

보험진료비 심사일원화의 사회·경제적 효과

권창익* · 김진현** · 김준호* · 이성훈***

〈국문초록〉

현재 우리나라의 주요 사회보험인 건강보험, 자동차보험, 산재보험은 진료비심사와 지급주체, 관련법령이 상이하게 되어 있으며, 이로 인해 진료수가체계 및 급여기준이 다원화되어 있으며, 적용보험 종류에 따라 급여항목에 대한 각기 다른 종별 가산률을 적용하고 있다. 이렇듯, 다원화되어 있는 현재의 진료비 심사제도로 인해 동일질병·상해에 대해 각 보험의 서로 다른 기준적용으로 진료비, 입원기간, 입원율에 차이가 발생하게 된다.

본 연구는 건강보험, 자동차보험, 산업재해보상보험의 의료비심사를 현행 건강보험수가 기준에 적용했을 경우의 심사결과를 예측해봄으로써 다원화되어 있는 현재의 제도하에서의 결과치와 보험진료비심사를 일원화 했을 경우의 결과치를 비교 분석함으로써 보험진료비심사일원화를 위한 정책수립에 도움이 되고자 하였다.

주제어: 진료비, 심사일원화, 사회보험, 건강보험

I. 서 론

우리나라 사회보험의 경우 요양급여의 범위나 비용산정 방법과 질병유형 역시 근본적인 처치나 수술 등 진료행위측면에서 유사하며, 실제 공무상재해(이하 공상)나 의료급여(의료보호)진료비가 이미 국민건강보험법에 의한 진료비심사평가기구에 위탁심사 되고

* 인제대학교 일반대학원 보건행정학과

** 서울대학교 간호대학

*** 부산백병원 임상시험센터

교신저자 : 권창익(경남 김해시 어방동 607번지 인제대학교 일반대학원 보건행정학과)

전화 : 055-320-3283 / e-mail : loveich@hanmail.net

있는 등 국가적 차원의 의료비 통합관리 여건이 성숙되어 있다.

그러나 최근 부재환자, 진료비 허위과장청구 등 보험범죄가 끊이지 않고 있으며, 동일 상병과 질병에 대한 산업재해보상보험(이하 산재보험)과 자동차보험의 입원율, 입원기간, 의료비 지출 등이 건강보험에 근거한 비용에 비해 최고 5배 이상 높게 나타나는 것으로 보고 되고 있다(금융감독원, 2004).

현재 우리나라의 주요 사회보험인 건강보험, 자동차보험¹⁾, 산재보험은 진료비심사와 지급주체, 관련법령이 상이하게 되어 건강보험은 건강보험심사평가원에서 진료비심사를 담당하고 있으며, 자동차보험은 개별 손해보험사가, 산재보험은 각 해당 근로복지공단 지사에서 담당하고 있다.

이로 인해, 진료수가체계 및 급여기준이 다원화되어 자동차보험과 산재보험은 건강보험 급여항목에 대해서 전문병원은 건강보험이 30%, 산재 및 자보가 45%, 종합병원에 대해서는 건강보험이 25%, 산재 및 자보 37%, 병원은 건강보험이 20%, 산재 및 자보 21%로 건강보험수가보다 더 할증된 의료기관 종별 가산율을 적용하고 있다.

또한, 서로 다른 기준의 적용으로 인해 산재보험과 자동차보험은 건강보험 급여항목 중 일부 항목(입원료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료)에 대해서 별도의 예외기준을 가지고 있으며, 건강보험 비급여 항목에 대해서는 명확한 근거와 기준이 제대로 확립되어 있지 않아 항상 분쟁의 소지가 되고 있다.

적용되는 각 보험종별로 진료비에 대한 서로 다른 기준의 적용으로 인해 유사질병 또는 동일 진단에 대해 상당한 진료행태의 차이는 진료비뿐만 아니라 피해보상이나 위자료 지급과 직접적으로 연관되어 또다시 비효율적인 보험료 지출이라는 2차적인 문제를 파생시킬 우려가 있다(김진현, 2003).

의료비는 보상 등 비의료적인 요인과 연관됨이 없이, 선진외국에서와 같이 오직 의료적 전문성에 기초하여 의학적 기준으로 심사평가 되어야 하는 만큼, 산재·자동차·건강보험 진료비심사를 일원화하여 의료의 적정성에 대한 판단을 동일한 기준에 따라 이루어지게 하는 등 효율적 국민의료비 심사 시스템 구축이 필요하게 되었다.

본 연구의 주요 내용은 기초조사로써 현행제도하에서의 각 의료기관에서의 보험종별 환자진료현황 파악, 종별 환자들의 입원율과 평균입원일수, 외래진료시 평균내원일수, 건

1) 자동차보험의 경우, 책임보험은 강제보험으로서 사회보험의 성격을 떠나, 종합보험의 경우 임의보험의 성격을 가진다.

당총진료비 등을 조사하고, 이 후, 건강보험공단 심사평가원의 심사실적을 근거로 의료비심사일원화 가정하에서 발생할 수 있는 자보, 산재 환자들의 진료일수, 지출의료비 등의 결과치의 비교분석을 통해 효과적이고 경제적인 의료비심사제도를 위한 정책적 개선 방안 제시 등으로 구성된다.

II. 현황 및 문제점

1. 진료비 심사 및 지급주체의 다원화

현재 우리나라의 건강보험, 자동차보험, 산재보험은 진료비심사와 지급주체, 관련법령이 각각의 기준하에 서로 달리 적용되고 있다. 건강보험은 건강보험심사평가원에서 진료비심사를 담당하고, 산재보험은 근로복지공단에서 진료비를 심사하고 있으며, 자동차보험은 개별 손해보험사에서 담당하고 있으며 일부 분쟁건(약 1%)에 대해서는 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사를 의뢰하고 있다. 진료비 지급주체 역시 건강보험은 건강보험공단, 산재보험은 근로복지공단, 자동차보험은 손해보험사로 분리되어 있다.

〈표 2-1〉 보험종별 진료비 심사 및 지급주체

구 분	진료비 심사	진료비 지급	관련 법령
건강보험	건강보험심사평가원	국민건강보험공단	국민건강보험법
산재보험	근로복지공단	근로복지공단	산업재해보상보험법
자동차보험	손해보험사(99%) 진료수가분쟁심의회(1%)	손해보험사	자동차손해배상보장법

1) 진료수가체계 및 급여기준의 다원화

진료의 심사 및 지급주체 뿐만 아니라 자동차보험과 산재보험은 건강보험 급여항목에 대해서 건강보험수가보다 더 할증된 의료기관 종별 가산율을 적용하고 있다. 최근까지 이 세가지 보험의 진료비수가를 건강보험수가에 맞추기 위한 노력을 통해 상당부분 수가의 일치를 이루고는 있으나, 각 보험종별로 달리 적용되는 가산율로 인해 수가 표준화를 위한 노력은 사실상 큰 의미를 가지지 못하고 있다.

<표 2-2> 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 의료기관종별 가산율

구 분	건강보험	산재보험 및 자동차보험
전문종합	30%	45%
종합병원	25%	37%
병원	20%	21%
의원	15%	15%

자료: 건설교통부, 자동차보험 진료수가에 관한 기준, 건설교통부고시 제201-13호, 2001.

산재보험과 자동차보험은 건강보험 급여항목 중 일부 항목(입원료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료)에 대해서 별도의 예외기준을 가지고 있으며, 건강보험에서 비급여로 분류되어 있는 항목에 대해서는 명확한 근거와 기준이 제대로 확립되어 있지 않은 채 의료기관에서 임의로 정한 수가를 적용하며 이에 대해 손해보험사측에서는 이와 다른 내부 기준에 의해 심사 및 진료비 지불이 이루어짐으로 해서 항상 분쟁의 소지가 있다.

2. 진료비 심사의 문제점

1) 의료이용자인 국민의 관점

(1) 동일 질병명·상해에 대한 각 보험종별 진료비 차이 발생

동일한 증상을 가진 환자임에도 불구하고 진료비 지불수단, 즉 적용보험이 건강보험이냐 산재·자동차보험이냐에 따라 진료량이나 진료비 수준에 있어서 차이를 보이게 된다. 실제로 유사한 상병의 진료결과를 비교해 볼 때, 건강보험에 비해 자동차보험이나 산재보험환자의 평균재원일수는 상당히 높은 수준이며, 그 결과 진료비에 있어서도 큰 차이가 나타나게 된다. 물론, 질병이나 상해의 원인이 환자본인에게서 기인하여 지불책임도 환자에게 귀착되는 건강보험환자와는 달리, 산재보험환자나 자동차보험환자의 경우 최종적인 지불책임이 사용주나 교통사고 가해자에게 있어, 건강보험에서 제한적으로 급여되는 것이 산재보험이나 자동차보험에서는 보다 폭넓게 급여될 수는 있으나, 이는 추가급여 인정(급여범위의 차이)의 문제이지 동일상병 동일급여원칙을 벗어나는 문제라고 볼 수는 없으며, 적용 보험의 종류가 다르다는 이유로 진찰·검사·처치·수술 등에서 의료의 질과 양의 차이를 가져올 수는 없다.

한 예로, 건강보험, 산재보험, 자동차보험 환자의 대퇴골 골절 진료비를 비교분석한

결과, 동일증상 환자임에도 불구하고, 입원진료비가 최고 861만원 차이 나는 것으로 나타났다. 대퇴골골절 입원진료비가 건강보험은 321만원인데 비해 자동차보험은 580만원(1.8배), 산재보험 1,182만원(3.68배)으로 건강보험과 산재보험의 입원진료비 간에 최고 '861만원'의 차이가 발생한 것으로 나타났다. 두안부골절의 경우 건강보험 평균입원진료비는 109만원인데 비해, 자동차보험은 5.42배인 590만원, 산재보험은 5.41배인 589만원으로 엄청난 차이가 나고 있어, 동일한 외상 환자인데도 자동차보험과 산재보험은 약 500만원에 가까운 진료비가 더 지출 되었다는 것을 알 수 있으며, 이러한 차이는 비단 진료비에서뿐만이 아니라 입원기간, 입원율에서도 나타나고 있다.

〈표 2-3〉 보험종별 환자당 입원진료비

(단위: 원)

	A. 건강보험	B. 자동차보험	B/A(배)	C. 산재보험	C/A(배)
두안부골절	1,090,425	5,909,962	5.42	5,897,841	5.41
대퇴골골절	3,216,261	5,807,745	1.81	11,828,675	3.68
경추염좌	551,503	649,957	1.18	2,319,053	4.21
무릎염좌	1,298,179	2,178,138	1.68	3,842,597	2.96
뇌진탕(뇌좌상)	1,436,654	1,536,574	1.07	2,875,997	2.00

주: 기준년도는 건강보험(2001), 자동차보험(2001), 산재보험(2002)임.

〈표 2.4〉에서 보듯이, 대퇴골골절의 경우 건강보험의 평균 입원일수는 22.9일인데 비해 산재보험은 196.5일을 입원하여 입원기간이 무려 8.6배, 174일이나 긴 것으로 나타났고 자동차보험도 97일로 건강보험에 비해 4.2배나 긴 것으로 나타났다. 두안부골절의 경우도 건강보험은 9.6일 정도 입원하지만, 산재보험과 자동차보험은 각각 7.5배, 7.7배 많은 71.6일과 74.5일을 입원하는 것으로 조사되었으며, 경추염좌도 건강보험은 9.5일 입원하는데 비해 산재보험과 자동차보험은 각각 1.2배, 4.1배가 많은 11.4일, 38.6일 입원하는 것으로 나타났다.

〈표 2-4〉 보험종별 환자당 입원일수 비교

(단위 : 일)

	A. 건강보험	B. 자동차보험	B/A(배)	C. 산재보험	C/A(배)
두안부골절	9.61	74.5	7.7	71.6	7.5
대퇴골골절	22.91	97.0	4.2	196.5	8.6
경추염좌	9.52	11.4	1.2	38.6	4.1
무릎염좌	13.15	40.3	3.1	60.6	4.6
뇌진탕(뇌좌상)	11.99	20.4	1.7	44.8	3.7

주: 건강보험(2001), 자동차보험(2001), 산재보험(2002).

입원율에 있어서는, 경추염좌의 경우 건강보험은 평균 1.8%만 입원하는 데 비해, 자동차 보험은 75%가 입원하여 41.7배로 나타났으며 산재보험도 65%가 입원하여 36.1배나 입원율이 높은 것으로 나타났다. 두안부골절 입원율은 건강보험에 비해 산재보험이 13.9배, 자동차보험은 14.6배 높게 나타났으며, 무릎염좌는 산재보험과 자동차보험 모두 18배 이상 높게 나타났다.

<표 2-5> 보험종별 환자당 입원을 비교

	(단위 : %)				
	A. 건강보험	B. 자동차보험	B/A (배)	C. 산재보험	C/A (배)
두안부골절	6.3	91.8	14.6	87.3	13.9
대퇴골골절	39.0	95.4	2.5	98.9	2.5
경추염좌	1.8	75.0	41.7	65.0	36.1
무릎염좌	4.1	74.4	18.2	75.8	18.5
뇌진탕(뇌좌상)	18.3	84.9	4.6	75.2	4.1

주: 건강보험(2001), 자동차보험(2001), 산재보험(2002).

<표 2-6> 보험종별 심사실적(2003년)

	(단위: 개소, 억원)			
	건강보험	공적보험(사회보험)		
		의료급여	자동차보험('02)	산재보험
기관수	69,859	67,507	46,000	5,566
청구액	207,904	22,544	14,137	7,096
조정액	2,568	423	n.a.	116
(%)	(1.24)	(1.88)		(1.63)

자료: 건강보험공단, 2003년 건강보험통계연보, 2004.

보험개발원, 자동차보험 의료비통계, 2004.

노동부, 산재보험사업연보, 2004.

이처럼 동일의상상병 환자에 대한 입원진료비 등의 차이가 큰 점을 감안한다면 건강보험에 비해 산재나 자동차보험의 심사실적이 상당히 높아야 함에도 불구하고 실제로는 별반 차이가 없는 것으로 나타나고 있다. 즉, 건강보험과 진료실적을 비교하면 상당한 과잉진료의 소지가 있음에도 불구하고 심사가 제대로 이루어지지 않고 있음을 추론할 수 있다.

자동차보험은 개별 보험사에서 심사가 이루어지고 있어서 정확한 실태를 확인할 수 없지만, 산재보험의 경우 건강보험에서 심사하고 있는 건강보험(1.22%)과 의료급여(1.88%)의 중간치인 1.63% 수준이며, 최근 국민의료비가 급증하고 있는 점을 감안한다면 진료비 심사 주체간 조정 차이는 점점 더 심각해고 있음을 알 수 있다.²⁾

이렇듯, 산재나 자동차사고 환자의 경우 진료내용이 급여의 범위 안에 포함되면 본인부담금이 전혀 없다는 이유로 필요이상의 입원이나 치료행위, 과잉진단에 대한 거부감이 적으며, 의료기관의 입장에서는 특별히 강력한 제약이 없는 상태로 장기입원 및 외래치료를 통해 일정기간동안 상대적으로 높은 수익을 확보할 수 있다. 이 같은 이유로 일부 의료기관에서는 불안정한 진료수익을 안정화하기 위한 방법으로 산재나 자동차보험 환자를 경쟁적으로 유치하고자 적극적인 로비를 벌이기도 하나, 그 환자의 관리에 있어서는 오히려 건강보험적용 환자에 비해 상대적으로 소홀히 이루어지기도 한다. 이는 결국, 의료기관을 이용하는 환자들의 불만으로 이어져 의료서비스 이용의 만족도를 저해하게 된다.

(2) 보상을 목적으로 허위과잉진료의 일반화 경향

앞에서 언급되었듯이 산재보험, 자동차보험, 생명보험의 적용을 받을 경우, 본인부담금이 발생하지 않으므로 해서 의료기관뿐만 아니라 의료를 이용하는 환자에게도 질병 또는 상해로 인한 사후처리과정에서 혜택을 극대화하고자 하는 행태가 나타나게 된다.

요양급여를 주로 하는 건강보험과 달리 산재보험, 자동차보험, 생명보험 등의 경우 진료비심사결과가 보상금 또는 보험금, 장애급여비 지급 등 보상(보험급여)과 연계되어 허위과잉진료로 연결될 유인이 존재하고 있다. 즉, 초기 진단과 그에 따른 치료방법의 결정이 환자의 질병 및 상해의 완화, 치료뿐만 아니라, 이를 근거로 향후 치료기간이나 합의(산재보험의 경우 치료종결)시 지급되는 향후치료비 및 후유장애에 대한 보상금의 결정에 큰 영향을 미치게 되어, 실제 보상금이 진료비보다 더 커지는 등 도덕적 해이를 유발하는 요인으로 작용하게 된다.

〈표 2-7〉 보험종별 요양급여비율(2003년)

	(단위: 억원, %)		
	건강보험	산재보험	자동차보험
총급여비	207,904	24,818	60,024
요양급여비	207,904	7,096	14,137
(%)	(100.0)	(28.6)	(23.5)

자료: 건강보험공단, 2003년 건강보험통계연보, 2004.

보험개발원, 자동차보험 의료비통계, 2004.

노동부, 산재보험사업연보, 2004.

2) 1998년 국민의료비는 20조 8,046억원이던 것이 3년만인 2001년에 31조 8,821억원으로 급증하였고, GDP 대비로는 4.30%에서 5.12%로 급증함.

유리한 보상 등을 모색하는 과정에서 환자와 요양기관과의 이해관계가 부합하게 되는데, 실제보다 중증진단과 치료가 유발될 개연성이 높고, 실제 도덕적 해이 현상이 나타나고 있다. 특히, 민영보험은 유리한 보상 및 장애판정 유인 외에 입원일당 급부금이 지급되고 있어 필요 이상의 진료와 행해질 개연성이 상대적으로 크며 오히려 환자측에서 이러한 경제적 보상을 목적으로 장기입원 및 치료를 요구하는 경우도 있다. 이와 관련하여 담당 의사의 경우에도 진료수입과 직결되는 환자를 적극적으로 거부할 수 없으며, 검사상으로 확인할 수 없는 통증이나 증상을 호소하며 계속적인 치료를 요구하는 환자에 대해 진료거부를 할 수 없기 때문에 결국 의료기관의 입장에서도 이러한 환자의 도덕적 해이를 막을 수가 없다. 이로 인해 정상적인 의학적 진단과 진료가 왜곡되도록 조장되어, 사회적으로 진단서가 불신 받는 요인으로 작용하고 있기도 하다.

(3) 부당한 진료비 지출에 따른 보험료 부담 증가: 국민의 부담 증가

부당한 진료비 지출은 민영보험 및 공영보험 등³⁾의 재무건전성을 악화시켜 보험료 부담의 증가요인으로 작용하게 되는데, 부당의료행위는 보험금 누수로 보험제정을 악화시켜 결국, 보험료의 상승을 초래하며 이 과정에서 다수의 선의의 국민에게 부담을 전가하게 결과를 가져오게 된다.

예를 들어, 민영보험에서 나타나는 가장 일반적 형태⁴⁾로, 통원 치료 또는 수일의 입원 치료로 가능함에도 불구하고, 수주일 또는 수개월간 입원치료를 실시하는 등 불필요한 입원과 치료기간의 연장 등의 형태가 있으며, 입원 이유로는 자동차사고, 보행 중 넘어짐과 같은 일반상해와 위염, 위궤양, 고혈압, 감기 등의 단순질병이나 아예 증상이 없는 경우도 다수 발생하고 있다. 그 밖에도, X-ray로 진단이 가능함에도 CT/MRI 촬영을 남발하고 있으며 일부병원의 경우 불법적으로 환자 유치 및 리베이트 제공 등을 통해 과잉촬영을 부추기고 있는 실정이다.

이러한 것이 가능한 이유로는, 건강금액이 소액이라 범죄의식이 미흡하고, 환자와 의료기관이 공모하면 노출이 되지 않는 등의 특징이 있기 때문인 것으로 파악된다. 생명·손해보험회사 계약자(사기대상이 되는 보험상품)가 2천 8백만명이며 전 국민이 건강보험의 피보험자가 되지만 인당(건당) 금액의 소액성 등으로 문제의식이 저조하여, 누구든

3) 생명·손해보험회사, 각종 공제(농협, 신협, 새마을금고, 우체국 등), 공영보험(국민건강보험, 산업재해보상보험) 포함.

4) 주요사례: ① 최근 손보험회의 자동차보험사고환자 점검 사례, ② 목회자 겸 내과병원장이 신도 등 수백명을 당뇨, 고혈압, 위염 등의 병명으로 허위입원처리.

우연한 사고나 계기로 보험금 취득 경험을 하게되면 보험사기에 대한 유혹이 쉬운 모방 범죄의 성격이 강하며 먼저 경험이 있는 특정인에 의해 가족, 친족, 친구, 동료 등 주변인에게 급속하게 전파·확산되는 등 급증추세를 보이고 있다.⁵⁾ 더 큰 문제는 유사시 이러한 반응의 정도에 따라 치료 및 합의 등의 사후처리 과정이 일괄적이고 표준화되지 못하고, 피해자들의 대응정도와 사전 경험, 지식의 정도가 보험회사의 업무처리에 어느 정도 영향력을 갖는다는 것 또한 커다란 문제라 할 수 있다.

〈표 2-8〉 부당·허위 진료(청구) 적발 규모⁵⁾

	적 발		조 치
	개수	금액	
산재보험 (2002년)	179개소	2천3억원	100개소: 지정취소 3개소, 진료제한 3~6개월 17개소, 경고 59개소
생명·손해보험 (2003년)	9,316명	606억원	3,323명 고소 또는 고발조치

주: 생명·손해보험은 주로 보험사기 적발실적임.

(4) 의료기관 이용제한으로 인한 환자불편

환자입장에서는 자동차보험이나 산재보험 진료를 받는 과정에서 1차병원으로의 전원 요구, 산재요양승인신청 등 의료기관으로부터 차별적 대우나 절차를 요구받는 불편을 감수해야하며, 특히 대학병원에서 산재환자 및 교통사고환자 기피 현상으로 인해 양질의 의료서비스를 이용하고 만족한 치료결과를 얻고자 하는 환자의 선택에 있어서 많은 제약이 따르게 된다. 건강보험이 전체 요양기관(약 70,000여개)을 대상으로 하는 반면, 자동차보험과 산재보험의 적용을 받는 요양기관은 상대적으로 매우 제한적으로 의료기관 이용의 폭이 제한되고 있으며, 결국 이는 여러차례 병원을 옮기고, 선택의 제약을 받는 환자들에게 있어서 의료이용에 대한 만족도를 저해하는 중요한 요인으로 작용하게 된다.

(5) 산재보험급여의 사전승인제도와 인정기준의 협소

사업장에서의 질병 및 상해 발생에 따른 후유증상 등에 대한 산재승인의 기준이 완화되고 있기는 하지만, 여전히 산재보험급여시 근로복지공단의 사전승인이 필요하고, 근로자에게 입증책임이 부과되고 있으며, 사고성 재해처럼 인과관계가 명확하면 1~2주 안에

5) '01 대비 '03년도 적발금액 증가율 62.0%(생·손보사 기준).

6) 금감원에 따르면, 2004년 한해 14,000건에 1천억원 적발 예상.

승인이 나지만 직업병의 경우에는 판정에 장기간이 소요되며, 막대한 본인부담 비용이 소요되어 근로자의 가계 파탄을 가져올 수 있다. 또한, 경험적으로 과거 인정되던 질병 및 질환에 대한 협소한 인정기준으로 인해 직업활동으로 인한 질병 및 질환이라 하더라도 급성이나 뚜렷한 상해가 아닌 경우 적절한 진료를 받지 못하는 경우도 생겨나게 되는 것이다. 예를 들어, 환자를 관리하는 의사의 입장에서 복합적인 진단을 내렸을 경우, 이것이 오히려 환자의 산재승인시 불이익을 가져올 수 있으며, 산재 승인을 위해 일부 진단명을 제외한 채 승인신청서류를 작성했을 경우, 추후 치료과정에서 진단명과 연관성이 낮은 치료내용에 관해서는 조정을 받을 수 있기 때문에, 앞으로 이런 것들을 감안하여 보다 탄력적인 진단과 치료인정이 필요하다.

2) 의료제공자인 의료기관의 관점

(1) 보험사별로 다원화된 심사기준, 청구방식 등으로 인한 불편

우리나라의 경우, 의료비의 심사 및 지불방법을 살펴보면, 먼저 건강보험의 심사와 지불은 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단에서, 자동차보험의 심사와 지불은 자동차보험회사별로, 산재보험의 심사와 지불은 근로복지공단에서 이루어지고 있다. 자동차보험의 경우, 자동차보험 진료수가기준이 존재하지만 자동차보험회사별로 실제 심사기준 적용에 차이가 있으며 진료비 청구를 위한 양식도 자동차보험회사별로 상이하여 의료기관의 입장에서 보험자들을 상대로 업무처리와 서류 등에 있어서의 표준화가 쉽지 않다.

건강보험과 별도로 진료비청구양식, 청구코드, 청구 및 지급시기 등이 각각 이루어져 의료기관 측면에서는 청구, 문의, 이의제기 등을 각기 별도로 하여야 하는 불편과 이에 따른 인력낭비의 소지가 있는 것이다. 그러나 건강보험의 경우 EDI청구율이 97.5%(2004. 8.)이며, 청구코드 등에 대한 정확도 제고노력이 지속되고 있어 향후 청구심사일원화를 위한 여건이 상당히 양호하다.

(2) 환자의 요구에 편승한 과잉진료

앞에서 일부 언급되었듯이, 건강보험의 경우에는 진료결과에 대하여 비용과 의학적 측면의 심사만이 있게 되지만, 자동차보험이나 산재보험의 경우에는 진료비 심사가 향후 보상판정이나 요양판정과 곧장 연결되기 때문에 과잉진료로 연결될 소지가 많다. 건강보험에는 본인부담금이 있고, 휴업에 따라 소득손실이 발생하기 때문에 환자 자신에 의해

과잉진료를 줄이려는 동기가 있으나, 자동차보험이나 산재보험은 별도의 지불자가 존재하여, 지불책임이 환자에 있지 않고 환자본인부담도 없다는 점, 휴업으로 인한 임금손실이 보상될 뿐 아니라 휴업일수나 손실이 클수록 향후 보상액도 커진다는 점, 자보환자나 산재환자를 주로 진료하는 의료기관일수록 이들 환자에 대한 진료의존도가 높다는 점 등이 중요한 요인으로 작용하게 된다.

결국, 환자와 의료공급자가 동시에 진료량을 늘리고자 하는 유인이 존재하여, 결과적으로 건강보험에 비해 자동차보험과 산재보험의 평균진료비나 재원일수는 상당히 높아질 수밖에 없는 것이다.

사기(fraud)의 의도를 가지고 보험금을 편취하려 하거나 합의시점에서 지급되는 보상금의 액수를 의도적으로 높이기 위한 환자의 요구가 강한 경우가 많아 허위입원, 과잉진료, 과다입원 등 부당한 진료행위가 이루어지게 되며, 병원의 입장에서도 이를 강하게 거부하거나 중단할 수 없기 때문에 뜻하지 않은 법적인 시비에 말려들게 되는 경우도 생김으로써 추가적인 의료인력 및 시간적·경제적 손실을 발생시키게 된다.

(3) 환자관리의 어려움

최근 손해보험협회와 손해보험사가 공동으로 전국 84개 병·의원을 대상으로 교통사고 부재환자를 점검한 결과 대상환자의 31.1%가 부재환자⁷⁾로 나타났다. 이는 자동차보험 진료비의 누수현상으로 나타나게 되어 궁극적으로는 일반 국민들에게 보험료의 부담을 가중시키고 있는 것이다.

이러한 속칭 “나이롱환자”는 일부 담합에 의한 경우를 제외하고는 “환자역지 내지는 강요”에 의해 조장되는 측면이 강하며 이로 인한 병원관리의 어려움을 호소하는 사례가 많은 것으로 전해지고 있다. 특히, 대학병원 등에서는 더 이상 치료가 필요치 않거나 중요한 처치 후 경과관찰 및 관리만이 남아있는 경우에 환자이송 또는 전송, 퇴원권고를 위해 내부 위원회까지 운영하고 있을 정도로 의사들의 소견에 의한 환자 관리 문제가 심각한 것으로 드러나고 있다.

또한, 산재환자나 자동차보험 환자의 치료 비중이 높은 중·중규모의 병원들도 진료수익을 높일 수 있는 초기 검사 및 치료기간이 지난 환자들을, 보험사와의 마찰을 줄이기 위해 다른 의료기관으로의 전원 및 퇴원 등을 유도함으로써 환자들의 일괄적이고 만

7) 교통사고로 의료기관에 입원하여 의사의 관리하에 치료에 전념해야 할 정도의 상해진단을 받았으나 실제로는 수시로 병상을 비우거나 생업에 종사하는 속칭 “나이롱 환자”를 의미(2004. 1. 금감원)

족스러운 단계까지의 지속적인 치료 및 관리에 문제를 야기하게 된다.

〈표 2-9〉 일부 의료기관의 부재환자 현황

구 분	대상환자	부재환자	부재율
2000	10,440	2,057	19.7%
2001	9,738	1,748	18.0%
2002	11,235	2,249	20.0%
2003	17,760	3,335	18.0%

자료: 금융감독원(2004. 11).

(4) 의료기관의 이의신청 기회 제한

자동차보험진료비의 심사청구권은 분쟁심의회회의 심사로 종결되며 만일 의료기관이나 피해자(환자) 혹은 보험자가 그 결정 내용에 불만일 경우에는 이의신청의 과정을 거치지 않고 30일 이내에 소송을 제기하도록 되어 있어 조정을 위한 과정이 미비하다. 따라서 법률적 해결 이전에 의료기관의 이의신청을 받아들여 분쟁을 조정·해결할 수 있는 방안이 보완될 필요가 있다는 주장이 제기되고 있다.

건강보험에서는 심사평가원의 심사에 대해 의료기관이 불만이 있을 경우에는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있으며, 심사평가원 이의신청위원회의 결정에 불복이 있는 경우에는 보건복지부의 건강보험 분쟁조정위원회에 심사청구를 할 수 있다.

그러나 산재보험이나 자동차보험의 경우, 그 피해자라 할 수 있는 환자들이 자신들의 질환이나 상해정도에 따라 의도적으로 합의나 치료종결을 미루기도 하며, 초기 진단결과에 따라 처음부터 법적소송을 염두하고 대응을 하기 때문에 상대적으로 조정이나 합의의 가능성이나 기회가 줄어들게 된다.

3) 전체적인 관리운영의 관점

(1) 국가차원의 보건의료관리 시스템 미흡

보험종별 의료관리의 상호연계 시스템 부재로 부당·허위청구 등이 보험종별 상호연계가 전혀 이루어지고 있지 못하며, 부상이나 질병통계도 연계 관리되지 못하는 등 현안에 대한 정책 및 조사 등을 위한 조율체계가 없어 국가차원의 의료정책 추진에 있어 커다란 장벽이 되기도 한다.

또한, 부당·허위의 진료비를 의학적으로 조사하는 전담조직이 없는 실정이며, 사실여

부를 확인하는 수준의 행정적인 조사가 일부 수행되는 수준이며, 실제조사의 경우, 건강보험심사평가원의 조사 전담조직과, 금융감독원, 검찰 등의 합동조사 형태로 이루어지고 있는 실정이다.

더구나, 현실적으로 보험관리 주체별 내부조사만 수행하고 있으며 사법기관은 수사 유인 부족으로 우선순위에서 제외하는 소극적 대응이 이루어지고 있다.

(2) 기왕증으로 인한 진료비 분쟁 및 부당지출 방지

기왕증(이미 앓고 있는 질환)에 대한 대법원의 판례는 기왕증 기여도를 인정하는 입장이며, 대법원은 손해의 공평부담원칙을 견지하고 있다. 이렇듯, 질환과 관련한 뚜렷하지 않은 기준으로 인한 문제점으로, 분리처리가 어려운 기왕증에 대한 진료비의 청구가 애매하며, 외상으로 기왕증이 악화된 경우나 외상과 무관한 질병을 외상후 발견한 경우의 진료비 산정시 기왕증 기여도를 인정하나 기왕증이 있던 환자가 외상후 재발한 경우에는 기왕증 기여도를 인정하지 않는 등 일괄적이지 못한 행정처리 및 의료관리가 이루어지고 있다(이신영, 1999).

그런데, 보험종별 각각의 진료비 청구심사시스템으로 인해 기왕증에 대한 진료여부를 알 수가 없어 부적절한 지출과 분쟁이 발생하고 있으며, 이러한 판단을 대부분 진단명으로 구분하고 있어 이를 확인·정산하기위한 인적·물적 낭비가 발생할 뿐 아니라, 피해자와 피해해자들의 사후관리에도 커다란 영향을 미치는 등 합리적이지 못하다는 한계를 드러내기도 한다.

(3) 의료서비스 질 평가 등 환자에 대한 의학적 보호시스템 부재

산재보험과 자동차보험에 있어서도 의료서비스의 적정성을 평가하여 환자를 의학적으로 보호할 수 있도록 하여야 하나 현재 환자에게 제공되는 의료서비스의 질에 대한 평가 체계가 없다는 것도 커다란 문제점이다. 심평원이 보유하고 있는 개별요양기관의 청구경향 등 정보와 진료적정성 평가기능, 실사를 통한 부당청구확인을 통해 종합적이고 입체적으로 심사평가의 전문성과 효율성 제고가 필요하다.

(4) 전문성이 결여된 부실 심사

산재보험, 자동차보험의 진료비 심사는 전문성과 심사시스템이 건강보험에 비해⁸⁾ 상대적으로 크게 취약하여 보험특성별 급여범위나 기준, 진료비지불제도(일당정액제, 포괄

8) 건강보험심사평가원은 진료분야별 의료인으로 구성된 법적 전문위원회(진료심사평가위원회)를 두고 있으며, 심사기준 및 수가를 관리하고 정밀심사실무를 담당하는 1,500여명의 전문인력을 보유.

수가제, 선불제) 등에 대한 전문적 검토가 요구되나 전문성과 인력의 한계로 건강보험을 준용⁹⁾하고 있는 실정이다.

〈표 2-11〉 심사조직 현황

	건강보험	산재보험	자동차보험
심사기구	건강보험심사평가원 (본원 및 7개지원)	근로복지공단 (6개 지역본부)	11개 손해보험사 외
담당부서	본-지원 심사부	지역본부 보상부	재택근무자 / 보상팀(1개사)
심사인력	- 630명 상근/비상근 의사 - 1,500명 심사직원 (간호사, 약사 등)	- 비상근자문 의사 100명 - 60명 심사직원 (간호사 등)	- 의사 6명 - 보상담당직원(간호사) 약간명

자료: 금융감독원(2004.11).

Ⅲ. 개선방향 및 기대효과

1. 진료비 심사제도의 개선방향

1) 국가차원의 진료비 심사 실시

건강보험, 산재보험, 자동차보험, 의료급여 등의 요양급여비용에 대한 심사평가를 국가적 차원에서 유기적인 공조가 이루어지도록 통합심사하여 보건의료의 총체적·효율적 관리가 이루어질 수 있는 기반을 마련할 수 있어야 할 것이다.

“환자역지부리기, 가짜환자유치하기”와 같은 고질적인 문제점을 해결하기 위해 진료비 심사 이외에 진료기준, 심사기준, 사후관리기준, 부당요양기관 조사지원업무 등이 제대로 적용되고 관리될 수 있도록 의학적 전문성을 바탕으로 관리를 체계화할 필요가 있으며, 나아가, 각 보험종별 보험재정이 목적에 따라 별도재정으로 관리되고 있는 만큼, 기왕중 관리를 통해 각 보험간 비용 전가가 되지 않도록 관리¹⁰⁾가 이루어져야 한다.

9) 현재, 산재와 자동차보험이 건강보험 급여기준과 수가를 기본적으로 준용하고 있어, 비용심사의 전제가 되는 내용이 건강보험과 같음.

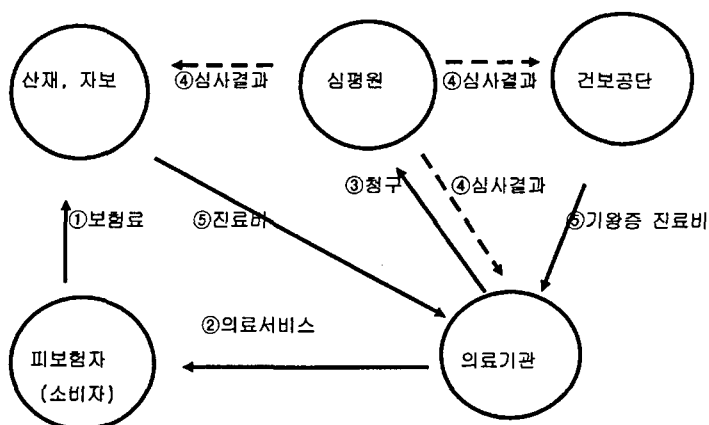
10) 보험종별 기왕중 관리방안

i) 자보, 산재진료 사유발생시 바로 의료기관에서 진료개시하고, 사고유형을 구분 기재하여 청구토록 하여 초기 여러가지 사유로 인한 역선택 방지

ii) 산재와 자보청구건은 주기적으로 건강보험청구자료와 중복여부, 기왕중 가능여부를 점검하는 한편, 기왕중 의심사례건에 대한 확인요청시 이를 즉시 확인하여 보험종별 급여비를 정산토록 관리

이를 위해 제안될 수 있는 방안은 보험재정과 진료비심사를 분리하여, 우선 진료비 심사만을 일원화하는 방안이다.

이에 따르면, 산재보험자와 자동차보험자는 건강보험심사평가원에 진료비 심사를 의뢰하고, 이에 따라 의료기관은 심평원에 진료비를 심사청구하며, 심평원의 심사결과에 따라 산재보험자 및 자동차보험자는 의료기관에 진료비를 지급하게 된다. 또한, 심평원은 청구건에 대해 기왕증 진료비를 결정하여 각자에게 통고하며, 이에 따라 산재보험, 자동차보험, 건강보험공단은 각자의 부담분을 의료기관에 지불하게 된다.



〈그림 3-1〉 진료비 심사일원화모형

건강보험 진료기록에 관한 축적된 자료를 이용할 수 있으므로 기왕증 진료비에 대한 판단이 비교적 쉽게 이루어질 수 있을 것이다.

2) 보건의료정보의 관리와 활용

보건의료의 심사·평가에 관련된 통계 등 각종 자료를 정보화하여, 보건의료관련 국가 중요정책 결정시 반영하고, 국민에게는 적정의료를 선택할 수 있도록 제공하여 건강권 보장을 높일 수 있는 계기로 삼아야 할 것이다. 특히, 질병통계정보를 체계적으로 생산하여 국가질병관리, 생명보험상품이나 자동차보험상품 개발 등에 폭넓게 활용될 수 있도록 해야 할 것이다.

자동차보험이나 산재보험의 급여항목에는 건강보험 비급여 항목도 많이 포함되어 있

으므로, 이들 항목에 대한 통계정보를 체계적으로 축적할 경우, 향후 건강보험의 급여확대에 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

3) 의학적 근거에 따른 적정진료 및 의료의 질 평가 실시

현재 건강보험에서는 진료비 비용심사에 그치는 것이 아니라 국민을 의학적으로 보호하고 의료의 질을 향상시킬 수 있도록 의료의 질에 대한 적정성 평가를 진료비 심사와 병행하고 있다. 산재보험과 자동차보험에 대하여도 건강보험에서의 의료의 질평가 기능을 확장·적용하고, 의학적 근거에 입각한 적정진료가 이루어질 수 있도록 객관적이고 공정한 평가 시스템을 개발하여 의료서비스의 질을 향상시킬 필요가 있다.

한 예로, 질병 및 사례관리(disease and case management) 제도를 도입하여 건강보험환자뿐만 아니라 산재환자(특히 직업병) 및 자동차사고환자에 대해서도 지속적이고 포괄적인 의료서비스를 제공할 수 있을 것이다.

결국, 이러한 제도적 개선을 통해 전체적으로 진료비심사의 전문성, 객관성, 공정성을 확보하고, 진료비심사평가와 관련한 기준관리, 사후관리, 기왕증관리에 있어서 일관성을 유지하며, 국가차원의 보건의료정보 관리체계구축이 용이해 질 것이다. 나아가 환자에 대한 의학적 보호와 의료서비스의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다.

2. 기대효과

1) 보험료 부담 절감 및 환자의 보상강화

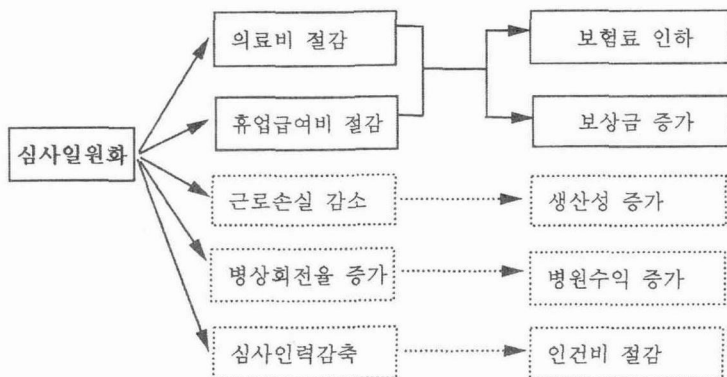
심사일원화는 국가적 차원에서 사회적 편익이 비용보다 큰 순편익을 발생시킬 수 있을 것으로 기대된다. 먼저, 건강보험의 급여실적을 기준으로 하여, 산재환자 및 자보환자를 동일질환 별로 급여기준을 표준화 할 경우, 현재 건강보험에서의 진료량보다 월등히 기간 및 진료량, 입원율, 입원기간 등에서 높은 수치를 보이고 있는 산재 및 자보 대상 자들에 대한 진료비를 상당부분 절감할 수 있을 것으로 예상된다.

또한, 심사일원화를 통해 불필요한 장기입원이 예방되고, 결과적으로 과도한 입원일수가 줄어들게 되면, 이에 따라 휴업급여비 지출이 절감될 수 있을 것이며, 감소한 입원일수 만큼의 노동일수가 증가되는 효과를 가져올 수 있을 것이다. 병원의 입장에서도 장기입원이 필요 없는 환자들의 조기퇴원을 통해, 병상회전율을 높임으로써 수익의 증대를

피할 수 있을 것으로 예상된다.

이러한 진료비의 절감액이 전액 자동차보험 가입자 및 산재환자들에게 환원된다고 한다면, 불필요한 진료비 지출분을 보험료의 인하 및 재해보상금의 확대 등에 활용할 수 있을 것이다.

〈경제적 효과의 흐름〉



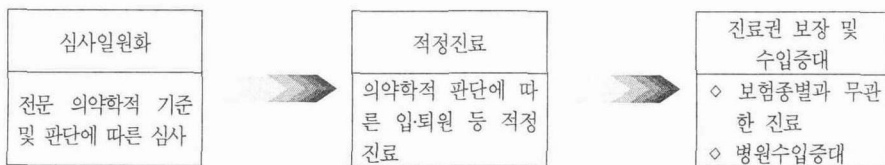
주: 절감액 전액이 보험료인하 혹은 보상금증가로 전환될 경우의 최대액을 나타냄. 실제로는 절감액이 보험료 인하 및 보상금 증가로 적절히 배분될 것임.

2) 국민과 의료기관에게 정당한 진료권 보장

보험종류에 따라 차별대우를 받거나 요양기관 이용에 제한을 받지 않도록 하여 국민의 정당한 진료권을 보장함과 동시에 의료기관을 이용함에 있어서 불편을 줄일 수 있을 것이다.

모든 국민은 보험종별 구분 없이 정해진 진료절차에 따라 모든 의료기관에서 원하는 진료를 받도록 개선될 수 있을 것이다.

요양기관도 환자의 억지 등에서 벗어나 의학적 판단에 의한 소신에 따라 진료하는 여건을 조성할 수 있게 되는 것이다.



현재 자보나 산재의 경우에는 환자의 억지요구 등으로 전문요양기관에서 환자를 기피

하는 경향이 있으나, 심사일원화로 의약학적 판단기준에 의해 비용심사와 적정진료가 이루어지면 요양기관에서도 더 이상 자보, 산재환자를 기피할 이유가 없어지게 될 것이다.

이는 향후 보험종별에 관계없이 환자가 원하는 의료기관에서 차별 없는 진료를 받을 수 있는 토대가 마련될 수 있을 것으로 기대된다. 또한 심사일원화의 궁극적 목표중 하나는 보험종별에 상관없이 모든 환자가 원하는 요양기관에서 진료를 받을 수 있게 되는 것이다. 점차 심사일원화가 성숙되고 정착되어 감에 따라, 보험가입 또는 종별여부 보다는 환자의 진료가 우선시 되는 여건이 조성될 것이다.

3) 보험자, 의료기관 및 환자의 사회적 비용 최소화

현행 제도에서 의료기관이 제각각의 심사기준과 진료비 청구방법을 따르면서 인적, 물적 낭비가 있었고, 보험자도 심사기능을 수행하는 비용을 부담하여야 했고, 환자 역시 각기 다른 진료체계를 따라야 하는 사회적 비용의 낭비가 있었으나 진료비 심사의 일원화로 이러한 각 이해당사자의 행정비용을 최소화합리화할 수 있게 될 것이다. 또한, 근로복지공단 산하 병원의 유휴병상은 장기요양병동이나 재활병동으로 활용할 수 있을 것으로 기대되며, 도시지역 산재병원인 건강보험환자 유치 확대를 경쟁력 제고를 추구할 수 있을 것이다.

4) 선진제도의 정착

선진제도의 정착으로 산재보험, 자동차보험, 건강보험의 발전에 기여할 수 있을 것이며, 제도간 일관된 진료비 심사가 이루어 질 것이다. 또한, 합리적이고 세분화된 건강보험심사기준의 적용과 심사평가원의 공신력에 의해 보험자와 의료기관간 분쟁이 자연스럽게 감소할 것이며, 향후 의료분쟁에 있어서도 일괄적이고 체계적인 문제해결에 중요한 제도적 요인이 될 것이다.

그리고 진료비 심사기관 일원화를 통한 진료기관, 보험업계 및 심사기관 간의 유기적 관계를 정립함으로써 의료소비자와 의료기관, 보험자간의 사회적 유대를 강화할 수 있을 것이며, 심사기관 일원화를 통한 국민적 신뢰감 형성으로 의료 및 보험서비스 제공자와 수요자간의 유대감을 구축할 수 있을 것으로 예상된다.

IV. 결 론

본 연구에서는 현행 진료비 심사제도의 문제점을 살펴보고, 이러한 문제의 해결방안을 모색하고자 하였다. 민간병원과 민간회사를 중심으로 각기 다르게 형성되어 있는 복잡하고 상호 독립적인 진료비 심사 및 지급체계의 문제점들을 분석해 봄으로써 가장 효율적이고 사회후생을 증가시킬 수 있는 개선방안을 찾고자 하였다.

그러나 아직까지 각 의료기관의 환자 정보 공유의 한계라던가, 완전 전산화의 미비, 강제할 수 있는 제도의 부재 등의 제도적 한계와 더불어, 동일 혹은 유사한 질병 및 상해에 대한 동일진단을 위한 의료의 표준화 작업도 미비한 수준이다. 이러한 상황하에서는 동일 질병 및 상해에 대한 표준화된 진단이 곤란할 수 있으며 결국 진료비 심사의 일원화 등의 제도적 개선이 있다 하더라도 그 효과를 기대하기는 어려울 것이다.

합리적이고 효율적인 제도의 개선을 위해 제도에 대한 고찰과 더불어 이와 연관되어 있는 많은 사회·경제·제도적 여건에 관한 분석과 연구가 선행되어야 할 것이다.

(접수: 06년 6월 20일, 채택; 06년 11월 30일)

참 고 문 헌

- 건설교통부, 2001, 자동차보험 진료수가에 관한 기준, 건설교통부고시 제2001-13호.
건설교통부, 1999, 자동차손해배상보장법 법률 제5793호
국민건강보험공단, 각 년도, 건강보험통계연보
금융감독원, 2004, 자동차보험 보상제도 관련 검토
김영선, 1998, “자동차보험사고에 관한 연구—판례를 중심으로”, 상사법연구
김정렬, 이득주, 2001, 자동차손해배상제도해설
김창호, 2003, 자동차보험선택진료의 문제점과 개선방안연구, 건국대학교 경영대학원 석사학위논문
노동부, 2004, 산재보험사업연보
박해성, 1996, “기왕증이 있는 경우, 사고로 인한 노동능력상실률의 산정방법,” 대법원 판례 해설 제24호
보험개발원, 각년도, 자동차보험 의료비통계
보험개발원, 2004, 자동차보험 개황 및 분석: 2003년도
신수식, 2002, 보험제도의 도덕적 해이-산재보험을 중심으로-, 한국노동연구원
이경석, 1997, 배상과 보상의 의학적 판단, 중앙문화사
이득로, 2002, “자동차보험진료수가체계의 문제점과 개선방안”, 월간손해보험 402-403
이은주 외, 2004, 외국의 산재보험제도 연구, 한국노동연구원
인제대학교, 한림대학교. 2003, 한국소비자보호원. 자동차보험진료수가기준 개선방안 연구
임준, 2002, “현시기 산재보험제도의 문제점과 개선방안”, 산재보험제도개혁 발표자료집
자동차보험진료수가분쟁심의회(편), 2002, 법령 및 규정
자동차보험진료수가분쟁심의회(편), 2003, 자동차보험 진료수가기준
정태륜, 1998, “기왕증, 병적 소인의 기여도 문제”, 판례월보 제241호
최진수, 1998, “기왕증 등 피해자의 소인에 따른 책임제한에 관하여(I)”, 배상의학 63(8), 통계청, 도시가계통계, 2004.

■ abstract ■

Social-Economic Effects of Integrating Insurance
Review Systems : National Health Insurance,
Automobile Insurance and Work Accident Insurance

Chang Ik Kwon* · Jin Hyun Kim** · Jun Ho Kim* · Seong-Hoon Lee***

* Department of Health Administration, Graduate School Inje University

** College Nursing, Seoul National University

*** Pusan Paik Hospital Clinical Trail Center

Our current major social insurances such as National Health, Automobile, and Work Accident insurance are different from each other in terms of review system, reimbursement, and related regulation, which led to pluralization of price system for medical review and of costs, and different additional rates are applied to each benefit item depending on type of insurance. Thus, due to pluralization of current medical review system, differences of medical cost, days of hospital care, and hospitalization rate are generated by applying different standards for each insurance.

This paper suggests review result when current National Health insurance review system applied to Health, Automobile, and Work Accident insurance to compare and analyze the result from integrated insurance medical review system in order to establish a policy for integrating insurance medical review systems.

Key words: Medical Cost, Integrating Insurance Review Systems, Social Insurance