

정책연구자료 2008-1

민영건강보험 운영체계 개선방안 연구

2008. 3

조용운 · 김세환

보 험 연 구 원

머 리 말

우리나라의 국민건강보험제도는 재정의 불안정성, 보험급여 범위의 제한, 지역·직장 가입자 간 보험료 부담의 불공정성, 소비자의 다양한 요구에 대한 부적절한 대응을 이유로 개혁이 요구되고 있습니다.

지난 2월 출범한 신정부는 위와 같은 문제들을 개선하고자 능동적 복지란 국정지표 아래 지속가능한 의료보장체제 구축이라는 핵심 국정과제를 제시하였으며, 이를 위해 영리의료법인의 설립을 허용하고 민영건강보험을 활성화하기로 하였습니다. 민영건강보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 부분을 보충적으로 보장하고 있어서 국민건강보험의 재정적 부담을 주지 않으면서도 보장성을 강화할 수 있는 대안일 것이라는 생각이 듭니다. 그러나 그 동안 민영건강보험은 지속적인 성장을 해 왔으나 제도의 정비 미흡으로 국민건강보험을 보충하여 의료보장성을 강화하는 데 한계가 있었으며, 소비자들에게는 불편을 초래하고, 권익이 훼손되는 구조적인 문제를 안고 있어서 개선이 필요합니다. 그 개선방향은 기초적이고 필수적인 의료서비스는 국민건강보험을, 그 이상의 선택적 의료서비스는 민영건강보험을 통해 보장하도록 하여 의료보장성을 강화하고 공·사 건강보험의 상호보완적인 발전을 도모하는 한편, 민영건강보험의 구조적인 문제를 소비자 중심 그리고 국가운영의 효율성이 제고되는 방향으로 개선하여 소비자의 권익을 보호하고 국가 경쟁력을 제고시키는 것이라 생각합니다. 이 보고서가 이와 같은 바람을 다소나마 이루어주고 민영건강보험이 활성화될 수 있는 기반을 조성하는 데 기여할 수 있기를 바랍니다. 그리고 본 연구는 연구담당자의 의견이며 보험연구원의 견해가 아님을 밝혀드립니다.

2008년 3월

보 험 연 구 원
원 장 나 동 민

목 차

| | |
|------------------------------------|------------|
| 요 약 | 9 |
| I. 서 론 | 39 |
| 1. 연구 배경 및 목적 | 39 |
| 2. 연구 범위 및 방법 | 40 |
| II. 공·사건강보험의 운영제도 | 42 |
| 1. 의료서비스 공급방법 | 42 |
| 2. 진료비지불보상제도 | 51 |
| 3. 요양기관의 지정방법 | 62 |
| 4. 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태 | 64 |
| III. 우리나라의 공·사건강보험제도 | 71 |
| 1. 국민건강보험 제도 | 71 |
| 2. 민영건강보험 제도 | 87 |
| IV. 민영건강보험 운영체계 개선 방안 | 103 |
| 1. 제3자지불제도의 도입 | 103 |
| 2. 사전심사 근거 마련 | 109 |
| 3. 제3자지불제도와 사전지급심사체계 구축 방안 | 112 |
| V. 결론 및 정책과제 | 119 |
| [부 록] | 125 |
| 1. 미국의 메디케어와 민영건강보험 | 125 |
| 2. 우리나라 국민건강보험 실적 현황 | 138 |

〈표 차례〉

| | |
|---|----|
| <표 II-1> 건강보험 주요 진료비 지불방식 비교 | 52 |
| <표 II-2> 민영보험자와 의료서비스 공급자와의 관계분류 | 65 |
| <표 III-1> 국민건강보험 재정추이 | 72 |
| <표 III-2> 국민건강보험의 급여율 추이 | 77 |
| <표 III-3> 2007년 건강보험 급여율 및 본인부담률 (공급자별) | 78 |
| <표 III-4> 연도별 국민건강보험의 급여율 추이 | 78 |
| <표 III-5> 연도별 요양급여비용 심사실적 | 81 |
| <표 III-6> DRG 요양급여실적(2006년) | 83 |
| <표 III-7> 국민건강보험 요양기관 현황 | 86 |
| <표 III-8> 생명보험의 보장제외 질병 | 89 |
| <표 III-9> 생·손보간 실손형건강보험 상품비교 | 90 |
| <표 III-10> 생명보험 개인 입원의료비 보장내역 | 91 |
| <표 III-11> 생명보험 개인 외래의료비 보장내역 | 91 |
| <표 III-12> 생명보험 개인 처방조제비 보장내역 | 91 |
| <표 III-13> 생명보험 단체 입원의료비 보장내역 | 91 |
| <표 III-14> 생명보험 단체 외래의료비 보장내역 | 92 |
| <표 III-15> 생명보험 단체 처방조제비 보장내역 | 92 |
| <표 III-16> 장기손해보험 상해의료비 보장내역(180일 한도) | 93 |
| <표 III-17> 장기손해보험 질병입원의료비 보장내역(180일 한도) | 93 |
| <표 III-18> 장기손해보험 입원의료비 보장내역(365일 한도) | 93 |
| <표 III-19> 장기손해보험 통원의료비 보장내역(365일 한도) | 93 |
| <표 III-20> 일반손해보험 의료비 보장내역 | 94 |
| <표 III-21> 민영건강보험의 세분류 | 95 |
| <표 III-22> 실손형 일반(단기) 건강보험 실적 추이 | 95 |
| <표 III-23> 손해보험 실손형 장기건강보험 실적 추이 | 97 |
| <표 III-24> 국민건강보험과 민영건강보험의 보장률 | 99 |

| | |
|---|-----|
| <부록 표-1> 파트 A의 보장서비스 및 본인부담금(2008년) | 128 |
| <부록 표-2> 메디케어 파트 B 보험료(2008년) | 130 |
| <부록 표-3> 파트 B의 보장서비스 및 본인부담금(2008년) | 131 |
| <부록 표-4> 국민건강보험의 수입규모 | 139 |
| <부록 표-5> 국민건강보험의 급여현황 추이 | 140 |

〈그림 차례〉

| | |
|---|-----|
| <그림 III-1> 국민건강보험 의료서비스 분류체계 | 73 |
| <그림 III-2> 상환제에 따른 의료서비스 공급절차 | 101 |
| <그림 IV-1> 보험회사 중심의 제3자지불제도와 심사체계 | 113 |
| <그림 IV-2> 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계 | 115 |
| <그림 IV-3> 심평원 경우 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계 | 117 |
| <그림 IV-4> 민영심사기관이 심사와 비례보상 기능을 겸할 경우 제3자지불제도와 심사체계 | 118 |

요약

1. 서론

1. 연구배경 및 목적

- 우리나라의 국민건강보험제도는 재정의 불안정성, 보험급여 범위의 제한, 의료니드의 다양화에 대한 부적절한 대응을 이유로 개혁이 요구되고 있음.
 - 국민건강보험의 재정수지는 흑자와 적자를 반복하고 있으며 보장성은 재정수지에 연동되는 등의 문제점을 안고 있음.
 - 국민들의 건강에 대한 관심의 증대 및 신의료기술에 대한 수요의 증대가 있으나 신의료기술이 금지의료로 남아있는 등 관료적 보건 정책의 운영으로 능동적으로 이에 대처하기에는 한계가 있음.
- 지난 2월 출범한 신정부는 능동적 복지란 국정지표 아래 지속가능한 의료보장체제 구축이라는 핵심 국정과제를 제시하였으며, 이를 위해 영리 의료법인 설립을 허용하고 민간의료보험의 활성화를 검토함.
 - 국민건강보험과 민영건강보험의 상호보완적인 발전을 도모하는 방향의 보건의료정책의 수립이 예상됨.
- 그러나 민영건강보험은 피보험자가 의료기관에서 의료서비스를 받은 후 진료비를 마련하여 의료기관에 지급한 후 이 비용을 다시 보험회사에서 보상받는 상환제로 의료서비스를 공급하는 등 운영제도상의 미비로 국민건강보험을 보충하여 의료보장성을 강화하는 데 한계가 있음.

- 실손형 건강보험은 지급사유가 소액으로 빈번히 발생함에도 상환제이므로 피보험자가 불편과 비용지출을 감수해야하고 소액보험금은 청구를 포기하는 경우가 발생함.
- 의료시장은 공급자와 수요자 사이의 정보의 비대칭성이 있어서 의료서비스의 가격과 공급량, 품질 등을 평가하여야 하나 의료공급자가 청구하는 진료비를 심사과정 없이 무조건 지불해야 하는 문제를 야기함.
- 각 보험회사가 가입자를 관리하고 있어서 중복가입의 조회, 실제로 발생한 진료비를 초과하는 보상의 방지, 보험사기의 적발이 어렵고, 중복가입자에 대한 중복심사에 따른 과다 비용지출의 문제가 발생하고 있음.
- 본 연구는 각 보험회사가 가입자를 관리하기 때문에 발생하는 문제점을 고려하면서 상환제의 문제점을 개선할 수 있는 제3자지불제를 도입하고 사전지급심사·평가가 가능한 체계를 구축하여 소비자 권익보호 및 보험회사의 운영상 효율성을 증대시켜 민영건강보험의 저변확대와 국가자원의 효율적 이용에 기여하는 것을 목적으로 함.

2. 연구 범위 및 방법

- 본 연구는 민영건강보험 중 실손형 의료비보장보험의 운영체계 개선에 관한 연구에 초점을 두고 있음.
- 본 보고서에서는 의료서비스의 공급방식, 진료비지불보상제도, 요양기관 지정제도, 의료기관과 보험자간의 의료네트워크 구성형태 등에 관한 국내외 문헌을 조사 정리하고 관련 통계자료를 활용하였음.
- 해외보험전문가를 통해 자문을 구했으며, 보험회사 실무자를 대상으로 연구포럼을 개최하여 현장의 의견을 반영한 개선방안을 제시하였음.

II. 공·사건강보험의 운영제도

1. 의료서비스 공급방법

- 의료서비스의 공급방법은 직접공급과 간접공급으로 분류되며 공급방법에 따라 의료비의 크기나 서비스의 질, 의료서비스에 대한 접근성이 달라짐.
 - 직접공급방법은 공·사보험자나 정부가 의료비재정을 마련하여 이 재정으로 의료서비스를 제공할 수 있는 시설과 인력을 갖추고 직접 공급하는 방법으로 주로 의료이용을 억제하여 의료비를 절감하고자 하므로 의료서비스의 양과 질에서 국민들의 불만을 야기하고 의료공급자에게는 진료의 자율권이 침해되는 문제를 야기함.
 - 간접공급방법은 공·사보험자는 의료의 재정만을 마련하고 의료서비스는 의료기관과 계약을 맺어 간접적으로 공급하는 방법으로 다시 의료기관에 대한 진료비를 이용자가 직접 지불하고 뒤에 상환받는 상환제(reimbursement)와 의료이용자는 보험료만 선불로 내고 진료비는 보험자가 의료기관에 지불하는 제3자지불제(third-party payment)로 분류함.
 - 우리나라 민영건강보험은 상환제이므로 상환 청구 절차에 따른 불편을 감수해야 하는 상황
- 미국의 제3자지불제도 활성화 사례
 - 20세기 초반까지 개인민영건강보험은 상환제를 택하고 있었음.
 - 2차 세계대전 이후 연방정부는 제3자지불제도로 운영되는 고용주지원 건강보험(Employer Sponsored Health Plan)에 대해서만 개인소득세 세제 혜택을 부여하여 제3자지불제도가 활성화됨.
 - 1965년과 1966년에 미국 의회가 메디케어(Medicare), 메디케이드를 제3자지불방식으로 도입함에 따라 제3자지불방식이 보편화됨.

- 이후 의료공급자의 수와 민영건강보험회사의 수가 늘어남에 따라 환자 및 피보험자 유치를 위한 경쟁이 치열해지자 의료공급자들과 민영보험회사들은 환자의 편의성 증대와 관리의료를 통한 보험료 인상 억제를 위해 개인건강보험영역에서도 제3자지불제를 도입

□ 네덜란드의 제3자지불제도 사례

- 공·사건강보험이 공존했으나 경쟁촉진과 진료비절감, 소비자선택권 확대를 위한 개혁을 단행하여 2006년 1월부터 SBHI(Standard or Basic Health Insurance)로 알려진 민영건강보험(영리 혹은 비영리법인 50개사)만이 운영되고 있고 상환제와 제3자지불제를 병행
- 의료공급자의 경쟁을 촉진하고자 상환제와 제3자지불제를 병행
 - 보험자는 의료공급자와의 계약 하에 현물급여(in kind)상품을 제공할 수 있고, 미계약 의료공급자를 이용하는 경우를 위한 상환급여상품도 제공할 수 있으며, 결합상품을 제공할 수 있어서 피보험자는 선호에 따라 의료공급자를 선택할 수 있게 하여 의료공급자의 경쟁을 유발
 - 피보험자가 미계약 의료공급자를 선택할 경우는 보다 많은 본인부담금을 지불해야 함.
 - 피보험자가 미계약의료공급자를 이용하는 경우는 상환제, 계약의료공급자를 이용한 경우는 제3자지불제로 진료비를 지급

□ 프랑스의 제3자지불제도 활성화 사례

- 원칙적으로 1차 진료는 상환제에 의해 운영되었음.
 - 환자는 의료기관에서 진료를 받을 때 또 약제 지급을 받을 때에도 의료비나 약제비 전액을 지불하고 그와 동시에 진료표(feuille de soins)를 1차 진료기관에 제출하여 금액을 기입 받음.
 - 환자는 이 진료표를 가장 가까운 질병보험금고나 민영보험회사에 제출하여 각 진료내용의 상환율에 따른 의료비를 환불 받음.

- 한편, 상환제의 불편을 줄이기 위하여 1998년 4월 환자가 가입한 공·사건건강보험의 정보가 담겨 있는 마이크로칩을 내장한 전자진료카드제도(Carte Vitale)를 실시
 - 카드관독기가 설치된 의료기관에서 진료를 받은 환자는 질병금고나 보험회사에 따로 진료표를 제시하지 않더라도 자신의 통장으로 1주일 정도 이내에 후불보상을 받을 수 있게 됨.
- 그러나 입원진료에 대해서는 거의가 제3자지불체계가 구축되어 있으며, 1차 진료에 대해서도 제3자지불제도가 서서히 진행되고 있음.

2. 진료비지불보상제도

- 진료비의 지불보상방법에 따라 진료의 행태가 달라지고 의료비총액도 달라질 수 있으므로 진료비지불보상제도는 중요한 역할을 담당
 - 진료비 지불제도는 의료서비스 공급방법을 불문하고 크게 사전보상제도와 사후보상제도로 나뉘는데, 사전보상제는 인두제, 건당진료비제(포괄수가제), 일당진료비제(총액예산제), 봉급제 등으로 구분되며 사후보상제로는 행위별수가제(fee-for-service; FFS)가 있음.
- 국민건강보험은 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별수가제의 점수제로 운영함.
- 민영건강보험은 행위별수가제로 운영되고 있으나 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표도 없는 상태

3. 요양기관의 지정방법

- 요양기관의 지정은 간접공급의 체계에서 있는 것으로 참여유형은 의료공급자 측에 선택권이 있는지 여부에 따라 계약제와 지정제로 구분하고 지정제는 당연지정제 및 지정신청제로 구분할 수 있음.
 - 계약제는 국가 또는 보험자가 의료공급자를 계약의 당사자로 보는 것으로 사회보험제도의 국가들이나 민영건강보험 네트워크에서 채택
 - 지정신청제는 넓은 의미에서 계약제에 해당하고 일본 등 사회보험제도를 채택하고 있는 일부 국가에서 의료공급자의 신청이 있을 때 정부 또는 보험자가 지정을 행하는 방식
 - 강제 또는 당연지정제도는 의료공급자 측의 의사와 상관없이 지정권자의 선택으로 당연히 건강보험 요양취급기관이 되는 제도로 의료공급을 담당하는 의료기관에 대해서 참여를 의무화 한 것

- 우리나라 민영건강보험은 의료공급자와 네트워크가 형성되어 있지 않으나 형성된다면 사적 자치의 원리에 따라 계약제가 바람직

4. 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태

- 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태는 보험자와 의료공급자 간의 계약 관계에 따라 전통형(indemnity private health insurance), 계약형(contractual), 통합형 건강보험(integrated)으로 구분
 - 전통형 보험은 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대한 계약관계에 있지 않고 피보험자와 계약 관계에 있는 경우의 보험으로 의료서비스공급은 상환제로 운영
 - 계약형 보험은 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 계약을 하고 피보험자에게 제공된 의료서비스에 대해 보험자가 의료공급자에게 직접보상(제3자지불제) 하는 체계의 보험

- 호주, 아일랜드, 오스트리아, 포르투갈, 영국, 프랑스 등 해외의 계약형보험에서 보험자가 의료공급자에게 행위별로 의료비를 지급하게 되는 경우는 진료수가가 협상의 중심임.

○ 통합형 보험은 보험자가 제휴병원·의료공급자 네트워크를 만들거나 소유하여, 가입자에게 모든 범주의 보건의료서비스를 직접 공급하는 시스템으로 재원조달과 의료공급을 하나의 체계로 결합한 것

□ 우리나라 국민건강보험은 계약형이며 민영건강보험은 전통형임.

○ 전통형에서 보험자는 피보험자에 대한 보장성을 제한하는 방식으로 보험 상품을 운용할 수 밖에 없어서 우리나라도 정률제(coinsurance), 공제제(deductible), 1사고당 혹은 연간 한도설정의 방식을 혼용

III. 우리나라의 공·사건강보험제도

1. 국민건강보험 제도

가. 재정수지 현황

□ 우리나라 국민건강보험의 재정수지는 적자와 흑자를 반복하고 있음.

○ 1997년부터 적자를 보이기 시작하여 의약분업과 수가인상의 효과가 나타나기 시작한 2001년에는 적자규모가 2조 1,775억원에 달함.

○ 2002년 이후에는 보험료 수입의 대폭 증가와 급여비 지출의 둔화로 적자폭이 감소하여 2003년에는 1조 4,943억원의 흑자를 기록함.

○ 그러나 2005년 이후 보장성강화정책의 시행으로 흑자폭이 감소하여 2007년에는 다시 2,847억원의 적자를 기록함.

<표 1> 국민건강보험 재정추이

(단위 : 억 원)

| 구 분 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 수 입 | 119,283 | 143,053 | 174,667 | 194,084 | 210,911 | 232,631 | 252,697 |
| 지 출 | 141,058 | 147,985 | 159,724 | 173,305 | 201,461 | 229,443 | 255,544 |
| 당기차액 | -21,775 | -4,931 | 14,943 | 20,779 | 9,450 | 3,188 | -2,847 |

주 : 2007년은 잠정치
 자료 : 건강보험통계연보, 각 연호

- 적자와 흑자에 대응하여 보장성의 강화와 약화가 반복되고 있음.
 - MRI 보험급여(2005년 1월), 암, 심장질환, 뇌혈관질환의 중증질환자에 대한 보장성 강화(2005년 9월, 입원진료비의 10% 본인부담), 입원환자 식대 건강보험 적용(2006년 6월, 본인부담률은 20%), 6세 미만 아동의 입원법정본인부담금 폐지(2006년 1월) 등
 - 2008년 1월부터 입원식대에 대해 다시 50%의 본인부담금을 부과하고, 6세 미만 아동의 입원에 대해 10%의 본인부담금을 부과함.

- 적자와 흑자를 반복하고 있는 것은 보장성 강화정책이 적절한 대응책을 가지고 실시되었다고 평가하기는 곤란하다는 것을 보여줌.
 - 재정불안정성의 원인이 소비자들의 도덕적해이라고 판단하고 보장성을 조정하고 있으나 이론적, 실증적 검증은 이루어진 바가 없음.

나. 보장성 현황

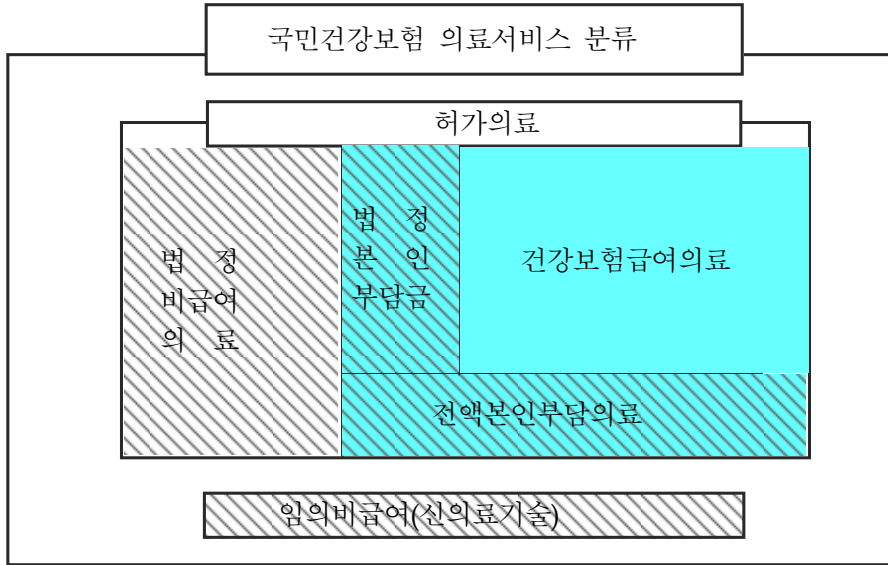
1) 본인부담금제도 현황

- 국민건강보험의 보장성은 민영건강보험의 보장성과 연계되어 있음.
 - 실손형 민영건강보험은 그림에서 빗금친 부분을 보장하며 국민건강보험이 급여를 확대하면 민영건강보험의 보장 영역은 그만큼 축소됨.

- 국민건강보험의 의료서비스는 안전성과 유효성이 확보되었는지의 여부에 따라 크게 허가의료와 임의비급여로 구분하고 다시 허가의료에는 건강보험 급여원리에 부합되는 의료인 보험적용의료가 있고 부합되지 않는 의료인 법정비급여의료가 있음.
 - 보험적용의료는 다시 ①요양급여대상의료, ②일부분인부담의료(법정본인부담의료)와 ③전액본인부담의료로 분류함.
 - 비급여본인부담의료는 보험적용의료의 전액본인부담의료, 법정비급여의료, 임의비급여를 포함함.
 - 민영건강보험은 법정본인부담의료와 비급여본인부담의료를 보장

- 보험적용의료
 - 요양급여대상은 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송이며 규정에 의한 비급여대상을 제외한 일체의 사항임.
 - 보험급여의 범위가 포괄적으로 정의되고 행위당수가제로 진료비를 보상하고 있기 때문에 각 요소에 비급여부분이 포함될 수밖에 없는 구조적 문제를 내포함.

<그림 1> 국민건강보험 의료서비스 분류체계



- 일부본인부담(법정본인부담)은 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 본인부담함.
- 일부본인부담의료는 소비자의 도덕적 해이에 의한 후생손실(Arrow, 1963; Pauly, 1968)을 억제하기 위함이지만 중증질환에 대해서는 이 이론이 적합하지 않고 의료공급자의 유인수요(Evans, 1974)를 고려하면 그 효과가 희석될 수 있음. 또한 도덕적 해이로 인한 소득효과(후생증대효과)를 고려하면 후생손실은 줄어들 것임(Nyman, 1999).
- 전액본인부담의료는 급여가 제한되거나 정지되는 경우와 보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등이 해당

□ 법정비급여의료

- 법이나 고시로 규정되는 법정비급여의료는 전액본인부담이며 선택진료료(24.5%), 병실차액(15.4%), 식대(0.4%), 주사료(9.3%), 처치 및 수술료(4.8%), 검사료(8.9%), 치료재료대(8.1%), MRI(6.6%), 초음파(11.2%), 기타(10.8%)가 있으며 대상은 다음기준에 의함.
 - ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 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 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용·행위·약제 및 치료재료
 - 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술(체외수정, 인공수정), 친자확인진단, 치과보철, 선택진료 등
 - ⑤ 한시적 비급여 대상으로 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우나 대체가능하고 비용효과적 측면에서 상대적으로 고가(高價)인 경우
 - 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
 - ⑦ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료에 대한 비급여대상 규정
 - ⑧ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
 - 예를 들어, 한방 물리요법, 한방생약제제
- 이러한 고급의료서비스를 필수의료서비스를 제공하는데 집중해야 할 사회보험에서 제공하는 것은 취지에 부합하지 않으므로 이러한 부분은 소비자의 선택에 맡기는 것이 타당할 것임.

□ 임의비급여

- 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 경우, 신의료기술, 진료상의 경제성이 불분명한 검사처치수술, 기타의 치료 또는 치료재료가 해당(이하 신의료기술)
- 기타 보건복지부에서 분류한 임의비급여는 요양급여기준을 초과한 경우, 별도의 진료수가 산정이 불가능한 경우, 식약청 허가사항을 초과하여 사용한 경우(주로 의약품에 해당), 심사삭감에 따른 부분 등이 해당
- 민영건강보험에서는 임의비급여를 실제지불본인부담액의 범위에 포함시켜서 보장할 것인지가 문제될 소지가 있음.
 - 포함시킬 경우 의료공급자에 의한 급여부분의 임의비급여부분으로의 전환으로 민영건강보험의 지급보험금이 과도하게 상승할 소지가 있고 임의비급여부분에 대한 심사가 어려워 정교한 지급심사 체계를 갖추어야하는 문제 대두
 - 포함시키지 않을 경우 임의비급여부분에 대한 보장성 약화
- 신의료기술은 의료산업의 발전과 후생증대에 기여하는 바가 있으므로 금지영역으로 남겨두는 것은 불합리함.
 - 판단근거를 충분히 확보하여 신속한 법정비급여화 등의 조치가 필요하고 대체가능한 경우도 많으므로 급여화는 신중을 기해야함.
 - 법정비급여화는 민영건강보험이 임의비급여부분을 보장할 경우 청구서식의 표준화와 지급심사의 어려움이 경감되는 효과가 있음.

2) 보장률 현황

- 보건복지부·국민건강보험공단에 따르면 2006년도 보장률은 64.3%로 2005년 9월부터의 집중적인 보장성 강화 정책으로 2004년 대비 3%p의 보장성 강화가 이루어짐.

<표 2> 국민건강보험의 급여율 추이

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|----|-------|-------|-------|
| 입원 | 54.9% | 57.5% | 64.1% |
| 외래 | 56.9% | 58.4% | 59.8% |
| 전체 | 61.3% | 61.8% | 64.3% |

자료 : 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황 조사, 보건복지부·국민건강보험공단, 2006.

- 2004년 실태조사 이후 처음으로 입원이 외래보다 보장률이 더 높아져 중증환자 중심으로 보장구조가 변하고 있음을 보여줌.
- 정현선(2008)은 병·의원, 약국을 대상으로 할 경우 2007년에 63.6%, 한방병·의원, 치과병의원, 조산소, 보건소를 포함할 경우는 55.8%로 추정
- 연도별로는 지속적으로 급여율이 상승하여 2000년에 45.6% 수준이었던
다가, 약제의 보험급여화가 단행된 2000년 7월의 의약분업을 계기로
2001년 53.7%로 대폭 상승했고 특히, 보장성 강화정책이 본격화된 2005
년 이후의 증가가 두드러져 2007년에는 55.8%를 기록

<표 3> 2007년 건강보험 급여율 및 본인부담률 (공급자별)

(단위; 조 원, %)

| | 전체요양기관 ¹⁾ | 일반의료기관 ²⁾ | 일반요양기관 ³⁾ |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 계 | 43.5(100.0) | 24.6(100.0) | 35.2(100.0) |
| 국민건강보험급여(율) | 24.3(55.8) | 16.0(65.0) | 22.4(63.6) |
| 본인부담(률) | 19.2(44.2) | 8.6(35.0) | 12.8(36.4) |
| - 법정 | 8.0(18.3) | 4.8(19.7) | 7.3(20.7) |
| - 비급여 | 11.2(25.8) | 3.7(15.3) | 5.5(15.7) |

주 : 1) 병의원, 한방병의원, 치과병의원, 조산소, 보건소, 약국, 2) 병의원
3) 병의원 및 약국
자료 : 정현선, 2008.

<표 4> 연도별 국민건강보험의 급여율 추이

(단위 : 조 원, %)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 건강보험 급여 | 4.0 | 5.0 | 5.8 | 6.6 | 7.9 | 8.9 | 13.0 | 13.5 | 14.8 | 16.2 | 18.1 | 21.0 | 24.3 |
| 법정본인 부담 | 2.2 | 2.7 | 3.0 | 3.4 | 3.9 | 4.1 | 4.9 | 5.4 | 6.0 | 6.3 | 6.8 | 7.4 | 8.0 |
| 비급여본 인부담 | 5.9 | 6.4 | 6.3 | 5.1 | 5.8 | 6.5 | 6.3 | 7.0 | 7.2 | 7.8 | 9.0 | 10.0 | 11.2 |
| 본인부담 계 | 8.1 | 9.1 | 9.3 | 8.5 | 9.7 | 10.6 | 11.2 | 12.4 | 13.2 | 14.1 | 15.8 | 17.4 | 19.2 |
| 급여율(%) | 33.1 | 35.5 | 38.4 | 43.7 | 44.9 | 45.6 | 53.7 | 52.1 | 52.9 | 53.5 | 53.4 | 54.7 | 55.8 |

자료 : 정형선, 2008.

- 국민건강보험은 2008년에 70%까지 보장률을 올릴 것을 목표로 추진하고 있으나 2007년 재정적자를 기록했고 보장성 축소정책이 추진되고 있으므로 현실성이 없음.
- 국민들의 건강에 대한 관심의 증대 및 의료공급자들이 상대적으로 수가가 낮은 급여부분을 수가가 높은 비급여부분으로의 전환 등을 고려하면서 보장성확대에 따른 정확한 재정지출 규모를 추정하여야할 것임.

다. 의료서비스의 공급방법

1) 제3자지불제

- 우리나라의 피보험자는 필요시에 의료서비스를 이용하고 의료공급자가 제3자인 보험자에게 진료비를 청구하며, 보험자는 청구된 진료비를 심사하여 의료공급자에게 직접 지불하는 제3자지불제를 채택

- 진료비의 지급 및 심사에 데이터 통신망을 이용한 전자 문서교환방식 (Electronic Data Interchange, EDI)을 이용
 - 전산으로 수가·약가 등의 자동점검 및 계산이 가능하고, 화면에 의한 심사가 가능
 - 요양급여심사는 청구를 받은 날부터 40일 이내에 완료하여야 하나 EDI에 의한 경우에는 15일 이내에 심사를 완료하도록 규정하고 있어 EDI의 사용이 활성화되고 있음('04. 4월 현재 84.4% 기관).

2) 요양급여비용의 심사

- 제3자지불제를 채택하여 피보험자에게는 상환제에 비하여 편리하나, 의료기관의 과잉공급과 부당청구의 가능성이 있어 지급심사가 필요
- 요양급여비용 심사는 행위별로 산정한 요양기관의 청구내용이 요양급여기준 등에 적합한지를 심사하여 청구오류나 위반사항을 조정함으로써 요양급여비용 청구질서를 확립하고 적정진료를 유도함이 목적
 - 심사결과 급여기준초과, 기준적용착오, 산정착오 등이 발생할 경우 해당 청구진료비를 조정함.

3) 심사기준

- 요양기관에서 청구한 요양급여비용 심사시 내용적인 적합성 및 비용적인 적합성 여부를 확인함에 있어 적합성 여부에 대한 판단기준이 되는 실제적인 내용을 말함.
 - 현재 민영건강보험은 심사의 기준이 마련되어 있지 않음.

<표 5> 연도별 요양급여비용 심사실적

(단위 : 천 건, 백만 원, %)

| 연도 | 심사결정 건 수 | 심사결정 총진료비 | 조정 건수 | 조정 금액 | 조정 건율 | 조정 액율 |
|-------|-------------|--------------|----------|----------|----------|----------|
| 2005년 | 799,644 | 24,796,776 | 30,208 | 192,305 | 3.78 | 0.77 |
| 2006년 | 842,503 | 28,557,969 | 27,875 | 170,565 | 3.31 | 0.59 |

자료 : 건강보험심사평가원, 내부자료, 2007.

- 법령상의 심사기준으로 국민건강보험법(이하'법'이라 함) 제 39조의 규정에 의한 요양급여의 기준, 동 법 제 42조의 규정에 의하여 정하여진 요양급여 비용의 내역 및 사실관계가 있음.
- 법규 명령인 심사기준은 요양기관이나 심사평가원이 당연히 준수하여야 하는 것으로 이를 위반하여 요양급여를 행하거나 비용을 청구한 경우 심사조정은 언제나 적법한 심사처분이 됨.
- 기타 심사기준으로 법규명령으로 볼 수 없으나 실질적 심사기준으로 작용하는 보건복지부 행정해석, 심사평가원 심사지침이 있음.

라. 진료비 지불보상제도

- 요양급여비용은 진료행위에 대한 기술료(조제료, 재료대 포함)와 진료행위에 소요되는 약제비와 치료재료비로 구성되어 있음.
- 기술료의 경우 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별수가제(fee-for-service: FFS)의 점수제로 운영
- 의료기술의 변화와 같은 여건변화에 따라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때만 점수표를 조정

- 수가를 협상 및 계약할 경우에 점수를 협상할 필요는 없고 보험재정, 의료기관의 경영수지를 감안하여 환산지수(점당 가격)만 협상함.
- 약제비나 치료재료비는 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액 범위 내에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 함.
- 행위별수가제 아래에서 법정비급여부분과 임의비급여부분의 수가를 결정하는 것은 공·사건강보험의 중요한 정책과제가 될 것임.
 - 행위당수가제로 진료비를 보상하고 있기 때문에 많은 진료항목들은 비급여부분을 포함할 수밖에 없는 구조적인 문제를 내포
 - 특히, 임의비급여의 수가를 결정할 때 각 서비스의 상대적 점수와 필요성, 보장성 개선효과 등을 논의하여 합의를 이끄는 것이 어려움.

마. 요양기관 지정제도

- 의료법에 의하여 개설된 의료기관과 약사법에 의하여 등록된 약국은 당연히 국민건강보험법상의 요양급여를 담당하는 요양기관이 되도록 규정하여 요양기관 당연지정제를 실시(국민건강보험법 제40조)
- 민간의료가 대부분인 우리나라에서는 국가가 전 국민에 대한 요양급여를 불편 또는 차질 없이 제공할 수 있을 정도의 요양기관을 소유하고 관리하는 것이 불가능하기 때문에 요양기관의 확보가 필요했음.
- 당연지정제로 인해 모든 의료기관이 국민건강보험제도의 틀 안에서만 의료활동을 할 수 밖에 없고, 모든 국민은 국내에서는 국민건강보험 제도 안에서만 의료서비스를 받을 수밖에 없는 결과를 야기
- 현재 정부는 계약제로의 전환을 장기적인 과제로 검토하고 있음.

2. 민영건강보험 제도

가. 연혁

- 손해보험에서는 실손형 건강보험을 중심으로 발전해 왔음.
 - 다양한 형태의 상해보험(단기)들이 1984년 보통상해보험으로 통합되어 의료비의 경우 실손보상으로 운용되고 있음.
 - 장기손해보험에서는 상해보험(장기)만을 취급해 오다가 1997년 제3보험의 겸영이 허용된 이후 질병 및 장기간병보험도 취급할 수 있게 되어 보충형보험 상품개발이 활발하게 이루어지고 있음.

- 생명보험에서는 정액형 보험을 중심으로 발전해 오다가 최근에 도덕적 해이의 가능성이 큰 특정질병 몇 가지를 제외하고 모든 질병을 포괄적으로 보장하는 실손형도 보장할 수 있게 됨.
 - 1980년 등장한 암보험, 2002년에 등장한 치명적질병보험 등처럼 특정질병 몇 가지에 대해서만 보장하고, 약정된 금액을 지급하는 정액보장형 보험의 형태만 있었으나,
 - 2003년 9월부터 의료비실손보장보험이 단체보험에 허용되었고, 2005년 8월부터는 개인보험에도 허용됨.

나. 보장내용

- 우리나라 실손형 민영건강보험은 국민건강보험적용의료비 중 일부본인부담금(법정본인부담금)과 전액본인부담의료비, 그리고 비적용의료비인 법정비급여의료비와 임의비급여의료비 모두를 보충하여 보장

- 실손형 민영건강보험의 경우는 몇몇 질병을 제외한 모든 질병을 보장하는 포괄주의(negative) 방식으로 상품이 설계되어 있음.

다. 상품 및 실적현황

- 2008년 판매예정인 생명보험의 개인 실손형 건강보험과 손해보험은 보장금액이나 공제방법, 보장항목 등이 회사별로 상이
 - 생명보험은 개인과 단체를 구분하고 일부본인부담 방식은 정률제(coinsurance), 공제제(deductible), 한도설정(limit)의 방식을 혼용
 - 장기손해보험은 개인과 단체를 구분하지 아니하고 유사한 형태의 상품도 회사 그룹별로 약관이 상이
 - 2007년 10월 현재 상해담보 48종, 질병담보 4종 판매 중
 - 일부본인부담 방식은 정률제, 공제제, 한도설정의 방식을 혼용
 - 일반손해보험은 개인과 단체를 구분하고 있으나, 담보범위 등의 차이는 없고 단체보험은 개인보험의 할인율을 적용
 - 상해담보 55종, 질병담보 6종, 상해 및 질병 담보 20종 판매
 - 일부본인부담 방식은 공제제, 한도설정의 방식을 혼용
- 민영건강보험상품은 대부분 실손보장부분과 정액보장부분이 결합된 형태이지만 실손보장부분만을 분리해 규모를 추정한 결과
 - 일반(단기)손해보험의 경우 실손형 건강보험은 발생빈도가 높고 사고건당 지급보험금이 소액이라는 전형적인 특징을 보이고 있음.
 - 규모가 작은 단기 상해의료비보험임에도 불구하고 사고건수가 FY2006에 3만 2천 건에 이룸.
 - 사고건당지급액은 FY2006에 33만 5천원으로 FY2002 이후 감소 추세
 - 위험보험료 기준 손해율은 FY2006에 136.9%로 등락을 반복
 - 장기손해보험의 경우도 사고발생빈도가 높고 사고건당 지급보험금이

소액이라는 전형적인 특징을 보이고 있음.

- 장기상해의료비보험의 사고건수를 보면 FY2006에 110만 건을 상회
- 입원지급건수만을 합하더라도 166만 건에 이름.
- 상해의료비보장보험의 경우 사고건당 지급액은 FY2006 36만원 수준으로 FY2001 이후 감소 추세
- 위험보험료 기준 손해율은 FY2006에 110%로 낮아지고 있는 추세

- 피보험자에게 지급된 보험금 규모는 생명보험과 손해보험을 합하여 2006년 현재 7천 447억원으로 전년 대비 14.2% 증가(<표 6> 참조)
 - 손해보험의 경우, 2006년에 7천 309억원을 피보험자에게 지급
 - 생명보험의 실손형은 현재 단체보험에 한 해서 판매되고 있으며 지급 보험금 규모는 2006에 138억원을 기록하여 전년 대비 감소
- 민영건강보험이 국민건강보험 의료비 분류체계상의 의료비에서 차지하는 비중은 2004년 1.75%에서 2006년 2.09%로 증가
 - 2006년에 본인부담금의 5.85%를 지급했으며 그 비중은 증가 추세

라. 의료서비스의 공급방법

- 피보험자는 본인부담의료비를 의료서비스 공급자에게 지불한 후 진료내역과 영수증을 첨부하여 민영보험회사에게 보험금을 상환청구
- 피보험자와 보험회사에게 비효율적인 구조
 - 실손형은 지급사유가 소액으로 빈번히 발생함에도 피보험자가 불편과 비용지출을 감수하고 소액보험금은 청구를 포기하는 경우가 발생
 - 의료공급자에 대한 사전심사·평가가 가능하지 않은 구조

<표 6> 국민건강보험과 민영건강보험의 보장률

(단위 : 억 원)

| 구 분 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| 개인의료비(A) | 282,716 | 325,989 | 356,832 |
| 국민건강보험지출 | 173,305(61.3%) | 201,461(61.8%) | 229,443(64.3%) |
| 법정본인부담금 | 65,307(23.1%) | 73,347(22.5%) | 79,930(22.4%) |
| 비급여본인부담금 | 44,103(15.6%) | 51,180(15.7%) | 47,458(13.3%) |
| 본인부담금 계(B) | 109,411(38.7%) | 124,528(38.2%) | 127,389(35.9%) |
| 민영건강보험 지급보험금(C) | 4,957 | 6,387 | 7,447 |
| C/A | 1.75% | 1.96% | 2.09% |
| C/B | 4.53% | 5.13% | 5.85% |

주 : 1) 괄호는 가계의료비 대비 비중임.

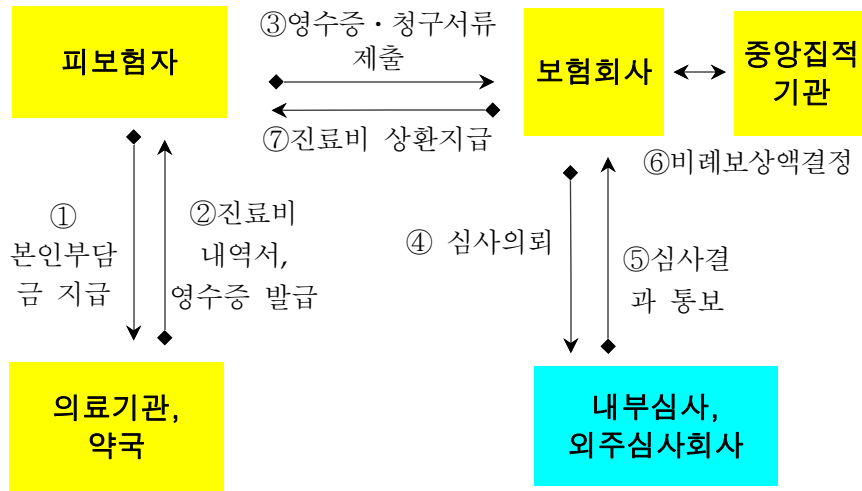
2) 민영건강보험지급보험금은 손해보험 실손부분과 생명보험 단체부분도 포함하며 보험개발원 기초통계 집적실적으로 작성했기 때문에 집적되지 않은 부분이 있어서 과소추계 가능성 있음.

자료 : 1) 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황 조사, 보건복지부·국민건강보험공단, 2006.

2) 보험개발원, 내부자료.

- 각 보험회사가 가입자를 관리하기 때문에 운영의 비효율성이 발생하는 구조이므로 한 기관이 중앙에서 관리할 필요가 있는 상황
 - 중복가입자의 경우 비례보상이 어렵고 각 보험사가 각각 심사하기 때문에 중복심사에 따른 비용지출이 과다한 구조
 - 중복가입자가 없더라도 가입자정보가 각 보험사에 분산되어 있기 때문에 중복가입의 사전확인이 어려운 구조
 - 현재는 보험사고 발생 후 보험금 지급단계에서 중복가입여부 확인
 - 청구자료가 각 보험회사에 분산되어 있기 때문에 보험사기 적발이 용이하지 않은 구조

<그림 2> 상환제에 따른 의료서비스 공급절차



마. 진료비지불보상제도

- 우리나라 민영건강보험은 행위별수가제로 운영되고 있음.
- 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표도 없는 상태

바. 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태

- 우리나라 민영건강보험은 전통형(indemnity) 건강보험
 - 전통형에서 보험자는 피보험자에 대한 보장성을 제한하는 방식으로 보험상품을 운용할 수밖에 없음.
 - 우리나라에서도 정률제, 공제제, 1사고당 혹은 연간 한도설정의 방식을 혼용하여 비용노출위험을 축소하는 수단으로 이용

IV. 민영건강보험 운영체계 개선 방안

1. 제3자지불제도의 도입

- 상환제로부터 피보험자에게 발생하는 문제점 해소를 위해 제3자지불제도 도입 필요
 - 피보험자의 불편, 시간소모와 비용지출을 경감시키며, 소액보험금은 청구포기 하는 경우의 발생을 방지하기 위해 필요
 - 상환제에서는 피보험자의 보장여부심사만이 가능하고 의료공급자심사의 기회가 사실상 없는 상황의 해결을 위해서 필요
 - 자동차보험은 진료수가가 정해져 있고 의료기관이 보험회사에게 직접 서류청구하고 보험회사가 심사하며, 국민건강보험에서도 의료기관이 보험자에게 진료비를 EDI를 이용하여 직접 청구
 - 해외에서도 제3자지불방식이 널리 보급되어 있고 확산되어가는 추세
- 의료공급자가 환자(피보험자)로부터 동의 획득 시 현행법 내 의료공급자는 보험회사에게 직접 청구 가능
- 청구방식에는 EDI 방식과 서면청구 방식이 있으나 지급보험금은 소액다건이어서 사고처리비용이 과다하게 소요되므로 EDI 방식이 바람직
- 상품표준화 및 비급여의료 부분의 청구서식의 코딩 및 표준화를 하면 의료기관이 민영건강보험 피보험자의 본인부담금 산출이 쉽고 EDI시스템을 이용할 경우 전산 구현이 용이하며 의료기관의 행정비용이 절감됨.
 - 임의비급여의료는 동일 진료도 의료기관마다 다른 진단명으로 기록하고 있는 상황이므로 법정비급여의료화 필요

- 상품이나 각종 서식이 표준화되지 않을 경우 다른 기관에서 받은 비 표준화 서식이나 자료를 표준화된 처리방식이나 자료로 전환 처리하거나 전환을 지원하는 역할을 하는 보건의료정산소 필요

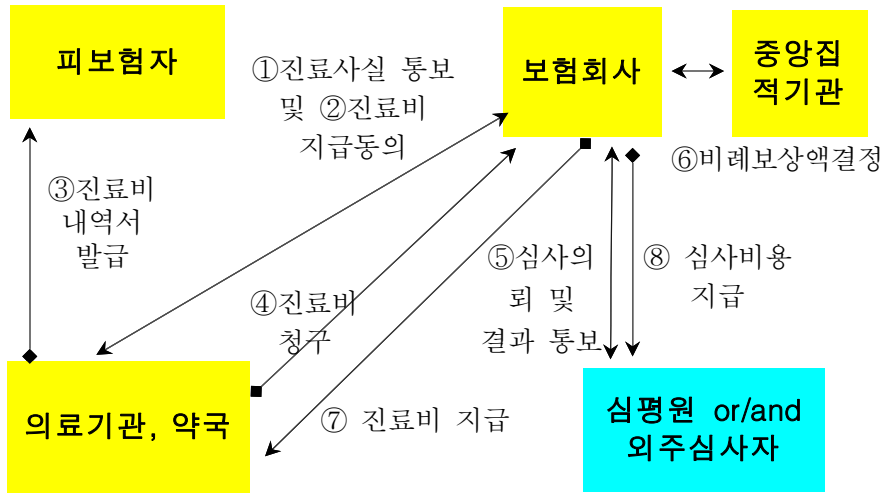
2. 사전심사 근거 마련

- 제3자지불제에서는 진료비를 심사하고 진료의 적정성을 평가할 수 있는 기회가 있으므로 그 기준을 마련해야 함.
- 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서 진료수가표가 마련되어 있지 않고 통제수단도 가지고 있지 않아 심사·평가를 위한 제도적 장치 필요
 - 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대한 진료수가표가 마련되어야 하고 심사를 위한 법적 근거와 심사결과를 진료비 지급시 당연 적용토록 명시할 필요
 - 보험회사가 심사를 국민건강보험심사평가원에 위탁할 경우 심사위탁에 대한 근거를 마련위해 보험회사와 심평원간 계약 필요

3. 제3자지불제도와 사전심사체계 구축 방안

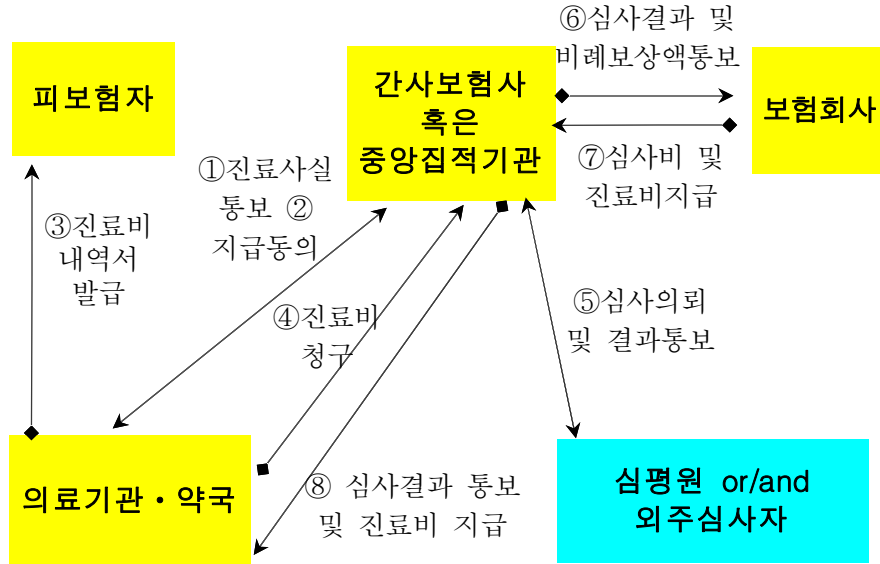
- 제3자지불제도와 사전지급심사체계 구축 방안으로 보험회사 중심의 체계, 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 심평원을 경유하고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 중앙집적기관이 심사와 비례보상을 하는 경우(민영심사기구) 운용체계가 있을 수 있음.
- 보험회사 중심의 체계는 소비자 편익이 증대되고 사전심사·평가가 가능하나 의료기관·약국, 보험회사 모두에게 효율적이지 못한 구조

<그림 3> 보험회사 중심의 제3자지불제도와 심사체계



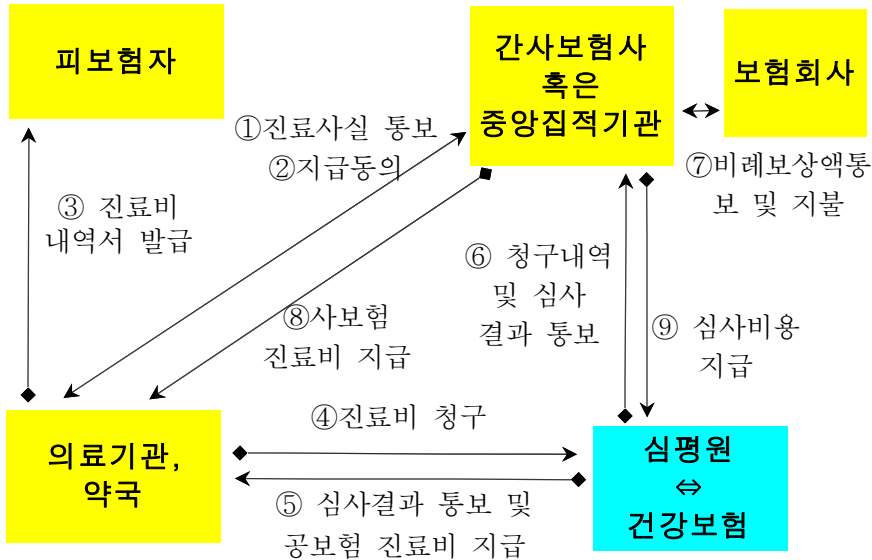
- 의료기관·약국은 환자가 가입한 모든 보험회사로부터 지급동의를 받아야 하고 지급청구해야 하는 불편과 여러 보험회사로부터 의료비를 지급받아야 하는 어려움이 있음.
 - 심사자, 비례보상액결정자, 지급자가 모두 다르기 때문에 절차상 매우 복잡하고 시간과 비용이 과다하게 소요
 - 각 보험회사와 의료기관·약국이 EDI 시스템을 구축 하는 것이 어려워 서류청구방식으로 운용할 수밖에 없는 구조
- 보험회사 중심의 체계는 보험가입정보가 한 곳에 집적되지 않아 비효율적
- 중복가입자의 경우 중복심사의 문제 발생하여 심사비용 과다지출
 - 중복가입자의 경우 실시간 환자본인부담금 산출이 용이하지 않은 구조
 - 중복가입이 없더라도 보험사기 적발 및 중복가입 사전방지가 어려운 구조

<그림 4> 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계



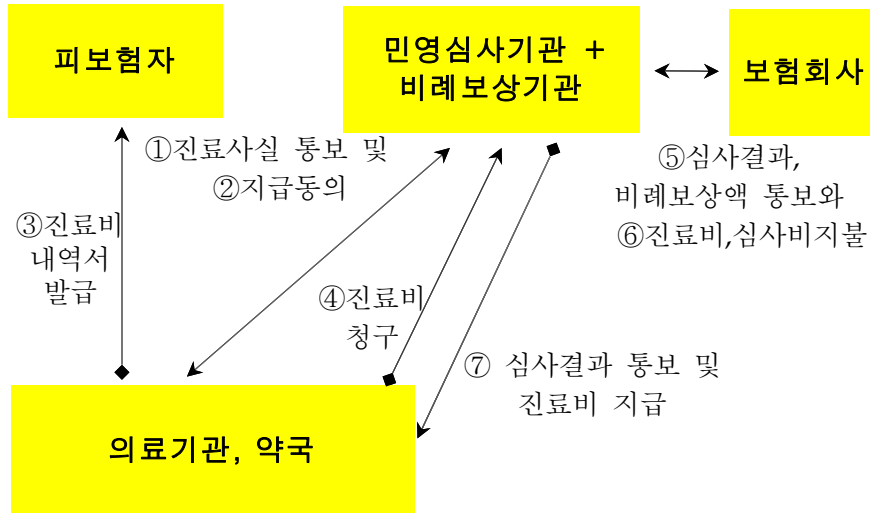
- 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계는 보험가입정보가 한 곳에 집적되어 보험회사를 중심으로 운용할 때 보다 효율적.
 - 의료기관은 중복가입환자의 경우에 발생하는 복잡성 해소
 - 중복가입을 사전에 방지하기가 쉽고 보험사기 적발이 용이한 구조
 - 중복가입자의 경우 중복심사로 인한 심사비용 과다지출 문제 해소
 - 간사보험회사 혹은 중앙집적기관과 의료기관이 EDI를 구축하면 되므로 네트워크 구축에 따른 어려움 완화 및 비용의 절감
 - 보건의료정산소 기능도 수행하면 표준화 미비에 따른 의료기관의 행정부담의 완화와 환자본인부담금산출이 용이한 구조
 - 추가적인 EDI 시스템을 구축해야 하는 것이 단점

<그림 5> 심평원 경우 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계



- 심사평가원을 경유하는 경우는 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계와 비교할 때와 다음이 다름.
 - 추가적인 EDI네트워크 구축할 필요없이 심평원과 간사보험회사 혹은 중앙집적기관과 업무제휴만으로 가능하여 보험산업의 비용절감 및 의료기관의 행정편의 도모
 - 공·사건강보험이 데이터의 공유를 통한 상호 발전 가능
 - 국민건강보험 급여부분의 비급여부분으로의 전환과 중복청구 및 과잉 진료 적발이 용이
 - 의료기관·약국으로부터 동의를 얻어내는 것이 상대적으로 용이

<그림 6> 민영심사기관이 심사와 비례보상 기능을 겸할 경우 제3자지불제도와 심사체계



- 민영심사기관을 운영하는 경우는 구조가 가장 간단하며 심사평가를 경유할 때와 비교하면 다음이 다름.
 - 민영건강보험에 대한 고유의 전문성과 독립성을 확보하게 되고 심평원과 경쟁적 위치에서 심사가능
 - 의료기관·약국과 단체계약시 비급여부분에 대한 진료수가의 전문적 계약 주체 확보
 - 심사자, 비례보상결정자가 동일하기 때문에 절차가 간단하고 보험회사의 수수료비용이 절감
 - 추가적으로 EDI 시스템을 구축해야 하는 단점
 - 의료기관의 동의를 얻는 것이 과제

- 위의 여러 대안 중 소비자, 의료공급자, 보험회사 모두에게 이익이 되고 실현가능한 대안이 정책적으로 선택되어야할 것임.

V. 결론 및 정책과제

- 본 보고서에서는 민영건강보험에 대한 각종 제도들과 사례에 대한 비교 연구가 이루어져 있지 않아 조사연구를 하였고, 우리나라의 현황을 분석하여 바람직한 발전 방향을 모색함.
- 우리나라 민영건강보험은 상환제로 의료서비스를 공급하고 있으므로 제3자지불제로 전환이 필요함.
 - 상환 청구절차에 따른 소비자 불편 및 비용지출 경감, 소액의료비는 청구를 포기하는 경우의 발생 방지, 사전지급심사·평가를 통한 적정 의료서비스의 공급 유도를 통한 보험료 인하 등 소비자의 권익이 보호를 위해 필요함.
 - 보험가입정보가 한 곳에 집적되지 않아 중복가입자의 경우 중복심사의 문제 발생하여 심사비용 과다지출 문제 중복가입자가 없더라도 보험사기 적발 및 중복가입을 사전에 방지하기가 어려운 구조를 개선할 필요가 있음.
 - 자동차보험과 국민건강보험은 제3자지불방식으로 운영되고 있으며 해외에서도 제3자지불방식이 널리 보급되어 있고 확산되어가는 추세
- 제3자지불제도를 원만히 운영하기 위해서 상품표준화, 보건의료정산소, 비급여부분의 청구서식의 코딩(coding) 및 표준화가 필요
 - 우리나라 건강보험 상품은 종류가 다양하고 보장내용이 복잡하여 사실상 상품표준화가 가능하지 않을 수 있어서 보건의료정산소 필요

- 민영건강보험의 진료비지불보상제도는 행위별수가제로 운영되고 있으나 국민건강보험의 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표도 없는 상태이어서 개선이 필요함.
 - 민영보험자가 의료비통제를 할 수 없어 의료공급자가 청구하는 진료비를 무조건 지불하여야 하는 상황
 - 제3자지불제도 도입과 동시에 사전심사·평가가 가능하기 위해서 진료수가표를 마련해야 하고 심사·평가 결과를 당연 적용토록 하는 보험업법을 개정할 필요

- 본 보고서는 각 보험회사가 보험가입자를 관리하기 때문에 발생하는 문제점을 고려하면서 제3자지불제도와 사전심사체계 구축 방안으로 보험회사 중심의 체계, 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 심평원을 경유하고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 중앙집적기관이 심사와 비례보상을 하는 경우 운용체계를 제시함.
 - 소비자 권익보호, 보험회사와 의료산업의 운영효율성 증대, 국가자원이 용의 효율성 증대 등을 고려하여 최적의 체계가 구축되기를 기대함.

1. 서론

1. 연구배경 및 목적

우리나라의 국민건강보험제도는 재정의 불안정성, 보험급여 범위의 제한, 의료니드의 다양화에 대한 부적절한 대응을 이유로 개혁이 요구되고 있다.

우리나라 국민건강보험은 흑자와 적자를 반복하는 등의 불안정한 재정을 보이고 있으며 보장성이 재정수지에 연동되는 등의 문제를 안고 있다. 국민들의 건강에 대한 관심이 증대하고 있으며 이에 따라 신의료기술에 대한 욕구 또한 증대하고 있으나 신의료기술이 금지의료로 남아 있는 등 관료적 보건 정책의 운영으로 능동적으로 이에 대처하기에는 한계가 있는 것 또한 사실이다.

보건정책당국은 국민의 의료보장성 강화라는 정책목표의 달성을 위해 국민건강보험에만 주로 의존하고 있어 왔으나, 지난 2월 출범한 신정부는 능동적 복지란 국정지표 아래 지속가능한 의료보장체제 구축(건강보험 재정 안정화)이라는 핵심 국정과제를 제시하였으며, 이를 위해 영리의료법인 설립을 허용하고 민영건강보험의 활성화를 검토하고 있다. 따라서 기초적이고 필수적인 의료서비스는 국민건강보험을, 그 이상의 선택적 의료서비스는 민영건강보험을 통해 보장하도록 하여 국민건강보험과 민영건강보험의 상호보완적인 발전을 도모하는 방향의 보건의료정책의 수립이 예상되고 있다.

그러나 민영건강보험은 운영제도의 미비로 국민건강보험을 보충하여 의료보장성을 강화하는 데 한계가 있어왔다. 운영제도상의 문제로 민영건강보험은 피보험자가 의료기관에서 의료서비스를 받고 의료비를 마련하여 의료기관에 지급한 후 이 비용을 다시 보험회사에 청구하여 보상받는 상환제를 채택하고 있다는 것이다.

상환공급방식은 피보험자에게 금전상의 부담이 발생하고 소액의 진료비가 빈번히 발생하는데도 행정처리 부담을 피보험자에게 전가하는 불합리한 체계이다. 상환제로 인한 또 다른 문제는 보험회사가 진료수가 및 의료서비스의 과잉공급을 통제하거나 의료서비스의 품질을 평가할 기회를 가지지 못한다는

점이다. 의료시장은 공급자와 수요자 사이의 정보의 비대칭성이 큰 시장으로 피보험자는 의료서비스의 가격과 공급량, 품질 등을 평가할 능력이 부족하여 의료비용의 상승과 의료품질의 저하를 가져올 수밖에 없다.

또한 보험가입자를 각 보험회사가 관리하기 때문에 중복가입자에 대해서는 실제로 발생한 진료비를 초과하는 보상의 방지, 중복심사에 따른 보험회사의 과다 비용지출 등의 문제를 해결하기가 어렵다는 것도 문제이다. 중복가입자가 없더라도 보험가입자를 각 보험회사가 관리하기 때문에 보험사기의 적발이 어렵고, 중복가입의 방지가 힘들다. 중앙에서 통합관리를 해 주는 기관이 요한 것이다.

따라서 본 연구는 보험가입자를 각 보험회사가 관리하기 때문에 발생하는 문제와 상환제의 문제점들을 개선할 수 있는 제3자지불제와 사전지급심사·평가가 가능한 체계를 구축하여 소비자 권익보호 및 보험회사의 운영상 효율성을 증대시켜 민영건강보험의 저변확대와 국가재원의 효율적 이용에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다.

제3자 지급방식에서는 보험회사가 피보험자를 대신하여 병원에 진료비용을 직접 지급하게 되므로 피보험자의 편의성이 증진된다. 또한 제3자지불제도가 구축되는 경우 보험회사가 의료기관과 협정 또는 계약을 통해 진료수가를 통제하거나 의학적 필요성에 대한 심사를 통해 의료서비스의 과잉공급을 방지하며 품질관리를 통해 양질의 의료서비스를 저렴한 가격에 공급할 수 있다는 장점도 있다.

제3자지불제가 도입되어 진료비를 지급심사·평가할 수 있게 되면 지급심사·평가의 기준을 마련해야 한다. 민영건강보험의 진료비지불보상제도는 행위별수가제로 운영되고 있으나 국민건강보험의 법정비급여의료와 임의비급여의료(신의료기술)에 대해서는 진료수가표도 없으므로 진료수가표를 마련해야 한다.

2. 연구 범위 및 방법

본 연구는 민영건강보험 중 실손형 의료비보장보험의 운영체계 개선에

관한 연구에 초점을 두고 있다. 민영건강보험은 상해나 질병을 보험사고로 하는 모든 보험상품, 즉 의료비용보험(Medical Expense Insurance)과 장기간병보험(Long-term Care Insurance), 소득보상보험(Disability Income Insurance) 등을 총칭하는 개념이다. 그러나 본고에서 민영건강보험이라 함은 의료비용보험 중 질병이나 상해 발생시 미리 정해진 보험금을 지급하는 정액형 상품을 제외하고 실제발생한 의료비를 보상해주는 실손의료비보장보험에 한정하는 개념으로 사용된다.

본 보고서는 의료서비스의 공급방식, 진료비지불보상제도, 의료기관과 보험자간의 의료네트워크 구성형태 등에 관한 국내외 문헌이 조사 정리되어 있다. 국민건강보험 및 민영건강보험의 현황 파악을 위해 국민건강보험관리공단 및 심사평가원, 보험개발원의 통계자료를 활용하였다. 문헌조사 및 통계분석 외에도 해외보험전문가를 통해 자문을 구했으며, 국내 보험회사 실무진을 대상으로 연구포럼을 개최하여 현장의 의견을 반영한 개선방안을 제시하였다.

또한 OECD 국가의 공·사건강보험에 관한 제도를 조사하여 시사점을 도출하고, 우리나라의 국민건강보험과 민영건강보험의 현황을 조사하여 문제점을 파악한 후 이의 개선을 위해 제3자지불제도 도입, 진료수가 결정 및 진료비심사제도 개선, 의료네트워크 구성방안을 제시하였다.

II. 공·사건강보험의 운영제도

1. 의료서비스 공급방법

의료서비스의 공급방법에 따라 의료비의 크기나 서비스의 질이 달라지며 피보험자의 의료서비스에 대한 접근성 또한 달라지고 있다(이규식, 2002). 의료서비스의 공급방법은 직접공급과 간접공급으로 분류할 수 있다. 직접공급방법은 공·사보험자나 정부가 의료비재정을 마련하여 이 재정으로 의료서비스를 제공할 수 있는 시설과 인력을 갖추고 의료서비스를 직접 공급하는 방법이다. 간접공급방법은 공·사보험자가 의료의 재정만을 마련하고 의료서비스는 의료기관과 계약을 맺어 간접적으로 공급하는 방법이다.

가. 직접공급방법

의료서비스를 직접 공급하는 방법은 세 가지가 있다(이규식, 2002). 미국의 민영보험인 전속고용형 건강유지조직(Staff Maintenance Organization; HMO)과 같이 보험료를 재정으로 하는 경우, 국가보건서비스제도(National Health System; NHS)¹⁾나 지방보건서비스제도(Regional Health System; RHS)와 같이 조세를 재정으로 하는 경우, 사회보험형의 국가로 보험공단 혹은 질병금고가 보험료를 재원으로 하는 경우를 들 수 있다.

1) HMO²⁾와 직접공급

- 1) 공적보건시스템은 영국, 뉴질랜드, 호주 등과 같이 조세를 재원으로 하여 사회보장의 형태로 전국민에게 의료서비스를 제공하는 국가보건서비스방식(NHS; National Health Service)과 프랑스, 일본, 한국 등과 같이 보험료를 재원으로 하여 전국민을 대상으로 의료서비스를 제공하는 공적건강보험방식(NHI; National Health Insurance)이 있음
- 2) ○ 1930년 Kaiser에서 댐 건설 근로자에게 보험을 적용하면서 HMO 형태의 제도는 서서히 성장

HMO는 피보험자와 계약된 서비스를 직접 공급하는 것을 목적으로 하는 조직으로, 계약된 서비스를 제공하기 위해 직접 의료기관을 소유하거나 의료기관과 계약을 맺기도 한다. HMO는 가입자의 건강을 유지 증진시킨다는 취지에서 통상적으로 질병의 예방에서 치료에 이르는 포괄적인 서비스를 제공하므로 민영보험회사가 직접적으로 피보험자에게 의료서비스를 제공하는 형태로 분류할 수 있다.

-
- 1970년대 초에는 보험조직과 선불진료개원의(prepaid group practice), 보험조직과 독립개원조직(independent practice association : IPA 또는 independent practice plan)이 결합된 형태(health plan)였음.
 - 1970년 초반 의료접근을 제한하고 처방약을 보장하지 않았음에도 행위당수가플랜보다는 저렴한 보험료로 인해 기업체나 대중의 관심을 끌.
 - HMO는 일차의료를 제공하며, 환자가 전문의의 의료서비스를 받기 위해서는 1차 진료의사(primary care provider)*에게 사전에 허가받을 것을 요구
 - * 대개 가족의료, 소아과에 특화하는 의사로 전문의에게 이송 뿐 만 아니라 환자의 건강을 관리할 책임이 있으므로 문지기(gatekeeper)라 불림.
 - HMO환자들은 연간 공제금액을 부담하는 경우는 거의 없으나 의료서비스당 소액의 공동부담금을 지급해야 하는 경우도 있었음.
 - HMO란 용어가 1970년 엘우드(P. Ellwood)에 의하여 만들어졌고 1973년 미국 의회가 의료비 통제와 민간부문의 의료에 대한 자기통제를 장려하기 위해서 HMO법을 제정함에 따라 본격적으로 성장
 - 1960년대 후반 많은 연구들은 HMO가 전통플랜에 비해 보험료가 저렴하고 본인부담금이 낮은데도 의료서비스의 질은 뒤지지 않음을 입증
 - 미국 의회는 이 결과를 주목하여 의료비 통제와 민간부문의 의료에 대한 자기통제를 장려하기 위해서 1973년 건강유지기구법(Health Maintenance Organization Act)을 제정. 동 법은 HMO 설립을 위해 3.75억달러의 연방기금 사용을 허용하였고 HMO가 제공할 수 있는 서비스의 내용을 규정
 - 닉슨정부는 HMO의 발전이라는 국가보건전략을 선언하고 1970년에 30개인 HMO를 1976년 1,700개로 확대하며, 1980년까지 4천만명의 가입자를 확보하여 전 국민의 90%에게 의료보험을 제공한다는 목표를 수립하여 추진
 - 동 법에 의해 연방정부의 기준에 부합하는 HMO는 지원을 받을 수 있었고, 또한 25명 이상의 종업원을 가진 기업은 전통적인 행위당수가플랜 외에도 최소한 하나 이상의 정부지원 HMO 플랜을 제공하여야 함.

HMO의 성패는 피보험자로부터 징수한 보험료를 절약하는 데 있다. 이를 위해 상대적으로 건강한 사람만을 가입시켜 보험료를 절약할 수 있으나 이 방법은 피보험자의 역선택으로 인하여 달성이 어려울 수 있으므로 성패는 피보험자들의 의료이용을 최대로 억제시키는 데 있다. 따라서 HMO는 1차 진료 의사가 피보험자에게 보건교육을 시키며, 건강관리를 위한 정보도 제공토록 하고 피보험자가 무분별하게 전문의 서비스나 병원서비스를 받는 것을 억제하고 있다. 최근에는 비용 절감을 위하여 1차 진료의사가 후속되는 2차 의료를 조정하는 역할까지 담당하여 1차와 2차 의료의 조화를 기하는 통합의료(integrated care)의 개념으로까지 진전되고 있다. 이러한 형태의 조직은 1990년대 미국에서 확산되었으며, 보건의료비 상승 억제에 상당한 성과를 거둔 것으로 평가받고 있다.

초기 형태의 HMO는 선불진료개원의사 그룹(prepaid group practice)이 등록자에 대한 재정책임을 갖는 보험회사와 계약을 맺어 의사 및 병원의료서비스를 공급하는 형태를 취하고 있었다. 1930년에 Kaiser에서 댐 건설 근로자에게 보험을 적용하면서 생겨난 카이저 의료모델(Kaiser Permanent Model Care Program)은 의사서비스를 제공하는 집단, 병원서비스를 제공하는 카이저병원(Kaiser Foundation Hospital), 그리고 행정 및 재정적인 서비스를 제공하는 카이저보험사(Kaiser Foundation Health Plan)가 결합되어 있는 형태를 취하였다. 이후 HMO는 발전을 거듭하면서 의료서비스 직접공급형태로 3가지 방식을 사용하였다.

첫째, 전속고용형은 HMO가 1차 진료 의사(주로 GPs나 가정의)와 몇몇 주요과 전문의(내과, 외과, 소아과, 산부인과)를 월급제로 전속고용하여 가입자에게 의료서비스를 직접 공급하는 형태이다. 병원서비스와 희귀과 전문의사(이비인후과, 안과, 피부과 등)는 계약을 통하여 서비스를 제공한다.

둘째, 독립개업의사회형 HMO(independent practice association HMO)은 병원(입원)서비스에 대해서는 전속고용형 HMO와 같은 방식으로 서비스를 직접공급하지만 의사서비스는 많은 수의 중·소형 선불진료개원의사 그룹(prepaid group practice)들과 행위별수가제로 계약을 맺어 서비스를 공급하며, 계약되는 수가는 일반수가에 대하여 할인된 가격이 적용된다.

세째, 네트워크형 HMO는 2~3개의 선불진료개원의사 그룹과 계약을 맺어 의료서비스를 제공하는 방법이다.

엄격한 통제에 대한 소비자의 반발과 의학적 의사결정에 대한 우선권을 회복하려는 의료공급자의 시도로 보험회사는 엄격한 관리의료 수준을 완화하는 경향이 발생하여 오늘날에는 전속고용형 HMO와 같은 완전통합형 모델은 미국에서도 소수를 차지하는 보험제도로 전락하였다³⁾.

2) NHS 또는 RHS형 국가에서의 직접 공급

국가 또는 지방정부가 징수한 조세재정으로 의료기관을 설립하고 의사를 고용하여 의료서비스를 적용자에게 직접 제공하는 방법이다. 국가가 조세재정으로 의료서비스를 직접 공급하게 된 배경은 다음과 같다.

첫째, 의료비를 조세에서 조달함에 따라 의료자원의 지역 간 형평성이 중요하기 때문이다. 둘째, 조세가 재원임에 따라 대부분의 의료서비스는 무료로 제공되므로 과잉수요로 인한 과도한 의료비 지출을 막기 위해 정부가 병원을 직접 소유하여 서비스를 직접 제공함과 동시에 의료비 예산을 통제하기 위함이다. 셋째, 의료보장의 관리비를 줄이기 위함이다. 의료서비스를 간접 공급할 경우 의사와의 계약, 진료비의 지급심사 등에 따른 관리비용이 소요되지만 정부가 이를 직접 공급할 경우 그러한 비용을 절감할 수 있기 때문이다.

영국, 뉴질랜드, 캐나다의 경우 개방형제도(open staff system)를 운영하고 있어서 병원(보조인력만을 고용)을 정부가 소유하고 병원서비스를 정부가 직접 제공하고 있다. 영국은 1차 진료를 담당하는 일반의 또는 가정의에 대해서는 정부와 계약방식으로 하여 간접 제공하는 형태를 취하고 있지만, 뉴질랜드

3) ○ HMO와는 약간의 차이는 있지만 1980년대에서 1990년대 초반에 발전된 선호공급자조직(PPO; Preferred Provider Organization)도 의료공급자와 의료이용자간의 조직 내지는 계약으로 볼 수 있어 직접공급형태의 하나

- PPO는 일반적으로 다섯 가지의 특징을 갖음 1) 제한된 수의 의사와 병원을 가질 것, 2) 의료이용자와 협의된 수가표를 가질 것, 3) 진료비 심사기구가 있을 것, 4) 구매자들이 PPO에 참여하는 공급자를 선택할 인센티브를 가질 것, 5) 간편한 진료비 청구와 지불절차를 갖출 것

는 1차 일반의에 대하여 사회보험방식으로 간접 제공하고 있으며, 캐나다도 1차 일반의 및 전문의에 대해서는 사회보험(주 정부가 운영)에서 진료비를 지불하는 간접 제공방식을 택하고 있다.

스웨덴의 경우 병원은 지방정부가 소유하고 1차 일반의는 지방 정부의 공무원 신분으로 고용하여 의료서비스를 직접 제공하고 있으며, 외래서비스의 일부와 치과서비스, 약제비의 일부는 사회보험으로 비용을 조달하기도 한다.

국가가 조세재정으로 의료서비스를 직접 공급함에 따라 다음과 같은 문제점이 발생하고 있다. 첫째, 의료비 절감을 위하여 의료비억제정책을 추진하게 되어 의료서비스의 양과 질에서 국민들의 불만을 야기하고 있다. 둘째, 병원에서 입원 대기하는 환자의 수가 매년 증가하는 등 생산과 분배가 정부에 의하여 이루어짐에 따른 비효율이 발생하고 있다. 셋째, 정부에 의한 비용 통제에 의하여 의료공급자에게는 진료의 자율권이, 의료수요자에게는 공급자에 대한 선택권이 제약된다는 문제점이 있다. 문제 해결을 위하여 최근에는 의료기관에 대한 진료비 지불을 예산할당제(budget rationing)에서 계약제로 전환시키는 방안, 의료기관을 민영화시키고자 하는 방안 또는, 제도 내에서 경쟁 원리를 도입코자하는 개혁방안이 모색되는 추세이다.

3) 사회보험제도에서의 직접공급

사회보험자가 징수한 보험재정으로 보험자가 의료기관을 설립하고 의사를 고용하여 의료서비스를 적용자에게 직접 제공하는 방식이다. 사회보험자가 사회보험료로 의료서비스를 직접 공급하게 된 배경은 다음과 같다. 첫째, 의료인력이나 시설이 부족하여 보험료재정으로 의료인력을 양성하고 의료기관을 설립할 필요가 있다. 둘째, 의료보장제도의 도입에 따른 피보험자들의 도덕적 해이에 의한 비용과다지출에 용이하게 대처할 필요가 있었기 때문이다. 몇몇 중남미 국가나 개발도상국에서 채택했으나 건강보험제도의 발전과 함께 민영 의료기관이 성장함에 따라 점점 이용국가가 줄어들고 있는 제도이다.

사회보험제도에서의 직접공급방식의 장점은 다음과 같다. 첫째, 의료비 통제를 위해서 예방과 진료, 그리고 재활서비스가 포괄적으로 주어질 필요가 있는데 이는 민간 의료기관과의 계약을 통해서도 어렵지만 이를 직접공

급하면 가능하다. 둘째, 의료자원을 보험자가 직접 관리할 수 있어 의료자원의 집중관리가 가능하며 인력간의 협력이나 시설 및 장비 이용의 협력을 통하여 의료자원을 효율적으로 활용하는 것이 가능하다. 셋째, 보험자가 서비스를 제공함에 따라 예산할당제 등을 통하여 의료기관에 대한 비용을 직접 통제 가능하므로 불필요한 서비스의 공급을 통제하기가 용이하다. 넷째, 고용한 1차진료의에게 문지기의 기능을 부여하면 피보험자의 도덕적 해이로 인한 의료 서비스의 남용을 억제하는 것이 가능하다. 사회보험제도에서의 직접공급방식의 문제점으로는 다음과 같은 것이 있다. 첫째, 고용한 의사가 보험자의 월급제 피용자가 됨으로써 능동적으로 열심히 일할 인센티브가 없어 업무의 효율성이 저하된다. 둘째, 예산이 할당(의료배급제(rationing system))되기 때문에 의료의 질 저하 문제가 발생한다. 셋째, 의료서비스의 일괄적 공급에 따라 수요자의 선호나 의료공급자가 치료에 대하여 갖는 자율성도 무시되어 의료의 효율성이 저하된다. 넷째, 보험자가 보험료도 부과 징수하고 의료기관도 관리 운영해야하기 때문에 거대한 행정조직이 요구되고 관료화의 문제가 야기될 수 있다.

나. 간접공급방법

사회보장제도의 도입에 따라 보험자가 의료기관과 계약을 맺어 피보험자에게 간접방식으로 의료서비스를 제공하는 방법이다(이규식, 2002). 의료기관에 대한 진료비를 이용자가 직접 지불하고 뒤에 상환받는 상환제(reimbursement)방법과 의료수요자는 보험료만 선불로 내고 진료비는 보험자가 의료기관에 지불하는 제3자지불제(third-party payment)로 분류된다.

1) 상환제

피보험자가 의료기관에 가서 진료를 받을 때 진료비 전액을 마련하여 의료기관에 먼저 지불하고 난 후에 이를 보험자에 청구하여 환불받는 방식이다.

피보험자가 진료비 전액을 직접 지불하기 때문에 과잉이용효과는 제3자지불 제도보다 적을 뿐만 아니라 의료기관의 과잉공급 및 부당청구를 어느 정도 방지할 수 있다는 점은 긍정적으로 평가할 수 있다. 그러나 환자가 피보험자임을 의료기관이 인지한 경우는 의료기관의 과잉공급 방지효과는 알 수 없다.

보험료를 지불한 피보험자가 진료시에 진료비 전액을 지불하고 청구절차를 거쳐 상환받는다든 측면에서 피보험자에게는 번거로움을 줄 뿐 아니라 진료비가 없을 경우 필요한 의료이용이 억제되는 문제점이 있다. 벨기에, 스위스 등의 국가에서 1차 진료를 담당한 개업의사들의 진료비 상환에 사용하고 있다.

2) 제3자지불제도4)

피보험자가 필요시에 의료서비스를 이용하고 의료공급자가 제3자인 보험자에게 진료비를 청구하며, 보험자는 청구된 진료비를 심사하여 의료공급자에게 직접 지불하는 제도이다. 의료공급자가 건강보험자에게 직접 청구하여 지불받기 때문에 피보험자에게는 상환제에 비하여 훨씬 편리하나 의료 이용 시에 본인 부담금이되는 더 이상의 진료비 지불이 없기 때문에 과잉수요를 유발하는 보험효과의 단점이 있다. 피보험자와 진료비 지불자가 다르기 때문에 피보험자가 의료서비스를 과다 이용할 가능성이 있으며 의료공급자 측면에서도 의료서비스의 과잉공급 및 부당청구의 가능성이 존재한다.

일반적인 보험계약은 보험자가 피보험자에게 발생손해를 보상하는 계약(imdernity contract)이지만 공적 또는 사적 건강보험의 경우 적용대상자에게 편의성을 제공하기 위하여 제3자지불제도가 일반화되어 있다.

20세기 초반까지 미국의 개인민영건강보험은 손실보전계약의 원칙에 따라 운영되어 상환제를 택하고 있었다. 2차 세계대전 이후 연방정부가 제3자지불제도로 운영되는 고용주지원건강보험(Employer Sponsored Health Plan)에 대해서만 개인소득세 세제혜택을 부여하여 제3자지불제도가 활성화되었다. 또한 1965년과 1966년에 미국 의회가 메디케어(Medicare)⁵⁾, 메디케이드를 제3

4) 의료기관의 입장에서 상환제라고 부르기도 함.

5) 한 예로 최근의 메디케어 민영행위당수가플랜이 있음.

○ MPFFS(Medicare Private Fee-for-Service)는 메디케어(CMS)와 계약 하에 민

자지불방식으로 도입함에 따라 공보험에서도 제3자지불방식이 보편화되게 되었다. 이후 의료공급자의 수와 민영건강보험회사의 수가 늘어남에 따라 환자 및 피보험자 유치를 위한 경쟁이 치열해지자 의료공급자들과 민영보험회사들은 환자의 편의성 증대와 관리의료를 통한 보험료 인상억제를 위해 개인건강보험영역에서도 제3자지불제를 도입하게 되었다.

네덜란드의 경우 공·사건강보험이 공존⁶⁾했으나 경쟁촉진과 진료비절감,

영보험회사가 제공하는 M+C 플랜 중의 하나임([부록] 참조)

- M+C Coordinated Care Plans(HMOs, PPOs) 처럼 관리의료플랜은 아니고 어떤 면에서는 전통적인 건강보험(indemnity)처럼 작동
 - MPFFS 플랜가입자는 의료공급자의 네트워크에 제한을 받지 않고 1차 진료기관(primary care provider)을 먼저 방문해야 할 필요도 없음.
 - MPFFS 플랜에 가입한 소비자는 의료서비스를 받고자할 때 등록 카드 등을 제시하여 미리 MPFFS 플랜 가입자임을 알려야 하며, 의료서비스 공급자는 해당 MPFFS 플랜의 참여조건들을 보고 치료할 것인지를 결정
 - 참여조건은 MPFFS가 보장서비스에 대해서 지불할 금액, 결제절차, 의료공급자가 받을 수 있는 본인부담금, 의료공급자가 특정서비스에 대해서 해당 MPFFS로부터 사전승인을 받아야 하는지의 여부가 주요 내용
 - 의료공급자가 환자를 치료하기로 결정했다면 그 환자는 의료공급자에게 본인부담금만을 지불하고, 나머지는 의료서비스 공급자가 MPFFS 플랜에 청구
 - 메디케어가 주계약(Primary)일 경우(대부분이 해당) 의료공급자는 메디케어에 지급청구를 해야 하고 메디케어가 지급 후 MPFFS 플랜이 지급
 - 호스피스 서비스를 포함하여 극히 일부 서비스는 의료이용자가 의료공급자에게 지불 후 상환 받아야 함.
 - 의료서비스 공급자가 당해 환자의 MPFFS 플랜을 받아들이지 않는다면 다른 의료서비스 공급자를 찾아야 한다는 점이 불편
- 6) ○ 2006년 1월 1일 이전에는 공·사건강보험이 세 영역으로 구별되어 혼재된 상태
- 첫 번째, 공적부조 영역 : AWBZ(General Exceptional Medical Expenses)는 모든 국민에게 중증질환을 보장(예, 요양원, 장애인 의료, 재가 의료, 정신병 의료)하는 국가적인 의무보험
 - 두 번째, 공적 보험 영역 : ① WIZ(Health Insurance Act)에 의해 소득수준에 따라 보험료가 결정되는 공적 건강보험으로 저소득직장인과 자영업자 그리고 그의 배우자와 자손, 저소득 65세 이상자, 사회보험수혜자가 의무가입하며(전국민의

소비자선택권 확대⁸⁾를 위한 개혁을 단행하여 2006년 1월부터 SBHI(Standard or Basic Health Insurance)로 알려진 민영건강보험(영리 혹은 비영리법인 50개사)만이 운영되고 있고 상환제와 제3자지불제를 병행하여 사용하고 있다. 이는 의료공급자의 경쟁을 촉진하기 위함으로 보험자는 의료공급자와의 계약 하에 현물급여(in kind)상품을 제공할 수 있고, 미계약 의료공급자를 이용하는 경우를 위한 상환급여상품도 제공할 수 있으며, 결합상품을 제공할 수 있어서 피보험자가 선호에 따라 의료공급자를 선택할 수 있게 하여 의료공급자의 경쟁을 유발하고 있다. 피보험자가 미계약 의료공급자를 선택할 경우는 보다 많은 본인부담금을 부담하고 진료비를 상환제로 청구하여야 하지만 계약의료공급자를 이용한 경우는 제3자지불방식으로 진료비가 지급된다.

프랑스는 원칙적으로 1차 진료는 상환제로 운영되고 있다. 환자는 의료기관

63%) 기초적 의료서비스를 보장(예; 일반의와 전문의진료, 입원, 약품, 어린이치과, 정신과치료) ②Access to WIZ에 따라 민영보험은 WIZ의 무자격자들(전국민의 31%)에게 의료보험과 대부분 일치하는 보장내용의 표준상품을 제공, 통상적인 보험료 외에도 법적연대책임보조금을 부과 ③ 공무원공제는 경찰과 지방공무원에게 경찰법과 공무원법에 따라 건강보험을 제공(약 800,000명)

- 세 번째, 보충적 민영보험 영역 : 공적 보험이 제공하지 않는 본인부담금 보충형 민영건강보험

7) ○ 진료비를 줄이기 위한 표준보험을 도입함.

- 모든 국민은 건강보험을 선택해야만 하고, 모든 건강보험자는 위험선택(risk selection)을 할 수 없음.
- 보건부장관은 기초보장범위(일반의 진료, 입원, 의약품, 의료장구 등)를 정하고 보험자는 추가적으로 보장범위를 정할 수 있음.
- 보험자들은 동일보장 보험상품에 대해서 동일 보험료를 부과해야 함.
- 보험자는 위험평준화(risk equalisation) 펀드 시스템에 참여하여 비건강체가 많이 가입된 보험자에게 보험료 재원을 재분배

8) ○ 피보험자의 선택권이 확대됨.

- 피보험자는 자유로이 보험자, 상품, 의료공급자를 선택할 수 있음.
- 보험자는 현물급여, 현금급여, 혹은 두 가지가 조합된 상품을 제공할 수 있음.
- 보험자는 다양한 보험료(premium reductions)와 정액본인부담금(co-payments)을 가진 상품을 제공해야 함.

에서 진료를 받을 때 또 약제 지급을 받을 때에도 의료비나 약제비 전액을 지불하고 그와 동시에 진료표(feuille de soins)를 1차 진료기관에 제출하여 항목별로 서비스가격을 기재받고, 이 진료표를 가장 가까운 질병보험금고나 민영보험회사에 제출하여 각 진료내용의 상환율에 따른 의료비를 환불 받을 수 있다. 이러한 상환제의 불편을 줄이기 위하여 1998년 4월 환자가 가입한 공·사건강보험의 정보가 담겨 있는 마이크로칩을 내장한 전자진료카드제도(Carte Vitale)를 실시하고 있다. 카드관독기가 설치된 의료기관에서 진료를 받은 환자는 질병금고나 보험회사에 따로 진료표를 제시하지 않더라도 자신의 통장으로 1주일 정도 후에 후불보상을 받을 수 있게 된다. 그러나 입원진료에 대해서는 거의가 제3자지불체계가 구축되어 있으며, 1차 진료에 대해서도 제3자지불제도가 서서히 진행되고 있다.

2. 진료비지불보상제도

가. 개 요

진료비 지불방법에 따라 진료의 행태가 달라지고 의료비총액도 달라지는 등 진료비지불보상제도는 보건의료시스템에서 중요한 역할을 담당하고 있다. 의료서비스 시장의 정보비대칭으로 인해 환자에게 필요한 서비스의 양과 질을 구체적으로 결정하는 것은 환자보다 의료공급자의 몫이다. 의료공급자는 소득을 증대시키기 위하여 가능하면 많은 환자 확보와 많은 서비스를 제공하려고 하고, 재정적으로 취약하거나 위험도가 높은 환자는 회피하고자 하며, 작은 징후에도 환자가 다시 병원을 찾도록 유인하며, 필수적이지 않더라도 고가장비를 자주 활용하여 수입을 늘리고자 한다. 따라서 진료비지불보상제도를 잘 정비하는 것이 매우 중요하다(이규식, 2002; OECD, 2004).

의료서비스 공급방법을 불문하고 진료비를 지불하는 방법은 일반적으로 사전보상제도와 사후보상제도로 나뉘는데, 사전보상제는 인두제, 건당진료비제(포괄수가제), 일당진료비제(총액예산제), 봉급제 등으로 구분되며 사후보상제로는 행위별수가제가 있다.

<표 II-1> 건강보험 주요 진료비 지불방식 비교

| 지불 방식 | 주요 특징 | 장점 | 단점 |
|-------|--------|---|---|
| 사전보상 | 인두제 | <ul style="list-style-type: none"> - 피보험자의 병력에 대한 지속적인 관리가 가능, 비용절감을 위해 건강 증진과 질병예방에 많은 관심을 기울임 - 의료비상한선이 정해져 있어서 예상치 못한 의료비의 증가 억제에 효과적 | <ul style="list-style-type: none"> - 진료가 복잡한 환자는 후송의뢰 경향 빈번 - 관료적 비효율성이 발생 |
| | 포괄수가제 | <ul style="list-style-type: none"> - 모든 입원환자는 주 진단명, 기타 진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 서로 비슷한 질병군으로 분류되고 각 군별로 진료비가 사전에 책정됨. - 유인수요 억제효과가 큼 - 병원의 운영의 효율성 제고 노력에 의한 자원 이용의 효율성이 증대됨 - 진료비 청구와 심사 행정업무가 간소화됨. | <ul style="list-style-type: none"> - 중증도가 더 높은 진단명으로 표기하거나 한 질병을 여러 질병군에 표기할 수 있어 정교한 심사 필요 |
| | 총액예산제 | <ul style="list-style-type: none"> - 의료부문에 대한 연간 전체 예산의 규모가 먼저 결정되고, 그 규모 내에서 지불되는 방식임. - 예산할당제와 총액계약제로 나뉨. - 예산보다 진료량이 적을 경우 차액 반환, 초과했을 경우 부분적으로 보상이 이루어져 과잉진료 억제 - 가격만을 통제하는 행위 별수가제에 비해 가격과 양을 동시에 통제, 의료비 증가속도 조절 가능 | <ul style="list-style-type: none"> - 비용압박이 클 때 저비용 환자만 선택하는 등의 질 저하 가능성 있음. |
| 사후보상 | 행위별수가제 | <ul style="list-style-type: none"> - 각 서비스에 대해 항목별로 미리 정해진 일정액의 진료비를 지불하는 방법, 각 항목마다 점수를 책정하는 점수제와 금액을 책정하는 금액제로 나뉨. 점수제는 각 단위 점수당 환산 금액을 이용 해당 항목의 진료비를 산출 - 시행이 용이 - 모든 의료행위가 충분히 제공될 수 있고 새로운 의료 기술의 도입 및 연구개발 촉진에 유리 | <ul style="list-style-type: none"> - 유인수요에 의한 의료비 상승이 큰 문제 - 시설과 장비에 대한 과잉투자로 의료분야에 자원이 과잉 분배될 소지 |

자료 : OECD, 2004.

나. 행위별수가제

1) 개 요

행위별수가제(fee-for-services)란 서비스 행위 하나하나에 대하여 항목별로 가격을 책정하여 공급자에게 진료비를 지불하는 방법인데 지불제도에 있어서 가장 보편적이며 시장 중심적인 방법이다.

건강보험제도가 없을 때 이러한 진료비나 가격은 통제권 밖에 있게 되며 이것은 공급자가 시장이 지불할 수 있을 만큼 가격을 책정함을 의미하므로 진료수가는 의료기관마다 다를 수 있다.

건강보험제도 하에서는 진료수거나 약가가 의료기관마다 다르면 곤란하므로 지불하는 진료비에 대하여 표준화가 요구되어 건강보험 진료수가표와 약가표를 필요로 한다. 수가표나 약가표가 없다면 보험자는 가능한 한 낮은 의료비를 지불하려 할 것이므로 의료서비스의 양과 질 면에서 적정공급의 문제가 발생하며, 보험자가 의사가 청구하는 진료비를 무조건 지급할 경우 의료비의 증가문제로 건강보험은 심각한 재정문제를 야기하게 될 것이다.

독일, 일본, 우리나라의 진료수가표는 일종의 정찰제이고 프랑스나 벨기에의 진료수가표는 일종의 권장가격이지만, 대부분의 국가에서 수가표 가격은 최고가격을 의미하고 있다.

2) 진료수가표와 약가표의 기능

진료수가표는 건강보험에서 제공하는 서비스나 진료행위의 종류에 대한 정보를 주는 기능과 각 진료 행위에 대하여 가격을 고시하는 기능을 가지고 있다. 의료기술의 변화 및 발전 때문에 수가표에 등재되는 서비스의 종류가 불가피하게 늘어나 수가표는 수시로 개정되어야 하며, 의료행위의 가격이 적정 가격보다 낮으면 필수적인 의료서비스의 공급이 기피되어서 공급 행태의 왜곡문제가 발생하므로 수가는 적정하게 책정되고 개정되어야 한다.

건강보험에서 제공되는 약에 대하여 가격을 고시하는 약가표(drug list)는 보험에서 제공하는 약의 품목 및 가격을 알리는 기능을 한다. 보험에서 급여

로 제공하는 의약품은 독일처럼 성분명을 위주로 할 수 있고, 프랑스처럼 상품명 위주로 할 수도 있다. 약가표에는 포괄식(Negative list; 상환되지 않는 의약품의 목록)과 열거식(Positive list 혹은 formulary list; 상환대상 의약품의 목록)이 있다. 포괄식은 약의 용도에 따라 처음부터 비급여/급여 여부를 예상할 수 있으나, 열거식은 약의 효과나 가격 등 다면적 요소를 고려하여 결정하므로, 특정 약에 대한 급여 여부를 사전에 정확히 예측하기 어렵다(배은영, 2004).

3) 행위별수가의 결정방법

진료수가 산정에는 의료기관의 경상비용만을 보상하는 것과 자본비용까지 모두 포함시켜 산정하는 방법이 있다. 우리나라와 일본의 행위별수가는 경상비용과 자본비용을 모두 포함하는 반면, 많은 유럽국가에서는 수가에 경상운영비만 반영하고 자본비용은 별도의 방법으로 보상하는 방법을 채택하고 있다.

수가의 결정 주체에 따른 결정방법은 세 가지가 있다. 첫째, 보험자가 보건부와 협의를 거쳐 일방적으로 결정하여 고시하는 방법이 있다. 둘째, 보험자가 공급자와 협상을 통하여 결정하는 방법으로 일종의 단체협정(concerted action)의 방법이 있다. 많은 사회보험제도 국가들이 이 방법을 사용하고 있으며 우리나라도 국민건강보험법(2000년 7월)에서는 계약방식을 채택하고 있다. 셋째, 먼저 수가에 대한 협상을 보험자와 의료공급자가 한 후에 이를 보건부가 승인하는 방법으로 일본에서 채택하고 있는 방법이다.

4) 행위별수가제의 종류

행위별수가제에는 점수제 방법과 금액제 방법 두 가지가 있다. 점수제란 서비스 행위의 중요도를 평가하여 이를 점수로 표시한 것으로 의료기관에 진료비를 상환할 때는 점수를 금액으로 전환하는 환산지수(점당 가격)가 있어 점수에 환산지수를 곱하여 진료비를 산정하게 된다. 행위의 중요도를 평가할 때는 의사의 투입시간, 행위의 난이도, 보조인력의 인건비나 사무실 임대료 등을 포함한 자원사용량, 의사의 기회비용 등을 고려한다. 점수제는 서비스행

위의 가격을 수시로 바꾸는 것은 쉬운 일이 아니기 때문에 의료기술의 변화와 같은 여건변화에 따라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때만 점수표를 조정하고 인플레이션이 있을 경우에는 환산지수만 조정하여 수가를 쉽게 바꿀 수 있는 데 장점이 있다. 보험자와 의료서비스 공급자가 수가를 협상할 경우에도 점수를 협상할 필요는 없고 보험재정, 의료기관의 경영수지를 감안하여 환산지수인 점당 가격만 협상하면 되므로 상대적으로 간편한 방법이라 할 수 있다.

이에 비해 금액제는 서비스 행위를 화폐금액으로 직접 표시한 것으로 의료기술의 변화요인이 있을 때와 인플레이션의 요인이 있을 때마다 수가표를 조정해야 하는 등의 번거로움이 있으며, 기술변화와 인플레이션의 두 요인이 혼재되어 수가가 조정되는 관계로 자칫하면 진료행위간의 상대적인 중요도가 균형을 잃어 진료행위가 왜곡될 가능성이 있다는 점이 문제점이 있다.

5) 행위별수가제의 평가

건강보험제도 하에서 행위별수가제를 사용하면 의료공급자는 소득 극대화를 추구하기 때문에 비용 통제에 문제가 발생한다. 의료공급자가 주로 이용하는 방법은 다음과 같다. 첫째, 의료행위의 종류를 여러 가지로 증가시켜 진료비 총액을 높이는 방법과 둘째, 진료시간의 단축이나 기타의 방법으로 서비스의 질을 저하시켜 더 많은 환자를 진료하는 방법, 셋째, 의사가 해야 할 일을 간호사나 의료기사에 위임시키고 더 많은 환자를 진료하는 방법이 사용된다.

그러나 행위별수가제가 의료서비스의 질에 미치는 영향은 불분명하다. 보다 많은 환자를 진료하고 보다 많은 진료행위를 하기 위해서 한 가지 행위에 대한 투입시간을 최소화시킴으로써 질이 저하될 수 있고, 많은 업무를 보조인력에 위임함에 따라 질이 저하될 수도 있다. 반면에 의료공급자가 보다 많은 서비스를 제공하게 하는데 강한 유인이 있기 때문에 이것이 의료서비스의 질을 향상시키는데 결과적으로 기여하게 된다. 또한 모든 의료행위가 제공될 수 있고 새로운 의료기술의 도입 및 연구개발 촉진에 유리하며, 공급자간에 경쟁이 있는 경우 질을 향상시키지 않고는 환자 확보가 어렵기 때문에 의료의 질 향상에 긍정적인 효과를 미치게 되는 측면도 있다. 자원분배 면에서 본다면 시

설과 장비에 대한 과잉투자로 의료분야에 과잉 분배될 소지가 있으며, 행정적인 관점에서는 행위별수가제는 시행은 용이하나 진료비 청구나 심사과정에서 관리비용이 가장 많이 소요되는 제도라 할 수 있다.

다. 건당진료비제(case payment)

1) 개 요

건당진료비는 단일치료행위를 기초로 하는 것이 아니라 단일질병 건을 기초로 산정되는 지불제도로 두 가지 종류가 있다. 첫째, 진단과 무관하게 모든 의료서비스에 대하여 건당 정액의 진료비를 사전에 책정하는 방법이다. 독일은 1993년부터 병원에 대하여 이식수술과 같은 특수 질병에 대해서는 건당진료비(cost-per case)제도를 도입하고 있다.

둘째, 흔히 DRGs(diagnosis related group)⁹⁾라고 부르는 방법으로 의사의 진단에 기초하여 진단명당 정액으로 진료비를 사전에 책정하는 방법이다. 미국은 메디케어와 메디케이드, 민영건강보험에서 약 490개의 DRG군을 사용하고 있으며, 우리나라는 중증도 등을 감안하여 1,199개의 Refined DRG군을 개발하여 일부지역에서 시범운영 중이다. 스웨덴 노르웨이, 핀란드에서 주요방식으로 채택 되고, 싱가포르 대만 일본 등에서는 부분적으로 이용된다. 조세로 의료비를 조달하는 스웨덴 등 일부 국가에서는 병원에 대하여 예산을 할당할 때 입원환자의 DRGs를 토대로 하고 있다.

2) 건당진료비제의 가격 결정방법

9) DRGs 지불제도와 선불상환제(PPS; prospective payment system) : 많은 문헌들이 DRGs를 PPS로 부르고 있음. 사전에 예측할 수 있다라는 의미의 PPS라는 용어는 1983년 DRGs제도의 등장과 함께 일반화되었음. 병원에 대하여는 건당진료비(per case), 서비스당 진료비(per unit of service), 연간 진료비(per year)를 PPS의 일종으로 제시하고 있음. 대응되는 용어로 후불상환제(RPS; retrospective payment system)가 있는데 행위별수가제가 대표적 예임(이규식, 2002).

건당 정액 결정방법은 일정 기간 동안에 병원이나 의사의 평균 진료건수와 총비용을 토대로 건당 평균비용을 산출하여 결정하는 방법이다. 이 방법은 운영이 용이하지만 중증 질환자가 제대로 서비스를 받지 못할 위험이 있으며, 동질성이 높은 외래진료에는 적절할 수 없다는 단점이 있다.

DRG 수가 결정을 위해 먼저 모든 입원환자는 주 진단명, 기타진단명, 수술 처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 서로 비슷한 질병군으로 분류되고, 다음 단계에서는 행위별수가체처럼 질병별로 투입되는 원가를 산정하여 각 군별로 가격을 책정한다. 진단명의 열거를 가능하면 많은 진단의 다른 요구를 충족시킬 수 있을 정도로 상세히 해야 하지만 너무 상세하게 진단명이 열거되면 행위별수가와 차이가 없어지는 문제가 있다. DRGs 제도의 가정은 동일한 진단명의 질병에 대하여 진료행위를 표준화할 수 있다는 것인데, 의료인들은 진료행위의 표준화에 대하여 진료의 자율성을 침해한다고 비판하고 있다.

3) 건당진료비제의 평가

가) 비용억제 및 서비스 질

건당 정액 진료비제는 행위별수가제의 단점인 과잉진료의 유인을 없앨 수 있다는 점에서 비용절감에 유효한 방법이다. DRGs 제도에 대해서는 의료서비스 공급자들이 다음의 방법으로 자신들의 소득을 극대화할 것이라는 문제가 발생(OECD, 2004)하고 있다.

첫째, 환자의 증상보다 더욱 증상이 심한 진단명을 표기하거나 한 건을 여러 개의 다른 DRG로 분리하는 DRG creep을 사용하는 경우가 있다. 둘째, 행위별수가보다 청구가 단순하기 때문에 진료하지 않고도 부정으로 진료비를 청구할 수가 있다. 셋째, 건당 투입시간이나 자원을 줄여 서비스의 질을 저하시켜 비용을 절감시킬 우려가 있다. 넷째, 이익이 되는 DRG군은 진료하고 그렇지 않은 환자는 다른 공급자에게 후송 의뢰하는 문제가 있을 수 있다.

따라서 보험자는 DRGs 제도에 대해서는 정교한 심사체계를 수립할 필요가 있다. 진단명에 대한 구체적인 설명을 수가표에 제시하고, DRGs 분류의 수를

제한하며, 환자를 다른 공급자에게 불필요하게 이송시키지는 않았는지, 일정 수준의 질은 유지되고 있는지에 대한 모니터링을 보험자가 할 수 있어야 한다. 한편 의료서비스를 제공하는 공급자간에 경쟁을 유발하면 상호 감시 및 서비스경쟁 효과를 볼 수 있다.

나) 행정의 효율성

건당 정액제는 행정 관리의 측면에서 매우 간편하지만 공급자들의 부당청구를 방지하기 위해 행위별수가제 수준의 심사와 모니터링 비용이 소요된다.

라. 기타 진료비지불보상제도

1) 일당진료비제(daily charge)

일당진료비제는 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비총액을 결정하는 제도로 병원의 입원진료에 적용 가능한 방법이다. 수가계산의 근거는 어떤 단위 기간 동안의 공급자 단위별 총비용이며 이를 환자 총진료일수(입원일수)로 나누어서 구한다. 의사의 보수를 어떻게 고려하느냐에 따라 세 가지 종류로 분류할 수 있다.

첫째, 1983년 이전 미국 메디케어에서 사용한 방법으로 의사의 보수를 제외한 병원의 전체비용을 포괄하는 방식이다. 둘째, 독일의 병원진료비 상환에 사용한 방법으로 의사의 보수를 포함한 병원의 전체비용을 포괄하는 방식으로 모든 입원환자에게 동일한 일당 진료비를 부과하는 방식이다. 셋째, 1984년 이전까지 프랑스에서 채택되었던 방식으로 의사의 보수를 포함한 전체 비용을 포괄하여 일당진료비를 산정하되 전문과별 또는 특별진료서비스에 대해 차별수가를 적용하는 방식이 있다.

일당진료비제의 주요 문제점으로는 적절한 진료비 통제수단이 없다는 것이다. 이는 DRG제도가 도입되기 전에 미국 메디케어에서 경험한 문제로 일당진료비가 인플레이션이나 기타 환경변화에 대응하여 변동이 될 경우에는 인정받는 모든 비용이 상환되기 때문에 병원은 비용 절감을 위한 노력을 기울

이지 않고 환자진료일수는 일수대로 늘려 수입을 극대화하려고 한다. 그런데 일당진료비를 연초에 정한 값으로 고정시키게 되면 병원은 이윤을 위하여 서비스의 질을 낮추어 비용을 줄이고 환자진료일수를 늘리고자 할 수 있다.

수가표 등이 불필요하기 때문에 진료비의 지불을 위한 행정관리비용은 비교적 적게 지출된다는 장점이 있다. 병원으로서도 협상을 위하여 모든 병원에게 동일한 상세한 회계체계만 갖추면 되는 편리한 제도이다.

2) 인두제(capitation)

인두제는 일정기간(주로 1년)동안 의료기관에 등록된 사람 1인당 정액을 지불하는 제도로 인두정액 수가는 의사의 인건비, 재료비, 자본비용의 총합을 공급자당 등록 피보험자수로 나누어 계산한다. 공급자당 등록 피보험자수는 의료서비스의 질 관리를 위하여 상한선을 두어 제한하는 것이 통상적이며, 보험자는 보험료 범위 내에서 환자에게 모든 의료서비스를 제공해야 하므로 예산을 초과하지 않도록 의료서비스 양을 관리하게 된다.

인두정액은 보험자와 계약을 맺은 의사에 한하여 차별 없이 적용하며 의사들을 경쟁시키고 의료의 질을 확보하기 위하여 피보험자에게 연 1회 의사를 선택할 권리를 부여한다. 인두제는 주로 1차 진료 의사에 적용하는데, 병원에 적용할 경우 병원은 1차 및 2차 진료 서비스를 모두 제공해야 한다. 1차 및 2차 진료 서비스를 모두 제공하는 경우에 1차 진료의사에게 문지기의 기능을 강화하여 2차 서비스를 배분하는 기능을 부여하는 것이 바람직하다. 영국 등 NHS제도를 택하고 있는 국가들이 1차 진료의사의 진료비 지불제도로 사용하고 있으며, 미국의 민영의료보험인 관리의료에서 폭넓게 이용되고 있다.

인두정액 운영방식에는 두 가지가 있다. 첫째, 매우 단순하게 모든 등록 피보험자에게 일률적으로 동일한 정액을 적용하는 단일정액 방법과 둘째, 보다 정교하게 피보험자의 연령, 성, 거주지역에 따라 정액을 차등화 하는 차등 정액 방법이 있다.

인두제는 진료비의 증가를 억제하는 데는 효과적이고 경미한 질병이나 만성질환의 관리에 효과적인 방법으로 등록된 사람 1인당 정액으로 진료비를 지불받기 때문에 과잉공급의 유인이 없고 유인수요(induced demand)도 발생

하지 않는다. 또한 피보험자가 등록한 한 의사와 계속 접촉하여 병력에 대한 지속적인 관리가 가능하므로 경미한 질병이나 만성질환의 관리에 효과적이며, 인두제를 운영하는 관리비용도 매우 저렴하다는 장점이 있다.

그러나 인두제에서는 진료가 복잡한 환자는 후송의뢰 경향이 빈번하고, 의사들이 열심히 일할 인센티브가 없기 때문에, 의료의 질을 저해할 가능성 상존한다는 것을 단점으로 꼽을 수 있다. 년 1회 의사를 선택할 권리를 피보험자에게 부여함으로써 경쟁을 통한 의료의 질 저하를 방지할 수 있으나, 등록자수에 대한 상한선 설정으로 의사간의 경쟁이 그렇게 심하지 않아 경쟁을 통한 질의 관리도 어려울 수 있다.

3) 예산제(global budgeting)

예산제는 전국에 걸쳐 1년간 전체 병원진료비를 위하여 사용될 예산을 사전적으로 결정한 후 이를 병원별로 할당하는 방식으로 연중 어떠한 환경 변화가 있어도 예산을 연초의 계약대로 고정되게 된다. 영국이 1989년 이후부터 NHS제도 개혁 전에 사용한 이후 프랑스, 호주, 캐나다 등에서 국가가 소유한 공공병원에 적용된 방식이다.

독일의 총액계약제는 예산제라기 보다는 사실상 예산협상제에 가까워 1차 진료(의사)와 관련된 진료비계약은 주 단위로 보험자 대표와 의료기관 대표가 1년간의 진료비 총액과 행위별수가의 점당 가격인 환산지수를 협상을 통하여 결정한다. 매년 1, 2분기에 사전적 협상으로 결정하고 만약 총진료비가 상한선 이상으로 지출되면 3, 4분기에 가서는 점당 가격(환산지수)을 내리는 방법으로 변동총액계약제를 운영한다. 병원에 대한 진료비 계약은 병원과 질병금고가 직접 협상을 하며, 협상은 주로 전년도의 예산에 대한 증가율을 중심으로 이루어진다.

예산을 책정하는 방법은 투입물을 중심으로 하는 방법(input-oriented)과 산출물을 중심으로 하는 방법(output-oriented)이 있다. 투입물을 중심으로 하는 예산제는 공급자의 비용경험에 기초한 것으로, 영국이나 스웨덴과 같이 조세가 재원인 국가들은 병원이 국가 소유 또는 지방정부의 소유로 되어 있어 병원에 대하여 투입물을 기준으로 예산을 할당하고 있다. 행위별수가제에서

자본비용을 별도 보상하는 경우 자본비용 보상방법은 일종의 투입물 중심 예산제에 속한다고 할 수 있다.

산출물을 중심으로 하는 예산제는 공급자의 환자 진료실적에 기초하여 의료기관에 예산을 배정하는 방법이다. 환자 진료 실적이란 제공되는 서비스 건수 내지는 종류의 수를 의미하는데, 건수의 양이나 건수의 혼합은 환자의 연령, 성, 사회문화 및 경제적 요인에 의하여 좌우된다.

의료비 억제 측면에서는 예산할당제가 가장 효과적이지만 의료서비스의 질이 저하될 우려가 있다는 것이 큰 문제이다. 예산제 하에 있는 공급자는 고가의 약이나 수술을 기피하고 대신 값싼 약이나 치료로 대체하는 경우가 빈번히 발생한다. 영국이 다른 국가에 비하여 국민의료비를 적게 사용할 수 있는 이유 중의 하나가 병원에 대하여 예산할당제를 사용하기 때문이라는 분석도 있다. 변동예산제의 채택, 병원간의 경쟁 촉진으로 서비스의 질이 저하되는 것을 방지하려는 노력도 이루어지고 있다. 행정비용이 행위별수가제에 비해 크게 절감된다는 것이 주요 장점이다.

4) 봉급제

보험자가 의료공급자에게 노동계약을 근거로 매월 일정액의 봉급을 지불하는 제도로 남미국가나 스웨덴에서 1차 진료 의사가 정부나 보험자가 설립한 진료소에서 일하는 경우에 적용되는 방법이다. 봉급제하에서의 의사는 독립계약제에서보다 서비스를 보다 충실히 제공코자 하는 인센티브가 적어 서비스의 질은 떨어질 우려가 있다.

의료공급자와 의료서비스 공급을 계약하는 경우와 직접 공급할 경우에 가능한 봉급제 중에서 어느 것이 비용이 저렴한지는 알려져 있지 않다. 의료서비스를 제공하는데 소요되는 직접비용은 계약제 하에서 보다 봉급제 방식이 적으나 봉급제에서는 계약제에 비해 행정비용이 더 들어갈 가능성이 있다.

5) 보너스제(bonus payment)

공급자에게 의료비절감 및 국가보건정책의 목표 달성을 위한 인센티브를 제공하기 위하여 사용되는 방식이다. 처방약의 양을 줄이기 위하여 환자당 처

방비용을 적게 하는 의사에게 보너스를 제공하는 등 경제적인 성격이어야 하며, 국가보건정책의 목표와 연계되어 운영되어야 한다. 이 제도의 운영을 위해서는 의사의 처방전이 모두 기록이 되어야 하는 등 목표를 관찰할 수 있는 정교한 제어장치가 필요하다. 유의해야 할 점은 보너스를 위한 실사가 필요로 하는 약의 처방을 억제시켜 약 소비의 실질적인 감소를 가져오는 것이어서는 안 된다는 것이다. 의사의 처방전이 모두 기록이 되는 체계를 갖추고 있을 경우는 비용억제효과를 볼 수 있다.

3. 요양기관의 지정방법

의료공급자와 보험자의 관계는 의료공급자 측에 선택권이 있는지 여부에 따라 계약제와 지정제로 구분할 수 있으며, 지정제는 다시 당연지정제 및 지정신청제로 구분할 수 있다.

국가가 직접서비스를 제공하는 국가보건서비스방식(NHS)이나 의료공급자와 보험사업자가 통합된 형태인 전속고용형 건강유지조직(staff HMO)에서는 의료서비스의 직접공급방식을 사용하고 있으므로 보험자는 별도의 요양기관을 지정할 여지가 없어서 의료공급자의 계약참여는 의료서비스의 간접공급방법을 택하고 있는 사회보험체계(NHI)나 민영건강보험과 의료공급자의 네트워크에서만 이루어진다.

우리나라 민영건강보험은 네트워크가 형성되어 있지 않아 의료공급자의 네트워크 참여 여지가 없으나 형성된다면 사적 자치의 원칙에 따라 계약제가 바람직할 것이다.

가. 계약제

계약제는 국가 또는 보험자가 국민 또는 피보험자의 의료문제를 해결하기 위한 재정을 조성하고 이에 대한 서비스공급의 조건을 전제로 의료공급자를 계약의 당사자로 보는 개념으로 사회보험제도를 채택하고 있는 대부분의 국

가들이나 민영건강보험과 의료공급자의 네트워크에서 채택하고 있는 제도이다. 사회보험방식의 건강보험제도에서의 계약은 의료라는 공공재적 특성을 인정하여 대부분 정부에서 마련하는 계약서에 의하고 있으며, 일반계약과 같이 계약 건별로 계약당사자의 다양한 의견을 계약의 대상으로 하지는 않는다. 물론 계약 또는 협정내용의 초안 마련과정에 공급자 측뿐만 아니라 각계 대표가 참여하지만, 정부 또는 보험자 측에서 마련한 계약내용에 대한 수락여부를 계약하는 것에 불과하다.

그러나 민영건강보험의 경우 사적자치의 원칙에 따라 개별 보험자와 개별 의료공급자 또는 보험자단체와 의료공급자단체가 자율적인 방식으로 계약을 체결하는 경우가 많다. 일부 국가의 경우 국가에서 수가 등 중요 계약대상에 대한 가이드라인을 제공해주는 경우가 있다. 계약제의 경우 피보험자가 미계약 의료공급자를 이용하는 경우에도 보상을 해주어야 하는 경우도 있는데, 이때 피보험자에 대한 보상금액이 낮아지거나 본인부담금을 높이는 경우가 통상적이다. 미국에서 운영 중인 PPO(preferred provider organization)나 HMO의 Point of Service 옵션에서 이러한 방식을 채택하고 있다.

나. 지정신청제

지정신청제는 넓은 의미에서 계약제에 해당하는 방식으로 일본 등 사회보험제도를 채택하고 있는 일부 국가에서 의료공급자의 신청이 있을 때 정부 또는 보험자가 지정을 행하는 방식이다. 당연(또는 강제)지정제가 의료기관의 선택이 허용되지 않는 반면, 지정신청제는 지정 이후에 의료기관의 선택에 따라 보험의 지정을 사퇴하거나 등록을 말소 할 수 있다는 점이 다르다. 한편, 보험 요양기관의 지정을 받지 않은 소수의 비지정의료기관들은 사회적 특수 계층이나 특별한 기술에 의한 진료를 원하는 환자와의 자유계약에 따른 진료 가 허용된다.

다. 강제(당연)지정제

강제 또는 당연지정제도는 의료공급자 측의 의사와 상관없이 지정권자의 선택으로 당연히 건강보험 요양취급기관이 되는 제도이다. 물론 의료기관 또는 의료인이 건강보험 취급을 거부하거나 지정을 취소 할 수 없다. 이 제도는 국민의 기본권으로서의 건강과 생명보장을 위하여 전 국민에 대한 보험가입을 강제한 것과 같이 의료공급을 담당하는 의료기관에 대해서도 참여를 의무화한 것이라 할 수 있다. 우리나라의 당연지정제도는 건강보험 시행 초기 부족한 의료자원을 효율적으로 이용하기 위해 도입되었으나 환자의 선택권 박탈, 사유재산권 침해 등 사적 자치의 원리에 부합되지 않는 제도로 장기적으로 계약제로의 전환이 논의되고 있다(황덕남, 2002).

4. 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태

보험자와 의료공급자(health care provider) 간의 계약 관계에 따라 건강보험은 전통형(indemnity private health insurance), 계약형(contractual), 통합형 건강보험(integrated)으로 구분된다.

가. 전통형 보험

의료기관이 계약이나 당연지정에 의해서 요양기관으로 지정되어 있지 않아 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 직접 계약을 하지 않고 피보험자와만 계약 관계에 있는 경우의 건강보험형태를 말한다. 보험자와 피보험자가 계약관계에 있기 때문에 의료서비스공급 방법은 간접공급 방법 중 상환제로 운영된다. 피보험자가 치료할 의사를 자유로이 선택하고 의사는 의료서비스 공급량에 자율성이 보장된다.

보험자는 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 이용한다.

<표 II-2> 민영보험자와 의료서비스 공급자와의 관계분류

| 계약관계 | 내 용 |
|------|---|
| 전통형 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 보험자가 의료공급자와 직접계약이 없는 경우 |
| 해당국가 | 한국, 네델란드, 벨기에, 프랑스, 독일, 룩셈부르크, 캐나다 등의 민영건강보험(미국은 점진적으로 비중 축소) |
| 계약형 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 보험자가 의료공급자와 직접계약 체결 후 보상 |
| 해당국가 | 아일랜드, 호주, 오스트리아, 포르투갈, 영국 및 미국 HMO의 일부 옵션 |
| 통합형 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 보험자가 제휴병원 네트워크를 구축 또는 소유하고 계약자에게 모든 범주의 의료서비스를 제공 |
| 해당국가 | 프랑스, 스페인, 그리스 및 미국의 HMO |

미국에서는 민영건강보험은 전통적으로 전통형으로 운영되었으나, 현재에는 비중이 축소되어 소규모를 차지하고 있다. 한국, 벨기에, 프랑스, 독일, 룩셈부르크와 캐나다에서는 민영건강보험은 대부분 전통형으로 운영되고 있다.

나. 계약형 보험

계약 혹은 당연(강제)지정에 의해서 일단 요양기관으로 지정되면 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 계약을 하고 피보험자에게 제공된 의료서비스에 대해 보험자가 의료공급자에게 직접 보상(제3자지불제)하는 체계의 건강보험을 말한다.

보험자가 의료공급자에게 행위별로 의료비를 지급하게 되는 경우는 진료수가가 협상의 중심이 되고 의료의 공급량이나 질, 유형의 문제는 계약이나 협정에서 중요성이 다소 떨어지는 것으로 취급된다.¹⁰⁾ 계약의 주체는 개별적으

10) 호주에서는 의료비 통제를 위해 일부 대형 보험사업자 중심으로 민영병원과 사례별 지불체계의 협상이 이루어지고 있음.

로 보험자와 개별의료공급자 혹은 의료공급자 단체가 될 수 있다.

호주에서는 보험회사가 일부 의료공급자와 개별적으로 계약을 체결하는 것이 가능하며 비계약 의료공급자에게는 기본수가(default payment)를 지급한다. 호주에서는 보험자는 단체를 구성하여 협상하는 것이 가능하나 의료공급자는 단체로 협상하는 것은 금지하고 있는 특징이 있다.

아일랜드에서는 보험회사나 보험회사 단체가 개별 의료공급자와 개별적으로 계약을 체결하도록 하고 있다. 자유경쟁을 촉진하기 위한 규제 때문에 보험사업자는 단체를 구성하여 협상하는 것이 가능하나 의료공급자가 단체로 협상하는 것은 금지되어 있다. 법적기관(statutory corporation)인 VHI (voluntary health insurance)가 보상수준을 결정하는데 결정적인 협상력을 가지고 있으므로 다른 보험사업자는 VHI가 결정한 수가체계를 따르게 된다.

오스트리아, 포르투갈, 영국 등에서는 보험회사와 의료공급자 간 선택계약제를 실시하고 있다.

프랑스의 진료수가의 결정방식은 단체협상방식에 의해 이루어진다. 질병금고협회와 보험협회 간에 진료수가를 계약하여 진료수가가 정해진 후 전국협정을 주무장관이 고시하게 된다. OBD(office-based doctor)협회의 구성원이 되면 의료기관은 자동적으로 요양기관이 되게 된다. 협약의 가입여부는 개개의 의사의 자유이지만 2002년 기준으로 전체의사 114,225명 중 비협약의는 780명(0.5%)에 불과하다.¹¹⁾ 협약의와 비협약의의 차이는 질병보험금고로부터 지불되는 진료보수, 즉 환자가 금고에 상환 청구할 수 있는 진료보수의 단가에 있다.

11) 협약의사 중에는 협약요금을 바탕으로 하지만 별도로 환자에게 요금을 받을 수 있는 Secteur 2나 DP라고 불리는 의사가 있음.

- 1980년 보건의료의 질 향상과 건강보험의 비용통제에 관한 정책의 일환으로 secteur 2제도를 시행
- secteur 2 참가 의사들은 세금 및 사회복지분담금 감면 혜택을 받지 않는 대신에 환자에게 공식수가 이상의 의료비용을 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

다. 통합형 보험

계약 혹은 당연(강제)지정에 의해서 요양기관을 지정하지 않고 보험회사가 제휴 병원·의료공급자 네트워크를 만들거나 소유하여, 피보험자들에게 모든 범주의 보건의료서비스를 제공하는 체계의 건강보험을 말한다. 이는 재원조달(financing)과 의료전달체계를 하나의 체계로 결합한 것으로 일부 형태의 미국 관리의료 기능과, 프랑스나 스페인, 그리스에서 병원과 관련된 보험회사가 통합형의 범주에 포함된다.

통합형 모델의 원천인 미국의 HMO는 의료공급자를 고용하거나 계약을 체결하여 그들로 하여금 의료서비스 공급을 통제하도록 하여 의료공급자의 의료서비스 공급을 관리하고 조정하고 있다. HMO는 계약된 서비스를 직접 공급하는 것을 목적으로 하며 의료비 절감이 성과를 결정하기 때문에 경제적 인센티브와 전형적 진료방법, 가이드라인을 혼합하여 적용한다.¹²⁾ HMO는 1990년대 미국에서 확산되었으며, 보건의료비 상승 억제에 상당한 성과를 거두었다고 평가받고 있다. 그러나 엄격한 통제에 대한 소비자의 반발과 의학적 의사결정에 대한 우선권을 회복하려는 의료공급자의 시도로 보험회사는 엄격한 관리의료모델을 완화시키고 있다. 오늘날에는 전속 고용형 HMO와 같은 완전통합형 모델은 미국에서도 소수를 차지하는 보험제도로 전락하였으며, 통합형 모델 내에서도 업무상의 개선이 이루어져 의료비 통제의 중요성이 떨어졌고, 의료의 질, 환자의 안전, 성과의 보상, 환자 주도의 의료와 의료전문가의 참여에 보다 많은 비중을 두는 추세이다.

멕시코에서는 1999년 말의 규제개혁으로 건강보험을 제공하는 모든 기관에 전업화가 요구되어 미국 HMO의 그룹모델과 유사한 민영건강보험 전문기관(ISES; Specialised Health Insurance Institution)들이 탄생하였다. ISES는 의료공급자의 네트워크를 소유하거나 계약을 체결하여 예방 및 보건 촉진서비스를 제공하며, 제공된 의료서비스의 효용을 심사하며, 진료 후 환자를 전문의

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

에게 보내는 방식 등을 통해 회원들이 이용 가능한 의료자원과 보건의료시스템을 관리하고 있다. 2004년에 12개의 ISES가 활동 중으로 ISES 가입자는 2002년 기준 민영건강보험 가입자의 2.9%에 불과하며, 나머지는 일반보험사업자의 거대의료비건강보험(GMM; catastrophic health product)¹³⁾에 가입되어 있다.

라. 기타 형태의 민영건강보험

전통형(indemnity) 건강보험이나 선지급 건강보험 이외에도 OECD 민영건강보험시장에서는 보건의료비의 일부나 전부, 건강사고를 보상하는 기타 형태의 보험 또는 유사보험 상품이 존재한다.

1) 의료저축계좌

의료저축계좌(medical saving accounts, MSA)는 개인이나 가족별로 만들어진 일종의 신탁계좌(Trust or Custodial)이다. 가입자들이 내는 보험료는 각각 자신의 계좌에 입금되며 의료비용 역시 자신의 계좌에서 인출된다. 은행이나 보험회사는 의료저축계좌의 신탁자가 되어 의료저축계좌에 적립된 보험료를 운영하며, 의료비용 지급을 담당하게 된다. 이 상품의 지지자들은 소비자가 이를 통해 보건의료비 지출을 억제하고 지출 민감도를 향상시킬 수 있다고 주장하고 있다.

OECD 국가 중에 의료저축계좌가 있는 곳은 미국뿐이며, 해마다 치솟고 있는 의료비용의 상승률을 낮추기 위해 1996년 건강보험 이동성 및 책임에 관한 법률(HIPAA; Health Insurance Portability and Accountability)을 제정하여 근로자를 위한 동 제도를 시행하고 있다. MSA는 거대의료비를 보장하는 건강보험상품(catastrophic health insurance product)과 결합하여 구입하여야 하며, 건강보험의 공제액이나 비급여본인부담금을 충당하는 데 사용된다.

13) GMM은 공제금액이 매우 크며, 피보험자가 보험회사와 계약이 체결된 의료공급자 네트워크에서 서비스를 받는 경우에는 공제금액 적용이 유예되거나 공제금액이 축소. 후자의 경우 보험회사는 미국의 PPO와 유사한 방식으로 운영됨.

HIPAA에 따르면 자영업자나 소규모기업의 근로자들만 비과세 개인계좌를 개설할 권리를 가지며, 계좌의 자금 예금과 인출은 통제를 받게 된다. 여러 가지 상품이 나왔으나 보급률은 낮은 편이다¹⁴⁾.

두 번째 유형의 MSA는 메디케어 맞춤형 플랜(Medicare Advantages)¹⁵⁾의 하나로 보험회사에서 제공하는 상품이며 역시 고액공제보험상품과 결합형이다. 복잡한 규제, 고액공제보험상품에 대한 메디케어의 승인지연, 보험소비자의 관심 부족으로 이 상품에 대한 시장은 아직 활성화되지 않고 있다.

MSA가 도입되기 이전에 그 장·단점에 관한 많은 연구가 있었으나 보급률이 너무 낮아서 정확한 평가가 이루어지기 어려운 측면이 있다. MSA의 성과에 대해 몇몇 연구에서는 의료비용 절감효과가 있다고 평가하는 반면, MSA는 보험 풀의 자원을 외부로 빼내 가고, 비필수적이며 사치스러운 보건의료서비스에 세제지원을 제공한다는 비난도 있다.

2) 질병보험, 소득보상보험, 정액보험

암보험 등 특정 질병보험(disease-specific insurance)과 치명적 질병보험(critical illness insurance)은 관련 질병의 진단을 받은 피보험자에게 약정된 일시금을 지급하는 보험상품이다. 질병이 시작될 때부터 피보험자가 사망 또는 질병이 완치될 때까지 생명보험자와 동일한 방식으로 보험금이 지급된다.

소득보상보험(income replacement insurance)은 일시적 또는 영구적 장애(disability)시에 상실소득의 일부 또는 전부를 피보험자에게 보상하여 주는 보험이다. 소득보상보험은 벨기에, 캐나다, 독일, 일본, 아일랜드, 영국, 스위스 등 여러 국가에서 판매되고 있다.

정액보험은 피보험사건이 발생하였을 때, 예컨대 병원에서 하루 이상 입원한 경우 피보험자에게 사전에 약정된 소액의 일당 또는 주당 정액이 지급되는 보험이다. 안과처방, 치과치료, 분만 등에도 소액의 정액보험금이 지급되는 경우가 있다.

14) 보급률이 저조한 이유는 상품이 복잡하여 소비자에게 어필하지 못하며 수요가 적기 때문이다.

15) [부록] 참조

이러한 보험상품은 의료서비스의 이용여부와 관계없이 주요 질병의 진단을 기준으로 지급되고 있으며 일부 경우에는 피보험자에게 질병이 발생하지 않은 경우에도 현금을 인출할 수 있다. 영국에서는 이러한 보험상품이 특정 산업계에서 일반적인데 개별 질병의 진행과정에 소요되는 전체 비용과는 관련이 없거나 연결되어 있지는 않다. 이런 유형의 보험상품은 대개 동일한 사건이나 질병을 보장하는 다른 건강보험상품과 보장영역이 중첩되는 경우가 많다.

정액보험, 일반적으로 입원비정액보험은 일본, 오스트리아, 터키, 한국, 영국과 아일랜드에서도 판매되고 있으며, 미국에서도 입원비보상보험(hospital indemnity policy)과 특정질병 보험시장이 형성되어 있다.

Ⅲ. 우리나라의 공·사건강보험제도

1. 국민건강보험 제도

가. 재정수지 현황

우리나라 국민건강보험의 재정수지는 적자와 흑자를 반복하고 있다. 1997년부터 적자를 보이기 시작하여 의약분업에 의한 약제비 급여증가와 수가인상¹⁶⁾의 효과가 나타나기 시작한 2001년에는 적자규모가 2조 1,775억원에 달하였다. 2002년 이후에는 보험료 수입의 대폭 증가와 급여비 지출의 둔화로 적자폭이 감소하여 2003년에는 1조 4,943억원의 흑자를 기록하였다. 그러나 2005년 이후 보장성 강화정책의 시행으로 흑자폭이 감소하여 2007년에는 다시 2,847억원의 적자를 기록하였다(<표 III-1> 참조).

국민건강보험의 적자와 흑자가 반복됨에 따라 보장성도 강화와 약화가 반복되고 있다. 2005년 이후에는 보장성이 강화되어 MRI 보험급여(2005년 1월), 암, 심장질환, 뇌혈관질환의 중증질환자에 대한 보장성 강화(2005년 9월, 입원진료비의 10% 본인부담), 입원환자 식대 건강보험 적용(2006년 6월, 본인부담률은 20%), 6세 미만 아동의 입원법정본인부담금 폐지(2006년 1월) 등의 조치가 이루어졌다. 그러나 2007년 재정수지가 적자로 반전되자 2008년 1월부터 입원식대에 대해 다시 50%의 본인부담금을 부과하고, 6세 미만 아동의 입원에 대해 10%의 본인부담금을 부과하는 보장성 약화조치가 취해졌다.

국민건강보험 재정수지가 적자와 흑자를 반복하고 있는 것은 보장성 강화정책이 적절한 대응책을 가지고 실시되었다고 평가하기는 곤란하다는 것을 보여주고 있다. 재정불안정성의 원인이 소비자들의 도덕적 해이에 있다고 주장하면서 소비자들에 대한 보장성을 조정하고 있으나 이에 대한 이론적, 실증적 검증은 이루어진 바가 없다.

16) 2000년 4월부터 2001년 4월까지 1년간 4차례의 수가인상이 있었음.

<표 III-1> 국민건강보험 재정추이

(단위 : 억 원)

| 구 분 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 수 입 | 119,283 | 143,053 | 174,667 | 194,084 | 210,911 | 232,631 | 252,697 |
| 지 출 | 141,058 | 147,985 | 159,724 | 173,305 | 201,461 | 229,443 | 255,544 |
| 당기차액 | -21,775 | -4,931 | 14,943 | 20,779 | 9,450 | 3,188 | -2,847 |

주 : 2007년은 잠정치.
 자료 : 건강보험통계연보, 각 연호.

보장성의 조정이 입원에 치중되고 있으나 입원의료비의 결정에는 의료공급자들의 영향이 많이 작용한다는 점을 고려하면 환자의 도덕적 해이를 이유로 입원의 보장성을 조정하면서 재정안정화를 추구하는 것은 단편적인 대응일 수 있다. 재정안정화를 위해 다시 본인부담금을 부과하는 등의 보장성 조정정책은 향후 보장성 강화 정책의 추진에 장애가 될 것이다.

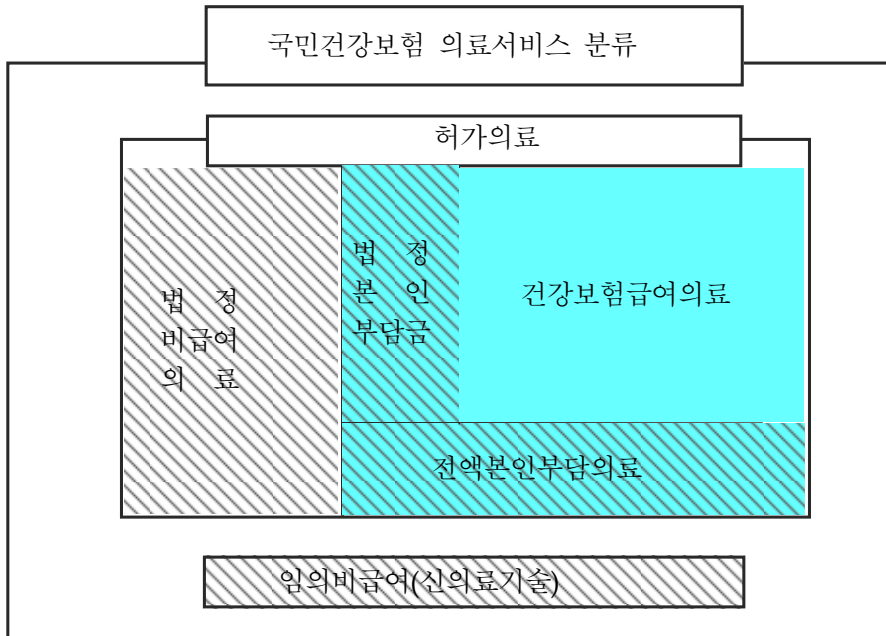
나. 보장성 현황

1) 본인부담금제도 현황

국민건강보험의 본인부담금은 민영건강보험의 보장성과 연계되어 있다. 민영건강보험은 국민건강보험의 보충형 상품이므로 국민건강보험의 보장성이 강화되어 본인부담금이 줄어들면 민영건강보험의 보장성이 약화되게 된다. 실손형 민영건강보험은 그림에서 빗금친 부분을 보장하며 국민건강보험이 급여를 확대하면 민영건강보험의 보장 영역은 그만큼 축소되게 되는 것이다.

국민건강보험의 의료서비스는 안전성과 유효성이 확보되었는지의 여부에 따라 크게 허가의료와 임의비급여로 구분하고 다시 허가의료에는 건강보험 급여원리에 부합되는 의료인 보험적용의료가 있고 부합되지 않는 의료인 법정비급여의료가 있다.

<그림 III-1> 국민건강보험 의료서비스 분류체계



보험적용의료는 다시 ① 건강보험급여의료 ② 일부분인부담의료(법정본인부담금)와 ③ 전액본인부담의료로 분류할 수 있다. 비급여본인부담의료는 보험적용의료의 전액본인부담의료, 그리고 법정비급여의료와 임의비급여로 구성된다. 민영건강보험이 법정본인부담금과 전액본인부담의료, 비급여본인부담의료를 보장한다.

국민건강보험의 보험급여대상은 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송¹⁷⁾이며 규정에

17) 국민건강보험법 제39조(요양급여) ①가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 ②제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 방법·절차·범위

의한 비급여대상¹⁸⁾을 제외한 일체의 사항이다.¹⁹⁾ 보험급여의 범위는 포괄적으로 정의되었지만 행위당수가제로 진료비를 보상하고 있기 때문에 각 요소에 비급여부분이 포함될 수밖에 없는 구조적 문제를 내포하고 있고(허순임외 4인, 2007), 비급여를 급여로 전환할 때 각 서비스의 상대적 점수와 필요성, 보장성 개선효과 등을 논의하여 합의를 이끄는 것에 어려움이 있다.

일부본인부담의료²⁰⁾²¹⁾²²⁾(법정본인부담의료)는 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 본인부담하게 된다. 다만, 6세 미만 아동의 외래진료는 21%, 65세 이상 노인에게는 1차 진료 1500원, 약국 1200

• 상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다. ③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

18) 『국민건강보험요양급여의기준에관한규칙』 제9조

19) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제8조(요양급여의 범위 등) ①법 제39조제2항의 규정에 의한 요양급여의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 법 제39조제1항 각호의 규정에 의한 요양급여중 제9조의 규정에 의한 비급여대상을 제외한 일체의 사항으로 한다. ②보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시하되, 법 제39조제1항 각호에 규정된 요양급여행위(이하 “행위”라 한다), 약제 및 치료재료(법 제39조제1항제2호의 규정에 의하여 지급되는 약제 및 치료재료를 말한다. 이하 같다)로 구분하여 고시한다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관의 진료에 대하여는 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1회 방문에 따른 행위로 정하여 고시할 수 있다.

20) 국민건강보험법 제41조(비용의 일부부담) 제39조제1항의 규정에 의한 요양급여를 받는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.

21) 국민건강보험법시행령 제22조(비용의 본인부담) ①법 제41조의 규정에 의한 요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담율 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 본인이 부담한 비용의 총액(별표 2 제3호의 규정에 의한 금액을 제외한다)이 6월간 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단이 부담한다.

22) 국민건강보험법 시행규칙 제10조(요양급여비용의 본인부담) 영 별표 2 제3호의 규정에 의하여 본인이 요양급여비용을 부담하는 항목 및 부담률은 별표 5와 같다.

원의 정액제가 적용된다. 일부본인부담의료는 소비자의 도덕적 해이에 의한 후생손실(Arrow, 1963; Pauly, 1968)을 억제하기 위함이지만 중증질환에 대해서는 이 이론이 적합하지 않고 의료공급자의 유인수요(Evans, 1974)를 고려하면 그 효과가 희석될 수 있으며, 도덕적 해이로 인한 소득효과(후생증대 효과)를 고려하면 후생손실은 줄어들 것이라는 연구결과도 있다(Nyman, 1999). 따라서 일부본인부담의 적정성에 대한 연구가 필요하다.

전액본인부담의료는 급여가 제한되거나 정지되는 경우와 보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등이 해당된다.²³⁾ 이는 국민건강보험의 진료수가로 의료비용을 부담하게 하여 적용대상자의 진료비부담을 줄이기 위한 것이다. 법이나 고시로 규정되는 법정비급여의료²⁴⁾는 전액본인부담이며 선택진료료(24.5%), 병실차액(15.4%), 식대(0.4%), 주사료(9.3%), 처치 및 수술료(4.8%), 검사료(8.9%), 치료재료대(8.1%), MRI(6.6%), 초음파(11.2%), 기타(10.8%)가 있으며 대상은 다음기준²⁵⁾에 의한다.

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 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 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 예를 들어, 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술(체외수정, 인공수정 등), 친자확인진단, 치과 보철, 선택진

23) 국민건강보험법시행령 제22조의 제 3호에서는 국민건강보험법에 근거하여 보건복지부령이 정하는 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위 안에서 보건복지부령이 정하는 금액을 본인부담액으로 규정함으로써 100분의 100 본인부담의 법적근거를 제공

24) 보건복지부·국민건강보험공단, 2007

25) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제9조

료 등(허순임외 4인, 2007)이 있다.

- ⑤ 한시적 비급여 대상으로 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우나 대체가
능하고 비용효과적 측면에서 상대적으로 고가(高價)인 경우
다시말하면 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부 장관
이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료를 말한다.
- ⑦ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료에 대한 비급
여대상 규정
- ⑧ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
예를 들어, 한방 물리요법, 한방생약제제 등이 있다.

이러한 고급의료서비스를 필수의료서비스를 제공하는데 집중해야할 사회보
험에서 제공하는 것은 취지에 부합하지 않으므로 이러한 부분은 소비자의 선택
에 맡기는 것이 후생증대에 기여할 것이다.

법령이나 고시로 급여 또는 법정비급여로 결정되지 않은 행위 및 치료재료
에 대해 환자에게 비용을 부담하게 하는 경우, 신의료기술, 진료상의 경제성
이 불분명한 검사처치수술, 기타의 치료 또는 치료재료는 임의비급여로 분류
된다. 기타 보건복지부에서 분류한 임의비급여는 요양급여기준을 초과한 경
우, 별도의 진료수가 산정이 불가능한 경우, 식약청 허가사항을 초과하여 사
용한 경우(주로 의약품에 해당), 심사삭감에 따른 부분 등이 있다.

민영건강보험에서는 임의비급여를 실제지불본인부담액의 범위에 포함시켜
서 보장할 것인지가 문제될 소지가 있다. 포함시킬 경우 의료공급자에 의한
급여부분의 임의비급여부분으로의 전환으로 민영건강보험의 지급보험금이 과
도하게 상승할 소지가 있고 임의비급여부분에 대한 심사가 어려워 정교한 지
급심사 체계를 갖추어야한다. 포함시키지 않을 경우 임의비급여부분에 대한
보장성 약화된다는 문제가 있다.

신의료기술은 대체가능한 경우도 많으므로 국민건강보험 급여의료화는 신
중을 기해야하며 의료산업의 발전과 후생증대에 기여하는 바가 있어 금지영
역으로 남겨두는 것은 불합리하므로 판단근거를 충분히 확보하여 신속한 법
정비급여화 등의 조치가 필요하다.

2) 보장률 현황

<표 III-2> 국민건강보험의 급여율 추이

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|----|-------|-------|-------|
| 입원 | 54.9% | 57.5% | 64.1% |
| 외래 | 56.9% | 58.4% | 59.8% |
| 전체 | 61.3% | 61.8% | 64.3% |

자료 : 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황 조사, 보건복지부·국민건강보험공단, 2006.

보건복지부·국민건강보험공단에 따르면 2006년도 보장률은 64.3%로 2005년 9월부터의 집중적인 보장성 강화 정책에 힘입어 2004년 대비 3%p의 보장성 강화가 이루어졌다. 입원의 경우 2006년 전체적인 보장률은 64.1%로 전년에 비해 6.6%p 증가한 것으로 나타났는데, 이는 2005년 이후 보장성 확대에 다른 것이다. 외래의 2006년 전체적인 보장률은 59.8%로 입원 부문과 달리 보장성 강화 정책의 시행이 거의 없었기 때문에 소폭 증가에 그치고 있다. 2006년에는 2004년 실태조사 이후 처음으로 입원이 외래보다 보장률이 더 높아져 중증환자 중심으로 보장구조가 변하고 있음을 보여주고 있다(<표 III-2> 참조).

그러나 정형선(2008)은 병·의원, 약국을 대상으로 할 경우 2007년에 보장률은 63.6%, 한방병·의원, 치과병의원, 조산소, 보건소를 포함할 경우는 55.8%로 추정하고 있다(<표 III-3> 참조). 모든 의료서비스 공급자를 포함할 경우를 기준으로 기능별로는 입원 65.5% 외래 52.2%, 의약품등이 51.7%로 추정하고 있다. 연도별로는 지속적으로 급여율이 상승하여 2000년에 45.6% 수준이었다가, 약제의 보험급여화가 단행된 2000년 7월의 의약분업을 계기로 2001년 53.7%로 대폭 상승했고 특히, 보장성 강화정책이 본격화된 2005년 이후의 증가가 두드러져 2007년에는 55.8%를 기록하고 있다.

<표 III-3> 2007년 건강보험 급여율 및 본인부담률 (공급자별)

(단위; 조 원, %)

| | 전체요양기관 ¹⁾ | 일반의료기관 ²⁾ | 일반요양기관 ³⁾ |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 계 | 43.5(100.0) | 24.6(100.0) | 35.2(100.0) |
| 국민건강보험급여(율) | 24.3(55.8) | 16.0(65.0) | 22.4(63.6) |
| 본인부담(률) | 19.2(44.2) | 8.6(35.0) | 12.8(36.4) |
| - 법정 | 8.0(18.3) | 4.8(19.7) | 7.3(20.7) |
| - 비급여 | 11.2(25.8) | 3.7(15.3) | 5.5(15.7) |

주 : 1) 병의원, 한방병의원, 치과병의원, 조산소, 보건소, 약국

2) 병의원

3) 병의원 및 약국

자료 : 정형선, 2008.

<표 III-4> 연도별 국민건강보험의 급여율 추이

(단위 : 조 원, %)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 건강보험 급여 | 4.0 | 5.0 | 5.8 | 6.6 | 7.9 | 8.9 | 13.0 | 13.5 | 14.8 | 16.2 | 18.1 | 21.0 | 24.3 |
| 법정본인 부담 | 2.2 | 2.7 | 3.0 | 3.4 | 3.9 | 4.1 | 4.9 | 5.4 | 6.0 | 6.3 | 6.8 | 7.4 | 8.0 |
| 비급여본 인부담 | 5.9 | 6.4 | 6.3 | 5.1 | 5.8 | 6.5 | 6.3 | 7.0 | 7.2 | 7.8 | 9.0 | 10.0 | 11.2 |
| 본인부담 계 | 8.1 | 9.1 | 9.3 | 8.5 | 9.7 | 10.6 | 11.2 | 12.4 | 13.2 | 14.1 | 15.8 | 17.4 | 19.2 |
| 급여율(%) | 33.1 | 35.5 | 38.4 | 43.7 | 44.9 | 45.6 | 53.7 | 52.1 | 52.9 | 53.5 | 53.4 | 54.7 | 55.8 |

자료 : 정형선, 2008.

정부는 2008년에 국민건강보험 보장률 70% 달성을 목표로 추진하고 있으나 2007년 재정적자를 기록했고 보장성 축소정책이 추진되고 있으므로 이 목표는 현실성이 없다. 목표 숫자를 달성하기위해 정책을 추진하는 것은 관료적 발상이며, 법정본인부담금중심의 보장성 조정정책에 치중하기보다는 후생증대

효과를 고려한 보장, 거대의료비보장 등에 치중하는 것이 바람직하다.

다. 의료서비스의 공급방법

1) 제3자지불제

우리나라의 국민건강보험은 피보험자가 필요시에 의료서비스를 이용하면 의료공급자가 제3자인 보험자에게 진료비를 청구하며, 보험자는 청구된 진료비를 심사하여 의료공급자에게 직접 지불하는 제3자지불제를 택하고 있다. 그러나 지급기관과 심사기관은 분리해서 운영하고 있다는 특징이 있다.²⁶⁾

국민건강보험법 제43조 제1항과 제2항에서는 요양기관이 요양급여비용의 지급을 청구하는 경우에는 심사평가원에 심사를 청구하여야 하고, 심사청구를 한 경우에는 지급을 청구한 것으로 보며, 심사평가원은 심사한 후 그 내용을 공단과 요양기관에 통보하고 공단은 지체없이 그 내용에 따라 지급하여야 한다고 규정하고 있다.

진료비의 지급 및 심사에 데이터 통신망을 이용한 전자 문서교환방식(EDI; Electronic Data Interchange)이 이용되고 있다.²⁷⁾ 건강보험 EDI란 요양기관에서 환자 진료 후 진료에 소요된 비용을 그동안 사용하여 오던 서면이나 디스켓이 아닌 컴퓨터 통신을 이용한 EDI방식으로 진료비 심사지급기관인 건강보험심사평가원(심사기능)과 건강보험관리공단(지급기능)에 청구하는 방법을 말한다.

EDI의 이용으로 전산으로 수가·약가 등의 자동점검 및 계산이 가능하고, 화면에 의한 심사가 가능해져 심사속도도 빨라지고 있다. 요양급여의 심사시 심사청구를 받은 날부터 40일 이내에 심사를 완료하여야 하나 전자 문서교환방식에 의한 경우에는 15일 이내에 심사를 완료하도록 규정하고 있어 전자문서교환방식의 사용이 활성화되고 있다. 2004년 4월 현재 총

26) 구 의료보험법하에서 보험자단체가 지급과 심사기능을 수행함에 따라 심사의 공정성과 객관성에 대한 요양기관으로부터 문제 제기가 있었음.

27) 국민건강보험법 시행규칙 제14조

68,590기관 중 57,904기관(84.4%)이 EDI 청구를 이용하고 있으며, 요양급여 비용 심사청구와 관련하여 요양기관과 심사기관 간에 송·수신되는 EDI 서식은 청구서와 명세서 등 총 17종이 고시되어 있다.

EDI가 구축됨으로써 발생하는 기대효과는 구체적으로 다음과 같다.

① 사회적 측면

- 요양기관과 종합적인 정보교환 체계 구축
- 정확한 정책자료 생산, 물류비용 등 사회비용 절감

② 요양기관 측면

- 청구업무 간소화 및 청구비용 절감
- 지급기간 단축으로 경영의 효율성 제고
- 심사결과에 대한 세부내용 인지로 청구의 정확성 도모

③ 심사기관 측면

- 전산입력 생략으로 검산, 교정인력 감축, 입력비용절감
- 신속·정확한 심사로 업무의 효율성 제고
- 청구 관련 자료 확보로 청구행태 투명성유도 및 보험재정 누수 방지

2) 요양급여비용의 심사

국민건강보험은 제3자지불제를 채택하고 있으므로 의료기관의 과잉공급과 부당청구의 가능성이 있어 지급심사가 필요하다. 더욱이 행위별수가제의 점수제로 운용하고 있어서 의료공급자는 의료행위의 종류를 여러 가지로 증가시키는 등의 방법으로 소득을 증가시키려 하기 때문에 비용을 통제할 필요가 있다. 요양급여비용 심사는 행위별로 산정한 요양기관의 청구내용이 요양급여기준 등에 적합한지를 심사하여 청구오류나 위반사항을 조정함으로써 요양급여비용 청구질서를 확립하고 적정진료를 유도함이 목적으로 한다. 심사결과 급여기준초과, 기준적용착오, 산정착오 등이 발생할 경우 해당 청구진료비를 조정하게 된다(<표 III-5> 참조).

가) 심사처리절차

청구가 있으면 당해기관을 지표기관과 정밀심사기관으로 분류하게 된다.

<표 III-5> 연도별 요양급여비용 심사실적

(단위 : 천 건, 백만 원, %)

| 연도 | 심사결정 건 수 | 심사결정 총진료비 | 조정 건수 | 조정 금액 | 조정 건율 | 조정 액율 |
|-------|-------------|--------------|----------|----------|----------|----------|
| 2005년 | 799,644 | 24,796,776 | 30,208 | 192,305 | 3.78 | 0.77 |
| 2006년 | 842,503 | 28,557,969 | 27,875 | 170,565 | 3.31 | 0.59 |

자료 : 건강보험심사평가원 내부자료, 2007.

요양급여비용 청구경향이 양호한 경우에 지표기관으로 분류하고 해당기관의 외래 요양급여비용 청구명세서에 대하여 일정기간 명세서 건별 청구내역심사를 생략하고 진료지표를 관리하여 심사한다. 지표심사를 제외한 입원 요양급여비용명세서와 외래 요양급여비용명세서를 대상으로 명세서건별로 해당 요양기관의 진료경향 분석 등 청구내역을 종합적으로 파악하여 진료내용의 적정성, 심사기준과의 적합성 등을 정밀하게 심사한다. 필요한 경우 청구명세서와 관련된 진료기록부 등의 보완자료를 해당기관에 요청하여 심사하거나 필요한 경우 면담심사를 할 수 있다.

정밀심사기관에 대해서 ① 전산점검, ② 심사직원 심사, ③ 심사위원심사 및 전문심사, ④ 심사위원회 심사를 실시한다.

전산점검은 요양급여비용청구시 동 내역에 대한 적합성 여부를 심사하기 이전에 일반사항의 오류에 대한 기재점검, 약가나 수가의 단가 등에 대한 자동점검, 심사기준 적용착오 등에 대한 전문가 점검 등을 전산으로 점검하는 것을 말하며, 전문가점검은 고시·산정지침·행정해석·심사지침 등 심사기준을 일부 전산 프로그램으로 점검하는 것을 말한다.

심사직원심사는 요양급여비용명세서를 대상으로 수진자의 인적사항, 상병명, 진료기간 등 일반사항의 확인과 해당기관의 요양급여비용 청구경향을 분석하고 명시적 심사기준의 범위내에서 청구내역의 적합성여부를 심사하는 것이며, 전문의학적 판단을 필요로 하는 경우는 심사위원에 심사의뢰를 하게 된

다. 심사위원심사 및 전문심사는 심사직원이 작성한 심사소견 등을 참조 해당 기관 또는 해당 명세서에 대한 진료경향 분석 등을 통하여 전문의학적 판단에 의한 진료의 적정성 여부를 심사하는 것으로 진료기록부, 검사결과, 진료의사소견 등 자료확인심사 및 의견청취 심사 등으로 이루어진다. 심사위원회 심사는 전문과목별로 고도의 의학적 판단을 요하는 사항이나, 심사기준 설정을 요하는 사항, 기타 합의에 의한 결정을 필요로 하는 사항을 심의·결정하는 것으로 전문과목별 분과위원회 및 중앙심사평가조정위원회에서 심의한다.

나) 심사기준

요양기관에서 청구한 요양급여비용 심사시 내용적인 적합성 및 비용적인 적합성 여부를 확인함에 있어 판단기준이 되는 실제적인 내용을 심사기준이라 한다. 법령상의 심사기준으로 국민건강보험법(이하 '법'이라 함) 제 39조의 규정에 의한 요양급여의 기준, 동 법 제 42조의 규정에 의하여 정하여진 요양급여 비용의 내역 및 사실관계가 있다.

① 법 제39조의 규정에 의한 요양급여의 기준

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령)
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부령)
 - 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조에 의한 관련 세부사항으로 의약계
 - 공단 및 심사평가원의 의견을 들어 복지부장관이 고시

② 법 제42조의 규정에 의하여 정하여진 요양급여 비용의 내역

- 요양급여비용의 산정내역(보건복지부고시)
- 건강보험 요양급여비용의 내역
- 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수
- 약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준
- 치료재료급여·비급여목록 및 급여 상한금액표
- 약제급여·비급여목록 및 급여상한금액표 등

법규 명령인 심사기준은 요양기관이나 심사평가원이 당연히 준수하여야 하는 것으로 이를 위반하여 요양급여를 행하거나 비용을 청구한 경우 심사조정

은 언제나 적법한 심사처분이 된다. 기타 심사기준으로 법규명령으로서의 성격을 갖는다고 볼 수 없으나 요양기관이 준수하지 않는 경우 심사·조정되고 이에 불복하는 경우 일일이 행정쟁송으로 다투어야 하기 때문에 실질적 심사기준으로 작용하는 보건복지부 행정해석, 심사평가원 심사지침이 있다.

보건복지부 행정해석으로는 건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수 또는 약제, 치료재료의 산정기준 등에 대한 보건복지부장관이 시달한 명시적 해석이 있으며, 심사평가원 심사지침으로는 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준이 있다.

라. 진료비 지불보상제도

국민건강보험은 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG)²⁸⁾ 시범사업을 제외하고

- 28) 포괄수가제는 3차에 걸친 시범사업기간을 거친 후 2002.1.1 부터 4개 진료과 8개 질병군에 대하여 본 사업을 실시
- 대상자는 8개 질병군으로 입원진료를 받은 자, 대상기관은 8개 질병군을 입원진료 하는 요양기관 중 희망기관으로 하여 선택 실시함.

<표 III-6> DRG 요양급여실적(2006년)

(단위 : 건, 일, 천원)

| 질병군 | 일수 | | | 요양급여비용 | |
|----------------|---------|-----------|-----------|---------|---------|
| | 청구건수 | 내원 | 요양 | 계 | 급여비 |
| 수정체 수술 | 214,756 | 235,325 | 323,897 | 199,915 | 161,714 |
| 편도 및 아데노이드 절제술 | 8,117 | 26,690 | 52,183 | 4,830 | 4,025 |
| 항문 및 항문주위 수술 | 245,664 | 772,675 | 1,092,791 | 155,345 | 125,969 |
| 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 | 10,273 | 41,559 | 67,186 | 8,183 | 6,824 |
| 충수절제술 | 33,863 | 200,757 | 278,620 | 35,372 | 28,376 |
| 자궁 및 자궁부속기 수술 | 32,498 | 216,131 | 302,252 | 44,618 | 35,137 |
| 제왕절개분만 | 82,667 | 569,871 | 720,465 | 88,437 | 73,229 |
| 질식분만 | 1 | 2 | 5 | 0.5 | 0.4 |
| 합계 | 627,839 | 2,063,010 | 2,837,399 | 536,701 | 435,275 |

주 : 질식분만은 '03. 9. 1부터 대상 질병군에서 제외됨.
 자료 : 국민건강보험 통계연보, 2006.

는 진료행위별수가제(FFS; fee-for-service)의 점수제로 운영되고 있다. 의료기술의 변화와 같은 여건변화에 따라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때만 점수표를 조정하므로 보험자와 의료서비스 공급자가 수가를 협상 및 계약할 경우에 점수를 협상할 필요는 없고 보험재정, 의료기관의 경영수지를 감안하여 환산지수(적당 가격)만 협상 및 계약하게 된다.²⁹⁾

요양급여비용은 진료행위에 대한 기술료(조제료, 재료대 포함)와 진료행위에 소요되는 약제비와 치료재료비로 구성되어 있다. 기술료에 해당되는 행위료의 경우 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표자간에 보건복지부장관이 정하는 상대가치점수 당 단가를 정하는 방법으로 계약을 체결하여 정하게 된다.(국민건강보험법 제42조, 국민건강보험법시행령 제24조). 요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것이다.

기술료의 경우 진료행위의 난이도, 시술소요시간 및 빈도, 행위에 소요되는 재료대, 진료행위에 투입된 인력의 인건비 등으로 구성된다. 상대가치점수에는 해당 요양급여항목의 실질적인 가치가 이미 반영되었기 때문에 계약은 그 가치를 얼마의 명목가격으로 나타내는가를 결정하는 것으로 볼 수 있다.

약제비나 치료재료비는 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액 범위 내에서 요양기관이 실제로 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 하도록 하여 이윤을 허용하지 않고 있으나 의료계에서는 원가에 적정이윤의 인정을 요구하고 있다.

의료기관의 종류와 무관하게 동일 수가를 적용할 경우에는 종합병원, 병원,

29) 구 의료보험법하의 요양급여비용은 보건복지부가 연구기관에 의뢰하여 의료기관 경영수지를 분석하고, 재경원과 인상률을 협의하여 인상률과 요양급여 각 항목별 배분율을 결정하여 이를 고시함으로써 의료보험수가가 최종 확정되는 체계로 운영되었음. 이러한 의료보험수가 결정방식 하에서 정부는 보험재정, 정부의 물가정책 등을 우선 고려하여 의료보험수가를 정함으로써 요양기관의 요구를 전적으로 반영하기 어려웠을 뿐만 아니라, 그 절차가 비공개적이고 투명하지 못하여 결정된 의료보험수가에 대한 요양기관의 불만이 지속되어 옴에 따라 국민건강보험법 하에서는 요양급여비용의 계약제를 도입함.

의원의 역할 분담이 어렵고 대학병원 등은 연구 등에 투자를 꺼리게 될 것이므로 그에 대한 보상책으로 의료기관의 종별에 따른 행위료의 가산율을 적용하게 된다. 2007년 종별가산율은 종합전문(400 병상 이상) 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원은 15%이다.

행위별수가제 아래에서 법정비급여부분과 임의비급여부분의 수가를 결정하는 것은 공·사건강보험의 중요한 정책과제가 될 것이다. 행위당수가제로 진료비를 보상하고 있기 때문에 많은 진료항목들은 비급여부분을 포함할 수밖에 없는 구조적인 문제를 내포하고 있다. 특히, 임의비급여의 수가를 결정할 때 각 서비스의 상대적 점수와 필요성, 보장성 개선효과 등을 논의하여 합의점을 이끄는 것이 어려움이 있을 것으로 예상된다.

마. 요양기관 지정제도

의료법에 의하여 개설된 의료기관과 약사법에 의하여 등록된 약국은 당연히 국민건강보험법상의 요양급여를 담당하는 요양기관이 되도록 규정하여 요양기관 당연지정제를 실시하고 있다(국민건강보험법 제40조). 당연지정제도는 모든 국민이 의료의 혜택에서 소외받지 않도록 하기 위한 목적으로 채택된 것으로 민간의료가 대부분인 우리나라에서는 국가가 전 국민에 대한 요양급여를 불편 또는 차질 없이 제공할 수 있을 정도의 요양기관을 소유하고 관리하는 것이 불가능하기 때문에 요양기관의 확보가 필요했기 때문이다.

2006년말 현재 요양기관으로 의료기관 54,475개, 약국 20,633개가 지정된 상태이다(<표 III-7> 참조).

<표 III-7> 국민건강보험 요양기관 현황

(단위 : 개)

| 구 분 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 종합전문 요양기관 | 43 | 42 | 42 | 42 | 42 | 43 |
| 종합병원 | 234 | 241 | 241 | 241 | 249 | 253 |
| 병 원 | 705 | 783 | 871 | 970 | 1,112 | 1,322 |
| 의 원 | 21,342 | 22,760 | 23,559 | 24,301 | 25,166 | 25,789 |
| 치과병원 | 72 | 90 | 103 | 108 | 124 | 136 |
| 치과의원 | 10,783 | 11,157 | 11,556 | 12,083 | 12,548 | 13,002 |
| 조 산 원 | 86 | 82 | 70 | 63 | 52 | 51 |
| 보건의료원 | 17 | 18 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| 보 건 소 | 229 | 228 | 231 | 232 | 234 | 237 |
| 보건지소 | 1,267 | 1,266 | 1,270 | 1,272 | 1,274 | 1,276 |
| 보건진료소 | 1,879 | 1,878 | 1,887 | 1,895 | 1,897 | 1,907 |
| 한방병원 | 140 | 149 | 152 | 156 | 149 | 145 |
| 한 의 원 | 7,563 | 8,128 | 8,699 | 9,176 | 9,761 | 10,297 |
| 약 국 | 18,354 | 18,727 | 19,262 | 19,838 | 20,296 | 20,633 |
| 합 계 | 62,714 | 65,549 | 67,960 | 70,394 | 72,921 | 75,108 |

자료 : 국민건강보험통계연보, 2006

① 의료법에 의하여 개설된 의료기관.

의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분한다(의료법 제30조).

② 약사법에 의하여 등록된 약국(약사법 제16조)과 약사법에 의하여 설립된 한국희귀의약품센터(약사법 제72조의 12).

2001년 8월 14일 신설된 약사법 설립근거를 가지고 동 센터가 희귀병환자들에게 약품을 공급할 수 있게 됨에 따라 이러한 경우 건강보험혜택을 받을 수 있도록 하기 위하여 요양기관에 포함시킨다.

- ③ 지역보건법에 의한 보건소·보건의료원 및 보건지소.
- ④ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소.
시장(도농복합형태의 시의 시장이 읍·면지역에서 설치·운영하는 경우)·군수는 의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다.

당연지정제로 인해 모든 의료기관이 국민건강보험제도의 틀 안에서만 의료 활동을 할 수 밖에 없고, 모든 국민은 국내에서는 국민건강보험 제도 안에서만 의료서비스를 받을 수밖에 없는 결과가 야기되었다. 현재 정부는 국민들의 기본적인 의료욕구와 접근성이 충족되는 범위 내에서 공급자의 자유계약의지를 반영하기 위해 계약제로의 전환을 장기적인 과제로 검토하고 있으며, 의사협회 등 의료공급자 단체에서는 요양기관 개별계약제를 단체계약제로 전환하여 추진해 줄 것을 주장하고 있다.

2. 민영건강보험 제도

가. 보장 내용

우리나라 실손형 민영건강보험은 국민건강보험적용의료비 중 일부본인부담금(법정본인부담금)과 전액본인부담의료, 그리고 비적용의료비인 법정비급여 의료비, 임의비급여의료비 모두를 보충하여 보장하고 있다.³⁰⁾

-
- 30) ○ 기초형 민영건강보험(primary private health insurance) : 개인이 이용 가능한 유일한 기초건강보장수단으로서 역할을 하는 민영건강보험으로 유일형과 대체형이 있음.
- 유일형 민영건강보험(principle private health insurance) : 공적건강보험이 존재하지 않거나 공적건강보험에 가입자격이 없는 경우 이용하는 보험
 - 대체형 민영건강보험(substitute private health insurance) : 공적건강보험에 가입할 수는 있으나 탈퇴를 선택한 개인이 이용하는 민영건강보험

우리나라뿐만 아니라 아일랜드, 덴마크, 독일, 스웨덴, 이탈리아, 룩셈부르크 등에서도 민영건강보험이 일부본인부담금과 비급여본인부담금을 패키지로 판매하고 있다.

실손형 민영건강보험의 경우는 몇몇 질병을 제외한 모든 질병을 보장하는 포괄주의(negative) 방식으로 상품이 설계되어 있다. 2007년 현재 판매 중인 생명보험의 개인의료비 실손보장건강보험에서 보상하지 아니하는 손해는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD) 중 아래의 표에 해당하는 경우이다(<표 III-8> 참조).

나. 상품 및 실적 현황

1) 상품현황

가) 생·손보간 실손형건강보험 상품비교

2008년 판매예정인 생명보험의 개인 실손형 건강보험과 현재 판매되고 있는 손해보험은 개인 실손형 건강보험은 보장금액이나 보장항목 등이 회사별로 상이하다.

-
- 중복형 민영건강보험(duplicate private health insurance) : 공적건강보험에서 이미 보장되고 있는 의료서비스를 보장하는 민영건강보험
 - 개인의 공적건강보험료 분담의무는 면제되지 않음.
 - 보충형 민영건강보험에는 두 가지가 있음.
 - 공적 건강보험의 법정본인부담금을 보장하는 보완형 민영건강보험(complementary private health insurance) : 공적건강보험이나 기초형 민영건강보험에서 보상되지 않는 잔여비용(예: copayment, coinsurance)의 전부 또는 일부를 보장하는 보험으로 적격 의료비용의 일부만을 보상
 - 공적 건강보험이 보장하지 않는 의료를 보장하는 보충형 민영건강보험(supplementary private health insurance) : 공적건강보험에서 보장되지 않는 의료서비스를 보장

<표 III-8> 생명보험의 보장제외 질병

| 구 분 | 분류번호 |
|--------------------------------|---------|
| ○ 정신과 질환 및 행동장애 | F00-F99 |
| ○ 비만 | E66 |
| ○ 치핵, 비뇨기계 및 직장 또는 항문 관련 특정 질병 | |
| - 치질 | I84 |
| - 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공) | K60 |
| - 항문 및 직장부의 고름집(농양) | K61 |
| - 항문 및 직장의 기타 질환 | K62 |
| - 비뇨기계통의 기타장애 | N39 |
| - 상세불명의 요실금 | R32 |
| ○ 디스크 관련 특정 질병 | |
| - 목뼈 원판 장애 | M50 |
| - 기타 추간판 장애 | M51 |
| ○ 임신, 출산 및 산후기 | O00-O99 |
| ○ 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 | Q00-Q99 |
| ○ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 | Z00-Z99 |

생·손보간 보험기간, 가입연령 등 사업방법서 내용이 상이하며, 생·손보간 뿐만 아니라 손해보험회사 간에도 보장금액, 보상한도액, 공제방법, 보장제외항목 등 약관내용이 상이하다. 예를 들면 통원의료비는 생명보험은 외래의료비와 처방조제비로 구분하고 손해보험은 구분하지 않는 것 등이다.

민영건강보험상품은 보장대상이 다양하여 상품의 표준화가 사실상 어려운 상태에 있다. 상품표준화가 이루어지지 않은 상태에서 제3자지불제도가 도입되는 경우 중복가입한 피보험자의 비례보상에 어려움이 예상된다. 또한 의료기관 입장에서도 중복가입한 피보험자의 본인부담의료비 산출이 어려울 것이다.

나) 생명보험 상품운영 현황

개인보험³¹⁾과 단체보험으로 구분할 수 있으며, 개인보험은 산과, 치과 및

<표 III-9> 생·손보간 실손형건강보험 상품비교

| 구분 | 생보 상품 (개발완료) | 손보 상품 (기판매중) | |
|-------|--------------------------|---|--|
| 사업방법서 | 보험기간 | 1종 : 1년(순수보장형) - 9회 또는 64세까지 갱신가능 2종 : 5년(만기환급형) | 5,10,15년 또는70세만기 - 의료비특약은 1년만기갱신 |
| | 가입연령 | 만1세부터 ~ (만기연령65세 -보험기간) | 만1세부터 ~ (만기연령70세 -보험기간) |
| | 부가가능 특약 | 정기사망특약(고정부가) 배우자의료실손특약 자녀의료실손특약 | 질병사망특약 암진단,암입원,질병입원,뇌졸중진단,급성심근경색증진단,질병입·통원의료비특약 |
| 약관 | 보장금액 | 일부 및 비급여 본인부담금의 70% | 본인부담금의80~100%(회사별 상품별로 상이) |
| | 공제방법 | 외래의료비 및 처방조제의료비 각각 공제 -외래 : 5,000원 공제 -처방 : 3,000원 공제 | 외래의료비 및 처방조제의료비 합산 공제 -통원 : 5,000원 공제 |
| | 입원중 보험기간 종료시계속입원에대한처리 | 보험기간 만료일부터 최대 60일까지 보장 | 보험기간내 에서만 보상 |
| | 보장제외 주요 항목 (생·손보간 차이 항목) | 선천기형, 변형 및 염색체이상 비만 디스크 관련 특정질병 발기부전, 불감증 치과, 한방 등 | 선천성 뇌질환, 심신상실성병 치과질환 (상해원인은보장) 보신용 한약재 등 |

한방 의료비를 보장대상에서 제외하고 있는 반면 단체보험은 산과, 치과 및 한방 의료비 중 국민건강보험의 일부본인부담금을 보장하고 있다. 통원의료비는 외래의료비와 처방조제비로 구분하고 있으며, 일부본인부담 방식은 정률제(coinsurance), 공제제(deductible), 한도설정(limit)의 방식을 혼용하고 있다. 보상한도액(limit)은 연간 의료비 지급액의 합계기준을 사용한다.

31) 생명보험의 개인보험은 현재 미판매중이나 상품개발은 이미 완료한 상태

① 개인보험

<표 III-10> 생명보험 개인 입원의료비 보장내역

| 보상범위 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|------------|-------|------|
| 질병 및 재해 | 연간 3,000만원 | 30% | 0 |

주 : 본인부담률(coinsurance)은 향후 변화 가능함.

<표 III-11> 생명보험 개인 외래의료비 보장내역

| 보상범위 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|---------------|-------|------|
| 질병 및 재해 | 외래 1회당 10만원한도 | 30% | 5천원 |

주 : 공제금액(deductible) 5천원 이하는 보장해 주지 않음.

<표 III-12> 생명보험 개인 처방조제비 보장내역

| 보상범위 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|------------|-------|------|
| 질병 및 재해 | 처방전당 5만원한도 | 30% | 3천원 |

② 단체보험

<표 III-13> 생명보험 단체 입원의료비 보장내역

| 피보험자대상 | 보상범위 | 보상한도 | 본인부담률 |
|-----------------------------|---------|------------------|-------|
| 직장건강단체 | 질병 및 재해 | 500만원 1,000만원 | 90~0% |
| | | 500만원 1,000만원 | 90~0% |
| 직장인건강 단체 피부양자, 지역건강단체 | | 500만원 1,000만원 | 90~0% |
| | | 500만원 1,000만원 | 90~0% |

<표 III-14> 생명보험 단체 외래의료비 보장내역

| 보상범위 | 보상한도 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|------|-------|------|
| 질병 및 재해 | 10만원 | 0% | 5천원 |

<표 III-15> 생명보험 단체 처방조제비 보장내역

| 보상범위 | 보상한도 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|------|-------|------|
| 질병 및 재해 | 5만원 | 0% | 3천원 |

다) 손해보험 상품운영 현황

① 장기손해보험

유사한 형태의 상품임에도 회사 그룹별로 약관이 상이하다. 2007년 10월 현재 상해담보 48종, 질병담보 4종이 판매 중이다. 개인과 단체를 구분하지 아니하나 단체계약은 주로 일반(단기)손해보험에서 인수한다.

외래와 약국을 분리하지 않고 모두 통원으로 보장하나 이는 국민건강보험의 의약분업 구조와도 일치하지 않으며, 각각의 영수증 발행주체도 다른 점을 고려하여 두 의료비를 분리하는 것이 더 타당할 것이다. 이와 유사하게 미국의 정부 의료보장 프로그램인 Medicare에서도 Part B(외래), Part D(처방조제)로 구분되어 있다([부록] 참조).

일부분인부담 방식은 정률제(coinsurance), 공제제(deductible), 한도설정(limit)의 방식을 혼용하고 있으며, 보상한도액은 1사고당 의료비 지급액의 합계 기준이 사용된다. 현재 적용하고 있는 위험률을 조사대상으로 장기손해보험 의료비실손보장보험의 본인부담방식을 살펴보면 다음과 같다.

<표 III-16> 장기손해보험 상해의료비 보장내역(180일 한도)

| 담보명 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|-----|---------------------------------|-------|------|
| 상해 | 50, 100, 200, 300, 500, 1,000만원 | 0% | - |

<표 III-17> 장기손해보험 질병입원의료비 보장내역(180일 한도)

| 보상범위 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---|-------|-------|------|
| 입원실료(100만원) 입원제비용(200만원) 수술비(200만원) | 500만원 | 20% | - |
| 입원실료(200만원) 입원제비용(400만원) 수술비(200만원) | 800만원 | 20% | - |

<표 III-18> 장기손해보험 입원의료비 보장내역(365일 한도)

| 담보명 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|--------------------|----------------|------|
| 상해입원의료비 | 1,000만원 3,000만원 | 50, 30, 20, 0% | - |
| 질병입원의료비 | 1,000만원 3,000만원 | 50, 30, 20, 0% | - |

<표 III-19> 장기손해보험 통원의료비 보장내역(365일 한도)

| 담보명 | 보상한도액 | 본인부담률 | 공제금액 |
|---------|-----------|----------------|------|
| 상해통원의료비 | 5만원, 10만원 | 50, 30, 20, 0% | 5천원 |
| 질병통원의료비 | 5만원, 10만원 | 50, 30, 20, 0% | 5천원 |

② 일반손해보험

<표 III-20> 일반손해보험 의료비 보장내역

| 담보명 | 보 상 한도액 | 본 인 부담률 | 공제 금액 |
|-----|-------------|------------|----------|
| 상해 | 50-3,000만원 | 0% | 0-20만원 |
| 입원 | 100-3,000만원 | 0% | 0-30만원 |
| 통원 | 5-30만원 | 0% | 5천원-3만원 |

주 : 여행, 운동, 기타 등에 관련한 상품은 20만원부터 보험가입금액이 보상한도액이 되는 등 다양하며, 본인부담률은 0%이다.

개인과 단체를 구분하고 있으나, 담보범위 등의 차이는 없고 단체보험은 개인보험의 할인율을 적용하고 있다. 2007.5 현재 상해 55종, 질병 6종, 상해 및 질병 보장 20종의 상품이 판매되고 있다.

2) 실적 현황

가) 실적추계 방법

광의의 민영건강보험(제3보험)은 상해 및 질병으로부터 발생한 의료비를 지불하는 의료비보장보험과 치명적 질병보험 등 정액보험, 소득보상보험, 장기간병보험보험을 총칭하는 용어로 보험상품의 보장영역 중 사망보장을 제외한 모든 보장항목이 포함된다(<표 III-21> 참조).

민영건강보험상품은 대부분 실손보장부분과 정액보장부분이 결합된 형태로 판매되지만 이 중 의료비보장보험의 실손보장부분과 상해보험의 실손보장부분만을 분리 추출하여 협의의 민영건강보험의 보장실적을 추산하였다. 생명보험은 단체보험 상품이 판매되고 있지만 실적이 미미하고 개인보험은 2007년 말 현재 판매되고 있지 않은 상황이어서 보장실적 산출에서 제외하였다.

나) 손해보험(일반)

실손형 건강보험은 발생빈도가 높고 사고건당 지급보험금이 소액이라는 전

<표 III-21> 민영건강보험의 세분류

| 구분 | 보험업법상 분류 | 보험종목 | 특징 | 실무상 분류 |
|--------|----------|---------|-------------------------------|----------------|
| 제 3 보험 | 질병보험 | 의료비보장보험 | 실손형, 정액형 (협의의 건강보험) | 생활보험 (건강보험) |
| | | 치명적질병보험 | 정액형, 종신 | |
| | | 소득보상보험 | 단체보험중심 | |
| | 장기간병보험 | 장기간병보험 | 정액형 | |
| | 상해보험 | 상해보험 | 실손형, 정액형 | 상해보험 |

<표 III-22> 실손형 일반(단기) 건강보험 실적 추이

(단위: 건, 백만 원, %)

| 연도 | 계약 건수 | 경과위험 보험료 | 사고 건수 | 손해액 | 사고 발생률 | 사고건당 손해액 | 손해율 |
|--------|---------|----------|--------|--------|--------|----------|-------|
| FY2001 | 31,960 | 6,927 | 10,105 | 1,425 | 31.6 | 0.1411 | 20.6 |
| FY2002 | 33,344 | 7,716 | 11,736 | 7,763 | 35.2 | 0.6615 | 100.6 |
| FY2003 | 36,215 | 7,268 | 14,167 | 9,503 | 39.1 | 0.6708 | 130.8 |
| FY2004 | 47,178 | 8,999 | 18,307 | 10,250 | 38.8 | 0.5599 | 113.9 |
| FY2005 | 119,903 | 8,737 | 16,695 | 9,845 | 13.9 | 0.5897 | 112.7 |
| FY2006 | 43,652 | 7,884 | 32,183 | 10,789 | 73.7 | 0.3352 | 136.9 |

- 주 : 1) 상해보험은 의료비가 입원과 통원으로 분리되어 보장되는 상품이 있고 그렇지 않은 상품이 있는데 위의 실적은 후자의 경우에 대한 실적임.
 2) 입원과 통원의료비를 분리한 상품은 2004년부터 판매가 활발해졌기 때문에 기존 상품과 일관성을 갖는 통계집적이 용이하지 않아 보험개발원이 집계하는 기초통계에는 거의 포함되지 않으므로 제외함.
 3) 전체 상해의료비보험 중 24시간상해, 업무중상해, 업무외상해, 교통상해, 휴일상해, 휴일교통상해 상품 중심의 통계를 보험개발원 기초통계 집계실적으로 작성했기 때문에 최단기간 판매되고 없어지는 상품 등은 포함되지 않아 규모는 과소추계됨.
 4) 계약건수는 FY말 기준임.

형적인 특징을 보이고 있다. 규모가 작은 단기 상해의료비보험임에도 불구하고 사고건수가 FY2006에 3만 2천 건에 달해 피보험자들이 소액 보험금 수령을 위해 번거로운 상환절차를 밟아야 했음을 알 수 있다.

사고건당 손해액은 FY2006 현재 33만 5천원 수준으로 FY2002 이후 감소 추세이나 위험보험료 기준 손해율은 FY2006 현재 136.9%로 등락을 반복하고 있다. 상해의료비보장보험의 사고발생률은 FY2006 현재 73.7%로 과거에 비해 급격히 증가했음을 알 수 있다(<표 III-22> 참조).

다) 손해보험(장기)

실손형 건강보험은 발생빈도가 높고 사고건당 지급보험금이 소액이라는 전형적인 특징을 보이고 있다. 장기상해의료비보험의 사고건수는 FY2006에 110만 건을 상회하고 있으며, 질병으로 인한 입원지급건수만을 합하더라도 FY2006에 166만 건에 이르고 있다. 상해의료비보장보험의 사고건당 손해액은 FY2006에 36만원 수준이며 위험보험료 기준 손해율은 FY2006에 110.0%로 낮아지는 추세에 있다(<표 III-23> 참조).

3) 보장성 현황

피보험자에게 지급된 보험금 규모는 생명보험과 손해보험을 합하여 2006년 현재 7천 447억원으로 전년 대비 14.2% 증가하였다. 손해보험의 실손형 건강보험의 경우 2006년에 7천 309억원을 피보험자에게 지급하였으며, 생명보험의 실손형은 현재 단체보험에 한 해서 판매되고 있으며 지급보험금 규모는 2006에 138억원을 기록하여 전년 대비 감소하였다.

민영건강보험이 국민건강보험 의료비 분류체계상의 의료비에서 차지하는 비중은 2004년 1.75%에서 2006년 2.09%로 증가하여 국민건강보험 본인부담금의 5.85%를 지급했으며 그 비중은 증가 추세에 있다(<표 III-24> 참조).

<표 III-23> 손해보험 실손형 장기건강보험 실적 추이

(단위 : 건, 백만 원, %)

| 분류 | | 경과 계약건수 | 경과위험 보험료 | 사고 건수 | 지급 보험금 | 사 고 발생률 | 건당지급 보험금 | 손해율 | | |
|------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-------------|--------|--------|-------|
| FY 2001 | 상해 | 의료비 | 10,864,539 | 150,743 | 509,343 | 243,545 | 4.69 | 0.4782 | 161.6 | |
| | | 입원 | 3,598 | 56 | 18 | 5 | 0.50 | 0.2878 | 9.2 | |
| | | 통원 | 2,516 | 26 | 6 | 0 | 0.24 | 0.0310 | 0.7 | |
| | 질병 | 입원 | 136,177 | 2,139 | 1,537 | 353 | 1.13 | 0.2297 | 16.5 | |
| | | 통원 | 2,765 | 170 | 7 | 0 | 0.25 | 0.0310 | 0.1 | |
| | 상해 질병 | 입원 | 1,821,487 | 59,734 | 133,865 | 45,721 | 7.35 | 0.3415 | 76.5 | |
| | | 통원 | 460,075 | 17,345 | 36,214 | 1,989 | 7.87 | 0.0549 | 11.5 | |
| | 소 계 | | 13,291,157 | 230,213 | 680,990 | 291,613 | 5.12 | 0.4282 | 126.7 | |
| | FY 2002 | 상해 | 의료비 | 12,722,366 | 179,601 | 575,485 | 272,800 | 4.52 | 0.4740 | 151.9 |
| | | | 입원 | 35,825 | 607 | 340 | 235 | 0.95 | 0.6925 | 38.8 |
| 통원 | | | 32,187 | 250 | 102 | 17 | 0.32 | 0.1630 | 6.6 | |
| 질병 | | 입원 | 636,103 | 13,132 | 21,784 | 7,343 | 3.42 | 0.3371 | 55.9 | |
| | | 통원 | 38,825 | 2,725 | 633 | 107 | 1.63 | 0.1691 | 3.9 | |
| 상해 질병 | | 입원 | 1,963,719 | 57,154 | 173,084 | 66,218 | 8.81 | 0.3826 | 115.9 | |
| | | 통원 | 511,172 | 20,094 | 42,949 | 2,762 | 8.40 | 0.0643 | 13.7 | |
| 소 계 | | 15,940,197 | 273,563 | 814,377 | 349,482 | 5.11 | 0.4291 | 127.8 | | |
| FY 2003 | | 상해 | 의료비 | 13,923,314 | 203,606 | 710,343 | 355,239 | 5.10 | 0.5001 | 174.5 |
| | | | 입원 | 144,436 | 2,056 | 1,410 | 752 | 0.98 | 0.5333 | 36.6 |
| | 통원 | | 61,974 | 616 | 829 | 49 | 1.34 | 0.0588 | 7.9 | |
| | 질병 | 입원 | 1,404,976 | 35,275 | 81,540 | 23,634 | 5.80 | 0.2898 | 67.0 | |
| | | 통원 | 86,806 | 3,862 | 2,315 | 228 | 2.67 | 0.0984 | 5.9 | |
| | 상해 질병 | 입원 | 1,938,701 | 71,785 | 186,620 | 78,693 | 9.63 | 0.4217 | 109.6 | |
| | | 통원 | 837,088 | 35,143 | 94,556 | 6,545 | 11.30 | 0.0692 | 18.6 | |
| | 소 계 | | 18,397,295 | 352,342 | 1,077,613 | 465,139 | 5.86 | 0.4316 | 132.0 | |

| 분류 | | 경과 계약건수 | 경과위험 보험료 | 사고 건수 | 지급 보험금 | 사 고 발생률 | 건당지급 보험금 | 손해율 | | |
|------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-------------|--------|--------|-------|
| FY 2004 | 상해 | 의료비 | 15,299,180 | 212,469 | 742,489 | 341,499 | 4.85 | 0.4599 | 160.7 | |
| | | 입원 | 385,375 | 3,974 | 4,328 | 2,415 | 1.12 | 0.5579 | 60.8 | |
| | | 통원 | 160,211 | 954 | 3,603 | 213 | 2.25 | 0.0590 | 22.3 | |
| | 질병 | 입원 | 2,291,114 | 58,032 | 113,199 | 44,417 | 4.94 | 0.3924 | 76.5 | |
| | | 통원 | 217,456 | 8,177 | 8,598 | 809 | 3.95 | 0.0941 | 9.9 | |
| | 상해 | 입원 | 1,936,304 | 65,916 | 140,790 | 85,701 | 7.27 | 0.6087 | 130.0 | |
| | | 질병 | 949,689 | 24,723 | 130,672 | 10,105 | 13.76 | 0.0773 | 40.9 | |
| | 소 계 | | 21,239,329 | 374,246 | 1,143,679 | 485,160 | 5.38 | 0.4242 | 129.6 | |
| | FY 2005 | 상해 | 의료비 | 16,420,113 | 223,792 | 907,934 | 371,116 | 5.53 | 0.4087 | 165.8 |
| | | | 입원 | 850,138 | 12,343 | 11,056 | 6,518 | 1.30 | 0.5895 | 52.8 |
| | | | 통원 | 337,855 | 2,047 | 10,441 | 621 | 3.09 | 0.0594 | 30.3 |
| | | 질병 | 입원 | 3,685,785 | 127,181 | 198,913 | 81,722 | 5.40 | 0.4108 | 64.3 |
| 통원 | | | 719,402 | 27,751 | 55,061 | 4,575 | 7.65 | 0.0831 | 16.5 | |
| 상해 | | 입원 | 2,077,116 | 89,985 | 183,167 | 111,998 | 8.82 | 0.6115 | 124.5 | |
| | | 질병 | 1,279,571 | 29,749 | 232,954 | 17,920 | 18.12 | 0.0769 | 60.2 | |
| 소 계 | | 25,369,980 | 512,848 | 1,599,526 | 594,471 | 6.30 | 0.3717 | 115.9 | | |
| FY 2006 | | 상해 | 의료비 | 16,347,916 | 244,711 | 1,105,211 | 398,571 | 6.76 | 0.3606 | 162.9 |
| | | | 입원 | 1,646,498 | 21,047 | 61,514 | 33,705 | 3.74 | 0.5479 | 160.1 |
| | | | 통원 | 931,359 | 4,878 | 74,898 | 4,775 | 8.04 | 0.0638 | 97.9 |
| | | 질병 | 입원 | 5,735,407 | 195,502 | 308,618 | 124,445 | 5.38 | 0.4032 | 63.7 |
| | 통원 | | 2,154,420 | 71,116 | 231,505 | 19,564 | 10.75 | 0.0845 | 27.5 | |
| | 상해 | 입원 | 2,101,185 | 71,969 | 187,555 | 105,916 | 8.93 | 0.5647 | 147.2 | |
| | | 질병 | 1,519,783 | 41,572 | 357,716 | 28,928 | 23.54 | 0.0809 | 69.6 | |
| | 소 계 | | 30,436,568 | 650,794 | 2,327,017 | 715,904 | 7.65 | 0.3076 | 110.0 | |

주 : 1) 상해, 질병, 상해/질병으로 분류한 것은 상품중심의 분류임.
 2) 상해보험의 의료비 부분 실적은 의료비가 입원과 통원으로 분리되어 보장되지 않는 상품에 대한 실적이며 계약건수는 FY말 기준임.
 3) 손해율 계산을 위해서 손해액을 사용하여야 하나 차이가 1%미만인 지급보험금을 사용함.

<표 III-24> 국민건강보험과 민영건강보험의 보장률

(단위 : 억 원)

| 구 분 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| 개인의료비(A) | 282,716 | 325,989 | 356,832 |
| 국민건강보험지출 | 173,305(61.3%) | 201,461(61.8%) | 229,443(64.3%) |
| 법정부담금 | 65,307(23.1%) | 73,347(22.5%) | 79,930(22.4%) |
| 비급여본인부담금 | 44,103(15.6%) | 51,180(15.7%) | 47,458(13.3%) |
| 본인부담금 계(B) | 109,411(38.7%) | 124,528(38.2%) | 127,389(35.9%) |
| 민영건강보험 지급보험금(C) | 4,957 | 6,387 | 7,447 |
| C/A | 1.75% | 1.96% | 2.09% |
| C/B | 4.53% | 5.13% | 5.85% |

주 : 1) 괄호는 가계의료비 대비 비중임.

2) 민영건강보험지급보험금은 손해보험 실손부분과 생명보험 단체부분도 포함하며 보험개발원 기초통계 집적실적으로 작성했기 때문에 집적되지 않은 부분이 있어서 과소추계 가능성 있음.

자료 : 1) 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황 조사, 보건복지부·국민건강보험공단, 2006.

2) 보험개발원, 내부자료

다. 의료서비스의 공급방법

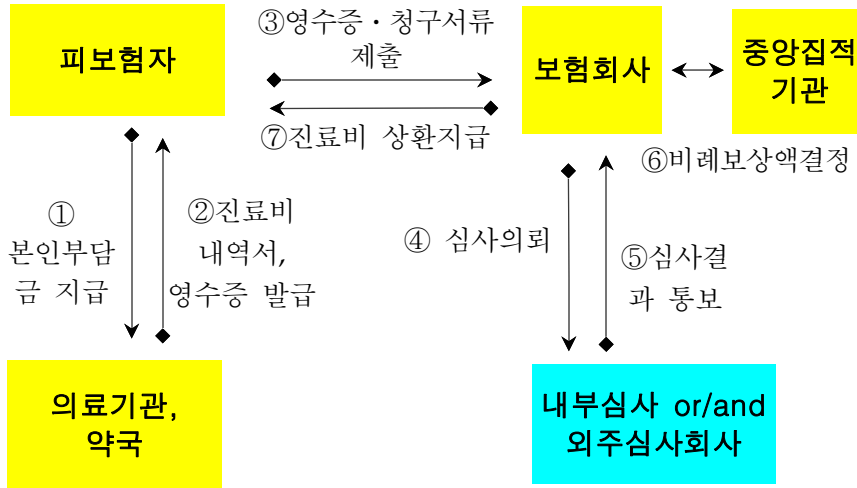
우리나라 국민건강보험은 의료서비스 공급방식으로 제3자지불제를 택하고 있는 반면 민영건강보험은 간접공급방식의 상환제를 택하고 있다. 의료공급자는 의료서비스를 제공한 후 일부분인부담금 및 비급여본인부담금을 피보험자에게 청구하고 피보험자는 진료비를 의료공급자에게 지불한 후 진료내역과 영수증을 첨부하여 민영보험회사에게 보험금을 상환청구하여야 한다. 이 과정은 다음과 같다(<그림 III-2> 참조).

① 피보험자가 진료비와 약제비를 의료기관·약국에 지급

- 의료공급자에 대한 사전지급심사의 기회를 상실
- ② 의료기관·약국은 진료제공 후 피보험자에게 진료비 내역서, 영수증을 발급
- ③ 피보험자는 진료비 내역서, 영수증, 보험금 청구서류를 보험회사에 직접제출
 - 피보험자는 주로 유선, 인터넷 등을 이용하여 보험회사의 콜센터로 사고접수를 하고 보험금 청구시 구비해야할 서류를 확인한 후 보험금청구서를 작성하고 보험금청구에 필요한 구비서류(진단서, 입원확인서, 의료비영수증 등)를 준비하여 직접방문, 팩스 또는 우편 등으로 보험회사에 접수
 - 피보험자가 진단서발급 비용을 지출해야하고 복잡한 청구절차를 따라야 하는 불편
 - 중복가입자의 경우 어느 보험사에 청구해야 하는지의 문제 발생
- ④ 보험회사는 자체심사를 하거나 외주심사전문회사에 심사를 의뢰
 - 보상 한도초과(연간보상한도나 입·통원 보장일수 초과), 중복보험 가입, 면책사유를 원인으로 발생한 의료비(고의나 전쟁, 천재지변 등), 부담보 의료비용(보신, 성형, 분만, 치과질환 등) 등 피보험자에 대한 심사가 중심
 - 중복가입자의 경우 동일 건에 대해 각 보험사가 중복심사의뢰
- ⑤ 외주심사전문회사는 심사 결과를 보험회사에 통보
- ⑥ 보험회사는 비례보상기관에 의뢰하여 비례보상액을 결정하고
- ⑦ 보험회사는 비례보상액을 피보험자에게 상환지급
 - 피보험자는 가입한 여러 보험회사로부터 의료비를 지급받아야 함.

이와 같은 상환과정은 실손형 건강보험은 지급사유가 소액으로 빈번히 발생함에도 청구 절차를 피보험자 중심의 체계로 운용하고 있어 피보험자는 상환절차에 따른 불편과 비용지출 그리고 소액 보험금은 청구를 포기하는 경우가 발생하는 구조이다.

<그림 III-2 > 상환제에 따른 의료서비스 공급절차



보험회사 입장에서는 의료공급자에 대한 사전 지급심사가 가능하지 않은 구조라는 것이 문제라 하겠다. 또한, 중복가입자에 대해서는 해당하는 여러 보험회사가 동일 진료 건에 대해서 각각 심사하는 중복심사의 문제 발생하여 심사비용이 과다하게 지출되는 문제가 발생한다. 또한 비례보상이 힘든 구조이다. 중복가입이 없더라도 가입자정보가 각 보험사에 분산되어 있기 때문에 중복가입의 사전확인이 어렵고 보험사기 적발이 어려운 구조이다.

라. 진료비지불보상제도

우리나라 민영건강보험 진료비지불보상제도는 행위별수가제로 운영되고 있다. 건강보험제도가 없을 때 행위별수가제의 진료비는 통제권 밖에 있게 되며 이것은 의료공급자가 시장이 지불할 수 있을 만큼 가격을 책정함을 의미하므로 수가는 의료기관마다 다를 수 있다. 건강보험제도 하에서는 수가가 의료기

관마다 다르다면 곤란하므로 진료비의 표준화가 요구되어 진료수가표를 만들어 사용하고 있다. 그러나 우리나라는 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표도 없는 상태이다. 진료수가표가 없는 경우 보험자가 의료비 통제를 할 수 있다면 보험자는 가능하면 의료기관에 최소한의 의료비를 지급하려 할 것이고 이것은 의료서비스의 양과 질 면에서 적정공급에 문제를 야기할 것이다. 반면에 보험자가 의료비통제를 할 수 없어 의료공급자가 청구하는 진료비를 무조건 지급해야할 경우 의료비증가 문제를 야기하게 된다. 보험회사는 진료비를 지급심사·평가할 수 있게 되면 지급심사·평가의 기준을 마련해야 한다. 법정비급여의료와 임의비급여의료(신의료기술)에 대해서 진료수가표를 마련해야 하는 것이다.

마. 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태

우리나라 민영건강보험은 의료기관이 계약이나 당연지정에 의해서 요양기관으로 지정되어있지 않으며 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 어떠한 계약도 없고 피보험자와 보험계약 관계에 있으므로 전통형(indemnity) 건강보험이라 할 수 있다.

보험자와 피보험자가 계약관계에 있기 때문에 의료서비스공급 방법은 간접공급방법 중 상환제로 운영할 수밖에 없는 상황이다.

전통형에서 보험자는 피보험자에 대한 보장성을 제한하는 방식으로 보험상품을 운용할 수밖에 없으므로 우리나라 민영건강보험 역시 정률제(coinsurance), 공제제(deductible), 1사고당 혹은 연간 한도설정(limit)의 방식을 혼용하여 비용노출위험을 관리하고 있다. 외국의 경우 전통형 보험에서도 의료행위에 대한 최대보상수가표를 피보험자와 보험계약에서 미리 정하는 경우도 있다.

향후 계약에 의해서 요양기관을 지정하고 동시에 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해서 계약하는 계약형 보험을 도입하여 제3자지불제로 의료서비스를 공급하면 소비자의 권익이 제고되고 국민의료비지출이 절감될 것이다.

IV. 민영건강보험 운영체계 개선 방안

1. 제3자지불제도의 도입

가. 필요성

상환제에서는 피보험자가 많은 구비서류를 준비하고 보험회사에 청구해야 하기 때문에 피보험자의 불편 및 시간소모와 비용지출이 발생하며, 소액보험금은 청구를 포기하는 경우가 발생한다. 이러한 상환제로부터 피보험자에게 발생하는 문제점을 해소하기 위해서 제3자지불제의 도입이 필요하다.

현재 보험회사는 피보험자에 대한 진료항목의 보장여부심사는 가능하다. 그러나 피보험자가 진료비를 의료공급자에게 지급한 이후 보험금을 청구하므로 진료비용이나 의료서비스의 의학적 적정성에 관한 의료공급자의 심사는 가능하지 않아 청구액을 그대로 지급하여야 하는 상황이다. 따라서 이러한 의료비가 급증할 수 있는 상황을 개선할 필요가 있다.

공·사건강보험의 경우 적용대상자에게 편의성을 제공하기 위하여 제3자지불제도가 일반적이다. 우리나라 자동차보험은 진료수가가 정해져 있고 의료기관이 보험회사에게 직접 서류청구하고 보험회사가 심사하며, 국민건강보험에서도 의료기관이 보험자에게 진료비를 EDI를 이용하여 직접 청구하고 있다.

미국은 1965년과 1966년에 의회가 정부지원 건강프로그램, 즉 메디케어, 메디케이드를 제3자지불제로 도입했다. 이후 의료공급자들과 민영보험회사들은 환자의 편의성 증대와 관리의료를 통한 보험료 인상억제를 위해 개인건강보험영역에서도 제3자지불제를 도입했다. 법정본인부담금 보충형 민영건강보험인 메디갭의 경우에는 의료기관이 메디케어에 청구하고 메디케어는 공적급여를 지불한 뒤 보험회사에게 청구내역을 전송하면 보험회사가 메디갭 보장부분을 지급한다.

프랑스는 외래에 대해서 상환제가 원칙이어서 상환제의 불편을 줄이고자 1998년 4월 환자가 가입한 공·사건강보험의 정보가 담겨 있는 마이크로칩을

내장한 전자진료카드제도(Carte Vitale)를 도입했다. 카드판독기가 설치된 의료기관에서 진료를 받은 환자는 질병금고나 보험회사에 따로 상환청구하지 않더라도 자신의 통장으로 바로 후불보상을 받을 수 있게 된 것이다. 입원진료에 대해서는 거의가 제3자지불제도가 구축되어 되어 있으며, 외래진료에 대해서도 제3자지불제도가 서서히 진행되고 있다.

네덜란드의 경우 피보험자는 자유로이 의료공급자를 선택할 수 있고 진료비 청구도 보험자에게 하거나, 보험자와 계약 관계에 있는 의료공급자의 경우는 제3자지불방식으로 청구할 수 있다.

제3자지불제도를 도입하면 보험회사는 지급심사의 기회를 얻게 되어 의료비의 상승을 억제할 수 있다. 소비자들에게 편의를 제고시키고 부수비용과 시간을 절감시키며 소액보험금의 청구를 포기하는 경우를 방지하여 민영건강보험에 대한 이미지를 개선하여 저변확대에 기여할 것이다.

나. 전환 근거

의료공급자가 피보험자로부터 동의 획득시 현행법 내에 의료공급자는 보험회사에게 직접 청구가 가능하다. 피보험자가 보험회사로부터 직접 보험금을 수령하지 않고 보험사가 의료공급자에게 직접 보험금을 지급하는 것에 동의하는 경우에는 피보험자의 보험금청구권이 의료공급자에게 이전되고 그 대가로 의료비지급의무를 면하게 된다고 해석될 수 있으므로, 의료공급자가 보험회사에게 직접 보험금청구권을 행사하는 것은 가능한 것이다.

명문화시키기 위해서는 약관에 명시하고 실손형 민영건강보험 가입자 등의 진료수가에 대한 보험금 청구를 진료를 제공한 의료기관이 직접 보험사에 청구토록 보험업법에 명시하면 된다. 보험금 청구권자인 피보험자가 법적으로 진료비에 해당하는 보험금 수령권을 진료비 청구권자인 의료기관에 위임하여 직접 청구할 수 있는 규정을 신설하는 방안이다.

[보험업법에 신설하는 안]

제**조 (보험금등의 청구) 피보험자는 보험업법 제2조 제5호에 따른 보험회사

의 건강보험 진료수가(비급여비용에 한함)에 해당하는 금액은 진료한 의료기관에 직접 지급할 것을 청구할 수 있다.

다. 사전 정비사항

1) 청구방법

제3자지불제에서 청구방식은 EDI 방식, 전자거래방식, 서면청구 방식이 있으나 EDI 방식이 바람직하다. 실손보장보험은 경미한 질병도 지급사유가 발생하여 보험금 지급건수가 정액보험금 지급건수보다 월등히 많아 서면처리 방식으로는 사고처리 시간과 비용이 과다하게 소요된다. 따라서 현재 자동차보험의 경우처럼 의료기관이 보험회사에 서면으로 청구하는 방법도 가능하나 EDI 방식이 바람직하다. EDI 방식을 이용할 경우 국민건강보험의 EDI 시스템 활용이 가능할 수 있다.

청구시 진료데이터 포함범위는 진료비영수증 및 세부내역서상 진료비 데이터를 기본으로 하며, 환자동의를 전제로 질병명까지 전송범위에 포함시켜야 할 것이다. 자동차손해배상보험 진료수가 지급청구서에는 질병명을 포함하고 있다. 질병명을 전송범위에 포함시키지 않을 경우 ① 보상대상 질병여부 확인을 위해 진단서(질병명 기재)가 필요하고, ② 진단서 발급비용(약 1~2만원)을 소비자가 별도납입(현행과 동일)해야 하며, ③ 소비자가 진단서 제출을 위해 의료기관과 보험회사를 방문해야하는 불편을 겪어야 한다.

2) 상품 정비

우리나라는 장·단기, 개인·단체 상품이 있는 등 보장 대상과 상품이 다양하여 사실상 상품표준화가 가능하지 않은 상황이다. 표준화가 가능하지 않더라도 비례보상 및 본인부담금 산출을 위해서 보장제외항목 및 임의비급여의 보장여부는 통일시킬 필요가 있다. 해외에서 민영건강보험의 상품표준화 사례는 법정본인부담금을 주로 보장하는 미국의 메디캡 정도이다. 미국에서는 소비자들의 혼란 방지를 주목적으로 250개에 달하는 메디캡 상품들을 1992년

이후 부가적 보장 내용에 따라 2005년 이전에는 10 종류, 이후에는 12종류로 표준화시켜 놓고 있다. 메디갭은 민영보험회사에서 판매하는 메디케어 고유플랜(파트A+B)의 법정본인부담금 보충형 상품으로 메디케어 보장서비스의 본인부담, 공제금액 같은 미보상 의료비용(gap)을 보장하며, 일부는 추가 서비스에 대한 보장을 제공하기도 한다([부록] 참조).

표준화시키면 다음과 같은 장점이 있다. 소비자들은 다양한 상품들에 대한 비교·평가를 할 때 혼동을 피할 수 있고, 자신에게 적절한 보장내용을 가지고 있는 상품을 선택할 수 있으며, 본인부담액 예측이 가능하고 이의신청이 줄어든다. 의료기관은 업무처리 시간이나 비용을 절감할 수 있고 제3자지불제를 도입할 경우 의료기관이 민영건강보험 피보험자의 본인부담금 산출을 용이하게 할 수 있다. 제3자지불제를 도입하여 EDI시스템을 이용할 경우 전산구현이 용이하고 보험회사들은 중복가입자에 대한 비례보상이 용이하고 경쟁이 촉진된다.

제3자지불제에서는 소비자가 의료비를 마련할 필요가 없으므로 상환제에서 보다 의료이용을 더 많이 할 가능성이 있으므로 정률제 혹은 정액제 본인부담금의 부과나 공제제 등의 장치가 필요할 것이다.

3) 각종 청구서식의 코딩(coding) 및 표준화

현재 국민건강보험의 비급여부분에 대해서는 진료비 영수증도 통일되어 있지 않고, 동일 치료도 다른 치료명으로 의료기관마다 기록하고 있는 상황이다. 신의료기술을 포함하는 임의비급여는 코딩이 어려울 수 있으므로 임의비급여의료의 법정비급여의료화 필요하다고 하겠다.

비급여부분의 청구서식의 코딩(coding) 및 표준화는 의료기관의 행정비용 절감을 위해 필요하다. 전산청구가 이루어질 경우 소프트웨어 개발과 업데이트에 비용과 노력이 절감되는 효과도 있다.

미국은 1950년대 중반 보험금 청구수요가 증가하자 의료계의 일부가 보험금 청구서에 기재되는 행정처리전문용어(procedual terminology)를 표준화한 바 있다. 캘리포니아 의료학회(California Medical Society)가 만든 이 행정처리 코딩시스템(procedual coding system)이 오늘날 미국의료협회(AMA)가 공표

하여 모든 외래환자의 보험금청구에 이용되는 통용전문처치용어의 전신이다. 국제질병분류(ICD; International Classification Disease)라 불리는 진단코딩시스템을 채택함으로써 의사가 제출하는 보험금 청구서의 진단자료 표준화도 이루어졌다. 1988년 메디케어(Medicare)는 HCFA-1500 보험금청구서식에 ICD-9-CM 코드를 사용하여 보험금을 청구할 것을 의료계에 요구하기 시작했다. 1996년의 HIPPA법에는 의료정보의 전송을 위한 전자거래표준의 필요성이 강조되어 있다. 2000년 10월부터 청구서식의 표준화가 시행되었고 EDI를 수행하는 모든 의료서비스 공급자나 의료플랜은 전자의료보험금 청구시 표준화된 서식을 사용하여야 한다. 그 이전에는 대략 400종의 의료 클레임서식이 전자문서교환에 사용되고 있었고 표준화가 되지 않아 소프트웨어 개발과 업데이트에 많은 비용과 노력이 소요되었고 의료공급자의 행정비용이 과다하게 소요되었다.

4) 보건의료정산소

상품이나 각종 서식이 표준화되지 않을 경우 보건의료정산소가 필요하다고 하겠다. 상품의 경우 보장제외항목과 임의비급여의 보장여부는 통일이 전제되어야 할 것이다.

미국의 보건의료정산소(health care clearing house)는 보험금청구서비스(billing service), 수가심사기관(repricing company), 지역사회 의료관리정보시스템, 지역사회의료정보시스템, 또는 부가가치통신망(values added networks)이나 교환소(switch) 등 다음 역할을 수행하는 민영 또는 공영 기관을 말한다(HIPAA §60.13). 다른 기관에서 받은 비표준화 서식이나 자료를 표준화된 처리방식이나 자료로 전환 처리하거나 전환을 지원하는 역할이나 다른 기관에서 표준화된 처리방식으로 자료를 받아 자료수령회사를 위해 비표준화된 서식이나 자료로 전환처리하거나 전환을 지원하는 역할을 하는 기관을 말한다.

전통적으로 보건의료정산소는 의료산업의 자료교환활동을 촉진하는 역할을 수행한다. 이들 기관들은 전자의료정보의 교환에 필요한 변환 및 접속 방법을 개발하는데 초점을 두고 소프트웨어와 서비스 결합상품을 제공함으로써 고객들에게 전산망과 응용프로그램, 교육훈련 관련비용을 절감할 수 있는 기회를

제공한다.

보건의료정산소는 의료기관과 보험회사 사이에서 다음 역할을 수행한다. 의료공급자의 청구서류를 받아 정보 누락, 기재된 진단코드 및 진료코드의 확인, 개별보험사에서 요구하는 특별한 기재사항에 오류가 없는지와 의학적 필요성기준의 충족여부를 점검하는 전자클레임처리서비스를 제공한다. 청구서류에 문제가 있는 경우 보고서와 함께 청구서류를 의료공급자에게 반송하며, 문제가 없을 경우에는 해당 보험회사에 이송한다. 의료공급자를 대신해 코드 입력이나 보험금 청구를 해 주 것이 아니라 전체 프로세스를 보다 효율적으로 만드는데 기여하는 것이다.

가입비, 월회비, 건당 수수료(일반적) 등의 방식으로 의료기관에 운영비를 청구한다. 보건의료정산소는 전산망회원(고객)의 유형을 선택하고 회원(의료공급자, 보건의료정산소의 업무파트너나 기타 기관)들에게 보건의료정산소의 이용을 대가로 비용을 부과함으로써 수익을 창출하고 있다. 그러나 일부 경우에는 HIPAA에 의해 보건의료정산소가 선택적으로 업무파트너 관계를 형성하거나 특정 유형의 변환 및 접속에 수수료를 부과하는 것을 금지하고 있다. 보건의료정산소로 운영되는 의료플랜이나 또는 관계기관에 표준처리 된 자료의 송부, 취급, 제출을 위해 보건의료정산소를 이용할 것을 요구하는 의료플랜은 의료플랜이 관계기관에 직접적으로 제출, 수령, 표준처리 할 경우 발생하는 정상적인 금액보다 많은 통신비용이나 수수료를 부과할 수 없다(HIPAA 162.925(a)).

HIPAA법은 “관련기관이 의료플랜에 표준처리방식으로 처리할 것을 요구하는 경우 의료플랜은 이에 따라야 한다”라고 규정하여 의료플랜 측에 처리 표준화를 의무적으로 시행할 것을 요구하고 있다. 그에 따라 보건의료정산소의 접속 및 변환서비스의 가치는 의료비지급자 보다는 의료공급자에게 중요해 질 것이다.

의료비지급자와의 관계에서 계속적으로 수익을 창출하기 위해서는 단순 코드 변환이나 정보전달 이상의 서비스를 개발하는 것이 필수적이다. 고품질의 보고서, 자료 분석, 규제준수 및 처리가 어려운 변환절차에 대한 혁신적인 접근 등 부가가치 서비스를 제공함으로써 보건의료정산소는 중요한 역할을 수

행할 수 있을 것이다.

2. 사전심사 근거 마련

가. 필요성

상환제에서 보험회사는 지급심사·평가의 기회가 없으나 제3자지불방식에 서는 지급심사·평가의 기회를 갖게 된다. 그러므로 심사를 할 수 있는 제도 적인 장치를 마련해야 한다.

현재 민영건강보험은 전통형-행위별수가제(Indemnity fee-for-service)로 운 영되고 있으므로 의료공급자는 다음과 같은 방법으로 자신의 소득을 극대화 시켜 지급보험금을 증가시키는 성향이 있다. 첫째, 의료행위의 종류를 여러 가지로 증가시키고, 진료시간의 단축이나 의사가 해야 할 일을 간호사나 의료 기사에 위임하는 등 서비스의 질을 저하시켜 더 많은 환자를 진료한다. 둘째, 일부 의료공급자는 환자의 재원이 보험임을 고려하여 건강보험 가입자에게 과잉공급하거나 유인수요를 더 큰 정도로 발생시킨다. 셋째, 의료공급자는 낮 은 진료수가가 적용되는 국민건강보험의 급여항목을 진료수가 통제가 없는 비급여부분으로 전환하여 수입부족분을 보충한다. 넷째, 비급여부분은 지급심 사가 사실상 이루어지지 않고 있기 때문에 의료공급자에게는 민영건강보험 환자들에게 고가의 신약 및 신의료기술을 과도하게 사용한다.

그러나 상환제로 운영되고 있어서 의료공급자에 대한 적정성 심사 및 지급심 사의 기회가 없는 상태이므로 보험자로부터 어떠한 통제도 없는 것이 문제이 다. 피보험자에 대한 보장성을 제한할 수밖에 없기 때문에 중증질병이 발생할 경우 민영보험이 사회안전망의 역할을 하는 것이 제한적일 수밖에 없는 것이 다. 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표도 없는 상태이고 심사·평가를 위한 법적 근거도 부재한 상황이어서 제도적 개선 필요하다.

나. 심사를 위한 근거 마련

1) 임의비급여와 법정비급여의료에 대한 진료수가의 결정

제3차지불제가 도입되어 지급심사·평가를 할 수 있게 되면 그 기준을 마련해야한다. 진료수가 산정은 보험회사와 의료계간 계약 금액에 의거 산정한다. 행위만 계약하고 약제·재료는 구입내역 목록표에 의한 실구입가로 산정하는 방안 및 약제·재료까지 계약하는 방안이 있다.

진료비지불방식과 진료수가의 계약 방안으로 다음을 들 수 있겠다. 첫째, 개별 보험회사와 개별 의료기관간 진료수가를 계약하는 방안이다. 여러 보험회사와 수많은 의료기관(2007. 1월 현재 51,071개소)과 약국(20,669개소)이 계약해야 하는 행정력의 과다소요가 문제이다. 보험회사는 계약기관을 이용시 본인부담금을 낮추거나 보험료를 인하하는 상품을 개발하여 소비자들이 계약기관을 보다 많이 이용하도록 하여 의료기관이 계약에 참여하도록 유인하여야 할 것이다. 둘째, 보험회사 단체와 의료계 단체와의 계약방안이 있다. 보험회사 단체와 의료계 단체가 직접 진료수가에 대해 계약하고 소속 보험사 및 의료계가 이를 따르도록 하는 방안이다. 행정적으로 간편하나 의료계 단체는 비급여 진료비 청구가 포함되는 계약을 앞장서서 추진하지 않을 가능성이 있다. 따라서 각 단체가 희망기관만을 대표하는 방안을 고려할 필요가 있다. 셋째, 주요 보험회사와 의료기관 대표협의체를 통한 계약방안이 있다. 의료기관의 경우 의료기관 규모별, 지역별 분포 등을 고려하여 각각 협의체를 구성하거나 단일 협의체를 구성하는 것이 가능하다(심평원, 2007).

비급여의료의 심사기준 확정을 위한 민간보험사, 의약계, 공익 등 각각의 대표자로 구성된 가칭 '민영건강보험진료비심사위원회'가 필요할 것이다. 심사기준의 마련과 국민건강보험과 민영의료보험의 분쟁조정 기능과 의료기관과 민영의료보험의 분쟁조정 기능을 담당하는 기구가 필요하기 때문이다.

2) 심사의 법적 근거 마련

보험회사는 환자로부터 진료기록 열람에 대한 위임장을 받아야 의료기관에 환자의 의료정보에 대한 요구가 가능하다. 「의료법 제20조 ①항」은 의료기관에 환자기록을 요구할 수 있는 대상은 환자·배우자·그 직계존비속 또는

배우자의 직계존속으로 한정하고 있기 때문에 위임장이 필요하다. 반면, 표준화된 위임장 서식 부재 및 대학병원급 이상의 의료기관이 위임장의 인감증명서 등을 요구하며 정보열람 거절이 빈번하여 법률개정이 필요하다.

[보험업법 의료정보요구권 반영안]

「보험업법 제4조 ③항」에서 정하고 있는 제3보험의 보험계약자 등이 해당 보험계약에서 담보하고 있는 보험사고와 관련하여 보험금을 청구할 경우에는 보험회사 등은 보험사고와 관련된 의료기관에 대해 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다. 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

보험업법에 심사결과를 진료비 지급 시 당연 적용토록 명시해야 한다. 양당사자 간 가격 계약에 의한다 하더라도 보험업법 등 관련법에 심사결과를 진료비 지급시 당연 적용토록 명시하지 않으면 심사결과가 진료비 지급을 위한 자문성격 정도에 지나지 않기 때문이다(심평원, 2007). 그리고 과잉진료, 과다청구 사실 등을 의료기관에 제시하고 의료기관이 이를 수용하지 않으면(의료기관의 이의신청) 「민영의료보험진료수가분쟁심의회」에 회부할 수 있도록 법적 장치를 마련해야 할 필요가 있다.

3) 심사위탁의 근거 마련

보험회사가 진료비의 적정여부에 대한 심사를 국민건강보험심사평가원(이하 심평원)에 위탁할 경우 심사위탁에 대한 근거를 마련할 필요가 있다. 「국민건강보험법 제56조제6항」에 의거 보건복지부 장관의 인가만으로 시행 가능하여 추가적인 입법이 불필요하다. 다만, 보건복지부 장관의 인가만으로 시행 가능한지의 여부는 유권해석이 필요할 것이다.

보험회사는 다음 사항을 정비하여야 할 것이다. 보험청약시점에 고객안내 및 동의절차를 신설하고, 보험사로부터 심평원으로의 심사의뢰방법을 명문화하며, 보험사 심사의뢰건의 심평원 처리기한 명문화와 보험약관에 심평원 심사의뢰건의 지급규정을 반영하여야 할 것이다.

보험회사가 진료비의 적정여부에 대한 심사를 외주심사회사에 위탁하는 경우는 당사자 간 계약으로 가능하다.

3. 제3자지불제도와 사전지급심사체계 구축 방안

가. 보험회사 중심의 체계

의료법에 의한 의료기관, 약사법에 의한 약국이 진료비 내역을 보험회사에 직접 제출하고 보험회사를 중심으로 운용하는 제3자지불방식과 지급심사제도를 전제로 할 경우 운영체계는 다음과 같다(<그림 IV-1> 참조).

① 의료기관·약국이 보험회사에 진료사실을 통보

피보험자가 가입한 모든 보험회사에 통보해야 하는 불편함이 발생하고 통보누락 보험회사가 발생할 우려가 있다. 따라서 의료기관·약국의 편의를 위해 보험가입정보와 상품정보를 보유하고 있는 한 기관에 통보하면 중복가입 여부를 확인하고 해당보험회사들에게 통보하는 방안을 강구할 필요가 있다.

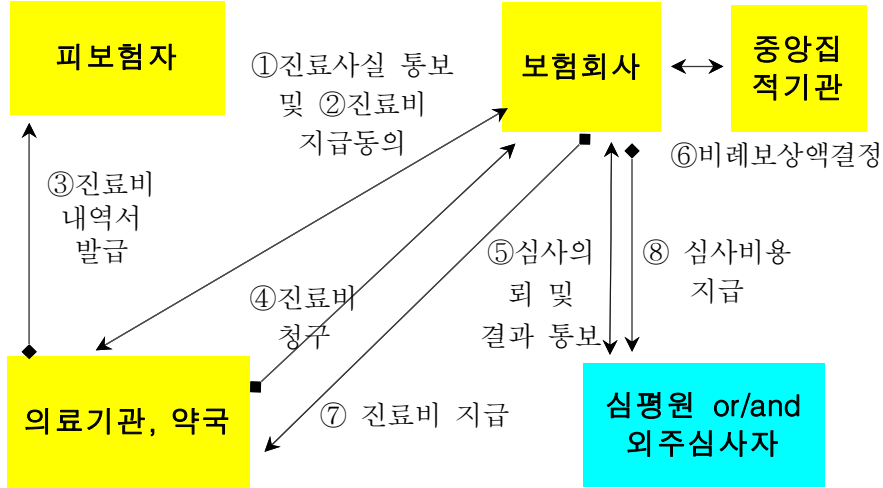
② 보험회사는 의료기관·약국에 민영보험 진료대상 여부 및 보장내역 통보와 함께 지급동의

의료기관·약국은 환자가 가입한 모든 보험회사로부터 지급동의를 받아야 하는 불편함이 있다. 한 기관이 지급동의하면 다른 보험회사도 지급동의 한 것으로 하는 계약 등이 필요하다.

③ 의료기관·약국은 진료제공 후 피보험자에게 진료비 내역서를 발급하고 본인부담금을 청구

보험상품별 보장내용이 상이할 경우 의료기관·약국은 중복가입자에 대해서는 본인부담금 산출이 어렵다는 문제가 발생한다. 상품표준화가 필요하고 가능하지 않다면 보건의료정산소를 이용하여 실시간 본인부담금 산출이 가능하도록 하여야 할 것이다. 이 과정에서 상품표준화는 가능하지 않더라도 보장제외항목과 임의비급여에 대한 보장의 통일이 필요하다. 의료기관마다 진료비내역서 양식이 다를 경우 보건의료정산소를 이용하여 표준양식으로 전환할 수 있도록 해야 할 것이다.

<그림 IV-1> 보험회사 중심의 제3자지불제도와 심사체계



④ 의료기관·약국은 EDI, 전자, 혹은 서면으로 보험사에 진료비를 직접청구 중복가입자의 경우 어느 보험회사에 청구해야 할지가 문제다. 의료기관·약국의 편의를 위해 한 기관에 청구하게 하는 체계가 필요하다고 하겠다. 의료기관·약국은 상품 및 청구서식이 표준화되어 있어야 행정부담이 적지만 표준화되어있지 않을 경우 보건의료정산소를 경유하여 청구할 수 있도록 제도정비가 필요하다.

⑤ 보험회사는 진료비 청구내역을 자체 전산점검 및 외주심사회사 혹은 심평원에 심사를 의뢰 후 의료기관·약국에 결과 통보

중복가입자의 경우 해당하는 여러 보험회사가 동일 진료 건에 대해서 각각 심사하는 중복심사의 문제가 발생하여 심사비용과다지출의 문제가 발생한다. 한 기관이 심사의뢰하고 결과를 해당보험회사에 통보하는 체계가 필요하다. 중복가입자의 경우 의료기관·약국은 여러 보험회사로부터 심사결과를 통보 받아야 하는 문제가 발생한다. 의료기관·약국의 편의를 위하여 한 기관이 의

료기관·약국에 통보하는 방식이 필요하고 진료비 청구내역을 심사하는 과정에서는 의료기관의 청구내역 양식의 표준화가 필요하다.

⑥ 보험회사는 중앙집적기관(혹은 비례보상기관)에 의뢰하여 비례보상액을 결정
사실상 비례보상액 결정이 어려운 상태에 있다. 비례보상액 산정의 편의 제
고를 위해서 상품표준화 혹은 보장제외항목과 임의비급여의 보장여부의 통일
이 필요하다고 하겠다. 중복가입을 사전에 알 수 있는 기관의 운용이 필요하
고 상품별 비례보상액의 결정 기준을 마련해야 할 것이다.

⑦ 보험회사는 비례보상액을 의료기관·약국에 지급
중복가입자의 경우 의료기관·약국은 환자가 가입한 여러 보험회사로부터
의료비를 지급받아야 하는 불편함이 발생한다.

⑧ 보험회사는 심평원 혹은 외주심사회사에 심사비 지불

피보험자의 권익이 증진되고 사전지급심사·평가의 기회를 갖게 되지만 의
료기관·약국, 보험회사 모두에게 효율적이지 못한 구조이다. 중복가입자에
대해서는 의료기관·약국은 환자가 가입한 모든 보험회사로부터 지급동의를
받아야 하고 지급청구하고 의료비를 지급받아야 하는 체계이다. 중복가입자의
경우 실시간 환자본인부담금 산출이 용이하지 않은 구조이다.

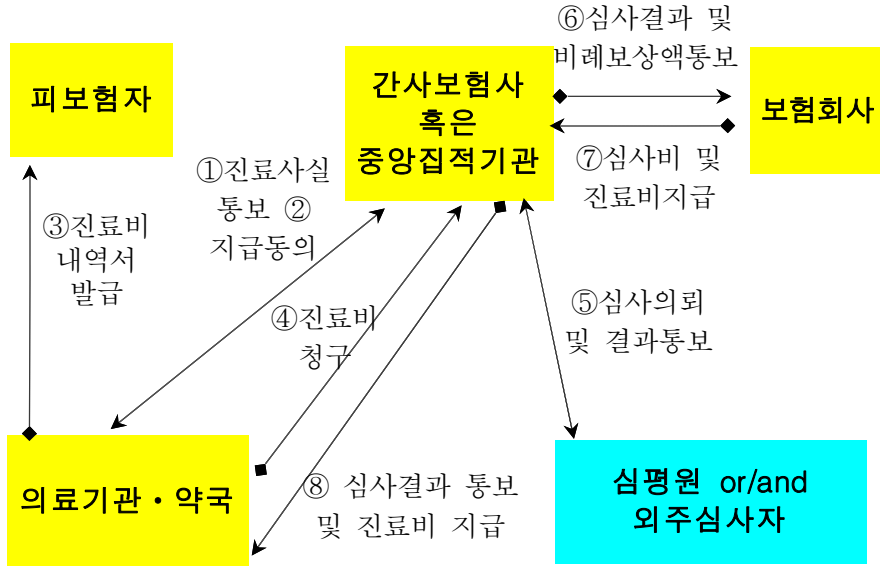
중복가입자의 경우 해당하는 여러 보험회사가 동일 진료 건에 대해서 각각
심사하는 중복심사의 문제 발생하여 심사비용이 과다하게 지출되는 문제가
발생한다. 또한 비례보상이 힘든 구조이다.

중복가입이 없더라도 가입자정보가 각 보험사에 분산되어 있기 때문에 중
복가입의 사전확인이 어렵고 보험사기 적발이 어려운 구조이다.

또한, 심사자, 비례보상액결정자, 지급자가 모두 다르기 때문에 절차상 매우
복잡하고 시간과 비용이 과다하게 소요된다. 각 보험회사와 의료기관·약국이
EDI 시스템을 구축해야 하는 것이 사실상 어려워 서류청구방식으로 운용할
수 밖에 없는 구조이다. 결과적으로 의료기관이나 보험회사 모두에게 한 기
관이 관리하는 것이 필요한 것이다.

나. 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계

<그림 IV-2> 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계



의료법에 의한 의료기관, 약사법에 의한 약국이 진료비 내역을 간사보험사 혹은 중앙집적기관(비례보상기관)에 직접 제출하고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관을 중심으로 체계를 운용할 경우는 보험가입정보가 한 곳에 집적되어 있기 때문에 보험회사 중심의 경우 보다 소비자, 의료기관·약국, 그리고 보험회사의 편익이 제고된다(<그림 IV-2>참조).

의료기관이 환자가 가입한 모든 보험회사에 진료사실을 통보해야 하고 지급동의를 받아야하며 지급청구 및 진료비를 수령해야하는 복잡성이 해소되는 장점이 있다.

보험산업은 중복가입자의 경우 해당하는 여러 보험회사가 동일 진료 건에 대해서 각각 심사하는 중복심사로 인한 심사비용의 과다지출 문제를 해소할 수 있고 가입자정보가 한 곳에 집적되어 있기 때문에 중복가입의 사전확인 가능하고 비례보상이 쉬운 구조이다.

간사보험회사 혹은 중앙집적기관과 의료기관이 지급네트워크를 구축하면

되므로 모든 보험회사가 의료기관과 지급네트워크 구축에 따른 어려움 완화되고 비용이 절감되는 효과가 있다. 또한, 보건의료정산소 기능도 수행하면 표준화 미비에 따른 의료기관의 행정부담완화와 환자본인부담금산출이 용이한 구조이고 국민건강보험의 급여와 비급여를 정확하게 객관적으로 판단할 수 있는 전문성과 중립성 확보하기가 용이한 구조이다. 그러나 추가적인 EDI 시스템을 구축해야 하는 단점이 있다.

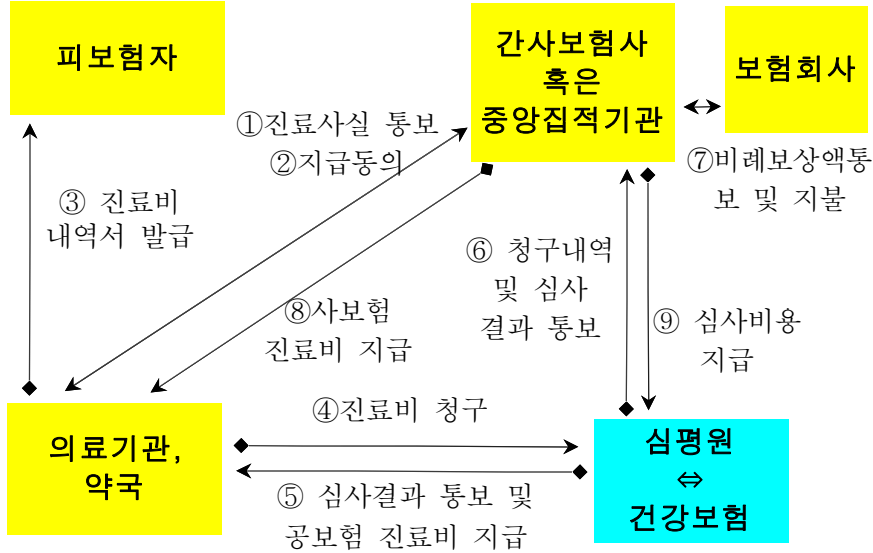
다. 국민건강보험심사평가원 경우 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계

의료법에 의한 의료기관, 약사법에 의한 약국이 진료비 내역 및 청구서를 심사평가원에 제출하고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관을 중심으로 체계를 운용할 경우 보험회사를 중심으로 운용할 때 보다 소비자와 의료기관·약국, 보험회사의 편의가 제고되고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계와 비교할 때는 다음이 다르다(<그림 IV-3>참조).

추가적인 EDI네트워크를 구축할 필요가 없다는 것이 장점이다. 심사평가원과 간사보험회사 혹은 중앙집적기관과 업무제휴만으로 가능하여 보험산업의 비용절감 및 의료기관의 행정의 편의를 도모할 수 있고, 공·사건강보험이 데이터의 공유를 통한 상호 발전이 가능하다. 민영의료보험에서 보장하는 진료내역은 국민건강보험에서 보장하는 진료내역 중 일부분이므로 중복 및 과잉 진료 여부를 확인하기 위해서는 국민건강보험 진료내역과 연계심사가 쉽다. 예를 들면, 동일한 검사를 건강보험과 민영보험 부담으로 각각 청구했는지, 유사한 효능의 약제를 국민건강보험과 민영보험으로 각각 청구 했는지 등을 적발하기가 용이한 것이다. 그리고 의료기관·약국으로부터 동의를 얻어내는 것이 상대적으로 용이하고 기존 청구시스템 활용으로 의료기관의 행정편의가 도모되는 체계이다.

그러나 국민건강보험의 진료수가보다 민영건강보험의 진료수가가 높을 것이기 때문에 발생하는 공보험 급여항목을 민영보험 급여항목으로 전환할

<그림 IV-3> 심평원 경우 간사보험사 혹은 중앙집적기관 중심의 제3자지불제도와 심사체계



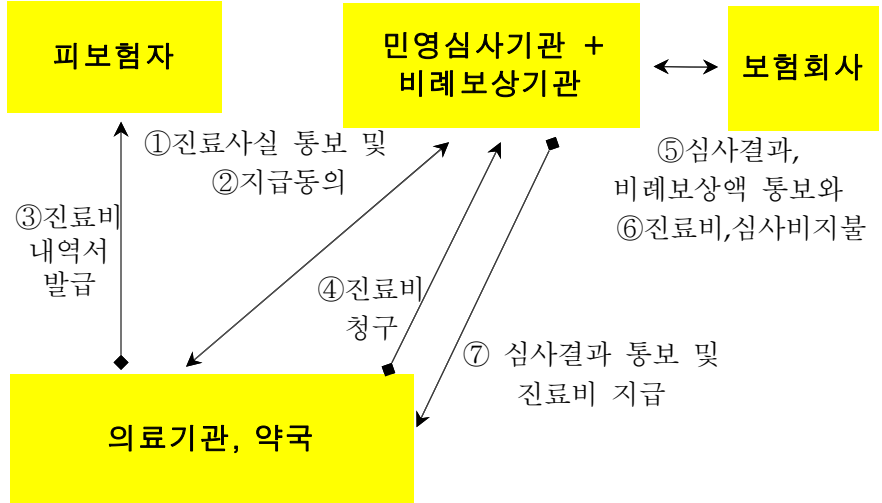
소지를 간과할 우려가 있고 다원화된 정부감독의 가능성과 관료화된 관리의 가능성이 있다. 그리고 보험회사들의 동의 여부가 불투명하다.

라. 중앙집적기관이 심사와 비례보상을 하는 경우 운용체계

의료기관·약국이 진료비 내역을 모든 가입자정보와 상품정보를 보유하고 있는 중앙집적기관에 직접 제출하고 중앙집적기관이 심사와 비례보상기관(민영심사기관)의 역할도 수행하는 경우 구조가 가장 간단하며 심사평가원을 경유할 때와 비교하면 다음이 다른 점이다(<그림 IV-4>참조).

심사평가원과 경쟁적 위치에서 심사가 이루어지고 심사자, 비례보상결정자가 동일하기 때문에 절차가 간단하고 보험회사의 수수료비용이 절감된다.

<그림 IV-4> 민영심사기관이 심사와 비례보상 기능을 겸할 경우 제3자지불제도와 심사체계



할인할증제의 도입이 쉬워진다. 소비자가 계약 인수 과정을 거쳐 한 번 보험에 가입하면 그 후에는 기왕증을 가지고 있더라도 계약갱신을 허용해야 소비자 권익이 보호되는데 이를 위해서는 할인할증제도가 필요하고 이를 운용하기 위해서는 보험계약정보, 상품정보를 한 기관이 보유하고 있어야 하기 때문이다. 일원화된 정부감독을 받게 되는 장점도 있다.

추가적으로 EDI 시스템을 구축해야 하는 단점이 있고 민영심사기관은 효과적인 심사를 위해 새로이 의료기관의 인력, 장비, 시설 등의 정보를 축적해야 하는 것도 단점이다. 어려운 점은 의료기관의 동의를 얻는 것이 될 것이다.

V. 결론 및 정책과제

본 보고서는 민영건강보험에 대한 각종 제도들과 사례에 대한 비교연구가 이루어져 있지 않아 조사연구를 하였고, 우리나라의 현황을 분석하여 문제점을 찾아내고 바람직한 발전 방향을 모색했다. 이를 위해 의료서비스의 공급방법, 진료비의 지불보상방법, 요양기관 지정제도, 민영건강보험의 의료네트워크 참여형태를 비교연구하고 우리나라의 제도현황 및 실적과 상품현황을 분석했다.

국민건강보험은 2006년에 55.8%(국민건강보험의 발표는 64.3%)의 보장률을 기록했으나 2007년에 2천 8백억원에 이르는 적자를 기록하여 향후 보장성 강화는 어려울 것으로 전망된다. 보장성을 강화하려고 해도 재정이 불안정하여 어려움이 많을 것이기 때문이다. 국민건강보험은 사회보험방식이어서 선택진료비, 상급병실료, 신의료기술진료비 등까지도 보장하면서 보장성을 강화하는 것은 취지에도 부합하지 않을뿐더러 보험료를 인상해야 하기 때문에 상대적으로 보험료를 많이 납부하는 사람들과의 사회적 합의를 이끄는 것도 어려울 것이기 때문이다.

국민건강보험이 보장하지 않고 있는 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 모두 보장하는 민영건강보험이 보장성 강화를 위한 대안이 될 것이다. 국민건강보험 재정만으로는 다양하고 양질의 의료서비스를 제공하기가 어렵기 때문에 민영건강보험이 적절한 보완책이 될 것이다. 민영건강보험은 국민건강보험에서 보장하지 않는 선택진료비, 상급병실료, 신의료기술 진료비까지 보장하며, 정액형 건강보험과 달리 감기 등 가벼운 질병에서부터 사고로 다친 것까지 모두 보장한다. 또한, 수술, 입원은 물론 통원(외래+약국)도 보장한다. 보장기간에 있어서도 최근에는 최고 80세까지 보장하는 상품들이 주로 판매가 되고 있다.

우리나라 민영건강보험은 국민건강보험을 보충하여 사회 안전망의 역할을 수행하기 위해서 운영제도의 개혁이 필요하다. 먼저 구조적 문제를 안고 있는 상환제로 의료서비스를 공급하고 있으므로 제3자지불제로 전환이 필요하다. 청구 절차를 피보험자 중심의 체계로 운용하므로 피보험자에게는 시간소모와

비용지출, 소액보험금은 청구를 포기하는 경우가 발생하기도 한다. 상환제에 서는 사후적으로 피보험자의 보장여부심사만이 가능하고 의료공급자에 대한 지급심사 및 진료의 적정성 심사는 이루어질 수 없다.

이러한 문제를 해결할 수 있는 제3자지불제도 도입을 위해서 사전에 제도 정비가 필요하다. 상품표준화로 의료기관이 피보험자의 본인부담금 산출을 용이하게 하고 EDI시스템을 이용할 경우 전산 구현을 용이하게 할 필요가 있다. 그러나 우리나라 민영건강보험 상품은 보장 대상이 다양하여 사실상 표준화가 가능하지 않을 수 있다.

의료기관의 행정비용 절감을 위해 법정비급여 및 임의비급여부분의 청구서식의 코딩 및 표준화가 필요하다. 신의료기술을 포함하는 임의비급여는 코딩이 어려울 수 있으므로 임의비급여의 신속한 법정비급여화가 필요하다.

상품과 청구서식의 표준화가 가능하지 않은 경우는 다른 기관에서 받은 비표준화 서식이나 자료를 표준화된 처리방식이나 자료로 전환 처리하거나 전환을 지원하는 역할을 하는 보건의료정산소가 필요하다고 하겠다.

상환제로 운영되고 있어서 의료공급자에 대한 적정성 평가 및 지급심사의 기회가 없는 상태이므로 제3자지불방식의 도입과 동시에 사전지급심사·평가가 가능하도록 제도를 정비할 필요가 있다. 먼저 민영건강보험의 요양기관을 지정해야 하는데 사적 자치의 원리에 따라 지정방법은 계약제가 바람직하다. 그리고 해당 요양기관과 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 계약을 하는 계약형(contractual) 보험으로의 전환이 필요하다. 법정비급여의료와 임의비급여의료에 대해서는 진료수가표를 마련해야 한다. 따라서 진료비지불방식과 진료수가에 대해서 의료계와 계약이 필요하고 관계진료기록의 열람을 요구할 수 있는 법률 개정과 보험업법에 심사결과를 진료비 지급시 당연 적용토록 명시할 필요가 있다. 그리고 상품의 정비와 청구서식의 표준화도 필요하다.

제3자지불제도와 사전지급심사·평가체계 구축 방안으로 보험회사 중심의 체계, 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 심평원을 경유하고 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계, 중앙집적기관이 심사와 비례보상을 하는 경우 운용체계를 제시했다.

보험회사 중심의 체계는 의료기관·약국이 진료비 내역을 보험회사에 직접

제출하고 보험회사를 중심으로 운용하는 것이므로 사적자치가 최대한 고려된 체계이기는 하나 의료기관·약국과 보험사에게 운용상 어려움이 있고 효율적이지 않은 구조이다. 중복가입자에 대해서 의료기관·약국은 환자가 가입한 모든 보험회사로부터 지급동의를 얻어야 하고, 지급청구를 해야 한다. 가입자를 각 보험회사가 관리하기 때문에 중복가입자의 경우 의료기관·약국은 실시간 환자본인부담금 산출이 어려우며 보험회사는 중복지급심사로 인해 심사비용이 과다지출 되는 문제도 있다. 중복가입자가 아니더라도 가입자를 각 보험회사가 관리하기 때문에 보험사기의 적발이 어렵고 중복가입의 조회가 어렵다. 심사자, 비례보상액결정자, 지급자가 모두 다르기 때문에 절차상 매우 복잡하고 시간과 비용이 과다하게 소요되는 구조이다. 각 보험회사와 의료기관·약국이 EDI 시스템을 구축해야 하는 것이 가능하지 않아 서류청구방식으로 운용할 수밖에 없는 구조이다.

의료기관·약국이 진료비 내역을 간사보험사 혹은 중앙집적기관(비례보상기관)에 직접 제출하는 구조는 사적자치를 고려하되 보험회사들로부터 간사보험회사 혹은 중앙집적기관에 운용을 위임하는 형태를 취하는 것으로 보험회사 중심의 체계보다 효율적인 구조이다. 보험가입정보가 한 곳에 집적되어 있어 중복가입을 사전에 방지하기가 용이하고 보험사기 적발이 용이하다. 중복가입자이더라도 보험회사에게는 중복심사로 인한 지급심사비용의 과다지출 문제가 해소된다. 의료기관·약국은 중복가입자의 경우 여러 보험회사에 지급청구 및 진료비 상환 절차를 따라야 하는 문제가 발생하지 않는다. 간사보험회사 혹은 중앙집적기관이 보건의료정산소 기능도 수행하면 표준화 미비에 따른 의료기관의 행정부담완화와 환자본인부담금산출의 부담이 완화되는 구조이다. 하나의 보험기관과 의료기관·약국이 추가적인 EDI 시스템을 구축하면 되므로 효율적이기는 하나 추가적인 EDI를 구축해야 하는 것은 단점으로 지적된다.

심사평가원을 경유한 간사보험회사 혹은 중앙집적기관 중심의 체계는 국가경제적으로 효율적 자원운용을 기할 수 있고 의료기관·약국의 편의가 도모되나 사적자치의 원리가 훼손될 수 있는 우려가 있다. 추가적인 EDI네트워크 구축할 필요없이 심사평가원과 간사보험회사 혹은 중앙집적기관과 업무제휴

만으로 가능하여 보험산업은 그에 따른 비용을 절감할 수 있고 의료기관·약국의 편의를 도모할 수 있다. 공·사건강보험이 데이터의 공유를 통한 상호발전이 가능한 구조이며 국민건강보험 급여부분의 비급여부분으로의 전환과 중복청구 및 과잉 진료 적발이 용이한 체계이다.

중앙집적기관이 진료의 적정성 및 지급 심사와 비례보상을 하는 경우(민영심사기관)의 운용체계는 심사평가원을 경유하는 경우보다 사적자치가 보장된다. 그리고 심사평가원과 경쟁적 위치에서 심사가 가능하다. 그러나 또 하나의 보험 관련 기관을 설립해야한다는 것이 부담으로 작용하며 절차는 간단하지만 EDI 시스템을 구축해야 하는 점이 단점이다.

위의 대안 중에서 소비자의 권익 보호 및 보험회사의 운영 효율성 증대 그리고 국가자원의 이용 효율성 증대의 입장에서 최적의 대안이 채택되어야 할 것이다.

< 참고문헌 >

- 박지연, 『건강보험 본인부담 변동에 따른 재정영향 분석』, 국민건강보험공단, 2002.
- 보건복지부·국민건강보험공단, 『2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황조사』, 2006.
- 배은영, “의약품 등재체계 개선방안 검토,” 국민건강보험심사평가원, 2004.
- 이규식, 『의료보장과 의료체계』, 계축문화사, 2002.
- 이평수, 『본인부담금제도』, 국민건강보험공단, 내부자료, 2004.
- 정형선, 『의료보장성/건보급여율의 개념, 산출방법 및 결과』, 국민건강보험심사평가원, 2008.
- 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보, 「건강보험 적정 보장성 확보방안」 한국보건사회연구원, 2007.
- 황덕남, 「요양기관당연지정제도에 관한 헌법적인 고찰」, 2002.
- 국민건강보험심사평가원, 「민간의료보험 진료비 심사방안」 내부자료, 2007.
- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
- 보험개발원, 내부통계자료, 각 연도.
- 국민건강증진법
- 국민건강보험법
- 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙
- Arrow, K.J., "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *American Economic reviews*," 1963.
- 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.
- Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement*, 2005.

Pauly, M. V., "The economics of moral hazard: Comment," *American Economic reviews*, 1968.

Nyman, J. A., "The economics of moral hazard revisited," *Journal of Health Economics*, 1999.

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

Health Insurance Portability and Accountability Act

[부 록]

1. 미국의 메디케어와 민영건강보험

가. 메디케어

□ 메디케어 프로그램의 정의

- 메디케어는 65세 이상의 고령자, 65세 미만의 장애인, 연령 불문의 말기신장질환자(투석이나 신장이식이 필요한 영구 신장 손상자)를 위한 연방정부의 건강보험 프로그램
- 가입자는 2000년 540만명, 2004년 630만명으로 전국민의 13.7%에 해당하며 증가추세(인구조사국, 『Current Population Survey, 2005』)

□ 2008년 메디케어 프로그램의 보장급부(benefit)

- 메디케어 파트A(Medicare Part A)
 - 병원에서의 입원간병을 보장하는 입원보험(Hospital Insurance)
 - 일정 기준을 충족할 경우 전문간병시설(skilled nursing facility), 말기환자간병(hospice), 재택간병(home healthcare)도 보장
- 메디케어 파트B(Medicare Part B)
 - 의사의 진료서비스나 외래진료 같은 의학적 필요서비스(medically necessary service)를 보장하는 의료보험(Medical Insurance)
 - 건강을 보장하고 질병의 악화를 방지하는 일부 예방서비스도 보장
- 메디케어 파트C(Medicare Part C)
 - 파트A, 파트B, 때로는 파트D(처방약) 까지 통합하여 메디케어 보험급여를 받을 수 있는 메디케어 맞춤형플랜(Medicare Advantage Plan)

- 메디케어의 인가를 받은 민영보험회사에서 판매하며, 최소한 의학적 필요서비스는 모두 보장하나 고유플랜(Original Medicare Plan; 파트 A+B)과 달리 정액제 및 정률제 본인부담금, 일정액 공제제를 설정할 수 있음.
- 맞춤형플랜 외에도 여러 가지 플랜들이 존재(Medicare Cost Plan, Demonstrations/Pilot Program, Programs of All-Inclusive Care for the Elderly)
- 메디케어 파트 D (Medicare Part D)
 - 메디케어 처방약보장플랜(Medicare Prescription Drug Coverage)
- 메디갭(Medigap)
 - 민영보험회사에서 판매하는 메디케어 고유플랜의 보충형 상품으로 메디케어 보장서비스의 본인부담, 공제금액 같은 미보상 의료비용(gap)을 보장하며, 일부는 추가 서비스에 대한 보장을 제공하기도 함.
 - 표준화된 상품(메디갭플랜 A-L)만을 판매할 수 있으며, 모든 보험회사가 동일한 기본급부를 제공하므로 회사간의 차이는 가격에서 발생

나. 메디케어 고유플랜

- 메디케어 A나 B 급부의 수급권을 모두 가지고 있을 경우 어떤 메디케어 플랜에 가입한 경우라도 건강유지를 위해 필요하고 합리적인 한 메디케어 A나 B 급부의 모든 서비스나 치료재료를 보장받을 수 있음.

1) 메디케어 파트 A

- 보장서비스
 - 병원의 입원치료, 응급진료소(critical access hospitals)*나 입원재활시설(inpatient rehabilitation facility) 포함.
 - * 농촌 거주자들에게 일부 통원 및 입원 서비스를 제공하는 소형 시설

- 전문간병시설(skilled nursing home) 입소(단순간호 및 장기간병 제외)
- 말기환자간병서비스(hospice care service)
- 채택간병서비스(home health care service)
- 비의료 종교건강관리시설(Religious Nonmedical Health Care Institution)* 입소시에는 비의료적, 비종교적 간병만 보장

* 의료서비스의 수락이 종교적 신념과 일치하지 않는 환자에게 비의료적 건강관리 재료 및 서비스를 제공하는 시설. 메디케어에서 동 시설의 입소비용을 보장받기 위해서는 종교적 신념이 아니라면 병원입원이나 전문간병시설 입소가 필요한 자가 해당시설에 자신의 종교적 신념을 문서로 제출하여야 함

□ 보험료

- 본인이나 배우자가 근로활동 중 메디케어세(Medicare tax)를 납부한 경우 대개 파트A의 보험료는 납부하지 않음.
- 메디케어 파트A의 보험료 면제를 받지 못하는 자라도 아래의 하나에 해당하는 경우 파트A 수급권 구입이 가능
 - 과거 근로활동 기간이 길지 않아 수급권 획득을 위해 필요한 횟수의 메디케어세를 납부하지 못한 65세 이상의 고령자
 - 장애인이면서 근로활동에 복귀한 자
- 2008년 기준으로 메디케어 파트A 보험료는 월당 \$423임
 - 파트A를 구입하고자 하는 경우 대개의 경우 파트B에 의무가입하고 파트B 월보험료를 납부하여야 함.
 - 소득 및 자산이 일정 수준 이하인 경우 주정부로부터 파트A 및 B 보험료를 보조받을 수 있음.

□ 가입시점

- 사회보장연금이나 철도퇴직자연금을 받는 경우 65세에 달하는 월의 초일에 자동적으로 수급권 부여

<부록 표-1> 파트 A의 보장서비스 및 본인부담금(2008년)

| 보장서비스 | 본인부담 |
|----------|---|
| 혈액 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 입원 중 투여한 혈액 3포인트에 대한 비용. 추가 소요 혈액에 대해서는 메디케어 진료수가의 20%를 본인부담 |
| 재택간병 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 재택간병서비스에 대한 본인부담은 없으나, 내구성 의료장비는 진료수가의 20% 본인부담 |
| 말기환자간병 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 통원처방약에 대해서는 처방건당 최고 \$5 본인부담 ○ 대행입원간병(간병인의 휴식을 위한 단기간의 입원간병)은 의료보험수가의 5% 본인부담 ○ 일반단기입원이나 대행입원간병 외 말기환자시설 입소 간병시 병실료와 식대를 본인부담 |
| 병원입원 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 매 급여기간(benefit period)¹⁾당 1-60일에 대해 \$1,024 공제(정률제 본인부담은 없음) ○ 매 급여기간당 61-90에 대해 일당 \$256 공제 ○ 매 급여기간당 90일 후 적용되는 일생예비기간(lifetime reserve day)²⁾에 대해서는 일당 \$512 공제(일생동안 60일을 초과하지 못함) |
| 전문간병시설입소 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 매 급여기간당 최초 20일은 본인부담 없음 ○ 매 급여기간당 21-100일은 일당 \$128 공제 ○ 매 급여기간당 101일 이후는 전액 본인부담 |

주 : 1) 메디케어 고유플랜에서 병원입원이나 전문간병시설 입소기간을 측정할 때 사용하는 방법으로, 급여기간은 병원이나 전문간병시설을 방문할 날부터 시작되며 연속된 60일의 기간 중 입원이나 입소서비스를 받지 아니할 때 끝남. 한 급여기간이 끝나고 나면 동 시설 방문시 새로운 급여기간이 시작됨. 급여기간의 수에는 제한이 없으나 정신병원에서의 입원치료는 일생동안 190일로 제한됨.

2) 고유플랜의 보상한도 입원기간인 90일을 초과하는 경우에도 보상을 받을 수 있는 추가보상기간으로 일생동안 사용할 수 있는 한도는 60일로 제한됨.

- 65세 미만의 장애인일 경우 동 연금을 24개월 동안 수령한 후에 자동적으로 수급권 부여
- 위축성측삭경화증(루게릭병) 환자는 장애급여 개시월에 자동적으로 부여

- 65세 이상 고령자나 장애인임에도 근로활동을 계속하는 등의 사유로 사회보장연금이나 철도퇴직자연금을 받지 못하는 자는 65세 도달 전 3개월까지 사회보장국에 파트A 가입신청을 하여야 함.
- 파트 A 수급권이 없는 자의 경우 다음 기한 내에 파트 A를 구입할 수 있음.
 - 최초가입기간(Initial Enrollment Period) : 65세 생일 전 3개월 및 생일 후 3개월
 - 일반가입기간(General Enrollment Period) : 매년 1월 1일부터 3월 31일 사이

2) 메디케어 파트 B

□ 보장서비스

- 의사서비스, 외래진료나 기타 파트A에서 보장하지 않는 의료서비스 등 의학적 필요성이 있는 서비스 및 예방서비스
 - 의학적 필요 서비스(medically-necessary service) : 의학적 상태의 진단 및 치료에 필요한 치료재나 서비스
 - 예방서비스 : 현상태로부터 합병증을 방지하거나 완화시키는데 도움이 되는 서비스, 치료가 가장 용이한 초기에 건강문제를 발견하는 서비스나 의학적 문제를 관리하는 서비스

□ 보험료 및 일정액 공제금(deductible)

- 파트 B 보험료는 매월 납입하여야 함.
- 2008년 기준으로 대부분의 사람들이 납입하는 표준보험료는 월 \$96.4
 - 연소득 \$82,000 이상의 독신자나 연합산소득 \$164,000 이상의 부부부터 보험료 상승

<부록 표-2> 메디케어 파트 B 보험료(2008년)

| 연소득 | | 월보험료 |
|----------------------|----------------------|----------|
| 개 인 | 부 부 | |
| \$82,000 이하 | \$164,000 이하 | \$96.40 |
| \$82,001- \$102,000 | \$164,001- \$204,000 | \$122.20 |
| \$102,001- \$153,000 | \$204,001- \$306,000 | \$160.90 |
| \$153,001- \$205,000 | \$306,001- \$410,000 | \$199.70 |
| \$205,001 이상 | \$410,001 이상 | \$238.40 |

주 : 가입지연가산금 부과시 보험료 상승

- 메디케어로부터 보상을 받기 위해서는 매년 메디케어 보장의료비가 일정액 공제금(deductible)에 달할 때까지 가입자 본인이 이를 부담하여야 함.
 - 2008년 기준으로 연간 공제금액은 \$135임.

□ 가입시점

- 사회보장연금이나 철도퇴직자연금을 받는 경우 65세에 달하는 월의 초일에 자동적으로 수급권 부여
 - 65세 미만의 장애인일 경우 동 연금을 24개월 동안 수령한 후에 자동적으로 수급권 부여
 - 루게릭병이라 불리는 위축성측삭경화증 환자는 장애급여 개시월에 자동적으로 수급권 부여
- 파트B 가입을 원하지 않는 경우에는 우송된 메디케어카드를 반환하여야 하며, 이를 반환하지 않는 경우에는 파트 B에 가입한 것으로 간주됨.
 - 사회보장연금이나 철도퇴직자연금을 받지 못하는 자는 65세 이내에 파트B 가입신청을 하여야 함.

<부록 표-3> 파트 B의 보장서비스 및 본인부담금(2008년)

| 보장서비스 | 본인부담 |
|-------------|---|
| 혈액 | ○ 외래환자로서 투여한 혈액 3포인트에 대한 비용. 추가 소요 혈액에 대해서는 메디케어 진료수가의 20% 본인부담 |
| 임상실험 서비스 | ○ 메디케어 인정 서비스는 본인부담 없음 |
| 재택의료 서비스 | ○ 메디케어 인정 서비스는 본인부담이 없으나, 내구성 의료장비는 진료수가의 20% 본인부담 |
| 의료 및 기타 서비스 | ○ 의사서비스, 외래물리치료, 예방서비스, 내구성의료장비는 진료수가의 20% 본인부담 |
| 정신건강 서비스 | ○ 외래정신건강서비스는 50% 본인부담 |
| 기타 보장서비스 | ○ 일정액 및 일정률 본인부담금 있음 |
| 병원 외래서비스 | ○ 서비스에 따라 일정액 및 일정률 본인부담금이 다양 |

주 : 파트 B의 보장서비스 및 치료재에는 연간 최초 \$135까지 공제금액 적용

- 최초로 가입자격이 생겼을 때 파트 B에 가입하지 않은 경우에도 다음 기간 중에 가입이 가능
 - 일반가입기간(General Enrollment Period) : 매년 1월 1일부터 3월 1일까지 가입가능하며, 보장은 7월 1일부터 개시됨. 가입자격이 있음에도 미가입한 기간 12개월당 정상보험료의 10%에 해당하는 가입지연가산보험료(Late-Enroll Penalty)가 정상보험료에 계속 추가되어 부과됨.
 - 특별가입기간(Special Enrollment Period) : 본인이나 배우자(장애자일 경우 가족의 일원)가 재직 중에 있어 기업지원 단체건강보험에 가입되어 있으므로 파트 B 가입을 유보하였던 경우에는 특별가입기간을 이용

- 단체건강보험에 가입되어 있는 기간 중에는 언제나 파트 B에 가입할 수 있으며, 고용관계나 단체보험 종료일 중 빠른 일자를 기준으로 8개월 이내의 기간에도 언제든지 가입 가능

3) 메디케어 맞춤형플랜(파트C)

- 1982년 이후 Medicare Managed Health Care 옵션들이 메디케어 가입자들에게 제공되고 있었음.
 - 메디케어는 보험회사에게 수급자들의 의료급여 관리를 위탁하고 인두제에 의해서 지불하고 있었고 보험회사는 의료공급자에게 행위당수가제로 지불하고 있었음.

- 1997년 The Balance Budget Act에 의해서 Medicare+Choice 플랜으로 알려진 메디케어의 제3파트가 등장
 - 메디케어 수혜자들이 다양한 선택을 할 수 있도록, 수혜자들이 제공된 여러 상품들을 비교할 수 있도록, 보다 민영화 되도록, 그리고 시장중심(리스크 베이스)의 메디케어 프로그램이 되도록 추진됨.

- 메디케어 맞춤형플랜의 개요
 - 메디케어 맞춤형 플랜은 메디케어에서 승인한 건강플랜옵션(HMO나 PPO 등)으로 민영보험회사에서 운영됨. 이 플랜들은 메디케어 프로그램의 일부로 파트C나 MA플랜으로 불리기도 함.
 - 메디케어에서 매월 이들 민영건강플랜에 가입자의 케어비용을 지급
 - 메디케어 맞춤형플랜은 메디케어에서 정한 규정을 준수하여야 하나, 메디케어의 보충형보험은 아님.
 - 동 플랜에 가입한 경우 메디갭이 필요 없으며, 가입할 수도 없음. 만일 메디갭에 이미 가입했으면 이를 유지할 수는 있지만 본인부담금은 보상받을 수 없음.

- 파트A와 파트B 급여를 모두 제공하며, 최소한 메디케어 고유플랜에서 제공하는 의학적 필요서비스를 전부 보장하여야 함.
 - 다만 메디케어 맞춤형 플랜은 고유플랜과는 다른 일정액(copayment) 과 일정률(coinsurance) 본인부담, 공제금(deductible)을 부과할 수 있음.
 - 또한 맞춤형 플랜은 시각, 청각, 치아 및 기타 건강 프로그램을 제공할 수도 있으며, 대부분은 추가비용 하에 처방약에 대해서도 보장을 제공

□ 메디케어 맞춤형플랜의 종류

- 5가지 대표적 유형의 유형의 맞춤형플랜이 있음.
 - 선호공급자조직플랜(PPO Plan)
 - 건강유지기구플랜(HMO Plan)
 - 민영행위당수가플랜(PFFS Plan)
 - 의료저축계좌플랜(MSA Plan)
 - 특수목적플랜(SNP)
- 맞춤형 플랜은 일반적으로 HMO 같은 공급자네트워크를 보유하므로 해당 네트워크에 속한 의사나 병원을 통해 의료서비스를 이용하여야 하며, 전문의를 이용하기 위해서는 일반의의 이송절차를 거쳐야 할 수도 있음.
 - 네트워크에 속하지 않은 의료공급자 이용시에는 보장서비스라도 의료비 전액을 본인이 부담하거나(HMO), 본인부담금액이 높아질 수 있음(PPO).
- 민영행위당수가플랜(MPFFS, Medicare Private Fee-for-Service)은 의료공급자가 치료 전에 플랜의 조건과 지급액을 수락할 것을 동의 한 경우 어떤 의료공급자라도 이용할 수 있음.

- 메디케어 가입자 중 만성질환을 가져 너싱홈(nursing home) 등 시설에 입소해 있거나 기타 특별한 니즈를 가진 사람들을 위한 특수목적 플랜(SNP, Medicare Special Needs Plan)도 있음.

□ 가입자격 및 가입시기

- 아래 조건들을 만족해야 메디케어 맞춤형플랜에 가입할 수 있음.
 - 파트A 및 파트B 수급권 보유
 - 해당 플랜의 서비스제공지역에 거주
 - 말기심부전환자(투석이나 신장이식이 필요한 영구신장손상자) 제외
- 다음 기간 중 메디케어 맞춤형플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있음.
 - 최초로 메디케어 대상이 되었을 때(만 65세 생일 전후 3개월)
 - 장해로 인해 메디케어 대상이 된 경우 25개월차 연금수급 전후 3개월
 - 매년 11월 15일부터 12월 31일까지. 이 때 차년도 1월 1일부터 보장 개시
 - 매년 1월 1일부터 3월 31일 까지. 단, 이 시기에 가입하는 경우 처방약을 이미 보장받고 있지 않다면 처방약 보장 플랜을 추가하거나 처방약 보장을 제공하는 플랜으로 변경할 수 없음.
- 가입하고 있던 맞춤형 플랜이 메디케어 비적격 플랜이 된 경우 다른 맞춤형 플랜을 선택하지 않을 경우에는 자동적으로 메디케어 고유플랜으로 복귀
- 2005년 현재 메디케어 가입자의 12%에 해당하는 약 500만명이 179개의 메디케어 맞춤형플랜에 가입하고 있음(95%가 HMO 형태의 플랜에 가입)
 - 맞춤형플랜의 수는 1998년 이후 계속 줄어들고 있고, 가입자수도 감소하고 있음(2000년에는 메디케어 인구의 15%인 600만명이 가입)

□ 메디케어 민영행위당수가플랜

- MPFFS(Medicare Private Fee-for-Service)는 메디케어(CMS)와 계약 하에 민영보험회사가 제공하는 M+C 플랜 중의 하나이며 M+C Coordinated Care Plans(HMOs, PPOs) 처럼 관리의료플랜은 아니고 어떤 면에서는 전통적인 건강보험(indemnity)처럼 작동
 - MPFFS 플랜가입자는 의료공급자의 네트워크에 제한을 받지 않고 1차 진료기관(primary care provider)을 먼저 방문해야 할 필요도 없음.
- MPFFS 플랜에 가입한 소비자는 의료서비스를 받고자할 때 등록 카드 등을 제시하여 미리 MPFFS 플랜 가입자임을 알려야 하며, 의료서비스 공급자는 해당 MPFFS 플랜의 참여조건들을 보고 치료할 것 인지를 결정
 - 참여조건은 MPFFS가 보장서비스에 대해서 지불할 금액, 결재절차, 의료공급자가 받을 수 있는 본인부담금, 의료공급자가 특정서비스에 대해서 해당 MPFFS로부터 사전승인을 받아야 하는지의 여부가 주요 내용
- 만약 의료공급자가 환자를 치료하기로 결정했다면 단지 그 환자는 의료공급자에게 본인부담금만을 지불하고, 나머지는 의료서비스 공급자가 MPFFS 플랜에 청구
 - 메디케어가 주계약(Primary)일 경우(대부분이 해당) 의료공급자는 메디케어에 지급청구를 해야 하고 메디케어가 지급 후 MPFFS 플랜이 지급
 - 호스피스 서비스를 포함하여 극히 일부 서비스는 의료이용자가 의료공급자에게 지불 후 상환받아야 함.
- 의료서비스 공급자가 당해 환자의 MPFFS 플랜을 받아들이지 않는다면 다른 의료서비스 공급자를 찾아야 함.

4) 메디케어 처방약플랜(파트D)

- 메디케어 처방약플랜은 메디케어의 승인을 받은 보험회사나 다른 민영

기업에서 운영하며, 각 플랜들의 비용 및 보장 약재 종류는 다양

- 메디케어 처방약 플랜은 메디케어의 규정에 부합하는 처방서 (formulary)를 갖추고 있으며, 약품의 치료효과 변경, 신약출현, 신의 료정보의 활용 등으로 인해 처방서가 변경된 경우에는 해당 약품 투 여자에게 최소한 60일 이전에 이를 통보하여야 함.

- 메디케어 처방약 보장을 받기 위해서는 두 가지 방법이 있음.
 - 메디케어 고유플랜이나 메디케어 민영행위당수가 플랜, 메디케어 의료 저축계좌플랜 등 처방약을 보장하지 않는 메디케어 맞춤형 플랜에 부 가되는 메디케어 처방약 플랜에 가입
 - 메디케어 HMO플랜이나 PPO플랜처럼 처방약을 보장하는 다른 메디 케어 맞춤형 플랜에 가입

- 다음 기간 중 메디케어 처방약플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있음.
 - 최초로 메디케어 대상이 되었을 때(만 65세 생일 전후 3개월)
 - 장애로 인해 메디케어 대상이 된 경우 25개월차 연금수급 전후 3개월
 - 매년 11월 15일부터 12월 31일까지임. 이 경우 차년도 1월 1일부터 보장 개시

- 최초로 메디케어 대상자가 되었을 때 메디케어 처방약플랜이나 이에 상 응하는 다른 충실한 처방약 보장에 가입하지 않고 있다가 63일 이후 에 가입하는 경우 가입지연가산금이 부과됨.
 - 가입지연가산금액은 지연가입연도의 전국평균 보험료의 1%(2008년도 는 \$0.28)에 지연가입월수를 곱한 금액으로 매년 변경되지만, 한번 결 정된 가산금액은 메디케어처방약보장을 받는 동안 계속해서 매월 납 부함.

- 메디케어 처방약플랜 유지비용으로 월보험료, 연간공제금액 및 정액/정률 본인부담금이 있으며, 일정 금액 이상 보장을 받고 나면 다시 전액을 본인이 보장하여야 하며(coverage gap) 이후 본인보장금액이 미리 설정된 고액에 달하게 되면 다시 거대위험보장(Catastrophe coverage)을 받게 됨.
- 2008년 기준으로 거대위험보장기준은 \$4,050이며, 본인부담금이 동 금액을 상회하는 경우에는 5%의 정율 또는 처방당 \$2.25-\$5.60의 정액만을 부담

다. 메디케어플랜의 선택

- 메디케어 가입자는 급여를 받기 위한 여러 가지 방법을 선택할 수 있음.
 - 가입자격 발생시 아무런 조치를 취하지 않으면 자동적으로 메디케어 고유플랜에 가입되며, 메디케어 처방약플랜에도 선택적으로 가입할 수 있음.
 - 메디케어 고유플랜 대신 메디케어 맞춤형플랜을 선택한 경우 메디케어의 급여 모두를 받을 수 있을 뿐 아니라 대부분의 경우 처방약에 대한 보장도 받을 수 있음.
- 메디케어 가입자는 매년 자신의 건강상태와 처방약에 대한 필요성을 고려하여 일정 허용기간 내에 다른 플랜을 선택할 수 있음.
- 한편, 조세를 재원으로 하는 사회보장제도인 메디케이드(Medicaid), 어린이보험(SCHIP), 주별건강보험(States health insurance program) 제도는 어린이가 있는 저소득 가정, 장애인이나 저소득노인에게 건강보험을 제공하며 전국민의 12.9%가 동제도의 적용을 받고 있음.
 - 또한 군인사회보장제도(military scheme)에 의해 3.7%의 국민들이 의료보장을 받고 있음.
 - 전국민의 15.7%가 무보험상태에 있음.

2. 우리나라 국민건강보험 실적 현황

- 재원은 보험료³²⁾와 국고지원³³⁾, 건강증진기금지원금³⁴⁾으로 구성되며, 2006년에 총수입 23조 2천억원 중 보험료 수입이 18조 8천억원으로 80.8%를 차지함.
 - 2006년에 적용인구당 보험료는 약 39만 6천원임.
 - 2006년에 총수입규모 기준의 적용인구당 수입규모는 약 49만원임.

 - 지출부분에 해당하는 의료서비스 급여는 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 공단이 현물 또는 현금 형태로 제공
 - 현물급여와 현금급여를 합한 총급여액은 2006년에 21조 4,392억원
 - 적용인구당 급여액은 45만 2,200원, 적용인구당 지급건수는 17.9건임.
-
- 32) - 직장근로자는 2007년 현재 표준보수월액×5.08%를 사용자, 근로자가 각 50%씩 부담
 - 공무원과 교직원은 표준보수월액×5.08%를 공무원의 경우는 정부, 공무원이 각 50%씩 부담하고, 사립학교교직원은 본인, 학교경영자, 정부가 각 50%, 30%, 20%씩 부담
 - 지역가입자는 소득, 재산에 따른 등급별 일정액을 세대주가 자진납부하거나 보험자가 방문징수 함.
 - 33) 국민건강보험법 제92조에 따라 '국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14(2006년까지는 100분의 35)에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원
 - 34) 국민건강증진법 부칙 제7조2항에 의거 2011년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6(2006년까지는 지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 100분의 15에 상당하는 금액)에 상당하는 금액을 공단에 지원
 - 국민건강증진법 제23조에 의거 쉼터 20개비당 354원의 국민건강증진부담금을 부과

<부록 표-4> 국민건강보험의 수입규모

(단위 : 억 원, 명)

| 분류 | 1995년 | 2000년 | 2003년 | 2006년 | |
|-----------------|-----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 보 험 료 | 36,007 | 72,288 | 137,409 | 188,106 | |
| 국고부담 | 7,553 | 15,527 | 34,238 | 38,362 | |
| - 보험재정 | 5,619 | 13,810 | 26,429 | 27,565 | |
| - 관리재정 | 1,934 | 718 | 1,364 | 1,133 | |
| 담배부담금 | - | - | 6,446 | 9,664 | |
| 기 타 | 12,584 | 10,462 | 3,020 | 6,163 | |
| 합 계 | 56,144 | 98,277 | 174,667 | 232,631 | |
| 적용 인구당 수입 | 적용인구 적용률 수입(천원) | 44,015,900 97.6% 127.5 | 45,895,749 97.6% 214.1 | 47,102,786 97.9% 370.8 | 47,409,600 98.2% 490.7 |

자료 : 건강보험통계연보, 각 연호.

- 총지급건수는 8억 5,052만건, 지급건당 금액은 25,207원을 기록하여 건
장보험의 사고는 소액다건의 특징을 보이고 있음.
- 현물급여에는 요양급여와 건강검진비 지급이 있음.
 - 요양급여비는 2006년에 총 20조 9,316억원, 적용인구당 요양급여비는 44만
1,500원, 요양지급건수는 8억 4,191만건, 적용인구당 건수는 17.7건을 기록
 - 2006년에 건강검진비는 3,574억원, 지급건수는 810만 9,103건임.
- 현금급여에는 요양비³⁵⁾, 장제비³⁶⁾, 일부분인부담액보상금 및 상한
제³⁷⁾, 장애인보장구급여비³⁸⁾가 있음.
 - 2006년에 현금급여액은 총 1,502억원이고 지급건수는 49만 2,316건임.

35) 긴급, 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관에서 제외되는 의료기관 등에서
질병, 부상, 출산 등에 대하여 요양을 받거나 출산을 한 경우 지급

36) 25만원이며, 2008년 1월부터 폐지

37) 일부분인부담금 상한제 보상금 : 본인부담액이 6개월간 300만원을 초과한 경우
에 초과금액 전부를 공단이 지급(2004년 7월 시행)하고 2007년 7월부터 300만
원에서 200만으로 인하되면서 본인부담금 보상제도는 폐지됨.

38) 보장구 구입금액이 유형별 기준액 이내이면 실구입액의 80%, 기준액을 초과하
면 기준액의 80% 보상

<부록 표-5> 국민건강보험의 급여현황 추이

(단위 : 건, 억 원)

| 구 분 | | 1995년 | 2000년 | 2003년 | 2006년 |
|--------------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 현물급여 | 건수 | 259,153,128 | 409,576,744 | 638,336,425 | 850,027,476 |
| | 금액 | 40,280 | 89,026 | 149,181 | 212,890 |
| | 건당금액 | 15,543원 | 21,736원 | 23,370원 | 25,045원 |
| -요양급여 | 건수 | 254,582,627 | 404,418,143 | 632,101,121 | 841,918,373 |
| | 금액 | 39,553 | 87,893 | 147,552 | 209,316 |
| (본인부담액상 한제사전지급) | 건수 | - | - | - | -27,272 |
| | 금액 | - | - | - | -293 |
| -건강진단비 | 건수 | 4,570,501 | 5,158,601 | 6,235,304 | 8,109,103 |
| | 금액 | 727 | 1,133 | 1,629 | 3,574 |
| 현금급여 | 건수 | 221,387 | 477,301 | 380,949 | 492,316 |
| | 금액 | 548 | 1,392 | 1,096 | 1,502 |
| -요양비 | 건수 | 17,418 | 37,523 | 22,911 | 15,110 |
| | 금액 | 151 | 264 | 255 | 167 |
| -장제비 | 건수 | 188,027 | 191,723 | 205,187 | 186,259 |
| | 금액 | 348 | 465 | 513 | 466 |
| -본인부담액 보상금 | 건수 | 15,942 | 228,760 | 125,784 | 122,140 |
| | 금액 | 50 | 601 | 257 | 199 |
| -장애인보장구 | 건수 | - | 19,295 | 27,067 | 68,359 |
| | 금액 | - | 62 | 71 | 380 |
| (본인부담액상 한제사후환급) | 건수 | - | - | - | -100,448 |
| | 금액 | - | - | - | -290 |
| 합 계 | 건수 | 259,374,515 | 410,054,045 | 638,717,374 | 850,519,792 |
| | 금액 | 40,828 | 90,418 | 150,278 | 214,392 |
| | 건당금액 | 15,740원 | 22,050원 | 23,528원 | 25,207원 |
| 적용인구당 급여현황 | 건수 | 5.9 | 8.9 | 13.6 | 17.9 |
| | 금액 | 92.8천원 | 197.0천원 | 319.0천원 | 452.2천원 |

주 : 1) 본인부담상한제는 금액은 2004.7.1 신설, 사전지급은 요양급여비에 포함되며, 사후환급은 현금급여로 구분
2) 운영비는 제외함.

보험연구원(KIRI) 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 운용전략 / 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, 김진익 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 | 금융검입화에 대비한 보험회사의 경영전략 / 김현수 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 |
| 2000-10 | 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 요율 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 2005.3
- 2005-2 전환기의 손해보험회사 발전방안 / 정중영 2005.3
- 2005-3 손해보험사 RBC제도에 관한 연구 / 이기형, 나우승, 김해식 2005.5
- 2005-4 저금리 추이에 따른 이차역마진 현상과 대응방안 / 김석영, 나우승 2005.9
- 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
- 2005-9 보험산업 주요지표의 중장기 전망 / 동향분석팀 2005.12
- 2006-1 보험회사의 은행업 진출 방안 / 류근욱 2006.1

- 2005-8 민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안 / 조용운, 김세환 2005.11
- 2005-9 보험산업 주요지표의 중장기 전망 / 동향분석팀 2005.12
- 2006-1 보험회사의 은행업 진출 방안 / 류근욱 2006.1
- 2006-2 보험시장의 퇴출 분석과 규제개선방향 / 김현수 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 금융검업화에 대응한 보험회사의 채널전략 / 안철경, 기승도 2008.1

■ 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) / 김영옥, 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 / 임창희 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, 임창희 2001.3 |
| 2001-4 | 금융·보험 니드에 관한 소비자 설문 조사 / 동향분석팀 2001.3 |
| 2001-5 | 중업원복지 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 2004.6 |
| 2005-1 | 금리 시나리오 생명모델 연구 / 김석영 2005.3 |
| 2005-2 | 2005년도 보험소비자 설문조사 / 신문식, 김세환, 조재현 2005.3 |
| 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 |

■ 정책연구자료

- 97-1 금리변동에 따른 보험회사의 금리리스크 분석 / 이원돈, 노병윤, 장강봉
1997.10
- 97-2 '98년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1997.11
- 98-1 '99년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1998.11
- 99-1 2000년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1999.11
- 99-2 예금보험제도 개선방안에 관한 연구 : 보험산업 중심으로 / 이승철
1999.12
- 2000-1 2001년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 2000.10
- 2001-1 신용보험의 활성화 방안 연구 / 신동호, 김경환 2001.1
- 2001-2 2002년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 2001.11
- 2001-3 세계금융서비스 산업의 겸업화와 감독기구의 통합 및 시사점 /
정세창, 권순일 2001.12
- 2002-1 2003년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2002.11
- 2003-1 주요국의 방카슈랑스 규제 / 안철경, 신문식, 이상우, 조혜원
2003.7
- 2003-2 2004년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2003.12
- 2004-1 2005년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2004.11
- 2005-1 영국 통합금융업법상 보험업의 일반성과 특수성 /한기정 2005.2
- 2005-2 2006년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2005.12
- 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 효율체계에 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

■ 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

■ 영문발간물

- 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
 - 8호 Korean Insurance Industry 2006 / Insurance Research Center, 2006.10
 - 9호 Korean Insurance Industry 2007 / Insurance Research Center, 2007.9

■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 세계 / 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
- 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, 기승도 2007.7
- 24호 보험회사의 자본비용 추정과 활용: 손해보험회사를 중심으로 / 이경희 2007.7
- 25호 영국손해보험의 행위규제 적용과 영향 / 이기형, 박정희 2007.9

■ 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 방카슈랑스 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 역모기지 (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 / 손해보험본부 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. 10
- 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 보험산업 중장기 손익 전망 / 리스크관리실 2008.3

정기간행물

| |
|---|
| <p>■ 계간 _____</p> <p>○ 보험동향</p> <p>○ 보험개발연구</p> |
|---|

도서회원 가입안내

회원 및 제공자료

| 구분 내용 | 법인회원 | 특별회원 | 개인회원 | 연속간행물 구독회원 |
|----------|--|--|----------|---|
| 연회비 | 300,000원 | 150,000원 | 150,000원 | 간행물별로 다름 |
| 제공자료 | -연구조사보고서 • 연구보고서(10~15회/년) • 조사연구자료(5~10회/년) • 정책연구자료(3~5회/년) • 기타 보고서 -연속간행물 • 보험개발연구(3~4회) • 보험동향(계간) | -연구조사보고서 • 연구보고서(10~15회/년) • 조사연구자료(5~10회/년) • 정책연구자료(3~5회/년) • 기타 보고서 -연속간행물 • 보험개발연구(3~4회) • 보험동향(계간) | - | • 보험개발연구 (연간 3~4회 30,000원) • 보험통계월보 (월간 50,000원) • 보험동향 (계간 20,000원) |
| | -본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료 -보험통계월보 -영문발간자료 | | - | |

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

가입문의

보험개발원 도서회원 담당
 전화 : 368-4414,4415 팩스 : 368-4099

회비납입방법

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

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에서 도서회원가입신청서를 작성?등록 후 회비
 납입을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 종로서적, 영풍문고, 반디앤루니스, 세종문고
 부산 : 영광도서

저자약력

조용운

미국 휴스턴대학교(The University of Houston) 경제학 박사

현 보험연구원 연구위원

(ywcho@kiri.or.kr)

김세환

고려대학교 경제학 석사

현 보험연구원 수석연구원

(shkim@kiri.or.kr)

정책연구자료 2008-1

민영건강보험 운영체계 개선방안 연구

발행일 2008년 3월 일

발행인 나 동 민

발행처 보 험 연 구 원

서울특별시 영등포구 여의도동 35-4

대표전화 (02) 368-4400

인쇄소 신우씨앤피

ISBN 978-89-5710-068-4

定價 10,000