여부 등에 대한 심사·평가 없이 의료공급자 청구금액 전액을 그대로 지급할 수 밖에 없다.

## 2. 문제점

### 가. 소비자로부터 발생하는 문제점

국민건강보험의 보장범위 확대와 민영의료비실손보장보험의 확대적용은 소비자의 과잉수요를 가져와 공·사건강보험의 보장영역 모두에서 보험금의 상승을 초래할 것이다. 실제 의료서비스 가격(공급가격)은 변동이 없지만 소비자들은 보험급여율만큼 하락한 가격으로 인식을 하여 시장가격 수준에서 수요해야 할 양보다 많은 양을 수요하여 초과수요(과잉수요)를 발생시키게 되는 것이다.<sup>2)</sup> 초과수요는 의료서비스의 시장

---

2) 의료서비스에도 우하향 수요곡선으로 표현되는 통상적인 수요의 법칙이 적용된다는 실증분석은 무수히 많다. 의료서비스의 가격변화에 따라 수요량이

가격을 상승시키고, 보험자 입장에서는 과도한 보험금의 지출을 하게 한다.

과잉수요는 고가의 의료서비스에 대해서 더욱 두드러지게 나타난다. 본인부담률이 모든 가격대에서 동일로 적용되는 한 높은 가격 수준에서의 가격하락 정도가 낮은 가격수준에서의 가격하락 정도 보다 크게 되어 수요량의 증가도 높은 가격 수준에서 보다 크게 나타난다. 따라서 민영보험의 주요보장 대상인 고급의료서비스 수요가 증가되어 민영보험 보험금의 지급이 큰 폭으로 증대될 것이다.<sup>3)</sup> 공제제(deductibles), 정률제(coinsurance), 정액부담제(copayment), 급여상한제(limit) 등을 이용하여 소비자가 비용을 부담하도록 하면 과잉수요는 일정 수준 억제될 수 있지만 근본적인 대책은 되지 못한다.

의료비실손보장보험은 사망보험과는 달리 피보험자가 보험금을 수령하기 때문에 피보험자의 보험사기의 가능성이 매우 높다. 미국에서는 계약자 측면의 보험사기의 대부분이 고용주(3%)라기보다는 피보험자(97%)에 의해서 일어나고 있는데, 의료비(36%)·약제비(12%)의 허위청구, 고지의무 위반(14%), 보험금 수령자격 위반(13%) 등의 형태로 나타나고 있다(HIAA, Health Care Fraud).

기왕증을 가지고 있는 계약자가 의료비실손보장을 목적으로 가입할 가능성이 커서 역선택 리스크가 크다.

의료비실손보장보험은 정액보험과 달리 공제제, 정률제, 보장한도 설정, 면책기간 등이 설정되어 있어서 보험금 지급에 대한 계약자의 이익제기 가능성이 높지만, 이에 대비한 공신력 있는 중재기구가 설치되어

---

어느 정도 변화하는가를 나타내는 의료수요의 가격탄력성은 비탄력적(병원 입원의 가격탄력성은 0.14에서 0.20, 의사 방문의 가격탄력성은 0.03에서 0.35정도로 가파른 기울기를 갖는다(Feldstein, 1998, 99쪽).

3) 고가의 의료서비스에 대한 수요증대는 보다 가파라진 수요곡선의 형태로 표현되고 가격변동에 비탄력적으로 반응하여 수요량을 변동시킴을 의미한다. 즉 의료서비스의 가격을 상승시키더라도 소비자들의 수요량 변동은 미미할 것이다.

있지 않다. 또한 의료비실손보장보험은 건강을 담보로 한다는 점에서 정부가 법적요건을 강화시킬 소지가 크기 때문에 보험회사들은 집단소송에 휘말릴 가능성도 있어서 공식적이고 객관적인 심사·평가가 필요하다.

소비자들은 소액의 보험금을 위하여 구비서류를 준비하고 보험회사에 청구해야 하기 때문에 소액보험금은 포기하는 경우도 있는 불이익을 감수해야 하는 제도상의 문제가 있다. 사고가 발생하면 소비자들은 보험금 청구서를 비롯하여 진단서, 입원확인서, 의료비영수증 등의 구비서류를 구비하여 직접방문, 팩스 또는 우편으로 보험금을 청구해야 하는 번거로움 때문에 지급청구를 포기하는 경우가 발생하고 있는 것이다.

#### 나. 의료공급자로부터 발생하는 문제점

현재의 개방형<sup>4)</sup> 그리고 후불제인 행위당수가제에 의한 의료비실손보장보험 하에서 의료서비스 공급자는 의료서비스 공급 및 질에 대하여 자율성을 보장 받고 있으며, 피보험자도 아무런 제약 없이 의료기관이나 서비스를 선택할 수 있는 자율성이 보장 되고 있다.

이러한 제도 아래에서는 과잉공급 그리고 유인수요의 문제가 크다.

---

4) 보험자는 의료서비스공급자와 의료서비스의 공급과 질에 대한 계약을 할 수 있는데, 이렇게 계약이 형성되어 있는 경우를 폐쇄형보험, 그리고 계약이 형성되어 있지 않은 경우를 개방형보험으로 정의한다. 개방형보험 하에서 채택되고 있는 지급보상제도는 행위당수가제가 있으며, 폐쇄형보험에서는 상대수가제도, 포괄수가제도, 인두제, 총액예산제 등이 있다.

폐쇄형보험 하에서는 의료서비스 공급자는 의료서비스 공급량 및 질에 대하여 보험자로부터 관리를 받게 되며, 따라서 보험계약자도 의료기관이나 서비스를 선택할 수 있는 자율성이 제한된다. 보험자는 계약을 체결한 의료서비스 공급자들과 하나의 폐쇄적인 집단을 형성하며, 의료서비스 공급자는 여러 보험회사와 다양한 형태의 계약을 체결하여 여러 집단에 가입되어 있을 수 있다. 의료서비스공급자들은 의료서비스의 공급량 및 질에 대한 계약을 맺고 있기 때문에 과잉공급의 유인이 축소된다는 것이 개방형보험과의 큰 차이점이다.

의료공급자는 소비자의 재원이 보험임을 고려하여 과잉공급 그리고 유인수요를 의료비실손보장보험 가입자에게 더 큰 정도로 발생시켜 보험자가 과도하게 보험금을 지급해야 하는 문제를 발생시킨다.

의료공급자는 국민건강보험급여부분의 낮은 의료수가에 기인된 수입부족분을 비급여부분으로 전환하여 보충하고 있는 상황에서 향후 민영보험의 가입자가 증가할수록 그러한 현상은 가속화될 것이어서 민영보험 지급보험금을 크게 상승시킬 가능성이 있다. 현재 비급여부분의 의료비는 기준수가가 정비되어 있지 않아 의료기관별로 가격편차가 크며 이에 대해 보험회사는 효과적인 가격통제 수단을 가지고 있지 못하다. 의료공급자들은 소비자가 민영보험가입자임을 인지하면 비급여부분으로 전환함에 따른 부담이 경감되어 비급여부분으로의 전환을 보다 많이 시도할 것이기 때문이다.

의료공급자에게는 민영보험 환자들에게 고가의 신약 및 신의료기술을 과도하게 사용할 유인이 있다. 국민건강보험비급여부분의 의료수가는 급여부분에 대한 기준수가보다 높으며, 비급여부분은 지급심사가 사실상 이루어지지 않고 있기 때문이다.

의료기관의 허위영수증 청구행위, 경증환자에 대한 과잉진료행위, 약국의 허위청구 행위<sup>5)</sup> 등에 대한 제재수단이 없다. 의료서비스공급자의 도덕적 해이에 대한 보험회사의 관리능력이 실손보장보험의 안정적 운용에 중요한 요소이다. 그러나 현재 우리나라 민영의료비실손보험은 개방형 보험이고 행위당수가제에 의해서 지불되고 있기 때문에 즉, 피보험자가 의료기관에 이미 의료비용을 지급했기 때문에 진료내역심사가 이루어질 여지가 적으며, 의료공급자의 도덕적 해이에 대한 별다른 제재수단이 없다. 민영보험회사는 지불과정 중에 개입의 여지가 적어서 청구액을 그대로 지불해야 하는 상황이다.

---

5) 미국의 경우 응급진료기관(59%)에서 허위청구 발생비중이 가장 높고, 기타의료기관(25%), 외래환자 전문병원(9%) 등의 순으로 그 비중이 높다(HIAA, Health Care Fraud).

#### 다. 운영상의 문제점

의료비실손보장보험은 경미한 질병도 지급사유가 발생하여 보험금 지급건수가 정액보험금 지급건수보다 월등히 많아 사고처리비용이 과다하게 소요되어 효율적인 지급시스템을 필요로 하지만 아직 구축되지 못하고 있다. 국민건강보험심사평가원이 운용하고 있는 EDI청구에 의해 자동화된 국민건강보험의 청구·심사과정과 비교하면 인력낭비와 고객 불편은 큰 문제점이다.

보험자에게 있어서 사고조사 진행 과정의 가장 큰 문제점은 기왕증의 확인이다. 2000년 이전에는 국민건강보험공단에서 피보험자 또는 대리인이 신청을 하면 해당 고객의 치료내역에 대하여 「의료급여 사실 확인원」을 발급하였으나, 개인정보보호 등의 이유로 2000년 이후에는 발급을 중단 하였다. 이로 인해 민영보험자의 탐문방식의 조사비용이 급증하고 있다.

보험회사들이 진료비심사를 위한 법적근거를 가지고 있지 못하여 국민건강보험의 비급여부분에 대한 심사를 할 수 없는 것도 문제이다. 의료공급자들의 도덕적 해이에 대한 아무런 대응을 할 수 없는 상황이어서 과다 보험료 등에 의한 소비자 피해를 줄일 수 있는 방법이 없는 것이다.

### Ⅲ. 의료공급자가 본인부담금에 미치는 영향

#### 1. 의료공급자가 의료비에 미치는 영향에 관한 이론적 배경

민영의료비실손보장보험에 영향을 주는 사회·경제적인 요인들이 많겠지만, 소득수준, 국민건강보험, 지불보상제도, 그리고 소비자와 의료서비스 공급자간의 정보비대칭성에 의한 유인수요(physician induced demand)가 대표적인 요인들이라고 할 수 있다.

의료공급자는 소비자의 의료비 재원을 고려한다는 연구결과(Rossiter and Wilensky, 1984)도 있는 것처럼 과잉공급 그리고 유인수요는 피보험자에게는 더욱 많이 발생할 개연성이 많다. 소비자의 의료비 재원이 보험임을 고려하여 유인수요에 대한 의료공급자들의 부담이 줄어들 것이기 때문이다. 우리나라가 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 급격한 의료비의 상승을 경험한 것도 그러한 영향이 큰 것으로 보인다.<sup>6)</sup>

미국에서도 1980년대까지 실손(indemnity)계약과 행위당수가제 하에서 의료비가 급등하였으며, 많은 경제학자들과 정책입안자들은 행위당수가제는 의료이용을 통제할 수 있는 어떤 여지를 제공하지 못함을 인식하게 되었으며 그 대안으로 민영보험자들은 1973년 의료서비스의 비용, 질, 그

---

6) 우리나라 국민건강보험은 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별 수가제(fee-for-service: FFS)가 주류를 이루고 있다. 의료공급자가 아무런 재무 리스크 없이 의료서비스 제공 행위의 수를 증가시키려는 강한 유인을 갖게 됨으로써 보험급여비를 급증시키는 경향을 낳는다. 외래 방문 횟수는 선진국보다 두 배 이상 많으며, 1999년 한국소비자 보호원의 조사에 따르면, 응답자의 70%가 중복검사를 받은 적이 있는 것으로 나타났다. 또한 같은해 10월 보건복지부가 34개 의원을 대상으로 감기환자 진료비의 적정 청구 여부를 조사한 결과, 동네의원의 84%가 별 효과 없는 경구용 항생제를 처방했으며, 45%는 주사제를 사용한 것으로 드러났다.

리고 접근성을 관리하는 관리형의료제도를 출범시켰다.

일반적으로 의료공급자밀도는 소비자의 유인과정을 통하여 의료비지출 규모를 결정하는 한 요인으로 알려져 있다. 유인수요에 관한 전통적인 이론은 의료공급자들이 독점력을 가지고 있는 한 유인수요는 존재한다는 것이다. 그러나 유인수요의 존재 여부와 정도에 관한 실증적 연구들은 일관된 결론을 내리지 못하고 있다. 실증적 연구는 의료공급자의 이윤추구 가설의 정당성을 찾는 것인데 데이터가 제한되어 있고 추정방법(identification)의 설정이 쉽지 않기 때문이다. 이제까지의 연구들은 총량 데이터(aggregate data)를 이용하는 연구들은 유인수요가 존재하고, 개별 데이터(individual data)를 이용한 연구는 존재하지 않는다는 결론을 내리고 있다(Grytten et al., 1995; Carlsen and Grytten, 1998).

실증분석들은 유인활동수준을 관찰하는 것은 가능하지 않기 때문에 의료공급자밀도의 증가가 의료이용 그리고 의료서비스에 대한 지출을 증가시키는지의 여부를 결정하는 방식으로 유인의 문제를 다룬다. 국민건강보험 본인부담부분에서 유인수요에 의한 지출은  $D = (a+c)Pq^d$  로 표현되며, 여기서, a는 비급여본인부담율, c는 법정본인부담율(coinsurance rate),  $q^d$ 는 의사유인에 의한 방문 횟수, P는 보험이 없을 경우 환자가 지불할 방문당 수가 또는 화폐단위로 표시된 산출물의 가격이다. 유인수요량은 의료서비스 가격과 음의 관계로 보면, 의료공급자밀도(R)의 변화의 유인수요에 대한 효과(+)와 의료서비스 가격(P)에 대한 효과(-)는 역의 관계에 있기 때문에 유인수요에 의한 지출( $q^d \times P$ )에 대한 의사 밀도의 효과를 결정하는 것은 가능하지가 않다. 그러나 의료공급자가 공급을 증가시키기 위해서 가격을 하락시키지 않을 수 있다면, 의료공급자밀도의 증가가 의료서비스의 가격에 미치는 효과는 양(+)일 것이고, 그리고 유인수요에 의한 지출은 의료공급자밀도와 양의 함수관계일 것이다.

일반적으로 의료공급자들이 환자들에게 보다 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 소비자를 유인하는 것과 자신의 이윤을 위해서 유인하는 것을 구별하는 것은 가능하지가 않으므로 유인수요량 관찰치는 존재하지

않는다. 우리나라의 경우는 총소비자의료비지출(소비자 자의에 의한 수요 + 의료공급자 자신을 위한 유인수요 + 양질의 서비스를 위한 유인수요)에 의한 의료비 지출에 관한 자료만 이용 가능하다. 이 연구에서는 의료비 지출에 대한 총량자료를 이용하면서 의료공급자밀도(인구 10,000명당 의료기관종사의사수)가 의료비와 양의 관계임을 확인하고자 회귀분석에 의료공급자밀도를 사용한다. Rossiter and Wilensky, 1984, Reinhardt(1985)도 다른 조건이 일정하다면 의사밀도(인구 대비 의사수의 비율)가 증가하면 의료이용(지출)이 증가한다는 것을 보이는 방식으로 의료비지출에 대한 의료공급자밀도의 관계를 연구했다.

## 2. 데이터 및 정성적 분석

### 가. 데이터

1982년부터 2003년도까지 총량자료를 수집하여 정성적 분석과 정량적 분석에 이용하였다. 본인부담금(법정본인부담금+비급여본인부담금)은 농가경제조사(통계청), 어가경제조사(통계청), 도시가계조사(통계청)를 이용하여 새로이 추계했다. 추계과정은 장영식 외 3인(2002)의 과정과 동일하지만 유인수요 분석에 적합하게 하기 위해서 그리고 보험가입 대상에 가깝게 추계하기 위해서 장영식 외 3인이 포함시켰던 '보건의료용품기구' 항목을 분리해 포함시키지 않았다. 각 통계자료집(도시가계조사)의 '보건 의료' 항목은 의약품, 보건의료용품기구, 보건의료서비스로 구성되어 있는데, '보건의료용품기구'에는 반창고, 탈지면, 붕대, 마스크 등이 포함되며, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 체온계, 휠체어, 콘택트렌즈 소독기가 포함되기 때문이다.

'의약품'항목은 인삼, 한약, 양약, 조제약을 포함하고 있지만, 2003년 이전에는 조제약 부분을 분리해 내는 것이 가능하지가 않아 본인부담금을 추계하는데 그대로 사용했다. 따라서 유인수요는 과소추정될 것이다.

<표 III-1> 실질본인부담율 추이

연도	법 정 본인부담율	비 급 여 본인부담율	총본인 부담율
1982	10.6%	80.7%	91.3%
1983	13.0%	76.0%	89.0%
1984	15.0%	72.0%	86.9%
1985	15.6%	70.4%	86.0%
1986	17.0%	71.0%	88.0%
1987	18.3%	68.7%	87.0%
1988	18.3%	65.9%	84.2%
1989	18.8%	64.1%	83.0%
1990	22.4%	56.0%	78.4%
1991	21.6%	58.1%	79.6%
1992	20.4%	58.9%	79.4%
1993	20.5%	57.4%	78.0%
1994	20.3%	56.7%	77.0%
1995	21.0%	52.8%	73.8%
1996	21.1%	49.6%	70.7%
1997	21.4%	46.2%	67.6%
1998	23.2%	37.8%	61.0%
1999	22.4%	38.3%	60.7%
2000	19.9%	36.9%	56.8%
2001	16.4%	29.2%	45.6%
2002	18.3%	28.3%	46.6%
2003	19.1%	27.4%	46.5%

- 주: 1) 법정본인부담율=법정본인부담금/(급여비+법정본인부담금  
+비급여본인부담금)  
 2) 비급여본인부담율=비급여본인부담금/(급여비+법정본인부담금  
+비급여본인부담금)  
 3) 총본인부담율=법정본인부담율+비급여본인부담율

‘보건의료서비스’항목에서는 입원본인부담금, 외래본인부담금, 한방본인부담금을 추계했다. 그러나 통계청자료에는 한방부분이 입원, 외래 및 의약품으로 분리되어 있지 않은데다가 그 규모도 미약(양방의 약2.5%)하고, 본 연구에서 사용될 의료기관종사의사수도 한의사를 포함하지 않

고 있어서 추계에서 제외했다.

건강보험통계연보의 진료비(급여비+법정본인부담금)로부터 법정본인부담금을 산출하고 본인부담금으로부터 법정본인부담금을 차감하는 방식으로 비급여본인부담금을 산출했다. 그리고 추계된 의료비 관련 자료들은 의료서비스소비자물가지수, 의약품소비자물가지수, 의료용구소비자물가지수를 이용하여 실질변수로 전환했다. <표 III-1>에 나타난 것처럼 본인부담률( $(\text{법정} + \text{비급여}) / (\text{급여비} + \text{법정} + \text{비급여})$ )은 지속적으로 감소해 왔고 2003년에 46.5%로 추계되었으며, 2002년에는 2001년도보다 증가했다.

지속적인 본인부담률의 하락, 즉, 보장성의 강화가 의료비에 미치는 영향을 통제하기 위해서 실증분석에서 실질건강보험료를 사용했다. 실질GDP는 국민소득의 증가가 의료비에 미치는 영향을 통제하기 위해서 그리고 국민건강보험적용인구는 보험이 의료비에 미치는 효과를 반영하기 위해서 사용되었다.

의사수는 보건복지통계연보(보건복지부)로부터 의료기관 상근의사수와 비상근의사수의 합을 이용했고, 인구 1만명당 의사수로 변환하여 사용했다. 1982년 이후 연평균 6.07%씩 증가해 왔고, 2000년에는 2.4% 감소했으며, 2003년에는 65,830명으로 인구 1만명당 12.8명 꼴로 나타났다. 기술통계는 <표 III-2>에 나타나 있고, 주요 변수의 추이는 <그림 III-1>부터 <그림 III-5>에 나타나 있다.

<표 III-2> 기술 통계

(단위 : 명, 천원)

구분	평균	표준편차	최대값	최소값
1만명당 의료기관 종사의사수	8.16 (2.04)	2.69 (0.35)	12.81 (2.55)	4.30 (1.46)
국민건강보험 적용인구	11,986,487 (17.32)	12,191,369 (0.43)	47,102,786 (17.67)	13,803,779 (16.44)
실질 GDP	3.95e+ 11 (9.00)	1.73e+ 11 (0.39)	1.47e+ 11 (9.54)	6.93e+ 11 (8.27)
실질국민건강 보험료	4,880,227,133 (21.97)	3,914,546,109 (0.90)	14,924,030,275 (23.43)	686,778,391 (20.35)
실질본인 부담금 (법정+ 비급여)	8,232,730,543 (22.72)	3,467,886,637 (0.51)	13,070,244,442 (23.29)	2,940,531,311 (21.80)
실질법정 본인부담금	2,484,982,495 (21.36)	1,545,916,649 (0.84)	5,280,518,072 (22.39)	337,999,645 (19.64)
실질비급여 본인부담금	5,744,482,500 (22.40)	2,055,762,423 (0.41)	8,363,937,416 (22.85)	2,574,720,382 (21.67)
실질총의료비 (급여비+ 법정 + 비급여)	13,417,663,815 (23.15)	7,090,979,901 (0.63)	25,997,925,417 (23.98)	3,707,772,126 (22.03)

주: ( )는 자연대수 값이다.

### 나. 정성적 분석

전체적으로 보험이 의료비에 미치는 효과를 그림에서 볼 수 있는데 국민건강보험 본인부담부분에서도 급여부분에서와 유사한 현상이 나타나고 있다).

<그림 III-1>에서 나타나는 것처럼 국민건강보험 적용인구당 실질입원비와 적용인구당실질외래+약국진료비(급여비+법정본인부담금)는 증가추세에 있다. 특이한 현상은 적용인구당 실질외래+약국진료비가 1989

7) 그림에 사용된 데이터는 2004년도까지의 데이터이다.

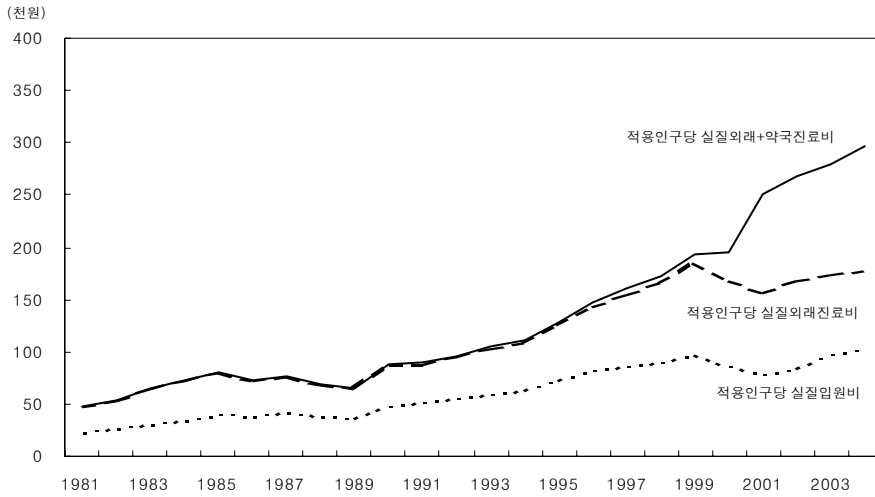
년부터 급격히 증가하고 있다는 사실이다. 1982년부터 1988년까지는 연평균 3.55% 증가하였지만 1990년부터 최근까지는 9.54% 증가하고 있어 현격한 차이를 보이고 있다. <그림 III-2>를 보면, 이러한 현상은 적용인구당 지급건수에서도 나타나고 있다. 1982년부터 1988년까지는 적용인구당 외래지급건수가 연평균 2.98%의 증가율을 보이고 있고, 1990년부터 최근까지는 8.30%의 증가율을 보이고 있다. 입원의 경우에서도 0.25%이었던 것이 5.79%로 나타나 큰 차이를 보이고 있다. 즉 지급의 빈도가 급증한 것으로 나타났다.

민영의료비실손보장보험의 잠재시장인 국민건강보험 본인부담금 추이에서도 유사한 현상을 볼 수 있다. <그림 III-3>은 입원비에 대한 본인부담금 추이를 보여주고 있는데, 입원본인부담금(입원법정본인부담금+입원비급여본인부담금)이 1982년부터 1988년까지는 연평균 5.13%의 증가율을 나타냈고, 1990년부터 1997년까지는 9.48%의 증가율을 나타냈다. <그림 III-4>에서 나타나는 것처럼, 외래의료비 본인부담금 추이는 입원의 경우와 유사하게 7.03%와 9.9%이었다.

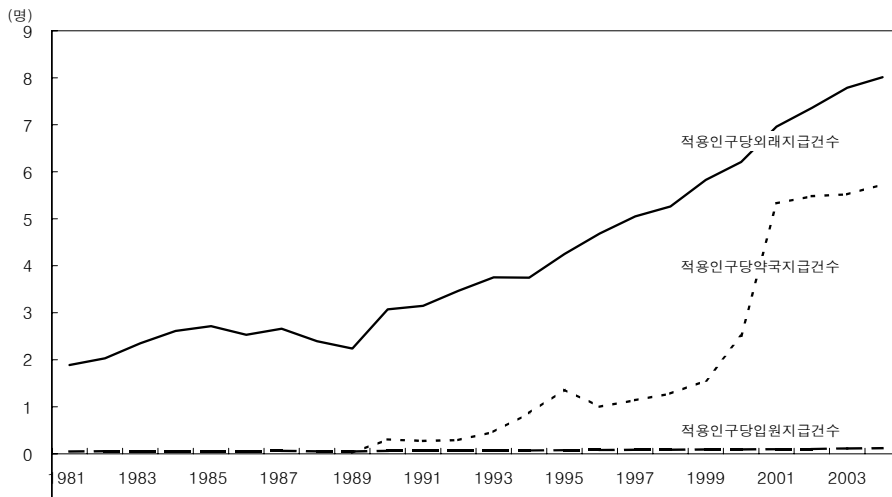
<그림 III-5>은 입원, 외래, 의약을 포함하는 본인부담금(법정+비급여)을 나타내고 있는데, 의약을 포함하는 경우 전국민 의료보험이 실시된 해인 1989년을 전후로 해서 기울기의 차이가 나타나고 있다. 그리고 2002년부터 2004년까지 본인부담금증가율은 7.13%에 이르지만 급여비증가율은 5.75%에 그치고 있어서, 향후 다른 조건이 일정하다면 민영건강보험의 보장대상인 본인부담금은 급여비보다 빠른 속도로 증가할 것이다.

국민건강보험의 급여부분과 본인부담부분에서 1989년을 전후의 이러한 차이가 발생한 원인은 전국민의료보험 실시에 따른 보험효과가 1989년 이후에 크게 나타났기 때문인 것으로 판단된다. 소비자들의 건강에 대한 관심의 증대, 국민소득의 증가 등에 기인하기도 하겠지만 급격한 변화를 가져온 것은 전국민건강보험가입의 영향이 주요 요인인 것으로 보인다.

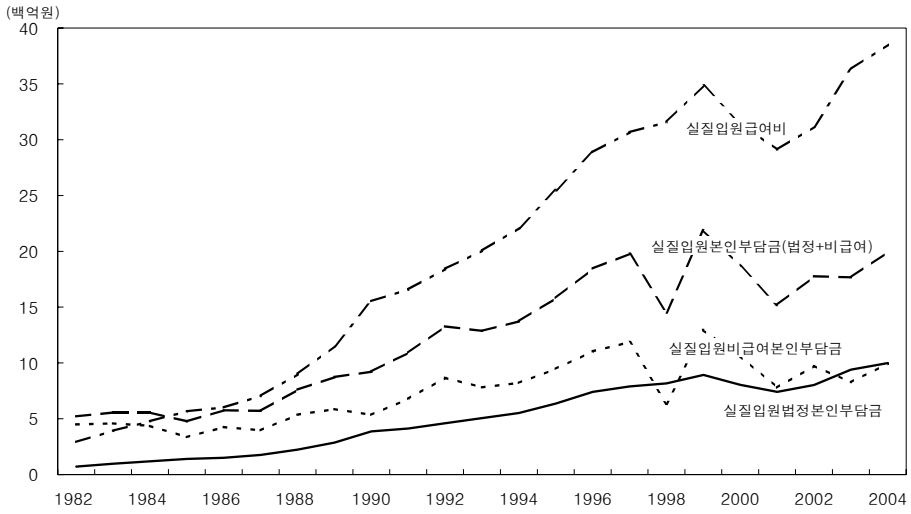
<그림 III-1> 적용인구당 진료비(급여비+법정본인부담금) 추이



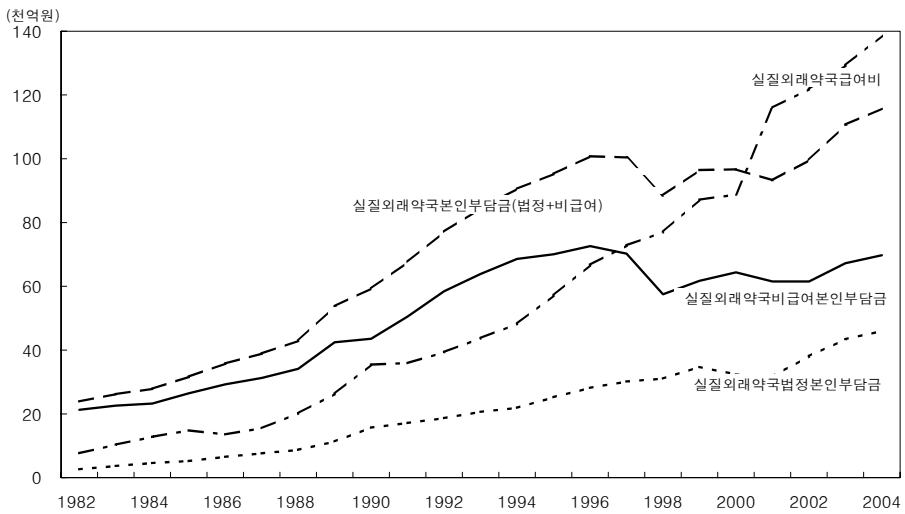
<그림 III-2> 적용인구당 지급건수 추이



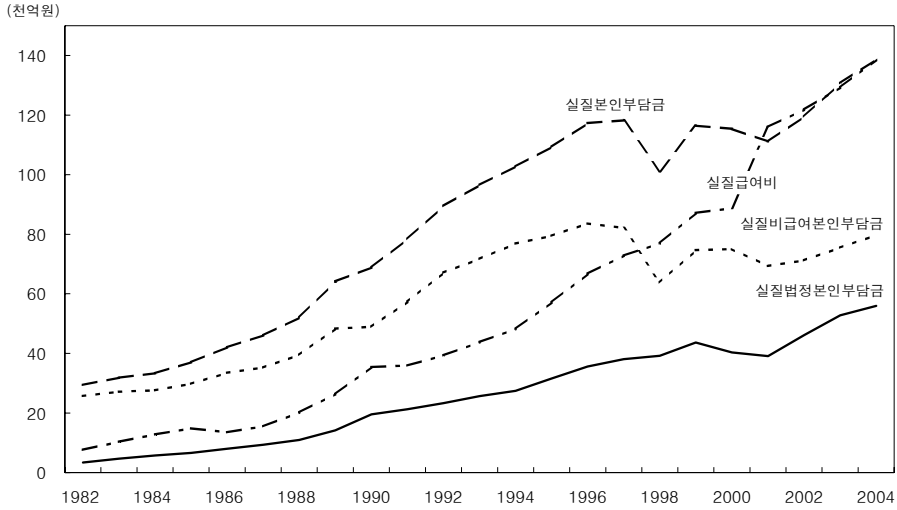
<그림 Ⅲ-3> 입원비 본인부담 추이



<그림 Ⅲ-4> 외래+약국비 본인부담 추이



<그림 III-5> 본인부담금과 급여비 추이(입원+외래+약국)



### 3. 실증분석 결과

#### 가. 총의료비와 본인부담금에 미치는 영향

##### 1) 총의료비에 미치는 영향

총의료비(급여비+법정보인부담금+비급여본인부담금)와 본인부담금(법정+비급여)에 대한 의사밀도의 영향을 나타내는 추정치가 <표 III-3>에 나타나 있다. 총의료비의 의사밀도에 대한 단순회귀분석 결과 탄력성이 1.78인 것으로 추정되어 의료공급자가 총의료비에 탄력적으로 영향을 주는 듯하다. 즉 유인수요가 존재하는 듯하다. 그러나 이것은 다른 변수들에 의한 영향이 충분히 통제되지 않은 상태에서의 결과이다. 다중회귀분석에서는 탄력성이 0.926으로 추정되어 의사밀도가 총의료비에 영향을 크게 주지만 탄력적이지는 않다.

&lt;표 III-3&gt; 총의료비와 본인부담의료비에 미치는 영향

구분	총의료비(급여비+법정본인부담금 +비급여본인부담금)		본인부담금(법정+비급여)	
	단순회귀	다중회귀	단순회귀	다중회귀
1만명당 의사수	1.78(0.43)**	<b>0.926</b> (0.262)**	1.41(0.07)**	<b>1.007</b> (0.400)**
국민건강 보험 적용인구		0.263(0.050)**		0.450(0.076)**
GDP		0.563(0.245)**		1.036(0.375)**
국민건강 보험료		-0.063(0.092)		-0.555(0.141)**
상수	19.52(0.09)**	3.091(4.931)**	19.83(0.15)**	-2.490(7.536)
adj R <sup>2</sup>	0.98	0.99	0.94	0.99

주: 1) N=22 이고, ( )는 표준오차이다.

2) 모든 변수들은 자연로그값이다.

3) '\*'는 10%, '\*\*'는 5% 유의수준에서 통계적으로 유의함을 나타낸다.

4) 총의료비와 본인부담금은 DW 테스트 결과 음의 자기상관성(negative serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다(inconclusive). 이러한 결과는 독립변수들의 자기상관성이 잔차에 영향을 주어 DW 테스트 추정량이 편기되는 경우 많이 나타난다. 계수값은 불편추정치이라고 할 수가 없지만 동일 조건하에서 추정된 추정치들의 상대적 비교는 가능할 것이다. 초기값을 잃어버리지 않고 시계열성을 제거할 수 있는 Prais-Winsten 변환을 이용해서 총의료비와 본인부담금의 다중회귀 분석에서 시계열성을 제거해 본 결과 계수의 유의한 변화는 없었다.

5) 의사수는 제도적으로 결정되는 변수이기 때문에 내생성(endogeneity) 문제는 발생하지 않는다.

6) 표준오차의 크기를 고려하면서 1만명당 의사수의 계수가 차이가 있는지 테스트해 본 결과 통계적으로 유의하지는 않았다.

국민건강보험적용인구의 증가도 총의료비에 통계적으로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 총의료비는 전국민을 대상으로 한 추계치이므로 총량적으로 총의료비는 일정수준을 유지해야하지만(단지 지불주체가 소비자로부터 보험자로 변환된 것에 불과해서 의료비는 일정해야하지만) 국민건강보험적용인구의 증가가 총의료비를 증가시키고 있는 것

이다. 이론적으로 건강보험가입 여부는 내생적으로 결정되지만 우리나라의 경우 국민건강보험적용대상은 사회보험방식으로 결정되기 때문에 외생적으로 결정되었다고 볼 수 있다.

실질GDP는 0.563으로 추정되었고 5%수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 국민소득 증가가 의료비 지출과 양의 관계를 가지고 있는 것이다. 반면 국민건강보험료는 통계적으로 유의하지 않다.

## 2) 본인부담금에 미치는 영향

본인부담금(법정+비급여)에 대한 의료공급자밀도의 단순회귀분석 결과 탄력성은 1.41로 추정되었다. 다중회귀분석의 경우에도 통계적으로 유의하고 탄력적(1.007)으로 나타나 의료공급자밀도의 증가율을 상회하는 비율로 본인부담금이 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉 민영보험의 보장범위인 본인부담금부분에서 의료공급자가 본인부담금에 탄력적으로 영향을 주고 있는 것이다.

국민건강보험적용인구도 통계적으로 유의하며 총의료비 회귀방정식에서의 계수(0.263)보다는 훨씬 큰 계수 값(0.450)을 보이고 있다. 급여부분을 포함하고 있는 총의료비에 대한 영향보다 본인부담금에 미치는 영향이 더 크게 나타나고 있는 것이다. 이러한 본인부담금에서의 보험의 효과는 다음과 같이 설명될 수 있다. 국민건강보험 적용으로 소비자들은 의료수요를 증대시킬 것이고, 따라서 법정본인부담금의 증대를 유발하며, 의료공급자들은 비현실적인 국민건강보험의료수가에 의한 수익보전 기회를 비급여부분에서 충당할 기회를 더 많이 갖게 되어 본인부담금을 상승시키고 있는 것으로 해석된다.

국민소득의 탄력성은 1.036로 추정되어 소득의 1% 증가와 본인부담금 1.036% 증가의 관계를 가지고 있는 것을 나타내고 있다. 국민건강보험급여비는 소득수준과 무관하게 지급되지만 비급여부분은 소득이 증가할수록 수요를 많이 하기 때문에 총의료비에 미치는 영향(0.563)보다는 본인부담금에 미치는 영향이 더 클 것임을 나타낸다. 또한 민영보험의

잠재시장규모는, 다른 조건이 일정하다면, GDP성장률보다는 더 큰 비율로 증대될 것임도 시사하고 있다.

국민건강보험료는 총의료비에서와는 다르게 통계적으로 유의하며 음의 부호를 가지고 있다. 국민건강보험료 증가는 보장성의 확대와 병행되고 따라서 비급여본인부담금은 하락하게 되는데, 이러한 하락 효과가 크게 작용하여 음의 부호를 갖게 되는 것이다.

#### 나. 급여부분과 비급여부분에 미치는 영향

##### 1) 기준수가에 의한 급여부분 의료비에 미치는 영향

국민건강보험 의료비기준수가표에 의한 급여부분(급여비+법정본인부담금)의 의료비와 비급여부분의 의료비에 대한 추정결과는 <표 III-4>에 나타나 있다. 급여부분의 다중회귀분석에서 의사밀도 계수의 추정치는 0.892로 추정되었고 5% 수준에서 통계적으로 유의하다.

국민건강보험적용인구는 0.282로 추정되었고 5% 수준에서 통계적으로 유의하다. 보험가입자들은 의료서비스 수요를 증대시키므로 적용인구의 증가가 급여부분의 진료비에 양의 효과를 갖는다는 것을 나타낸다.

GDP는 통계적으로 유의하지가 않아 급여부분은 소득수준과 무관함을 반영하고 있으며, 국민건강보험료는 0.364로 추정되었으며 10% 유의수준에서 통계적으로 유의하여 급여부분의 의료비와 양의 관계가 있는 것으로 나타났다.

##### 2) 비급여본인부담금에 미치는 영향

비급여본인부담금의 다중회귀분석에서 1만명당 의사수의 회귀계수는 1.037로 추정되었으며 5% 유의수준에서 통계적으로 유의하다. 급여부분 다중회귀분석에서는 비탄력적(0.892)이었는데 비급여부분에서는 의료공급자밀도가 비급여부분의 의료비에 탄력적으로 반응하고 있다는 것을

나타낸다. 이 결과는 국민건강보험의 급여부분보다 높은 비급여부분의 높은 의료수가가 동인이 되어 비급여부분으로의 의료서비스 전환효과, 유인수요효과, 신기술적용효과 등이 급여부분에서보다는 더 크게 발생하고 있는 것으로 해석된다. 비급여부분에서 이러한 현상은 급여부분의 기준수가가 현실화되어야 하며, 비급여부분의 기준수가가 마련되고, 그 기준에 의해서 지급되어야 함을 시사한다. 또한 신기술의 발전을 저해하지 않으면서도 합리적인 지불보상이 이루어질 수 있도록 제도의 정립이 필요함을 시사한다. 그렇지 않으면, 소비자들은 과도한 의료비를 지불하게 되며, 민영의료비실손보장보험 가입자에 대해서는 과도한 보험금이 지급되게 될 것이다.

국민건강보험적용인구는 비급여본인부담금에 대해서 5% 수준에서 통계적으로 유의하다. 이것은 보험의 소득효과로 설명할 수 있다. 보험가입으로 소비자들은 상대적으로 저렴해진 의료서비스의 가격 때문에 의료서비스 수요를 증가시키고 절약된 재원을 비급여부분의 의료비에 충당하는데 지출하게 된다는 것이다. 국민건강보험적용인구의 증가는 그러한 소득효과를 갖는 소비자가 증가한다는 것을 의미하며 따라서 비급여부분과 통계적으로 유의한 관계로 나타나는 것이다.

국민소득이 급여부분에서는 통계적으로 유의하지도 않았는데 비급여부분 의료비에 대한 탄력성은 통계적으로 유의하고 1.527이어서 국민소득의 증가는 비급여부분의 의료비에 대한 지출증가와 더욱 큰 관계를 가지고 있음을 시사한다.

국민건강보험료의 추정치는 통계적으로 유의하며 -0.950으로서 음수로 나타났다. 이것은 앞에서 언급되었던 것처럼 국민건강보험료는 주로 국민건강보험 보장성의 확대와 더불어 증가해 왔고, 따라서 본인부담률의 하락을 가져왔다는 것을 반영한다.

&lt;표 III-4&gt; 기준수가에 의한 급여부분 의료비와 비급여부분에 미치는 영향

구분	급여부분(급여비+법정본인부담)		비급여부분(비급여본인부담)	
	단순회귀	다중회귀	단순회귀	다중회귀
1만명당 의사수	2.43(0.060)**	<b>0.892</b> (0.525) *	1.11(0.09)**	<b>1.037</b> (0.576) *
국민건강 보험 적용인구		0.282(0.099)**		0.493(0.109)**
GDP		0.227(0.492)		1.527(0.540)**
국민건강 보험료		0.364(0.185)*		-0.950(0.203)**
상수	17.51(0.12)**	1.719(9.89)	20.12(0.19)**	-8.03(10.85)
adj R <sup>2</sup>	0.98	0.99	0.87	0.97

- 주: 1) N=22 이고, ( )는 표준오차이다.  
 2) 모든 변수들은 자연로그로 변환된 뒤 사용되었다.  
 3) '\*' 는 10%, '\*\*' 는 5% 유의수준에서 통계적으로 유의함을 나타낸다.  
 4) DW 테스트 결과 급여항목의료비는 양의 자기상관성(positive serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다. 비급여항목 회귀방정식에서는 음의 자기상관성(negative serial correlation)이 의심이 가지만 최종적으로는 결론을 내릴 수 없었다.  
 5) 의사수는 제도적으로 결정되는 변수이기 때문에 내생성(endogeneity) 문제는 발생하지 않는다.  
 6) 표준오차의 크기를 고려하면서 1만명당 의사수의 계수가 차이가 있는지 테스트해 본 결과 통계적으로 유의하지 않았다.

결론적으로, 의료공급자는 국민건강보험 비급여부분에서 탄력적으로 반응하고 있는 것으로 나타났다. 의료공급자들은 비급여부분에서 급여부분의 수익부족분을 보충하고 있어서 소비자들은 과도한 본인부담을 하고 있을 개연성이 있는 것이다. 따라서 향후 민영의료비실손보장보험 가입자가 증가하면 보험가입으로 상대적으로 저렴해진 의료서비스의 가격과 유인수요 때문에 민영보험의 지급보험금이 가중적으로 증가할 것이며, 비급여부분의 높은 수가로 인해 이는 더욱 촉진될 것이라는 것을 알 수 있다. 의료공급자 사이의 경쟁적 신기술의 개발 또한 비급여부분

의 의료비상승의 원인일 수 있는 것도 간과해서는 안된다.

의료공급자가 본인부담금에 영향을 미치는 요인별로 분석하는 것이 바람직하지만 위에서 언급된 어떤 요인에 의해서든 혹은 복합적인 요인에 의해서든 국민건강보험 급여부분보다는 민영의료비실손보장보험의 보장영역, 즉 본인부담부분 특히 비급여본인부담부분에 크게 영향을 미치는 것은 사실이므로 이러한 실증분석 결과는 시사하는 바가 크다. 가계의료비의 과도한 증가를 최소화하고, 의료시장의 왜곡을 바로잡으며, 민영의료비실손보장보험료 인하를 위해서 급여부분의 수가 현실화와 비급여부분의 수가 마련 그리고 비급여부분의 지급심사가 이루어져야 한다. 더불어 신기술의 개발을 촉진할 수 있는 제도적 장치도 마련되어야 할 것이다.

#### 4. 소비자 만족도와 유인수요

의료공급자밀도와 이용 사이에 대부분의 연구에서 양의 관계를 보이고 있지만 그 양의 관계가 의사가 수입 증대를 목적으로 한 유인수요에 의한 것인지 일치된 결론을 내리지 못하고 있고, 의료공급이 공공보건의 발전에 기여하는지, 의료의 질과 가격에 영향을 미치는지에 대해서도 일치된 결론을 내리지 못하고 있다(Reinhardt, 1985, Phelps, 1986; Rice and Labelle, 1989).

Labelle(1994) 외 2인은 그러한 논란과 더불어 추가적인 의료서비스 공급이 보다 나은 건강을 가져오거나, 의료서비스의 접근성을 증대시킬 수 있음을 주장하였다. Carlsen and Grytten(2000)은 의사(general physician)밀도 증가는 소비자만족도와 통계적으로 유의한 양의 관계를 가지고 있다는 결론을 내리고 있다. 또한 설문조사를 이용한 연구 결과 들은 만족한 환자들은 의사가 권고한 치료를 받는 데 순응하는 성향이 있고, 지속적으로 동일 의사와 예약을 하는 성향이 있다고 하고 있다(Stewart, 1995). 따라서 의사밀도의 증가는 소비자 만족도를 증대시키

고 또한 의료비지출을 증가시키고 있다고 할 수 있다.

부가적으로, 미국과 노르웨이에 대한 연구에서는 일반의에 대한 만족도는 고령자, 여성, 저학력자가 저연령층, 남자, 고학력자에 비교해서 높았고, 결혼한 사람, 고소득자가 상대적으로 덜 만족하고 있다고 나타나고 있다. 이러한 환자 효용(utility)에 대한 연구결과는 사회적으로 최적의 의사밀도(보다 높은 소비자 만족도로 평가된 의사의 한계효용 = 의사의 한계비용)가 있다는 것을 암시하고 있다.

## IV. 개선방안

### 1. 의료급여사실확인원 발급제도와 진료기록열람권 제도 시행

국민건강보험적용인구가 본인부담금(법정본인+비급여본인)에 미치는 영향을 탄력성으로 추정된 결과는 0.450(비급여본인부담금에서는 0.493)이었고, 급여부분(급여비+법정본인부담금)에서는 0.282로 추정되었다. 급여부분에 대한 영향보다 본인부담금 특히 비급여본인부담금에 미치는 영향이 더 크게 나타나고 있는 것이다. 게다가 의료공급자가 급여부분에는 비탄력적으로 반응하는 반면 본인부담금 특히 비급여본인부담금에는 탄력적(1.037)으로 반응하므로 소비자와 의료공급자의 과잉반응을 최소화시키는 방안이 필요하다. 그러한 탄력성의 차이는 민영보험이 확대되면서 더욱 심화될 것이어서 제도적인 대책이 요망된다.

소비자의 역선택을 방지하기 위하여 국민건강보험 「의료급여 사실확인원」 발급제도의 재시행이 필요하다. 2000년 이전에는 국민건강보험공단에서 피보험자 또는 대리인이 신청을 하면 해당 고객의 치료내역에 대하여 「의료급여 사실확인원」을 발급하였으나, 2000년 이후에는 개인정보보호를 이유로 발급을 중단하였다. 이로 인해 보험자의 탐문방식의 조사비용이 급증하고 있다. 보험자에게 있어서 사고조사 진행 과정의 가장 큰 문제점은 기왕증의 확인이다. 보험금 지급여부의 결정 과정에서 기왕증의 확인은 가장 중요한 과정이며 가장 큰 비용을 소요하게 한다. 민영의료비실손보장보험 언더라이팅 과정에서 「의료급여 사실확인원」을 참고로 하면 역선택의 가능성을 줄일 수 있고, 기왕증 확인 절차가 필요하지 않아 지급심사 비용을 대폭 줄일 수 있다. 피보험자의 기왕증에 대한 고지의무 위반이 확인 되면 지급거절 사유가 발생하므로 소비자 보호를 위해서도 이 제도가 필요하다.

본인 요청에 의한 발급으로 별도의 법개정은 불필요하나 보험회사가 이를 강제하기에는 논란의 소지가 있어 제도적 개선이 필요하다.

의료기관의 청구금액의 적정성을 평가하기 위해서 「진료기록 열람권 제도」의 시행이 필요하다. 현재 보험회사가 소비자 본인 동의를 얻어 의료기관에 진료내역을 요청하더라도 의료기관의 협조가 이루어지지 않고 있고 협조해야 할 법적 근거도 없어서 과잉진료 여부, 유인수요 여부, 그리고 급여부분의 비급여부분으로의 전환 여부 확인이 이루어지지 않고 있다. 단기적으로 진료기록열람권제도만 시행되더라도 의료비의 절감 효과는 클 것이다.

자동차손해배상보장법 제12조 (진료기록의 열람등)에 의하면 보험사업자 등은 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에는 당해 의료기관에 대하여 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다. 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

민영의료비실손보장보험은 현재와 같은 소비자가 의료기관에 비용을 지불한 후에 보험자에게 상환을 청구하는 급여체계 아래에서는 진료기록열람권제도가 시행되더라도 이미 의료비는 소비자가 지급한 상태에 있기 때문에 소비자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받는다라는 것이 사실상 불가능하여 소비자 부담으로 남는다는 한계가 있다. 즉, 민영의료비실손보장보험은 소비자가 의료기관에 이미 지불한 의료비를 상환보상해 주는 상환급여체계를 택하고 있으므로 진료기록열람 등을 통하여 의료비를 심사한 결과 보험회사가 발생한 의료비를 전액 상환보상해 주지 않는 경우 소비자가 그 부분을 부담해야 하는 한계가 있는 것이다.

의료법 제20조에서 환자, 그 배우자, 그 직계존비속, 또는 배우자의 직계존속이 환자에 관한 기록의 열람·사본교부를 요구한 때에는 응하게 되어 있으나 보험자가 열람하는 것은 제한하고 있다. 자동차손해배상보장법 제12조에서는 허용하고 있어서 보험업법에 민영보험자의 열람권한을 명시하면 시행이 가능하다. 자동차손해배상보장법 제12조 (진료

기록의 열람 등)에 의하면 보험사업자 등은 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에는 당해 의료기관에 대하여 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다. 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

## 2. 직불급여제도 도입

현재 민영건강보험은 의료이용자들이 의료서비스를 이용한 후 의료비를 지급하고 영수증을 발급받아 보험회사에게 상환을 청구하는 상환급여 방식을 취하고 있다. 이러한 체계 아래에서는 의료비 지불 이전에 이루어지는 사실상의 지급심사가 이루어질 수 없다. 의료공급자가 비급여의료비부분에 탄력적으로 반응하는 것과 같은 도덕적 해이의 직접적인 관리를 위해서, 그리고 보다 소비자 편의 지향적인 지급심사가 가능하기 위해서는 직불급여 시스템<sup>8)</sup>이 구축되어야 한다.

소비자가 보험회사를 방문하여 보험금을 청구해야 하는 불편을 덜어주기 위해서도 직불급여제도는 필요하다. 소비자들은 중복가입으로 비례보상을 받아야할 경우 일일이 여러 보험회사에게 청구해야 하는 불편을 겪어야 하고, 소액청구권에 대해서는 상환을 포기하는 손해를 감수하고 있다. 직불급여체계는 정확한 실손보장을 가능하게 하며, 비례보상으로부터 발생하는 소비자 불편을 해소시킨다.

자동차손해배상보장법 제11조 (자동차보험진료수가의 청구 및 지급)  
⑤항을 보면 「의료기관은 보험사업자등에게 자동차보험 진료수가를 청구할 수 있는 경우에는 환자에게 이에 해당하는 진료비를 청구하여서는 아니된다」라고 명시되어 있다. 보험업법에 민영보험 진료수가의 청구 및 지급근거를 마련하고, 의료기관과 보험사간의 지불보증 관련 조항

8) 민영보험의 영수증에 의한 상환 방식도 현물급여에 속한다. 본 연구에서는 편의상 현재의 상환방식을 상환급여라고 하고 보험회사가 직접 의료공급자에게 지불하는 방식을 직불급여라고 한다.

신설이 필요하다.

### 가. 보험카드 제도

소비자가 의료공급자를 방문할 경우 보험카드만 제시하면 보험카드에 수록된 의료수가와 지불방식 그리고 보장내용을 확인한 후 의료서비스를 제공하고 민영보험회사에게 직접 청구하는 시스템이다.

미국의 경우 소비자는 자신이 가입한 보험회사와 계약관계에 있지 않은 의료기관에서 의료서비스를 제공받을 수 있다. 이 경우 의료기관은 소비자가 가입한 보험회사의 의료수거나 지불방식에 관한 지불조건을 확인한 후 그 조건을 받아들일 경우 의료서비스를 제공하게 되는데 이때 소비자는 보험회사의 지불액과 의료기관의 청구액의 차이를 본인부담으로 지불할 수도 있다. 의료기관은 보험회사에게 지불조건에 따라 지급청구를 하고 소비자본인부담금은 소비자에게 청구를 하게 되는 것이다. 즉 민영보험회사와 의료기관이 계약관계에 있지 않더라도 직불급여가 이루어지고 있는 것이고 계약형 보험에서와 같은 효과를 얻을 수 있는 것이다.

이러한 제도 아래에서는 직불급여에 의한 소비자 편의가 증대되고 과잉공급에 대한 우려는 축소되며 보험자는 지급심사를 위한 기회를 가질 수 있다.

### 나. 계약형 보험제도<sup>9)</sup>

민영보험사에 청구되는 의료비에 대하여 구체적 진료행위에 대한 적정성 심사가 이루어져 과대의료비청구를 최소화할 수 있도록 제도적 장치를 마련하는 방법으로 계약형제도로 전환하는 방법이 있다. 이 제도의 도입은 장기적으로 나아가야 할 방향이다.

계약형보험의 도입으로 민영보험가입자에게는 현물이 급여되므로 편

---

9) [부록 2]에 상세한 설명이 있다.

의가 증대되고, 보험자에게는 의료수가가 계약되어 있으므로 보험금 절감효과를 가져올 수 있다. 또한 보험자가 의료공급자에게 행위별로 의료비를 지급하므로 의료기술의 발전을 추구할 수 있다. 그러나 의료공급자들은 자율성의 침해와 수입의 감소를 우려하여 저항이 있을 수 있다.

보험회사가 의료공급자 모두와 계약을 체결하는 경우와 의료공급자 일부와 선택적으로 계약을 체결하는 경우가 있다. 선택계약제의 경우 피보험자가 비계약의료공급자를 이용하는 경우에도 보상을 해주어야 하는 경우가 발생할 수 있다. 이러한 경우에는 피보험자에 대한 보상금액이 낮아지거나 본인부담금을 높이는 경우가 통상적이다. 미국에서 운영 중인 PPO(preferred provider organization)나 HMO(health maintenance organization)의 Point of Service 옵션에서 선택계약제 방식을 채택하여 피보험자로 하여금 보험회사와 계약을 맺은 의료공급자를 이용하도록 유도하고 있다. 우리나라 민영건강보험의 경우도 선택 계약제가 바람직하며 계약을 체결하지 않은 의료기관에게도 의료수가 지불방식 등을 알려주어 그 조건을 수락하면 의료서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.

#### 다. 직불급여하의 지급심사제도

##### 1) 민영건강보험회사의 심사

의료공급자들이 각각의 민영보험자에게 지급청구를 하도록 시스템을 구축하여 민영보험회사들이 지급심사를 하도록 하는 것이 한 방법일 수 있다. 그러나 의료공급자들이 진료기록을 민영보험자에게 제공한다는 것은 개인정보보호를 위해서 엄격한 규정을 필요로 할 것이다.

전문인력의 고용, 컴퓨터시스템의 구축에 따른 비용 등의 지출은 중소기업자에게는 큰 부담이 되며, 전문성·효율성 면에서도 각각의 보험

자가 지급심사를 한다는 것은 바람직하지 않다.

피보험자 입장에서는 보험회사의 급여비 삭감 노력으로 적정급여가 지급되지 못할 경우 의료서비스의 질적 수준이 낮아질 우려가 있다. 이러한 문제들은 의료기관의 민영건강보험가입자 진료기피와 피보험자의 민영건강보험에 대한 불신을 초래할 가능성이 있다.

보험회사별·보험업종별(생명보험, 손해보험, 또는 유사보험기관)로 심사를 할 경우 심사기준, 심사방법이 상이하여 동일 보험사고에 대한 심사결과가 일치하지 않아 많은 민원을 야기할 수 있으며, 피보험자간 형평성의 문제도 대두될 수 있다.

의료법 제20조에서 진료기록 열람을 제한하고 있으나 자동차손해배상 보장법 제12조에서는 허용하고 있어서 보험업법에도 열람권한을 명시하면 보험회사가 직접 의료기관 진료기록을 열람하는 것이 가능하다.

## 2) 국민건강보험심사평가원에 의뢰

국민건강보험심사평가원에 일정액의 수수료를 지불하고 심사를 의뢰할 수 있다. 이 방법은 의료공급자가 공보험자에게 국민건강보험의 의료비를 청구하고, 공보험자는 공보험에서 지급해야 할 부분을 심사·지급함과 동시에 민영보험에서 보장되는 부분도 함께 심사한 후에 지급은 민영보험자가 할 수 있도록 각각의 민영보험자에게 지급내역을 송달하는 방식이다.

이 방법은 「국민건강보험법 제56조제6항」 "건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무"는 건강보험심사평가원에서 영위 가능하다는 법적근거에 의거 보건복지부 장관의 인가만으로 시행 가능하여 추가적인 입법이 필요치 않으며, 수수료만을 지불하면 되므로 저비용으로 가능하다. 공적건강보험과 연계한 지급심사 및 통계집적이 가능하다는 장점도 있다. 다만 민영건강보험에도 공적 기준의 지급심사 평가가 이루어질 소지가 다분하여 민영보험이 갖는 장점이 희석될 수 있다는 것이 단점이다. 국민건강심사평가원은 민영보험에 익숙하지가

않으므로 정확하고 신속한 심사가 이루어지지 않을 수도 있다. 또한 민영보험이 다원화된 정부감독 하에 놓이게 되는 단점도 있다.

### 3) 민영건강보험심사평가기구 설립

의료공급자들이 공보험 심사기구와 민영건강보험 심사구에 각각 지급청구를 하면, 공보험 심사기구는 공보험에서 보장되는 부분을 심사·지급하고 민영심사기구는 민영보험이 보장하는 부분을 심사 후 지급은 각 보험회사들이 할 수 있도록 하는 것이다. 민영보험은 공보험과는 다르게 소비자들의 다양한 의료수요 충족, 의료기술 발달과 의료환경 변화에의 신속한 대응 등을 특징으로 하고 있다. 이러한 특징들이 민영보험에 반영되도록 하기 위해서 민영보험 심사업무는 민영심사기구가 담당하게 하는 것이다. 민영기구가 급여부분에 대한 심사정보를 접할 수 있어 건강보험심사평가원과의 긍정적 경쟁을 통해 공보험도 보다 철저한 심사를 할 것이라는 것도 기대할 수 있다.

다만 비용 절약과 운영상의 어려움이 없기 위해서 의료기관에 대한 지급사유에 관한 정보를 집적할 수 있는 인프라를 이미 갖추고 있는 기관이 적절할 것으로 판단된다.

보험업법 개정 또는 새로운 법 제정을 통하여 설립근거를 마련하고 영위가능 업무 등을 명시해야 한다.<sup>10)</sup>

---

10) 민영보험 관련 정보를 독자적으로 집적하여 요율산출 등에 활용하기 위해서도 민영건강보험심사기구와 같은 민영의료정보집적기관이 필요하다. 현재 「공공기관의개인정보공개에관한법률」에 근거하여 국민건강보험에 통계 제공을 요청하여 요율산출에 이용할 수 있으나, 시행되지 못하고 있는 상태에 있다. 게다가 국민건강보험의 통계자료는 비급여부분에 대한 자료를 포함하고 있지 않아 독자적인 정보집적의 중요성은 크다고 하겠다.

개인정보의 집적을 위해서 개인정보보호를 위한 사전장치가 마련되어야 할 것이다. 첫 번째 장치로, 개인정보보호를 위해 사전동의, 사후통지, 정보이용자의 제한, 청약자의 기록수정요청권 부여 등과 같은 엄격한 규정을 두어야 한다. 두 번째 장치로, 보험회사가 개인질병을 조회하기 위해서는 매우 제한된 담당자만이 접근 가능하도록 해야 한다. 민영보험 질병정보를

## 라. 직불급여제도의 해외사례

미국에서는 전 국민을 대상으로 한 공적 의료보장제도는 없으며 65세 이상의 사회보장제도 또는 철도종업원 퇴직제도에 따른 연금수급 고령자, 65세 미만의 사회보장법 또는 철도종업원 퇴직제도로부터 장애급여를 2년 동안 받은 장애자, 말기신장병환자를 대상으로 주로 입원 서비스를 제공하는 메디케어(Medicare Part A)<sup>11)</sup>와 기본적으로 현금보조(cash assistance) 대상자와 연계되어 있으며, 저소득 여성 및 어린이 가족, 메디케어에서 제외된 저소득 노인, 저소득 장애자, 기관관리 노인들의 양로시설(Nursing Home)비용 등을 주로 제공하는 메디케이드(Medicaid) 그리고 어린이건강보험(the State Children's Health Insurance Program : SCHIP)이 있다.

메디케어의 대상자들은 2005년 현재 42백만명으로 의료서비스 공급,

---

취급하는 기관은 보험회사들이 축적된 정보를 이용하고자할 경우 담당직원의 명단을 받아 ID와 패스워드를 부여하는 등 사전적인 철저한 보안시스템을 갖추어 정보의 누출을 방지해야 할 것이며, 개인정보보호의무를 법률로 부과하고 이를 위반하는 경우에는 법률적 책임을 물어야 할 것이다.

우리나라의 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조의 규정에 따라 지급내용과 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보를 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있다. 그러나 개인정보의 집적에 대해서는 적시된 바가 없어서 개선을 필요로 한다.

- 11) 임의 가입의 Part B(Medical insurance)는 사회보험인 Part A의 강제적용자와 미국에 거주하는 65세 이상의 고령자로서 미국시민이거나 5년 이상 거주한 미국 영주권을 소지한 외국인에게 가입자격이 있으며, 의사 진료비(physicians' treatment), 진단상의 검사비, 병원외래 진료비(hospital outpatient services), 예방적 서비스, 제한적인 의약품 구입비용(처방 의약품 제외), 보장구 비용(medical supplies cost)등을 보장한다. Part B의 재원은 급여비의 약 75%가 연방정부의 일반 회계 예산이고 나머지 25%는 가입자가 지불하는 정액보험료로 조성된다 (2005년의 경우 월 \$78.20임).

심사·평가 및 지불은 CMS(The Centers for Medicare & Medicaid Services)를 통해서 이루어지고 있으며, 메디케어(43백만명, 2005년 현재)와 어린이건강보험(6백만명, 2005년 현재)은 각 주정부와 CMS의 협력 하에 운영되고 있다. CMS는 메디케어와 메디케어, 그리고 어린이 건강보험을 효율적으로 운용하기 위해 연방정부 보건성의 한 전문기관으로 1977년 설립된 기관이다. CMS는 각주에 있는 53개의 QIO(Quality Improvement Organization)와 계약하여 메디케어의 심사 및 평가를 하고 있다. 중증입원에 대해서 의료서비스공급자가 제공하는 의료서비스의 의학적 적정성은 QIO가 관리하고 있으며, 외래 등에 대해서는 Blue Cross/Blue Shield와 계약하여 심사하고, 의료비지급도 Blue Cross/Blue Shield와 계약하여 지급하고 있다.

원래의 메디케어 플랜으로 보장되지 않는 부분을 보장하는 민영보험 상품들로는 메디갭(Medigap), 그리고 1997년 관련법령이 개정되어 민간의료보험의 선택을 대폭 확대한 Medicare+Choice 제도가 있는데 이 부분을 Medicare Part C라고 부르기도 한다.<sup>12)</sup> Medicare+Choice에는 관리방식 그리고 지불방식에 따라 Medicare+Choice Private Fee-for-service 플랜과 Medicare+Choice Coordinated Care 플랜(메디케어 HMOs 그리고 메디케어 PPOs)이 있다.

---

12) Medicare+Choice는 MMA(The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003)에 의해서 2006년부터 시행되는 Medicare Advantage 프로그램으로 대체된다. Medicare Advantage 프로그램 하에서 수익자들은 민영건강플랜 옵션(private health plan options: private fee-for-service plans 그리고 Medicare Managed Care plans인 HMOs, PPOs 등)을 선택할 수 있고, 민영보험들은 보다 넓은 급부를 제공할 수 있다. 민영보험회사간 경쟁을 통한 보험료 인하와 메디케어 대상자들에게 보다 많은 선택의 기회를 제공하는 것을 주목적으로 한다. Medicare Advantage plan은 Medigap이 보장하는 것을 대부분 보장하며, 따라서 두 플랜을 모두 보유할 필요는 없다.

## 1) 메디갭(Medigap)의 지급체계

갭(Gap)이란 본래의 메디케어 플랜(Original Medicare Plan)의 공제액(Deductibles), 정율제본인부담금(Coinsurance), 정액부담금(co-payment) 등을 의미한다. 메디갭 보험상품은 민영보험회사에 의해서 제공되며, 항상 본래의 메디케어 플랜(Original Medicare Plan)과 함께 운용되고, 갭과 기타 몇몇 메디케어에서 지급하지 않는 부분<sup>13)</sup>을 보장한다. 본래의 메디케어플랜에서는 메디케어 Part B에 반드시 가입할 필요가 없으나 메디갭에 가입하기 위해서 Part A와 Part B에 함께 가입한 상태에 있어야 한다. 보험자가 메디갭 상품을 메디케어 Part C 가입자에게 판매하는 것은 합법적이지가 않고, 또 메디케어 Part C에 가입한 사람은 메디갭이 필요하지도 않을 것이다. 두 상품에 모두 가입하더라도 정율제 본인부담금이나 공제액을 지불하지 않는 정도의 작은 혜택만 볼 수 있기 때문이다.

메디케어 SELECT Policy<sup>14)</sup>(의사와 병원을 지정)에 가입되어 있지 않다면 어느 의사, 병원, 의료공급자에게 갈 수 있다. 메디케어 Part A와 B 입원의 정율제본인부담금, 메디케어 보장일수에 365일 추가한 병원입원비용, Part B 정액부담금, 연간 3 pints 혈액을 기본적으로 보장하고, 부가적으로 정기검진(년 단위), 예방적 치료, 재가 치료, Part A와 Part B의 공제액, 해외여행 응급치료 등을 보장한다.

의료서비스 공급자들이 메디케어에 전산상으로 지급청구를 하고 메디케어는 메디갭 보험회사에게 의료서비스 이용자의 진료비용에 관한 정보를 보낸다. 보험회사가 직불급여서비스를 제공하지 않는 경우에는 소

13) 예: 의사가 메디케어의 지불조건(assignment)를 받아들이지 않았을 경우 의사의 청구액과 메디케어에서 승인된 금액과의 차이.

14) Medicare SELECT는 몇 개의 주(State)에서 판매되는 Medigap Policy의 일종이며, 12개의 표준화된 policy를 구매하면, 특정의 병원과 의사만을 이용해야 한다. 물론 보험료는 보다 저렴할 것이다.

비자는 의료서비스 공급자들이 메디케어에서 제공하는 수가 등의 지급 조건(Assignment)을 받아들일지를 물어보아야 한다. 의료서비스 공급자가 그 조건을 받아들인다면 의료서비스 공급자는 지급청구서를 작성하고 이용자의 서명을 받은 후, 메디케어에 지급청구서를 보낸다. 메디케어는 메디케어에서 지급할 부분을 지급·심사하고 그 청구서를 메디캡 보험회사에게 보낸다. 메디캡 보험회사는 의료공급자에게 의료비를 지불하고 의료이용자에게 지불되었음을 알려주게 된다.

## 2) Medicare+Choice의 지급체계

1997년 The Balance Budget Act에 의해서 Medicare+Choice 플랜으로 알려진 메디케어의 제3파트가 등장하게 되었다. Medicare+ Choice 플랜은 메디케어 수혜자들이 다양한 선택을 할 수 있도록, 수혜자들이 제공된 여러 상품들을 비교할 수 있도록, 보다 민영화 되도록, 그리고 시장 중심(리스크 베이스)의 메디케어 프로그램이 되도록 추진되고 있다.

Medicare+Choice하에서 메디케어 Parts A와 B에 자격을 갖춘 소비자(말기 신부전증 환자 제외)들은 다양한 리스크 베이스 플랜들을 선택할 수 있게 되었다. Medicare+Choice 플랜에는 Medicare Managed Care Plans(HMOs or PPOs), Medicare Private Fee-for-service Plans, Medicare Specialty Plans 등이 있다. 이들은 메디캡에서 보장하는 것들을 대부분 보장하며 입원기간의 연장 등을 추가적으로 보장한다.

1982년 이후 Medicare Managed Health Care 옵션들이 메디케어 가입자들에게 제공되고 있었다. 메디케어는 보험회사에게 수혜자들의 의료급여 관리를 위탁하고 인두제에 의해서 지불하고 있었고 보험회사는 의료공급자에게 행위당수가제로 지불하고 있었다. 1997년의 the Balanced Budget Act(BBA)는 Coordinated Care Plans(HMOs or PPOs)에 대한 지불 방식인 인두제(flat per-person payment)방식은 건강한 사람만을 선호하는 단점을 가지고 있어서 이를 보완하고자 건강상태가 좋지 않은 가입자를 치료하는 플랜들에게 보다 많이 지불하는 리스크베이

스 지불방식을 채택했다.

### ① Medicare+ Choice Private Fee-for-Service

Medicare+Choice Private Fee-For-Service(PFFS) 플랜은 메디케어(CMS)와 계약 하에 민영건강보험회사가 제공하는 M+C 플랜 중의 하나이다. Medicare+Choice Coordinated Care Plans(HMOs, PPOs)과는 다르게 Managed Care 플랜<sup>15)</sup>은 아니며, 어떤 면에서는 전통적인 건강보험(indemnity health insurance)처럼 작동한다. PFFS 플랜에 가입한 사람들은 PFFS 플랜 지급조건을 받아들이는 어느 의사나 병원에 갈 수 있다.

M+C PFFS 플랜에 가입한 사람들은 메디케어 Part A와 Part B에서 보장하는 모든 항목의 의료서비스를 받을 수 있다. 몇몇 PFFS 플랜은 메디케어에서 보장하지 않는 처방약 같은 급부를 보장받을 수 있으나, 이를 위해서는 추가적인 보험료를 지불해야 한다. PFFS 플랜은 메디케어 Part B 보험료에 추가적으로 보험료를 부과할 수 있다. PFFS 플랜들은 메디케어에서와는 다른 공제액(deductible), 정액부담금(co-payment), 정율제부담금(coinsurance)을 부과할 수 있다.

PFFS 플랜은 어떤 의료서비스가 필수적인지를 결정하기 위해서 메디케어 보장규칙들을 따라야 한다. 메디케어에서 보장하지 않고 PFFS 플랜에서 보장해 주는 것은 당연히 필수적인 의료서비스로서 보장되지만 PFFS 플랜에서 보장되지 않는 의료서비스에 대해서는 본인부담이다.

PFFS 플랜에 가입하기 위해서는 메디케어 Part A와 Part B에 가입해

---

15) **PFFS 플랜과 Managed Care 플랜** : PFFS 플랜가입자는 의료공급자의 네트워크에 제한을 받지 않고 1차 진료기관(primary care provider)을 먼저 방문해야 할 필요도 없지만, Managed Care Organization 가입자는 계약을 맺고 있는 의료공급자에게만 의료서비스를 공급받을 수 있고, 전문의(Specialist)의 진료를 받기 위해서는 일반의의 진료를 먼저 받아야 한다는 것이 다른점이다. PFFS 플랜이 Managed Care 플랜보다 더 큰 본인부담금을 지불할 수 있으며, Managed Care Organization에서 제공하는 많은 예방적 서비스를 받지 못할 수도 있으므로 비용면에서는 불리할 수 있다.

있어야 하고, 말기신장병에 걸려있지 않아야 하며, 그 PFFS 플랜의 서비스 지역에 거주하고 있어야 한다.

PFFS 플랜에 가입한 소비자는 의료서비스를 받고자할 때 등록 카드 등을 제시하는 방식 등으로 미리 PFFS 플랜 가입자임을 알려야 하며, 의료서비스 공급자는 해당 PFFS 플랜의 참여 조건<sup>16)</sup>들을 보고 PFFS 플랜 가입자를 치료할 것인지를 결정한다. 만약 의료공급자가 환자를 치료하기로 결정했다면 단지 그 환자는 의료공급자에게 본인부담금만을 지불하고, 나머지는 의료서비스 공급자가 PFFS 플랜에 청구하게 된다. 만약 의료서비스 공급자가 당해 환자의 PFFS 플랜을 받아들이지 않는다면 다른 의료서비스 공급자를 찾아야할 것이다. 이렇게 PFFS 플랜 가입자는 본래의 메디케어 보다 적은 비용으로 의료서비스를 공급받을 수 있지만 때로는 PFFS 플랜 지불 조건을 받아들이는 의료서비스 공급자를 찾는다는 것이 어려울 수 있다는 것이 단점이다.

PFFS 플랜에서 지급청구 프로세스는 의료공급자가 직접 보험자에게 청구하도록 되어있다. 메디케어가 주계약(Primary)일 경우(대부분이 메디케어가 주계약 이다) 의료공급자는 메디케어에 지급청구를 해야 하고 메디케어가 지급 후 PFFS 플랜이 지급한다. 호스피스 서비스를 포함하여 극히 일부 서비스는 의료이용자가 의료공급자에게 지불 후 상환받아야 한다.

소비자들은 의료서비스 공급자가 PFFS 플랜에서 요구되는 것보다 많은 비용을 소비자들에게 청구하는지를 주의해야 하며, 또한 의료공급자가 진료하지도 않은 의료서비스에 대해서도 PFFS 플랜에 청구하는지 주의해야 한다.

## ② Medicare Preferred Provider Organization Plans

---

16) 그 조건들은 해당 PFFS 기구가 모든 보장서비스들에 대해서 지불할 금액, 결제절차, 의료공급자가 받을 수 있는 본인부담금 총액, 의료공급자가 특정 서비스에 대해서 해당 PFFS 기구로부터 사전승인을 받아야 하는지의 여부가 주요 내용을 구성한다.

PPO는 보험가입자의 의료공급자 선택의 자유를 어느 정도 제한하여 의료기관에 대해 일정 수의 환자를 확보해 주는 대신에 의료공급자가 의료비 억제에 위한 노력을 하도록 설계된 의료서비스 공급방법이다. 급여는 성과불 지불방식을 취하고 있고 기본구조는 전통적인 의료서비스 공급방식과 거의 차이가 없다.

메디케어 PPOs의 가입자는 플랜의 네트워크 내의 의사, 전문가, 병원 등을 이용해야 하며 정액본인부담금(copayment)를 지불한다. 플랜 리스트에 없는 의사나 병원을 이용할 수 있다는 점에서는 전통적인 건강보험(indemnity 플랜)에 가깝지만 이를 위해서는 추가적인 의료서비스 이용비용을 지불해야 한다. 플랜의 네트워크에 없는 의사, 병원에서 의료서비스를 받기 위해서 일반의를 먼저 방문할 필요는 없으나, 환자는 공제액, 정률본인부담금, PPO에서 지불하는 금액과 의료공급자가 부과하는 비용과의 차이를 본인이 지불해야 한다. 지급청구 및 지급은 의료공급자와 보험자 사이에서 계약에 의해 직접 이루어진다.

### ③ Medicare Health Maintenance Organization

HMO는 HMO에 고용된 의사가 HMO병원에서 의료서비스를 제공하는 스태프모델, HMO와 계약된 전문의료진이 의료서비스를 제공하고 의료진은 인두제(Capitation)로 보수를 받는 그룹모델, 사전계약에 의해 의료서비스를 제공하고 사전협약금액 한도 내에서 서비스를 제공할 때마다 수당을 받는 Individual Practice Association 형태, HMO와 계약된 전문의료진의 그룹이 의료서비스를 제공하고 그 그룹은 의사 수에 따라 월 급여를 받는 네트워크모델이 있다. 즉 HMO는 직불급여를 하고 있으며 선지불방식을 취하는 회원제 의료공급제도이다. 보험회사들은 보험금 지출을 줄이기 위해서 가입자에게 예방적 의료서비스를 적극 제공한다.

많은 HMO는 POS(point of service plan)로 알려진 실손형 옵션(indemnity -type option)을 제공한다. POS 플랜 내에 있는 1차 진료의

사(the primary doctors)는 대부분 플랜내의 다른 의료서비스 공급자에게 진료의뢰를 하게 되지만, 때로는 플랜 외부 공급자에게도 진료의뢰를 할 수 있다. 이 경우에도 그 플랜은 모든 혹은 대부분의 비용을 지불한다. 그러나 의료이용자가 플랜 외부 공급자를 선택하고 그 서비스가 보장범위에 있는 것이라면 이용자는 정율제부담금을 지불해야 한다.

### 3. 비급여부분의 의료수가체계 정비

공보험의 경우 현재의 급여부분수가가 원가에도 미치지 못하여 의료공급자들은 비급여부분으로 의료서비스를 전환하여 비급여부분의 의료비를 증대시킨다. 이러한 가격구조의 왜곡에 의한 의료서비스 전환은 소비자들에게 과도한 본인부담금을 지급하게 한다. 민영의료비실손보장보험 가입자에 대해서는 그러한 전환의 의료공급자부담(소비자의 본인부담금을 고려한 이탈)이 적을 것이므로 보다 많이 발생할 것이다. 따라서 급여부분은 의료수가가 현실화되어야 하고 비급여부분의 기준수가가 마련되어야 한다. 이러한 조치는 가격메카니즘이 원활히 작동하여 의료산업과 보험산업의 효율성을 높이는 결과를 가져올 것이며 민영보험에 가입하지 않은 소비자의 본인부담금을 줄이고 피보험자에 대해서는 과대보험금지급을 방지하여 보험료 인하의 혜택을 누리게 해 줄 것이다.

많은 OECD 국가에서는 공적진료와 민영진료 간의 수가 차이를 인정하고 있다. 민영의료비실손보장보험은 의료공급자들에게 더 높은 수가를 지급하여 의료서비스산업 발전을 위한 자금을 제공하고 있는 것이다. 그러한 수가의 차이는 민영부분에서 양질의 의료서비스로 나타나고 있다. 우리나라의 경우도 민영보험의 특성을 살리면서도 비급여부분으로의 전환과 같은 부작용을 최소화할 수 있는 범위에서 수가 수준이 결정되어야 할 것이다.

건설교통부장관이 교통사고 관련 의료비의 기준수가를 고시하고 보건

복지부장관이 국민건강보험 의료수가를 고시하는 것처럼 재정경제부장관은 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험사업자 등과 의료기관간의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위하여 국민건강보험비급여부분 진료수가에 관한 기준을 정하여 고시하여야 한다.

#### 4. 민영건강보험 약관의 표준화

민영의료비실손보장보험 약관의 표준화가 필요하다. 약관이 표준화되면, 소비자들은 다양한 상품들에 대한 비교·평가를 할 때 혼동을 피할 수 있고, 자신에게 적절한 보장내용을 가지고 있는 상품을 선택할 수 있으며, 본인부담액 예측이 가능하고, 상품 간 가격비교가 가능하다.

의료서비스 공급자들은 민영보험에서 보장하고 있는 부분인지의 판단을 용이하게 할 수 있고, 소비자 본인부담금 산출을 손쉽게 할 수 있다. 또한 업무처리 시간이나 비용을 절감할 수 있다.

민영보험자들은 지급심사를 적은 시간과 비용으로 수행할 수 있고, 일관성을 유지하여 민원의 최소화를 기할 수 있다.<sup>17)</sup>

보험회사별로 보장내용이 달라 비례보상에 많은 어려움이 있으므로 이 문제를 해결할 수 있다. 미국에서도 소비자들의 혼란 방지를 주목적으로 모든 메디캡 상품들을 1992년 이후 12종류로 표준화시켜 놓고 있다(<표 IV-1> 참조).

---

17) 현행 세법상 보장성보험에 대한 연 100만원 한도의 소득공제 혜택과는 별도로 개인연금은 연 240만원까지 소득공제 혜택이 주어지고 있다. 민영의료비실손보장보험도 소득공제를 위한 적격상품으로 개발되기 위해서도 표준화가 필요하다.

<표 IV-1> 표준화된 메디갭 보험상품

Benefits	A: Core	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Core benefits										
Part A hospital (Days 61-90)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Lifetime reserve (Days 61-90)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
365 Lifetime hospital (Days at 100%)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part A and Part B blood	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B Coinsurance-20%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Additional benefits										
Skilled nursing facility(Days 21-100)			○	○	○	○	○	○	○	○
Part A deductible		○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B deductible			○			○				○
Part B excess charges						100%	80%		100%	100%
Foreign travel			○	○	○	○	○	○	○	○
At-home recovery				○			○		○	○
Preventive medical care					○					○
Prescription drugs								Basic	Basic	Extended

주: 2개의 플랜(Plan K, L)이 2005년부터 제공된다. 그 두 플랜들은 A-J와는 다른 급부를 제공할 것이며, 보험료가 저렴하지만 본인부담금은 클 것이다.

자료: The Health Insurance Association of America, 2000, 'The Health Insurance Primer.'

## V. 기대효과

### 1. 의료비 절감 및 보험료 인하효과

국민건강보험 「의료급여사실확인원」 발급제도가 시행되면 소비자의 역선택의 가능성을 줄일 수 있고, 기왕증 확인과정의 비용이 절약되어 지급심사 비용을 대폭 줄일 수 있다. 이것은 보험료의 인하를 통해서 소비자의 편익을 제고시킬 것이다.

「진료기록열람권제도」의 시행은 과잉진료 여부 등의 확인을 통하여 급여액을 결정할 수 있게 하므로 지급보험금의 적정화를 가져와 보험료 인하를 기대할 수 있다.

급여부분(급여비+법정보인부담금)은 국민건강보험심사평가원에서 심사하게 되고, 비급여부분은 민영보험회사나 민영건강보험심사평가기구에서 심사하게 되면 보험회사들의 과도한 보험금지급이 방지되어 계약자들의 보험료를 인하할 수 있게 된다. 의사밀도 변화에 의한 급여부분 진료비(급여비+법정보인부담금) 변화의 민감도는 0.892이었고, 비급여본인부담금 변화의 민감도는 1.037로 추정되어 0.145의 차이가 난다. 동일 조건하에서 급여부분보다는 비급여부분에서 통계적으로 유의한 차이는 아니지만 14.5% 만큼 더 민감하게 반응하는 것이다. 비급여부분의 기준수가 마련과 그에 의한 지급심사의 강화는 이러한 차이를 축소시켜 보험금 절감을 통한 보험료 인하를 가능하게 할 것이다.

### 2. 저소득층의 의료접근성 향상효과

민영의료비보장보험은 국민건강보험의 보장성을 보완하고, 의료 접근성을 제고시켜 국민보건 향상에 기여하여 사회보장제도로 기능하고 있다. 저소득층의 민영건강보험 가입률이 고소득층의 가입률을 능가하고 있다는 사실에서도 알 수 있듯이 그 기능을 충실히 수행하고 있는 것이다.

&lt;표 V-1&gt; 연도별 생명보험 상품별 가입률 변화

(단위:%, N=1200, 복수응답)

구분	질병치료중점 보장보험	재해중점 보장보험	종신 보험	저축성 보험	연금보험
2001년	67.7	29.8	2.6	16.6	22.6
2002년	68.7	32.9	16.1	17.5	24.9
2003년	74.7	38.0	28.7	16.9	26.5
2004년	72.6	35.8	37.8	17.5	25.2
2005년	70.4	41.2	43.7	14.9	22.5

자료: 보험 개발원, 「금융/보험 수요에 대한 소비자 설문 조사」, 각 연도.

보험개발원이 전국의 1,200가구를 대상으로 2005년도 보험가입실태를 조사한 결과, 질병치료중점보장보험 가입률이 2005년도에는 70.4%로 가장 높고, 다음으로 종신보험(43.7%), 재해중점보장보험(41.2%), 연금보험(22.5%), 저축성보험(14.9%) 순이었다(<표 V-1> 참조).

2005년도 소득 수준별 질병치료중점보장보험 가입건수를 보면 월 소득 100만원 미만의 최저소득층은 생명보험의 여러 종목중 질병치료중점보장보험에 49.9%가 가입된 상태에 있고, 100-150만원의 차상위 소득층은 86.9%나 가입하고 있어서 민영건강보험이 의료서비스를 위한 중요한 재원이 되고 있음을 보여 주고 있다(<표 V-2> 참조). 더군다나 저소득층은 보험 이외의 의료비재원을 가지고 있을 가능성이 적어 그 중요성은 더욱 강조 된다.

월 200만원 이상의 소득층은 70% 대의 가입률을 보이고 있고 그 후 소득증가에 따라서 다소의 가입률 증가를 보이고 있다. 즉 민영건강보험 수요는 저소득층에서는 소득증가에 따라 급격히 증가하고, 중산층 이상에서는 상대적으로 완만히 증가하여 보험료인하효과를 가져오는 정책으로 저소득층의 의료서비스 접근성을 크게 향상시킬 수 있음을 알 수 있다.

&lt;표 V-2&gt; 2004년 주요 생명보험종목의 소득 수준별 가입률

	가 입 사 례 (건수)	질병치료 중점보장 보 험	중 신 보 험	재해중점 치료보장 보 험	치 명 적 질병보험
전 체	1200	70.4	43.7	41.2	3.6
소득 수준(월)					
100만원 미만	49	<b>49.9</b>	12.2	34.7	0.0
100-150만원 미만	118	<b>86.9</b>	20.3	23.7	2.6
150-200만원 미만	195	63.1	40.6	38.6	3.1
200-300만원 미만	394	72.6	42.6	40.9	2.8
300-400만원 미만	278	77.0	61.4	44.6	4.3
400 이상	165	79.4	63.0	63.3	6.7
무응답	1	100.0	0.0	0.0	0.0

주: N=1,200, 설문조사에서 복수응답 가능하다.  
 자료: 보험 개발원, “2005년도 금융/보험 수요에 대한 소비자 설문 조사.”

미국의 경우에서도 연소득 \$10,000미만의 극빈층이 메디케어 보충적 건강보험(M+C, 메디갭) 가입률이 61%에 이르고, 차상위 소득층(\$10,000-20,000)의 가입률이 76%에 이르러 차상위 저소득층에게 민영건강보험은 역시 중요한 재원임을 시사하고 있다(Kenneth Thorpe 외 2인, 2002).

최저소득층과 차상위 저소득층의 민영건강보험가입률이 매우 크게 차이가 나고 있는 사실에 주목할 필요가 있다. 이것은 최저소득층이 약간의 소득여력만 된다면, 또는 민영건강보험료가 약간만 저렴하다면 건강보험에 가입의사가 큼을 시사하고 있으며, 따라서 민영보험 지급심사제도의 개선과 보험사기에 대한 적극적 대처로 보험료 인하효과를 가져올 수 있다면 저소득층에게 의료서비스를 이용할 수 있는 기회를 보다 많이 제공할 수 있다.

민영보험은 재원을 제공하여 의료접근성을 제고시키지만 민영보험 미가입자에게 대해 비형평성의 불이익을 미치고 있다는 것이 일반적 주장

이다. 의료자원과 공급이 희박한 경우에는 예를 들어 민영보험의 자발적 가입과 같은 지불의사를 기준으로 서비스를 할당하는 것이 효율적이지만, 불평등의 문제가 야기될 수밖에 없어 명확한 상충관계가 발생하고 있다고 주장하는 것이다. 그러나 우리나라는 의료서비스를 받기 위한 대기시간도 길지 않으므로 의료자원이 희박하다고 할 수 없으며, 보험가입자의 소득분포도 고소득층에 편중되어 있는 것이 아니기 때문에 그러한 상충관계는 중요하지 않게 되는 것이다.

재원적 차원에서 의료접근성 강화를 위한 민영보험의 긍정적인 역할은 의료전달체계의 구조와 그에 대한 규제, 보험회사의 전략적인 행위, 민영보험의 역할, 공·사건강보험에 대한 규제에 따라 달리 나타날 수 있다. 소득수준별 가입현황에서 보았듯이 형평성에 대한 우려는 크게 대두되지 않을 것이므로 민영보험을 통하여 보다 나은 선택과 접근을 하려고 하는 사회적 요구를 적절히 수용하는 정책적인 노력이 필요하다.

### 3. 소비자이익 보호효과

국민건강보험에서 볼 수 있는 것처럼 의료비실손보장보험은 대부분의 정액보험 또는 일반 보험종목과는 달리 소액청구가 빈번하게 발생한다. 2004년 국민건강보험외래진료의 경우 적용인구당 8.01 건이나 발생했고(<표 V-3> 참조), 소액청구건수는 건강에 대한 관심의 증대로 지속적으로 증가할 것이며, 이에 따라 국민건강보험의 보충적인 형태로 운영되고 있는 민영보험에서도 지급사유가 빈번히 발생할 것이다. 피보험자가 의료기관에 진료비를 선지불하고 추후 보험회사로부터 상환받는 현재와 같은 제도 아래에서는 가입자는 빈번히 지급청구를 해야 하는 불편을 겪어야 한다. 민영지급심사기구를 이용한 직불급여제도가 정착되면 그러한 불편은 제거될 수 있다. 또한 소비자가 소액에 대한 지급청구를 미루거나 포기하지 않도록 함으로써 소비자의 이익을 보호하는 효과도 기대할 수 있다.

&lt;표 V-3&gt; 국민건강보험 적용인구당 지급건수

구분	2000	2001	2002	2003	2004
외래	6.21	6.96	7.36	7.78	8.01
입원	0.09	0.10	0.10	0.12	0.12

자료: 「국민건강보험 통계연보」, 각 연도.

「의료급여사실확인원발급제도」는 피보험자의 기왕증에 대한 고지의 무 위반이 확인되면 지급거절 사유가 발생하므로 이것을 사전에 방지할 수 있다.

「진료기록열람권제도」가 시행되어 지급심사가 이루어지더라도 소비자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받기 곤란한 문제가 있으나 이러한 문제를 해소하는 제도적 장치가 마련되면, 그리고 직불급여 방식에서는 이러한 문제를 방지할 수 있다.

## VI. 결 론

2005년 8월 말 개인생명보험에까지 의료비실손보장보험이 확대되어 국민건강보험의 보충적 보험의 역할을 충실히 수행 할 것으로 기대된다. 그러나 현재 의료비실손보장보험의 보험금 지급심사를 위한 제도적·법적 인프라가 사실상 전무한 상태에 있어서 향후 안정적 발전에 장애가 되고 있다. 심사·평가를 위한 제도적·법적 장치가 마련되어 있지 않아 의료서비스 공급자에 대한 의료서비스의 질 관리, 보험사기 및 과잉공급 여부 등에 대한 심사·평가 없이 의료공급자 청구금액 전액을 그대로 지급할 수밖에 없는 상황에 있는 것이다.

본 연구는 의료공급자밀도가 우리나라 국민건강보험의 급여비에는 비탄력적으로 그리고 본인부담금 특히 비급여본인부담금에는 탄력적으로 영향을 미치고 있다는 결론을 내린다. 즉 의료공급자가 급여부분보다는 비급여부분에서 더 큰 정도로 의료비에 영향을 미치고 있는 것이다. 이러한 결과는 의료공급자의 비급여부분에서의 유인수요, 의료수가가 높은 비급여부분으로의 서비스전환, 신기술의 적용 등이 주요인인 것으로 판단된다. 이것으로부터 소비자들은 비급여부분에서 과도한 본인부담을 하고 있음을 알 수 있다.

의료공급자가 본인부담금에 영향을 미치는 요인별로 분석하는 것이 바람직하지만 위에서 언급된 어떤 요인에 의해서든 혹은 복합적인 요인에 의해서든 민영의료비실손보장보험의 보장영역에 급여부분보다는 본인부담부분 특히 비급여부분에 크게 영향을 미치는 것은 사실이므로 이러한 실증분석 결과는 시사하는 바가 크다. 향후 민영의료비실손보장보험의 피보험자가 늘어나면 보험효과에 의한 과잉수요도 문제이지만, 위와 같이 공급자로부터 발생하는 문제도 그 이상으로 더욱 심화될 것이기 때문이다.

이러한 결론에 대응한 정책적 시사점으로서 ①국민건강보험 「의료급여사실확인원」의 발급제도의 재시행으로 소비자의 역선택 억제와 기왕

증의 확인 과정에서의 비용을 절감할 수 있도록 해야 하고, ②자동차보험에서와 같이 민영의료비실손보장보험에서도 「진료내역 열람권제도」를 시행함으로써 지급심사과정에서 의료기관의 협조를 얻을 수 있어야 하고, ③보험카드제도의 시행이나 계약형보험제도 시행에 의한 직불급여제도(민영보험자가 의료공급자에게 직접지불보상하는 제도) 도입과 함께 민영건강보험지급심사기구가 운영되어야 하며, ④국민건강보험의 급여부분의 의료수가의 현실화와 비급여부분에서의 기준수가 마련이 필요하다.

이러한 제도적인 인프라가 마련되면 민영의료비실손보장보험 보험료 인하효과가 있을 것이며, 더불어 피보험자들은 소액다건의 의료비용을 일일이 보험회사에 지급청구를 하지 않아도 되므로 소비자들의 편의가 제고된다. 직불급여제도는 정확한 실손보장을 가능케하여 비례보상으로부터 발생하는 문제도 해소한다. 또한 저소득가계의 의료접근성을 크게 향상시키는 효과도 기대된다.

국민건강보험이 총의료비(급여비+법정본인부담금+비급여본인부담금)의 2004년 현재 51% 정도만을 부담하기 때문에 상당한 수준의 본인부담금이 발생하고 있는데도 불구하고 전면적인 민영의료비실손보장보험은 뒤늦게 출범했다. 그 이유는 민영 또는 임의 보장제도의 역사가 없어 공적건강보험의 설립 이전에는 의료비를 개인 스스로가 조달하여 온 역사적 사실로 설명할 수 있다. 가족 간의 강한 유대관계의 전통과 보험을 선호하지 않는 문화적 요인도 의료비 본인부담이 높음에도 민영건강보험이 발전하지 못한 또 다른 이유로 판단된다.

이러한 가치관은 빠르게 변화해 가고 있으며, 소득증가율을 훨씬 능가하는 본인부담금증가율, 국민건강보험급여비증가율을 능가하는 본인부담금증가율, 급속도로 진전되고 있는 고령화 등을 고려할 때 민영의료비실손보장보험은 사회적 안정망으로서의 역할을 수행해야 하며, 그를 위한 제도적 법적 장치들이 조속히 마련되어야 할 것이다. ■

### < 참고문헌 >

- 강길원, 『진료비지불보상제도 개편에 관한 토론문』, 국민건강보험공단  
창립 제5주년 기념 학술세미나, 2005.
- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
- 김정혜, 『제3보험이론』, 보험연수원, 2005.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.
- 양봉민, 『보건경제학』, 나남출판, 2002.
- 장영식, 도세록, 고경환, 이래연, 『국민의료비 산출체계 개발 및 추정』, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2002.
- 통계청, 『도시가계조사』, 『농가경제조사』, 『어가경제조사』, 『물가연보』, 각 연도.
- 한국은행, 『국민계정』, 각 연도.
- OECD, 『Private Health Insurance in OECD Countries』, OECD, 2004.
- Carlsen, F., and Grytten, J., "More physicians: improved availability or induced demand?" *Health Economics* 7, 1998.
- Carlsen, F., and Grytten, J., "Consumer satisfaction and supplier induced demand?" *Journal of Health Economics* 19, 2000.
- Evans, R. G., "Supplier-induced Demand : Some Empirical Evidence and Implication," in M. Perlman(ed.), *Economics of Health and Medical Care*, Halsted Press Book, 1974.
- Faulkner, E. J., "*Health Insurance*," McGraw-Hill Book Company, New York, 1960.
- Feldstein, P.J., "*Health Care Economics*," Fifth ed., Delmar, 1998.
- Fuchs, Victor R., and Marcia Kramer, "Determinants of Expenditures for Physicians' Services in the United States," New York, NBER, 1972.

- Grytten, J., Carlsen, F., Sorensen, R., "Supplier inducement in a public health care," *Journal of Health Economics* 14, 1995.
- Kaiser Family Foundation, "The Medicare Program: Medicare+ Choice," 2001.
- Medicare Payment Advisory Commission, "Medicare Payment Policy," Report to the Congress, 2000.
- Kenneth Thorpe 외 2인, "Medicare+Choice: Who Enrolls?" Emory University, 2002.
- Labelle, R., Stoddard, G., Rice, T., "A re-examination of meaning and importance of supplier-induced demand," *Journal of Health Economics* 13, 1994.
- Louis F. Rossiter, and Gail R. Wilensky, "Identification of Physician-Induced Demand," *Journal of Human Resources*, 1984.
- Phelps, C., "Induced demand - can we ever know its extent?" *Journal of Health Economics* 5, 1986.
- Reinhardt, U., "The theory of physician-induced demand. Reflections after a decade," *Journal of Health Economics* 4, 1985.
- Rice, T., Labelle, R., "Do physicians induce demand for medical services?" *Journal of Health Politics*, 1989.
- Stewart, M. A., "Effective physician-patient communication and health outcomes," *Canadian Medical Association*," 152, 1995.
- The Health Insurance Association of America, "*The Health Insurance Primer*," 2000.

[www.cms.org](http://www.cms.org)

[www.bcbs.com](http://www.bcbs.com)

[www.hiaa.org](http://www.hiaa.org)

## [부록]

### I. 입법 제안

보험업법에 별도의 장을 만들어 다음 사항을 입법하는 것이 바람직하다.

#### 1. 진료수가기준 마련을 위한 입법

[국민건강보험 비급여 부분에 대한 진료수가기준]

- ① 재정경제부장관은 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험사업자 등과 의료기관간의 환자의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위하여 국민건강보험비급여부분 진료수가에 관한 기준(이하 “비급여부분 진료수가 기준”이라 한다)을 정하여 고시할 수 있다.
- ② 비급여부분 진료수가기준에는 비급여부분 진료수가의 인정범위·청구절차 및 지급절차 기타 재정경제부장관이 정하는 사항이 포함되어야 한다.
- ③ 재정경제부장관은 비급여부분 진료수가기준을 정하거나 변경할 때에는 일정규정(비급여부분진료수가분쟁심의회에 관한 규정)에 의한 비급여부분진료수가분쟁심의회의 의견을 들어야 한다.(자동차손해배상보장법 제13조 (자동차보험 진료수가 등) 참조)

[비급여부분진료수가 분쟁심의회]

보험사업자 등과 의료기관은 서로 협의하여 비급여부분진료수가와 관련된 분쟁의 예방 및 신속한 해결을 위한 다음 각호의 업무를 수행하기 위하여 비급여부분진료수가분쟁심의회를 구성하여야 한다.

1. 제3보험 진료수가에 관한 분쟁의 심사·조정
2. 제3보험 진료수가기준 조정에 대한 건의
3. 제1호 및 제2호의 업무와 관련된 조사·연구  
(심의회 관한 추가 규정 필요)  
(자동차손해배상보장법 제14조-제19조 참조)

## 2. 직불급여제도 도입을 위한 입법

### [비급여부분진료수가의 청구 및 지급]

- ① 보험사업자 등은 보험가입자 등의 청구가 있을 경우 지체없이 그 환자를 진료하는 의료기관에게 당해 진료에 따른 제3보험 진료수가의 지급의사유무 및 지급한도를 통지하여야 한다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 보험사업자등으로부터 제3보험 진료수가의 지급의사 및 지급한도의 통지를 받은 의료기관은 당해 보험사업자 등에게 정해진 (진료수가기준에 관한)규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 기준에 따라 제3보험 진료수가를 청구할 수 있다.
- ③ 의료기관이 제2항의 규정에 의하여 보험사업자 등에게 제3보험 진료수가를 청구하는 때에는 의료법 제21조의 규정에 의한 진료기록부의 진료기록에 따라 청구하여야 한다.
- ④ 제2항의 규정에 의하여 의료기관이 제3보험 진료수가를 청구한 경우 보험사업자 등은 30일 이내에 그 청구액을 지급하여야 한다.(진료수가 기준을 부당하게 적용한 것으로 판단되는 경우 예외규정 필요)
- ⑤ 의료기관은 제2항의 규정에 의하여 보험사업자 등에게 제3보험 진료수가를 청구할 수 있는 경우에는 환자에게 이에 해당하는 진료비를 청구하여서는 아니된다.(예외규정 필요) (자동차손해배상보장법 제11조(자동차보험 진료수가의 청구 및 지급) 참조)

[진료기록의 열람]

- ① 보험사업자 등은 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에는 당해 의료기관에 대하여 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다.
- ② 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.  
(자동차손해배상보장법 제12조 (진료기록의 열람등) 참조)

**3. 제3보험지급심사기구 설립을 위한 입법**

[제3보험심사평가원 설립]

- ① 보험회사는 보험금의 지급에 관련한 심사·평가를 하기 위하여 금융감독위원회의 인가를 받아 제3보험심사평가기관을 설립할 수 있다.
- ② 제3보험심사기관은 정관이 정하는 바에 따라 다음 각호의 업무를 행한다.
  - 1. 진료비의 심사
  - 2. 진료의 적정성에 대한 평가
  - 3. 심사 및 평가 기준의 개발
  - 4. 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
  - 5. 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 진료비의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
  - 6. 제3보험과 관련하여 보건복지부 장관이 필요하다고 인정한 업무
  - 7. 기타 보험진료비의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령이 정하는 업무

[개인정보이용에 대한 본인동의 없는 경우]

「의료법」 제19조에는 타인의 진료관련 비밀을 누설하지 못하도록 되어 있고, 제20조는 환자기록의 열람을 금지하고 있지만, 범죄예방, 지급심사 등의 공적 목적에 이용은 가능하도록 부가조항이 마련되어야 한다.

[개인정보이용에 대한 본인동의 있는 경우]

회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따라 계약내용과 지급내용에 관한 정보를 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있다. 그러나 생명보험과 손해보험에서 제공할 수 있는 내용이 상이하여 보완이 필요하다.

「보험업감독업무시행세칙」 별표15 □ 생명보험 제31조(계약내용의 교환) 에는 피보험자의 질병에 관한 정보도 제공할 수 있도록 되어 있으나, 「보험업감독업무시행세칙」 별표15 □ 손해보험 <장기손해보험> 제36조(계약내용의 교환) 에는 피보험자의 질병에 관한 정보에 관해서는 명기 되어있지 않다. 따라서 손해보험에서는 다음을 추가해야 한다.

4. 피보험자의 질병에 관한 정보

[개인질병정보집적에 대한 법적근거 필요]

우리나라의 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조의 규정을 따라 계약내용, 지급내용과 (생명보험의 경우) 피보험자의 질병에 관한 정보를 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있는 근거는 마련되어 있으나, 개인질병정보의 집적에 대해서는 적시된 바가 없어서 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조 및 동법 시행령 제12조 이하에 법적 근거를 마련해야 한다.

## II. OECD의 보험자와 의료공급자의 관계

보험자와 의료공급자 간의 계약 관계에 따라 공·사건강보험은 개방형(open or indemnity),<sup>18)</sup> 계약형(contractual), 통합형 건강보험(integrated health insurance)으로 나눌 수 있다. 이들 모델은 한 국가에서 동시에 존재할 수 있다. 예를 들어 미국에서는 시장에서 모든 유형의 모델이 발견되고 있고, 우리나라는 국민건강보험은 계약형, 민영건강보험은 개방형을 채택하고 있다. 의원이나 병원의 지불체계, 요양기관의 지정방법, 계약의 내용은 국가별, 보험자별로 다양하며, 규제나 보험자의 전략에 영향을 받게 된다(OECD, 2004).

### 가. 개방형 보험

개방형 민영의료비실손보장보험(indemnity private health insurance)은 의료공급자와 의료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하지 않고 피보험자와 계약 관계에 있는 경우를 말하며, 필수적으로 치료 후 비용보상을 청구하는 자에게 보험회사가 보상(reimbursement)을 하게 된다. 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.

건강보험상품은 전통적 행위별수가제-개방형보험(fee-for-service indemnity insurance)과 관리의료로도 구분할 수 있다. 이러한 구분 방법은 특히 미국시장에 적합한 구분법으로, 행위별수가제-개방형보험에서는 피보험자가 치료할 의사를 자유로이 선택하고 의사는 의료서비스 공급량에 자

---

18) 정액수혜제 건강보험, 정액지급 건강보험, 보상형 건강보험, 실손보상형 건강보험 등으로 다양하게 해석 되고 있다.

율성이 보장되어 있다.

개방형 보험은 건강보험시장 규모가 작은 소수의 OECD 국가에서 주로 채택되고 있다. 미국에서는 전통적으로 민영건강보험은 개방형으로 운영되었으나, 개방형과 관리의료형(managed care plan)의 구분이 모호해짐에 따라 개방형 민영건강보험의 비중이 축소되어 현재에는 소규모를 차지하고 있다. 네덜란드에서도 대개의 민영건강보험이 개방형으로 운영되고 있다. 보험사업자가 의료공급자와 개별적으로 계약을 맺는 것은 허용이 되지만, 보험사업자는 모든 병원에서 제공되는 의료에 대해 보장해 주어야 한다. 한국, 벨기에, 프랑스, 독일, 룩셈부르크와 캐나다에서도 민영건강보험은 대부분 개방형으로 운영되고 있다.

#### 나. 계약형 보험

계약형 건강보험은 보험자가 의료공급자와 의료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하고 의료서비스에 대해 보험자가 의료공급자에게 직접 보상하는 체계를 말한다. 미국의 경우에는 의료공급자의 보수지불체계가 매우 다양하지만, 다른 국가에서는 보험사업자가 의료공급자에게 행위별(fee-for-service basis)로 의료비를 지급하게 되므로 의료수가가 계약협상의 중심이 되며<sup>19)</sup>, 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 개방형 보험 체계로 보상한다. 의료수는 의료공급자협회와 보험회사(공적 건강보험자인 질병금고와 민영건강보험회사가 공동 참여) 간 단체협

19) 호주에서는 의료비 통제를 위해 일부 대형 보험사업자 중심으로 민영병원과 케이스별 지불체계를 협상이 이루어지고 있음.

상에 의하여 결정된다. 협상은 정부가 지정한 중요한 몇몇 파라메타에 대해 진행되며 국가에서 정한 수가 한도를 초과할 수 없다.

호주에서 보험회사는 비계약 의료공급자에게 기본수가(default payment)를 지급한다. 의료공급자와의 개별적인 협상에서 수가가 결정되나 협상과정이 표준화되어 있다. 소규모 보험사업자들이 단체를 조직하여 의료공급자와의 계약에서 협상력을 증가시키는 방법을 택하고 있다. 그러나 자유경쟁을 촉진하기 위한 규제 때문에 의료공급자가 단체를 구성하여 보험사업자와 협상하는 것은 금지되어 있다.

아일랜드에서는 보험회사가 모든 의료공급자와 개별계약을 체결하고 있다. 호주에서와 같이 의료공급자와의 개별적인 협상에서 수가가 결정되나 협상과정이 표준화되어 있다. 공영건강보험사업자인 VHI가 보상 수준을 결정하는데 결정적인 협상력을 가지고 있으므로 다른 보험사업자는 VHI가 결정한 수가체계를 따르게 된다. 오스트리아, 포르투갈, 영국 등 국가에서는 보험회사와 의료공급자 간 선택계약제를 실시하고 있다.

#### 다. 통합형 보험

통합형 건강보험시스템에서는 보험회사는 통상적으로 제휴 병원·의료공급자 네트워크를 만들거나 소유하여, 회원들에게 모든 범주의 보건 의료서비스를 제공한다. 이 제도는 보건의료의 재원조달(financing)과 의료전달체계를 하나의 체계로 결합한 것이다.

스태프형(staff model) 미국 관리의료(managed care)<sup>20)</sup> 기능과, 프랑스나 스페인, 그리스에서 병원과 관련된 보험회사가 통합형에 속한다.

멕시코에서는 1999년 말의 규제개혁으로 건강보험을 제공하는 모든 기관에 전업화가 요구되어 건강보험 전문기관(specialised Health

---

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

Insurance Institution, ISES)들이 탄생했다<sup>21)</sup>. ISES는 미국 HMO의 그룹 모델과 유사하게 운영된다. 의료공급자 네트워크를 소유하거나 네트워크와 계약을 체결하여 예방 및 건강증진서비스를 제공하며, 제공된 의료서비스의 효용을 심사하며, 진찰 후 환자를 전문의에게 보내는 방식 등을 채택하고 있다.

통합형 보건시스템에서는 관리의료플랜이 형성되는 경우가 많다. 통합형 모델의 원천인 미국의 스태프형 HMO는 보건의료공급자를 고용하거나 계약을 체결하여 그들로 하여금 의료서비스 공급 패턴을 통제하도록 하여 의료공급자의 의료서비스 공급을 관리하고 조정한다. HMO는 의료전문가에게 월급, 인두제, 혼합형 인두제(blended capitation), 의료행위별 보수, 할인 또는 전액 행위별 수가협정 등 여러 가지 방법으로 보상한다. HMO는 의료전달체계를 통제하고 비용을 억제하기 위해 경제적 인센티브와 프로토콜, 가이드라인을 혼합하여 적용한다.

이러한 형태의 조직은 1990년대 미국에서 확산되었으며, 보건의료비 상승 억제에 상당한 성과를 거두었다. 엄격한 통제에 대한 소비자의 반발과 의학적 의사결정에 대한 우선권을 회복하려는 의료공급자의 시도로 보험회사는 아주 엄격한 관리의료모델에서 한발 물러나 관리의료제도와 과정승인요구를 완화하게 되었다. 오늘날에는 스태프모델 HMO (staff model HMO)와 같은 완전통합형 모델은 미국에서도 소수를 차지하는 보험제도로 전락하였고, 통합형 모델 내에서도 업무상의 개선이 이루어져 의료전달패턴 통제를 위한 경제적 레버리지 사용의 중요성이 떨어졌고, 의료의 질, 환자의 안전, 성과의 보상, 환자 주도의 의료와 의료전문가의 참여에 보다 많은 비중을 두는 추세에 있다. ■

21) 2004년에 12개의 ISES가 활동 중이다. ISES 가입자는 2002년 기준 민영건강보험 가입자의 2.9%에 불과하며, 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.

## 보험개발원(KIDI) 발간물 안내

### ■ 연구보고서

- 96-1 손해보험 가격자유화 이후의 보험시장 전망과 대응방안 / 최용석 1996.4
- 96-2 보험회사 종합금융기관화 전략 / 오영수 1997.2
- 96-3 자동차사고 피해자의 사회적 보호제도에 관한 연구 : 자동차보험 무보험 운전자 문제를 중심으로 / 서영길, 박중영 1997.3
- 96-4 자동차보험 요율체계의 적정성 분석에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식 1997.3
- 96-5 보험회계제도에 관한 연구, / 김규승, 양성문, 장강봉 1997.3
- 96-6 분리계정제도의 도입타당성과 세부도입방안 / 이근영, 박태준, 장강봉 1997.3
- 96-7 사회환경변화와 민영보험의 역할 (I) : 총론 / 오영수, 이경희, 김란 1997.3
- 96-8 생명보험 가격자유화 방안 : 예정이율 및 계약자배당을 중심으로 / 정봉은, 노병윤, 목진영 1997.3
- 96-9 생명보험 모집조직의 효율화 방안 / 김규승, 박홍민, 장재일 1997.3.
- 97-1 보증보험의 발전방안 연구 / 이희춘, 신동호, 이기형, 이준섭 1997.5.
- 97-2 남북 경험 증대 및 통일에 대비한 보험산업 대응방안 연구 : 독일 모델을 중심으로 / 신동호, 안철경, 조혜원 1997.11
- 98-1 보험산업의 M&A에 관한 연구 : 주요국의 M&A 추세 및 유인을 중심으로 / 김호경, 박태준 1998.1
- 98-2 생명보험회사의 적정성장에 관한 연구 / 이원돈, 이승철, 장재일 1998.2
- 98-3 생명보험 예정사업비의 합리적 결정에 관한 연구 / 이원돈, 노병윤, 장강봉 1998.2
- 98-4 사회환경변화와 민영보험의 역할(II) : 연금개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희 1998.3
- 98-5 주요국의 새로운 보험판매채널 활용사례분석 및 국내사의 운용 전략 / 정재욱, 정영철, 한성진 1998.3
- 98-6 보험기업 경영진단시스템 : 생명보험회사를 중심으로 / 김호경, 김혜성 1998.3
- 98-7 퇴직연금 계리 및 재정 / 성주호, 김진억 1998.6

98-8	생명보험 예정이율의 안전성 분석 및 운용방안 / 이원돈, 이승철, 장강봉 1998.10
99-1	사회환경변화와 민영보험의 역할(III) : 의료보험개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희 1999.2
99-2	자동차보험 자기부담금제도에 관한 연구 / 이득주, 서영길, 장동식 1999.3
99-3	국민연금 민영화방안에 관한 연구 : 국민연금의 효율성 제고를 위한 접근방안 / 성주호, 김진억 1999.3
99-4	손해보험 상품개발시스템 및 전략에 대한 연구 / 신동호, 이희춘, 차일권, 조혜원 1999.3
99-5	생존분석기법(Survival Analysis)을 이용한 생명보험 실패·해약 분석 / 강중철, 장강봉 1999.3
99-6	보험사기 성향 및 규모추정 : 손해보험을 중심으로 / 박일용, 안철경 1999.7
99-7	사업비차배당제도의 도입 및 대응방안 / 노병윤, 장강봉 1999.12
99-8	보험사기 적발 및 방지방안 / 안철경, 박일용 1999.12
2000-1	손해보험의 부가보험요율 산출 및 운영방안 연구 / 이희춘, 조혜원 2000.3
2000-2	ART를 활용한 손보사의 위험관리 방안 연구 / 신동호 2000.3
2000-3	생명보험회사 투자포트폴리오 결정요인과 투자행동 / 목진영 2000.3
2000-4	생명보험상품의 손익기여도 분석 / 노병윤, 장강봉 2000.3
2000-5	보험산업의 전자상거래 구축 및 효율적 운영방안 / 안철경, 박일용, 오승철 2000.3
2000-6	금융겸업화에 대비한 보험회사의 경영전략 / 김헌수 2000.6
2000-7	보험회사 지식자산의 가치측정모형 연구 / 이도수, 김해식 2000.8
2000-8	환경변화에 대응한 생보사의 상품개발전략 / 류건식, 이경희 2000.9
2000-9	향후 10년간 국내보험산업 시장규모 및 트렌드 분석 / 동향분석팀 2000.11
000-10	보험회사의 판매채널믹스 개선방안 연구 / 정홍주 2000.12
2001-1	사이버시장 분석 및 향후 과제 / 안철경, 장동식 2001.1
2001-2	OECD 국가의 생명보험산업 현황 및 효율성에 관한 연구 / 정세창, 권순일, 김재봉 2001.1
2001-3	손해보험 종목별 투자수익 산출 및 효율 적용 방안 / 이희춘, 조혜원 2001.1

2001-4	생명보험회사의 리스크관리 실태분석 / 류건식, 이경희 2001.3
2001-5	보험회사의 북한 진출에 관한연구 / 신동호, 안철경, 박홍민, 김경환 2001.3
2001-6	생명보험회사의 예정이율 리스크에 관한 연구 / 류건식, 이도수 2001.4
2001-7	보험회사 CRM에 관한 연구 : CRM 성공요인 및 성과분석을 중심으로 / 안철경, 조혜원 2001.8
2001-8	생명보험산업의 자산운용규제 개선 방향에 관한 연구 / 김재현, 이경희 2001.10
2001-9	건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안 / 박홍민, 김경환 2001.10
2001-10	노령화사회의 진전에 따른 민영장기간병보험 발전방안 / 김기홍 2001.12
2001-11	국제보험회계기준 연구 / 김해식 2001.12
2002-1	국내외 보험사기 관리 실태 분석 / 안철경, 김경환, 조혜원 2002. 3
2002-2	기업연금시장 활성화와 보험회사 대응전략 / 박홍민, 이경희 2002. 3
2002-3	보험회사 리스크 감독 및 관리방안 연구 / 류건식, 정석영, 이정환 2002. 5
2002-4	생명보험회사의 시장지위별 마케팅 경쟁 / 신문식, 김경환 2002. 5
2002-5	생명보험사 RBC제도에 관한 연구 / 류건식, 천일영, 신동현 2002. 10
2002-6	생명보험회사의 고객유지전략 / 신문식, 장동식 2002. 10
2002-7	방카슈랑스 환경에서의 보험회사 대응전략 / 정세창, 박홍민, 이정환 2002. 12
2002-8	생명보험사 보험리스크 평가에 관한 연구 / 류건식, 신동현, 배윤희 2002. 12
2003-1	민영건강보험의 언더라이팅 선진화 방안 / 오영수, 이경희 2003. 3
2003-2	보험회사의 실버산업 진출방안 / 박홍민, 권순일, 이한덕 2003. 3
2003-3	보험회사 사이버마케팅의 활용전망 / 신문식, 장동식 2003. 3
2003-4	생명보험사 RAS체제에 관한 연구 / 류건식, 김해식, 정석영 2003. 7
2003-5	보험소비자를 위한 보험교육방안 / 이기형, 조재현 2003. 11
2003-6	보험설계사 조직의 개편방안 / 신문식, 이경희, 이정환 2003. 12
2004-1	부유층 시장에 대한 보험회사의 자산관리사업 운영방안 / 신문식, 이경희 2004. 3

2004-2	퇴직연금 규제감독체계에 관한 연구 / 류건식,이태열	2004.7
2004-3	보험회사의 퇴직연금 리스크 관리전략 / 류건식, 김세환	2004.7
2004-4	퇴직연금 활성화를 위한 세제체계 연구 / 임병인, 김세환	2004.9
2004-5	신용리스크 전가시장과 보험회사 참여에 대한 연구 / 주민정, 조재현	2004.10
2004-6	보험회사의 퇴직연금 마케팅 전략 / 류건식, 신문식, 정석영	2004.12
2004-7	예금보험제도의 개선방안 / 이순재	2005.1
2005-1	보험산업의 비전과 대응전략 / 신문식, 임병인, 조재현	2005.
2005-2	전환기의 손해보험회사 발전방안 / 정중영	2005.
2005-3	손해보험사 RBC제도에 관한 연구 / 이기형, 나우승, 김해식	2005.5
2005-4	저금리 추이에 따른 이차역마진 현상과 대응방안 / 김석영, 나우승	2005.10
2005-5	예금보험제도의 국제적 정합성 평가와 개선방안 / 류건식, 김해식	2005.10
2005-6	모집조직 다변화에 따른 보험모집제도 개선방안 / 신문식, 조재현, 박정희	2005.11
2005-7	퇴직연금제도 재정평가체계에 관한 연구 / 류건식, 이상우	2005.11
2005-8	민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안 / 조용운, 김세환	2005.11

■ 연구조사자료

- 96-1 주요국의 보험브로커제도 및 관련법규 현황 / 김기홍, 김평원, 정봉은, 유지호, 1996.2
- 96-2 독일 보험감독법, 1996.2
- 96-3 주요국의 생산물 배상책임보험제도 운영현황 / 이기형, 김란, 조혜원, 1996.10
- 96-4 캡티브 보험사 설립에 관한 연구 / 김평원, 오평석, 안철경, 조혜원, 1996.12
- 96-5 미국 보험회사의 파산과 지불능력규제 / 이재복, 1997.3
- 97-1 국제보험세미나 (IIS) 발표 논문집 (제 33차), 1997.7
- 97-2 태평양보험회의 (PIC) 발표 논문집 (제 18차), 1997.9
- 98-1 전문직 위험과 배상책임보험 ( I ) / 김영욱, 차일권, 1998.2
- 98-2 손해보험 가격평가방법에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식, 1998.3
- 98-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 1998.3
- 98-4 보험회사의 적대적 M&A와 대응수단에 관한 연구 / 김호경, 박상호, 장재일, 1998.8
- 98-5 MAI협상의 진전과 국내보험산업에의 시사점 / 정영철, 한성진, 1998.8
- 98-6 보험회사의 리스크 증대와 대응 / 이기형, 박중영, 장기중, 1998.10
- 98-7 전문직 위험과 배상책임보험(II) : 의료사고위험을 중심으로 / 신동호, 차일권, 1998.11
- 99-1 전문직 위험과 배상책임보험(III) : 임원배상책임보험 / 업창회, 1999.1
- 99-2 최근 우리나라 보험산업의 현황 및 제도 변화 / 김호경, 박상호, 1999.3
- 99-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 1999.3
- 99-4 미국의 퇴직연금 회계제도 연구 / 김해식, 1999.6
- 99-5 우리나라 보험산업의 구조조정 : 외국사례 및 생명보험산업을 중심으로 / 정봉은, 이승철, 1999.7

99-6	주요국의 보험법제 비교 / 이원돈, 정봉은, 신동호, 안철경, 1999.7
99-7	지진재해와 지진보험 : 일본의 지진보험을 중심으로 / 이상우, 1999.7
99-8	주요국의 보험계리인제도 / 최용석, 노병윤, 1999.8
99-9	생명보험 계약심사제도 / 장강봉, 1999.11
99-10	자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 2000.2
2000-1	세계 재보험시장의 발전과 규제환경 / 엄창희, 2000.3
2000-2	보험사의 지식경영 도입방안 / 김해식, 2000.3
2001-1	보험회사 겸업화 추세와 국내 보험회사의 대응전략 / 이경희, 2001.1
2001-2	자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 보험2본부, 2001.1
2001-3	지방채보험 제도 도입방안 / 안철경, 엄창희, 2001.3
2001-4	금융·보험 니드에 관한 소비자 설문 조사 / 동향분석팀, 2001.3
2001-5	종업원복지 재구축을 위한 보험회사의 역할 / 오영수, 박홍민, 이한덕, 2001.6
2001-6	보험환경 변화와 보험제도 변화(I) / 보험1본부, 2001.11
2001-7	보험환경 변화와 보험제도 변화(II) / 보험연구소, 2001.11
2002-1	보험니드에 관한 소비자 설문조사 / 보험연구소, 2002.3
2002-2	국내 유사보험 감독 및 사업현황 / 김진선, 안철경, 권순일, 2002.9
2003-1	2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀, 2003.3
2003-2	보험회사의 경영리스크 관리방안 / 천일영, 주민정, 신동현, 2003.3
2004-1	2004년도 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀, 2004.3
2004-2	보험회계의 국가별 비교 / 김해식, 2004.
2005-1	금리 시나리오 생명모델 연구 / 김석영, 2005.3
2005-2	2005년도 보험소비자 설문조사 / 신문식, 김세환, 조재현, 2005.3

■ 정책연구자료

- 97-1 금리변동에 따른 보험회사의 금리리스크 분석 / 이원돈, 노병윤, 장강봉, 1997.10
- 97-2 '98년도 보험산업 전망과 과제, 1997.11
- 98-1 '99년도 보험산업 전망과 과제, 1998.11
- 99-1 2000년도 보험산업 전망과 과제, 1999.11
- 99-2 예금보험제도 개선방안에 관한 연구 : 보험산업 중심으로 / 이승철, 1999.12
- 2000-1 2001년도 보험산업 전망과 과제, 2000.10
- 2001-1 신용보험의 활성화 방안 연구 / 신동호, 김경환, 2001.1
- 2001-2 2002년도 보험산업 전망과 과제, 2001.11
- 2001-3 세계금융서비스 산업의 겸업화와 감독기구의 통합 및 시사점 / 정세창, 권순일, 2001.12
- 2002-1 2003년도 보험산업 전망과 과제, 2002.11
- 2003-1 주요국의 방카슈랑스 규제 / 안철경, 신문식, 이상우, 조혜원, 2003.7
- 2003-2 2004년도 보험산업 전망과 과제, 2003.12
- 2004-1 2005년도 보험산업 전망과 과제/동향분석팀 2004.11
- 2005-1 영국 통합금융업법상 보험업의 일반성과 특수성 /한기정 2005.2

■ 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

## ■ Insurance Business Report

- 1호 일산생명 파산과 시사점 / 이기형, 1997.5
- 2호 OECD 회원국의 기업연금제도 / 정재욱, 정영철, 1997.10
- 3호 손해보험의 금융재보험 동향 / 이기형, 김평원, 1997.11
- 4호 금융위기에 대한 대책과 보험산업 / 김호경, 1997.12
- 5호 멕시코 보험산업의 IMF 대응사례와 시사점 / 정재욱, 1998.3
- 6호 주요국 기업연금보험 개요 및 세제 / 양성문, 1998.3
- 7호 일본의 보험개혁과 보험회사의 대응 / 이기형, 장기중, 1998.5
- 8호 구조조정에 따른 보험산업의 대응전략 : 상품, 마케팅, 자산운용, 재무건정성을 중심으로 / 노병윤, 안철경, 이승철, 1999.2
- 9호 보험산업에서의 정보기술(IT)의 활용 : 손해보험 중심으로 / 최용석, 1999.3
- 10호 자동차보험 가격자유화의 영향과 대책 / 박중영, 1999.3
- 11호 IMF체제 이후 보험산업의 환경변화와 전망 / 양성문, 김해식, 1999.3
- 12호 최근의 환경변화와 생명보험회사의 대응 / 강중철, 목진영, 1999.10
- 13호 21세기 보험산업 환경변화와 보험회사의 전략적 대응방안 / 오영수, 최용석, 이승철, 1999.12
- 14호 중국의 WTO 가입과 보험시장 개방 / 정희남, 2002.4
- 15호 주 5일 근무제 도입에 따른 보험산업의 영향과 대응 / 동향분석팀, 2002. 9
- 16호 2010년 보험산업 트렌드 분석 및 시사점 / 조혜원, 2003.5
- 17호 유럽보험회사 파산사례의 리스크 분석 및 감독방안 / 신동현, 2003.5
- 18호 미국 배상책임보험의 최근 현황과 시사점 / 이기형, 조재현, 2003.8
- 19호 공정가치회계가 보험사 경영에 미치는 영향 -보험사 CEO 대상 설문조사 결과 / 이기형, 김해식 2004.10

**■ 영문 발간물**

- Environment Changes in the Korean Insurance Industry in Recent Years  
1호 : 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

## ■ CEO Report

- 2000-1 일본 제일화재의 파산에 따른 국내 손보산업에의 시사점 / 양성문, 김혜성, 2000. 5
- 2000-2 일본 제백생명의 파산에 따른 국내 생보산업에의 시사점 / 보험연구소, 2000. 6
- 2000-3 최근 금융시장 불안과 보험회사 자산운용 개선방안/김재현, 2000. 10
- 2000-4 보험회사의 보험사기 적발 및 방지활동과 기대효과 / 안철경, 2000. 11
- 2001-1 부동산권리보험 도입현황과 시사점 / 신문식, 권순일, 2001. 8
- 2001-2 자동차보험 가격경쟁 동향과 향후과제 / 서영길, 기승도, 2001. 8
- 2001-3 일반 손해보험 가격자유화 추진 경과와 향후 과제 / 이희춘, 문성연, 2001. 10
- 2002-1 금융재보험의 도입과 향후과제 / 보험연구소, 2002. 4
- 2002-2 PL법 시행에 따른 PL보험 시장전망과 선진사례 시사점 / 손해보험본부, 2002. 6
- 2002-3 종신보험상품의 예상 리스크 및 시사점 / 생명보험본부, 2002. 6
- 2002-4 주 5일 근무제와 자동차보험 / 자동차보험본부, 2002. 9
- 2002-5 CI(Critical Illness)보험의 개발과 향후 운영방안 / 생명보험본부, 2002. 10
- 2002-6 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부, 2002. 10
- 2003-1 장기손해보험 상품운용전략 / 장기손해보험팀, 2003. 2
- 2003-2 2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀, 2003. 3
- 2003-3 인구의 노령화와 민영보험의 대응 / 오영수, 2003. 6
- 2003-4 국가재해관리시스템 개편에 따른 보험제도 운영방향 / 손해보험본부, 2003. 7
- 2003-5 생명보험산업에서의 경험통계 활용방안 / 생명보험본부, 2003. 7
- 2003-6 OECD의 기업연금 재정안정화 논의와 시사점 / 동향분석팀, 2003. 8
- 2003-7 퇴직연금시장 전망과 보험회사의 대응과제 / 류건식, 남효성, 박홍민, 2003. 12
- 2004-1 자동차보험 예정기초율 연구 및 전략적 시사점 / 자동차보험본부, 2004. 2

- 2004-2 보험회사의 방키슈랑스 제휴 성공전략 / 연구조정실, 2004. 2
- 2004-3 보험부채의 공정가치 평가와 향후과제 / 생명보험본부, 2004. 2
- 2004-4 자동차보험 손해율 악화원인 분석 및 전략적 시사점 / 자동차보험본부, 2004. 2
- 2004-5 생명보험가입자의 사망원인 분석 및 시사점 / 생명보험본부, 2004. 3
- 2004-6 역모지기 (Reverse Mortgage) 시장전망 및 대응방안 / 생명보험본부, 2004. 3
- 2004-7 자동차 보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 / 자동차보험본부, 2004. 4
- 2004-8 EU 지급여력제도 개선추세 및 시사점 / 생명보험본부, 2004. 6
- 2004-9 퇴직연금시대 도래와 보험회사의 진입전략 / 보험연구소, 2004. 7
- 2004-10 자동차보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 / 자동차보험본부 2004. 4
- 2004-11 손보사의 자연재해보험시장의 참여전략 / 손해보험본부, 2004. 9
- 2004-12 국제보험회계기준에 대한 해외보험사 CEO들의 인식과 시사점 / 보험연구소 2004. 10
- 2004-13 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부, 2004. 11
- 2004-14 적재물배상책임보험 도입과 향후과제 / 자동차보험본부, 2004. 12
- 2005-1 생명보험 계약자 속성분석 및 시사점 / 생명보험본부, 2005. 3
- 2005-2 민영건강보험의 리스크관리 방안 / 보험연구소, 2005. 4
- 2005-3 차명모델별 자동차보험료 차등화 도입방안 / 자동차보험본부, 2005. 3
- 2005-4 FY2005 수입보험료 전망 / 보험연구소, 2005. 6
- 2005-5 최근 환경변화에 대응한 합리적인 차량수리비 관리방안 / 자동차기술연구소, 2005. 7
- 2005-6 자연재해 리스크 관리와 CAT 모델 / 손해보험본부, 2005. 7
- 2005-7 교통사고 발생추이 및 감소방안 / 자동차보험본부, 2005. 7
- 2005-8 국가 암조기검진 사업 및 국민건강보험 확대에 따른 암보험 대응방안 / 보험연구소, 2005. 6

정기간행물

<input checked="" type="checkbox"/> 월간	_____
○ 보험통계월보	
<input checked="" type="checkbox"/> 계간	_____
○ 보험동향	
○ 보험개발연구	
<input checked="" type="checkbox"/> 연간	_____
○ 보험통계연감	

# 도서회원 가입안내

## 회원 및 제공자료

구분 내용	법인회원	특별회원	개인회원	연속간행물 구독회원
연회비	300,000원	150,000원	150,000원	간행물별로 다름
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> <li>-연구조사보고서</li> <li>· 연구보고서(10~15회/년)</li> <li>· 조사연구자료(5~10회/년)</li> <li>· 정책연구자료(3~5회/년)</li> <li>· 기타 보고서</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-연구조사보고서</li> <li>· 연구보고서(10~15회/년)</li> <li>· 조사연구자료(5~10회/년)</li> <li>· 정책연구자료(3~5회/년)</li> <li>· 기타 보고서</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-연구조사보고서</li> <li>· 연구보고서(10~15회/년)</li> <li>· 조사연구자료(5~10회/년)</li> <li>· 정책연구자료(3~5회/년)</li> <li>· 기타 보고서</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 보험개발연구 (연간 3~4회 30,000원)</li> <li>· 보험통계월보 (월간 50,000원)</li> <li>· 보험동향 (계간 20,000원)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-연속간행물</li> <li>· 보험개발연구(3~4회)</li> <li>· 보험동향(계간)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-연속간행물</li> <li>· 보험개발연구(3~4회)</li> <li>· 보험동향(계간)</li> </ul>	-	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료</li> <li>-보험통계월보</li> <li>-영문발간자료</li> </ul>			

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

## 가입문의

보험개발원 도서회원 담당  
전화 : 368-4230,4407 팩스 : 368-4099

## 회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (067-25-0014-382) / 한미은행 (110-55016-257)
- 예금주 : 보험개발원
- 지로번호 : 6937009

## 가입절차

보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)의 Knowledge Center에서 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다

## 자료구입처

서울 : 보험개발원 보험자료실, 교보문고, 종로서적, 영풍문고, 을지서적, 서울문고, 세종문고 부산 : 영광서적

## 저자약력

조용운

미국 휴스턴대학교(The University of Houston) 경제학 박사  
현 보험개발원 보험연구소 부연구위원  
(ywcho@kidi.or.kr)

김세환

고려대학교 경제학 석사  
현 보험개발원 보험연구소 선임연구원  
(shkim@kidi.or.kr)

연구보고서 2005-8

### 민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안

---

발행일	2005년 12월	일
발행인	김 창 수	
편집인	오 영 수	
발행처	보험개발원	

서울특별시 영등포구 여의도동 35-4

대표전화 (02) 368-4000

인쇄소 신우씨앤피

---

ISBN 89-5710-030-X-94320

定價 10,000