연구보고서 2001-08 ISBN 89-8187-242-2 93330

健康保險 統合管理運營體系의 效率化 方案

洪 碩 杓
金 錫 逸
申 鉉 雄
崔 賢 美

韓國保健社會硏究院

머 리 말

의료보험조직의 통합으로 인해 관리운영체계에 있어서의 가장 큰 변화는 지역, 직장 등에 따라 별도의 의료보험조합을 설립하여 피보험자를 관리하던 조합방식이 통합방식으로 전환되어 단일보험자인 국민건강보험공단이 탄생된 점이다. 또한 기존에 의료보험연합회에서 담당하던 진료비 심사기능은 국민건강보험공단과는 별도의 조직인 건강보험심사평가원이 신설되어 이관되었다.

전국민의 건강보험을 담당하는 국민건강보험공단이 탄생되어 1년이 조금 지난 현 시점에서 공단의 역할에 대한 평가는 긍정적인 것만은 아니다. 공단은 통합조직의 효율성과 생산성을 제고하기 위해 경영혁신을 추진하고 있으나, 통합으로 인한 장점은 가시화되지 않는 상태에서 건강보험의 재정위기가 발생하여 공단의 건강보험 관리업무의 효율성에 대한 비난이 제기되고 있는 상황이다. 또한 심사기능의 독립으로 인해 현행 관리운영체계가 건강보험공단은 진료비 지급창구의 역할을 그리고 심사평가원은 진료비 심사기능을 수행하는 이원화된 구조를 가지고 있다. 이러한 이원화된 구조는 진료비 심사의 전문성과 자율성 제고의 측면에서는 장점을 가지고 있으나 건강보험의 업무흐름을 이원화하여 관리운영측면에서는 비효율성을 나타내고 있다.

따라서 본 보고서에서는 현행 건강보험 관리운영체계의 효율성을 비용과 산출의 관계측면에서 분석하고, 이러한 분석을 토대로 건강보험 관리운영업무의 효율성을 증진시킬 수 있는 관리운영체계의 효율화 방안을 제시하고 있다.

본 연구는 본원의 홍석표 책임연구원의 책임하에, 가톨릭의대 김석

일 교수, 신현웅 주임연구원, 그리고 최현미 연구원의 공동연구로 수행되었다. 연구진은 연구의 진행과정에서 각종 자료정리와 편집에 애쓴 박효숙 주임연구조원, 고민정 연구조원에게 사의를 표하고 있다. 또한 본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해 준 본원의 최병호 연구위원과 김수봉 책임연구원에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2001年 12月

韓國保健社會硏究院

院 長 鄭 敬 培

目 次

要 約 ····· 9

第1章 序 論 ····· 37

第1節 硏究의 背景 및 目的 ····· 37
第2節 醫療保險 統合過程 ····· 41

第2章 理論的 考察 ····· 51

第1節 本人과 代理人 關係와 最適契約理論 ····· 51
第2節 健康保險 管理運營體系와 代理人 問題(agent problem) ····· 57

第3章 健康保險 管理運營體系 및 管理運營費의 現況 ····· 59

第1節 健康保險 管理運營體系의 現況 ····· 59
第2節 健康保險 管理運營費의 現況 ····· 111

第4章 外國의 健康保險組織 現況과 示唆點 ····· 123

第1節 臺灣의 健康保險 ····· 123
第2節 英國의 醫療保障組織 ····· 130

第5章 健康保險 管理運營體系의 效率化 方案 ····· 135

第1節 成果評價體系 確立을 통한 效率化 ····· 135
第2節 健康保險關聯 情報體系 構築을 통한 效率化 ····· 140

參考文獻 ····· 152

附 錄 ····· 155

表 目 次

〈表 1- 1〉 公團의 管理運營費 現況 ····· 38
〈表 1- 2〉 審査評價院 2000年 및 2001年 1～3月 審査調整 現況 ··· 39
〈表 3- 1〉 國民健康保險公團의 本部 및 地域本部, 支社의 下部組織 ·· 63
〈表 3- 2〉 國民健康保險公團 支社의 級地·類型別 設置基準과
下部組織 現況 ····· 64
〈表 3- 3〉 國民健康保險公團의 本部組織 業務事項 ····· 65
〈表 3- 4〉 國民健康保險公團 地域本部의 業務事項 ····· 68
〈表 3- 5〉 國民健康保險公團 支社의 業務事項 ····· 69
〈表 3- 6〉 國民健康保險公團의 業務評價 內容 ····· 71
〈表 3- 7〉 國民健康保險公團의 個人評價 相對比較 方式 ····· 74
〈表 3- 8〉 國民健康保險公團의 個人評價 項目 ····· 74
〈表 3- 9〉 國民健康保險公團의 勤務成績 評定 背點 比率 ····· 77
〈表 3-10〉 國民健康保險公團의 勤務成績 評定者 現況 ····· 77
〈表 3-11〉 國民健康保險公團의 個人 勤務成績 評定 項目 및
評價方法 ····· 79
〈表 3-12〉 健康保險審査評價院의 人力構成(2000年末 基準) ····· 84
〈表 3-13〉 年度別 診療費審査 調整實績 ····· 104
〈表 3-14〉 2000～2001年 月別診療費審査 調整實績 ····· 106
〈表 3-15〉 健康保險 管理運營費 構成 現況(2000年) ····· 112
〈表 3-16〉 管理運營費 現況(審査費 및 其他負擔金 包含) ····· 114
〈表 3-17〉 人件費 現況 ····· 115
〈表 3-18〉 退職給與費 現況 ····· 116
〈表 3-19〉 職場醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移 ····· 117

〈表 3-20〉 公敎醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移 ····· 117
〈表 3-21〉 地域醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移 ····· 118
〈表 3-22〉 健康保險의 管理運營業務 效率性 測定指標 ····· 120
〈表 4- 1〉 臺灣 健康保險 管理組織의 主要業務 및 構成 ····· 123
〈表 4- 2〉 臺灣 中央健康保險局 本局의 細部組織과 業務事項 ···· 125
〈表 4- 3〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 細部組織과 業務事項 ···· 127
〈表 4- 4〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 實績評價 項目 ····· 128
〈表 4- 5〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 自體 評價 項目 ····· 128
〈表 4- 6〉 英國 NHS의 目標領域 및 成果評價體制(2000年) ····· 133
〈表 5- 1〉 公團 支社의 管理運營費 效率性 測定指標(例) ····· 136
〈表 5- 2〉 公團 地域支社 業務分野別 效率性 測定指標(例) ····· 137
〈表 5- 3〉 健康保險의 共同外注에 대한 SWOT分析 ····· 147

圖 目 次

〔圖 3- 1〕 國民健康保險의 槪括的 흐름도 ····· 60
〔圖 3- 2〕 國民健康保險公團의 組織 構造 ····· 62
〔圖 3- 3〕 目標管理(MBO) 模型 ····· 81
〔圖 3- 4〕 診療費審査와 支給 節次 ····· 101
〔圖 3- 5〕 年度別 診療費審査 調整件率分布 ····· 105
〔圖 3- 6〕 年度別 診療費審査 調整額率分布 ····· 105
〔圖 3- 7〕 2000～2001年 月別 總審査件數分布 ····· 107
〔圖 3- 8〕 2000～2001年 月別 調整額率分布 ····· 108
〔圖 3- 9〕 2000～2001年 月別 調整件率分布 ····· 109
〔圖 3-10〕 管理運營費의 變化推移 ····· 114
〔圖 3-11〕 人件費의 變化推移 ····· 115
〔圖 3-12〕 退職給與費의 變化推移 ····· 116
〔圖 3-13〕 健康保險의 總支出 對比 管理運營費 變化推移 ····· 119
〔圖 3-14〕 管理運營의 效率性 測定指標 變化推移
(1人當 算出方式 保險者 側面) ····· 121
〔圖 3-15〕 管理運營의 效率性 測定指標 變化推移
(1人當 算出方式 被保險者 側面) ····· 121
〔圖 4- 1〕 NHS의 管理運營組織 ····· 131
〔圖 5- 1〕 國民健康保險公團 管理運營體系의 效率化 흐름도 ····· 139
〔圖 5- 2〕 國民健康保險의 槪括的 흐름도 ····· 140
〔圖 5- 3〕 現在의 健康保險 情報시스템 ····· 143
〔圖 5- 4〕 健康保險 情報센터 槪念圖 ····· 147
〔圖 5- 5〕 中央集中型 情報시스템 아키텍쳐 ····· 149

要 約

1. 硏究의 背景 및 目的

□ 1998년 10월을 기점으로 지역의료보험조합과 공·교의료보험관리공단이 통합되어 국민의료보험관리공단으로 바뀌었고, 2000년 7월부터 직장의료보험조합도 국민의료보험관리공단으로 통합되어 단일보험자인 국민건강보험공단이 탄생하였음.

- 기존에 의료보험연합회에서 담당하던 진료비 심사기능은 국민건강보험공단과는 별도의 조직인 건강보험심사평가원이 신설되어 이관

□ 건강보험의 관리운영을 담당하는 국민건강보험공단이 탄생되어 1년이 조금 지난 현 시점에서 공단의 역할에 대한 평가는 긍정적인 것만은 아님.

- 공단은 통합조직의 효율성과 생산성을 제고하기 위해 경영혁신을 추진하고 있으나, 통합으로 인한 장점은 가시화되지 않는 상태에서 건강보험의 재정위기가 발생하여 공단의 건강보험 관리업무의 효율성에 대한 비난이 제기되고 있는 상황
- 또한 심사기능의 독립으로 인해 현행 관리운영체계가 건강보험공단은 진료비 지급창구의 역할을 그리고 심사평가원은 진료비 심사기능을 수행하는 이원화된 구조를 가지고 있음.
  - 이러한 이원화된 구조는 진료비 심사의 전문성과 자율성 제고의 측면에서는 장점을 가지고 있으나 건강보험의 업무 흐

름을 이원화하여 비효율성을 나타내고 있음.

□ 따라서 현행 건강보험 관리운영체계의 효율성을 비용과 산출의 관계측면에서 분석하고, 이러한 분석을 토대로 건강보험 관리운영업무의 효율성을 증진시킬 수 있는 관리운영체계의 효율화 방안을 제시하는 것이 본 연구의 목적임.

2. 健康保險 管理運營體系와 代理人 問題(agent problem)

□ 건강보험 관리운영체계에서 이중적인 본인-대리인의 문제(principal-agent problem)가 발생한다고 볼 수 있음.

- 피보험자(본인)와 보험자인 공단(대리인)과의 관계와 공단(본인)과 심사를 수탁 받아서 수행하는 심사평가원(대리인)의 관계에서 본인-대리인 문제가 발생
- 본인-대리인 관계에서 발생하는 문제는 대리인이 본인의 주문대로 주어진 업무를 성실히 수행하지 않는, 대리인의 기회주의적 행동을 말함.
  - 본인과 대리인 사이의 이해상충 때문에 발생하는 이러한 본인-대리인 문제를 도덕적 해이(moral hazard)라고도 함.
  - 본인은 대리인이 보유한 전문성으로 인해 대리인의 행동이 본인의 이익에 부합한 지를 알 수 없음. 본인과 대리인사이에는 필연적으로 정보의 비대칭이 존재하며, 대리인의 업무수행이 효율적이었는가를 관찰할 수 없어 도덕적 해이가 나타날 수 있음.

□ 대리인의 문제는 본인과는 다른 목적함수를 가지고 있는 대리인으

로 하여금 본인이 요구하는 업무를 수행하도록 유도할 수 있는 유인동기의 제공을 통해 해결할 수 있음.

- 대리인의 업무가 전문적이기 때문에 본인이 대리인의 노력수준을 관찰하는 것은 많은 비용을 수반함. 따라서 업무과정에 근거한 평가보다 성과나 업적에 근거한 평가로 재무유인동기를 부여하는 것이 더욱 효율적임.

□ 유인동기를 부여하는 방법이외에도 본인과 대리인간의 정보의 비대칭의 감소를 통한 통제의 효율성 제고의 방법이 있음.

- 발달하는 정보기술을 사용하여 본인과 대리인간의 정보시스템을 구축하여 정보의 비대칭성을 완화

3. 國民健康保險公團의 組織과 評價體系

□ 국민건강보험공단의 조직은 3층 구조로 구성

- 2개의 본부와 10개의 실, 1개의 센터로 구성되어 있는 중앙조직, 6개의 지역본부, 223개의 지사 및 12개의 출장소

□ 국민건강보험공단의 기본업무는 가입자의 자격관리, 보험료의 부과 및 징수, 보험급여비용의 지급 및 관리 등 크게 세 가지로 구성되어 있음.

- 2001년 직제규정 개정 이후 지역본부에 보험급여부와 감사평가부를 신설하고 광역민원실을 두어 본부의 기능을 일부 지역본부로 넘겨 지역본부의 기능을 강화시킴.

□ 지사 평가는 기본적으로 지역본부별로 관리직역, 가입자수 등에

따라 평가군을 분류한 것을 기준으로 실시

- 지역특성이나 변경요인의 발생 등에 따라 지역본부 자체에서 평가군 변경 가능
- 평가항목의 특성에 따라 절대평가 방식, 상대순위비교 방식으로 구분하여 평가
  - 절대평가 방식

    $$\text{점수} = \frac{\text{업무실적}}{\text{업무대상}} \times \text{기본점수를 제외한 평가배점} + \text{기본점수(40\%)}$$

  - 상대평가 방식

    $$\text{점수} = \frac{\text{항목배점의 60\%} \times (\text{당해지사실적} - \text{최저실적})}{(\text{평가군의 최고실적} - \text{최저실적})} + \text{기본점수(40\%)}$$

  - 특정항목이 전체평가순위를 결정짓지 못하도록 각 항목에 평가배점의 40%를 기본점수로 부여
- 기관운영분야, 제안·포상·징계 등은 반기별로 평가
- 분기실적 중 기관운영평가 항목을 제외한 전 항목은 분기평가 실시
- 반기실적 전체에 대해서는 상반기 평가, 연간실적 전체에 대하여는 연간평가를 실시

□ 개인업적 평가의 평가군은 지역본부별로 지역의 특성, 업무의 성격 등을 고려하여 부·팀장의 업무분야별로 구성

- 개인업적 평가 역시 지사평가의 평가방법과 같이 평가항목의 특성에 따라 절대평가방식, 상대순위 비교방식, 5(3)등급 상대평가 방식으로 구분하여 평가하되 특정 항목이 전체평가순위를 결정

하지 못하도록 각 항목마다 평가배점의 40% 기본점수 부여함.

□ 1급 이하 직원을 직종별·직급별로 구분하여 평정하되 특별한 사유가 있을 경우 별도 평정

- 평정은 특별한 사유가 없는 한 평정기준일 근무부서에서 이루어짐.
- 기본적으로 직종별 직급별로 평정배점과 배점비율에 따라 1차 평정자 및 2차 평정자가 동시에 독립적으로 평정 실시
- 근무성적 평정요소로는 능력 및 근무태도, 적성·건강·성격과 평정자의 주관에 따라 공단발전의 기여도, 장래발전성, 품성, 능력, 특기사항을 특출하도록 되어 있음.

□ 국민건강보험공단 평가체계의 문제점

- 평가 기준에는 근무 성적과 연공이 모두 고려되고 있으나 경력평정이 30%를 이루고 있어 연공이 승진을 위한 중요한 요인으로 작용
- 개인 근무 성적 평정 항목이 능력 및 근무 태도, 적성·성격·건강 및 발전성 등 주관적 항목 위주로 구성됨.
- 지사 및 개인에 대한 평가 결과에 대한 보상은 단지 표창장과 포상금의 형태를 띰.
- 현재 공단의 보수체계는 고정급만으로 구성되어 있어 성과에 의한 변동급은 전무한 상태이며 기본급, 상여급 외에 수당성 급여의 비중이 매우 높고 제수당의 세부항목이 매우 복잡함.

□ 국민건강보험공단 평가체계의 시사점

- 본부의 각 부서, 지역본부, 지사를 평가할 수 있는 핵심 성과지표 선정 필요

- 개인 평가제도가 공단이 추진하는 사업목표 및 개개인이나 팀의 목표와도 일치해야함.
- 조직 평가와 개인 평가 결과는 조직 성과급 및 개인 성과급 지급 등의 보상 계획, 승진
  - 이동, 교육의 역량 개발을 위한 기초 자료로 활용하여야 함.

4. 健康保險審査評價院의 組織과 機能

□ 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”)은 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성, 요양급여 비용심사의 공정성·전문성을 강화하기 위하여 독립된 법인으로 설립되어 운영하고 있음.

- 독립이후 과거 의료보험연합회 시절 요양급여 진료비 심사만을 중심으로 하던 역할에서 요양급여의 적정성을 평가하는 기능까지 포괄하게 되었음.

□ 심사평가원의 조직은 건강보험의 심사와 평가기능을 수행하기 위하여 집행기관으로 이사회를 두고 하부조직으로 본부에 기획총무, 정보통신, 심사기준, 심사(1실, 2실), 조사연구, 평가, 급여관리, 조사지원, 홍보, 감사실을 두고 있으며 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 수원, 창원에 지원을 설치하였음.

- 본부는 11개의 실과 7개 지원 그리고 48개의 부로 조직이 구성되어 있음.

□ 인력 구성은 심사하는 업무의 특수성에 따라 여러 전문직종제를 도입하고 있어 행정직, 심사직, 전산직, 연구직, 기능직의 5개 직종으로 세분하여 운영하고 있음.

□ 심사평가원의 기능은 심사운영업무, 평가업무, 급여관리업무, 조사지원업무, 조사연구업무, 정보통신업무, 홍보업무, 감사업무, 기획총무업무와 지원에서의 역할로 구분할 수 있음.

□ 심사절차는 우선 의사가 작성한 진료내용이 제기준과 규정에 적합하게 청구되었는지 여부를 심사직원이 확인·점검하고, 요양급여기준에 의한 적정진료 여부는 진료내용의 전문성 및 난이도 등에 따라 1, 2, 3차의 심사절차를 진료심사평가위원회에서 심사함.

□ 연도별 심사조정실적은 전체 진료건수가 증가하는 만큼 심사조정건수도 상대적으로 상승하고 있는 것으로 나타났으며, 특히 2000년과 2001년의 경우 의약분업으로 인하여 약국 청구건수가 추가로 증가하는 것을 알 수 있음.

- 그러나 조정금액의 경우는 전체진료비는 계속적으로 증가하는 반면 1997년과 2000년의 경우 전년도에 비해 감소하는 추세가 나타났음.
- 자세한 연도별 진료비심사 조정실적은 다음 표와 같음.

〈表 1〉 年度別 診療費審査 調整實績

(단위: 천건, 억원, %)

	진료건수	진료비	조정건수	조정금액	조정건율	조정액률
1994	201,359	49,547	17,315	575	8.60	1.16
1995	249,409	62,283	19,231	841	7.71	1.35
1996	256,258	77,468	19,097	1,228	7.45	1.59
1997	280,522	89,149	21,848	1,110	7.79	1.25
1998	289,626	100,866	24,722	1,216	8.54	1.21
1999	343,640	117,057	36,519	1,633	10.63	1.38
2000	414,005	131,410	40,736	1,419	9.84	1.07
2001	519,215	161,897	53,738	2,227	10.35	1.36

資料: 건강보험심사평가원, 내부자료, 2001.

□ 2000년과 2001년의 조정건율이나 조정액률의 급격한 변화는 2000년 7월 건강보험통합으로 인한 심사평가원의 독립, 의약분업실시에 따른 청구건수의 증가, 재정파탄위기에 따른 심사강화 등으로 인한 것으로 판단됨.

□ 현행 심사제도에 대한 문제점을 정리해 보면 다음과 같음.

- 심사체계의 문제점으로 첫째, 심사의 가장 중요한 목적인 진료의 적정성이나 타당성을 판단하지 못한다는 비판이 제기되고 있음.
- 둘째, 현행 수가체계로 인해 진료비 심사업무가 가중되어 불필요한 자원의 낭비와 의료비 상승이 발생하고 있음.

5. 健康保險 管理運營費의 構成現況 및 變化推移

□ 2000년도 건강보험 관리운영비의 구성 현황의 특징을 살펴보면 다음과 같음.

- 첫째, 관리운영비 구성항목 중에서 제수당, 기본급여, 복리후생비, 퇴직급여비, 상여금 순으로 관리운영비에서 높은 비중을 나타내고 있음.
  - 복리후생비는 비록 경비항목이지만 인건비성의 비중이 높아 인건비가 관리운영비의 대부분을 차지
- 둘째, 통합된 건강보험 관리운영비 구성항목에 심사평가원 부담금과 기타부담금이 포함되어 있지 않음.
  - 심사평가원부담금과 전산망부담금인 기타부담금은 보험자의 관리운영과 관련하여 지출하는 비용이므로 관리운영비에 포

함되어야 할 것임.

- 셋째, 건강보험 2000년도 결산보고서에는 직장의료보험의 2000년 1월부터 6월까지 관리운영비가 포함되어 있지 않음.
  - 이 기간 동안의 직장의료보험의 관리운영비(심사비 포함)를 2000년 관리운영비에 합산시키면 2000년도 건강보험의 관리운영비 총액은 심사평가원부담금과 기타 부담금을 포함해 약 7799억원으로 나타났음.

□ 1997년부터 2000년까지의 관리운영비(심사비 및 기타부담금 포함)의 변화추이를 살펴보면 전체 관리운영비는 점차 증가한 것으로 나타났음.

- 관리운영비는 1997년 약 6654억원에서 1998년 약 7021억원으로 증가하였고, 1999년에는 약 6814억원으로 전년도보다 감소하였으나, 통합이 이루어진 당해연도인 2000년에는 전년도보다 증가한 약 7799억원으로 나타났음.
- 보험자별로 살펴보면 1997년부터 2000년까지 직장의료보험과 공·교의료보험의 관리운영비는 1999년에 감소하였지만 점진적으로 증가하는 경향을 보여주고 있음. 그러나 지역의료보험의 관리운영비는 1997년부터 2000년까지 지속적으로 증가하는 현상이 나타났음.

□ 관리운영비에서 인건비가 대부분을 차지하고 있어 1997년부터 2000년까지의 보험자별 인건비의 변화추이의 특징을 살펴보면 다음과 같음.

- 직장의료보험의 경우 2000년도의 인건비가 1997년에 비하여 감소하였음. 이와 반면에 지역의료보험의 인건비는 급격히 증

가하여 전체 인건비의 증가를 초래하였음.

- 여기서 주지하여야 할 사항은 전체 관리운영 인력이 1997년 15,036명에서 2000년 12,439명으로 감소한 반면 인건비는 증가한 것임.
  - 이러한 현상은 기본급여, 제수당 등의 인건비 증가와 더불어 퇴직급여비의 과다지출에서 기인

6. 健康保險 管理運營費의 效率性 測定指標 및 變化推移

□ 흔히 관리운영의 효율성 측정지표로 사용되는 재정비율방식인 총 지출 대비 관리운영비의 변화추이를 살펴보면 1997년부터 2000년까지 관리운영비(심사비 포함)가 증가하는 추이에도 불구하고 점차 감소하는 경향

- 이러한 측정지표로는 관리운영의 효율성이 증가하는 추세라고 할 수 있음. 그러나 이러한 추세는 급격한 지출의 증가에서 원인을 찾을 수 있음.
- 따라서 재정비율방식의 측정지표는 지표의 분모와 분자의 표준화의 문제가 있어 효율성의 측정지표로써 한계를 나타냄.

□ 지표의 분모와 분자의 표준화문제가 없는 측정지표, 즉 1인당 산출량 방식으로 측정된 지표에 의하면 관리운영의 효율성은 1997년 이후 감소하고 있음.

- 보험자 측면의 지표인 관리인력 1인당 관리운영비는 1997년 4425만 3천원에서 2000년 6269만 7천원으로 증가
  - 이러한 현상을 흔히들 같은 기간동안의 인력감축을 통한 과

대한 퇴직급여비의 지출에서 원인을 찾고 있음.

- 관리인력 1인당 퇴직급여비를 제외한 인건비 지표도 1997년 2044만원에서 2000년 3007만원으로 증가하여, 퇴직급여비와 같은 불가피한 지출이 유일한 원인이 아니라는 것을 보여주고 있음.
- 또한 적용인구를 분모로 한 피보험자 측면의 지표들도 증가하는 경향을 보이고 있어 1997년 이후 비용과 산출측면에서의 관리운영업무의 효율성은 감소하였다는 것을 알 수 있음.

□ 진정한 관리운영의 효율성을 평가하기 위해서는 건강보험이 국민에게 제공하는 보험급여와 의료서비스를 통한 국민의 건강향상, 의료서비스의 효과적인 전달성 제고 등과 같은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물의 평가도 병행되어야 함.

〈表 2〉 健康保險의 管理運營業務 效率性 測定指標

내 역				1997년	1998년	1999년	2000년
관리운영비(백만원)				665,390	702,136	681,377	779,896
총지출(백만원)				7,795,112	8,787,618	9,610,122	10,673,515
인건비A(백만원)				374,627	392,118	413,707	459,996
인건비B(백만원)				307,335	343,534	321,153	374,035
적용인구(천명)				44,924	44,472	45,183	45,894
관리인력(명)				15,036	13,173	12,753	12,439
효율성 측정 지표	1인당 산출량 방식	보험자 측면	관리운영비/관리인력(천원)	44,253	53,301	53,429	62,697
			인건비A/관리인력(천원)	24,915	29,767	32,440	36,980
			인건비B/관리인력(천원)	20,440	26,079	25,183	30,070
			총지출/관리인력(천원)	518,430	667,093	753,558	858,069
		피보험자 측면	관리운영비/적용인구(원)	14,811	15,788	15,080	16,993
			인건비A/적용인구(원)	8,339	8,817	9,156	10,023
			인건비B/적용인구(원)	6,841	7,725	7,108	8,150
			총지출/적용인구(원)	173,518	197,599	212,693	232,569
	재정비율 방식		관리운영비/총지출(%)	8.54	7.99	7.09	7.31

註: 인건비A는 퇴직급여비 포함
인건비B는 퇴직급여비 제외

7. 臺灣의 健康保險組織 現況 및 示唆點

□ 대만의 건강보험제도는 행정원의 위생서가 관장하며, 위생서에는 3개의 위원회 즉, 전민건강보험감리위원회, 전민건강보험쟁의심의위원회, 전민건강보험진료비협정위원회를 두고 있음.

- 위생서의 중앙건강보험국이 건강보험의 보험자이고 모든 건강보험 사업의 운영 주체임.
- 대만 건강보험조직은 중앙의 본국과 지방의 6개 분국(28개 연락사무소)으로 이루어진 2계층 조직구조임.
  - 중앙건강보험국 본국은 일반적으로 기획, 감독, 연구개발, 직원훈련, 정보 및 통계의 관리, 감사업무 등을 수행
  - 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 징수, 진료비 심사 및 지급, 계약요양기관 관리 등의 업무를 수행

□ 대만은 건강보험 중앙본부와 6개 분국의 연간 실적평가를 실시하고 있음. 2000년 실적평가의 비중은 연도목표 집행실적에 85%를 두고, 분국이 자체적으로 설정한 항목에 대한 실적에 15%를 두고 있음.

- 연도목표 집행실적은 6개 분국 모두에 동일하게 적용되며, 수입측면에 30%의 비중을 두고, 지출측면에 45%의 비중을, 그리고 고객만족도 비중을 10%로 두고 있음.
- 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대한 실적을 평가하여 우등과 양 등으로 결과를 도출하여 인센티브의 차등을 두고 있음.
  - 전체직원에 대해서는 개인심사를 연말에 실시하여 실적평가를 수행하며, 그 결과를 토대로 성과급 지급에 차이를 두고 있음.

□ 통합의료보험제도를 운영하고 있는 대만이 우리에게 주는 시사점은 다음과 같음.

- 첫째, 의료비를 절감하기 위하여 다양한 진료비 지불방식을 사용하고 있는 것임.
  - 대만의 진료비 지불체계는 행위별수가제를 기본으로 하며, 지불체계의 효율 및 효과를 높이기 위해 행위별수가제 외에 포괄수가제, 총액계약제 및 인두제를 점차적으로 도입하여 왔음.
- 둘째, 심사기능이 독립된 우리나라 건강보험과는 달리 대만은 분국자체에서 진료비 심사를 담당하고 있음.
- 셋째, 피보험자의 의료이용에 대한 도덕적 해이를 방지하여 보험재정의 안정에 도움을 주기 위한 장치로 대만에서는 진료횟수가 제한된 건강보험증을 사용하고 있음.
- 넷째, 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대한 실적을 평가하는데, 평가결과 6개 분국 중에서 2개 분국을 우등분국으로 선발하여 인센티브를 부여하고 있음.

8. 英國의 醫療保障組織

□ 영국 의료보장 관리체계의 근간은 NHS 조직이며 중앙정부조직인 보건성(Department of Health)이 NHS업무를 관장함.

- 보건성은 의료서비스의 전체분야를 총괄하는데 정책수립은 NHS 정책회의(NHS Policy Board)에서, 관리운영은 NHS 집행부(NHS Executive)에서 담당
  - 보건성장관(의장), 의회 및 의료계 대표 등으로 구성된 NHS 정책회의는 기본적인 정책의 방향을 결정

- NHS의 관리운영을 담당하는 NHS 집행부는 본부와 지방사무국으로 구성되어 있는데 NHS 정책 설정 및 조정, 의료자원의 각 지역으로의 적절한 배분 등의 기능을 수행

□ 영국 NHS는 국민들에게 기본적으로 제공되어야 하는 표준서비스의 목표를 설정하고 설정된 목표대로 각 보건당국이 지역주민에게 보건의료서비스를 제공하는가를 평가하기 위한 NHS 성과평가체계(PAF; Performance Assessment Framework)를 수립하였음.

□ NHS의 표준서비스를 위해 설정된 목표는 보건향상(Health Improvement), 공평한 접근성(Fair Access), 적절한 보건의료의 효과적인 전달(Effective Delivery of Appropriate Healthcare), 의료자원의 효율적인 사용(Efficient Use of Resources), 환자 및 의료서비스 제공자의 경험(Patient/Carer Experience), 보건의료의 결과(Health Outcomes of NHS Care) 등의 6가지 영역임.

– 이러한 목표영역의 핵심목적과 평가지표들을 살펴보면 보건의료서비스 제공측면에서는 형평성, 시기적절성, 표준성이, 그리고 의료자원 이용측면과 의료서비스 결과측면에서는 효율성과 효과성이 각각 강조되고 있다는 것을 알 수 있음.

□ NHS의 지방사무국은 평가지표를 사용하여 각 지역 보건당국의 성과를 평가함. 평가결과를 토대로 보건당국을 적색(Red), 황색(Yellow), 녹색(Green) 등 3등급으로 분류함.

– 녹색등급은 가장 상위 등급으로 이 등급을 받은 보건당국은 자율적으로 운영방침을 수립할 수 있음. 황색등급은 중간 등급으로 이 등급을 받은 보건당국은 운영방침을 지방사무국의 지도 아래 수립하여야 함. 이와 반면에 가장 하위등급인 적색등급을

받은 보건당국은 NHS에서 세워주는 운영방침을 따라야 함.

- 또한 NHS 성과기금(Performance Fund)을 배분받을 때 평가등급에 따라 차별을 받음.

□ 우리나라 건강보험공단의 성과평가체제를 영국 NHS와 비교하여 살펴보면 의료서비스 제공 차원에서의 보건향상, 공평한 접근성, 적절한 보건의료의 효과적인 전달, 의료자원의 효율적인 사용 등과 같은 목표의 구체적 설정, 그리고 성과의 정확한 평가, 평가결과에 따라 유인동기의 제공 등이 상당히 결여되어 있는 것을 알 수 있음.

□ 우리나라의 현행 건강보험제도가 앞으로 발전적으로 성장해 나아가기 위해서는 우선 의료서비스에 대한 국민의 필요를 정확히 파악하고 이에 따른 합리적인 의료서비스의 제공이 선행되어야 한다는 인식이 필요함. 그리고 건강보험의 목표 설정, 성과의 정확한 평가, 평가결과에 따라 유인동기의 제공 등이 제도적으로 수립되어야 할 것임.

9. 成果評價體系 確立을 통한 管理運營體系의 效率化

□ 공단은 비록 건강보험업무에 있어서 제한된 권한을 가지고 있으나 대부분의 관리운영업무를 담당하고 있는 일종의 경영자라고 할 수 있음.

- 관리운영조직의 효율성과 생산성을 제고하기 위해 공단은 경영혁신을 추진하고 있으나 현 시점에서는 관리운영의 효율화는 나타나고 있지 않는 실정임.
- 공단은 건강보험의 관리운영을 책임진 경영자로서 관리운영체계를 효율적으로 운영하기 위해서 지금까지 수행해온 경영혁신에 대한 자체적인 재평가를 통해 경영혁신의 노력이 가시화될 수 있는 방안을 마련하여야 함.

- 이를 위해 본 보고서에서는 건강보험의 일선조직인 지역지사의 성과평가체계 확립을 통한 효율화 방안을 제안하고자 함. 여기서 말하는 성과평가체계는 각 지사간에 경쟁을 유도할 수 있는 유인동기시스템이 포함된 체계를 의미함.

□ 관리운영의 효율성 측정지표에서 보여주듯이 관리운영비의 효율화는 나타나고 있지 않음. 따라서 관리운영의 효율성을 증진시키기 위해서는 국민건강보험공단의 일선조직인 지역지사의 업무행위의 책임성을 강화시킬 필요가 있음.

- 재정운영에 책임이 없는 지역지사들이 과거 조합시절에 비하여 업무행위에 대한 책임성이 해이해질 가능성이 있음.
- 유인동기시스템이 포함된 성과평가체계를 보험업무의 일선조직인 지사에 적용시켜 경쟁을 통해 관리운영의 효율성을 도모

□ 지사의 성과평가체계를 확립하기 위해서는 우선적으로 관리운영비의 효율성 정도를 평가하여야 함. 이를 위해 1인당 산출량 방식의 지표를 보험자측면과 피보험자측면으로 구분하여 개괄적으로 관리운영비의 효율성을 평가할 수 있음.

〈表 3〉 公團 支社의 管理運營費 效率性 測定指標(例)

평가방식	내역
보험자 측면	관리운영비/관리인력
	인건비A/관리인력
	인건비B/관리인력
피보험자 측면	관리운영비/적용인구
	인건비A/적용인구
	인건비B/적용인구

註: 인건비A는 퇴직급여비 포함
인건비B는 퇴직급여비 제외

□ 개괄적으로 지사의 관리운영비의 효율성을 평가하는 방식이외에 지사의 행정업무의 산출물을 비용측면에서 행정업무분야별로 구분하여 평가하는 방식을 사용하면 관리행정의 기능적인 측면을 비교분석하기 용이할 것임.

- 지사의 행정업무분야는 자격관리, 보험료 징수, 기타징수금, 보험급여, 급여관리, 건강검진 등으로 구분되는데, 이와 같은 업무분야를 관리운영비와 대비하여 평가를 하는 방식임.

□ 현재 공단에서 평가결과에 따라 전체 지사 중 약 10%에 해당하는 지사를 선발하여 지사 당 전직원들에게 월 기본급의 10%를 성과급으로 지급함. 이러한 성과급제도는 지사의 관리운영 효율화 노력에 있어서 경쟁을 유도하기에는 상당히 미흡한 제도라 할 수 있음.

□ 지사에게 재무유인동기를 제공하여 경쟁을 유도하기 위해서는 인센티브제도를 바탕으로 한 경제시스템을 도입하여야 함.

- 재무유인동기가 제공되면 각 지사는 관리운영의 효율화를 위한 보다 적극적인 행동을 취할 것임.
- 영국, 캐나다, 덴마크, 스웨덴 등에서 예산개혁을 위해 예산집행부서가 효율적으로 업무를 수행할 동기를 부여하기 위하여 사용했던 방법, 즉 일정금액이상의 예산을 절약하면 구성원에게 분배하도록 허용하는 방법을 재무유인동기로 사용함.
  - 이러한 방법을 사용하면 이익이 나지 않으면 성과급이 있을 수 없다는 점을 구성원에게 주지시킬 수 있음.

□ 재무유인동기의 제공과 더불어 영국 NHS와 같이 평가결과가 상위에 속하는 지사에게 운영방침을 자율적으로 수립케 하는 방법도

생각해 볼 수 있음.

- 예를 들면 평가결과를 토대로 지사를 A, B, C 등 3등급으로 분류함.
  - A등급은 가장 상위 등급으로 이 등급을 받은 지사는 자율적으로 운영방침을 수립할 수 있음.
  - B등급은 중간 등급으로 이 등급을 받은 지사는 운영방침을 지역본부의 지도아래 수립하여야 함.
  - 이와 반면에 가장 하위등급인 C등급을 받은 지사는 지역본부에서 세워주는 운영방침을 따라야 하는 것임.

□ 진정한 관리운영의 효율성을 평가하기 위해서는 지사의 건강보험에 관련 업무 중 계량화할 수 없는 성과물도 평가가 되어야 함.

- 건강보험이 국민에게 제공하는 보험급여와 의료서비스를 통한 국민의 건강향상, 의료서비스의 효과적인 전달성 제고 등과 같은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물의 평가도 수행되어야 함.
- 이러한 성과물의 평가를 통해 국민에게 더욱 효율적이고 질 높은 의료서비스를 제공

□ 영국의 경우를 살펴보면 공공의료는 국가의료서비스(NHS)를 통해 제공되며, 수요에 제한이 없어서 대기환자가 많아 의료접근이 제한되는 문제점을 가지고 있음. 이러한 문제점을 해결하기 위해 관리운영방식에 NHS 성과평가체제(PAF: Performance Assessment Framework)를 도입하여 시행하고 있음.

- 영국의 PAF의 특징은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물을 평가하는 것임. 따라서 우리나라 건강보험의 성과평가체계에 국민들에게 표준서비스를 제공하는 것을 목적으로 한 보건

의료서비스 제공측면에서의 형평성, 시기적절성, 표준성, 그리고 의료자원 이용측면과 의료서비스 결과측면에서의 효율성과 효과성 등을 평가할 수 있는 평가지표의 도입이 필요하다고 생각됨.

- 이를 통해 진정한 관리운영의 효율성을 평가할 수 있고 국민에게 더욱 효율적이고 질 높은 의료서비스를 제공할 수 있음.

10. 健康保險關聯 情報體系 構築을 통한 管理運營의 效率化

□ 건강보험공단과 심사평가원은 건강보험이라는 단일한 프로세스를 운영하기 위한 조직임. 실무적인 조직설계와 업무분장 및 관련 정보시스템의 구축방안은 양 기관간에 거래비용을 최소화하는 방향에서 진행되어야 할 것임.

– 두 기관의 분리 독립되었다고 하여 건강보험정보시스템이 반드시 분리 운영되어야 하는 것을 의미하는 것은 아님.

- 진료비 부당·허위청구 및 과잉청구, 급여사후관리에 대해 공단이나 심사평가원이 협조하여 효과적으로 공동대처할 수 있는 정보시스템이 구축되어야 바람직할 것임.

– 심사평가원이 분리 독립된 것은 심사의 공정성을 확보하고 급여 적정성 평가 기능을 강화하기 위한 정책적 결정에 의한 것으로 불가피한 측면이 있으나, 단일한 프로세스를 지원하는 정보체계를 분리시키는 것은 정보자원 활용의 효율성, 정보의 활용이라는 측면에서 매우 부정적임.

□ 현재의 건강보험 정보시스템 운영의 비효율성은 두 기관의 정보시스템이 각 기관에 분리되어있기 때문에 나오는 문제와 보험자인 건강보험 공단의 시스템 아키텍쳐(Architecture)를 지역분산식으로 설계한데 따른 문제점으로 나누어 생각해볼 수 있음.

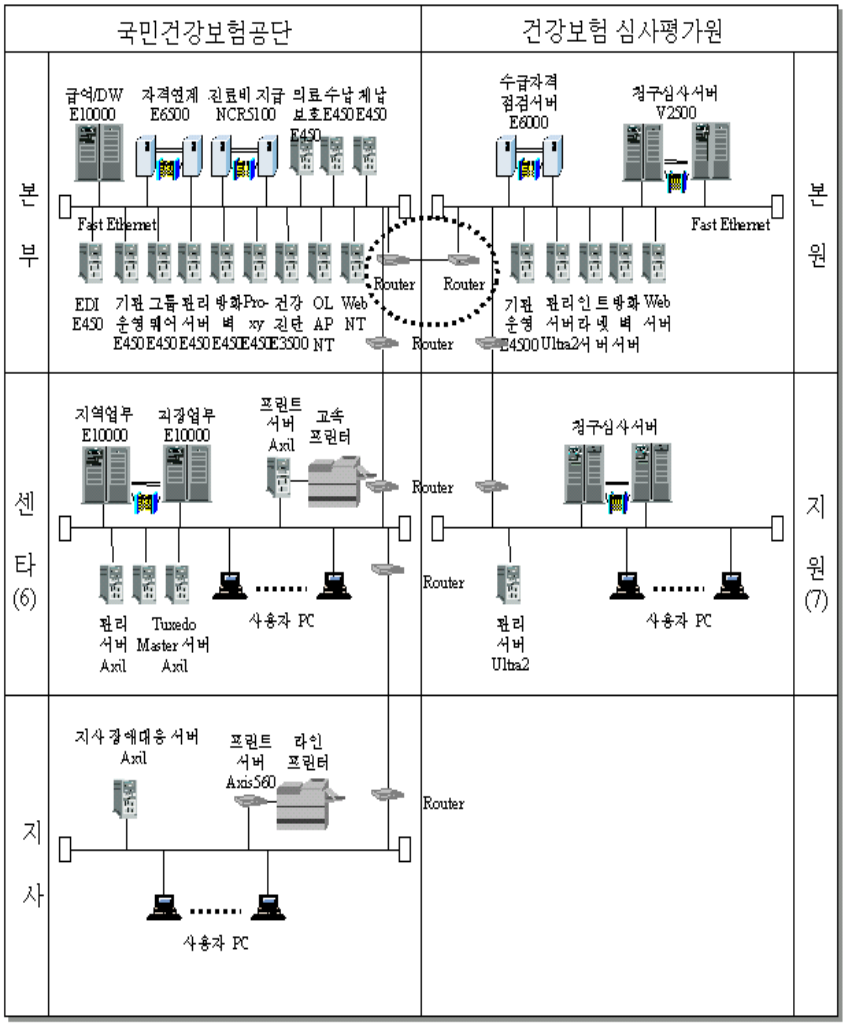
- 온라인으로 정보가 공유되지 않음에 따라 자격인덱스와 심사결과 자료를 관리하기 위한 전산자원이 건강보험 공단과 심사평가원에서 중복하여 투자되고 있음.
  - 많은 전산자원이 소요되는 데이터웨어하우스도 두 기관에서 모두 별도로 개발한 상태이며, 전산자원의 중복투자는 향후에도 더욱 늘어날 것으로 예상됨.
  - 건강보험 공단과 심사평가원은 자체 개발보다는 외주에 의한 시스템 개발에 이은 유지보수의 역할을 수행함에 따라 적지 않은 보험 재정의 손실이 추정됨.
  - 건강보험공단과 심사평가원에 600여 명의 전산인력이 있으나, 정보체계 개발과 관련 사업은 모두 막대한 예산을 들여 외부 SI 업체에 의존해왔음.
- 건강보험 공단의 시스템 아키텍쳐는 지역센터를 중심으로 하는 분산형으로 되어있음. 2000년에 건강보험 보험자 통합과 심사평가원의 독립과 관련해서 제시되었던 시스템 아키텍쳐와 관련하여 채택한 분산형 아키텍쳐는 비효율적인 인력 구조를 갖게됨.
  - 외국과 사례를 고려할 때 향후 건강보험 정보체계는 과학적인 정책결정 지원기능 이외에도 국민과 보건의료전문가들에 대한 정보제공기능이 강화되어야 할 것으로 예상됨.
  - 현재와 같은 분산형 정보체계 하에서는 데이터베이스의 분리, 기관간 협조체계의 부재, 기존 조직의 정보체계에 대한

보수적 인식 등으로 인하여 정보제공기능을 제대로 발전시켜 나갈 수 없을 것임. 따라서 이에 대한 재평가가 필요함.

□ 국민건강보험공단의 전산망과 심사평가원의 전산망이 함께 공유해야할 자료는 국민건강보험공단의 자격변동정보와 심사평가원의 심사결과자료임. 이들 자료는 각 조직에서 가장 크고 중요한 자료이기도 함.

- 자격변동정보는 국민건강보험공단에서 관리하는 기초데이터로부터 주기별 변동자료를 파일로 생성하여 심사평가원의 자격변동정보 관리서버에 별도로 전송하고 있음.
  - 심사평가원의 고유한 업무인 심사기능을 수행하기 위해서는 먼저 청구명세서의 환자에 대한 자격을 먼저 확인하게 되며, 이를 위해 자격변동정보가 필요함.
- 심사결과정보는 심사평가원의 각 지부에서 수행한 심사결과를 심사평가원 본부로 전송되어 취합한 후 국민건강 보험공단 본부로 전송됨.
  - 심사가 완료된 자료의 양은 약 100만 건/일(건당 300~400 bytes)정도의 방대한 자료이며, 국민건강보험공단은 요양기관에 대한 요양급여 비용의 지급을 위하여 심사평가원의 심사결과 자료가 필요함.

〔圖 1〕 現在의 健康保險 情報시스템



註: 1) 공단의 경우 본부 및 센터에 각 1개씩 개발 및 교육용 소형서버 보유
2) 심평원의 경우 서울, 수원, 대전, 광주는 청구심사 서버로 HP서버를, 대구, 부산, 창원은 청구 심사 서버로 SUN서버를 사용함.

□ 정보시스템의 외주는 최근 전략적인 정보기술의 투자, 부가가치를 높이는 방향으로 모든 정보기술 중에서도 가장 각광받고 있음. 보통 외주는 단순 반복적인 업무부터 가상기업까지도 포함할 수 있으나, 건강보험에서는 정보시스템 관리 업무를 공동으로 위탁하여 효율성을 높이는 것임.

- 국민건강보험공단은 다른 사회보험에 비하여 가장 포괄적인 자격관리, 보험료의 부과 및 징수에 관한 정보를 관리하고 있음. 국민건강보험공단은 전국민에 대한 자격관리정보와 모든 봉급생활자 및 자영자 세대에 대한 보험료 부과 정보를 관리하고 있음.
  - 따라서 건강보험공단 정보시스템으로부터 4대보험 통합을 추진하는 것이 합리적이라고 판단되지만 공단과 심사평가원의 정보시스템이 현재와 같이 분리된 상태에서는 다른 사회보험 기관과의 통합이 어렵기 때문에 우선적으로 두 기관 정보시스템의 통합이 선행되어야 함.
- 공동외주조직으로서 정보센터를 운영방안으로 삼는 이유는 사회보험 조직에서 정보시스템을 외주하는 형태로 효율화시키면 이 때 잉여 자원이 발생하게 되고, 이 자원을 사회보험의 다른 서비스를 구현해 나가는 자원으로 활용이 가능하기 때문임.
  - 다른 이유는 공동외주를 통해 정보시스템 아키텍처를 바꾸는 것임. 정보센터를 중심으로 모든 네트워크를 구축할 경우 장비관리, 장애대비에 필요한 자원 확보나, 시스템의 백업 등이 보다 효율적으로 이루어질 수 있음.

□ 국민건강보험공단과 심사평가원과의 정보시스템 공동외주는 다음과 같은 의미를 가짐.

- 첫째, 건강보험의 특성상 양 기관에 공통적으로 필요한 자료를 공유함으로써 두 기관에서 별도로 자료관리에 소요되는 물적/인적 자원을 절약할 수 있음.
- 둘째, 전산인력이 한 조직에서 근무함에 따라 자체 교육 등을 통하여 다른 IT업체의 외주 없이 스스로 자체적인 전산관리 및 개발을 함으로써 지금까지의 외주에 의한 보험재정 지출을 막을 수 있음.
- 셋째, 건강보험의 업무 프로세스는 본래 하나라는 것이며, 심사 및 평가의 적정성을 확보하기 위하여 심사평가원을 독립시켰다는 점임. 따라서 일원화된 건강보험 전산망을 통하여 보험정보의 처리 과정이 원활하게 운영될 수 있도록 해야 함.

□ 향후 정보시스템의 공동외주에 따라 제기될 수 있는 문제로 기존 업무의 지원이 원활치 않게 될 가능성이 있다는 점에 유의하여야 하며, 건강보험 관련조직의 이기주의, 관련 직원들의 반대 의견 등은 위험요인으로 작용할 것으로 판단됨. 따라서 정부에서는 미래를 생각하며, 정책적인 의지를 갖고 추진해 나가야 함.

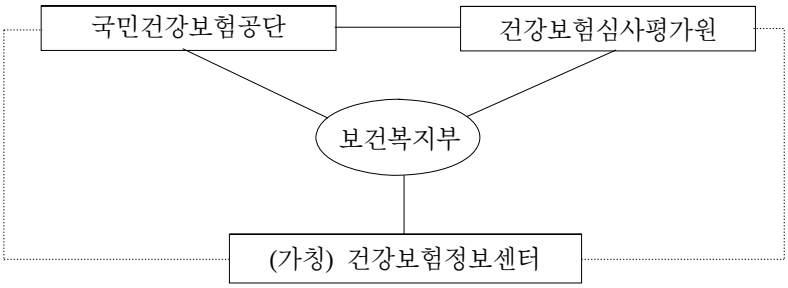
〈表 4〉 健康保險의 共同外注에 대한 SWOT分析

구분	내 용
장점	• 건강보험관리공단과 건강보험 심사평가원의 자원 공유로 인한 경제적 효과
단점	• 기존 업무의 지원 소홀 우려
기회	• 건강보험 단일보험자 탄생으로 통합업무 조율이 쉬워짐
위협	• 건강보험 관련조직의 이기주의 • 노동조합의 저항

□ 공동외주의 대안으로서 건강보험 정보센터는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 정보시스템을 통합한 형태의 정보센터를 의미함.

- 전국민 자격 인덱스 및 심사결과와 같이 가장 중요하고 큰 자료를 양 조직에서 갖고 있어야 하는 필요성이 있기 때문에 기술적인 측면에서 사회보험 정보센터보다 만들기가 훨씬 수월할 것으로 예상됨.
- 정보시스템 개발 및 운영에 필요한 필수인력에 대하여는 근무여건상 조직내 타 직종에 비해 대우면에서 열악한 편으로 사기가 저하되고 있는 실정이고, 특히 개발과정에서는 업무여건상 빈번한 야간작업 참여가 불가피한 실정이므로 관리자의 많은 관심을 필요로 하고 있고 이런 점이 정보센터 설립 과정에 배려되어야 함.

〔圖 2〕 健康保險 情報센터 槪念圖



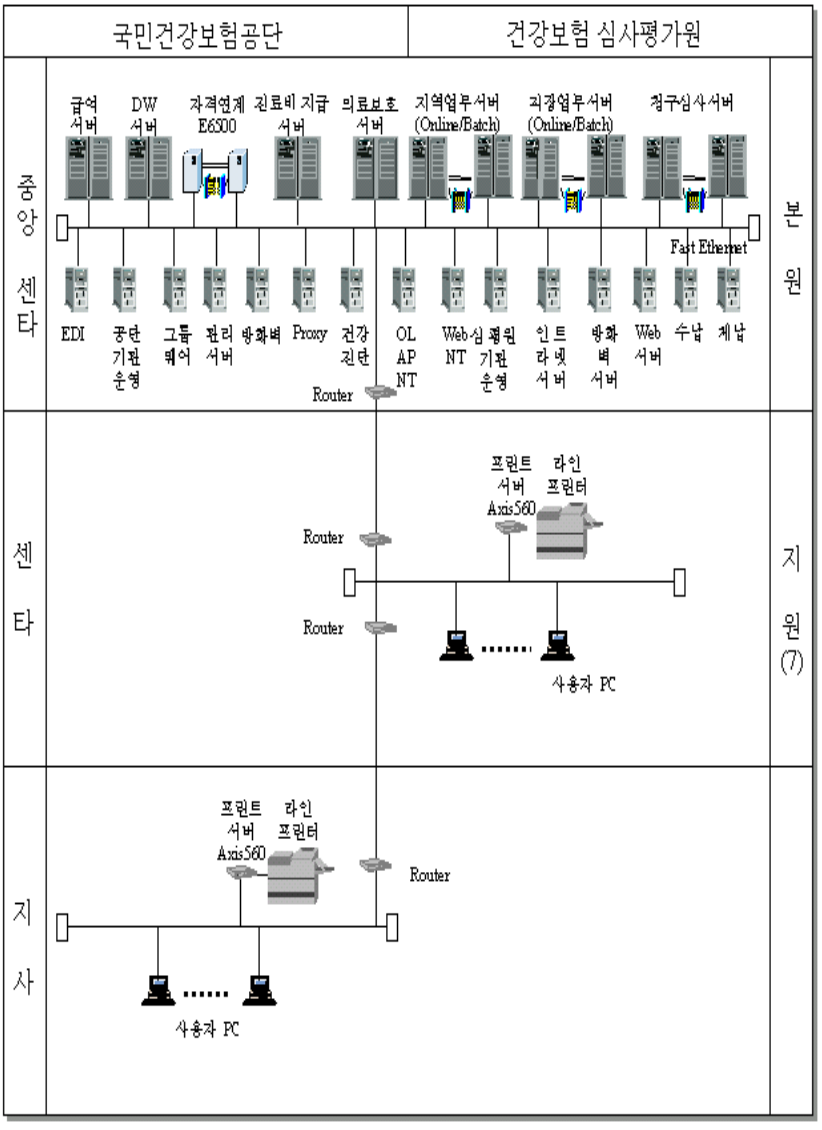
□ 정보센터의 조직은 기존 인원을 모두 수용하고 새로운 기능을 더하는 방법과, 기존 인원의 일부를 받아들이고, 일부는 기존 조직에 필요한 정보관리 이외의 업무에 종사하도록 하는 방법이 있음.

- 향후 정보센터 계획에서는 기존에 필요했지만 제공하지 못했던 기능을 확충하고, 기존 인력을 모두 받아 충분한 교육 훈련을 받도록 한 후, 건강보험 정보센터 혹은 다른 분야의 정보센터에서 일할 수 있도록 배려하는 것이 가장 바람직함.
- 정보센터의 기능에는 세부목표를 모두 충족시킬 수 있는 전략들을 수행하는 기관으로 거듭나야 하며, 이에 덧붙여 조직원들이 새로운 정보기술환경에 적응해 가도록 충분한 전문교육을 받을 수 있도록 해 주어야 함.

□ 건강보험공단의 정보시스템이 현재 시스템으로도 다수의 보험자가 있을 때 비하면, 어느 정도 자격관리가 효율적으로 이루어지고 있기는 하지만, 현재와 같은 분산형 시스템보다 본부에 비중을 둔 중앙집중형 시스템이 보다 더 비용 효과적임.

- 중앙집중형 시스템은 관리측면에서 중앙에서 모든 시스템을 관리하므로 밤교대 등에서 시스템 오퍼레이터 수를 줄일 수 있고 시설관리 비용을 줄일 수 있음.
- 현 시스템에서는 자격변동에 따른 자료이동으로 지사간 자료일치성에 문제가 있을 수 있으나 중앙집중형에서는 모든 자료가 중앙센터에서 관리되므로 자료이동 처리가 일관성 있게 처리 될 수 있고 자료의 이동을 다른 대안에 비해 줄일 수 있음.
  - 이와 같은 아키텍쳐의 변화가 효과적이기 위해서는 공동외주형태가 보다 바람직함.

〔圖 3〕 中央集中型 情報시스템 아키텍쳐



□ 건강보험공단과 심사평가원의 공동외주를 하고, 아키텍쳐를 변화시켜서 시스템이 안정화되었을 경우 인력은 250～300명 정도가 필요하여 간접비용을 포함하면 약 300～400억 정도의 비용이 절감될 것으로 예상됨.

- 정보 인프라 측면에서는 기반 시설과 중복 자료의 공유에 따른 비용과 및 미래의 투자비용이 감소하여 연간 150～200억 정도의 비용이 절감이 예상됨.

  • 건강보험 공단과 심사평가원의 공동외주가 중단기적으로 보험재정 안정에 도움을 줄 수 있는 현실적인 대안
  • 공동외주의 시점은 주기적으로 일어나는 전산장비의 대규모 교체시기를 택하는 것이 바람직함.

□ 현재 공단은 통합 건강보험 전국민 자격 D/B를 구축하였고 심사평가원은 EDI 체계에 의한 진료비 청구·심사 시스템을 준비해 놓은 상태이기 때문에 공단과 심사평가원과의 정보공유·활용사업의 확대를 추진하고, 정보시스템의 아키텍쳐를 중앙집중화 함으로써 공동외주의 효과를 극대화시킬 수 있을 것임.

第 1章　序 論

第 1節　硏究의 背景 및 目的

의료보험조직의 통합으로 인해 건강보험 관리운영체계에 있어서의 가장 큰 변화는 지역, 직장 등에 따라 별도의 의료보험조합을 설립하여 피보험자를 관리하던 조합방식(다보험자방식)이 통합방식(단일보험자방식)으로 전환된 점이다. 1998년 10월을 기점으로 지역의료보험조합 227개와 공·교의료보험관리공단이 통합되어 국민의료보험관리공단으로 바뀌었고, 2000년 7월부터 직장의료보험조합(139개)도 국민의료보험관리공단으로 통합되어 단일보험자인 국민건강보험공단이 탄생하였다. 또한 기존에 의료보험연합회에서 담당하던 진료비 심사기능은 국민건강보험공단과는 별도의 조직인 건강보험심사평가원이 신설되어 이관되었다.

통합관리운영방식에서는 기존의 조합에서 개별적으로 수행하던 중복된 업무들을 단일보험자가 처리함으로써 인건비 등 전체 관리운영비를 줄이고, 이전에 피보험자가 조합을 변경할 때마다 발생하는 번거로운 절차를 없애 국민들의 불편을 줄일 수 있다는 점이 장점으로 거론되었다. 기존의 조합방식에서는 행정구역을 벗어나 거주지를 이전할 경우나 혹은 직장을 변경할 경우 피보험자가 소속조합을 변경하여야 했는데 현행 통합관리운영체제에서는 이러한 불편함이 해소되었다. 그러나 기대하던 관리운영비의 절감은 크게 나타나고 있지 않은 형편이다.

국민건강보험공단이 제시한 총지출 대비 관리운영비율 현황에 의하

면 1997년 이후 수치적으로는 50%가 감소된 것처럼 보이나 이러한 비율감소는 급격히 증가한 급여비 지출로 인한 것으로 실질적인 관리운영비는 통합이전과 비슷한 수준을 유지하고 있다. <표 1-1>에 의하면 총지출 대비 관리운영비율이 1997년 8.8%에서 2001년에 4.7%로 감소된 것처럼 보이나 이러한 감소는 관리운영비 자체의 감소에 의한 것이 아니고 총지출이 1997년 7조 6787억원에서 2001년 14조 2862억원(추정치)으로 급증한 결과라 할 수 있다. 따라서 통합관리운영체계로 자격관리의 효율성, 보험료부담의 형평성 등이 증진되었으나, 규모의 경제를 실현하여 관리운영의 효율을 제고한다는 주장은 현행 관리운영체계에서 구현되고 있지 않다.

〈表 1-1〉 公團의 管理運營費 現況

(단위: 억원, %)

구분	1997	1998	1999	2000	2001
총지출(A)	76,787	87,157	95,614	106,736	142,862
관리운영비(B)[1)]	6,719	7,020	6,814	7,799	6,694
비율(B/A)	8.8	8.1	7.1	7.3	4.7

註: 1) 관리운영비: 인건비, 경비(사업비 포함 등)
資料: 국민건강보험공단, 내부자료, 2001.
한국보건사회연구원, 내부자료, 2001.

현행 관리운영체계가 수립되면서 나타난 큰 변화는 진료비 심사기구의 독립이었다. 이러한 변화는 진료비심사기능을 보험자조직에서 독립시켜 진료비 심사의 공정성, 객관성, 전문성 등을 증진시키고 의료의 질(적정성)을 평가하는 기능을 갖춘 기구를 신설하자는 취지에서 기인하였다. 따라서 통합관리운영체계에서는 기존에 보험자조직인 의료보험연합회에서 담당하던 진료비 심사기능이 보험자조직과 별개의 조직인 심사평가원에서 수행되고 있다. 그러나 한편으로는 이러한

심사기능의 독립은 새로운 조직의 설립으로 인한 행정비용의 증가로 통합관리운영체계가 지향하는 관리운영비 절감이라는 취지와 어긋난다는 우려가 있었다. 또한 심사기능의 독립으로 인한 진료비 심사의 공정성 및 전문성의 증진을 검증할 방법이 없고 보험자가 보험재정의 흐름을 통제하는 데에 한계가 있다는 지적도 있었다.

위에서 설명한 것처럼 현재는 진료비 심사기능의 독립으로 인한 급여심사의 공정성 및 전문성의 증진을 판단할 기준이 설정되지 않은 상태이다. 그리고 심사기구의 독립이 2000년 7월에 이루어져 기준이 설정된다고 해도 이를 검증할 자료가 부족한 상황이다. 다만 심사평가원이 설립된 후 독립된 심사기능으로 심사된 2000년 심사실적을 살펴보면 전체 총 진료비 13조 1409억원 가운데 심사를 통해 삭감된 액수는 전체 금액의 1.07% 정도인 1419억원으로 나타났다. 그리고 건강보험 재정위기에 따른 심사강화가 시행되기 이전인 2001년 1~3월의 심사조정액율은 2000년도 평균에도 못 미치는 0.74%, 0.82%, 1.03%로 각각 나타났다. 한편, 2000년 1월~2001년 3월까지 심사평가원의 심사조정 건수 현황을 살펴보면 총진료건수 대비 심사조정건율은 평균 6.12~9.84%로, 1997년 미국 Medicare의 부정청구 적발률 14%에 비하여 낮은 비율을 나타내고 있다. 이러한 심사평가원의 심사실적은 관리운영체계에서의 심사평가원의 역할에 문제점을 제시하는 것이다.

〈表 1-2〉 審査評價院 2000年 및 2001年 1~3月 審査調整 現況

(단위: 천건, 백만원)

구분		진료건수	심결 총진료비	심사조정 건수	심사조정 금액	심사조정	
						건율	액률
2000년	계	414,005	13,140,959	40,735	141,922	9.84	1.07
2001년	1월	53,642	1,467,656	3,280	10,871	6.12	0.74
	2월	41,431	1,318,721	3,105	10,945	7.50	0.82
	3월	40,769	1,309,988	3,195	13,457	7.84	1.03

資料: 심사평가원, 내부자료, 2001.

전국민의 건강보험을 담당하는 국민건강보험공단이 탄생되어 1년이 조금 지난 현 시점에서 공단의 역할에 대한 평가는 긍정적인 것만은 아니다. 공단은 통합조직의 효율성과 생산성을 제고하기 위해 경영혁신을 추진하고 있으나, 통합으로 인한 장점은 가시화되지 않는 상태에서 건강보험의 재정위기가 발생하여 공단의 건강보험 관리업무의 효율성에 대한 비난이 제기되고 있는 상황이다. 또한 심사기능의 독립으로 인해 현행 관리운영체계가 건강보험공단은 진료비 지급창구의 역할을 그리고 심사평가원은 진료비 심사기능을 수행하는 이원화된 구조를 가지고 있다. 이러한 이원화된 구조는 진료비 심사의 전문성과 자율성 제고의 측면에서는 장점을 가지고 있으나 건강보험의 업무흐름을 이원화하여 관리운영측면에서는 비효율성을 나타내고 있다. 건강보험 업무 흐름의 이원화 구조는 건강보험 관리운영체계가 하나의 유기적인 흐름으로 업무를 수행하는데 걸림돌이라고 할 수 있다.

따라서 본 보고서에서는 우선 현행 건강보험 관리운영체계의 효율성을 비용과 산출의 관계측면에서 분석하고자 한다. 그리고 이러한 분석을 토대로 건강보험 관리운영업무의 효율성을 증진시킬 수 있는 관리운영체계의 효율화 방안을 제시하고자 한다.

이를 위해 먼저, 제2장에서는 현행 건강보험 관리운영업무의 문제점을 피보험자와 공단, 그리고 공단과 심사평가원간의 상호 작용에서 나타나는 본인-대리인관계의 관점에서 분석하기로 한다. 이러한 이론적 고찰을 통해 본인과 대리인관계에서 나타나는 정보의 비대칭을 감소시켜 관리운영의 효율성을 제고하는 성과평가체계의 설정 및 유인동기의 제공, 그리고 정보시스템 구축의 필요성을 제시하고자 한다.

제3장에서는 우리나라 건강보험의 관리운영체계 및 관리운영비의 현황을 살펴보기로 한다. 건강보험 관리운영기구의 업무 및 조직, 업무성과평가체계를 살펴보고, 관리운영비의 항목구성의 내용과 특징을

살펴보기로 한다. 그리고 관리운영비의 현황분석을 통해 현행 건강보험 관리운영의 효율성을 분석하고자 한다.[1] 여기서 말하는 관리운영의 효율성이란 비용과 산출측면에서 관리운영비의 절감정도를 의미한다. 이를 위해 관리운영 효율성을 나타내는 지표들을 제시하고 이들 지표의 변화추이를 살펴본다.

제4장에서는 대만과 영국의 관리운영체계와 관리운영업무의 성과평가체계를 살펴보기로 한다. 이들 국가의 성과평가체계를 살펴보는 이유는 관리운영업무의 효율성을 제고하기 위해서는 효율성을 측정하는 지표의 개발과 더불어 측정지표를 토대로 업무수행의 성과결과를 평가하는 체계가 필요하기 때문이다.

마지막으로 제5장에서는 건강보험 관리운영체계의 효율화 방안을 제시하고자 한다. 먼저 공단의 관리운영업무의 효율화를 위해 지사들 간에 경쟁을 유도하는 성과평가체계를 구상해보기로 한다. 그리고 공단과 심사평가원의 정보시스템 구축을 통해 현재 나타나고 있는 건강보험 관리운영체계의 이원화 구조의 문제점을 해결하고 관리업무의 효율성을 향상시키는 방안을 제시하고자 한다.

第 2 節 醫療保險 統合過程[2]

1. 醫療保險制度의 發展過程 槪要

1977년에 시작된 우리나라 의료보험의 성공적으로 정착된 배경에는 3차에 걸친 경제개발 5개년 계획의 성공적인 수행이 큰 뒷받침이 되었

1) 본 보고서에서는 자료의 한계로 인해 관리운영비를 피보험자와 의료공급자의 행정비용은 제외한 보험자의 관리운영과 관련하여 지출하는 비용만으로 한정하였다.
2) 『건강보험백서』(김연명 외, 2001년 7월)에서 재구성

다. 그리하여 제4차 경제개발 계획(1977～1981)에서는 사회개발계획의 일환으로 1976년 의료보험법이 개정되어 사회보험으로서의 의료보험을 도입하기에 이르렀다. 1976년 의료보험법에 의해 시작된 의료보험제도의 특징을 살펴보면 생활보호대상자를 제외한 전 국민을 적용대상으로 하되 공무원, 사립학교교직원, 군인은 별도로 적용시키고, 적용대상인구를 직업과 지역에 따라 분리하여 독립적으로 설립된 의료보험조합이 적용대상자에 따라 운영하는 형식이다. 적용대상자는 종별로 구분하여 1종 피보험자는 사업장의 일반근로자를, 2종 피보험자는 나머지 인구를 적용인구로 설정하였다. 이 중에서 2종 피보험자는 다시 지역주민을 대상으로 하는 지역의료보험과 특수지 자영자의 직종의료보험대상자로 세분하였다.

의료보험법은 적용대상에 대한 강제가입규정이 적용된다. 그러나 보험료 부담 및 관리운영측면을 고려하여 일반사업장 중에서 1977년에는 500인 이상 고용사업장을 적용대상으로 시작하여, 1979년에는 300인 이상, 1981년에는 100인 이상 고용사업장으로 강제가입적용을 확대하였다. 1982년에는 100인 이하, 5인 이상 고용사업장에서도 원하는 사업장은 의료보험에 가입할 수 있게끔 임의적용을 허용하였다. 소규모사업장 근로자의 의료보험 가입을 확대하기 위해 1983년에는 16인 이상 고용사업장을, 그리고 1986년에는 5인 이상 고용사업장에 대해 강제적용을 실시하였고, 1981년에 개정된 의료보험법에 의해 이전에 임의가입으로 되어있던 농어민 및 자영자의 가입규정을 강제규정으로 바뀌었다.[3)]

의료보험법에서 적용을 제외시켰던 공무원 및 사립학교교직원에 대해 1977년 12월에 공무원 및 사립학교교직원의료보험법을 별도로 제

3) 1985년에 1종 의료보험은 직장의료보험으로, 2종 지역의료보험은 지역의료보험으로, 2종 직종의료보험은 직종의료보험으로 명칭이 각각 바뀌어졌다.

정하여 1979년부터 공·교의료보험을 시행하였다.[4] 그리고 1985년에는 직장, 지역, 직종, 공·교 구분없이 피부양자에 장인, 장모를 포함시켜 의료보험의 대상자를 확대하였다. 또한 전국민의료보험을 실현시키기 위해 1988년에는 농어촌지역의료보험을, 1989년에는 도시지역의료보험을 시행하여 의료보험 제도 도입 후 12년 만에 전국민의료보험시대가 시작되었다.

전국민의료보험이 실현되었으나 1990년대에 들어서면서 지역의료보험의 재정격차에 따른 문제점이 부상되었다. 따라서 조합간 재정력의 격차를 해소하는 재보험성격의 재정공동사업과 조합간 재정력격차를 고려한 국고 차등지원 등이 추진되었다. 그리고 1997년 말에 지역의료보험과 공·교의료보험을 통합하는 국민의료법이 제정되었는데 이러한 의료보험관리방식의 전환은 보험료 부담의 형평성 결여, 조합간 재정불균형에 따른 급여수준의 하향, 다수 조합운영으로 인한 관리운영체계의 효율성에 대한 인식 등에서 배경을 찾을 수 있다.

또한, '국민의 정부'의 100대 국정과제로 선정된 의료보험의 통합을 추진하기 위하여 1998년 3월에 의료보험통합추진기획단이 구성되었다. 기획단의 의견수렴 절차를 거쳐 국회에 제출한 국민건강법안이 1999년에 통과하였고, 1999년 말 동 법률 개정으로 2000년 7월에 의료보험이 통합방식인 국민건강보험으로 교체되었다.

2. 醫療保險 管理方式의 論議 過程

의료보험의 관리운영방식이 조합방식으로 출범한 배경은 다음과 같이

---

4) 공·교의료보험은 대상범위를 확대하여 1980년에는 군인가족이, 1981년에는 공무원 및 사립학교교직원의 퇴직연금수급자 및 군인퇴역연금수급자가, 그리고 1985년에는 유족 및 장애연금 수급자와 퇴직 및 퇴역연금 일시금 수급자까지 공·교의료보험의 적용을 받게 되었다.

설명되고 있다.

1) 의료보험법을 제정할 때 일본의 건강보험 조합방식을 수용하였다.

2) 외국의 의료보험형태 중에서 조합방식을 보건서비스(National Health Service)제도와 민간의료보험제도의 절충적 성격의 제도로 인식하였다.

3) 전국민을 계층별, 집단별로 세분하여 의료보험을 적용하는 조합방식은 단계적으로 확대하는데 유리하다는 점이다. 왜냐하면 의료보험제도를 전국민에게 동시적용하기에는 재정충당면, 관리운영능력면에서 가능하지 않았기 때문이다.

4) 조합방식은 정부에 대한 보험재정의 의존도를 최소화하면서 의료보험제도를 전국민에게 확대할 수 있다고 판단되었다.

조합방식으로 출범한 이후 의료보험 통합논의 과정은 다음과 같다.

가. 第1段階 統合論爭(1980～1983年)

의료보험의 통합논의는 1980년 9월 당시 보건사회부 장관이 의료보험의 통합구상을 밝히고 10월에 대통령에게 이를 보고한 후 통합방안을 부차원에서 연구하여 만들도록 지시함으로써 시작되었다. 이 당시에 제안된 통합방안은 당시의 의료보험 관리공단, 조합, 의료보험협의회 등을 하나로 통합하여 의료보험공사를 설립하여 의료보험 업무를 통합적으로 관리운영하는 것이다. 이를 통해 보험료의 형평성을 확보하고 계층, 지역간의 균등한 의료혜택을 보장하고 보험관리 운영체계를 합리적으로 개선하자는 것이 목적이었다.

이러한 움직임에 의료보험자 단체인 전국의료보험협의회는 첫째, 조합방식의 재정 및 관리운영제도가 공사방식보다 합리적이고, 둘째, 통합할 경우 정부부담의 가중과 향후 보험료 인상 등을 둘러싼 정부와

국민간의 대립을 초래하고, 셋째, 지역간의 소득격차, 의료기관의 편중분포 등의 문제점으로 의료보험의 통합은 부담과 혜택의 형평성을 상실케 하고, 마지막으로 효율적인 재정관리가 되지 않는다는 점을 반대의견으로 제시하였다. 또한 전국경제인연합회 등 경제 5단체는 조합방식은 자율적인 운영의 장점을 살리고 노사관계의 안정을 기할 수 있는 반면 통합방식은 관료화와 비경제성을 초래할 우려가 있다는 이유로 의료보험의 통합일원화를 반대하는 공식의견을 표명하였다.

1981년 하반기에는 의료보험 통합문제가 국회에서 논의되기 시작하였다. 국회는 정부가 1982년 정기국회까지 의료보험 통합을 위한 법률안을 제출하라는 결의안을 가결시켰으나 행정부와 의견을 일치하지 못하여 1982년 9월 정기국회를 앞둔 시점에서 의료보험 통합논의는 결론을 내리지 못하고 있었다.

나. 第2段階 統合論爭(1986～1989年)

1986년 9월 정부는 '국민복지증진 종합대책'을 발표하였다. 1988년부터 농어촌지역 의료보험을 실시하고, 1989년부터 도시지역 의료보험을 실시한다는 내용이다. 이러한 전국민의료보험 실시의 정책목표를 설정하면서 제2단계 통합논의가 시작되었다. 이 논의의 결과로 의료보험의 통합일원화를 골자로 하는 국민의료보험법이 국회를 통과하였다.

이 당시 성립된 국민의료보험법안의 주요내용은 통합일원화 방식의 채택, 소득과 재산을 기준으로 보험료의 누진제 적용, 그리고 요양취급기관의 계약제 등으로 사회보험방식을 유지하면서 조합방식에서 나타나는 문제점을 해결해 보려는 내용을 담고 있는 것이다. 이러한 관리운영체계의 통합일원화와 보험료의 누진제를 핵심으로 하는 국민의료보험법안이 국회를 통과하였으나 노태우 대통령이 거부권을 행사하

여 법안이 다시 국회로 돌아왔다. 거부권 행사의 이유로는 국민의료보험법안에 따라 조합이 해산되고 신설될 국민의료보험관리공단에 조합의 권리가 승계되면 조합원의 재산이 조합원이 아닌 자의 의료비로 사용됨에 따라 부담의 형평이 어긋나게 되고 국민의 기본권인 재산권에 대한 헌법의 규정에 배치될 소지가 있다는 것이다.

대통령의 거부권 행사 이후 정부는 도시지역 의료보험을 구를 단위로 하는 방식에서 광역방식으로 실시하려던 계획을 수정하여 1989년 7월 도시지역 의료보험을 실시하게 되었다. 또한 보험료의 산정방식도 농어촌지역의 기본보험료(세대 및 가족 수 비례) 및 능력 보험료(재산, 소득, 자동차등급 비례) 등을 토대로 한 보험료 부과방식을 그대로 사용하고, 보험급여도 기존의 지역의료보험에 준하여 실시하게 되었다.

다. 第3段階 統合論爭(1994～2000年)

1990년대에 들어서면서 지역의료보험의 조합간 재정력 격차, 농어민의 과중한 보험료부담, 국고지원 규모의 증가, 급여범위의 제한으로 인한 본인부담의 과중에 대한 문제가 노출되었다. 이러한 문제점을 해소하기 위한 대안으로 비용부담이 큰 의료비를 조합간 공동대처를 통해 해결하는 재보험성격의 재정공동사업과 조합간 재정력 격차를 고려한 국고 차등지원 등이 추진되었다. 이러한 일시적인 대안 이외에 근본적으로 의료보험의 문제를 해결하기 위해 1994년의 의료보장개혁위원회, 행정쇄신위원회, 1997년의 의료개혁위원회, 국회 및 정부주최의 여러 공청회와 토론회에서 논의가 진행되었다. 이러한 논의를 바탕으로 국민의료보험법안이 국회에서 통과되어 지역조합과 공·교공단의 통합을 주요내용으로 하는 국민의료법이 1997년 12월 제정·공포되었다.

1998년 2월 대통령직인수위원회는 의료보험 통합을 신정부 100대 개혁과제로 선정하였다. 이에 따라 국민의료보험관리공단 설립준비위원회가 구성되어 국민의료보험관리공단의 설립준비에 착수하였고, 3월에는 통합의료보험법 제정을 위해 보건복지부산하에 의료보험통합추진기획단이 구성되면서 의료보험의 통합이 본격적으로 추진되었다. 보건복지부는 기획단의 검토안을 중심으로 1998년 12월에 완전통합법안인 국민건강보험법안을 국회에 상정하였다. 이어서 국회 보건복지위원회는 정부와 일부 국회의원이 제출한 2건의 통합법안을 합쳐 국민의료보험공단이 직장조합을 흡수·합병하는 것과 직장·지역보험의 재정을 일정기간 동안 구분·계리할 수 있도록 하는 내용이 포함된 국민건강보험법안을 상정하였다.

이에 따라 1999년 2월 국민건강보험법이 제정·공포되었으며, 2000년 1월 1일자로 직장조합과 의료보험연합회를 포함한 의료보험 조직의 완전통합이 확정되었다. 이후 준비기간을 거쳐 2000년 7월 1일 통합건강보험조직인 국민건강보험공단이 출범하였다. 그리고 정부는 통합의료보험제도의 성공적인 정착을 위해 법적 통합은 예정대로 2002년 1월 1일 단행하되 재정은 향후 5년간은 구분·계리함으로써 재정통합은 유보하였다.

3. 組合方式과 統合方式의 論爭

가. 管理運營의 效率性 側面

통합의료보험제도에서의 관리운영이 비효율적이 될 것이라는 의견의 근거는 관리기구가 거대해지면 조직의 생리상 관료주의가 심화된다는 데에서 찾을 수 있다. 이러한 관료주의는 보험료 징수율의 저하, 비용의식의 희박, 급여비 사후관리노력의 약화현상을 초래할 수 있기

때문이다.

그러나 한편에서는 관리기구가 단일보험자 방식으로 전환되면 기존의 중복, 잉여업무를 줄여 관리운영의 효율성을 증진시킬 수 있다는 의견이 제시되고 있다. 통합조직의 관료성 문제는 조직의 운영을 통제할 제도적 장치를 설정하면 해결할 수 있는데, 이에 대한 대안으로는 건강보험공단의 지사가 책임경영을 하도록 하고 성과에 따라 지사를 평가하는 성과평가체계(Performance Assessment Framework)의 확립이 있을 수 있다.

나. 保險料 附課의 衡平性 側面

통합의료보험에서 보험료 부과의 형평성이 제고된다는 주장에 대해 다음과 같은 의견이 제시되고 있다.

1) 전 국민에게 일률적으로 적용될 수 있는 공평한 보험료 부과기준의 설정이 수월하지 않다.
2) 직종간, 지역간, 계층간 보험료 부담의 불평형성이 발생할 수 있다.
3) 자영자에 대해 똑같은 보험료기준을 적용할 경우 소득·재산자료의 노출이 많은 농어민이 도시 자영자에 비해 불리하게 된다.

이에 대해 통합방식 주장자들은 다음과 같은 의견을 제시하고 있다.

1) 조합방식에서는 보험료 부담의 형평성이 결여되어 있다.[5)]
2) 자영자가 거주지에 따라 보험료가 달라지는 문제를 해결할 수 있다.
3) 직장조합을 통합하고 보험료 부과소득을 총소득으로 함으로써 저

---

5) 조합방식에서는 보험료 부담능력과 상관이 없는 세대당, 세대원당 보험료가 부과될 뿐 아니라 동일한 소득과 재산을 가지고 있어도 자신이 속하고 있는 지역조합에 따라 보험료부담이 달라지고, 동일소득에 대해서 농민의 보험료 부담이 직장근로자에 비해 과중한 문제가 있다.

소득근로자의 보험료율이 상대적으로 높은 문제를 해결할 수 있다.

4. 組合方式에 대한 評價

우리나라 의료보장제도의 발전과정에서 조합방식 의료보험이 미친 긍정적인 측면을 살펴보면 다음과 같다.

1) 조합방식 의료보험은 사회보험제도 도입 시 정부의 재정부담을 최소화하고 보험료 부담능력이 있는 계층부터 단계적으로 전국민에게 확대·적용할 수 있게 하였다.

2) 의료보험제도 도입 이전에는 의료문제가 완전히 시장에 맡겨져 있던 상황이었다. 이러한 상황에서 도입된 의료보험은 전국민의 건강을 증진시켰다.

3) 조합방식 의료보험은 국민이 납부하는 보험료와 지역의료보험에 대한 국고지원 등은 과거보다 보건의료비 지출규모를 크게 늘려 놓았다.

4) 의료보험의 도입을 통해 의료보험진료체계가 수립되고 발전되어 의료자원이용의 효율화에 기여하였다.

5) 조합방식 의료보험이 재원조달체계를 구축하는데 기여를 하였다.

한편, 조합방식 의료보험에서 나타난 문제점과 한계를 살펴보면 다음과 같다.

1) 적용대상을 분산하여 관리한 조합방식은 집단의 소득수준 차이로 보험료 부담의 차이를 가져오게 하였다.

2) 조합방식은 우리나라 의료보험의 '저부담-저급여'라는 구조적 특성을 탄생시켰다.[6] 보험급여 하향 평준화는 비급여부문과 본인부담

률을 높이게 한 요인이라고 할 수 있다.

3) 직장의료보험과 공·교의료보험의 실질적인 보험료 부담은 근로소득이 높아질수록 낮아져 저소득자와 고소득사이에 보험료부담의 불공평한 문제가 있었다.

---

6) 재정상태가 좋은 직장조합이 보험 급여를 확대하고 재정상태가 열악한 지역조합은 확대하지 않을 경우 의료보험 혜택의 차별이라는 문제가 발생하기 때문이다.

第 2 章 理論的 考察

第 1 節 本人과 代理人 關係와 最適契約理論

1. 本人-代理人 問題

우리나라 건강보험 관리운영체계에서 이중적인 본인-대리인의 문제(principal-agent problem)가 발생한다고 볼 수 있다. 피보험자(본인)와 보험자인 공단(대리인)과의 관계와 보험자(본인)와 심사를 수탁 받아서 수행하는 심사평가원(대리인)의 관계에서 본인-대리인 문제가 발생한다. 피보험자와 보험자, 그리고 보험자와 심사평가원의 경제주체로서의 상호작용은 전략의 측면을 가지고 있는 갈등과 타협관계이고 정보의 비대칭이 존재하기 때문에 게임의 관점에서 파악해야 하며 본인-대리인이론은 유익한 분석도구라 할 수 있다. 본인-대리인이론은 과거 정태적인 경제분석에서 벗어나 경제주체의 행위를 동태적인 관점에서 분석하는 것이다.

본인-대리인 관계에서 발생하는 문제는 대리인이 본인의 주문대로 주어진 업무를 성실히 수행하지 않는, 대리인의 기회주의적 행동을 말한다. 본인과 대리인 사이의 이해상충 때문에 발생하는 이러한 본인-대리인 문제는 도덕적 해이(moral hazard)라고도 한다. 본인이 대리인에게 맡긴 업무가 전문적 지식을 요구하는 것이 아니라면, 이러한 대리인문제는 쉽게 해결될 수 있다. 그러나 문제는 본인은 대리인이 보유한 전문성으로 인해 대리인의 행동이 본인의 이익에 부합한 지를 알 수 없다는데 있다. 본인과 대리인사이에는 필연적으로 정보의 비

대칭이 존재하며, 대리인의 업무수행이 효율적이었는가를 관찰할 수 없어 도덕적 해이가 나타날 수 있다(전성훈, 2000).

대리인의 성과가 본인에게 관찰이 가능한 경우에는 성과를 조건부로 하는 계약을 체결할 수 있다. 이러한 계약을 조건부 계약(contingent contract)이라고 한다. 그러나 대리인의 성과가 대리인의 노력만으로 결정되지 않는 경우가 많다. 왜냐하면 불확실한 환경이 존재하기 때문이다. 이러한 경우 대리인은 위험을 기피하는 경향이 있다. 그러므로 본인은 본인에게 유리한 계약을 체결하기 위해 대리인에게 나타날 수 있는 위험부담을 경감시키는 위험분담(risk-sharing)의 측면과 대리인의 숨겨진 행동으로 인한 도덕적 해이를 줄이는 유인제공(incentive provision)의 측면을 고려하여야 한다. 그러나 이러한 측면들을 고려하여도 본인에게는 최선(first best)의 결과는 나타날 수는 없다. 정보의 비대칭상황에서 대리인의 숨겨진 행동으로 인해 본인과 대리인의 관계는 차선(second best)의 결과만 나타난다. 왜냐하면 본인의 입장에서 대리인의 바람직한 행동을 유인하기 위해 유인동기를 대리인에게 제공하기 때문에 본인-대리인 관계는 차선으로 전락하기 때문이다(윤성식, 1997). 다만 최선과 차선으로 인한 결과의 차이를 줄이는 것이다. 이러한 노력을 본인의 최적계약행위라 할 수 있다.

2. 最適契約 理論

본인이 대리인에게 업무를 부여하는 경우, 대리인이 이 업무에 투자하는 노력(productive input), a와 불확실한 환경요인, Θ는 이 업무의 성과, x = x(a, Θ)를 결정한다. 여기서 발생하는 문제는 성과를 어떻게 본인과 대리인이 적절하게 배분하는 것이다. 또한 불확실한 환경요인으로 인해 성과변수로부터 대리인의 노력을 추정할 수 없고 성과 자체만을 관찰할 수 있다. 그리고 노력이 늘어나면 성과가 늘어나는 것도

확률적이기 때문에 본인-대리인관계에서 문제가 발생하는 것이다.

본인이 성과만을 관찰할 수 있기 때문에 성과의 배분은 x의 함수로만 가능하다. 대리인에게 돌아가는 성과는 s(x), 본인에게는 잔여성과, r(x) = x-s(x)가 돌아간다. 본인이 위험을 분산한다고 가정하면 본인의 효용함수, G(r(x))는 위험중립(risk- neutral)적이라고 할 수 있다. 그러나 대리인의 효용함수는 H(s(x), a)로, $H' > 0$, $H'' < 0$의 특징을 지니고 있다고 가정하면 대리인은 위험을 기피하는 경향이 있고 노력(행동)의 대가로 Θ의 상황을 파악하기 전에 a의 비용을 치른다. 본인은 대리인에게 계약조건을 제시하고 대리인은 그러한 계약조건을 선택할 수 있다. 계약이 체결된 후에 대리인은 본인이 부여한 업무에 대한 행동(노력수준)을 결정한다. 따라서 본인이 선택하는 최적계약 프로그램은 본인이 최적화하는 목적함수에 두 개의 제약조건(constraints)을 함수로 추가한 다음과 같은 것이다(Holmstrom, 1979).

$$\max_{s(x),\,a} E\{G(x-s(x))\} \quad \cdots\cdots (1)$$

$$subject\ to\ E\{H(s(x),a)\} \geq \overline{H}\ , \quad \cdots\cdots (2)$$

$$a \in \arg\max_{a' \in A} E\{H(s(x),a')\} \quad \cdots\cdots (3)$$

(A: the set of all possible a)

$$\max_{s(x),\,a} \int G(x-s(x))f(x,a)dx \quad \cdots\cdots (1)'$$

$$subject\ to \int [\,U(s(x)) - V(a)]f(x,a)dx \geq \overline{H}\ , \quad \cdots (2)'$$

$$a \in \arg\max_{a' \in A} \int U(s(x))f(x,a')dx - V(a') \quad \cdots (3)'$$

제약조건(constraint) (2)는 대리인이 본인과의 계약을 체결하기 위한 최소 효용수준 $\overline{H}$을 보장하는 것으로 개별합리성제약(individual rationality constraint)조건이라고 불리운다. 최소 효용수준 $\overline{H}$는 현 계약에 참여하는 대리인의 기회비용이다. 다시 말하면 대리인의 위험부담에 대한 대가라 할 수 있다. 제약조건 (3)은 본인은 대리인의 행동, 즉 투입하는 노력은 관찰할 수 없고 다만 x에 관한 것만 파악할 수 있다는 것을 반영하는 것으로, 대리인의 기회비용이 주어진 계약조건하에서 대리인의 유인에 부합해야 한다는 것이다. 대리인은 제약조건 (2)를 충족시키는 계약이 체결된 후에 자신의 노력수준을 결정한다. 계약 후 본인은 대리인의 노력을 관찰할 수 없고 대리인은 최소한의 행동(노력)을 선택할 경향이 있으므로 도덕적 해이가 발생하는 것이다. 이를 방지하기 위해 본인이 원하는 대리인의 노력수준(행동)은 대리인의 목적함수를 만족시켜야 한다. 따라서 본인은 대리인의 유인에 부합하는 행동을 요구하여야만 수행될 수 있는 것이다. 이것을 본인-대리인 문제의 핵심인 유인조화제약(incentive-compatibility constraint)조건이라고 한다. 만약 본인이 대리인의 노력수준(행동)을 관찰할 수 있으면, 본인은 대리인과 제약조건 (3)을 제외한 조건으로도 본인입장에서 볼 때 바람직한 행동(노력)을 하게 하는 계약을 체결할 수 있는 것이다. 이것을 최선의 해결책(first-best solution)이라고 하고, 제약조건 (3)이 포함된 것은 차선의 해결책(second-best solution)이라 한다.

본인-대리인이론이 게임인 이유는 본인이 대리인에게 최소 효용수준을 제공하고 대리인은 이에 따라 행동을 선택하고 상대방이 어떤 전략을 제시하는가에 따라 각각의 전략도 달라진다는 사실에 기인한다. 본인은 최소 효용수준을 보장하는 범위에서 계약조건을 제시하고, 대리인과 계약이 성립되면 본인에게는 최대의 성과가 돌아가는 것이다. 비록 본인이 대리인에게 계약조건을 취사선택방식으로 제시하지

만 대리인의 요구가 최소 효용수준에 포함되어 있어 본인과 대리인과의 관계는 상호의존적이라 할 수 있다. 또한 식(1)에서 대리인의 행동(노력)이 본인의 선택변수로 포함되어 있으나, a는 제약조건 (3)을 만족시켜야 하므로 대리인은 노력수준을 본인의 강요가 아닌 자발적으로 선택하게 되는 것이다(전성훈, 2000).

3. 個別合理性(Individual Rationality)과 誘因附合(Incentive Compatibility)

본인이 원하는 목적함수, 즉 성과를 극대화하는 것이 예산의 절감이라고 하면 대리인이 예산을 절감할 충분한 유인동기를 제공하는 것이 본인-대리인 문제를 해결하는데 가중 중요한 사항이다. 본인은 대리인으로부터 예산의 절감을 위한 최대의 노력을 유도하기 위해 개별합리성제약(individual rationality constraint)조건으로 표현되는 제약조건하에서 유인동기를 부여하는 보상함수를 결정하여야 한다. 여기서 말하는 개별합리성조건(individual rationality constraint)은 대리인의 기회비용을 뜻한다. 본인의 목적함수 극대화는 이 조건과 별개의 문제가 될 수 없는 것이다. 본인은 대리인으로 하여금 노력을 투입하도록 하기 위한 보상을 하되 최저수준으로 하는 대리인의 기회비용으로 선택하여야 하기 때문이다. 최소한으로 대리인의 기회비용을 선택하여야만 결과적으로 관리비용의 최소화를 얻을 수 있다. 그러나 본인의 원하는 목적함수를 극대화하기 위해서는 대리인의 최소 효용수준을 선택하는 것 외에 대리인에게 유인동기를 제공하는 보상함수를 찾아야 한다. 다시 말하면 유인부합제약(incentive-compatibility constraint)조건을 대리인에게 만족시켜야 한다.

대리인의 문제는 본인과는 다른 목적함수를 가지고 있는 대리인으로 하여금 본인이 요구하는 업무를 수행하도록 유도할 수 있는 유인동기의 제공을 통해 해결할 수 있다. 대리인의 이론에 의하면 대리인의 업

무가 전문적이기 때문에 본인이 대리인의 노력수준을 관찰하는 것이 많은 비용을 수반한다. 따라서 업무과정에 근거한 평가보다 성과나 업적에 근거한 평가로 유인동기를 부여하는 것이 더욱 효율적이다.

대리인에게 효율적으로 업무를 수행할 유인동기를 부여하기 위해 재무유인동기를 제공하는 방법이 있다. 예를 들면 일정금액이상의 예산을 절약하면 집행부서가 사용하거나 구성원에게 분배하도록 허용하는 것이다. 그러나 이러한 인센티브를 적용할 때는 대리인은 그들의 업무에 대한 보수가 성과에 의한 크게 의존되는 것을 꺼리는 위험기피적 경향이 있다는 것을 고려하여야 한다. 다시 말해서 대리인에게 최소효용수준을 보장해주는 보수를 계약시 제공해 주어야 한다는 것이다.

대리인에게 유인동기를 부여하는 다른 방법으로는 인사유인동기를 제공하는 방법이 있다. 승진, 보직부여 등의 조직내부에서는 인사제도를 사용하면 대리인 문제를 감소시킬 수 있다. 물론, 인사제도가 대리인 문제를 해결할 수 있는 유인동기가 되려면 인사문제가 조직원에 의해 선호되는 방법이 되어야 하고 조직원들의 업무수행의 객관적이고 합리적인 평가에 기준을 두어야 한다. 그러나 인사유인동기 방법은 조직원들이 연줄, 금력, 대인관계 등에 인해 인사제도가 공정하게 행사되고 있지 않다고 인식한다면 효과적인 유인동기로 이용될 수 없다.

유인동기를 부여하는 방법 이외에도 본인과 대리인간의 정보의 비대칭의 감소를 통한 통제의 효율성 제고의 방법이 있다. 본인-대리인 관계의 정보의 비대칭을 감소시키기 위해서는 대리인들의 경쟁을 촉진시키는 장치의 마련이 중요하다. 다수의 대리인이 존재하는 경우, 대리인들간의 경쟁이 본인으로 하여금 업무수행에 영향을 미치는 환경요소와 위임업무에 관한 정보를 얻는데 도움을 주기 때문에 본인과 대리인간의 정보의 비대칭 문제가 완화될 수 있다. 정보의 비대칭 문제가 감소되면 여러 대리인을 상대적으로 평가하고 이 평가에 따라

효율적인 인센티브를 제공함으로써 대리인들간의 경쟁을 통해 업무성과를 향상시킬 수 있다. 또한 발달하는 정보기술을 사용하여 본인과 대리인간의 정보체계(information system)를 구축하여 정보의 비대칭성 자체를 완화할 수 있다.

第 2 節 健康保險 管理運營體系와 代理人 問題(agent problem)

1. 被保險者와 保險者關係

현행 건강보험 관리운영체계에서 나타나는 본인-대리인 관계의 한 가지 유형은 피보험자와 보험자와의 관계이다. 피보험자는 건강보험 업무를 전문적인 지식이 있고 조직이 있는 건강보험공단에 업무를 위탁하고 있다. 그러나 이 관계에서는 건강보험정보의 비대칭으로 인하여 본인인 피보험자는 대리인인 공단의 행동을 관찰할 수 없는 상황이다.

대리인의 문제는 본인과는 다른 목적함수를 가지고 있는 대리인으로 하여금 본인이 요구하는 업무를 수행하도록 유도할 수 있는 유인동기의 제공을 통해 해결 할 수 있다. 대리인의 이론에 의하면 대리인의 업무가 전문적이기 때문에 본인이 대리인의 노력수준을 관찰하는 것이 많은 비용을 수반한다. 따라서 업무과정에 근거한 평가보다 성과나 업적에 근거한 평가가 더욱 효율적이다. 이러한 평가를 토대로 재무유인동기를 제공하는 장치를 마련하여야 한다.

2. 保險者와 審査評價院關係

현행 건강보험 관리운영체계에서는 다른 경제주체들과의 관계와는

다른 이중적인 본인-대리인관계가 상존하고 있다. 다시 말하면 피보험자와 보험자의 관계에서 대리인인 보험자가 보험자와 심사평가원관계에서는 본인의 형태가 되고 건강보험업무의 심사기능을 담당하는 심사평가원이 대리인의 형태를 취하고 있다. 심사평가원은 심사기능을 제공하고 보험자로부터 관리운영비를 받으므로 보험자의 대리인이다. 따라서 보험자와 심사평가원의 관계에서 본인-대리인 문제가 발생한다.

현행 관리운영체계에서는 진료비 지급을 담당하는 보험자인 공단은 심사기능이 없고 심사평가원에서 통보한 심사결과를 토대로 자격유무 정도만 확인하여 진료비를 지불한다. 진료비 심사자료에 대한 제한된 접근성을 가지고 있는 공단은 진료비의 허위·부당·과당청구에 대해 무방비인 상태이다. 심사평가원이 진료비 청구자료를 보유하고 있어 본인인 보험자는 심사평가원의 대리인 문제를 해결할 수단이 없는 상황이다. 이러한 현상은 심사기능의 독립으로 인해 현행 관리운영체계가 건강보험공단은 진료비 지급창구의 역할을 그리고 심사평가원은 진료비 심사기능을 수행하는 이원화된 구조를 가지고 있기 때문이다. 이러한 이원화된 구조는 진료비 심사의 전문성과 자율성 제고의 측면에서는 장점을 가지고 있으나 건강보험의 업무 흐름을 이원화하여 진료비의 관리운영측면에서는 비효율성을 나타내고 있다. 이러한 상황에서는 본인과 대리인간의 정보체계(information system)를 구축하여 정보의 비대칭성 자체를 완화하는 방법이 있다. 장기적인 방법으로는 심사평가원의 심사기능을 보험자에 귀속시켜 양자간의 목적함수를 동일하게 만드는 것이다.

第 3 章 健康保險 管理運營體系 및 管理運營費의 現況

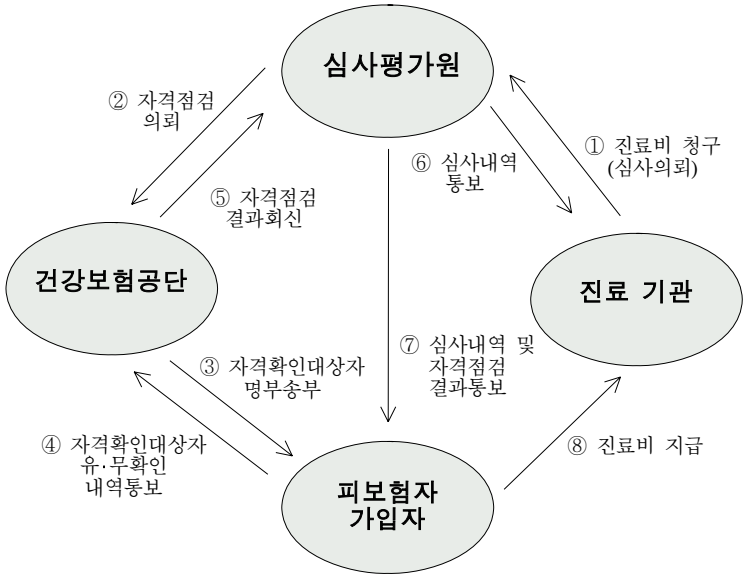
第 1 節 健康保險 管理運營體系의 現況[7)]

국민건강보험은 질병, 부상, 사망, 분만 등 의료사고에 의한 의료비 지출 부담을 전국에 분산시켜 국민의 생활을 안정시키는 것을 주목적으로, 보험자(국민건강보험공단)·요양기관·피보험자(피부양자)의 3자 관계로 구성되어 보험료 부담수준에 관계없이 균등한 급여를 실시한다. 1997년 12월 31일 제정된 '국민의료보험법'에 따라 그 동안 다수 보험자 방식(조합주의 방식)의 의료보험제도에서 1998년 10월 1일부터 통합주의 방식으로 변경하여 국민의료보험관리공단을 설립하여 공·교공단과 227개 지역조합을 통합하였다. 2000년 7월 1일을 기하여 국민건강보험공단을 설립하여 국민의료보험관리공단과 139개 직장조합을 통합하고, 의료보험연합회의 진료비 심사기능과 진료급여의 적정성을 평가하는 기능을 독립시켜 건강보험심사평가원으로 새로 발족하였다. 현재 건강보험심사평가원은 요양급여 비용심사의 공정성·전문성을 강화하기 위하여 독립된 법인으로 설립·운영되고 있으며 요양급여의 심사와 적정성 평가업무, 조사연구 및 국제협력, 급여비용의 심사 및 의료의 적정성 평가 등을 수행하기 위하여 국민건강보험법에 의하여 정부의 기능을 직접 위탁받아 수행하고 있다.

---

7) 국민건강보험공단의 용역과제로 제주대학교 의과대학에서 수행한 『건강보험공단 계층조직간의 적정기능 분담에 관한 연구』와 accenture의 『국민건강보험공단의 종합 경영진단』을 본 연구의 구성에 맞게 재편성하였다.

〔圖 3-1〕 國民健康保險의 槪括的 흐름도



1. 國民健康保險公團의 組織과 機能

가. 主要業務

국민건강보험공단은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장의 증진을 목적으로 설립된 특수 공법인으로, 국민건강보험법 및 같은 법 시행령에 규정된 사업을 합리적이고 효율적으로 수행하기 위해 설립되었다. 국민건강보험공단은 이러한 목적을 달성하기 위해 보건복지부 산하기관으로 설립된 국민건강보험법 상의 보험자이다.

국민건강보험법에서는 국민건강보험공단의 주요 업무를 다음과 같이 제시하였다.

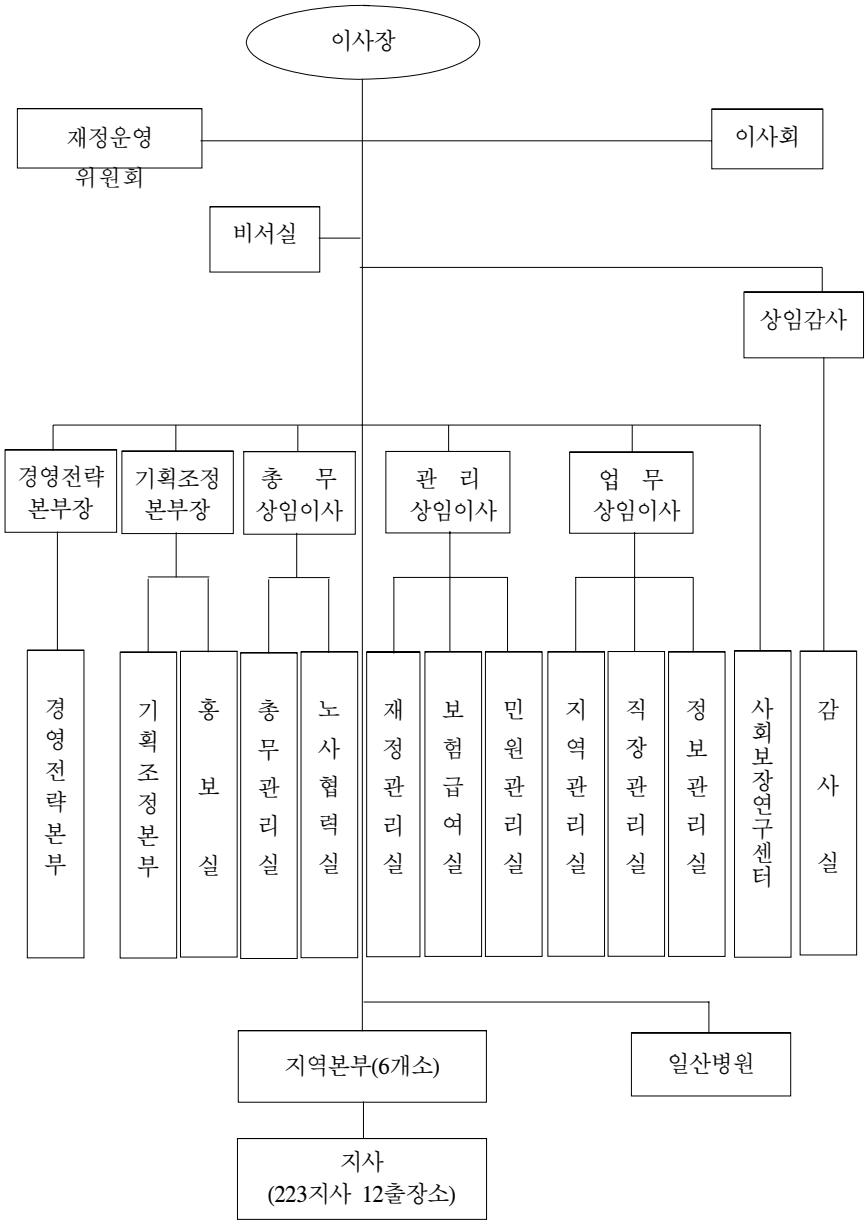
국민건강보험공단의 주요 업무

- 가입자 및 피부양자의 자격관리
- 보험료 기타 이 법에 의한 징수금의 부과·징수
- 보험급여의 관리
- 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업
- 보험급여비용의 지급
- 자산의 관리·운영 및 증식사업
- 의료시설의 운영
- 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
- 건강보험에 관한 조사연구 및 국제 협력
- 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무
- 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

나. 國民健康保險公團의 組織과 機能 分擔

국민건강보험공단의 조직 구조는 2001년 1월 12일부로 발효된 직제 규정 개정에 의해 개편되었는데 2개의 본부와 10개의 실, 1개의 센터로 구성되어 있는 중앙조직, 6개의 지역본부, 223개의 지사 및 12개의 출장소의 3계층 구조를 이루고 있다. 공단의 정원은 2001년 동안 11,413명이 적용되며, 이사장 밑에 상임감사 1명과 상임이사 3명이 있고, 일반직 10,743명, 연구직 15명, 전산직 410명이 직원으로 일하고 있다(2001년 5월 기준).

〔圖 3-2〕 國民健康保險公團의 組織 構造



〈表 3-1〉 國民健康保險公團의 本部 및 地域本部, 支社의 下部組織

구분		하부조직
본부	경영전략본부	개혁총괄부, 경영개선부
	기획조정본부	기획예산부, 법규부, 행정관리부
	재정관리본부	재정관리부, 자금운용부, 사옥관리부
	총무관리실	총무부, 인사1부, 인사2부, 교육훈련부, 비상계획부
	노사협력실	후생복지부, 지역노사협력부, 직장노사협력부
	홍 보 실	홍보1부, 홍보2부
	보험급여실	보험급여부, 급여지도부, 급여조사부
	민원관리실	민원총괄부, 민원상담부, 의료보호부, 건강검진부
	지역관리실	지역자격부, 지역부과부, 지역징수부, 지역급여관리부
	직장관리실	직장자격부, 직장부과부, 직장징수부, 직장급여관리부
	정보관리실	정보기획부, 정보1부, 정보2부, 정보3부, 정보4부, 정보5부, 정보6부
	감 사 실	감사1부, 감사2부
	사회보장연구센터	연구지원팀, 재정분석팀, 연구1팀, 연구2팀
지역본부		행정지원부, 지역관리부, 직장관리부, 보험급여부, 정보운영부, 감사평가부
지사	가급지	행정지원부, 지역관리부, 직장관리부, 보험급여부
	나급지	행정지원팀, 지역자격징수팀, 직장자격징수팀, 보험급여팀

현재 건강보험공단의 기본업무는 가입자의 자격관리, 보험료의 부과 및 징수, 보험급여비용의 지급 및 관리 등 크게 세 가지로 구성되어 있다. 이러한 업무들은 기본적으로는 235개의 지사 및 출장소 조직에서 직접 이루어지는데 2001년 직제규정 개정 이후 공단은 기존의 본부 기능을 일부 지역본부로 넘기고, 지역본부에 보험급여부와 감사평가부를 신설하여 광역민원실을 두어 이전에 단순히 중간 관리 역할을 담당하던 지역본부의 기능을 강화시켰다.

〈表 3-2〉 國民健康保險公團 支社의 級地·類型別 設置基準과 下部組織 現況

급지별	유형별	세부 유형별	설치기준	직제기준
가급지	A		직장 지역 공동지사 중 가입자수 55만 이상이며 직장가입자가 지역가입자보다 다수인 지사	6부 12팀
	B		직장 지역 공동지사 중 가입자수 55만 이상이며 지역가입자가 지역가입자보다 다수인 지사	6부 12팀
	C	가	직장 지역 공동지사 중 가입자수 50만 이상인 지사	5부 12팀
		나	직장 지역 공동지사 중 가입자수 45만 이상인 지사	5부 10팀
		다	직장 지역 공동지사 중 가입자수 35만 이상인 지사(지역가입자가 직장가입자보다 다수이면서 가입자수 30만 이상인 지사 포함)	5부 9팀
	D		직장 지역 공동지사 중 가입자수 25만 이상인 지사	4부 7팀
	E		지역가입자 단독지사 중 가입자가 30만 이상인 지사	4부 7팀
	F		지역가입자 단독지사 중 가입자가 20만 이상인 지사	3부 5팀
			직장가입자 단독지사 중 가입자가 30만 이상인 지사	3부 5팀
나급지	A		직장 지역 공동지사 중 가입자수 25만 미만 10만 이상인 지사	5팀
	B		직장 지역 공동지사 중 가입자수 10만 미만인 지사	4팀
	C	가	지역가입자 단독 지사 중 가입자가 20만 미만 10만 이상인 지사	4팀
		나	직장가입자 단독지사 중 가입자가 20만 이상인 지사	4팀
	D	가	지역가입자 단독지사 중 가입자가 5만 이상인 지사	3팀
		나	직장가입자 단독지사 중 가입자가 10만 이상인 지사	3팀
	E	가	지역가입자 단독지사 중 가입자가 5만 미만인 지사	2팀
		나	직장가입자 단독지사 중 가입자가 10만 미만인 지사	2팀

본부는 경영전략본부, 기획조정본부, 총무관리실, 노사협력실, 재정관리실, 홍보실, 보험급여실, 민원관리실, 지역관리실, 직장관리실, 정보관리실, 감사실, 사회보장연구센터의 2개의 본부와 10개의 실, 1개의 센터로 구성되어 있으며 다음과 같은 업무를 수행한다.

〈表 3-3〉 國民健康保險公團의 本部組織 業務事項

구분	업무사항
경영전략본부	공단의 개혁추진에 관한 사항 및 개혁과제 점검 및 평가에 관한 사항, 대외 경영혁신 추진상황 점검에 관한 사항, 공단 중장기 발전계획에 관한 사항, 직제 및 정원관리에 관한 사항, 사무분장 및 위임전결에 관한 사항, 경영전략 수립·분석 및 평가에 관한 사항, 경영진단에 관한 사항, 경영개선에 관한 사항, 경영분석 및 평가에 관한 사항 등
기획조정부	사업계획의 수립 및 심사분석에 관한 사항, 공단 사업전반의 종합조정 및 통제에 관한 사항, 예산의 수립·조정 및 집행에 관한 사항, 지역본부 및 지사평가에 관한 사항, 이사회 운영에 관한 사항, 법규관리에 관한 사항, 이의신청 관리에 관한 사항, 소송승인 및 지도에 관한 사항, 국회관련 업무에 관한 사항, 직영병원 운영지원에 관한 사항, 제안제도 운영에 관한 사항, 대외기관 이사 및 위원 추천에 관한 사항 등
재정관리실	보험재정 추계에 관한 사항, 보험재정 수지계획에 관한 사항, 재정운용계획의 수립 및 시행에 관한 사항, 외계결산에 관한 사항, 일반경리에 관한 사항, 수입금 관리 및 자금배정에 관한 사항, 준비금 및 기타 자금의 운용에 관한 사항, 일반회계 금전 및 유가증권에 관한 사항, 재정운영위원회 운영에 관한 사항, 국고부담에 관한 사항, 건강보험심사평가원 부담금 부담에 관한 사항, 본부·지역본부·지사 사옥의 유지관리에 관한 사항, 특별회계 예산 및 결산에 관한 사항, 특별회계 고정자산의 취득 및 관리에 관한 사항 등
총무관리실	인장관리 및 제증명의 발급에 관한 사항, 일반 및 민원서류의 접수·발송·통제에 관한 사항, 보안 및 대내·외 행사에 관한 사항, 문서관리·자료실운영·행사관리·차량관리 및 서무, 직원의 복무·상벌에 관한 사항, 직원의 채용·전보·승진 등 임용관리에 관한 사항, 직원의 근무평정 및 인사기록의 유지관리에 관한 사항, 인사위원회 운영에 관한 사항, 물품구매 및 관리에 관한 사항, 사업 외 비용 지출원인행위에 관한 사항, 자산의 취득 및 본부·지역본부·지사 자산 총괄관리, 사무실 임차에 관한 사항, 직원 교육훈련계획 수립 및 시행에 관한 사항, 직원 교육훈련의 평가 및 성과분석에 관한 사항, 국내·외 연수교육 및 위탁교육에 관한 사항, 비상계획의 수립 및 시행에 관한 사항, 직장예비군·직장민방위대 자원관리 및 교육훈련에 관한 사항 등
노사협력실	임직원의 후생복지·보수·사회보험에 관한 사항, 노사협의 및 노동쟁의에 관한 사항, 직원 고충처리에 관한 사항 등

〈表 3-3〉 계속

구분	업무사항
홍보실	홍보계획의 수립·조정에 관한 사항, 홍보자료(보도자료)의 제작·배포에 관한 사항, 언론 보도내용 분석 및 대응에 관한 사항, 지사 홍보계획의 지원 및 실적관리에 관한 사항, 건강보험회보 등 홍보간행물 발간에 관한 사항, 공단 홈페이지 관리 및 운영에 관한 사항, 가입자 건강증진사업에 관한 사항, 가입자 보건교육 및 건강상담에 관한 사항 등
보험급여실	진료비 및 현금급여비 지급에 관한 사항, 약제 등 공급자 직접지급에 관한 사항, 보험급여비 정산에 관한 사항, 개인급여내역 관리에 관한 사항, 채권압류 요양기관 진료비 지급관리에 관한 사항, 요양급여 기준과 관련된 사항, 급여절차 안내 및 지도에 관한 사항, 요양기관 현황관리에 관한 사항, 진료비 부담내역 통지 및 수진내역 신고관리에 관한 사항, 진료비심사 결정에 대한 보험자 이의신청에 관한 사항, 수진자 조회 등 현지조사 지원에 관한 사항 등
민원관리실	민원처리 절차 및 제도개발에 관한 사항, 민원업무 지도·점검에 관한 사항, 민원서비스 제도개선에 관한 사항, 종합민원대책 수립 및 집행에 관한 사항, 사이버민원에 관리에 관한 사항, 민원안내용 자동응답시스템(ARS) 운영관리에 관한 사항, 건강보험 옴브즈맨 운영에 관한 사항, 가입자 건강검진 침 사후관리에 관한 사항, 건강검진비 지급 및 정산에 관한 사항, 건강검진기관 지도에 관한 사항, 의료보호대상자 자격관리에 관한 사항, 의료보호대상자 급여사후관리에 관한 사항, 기타 의료보호 수탁업무에 관한 사항 등
지역관리실	지역가입자 자격관리 제도개발 및 절차지도에 관한 사항, 지역가입자 자격관리에 관한 사항, 외국인 및 재외국민 가입자 자격관리에 관한 사항, 지역보험료 부과제도 개발 및 부과설계에 관한 사항, 지역보험료 면제·경감에 관한 사항, 지역보험료 부과·고지 및 부과정산에 관한 사항, 지역보험료 징수절차 개발 및 지도에 관한 사항, 지역보험료 체납처분 등 강제징수에 관한 사항, 지역보험료 결손처리에 관한 사항, 보험료 등 수납위탁기관 계약관리에 관한 사항, 지역보험료 수납 및 수납정산에 관한 사항, 지역기타징수금 징수절차 개발 및 지도에 관한 사항, 지역기타징수금 고지 및 징수에 관한 사항, 지역기타징수금 수납 및 수납정산에 관한 사항, 상해외인 업무개발 및 지도에 관한 사항, 부당이득금 결정기준 및 제도개발에 관한 사항, 부당이득금, 구상금의 결정 및 정산에 관한 사항, 환수금의 결정 및 정산에 관한 사항, 본인부담환급금 및 본인부담액보상금의 결정·지급 및 정산에 관한 사항 등

〈表 3-3〉 계속

구분	업무사항
직장관리실	직장가입자 자격관리 제도개발 및 절차지도에 관한 사항, 직장가입자 및 피부양자 자격관리에 관한 사항, 직장 사업장 조정 및 관리에 관한 사항, 직장보험료 부과제도 개발 및 부과설계에 관한 사항, 직장보험료 면제·경감에 관한 사항, 직장보험료 부과·고지 및 부과정산에 관한 사항, 정부부담보험료 추계 및 부과정산에 관한 사항, 직장보험료 징수절차 개발 및 지도에 관한 사항, 직장보험료 체납처분 등 강제징수에 관한 사항, 직장보험료 결손처리에 관한 사항, 직장보험료 수납 및 수납정산에 관한 사항, 직장기타징수금 징수절차 개발 및 지도에 관한 사항, 직장기타징수금 고지 및 징수에 관한 사항, 직장기타징수금 수납 및 수납정산에 관한 사항, 상해외인 업무개발 및 지도에 관한 사항, 부당이득금 결정기준 및 제도개발에 관한 사항, 부당이득금·구상금의 결정 및 정산에 관한 사항, 공무(직무)상요양비 결정 및 정산에 관한 사항, 환수금의 결정 및 정산에 관한 사항, 본인부담환급금 및 본인부담액보상금의 결정·지급 및 정산에 관한 사항 등
정보관리실	정보화 기획에 관한 사항, 시스템 및 기술도입에 관한 사항, 정보표준화·사무자동화에 관한 사항, 시스템 및 통신망 관리에 관한 사항, 기반 S/W 및 DB관리에 관한 사항, 지역정보센타 지원에 관한 사항, 인사, 급여, 회계, 자산관리 등의 기관운영에 관련된 전산개발에 관한 사항, 건강증진사업 및 건강진단업무 전산개발에 관한 사항, 가입자 자격·보험료 부과·고지·징수업무 전산개발에 관한 사항, 보험료 수납 및 정산업무 전산개발에 관한 사항, 기타징수금업무 전산개발에 관한 사항, 보험급여 및 급여사후관리업무 전산개발에 관한 사항, 약제 등 공급자 직접지급업무 전산개발에 관한 사항, 의료보호업무 전산개발에 관한 사항 등
감사실	업무 및 자산·회계에 관한 감사, 대외 수감업무에 관한 사항, 사정업무에 관한 사항, 기타 이사장이 지시하는 사항 등
사회보장센터	조사연구계획의 수립 및 조정, 국·내외 유관기관과의 협력업무, 관련 국제회의 참석에 관한 사항, 국내·외 각종 연구자료 및 문헌 수집·분석에 관한 사항, 국내외 건강보험제도 일반에 관한 연구, 장기 보험재정안정화 방안에 관한 연구, 보험료부과체계 발전방안에 관한 연구, 용역연구에 관한 사항, 보험급여비용 계약에 관한 사항, 보험급여비용(수가) 적정성 연구에 관한 사항, 약가·치료재료대·수입재료대·수입약제 등 분석에 관한 사항, 통계자료의 수집 및 분석에 관한 사항, 도서관리에 관한 사항 등

지역본부는 행정지원부, 지역관리부, 직장관리부, 보험급여부, 정보운영부, 감사평가부를 두고 다음과 같은 업무를 수행한다.

〈表 3-4〉 國民健康保險公團 地域本部의 業務事項

	업무사항
지역본부 - 행정지원부 - 지역관리부 - 직장관리부 - 보험급여부 - 정보운영부 - 감사평가부	· 기본운영계획 업무 총괄조정 및 지원에 관한 사항 · 관할지사 업무 총괄조정 및 지원에 관한 사항 · 관할지사 사업계획 및 예산운영에 관한 사항 · 관할지사 결산총괄 및 지도에 관한 사항 · 관할지사 기관운영 지도 점검에 관한 사항 · 관할지사 자산관리 총괄 및 사무실 임차관리에 관한 사항 · 관할지사 사옥관리 및 특별회계 총괄 · 관할지사 직원의 인사·복무·복리후생·노무관리에 관한 사항 · 관할지사 보안관리업무 총괄, 관할지사 홍보계획 수립·조정 및 평가 · 관할지역 언론홍보에 관한 사항, 관할지사 실무자 교육에 관한 사항 · 관할지사 건강증진사업 종합계획 수립 및 집행관리에 관한 사항 · 관할지사 건강검진사업 지원 및 실적관리에 관한 사항 · 관할지역 검진기관 교육에 관한 사항 · 관할지사 종합민원대책 수립 및 집행에 관한 사항 · 관할지사 자격관리 업무총괄 및 절차지도에 관한 사항 · 사업장 지도·점검에 관한 사항, 사업장 신규가입 업무에 관한 사항 · 관할지사 부과관리 업무총괄 및 절차지도에 관한 사항 · 시·군·구 부과자료 확보에 관한 사항 · 지역별 조사기준안을 마련하는 등 전월세 보증금 일제조사 실시 계획 수립 및 시행관리 · 관할지사 고지관리 업무총괄 및 절차지도에 관한 사항 · 관할지사 징수관리 업무총괄 및 절차지도에 관한 사항 · 관할지사 체납보험료 실태분석 및 대책수립 시행 · 관할지사 기타징수금 업무총괄 및 절차지도에 관한 사항 · 관할지사 보험료 및 기타징수금 체납처분건 승인요청 및 체납처분 지도 · 관할지사 보험급여 업무총괄 및 지도에 관한 사항 · 진료비 청구 및 재청구 사전점검에 관한 사항 · 관할지사 급여사후관리업무 총괄 및 지도에 관한 사항 · 관할지사 공무상요양진료비(요양비) 관리에 관한 사항 · 관할지사 환수금·본인부담보상금 및 환급금 업무총괄 · 관할지사 수진내역신고건 처리 · 관할지사 수진자 조회업무 총괄 및 요양기관 현지조사 지원에 관한 사항 · 관할지사 전산시스템 유지보수 관리에 관한 사항 · 관할지사 통신망 운영에 관한 사항 · 관할지사 전산프로그램 배분관리 · 관할지사 전산교육에 관한 사항 · 관할지사 보험료 부과자료 등 전산연계에 관한 사항 · 관할지사 보험료납부 고지서 등 전산자료 출력관리 · 관할지사 업무별 전산운영 및 지원에 관한 사항 · 지역본부 및 관할지사 전용프로그램 개발에 관한 사항 등

지사는 가급지의 경우 행정지원부, 지역관리부, 직장관리부, 보험급여부를 두고, 나급지의 경우 행정지원팀, 지역자격징수팀, 직장자격징수팀, 보험급여팀을 두고 있다.

〈表 3-5〉 國民健康保險公團 支社의 業務事項

구분	업무사항
가급지 - 행정지원부 - 지역관리부 - 직장관리부 - 보험급여부 **나급지** - 행정지원팀 - 지역자격징수팀 - 직장자격징수팀 - 보험급여팀	· 서무·예산·회계 등 기관운영에 관한 사항 · 문서의 통제·수발·보관·보존 및 폐기 · 보안업무관련 사항 · 직원의 승진, 전보 등 인사관리 · 직원의 포상·징계 및 복무관리에 관한 사항 · 직원의 근무평정 · 인사위원회 운영 · 직원의 인사기록의 유지관리 · 직원의 교육 및 현황유지 관리 · 노무관리관련 사항 · 사옥의 임대·유지 및 관리에 관한 사항 · 건강보험 가입자의 자격관리 · 건강보험취급기관 및 사업장 관리 · 보험료부과자료 관리 · 보험료 및 기타징수금 징수관리 · 보험료 및 기타징수금의 체납처분 및 소송업무 · 건강보험 가입자 건강검진 실시 · 현금급여 및 지급관리 · 부당이득금 및 구상금의 조사 확인·결정 및 내역 정산 · 개인별 진료비 부담내역 통지 및 수진내역 관리 · 의료보호대상자 자격 및 급여사후관리 · 보험료 및 기타징수금의 정산 · 보험료납부고지 및 독촉고지 · 체납금의 결손처분·처납처분 및 소송자료 관리 · 민원인의 의견·요망·진정·건의사항의 접수처리 · 건강보험 민원상담실 운영에 관한 사항 · 건강보험제도 홍보교육에 관한 사항 · 건강상담 및 홍보교육에 관한 사항 · 전산시스템 운영 및 자료출력에 관한 사항

다. 國民健康保險公團의 實績評價

1) 支社評價 項目 및 構造

국민건강보험공단에서 지사 평가는 기본적으로 지역본부별로 관리 직역, 가입자수 등에 따라 평가군을 분류한 것을 기준으로 실시하나 지역특성이나 변경요인의 발생 등에 따라 지역본부 자체에서 평가군을 변경하여 실시할 수 있다. 평가항목의 특성에 따라 절대평가 방식, 상대순위비교 방식으로 구분하여 평가하는데 특정항목이 전체평가순위를 결정짓지 못하도록 각 항목에 평가배점의 40%를 기본점수로 부여한다. 구체적인 평가방법을 살펴보면 다음과 같다.

홍보교육, 자격변동처리, 전·월세금 부과, 미가입 사업장 편입, 자동납부 이체, 체납보험료 독려, 기타징수금 독려, 기간별 건강검진비 청구서 처리, 장제비 지급, 본인부담금 환급금 지급, 본인부담액 보상금 지급, 부당수급 처리정확도, 상해외인 처리정확도 등의 업무에 대한 평가는 절대평가 방식으로 이루어지고 있다.

$$\text{— 점수} = \frac{\text{업무실적}}{\text{업무대상}} \times \text{기본점수를 제외한 평가배점} + \text{기본점수(40\%)}$$

보험료 징수, 자동납부, 체납보험료 징수, 체납처분, 기타 징수금 징수, 체납 기타 징수금 징수, 건강검진, 부당수급 처리, 상해외인 처리, 수진자 조회, 직장보험료 연말정산 처리 등의 업무에 대해서는 상대순위 비교방식으로 평가가 이루어지고 있다.

$$\text{— 점수} = \frac{\text{항목배점의 } 60\% \times (\text{당해지사실적} - \text{최저실적})}{(\text{평가군의 최고실적} - \text{최저실적})} + \text{기본점수(40\%)}$$

홍보·교육업무를 제외한 기관운영분야에 대한 평가방법은 별도의

평가방식에 의하여 기본점수를 부여하지 않는다.

평가항목은 기관운영, 자격부과, 보험료 징수, 기타 징수금, 보험급여, 급여관리, 건강검진 관련 항목으로 구성되어 있으며 세부업무내용 및 배점은 다음과 같다.

〈表 3-6〉 國民健康保險公團의 業務評價 內容

업무분야	세부업무내용	배점
기관운영	· 경영권 확립여부 · 고객서비스 노력도 · 전화응대 실태 · 주요지시사항 이행여부 · 복무규정 준수여부 · 홍보실적 · 교육실적	20
자격, 부과	· 지역가입자 자격변동 처리실적 · 미가입사업장 편입실적 · 지역가입자 전·월세금 부과실적 · 보험료부과	9
보험료 징수	· 보험료징수실적(금액) · 보험료징수실적(건수) · 보험료 징수율 증가실적 · 보험료 자동납부실적 · 보험료 자동납부율 증가실적 · 보험료 자동납부 이체실적 · 체납보험료 징수실적(금액) · 체납보험료 징수실적(건수) · 체납보험료 증가율 증가실적 · 체납보험료 체납처분실적 · 체납보험료 독려실적	26
기타징수금	· 기타징수금 징수실적(금액) · 기타징수금 징수실적(건수) · 체납기타징수금 징수실적(건수) · 체납기타 징수금 징수율 증가실적 · 기타징수금 독려실적	11

〈表 3-6〉 계속

업무분야	세부업무내용	배점
보험급여	· 장제비 지급실적 · 기간별 장제비 지급실적 · 본인부담금 환급금 지급실적 · 기간별 지급실적 · 본인부담액 보상금 지급실적 · 기간별 지급실적	6
급여관리	· 부당수급 처리실적 · 부당수급 처리정확도 · 상해외인 처리실적 · 상해외인 적용실적 · 상해외인 처리정확도 · 수진자 조회율 · 수진자 조회부당청구 적발실적	23
건강검진	· 건강검진 사업실적 · 기간별 건강검진비 청구서 처리실적	5

기관운영분야, 제안·포상·징계 등은 반기별로 평가하고 일반업무에 대한 평가는 분기별로 실시하되 기관운영분야 배점인 20점을 제외시킨다. 체납보험료를 포함한 공·교가입자의 보험료 징수 업무는 평가대상에서 제외시킨다.

직장가입자만을 관리하는 출장소는 체납보험료를 포함한 보험료 징수 업무에 한하여 기본점수를 80%로 조정하고, 급여항목 중심으로 배점을 조정하여 평가 실시한다. 직장·지역가입자 업무를 함께 관리하는 지사의 경우 체납보험료를 포함한 보험료 항목에 대한 평가는 직장, 지역별로 별도 산정한 점수를 합산하여 평가한다.

분기실적 중 기관운영평가 항목을 제외한 전 항목은 분기평가를 실시하고, 반기실적 전체에 대해서는 상반기 평가, 연간실적 전체에 대하여는 연간평가를 실시한다.

2) 個人業績 評價 項目 및 構造

개인 평가를 위한 평가군은 지역본부별로 지역의 특성, 업무의 성격 등을 고려하여 부·팀장의 업무분야별로 구성하되, 1개 평가군당 10~20명으로 구성하는 것을 원칙으로 하며, 평가군 분류에 있어서 업무특성상 2개의 팀을 1개의 평가단위로 하는 것이 보다 합리적·객관적인 경우 2개의 팀을 1개의 평가단위로 구성하고 있다.

개인업적 평가 역시 지사평가의 평가방법과 같이 평가항목의 특성에 따라 절대평가방식, 상대순위 비교방식, 5(3)등급 상대평가방식으로 구분하여 평가하되 특정 항목이 전체평가순위를 결정하지 못하도록 각 항목마다 평가배점의 40% 기본점수를 부여한다.

홍보교육, 자격변동처리, 전·월세 부과, 미가입사업장 편입, 연중퇴직자 정산처리, 지역가입자 변동처리, 세대경감조정 해지처리, 고지서 반송율, ARS 접수민원 처리, 민원 미방문처리, 반송고지서 조사, 표준 OCR 오류내역 처리, 보험료 과오납 환급금 지급, 체납보험료독려, 기타징수금 독려, 사업장지도점검, 공무상 요양비, 장제비 지급, 본인부담환급금 지급, 본인부담액 보상금지급, 부당수급 처리 정확도, 상해외인 처리정확도, 건강증진에 대해서는 절대평가 방식을 적용한다.

$$\text{— 점수} = \frac{\text{업무실적}}{\text{업무대상}} \times \text{기본점수를 제외한 평가배점} + \text{기본점수(40\%)}$$

보험료 징수, 자동납부, 체납보험료 징수, 직장보험료의 연말정산처리, 기타징수금징수, 체납기타징수금 징수, 건강검진, 부당수급 처리, 상해외인처리, 의료보호 상해외인 처리, 수진자 조회, 부당수급 처리에 대해서는 상대순위 비교방식을 적용한다.

$$\text{— 점수} = \frac{\text{항목배점의 60\%} \times (\text{당해지사실적} - \text{최저실적})}{(\text{평가군의 최고실적} - \text{최저실적})} + \text{기본점수(40\%)}$$

기관운영분야, 관리분야, 개인능력분야에 대해서는 5등급 상대비교 방식을 적용한다.

〈表 3-7〉 國民健康保險公團의 個人評價 相對比較 方式

(단위: %)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
지사분포	10	20	40	20	10
배점비율	100~96	95~91	90~86	85~81	80~76

평가항목은 업무분야 70%, 관리분야 20%, 개인능력분야 10%로 이루어져 있으며 각 평가항목 및 그에 대한 세부항목은 다음의 표에 정리해 놓았다.

〈表 3-8〉 國民健康保險公團의 個人評價 項目

분야	평가항목	세부항목
업무분야	기관운영분야	· 민원서비스 제고 노력도 · 직원복무 관리의 적정성 · 홍보 자문위원회 활용도 · 예산편성집행 및 회계결산의 적정성 · 보안관리업무 이행도 · 전산기기운영 및 관리의 적정성 · 지시사항 이행도 · 물품구매의 적정성 · 문서관리의 적정성 · 자산관리의 적정성
	홍보교육	· 교육실적 · 홍보실적
	자격관리	· 민원사무처리실적 · 민원 미방문 처리실적 · ARS 민원 처리실적 · 지역가입자 자격변동 처리실적 · 의료보호 자격변동 처리실적

〈表 3-8〉 계속

분야	평가항목	세부항목
업무분야	부과관리	· 전·월세금 부과실적 · 세대경감 조정 해지 처리실적 · 지역보험료 정산처리 실적 · 직장 연중 퇴직자 보험료 퇴직정산 처리실적 · 직장 보험료 연말정산 처리실적 · 보험료 고지서 반송 및 처리 실적
	사업장관리	· 사업장 지도점검 실적 · 사업장 담당자 교육 실적 · 미가입 사업장 처리설적 · 적용조치 실적
	징수관리	· 보험료 징수실적 · 징수율 증가실적 · 보험료 자동납부 실적 · 표준 OCR 오류내역 처리실적 · 체납보험료 징수실적 · 체납보험료 압류실적 · 체납보험료 독려실적 · 보험료 과오납 환급금 지급실적
	급여관리	· 부당수급 처리실적 · 상해외인 처리실적 · 의료보호 상해외인 처리실적 · 공무상 요양비 처리실적 · 기타징수금 징수실적(평가기간 내) · 체납 기타징수금 징수실적 · 체납기타징수금 독려실적 · 소송 및 이의신청 실적
	보험급여	· 장제비 지급실적 · 본인부담액 환급금 지급실적 · 본인부담액 보상금 지급실적 · 수진자 조회 실적
	건강검진· 건강증진사업	· 건강검진 사업실적 · 건강검진 기간별 건강진단비 청구서 처리 실적 · 보건교육 실적

〈表 3-8〉 계속

분야	세부항목
관리분야	· 지휘권 확립정도 · 부서직원 협력도 · 문제해결 능력도 · 직원 근태관리 적정성 · 업무분장 및 처리의 적정성 · 사업계획 이행도
개인능력 분야	· 도덕성 및 생활태도 · 업무지식 및 기획력 · 자기개발 노력도 · 조직 내 업무 기여도 · PC 응용능력

3) 評定 方法

1급 이하 직원을 직종별·직급별로 구분하여 평정하되 평정기간 중 휴직, 직위해제, 기타사유로 근무한 날이 전혀 없는 자나 신규채용, 승진임용 후 2개월이 경과하지 아니한 자, 근로연수 및 명예퇴직신청 특별휴가 중인 직원은 근무평정에서 제외하고 노동조합 전임자 및 2000. 11. 1 이후 전임해제자에 대해서는 별도로 평정하고 있다. 평정은 평정기준일 근무부서에서 이루어지며 평정기준일 2일 이내 전보된 때에는 전 근무부서에서 평정하고, 파견직원의 경우 파견기간이 2월 이상인 경우에는 파견근무부서에서 평정하고 2월 이하의 경우 타기관에 파견된 소속부서에서 평정한다.

직종별 직급별로 평정배점과 배점비율에 따라 1차 평정자 및 2차 평정자가 동시에 독립적으로 평정 실시하되 1차 평정자와 2차 평정자가 동일인일 경우, 2급 이상 직원은 2차 평정만을 실시하고 3급 이하 직원은 2차 평정자가 1차 및 2차 평정을 실시한다.

포상, 자격, 어학, 비연고지근무, 존치지소 근무하는 경우에 대해서

는 가점 평정하고 근무평정배점은 다음과 같이 이루어진다.

근무성적 평정요소로는 능력 및 근무태도, 적성·건강·성격과 평정자의 주관에 따라 공단발전의 기여도, 장래발전성, 품성, 능력, 특기사항을 특출하도록 되어있다. 근무성적평정 배점비율은 다음과 같고 단, 근무성적이 미흡에 해당하는 경우에는 적용하지 않을 수도 있다.

〈表 3-9〉 國民健康保險公團의 勤務成績 評定 背點 比率

구분	우수		양호		보통		미흡	
	점수	비율	점수	비율	점수	비율	점수	비율
3급 이상·기능직	63점 이상	2할	63점 미만 49점 이상	4할	49점 미만 35점 이상	3할	35점 미만	1할
4급 이하	54점 이상	2할	54점 미만 42점 이상	4할	42점 미만 30점 이상	3할	30점 미만	1할

근무성적 1차 평정자 및 2차 평정자는 다음과 같다.

〈表 3-10〉 國民健康保險公團의 勤務成績 評定者 現況

본부	1차 평정자	2차 평정자	비고
1급을	상임이사, 감사	상임이사, 감사	–
	지역본부장	지역본부장	
2급	실장	상임이사	–
	본부장, 실장	감사, 본부장	
	지역본부장	지역본부장	
3급	부장	본부장 실장 지역본부장	–
4급 이하 (기능직 포함)	차장	부장	–
지사·출장소	1차 평정자	2차 평정자	–

〈表 3-10〉 계속

지역본부	1차 평정자	2차 평정자	비고
1급을	지역본부장	지역본부장	–
2급	지역본부장 지사장(출장소장)	지역본부장	* 2급 지사장 및 지사장 직무대리 소속 지사의 2급 직원들은 지역본부장이 1·2차 평정 실시
3급	지사장(출장소장) 부장	지사장(출장소장) 지사장 직무대리	* 3급 지사장 직무대리 소속 지사의 3급 직원들은 지역본부 행정지원부장이 1차 평정 지역본부장이 2차 평정실시
4급 이하 (기능직 포함)	차장	지사장(출장소장) 부장	* 3급 지사장 직무대리는 소속지사의 4급 이하 직원에 대하여 2차 평정실시

라. 國民健康保險公團 評價體制의 問題點

점차적으로 개선되고는 있지만 우리나라 조직체의 일반적인 문제점으로 연공서열을 꼽을 수 있는데 이는 업적평가와 보상제도가 아직도 능력보다는 연공서열에 치중되어 나타나는 경향을 말한다. 건강보험공단도 비슷하게 평가에 있어 능력보다는 연공서열에 치중되어있고 평가 결과에 대하여 적절한 보상이 이루어지고 있지 않은 실정이다. 건강보험공단의 평가체재에서 나타나는 구체적인 문제점은 다음과 같다.

첫째, 평가 기준에 근무 성적과 연공이 모두 고려되고 있으나 실제로는 연공이 승진을 위한 중요한 요인으로 작용하고 있다. 4급 이하 직원에 대해 경력평정 30%(근무성적평정 60%, 교육훈련성적평정 10%, 가감점 ±5%)를 적용하고, 3급 이하 간부를 대상으로 경력평정 30%(근무성적평정 70%, 가감점 ±5%)를 적용한 연공 중심의 평가가 이루어지고 있다.

연공 중심의 평가가 이루어지면 능력 있는 젊은 종업원의 사기가

저하되며 인건비 부담이 가중되고 소극적인 근무태도를 야기한다는 문제점이 발생하게 된다.

둘째, 개인 근무 성적 평정 항목이 능력 및 근무 태도, 적성·성격·건강 및 발전성 등 주관적 항목 위주로 구성되어있다. 이는 다시 말해 개인 평가 항목 대부분이 상급자의 주관적 견해에 의해 결정되기 때문에 상급자의 주관적 평가로 인한 오류의 발생 가능성이 높아진다는 것을 의미한다. 그러므로 평가의 오류를 줄일 수 있는 기법이 개발·도입되지 않는 한 고과의 신뢰도를 확보하는 데 많은 문제점이 있다.

〈表 3-11〉 國民健康保險公團의 個人 勤務成績 評定 項目 및 評價方法

평가기준	평가방법
능력 및 근무태도	– 3급 이상: 지도력/통솔력, 창의력, 책임감, 기획 판단력, 직무지식, 협조성, 추진력, 발전성, 신뢰성, 품성, 사생활, 출근상황 – 4급 이하: 직무수행의량, 책임감, 직무지식, 협조심, 발전력, 창의력, 품성, 기획력, 추진력, 판단력, 출근사항이며 기능직에 대해서는 기량, 품성, 책임감, 신뢰성, 협조심, 표현력, 창의력, 복종심, 성실성 및 공정·친철, 이해력, 출근상황 등
적성·건강·성격·발전성	전 직원 모두 적성, 건강, 성격과 발전성에 대한 사지 선다식 평가(3급 이상은 발전성에 대한 평가에서 제외)
종합의견	전 직원 모두 평정자의 주관적 평가

셋째, 지사 및 개인에 대한 평가 결과에 대한 보상은 단지 표창장과 포상금의 형태를 띄고 있다.

지사평가는 전체 지사 중 약 10%에 해당하는 지사를 선발하여 지사 당 전직원들에게 월 기본급의 10%를 성과급으로 지급하는 기관포상과 지역본부장이 매 분기별 24명, 총 72명의 기관표창 지사 직원 또는 평가항목의 실적 우수자를 추천하여 50,000원 상당의 부상과 이

사장의 표창이 이루어지고 또한 표창장 수령의 경우 종합근무평정시 가점을 부여하는 우수직원 포상 등이 이루어지고 있다.

넷째, 현재 공단의 보수체계는 고정급만으로 구성되어 있어 성과에 의한 변동급은 전무한 상태이며 기본급, 상여급 외에 수당성 급여의 비중이 매우 높고 제수당의 세부항목이 매우 복잡하여 성과에 직접적으로 관계가 없는 지출 항목이 있다.

전체 급여에서 기본급이 43%, 상여급이 14.2%, 업무추진비가 0.6%를 차지하고 있고, 16.0%를 차지하고 있는 복리후생비는 육아용품비, 명절효도비, 매식비, 월동비, 가계지원비 등의 세부항목으로 구성되며 26.2%를 차지하는 제수당은 정근수당, 연가보상수당, 관리업무수당, 특수근무수당, 대우수당, 장기근속수당, 가족수당, 휴일근무수당, 시간외수당, 출납수당, 기술수당의 세부항목으로 이루어져 있다.

마. 示唆點

건강보험공단의 평가체계의 문제점으로 다음과 같이 시사점을 제시할 수 있다.

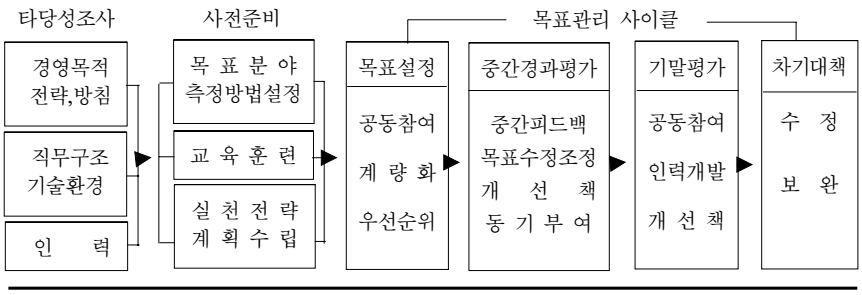
첫째, 본부의 각 부서, 지역본부, 지사를 평가할 핵심 성과 지표를 선정하여 이를 중심으로 경영 관리가 이루어져야 한다. 이를 위해 먼저 업적 향상과 관련된 활용 가능한 업적 지표를 도출하여 사업 환경이나 정책 방향 등을 고려하여 잠정적인 핵심 성과 지표를 선정하고 이에 가중을 두어 평가를 실시해야 할 것이다. 이러한 핵심 성과 지표를 효과적으로 도출하기 위하여 구체적이고 실행가능한 사업 계획이 수립될 수 있는 프로세스의 정립과 문화를 형성시켜야 하겠다.

둘째, 평가는 인력확보, 인력개발, 인력유지 및 방출에 중요한 자료가 되므로 이러한 목표가 제 기능을 발휘하기 위하여 개인 평가제도는 공단이 추진하는 사업목표와 부합되는 것이어야 하며 개개인이나

팀의 목표와도 일치해야한다. 현재의 개인 평가제도는 태도와 연공 중심의 평가, 상위급 간부의 일방적 평가와 함께 평가자의 개인적인 편견 개입의 가능성이 많다. 개인 평가 과정과 방법을 재설계하여 능력과 업적 위주의 평가제도로 전환되어야 한다. 또한 각 평가 결과는 교육훈련, 성과급 지급, 승진·이동 등에 차별적으로 적용되어야 한다.

종업원의 일에 대한 동기를 유발과 함께 성과를 향상시킬 수 있는 관리방법으로 목표관리법(MBO: Management By Objectives)이 있다. 목표관리법은 흔히 MBO라고도 불리는데 상급자와 하급자 사이의 공동 목표설정과 실적평가를 통하여 보다 높은 성과를 유도하는 경영관리 기법이다.

〔圖 3-3〕 目標管理(MBO) 模型



資料: 이학종, 『조직행동론』, 2000.

목표관리법(MBO)은 평가내용이 업적에만 국한되기 때문에 평가로 인한 의사결정에 타당성이 매우 높고, 평가과정에 부하가 참여하기 때문에 상급자의 주관적 편견을 최소화할 수 있으며, 상급자-하급자간 개방적 커뮤니케이션은 수용도를 높인다는 장점이 있다(이학종, 2000). 목표관리법(MBO)을 위해 직군별, 직급별 주요 지표 및 평가 주체, 시기 및 프로세스를 결정하여 성과급 지급의 기초 자료로 활용되어야 하며, 태

도 평가, 능력 평가, 업적 평가가 합쳐진 종합평가는 평가 등급 부여 방식을 결정하여 승진·승급의 자료로 활용되어야 한다.

셋째, 목표관리법(MBO)의 최종 절차는 성과에 대한 적절한 보상이다. 성과에 대하여 적절하게 보상을 해줌으로써 직무에 대한 동기를 부여할 수 있다. 평가 결과에 따른 포상금과 같은 경제적 보상은 근로의욕을 높일 수 있는 강력한 도구가 될 수 있고 이를 통해 직원은 자신의 능력을 인정받아 자기 존경욕구를 충족시킬 수 있는 중요한 도구가 될 수 있다. 그러나 직원은 금전적인 측면 외에도 직무설계나 근로조건, 기업문화 등과 같은 비경제적인 여러 요소에 의해 근로동기가 부여되므로 이를 활용할 수 있는 방법을 강구하여야 한다.

다시 말해 조직 평가와 개인 평가 결과는 기존의 단순한 포상금이나 표창장 형식에서 나아가 조직 성과급 및 개인 성과급 지급 등의 보상 계획, 승진·이동, 교육의 역량 개발을 위한 기초 자료로 활용하여야 한다. 다시 말해 소속 조직의 성과 평가 결과와 개인 종합 평가 결과를 가지고 보상이나 역량 개발을 위한 기초 자료로 활용하고 조직 단위 및 개인성과 결과를 연계하여 조직 및 개인 단위로 조직 성과급을 차등 지급하고, 개인의 업적 평가 등급에 따라 성과급을 차등 지급하며, 장기적으로 업적 및 능력을 고려한 종합 평가 등급별로 기본급 인상률을 차등화하고, 개인 종합 평가 결과가 승진 심의 기준이 되어야 할 것이다.

또한 고정 상여금을 성과급 체제로 변환시켜 기본급과 제수당을 합친 새로운 기본급 제도를 향후 급여 관리의 기준으로 정해야 할 것이다. 성과급은 기업이 인건비에 관한 위험부담을 지지 않기 위해 산업초기에 이미 널리 확산되어 있었던 전통적 임금제도로 특정 수준의 직무를 수행하는 종업원에게 일정한 임금액을 책정하게 되면 성과가 낮을 경우 기업의 입장에서 보면 인건비 낭비가 초래될 수 있는 반면 성

과급은 변동임금이기 때문에 종업원의 성과가 낮으면 임금이 줄어든다(박경규, 2000). 그러므로 조직의 운영효율성을 높이기 위하여 성과에 의한 변동급의 비중을 높여야 할 것이다. 이때 표준성과 및 개인의 공정한 성과 특정 방법을 명확히 하여 공정성 확보에 유념해야겠다.

2. 健康保險審査評價院의 組織과 機能

건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”)은 2000년 7월 1일에 국민건강보험법 제55조에 의거하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성, 요양급여 비용심사의 공정성·전문성을 강화하기 위하여 독립된 법인으로 설립되어 운영하고 있다. 심사평가원의 주요 업무로는 요양급여에 대한 비용심사와 적정성평가, 심사·평가기준의 개발, 심사·평가와 관련된 조사연구 및 국제협력, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무 및 기타 심사·평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무를 관장하도록 하고 있다. 이는 과거 의료보험연합회 시절 요양급여 진료비 심사만을 중심으로 하던 역할에서 요양급여의 적정성을 평가하는 기능까지 포괄하게 된 것이다.

가. 組織 및 人員

심사평가원의 조직은 건강보험의 심사와 평가기능을 수행하기 위하여 집행기관으로 이사회를 두고 하부조직으로 본부에 기획총무, 정보통신, 심사기준, 심사(1실, 2실), 조사연구, 평가, 급여관리, 조사지원, 홍보, 감사실을 두고 있으며 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 수원, 창원에 지원을 설치하였다. 본부는 11개의 실과 7개 지원 그리고 48개의 부로 조직이 구성되어 있다.

인력 구성은 심사하는 업무의 특수성에 따라 여러 전문직종제를 도

입하고 있어 행정직, 심사직, 전산직, 연구직, 기능직의 5개 직종으로 세분하여 운영하고 있다. 2000년도 정원은 상임임원 4명을 포함하여 총 1,193명이고 현원은 2000년말 기준 1,138명으로 운영하였으며, 2001년에 심사 및 실사업무의 강화를 위하여 계약직 165명을 공개 채용하였다.

〈表 3-12〉 健康保險審査評價院의 人力構成(2000年末 基準)

구분	계	임원	1급	2급	3급	4급	5급	6급	기능직	연구직
정원	1,193	4	16	48	122	668	181	124	18	12
현원	1,138	4	16	48	121	641	277	6	19	6

나. 組織別 職能[8)]

심사평가원의 기능은 위에서 살펴본 바와 같이 심사운영업무, 평가업무, 급여관리업무, 조사지원업무, 조사연구업무, 정보통신업무, 홍보업무, 감사업무, 기획총무업무와 지원에서의 역할로 구분할 수 있으며, 이에 대해 자세히 살펴보고자 한다.

1) 審査運營業務

심사운영업무는 요양급여비용을 심사하는 역할로서 관계법령에서 정한 기준과 원칙에 근거하여 의학적으로 보편타당하고, 경제적으로는 비용 효과적인 방법으로 요양급여가 행하여졌는지 여부를 공정하고 객관·타당하게 심사하는 것이다. 이러한 심사운영은 과잉진료서비스로 인한 과다진료의 억제와 부당한 진료비용의 지급을 방지하고 사

8) 조직별 기능은 심사평가원의 규정에 명시된 각 실 및 부별 업무분장과 역할을 재구성하여 소개하고자 한다.

회보험제도내에서의 의료보장 취지에 합당한 최적의 진료를 유도하며, 요양급여에 대한 사회적 책임과 자율적인 적정진료를 실제화하여 보험재정의 사회적 공동비용에 대한 연대책임감을 인식하게 하는 기능을 가지고 있다.

또한 심사운영은 요양기관 및 국민에 대한 서비스를 강화하고 지역의료인이 참여한 전문심사기능 활성화 및 조직운영의 효율성을 높이기 위하여 심사평가원 본원과 지원간의 담당 의료기관의 범위를 설정하였다. 본원에서는 종합전문요양기관, 종합병원, 치과대학부속 치과병원 및 한방병원의 요양급여비용 심사를 담당하고, 지원은 병원·의원, 치과병원·치과의원, 한방의원, 약국 및 보건기관의 요양급여비용 심사를 담당(한방의원은 2001. 1. 1.부터 담당)함으로써 종래의 의료보험연합회 본부에서 담당해 온 병원, 치과대학부속 치과병원을 제외한 치과병원·치과의원과 한방의원의 요양급여비용 심사를 지방의 지원이 담당하도록 하였다. 본원의 심사는 심사지원실과 심사1실, 심사2실에서 심사업무를 담당하고 있다.

가) 審査基準室

심사기준실은 심사운영부, 심사기준부, DRG운영부로 구성되어 있으며 각 부별 업무내역은 다음과 같다.

(1) 審査運營部

심사운영부의 업무는 ① 요양급여비용 심사업무의 기본운영계획 수립 및 분석 평가에 관한 사항, ② 심사행정에 관한 본·지원 업무연락 및 조정에 관한 사항, ③ 임상견학 등 심사직원 전문교육에 관한 사항, ④ 심사청구방법 및 심사기법의 개발에 관한 사항, ⑤ 특정명세서 기

준검토 및 관리에 관한 사항, ⑥ 지표심사기관 분류기준 설정 등 지표심사기준에 관한 사항, ⑦ 요양급여비용청구내역 경향 조사·분석에 관한 사항, ⑧ 심사조정내역서의 항목설정 등 내용관리에 관한 사항, ⑨ 심사실적분석 및 관리에 관한 사항, ⑩ 녹색요양기관인증, 진료비대행청구 등 심사운영관련 사항, ⑪ 심사일정관리 및 심사결과통보에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

(2) 審査基準部

심사기준부는 ① 심사기준, 지침 등의 설정·보완 및 관리에 관한 사항, ② 치과의 심사기준 및 지침의 설정·보완 및 관리에 관한 사항, ③ 한방의 심사기준 및 지침의 설정·보완 및 관리에 관한 사항, ④ 조혈모세포이식 대상자의 사전인정 및 실시기관 적합성 여부에 관한 사항, ⑤ 요양기관 및 관련학회의 심사기준관련 민원처리에 관한 사항, ⑥ 심사기준활용을 위한 교육자료 개발, 교육 등 실무지원에 관한 사항, ⑦ 심사기준의 실무적용과 관련한 모니터링에 관한 사항, ⑧ 본·지원 심사위원회의 운영 및 전문심사 지원에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

(3) DRG運營部

DRG운영부는 ① DRG 시범사업의 운영 및 지원에 관한 사항, ② DRG 세부업무 개발 및 지침의 설정에 관한 사항, ③ DRG관련 요양기관에 대한 교육 및 홍보에 관한 사항, ④ DRG운용을 위한 전산시스템 구축에 관한 사항, ⑤ DRG도입에 따른 관리운영체계 구축에 관한 사항, ⑥ DRG관련 이의신청의 처리 및 이의신청위원회에의 심의 의뢰에 관한 사항, ⑦ DRG관련 모니터링에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

나) 審査1室

심사1실은 실질적인 심사업무를 수행하는 실로써 심사1부에서 4부까지 4개의 부로 이루어져 있다. 심사1실의 업무는 ① 종합병원 이상(한방병원 및 치과대학부속치과병원 포함) 요양 기관에 대한 심사에 관한 사항, ② 심사조정내역서의 작성에 관한 사항, ③ 요양기관 화일관리, 보완자료 요청 및 처리에 관한 사항, ④ 항암면역요법제 사용내역 및 상해외인 통보업무에 관한 사항, ⑤ 한방 및 치과관련 이의신청의 처리 및 이의신청위원회에의 심사의뢰에 관한 사항, ⑥ 특정명세서 점검에 관한 사항, ⑦ 상근심사위원실 운영에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

다) 審査2室

심사2실은 의료보호 급여내역의 심사를 담당하며 이의신청부와 상담부로 구성되어 있다.

(1) 醫療保護部

의료보호부의 업무는 ① 의료보호 심사기준설정에 관한 사항, ② 종합병원 이상(한방병원 및 치과대학부속치과병원 포함) 의료 보호진료기관의 의료보호비용 심사에 관한 사항, ③ 특정명세서 점검에 관한 사항, ④ 의료보호 심사실적 분석 및 관리에 관한 사항, ⑤ 의료보호비용수가의 설정 등 정책지원에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

(2) 異議申請部

이의신청부는 건강보험법 제76조 제2항에 요양기관은 건강보험심사

평가원의 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 이의가 있을 경우 이의신청을 하도록 하고 있는데 이런 이의신청건에 대하여 처리하는 업무를 수행하고 있다.

이의신청부의 구체적인 업무내용을 살펴보면 ① 이의신청 절차 및 처리기준에 관한 사항, ② 이의신청위원회 운영에 관한 사항, ③ 심사청구명세서의 보관 및 관리에 관한 사항, ④ 이의신청의 접수·배분 및 심사에 관한 사항, ⑤ 전문심사관련 이의신청의 분류 및 이송에 관한 사항, ⑥ 이의신청관련 통계의 생산·관리 및 분석 평가에 관한 사항, ⑦ 이의신청다발 요양기관에 대한 교육 및 관리방안 수립에 관한 사항, ⑧ 심사와 관련하여 건강보험분쟁조정위원회에 제기된 심사청구지원 업무에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

(3) 相談部

상담부는 ① 심사 및 적정성 평가에 관한 종합상담 관한 사항, ② 요양급여·요양급여비용관련 민원, 고발, 진정 및 제보 등 처리에 관한 사항, ③ 요양비 심사 및 요양급여비용 구분산정에 관한 사항, ④ 각종 민원, 사례, 질의 및 상담자료의 제작·홍보에 관한 사항, ⑤ 인터넷 등 정보통신을 통한 민원·상담사항 처리에 관한 사항, ⑥ 상담사례의 축적 및 자료화에 관한 사항, ⑦ 심사청구명세서의 접수·반송·분배·외주입력 및 교정에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

2) 評價管理業務

평가관리업무는 심사평가원에서 심사와 같이 가장 중요한 역할로서 평가실에서 이 업무를 수행하고 있으며 평가기준부, 평가개발부, 평가운영부, 자원관리부로 구성하고 있다. 이러한 평가관리는 가입자에게

제공되는 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대해 의약학적·비용효과적 측면의 적정성 판단을 통해 서비스제공자에 대해서는 의료의 질 향상을 유도하고 가입자의 의료이용의 적정성을 제도적으로 보호하여 국민건강의 실질적 보장에 기여하는 기능을 수행하고 있다.

이러한 평가와 관련한 각 부에서의 역할에 대하여 자세히 살펴보면 다음과 같다.

가) 評價基準部

평가기준부는 ① 적정성 평가의 계획수립 및 평가대상 선정에 관한 사항, ② 적정성 평가대상 항목별 평가기준 설정에 관한 사항, ③ 중앙평가위원회의 운영에 관한 사항, ④ 적정성 평가의 기준개발을 위한 전문가패널의 운영에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

나) 評價開發部

평가개발부는 ① 적정성 평가 지표생성을 위한 자료조사에 관한 사항, ② 적정성 평가의 조사수행에 관한 사항, ③ 적정성 평가대상 요양기관에 대한 통보 및 자료요청 등에 관한 사항, ④ 적정성 평가 조사직원에 대한 교육에 관한 사항, ⑤ 적정성 평가결과의 분석 등 관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

다) 評價運營部

평가운영부는 ① 적정성 평가결과에 따른 중재계획의 수립, 통보 및 설명회 개최 등 사후관리에 관한 사항, ② 적정성 평가와 관련한 이의신청의 처리 및 이의신청위원회에의 심의의뢰에 관한 사항, ③

적정성 평가 실시항목에 대한 재평가에 관한 사항, ④ 적정성 평가 실시요양기관에 대한 추구 관리에 관한 사항, ⑤ 적정성 평가업무에 대한 교육일반에 관한 사항, ⑥ 평가자료 등에 관한 분석 및 대외 정보제공에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

라) 資源管理部

자원관리부는 ① 요양기관의 현황관리, 관리번호 부여 및 변경 등 본·지원의 요양기관 현황관리 관련업무 총괄에 관한 사항, ② 요양기관의 시설·장비·인력 등 현황조사에 관한 사항, ③ 의료보호진료기관 현황 및 진료비지급내역 관리에 관한 사항, ④ 응급의료기금운영위원회 운영에 관한 사항, ⑤ 응급의료비 대불·구상 및 관리에 관한 사항, ⑥ 재활 및 물리치료기관, 검체검사수탁기관, 종합검증분야 검사실 신임제도 등 특정요양기관에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

3) 給與管理業務

심사평가원의 급여관리실업무는 2001년 5월 이전에는 약재심의실에서 담당하던 약재관리업무와 수가분석과 관련된 업무가 통합하여 급여관리실로 구성되었다. 따라서 급여관리실의 부서는 예전의 약재심의실의 약가관리부, 약가분석부, 의약분업부, 재료관리부와 예전의 심사지원실에서 담당하던 수가분석부로 하여 5개의 부로 구성되어 있다.

가) 藥價管理部

약가관리부는 ① 요양급여대상 의약품의 상한금액산출에 관한 사항, ② 요양급여대상 의약품의 상한금액 분석 및 관리에 관한 사항, ③ 요

양급여대상 의약품에 대한 시정조사 및 가격분석에 관한 사항, ④ 구입약가의 사후관리 및 이에 따른 이의신청처리에 관한 사항, ⑤ 보험의약품 실거래가상환제도의 운영에 관한 사항, ⑥ 의약품 유통개혁과 관련된 업무지원에 관한 사항, ⑦ 퇴장방지 및 저가의약품 관리에 관한 사항, ⑧ 의약품 구입내역 목록표 접수 및 확인·점검에 관한 사항 등의 업무를 수행하고 있다.

나) 藥價分析部

약가분석부는 ① 약제전문위원회의 운영·관리에 관한 사항, ② 보험의약품급여기준의 설정에 관한 사항, ③ 신규결정, 인상신청의약품(한약제제포함)에 대한 구입약 검토 및 기준관리에 관한 사항, ④ 보험의약품결정의 타당성 검토에 관한 사항, ⑤ 보험의약품급여기준 관련 민원처리에 관한 사항, ⑥ 원료의약품, 조제·제제약의 구입약가관리에 관한 사항, ⑦ 보험등재품목의 관리 및 품목별 코드번호부여에 관한 사항, ⑧ 약제심사기준 및 지침의 교육에 관한 사항 등의 업무를 수행하고 있다.

다) 材料管理部

재료관리부는 ① 치료재료전문위원회의 운영에 관한 사항, ② 치료재료의 인정여부 등 기준설정에 관한 사항, ③ 구입치료재료대 분석 등 사전·사후관리에 관한 사항, ④ 치료재료고시를 위한 업무지원에 관한 사항, ⑤ 치료재료의 코드부여 및 파일관리에 관한 사항, ⑥ 치료재료접수와 관련한 민원 및 교육에 관한 사항, ⑦ 치료재료사후관리에 따른 이의신청처리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

라) 酬價分析部

수가분석부는 ① 요양급여기준관련 정책지원에 관한 사항, ② 요양급여 항목 및 상대가치점수 설정·분석 등 정책지원에 관한 사항, ③ 요양급여대상 및 비급여대상의 고시 관련 업무지원에 관한 사항, ④ 요양급여비용계약관련 보험자 및 의약계대표자에 대한 자료제공·업무지원에 관한 사항, ⑤ 치과급여항목 상대가치점수 설정 등 정책지원에 관한 사항, ⑥ 한방급여항목 상대가치점수 설정 등 정책지원에 관한 사항, ⑦ 미결정행위의 결정신청 및 처리에 관한 사항, ⑧ 미결정행위의 요양급여 여부 결정에 관한 사항, ⑨ 의료행위전문위원회 및 한방의료행위전문위원회 운영에 관한 사항, ⑩ 요양기관 및 관련학회의 수가관련 민원처리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

마) 醫藥分業部

의약분업부는 ① 의약분업관련 법령정비 및 정책개발 지원에 관한 사항, ② 의약분업현황분석 등 정책지원에 관한 사항, ③ 의약분업관련 제도인식도 변화조사 기타 사후관리에 관한 사항, ④ 의약분업관련 질의회신 및 민원처리 등에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

4) 調査支援業務

조사지원실의 주요업무는 요양기관 지도업무로서 조사지원 1부에서 3부까지 3개 부서로 이루어져 있다. 이러한 요양기관에 대한 지도업무인 현지조사는 요양급여 및 비용청구질서를 확립하고자 보험급여비용 청구내용과 수진자 본인부담금 징수내용의 적법·타당성을 확인하는 것으로 자율시정 통보후 미시정기관, 비위사실 또는 부당협의 제

보기관, 민원 및 국민건강보험공단의 수진내역 조회결과 부당사항 과다발생기관 등 문제기관을 대상으로 실시하고 있다.

가) 調査支援 1部

조사지원1부는 ① 요양기관 현지조사지원 기본계획수립·분석 및 평가에 관한 사항, ② 요양기관 자율시정 대상 현지조사 대상기관선정 지원에 관한 사항, ③ 요양기관 및 의료보호진료기관 현지조사업무 지원 및 정산심사에 관한 사항, ④ 대외기관의 요양기관 조사관련 업무지원 총괄에 관한 사항, ⑤ 현지조사기관 사후관리 및 통계의 유지·관리에 관한 사항, ⑥ 기타 실내 타부에 속하지 아니하는 사항 등을 수행하고 있다.

나) 調査支援 2部

조사지원 2부는 ① 요양기관 및 의료보호진료기관 현지조사업무 지원에 관한 사항, ② 현지조사결과 정산심사(정산기준관리 포함) 총괄에 관한 사항, ③ 현지조사 및 정산심사의 전산화관련 업무에 관한 사항, ④ 현지조사관련 행정처분 업무지원에 관한 사항, ⑤ 행정처분 관련 행정쟁송 등에 대한 지원에 관한 사항, ⑥ 현지조사관련 요양급여비용명세서 등의 보관·관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

다) 調査支援 3部

조사지원 3부는 ① 요양기관 및 의료보호진료기관 현지조사 지원업무 총괄에 관한 사항, ② 분기별 현지조사 결과보고에 관한 사항, ③ 요양기관 현지조사 지원업무를 위한 요양급여비용청구명세서 보관·관리(EDI, 디스켓, 서면) 및 색인 지원에 관한 사항, ④ 현지조사결과 정산심

사에 관한 사항, ⑤ 의료보호진료기관 현지조사 처분업무 지원에 관한 사항, ⑥ 기동 현지조사 업무 총괄에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

5) 調査研究業務

조사연구업무는 심사평가원이 독립된 기구로 설립될 당시에는 실단위가 아닌 평가실 산하에 조사연구부에서 업무를 담당하였다. 그러나 심사, 평가, 급여 등 건강보험 전반에 대한 조사연구의 중요성이 부각되면서 2001년 5월에 3개의 부서를 갖춘 조사연구실로 모양을 갖추었다.

가) 調査統計部

조사통계부는 ① 심사 및 적정성평가에 관한 조사·연구총괄에 관한 사항, ② 국내·외 관련기관 및 단체와의 협력에 관한 사항, ③ 도서관리에 관한 사항, ④ 제안제도의 운영에 관한 사항, ⑤ 기존통계의 생산·관리를 위한 기본체계 개발·관리에 관한 사항, ⑥ 기존통계의 취합·분석관리 및 대외 제공에 관한 사항, ⑦ 통계연보 등 각종 통계자료의 제작에 관한 사항 등의 업무를 수행하고 있다.

나) 第1研究室

제1연구실의 연구사항은 ① 진료비 심사와 관련한 제도의 조사·연구에 관한 사항, ② 급여수가와 치료재료에 관한 조사·연구 및 대내외 업무지원에 관한 사항에 관한 연구를 수행하고 있다.

다) 第2研究室

제2연구실은 ① 적정성 평가와 관련한 제도의 조사·연구에 관한 사

항, ② 적정성평가 기준과 조사기법 개발에 관한 사항, ③ 요양급여대상의약품에 관한 조사·연구 및 대내외 업무지원에 관한 사항, ④ 의약분업 관련제도의 조사·연구 및 대내외 업무지원에 관한 사항 등을 연구하고 있다.

6) 情報管理業務

정보관리업무는 정보통신실에서 담당하고 있으며 정보관리부, 정보개발1부와 정보개발2부로 구성되어 있다.

가) 情報管理部

정보관리부는 ① 전산운영 기본계획의 수립 및 분석·평가에 관한 사항, ② 전산업무 표준화 관리에 관한 사항, ③ 전산시스템 도입 및 관리에 관한 사항, ④ 전산용품 구매계획의 수립 및 관리에 관한 사항, ⑤ 주전산기기 및 사무자동화기기 운용에 관한 사항, ⑥ 시스템 S/W운영 및 유지보수에 관한 사항, ⑦ 직원의 전산교육에 관한 사항, ⑧ 전산보안계획의 수립 및 관리에 관한 사항, ⑨ 데이터모델링 등 D/B 관리에 관한 사항, ⑩ 네트워크의 유지·관리에 관한 사항, 인트라넷 및 인터넷 기술관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

나) 情報開發 1部

정보개발 1부는 ① 전산개발업무지원 및 지도관리에 관한 사항, ② User Help Desk 운영에 관한 사항, ③ 전산청구·심사시스템 개발 및 유지보수에 관한 사항, ④ 전산청구 참여 확대를 위한 홍보에 관한 사항, ⑤ 전산청구 신청기관에 대한 인정에 관한 사항, ⑥ 진료비 청

구관련 S/W개발, 공급 및 유지보수에 관한 사항, ⑦ 진료비 청구프로그램 접수·검사 및 등록에 관한 사항, ⑧ 등록진료비 청구프로그램의 사후 품질관리에 관한 사항, ⑨ 진료비 청구프로그램 검사심의위원회 운영에 관한 사항 등의 업무를 수행하고 있다.

다) 情報開發 2部

정보개발 2부는 ① 기관운영시스템 등 개발 및 운영에 관한 사항, ② 진료비심사결정 관련 전산업무에 관한 사항, ③ 진료비 심사사후관리관련 프로그램 개발, 유지보수 및 운영에 관한 사항, ④ 요양급여의 적정성평가(이하 "적정성평가"라 한다) 및 통계프로그램의 개발 및 유지보수에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

7) 弘報業務

홍보업무는 심사평가원이 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성 평가를 수행하는 전문기관으로서의 역할과 기능을 수행하고 있다라는 것에 대하여 홍보하는 것으로 홍보실에서 이 업무를 수행하고 있다.

구체적인 업무는 ① 종합홍보계획의 수립, 조정 및 실시에 관한 사항, ② 기관지의 발간 및 홍보물에 관한 사항, ③ 대외기관의 우리원 관련 공표사항에 대한 분석·대처를 위한 「홍보대책반」 운영에 관한 사항, ④ 홈페이지 운용 등 종합관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

8) 監査業務

감사업무는 건강보험과 의료체계 등의 제도변환에 따라 차질 없는 업무수행 및 성과달성 여부 등에 대하여 감사를 실시하며, 특히 2001

년 감사업무에 있어서 보건의료제도 변화에 따른 업무수용체계 정립, 요양급여 심사업무의 안정적 승계수행, 요양급여의 적정성 평가 업무체계의 조기구축, 조직의 조기안정화로 건강보험 정착발전을 위한 대안제시 등에 중점을 두고 감사업무를 수행하였다.

감사실의 구체적인 업무내용은 ① 업무전반에 관한 종합감사에 관한 사항, ② 대외수감업무에 관한 사항, ③ 공직기강확립 등 사정업무 수행에 관한 사항, ④ 기타 감사에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

9) 企劃管理業務

기획관리업무에는 기획 및 예산업무와 기관운영업무로 크게 나눌 수 있으며 부서로는 기획예산부, 법규부, 총무부, 인사부, 비상계획부로 구분되어 있다.

기획 및 예산업무는 심사·평가 전문기관으로 새로이 출범한 심사평가원의 역할과 기능에 맞게 사업목표와 사업추진계획의 기본방향을 설정하고, 부분별 계획사업의 추진에 따른 사업성과 제고를 위해 주·월간 업무보고와 분기별 사업실적 심사분석 등의 업무를 수행하고 있다. 기관운영업무는 서무 및 구매관리, 인사·노무·후생관리, 비상계획운영 등으로 이루어져 있다.

가) 企劃豫算部

기획예산부는 ① 기관운영 기본계획 및 중장기 발전계획에 관한 사항, ② 단기 주요업무계획의 수립, ③ 업무 총괄조정에 관한 사항, ④ 직제 및 정원관리에 관한 사항, ⑤ 이사회 운영에 관한 사항, ⑥ 연간 사업계획의 수립 및 심사분석에 관한 사항, ⑦ 예산의 편성, 배정 및 집행의 심사분석에 관한 사항, ⑧ 기관운영백서 발간에 관한 사항, ⑨

기관발전 및 업무조정관련 필요사항 처리를 위한 「기획총괄조정반」 구성·운영에 관한 사항, ⑩ 사무개선 등 경영혁신에 관한 사항, ⑪ 지원운영지원 및 관리에 관한 사항, ⑫ 국회관련 업무에 관한 사항, ⑬ 자문위원회 운영에 관한 사항, ⑭ 대외 정보제공에 관한 업무 총괄, ⑮ 임원 및 간부회의 운영에 관한 사항 및 원장지시사항 추진·관리 등에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

나) 法規部

법규부는 ① 국민건강보험법 및 관계법령의 운영에 관한 자문 및 제반사항의 처리에 관한 사항, ② 기존규정의 제정 및 개폐관리에 관한 사항, ③ 법령집, 규정집 등 각종 법규집의 발간 및 관리에 관한 사항, ④ 국민건강보험법령 제정·개정업무 지원에 관한 사항, ⑤ 소송업무수행에 관한 사항, ⑥ 자문변호사의 운용과 법률자문에 관한 사항, ⑦ 기타 법규관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

다) 總務部

총무부는 ① 법인 및 인장관리에 관한 사항, ② 문서의 접수 및 통제에 관한 사항, ③ 물품의 구매, 입찰, 조달 및 관리에 관한 사항, ④ 부담금 및 수수료 등의 고지·징수에 관한 사항, ⑤ 사옥 등 자산의 취득 및 관리에 관한 사항, ⑥ 차량 및 통신시설의 관리·운영에 관한 사항, ⑦ 대내외 행사에 관한 사항, ⑧ 현금, 예금 및 유가증권의 출납 및 보관에 관한 사항, ⑨ 회계장부 및 제반 증빙서류의 작성 및 보관에 관한 사항, ⑩ 재무제표의 작성 및 결산에 관한 사항, ⑪ 각종 자금의 수납, 운용관리 및 세무관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

라) 人事部

인사부는 ① 인사 및 인력관리에 관한 사항, ② 근태, 상훈, 징계 등 복무관리에 관한 사항, ③급여관리 및 직원 복리후생에 관한 사항, ④ 노사협의에 관한 사항, ⑤ 교육훈련계획의 수립·실시 및 분석·평가에 관한 사항, ⑥ 교육교재의 개발 및 발간 등에 관한 사항, ⑦ 교육시설의 설치·운영에 관한 사항, ⑧ 제증명의 발급에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

마) 非常計劃部

비상계획부는 ① 비상계획의 수립 및 시행에 관한 사항, ② 직장예비군·직장 민방위대 및 공익근무요원 관리·운영에 관한 사항, ③ 보안업무에 관한 사항, ④ 문서발송 및 발송실관리에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

10) 支援에서의 業務內容

심사평가원의 지원은 7곳으로 되어 있으며 지원내에서는 관리부와 심사부로 구분하여 업무를 추진하고 있다. 단 예외적으로 서울지원의 경우만 업무량이 많아 관리부, 전산부, 심사1부, 심사2부로 하여 4개의 부를 가지고 있다. 따라서 여기서는 기타 6곳 지원을 기준으로 업무분장내역을 설명하고자 한다.

가) 管理部

지원의 관리부에서는 ① 인사·복무·인장관리 및 보안에 관한 사항, ② 문서의 접수·발송 및 통제에 관한 사항, ③ 예산 및 회계에 관한 사항, ④ 임차건물의 조사·선정, 임대차계약 의뢰 등에 관한 사항, ⑤

요양기관의 현황관리, 관리번호부여 및 변경 등에 관한 사항, ⑥ 심사 및 적정성 평가에 관한 민원상담 및 홍보에 관한 사항, ⑦ 요양급여비용명세서 외주입력 및 교정에 관한 사항, ⑧ 의약품 및 치료재료구입내역 목록표 접수 및 확인에 관한 사항, ⑨ 심사청구명세서의 접수, 배분 및 관리에 관한 사항, ⑩ 심사 및 사후관리응용시스템의 운용에 관한 사항, ⑪ 네트워크 유지 및 관리에 관한 사항, ⑫ 시스템관리에 관한 사항, ⑬ 주전산기기 및 사무자동화기기 운용에 관한 사항, ⑭ 전산청구기관인정에 관한 사항, ⑮ 녹색요양기관 인증과 진료비대행청구 등에 관한 사항 등을 수행하고 있다.

나) 審査部

지원의 심사부는 ① 병원급 이하(한방병원 및 치과대학부속치과병원 제외) 요양기관(의료보호진료기관 포함)의 심사 및 사후관리에 관한 사항, ② 심사와 관련한 이의신청의 처리 및 이의신청위원회에의 심의의뢰에 관한 사항, ③ 지역심사평가위원회 운영 및 회부건 작성 등에 관한 사항, ④ 심사대상요양기관의 청구경향 분석 및 관리에 관한 사항, ⑤ 심사결과에 대한 질의·민원사항의 처리에 관한 사항, ⑥ 심사조정사항의 자료작성관리에 관한 사항, ⑦ 재활 및 물리치료기관 관리에 관한 사항, ⑧ 요양기관파일관리 및 심사통계관리에 관한 사항, ⑨ 요양기관 종사자교육 및 의약단체 등과의 간담회운영에 관한 사항, ⑩ 특정명세서 점검에 관한 사항 등의 업무를 수행하고 있다.

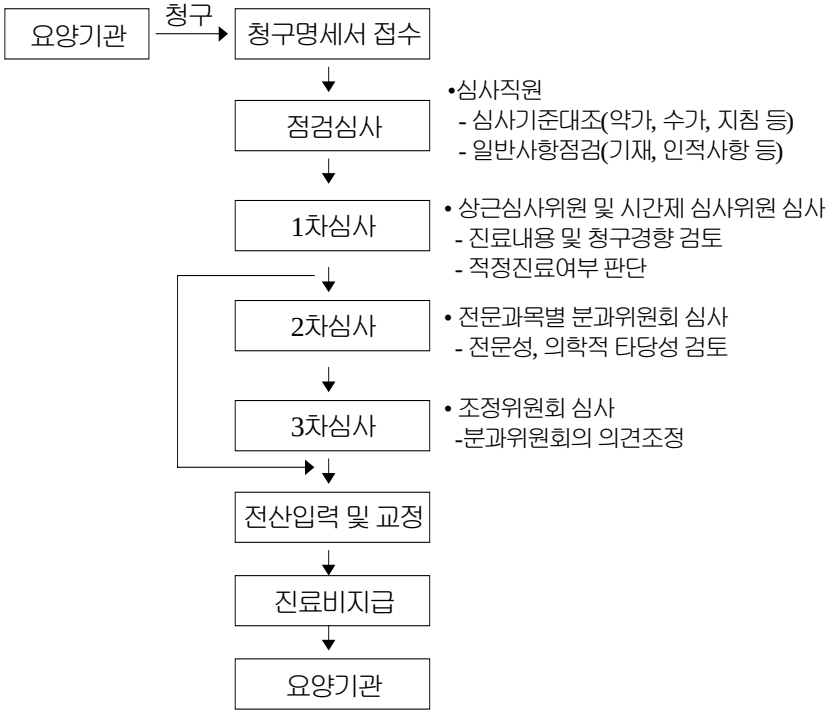
다. 審査評價院의 診療費 審査現況과 問題點

1) 診療費 審査現況

현행 우리나라 건강보험의 진료비에 대한 심사는 상대가치 수가체

계로 각각의 진료행위에 대하여 적정성을 심사한다. 심사절차는 우선 의사가 작성한 진료내용이 제기준과 규정에 적합하게 청구되었는지 여부를 심사직원이 확인·점검하고, 요양급여기준에 의한 적정진료 여부는 진료내용의 전문성 및 난이도 등에 따라 1, 2, 3차의 심사절차를 진료심사평가위원회에서 심사한다.

〔圖 3-4〕 診療費審査와 支給 節次



좀더 구체적으로 살펴하면 진료비 명세서의 심사는 청구내용에 따라 심사요원, 상근심사위원 및 시간제심사위원, 전문과목별 분과위원

심사 및 조정위원회 심사로 구분되어 단계별로 처리된다. 심사대상은 요양기관과 수진자 사이에 있었던 모든 진료행위이며, 그 중 수진자와 요양기관의 일반기재 사항과 상병에 관한 사항 등 기재내용에 관한 점검업무와 진료수가 기준 및 약제, 진료 재료대 산정의 대조업무는 심사요원이 수행한다. 이 과정에서 투약, 처치, 검사, 수술 등의 진료기준에 적합하지 못하다고 판단되는 경우는 상근심사위원과 전문과목별 분과위원회에 의해 심사가 종결하고 있다.

심사 단계별로 심사 종류를 살펴보면 우선 점검심사는 기재사항, 인적사항, 상병명, 수가점검, 약가대조, 증감표시, 심사요원 소견서 작성, 진료비 심사의뢰 및 결정서작성 등 일반적인 사항의 점검 뿐만 아니라 심사지침이나 보건복지부 유권해석에 적합한지 여부를 심사직원이 점검하고, 진료내용의 의학적 타당성 여부에 대한 판단 및 결정은 점검심사 완료 후 심사 각과를 담당하는 심사위원에 의해 결정·처리된다.

1차 심사는 점검심사에서 의학적인 판단이 요구되는 경우, 새로운 진료사례가 발생된 경우, 진료비가 고액이거나 수가적용이 애매한 경우에 한하여 상근심사위원 또는 시간제 심사위원이 진료내용 검토와 청구경향 검토 및 적정진료여부를 심사하는 과정을 거치게 된다. 2차 심사는 상근심사위원의 재량으로도 처리 못하는 고도의 전문적 판단을 요하는 사항이나 의학적인 타당성에 대한 검토 등을 처리한다. 이 같은 사항은 전문진료과목별로 구성된 분과위원회에 회부하여 심의 처리하게 되며, 이때 심사사례, 심사기준, 심사지침 등이 논의된다. 3차 심사는 심사조정위원회에서 전문과목별 분과위원간에 이견이 있어 결정하지 못한 사항에 대한 의견조정이 이루어진다. 이후 전산입력 및 교정과정과 진료비 지급 및 자료출력과정을 거쳐 요양기관에 진료비를 지불한다.

심사방법에 있어 의원급 외래 진료분에 대하여 요양취급기관별 진료비 청구경향과 심사조정 양상과의 관계를 분석하여 경향심사와 정밀심사 두 가지로 구분하여 심사를 실시한다. 즉 청구경향과 심사조정 양상이 경향심사를 실시하는 기준에 부합한 의원급 요양기관은 개괄심사에 의해 바로 진료비를 지급하고, 기준을 초과하는 요양기관에 대해서는 정밀심사를 실시한다. 병원급 이상 요양기관은 경향심사를 적용하지 않고 전부 정밀심사를 실기한다.

경향심사에 대하여 자세히 설명하면, 심사평가원에 청구되어 심사·지급된 일정기간의 진료자료를 근거로 요양취급기관별 진료비 청구경향과 심사조정 양상과의 관계를 분석하여 비교적 건당진료비 등 진료지표가 낮아 정밀심사의 필요성이 적다고 판단되는 요양취급기관의 진료비명세서에 대하여는 정밀심사를 지양하고, 그 경향을 비교분석한 통계수치를 반영하여 요양취급기관별로 심사강도를 달리하는 일종의 비교심사방법이다. 경향심사를 적용하는 요양기관의 기준은 경향심사만을 했을 경우에 발생할 심사조정액 손실분과 정밀심사를 하지 않음으로써 얻을 수 있는 심사의 제반 비용을 감안하여 기준을 설정하여 기준선이 많은 변화를 겪어 왔다. 이러한 경향심사의 장점은 매년 급증하는 진료비 심사물량에 대하여 효율적이고 적절하게 대처할 수 있다는 점이지만, 경향심사의 기준이 질병에 따라 각각 다른 경중도와 종류를 반영할 수 없어 심사의 공평성이 위배될 수 있다는 단점도 내포하고 있다.

2) 診療費 審査調整實績

연도별 심사조정실적을 살펴보면 전체 진료건수가 증가하는 만큼 심사조정건수도 상대적으로 상승하고 있는 것으로 나타났으며, 특히

2000년과 2001년의 경우 의약분업으로 인하여 약국 청구건수가 추가로 증가하는 것을 알 수 있다. 그러나 조정금액의 경우는 전체진료비는 계속적으로 증가하는 반면 1997년과 2000년의 경우 전년도에 비해 감소하는 추세가 나타났다.

〈表 3-13〉 年度別 診療費審査 調整實績

(단위: 천건, 억원, %)

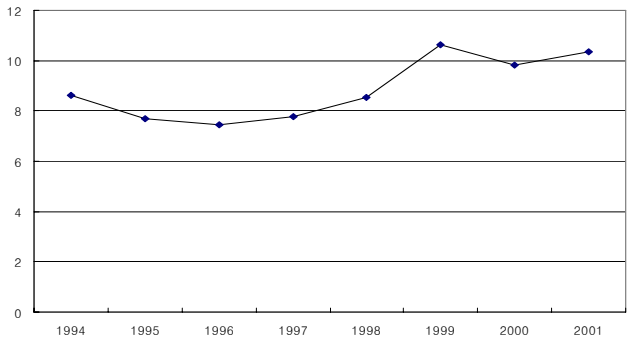
	진료건수	진료비	조정건수	조정금액	조정건율	조정액률
1994	201,359	49,547	17,315	575	8.60	1.16
1995	249,409	62,283	19,231	841	7.71	1.35
1996	256,258	77,468	19,097	1,228	7.45	1.59
1997	280,522	89,149	21,848	1,110	7.79	1.25
1998	289,626	100,866	24,722	1,216	8.54	1.21
1999	343,640	117,057	36,519	1,633	10.63	1.38
2000	414,005	131,410	40,736	1,419	9.84	1.07
2001	519,215	161,897	53,738	2,227	10.35	1.36

資料: 건강보험심사평가원, 내부자료, 2001.

심사조정건율의 경우 1996년 이후로 계속적으로 증가하는 추세이며, 특히 1998년 8.54%에서 1999년에 10.63%로 급격히 증가하였다. 그러나 2000년 7월 건강보험의 통합과 의약분업이라는 변수로 인해 2000년에는 조정건율이 9.84%로 감소하였으나, 2001년 재정위기에 따른 심사강화 등으로 인해 다시 증가하는 것을 알 수 있다.

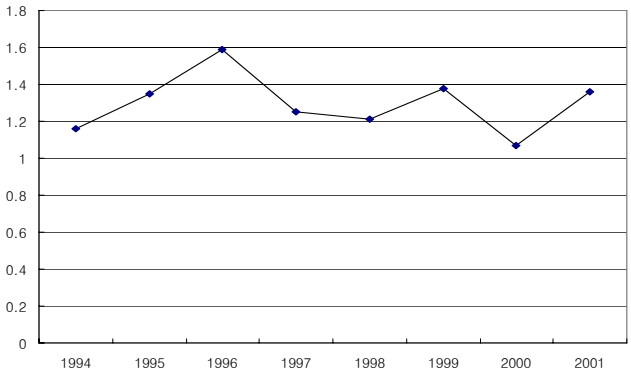
〔圖 3-5〕 年度別 診療費審査 調整件率分布

(단위: %)



〔圖 3-6〕 年度別 診療費審査 調整額率分布

(단위: %)



심사조정액률의 경우는 1996년도에 1.59%로 가장 높은 수치를 보였고, 2000년도에 1.07%로 가장 낮게 나타났다. 그러나 연도별로 뚜렷한 증가형태를 보이지 않고 불규칙한 상태를 보이고 있다. 특히 2000년의 조정액률의 감소는 의약분업과 심사평가원의 독립 등으로 심사기능이 정상적으로 이루어지지 않았기 때문으로 판단된다.

2000년과 2001년의 조정건율이나 조정액률의 급격한 변화는 2000년 7월 건강보험통합으로 인한 심사평가원의 독립, 의약분업실시에 따른 청구건수의 증가, 재정파탄위기에 따른 심사강화 등으로 인한 것으로 판단된다. 이러한 변화의 추이를 자세히 살펴보기 위하여 2000년과 2001년의 월별 심사실적을 검토해보고자 한다.

〈表 3-14〉 2000~2001年 月別診療費審査 調整實績

(단위: 천건, 백만원, %)

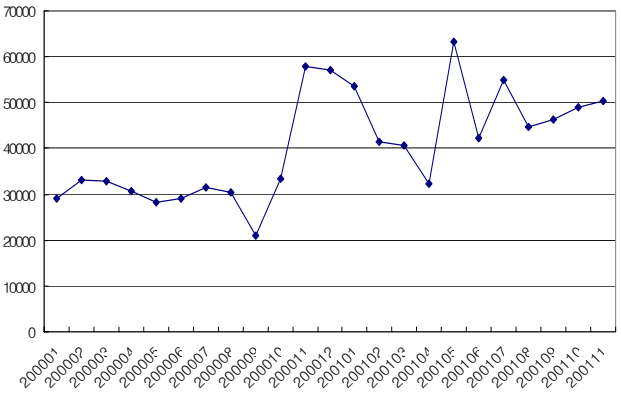
월	진료건수	진료비	조정건수	조정금액	조정건율	조정액률
2000년 1월	28,989	896,817	3,548	11,365	12.24	1.27
2000년 2월	33,059	1,098,748	3,986	13,909	12.06	1.27
2000년 3월	32,798	1,049,896	3,718	13,323	11.34	1.27
2000년 4월	30,763	1,009,091	3,633	12,207	11.81	1.21
2000년 5월	28,267	966,296	3,407	11,515	12.05	1.19
2000년 6월	28,945	944,709	3,397	10,898	11.74	1.15
2000년 7월	31,517	1,084,676	3,520	12,015	11.17	1.11
2000년 8월	30,521	1,203,247	3,368	13,064	11.04	1.09
2000년 9월	20,911	826,501	2,506	9,660	11.98	1.17
2000년10월	33,265	1,002,893	2,592	10,167	7.79	1.01
2000년11월	57,761	1,499,302	3,564	11,760	6.17	0.78
2000년12월	57,209	1,558,783	3,499	12,040	6.12	0.77
2001년 1월	53,642	1,467,656	3,281	10,872	6.12	0.74
2001년 2월	41,431	1,318,722	3,106	10,945	7.50	0.83
2001년 3월	40,769	1,309,988	3,195	13,457	7.84	1.03
2001년 4월	32,383	1,086,960	3,518	17,225	10.86	1.58
2001년 5월	63,327	1,873,192	8,674	29,694	13.70	1.59
2001년 6월	42,199	1,344,632	5,207	20,499	12.34	1.52
2001년 7월	54,875	1,743,172	6,034	26,555	11.00	1.52
2001년 8월	44,819	1,421,368	5,253	22,345	11.72	1.57
2001년 9월	46,391	1,422,789	4,412	22,515	9.51	1.58
2001년10월	48,901	1,605,822	5,076	24,486	10.38	1.52
2001년11월	50,477	1,595,351	5,983	24,074	11.85	1.51

위 <표 3-14>에서 보는 바와 같이 2000년 7월 건강보험통합과 의약분업으로 인해 심사조정건율과 조정액률이 급격히 감소하는 것을 알 수 있다. 또한 2000년 9월의 경우 의료계파업으로 인한 심사건수의 감소와 2001년 3월 건강보험 재정위기에 대한 발표이후 심사기능이

강화되는 것 등을 알 수 있다.

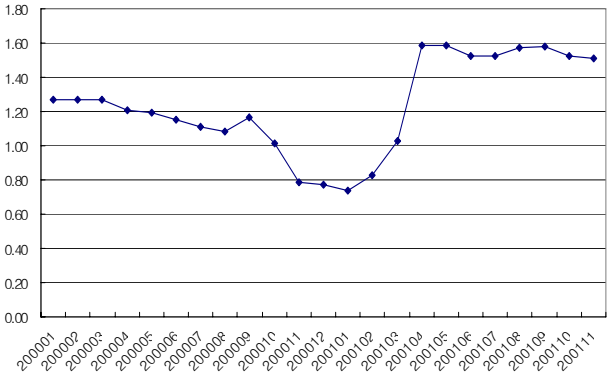
이런 각 시기별 심사내역을 총심사건수와 조정건율, 조정액률을 도표로 자세히 살펴보면 다음과 같다.

〔圖 3-7〕 2000~2001年 月別 總審査件數分布



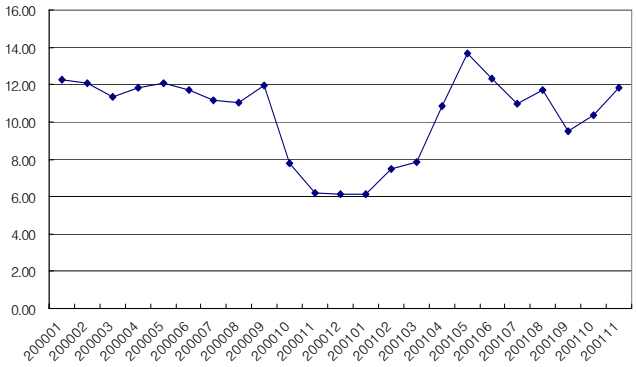
2000년 9월의 총심사건수는 7월과 8월 의료계의 파업으로 청구가 감소하는 것으로 나타났다. 11월의 경우는 의약분업에 따라 약국의 청구건수가 새로 추가되었고 7, 8월의 진료공백이 9, 10월에 집중되어 11월의 심사건수가 2배 가량 증가하는 것으로 나타났다. 이후 2001년 4월의 경우는 3월에 건강보험의 재정위기 발표이후 심사평가원이 심사결정을 미루었고 이러한 영향으로 5월과 6월 등의 심사건수에 큰 변화가 있었음을 알 수 있다.

〔圖 3-8〕 2000~2001年 月別 調整額率分布



심사조정액률의 경우도 2000년 7월의 의약분업실시와 심사평가원의 독립에 영향을 받은 것으로 나타났으며, 특히 의약분업에 따라 약국 청구건수의 추가로 인한 심사건수의 증가가 조정액률의 급격한 감소로 나타났음을 알 수 있다. 조정액률은 2000년 9월 이후 급격히 감소하기 시작하여 11월, 12월, 2001년 1월에 최저점을 나타내고 있다. 이는 의약분업이 본격적으로 시작한 9월의 진료분이 청구되어 심사하기 시작하는 11월부터 급격히 감소함을 알 수 있다. 그러나 2001년 3월과 4월에 다시 조정액률이 급등하는 것은 역시 3월의 건강보험 재정위기에 따라 심사기능을 강화한 것에 기인한다. 이러한 추세는 심사기능이 적정한 심사원칙 없이 외적 변수에 의해 좌우되고 있는 것을 간접적으로 보여주는 것이다.

〔圖 3-9〕 2000~2001年 月別 調整件率分布



심사조정건율의 경우도 심사조정액률과 월별로 비슷한 경향을 보이고 있으나, 2001년 5월 이후 심사조정액률은 동일한 추세를 보이는 반면 심사조정건율을 등락을 반복하는 형태를 보이고 있다. 특히 심사조정건율이 2001년 5월 이후 감소한 것으로 나타났으나, 조정액률은 같은 추세로 조정건당 조정금액이 증가한 것으로 보여진다.

3) 審査의 問題點

진료비심사는 의원급의 경향심사와 병원급의 기관별 비교심사 도입, 간호사, 약사, 임상병리사, 물리치료사 등 심사인력의 다원화, 심사위원회에 개원의 참여와 전문과목별 분과위원회의 확대, 진료과목별 분리심사, 지역별 진료비심사위원회 설치, 심사지침의 공개, 심사조정내역 통보의 세분화 등 심사의 객관성, 공정성을 유지하기 위해 제도상 또는 업무상 상당한 발전을 보여왔다. 그리고 심사상의 여러 가지 문제점을 직·간접적으로 해소하기 위하여 건강보험체계내에 요양기관의 각종 의료서비스의 내용과 그 질적 적정성 평가가 법적으로 제도권내에 상징적 또는 구체적으로 편입됨으로써 국민들이 경제적

측면뿐만 아니라 의학적 측면에서도 보다 총체적으로 보호받을 수 있도록 하고 있다.

그러나 아직도 현행 심사제도에 대한 문제점이 제기되고 있는데 이를 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 심사조정이 아직까지도 대부분이 산정착오, 적용착오 등의 행정적인 착오와 해당질병에 대한 진료를 초과한 투약이나 검사를 지적하는 점검심사에서 종결되고 실제 심사의 가장 중요한 목적인 진료의 적정성이나 타당성을 판단하지 못한다는 비판이 지적되고 있다. 즉, 진료비 심사가 진찰, 검사, 처치, 약품 등과 같은 자원의 과다이용(over-utilization) 등 양적인 면에서 남용을 방지하는데 중점을 두고 있어 의료의 적정성 확보와 국민에 대한 의학적 보호기능이 미흡하다는 것이다.

점검심사는 심사기준, 유권해석, 심사지침 등에 의해 정해진 범위에서 벗어나면 이를 청구착오, 과잉진료 등으로 조정하는 것이다. 따라서 명세서의 대부분이 주로 심사요원에 의한 점검으로 종결되어진다면 의료계로부터 심사의 공정성과 전문성에 대한 문제제기는 피할 수 없다고 본다.

둘째, 현재 지불제도가 상대가치에 기초한 수가체계로 수가산정의 단위가 개별 진료행위와 약제로 되어 있고 의약분업에 따라 청구하는 기관수의 급증으로 진료비의 청구 및 심사가 복잡해지고 청구건수가 급증하고 있다. 따라서 진료비 심사업무가 가중되어 불필요한 자원의 낭비와 의료비 상승이 발생하고 있다는 지적이다. 특히 의원급 요양기관의 경우 진료비 청구비용이 가중되고 있고, 이로 인해 음성적으로 진료비 청구대행업이 성행하여 청구액을 부풀려 청구하고 청구한 금액에서 일정 수수료(약 4~5%)를 챙기는 부정적인 형태의 청구가 나타나고 있다. 또한 실제 진료기록과 청구된 진료내용이 일치하지 않는 불합리한 경우가 발생하고 있다. 따라서 이 같은 문제점의 개선을 위한 방법으로 유사한 진료행위의 포괄화 또는 진료행위와 깊은

관련이 있는 재료의 포괄화를 검토하여 지불단위를 단순화시키는 작업이 필요하다고 본다.

셋째, 상대가치 수가체제하에서는 보험자와 공급자단체가 협상에 의해 결정하도록 되어있으나 최종적으로 보험자 입장에서 의료수가가 책정되어 적용되기 때문에 의료공급자는 적어도 가격측면에서는 강력한 통제하에 놓이게 된다. 그러나 의료공급자가 자신의 일정한 목표수입을 확보하기 위해서 의료서비스의 양이나 빈도를 증가시킬 강한 유인을 갖게 된다. 이러한 경우 심사를 통한 의료서비스의 양이나 빈도를 통제하려할 것이고 다시 의료공급자는 자신의 수입을 보전하기 위해 비급여 항목을 증가시켜 의료서비스의 왜곡을 초래할 가능성이 있다.

第 2 節 健康保險 管理運營費의 現況

1. 健康保險 管理運營費의 構成 現況

건강보험 관리운영비의 구성 현황을 국민건강보험공단 제1기 결산보고서(2000년도)를 토대로 살펴보면 <표 3-15>와 같다. 2000년 7월부터 직장의료보험과 국민의료보험(공·교지역의료보험)이 통합되어 단일보험자인 건강보험이 탄생되었다.

〈表 3-15〉 健康保險 管理運營費 構成 現況(2000年)

(단위: 원, %)

항목		비용	비율	비율[1)]
인건비	1) 기본급여	127,701,412,844	32.38	21.52
	2) 제수당	147,614,077,242	37.43	24.88
	3) 상여금	42,742,301,920	10.84	7.20
	4) 퇴직급여비	76,307,559,998	19.35	12.86
	소 계	394,365,352,004	100.00	66.47
경비	1) 복리후생비	79,115,606,840	39.76	13.33
	2) 계약금	0	0.00	0.00
	3) 잡급	2,018,216,830	1.01	0.34
	4) 국내여비	3,982,180,730	2.00	0.67
	5) 국외여비	225,919,430	0.11	0.04
	6) 소모품비	3,816,291,598	1.92	0.64
	7) 비품비	4408902394	2.22	0.74
	8) 도서 인쇄비	6,108,102,356	3.07	1.03
	9) 통신비	27,735,919,241	13.94	4.67
	10) 세금 공과금	24,261,764,473	12.19	4.09
	11) 수선유지비	4,207,843,486	2.11	0.71
	12) 감가상각비	2,804,011,555	1.41	0.47
	13) 연료비	187,489,421	0.09	0.03
	14) 차량비	552,122,231	0.28	0.09
	15) 임차료	18,348,310,039	9.22	3.09
	16) 보험료	15,134,742	0.01	0.00
	17) 지급수수료	5,892,021,291	2.96	0.99
	18) 연구개발비	7,401,838,600	3.72	1.25
	19) 광고선전비	574,819,660	0.29	0.10
	20) 업무추진비	3,658,926,772	1.84	0.62
	21) 회의비	497,095,589	0.25	0.08
	22) 교육훈련비	1,485,339,790	0.75	0.25
	23) 포상비	47,396,400	0.02	0.01
	24) 피복비	318,449,000	0.16	0.05
	25) 용역비	0	0.00	0.00
	26) 조사분석비	0	0.00	0.00
	27) 의료사회사업비	0	0.00	0.00
	28) 운반보관료	0	0.00	0.00
	29) 장의용품매입비	0	0.00	0.00
	30) 잡비	1,313,687,152	0.66	0.22
	소 계	198,977,389,620	100.00	33.53
합계		593,342,741,624		100.00

註: 1) 전체 관리운영비에 대한 비율임.

資料: 국민건강보험공단, 『제1기 결산보고서(2000.1.1～12.31)』, 2001.

단일보험자로 통합된 2000년도 관리운영비의 구성 현황의 특징을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 관리운영비 구성항목 중에서 제수당, 기본급여, 복리후생비, 퇴직급여비, 상여금 순으로 관리운영비에서 높은 비중을 나타내고 있다. 이 들 항목이 관리운영비에서 79.79%를 차지한다. 복리후생비는 비록 경비항목이지만 인건비성의 비중이 높아 인건비가 관리운영비의 대부분을 차지하고 있는 것이다.

둘째, 통합된 건강보험 관리운영비 구성항목에 심사평가원 부담금과 기타부담금이 포함되어 있지 않다는 것이다. 직장의료보험과 국민의료보험이 통합되기 이전에는 직장의료보험 관리운영비 구성항목에 심사수수료와 연합회비가 포함되어 있었다. 그러나 통합이후에는 심사비가 관리운영비 항목이 아닌 타기관 지급계정 항목으로 설정되어 관리운영비에서 제외되고 있다. 그러나 심사평가원부담금과 전산망부담금인 기타부담금은 보험자의 관리운영과 관련하여 지출하는 비용이므로 관리운영비에 포함되어야 할 것이다.

셋째, 건강보험 2000년도 결산보고서에는 직장의료보험의 2000년 1월부터 6월까지 관리운영비가 포함되어 있지 않다. 따라서 이 기간동안의 직장의료보험의 관리운영비(심사비 포함)를 2000년 관리운영비에 합산시키면 2000년도 건강보험의 관리운영비 총액은 심사평가원부담금과 기타 부담금을 포함해 약 7799억원으로 나타났다(표 3-19, 3-20, 3-21 참조).

2. 健康保險 管理運營費의 變化推移

1997년부터 2000년까지의 관리운영비(심사비 및 기타부담금 포함)의 변화추이를 살펴보면 전체 관리운영비는 점차 증가한 것으로 나타났다(표 3-16 및 도 3-10 참조). 관리운영비는 1997년 약 6654억원에서

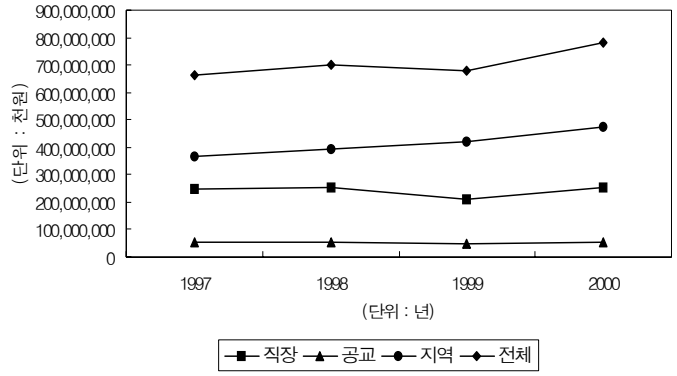
1998년 약 7021억원으로 증가하였고, 1999년에는 약 6814억원으로 전년도보다 감소하였으나, 통합이 이루어진 당해연도인 2000년에는 전년도보다 증가한 약 7799억원으로 나타났다. 보험자별로 살펴보면 1997년부터 2000년까지 직장의료보험과 공교의료보험의 관리운영비는 1999년에 감소하였지만 점진적으로 증가하는 경향을 보여주고 있다. 그러나 지역의료보험의 관리운영비는 1997년부터 2000년까지 지속적으로 증가하는 현상이 나타났다(표 3-19, 3-20, 3-21 참조).

〈表 3-16〉 管理運營費 現況(審査費 및 其他負擔金 包含)

(단위: 천원)

연도	직장	공교	지역	전체
1997	245,553,377	52,039,501	365,138,283	662,731,161
1998	255,241,099	55,832,369	391,062,989	702,136,457
1999	208,767,966	50,808,260	421,800,336	681,376,562
2000	252,265,704	51,295,087	476,335,582	779,896,373
합계	961,828,146	209,975,217	1,654,337,190	2,826,140,553

〔圖 3-10〕 管理運營費의 變化推移



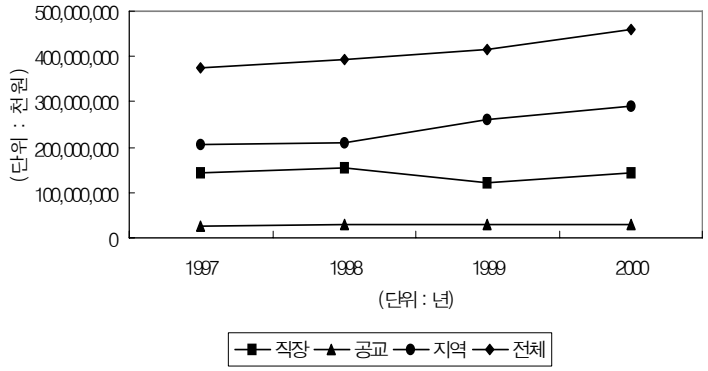
관리운영비에서 인건비가 대부분을 차지하고 있어 1997년부터 2000년까지의 보험자별 인건비의 변화추이의 특징을 살펴보면 우선 직장의료보험의 경우 2000년도의 인건비가 1997년에 비하여 감소하였음을 알 수 있다(표 3-17 참조). 이와 반면에 지역의료보험의 인건비는 급격히 증가하여 전체 인건비의 증가를 초래하였다. 그런데 여기서 주지하여야 할 사항은 전체 관리운영 인력이 1997년 15,036명에서 2000년 12,439명으로 감소한 반면 인건비는 증가한 것이다. 이러한 현상은 기본급여, 제수당 등의 인건비 증가와 더불어 퇴직급여비의 과다지출에서 기인한다(표 3-18 참조).

〈表 3-17〉 人件費 現況

(단위: 천원)

연도	직장	공교	지역	전체
1997	144,287,769	24,920,936	205,418,458	374,627,163
1998	154,108,714	29,287,018	208,722,429	392,118,161
1999	123,012,222	29,069,481	261,625,331	413,707,034
2000	141,814,414	29,048,961	289,132,540	459,995,915
합계	563,223,119	112,326,396	964,898,758	1,640,448,273

［圖 3-11］ 人件費의 變化推移

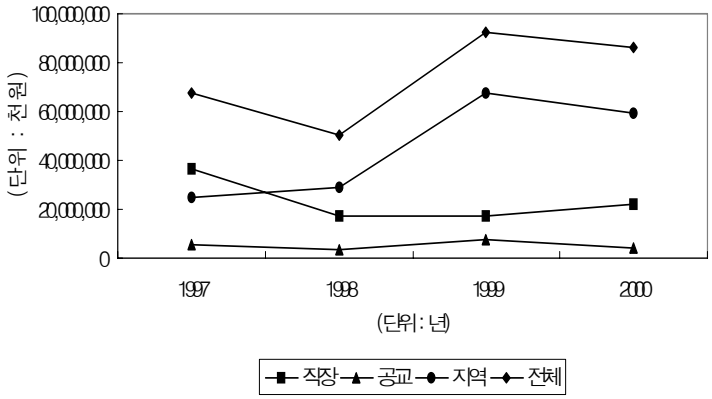


〈表 3-18〉 退職給與費 現況

(단위: 천원)

연도	직장	공교	지역	전체
1997	36,648,132	5,476,746	25,167,020	67,291,898
1998	17,284,355	3,777,855	29,012,285	50,074,495
1999	17,373,861	7,518,000	67,662,002	92,553,863
2000	21,900,974	4,413,629	59,646,567	85,961,170
합계	93,207,322	21,186,230	181,487,874	295,881,426

〔圖 3-12〕 退職給與費의 變化推移



〈表 3-19〉 職場醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移

(단위: 천원, %)

		인건비	경비	소계	회비					계
					소계	연합회비	심사수수료	심사평가원부담금	기타부담금	
1997	비용	144,287,769	78,979,047	223,266,816	22,326,561	6,832,046	15,494,515	-	-	245,593,377
	비율	64.63	35.37	-	-	-	-	-	-	100.00
		58.75	35.37	-	9.09	2.78	6.31	-	-	100.00
1998	비용	154,108,714	78,655,964	232,764,678	22,476,421	6,643,763	15,832,658	-	-	255,241,099
	비율	64.63	35.37	-	-	-	-	-	-	100.00
		60.38	32.16	-	9.09	2.78	6.31	-	-	100.00
1999	비용	123,012,222	60,368,462	183,380,684	25,387,282	7,299,562	18,087,720	-	-	208,767,967
	비율	67.08	32.91	-	-	-	-	-	-	100.00
		58.92	28.92	-	12.16	3.50	8.66	-	-	100.00
2000	비용	141,814,414	82,712,702	224,527,116	27,738,588	3,042,385	9,629,809	15,063,252	3,142	252,265,705
	비율	63.16	36.84	-	-	-	-	-	-	100.00
		56.22	32.79	-	11.00	1.21	3.82	5.97	0.00	100.00

資料: 의료보험연합회, 1997, 1998, 1999년도 직장의료보험조합 결산현황
국민건강보험공단, 『2000년도 직장의료보험조합 결산현황』, 2000;신길수 외(2001)에서 재구성
_____, 『제1기 결산보고서』(2000.1.1～12.31), 2001.

〈表 3-20〉 公敎醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移

(단위: 천원, %)

		인건비	경비	소계	회비					계
					소계	연합회비	심사수수료	심사평가원부담금	기타부담금	
1997	비용	24,920,936	21,181,685	46,102,621	5,935,881	1,094,230	4,842,650	-	-	52,039,503
	비율	54.05	45.94	-	-	-	-	-	-	100.00
		47.88	40.70	-	11.40	2.10	9.30	-	-	100.00
1998	비용	29,287,018	21,237,209	50,524,227	5,308,142	474,960	4,833,182	-	-	55,832,371
	비율	57.97	42.03	-	-	-	-	-	-	100.00
		52.46	38.04	-	9.51	0.85	8.66	-	-	100.00
1999	비용	29,069,481	13,699,587	42,769,068	8,039,192	461,451	7,577,741	-	-	50,808,260
	비율	67.97	32.03	-	-	-	-	-	-	100.00
		57.21	26.96	-	15.82	0.91	14.91	-	-	100.00
2000	비용	29,048,961	14,731,514	43,780,475	7,514,611	-	-	7,514,611	0	51,295,087
	비율	66.35	33.64	-	-	-	-	-	-	100.00
		56.63	28.71	-	14.64	-	-	14.64	0	100.00

자료: 공교의료보험관리공단, 20기(1997.1.1～12.31), 21기 결산보고서, 1998
국민의료보험관리공단, 『제1기 결산보고서(1998.10.1～12.31)』, 1999.
_____, 『제2기 결산보고서(1999.1.1～12.31)』, 2000; 신길수 외(2001)에서 재구성
국민건강보험공단, 『제1기 결산보고서(2000.1.1～12.31)』, 2001.

〈表 3-21〉 地域醫療保險 管理運營費 項目別 變化推移

(단위: 천원, %)

		인건비	경비	소계	회비					계
					소계	연합회비	심사수수료	심사평가원부담금	기타부담금	
1997	비용	205,418,458	142,931,693	348,350,151	19,406,700	5,618,568	13,788,132	-	-	367,756,851
	비율	58.97	41.03	-	-	-	-	-	-	100.00
		55.86	38.87	-	5.28	1.53	3.75	-	-	100.00
1998	비용	208,722,429	157,445,376	366,167,805	24,894,153	5,375,386	17,357,793	-	2,160,974	391,061,959
	비율	57.00	43.00	-	-	-	-	-	-	100.00
		53.37	40.26	-	6.36	1.37	4.44	-	0.55	100.00
1999	비용	261,625,331	123,296,283	384,921,614	36,878,722	1,110,089	30,425,146	-	5,343,487	421,800,336
	비율	67.97	32.03	-	-	-	-	-	-	100.00
		62.03	29.23	-	8.74	0.26	7.21	-	1.27	100.00
2000	비용	289,132,540	138,180,376	427,312,916	49,022,666	-	-	46,665,771	2,356,895	476,335,582
	비율	67.66	32.33	-	-	-	-	-	-	100.00
		60.69	29.00	-	10.29	-	-	9.79	0.49	100.00

자료: 의료보험연합회,『'97지역의료보험조합 결산현황』, 1998.
국민의료보험관리공단,『지역의료보험조합해산결산보고서(1998.10.1～12.31)』, 1998
_____,『제1기 결산보고서(1998. 10.1～12.31)』, 1999.
_____,『제2기 결산보고서(1999.1.1～12.31)』, 2000;신길수 외(2001)에서 재구성
국민건강보험공단,『제1기 결산보고서(2000.1.1～12.31)』, 2001.

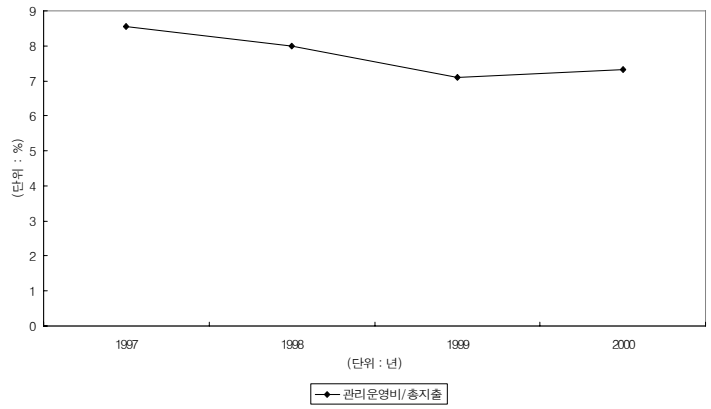
3. 健康保險 管理運營費의 效率性 測定指標 및 變化推移

본 보고서에서 사용된 관리운영비의 효율성 측정지표는 1인당 산출량방식과 재정비율방식으로 구분할 수 있다. 1인당 산출량방식은 다시 보험자측면과 피보험자측면으로 세분할 수 있다. 보험자측면의 1인당 산출량방식의 측정지표로는 관리인력 1인당 총지출, 관리인력 1인당 관리운영비, 관리인력 1인당 인건비 등이 있다. 피보험자측면의 1인당 산출량방식의 측정지표로는 적용인구당 총지출, 적용인구당 관리운영비, 적용인구당 인건비 등이 있다. 그리고 재정비율방식으로는 총지출 대비 관리운영비가 있다. 본 보고서에서는 보험료 수입과 관

련된 지표는 관리운영의 효율성 측정지표에서 제외시켰다. 그 이유는 공공기관인 국민건강보험공단의 보험료수입은 행정행위의 결과이지 민간기업의 경영활동에서 발생한 것과 같은 수입은 아니기 때문이다. 또한 보험급여비는 공단이 간여할 수 없는 부분이기 때문에 보험급여비와 관련된 지표도 관리운영의 효율성을 측정하는 지표에 포함시키지 않았다.

우선 흔히 관리운영의 효율성 측정지표로 사용되는 재정비율방식인 총지출 대비 관리운영비의 변화추이를 살펴보면 1997년부터 2000년까지 관리운영비(심사비 포함)가 증가하는 추이에도 불구하고 점차 감소하는 경향이다(도 3-13 참조). 이러한 측정지표로는 관리운영의 효율성이 증가하는 추세라고 할 수 있다. 그러나 이러한 추세는 급격한 지출의 증가에서 원인을 찾을 수 있다. 따라서 재정비율방식의 측정지표는 지표의 분모와 분자의 표준화의 문제가 있어 효율성의 측정지표로써 한계를 나타내고 있다.

〔圖 3-13〕 健康保險의 總支出 對比 管理運營費 變化推移



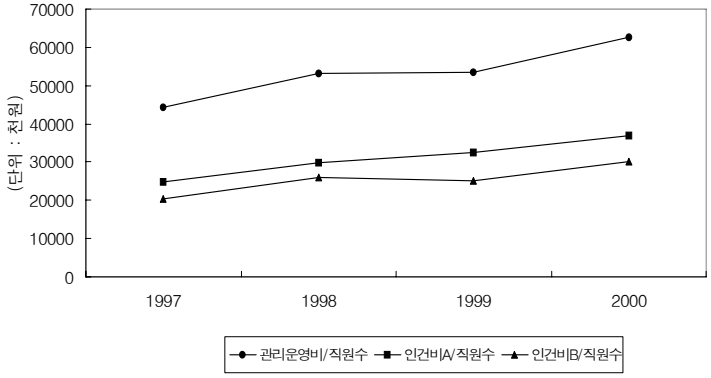
그러면 지표의 분모와 분자의 표준화문제가 없는 측정지표, 즉 보험자측면, 피보험자측면의 1인당 산출량 방식으로 측정된 지표를 살펴보기로 한다. <표 3-22>에서 보는 바와 같이 보험자 측면의 지표인 관리인력 1인당 관리운영비는 1997년 4425만 3천원에서 2000년 6269만 7천원으로 증가하였다. 이러한 현상을 흔히들 같은 기간 동안의 인력감축을 통한 과대한 퇴직급여비의 지출에서 원인을 찾고 있다. 그러나 관리인력 1인당 퇴직급여비를 제외한 인건비 지표도 1997년 2044만원에서 2000년 3007만원으로 증가하여, 퇴직급여비와 같은 불가피한 지출이 유일한 원인이 아니라는 것을 보여주고 있다. 또한 적용인구를 분모로 한 피보험자 측면의 지표들도 증가하는 경향을 보이고 있어 1997년 이후 비용과 산출측면에서의 관리운영업무의 효율성은 감소하였다는 것을 알 수 있다(도 3-14, 3-15 참조).

〈表 3-22〉 健康保險의 管理運營業務 效率性 測定指標

내 역				1997년	1998년	1999년	2000년
관리운영비(백만원)				665,390	702,136	681,377	779,896
총지출(백만원)				7,795,112	8,787,618	9,610,122	10,673,515
인건비A(백만원)[1]				374,627	392,118	413,707	459,996
인건비B(백만원)[2]				307,335	343,534	321,153	374,035
적용인구(천명)				44,924	44,472	45,183	45,894
관리인력(명)				15,036	13,173	12,753	12,439
효율성 측정 지표	1인당 산출량 방식	보험자측면	관리운영비/관리인력(천원)	44,253	53,301	53,429	62,697
			인건비A/관리인력(천원)	24,915	29,767	32,440	36,980
			인건비B/관리인력(천원)	20,440	26,079	25,183	30,070
			총지출/관리인력(천원)	518,430	667,093	753,558	858,069
		피보험자측면	관리운영비/적용인구(원)	14,811	15,788	15,080	16,993
			인건비A/적용인구(원)	8,339	8,817	9,156	10,023
			인건비B/적용인구(원)	6,841	7,725	7,108	8,150
			총지출/적용인구(원)	173,518	197,599	212,693	232,569
	재정비율방식		관리운영비/총지출(%)	8.54	7.99	7.09	7.31

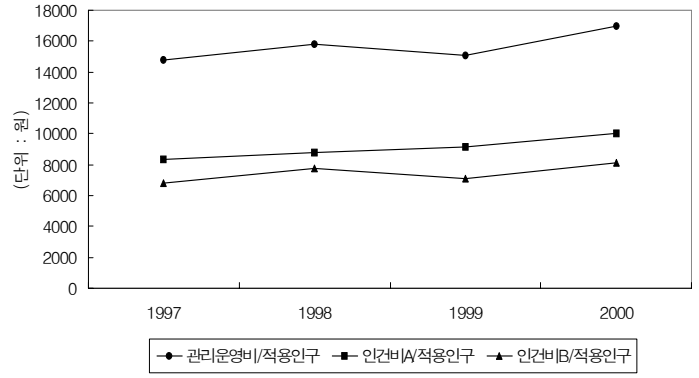
註: 1) 인건비A는 퇴직급여비 포함
2) 인건비B는 퇴직급여비 제외

〔圖 3-14〕 管理運營의 效率性 測定指標 變化推移(1人當 算出方式 保險者 側面)



註: 인건비A는 퇴직급여비 포함
인건비B는 퇴직급여비 제외

〔圖 3-15〕 管理運營의 效率性 測定指標 變化推移(1人當 算出方式 被保險者 側面)



註: 인건비A는 퇴직급여비 포함
인건비B는 퇴직급여비 제외

여기서 본 보고서에서 수행한 관리운영 효율성 평가의 한계점을 밝히고자 한다. 본 보고서에서 사용된 관리운영의 효율성 지표는 계량적 차원의 효율성 측정지표이다. 그러나 진정한 관리운영의 효율성을 평가하기 위해서는 건강보험이 국민에게 제공하는 보험급여와 의료서비스를 통한 국민의 건강향상, 의료서비스의 효과적인 전달성 제고 등과 같은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물의 평가도 병행되어야 한다. 이러한 성과물을 비용측면에서 평가하려면 이를 계량화할 수 있는 측정지표의 개발이 필요하기 때문에 본 보고서에서는 계량적 차원의 관리운영의 효율성 측정지표만 사용하여 관리운영의 효율성을 평가하였다.

第 4 章 外國의 健康保險組織 現況과 示唆點

第 1 節 臺灣의 健康保險[9)]

1. 臺灣의 健康保險組織과 機能

가. 臺灣 健康保險 管理運營組織의 槪要

1) 構造

행정원의 위생서가 전민건강보험제도를 관장하며, 위생서에는 3개의 위원회 즉, 전민건강보험감리위원회, 전민건강보험쟁의심의위원회, 전민건강보험진료비협정위원회를 두고 있다. 위생서의 중앙건강보험국이 전민건강보험의 보험자이고 모든 전민건강보험사업의 운영 주체이다. 대만 건강보험 관리운영조직의 주요업무와 구성은 아래의 표와 같다.

〈表 4-1〉 臺灣 健康保險 管理組織의 主要業務 및 構成

관리운영조직	주요업무	조직구성
위생서	· 전민건강보험제도의 주관부서로 건강보험의 정책수립과 감독, 지도 재정을 관장 (전민건강보험팀은 전민건강보험의 정책과 집행을 검토하고 감독)	· 위원장, 부위원장 각 1인, 과장 4인 (모든 위원은 위생서 장관이 중앙건강보험국 내부직원이나 외부전문가 중에서 임명)

9) 이상이 외, 『건강보험공단 계층조직간의 적정기능분담에 관한 연구』, 2001년, 재구성

〈表 4-1〉 계속

관리운영조직	주요업무	조직구성
전민건강보험 감리위원회	· 전민건강보험의 운영을 감독하고 보험정책과 법규에 관한 연구 및 건의 · 보험정책의 제안, 보험운영과 재정사항의 검토와 심의, 보험재정의 감사, 법률 및 학술적인 사항의 건의 등	· 위생서 차관이 위원장, 위원회는 5인의 의학 및 보험전문가, 피보험자 대표 5인, 사용자 대표 5인, 계약요양기관 대표 5인, 정부 대표 8인 등 29인 이내로 구성 · 업무부서: 감독총괄과, 재정감독과, 서무과
전민건강보험 쟁의심의위원회	· 보험자, 피보험자, 보험가입단위, 계약 요양기관이 제기한 분쟁을 해결	· 위생서장관이 의약전문가 중에서 임명한 고위전문가가 위원장이 됨. · 위원회: 보험전문가 2인, 법률전문가 4인, 의약전문가 6인, 위성서 대표 2인 등 15명으로 구성 · 업무부서: 의료과, 법제과
전민건강보험 진료비협정위원회	· 행정원이 승인한 전체진료비 예산범위 내에서의 지불의료비 총액의 협정 · 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율 협정 · 의사·중의사·치과의사의 외래진료비 협정 · 약사의 약제비와 조제비율의 협정 및 의약분업제도 · 외래약제비 지출액이 책정된 약제비 지출총액을 초과할 경우 당해연도 외래 진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정 등	· 의료기관 대표자 9인, 피보험자 및 전문가 또는 학자 9인, 관계 당국의 대표자 9인 등 총 27명의 위원으로 구성
중앙건강보험국	· 전반적인 운영을 감독하며, 6개 분국의 각각 해당지역의 업무를 담당	· 본국: 5개처(자격관리처, 재정처, 급여관리처, 기획평가처, 자신처), 5개실(감사, 비서, 인사, 회계, 사정)과 2개 위원회(적립금위원회, 전문동료심사위원회)가 있음. · 분국: 5개조(자격과나리, 재정, 급여관리, 외래심사, 입원심사)와 5개실(자신, 비서, 인사, 회계, 사정)이 있으며, 각 분국은 관할지역내에서의 서비스 제공을 전담

나. 臺灣 健康保險의 組織과 機能分擔

대만 건강보험조직은 중앙의 본국과 지방의 6개 분국(28개 연락사무소)으로 이루어진 2계층 조직구조이다. 조직계층간 업무분장을 보면, 중앙건강보험국 본국은 일반적으로 기획, 감독, 연구개발, 직원훈련, 정보 및 통계의 관리, 감사업무 등을 수행하며, 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 징수, 진료비 심사 및 지급, 계약요양기관 관리 등의 업무를 수행한다. 중앙건강보험국 본국은 총경리를 설치하고 중앙위생주관기구(위생서)의 명을 받는다. 총경리는 본국의 사무를 총괄하고, 부총경리 3인이 총경리를 보좌한다. 본국의 조직체계와 기능은 다음과 표와 같다.

〈表 4-2〉 臺灣 中央健康保險局 本局의 細部組織과 業務事項

조 직	업 무 사 항
승보처 (자격관리)	승보업무(자격관리업무)의 계획사항, 승보업무 규정에 관한 연구사항, 승보작업 지침서의 설계 및 수정사항, 승보자료의 심사사항, 기타 관련사항
재무처	보험재무작업의 기획사항, 보험요율의 계산, 보험료의 징수사항, 보험재정의 안정 및 재정의 운용사항, 의료비용의 지불, 기타 관련 재무관리사항
의무관리처 (급여관리)	의료급여업무 및 급여표준의 기획과 연구에 관한 사항, 의사복무기구의 특약, 지도 및 관리에 관한 사항, 의료비용의 평가분석사항, 기타 의무 관련사항
기획처	사회보험의료제도의 연구 및 기획에 관한 사항, 본국 업무의 관리 및 심사에 관한 사항, 직원교육 및 훈련에 관한 사항. 홍보사항, 소송 및 법률에 관한 사항, 기타 의료보험업무 관련 사항
자신처(전산)	자신작업의 전체 계획, 연구개발 및 관리 사항, 자신작업 공통규범의 연구 및 추동에 관한 사항, 자신작업의 교육훈련 및 추동사항, 자신시설의 유지 및 관리 사항, 본국과 소속기구 사무실 자동화의 전반적 기획 및 추동 사항, 본국 소속기구 자신작업의 지도 및 업적 평가, 기타 관련 자신 처리 사항

〈表 4-2〉 계속

조 직	업 무 사 항
지핵실(감사)	보험업무의 심사에 관한 사항, 보험재무 및 장부의 심사에 관한 사항, 기타 관련 업무의 심사사항
비서실	공문서(인증서신) 등 전수 사항, 문서수발 및 서류관리 사항, 출납 및 서무관리 사항, 직원관리 사항, 회의 및 공공관련 사항, 기타 각처에 소속되지 아니한 업무

본국은 보험안전준비관리위원회(적립금위원회)를 설치하여 총경리가 위원장을 겸하고, 금융보험 혹은 재무관리 전문가 6인을 위원으로 위촉하되, 이들 위원은 무급이며 임기는 2년, 1회에 한하여 연임 가능하다. 이 위원회는 보험안전준비(적립금)의 운영 및 관리사항을 감독한다. 또한 본국은 의료복무심사위원회(전문동료심사위원회)를 설치하여 교육 및 임상경험이 있는 의약전문가 26인 내지 31명을 위원으로 구성한다. 건강보험 의료서비스의 항목, 수량 및 질에 관한 사항을 심의하며, 위원은 임기 2년, 무급이며, 1회에 한하여 연임 가능하다.

중앙건강보험국 분국은 경리 1인을 두고, 본국 총경리의 지시를 받으며, 경리가 분국의 업무를 총괄한다. 부경리 1~2인을 두어 경리를 보좌한다. 분국의 조직체계와 기능은 <표 4-3>과 같다.

분국은 분국의 규모 및 업무수요에 따라 부분적으로 조, 실을 통합하여 관련 업무를 수행하고, 본국 및 분국의 각 직무에 종사하는 총 인원 수는 2,355인 내지 2,591인으로 한다. 기타 다른 소요인원은 예산의 범위에서 정하고, 여기에는 본국이 관할하는 6개 연합외래센터의 인원은 포함하지 않는데 연합외래센터의 인원수는 1,097인을 초과하지 못한다. 진료비 심사업무는 중앙건강보험국산하의 의료복무심사위원회와 이 기구로부터 지도를 받는 분국의 지역의료복무심사분조(외래비용조, 입원비용조)에서 실시한다.

〈表 4-3〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 細部組織과 業務事項

조 직	업 무 사 항
승보조 (자격관리)	피보험자의 가입, 자격상실, 가입자격심사, 보험료 심사, 자료구축 및 변동관리에 관한 사항
재무조	보험료의 징수, 체납처리, 의료비용지불 및 관련 재무관리에 관한 사항
의무관리조 (보험급여)	의료서비스 제공기관의 자격인정, 지도, 심사, 자료구축 및 변동 등 관리에 관한 사항
외래비용조 (심사)	외래의료비용 청구의 접수 및 자격심사, 청구자료의 1차 심사 및 외래비용의 심사 등에 관한 사항
입원비용조 (심사)	입원의료비용 청구의 접수 및 자격심사, 청구자료의 1차 심사 및 입원비용의 심사 등에 관한 사항
자신실 (전산)	전산작업의 관리, 하드웨어의 유지, 프로그램의 설계, 자료의 입력, 데이터베이스 관리, 매체관리 및 네트워크 관리 등에 관한 사항
비서실	공문서(인신)처리, 문서출납, 서무, 직원관리 및 기타 각 조, 실에 소속되지 아니한 업무에 관한 사항

2. 臺灣 健康保險組織의 實績評價와 인센티브制度

대만은 건강보험 중앙본부와 6개 분국의 연간 실적평가를 실시하고 있다. 2000년 실적평가의 비중은 연도목표 집행실적에 85%를 두고, 분국이 자체적으로 설정한 항목에 대한 실적에 15%를 두고 있다. 연도목표 집행실적은 6개 분국 모두에 동일하게 적용되며, 수입측면에 30%의 비중을 두고, 지출측면에 45%의 비중을, 그리고 고객만족도 비중을 10%로 두고 있다. 이들 실적평가의 항목들과 항목간 비중은 본국이 해마다 업무수요에 따라 수정하여 적용한다.

2000년 연도 목표 집행실적의 실적평가 항목은 수입측면 5가지, 지출측면 8가지와 고객만족도 1가지로 되어 있으며, 이들 항목은 아래의 표와 같다.

〈表 4-4〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 實績評價 項目

측 면	실 적 평 가 항 목
수 입	보험료 징수액의 연간성장률, 보험료납부지도 성공률, 보험료 누적 징수율, 보험대상자료의 정확성, 체납보험료 징수금액
지 출	의료비용 성장률, 약제비용지출 성장률, 1인당 평균외래이용 수, 복건경도치료(復健輕度治療) 비율, 예방보건 검사율, 1차심사 삭감금액, 삭감금액 보부(補付)율, 실지심사율
지 원	고객만족도

'분국 자체 실적평가 항목(15%)'은 각 분국마다 다르며, 각 분국별로 설정된 2000년 실적평가 항목들은 다음과 같다.

〈表 4-5〉 臺灣 中央健康保險局 分局의 自體 評價 項目

분 국	분 국 평 가 항 목
타이베이	대민 서비스, 업무절차의 간소화, 연구개발
북 구	대민 서비스 강화, 서비스 효율 제고, 의료서비스의 질 향상, 전산시스템 운용을 통한 비용관리 강화
중 구	부실 보험가입자 단위 정리작업, 제2류 및 3류 보험가입자 단위의 보험료 결산, 입원 지도, 의료서비스 인력 자료당 착오율 저하, 의료기관의 전산 청구율, 자격관리업무의 체계화, 인사관리시스템의 전산화, 지출측면의 조직 재구성
남 구	치과외래총액 컴퓨터자동화 심사, 보험가입자 단위의 보험관련 지도, 제2류 및 3류 보험가입자 단위 보험료 결산작업 완성율 제고, 자체의 연구개발
카 오 펑	전화서비스 개선, 외래 및 입원 업무조직의 재구성, 사무실 5S추진, 표준화 추진, 자체의 연구개발
동 구	직원들의 전산사용능력 제고, 지역 내 홍보활동, 보험료 자동이체율 제고, 업무절차의 개선, 정신과 실지심사 실적, 의료비용 업무분석시스템 구축

대만 건강보험의 실적평가 구조를 살펴보면, 행정원 위생서가 중앙건강보험국에 대해 조직의 경영실적 심사를 실시하고, 행정원 연고회

가 중앙건강보험국에 대해 업무심사를 실시한다. 이들 심사의 결과에 따라 실적 성과급을 지급하게 된다. 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대한 실적을 평가하여 우등과 양 등으로 결과를 도출하여 인센티브의 차등을 두고 있다. 또한 전체직원에 대해서는 개인심사를 연말에 실시하여 실적평가를 수행하며, 그 결과를 토대로 성과급 지급에 차이를 두고 있다.

3. 臺灣醫療保險制度의 特徵

대만의 의료보험제도의 특징을 살펴보면 다음과 같다. 이러한 특징에서 통합의료보험제도를 운영하고 있는 대만이 우리에게 주는 시사점을 찾을 수 있다.

첫째, 의료비를 절감하기 위하여 다양한 진료비 지불방식을 사용하고 있는 것이다. 대만의 진료비 지불체계는 행위별수가제를 기본으로 하며, 지불체계의 효율 및 효과를 높이기 위해 행위별수가제 외에 포괄수가제, 총액계약제 및 인두제를 점차적으로 도입하여 왔다. 포괄수가제(case payment)는 현재 50개 항목에서 실시되고 있으며 인두제(capitation)는 산간 및 도서지역주민과 정신과진료에서 실시되고 있다. 치과외래에 대해서 1998년 7월부터 총액계약제를 실시하여 매년 8% 수준에서 치과 의료비 성장률을 통제해오고 있으며, 2000년 7월부터 중국전통한방의학에도 총액계약제를 실시하고 있다.

둘째, 심사기능이 독립된 우리나라 건강보험과는 달리 대만은 분국 자체에서 진료비 심사를 담당하고 있다.

셋째, 피보험자의 의료이용에 대한 도덕적 해이를 방지하여 보험재정의 안정에 도움을 주기 위한 장치로 대만에서는 진료횟수가 제한된 건강보험증을 사용하고 있다. 대만의 건강보험증은 6회의 진료내역만을 기록할 수 있어, 6회의 진료내역이 기록된 보험증은 가입단위 또는

지정장소에서 교체 발급되다. 또한 보험증은 발급된 당해연도에 한해 유효하다.

넷째, 대만 건강보험은 수급자들에게 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 제공하기 위하여 점차적으로 가정간호와 호스피스 등으로 급여 범위를 확대하고 있다.

다섯째, 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대한 실적을 평가하는데, 평가결과 6개 분국 중에서 2개 분국을 우등분국으로 선발하여 인센티브를 부여하고 있다.

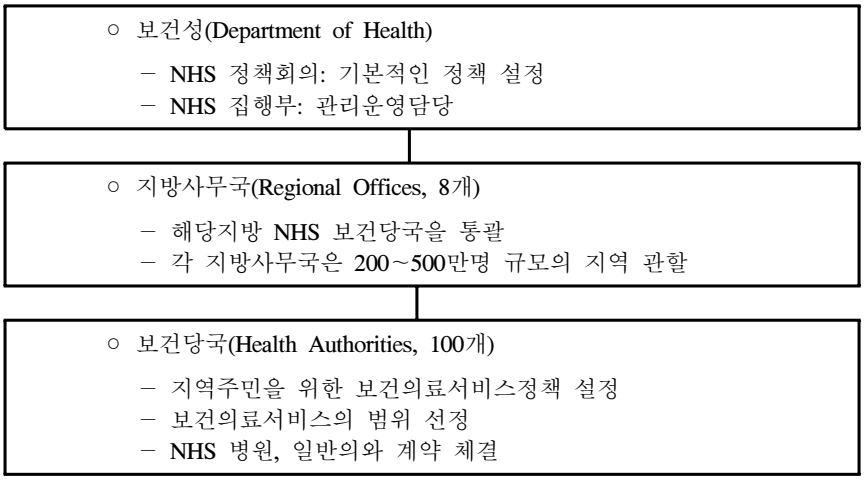
第 2 節 英國의 醫療保障組織

1. 英國의 醫療保障組織과 機能

가. 英國의 醫療保障 管理體系

영국 의료보장 관리체계의 근간은 NHS 조직이며 중앙정부조직인 보건성(Department of Health)이 NHS업무를 관장하고 있다. 보건성은 의료서비스의 전체분야를 총괄하는데 정책수립은 NHS 정책회의(NHS Policy Board)에서, 관리운영은 NHS 집행부(NHS Executive)에서 담당하고 있다. 보건성장관(의장), 의회 및 의료계 대표 등으로 구성된 NHS 정책회의는 기본적인 정책의 방향을 결정한다. NHS의 관리운영을 담당하는 NHS 집행부는 본부와 지방사무국으로 구성되어 있는데 NHS 정책 설정 및 조정, 의료자원의 각 지역으로의 적절한 배분 등의 기능을 수행한다.

〔圖 4-1〕 NHS의 管理運營組織



資料: 국민건강보험공단,『외국의 의료보장제도』, p.85, 1997, 재구성

2. NHS 成果評價體系와 인센티브制度

영국 NHS는 국민들에게 기본적으로 제공되어야 하는 표준서비스의 목표를 설정하고 설정된 목표대로 각 보건당국이 지역주민에게 보건의료서비스를 제공하는가를 평가하기 위한 NHS 성과평가체계(PAF; Performance Assessment Framework)를 수립하였다. NHS의 표준서비스를 위해 설정된 목표는 보건향상(Health Improvement), 공평한 접근성(Fair Access), 적절한 보건의료의 효과적인 전달(Effective Delivery of Appropriate Healthcare), 의료자원의 효율적인 사용(Efficient Use of Resources), 환자 및 의료서비스 제공자의 경험(Patient/Carer Experience), 보건의료의 결과(Health Outcomes of NHS care) 등의 6가지 영역이다. 이러한 목표영역의 핵심목적과 평가지표들을 살펴보면 보건의료서비스 제공측면에서는 형평성, 시기적절성, 표준성이, 그리고 의료자원 이용측면과 의료서비스 결과측면에서는 효율성과 효과성이 각각 강조

되고 있다는 것을 알 수 있다.

NHS의 지방사무국은 이러한 평가지표를 사용하여 각 지역 보건당국의 성과를 평가한다. 평가결과를 토대로 보건당국을 적색(Red), 황색(Yellow), 녹색(Green) 등 3등급으로 분류한다. 녹색등급은 가장 상위 등급으로 이 등급을 받은 보건당국은 자율적으로 운영방침을 수립할 수 있다. 황색등급은 중간 등급으로 이 등급을 받은 보건당국은 운영방침을 지방사무국의 지도아래 수립하여야 한다. 이와 반면에 가장 하위등급인 적색등급을 받은 보건당국은 NHS에서 세워주는 운영방침을 따라야 한다. 또한 NHS 성과기금(Performance Fund)을 배분받을 때 평가등급에 따라 차별을 받는다(NHS, NHS Performance Indicator, July 2000).

〈表 4-6〉 英國 NHS의 目標領域 및 成果評價體制(2000年)

목표영역	목적	평가지표
보건향상 (Health Improvement)	- 일반적 보건상태의 향상 및 보건의료서비스의 불평등 감소	- 모든 원인에 의한 사망(15~64세, 65~74세) - 순환기 질환으로 인한 사망 - 암으로 인한 사망 - 자살률 - 사고로 인한 사망 - 사고로 인한 중상
공평한 접근성 (Fair Access)	- 지역, 사회경제, 인종, 연령, 성에 관계없는 보건의료서비스 제공	- 입원 대기자 숫자 - 치과의사에게 등록한 성인의 숫자 - 암의 조기발견 - 일반의(GP) 숫자 - 심장동맥 수술률
효과적인 전달 (Effective Delivery)	- 효과적이고, 시기 적절한 서비스의 제공 - 합의된 표준서비스의 제공	- 어린이 예방접종 - 부적절하게 시행된 수술 - 급성 진료서비스 관리 - 만성 진료서비스 관리 - 일차진료에서의 정신보건 - 비용 효과적인 처방 - 발작치료후 퇴원율 - 둔부골절치료후 퇴원율
의료자원의 효율적 사용 (Efficient Use of Resources)	- 의료자원의 최소한의 낭비 - 단위서비스당 비용의 효율적 사용	- 일당 진료건수율 - 치료기간 - 일반 처방 - 출산비용 - 정신질환치료비용
환자 및 의료서비스 제공자의 경험 (Patient/Carer Experience)	- 개인의 필요에 따른 서비스 - 제공된 서비스의 질	- 응급치료를 위해 2시간 미만 대기한 환자 - 수술취소 - 병원 퇴원 지체 - 환자가 예약 후 나타나지 않았던 첫 외래 예약 - 일반의 의뢰 후 13주 이내의 외래 환자 - 18개월 이상 대기한 경험이 있는 환자율 - 환자만족
보건의료의 결과 (Health Outcomes of NHS Care)	- 제공된 의료서비스로 인한 환자의 건강향상	- 18세 이하의 임신 - 5세 어린이의 충치, 결손치 비율 - 퇴원 후 재입원율 - 정신질환 응급 재입원율 - 노인의 응급치료 - 유방, 자궁경부암, 폐암, 결장암의 생존율 - 응급실 및 일반 수술후 병원내 사망 - 심장마비 및 둔부골절로 인한 병원내 사망 - 영아 및 출산중 사망

資料: NHS, *NHS Performance Indicator*, July 2000.

3. 示唆點

영국 NHS는 지역 의료서비스의 성과를 평가하고 감시하기 위해 NHS 성과평가체제를 도입하여 시행하고 있다. PAF는 보건향상, 공평한 접근성, 적절한 보건의료의 효과적인 전달, 의료자원의 효율적인 사용, 환자 및 의료서비스 제공자의 경험, 보건의료의 결과 등의 6가지 목표와 이에 대한 평가지표를 설정하여 100여 개 보건당국의 성과를 평가한다. 이러한 평가결과를 토대로 상위그룹에 들어간 보건당국은 운영에 있어서 자율성을 제공받고, NHS 성과기금(Performance Fund)을 배분받을 때 혜택을 받는다.

우리나라 건강보험공단의 성과평가체제를 영국 NHS와 비교하여 살펴보면 의료서비스 제공 차원에서의 보건향상, 공평한 접근성, 적절한 보건의료의 효과적인 전달, 의료자원의 효율적인 사용 등과 같은 목표의 구체적 설정, 그리고 성과의 정확한 평가, 평가결과에 따라 유인동기의 제공 등이 상당히 결여되어 있는 것을 알 수 있다. 물론 의료, 공중보건서비스 등 건강 관련 모든 서비스를 다 관장하고 있는 영국 NHS와 의료서비스에 대한 지불자 역할을 담당하고 있는 우리나라 공단과의 평가체계의 단순비교에는 한계가 있다. 그러나 우리나라의 현행 건강보험제도가 앞으로 발전적으로 성장해 나아가기 위해서는 단순히 건강보험에 관련된 행정업무의 제공뿐이 아니고 의료서비스에 대한 국민의 필요를 정확히 파악하고 이에 따른 합리적인 의료서비스의 제공이 필요하겠다. 그리고 건강보험의 목표 설정, 성과의 정확한 평가, 평가결과에 따라 유인동기의 제공 등이 제도적으로 수립되어야 할 것이다.

第 5 章 健康保險 管理運營體系의 效率化 方案

第 1 節 成果評價體系 確立을 통한 效率化

건강보험업무의 중요한 사항, 즉 진료비 지불방식, 요양기관 실사, 요양급여의 범위, 상대가치 조정 및 결정 등의 사항은 보건복지부에 의해 결정되어 보험자로서의 국민건강보험공단은 관리운영 역할에 있어서 제한을 받고 있다. 이러한 제한적 역할은 공단의 자율성과 책임성을 저하시킨다는 지적이 있다. 공단이 건강보험 관리운영에 있어서 주체적 역할을 담당하는 조직이 되기 위해서는 위에서 설명된 보건복지부의 업무들을 단계적으로 공단으로 이양시켜 공단의 자율성과 책임성을 제고시켜야 한다는 것이다. 그러나 현재의 공단은 이러한 권한을 이양받아 전국민의 건강을 책임질 수 있는 조직으로는 보여지지 않는다는 의견도 있다. 따라서 이 문제는 장기적으로 고려되어야 할 것이다.

공단은 비록 건강보험업무에 있어서 제한된 권한을 가지고 있으나 대부분의 관리운영업무를 담당하고 있는 일종의 경영자라고 할 수 있다. 관리운영조직의 효율성과 생산성을 제고하기 위해 공단은 경영혁신을 추진하고 있으나 현 시점에서는 관리운영의 효율화는 나타나고 있지 않는 실정이다. 따라서 공단은 건강보험의 관리운영을 책임진 경영자로서 관리운영체계를 효율적으로 운영하기 위해서 지금까지 수행해온 경영혁신에 대한 자체적인 재평가를 통해 경영혁신의 노력이 가시화될 수 있는 방안을 마련하여야 한다. 이를 위해 본 보고서에서는 건강보험의 일선조직인 지역지사의 성과평가체계 확립을 통한 효율화 방안을 제안하고자 한다. 여기서 말하는 성과평가체계는 각 지사간에

경쟁을 유도할 수 있는 유인동기시스템이 포함된 체계를 의미한다.

1. 計量的 次元의 管理運營 效率性 評價

관리운영의 효율성 측정지표에서 보여주듯이 관리운영비의 효율화는 나타나고 있지 않다(본 보고서 제3장 2절 참조). 관리운영의 효율성을 증진시키기 위해서는 국민건강보험공단의 일선조직인 지역지사의 업무행위의 책임성을 강화시킬 필요가 있다. 재정운영에 책임이 없는 지역지사들이 과거 조합시절에 비하여 업무행위에 대한 책임성이 해이해질 가능성이 있기 때문이다. 따라서 유인동기시스템이 포함된 성과평가체계를 보험업무의 일선조직인 지사에 적용시켜 경쟁을 통해 관리운영의 효율성을 도모하여야 하겠다.

지사의 성과평가체계를 확립하기 위해서는 우선적으로 관리운영비의 효율성 정도를 평가하여야 한다. 이를 위해 1인당 산출량 방식의 지표를 보험자측면과 피보험자측면으로 구분하여 개괄적으로 관리운영비의 효율성을 평가할 수 있다(표 5-1 참조).

〈表 5-1〉 公團 支社의 管理運營費 效率性 測定指標(例)

평가방식	내역
보험자 측면	관리운영비/관리인력
	인건비A/관리인력
	인건비B/관리인력
피보험자 측면	관리운영비/적용인구
	인건비A/적용인구
	인건비B/적용인구

註: 인건비A는 퇴직급여비 포함
인건비B는 퇴직급여비 제외

개괄적으로 지사의 관리운영비의 효율성을 평가하는 방식이외에 지사의 행정업무의 산출물을 비용측면에서 행정업무분야별로 구분하여

평가하는 방식을 사용하면 관리행정의 기능적인 측면을 비교분석하기 용이할 것이다. 지사의 행정업무분야는 자격관리, 보험료 징수, 기타징수금, 보험급여, 급여관리, 건강검진 등으로 구분되는데, 이와 같은 업무분야를 관리운영비와 대비하여 평가를 하는 방식이다(표 5-2참조).

〈表 5-2〉 公團 地域支社 業務分野別 效率性 測定指標(例)

	업무분야별 측정지표	세부업무내용
관리 운영비 대비	자격관리실적	· 지역가입자 자격변동 처리실적 · 미가입사업장 편입실적 · 지역가입자 전·월세금 부과실적
	보험료징수실적	· 보험료징수실적(금액) · 보험료징수실적(건수) · 보험료 징수율 증가실적 · 보험료 자동납부실적 · 보험료 자동납부율 증가실적 · 보험료 자동납부 이체실적 · 체납보험료 징수실적(금액) · 체납보험료 징수실적(건수) · 체납보험료 증가율 증가실적 · 체납보험료 체납처분실적 · 체납보험료 독려실적
	기타징수실적	· 기타징수금 징수실적(금액) · 기타징수금 징수실적(건수) · 체납기타징수금 징수실적(건수) · 체납기타 징수금 징수율 증가실적 · 기타징수금 독려실적
	보험급여실적	· 장제비 지급실적 · 기간별 장제비 지급실적 · 본인부담금 환급금 지급실적 · 기간별 지급실적 · 본인부담액 보상금 지급실적 · 기간별 지급실적
	급여관리실적	· 부당수급 처리실적 · 부당수급 처리정확도 · 상해외인 처리실적 · 상해외인 적용실적 · 상해외인 처리정확도 · 수진자 조회율 · 수진자 조회부당청구 적발실적
	건강검진실적	· 건강검진 사업실적 · 기간별 건강검진비 청구서 처리실적

현재 공단에서 평가결과에 따라 전체 지사 중 약 10%에 해당하는 지사를 선발하여 지사 당 전직원들에게 월 기본급의 10%를 성과급으로 지급한다. 그러나 이러한 성과급제도는 지사의 관리운영 효율화 노력에 있어서 경쟁을 유도하기에는 상당히 미흡한 제도라 할 수 있다. 지사에게 유인동기를 제공하여 경쟁을 유도하기 위해서는 인센티브제도를 바탕으로 한 경제시스템을 도입하여야 한다. 여기서 말하는 유인동기는 재무유인동기를 제공하는 방법을 뜻한다. 재무유인동기가 제공되면 각 지사는 관리운영의 효율화를 위한 보다 적극적인 행동을 취할 것이다. 영국, 캐나다, 덴마크, 스웨덴 등에서 예산개혁을 위해 예산집행부서가 효율적으로 업무를 수행할 동기를 부여하기 위하여 사용했던 방법, 즉 일정금액이상의 예산을 절약하면 구성원에게 분배하도록 허용하는 방법을 재무유인동기로 사용할 수 있을 것이다. 이러한 방법을 사용하면 이익이 나지 않으면 성과급이 있을 수 없다는 점을 구성원에게 주지시킬 수 있다.

이를 더불어 영국 NHS와 같이 평가결과가 상위에 속하는 지사에게 운영방침을 자율적으로 수립케 하는 방법도 생각해 볼 수 있다. 예를 들면 평가결과를 토대로 지사를 A, B, C 등 3등급으로 분류한다. A등급은 가장 상위 등급으로 이 등급을 받은 지사는 자율적으로 운영방침을 수립할 수 있다. B등급은 중간 등급으로 이 등급을 받은 지사는 운영방침을 지역본부의 지도아래 수립하여야 한다. 이와 반면에 가장 하위등급인 C등급을 받은 지사는 지역본부에서 세워주는 운영방침을 따라야 하는 것이다.

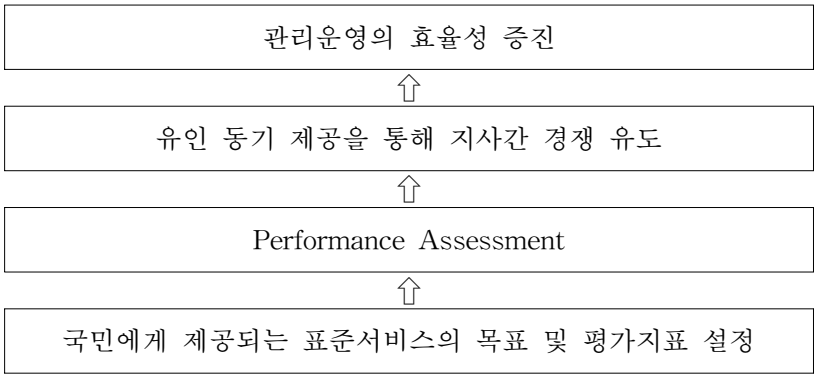
2. 非計量的 次元의 管理運營 效率性 評價

지사의 행정업무를 실적중심으로 위에서와 같이 측정지표를 사용하여 효율성을 측정할 수 있다. 그러나 문제는 지사의 건강보험에 관련

업무 중 계량화할 수 없는 부분이다. 건강보험 업무로 인한 국민의 건강향상, 공평한 건강보험의 접근성, 적절한 의료서비스의 효과적인 전달성 등은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물이다. 진정한 관리운영의 효율성을 평가하기 위해서는 이러한 성과물의 평가도 수행되어야 하다. 이를 통해 국민에게 더욱 효율적이고 질 높은 의료서비스를 제공할 수 있는 것이다.

영국의 경우를 살펴보면 공공의료는 국가의료서비스(NHS)를 통해 제공되며, 수요에 제한이 없어서 대기환자가 많아 의료접근이 제한되는 문제점을 가지고 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 영국의 NHS에서는 1999년부터 의료서비스를 더욱 효율적이고 질 높게 제공하려는 목적을 갖고 관리운영방식에 NHS 성과평가체제(PAF: Performance Assessment Framework)를 도입하여 시행하고 있다. 영국의 PAF의 특징은 비용개념으로 계량화할 수 없는 성과물을 평가하는 것이다. 따라서 우리나라 건강보험의 성과평가체계에 국민들에게 표준서비스를 제공하는 것을 목적으로 한 보건의료서비스 제공측면에서의 형평성, 시기적절성, 표준성, 그리고 의료자원 이용측면과 의료서비스 결과측면에서의 효율성과 효과성 등을 평가할 수 있는 평가지표의 도입이 필요하다고 생각된다.

〔圖 5-1〕 國民健康保險公團 管理運營體系의 效率化 흐름도



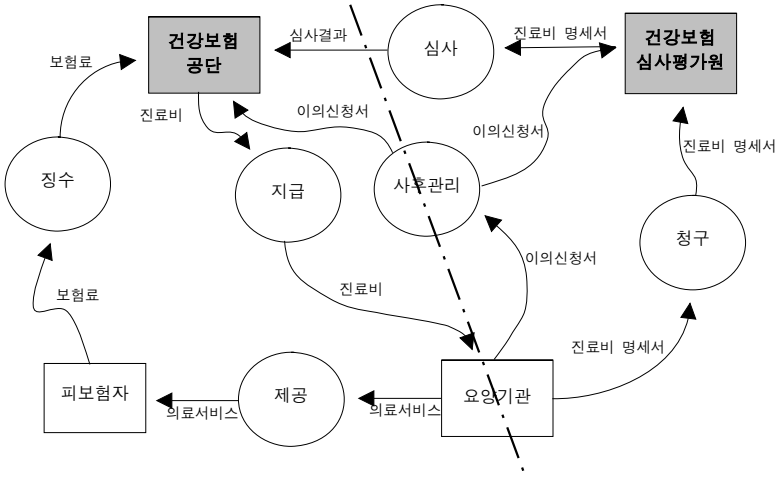
第 2 節 健康保險關聯 情報體系 構築을 통한 效率化

1. 健康保險關聯 情報體系 現況과 問題點

가. 健康保險의 業務 프로세스

건강보험공단과 심사평가원은 건강보험이라는 단일한 프로세스를 운영하기 위한 조직이다. 실무적인 조직설계와 업무분장 및 관련 정보시스템의 구축방안은 양 기관간에 거래비용을 최소화하는 방향에서 진행되어야 할 것이다. 따라서 두 기관의 분리 독립되었다고 하여 건강보험정보시스템이 반드시 분리 운영되어야 하는 것을 의미하는 것은 아니다. 진료비 부당·허위청구 및 과잉청구, 급여사후관리에 대해 공단이나 심사평가원이 협조하여 효과적으로 공동대처할 수 있는 정보시스템이 구축되어야 바람직할 것이다.

〔圖 5-2〕 國民健康保險의 槪括的 흐름도



심사평가원이 분리 독립된 것은 심사의 공정성을 확보하고 급여 적정성 평가 기능을 강화하기 위한 정책적 결정에 의한 것으로 불가피한 측면이 있으나, 단일한 프로세스를 지원하는 정보체계를 분리시키는 것은 정보자원 활용의 효율성, 정보의 활용이라는 측면에서 매우 부정적이다.

나. 健康保險 情報시스템 運營의 非效率性

현재의 건강보험 정보시스템 운영의 비효율성은 두 기관의 정보시스템이 각 기관에 분리되어있기 때문에 나오는 문제와 보험자인 건강보험 공단의 시스템 아키텍쳐(Architecture)를 지역분산식으로 설계한데 따른 문제점으로 나누어 생각해볼 수 있다.

1) 情報組織 分離

국민건강보험공단에서는 진료비를 지급하기 위하여 심사평가원의 심사결과 자료가 필요하고, 심사평가원은 진료비 심사과정에서 피보험자/피부양자의 자격을 확인하기 위해 건강보험관리공단의 자격정보가 필요하다. 이들 자료는 심사평가원 독립 이전에 원활하게 공유되었으나, 두 기관이 이러한 정보를 서로 상대 정보조직에 원활하게 제공하지 않고 있다. 이러한 현상은 각 기관에 반드시 필요한 중요 자료를 상대 기관에 대한 견제 도구로 이용하고 있기 때문으로 생각된다.

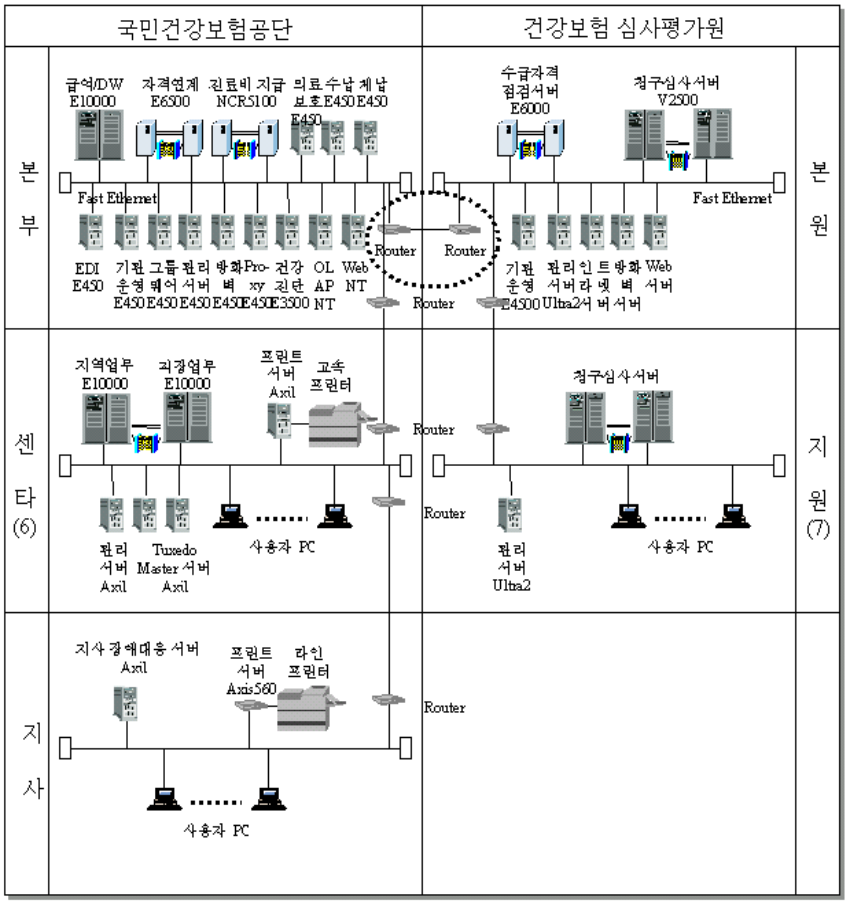
온라인으로 정보가 공유되지 않음에 따라 이들 자격인덱스와 심사결과 자료를 관리하기 위한 전산자원이 건강보험 공단과 심사평가원에서 중복하여 투자되고 있다. 그밖에도 많은 전산자원이 소요되는 데이터웨어하우스도 두 기관에서 모두 별도로 개발한 상태이며, 전산자원의 중복투자는 향후에도 더욱 늘어날 것으로 예상된다.

최근 수 년 동안 건강보험 정책의 변화에 따라 이를 지원하는 정보시스템도 지속적으로 변화해왔다. 그러나, 건강보험 공단과 심사평가원(과거 연합회)은 자체 개발보다는 외주에 의한 시스템 개발에 이은 유지보수의 역할을 수행함에 따라 적지 않은 보험 재정의 손실이 추정된다. 즉, 건강보험공단과 심사평가원에 600여 명의 전산인력이 있으나, 정보체계 개발과 관련 사업은 모두 막대한 예산을 들여 외부 SI 업체에 의존해왔다.

2) 地域分散式 情報體系

건강보험 공단의 시스템 아키텍쳐는 지역센터를 중심으로 하는 분산형으로 되어있다(도 5-3 참조). 2000년에 건강보험 보험자 통합과 심사평가원의 독립과 관련해서 제시되었던 시스템 아키텍쳐와 관련하여 채택한 분산형 아키텍쳐는 비효율적인 인력 구조를 갖게된다. 외국의 사례를 고려할 때 향후 건강보험 정보체계는 과학적인 정책결정 지원기능 이외에도 국민과 보건의료전문가들에 대한 정보제공기능이 강화되어야 할 것으로 예상되는데, 현재와 같은 분산형 정보체계 하에서는 데이터베이스의 분리, 기관간 협조체계의 부재, 기존 조직의 정보체계에 대한 보수적 인식 등으로 인하여 이러한 기능을 제대로 발전시켜 나갈 수 없을 것이다. 따라서 이에 대한 재평가가 필요하다.

〔圖 5-3〕 現在의 健康保險 情報시스템



註: 1) 공단의 경우 본부 및 센터에 각 1개씩 개발 및 교육용 소형서버 보유
2) 심평원의 경우 서울, 수원, 대전, 광주는 청구심사 서버로 HP서버를, 대구, 부산, 창원은 청구 심사 서버로 SUN서버를 사용함.

다. 國民健康保險公團과 健康保險審査評價院의 關係

국민건강보험공단의 전산망과 심사평가원의 전산망이 함께 공유해야할 자료는 국민건강보험공단의 자격변동정보와 심사

결과자료가 있다. 이들 자료는 각 조직에서 가장 크고 중요한 자료이기도 하다. 자격변동정보는 국민건강보험공단에서 관리하는 기초데이터로부터 주기별 변동자료를 파일로 생성하여 심사평가원의 자격변동정보 관리서버에 별도로 전송하고 있다. 심사평가원의 고유한 업무인 심사기능을 수행하기 위해서는 먼저 청구명세서의 환자에 대한 자격을 먼저 확인하게 되며, 이를 위해 자격변동정보가 필요하다.

심사결과정보는 심사평가원의 각 지부에서 수행한 심사결과를 심사평가원 본부로 전송되어 취합한 후 국민건강 보험공단 본부로 전송된다. 심사가 완료된 자료의 양은 약 100만 건/일(건당 300～400bytes)정도의 방대한 자료이며, 국민건강보험공단은 요양기관에 대한 요양급여 비용의 지급을 위하여 심사평가원의 심사결과 자료가 필요하다.

라. 4大 社會保險과의 關係

건강보험, 국민연금, 고용보험과 산업재해보험의 4대 사회보험은 각각 사회복지 향상을 위하여 고유의 업무를 수행하고 있으나, 보험료의 부과, 징수를 포함한 관리운영체계에서의 공통부분이 많아 관리운영체계를 효율화하기 위한 통합 필요성이 과거 수 차례 제기되었다. 이에 따라 '국민의 정부'에서는 4대 보험 관리체계의 통합을 개혁과제로 제시하였으며, 그 첫 단계로 국민건강보험과 국민연금의 관리운영체계를 통합할 것을 정책방향으로 설정하였다. 그러나, 계속 미루어오던 4대 사회보험 연계시스템을 위한 ISP가 2001년 10월에 시작하면서 통합보다는 가장 단순한 네트웍의 연결에 초점을 맞추고 있어 그 성과가 의심된다.

2. 健康保險관련 情報體系 效率化 方案

가. 健康保險 情報센터의 活用

정보시스템의 외주는 최근 전략적인 정보기술의 투자, 부가가치를 높이는 방향으로 모든 정보기술 중에서도 가장 각광받고 있다. 보통 외주는 단순 반복적인 업무부터 가상기업까지도 포함할 수 있으나, 사회보험이나 건강보험에서는 정보시스템 관리 업무를 공동으로 위탁하여 효율성을 높이는 것이다. 이 보고서에서는 두 기관의 공동외주를 주체를 건강보험 정보센터로 부르기로 한다.

1) 다른 社會保險과의 關係

다른 사회보험과의 관계를 고려하면 보험료의 부과·고지·징수를 함께 공유하는 개념을 생각할 수 있다. 현 정부의 출범 당시에는 사회보험 자체의 통합까지도 고려하였으나, 현재는 공통된 자료의 연계 정도까지를 생각하고 있다. 그러나 보다 효율적인 방향은 사회보험시스템의 투입과 과정을 통합하는 것이며, 현재 이 문제에 대해서는 4대 사회보험 정보연계시스템 ISP를 진행하고 있으므로 언급을 생략하고 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 정보시스템의 공동외주에 대해서만 논의하고자 한다. 그러나 최종적으로는 모든 사회보험의 통합된 공동외주조직이 일을 맡아야 할 것이다.

국민건강보험공단은 다른 사회보험에 비하여 가장 포괄적인 자격관리, 보험료의 부과 및 징수에 관한 정보를 관리하고 있다. 국민건강보험공단은 전국민에 대한 자격관리정보와 모든 봉급생활자 및 자영자 세대에 대한 보험료 부과 정보를 관리하고 있다. 따라서 건강보험공단 정보시스템으로부터 4대보험 통합을 추진하는 것이 합리적이라고 판단되지만 공단과 심사평가원의 정보시스템이 현재와 같이 분리된

상태에서는 다른 사회보험 기관과의 통합이 어렵기 때문에 우선적으로 두 기관 정보시스템의 통합이 선행되어야 한다.

공동외주조직으로서 정보센터를 운영방안으로 삼는 이유는 사회보험 조직에서 정보시스템을 외주하는 형태로 효율화시키면 이 때 잉여자원이 발생하게 되고, 이 자원을 사회보험의 다른 서비스를 구현해 나가는 자원으로 활용이 가능하기 때문이다. 다른 이유는 공동외주를 통해 정보시스템 아키텍처를 바꾸는 것이다. 정보센터를 중심으로 모든 네트워크를 구축할 경우 장비관리, 장애대비에 필요한 자원 확보나, 시스템의 백업 등이 보다 효율적으로 이루어질 수 있다.

2) 健康保險 審査評價院과의 情報시스템 共同外注

심사평가원의 전산망과의 공동외주는 여러 가지 의미를 갖는다.
첫째, 건강보험의 특성상 양 기관에 공통적으로 필요한 자료를 공유함으로써 두 기관에서 별도로 자료관리에 소요되는 물적/인적 자원을 절약할 수 있다.

둘째, 전산인력이 한 조직에서 근무함에 따라 자체 교육 등을 통하여 다른 IT업체의 외주 없이 스스로 자체적인 전산관리 및 개발을 함으로써 지금까지의 외주에 의한 보험재정 지출을 막을 수 있다.
마지막으로 가장 중요한 것은 건강보험의 업무 프로세스는 본래 하나라는 것이며, 심사 및 평가의 적정성을 확보하기 위하여 심사평가원을 독립시켰다는 점이다. 따라서 일원화된 건강보험 전산망을 통하여 보험정보의 처리 과정이 원활하게 운영될 수 있도록 해야 한다.

향후 정보시스템의 공동외주에 따라 제기될 수 있는 문제로 기존 업무의 지원이 원활치 않게 될 가능성이 있다는 점에 유의하여야 하며, 건강보험 관련조직의 이기주의, 관련 직원들의 반대 의견 등은 위험요인으로 작용할 것으로 판단된다(표 5-3 참조). 따라서 정부는 미

래를 생각하며 정책적인 의지를 갖고 추진해 나가야 할 것이다.

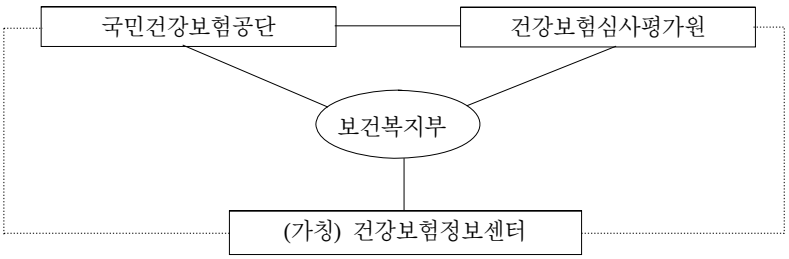
〈表 5-3〉 健康保險의 共同外注에 대한 SWOT分析

구분	내 용
장점	• 건강보험관리공단과 건강보험 심사평가원의 자원 공유로 인한 경제적 효과
단점	• 기존 업무의 지원 소홀 우려
기회	• 건강보험 단일보험자 탄생으로 통합업무 조율이 쉬워짐
위협	• 건강보험 관련조직의 이기주의 • 노동조합의 저항

공동외주의 대안으로서 건강보험 정보센터는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 정보시스템을 통합한 형태의 정보센터를 의미한다. 전국민 자격 인덱스 및 심사결과와 같이 가장 중요하고 큰 자료를 양 조직에서 갖고 있어야 하는 필요성이 있기 때문에 기술적인 측면에서 사회보험 정보센터보다 만들기가 훨씬 수월할 것으로 예상된다.

한편, 정보시스템 개발 및 운영에 필요한 필수인력에 대하여는 근무여건상 조직내 타 직종에 비해 대우면에서 열악한 편으로 사기가 저하되고 있는 실정이고, 특히 개발과정에서는 업무여건상 빈번한 야간작업 참여가 불가피한 실정이므로 관리자의 많은 관심을 필요로 하고 있고 이런 점이 정보센터 설립 과정에 배려되어야 한다.

〔圖 5-4〕 健康保險 情報센터 槪念圖

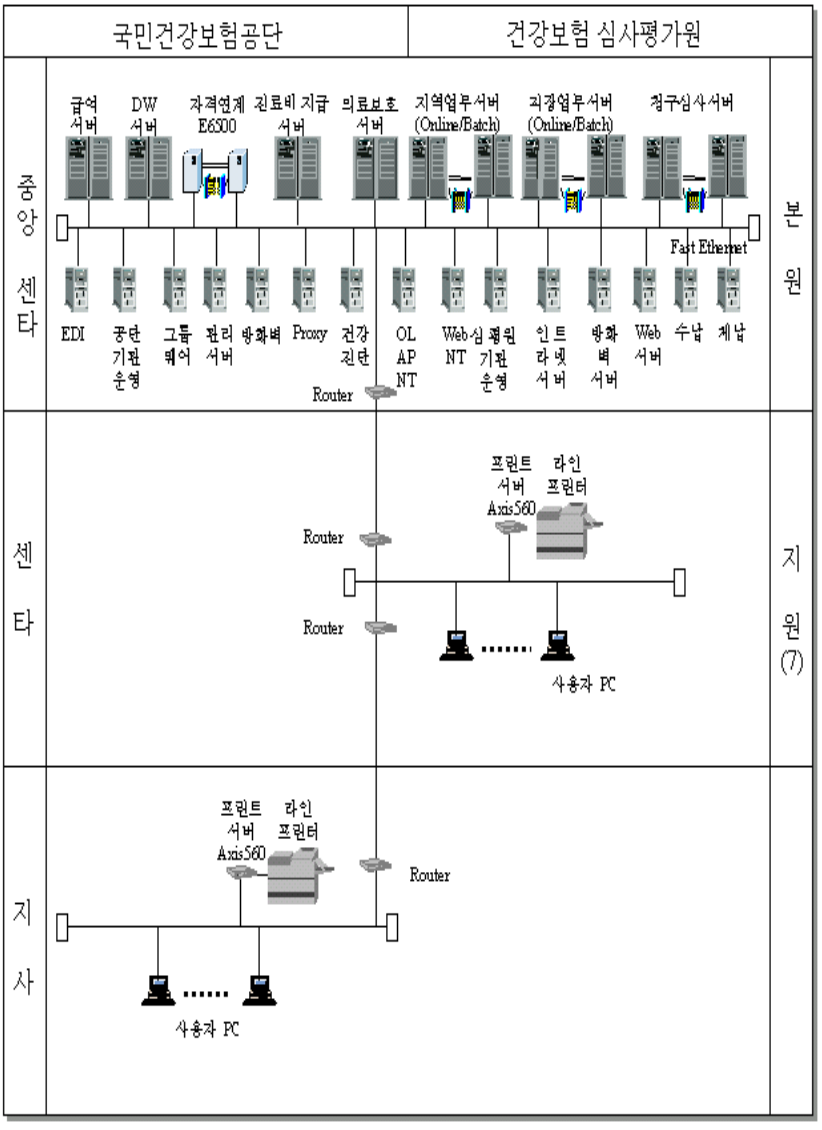


정보센터의 조직은 기존 인원을 모두 수용하고 새로운 기능을 더하는 방법과, 기존 인원의 일부를 받아들이고, 일부는 기존 조직에 필요한 정보관리 이외의 업무에 종사하도록 하는 방법이 있다. 향후 정보센터 계획에서는 기존에 필요했지만 제공하지 못했던 기능을 확충하고, 기존 인력을 모두 받아 충분한 교육 훈련을 받도록 한 후, 건강보험 정보센터 혹은 다른 분야의 정보센터에서 일할 수 있도록 배려하는 것이 가장 바람직하다. 정보센터의 기능에는 앞서 논의했던 세부 목표를 모두 충족시킬 수 있는 전략들을 수행하는 기관으로 거듭나야 하며, 이에 덧붙여 조직원들이 새로운 정보기술환경에 적응해 가도록 충분한 전문교육을 받을 수 있도록 해 주어야 한다.

3) 健康保險 情報시스템의 아키텍쳐 變化

건강보험공단의 정보시스템이 현재 시스템으로도 다수의 보험자가 있을 때 비하면, 어느 정도 자격관리가 효율적으로 이루어지고 있기는 하지만, 현재와 같은 분산형 시스템보다 본부에 비중을 둔 중앙집중형 시스템이 보다 더 비용 효과적이다(도 5-5 참조). 중앙집중형 시스템은 관리측면에서 중앙에서 모든 시스템을 관리하므로 밤교대 등에서 시스템 오퍼레이터 수를 줄일 수 있고 시설관리 비용을 줄일 수 있다. 현 시스템에서는 자격변동에 따른 자료이동으로 지사간 자료 일치성에 문제가 있을 수 있으나 중앙집중형에서는 모든 자료가 중앙센터에서 관리되므로 자료이동 처리가 일관성 있게 처리 될 수 있고 자료의 이동을 다른 대안에 비해 줄일 수 있다. 이와 같은 아키텍쳐의 변화가 효과적이기 위해서는 공동외주형태가 보다 바람직하다.

〔圖 5-5〕 中央集中型 情報시스템 아키텍쳐



4) 健康保險 電算體系 共同外注의 經濟性

1998년에 4대 사회보험의 관리운영체계를 일원화했을 때에는 전체 관리운영비(약 9천억원)중 약 5900억원 예산절감 및 14,000여 명의 인력대체 효과가 있을 것으로 예상되었다. 그 중 사회보험 관리운영체계의 일원화 기반을 이룰 수 있는 전산망을 통합했을 경우, 전산인력은 약 250명 정도가 필요하고, 전산운영비는 최소 약 334억원에서 최대 약 489억원 절감이 예상되었다.[10]

그 동안 건강보험 정보의 경우는 의약분업과 이로 인한 EDI 청구물량의 증가, 심사평가원의 독립 등으로 인해 당시의 추계를 그대로 적용하기는 어려우나, 건강보험 공단과 심사평가원의 공동외주를 하고, 앞서 제시한대로 아키텍쳐를 변화시켜서 시스템이 안정화되었을 경우 인력은 250~300명 정도가 필요하여 간접비용을 포함하면 약 300~400억 정도의 비용이 절감될 것으로 예상된다. 정보 인프라 측면에서는 기반 시설과 중복 자료의 공유에 따른 비용과 및 미래의 투자비용이 감소하여 연간 150~200억 정도의 비용이 절감이 예상되므로 인건비와 간접비를 포함하면 1998년 당시의 4대 사회보험 전산망 통합에 맞먹는 정도로 비용이 절감될 수 있다. 보다 바람직한 것은 4대 사회보험 통합 혹은 전산통합이지만, 건강보험 관점에서만 보았을 때에는 건강보험 공단과 심사평가원의 공동외주가 중단기적으로 보험재정 안정에 도움을 줄 수 있는 현실적인 대안이다. 아쉬운 점은 지난 1998년에 계획을 세운 대로 진행을 했었다면, 현재는 그 효과가 나타나고 있겠지만, 이미 시설과 장비 및 조직이 이를 수용할 수 없는 상태이므로, 가장 좋은 시점은 주기적으로 일어나는 전산장비의 대규모 교체시기를 택하는 것이 바람직하다.

---

10) 한국전산원, 『4대사회보험 관리운영 일원화를 대비한 통합정보시스템 구축방안』, 1998. 6.

나. 結論

현행 관리운영체계에서는 진료비 지급을 담당하는 보험자인 공단은 심사평가원에서 통보한 심사결과를 토대로 자격유무정도만 확인하여 진료비를 지불한다. 이러한 현상은 심사기능의 독립으로 인해 현행 관리운영체계가 건강보험공단은 진료비 지급창구의 역할을 그리고 심사평가원은 진료비 심사기능을 수행하는 이원화된 구조를 가지고 있기 때문이다.

이러한 이원화된 구조는 진료비 심사의 전문성과 자율성 제고의 측면에서는 장점을 가지고 있으나 건강보험의 업무 흐름을 이원화하여 진료비의 관리운영측면에서는 비효율성을 나타내고 있다. 건강보험 정보의 관리운영체계를 효율화시키는 방향에서 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 정보시스템을 통합한 형태의 정보시스템 공동외주를 생각해 볼 수 있다.

현재 공단은 통합 건강보험 전국민 자격 D/B를 구축하였고 심사평가원은 EDI 체계에 의한 진료비 청구·심사 시스템을 준비해 놓은 상태이기 때문에 공단과 심사평가원과의 정보공유·활용사업의 확대를 추진하고, 정보시스템의 아키텍쳐를 중앙집중화 함으로써 공동외주의 효과를 극대화시킬 수 있을 것이다.

參 考 文 獻

건강보험심사평가원,『요양급여의 적정성 평가모형 및 체계개발에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 2001. 6. 30.

건강보험조사평가원,『결산서』, 제1기, 2000.

국민건강보험공단,『건강보험통계연보』, 제22호, 2000.

_____,『결산보고서』, 제1기, 2000.

_____,『국민건강보험공단의 종합 경영진단』, 2001. 10.

_____,『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 2001.

국민의료보험관리공단,『의료보험통합자료집』, 1999. 12.

노화준,『정책평가론』, 법문사, 2001.

류시원·정영철·장영식 외,『보건복지 지식정보화 비전 수립연구』, 한국보건사회연구원, 2001. 6.

박경규,『신 인사관리』, 제2판, 홍문사, 2000.

보건복지부,『보건복지통계연보』, 제46호, 2000.

_____,『직장의료보험조합결산현황』, 의료보험연합회, 1997.

신길수, 정연택 외,『사회보험의 관리운영비 표준산출방식 개발 및 국제비교 연구』, 국제경영전략연구원, 2001.

연세대학교 의과대학 예방의학 교실,『2000년도 건강보험 통계연보 개선 방안에 관한 연구』, 2001. 6.

윤성식, 「최근 선진국예산개혁의 교훈: 대리인이론의 관점」, 『한국행정학보』, 제31권 제2호, 1997, pp.111～123.

의료보험관리공단, 『외국의 의료보험제도 분야별 비교조사』, 1997. 12.

의료보험연합회, 『'97. 지역의료보험조합 결산현황』, 1997.

이상이, 감 신 외, 『건강보험공단 계층조직(본부-지역본부-지사)간의 적정기능 분담에 관한 연구』, 국민건강보험공단, 2001.

이준구, 『미시경제학』, 법문사, 2000.

이해선, 신길수 외, 『요양기관과 보험자간 전자매체를 활용한 자격관리 및 급여정보 통합연계관리 방안에 대한 연구』, 한국의학연구소, 2001.

이학종, 『조직행동론』, 제4판, 2000.

전성훈, 「대리인문제와 최적계약이론」, 『서강경제논집』, 2000.

조홍준, 『최근 10년간 건강보험 문헌자료 DB구축방안 연구사업 결과보고서』, 울산대학교, 2001.

홍석표, 「영국 NHS와 우리나라 건강보험의 성과평가체계 비교」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2001. 12.

_____, 「진료비 목표관리제 도입방안」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2001. 8.

Accenture, 국민건강보험공단의 종합 경영진단, 2001.

Arnold D. Kaluzny & Stephen M. Shortell, *Health Care Management, 2000.*

Bureau Of National Health Insurance, TAIPEI, TAIWAN, R.O.C., *National Health Insurance Act And Implementing Regulations,* January, 1998.

Department of Health The Executive Yuan Republic of China., *Public Health in Taiwan R. O. C.,* October, 1997.

Financing Health Care with Particular Reference to Medicines, "The Health Care System in Korea", *National Economic Research Associates*, July 1994.

Geoffrey A. Jehle & Philip J. Reny., Advanced Microeconomic Theory, 1998.

Holmstrom, B., "Moral Hazard and Observability", *Bell Journal of Economics* 10, 1979, pp.74～91.

NHS, *NHS Performance Indicator,* July 2000.

Thomas Rice, *The Economics of Health Reconsidered,* Chicago, 1998.

附　錄

診療費 支給體系의 改選을 통한 效率化

診療費 支給體系의 改選을 통한 效率化

현행 의료공급자에 대한 진료비 지불방식은 행위별후불수가제를 사용하고 있다. 이러한 진료비 지급제도는 의료공급자의 유도수요에 대한 동기를 부여하고 있다. 총액에 제한이 없는 후불 행위별수가제는 진료의 양에 따라 진료비를 보상받는 제도이기 때문에 공급자에 의한 유도수요에 대해 취약한 제도라 할 수 있다. 따라서 보험급여의 효율성을 제고하는 방안으로 보험자와 의료공급자단체가 매년 급여비용의 총액을 일정 예산하에서 계약하고, 의료공급자가 자율적으로 급여내역을 심사하여 총액을 배분하는 총액예산제 도입방안을 생각해볼 수 있다. 총액예산제 도입을 통해 현행 행위별수가제 하에서 건건이 처리하는 진료비 청구, 심사, 지급 등에 따르는 관리운영비의 절감이라는 부수적인 효과를 얻을 수 있다. 또한 진료비의 효율화를 위해 예산제를 기초로 한 행위별수가제를 실시할 경우 미국 Medicare에서 수행되고 있는 '지속 가능한 진료비 증가율'에 기초한 진료비 관리목표제 적용 여부 연구도 병행되어야 할 것이다.

1. 診療費 總額豫算制

현행 행위별 수가제는 과잉진료에 관한 문제뿐만 아니라 진료비 증가 억제가 사실상으로 가능하지 않는 진료비 지불제도라는 인식이 팽배해 있다. 의약분업 실시이후 건강보험의 재정적자의 해소방안으로 총액예산제 도입을 내용으로 하는 진료비 지불제도 개혁이 요구되고 있는 상황이다. 총액예산제는 1년 단위의 기간동안 의료공급자가 국민/피보험자에게 제공하는 의료서비스에 대한 진료비를 사전에 결정

된 총액으로 지급되는 제도인데, 급격하게 증가하는 의료비의 통제수단으로 많은 유럽국가에서 실시되고 있다.

〈表 1〉 總額 豫算制의 適用對象 區分

구분	적용대상
총액예산 (global budget)	· 전체 의료체계를 대상 · NHS 방식(영국, 그리스, 덴마크, 스페인 등)에서 가능하나 주로 병원 부문에서 실시
부문별 총액예산 (sectoral global budget)	· 의료체계의 특정부문을 대상 · 1차 진료의 및 전문의, 병원급 등으로 구분 · 사회보험방식에서 사용 (독일, 네덜란드, 프랑스, 룩셈부르크 등의 병원부문에서 실시)

〈表 2〉 總額 豫算制 豫算方式 區分

구분	예산방식
예산 상한제 (expenditure cap)	· 실제 의료비지출이 설정된 예산총액을 초과할 경우 의료공급자가 초과금액에 대해 전적으로 책임지는 제도 · 예산제의 효율적 측면에서 가장 이상적인 방법 · 국민에 대한 의료서비스, 의료의 질 측면에서 사용하기 어려운 제도
예산 목표제 (expenditure target)	· 실제 의료비지출이 예산총액을 초과할 경우 의료공급자가 일정비율만 책임지는 제도 · 의료공급자 및 환자가 어느 정도 만족할 수 있는 방법

2. 診療費 目標管理制

가. 硏究의 背景

우리나라의 건강보험제도는 1996년부터 재정수지가 적자로 돌아서기 시작하였고, 2001년에는 보험재정이 급격히 악화되는 위기를 맞이하였다. 이러한 재정위기는 노인인구 증가, 수진율 증가, 의사수 증가 등 그 동안 누적된 잠재적인 재정불안 요인과 더불어 의약분업의 시

행 전후에 취해진 수가 인상과 의보통합에 따른 보험료조정의 어려움에서 기인하고 있다. 따라서 여러 가지 요인에서 발단한 건강보험의 재정위기를 타개하기 위해서는 보험료 인상, 국고지원 확대 등과 같은 통상적인 방안 외에 보험급여의 효율을 획기적으로 제고할 수 있는 새로운 진료비지불제도의 모색이 시급한 상황이다.

따라서 우리나라와는 달리 진료비 목표제를 진료비지불제도로 시행하고 있는 미국의 사례에 대해 살펴보고자 한다. 진료비 목표제는 진료비의 목표치를 설정하는 제도이다. 미국도 우리나라와 같이 급격히 증가하는 의료비 문제에 시달렸던 경험이 있는 국가인데, 1997년부터 의료비 상승에 획기적으로 대처하기 위한 방안으로 '지속 가능한 진료비 증가율'에 기초한 진료비 목표제를 도입하여 큰 효과를 보고 있다는 평가를 받고 있다. 미국의 제도를 기초로 한 재정안정화 방안이 우리나라의 건강보험 재정위기의 타결책으로 당장 시행할 수는 없어도 장기적인 안목에서는 고려해 볼만한 방안이라고 생각된다.

나. 美國의 診療費 目標制

1) 持續 可能한 診療費 增加率(SGR)

미국은 상대가치체계가 기본적으로 행위별수가제에 기초하고 있으므로 행위수가제의 비용 상승경향을 통제하기 위하여 지속 가능한 진료비 증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 추계하고, 이에 따라 환산지수(Conversion Factor)를 개정하여 메디케어(Medicare) 예산을 일정한도 내에서 조정하고 있다. 당초 의료비 상승을 억제하기 위하여 미국 정부는 의료량통제기준(VPS: Volume Performance Standard)을 도입하였으나, 1997년 8월 법 개정(Balanced Budget Act of 1997)으로 VPS를 SGR로 대체하였다. SGR 제도는 일년 단위로 진료비 목표를 정하

는 VPS와는 달리 기준연도(1996년)부터 당해연도까지 모든 연도의 목표진료비와 실제진료비를 각각 합산하여 비교를 통해 진료비 목표를 수립하는 누적(cumulative)개념이다.

진료비의 목표치를 정하고, 실제 발생한 진료비를 목표치에 접근시키기 위하여 상대가치점수의 환산지수를 조정하는 것이 SGR 개념에 의한 수가통제 방식이다. 초기 목표진료비는 해당 연도의 실제 발생한 진료비로 산정하도록 법률로 정해져 있고, 초기 목표진료비가 수립된 다음 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 SGR의 증감률을 반영한다. SGR은 가중평균 의료비용 인상률, 적용대상자 증가율, 1인당 실질GDP 상승률, 법(제도)변화에 따른 지출증가율(예: 급여확대) 등의 4가지 요인을 합산하여 추정한다. 가중평균 의료비용 인상률은 의사가 의료서비스를 제공하는 요인들의 평균적인 가격변화를 측정한 메디케어 경제지수(MEI: Medicare Economic Index)와 진찰에 필요한 실험실 검사(DLT: Diagnostic Laboratory Test) 비용변화(2001년의 경우 변화 없음)의 추정치를 합한 것으로 각각 0.89와 0.11의 가중치를 부과한다. 2001년의 가중평균 의료비용 인상률을 수식으로 나타내면 다음과 같다.

$$\begin{aligned} \text{2001년 가중평균 의료비용 인상률} &= (\text{MEI}\times 0.89) + (\text{DLT}\times 0.11) \\ &= (2.1\%\times 0.89) + (0.0\%\times 0.11) \\ &= 1.9\% \end{aligned}$$

〈表 3〉 2001年度 美國의 持續 可能한 診療費 增加率(SGR) 推定値

(단위: %)

요 인	증가율
의료비용 인상률	1.9
적용대상자 증가율	0.9
1인당 실질GDP 상승률	2.7
법(제도)변화에 따른 지출증가율	0.0
SGR(합계)	5.6

資料: Office of Actuary, *Health Care Financing Administration*, 2001.

SGR을 토대로 환산지수를 추정하는 것은 메디케어 예산을 일정한 도 내에서 증감하기 위한 것이다. SGR에 의한 목표진료비가 실제진료비를 초과한다고 해서 진료비 급여를 보류한다는 것은 아니다. 다만, 목표진료비와 실제진료비의 비교를 반영하기 위해 환산지수의 변경을 나타내는 진료수가 산정기준율(Fee Schedule Update)을 조정한다.

〈表 4〉 美國의 메디케어 目標診療費 및 實際診療費 現況

(단위: %, 10억불)

분기(Quarter)	적용 SGR	목표진료비	실제진료비	누적 목표진료비	누적 실제진료비
2Q 1996	-	12.3	12.3	12.3	12.3
3Q 1996	-	12.0	12.0	24.3	24.3
4Q 1996	-	12.2	12.2	36.5	36.5
1Q 1997	-	12.3	12.3	48.9	48.9
2Q 1997	1.5	12.5	12.5	61.4	61.4
3Q 1997	1.5	12.1	12.2	73.5	73.6
4Q 1997	1.5	12.4	12.2	86.0	85.7
1Q 1998	1.5	12.5	12.3	98.5	98.1
2Q 1998	-0.3	12.5	12.3	111.0	110.4
3Q 1998	-0.3	12.1	12.0	123.1	122.4
4Q 1998	-0.3	12.4	12.3	135.5	134.7
1Q 1999	-0.3	12.5	12.5	147.9	147.3
2Q 1999	7.9	13.5	12.8	161.4	160.0
3Q 1999	7.9	13.1	12.6	174.5	172.6
4Q 1999	7.9	13.4	12.9	187.8	185.5
1Q 2000	8.1	13.5	13.5	201.3	199.0
2Q 2000	8.1	14.6	13.9	215.9	212.9
3Q 2000	8.1	14.1	-	230.0	-
4Q 2000	8.1	14.4	-	244.4	-
1Q 2001	5.6	14.2	-	258.7	-
2Q 2001	5.6	15.4	-	274.1	-
3Q 2001	5.6	14.9	-	289.0	-
4Q 2001	5.6	15.2	-	304.2	-

資料: Office of Actuary, *Health Care Financing Administration*, 2001.

만약, 실제진료비가 목표진료비를 초과하면 진료수가 산정기준율을 낮추고, 이와 반대로 실제진료비가 목표진료비보다 적으면 진료수가 산정기준율을 높이게 된다. 특정 연도의 진료수가 산정기준율을 정할 때 기준연도(1996년)부터 특정 연도의 전 연도까지 누적된 목표진료비 및 실제진료비를 사용하여 계산한다. 2001년의 경우 진료수가 산정기준율의 계산시 기준연도인 1996년 4월부터 2000년 12월까지의 누적진료비를 사용하였다. 1996년 4월부터 2001년 12월까지 미국의 목표진료비와 실제 발생한 진료비는 <표 4>와 같다.

2) 診療酬價 算定基準率(Fee Schedule Update)

환산지수의 변경을 나타내는 진료수가 산정기준율은 매년 메디케어 경제지수(MEI: Medicare Economic Index)와 목표진료비와 실제진료비의 차이 보정지수(PAF: Performance Adjustment Factor)의 변화에 의해 개정된다(Fee Schedule Update = MEI × PAF). MEI는 의사가 의료서비스를 제공하는 데 필요한 여러 가지 투입요인들의 가중 평균적인 가격변화를 측정한 것인데, 투입요인은 의사 자신의 업무량(Physician's Own Time)과 의료서비스를 제공하는데 필요한 관리비용(Physician's Practice Expense)으로 구분된다. 이들을 세분화하면 다음과 같다.

○ **의사 자신의 업무량**

= 임금(wages and salaries) + 임금 외 보상(fringe benefits)

○ **관리비용**

= 병원 종사자 임금 및 임금 외 보상 + 진료실 비용(office expense) + 의료자재 비용(medical materials and supplies) + 기타 비용(병원차량 유지비용 등)

익년도의 MEI는 당해연도 6월 30일 이전의 4분기간 이동평균(moving average)을 토대로 추정한다. 1996년을 기준연도로 하여 2001년도 미국의 추정 MEI는 2.1%이다. 한편 PAF는 목표진료비를 제대로 설정하였는가를 반영하는 것으로 실제진료비와 목표진료비의 비교를 기초로 하여 계산하는 데 계산공식은 아래와 같다.

$$PAF_t = \frac{\text{목표진료비}_{t-1} - \text{실제진료비}_{t-1}}{\text{실제진료비}_{t-1}} \times 0.75 + \frac{\text{목표진료비}_{t0\sim(t-1)} - \text{실제진료비}_{t0\sim(t-1)}}{\text{실제진료비}_{t-1} \times (1 + SGR_t)} \times 0.33$$

t = 연도
t0 = 기준연도(1996년)
t0~(t-1) = t0부터 t-1까지 합산
$\text{목표진료비}_{t-1} = \text{목표진료비}_{t-2} \times (1 + \text{SGR}_{t-1})$

익년도의 PAF를 계산할 때 당해연도의 목표진료비와 실제진료비의 차이와 누적된 진료비의 차이에 각각 0.75와 0.33을 곱하는 이유는 모의실험(simulation)결과를 토대로 당해연도의 차이와 기준연도(1996년)부터 당해연도까지의 누적된 차이의 균형을 맞추기 위한 것이다. 2001년의 PAF는 다음과 같다.

$$PAF_{2001} = \frac{\text{목표진료비}_{2000} - \text{실제진료비}_{2000}}{\text{실제진료비}_{2000}} \times 0.75 + \frac{\text{목표진료비}_{1996\sim2000} - \text{실제진료비}_{1996\sim2000}}{\text{실제진료비}_{2000} \times (1 + SGR_{2001})} \times 0.33$$

$$= \frac{(56.6 - 55.1)}{55.1} \times 0.75 + \frac{(244.4 - 240.6)}{(55.1 \times 1.056)} \times 0.33$$

$$= 0.042 = 4.2\%$$

2001년도 미국의 메디케어 추정 PAF는 위의 계산과 같이 4.2%이나, 법률로 PAF의 증감범위를 최저 -7%와 최고 3%로 규정하여 실제 계산시에는 최고증가한도인 3%를 사용한다. 추정된 익년도 MEI와 PAF를 곱하여 익년도 진료수가 산정기준율(fee schedule update)을 구하는데, 이를 가지고 환산지수(conversion factor)를 계산한다.

- 2001년 진료수가 산정기준율 = 2001년 MEI × 2001년 PAF
  = 1.021 × 1.03 = 1.05163

- 2001년 환산지수 = 2000년 환산지수 × 진료수가 산정기준율
  = $36.6137 × 1.05163
  = $38.5040

여기에서 1.05163이라는 2001년 진료수가 산정기준율은 2000년의 실제 발생한 진료비가 목표진료비보다 적어 2001년의 환산지수를 2000년보다 약 5.1%가량을 높인다는 뜻이다.

우리나라에서 큰 이슈로 등장한 건강보험의 재정위기를 타개하기 위한 한 방안으로 진료비 목표제를 시행할 경우 우리나라 실정에 맞는 시스템을 개발하는 문제도 있지만 성공적인 운영을 위해서는 보험자와 의료공급자와의 사전조율이 급선무이다. 진료비 목표제가 단순히 의료비를 억제하는 제도가 아니고 진료비 지불제도의 효율을 증진시키는 제도라는 것을 의료공급자에게 인식시키는 과정이 성공적인 진료비 목표제를 수행하는데 우선되어야 할 것이다.

□ 著者 略歷 □

● 洪 碩 杓

美國 State University of New York at Binghamton 經濟學 碩士
美國 State University of New York at Binghamton 經濟學 博士
現 韓國保健社會硏究院 責任硏究員

〈主要 著書〉

『國民健康保險 財政安定體系 構築을 위한 制度 改善方案』, 韓國保健社會硏究院, 2001.(共著)
『國民健康保險과 民間醫療保險의 補完的 發展方案 硏究』, 韓國保健社會硏究院, 2000.(共著)

● 金 錫 逸

延世大學校 大學院 保健學 博士
現 가톨릭大學校 醫科大學 豫防醫學 敎授

● 申 鉉 雄

高麗大學校 經營大學院 經營學 碩士(MIS 專攻)
現 韓國保健社會硏究院 主任硏究員

● 崔 賢 美

中央大學校 大學院 經營學 博士課程
現 韓國保健社會硏究院 硏究員

研究報告書 2001-08

健康保險 統合管理運營體系의 效率化 方案

Effective Control and Management of Health Insurance

2001年 12月 日 印刷 값 5,000원
2001年 12月 日 發行

著 者 洪 碩 杓 外
發行人 鄭 敬 培
發行處 韓國保健社會研究院
서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14
代表電話 : 02) 380-8000
登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)
印 刷 에원기획
ⓒ 韓國保健社會研究院 2001

ISBN 89-8187-242-2 93330