

# 한국 국민의료비 관리의 문제점 분석 : 건강보험, 산재보험, 자동차보험을 중심으로

## Problems of National Medical Expenses Management in Korea

이용재  
호서대학교 사회복지학과

Yong-Jae Lee(123peter@hanmail.net)

### 요약

본 연구는 국내외 문헌고찰을 통하여 건강보험과 산재보험, 자동차보험을 중심으로 선진국의 국민의료비 관리제도를 살펴보고, 우리나라 국민의료비 관리제도의 문제점을 파악하여 올바른 국민의료비 관리방안을 제안하는데 목적이 있다. 분석결과 첫째, 선진국의 경우 국민의료비를 단일기관에서 통합해 운영하면서, 동일한 수가와 급여기준을 가지고 운영하고 있었다. 즉, 의료비 발생원인에 관계없이 동일한 기관에서 동일한 기준으로 통합관리하고 있었다. 둘째, 우리나라의 경우 국민의료비를 보험제도별로 다른 기관에서 분리운영하면서, 서로 다른 의료비 심사·평가, 수가를 적용하고 있었다. 이로 인해 동일증상과 상병임에도 불구하고 관리주체에 따라 의료이용량의 차이가 매우 컸다. 이러한 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 의료비발생의 원인이 무엇이든지 하나의 기관에서 동일한 수가체계와 기준에 근거해 통합관리해야 한다.

■ 중심어 : | 국민의료비 | 건강보험 | 산재보험 | 자동차보험 |

### Abstract

The purpose of this study is suggesting proper management methods for the national health expenditures by considering advanced countries and analysing the problems of national health expenditures management in korea. The majors results of the research are as follows. First, most advanced countries is integrating the management of national health expenditures about health insurance, workmen's accident compensation insurance and auto insurance etc, and medical prices and benefit standards are same regardless of insurance type. Second, national health expenditures has been managing separately by national health systems in korea, and there are many problems like the differences medical expenditure review and payment, medical prices and benefit standards etc. Although same symptoms and disease, there is great difference in health service utilization. Hereafter, management system of national health expenditures must be integrated, and must change same medical prices and benefit standards.

■ keyword : | National Health Expenditure | National Health Insurance |

### I. 연구의 필요성 및 목적

건강보험, 산재보험, 자동차보험 등은 질병·부상 등

으로부터 국민의 건강과 생명을 보장하기 위한 사회안  
전장치로서, 보험료 징수 또는 국고지원을 받아 운영되  
고 있는데, 한 해 동안 발생하는 의료비가 2007년도 기

접수번호 : #101215-002  
접수일자 : 2010년 12월 15일

심사완료일 : 2011년 03월 21일  
교신저자 : 이용재, e-mail : 123peter@hanmail.net

준으로 약 41조원에 달한다[1]. 그러나 거대한 규모의 국민의료비가 합리적으로 관리되지 못하고 있다는 증거가 지속적으로 제기되고 있다. 예컨대, 자동차보험과 산재보험은 경증임에도 불구하고 높은 입원율과 장기 입원이 발생하고 있다[2]. 동일 질환의 평균입원일수는 건강보험환자가 13.6일인데 비해, 자동차보험 17.9일, 산재보험 87.6일로 나타났고, 입원율은 건강보험 15.3%, 자동차보험 73.9%, 산재보험 77.4%로 차이가 컸다. 장기간 입원으로 환자 1인당 입원진료비도 자동차와 산재환자가 건강보험 환자에 비해 훨씬 많았다. 한편, 산재보험과 자동차보험환자 입원1일당 진료비는 건강보험보다 낮아서 건강보험환자에 비해 경증이었다[3][4]. 상대적으로 경증의 산재와 자동차보험 환자가 건강보험 환자에 비해 장기간 입원하고 있는 것이다.

자동차 보험사기도 사회문제로 지적되고 있다. 금융감독원의 자동차 보험사기 적발건수와 금액이 매년 15%씩 증가하고 있으며, 보험사기 규모를 추정한 결과 7,328억원으로 나타났다[5]. 또한, 2005년 손해보험협회의 부재환자 점검결과, 부재율이 16.8%로 나타났다[6]. 산재보험도 장기입원과 높은 요양비로 인한 자원배분의 효율성저하와 의료서비스의 질 하락이 산재보험 요양서비스와 관련하여 그동안 가장 큰 문제점으로 지적되어 오고 있다[7]. 특히, 자동차와 산재환자의 입원료와 식대가 자치하는 비율이 건강보험에 비해서 월등히 높아서 단순입원이 많음을 짐작할 수 있다. 치료를 위한 입원보다는 이른바 사회적 인프라의 미비로 인한 '사회적 입원'현상이 만연하고 있는 것이다.

자동차보험과 산재보험환자의 장기입원의 원인으로는 의료전달체계의 부재로 인한 의료기관간의 기능분담이 없는 경쟁과 병원급 의료기관의 급성기 병상 과잉 공급으로 인해 병원점유율이 떨어진 의원급 의료기관이 자동차·산재환자를 입원시켜 요양을 장기화하고 있다는 점이 설득력을 얻고 있다. 치료가 진행 중인 환자의 회복정도를 주기적으로 의학적인 평가를 실시하고 그 결과에 따라 적합한 재활과정을 적용하지 않는 것도 문제이다. 적합한 재활과정과 기관의 부재로 인해 환자들이 생계유지에 대한 두려움으로 요양종결을 회피하는 현상도 요양장기화 문제의 강력한 원인이다[8][9].

그러나 이러한 논의는 의료서비스 공급자와 소비자의 의료서비스 공급 및 이용행태에 초점을 두고 있어서 문제해결을 위한 보다 궁극적 대안을 제시 하는 데는 한계가 있다. 즉, 공급자와 소비자의 행태에 대한 통제는 한계가 매우 많으며 정책적 실효성을 거두기가 매우 어렵다. 따라서 거시적 차원에서 국민의료비를 관리하는 주요 보험관리체계를 살펴보고 앞서 논의한 문제들이 발생하는 원인을 찾고 대안을 마련해야 할 것이다.

따라서 본 연구는 우리나라 국민의료비의 대부분을 차지하고 있는 건강보험, 산재보험, 자동차보험을 중심으로 외국의 국민의료비 관리체계를 확인하고, 우리나라 국민의료비 관리방식과 문제점을 비교함으로써 서론에서 제시한 문제점의 원인을 제도적 관점에서 규명하고 이를 효과적으로 해결할 수 있는 국민의료비 관리 방안을 제안하고자 한다.

## II. 외국의 국민의료비 관리체계

외국의 국민의료비 관리체계를 진료비 청구와 지급체계, 수가체계, 급여범위 및 기준의 순으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 진료비 청구와 지급체계를 보면, 일반적으로 우리나라와 같이 사회보험방식(NHI)으로 운영되는 국가에서는 건강보험, 산재보험, 자동차보험은 제도적으로 분리해 운영되고 있으나, 진료비의 청구와 지급은 일원화되어 있는 경우가 대부분이다. 사회서비스방식(NHS)으로 운영되는 국가에서는 건강보험과 산재보험이 통합되어 있는 경우도 있지만, 대부분의 국가에서 교통사고환자와 산재환자는 건강보험환자와 구분없이 진료를 받고, 건강보험이 모든 진료비를 의료기관에 지불한 후 자동차보험이나 산재보험으로부터 구상(혹은 분배협정)을 통한 정산제도를 가지고 있다[3][10-12].

예컨대, 이탈리아의 경우 자동차보험료의 일부분이 NHS보험료로 자동 납부되고 있고, 오스트리아처럼 자동차보험사 등이 건강보험조합에 상환하는 비율을 미리 계약에 의해 정해 놓고, 나머지는 건강보험조합이 부담하는 경우도 있다[8]. 따라서 의료기관과 환자, 의

료기관과 자동차보험간에 진료비와 관련된 분쟁은 많지 않다. 의료기관은 기왕증 진료비를 포함한 모든 진료비를 NHS(NHI)로부터 지급받기 때문에 기왕증 진료비를 둘러싼 분쟁이 원천적으로 예방되고 있다. 즉, 건강보험과 자동차보험간 진료비를 정산하는 경우에 기왕증 진료비는 건강보험이 부담하는 것이 일반적이다.

또한 많은 NHS국가들이 산재보험과 NHS간에 긴밀한 연관을 갖고 있으며, NHS의 급여내용과 내용상으로 상당히 중복되는 요양급여(입원, 치료, 수술, 의약, 기구 등 의료적 처치)의 경우 산재보험체계가 아닌 NHS에서 지불하는 경우가 많다. NHI국가중 조합방식을 채택하고 있는 국가(독일)인 경우 산재보험과 건강보험을 별도 운영하고 있는 사례도 있는데[3][10-12], 이 경우에도 산재보험과 건강보험의 정산은 정교하게 일어나지 않는데 이는 정산을 위한 행정비용이 정산으로 추가되는 수익보다 크지 않기 때문이다.

둘째, 주요 선진국의 건강보험과 자동차보험 및 산재보험의 진료수가제도를 비교해보면, NHS 혹은 NHI의 수가체계를 자동차와 산재보험이 그대로 따르고 있다. NHS 혹은 NHI를 취하는 대부분의 국가에서는 산재보험, 자동차보험과 건강보험간의 긴밀한 연계가 이루어지는 통합형 사회보험체제로 운영함으로써, 의료비에 있어 보험 간 서로 다른 수가체계를 갖고 있지 않다. 개별 보험의 수가수준이 다른 경우라 하더라도 건강보험에서 건강보험수가로 먼저 진료받는 것이 문제되지 않고, 보험간 진료비를 정산하지 않는 경우도 많다 [3][10-12].

진료비에 관한 한 그 원인이 무엇이든 모두 NHS 혹은 NHI의 수가체계를 따르게 되어 있으므로, NHS 혹은 NHI에 가입되어 있는 환자의 경우 외상의 원인이 교통사고 또는 근로 중 사고라는 이유로 진료수가가 다르게 적용되지 않는다.

셋째, 급여범위 및 기준을 살펴보면 의료보장제도의 급여범위가 확대되는 추세와 함께 자동차보험 및 산재보험의 진료비 급여범위는 대개 NHS(혹은 NHI)의 급여범위와 유사해지고 있으나, 자동차보험과 산재보험의 경우에 사전승인 혹은 별도의 계약조건에 의해 다소 포괄적인 급여를 제공하기도 한다. 한편, 자동차사고의 경우 피해자가 추가적인 진료를 요구하는 경우에는 대체로 피해자가 부담하거나 혹은 피해자가 소송을 제기하여 가해자(혹은 가해자의 보험회사)로부터 받아내고 있다. NHS(혹은 NHI)에서 비급여인 항목에 대해서는 피해자가 가해자의 자동차보험회사에 직접 청구하게 되나, 자동차보험회사도 무한책임은 아니며 책임한계에 대한 법적 근거를 가지고 있는 것이 보통이다 [3][10-12].

이상의 논의를 종합해 보면 주요 선진국은 상이한 재원조달방식, 다양한 의료전달체계에도 불구하고 진료비 청구와 지급, 진료수가체계는 통일된 시스템에 의해 운영하고 있는 것이다. 즉, 진료내역은 상해정도나 부위에 따라 달라지며, 사고의 원인이나 보상주체에 따라 달라지지 않는다. 주요 선진국 중 일본만 산재(노제)보험은 건강보험과 별도로 심사 지급하고 있고, 자동차보험은 환자가 건강보험과 자동차보험중 선택한 결과

표 1. 주요 선진국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 요양급여 관리체계

구 분	사회보험국가 (National Health Insurance)	사회서비스국가 (National Health Service)	비 고
국 가	독일, 프랑스, 일본, 오스트리아 등	이탈리아, 스웨덴, 영국, 캐나다 등	
보험자	분리	통합 / 분리	
요양급여심사	일원화	일원화	일본은 보험종별로 제3자 심사
요양급여지급절차	선진료 후정산	NHS 전담/정산	지급과 심사 분리
진료수가체계	일원화	일원화	일본은 진료수가 가산 : 산재는 건보의 120%, 자보는 건보의 140%
급여범위 및 기준	일원화	일원화	사전승인에 의거 비급여 가능
기왕증 진료비	일원화로 해결	일원화로 해결	주치의가 최초 판정

(출처 : 보건복지위원회, 2007; 김진현, 2005; 김진현 외, 2009; Scott L. Greer, 2009을 참조해 작성)

에 따라 진료비를 청구해 심사를 하고 있다[13].

요컨대, 건강보험, 산재보험, 자동차보험 등 보험종류와 상관없이 환자는 진료를 받고, 건강보험이 심사결정·지급한 후 산재·자동차보험과 정산하고 있다. 의료비가 의료기관에 지급되는 과정에 대한 관리운영은 건강보험으로 일원화되어 있는 것이다. 특히, NHS방식으로 운영하는 국가처럼 조세로 운영되지는 않지만, NH방식의 국가도 재정과 공급에 있어서 국가가 강한 행정자, 감독자로서의 역할을 수행하고 있다[14].

### III. 연구대상 및 방법

본 연구는 우리나라 국민의료비 관리방식의 문제점을 살펴보고, 해결방안을 마련하기 위한 연구이다. 이를 위해 국내외 국민의료비에 관한 문헌을 분석한다. 특히, 국내 국민의료비의 관리실태를 파악하기 위해 각종 문헌과 2차 통계자료를 분석하고, 관련 문제점을 파악하기 위해 신문자료를 확인한다.

연구에 앞서 본 연구의 핵심용어인 ‘국민의료비’ 개념을 정의할 필요가 있다. 중장기 국민의료비 규모를 분석한 연구에서 국민의료비는 ‘보건의료재화와 서비스의 최종소비(경상의료비), 보건의료의 하부구조(infrastructure)에 관한 자본투자’를 합한 것으로, 의료서비스 및 예방프로그램, 그리고 행정에 대한 공공재원 및 민간재원(가구포함) 지출을 포함한다고 정의하고 있다. 보건의료서비스 이용에 사용되는 정부재원, 사회보험료재원, 개인의 본인부담은 물론 인프라에 투자되는 재원까지를 모두 포함하고 있는 것이다[21]. 그러나 보건의료 인프라에 투자되는 재원을 분석하기 위한 자료획득은 쉽지 않으며 본 연구의 목적달성과 관련이 없다. 따라서 본 연구에서는 국민의료비를 의료서비스 이용에 사용되는 정부재원, 사회보험료재원, 개인의 본인부담으로 규정한다. 이러한 국민의료비가 발생하는 영역으로는 2007년도 기준으로 건강보험 32조3892억원, 의료급여 4조5855억원, 보훈 4309억원, 산재보험 7630억원, 자동차 1조6968억원, 민간의료보험(실손형) 7447억원 등이다[15]. 이러한 국민의료비 발생영역중에서

건강보험은 의료급여와 함께 관리운영되고 있으며, 민간의료보험은 민간영역에서 관리되고 있어서 공공의 관리가 어렵고, 보훈의 경우 규모가 작아서 본 연구의 분석에서 제외하고자 한다. 따라서 본 연구의 국민의료비 관리체계 분석에서는 규모에서 크고 대표할만한 의료보장제도인 건강보험, 산재보험, 자동차보험으로 한정한다.

## IV. 국민의료비 관리의 문제분석

우리나라 국민의료비 관리방식의 문제점은 다양한 각도에서 제기될 수 있는데, 본 논의에서는 의료비 지출이 많은 건강보험, 산재보험, 자동차보험을 중심으로 관리주체(보험)에 따른 진료비 심사·평가체계의 차이, 수가체계의 차이, 비급여 수가 및 결정체계의 차이, 의료이용량의 차이를 중심으로 논의하고 한다.

### 1. 진료비 심사·평가체계의 차이

건강보험과 산재보험은 사회보험이며, 자동차보험은 민간보험이지만, 가입이 강제되고 보험대상이 되는 피해자가 일반국민이 되는 등 사회보험적 성격을 동시에 가지고 있다. 뿐만 아니라 자동차보험 의료비의 불필요한 지출로 인한 피해가 일반가입자의 보험료 부담증가 등 선의의 피해를 초래할 수 있어 사회적인 의료비 통제관리가 필요하다. 특히, 민간이 운영하고 있는 자동차보험의 의료비 지출에 대해서도 전문적이고 객관적인 심사를 수행할 수 있는 장치마련이 필요하다.

그러나 현재는 의료비 심사기관이 보험제도에 따라 여러 기관으로 분산되어 있어 국가차원의 효율적·체계적인 의료비 심사가 미흡한 것은 물론, 국민의료비에 대한 체계적 관리도 이루어지지 못하고 있다. 산재보험은 심사에서 의약학적 타당성보다는 요양기관의 청구내역과 실제 진료내역 확인에 중점을 두고 있으며, 상병별·진료항목별 등 다양한 통계분석을 위한 인프라가 미흡해서 의료비의 전문적·체계적 심사체계가 미흡한 상황이다. 자동차보험은 명확한 심사권한이 없으며 진료기록만 열람 후 검토하고 있어서 환자의 건강을

표 2. '07년 건강·산재·자동차보험 의료이용차이 비교

상병명	입원환자 1인당 진료비					
	건보 1인당 진료비(A)	산재 1인당 진료비(B)	B/A (배)	건보 1인당 진료비(C)	자보 1인당 진료비(D)	D/C (배)
넓적다리뼈의 골절	7,408,596	8,163,199	1.1	7,251,640	12,932,657	1.8
머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	2,456,388	8,025,862	3.3	2,256,341	3,943,398	1.7
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	2,497,837	4,207,630	1.7	2,388,574	2,564,449	1.1
목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	1,053,466	3,976,451	3.8	951,961	635,477	0.7
뇌진탕	987,193	3,219,561	3.3	796,730	1,116,951	1.4
상병명(코드)	1인당 입원일수					
	건보(A)	산재(B)	B/A(배)	건보(C)	자보(D)	D/C(배)
대퇴골의 골절(S72)	36.9	101	2.7	35.6	129.9	3.6
두개골 및 안면골의 골절(S02)	10.7	82	7.7	9.1	30.6	3.4
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S83)	16.4	58	3.5	15.1	21.2	1.4
목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S13)	13.8	58	4.2	11.7	8.8	0.8
뇌진탕(S06.0)	11.6	39	3.4	7.9	13.4	1.7
상병명(코드)	입원율					
	건보(A)	산재(B)	B/A(배)	건보(C)	자보(D)	D/C(배)
대퇴골의 골절(S72)	95.7	78.6	0.8	57.3	93.2	1.6
두개골 및 안면골의 골절(S02)	71.5	57.4	0.8	7.7	90.8	11.8
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S83)	48.8	63.9	1.3	7.0	70.4	10.1
목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S13)	24.5	64.5	2.6	2.4	79.2	33.0
뇌진탕(S06.0)	77.3	30.3	0.4	8.4	88.3	10.5

(출처 : 국민권익위원회 2009a, 2009b을 재구성. 건강보험공단('07), 근로복지공단('07), 보험개발원('07)기준, 2009년 3월 30일 권익위 보도자료에 근거하여 뉴시스, 뉴스와이어 등 보도)

(주 : 상병분류기준 : 건강·산재보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준, 자·동차보험은 AIS-CODE(표준간이상해도) 기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준임. 건강보험 1인당 진료비가 상이한 것은 비교상병의 일치도를 높이기 위해 일부 상병코드를 제외하거나 추가하여 발생한 것으로 상병은 유사함.)

고려한 의학적 타당성에 입각한 전문적인 심사가 이루어지고 있다고 보기 어렵다[2][8][15][16].

건강보험은 요양기관에 의한 의료서비스 제공의 적정성에 대한 평가와 요양기관 종합관리제 등을 실시하여 급여의 적정성에 대한 전문적 관리를 수행하는 등 과학적이고 체계적인 심사·평가기법을 활용하고 있으며, 적은 인력과 비용으로 전산시스템을 활용한 다양한 심사기법을 통해 많은 요양급여 심사물량을 처리하는 등 효율적 운영을 하고 있고, 심사조정효과도 다른 보험에 비해 높은 것으로 평가된다[15]. 이런 이유로 의료비 심사를 건강보험으로 통합해 운영할 경우 보다 전문적인 심사가 가능해질 수 있을 것으로 기대된다. 또한, 각기 다르게 운영되고 있던 진료비 청구절차 및 비용을 간소화하고 기존의 EDI체계를 활용함으로써 의료기관의 불만과 행정비용을 최소화하는 효과도 기대된다.

한편, 건강보험은 본원과 7개 지원에 간호사와 의료기사로 구성된 전담조사인력 154명이 현지조사 업무만을 전문적으로 수행하고 있으나, 산재보험은 근로복지공단 지역본부 심사업무담당자 68명이 심사와 함께 조사업무를 병행함으로써 정밀한 현지조사에 한계를 가지고 있다. 더욱이 자동차보험은 조사권한 조차 가지고 있지 않으며, 요양기관의 진료비 청구 이후 진료기록을 열람·검토하고, 금감원 또는 손해협회 차원의 부재환자 점검 수준의 공동조사만을 실시하고 있다. 또한, 보험제도별 허위부당 가능성이 높은 기관에 대한 정보공유를 통해 허위·부당청구 의료기관에 대한 적발가능성을 높일 수 있음에도 불구하고 공유되지 못하고 있다 [8][15][17].

의료비 관리주체에 따른 별도의 심사평가 운영은 조직인력과 운영비용의 낭비를 가져올 가능성이 있을 뿐

표 3. 보험종류에 따른 심사체계

구분	건강보험	산재보험	자동차보험
의료수가	- 요양급여비용산정기준(보건복지가족부장관 고시)	- 산재보험요양급여산정기준(노동부장관 고시, 건강보험수가 준용)	- 자동차보험진료수가에 관한기준(건설교통부장관 고시, 건강보험, 산재보험 준용)
심사기구	- 건강보험심사평가원(본원, 7개 지원)	- 근로복지공단(본부, 6개 지역본부)	- 손해보험사(본사, 지역본부)
담당부서	- 본원 : 심사실 4부, 평가실 6부, 의료급여실 3부 - 지원(7)	- 본부 : 진료비심사팀 - 지역본부 : 보상부	- 본사 : 보상팀, 제책근무 - 지역본부, 지사
심사평가인력	- 비상근 제외 전문인력 1,082명(전 직원의 64%) ·의사 상근 32명(비상근 598명), 약사 36명, 간호사 947명, 의료기사 67명 - 심사인력 864명(약사, 간호사, 의료기사 취득 후 종합병원 1년 이상 근무자 채용)	- 비상근 제외 전문인력 207명 ·의사 상근 19명(비상근 1,620명), 간호사 178명 - 심사인력 : 지역본부 68명(심사지급조사 업무 병행) 본부 10명 기획·지원(자격증 취득 후 근무경험 없어도 채용가능)	- 비상근 제외 전문인력 196명 ·의사 6명 ·간호사 313명(제책근무 포함) ·보상담당직원 3,111명 ('05. 3. 기준)
심사물량	- 323,892억원	- 7,630억원	- 17,143억원

(출처 : 국민권익위원회, 2009a, 국민건강보험법, 산업재해보상보험법, 자동차손해배상보장법)

만 아니라, 심사인력과 주체에 따른 심사의 차이로 인해 동일한 의료서비스에 대해 다른 심사결과를 산출해 다른 의료비를 의료기관에 지급하는 결과를 초래할 우려가 있다. 실제로 이러한 심사기관의 차이로 인해 앞서 논의한 바와 같이 의료이용량의 차이가 초래되고 있다는 지적이 나오고 있다[3].

2. 수가체계의 차이

산재·자동차보험은 병원과 환자의 경제적 이해관계가 부합되어 불필요한 입원·과잉진료가 빈발하고 있는 상황이다. 즉, 병·의원의 경우 입원환자수 및 입원일수가 병원 수익에 직결되어 허위·과잉진료로 연결될 소지가 있고, 산재·자동차 사고환자의 경우 요양급여 심사결과가 보상금, 보험금 및 장애급여비와 연계되어 통원 치료 또는 수일의 입원으로 치료가 가능함에도 불구하고, 불필요한 입원을 하거나 장기간 입원하는 경향이 있다. 예컨대, 교통사고 피해자의 96%는 경상자인데도 10명중 7명 이상이 병원에 입원하고 있다. 반면에 일본의 교통사고 환자의 경우 10명중 0.9명만이 입원하고 있는 것으로 나타나 우리나라가 일본에 비해 8배가 많다[1][2][9]. 산재환자의 경우도 일본에 비해 입원율이 상당히 높은 경향을 보이고 있다.

우선, 산재·자동차보험 환자의 의료기관 종별가산율을 건강보험보다 높게 적용하여 의료기관의 과잉진료와 환자의 장기입원을 부추기는 원인이 되고 있다.

4,904개 산재지정병원은 건강보험 종별가산율에 0~15%를 가산하고 있고, 자동차보험도 산재보험의 종별가산율을 따르고 있다. 동일증상의 환자를 진료했다고 하더라도 건강보험보다 산재와 자동차보험의 경우 높은 진료비를 지급하고 있는 것이다. 한편, 근로복지공단 산하 9개 산재의료원은 산재지정병원과 동일한 환자를 진료하면서 17~20%의 진료수가를 가산하여 적용받고 있다. 같은 산재환자를 치료하면서도 지정병원과 산재의료원이 다른 가산율을 적용받고 있는 잘못된 수가체도가 운영되고 있는 것이다. 자동차보험의 경우 약물치료나 물리치료 위주로 행해지는 상해도 1과 2의 경상환자가 96%를 차지하고[4], 있음에도 13,751개 병원은 건강보험 종별가산율에 0~15%를 가산하여 적용받고 있는 것은 문제이다.

결국, 보험종류별로 다른 의료기관 종별 가산율 체계는 보험별로 진료수가 기준을 상이하게 하여 동일 의료행위임에도 불구하고 사고원인 및 진료비 지급주체에 따라 요양기관에 지급되는 진료비가 달라지는 것이다.

표 4. 보험 및 요양기관종별 진료수가 가산율

구분	건강보험	산재보험		자동차보험
		지정병원	산재의료원	
종합전문	30%	45%	-	45%
종합병원	25%	37%	45%	37%
병원	20%	21%	37%	21%
의원	15%	15%	-	15%

(출처 : 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가지점수, 산업재해보상보험요양급여산정기준, 자동차보험진료수에관한기준)

또한, 보험종류별로 입원료 체감률 체계가 상이하여 산재와 자동차환자의 입원일수를 증가시켜 불필요한 요양급여를 발생시킬 우려도 있다. 건강보험의 체감률을 요양기관종별 구분없이 입원기간에 따라 차등을 주어 체감하고 있다. 즉, 입원기간 15일을 기준으로 15일 이내의 경우 입원료의 100%를 모두 인정하고, 15~30일은 입원료의 90%, 31일 이후는 입원료의 80%를 산정하도록 하고 있다.

그러나 산재·자동차보험은 환자가 건강보험에 비하여 체감률을 작게 적용하거나 미적용하고 있다. 특히, 종합전문요양병원(산재의료원 포함)의 경우 입원료 체감률을 적용하지 않을 뿐만 아니라 입원료에 병원관리료가 이미 계상되어 있음에도 병원관리료를 100%가산하여 지급하고 있고, 종합병원의 경우 건강보험과는 달리 입원료 체감율이 적용되지 않고 있다. 병원의 경우는 건강보험과 같은 체감율을 적용하지만 체감 적용 입원기간이 길어서 건강보험보다 상대적으로 낮은 체감이 적용되고 있다. 즉, 병원은 입원기간 50일을 기준으로 50일 이내의 경우 입원료의 100%를, 50~100일은 입원료의 90%, 151일 부터는 입원료의 85%를 인정하고 있다[1][2][18].

산재·자동차보험의 건강보험과 다른 입원료 체감률은 병원 수익에 직결되어 입원을 권유하거나 과잉진료로 연결될 소지가 많다. 특히, 중소규모의 병·의원은 안정적인 수익확보를 위하여 장기입원환자를 선호할 수 있어서 산재, 자동차보험 환자의 장기입원을 부추기는 원인으로 작용할 수 있다.

표 5. 보험 및 요양기관종별 입원료 체감률

구분	건강보험 의료급여	산재보험	자동차보험
종합 전문	- 1일~15일 : 입원료 100% - 16~30일 : 입원료의 90% - 31일 초과 : 입원료의 85%	- 입원료 (100%)×1.35 (병원관리료) - 입원료체감률 미 적용	- 입원료 (100%)×1.35 (병원관리료) - 입원료체감률 미 적용
종합 병원		- 입원료 100% 산정 - 입원료체감률 미적용	
병의원		- 1일~50일 : 입원료의 100% - 51~150일 : 입원료의 90% - 151일 초과 : 입원료의 85%	

(출처 : 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수, 산업재해 보상보험요양급여산정기준, 자동차보험진료수에관한기준)

### 3. 비급여 수가 및 수가결정체계

현재 건강보험, 산재보험, 자동차보험 등의 비급여 수가는 객관적인 원가분석없이 의료기관이 시도 또는 시군구에 일방적으로 신고한 가격으로 청구되고 있으며, 이로 인해 비급여 항목수가의 적정성에 대한 의료업계와 보험업계의 분쟁이 지속되고 있다. 현재까지 이 비급여 가격의 적정성에 대한 어떠한 검증도 이루어지지 않은 상황이며, 수가를 관리하고 결정하기 위한 절차와 방법을 담은 법규도 부재한 상태이다[2][8][19].

동일 지역·규모의 병원에서도 각각 비급여 항목의 의료비가 상이하여 혼란을 초래할 뿐만 아니라, 의료기관은 이를 이용해 과잉진료 및 과잉청구를 할 가능성이 충분이 있다. 의료기관이 자동차보험 환자에 대해 '08. 5월 한달간 4대 손해보험사에 청구한 비급여항목(2,719건)을 분석한 결과, 비급여 항목의 진료코드가 크게 상이한 것으로 나타났다. 심지어 급여항목에 대한 명칭도 의료기관별로 상이하였다. 진료수가도 동일한 코드내지는 진료사항임에도 불구하고 3%~140%차이가 발생하고 있는 것으로 나타났다. 예컨대, 처치 및 수술료 항목 중에 '레이저조작술'의 경우 평균수가는 572.767원인 가운데 가장 높은 최대값은 평균보다 83.3%나 높은 1,050,000원인 것으로 나타났다. 최소값은 평균치보다 56.9%가 낮은 246,600원으로 나타나서 진료수가의 차이가 최대 140%에 달하고, 최대값은 최소값의 4.26배에 해당하였다. 그 외에 검사료중 경계력 검사 34%, 처치 및 수술료중 성형외과수술 125% 등 대부분의 항목이 차이가 크게 나타나고 있었다[19].

보험별로 급여기준 및 수가 결정기관이 상이한 것도 문제이다. 즉, 급여기준 및 수가 등을 결정하는 심의·결정기관이 각 부처(법령)별로 분산되어 있는 것이 일관되고 통일된 진료수가 체계를 만들지 못하는 주요 원인으로 작용하고 있다. 진료수가를 결정하는 각 보험별 심의위원회 위원으로 관련 부처 공무원, 가입자단체, 사용자단체, 공익대표, 의료단체, 전문가, 보험자 등이 참여하여 출신별 구성원이 유사한 상황에서 불필요하게 상이한 결정기관을 두고 있는 것이다.

#### 4. 의료이용량의 차이

건강보험과 산재보험, 자동차보험 등 보험종류에 따라 의료이용량의 차이가 심각하게 큰 것으로 나타났다. 정확한 보험종류별 의료비 등 의료이용량이 차이를 확인하기 위해서 상병분류단위를 일치하였으며, 입원기간도 4일 이상 입원한 환자로 구분하고, 비급여 항목을 포함한 본인부담을 포함해 전체 의료이용량의 차이를 비교분석하였다[1][17][20].

우선, 입원1인당 진료비에 대한 건강보험과 산재환자 비교결과 '목부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장'이 건강보험이 105만원, 산재보험이 397만원으로 3.8배의 차이가 있었으며, '뇌진탕과 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절'이 3.3배가 차이가 나는 등 그 차이가 많았다. 건강보험과 자동차보험의 경우도 자동차보험의 1인당 진료비가 최대 1.8배까지 차이가 있는 등 대체로 높았다. 입원환자 1인당 입원일수에 대해서 건강보험과 산재보험을 비교한 결과 '두개골 및 안면골의 골절'은 건강보험이 10.7일, 산재보험이 82일로 산재보험이 약 7.7배가 많았으며, '목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장'이 4.3배, '뇌진탕'이 3.4배 등으로 산재보험 환자의 입원일수가 훨씬 긴 것으로 확인되었다. 건강보험과 자동차보험의 비교에서도 '대퇴골 골절'의 경우 건강보험 35.6일, 자동차보험 129.9일로 3.6배가 차이가 나는 등 자동차보험환자의 입원기간이 크게 길었다.

건강보험과 산재보험 입원환자의 입원율을 비교한 결과 '목부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장'의 경우 산재보험이 2.6배가 높고, '무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장'도 산재보험이 1.3배가 높았지만, 다른 상병의 경우 건강보험의 입원율이 오히려 높았다. 반면에 자동차보험의 '목부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장'의 경우 입원율이 79.2%로 건강보험의 2.4%에 비해 무려 33배가 높았다. 그 외 상병의 경우 10배 내외에서 건강보험에 비해 입원율이 크게 높은 것을 알 수 있었다. 이처럼 자동차보험환자와 산재환자의 입원율이 차이가 나는 것은 자동차보험 환자의 경우 사고발생 시 입원진료를 하는 것이 대다수이지만, 산재보험의 경우 회사의 산재발생을 증거로 인해 발생할 수 있는 손실로 인해 즉시 입원하지 않는 것이 원

으로 판단된다.

이상의 건강보험과 산재보험, 자동차보험 등 국민의료비 관리주체(보험)에 따른 입원진료비와 입원기간, 입원율 등 의료이용에 대한 비교결과, 건강보험에 비해 산재보험과 자동차보험의 입원기간, 입원율이 높고 이로 인해 입원진료비가 높은 것으로 파악되었다. 동일한 상병임에도 불구하고 의료비를 지급하는 관리체계의 차이에 따라서 의료이용의 차이가 이처럼 큰 것은 문제이다.

#### V. 결론

이상에서 논의한 선진국가들의 국민의료비 관리체계와 비교해볼 때, 우리나라 국민의료비 관리의 문제들을 해결하기 위한 대안은 다음과 같다.

첫째, 주요 선진국의 사례에서 확인한 바와 같이 국민의료비를 단일기관에서 통합해 운영하는 것이다. 즉, 의료비를 발생시킨 원인이 건강보험에서 보장하던 일반적인 질병이나 사고이든, 자동차사고이든, 산재로 인한 질병이나 사고이든지 관계없이 동일한 기관에서 통합관리해야만 현재 보험별로 다른 의료이용량의 차이, 심사의 차이 등 발생하고 있는 문제를 근본적으로 해결할 수 있을 것이다.

이렇게 되면 환자들은 의료기관에서 진료원인이 무엇이든지 관계없이 동일한 진료를 받고, 동일한 의료비를 부담하게 되며, 의료기관도 원인에 관계없이 환자에게 동일한 의료서비스를 제공하고, 동일한 의료비를 받을 수 있게 된다. 의료비 지불에 있어서도 통합관리 기관의 동일한 심사기준에 따른 의료비 심사가 이루어지게 될 것이다. 다만 지금의 개별 보험에 따른 휴업보상은 그대로 개별 보험주체에서 그 성격에 맞게 보상하도록 한다.

국민의료비에 대한 통합관리는 현재의 문제를 해결하고 '동일증상에 대한 동일진료, 동일진료비'라는 원칙을 지킬 수 있는 가장 효율적인 방법이 될 수 있다. 즉, 환자의 입장에서는 보험에 상관없이 동일한 의료서비스를 이용할 수 있고, 의료기관은 동일한 진료를 제공

하고 단일한 청구양식에 따라 같은 기관에 청구함으로써 불필요한 행정비용낭비를 최소화할 수 있다. 국가적으로도 국민의료비를 종합적으로 연계해 관리할 수 있을 것이다. 의료비를 통합관리하고 단일기관에서 심사를 수행함으로써 건강보험과 동일한 수준으로 입원일수 등을 감소시킬 경우 의료비 5966억원, 휴업급여 7970억원을 절감할 수 있을 것으로 예상되고 있다[3].

둘째, 수가 측면에서도 보험별로 다른 종별가산율과 입원체감료와 같은 수가제도를 동일하게 적용해야 한다. 그동안 “산재와 자동차보험 등 제도에 따라 각각이 특수하다”라는 고정관념이 장기입원과 불필요한 진료비 지출을 고착화시키는 원인으로 작용하고 있다. 그러나 산재와 자동차보험환자의 특수성에 관한 합리적인 명분이 취약하며 어떤 선행연구를 검토해 보아도 논리적 근거가 미약하다[19]. 즉, 환자에 대한 진료내역은 상해·질병의 정도나 부위에 따라 달라지는 것이지만 보협의 종류나 보상주체, 사고원인에 따라 달라지는 것이 아니라는 것은 매우 명확한 것이다. 산재·교통사고 환자의 특수성, 산재근로자의 보호 등을 이유로 진료수가 종별 가산율 및 입원료체감율을 완화해 적용해야 한다는 견해가 있으나, 이에 대한 실증적 근거가 전혀 없으며, 만약 특수성이 인정된다면 전체 산재·교통사고 환자 전체가 아닌 해당 상병에 대해서만 별도로 수가를 설정해서 적용하는 것이 타당하다.

건강보험에서 같은 행위에 대해서 의료기관 종별로 다른 가산율을 적용하는 것은 동일한 의료서비스를 제공할 경우에도 의료인력 및 장비사용 등 그 비용에 있어서 의료기관 종별로 차이가 있다는 것을 인정하기 때문이다. 따라서 보험제도의 차이에 따라서는 종별가산율에 차이를 둘 이유가 없다.

산재·자동차보험의 급성기 이후 입원료 체감률도 건강보험과 동일하게 적용해야 한다. 입원료 체감율을 적용하는 이유는 입원기간이 길어지면 자원소모량이 감소한다는 이유이다. 그런데 자동차보험 환자의 경우 9-10일이 경과한 후에는 진료투입량이 급격히 감소하다가 14일 이후에는 거의 변화가 없었다[10][19]. 산재·자동차사고 환자의 중증도가 높기 때문이라면 진료내역이 많아야하나 급성기 이후에는 처치 및 검사가

적어져 입원료와 식대비율이 '07년 기준 각각 46.5%, 42.6%, 42%를 차지한다(건강보험은 30.1%). 자동차보험의 경우 환자의 대부분이 25일 이내 퇴원하고 있고, 가장 많은 환자들이 20일 이내에 퇴원하고 있었으며, 50일을 초과하는 경우는 10%미만으로 나타나서 입원체감율을 건강보험과 일치시키더라도 의료기관 수입에도 큰 영향은 없을 것으로 판단된다[10]. 사고 및 손상 질환이 대부분인 산재환자도 자동차보험 환자와 유사하게 큰 영향이 없을 것으로 판단된다. 따라서 건강보험과 같이 의료기관 종별에 관계없이 16일 이후에 입원료의 90%를 인정하고, 31일 이후에 85%를 인정하는 적용하더라도 제도의 취지에 적합할 것이다.

한편, 진료수가체계의 합리적 조정을 통한 재원의 절감은 환자와 의료공급자가 함께 이해하고 수용하지 않으면 불가능하다. 따라서 절감재원의 합리적 배분이 필요하다. 제도 개선 초기에는 환자를 위해서는 장기입원의 이유중 하나인 재활시설과 재활급여를 확대하고, 적정수준으로 입원일수를 감소시키기 위해 협력한 의료공급자와 환자에게 상응하는 금전적 인센티브를 제공한다. 공급자 인센티브 제공은 진료수가 일원화로 인한 의료기관의 수입감소분을 일정수준 보전해주는 기능을 할 수 있을 것이다. 재활급여수준이 일정수준에 도달하고 입원일수 감소가 안정기에 도달할 경우 재원절감분은 결국 가입자의 보험료 인하로 환원되어야 할 것이다.

산재·교통사고 환자의 재활급여 등 진료수가를 포괄적으로 개발하고 적용해야한다. 이를 통해 기본진료료 구성비가 높은 입원요양의 장기화를 방지하는 등 적정요양을 유도하고, 재해로 인한 후유장애를 최소화하며 나아가 직업 복귀를 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 미국 입원재활시설의 수가는 재활손상범주, 기능상태, 연령, 동반 상병에 따라 총 353개 코드로 분류하고 있다[9].

산재·교통사고 후유장애인의 재활치료 및 직업재활을 체계적으로 지원하기 위한 전문재활시설을 확대해야 한다. 일본의 경우 통원치료를 통한 치료처치 및 사고후유증 치료를 위한 클리닉으로 의료전달체계가 확립되어 있어서 장기입원 감소에 영향을 끼치고 있는 것으로 나타난다. 산재의료원을 재활전문병원으로 특화

하여 산재·교통사고 및 일반 장애인에 대한 재활치료 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

[1] 국민권익위원회, “동일한 진료·병실에도 보험종류에 따라 진료비 15배 차이”, 2009a.

[2] 배선희, 이근정, *건강보험과 자동차보험의 진료비 심사체계 비교연구*, 건강보험심사평가원, 2010.

[3] 김진현, 국민의료비 심사일원화를 위한 입법공청회 자료집, 장복심·김영춘·유시민의원실 공동주최, 2005.

[4] 손해보험협회, “2004년 자동차보험 의료비 통계”, 2005.

[5] 보험개발원, “자동차보험 부당청구 요인분석 및 개선대책”, 보험개발원CEO Report2008-04, 2008.

[6] 손해보험협회, “교통사고 환자 6명중 1명이 부재”, 2006.

[7] 최은숙, *산재지정의료기관 평가시스템 구축방안 연구*, 2007.

[8] 김진현, 이용재, 유왕근, 김은혜, 임효민, *요양급여 심사체계 연구*, 서울대학교 산학협력단, 2009.

[9] 이용재, “요양급여 진료수가 합리화”, 요양급여 심사 및 진료수가 제도개선 공청회자료집, 국민권익위원회, 2009.

[10] 김진현, *산재보험 재활수가 지급체계 방안에 관한 연구*, 노동부, 2008.

[11] 보건복지위원회 수석전문위원, “요양급여의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률안검토보고”, 국회보건복지위원회, 2007.

[12] Scott L. Greer, *The Politics of European Union Health Policies*, Open University Press, 2009.

[13] 厚生労働省, “*労災診療費算定基準の一部改定について* (平20. 3. 31基發第0331018号 厚生労働省労働基準局長),” 2008.

[14] Iain Crison, “European Healthcare System,” *Health Policy : a critical perspective*, SAGE,

2009.

[15] 국민권익위원회, “요양급여 심사 및 진료수가의 합리성·효율성 제고를 위한 제도개선(안)”, 국민권익위원회법령제도개선단, 2009b.

[16] 장복심, “국민의료비 심사일원화를 위한 입법제안”, 건강보험, 산재보험, 자동차보험 요양급여비용의 심사일원화에 대한 정책간담회, 2006.

[17] 연합뉴스, 2010년 3월 30일(차사고 가짜환자)

[18] <http://www.moleg.go.kr/>(국민건강보험법·시행령·시행규칙, 건강보험행위급여·비급여목록표및급여상대가치점수, 산업재해보상보험법·시행령·시행규칙, 산업재해보상보험요양급여산정기준, 자동차손해보상보장법·시행령·시행규칙, 자동차보험진료수가에관한기준).

[19] 국토해양부, *자동차보험진료수가 합리화 방안 연구용역보고서*, 국토해양부, 2009.

[20] 뉴스와이어, 2009년 3월 3일(동일한 진료병실에도 보험종류에 따라 진료비 15배 차이).

[21] 정형선, *중장기 국민의료비 규모에 관한 추계*, 국민건강보험공단, 2007.

저 자 소 개

이 용 재(Yong-Jae Lee)

정회원



- 2000년 2월 : 중앙대학교 사회복지학과(문학사)
- 2002년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2006년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학박사)
- 2008년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학과 교수 <관심분야> : 사회보장, 사회적기업, 사회적일자리