

정책보고서 97-15, 121쪽, 1,00부

醫療保險 本人負擔 實態와
給與體系 改編方案

崔秉浩 魯仁喆
辛宗珏 李相暎

韓國保健社會研究院

머 리 말

의료보험제도를 1977년에 도입한 이후 12년만인 1989년 7월에 전국민을 대상으로 적용하게 됨으로써, 국민들의 醫療에의 接近性은 크게 신장되었다고 평가된다. 이러한 급속한 적용확대를 가능하도록 낮은 보험료수준을 계속 유지하였고, 이는 곧 醫療서비스의 制限된 제공을 의미하는 것이다. 이와 더불어 진료비에 대한 統制된 酬價도 보험료수준을 낮게 유지하는 데에 一助하였다.

그러나 이러한 醫療서비스 範圍의 制限으로 진료시에 실제 환자가 직접 부담하여야 하는 本人負擔이 너무 높다는 비판이 제기되어 왔다. 특히 저소득층의 가계부담은 매우 과중하여 정작 위급한 수술 등 고위험의 진료를 받는 데에 있어서 醫療保險의 役割에 의문을 제기하고 있다. 게다가 새로운 醫療技術에 의한 발전된 醫學的 診斷, 治療方法 및 약제, 진료재료 등 의료환경의 변화에 보험급여 인정이 伸縮的으로 대응하지 못하여 非給與 처리되는 문제가 계속 누적됨으로써 의료계와 소비자의 불만을 동시에 가져왔다. 그러나 모든 의료서비스를 公保險의 給與範圍에 포함시키는 경우에 국민들의 보험료 및 조세 부담이 급격히 가중되기 때문에 현실적인 한계가 있다.

본 보고서는 이러한 인식과 배경을 토대로 현행 의료보험제도의 급여범위에 대하여 고찰하고, 실제 환자의 본인부담이 어느 정도되는지를 의료보험관리공단이 보유하고 있는 受診者 診療內譯을 기초로 추정하였다. 이러한 자료를 기초로 保險給與 範圍의 擴大方案을 제시하고, 민간의료보험의 도입 등 給與體系의 改編方案을 제안하고 있다.

본 연구는 본원의 崔秉浩 부연구위원의 책임하에, 魯仁喆 선임연구

위원, 李相暎 부연구위원, 辛宗珏 책임연구원의 공동연구로 수행되었다. 각 연구분야별로 연구담당을 보면, 醫療保險 本人負擔 實態分析에는 신종각 책임연구원과 최병호 부연구위원 및 노인철 선임연구위원이 지속적으로 참여하였고, 醫療保險 給與의 현황과 適正範圍에 대한 考察은 최병호 부연구위원이 맡았으며, 給與範圍의 擴大方案에는 노인철 선임연구위원의 주도하에 최병호 부연구위원이 공동으로 참여하였다. 특히 韓方給與의 현황과 확대방안은 이상영 부연구위원이 담당하였다. 마지막으로 民間醫療保險의 導入方案은 최병호 부연구위원이 연구를 담당하였다.

연구진은 연구과정에서 같이 토의에 참여한 서울대학교의 문옥륜, 권순만 교수, 성균관대학교의 김병익 교수, 계명대학교의 조병희 교수, 의료보험연합회의 백문규 의료보장연구실장에게 감사하고 있으며, 특히 바쁜 가운데 빠짐없이 토의에 참여한 보건복지부의 김창순 보험정책과장, 최수영 전 보험관리과장 및 문병우 현 보험관리과장에게 심심한 사의를 표하고 있다. 또한 본 연구의 진행과정에서 의료개혁위원회에 파견되어 귀중한 資料提供 및 分析에 참여한 의료보험연합회의 조정숙 선생의 노고에 감사하고, 最終 編輯 및 資料整理에 애쓴 신현웅 연구원에게 사의를 표하고 있다. 또한 본고를 읽고 정리하는데에 귀중한 조언을 해 준 본원의 鄭宇鎭 부연구위원과 辛泳錫 책임연구원에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

1997年 12月
韓國保健社會研究院
院長 延河清

目次

要約	9
I. 序論	22
II. 醫療保險 給與範圍와 本人負擔 實態分析	27
1. 醫療保險 給與範圍의 現況	27
2. 醫療保險 本人負擔의 實態分析	42
III. 醫療保險 給與範圍의 擴大方案	51
1. 醫療保險 給與範圍의 基本方向	51
2. 保險給與의 適正範圍에 대한 考察	52
3. 保險給與範圍의 擴大方案	62
IV. 民間醫療保險의 導入 檢討	71
1. 民間醫療保險 導入의 論議 背景	71
2. 民間保險 導入의 必要性和 導入時 豫想되는 副作用	72
3. 先進外國의 民間保險 參與實態	74
4. 民間保險 導入 可能性 檢討	81
5. 民間保險의 導入方案 摸索	88
V. 結論	90
參考文獻	95

附 錄	99
附錄 I. 『醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』 (1997年 9月)中 保險給與基準과 診療基準	101
附錄 II. 消費者의 效用極大化 問題의 解 導出方法	111
附錄 III. 選擇的 給與項目의 全面的 給與擴大	112
附錄 IV. 基本診療料 및 技術料에 包含되어 不認定되고 있는 診療材料의 別途 報償 認定	114
附錄 V. 醫療保險酬價에 反映되지 않은 看護行爲	120
附錄 VI. 豫防接種 및 健康診斷·檢診 現況	121

表 目 次

<表 II- 1> 現行 醫療保險制度上 本人負擔의 範圍	28
<表 II- 2> 外來診療費의 本人負擔金 內譯(1997年 9月 1日 基準)	29
<表 II- 3> 醫療保險 適用日數 延長推移	30
<表 II- 4> 保險給與項目의 擴大推移	31
<表 II- 5> 障礙人 保障具 에 대한 醫療保險 給與 擴大計劃	32
<表 II- 6> 西歐先進國의 保險給與(韓國에서 非保險給與 中心으로)	37
<表 II- 7> 日本의 醫療保險給與範圍	39
<表 II- 8> 日本의 國民醫療費와 醫療保險給與費의 動向	40
<表 II- 9> 韓國과 日本의 醫療保險 給與 韓藥製劑 比較	41
<表 II-10> 韓方醫療保險의 件當診療費 및 金額構成比	41

〈表 II-11〉	年度別 本人負擔比率의 推移	43
〈表 II-12〉	療養機關 種別 保險者負擔과 患者本人負擔 (1995~1996年)	44
〈表 II-13〉	療養機關 種別 患者本人負擔率 (1996年, 韓方醫療 除外)	45
〈表 II-14〉	非給與의 項目別 構成比 推移 (給與中 全額本人負擔 包含)	46
〈表 II-15〉	療養給與基準에 明示된 非給與 項目別 構成比	48
〈表 II-16〉	醫療保險 任意 非給與 項目別 構成比(1996年)	48
〈表 II-17〉	主要 傷病別 非給與內譯(1995年)	50
〈表 III- 1〉	給與範圍 擴大에 따라 豫想되는 費用效果	61
〈表 III- 2〉	給與擴大에 따른 所要財源(第1案: 1996年 基準)	67
〈表 III- 3〉	給與擴大에 따른 所要財源(第2案: 1996年 基準)	69
〈表 III- 4〉	給與擴大에 따른 所要財源(第3案: 1996年 基準)	70
〈表 IV- 1〉	民間保險 導入의 必要性和 副作用	73
〈表 IV- 2〉	主要國의 民間醫療保險과 公的醫療保險의 關係	78
〈表 IV- 3〉	國家別 經濟活動人口中 民間醫療保險의 加入 比重 (1991年)	80
〈表 IV- 4〉	生命保險의 健康關聯 商品	81
〈表 IV- 5〉	年度別 疾病保障保險의 收支現況(生命保險)	82

圖目次

[圖 I-1]	保險給與範圍	25
[圖 III-1]	醫療서비스 區分에 따른 醫療保險 給與體系 改編模型 ...	52
[圖 III-2]	給與範圍 擴大의 波及經路	60
[圖 IV-1]	國家別 總診療費 中 民間醫療保險이 차지하는 比重 (1991年)	80
[圖 IV-2]	消費者-供給者-保險社-組合間 協業體系의 構築	89

要約

1. 基本視角

- 전국민의료보험 시행 8주년을 맞이한 의료보험제도는 그동안 의료보험 적용인구의 量的 擴大와 국민의 기본적 醫療需要를 충족시켰다는 측면에서 큰 성과를 거둔 것으로 평가됨.
- 그러나 단기간에 모든 국민을 의료보장이라는 우산 속에 넣기 위해서는 국민의 부담능력을 고려한 「低保險料·低給與」 전략이 불가피하였음. 이에 따라 療養給與基準과 診療酬價基準이 보험재정안정에 치중되어 자연히 급여수준은 낮고 환자본인 부담이 높은 급여구조를 형성하게 되었음.
 - － 의료기관 이용시에 환자가 호주머니에서 지불하는 부담은 총진료비의 약 44%(의료보험관리공단 수진내역신고서 자료)로서 서민의 가계부담이 가중되고 있음.
- 게다가 새로운 醫學的 診斷 및 治療方法과 약제 및 진료재료 등의 보험급여 인정이 극히 제한되어 비급여 처리됨으로써 의료행위에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없을 뿐 아니라 醫療技術의 普遍化를 저해할 수 있음.
 - － 환자는 보험혜택 적용에 제한이 너무 많아 의료서비스 질에 대한 불만
 - － 의료기관은 비급여범위를 제한하여 불인정되는 診療行爲에 대하여 보상을 받지 못할 우려

- 한편, 국민소득수준의 향상, 인구 고령화의 진행, 국민의 의료서비스 욕구의 다양화 및 고급화, 의료기술의 첨단화 등 醫療環境이 변화함에 따라 치료 뿐만 아니라 豫防醫療, 再活 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스의 보장이 요구됨.
 - 豫防醫療를 강화함으로써 질병을 미연에 방지할 수 있고, 또 질병을 조기에 발견함으로써 入院診療나 기타 비싼 醫療行爲를 피할 수 있어 궁극적으로 보험재정 안정에 기여할 것임.

- 새로운 의학적 기술과 신소재, 신약이 개발되어 가는 과정에서 醫學的 診斷 및 治療方法에는 상당히 급격한 변화가 있음에도 불구하고 의료보험이 처음 도입된지 20여년이 지나도록 給與擴大의 원칙에는 변화가 없었음.
 - 따라서 醫學的 診斷 및 治療에 있어서의 급여범위는 의학적 발전을 전제로 하여 환자를 중심으로 확대하여야 할 것임.
 - 질병의 診斷·治療·再活과 직접 관련된 의료와 예방을 포함한 기본적인 必須的인 醫療(Basic Minimum Care)는 충실히 보험급여를 확대하고, 다양화된 의료욕구의 증대에 따른 附加的인 醫療(Supplementary Care)는 民間保險의 參與를 유도하여 公共保險을 보완하도록 함.

- 이에 대응하기 위해서는 현행 「低保險料·低給與」를 「適正保險料·適正給與」구조로 전환하여 의료보험제도의 성숙화 내지 선진화를 이룩해야 할 것임.

2. 醫療保險 本人負擔 實態와 問題點

가. 醫療保險 給與와 非給與 範圍 現況

- 法定給與는 요양급여, 분만급여 및 정기 건강검진을 포함하는 현금급여와 요양비, 분만비, 그리고 보험조합별로 지급되는 附加給與(장제비, 분만수당, 본인부담보상금)를 포함하는 현금급여로 나눌 수 있음(의료보험법 제4장).
 - 요양급여는 질병 또는 부상에 대하여 ① 진찰, ② 약제 또는 치료재료의 지급, ③ 처치·수술 기타의 치료, ④ 의료시설에의 수용, ⑤ 간호, ⑥ 이송 등의 급여를 실시하도록 되어 있음(의료보험법 제29조 1항).
 - 그러나 療養給與의 方法, 節次, 範圍, 上限基準 등 요양급여 기준은 보건복지부장관이 정하는 것으로 療養給與 範圍를 제한하고 있음(의료보험법 제29조 3항).

- 의료보험 급여수준은 1977년 의료보험제도의 도입 당시 국민들의 保險料 負擔을 고려하여 급여범위가 상당히 제한적으로 시행되었으며 그 이후에도 크게 확대되지 않았음.
 - 療養給與期間은 연간 180일에서 1995년 210일(65세 이상 노인과 등록장애인은 급여일수 제한 폐지), 1996년 240일, 1997년 270일로 연장되었음.
 - 1996년에 전산화단층촬영(CT)과 장애인보장구가 보험급여범위에 포함되었음.
 - 그외 건강검진, 분만급여의 자녀수 제한 폐지, 한방 및 약국급여 일부, 기타 일부 신의료기술(골수이식, 내시경하 수술, 레이저이용 수술 등) 등

□ 의료보험 급여범위가 꾸준히 증가하고 있음에도 불구하고, 의료기관 이용시 환자들이 직접 지불해야 하는 부담도 과중하다는 인식이 확산되고 있음.

- 의료보험관리공단의 1996년 受診内譯申告書 資料에 의하면 총 진료비에 대한 환자본인 부담률은 43.6%이며, 입원 43.2%, 외래 63.7%로 나타남(한방진료 포함시 본인부담률은 평균 44.0%).

〈表 1〉 保險者負擔과 患者本人負擔(1996年)¹⁾

(단위: %)

구 분	보험자 부담률	환자본인부담률				
		계	법정본인부담 ²⁾	비급여본인부담 ³⁾		
				계	정당 비급여 ⁴⁾	임의 비급여 ⁵⁾
계	56.4	43.6	14.9	28.6	22.9	5.7
입 원	56.8	43.2	14.6	28.7	23.0	5.7
외 래	36.3	63.7	36.9	26.8	18.1	8.7

- 註: 1) 한방의료는 제외하고 분석한 결과치임.
 2) 의료보험법이 정한 비에 의거 그 비용의 일부를 환자가 부담
 3) 보험급여대상에서 제외되는 의료서비스에 대해 환자가 전액부담
 4) 요양급여 기준에 명시된 비급여
 5) 요양급여 기준에 명시되지 않은 비급여

□ 醫療保險 非給與 範圍는 “질병, 부상의 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 保險給與의 原理에 부합되지 아니하는 사항”

- 위의 사항 이외에 “기타 장관이 정하는 사항”과 “위에서 별도로 정한 사항 이외에는 일체 요양기관에서 임의로 비급여대상으로 적용하여서는 아니된다”로 규정하여 非給與範圍도 제한하고 있음.

〈表 2〉療養給與基準에 명시된 非給與 項目別 構成比

(단위: %)

구분	식대	상급 병실료	지정 진료료	M R I	초음파	기 타 ¹⁾
계	29.2	29.7	17.7	5.7	8.3	9.4
입원	29.5	30.1	17.7	5.6	8.0	9.1
외래	0.0	0.0	20.2	13.9	33.3	32.7

註: 한방의료는 제외하고 분석한 결과치임.

□ 療養給與基準에 명시된 非給與 範圍는 상급병실료차액, 식대, 지정진료료, MRI, 초음파, 기타(약제, 검사, 수술 및 처치 행위료, 재료대 등) 등으로 되어 있음.

- 非給與 項目別 構成比를 살펴보면 입원의 경우 상급병실료차액(30.1%), 식대(30%), 지정진료료(17.7%) 순으로 나타났으며, 이들 항목이 非給與 本人負擔額의 약 78%를 차지함.
- 외래의 경우 超音波(33.3%), 指定診療料(20.2%), MRI(13.9%) 순으로 나타남.

□ 요양급여 기준에 명시된 비급여 대상 이외에 의료기관에서 환자의 요구 및 진료특성상 일부 항목이 任意로 비급여 처리되는 경우가 있음.

Type 1: 실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술 및 처치, 재료대 등에 대하여도 療養給與基準 및 診療酬價 算定方法에 의거 소정의 진료수가에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정되어 있어 이에 대한 보상을 위하여 비급여 처리되는 경우

예) 수술시간 단축으로 환자의 고통을 감소시켜 주고 감염등 합병증을 줄일 수 있는 진료방법과 일회용 제품의 사용이 이미 보편화되어 있으나 소정의 수술료에 포함된 것으로 규정되어 별도 인정되고 있지 않음.

Type 2: 醫療技術의 發達로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료 대 및 미협약동위원소검사 등에 대하여 보건복지부장관의 承認 節次가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우

예) 혈관용 Stent(약 200만원)등 일부 진료재료나 진료행위의 경우 진보된 尖端 醫療行爲로써 높은 치료효과를 보장하여 좁에도 불구하고 보편적인 시술방법이 아니므로 별도 인정되고 있지 않음.

Type 3: 醫療保險 診療酬價基準 및 보건복지부의 有權解釋에 의거 심사삭감이 우려되어 非給與 처리되는 경우

예) 현재 CT촬영의 경우 심사 삭감률이 10% 정도에 달하여 의료기관에서 청구한 CT 검사비를 제대로 지급받지 못하고 있어 의료기관에서는 먼저 CT촬영을 일반(비보험)으로 처리한 후 審査機關에서 인정을 받을 경우 보험으로 처리하여 환불해 주는 사례

□ 任意 非給與 項目別 構成比를 살펴보면,

- Type 1+2는 39.3%, Type 3은 47.3%, 기타 13.4%로 나타남.

〈表 3〉 任意 非給與 項目別 構成比¹⁾

(단위: %)

구 분	Type 1+2	Type 3					기타 ²⁾
		계	약 제	검 사	수술료	기타 행위료	
입 원	39.6	47.5	21.4	5.7	13.2	7.2	12.9
외 래	25.9	43.1	8.0	16.6	11.2	7.3	31.0

註: 1) 한방의료는 제외하고 분석한 결과치임.

2) 자료 미제출의 경우임.

나. 問題點

- 의료보험이 도입된지 지난 20여년간 保險財政 安定에 치중한 나머지 給與擴大에 관한 방향 설정이 없을 뿐 아니라 보험급여의 질적인 수준도 크게 향상되지 않았음.
 - 疾病의 診斷, 治療, 再活과 직접 관련된 醫療와 豫防을 포함한 기본적인 필수적인 의료서비스도 충실하게 급여화하지 못하고 있음.
 - 최근 사용빈도가 높은 超音波 檢査나 MRI 등에 대해서는 아직도 보험급여로 확대되지 못하고 있음.
 - 새로운 醫學的 診斷 및 治療方法과 약제 및 진료재료의 급여 기준 항목으로의 인정이 극히 제한되고 있어 醫療技術의 發展을 저해하고 진료로 인한 고통을 최소화 할 수 있는 의료행위에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없는 결과를 초래함.

- 현행 療養給與基準에 명시되지 아니한 醫學的 新技術이나 약제 및 진료재료 등은 보건복지부장관이 인정하지 않을 경우 급여대상으로 인정받지 못하며, 非給與 對象으로도 인정받지 못하고 있음.
 - 따라서 환자에게 편리하고 손쉬운 의료기술이라 하더라도 일체 요양기관 임의로 비급여 대상으로 적용하여서는 아니된다는 조항 때문에 진료비를 받지 못하게 하고 있음.
 - 그러나 의료기관은 新技術과 新裝備를 이용한 診斷 및 治療를 시행하지 않을 수 없기 때문에 환자에게 비용을 청구하고 있음. 이 경우 환자의 이의 신청시에는 실제 제공된 진료서비스도 환불대상이 됨.
 - 또한 보건복지부 및 시·도 주관 의료기관 실사시에 행정처분 대상이 되어 醫療機關과 審査機關間 양질 의료 또는 적정 진료

의 시비대상이 되고 있음.

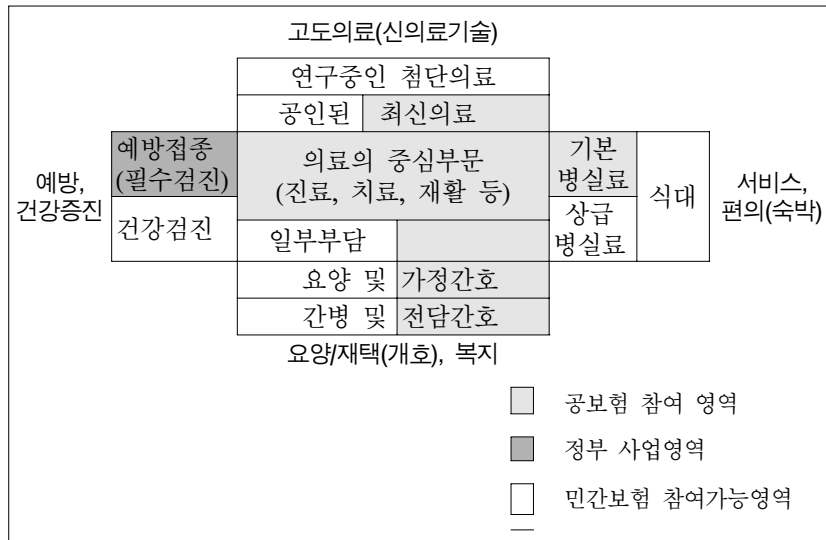
- 현행 급여체계는 豫防醫療의 給與機能이 미흡하여 질병의 早期發見 및 早期治療가 지연됨으로써 상대적으로 비용이 많이 드는 (Cost-ineffective) 치료에 치중하는 경향이 있음.
 - 현행 健康檢診은 의료보험조합의 보건예방사업의 일환으로 실시되고 있으나 피보험자를 대상으로 한 定期健康檢診 이외의 40세 이상 피부양자에 대한 成人病 健康檢診은 수검률이 매우 낮아(공단: 24.2%, 직장: 22.5%, 지역: 19.4% 1995년 기준) 실효를 거두지 못하고 있음.
 - 豫防接種의 境遇도 전염병 예방법에 의하여 실시되고 있으나 특정 연령층 및 직종에 한하여 적용되고 있음.
 - 예방차원의 産前診察, 新生兒 先天性代謝異常檢査 등이 시행되지 않을 경우 기형아발생률 및 모성사망률의 증가와 출산 및 분만으로 인한 높은 위험사고 발생률, 대사이상 등으로 인한 장애자 발생의 결과를 초래함.
 - 健康相談 등의 1차의료서비스가 보험급여에 포함되지 않을 경우 질병치료비를 높일 가능성이 있음.
 - 齒石除去(Scaling)施術이 시행되지 않을 경우 높은 치주염 발생(외래 질병소분류별 다발생진료실적중 13위)의 결과를 초래함.
- 그 밖에도 현행 醫療保險酬價에 간호사가 독자적으로 제공하는 看護서비스가 행위별로 산정되어 있지 않고 看護管理料에만 산정(예: 3차진료기관 1일 5,350원)토록 규정되어 있어서 原價補償에도 미치지 못함에 따라 적정 간호인력의 배치가 곤란함.
 - 환자에게 양질의 간호서비스가 제공되지 못하고 있어 간병인 고용, 보호자 상주 등으로 인한 경제적 부담이 가중됨.

3. 保險給與體系의 改編方案

가. 基本方向

- 現行 「低保險料·低給與」체계를 「適正保險料·適正給與」 구조로 전환하여 환자의 본인부담을 낮추고, 公保險-政府-民間保險의 적정역할 분담이 필요함.
 - 公保險의 역할: 疾病의 診斷, 治療, 再活과 관련된 기본적이고 필수적인 의료서비스 담당
 - 政府의 역할: 豫防接種 등 基礎 豫防醫療서비스 등 보건의방사업 담당
 - 民間保險의 역할: 고급화된 의료서비스나 부가적인 의료서비스 (상급병실료차액, 식대, 간병인, 임의건강진단 등) 담당

[圖 1] 醫療서비스 區分에 따른 醫療保險 給與體系 改編模型



나. 保險給與範圍의 擴大方案

- 疾病의 診斷, 治療, 再活과 직접 관련된 의료서비스와 질병의 예방을 포함한 基本的이고 必須的인 醫療(Basic Minimum Care)는 급여를 충실하게 함.
 - 첫째, 환자의 치료효과를 높이고 고통을 줄일 수 있는 기본적인 의료행위와 치료기간 단축 등 費用效果的인 醫療行爲 등에 대한 급여(나비바늘 등)
 - 둘째, 질병의 早期發見과 정확한 진단을 위하여 보편적으로 이용되고 있는 尖端醫療裝備에 대한 급여(초음파, MRI 등)
 - 셋째, 의학발전에 따른 새로운 醫療技術로서 그 효과가 공인된 의료행위 및 재료대 등의 급여(혈관용Stent 등)
 - 넷째, 豫防醫療와 관련되어 질병을 미연에 예방할 수 있고(産前診察, 畸形兒檢査) 입원진료나 고액진료비 발생을 줄일 수 있는 급여(장기요양시설 및 재택진료 등)
- 구체적인 급여확대 계획은 다음의 일정에 따르는 방안을 검토함.
 - 1998년에 의원급 외래 본인부담금 경감대상 연령을 확대함(현 70세 이상→65세 이상).
 - 1999년에 超音波檢査와 産前診察을 보험급여 범위에 포함시키고 한방급여대상 한약제제를 128종(현재 68종)으로 확대하며 양한방협진을 실시하는 한방의료기관에서의 物理治療에 대한 보험급여를 실시함.
 - 2000년에 MRI 撮影과 畸形兒檢査를 보험급여범위에 포함시킴.
 - 의료의 질 향상을 위한 서비스항목(신의료기술, 진료재료 등)은 療養給與基準 개선을 통하여 1998년부터 점진적으로 보험급여화함.

〈表 4〉 保險給與 擴大의 年度別 推進計劃案(1996年 價格基準)

	1998	1999	2000
비급여항목의 급여화에 따른 재정소요	• 본인부담 경감 66억	• MRI 521억 • 산전진찰 266억 • 한약제제 481억 • 한방병원에서의 물리치료 20억 계 1288억	• 초음파검사 4863억 • 기형아검사 57억 계 4920억
	계 66억	(누계 1288억)	(누계 6208억)
급여기준 개선 ¹⁾	745억(1/3)	1490억(2/3)	2235억(3/3)
급여기간 연장	294억	256억	549억
장애인보장구	78억	78억	-
총소요재정	1183억	3472억	9608억
본인부담률(%) *현재 43.57	42.22	39.61	32.62

註: 1) 임의비급여항목중 일부(Type 3)를 제외한 나머지를 급여화함.

다. 保險給與 擴大에 따른 財源調達

□ 給與擴大에 따른 所要財源을 충당하기 위해서는,

- 직장조합 근로자의 경우 1996년 기준으로 1996년 보험료를 3.05%(월 평균 29,700원)에서, 1998년 3.11%(30,280원), 1999년 3.24%(31,500원), 2000년 3.57%(34,700원) 정도의 追加引上要因이 발생함.
- 지역조합 자영자의 경우 1996년 기준으로 1996년 세대당 월평균 17,900원에서, 1998년 18,400원, 1999년 19,300원, 2000년 21,800원 정도의 추가인상요인이 발생함.
- 그동안의 보험급여비 상승율이 所得上昇率을 훨씬 상회한 경험에 비추어볼 때, 실제의 보험료(율)의 인상은 1996년 기준으로 산정한 수준을 상회할 것임.

參考) 1991~1996년간 보험급여비 증가율은 연평균 20.9%, 경

상 국내총생산(GDP) 증가율은 12.6%였음.

- 추가부담요인은 보험료의 부분적 인상과 더불어, 적립기금, 관리운영체계 개편에 따른 관리운영비 절감, 국고지원금 등 제반 정책적 수단에 의하여 분담하도록 함.

라. 民間醫療保險 導入 檢討

□ 民間의료보험 도입의 타당성과 부작용의 논거는 다음과 같음.

<表 5> 民間保險 導入의 必要性和 副作用

필요성	부작용
<ul style="list-style-type: none"> • 의료수요의 증대와 공보험의 한계 • 의료수요의 다양성 • 의료행위의 정상화 회복, 병원 경영개선 • 민간중심 의료공급체계, 소비자 선택 • 보험시장의 해외개방 대비 • 소비자 후생증가, 의·약산업 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> • 공보험의 위축 ⇔ 보험회사 로비 • 환자 위화감: 저소득층 의료접근성 • 의료의 상품화 ⇒ 상업화, 고급화 • 의료비의 증가 가능성 • 높은 거래비용(transaction cost) • 대학병원, 종합병원 유리, 개원가의 상대적 소외: 의사집단의 분화

□ 선진각국의 민간의료보험 비중

<表 6> 國家別 經濟活動人口中 民間醫療保險의 加入 比重(1991年)
(단위: %)

유형	국가	전체 평균	관리직	미숙련생산직
공보험의 부분적 임의가입 허용	독일	25	41	10
	네덜란드	64	82	41
전국민에 대한 포괄적 서비스 제공	이태리	5	12	2
	영국	16	34	3
	스페인	11	30	3
전국민에 대한 후불보상보험	벨기에	34	49	27
	프랑스	78	88	64

- 현재 시판되고 있는 민간의료보험 관련상품은 입원 혹은 수술을 전제로 하고, 치료비에 대한 보상 목적이 아니라 일정 금액을 지급하는 경우가 많음.
 - 보험사와 소비자간 거래에 한정되어 의료공급자와는 직접적 관계 없으므로 공보험의 한계로부터 비롯되는 의료시장의 왜곡을 시정하기 위한 수단으로서의 의의를 발견하기 어려움.

- 민간보험이 참여가능한 분야로 검토될 수 있는 부문은 법정본인부담의 보상액을 초과하는 부분, 상급병실료차액 및 전담간호비용, 개인병원(전문의)의 특정진료, 식대, 장기요양(개호) 등.
 - DRGs하에서 민간보험 참여가 보다 용이할 것임.

- 공공보험을 補充하는 의료소비자 - 보험회사 - 의료공급자간 계약에 의한 민간의료보험의 參與를 유도하기 위하여,
 - 保險會社에 대한 유인으로는 보험료를 산정에 필요한 疾病關聯統計(예; 성별 연령별 직업별 질병발생률)를 민간보험회사에 제공함. 보험사는 정보획득 비용을 공보험에 지불함.
 - 醫療消費者에 대한 유인으로는 보험료에 대하여 고용주 부담분은 損費 인정, 피보험자 부담분은 소득공제 등 稅制上 惠澤을 부여함.
 - 醫療保險과의 協業體系를 구축함으로써 민간보험 도입에 필요한 의료정보와 조직면에서의 취약성을 보완하는 방안 검토.
 - 民間保險社와 醫療供給者間 連繫에 의한 협업시스템을 구축: 대기업소유 의료기관 및 전국의 지역별 병원 및 개원의 - 보험회사 - 직장조합이 하나의 시스템을 형성하여 보험급여의 비급여까지 제공하는 방안을 모색

I. 序論

醫療保險制度란 건강을 해치는 질병 혹은 사고의 발생에 따른 비용 부담의 危險에 대해 사회적으로 공동대처하려는 제도이다. 그렇다면 발생하는 모든 疾病이나 事故에 대해 保險을 적용할 것인가? 모든 의료서비스에 대한 보험화가 必要 이상의 過剩診療를 초래하여 의료비 상승을 낳는다면 보험적용범위에 대한 選擇과 限界에 대한 문제가 제기될 것이다.

우리나라는 1977년 의료보험제도를 처음 실시한 이후 적용대상을 점차 확장하여 1989년 7월 전국민을 대상으로 실시하게 되면서 의료보험 적용인구의 양적 확대와 국민의 기본적 의료수요를 충족시켰다는 측면에서 큰 성과를 거둔 것으로 평가되고 있다. 그러나 현재 시행중인 우리나라 醫療保險制度는 단기간에 모든 국민을 의료보장이라는 우산 속에 넣기 위해서 국민의 부담능력을 고려한 「低保險料·低給與」체계가 불가피하였다. 따라서 모든 진료항목 혹은 진료비를 급여 대상으로 포괄하지 않고 선택적으로 급여범위를 매우 제한하고 있다.

이러한 급여범위의 제한은 환자의 본인부담이 높아 서민의 가계부담이 가중되어 社會保險으로서의 醫療保險에 대한 實效성에 대하여 비판이 가해지고 있다. 게다가 새로운 醫學的 診斷 및 治療方法과 약제 및 진료재료 등의 보험급여 인정이 극히 제한되어 비급여 처리됨으로써 진료로 인한 고통을 최소화 할 수 있는 의료행위에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없을 뿐 아니라 의료기술의 보편화를 저해할 수 있다. 환자는 보험혜택 적용에 제한이 너무 많아 의료서비스 질에 대한 불만이 제기되고, 의료기관은 非給與範圍를 제한하여 불인

정되는 진료행위에 대하여 보상을 받지 못할 우려가 있다. 이에 따라 근래에 우리나라의 의료보험 급여범위를 확대하려는 노력이 이루어지고 있다. 본 보고서는 이러한 患者本人負擔의 實態把握과 給與範圍擴大의 適正性에 대한 타당성을 고찰해 보고자 한다.¹⁾

우리나라의 급여범위가 限定된 理由로서는 첫째, 제도도입 당시에 민간중심의 의료시장에 사회보험을 도입하면서 의료보험수가를 관행적인 시장가격보다 낮은 수준으로 통제하였으므로 모든 질병을 의료보험급여의 대상으로 포함하는 경우 의료계의 수입이 급격히 줄어들 가능성이 있었기 때문에 주로 빈번히 발생하는 急性疾病(Acute Care)을 중심으로 급여범위를 한정하였기 때문으로 생각한다. 둘째, 1977년 500인 이상 사업장을 적용대상으로 출발하여 점차 그 적용대상을 확장하여 1989년 7월 全國民을 대상으로 適用함으로써 適用對象의 擴張에 주력한 결과 급여범위에 대해서는 정책적인 관심이 그다지 크지 않았고 국민적인 요구도 심각하지는 않았던 것으로 판단된다.

이러한 급여범위의 制限性下에서도 1987년 2월에는 韓方保險이 도입되었고, 1989년 10월에는 藥局醫療保險이 도입됨으로써 양한방 및 약국 등 모든 의료기관에 포괄적으로 의료보험이 적용되는 제도적인 발전이 있었다. 그러나 韓方 및 藥局保險의 급여범위는 양방의료에 비하여 그 특성에 비추어 더욱 제한적일 수 밖에 없었다. 특히 韓方醫療保險의 경우 가장 중요한 서비스에 속하는 침약이 표준화되지 못하여 부득이하게 이를 보험급여에서 제외하고 진찰, 입원, 검사(양도락 및 맥진도 검사), 조제, 침·구·부황과 같은 진료행위 부분과 약제(68종 단미 엑스산제)에 한정하여 급여범위에 포함시켰다. 이에 따라

1) 의료보험 급여의 적정범위는 民間保險과 社會保險間, 국민의 醫療利用行態, 의료보험제도의 歷史, 國民所得水準 및 醫療體系의 形態에 따라 많은 차이가 있을 것이므로, 一般化하기가 어렵다.

첩약의 급여의 제한과 韓方物理治療의 非給與로 인하여 국민들의 한방의료 이용상의 불편성에 대한 문제가 계속 제기되고 있다.

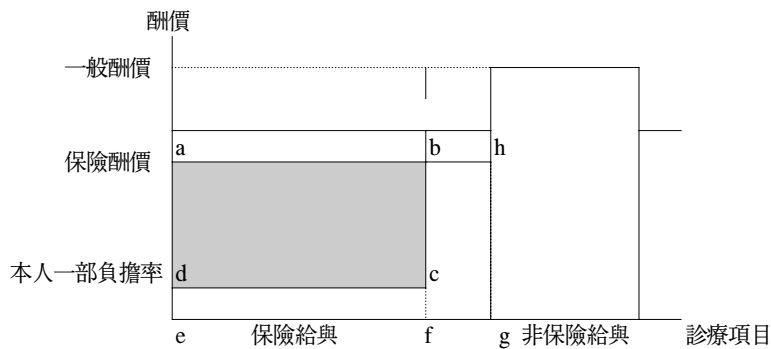
우리나라 의료보험에서 診療費 本人(一部)負擔制度는 여러번의 변화 과정을 거쳐왔다. 1977년 의료보험도입 이후 초기에는 입원, 외래를 불문하고 定率制였으나 1986년 1월부터 외래환자에 대한 定額制가 도입되어, 입원진료비에는 정률제를, 외래 진료비에는 정액제와 정률제를 병행하여 실시하고 있다. 외래에 정액제를 도입한 이유는 보험재정을 보호하기 위해서였다. 한편, 요양기관 규모별로 차등적인 정률제를 실시하고 있는데 이는 외래환자의 綜合病院 集中現狀을 억제하기 위한 목적과 함께 의료기관 규모별 자본비용을 보전해 주기 위한 이유도 있다. 전반적으로 우리나라 의료보험제도상의 피보험자의 本人負擔比率는 다른 외국의 경우에 비하여 상당히 높은 것으로 인식되어 왔다. 일반 환자들의 입장은 우리나라의 의료보험제도는 의료비의 과다한 본인부담으로 인해 社會保險으로서의 意義가 제한되고 있다고 생각하는 반면, 의료기관의 입장은 부적절한 의료보험수가의 책정과 보험급여의 확대로 충실치 못한 환자진료와 의료기관 경영상의 어려움으로 의료비의 非給與 本人負擔部分의 성격에 상반된 이해를 갖고 있다.

본 보고서에서 ‘給與範圍’에는 현행 酬價制下에서 각 診療項目에 대한 보험적용 여부, 보험적용항목일 경우 保險者負擔의 範圍, 保險給與期間 등이 될 것이다.²⁾ [圖 I-1]은 보험급여범위를 간략하게 나타내고 있는데 實線內가 전체진료비가 되며 그 중 짙은 부분 abcd 가 보험급여비가 된다. 급여범위에서 제외되는 本人負擔(out-of-pocket payment)

2) 이에 덧붙여 보험자부담을 제외한 本人負擔 진료비가 50만원을 초과한 경우 그 초과분 중 일정부분을 補償하는 본인부담금보상제도, 장제비 등 現金給與가 조합별 附加給與로 제공되고 있다.

은 非保險給與, 보험급여일 경우 本人一部負擔金(dcf)과 보험급여기간 종료 후 진료등에 따른 本人全額負擔(bhgf) 등이 될 것이다.³⁾ 결국 급여범위의 限界는 保險者와 加入者간 負擔의 비중 조정이 될 것이며, 그러한 한계란 예를 들면 급여범위의 한계가 증가할수록 도덕적 위해의 가능성이 증가하는 것(marginal moral hazard of insurance coverage)을 의미한다. 그리고 適正限界에서 ‘適正’의 의미는 의료의 質을 확보하면서, 급여범위 확대에 따라 후생이 증진되는 效率性과 모든 국민의 의료접근기회가 보장되고 계층별 부담이 공평하게 되는 衡平性間의 조화를 의미할 것이다.

[圖 1-1] 保險給與範圍



한편 현재 우리나라는 국민소득수준의 향상, 인구 고령화의 진행, 국민의 의료서비스 욕구의 다양화 및 고급화, 의료기술의 첨단화 등 의료환경이 변화함에 따라 치료 뿐만 아니라 豫防醫療, 再活 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스의 보장이 요구되어지며, 豫防醫療를 強化함으로써 질병을 미연에 방지할 수 있고, 또 질병을 조기에 발견함

3) 그 외 본인부담금으로 급여항목에 속하지만, 임의로 비급여 처리하는 부분이 있음.

으로써 入院診療나 기타 비싼 의료행위를 피할 수 있어 궁극적으로 保險財政 安定에 기여할 것으로 본다.

새로운 의학적 기술과 신소재, 신약이 개발되어 가는 과정에서 醫學的 診斷 및 治療方法에는 상당히 급격한 변화가 있음에도 불구하고 의료보험이 처음 도입된지 20여년이 지나도록 給與擴大의 원칙에는 변화가 없었다. 따라서 醫學的 診斷 및 治療에 있어서의 급여범위는 의학적 발전을 전제로 하여 환자를 중심으로 확대하여야 할 것이다.

질병의 診斷·治療·再活과 직접 관련된 의료와 예방을 포함한 기본적인 必須的인 醫療(Basic Minimum Care)는 충실히 보험급여를 확대하고, 다양화된 의료욕구의 증대에 따른 附加的인 醫療(Supplementary care)는 민간보험의 참여를 유도하여 공공보험을 보완하는 방안을 검토하여야 할 것이다. 이에 대응하기 위해서는 현행 「低保險料·低給與」를 「適正保險料·適正給與」구조로 전환하여 의료보험제도의 성숙화 내지 선진화를 이룩해야 할 것이다.

본보고서의 구성은 제2장에서 의료보험 급여범위와 본인부담에 대한 실태분석을 하고, 이를 바탕으로 제3장에서 의료보험 급여범위의 확대 및 급여체계의 개편방안을 제시하고자 한다. 제4장은 민간의료보험의 도입에 대한 타당성을 검토하고 있으며, 제5장에서 결론을 맺고자 한다.

Ⅱ. 醫療保險 給與範圍와 本人負擔 實態分析

1. 醫療保險 給與範圍의 現況

가. 醫療保險 給與와 非給與 範圍

의료보험법령과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법령에서 인정하는 法定給與는 現物給與로서 療養給與, 分娩給與 및 定期健康檢診이 있으며, 現金給與로서 요양비와 분만비가 있다. 조합별 附加給與로서 장제비, 본인부담보상금과 같은 현금급여가 있다.

療養給與는 疾病 또는 負傷에 대하여 진찰, 약제 또는 치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 의료시설에의 수용, 간호, 이송 등의 급여를 실시하도록 되어 있다(의료보험법 제29조 1항). 그러나 療養給與의 방법, 절차, 범위, 상한기준 등 療養給與 基準은 보건복지부장관이 정하는 것으로 요양급여 범위를 제한하고 있다(의료보험법 제29조 3항). 이에 따른「醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準」에 제시된 급여범위 및 비용부담, 진료기준을 참고하기 바란다(附錄 I).

보험급여비중 일정부분에 대해서 본인부담분이 있으며, 그외도 급여비용 전액을 본인이 부담하여야 하는 경우와 보험급여의 대상에서 제외된 非給與에 의한 본인부담 등 本人負擔費가 매우 높은 것이 우리나라 의료보험제도의 특징이다. 醫療保險 給與範圍와 非給與範圍, 患者本人負擔에 대한 정리는 <表 II-1>과 같다. 외래진료비의 본인일부부담의 상세한 내역은 <表 II-2>를 참조하기 바란다.

〈表 II-1〉 現行 醫療保險制度上 本人負擔의 範圍

구 분		기 준
보험 급여	본인 일부 부담 ¹⁾	<p>입원 : 총진료비의 20%</p> <p>외래²⁾: • 종합병원: 진찰료+55%</p> <p>• 병 원: 진찰료+40%</p> <p>• 의 원:</p> <p>3,200원(총진료비가 12,000원 이하이고 70세 미만 경우)</p> <p>2,100원(총진료비가 12,000원 이하이고 70세 이상 경우)</p> <p>30%(총진료비가 12,000원 초과시)</p> <p>• 보 건 소: 일정액+30%</p>
	본인 전액 부담	<ul style="list-style-type: none"> • 지정 진료비³⁾ • 급여기간 종료 이후의 진료 비용 • 의료보험증 제시 의무기간을 초과한 날부터 제시 전일까지의 진료비 • 수급절차에 따라 요양기관을 이용하지 아니하여 소요된 진료비 • 군복무중 군병원 이외 요양기관 이용시 비용 • 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 소요된 진료비 • 장기 또는 골수공여 희망자에게 행한 공여 적합성 확인진단에 소요된 비용
	비급여	<ul style="list-style-type: none"> • 식대, 상급병실료 차액 • 단순피로 및 권태 • 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환 • 미용목적의 성형수술과 그 후유증, 부정교합치, 보철, 예방목적의 치석제거 • 마약중독증, 향정신성 의약품 중독증 • 예방접종, 임의 건강진단 • 보조기, 보청기, 의수족, 의안, 콘택트렌즈 (등록 장애인을 위한 보장구는 제외)

註: 1) %는 총진료비에서 진찰료를 제외한 비율임.

2) 단, 군지역, 한의원, 치과의원, 보건소 종류에 따라 차등을 두고 있음.

3) 지정진료수가는 보험수가기준액의 50~100%를 추가함으로써, 그 추가분에 대해서는 환자가 전액 부담함.

資料: 보건복지부, 『의료보험 요양급여 기준 및 진료수가 기준』, 1997.

〈表 II-2〉 外來診療費의 本人負擔金 內譯(1997年 9月 1日 基準)

구분		방문당 진료비가 12,000원 (치과의원 14,000원) 이하	방문당 진료비가 12,000원 (치과의원 14,000원) 초과			
종합병원		진찰료(초진: 6,600원, 재진: 3,300원) + 진찰료를 제외한 진료비의 55%				
병원		진찰료(초진: 6,600원, 재진: 3,300원) + 진찰료를 제외한 진료비의 40%에 진찰료를 합한 금액				
군지역	종합병원	4,800원	총진료비의 55%			
	병원	4,300원	총진료비의 40%			
의원		3,200원	총진료비의 30%			
한의원		3,200원				
치과의원		3,700원				
보건 의료원	의과	3,200원				
	치과	3,700원				
	한방과	3,200원				
보건소		투약일수				
(방문당 투약일수)		1~3일			4~6일	7일이상
		1,100원			1,300원	1,600원
보건지소		900원			1,100원	1,400원
보건진료소	진료	900원				

資料: 보건복지부, 『의료보험 요양급여 기준 및 진료수가 기준』, 1997.

부가급여로서 本人負擔金 補償給與는 高額診療에 의한 본인부담금이 과다한 경우 負擔을 分散하려는 제도로서 현재 2개월간 동일 요양기관에서 진료받아 발생한 본인부담금이 50만원을 초과하는 경우 일정 범위내에서 보상하는 附加的 給與로서 운영하고 있다. 직장조합과 의료보험관리공단에서 실시하고 있으며 보상률은 최저 50%선이며 상한은 없다.

保險適用期間은 의료보험제도 시작부터 1994년까지 연간 180일로 제한되어 있었으나, 1995년부터 매년 30일씩 증가하여 1995년 210일,

1996년 240일, 1997년 현재는 연간 270일로 제한되어 있다. 단, 보험자가 부담하는 급여비가 연간 120만원 이내에서 기간을 연장할 수 있으며, 1995년에는 65세 이상 老人과 障碍人은 급여기간 제한이 철폐되었다. 이러한 급여기간 제한은 고혈압, 당뇨병, 정신질환 등 만성질환자의 경우 진료에 제한받으며, 특히 급여일수 초과 후 수술 등을 요하는 장기질환 발생시 의료보험 진료를 받지 못하는 사례가 발생하고 있다.⁴⁾ 그러나 정부는 향후 지속적으로 1년에 30일씩 급여기간을 확대하여 오는 2000년에는 보험적용기간 제한을 완전 철폐할 예정이다.

〈表 II-3〉 醫療保險 適用日數 延長推移

	1993	1994	1995	1996	1997
급여일수	180일	180일 ※65세 이상 노인 210일	210일	240일 ※65세 이상 노인, 장애인, 상이자 등 365일	270일
급여일수 제한을 받지않는 연간 보험급여비	55만원	65만원 65세 이상 80만원 장애인 150만원	120만원	120만원	150만원

기타 최근에 개선된 급여범위는 다음과 같다. 첫째, 일부수술에 대해서는 外來에서의 수술이 보편화되고 있는 추세임을 감안하여 1日入院制度를 도입하여 이를 보험급여로 인정한다. 둘째, 分娩給與期間中 産母와 新生兒를 같은 병실에 수용할 경우 母子同室制度를 의료보험급여로 인정한다. 셋째, 장애인의 再活診療行爲를 보다 세분하여 의료보험급여로 인정한다. 넷째, 치과진료에 있어서 發齒에 따른 보철 위주의 진료행위에서 치아보존을 위한 진료행위로의 전환을 유도하기

4) 요양급여기간은 양방, 한방, 약국급여를 불문하고 입원일수, 내원일수, 투약일수를 합하여 산정하므로 장기질환자의 경우 내원 및 투약 270일을 초과한 뒤 입원하는 경우 보험혜택을 받을 수 없다.

위하여 齒牙保存 關聯項目을 중점 조정한다. 다섯째, 洋·韓方 診療日 이 重複되더라도 급여기간을 1일로 산정토록 하여 洋·韓方 협진체계를 제도적으로 보완하여 양·한방의료기관을 동시에 이용하는 데 지장이 없도록 개선한다. 여섯째로 1996년 電算斷層撮影(CT)⁵⁾과 障礙人補裝具가 보험급여에 포함되었다. 그외에도 健康檢診, 分娩給與의 자녀수 제한 폐지, 한방 및 약국급여 일부, 기타 일부 신의료기술(골수 이식, 내시경하 수술, 레이저이용 수술 등) 등의 급여가 확대되었다.

보험급여항목의 擴大推移는 <表 II-4> 와 같다.

<表 II-4> 保險給與項目의 擴大推移

	1993	1994	1995	1996	1997
새로운 검사				• CT 촬영	
신기술	• 복강경하 당낭절제술 • 골반경하 자궁외 임신수술		• 내시경하 십이지장구부확장술 • 레이저를 이용한 물리치료		
한방		• 양도락, 맥진도 검사 • 관절강내침술, 투자법침술, 전기침술			• 경락기능검사 • 관장, 체위 변경처치 등 입원환자처치료 5대항목
약국	1회3일분			1회 7일분	
기타				• 인슐린 등 자가주사	• 장애인 보장구 • 자가골수이식 ¹⁾

註: 1) 1997년 12월 1일부터 급여

- 5) CT촬영에 대한 검사납용을 방지하기 위한 認定基準(1996. 4. 17)은 다음과 같음.
- 適用認定基準: ① 악성종양의 진단과 다른 장기로의 전이여부 확인, ② 급성외상으로 인한 단순 X레이 및 기타 검사방법으로는 진단이 곤란한 경우 등
 - 適用例外: ① 건강진단 목적의 촬영, ② X레이나 특수촬영 또는 관련검사를 미리 받지 않았거나 그에 따른 합당한 치료와 처치내역이 없을 경우, ③ 악성종양을 제외한 다른 질환에 단순·특수촬영 또는 기타 검사등으로 진단이 가능한 경우, ④ 정신병 당뇨 갑상선 폐렴 관절염 등 비종양성 질환의 경우 등

장애인에 대한 보험급여대상 보장구의 확대계획은 <表 II-5>와 같다. 適用對象者는 장애인복지법 제19조에 의한 등록장애인에 한정되며, 本人負擔率은 실구입가의 20%이나 상한액초과시는 본인이 전액부담하도록 한다.

<表 II-5> 障碍人 補裝具에 대한 醫療保險 給與 擴大計劃

	1997	1998	1999
지체장애	지팡이	목발, 휠체어	보조기, 상하지의지
시각장애	저시력보조기(안경, 돋보기, 망원경)	흰지팡이	의안, 콘택트렌즈
청각장애	보청기	-	-
언어장애	전기후두(체외용)	-	-

參考: 보장구별 급여상한과 내구연한

- 지체장애인용 지팡이: 상한 2만원, 내구연한 5년
- 시각장애인용 저시력보조기: 상한 10만원 내구연한은 안경 3년, 돋보기 및 망원경 반영구
- 청각장애인용 보청기: 상한 25만원, 내구연한 5년
- 전기후두(체외용): 상한 30만원, 내구연한 반영구적

보건복지부 醫療保險 療養給與基準의 非給與範圍는 “질병, 부상의 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보험급여의 원리에 부합되지 아니하는 사항” 또한 위의 사항 이외에 “기타 장관이 정하는 사항”과 “위에서 별도로 정한 사항 이외에는 일체 요양기관에서 임의로 비급여대상으로 적용하여서는 아니된다”로 규정하여 非給與範圍도 제한하고 있다. 이러한 요양급여기준에 명시된 비급여 내용은 上級病室料差額, 食代, 指定診療料⁶⁾, MRI, 超音波,

6) 指定診療制는 1991년에 제정된 ‘지정진료에 관한 규칙’에 근거하고 있으며, 그 이전에는 特診이란 명칭으로 일부 대학병원을 중심으로 활용되었다. 진료항목은 보험수가기준 중 行爲料에 해당하는 부분으로 보험수가의 50~100%를 부과하고 있다. 그러나 현행제도는 細部專攻에 관계없이 전문의이면 지정진료를 하는 등 제도 남용의 소지가 있다. 진료비도 입원료 및 임상병리검사 등 의사의 행위와 직접 관

기타(약제, 검사, 수술 및 처치 행위료, 재료대 등) 등으로 되어 있다.

이처럼 非給與範圍를 제한하고 있어 운영하기에 따라서 보험급여범위가 상당히 넓게 인정될 수 있으나, 實際의 運營은 급여범위를 좁게 해석하는 쪽으로 움직이고 있다. 실제의 진료내용이 복잡하여 경우에 따라서 보험급여에 해당하는지 비보험급여에 해당하는지 판단하는 것이 곤란할 때 보건복지부의 유권해석에 따르고 있는데, 療養給與 基準에 명시된 비급여 대상 이외에 의료기관에서 환자의 요구 및 진료 특성상 일부 항목이 任意로 非給與 처리되는 경우는 다음과 같다.

1) 任意非給與 類型 1(Type 1)

실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술 및 처치, 재료대 등에 대하여도 療養給與基準 및 診療酬價 산정방법에 의거 소정의 診療酬價에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정되어 있어 이에 대한 보상을 위하여 非給與 處理되는 경우, 예로써 수술시간 단축으로 환자의 고통을 감소시켜 주고 감염등 합병증을 줄일 수 있는 診療方法과 一回用 製品의 사용이 이미 보편화되어 있으나 소정의 수술료에 포함된 것으로 규정되어 별도 인정되고 있지 않다.

계가 없는 진료비에 지정진료비가 부과되거나 기준 이상의 과도한 진료비가 부과되어, 病院의 收益增大方案으로 이용되고 있다.

- 7) 복강경하 담낭절제술등 내시경수술은 조직의 관혈적 수술에 비하여 입원기간의 단축, 치료약제의 절감 및 환자의 동통 감소등의 장점이 있어 보험급여 대상으로 인정되고 있으나 동 시술시 다양한 종류의 재사용 가능제품이 판매되고 일부 요양기관에서 1회용 재료라도 소독하여 수회에 걸쳐 재사용하고 있다는 사유로 재료대중 내시경 특수봉합재료와 결찰재료 및 조직배출구등의 재료대에 한하여 인정되고 있어 일부 요양기관에서 나머지 재료대를 환자에게 전액본인부담시키고 있음(요양기관측 의견:관혈적 수술보다 훨씬 어려우며 소요재료도 다양한 바 이에 대한 보상이 이루어져야 함).

2) 任意非給與 類型 2(Type 2)

의료기술의 발달로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료대 및 미협약동위원소검사 등에 대하여 보건복지부장관의 승인 절차가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우(Type2), 예로써 혈관용 Stent(약 200만원)등 일부 진료재료나 진료행위의 경우 진보된 첨단 의료행위로써 높은 치료효과를 보장하여 중에도 불구하고 보편적인 시술방법이 아니므로 별도 인정되고 있지 않다.

3) 任意非給與 類型 3(Type 3)

의료보험 診療酬價基準 및 보건복지부의 有權解釋에 의거 심사삭감이 우려되어 비급여 처리되는 경우, 예로써 현재 CT촬영의 경우 심사삭감률이 10% 정도에 달하여 의료기관에서 청구한 CT검사비를 제대로 지급받지 못하고 있어 의료기관에서는 먼저 CT촬영을 일반(비보험)으로 처리한 후 심사기관에서 인정을 받을 경우 보험으로 처리하여 환불해 주는 사례가 빈번하다.

나. 現行 保險給與範圍의 問題點

의료보험이 도입된지 지난 20여년간 보험재정 안정에 치중한 나머지 給與擴大에 관한 방향 설정이 없을 뿐 아니라 보험급여의 질적인 수준도 크게 향상되지 않았다. 특히 질병의 診斷, 治療, 再活과 직접 관련된 의료와 예방을 포함한 기본적인 필수적인 의료서비스도 충실하게 급여화하지 못하고 있다.

최근 사용빈도가 높은 초음파 검사나 MRI 등에 대해서는 아직도

보험급여로 확대되지 못하고 있으며, 새로운 醫學的 診斷 및 治療方法과 약제 및 진료재료의 급여기준 항목으로의 인정이 극히 제한되고 있어 의료기술의 발전을 저해하고 진료로 인한 고통을 최소화 할 수 있는 의료행위에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없는 결과를 초래하고 있다.

현행 療養給與基準에 명시되지 아니한 의학적 신기술이나 약제 및 진료재료 등은 보건복지부장관이 인정하지 않을 경우 급여대상으로 인정받지 못할 뿐 아니라 비급여 대상으로도 인정받지 못하고 있다. 따라서 환자에게 편리하고 손쉬운 의료기술이라 하더라도 일체 요양기관 임의로 비급여 대상으로 적용하여서는 아니된다는 조항 때문에 진료비를 받지 못하게 하고 있다. 그러나 의료기관은 신기술과 신장비를 이용한 診斷 및 治療를 시행하지 않을 수 없기 때문에 환자에게 비용을 청구하고 있고, 이 경우 환자의 이의 신청시에는 실제 제공된 진료서비스도 환불대상이 되고 있다. 또한 보건복지부 및 시·도 주관 의료기관 실사시에 행정처분 대상이 되어 의료기관과 심사기관간 양질 의료 또는 적정 진료의 시비대상이 되고 있다.

현행 급여체계는 豫防醫療의 급여기능이 미흡하여 질병의 조기발견 및 조기치료가 지연됨으로써 상대적으로 비용이 많이 드는(cost-ineffective) 치료에 치중하는 경향이 있다. 현재의 健康檢診도 의료보험조합의 보건예방사업의 일환으로 실시되고 있으나 피보험자를 대상으로 한 定期健康檢診 이외의 40세 이상 피부양자에 대한 成人病 健康檢診은 수검률이 매우 낮아(공단: 24.2%, 직장: 22.5%, 지역: 19.4% 1995년 기준) 실효를 거두지 못하고 있다. 예방접종의 경우도 전염병 예방법에 의하여 실시되고 있으나 특정 연령층 및 직종에 한하여 적용되고 있다.

예방차원의 산전진찰, 신생아 선천성대사 이상검사 등이 시행되지

않을 경우 기형아발생률 및 모성사망률의 증가와 출산 및 분만으로 인한 높은 위험사고 발생률, 대사이상 등으로 인한 장애자 발생의 결과를 초래하게 될 것이며, 또한 健康相談 등의 1차의료서비스가 보험급여에 포함되지 않을 경우 질병치료비를 높일 가능성도 있다.

치과치료에 있어서는 치석제거(Scaling)시술이 시행되지 않을 경우 높은 치주염 발생(외래 질병소분류별 다발생진료실적중 13위) 등의 결과를 초래할 수 있다.

그 밖에도 현행 의료보험수가에 간호사가 독자적으로 제공하는 간호서비스가 행위별로 산정되어 있지 않고 간호관리료에만 산정(예: 3차진료기관 1일 5,350원)토록 규정되어 있어서 원가보상에도 미치지 못함에 따라 적정 간호인력의 배치가 곤란하다. 따라서 환자에게 양질의 간호서비스가 제공되지 못하고 있어 간병인 고용, 보호자 상주 등으로 인한 경제적 부담이 가중되고 있다.

다. 先進外國의 給與範圍의 動向

1) 西歐諸國의 給與範圍

의료선진국인 서구제국의 급여범위를 보기로 하자. <表 II-6>에서는 유럽대륙의 대표적인 조합방식을 채택하고 있는 獨逸, 국가책임의 NHS방식을 채택하고 있는 英國, 민간의 民營保險의 자율에 맡기되 노인 및 저소득층에 대한 醫療保障制度(Medicare 및 Medicaid)를 갖추고 있는 美國을⁸⁾ 비교의 대상국가로 선정하여 韓國에서 보험급여되지 않고 있는 保險給與를 중심으로 소개하였다.

8) 미국 의료급여(Medical Benefits)의 수혜대상은 年金受給年齡인 65세 이상인 자, 障碍年金受給者, 慢性腎臟疾患者 등이다.

<表 II-6> 西歐先進國의 保險給與(韓國에서 非保險給與 中心으로)

給與內容	영 국	독 일	미 국
醫療給與	<ul style="list-style-type: none"> • 24시간家庭醫서비스 • 家庭看護 • 각종 모든 검사 • 급여기간 제한 없음 ▷本人負擔 • 치과급여의 20% • 건강검진, 처방시 정액부담 (단, 저소득자, 노인, 어린이 예외) 	<ul style="list-style-type: none"> • 疾病豫防 및 健康增進 등 포괄적 서비스 • 암, 성인병, 치과 검진 • 義齒, 補聽器, 眼鏡, 기타 보장구 • 여비 지급: 교통비, 식비, 숙박비 등 • 家庭看護 및 介護(현금 급여 가능) • 급여기간 제한 없음 • 포괄적 再活給與 ▷本人負擔 • 입원시 일당 12DM (단, 14日 限) • 약제는 3~7DM 	<ul style="list-style-type: none"> • 특별식을 포함한 식사 • 再活서비스 • 각종 검사 테스트 • 退院 後 간호요양서비스, 家庭看護서비스 ▷本人負擔: • 입원은 90日 限(60일 까지 716\$ 부담, 그 이후 日當 定額 부담) • 퇴원 後 看護療養: 100일간(21~100일간 89.5\$) • 家庭看護: 100\$부담
傷病 手當金	<ul style="list-style-type: none"> • 근로불능 시작 4일부터 28주간 定額給與 	<ul style="list-style-type: none"> • 근로불능 판결시: 첫 6주간 통상임금의 100%, 그 후 3년간 78주까지 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • 5개 州에서 보수의 定率給與
母性關聯 手當金	<ul style="list-style-type: none"> • 出產手當: 출산 11주 전부터 총 18주간 定額給與 • 出產給與: 6주간 소득의 90%, 이후 12주까지 定額 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 출산시 產前 6주 產後 8주간 통상임금의 100% 지급 • 12세 이하의 질병·입원 시 10일간 有給休暇 	<ul style="list-style-type: none"> • 上同
葬祭費	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득자에게는 사회기금에서 葬祭實費 지급 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 사망시 장례 및 매장비용으로 임금 일액의 20일분 지급 • 피부양자 사망시 그 반액 지급 	<ul style="list-style-type: none"> • 없음

資料: U.S. Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, July, 1995.

Federal Ministry of Health, *Health Care in Germany*, 1995.

2) 日本의 給與範圍와 動向

가) 給與範圍 現況

일본의 보험급여범위는 다음 <表 II-7> 과 같다. 일본의 급여범위의 한국과의 비교에서 다른 특징은 첫째, 피용자와 자영자간, 그리고 피보험자와 피부양자간 차이를 두고 있으며 외래 정액부담이 없는 점이다. 둘째, 입원과 외래간 본인부담에 별 차이를 두지 않고 있다. 셋째, 본인부담에 대한 보상수준이 상당히 높다. 즉 월 보수의 약 20% 이상의 초과부담에 대해 보상하고 있다. 넷째, 現金給與가 잘 보장되어 있어 출산, 상병, 사망 등 생활주기에 따른 소득중단이나 상실에 대한 보장이 이루어지고 있다. 다섯째, 자영자에 대해서는 임의성과 자율성을 인정하고 있다.

나) 日本의 醫療費의 動向

1960년대부터 매년 약 20% 정도로 급격히 상승하던 국민의료비는 1970년대 중반부터 점차 둔화되기 시작하였다. 20% 이상의 의료비 증가는 1975년을 마지막으로 나타났고, 1976~78년도간 평균 15% 이상 증가한 후, 1979년도 이후는 한 자리의 증가율로 정착되고 있다. 그러나 國民醫療費 增加는 國民所得 增加率을 여전히 상회하는 추세를 보이고 있다.

일본과 비교하여 한국의 경우 국민의료비 중 醫療保險給與의 比重이 23%로써 일본의 54%에 비해 훨씬 낮으며, 특히 노인보건급여 29.5%를 합산한 급여 83.5%에 비해서 더욱 낮은 수준이다. 한국의 患者本人負擔 65%는 주로 洋方中心醫療의 本人負擔과 韓方 및 藥局 등에서의 본인부담으로 구성되어 있다. 따라서 의료시장에서의 각종 의

료서비스가 의료보험제도권내로 들어오게 하는 것이 先進化로 이행하는 길이 될 것이다.

〈表 II-7〉 日本의 醫療保險給與範圍

項 目		被 備 者	自 營 者
現物給與	療養給與	90% 本人一部負擔率 10%, 단, 1500엔 이하는 100엔, 1500~2500엔은 200엔, 2500~3500엔은 300엔	70%
	家族給與	80%(입원), 70%(외래)	
高額診療費 本人負擔金 補償		本人負擔 6만3천 엔 (저소득자 3만 5400엔) 초과시 超過分 지급 (1991. 5. ~) • 동일월에 3만엔(저소득자 2만 1천 엔) 이상이 복수 발생할 경우 합산하여 세대단위로 지급 • 4회 이상 발생부터 본인부담은 3만 7200엔 (저소득자 2만 4600엔) • 혈우병, 인공투석의 만성신부전환자의 본인부담 한도는 1만엔	
現金給與	傷病手當金	標準報酬日額의 60%, 1.5년분	(임의급여)
	出產手當金	標準報酬日額의 60% 분만일 이전 42일부터 분만 후 56일	
	出產育兒 一時金	30만엔 (배우자 포함)	
	埋葬料	표준보수월액의 1개월분 최저 10만엔	1~5만엔
	家族埋葬料	10만엔	
財 源	保險料率	4.1%(본인), 4.1%(사용자) ('92.4. ~) • 特別保險料 1% (본인 0.3, 사용자 0.5, 국고 0.2) 건보조합은 평균 3.604%, 4.686%	세대당 평균 14만 6천엔('93)
	國庫負擔	給與의 13% (노인보건의료비 각출의 16.4%) 事務費 全額	給與의 50%(시정촌) (국보조합은 32~ 52%)

註: 平均標準報酬月額('93)은 정부관장건보 28만엔, 조합관장 건보 34만 3천엔
 資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』 第42卷 第14號, 1995.

〈表 II-8〉 日本의 國民醫療費와 醫療保險給與費의 動向

	1975	1985	1990	1991	1992	1993	韓國 ¹⁾
國民醫療費 / 國民所得(%)	5.22	6.17	6.01	6.08	6.5	6.8	4.7
增加率 (%)							
의 료 비	20.4	6.1	4.5	5.9	7.6	3.8	
국민소득	10.2	6.6	7.1	4.7	0.3	-0.6	
國民醫療費 構成(%)							
醫療保險給與	74.0	55.3	54.6	54.4	54.6	54.0	27.6
老人保健給與	-	25.2	28.0	28.5	28.7	29.5	-
患者負擔	12.9	12.0	12.1	12.0	11.8	11.6	53.7
公費負擔	13.1	7.5	5.3	5.1	4.9	4.9	18.7
公費·保險·老人保健의 일부부담	10.3	10.0	10.4	10.3	10.2	10.1	-

註: 1) 국민의료비/GNP는 1993년 기준, 국민의료비 구성은 1991년 기준
 資料: 日本 厚生省, 『國民醫療費』, 1995.
 日本 經濟企劃廳, 『國民所得統計』, 1995.
 신종각·임재영, 「1995년도 우리나라의 국민의료비와 추이분석」, 『보건복지포럼』 제14호, 1997.

라. 韓方醫療保險의 現況 및 問題點

1) 保險給與 對象 韓藥製劑의 制限

韓方醫療保險의 藥劑給與 範圍가 68종 단미 엑스산제로 제한되어 있어, 이러한 단미제로만으로는 효과적인 처방을 내리는 데 어려움이 있다.

진찰, 입원, 조제, 침·구·부항, 그리고 26개의 한약처방으로 1987년 2월 1일부터 전국에 실시된 韓方醫療保險은 1987년 9월 1일부터 10개의 처방을 추가하고 1990년 2월 1일부터는 다시 20개 처방을 추가하였으며(1994년 8월 1일부터 급여범위에 양도락 및 맥진도 검사 포함), 1997년 9월 1일부터 「韓方醫療機關診療費 請求 및 審査基準」에 제시된 56개 기준처방에 대해서만 보험급여를 인정하던 방식을 개선하여 68종의 단미 엑스산제 범위내에서 자유롭게 처방할 수 있도록 하였으나, 한방의료기관을 이용하는 환자의 주요 상병은 중풍, 요통, 관절통

등으로 68종의 단미 엑스산제만으로는 투약될 수 없는 상병이 큰 비중을 차지하고 있다. 일본의 경우는 단미 엑스산제 120종을 보험급여로 인정하고 있어 우리나라의 약 2배에 이르고 있다.

〈表 II-9〉 韓國과 日本의 醫療保險 給與 韓藥製劑 比較

	급여대상 단미제
한국	68종
일본	120종

資料: 韓國韓醫學研究所, 『한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여확대모형 개발』, 1996. 1.

약제급여 범위의 제한 등으로 '96년 한방의료보험 件當診療費 중에서 投藥料는 10.4%에 불과하다.

〈表 II-10〉 韓方醫療保險의 件當診療費 및 金額構成比

(단위: 원, %)

연 도	1994	1995	1996
계	15,627(100.0)	19,437(100.0)	20,627(100.0)
진찰료	7,789(49.8)	7,585(39.0)	8,292(40.2)
입원료	570(3.7)	565(2.9)	812(3.9)
투약료	4,343(27.8)	2,589(13.3)	2,154(10.4)
시술료	2,913(18.6)	8,256(42.5)	8,969(43.5)
검사료	12(0.1)	442(2.3)	400(1.9)

資料: 의료보험연합회, 내부자료.

2) 貼藥에 대한 保險給與 未適用

첩약에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 있으나, 韓藥材의 標準規格化의 未備 및 비효율적인 流通構造 등은 첩약의 보험급여화의 제약요건으로 첩약에 대한 보험급여가 적용되지 않고 있어 國民의 醫療費負擔을 증가시키는 요인이 되고 있다.

3) 物理治療가 必要한 韓方醫療機關 入院患者의 不便

韓方醫療機關 入院患者의 주요 질환인 中風 등의 치료효과를 높이기 위해서는 物理治療를 병행해야 하는 경우가 많으나 한방의료기관의 입원환자가 보험으로 물리치료를 받기 위해서는 양방의료기관에 가서 치료를 받아야 하는 불편이 초래되고 있다.

2. 醫療保險 本人負擔의 實態分析

가. 分析對象 資料

진료비중 本人負擔 實態를 분석하기 위해 이용된 자료는 1995년과 1996년의 2년 동안 受診者가 本人負擔이 과다하다고 판단하여 의료보험관리공단에 이의 신청한 진료비내역중 해당 요양취급기관에서 확인되었던 診療費 徵收內譯書이다. 1995년과 1996년의 각각 8,111건과 7,851건의 受診內譯申告書중 자료로서 가치가 없는 건과 환수 건을 제외한 4,673건(1995)과 4,829건(1996)을 分析對象으로 하였다. 분석시, 총진료비는 환자의 진료시에 보험급여대상의 진료비에 비급여 대상의 진료비를 더한 것으로서 本人負擔比率은 법정 본인부담비율에 非給與負擔比率을 합한 비율이다. 요양기관중 치과와 기타 항목의 경우 분석대상수가 적은 관계로 분석에서 제외하였다. 분석에 이용된 자료는 수진자의 이의신청에 대한 醫療保險管理公團의 실사자료이기 때문에 자료로서의 대표성에 심각한 한계(sample selection bias)를 내포하고 있어 통계결과에 대한 해석에 세심한 주의가 요망된다.⁹⁾

9) 본결과 관련한 보다 구체적 내용은 신종각·임재영(1997)을 참조하기 바라며, 본 보고서에서의 분석결과와는 차이가 발생하는데, 의료개혁위원회의 진행과정에서 보다 정확한 결과를 얻기 위하여 수정·보완하였기 때문이다.

나. 療養機關 規模別 本人負擔 實態

요양기관종별 즉, 의료기관별 本人負擔率과 의료기관 전체의 本人負擔比率은 <表 II-11>, <表 II-12> 및 <表 II-13>에 나타나 있다. 1995년과 1996년의 경우, 입원과 외래를 합한 전체 본인부담비율은 總診療費에 대하여 각각 46.1%와 44.0%이다. 입원진료비에 대한 본인부담비율은 각각 45.8%와 43.7%, 외래의 경우는 각각 62%와 63.6%이다. 1995년의 경우 입원의 의료기관별 본인부담비율을 살펴보면, 韓方病醫院이 82.2%로 제일 높았고, 의원이 53.1%, 3차진료기관이 46.6%, 병원이 46.4%로 나타났으며, 외래의 本人負擔比率을 살펴보면, 한방병의원이 81%로 제일 높았고, 3차진료기관이 70%, 병원이 61.8%, 종합병원이 58.6%, 의원이 52.5%로 나타났다.

<表 II-11> 年度別 本人負擔比率의 推移

(단위: %, 건)

연도	구분	보험자 부담률	본인부담률			건수
			계	법정부담	비급여	
1983~88	입원	59.7	40.3	14.9	25.4	4,298
	외래	33.0	67.0	34.1	32.9	304
	계	59.5	40.5	15.1	25.5	4,602
1993	입원	54.7	45.3	13.7	31.6	4,035
	외래	34.7	65.3	33.6	31.7	306
	계	47.6	52.4	16.1	36.3	4,341
1995	입원	54.2	45.8	13.8	32.0	4,152
	외래	38.0	62.0	32.4	29.6	521
	계	53.9	46.1	14.2	31.9	4,673
1996	입원	56.4	43.7	14.5	29.1	4,405
	외래	36.4	63.6	36.6	27.0	424
	계	56.1	44.0	14.8	29.1	4,829

資料: 노인철 외, 『의료보험 본인부담제에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.
 이병식, 『한국의료보험의 본인부담제에 관한 연구』, 서강대학교 공공정책대학원 석사학위 논문, 1994.
 의료보험관리공단, 『수진내역신고서』, 1995~1996.

〈表 II-12〉 療養機關 種別 保險者負擔과 患者本人負擔(1995~1996年)
(단위: %)

요양 기관 종별	구분	1995				1996			
		보험자 부담	본인부담률			보험자 부담	본인부담률		
			계	법정 부담	비급여		계	법정 부담	비급여
계	입원	54.2	45.8	13.8	32.0	56.4	43.7	14.5	29.1
	외래	38.0	62.0	32.4	29.6	36.4	63.6	36.6	27.0
	계	53.9	46.1	14.2	31.9	56.1	44.0	14.9	29.1
3차 진료 기관	입원	53.4	46.6	14.0	32.6	56.0	44.0	14.5	29.5
	외래	30.0	70.0	39.2	30.8	33.9	66.1	41.1	25.0
	계	53.0	47.0	14.4	32.6	55.7	44.3	14.9	29.4
종합 병원	입원	58.1	41.9	14.6	27.3	60.1	39.9	15.5	24.4
	외래	41.4	58.6	34.3	24.3	33.3	66.7	44.4	22.3
	계	57.8	42.2	15.0	27.2	59.8	40.2	15.9	24.4
병원	입원	53.6	46.4	13.5	32.9	54.2	45.8	13.8	32.0
	외래	38.2	61.8	33.1	28.7	41.9	58.1	33.5	24.6
	계	53.3	46.7	13.9	32.8	54.0	46.0	14.1	31.9
의원	입원	46.9	53.1	11.8	41.3	49.6	50.4	12.6	37.8
	외래	47.5	52.5	22.1	30.4	49.9	50.1	23.3	26.8
	계	46.9	53.1	12.2	40.9	49.6	50.4	12.9	37.5
치과	입원	69.2	30.8	17.3	13.5	57.8	42.2	14.4	27.8
	외래	35.6	64.4	19.8	44.6	15.0	85.0	7.1	77.9
	계	56.8	43.2	18.2	25.0	23.2	76.8	8.5	68.3
한방 병의원	입원	17.8	82.2	5.8	76.4	21.2	78.8	6.1	72.7
	외래	19.0	81.0	13.0	68.0	34.7	65.3	19.3	46.0
	계	17.9	82.1	6.3	75.8	21.6	78.4	6.5	71.9
기타	입원	44.7	55.3	11.2	44.1	61.6	38.4	15.4	23.0
	외래	61.1	38.9	38.9	0.0	60.5	39.5	29.2	10.3
	계	44.8	55.2	11.4	43.7	61.4	38.6	18.1	20.5

資料: 의료보험관리공단, 『수진내역신고서』, 1995~1996.

1996년의 경우 입원의 의료기관별 本人負擔比率을 살펴보면, 한방병
의원이 78.8%, 의원이 50.4%, 병원이 45.8%, 3차진료기관이 44%의 순으
로 나타났으며, 외래의 본인부담비율을 살펴보면, 종합병원이 66.7%, 한
방병의원이 65.3%, 3차진료기관이 66.1%, 병원이 58.1%, 의원이 50.1%
로 나타났다. 1995년도 외래의 非給與負擔率을 살펴보면, 한방병의원의
68%와 3차진료기관의 30.8% 등의 순이었으며, 入院의 非給與負擔率을

살펴보면, 한방병의원(76.4%), 의원(41.3%), 병원(32.9%) 등의 순이었다. 1996년 외래 비급여부담률을 살펴보면, 한방병의원(46%), 의원(26.8%), 3차진료기관(25%) 등의 순으로 나타났으며, 입원의 비급여부담률을 살펴보면, 한방병의원(72.7%), 의원(37.8%), 병원(32%)의 순으로 나타났다.

한편 임의비급여 항목을 포함한 本人負擔內譯은 <表 II-13> 과 같으며(편의상 한방의료를 제외하였음), 任意非給與가 전체 진료비중 5.7%를 차지하는 것으로 추정되고 있다.

<表 II-13> 療養機關 種別 患者本人負擔率(1996年, 韓方醫療 除外)
(단위: %)

종 별	구분	보험자 부담	환자본인부담				
			계	법정본인 부담 ¹⁾	비급여본인부담 ²⁾		
					계	정당 비급여 ³⁾	임의 비급여 ⁴⁾
계	계	56.4	43.6	14.9	28.6	22.9	5.7
	입원	56.8	43.2	14.6	28.7	23.0	5.7
	외래	36.3	63.7	36.9	26.8	18.1	8.7
3차 진료기관	계	55.6	44.4	14.8	29.6	23.8	5.8
	입원	55.9	44.1	14.5	29.6	23.9	5.8
	외래	34.0	66.1	41.2	24.8	16.9	8.0
종합병원	계	59.9	40.1	15.9	24.2	19.3	4.9
	입원	60.3	39.7	15.5	24.2	19.3	4.9
	외래	33.2	66.8	44.4	22.4	15.9	6.5
병 원	계	54.0	46.0	14.1	31.9	24.4	7.4
	입원	54.3	45.8	13.8	32.0	24.7	7.3
	외래	41.9	58.1	33.5	24.6	11.8	12.9
의 원	계	49.6	50.4	12.9	37.5	30.5	7.0
	입원	49.6	50.4	12.6	37.8	31.0	6.8
	외래	49.9	50.1	23.3	26.9	14.7	12.2
치과의원	계	14.2	85.8	6.2	79.7	71.5	8.1
	입원	49.6	50.4	12.6	37.8	31.0	6.8
	외래	14.2	85.8	6.2	79.7	71.5	8.1

註: 1) 의료보험법이 정한 바에 의거 그 비용의 일부를환자가 부담
 2) 보험급여대상에서 제외되는 의료서비스에 대해 환자가 전액부담
 3) 요양급여 기준에 명시된 비급여
 4) 요양급여 기준에 명시되지 않은 비급여
 資料: 의료보험관리공단, 『수진내역신고서』, 1996.

다. 非給與 및 全額本人負擔의 內譯

〈表 II-14〉는 전액본인부담을 포함한 非給與의 內譯構成비가 연도별로 어떻게 변화해 왔는지를 보여주고 있다. 전체 의료기관을 포함한 경우 각 연도별로 非給與項目 중 指定診療料, 病室料 差額 및 食代가 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 그 비율은 1984년 이후 계속 감소해 오다가 1996년에는 증가추세로 돌아서고 있다.

〈表 II-14〉 非給與의 項目別 構成比 推移(給與中 全額本人負擔 包含)
(단위: %)

요양 기관	연도	지정 진료료	병실료 차액	식대	CT MRI	초음파	투약 주사	마취	물리 치료	수술 처치	검사 X선	기타
계	1984	28.9	33.8	25.6	5.3	3.9	-	-	-	-	-	2.4
	1988	18.8	26.7	29.3	7.4	4.9	-	-	-	-	0.2	12.7
	1993	13.7	23.9	21.3	12.1	-	8.4	11.4	-	-	2.4	6.8
	1995	13.1	21.9	20.7	7.8	6.2	3.2	0.4	0.1	1.3	1.1	24.2
	1996	13.9	23.5	23.1	4.5	6.5	4.1	0.8	0.1	2.6	1.7	19.2
3차 진료기관	1995	22.8	15.9	17.0	10.0	4.8	1.5	0.2	0.1	1.1	0.9	25.7
	1996	23.7	17.3	22.6	6.9	5.2	2.8	0.2	-	2.5	1.1	17.7
종합 병원	1993	18.7	21.0	21.7	13.4	-	7.0	10.1	-	-	2.3	5.8
	1995	10.4	22.5	25.6	8.8	6.7	4.2	0.4	0.1	1.9	1.4	18.0
	1996	11.8	25.3	26.0	3.9	6.7	4.8	0.9	0.1	2.9	2.3	15.3
병원	1993	0.0	34.4	22.8	9.1	-	7.8	12.4	-	-	3.3	10.2
	1995	1.0	32.6	23.4	4.8	8.4	5.3	0.6	0.1	1.0	1.5	21.3
	1996	-	32.5	22.7	2.0	6.9	6.5	2.0	0.1	2.5	3.0	21.8
의원	1993	0.3	31.3	19.1	8.6	-	11.3	17.7	-	-	2.8	9.0
	1995	0.1	34.2	19.8	1.4	8.4	4.7	1.1	0.1	1.2	1.0	28.0
	1996	-	34.6	20.1	0.6	11.1	5.8	1.8	0.1	2.4	22.1	1.4
치과	1993	25.0	35.2	21.5	2.7	-	3.1	10.9	-	-	1.7	-
	1995	-	15.3	15.0	-	43.8	0.6	-	-	1.6	-	23.7
	1996	-	-	2.0	-	-	0.2	-	5.1	3.1	-	89.6
한방 병의원	1993	1.5	19.4	12.7	0.6	-	45.9	6.9	-	-	1.0	12.0
	1995	0.2	7.1	15.8	4.1	0.8	1.1	-	-	-	0.5	70.4
	1996	0.8	14.4	15.8	0.8	-	0.4	-	0.1	0.4	0.3	67.0

註: 약국, 보건기관, 조산소는 요양기관종별에 포함되지 않았으나 전체에는 포함됨.
1993년의 경우 종합병원에 3차진료기관이 포함됨.

資料: 노인철 외, 『의료보험 본인부담제에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.

이병식, 『한국의료보험의 본인부담제에 관한 연구』, 서강대학교 공공정책대학원 석사학위 논문, 1994.

특기할 사항으로, 근년(1995, 1996年)에 이르러 其他項目이 非給與內譯에 상당한 부분(24.2%, 19.2%)을 차지하고 있음을 알 수 있다. 초음파의 경우 계속적인 증가추세를 보이고 있으나, 반면 CT/MRI의 경우 1993년 이후부터는 감소추세를 보이고 있다. 요양기관종별 주요 내역은 3차진료기관과 종합병원의 경우, 指定診療料, 病室料 差額, 食代 및 其他項目 등이 주요항목으로서 비슷한 양상을 나타내며, 병원의 경우 病室料 差額, 食代 및 其他項目이 주요 內譯이다. 의원인 경우, 病室料 差額, 食代의 비중이 높으며, 특히 1996년에는 초음파(11.1%)와 검사 및 X선(22.1%)의 비중이 크게 높다. 한방병원의 경우, 其他項目, 病室料 差額 및 食代가 非給與의 主要項目들이다. 요양기관종별에 관계없이 病室料 差額, 食代, 其他項目이 本人負擔 非給與의 높은 비중을 차지하고 있다. 3차진료기관에서는 指定診療料가 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 其他項目 比率이 높은 이유들로는 정상분만의 경우 신생아 포경수술과 선천성 대사이상 검사가 많으며, 치과의 경우 보철등 비급여 진료때문이며, 한방의 경우 貼藥과 물리요법 등 보험급여 밖의 항목들 때문으로 해석된다.

한편 요양급여기준상 명시된 非給與(즉 전액본인부담은 제외)의 항목별 구성비는 <表 II-15>와 같다.

임의비급여의 항목별 구성은 <表 II-16>과 같다. 任意非給與 項目別 構成比를 살펴보면, Type 1+2는 39.3%, Type 3은 47.3%, 기타 13.4%로 나타남으로써 의료기관이 대형화 될수록 Type 1+2의 비율이 높아 신의료기술부분에 의한 영향을 많이 받고 있음을 알 수 있다.

〈表 II-15〉 療養給與基準에 明示된 非給與 項目別 構成比

(단위: %)

종 별	구분	식대	상급병실료	지정진료료	M R I	초음파	기 타 ¹⁾
계	계	29.2	29.7	17.7	5.7	8.3	9.4
	입원	29.5	30.1	17.7	5.6	8.0	9.1
	외래	0.0	0.0	20.2	13.9	33.3	32.7
3차 진료기관	계	28.1	21.7	29.4	8.6	6.4	5.7
	입원	28.4	21.9	29.3	8.4	6.3	5.7
	외래	0.0	0.0	42.9	28.8	21.9	6.4
종합병원	계	32.6	31.7	14.5	4.7	8.5	7.9
	입원	32.9	32.6	14.5	4.7	8.2	7.7
	외래	0.0	0.0	17.1	9.1	40.3	33.5
병 원	계	29.6	42.4	0.0	2.6	9.0	16.4
	입원	29.9	42.7	0.0	2.7	8.3	16.4
	외래	0.0	0.0	0.0	0.0	88.4	11.6
의 원	계	24.7	42.5	0.0	0.7	13.6	18.5
	입원	25.0	43.0	0.0	0.6	13.0	18.4
	외래	0.0	0.0	0.0	7.9	65.7	26.4
치과의원	계	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	입원	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	외래	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

註: 한방의료는 제외하고 분석한 결과치임.

〈表 II-16〉 醫療保險 任意 非給與 項目別 構成比(1996年)¹⁾

(단위: %)

종 별	구분	Type 1+2	Type 3					기 타 ²⁾
			계	약 제	검 사	수술료	기타 행위료	
소계	입 원	39.6	47.5	21.4	5.7	13.2	7.2	12.9
	외 래	25.9	43.1	8.0	16.6	11.2	7.3	31.0
3차 진료기관	입 원	45.7	34.4	14.4	4.4	13.0	2.6	19.9
	외 래	14.8	9.4	2.8	6.3	0.3	0.0	75.8
종합병원	입 원	36.8	54.8	24.4	7.6	14.7	8.1	8.4
	외 래	31.3	60.4	10.3	31.2	12.3	6.6	8.3
병 원	입 원	29.3	60.8	28.4	6.1	10.9	15.4	9.9
	외 래	44.2	49.9	7.1	19.3	6.7	16.8	5.9
의 원	입 원	35.6	61.9	32.1	4.8	12.6	12.4	2.5
	외 래	29.8	66.8	16.2	14.0	22.7	13.9	3.4
치과의원	입 원	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	외 래	0.0	88.0	0.0	30.6	55.0	2.4	12.0

註: 1) 한방진료 제외

2) 자료 미제출의 경우임.

資料: 의료보험관리공단, 『수진내역신고서』, 1996.

라. 主要 傷病別 本人負擔 實態

1995년도를 기준으로 하여 다빈도 상병순과 건당 非給與 診療費가 많은 순으로 하여 9가지 傷病의 非給與 內譯을 고찰하고자 한다. 비급여에 대한 이의 신고처리건중 가장 많은 상병은 完全 正常分娩이며, 다음으로는 제왕절개, 급성충수염(맹장염), 백내장, 추간판장애(디스크)의 순이었다. 내역별 비중은, 完全 正常分娩인 경우 病室料 差額, 其他項目, 食代의 비중이 높았고, 帝王切開의 경우 病室料 差額, 其他項目, 指定診療料의 항목비중이 높았다. 추간판장애의 경우 非給與項目中 病室料 差額, 食代, 其他項目의 순으로 비중이 높았다.

1995년을 기준으로 건당 비급여 금액이 많은 상병들로서 위의 악성신생물, 뇌내출혈, 담석증, 뇌동맥폐색, 추간판장애 등의 內譯을 고찰한다. 위의 악성신생물은 病室料 差額, 指定診療料, 食代의 比重이 높았고, 뇌내출혈은 食代, 其他項目, CT/MRI의 비중이 높았으며, 담석증은 指定診療料, 病室料 差額, 食代, 其他項目, 뇌동맥폐색은 病室料 差額과 其他項目이 큰 비중을 차지한다. 이상과 같이 주요 傷病別 非給與 內譯을 살펴본 바, 지금까지 일반적으로 알려진 주요 非給與 項目들인 指定診療料, 病室料 差額, 食代 이외에 별도로 분류하기 어려운 其他項目의 비중이 상당히 큰 부분을 차지하고 있음을 알 수 있다.

〈表 II-17〉 主要 傷病別 非給與內譯(1995年)

(단위: 건, 천원, %)

상병	건수	평균 非給與 진료비	지정 진료료	병실료 차액	식대	CT MRI	초음 파	투약 주사	마취	물리 치료	수술 처치	검사 X선	기타	
다빈 도 상병	완전 정상분만	354	150	2.5	30.6	19.2	0.3	10.8	6.5	0.3	0.1	1.3	1.4	27.0
	제왕절개	204	348	6.0	38.6	18.4	0.4	7.2	6.0	38.6	18.4	2.3	1.1	20.9
	급성 충수염	80	204	10.2	34.3	20.3	1.0	7.1	0.6	-	2.1	7.8	2.5	14.1
	백내장	67	327	18.2	24.0	14.8	4.0	20.0	1.0	0.1	-	0.7	1.2	16.0
	추간관장애	58	564	12.0	32.3	25.3	9.8	2.6	1.1	0.1	0.1	0.5	0.6	15.6
건당 고액 진료 비	위의 악성신생물	18	1,309	18.0	30.7	19.9	12.1	2.6	7.4	-	-	1.1	0.2	8.0
	뇌내출혈	17	1,111	9.8	4.2	22.5	25.5	1.3	5.5	-	-	0.2	0.2	30.8
	담석증	28	955	24.4	18.8	17.7	18.8	4.8	1.7	0.3	-	1.0	0.9	11.6
	뇌동맥폐색	25	722	3.1	23.5	17.6	21.6	6.0	1.4	-	0.1	0.1	0.5	26.1
	추간관장애	58	562	12.1	32.4	25.3	9.8	2.6	1.1	0.1	0.1	0.5	0.6	15.4

資料: 의료보험관리공단, 「수진내역신고서」, 1995.

Ⅲ. 醫療保險 給與範圍의 擴大方案

1. 醫療保險 給與範圍의 基本方向

醫療保險 給與範圍의 設定에 있어서 기본적인 원칙은 다음 3층체계의 관점에서 접근하는 것이 바람직하다고 생각한다.

첫째, 疾病의 診斷, 治療, 再活과 관련된 基本的이고 必須的인 醫療 서비스는 公保險에서 담당하고,

둘째, 豫防接種 등 基礎的인 豫防醫療서비스는 政府가 보건예방사업을 확대하여 담당하며,

셋째, 高級化된 의료서비스 및 부가적 의료서비스에 대하여는 民間 保險에서 담당하도록 영역을 설정하여야 할 것이다.

이러한 향후 給與範圍 設定의 基本方向은 [圖 Ⅲ-1]을 참조할 수 있다. 그러면 급여범위의 확대시 실질적으로 우선 급여가 확대되어야 하는 부분들을 제시해 보면

첫째, 환자의 치료효과를 높이고 고통을 줄일 수 있는 基本的인 醫療行爲와 치료기간 단축 등 費用效果的인 醫療行爲 등에 대한 급여로써 예를 들면 나비바늘 등과 같은 것들은 우선적으로 급여화 하여야 한다.

둘째로는 질병의 早期發見과 正確한 診斷을 위하여 보편적으로 이용되고 있는 尖端醫療裝備에 대한 급여로써 초음파, MRI 등이다.

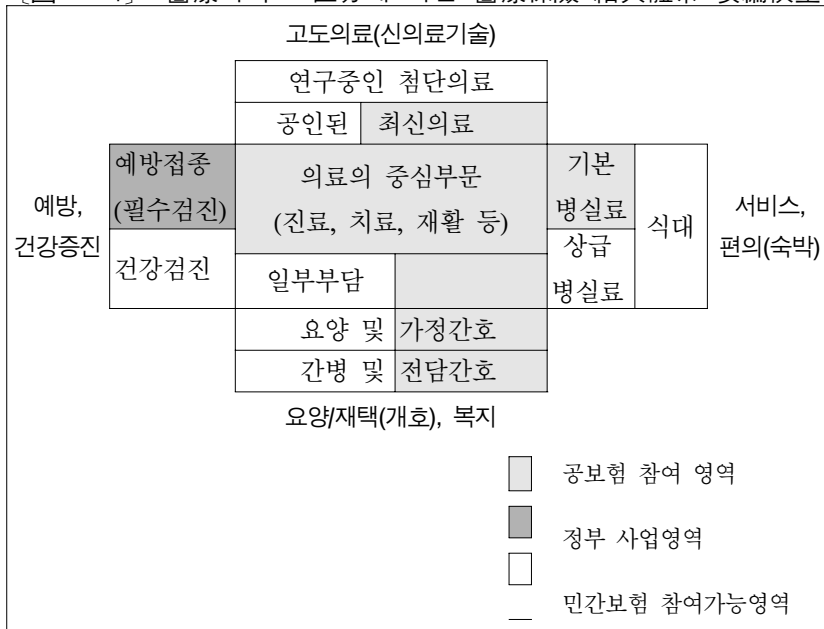
셋째, 의학발전에 따른 새로운 의료기술로서 그 효과가 공인된 의료행위 및 재료대 등으로 혈관용 Stent 등이 급여화 되어야 한다.

넷째, 豫防醫療와 관련되어 질병을 未然에 豫防할 수 있는 産前診

察이나 畸形兒檢査와 入院診療나 高額診療비 발생을 줄일 수 있는 長期療養施設 및 在宅診療 등의 급여화이다.

다섯째, 고급화된 의료서비스나 부가적인 의료서비스인 上級病室料 差額, 食代, 看病人, 任意健康診斷 등에 대해서는 민간보험을 통해 보충할 수 있도록 하여야 할 것이다.

[圖 III-1] 醫療서비스 區分에 따른 醫療保險 給與體系 改編模型



註: 廣井良典, 『醫療の經濟學』, 日本 經濟新聞社, 1994를 수정한 것임.

2. 保險給與의 適正範圍에 대한 考察

향후 醫療保險 給與範圍의 擴大時에 지켜져야 할 일반적인 原則을 제시한다면 첫째, 限定된 可用資源을 효율적으로 활용하여 의료이용자에게 적은 費用으로 質좋은 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이

며, 둘째, 향후 급여기간의 연장 및 급여범위의 확대, 보건예방사업의 강조 등으로 國庫支援의 擴大가 요청되는데, 가능한 국고지원을 자제 하면서 醫療保險制度의 틀속에서 財政을 安定化시키는 방향으로 나아가는 것이 바람직하다고 생각한다. 이에 따라 保險給與範圍의 擴大를 추구함에 있어서 財政安定化를 도모하고, 保險料負擔의 衡平性을 제고해 나가야 할 것이다.

이러한 일반적인 원칙을 제시하더라도 이를 뒷받침할 만한 이론적 혹은 실증적인 연구는 찾아보기가 어렵다. 다만 本節에서는 먼저 의료보험의 適正給與範圍에 대한 이론적 논의를 일부 소개하고, 다음으로 보험급여에 대한 本人一部負擔金(copayment)의 導入 혹은 增加가 醫療需要에 미치는 영향에 대한 몇 가지 實證的 研究를 소개한다. 그리고 급여범위의 실질적 확대방안을 제시하고 給與擴大에 따른 재정 소요액을 추산하여 給與擴大時 정책결정에 시사점을 주고자 한다(최병호, 1996).

가. 保險給與의 適正範圍에 대한 理論

醫療保險의 適正給與範圍에 대한 가장 간단한 모형을 보자. 消費者의 富를 W 라 하고, 질병 혹은 사고가 발생할 확률이 p 이며 그에 따라 그가 입을 손실액을 L 이라 하자. 이러한 손실을 보전하기 위해 보험에 가입하는 경우 보험급여범위가 q 인 경우 그가 지불하여야 할 보험료는 xq (여기서 x 는 q 한 단위당 보험료)가 될 것이다. 여기서 소비자는 어느 정도의 급여범위를 구입하려 할 것인가를 보자. 소비자의 效用極大化 問題는

$$\max pu(W - L - xq + q) + (1 - p)u(W - xq)$$

가 될 것이며, 그 解로써 $L=q$ 를 얻게 된다.¹⁰⁾ 따라서 소비자는 손실액 L 전액을 보험급여범위로 포함할 것을 원할 것이다. 이러한 결과는 소비자가 疾病發生確率 p 에 영향을 미치지 못한다는 가정에 기초하고 있다.

만약 소비자가 이러한 확률에 영향을 미치는 경우 보험자는 部分的 保險給與를 제공하려 할 것이고 소비자는 질병발생에 대해 注意를 기울일 것이다. 여기에 관련한 분석은 보다 복잡해진다. 소위 ‘道德的 危害’(moral hazard)문제로서 보험가입자가 적절한 주의를 기울이지 않는 경우에 발생하는 문제이다. 질병이 발생하는 상태를 ‘상태 1’, 발생하지 않는 상태를 ‘상태 2’라 하고, 질병이 발생하지 않도록 주의하는 상태를 b , 주의하지 않는 상태를 a 라 하자. 이 때 보험자가 피보험자의 注意를 원하는 경우의 인센티브 문제는

$$\begin{aligned} \max \quad & \pi_{1b}s_{ib} + \pi_{2b}s_2 \\ \text{s. t.} \quad & \pi_{1b}u(W - s_1 - L) + \pi_{2b}u(W - s_2) - c \geq \bar{u} \\ & \pi_{1b}u(W - s_1 - L) + \pi_{2b}u(W - s_2) - c \geq \\ & \pi_{1a}u(W - s_1 - L) + \pi_{2a}u(W - s_2) \end{aligned}$$

π : 疾病發生確率

s : 소비자로부터 보험자에 대한 純支給額(net insurance payment)

: 疾病이 발생하지 않도록 注意하는 데 드는 費用

여기서 인센티브 문제가 없고 질병발생확률이 피보험자의 행위와 무관하고, 보험자의 이윤이 零일 때의 適正解는 $s_2 = s_1 + L$ 로서 보험자는 손실액 전액을 보험하려 할 것이고 피보험자는 질병발생 여부와

10) 解의 도출은 附錄 II를 참조. 適正保險에 대한 일반적 논의는 Varian(1992) pp.177~181 과 pp.455~457을 참고함.

관계없이 동일한 富를 가지게 될 것이다. 다시 인센티브 문제가 존재할 때, 보험자의 이윤을 零으로 할 때 (혹은 경쟁적 상황에서 이윤이 零이 될 때)의 제약조건은 다음과 같다.

$$\begin{aligned} \pi_{1b}s_1^* + \pi_{2b}s_2^* &= 0 \\ \pi_{1b}u(W - s_1^* - L) + \pi_{2b}u(W - s_2^*) - c &= \\ &= \pi_{1a}u(W - s_1^* - L) + \pi_{2a}u(W - s_2^*) \end{aligned}$$

상기 두 式에서 均衡點 (s_1^* , s_2^*)을 결정할 수 있다. 여기서 이러한 균형을 깨면서 損失全額을 보험하는 계약은 없다는 점을 유의하여야 한다.

이상의 분석에서 우리는 피보험자의 행위가 疾病 혹은 事故發生에 영향을 미칠 수 없는 부분, 예를 들면 應急醫療, 外部環境汚染에 의한 疾病發生 등에 대해서는 보험급여범위를 제한하지 않거나 본인부담이 없는 것이 바람직할 것이라는 결론을 내릴 수 있을 것이다. 그러나 피보험자의 행위가 질병발생과 有關한 영향을 가지고 있을 때에는 피보험자가 注意할 수 있도록 보험급여범위를 제한하여 本人負擔을 부과하는 것이 옳을 것으로 볼 수 있다. 다만, 어느 정도의 本人負擔이 바람직할지는 課題로 남는다.

여기서 우리가 留意하여야 할 부분은 保險給與範圍의 定義에 관한 것이다. 특정 질병 발생시 소요되는 保險金을 의미하는 경우에 급여범위는 보험금 중 어느 정도를 급여하느냐가 문제가 된다. 현재 우리나라의 경우 보험급여는 어떤 특정 질병의 발생에 따라 질병별 소요되는 비용을 기준으로 보험급여로 하기보다는, 어떠한 질병이든지 진료에 필요한 항목 가운데 보험급여와 비보험급여로 분리하여 적용하는 項目別 酬價制(fee-for-service)에 기초하고 있다. 따라서 질병 종류에 따라 보험급여의 범위가 달라질 수 있다. 만약 疾病群別 酬價制(case-per-payment)에 의할 경우에는 질병별 소요되는 標準費用을 기준

으로 보험급여의 범위를 산정할 수 있을 것이다.

保險給與의 範圍決定은 민간보험이든 사회보험이든 의료서비스의 費用效果性과 道德的 危害의 존재 및 정도에 의존할 것이다. 그렇다면 과연 이들간에 어떠한 관계가 있는지 즉 어느 정도의 급여범위가 바람직한지가 문제가 될 것이다. 그러나 여기에 대한 시원한 답변을 제시할 수 있는 연구가 충분하지 않다. 근래에 Pauly and Held(1990)는 적정한 급여범위는 道德的 危害의 정도와 비례한다는 것을 보여주려 하였고, 주로 새로이 추가된 의료서비스(예: 예방급여)에 대한 도덕적 위해의 정도에 논의의 초점을 두었다. 다시 말하면 보험급여범위에 대한 비용효과적 분석은 도덕적 위해의 정도와 형태에 대한 情報(需要者의 價格彈力性: user price elasticity of demand)에 의해 뒷받침되어야 한다는 것이다.¹¹⁾

나. 保險給與範圍의 縮小를 위한 本人負擔金이 醫療需要에 미치는 影響

保險給與範圍를 制限하는 방법으로서의 本人負擔制는 의료서비스에 대한 保險化가 지나친 의료수요를 수반하는 道德的 危害(moral hazard)를 초래하는 경우 의료서비스 이용시 本人의 負擔價格을 引上시킴으로써 불필요한 需要를 抑制하여 의료자원의 비효율적 이용을 방지할 수 있다. 給與上限制는 고가의 의료서비스에 대한 수요를 보다 低價의 의료서비스로 전환하도록 하는 代替效果(substitution effect)를 통해 의료자원 이용의 효율을 기할 수 있다. 그런데 실제로 本人負擔

11) 豫防的 給與와 保險給與範圍간 關係에 대한 분석을 한 전통적인 접근인 社會的 觀點(societal perspective)에서의 후생경제학적 패러다임을 사용한 접근으로는 Nordquist and Wu(1976年)와 Phelps(1978年)를 참조하기 바란다. 한편 도덕적 위해가 厚生損失(welfare loss)을 야기할 것으로 분석한 초기의 연구논문으로는 Pauly(1968年)와 Feldstein(1973年)을 참조할 수 있다.

제가 보험재정보호를 위한 의료비 억제 수단으로 인식되고 사용하고 있는 경향이 많다.¹²⁾ 본인부담제가 미치는 否定的인 影響을 보면 다음과 같다. 첫째, 위험이 큰 질병(high risk)은 價格非彈力的이므로 本人負擔制의 효과가 미흡할 것이며, 따라서 저소득자에 대한 의료접근 기회를 제약하게 될 것이다. 둘째, 본인부담제의 과잉수요 억제 효과는 短期的인 것에 그칠 가능성이 크다. 또한 수요감소에 따른 의사의 소득감소를 보전하기 위한 필요 이상의 過剩診療(over-doctoring)를 유발할 수 있다.¹³⁾ 셋째, 본인부담제는 소득계층에 따라 負擔이 逆進的이므로 醫療接近機會의 衡平性에 문제를 야기한다. 넷째, 질병의 조기진단 및 치료를 주저하게 되어 長期的으로 治療費를 增加시키고 國民健康增進에 否定的인 結果를 초래할 수 있다.

본인일부부담제가 의료수요에 미치는 實證的 研究는 많이 이루어졌으나 아직까지 알고자 하는 충분한 정보를 제공하지는 못하고 있다. Phelps(1973)는 25% 定率負擔의 訪問回收에 대한 수요탄력도를 -0.18로 추정하였다. Newhouse and Phelps(1974a)는 25% 정률부담이 입원지출을 최저 17% 감소시킨다고 추정하였다. Beck(1974)은 캐나다의 1968년의 정액제 도입이 저소득가구의 외래서비스 이용을 18% 정도 억제시켰다고 추정하였다.¹⁴⁾

국내의 연구로는 1986년에 도입된 定額制가 醫療需要에 미친 영향

12) 本人負擔制에는 진료비 중 일정 비율을 본인이 부담하는 定率負擔制, 진료비 중 일정액까지 본인이 부담하도록 하는 定額負擔制(deductible), 진료비 중 一定上限을 초과하는 부분에 대해 본인이 부담하도록 하는 給與上限制(limit or maximum)가 있다. 그 외에 진료항목 중 일정 부분에 대해 保險適用을 除外하는 非給與로서 본인이 부담하는 給與制限制(exclusion)가 있다. 본인부담제에 대한 상세한 설명은 노인철 외(1989年) 참조.

13) 의료공급자의 醫療需要誘引에 대해서는 Roemer(1961年), Evans(1974年), Fuchs(1978年), Rice and Labelle(1989), Rochaix(1989), Dranove and Wehner(1994)를 참조.

14) 그 외 본인부담이 의료수요에 미치는 영향에 대한 분석논문으로 Phelps and Newhouse(1972, 1974), Newhouse and Phelps(1974b) 등을 참조할 수 있다.

에 대한 분석으로서 노인철 외(1989년)와 정기택(1992, 1993년)이 있는데 양 연구의 결과가 반드시 일치하지는 않고 있다.¹⁵⁾ 1986년의 定額制는 주로 의료전달체계를 확립하기 위한 價格誘引政策으로서 (綜合)病院에 환자가 집중되는 현상을 완화하고 일차의료기관인 醫院의 이용을 유도하기 위한 제도였다.

노인철 외(1989년)에 따르면 1986년의 外來 定額制 도입 이후 병원, 5~14세 인구, 다빈도상병의 수요량은 감소한 반면 의원, 45세 이상, 만성질환 및 고액진료비를 요하는 질환의 수요는 증가한 것으로 분석하였다.¹⁶⁾ 이러한 결과는 醫院 利用을 증가시키고 가벼운 疾病의 醫療濫用을 줄이는 긍정적인 효과를 가져온 반면에 수진율의 감소가 1년에 한정되는 一時的 需要減少效果만을 가져왔으며, 이미 높은 수준인 件當 投藥日數를 더욱 증가시키는 약제투여강도의 강화와 같은 부정적인 영향을 초래하였음을 분석하고 있다. 또한 非給與를 포함한 本人負擔은 외래의 경우 67%, 입원의 경우 40.3%로서 매우 높은 수준이며 특히 소득계층별로 볼 때 저소득층의 부담이 더욱 가중되는 결과를 가져왔다고 분석하고 있다.

정기택(1992, 1993년)은 1984~88년간 직장의료보험에 가입한 10,170 가구를 대상으로 분석한 결과, 1986년 定額制 導入 이후 個人醫療費는 8% 감소하였고 個人別 保險給與費는 26% 감소한 것으로 추정함으로써 保險財政 改善과 醫療費 增加 抑制라는 면에서 긍정적인 결과를 얻었다. 그러한 결과는 수진건당 방문횟수 및 진료일수의 감소로부터

15) 1986년 이전의 外來 본인부담은 종합병원과 병원은 진료비의 50%, 의원은 30% 였으나, 1986년 定額制는 종합병원은 진찰료와 진료비의 55%, 병원은 진찰료와 진료비의 50%, 의원은 기준액 이상은 진료비의 30%, 기준액 이하는 일정 고시액을 본인이 부담하도록 하였다.

16) 본인부담률이 의료기관 중에서는 병원, 상병 중에서는 백내장, 정상분만에서 가장 높았고, 본인부담비중이 항목별로는 식대, 특진료, 초음파검사 등에서 높았다.

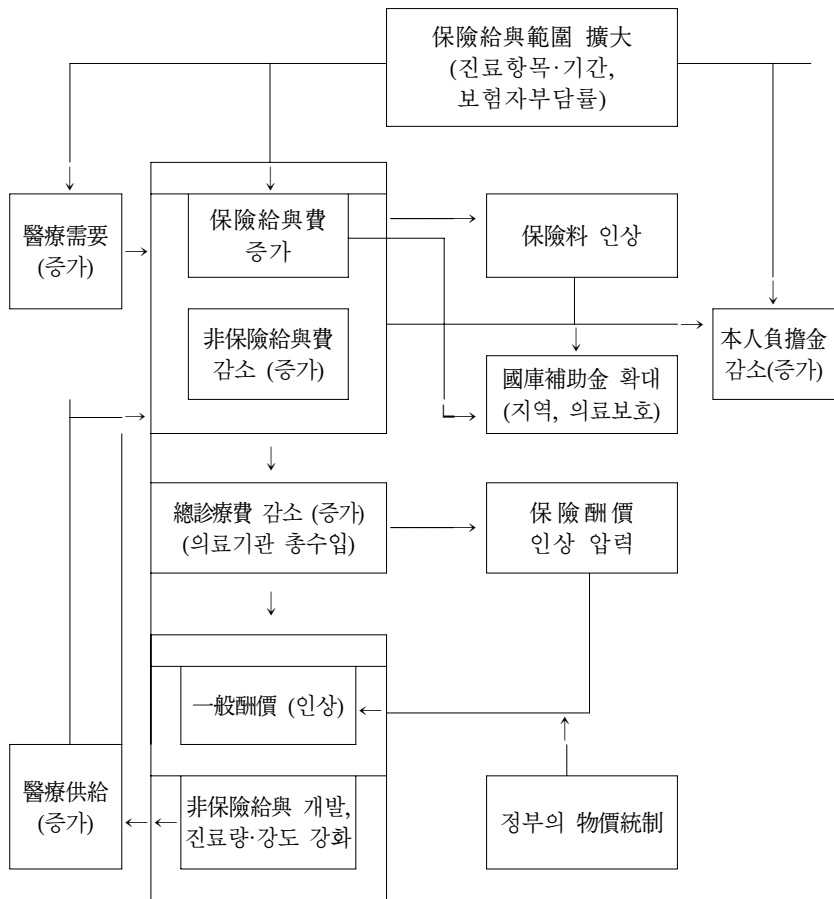
기인하며, 반면 방문건당 平均 醫療費는 증가하였으나 前者의 감소보다 증가폭이 낮았다. 의료기관별로 분석한 결과는 의원에서의 방문횟수는 10%, 투약일수는 5% 감소한 반면, 병원 및 종합병원의 경우는 거의 변화를 보이지 않아 정액제 도입의 의도와는 다른 결과를 보였다. 그 이유로서 저자는 첫째, 本人負擔金 증가가 충분하지 못한 경우 醫療需要에 통계적으로 有意한 영향을 주지 못한다는 점 둘째, 醫療의 質이 병원과 의원간에 다를 경우 需要彈力性이 다를 것이며 따라서 의료수요에 영향을 미치는 것은 實際價格이 아닌 質을 고려한 價格(quality adjusted price)이 작용할 것이라는 점, 셋째는 情報의 不確實性으로 대학병원의 명성이 환자의 불안감을 줄여 本人負擔金 增加를 충분히 상쇄할 것이라는 것을 원인으로 들고 있다. 또한 急性患者에 비해 慢性患者가 본인부담제에 더 민감한 반응을 보이고 있는데, 그 이유는 만성질환에 대해 더 많은 정보를 갖고 치료를 연기하거나 포기하기가 쉽기 때문으로 해석하고 있다.

다. 給與範圍 擴大의 波及效果

보험급여범위의 확장은 그렇게 간단한 문제는 아니다. 給與範圍의 擴大에는 필연적으로 그에 상응하는 費用이 요구된다. [圖 III-2]에서와 같이 給與範圍 擴大에 따르는 費用은 다음과 같다. 첫째, 給與範圍의 擴張은 保險財政規模의 증가와 保險料의 인상을 수반하게 되고, 또한 정부가 재정을 지원하고 있는 地域醫療保險 및 醫療保護給與에 대한 國庫支援의 增大가 수반될 것이다. 둘째, 급여범위의 확대는 醫療需要 증대를 유발하고, 의료기관의 收入補填을 위한 供給增加를 誘導할 가능성이 있을 것이다. 셋째, 현재 급여비부담에 대한 재정안정 장치로서 地域組合에 대한 國庫負擔金 사업과 組合間 財政調整事業(노인의료비 및 고액진료비 공동부담사업)이 실시되고 있는데 급여범

위 확대에 따라 이러한 사업의 확대가 요청될 것이다. 넷째, 이와 함께 급여비에 대한 財源調達에 있어서 保險料賦課의 衡平性 확보문제가 더욱 큰 정책과제로 부각될 것이다. 궁극적으로는 급여범위의 확대가 國民厚生에 미치는 便益과 負擔을 비교하고, 편익이 크다고 판단되는 경우 확대방안을 모색하여야 할 것이다.

[圖 III-2] 給與範圍 擴大의 波及經路



醫療利用의 衡平性 側面에서 給與範圍 擴大의 優先順位는 診療費用이나 家計의 負擔能力과 관계없이 必須的으로 需要되는 給與範圍부터 이루어지는 것이 타당할 것이다. 즉 價格과 所得에 대해 非彈力的인 需要項目에 우선순위가 주어져야 할 것이다. 效率性的 측면에서는 給與範圍 擴大로 인한 危險分散效果로부터 얻는 消費者의 厚生增加와 醫療需給兩面에서의 道德的 危害(moral hazard)에 의한 浪費의 측면을 비교형량하여야 할 것이다.

巨視的으로 보아 급여범위의 확대가 의료기관의 經營收支, 保險財政, 國民醫療費, 의사 및 환자의 도덕적 위해에 의한 超過供給 및 超過需要에 미치는 영향 등을 파악하여 적절한 정책적 대응이 필요할 것이다(表 III-1 參照).

〈表 III-1〉 給與範圍 擴大에 따라 豫想되는 費用效果

費 用	效 果
<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 인상 • 국고부담금 증대 • 비급여부문의 개발 및 진료강도 강화, 일반관행수가 인상 가능성 • 도덕적 위해에 의한 초과수요 및 공급 	<ul style="list-style-type: none"> • 위험분산효과 제고로 사회보험 제도로서의 신뢰성 확보 • 가계의 직접 부담 경감 • 국민의 의료욕구 충족 증대 • 의료에의 접근성 제고

3. 保險給與範圍의 擴大方案

가. 給與擴大의 項目 檢討

1) 醫療서비스 質 向上을 위한 給與擴大

의료서비스 질 향상을 위한 급여범위확대에 있어서 우선적으로 개선되어야 하는 것은 療養給與基準과 診療酬價基準의 개선이다. 이런

개선을 위해서 「醫療保險酬價審議委員會」에서 療養給與基準 및 診療酬價基準 등 제반 기준에 대하여 정기적으로 타당성을 검토하여 보험급여를 충실히 하도록 제도화하고, 療養給與基準 및 診療酬價基準 등 관련규정 준수를 위한 보완장치로 요양기관 처벌기준 중 금전대체 지양 방안 등을 마련하여야 한다.

그럼 의료서비스 질 향상을 위한 給與範圍 擴大의 具體的인 항목들을 살펴보면 첫째, 選擇的 給與項目을 전면적으로 給與擴大하여야 한다. 한 예로 Disposable Chest Bottle(일회용 흉곽배액병)의 경우 현 요양급여기준상 입원기간당 1개만 인정되고 있으나 배액량이 많은 경우 및 배액위치에 따른 Bottle의 부위별 삽입 등 2개이상 사용되는 경우도 많으므로 실제 사용하는 양만큼 인정하는 등 선택적 급여항목 급여기준을 검토하여야 한다. 그 구체적인 사례는 <附錄 III>을 참조하기 바란다.

둘째, 기본진료료 및 기술료에 포함되어 불인정되고 있는 診療材料를 別途 保險酬價로 인정하여야 한다. 예로 나비바늘의 경우 혈관이 가늘어져 있는 환자나 소아에 있어서는 나비바늘을 쓰지 않고 일반 주사바늘로 정맥주사를 시도하는 것은 환자에게 고통을 주는 것으로 必須的으로 給與範圍에 포함시켜야 한다. 또한 Epidural Catheter(약 5,000~16,500원)의 경우도 현 요양급여기준상 소정의 수술료(계속적 경막외 차단은 21,710원)에 포함된 것으로 규정되어 있으나 행위료에 비하여 高價이거나 혹은 행위료 등에 포함된 재료대의 보상을 위한 급여기준을 검토하여야 한다. 그 구체적인 사례는 <附錄 IV>를 참조하기 바란다.

셋째, 尖端醫療行爲에 대하여 보험급여를 확대하여야 하는데, 예를 들어 Stent(혈관을 지탱시키는 금속망)와 같은 경우 경피적 혈관수술에 사용하는 재료로써 혈관수술이 필요없을 뿐 아니라 治療期間 短縮과

合併症 豫防 및 높은 치료효과의 장점이 있으나, 보편적 시술방법이 아니므로 불인정되고 있는데 이러한 침담의료행위에 사용되는 재료대의 경우 급여범위에 포함시켜야 할 것이다. 이와 같은 침담의료행위 또는 신의료기술 인정기준 절차의 개선하여야 하는데, 우선 「醫療保險 酬價審議委員會」내에 가칭 「新醫療技術 審議小委員會」를 설치하여 신의료기술에 대한 醫學的·社會經濟的 妥當性을 相關단체 및 학회에서 신임할 수 있는 위원으로 구성하여 공신력있게 검토하도록 하고, 동 위원회에서 인정된 신의료기술에 대하여는 보건복지부장관의 사전 승인전까지 환자가 全額 本人負擔하도록 하되 환자전액본인부담 허용기간의 장기화를 막기 위하여 최종 승인기한의 설정하도록 해야 한다.

넷째, 기본진료료(간호관리료)에 포함되어 불인정되고 있는 看護行爲別 酬價 등을 포괄적으로 검토하여야 한다(附錄 V 參照).

다섯째, 再活醫療의 給與擴大로써 환자에게 질병으로 인한 후유증을 최소화하고 잔여기능을 최대한 활용할 수 있도록 도와주는 의료행위에 대하여 급여를 확대하여야 한다.

2) 疾病의 早期發見 및 疾病豫防을 위한 給與

첫째, 질병의 早期發見을 위한 급여로써 보편적으로 이용되고 있는 超音波 檢査와 정확한 진단에 필요한 MRI 檢査 등의 급여범위를 확대하여야 한다.

둘째, 疾病豫防을 위한 급여로써 사망률과 장애율을 감소시킬 수 있는 의료서비스로써 産前診察, 定期癌檢査 등에 대하여서도 급여범위를 확대하여야 한다. 특히 豫防醫療에 대해 현재 개발중인 相對酬價體系(RBRVS)에 「정기적인 건강평가의 연령별 프로그램」으로 문진 및 건강평가, 이학적검사, 임상검사, 상담, 예방접종등을 포괄적으로 포함하고 있으므로 이에 근거한 급여범위의 보완이 검토된다. 현재

정부에서 무료로 제공하거나 의료보험에서 시행하고 있는 豫防接種 및 健康診斷·檢診은 附錄 VI을 참조하기 바란다.

3) 診療費 本人負擔金輕減을 위한 給與

診療費 本人負擔金 輕減을 위한 급여확대에 있어서는 의원급 외래 본인부담금 경감대상 연령을 70세 이상에서 65세 이상으로 擴大實施하여야 한다. 현행의 本人負擔制度는 의원과 한의원에서는 70세 미만 3,200원, 70세 이상 2,100원이고, 치과의원에서는 70세 미만 3,700원, 70세 이상 2,100원이다.

4) 一次醫療 強化를 위한 給與

一次醫療 強化를 위한 급여로써 제도 보완을 통하여 비용이 저렴한 대안적 의료서비스인 長期療養施設서비스, 在宅診療 등의 보험급여 확대 방안 강구하여야 한다.

5) 韓方給與 範圍의 擴大

(가) 給與對象 韓藥製劑의 擴大

현재 단미 엑스산제 68종인 약제급여 범위를 우리나라에 개발되어 있는 전제 斷尾 韓藥製劑(1997년 현재 128종)로 점차 확대하고, 완제 複合韓藥製劑(예: 우황청심환, 계지복령환 등)는 보험급여 대상에서 제외하는 것이 바람직하다.

(나) 貼藥의 給與化

韓方給與의 範圍가 진찰, 침·구·부항 및 엑스산제 중심의 투약으로

매우 제한적이므로 貼藥 中 治療劑에 대하여 보험적용이 필요하다. 그러나 貼藥의 給與化는 한약재의 標準規格化의 定着, 한약의 안전성 確保(독성, 중금속 및 농약 잔류량 등) 등과 같은 기본적인 여건이 갖추어진 후 중장기적으로 추진되어야 한다. 특히 貼藥에 대한 보험적용을 위해서는 최소한 약 150~200종의 한약재에 대한 표준규격화가 이루어져야 한다.

貼藥에 대한 보험급여 적용을 추진하기 위하여 다음과 같은 사항들에 대한 구체적인 기준을 마련한다.

첫째, 投與基準(예: 1일 2첩, 1회 10일분 등)

둘째, 처방구성 한약재수(예: 상병의 증후변증에 따라 15~20종 이내로 구성 등)

셋째, 投與用量的 範圍(예: 1개 한약재당 8g 이하 등)

넷째, 貼藥價格의 상한선

※ 참고: 단미 엑스산제에 대한 현행 급여기준

약제수: 15개 이하

총용량: 50g 이하

가 격: 2,000원 이하

한약재중에서 보혈보기 계통의 한약재(예: 녹용, 영지, 해마 등) 및 동물성 한약재(서각, 우황, 사향, 웅담, 해구신 등)는 非給與로 하도록 하고, 한약재에 대한 보험약가는 표준규격품 한약재의 한방의료기관 공급가격, 한방의료기관내 감모율 등을 고려하여 산정하도록 한다.

貼藥에 대한 보험급여시에도 韓藥製劑에 대한 급여는 계속하고, 동일질환에 대한 韓藥製劑 및 貼藥 投與의 選擇은 한의사의 판단에 맡기도록 한다.

(3) 韓方醫療機關에서의 物理治療 保險給與 認定

洋·韓方協診을 실시하는 한방병원에서의 物理治療에 대하여 급여범위를 확대하는 것이 바람직하다. 여기서 洋·韓方協診을 실시하는 韓方病院이란 것은 재활의학과·정형외과·신경외과·신경과·일반외과 중 1개과 이상을 개설한 한방병원을 말한다(한방병원에서의 양방진료부서 개설을 허용하기 위한 「의료법」의 개정이 필요함).

나. 給與範圍 擴大의 推進方案

위에서 제시된 급여범위확대 항목들에 대하여 구체적인 추진 일정에는 보험재정과 재원조달의 문제점 그리고 給與擴大의 原則 등의 문제로 인하여 여러가지 방안이 제시될 수 있지만, 다음 세가지 대안을 검토할 수 있겠다.¹⁷⁾

1) 第1案

우선 첫번째 방안으로는 급여확대에 있어서 원칙적인 우선순위에 따라서 단계적인 확대방안으로 1998년에 本人負擔金 輕減年齡을 확대하고, 任意非給與項目의 급여기준개선에 따라 확대되는 부분은 2000년까지 3단계로 나누어 1998년에는 1/3범위에서 확대하고, 1999년에는 超音波檢査, 産前診察, 韓藥製劑와 한방병원에서의 物理治療에 대하여 급여를 확대하고, 급여기준개선에 따른 給與擴大는 또 1/3범위에서 확대한다. 나머지 MRI, 畸形兒檢査와 급여기준개선에 따른 급여확대의 나머지 1/3은 2000년까지 모두 확대하는 방안이다.

17) 의료개혁위원회의 토의과정에서 제2안을 채택하였다.

〈表 III-2〉 給與擴大에 따른 所要財源(第1案: 1996年 基準)

	1998	1999	2000
비급여항목의 급여화에 따른 재정소요	• 본인부담 경감 66억	• 초음파검사 4863억 • 산전진찰 266억 • 한약제제 481억 • 한방병원에서의 물 리치료 20억 계 5630억	• MRI 521억 • 기형아검사 57억 계 578억
	계 66억	(누계 5696억)	(누계 6274억)
급여기준 개선 ¹⁾	745억(1/3)	1490억(2/3)	2235억(3/3)
급여기간 연장	294억 (누계 294억)	256억 (누계 550억)	549억 (누계 1099억)
장애인보장구	78억	78억	-
총소요재정	1183억	7812억	9608억
본인부담률(%) 현재 43.57	42.22	34.66	32.62

註: 1) 임의비급여항목중 일부(Type 3)를 제외한 나머지를 급여화함.

급여확대에 따른 소요재원을 충당하기 위해서는 職場組合 勤勞者의 경우 1996년 기준으로 1996년 보험료율 3.05%(월 평균29,700원)에서, 1998년 3.11%(30,280원), 1999년 3.47%(33,800원), 2000년 3.57%(34,700원) 정도의 追加引上要因이 발생한다. 또한 地域組合 自營者의 경우도 1996년 기준으로 1996년 세대당 월평균 17,900원에서, 1998년 18,400원, 1999년 21,100원, 2000년 21,800원 정도의 추가인상요인이 발생한다.

추가인상요인의 계산은 전체 추가소요예산을 職場, 地域, 公教의 96년도 급여비 비중을 중심으로 보험자 종별로 산출하고, 보험자 종별로 산출된 예산을 96년도 보험자종별 被保險者數 및 世帶數로 나누어 각각의 피보험자당·세대당 추가금액을 산출한 것이다.

그동안의 보험급여비 상승율이 소득상승율을 훨씬 상회한 경험에 비추어볼 때, 실제의 보험료(율)의 인상은 1996년 기준으로 산정한 수

준을 상회할 것으로 예상된다.

참고) 1991~96년간 보험급여비 증가율은 연평균 20.9%, 경상 국내 총생산(GDP) 증가율은 12.6% 였음.

추가부담요인은 보험료의 부분적 인상과 더불어, 적립기금, 시·도단 위 광역화에 따른 管理運營費 節減, 財政共同事業 擴大 및 國庫支援 金 등 제반 정책적 수단에 의하여 분담하도록 한다.

2) 第2案

두번째 방안은 보험재정을 감안하여 재정소요가 적은 부분부터 확대하는 방안으로 첫번째 방안과 비교해보면 超音波檢査와 MRI檢査의 급여확대 순서를 바꾸는 방안이다. 1998년에 本人負擔金 경감연령을 확대하고, 임의非給與항목의 급여기준개선에 따라 확대되는 부분 중 1/3범위에서 확대하고, 1999년에는 MRI, 産前診察, 韓藥製劑와 한방병원에서의 物理治療에 대하여 급여를 확대하고, 급여기준개선에 따른 給與擴大는 또 1/3범위에서 확대한다. 나머지 超音波 檢査, 畸形兒檢査와 급여기준개선에 따른 급여확대의 나머지 1/3은 2000년까지 모두 확대하는 방안이다.

급여확대에 따른 소요재원을 충당하기 위해서는 職場組合 勤勞者의 경우 1996년 기준으로 1996년 보험료율 3.05%(월 평균29,700원)에서, 1998년 3.11%(30,280원), 1999년 3.24%(31,500원), 2000년 3.57%(34,700원) 정도의 추가인상요인이 발생한다. 또한 地域組合 自營者의 경우도 1996년 기준으로 1996년 세대당 월평균 17,900원에서, 1998년 18,400원, 1999년 19,300원, 2000년 21,800원 정도의 추가인상요인이 발생한다. 추가소요액 算出內譯이나 기타 사항은 제1안과 동일하다

〈表 III-3〉 給與擴大에 따른 所要財源(第2案: 1996年 基準)

	1998	1999	2000
비 급여 항목의 급여화에 따른 재정소요	• 본인부담 경감 66억	• MRI 521억 • 산전진찰 266억 • 한약제제 481억 • 한방병원에서의 물리치료 20억 계 1288억	• 초음파검사 4863억 • 기형아검사 57억 계 4920억
	계 66억	(누계 1354억)	(누계 6274억)
급여기준 개선 ¹⁾	745억(1/3)	1490억(2/3)	2235억(3/3)
급여기간 연장	294억 (누계 294억)	256억 (누계 550억)	549억 (누계 1099억)
장애인보장구	78억	78억	-
총소요재정	1183억	3472억	9608억
본인부담률(%) 현재 43.57	42.22	39.61	32.62

註: 1) 임의비급여항목중 일부(Type 3)를 제외한 나머지를 급여화함.

3) 第3案

세번째 방안은 보험재정을 전적으로 감안하고, 급여확대의 우선순위대로 급여를 확대하는 것으로 2001년까지 기간을 늘리는 방안으로 1998년에 本人負擔金 輕減年齡을 확대하고, 임의비급여항목의 급여기준개선에 따라 확대되는 부분 중 1/3범위에서 확대하고, 1999년에는 産前診察, 韓藥製劑와 한방병원에서의 物理治療에 대하여 급여를 확대하고, 급여기준개선에 따른 給與擴大는 또 1/3범위에서 확대한다. 2000년에는 超音波 檢査, 畸形兒檢査와 급여기준개선에 따른 급여확대의 나머지 1/3범위에서 확대하고, 2001년에 나머지 MRI檢査를 급여확대하는 방안이다.

제3안에 따라 급여확대를 할 때 소요재원을 충당하기 위해서는 職

場組合 勤勞者의 경우 1996년 기준으로 1996년 보험료를 3.05%(월평균 29,700원)에서, 1998년 3.11%(30,280원), 1999년 3.21%(31,200원), 2000년 3.54%(34,400원), 2001년에는 3.57%(34,700원) 정도의 추가인상요인이 발생한다. 또한 地域組合 自營者의 경우도 1996년 기준으로 1996년 세대당 월평균 17,900원에서, 1998년 18,400원, 1999년 19,300원, 2000년 21,600원, 2001년 21,800원 정도의 추가인상요인이 발생한다. 추가소요액 算出內譯이나 기타 사항은 제1안과 동일하다

〈表 III-4〉 給與擴大에 따른 所要財源(第3案: 1996年 基準)

	1998	1999	2000	2001
비급여항목의 급여화에 따른 재정소요	• 본인부담 경감 66억	• 산전진찰 266억 • 한약제제 481억 • 한방병원에서의 물리치료 20억 계 767억	• 초음파검사 4863억 • 기형아검사 57억 계 4920억	• MRI 521억
	계 66억	누계 833억	누계 5753억	누계 6274억
급여기준개선 ¹⁾	745억(1/3)	1490억(2/3)	2235억(3/3)	2235억(3/3)
급여기간 연장	294억 (누계 294억)	256억 (누계 550억)	549억 (누계 1099억)	- (누계 1099억)
장애인보장구	78억	78억	-	-
총소요재정	1183억	2951억	9087억	9608억
본인부담률(%) 현재 43.57	42.22	40.21	33.21	32.62

註: 1) 임의비급여항목중 일부(Type 3)를 제외한 나머지를 급여화함.

IV. 民間醫療保險의 導入 檢討

1. 民間醫療保險 導入의 論議 背景

1996년 11월에 발족한 의료개혁위원회는 금년 3월 1차 총리보고서에 공공보험급여에서 제외되고 있는 의료서비스에 대하여 補充的인 民間保險을 확충할 것을 건의하였다. 이러한 건의배경은 현행 의료보험제도가 제한된 급여로 患者本人負擔이 크고, 낮은 보험수가 및 불합리한 수가체계 등 「低給與-低酬價-低保險料」구조 속에서 의료서비스의 질이 저하되는 등 醫療利用者 및 醫療供給者 모두의 불만이 누적되고 있는 상황과 유관하며, 국민들의 多樣化하고 高級化되는 의료욕구를 충족시키기 위하여는 公保險의 보충적인 民間保險을 활성화함으로써 公·私保險의 균형있고 보완적인 발전을 제안한 것이다.

현재 건강관련 民間保險商品이 시판되고 있지만 대부분이 질병발생에 대한 경제적 부담을 보전하는 것이 아니라 질병발생을 조건으로 특정금액을 지급하는 방식이며¹⁸⁾, 保險會社와 消費者간의 거래관계에 한정되므로 消費者-保險者-供給者 3자간의 계약으로 맺어지는 의료보험의 기본구조와는 차이가 있다. 다만, 醫療消費者의 醫療費負擔 위험의 분산이란 보험원리에 비추어 볼 때, 현행 民間保險商品도 민간의료보험의 역할을 부분적으로 수행하고 있다.¹⁹⁾

18) 예를 들어, 암 판명시 고액치료자금 및 입원비, 통원비, 수술비, 요양비 등 일정 금액을 지급하는 “암보험”, 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환 등 발생빈도가 높은 질병에 대한 치료비, 입원비, 수술비, 정기검진자금 등에 필요한 비용을 정액 지급하는 의료비보장보험 등.

19) 본 장에서의 민간의료보험에 대한 구체적 논의는 최병호(1997.5, 1997.10, 1997.12),

2. 民間保險 導入의 必要성과 導入時 豫想되는 副作用

민간의료보험을 도입하는 데에 따른 타당성의 논거는 여러 측면에서 접근할 수 있다. 첫째, 醫療需要의 增大 요구와 公保險의 대응능력의 한계에서 출발한다. 국민들의 증대하는 醫療欲求 水準을 충족시키기 위하여 보험급여범위를 확대하여야 하나, 이에 상응하는 보험료 부담능력이 취약하거나 國庫支援豫算에도 한계가 있는 경우이다. 둘째, 公保險이 醫療需要의 다양성을 충족하는 데에는 미흡하다는 점이다. 사회보험 원리는 그 普遍性(衡平性)에 있어서 장점이 있는 반면 그 획일성 때문에 국민 각자의 다양한 醫療需要에 충분히 대응할 수 없다는 점에서 非效率性을 노출하고 있다. 셋째, 현 의료보험체제가 갖는 의료 서비스 질의 下向平準化, 저수가에 의한 價格統制, 이에 따른 과잉진료 등의 왜곡현상을 시정할 수단으로 거론될 수 있다. 소위 민간보험에 의한 수가 계약에 의한 진료비용의 자율적 산정으로 過剩診療를 自制하고 醫療行爲의 正常化를 회복하고 병원의 경영도 개선해보자는 것이다. 넷째, 의료공급이 민간에 의해 所有·經營되고, 消費者 또한 供給者 選擇에 별 제한이 없는 시장적 거래상황에서 公保險의 役割에 限界가 있다는 것이다. 다섯째, 保險市場의 海外開放에 대비하자는 측면이다. WTO 체제의 출범과 OECD 가입으로 國內 保險市場에 대한 선진국의 진입이 가속화될 것이고, 이에 따라 민간의료보험에 대한 販賣經驗과 戰略에 있어서 우위에 있고, 자국의 세계적인 유명 의료기관과 제휴하여 高所得層을 대상으로 시장을 개척할 가능성이 크다. 여섯째, 消費者의 후생증가와 산업의 활성화측면이다. 民間保險은 消費者에게 다양한 선택의 기회를 제공함으로써 消費者效用을 증대시키고, 경쟁을 통한 價格 引下 및 서비스 改善을 촉진할

권순원(1997), 정기택(1997) 등을 참조할 것.

수 있다. 또한 의료기관간 경쟁은 의료수준의 발전을 기하고, 尖端醫學分野를 중심으로 한 의료산업을 활성화하고, 醫藥産業의 發展을 유도할 수 있다.

〈表 IV-1〉 民間保險 導入의 必要성과 副作用

필요성	부작용
<ul style="list-style-type: none"> • 의료수요의 증대와 공보험의 한계 • 의료수요의 다양성 • 의료행위의 정상화 회복, 병원 경영개선 • 민간중심 의료공급체계, 소비자 선택 • 보험시장의 해외개방 대비 • 소비자 후생증가, 의·약산업 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> • 공보험의 위축 ⇔ 보험회사 로비 • 위화감: 저소득층 의료접근성 • 상품화 ⇒ 상업화, 고급화 • 증가 가능성 • 거래비용(transaction cost) • 종합병원 유리, 개원가의 상대적 소외: 의사집단의 분화

민간보험 도입시 예상되는 부작용으로서는, 첫째, 公的保險의 위축 가능성이다. 民間保險이 일단 활성화되면 公保險의 擴大를 반대하는 民間保險會社의 役割이 증가할 가능성을 들고 있다. 둘째, 民間保險 환자선호에 따른 公保險과 私保險간 위화감이 발생할 우려가 있다는 것이다. 이에 따라 저소득층의 醫療接近性이 制約을 받게 될 가능성이 있으며, 의료의 상품화를 촉진함으로써 필요 이상으로 상업화, 고급화 경쟁의 우려가 있다. 셋째, 의료비의 증가 가능성이다. 私保險의 補充的 役割이 보험재정 및 정부의 재정부담을 덜어줄 가능성이 있으나 궁극적으로 消費者의 醫療需要를 유인함으로써 의료비가 증가할 가능성이 있다. 넷째, 醫療供給者가 과잉 진료하거나 고가진료를 유도함에 따른 道德的 危害(moral hazard)가 발생하는 경우 民間保險이 실패할 가능성이 있다. 다섯째, 民間保險에 의한 去來費用(transaction cost)은 公保險 보다 클 것이다. 여섯째, 의료서비스 질과 환자 유치에 있어 우위에 있는 大學病院, 綜合病院이 유리해지고, 의료시설과 인력 양면에서 열세에 있는 개원가는 상대적으로 소외될 가능성이 있다.

이는 현재 의료기관의 규모에 따른 역할이 분화되지 않고 있음에도 기인하고 있다. 私保險과의 契約物量에 따라 의사집단내 소득의 차이가 발생함으로써 능력에 따라 의사집단이 분화될 가능성이 있다.

3. 先進外國의 民間保險 參與實態

선진국은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가²⁰⁾와 이에 따른 의료보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로써, 民間醫療保險의 參與를 활성화(세제유인 등)하고 정부의 개입을 축소하고 있다. 그외 진료비 억제를 위하여 총액예산제를 도입하면서, 의료비 증가율의 상한선을 설정하고 있으며, 의료보험체제내에 消費者, 供給者, 保險者間 競爭시스템을 도입하고 있다.

가. 先進各國의 民間保險 導入 現況

1) 獨逸의 醫療保險制度 改革과 私保險

독일 의료보험 개혁의 핵심은 피보험자가 급여수준과 보험료를 감안하여 보험조합을 선택할 수 있도록 하고, 조합 역시 醫療供給者를 계약에 의해 선택하는 등 醫療消費者, 供給者, 保險者 3자간 경쟁구조를 조성하는 데에 있었다. 이와 함께 재정력을 균등화하기 위한 조합간 재정조정을 1994년부터 실시하고 小規模 地域組合을 통합하였다.

한편 高所得階層에 대하여는 民間醫療保險을 도입하였다. 일정소득(68,400 마르크, 1994) 이상인 사람(구동독지역에서는 낮게 책정)등은 민간보험을 선택할 수 있으며 전국민의 약 30%가 이에 해당된다. —

20) OECD국가의 GDP 대비 의료비 비중은 1960년 4.3%에서, 1992년 9.3%로 증가하였고, 2000년경 10%대에 진입할 것으로 전망된다.

定所得上限 이상인 자의 경우 민간보험을 선택하였다가 國家保險으로 되돌아오는 것이 최근 불가능하도록 하였다. 일단 民間保險에 가입되면, 保險社가 일방적으로 가입을 종결시킬 수 없으며, 연령에 상한을 두지 못한다.

民間保險會社の 보험료 결정은 연방보험당국에 의해 규제되며, 보험료는 성, 연령, 위험발생도, 피부양자수와 本人負擔率에 의존한다.

2) 프랑스의 民間醫療保險制度 擴充

인구의 80% 이상이 본인부담분에 대한 민간 보충보험에 가입하고 있다(가계의 35%는 개인적 가입, 49%는 고용주를 통하여 단체로 가입). 질병/장애에 따른 소득상실에 대해 사무직근로자는 補充的 民間保險 加入, 통상 소득의 80%를 보장하고 있다.

民間保險料에 대해서 과세상의 所得控除 惠澤을 주고 있고 1992년 기준으로 총의료비 지출의 11%를 차지하고 있다.

3) 네덜란드의 醫療保險 競爭導入 및 民間醫療保險 擴充

의료보험체제내 경쟁원리는 1989년에 Dekker 개혁을 도입하여 個人이 保險者를 선택하고 保險者는 자신에게 유리한 醫療供給者를 선택하여 계약을 체결하도록 하고 있다.

民間醫療保險은 인구의 1/3(학생, 자영자, 일정소득 이상인 자)은 국가의료보험에서 제외되며, 民間保險과 公共保險間에 경쟁시스템을 도입하고 있다. 지역질병금고간 경쟁시스템을 도입하면서 民間保險者와도 경쟁하도록 하고 있으며, 국가 보험급여가 감축되면서 근래에 국가 질병금고와 民間保險會社가 서로 합병하거나 협력하는 일이 발생하고 있다.

4) 日本

公保險에 정책적 우선순위를 두어 私保險의 役割은 다른 선진국에 비하여 소극적이다. 私保險의 保障對象은 公保險의 적용에서 제외되는 차액병실료, 전담간호료 등 입원관련비용과 本人負擔分 檢査費, 치료 및 수술비, 약제비 등이며, 1995년 기준 개인의 보유계약은 2,100만건, 단체의 보유계약은 135만건 이다.

5) 濠洲

정부재정에 의한 의료재원조달과 일반의를 주로 활용하는 현행 의료보험하에서 효율성제고를 목적으로 民間醫療保險制度로의 전환을 추진했던 정책은 醫療保障의 擴張面에서 성공적이지 못했다.

고급병실서비스등 보장내용에 대해 주정부 및 연방정부와 협의를 거쳐야 하며, 이같은 정부의 통제하에 호주의 民間醫療保險은 Medicare와 함께 二重醫療體系(two tier system)를 형성하고 있다. 民間保險社는 가입자의 위험특성을 반영하여 요율을 결정할 수 없고 가입자 특성에 무관하게 지역별로 동일한 보험료를 적용(community rating)해야 한다. 80년대 초 稅額控除 및 政府補助金 支援에도 불구하고 民間醫療保險에 의한 의료보장 확장에 실패했던 경험 때문에 현재 호주에서는 民間保險料에 대한 세액공제나 손비인정을 하지 않고 있으므로 민간보험은 직장이 아닌 개인에 의해 주로 구입되고 있다.

이와 같은 여러 制約條件과 政府保險인 Medicare가 포괄적 의료보장을 제공함에 따라 民間醫療保險 加入者는 1984년 전국민의 60% 가량에 이르던 것이 그 이후 지속적으로 감소하여 1994년에 34%에 이르고 있다.

6) 英國

英國에서 판매되고 있는 건강관련 民間保險은 Private Medical Insurance(PMI), Private Health Insurance(PHI), Critical Illness Insurance(CII), Long Term Care Insurance(LTCI) 등의 네 종류로 나누어 볼 수 있다. PMI는 급성질환으로 短期間 私立病院이나 公共病院의 特室에 입원한 경우 병실료 및 의료비를 보상한다. 상당수의 PMI商品은 外來診療를 보상하기도 하며 일부 상품의 경우에는 재택진료나 요양원 의료서비스를 포괄하기도 한다. PHI는 질병이나 사고 등의 재해로 인한 所得損失을 보상하고자 개발되었다. CII는 암, 심장마비 등 치명적 질환에 걸린 경우 고액의 보험금을 일시불로 지급한다. 가입자는 보험금을 所得補償, 住宅割賦金 및 私立病院 醫療費에 사용한다.

7) 主要先進國의 私保險과 公保險의 關係

〈表 IV-2〉에서 보듯이 公保險을 대체한 포괄적인 의료보장과 소득 보장을 제공하는 民間醫療保險 市場이 존재하는 나라는 독일밖에 없다. 주지하는 바와 같이 독일의 民間保險은 전국민을 대상으로 하는 것이 아니라 일정 소득이상의 고소득자를 대상으로 하고 있다. 그외 美國은 公保險이 노인과 극빈자만을 대상으로 하고 있으므로 公保險의 民營化 事例로는 부적절하고 한국, 일본, 프랑스 등에서는 所得保障 商品이 부분적으로 존재한다. 民間醫療保險은 대개 補充的 役割을 하는 경우가 많은데 보상내용에 따라 6가지로 나누어 볼 수 있다. 公保險에서 제공하는 의료서비스를 받기 위해서 지나치게 긴 대기시간을 감수해야 하는 불편해소에 초점을 둔 民間保險商品은 영국에서 큰 인기를 모았다. 또한 英國과 獨逸에서는 의료기관 및 의사의 선정에 자유권을 부여하는 民間保險商品이 판매되고 있다. 대다수의 국가에

서 差額病室料, 기타 입원관련 의료비 및 소득보상 등은 民間醫療保險에서 보장하고 있음을 알 수 있다.

〈表 IV-2〉 主要國의 民間醫療保險과 公的醫療保險의 關係

구 분		한국	미국	일본	영국	독 일	호주	네덜란드	프랑스
공적보장이 존재하지 않는 경우	의료비		○			○ 고소득자	△	○ 고소득자	
	소득보상	△	○	△	-	○ 고소득자	△	○ 고소득자	○ 자영업자
공적보장이 존재하나 불충분한 경우	대기기간을 피하기 위한 사비진료				○		○		
	자유로운 의사선택에 따른 사비진료				○	○		△	
	의료비 자기부담분		△		-	△ 공무원		○	○
	차액병실료	△	△	○	-	○	○	○	○
	입원에 수반되는 제비용	△	△	△	○	○	○	○	○
소득보상		△	△	○	○	○	○	○	

註: ○는 민영보험시장이 존재함.

△는 민영보험시장이 부분적으로 존재함.

공란은 민영보험시장이 존재하지 않음.

資料: 정기택, 『民間醫療保險의 活性化方案』, 의료개혁위원회 전문가 보고, 1997.

나. 先進各國의 民間醫療保險의 比重

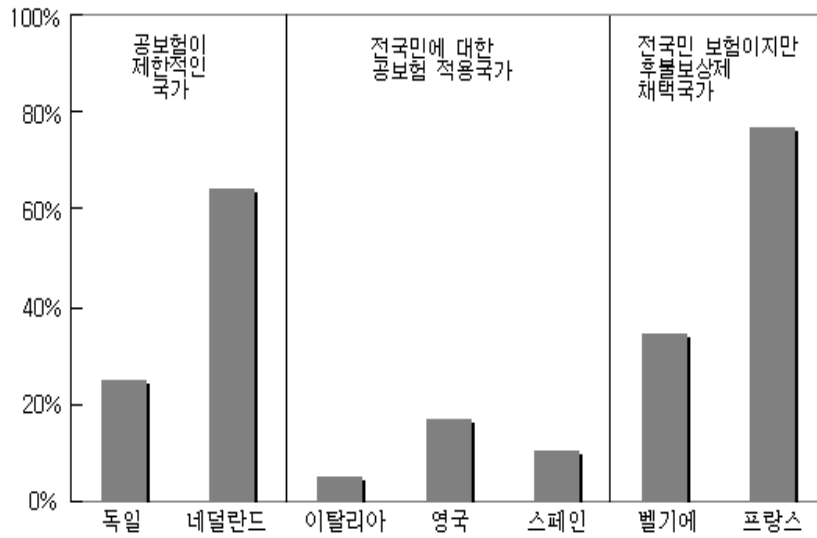
[圖 IV-1]은 總診療費중 民間保險이 차지하는 비중을 국가별로 보여 주고 있으며, 〈表 IV-3〉은 경제활동인구중 민간보험에 가입하고 있는 인구의 비중을 나타내고 있다. 公保險을 전국민에게 당연 적용하지 않는 국가로써 독일은 약 25%, 네덜란드는 60% 이상이 民間保險에 의해 진료비가 발생하고 있으며, 民間保險 加入率도 이와 유사한 양상이다. 독일의 경우 一定所得(68,400 마르크, 1994) 이상인 사람(구동독지역에서는 낮게 책정) 등은 민간보험을 선택 할 수 있으며 다만,

민간보험을 선택하였다가 國家保險으로 되돌아오는 것이 최근 불가능하도록 하였다. 네덜란드는 學生, 自營者, 一定所得 이상인 자는 국가 의료보험에서 제외되며, 公共保險 管理組織인 지역질병금고와 民間保險會社間 競爭시스템을 도입함으로써, 국가보험급여가 감축되면서 근래에 국가 질병 금고와 민간 保險會社가 서로 합병하거나 협력하는 일이 발생하고 있다.

전국민에 대해 공보험이 당연 적용되지만, 진료비를 患者本人이 일단 지불한 후에 조합으로부터 보상받는 형태(후불보상제)로 운영하는 국가로써 프랑스와 벨기에의 경우 公保險에서 보상하지 않는 진료비에 대해 民間保險에 보충적으로 가입함으로써 각각 總診療費의 약 80%와 40%를 民間保險에서 役割을 담당하고 있다. 프랑스의 경우 전체 가구중 35%는 개인적으로 가입하고 있고 49%는 고용주를 통하여 단체로 가입하고 있으며, 民間保險料에 대해서 과세상의 소득공제 혜택을 주고 있다. 전국민에 대해 公保險을 당연 적용하며 포괄적인 醫療서비스를 제공하는 영국, 스페인, 이탈리아 등은 民間保險에 보충적으로 가입하고 있는 人口의 比重이나 民間保險 診療費의 비중이 비교적 낮다. 그러나 영국의 경우 總診療費의 15% 이상을 民間保險이 담당하고 있으며 특히 관리직의 1/3 이상이 民間保險에 보충적으로 가입하고 있다.

한편 이러한 진료비 외에 진료기간중의 所得喪失이나 現金給與, 장기개호분야 등에 대한 民間保險을 포괄하는 경우 民間保險의 役割은 상당하며 향후 지속적으로 발전할 전망이다.

[圖 IV-1] 國家別 總診療費 中 民間醫療保險이 차지하는 比重(1991年)



資料: Datamonitor, Reader's Digest Eurodata

<表 IV-3> 國家別 經濟活動人口中 民間醫療保險의 加入 比重(1991年)
(단위: %)

유형	국가	전체 평균	관리직	미숙련생산직
공보험의 부분적 임의가입 허용	독일	25	41	10
	네덜란드	64	82	41
전국민에 대한 포괄적 서비스 제공	이태리	5	12	2
	영국	16	34	3
	스페인	11	30	3
전국민에 대한 후불보상보험	벨기에	34	49	27
	프랑스	78	88	64

資料: Datamonitor, Reader's Digest Eurodata

4. 民間保險 導入 可能性 檢討

가. 健康關聯 民間保險商品 現況

현재 시판되고 있는 상품으로써, 生命保險의 경우 대부분은 입원이나 치료비 관련 급여를 포함하고 있으며, 질병을 대상으로 하는 경우에도 암이나 성인병 등 특정질환을 담보하는 것이 대부분이다.

〈表 IV-4〉 生命保險의 健康關聯 商品

상품명	보장내용
암보험	암판명시 고액치료자금 및 입원비, 통원비, 수술비, 요양비 등 지급
의료비보장보험	질병 및 재해입원시 입원비 및 수술비 지급
성인병 및 3대질병보장보험 ¹⁾	암, 여성특정질병 등 발생빈도가 높은 질병에 대한 고액치료자금 및 입원, 수술비, 정기검진자금 등 지급
특정질병보장보험	간보험, 치아보험 등으로 입원, 수술, 종합검진비용 등 지급
개호보험	치료비, 건강진단자금 및 개호연금 지급

註: 1) 3대질병은 암, 뇌혈관질환, 허혈성심질환
 資料: 生命保險協會, 내부자료

例 : S생명 암보장상품(가입금액 2,000만원)	
암사망 보험금	일반암 2,000만원, 특정암 ¹⁾ 3,000만원
암판명시(1회환)	일반암 1,000만원, 특정암 1,500만원
암수술시(1회당)	일반암 300만원, 특정암 450만원
암진단 확정후	매월 간병급여금 월 50만원 * 12회
암입원급여금	3일초과 1일당 10만원
암통원급여금(통원1회당)	3만원
암요양급여금	(31일이상 입원후 퇴원시) 1회당 50만원

註: 특정암은 남자의 경우 위암, 간암, 폐암, 여자의 경우 유방암, 자궁암, 난소암임.

이 외에 疾病 및 傷害로 인한 취업불능시의 소득보상급여를 포함하고 있는 상품도 있다. 損害保險의 경우 상해보험 및 건강생활보험, 장기상해보험 등이 있으며, 이외에 健康保險과 관련된 特別約款이 있다. 예를 들어, 휴업보상금 담보특약, 입원비보상 담보특약, 간호비용 보상 특약, 상해위험확장 담보특약, 의료비담보특약, 건강생활보장 특별약관 등이 있다.

民間保險의 의료비지급 형태는 계약자가 가입한 보장금액수준에 따라 정액 지급되며, 입원비는 입원일수에 따라, 수술비등은 수술회수에 따라 지급된다. 다시말하면, 支給條件은 입원 혹은 수술을 전제로 하고, 치료비에 대한 보상 목적이 아니라 일정 금액을 지급하는 경우가 많다. 즉 질병발생에 대한 경제적 부담을 보전하는 것이 아니라 질병발생을 조건으로 특정금액을 지급하는 방식이다.

生命保險의 販賣現況은 <表 IV-5>와 같으며, 질병보장보험의 保險金支給率이 낮은 이유는 질병보장상품의 대부분이 契約晚期에 기납입 보험료를 지급하는 상품으로 구성(전체 질병보장보험의 95.4%)되어 있기 때문이다.

<表 IV-5> 年度別 疾病保障保險의 收支現況(生命保險)

(단위: 억원)

회계연도	1994	1995	1996
수입보험료 ¹⁾	9,258	13,367	19,160
지급보험금	1,585	2,624	3,940
보험금지급률(%)	17.1	19.6	20.6
보유계약건수(건) ²⁾	332만	441만	539만

註: 1) 보험료수입은 단독상품 및 특약상품 보험료의 합산임.

2) 1996년 생명보험 보험료수입은 약 36조원임.

資料: 生命保險協會, 내부자료, 각년도.

따라서 수입보험료의 일정부분(30~50%)이 晚期還給金 支給을 위한

재원으로 적립될 수밖에 없으므로 상대적으로 수입보험료에 비해 支給保險金率이 낮은 것으로 나타난다.

참고) 보험상품의 종류

- ① 순수보장형 : 생존시 지급되는 보험금이 전혀 없는 보험을 말함 (완전 소멸성 보험). 따라서 상대적으로 보험료가 저렴함.
- ② 만기환급형 : 계약의 만료시 기납입보험료를 환급하는 보험으로써, 만기시 기납입보험료 지급을 위한 재원 마련을 위해 보험료가 순수 보장성에 비해 상대적으로 고액임.

이상으로 현재 시판되고 있는 상품은 사실상 보험사와 消費者간의 거래에 한정되어 있고, 醫療供給者와는 직접적인 관계가 없으므로 실질적으로 公保險의 限界로부터 비롯되는 醫療市場의 歪曲을 시정하기 위한 補充的인 民間醫療保險으로써의 의의를 발견하기가 어렵다.

나. 民間保險의 參與可能分野 檢討

현행 의료보험의 非給與對象中 民間保險의 참여가능부분으로 흔히 거론 할 수 있는 분야는 上級病室料 差額, 食代, 特定高價裝備 診療 등을 들 수 있다. 그러나 미용목적 성형수술, 종합건강진단, 건강증진을 위한 투약 등 본질적으로 보험의 원리에 부합되지 않은 부분에 대하여는 현실적으로 民間保險의 收用이 불가능할 것이다.

의료서비스를 영역별로 구분하여 民間保險의 參與可能한 분야를 검토한 것은 앞서 제3장에서 [圖 III-1]을 통하여 간편하게 이해할 수 있다. 診斷, 治療, 再活部門에서 기초적이고 필수적인 것을 나누기란 그리 쉽지 않다. 반면에 고도의료, 예방 및 건강증진, 부대서비스 및 설비, 부가 간호서비스 부문은 診斷, 再活 治療部門과는 대체로 분리

할 수 있는 부분으로 간주할 수 있다. 현재 기초적이고 필수적인 의료서비스는 다른 네가지 주변부분에 비해 醫療供給部門에 있어서 그런대로 衡平性이 있다. 또한 이 부문은 환자들의 생명이나 건강과 밀접한 관계를 갖고 있기 때문에 이를 公的 醫療保險을 통한 급여에서 제외한다는 것은 안될 것이다. 그러나 네가지 주변부분은 醫療供給部門에 있어서 매우 현격한 차이가 나는 서비스로 구성되어 있다. 또한 이부문은 환자들의 生命이나 健康과 밀접한 관계를 갖고 있지 않다. 따라서 공적 의료보험체계를 통한 급여는 의료의 중심부문인 診療, 治療, 再活部門에 국한하고 네가지 주변부분은 또 다른 재원조달체계를 만드는 것이 합리적일 것으로 보인다. 단, 이중에서 고도의료부문의 ‘공인된 最新醫療’는 의료의 중심부문으로 간주하여 공적 의료보험체계에 포함시켜야 할 것이다. 이는 공적 보험의 급여범위가 환자의 생명과 건강 보호에 최선을 다하는 것임을 보여줌과 동시에 의학의 연구발전과 先進醫療를 추구한다는 취지를 보여줄 수 있기 때문이다.

고도의 先進醫療分野 연구는 基礎醫科學 연구기금에서 충당하고, 豫防, 健康增進分野는 필수적인 분야를 엄선하여 건강증진기금이나 산재보험기금, 民間醫療保險 등을 통한 방법으로 재원을 확보하며, 부대서비스 및 설비부문과 부가 간호서비스 부문은 民間醫療保險을 도입하여 재원을 조달토록 하는 것이 바람직할 것으로 본다. 특히 附帶 서비스 및 設備, 附加 看護서비스 부문을 民間保險으로 하는 것은 향후 환자들의 선택권과 재원의 효율적 활용을 위해 반드시 필요한 것으로 전망된다(정상혁, 1997). 현행 의료보험의 患者本人負擔 중 民間保險의 참여가능성에 대해 하나하나 검토해보자.

1) 法定本人負擔

현재 직장 및 공교보험에서 일정액(50만원)을 초과하는 法定本人負

擔分에 대하여 50~100%를 보상하고 있으므로 私保險의 참여 필요성이 그다지 크지는 않다. 그러나 지역보험 가입자의 경우 民間保險 需要가 있으며, 직장보험의 경우에도 보상액의 한계를 초과하는 부분에 대하여 民間保險 參與의 가능성이 있다.

2) 上級病室料 差額 및 看護費用

상급병실료는 私保險 參與의 가능성이 가장 큰 부문이며, 이와 더불어 전담간호비 혹은 看病費用에 대한 私保險 參與도 유망하다.

3) 指定診療料

현실적으로 사회보험하에서 私保險 參與를 인정하는 경우 의료접근상 형평성 문제 때문에 가능하지 않은 부문이다. 다만, 個人病院(유명 전문의)의 경우 保險社와의 契約를 통하여 일반환자와의 차별화를 허용하는 방안을 검토할 수 있다.

4) 食代

식사가 치료의 과정과 관련한 경우 향후 公保險의 적용범위에 포함되는 것이 타당할 것이나, 疾病 類型에 따라 그 유관성에 차이가 있을 것이다. 식사가 치료효과에 영향을 미치지 않거나 고급일 경우 公保險을 적용할 필요는 없을 것이며, 私保險의 對象이 될 수 있다.

5) 各種 檢查項目

검사항목 자체를 私保險化하기 보다는 질병과 관련하여 契約內容에 포함되어야 할 것이다.

6) 其他

소자녀 사회가 도래함에 따라 임신, 출산과 관련하여 안전하고 쾌적한 분만, 산모와 아기의 건강보호 등과 관련하여 公保險이 적용되지 않는 診療部門(胎兒檢査, 無痛分娩, 帝王切開, 幼兒期の 豫防接種 및 診斷 등)에 대한 수요가 존재한다.

7) 介護

핵가족화와 인구의 노령화가 진전되고, 여성의 경제활동 참여가 증가함에 따라 노인의 가정내 부양이 어려워짐에 따라 질병발생율이 높은 노인에게 대한 長期介護(long-term care) 수요가 증가하고 있다. 그러나 현재 개인적으로 간병인을 고용하는 차원에 머무르고 있다. 독일의 경우 1989년 民間保險會社에서 장기개호보험을 도입한 이래 이 상품에 대한 수요는 급격히 증가하고 있으며(1989~93년간 연평균 67% 성장), 이어 公的疾病保險에서도 1994년부터 도입하여 재택 및 시설서비스에 대한 급여를 제공하고 있다.

한편 진료비지불방법상의 차이에 따라 私保險의 參與에 영향을 미칠 것이다. 현행 행위별 수가제하에서는 私保險會社가 진료비 계약과 보험료를 산정하는 데에 많은 관리비용의 소요와 난관이 있을 것으로 예상된다. 질환중 질병군별 定額支拂制度(DRGs)의 적용을 받는 경우, 私保險의 參與가 보다 용이할 것이다.

다. 民間醫療保險 導入에 대한 各界의 立場

치료비의 일정 부분을 보상하기 위한 私保險制度를 도입함에 따른 정부, 醫療供給者, 消費者 및 保險會社의 입장을 정리해보자.

1) 政府 視角

보험재정을 보호 하기 위하여 民間醫療保險을 도입함으로써 재정부담을 최소화하고, 사회보험제도내에 시장원리를 도입하여 정부의 개입을 축소시켜나가려는 선진국의 교훈을 참고하고 있다. 그러나 정부 부처별 시각은 차이가 있다. 정부의 개입을 기본적인 보장에 한정하고 그 이상은 민간의 자율과 창의에 맡기는 것이 장기적으로 국가경쟁력을 제고하고 消費者의 厚生增進에도 기여할 것이란 입장(재정경제원 입장)이 있는 반면에, 정부(특히 보건복지부)의 보건복지정책에 대한 責任 回避와 醫療疎外階層의 反撥에 대한 우려가 있다.

2) 醫療供給者 視角

民間保險 導入을 계기로 요양기관 強制指定制를 폐지하고, 자비병상제도를 인정하여 병원경영의 자율성을 확보하고자 하며, 현 의료보험제도하에서 발생하고 있는 의료 왜곡현상을 피하려면 民間醫療保險을 도입하여 병원별로 民間保險會社와 酬價 契約을 하고 '의료의 질'에 따라 환자를 유치할 수 있는 自由競爭體制로 轉換(실질적인 수가 인상효과를 기대함)을 시도하고 있다.

3) 消費者 視角

현 의료보험제도하에서의 과도한 本人負擔으로 인하여 급여항목 확대를 요청하는 반면, 가입자(특히 지역가입자)의 경우 保險料 引上에 저항하고 있어 이중적인 자세를 취하고 있다. 民間醫療保險 商品에 대해서 관심이 점차 높아가고 있으며, 쾌적한 환경에서 질 높고 친절한 진료받기를 희망하는 잠재적 수요는 충분히 있다(특히 고소득 자영자 및 봉급생활자).

4) 保險會社 視角

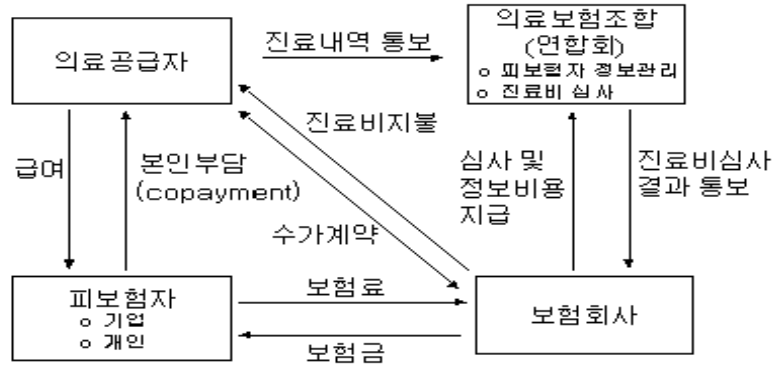
公保險과 같은 형태의 民間醫療保險을 도입할 여건이 되어 있지 않은 상태에 있다. 질병 리스크에 대한 정보가 부재하고, 自動車 保險에서의 療養給與와 관련하여 막대한 투자가 소요되고 있으므로 투자에 대한 두려움이 있다.

5. 民間保險의 導入方案 摸索

醫療消費者-保險會社-醫療供給者間 契約에 의한 民間醫療保險의 도입을 위하여는 몇가지 유인수단이 필요하다. 먼저 保險會社에 대한 유인으로는 질병 리스크에 대한 정보의 제공이 필수적이다. 즉 保險料率 算定에 필요한 경험통계치(예; 성별 연령별 질병유형별 질병발생을 등 의료보험 진료비 청구 및 심사 정보)를 보험사에 제공하는 것이다. 이에 대해 보험사는 情報獲得 費用을 공보험에 지불할 수 있을 것이다. 다만, 개인별 정보에 대하여 統計上 接近은 허용하되, 환자의 신원과 연결된 정보는 통제하여야 할 것이다. 醫療消費者에 대한 유인으로는 세제 지원을 검토할 수 있다. 보험료에 대하여 고용주 부담분은 손비 인정, 피보험자 부담분은 所得控除 등 세제상 혜택을 부여하는 것이다.

한편 현행 의료보험과의 협업체계를 구축함으로써 民間保險會社는 민간보험 도입에 필요한 醫療情報와 組織面에서의 취약성을 보완하는 방안을 검토할 수 있다. 즉 보험사가 기존 의료보험조합의 기능과 조직(인력)을 충분히 활용함으로써 상호 역할은 분담하되, 협업을 도모하는 방안을 모색하는 것이다(圖 IV-2 參照).

[圖 IV-2] 消費者-供給者-保險社-組合間 協業體系의 構築



정부: 피보험자의 권익을 보호하기 위한 공급자, 보험조합, 보험회사간 불공정 거래 감시

또 다른 하나의 가능성은 民間保險社와 醫療供給者間 連繫에 의한 협업시스템을 구축하는 방안이다. 대기업소유 醫療機關-保險會社-職場組合이 하나의 시스템을 형성하여 보험급여외 非給與까지 제공하는 방안을 모색할 수 있다. 의료전달체계의 구축과 관련하여 대기업소유 종합병원과 保險會社가 전국의 지역별 병원 및 개원의와 체인(chain)을 구축하여 의료서비스를 체계적으로 제공하는 방안이 모색될 수 있다. 특히 開放型病院制(attending system)가 도입되는 경우 이러한 계열화된 의료시스템과 민간보험에 의하여 더욱 활성화될 가능성이 있다. 또한 醫藥分業이 실시되는 경우에는 약국 까지 연계된 체인망이 형성될 수 있을 것이다. 그러나 이러한 시스템의 구축에는 많은 제도적 제약이 따를 것으로 예상된다. 이에 대한 구체적 검토가 필요하며, 그 기대효과 못지 않게 부작용 또한 클 것이므로 심도있는 논의가 진행되어야 할 것이다.

V. 結論

본 보고서는 제한된 의료서비스를 제공하고 있는 현행 의료보험제도의 給與體系의 改編方案을 논의할 목적으로 연구되었으며, 이를 위하여 현재의 本人負擔 實態가 얼마나 과중한지를 추정하였다. 보험급여범위의 확대방안을 강구하기 위하여, 보험급여범위의 적정성에 대하여 검토하고 의료서비스 항목별 확대의 추진계획을 제시하였다.

먼저 本人負擔 實態를 파악하기 위하여 醫療保險管理公團의 수진內譯 신고서를 이용하여 근래 2년간(1995, 1996年)을 중심으로 진료비에 대한 本人負擔실태를 분석하였다. 현재 급여범위에서 제외되어 본인이 부담하여야 하는 부분은 크게 네가지로 볼 수 있다. 즉, 보험급여비중 일정부분에 대한 本人負擔部分(소위 “법정 일부本人負擔”), 보험급여비용 전액을 수진자가 부담하는 전액본인부담부분, 보험급여대상이지만 任意로 非給與로 처리함으로써 본인이 부담하는 부분, 보험급여의 대상에서 제외된 非給與에 의한 本人負擔 등이다. 그러므로 이러한 다양한 本人負擔의 形態에 따른 실태파악의 어려움과 더불어 분석자료상의 제약으로 의료기관에서의 진료시 本人負擔比率이 본보고서에서 추정한 부담실태 이상으로 과중하게 나타날 수 있다고 생각한다.

本人負擔의 實態分析을 통해 확인한 현행 의료보험제도의 문제점을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 總診療費에 대한 本人負擔률의 비중이 과다하다는 사실이다. 1996년의 경우, 입원시 總診療費의 43.7%가 本人負擔이며, 외래의 경우 受診者負擔比率은 3차진료기관 66.1%, 종합병원 66.7%, 병원 58.1%, 의원 50.1%, 한방병의원 65.3%를 나타내고 있다. 둘째, 總診療費 중 보험급여에서 제외되는 非給與負擔이 1996년

의 경우 29.1%로써 상당히 높은 비중을 차지하고 있다. 非給與內譯 항목별로는 指定診療料, 病室料 差額, 食代 등 3대항목이 本人負擔의 60%이상을 차지하고 있다. 非給與項目은 의료기관의 입장에서는 주요 경영자원이 되는 반면 醫療消費者의 과부담으로 연결되나, 충분치 못한 현행 보험급여체계와 수가체계 상황을 고려할 때 그 비중은 중요한 의미²¹⁾를 지니고 있으며 단순한 해석은 지양해야 한다.

다음으로 醫療保險制度의 給與範圍가 매우 제한적이라는 인식과 그 인식을 뒷받침하는 本人負擔의 實態를 바탕으로 보험급여의 適正한 限界에 대해 考察하였다. 給與範圍의 適正限界는 이론적으로는 급여 확대에 따른 費用, 즉 수요자와 供給者의 道德的 危害(moral hazard)에 의한 과잉진료와 같은 厚生損失과 급여확대에 따른 便益, 즉 의료접근성 제고와 건강증진과 같은 厚生增加를 비교형량하여, 限界의 便益이 限界의 費用을 초과하는 경우 확대하고, 반대로 어떠한 급여범위를 축소함에 따른 限界의 便益 增進이 限界의 費用 증가를 초과하는 경우에는 축소하는 것이 바람직할 것이다. 그러나 현실적으로 정책적인 적용을 함에 있어서는 많은 자료의 뒷받침을 필요로 하는데, 특히 어려운 문제는 이러한 費用과 便益을 測定(measurement)하는 것이다. 우리나라의 경우 불행하게도 측정에 필요한 기초적인 연구가 매우 부진한 실정이다.

현 시점에서 보험급여범위의 확대를 支持하는 論理로서는 첫째, 醫療需要의 增加速度는 所得의 增加速度를 능가하는 것이 일반적인 선진국의 경험임에 비추어 볼 때(즉 醫療需要의 소득탄력성이 1 이상), 우리나라의 경우 국민소득수준이 향상됨에 따라 국민의료비가 증가함에도 불구하고 保險給與範圍는 여전히 制限的이었고 또한 보험급여

21) 낮은 수가체제로 보험급여상의 진료비의 일부가 비급여부분으로 비용전가 현상(cost shifting)이 일어날 개연성이 높다.

중 本人負擔分도 強化되었기 때문에 전체 진료비 중 患者本人의 負擔比重은 계속 증가하여 왔다. 이러한 본인부담의 증가는 低所得層의 醫療接近機會를 제약하는 형평성의 문제를 내포하고 있다. 둘째, 한국인의 삶의 質을 구성하는 요인 중 健康部門이 국제적 비교에서 상대적으로 매우 낙후된 것으로 나타나 保健醫療에 대한 관심과 투자가 향후 지속적으로 이루어져야 할 것이다.²²⁾ 그 방안으로서 의료보험제도의 확충으로 疾病發生 危險에 대해 국민 누구나 적극적으로 대처할 수 있는 여건을 조성해주는 것이 중요하다 할 것이다. 셋째, 보건의료 시장에서 새로운 醫療技術과 醫療機器가 개발되고 일반에 보급되고 있으며, 새로운 疾病의 출현과 확산, 새로운 醫療서비스의 개발 등 보건의료환경이 변화됨에 따라 기존의 보험급여범위로는 새로운 醫療需要를 충분히 흡수하기가 곤란할 것이다. 이러한 환경의 변화에 따라 보험급여의 범위도 신축적으로 대응해 나가야 할 것이다.

현재 보험급여범위에서 제외되어 있는 非給與項目 및 급여 중 全額 本人負擔을 중심으로 保險給與化의 妥當성과 限界에 대한 몇 가지 검토를 해 보자. 첫째, 食代의 경우 직접적 의료서비스는 아니지만 입원시에 환자나 의사의 선택의 여지가 없는 非彈力的 需要로써 保險給與化하는 것을 검토할 필요가 있을 것이다.²³⁾ 다만, 保險給與化할 경우 식사의 質이 떨어지고 환자가 식사를 외면함으로써 발생하는 낭비 가능성에 대한 보완책이 마련되어야 할 것이다. 둘째, 上級病室料 差額에 대해서는 1~2인 병실에 대해서만 차액을 인정하도록 상급병실 운

22) 국가별 삶의 質을 세계 174개국을 비교대상으로 측정한 결과, 한국의 經濟的 位相은 29위(그 중 국민소득은 31위)인데 대해 保健水準은 59위로 나타나고 있다(윤병식 외, 1996).

23) 현재 病院 食事が 환자의 취향에 맞지 않을 경우 外部搬入에 의해 환자부담이 추가로 발생하고 병원식사가 낭비되는 현실에 비추어 볼 때, 병원식사가 환자의 食餌療法와 관련이 없을 경우 病院食에 대해 환자의 선택에 맡기는 것도 고려할 수 있을 것이다.

영을 규제할 필요가 있을 것이다. 또한 1~2인 병실을 이용하여야 하는 경우에는 上級病室料 差額을 인정하지 않고 보험수가를 달리 책정하여 적용하여야 할 것이다. 셋째, 指定診療料에 대해서는 規制가 필요할 것이다. 지정진료가 인정되는 專門醫의 자격을 보다 강화하거나 課長에게만 부여하는 방안을 검토하여야 할 것이다. 특히 종합병원 및 대형 종합병원에 대한 酬價加算(각각 23%, 30%)에 이미 이러한 特進의 要素가 고려된 것이므로 二重的 加算은 재고되어야 할 것이다. 넷째, 超音波等 각종 검사항목은 정확한 진단에 필수적인 항목이므로 保險給與化하되 濫用의 문제에 대한 대책을 강구하여야 할 것이다. 다섯째, 장애인의 障礙用具(보청기, 보장구, 의안 등)에 대해 사회정책적 관점에서 保險給與化하는 것이 바람직할 것으로 생각되며 마약중독, 향정신성의약품 중독증 경우에도 보험적용에 의해 社會的 復歸가 가능할 수 있도록 도움을 주어야 할 것이다. 다섯째, 豫防接種과 健康 診斷의 경우 장기적으로 발생 가능한 질병을 예방하는 차원에서의 投資로 간주하여 投資效率性에 대한 분석을 통해 保險給與化할 것을 검토하여야 할 것이다. 마지막으로 日常生活 혹은 業務에 支障을 주지 않는 질환의 치유에 대해 非給與로 판정하는 엄격한 有權解析은 완화되어야 할 것이다. 기능적인 장애 외에 精神的, 心理的으로 일상생활을 하기에 상당한 장애가 인정되는 경우에는 보험급여로 처리하여야 할 것으로 판단된다. 또한 보편적인 진료방법에서 벗어나는 진료행위에 대해서도 도덕적 위해가 심각하지 않은 경우 醫療技術 發展을 위해 보험급여로 인정하는 유권해석이 바람직할 것으로 본다.

이러한 보험급여의 확대는 환자본인의 부담을 줄여주는 대신 保險料의 引上이 수반되어야 할 것이며, 또한 醫療機關의 輸入이 줄어들 가능성이 있다. 따라서 保險給與의 擴大措置와 함께 醫療供給者의 수입을 유지할 수 있도록 保險酬價 引上이 이루어져야 할 것이다. 保險

酬價 引上時에는 技術料에 대한 인상이 증점적으로 이루어져 의약품의 과잉사용을 억제하고 의료기술에 의한 醫療機關間 競爭이 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다. 保險料의 인상에 따른 부담을 분산시키기 위해 노인층 중 저소득 피보험자에 대한 保險料輕減이 필요할 것이며, 농어촌지역등 재정이 취약한 조합에 대한 國庫支援事業과 財政調整事業이 한층 강화되어야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 國民福祉企劃團, 『「삶의 질」 세계화를 위한 國民福祉의 基本構想』, 1995. 12.
- 권순원, 『先進國의 醫療保險制度和 生命保險業界의 參與現況: 일본편』, 『월간 생협』, 生命保險협회, 1997. 5.
- 노인철·김수춘·이충섭·한혜경, 『醫療保險 本人負擔制에 관한 研究』, 한국보건사회연구원, 1989.
- 보건복지부, 『'95 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』, 1997.
- 신종각·임재영, 『1995년도 우리나라의 국민의료비와 추이분석』, 『보건 복지포럼』 제14호, 1997. 11.
- 윤병식·정우진·이현송 외, 『韓國人의「삶의 질」: 現況과 政策課題』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 이병식, 『한국 의료보험의 본인부담제에 관한 연구』, 서강대학교 공공 정책대학원 석사학위 논문, 1994.
- 醫療保障改革委員會, 『醫療保障 改革課題와 政策方向』, 1994. 6.
- 의료보험관리공단, 『수진내역신고서』, 1995~1996.
- 21世紀 經濟長期構想 福祉政策班, 『韓國型 社會福祉體系 定立方案』, (공청회 자료) 1996. 5.
- 이현실·문옥륜, 『의료보험환자의 비급여진료비 본인부담금 징수실태 분석』, 『國民保健研究所 研究論叢』 제3권 제1호, 서울대학교 보건 대학원 국민보건연구소, 1993, pp.18~32.

- 정기택, 「An Analysis of the Effect of Increases in User Prices on Health Care Use and Cost: The Korean Experience」, 『社會保障研究』 제8권, 1992, pp.61~114.
- 정기택, 「Medical Institution and Diagnosis -Specific Analysis of Demand for Medical Care in Korea」, 『社會保障研究』 제9권, 1993, pp.193~222.
- _____, 「民間醫療保險의 活性化方案」, 의료개혁위원회 전문가 보고, 1997.
- 정상혁, 「醫療保險 給與範圍의 優先順位」, 의료개혁위원회 전문가 보고, 1997.
- 최병호, 「醫療保險 給與範圍의 適正限界에 관한 考察」, 『保健社會研究』 제16권 제1호(1996 여름), 韓國保健社會研究院, 1996.
- _____, 「先進國의 醫療保險制度和 生命保險業界의 參與現況: 유럽편」, 『일간 생협』, 生命保險協會, 1997. 5.
- _____, 「民間醫療保險의 導入에 관한 檢討」, 『제4차 병원 경영세미나 연제집』, 대한병원협회, 1997. 10. 1
- _____, 「民間醫療保險의 導入 必要性 檢討」, 『보건복지포럼』 제15호, 한국보건사회연구원, 1997. 12.
- 韓國韓醫學研究所, 「한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제재의 보험급여확대모형 개발」, 1996. 1.
- 日本 厚生省, 『國民醫療費』, 1995.
- 日本 經濟企劃廳, 『國民所得統計』, 1995.
- 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』 第42卷 第14號, 1995.

- 廣井良典, 『医療の経済学』, 日本 経済新聞社, 1994.
- Beck, R. G., “The Effects of Copayment on the Poor,” *The Journal of Human Resources*, 1974, pp.129~142.
- Dranove, D. and P.Wehner, “Physian-Induced Demand for Childbirth”, *Journal of Health Economics*, 13, 1994, pp.61~73.
- Evans, R. G., “Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications,” *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by Mark Perlman, 1974.
- Feldstein, Martin, S., “The Welfare Loss of Excess Health Insurance,” *Journal of Political Economy*, 81, 1973, pp.251~280.
- Federal Ministry of Health, *Health Care in Germany*, 1995.
- Fuchs, V. R., “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations,” *Journal of Human Resourced*, 13, 1978, pp.35~36.
- NERA(National Economic Research Associates), *The Health Care System in Korea*, July 1994.
- Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, “Price and Income Elasticities for Medical Care Services,” *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by Mark Perlman, 1974a.
- Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, “Coinsurance, the Price of Time, and Demand for Medical Services,” *Review of Economics and Statistics*, 56, 1974b.
- Nordquist, J. and S. Wu, “The Joint Demand for Health Insurance and Preventive Medicine,” in: R. Rossett, ed., *The Role of Health Insurance in the Health Service Sector*, NBER, 1976, pp.35~71.

- Pauly, Mark, V., "The Economics of Moral Hazard," *American Economic Review* 58, 1968, pp.53~59.
- Pauly, Mark V. and Philip J. Held, "Benign Moral Hazard and the Cost-effectiveness Analysis of Insurance Coverage," *Journal of Health Economics*, Vol. 9, 1990, pp.447~461.
- Phelps, Charles E., *The Demand of Health Insurance: a Theoretical and Empirical Investigation*, 1973.
- Phelps, C. E., "Illness Prevention and Health Insurance," *Journal of Human Resources*(Suppl.) 13, 1978, pp.183~207.
- Phelps, C. E. and J. P. Newhouse, "Effect of Coinsurance: A Multivariate Analysis," *Social Security Bulletin*, 1972, pp.20~28.
- Phelps, C. E. and J. P. Newhouse, *Coinsurance and the Demand for Medical Services*, Santa Monica: Rand Corporation R-964-1OEO/NC, 1974.
- Rice, T. H. and R. J. Labelle, "Do Physicians Induce Demand for Medical Services?," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.14, No.3, 1989, pp.587~599.
- Rochaix, L., "Information Asymmetry and Search in the Market for Physicians' Services," *Journal of Health Economics*, 8, 1989, pp.53~84.
- Roemer, M. I., "Bed Supply and Hospital Utilization: A National Experiment," *Hospitals*, 35, pp.36~42, 1961.
- U.S. Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1995.
- Varian, Hal R., *Microeconomic Analysis*(3rd ed), Norton, 1992.

附 錄

附錄 I. 『醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』
(1997年 9月)中 保險給與基準과 診療基準

II. 給與의 範圍 및 費用負擔

1. 療養給與

가. 피보험자의 질병, 부상에 대한 療養給與의 範圍는 다음과 같다. 다만, 간호와 이송에 대하여는 保險者가 인정하는 경우에만 행한다.

- (1) 진찰
- (2) 약제 또는 치료재료의 지급
- (3) 처치·수술, 기타의 치료
- (4) 의료시설에의 수용(입원)
- (5) 간호
- (6) 이송

나. 가정의학과 가족등록, 가정간호 또는 임종간호(호스피스;Hospice)에 대한 급여의 범위 등은 장관이 별도로 정한 바에 의한다.

2. 療養費

보험자는 피보험자가 긴급 기타 부득이한 사유로 법 제29조 제2항의 규정에 의한 요양기관 이외의 醫療機關이나 藥局 등에서 요양을 받은 때에는 療養給與에 상당하는 금액을 요양비로서 지급한다.

3. 分娩給與

피보험자가 療養機關에서 분만하는 때에는 分娩給與를 실시한다.

4. 分娩費 支給基準

법 제37조와 제39조, 공·교법 제36조와 제31조의 규정에 의한 分娩費支給基準은 다음과 같다. 이 경우 分娩費는 分娩給與를 받을 수 있는 경우에 한하여 지급하되, 사산은 임신 16주 이상인 경우 지급한다.

가. 첫 번째 자녀는 76,400원

나. 두 번째 자녀부터는 71,000원

5. 療養給與期間의 算定

가. 법 제30조 제1항의 규정에 의한 療養給與期間은 양방, 한방 또는 약국급여를 불문하고 입원일수, 내원일수, 투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원, 내원, 투약일이 같은 날에 중복되는 경우에는 1일로 산정한다.

나. 민원신부전증 환자의 療養給與期間 算定은 장관이 별도로 정한 바에 의한다.

다. 법 제30조 제1항(공·교법 제27조 제2항) 단서에 해당되지 아니하는 피보험자에 대하여 법 제30조 제2항(공·교법 제27조 제4항)의 규정에 의하여 保險者가 법정 療養給與期間을 연장할 수 있는 保險者負擔 금액은 연간 150만원으로 한다.

6. 給與費用의 負擔

가. 療養給與나 分娩給與를 받은 자는 법 제34조(공·교법 제38조)에서 정한 바에 의하여 그 비용의 일부만을 본인이 부담하되, 다음에 해당하는 경우에는 醫療保險 診療酬價基準에 의한 금액으로 본인이 그 비용을 전액 부담한다. 다만, 요양기관의 연구목적으로 선정

된 환자(학구용 환자)에 대한 진료비는 요양기관이 전액 부담한다.

- (1) 법 제30조(공·교법 제27조 제2항)의 규정에 의한 保險者가 비용을 부담하는 급여기간 종료 이후의 진료비
- (2) 피보험자가 급여신청시 醫療保險證을 제시하지 못하고 제시하여야 할 소정기간을 경과하여 제시한 경우에는 제시 義務期間을 초과한 날부터 제시 전일까지의 기간에 소용된 진료비
- (3) 피보험자가 “1-3. 수급절차”에 의하지 않고 요양기관을 이용한 경우 이에 소요된 진료비
- (4) <삭제>
- (5) 指定診療에 관한 규칙(보건사회부령 제867호, ‘91. 3. 29) 제6조의 규정에 의한 지정 진료비, 다만, 電算化斷層撮影(CT) 및 體外衝擊波碎石術(ESWL)은 지정진료항목 및 수가기준을 적용하지 아니한다.
- (6) 단기하사, 병, 무관후보생으로 군에 복무중인 피보험자가 군병원 이외의 요양기관을 이용한 때의 진료비
- (7) 지역의료보험 피보험자가 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 소요된 진료비(1991. 7. 1 신설)
- (8) 장기 또는 골수공여희망자에게 행한 공여 적합성 확인진단에 소요된 진료비. 다만, 장기 또는 골수를 공여한 자에게는 확인진단에 소요된 검사비용은 소급하여 보험급여를 하여야 한다.
- (9) 보험자가 부담하는 요양급여비용의 상한 금액을 장관이 정한 경우, 그 금액을 초과한 진료비
- (10) 기타 장관이 정하는 사항

나. 위 “가. (1)~(10)의 진료내용이 ”醫療保險 診療酬價基準中 (별표 1) 醫療保險 診療酬價基準額表“에 분류되어 있지 아니한 경우에는 ”의료보험 진료수가기준중 (별표 1) 의료보험 진료수가기준액표

“중 가장 비슷한 분류항목을 준용하여 산정하되, 장관이 별도로 정한 때에는 그 기준에 의한다.

- 다. 만성신부전증환자, 혈우병환자 또는 장애인복지법 제19조에 의한 등록장애인이 장관이 별도로 정한 진료의 범위를 외래에서 받은 경우에는 그 비용의 本人一部負擔金은 입원진료비부담률에 의한다.
- 라. 입원 환자에게 전산화단층촬영을 시행한 경우 그 비용의 본인일부부담금은 법 시행령 제75조 제1항 제1호에 의한 外來診療費負擔率에 의한다.

7. 非給與對象

가. 법 제29조 제1항에 의한 療養給與를 함에 있어 질병, 부상의 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보험급여의 원리에 부합되지 아니하는 다음 사항은 보험급여대상에서 제외한다.

- (1) 단순한 피로 및 권태
- (2) 죽은개, 점, 사마귀, 다모, 무모, 백모증, 여드름, 주사비(딸기코, Acne rosacea) 등으로 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 피부질환
- (3) 음위(Impotence), 불감증과 생식기 선천기형등으로 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 비뇨기 및 부인과 질환
- (4) 이중검수술(쌍꺼풀수술), 음비술(코 성형수술) 등 미용을 목적으로 하는 성형수술과 그로 인한 후유증
- (5) 마약중독증, 향정신성 의약품중독증
- (6) 질병을 동반하지 아니한 포경수술
- (7) 예방접종, 다만 과상풍혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사는 제외

- (8) 보험자가 법(공·교법)에 의하여 피보험자에 대하여 실시하는 건강진단 이외의 본인 희망에 의한 임의 건강진단
- (9) 친자확인을 위한 진단
- (10) 미용을 목적으로 실시하는 부정교합치의 교정, 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함), 치주질환이 없는 상태에서 단순히 예방목적으로 실시하는 치석제거(Scaling)
- (11) 보조기, 보청기, 의수·족, 의안, 콘택트렌즈의 재료비. 다만, 장애인복지법 제19조에 의한 등록장애인에 대하여 장관이 별도로 정하는 보장구는 그러하지 아니한다.
- (12) 입원기간중의 식대, 상급병실료 차액
- (13) 기타 장관이 정하는 사항

나. 위 “가. (1)~(13)”에서 별도로 정한 사항 이외에는 일체 療養機關 임의로 非給與對象으로 적용하여서는 아니된다.

III. 診療基準

1. 診療의 一般原則

- 가. 진료는 일반적으로 피보험자의 연령, 성별, 직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 환자의 건강증진상 타당하고 적절하게 행하여야 한다.
- 나. 진료를 담당하는 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자 등에게 이해하기 쉽도록 적절히 지도하여야 한다.

다. 피보험자에 대한 진료는 의료보험진료기준에 의한 보편적인 진료를 하여야 한다. 다만, 특수 또는 새로운 요법 등에 의한 진료를 하고자 할 경우에는 장관의 사전 인정을 받아야 한다.

라. 지정진료는 다음 기준에 의한다.

- (1) 지정진료는 “지정진료에 관한 규칙(보건사회부령 제867호 ‘91. 3. 29)”에 의하여 장관이 지정한 요양기관에 한한다.
- (2) 지정진료는 피보험자가 지정한 지정진료의사 또는 그 지정진료의사가 의뢰한 진료지원과의 지정진료 의사가 “지정진료에 관한 규칙 제6조 제1항”에 의한 적용항목에 한하여 직접 행한 경우에만 지정진료수가기준을 인정한다. 다만, 전산화단층촬영(CT) 및 체외충격파쇄석술(ESWL)은 동 지정진료항목 및 수가기준을 적용하지 아니한다.
- (3) 지정진료는 피보험자가 원하는 경우에 한하며, 당해 요양기관이 정한 “지정진료신청서”에 환자 또는 그 보호자의 서명 또는 날인이 있어야 한다.

2. 診察, 診斷, 物理治療, 處置 및 手術

가. 각종 검사, 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니 된다.

나. 처치는 치료효과를 높이기 위하여 필요한 정도에 따라 행하여야 한다.

다. 수술은 필요하다고 인정될 때에 한하여 행한다.

라. 물리치료는 투약, 처치 및 수술에 의하여 치료 효과를 얻기 곤란한 경우로서 이 요법이 보다 효과가 있다고 인정될 때에 행한다.

3. 投藥

- 가. 영양공급, 안정, 운동, 직장전환 및 기타 요양상 주의를 함으로써 치료효과를 얻을 수 있다고 인정되는 경우에는 투약을 하여서는 아니되며 이에 관한 적절한 지도를 하여야 한다.
- 나. 투약은 장관의 의약품 허가사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 내에서 피보험자의 증상 등에 따라 필요 적절하게 투여하여야 한다. 다만, 외국 의약품집 및 교과서에 수록된 의약품으로서 대체 의약품이 없으며 진료상 반드시 필요하다고 진료비심사지급기관장이 인정한 경우에는 그에 의한다.
- 다. 항생제와 같은 약제는 피보험자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중히 투여하여야 한다.
- 라. 약제의 혼합투여는 치료효과를 높이기 위하여 의학적으로 인정되는 경우에 한하여 투여하여야 한다.
- 마. 진료상 2제이상의 약제를 투여하여야 하는 경우는 1제의 투여로서 진료효과를 기대하기 어렵다고 인정되는 경우에 한한다.
- 바. 투약의 양은 예상되는 필요기간에 따라 투여하되, 내복약은 1회 3일분, 외용약은 1회 6일분 이내로 투여한다. 다만, 만성질환이나 귀향요양 등 특수한 사정으로 진료상 필요하다고 인정될 경우에는 여정과 기타의 사정 등을 고려하여 1회에 수일분 또는 장기간 투여할 수 있다.

4. 處方箋

요양기관인 종합병원, 병원, 치과병원, 의원 또는 치과의원(이하 “의료기관”이라 한다)이 당해 요양기관에서 보유하지 아니한 의약품을 요양기관인 약국(이하 “약국”이라 한다)에 처방전을 발급하는 경우에

는 다음 기준에 의한다

- 가. 주사제에 대하여는 처방전을 발급하여서는 아니된다.
- 나. 처방전 발급으로 투약을 하더라도 “3. 투약”에서 정한 기준에 의하여야 한다.
- 다. 처방전을 발급한 의료기관은 진료기록부에 의약품명, 1일투여량, 투약일수 등의 처방내용을 기재하여야 한다.
- 라. 처방전 발급시는 처방전에 품명, 함량, 수량, 제형 및 투약일수 등을 명시하여야 한다.
- 마. 처방전은 “약가표”에 표시된 품명으로 발급하여야 한다. 만약 품명별 일련번호(Code No.)를 정한 경우에는 그 번호를 사용할 수 있으며 영문으로 표기한 경우에는 “약가표”에 표기된 제조회사명을 표시하여야 한다. 다만, 원료의약품은 일반 명으로 하고 수입 의약품은 수입허가 품명으로 사용한다.
- 바. 진료비명세서상에 처방전에 의한 투약내역은 기재를 생략하되, 처방전 발급횟수, 투약일수와 원외처방료는 기재하고 처방전을 첨부하여야 한다.
- 사. 처방전은 반드시 3매를 작성하여 1매는 진료비 청구시 해당 진료비 명세서에 첨부하고 2매는 수진자에게 교부하여야 한다.
- 아. 처방전은 발급일부터 3일(공휴일 제외)간 유효하다. 다만, 동일처방전의 약제를 분할 조제받은 경우에는 그러하지 아니하다.

5. 注射

- 가. 주사는 장관의 의약품 허가사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 내에서 환자의 증상에 따라 필요 적절하게 주사하여야 한다. 다만, 외국 의약품집 및 교과서에 수록된 의약품으로서 대체 의약품이 없으며 진료상 반드시 필요하다고 진료비심사지급기관장이

인정한 경우에는 그에 의한다.

- 나. 주사는 경구투여를 할 수 없는 경우, 경구투여시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투여로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 구급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다.
- 다. 동일 효능의 내복약제와 주사약제는 병용 투여를 하여서는 아니 된다. 다만, 경구투여만으로는 치료효과를 기대할 수 없는 의학적으로 인정되는 불가피한 경우에 한하여 병용 투여 할 수 있다.
- 라. 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정될 때에 한한다.
- 마. 당류제제, 전해질 제제, 복합아미노산 제제, 혈액대용제, 혈액 및 혈액성분제제의 주사는 의학적으로 특히 필요하다고 인정될 때에 한한다.
- 바. 항생제와 같은 주사약제는 피보험자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중히 주사하여야 한다.

6. 診療材料의 支給

- 가. 진료재료의 지급 또는 대여는 진료의 적정을 기하기 위하여 필요하다고 장관이 인정하는 경우에 한한다.
- 나. 진료재료(수술재료 포함)는 당해 요양기관이 직접 구입하여 환자에게 보험급여를 하여야 한다. 다만, 장애인복지법 제19조에 의한 등록장애인에 대하여 장관이 별도로 정하는 보장구는 그러하지 아니할 수 있다.
- 다. 치과 충전재료는 인산시멘트, 규산시멘트, 글래스아이노머시멘트, 아말감, 복합레진으로 한다. 다만, 피보험자의 희망에 의하여 금등의 충전재료를 사용하는 경우는 그 재료대를 피보험자가 전액

부담한다.

7. 入院

입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니된다.

8. 慢性病診療

만성질환의 진료는 수술을 요하거나 그 증상이 특히 위중하여 진료상 입원을 요하는 경우를 제외하고는 재가 또는 통원진료를 하도록 하고 이에 필요한 적절한 지도를 하여야 한다.

9. 公務員 및 私立學校教職員の 公務上 疾病 負傷에 대한 特例

공무원 및 사립학교교직원의 공무상 질병 또는 부상에 대하여는 위 “내지 8”의 기준에 불구하고 “산업재해보상보험법 제40조 제4항”의 규정에 의한 기준을 준용한다.

附錄 II. 消費者의 效用極大化 問題의 解 導出方法

消費者의 效用極大化 問題 :

$$\max p u(W - L - xq + q) + (1 - p) u(W - xq)$$

효용극대화조건인 q 에 대한 1차 미분식은

$$p u'(W - L + q*(1 - x))(1 - x) - (1 - p) u'(W - xq*)x = 0$$

$$\frac{u'(W - L + (1 - x)q*)}{u'(W - xq*)} = \frac{(1 - p)}{p} \frac{x}{(1 - x)}$$

만약에 질병이 발생하는 경우 보험자는 $xq - q$ 를 받게 되고, 질병이 발생하지 않을 경우 보험자는 xq 를 받는다. 따라서 보험자의 기대수익은 $(1 - p)xq - p(1 - x)q$ 가 된다. 保險者의 期待收益을 인정하지 않는 경우(혹은 경쟁적 시장에서 기대이윤이 0으로 되는 경우)

$-p(1 - x)q + (1 - p)xq = 0$ 로서 $x = p$ 가 된다. 이를 1차 미분식에 대입하면,

$$u'(W - L + (1 - x)q*) = u'(W - xq*).$$

만약 消費者가 危險回避型(risk averse)이라면 $u''(W) < 0$ 라는 극대화의 2차 미분조건을 만족하고, 상기 식은

$W - L + (1 - x)q* = W - xq*$ 가 됨으로써 $L = q*$ 라는 解를 얻는다.

附錄 Ⅲ. 選擇的 給與項目의 全面的 給與擴大

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수가		
Disposable Chest Bottle (일회용 흉곽 배액병)	₩5,663 (협약가) • 1 Type ₩11,000 (협약가) • 3 Type	• 흉곽 수술 • 폐쇄식 흉강 삽관술 (자151)	₩58,318	흉곽수술후 지속적 배액목적으로 사용되는 Chest Bottle은 환자의 상태, 질병, 수술내용 또는 감염여부에 따라 수일간 사용이 가능한 경우도 있고 1일에도 수회 교환해야 하는 등 그 사용량이 일정치 않지만 PVC로 만들어져 단시간 내구성이 있으며 소독하여 재사용이 가능하므로 입원기간당 1개의 비용을 실구입가에 의하여 산정한다.	흉곽수술후(개심술, 폐수술, 기흉수술 등) 배액위치에 따라 부위별로 삽입해야 하는 경우에는 동시에 2개 이상 소요되며, 또한 배액량이 많은 경우에도 1일에도 수회 교환해야 하므로 1개의 사용은 불가능하며, Chest Bottle이 Thoracic Catheter와 연결되는 것이기 때문에 입·출구의 모양이 매우 좁아 배액물 등을 깨끗이 닦고 소독하기가 어려운 상태이므로 타환자에의 재사용은 불가능한 바, 실사용량대로 인정해야 함.
Introducer	₩19,800 ~ ₩121,000	• 혈관 조영 촬영등		혈관조영촬영, 혈관중재적 시술 등에 혈관손상 방지를 위하여 사용되고 있으나 치료목적의 시술 등에만 별도 산정이 인정되고 검사 및 진단 목적으로 시행시 소정 검사료에 포함되어 별도 산정이 불가함.	Introducer는 혈관내에 카테타를 삽입 또는 제거시 혈관 손상 우려가 있으므로 이를 방지하기 위하여 사용되는 것으로써 특수카테타를 사용하는 치료목적의 시술뿐만 아니라 혈관조영촬영시에도 2개 이상의 Catheter를 교환해야 하는 등 혈관손상 우려가 많은 경우에 필수적으로 사용하고 있으므로 인정하여야 하며 1개의 가격이 조영촬영시 사용되는 카테타와 같은 수준의 가격으로 소정 검사료에 포함함은 부당함.

附錄 III. 계속

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수 가		
Endotracheal Tube (기관내 튜브)	₩1,925 ~ ₩6,699	• 기관내 튜브삽입술 (자585기준)	₩5,122	폐결핵환자, 인공호흡기를 8시간 이상 사용한 환자, ICU에서 장기간 사용환자에 한하여 치료기간중 1개만 산정	호흡부전이 발생하는 중증 환자에게 기관내 튜브를 삽입할 경우 타환자에게 감염의 우려가 있으며, 소아 환자의 경우 나이에 따라 각기 규격 및 길이가 달라 Endotube를 잘라 사용하는 경우가 많으므로 재사용이 불가한 바, 실사용량을 인정해야 함.
Tracheostomy Tube	₩8,580 ~ ₩29,700	• 기관절개술 (자130)	₩36,608	기관내 절개술을 시행한 환자에게 치료기간중 1개만 산정	장기간 Tracheostomy Tube를 삽입해 놓은 상태에서 기도 에 육아조직이 생성되어 기도가 좁아지는 경우 장기환자에게 일정기간마다 Tube를 Size별로 바꾸어가며 교환해주어야 하므로 실사용량대로 인정함이 타당함.
E C G Electrode	₩253	• EKG Monitoring (나654다)	₩10,114	EKG Monitoring시 2일에 3개만 인정함.	응급실 환자의 경우 상태가 중중이어서 방사선 촬영이 수회 필요하거나 상태가 Irritable한 경우 EKG Electrode 재부착 사례가 많으므로 1일에 3개가 인정해야 함.
정맥내 유지침	₩420			주사시 사용한 주사재료 대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내 유지침, 수액셀, 혈액 Bag 등)는 소정 주사료에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음에 해당하는 환자에게 소정 주사료에 포함되어 있는 나비침으로 정맥내 주사를 실시할 수 없어 정맥내 유지침이 사용된 경우에는 [마-5]에 한하여 재료대로 420원을 산정하되, 1일당 1개를 초과하여 산정할 수 없다.(가)-(사)	정맥내 유지침은 수액제 주사시 사용되는 이미 보편화된 진료재료로써 점적주사(마-5) 시행시 인정하며, 그 재료대 보상은 요양기관 실구입가의 10%를 가산한 금액을 산정해야 함.

註: 수가는 3차진료기관 기준 수가임.

附錄 IV. 基本診療料 및 技術料에 包含되어 不認定되고 있는 診療材料의 別途 報償 認定

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수 가		
Arterial Monitoring Kit	Line: ₩2,530 Dome: ₩12,100 Kit: ₩14,080	• B.P Monitoring 기본진료료 포함		수술실이나 중환자실에서 환자의 동맥압을 감시하기 위하여 감시장치와 동맥을 연결하여 사용하는 Arterial Monitoring Kit는 소정 수술료나 환자관리료에 포함된 것으로 별도 산정할 수 없음. [보사부급여 1492-6401호, '84.5.9]	• 진료재료의 경우 실구 입가에 의거 산정하도록 되어 있으나 수기료에 포함된다 하여 불인정되고 있음. • 수술시간을 단축시켜 환자의 고통을 감소시켜 주고 감염 등 합병증을 줄일 수 있는 등 진료상 장점이 많으며 또한 일회용 제품의 사용이 이미 보편화된 재료도 많이 있고 행위로 보다 재료가격이 월등히 고가인 재료도 있음.
Fogarty Catheter	₩55,000 ~ ₩111,000	• 전색 제거술 (자199)	₩441,129	비관혈적 전색제거술시 사용하는 Embolectomy Catheter, Fogarty Catheter는 소정 수술료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. [보사부급여 1492-10821호, '84.8.8]	• 1회용 재료가 아니더라도 소독하기가 어려운 재질, 형태를 가진 재료가 있고, 감염성 폐결핵, 간염, 매독 등 전염성 환자들이 사용한 것은 폐기처분하여야 하며 소독하여 재사용하는 것은 다른 환자에 감염의 우려가 있으므로 불인정함.
Ventilation Tube	₩13,200	• 중이내 튜브 유치술 (자562)	₩40,716	삼출성 중이염 환자의 중이내 튜브유치술시 삼출액의 배액목적으로 사용하는 Ventilation Tube는 Polyethylene Tube나 Silicon Tube, Teflon Tube를 사용한다 하여도 별도 인정할 수 없음. [보사부급여 31510-7008호, '85.6.19]	• 보험재정 안정을 위하여 진료재료 사용을 억제함으로써 적정 의료 서비스 제공에 장애가 되고 있으므로 이와 같은 진료재료에 대한 의료보험 인정기준의 재검토가 필요함.
Epidural Catheter	₩3,465 ~ ₩16,500	• 계속적 경막외 차단 (바4마)	₩21,710	경막외 마취(바2)와 Continuous Epidural Block시 사용된 Epidural Catheter는 수기료에 포함되어 있어 별도 인정하지 아니함. [관리공단 '86.7]	
Levin Tube	₩1,122 ~ ₩4,048			체중 1.5kg의 미숙아 및 호흡이 곤란한 미숙아에게 십이지장을 통한 영양공급시 필요한 Keofeed Tube는 별도 산정할 수 없으며 수기료는 위십이지장 존데법(자263가)으로 산정함. [보사부급여 1492-29412호, '85.6.19]	
Keofeed Tube	₩11,000	• 위십이지장 존데법 (자263나)	₩4,459		

附錄 IV. 계속

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수 가		
Foley Catheter (2 way / 3 way)	₩4,576~₩8,800			1개월 이상 Foley Catheter를 유치하는 경우에만 Silicon Foley Catheter를 인정함. [보사부급여 1492-72470호, '81.12.31]	상위 표의 안정기준 검토사유와 동일
Urine Bag Hourly Bag	₩1,100~₩4,950	• 유치카테타 설치(자6)	₩5,395	환자의 소변을 수집하는 용기는 소독 또는 청결히 하여 재사용할 수 있는 유리제품을 사용하더라도 그 소독비용을 별도 산정할 수 없는 것과 마찬가지로 그 재료대를 별도로 인정할 수 없음. [보사부급여 1492-27216호, '84.9.27]	
3-Way	₩347	• 기본진료료 포함		중심정맥압 측정시 또는 상이한 수액제를 선택적 혹은 동시에 양 수액제를 적절한 비율로 조절, 공급하는데 사용되는 3-way는 별도 산정할 수 없음. [보사부급여 1492-29156호, '84.10.23]	
Manifold	₩3,850~15,400	• 기본진료료 포함		개심술 또는 중환실에서 사용되는 Three 또는 Five Stop Cock Manifold도 진료수가 기준액표 제9장 제1절 산정지침(10)-18항에 의한 체내유지 특정재료에 해당되지 아니하므로 별도 산정할 수 없음. [보사부급여 1492-33525호, '84.12.10]	
Micro Infusion Set	₩2,376	• 점적주사 (마5가.다)	₩650~ ₩2,340	심폐기능 장애자나 조산아 등에 수액의 적정량을 주입코자 할 때 양질의 진료를 위해 사용할 수 있으나 의료보험의 경제적인 원칙에 의거 일반 수액 Set로도 소기의 진료목적을 달성할 수 있으므로 보험적용이 곤란함. [보사부급여 1492-29156호, '84.10.23]	
Ureteral Catheter	₩8,800~₩8,976	• 요관 카테타법 (나658)	₩24,336	Stent 사용전 단기 유치시, RGP시 dye를 injection하면서 사용된 Ploy-arcyl Urethral Catheter는 별도 인정하지 아니함. [비뇨기과분과위, '85.3.20]	

附錄 IV. 계속

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수 가		
D o u b l e L u m e n E n d o T r a c h e a l T u b e	₩126,500	• 전신마취 (바7)	₩38,900	이중관 기관튜브는 폐수술 마취시 환부측 폐로부터 건강한 폐로 병변이나 출혈, 농(Pus) 등이 옮겨갈 위험성이 있는 경우에 사용하면 이를 방지할 수 있는 장점이 있다고 하겠으나 동 사항은 소경 의 수술료 및 마취료 등에 포함된 것으로 간주하여 별도 산정할 수 없음. [보사부급여 31510-1748호, '90.2]	
봉합사 종류 Ethilon C a t g u t Chronic Vicryl Dexon Polysorb	₩1,870~ 19,067 ₩2,288~ 7,000 ₩2,838~ 4,583 ₩1,833~ 2,277 ₩2,200~ 2,741	• 각 수술료 포함		안면피부창상봉합술 및 심장봉합에만 봉합사를 산정할 수 있으며 기타 부위의 수술시에는 수술 료에 포함되어 봉합사를 별도 산정할 수 없음.	
Merocele	₩11,611 (협약가)	• 부비동 수술 • 비중격 수술등		메로셀은 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 지혈 효과가 높으며 점막손상 이 없는 등 장점이 많아 여러 종류의 비수술 및 비출혈시 편측수술당 1개까지 인정함. [보사부급여 67520-925호, '94.11.12]	수술후나 비출혈시 지혈 효과를 위한 Packing시 수술부위가 넓은 경우 편측당 2개씩 이용할 수 있고 비중격 수술시엔 양측에 삽입해야 하는 등 환자에 따라 사용량이 상이하므로 실사용량대로 인정해야 함.
복대 (Abdomina l Band)	₩1,515 (협약가)	• 개복수술		복대는 소독하여 재사용 가능하므로 1개만 산정 할 수 있음.	복부수술후 Wound를 지지해 주기 위해 사용할 때 상처부위에서 나오는 체액에 의해 복대가 젖거 나 오염되어 소독하여 재사용한다 하더라도 최소 2개 정도가 필요한 바, 갯수 제한은 없어야 된다고 봄.

附錄 IV. 계속

명 칭	금 액	행 위 료		현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
		명 칭	수 가		
Hemovac Barovac	₩16,077 (협약가) ~ ₩22,000	• 각종 수술		지속적 배액수집용기 수가의 산정은 동용기를 소독하여 재사용할 수 있으므로 입원기간 중 1개의 배액용기값만 산정할 수 있음. [보사부급여 31510-22084호 '86.9.26]	타부위의 감염을 막기 위해 수술후 Hemovac 사용은 필수적으로 대개 1회용 Disposable 제품인 바, 1회 사용후 소독사용이 불가하며 수술부위나 환자에 따라 2개를 삽입하기도 하고 재수술시에 불가피하게 교환해야 하므로 실사용량대로 인정해야 함.
Skin Stapler	₩12,100 ~ ₩23,100	• 각종 Open 수술		수술부위 봉합을 위해 사용하므로 봉합사에 준하여 수술료에 포함되는 기본 진료재료로 불인정함.	
EVD Set (Ventricular Catheter, Connection Line, Drainage Bag)	₩81,400 ~ ₩84,700	• EVD (자33-1준)	₩230,950	뇌실내출혈, 수두증시 체외 배액을 목적으로 사용되는 EVD Set는 소정 수가에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [보사부급여 31510-6387호 '85.7.4 보사부급여 1492-14235호 '84.10.4]	

附錄 IV. 계속

명칭	금액	현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
Stent (Coronary Stent, Peripheral Stent)	₩1,232,000 ~2,090,000	혈관용Stent는 경피적 동맥 확장술시에 시술 후 재 협착을 방지하는 등 이점이 있으나 보편적인 시술이 아니므로 불인정 (담낭, 식도, 기관지에 사용한 Stent(200,000~50,000 원만 인정)	우리나라에서 관상동맥질환에 의한 유병률이 급격히 증가하고 있고, 이에 대한 적절한 치료는 국민생산성 향상과 국민보건에 있어 점차 중요성을 더해가고 있음. 경피적풍선확장술(PTCA)은 관상동맥질환의 치료에 있어 선택된 환자에서 수술적치료(관상동맥우회술)에 비해 짧은 입원기간 및 회복기간으로 그 장점을 인정받고 있으나, 재협착과 급성폐쇄로 인한 재시술 혹은 수술의 가능성 등이 제한점으로 알려져 있음. Stent 삽입술은 PTCA의 이러한 단점을 극복할 수 있는 방법으로 Stent 삽입술에 대한 보험급여가 인정될 경우 많은 환자들이 도움을 받을 수 있을 것으로 사료됨.
Laser 수술기 *Laser 장비 종류에 따라 사용 재료가 다름.	예) Laser Tip ₩275,000 Laser Fiber ₩660,000 의 다수	Laser 수술기를 사용하여 신경외과질환인 뇌종양, 폐양성질환 등과 이비인후과에서 시행하는 비갑개 절개, 후비공폐쇄수술을 하는 경우 뇌심중부의 병소들도 치료할 수 있고 수술의 소요시간이 단축된다 하더라도 의료보험수가 기준은 새로운 장비나 기계에 의하여 분류한 것이 아니므로 레이저수술기를 사용하여 수술을 용이하게 하거나 보다 정확하게 실시하더라도 진료수가 기준액표의 소정 수술료에 따라 산정한다.	레이저치료기(수술기)는 의원급에까지 널리 보급되어 있는 보편적인 치료방법으로 부상하였으며, 치료효과 또한 경제적 측면(진료기간단축, 출혈 등 합병증 예방 등), 진료적 측면에서 모두 우수한 것으로 입증되고 있는바, 의료수요 등을 감안하여 레이저치료기를 이용한 수술시 가산율(소정금액의 일정비율)을 산정해야 함.
관절경 수술시 사용되는 1회용 수술기구 Drill Bit Arthroscopy Disp. Blade 종류	₩15,400 ₩25,500 ₩69,850	불인정	웨이버, 슬개건 절제나이프, 후크형나이프, 황수근인대 절제용 나이프, 관절경 전기소작기, 버(Burr), 1회용 쉬쓰 및 트로카 등의 1회용 수술기구의 보험급여 인정 → 1회용 수술기구의 재사용은 에이즈나 간염 등의 전염을 일으킬 수 있으며, 또한 1회용이어서 재사용할 경우 내구성이 없으므로 반드시 수기로와 별도로 보험급여가 인정되어야 함.

附錄 IV. 계속

명칭	금액	현행 요양급여 및 관련내용	인정기준 검토사유
복강경재료 Trocar, Versaport Stapler Endo Catch Converter Needle Bowel (Clinch), Dissector Shares, Grasper) Refract Babcock Ballon System Scissor	₩120,990 -133,100 ₩24,200 ₩184,000 ₩7,700 ₩35,200 ₩190,290 ₩190,290 -241,980 ₩198,000 ₩217,800 ₩220,000 ₩187,000	복강경 수술시 사용되는 재료는 1회용 재료일지라도 일부재료를 제외하고는 소독하여 수회에 걸쳐 재 사용하고 있는 실정임을 감안하여 별도 진료용 재료로 인정할 수 없음. 다만 조직배출기구(Pouch)는 재사용이 곤란한 소모성 제품이므로 보험진료 재료로 인정하고 내시경용 자동봉합기는 관혈적 수술시 인정기준(식도, 위, 폐, 직장수술 등)에 준하여 분리형의 특수침(Catridge)만 인정함. [보건복지부 보관 65720-630호, '97.5.20]	현재 복강내 내시경하 수술(담낭절제술, 자궁외 임신수술)과 흉강내 내시경하 수술(폐부분 절제술, 폐구역절제술, 폐엽절제술, 폐기포절제술, 종격등 중앙절제술, 교감신경 절제술)에 대해서만 관혈적 수술에 준하여 인정하고 있으며, 복강내 내시경하수술중 간낭종절제술 및 비절제술은 '95. 11. 1일 진료분부터 불인정되고 있음. 소요재료는 내시경용 특수봉합재료(Endoloop)와 결찰재료(Endoclip) 등 일부 재료만 인정되고 있고 Trocar, Endograsp, Endodissect 등의 고가소모성 재료는 불인정됨. 내시경하 수술은 그 난이도에 있어 관혈적 수술보다 훨씬 어려우며 소요재료도 다양한 바, 인정기준 확대(관행수가의 일정비율 이상의 보상)가 불가피하다고 사료됨.

註: 수가는 3차진료기관 기준 수가임.

附錄 V. 醫療保險酬價에 反映되지 않은 看護行爲
(임상간호사회 자료)

현행 기본진료료(간호관리료)에 포함되어 별도 인정되고 있지 않는
간호행위는 다음과 같음.

구강간호, 영양 간호, 흡인간호

체중 및 체위 Check, 섭취 및 배설량 측정, 음수량 측정

급습처치, Shaving(삭모)

체온유지를 위한 냉·온 찜질

각종 감시기를 통한 계속 관찰

방광 훈련

환자교육

Skin Care

채혈수기료

전적인 식사보조

소아의 인공수유

Stryker 이용한 체위변경, Circle bed 이용한 체위변경

수동식 운동돕기, 목발 사용시 돕기

환자 개인 교육

채혈수기료

특수검사 및 치료시 관찰, 의식 상태 관찰, TPN시 환자 관찰

감염방지를 위한 간호

附錄 VI. 豫防接種 및 健康診斷·檢診 現況

- 예방접종은 전염병예방법 제11조, 제12조 및 제15조에 의거 시장, 군수, 구청장은 정기예방접종과 필요시 임시예방접종을 실시하도록 규정되어 있음.
 - 만 18개월 이내 기본접종(무료접종): 디프테리아, 백일해, 파상풍, 결핵, 폴리오, 홍역, B형간염
 - 만 18개월 이상 및 성인(일부 무료, 일부 유료): 일본뇌염(장애인 및 의료보호대상자), B형간염(만 5~6세 취학전 아동의 추가 접종), 장티푸스(음식점 계통의 종사자)의 경우 일부 무료로 접종하고 있으며 그 외에는 실비로 접종(민선지방자치체에 의거 무료접종대상자 확대)

- 건강검진(1995년부터 직장조합 피보험자에 대하여 실시하던 건강진단 사업을 지역조합 피보험자에 대하여도 확대 실시)
 - 성인병검진사업: 40세 이상 지역조합 피보험자(1회/2년)
 - 건강검진사업: 직장조합피보험자(사무직: 2년에 1회, 생산직: 1년에 1회)
 - 암검사사업: 1996년부터 직장조합피보험자 건강진단실시 대상자중 희망자를 대상으로 위암, 유방암, 결·직장암, 간암등 4항목 실시(수검자 및 조합이 50%씩 부담)

- 신생아 선천성대사이상 검사는 모자보건법 제17조 1항 5호 「심신장애자의 발생예방 및 건강관리에 관한 사항」에 근거하여 선천성대사이상 상병 중 우리나라에서 발생빈도가 높은 6종 중 2종(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증)에 대하여만 1997년부터 전 신생아에 대하여 무료 실시되고 있으나 2종 이외의 검사에 대하여는 비급여처리되고 있음(의료보험급부로 청구되고 있지 않아 실시여부에 관한 정확한 파악이 어려움).