



■ 정책보고서 2015-01

건강보험 부적정 지출 관리방안 연구

신영석 · 강희정 · 이기주 · 박금령

【책임연구자】

신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요저서】

한국형 복지모델의 전망과 모색

한국보건사회연구원, 2013(공저)

건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향

한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

이기주 한국보건사회연구원 연구원

박금령 한국보건사회연구원 전문연구원

제출문 <<

(주)한국정보통신(Korea Information & Communications Co.;KICC) 귀하

이 보고서를

“건강보험 부적정 지출 관리방안 연구”(한국보건사회연구원/신영석)과제의
최종보고서로 제출합니다.

2015. 1.

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

주관연구책임자 : 신영석

목 차

요약	1
제1장 서론	13
제1절 연구 배경 및 목적	15
제2절 연구 내용 및 방법	19
제2장 건강보험 부적정 지출의 정의	21
제1절 건강보험 부적정 지출의 정의	23
제2절 건강보험 부적정 지출의 조작적 정의	30
제3장 건강보험 부적정 지출 관리	31
제1절 한국의 건강보험제도	33
제2절 한국의 부적정 지출 관리	41
제3절 건강보험 부적정 지출 확인 규모	59
제4절 소결	69
제4장 주요 국가의 건강보험 부적정 지출 관리	73
제1절 미국	75
제2절 프랑스	95
제3절 기타 국가	114
제4절 국제네트워크 현황	119
제5절 소결	121
제5장 건강보험 부적정 지출 인식조사	123
제1절 대국민 인식조사	125
제2절 재외국민 인식조사	158
제3절 소결	176

제6장 건강보험 부적정 지출 규모 추계	181
제1절 부적정 지출 규모 추계 동향	183
제2절 건강보험 부적정 지출 규모 추계	190
제3절 소결	197
제7장 결론: 건강보험 부적정 지출 방지 방안	199
제1절 접근 방향	201
제2절 제도적 방지 방안	202
제3절 기술적 방지 방안	212
제4절 연구 의의 및 한계	223
참고문헌	227
부 록	231
1. 건강보험 부당 이용 및 지출 방지 방안 모색을 위한 설문조사	231
2. 재외국민의 국내 의료이용 지원방안 마련을 위한 설문조사	240

표 목차

〈표 3-1〉 일반보험과 사회보험의 차이	33
〈표 3-2〉 국민건강보험공단의 주요 업무	36
〈표 3-3〉 건강보험심사평가원의 주요 업무	37
〈표 3-4〉 건강보험 재정수지 현황(2002-2013)	40
〈표 3-5〉 전산청구에서 오류점검: 단순 청구오류 수정서비스와 청구오류 사전점검서비스	45
〈표 3-6〉 분기별 자율시정통보제·지표연동관리제 대상기관	49
〈표 3-7〉 현지조사 대상기간	53
〈표 3-8〉 사후관리 유형별 근거와 내용	55
〈표 3-9〉 업무정지처분 및 과징금 부과 기준	56
〈표 3-10〉 부정청구 시 자격정지 처분 기준	57
〈표 3-11〉 심평원의 진료비 심사 조정률	60
〈표 3-12〉 건강보험공단의 현지확인으로 환수 결정된 요양기관 건수 및 결정 금액 현황	61
〈표 3-13〉 보건복지부의 현지조사로 환수 결정 건수 및 금액 실적	62
〈표 3-14〉 국민건강보험공단의 가입자 대상 환수 결정된 건수 및 금액	63
〈표 3-15〉 무자격자 진료에 대한 세부 유형별 가입자 대상 환수 결정된 건수 및 금액	65
〈표 3-16〉 상해 요인 진료에 대한 환수결정 현황	65
〈표 3-17〉 진료 연도별 체납 후 진료에 대한 환수결정 현황	66
〈표 3-18〉 연도별 건강보험 부적정 지출의 전·후 확인 규모	68
〈표 3-19〉 2010~2011년 현지조사 의뢰 후 현지조사 착수까지 소요기간	71
〈표 4-1〉 미국의 요양기관 감독권	79
〈표 4-2〉 부적정 지출을 해결하기 위한 CMS의 전략흐름도	84
〈표 4-3〉 Zone Program Integrity Contractors와 관할 구역	88
〈표 4-4〉 미국의 부적정 지출 관리를 위한 데이터 시스템	90
〈표 4-5〉 미국 부적정 지출 관리를 위한 교육적 방안	90
〈표 4-6〉 미국 공적건강보험의 부정 및 부적정 지출 유형	92
〈표 4-7〉 부정청구에 대한 처벌	93
〈표 4-8〉 의료보장 체계 및 대상	95
〈표 4-9〉 보충형 민간보험(2010년 기준)	96
〈표 4-10〉 프랑스의 의료전달체계별 지불제도	99
〈표 4-11〉 프랑스의 전자건강보험증 도입현황	101

〈표 4-12〉 건강보험 자원 구성 비율	103
〈표 4-13〉 건강보험 보험료를	103
〈표 4-14〉 프랑스 건강보험 행위주체별 부정(Fraud) 유형	105
〈표 4-15〉 프랑스 부정행위 조사 결과에 따른 처벌	109
〈표 4-16〉 프랑스 사회보장 분야별 부정적 지출 적발규모	111
〈표 4-17〉 부정 청구의 일반적 유형과 처분	115
〈표 4-18〉 일본의 건강보험제도	116
〈표 4-19〉 일본 의료보험에서 부당청구의 유형	116
〈표 4-20〉 일본의 부당청구에 대한 지도 및 감사 이후 행정 조치 유형	117
〈표 4-21〉 보건의료(건강보험 포함) 내 발생하는 부정 예방을 위한 국가 네트워크	119
〈표 4-22〉 독일, 프랑스, 대만의 전자건강보험카드 시행목적	122
〈표 5-1〉 대국민 인식 조사 조사항목	126
〈표 5-2〉 대국민 인식조사 설문 대상자의 일반적 특성	127
〈표 5-3〉 건강보험제도에 대한 전반적 인식	128
〈표 5-4〉 병의원의 본인의 신원 확인 방법	129
〈표 5-5〉 병의원의 수진자 신원 확인에 대한 인식	130
〈표 5-6〉 타인의 신원도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도	131
〈표 5-7〉 건강보험 수진을 위한 타인의 신원 도용 현황에 대한 인식	133
〈표 5-8〉 건강보험료 미납부 가족 및 친인척에게 개인정보를 빌려줄 의사	135
〈표 5-9〉 이민간 친인척 및 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의사	136
〈표 5-10〉 건강보험료를 미납부한 주변 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의사	137
〈표 5-11〉 건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 신원정보로 병원 이용을 한 경험	140
〈표 5-12〉 이민 간 사람이 국내 가족 및 친인척 신원정보로 병원 이용을 한 경험	141
〈표 5-13〉 건강보험 미납부자가 가족 외 타인의 신원정보로 병원 이용을 한 경험	142
〈표 5-14〉 건강보험 비자력자인 국내 거주 외국인이 건강보험에 가입된 다른 외국인의 신원정보로 병원을 이용한 경험	143
〈표 5-15〉 타인의 신원정보로 병원 진료 시 발각될 가능성	144
〈표 5-16〉 건강보험증 도용에 따른 본인의 피해정도	145
〈표 5-17〉 건강보험 수진을 위한 타인의 신원정보 도용 의사	147
〈표 5-18〉 타인의 신원 정보를 통한 건강보험 수진에 대한 인식의 주요 특징	149
〈표 5-19〉 건강보험 자격정보 도용자의 형사 처벌 필요 여부	150
〈표 5-20〉 건강보험 신원도용 방지를 위한 가장 효과적인 방법	153

〈표 5-21〉 병원 방문 전 치료 과정이나 필요한 치료 등에 대한 사전 탐색 정도	154
〈표 5-22〉 주요 특징별 과잉 진료 경험	155
〈표 5-23〉 지난 한 해 수진을 위해 병의원에 직접 지출한 비용	156
〈표 5-24〉 지난 한 해 과잉/부당비용	157
〈표 5-25〉 대외 국민 인식조사 설문 참여자의 일반적 특징	161
〈표 5-26〉 미국의 건강보험제도에 대한 만족도	162
〈표 5-27〉 한국의 건강보험제도에 대한 인지	163
〈표 5-28〉 한국 건강보험 이용에 대한 인지	164
〈표 5-29〉 한국에서 의료이용 경험과 이용한 주요 과목 현황	165
〈표 5-30〉 진료비부담 방법	166
〈표 5-31〉 의료이용을 목적으로 한국 방문시 의료비 부담 방법	168
〈표 5-32〉 한국 의료서비스의 만족도	169
〈표 5-33〉 한국 의료서비스의 장점	170
〈표 5-34〉 한국에 방문하여 의료서비스를 받을 의사	171
〈표 5-35〉 주변인의 한국 의료서비스 이용 및 부담 이용	172
〈표 5-36〉 한국 장기거주 상황에서 의료이용 필요 발생 시 대처 방법	173
〈표 5-37〉 한국 단기거주 상황에서 의료이용 상황 발생 시 대처 방법	174
〈표 5-38〉 한국 의료서비스 이용의 장애 요인	175
〈표 6-1〉 연도별 적발된 부정적 지출 규모	191
〈표 6-2〉 연도별 적발된 부정적 지출 금액의 원인별 구성	192
〈표 6-3〉 건강보험 부정적 지출 규모 추계	193
〈표 6-4〉 외국의 부정적 지출 추계 결과 비교	198
〈표 7-1〉 미국 CERT 프로그램에서 매년 발표하는 부정적지불의 유형	204
〈표 7-2〉 국가별 보험사기 및 처벌 유형	211
〈표 7-3〉 주요 선진국의 전자건강보험증 발급 현황	214
〈표 7-4〉 Sign Pad 초기도입비용 및 운영비용(국민건강보험공단이 직접 운영할 경우에 해당 비용임) ·	215
〈표 7-5〉 Sign pad 도입시 건강보험 재정 절감 금액	215
〈표 7-6〉 생체인식기술의 특징상 분류	217
〈표 7-7〉 Sign Pad 초기 도입·운영비용과 건강보험 재정 절감액 비교	218

그림 목차

[그림 1-1] 미국 보건부 전략 계획(2010-2015)	15
[그림 1-2] 건강보험에서의 부정(healthcare fraud)과 오류(error)로 인한 재정누수율 현황	17
[그림 1-3] 연구내용 및 방법	19
[그림 2-1] 보건의료분야에서의 불필요한 낭비적 지출의 발생 원인	24
[그림 2-2] 프랑스에서 부적정 지출의 범위	26
[그림 2-3] 부적정 지출의 스펙트럼	27
[그림 3-1] 건강보험의 운영체계	36
[그림 3-2] 진료비 청구·심사·지급 체계	38
[그림 3-3] 건강보험 재정 흐름	39
[그림 3-4] 한국의 부적정 지출 관리체계	41
[그림 3-5] 청구오류 사전점검 서비스의 절차	45
[그림 3-6] 지표연동관리제도의 절차	46
[그림 3-7] BMS 시스템(자료: 국민건강보험공단 발표자료, 2014)	48
[그림 3-8] 지표연동자율개선제 통합에 따른 변화	50
[그림 3-9] 현지조사 절차	52
[그림 3-10] 연도별 현지조사 적발율	53
[그림 3-11] 행정 처분 절차	55
[그림 3-12] 거짓청구기관 명단 공표 절차	58
[그림 3-13] 건강보험 부적정 지출 확인 기전	59
[그림 3-14] 국민건강보험공단의 현지확인 등으로 인한 부당청구 요양기관 결정금액	61
[그림 3-15] 내국인 및 국내거주 외국인의 부정 및 부당수급	67
[그림 3-16] 건강보험에서 부적정 지출 관리 현황 및 부당청구 관리 현황	69
[그림 3-17] 건강보험 부당 지출 관리의 문제와 해결 방향	71
[그림 4-1] 미국 건강보험의 청구 및 지불 체계	78
[그림 4-2] 미국 보건부 구조	80
[그림 4-3] 부적정 지출 문제를 해결하기 위한 미국 정부의 정책적 노력	81
[그림 4-4] 미국 보건부 Strategic Plan 2010-2015	82
[그림 4-5] Twin Pillar system	85
[그림 4-6] Zone Program Integrity Zone	87

[그림 4-7] 메디케어 제반 업무 행정계약자 구성	88
[그림 4-8] 연도별 부정적 지출 관련 소송 건수 및 공적보건의료프로그램 자격박탈 의료인 수	94
[그림 4-9] 프랑스의 의료보장 및 의료서비스 이용 흐름	98
[그림 4-10] FRAUD, AT FAULT ACTIVITY, ABUSES	104
[그림 4-11] 프랑스 DACCRF의 조직도	107
[그림 4-12] 프랑스 부정행위 방지를 위한 흐름	108
[그림 4-13] 프랑스에서 부정과 남용 등으로 적발된 재정규모	112
[그림 4-14] 프랑스 부정적 지출 재정 제재 건수	112
[그림 4-15] 프랑스 부정적 지출로 인한 형사 처벌 실적	113
[그림 4-16] 프랑스 부정적 지출로 인한 자격정지 실적	113
[그림 5-1] 대상별 주민등록번호 대여 의향	134
[그림 5-2] 건강보험 신원도용 행위 경험 여부(전체)	138
[그림 5-3] 건강보험 수진을 위한 신원도용 행위의 만연 정도	139
[그림 5-4] 보험료 미납부로 건강보험 혜택을 받지 못할 경우 병원 이용 방법	146
[그림 5-5] 타인의 신원 정보를 통한 건강보험 수진에 대한 인식	148
[그림 5-6] 타인의 건강보험 신원도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도	151
[그림 6-1] 국가 간 협력 연구를 통한 부정 규모 추계	186
[그림 6-2] 국가 간 협력 연구를 통한 부정 규모 추계(1997~2011)	187
[그림 6-4] 연도별 건강보험 급여비에서 부정적 지출의 구조	194
[그림 6-4] 연도별 건강보험 급여비와 잠재 총 부정적 지출 규모	195
[그림 6-5] 연도별 잠재 미적발 부정적 지출 규모의 변화	196
[그림 7-1] 건강보험 부정적 지출 방지를 위한 접근 방향	201
[그림 7-2] 부정적 지출 사전예방 및 사후 관리를 위한 방안 틀	212
[그림 7-3] 부당청구 예측모형 모델링 절차	221
[그림 7-4] 소셜 네트워크기법을 이용한 가입자의 부당 및 부정수급 감지	222

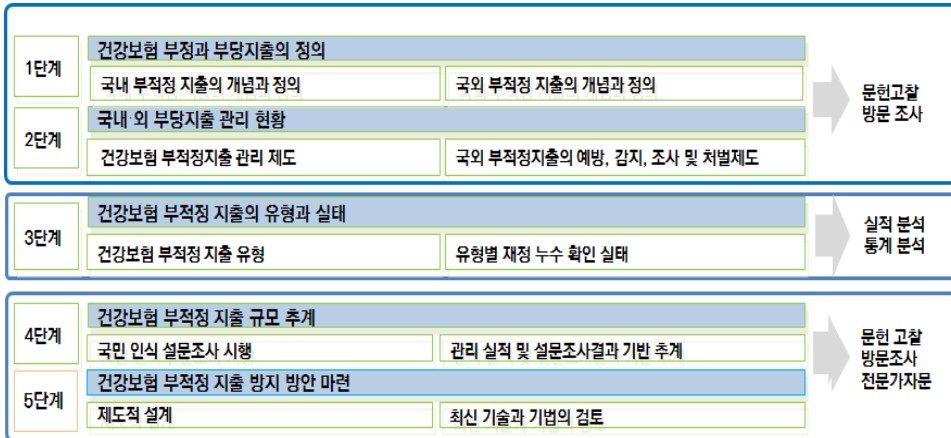
1. 연구의 배경

- 가치 있는 비용 지출을 위해 비효율적 지출의 원인을 파악하고 과오(error), 낭비(waste), 남용(abuse), 부정(fraud)으로 인해 불필요하게 지출되는 부적정 비용을 통제하는 것은 제도의 지속가능성을 보장하는 기본적인 접근임.
- 건강보험 제도 내 부적정 지출에 대한 정치적·법적·행정적 관심에도 불구하고 이로 인한 재정누수의 차단은 과제로 남아 있음.
 - 건강보험 보장성 강화 정책에 따른 비용 부담 완화와 의료 접근성 확대에 의해 건강보험 재정은 부적정 지출 위험에 더욱 노출되고 있음.
- 불필요한 재정 누수는 양질의 의료에 대한 투자 기회를 제한할 뿐 아니라 한번 지출된 비용을 회수하는 데는 상당한 시간과 비용이 투입되므로 사전에 감지하는 기술적 개선과 적극적인 예방 대책이 수립되어야 함.

2. 연구의 목적

- 건강보험 부적정 지출의 실태를 파악하고 규모를 예측하며 방지방안을 마련하고자 함. 세부 목적은 다음과 같음.
 - 건강보험 부적정 지출 관리에 대한 국내·외 동향 파악
 - 국민 인식조사 시행 및 건강보험 부적정 지출 규모 추계
 - 건강보험 부적정 지출 방지 방안 마련

3. 연구의 내용



4. 주요 결과

1) 건강보험 부적정 지출의 정의

- 건강보험 현지조사제도에서 부당청구의 법적·행정적 개념
 - 허위: 실제 존재하지 않았으나 관련 서류의 위·변조를 통한 거짓 청구 행위
 - 부당: 적극적으로 법질서를 위반하는 행위와 소극적으로 법령상 기준 위반 행위를 모두 포함하는 포괄적 정의

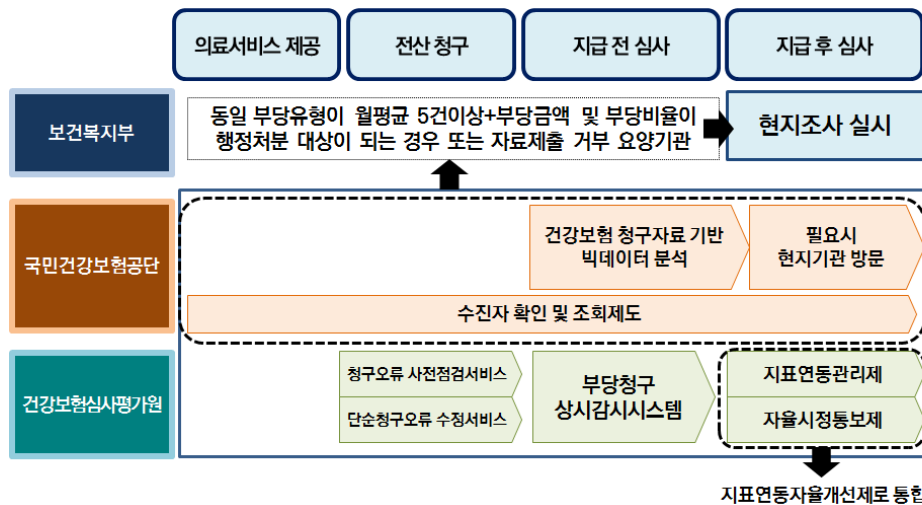
- 국민의료비 지출 부담이 증가하는 국가들은 재정 운영의 효율성 측면에서 적절하게 관리되고 통제되었다면 지출되지 않았을 모든 금액을 부적정 지출액으로 정의하고 있음.
 - 대부분의 국가들이 부정과 남용에 대해서는 엄격하게 제도적 틀에서 조사하고 환수하는 기전을 갖추고 있음.
 - 재정의 효율적 지출과 누수 관리에 대한 국가적 중요도가 높을수록 낭비적 지출, 오류까지도 부적정 지출 범주에 포함시키고 있음.

- 미국: 부정한 의도에 따라 과오(error), 낭비(waste), 남용(waste), 부정(fraud)으로 심화되는 광의의 부적정 지출 관리
- 프랑스: 부정(fraud), 의료과오(Medical Fault), 남용(Abuse)를 포함하는 광의의 부적정 지출 관리

□ 이 연구에서 부적정 지출은 과오(error), 낭비(waste), 남용(abuse), 부정(fraud)으로 심화되는 광의의 스펙트럼으로 정의함.

2) 건강보험 부적정 지출 관리

□ 부적정 지출 관리체계는 공단의 가입자(수진자) 확인 및 조회 제도, 진료비 지급 전 심평원의 심사 활동, 진료비 지급 후 공단과 심평원의 확인심사 및 감지 활동, 부정 의심 사례에 대한 보건복지부의 현지조사 시행으로 구성되어 있음.



※ 공단의 가입자(수진자) 대상 진료받은 내역을 확인하거나 조회할 수 있도록 하는 제도는 지속적으로 순환되는 업무로서 이로 인한 예방적 감시 효과를 전 단계에서 기대할 수 있음.

○ 건강보험에서 부적정 지출을 효과적으로 관리하기 위해서는 보건복지부의 감독 하에 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 협업을 통한 조사와 처벌의 집행력을 확대시키고 범국가적 협업 체계를 구축하는 것이 필요함.

4 건강보험 부적정 지출 관리방안 연구

□ 건강보험제도에서 확인되는 부적정 지출의 규모는 보건복지부의 현지조사 시행으로 결정된 요양급여비용 환수 규모, 국민건강보험공단의 요양기관 및 가입자 대상 부당 확인으로 결정된 요양급여비용 환수 규모, 심평원의 심사활동을 통해 지급 전 조정된 요양급여비용의 합으로 추산될 수 있음.

〈연도별 건강보험 부적정 지출의 전·후 확인 규모〉

(단위: 천건, 억원)

구분			2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	
총계			5,129	5,437	6,483	7,901	8,655	10,442	
가입자 대상	건보공단	소계	2,663	2,899	3,680	4,142	4,716	5,160	
		무자격자 진료 ¹⁾	41	30	36	49	40	22	
		상해요인 진료	1,144	1,186	1,122	1,201	1,167	1,263	
		체납 후 진료 ²⁾	1,478	1,683	2,522	2,893	3,509	3,875	
요양 기관 대상	소계		2,467	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760	
	보건복지부	현지조사	214	169	155	258	223	134	
		소계		177	280	393	983	1,016	2,388
	국민건강보험공단	진료받은 내용 안내		13	11	10	8	4	6
		진료내용 상세 확인		72	102	142	133	77	79
		개설기준 위반		-	10	87	606	835	2,153
		청구오류 전산확인		92	157	153	236	99	150
	심사평가원	심사조정	2,076	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760	

주: 1) 무자격자 진료에 의한 부당 수급은 '건강보험증 대여/도용', '자격상실 후 부당수급', '급여정지기간 중 부당수급'에 의한 세가지 유형으로 세분되는데, 이 중 '자격상실 후 부당수급'은 2015년 7월 23일 현재, 2012년도 까지 결정된 건을 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임. 따라서 '13년도에는 '자격상실 후 부당수급'에 의한 부당수급 규모가 반영되지 못했음.

2) 체납 후 진료에 의한 부당수급은 '15년 8월 6일 현재, '13~'15년까지 환수 결정된 금액을 체납자의 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임.

3) 그 밖의 실적 통계는 2013년 12월 31일 기준으로 작성되었으며, 진료연도 기준으로 명확한 구분이 어려워 일부 적발 연도 기준으로 규모가 반영되었을 수 있음.

자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31.기준

3) 주요국가의 건강보험 부적정 지출 관리

□ 주요 국가에서 건강보험 부적정 지출 관리의 패러다임이 사후 관리에서 사전 예방으로 전환되고 있으며, 정보기술 및 데이터 분석 시스템의 활용, 사법부와 공조를 통한 관리 효과를 제고하고 있음.

- 일본의 경우 상담과 지도와 같은 예방 중심 정책을 시행하고 있고 미국도 의료 공급자 대상 교육과 지원을 강화하며, 진료비 심사 및 지급 과정에서의 누수를 사전에 감지하고 예방하려는 노력을 증가시키고 있음.
- 미국의 부적정 지출은 국가적으로 심각한 문제로 인식되어 정부 차원에서 다양한 방안을 마련하고 있으며 보건부(DHHS, Department of Health and Human Services), 법무부(Department of Justice)가 공조체계를 갖추어 관련 업무를 수행하고 있음.
 - 2009년, 예방전담 기구로서 보건의료 부정 방지 전담반(HEAT: Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team)이 설치됨.
- 본인 확인 기능 강화 및 건강보험 재정 절감 등 다양한 목적으로 전자건강보험증(또는 전자건강보험카드)이 활용되고 있음.
 - 프랑스와 대만은 전자건강보험증을 부적정 지출 예방에 활용하고 있음.
 - 유럽은 2005년부터 여행자용 건강보험카드를 발급하였으며 2008년 이후 유럽연합가입국 31개국이 통합전자건강보험카드를 병행 사용하고 있음.
- 새로운 유형의 부적정 지출에 대한 정보 교류와 협력을 통한 관리효과를 제고하기 위하여 범국가적 협업체계 및 국제 협력 네트워크가 운영되고 있음.

4) 건강보험 부적정 지출 인식조사 결과

- 건강보험 부적정 지출에 대한 국민의 인식과 문제의 만연 정도를 파악하기 위해 대국민 인식조사와 재외국민 인식조사를 실시하였음.
- 대국민 인식 조사
 - 조사 대상 : 전국 17개 시도 만 19세 이상 성인 남녀
 - 2014년 5월 주민등록기준 인구를 지역, 연령을 할당한 2차 층화 표집 방법으로 조사 대상 선정

6 건강보험 부적정 지출 관리방안 연구

○ 표본 규모: 1,000명(신뢰수준 95%, 표본오차 ±3.1%)

○ 주요 조사 결과

조사	주요 조사 결과
국민 인식 조사	<ul style="list-style-type: none"> • 병원에서 시행하고 있는 본인 확인 방법 중 생년월일/주민등록번호만 제공하도록 하는 경우가 가장 많음(63.2%) • 건강보험증과 신분증을 대조하여 확인하는 수준은 낮음(각 16.6%, 7.4%).
	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 75.8%가 타인의 신분 도용 방지를 위해 신분증 확인이 필요하다고 응답함. • 많은 응답자가 타인의 진료를 위해 신분을 도용할 의향이 없다고 대답함. • 가입자 신분 정보를 빌려줄 의향에 대해서는 가족 및 친인척에게 17.2%, 이민자에게 15.4%, 주변 지인에게 7.1%의 수준으로 빌려줄 의향이 있다고 답변함.
	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 92.6%가 타인의 건강보험증으로 진료 받은 사람을 처벌해야 한다고 응답함. • 신분 도용 방지를 위해 가장 효과적인 방법으로 “진료 접수 때마다 신분증을 확인해야 한다”가 가장 많이 선택됨(42.7%).
	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 22.8%가 필요이상 서비스를 받고 비용을 지불한 경험이 있다고 답변함. • 경험자들이 부담한 의료비 중 과잉 지출 비중은 6.34~8.43%였으며, 이 중 공급자의 부담한 의도로 의심되는 지출 비중은 2.98~3.96%였음. ※ 과잉 또는 부당을 경험한 응답자에서의 비율을 최대 비율로 하고 전체 응답자 천명에 대한 비율을 최소 비율로 정의하여 범위 값을 추정함.

□ 재외국민 인식 조사

○ 조사 대상 : 해외거주 교민(LA 지역) 19세 이상 성인 남녀

- 수집된 설문지를 점검하여 중요문항이 누락된 케이스를 일부 제외하고 최종 978명을 대상으로 분석함.

○ 주요 조사 결과

재외 국민 인식 조사	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 약 24%는 한국에서 의료이용 경험이 있었으며 미국 의료보험으로 적용받기 어려운 초과 이용 비율이 상대적으로 높았음.
	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 6%가 타인 건강보험정보 도용으로 의료를 이용한 경험이 있다고 답변함.
	<ul style="list-style-type: none"> • 응답자의 40%가 주변에서 부당한 방법으로 서비스를 이용하였다는 이야기를 듣거나 목격한 적이 있는 것으로 응답하였음.

5) 건강보험 부적정 지출 규모 추계

□ 부적정 지출은 직접적인 재정누수 관리 차원에서 건강보험 급여비를 기준으로 과오, 낭비, 남용, 부정에 이르는 광범위한 의미로 추계되었음.

- 2008년부터 2013년까지 적발된 부적정 지출 규모와 설문조사에서 추정된 부당 및 과잉 규모를 연계하여 부적정 지출로 인한 잠재 재정누수 규모를 추계함.
- 설문조사에서 환자가 경험한 과잉 및 부적정 지출 비율은 급여와 비급여비용, 보험자부담분과 환자부담분에 동일하게 적용된다고 가정하고 추계함.

□ 부적정 지출의 규모는 다음의 식으로 추정될 수 있음.

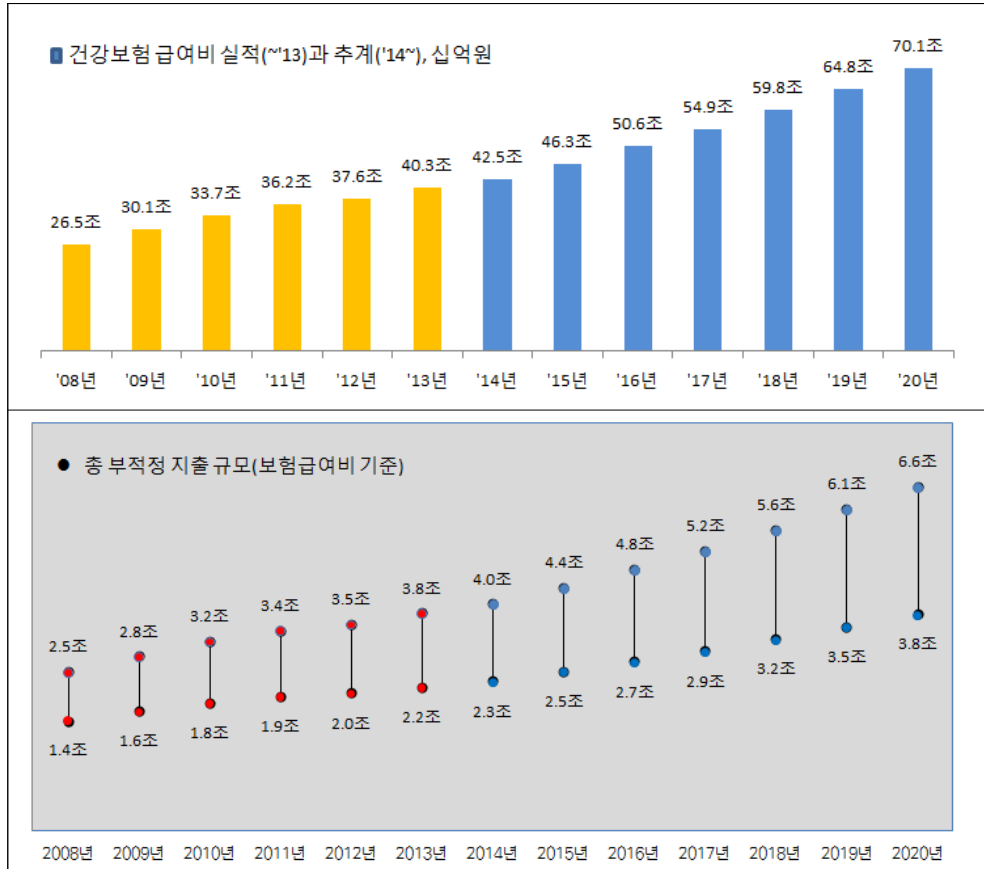
$$\begin{aligned}
 & \text{부적정지출규모}_y \text{ (Y년도부적정지출규모)} \\
 & = \text{적발된부적정지출} + \text{미적발된부적정지출} + \text{잠재된낭비적부적정지출} \\
 & = (\text{건강보험급여비}_y \times \text{보험급여비 대비 적발된 부적정지출 비율}) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times (\text{설문지의 부정부담비율} - \text{보험급여비 대비 적발부적정지출비율})) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times (\text{설문지의 과잉부담비율} - \text{설문지의 부정부담비율})) \\
 & = (\text{건강보험급여비}_y \times 2.15\%) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times ((2.98\% \sim 3.96\%) - 2.15\%)) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times ((6.34\% \sim 8.42\%) - (2.98\% \sim 3.96\%)))
 \end{aligned}$$

□ 설문조사에서 추정된 과잉지출비율과 부적정 지출비율을 적용하면 부적정 지출로 인한 총 재정 누수 규모는 2014년 2.3조에서 4.0조이며, 2020년에는 3.8조에서 6.6조원(급여비의 6.34%~8.42%)으로 증가할 것으로 추계됨.

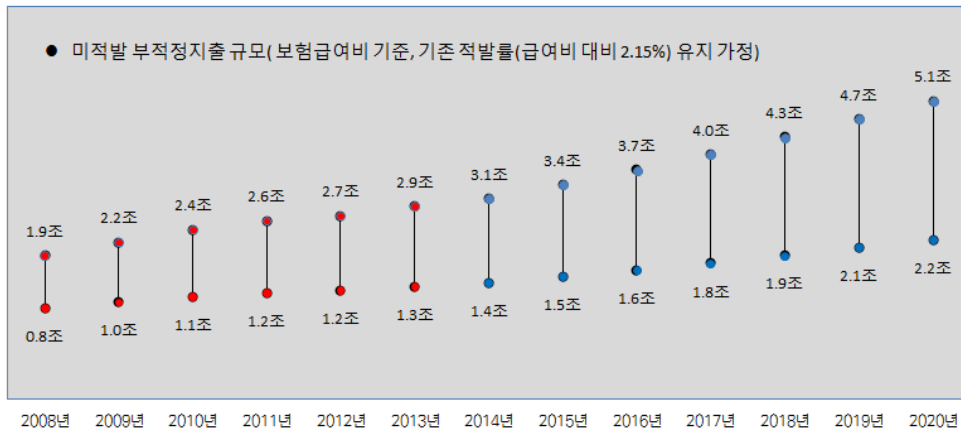
- 적발된 부적정 지출 환수결정 금액이 차지하는 2.15%를 제외하면, 급여비의 약 1% 내외가 여전히 부당한 의도로 누수되고 있음.
- 보험급여비 기준으로 기존 적발률(급여비 대비 2.15%)이 유지될 경우, 잠재적으로 미적발되어 재정 누수를 초래할 부적정 지출 규모는 2014년 1.4조에서 3.1조, 2020년에 2.2조에서 5.1조까지 증가함.

8 건강보험 부정정 지출 관리방안 연구

〈연도별 건강보험 급여비와 부정정 지출 규모〉



〈연도별 잠재 미적발 부정정 지출 규모의 변화〉



□ 추계된 부적정 지출 규모는 관련 선행연구에서 제시한 부정 또는 부적정 지출 비율의 범위에 해당되고 있어 추계 범위의 타당성을 보여줌.

- Jee & Button(2014)은 국가와 조직 단위로 의료부정과 오류(fraud and error)를 포함한 누수율이 전체 의료비에서 0.6~15.4%의 범주에서 평균 6.99%임을 보고함.
- 이 연구에서 최소 부당 비율은 2.98%수준이고 최대 과잉을 포함하면 비율이 8.42%까지 확대되고 있어 그 범주가 관련 선행 연구 결과에서 제시하는 범주에서 벗어나지 않음.

〈외국의 부적정 지출 추계 결과 비교〉

국가	출처	대상	방식	규모
영국	CHPI, 2012	NHS 부정(fraud)	국민의료비에서 비율	3.29~10%, 평균 5.59%
미국	GAO	메디케어와 메디케이드 부정	메디케어와 메디케이드 지출에서 비율	10%
	FBI, 2009		국민의료비에서 비율	3~10%
	FBI, 2014	의료 부정	국민의료비에서 비율	3%전후
연구	Jee & Button, 2014	의료 부정 (fraud & error)	전체의료비에서 비율	0.6~15.4%, 평균 6.99%

6) 건강보험 부적정 지출의 방지방안 마련

□ 접근방향

- 건강보험제도의 완결성 제고를 위한 시스템적 접근
- 제도적 방지 방안과 기술적 방지 방안의 조화를 통한 상호 보완

□ 제도적 방지 방안

- 부적정 지출 관리와 보고에 대한 공공기관의 책임을 강화하는 법 제정
 - 미국은 2002년 부적정 지출 정보법(IPIA: Improper Payment Information Act)을 제정함으로써 연방 정부 내 주요 공공기관에서 발생하는 부적

정 지출 규모 측정 및 보고를 의무화한 바 있음.

○ 국가 수준의 협업 체계 구축과 전담 기구 운영

- 점차 지능화되고 민과 관의 영역을 초월하여 발생하는 부적정 지출에 대응하기 위해서는 국가적 수준에서 관계 부처 간 협업 체계 구축과 전담기구 운영 필요

○ 반(反) 부정 문화 조성 및 예방 효과 강화

- 부당청구 문제와 감지 위험에 적절히 대응하도록 공급자 지원 및 교육 강화
- 부적정 지출의 문제와 신원도용 등의 피해에 대한 국민 인식 제고

○ 부적정 지출의 감지기전 강화

- 인센티브 제공 등을 통해 내부고발제도, 민원제기 등의 부당행위 신고 효과의 지속적 제고

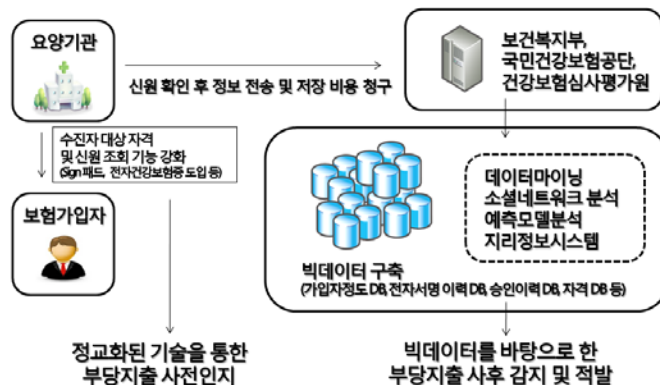
○ 처벌기준 강화

- 부정·부당청구 또는 부정·부당수급에 대한 처벌 강화 필요

□ 기술적 방지 방안

○ 기술적 방지 방안의 접근 틀

- 정교화된 기술 활용을 통한 부적정 지출의 사전인지
- 빅데이터 활용을 통한 부적정 지출 감지 및 적발 역량 제고



○ 의료이용에서 신원확인 강화를 통한 사전적 방지

- 개인정보 보호 기전을 보완한 전자건강보험증 도입
 - 프랑스, 대만 등 국가에서는 전자카드를 사용 중이며, 종이 건강보험증 발행으로 인한 행정력과 예산 낭비(증 발급건수 2012년 기준 1,794만건, 55억 예산 소요)를 고려할 때 대안으로 검토 가능
- 전자서명시스템
 - ID는 건강보험증 번호 또는 주민등록번호를 사용하고 ID를 통해 본인부담금 거래내역, 자격확인, 진료사실 확인을 할 수 있도록 하며, 서명의 일치율을 판단하여 본인 여부를 확인하는 시스템 도입이 검토될 수 있음.
- 생체인식기술의 활용을 통한 신원확인 강화
 - 지문, 얼굴 등으로 본인을 인식하는 기술이 크게 각광 받으면서 일부 선진국에서는 생체인식 기술을 통해 국토 안보, 사유정보에 대한 비밀 유지, 사기 사건 사전 예방 등이 필요한 공공 정책에 활발히 사용되고 있음.
- 신원확인 강화를 위해 제시되는 대안들은 모두 개인정보 보호가 보장되도록 검토해야 함.
- 모든 대안들은 현행 종이 건강보험증 발급 비용과 신원도용으로 인한 부적정 지출을 방지하는 절감 비용 측면에서 규모가 유사했으며, 초기 시스템 구축 비용, 단말기 또는 사인패드 등 매체의 추가 보급 비용에서도 큰 차이가 발생하지 않을 것으로 검토됨.
- 대안의 선택과 추진은 대안들 간 비용효과에 대한 비교 분석보다는 신원확인 강화의 필요성에 대한 국민 인식과 정부 또는 보험자의 정책 의지가 중요하게 작용할 것임.

○ 빅데이터 활용을 통한 부적정 지출 감지효과 확대

- 빅데이터 구축을 위한 데이터 간 연계
 - 기관 내 다양한 자료의 통합에서 기관 간 데이터 결합으로 확대
- 분석 방법론의 정교화

- 데이터마이닝(Data mining)기법을 이용한 예측 및 감지
- 다양한 데이터마이닝 기법 활용: 예측모델분석, 소셜네트워크기법, 지리 정보시스템을 통해 감지의 정확도 제고
- 정확성을 위한 적정 규모와 통계적으로 타당한 표본 구축 필요
- 정기적으로 부당청구를 감지하고 부당청구 패턴을 분석하기 위한 신뢰성 있는 대표 표본 확보

3. 결론 및 시사점

- 국민 건강을 책임지는 건강보험제도에서 불필요한 재정이 누수 되지 않도록 가입자-공급자-보험자-정부가 모두 노력해야 하며 향후에도 건강보험 부적정 지출과 관련된 적극적인 연구가 필요함.
- 향후 통계적으로 타당한 표본을 바탕으로 부적정 지출 규모를 정기적으로 추계하는 노력이 필요함.
- 이 연구의 결과는 부적정 지출 방지를 위한 신원 정보 관리의 필요성을 조명하고 재정누수를 사전에 감지하고 예방할 수 있는 다양한 제도적, 기술적 방안의 도입을 제안하고 있음.
- 범국가적 부적정 지출 관리의 중요성과 필요성에 대한 국민 인식을 확대시킴으로써 정부의 정책 추진에 기여할 것임.

*주요 용어: 부정(Fraud), 남용(Abuse), 부적정 지출(improper payment), 건강보험(Health Insurance)



제1장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

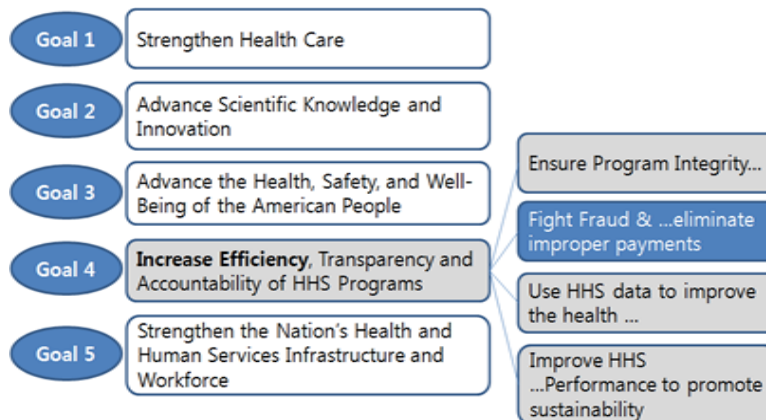
제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

- 가치 있는 비용 지출을 위해 비효율적 지출의 원인을 파악하고 과오(error), 낭비(waste), 남용(abuse), 부정(fraud)으로 인해 불필요하게 지출되는 부적정 비용을 통제하는 것은 제도의 지속가능성을 보장하는 기본적인 접근임.
- 많은 나라에서 의료비 증가를 통제하기 위한 고통스런 재정절감 정책을 지속시키기 어려워짐에 따라 재정누수를 초래하는 부정(Fraud)에 대한 관심이 높아지고 있음.
 - 미국 보건부의 2010-2015 전략계획은 프로그램의 효율성, 투명성, 책무성 강화를 위한 세부 목표로써 부정(fraud)의 근절과 부적정 진료비 지출(improper payment)의 감소를 명시하고 있음(Goal 4).

[그림 1-1] 미국 보건부 전략 계획(2010-2015)

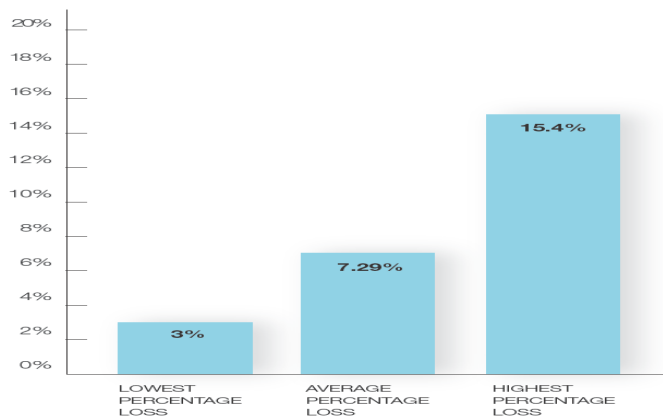


자료: http://www.hhs.gov/strategic-plan/stratplan_fy2010-15.pdf.

- 부당한 재정누수의 차단은 효율적 재정지출의 핵심임(Callison, 1999).
- 의료 부정(health care fraud)에 대한 정치적·법적·행정적 관심에도 불구하고, 부정(Fraud)으로 인한 재정누수의 차단은 의료시스템의 과제로 남아 있음 (Rashidian et al., 2012).
 - 건강보험은 보장성 강화 정책에 따른 비용 부담 완화와 의료접근성 확대로 부정을 포함한 부적정 지출의 위험에 지속적으로 노출되고 있음.
 - 부적정 지출로 인한 재정누수는 양질의 의료에 대한 투자 기회를 차단할 뿐만 아니라 이미 지출된 비용은 회수가 어렵기 때문에 사전에 불필요한 지출을 감지하고 차단할 수 있는 적극적인 예방 대책의 수립이 요구됨.
- 2011년 기준, 한국 국민의료비 중 공공재원의 비중은 53.4%, GDP 대비 의료비 지출 규모는 7.4%로 OECD 국가 평균(72%, 9.3%)에 비해 크게 낮은 수준임.
 - 보편적 의료보장에 대한 국민의 수요 증가는 의료비를 지속적으로 증가시킬 것이며 이와 더불어 보험 부정(fraud) 등으로 인한 재정 누수의 위험도 증가할 것으로 우려됨(OECD, 2013).
 - 건강보험제도 내에서 의도적으로 계획된 부정 및 남용의 지출은 행정적 모니터링으로 감지되기 어려우며, 그 규모는 의료비 증가와 비례하여 상당히 증가할 것으로 우려됨(Bodenheimer et al., 2009).
- 건강보험 부적정 지출에 대한 문제 제기와 구체적인 방안 논의를 위해서는 문제의 크기를 계량적으로 측정하고 공개하는 것이 필요하지만, 국내에서 정확한 규모의 추정은 어려운 실정임.
 - 미국은 메디케어 행위별수가제 부문에서 부적정 지불(improper payment) 규모를 측정하기 위하여 공급자 대표 표본을 설계하고 별도의 조사 시스템을 통해 매년 청구진료비에 대한 지급오류율을 발표하고 있음(CMS, 2013).
 - 하지만 이는 지불 오류율의 개념으로 건강보험 부정(fraud)까지 포함하는 재정누수의 규모를 대표하지 못함.

- 미국 GAO에서는 메디케어 지출의 약 10%를 부적정 지출로 추계하고 있으며 (Derrig, 2002), 6개 국가(영국, 미국, 프랑스, 벨지움, 네덜란드, 뉴질랜드)들의 건강보험에서 부정(healthcare fraud)과 오류(error)로 인한 재정누수율이 국가별로 3%에서 15.4%의 범주로 평균 7.29%의 수준을 보인다고 발표된 바 있음(Gee & Button, 2012).

[그림 1-2] 건강보험에서의 부정(healthcare fraud)과 오류(error)로 인한 재정누수율 현황



자료: Gee & Button(2012)

- 건강보험에서 부적정 지출의 규모를 추계하고 관련된 문제에 대한 인식을 확대시킴으로써 보다 적극적인 정책 수립이 가능해짐.
- 건강보험 재정의 지속가능성과 지출의 효율화를 위해서는 제한적이지만 부당 지출 규모를 주기적으로 추계하는 노력이 필요하며, 이를 근거로 여론을 환기시키고 과학적인 방법론 구축을 독려할 필요가 있음.

2. 연구의 목적

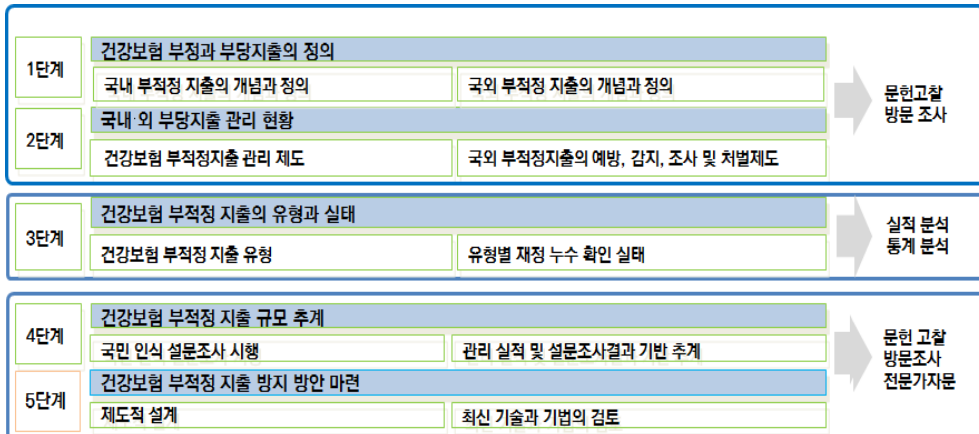
- 건강보험에서 부적정 지출의 관리 실태를 파악하고 규모를 예측하며 방지 방안을 마련하는 것임. 세부 목적은 다음과 같음.
 - 부적정 지출 관리에 대한 국내·외 동향 파악
 - 부적정 지출의 범위와 관리 현황 파악
 - 건강보험 부당이용에 대한 인식조사
 - 건강보험 부적정 지출 규모 추계
 - 건강보험 부적정 지출 방지방안 마련

제2절 연구 내용 및 방법

□ 연구의 주요 내용은 다음과 같음.

- 건강보험 부적정 지출의 정의
 - 국내 부적정 지출 규모 추계를 위한 조작적 정의 필요
- 국내외 부적정 지출 관리 현황 파악
 - 건강보험제도와 주요 외국에서 부당청구 관리제도 현황 파악
- 건강보험 부적정 지출의 유형과 실태
 - 국내에서 환수 결정되고 있는 부적정 지출의 유형과 현황 파악
- 건강보험 부적정 지출의 규모 추계
 - 설문조사 결과와 국내 부적정 지출 확인 실적을 바탕으로 규모 추계
- 건강보험 부적정 지출 방지 방안 마련

[그림 1-3] 연구내용 및 방법





제2장

건강보험 부적정 지출의 정의

제1절 건강보험 부적정 지출의 정의

제2절 건강보험 부적정 지출의 조작적 정의

2

건강보험 부적정 지출의 정의 <<

제1절 건강보험 부적정 지출의 정의

1. 보건의료지출의 낭비적 요소의 확대

- 2000-2009년 1인당 국민의료비가 연평균 4.1% 증가¹⁾하였으며 향후에도 계속 증가할 것으로 전망되고 있음.
- 보건의료지출의 지속적인 상승은 다른 정책에 필요한 자원들을 불필요하게 낭비하거나 보건의료산업의 경쟁력을 저하시키는 등의 부정적인 결과를 야기할 수 있다는 점에서 **적정 수준의 지출 증가율을 유지하는 것이 보건의료정책의 핵심 과제 중 하나**라 할 수 있음.
- 보건의료지출의 상승 요인으로는 의료서비스 전달체계의 실패, 과잉 진료, 행정적 복잡성으로 인한 불필요한 비용, 부정 및 남용 등 크게 여섯 가지로 유형화할 수 있음(Donald & Andrew, 2012).
- 의료서비스 전달체계의 실패(Failure of care delivery)
 - 최적이라고 알려진 진료 절차를 시행하지 않음으로써 불필요한 비용 발생
 - 효과적인 환자 안전 시스템의 부재, 진료 지침 미준수 등으로 인해 불필요한 비용을 추가적으로 지불하는 경우
- 의료서비스 조정의 실패(Failure of care coordination)
 - 서비스가 분절적으로 제공되는 등으로 인해 환자의 상태가 악화되는 경우
 - 적정 수준의 서비스가 제공되지 않아 피할 수 있었던 입원 또는 응급실 방문 등의 발생으로 의료이용 비용이 증가하는 경우

1) 한눈에 보는 OECD 보건의료, 2013

- 과잉 진료(Over-treatment)
 - 충분히 경과를 지켜보지 않고 성급하게 수술을 하는 경우
 - 환자가 원하지 않음에도 공급자 유인에 의해 서비스를 제공하는 경우
- 행정적 복잡성(Administrative complexity)
 - 정부, 서비스 인증기관, 보험자, 기타 이해관계자 등이 비효율적인 관행을 답습하는 경우
- 가격 책정 실패(Pricing failure)
 - 완전 경쟁 시장 환경이 갖추어지지 않아 실제 의료서비스 가격보다 높은 가격으로 책정되는 경우
- 부정(사기) 및 남용(Fraud and abuse)
 - 관리·감독·규제 절차가 불투명하여 의료기관/의료인이 허위 또는 함부로 서비스 비용을 청구하는 경우

[그림 2-1] 보건의료분야에서의 불필요한 낭비적 지출의 발생 원인



자료: Donald MB, Andrew DH.(2012)의 내용을 번역하여 그림으로 도식화하였음

- 환자·의료제공자·보험자 등 모든 이해관계자가 서비스 제공부터 진료비 청구까지 전 단계의 제도·절차를 남용 또는 악용하여 불필요한 보건의료지출을 발생시킬 수 있음.
- 재정누수의 예방을 위해서는 부적정 지출의 범위를 단순 오류부터 부정한 의도까지의 연속선을 포괄하는 광범위한 접근이 필요함.

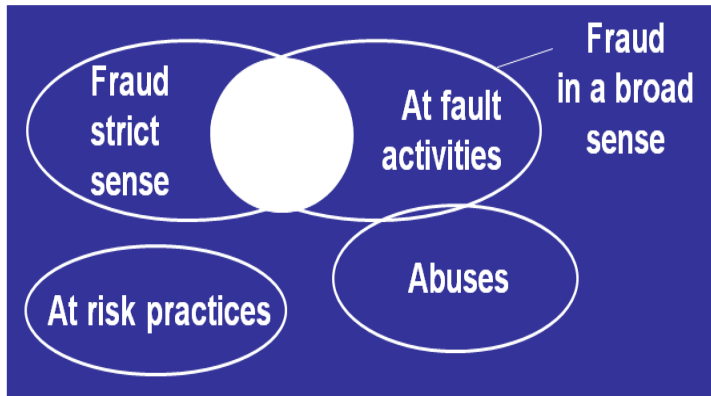
2. 보건의료분야에서 부적정 지출

- 부적정 지출은 거짓 또는 사기 행위로 인한 부정(Fraud)²⁾ 한 지출 외에도 건강보험제도의 허술함으로 운영의 전 단계에서 발생할 수 있는 예방 가능한 지출의 연속적 개연성을 포괄적으로 반영하여 사용되고 있음.
- 국가별로 의료비 관리의 중요도, 발생 기전, 사회적 이슈에 따라 부적정 지출의 구성과 범위가 다를 수 있으나 국민의료비 지출 부담이 증가하는 국가들은 재정 운영의 효율성 측면에서 적절하게 관리되고 통제되었다면 지출되지 않았을 모든 지출을 부적정 지출로 정의하고 있음.
 - 재정의 효율적 지출과 누수 관리에 대한 국가적 중요도가 높을수록 낭비적 지출, 오류 까지도 부적정 지출 범주에 포함시키고 있음.
 - 부적정 지출에 대해 폭넓은 범위로 접근하여 사전예방, 감지, 조사 및 처벌 활동으로 연계할 때, 최종의 부정 행위 근절과 전반적인 지출의 효율성을 제고할 수 있음.
- 미국에서도 부정한 의도의 정도에 따라 과오(Error), 낭비(Waste), 남용(Abuse), 부정(Fraud)으로 심화되는 광의의 부적정 지출을 관리하고 있음(강희정 등, 2010).

2) 부정(Fraud): 허위로 인한 불법적 이득을 취한 행위를 의미하며 보고서 전반에서 의미의 전달을 위해 필요에 따라 "허위"라는 용어로 대체하여 사용함.

- 낭비(waste)
 - 환자에게 필요하지 않은 서비스임에도 불구하고 의료서비스 공급자가 공급한 경우(Shantanu A et al., 2013)
 - 과오(error)
 - 진료기록에서 기계적 오류가 발생하는 경우(신영석 등, 2011)
 - 남용
 - 의료서비스 공급자가 관련 기준 및 규정을 남용하여 불필요한 비용 또는 청구를 양산하는 행위
 - 허위(부정)
 - 진료를 하지 않았음에도 비용을 청구하거나 정해진 기준을 위반하여 청구하는 등 고의적으로 속이는 행위(신영석 등, 2011)
- 프랑스도 부적정 지출을 폭넓은 범위로 정의하여 관리하고 있음.
- 부정과 남용을 부적정 지출의 범위로 포함하고 있으며 부정에 있어서도 환자에게 위해를 입힐 수 있는 의료과오까지 포함한 광의의 의미로 해석하고 있음.

[그림 2-2] 프랑스에서 부적정 지출의 범위



□ 부적정 지출의 분류

- 부정한 의도에 따라 부적정 지출은 과오, 낭비, 남용, 허위로 이어지는 스펙트럼을 가지며, 행위자에 따라 서비스 공급자, 보험가입자, 보험회사(공보험에서는 보험자)와 같은 행정조직에서의 부당이 발생할 수 있음.
- 국가마다 다소 차이가 있을 수 있지만, 부적정 지출의 스펙트럼에서 보는 광의의 개념적 접근은 동일함.
 - 프랑스의 경우는 의료과오(Fault in medical activities)도 부정행위로 포함하는 광의의 부정을 관리하고 있음.

[그림 2-3] 부적정 지출의 스펙트럼



□ 부적정 지출의 발생 기전

- 미국 의료부정방지협회(NHCAA: National Healthcare Anti-Fraud Association)에서는 행위자별로 발생할 수 있는 부적정 지출을 유형화하였는데, 의료의 부정행위는 의사, 병원, 구급차 회사 등 보건의료영역에서의 서비스 공급자 뿐만 아니라 환자를 포함한 보험가입자, 보험회사 등 세가지 영역에서 일어나

는 모든 행위를 포함한다고 설명함(강희정과 박진화, 2010).

- 의료서비스 공급자 · 보험가입자 · 보험회사 세 주체의 부정행위 중에서도 서비스 공급자들의 부정이 보건의료체계에 심각한 위험을 주는 행위라고 규정함.
- 일반적으로 부정 지출은 의료서비스 공급자 중심으로 개념이 논의되어 왔으나 건강보험증을 도용하거나, 자신의 진료 기록을 위조하는 등 보험 가입자(환자)의 행위 역시 부당행위로 포함할 수 있음.
- 의료서비스 제공자의 전형적인 부정행위는 다음과 같음.
 - 환자들에게 추가적으로 진단 검사, 의료기기를 제공한 것처럼 위장하여 청구하는 경우
 - 실제로 서비스를 제공한 적이 없으나, 제공한 것처럼 위장하여 청구한 경우

○ 따라서 건강보험제도에서 부적정 지출은 다양한 이해관계자로부터의 발생가능성과 기전을 파악해야 함. 즉, 부적정 지출은 의료서비스 공급자뿐 만 아니라 서비스를 받는 가입자(수진자)로부터 발생할 수 있음. 최근에는 보험자, 가입자, 의료기관 간에 조직적으로 공모하는 사례도 증가하고 있음.

- 미국에서는 환자가 타인의 신원을 도용하는 부당한 방법으로 서비스를 제공받는 경우를 부적정 지출 증가의 주요 원인으로 지적된 바 있음(CMS, 2014).
- 한국에서도 가입자 정보를 도용하거나 허위로 조작하는 방식이 부정행위의 기본 수단이므로 행위자별 발생 유형과 기전을 살펴보는 것은 부적정 지출의 패러다임을 파악할 수 있는 필요한 접근이라고 할 수 있음.

3. 건강보험에서 부적정 지출

- 건강보험심사평가원은 심사와 평가 기능을 통해 적정진료를 유도하고 건강보험 공단은 가입자의 올바른 의료이용을 유도함으로써 불필요한 지출을 광범위하게 통제하고 있으며, 보건복지부의 현지조사제도는 부정(fraud)과 남용(abuse)을 확인하고 법적인 처벌을 하고 있음.
- 현장에서 부정한 의도를 확인하는 명확한 기준의 마련이 어렵기 때문에, 점차적으로 조사와 처벌이 필요한 부정과 남용 행위를 해석하는 범위가 광의의 부당청구 개념으로 확대되고 있음.
- 우리나라는 3자 지불제도 하에서 서비스 제공자에 의한 부당청구 관리에 중점을 두어 왔음.
- 건강보험 부당청구 조사 및 처벌제도인 현지조사제도에서는 통상 법령에서 허위와 부당을 포함하고 있음.
 - 허위: 실제 존재하지 않았으나 관련 서류의 위·변조를 통한 거짓 청구 행위
 - 부당: 적극적으로 법질서를 위반하는 행위와 소극적으로 법령상 기준을 위반한 행위를 모두 포함하는 포괄적인 정의
 - 한국에서 주로 발생하는 허위 및 부당청구의 사례는 아래와 같음.
 - 입·내원 허위 청구 또는 증일 청구
 - 의료자원 허위 신고 관련 부당청구
 - 본인부담금 과다 징수
 - 진료하지 않은 행위에 대한 청구, 의약품 대체, 증량 청구
 - 시설 입소자 순회 진료건 청구 등
- 최근 외국인 근로자 등의 국내 유입이 증가하면서 타인의 신분을 도용하여 서비스를 제공받는 무자격자의 부적정 지출에 대한 관심이 높아지고 있어 광의의 부적정 지출 관리 뿐 아니라 행위자별 포괄적 접근도 요구되고 있음.

제2절 건강보험 부적정 지출의 조작적 정의

- 사전적으로 단순과오, 남용, 부정을 명확히 구분하기 어렵기 때문에 처벌의 근거가 명확하다 해도 부정만을 관리대상으로 규정하기 어려움.
- 아울러, 공급자의 청구는 최근까지 단순과오에서부터 부정행위로의 발전을 사전에 방지하는 접근들이 검토되어 온 반면, 가입자의 부정 및 부당 수급에 대해서는 적극적인 검토와 방지 방안이 검토되지 않았음.
- 본 연구에서 부적정 지출은 단순과오(error), 낭비(waste), 남용(abuse), 부정(Fraud)에 이르는 스펙트럼을 갖는 광의의 개념으로 정의함.
- 건강보험 현지조사에서 대상으로 하고 있는 부당청구의 개념보다 범위를 확대하여 지출을 예방할 수 있는 모든 범주로 확대하고자 함.
- 단순한 과오가 누적되어 남용 또는 부정한 행위로 심화될 수 있는 연속적 스펙트럼의 관점에서 예방 및 관리를 위한 대상 설정은 광의의 부적정 지출로 접근해야 함.
- 기존의 부적정 지출 개념이 의료서비스 공급자에 한하여 논의되어 온 한계를 극복하기 위하여 본 연구에서는 서비스 공급자로 대상을 제한하지 않음.
 - 의료서비스 공급자(의사, 병원 등), 환자 보험가입자 등의 행위로 인해 발생할 수 있는 모든 불필요한 지출의 개념에서 접근함.



제3장

건강보험 부적정 지출 관리

제1절 건강보험제도

제2절 건강보험 부적정 지출 관리

제3절 건강보험 부적정 지출 확인 규모

제4절 소결

3

건강보험 부적정 지출 관리 <<

제1절 한국의 건강보험제도

1. 건강보험의 개요

- 국민건강보험제도는 일상생활에서 질병·부상으로 인한 고액의 진료비로 가계가 파탄되는 것을 방지하기 위하여 보험료를 재원으로 기금을 마련해 두었다가 보험급여를 제공함으로써 국민 상호간에 위험을 분산하는 사회보장제도 중 하나임.
- 1977년 7월 1일, 500인 이상 사업장을 대상으로 직장의료보험이 시작된 이후 2000년 7월 1일, 국민건강보험법의 시행으로 전국민 건강보험제도로 확대되었음(최병호 등 2005).
- 강제가입을 통해 가입자 모두에게 위험을 분산시킨다는 점에서 일반보험과 차이를 지님.

<표 3-1> 일반보험과 사회보험의 차이

구분	일반보험	사회보험
가입방법	가입자유	강제가입
보험료	위험의 정도, 급여수준에 따른 부과	소득 수준에 따른 차등부과
보험급여	보험료 부담 수준에 따른 차등 급여	보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여
보험료 징수	개인과 보험사와의 계약에 의한 징수	법률에 의한 강제징수

자료: 2010 보건복지백서(342p)에서 발췌함.

□ 국민건강보험제도의 목적 및 법적 근거

○ 헌법 제34조 및 36조에 근거하여 국가의 사회보장·사회복지증진에 노력할 의무 및 국민의 보건에 관한 국가의 보호를 규정하고 있음.

- 헌법 제 34조

- 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다
- 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 가진다

- 헌법 제36조

- 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다

2. 건강보험의 적용 대상

□ 국민건강보험 적용 대상자는 국내에 거주하는 **대한민국 국민**으로 국민건강보험법에 따른 건강보험 가입자이며 다음에 해당하는 사람은 건강보험의 적용 대상에서 제외됨(국민건강보험법 제5조 제1항).

○ 의료급여법에 따라 의료급여를 받는 사람

○ 독립유공자예우에 따른 관한 법률 및 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따라 의료보호를 받는 사람

□ 다음에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 되는데 피부양자라 함은 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로 보수·소득이 없는 사람을 의미함(국민건강보험법 제5조 제2항)

○ 직장가입자의 배우자

○ 직장가입자의 직계존속

○ 직장가입자의 직계비속과 그 배우자

○ 직장가입자의 형제·자매

3. 건강보험 급여와 운영체계

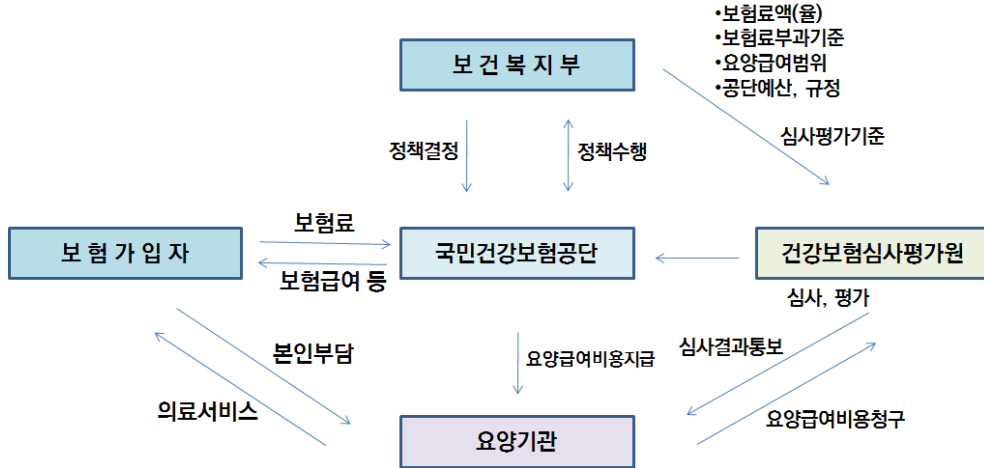
□ 보험급여

- 국민건강보험제도의 적용을 받는 가입자·피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활·출산·사망·건강증진에 대하여 국민건강보험공단이 현물 또는 현금형태로 제공하는 서비스를 보험급여로 칭함.
- 국민건강보험법 제41조~제49조에 따르면 보험급여는 출산비, 임신·출산 진료비, 가정산소 치료비, 복막투석 요양비, 장애인 보장구 구입비, 건강검진과 요양기관을 이용하면서 제공받을 수 있는 요양급여가 있음.
- 요양급여를 제공받기 위해 건강보험가입자는 보험료를 납부해야 하며 일정한 사유에 따라 보험료를 경감·면제받을 수 있음.

□ 운영 체계

- 국민건강보험법상 건강보험사업의 주체는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 요양기관 등이 포함되며, 제도 운영 전반에 대한 관리·감독은 보건복지부가 맡고 있음

[그림 3-1] 건강보험의 운영체계



자료: 2010 보건복지백서 345p에서 발췌

□ 국민건강보험공단

- 보험재정 관리의 주체로서의 역할을 수행하며 보험료와 그 밖에 국민건강보험법에 따른 징수금의 부과·징수, 보험급여의 관리, 보험급여 비용의 지급 등의 업무를 수행함.
- 대표적으로 국민건강보험법 제 14조에 근거한 공단의 업무로 보험급여지급을 규정하고 있으며 이는 진료·청구·확인·심사·지급·사후관리 등 전반을 포괄하는 의미임.

<표 3-2> 국민건강보험공단의 주요 업무

	보험급여비용의 지급 업무
가입자 확인	보험급여를 받는 자가 정당한 가입자인지 관리
급여 심사	해당 진료에 건강보험 적용 대상 진료인지 관리
	청구된 진료비가 실제 제공된 서비스 비용인지 관리
	건강보험 가입자가 급여 기준을 준수하여 경제적·합법적으로 진료받았는지 관리

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2014

□ 건강보험심사평가원

- 의료기관에서 진료를 받았을 때, 의료기관은 총 진료비 중 본인부담금을 제외한 나머지 금액을 건강보험심사평가원에 청구하면 평가원은 청구된 진료비에 대한 심사와 진료가 적정하게 이루어졌는지에 대한 평가를 실시함³⁾.
- 의료서비스와 서비스 비용의 적정성을 객관적으로 심사·평가하여 공단이 지급할 비용을 확정하는 역할을 수행함

〈표 3-3〉 건강보험심사평가원의 주요 업무

구 분	업무 내용
심사	병의원, 약국 등에서 환자를 진료하고 그 진료비를 건강보험법에 인정하는 기준으로 올바르게 청구하였는지를 확인(심사)
평가	의약학적 면과 비용효과적인 면에서 진료가 적정하게 이루어 졌는지를 평가하여 의료기관에 그 결과를 알려줌으로써 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 지원
진료비 확인 신청	국민들이 의료기관 이용 후 본인이 부담한 진료비가 건강보험법에서 정한 기준에 맞게 책정되었는지를 확인하여 잘못 지급한 진료비가 있을 경우 환불받을 수 있도록 지원

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지

□ 요양기관

- 진료, 검사, 예방·재활, 입원 등에 대하여 요양급여를 행하는 기관을 지칭하며 다음과 같은 기관이 있음
 - 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 - 「약사법」에 따라 등록된 약국
 - 「약사법 제 91조」에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
 - 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 - 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

3) www.hira.or.kr 건강보험심사평가원이 하는 일, 2014년 9월 25일 접속

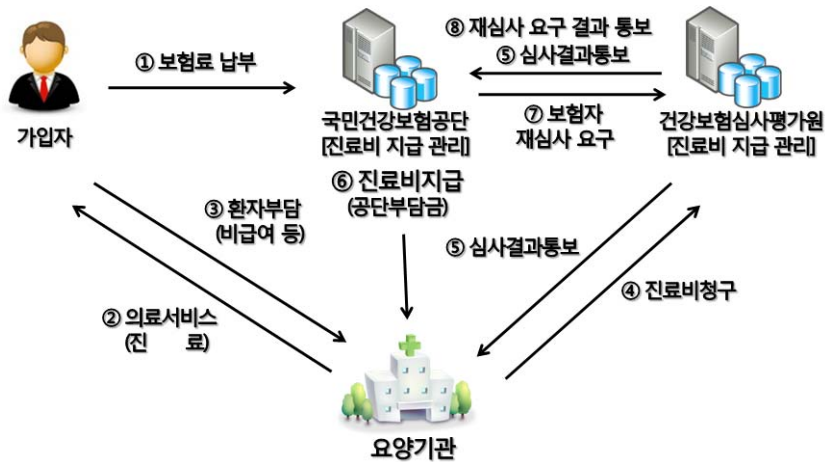
□ 청구·지급체계

○ 요양기관은 건강보험심사평가원(이하 심평원)에 요양급여명세서를 청구하면 심평원의 심사결과를 바탕으로 국민건강보험공단(이하 공단)이 요양급여비용을 지급함.

- 요양기관은 환자에게 환자부담금(비급여, 전액환자부담금, 선택진료비 등)을 직접 받고, 나머지 공단(보험자) 부담금을 전자문서 교환방식 등을 통해 심평원에 청구
- 심평원은 요양급여의 기준에 적합한지를 심사·평가 후 심사결과를 공단 및 해당요양기관에 통보
 - 청구내역이 실제로 이루어졌다는 전제 하에 진료의 적정(과잉, 착오 등) 여부 판단 및 심사

○ 공단은 심사평가원으로부터 결과를 통보 받아 이에 의거한 급여 비용을 지급

[그림 3-2] 진료비 청구·심사·지급 체계



4. 건강보험 재정 구조

- 건강보험 재정수지는 수입과 지출로 나눌 수 있으며 연도별로 당기수지, 누적재정수지로 분석하고 있음.
- 수입은 보험료, 기타수입, 차상위 지원이 있으며 일반회계와 건강증진기금을 통한 법정 정부지원이 있음.
 - 기타 수입으로 임대사업 수입, 의료사업수입⁴⁾, 보조금수입, 사업외수입, 타기관 수입 계정 등이 있음.
- 지출은 보험급여비와 관리운영비, 기타 지출로 구성됨.
- 일반적으로 수입에 지출을 뺀 재정이 당기수지이며 여기에 법정 정부지원을 더하면 정부지원 후 당기 수지임
 - 당기수지: 수입-지출
 - 정부지원 후 당기수지: 수입+지출-법정 정부지원

[그림 3-3] 건강보험 재정 흐름



- 2002년부터 2013년까지 건강보험 재정은 수입 3.6배, 지출 2.8배 증가했음.
- 2001년부터 2012년까지의 재정 수지를 살펴보면 건강보험 지출 중 보험급여비가 가장 큰 비중을 차지하며 2001년 94.1%, 2013년 96.9%로 증가했음.

4) 일산병원 운영에 따른 수입

(표 3-4) 건강보험 재정수지 현황(2002-2013)

(원금흐름 기준, 단위 : 억원, %, %p)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
수입(A)	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,817	264,989	286,991	329,412	364,685	393,661	12.4
- 보험료(B)	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,650	323,995	358,535	386,117	12.4
(비중(B/A))	97.9	98.4	98.6	98.5	98.4	98.4	98.2	97.9	98.1	98.4	98.3	98.1	0.2 ^{b)}
- 기타수입(C)	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,202	4,082	4,604	5,437	8.1
(비중(C/A))	2.1	1.6	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.2	1.3	1.4	-0.7 ^{b)}
- 차상위지원(D)	-	-	-	-	-	-	517	1,272	1,139	1,335	1,546	2,107	32.4
(비중(D/A))	-	-	-	-	-	-	0.2	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3 ^{b)}
지출(A')	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	9.9
- 보험급여비(B')	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	376,318	402,723	10.2
(비중(B'/A'))	94.9	95.0	94.9	95.3	95.7	96.1	96.2	96.7	96.6	96.6	97.0	97.0	2.1 ^{b)}
- 관리운영비용(C')	7,517	7,915	8,732	8,915	8,966	9,730	10,464	10,388	11,764	11,876	11,717	12,564	4.8
(비중(C'/A'))	5.1	5.0	5.1	4.7	4.0	3.8	3.8	3.3	3.4	3.2	3.0	3.0	-2.1 ^{b)}
당기수지(A-A')	-37,746	-23,444	-19,151	-25,160	-39,109	-39,565	-26,595	-46,860	-61,608	-44,354	-23,350	-21,626	-
정부지원(A'')	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,262	46,828	48,614	50,362	53,507	58,072	6.1
- 일반회계(B'')	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,023	36,566	37,983	40,794	43,434	48,086	5.8
(비중(B''/A''))	85.4	81.2	82.0	75.0	74.8	73.6	74.6	78.1	78.1	81.0	81.2	82.8	-2.6 ^{b)}
- 건강증진기금(C'')	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,631	9,568	10,073	9,986	7.8
(비중(C''/A''))	14.6	18.8	18.0	25.0	25.2	26.4	25.4	21.9	21.9	19.0	18.8	17.2	2.6 ^{b)}
정부지원 후 당기수지(A-A'+A'')	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	36,446	-
누적재정수지	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	-

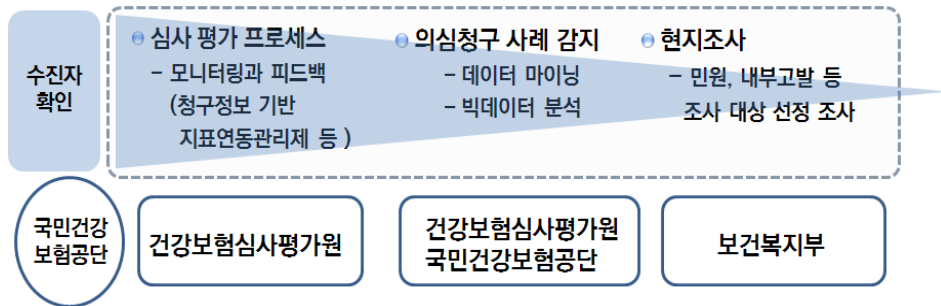
주1) 기타 수입은 연체금, 기타징수금, 이자수입, 관리재정수입 등이며 관리운영비 등은 관리운영비, 사업경비, 사업외비용, 건강보험심사평가원부담금 등이 포함됨.
 주2) 정부지원 일반회계는 과징금 지원액 포함(2009년 42억원, 2010년 54억원, 2011년 79억원, 2013년 78억원)
 주3) 2013년 비중값보다 2002년 비중값을 차감한 값 또는 2013년 비중값에서 2008년 비중값을 차감한 값
 자료: 국민건강보험공단

제2절 한국의 부적정 지출 관리

1. 부적정 지출 관리 체계

- 한국의 부적정 지출 관리는 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원이 주 업무를 담당하고 있음.
- 청구 자료에 대한 심사평가 후, 의심청구 사례를 감지, 확인하는 과정을 거침.
- 부적정 지출 관리체계는 공단의 가입자 확인, 진료비 지급 전 심평원의 심사 활동, 진료비 지급 후 공단과 심평원의 확인심사 및 감지 활동, 부정 의심 사례에 대한 보건복지부의 현지조사 시행으로 구성되어 있음(강희정 등, 2010).

[그림 3-4] 한국의 부적정 지출 관리체계



- 심평원은 심사과정에서 청구된 요양급여 비용에 대해 삭감 조정을 할 수 있음.
 - 전산 청구시 오류 점검 과정을 통해 요양기관이 스스로 수정하는 기회를 제공함으로써 불필요한 지출을 사전에 방지할 수 있도록 함.
 - 심평원은 필요한 경우 추가적인 자료를 요양기관에 요청하여 확인심사를 진행하고 있음.
- 공단은 가입자와 요양기관을 대상으로 확인 활동을 통해 부적정 지출의 사전 예방 및 사후 감지 기능을 강화하고 있음.

- 공단은 가입자를 대상으로 진료내역을 통보하여 가입자에 의한 감시 기능을 갖추으로써 부당청구의 사전 예방과 사후 감지 기능을 보완함. 지속적으로 확인제도가 운영됨으로써 사전적인 예방 기능으로서 기대효과가 더욱 높아질 것으로 평가됨.
- 진료비 지급 후에도 심평원의 심사 조정 결과를 바탕으로 현지 확인을 실시하여 추가적인 환수 결정을 하고 있음.
- 공단과 심평원 모두 축적된 데이터를 기반으로 의심사례를 선정하여 자체 활동에 활용하고 있으며 특히, 부정 또는 부당의 가능성이 높다고 판단되는 기관을 대상으로 현지조사를 의뢰하고 있음.
- 보건복지부는 매년 요양기관의 약 1% 규모의 부정 의심 기관에 대해 현지조사를 시행하고 그 결과에 따라 행정처분을 하고 있음.

가. 가입자 대상 부적정 지출 예방 및 관리제도

□ 수진자⁵⁾의 진료내역 조회 제도

- 국민건강보험공단이 실시하며 진료내역 통보, 민원제보, BMS 등을 통해 인지·감지된 부당청구의 개연성이 높은 의료기관에서 진료를 받은 가입자에게 전화로 연락하여 진료내역을 구체적으로 확인하는 제도
- 국민건강보험법 제54조의 징수권한을 행사하는 조사업무의 일환으로 국민의 알권리를 충족함과 동시에 부당청구를 적발하고 예방하는데 목적을 둬.
 - 환자가 개인의 진료 받은 내역을 직접 확인할 수 있다는 점에서는 장점을 지니나, 서비스 내역에 대한 정보를 환자의 주관적 기억에 의존하여 확인한다는 점에서는 오류의 가능성도 있음⁶⁾

5) 요양급여(진료)를 받은 가입자나 피부양자로 가입자 중 진료를 받기 위해 의료기관을 방문한 사람을 지칭함.
6) 단, 공단의 가입자 조회가 법적 근거가 미약하다는 논란이 있음.

□ 진료비 확인 제도

- 2003년부터 심평원은 가입자가 병원에서 진료를 받고 지불한 진료비 내역 중 건강보험 적용을 못 받는 비급여 진료비가 제대로 계산이 되었는지 확인하고 기준보다 과다하게 청구된 진료비를 돌려받도록 하는 “진료비 확인 신청제도”를 운영하고 있음.
 - 의료소비자의 권리를 보호하기 위하여 국민건강보험법 제48조(요양급여의 대상여부의 확인)와 의료급여법 제11조의 3(급여대상 여부의 확인 등)에서 보장하고 있는 권리구제 제도

□ 건강보험증을 통한 자격 확인

- 건강보험증 의무 제출 법적 명시 미비 (국민건강보험공단 용역보고서, 2011)
 - 의료 이용 시 건강보험법 제11조 제2항 “천재·지변 기타 부득이한 사유가 있는 경우” 건강보험증 제시를 면제해주는 조항이 포함되면서 판단 기준 자체가 모호해져 가입자와 요양기관 모두 건강보험증의 필요성에 대해 인지하지 못하고 있음.
 - 국민건강보험법의 세부 조항을 신설하여, 건강보험자격 여부 본인여부를 확인해야 한다는 의견이 제기되고 있음(국민건강보험공단 용역보고서, 2011)
- 다른 서류와 교차 제출이 가능해지면서 종이 건강보험증의 필요성 감소
 - 2008년 3월, 개정된 국민건강보험법 제11조 3항에서는 “요양기관이 주민등록증, 운전면허증, 여권, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서에 따라 자격을 확인할 수 있는 경우 건강보험증을 제시하지 아니할 수 있다”라고 규정하면서 종이 건강보험증의 필요성이 감소하게 됨(국민건강보험공단 용역보고서, 2011).

- 건강보험증 도용으로 발생하는 부적정 지출 감지를 위한 조사 시행
 - 타인의 신분증명서 또는 건강보험증 등 신분을 도용 및 대여하는 등 부정한 방법으로 수급을 받는 가입자 중심의 부정사용은 국민건강보험공단(본부-지역본부-지사)이 가입자의 제보 및 신고를 통해 기획 조사함(국민건강보험공단 제공자료, 2014).
 - 가입자의 제보 및 신고를 통하여 건강보험증 도용의 가능성이 높은 건에 대해서는 국민건강보험공단 본부가 기획조사를 수행함.
 - 건강보험증 부정사용자와 부정사용으로 인한 피해자의 사실 확인서 및 진료기록부 확인을 요청하며, 피해자의 사실 확인만 있고 사용자가 확인되지 않은 경우 관할경찰서로 수사 의뢰

나. 요양기관 대상 부적정 지출 예방 및 관리 제도

□ 전산 청구에서 오류 점검⁷⁾을 통한 부적정 지출 예방

- 건강보험심사평가원에서 실시하는 제도로서 전산청구 오류 점검은 지급전 심사 단계에서 이루어지는 사전 예방책 중 하나임.
 - 요양기관에서 전산을 통한 진료비 청구 접수 단계에서 청구 오류를 미리 점검 후 수정·보완할 수 있도록 함.
 - 전산청구 오류 점검은 청구과정에서 발생할 수 있는 기계적 오류를 자율적으로 수정할 수 있는 기회를 부여한다는 점에서 의미가 있음.
- 현재 건강보험심사평가원은 청구오류 사전점검서비스와 단순 청구오류 수정 서비스를 병행하여 시행하고 있으나, 사전점검서비스가 정착되었다고 판단될 때 단순 청구오류 수정서비스를 폐지를 계획 중임(건강보험심사평가원, 2014).

7) www.hira.co.kr/cms/notice/03/1211408_24959.html#note, 건강보험심사평가원 보도자료 2012.04.05. “심사평가원 지난해 단순 청구오류 진료비 520억원, 사전에 바로잡아”

〈표 3-5〉 전산청구에서 오류점검: 단순 청구오류 수정서비스와 청구오류 사전점검서비스

구분	단순 청구오류 수정서비스(2003~)	청구오류 사전점검서비스(2010~)
대상기관	공인인증서 등록 요양기관	공인인증서를 등록 요양기관
서비스 이용 시기	진료비청구접수후(2일이내)	진료비 청구전(수시)
서비스 항목	총 48항목 -심사조정항목, 심사불능항목	총 279항목 -심사조정항목, 심사불능항목, 전문가점검항목 등

주: 1) 항목대상 및 개수는 매년 변동하며 2011년 기준 총 279항목
 자료: 건강보험심사평가원 홈페이지, 2014

[그림 3-5] 청구오류 사전점검 서비스의 절차



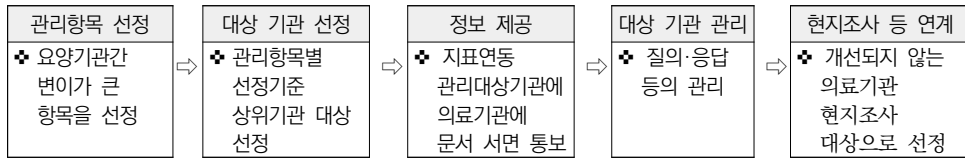
자료: 건강보험심사평가원 발표자료(2011)를 재구성하였음.

□ 심사·평가 과정에서 부적정 지출 차단 및 감지

- 심평원의 심사과정에서 진료비 조정을 통한 부적정 지출 차단
 - 전문 심사 인력과 심사위원의 심사과정을 통해 사전에 규정된 규칙과 기준에 위배된 진료내역의 청구비용을 삭제 하는 등 청구 진료비 조정
- 모니터링과 피드백 활동을 통한 부적정 지출 예방
 - 지표연동관리제
 - 건강보험심사평가원은 진료 패턴에 대한 상대적 비교를 통해 불필요한 진료의 개연성이 높은 개별 요양기관에게 비교 정보를 제공함으로써, 요양기관의 자율적 개선을 유도하고자 하며 개선이 없을 때는 현지조사와 연계하여 관리하고자 하는 제도임(신영석 등, 2011).
 - 관리항목 선정: 진료비 증가가 크거나, 질 향상 필요성이 있는 경우, 요양기관 간 변이가 큰 항목 선정
 - 대상기관 선정: 관리항목별 선정기준(지표) 상위기관 선정

- 정보 제공: 지표연동 관리대상기관에 문서로 비교 정보 등 서면 통보
- 관리 활동: 관리항목별 관리지표 변화 모니터링 및 질의·응답 등의 관리⁸⁾
- 관리 모니터링이 이루어진 후 개선이 없는 경우, 현지조사제도와 연계

[그림 3-6] 지표연동관리제도의 절차



자료: 신영석 등(2011)의 내용 재정리

□ 국민건강보험공단의 현지 확인⁹⁾

- 국민건강보험공단이 지급된 급여비의 적정여부를 확인하기 위해 요양기관의 임의적 협력을 전제로 시행되는 제한적·부분적인 사실 조사
 - 현지조사를 제외한 요양기관에 대한 모든 조사를 통칭
- 요양기관에 대한 기획조사, 진료내역 통보건에 대한 확인 조사, 전산점검결과 부당 가능건에 대한 조사, 내부 공익 신고조사 등으로 확인이 필요한 경우, 공단이 요양기관을 직접 방문하여 사실 관계 및 적법 여부 확인
 - 확인 건에 대해서는 국민건강보험공단이 자체 환수하거나 보건복지부에 현지조사 의뢰
 - 현지조사 의뢰 대상은 동일 부당유형이 월평균 5건 이상이면서 동시에 부당금액·부당비율이 행정처분 대상이 되는 요양기관 또는 자료제출 거부 요양기관임.
- 공단은 가입자가 급여를 제대로 받았는지를 확인하는 보험자 역할을 근거로 현지 확인 업무를 수행하고 있음.

8) 통보기관을 대상으로 자율개선 유도를 위한 상담활동도 병행함

9) 본 자료는 국민건강보험공단채신위원회 활동보고서(제2편: 건강복지플랜의 세부 실천방안)의 원자료(41p)에서 발췌하여 재정리하였음.

- 법적 근거

- 2003년 법제처 유권해석에 따르면, 부당이득 확인을 위해 서류만으로 부족할 경우, 현지확인을 통한 보험급여관리 업무수행이 가능하다고 명시
- 법원판례에서 국민건강보험공단은 요양기관의 부당청구 사실을 독자적인 견지에서 조사 및 환수할 수 있으며 언제든지 그 권한을 행사할 수 있다고 판시

- 하지만 심평원의 진료비 지급 전 심사와 공단의 지급 후 현지 확인으로 인한 업무 중복 등에 대한 공급자의 불만이 제기되고 있음.
- 현지확인과 현지조사는 업무수행 과정이 비슷한 단계를 거치지만 현지조사는 현지확인 이후에 의뢰되는 건 중에서 시행되므로 요양기관의 부당청구 개연성이 더 높다고 할 수 있음.

□ 건강보험 청구자료 기반 빅데이터 분석¹⁰⁾

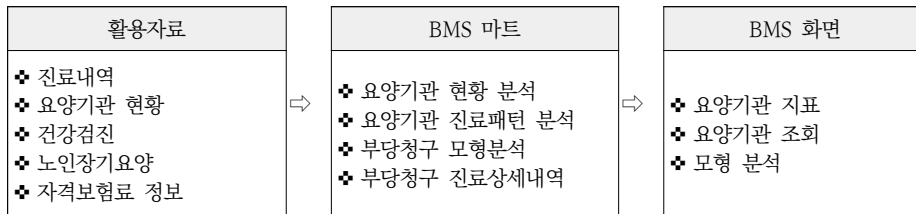
- 심평원과 공단 모두 축적된 건강보험 데이터를 활용하여 빅데이터 분석을 시행하고 이를 기반으로 부적정 지출의 예방, 감지, 확인 업무의 효과를 제고하고 있음.
- 심평원은 요양기관 현지조사의 적발률과 실효성을 높이기 위해 실시간 데이터 마이닝 프로그램을 개발하여 조사대상 선정과 현지조사 시 직원들이 활용하도록 하고 있음.
- 공단은 보유한 다양한 데이터를 활용하는 데이터마이닝 기법을 업무시스템에 탑재하여 인적 노하우와 통계기법을 활용하는 급여관리시스템(BMS: Benefits Management System)¹¹⁾을 운영
 - BMS(Benefits Management System) 급여관리시스템
 - 진료내역, 요양기관 현황, 자격, 건강검진 등 공단이 보유한 자료에 급여 사후 업무에서 도출된 노하우와 통계기법을 적용하여 분석

10) 국민건강보험공단 발표자료(2014) 재정리하였음

11) 국민건강보험공단의 부당청구감시시스템(NHI-BMS)라고 칭하기도 함

- 국민건강보험공단의 자료를 이용하여 부당청구 모형을 개발 및 감지하여 현지조사 시 지원할 수 있도록 함.
- 의심청구 사례를 감지하여 부당 징후가 의심되는 기관, 요양기관 내부 종사자의 신고, 대외 기관 의뢰 등을 통해 부당 청구를 인지한 경우 국민건강보험공단이 진료받은 내용에 대하여 문의하며, 요양기관 방문 확인이 가능함.

[그림 3-7] BMS 시스템(자료: 국민건강보험공단 발표자료, 2014)



다. 보건복지부의 현지조사제도¹²⁾¹³⁾

1) 현지조사 예방 활동

□ 보건복지부는 요양기관이 부정청구로 현지조사 제도 대상이 되는 것을 예방할 수 있도록 진료지표 수준이 대조군 집단에 높은 기관들에게 관련정보를 제공하여 자율적으로 진료수준을 조정할 수 있도록 함.

○ 2014년 1/4분기까지 자율시정통보제도가 운영되어 오다가 심평원의 모니터링 제도와의 중복 운영 문제가 제기되어 현재는 심평원의 지표연동관리제로 통합 운영되고 있음.

- 심평원의 모니터링제도인 지표연동관리제와 현지조사의 자율시정통보제가 역할이 비슷하여 의료기관에 이중 부담을 주고 있다는 지적이 제기됨.

• 자율시정통보제와 지표연동관리제의 중복통보 대상기관은 분기별로 약

12) 본 내용은 건강보험심사평가원의 발표 자료(2014)를 정리하였음

13) 건강보험법 제97조 제2항 근거: 요양기관에 대한 보건복지부 장관의 현지조사 권한 및 자료제출 명령

470개(국회 보건복지위원회 김성주 의원, 2013)

〈표 3-6〉 분기별 자율시정통보제·지표연동관리제 대상기관

(단위: 개)

구 분		자율시정통보제	지표연동관리제	중복통보 대상기관
2011	4분기	654	11,850	480
2012	1분기	663	12,025	489
	2분기	683	12,553	470
	3분기	669	12,269	471
	4분기	681	11,472	470
2013	1분기	717	10,335	495
	2분기	699	10,603	476

자료: 민주당 김성주 의원(2013)의 보건복지부·건강보험심사평가원 분석자료를 발췌하였음

- 2014년 8월말(2/4분기 통보분부터 적용)부터 자율시정통보제와 지표연동관리제가 통합되어 「지표연동자율개선제」로 일원화됨.

- 진료형태별 통합방안의 일환으로 외래진료비는 지표연동관리제의 내원일수 관리항목으로 통합
- 입원진료비는 지표연동관리제의 관리항목으로 추가하되, 입원관리지표 재설정 전까지 자율시정통보제의 지표산출체계를 적용하기로 함.

○ 지표연동 관리 대상항목으로는 아래와 같으며, 관리 이후에도 개선이 없는 요양기관은 현지조사 대상기관으로 의뢰됨.

- 내원일수¹⁴⁾, 급성상기도감염 항생제 처방률¹⁵⁾, 조사제 처방률¹⁶⁾, 약품목수¹⁷⁾, 외래처방약품비¹⁸⁾ 등

14) 내원일수(V1) 1.1이상, 개설기관 상위 15%

15) 항생제 처방률 80% 이상 기관

16) 주사제 처방률 60% 이상 기관

17) 6품목 이상 처방비율 40% 이상 기관

18) 외래처방약품비고가도지표 1.3이상 기관

[그림 3-8] 지표연동자율개선제 통합에 따른 변화

	현행	개선
명칭	자율시정통보제	지표연동자율개선제
관리 항목	내원일수, 진료비(외래) 입원일수, 진료비(외래)	내원일수(외래) 항생제 처방률(외래) 주사제 처방률(외래) 약품목수(외래) 처방약품비(외래) [추가] 입원일수, 진료비(입원)
주관	보건복지부 장관	건강보험심사평가원장
담당부서	급여조사실	심사기획실
현지 조사 연계	5회 이상 미개선시 현지조사 검토기관으로 분류 - 검토기관 중 부당청구 개연성이 높은 기관 조사대상 선정	미개선 횟수에 관계없이 부당청구 개연성이 높은 기관 조사 대상 선정 - 심사 강화를 통해 부당청구 사실관계 확인시 조사실시

자료: <http://www.dentalnews.or.kr/news/article.html?no=10206>

2) 현지조사 시행

- 부당청구가 의심되는 기관을 선정해 사실 여부를 조사하는 가장 대표적인 제도로 요양기관이 행한 세부 진료내역을 근거로 청구하여 지급받은 요양급여비용 및 본인부담금에 대해 사실관계 및 적법여부를 직접 방문하여 조사하는 제도(신영석 등, 2011)
- 현지조사제도의 목적은 건전한 청구 환경을 조성하고 적정진료를 유도하여 불필요한 건강보험 재정 누수를 방지하는데 있음(건강보험심사평가원 발표자료, 2014).
- 법적 근거
 - 국민건강보험법 제 84조: 보고와 검사
 - 국민건강보험법 제 85조 및 시행령 제 61조: 업무정지 및 과징금과 과징금 등 행정 처분 기준

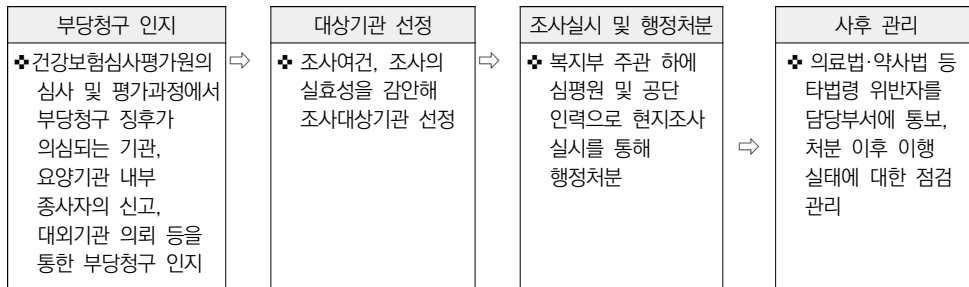
- 국민건강보험법 제 94조 및 제 95조: 벌칙
 - 국민건강보험법 제 99조: 과태료
- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 대외기관 등의 의뢰를 통해 조사여건, 조사의 실효성을 감안해 조사 대상기관 선정
- 국민건강보험공단의 의뢰기관
 - 진료내역 통보 등의 과정에서 부당청구 의심기관, 내부종사자 공익신고기관¹⁹⁾, 자료제출요구에 대한 미제출 기관
 - 건강보험심사평가원의 의뢰기관
 - 심사·평가과정에서 부당청구 의심기관, 민원제보 기관, 자료제출 요구에 대한 미제출기관
 - 대외기관 검·경찰, 감사원, 국민권익위원회 등에서 현지조사 의뢰기관
 - 민원제보 기관(국민건강보험공단 발표자료, 2014)
 - 요양기관의 부정 및 부당청구에 신고된 기관 중 사례와 근거를 제시하는 등 부당청구의 개연성이 높다고 판단되는 기관
 - 이 외에 언론 보도 등 사회적 문제를 야기한 분야 또는 기관
- 현지조사 총괄은 보건복지부가 책임지며 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단은 제반 업무를 지원하는 역할을 수행함.
- 매년 전체 요양기관의 1% 수준의 규모로 조사기관을 선정하고 있으며 보건복지부 주관 하에 건강보험심사평가원 및 건강보험공단의 인력으로 현지조사를 실시하며 건별 행정처분 산출(신영석 등, 2011).
 - 각종 자료 및 사실 관계 확인
 - 요양기관의 인력·시설·장비 등의 현황, 진료기록부, 조제기록부, 본인부

19) 내부종사자 공익신고제도: 요양기관 종사자, 약제·치료재료의 제조·판매업 종사자 또는 요양기관 이용자 및 국민이 요양기관의 부당청구 행위나 본인 진료권을 신고하고 공단 확인결과 부당으로 확인된 경우 신고인에게 포상금을 지급하는 제도

담금 수납 대장 등

- 국민건강보험의 관련 법령에 의한 요양급여비용 청구내역
- 이 외에 사실 관계 확인서를 요구하며 행정처분 절차 및 이의신청 방법을 설명하며, 현지조사 제도의 개선사항이나 건의사항을 청취

[그림 3-9] 현지조사 절차



주: 신영석(2011)의 내용을 발췌·재정리하였음.

□ 현지조사의 종류

- 현지조사는 조사 여건 및 긴급 정도에 따라 네 가지 종류로 나눌 수 있음.
- 정기조사
 - 부당청구 혐의, 자율미시정, 민원다발생 기관, 내부 종사자 신고기관 등에 대해 실시하는 통상적인 조사
- 기획조사
 - 건강보험제도 운영상 또는 사회적 문제가 제기된 분야에 대하여 제도개선 및 올바른 청구 문화 정착을 도모하기 위해 실시하는 조사
- 긴급조사
 - 허위·부당청구 개연성이 높은 기관으로 증거인멸 또는 폐업우려기관, 사회적 문제를 야기한 분야·기관에 대해 긴급히 실시하는 조사
- 이행점검 실태조사
 - 업무정지 처분기간 중 당해 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 기관 후

은 불이행이 의심되는 기관을 대상으로 실시하는 조사

〈표 3-7〉 현지조사 대상기간

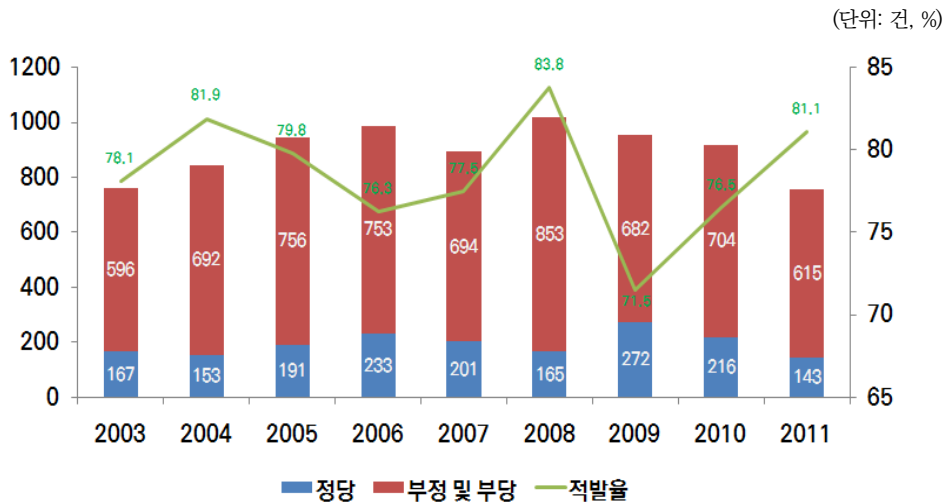
조사유형		조사대상기간	3년 범위 내 발생시점까지 소급 조사하는 경우
정기 조사	지표점검 기관	최근 6개월 진료분	고의적·지속적 허위 청구 무자격자 또는 의료자원의 부당신고(의사, 약사, 간호사 등)에 의한 부당청구가 확인된 경우 2개 이상 요양기관의 담합 혹은 공모에 의한 조직적 허위 부당청구
	외부의뢰 기관	의뢰기관+ 최근 3개월 진료분	
기획조사		최근 6개월 진료분	정기조사와 동일
이행실태조사		당해 기관의 업무정지기간	-

자료: 건강보험심사평가원 발표자료, 2014

□ 연도별 현지조사 규모와 적발율

- 현지조사 대상 기관 수는 매년 전체 요양기관의 1% 수준(600~850개)임.
- 부당청구 기관 적발율은 2003년 78.1%, 2011년 81.1% 소폭 상승한 추세

[그림 3-10] 연도별 현지조사 적발율



자료: 신영석 등(2011)

3) 현지조사에 의한 부당청구 적발과 사후관리

□ 현지조사 부당행위 유형²⁰⁾

○ 본인부담과다

- 급여대상인 진료행위, 의약품, 의료재료 등에 대하여 가입자 본인에게 징수
- 의약품, 상급병실료, 선택진료료 등에 대해 법정 본인부담금을 초과하여 과다 청구

○ 대체초과

- 의약품 및 행위로 등 대체 청구, 실사용량(행위) 등 초과청구, 실구입가 위반청구

○ 산정기준 위반

- 비급여대상을 진료하고 진료비용 청구, 무자격자가 실시한 진료비 청구, 비급여대상 진료한 후 실제 상병과 관련된 상병으로 진료비용 이중 청구 등

○ 거짓(허위)청구

- 실제 있지 않은 사실을 허위로 위조하여 서비스를 제공한 것처럼 청구하는 경우
- 입내원일수 허위 및 증일청구, 실제 상병과 다른 상병으로 진료비용 이중청구 등

○ 기타: 허위 기관 관련 원외처방약제비, 비급여대상 관련 원외처방약제비 등

□ 현지조사에 근거한 사후관리 유형별 근거와 내용은 다음과 같음.

○ 요양기관에 대한 행정처분은 업무정지, 면허자격정지, 개설허가 취소 및 폐쇄로 구분될 수 있으며, 허위청구 수준이 높을 경우 명단이 공표됨.

○ 고의성이 매우 높다고 판단되는 경우, 형사 고발 조치가 가능함.

20) 구체적 예시는 강희정·박진화(2010)의 원자료(52p)에서 발췌하였음

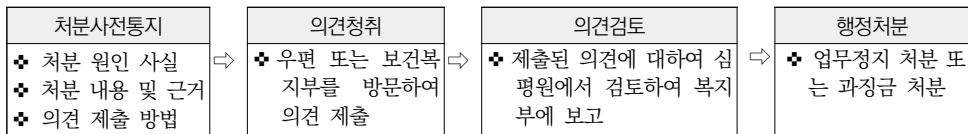
〈표 3-8〉 사후관리 유형별 근거와 내용

구분	근거법령	내용
행정 처분	국민건강보험법 제85조(업무정지) 제1항 및 동법시행령 제61조(과징금 등 행정처분기준) 제1항 및 별표5, 의료급여법 제28조(의료급여기관의 업무정지 등) 제1항 및 동법시행령 제33조(행정처분의 기준) 및 별표 3	·요양기관의 업무정지 - 1년 범위 안에서 요양기관 업무정지 ·과징금 -업무정지 처분에 같음. 허위·부당금액의 5배 이하 과징금 부과
	의료법 제66조(자격정지 등) 및 의료관계행정처분규칙, 약사법 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등) 및 시행규칙 별표8	·면허자격정지 -1년의 범위(1~10월)안에서 의료인 및 약사(한약사 포함)의 면허자격정지 (자격정지1월~10월) -자격정지기간중 의료업 제한 ※ 약사법상에는 제한 없음
	의료법 제64조제1항제8호	·개설허가 취소 또는 폐쇄 -의료기관 개설자가 거짓으로 진료비를 청구하여 금고이상의 형의 선고 받은 때
명단 공표	국민건강보험법 제85조의3(위반사실의 공표) 및 복지부 지침	·허위청구기관의 명칭·주소 및 대표자 성명 등 홈페이지 등에 공개 -공개기준: 허위청구금액 1500만원 또는 허위청구비율 20%이상
형사 고발	국민건강보험법 제94조(벌칙) 및 제95조(벌칙), 의료급여법 제35조(벌칙), 의료법 제97조 내지 제90조, 약사법 제93조 내지 제96조	·사기죄 고발: 10년 이하의 징역 - 고발기준: 허위청구 금액 750만원 또는 허위청구비율 10%이상 기관 ※ 관련: 형법 제347조(사기죄)

□ 행정 처분²¹⁾

○ 행정처분 내용에 대해 요양기관의 의견을 청취한 후 행정 처분

[그림 3-11] 행정 처분 절차



□ 현지조사 이후 행정처분은 건강보험법과 의료약사법에 의해 구분됨.

○ 건강보험법에 의한 처분: 부당이득금 환수, 업무정지 또는 과징금 부과

21) 건강보험심사평가원 발표자료(2014) 발췌하여 정리

○ 의료법·약사법에 의한 처분: 면허자격 정지, 의료업 정지

□ 행정처분 유형별 내용

○ 업무정지 처분 및 과징금 부과

- 건강보험법시행령 제61조 제1항
- 월평균 부당금액과 부당비율에 따라 과징금 부과

〈표 3-9〉 업무정지처분 및 과징금 부과 기준

(단위: 일)

월평균 부당금액	부 당 비 율				
	0.5%이상 1%미만	1%이상 2%미만	2%이상 3%미만	3%이상 4%미만	4%이상 5%미만
15만원이상~25만원미만	-	-	10	20	30
25만원이상~40만원미만	-	10	20	30	40
40만원이상~80만원미만	10	20	30	40	50
80만원이상~320만원미만	20	30	40	50	60

자료: 건강보험심사평가원 발표자료, 2014

○ 업무정지 가중 처분

- 5년이내 업무 정지(과징금 처분)를 받은 사실이 있는 경우, 당해 업무정지 기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분 부과(업무정지 1년, 과징금 5배 초과 불가)
- 행정처분 통보문서 송달일자로부터 부당청구가 다시 확인된 날 기준

○ 면허 자격 정지

- 부정한 방법으로 진료비 또는 약제비를 허위 청구시 1년 범위 내에서 면허 자격 정지

○ 의료업 정지

- 법령 관련(의료법 제66조 제3항) 서류를 위·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 부정 청구할 경우 자격정지

〈표 3-10〉 부정청구 시 자격정지 처분 기준

(단위: 월)

월평균 허위청구금액		허 위 청 구 비 율					
의료기관 약 국	보건의료원, 보건소, 보건지소,보건진료소	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만	5% 이상
12만원 미만	4만원 미만	-	-	1	2	3	4
12만원 이상 ~ 20만원 미만	4만원 이상 ~ 7만원 미만	-	1	2	3	4	5
20만원 이상 ~ 40만원 미만	7만원 이상 ~ 10만원 미만	1	2	3	4	5	6
40만원 이상 ~ 160만원 미만	10만원 이상 ~ 20만원 미만	2	3	4	5	6	7
160만원 이상 ~ 700만원 미만	20만원 이상 ~ 35만원 미만	3	4	5	6	7	8
700만원 이상 ~ 2,500만원 미만	35만원 이상 ~ 50만원 미만	4	5	6	7	8	9
2,500만원 이상	50만원 이상	5	6	7	8	9	10

주: 허위청구비율(%)=총 허위청구금액/진료(약제)급여비용총액 × 100

자료: 건강보험심사평가원 발표자료, 2014

□ 형사 고발 및 처벌²²⁾

○ 형사고발 기준과 사실 적발시 처벌 규정

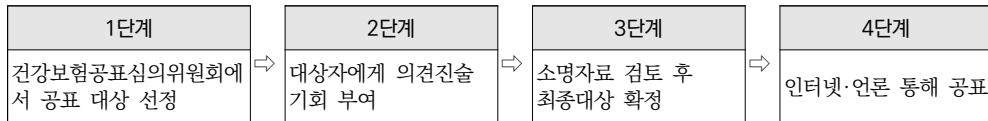
- 현지조사 대상 기관 대표자 혹은 관계인이 서류 제출 명령 위반, 거짓보고, 검사·질문을 거부·방해 또는 기피할 경우
 - 1천만원 이하 벌금을 부과할 수 있음(건강보험법 제116조)
- 진료비 거짓청구 고발기준 대상 요양기관으로 확인된 경우
 - 사기죄로 확정되었을 때에는 10년이하 징역 또는 2천만원 이하 벌금을 부과할 수 있음(형법 제 347조)
- 업무정지처분기간 중에 요양급여를 행한 요양기관으로 확인된 경우
 - 1년 이하 징역 또는 1천만원 이하의 벌금을 부과할 수 있음(건강보험법 제115조 제2항 3호)

22) 보건복지부의 요양기관 현지조사 지침(2013년 9월) 34pp 형사고발 기준을 참고하였으며 건강보험심사평가원 발표자료에서 처벌 규정을 참고하였음.

□ 거짓청구기관 명단공표

- 행정처분을 받은 요양기관 중 관련 서류를 위·변조하여 요양급여비용을 부정 청구한 요양기관은 위반행위, 처분 내용, 명칭, 주소, 대표자의 성명 등을 공표
- 공표대상
 - 부정청구금액 1,500만원 이상
 - 부정청구비율 100분의 20이상인 경우
- 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 시·군·구 등의 홈페이지에 공표
- 허위 청구가 증대한 위반에 해당하는 경우 신문 또는 방송에 추가 공표

[그림 3-12] 거짓청구기관 명단 공표 절차



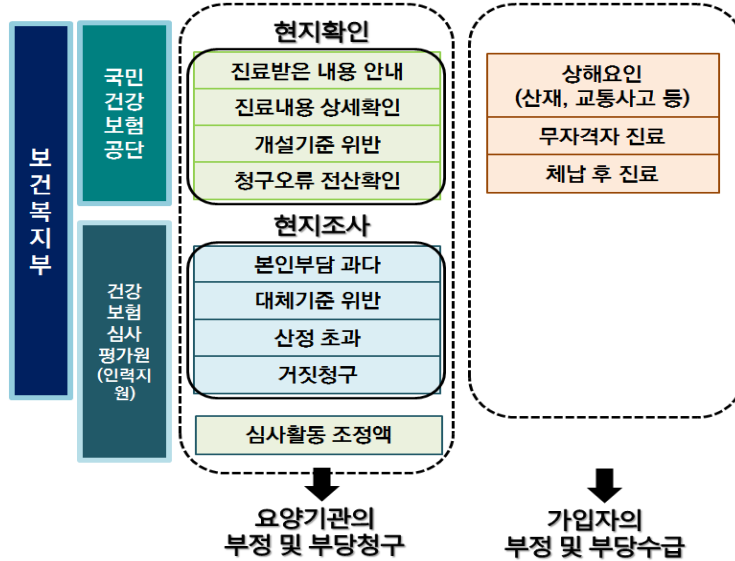
자료: 건강보험심사평가원 발표자료, 2014

제3절 건강보험 부적정 지출 확인 규모

1. 건강보험 부적정 지출 확인 기전

- 건강보험에서는 요양기관이 보험자에게 요양급여비용을 청구하면 이에 대해 적절성을 심사하여 부적절한 청구 금액을 삭감 조정하여 지급하고 이미 비용이 지급된 이후에도 조사활동을 통해 부당함이 확인된 금액은 환수조치하고 있음.
- 이러한 활동과정에서 삭감 조정 또는 환수 결정된 금액을 합산하여 확인된 부적정 지출 규모를 추산하였음. 이는 다행이 부적절한 금액이 확인된 경우이지만, 부당한 비용의 거래를 감지하기 어렵다는 점에서, 부적정 지출로 인한 건강보험 재정 누수 금액의 실재 규모는 더욱 클 것임.

[그림 3-13] 건강보험 부적정 지출 확인 기전



2. 건강보험 부적정 지출의 적발 실적

가. 요양기관 대상 부적정 지출의 적발 실적

□ 심사평가원의 심사조정 실적

- 심사조정률은 2008년이후 청구총진료비 중 0.5%수준을 유지하고 있으며, 2013년 기준 심사조정액은 2,760억원임.

〈표 3-11〉 심평원의 진료비 심사 조정률

(단위: 천건, 억원, %)

구 분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
청구 총진료비	350,939	395,659	438,740	465,133	481,342	512,529
총 조정액	2,076	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760
진료비 조정률	0.59	0.53	0.51	0.54	0.56	0.54

자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31. 기준

□ 국민건강보험공단의 요양기관 현지 확인 실적

- 공단의 요양기관 현지 확인에서 환수 결정 유형을 보면, 확인된 기관의 대부분이 청구오류 전산확인을 통해 결정되고 있으며, 최근 연도로 올수록 개설기준 위반 사례와 관련 적발 금액의 증가가 뚜렷하게 보임.
 - 건강보험공단은 사무장 병원 단속을 위한 복지부/경찰청/의사협회 등 유관 기관 간 불법의료기관 대응협의체 구성 및 금감원과의 업무 협약 체결, 사법기관과의 공조수사 등으로 인한 성과로 평가하고 있음²³⁾.

23) 국민건강보험공단 보도자료(2015년 3월), “6년간 사무장병원 환수결정 6천 5백억원, 2009년 대비 2014년 654배 증가

〈표 3-12〉 건강보험공단의 현지확인으로 환수 결정된 요양기관 건수 및 결정 금액 현황

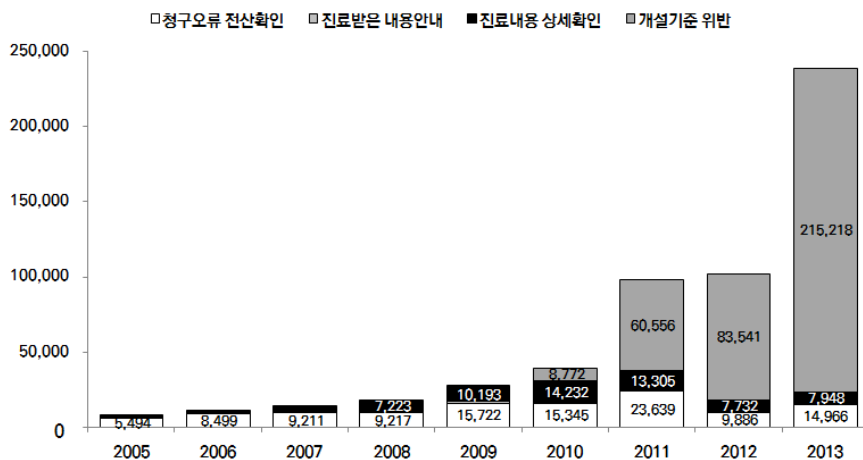
(단위: 개수, 천건, 백만원)

구 분		2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	
공 단 요 양 기 관 현 지 확 인	계	기관수	41,637	37,302	38,027	37,258	53,183	45,631	37,471	40,795	18,663
		건수	1,004	1,263	1,555	4,620	33,153	4,536	7,713	9,674	5,418
		결정금액	7,724	11,287	13,701	17,715	27,991	39,269	98,252	101,603	238,767
	진료 받은 내용 안내	기관수	3,376	1,852	1,982	1,833	1,406	1,455	1,294	1,114	954
		건수	128	86	92	117	106	80	76	96	103
		결정금액	723	678	1,253	1,275	1,116	970	752	444	575
	진료 내용 상세 확인	기관수	4,694	2,430	1,839	3,067	2,693	1,914	2,380	1,349	1,241
		건수	297	320	315	876	604	3,695	7,055	6,544	1,690
		결정금액	1,507	2,110	3,237	7,223	10,193	14,232	13,305	7,732	7,948
	개설 기준 위반	기관수	-	-	-	-	13	49	171	206	213
		건수	-	-	-	-	15	147	86	2,506	3,050
		결정금액	-	-	-	-	960	8,722	60,556	83,541	215,278
청구 오류 전산 확인	기관수	33,567	33,020	34,206	32,358	49,071	42,213	33,626	38,126	16,255	
	건수	579	857	1,148	3,627	32,428	614	496	528	575	
	결정금액	5,494	8,499	9,211	9,217	15,722	15,345	23,639	9,886	14,966	

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2013.12.31.기준

[그림 3-14] 국민건강보험공단의 현지확인 등으로 인한 부당청구 요양기관 결정금액

(단위: 백만원)



□ 보건복지부의 현지조사에서 환수 결정 실적

- 매년 현지조사를 받는 요양기관의 70% 이상이 부정 및 부당 청구의 사실관계가 확인되고 있음.
- 현지조사에서 환수결정된 금액이 2008년 21,362백만원에서 2010년에 15,474백만원까지 감소하였다가 2011년에 25,766백만원 증가했으나 2013년 13,400백만원으로 감소하는 추세를 보임.

〈표 3-13〉 보건복지부의 현지조사로 환수 결정 건수 및 금액 실적

(단위: 천건, 백만원)

구 분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
기 관 수	774	927	634	951	734	390
건 수	1,119	1,201	2,991	3,008	3,094	1,355
환수결정금액	21,362	16,901	15,474	25,766	22,329	13,400

자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31.기준

나. 가입자(수진자) 대상 부적정 지출 적발 실적

- 최근까지 정부 대책이나 언론보도를 통해,²⁴⁾ 환자가 요양기관 방문 시 주민등록번호와 이름만 알려주면 신분증 대조 등의 본인 확인 없이 진료 가능한 제도상의 허점을 악용하여 타인의 신원 정보를 도용하거나 요양급여 제외 대상을 범위 내 진료인 것으로 속여 건강보험 급여 혜택을 받는 사례가 보고되고 있음.
- 우리나라에서 전국민 건강보험제도는 일반적으로 급여가 제한되는 대상이 없다고 인식되고 있고, 진료 제공시 의료기관이 가입자 자격을 확인해야 한다는 의무가 명확히 규정되어 있지 않아 신원도용을 통한 부정 수급을 막기 어려운 허점으로 가지고 있음.
- 이러한 허점을 악용하여 교통사고, 산업재해, 폭행 등 요양급여 대상에서 제외

24) 2014년 7월, 정부의 건강보험 부정수급 방지대책 발표와 이에 대한 의료계 반발 등으로 가입자에 의한 부정 수급 문제가 확인되고 이에 대한 의료기관의 수진자 자격확인 의무에 대한 논란이 제기됨.

되는 상해요인 진료에 대해서도 요양급여 혜택을 받는 부정 수급 행위들이 발생하고 있음.

- 아울러, 보험료 체납으로 인한 급여가 제한된 자가 건강보험 진료를 받아도 요양기관이 공단에 비용을 청구한 후에야 보험료 체납자의 부정수급을 확인할 수 있음.

- 보험료 체납자에 의한 부정수급은 납부능력이 없는 생계형 체납자를 의료사각지대로부터 보호해야 하는 과제와 건강보험증 대여 및 도용 사례 발생으로 연계되는 문제를 동시에 해결해야 함.

- 건강보험공단 자료에 의하면, 가입자의 부정 및 부당 수급 유형은 '무자격자 진료', '상해요인 진료', '체납 후 진료'에 의한 것으로 구분하고 있음.

〈표 3-14〉 국민건강보험공단의 가입자 대상 환수 결정된 건수 및 금액

(단위: 천건, 억원)

가입자 부당 유형		연도									
		2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	
소계	건수	343	3,847	6,192	7,776	8,287	11,438	12,304	14,740	15,286	
	결정금액	657	1,560	2,112	2,663	2,899	3,680	4,142	4,716	5,160	
무자격자 진료 ¹⁾	건수	80	33	47	143	106	136	177	158	74	
	결정금액	20	9	12	41	30	36	49	40	22	
상해요인 진료	건수	257	275	317	560	560	525	570	548	652	
	결정금액	636	715	837	1,144	1,186	1,122	1,201	1,167	1,263	
체납 후 진료 ²⁾	건수	5.5	3,539	5,828	7,072	7,621	10,777	11,557	14,034	14,560	
	결정금액	1.2	837	1,263	1,478	1,683	2,522	2,893	3,509	3,875	

주: 1) 무자격자 진료에 의한 부당 수급은 '건강보험증 대여/도용', '자격상실 후 부당수급', '급여정지기간 중 부당수급'에 의한 세가지 유형으로 세분되는데, 이 중 '자격상실 후 부당수급'은 2015년 7월 23일 현재, 2012년도까지 결정된 건을 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임. 따라서 '13년도에는 '자격상실 후 부당수급'에 의한 부당수급 규모가 반영되지 못했음.

2) 체납 후 진료에 의한 부당수급은 '15년 8월 6일 현재, '13~'15년까지 환수 결정된 금액을 체납자의 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임.

3) 그 밖의 실적 통계는 2013년 12월 31일 기준으로 작성되었으며, 진료연도 기준으로 명확한 구분이 어려워 일부 적발 연도 기준으로 규모가 반영되었을 수 있음.

자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31. 기준

□ 무자격자 진료에 의한 부정 및 부당 수급

○ 건강보험 무자격자의 부정 및 부당 수급은 크게 세가지(① 건강보험증 대여 및 도용을 통한 부정 및 부당수급 ② 자격상실 후 부당 수급 ③ 급여정지 기간 중 부당 수급)로 나눌 수 있음.

① 건강보험증 대여 및 도용을 통한 부정 및 부당 수급

- 국민건강보험 적용 대상에서 제외되는 해외교포, 외국인, 장기체납자 등이 가족·친인척·지인의 건강보험증을 불법으로 대여 또는 도용하는 경우로 진료시 본인확인절차가 허술하거나 생략되는 제도상 허점을 악용함(국민건강보험공단 내부자료, 2014).
- 해마다 건강보험증 대여 및 도용 건수와 금액이 증가하고 있는 추세임.
- 적발이 어려운 특성과 향후 증증질환 등 건강보험 보장성이 확대되는 상황을 고려했을 때, 규모는 더욱 증가할 것으로 예상됨(국민건강보험공단 내부자료, 2014).

② 자격 상실 후 부당수급

- 국내에 거주하는 외국인 근로자 또는 내국민 중 건강보험 자격이 상실되었음에도 불구하고 진료를 받는 경우
- 현재 건강보험 자격 상실 후 14일 이내 자격 상실 내역을 신고하도록 규정되어 있으나, 신고 지연으로 요양기관에서 자격 조회 시 자격상실자가(소급상실의 경우) 진료 당시에는 자격이 있는 것으로 나타나는 문제점이 있음(국민건강보험공단, 2014).

③ 급여정지 기간 중 부당수급

- 국외출국자의 급여정지 기간 중 국내 요양기관의 의료이용 후 보험급여를 받는 경우에 해당

〈표 3-15〉 무자격자 진료에 대한 세부 유형별 가입자 대상 환수 결정된 건수 및 금액

(단위: 천건, 백만원)

무자격자 진료 유형	연도	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
	소계	건수	80	33	47	143	106	136	177	158
	결정금액	1,995	874	1,209	4,081	3,011	3,573	4,865	3,976	2,211
건강보험증 대여/도용	건수	3	4	10	11	15	32	29	31	41
	결정금액	190	204	406	337	559	896	843	850	932
자격상실 후 부당수급 ¹⁾	건수	21	20	32	51	64	76	81	91	
	결정금액	420	439	597	1,008	1,226	1,544	1,674	1,852	
급여정지기간 중 부당수급	건수	57	9	6	81	27	28	67	36	34
	결정금액	1,385	231	206	2,736	1,226	1,133	2,348	1,274	1,279

주: 1) '자격상실 후 부당수급'은 2015년 7월 23일 현재, 2012년도 까지 결정된 건을 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임. 따라서 '13년도에는 '자격상실 후 부당수급'에 의한 부당수급 규모가 반영되지 못했음.

자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31. 기준

□ 상해요인(산재, 교통사고 등) 진료에 의한 부정 및 부당 수급

- 산업재해를 은폐하고 건강보험으로 진료하거나 폭행 등을 건강보험으로 진료하는 경우
- 근로자 입장에서는 고용 등 근로현장에서의 불이익을 우려하고, 사업주의 경우 고용노동부의 사업장 조사 등을 우려해 산재적용을 기피하는 것으로 파악되고 있음(국민건강보험공단, 2014)
- 상해요인으로 인한 부정 및 부당수급은 해마다 증가하고 있는 추세임.

〈표 3-16〉 상해 요인 진료에 대한 환수결정 현황

(단위: 천건, 억원)

	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
건수	257	275	317	560	560	525	570	548	652
결정금액	636	715	837	1,144	1,186	1,122	1,201	1,167	1,263

자료: 국민건강보험공단, '13.12.31. 기준

□ 체납 후 진료에 의한 부정 및 부당 수급

- 건강보험료 체납으로 인한 급여제한 기간 중 병·의원이나 약국 등에서 진료 받은 경우에 해당됨.
- 체납 후 진료에 의한 환수 결정 금액이 증가하는 추세를 보임.
 - 하지만, 전체 가입자를 대상으로 부당행위를 모니터링하는 것이 아니고 사전 정보를 바탕으로 특정 주제에 대한 적발 노력을 집중하는 업무 특성을 고려할 때, 2005년 이후 발생 사례가 급격히 증가한 것 보다는 2006년부터 이 문제에 대한 관심과 적발 노력이 증가한 결과라고 할 수 있음.

〈표 3-17〉 진료 연도별 체납 후 진료에 대한 환수결정 현황

(단위: 천건, 억원)

	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
건수	5.5	3,539	5,828	7,072	7,621	10,777	11,557	14,034	14,560
결정금액	1.2	837	1,263	1,478	1,683	2,522	2,893	3,509	3,875

주:1) '13~'15년까지 환수 결정한 현황을 체납자의 진료일 기준으로 연도별 분류

2) 건수 : 진료비명세서 기준

자료: 국민건강보험공단, '15.8. 6. 기준

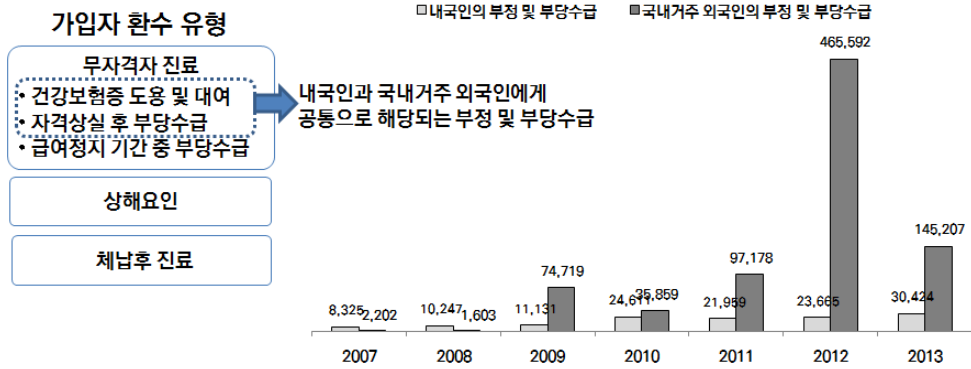
□ 내국인과 국내 거주 외국인의 부정 및 부당수급 추이 비교

- 건강보험공단의 분석에 의하면, 부정 및 부당수급 중(① 건강보험증 대여 및 도용, ② 자격상실 후 부정 및 부당수급을 포함) 내국인과 외국인의 비중을 살펴 보면 해마다 외국인의 부정 및 부당수급이 해마다 증가하는 추세를 보임.
 - 2009년 이후는 국내거주 외국인의 부정 및 부당수급의 비중이 크게 증가하였으며, 2013년 기준 국내거주 외국인의 부정 및 부당수급은 전체 부당수급²⁵⁾ 규모의 83%(145,207건)으로 내국인의 부정 및 부당수급(30,427건, 17%)보다 약 5배 높음.

25) 무자격자 진료 중 ① 건강보험증 대여 및 도용, ② 자격상실 후 부정 및 부당수급을 포함하며 ③ 급여정지 기간 중 부당수급은 국외 출국한 내국인만 포함하므로 외국인에게는 해당되지 않으므로 비교를 위한 계산에서 제외함

[그림 3-15] 내국인 및 국내거주 외국인의 부정 및 부당수급

(단위: 건)



자료: 국민건강보험공단(2014)

다. 건강보험 부적정 지출 적발 실적

- 건강보험 부적정 지출의 적발 실적은 요양기관 대상 실적과 가입자 대상 실적으로 구분하여 세부적으로 살펴볼 수 있음.
- 요양기관 대상 부적정 지출의 적발은 보건복지부의 현지조사, 국민건강보험공단의 요양기관 현지 확인으로 집계될 수 있음.
 - 아울러, 발생될 수 있는 부적정 지출 규모를 추산하는 목적에서 건강보험심사평가원이 사전적으로 지급을 차단한 심사조정액 규모도 포함시켜야 함.
- 가입자 대상 부적정 지출의 규모는 국민건강보험공단의 가입자 대상 환수실적을 통해 확인할 수 있음.
- 2013년 기준, 건강보험제도 운영에서 진료비 지급 이전에 청구액이 조정된 금액과 진료비가 지급된 이후에 부당함이 확인되어 환수가 결정된 금액을 모두 합하여 확인된 부적정 지출의 규모는 약 1조 442억원에 이룸.
 - 최근 건강보험공단의 현지 확인을 통한 적발 금액이 증가하고 있음.
 - 심사조정을 통한 사전적 조정 외에 부적정 지출의 확인은 행위가 발생되고 진

료비 지급이 이루어진 일정 기간 이후에 확인 가능함. 따라서 적발된 시점의 연도와 행위가 발생된 시점의 연도가 구분되어 통계가 작성되어야 하지만, 공개되고 있는 실적 자료들은 이에 대한 구분이 명확하지 않음.

- 이러한 의미에서 최근까지 적발 실적이 증가하는 것은 국가적으로 부적정 지출 관리에 대한 관심이 높아지고 있으며, 집중 관리대상의 선정 효과 등 업무 성과가 향상되고 있는 것으로 평가할 수 있음.

〈표 3-18〉 연도별 건강보험 부적정 지출의 전·후 확인 규모

(단위: 천건, 억원)

구분		2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	
총계		5,129	5,437	6,483	7,901	8,655	10,442	
가입자 대상	건보공단	소계	2,663	2,899	3,680	4,142	4,716	5,160
		무자격자 진료 ¹⁾	41	30	36	49	40	22
		상해요인 진료	1,144	1,186	1,122	1,201	1,167	1,263
		체납 후 진료 ²⁾	1,478	1,683	2,522	2,893	3,509	3,875
요양 기관 대상	소계		2,467	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760
	보건복지부	현지조사	214	169	155	258	223	134
		국민건강보험공단	소계	177	280	393	983	1,016
	진료받은 내용 안내		13	11	10	8	4	6
	진료내용 상세 확인		72	102	142	133	77	79
	개설기준 위반		-	10	87	606	835	2,153
	청구요류 전산확인		92	157	153	236	99	150
심사평가원	심사조정	2,076	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760	

주: 1) 무자격자 진료에 의한 부당 수급은 '건강보험증 대여/도용', '자격상실 후 부당수급', '급여정지기간 중 부당수급'에 의한 세가지 유형으로 세분되는데, 이 중 '자격상실 후 부당수급'은 2015년 7월 23일 현재, 2012년도까지 결정된 건을 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임. 따라서 '13년도에는 '자격상실 후 부당수급'에 의한 부당수급 규모가 반영되지 못했음.

2) 체납 후 진료에 의한 부당수급은 '15년 8월 6일 현재, '13~'15년까지 환수 결정된 금액을 체납자의 진료일을 기준으로 연도별로 분류하여 해당 연도 규모에 반영한 결과임.

3) 그 밖의 실적 통계는 2013년 12월 31일 기준으로 작성되었으며, 진료연도 기준으로 명확한 구분이 어려워 일부 적발 연도 기준으로 규모가 반영되었을 수 있음.

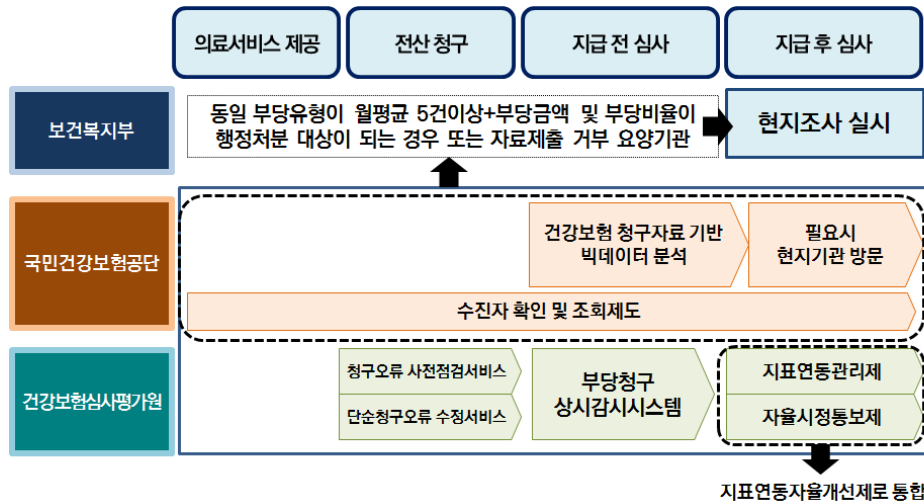
자료: 국민건강보험공단, 2013.12.31. 기준

제4절 소결

□ 사전예방 활동의 부족과 예방-감지-사후관리의 유기적 연계 부족

- 대국민 인식 확대, 의료서비스제공자에 대한 교육 및 지원, 심사단계에서의 조정, 모니터링 및 교정활동, 지불 후 확인, 현지조사로 이어지는 점진적 과정을 통한 선순환적 관리 체계 부족(강희정 등, 2010).
 - 특히, 국민건강보험공단·건강보험심사평가원이 요양기관 대상으로 공개강좌·설명회(간담회)를 개최하고 있으나 국민을 대상으로 인식을 확대시키는 노력이 부족
- 아울러, 어느 단계에서든 필요시 현지조사 업무부서에 검토를 의뢰하여 부정 및 부당행위에 대한 감지기간을 단축하거나, 현지조사 단계에서 계속 검토가 필요 없지만 모니터링 단계에서 세밀한 검토가 요구되는 경우 심사부서로 회송하는 업무부서간 환류가 활성화되지 못해 업무 효율성을 기대하기 어려움.

[그림 3-16] 건강보험에서 부적정 지출 관리 현황 및 부당청구 관리 현황



지표연동자율개선제로 통합

※ 공단의 가입자(수진자) 대상 진료받은 내역을 확인하거나 조회할 수 있도록 하는 제도는 지속적으로 순환되는 업무로서 이로 인한 예방적 감시 효과를 전 단계에서 기대할 수 있음.

□ 의료서비스 제공자(요양기관) 중심의 관리로 포괄적 관리의 한계

- 요양기관을 대상으로 부정정 지출관리가 집중되고 있으나 가입자의 부정 수급 증가와 조직적 부당행위와의 연루 가능성을 고려할 때, 다양한 발생 원인에 대한 포괄적 예방 및 감지체계 구축이 필요함.
- 타인의 신원을 도용한 부정정 지출의 추적 한계
 - 건강보험증 제출의무에 대한 법적(건강보험법 제12조) 근거는 있지만 요양기관의 확인 의무에 대한 규정이 부재하여 무자격자의 증도용 등 부정 및 부당 수급의 개연성 증가
 - 부정행위의 기본 방식이 타인의 신원을 도용하는 것임에도 불구하고 의료에서 신원도용의 위험성에 대한 국민 인식이 높지 않음.

□ 정보기술 활용 부족

- 신원도용의 사전적 예방효과를 제고하기 위한 새로운 정보기술의 활용이 검토될 필요가 있음.
 - 선진국들은 신원 도용 문제를 사전에 예방함과 동시에 이용자의 편의를 증진시키기 위해 전자보험카드를 도입하는 추세를 보이고 있음.
 - 개인정보 유출의 위험을 방지하고 도입으로 발생할 수 있는 이익을 확대하기 위해서는 새로운 정보 기술 활용이 적극적으로 검토될 필요가 있음.
- 다양한 데이터를 연계한 빅데이터 분석의 편익을 기대하기 어려움.

□ 범국가적 수준의 통합 관리체계 부재

- 건강보험에서 부정 및 부당 행위는 가입자와 공급자가 결탁한 조직적 구조로 정밀하게 진화될 가능성이 높음.
- 하지만 보건복지부의 현지조사는 예산과 인력의 한계로 매년 전체 요양기관의 1% 수준에 불과하며, 건강보험 영역을 초월하는 부정 및 부당행위를 관리하기에는 조사와 처벌에서 권한의 한계가 있음.
 - 보건복지부·건강보험심사평가원의 인력 부족으로 연간 조사할 수 있는 기

관수는 전체 요양기관의 1%에 불과하며, 요양기관의 증거 인멸의 가능성과 가입자의 기억에 의존해야 하는 한계가 있음.

- 2010~2011년 현지조사 의뢰 후 현지조사 착수까지의 소요기간을 살펴보면 7개월~12개월이 가장 많은 것으로 보고됨.

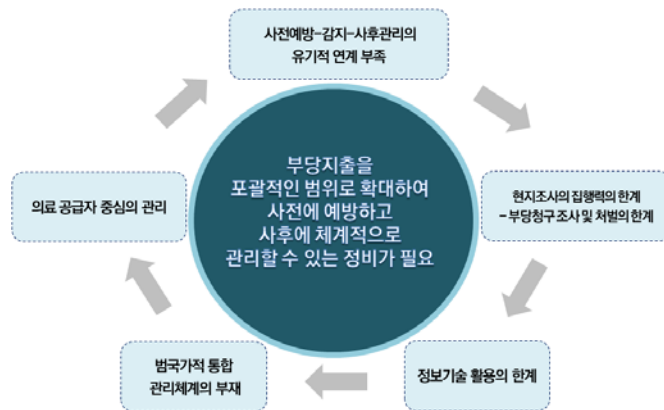
〈표 3-19〉 2010~2011년 현지조사 의뢰 후 현지조사 착수까지 소요기간

구분	계	1~3개월	4~6개월	7~12개월	1년~1년6개월	1년 6개월 이상	
실시	2010	347	2	372	234	39	0
	2011	53	20	9	24	0	0
미 실시	493	148	145	200	47	17	

자료: 국민건강보험공단채신위원회 활동보고서 2편(국민건강보험공단, 2012)의 43p에서 발췌하여 재정리함.

- 향후 증가하는 의료비의 규모를 고려할 때, 국가적인 수준에서 복지부와 사법부가 상시 협력체계를 구축하고 조사권과 처벌 수준을 강화함으로써 관련 제도의 집행력과 예방효과를 모두 확대할 필요가 있음.
 - 국가적 관리체계 하에서 건강보험공단과 심평원의 역할이 중복되지 않고 유기적으로 연계되어 예방 및 감지 효과가 상승될 수 있도록 해야 함.
 - 강력한 조사권 행사와 처벌을 통해 직접적인 재정 환수 효과를 높일 뿐 아니라 잠재적 부당 발생을 차단하는 예방 효과를 기대할 수 있음.

〔그림 3-17〕 건강보험 부당 지출 관리의 문제와 해결 방향



- 건강보험 부적정 지출의 적발 실적은 요양기관 대상 실적과 가입자 대상 실적으로 구분하여 세부적으로 살펴볼 수 있음.
 - 요양기관 대상 부적정 지출의 적발은 보건복지부의 현지조사, 국민건강보험공단의 요양기관 현지 확인으로 집계될 수 있음.
 - 아울러, 발생될 수 있는 부적정 지출 규모를 추산하는 목적에서 건강보험심사평가원이 사전적으로 지급을 차단한 심사조정액 규모도 포함시켜야 함.
 - 가입자 대상 부적정 지출의 규모는 국민건강보험공단의 가입자 대상 환수실적을 통해 확인할 수 있음.

- 2013년 기준, 건강보험제도 운영에서 진료비 지급 이전에 청구액이 조정된 금액과 진료비가 지급된 이후에 부당함이 확인되어 환수가 결정된 금액을 모두 합하여 확인된 부적정 지출의 규모는 약 1조 442억원에 이룸.
 - 가입자 대상으로 확인된 부적정 지출 규모는 2013년 5,160억원
 - 요양기관 대상으로 확인된 부적정 지출 규모는 2013년 2,760억원



제4장

주요 국가의 건강보험 부적정 지출 관리

제1절 미국

제2절 프랑스

제3절 기타 국가

제4절 국제네트워크 현황

제5절 소결

4

주요 국가의 건강보험 << 부적정 지출 관리

제1절 미국

1. 미국의 공적보건의료제도

- 미국은 OECD 국가 중 가장 높은 의료비를 지출하는 국가지만 보건의료 관련 지표는 낮은 수준임.
- 평균 수명은 2008년 기준 OECD 국가 중 24위, 1천명당 영아 사망률은 6.9명으로 28위에 머무르는 수준임.
- 미국은 관리의료(Managed Care)를 중심으로 민간의료보험이 보건의료체계를 주도하면서 공적보험도 운영되는 이원화된 제도를 갖추고 있음(정영호, 2008).
- 관리의료는 보험자, 공급자, 지불자의 기능을 통합하여 관리 기전을 마련하고 자 도입한 개념으로 재원이 고용주에 조달될 경우 독자적으로 공급자들과 협상하며, 인두제·진료비 할인 방식으로 비용을 통제하는 형태를 취함.
- 1990년대에 행위별수가제에서 관리의료 체제로 이동하면서 의료비 통제에 큰 기여를 하였으나 여전히 모든 국민에게 보편적 서비스를 제공하는데 한계가 있음(정영호, 2008).
- 한국의 국민건강보험에 해당하는 전국민건강보험이 부재하여 민영보험이 주요 역할을 하며 공적 보험이 보완하는 역할을 수행하는데 이는 전국민대상건강보험이 대부분의 서비스에 대한 보장을 제공하고 이 외 나머지 부분을 민간 보험이 보완하는 한국과는 상반됨.
- 메디케어, 메디케이드, 국가어린이건강보험프로그램²⁶⁾, 외국인의료보험, 연방

26) SCHIP, State Children's Health Insurance Program

공무원의료혜택, 원주민(인디언) 보험 등 정부가 운영하는 의료보장제도가 보완적 역할을 수행하는 형태임(정영호, 2008).

- 메디케이드(Medicaid): 65세 미만 저소득 계층, 신체장애자 대상
- 메디케어(Medicare): 65세 이상 고령자 대상
- 이 외에 메디케어가 적용되지 않는 가정의 자녀에게 제공되는 주(州)아동의료 보장제도(SCHIP: State Children's Health Insurance Program)가 있음

□ 공적보건의료제도의 낮은 보장성

- 민간보험이 주된 중심 역할을 수행하는 미국의 보건의료제도는 높은 미가입자 비율, 지속적으로 증가하는 보건의료비, 서비스 접근성의 불형평성, 건강불평 등 측면에서도 해결해야 할 문제가 많음(정영호, 2008).
- 2010년 기준 미국의 의료보험 가입현황을 살펴보면 기업이 제공하는 고용주 보험 또는 공무원 대상 보험이 50%, 메디케어 12%, 메디케이드 17%, 개인보험 5%이며 무보험자가 15%를 차지하는 것으로 나타남.

□ 오바마 보건의료개혁 이후 변화

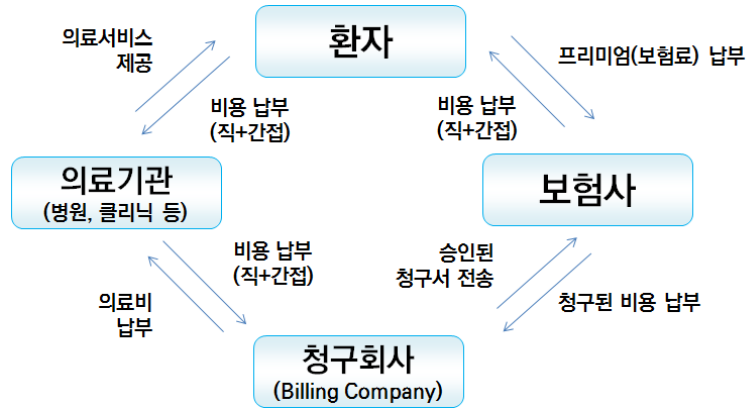
- 오바마 보건의료개혁(PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act)의 목표는 전국민 의료보장 체계를 도입하는 것임(정영호, 2014).
 - 2010년 9,890억 달러를 향후 3년간 지원하여 무보험자 5,400만명 중 3,200만명에게 건강보험 혜택을 제공하고자 하는 법률(PPACA, Patient Protection and Affordable Act)이 통과됨.
- 오바마 의료개혁법이 시행되면서 2014년 1월부터 미국 내 합법거주자는 건강보험에 의무가입하도록 하며 50인 이상 사업장의 고용주는 피고용인 대상 건강보험 제공이 의무화됨.
 - 14년 3월 31일까지 가입하지 않은 개인에게 벌금 부과
 - 건강보험 제공 시행하지 않은 피고용인에게 30명을 제외한 나머지 초과인원 1인당 2,000달러의 벌금이 부과

- 의료비 상승을 억제하고 건강보험과 의사에 대한 국민의 선택권을 보장함과 동시에 모든 국민에게 양질의 적정 의료를 보장하는데 주요 목적을 둬.

2. 미국의 건강보험 지불 체계

- 미국은 다수의 의료서비스 공급자가 다수의 보험자에게 해당 진료비를 청구하고 지불받는 구조를 가진다는 점에서 한국과는 차이를 보임.
 - 다수의 보험자로부터 다수의 의료서비스공급자가 소액의 진료비를 청구하여 진료비를 상환 받기 때문에 보험자들이 서로 연계하거나 협력하기 어려운 한계점을 가지고 있음(강희정, 박진화, 2010).
 - 건강보험정책심의위원회에서 의료수가가 결정되는 한국과 달리, 미국은 개별 병원에 의해 의료수가가 임의로 결정되기 때문에, 의료계 사정을 알거나 혹은 지인이 있을 경우에는 보험료가 할인되는 경우도 있음.
- 환자가 병원에 직접 서비스 비용을 지불하는 구조가 아니라 대부분의 병원은 청구회사에 보험료 정산과 관리를 위탁하므로 비용 발생의 가능성이 높음.
 - 환자가 서비스를 제공받으면 이에 대한 직간접 비용을 의료기관에 납부하며 보험료는 보험사에 따로 납부함.
 - 의료기관은 의료비에 대한 관리 업무를 청구회사(Billing Company)에 위탁

[그림 4-1] 미국 건강보험의 청구 및 지불 체계



2. 부적정 지출 관리체계

가. 미국의 부적정 지출 관리 담당 부처

□ 미국의 부적정 지출은 국가적으로 심각한 문제로 인식되어 이를 해결하기 위해 정부 차원에서 다양한 방안을 마련하고 있으며 보건부(DHHS, Department of Health and Human Services), 법무부(Department of Justice)가 관련 업무를 위해 공조수행하고 있음.

□ 주요 역할 및 구성

○ CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)

- 메디케어와 메디케이드에 대해 전반적으로 관리하면 메디케어 업무와 관련하여 계약을 맺어 업무 대행자가 제출한 청구서 업무와 심사업무를 수행함 (신영석 등 2011).

○ HHS OIG(Office of Inspector General)

- 감사관에게 모든 연방법률에 위반되는 부정청구, 과잉 진료를 억제 및 통제하는 것과 관련된 감사권, 민·형사상 조사권, 실사권을 가진(강희정 등,

2010; 신영석 등, 2011; 국민건강보험공단, 2014).

- 부당청구에 대한 증거 확보된 후, 연방수사국과 조사국이 함께 조사하며 필요시 법무부의 민·형사국이 개입하여 소송 진행(국민건강보험공단, 2014)

○ 법무부 및 연방수사국

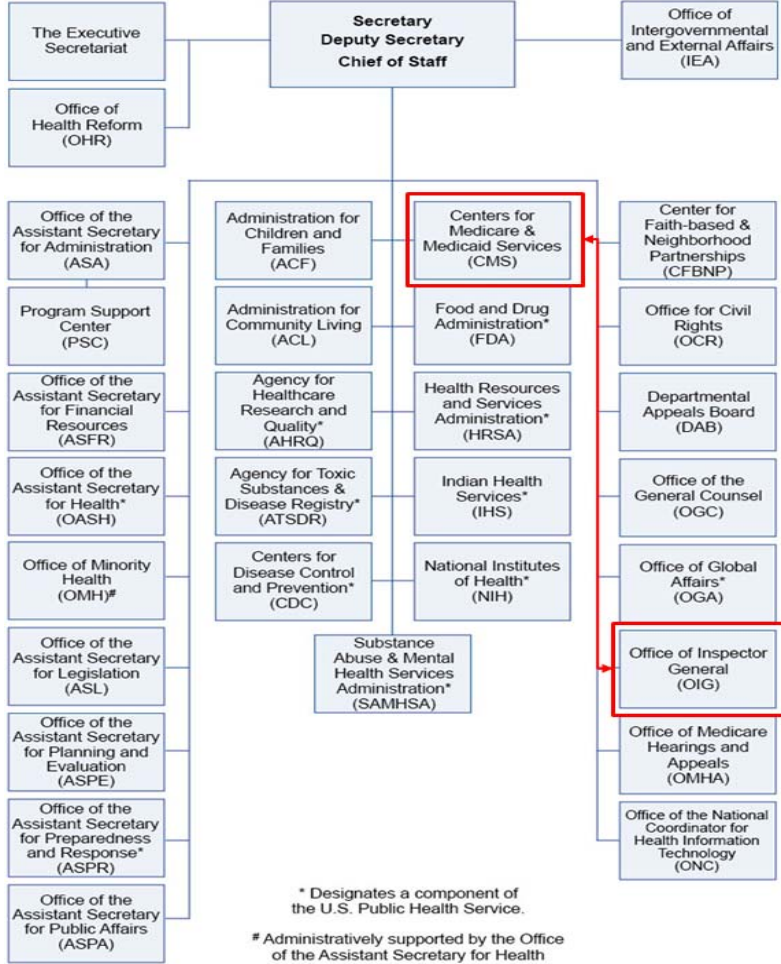
- 부적정 지출 관련 혐의 조사, 필요한 경우 민·형사상 처벌

〈표 4-1〉 미국의 요양기관 감독권

구분	내용
조사권한	보건부 장관, 주 정부 장관
조사방법	연방수사국과 공조하여 압수영장 발부
조사항목	부정 및 과잉 청구, 관련 규정 위반 청구

자료: 건강보험심사평가원 발표자료, 2014

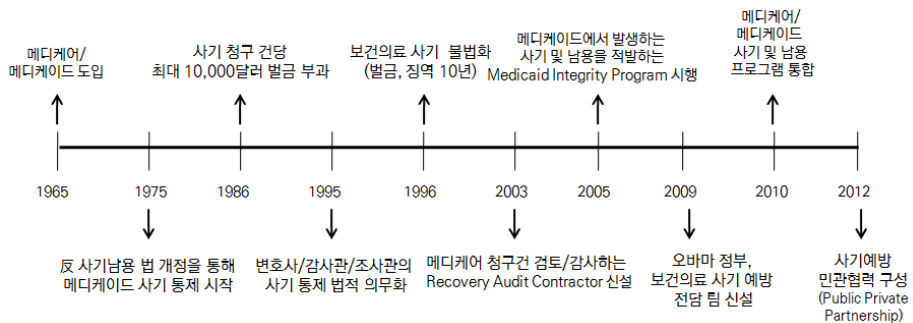
[그림 4-2] 미국 보건부 구조



나. 부적정 지출 관리 체계의 역사

- 미국 정부는 보건의료 부적정 지출 문제의 심각성을 인식하고 다양한 정책적 노력을 시도하고 있으며 사기적 특성이 보이는 청구건에 대해서는 재청구 하도록 하는 수동적 방법에서 사전에 예방하고 처벌하는 공격적 방법으로 바뀌고 있는 추세임.
- 1965년: 부당청구 금지 법조항 1개 개설
- 1995년: 각 주에 변호사/감사관/조사관이 메디케이드 기관으로부터 분리되어 독립적으로 사기 조사를 하도록 함.
- 1986년: 법 개정을 통해 사기 청구 벌금을 건당 10,000달러로 상향 조정, 금액이 작아도 건수가 많은 경우 법적 처벌 조항을 더 강화함.
- 1996년: 보건의료 사기/남용을 범죄로 규정해, 10년 징역형, 연방예산 중 일부를 사기/남용 예방에 사용하도록 함.
- 2003년: CMS는 부적정 지출 건에 대해 감사, 환수하는 업무를 업무 대행자에게 이관
- 2005년: Medicaid Integrity Program 신설
- 2009년: 오바마 정부, 보건의료개혁의 주요 아젠다 중 하나로 사기/남용 예방을 선정

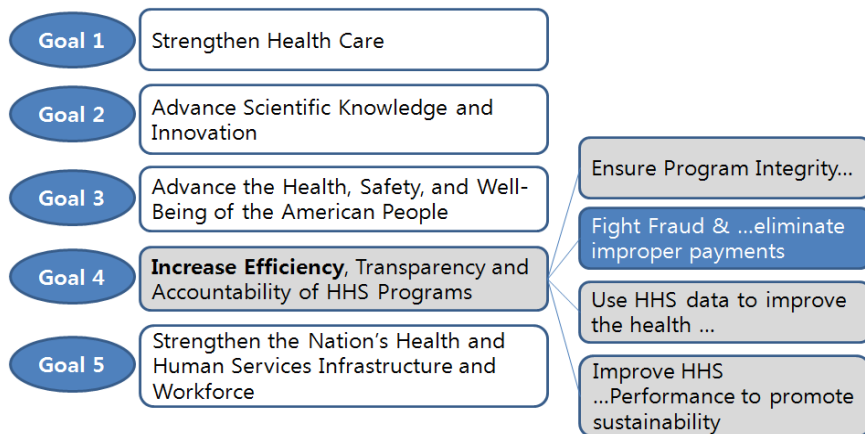
[그림 4-3] 부적정 지출 문제를 해결하기 위한 미국 정부의 정책적 노력



다. 오바마 개혁 이후 부적정 지출 관리체계

- 오바마 정부의 건강보험 개혁안에서 “부정 및 남용”은 주요한 핵심 아젠다이며, 이를 사전 예방 중심으로 관리하는 정책을 주된 방향으로 설정하였음(신영석 등, 2011).
- 오바마 정부 前 보건부 장관, 캐슬린 시벨리우스(Kathleen Sebelius)는 사기 및 남용은 환자들의 위험을 초래할 뿐만 아니라 메디케어를 포함한 미국 공적 의료제도의 향후 미래를 위협하게 하는 범죄라고 규정하면서 다양한 예방책을 수립하겠다고 밝힌 바 있음(강희정 등, 2010)
- 미국 보건부는 2010-2015 전략계획에서 전략목표 4. **보건부 프로그램의 효율성, 투명성, 책무성 강화**를 제시하고 이를 위한 세부 목표 중 하나로 부정(fraud)의 근절과 부적정 지출의 감소를 명시하고 있음.
- 부적정 지출을 발생시킨 의료서비스 제공자에 대해 보다 강력한 처벌을 시행할 것을 권고하고 있음.
 - 1백만불 이상 손해를 끼친 보건의료 사기 관련 범죄에 대해서는 기존의 처벌 기준보다 20~50% 상향 조정

[그림 4-4] 미국 보건부 Strategic Plan 2010-2015



출처: 미국 보건부 홈페이지

- 대표적으로 ACA(Affordable Care Act)에서는 보건의료지출 규모 중 의료서비스 제공자에게 지불되는 청구 금액의 비중을 축소시키고 향후 10년간 건강보험 사기 관련 문제를 예방하는 프로그램(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control Program)에 예산을 추가적으로 지원할 것이라고 발표함.
- 부적정지출 예방을 위해 필요한 예산을 향후 6년 동안 2억 5천달러를 지원
- 2010년 기준 총 7억 3백만달러의 부정 방지 기금 중 5억 7천7백만달러는 HCFAC 프로그램에, 1억 2천6백만달러는 연방수사국에 지원(보험연구원, 2011).
- 부적정 지출 예방전담 기구 설치
 - 보건의료 부정 방지 전담반(HEAT: Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team)
 - 2009년 5월 20일 설립하여 사기 예방을 전담하는 기구. 현재 미국에 9개의 지부(루이지애나, 뉴욕, 일리노이, 텍사스 두 곳, 미시건, 캘리포니아, 플로리다 두 곳)를 두고 있음.
 - 부적정 지출 문제를 해결하기 위한 기존의 노력들과 달리 HEAT는 정부 차원에서 보건부 감사관실과 사법부와 협력체계를 구축하여 부적정 지출 업무를 담당하는 “**별도의 독립된 조직**”을 설치하였다는 점에서 차이를 지님 (미국 보건부 및 법무부 보고서, 2014).
- 자발적 민관협력 강화
 - 부정 및 부적정 지출 관련 데이터와 정보를 교환하는 민관협력 체계 구성
 - 지리적으로 부적정 지출이 빈번히 발생하는 지역, 기존에 자주 사용되던 부당청구 코드, 적발된 부적정지출의 주요 특징 등의 정보를 교류함.
- 이전에 별도로 시행되던 메디케어/메디케이드의 사기 남용 관련 프로그램을 CPI(Center for Program Integrity)이라는 이름으로 통합하여 관리함.

라. 보건의료재정청(CMS: Center for Medicare and Medicaid)의 관리방안

1) 부적정 지출 관리를 위한 CMS의 전략

- CMS는 메디케어/메디케이드 관련 업무대행자와 계약하여 보건의료제도 내 청구·지불·심사 관련 제반 업무를 대행, 이관하고 있으며 아울러 메디케이드/메디케어에서 발생하는 부적정 지출을 관리하기 위해 예방-감지-사후 관리의 순환적 연계체제를 구축하고 있음.
- CMS가 수행하고 있는 전략 흐름도는 크게 예방-감지-환수-투명성 및 책무성 강화의 단계로 구성되어 있음.

〈표 4-2〉 부적정 지출을 해결하기 위한 CMS의 전략흐름도

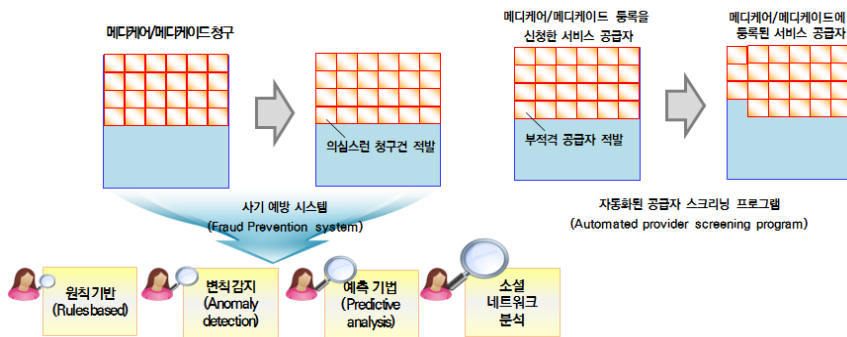
단계별 전략	내용
예방(Prevention)	부적정 지출을 방지하기 위한 사전 예방책으로서 의료인 및 환자에 대한 교육, 지불 과정에 있어서의 오류 감지
감지(Detection)	통계적 방법을 이용하여 부정 및 부적정 지출 감지
투명성과 책무성 강화 (Transparency and Accountability)	보건부·사법부·기타 기관과 함께 협력하여 과잉/과소 지불된 서비스 급여에 대하여 환수 조치
환수(Recovery)	지불 과정에서 오류 최소화

자료: 미국 보건부, 2014

- 2013년 7월부터는 의료서비스 공급자가 과잉으로 분포되어 있는 지역 또는 부적정 지출이 빈번히 발생하는 지역 내에서 의료서비스제공자의 메디케이드 및 메디케어 프로그램 참여를 중지시킴.
 - 6개월마다 등록 중단 철회 여부를 재심사할 수 있으며, 급여에 대한 지불 자체를 일시 중지할 수 있는 권한이 부여됨(미국 보건부, 2014)
- CMS는 건강보험 부적정 지출을 사전에 예방하기 위해 1999년부터 정교화된 전자시스템을 도입하여 부당청구를 감지하고 있음.

- 두가지 방법(Twin Pillar system)을 통해 부적정 지출 발생의 위험성이 높은 공급자를 선별하여 부당청구를 사전예방-감지-사후처벌 등 선순환되는 관리 체계로 작동할 수 있도록 함(신영석 등, 2010; Donald MB, Andrew DH. 2012).
- 사기예방 시스템(Fraud Prevention System)
 - 의심스런 청구건을 적발하는 통계적 기법으로서, 신용카드 회사가 사용하는 사기적발 시스템과 비슷한 형태
- 자동화된 공급자 스크리닝 시스템(Automated Provider Screening Technology)
 - 2011년 후반부터 시행된 프로그램으로서 메디케어 등록을 신청한 기관을 대상으로 사전에 미리 부적격 여부를 심사하는 제도
 - 서비스 공급자를 위험 수준에 따라 저, 중, 고 세가지로 유형화해 각각 다른 스크리닝 절차를 거침.

[그림 4-5] Twin Pillar system



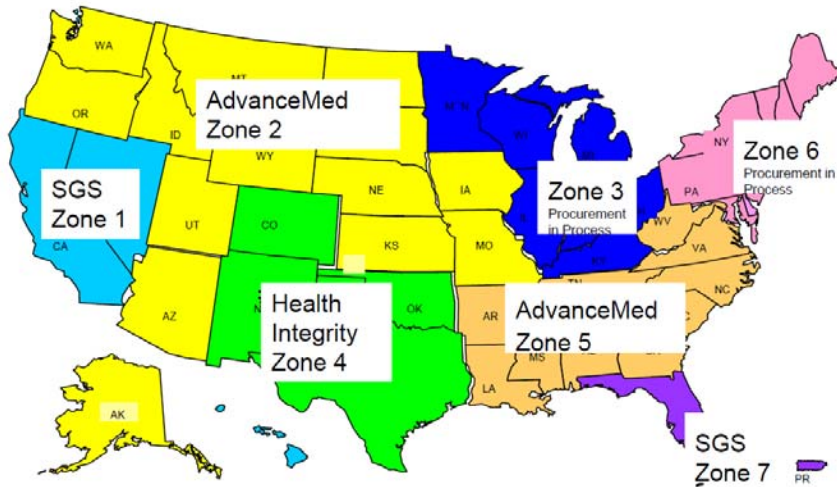
자료: Donald MB, Andrew DH(2012)의 자료 번역하여 재정리

2) 부적정 지출 관리를 위한 행정업무 대행

- 부당청구 관리 대행자는 CMS, 법무부, CIA와 공조체계를 갖추어 OIG의 관리 하에 부당청구를 감지하고 통제하는 업무를 수행하도록 함(강희정 등, 2010).
 - 심사계약자는 진료비를 청구하는 제공자들을 대상으로 교정하는 활동을 하며 심사 과정에서 부정 및 부당청구가 의심이 되면 관리대행자에게 조사를 의뢰할 수 있음.
 - 구체적인 목적은 아래와 같음
 - 부정·부당청구가 의심되는 의료제공자에게 시정이 요구되는 행위를 교정
 - 확인된 부적정 지출액을 회수
 - 지불이 되지 말아야 하는 경우에 지불을 거부
 - 궁극적으로 미국 공적건강보험 재정의 효율적 사용 및 재정 손실 최소화
- 총 10가지 유형의 행정 계약자가 존재하며 이 중 별도로 청구건에 대해 심사를 하는 행정계약자에게 업무를 이관함(RAC report, 2011).
 - Medicare Administrative Contractors(MACs)
 - 서비스 제공에 대한 급여 청구시 수반되는 행정 업무를 수행하며 청구 과정에서 기계적 오류(Error)로 인한 부적정 지출을 감지하였을 경우 환수하는 권한을 지님.
 - Recovery Audit Contractors(RACs)
 - 이미 지불된 청구건 중 부정 및 부적정 지출을 감지·환수하는 업무를 수행하며, 필요할 경우 의료서비스 제공자에게 정보를 요청할 수 있는 권한을 가짐(CMS 출장자료, 2014).
 - 행정계약자가 적발한 부적정 지출 건수/양만큼 보전받는 수입 구조를 가지고 있으며 잠재적 부정(Potential Fraud)를 감지하는 것이 의무는 아니나 감지되었을 경우 추가 조사를 위해 CMS에 보고해야 함.

- Qualified Independent Contractors(QICs)
 - 의심스러운 특징이 보인다고 의견이 제기된 청구건에 대해 검토를 단독으로 수행함(CMS 출장자료, 2014).
- Zone Program Integrity Contractors(ZPICs)
 - 2003년부터 CMS는 부적정 지출로 인해 이미 서비스 공급자에게 지불된 건에 대해 감사 및 환수하는 업무를 PSCs(Program Safeguard Contractors)에서 관리 대행자(ZPIC: Zone Program Integrity Contractors)로 이관함.
 - 기존 CMS 계약자들과 달리 ZPIC는 부당 및 부정이 의심되는 청구건을 선정하여 조사하거나 처벌이 필요하다고 판단되는 청구건의 정보를 보건부 감사관실/사법부에 전달하는 업무를 수행함(Donald MB, Andrew DH. 2012).

[그림 4-6] Zone Program Integrity Zone



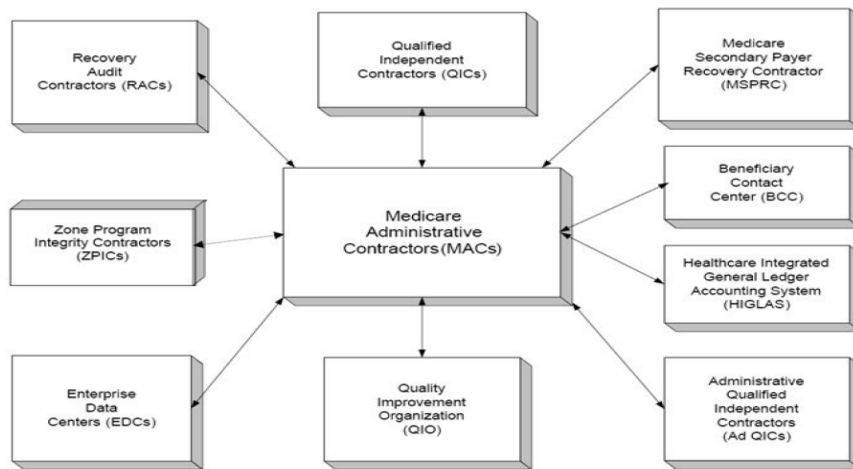
자료: CMS 출장자료, 2014

〈표 4-3〉 Zone Program Integrity Contractors와 관할 구역

ZPIC	Zone	해당 구역의 주(州)
Safeguard services (SGS)	1	캘리포니아, 하와이, 네바다, 아메리칸 사모아, 괌, 마리아나 섬
AdvanceMed	2	워싱턴, 오리건, 아이다, 유타, 애리조나, 와이오밍, 몬타나, 노스다코타, 사우스다코타, 네브라스카, 캔사스, 아이오와, 미주리, 알래스카
Cahaba	3	미네소타, 위스콘신, 일리노이, 인디애나, 미시간, 오하이오, 켄터키
Health Integrity	4	콜로라도, 뉴멕시코, 텍사스, 오클라호마
AdvanceMed	5	아칸사스, 루이지애나, 미시시피, 테네시, 알라바마, 조지아, 북캘리포니아, 남 캘리포니아, 버지니아, 웨스트 버지니아
Under Protest	6	펜실베이니아, 뉴욕, 델라웨어, 메릴랜드, 뉴저지, 메사추세츠, 뉴햄프셔, 버몬트, 메인, 코네티컷, 로드아일랜드
Safeguard services (SGS)	7	플로리다, 푸에르토리코, 버진아일랜드

자료: CMS 출장자료(2014)

[그림 4-7] 메디케어 제반 업무 행정계약자 구성



자료: CMS 출장 자료, 2014

○ Comprehensive Error Rate Testing Contractors(CERT)

- 매년 메디케어 행위별 수가제 관련 부적정지불 금액을 산출하는 행정 계약자로 2002년부터 의료서비스 공급자별(의사, 의료기관 등) 부적정지불 규모를 산출하고 있음.

○ 이 외에도 메디케어에서 처방 의약품에 대한 부적정 지출만을 전담하는 MEDICs (Medicare Drug Integrity Contractors), 의료 용구(DME: Durable Medical

Equipment)에 대한 부적정 지출을 전담하는 NSCs(National Supplier Clearinghouse Contractors), 메디케어와 메디케이드 외 다른 제2 보험자가 운영하는 보건의료프로그램에서 부적정 지출을 조사하는 COBs(Coordination of Benefits Contractor) 등이 있음.

3) 부적정 지출 관리를 위한 교육 및 데이터 구축

- 미국은 메디케어에서 발생하는 불필요한 지출을 최소화하며 메디케어 프로그램의 취약성을 개선하기 위해 의료공급자 대상 교육에 중점을 두고 있음(강희정 등, 2010)
 - 부적정 지출의 체계적 관리를 위해 행정계약자들에게 관리 가이드라인을 제공함.
 - 행정 계약자들이 제출한 자료를 수집하여 데이터베이스를 구축하거나, 서비스 제공자를 대상으로 교육을 실시함
 - 심사업무 대행 계약자는 필요한 경우 CMS에 교육 서비스 제공을 의뢰할 수 있음.
 - 의료서비스 공급자 대상 교육과 관련하여 CMS 내부에 PCG(Provider Communications Group)라는 조직 설치, 서비스 공급자와의 의사소통 관련 업무 담당(강희정 등, 2010)
 - 네가지 부서로 구성되어 있음²⁷⁾
 - Division of Provider Information Planning and Development
 - Division of Provider Relations and Outreach
 - Division of Contractor Provider Communications
 - Division of Provider Communications Technology
 - 연방 정부의 교육프로그램의 효과적 운영을 위해 CMS 산하 APME(Advisory Panel on Medicare Education)라는 별도의 자문기구를 설치

27) www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/CMSLeadership/Office_CM.html. 접속일자 2014.12.15

- 보건부 장관과 CMS의 교육활동을 자문하는 역할을 담당

○ 이 외에도 공급자 대상 교육 캠페인의 기획 및 집행, 교육 자료 배포를 위해 다양한 방법을 모색하고 있으며, 국가보건의료전문가협회(National Healthcare Professional Association)와 협력하고 있음.

〈표 4-4〉 미국의 부적정 지출 관리를 위한 데이터 시스템

프로그램	내용
Integrated Data Repository	- CMS는 제반 업무를 담당하는 행정계약자들이 데이터를 용이하게 사용하고 이에 맞는 방법을 사용할 수 있는 가이드라인을 제공하는 포탈(CMS Integrated Data Repository)을 운영 - 포탈에는 2006년 1월 이후의 메디케어 관련 정보를 가지고 있으며, 행정계약자는 지불 전 사전에 정보를 이용하여 의심스런 청구를 하지 않았는지 분석. - 지불 후, 사기적발을 할 시에도 필요한 경우 데이터를 사용할 수 있음(보건부 보고서, 2014).
Compromised Number Checklist	-2010년 1월부터 구축한 데이터 베이스로 CMS 행정 제반 업무를 담당하는 계약자의 자료를 수집하여 부당청구가 의심되는 서비스 제공자의 ID 공유
Medicare-Medicaid Data Match Program	-2001년 캘리포니아를 시작으로 전국으로 확대되어 2011년 기준 미국 14개 주 참가 부정 및 부당청구의 특성이 짝은 청구건에 대하여 메디케어와 메디케이드 내 데이터를 매칭

〈표 4-5〉 미국 부적정 지출 관리를 위한 교육적 방안

프로그램	내용
Medicare Integrated Institute	- 2007년 9월, 미국 법무부와 CMS가 함께 세운 교육기관으로 콜롬비아에 위치하고 있음 ²⁸⁾ . - 매년 정기적 교육 과정에서, 기술적 내용 뿐만 아니라, 보건의료환경에서 사기를 사전에 예방할 수 있는 다양한 내용을 제공하고 있음. - 이 외에 메디케어와 계약한 민간 보험 프로그램을 위해 부적정 지출 예방 관련 자료를 배포하거나, 온라인 무료 교육 프로그램 및 자료를 제공하고 있음(CMS 출장자료, 2014) ²⁹⁾ .
Senior Medicare Patrol	- 메디케어 가입 환자들이 서비스를 제공받을 때, 부적정 지출의 피해자가 되지 않도록 다양한 프로그램을 시행함(CMS 출장자료, 2014) ³⁰⁾ . - 350만명의 메디케어 가입 환자 대상 교육 - 120만명의 메디케어 가입 환자 1:1 상담

28) <http://www.justice.gov/usao/training/mii/index.html>

29) <http://medic-outreach.rainmakerssolutions.com/free-resources/>

30) http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/SMP/

4) 부적정 지출 사후 관리

□ 부적정 지출에 대한 처벌

- 금품수수금지법(Anti-kickback Law): 서비스 공급자가 고의적으로 부당한 방법을 통해 부적정지출을 발생시켰다는 증거가 없이 개연성만 있어도 기소가 가능함(박민영, 2014).
 - 메디케어/메디케이드 환자 이송, 부적절한 편의에 의한 제공(예: 샘플 의약품의 과도한 지원)등 각종행위를 금지(박민영, 2014)
 - 위반한 자에 대하여 메디케어/메디케이드를 포함한 미국 공적의료제도 내 프로그램에 5년간 참여 제한
 - 의료공급자가 위반시 25,000달러의 벌금/5년 이하의 징역
 - 의료공급자 이외의 자가 위반시 10,000달러 이하의 벌금/1년 이하의 징역
- 허위청구방지법(Civil False Claims Act): 지불 보상을 받기 위해 의도적으로 부정한 수단을 이용해 청구, 이익을 득한 공급자를 대상으로 이익을 환수하고자 함(박민영, 2014)
 - 허위청구건당 11,000달러 벌금 부과
- 민사벌금법(Civil Monetary Penalties Law): 허위 및 부당청구에 대하여 보건부가 의료공급자에게 민사상 벌금을 부과하도록 함(박민영, 2014).
 - 부당청구 건당 10,000달러까지의 벌금 부과
 - 의료공급자로부터 부당청구에 따른 손해액의 3배를 환수
- 보건의료 프로그램 참여 배제(Program exclusion)
 - 사기가 적발될 경우 연방정부가 의료제공자를 보건의료프로그램 참여 자체를 배제시킴.

마. 부적정 지출 확인 실태

- 미국 회계감사원(GAO: Government Accountability Office)은 메디케어와 메디케이드의 총 지출액에서 부적정 지출의 규모가 약 10%에 달한다고 추정하였으며 미국 연방수사국(FBI, Federal Bureau of Investigation)은 매년 미국 의료비의 3~10%가 부정 및 남용에 의한 부적정 지출로 추정함(FBI, 2009).
- 연방수사국의 추정치는 공적보건의료제도 내 발생한 부정지출 뿐만 아니라 제약, 뇌물, 횡령 등 보건의료 관련 모든 범죄를 포함한 추정치임.
- 미국 정부는 매년 법³¹⁾에 따라 주요 공공기관이 부적정지출(improper payment)의 규모를 정기적으로 공시하고 있으며 CMS는 CERT(Comprehensive Error Rate Testing Program)을 이용해 부적정 지출 보고서를 발간함.
- 미국 보건부, 재무부, 사회보장부 등 정부 부처별로 부적정 지출 규모를 산출한 결과, 보건부의 부적정 지출 규모가 가장 큰 것으로 나타남.
- 진료비가 지급된 건을 대상으로 전국의 지급 오류율(Payment error rate)을 추계하고 있음(강희정 등, 2010).
- 지급오류율 자체가 부적정 지출의 규모 전체를 의미하지는 않지만 Medicare Integrity Program의 성과지표로 사용되고 있다는 점에서 주목할 만함(강희정 등, 2010)
- Fisher(2008)의 연구에서는 미국 보건의료제도 내에서 발생하는 부정 지출 및 부적정 지출의 유형을 분석하였는데 부정(fraud) 지출이 가장 큰 규모를 차지함.

〈표 4-6〉 미국 공적건강보험의 부정 및 부적정 지출 유형

(단위: %)

허위청구	과잉청구	이중청구	불필요한 서비스 제공	처방 관련 사기	기타
34	22	4	18	8	14

자료: Fisher(2008)

31) Improper Payment Information Act of 2002

4. 부적정 지출 관리 성과

- 미국 시라큐스대학교 부설 조사기관 TRAC(Transactional Records Access Clearing house)의 보고와 HCFAC(Health Care and Abuse Control) 연간 보고서에 따르면, 부적정 지출에 따른 환수 금액과 민·형사상 범죄 건수는 증가하고 있는 추세임(CRS Report, 2011).
- 2010년 미국 공적보건의료제도 내 부적정 지출로 적발되어 환수한 예산은 약 40억달러로 이 중 25억달러는 법원 판결을 통해 환수, 15억달러는 각 부처의 관리 조치를 통해 환수한 규모이며 총 환수 금액은 전년도에 비해 58% 증가하였음.
- 2010년 기준 미국 보건부는 부정지출 적발 관련 혐의를 받은 서비스 공급자 3,340명을 공적보건의료제도 프로그램의 참여에서 제외시켰음(보험연구원, 2011)
 - 메디케어와 메디케이드 관련 부정지출 혐의 894명
 - 기타 보건의료제도 관련 부정지출 혐의 263명
 - 환자 남용 및 방치 혐의 247명
 - 면허 취소 1,582명

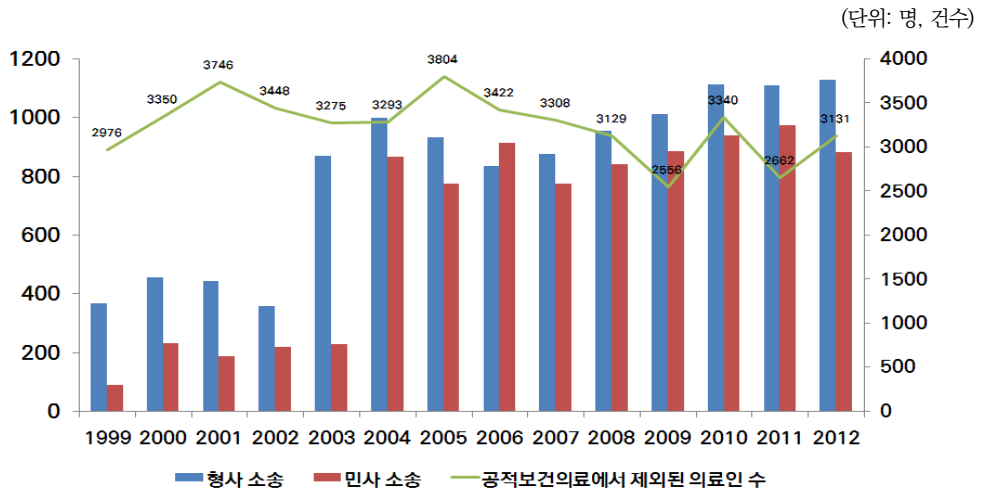
〈표 4-7〉 부정청구에 대한 처벌

연도	기소 건수	유죄건수	법원판결을 통한 회수금 (백만달러)	의료보험 부정지출 관련 회수 예산 (백만달러)
2005년	652	523	1,470	1,708
2006년	579	547	2,200	1,784
2007년	786	560	1,800	1,070
2008년	797	588	1,000	2,140
2009년	803	583	1,630	2,545
2010년	831	726	2,500	4,021

자료: 미국 사법부, 2011; 보험연구원, 2011

- 2011년 부정정 지출로 당국에 적발된 사례가 903건으로 2010년에 비해 85% 증가한 것으로 나타남.
- 부정정 지출 해결에 강력한 조치를 취하는 오바마 행정부의 정책에 기인한 것으로 분석하고 있음(CRS report, 2011).
- 특히 2006년 환수 조치 금액의 증가는 Tenet Healthcare Corporation에 대한 조치³²⁾로 인한 결과임.

[그림 4-8] 연도별 부정정 지출 관련 소송 건수 및 공적보건의료프로그램 자격박탈 의료인 수



32) 미국에서 두 번째로 큰 병원 체인으로 당시 Tenet Healthcare Corporation은 4년동안의 부당 청구로 인해 과잉지불 9억 달러 이상 환수 조치를 당함.

제2절 프랑스³³⁾

1. 공적보건의료제도 현황

□ 프랑스 의료보장

○ 프랑스의 건강보험은 의무 가입을 원칙으로 하고 가입자의 직업에 따라 조합주의 방식으로 운영하며, 크게 일반제도와 특별제도로 구분

- 가장 큰 규모를 유지하고 있는 일반제도는 전국민의 약 87% 정도가 가입되어 있기 때문에 단일보험체제와 유사한 구조로 볼 수 있음
 - 특별보험의 대상은 선원, 광부, 철도근로자, 전력가스청 근로자 등
- 각 조합은 건강보험 및 기타 공적서비스제도를 동시에 제공하고 있음.
 - 각 조합별로 자치 운영을 원칙으로 하고 있지만, 의회나 정부가 관리감독과 재정 규모를 결정

〈표 4-8〉 의료보장 체계 및 대상

제도 종류	대상자	적용인구/ 총 인구 비율	운영
일반 보험 (Regime generale)	산업, 사업 및 서비스 부문 종사자를 위한 보험	87.09%	전국건강보험공단 (CNAMTS)
농업 보험 (Regime agricole)	농업부문 종사자	5.91%	농업공제조합중앙회(MSA)
자영업자 보험 (Regime autonomes)	비농업 자영업자, 전문직 등, 자유업 종사자, 수공업자	5.13%	전국비농업자영업자건강보험 공단(CANAM)
특수 제도 (Regime Sepciaux)	군인, 지하철 종사자, 가스공사직원, 국회, 재외국민 등 13개 특수제도	4.20%	

자료: 한국보건사회연구원(2012), 주요국의 사회보장제도(프랑스), 한국보건사회연구원에서 재인용

33) 본 절은 현지 Nicolas Voirin & Gabriel Bacq (2013), Fight against organization, strategy et piloting French National Health care fraud, CNAMTS 발표자료를 중심으로 기술되었음.

- 건강보험의 보험자는 임금 근로자 전국건강보험공단(CNAMTS)으로 101개
도 단위 건강보험기초공단(CPAM)을 두고 건강보험 급여 및 서비스 제공
- 건강보험기구전국연합(National Union of Social Health Insurance
Funds, UNCAM)
 - 세 가지 주요 건강보험제도(CNAMTS, CANAM, MSA)를 통합 하기 위해 설립
 - UNCAM 이사장은 CNAMTS 이사회의 당연직으로, 의사협회 및 약사협회 등
보건의료단체와 체결하는 협약을 최종 결정하고, 서명하는 권한을 갖고 있음
 - 건강보험기구와 보건의료제공자 간의 합의 정책을 운영하고, 상환가능한
서비스의 범위 규정, 보건의료서비스 가격 결정 등을 수행
- 1996년 사회보장개혁안을 통해 저소득 계층을 위한 보편적의료보장제
(Couverture maladie universelle, CMU)를 2000년에 도입되면서 전국민
의료보험을 달성
- 프랑스에서는 건강보험이 보장하는 본인부담금(외래 30%), 치과, 안과 등의
급여 보장을 받기 위해 보충보험을 민간차원에서 운영하고 있음.

〈표 4-9〉 보충형 민간보험(2010년 기준)

영리/비영리	민간보험자	지출 점유율	민간보험 비중
비영리기관	동종 직업군 종사자 상호부조조합(Mutuelles)	55.5%	13.5%
	비영리 공제조합(Institutions de prevoyance)	18.1%	
영리기관	민간영리보험회사	26.4%	

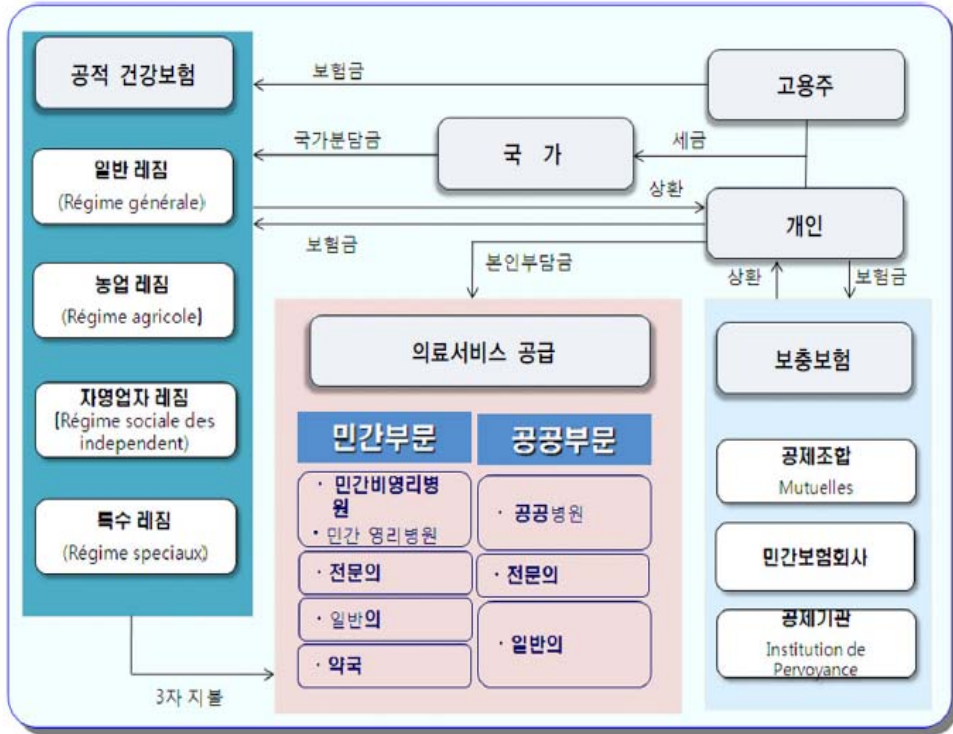
자료: 한국보건사회연구원(2012), 주요국의 사회보장제도(프랑스), 한국보건사회연구원에서 재인용

□ 전달체계

- 환자들은 자유롭게 의료진 및 병·의원 등을 선택할 수 있으며, 이 경우 진료의
뢰서 여부나 진료횟수 등에 대한 제한도 없음
- 의학적으로 필요하거나 국내 치료의 한계가 있을 경우 국외의 의료서비스
도 이용할 수 있음

- 외래진료는 개원의(일반의, 전문의, 치과의사)가 주로 제공하지만 전체 외래진료의 약 15%는 병원근무 의사에 의해 제공
 - 이는 1968년부터 도입되었으며 저명한 의사가 part-time 형태로 근무하는 과정에서 일부 private 환자를 진료함으로써 공공병원 내에 존속하게 하는 유인 제도의 일환
 - 외래 비용 통제 강화, 치료의 질 향상, 의료 서비스 접근 형평성 향상을 위해 2006년 1월 주치의 제도를 도입
 - 주치의를 통해 전문의를 방문할 경우 약 70%가 상환되지만, 의뢰를 거치지 않으면 30%만 상환
 - 보충형 보험에도 비용 낭비를 막기 위해 직접 방문하는 비용은 보장이 되지 않도록 규정하고 있음.
- 입원진료(2차 및 3차 의료) 역시 자유롭게 병원(공공, 민간병원)을 선택할 수 있으며, 공공입원체계는 일반병상, 급성병상, 추적관리병상, 재활 및 장기병상의 4단계로 구분
 - 공공병원은 주로 응급, 재활, 장기, 정신과 치료를 제공하며 민간 부분은 간단한 외과수술을 담당
- 프랑스의 건강보험의 주요 행위자는 보험가입자(직장가입자, 보편적 보장(CMU)와 고용주 그리고 공급자(전문직, 병원, 재가요양, 이송 등)로 구분할 수 있음
 - 처치를 할 수 있는 전문적인 공급자는 일반의, 전문의, 치과의사, 조산 간호사, 심리치료사, 간호사 등이 있음.
 - 가입자 차원에서는 가입된 보험유형, 보험급여 공급자 차원에서는 지원금, 급여내용 등에 따라 다양한 차원에서 부당 유형이 발생할 수 있음.

[그림 4-9] 프랑스의 의료보장 및 의료서비스 이용 흐름



자료: 한국보건사회연구원(2012), 주요국의 사회보장제도(프랑스), 한국보건사회연구원에서 재인용

□ 지불제도

- 2005년 건강보험 개혁 이전의 지불제도는 공공병원과 민간병원의 지불체계 이원화된 체계를 유지
 - 공공병원 및 비영리민간병원(전체 병원의 80%) : 총액 예산제
 - 민간영리병원(수술중심, 전체 병원의 20%) : 행위별 수가제
- 2005년 건강보험 개혁 이후에는 병원 부문에서는 공공과 민간병원의 지불보상 방식을 DRG체제로 일원화 2005년 3월부터 민간병원을 대상으로 포괄수가제의 일종인 T2A(Tarification à l'activité) 전면 시행
 - 병원 지출이 목표 수준을 초과할 경우 수가를 인하하는 가격-수량규제는 2006년 처음 실시

〈표 4-10〉 프랑스의 의료전달체계별 지불제도

구분	공공병원	민간병원
입원	포괄수가제(T2A)	포괄수가제(T2A)+행위별 수가제 *의사행위료는 포괄수가 불포함
외래	행위별수가제	행위별수가제

○ 외래 진료의 경우 의료서비스 급여목록(CCAM)에 따라 의료 행위당 수가를 청구하게 되고, 환자는 병원에 선지불하고 후불로 건강보험공단으로부터 상환 받는 체계(외래진료비 사후상환 제도)

- 환자는 진료비용을 의료기관에 전액 지불하고, 환자는(‘비탈카드’를 모든 국민이 가지고 있음) 비탈카드를 제시하면 7일 이내에 공단에서 자동적으로 입금
 - 90% 이상이 전자 청구를 통해 이뤄지고 있으며, 매년 약 10억장의 청구서가 발생
 - 카드가 없어 종이로 신청하면 환불에 많은 시간이 소요
- 3자 지불방식에 비해 관리비용이 더 많이 소요(3자 지불방식의 경우 관리비용이 1.8% 발생하는데 사후상환방식은 4%이상의 관리비용이 발생)
- 전자보험증 소지자에 한해 본인부담금만 부담하고 의료공급자가 공단에 청구하는 3자 지급방식을 이용할 수 있음
 - 최근 외래진료와 약사, 임상병리검사 부문에서는 공보험이 직접 공급자에게 지불하는 경우가 늘어나고 있음

○ 전자보험카드(Vitale Card) 시스템

- 1993년 공공건강보험 기관이 협의 하에 진료비 청구-지급 시스템의 효율화를 위해서 SESAM-Vitale를 설립하였고, 1999년 본격적으로 전자보험카드 시스템이 운영
 - 전자보험증 도입의 주요 목적은 가입자 자격확인보다는 진료-청구-지급 절차를 전산화하여 행정효율화 달성이 주요 목적이었음.
 - 연간 15억건에 달하는 서면청구가 발생하였고, 진료량은 지속적으로 증

가할 것으로 전망.

- 막대한 서면청구로 인해 진료비 지급이 지연되었고, 위변조에 의한 재정 누수가 발생하였음.
- 전자보험카드 도입으로 신원확인 및 자격 증명이 가능하였고, 진료비 지급 기간이 감소(7일 이내)하였음.
- 건당 행정 처리 비용이 서면청구 대비 15% 수준이며, 의료행위를 데이터화하여 다양한 정보분석이 가능해졌음.
- 서면청구시 발생하였던, 청구서의 위변조가 사전에 방지되었음.
- 건강보험 가입자가 외래서비스를 이용할 경우 비탈카드를 제시하고, 의료기관은 비탈카드에 저장되어 있는 신원정보 및 의료정보를 확인할 수 있음.
- 외래 이용시 환자가 카드를 소지하지 않는 경우는 전자청구가 불가능하고 서면청구 또는 보장혜택을 받지 못함.
- 2007년에는 증 도용 등 부정사용 방지목적으로 사진을 부착하여 비탈카드가 발급되었음.
- 의료기관 방문시 사진(안경 미착용 등 등록기준이 존재)을 통한 본인 확인은 강제사항은 아니지만, 부정수급이용자의 심리적 위축감 이외에 효과는 미미한 것으로 판단하고 있음.

〈표 4-11〉 프랑스의 전자건강보험증 도입현황

발급기관	Vitale1	Vitale2
	SESAM-Vital	
카드		
발급시기	2007년 이전(6500천개)	2007년 이후(약 1000만개)
발급대상	<ul style="list-style-type: none"> • 보험가입자 1명당 1개 카드 발급 ※ 단, 만 16세 미만은 부모 카드에 정보 등록 	
용도	<ul style="list-style-type: none"> • 보험 자격확인 • 전자청구서의 전자서명 	
수록 자료	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 신원정보 • 가입 건강보험 • 배우자, 자녀 등 피부양자 가족 정보 • 사회보장 급여 수급권 • 자기부담금의 조정/면제 내용 • 카드 비밀번호 ※ 가입자의 의료정보 내장 준비중 	

- 의료공급자가 정보접근, 진료비 청구를 위한 의료전문인카드(CPS) 또한 운영 중에 있음.

○ 의원급 외래진료비에 대한 사후심사

- 환자가 진료비를 우선 지불하는 구조이기 때문에 사전 심사 과정이 없이 의료비를 지불하게 되고 사후에 보험자가 적절성여부와 관련된 사후 조사를 수행
- 의사의 부당청구 부분은 약 70%는 데이터 마이닝을 통해 찾아내고 약 30%는 신고에 의해 찾아냄
 - 부정행위를 찾아내기 위해 쓰는 돈(의사고용, 심사인력 인건비 등)이 적발해서 환수하는 돈과 맞먹지만 부정행위에 대한 예방효과는 있음
 - 부정행위 감시단은 중앙에 약 100명, 101개 지사에 의사/간호사/약사 등 전문가가 약 20명씩 있으며 16개 지역본부에도 있음, 단, 이들은 부정행위를 감시만 하는 인력은 아니고 지역의사와의 관계 유지 등 다양한 역할을 수행하고 있음

○ 병원 진료비 지불방식

- 공공병원과 사립병원의 진료비 지급방식이 다른 공공병원이 전체의 70% 정도를 차지함
- 공공병원은 의사 월급까지 포함해 병원별 총 예산이 지급되는 반면, 사립병원 은 병원 자체에 지급되는 돈과 의사에게 들어가는 지원이 분리되어 있음.
- 공공병원의 경우 GHM라는 계산법(미국식 DRG) + 입원일수에 따른 산출 방법(GHS)으로 비용이 계산됨
- 의원은 환자가 직접 내고 돌려받는 제도인데 반해 병원에 입원했을 경우 환자가 비용을 지불할 필요없이 조합과 병원이 직접 거래를 함.
 - 하루 18유로만 방세를 내듯 입원료를 내야 함(보충보험으로 보장함).
- 사립병원의 경우 CPAM(공단지사)에 진료비를 청구하면 공단이 이를 토대로 돈을 지급하게 됨. 100원을 청구하면 우선 85원만 선지급하고 이후 분석을 해서(심사를 해서) 별 이상이 없으면 나머지 15원을 지급함.
- 독일은 심사를 한 뒤 돈을 지급하는 반면 프랑스는 지급을 먼저 한 뒤 환수를 하기 때문에 심사과정이 더 힘들(프랑스는 부정 수급의 50%가 병원에서 발생)

□ 수입 및 지출 현황

- 건강보험의 주요 재원은 사회보험료, 사회보장분담금(CSG), 사회보장목적세(ITAF), 기타 세수입 등으로 구성
 - 사회보험료의 징수는 건강보험 운영 주체가 아닌 사회보험료통합징수기관(URSSAF)에서 통합적으로 이뤄지고 있음.
 - 이원화된 체계는 가입자의 허위소득 신고 등으로 자격 습득에서 부당행위가 발생할 가능성이 존재.
 - 2012년 기준 보험료 47.97%, 사회보장분담금(CSG) 36.88%, 사회보장목적세(ITAF) 12.16%, 국고지원 0.07%, 기타수입 2.92%임(국민건강보험공단, 2013).

〈표 4-12〉 건강보험 재원 구성 비율

구분	보험료	CSG	ITAF	국고지원	기타	총계
2002	53.36%	34.18%	1.63%	0.39%	13.14%	100.00%
2003	50.58%	34.13%	1.86%	0.35%	13.08%	100.00%
2004	49.41%	33.43%	2.38%	0.35%	14.43%	100.00%
2005	47.77%	34.43%	4.47%	0.32%	13.00%	100.00%
2006	43.16%	32.23%	8.56%	0.29%	15.76%	100.00%
2007	48.28%	36.79%	9.87%	0.36%	4.70%	100.00%
2008	47.62%	37.10%	10.38%	0.13%	4.77%	100.00%
2009	47.49%	36.09%	11.20%	0.22%	5.01%	100.00%
2010	49.21%	36.30%	10.71%	0.19%	3.59%	100.00%
2011	48.72%	36.40%	11.90%	0.09%	2.88%	100.00%
2012	47.97%	36.88%	12.16%	0.07%	2.92%	100.00%

자료: 국민건강보험공단(2013) 내부자료

〈표 4-13〉 건강보험 보험료율

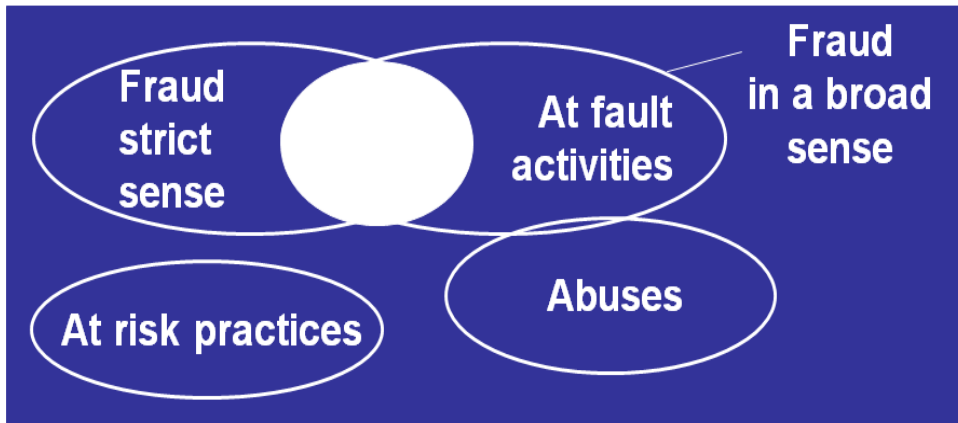
구분	1991	1993	1997	1998	2005	2012
근로자분(%)	6.8	6.8	5.5	0.75	0.75	0.75
사용자분(%)	12.6	12.8	12.8	12.8	13.1	12.8

2. 부당행위(FRAUD, AT FAULT ACTIVITY ET ABUSES)의 범위, 정의

- 프랑스에서는 특수제도, 일반제도 등 가입조건에 따라서 다양한 급여혜택 범위가 존재하고, 전달체계(공공과 민간)에 따른 차이, 현물과 현금서비스 등 다양한 급여가 존재함.
- 또한 외래 진료의 경우 행위별 수가제로 운영하고 있고, 의료 이용이 자유롭게 이뤄진다는 점, 진료비를 선지급 후 심사 등의 문제로 부적정 지출이 발생할 가능성이 존재함.
- 프랑스의 사회보장법에는 부당행위(FRAUD, AT FAULT ACTIVITY ET ABUSES)를 명확하게 정의하고 있지 않고 사례가 적발되었을 때 사회보장법 및 기타 재정법, 건강법, 가족사회복지지원법, 민법, 형법 등을 참고하여 업무를 수행하고 있음.

- 프랑스 건강보험공단은 부정, 의료과오, 남용(FRAUD, AT FAULT ACTIVITY ET ABUSES)을 포괄적으로 관리하고 있음.

[그림 4-10] FRAUD, AT FAULT ACTIVITY, ABUSES



- 사기(Fraud)는 고의적인 불법행위로 경제적 이익을 취하기 위해 거짓으로 청구한 행위를 말하며, 법적 분쟁 절차를 거치게 됨
- 과오(Fault)는 사기나 남용으로 정의되기는 어렵지만, 과오적 활동으로 인한 환자의 피해를 고려할 때 본인 책임이 따르는 경우임.
 - 프랑스 건강보험 공단은 부정행위에 의료과오까지 포함하여 폭넓게 관리하고 있음.
- 남용(Abuses)은 일반적으로 받아들이기 어려운 수준으로 반복적으로 상품이나 서비스 또는 권한을 초과하거나 불법적이지는 않지만 기술적으로 필요를 넘어서는 의료적, 준의료적 처치 또는 약물이 투약된 경우
 - 사실 남용은 법률적 판단기준이 명시되어 있지 않고, 의료전문가 사이에서도 의견 차이를 보여 판단하기 어려움.

〈표 4-14〉 프랑스 건강보험 행위주체별 부정(Fraud) 유형

행위주체	수급권관리	현물급여	현금급여
가입자	<ul style="list-style-type: none"> 수급권 획득을 위한 자산은폐 가입자격 획득 방식으로 거짓 서류 제출 	<ul style="list-style-type: none"> 진료서류도용/복제 의료처방전 도용/ 절도/복제 약품확보를 위한 과잉진찰 의료보험카드 대여 	<ul style="list-style-type: none"> 병가수당 수급을 위해 월급 명세서 조작 의사 진단서를 도용 하여 병가 일수를 연장하고 수당 수급 노동중단기간에 근로활동 지속
의료공급자		<ul style="list-style-type: none"> 실제로 하지 않은 의료 및 서비스에 대한 허위 서류발급 의료행위의 과대 산정 진찰정액제에 포함된 치료행위에 대한 처방 발급 	<ul style="list-style-type: none"> 가입자의 병가수당 수급을 위해 허위 병가 진단서 발급
고용주			<ul style="list-style-type: none"> 월급명세서 조작 기업의 산재 보험료를 저평가하기 위해 직장 내 산재사실 은폐

3. 부정(FRAUD)지출 예방 및 관리제도

□ 프랑스에서는 2006년부터 국가적인 차원에서 부정행위를 통제하기 위한 체계 마련에 노력 중이며, 정부의 관리에 따라서 개별 보험자가 부당행위를 적발, 환수하고 있음.

○ 범정부차원에서 건강보험 뿐 아니라 재정, 농업, 고용 등 국가 정책 전방에서 발생할 수 있는 부당행위에 대응하는 접근임.

- 정부차원에서 부적정 지출을 방지하기 위한 조직 체계는 부정행위국가통제위원회(CNLF), 부정행위국가통제단(DNLF), 부정행위통제지역위원회(CODAF)로 구분할 수 있음.

- 부정행위국가통제위원회는 국무총리가 주재하며, 관련부처 장관, 사회보장기관장, 가입자 대표 등이 구성되며, 공공재정과 관련된 부당행위에 대한 통제와 관련된 정부의 정책 방향을 설정하고, 지역 위원회에 의해 시행되는 국가 정책을 결정하게 됨,
- 부정행위국가통제단(DNLF)은 2008년 관련 법에 의해서 구성되었으며, 부정행위에 대응하기 위해 정부와 관련 기관과의 협력을 도모하는 역할을 하고 있음.

- 부정행위통제지역위원회(CODAF)는 각 도(prefet)별로 위원회가 구성되어 있으며, 해당 도지사 및 검사가 주관하게 되며, 최소 연 3회 이상을 개최하여야 함. 주요 구성원은 행정 전문가, 사회보장기관 지역 대표, 국가기관 대표로 이뤄져 있으며, 부당행위 방지를 위한 우선순위를 결정하고 정보를 공유하고 감독하는 역할을 하고 있음.

○ 사회보장제도의 효율화를 위해 정부와 보험자가 4년마다 맺는 목표 및 관리 협약(COG)에도 부정행위 대응 목표지표가 명시되어 있음.

- 주요 목표지표로는 부정행위 적발금액, 징수금액 실적, 환수율, 재제 건수 등이 있으며, 매년 정해진 목표치를 달성하지 못할 경우 관련 사유를 증명해야 하며, 정당한 사유가 증명되지 못하였을 경우 예산이 축소될 수 있음.
- 부정행위 국가통제단(DNFL) 결산 보고서를 통해 사회보장분야의 적발건수를 보고하고 있음.

○ 또한 유럽 연합 국가들과 공조하여 부당행위 방지를 위해 노력하고 있음.

가. 부정행위 대응 체계

○ 프랑스에서 임금근로자전국건강보험(CNAMTS)의 부정행위 방지를 위한 대응 체계는 국가 단위, 광역, 지역 단위로 구분할 수 있음.

○ 엄격한 국가적 부정행위 방지 전략을 통해 단순오류, 남용, 과오, 부정의 스펙트럼을 포괄하는 부적정 지출 관리를 하고 있음.

□ 국가단위 조직의 주요 역할 및 구성은 다음과 같음

○ 주요 역할

- 국가적 전략 수립/사가 방지 프로그램 공고화
- 지역 의료보험 지원/법 개정을 위한 정부와 협조

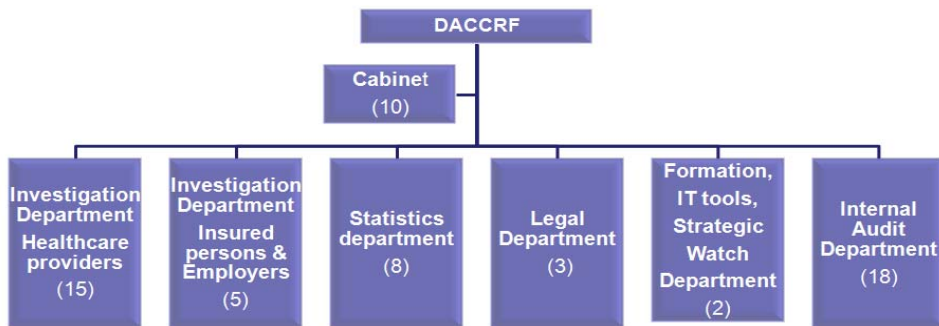
○ 국가 수준의 관리 조직(위원회)

- A Directorate dedicated to Fraud repression and litigations (DACCRF)

- A department in charge of Fraud prevention attached to the Finance and Accounting Direction (DDFC)
- A Direction of Operations in charge of liaising these 2 activities with local Health Insurance Funds (DDO)

○ 소송심사 및 부정행위 단속 위원회(DACCRF)의 조직 구성은 다음과 같음.

[그림 4-11] 프랑스 DACCRF의 조직도



□ 광역(26개) 수준별로도 경영위원회가 있으며, 부정행위에 대한 대응계획 실행을 조정하고 감시하는 역할을 수행

○ 주요 역할

- 국가 프로그램 이행 조정/지역 조사 결과 분석
- 지역의 결과를 종합하여 보고/지역과 상호협력 강화

○ 위원장(의사 선임가능)은 지역 차원에서 관련 프로그램을 조정하고 통계분석가, 법률가 등 4명의 도움을 받아 역할을 수행하고 있음.

□ 지역 단위에서는 102개의 지역 건강보험 금고와 4개의 일반사회보장기금연합(CGSS)에서 부정행위와 관련된 대응을 하고 있음.

○ 주요 역할

- 부당행위 방지 프로그램의 운영 및 개발

- 현지조사를 통해 의심사례 조사
- 지역 관리프로그램에 대한 정의 수립

○ 지역 건강보험 금고의 책임자와 기술 자문(행정 전문가 및 의료전문가)단으로 운영

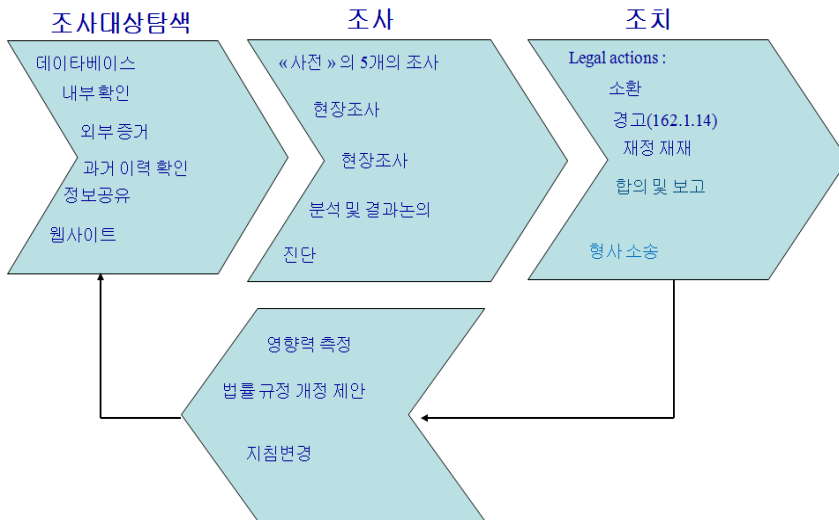
나. 부정행위 방지 활동의 과정

□ 프랑스 건강보험에서 부정행위 방지를 위한 체계는 다음과 같음.

○ 조사대상 탐색, 조사, 조치, 영향평가의 환류 과정을 가지며, 다양한 출처를 통해 탐색활동을 하고 있음.

- 조사대상의 탐색은 데이터 마이닝, 내부고발 및 외부고발 과거 이력 등의 자료를 활용하며, 의심 사례에 대해서는 서류 검사 및 현장 검사를 실시함
- 위반 사항이 발생하였을 경우 기준에 맞는 조치가 취해지며, 이러한 결과를 바탕으로 관련 규정을 수정하는 과정을 거침.

[그림 4-12] 프랑스 부정행위 방지를 위한 흐름



□ 관리 인력 및 방법

- 사후심사 중심으로 이루어지는 프랑스 건강보험제도에서는 심사관련 인력이 모두 부정을 감시하는 인력으로 활용되며 관리자급이 40여명, 1600여명의 심사자가 있음.
 - 이중 의사, 약사, 치과의사는 630명 정도임.
- 지표 분석과 통계 분석결과를 통해 전문가가 서비스 제공량, 진료비 및 기타 부적절한 패턴 감지, 기타 관련 보고 및 증거 등을 통해 발견
- 의학적-행정적 차원에서의 조사
 - 본부에서는 처방전, 청구서를 분석하고 행정자료 및 의료기록 정보를 분석
 - 현장에서는 관련 과정의 정보를 요구하고 의료 인력이 의료 기록과 환자의 검사 등을 활용하여 의학적 조사를 진행
 - 성공적인 조사 진행을 위해 본부에서는 계획 수립, 현장에서는 조사 시행이 이루어지며, 조사팀은 의료인력과 행정인력으로 구성됨.
 - 복잡한 사례의 경우, 경찰 등과의 공조가 필요할 수 있음.
- 조사 결과 수준에 따른 사후조치 내용은 다음과 같음

〈표 4-15〉 프랑스 부정행위 조사 결과에 따른 처벌

	Fraud	At Fault	Abuses	장점 / 문제점
형사처벌(Criminal charges)	○			법적 재제/시간이 길고 & 검증필요
재정재제(Financial penalty)	Up to a ceiling	○	○	빠름/리스트에 등록된 기소에만 적용
제소(Professional Order)	○	○	○	추가적 재제 권한 /실제 제재 미약하고 다소 형식적
계약 중지 (Breach of covenant)	협약조치 미준수			보험자 자체 처리로 즉각적 행동 가능/ 사전 예방에 효과적이지 않고 형식적임
급여환수 (Recoup of financial loss)	○	○		처리가 빠름, 가입자의 보험급여 환수 /비(非)법적 제재
손실(Damages)	○	○	○	손실액 환수/비(非)법적 제재

□ 부정 방지 노력

- 국가 프로그램과 지역 프로그램의 조합을 통해 약 130만 유로 절감
- 병원에 대한 청구기반 검증을 통해 이중 청구(입원과 서비스) 방지
- 현금급여 및 수급권 측면에서도 신원 도용을 막고, 자격의 허위 신고로 이중 급여를 수급하는 등에 대한 조사를 위해 다른 부처와 공조
- 산업 현장이나 직장에서 발생한 사건이 아님에도 청구하는 경우를 방지하는 별도 프로그램 운영
- 의료 서비스에 대한 기록 모니터링

□ 남용을 방지하기 위한 노력

- 의심되는 의료 활동에 대한 조사
- 지불된 비용 수준이 적절한지에 대한 조사
- 병가 처방에 대한 통제

□ 2014년 ~ 2017년 계획

- 새로운 목적과 지표 개발, 최적화된 방향 제시
- 최적화된 검증과 조사 기술 개발
- 전문적인 기술 습득 개발
- 데이터 마이닝 등의 발전
- 기존 정책들의 활용
- 공공부분에서의 사기 방지를 위한 공조체계

4. 부적정 지출 관리 성과

□ 부당행위 국가통제단(DNFL) 결산 보고서를 통해 사회보장분야의 적발건수를 보고하고 있음.

○ 2012년 약 562백만 유로가 적발되었고, 총 재정적 손실 규모는 약 200억 유로로 추정하고 있음.

〈표 4-16〉 프랑스 사회보장 분야별 부적정 지출 적발규모

(단위: 백만유로)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
질병	118	143	160	152	156.3	120	149
가족수당	35	58	79.7	85	90.1	101.5	119
은퇴	1.1	1	2.6	3.3	10.1	14.4	8.3
ACOSS	74	118	108	130	185.5	219.6	260
MSA	-	9.1	5.4	8	9.3	16.6	18.2
RSI	-	-	3.8	6	6.3	7.4	7.81
TOTAL	228.1	329.1	359.5	384.3	457.6	479.5	562.3
		(+44%)	(+9%)	(+7%)	(+19%)	(+5%)	

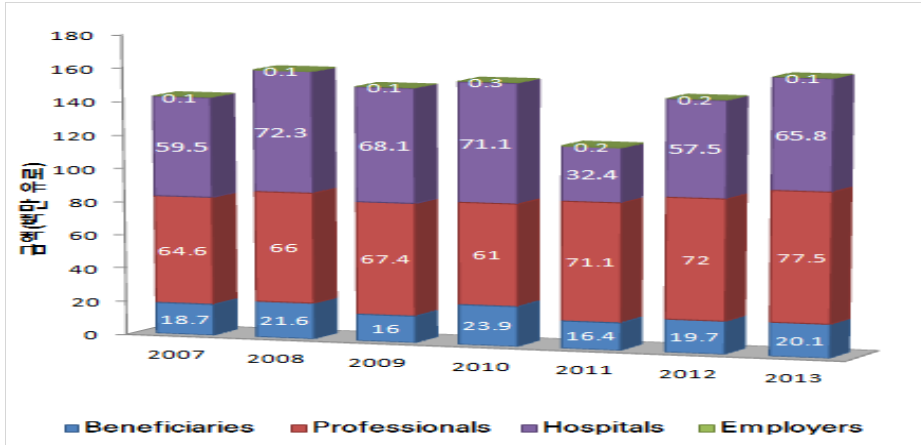
자료: DNLf(2013), lutte contre la fraude Bilan 2012.

□ 건강보험분야의 부적정 지출 관리 성과

○ 건강보험 주요 행위자별 부적정 지출 적발실적은 다음과 같음.

- 의료인에 대한 적발 규모는 전체 규모 중에 가장 높은 수준으로 2013년 기준 77.5백만 유로이고, 병원 65.8백만유로, 가입자 20.1백만 유로 순임.
- 주요 행위자별 부당 유형은 앞선 표에서 기술하였듯이 의료공급자인 의사와 병원은 허위, 부당, 과잉청구 등의 사례를 생각해볼 수 있고, 가입자는 부당한 방법으로서의 자격취득, 건강보험증 도용 등의 사례 등이 있음.

[그림 4-13] 프랑스에서 부정과 남용 등으로 적발된 재정규모

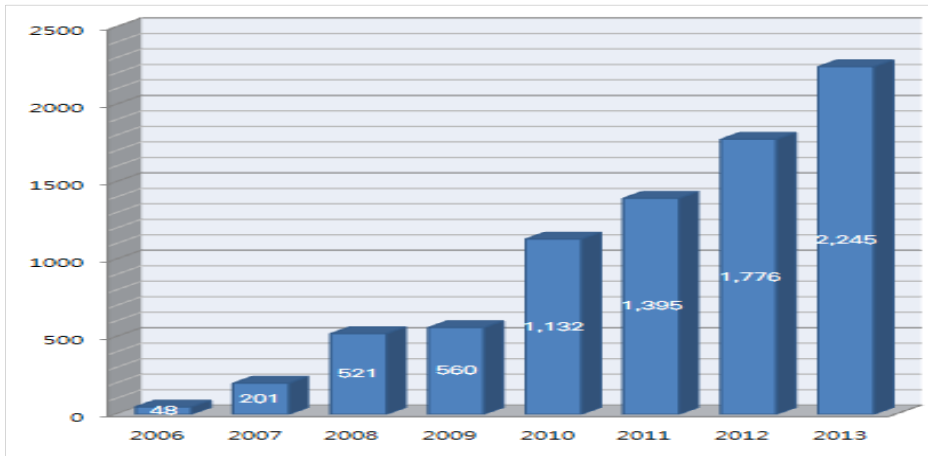


○ 부적정 지출 적발에 따른 재정적 제재 건수는 연도별로 증가하고 있는데, 특히 2008년 이후 급격히 증가하고 있음.

- 2010년 1,132건에서 2013년에는 3년만에 약 2배로 증가한 2,245건임.

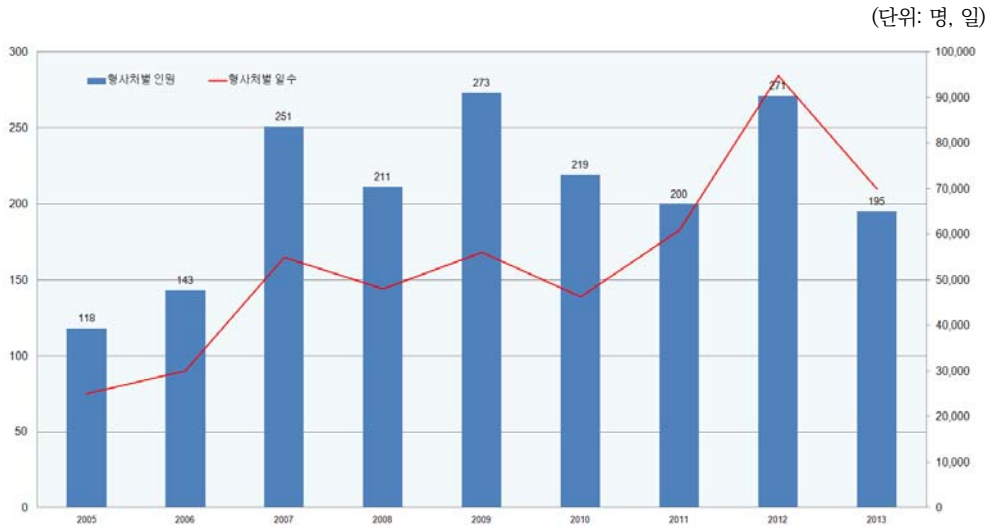
[그림 4-14] 프랑스 부적정 지출 재정 제재 건수

(단위:건)



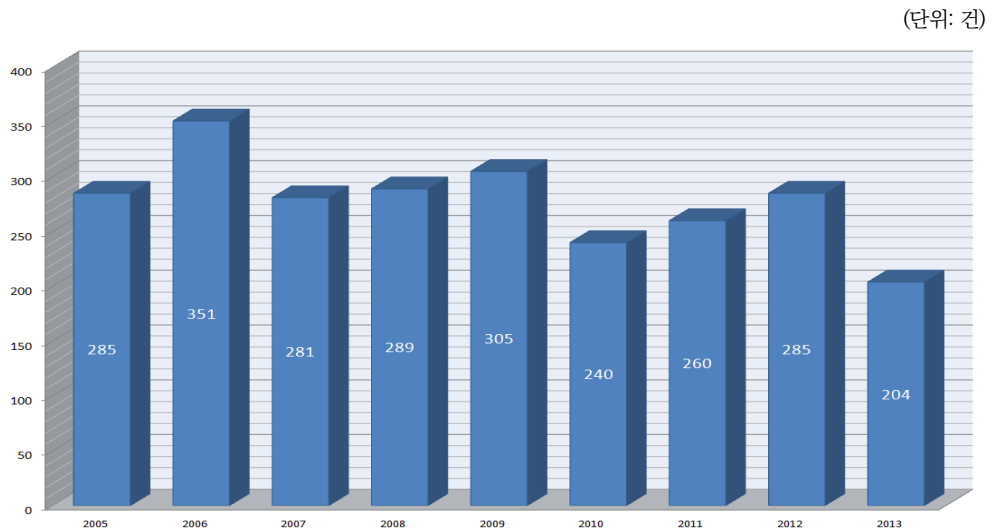
○ 부당행위 적발에 따른 형사 처벌 실적은 2007년 이후 매년 200명 수준으로 유지되고 있으며, 형사 처벌 일수는 증감을 반복하지만 전체적으로 증가하는 추세를 보이고 있음.

[그림 4-15] 프랑스 부적정 지출로 인한 형사 처벌 실적



○ 부당행위 절발에 따른 자격정지 실적은 2006년 351건을 기록한 이후 매년 200건 이상을 유지하고 있지만, 최근 연도에 감소하고 있음.

[그림 4-16] 프랑스 부적정 지출로 인한 자격정지 실적



제3절 기타 국가

□ 대만³⁴⁾

- 총액지불제도에서 전문심사의 권한을 의학회에 위탁, 운영하고 있음
 - 의료서비스 공급자 간에 동료심사를 유도하고자 하는 목적을 가짐
- 진료비 심사는 사전심사, 현지심사, 전산심사, 프로파일 분석, 전문 심사로 구분되어 연속성을 가짐.
 - 사전심사
 - 고위험·고가의료서비스, 특수재료·약품, 기타 보건부가 고시하는 항목에 해당하는지의 여부를 심사하며 허가를 받지 않은 항목에 대해서는 지불을 거부할 수 있음.
 - 현지심사
 - 인력·시설, 치료 중 제공된 의료서비스, 청구된 의료서비스 내용
 - 전산점검
 - 청구서 제출시 자격확인 또는 서식 확인, 점검 통과가 되지 않으면 청구권 반려
 - 프로파일 분석
 - 의료기관, 진료과별, 의사별, 보험대상, 질병군별 등 분류별 의료자원이용, 의료 및 약제이용 등 지표를 생성하여 전문심사시 참고 정보로 제공
 - 전문심사
 - 청구건 중 무작위 샘플링하여 심사의 효율성 향상을 도모함
- 사후 관리
 - 부정청구를 처벌 대상을 규정하며 기타 부당청구는 심사단계에서 예방하고 있음.
 - 보험국의 자체조사나 여론, 사법기관의 조사, 관련 사법기관을 통해 의심

34) 강희정 등(2010)의 연구 내용과 신영석 등(2011)을 발췌하여 재정리하였음.

기관을 선정하며 방문조사를 통해 부정청구가 확인되면 이에 상응하는 행정조치

- 2배의 벌금, 보험계약 정지, 보험계약 해지 등의 처분

〈표 4-17〉 부정 청구의 일반적 유형과 처분

부정청구 유형	처분
건강보험 IC 카드 부정 사용	IC 카드를 이용한 피보험자의 부정사용 2배 벌금, 계약정지
투약 일수 및 비용에 대한 허위 보고	약물의 투여 일수 또는 비용에 대한 거짓 의료기록 및 약물의 보고서를 작성 2배 벌금, 계약정지
의료기관의 진료비용 허위보고	진료하지 않은 내용 부정 청구 2배 벌금, 계약정지
비급여 대상 항목에 대한 청구	피보험자가 급여대상이 아닌 필요이의 의약품등을 급여로 받음 2배 벌금, 계약정지

자료: 대만 건강보험국 제공자료(2014.06.24.)이며, 강희정(2010)등의 연구(32p)에서 발췌하였음.

- 의료서비스 적정 이용에 대한 이용 및 개인 정보 기록의 인터넷 공개를 통해 부정 청구를 예방하며, 부정 및 부당청구를 한 요양기관에 대해 인터넷 또는 신문 등의 대중매체에 공개하고 환자가 요양기관을 선택하는데 있어 정보로 제공하도록 함.

□ 일본³⁵⁾

- 1961년부터 전국민의료보장제도를 시행해 온 일본은 다수의 보험자가 분립 형태로 의료보험제도를 운영하고 있으며, 보험별로 진료비 심사와 지급의 담당 업무를 책임지는 주체가 다름
 - 국민건강보험의 심사 및 지급조직은 국민건강보험단체연합회
 - 피용자 건강보험의 심사 및 지급조직은 사회보험진료보수지불기금

35) 강희정 등(2010)의 연구 내용과 신영석 등(2011)을 발췌하여 재정리하였음.

〈표 4-18〉 일본의 건강보험제도

	피용자 건강보험	국민건강보험
재원	입금 기반 보험료, 고용주 1/2 부담	소득, 자산, 세대원수 기준 보험료, 정부보조금
심사/지급 조직	사회보험진료보수지불기금	국민건강보험단체연합회
부당청구 지도·감사	사회보험국장 · 도도부현 지방정부 (중요 사안에 대해서는 후생성 결정)	

자료: 일본사회보험진료보수지불기금 제공자료(2010)을 정리한 강희정 등(2010)의 자료에서 발췌하여 재정리하였음

○ 요양기관에 대한 지도 및 감사는 후생대신에게 권한이 있으며 후생대신은 지방사회보험 사무국장에게 지도 및 감사권을 위임하고 지도 및 감사에 대한 사무는 도도부현에 위탁

- 부당청구에 대한 지도 및 감사는 사회보험국장과 도도부현 지방정부가 공동으로 참여하며 중요 사안에 대해서는 후생성이 참여하며, 감사후 결과 조치에는 후생성과 협의함.
- 부당청구가 의심되는 기관을 대상으로 직접 지도를 하며 개선되지 않는 경우 감사를 통해 부정청구 금액의 환수 조치하며 의료기관의 지정을 취소할 수 있음.
- 사전지도와 감독의 효과가 감사보다 더 중요하게 다루어진다고 할 수 있음.

○ 부적정 지출의 유형

- 일본의 부적정 지출 유형은 한국과 유사하게 서비스제공자 중심으로 없던 사실을 위조하여 청구하는 가공청구, 기존의 내용보다 증량하여 청구하는 증량청구 등이 있음

〈표 4-19〉 일본 의료보험에서 부당청구의 유형

유형	내용
가공 청구	실제 진료를 하지 않고 진료를 한 것으로 진료 보수를 부정으로 청구함
건강진단의 보험청구	건강진단은 보험미적용임에도 불구하고 보험으로 청구
간호부 등 인원수 증가 청구	간호요원이 장기간 부족했음에도 불구하고 변경서를 제출하지 않고 진료보수를 부정으로 청구
증량 청구	혈액 검사시 채혈은 일회만 인정함에도 불구하고 수회에 걸쳐 검사한 것처럼 진료보수를 부정으로 청구
이중 청구	환자가 자비로 진료한 것을 보험 진료한 것으로 하여 이중 청구

자료: 일본사회보험진료보수지불기금 제공자료(2010)을 정리한 강희정 등(2010)의 자료에서 발췌 재정리하였음

○ 사전 예방 및 사후 관리 방안

- 지도를 실시하여 개선되지 않는 기관을 대상으로 심사를 하여 예방과 처벌을 연계한다는 점에서 특징을 지님
- 감사결과에 따라 부당청구 금액을 반환조치하거나 지정·등록 취소의 처분을 하는데, 이 중 지정취소가 가장 강력한 조치이며 지도 역시 집단지도·집단적 개별지도·신규 개별 지도·개별 지도 등 다양한 유형을 가지고 있음.
 - 행정적 조치: 요양기관의 부당청구 경중에 딸 경미할 시 주의, 경미한 과실이지만 자주 행해지는 경우 또는 중대한 과실일 때 경고. 중대한 과실의 반복적 시행, 고의의 부정청구를 행한 경우, 등록 취소

〈표 4-20〉 일본의 부당청구에 대한 지도 및 감사 이후 행정 조치 유형

	유형	내용
지도	집단 지도	일정 장소에 집합시켜 강습 등의 방식으로 진행
	집단적 개별지도	진료점수가 높은 보험의료기관 등을 대상으로 일정장소에 집합하여 간단한 면담방식으로 진행
	신규 개별 지도	신규로 지정된 보험의료 기관 대상 진행
	개별 지도	진료내용 및 보수에 대한 정보 제공이 필요한 의료기관·집단적 개별지도 후에도 높은 점수를 보이는 의료기관 대상으로 개별면담방식으로 진행
행정 조치	취소	보험의료기관 등의 지정 취소 보험의 등의 등록 취소
	경고 및 주의	
	경제적 조치	부당청구금액에 40%의 가산금을 붙여 환수(5년이내)

자료: 일본사회보험진료보수기금 제공자료(2010)을 정리한 강희정 등(2010)의 자료에서 발췌하여 재정리하였음

○ 건강보험 부당청구의 감지보다 사전적인 예방에 초점을 맞추고 있으며 지도·감사에서 보험자, 심사기구는 관련 정보를 제공할 뿐 직접 참여하지는 않음.

□ 독일 : 건강보험의 남용을 방지하기 위하여 보험의연합회와 건강보험조합에 설치된 부정방지위원회가 존재해 부정 행위, 위법적으로 건강보험재정이 남용되는 경우를 조사하고 있음.

○ 부정방지위원회는 의심 건을 조사하여 조사결과를 2년마다 보고하며, 조사과정에서 혐의가 의심되는 경우 검찰에 고발

○ 부정방지위원회의 활동 결과, 2007년 기준 사건접수는 약 1,000건이며 2008

년 기준 형사고발은 75건임.

- 독일의 경우 약 2~5% 정도의 요양기관이 경제성 및 비용청구심사의 대상이 되는데, 이는 개별적인 사례가 심사의 대상이 되는 것이 아니라 종합적인 진료 상황이 심사가 된다는 것을 의미함.
- 독일의 심사제도에는 경제성 심사와 비용청구심사로 나뉠 수 있는데, 경제성 심사는 과다청구를 심사대상으로 하며, 비용청구심사는 허위청구 및 과잉청구를 심사 대상으로 함.

□ 벨기에³⁶⁾

- 외국인인을 포함한 전국민을 가입대상으로 하는 공영 의료보험 체제를 운영하는 벨기에는 입원 및 수술 추가보험과 임의 가입의 민간보충 보험으로 구성되어 있음.
 - 공적의료보험의 재원은 사회보장세와, 입원 및 추가 추가보험은 연령별로 상이한 보험료를 매월 납부
 - 진료비는 가입자가 요양기관이 이용시 전액부담하며 추후에 질병금고로부터 일부를 환급받는 상환제의 형태를 지님.
- 요양기관에서 7개 보험자에 청구한 후 요양기관에 심사 지급
 - 질병금고의 중앙기구격인 INAMI(건강 및 장애보험 기관)는 과잉여부 심사(환수, 벌금 등 행정 처분실시)
- 전자보험증 도입
 - 벨기에 역시 프랑스와 비슷하게 사회보장카드 이용을 독려하고 있으며 사회보장정보은행의 네트워크를 통해 카드에 적힌 사회보장 가입자의 인적사항을 확인함으로써 업무의 행정절차를 간소화하는 데에 목적을 둬.

36) 국민건강보험공단(2014) 자료 발췌하였으며 사회보장카드에 대한 내용은 국민건강보험공단의 출장보고서에서 발췌하여 정리함.

제4절 국제네트워크 현황

□ 보건의료체계는 국가별로 상이하여 이로 인해 발생하는 부적정 지출의 유형 역시 다양할 뿐만 아니라 최근에는 새로운 형태로 다양하게 진화하는 추세임.

○ 이에 범국가적 차원의 노력이 요구되어 국제적 협력체계를 구축하여 해결에 주력하고 있음.

〈표 4-21〉 보건의료(건강보험 포함) 내 발생하는 부정 예방을 위한 국가 네트워크

소속 기관	기능 및 역할
The Canadian Health Care Anti-Fraud Association(CHCAA)	2000년 설립 캐나다 보건의료 관련 사기를 예방하기 위해 설립된 민관협력 기구 서비스 공급자, 보건복지부 관련 조직, 소비자 단체, 보험회사 등이 네트워크를 맺고 있음
The European Healthcare Fraud & Corruption Network(EHFCN)	2005년 설립 유럽 전 지역에 걸친 보건의료 관련 사기 문제를 담당하는 기관으로 15개 국가 25개 위원회와 네트워크를 맺고 관련 정보와 훈련 프로그램을 제공하고 있음. 벨기에 브뤼셀에 위치한 비영리기구로 subscription fee를 통해 재정 조달
The Health care Forensic Management(HFMU)	2003년 설립 남(南)아프리카 지역 보건의료 사기 문제를 해결 및 방지하기 위해 설립하였으며 현재 보건의료산업(medical schemes industry)의 93%가 참여
The Health Insurance Counter Fraud Group UK(HICFG)	영국 건강보험을 포함한 보건의료 분야의 사기 관련 연구를 수행. 영국 보험가입자 위원회(Association of British insurers)의 지원을 받음.
The National Health Care Anti-Fraud Association(NHCAA)	1985년 설립 민간 보험 가입자 연방 주정부 간의 협력으로 세워진 보건의료 사기 관련 미국 유일 정부 기관

□ 대표적으로 유럽과 미국에서는 조직을 구성하고 있으며 그 예로 EHFCN과 NHCAA를 소개하면 다음과 같음.

○ EHFCN(European Healthcare Fraud & Corruption Networks)

- 유럽연합 가입국은 국가별 보건의료조직 및 부적정 지출 관련 업무를 담당하는 회원 중심으로 범국가적 단체를 구성하여 부적정지출과 관련된 정보를 공유하고 예방 대책을 강구하고 있음.
- 본 조직은 보건의료분야에서 발생하는 부정 및 부패 관련 업무를 담당하는 유럽 내 유일단체로서 2004년 10월 런던에서 열린 유럽회의 이후 2005년

공식 출범함.

- 최우선의 목적은 보건의료서비스 과잉 또는 불필요한 공급으로 발생하는 피해와 손실을 감소시키는 데에 있음.
- 주된 업무는 국가별로 발생하는 부적정지출의 문제와 대책방안과 관련한 정보를 공유하는 데에 있으며 이 외에도 관련보고서를 발간하고 정기 세미나를 개최하고 있음.
- 미가입 국가의 가입을 독려하기 위해 2010년 6월 루마니아를 시작으로, 불가리아, 그리스, 라트비아 등 여러 국가를 대상으로 정상회담을 진행하고 있음.
- 부적정지출로 인해 발생하는 손실/피해를 진단할 수 있도록 신청서 작성 시, 분야별 부정으로 인한 손실을 예측을 지원함.

○ **미국의료부정방지협회(NHCAA: National Healthcare Anti-Fraud Association)**

- 1985년에 일부 민간 보험회사와 연방 및 주 정부 관료들이 공동으로 설립-의료 부정 방지를 목적으로 운영되는 유일한 전국단위 비영리 조직임
- 회원가입은 자발적이며, 협회 회원들은 전국에 있는 대부분의 의료보험자와 의료부정에 대한 형사권을 갖는 공적 영역의 조사 및 규제 기관들로 구성되어 있음.
- 조직의 임무는 부적정 지출 문제에 대한 국민의 인식을 확대함과 동시에 부적정지출 감지, 조사, 민·형사 고소와 예방 기능을 증진시켜 공공의 이익을 보호하는 것임.
- 의료 부정과 남용 방지를 위한 강력한 민관 파트너십 유지
- 의료 부정과 남용 방지에 대한 관련 자료 학습 기회 제공
- 의료 부정과 남용과 관련된 민·관 영역의 정보 공유 기회 제공
- 정부, 산업, 언론에 대한 의료 부정 방기관련 정보와 전문적 지원을 제공하는 자원(resource) 제공 역할
- 의료 부정 방지 전문가 신임(accreditation)을 통해 의료부정과 방지에

대한 감지, 조사, 집행에서의 직업적 전문성/ 역량 발전

□ GHCAN(Global Health Care Anti-Fraud Network)

- 민간, 공공의 구분 없이 보건의료분야의 부적정지출을 방지하기 위해 세계적 협력 구도로 범위와 수준을 확대시키고 있음.
- 현재 SAS 통계회사와 네트워크를 구축해 부적정지출을 감지하기 위한 통계적 방법론을 개발하고 있으며 정기적인 컨퍼런스 및 세미나를 통해 건강보험 관련 부적정 지출을 예방하기 위한 노력을 하고 있음.
- 주요 업무로는 아래와 같음.
 - 국제적으로 보건의료 부적정 지출 문제에 대한 인지도 제고
 - 보건의료 부적정 지출의 문제점, 현황 등에 대한 정보 수집
 - 보건의료 관련 부적정 지출 감지, 예방 및 조사에 대한 국제적 기준 확립
 - 국제적으로 보건의료 부적정 지출 관련 전문가 양성 프로그램 개발

제5절 소결

□ 포괄적 의미의 부적정 지출 관리

- 처벌의 단계에서는 부정지출의 범위가 명확하지만, 예방 단계에서는 부정, 과오, 남용, 단순실수까지 포괄적 의미에서 부적정 지출에 대한 관리가 필요함.

□ 관리패러다임 변화

- 사후 관리에서 사전 예방으로 관리 방식이 전환되고 있는 추세임.
 - 일본의 경우 상담과 지도와 같은 예방 중심 정책에 힘쓰며, 미국 역시 의료 공급자 대상 교육 시행과 진료비 심사 지급에 교정을 가하는 등 사전 예방에 집중하고 있음
- 사후 관리는 발생한 부적정 지출에 대한 적발과 환수에 중점을 두기 때문에 인력과 비용의 소모가 상대적으로 크다는 점에서 단점을 지님.

- 현지조사가 부적정 지출 관리의 대부분을 차지하는 한국의 제도적 특징상, 사전 예방으로의 패러다임 전환 필요성은 증가할 수 밖에 없음.

□ **신원도용의 사전적 방지와 건강보험의 효율적 운영을 위한 전자건강보험증 활용**

- 본인 확인 기능 강화 및 건강보험 재정 절감 등 다양한 목적으로 전자건강보험증(또는 전자건강보험카드) 도입이 이루어지고 있음
 - 단기간 도입보다 오랜 기간 시범 운영을 거쳐 시행하였으며, 특히 법적 강제보다 선택하도록 유도하는 추세임.
 - 대표적으로 프랑스와 대만의 경우 부당청구의 사전적 방지라는 목적을 명시하고 있음.
 - 유럽은 2005년부터 여행자용 건강보험카드를 발급하였으며 2008년 이후부터 유럽연합가입국 31개국이 통합전자건강보험카드를 병행 사용(국민건강보험공단 용역보고서, 2011)

〈표 4-22〉 독일, 프랑스, 대만의 전자건강보험카드 시행목적

구분	프랑스	독일	대만
지불 절차의 간소화	○		
Paper work 오류 방지	○		
부당청구 방지	○		○
효율적인 관리시스템		○	○
건강 관리 비용 절감	○	○	

주: 1) 본 자료는 국민건강보험공단 용역보고서 가입자 본인 확인 방안(2011)의 원자료(51p)에서 발췌하였음

- 부정행위를 적발하고 관리하기 위해 사법부가 중심이 되어 관련 기관과 공조하여 수사하고 있으며, 강력한 처벌을 통해 관리의 효과성을 제고하고 있음.

- 또한 대부분의 국가에서는 부적정 지출 의심 건을 정확하게 추출하기 위해 데이터마이닝을 포함한 정교한 분석기법을 이용하고 있음.



제5장

건강보험 부적정 지출 인식조사

제1절 대국민 인식조사

제2절 해외거주교민(LA) 인식조사

제3절 소결

5

건강보험 부적정 지출 인식조사 <<

제1절 대국민 인식조사

1. 조사개요

□ 조사 목적 및 대상

- 본 조사는 우리나라의 건강보험제도에 대한 일반적인 인식 수준과 부당한 방법을 통한 보건의료서비스 이용 경험에 대한 인식 수준을 조사하고자 하였음.
- 조사 대상 : 전국 17개 시도 만 19세 이상 성인 남녀
- 2014년 5월 주민등록기준 인구를 지역, 연령을 할당한 2차 층화 표집 방법으로 조사 대상 선정
- 표본 규모: 1,000명(신뢰수준 95%, 표본오차 ±3.1%)

□ 조사 일정 및 방법

- 조사표 개발 : 관련 문헌 및 관련 기관 의견을 바탕으로 조사표 초안 개발
 - 전문가(학계가, 현장, 여론조사) 및 유관 기관(건강보험공단, 심사평가원 등) 현장 전문가의 검토를 통해 설문 내용 및 문항 확정
 - 개발 기간 : 6월 15일 ~ 7월 28일
- 사전 조사 실시 : 사전 조사를 통해 설문문항 오류 확인 후 최종 설문문항 확정 (7월 30일 ~ 8월 1일)
- 본조사 실시
 - 컴퓨터를 이용한 전화면접조사 :(CATI : Computer Aided Telephone Interview)

- 조사 기간 : 2014. 8. 8 (금) ~ 14 (목) 5일간
- 사후 검증 : 2014. 8.18(월) ~ 22 (금) 5일간

□ 조사항목

〈표 5-1〉 대국민 인식 조사 조사항목

구 분	내 용
진료 시 신분확인 실태	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강보험제도에 대한 전반적 인식 ○ 최근 병의원 방문 시, 본인 확인 방법 ○ 현재 병의원의 본인 확인 실시에 대한 평가 ○ 타인의 건강보험 도용 방지를 위한 환자의 신분증 확인 필요도 ○ 건강보험 비자격자의 신원 도용에 대한 인지 여부
건강보험 신분 도용에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 진료를 위해 주민등록번호를 빌려줄 의향 ○ 건강보험 도용 행위 경험 여부 ○ 건강보험 도용 행위의 만연 정도 ○ 타인의 개인정보로 병원 진료 시 발각될 가능성 ○ 타인이 나의 건강보험증 이용이 나에게 줄 피해 가능성 ○ 보험료 미납부로 건강보험 혜택을 받지 못할 경우 병원 이용 방법 ○ 타인의 개인정보로 건강보험급여 수혜의 사기 해당 여부 ○ 건강보험 도용자의 벌금형 이상의 형사 처벌 필요 여부 ○ (설명문 안내 후) 타인의 건강보험 도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도 ○ 건강보험 신원 도용 방지를 위해 가장 효과적인 방법
과잉 및 부정 청구에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> ○ 병원 방문 전 치료 과정이나 필요한 치료 등에 대한 사전 탐색 정도 ○ (인식상) 과잉 진료 서비스 경험 정도 ○ 지난 한 해 병의원에 직접 지출한 비용 및 과잉/부정 청구 비용 수준

2. 조사결과

□ 일반적 특성

- 건강보험 부적정 지출에 관련한 대국민 인식을 알아보기 위해 진행된 본 조사 대상의 일반적 특성을 살펴보면, 남성에 비해 여성의 비율이 다소 많았으며, 98%는 건강보험 가입자로 응답하였으며, 1.4%는 의료급여 수급자로 응답하였음.
- 건강보험료를 납부하지 못해 건강보험 자격이 정지된 상태라고 응답한 대상은 0.5%임.

- 지역 및 연령에 따라 층화표집하여 일정한 분포를 유지하였음.

〈표 5-2〉 대국민 인식조사 설문 대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구 분	사례수	남성	여성	구 분	사례수	남성	여성
전체	(1,000)	49.3	50.7	전체	(1,000)	49.3	50.7
연령대				건강보험 가입 여부			
만 19세 - 29세	(179)	52.0	48.0	가입	(981)	49.0	51.0
만 30세 - 39세	(191)	50.8	49.2	자격 정지 상태	(5)	80.0	20.0
만 40세 - 49세	(214)	50.5	49.5	의료급여	(14)	57.1	42.9
만 50세 - 59세	(198)	50.5	49.5	최종 학력			
만 60세 이상	(218)	43.6	56.4	중졸이하	(153)	32.7	67.3
거주지				고졸	(304)	45.1	54.9
서울특별시	(203)	48.8	51.2	대학교 재학	(86)	52.3	47.7
부산광역시	(70)	48.6	51.4	전문대학 졸업	(68)	54.4	45.6
대구광역시	(49)	49.0	51.0	대학교 졸업	(353)	56.1	43.9
인천광역시	(57)	49.1	50.9	대학원졸 이상	(36)	72.2	27.8
광주광역시	(29)	48.3	51.7	월 평균 가구 소득			
대전광역시	(29)	48.3	51.7	100만원 이하	(119)	42.0	58.0
울산광역시	(22)	50.0	50.0	101만원~300만원	(292)	52.4	47.6
경기도	(234)	50.0	50.0	301만원~500만원	(259)	49.8	50.2
강원도	(30)	50.0	50.0	501만원 이상	(167)	50.3	49.7
충청북도	(30)	50.0	50.0	무응답	(163)	47.2	52.8
충청남도	(40)	50.0	50.0	전년도 병원 외래 서비스 이용 빈도			
전라북도	(37)	48.6	51.4	매우 자주(15회 이상)	(161)	37.3	62.7
전라남도	(39)	48.7	51.3	자주(12회 이상)	(84)	44.0	56.0
경상북도	(55)	50.9	49.1	보통(6~11회)	(251)	49.0	51.0
경상남도	(65)	49.2	50.8	드물게(1~5회)	(398)	52.0	48.0
제주특별자치도	(11)	45.5	54.5	이용 없음(0회)	(106)	62.3	37.7

□ 건강보험제도에 대한 전반적 인식

○ 응답자 특성별로는 대학교 재학 이상(재학생 81.4%, 전문대학 졸업 79.4%, 대학교 졸업 이상 74.8%), 월 평균 가구소득이 낮을수록, 의료급여 수급자(85.7%)에서 긍정적 인식이 높은 편임.

〈표 5-3〉 건강보험제도에 대한 전반적 인식

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	매우 부정적이다	대체로 부정적이다	보통이다	대체로 긍정적이다	매우 긍정적이다
전체		(1,000)	0.7	3.8	23.2	39.6	32.7
성별	남자	(493)	1.2	4.5	20.3	38.1	35.9
	여자	(507)	0.2	3.2	26.0	41.0	29.6
연령대	만 19세~29세	(179)	0.6	1.7	21.2	42.5	34.1
	만 30세~39세	(191)		3.1	22.0	39.8	35.1
	만 40세~49세	(214)	0.5	5.1	24.3	41.1	29.0
	만 50세~59세	(198)	1.5	4.5	24.2	37.9	31.8
	만 60세 이상	(218)	0.9	4.1	23.9	37.2	33.9
거주지	서울	(203)		3.4	25.1	39.9	31.5
	인천/경기	(291)	2.1	3.4	19.9	41.6	33.0
	대전/충청/세종	(99)		2.0	28.3	37.4	32.3
	광주/전라	(105)		4.8	24.8	40.0	30.5
	대구/경북	(104)		1.9	26.0	44.2	27.9
	부산/울산/경남 강원/제주	(157) (41)	0.6	6.4 4.9	22.3 17.1	33.8 39.0	36.9 39.0
최종 학력	중졸이하	(161)	0.6	3.7	32.3	31.7	31.7
	고졸	(296)	1.0	3.7	25.7	41.6	28.0
	대학교 재학	(86)			18.6	45.3	36.0
	전문대학 졸업 대학교 졸업 이상	(68) (389)		4.4 0.8	16.2 19.8	39.7 40.1	39.7 34.7
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	1.7	3.4	26.9	29.4	38.7
	101만원~300만원	(292)	0.3	2.7	24.7	42.8	29.5
	301만원~500만원	(259)	0.4	4.6	20.8	40.5	33.6
	501만원 이상	(167)	1.2	4.8	15.6	39.5	38.9
	무응답	(163)	0.6	3.7	29.4	39.9	26.4
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	0.7	3.8	23.3	39.7	32.5
	자격 정지 상태	(5)		20.0	20.0		60.0
	의료급여	(14)			14.3	50.0	35.7
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	0.6	2.5	23.1	39.4	34.4
	자주(12~14회)	(84)		1.2	22.6	36.9	39.3
	보통(6~11회)	(254)	0.4	5.5	20.9	42.1	31.1
	드물게(1~5회)	(400)	1.0	4.0	22.8	39.0	33.3
	이용 없음(0회)	(102)	1.0	2.9	31.4	38.2	26.5

□ 의료서비스 이용시 본인의 신원 확인 방법

○ 병의원 방문 시, 본인의 신원 확인 방법

- 병원에서 시행하고 있는 본인 확인 방법은 생년월일 또는 주민등록번호를 제시하여 확인(63.2%), 신분증을 제시하여 확인(16.6%), 건강보험증을 제시하여 본인 확인(7.4%), 건강보험증과 신분증을 대조하여 확인(4.0%)하는 순서임.

〈표 5-4〉 병의원의 본인의 신원 확인 방법

(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	건강 보험증과 신분증	신분증	건강 보험증 만 확인	생년월일 또는 주민등록번호 만 제공	이름만 확인	기타	확인 안함	기억나 지않음	
전체	(1,000)	4.0	16.6	7.4	63.2	3.8	1.0	1.7	2.3	
성별	남자	(493)	4.5	22.1	7.9	56.0	3.4	1.0	1.0	4.1
	여자	(507)	3.6	11.2	6.9	70.2	4.1	1.0	2.4	0.6
연령대	만 19세~29세	(179)	3.4	19.0	6.7	64.8	1.7	0.6	0.6	3.4
	만 30세~39세	(191)	4.2	15.7	7.3	71.2	1.0	0.5		
	만 40세~49세	(214)	4.2	12.1	5.1	69.2	3.7	0.5	2.8	2.3
	만 50세~59세	(198)	1.5	15.2	6.6	63.6	4.5	2.0	3.0	3.5
	만 60세 이상	(218)	6.4	21.1	11.0	48.6	7.3	1.4	1.8	2.3
거주지	서울	(203)	2.0	15.8	8.9	65.0	4.9	1.0	1.5	1.0
	인천/경기	(291)	3.1	19.6	4.8	63.6	2.4	1.7	2.1	2.7
	대전/충청/세종	(99)	5.1	12.1	10.1	62.6	3.0	1.0	3.0	3.0
	광주/전라	(105)	4.8	19.0	9.5	61.9	1.9		1.0	1.9
	대구/경북	(104)	3.8	16.3	9.6	59.6	8.7	1.0	1.0	
	부산/울산/경남 강원/제주	(157) (41)	6.4 7.3	13.4 17.1	3.8 14.6	66.2 53.7	3.8 2.4	0.6	1.9	3.8 4.9
최종 학력	중졸이하	(161)	7.8	17.6	12.4	50.3	5.2	2.0	2.6	2.0
	고졸	(296)	3.3	14.8	8.9	63.5	3.9	1.0	2.3	2.3
	대학교 재학	(86)	3.5	17.4	8.1	62.8	1.2			7.0
	전문대학 졸업 대학교 졸업 이상	(68) (389)	1.5 3.6	20.6 16.7	4.4 4.6	67.6 67.4	1.5 4.1	2.9 0.5	1.5 1.3	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	8.4	20.2	14.3	47.1	5.0	2.5	0.8	1.7
	101만원~300만원	(292)	5.1	17.5	8.2	60.6	4.1	0.3	1.0	3.1
	301만원~500만원	(259)	1.5	14.3	5.4	72.2	1.9	1.2	3.1	0.4
	501만원 이상	(167)	3.0	17.4	4.2	68.9	4.2	1.2	0.6	0.6
	무응답	(163)	3.7	15.3	7.4	59.5	4.9	0.6	2.5	6.1
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	3.9	16.3	7.2	63.9	3.8	0.9	1.7	2.2
	자격 정지 상태	(5)	20.0	60.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
	의료급여	(14)	7.1	21.4	21.4	35.7		7.1	0.0	7.1
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	5.0	14.3	7.5	64.0	6.2	0.6	2.5	0.0
	자주(12~14회)	(84)	1.2	11.9	9.5	69.0	4.8	1.2	2.4	0.0
	보통(6~11회)	(254)	3.2	14.7	6.0	67.7	4.0	2.0	1.6	0.8
	드물게(1~5회)	(400)	4.0	20.6	6.8	61.8	2.3	0.5	1.5	2.5
이용 없음(0회)	(102)	6.6	13.2	11.3	51.9	4.7	0.9	0.9	10.4	

○ 병의원의 수진자 신원 확인에 대한 인식

- 전체 중 56.3%가 병의원에서 본인 확인을 위해 신분증을 요구하지 않는다고 응답함.

〈표 5-5〉 병의원의 수진자 신원 확인에 대한 인식

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 확인 하지 않는다	거의 확인 하지 않는다	반반이다	대부분 확인 하고 있다	항상 확인 한다
전체		(1,000)	16.3	40.0	15.4	16.5	11.8
성별	남자	(493)	13.2	38.3	17.2	19.5	11.8
	여자	(507)	19.3	41.6	13.6	13.6	11.8
연령대	만 19세~29세	(179)	10.6	39.1	22.9	19.6	7.8
	만 30세~39세	(191)	23.6	34.0	18.8	13.1	10.5
	만 40세~49세	(214)	20.6	46.3	14.5	12.6	6.1
	만 50세~59세	(198)	13.1	48.0	8.6	15.7	14.6
	만 60세 이상	(218)	13.3	32.6	13.3	21.6	19.3
거주지	서울	(203)	15.3	39.9	20.2	17.7	6.9
	인천/경기	(291)	18.2	41.2	10.7	16.5	13.4
	대전/충청/세종	(99)	19.2	40.4	17.2	14.1	9.1
	광주/전라	(105)	8.6	37.1	15.2	19.0	20.0
	대구/경북	(104)	14.4	42.3	14.4	19.2	9.6
	부산/울산/경남	(157)	17.2	36.9	19.7	15.3	10.8
	강원/제주	(41)	22.0	43.9	7.3	7.3	19.5
최종 학력	중졸이하	(161)	7.2	34.0	11.1	23.5	24.2
	고졸	(296)	18.1	41.4	12.8	15.8	11.8
	대학교 재학	(86)	11.6	37.2	23.3	17.4	10.5
	전문대학 졸업	(68)	17.6	36.8	19.1	17.6	8.8
	대학교 졸업 이상	(389)	19.3	42.4	16.7	13.9	7.7
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	12.6	29.4	13.4	22.7	21.8
	101만원~300만원	(292)	15.8	38.0	13.7	17.8	14.7
	301만원~500만원	(259)	18.9	45.6	13.9	13.1	8.5
	501만원 이상	(167)	18.6	43.7	18.0	12.6	7.2
	무응답	(163)	13.5	38.7	19.6	19.0	9.2
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	16.3	40.5	15.5	16.3	11.4
	자격 정지 상태	(5)	20.0	0.0	20.0	60.0	0.0
	의료급여	(14)	14.3	21.4	7.1	14.3	42.9
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	11.8	47.2	16.8	11.8	12.4
	자주(12~14회)	(84)	22.6	45.2	14.3	9.5	8.3
	보통(6~11회)	(254)	21.9	43.4	11.6	14.7	8.4
	드물게(1~5회)	(400)	14.1	35.2	18.1	18.8	13.8
	이용 없음(0회)	(102)	13.2	34.9	13.2	24.5	14.2

○ 타인의 신원 도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도

- 전체 응답자의 75.8%는 건강보험 신원 도용 방지를 위해 진료환자의 신분증 확인이 필요하다고 응답함.
- 절반 수준(48.4%)이 신분증 확인이 매우 필요하다고 응답함.
- 응답자 특성별로, 대구/경북 지역 응답자(82.7%), 의료급여 수급자(85.7%)가 진료환자의 신분증 확인이 필요하다고 응답하였음.
- 반면, 서울(15.3%)에서는 신분증 확인의 필요성에 대한 동의 수준이 상대적으로 낮았음.

〈표 5-6〉 타인의 신원도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도

(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	전혀 필요 하지 않다	별로 필요 하지 않다	반반이다	대체로 필요하다	매우 필요하다	
전체	(1,000)	1.7	8.5	14.0	27.4	48.4	
성별	남자	(493)	2.2	8.9	12.6	26.6	49.7
	여자	(507)	1.2	8.1	15.4	28.2	47.1
연령대	만 19세~29세	(179)	2.2	3.4	19.0	28.5	46.9
	만 30세~39세	(191)	2.1	6.3	18.8	24.6	48.2
	만 40세~49세	(214)	0.9	10.7	13.6	33.6	41.1
	만 50세~59세	(198)	2.5	12.6	9.1	21.2	54.5
	만 60세 이상	(218)	0.9	8.7	10.6	28.4	51.4
거주지	서울	(203)	1.0	14.3	15.8	29.6	39.4
	인천/경기	(291)	1.0	5.8	14.8	30.2	48.1
	대전/충청/세종	(99)	1.0	10.1	13.1	22.2	53.5
	광주/전라	(105)	2.9	6.7	14.3	25.7	50.5
	대구/경북	(104)		6.7	10.6	30.8	51.9
	부산/울산/경남	(157)	4.5	7.6	12.1	26.1	49.7
	강원/제주	(41)	2.4	7.3	17.1	9.8	63.4
최종 학력	중졸이하	(161)	0.7	7.8	11.8	30.1	49.7
	고졸	(296)	1.3	13.2	10.9	22.4	52.3
	대학교 재학	(86)	1.2	4.7	20.9	30.2	43.0
	전문대학 졸업	(68)	2.9	7.4	16.2	30.9	42.6
	대학교 졸업 이상	(389)	2.3	6.2	15.4	29.0	47.0
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	1.7	9.2	13.4	27.7	47.9
	101만원~300만원	(292)	2.4	8.9	11.0	26.7	51.0
	301만원~500만원	(259)	1.9	7.3	17.0	25.9	47.9
	501만원 이상	(167)	1.2	9.0	13.8	30.5	45.5
	무응답	(163)	0.6	8.6	15.3	27.6	47.9
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	1.7	8.5	14.1	27.5	48.2
	자격 정지 상태	(5)			40.0	40.0	20.0
	의료급여	(14)		14.3		14.3	71.4
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	2.5	9.3	15.5	26.7	46.0
	자주(12~14회)	(84)		8.3	11.9	32.1	47.6
	보통(6~11회)	(254)	1.6	7.2	14.3	29.1	47.8
	드물게(1~5회)	(400)	1.8	8.8	12.3	25.6	51.5
	이용 없음(0회)	(102)	1.9	9.4	18.9	27.4	42.5

○ 타인의 신원도용을 통한 건강보험 비자격자의 수진에 대한 인식

- 응답자의 대부분은 건강보험 비자격자(건강보험료 미납부자, 이민/해외 거주자, 국내거주 외국인 등)가 타인의 신원정보를 도용하여 의료서비스를 이용하는 사례를 전혀 들어본 적이 없다고 응답함(78.9%).
- 뉴스나 신문 등 언론이나 주변에서 들어본 적이 있다는 응답은 19.9%(뉴스나 신문 등 언론 7.1%, 주변 12.8%), 직접 경험한 적이 있는 경우는 1.2%였음.
- 응답자 특성별로 보면, 만 19세~29세(86.0%), 만 60세 이상(86.2%), 중졸 이하(92.2%), 월 평균 가구 소득 100만원 이하(91.6%)가 '전혀 들어본 적이 없다'고 응답하였음.

〈표 5-7〉 건강보험 수진을 위한 타인의 신원 도용 현황에 대한 인식

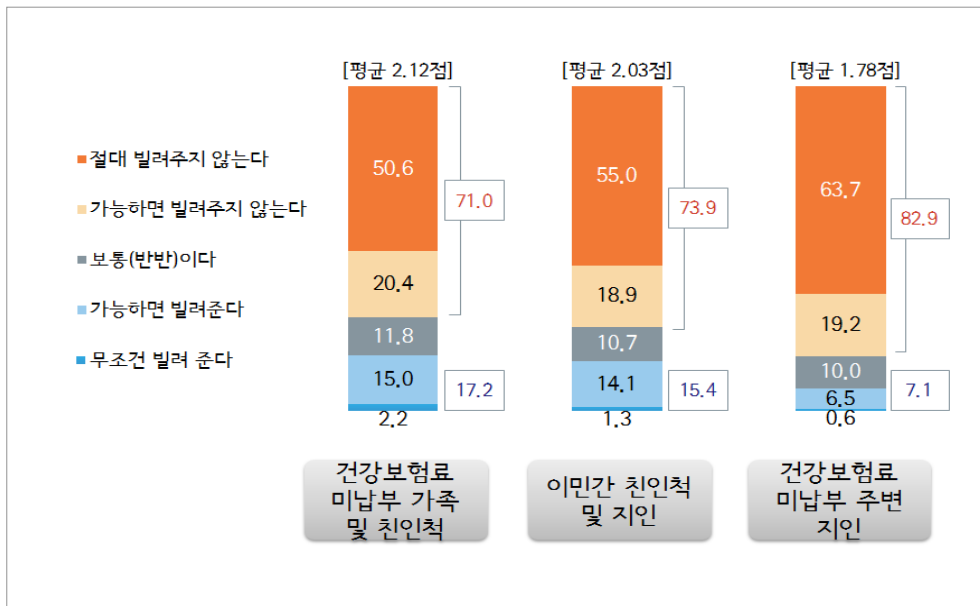
(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 들어본 적 없음	뉴스나 신문 등 언론에서 들어본 적이 있음	주변에서 이야기 하는 것을 들은 적 있음	직접 경험
전체		(1,000)	78.9	7.1	12.8	1.2
성별	남자	(493)	78.9	7.3	13.2	0.6
	여자	(507)	78.9	6.9	12.4	1.8
연령대	만 19세~29세	(179)	86.0	3.9	9.5	0.6
	만 30세~39세	(191)	71.2	13.6	14.1	1.0
	만 40세~49세	(214)	75.7	8.9	14.5	0.9
	만 50세~59세	(198)	75.3	6.1	17.2	1.5
	만 60세 이상	(218)	86.2	3.2	8.7	1.8
거주지	서울	(203)	78.8	3.9	15.8	1.5
	인천/경기	(291)	79.4	8.9	10.0	1.7
	대전/충청/세종	(99)	73.7	11.1	14.1	1.0
	광주/전라	(105)	76.2	6.7	15.2	1.9
	대구/경북	(104)	82.7	3.8	13.5	
	부산/울산/경남	(157)	79.6	6.4	13.4	0.6
강원/제주	(41)	82.9	12.2	4.9		
최종 학력	중졸이하	(161)	92.2	1.3	3.9	2.6
	고졸	(296)	78.6	5.6	15.5	0.3
	대학교 재학	(86)	84.9		14.0	1.2
	전문대학 졸업	(68)	76.5	13.2	10.3	
대학교 졸업 이상	(389)	73.0	11.1	14.4	1.5	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	91.6	0.8	5.9	1.7
	101만원~300만원	(292)	79.8	7.2	13.0	
	301만원~500만원	(259)	72.6	8.9	17.0	1.5
	501만원 이상	(167)	71.9	12.0	14.4	1.8
	무응답	(163)	85.3	3.7	9.2	1.8
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	78.7	7.2	12.8	1.2
	자격 정지 상태	(5)	100.0			
	의료급여	(14)	85.7		14.3	
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	70.2	7.5	19.9	2.5
	자주(12~14회)	(84)	78.6	10.7	9.5	1.2
	보통(6~11회)	(254)	79.3	8.0	12.0	0.8
	드물게(1~5회)	(400)	80.7	6.3	11.8	1.3
	이용 없음(0회)	(102)	84.9	4.7	10.4	

○ 건강보험 비자격자의 수진을 위한 본인의 신원정보 대여 의사

- 건강보험 비자격자의 타인의 진료를 위해 본인의 주민등록번호를 빌려줄 의향에 대해 물어본 결과, 대상에 관계 없이 응답자의 70% 이상이 빌려주지 않겠다고 응답함. (빌려줄 의향: 가족 및 친인척 17.2%, 이민자 15.4%, 주변 지인 7.1%)
- 상대적으로 가족 및 친인척, 이민자인 경우 빌려준다는 응답이 높은 편임.

[그림 5-1] 대상별 주민등록번호 대여 의향



○ 건강보험료 미납부 가족 및 친인척에게 본인의 개인정보를 빌려주지 않는다는 응답은 71.0%임.

- 상대적으로 만 39세 이하의 젊은 층(만 19~29세 21.2%, 만 30~39세 23.0%) 대학교 재학(27.9%), 대학교 졸업 이상(20.6%)인 경우 본인의 주민등록번호를 빌려줄 것이라고 응답함.
- 반면 만 50세 이상의 고연령층(50대 78.8%, 60대 이상 85.3%), 중졸 이하

(88.2%), 월 평균 가구소득 100만원 이하(87.4%), 의료급여자(85.7%)는 빌려주지 않겠다는 응답이 상대적으로 더 높음.

〈표 5-8〉 건강보험료 미납부 가족 및 친인척에게 개인정보를 빌려줄 의사

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	절대 빌려 주지 않는다	가능하면 빌려 주지 않는다	보통(반반)이다	가능하면 빌려준다	무조건 빌려 준다
전체		(1,000)	50.6	20.4	11.8	15.0	2.2
성별	남자	(493)	49.3	20.3	10.8	16.6	3.0
	여자	(507)	51.9	20.5	12.8	13.4	1.4
연령대	만 19세~29세	(179)	32.4	33.0	13.4	17.3	3.9
	만 30세~39세	(191)	39.8	18.8	18.3	19.4	3.7
	만 40세~49세	(214)	42.1	22.9	15.4	17.3	2.3
	만 50세~59세	(198)	62.1	16.7	7.1	12.6	1.5
	만 60세 이상	(218)	72.9	12.4	5.5	9.2	
거주지	서울	(203)	52.2	20.2	12.8	11.3	3.4
	인천/경기	(291)	48.1	22.7	11.0	16.5	1.7
	대전/충청/세종	(99)	46.5	16.2	19.2	18.2	
	광주/전라	(105)	49.5	19.0	7.6	19.0	4.8
	대구/경북	(104)	56.7	18.3	7.7	15.4	1.9
	부산/울산/경남	(157)	53.5	21.0	10.8	12.7	1.9
최종 학력	강원/제주	(41)	46.3	22.0	19.5	12.2	
	중졸이하	(161)	80.4	7.8	4.6	5.9	1.3
	고졸	(296)	54.9	18.1	10.2	14.8	2.0
	대학교 재학	(86)	20.9	30.2	20.9	25.6	2.3
	전문대학 졸업	(68)	38.2	35.3	17.6	8.8	
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	44.2	22.4	12.9	17.5	3.1
	100만원이하	(119)	76.5	10.9	5.9	5.0	1.7
	101만원~300만원	(292)	49.0	18.8	14.0	15.1	3.1
	301만원~500만원	(259)	42.5	26.3	13.5	15.8	1.9
	501만원 이상	(167)	39.5	24.6	12.6	21.0	2.4
건강보험 가입 여부	무응답	(163)	58.9	16.6	8.6	14.7	1.2
	건강보험	(981)	50.2	20.6	11.9	15.1	2.2
	자격 정지 상태 의료급여	(14)	80.0			20.0	
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도		(14)	71.4	14.3	7.1	7.1	
	매우 자주(15회 이상)	(160)	54.0	18.6	9.9	16.1	1.2
	자주(12~14회)	(84)	63.1	14.3	9.5	13.1	
	보통(6~11회)	(254)	47.0	24.3	14.3	12.4	2.0
	드물게(1~5회)	(400)	48.0	19.6	12.1	17.6	2.8
이용 없음(0회)	(102)	53.8	21.7	9.4	11.3	3.8	

○ 이민국 친인척 및 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의사

- 전체 응답자 1,000명 중 73.9%는 이민국 친인척 및 지인이 국내 병원 이용 시 본인의 주민등록번호를 빌려줄 의향이 없다고 응답함.
- 응답자 특성별로 만 39세 이하(만 19~29세 19.0%, 만 30~39세 22.5%), 대학교 재학(25.6%), 대학교 졸업 이상(19.5%)인 응답자에서 개인정보를 빌려줄 의향이 높은 편임.

- 반면 만 50세 이상(만 50~59세 79.3%, 만 60세 이상 88.1%), 중졸 이하(91.5%), 월 평균 가구 소득 100만원 이하(86.6%), 의료급여자(85.7%)는 빌려줄 의사가 없다는 응답의 비중이 상대적으로 높음.

<표 5-9> 이민간 친인척 및 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의사

(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	절대 빌려 주지 않는다	가능하면 빌려 주지 않는다	보통(반반)이다	가능하면 빌려준다	무조건 빌려 준다	
전체	(1,000)	55.0	18.9	10.7	14.1	1.3	
성별	남자	(493)	55.4	16.2	9.7	17.0	1.6
	여자	(507)	54.6	21.5	11.6	11.2	1.0
연령대	만 19세~29세	(179)	35.8	29.6	15.6	17.3	1.7
	만 30세~39세	(191)	47.1	17.3	13.1	19.4	3.1
	만 40세~49세	(214)	45.8	24.3	14.5	14.0	1.4
	만 50세~59세	(198)	66.7	12.6	7.1	13.1	0.5
	만 60세 이상	(218)	76.1	11.9	4.1	7.8	
거주지	서울	(203)	56.7	15.8	13.8	11.8	2.0
	인천/경기	(291)	51.5	24.4	8.6	14.8	0.7
	대전/충청/세종	(99)	52.5	13.1	17.2	17.2	
	광주/전라	(105)	51.4	17.1	11.4	16.2	3.8
	대구/경북	(104)	60.6	18.3	5.8	14.4	1.0
	부산/울산/경남	(157)	58.6	17.2	9.6	13.4	1.3
최종 학력	강원/제주	(41)	58.5	22.0	9.8	9.8	
	중졸이하	(161)	83.0	8.5	3.3	4.6	0.7
	고졸	(296)	57.9	17.8	10.9	12.5	1.0
	대학교 재학	(86)	27.9	26.7	19.8	22.1	3.5
	전문대학 졸업	(68)	51.5	29.4	8.8	10.3	
대학교 졸업 이상	(389)	48.3	20.3	11.8	18.0	1.5	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	76.5	10.1	5.0	7.6	0.8
	101만원~300만원	(292)	54.5	18.2	8.9	16.4	2.1
	301만원~500만원	(259)	47.9	21.6	13.5	16.2	0.8
	501만원 이상	(167)	46.1	25.7	12.6	14.4	1.2
	무응답	(163)	60.7	15.3	11.7	11.0	1.2
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	54.6	19.1	10.6	14.4	1.3
	자격 정지 상태	(5)	80.0		20.0		
	의료급여	(14)	71.4	14.3	14.3		
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	57.8	19.3	9.3	13.0	0.6
	자주(12~14회)	(84)	63.1	16.7	14.3	6.0	
	보통(6~11회)	(254)	53.4	19.5	11.6	14.3	1.2
	드물게(1~5회)	(400)	53.0	17.8	10.6	17.1	1.5
	이용 없음(0회)	(102)	55.7	22.6	8.5	10.4	2.8

○ 건강보험료 미납부 주변 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의향

- 응답자의 대부분인 82.9%가 건강보험료를 미납부한 주변 지인의 병원 진료를 위해 주민등록번호를 빌려줄 의향이 없는 것으로 나타남.
- 상대적으로 여자(87.6%), 만 60세 이상(91.7%), 중졸 이하(94.8%), 월 평균 가구 소득 100만원 이하(92.5%)인 층에서 특히 빌려줄 의사가 없다는 응답의 비중이 높음.

〈표 5-10〉 건강보험료를 미납부한 주변 지인에게 주민등록번호를 빌려줄 의사

(단위: 명, %)

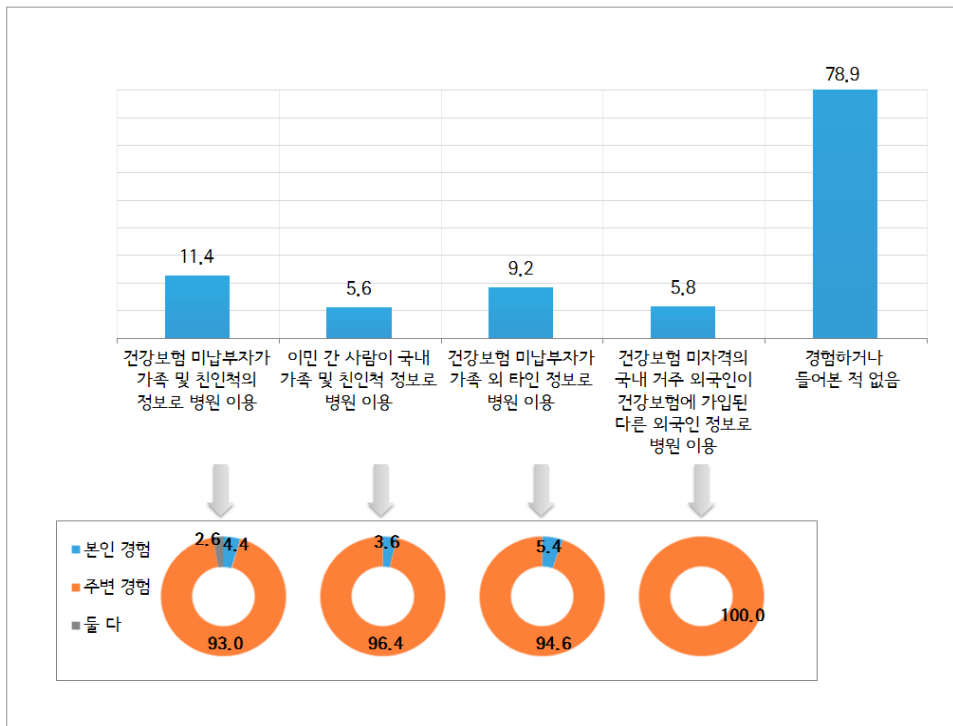
구 분		사례수 (명)	절대 빌려 주지 않는다	가능하면 빌려 주지 않는다	가능하면 빌려 준다	무조건 빌려 준다
전체		(1,000)	63.7	19.2	10.0	6.5
성별	남자	(493)	63.1	15.0	11.4	9.3
	여자	(507)	64.3	23.3	8.7	3.7
연령대	만 19세~29세	(179)	47.5	33.0	12.3	7.3
	만 30세~39세	(191)	63.9	16.8	11.5	6.8
	만 40세~49세	(214)	54.7	22.0	14.0	7.5
	만 50세~59세	(198)	70.2	14.1	7.6	8.1
	만 60세 이상	(218)	79.8	11.9	5.0	3.2
거주지	서울	(203)	66.0	16.7	9.9	6.9
	인천/경기	(291)	61.5	24.7	8.6	4.8
	대전/충청/세종	(99)	60.6	19.2	11.1	9.1
	광주/전라	(105)	61.0	15.2	11.4	10.5
	대구/경북	(104)	64.4	15.4	10.6	8.7
	부산/울산/경남	(157)	68.8	17.8	8.9	3.8
최종 학력	강원/제주	(41)	61.0	17.1	17.1	4.9
	중졸이하	(161)	83.7	11.1	3.3	2.0
	고졸	(296)	68.4	15.8	8.9	6.3
	대학교 재학	(86)	45.3	29.1	15.1	10.5
	전문대학 졸업	(68)	60.3	25.0	7.4	7.4
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	56.8	21.9	12.9	7.5
	100만원이하	(119)	80.7	11.8	5.0	1.7
	101만원~300만원	(292)	62.7	15.8	11.6	9.6
	301만원~500만원	(259)	60.2	22.0	11.6	5.8
	501만원 이상	(167)	55.7	25.1	11.4	6.6
건강보험 가입 여부	무응답	(163)	66.9	20.2	6.7	5.5
	건강보험	(981)	63.6	19.4	9.9	6.5
	자격 정지 상태 의료급여	(14)	71.4	7.1	14.3	7.1
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	64.0	21.1	8.7	6.2
	자주(12~14회)	(84)	70.2	19.0	7.1	3.6
	보통(6~11회)	(254)	62.2	21.1	10.8	5.6
	드물게(1~5회)	(400)	63.8	17.3	10.3	7.5
	이용 없음(0회)	(102)	61.3	18.9	11.3	7.5

○ 신원도용을 통한 건강보험 비자격자의 수진 행위에 대한 직·간접 경험

- 대부분(78.9%)은 건강보험 비자격자가 타인의 신원 도용을 통해 건강보험 진료를 받았다고 주변에서 듣거나 직접 경험한 적이 없다고 응답했음.
- 주변 또는 본인이 직접 경험한 사례로는 ‘건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 정보로 병원 이용(11.4%)’, ‘건강보험 미납부자가 가족의 타인정보로 병원 이용(9.2%)’, ‘건강보험 미자격자의 국내거주 외국인이 건강보험에 가입되거나 다른 외국인 정보로 병원이용(5.8%)’, ‘이민간 사람이 국내 가족 및 친인척 정보로 병원 이용(5.6%)’의 순서로 응답되었음.

[그림 5-2] 건강보험 신원도용 행위 경험 여부(전체)

(단위: %)



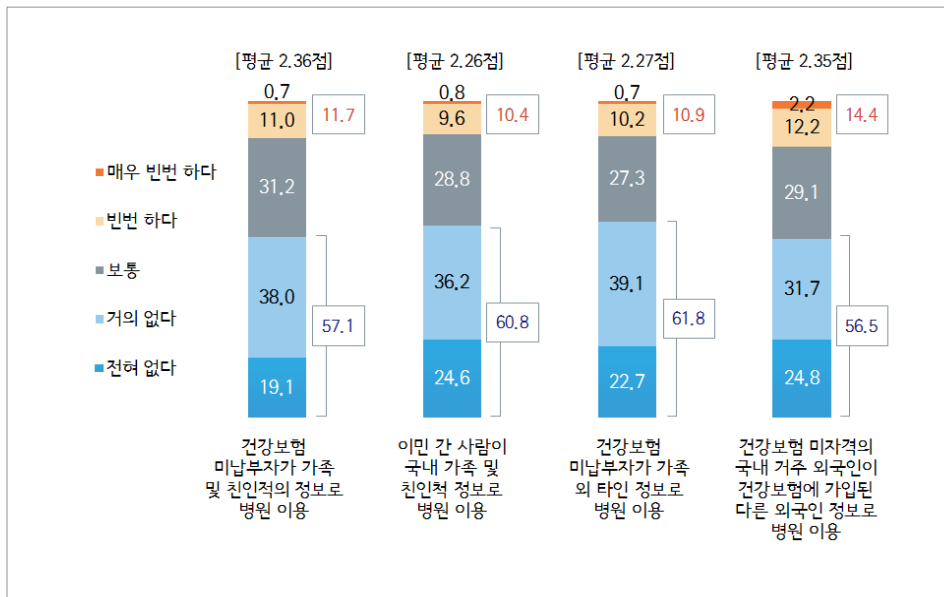
주: 전체(N=1,000) / 복수 응답

○ 건강보험 수진을 위한 신원도용 행위의 만연 정도

- 전체 응답자의 60% 내외(56.5~61.8%)는 대상과 상황에 관계없이 건강보험에서 신원도용 행위가 빈번하게 발생하지 않는다고 인식함.
- 빈번하게 발생한다고 대답한 경우, ‘건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 정보 도용(11.7%)’, ‘이민자가 국내 가족 및 친인척 정보 도용(10.4%)’, ‘건강보험 미납부자가 가족 외 타인 정보 도용(10.9%)’, ‘건강보험 미자격 외국인 건강보험 가입된 외국인 정보 도용(14.4%)’의 순서로 응답되었음.

[그림 5-3] 건강보험 수진을 위한 신원도용 행위의 만연 정도

(단위: %)



- 건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 신원정보로 병원 이용
 - 전체의 57.1%는 건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 정보로 병원을 이용하는 행위는 없다고 생각함.
 - 연령대별로 살펴보면 상대적으로 만 50세 이상의 고연령층에서 없다는 응답이 높은 편임. (만 50~59세 61.1%, 만 60세 이상 61.9%)
 - 지역별로는 부산/울산/경남(64.3%), 강원/제주(65.8%), 최종 학력 중졸 이하(64.7%), 의료보험 가입자(57.4%)에서 높은 편임.

〈표 5-11〉 건강보험 미납부자가 가족 및 친인척의 신원정보로 병원 이용을 한 경험

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 없다	거의 없다	보통	빈번 하다	매우 빈번 하다
전체		(1,000)	19.1	38.0	31.2	11.0	0.7
성별	남자	(493)	18.3	37.3	32.9	10.5	1.0
	여자	(507)	19.9	38.7	29.6	11.4	0.4
연령대	만 19세~29세	(179)	17.9	38.0	33.5	10.1	0.6
	만 30세~39세	(191)	13.6	34.0	35.1	15.7	1.6
	만 40세~49세	(214)	15.0	43.0	30.4	11.2	0.5
	만 50세~59세	(198)	21.7	39.4	29.8	8.1	1.0
	만 60세 이상	(218)	26.6	35.3	28.0	10.1	0.0
거주지	서울	(203)	18.2	37.4	30.0	12.8	1.5
	인천/경기	(291)	19.2	35.7	32.6	12.0	0.3
	대전/충청/세종	(99)	16.2	39.4	36.4	8.1	0.0
	광주/전라	(105)	18.1	39.0	32.4	9.5	1.0
	대구/경북	(104)	16.3	36.5	35.6	10.6	1.0
	부산/울산/경남	(157)	20.4	43.9	24.2	11.5	0.0
최종 학력	강원/제주	(41)	34.1	31.7	26.8	4.9	2.4
	중졸이하	(161)	32.7	32.0	29.4	5.2	0.7
	고졸	(296)	20.1	33.9	30.6	14.5	1.0
	대학교 재학	(86)	10.5	44.2	33.7	11.6	0.0
	전문대학 졸업	(68)	11.8	48.5	32.4	7.4	0.0
대학교 졸업 이상	(389)	16.2	40.4	31.6	11.1	0.8	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	33.6	29.4	27.7	9.2	0.0
	101만원 ~ 300만원	(292)	17.5	37.0	33.2	10.6	1.7
	301만원 ~ 500만원	(259)	13.1	44.8	32.0	9.7	0.4
	501만원 이상	(167)	18.6	37.7	30.5	13.2	0.0
	무응답	(163)	21.5	35.6	29.4	12.9	0.6
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	19.3	38.1	31.2	10.7	0.7
	자격 정지 상태	(5)	0.0	40.0	0.0	60.0	0.0
	의료급여	(14)	14.3	28.6	42.9	14.3	0.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	21.7	34.8	31.1	11.8	0.6
	자주(12~14회)	(84)	23.8	39.3	27.4	9.5	0.0
	보통(6~11회)	(254)	16.7	38.2	33.1	10.8	1.2
	드물게(1~5회)	(400)	18.8	38.2	30.2	12.3	0.5
	이용 없음(0회)	(102)	17.9	40.6	34.0	6.6	0.9

- 이민 간 사람이 국내 가족 및 친인척의 신원정보로 병원 이용
 - 이민 간 사람이 국내 가족 및 친인척 정보로 병원을 이용하는 행위가 사회적으로 만연하다고 생각한다는 응답은 10.4%, 없다는 응답은 60.8%임.
 - 응답자 특성별로 만 50세 이상(만 50~59세 63.7%, 만 60세 이상 68.3%), 강원/제주(73.2%), 중졸 이하(70.0%) 학력에서 사회적으로 만연되어 있지 않다고 생각하는 비율이 높은 편임.

〈표 5-12〉 이민 간 사람이 국내 가족 및 친인척 신원정보로 병원 이용을 한 경험

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 없다	거의 없다	보통	빈번 하다	매우 빈번 하다
전체		(1,000)	24.6	36.2	28.8	9.6	0.8
성별	남자	(493)	25.4	37.5	26.4	9.3	1.4
	여자	(507)	23.9	34.9	31.2	9.9	0.2
연령대	만 19세~29세	(179)	20.7	37.4	31.3	8.9	1.7
	만 30세~39세	(191)	19.4	35.6	29.3	14.1	1.6
	만 40세~49세	(214)	23.4	34.6	29.0	12.6	0.5
	만 50세~59세	(198)	27.8	35.9	28.8	7.6	0.0
	만 60세 이상	(218)	30.7	37.6	26.1	5.0	0.5
거주지	서울	(203)	20.7	37.4	29.1	12.3	0.5
	인천/경기	(291)	25.1	35.1	27.5	11.3	1.0
	대전/충청/세종	(99)	20.2	42.4	29.3	8.1	0.0
	광주/전라	(105)	25.7	37.1	27.6	7.6	1.9
	대구/경북	(104)	20.2	33.7	36.5	8.7	1.0
	부산/울산/경남	(157)	28.7	35.7	28.0	7.6	0.0
최종 학력	강원/제주	(41)	43.9	29.3	22.0	2.4	2.4
	중졸이하	(161)	38.6	31.4	26.8	3.3	0.0
	고졸	(296)	27.0	33.2	28.9	9.9	1.0
	대학교 재학	(86)	14.0	46.5	27.9	11.6	0.0
월 평균 가구 소득	전문대학 졸업	(68)	20.6	36.8	27.9	13.2	1.5
	대학교 졸업 이상	(389)	20.3	38.0	29.8	10.8	1.0
	100만원이하	(119)	37.8	32.8	25.2	4.2	0.0
건강보험 가입 여부	101만원~300만원	(292)	23.3	36.0	30.8	8.6	1.4
	301만원~500만원	(259)	22.4	39.8	26.3	10.4	1.2
	501만원 이상	(167)	21.6	32.3	29.9	16.2	0.0
	무응답	(163)	23.9	37.4	30.7	7.4	0.6
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	건강보험	(981)	24.8	36.2	28.8	9.4	0.8
	자격 정지 상태	(5)	20.0	40.0	0.0	40.0	0.0
	의료급여	(14)	14.3	35.7	35.7	14.3	0.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	26.7	33.5	31.7	7.5	0.6
	자주(12~14회)	(84)	25.0	38.1	26.2	9.5	1.2
	보통(6~11회)	(254)	23.1	33.5	32.3	10.4	0.8
	드물게(1~5회)	(400)	25.4	37.4	25.9	10.6	0.8
	이용 없음(0회)	(102)	21.7	40.6	29.2	7.5	0.9

- 건강보험 미납부자가 가족 외 타인의 신원정보로 병원 이용
 - 건강보험 미납부자가 가족 외 타인의 정보로 병원을 이용하는 도용 행위가 사회적으로 만연하지 않다는 응답은 61.8%임.
 - 응답자 특성별로 살펴보면 만 50세 이상(만 50~59세 65.2%, 만 60세 이상 67.4%), 부산/울산/경남(68.1%), 강원/제주(65.9%), 중졸 이하(71.9%)인 응답자에서 상대적으로 높음.

〈표 5-13〉 건강보험 미납부자가 가족 외 타인의 신원정보로 병원 이용을 한 경험

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 없다	거의 없다	보통	빈번 하다	매우 빈번 하다
전체		(1,000)	22.7	39.1	27.3	10.2	0.7
성별	남자	(493)	22.9	40.0	24.3	11.6	1.2
	여자	(507)	22.5	38.3	30.2	8.9	0.2
연령대	만 19세~29세	(179)	19.6	41.3	30.2	8.4	0.6
	만 30세~39세	(191)	14.1	39.3	26.2	18.8	1.6
	만 40세~49세	(214)	22.0	39.3	26.2	11.7	0.9
	만 50세~59세	(198)	28.3	36.9	26.8	8.1	0.0
	만 60세 이상	(218)	28.4	39.0	27.5	4.6	0.5
거주지	서울	(203)	20.7	39.9	27.1	11.8	0.5
	인천/경기	(291)	22.0	39.2	26.8	11.0	1.0
	대전/충청/세종	(99)	17.2	46.5	30.3	6.1	0.0
	광주/전라	(105)	26.7	35.2	27.6	8.6	1.9
	대구/경북	(104)	19.2	33.7	33.7	13.5	0.0
	부산/울산/경남	(157)	26.1	42.0	22.3	9.6	0.0
최종 학력	강원/제주	(41)	36.6	29.3	26.8	4.9	2.4
	중졸이하	(161)	39.2	32.7	26.1	2.0	0.0
	고졸	(296)	25.0	35.9	26.6	11.5	1.0
	대학교 재학	(86)	11.6	51.2	30.2	7.0	0.0
월 평균 가구 소득	전문대학 졸업	(68)	16.2	36.8	27.9	19.1	0.0
	대학교 졸업 이상	(389)	18.0	41.9	27.5	11.6	1.0
	100만원이하	(119)	33.6	33.6	29.4	3.4	0.0
건강보험 가입 여부	101만원~300만원	(292)	21.9	39.7	27.1	10.3	1.0
	301만원~500만원	(259)	19.7	40.9	27.4	10.8	1.2
	501만원 이상	(167)	19.8	40.1	25.1	15.0	0.0
	무응답	(163)	23.9	38.0	28.2	9.2	0.6
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	건강보험	(981)	22.8	38.9	27.3	10.2	0.7
	자격 정지 상태	(5)	20.0	40.0	20.0	20.0	0.0
	의료급여	(14)	14.3	50.0	28.6	7.1	0.0
	매우 자주(15회 이상)	(160)	26.1	34.8	29.2	8.7	1.2
	자주(12~14회)	(84)	23.8	44.0	22.6	8.3	1.2
빈도	보통(6~11회)	(254)	21.5	38.6	25.1	13.9	0.8
	드물게(1~5회)	(400)	22.6	39.2	28.6	9.3	0.3
	이용 없음(0회)	(102)	19.8	42.5	28.3	8.5	0.9

- 건강보험 비자격자인 국내 거주 외국인이 건강보험에 가입된 다른 외국인의 신원정보로 병원 이용
 - 건강보험 비자격자인 국내 거주 외국인이 건강보험에 가입된 다른 외국인의 신원정보로 병원을 이용하는 행위가 사회적으로 만연하지 않다는 의견은 전체의 56.5%로 절반 수준임.
 - 응답자 특성별로 보면, 만 50세 이상(만 50~59세 60.1%, 만 60세 이상 64.2%), 강원/제주(68.3%), 중졸이하(66.6%) 응답자에서 신원도용 행위가 사회적으로 만연하지 않다고 인식한 비율이 높았음.

〈표 5-14〉 건강보험 비자격자인 국내 거주 외국인이 건강보험에 가입된 다른 외국인의 신원정보로 병원을 이용한 경험

(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	전혀 없다	거의 없다	보통	빈번하다	매우 빈번하다	
전체	(1,000)	24.8	31.7	29.1	12.2	2.2	
성별	남자	(493)	25.2	31.2	28.0	12.6	3.0
	여자	(507)	24.5	32.1	30.2	11.8	1.4
연령대	만 19세~29세	(179)	21.2	33.5	31.3	13.4	0.6
	만 30세~39세	(191)	15.2	33.5	25.7	18.8	6.8
	만 40세~49세	(214)	22.9	30.8	29.9	15.9	0.5
	만 50세~59세	(198)	30.3	29.8	30.3	7.6	2.0
	만 60세 이상	(218)	33.0	31.2	28.4	6.0	1.4
거주지	서울	(203)	21.2	33.0	29.1	14.3	2.5
	인천/경기	(291)	25.4	30.9	28.2	13.7	1.7
	대전/충청/세종	(99)	20.2	37.4	32.3	9.1	1.0
	광주/전라	(105)	27.6	34.3	25.7	11.4	1.0
	대구/경북	(104)	21.2	26.0	36.5	12.5	3.8
	부산/울산/경남	(157)	26.8	31.8	28.0	10.8	2.5
	강원/제주	(41)	43.9	24.4	22.0	4.9	4.9
최종 학력	중졸이하	(161)	40.5	26.1	29.4	3.9	0.0
	고졸	(296)	26.0	29.9	30.9	10.5	2.6
	대학교 재학	(86)	10.5	40.7	29.1	18.6	1.2
	전문대학 졸업	(68)	22.1	38.2	17.6	17.6	4.4
대학교 졸업 이상	(389)	21.3	32.1	29.6	14.4	2.6	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	31.9	30.3	32.8	5.0	0.0
	101만원~300만원	(292)	22.3	31.5	31.2	12.7	2.4
	301만원~500만원	(259)	24.7	34.7	25.1	12.7	2.7
	501만원 이상	(167)	21.6	27.5	28.7	18.0	4.2
	무응답	(163)	27.6	32.5	29.4	9.8	0.6
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	24.9	31.6	29.2	12.1	2.2
	자격 정지 상태	(5)	20.0	40.0	20.0	20.0	0.0
	의료급여	(14)	21.4	35.7	28.6	14.3	0.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	27.3	29.2	31.1	9.9	2.5
	자주(12~14회)	(84)	28.6	28.6	29.8	10.7	2.4
	보통(6~11회)	(254)	24.3	30.3	29.5	13.5	2.4
	드물게(1~5회)	(400)	24.4	32.7	27.9	13.3	1.8
	이용 없음(0회)	(102)	20.8	37.7	29.2	9.4	2.8

○ 타인의 신원정보로 병원 진료 시 발각될 가능성

- 타인의 개인정보를 이용하여 병원 진료를 받을 경우, 발각되지 않을 것이라는 의견이 전체 응답자의 절반 가량인 46.9%임.
- 상대적으로 만 30~40대(30대: 52.9%, 40대: 57.9%), 대학교 재학(60.5%), 대학교 졸업 이상(54.3%), 월 평균 가구소득 301만원 이상(301~500만원 56.0%, 501만원 이상 60.5%), 의료보험 가입자(47.5%)인 응답자가 발각될 가능성이 낮다고 생각하는 편임.

<표 5-15> 타인의 신원정보로 병원 진료 시 발각될 가능성

(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	절대 발각 되지 않는다	거의 발각 되지 않는다	보통/반반 이다	대부분 발각된다	항상 발각된다	
전체	(1,000)	2.8	44.1	29.6	18.4	5.1	
성별	남자	(493)	3.4	47.5	27.4	17.4	4.3
	여자	(507)	2.2	40.8	31.8	19.3	5.9
연령대	만 19세~29세	(179)	1.7	48.0	30.2	15.1	5.0
	만 30세~39세	(191)	4.2	48.7	33.0	11.5	2.6
	만 40세~49세	(214)	4.2	53.7	24.3	14.0	3.7
	만 50세~59세	(198)	2.5	42.9	33.3	17.2	4.0
	만 60세 이상	(218)	1.4	28.4	28.0	32.6	9.6
거주지	서울	(203)	4.4	44.8	28.1	19.7	3.0
	인천/경기	(291)	2.1	44.7	31.3	16.5	5.5
	대전/충청/세종	(99)	1.0	46.5	30.3	15.2	7.1
	광주/전라	(105)	3.8	42.9	24.8	21.9	6.7
	대구/경북	(104)		49.0	26.9	21.2	2.9
	부산/울산/경남	(157)	3.2	40.1	34.4	16.6	5.7
강원/제주	(41)	7.3	36.6	24.4	24.4	7.3	
최종 학력	중졸이하	(161)	1.3	21.6	33.3	29.4	14.4
	고졸	(296)	3.0	42.4	28.3	21.4	4.9
	대학교 재학	(86)	4.7	55.8	24.4	12.8	2.3
	전문대학 졸업	(68)	1.5	47.1	35.3	11.8	4.4
대학교 졸업 이상	(389)	3.1	51.2	29.3	14.1	2.3	
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	2.5	24.4	28.6	32.8	11.8
	101만원~300만원	(292)	3.1	40.4	34.6	17.5	4.5
	301만원~500만원	(259)	3.1	52.9	26.6	15.4	1.9
	501만원 이상	(167)	3.0	57.5	22.8	12.6	4.2
무응답	(163)	1.8	37.4	33.1	20.2	7.4	
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	2.7	44.9	29.4	18.2	4.9
	자격 정지 상태	(5)	0.0	20.0	60.0	20.0	0.0
	의료급여	(14)	14.3	0.0	35.7	28.6	21.4
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	1.9	46.0	26.7	17.4	8.1
	자주(12~14회)	(84)	3.6	32.1	35.7	25.0	3.6
	보통(6~11회)	(254)	3.2	47.8	27.1	17.5	4.4
	드물게(1~5회)	(400)	2.5	44.0	31.4	17.6	4.5
	이용 없음(0회)	(102)	3.8	42.5	28.3	19.8	5.7

- 타인이 나의 건강보험증으로 건강보험 수진 시 본인에게 줄 피해 가능성
 - 응답자의 79.6%가 타인이 나의 신원정보를 이용하여 진료를 받는 것이 나에게 피해를 줄 것이라고 인지하고 있었음.
 - 특성별로 살펴보면, 만 50세 이상(만 50~59세 87.9%, 만 60세 이상 83.9%), 의료보험 자격정지 상태(80.0%)와 의료급여자(92.9%), 그리고 전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도가 보통 이상(보통 82.1%, 자주 84.5%, 매우 자주 83.9%)인 응답자에서 피해 가능성에 대한 응답율이 높았음.
 - 한편, 만 49세 이하에서 50세 이상보다 피해가 없다고 응답한 비율이 상대적으로 높았음.
 - 만 19~29세(12.3%), 만 30~39세(11.0%), 만 40~49세(12.6%)

〈표 5-16〉 건강보험증 도용에 따른 본인의 피해정도

(단위: 명, %)

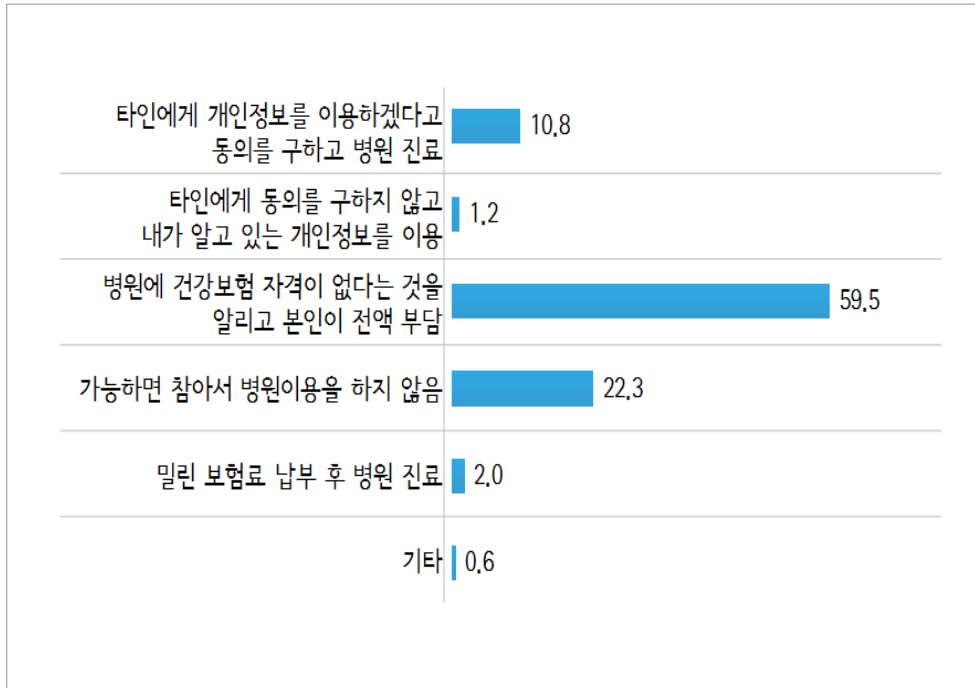
구 분		사례수 (명)	전혀 피해가 없다	별로 피해가 없다	보통/반반이다	대체로 피해가 있다	피해가 매우 크다
전체		(1,000)	1.8	8.5	10.1	42.9	36.7
성별	남자	(493)	1.8	11.0	9.1	43.2	34.9
	여자	(507)	1.8	6.1	11.0	42.6	38.5
연령대	만 19세~29세	(179)	1.7	10.6	15.6	45.8	26.3
	만 30세~39세	(191)	1.6	9.4	14.7	39.8	34.6
	만 40세~49세	(214)	1.4	11.2	8.9	37.9	40.7
	만 50세~59세	(198)	1.0	6.6	4.5	46.0	41.9
	만 60세 이상	(218)	3.2	5.0	7.8	45.4	38.5
거주지	서울	(203)	1.5	7.9	10.8	49.8	30.0
	인천/경기	(291)	1.7	8.9	10.0	44.0	35.4
	대전/충청/세종	(99)	2.0	12.1	13.1	38.4	34.3
	광주/전라	(105)	0.0	8.6	15.2	33.3	42.9
	대구/경북	(104)	2.9	5.8	6.7	47.1	37.5
	부산/울산/경남	(157)	3.2	7.0	5.1	44.6	40.1
최종 학력	강원/제주	(41)	0.0	12.2	14.6	19.5	53.7
	중졸이하	(161)	2.6	5.9	10.5	37.9	43.1
	고졸	(296)	3.6	7.6	6.6	41.4	40.8
	대학교 재학	(86)	1.2	11.6	16.3	50.0	20.9
	전문대학 졸업	(68)	0.0	8.8	4.4	47.1	39.7
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	0.5	9.5	12.3	43.7	33.9
	100만원이하	(119)	5.0	3.4	7.6	42.0	42.0
	101만원~300만원	(292)	2.7	10.6	12.0	38.7	36.0
	301만원~500만원	(259)	0.4	8.5	6.2	45.2	39.8
	501만원 이상	(167)	0.6	9.6	15.0	47.3	27.5
건강보험 가입 여부	무응답	(163)	1.2	7.4	9.8	42.9	38.7
	건강보험	(981)	1.8	8.6	10.2	43.0	36.4
	자격 정지 상태	(5)	0.0	20.0	0.0	20.0	60.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	의료급여	(14)	0.0	0.0	7.1	42.9	50.0
	매우 자주(15회 이상)	(160)	1.9	5.0	9.3	43.5	40.4
	자주(12~14회)	(84)	3.6	3.6	8.3	39.3	45.2
	보통(6~11회)	(254)	2.0	10.8	5.2	49.0	33.1
	드물게(1~5회)	(400)	1.3	9.8	13.1	39.4	36.4
빈도	이용 없음(0회)	(102)	1.9	7.5	13.2	43.4	34.0

○ 보험료 미납부로 건강보험 혜택을 받지 못할 경우 병원 이용 방법

- 만약 보험료를 납부하지 못하여 건강보험 혜택을 받지 못할 경우 병원 이용 방안으로는 '병원에 자격이 없다는 것을 알리고 전액 부담하겠다'는 의견이 59.5%로 가장 많음.
- 타인의 정보로 이용하는 경우는 12.0%로 높지 않은 편임.
 - 타인 동의 하에 이용 10.8%, 타인 동의를 구하지 않고 이용 1.2%

[그림 5-4] 보험료 미납부로 건강보험 혜택을 받지 못할 경우 병원 이용 방법

(단위: %)



※ Base : 전체(N=1,000) / 모름 3.6%

- 타인에게 신원정보를 이용하겠다고 동의를 구하고 병원 진료를 받겠다는 응답은 만 39세 이하(만 19~29세 14.0%, 만 29~39세 22.0%), 대학교 재학 이상(대학교 재학 14.0%, 전문대학 졸업 13.2%, 대학교 졸업 이상 14.4%), 의료보험 가입자(11.0%)에서 상대적으로 높게 나타남.

〈표 5-17〉 건강보험 수진을 위한 타인의 신원정보 도용 의사

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	타인에게 동의를 구하고 병원 진료 정보를 이용	타인에게 동의를 구하지 않고 타인 정보를 이용	본인이 전액 부담	가능하면 참아서 병원이용을 하지 않음	밀린 보험료 납부 후 병원 진료	기타	잘 모르겠음
전체		(1,000)	10.8	1.2	59.5	22.3	2.0	0.6	3.6
성별	남자	(493)	11.8	1.4	57.6	22.9	1.6	0.6	4.1
	여자	(507)	9.9	1.0	61.3	21.7	2.4	0.6	3.2
연령대	만 19세~29세	(179)	14.0	1.7	53.1	30.7	0.0	0.0	0.6
	만 30세~39세	(191)	22.0	1.0	53.9	19.9	1.6	1.6	0.0
	만 40세~49세	(214)	8.4	1.4	62.1	23.4	1.9	0.9	1.9
	만 50세~59세	(198)	6.6	1.0	59.1	24.7	2.5	0.5	5.6
	만 60세 이상	(218)	4.6	0.9	67.4	14.2	3.7	0.0	9.2
거주지	서울	(203)	7.9	2.0	59.6	22.7	1.5	1.0	5.4
	인천/경기	(291)	11.3	0.7	58.8	24.1	3.1	0.3	1.7
	대전/충청/세종	(99)	14.1	3.0	56.6	20.2	3.0	0.0	3.0
	광주/전라	(105)	15.2	1.9	56.2	18.1	1.0	0.0	7.6
	대구/경북	(104)	11.5	0.0	60.6	20.2	1.9	1.9	3.8
	부산/울산/경남	(157)	9.6	0.6	63.7	22.9	1.3	0.6	1.3
최종 학력	강원/제주	(41)	4.9	0.0	61.0	26.8	0.0	0.0	7.3
	중졸이하	(161)	3.9	1.3	68.0	15.7	3.9	0.0	7.2
	고졸	(296)	8.2	1.3	62.8	23.0	1.6	0.0	3.0
	대학교 재학	(86)	14.0	1.2	55.8	27.9	1.2	0.0	0.0
	전문대학 졸업	(68)	13.2	0.0	54.4	23.5	4.4	1.5	2.9
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	14.4	1.3	55.3	22.9	1.3	1.3	3.6
	100만원이하	(119)	4.2	0.8	70.6	14.3	2.5	0.0	7.6
	101만원~300만원	(292)	13.7	2.4	59.2	20.9	2.4	0.0	1.4
	301만원~500만원	(259)	13.1	0.4	54.1	28.2	1.5	0.4	2.3
건강보험 가입 여부	501만원 이상	(167)	10.8	0.6	61.1	22.8	1.8	1.8	1.2
	무응답	(163)	6.7	1.2	58.9	20.9	1.8	1.2	9.2
	건강보험 자격 정지 상태 의료급여	(981)	11.0	1.2	59.2	0.0	0.0	0.0	0.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	자격을 정지 상태 의료급여	(14)	0.0	0.0	64.3	0.0	7.1	0.0	28.6
	매우 자주(15회 이상)	(160)	9.9	0.6	62.7	19.3	3.1	0.0	4.3
	자주(12~14회)	(84)	6.0	1.2	60.7	23.8	3.6	0.0	4.8
	보통(6~11회)	(254)	12.0	0.8	58.6	21.9	1.6	0.4	4.8
	드물게(1~5회)	(400)	11.6	1.8	59.5	22.4	2.0	0.8	2.0
이용 없음(0회)	(102)	10.4	0.9	55.7	26.4	0.0	1.9	4.7	

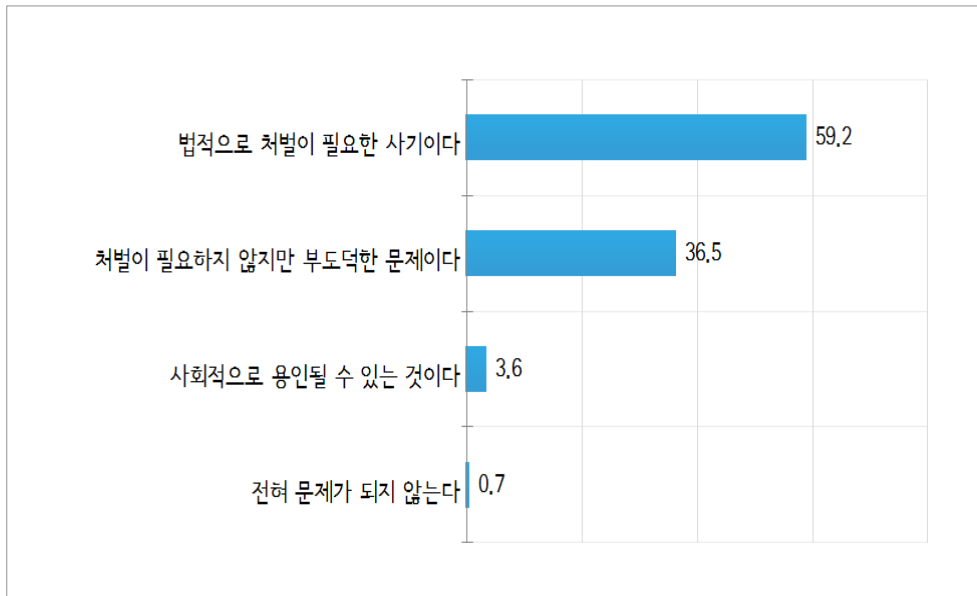
○ 타인의 신원정보로 건강보험 수진시 사기 해당 여부

- 타인의 신원정보(주민등록정보)로 건강보험급여를 받는 행위의 처벌 필요 여부에 대한 조사 결과, 전체 응답자의 59.2%는 법적 처벌이 필요한 사기라고 생각함.

- 그 다음으로 ‘처벌이 필요하지 않지만 부도덕한 문제이다’가 36.5%로 대부분이 사기 또는 부도덕한 문제로 인식하고 있음.
- 반면, 사회적으로 용인될 수 있다는 응답은 3.6%, 전혀 문제가 되지 않는다는 응답은 0.7%에 불과함.

[그림 5-5] 타인의 신원 정보를 통한 건강보험 수진에 대한 인식

(단위: %)



※ Base : 전체(N=1,000)

- 특히 여자(62.1%), 만 60세 이상(67.0%), 부산/울산/경남(63.7%), 강원/제주(70.7%), 중졸이하(69.3%) 응답자 층에서 법적 처벌이 필요한 사기라고 생각하는 비율이 높은 편임.

〈표 5-18〉 타인의 신원 정보를 통한 건강보험 수진에 대한 인식의 주요 특징

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	법적으로 처벌 필요한 사기	처벌 불필요 부도덕한 문제	사회적으로 용인될 수준	전혀 문제가 되지 않음
전체		(1,000)	59.2	36.5	3.6	0.7
성별	남자	(493)	56.2	38.5	4.5	0.8
	여자	(507)	62.1	34.5	2.8	0.6
연령대	만 19세~29세	(179)	55.9	40.2	2.8	1.1
	만 30세~39세	(191)	58.6	35.1	5.2	1.0
	만 40세~49세	(214)	54.7	40.2	4.7	0.5
	만 50세~59세	(198)	59.1	37.4	3.5	
	만 60세 이상	(218)	67.0	30.3	1.8	0.9
거주지	서울	(203)	56.7	36.0	5.9	1.5
	인천/경기	(291)	59.8	37.1	2.7	0.3
	대전/충청/세종	(99)	56.6	40.4	2.0	1.0
	광주/전라	(105)	55.2	41.0	3.8	
	대구/경북	(104)	57.7	37.5	3.8	1.0
	부산/울산/경남	(157)	63.7	31.8	3.8	0.6
최종 학력	강원/제주	(41)	70.7	29.3		
	중졸이하	(161)	69.3	28.1	2.0	0.7
	고졸	(296)	58.9	37.8	2.3	1.0
	대학교 재학	(86)	54.7	37.2	7.0	1.2
	전문대학 졸업	(68)	54.4	39.7	5.9	
	대학교 졸업 이상	(389)	57.3	38.0	4.1	0.5
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	68.1	29.4	1.7	0.8
	101만원~300만원	(292)	56.5	39.0	3.1	1.4
	301만원~500만원	(259)	56.8	37.8	4.6	0.8
	501만원 이상	(167)	64.1	32.9	3.0	
	무응답	(163)	56.4	38.7	4.9	
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	59.2	36.5	3.6	0.7
	자격 정지 상태	(5)	20.0	60.0	20.0	
	의료급여	(14)	71.4	28.6		
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	59.0	37.3	2.5	1.2
	자주(12~14회)	(84)	58.3	36.9	3.6	1.2
	보통(6~11회)	(254)	62.5	34.3	3.2	
	드물게(1~5회)	(400)	59.0	35.7	4.5	0.8
	이용 없음(0회)	(102)	52.8	43.4	2.8	0.9

○ 건강보험 자격정보 도용자의 형사 처벌 필요 여부

- 응답자의 대부분인 92.6%는 타인의 건강보험증으로 병원 진료를 받는 사람에게 처벌이 필요하다고 생각함.
- 그 중 벌금형 이상의 형사 처벌이 필요하다는 의견은 37.4%, 처벌은 필요하지만 수준은 낮출 필요가 있다는 응답은 55.2%임.

- 반면, 처벌할 필요가 없다는 응답은 7.4%로 낮음.
- 벌금형 이상의 처벌이 필요하다는 의견은 만 60세 이상(50.0%), 중졸 이하(50.3%), 월 평균 가구 소득 100만원 이하(49.6%)에서 상대적으로 높음.
- 처벌은 필요하지만 수준은 낮출 필요가 있다는 응답은 만 39세 이하의 젊은 층(만 19~29세 61.5%, 만 30~39세 60.7%) 서울(61.6%), 대학교 재학(64.0%) 중인 응답자에서 높은 편임.

〈표 5-19〉 건강보험 자격정보 도용자의 형사 처벌 필요 여부

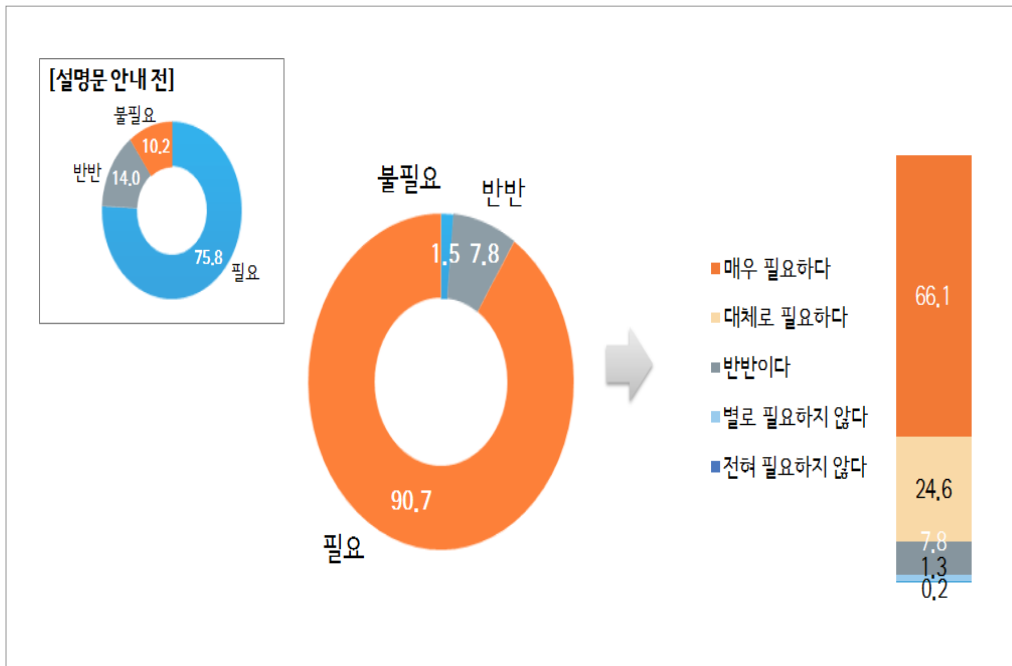
(단위: 명, %)

구 분	사례수 (명)	벌금형 이상의 형사 처벌이 필요	처벌은 필요하지만 수준은 낮춤	처벌할 필요가 없음	
전체	(1,000)	37.4	55.2	7.4	
성별	남자	(493)	40.6	50.5	8.9
	여자	(507)	34.3	59.8	5.9
연령대	만 19세~29세	(179)	34.1	61.5	4.5
	만 30세~39세	(191)	31.4	60.7	7.9
	만 40세~49세	(214)	32.7	58.4	8.9
	만 50세~59세	(198)	37.4	57.6	5.1
	만 60세 이상	(218)	50.0	39.9	10.1
거주지	서울	(203)	28.6	61.6	9.9
	인천/경기	(291)	36.1	57.4	6.5
	대전/충청/세종	(99)	43.4	50.5	6.1
	광주/전라	(105)	43.8	48.6	7.6
	대구/경북	(104)	36.5	56.7	6.7
	부산/울산/경남 강원/제주	(157) (41)	41.4 46.3	51.0 48.8	7.6 4.9
최종 학력	중졸이하	(161)	50.3	42.5	7.2
	고졸	(296)	35.5	58.2	6.3
	대학교 재학	(86)	30.2	64.0	5.8
	전문대학 졸업 대학교 졸업 이상	(68) (389)	29.4 36.8	58.8 55.3	11.8 8.0
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	49.6	42.9	7.6
	101만원~300만원	(292)	36.3	55.8	7.9
	301만원~500만원	(259)	32.4	60.2	7.3
	501만원 이상	(167)	35.9	59.9	4.2
	무응답	(163)	39.9	50.3	9.8
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	37.4	55.1	7.4
	자격 정지 상태 의료급여	(5) (14)	20.0 42.9	80.0 50.0	7.1
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	34.8	57.1	8.1
	자주(12~14회)	(84)	35.7	54.8	9.5
	보통(6~11회)	(254)	37.5	56.6	6.0
	드물게(1~5회)	(400)	39.4	53.3	7.3
	이용 없음(0회)	(102)	34.9	56.6	8.5

- 타인의 신원을 도용하여 병원을 이용할 시 발생할 수 있는 문제점에 대한 설명 후, 건강보험 신원도용 방지를 위한 신분증 확인의 필요성을 재조사한 결과, 전체 응답자의 90.7%가 신분증 확인이 필요하다고 응답함.
 - 신분증 확인이 필요하다는 의견은 설명문을 읽어주기 전 75.8%에서 +14.9%p 증가한 결과로, 위험성 인지 후 필요하다는 인식이 높아짐을 알 수 있음.

[그림 5-6] 타인의 건강보험 신원도용 방지를 위한 진료환자의 신분증 확인 필요도

(단위: %)



□ 건강보험 신원 도용 방지 방안

○ 건강보험 신원도용 방지를 위한 가장 효과적인 방법

- 건강보험 도용 방지를 위한 가장 효과적인 방법은 ‘진료 접수 때 마다 신분증을 확인해야 한다’가 1순위로 꼽힘(42.7%).
 - 이어서 국가기관에서 새로운 신분 확인 수단을 마련해야 한다는 의견

(22.5%), 병원에서 접수 시 본인의 사진을 확인할 수 있는 시스템 구축 (19.5%) 등이 필요하다는 의견임.

- 반면, 지금으로도 충분하다는 의견은 12.7%로 낮음.
 - 그 밖에 기타 의견으로는 지문확인 시스템 구축, 접수 시마다 건강보험증 확인 등이 있음.
- 진료 접수 때마다 신분증 대조확인이 도용 방지를 위해 가장 효과적이라는 의견은 상대적으로 만 50세 이상의 고연령층(만 50~59세 49.5%, 만 60세 이상 53.7%), 고졸 이하(중졸 이하 56.9%, 고졸 45.4%), 월 평균 가구소득 100만원 이하(54.6%)에서 높게 나타남.
 - 국가기관에서 새로운 신분확인 수단 마련이 필요하다는 응답은 만39세 이하(만 19~29세 32.4%, 만 30~39세 31.9%)의 젊은 층에서 상대적으로 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났음.

〈표 5-20〉 건강보험 신원도용 방지를 위한 가장 효과적인 방법

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	접수시 신분증 확인	새로운 신분 수단 마련	접수 시 본인의 사진을 확인할 수 있는 시스템 구축	지금으로 도 충분	기타	잘 모르겠다
전체		(1,000)	42.7	22.5	19.5	12.7	2.1	0.5
성별	남자	(493)	41.2	22.7	18.7	14.6	2.4	0.4
	여자	(507)	44.2	22.3	20.3	10.8	1.8	0.6
연령대	만 19세~29세	(179)	32.4	32.4	23.5	10.1	1.1	0.6
	만 30세~39세	(191)	36.6	31.9	21.5	7.9	2.1	
	만 40세~49세	(214)	39.3	22.9	22.4	11.7	3.3	0.5
	만 50세~59세	(198)	49.5	18.7	15.7	14.6	1.0	0.5
	만 60세 이상	(218)	53.7	9.2	15.1	18.3	2.8	0.9
거주지	서울	(203)	39.9	22.2	21.7	12.3	3.4	0.5
	인천/경기	(291)	43.6	24.1	18.6	12.0	1.7	
	대전/충청/세종	(99)	35.4	27.3	18.2	16.2	2.0	1.0
	광주/전라	(105)	42.9	20.0	18.1	16.2	2.9	
	대구/경북	(104)	43.3	19.2	19.2	14.4	3.8	
	부산/울산/경남	(157)	48.4	19.1	21.0	10.2		1.3
최종 학력	강원/제주	(41)	43.9	29.3	17.1	7.3		2.4
	중졸이하	(161)	56.9	8.5	11.8	19.6	2.0	1.3
	고졸	(296)	45.4	14.5	23.7	14.5	1.3	0.7
	대학교 재학	(86)	30.2	32.6	19.8	15.1	1.2	1.2
	전문대학 졸업	(68)	36.8	32.4	17.6	10.3	2.9	
대학교 졸업 이상	(389)	38.8	30.3	19.5	8.5	2.8		
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	54.6	5.9	15.1	20.2	2.5	1.7
	101만원~300만원	(292)	41.8	21.2	20.2	14.7	2.1	
	301만원~500만원	(259)	40.5	30.1	19.7	8.1	1.5	
	501만원 이상	(167)	41.9	26.9	18.6	9.6	3.0	
	무응답	(163)	39.9	20.2	22.1	14.1	1.8	1.8
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	42.5	22.7	19.4	12.8	2.1	0.4
	자격 정지 상태	(5)	40.0	20.0	40.0			
	의료급여	(14)	57.1	7.1	21.4	7.1		7.1
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	41.0	23.6	16.1	17.4	1.9	
	자주(12~14회)	(84)	42.9	11.9	23.8	16.7	2.4	2.4
	보통(6~11회)	(254)	44.2	23.9	21.5	8.8	1.2	0.4
	드물게(1~5회)	(400)	43.0	23.4	19.1	11.8	2.8	
	이용 없음(0회)	(102)	40.6	22.6	17.9	15.1	1.9	1.9

○ 병원에 방문하기 전에 치료 과정이나 필요한 치료 등에 대해 사전 탐색을 한다는 응답은 47.1%, 하지 않는다는 응답은 40.8%로 나타남.

- 응답자 특성별로 살펴보면 주로 만 30~39세(61.8%), 만 40~49세(58.9%), 대학교 재학 이상(대학교 재학 53.5%, 전문대학 졸업 64.7%, 대학교 졸업 이상 55.0%)의 학력이 사전 탐색을 하는 경향을 보임.

〈표 5-21〉 병원 방문 전 치료 과정이나 필요한 치료 등에 대한 사전 탐색 정도

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	반반이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
전체		(1,000)	13.8	27.0	12.1	35.1	12.0
성별	남자	(493)	17.0	27.4	10.3	31.2	14.0
	여자	(507)	10.7	26.6	13.8	38.9	10.1
연령대	만 19세~29세	(179)	16.8	24.0	14.0	30.7	14.5
	만 30세~39세	(191)	9.9	17.8	10.5	45.5	16.2
	만 40세~49세	(214)	7.5	22.4	11.2	43.5	15.4
	만 50세~59세	(198)	14.1	27.8	13.6	34.3	10.1
	만 60세 이상	(218)	20.6	41.3	11.5	22.0	4.6
거주지	서울	(203)	12.3	25.1	14.8	35.0	12.8
	인천/경기	(291)	13.1	27.5	11.7	34.4	13.4
	대전/충청/세종	(99)	13.1	22.2	15.2	40.4	9.1
	광주/전라	(105)	15.2	33.3	10.5	32.4	8.6
	대구/경북	(104)	12.5	32.7	6.7	32.7	15.4
	부산/울산/경남	(157)	15.3	23.6	13.4	38.2	9.6
	강원/제주	(41)	22.0	26.8	7.3	29.3	14.6
최종 학력	중졸이하	(161)	26.1	39.2	12.4	18.3	3.9
	고졸	(296)	16.1	29.6	10.5	33.2	10.5
	대학교 재학	(86)	12.8	23.3	10.5	39.5	14.0
	전문대학 졸업	(68)	5.9	19.1	10.3	57.4	7.4
	대학교 졸업 이상	(389)	8.7	22.4	13.9	38.3	16.7
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	27.7	38.7	10.1	21.0	2.5
	101만원~300만원	(292)	11.6	28.1	10.3	36.3	13.7
	301만원~500만원	(259)	10.8	26.6	9.3	39.0	14.3
	501만원 이상	(167)	9.6	18.6	15.0	43.1	13.8
	무응답	(163)	16.6	25.8	18.4	28.8	10.4
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	13.6	26.7	12.2	35.5	12.0
	자격 정지 상태	(5)	20.0		20.0	20.0	40.0
	의료급여	(14)	28.6	57.1		14.3	
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	10.6	32.3	14.9	30.4	11.8
	자주(12~14회)	(84)	17.9	31.0	15.5	26.2	9.5
	보통(6~11회)	(254)	13.5	22.3	11.2	39.4	13.5
	드물게(1~5회)	(400)	13.8	25.6	10.8	37.9	11.8
	이용 없음(0회)	(102)	16.0	32.1	12.3	28.3	11.3

□ 과잉진료 경험

○ 병원에서 치료에 특별히 도움이 되지 않는 필요 이상의 서비스를 받은 적이 있다는 응답은 전체의 22.8%, 없다는 응답은 59.1%로 과잉 진료는 낮다고 인식하는 편임.

- 치료에 도움이 되지 않는 필요 이상의 서비스를 경험한 적이 있다는 응답은 만 40~49세(30.8%), 월 평균 가구 소득이 높을수록 상대적으로 높게 나타남.

〈표 5-22〉 주요 특징별 과잉 진료 경험

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	반반이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
전체		(1,000)	23.0	36.1	18.1	17.2	5.6
성별	남자	(493)	22.1	32.7	19.5	18.3	7.5
	여자	(507)	23.9	39.4	16.8	16.2	3.7
연령대	만 19세~29세	(179)	23.5	38.0	22.3	11.2	5.0
	만 30세~39세	(191)	15.7	38.2	20.4	19.4	6.3
	만 40세~49세	(214)	15.9	36.4	16.8	22.4	8.4
	만 50세~59세	(198)	28.8	32.3	17.7	16.7	4.5
	만 60세 이상	(218)	30.7	35.8	14.2	15.6	3.7
거주지	서울	(203)	22.7	33.5	17.2	20.7	5.9
	인천/경기	(291)	20.6	33.0	21.3	16.5	8.6
	대전/충청/세종	(99)	21.2	41.4	16.2	18.2	3.0
	광주/전라	(105)	26.7	39.0	15.2	16.2	2.9
	대구/경북	(104)	21.2	44.2	11.5	15.4	7.7
	부산/울산/경남	(157)	23.6	35.7	21.7	15.9	3.2
최종 학력	강원/제주	(41)	39.0	31.7	14.6	14.6	
	중졸이하	(161)	31.4	37.3	19.0	9.8	2.6
	고졸	(296)	26.3	33.9	15.8	17.1	6.9
	대학교 재학	(86)	18.6	40.7	25.6	12.8	2.3
	전문대학 졸업	(68)	13.2	33.8	17.6	27.9	7.4
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	19.8	36.8	18.0	19.3	6.2
	100만원이하	(119)	27.7	36.1	17.6	16.0	2.5
	101만원~300만원	(292)	22.3	35.6	19.9	15.4	6.8
	301만원~500만원	(259)	20.8	35.1	17.4	21.2	5.4
	501만원 이상	(167)	17.4	38.3	15.6	21.0	7.8
건강보험 가입 여부	무응답	(163)	30.1	36.2	19.0	11.0	3.7
	건강보험	(981)	22.7	36.2	18.1	17.3	5.6
	자격 정지 상태	(5)	40.0	20.0		40.0	
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	의료급여	(14)	35.7	35.7	21.4		7.1
	매우 자주(15회 이상)	(160)	22.4	32.3	19.3	18.0	8.1
	자주(12~14회)	(84)	31.0	39.3	16.7	8.3	4.8
	보통(6~11회)	(254)	21.5	36.7	17.5	19.1	5.2
	드물게(1~5회)	(400)	21.9	37.4	16.8	18.8	5.0
이용 없음(0회)	(102)	25.5	33.0	23.6	12.3	5.7	

○ 지난 한 해 병의원에 직접 지출한 비용

- 지난 한 해 병의원에 직접 지출한 비용은 평균 595,500원으로 나타남.
- 상대적으로 여자, 만 50세 이상의 고연령층, 중졸 이하, 월 평균 가구 소득이 100만원 이하의 저소득층, 501만원 이상의 고소득층, 전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도가 높을수록 지출 비용이 큰 편임.

〈표 5-23〉 지난 한 해 수진을 위해 병의원에 직접 지출한 비용

(단위: 명, 천원)

구 분	사례수 (명)	평균	중앙값	
전체	(836)	595.5	150.0	
성별	남자	(493)	576.0	100.0
	여자	(507)	615.1	150.0
연령대	만 19세~29세	(179)	481.2	100.0
	만 30세~39세	(191)	583.5	200.0
	만 40세~49세	(214)	564.0	100.0
	만 50세~59세	(198)	617.7	150.0
	만 60세 이상	(218)	741.9	200.0
거주지	서울	(203)	475.6	150.0
	인천/경기	(291)	614.6	145.0
	대전/충청/세종	(99)	664.9	100.0
	광주/전라	(105)	642.1	100.0
	대구/경북	(104)	608.0	165.0
	부산/울산/경남	(157)	640.1	150.0
	강원/제주	(41)	582.8	225.0
최종 학력	중졸이하	(153)	864.7	200.0
	고졸	(304)	494.4	120.0
	대학교 재학	(86)	477.1	100.0
	전문대학 졸업	(68)	764.5	135.0
월 평균 가구 소득	대학교 졸업 이상	(389)	585.2	150.0
	100만원이하	(119)	936.2	200.0
	101만원~300만원	(292)	514.9	100.0
	301만원~500만원	(259)	521.8	200.0
	501만원 이상	(167)	857.7	250.0
건강보험 가입 여부	무응답	(163)	290.8	100.0
	건강보험	(981)	602.4	150.0
	자격 정지 상태	(5)	37.5	15.0
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	의료급여	(14)	211.1	120.0
	매우 자주(15회 이상)	(161)	1345.8	555.0
	자주(12~14회)	(84)	920.2	300.0
	보통(6~11회)	(251)	675.9	250.0
	드물게(1~5회)	(398)	368.1	100.0
이용 없음(0회)	(106)	0.0	0.0	

○ 지난 한 해 과잉/부당 청구 비율

- 과잉 또는 부당을 경험한 응답자에서의 비율을 최대 비율로 하고 전체 응답자 천명에 대한 비율을 최소 비율로 정의하여 범위 값을 추정함.
- 지난 한 해 사용한 의료비 중 과잉지출 되었다고 생각하는 비율은 6.34%에서 8.42% 수준으로 인식하고 있었음.
- 또한 전체 의료비 중에서 공급자에 부당한 의도로 지출되었다고 생각하는 비율은 최소 2.98%에서 최대 3.96%로 응답하였음.
- 연령이 낮을수록 과잉과 부당비율로 인식하는 의료비의 비중이 높았으며, 서울지역에 거주하는 사람일수록 본인이 지출하는 의료비 중에 과잉 및 부당에 의한 지출이 많다고 인지하고 있음.

〈표 5-24〉 지난 한 해 과잉/부당비율

(단위: 명, %)

구 분		사례수 (명)	최대값		최소값	
			과잉비율	부당비율	과잉비율	부당비율
전체		(1,000)	8.42	3.96	6.34	2.98
성별	남자	(493)	9.50	4.66	6.82	3.35
	여자	(507)	7.46	3.34	5.87	2.63
연령대	만 19세~29세	(179)	11.67	5.16	8.80	3.89
	만 30세~39세	(191)	10.73	5.55	8.65	4.48
	만 40세~49세	(214)	7.99	4.10	6.42	3.29
	만 50세~59세	(198)	6.42	3.01	4.44	2.09
	만 60세 이상	(218)	5.53	2.02	3.93	1.44
거주지	서울	(203)	10.46	4.31	7.57	3.12
	인천/경기	(291)	9.94	5.08	7.41	3.79
	대전/충청/세종	(99)	6.52	2.78	5.20	2.22
	광주/전라	(105)	7.03	4.82	4.89	3.35
	대구/경북	(104)	7.95	2.94	6.27	2.32
	부산/울산/경남	(157)	6.63	3.17	5.07	2.42
	강원/제주	(41)	4.86	1.51	4.15	1.29
최종 학력	중졸이하	(161)	5.44	1.86	3.63	1.24
	고졸	(296)	7.72	3.09	5.56	2.22
	대학교 재학	(86)	11.65	5.09	9.21	4.02
	전문대학 졸업	(68)	9.86	5.80	7.40	4.35
	대학교 졸업 이상	(389)	8.94	4.71	7.19	3.79
월 평균 가구 소득	100만원이하	(119)	6.79	1.30	4.62	.88
	101만원~300만원	(292)	8.62	4.82	6.88	3.85
	301만원~500만원	(259)	7.73	4.08	6.15	3.24
	501만원 이상	(167)	8.08	3.20	6.71	2.66
	무응답	(163)	10.05	3.88	5.61	2.17
건강보험 가입 여부	건강보험	(981)	8.52	4.02	6.44	3.04
	자격 정지 상태	(5)	0.00	0.00	0.00	0.00
	의료급여	(14)	2.22	0.00	1.43	0.00
전년도 병의원 외래 서비스 이용 빈도	매우 자주(15회 이상)	(160)	8.99	4.83	7.48	4.02
	자주(12~14회)	(84)	4.92	1.56	3.75	1.19
	보통(6~11회)	(254)	9.08	4.00	7.88	3.47
	드물게(1~5회)	(400)	8.43	4.05	7.14	3.43
	이용 없음(0회)	(102)	0.00	0.00	0.00	0.00

제2절 재외국민 인식조사

1. 조사개요

□ 조사 목적 및 대상

○ 조사 목적 : 해외 거주 교민의 의료보장 유형 및 국내의료이용 형태 분석을 위한 기초 자료 마련을 목적으로 함.

- 재외국민의 국내 건강보험의 명의도용문제는 과거부터 지속적으로 지적되고 있음.
- 본 조사는 해외에 거주하고 있는 재외국민의 의료보장 유형을 살펴보고, 국내의료 이용실태와 이용방법에 대한 자료수집 및 분석을 통해 효율적인 정책 대안을 제시하는데 의의가 있음.

○ 조사 대상 : 해외거주 교민(LA 지역) 19세 이상 성인 남녀

- 수집된 설문지를 점검하여 중요문항이 누락된 케이스를 일부 제외하여 최종 978명을 대상으로 분석함.
- 본 조사의 특성상 국내전문 조사업체 및 연구진이 직접 관리하는 것이 현실적으로 가능하지 않기 때문에 조사항목별로 누락된 케이스가 발생하였음.
- 하지만 조사 진행 과정상 많은 어려움으로 이와 유사한 조사가 진행되지 못하였던 점을 극복하고 진행한 조사 자체가 가지고 있는 의미를 고려하여 본 보고서에서는 분석가능한 모든 정보를 활용하여 분석하고자 함.

□ 조사 일정 및 방법

○ 조사표 개발

- 초안작성: 2014년 6월 1주 ~ 2014년 3주
- 주요 문헌을 참고하여 연구진이 초안 작성 후 관계 전문가의 검토를 통해 설문 초안을 확정
- 최종확정: 2014년 4주

- 작성된 설문문항을 바탕으로 현지 교민과 확인 후 최종설문지를 작성하였음.

○ 현지 조사 수행 대상 섭외 및 조사 진행방향 논의

- 2014년 7월(LA 현지 방문을 통해 조사 대상 및 설문내용 협의)

○ 본조사 실시 : 2014년 08월 ~ 2014년 10월

○ 조사방법 :

- 한인회 소속 재외국민을 주요 설문 조사 수행자로 선정하여 직접 면접조사를 수행
- 한인회를 통해 수집된 전자메일 주소를 통해 온라인 조사를 병행하여 실시하였음.
- 중복 설문을 방지하기 위해 이메일을 기입하여 중복여부를 검토하였음.

□ 조사항목

- 의료보장유형
- 한국 건강보험제도에 대한 인지
- 한국에서의 의료 서비스 이용 경험
 - 의료서비스 이용에 따른 지불방법
- 타인의 건강보험 정보 부당이용에 대한 인지
- 한국에서 의료이용 발생시 대처 방안
- 일반적 특성 등

□ 조사의 한계 및 의의

- 해외에 거주하고 있는 재외국민을 대상으로 진행한 인식조사는 정확한 모집단의 추정할 수 없고 이에 따라서 과학적인 표본설계가 현실적으로 어려움.
 - 조사 인원과 조사 수행기관의 확보가 상대적으로 어려우며, 조사 지역이 광범위하여 비용이 많이 소요된다는 단점이 있음.

- 따라서, 재외국민을 대상으로 하는 조사는 공항에서 입출국하는 사람을 대상으로 수행하는 등의 방법으로 수행되고 있음.
 - 하지만 이러한 점은 한국에 방문하였다는 경제적 특징과 사회적 배경에서 조사대상자간에 동일한 특성을 공유할 확률이 높음.
 - 본 조사 또한 현실적인 문제로 여러 국가에 거주하고 있는 재외국민을 대상으로 모집단을 선정한 조사를 수행하지 못하여, 특정지역에 한정지어 조사를 진행하였음.
 - 이러한 점은 본 조사의 결과를 모수로 추정할 수 없다는 한계를 가지고 있음.
- 하지만 본 조사는 가능한 자원을 최대한 활용하여 특정 지역에 거주한 교민을 대상으로 설문조사를 실시함으로써, 조사 대상자의 인구학적, 사회경제적 특성을 다양하게 구성하기 위해 노력함.
- 따라서 본조사는 기존 재외국민을 대상으로 하는 조사의 한계점을 최대한 극복하고자 하였으며 현황 파악과 정책 대안 마련의 기초자료로 활용하고자 했다는 점에서 중요한 의의를 가짐.

2. 조사결과

- 재외 국민의 국내 의료서비스 이용현황 및 건강보험증 부당사용에 대한 현황 분석을 위한 본 조사는 조사 완료된 978명을 대상으로 분석을 진행하였음.
- 전체 응답자의 52%는 민간보험의 적용을 받고 있다고 응답하였으며, 공보험은 31.1%, 무보험자는 16.9%의 비율임.
 - 전체 남성 응답자중 공보험에 적용을 받고 있다는 응답은 33.4%, 여성은 29.2%이고 무보험자의 비율은 남성이 14.5%, 여성이 18.8%로 여성이 다소 높았음
- 현재 초과 급여를 보장받고 있다고 응답한 사람은 절반이 안되는 43.2%이고 남성 보장률은 여성의 보장률보다 상대적으로 높았음.
- 주요 거주기간은 남성이 여성보다 상대적으로 길었으며, 한국 방문 횟수 역시 남성이 여성보다 조금 많은 것으로 나타남.

〈표 5-25〉 대외 국민 인식조사 설문 참여자의 일반적 특징

(단위: 명 (%))

구 분	남성	여성	계	구 분	남성	여성	계
20대	41 (10.4)	40 (7.9)	81 (9.0)	공보험	138 (33.4)	152 (29.2)	290 (31.1)
30대	62 (15.7)	76 (15.0)	138 (15.3)	민간보험	215 (52.1)	270 (51.9)	485 (52.0)
40대	78 (19.7)	120 (23.7)	198 (22.0)	무보험	60 (14.5)	98 (18.8)	158 (16.9)
50대	75 (19.0)	133 (26.3)	208 (23.1)	계	413 (100.0)	520 (100.0)	933 (100.0)
60대	62 (15.7)	73 (14.4)	135 (15.0)	10년미만	65 (16.6)	90 (18.3)	155 (17.5)
70대 이상	77 (19.5)	64 (12.6)	141 (15.6)	10년이상~2 0년 미만	123 (31.5)	159 (32.3)	282 (31.9)
계	395 (100.0)	506 (100.0)	901 (100.0)	20년이상~3 0년 미만	83 (21.2)	110 (22.3)	193 (21.8)
중졸이하	5 (1.2)	12 (2.3)	17 (1.8)	30년이상~4 0년 미만	81 (20.7)	106 (21.5)	187 (21.2)
고졸	51 (12.3)	89 (17.4)	140 (15.1)	40년 이상	39 (10.0)	28 (5.7)	67 (7.6)
대학교 재학	31 (7.5)	47 (9.2)	78 (8.4)	계	391 (100.0)	493 (100.0)	884 (100.0)
전문대학 졸업	25 (6.0)	49 (9.6)	74 (8.0)	없음	41 (9.8)	65 (12.3)	106 (11.2)
대학교 졸업	187 (45.0)	259 (50.6)	446 (48.1)	1~2회	97 (23.1)	128 (24.2)	225 (23.7)
대학원졸 이상	117 (28.1)	56 (10.9)	173 (18.6)	3~4회	94 (22.4)	131 (24.7)	225 (23.7)
계	416 (100.0)	512 (100.0)	928 (100.0)	5~6회	30 (7.1)	54 (10.2)	84 (8.8)
치과 보장	173 (46.4)	183 (40.6)	356 (43.2)	7~8회	52 (12.4)	59 (11.7)	111
치과 미보장	200 (53.6)	268 (59.4)	468 (56.8)	9회 이상	106 (25.2)	93 (20.9)	199
계	373 (100.0)	451 (100.0)	824 (100.0)	계	420 (100.0)	530 (100.0)	950

□ 미국 건강보험제도에 대한 만족도

○ 전체의 42.8%(매우 만족, 7.1%, 만족 35.7%)가 미국의 건강보험제도에 대해 만족하고 있는 반면 무보험자(매우 불만족 17.8%, 불만족 50.7%)의 경우 공보험 또는 민간보험 가입자에 비해 건강보험제도에 불만을 가지고 있었음.

- 상대적으로 미국의 공보험인 Medicaid와 Medicaid 대상자의 경우 미국의 건강보험제도에 대해서 높은 만족도를 보이고 있음.

- 또한 체류기간이 10년 미만이 되는 사람들이 미국의 건강보험제도에 대해 불만을 느낀다고 대답하였음(매우 불만족 7.1%, 불만족 42.5%).

〈표 5-26〉 미국의 건강보험제도에 대한 만족도

(단위: 명(%))

구 분	매우만족	만족	보통	불만족	매우 불만족	계
남성	30 (7.8)	148 (38.3)	95 (24.6)	93 (24.1)	20 (5.2)	386 (100.0)
여성	29 (6.1)	170 (36.0)	102 (21.6)	136 (28.8)	35 (7.4)	472 (100.0)
계	59 (6.9)	318 (37.1)	197 (23.0)	229 (26.7)	55 (6.4)	858 (100.0)
공보험	38 (13.0)	149 (51.0)	51 (17.5)	35 (12.0)	19 (6.5)	292 (100.0)
민간보험	21 (4.2)	167 (33.7)	128 (25.9)	156 (31.5)	23 (4.6)	495 (100.0)
무보험	1 (1.4)	3 (4.1)	19 (26.0)	37 (50.7)	13 (17.8)	73 (100.0)
계	60 (7.0)	319 (37.1)	198 (23.0)	228 (26.5)	55 (6.4)	860 (100.0)
30대 이하	7 (3.7)	40 (20.9)	68 (35.6)	58 (30.4)	18 (9.4)	191 (100.0)
40~50대	14 (3.9)	113 (31.6)	85 (23.7)	123 (34.4)	23 (6.4)	358 (100.0)
60대 이상	39 (15.0)	135 (51.9)	36 (13.8)	38 (14.6)	12 (4.6)	260 (100.0)
계	60 (7.4)	288 (35.6)	189 (23.4)	219 (27.1)	53 (6.6)	809 (100.0)
10년미만	2 (1.6)	28 (22.0)	34 (26.8)	54 (42.5)	9 (7.1)	127 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	11 (4.5)	54 (22.0)	68 (27.6)	86 (35.0)	27 (11.0)	246 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	10 (5.7)	78 (44.3)	37 (21.0)	43 (24.4)	8 (4.5)	176 (100.0)
30년이상	33 (13.6)	123 (50.6)	45 (18.5)	33 (13.6)	9 (3.7)	243 (100.0)
계	56 (7.1)	283 (35.7)	184 (23.2)	216 (27.3)	53 (6.7)	792 (100.0)

- 한국건강보험제도에 대해서는 27.4% (매우 잘 알고 있다 8.4%, 잘 알고 있다 19.0%)가 알고 있다고 응답하여, 한국 제도에 대한 재외국민의 인지 수준이 낮음.
- 여성(매우 잘 알고 있다 7.4%, 잘 알고 있다 16.4%)보다 남성(매우 잘 알고 있다 9.7%, 잘 알고 있다 22.2%)이 한국의 건강보험제도에 대해서 알고 있다고

응답하였으며, 미국 현지에서 공보험/민간보험 가입자가 무보험자에 비해 인지 수준이 높음.

- 연령별로는 60세 이상 집단(매우 잘 알고 있다 3.7%, 잘 알고 있다 9.2%)이 서 한국건강보험제도에 대해서 알고 있다고 응답하였으며 이는 다른 연령대에 비해 높은 수준임.

〈표 5-27〉 한국의 건강보험제도에 대한 인지

(단위: 명(%))

구 분	매우 잘 알고 있다	잘 알고 있다	중간	잘모른다	전혀 모른다	계
남성	40 (9.7)	92 (22.2)	45 (10.9)	176 (42.5)	61 (14.7)	414 (100.0)
여성	39 (7.4)	86 (16.4)	59 (11.3)	240 (45.8)	100 (19.1)	524 (100.0)
계	79 (8.4)	178 (19.0)	104 (11.1)	416 (44.3)	161 (17.2)	938 (100.0)
공보험	24 (8.1)	50 (16.9)	17 (5.8)	138 (46.8)	66 (22.4)	295 (100.0)
민간보험	41 (8.2)	104 (20.9)	67 (13.5)	212 (42.7)	73 (14.7)	497 (100.0)
무보험	14 (9.5)	22 (15.0)	21 (14.3)	69 (46.9)	21 (14.3)	147 (100.0)
계	79 (8.4)	176 (18.7)	105 (11.2)	419 (44.6)	160 (17.0)	939 (100.0)
30대 이하	35 (16.4)	40 (18.8)	66 (31.0)	54 (25.4)	18 (8.5)	213 (100.0)
40~50대	32 (7.9)	83 (20.6)	33 (8.2)	191 (47.4)	64 (15.9)	403 (100.0)
60대 이상	10 (3.7)	25 (9.2)	4 (1.5)	161 (59.2)	72 (26.5)	272 (100.0)
계	77 (8.7)	148 (16.7)	103 (11.6)	406 (45.7)	154 (17.3)	888 (100.0)
10년미만	20 (13.2)	41 (27.2)	30 (19.9)	52 (34.4)	8 (5.3)	151 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	35 (12.6)	65 (23.5)	44 (15.9)	101 (36.5)	32 (11.6)	277 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	12 (6.3)	22 (11.5)	14 (7.3)	99 (51.8)	44 (23.0)	191 (100.0)
30년이상	7 (2.8)	18 (7.1)	8 (3.2)	147 (58.3)	72 (28.6)	252 (100.0)
계	74 (8.5)	146 (16.8)	96 (11.0)	399 (45.8)	156 (17.9)	871 (100.0)

□ 6개월 이상 한국 내 거주시 건강보험료를 납부하고 건강보험제도를 이용할 수 있는 제도의 인지 여부에 대해서는 절반 이상(전혀 모른다 17.2%, 잘모른다 44.3%)이 모른다고 응답하였음.

○ 한국 건강보험을 이용할 수 있는 제도에 대해서 남성이 여성에 비해 상대적으로 인지하고 있다는 응답이 많았으며, 미국 공보험 및 민간보험 가입자가 무보험자에 비해 본 제도에 대한 인식률이 높았음.

〈표 5-28〉 한국 건강보험 이용에 대한 인지

(단위: 명(%))

구 분	매우 잘 알고 있다	잘 알고 있다	중간	잘 모른다	전혀 모른다	계
남성	34 (8.2)	81 (19.5)	72 (17.3)	169 (40.7)	59 (14.2)	415 (100.0)
여성	30 (5.7)	99 (18.8)	57 (10.8)	243 (46.2)	97 (18.4)	526 (100.0)
계	64 (6.8)	180 (19.1)	129 (13.7)	412 (43.8)	156 (16.6)	941 (100.0)
공보험	21 (7.1)	54 (18.2)	27 (9.1)	138 (46.5)	57 (19.2)	297 (100.0)
민간보험	29 (5.8)	100 (20.1)	81 (16.3)	212 (42.6)	76 (15.3)	498 (100.0)
무보험	12 (8.1)	25 (16.8)	23 (15.4)	67 (45.0)	22 (14.8)	149 (100.0)
계	62 (6.6)	179 (19.0)	131 (13.9)	417 (44.2)	155 (16.4)	944 (100.0)
30대 이하	30 (14.1)	29 (13.6)	64 (30.0)	67 (31.5)	23 (10.8)	213 (100.0)
40~50대	23 (5.7)	92 (22.7)	44 (10.9)	177 (43.7)	69 (17.0)	405 (100.0)
60대 이상	8 (2.9)	34 (12.5)	17 (6.2)	158 (57.9)	56 (20.5)	273 (100.0)
계	61 (6.8)	155 (17.4)	125 (14.0)	402 (45.1)	148 (16.6)	891 (100.0)
10년미만	11 (7.3)	33 (21.9)	32 (21.2)	61 (40.4)	14 (9.3)	151 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	33 (11.9)	71 (25.6)	51 (18.4)	87 (31.4)	35 (12.6)	277 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	9 (4.7)	24 (12.6)	17 (8.9)	104 (54.5)	37 (19.4)	191 (100.0)
30년이상	6 (2.4)	25 (9.8)	19 (7.5)	140 (54.9)	65 (25.5)	255 (100.0)
계	59 (6.8)	153 (17.5)	119 (13.6)	392 (44.9)	151 (17.3)	874 (100.0)

□ 한국에서의 의료 이용 경험

○ 본 조사에 응답한 사람 중 23.8%(224명)는 한국에서 의료이용을 한 적이 있다고 응답하였으며 남성(19.6%)보다는 여성(27.2%)이, 공보험 가입자(15.0%) 보다는 민간보험(27.4%) 및 무보험 가입자(27.3%)의 응답비율이 상대적으로 높았음.

- 주요 이용과목으로는 건강검진(4.6%), 치과(4.3%), 내과(3.2%) 순서임.

- 특히 무보험자의 경우 치과의 이용비율(7.5%)이 상대적으로 높았으며, 공보험의 경우 건강검진을 이용한 비율(4.7%)이 높음.
- 무보험자의 경우 한국에서의 의료서비스 이용비율이 민간보험가입자와 큰 차이를 보이지 않지만, 더 많은 진료과목을 이용하고 있는 것으로 응답하였음.

〈표 5-29〉 한국에서 의료이용 경험과 이용한 주요 과목 현황

(단위: 명(%))

구 분	전체	있음	이용 과목						
			건강검진	치과	내과	외과	안과	성형외과	기타
남성	418 (100.0)	82 (19.6)	14 (3.3)	10 (2.4)	11 (2.6)	8 (1.9)	7 (1.6)	3 (0.7)	2 (0.5)
여성	522 (100.0)	142 (27.2)	30 (5.6)	31 (5.8)	20 (3.8)	15 (2.8)	11 (2.1)	9 (1.7)	8 (1.5)
계	940 (100.0)	224 (23.8)	44 (4.6)	41 (4.3)	31 (3.2)	23 (2.4)	18 (1.9)	12 (1.3)	10 (1.0)
공보험	293 (100.0)	44 (15.0)	14 (4.7)	9 (3.0)	8 (2.7)	5 (1.7)	6 (2.0)	4 (1.3)	4 (1.3)
민간보험	496 (100.0)	136 (27.4)	20 (4.0)	19 (3.8)	12 (2.4)	10 (2.0)	5 (1.0)	5 (1.0)	4 (0.8)
무보험	150 (100.0)	41 (27.3)	10 (6.3)	12 (7.5)	11 (6.9)	8 (5.0)	7 (4.4)	3 (1.9)	2 (1.3)
계	939 (100.0)	221 (23.5)	44 (4.6)	40 (4.2)	31 (3.2)	23 (2.4)	18 (1.9)	12 (1.3)	10 (1.0)
30대 이하	213 (100.0)	69 (32.4)	11 (5.0)	16 (7.3)	10 (4.5)	6 (2.7)	7 (3.2)	3 (1.4)	1 (0.5)
40~50대	403 (100.0)	109 (27.0)	26 (6.4)	18 (4.4)	13 (3.2)	12 (2.9)	6 (1.5)	9 (2.2)	7 (1.7)
60대 이상	274 (100.0)	40 (14.6)	7 (2.5)	5 (1.8)	7 (2.5)	4 (1.4)	4 (1.4)	0 (0.0)	2 (0.7)
계	890 (100.0)	218 (24.5)	44 (4.9)	39 (4.3)	30 (3.3)	22 (2.4)	17 (1.9)	12 (1.3)	10 (1.1)
10년미만	150 (100.0)	54 (36.0)	8 (5.2)	8 (5.2)	3 (1.9)	4 (2.6)	5 (3.2)	2 (1.3)	2 (1.3)

구 분	전체	있음	이용 과목						
			건강 검진	치과	내과	외과	안과	성형 외과	기타
10년이상~ 20년 미만	278 (100.0)	88 (31.7)	19 (6.7)	20 (7.1)	17 (6.0)	13 (4.6)	9 (3.2)	4 (1.4)	4 (1.4)
20년이상~ 30년 미만	191 (100.0)	44 (23.0)	12 (6.2)	9 (4.6)	7 (3.6)	2 (1.0)	4 (2.1)	3 (1.5)	2 (1.0)
30년이상	255 (100.0)	34 (13.3)	5 (1.9)	3 (1.2)	2 (0.8)	4 (1.6)	0 (0.0)	3 (1.2)	1 (0.4)
계	874 (100.0)	220 (25.2)	44 (5.0)	40 (4.5)	29 (3.3)	23 (2.6)	18 (2.0)	12 (1.4)	9 (1.0)

○ 한국에서 의료보험을 이용하였을 경우 의료비 방법에 대해서는 전액 본인 부담이 가장 큰 비중(57.3%)을 차지하였으나 일부(5.9%)는 주변의 건강보험 신원 정보를 이용해 진료비를 부담하였다고 응답하였음.

- 특히 미국 민간보험 가입자가 주변 지인의 건강보험 자격 정보를 이용해 의료비를 부담하였다고 응답한 비율(9.8%)이 높게 나타남.
- 또한 연령이 어릴수록, 거주기간이 짧을수록 다른 사람의 건강보험 자격정보를 이용해 의료이용을 하였다는 응답이 높았는데 이는 비교적 관련 정보의 접근성이 높기 때문으로 추측할 수 있음.

〈표 5-30〉 진료비부담 방법

(단위: 명(%))

구 분	전액본인 부담	건강보험료를 납부하고 건강보험 이용	주변 지인의 건강보험 자격 정보로	본인이 가입한 민간보험	기타	계
남성	45 (56.3)	23 (28.8)	1 (1.3)	9 (11.3)	2 (2.5)	80 (100.0)
여성	81 (57.9)	36 (25.7)	12 (8.6)	7 (5.0)	4 (2.9)	140 (100.0)
계	126 (57.3)	59 (26.8)	13 (5.9)	16 (7.3)	6 (2.7)	220 (100.0)
공보험	30 (68.2)	12 (27.3)	0 (0.0)	2 (4.5)	0 (0.0)	44 (100.0)
민간보험	74 (55.6)	27 (20.3)	13 (9.8)	14 (10.5)	5 (3.8)	133 (100.0)
무보험	18 (45.0)	20 (50.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	40 (100.0)
계	122 (56.2)	59 (27.2)	13 (6.0)	17 (7.8)	6 (2.8)	217 (100.0)

구 분	전액본인 부담	건강보험료를 납부하고 건강보험 이용	주변 지인의 건강보험 자격 정보로	본인이 가입한 민간보험	기타	계
30대 이하	31 (44.9)	26 (37.7)	6 (8.7)	5 (7.2)	1 (1.4)	69 (100.0)
40~50대	66 (62.3)	24 (22.6)	6 (5.7)	6 (5.7)	4 (3.8)	106 (100.0)
60대 이상	28 (71.8)	8 (20.5)	0 (0.0)	2 (5.1)	1 (2.6)	39 (100.0)
계	125 (58.4)	58 (27.1)	12 (5.6)	13 (6.1)	6 (2.8)	214 (100.0)
10년미만	12 (22.6)	28 (52.8)	4 (7.5)	8 (15.1)	1 (1.9)	53 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	53 (61.6)	21 (24.4)	5 (5.8)	5 (5.8)	2 (2.3)	86 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	33 (75.0)	5 (11.4)	3 (6.8)	2 (4.5)	1 (2.3)	44 (100.0)
30년이상	24 (72.7)	5 (15.2)	1 (3.0)	1 (3.0)	2 (6.1)	33 (100.0)
계	122 (56.5)	59 (27.3)	13 (6.0)	16 (7.4)	6 (2.8)	216 (100.0)

○ 앞서 한국에서 의료서비스를 이용한 경험이 있는 사람 중 의료 서비스 이용을 목적으로 방문한 적이 있는지의 경험에 대해서 38%(전체 대상자의 중 약 8%)가 의료서비스 이용을 목적으로 한국에 방문하였다고 응답하였음.

- 여성의 의료이용 목적으로 방문한 경우(43.2%)가 남성(28.8%)에 비해 많았으며, 연령이 높을수록, 거주기간이 20-30년 미만시 비중이 높은 것을 조사되었음.
- 의료서비스 이용을 목적으로 방문하였을 경우 의료비 부담방법에 대해서는 본인이 전액 부담한다는 비율(55.6%)이 가장 많음.
 - 미국 민간 보험 가입자의 경우 타인의 건강보험 자격정보를 이용해 의료비를 부담하였다는 비율(13.9%)이 상대적으로 높았음.

〈표 5-31〉 의료이용을 목적으로 한국 방문시 의료비 부담 방법

(단위: 명(%))

구 분	있다					
		전액본인 부담	건강보험료를 납부하고 건강보험 이용	주변 지인의 건강보험 정보로	본인이 가입한 민간보험	기타
남성	23 (28.8)	12 (54.5)	6 (27.3)	0 (0.0)	4 (18.2)	0 (0.0)
여성	60 (43.2)	33 (55.9)	15 (25.4)	6 (10.2)	3 (5.1)	2 (3.4)
계	83 (37.9)	45 (55.6)	21 (25.9)	6 (7.4)	7 (8.6)	2 (2.5)
공보험	24 (54.5)	15 (62.5)	4 (16.7)	1 (4.2)	4 (16.7)	0 (0.0)
민간보험	38 (28.4)	22 (61.1)	6 (16.7)	5 (13.9)	3 (8.3)	0 (0.0)
무보험	20 (51.3)	7 (35.0)	11 (55.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.0)
계	82 (37.8)	44 (55.0)	21 (26.3)	6 (7.5)	7 (8.8)	2 (2.5)
30대 이하	22 (31.9)	7 (31.8)	9 (40.9)	3 (13.6)	2 (9.1)	1 (4.5)
40~50대	43 (39.4)	25 (61.0)	10 (24.4)	2 (4.9)	3 (7.3)	1 (2.4)
60대 이상	15 (41.7)	12 (80.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
계	80 (37.4)	44 (56.4)	20 (25.6)	5 (6.4)	7 (9.0)	2 (2.6)
10년미만	16 (30.8)	1 (6.7)	8 (53.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	2 (13.3)
10년이상~20년 미만	35 (40.2)	20 (58.8)	10 (29.4)	2 (5.9)	2 (5.9)	0 (0.0)
20년이상~30년 미만	19 (45.2)	14 (73.7)	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	0 (0.0)
30년이상	11 (32.4)	8 (72.7)	1 (9.1)	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)
계	81 (37.7)	43 (54.4)	21 (26.6)	6 (7.6)	7 (8.9)	2 (2.5)

- 한국의 의료서비스 이용을 목적으로 방문한 재외국민 중 70% 이상(매우 만족 39.0%, 만족 38.0%)이 한국의 의료서비스에 만족하고 있었으며, 인구학적 특성에 따른 차이는 없었음.

〈표 5-32〉 한국 의료서비스의 만족도

(단위: 명(%))

구 분	매우만족	만족	보통	불만족	매우 불만족	계
남성	30 (41.7)	26 (36.1)	12 (16.7)	4 (5.6)	0 (0.0)	72 (100.0)
여성	50 (37.6)	52 (39.1)	23 (17.3)	6 (4.5)	2 (1.5)	133 (100.0)
계	80 (39.0)	78 (38.0)	35 (17.1)	10 (4.9)	2 (1.0)	205 (100.0)
공보험	19 (46.3)	14 (34.1)	6 (14.6)	2 (4.9)	0 (0.0)	41 (100.0)
민간보험	46 (37.7)	48 (39.3)	21 (17.2)	5 (4.1)	2 (1.6)	122 (100.0)
무보험	14 (36.8)	17 (44.7)	4 (10.5)	3 (7.9)	0 (0.0)	38 (100.0)
계	79 (39.3)	79 (39.3)	31 (15.4)	10 (5.0)	2 (1.0)	201 (100.0)
30대 이하	27 (43.5)	26 (41.9)	7 (11.3)	2 (3.2)	0 (0.0)	62 (100.0)
40~50대	40 (39.2)	40 (39.2)	17 (16.7)	4 (3.9)	1 (1.0)	102 (100.0)
60대 이상	12 (33.3)	11 (30.6)	11 (30.6)	2 (5.6)	0 (0.0)	36 (100.0)
계	79 (39.5)	77 (38.5)	35 (17.5)	8 (4.0)	1 (0.5)	200 (100.0)
10년미만	22 (45.8)	15 (31.3)	7 (14.6)	4 (8.3)	0 (0.0)	48 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	30 (36.6)	37 (45.1)	14 (17.1)	1 (1.2)	0 (0.0)	82 (100.0)
20년이상 ~30년 미만	18 (42.9)	13 (31.0)	6 (14.3)	3 (7.1)	2 (4.8)	42 (100.0)
30년이상	9 (31.0)	12 (41.4)	6 (20.7)	2 (6.9)	0 (0.0)	29 (100.0)
계	79 (39.3)	77 (38.3)	33 (16.4)	10 (5.0)	2 (1.0)	201 (100.0)

□ 한국 의료서비스의 장점

○ 한국의료서비스에 대한 장점으로는 비용이 저렴하다는 의견(67.3%)이 가장 많았는데, 한국의 건강보험을 적용받지 않고도 미국에 비해 저렴하다는 의견(비용이 저렴하다는 응답 중 58.7%)이 상대적으로 높았음.

- 건강보험 미적용에도 미국보다 저렴하다는 의견은 특히 민간보험 가입자(61.8%)에게서 높게 응답되었음.

○ 다음으로는 의료수준이 높다와 언어소통이 편하다는 순으로 응답하였는데, 특히 고연령층에서 언어소통이 편하다는 비율이 상대적으로 높게 나타났음.

〈표 5-33〉 한국 의료서비스의 장점

(단위: 명(%))

구 분	비용이 저렴함				의료수준이 높음	언어적 소통이 편함	기타	계
		건강보험 적용 직접 부담 낮음	건강보험 미적용에도 미국보다 저렴	기타				
남성	49 (65.3)	24 (49.0)	24 (49.0)	1 (2.0)	13 (17.3)	13 (17.3)	0 (0.0)	75 (100.0)
여성	93 (68.4)	31 (34.8)	57 (64.0)	1 (1.1)	23 (16.9)	15 (11.0)	5 (3.7)	136 (100.0)
계	142 (67.3)	55 (39.9)	81 (58.7)	2 (1.4)	36 (17.1)	28 (13.3)	5 (2.4)	211 (100.0)
공보험	27 (64.3)	11 (42.3)	15 (57.7)	0 (0.0)	6 (14.3)	9 (21.4)	0 (0.0)	42 (100.0)
민간보험	91 (71.7)	32 (36.0)	55 (61.8)	2 (2.2)	18 (14.2)	14 (11.0)	4 (3.1)	127 (100.0)
무보험	22 (56.4)	14 (63.6)	8 (36.4)	0 (0.0)	11 (28.2)	5 (12.8)	1 (2.6)	39 (100.0)
계	140 (67.3)	57 (41.6)	78 (56.9)	2 (1.5)	35 (16.8)	28 (13.5)	5 (2.4)	208 (100.0)
30대 이하	45 (66.2)	25 (56.8)	18 (40.9)	1 (2.3)	13 (19.1)	7 (10.3)	3 (4.4)	68 (100.0)
40~50대	69 (68.3)	21 (31.3)	45 (67.2)	1 (1.5)	18 (17.8)	12 (11.9)	2 (2.0)	101 (100.0)
60대 이상	23 (63.9)	6 (27.3)	16 (72.7)	0 (0.0)	5 (13.9)	8 (22.2)	0 (0.0)	36 (100.0)
계	137 (66.8)	52 (39.1)	79 (59.4)	2 (1.5)	36 (17.6)	27 (13.2)	5 (2.4)	205 (100.0)
10년미만	31 (60.8)	19 (65.5)	10 (34.5)	0 (0.0)	11 (21.6)	8 (15.7)	1 (2.0)	51 (100.0)
10년이상~20년 미만	60 (71.4)	22 (37.3)	35 (59.3)	2 (3.4)	15 (17.9)	8 (9.5)	1 (1.2)	84 (100.0)
20년이상~30년 미만	25 (61.0)	8 (32.0)	17 (68.0)	0 (0.0)	7 (17.1)	7 (17.1)	2 (4.9)	41 (100.0)
30년이상	23 (74.2)	5 (22.7)	17 (77.3)	0 (0.0)	3 (9.7)	4 (12.9)	1 (3.2)	31 (100.0)
계	139 (67.1)	54 (40.0)	79 (58.5)	2 (1.5)	36 (17.4)	27 (13.0)	5 (2.4)	207 (100.0)

□ 앞으로 한국에 방문하여 의료서비스를 이용할 의사에 대해서는 반드시 방문하여 이용하겠다는 의사가 36.0%, 방문할 의사가 전혀 없다는 의사는 15.5%임.

○ 무보험자의 경우 58%가 의료서비스를 이용할 기회가 있다면 반드시 이용한다고 응답하였음.

○ 연령이 젊을수록 한국에서 의료서비스를 받을 의향이 있는 것으로 조사되었으며, 거주기간이 짧을수록 이용할 의사가 많은 것으로 조사되었음.

〈표 5-34〉 한국에 방문하여 의료서비스를 받을 의사

(단위: 명(%))

구 분	전혀 없음	-----	-----	-----	반드시 방문하여 이용	계
남성	61 (15.3)	56 (14.0)	81 (20.3)	66 (16.5)	136 (34.0)	400 (100.0)
여성	78 (15.7)	59 (11.9)	87 (17.5)	85 (17.1)	187 (37.7)	496 (100.0)
계	139 (15.5)	115 (12.8)	168 (18.8)	151 (16.9)	323 (36.0)	896 (100.0)
공보험	79 (28.3)	29 (10.4)	52 (18.6)	40 (14.3)	79 (28.3)	279 (100.0)
민간보험	53 (11.2)	70 (14.7)	99 (20.8)	92 (19.4)	161 (33.9)	475 (100.0)
무보험	7 (4.9)	15 (10.5)	17 (11.9)	21 (14.7)	83 (58.0)	143 (100.0)
계	139 (15.5)	114 (12.7)	168 (18.7)	153 (17.1)	323 (36.0)	897 (100.0)
30대 이하	7 (3.4)	27 (13.3)	49 (24.1)	23 (11.3)	97 (47.8)	203 (100.0)
40~50대	38 (9.9)	44 (11.4)	67 (17.4)	88 (22.9)	148 (38.4)	385 (100.0)
60대 이상	80 (30.9)	24 (9.3)	42 (16.2)	39 (15.1)	74 (28.6)	259 (100.0)
계	125 (14.8)	95 (11.2)	158 (18.7)	150 (17.7)	319 (37.7)	847 (100.0)
10년미만	4 (2.8)	23 (16.1)	30 (21.0)	21 (14.7)	65 (45.5)	143 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	15 (5.6)	32 (12.0)	48 (18.0)	46 (17.2)	126 (47.2)	267 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	31 (16.9)	15 (8.2)	33 (18.0)	41 (22.4)	63 (34.4)	183 (100.0)
30년이상	72 (30.3)	20 (8.4)	40 (16.8)	39 (16.4)	67 (28.2)	238 (100.0)
계	122 (14.7)	90 (10.8)	151 (18.2)	147 (17.7)	321 (38.6)	831 (100.0)

□ 주변의 한국 의료서비스 이용에 대해 직접 목격한 경우(64.4%)가 많았으며 43.1%가 부당한 방법으로 한국의 의료서비스를 이용하였다는 주변의 얘기를 듣거나 목격한 적이 있는 것으로 응답하였음.

〈표 5-35〉 주변의 한국 의료서비스 이용 및 부당 이용

(단위: 명(%))

구 분	주변인의 한국 의료서비스 이용			주변인의 한국 의료서비스 부당 이용		
	있다	없다	계	있다	없다	계
남성	239 (57.5)	177 (42.5)	416 (100.0)	165 (39.9)	249 (60.1)	414 (100.0)
여성	366 (70.0)	157 (30.0)	523 (100.0)	238 (45.6)	284 (54.4)	522 (100.0)
계	605 (64.4)	334 (35.6)	939 (100.0)	403 (43.1)	533 (56.9)	936 (100.0)
공보험	162 (55.1)	132 (44.9)	294 (100.0)	109 (37.2)	184 (62.8)	293 (100.0)
민간보험	333 (67.5)	160 (32.5)	493 (100.0)	216 (44.1)	274 (55.9)	490 (100.0)
무보험	108 (70.6)	45 (29.4)	153 (100.0)	77 (49.7)	78 (50.3)	155 (100.0)
계	603 (64.1)	337 (35.9)	940 (100.0)	402 (42.9)	536 (57.1)	938 (100.0)
30대 이하	139 (65.6)	73 (34.4)	212 (100.0)	102 (47.9)	111 (52.1)	213 (100.0)
40~50대	295 (73.6)	106 (26.4)	401 (100.0)	190 (47.5)	210 (52.5)	400 (100.0)
60대 이상	161 (58.3)	115 (41.7)	276 (100.0)	83 (30.4)	190 (69.6)	273 (100.0)
계	595 (66.9)	294 (33.1)	889 (100.0)	375 (42.3)	511 (57.7)	886 (100.0)
10년미만	104 (69.3)	46 (30.7)	150 (100.0)	65 (43.0)	86 (57.0)	151 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	198 (71.2)	80 (28.8)	278 (100.0)	145 (52.5)	131 (47.5)	276 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	138 (72.6)	52 (27.4)	190 (100.0)	77 (40.5)	113 (59.5)	190 (100.0)
30년이상	145 (57.1)	109 (42.9)	254 (100.0)	76 (30.3)	175 (69.7)	251 (100.0)
계	585 (67.1)	287 (32.9)	872 (100.0)	363 (41.8)	505 (58.2)	868 (100.0)

□ 한국 장기 거주시 의료이용 방법

○ 한국에 6개월 이상 장기 거주했을 경우 의료이용을 할 때 응답자의 55.0%은 거주증을 발급받겠다고 응답, 17.8%은 전액 본인이 부담하겠다고 응답함.

- 친인척의 피부양자로 등록하여 이용(8.5%), 친인척의 자격 정보로 이용(8.1%), 참았다가 미국에서 수진(4.6%), 재외국민 협정병원을 이용(4.0%).

〈표 5-36〉 한국 장기거주 상황에서 의료이용 필요 발생 시 대처 방법

(단위: 명(%))

구 분	전액부담	친인척의 피부양자 로 등록	친인척의 정보로 이용	거주증 발급 후 건강보험 가입후 이용	재외국민 협정병원 이용	참았다가 미국에서 진료	기타	계
남성	86 (21.1)	40 (9.8)	34 (8.3)	209 (51.2)	12 (2.9)	20 (4.9)	7 (1.7)	408 (100.0)
여성	77 (15.1)	39 (7.7)	40 (7.9)	295 (58.0)	25 (4.9)	22 (4.3)	11 (2.2)	509 (100.0)
계	163 (17.8)	79 (8.6)	74 (8.1)	504 (55.0)	37 (4.0)	42 (4.6)	18 (2.0)	917 (100.0)
공보험	56 (20.1)	19 (6.8)	16 (5.7)	149 (53.4)	10 (3.6)	22 (7.9)	7 (2.5)	279 (100.0)
민간보험	86 (17.6)	48 (9.8)	46 (9.4)	265 (54.2)	15 (3.1)	22 (4.5)	7 (1.4)	489 (100.0)
무보험	23 (15.5)	12 (8.1)	11 (7.4)	88 (59.5)	11 (7.4)	0 (0.0)	3 (2.0)	148 (100.0)
계	165 (18.0)	79 (8.6)	73 (8.0)	502 (54.8)	36 (3.9)	44 (4.8)	17 (1.9)	916 (100.0)
30대 이하	42 (19.6)	34 (15.9)	29 (13.6)	93 (43.5)	6 (2.8)	6 (2.8)	4 (1.9)	214 (100.0)
40~50대	58 (14.6)	26 (6.6)	29 (7.3)	248 (62.6)	18 (4.5)	10 (2.5)	7 (1.8)	396 (100.0)
60대 이상	32 (12.5)	12 (4.7)	13 (5.1)	160 (62.3)	9 (3.5)	25 (9.7)	6 (2.3)	257 (100.0)
계	132 (15.2)	72 (8.3)	71 (8.2)	501 (57.8)	33 (3.8)	41 (4.7)	17 (2.0)	867 (100.0)
10년미만	23 (15.3)	24 (16.0)	16 (10.7)	72 (48.0)	8 (5.3)	2 (1.3)	5 (3.3)	150 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	42 (15.2)	26 (9.4)	30 (10.9)	164 (59.4)	5 (1.8)	6 (2.2)	3 (1.1)	276 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	26 (14.1)	11 (5.9)	14 (7.6)	116 (62.7)	9 (4.9)	8 (4.3)	1 (0.5)	185 (100.0)
30년이상	36 (15.1)	5 (2.1)	11 (4.6)	144 (60.3)	10 (4.2)	25 (10.5)	8 (3.3)	239 (100.0)
계	127 (14.9)	66 (7.8)	71 (8.4)	496 (58.4)	32 (3.8)	41 (4.8)	17 (2.0)	850 (100.0)

○ 한국의 건강보험 가입이 안 되는 6개월 미만의 단기 거주시 의료이용 비용 부담에 대해서는 전액 부담하겠다는 응답이 36.8%로 가장 많았으며, 친인척의 정보를 이용하겠다는 응답이 14.5%이었음.

- 단기로 거주할 경우에는 장기로 거주할 경우 보다 친인척의 정보를 이용하겠다는 응답이 약 5% 높은 것으로 나타남.

〈표 5-37〉 한국 단기거주 상황에서 의료이용 상황 발생 시 대처 방법

(단위: 명(%))

구 분	전액부담	친인척의 피부양자로 등록	친인척의 정보로 이용	재외국민 협정병원 이용	참았다가 미국에서 진료	기타	계
남성	162 (39.8)	58 (14.3)	54 (13.3)	68 (16.7)	53 (13.0)	12 (2.9)	407 (100.0)
여성	185 (36.9)	71 (14.2)	72 (14.4)	95 (19.0)	65 (13.0)	13 (2.6)	501 (100.0)
계	347 (38.2)	129 (14.2)	126 (13.9)	163 (18.0)	118 (13.0)	25 (2.8)	908 (100.0)
공보험	110 (39.7)	25 (9.0)	33 (11.9)	50 (18.1)	50 (18.1)	9 (3.2)	277 (100.0)
민간보험	184 (38.5)	79 (16.5)	62 (13.0)	81 (16.9)	63 (13.2)	9 (1.9)	478 (100.0)
무보험	51 (33.6)	26 (17.1)	31 (20.4)	32 (21.1)	8 (5.3)	4 (2.6)	152 (100.0)
계	345 (38.0)	130 (14.3)	126 (13.9)	163 (18.0)	121 (13.3)	22 (2.4)	907 (100.0)
30대 이하	82 (38.3)	37 (17.3)	41 (19.2)	41 (19.2)	10 (4.7)	3 (1.4)	214 (100.0)
40~50대	133 (34.4)	53 (13.7)	56 (14.5)	76 (19.6)	52 (13.4)	17 (4.4)	387 (100.0)
60대 이상	105 (41.0)	20 (7.8)	27 (10.5)	44 (17.2)	56 (21.9)	4 (1.6)	256 (100.0)
계	320 (37.3)	110 (12.8)	124 (14.5)	161 (18.8)	118 (13.8)	24 (2.8)	857 (100.0)
10년미만	50 (33.6)	30 (20.1)	29 (19.5)	26 (17.4)	9 (6.0)	5 (3.4)	149 (100.0)
10년이상~ 20년 미만	89 (32.5)	43 (15.7)	44 (16.1)	63 (23.0)	27 (9.9)	8 (2.9)	274 (100.0)
20년이상~ 30년 미만	62 (34.4)	21 (11.7)	26 (14.4)	33 (18.3)	33 (18.3)	5 (2.8)	180 (100.0)
30년이상	109 (45.6)	15 (6.3)	23 (9.6)	37 (15.5)	49 (20.5)	6 (2.5)	239 (100.0)
계	310 (36.8)	109 (12.9)	122 (14.5)	159 (18.9)	118 (14.0)	24 (2.9)	842 (100.0)

□ 재외국민이 한국 방문 후 의료서비스 이용시 가장 많이 경험하는 장애요인으로는 의료보장을 받기 위해서 일정 체류기간이 필요함(43.6%), 의료기관에 대한 정보가 부족하여 본인 상황에 맞는 의료기관을 알지 못함(30.8%), 진료정보에 대해서 미국의 의료기관과 정보가 연계되지 않음(13.1%)의 순서임.

〈표 5-38〉 한국 의료서비스 이용의 장애 요인

(단위: 명(%))

구 분	일정기간의 체류기간	납부 보험료 수준	의료기관에 대한 정보 부족	미국과의 진료정보 연계	기타	계
남성	152 (38.7)	34 (8.7)	132 (33.6)	66 (16.8)	9 (2.3)	393 (100.0)
여성	233 (47.6)	48 (9.8)	142 (29.0)	58 (11.8)	9 (1.8)	490 (100.0)
계	385 (43.6)	82 (9.3)	274 (31.0)	124 (14.0)	18 (2.0)	883 (100.0)
공보험	94 (35.9)	25 (9.5)	100 (38.2)	37 (14.1)	6 (2.3)	262 (100.0)
민간보험	230 (48.6)	43 (9.1)	119 (25.2)	74 (15.6)	7 (1.5)	473 (100.0)
무보험	63 (41.4)	15 (9.9)	55 (36.2)	13 (8.6)	6 (3.9)	152 (100.0)
계	387 (43.6)	83 (9.4)	274 (30.9)	124 (14.0)	19 (2.1)	887 (100.0)
30대 이하	88 (41.9)	27 (12.9)	70 (33.3)	21 (10.0)	4 (1.9)	210 (100.0)
40~50대	203 (52.9)	33 (8.6)	93 (24.2)	50 (13.0)	5 (1.3)	384 (100.0)
60대 이상	91 (37.8)	15 (6.2)	94 (39.0)	34 (14.1)	7 (2.9)	241 (100.0)
계	382 (45.7)	75 (9.0)	257 (30.8)	105 (12.6)	16 (1.9)	835 (100.0)
10년미만	66 (45.8)	19 (13.2)	41 (28.5)	16 (11.1)	2 (1.4)	144 (100.0)
10년 이상 ~20년 미만	140 (51.9)	30 (11.1)	66 (24.4)	29 (10.7)	5 (1.9)	270 (100.0)
20년 이상 ~30년 미만	81 (47.1)	10 (5.8)	55 (32.0)	24 (14.0)	2 (1.2)	172 (100.0)
30년이상	86 (37.6)	10 (4.4)	89 (38.9)	38 (16.6)	6 (2.6)	229 (100.0)
계	373 (45.8)	69 (8.5)	251 (30.8)	107 (13.1)	15 (1.8)	815 (100.0)

제3절 소결

- 건강보험의 부당이용에 대한 인식 및 현황을 파악하기 위해 국내 거주 일반 국민과 재외국민을 대상으로 설문 조사를 실시하였음.
 - 이를 위해 국내거주 국민 대상으로 건강보험증 부당 이용에 대한 인지 수준, 건강보험 급여를 받기 위한 타인의 신원 정보 도용에 대한 의사, 방지 방안에 대한 필요도, 본인이 부담한 의료비 중 과도하게 지출된 비율 등 건강보험 부적정 지출과 관련된 전반적인 내용을 중심으로 설문 문항을 구성하였음.
 - 재외국민 대상 한국 방문시 의료이용 경험, 진료비 부담 방법, 한국 의료서비스 이용시 장애요인 등을 중심으로 설문 문항을 구성하였음.

- 국내 거주 일반 국민을 대상으로 조사를 실시한 결과, 한국의 건강보험제도에 대해서는 전반적으로 높은 만족도를 보였으며 한국에서 의료이용 시 본인 확인 절차가 없다고 응답한 비율이 높았음.
 - 의료이용 시 신원 확인 방법으로 환자가 주민등록번호와 생년월일을 의료기관에 알려주는 방식이 가장 높았음.
 - 건강보험에서 신원도용 방지를 위해 신분증 대조를 통한 본인 확인의 필요성에 대해서는 높은 인지도를 보였음.
 - 설문 초반에서 본인의 신원 확인 필요도를 질문하고 명의도용에 대한 피해 사례를 알려준 후 후반부에 같은 문항을 다시 질문했을 때, 처음 질문에서의 찬성 응답률(75.8%)이 두 번째 질문에서 14.9%p 증가한 90.7%로 위험성 인지 후 필요 인식이 더욱 높아졌음.
 - 건강보험에서 신원도용 행위 경험 여부
 - 응답자의 대부분(78.9%)은 건강보험 비자격자의 신원 도용 경험을 직간접적으로 목격하거나 들어본 적이 없는 것으로 답하였으며 ‘직접 경험’한 비율은 전체 응답자 중 5%이하였음.
 - 건강보험 가입 자격이 안 되는 친인척이 요청할 경우 본인의 신원 정보를 빌려주겠다고 응답한 비율은 17.2%(가능하면 빌려준다 15%, 무조건 빌려

준다 2.2%)로 외국에 거주하는 친인척에게 빌려주겠다고 응답한 사람의 비율(가능하면 빌려준다 14.1%, 무조건 빌려준다 1.3%)에 비해 높았음.

- 타인의 신원 정보를 이용하여 건강보험 혜택을 받으면 추후에 발각된다고 생각하는 사람의 비중은 전체 응답자 중 23.5%였으나 타인이 본인의 신원 정보를 도용했을 때 본인에게 미치는 피해가 있을 것이라고 응답한 비중(78%)은 비교적 높았음.
- 보험료 미납 등의 이유로 자격이 안 되었을 때 동의를 얻고 타인의 신원정보를 이용하겠다는 응답은 10.8%, 동의를 구하지 않고 이용하겠다는 응답은 1.2%였음.
- 건강보험 혜택을 받기 위한 신원 정보 도용에 대해 59%가 법적 처벌이 필요한 사기로 생각한다고 응답하였으며, 벌금형 이상의 처벌이 필요하다는 응답이 37.4%, 처벌 수준은 낮출 필요가 있다는 응답이 55.2%였음.
- 본인 신원을 확인하기 위한 수단으로 신분증 대조라고 응답한 사람이 전체 응답자 중 42.7%로 가장 높았으며 다음으로 새로운 확인 수단을 도입해야 한다는 응답 22.5%, 병원 내 확인시스템(사진, 지문인식 등) 도입 19.5%의 순서였음.

○ 병의원 이용 시 필요 이상의 서비스를 받은 경험이 있다고 응답한 사람은 22.8%였음.

- 지난 한해 본인이 사용한 의료비 중에서 약 6.34%~8.42%는 불필요하게 과잉 지출되었다고 생각하고 있으며, 그 중 2.98%~3.96%는 공급자에 의해서 부당하게 지출되었다고 인식하고 있었음.

□ 재외국민을 대상으로 진행한 설문조사 결과, 한국의 건강보험제도에 대해 알고 있는 응답자는 27% 수준이었고, 국내에 6개월 이상 장기로 거주할 경우 건강보험을 이용할 수 있는 제도에 대해 알고 있는 응답자는 25%였음.

○ 한국 방문 시 의료서비스를 이용한 경험이 있는 사람은 전체 응답자 중 23.8%로, 가장 많이 이용한 분야는 건강검진(4.6%)과 치과진료(4.3%)였음.

- 미국 공보험에 가입한 사람은 건강검진을 가장 많이 이용(4.7%)하였으며 무보험자는 상대적으로 치과진료(7.5%)를 많이 이용하였음.
 - 한국에서 의료서비스를 이용하였을 때, 주변 지인의 정보를 활용하였다는 응답은 전체 응답자 중 5.9%였음.
 - 의료서비스를 이용한 사람 중 서비스 이용을 목적으로 한국을 방문한 사람은 전체 응답자 중 37.9% 의료비 부담 방법에 대해서 주변지인의 신원 정보를 이용하였다는 응답은 전체 응답자 중 7.4%였음.
 - 한국의 의료서비스에 대한 장점으로 저렴한 비용이라는 응답이 가장 많았으며, 건강보험을 적용받지 않아도 미국보다 저렴하다는 응답이 높았고, 건강보험을 적용받을 경우 저렴하다는 응답은 약 40%였음.
 - 한국에서 의료서비스를 받을 의향에 대해서 50%는 의사가 있다고 응답하였으며, 미국 내 거주기간이 짧을수록 높았음.
- 한국에서 의료서비스를 이용할 경우 대처방법에 대해서 장기로 거주할 경우 거주증을 발급 받은 후 건강보험에 가입하여 이용하겠다고 응답한 비율이 55%로 가장 많았으며, 친인척의 신원정보를 이용하겠다고 응답은 8%였음.
- 단기 거주시에 대처방법에 대해서는 친인척의 신원정보를 활용하겠다고 응답이 전체 응답자 중 14.2%, 전액본인부담은 38.2%, 참았다가 미국에서 진료를 받겠다고 응답한 비율은 13%였음.
- 한국에서 의료서비스를 이용할 경우 가장 큰 장애요인은 건강보험 적용시 일정 체류기간 이상을 충족해야 한다는 점(43.6%)을 꼽고 있으며, 미국 의료기관과의 정보연계가 잘 되지 않는다는 응답도 14%였음.
- 조사결과를 종합하면, 국내에 거주하고 있는 국민들은 사회전반에서 건강보험증 신원 도용의 발생 가능성은 낮은 것으로 인식하고 있었음.
- 하지만 신원도용은 법적 처벌이 필요한 사항이고 발생시에는 큰 피해가 발생할 수 있음을 인식하고 있었음.
- 또한 내국인 및 재외국민에서 일정부분(국내 12%, 교민은 장기체류시 8.1%

단기 체류시 13.9%)은 필요한 경우 타인의 신원 정보를 이용할 의사가 있다고 응답함.

- 사전에 예방하기 위한 방법으로 신분증 대조 방법에 대한 선호가 가장 높았지만, 새로운 신분확인 수단, 본인확인시스템 구축 등의 방안도 제기되었음.
- 또한 응답자의 22.8%가 본인이 지출한 의료비 중 일정부분이 부정한 의도와 방법을 통해 필요이상으로 과도하게 지출되고 있다고 인식하고 있었음.
 - 과잉 또는 부당을 경험한 응답자에서의 비율을 최대 비율로 하고 전체 응답자 천명에 대한 비율을 최소 비율로 정의하여 범위 값을 추정함.
 - 본인이 부담한 의료비 중 불필요하게 과잉 지출되었다고 인식된 비율은 최소 6.34%에서 최대 8.42%였으며, 이 중 공급자의 부당한 의도로 지출된 비율은 최소 2.98%에서 최대 3.96%로 추정되었음.



제6장

건강보험 부적정 지출 규모 추계

- 제1절 부적정 지출 규모 추계 동향
- 제2절 건강보험 부적정 지출 규모 추계
- 제3절 소결

6

건강보험 부적정 지출 규모 추계 <<

제1절 부적정 지출 규모 추계 동향

1. 외국에서의 부적정 지출 규모 추계

□ 건강보험 청구건 중, 부정행위로 적발되어 조치를 취한 건에 대해서는 관찰이 가능하지만 실제로 발생하였으나 조치를 취하지 않은 부정행위에 대해서는 정확한 관찰이 불가능함.

○ 부적정 지출의 실제 규모를 추계하기 위해서는 추계되지 않은 부적정 지출 규모를 추정하는 것이 관건이라 할 수 있음.

○ 하지만, 부적정 지출의 실제 규모를 추계하기에는 한계가 존재하며 이로 인하여 국가별, 조직별로 다양한 방법을 이용하여 부적정 지출 규모를 추계하기 위한 노력을 하고 있음.

- 부적정 지출 방지의 실패는 결과적으로 환자에 대한 급여서비스의 감소를 초래할 수 있기 때문에 국가들은 부적정 지출의 규모를 계량적으로 추계하고자 노력하고 있음(CHPI 2012, p.4).

- 부적정 지출의 규모는 확인된 부정(fraud)행위만을 반영하는 것에서부터 불필요한 지출로 인한 낭비(waste) 등 효율적 지출을 초과하는 모든 금액을 포괄하는 데까지 넓은 범위를 가질 수 있음.

□ 영국 NHS에서 부정의 규모 추정

○ 영국은 2012 Health and Social Care Act에 근거한 신 NHS제도에서 계약을 통한 민간조직의 공적서비스 제공이 확대되면서 '본인-대리인(principal-agent) 이론³⁷⁾'에 가정을 두고 민간 조직들의 부정한 행위가 증가할 것으로 예측했음.

- 의료에서 부정의 규모를 계량화하는 것은 어렵지만, 이용 가능한 최선의 데이터 활용을 통해 의료시스템 전반에서 부정의 규모가 전체 의료비지출의 3.29%에서 10%를 차지하고 평균 5.59% 수준이라고 추정되었음.
 - 이 통계에 의하면, 부정으로 인한 누수규모는 NHS에서 임상제공그룹 (clinical commissioning group)이 제공하는 600억 파운드의 서비스 비용에 대해 약 33.5억 파운드에 해당되는 것임(CHPI 2012, p.5).
- 영국은 민간 의료기관이 NHS 서비스 제공에 참여함에 따라 부정의 가능성이 더욱 높아질 것으로 예측하고 있음.
 - Journal of Health Economics에 발표된 연구에 의하면, 미국 의료시스템에서 업코딩(upcoding) 비율은 비영리병원에서보다 영리병원에서 2배 더 높았음. 이는 의료진이 병원 수입에서 금융지분을 가지고 있을 때 그 가능성은 더 높아졌음(Silverman & Skinner, 2004).

□ 미국에서 부정의 규모 추정

- 미국에서 가장 빈번한 형태의 의료 부정은 메디케어와 메디케이드를 포함하는 보험자에 대한 민간 조직의 과잉청구(overcharging)로서, 제공하지 않은 의료적 치료서비스를 청구하거나 환자를 보다 중한 환자로 분류하여 증량 또는 증액 청구(upcoding)하여 실제보다 많은 비용을 상환 받는 것임. 이러한 허위 또는 거짓 청구(false accounting)가 미국 의료시스템에는 만연되어 있는 것으로 평가되고 있음.
- 미국에서 의료 부정의 규모 추정은 부정행위를 감지하는 본래의 어려움과 연구마다 사용되는 부정의 정의가 다르기 때문에 추정금액의 범주가 매우 넓음.
- 미국에 가장 많은 분석 사례가 확인되는 데, 이는 2002년부터 Improper Payments Information Act(IPIA)가 시행된 결과임(Gee & Button, 2014)

37) 본인-대리인 문제(Principal-agent problem)는 본인(위임자)과 대리인 사이에 발생하는 문제로서, 이들간에는 정보의 불균형, 감시의 불완전성 등으로 인해 도덕적 해이, 역선택 등의 문제가 발생할 수 있으며, 이 문제를 해결하기 위해서 드는 비용을 대리인 비용이라 함(위키백과, <http://ko.wikipedia.org/wiki/>에 2014.11.20.접속)

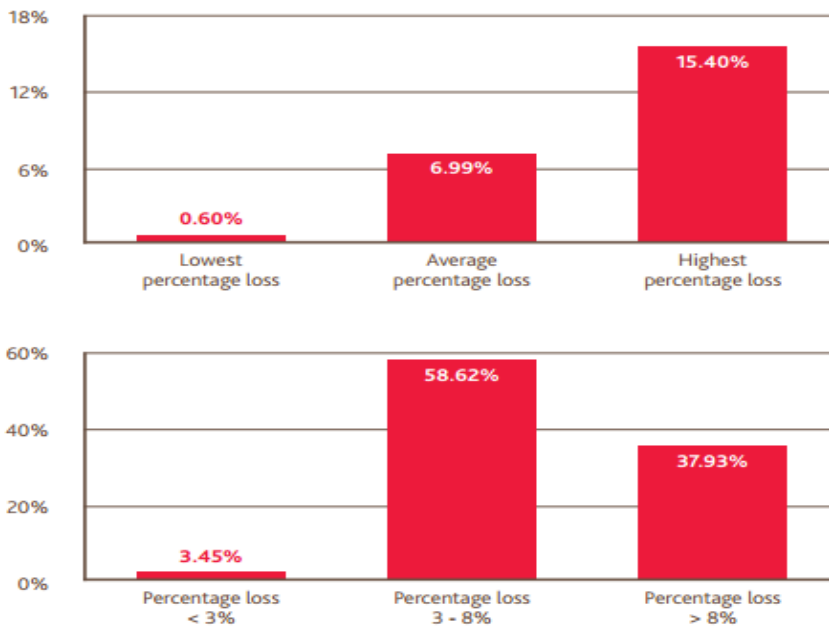
- 부적절한 지불을 없애려는 연방기관의 노력을 제도화하기 위해 IPIA (Public Law 107-300)가 2002년에 제정됨.
- IPIA의 주요 목적은 연방 지불에서 정확성과 충실성을 확대하는 것으로 모든 연방기관은 다음의 IPIA 활동을 하도록 규정되어 있음(OMG, 2005).
 - Risk Assessment: 부적정 지불(improper payment)에 대한 프로그램 취약성의 위험 평가
 - Statistical Estimate: 부정적 지불률(improper payment rate) 추정, 공공기관은 매년 부정과 오류(fraud and error)로 인한 지출을 추계하고 대통령과 의회에 보고해야 하며, 추계치는 90%(±2.5%) 신뢰구간의 추정치를 제공하는 충분한 크기의 통계적 확률 표본에 기초해야 함.
 - Corrective Action Plan: 확인된 부적정 지불을 제거하기 위한 방안을 마련해야 하며, 방안에는 달성수준(target)을 포함해야 함.
 - Reporting: 모든 연방 기관들은 자체 성과보고서에 IPIA 활동에 대한 성과를 포함해야 함.
- 미국 회계감사원(GAO: Government Accountability Office)은 메디케어와 메디케이드의 총 지출액에서 부정지출 규모가 약 10%에 달한다고 추정한 바 있으며, 연방수사국(FBI, Federal Bureau of Investigation)은 매년 미국 의료비의 3-10%가 부정 및 남용에 의한 재정 누수로 지출된다고 추정한 바 있음 (FBI, 2009).
- 최근, FBI가 미국에서 의료 부정 규모가 연간 800억불이라고 추정했던 반면 (FBI, 2014), 2009년 백악관 예산관리처(White House Office of Management and Budget)는 부적절한 의료비 지불(improper healthcare payment)만 연간 980억불이고 이중 540억불이 메디케어와 메디케이드에 해당된다고 설명했다(CMS, 2009).
 - 이는 2014년 3조 달러로 추정되는 미국 국민의료비(FBI, 2014)의 3% 전후에 해당됨.

□ 국가 간 협력 연구를 통한 부정 규모 추계³⁸⁾

○ Jim Gee와 Mark Button이 수행하고 영국 포츠머스 대학의 부정 방지 연구 센터(center for counter fraud studies)와 영국의 BDO LLP가 공동으로 발간하고 의료부정의 재정비용에 대한 2014년 보고서에서는 1997년부터 2011년까지 확인되는 부정의 재정규모 측정 사례³⁹⁾를 검토한 결과, 재정 누수율의 범위가 0.6%에서 15.4%로 평균 6.99%였다고 밝혔음.

- 아울러, 사례의 97%정도가 3% 이상의 누수율을 보였으며, 3~8%가 58.62%, 8%초과가 37.93%를 차지함.

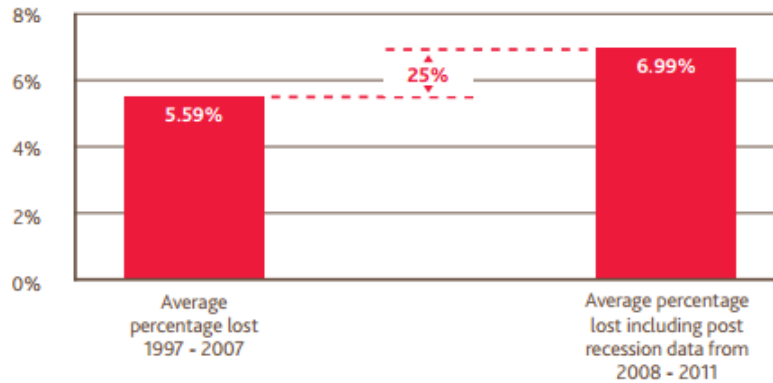
[그림 6-1] 국가 간 협력 연구를 통한 부정 규모 추계



- 2014년 보고서는 2009년에 시행된 연구를 같은 방식으로 최신의 자료들을 추가하여 분석한 결과로서 경제 침체기 이전(1997~2007) 평균 5.59%에 비해 이후(2008~2011)에 평균 6.99%로 약 25% 증가함.

39) 영국, 미국, 프랑스, 벨지움, 네덜란드, 뉴질랜드의 33개 조직에서의 사례 검토, 아시아와 아프리카 사례는 포함되지 않았음.

[그림 6-2] 국가 간 협력 연구를 통한 부정 규모 추계(1997~2011)



- 현재, 세계적인 평균 누수율 6.99%는 지난 15년간 공개된 데이터를 반영한 것이며, 2011년 전 세계 의료비 지출(\$6.97 trillion, £4.48trillion, €5.38 trillion)에 적용하면, \$487billion, £313billion, €376billion임.
 - 총합계는 2011~2012 영국 NHS 총지출의 3배, 2011년 캐나다 총 의료비 지출의 2.5배, 2011년 남아프리카 총 의료비 지출의 14배에 이릅니다.
- 국가간 부정 또는 부당의 의미가 차이가 있어서 직접 비교하기 어려운 부분은 있지만, 대부분 국가는 부정의 규모를 통해 보다 광의의 부적정 지출의 크기가 상당히 클 것임을 경고하고 있음.

2. 부적정 지출 규모 추계 방법

가. 실적 자료를 기반으로 한 부적정 지출 규모 추정

□ 적률법을 이용한 부적정 지출 규모 추계

- 서울대학교 산학협력단과 보험연구원의 연구(2011)에서는 보험사기 적발이 이항분포를 따른다고 가정하여 Caron과 Dionne(1996)가 제시한 적률법을 이용하여 한국의 보험사기 재정 규모를 추계하였음.
- 적률법(MME: Method of Moment Estimate)이란, 종속변수가 이항분포를 따

른다고 가정하고 모수를 추정하는 방법으로 추정량을 구하기 어려운 경우 자주 사용하는 통계 방법임.

- $X \sim Bin(n, p)$ 라고 했을 때 각 지표는 아래와 같으며 X 의 기댓값은 np , 분산은 $np(1-p)$ 로 표현할 수 있음.
 - X 는 부정 적발건수, n 은 총 부정 발생건수, p 는 부정 적발률
- 모수를 안정적으로 추정하기 위하여 서브 샘플링(subsampling)을 최소 200번 이상 반복 시행함.
 - 하지만 데이터의 양적 규모에 민간하기 때문에 불안정하다는 단점이 있음. 즉 기댓값이 분산과 비슷해져서 총부정 건수가 무한대에 가까워질 수 있음.

□ 부정 판정률 추정을 통한 추계

- 일반적으로 보험 사기에서 부정 판정율은 부정 판정 청구건수/전체 청구 건수로 규모를 산출하고 있으며 마찬가지로 부정 판정금액 역시 부정 판정금액/전체 청구 금액으로 규모의 산출이 가능함.
- 하지만 이 두 지표는 산출과정에서 결과의 차이가 발생할 수 있는데 이는 한 번의 부정 또는 오류라 하더라도 규모가 적고 많음의 차이가 있기 때문임.
 - 예를 들어, 의료서비스 공급자 1인의 부정으로 인한 규모가 클 경우, 청구 건으로 추계하면 실제 규모가 과소평가될 가능성이 존재함.

나. 대표 표본에서 부적정 지출 비율의 외연

- 부적정 지출 추계는 신뢰성 있는 자료를 바탕으로 진행해야 객관적인 자료를 도출할 수 있으나 실제, 행정적 비용의 문제로 적발된 부적정 지출 건은 사전에 부적정 지출로 의심되는 건을 대상으로 조사하여 확인된 건들로서 객관적 추계가 어려움.
- 이를 극복하기 위하여, 무작위 추출된 표본에 대해 부당 발생을 확인하고 기 비율을 일반 인구집단으로 외연하는 방법이 활용될 수 있음. 샘플 규모는 도출되는 결과의 정확도가 얼마나 요구되는지, 연구의 목적 및 범위에 따라 달라질 수 있음.

- 통계적으로 대표성 있는 표본에 대해 수집된 자료를 바탕으로 자료에서 부정이 실제로 있는지의 여부의 정확성을 검증함.
 - 데이터의 타당성은 연구에 참여하는 전문가 외에 통계 분야의 전문가를 초빙하여 독립적으로 수행하거나, 통계 소프트웨어를 사용하여 검증해야 함.
 - 데이터 중에 실제 비정상적인 케이스가 감지되는 경우(anomaly), 심층 조사로 데이터를 검증하는 경우 있음.

- 미국 CMS는 메디케어 행위별수가제 프로그램에서 부적정진료비 규모를 산출하기 위해 지불이 완료된 건 중 무작위로 청구건을 추출하여 CERT 프로그램(Comprehensive Error Rate Testing)을 이용해 지급오류율을 산출하고 있음.
 - 지급오류율 추계를 위해 지불건 중 일부를 무작위추출하며, 이를 위해 청구 심사 업무 대행 계약자 단위로 의료공급자가 청구서를 제출하는 일 단위로 일정건이 추출되도록 자동설정함.

- 하지만, 전체를 대표하는 표본데이터를 구축하기 어렵고 표본에 대하여 다시 의료 심사를 통해 부정 등 부적정 지출 여부를 판단하는 것이 쉽지 않음.

다. 설문조사를 바탕으로 한 응답자 경험율의 적용

- 응답자에게 부정의 비율이 얼마인지를 질문함으로써 대략적인 부정의 비율을 산출하는 방법으로 응답자가 경험에 기반하므로 사회경제적, 인구학적 상태를 자연스럽게 보정하여 나온 결과라는 점에서 비교적 객관적인 방법이라 할 수 있음.
 - 설문에서 조사된 건 또는 금액의 비율을 실제 지출 통계에 적용하여 재정 누수 규모를 추정함.
 - 하지만, 응답자의 신뢰도 등의 문제가 제기될 수 있음.

제2절 건강보험 부적정 지출 규모 추계

1. 추정 방법

□ 부적정 지출 규모 추계를 위한 접근

- 건강보험 제도권에서 환수 결정된 부적정 지출 실적을 바탕으로 설문조사에서 확인된 부당부담비율과 과잉부담비율을 연계하여 규모를 추정함.
- 이 연구에서는 공급자의 부정한 의도 뿐 아니라 낭비적 지출을 포함하는 광의의 부적정 지출(improper payment) 규모를 추계하고자 하였음.
 - 아울러, 재정 누수를 관리하는 측면에서 의미가 있도록 건강보험공단이 지급한 보험급여비를 기준으로 규모를 추계함.
- 부적정 지출은 제도권 내에서 확인된 규모가 있고 적발되지 않고 잠재되어 있는 규모가 있을 수 있음.
 - 제도권에서 조정 및 환수 결정된 부적정 지출 규모와 설문조사에서 추정된 부당 및 과잉 부담률의 차이를 이용해 잠재된 부적정 지출 규모로 추정함.
 - 설문조사에서는 본인이 지불한 비용 중 불필요하게 지출된 과잉 부담 비율을 질문했고, 과잉부담비율 중 의료공급자의 부당한 의도로 지불한 비율을 다시 질문했음.
 - 지난 한해 동안 직접 지불한 의료 비용 중 과잉 부담 비율은 최소-최대의 범위로 6.34~8.42%라고 응답되었고 이중에서 공급자의 부정한 의도로 발생된 부당 부담 비율은 2.98~3.96%라고 응답되었음.
 - 응답된 비율은 건강보험 관련 프로그램을 통해 적발된 경우와 적발되지 못한 경우가 모두 포함되어 있음.
- 환자가 경험한 과잉 및 부당 부담 비율은 급여와 비급여비용, 보험자부담분과 환자부담분에 동일하게 적용된다고 가정하고 추계함.
 - 협의의 개념에서 반드시 적발되어야 하지만 적발되지 않고 남아 있는 부적정 지출 규모는 설문조사에서의 부당 부담 비율 2.98~3.96%과 현재 적발되고

있는 부적정 지출 비율을 비교함으로써 추계할 수 있음.

- 광의의 개념에서 예방가능한 부적정 지출 규모는 설문조사의 과잉 부담 비율을 적용하여 추계할 수 있음(6.34~8.42%).

□ 적발된 부적정 지출 규모

○ 보험급여비를 기준으로 규모를 추계함에 있어서, 적발된 부적정 지출은 사실상 그 만큼의 보험급여비 지출을 방지한 금액으로 해석됨.

- 따라서, 현지조사에서 환수결정된 금액 뿐 아니라 요양기관 대상 심사 조정 및 현지 확인 결과 환수 결정된 금액, 가입자를 대상으로 조사되어 환수결정된 금액을 모두 확인된 부적정 지출의 범주에 포함시킴.
- 2008년부터 2013년까지 7년간 심사조정액, 건강보험공단 환수실적, 보건복지부 현지조사 환수실적의 연도별 불규칙적인 패턴을 보정하기 위하여 연평균 금액을 기준으로 급여비 중 적발된 부적정 지출 비율을 구함.

○ 적발된 부적정 지출은 그 만큼의 보험급여비 지출을 방지한 금액으로 연평균 7,341억원으로 급여비의 2.15%임.

〈표 6-1〉 연도별 적발된 부적정 지출 규모

단위: 억원, 십억원, %

구 분		2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	연평균
건강 보험 공단	요양기관부담수진자부당							
	소계	177	280	393	983	1,016	2,388	873
	진료 받은 내용 안내	13	11	10	8	4	6	9
	진료 내용 상세 확인	72	102	142	133	77	79	101
	개설기준 위반	0	10	87	606	835	2,153	615
	청구오류 전산확인	92	157	153	236	99	150	148
소계	2,663	2,899	3,680	4,142	4,716	5,160	3,877	
복지부	무자격자 진료	41	30	36	49	40	22	36
	상해요인 진료	1,144	1,186	1,122	1,201	1,167	1,263	1,180
	체납후 진료	1,478	1,683	2,522	2,893	3,509	3,875	2,660
심평원	현지조사	214	169	155	258	223	134	192
심사조정	2,076	2,089	2,255	2,518	2,700	2,760	2,400	
총계(A, 억원)		5,129	5,437	6,483	7,901	8,655	10,442	7,341
건강보험 급여비(B, 십억원)		26,495	30,146	33,684	36,189	37,632	40,272	34,070
A/B, %		1.94	1.80	1.92	2.18	2.30	2.59	2.15

자료: 건강보험공단, 2013.12.31. 기준, 무자격자 진료와 체납후 진료는 '15년 7월과 8월 기준으로 보완한 자료임.

○ 적발된 부적정 지출 규모에서 2008년에는 심사조정액이 전체의 40.5%를 차지하며 가장 비중이 컸으나 2013년에는 26% 수준으로 비중이 감소하고 요양기관 부당에 의한 환수 결정액이 전체의 2008년 3.5%에서 2013년 22.9%로 증가했음. 또한 수진자 부당에 의한 부적정 지출 금액은 50%수준을 유지하며 높은 비중을 차지하고 있음.

〈표 6-2〉 연도별 적발된 부적정 지출 금액의 원인별 구성

단위: %

구 분		2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	연평균
건강보험공단	요양기관 부당	3.5	5.1	6.1	12.4	11.7	22.9	10.3
	소계	3.5	5.1	6.1	12.4	11.7	22.9	10.3
	진료 받은 내용 안내	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	진료 내용 상세 확인	1.4	1.9	2.2	1.7	0.9	0.8	1.5
	개설기준 위반	0.0	0.2	1.3	7.7	9.7	20.6	6.6
	청구오류 전산확인	1.8	2.9	2.4	3.0	1.1	1.4	2.1
	수진자 부당	51.9	53.3	56.8	52.4	54.5	49.4	53.1
	소계	51.9	53.3	56.8	52.4	54.5	49.4	53.1
	무자격자 진료	0.8	0.6	0.6	0.6	0.5	0.2	0.5
	상해요인 진료	22.3	21.8	17.3	15.2	13.5	12.1	17.0
체납후 진료	28.8	31.0	38.9	36.6	40.5	37.1	35.5	
복지부	현지조사	4.2	3.1	2.4	3.3	2.6	1.3	2.8
심평원	심사조정	40.5	38.4	34.8	31.9	31.2	26.4	33.9
총계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 건강보험공단, 2013.12.31. 기준, 무자격자 진료와 체납후 진료는 '15년 7월과 8월 기준으로 보완한 자료임.

2. 연도별 부적정 지출 규모 추계

□ 다음의 식으로 광의의 부적정 지출이 추계될 수 있음.

$$\begin{aligned}
 & \text{부적정지출규모}_y \text{ (Y년도 부적정지출 규모)} \\
 & = \text{적발된 부적정지출} + \text{미적발된 부적정지출} + \text{잠재된 낭비적 부적정지출} \\
 & = (\text{건강보험급여비}_y \times \text{보험급여비 대비 적발된 부적정지출 비율}) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times (\text{설문지의 부정부담비율} - \text{보험급여비 대비 적발 부적정지출 비율})) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times (\text{설문지의 과잉부담비율} - \text{설문지의 부정부담비율})) \\
 & = (\text{건강보험급여비}_y \times 2.15\%) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times ((2.98\% \sim 3.96\%) - 2.15\%)) \\
 & \quad + (\text{건강보험급여비}_y \times ((6.34\% \sim 8.42\%) - (2.98\% \sim 3.96\%)))
 \end{aligned}$$

- 설문조사에서의 부당 및 과잉 비율을 모든 연도에 동일하게 적용하므로 급여비 대비 적발된 부적정 지출 비율도 7년간 평균비율을 동일하게 적용함.

□ 연도별 건강보험급여비에 대한 부적정 지출 규모 추계

- 건강보험 공단의 연도별 보험급여비 자료에 대하여 앞에서 제시한 추계식을 적용하여 부적정 지출 규모를 추계하면 다음 표와 같음.

〈표 6-3〉 건강보험 부적정 지출 규모 추계

단위:십억원

연도	보험급여비	적발부당(A)	잠재부당(B)		잠재과잉(C)		잠재누수(B+C)		전체 부적정지출(A+B+C)	
			최소	최대	최소	최대	최소	최대	최소	최대
(보험급여비 실적기반)										
'08년	26,495	571	219	478	631	1,441	849	1,920	1,420	2,491
'09년	30,146	650	249	544	717	1,640	966	2,184	1,616	2,834
'10년	33,684	726	278	608	802	1,832	1,080	2,440	1,805	3,166
'11년	36,189	780	299	653	861	1,969	1,160	2,622	1,940	3,402
'12년	37,632	811	311	679	896	2,047	1,206	2,727	2,017	3,537
'13년	40,272	868	332	727	958	2,191	1,291	2,918	2,159	3,786
(보험급여비 추계기반)										
'14년	42,458	915	350	766	1,011	2,310	1,361	3,076	2,276	3,991
'15년	46,348	999	382	837	1,103	2,521	1,486	3,358	2,484	4,357
'16년	50,550	1,089	417	913	1,203	2,750	1,620	3,662	2,709	4,752
'17년	54,877	1,182	453	991	1,306	2,985	1,759	3,976	2,941	5,158
'18년	59,791	1,288	493	1,079	1,423	3,253	1,916	4,332	3,205	5,620
'19년	64,820	1,397	535	1,170	1,543	3,526	2,078	4,696	3,474	6,093
'20년	70,079	1,510	578	1,265	1,668	3,812	2,246	5,077	3,756	6,587

자료: 보험급여비 실적은 건강보험공단 자료

보험급여비 추계자료는 보건복지부와 국민건강보험공단의 건강보험 재정전망 결과 자료임.

- 현재 적발되고 있는 부적정 지출 규모는 요양급여기준이나 명확한 환수 근거가 있는 협의의 부적정 지출을 반영함. 즉, 적발된 부당 금액(A)임
- 확인된 부적정 지출 규모의 급여비 대비 비율(2.15%)과 설문조사에서 공급자의 부정한 의도가 의심되는 부당 부담 비율(2.98~3.96%)의 차이는 반드시 적발되어야 하지만 적발하지 못하고 있는 잠재 부당(B) 규모임.
- 설문조사에서 부당 부담비율(2.98~3.96%)과 과잉 부담비율(6.34~8.42%)의 차이는 환자 중심에서 편익이 높은 서비스의 효율적인 제공을 통해 예방

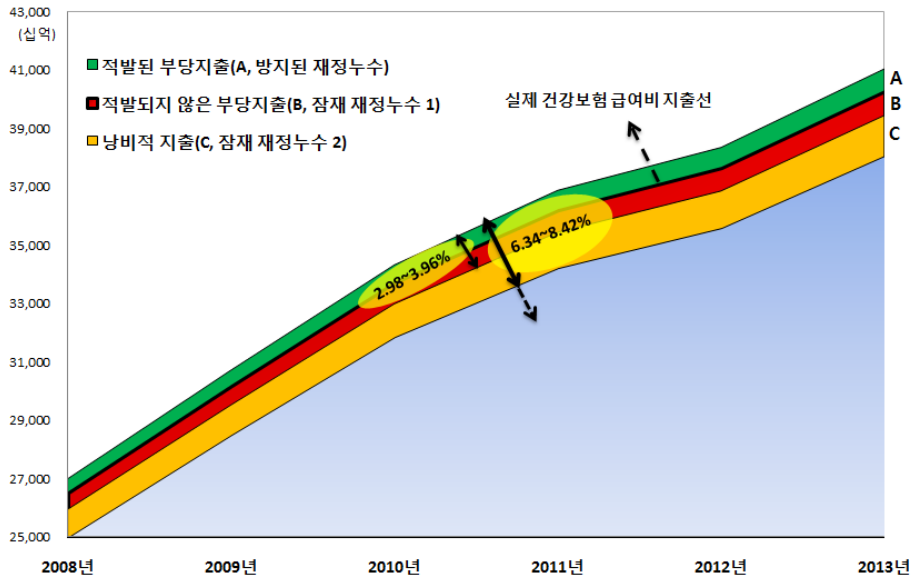
가능한 낭비적 지출로서 추가적 잠재 과잉(C)의 규모임.

- 결과적으로 현재의 실적 수준으로 부적정 지출을 적발한다면, 적발되지 않고 남아 있는 잠재 누수 규모는 잠재 부당과 잠재 과잉의 합(B+C)으로 추계되고 전체 부적정 지출 규모는 적발 규모와 잠재 규모의 합(A+B+C)으로 추계됨.

○ 적발된 부적정 지출은 부적절한 급여비 지출을 방지하지만, 적발되지 않은 부적정 지출과 낭비적 지출은 잠재적 재정 누수 요인으로 남아있게 됨.

- 아울러, 건강보험급여비의 증가는 부적정 지출 규모의 크기를 확장시키는 잠재성을 가짐.

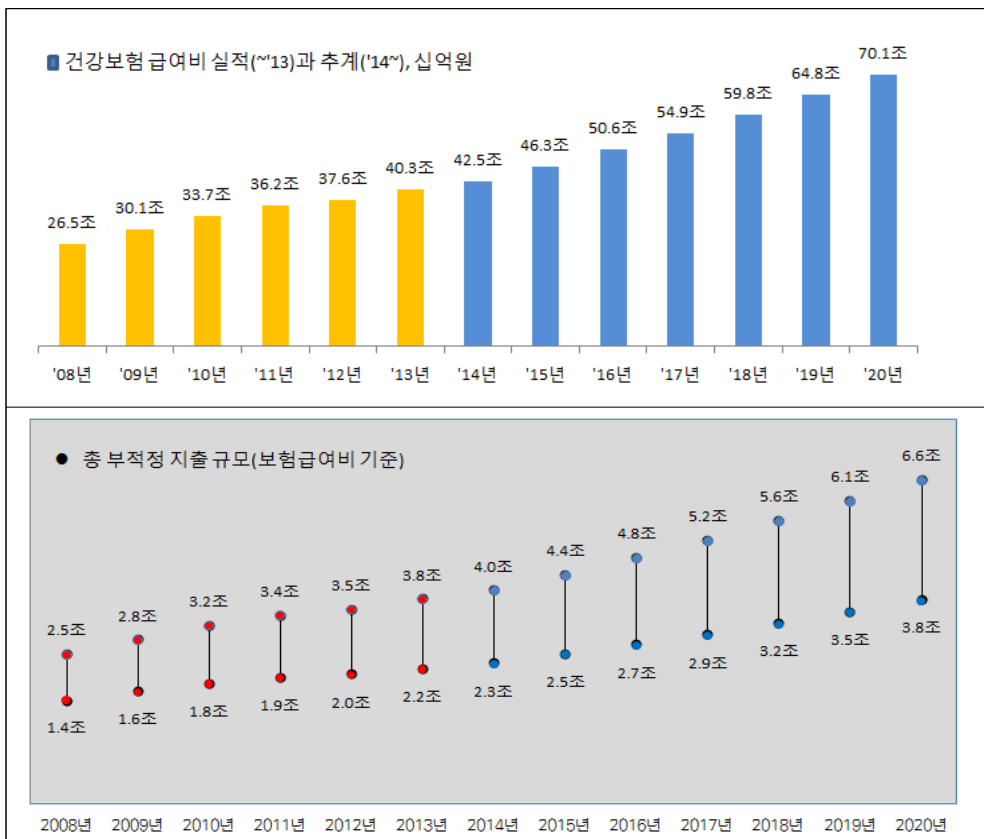
[그림 6-4] 연도별 건강보험 급여비에서 부적정 지출의 구조



○ 앞의 표에서 건강보험 급여비 지출 추계를 반영하여 잠재된 총 부적정 지출 규모를 추계하면, 의료비 증가에 따라 그 규모도 비례적으로 증가하는 것을 확인할 수 있음.

- 보험급여비 추계자료에 대해 예측되는 총 부적정 지출 규모는 2014년에 2.3조에서 4.0조이고 2020년에는 3.8조에서 6.6조까지 증가할 가능성이 있음.
 - 적발된 부적정 지출 비율은 보험 급여비의 2.15%
 - 추가되는 미적발된 부적정 지출 비율은 건강보험 급여비의 0.98~1.96%
 - 조사된 부당비율(2.98~3.96%)에서 적발된 부적정 지출 비율(2.15%)을 제외한 최소와 최대 비율
 - 추가되는 잠재 낭비적 지출 비율은 건강보험 급여비의 2.38~5.44%
 - 조사된 과잉비율(6.34~8.42%)에서 조사된 부당비율(2.98~3.96%)을 제외한 최소와 최대 비율⁴⁰⁾

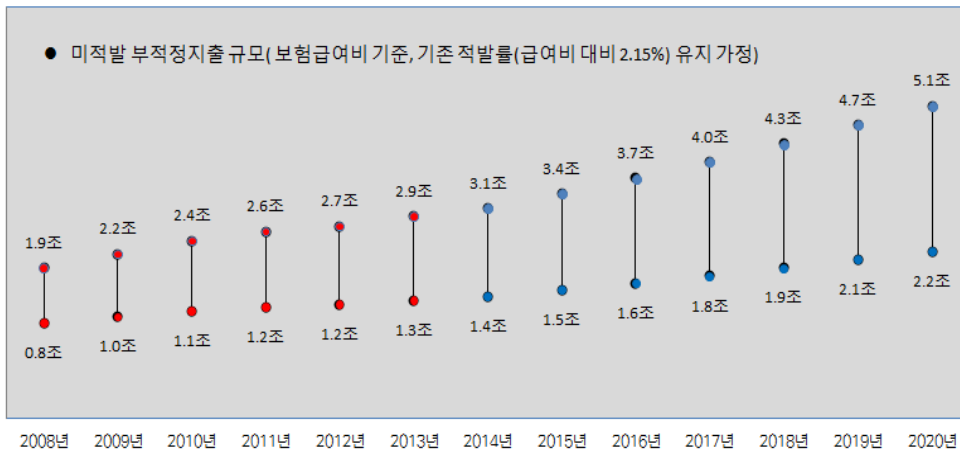
[그림 6-4] 연도별 건강보험 급여비와 잠재 총 부적정 지출 규모



40) 과잉 또는 부당을 경험한 응답자에서의 비율을 최대 비율로 하고 전체 응답자 천명에 대한 비율을 최소 비율로 정의하여 범위 값을 추정함.

- 보험급여비 기준으로 기존 적발률(급여비 대비 2.15%)이 유지될 경우, 잠재적으로 미적발되어 재정 누수를 초래 할 부적정 지출 규모는 2014년 1.4조에서 3.1조, 2020년에 2.2조에서 5.1조까지 증가함.
- 2020년 보험급여 추계액 70.1조 대비 적발되지 않고 누수되는 부적정 지출 규모는 최대 5.1조로 전체 보험급여 재정의 7.3%에 이릅니다.

[그림 6-5] 연도별 잠재 미적발 부적정 지출 규모의 변화



제3절 소결

- 부적정 지출은 부적정 지출의 광범위한 의미로 추계되었으며, 재정누수 관리 차원에서 건강보험 급여비를 기준으로 추계하였음.
 - 2008년부터 2013년까지 보험급여비 대비 적발된 부적정 지출 비율과 설문조사에서 추정된 부당 및 과잉 부담 비율을 연계하여 2020년까지 건강보험 급여비에 대한 부적정 지출 규모를 추계하고 현재의 적발율 유지 시 잠재 재정누수 규모를 함께 추계함.
 - 설문조사에서 환자가 경험한 부당 및 과잉 지출 비율은 급여와 비급여비용, 보험자부담분과 환자부담분에 동일하게 적용된다고 가정하고 추계함.

- 추계된 총 부적정 지출 규모는 2013년 2.2조에서 3.8조이며, 2020년에는 3.8조에서 6.6조로 증가할 것으로 추계됨.
 - 설문조사에서 의료비 지출 중 공급자의 부정한 의도로 인한 부당 부담 비율은 2.98%~3.96%로 응답되었으며, 현재 적발된 부적정 지출이 급여비에서 차지하는 2.15%를 제외하면, 급여비의 1% 내외가 여전히 부당한 의도로 지출되고 있으나 적발되지 않고 있는 것임.
 - 보험급여비 기준으로 기존 적발률(급여비 대비 2.15%)이 유지될 경우, 잠재적으로 미적발되어 재정 누수를 초래할 부적정 지출 규모는 2014년 1.4조에서 3.1조, 2020년에 2.2조에서 5.1조까지 증가함.
 - 설문조사에서 확인된 낭비적 과잉 부담 비율 6.34~8.42%을 2020년까지 보험급여비 추계 값에 적용하면 광의의 부적정 지출 규모는 2020년 3.8조에서 6.6조까지 증가할 것임.

- 추계된 부적정 지출 규모는 관련 선행연구에서 제시한 부적정 지출 비율의 범위에 해당되고 있어 추계 범위의 타당성을 보여줌.
 - Jee & Button(2014)은 국가와 조직 단위로 의료부정과 오류(fraud and error)를 포함한 누수율이 전체 의료비에서 0.6~15.4%의 범주에서 평균

6.99%임을 보고함.

- 이 연구에서 최소 부담 비율은 2.98% 수준이고 최대 과잉을 포함하면 비율이 8.42%까지 확대되고 있어 그 범주가 관련 선행 연구 결과에서 제시하는 범주에서 벗어나지 않음.

〈표 6-4〉 외국의 부적정 지출 추계 결과 비교

국가	출처	대상	방식	규모
영국	CHPI, 2012	NHS 부정(fraud)	국민의료비에서 비율	3.29~10%, 평균 5.59%
미국	GAO	메디케어와 메디케이드 부정	메디케어와 메디케이드 지출에서 비율	10%
	FBI, 2009		국민의료비에서 비율	3~10%
	FBI, 2014	의료 부정	국민의료비에서 비율	3%전후
연구	Jee & Button, 2014	의료 부담 (fraud & error)	전체의료비에서 비율	0.6~15.4%, 평균 6.99%

- 향후, 통계적으로 타당한 표본을 통한 부적정 지출 규모를 정기적으로 추계하는 노력이 필요함.



제7장

결론: 건강보험 부적정 지출 방지 방안

제1절 접근방향

제2절 제도적 방지 방안

제3절 기술적 방지 방안

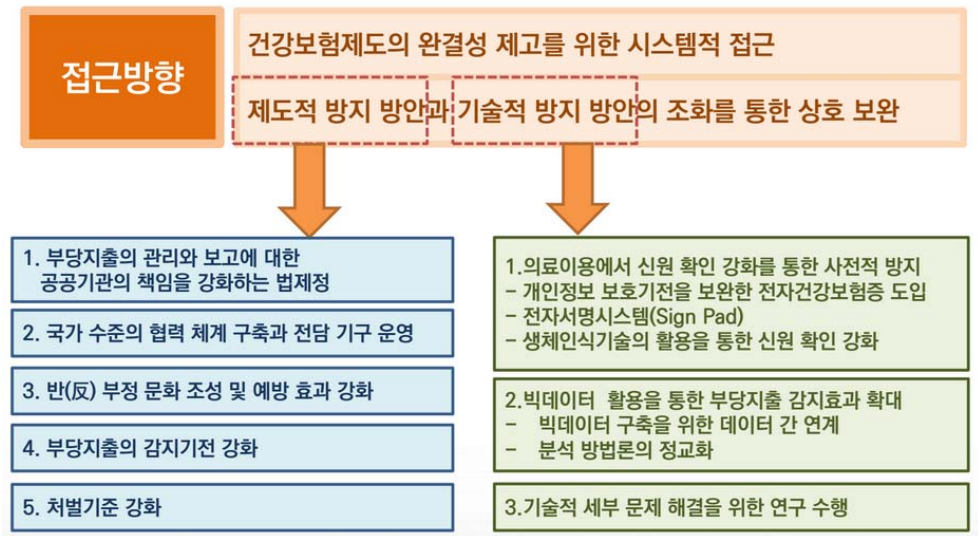
제4절 연구 의의 및 한계

7

결론: 건강보험 부적정 지출 방지 방안 <<

제1절 접근 방향

[그림 7-1] 건강보험 부적정 지출 방지를 위한 접근 방향



□ 건강보험제도의 완결성 제고를 위한 시스템적 접근

○ 부적정 지출의 관리는 건강보험 운영 및 재정 관리 시스템 전반의 활동과 연관되므로 특정 분야에 중점을 두는 것이 아니라 **시스템적 관점에서 관련 요소들이 유기적으로 연계되고 경험이 환류(feed-back)되는 접근**이 필요함.

- 국민 인식 확대 ▶ 교육 및 지원 확대 ▶ 예방효과 제고 ▶ 감지력 제고 ▶ 조사 및 처벌권 강화의 연속적 흐름으로 환류

○ 또한, 한정된 예산으로 운영되는 건강보험제도 내에서 부적정 지출이 발생하지 않도록 하기 위해서는 제도 자체의 투명성과 완결성(Transparency and

Integrity)를 갖추는 것이 가장 중요함.

- 부적정 지출의 원인이 어디에 있고 행위자는 누구이며, 서비스 제공부터 청구 시점 등 여러 과정 중 어느 시점에서 발생되었는지 지속적으로 검토하고 교정하는 노력이 있어야만 부적정 지출에 대한 시스템의 취약성을 보완하여 지속적인 부적정 지출 방지 및 감지 역량을 제고시킬 것임.

□ 제도적 방지 방안과 기술적 방지 방안의 조화를 통한 상호 보완

- 부적정 지출 방지방안은 제도적인 접근과 기술적인 접근이 상호 보완되어 상승 효과를 확대시켜야 함.
- 최근 정교한 분석기법 및 정보기술의 활용을 통해 대규모 자료에 대한 효율적이고 효과적인 의사결정이 가능해지고, 제도적인 환경 구축으로 반(反) 부정 및 부당 문화를 조성해야 함.

제2절 제도적 방지 방안

1. 부적정 지출 관리와 보고에 대한 공공기관의 책임을 강화하는 법 제정

□ 부적정 지출의 규모 파악에 대한 국가적 책임 강화

- 부적정 지출의 규모를 측정하고 공개함으로써 국민을 포함한 여러 이해관계자의 부적정 지출에 대한 인지도를 제고할 수 있으며 부적정 지출의 규모와 원인을 파악함으로써 보다 효과적 대안 마련이 가능해짐.
- 부당한 재정 누수를 막는 방법을 찾기 위해서는 그 특성과 규모를 파악해야 함.
 - 28개 유럽 국가에 속한 조직들이 합의한 '2004년 유럽 의료 부정 및 부패 선언'에서는 '리스크 관리의 유럽 공통 표준'을 개발하고 유럽 전역에서 부정과 부패로 인한 누수 감소의 성과를 통계적으로 타당한 방법에 의해 추적하는 사업을 요구하고 있음.

- 재정 누수(loss)는 환자, 의료인, 기타 인력(staff and managers), 계약자(contractors)의 부적정(오류 포함) 행위 관련 지출 금액으로 측정됨.

□ 미국은 2002년 부적정 지출 정보법(IPIA: Improper Payment Information Act)을 제정함으로써, 연방 정부 내 주요 공공기관에서 발생하는 부적정 지출 규모 측정 및 보고를 의무화하였음(강희정 등, 2010).

○ CMS는 법적 의무의 일환으로 메디케어 프로그램에서 부적절하게 지급된 진료비 규모를 산출하기 위해 CERT(Comprehensive Error Rate Testing Program)를 시행하여 파악된 규모에 대한 보고서를 발표하고 있음.

○ 통계적으로 의미 있는 표본으로서 진료비가 지급 완료된 건을 대상으로 전국의 지급오류율(Payment error rate), 과소지불액(underpayment), 과잉지불액(overpayment)을 포함하는 부적절진료비 지불액의 규모를 산출하며, 기록 제출을 거부한 의료기관의 명단도 공개하고 있음.

- 부적정 지출 관련 사업 중 가장 규모가 큰 사업은 메디케어 행위별 수가제(Medicare Fee for Service)로 매년 360억 달러가 부적정 지출로 보고되고 있음.

○ 오바마 행정부 역시 2009년 “Reducing Improper Payment”라는 행정명령으로 부적정 지출을 사전에 감소시키기 위해 정부의 역량이 해당 분야에 집중되도록 지시한 바 있음(한국고용정보원, 2014).

○ 지급오류율로 인한 과소·과잉지불액이 부적정 지출 자체를 의미하지는 않으나 Medicare Integrity Program의 대표적 성과 지표로 사용되고 있으며, 예방적 측면의 효과를 살펴볼 수 있다는 점에서 의미가 있음.

- 아래와 같이 크게 다섯가지로 유형화하여 매년 발표하고 있음.

〈표 7-1〉 미국 CERT 프로그램에서 매년 발표하는 부적정지불의 유형

부적정 지불의 유형	내용
문서기록이 없는 경우 (No Documentation Errors)	의료서비스/기기 공급자가 작성해야 하는 내용을 문서로 기록하지 않은 경우로, 의사에서 가장 많이 발생함
불충분한 문서기록 (Insufficient Document Errors)	문서상 기록은 되어 있으나 지불할만큼 기록되지 않은 경우. 대체적으로 모든 병원과 의료인에게서 빈번히 발생하는 경우로서, 특히 의료용구 공급에서 가장 빈번함.
의학적으로 불필요한 서비스 제공 (Medically Unnecessary Errors)	지불된 서비스가 메디케어에서 보장하는 서비스 내용이 아닌 경우. 입원환자를 진료하는 병원에서 가장 빈번하게 발생함.
부정확한 코딩 (Incorrect coding errors)	실제 제공된 서비스 내용과 다르게 입력, 서비스 공급자 아닌 타인으로부터 서비스가 제공된 경우
기타(Other errors)	이중 청구 등

- 한국의 경우에도 건강보험의 불필요한 재정 누수 규모를 추계하는 시스템에 필요하며 정기적으로 공개함으로써, 부적정 지출 관리 시스템의 성과를 측정하고 부적정 지출의 인지도를 제고시킬 수 있도록 해야 함.
- 미국의 부적정 지출 정보법을 벤치마킹하여 공적 자금을 사용하는 공공기관은 부적정 지출 규모를 매년 추계하여 결과를 보고하도록 법적 의무화가 필요함.
 - 이를 통해 부적정 지출이 발생하는 구조적 취약 요인을 분석하고 이를 최소화할 수 있는 제도적 방지방안을 수립할 수 있음.

2. 국가 수준의 협력 체계 구축과 전담 기구 운영

- 점차 지능화되고 다양한 영역을 초월하여 발생하는 부적정 지출에 대응하기 위해서는 국가 수준에서 관계 부처 간 협력 체계 구축과 전담기구 운영이 필요함.
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 이외에 금융감독원, 수사기관 등이 참여하는 “부적정 지출 전담 단독 기구”를 설치하여, 감지 및 적발 역량을 강화하고 처벌을 강화할 기전을 마련할 수 있음.
- 국민건강보험법, 의료급여법에 따라 요양기관을 대상으로 시행하는 현지조사 권한은 보건복지부 장관에게 있으나, 복지부 담당 인력의 부족으로 사실상

법적 위임 규정도 없이 인력을 지원하는 건강보험심사평가원이 주체적으로 조사를 시행함으로써 조사 과정과 결과 수용에 대해 요양기관 과 갈등을 빚고 법적 분쟁까지 초래하고 있음(강희정 등, 2010; 신영석 등, 2011).

- 공권력 집행의 개시를 의미하는 조사명령서 제시를 현지조사 인력 지원을 하는 건강보험심사평가원 직원이 할 경우 요양기관으로 하여금 거부감을 가지게 하며, 절차상 위법성 논란이 있을 수 있음(신영석 등, 2011)
- 결과적으로 현지조사를 통해 부적정 지출을 통제하고자 하는 기대효과를 저하시킬 가능성이 존재함(강희정 등, 2010)

○ 이를 위한 대책으로 부적정 지출을 전담하는 별도의 독립 기구를 설치하거나 부적정 지출을 관리 감독하는 조직의 권한과 기능을 확대하는 방법이 고려될 수 있음.

- 미국은 주(州), 의료보장본부(CMS), 보건부 감사관실(OIG) 단속반, 사법부 등 정부기관 간 합동단속 및 정보공유체계를 강화하고 있음.
- 보건부 감사관실(OIG)이 부정 및 부당청구와 관련된 감사권, 민·형상 조사권, 실사권, 평가권을 가지고 있으며, 필요시 법무부가 개입하여 소송을 진행하고 있음(국민건강보험공단, 2014).
- 일본도 후생성과 도도부현이 직접 지도 및 감사제도를 시행하고 있음(강희정 등, 2010)

□ 부적정 지출 조사를 전담하는 단독 기구를 설치하거나 기존에 관련 업무를 담당하는 복지부 담당 부서의 역량과 집행권을 확대하기 위해서는 건강보험법, 의료급여법을 포함한 현행 법을 개정하거나 별도의 법을 제정함으로써 실제 예산과 인력이 지원되는 조치가 지속적으로 이루어지도록 해야 함.

○ 향후 부적정 지출관리의 중요성 확대에도 불구하고 보건복지부에는 전담 부서 또는 적정수의 전담 인력이 없으며, 한명의 사무관이 다른 업무와 병행하여 관할하고 있음.

○ 따라서 복지부 산하기관의 역할을 협력적으로 조정하거나 총체적으로 이들의

역할을 활용하여 복지부가 강력한 조사권과 집행권을 행사하도록 역량을 발휘하기 어려운 구조임.

3. 반(反)부정 문화 조성 및 예방 효과 강화

- 부당청구 문제와 감지 위험에 적절히 대응하도록 공급자 지원 및 교육 강화
 - 사전에 부적정 지출을 예방하는 효과를 확대하기 위해서는 의료공급자에게 올바른 건강보험 청구 방법을 인지시키고 전문화·세분화된 교육을 제공함으로써 변화하는 의료환경에 대처할 수 있도록 지원해야 함
 - 건강보험정책, 급여기준 및 심사, 청구 프로세스와 같은 정보를 일원화 및 체계화하여 궁극적으로 공급자 친화적인 교육 시스템 구축
 - 부당청구에 대한 재발을 방지할 수 있는 교육 시스템도 함께 병행 고려

- 올바른 의료이용과 의료에서 자신의 신원정보가 도용되지 않도록 국민의 인식 수준을 향상시키며 위험을 인지하고 대응하는 방법에 대한 안내를 강화해야 함.
 - 수진 받는 과정에서의 개인 정보 보안의 중요성을 (공익광고)캠페인 등으로 홍보하여 사전에 부정 및 부당수급을 예방할 수 있는 기전 마련
 - 본인의 정보는 본인이 사용하고 본인이 책임질 필요가 있음을 상기시킴
 - 이 연구에서 시행된 설문조사 결과에서도, 많은 응답자가 의료에서 신원 정보 보호의 필요성에 동의하고 있음.
 - 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 여러 이해관계자들이 제공하는 다양한 정보를 통합하고 체계적으로 확산하는 기전 마련
 - 의료서비스 공급자 입장에서는 통합된 정보를 제공받았을 때 정보의 실효성을 보다 향상시킬 수 있으며, 교육의 효과를 증진시킬 수 있음.
 - 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 의료기관 및 공급자 단체, 환자 단체 간 교육을 위한 파트너십을 구축, 상호협력을 통해 교육의 실효성 제고

- 미국 CMS의 Provider Partnership Program은 메디케어 참여 의료공급자에게 정보를 제공하며 기준에 부합하는 서비스 제공을 하도록 유도하고 있음
- 아울러, 미국의 HEAT Provider Compliance Training Initiative라는 프로그램은 공공·민간 기관의 이해당사자, 보건부 공무원 대상으로 비정기적 교육을 제공하는 등 다양한 노력을 하고 있음.

4. 공익신고를 통한 부적정 지출의 감지기전 확대

□ 부당행위 신고 효과의 지속적 제고

- 현지조사로 적발된 부정 및 부당청구 현황을 살펴보면 내부고발제도, 민원으로 적발된 사례 건수가 큰 비중을 차지함.
- 요양기관 내부종사자 공익신고 포상금 제도 도입 이후 부당청구에 대한 내부고발은 3년 동안 4배 이상, 포상금 규모는 12배 이상 급증함.⁴¹⁾
 - 국민건강보험법 제104조와 건강보험법시행령 75조제4항은 부당청구 요양기관의 신고 및 포상금 지급 기준을 규정하고 있음⁴²⁾.
- 신고인이 의사, 약사, 간호사, 의료기사, 직원 등 요양기관 종사자일 경우 부당금액 징수금이 15만원 이상 1천만원 이하이면 징수금의 30%를 포상금으로 지급하고, 징수금이 1천만원 초과 5천만원이하이면 3백만원과 1천만원 초과금액의 20%를 포상금으로 지급하며, 징수금이 5천만원을 초과하면 10억원의 범위에서 1천1백만원과 5천만원초과 징수금의 10%를 포상금으로 지급함.
- 신고인이 요양기관 이용자일 경우 징수금이 2만5천원 이하이면 1만원, 2만5천원을 초과하면 최대 500만원까지 징수금의 40%를 포상금으로 지급함.

41) http://www.dentalnews.or.kr/mobile/section_view.html?no=10715

42) 국가법령정보센터(2014년 8월 29일 개정)

○ 부정 및 부당청구를 감지·인식하고 부당청구 요양기관을 신고할 경우에 신고로 인한 불이익에서 신고자를 보호하고 신고에 대한 충분한 경제적 보상이 이루어지도록 포상금의 수준을 지속적으로 정비하여 부당행위 신고 효과를 지속적으로 제고할 필요가 있음.

□ 미국도 의료에서 부정행위 방지를 위해 잘 정비된 법적 제도적 장치를 갖추고 있지만, 매년 상당한 규모의 부정행위들이 발생하고 있음. 또한 기소되는 대부분이 US False Claims Act에 근거하고 있음.

○ 박정훈(2013)에 의하면, “미국 부정청구금지법(False Claims Act, FCA)은 미국의 남북전쟁시기 불량대포의 납품으로 인해 사상자가 발생한 것을 계기로 정부가 연방군대에 납품한 회사로부터 금전적 손실을 배상받기 위한 권한을 부여하기 위하여 1863년에 제정되었으나, 1986년 이 법률의 개정까지 거의 활용되지 않았고, 1986년 부정청구금지법(FCA)의 개정을 통해 연방정부에 대해 사기 등 부정을 범한 자에게 연방정부를 대신하여 소를 제기⁴³⁾한 것에 대한 금전적 보상을 받을 권한을 부여하여 FCA를 민간부분의 내부공익신고자보호 제도에 대한 일반법으로 확대하였음.”

- 즉, “사기적 청구(fraudulent claims)와 같은 부정 사례를 신고한 경우 신고자는 부정행위자를 상대로 연방정부를 대신하여 민사소송을 제기하고, 승소한 경우 손해배상액의 일부를 신고자에게 인센티브로써 보상하게 함.

○ 이 법은 오바마 행정부에서 상당히 개정되어 고의적으로 거짓 청구를 제출하거나 이를 공모한 모든 사람에게 법적 책임을 부과하고 있음.

- 법은 개인들에게 재정적 인센티브를 제공함으로써(환수금액의 15-30%) 공공기관을 속인다고 확신하는 기관들을 대상으로 소송을 제기하는 권리를 규정함.

• 거짓 청구(false claims)에 대한 소를 제기하면, 재정손실액의 최대 3배와 청구건당 11,000불의 민사적 벌금이 부과될 수 있음. 메디케어에 청

43) 이를 “키타탐 소송”(qui tam actions; whistleblower actions)이라 함

구된 항목 하나(an item) 또는 서비스 한건(a service)이 하나의 청구건(a claim)으로 간주되므로 상당한 금액에 이를 수 있음. 아울러, 구금 등 형사적 처벌도 받게 됨.

- OIG는 부정청구가 확인된 의사에 대해 메디케어 등 보건부 운영 프로그램에서 참여 자격을 박탈시키기도 함.
- 1987년부터 2008년까지 환수된 금액이 220억불로 2010년 한해만 의료 부정청구로 환수된 금액은 25억불이었음.
- False Claims Act의 존재가 상당한 억제 효과를 발휘하고 있는 것으로 평가됨.

□ 미국은 국가에게 손실을 입히는 부당행위에 대한 공익 신고자에게 민사적, 형사적으로 상당한 경제적 인센티브를 받도록 법제화함으로써 사회전반에서 부당행위 신고를 권리 이행으로서 인식시키고 이를 통해 감지 효과와 사전 억제효과를 모두 기대하고 있음.

□ 우리나라도 공익신고의 사회적 편익을 확대시키기 위해서는 법령상의 포상금 지급 수준만 선언적으로 인상시키지 말고 신고된 이후 부당금액 확인과 징수 실적을 모두 고려하여 공익신고자에게 위협에 비례한 충분한 보상이 실현될 수 있도록 현실적이고 효과적인 포상금 지급 방안을 마련해야 함.

○ 공익신고에 대한 포상금이 10억원까지 확대되었지만, 이는 신고자가 요양기관에 근무하거나 근무했던 직원 또는 약제 및 치료재료 제조 판매업자에게 고용되거나 났던 사람에게만 한정되고 환자나 보호자, 주변 요양기관 관계자 등은 제외되어 있음.

- 의료기관 이용자 등의 신고에 대한 포상금을 지급하는 최대 500만원 상한 수준이 상대적으로 낮음.

○ 또한 포상금이 부당확인 금액이 아니라 징수한 금액을 기준으로 산정되기 때문에 확인된 부당 금액이 모두 징수되어야 최대 포상금을 받을 수 있음.

- 즉, 상당한 부당금액이 확인되었더라도 건강보험공단이 징수를 하지 못하

면 지급 기준에 맞는 포상금 지급이 어려워 질 수 있어 공익신고에 대한 보다 실질적인 포상이 이루어질 수 있도록 정비가 필요함.

- 공단의 부당금액 징수 성적이 좋지 않은 상황에서 이러한 포상금 지급 기준은 위협에 비례한 충분한 경제적 보상에 대한 기대를 낮추어 공익신고를 꺼리게 할 수 있음. 결과적으로 공익신고를 통한 부당청구 감지 효과를 기대하기 어렵게 함.

5. 부적정 지출에 대한 조사 및 처벌의 집행력 강화

□ 부당 청구 또는 부당 수급에 대한 집행력 강화 필요

- 부적정 지출과 관련 업무에 가담할 경우 민·형사상 강력한 제재 부과 필요
 - 요양기관에 대한 사후관리를 통해 허위·부당 진료비 청구가 확인된 경우 보건복지부에서는 해당 요양기관에 대한 행정처분, 명단공표, 형사고발 등의 조치를 하고 있음.
 - 건강보험 부적정 지출을 초래한 요양기관에 대해 민사적, 형사적으로 처벌 및 경제적 불이익이 모두 발생할 수 있도록 법령 정비 필요
- 형법에 부적정 지출 관련 범죄 항목을 신설하여, 범죄를 사전에 예방하도록 해야 하며 이로 인해 국민의 인식 수준 역시 개선될 수 있어야 함.
 - 한국과 일본은 일반 사기에 해당하는 경우 사기죄를 적용하지만, 미국, 독일, 오스트리아 등의 선진국은 보험사기에 대해 형법을 적용(국민건강보험공단, 2014)

〈표 7-2〉 국가별 보험사기 및 처벌 유형

구 분	보험사기	처벌
미국	모든 주에서 범죄로 규정	주마다 다름 (뉴욕: 등급에 따라 1년~15년)
독일	보험남용죄 적용	6개월~10년
오스트리아	보험남용죄 적용	3년 이하

주: 1) 한국과 일본은 일반 사기에 해당하는 사기죄만 적용하고 있음
 자료: 국민건강보험공단(2014)의 건강보험재정누수사례분석(132p)에서 발췌하였음

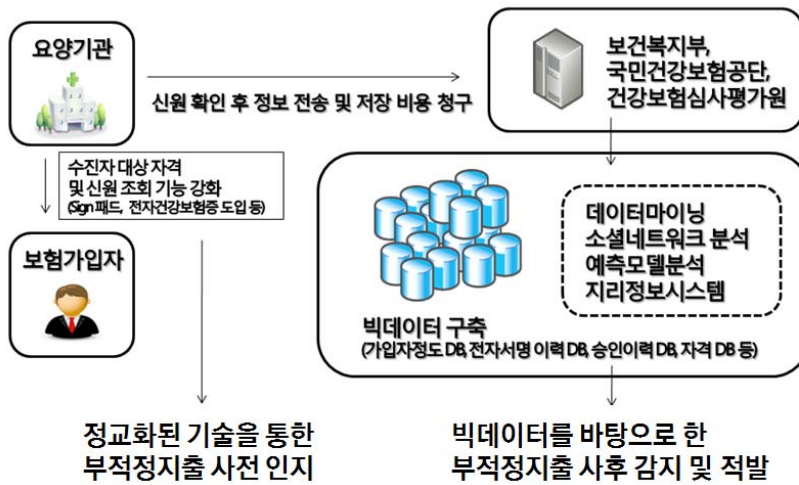
- 현 고발기준은 부정청구 금액이 750만원 또는 부정청구 비율 10% 이상인 기관에 해당하므로 부정청구 금액과 관계없이 부정청구를 했을 경우에 형사고발 조치를 하는 등의 법적 조치 강화가 필요함(국민건강보험공단, 2014).
 - 또한 부정 및 부당청구가 의심되어 현지조사로 의뢰했을 때 급여비 지급보류를 할 수 있는 등의 강력한 조치를 고려할 수 있음.
 - 미국은 2010년 의료개혁법 시행으로 부정 및 부당청구, 사기혐의가 있는 요양기관에 대해서는 지급정지를 할 수 있으며, CMS가 요양기관이 청구한 진료비 지급 자체를 중단할 수 있는 권한을 가짐(국민건강보험공단, 2014)
 - 미국 법무부, 보건부, 연방수사국이 공조하여 조직한 보건의료 부정 방지 전담반(HEAT: Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team)은 2012년 동안 42억불을 환수하는 한편, 대도시 중심으로 건강보험 관련 부정 및 부당청구를 단속하는데에 주력해 옴(국민건강보험공단, 2014).
 - 메디케어 내 부정 및 부당청구를 적발하는 것이 주 업무이며, 정부 부처 간 협력이 용이할 수 있는 방법을 강구하고 있음.
- 현재 한국 건강보험제도상 현지조사를 거부한 요양기관에 대한 금전적 제재는 없으며, 해당 요양기관의 부정 및 부당청구 금액이 확인 불가하여 환수 조치가 불가능한 점을 고려하였을 때, 현지조사를 거부한 기관에 대해서 보다 강력한 제재가 필요함(신영석 등, 2011).

제3절 기술적 방지 방안

1. 기술적 방지 방안의 틀(Framework)

- 건강보험제도 내에서 부적정 지출을 사전에 예방하기 위해서는 기술적 방지 방안에서 크게 두가지 접근이 요구됨.
- 가입자의 부정 및 부당수급에서 심각한 문제로 지적되는 신원 도용을 해결하기 위해서는 서비스를 제공받는 시점부터 신원 정보를 확인하는 기전
- 부적정 지출을 감지 및 분석하는 데이터의 확대와 분석방법의 정교화

[그림 7-2] 부적정 지출 사전예방 및 사후 관리를 위한 방안 틀



2. 의료이용에서 신원 확인 강화를 통한 사전적 방지

□ 의료이용에서 신원 확인 강화의 중요성 확대

- 가입자 중심의 부적정 지출은 공급자 중심의 부적정 지출과 달리 적발하기 어려움.
 - 현행 건강보험증은 사진 등 실제 가용할 수 있는 신원확인 증거가 없을 뿐 아니라, 국민건강보험법상 요양기관은 본인 확인 절차가 강제적인 의무 사항으로 명시되어 있지 않음(국민건강보험공단 용역보고서, 2011)
 - 최근 건강보험 부적정 지출 확인 실적에 의하면, 가입자 대상 환수 결정액이 상당부분을 차지하고 있어 이에 대한 적극적인 예방책 마련이 요구됨.
- 적발되더라도 외국인 또는 재외국민일 경우 선별적으로 환수를 하므로 서비스를 제공받을 당시에 직접 가입자의 신원을 확인하는 시스템을 구축하는 것이 가장 효율적인 방법이라 할 수 있음.
 - 고려할 수 있는 방법으로는 전자건강보험증 도입과 생체인식기술을 도입한 신원 정보 확인 절차를 두는 것임.

□ 개인정보 보호 기전을 보완한 전자건강보험증 도입

- 의료기관 이용 시 국민의 불편을 해소함과 동시에 건강보험 재정 누수를 방지하기 위한 방안 중 하나로 전자건강보험증 도입이 고려될 수 있음.
 - 최근 종이 건강보험증 발행으로 인한 행정력과 예산 낭비(증 발급건수 2012년 기준 1,794만건, 55억 예산 소요)의 문제가 제기되면서 전자건강보험증이 대안으로 거론되고 있지만, 개인정보 노출 위험의 확대 우려도 동시에 존재함.
 - 하지만, 세계적 수준인 한국의 정보통신기술을 활용한다면, 전자건강보험증 도입을 통해 의료전달체계 효율화와 의료정보시스템 발전뿐만 아니라 국제적 부가가치 창출 기회도 높은 것으로 평가되고 있음(국민건강보험공단 해외건강보험제도 운영사례 관련 IC 카드 대만출장보고서, 2014).

〈표 7-3〉 주요 선진국의 전자건강보험증 발급 현황

구 분	도입시기	표시사항	장 점
벨기에	-	사회보장 일련번호, 성명, 생년월일, 성별, 최초 가입일 및 유효기간, 카드 번호 등 9가지	-
대만	2004년	(환자용IC카드) 인적사항, 보험료납부 내역, 진료사항, 진료비 내역 등	당초 카드 도입 시 개인정보 유출을 우려했으나 현재까지 유출사례 없음
독일	1993년	건강보험조합명, 자기부담상태, 인적 사항, 의료 및 약물치료 기록 등	데이터는 모두 암호화되어 있어 제3자에 의한 암호해독 불가
프랑스	2008년	-	의료기관의 중복검사 감소, 이전 진료 내역 등 확인 가능

자료: 건강보험 재정누수사례분석(국민건강보험공단, 2014)의 자료(93p)에서 발췌하여 재정리하였음.

- 진료 접수시 전자건강보험증을 제시하면, 실시간으로 자격확인이 요청되어 승인번호가 전송되며 요양기관은 승인번호를 통해 진료비 청구가 가능함.
- 자격확인 정보로서 전자건강보험증에 주민등록번호 외에 별도의 번호를 저장시켜 개인정보 유출로 인한 위험을 예방할 수 있음.
- 전자건강보험증 발급 시, 요양기관, 가입자, 보험자 모두에게 장점을 극대화하는 방안이 검토될 수 있음(국민건강보험공단 용역보고서, 2011).
 - 요양기관 입장에서 환자의 정보 입력 등 필요한 행정절차를 간소화할 수 있으며, 요양기관이 저장해야 하는 정보 데이터 량을 감소시킬 수 있음.
 - 가입자 입장에서 수기로 접수를 해야 하는 불편 감소
 - 보험자 입장에서 청구, 심사과정에서 오류 방지와 부적정 지출 관리 용이

□ 전자서명시스템(Sign Pad)

- 현재 종이 형태의 건강보험증을 전자서명과 개인 ID로 연계함으로써 전자서명 확인 형태로의 개선이 검토된 바 있음(국민건강보험공단 용역보고서, 2011).
 - ID(건강보험증 번호, 주민등록번호 등)를 통해 본인부담금 거래내역, 자격 확인, 진료사실 확인을 할 수 있도록 하며, 서명의 일치율을 판단하여 본인 여부를 확인하도록 함.
 - 개인 서명을 통해 정확한 본인 확인이 가능하므로 시각적 본인 확인이 불

필요해지며, 보험증 발급 비용을 절감할 수 있음

- 국민건강보험공단의 용역보고서(2011)에 따르면, 전자서명 시스템을 통한 Sign pad 시스템을 도입할 경우 초기 도입 비용 235.9억원, 운영비용 227.6억원이 소요 예상

〈표 7-4〉 Sign Pad 초기도입비용 및 운영비용(국민건강보험공단이 직접 운영할 경우에 해당 비용임)

구분		비용	세부내역
초기 도입 비용	관리시스템 구축비	59.9억원	H/W 22.5억원, N/W 2.4억원, S/W 15억원, 개발비 20억원
	요양기관 대상 프로그램 설치 확산비	44.0억원	55,000(프로그램설치/확산비)X80,000개소
	전자서명패드 비용	132억원	120,000개X110,000원(단가)
운영 비용	시스템 장비유지보수비	5.9억원	관리 시스템 구축비×10%
	통신비	0.1억원	1G×2회선
	전자서명패드 감가상각비	44억원	110,000×120,000/3년(평균사용기간)
	A/S비용 등 유지관리비	105.6억원	11,000원(월)×80,000개×12개월
	콜 센터 운영비	72억원	200명(콜/인원) 운영×300만원×12개월

자료: 국민건강보험공단의 용역보고서(2011)의 원자료(102-103pp)에서 발췌하였음.

〈표 7-5〉 Sign pad 도입시 건강보험 재정 절감 금액

내역	금액	비고
건강보험증 발급비용 (건강보험증 폐지 시)	37억	매년 전체가입자의 90%이상 재발급
건강보험증 발송비용 (건강보험증 폐지 시)	35억	일반우편 발송 시
부당, 허위청구 적발 환수금액(2009년 기준)	280억	
미적발 부당, 허위청구 추정 규모	1,400 ~ 2,520억	주1) 참고
건강보험증 대여 및 도용 진료 금액(2010년 기준 추정치)	(10 + 4.5)억	미적발율은 설문결과인 요양기관 보험증 미확인을 45% 적용
진료 내역통보 우편비용 (2010년 기준)	4.5억	
장기 체납보험료 감소 추정규모 (최근5년 평균기준)	31.5억	주2) 참고
합계	1802.4~2922.4억	

주: 1) 부당, 허위청구 미적발 추정규모 산출근거는 전체요양기관의 10%가 진료비 부당허위 청구로 부당이득금 환수결정('06 국가청렴위원회 조사)자료를 근거로 "280억(1% 실사 시 환수금액) X (5~9)(실사배율, 단 실사배율에 따른 환수금액은 2009년도와 동일하다고 가정함)"

주: 2) 6개월 이상 연평균 장기체납보험료 감소 추정규모 산출근거는 최근 5개년 연평균 장기체납보험료 증가액 784억에 연 소득금액이 1,000만원 미만인 장기체납자(장기체납자 중 96% 차지)를 제외하고 계산함. 즉 "784억 X 4% = 31.4억"

자료: 국민건강보험공단의 용역보고서(2011)의 원자료(111-112pp)에서 발췌하였음.

- 장기적으로 Sign Pad 시스템을 도입하여 가입자의 본인 확인 시스템을 강화하였을 때, 건강보험 재정은 연 1,800억~2,922억원을 절감할 수 있을 것으로 추계되었음(국민건강보험공단 용역보고서, 2011).

- 추계 결과에 의하면, 재정절감액이 1,802억에서 2,922억으로 비용 대비 편익이 높은 것으로 나타남.

□ 생체인식기술의 활용을 통한 신원 확인 강화

○ 정보 통신 기술이 발달하고 보편화되면서, 사용자의 고유한 생체정보를 이용하여 보안성을 상승시키는 생체인식기술이 주목을 받고 있음.

- 개인의 행동과 생물학적인 특성을 통해 개인을 인식하는 생체인식시스템은 일상의 편리와 효율성을 개선할 뿐만 아니라 부정 및 부당 청구를 줄일 수 있다는 점에서 장점을 지님.
- 비밀번호를 기억하거나 신분증을 소지해야 하는 등의 번거로움을 피할 수 있으며 분실, 위변조 등의 위험을 피할 수 있음.

○ 지문, 얼굴 등으로 본인을 인식하는 기술이 크게 각광 받으면서 일부 선진국에서는 생체인식 기술을 통해 국토 안보, 사유정보에 대한 비밀 유지, 사기 사건 사전 예방 등이 필요한 공공 정책에 활발히 사용되고 있음(과학기술정책연구원, 2010).

- 1990년대의 전자상거래상 보안 및 인증시스템으로 활용되기 시작, 1990년대 후반부터 금고 및 출입국시스템의 접근 통제, 범죄자 색출을 위한 범죄 수사 등 다양한 분야에서 활발히 활용되고 있음(배국진, 2008).
- 미국은 9·11테러 이후 생체인식 정보를 이용한 출입국 통제시스템을 운영 중이며, 해당 운영사는 한국의 LG와도 기술판매 제휴를 체결함.

○ 생체인식시스템의 종류(문기영, 2005)

- 다양한 방법을 통한 생체인식 시스템 개발 중이며 지문이 가장 보편화된 시스템이며 최근에는 안면, 홍채 등을 통한 인식시스템이 활발히 개발 중이며 생체적 특징과 행동적 특징으로 구분하여 개발 중임.

〈표 7-6〉 생체인식기술의 특징상 분류

생체적 특징	내용	장단점	행동적 특징	내용	장단점
	지문	비용저렴, 지문 변화, 손실 시 측정 불가능		서명 (signature)	비용 저렴, 의도적으로 서명 위조시 측정 불가
	얼굴	신속하며 비용 저렴, 정확도 낮음		음성	물리적 접촉이 없어 거부감 적음 소음, 잡음으로 인한 부정확성
	손모양	최소의 저장용량, 처리속도가 늦음			
	홍채	위조 불가, 대용량 필요			

자료: 정연택(2004), 배국진(2008), 문기영(2005)의 자료를 취합하여 재정리하였음.

- 지문인식시스템
 - 범죄수사 분야에서는 20년전부터 활용되고 있으나 지문이 닳아 없어진 경우 측정이 불가능하다는 점에서 단점이 있음 .
- 홍채인식시스템
 - 쌍둥이들도 다른 홍채 패턴을 가지고 있으며 일생동안 변화하지 않고, 안경 또는 콘택트렌즈를 착용하여도 인식이 가능하여 활용범위가 넓음.
 - 유럽국가 중 영국 히드로 공항, 독일 프랑크푸르트 공항, 오스트리아 비엔나 공항 등에서 홍채인식 기술을 이용한 출입국 관리시스템 운영 중
- 안면인식 시스템
 - 안면인식 기술 도입에 적극적인 영국은 2004년 기준 4백만개 이상의 안면인식카메라를 공공장소에 설치 및 운영 중
- 개인 정보 보안 필요
 - 신원확인 강화를 위해 대안으로 제시되는 생체 인식 기술을 사용하기 위해서는 개인정보 보호가 보장되어야 함.
 - 인간의 생체정보를 이용한 시스템이므로 사용자의 거부감, 개인의 프라이버시 침해 등의 문제가 지속적으로 제기될 수 있음.

□ 신원확인 강화를 위한 사전 방지 대안의 선택과 유의점

- 현재 신원확인 강화를 위한 대안으로 논의될 수 있는 전자건강보험증, 사인패드, 생체인식기술의 활용은 모두 신원도용으로 발생하는 부적정 지출의 방지와 종이 건강보험증의 발급 및 관리 비용을 절약한다는 측면에서 편익에서 큰 차이가 없는 것으로 평가됨.

〈표 7-7〉 Sign Pad 초기 도입·운영비용과 건강보험 재정 절감액 비교

		구분	비용	내역	금액
초기 도입 비용		관리시스템 구축비	59.9억원	건강보험증 발급비용 (건강보험증 폐지 시)	37억
		요양기관 대상 프로그램 설치 확산비	44.0억원	건강보험증 발송비용 (건강보험증 폐지 시)	35억
		전자서명패드 비용	132억원	부당, 허위청구 적발 환수금액(2009년 기준)	280억
운영 비용		시스템 장비유지보수비	5.9억원	미적발 부당, 허위청구 추정 규모	1,400 ~ 2,520억
		통신비	0.1억원	건강보험증 대여 및 도용 진료 금액(2010년 기준 추정치)	(10 + 4.5)억
		전자서명패드 감가상각비	44억원	진료 내역통보 우편비용 (2010년 기준)	4.5억
		A/S비용 등 유지관리비	105.6억원	장기 체납보험료 감소 추정규모 (최근5년 평균기준)	31.5억
		콜 센터 운영비	72억원		
		합계	463.5억원	합계	1,802.4~2,922.4억

*건강보험재정 절감액은 SignPad 또는 전자건강보험증 도입 비용과 관계없이 동일함

자료: 국민건강보험공단의 용역보고서(2011)

- 편익의 차이가 없는 경우에 대안의 선택은 초기 및 관리 비용이 최소인 대안이 선호될 수 있지만, 초기 투입비용에 있어서도 모든 대안이 기존 시스템과 연동될 수 있는 새로운 시스템의 개발, 필요한 정보의 데이터베이스 구축, 가입자와 요양기관에게 새로운 매체(전자건강보험증, 사인패드, 생체인식장비 등) 제공 비용이 요구된다는 점에서 큰 차이가 없을 것으로 추정됨.
 - 다만, 새로운 데이터베이스 구축 비용을 줄일 수 있는 접근이 기존시스템과의 연동, 편의성/비용절감 측면에서 우위에 있을 수 있음.
 - 또한 대안 비교에 있어서, 새로운 시스템 도입으로 우려되는 논란에 대응할 수 있는 근거 구축과 기술적 역량이 전제되어야 함.
- 대안의 선택과 추진은 대안들 간 비용효과에 대한 비교분석보다 신원 확인 강화의 필요성에 대한 국민 인식, 정부 또는 보험자의 정책의지가 중요하게 작용할 것임.

- 2000년대 초반, 처음 전자건강보험증 도입이 논의된 이후, 14년이 지난 현재 의료비가 국가 재정에 미치는 영향이 상당히 증가했으며, 개인정보를 보호하는 기술적 역량도 발전했다는 점에서 생체인식정보를 활용하는 초기 단계의 기술보다 논의의 진전 가능성이 높다고 할 수 있음.

○ 따라서 부적정 지출의 규모와 이로 인한 재정누수가 보험급여 확대를 제한하고 보험료를 높일 수 있다는 점을 적극적으로 홍보함으로써, 국민 모두가 보다 적극적으로 자신의 신원정보를 보호하는 정책에 동의할 수 있도록 하는 인식 개선 노력이 필요함.

3. 빅데이터 활용을 통한 부적정 지출 감지효과 확대

□ 빅데이터 활용의 중요성 증가

- 진료비를 지급하기 전 미리 부적정지출을 감지하여 예방하는 것이 사후 관리 및 적발을 위한 비용을 줄일 수 있다는 점에서 효율적인 방법임.
- 다양한 정보를 연계하는 빅데이터 구축과 활용은 부적정 지출을 감지하는 역량을 제고하는데 기여할 것임.

□ 빅데이터 구축을 위한 데이터 간 연계

- 공공-민간기관 간 정보 공유 활성화
 - 공공기관 간 정보 공유를 통해 건강보험 재정 누수를 방지하기 위한 데이터 연계 체계 구축이 필요함.
 - 재정 누수 방지에 한계로 작용하는 기관 간 자료 연계 문제가 극복되어야 함.
 - 산재은폐 적발을 위해서는 고용노동부와 의 자료 연계 및 업무협업체계 구축이 필요함.
 - 학생건강검진의 경우 교육부의 검진자료 연계 필요⁴⁴⁾(국민건강보험공단, 2014)

44) 대표적인 예로 교육부 NEIS(National Education Information System) 교육행정정보시스템으로 학생 건강검진의 수검여부 확인이 가능

- 일차적으로는 기관내 다양한 정보를 통합하고 단계적으로 중요한 외부기관 간의 정보 연계로 접근해야 함.
- 국민건강보험공단은 자격, 소득, 재산, 검진, 진료, 장기 요양 등의 데이터를 연계하고 심사평가원의 심사정보를 연계한 빅데이터를 구축함으로써 부당 청구의 감지력을 향상시키고 있음.
- 아울러, 민간보험사와 기타 공공기관의 자료 연계를 검토할 수 있음.⁴⁵⁾

○ 현장 사례에 기반한 모델링

- 현지확인 및 현지조사로 도출된 지식변수와 통계적 검정을 통해 선택된 유의변수를 포함시켜 모델링을 실시
- 동시에 증대여 및 도용, 보험사기, 상해요인 등과 같이 현장 사례에 기반한 세분화된 맞춤형 모델링 수행이 가능
- 근거에 기반을 두어 부적정 지출의 가능성이 높은 건을 위주로 대상을 선택하여 조사가 가능함.

□ 분석 방법론의 정교화

○ 데이터마이닝(Data mining)기법을 이용한 예측 및 감지

- 상관성이 없어 보이는 다량의 데이터에서 유용한 상관관계를 발견하거나 이상 징후를 찾아 패턴을 구축해 의사결정에 활용하는 방법
- 사용가능한 모든 데이터로부터 기대하지 못한 새로운 규칙을 발견할 수 있다는 점에서 장점이 있음.
- 미국 등 선진국에서는 활발히 사용하고 있으며, 우리나라에서도 건강보험, 조세, 금융, 실업급여 관리 등에서 사용되고 있음. 보다 광범위한 데이터 통합을 통해 통찰력을 얻는 노력이 필요함.

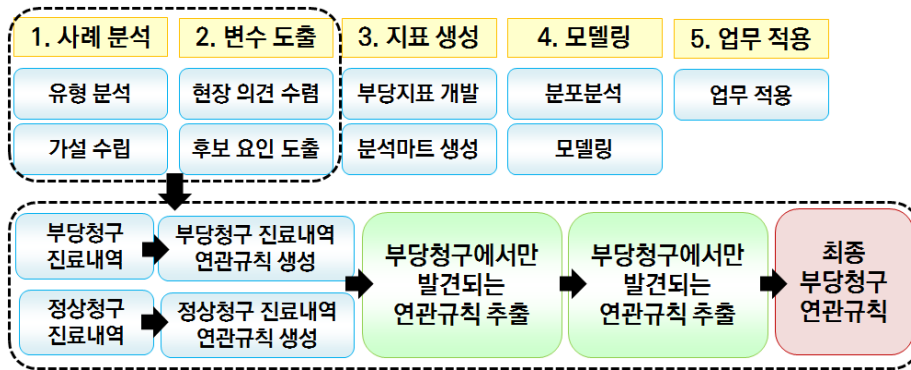
○ 데이터마이닝(Data mining)의 종류

- 예측 모델 분석(Predictive Modeling Analysis)

45) 2014년 하반기 국민건강보험공단, 소방방재청의 119응급자료 데이터 연계 예정

- 부정 및 부당청구로 적발된 사례를 분석하여 이들의 특성을 종합한 부당 지표를 개발함으로써 건강보험 청구 과정에서 발생할 수 있는 비슷한 사례의 사전 감지 가능
- 다양한 부적정 지출 패턴을 분석 및 유형화함으로써 새로운 부적정 지출 발생에 신속한 대응 가능

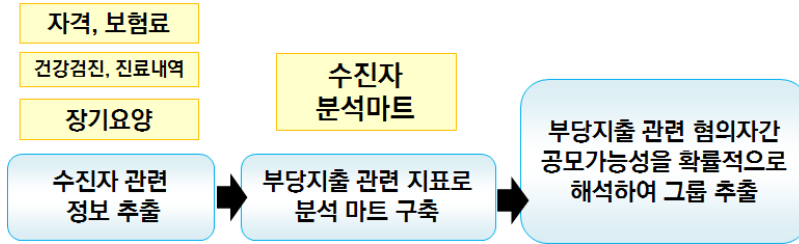
[그림 7-3] 부당청구 예측모형 모델링 절차



자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2014

- 소셜네트워크 분석(Social Network Analysis)
 - 부정 또는 부당행위에 가담한 서비스 공급자, 가입자 등의 공모 가능성을 확률적으로 해석함으로써 집단의 특성을 도출하는 방법으로 미국의 부적정 지출을 적발하는데 활발히 사용되고 있는 방법 중 하나임.
 - 보험사기, 건강보험증 대여 등 가입자 중심의 부정 및 부당수급은 사람들간의 공모에 의해 발생한다는 점에서 소셜네트워크 분석이 유용할 수 있음.

[그림 7-4] 소셜 네트워크기법을 이용한 가입자의 부당 및 부정수급 감지



자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2014

- 지리정보시스템(Geographic Information System)
 - 건강보험 부적정 지출의 지역적 분포 또는 특성을 파악한 후 지리정보시스템에 연동하여 시각적 효과를 극대화함으로써 직관적으로 부당지출의 지리적 발생 가능성 및 현황 분석

□ 정확성을 위한 적정 규모와 통계적으로 타당한 표본 구축 필요

- 부당청구를 감지하거나 혹은 부당청구 패턴을 분석하기 위해서는 전체 요양기관을 대표할 수 있는 신뢰성 있는 표본을 확보해야 함.
 - 신뢰성과 대표성이 있는 표본을 확보해야 매년 변화를 비교할 수 있으며, 이를 근거로 부적정 지출 규모의 산출 및 보고가 가능함.
- 통계적으로 타당한 표본 구축을 위해서는 Gee와 Button(2014)이 제시한 조건을 고려할 필요가 있음.
 - 소득 또는 지출 수준을 반영하는 통계적으로 타당한 표본
 - 표본 데이터 내 부정(fraud), 오류(error) 또는 조정(correctiveness) 구분
 - 외적 타당도(external validity)
 - 측정 가능한 수준의 통계적 신뢰도(confidence)
 - 측정 가능한 수준의 정확도(accuracy)

4. 기술적 세부 문제들을 해결하기 위한 지속적인 관심과 연구 수행

- 의료 환경에서 신원도용의 심각성과 위험성이 인지되고, 신원확인의 필요성이 보편적으로 수용되기 위해서는 위험의 규모를 파악함과 동시에 세부 문제를 해결하기 위한 연구가 지속되어야 할 것임.
- 현재 건강보험증 도용 및 대여의 문제는 전자건강보험증 도입으로 상당 부분 해결될 수 있을 것으로 기대되지만, 여전히 환자 개인 정보의 상업적 활용 가능성 등 발생 가능한 문제들이 대두되고 있음. 따라서 사전에 충분히 검토하고 예방하기 위한 준비가 되어야만 성공적 시행을 목표로 추진 가능함.
- 또한 사전준비는 충분한 과학적 근거에 바탕을 두지 않으면, 발전적 논의를 진행시키기 어려움.

제4절 연구 의의 및 한계

- 이 연구는 부적정 지출 관리에 대한 국가적 중요성과 바람직한 관리 체계의 방향성을 제시하고 계량적으로 건강보험 재정누수위험의 크기를 파악했다는 데 의의가 있음.
- 부적정 지출의 규모와 건강보험 급여재정의 누수 구조를 제시함으로써 문제의 크기에 대한 계량적 이해를 돕고 정책 추진의 구체적 근거를 제공할 것임.
- 기존에 논의되었던 건강보험 부적정 지출의 개념을 재정립하였으며 국내외 선행연구, 선진국의 사례를 검토하여 부적정 지출을 관리하기 포괄적 접근 틀을 제시하였음.
 - 요양기관의 부적정 청구 뿐 아니라 가입자의 부적정 수급을 예방하고 관리할 수 있는 다양한 방안을 검토함.
- 아울러, 국민 대상 설문조사를 통해, 의료이용에서 신원도용의 위험성과 신원확인의 필요성에 대한 인지 수준을 파악하고 국민이 경험하는 의료 과잉 및 부

당 부담 비율을 추정할 수 있었음.

○ 아울러, 해외 거주하는 교민을 대상으로 직접 설문조사를 실시함으로써 재외 국민의 부적정 지출 실태를 이해하고 정책 대안 마련의 기초자료를 제공함.

□ 다만, 이러한 연구의 의의에도 불구하고 다음과 같은 한계를 가짐.

○ 이 연구는 직접 방문조사를 수행한 미국과 프랑스를 중심으로 현황을 비교하고 있으며, 기타 국가들에 대해서는 관련 문헌과 인터넷 검색자료를 사용하였으나 수행 과정에서 상대적으로 부적정 지출에 대해 적극적인 관리 정책이 추진 되는 국가의 사례가 더 많이 반영되었을 가능성이 있음.

- 이러한 문제를 보완하기 위하여 민간 주도의 미국과 정부 주도의 프랑스, 기타 유럽국가들로 균형있게 검토하기 위해 다양한 사례를 조사하였음.

○ 부적정 지출 관련 인식도 조사에서 일반적으로 설문조사에서 발견되는 응답자의 기억 오류가 있을 수 있음.

- 이러한 문제를 최소화시키기 위하여 의료 이용 시 병원에서 신원 확인에 대한 경험은 가장 최근의 경험을 답변하도록 하였고, 모든 문항에 대하여 구체적인 사례를 통해 응답자를 이해시킨 후 답변하도록 조사표를 구조화하여 실시하였음.

- 다만, 의료비 부담에서 과잉 및 부담 비율은 응답자 기억 오류의 영향을 받을 수 있어 최소와 최대의 범위 값으로 추정을 하였음.

○ LA 거주 한인 대상 설문조사에 있어서는 방법론의 한계가 컸지만, 현황을 파악하는데 의의를 두고 시행한 결과를 기술하는데 역점을 두었음.

- 해외에 거주하고 있는 재외국민을 대상으로 인식조사의 진행은 정확한 모집단을 추정할 수 없기 때문에 과학적인 표본설계가 어려움.

- 따라서 현황을 파악하는데 의의를 두고, 조사에서 파악된 수치를 활용하여 재외 국민들에 의한 부적정 지출 추계를 시행하지 않았음.

○ 이 연구에서는 광의의 부적정 지출 규모를 추계하기 위하여 설문조사에서 확인된 과잉 부담비율을 적용하였으며, 제도 운영을 통해 확인되고 있는 부적정

지출 규모는 과거 6년간(2008~2013) 보험급여비 대비 부당 적발 실적 금액의 평균 비율을 사용하여 추계하였음.

- 설문조사에 의한 비율 추정의 오류와 부당 지출 적발 실적의 집계 오류가 결과에 영향을 미칠 수 있음.
- 하지만, 설문조사 방법의 한계에도 불구하고 추계에 적용된 부적정 지출 규모는 기존의 선행 연구에서 보고된 범위를 벗어나지 않고 있어 보다 적극적인 정책 추진의 근거로서 활용 가치가 있으며, 향후 보다 정확하고 정기적인 추계의 필요성을 구체적으로 제시하는 의미가 있다고 봄.
- 아울러, 보다 정확한 부적정 지출의 적발 규모를 반영하기 위하여 사후적으로 확인된 부당 적발 금액 뿐 아니라 제도 운영을 통한 사전적 차단 규모로서 심평원의 심사조정액을 포함시켰음.

참고문헌 <<

- 강희정, 김운목, 홍재석, 이성우(2010), 부당청구 사전예방체계 구축 방안, 건강보험심사평가원
- 강희정, 박진화(2010). 건강보험 부당청구 의원의 특성, 건강보험심사평가원
- 여의도연구원(2013), 건강보험 재정누수 실태와 방지 방안, 여의도연구원 정책세미나 자료집
- 건강보험심사평가원(2014), 청구오류 사전점검서비스 이용안내
- 건강보험심사평가원(2014), 현지조사 제도 개관 관련 발표자료
- 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2014) 2013 건강보험 통계연보
- 건강보험재정누수 사례분석(2014), 국민건강보험공단
- 국민건강보험공단 용역보고서(2010), 수진자본인 확인 방안
- 국민건강보험공단 자격부과실(2013), 해외 건강보험제도 운영 사례 관련 [IC카드] 대만 출장 보고서
- 국민건강보험공단(2014), 현장사례에 근거하여 부당수급을 적발하기 위한 수진자 분석마트 구축 사업 계획(안)
- 국민권익위원회(2011), 의료비 청구·심사의 투명성 제고방안
- 금융감독원 정례브리핑 자료(2014.04.25.) 연간 보험사기 규모 추정 및 2011년도 보험사기 적발 현황
- 국민건강보험공단·코리아엑스퍼트(2012) 급여관리시스템(BMS) 고도화 작업 완료보고,
- 김찬수(2010), 데이터마이닝의 감사적용방법론 및 사례연구, 감사연구원
- 문기영(2005), 생체인식 기술현황 및 전망, 한국전자통신연구원 Special Report, 98:38-47
- 서울대학교 산학협력단·보험연구원(2011), 보험재정 및 보험금 누수방지를 위한 공·민영보험협조체계 구축 및 제도 개선 방안 연구
- 송윤아(2014), 보험사기 방지를 위한 입법노력의 한계와 향후 고려사항, KIRI Weekly 272호, 보험연구원
- 신영석, 민인순, 남기정, 정지영(2011), 현지조사 제도운영 실적 평가 및 개선방안, 건강보험심사평가원 · 한국보건사회연구원
- 박정훈(2013). 미국의 내부공익신고자보호법제, 그리고 평가와 시사점. 慶熙法學, 48(4):210-256.
- 배국진(2008) 생체인식 회피 기술이 필요할 때? 지식정보인프라 통권 38호, 한국과학기술정보연구원
- 정연덕(2004), 생체인식기술의 효과적 활용과 문제점, 지식재산21, 특허청
- 안철경, 조혜원, 김경환(2002), 국내외 보험사기관리 실태분석, 보험개발원 보험연구소
- 정영호(2008), 미국의 의료개혁과 시사점, 국제노동 브리프 기획특집

최병호, 한동운, 이정우, 이건세, 신현웅, 선우덕, 배성일(2005), 건강보험제도의 발전과정 비교 연구, 한국보건사회연구원

CHPI(Center for Health and the Public Interest). Healthcare Fraud in the new NHS market—a threat to patient care. 2012. Available at <http://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2012/06/CHPI-Healthcare-Fraud-a-threat-to-patient-care-1.pdf> (접속일자: 2014.7.30.)

CMS(Center for Medicare & Medicaid Services). Improper Medicare Fee-for-Service Payments Report. November 2009.

Comprehensive Error Rate Testing (CERT): Improper Payment Measurement in the Medicare Fee-for-Service Program 미국 출장 자료

David Mechanic(2008), Barriers to eliminating waste in US health care, Journal of Health Services Research & Policy, 13:57-58

Donald M. Berwick, Andrew D. Hackbarth(2012), Eliminating Waste in US Health Care, Journal of American Medical Association, 307(14): 1513-1516

Emily Fisher(2008), The impact of healthcare fraud on the United States Healthcare System, School of Public and Environmental Affairs, 2(4)

European Healthcare Fraud & Corruption Network Annual Report 2009/2010

FBI(Federal Bureau of Investigation). 'Health Care Fraud'. Available at http://www.fbi.gov/about-us/investigate/white_collar/health-care-fraud. (접속 일자: 2014.7.30.)

Fight against Fraud organization, Strategy et piloting French National Healthcare fund, 프랑스 출장자료(2014.06.25.)

Health Sciences Research Commons, Implementation Guidance for the Improper Payments Information Act of 2002, P.L. 107-300

Jim Gee, Mark Button(2014), The Financial Cost of Healthcare Fraud 2014, Center for Counter Fraud Studies, University of Portsmouth

Louis Caron. Georges Dionne, Insurance Fraud Estimation: More Evidence from the Quebec Automobile Insurance Industry,

T.R. Goldman(2012), Eliminating Fraud and Abuse, Health Affairs

Mark Button, Colin Leys(2014), Healthcare Fraud in the new NHS market- a threat to patient care, The Centre for Health and the Public Interest

National Health Care Anti-Fraud Association(2010), Testimony of the National Health Care Anti-Fraud Association to the House Insurance Committee

- OMG(Office of Management and Budget). Improving the accuracy and integrity of federal payments. January 25, 2005. Available at http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/omb/financial/fia/ipia_gov-wide_report.pdf에 (접속일자: 2014. 7.30.)
- OECD(2013), 한 눈에 보는 oecd 보건의료, OECD Korea Policy Centre
- Sara J, Rosenbaum, Nancy Lopez, Scott Stifler(2009), Health Insurance Fraud: An Overview, Himmelfarb Health Sciences Library, The George Washington University
- Shantanu Agrawal, Peter Budetti(2012), Physician Medical Identity Theft, Journal of American Medical Association, 307(5): 459-460
- Silverman E, Skinner J. Medicare upcoding and hospital ownership. J Health Econ. 2004 Mar;23(2):369-89.
- U.S. Department of Health and Human Services, Medicare Fee-for-Service 2013 Improper Payment Rate Report

통계법 13조(비밀의 보호)에 의거 본 조사에서 개인의
비밀에 속하는 사항은 엄격히 보호됩니다

건강보험 부담 이용 및 지출 방지 방안 모색을 위한 설문조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 건강보험에 대한 대중의 인식 및 태도를 파악하기 위하여 설문조사를 실시하고 있습니다. 본 조사는 전국에서 표본추출에 따라서 선택된 대상으로 실시하는 것으로서 귀하께서 표본으로 선정되었습니다. 귀하께서 응답해 주신 내용은 앞으로 우리나라 건강보험 제도의 개선을 위한 정책자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내시어 질문에 답변해 주시면 감사하겠습니다.

귀하께서 말씀해 주신 모든 내용은 통계법 제13조 및 제14조 규정에 의해 개인의 비밀로서 엄격히 보호되며 그 내용은 연구목적의 통계자료로만 이용되오니 정확하고 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.



응답자 선정 질문

선문1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

- ① 남자 ② 여자

선문2. 귀하는 현재 만으로 나이(연세)가 어떻게 되십니까?

만 _____세 → 만 19세 이상만 조사진행

선문3. 귀하께서는 현재 어디에 살고 계십니까?

()도(시) ()시(군)(구)

선문4. 귀하께서는 현재 건강보험에 가입되어 있으십니까?

- ① 가입되어 있다
② 건강보험 자격 정지 상태이다
③ 의료급여이다

본 설문 문항

건강보험에 대한 인식 및 본인 확인

Q1. 현재 우리나라 건강보험제도는 보험료를 납부한 가입자들이 병/의원에서 진료를 받을 때, 의료비 일부를 국가에서 대신 납부해주는 형태입니다.

귀하는 이러한 우리나라 건강보험제도가 전반적으로 어떻다고 생각하십니까?

- ①-----②-----③-----④-----⑤
- 매우 대체로 보통이다 대체로 매우
 긍정적이다 긍정적이다 보통이다 부정적이다 부정적이다

Q2. 의료기관은 진료 시 본인이 맞는지 확인하는 과정을 거쳐야 합니다.

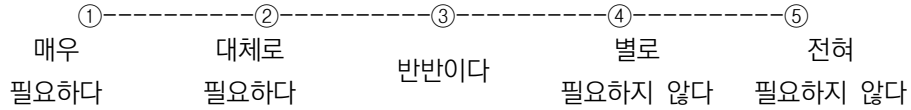
귀하께서 가장 최근에 병의원을 방문했을 때, 어떤 식으로 본인 확인을 했습니까?

- ① 건강보험증과 신분증(주민등록증, 운전면허증 등)을 대조하여 확인
 ② 신분증(주민등록증, 운전면허증)만 확인
 ③ 건강보험증만 확인
 ④ 생년월일 또는 주민등록번호만 제공
 ⑤ 확인 안함
 ⑥ 기타()
 ⑦ 기억나지 않음

Q3. 귀하는 현재 병의원에서 진료환자가 본인이 맞는지 신분증을 통한 확인이 얼마나 잘 이뤄지고 있다고 생각하십니까?

- ①-----②-----③-----④-----⑤
- 항상 확인 대부분 반반이다 거의 확인하지 전혀 확인하지
 한다 확인하고 있다 않는다 않는다

Q4. 그렇다면, 귀하는 타인이 나의 건강보험을 이용하는 것을 방지하기 위해, 병원에서 진료환자의 신분증 확인을 하는 것이 얼마나 필요하다고 생각하십니까?



Q5. 건강보험료를 납부하지 않았거나, 이민, 해외 거주자, 국내 거주 외국인 등 건강보험 수혜 자격이 없는 사람들이 타인의 주민번호, 건강보험증으로 의료서비스를 이용하는 경우가 있습니다. 이러한 상황에 대해 들어본 적 있으십니까?

- ① 전혀 들어본 적 없다
- ② 뉴스나 신문 등 언론에서 들어본 적이 있다
- ③ 주변에서 이야기 하는 것을 들은 적 있다
- ④ 직접 경험한 적이 있다

건강보험 명의 도용에 대한 인식

Q6. 귀하는 다음 대상이 병원을 가기 위해 귀하의 주민등록번호를 빌려달라고 한다면, 얼마나 빌려줄 생각이 있으십니까?

	행위	무조건 빌려 준다	가능하면 빌려준다	보통 (반반) 이다	가능하면 빌려주지 않는다	절대 빌려주지 않는다
		①	②	③	④	⑤
1	건강보험료를 납부하지 못한 가족 및 친인척이 병원에 가야 할 때,					
2	이민간 친인척 및 지인이 국내에 입국하여 병원을 가야할 때,					
3	건강보험료를 납부하지 못한 주변 지인(이웃, 동료 등)이 병원을 가야 할 때,					

Q7. 다음 중 귀하가 경험하거나 들어본 적 있는 사례에 대해서 모두 응답해 주십시오.

- ① 건강보험을 납부하지 못한 사람이 가족, 친인척이 타인 정보로 병원을 이용함
- ② 이민 간 사람이 국내에 남아 있는 가족, 친인척의 정보로 병원을 이용함
- ③ 건강보험료를 납부하지 못한 사람이 가족 외, 타인 정보로 병원을 이용함
- ④ 건강보험 자격을 갖추지 못한 국내 거주 외국인이, 건강보험에 가입된 다른 외국인의 정보로 병원을 이용함
- ⑤ 경험하거나 들어본 적 없음

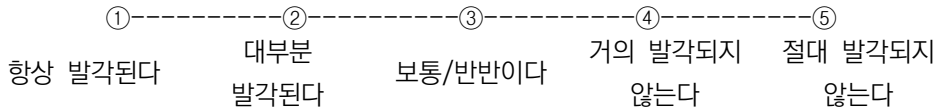
Q7-2. (Q7에서 선택한 보기만 물어봄) 그 중 '본인이 직접 경험한 것'과 '주변에서 경험한 것'을 구분하여 말씀해 주십시오. 본인이 경험도 하고 주변에서도 들어본 적 있으면 '둘 다 해당됨' 이라고 말씀하시면 됩니다.

	행위	본인이 경험	주변에서 경험	둘 다
		1	2	3
1	건강보험을 납부하지 못한 사람이 가족, 친인척의 정보로 병원을 이용하는 경우			
2	이민 간 사람이 국내에 남아 있는 가족, 친인척의 정보로 병원을 이용하는 경우			
3	건강보험료를 납부하지 못한 사람이 가족 외, 타인 정보로 병원을 이용하는 경우			
4	건강보험 자격을 갖추지 못한 국내 거주 외국인이, 건강보험에 가입된 다른 외국인 정보로 병원을 이용하는 경우			

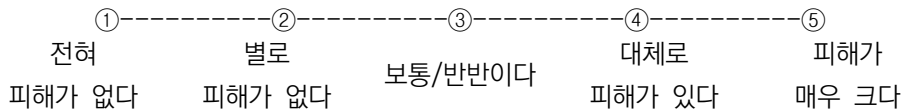
Q8. 귀하는 아래의 각 행위들이 사회적으로 어느 정도 만연되어 있다고 생각하십니까?

	행위	전혀 없다	거의 없다	보통	빈번 하다	매우 빈번 하다
		1	2	3	4	5
1	건강보험을 납부하지 못한 사람이 가족, 친인척의 정보로 병원을 이용하는 경우					
2	이민 간 사람이 국내에 남아 있는 가족, 친인척의 정보로 병원을 이용하는 경우					
3	건강보험료를 납부하지 못한 사람이 가족 외, 타인 정보로 병원을 이용하는 경우					
4	건강보험 자격을 갖추지 못한 국내 거주 외국인이, 건강보험에 가입된 다른 외국인 정보로 병원을 이용하는 경우					

Q9. 타인의 개인정보를 이용하여 병원 진료를 받을 경우, 발각될 가능성이 어느 정도 된다고 생각하십니까?



Q10. 타인이 나의 건강보험증을 이용하여 진료를 받는 것이 나에게 피해를 줄 수 있다고 생각하십니까?



Q11. 만약 귀하가 보험료를 납부하지 못하여, 건강보험 혜택을 받지 못할 때 병원을 이용해야 한다면 어떻게 하시겠습니까?

- ① 타인(친인척 및 지인)에게 개인정보를 이용하겠다고 동의를 구하고 병원 진료
- ② 타인에게 동의를 구하지 않고 내가 알고 있는 개인정보를 이용하여 병원 진료
- ③ 병원에 건강보험 자격이 없다는 것을 알리고 본인이 전액 부담
- ④ 가능하면 참아서 병원이용을 하지 않음
- ⑤ 기타()

Q12. 다른 사람의 개인정보(주민등록 번호)를 이용하여 건강보험급여를 받는 것이 사기에 해당한다고 생각하십니까?

- ① 법적으로 처벌이 필요한 사기이다
- ② 처벌이 필요하지 않지만 부도덕한 문제이다
- ③ 사회적으로 용인될 수 있는 것이다
- ④ 전혀 문제가 되지 않는다

Q13. 귀하는 타인의 건강보험증을 이용하여 병원 진료를 받는 사람에 대해 벌금형 이상의 형사처벌이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 벌금형 이상의 형사 처벌이 필요하다
- ② 처벌은 필요하지만 수준은 낮출 필요가 있다
- ③ 처벌할 필요가 없다

○ 타인이 나의 개인정보를 도용하여 병원을 이용할 경우 큰 문제를 초래할 수 있습니다. 예를 들어 잘못된 병력 또는 의료 기록은 민간 건강보험 가입시 높은 보험료 또는 가입이 안 될 수 있고, 또는 회사 취업 시 불이익을 당할 수 있습니다. 더 심각할 경우 신원 도용으로 인한 사망 진단서 발급 등이 발생할 수 있습니다.

Q14. 그렇다면, 귀하는 타인이 정보를 이용하는 것을 방지하기 위해, 병원에서 진료환자의 신분증 확인을 하는 것이 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

- ①-----②-----③-----④-----⑤
 전혀 필요하지 별로 필요하지 반반이다 대체로 매우 필요하다
 않다 않다 필요하다

Q15. 타인의 정보로 병원을 이용하는 것을 방지하기 위해 가장 효과적인 방법은 무엇이라고 생각하십니까?

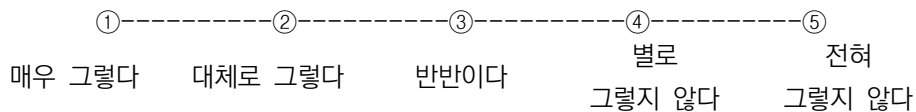
- ① 진료 접수 때 마다 신분증 확인
- ② 병원에서 접수 시 본인의 사진을 확인할 수 있는 시스템 구축
- ③ 국가기관에서 새로운 신분 확인 수단 마련 (전자 건강보험증 등)
- ④ 지금으로도 충분하다고 생각함
- ⑤ 기타()

과잉 및 부정 청구에 대한 인식

Q16. 귀하는 병원에 방문하기 전, 치료 과정이나 필요한 치료 등에 대해 미리 주변에 물어보거나 인터넷 등을 찾아보고 가시는 편입니까?

- ①-----②-----③-----④-----⑤
 매우 그렇다 대체로 그렇다 반반이다 별로 전혀
 그렇지 않다 그렇지 않다

Q17. 귀하는 병원에서 진료를 받을 때, 치료에 특별히 도움되지 않는 필요 이상의 서비스를 받았다고 생각하신 적이 있습니까?



Q17_1. 귀하가 작년 한 해, 병원이나 의원에 직접 지출한 비용은 얼마입니까?
대략적으로 말씀해주십시오.

()만원
999) 잘 모르겠음

Q17_2. 지난 한해 지불한 (Q17_1응답값) 원 중, 필요 이상의 치료로 지불한 비용은 대략 몇 %정도 된다고 생각하십니까?

()%
999) 잘 모르겠음

Q17_3. (Q17_2 응답값)% 중, 몇 %가 의료공급자 등 부정한 의도에 의해 필요 이상으로 지불했다고 생각하십니까? 부정한 의도란, 경제적 이익을 위해 환자에게 치료에 반드시 필요하지 않은 서비스를 추가하거나 진료비를 거짓으로 부풀린 경우를 말합니다.

()%
999) 잘 모르겠음


인적 사항

배문1. 실례지만, 귀하의 최종 학력이 어떻게 되십니까?

- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| ① 중졸이하 | ② 고졸 | ③ 대학교 재학 |
| ④ 전문대학 졸업 | ⑤ 대학교 졸업 | ⑥ 대학원졸 이상 |

배문2. 귀 닥의 한달 평균 가구 소득은 어떻게 되십니까? 임대, 이자소득 보너스 등을 포함하여 말씀해 주십시오. (* 응답자 개인의 소득이 아닌 가구 소득)

- | | |
|---------------|-----------------|
| ① 100만원 이하 | ② 101만원~200만원 |
| ③ 201만원~300만원 | ④ 301만원~400만원 |
| ⑤ 401만원~500만원 | ⑥ 501만원~600만원 |
| ⑦ 601만원~700만원 | ⑧ 701만원~800만원 |
| ⑨ 801만원~900만원 | ⑩ 901만원~1,000만원 |
| ⑪ 1,001만원 이상 | |

배문3. 작년 한 해 동안 종합병원을 포함하여 병원을 얼마나 자주 이용하셨습니다?
입원한 경우를 제외하고 방문 진료 기준으로 말씀해 주십시오.

- | |
|---|
| ①-----②-----③-----④-----⑤ |
| 매우 자주 자주 보통 드물게 이용 없음 |
| 15회 이상 12회 이상 6~11회 1~5회 0회 |

응답해주셔서 대단히 감사합니다.

재외국민의 국내 의료이용 지원방안 마련을 위한 설문조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 재외 국민의 한국 내 의료서비스 이용과 관련된 현황 및 문제점을 파악하여 지원 방안을 마련하고자 관련 연구를 진행하고 있습니다. 귀하께서 응답해 주신 내용은 앞으로 우리나라 건강보험 제도의

선을 위한 정책자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내시어 질문에 답변해 주시면 감사하겠습니다.

귀하께서 말씀해 주신 모든 내용은 통계법 제13조 및 제14조 규정에 의해 개인의 비밀로서 엄격히 보호되며 그 내용은 연구목적의 통계자료로만 이용되오니 정확하고 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

의료 보장 유형 및 한국 건강보험제도에 대한 인지

Q1. 귀하가 직접 가입하신 의료보험이 있으십니까?

- 1) 공보험(MEDICARE)
- 2) 공보험(MEDICAID)
- 3) 민간보험(직장가입)
- 4) 민간보험(개인가입)
- 5) 무보험(Q2로)

Q1-1. 현재 가입된 의료보험에서 치과급여 포함여부 포함 비포함

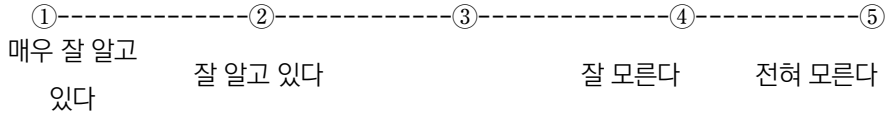
Q1-2. 현재 미국에서 가입되어 있는 의료보험의 만족도는?

①-----②-----③-----④-----⑤
 매우 만족 만족 불만족 매우 만족

Q2. 현재 한국에서는 보험료를 납부하고 가입자가 병/의원에 갈 때, 의료비의 일부를 대신 납부해주는 건강보험제도를 국가에서 운영하고 있습니다. 귀하께서는 현재 우리나라에서 운영하고 있는 건강보험제도 대해서 알고 계십니까?

①-----②-----③-----④-----⑤
 매우 잘 알고 잘 알고 있다 잘 모른다 전혀 모른다
 있다

Q3. 귀하께서는 외국에 거주하고 있는 재외국민이 국내에 입국하여 3개월 이상 장기로 체류할 경우, 건강보험제도에 가입하여 보험료를 납부하고 의로서비스를 이용할 수 있는 것에 대해서 알고 계십니까?



한국에서의 의료서비스 이용 경험 및 이용 의사

Q4. 귀하께서는 한국에 방문하였을 때, 의료서비스를 이용하신 경험이 있습니까?

- 1) 있다(Q4-1로)
- 2) 없다

Q4-1. 귀하께서 한국에서 의료서비스를 이용하였을 당시 진료비는 어떻게 부담하였습니까?

- 1) 전액 본인이 부담하였다
- 2) 건강보험료를 납부하고 한국의 건강보험에서 지원 받았다
- 3) 주변 지인의 건강보험증을 이용하여 진료를 받았다
- 4) 본인이 가입한 민간보험을 이용하여 진료를 받았다
- 5) 기타(_____)

Q5. 귀하께서는 국내 의료서비스 이용을 목적으로 한국에 방문하신 경험이 있습니까?

- 1) 있다(Q5-1, 5-2, 5-3으로)
- 2) 없다

Q5-1. 의료서비스 이용을 위해 한국을 방문하신 이유는 무엇입니까?

- 1) 한국에서 해당 치료 수준이 높기 때문에
- 2) 미국에서 보다 한국에서 비용이 저렴하기 때문에
- 3) 의사소통이 어렵기 때문에
- 4) 미국에서 보험이 없기 때문에
- 5) 기타(_____)

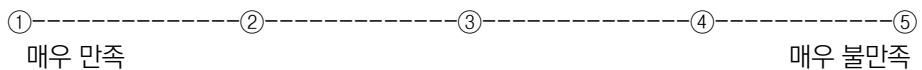
Q5-2. 귀하께서 이용하신 분야는 어떤 것이었습니까? 모두 선택해 주십시오

- 건강검진
- 치과
- 내과
- 외과
- 안과
- 성형 및 피부과
- 기타 (_____)

Q5-3. 귀하께서 한국에서 의료서비스를 이용하였을 당시 진료비는 어떻게 부담하였습니까?

- 1) 전액 본인이 부담하였다
- 2) 건강보험료를 납부하고 한국의 건강보험에서 지원 받았다
- 3) 주변 지인의 건강보험증을 이용하여 진료를 받았다
- 4) 본인이 가입한 민간보험을 이용하여 진료를 받았다
- 5) 기타(_____)

Q6. 한국에서 이용한 의료서비스에 대한 만족도는?



Q7. 귀하께서는 한국에서 의료서비스를 이용하는 가장 큰 장점은 무엇이라고 생각하십니까?

- 1) 비용이 저렴함(Q7-1으로)
- 2) 의료수준이 높음
- 3) 언어적 소통이 편함
- 4) 기타 (_____)

Q11. 귀하께서 3개월 이상 거주할 경우, 한국에서 의료서비스를 이용할 상황이 발생하신다면 어떻게 하시겠습니까?

- 1) 전액 본인 부담하여 병원 이용
- 2) 친인척의 건강보험 피부양자로 등록하여 병원 이용
- 3) 건강보험에 가입된 친인척의 이름으로 병원 이용
- 4) 거주증 발급 후 건강보험료를 납부하고 병원을 이용
- 5) 건강보험 가입 없이도 의료수가가 동일한 협정병원(건국대, 한양대 등)을 이용(단 전액본인부담)
- 6) 참았다가 미국으로 돌아가서 미국 병원 이용
- 7) 기타(_____)

Q12. 귀하께서 3개월 미만의 단기 거주할 경우, 한국에서 의료서비스를 이용할 상황이 발생하신다면 어떻게 하시겠습니까?

- 1) 전액 본인 부담하여 병원 이용
- 2) 친인척의 건강보험 피부양자로 등록하여 병원 이용
- 3) 건강보험에 가입된 친인척의 이름으로 병원 이용
- 4) 건강보험 가입 없이도 의료수가가 동일한 협정병원(건국대, 한양대 등)을 이용(단 전액본인부담)
- 5) 참았다가 미국으로 돌아가서 미국 병원 이용
- 6) 기타(_____)

Q13. 귀하는 재외 국민이 한국에서 의료서비스 이용 시 가장 큰 장애는 무엇이라고 생각하십니까?

- 1) 건강보험가입 시 일정기간(최소 3개월)의 체류기간 필요
- 2) 납부 보험료 수준
- 3) 의료기관에 대한 정보부족

- 4) 미국과의 진료 기록 연계 문제
- 5) 기타(_____)

Q14. 한국에서 의료서비스를 이용하기 위해 필요한 제도 및 지원 방안에 대한 건의

인적사항

Q15. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

- ① 남자
- ② 여자

Q16. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

(연령 : _____ 세)

Q17. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

- ① 중졸이하
- ② 고졸
- ③ 대학교 재학
- ④ 전문대학 졸업
- ⑤ 대학교 졸업
- ⑥ 대학원졸 이상

Q18. 귀하께서 미국으로 이주하신 연도는 언제 이십니까?

(_____ 년)

Q19. 귀하께서는 미국에 거주하신 이후로 한국에 몇 회 정도 방문하셨습니까?

- | | | |
|--------|--------|---------|
| ① 없음 | ② 1~2회 | ③ 3~4회 |
| ④ 5~6회 | ⑤ 7~8회 | ⑥ 9회 이상 |

Q20. 귀하 님의 한 달 평균 가구소득은 다음 중 어디에 해당되십니까? (임대소득, 이자소득, 보너스 등을 포함한 전체 소득을 기준으로 선택해주시면 됩니다.)

- | | |
|----------------|-----------------|
| ① \$ 1000 이하 | ② \$ 1001~2000 |
| ③ \$ 2001~3000 | ④ \$ 3001~4000 |
| ⑤ \$ 4001~5000 | ⑥ \$ 5001~6000 |
| ⑦ \$ 6001~7000 | ⑧ \$ 7001~8000 |
| ⑨ \$ 8001~9000 | ⑩ \$ 9001~10000 |
| ⑪ \$ 10001 이상 | |

Q21. 귀하 및 귀하의 가족이 작년 한해 동안 병원 및 약국 등에 직접 지불한 액수는 대략 어느 정도입니까?

(\$ _____)

응답해주셔서 대단히 감사합니다.