

요양급여비용 심사일원화

法制의 타당성 검토

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

윤 인 섭

요양급여비용 심사일원화

法制의 타당성 검토

지도 손 명 세 교수

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2006년 12월 12일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

윤 인 섭

윤인섭의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

2006년 12월 일

감사의 글

修學에 대한 새로운 열정과 설렘의 이면에 日暮途遠의 무거운 마음으로 시작한 서울에서의 대학원 생활이 어느새 이처럼 한편의 논문을 결실로 보람된 마무리를 지을 수 있게 된 것은 참으로 다행스런 일이라 생각하며, 또 이 순간 새로운 지향점을 바라볼 수 있는 용기를 갖게 된 것 역시 더 없이 큰 행운이라 생각합니다.

생각해 보면 개인적으로 올 雙春年이 저에게는 참으로 많은 변화와 발전을 가져다준 뜻 깊은 한해인 것 같습니다.

올봄 5월에는 지난 1여 년간의 사랑이 결실을 이루었고, 이제 12월 연말에는 지난 2년간의 노력이 학위논문으로 결실을 이루게 되었으니, 때마침 논문 인준 일자 제 생일(12월 12일)을 맞아 최고의 선물인 것 같습니다.

淺學菲才한 제가 이 한편의 논문을 완성할 수 있기까지 참으로 많은 분들의 고마운 노력과 指導鞭撻이 함께 있었기에 그 분들에 대한 감사의 마음을 금할 길이 없습니다.

먼저 바쁘신 가운데서도 여러 제자들의 拙著를 꼼꼼히 챙겨주신 손명세 지도교수님과 정우진, 박길준 교수님께 머리 숙여 감사드리며, 언제나 率先垂範의 자세로 후배들에게 귀감을 보여주시고 학업에 매진할 수 있도록 넓은 아량과 이해를 베풀어 주신 이동범, 민인순 상무님과 김수인 팀장님 이하 여러 동료 선·후배님들께 감사드립니다.

그리고 학문으로써 법학의 진정한 의미와 깊이를 일깨워 주시고 대학원 진학을 위해서도 많은 수고스러움을 대신해 주셨던 도회근 교수님을 비롯한 모교의 여러 은사님들과, 법학뿐 아니라 삶에 있어서도 지표와 지주역할을 해주신 서울대학교 조국 은사님께도 尊敬과 敬意를 표하고 싶습니다.

아울러 대학원 커플로 만나 힘들 때 많은 위로와 依支가 되어주었고, 이제는 내가 한평생 어깨를 빌려주고 싶은 사람이 된 사랑하는 아내(장진영)에게도 사랑이상의 고마움을 전합니다.

끝으로 멀리 부산과 목포에 떨어져 있으면서도 막내아들과 하나뿐인 사위를 위해 物心兩面으로 많은 응원과 격려를 아끼지 않으셨던 부모님과 가족들의 든든한 성원이 아니었다면, 이 모든 결실이 불가능하였을 것임을 잘 알기에 고맙고 소중한 가족들에 대한 감사와 사랑을 포함합니다.

비록 이제 갓 깨어난 병아리 학자이지만 항상 초심과 같은 깨끗한 시선으로 세상을 바라볼 것이며, 진실과 진리를 갈구하되 애써 진실을 만들기 위해 포장하지 않을 것이며 보이는 것 속에서 진리를 찾아갈 것입니다.

‘뜻이 있는 곳에 길이 있다!’는 말처럼 길이 없으면 뜻을 세워 길을 열어나갈 것이며, 마르지 않는 지혜의 샘과 꺼지지 않는 젊음의 등불처럼 깨어있는 의식과 창의적 비판, 건강한 웃음을 사랑하고 실천할 것입니다.

앞으로도 학문적 진리 앞에서는 ‘不苟從 不苟默’하는 흔들림 없는 마음가짐으로 아는 만큼 쓰고 말하며 쓰고 말한 만큼 책임지는 賢學者의 삶을 닦기 위해 노력할 것임을 겸허하게 다짐하며 간략하게나마 감사의 인사를 대신합니다.

감사합니다.

뜻 깊은 雙春年 겨울

저자 올림

- 차 례 -

I. 서론	1
1. 연구배경 및 필요성	1
2. 연구목적	4
3. 연구방법	5
가. 연구설계	5
나. 연구대상 및 방법	6
4. 용어의 정의	6
가. 건강보험	6
나. 산재보험	6
다. 자동차보험	7
라. 요양급여비용 심사	7
마. 요양급여비용 평가	7
바. 요양급여비용 심사일원화	8
II. 문헌고찰	9
1. 건강보험 심사	9
2. 산재보험 심사	11
3. 자동차보험 심사	13
4. 심사일원화	15
가. 심사일원화 찬성론	15
나. 심사일원화 반대론	16
III. 연구결과	17
1. 건강보험, 산재보험, 자동차보험 진료비 심사시스템	17
가. 건강보험 진료비 심사시스템	17
나. 산재보험 진료비 심사시스템	21
다. 자동차보험 진료비 심사시스템	23
라. 심사비용 지불방식 비교	29
2. 심사일원화 찬성론과 반대론의 타당성 검토	30
가. 심사일원화 찬성론의 이론적 근거	30

나. 심사일원화 반대론의 이론적 근거	33
다. 심사일원화 논의의 타당성 검토	37
3. 「요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안」의 타당성 검토	39
가. 법률안 제정경과	39
나. 법률안 주요내용	39
다. 법률안의 타당성 검토	41
4. 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사수수료 추산	52
가. 검토배경	52
나. 건강보험 입원환자 진료비 심사비용	53
다. 산재보험 진료비 심사비용	55
라. 자동차보험 진료비 심사비용	56
마. 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용 추산	60
5. 외국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 심사체계 비교	64
가. 국민건강보험(NHI)방식에서의 산재보험 및 자동차보험	66
나. 국민보건서비스(NHS)방식에서의 산재보험 및 자동차보험	67
다. 외국사례의 공통점 및 정책적 시사점	68
6. 효율적 심사평가를 위한 개선방안	70
가. 심사평가 관련 법률 및 기준의 정비	70
나. 전산화 기반 구축	71
다. 다양한 진료비·약제비 심사평가 방법 개발	71
라. 정보공유체계 구축을 통한 사후관리 강화	72
마. 보험수가 개선 및 보장성 강화	73
IV. 고 찰	74
1. 연구방법에 대한 고찰	74
2. 연구결과에 대한 고찰	75
3. 연구의 제한점	76
V. 결 론	78
참고문헌	81
부 록	84

- 표 차 례 -

표 1. 근로복지공단의 진료비 심사관련 업무분장	12
표 2. 산재보험 연도별 약제비 청구 및 심사현황	22
표 3. 산재보험 연도별 평균진료비 현황	23
표 4. 자동차보험 심사관련 법규내용	25
표 5. 건강보험, 산재보험, 자동차보험 심사관련 조직 비교	28
표 6. 심사비용 지불방식 비교	29
표 7. 심사비용의 산정방법	30
표 8. 보험종별 환자 당 입원진료비 비교	32
표 9. 보험종별 환자 당 입원일수 비교	33
표 10. 건강보험심사평가원의 연간 현지조사 지원현황	49
표 11. 2005년도 건강보험 입원대비 외래 심사업무량	53
표 12. 2005년도 건강보험 심사업무 소요인력 및 비율	54
표 13. 2005년도 건강보험 환자 1인당 심사비용	55
표 14. 산재보험 진료비 심사비용	55
표 15. 자동차보험 진료비 심사비용 추산액	56
표 16. 2005년도 자동차보험 제경비 중 인건비 비율	57
표 17. 자동차보험 손해액 중 치료비 비율	58
표 18. 인건비 중 치료비 비율	58
표 19. 제1안에 따른 자동차보험 진료비 심사비용	58
표 20. 2005년도 자동차보험 제경비 중 인건비, 일반관리비, 기타경비 비율	59
표 21. 인건비, 일반관리비, 기타경비 산출금액	59
표 22. 조사·심사비율 적용에 따른 진료비 심사비용	60
표 23. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 1인당 진료비 비교	61
표 24. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 수진자당 심사비용	62
표 25. 초기년도 산재보험, 자동차보험 진료비 심사비용	62
표 26. 산재보험, 자동차보험 진료비 심사비용 절감액	63
표 27. 국민건강보험(NHI)방식과 국민보건서비스(NHS)방식의 비교	65

- 그림 차례 -

그림 1. 심사일원화 법제의 타당성 검토	5
그림 2. 심사주체의 변천과정	18
그림 3. 심사방법의 변천과정	18
그림 4. 요양급여비용 심사처리 절차도	19
그림 5. 산재보험 진료비 심사 및 지급절차	22
그림 6. 산재보험 이의심사 처리절차	22
그림 7. 요양급여심사평가심의조정위원회 위원 구성도	43
그림 8. 2005년도 손해보험사업 제경비 내역	57
그림 9. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 1인당 진료비 비교	61

국 문 요 약

본 연구는 요양급여비용 심사일원화를 위한 「요양급여비용의심사및요양급여의 평가에관한법률안」이 국회 입법발의된 것에 즈음하여 심사일원화 법제의 타당성을 검토하고 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험 요양급여비용의 효율적 심사평가 방안을 제시하기 위해 시작되었다. 이를 위해 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 진료비 심사시스템 상 문제점과 개선방안을 살펴보고, 심사일원화 찬성론과 반대론, 입법적 해결론의 타당성 검토 및 보험자와 요양기관, 환자 모두에게 비용·효과적으로 실익을 얻을 수 있는 효율적 심사평가 방안을 제시하였다. 아울러 일원화에 따른 심사비용 추산을 위해 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 심사비용 관련 통계지표를 활용하였고, 주요 선진국들의 보험종별 진료비 지불 및 심사체계를 비교·분석하였다.

심사일원화에 대한 찬성론의 이론적 근거는 보험종별 심사기준과 청구방식의 상이성, 전문성이 결여된 부실심사, 국가차원의 보건의료 질 관리의 어려움, 요양기관 이용제한으로 인한 환자의 불편, 범국민적 보험료부담 가중유발, 기왕증으로 인한 진료비 분쟁 등 행정력 낭비, 의료서비스 질 평가 등 환자에 대한 의학적 보호시스템 부재 등으로 파악되었고, 반대론의 이론적 근거는 산재보험제도 특성을 반영한 심사체계의 필요성, 요양승인 절차와 심사의 분리로 업무혼선 야기, 현장중심의 허위·부당 확인심사체계 필요, 자동차보험에 대한 심사일원화는 자본주의 시장경제원칙에 반함, 요양기관과의 갈등심화 및 민원처리의 혼란, 심사일원화가 심사평준화로 변질됨으로 인한 의료보장수준의 질적 저하 등으로 파악되었다.

그리고 요양급여비용 심사일원화에 따른 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용을 추산하기 위해 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 환자 1인당 진료비 심사비용을 산출한 결과 건강보험(입원환자)은 18,500원, 산재보험은 53,693원, 자동차보험은 9,998원이 각각 소요되는 것으로 나타났다.

현 산재보험의 진료비 심사비용은 약 114억원, 자동차보험의 진료비 심사비용

은 약 850억원이었으며, 심사일원화에 따른 진료비 심사비용 추산 액은 산재보험이 약 71억원, 자동차보험이 약 90억원으로 각각 43억원과 760억원의 진료비 심사비용 절감효과가 나타날 것으로 추산되었다.

또한 보건·의료에 관한 주요 선진국들(NHI체제국가와 NHS체제국가)의 건강보험과 산재보험, 자동차보험 진료비 지불 및 심사시스템을 살펴본 결과, 우리나라와 같이 사고원인에 따라 진료내용이 달라지는 경우는 없으며 대부분이 건강보험에서 모든 진료비를 먼저 지급하고 자동차보험에 구상권을 행사하거나, 자동차보험료의 일부가 건강보험으로 사전에 지불되어 건강보험이 자동차사고환자의 모든 진료비를 책임지는 형태 등으로 운영되며, 의료기관은 건강보험으로만 청구하게 되어 있는 경우가 일반적이었다.

한편 향후 통합되어 운영될 의료심사평가원은 '4대 사회보험 통합징수공단'과의 역할관계 정립이 무엇보다 시급하고, '의료분쟁조정 기구'와의 관계에 있어서도 전문 의료분쟁조정기구로서의 역할수행이 가능할 것으로 판단되었다.

건강보험과 산재보험, 자동차보험은 요양급여비용 심사일원화를 위한 법률안 제정여부와 관계없이 현 단계의 모순점과 운영상 불비를 정비하기 위해 관련 법률과 기준을 통합·정비하는 한편, 전산화 기반구축, 다양한 진료비·약제비 심사평가 방법개발, 정보공유체계 구축을 통한 사후관리강화, 보험수가 개선 및 보장성 강화 등 일련의 보완작업이 후속되어야 할 필요성이 있으며, 이와 관련하여 현 건강보험심사평가원에서 실시하고 있는 요양기관 종합관리제와 지표·정밀심사 방법 등은 심사일원화가 된 이후에도 그 근간을 유지해야 할 것이다.

다만 보험종별로 모니터심사와 현지 확인심사 및 실사인력의 적절한 안배와 사후관리강화, 새로운 평가체계 개발 및 보상기준 개발, 진료 후 재활과 사회복지프로그램 마련 등이 의료심사평가원의 새로운 업무영역으로 포섭되어야 필요성이 있다.

심사일원화에 대한 찬·반론과 급진적 입법론은 어느 하나의 택일상황을 연출할 것이 아니라 수가와 심사기준 적용의 형평성, 불필요한 국민부담 가중의 근절, 국민의료의 질과 비용의 적정성 보장이라는 대 원칙과 본연의 목적·취지에 입각하여 단계적으로 적용해 나가는 방안을 마련해야 할 것이다.

핵심단어 : 요양급여비용, 심사일원화, 건강보험, 산재보험, 자동차보험

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

현대인의 생활은 나날이 복잡해져 가는 주변 환경의 변화와 여러 가지 사회적 위험요소들의 혼재로 매우 위태롭고 불안한 상태에 놓여있으며, 이러한 사회적 불안과 위험요소의 상존은 동일한 위험상태에 놓여진 다수인의 공동노력으로 장래에 자신에게 발생할지 모를 각종 위험과 그로인한 피해를 분산시키고자 하는 노력 즉 보험제도의 마련으로 이어졌다.

이처럼 공공부조의 성격으로 출발한 보험제도는 동일한 이해관계를 가진 다수 당사자들의 집단적 필요에 따라, 20C 이후 여러 가지 형태로 세분화되어 발전해 왔는데, 특히 건강보험과 산업재해보상보험(이하 '산재보험'으로 약칭), 고용보험 등과 같은 사회보험¹⁾은 이른바 사회보장제도²⁾의 발전과 더불어 시작되었다.

한편 국가에 의해 가입이 강제되는 강제보험적 성격을 지닌 사회보험에 반하여 각종 사보험(私保險)들은 사인(私人)간의 이익보장과 위험분산, 피해의 최소화를 목적으로 여러 가지 형태로 변형·발전되어 왔는데, 그 중 20C 인류 최고의 발명품이라 할 수 있는 자동차의 대량생산 대량공급시스템 구축은 각종 자동차 사고로 인한 의료비와 일실수익금, 보상금 등의 보장을 목적으로 하는 자동차보험제도

1) 관련 법률 : 국민건강보험법, 국민연금법, 고용보험법, 사립학교교직원연금법, 산업재해보상보험법, 공무원연금법, 군인연금법 등

2) ① 국제적 연혁 : 1935년 미국의 사회보장법(Social security Act), 1941년 대서양헌장, 1942년 ILO의 「사회보장으로의 길」, 1944년 ILO의 필라델피아 선언과 소득보장권고(제67호), 사회보장의 모델을 제시한 영국의 비버리지(Beveridge) 보고서 「사회보험 및 관련서비스」(Social Insurance and Allied Services, 1942) 등

② 국내적 연혁 : 1963년 11월 5일 법률 제1437호로 제정된 「사회보장에관한법률」에서 사회보장이란 용어가 처음으로 등장한 이후, 1981년 제5공화국 헌법에서 “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.”라는 문구가 명시되었으며, 현행 사회보장제도는 「사회보장기본법」에 의거하여 특정 동종집단의 연대성을 기초로 조직·운영하는 ‘사회보험제도’와 국가의 연대성 원리를 기초로 하는 ‘공공부조제도’, 국민의 정상적인 사회생활을 위해 제공되는 ‘사회복지서비스제도’ 및 관련 복지제도로 구성되어 있다.

를 낳았다.

그러나 이처럼 각종 보험제도들은 비록 태생적으로는 같은 목적으로 시작되었으나, 오늘날에는 점차 ‘리스크 관리(위험의 분산)’와 ‘피해의 보상’이란 보험고유의 목적에서 벗어나, 보상적 측면 이외에도 ‘금융자산관리를 통한 고객만족 극대화’라는 상업적 목적이 부가되거나 오히려 이에 더 치중하는 경향으로까지 변질되어 가고 있는 실정이다.

특히 자동차보험은 국가에 의해 가입이 강제되는 사회보험인 건강보험이나 산재보험과는 달리 사인(私人)간의 자유계약에 의해 체결되는 것이 원칙이나, 앞서 언급한 바와 같이 자동차의 대량생산 대량공급시스템 구축으로 인해 자동차는 오늘날 현대인의 사회생활에 있어 더 이상 없어서는 안 될 중요한 필수품으로 인식 되기에 이르렀으며, 자동차사고로 인한 피해는 필연적으로 인간의 생명과 신체의 완전성을 침해할 수밖에 없기 때문에 그러한 치명적 인명피해로부터 국민의 생명과 신체의 안전을 담보하기 위해 예외적으로 국가에 의해 가입이 강제(책임보험)되는 사보험(私保險)이라는 특징이 있다.

요컨대 건강보험과 산재보험, 자동차보험은 공히 국민의 생명과 신체의 안전, 나아가 국민의 건강권과 진료권 등과 같은 보건·의료적 기본권과 연계된 성격을 가지는 것이라 할 수 있으며, 따라서 국가에 의한 일정한 관리·감독이 수반되어 질 필요성이 있는 보험들이다.

이러한 공통된 맥락에서 건강보험과 산재보험, 자동차보험(재산적 가치 보호(대물배상) 제외)은 통일된 수가·진료체계와 심사평가시스템에 의해 운영되어야 한다는 주장과 현 시스템상의 문제점은 인정하면서도 요양급여비용 심사일원화에 대해서는 소극적인 견해가 상호 대립되어 왔다.

산재보험과 자동차보험의 경우 사고 발생시 실제 소요된 진료비의 지급부담 경감이란 측면보다는 사후 보상적 측면이 더 중요시 되고 있음에 기인한 도덕적 해이(부재환자, 역(逆)선택의 문제 등)문제와 진료비 심사의 전문성 결여 및 사후관리와 같은 평가시스템의 부재문제, 수가와 진료비 지급기준의 부적정성 문제 및 기타 여러 가지 사회적 부작용³⁾ 등이 ‘요양급여비용 심사일원화’의 필요성을 가중

3) ① 사업주, 보험사, 환자 : 요양기관과 산재·자동차보험 진료계약 체결 및 보험제정 누수로 인한

시켜 왔다는 것이 심사일원화 찬성론자들의 기본입장이다.

즉 건강보험심사평가원과 근로복지공단, 개별 자동차보험회사에 의해 건강보험과 산재보험, 자동차보험이 각각 별도의 수가체계와 심사시스템으로 운영되고 있는 현 체제하에서는 환자가 동일한 증상으로 진료를 받는 경우라 할지라도 당해 질병 또는 사고의 원인이 무엇이었는지에 따라 진료기간과 진료비 수준이 현실적으로 달라지는 모순이 생긴다는 것이다.

예컨대 건강보험 입원환자의 경우 입원기간이 장기화 될수록 본인부담 진료비가 증가하고 근로공백에 따른 임금손실이 발생하기 때문에 환자자신에 의해 과잉진료를 줄이려는 유인이 있으나, 자동차보험이나 산재보험은 별도의 가해자가 있어 지불책임이 환자에게 있지 않고 본인부담금 역시 존재하지 아니하며, 진료기간으로 인한 임금손실이 보상될 뿐 아니라 오히려 진료기간이나 손실이 크면 클수록 보상액도 함께 커지고, 요양기관 역시 기관 경영상 이들에 대한 진료의존도가 높다는 점 등이 환자와 의료공급자인 요양기관 모두에게 진료량을 부풀리고자 하는 유인으로 작용한다.

또한 국가적 차원에서도 보험종별 진료비 청구·심사시스템이 달라 기왕증에 대한 진료이력을 확인하기가 어려워 부적절한 진료비 지출이 발생되어 왔으며, 이를 확인·정산하기 위한 인적·물적 예산의 낭비가 심하였다.

이상에서 언급한 여러 가지 이유로 그 동안 ‘요양급여비용 심사시스템을 일원화 시켜야한다’는 주장이 학계와 정계, 현업실무자 등을 통해 주장되어왔으나, 이러한 심사일원화로 기대되는 효율성은 현 산재와 자동차보험 관련 법률의 일부개정 등을 통해 제도운영상 문제점을 보완·강화함으로써 충분히 극복할 수 있다는 반대주장에 의해 지금까지 통일된 결론을 얻어내지는 못하였다.

다만, 최근에는 국회 보건복지위원회와 환경노동위원회, 정부위원회 소속 국회의원들에 의해 ‘요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안’이 공동 발의된 상태여서 향후 입법화 여부에 대한 귀추가 주목되고 있다.

보험료 인상, 병상 회전을 저하에 따른 병·의원 진료 상 불편 등

② 요양기관 : 요양급여비용 청구 및 수령상의 불편

③ 국 가 : 의료의 질과 비용의 적정성 보장 등 보건의료정책과 역행

요양급여비용 심사일원화와 관련된 지금까지의 연구결과들을 살펴보면 대부분이 심사체계를 일원화시켜야 한다는 쟁점자체에 주안점을 둔 나머지 일원화 유도를 위한 당위적 논리구성과 입법론적 해결을 위한 법률 개정방안 제시 등에 국한되어 왔음을 알 수 있으며, 정작 심사일원화의 궁극적 목적이라 할 수 있는 ‘국민의료의 질 향상과 비용의 적정성 보장’을 위한 실효성 있는 심사평가 방안마련에 대한 논의는 부족하였다.

이에 본 연구에서는 「요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안」이 국회에 입법발의 된 것에 즈음하여, 요양급여비용 심사일원화에 대한 찬·반론 입장의 타당성을 검토하고 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험 요양급여비용의 효율적 심사평가 방안을 제시하고자 한다.

2. 연구목적

이 연구의 목적은 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 요양급여비용 심사일원화에 대한 찬성과 반대 및 입법적 해결론의 타당성을 검토하고 요양급여비용의 효율적 심사평가를 위한 실무적 방안을 제시하는 것으로써, 그에 따른 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 심사일원화를 논하기에 앞서 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 진료비 심사평가시스템을 관련 법률을 토대로 비교·분석하고,

둘째, 요양급여비용 심사일원화에 대한 찬성론과 반대론의 주장이 무엇인지 제시하고 각 주장별 논리적 타당성을 검토한다.

셋째, 현재 국회에 입법발의 되어 계류 중인 ‘요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안’의 타당성을 검토한다.

넷째, 요양급여비용 심사일원화 논의의 가장 큰 쟁점사항이라 할 수 있는 심사일원화시 소요비용을 현 건강보험 입원환자 진료비 심사비용을 기준으로 추

산하고, 그 타당성 여부를 검토한다.

다섯째, 외국의 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 진료비 지불 및 심사체계를 살펴보고 우리나라에 대한 정책적 시사점을 제시한다.

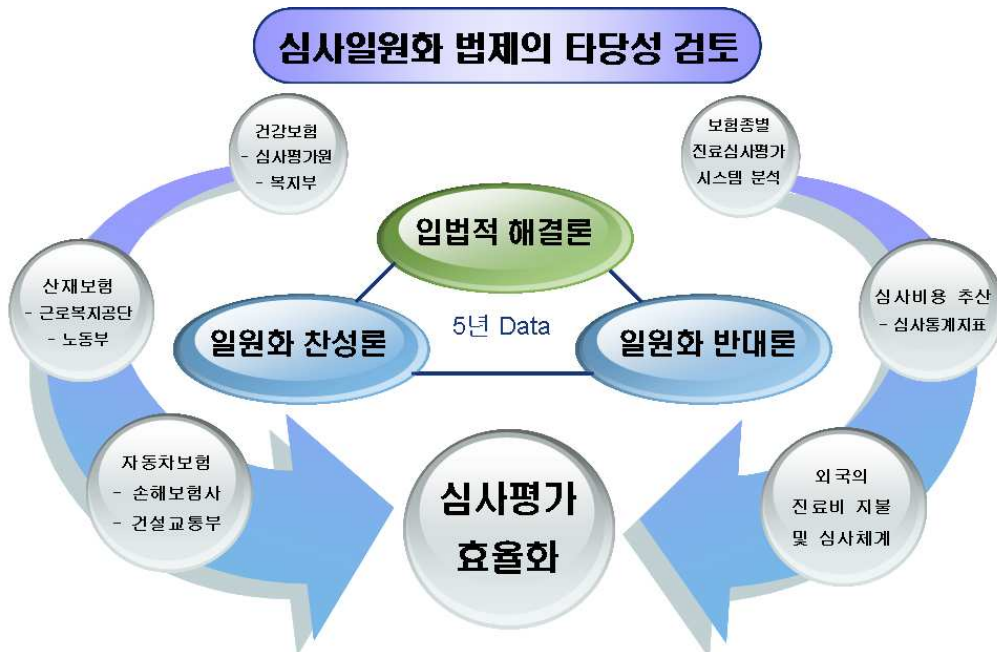
여섯째, 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 효율적 심사평가방안을 ‘4대 보험 통합징수기구’ 및 ‘의료분쟁조정기구’와의 관계정리를 통해 제시한다.

3. 연구방법

가. 연구설계

이 연구는 보험종별 진료비 심사시스템에 대한 문제점을 살펴보고 보험자와 요양기관, 환자 모두에게 비용·효과적으로 실익을 낼 수 있는 효율적 심사평가 방안을 제시하기 위한 서술적 연구로써 관련 변수들을 살펴보면 다음과 같다.

그림 1. 심사일원화 법제의 타당성 검토



나. 연구대상 및 방법

요양급여비용 심사일원화 논의에 대한 찬성과 반대론의 입장을 최근 5년간 발표된 관련 학술논문과 정계(政界), 현업(現業)의 연구자료들을 중심으로 정리하고, 국회에 계류 중인 ‘심사일원화 입법안’의 타당성을 찬·반론의 입장에서 검토하였다.

심사일원화에 따른 심사비용을 추산하기 위해 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 입원환자 기준 심사비용 통계지표를 활용하고, 추산된 심사비용의 방법상 타당성을 반대론의 입장에서 검증하였다.

심사일원화에 대한 찬·반론의 객관적 타당성을 검토하고 우리나라에 수용 가능한 시사점을 제시하기 위해 선진 외국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 진료비 지불 및 심사체계를 비교·분석하였다.

4. 용어의 정의

가. 건강보험

건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하는 보험이다.⁴⁾

따라서 건강보험제도는 단순한 의료비용의 보장에 그치는 것이 아니라 나아가 건강증진 및 예방서비스의 보장을 약속함으로써, 궁극적으로 국민건강증진이라는 국가 보건정책의 최종목적을 달성하려는 가장 적극적 개념의 사회보장보험이다.

나. 산재보험

산재보험은 직업과 관련한 업무재해로 인해 부상을 입거나 질병에 걸린 근로자에게 진료비와 재활을 보장하고, 사업주에게는 손해배상책임을 면하게 하여 경영상 위험부담을 최소화할 수 있도록 국가가 보장해 주기 위한 최초의 사회보험으

4) 국민건강보험법 제1조

로써, 1884년 독일에서 도입된 이래 전 세계 160여개 국가에서 실시하고 있는 보험이다(박찬임, 2002).

다. 자동차보험

자동차보험은 피보험자가 보험기간 중 자동차의 운행으로 다른 사람을 사망이나 부상케 함으로써 피해자에게 재산상 손해배상책임을 지게 될 경우, 보험자가 보험계약상의 일정한 보험금을 피보험자에게 지급하기로 약정하는 보험이다(양승규, 2002).

자동차보험은 필수가입보험과 임의가입보험으로 구분되어있는데, 자동차사고로 인한 손실이 책임보험(필수가입보험)의 보상한도를 초과할 경우 종합보험(임의가입보험)으로 충당가능하며, 종합보험(임의가입보험)에 가입한 경우 교통사고처리특별법에 의해 중대교통법규위반 사례 이외에는 차량사고에 대한 형사상 처벌을 받지 않도록 규정되어 있다.

라. 요양급여비용 심사

요양급여비용의 심사는 요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용이 의·약학적으로 타당하고 비용·효과적인 방법으로 이루어 졌는지, 국민건강보험법령에서 정한 요양급여비용 산정기준에 따라 산정되었는지 여부 등을 공정·타당하고 객관적 방법으로 확인하는 것으로써, 불필요한 과다진료(Over Use)와 의료자원의 과소이용(Under Use) 및 부적절한 이용(Mis use) 등으로 인한 부당한 비용지출을 방지하고 국민의료의 질 향상과 비용의 적정성을 도모하기 위한 것이다.

현재 건강보험환자에 대한 요양급여비용의 심사는 건강보험심사평가원에서 산재보험환자에 대한 요양급여비용 심사는 근로복지공단에서, 그리고 자동차보험환자에 대한 요양급여비용 심사는 개별 자동차보험회사에서 실시하고 있다.

마. 요양급여비용 평가

요양급여비용의 평가는 요양기관에서 제공한 의료서비스가 의·약학적으로 타당하고 비용·효과적으로 적정한 것인지 여부를 판단하여 그 가치를 측정하는 것으로, 요양기관에는 적정의료를 유도하여 의료의 질을 향상시키고, 국민에게는 의

료이용의 안전성을 보호하여 양질의 의료서비스를 적정비용으로 제공받을 수 있도록 보장하는데 그 목적이 있다.⁵⁾

바. 요양급여비용 심사일원화

요양급여비용 심사일원화는 현재 건강보험심사평가원과 근로복지공단 및 개별 자동차보험회사들에 의해 각각 별건으로 실시되고 있는 진료내역 심사평가 업무를 향후, 전문성과 신뢰성을 갖춘 하나의 독립된 공공기관에서 통합 수행함으로써, 행정업무간소화와 전문성 강화를 통한 대국민 만족도 제고 및 업무효율성 극대화를 도모하고자 하는 국가보건의료정책의 일환이다.

5) 국민건강보험법시행규칙 제21조(요양급여 등의 적정성 평가)

II. 문헌고찰

1. 건강보험 심사

의료보험은 예측이 불가능한 질병이나 각종 사고로 인한 경제적 위험에 대비하기 위하여 재정적인 준비를 필요로 하는 다수인의 자원을 결합하여 의료수요를 충족시키는 사회보험제도의 형태이다. 따라서 의료보험은 국민의 질병, 부상 또는 사망 등에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건의 향상을 목적으로 한다(문옥륜 외, 1997).

우리나라의 의료보험은 1963년 12월 16일 의료보험법이 제정된 이후 법 개정을 거쳐 1977년 7월 1일에 500인 이상의 사업장에 종사하는 근로자를 대상으로 486개 직장의료보험조합을 설립하여 의료보험을 실시한 후 점차 소규모 사업장으로 적용 대상을 확대하였고, 1979년 1월 1일에는 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 하는 ‘공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단(공·교공단)’을 설립하였다.

그 후 1988년 1월 1일 농어촌지역 거주 자영업자와 1989년 7월 1일 도시지역 거주 자영업자를 대상으로 의료보험을 확대 실시 함으로써 전 국민 의료보험시대를 이루었으며, 2000년 7월 1일 건강보험이 시행되기까지 23년간 의료보험은 다보험자 방식으로 운영되어왔다(건강보험심사평가원, 조사연구자료집, 2005).

다보험자 운영방식 하에서 요양급여비용의 심사와 지급은 보험자의 법적 권한으로 하되, 심사의 변이를 없애기 위해 전문심사기관에 권한을 위탁하여 단일 심사기준에 의한 전문적인 심사업무를 수행토록 하였다(건강보험심사평가원, 건강보험심사와 평가, 2006).

의료보험연합회에서 심사업무를 수행하던 20여 년간 진료비심사 업무의 가장 큰 과제는 심사의 공정성과 전문성, 객관성을 어떻게 확보할 수 있는가 하는 것이었으며, 1998년 초 「제1기 노사정위원회」에서 의료보험의 전체통합이 결정됨에 따라 정부에서는 각계 대표와 관련 전문가로 「의료보험통합추진기획단」을 구성

하여 의료보험통합방안을 논의하는 과정에서 진료비심사기능과 조직을 어떠한 형태로 설정할 것인가에 대한 문제가 또 다시 부각되었다.

보험자의 고유권한으로 설정하여 보험자가 수행해야 한다는 주장과 중립적인 기관의 기능으로 독립시켜야 한다는 주장의 치열한 논쟁 끝에 진료비심사기능을 보험자로부터 독립된 새로운 공법인에게 부여하도록 결론을 내렸으며, 「국민건강보험법」 개정을 통해 2000년 7월 1일 「건강보험심사평가원」이 출범하게 되었다.

심사기구의 독립은 심사결과에 대한 명백한 책임의식이 형성되는 계기가 되었고, 보다 엄격하고 적절한 심사를 수행하게 됨으로써 중장기적으로 건강보험운영에 있어 이해관계자의 견제와 균형유지를 통해 제도의 발전을 기하고 진료비 심사환경의 급격한 변화에 대한 탄력적 대응이 보다 용이하게 되었으며, 건강보험 관련 주체간의 견제와 균형, 전체 국민의료비의 절감과 심사의 전문성제고 측면에서 자동차보험, 산재보험 등의 진료비용심사도 총괄적으로 수행할 수 있는 여지를 마련하였다(건강보험심사평가원, 건강보험심사와 평가, 2006).

특히 건강보험심사평가원은 진료비 심사업무를 본연의 업무로 함은 물론, 더욱 더 전문적이고 타당성 있는 심사를 제고하기 위하여 신 의료기술 등에 대한 수가, 약가, 치료재료 및 DRG에 대한 분석을 하는 급여관리업무, 요양급여의 적정성을 평가하는 평가업무, 현지 확인 및 조사기능의 급여조사업무 등을 실시하고 있을 뿐 아니라, 의료서비스의 질 평가와 관련해서 요양기관의 시설, 인력, 장비현황 조사업무를 수행하고 있으며, 그 결과 오랜 기간 축적된 방대한 진료내역 정보를 가지고 있다.

건강보험제도에서 요양급여비용의 심사는 보건복지부가 정한 심사기준에 근거하여 의학적으로 보편·타당하고 경제적으로 비용·효과적인 방법으로 요양급여가 행하여졌는지 여부를 공정하고 객관·타당하게 심사함으로써 불필요한 과다진료비용의 억제, 부당한 진료비용의 지급방지, 의료자원의 과소이용 및 부적절한 이용방지, 사회보험제도에서의 의료보장 취지에 합당한 적정진료를 보장, 요양급여에 대한 사회적 책임과 국민에 대한 의학적 보호기능을 실제화 하는데 그 의의가 있다고 할 수 있다(조재국 외, 2004).

2. 산재보험 심사

산재보험은 우리나라 4대 사회보험 가운데 그 역사가 가장 오래된 사회보험제도로써 산재보험의 출발이 모태가 되어 근로자 건강보험(1977), 국민연금(1988), 고용보험(1995)이 실시되었고 법정복지제도로서 4대 사회보험의 기틀이 마련되었다.

역사적으로 산재보험은 긍정적 측면과 부정적 측면을 동시에 지니고 있는데, 긍정적 측면은 1960년대 이후 산업화 과정에서 산재보험의 출범은 건강보험 등 다른 사회보험제도의 실시를 자극하는 촉매역할을 하였다는 것이고, 부정적 측면은 사회보험은 정부의 예산지원 없이도 법률제정과 행정절차의 준비만으로도 출발이 가능하다는 나쁜 선례와 잘못된 인식을 심어주게 되었다는 것이다(신수식, 2004).

산재보험은 근로자를 사용하는 모든 사업에 적용되며 사업의 위험률과 규모, 사업장소 등을 참작하여 일부사업 및 일정규모 이하의 사업을 당연 적용대상에서 제외하고 있다. 당연 적용대상에서 제외되고 있는 사업은 공무원연금법, 군인연금법, 선원법, 어선원및어선재해보상보험법, 사립학교교직원연금법에 의하여 별도의 재해보상이 이뤄지는 사업과 가사서비스업이다.

한편 산재보험에 소요되는 비용은 사업주가 보험료로 충당하며 근로자의 비용 부담은 없다. 그 이유는 근로자의 업무상 재해보상에 대한 사용자의 무과실책임원리를 기초로 그 재해보상책임을 보험화하여 근로자를 보호하는 것이 산재보험제도의 목적이기 때문이다(보험통계연감, 2004).

산재보험요양업무처리규정에 따르면 의료기관 및 약국에서 제공한 요양급여에 따른 진료비와 약제비 심사는 의료기관 및 약국을 관할하는 근로복지공단 지역본부장이 실시(요양업무처리규정 제42조)하며, 진료비·약제비지급결정통지서를 받은 의료기관 또는 약국에서 결정된 내용에 이의가 있는 경우에는 통지서를 받은 날로부터 90일 이내에 이의신청을 할 수 있다.

그러나 산재보험 진료비를 심사하는 과정에서 장기요양에 따른 입원기간 조정은 현실적으로 어려운 실정이다.

이는 최초 요양신청 및 요양연기신청을 하면 요양결정을 승인한 이후에 사후적

으로 진료비 심사가 이뤄지기 때문에 일단 승인이 이루어진 기간동안의 진료비는 불합리한 장기요양이라 할지라도 이에 대한 진료비를 조정할 수는 없기 때문이다 (조재국 등, 2006).

산재보험 심사업무를 수행하고 있는 근로복지공단의 심사관련 업무분장은 <표 1>과 같다(근로복지공단 내부자료, 2005).

표 1. 근로복지공단의 진료비 심사관련 업무분장

구 분	업 무 내 용
진료비심사팀 (본부)	<ul style="list-style-type: none"> · 진료비·약제비 관련 업무계획의 수립 · 산재보험 진료수가(요양급여산정기준)의 책정 및 조정 · 진료비·약제비 관련 제도개선에 관한 사항 · 진료비·약제비 표준화 및 심사기법의 개발 · 진료비 청구관련 토탈 및 EDI에 관한 연구개발 및 지도 · 진료비·약제비 관련 기준 및 업무지침의 수립 및 조정 · 진료비·약제비 관련 실적분석·평가 관리 · 진료비·약제비(후유증상진료비 포함) 이의심사에 관한 사항 · 진료비·약제비(후유증상진료비 포함) 현지실사에 관한 사항 · 약국관리 및 지도감독에 관한 사항 · 위 각호에 관한 기타사항
보 상 부 (지역본부)	<ul style="list-style-type: none"> · 산업재해보상보험 진료비(약제비) 심사·지급 · 실사 및 이의심사 청구에 관한 사항 · 관할지사 2종 요양비 심사지원 업무

산재보험과 건강보험의 심사청구 자료를 이용한 의료서비스 이용실태를 분석한 결과 산재보험이 건강보험에 비해 질병별 요양기간은 3~9배 정도 높고 요양비는 2~12배 정도 높은 것으로 나타났는데, 이는 산재보험 수급자가 건강보험에 비해 본인 부담금의 비율이 낮고(산재보험 약 20%, 건강보험 약 50%), 휴업급여가 보장되므로 상대적으로 장기간에 걸친 충분한 치료를 받기를 원할 가능성이 크기 때문이다.

따라서 의학적 평가를 통해 직업복위가 가능한 사람에 대해서는 실질적이고 효

과적으로 작업복귀가 가능하도록 하고, 재요양의 가능성을 줄이기 위해서는 단계적인 작업복귀, 업무전환 등의 조치가 필요한데, 이를 위해서는 ‘사례관리자’나 ‘재활상담원’에게 적절한 권한을 부여해야 한다(한림대학교, 2005).

3. 자동차보험 심사

자동차사고로 인한 치료비는 1996년 회계연도를 기준으로 하여 2000년 회계연도까지 평균 7.6%의 증가율을 보였으며, 전체 보험금의 29.5%를 차지하고 있는 것으로 조사되었다.

이러한 추세에도 불구하고 1인당 치료비는 1998년도 이후 급속하게 감소하여 1996년도의 치료비 수준에도 미치지 못하고 있으나, 자동차보험의 진료수가와 밀접하게 관련되어 있는 건강보험 진료수가는 1997년도 이후 수차례에 걸쳐 59.1%나 인상되었다(한국보험개발원, 2002).

건강보험은 건강보험 관련 법규에 수가기준과 체계, 의료행위, 진료기간, 청구방법, 의료전달체계 등이 규정되어 있으나, 자동차보험에 대해서는 건강보험이나 산재보험의 경우와 같이 구체적인 내용의 규정이 없기 때문에 의료수가, 진료행위 등에 대하여 적정관리가 이뤄지지 않고 있음(김현웅, 1992)은 물론이고 의료법에 의한 일반수가가 적용됨으로 인해 의료기관과 종별(등급) 보험회사와의 계약체결 여부에 따라 현저한 의료수가 불균형이 있다(이병호, 1993).

즉 손해보험사와 계약을 체결한 의료기관은 1983년 자동차보험 다원화 이전 ‘한국자동차보험(주)’가 제정한 ‘표준의료수가’를 적용하고 계약을 체결하지 않는 의료기관은 일반 수가를 적용하였다.

1995년 6월 자동차보험 의료보수기준 제정에도 불구하고 의료기관과 보험사간 진료비 산정을 둘러싼 분쟁이 지속되자 보험사업자에게 진료기록 열람권을 부여하고, 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비를 직접 청구하는 행위를 금지하는 한편, 자동차보험 진료수가분쟁심의회 설치 의무화, 진료비 지급기간 명시 및 임의삭

감 금지, 자동차보험 진료수가에 포함되어야 할 내용 등을 주요골자로 하는 자동차손해배상보장법을 개정(1992.2)하고, 1999.10.8부터 현재까지 세 차례에 걸쳐 '자동차보험 진료수가(종별 가산율)'를 인하하여, 현재는 산업재해보상보험 수준으로 일원화 시켰다(이원주, 2006).

자동차보험은 건강보험과 달리 독립된 심사기구가 없이 보험사별, 보상센터별, 담당자별로 진료비를 심사하고 있어 건강보험 환자에 비해 행정력 낭비가 많고, 심사자들의 관련업무 전문성 결여 및 통일된 심사기준의 부재로 청구진료비 삭감·조정률에 대한 심한 편차를 보였다(박태섭, 2005).

자동차보험 환자의 평균진료비는 2000년 기준으로 건강보험 환자의 평균진료비(131,580원)에 비해 82.2% 수준으로 나타났는데, 교통사고 환자의 경우 평균재원일수가 종합전문병원의 경우 건강보험(평균재원일수 10.1일)의 2.7배, 종합병원의 경우 건강보험(평균재원일수 10일)의 3.02배에 달하여 장기입원으로 인한 병상회전을 및 평균진료비 저하로 의료기관의 수익률 악화의 원인이 되고 있다.

그리고 자동차보험 입원환자 1일당 평균진료비는 건강보험의 82% 수준으로 종별 가산율 자체는 타 사회보험(건강보험, 산재보험) 보다 높음에도 불구하고 입원환자 1일당 평균진료비는 낮은 수준이다.

또한 자동차보험 환자의 경우 장기입원하거나 의료기관의 퇴원지시에 불응하는 등 의료기관에서 다수의 민원을 발생시켜 일부 의료기관에서는 교통사고 환자 기피현상이 발생하고 있는 실정이다(이용균, 2003).

자동차보험의 진료비심사 전문성을 확보하기 위하여 건강보험과의 심사기능통합을 적극 추진할 필요가 있는데 이를 위한 선결조건으로, 진료비 청구·심사업무의 전산화(EDI)시스템의 도입이 요원하다. 아울러 선량한 보험가입자를 보호하고 피해자간 형평성을 도모하기 위해 입원진료지침을 마련함으로써 불필요한 비용을 억제하여야 한다. 이 밖에도 손해사정기능의 전문성 확보와 의료기관별 집중관리, 상해보험 중복가입 제한 등 제도적 검토가 필요하다(보험개발원, 2006).

4. 심사일원화

가. ‘심사일원화’ 찬성론⁶⁾

현재 우리나라의 산재보험과 자동차보험의 경우 보상금을 목적으로 한 허위·과잉청구 등 부당청구의 일반화와 의료기관 이용제한으로 인한 환자의 불편, 속칭 ‘가짜(나이롱) 환자’로 인한 병원관리의 어려움, 심사기준 및 청구방법이 구구함 등의 문제가 있으며, 비용 등의 심사평가면에서는 전문성이 결여된 부실 심사와 기왕증진료비의 관리부실, 의료서비스의 질 평가를 통한 의·약학적 측면의 환자보호 및 보건의료관리시스템 미흡 등이 문제되고 있다. 이에 반해 선진외국의 경우에는 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 운영 자체는 분리하고 있으나 진료비의 심사와 지급은 건강보험을 기준으로 일원화되어 있는 추세이며 특히 의료기관은 보험종별에 관계없이 진료하고 건강보험에 청구하면 건강보험은 의료기관에 지급한 후 정산하는 시스템(先진료 後정산)을 운영하고 있다(국회 공청회 자료, 2005).

심사일원화 방법은 초기에는 심사평가를 위탁하고 심사결과에 따라 종별 보험자가 지급하는 방식으로 시작하되, 점차적으로는 진료비 통합 심사평가 후 비용지급도 건강보험에서 선 지급 후 산재보험이나 자동차보험에서 구상하거나, 매년 정산개념의 요율부담체계로 진행될 수 있을 것이다.

진료비청구와 심사가 일원화 될 경우, 진료를 받는 환자는 보험종류에 관계없이 원하는 의료기관에서 우선 진료를 받고 추후에 사고발생 원인에 따라 청구하게 되며, 심사의 연장선에서 중립적으로 과거 진료기록을 참고로 한 기왕증 심사가 용이해져서 보험종별 독립재원 관리에 부합하는 적절한 지급을 할 수 있게 된다(국정감사 정책제안서, 2004).

6) 언론보도자료

- MBC 뉴스데스크(2006.4.15) : “산재 권하는 병원”
- 매일경제(2006.3.10) : “보험사기 한해 1조 6천억 원 샌다”
- 동아일보(2006.2.27) : “환자한테 진료비 받아내고 건강보험도 청구”
- 문화일보(2004.10.5) : “동일증상 자동차·산재보험 지급 진료비 국민건강보험의 최대 5배 넘어”
- 경향신문(2005.3.2) : “나이롱환자 뿌리 뽑힌다.”
- 중앙일보(2005.2.23) : “근골격계질환 엉터리 산재환자 많다.”
- 한국경제신문(2005.2.11~2.17) : “100여명 사기단 조직 보험금 한탕” 등 「보험범죄 뿌리뽑자」 라는 주제로 5회에 걸쳐 집중 취재

나. '심사일원화' 반대론

요양급여비용 심사일원화에 대한 논의가 각종 보고서와 공청회 및 토론회 등을 통해 여러 차례 공론화 되면서, 각계의 의견대립을 보이고 있는데 특히 산재보험을 담당하는 입장에서는 다음과 같은 몇 가지 대표적 단점들을 지적하고 있다(한국보건사회연구원, 2005).

첫째, 각 보험종별의 특성을 살린 효율적 사업 추진이 곤란해진다. 산재보험은 치료와 생계보장, 재활 및 사회복귀가 상호 연계되고 있다는 점에서 건강보험이나 자동차보험과는 다른 특성을 가지고 있으며, 이러한 업무 중에 일부 업무를 위탁하는 경우 각 제도가 원활하게 운영되지 못하여 효율적 사업수행이 곤란해진다.

둘째, 진료의 적정성에 대한 심사기관의 적극적인 확인 노력이 부족할 경우 상병별 치료기간 및 진료비를 단순 비교하고 진료기록에 의존하여 심사할 가능성이 높다. 따라서 실사 담당 인력이 별도 필요하고 그만큼 비용지출이 늘어난다.

셋째, 심사일원화시 심사평가원에서는 단순히 진료내용에 의거한 급여총액만 산정하므로 근로복지공단에서 요양승인 여부, 기왕증 관계, 추가 상병 승인, 진료비 실사업무, 지급업무를 수행해야 하므로 인력 절감효과를 크게 기대하기 어렵다.

넷째, 산재보험의 경우 사업주의 배상책임보험 성격으로 훼손된 노동력 회복을 위해 별도의 수가체계 마련이 필요하나, 심사일원화시 별도의 수가체계 마련에 장애요인이 있다. 민법상 손해배상 책임을 담보하고 있는 산재보험의 특성이 무시되고 건강보험과 단순 비교하여 치료기간과 치료비를 산정하면 영세사업주의 손해배상 비용이 증가한다는 것이다.

마지막으로 산재보험의 당사자인 산재환자들의 반발이 예상되는데, 각 보험종별에 대한 이해 없이 상병별 치료기간 및 진료비를 단순 비교하여 심사하는 경우 치료기간 단축으로 인한 휴업급여 지급불가 등으로 산재환자들의 반발이 예상된다.

Ⅲ. 연구결과

1. 건강보험, 산재보험, 자동차보험 진료비 심사시스템

가. 건강보험 진료비 심사시스템

1) 요양급여비용의 심사 개관

요양급여비용심사는 국민건강보험법⁷⁾과 보건복지부에서 정한 심사기준에 근거하여 의학적으로 보편·타당하고 경제적으로 비용·효과적인 방법으로 요양급여가 행하여졌는지 여부를 공정하고 객관·타당하게 심사함으로써, 불필요한 과다진료비용의 억제와 부당한 진료비용의 지급을 방지하고, 의료자원의 과소이용이나 부적절한 이용을 방지, 사회보험제도하에서의 의료보장 취지에 적합한 적정진료를 보장, 요양급여에 대한 사회적 책임과 국민에 대한 의학적 보호기능을 실제화 하는데 그 목적이 있다.

그러나 ‘행위별수가제(Fee-For-Service)’⁸⁾하에서는 양질의 의료서비스가 가능한 반면, 수입증대를 목적으로 진료량의 증가가 수반될 가능성이 높기 때문에 균형적 시각에서 심사할 필요가 있다.

우리나라 건강보험의 심사주체 및 심사방법 변천과정을 연혁별로 살펴보면 <그림 1>, <그림 2>와 같다.

7) 국민건강보험법 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 제2항 및 제56조(업무 등) 제1항
국민건강보험법시행규칙 제12조(요양급여비용의 청구 등), 제13조(요양급여비용의 심사·지급)

8) 진료에 소요되는 약제 또는 재료를 별도로 산정하고 의료인이 제공한 진료행위마다 항목별 가격을 책정하여 진료비를 지급하는 제도로 우리나라는 의료보험 도입 당시부터 이 방식을 진료비 지불방식으로 채택하고 있다.

그림 2. 심사주체의 변천과정

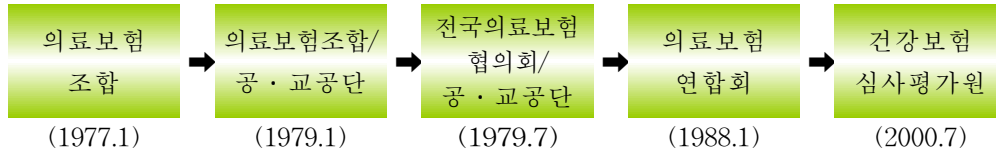
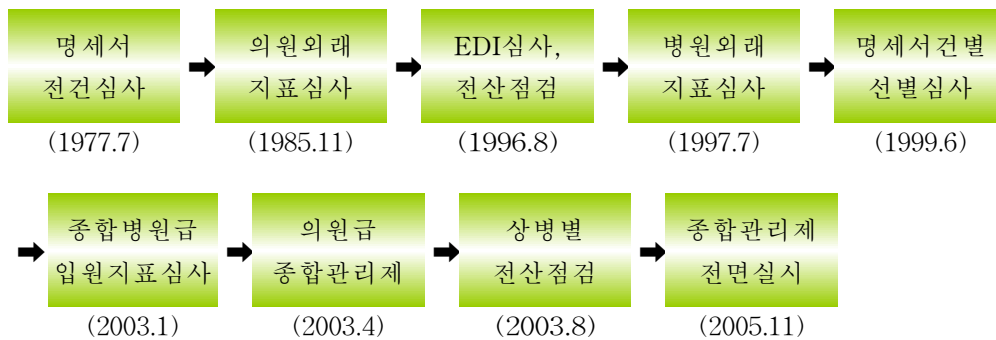


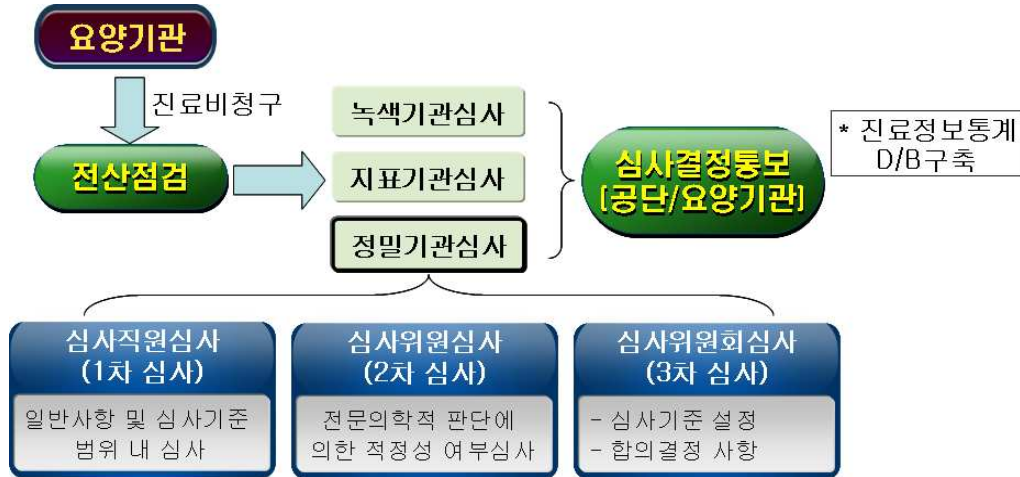
그림 3. 심사방법의 변천과정



2) 심사처리 절차 및 방법

요양급여비용 심사처리는 요양기관이 청구한 요양급여비용 청구명세서를 접수하여 청구내용이 관련법령 등에 근거하여 인정되는 범위 안에서 이루어졌는지 여부 등을 검토·확인하고 그 기준을 초과하였거나 기준을 잘못 적용한 사항 등이 발생할 경우에는 해당 청구진료비를 조정하여 요양기관에 지급할 금액을 확정하는 과정이다.

그림 4. 요양급여비용 심사처리 절차도



① 청구 및 접수

요양기관에서 진료한 요양급여비용은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따라 월별(일자별로 청구명세서를 작성하는 기관은 주단위별), 입원과 외래별, 진료 분야별(내과, 외과 등 종합병원의 6개 분야), 직접조제와 처방조제별 등으로 구분 작성되어, 전자문서교환방식(EDI ; Electronic Data Interchange)이나 전산매체(디스켓 등), 서면 중 한 가지 방법을 통해 건강보험심사평가원의 심사업무를 담당하는 관할 본·지원에 접수된 후 일정기간 심사를 받게 된다.

② 전산점검

접수된 요양급여비용청구명세서는 전산프로그램에 의해 심사·지급을 위한 필수 기재사항, 약가, 수가 등 단가착오와 심사기준 산정착오 등을 항목⁹⁾ 및 상병별¹⁰⁾로 점검하는 절차를 거친다. 이때 포털서비스에 가입하여 공인인증서를 받은

9) 항목별로 개발된 전산프로그램을 적용하여 약가·수가 단가착오 등 정형화가 가능한 심사기준범위 초과 등을 조정하거나 심사정보를 제공하여 심사업무를 도와주는 절차

10) 진료내역이 단순한 상병별로 개발된 전산프로그램을 적용하여 청구내역과 심사기준과의 적합성 여부를 점검 후 심사완료

요양기관은 항목별 전산점검완료 후 기재착오 등 일부 청구오류 건에 대하여 심사 전에 수정·보완할 수 있다.

③ 기관분류 및 분배

전산점검이 완료된 청구명세서는 정밀심사¹¹⁾ 및 지표심사¹²⁾ 대상기관으로 구분하여 담당 심사부서로 분배된다.

④ 정밀심사

요양급여비용 청구명세서를 대상으로 해당 요양기관의 진료경향 분석 등 청구내역을 종합적으로 파악하여 진료내용의 적정성, 심사기준과의 적합성 여부 등을 4단계(심사직원, 심사위원, 전문심사위원(Peer Review), 심사위원회)에 걸쳐 정밀하게 심사한다.

i) 심사직원 심사

요양기관의 청구경향을 파악한 후 청구방법, 산정지침 등에 맞게 정확하게 작성되었는지 여부 등을 심사하며, 전문 의·약학적 판단이 필요한 경우 및 고액 진료비는 심사소건을 첨부하여 심사위원에게 심사를 의뢰한다.

ii) 심사위원심사 및 전문심사위원 심사(Peer Review)

심사직원이 의뢰한 기관별 또는 사례별 심사대상 건에 대하여 심사직원이 작성한 심사소건을 참조, 해당기관 또는 해당 청구명세서에 대한 진료경향 분석 등을 통하여 전문 의·약학적 판단에 의한 진료의 적정성 여부를 심사한다. 이 경우 심사위원은 청구명세서 심사를 위하여 필요하다고 판단될 때는 보완자료 요청심사, 면담심사, 현지 확인심사 등을 실시한다.

iii) 심사위원회 심사

전문과목별로 전문의학적 판단에 의한 새로운 기준이 필요한 사항이나 심사기준 설정을 요하는 사항 및 심사기준 적용 시 이견이 있는 사항, 기타 합의에 의한 결정을 필요로 하는 사항은 중앙 및 지역에 설치되어 있는 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 심사·결정한다.

11) 기관별 청구명세서 전체를 정밀심사

12) 기관별 청구명세서 중 반드시 필요한 필수항목 부분만 정밀심사

⑤ 심사결과 통보

심사가 완료되면 수진자 본인 및 보험자가 부담해야 할 심사결정금액과 수진자별 조정금액, 조정사유 등 심사결과를 기재한 ‘요양급여비용 심사결과 통보서’를 공단 및 요양기관에 각각 송부하며, 이 자료를 근거로 공단은 요양급여비용지급액을, 요양기관은 심사결과를 확인할 수 있다.

나. 산재보험 진료비 심사시스템

1) 진료비 및 약제비 청구방식

의료기관 및 약국이 근로복지공단에 진료비와 약제비를 청구하는 방식은 크게 서면청구와 전자청구 방식이 있으며, 전자청구 방식은 전자문서 교환방식(EDI)과 고용·산재보험 토털서비스를 이용한 방식으로 나눌 수 있다. 보험시설·의료기관 또는 약국이 공단에 진료비·약제비를 청구하기 위해서는 진료비·약제비청구서에 진료·약제내역서, 요양중인 자의 외출·외박관리대장 사본, 산재환자별 진료기록부 사본, 소견서, 의료기관이 발행한 처방전(약국에 한함) 등을 첨부하여 해당 지역을 관할하는 지역본부장에게 제출하여야 한다.

2) 진료비 심사절차

요양업무처리규정에 따르면 의료기관 및 약국에서 제공한 요양급여에 따른 진료비와 약제비 심사는 의료기관 및 약국을 관할하는 지역본부장이 실시한다.¹³⁾ 의료기관의 요양급여 제공에 따른 진료비·약제비청구의 비용 심사 시에는 ‘산재보험요양급여산정기준’ 준수여부를 확인하며, 필요시에는 진료비·약제비청구서에 기재된 일시를 진료기록부, 입원기록지, 간호기록지 등과 대조하여 재해발생원인 및 상황과 치료종결 하여야 할 산재환자를 계속 치료하고 있는지 여부를 확인하고, 의료기관 또는 약국의 의약품 실거래가 내역 등도 확인하여 심사한다.

특히 약제비를 심사할 경우에는 처방전의 내용과 지급한 의약품이 같은지 여부, 개인의 질병과 관련된 약제비가 청구되었는지 여부, 약사가 의약품을 대체조제하거나 수정한 경우의 적정성 여부, 기타 요양비 심사기준에 적합한지의 여부에 대해 확인하여 심사하도록 되어 있다. 진료비·약제비청구서를 접수한 근로복지공

13) 산재보험 요양업무처리규정 제42조

단의 관할지역본부장은 청구내역과 요양급여산정기준을 대조·확인하고 자문의사, 진료비·약제비 심사전문자문의사 또는 관계전문가 등의 자문을 받아 서면의 경우 40일 이내, 토달서비스와 EDI 방식의 경우 10일 이내에 지급액을 산정하여 진료비·약제비지급결정통지서를 발부하고 있다. 한편 의료기관에서 다른 의료기관 또는 외부 검사기관에 의뢰하여 실시한 위탁검사 비용은 검사를 의뢰한 의료기관으로 진료비를 지급한다. 심사결과 약제비를 지급 또는 조정하기로 한 경우에는 내역을 전산입력하고 펌뱅킹을 이용하여 지급하게 된다.

그림 5. 산재보험 진료비 심사 및 지급절차

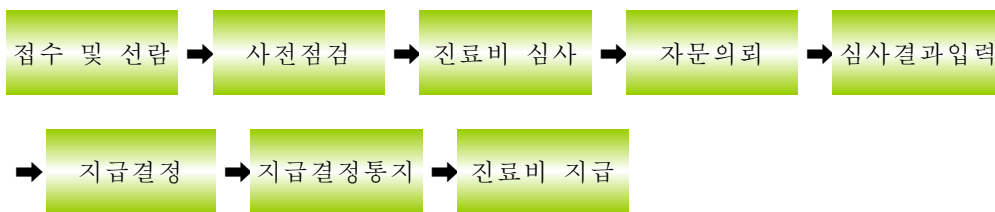


그림 6. 산재보험 이의심사 처리절차

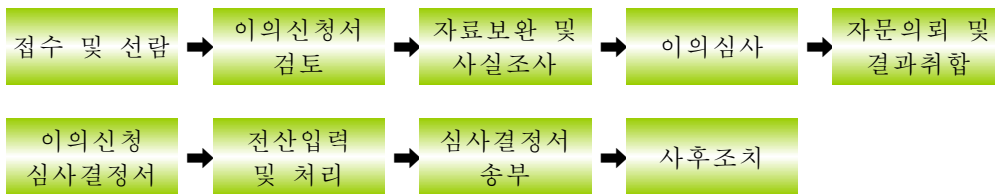


표 2. 산재보험 연도별 약제비 청구 및 심사현황¹⁴⁾

(단위 : 명, 백만원, %)

구 분	수급자수	청구액	지급액	1인평균(원)	조정률
2004년	53,072	14,249	14,245	268,423	0.02
2003년	50,069	11,785	11,780	235,283	0.04
증감률	6.0	20.9	20.9	14.1	-0.02

14) 근로복지공단 내부자료, 2005

표 3. 산재보험 연도별 평균진료비 현황¹⁵⁾

(단위 : 백만원, 명, 일, %)

구 분	총 진료비	평균진료비(원)		총 수급자	총 지급일	평균 지급일	
		1인평균	1인1일 평균				
2004년	전체	629,489	4,557,585	34,545	138,199	18,222,153	132
	입원	553,158	6,165,378	63,778	89,720	8,673,153	97
	통원	76,331	679,516	7,993	112,332	9,549,218	85
2003년	전체	572,505	4,354,281	34,339	131,481	16,672,368	127
	입원	500,486	5,763,977	61,873	86,830	8,088,931	93
	통원	72,019	684,468	8,390	105,219	8,583,468	82
전년 대비	전체	10.0	4.7	0.6	4.7	9.3	3.9
증감율	입원	10.5	7.0	3.1	7.0	7.2	4.3
	통원	6.0	-0.7	-4.7	-0.7	11.3	3.7

다. 자동차보험 진료비 심사시스템

1) 진료수가의 청구 및 지급절차

현행 자동차손해배상보장법(이하 '자배법')에 의하면 보험회사는 보험가입자 등의 청구 또는 피해자의 청구가 있거나 기타의 원인에 의하여 교통사고환자의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 교통사고환자를 진료하는 의료기관에게 그 진료에 따른 자동차보험 진료수가의 지급의사유무 및 지급한도를 통지하여야 한다(자배법 제 11조 제1항). 이때 보험회사로부터 자동차보험 진료수가와 지급의사 및 지급한도의 통지를 받은 의료기관은 당해 보험회사에 자동차보험환자 진료에 따른 진료비용을 건설교통부장관이 고시한 자동차보험 진료수가기준에 따라 그 지급보증한도까지 청구할 수 있다(자배법 제11조 제2항).

자동차보험환자를 진료한 의료기관이 자동차보험 진료수가를 청구한 경우 보험회사는 자동차보험진료수가분쟁심의회(이하 '심의회')에 심사청구를 하는 경우를 제외하고는 지급청구를 받은 날로부터 30일 이내에 청구액을 지급해야 한다(자배

15) 근로복지공단 내부자료, 2005

법 제11조 제4항). 만일 이 지급기한을 경과하여 청구액을 지급할 경우에는 그 청구액에 심의회가 시중은행 대출연체금리를 감안하여 정한 금리에 의한 이자를 가산하여 지급하여야 한다(자배법 시행령 제13조).

의료기관이 제출한 지급청구서를 접수받은 보험회사는 자동차보험 진료수가 심사기준에 따라 진료수가를 심사한 후, 자동차보험 진료수가 지급청구 검토서를 작성하여 의료기관에 통보한다. 의료기관은 지급청구 검토서를 검토하여 보험회사의 이견 중 전부 또는 일부가 타당하여 이를 수용할 경우에는 지급청구검토 동의서에 의해 의사표시를 해야 한다(기준 제13조 제2항). 만일 의료기관이 보험회사의 이견을 전부 수용한 경우에는 보험회사는 더 이상 의료기관의 지급청구내용에 대하여 삭감할 수 없으며, 동의서에 따른 금액을 지급해야 한다. 한편 보험회사는 지급청구 검토서를 의료기관에 통지한 후 7일 이내에 의료기관의 동의서를 받지 아니한 경우 심의회에 심사를 청구할 수 있다(기준 제13조 제3항).

2) 진료수가의 심사 및 결정절차

보험회사가 의료기관의 진료수가 지급청구가 부당하다고 판단하여 심사청구를 할 경우에는 심사청구서 및 심사청구사유서를 첨부하여 지급청구를 받은 후 60일 이내에 심의회 사무국에 제출해야 한다. 그리고 보험회사의 심사청구를 접수한 심의회는 3일 이내에 심사청구내용을 해당 의료기관에 통지해야 한다.

심의회로부터 심사청구에 관한 사실을 통보받은 의료기관은 보험회사의 삭감내역에 대해 답변서를 작성하여 증빙자료와 함께 심의회에 제출해야 한다. 이때 심의회 사무국이 통지한 날로부터 15일 이내에 답변서를 제출받지 아니한 경우에는 당해 심사청구에 대하여 의료기관의 답변이 없는 것으로 간주한다. 의료기관의 답변서를 제출받은 심의회는 보험사와 의료기관의 서류를 첨부하여 전문위원회에 심의를 의뢰한다. 이때 전문위원회는 10일 이내에 당해 사건을 검토하여 심사의견서를 사무국에 제출해야 한다. 전문위원회의 심사를 마친 심사 건은 심의회에 의뢰되어 최종 결정되는데, 전문위원의 심사결과 합의가 이뤄진 경우에는 심의회 보고안건이 되며, 합의가 이뤄지지 않은 경우에는 심의회의 심의안건이 된다. 마지막으로 심의회는 결정내용을 해당 의료기관과 보험회사에 통보함으로써 심사청구건에 대한 상호정산이 이뤄지게 된다.

표 4. 자동차보험 심사관련 법규내용

구 분	법	시행령	시행규칙	내 용 요 약
진료비 청 구	제11조 (제1항 내지 제3항)		기 준 제11조	- 의료기관은 당해 보험자에게 자동차보험 진료수가에 관한 기준과 진료기록부에 따 라 자동차보험진료수가 청구
심 사	제11조 (제4항) 제16조			- 의료기관이 진료수가를 청구한 경우 보 험자는 30일 이내에 그 청구액을 지급해 야 하나, 보험자가 이견이 있을 경우 심 의회에 이견을 통지하여 수용여부절차를 밟음. - 심의회는 자동차보험진료수가기준에 따 라 심사·결정 - 전문위원회 검토 건 중 위원 간 합의가 된 건은 단순심사와 같이 보고안건으로 처리하고 미합의 건은 심의회 심의 결정 으로 처리
지 급	제11조 (제4항)			- 의료기관이 자동차보험 진료수가를 청구 한 경우 보험사업자는 30일 이내에 청구 액을 지급
이 의 신 청	제15조 내지 제19조	제12조 제13조	기 준 제13조 내지 제15조	- 보험사업자는 관련기준을 위반하였다고 판단되면 60일 이내 심의회에 심사청구 를 할 수 있으며, 심의회는 심사청구에 대한 결정이 있는 때에는 보험당사자와 의료기관에게 통지
급 여 범 위 및 기 준	제13조		기 준 제4조 내지 제5조	- 보편·타당한 방법, 범위 및 기술 - 인정범위는 보건복지부장관이 인정한 진료기준 및 국민건강보험기준에 의하며 예외적으로 기준 제5조 1항에 달리 정한 부분을 적용

표 4. 자동차보험 심사관련 법규내용

구 분	법	시행령	시행규칙	내 용 요 약
사 후 관 리	제19조 제38조 (제3항)			<ul style="list-style-type: none"> - 심의회는 법령위반사실이 확인되면 관계기관에 통보 - 규정에 위반하여 진료기록부에 의한 진료기록과 다르게 자동차보험진료수가 청구 등 허위목적으로 진료기록을 작성한 의료기관은 벌금 5천만원 부과 등 형사고소
참 여 방 식	제2조 (제7호)		기 준 제2조 (제5호)	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법에 의한 의료기관 - 국민건강보험법 제40조 제2항 및 의료법 제3조 규정에 의한 요양기관
조 직 관 련	제2조 (제5호 내지 제6호)		기 준 제2조 (제6호)	<ul style="list-style-type: none"> - 보험업법에 의하여 허가를 받아 보험업을 영위하는 자 및 여객자동차운수사업법·화물자동차운수사업법 및 건설기계관리법에 의하여 공제사업을 하는 자 - 보험사업자 및 공제사업자, 자동차손해배상보장사업자
관 계 기 관	제14조	제11조		<ul style="list-style-type: none"> - 자동차보험진료수가분쟁심의회 <ul style="list-style-type: none"> · 위원장 포함 18인의 위원으로 구성 (건설교통부장관이 위촉/임기 2년) - 금융감독위원회 <ul style="list-style-type: none"> · 책임보험에 해당하는 보험료 또는 보험약관에 관하여 보험업법에 의한 인가 등의 처분을 하고자 할 때는 건교부장관과 미리 협의해야 함. - 전문위원회 구성 - 사무국(운영지원)

표 4. 자동차보험 심사관련 법규내용

구 분	법	시행령	시행규칙	내 용 요 약
진료비 보상비 관련 규정들	제11조 제15조 제26조	제12조 제15조 제19조	규 칙 제5조 기 준 제4조 내 지 제15조	<ul style="list-style-type: none"> - 교통사고환자의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 환자를 진료하는 의료기관에게 당해 진료에 따른 자동차보험 진료수가의 지급여부 및 지급한도를 통지해야 함 - 보험사업자등의 지급청구가 자동차보험진료수가기준을 부당하게 적용한 경우는 그 지급청구일로부터 60일 이내에 심의회에 심사청구를 함 - 정부는 제26조 각 항목에 해당하는 경우 피해자의 청구에 따라 책임보험의 보험금 한도 안에서 그 피해를 보상하며, 또한 자동차 운행으로 인한 사망자나 중증 후유장애인의 유자녀 및 피부양자가족의 경제적 어려움을 해결하고 후유장애인의 재활을 지원할 수 있음 - 정부가 피해자에게 보상할 금액은 보험업법에 의하여 인가된 책임보험의 약관이 정하는 책임보험금 지급기준에 의하여 산정한 금액으로 함 - 기타 절차나 재활지원대상자의 선정 및 지원의 기준 및 금액은 해당 조문 참조

표 5. 건강보험, 산재보험, 자동차보험 심사과련 조직 비교

구 분	건강보험	산재보험	자동차보험
청구매체	서면, 디스켓, EDI	서면, 디스켓, EDI	서면
EDI 청구율	92.3%	20%	0%
참여기관	요양기관/약국/한국회 귀의약품센터/보건소, 보건의료원/보건지소/ 보건진료소 등	요양기관/약국/보건소/ 보건의료원 등	요양기관 (약국/보건소등 제외)
참여 기관수	약 70,000 여개 기관	약 5,500 여개 기관	약 46,000 여개 기관
심사기구	본원 및 7개 지원	근로복지공단 6개 지역본부	11개 손해보험사 보상·의료담당자
담당부서	본·지원 심사부	지역본부 보상부	외주·보상팀(1개사)
심사인력	<ul style="list-style-type: none"> • 630명 (상근/비상근의사) • 1,500명 (간호사, 약사 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 비상근 자문의사 100명 • 189명(간호사 등) (60명에서 2005년 8월 120명 충원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 의사 6명 • 보상담당직원 (간호사)약간명
심사단계	3단계 심사 (직원/심사위원/위원회 심사)	2단계 심사 (직원/자문심사)	무심사/점검심사
조사 기능	수행 유형	조사전담수행	없음
	전담 부서	급여조사실 (1실 4부)	없음(필요시 실시) (금융감독원, 검찰 등)
	인력	140여명 전담	60명 중 약간명
	유사 기능	심사보완을 위한 현지 확인심사업무 병행	-
행정조치 등	<ul style="list-style-type: none"> • 허위부정금액 환수 • 업무정지/과징금 • 면허정지/취소 • 형사처벌 	<ul style="list-style-type: none"> • 허위부정금액 환수 • 업무정지/과징금 	<ul style="list-style-type: none"> • 고발, 형사처벌

라. 심사비용 지불방식 비교¹⁶⁾

현행 보험종별 심사비용 지불방식은 분담금(건강보험), 수수료(의료급여, 공무원 재해, 자동차보험), 예산(산재보험) 등 3가지 형태로 운영되고 있다.

건강보험은 건강보험심사평가원에서 진료비를 심사하고 그 비용을 국민건강보험공단에서 분담금으로 지불하며, 의료급여는 보건복지부가 건강보험심사평가원에 위탁심사 의뢰하고 수수료를 지급하고 있다.

자동차보험은 보통 소액 건은 합의를 통해 해결하고 50만원 이상 건은 외부전문가에게 위탁심사 의뢰하여 수수료를 지불하고 있으며, 산재보험은 보험자(근로복지공단)가 직접 심사하므로 심사비용은 별도로 책정되지 않고 근로복지공단의 예산에 포함된다.

표 6. 심사비용 지불방식 비교

구 분	보 험 자	심사기관	심사비용지불방식
건강보험	국민건강보험공단	건강보험심사평가원	분담금
의료급여	보건복지부	건강보험심사평가원	수수료
공무원재해	공무원연금공단	건강보험심사평가원	수수료
자동차보험	손해보험사	외부전문가	수수료
산재보험	근로복지공단	근로복지공단	예산(직영)

심사비용의 산정기준 역시 보험종별로 상이한데 건강보험공단은 심평원 예산의 대부분을 분담하는 형식을 취하고 있으며, 의료급여 심사비용은 건당 일정액을 산정되며, 자동차보험은 외부위탁 시 진료비 규모에 따라 비례적인 수수료가 지급되며 심사조정액의 일정비율만큼 인센티브를 지급하고 있다.

현행 의료급여 심사수수료는 원가분석에 의해 책정된 것이 아니며, 국가사업을 지원하는 차원에서 심평원과 각 지방자치단체 간 계약에 의해 저가로 책정된 것인 반면, 자동차보험 진료비 중 분쟁 건에 대한 심사수수료는 아래 표에서 보는 바와 같이 비교적 높게 책정되어 있다.

16) 김진현, 국민의료비 심사일원화의 필요성 및 효과, 2005

표 7. 심사비용의 산정방법

구 분	단 위	산 정 기 준
건강보험	총액	심평원 예산중 위탁수입을 제외한 금액(심사총액의 0.45%)
의료급여	건당	입원 506원, 외래 157원, 약국 66원
공무원재해	정률	심사총액의 1.5%
자동차보험	건당	· 기본수수료 + 금액비례수수료 + 인센티브(조정액의 X%) · 분쟁심의회수수료 = 기본수수료 5만원 + 분쟁가액*10%

2. 심사일원화 찬성론과 반대론의 타당성 검토

가. 심사일원화 찬성론의 이론적 근거

현행 산재보험과 자동차보험시스템은 동 제도의 목적과 취지에도 불구하고 운영상의 불편과 불합리성으로 인해 여러 이해당사자들로부터 다음과 같은 비판을 면치 못하고 있으며, 이에 근거하여 심사일원화 찬성론자들은 보험종별 요양급여비용 심사업무는 통일된 기관에서 일원화하여 수행하여야 할 필요성이 있다고 주장한다.

1) 보험종별 심사기준과 청구방식의 상이성

건강보험은 건강보험심사평가원에서, 산재보험은 근로복지공단에서, 자동차보험은 각 손해보험사별(11개 보험회사와 사이버 회사 등)로 심사업무가 이뤄지고 있어, 동일 상병에 대한 심사기준의 적용에 차이가 있으며 진료비 청구를 위한 양식도 보험종별로 상이하여 요양기관이 환자를 진료하고 비용을 청구함에 있어 여러 가지 행정적 불편을 초래하고 있다.

2) 전문성이 결여된 부실심사

산재보험, 자동차보험의 요양급여비용 심사는 전문성과 운용시스템이 크게 취약하여 보험특성별 급여범위나 기준, 진료비지불방식 등에 대한 전문적 검토가 요구

되나 전문성과 심사인력의 한계로 건강보험의 심사기준을 준용하고 있는 실정이다.

또한 요양기관의 진료비 수익을 부풀리기 위해 건강보험으로 처리해야할 환자를 산재보험이나 자동차보험환자로 임의 변경하여 청구하거나, 반대로 사업주의 부담을 줄이기 위해 산재보험으로 처리해야할 환자를 건강보험으로 처리하도록 환자에게 종용하는 등 보험사기의 조직적 폐단을 낳고 있다.

3) 국가차원의 보건의료 질 관리의 어려움

현행과 같은 심사이원화 시스템 하에서는 각 보험종별 심사기준과 처리기관이 달라 허위·부당청구에 대한 통계지표가 상호 연계되지 못하고, 범국민적 질병통계도 통합관리 되지 못하는 등 보건의료 현안에 대한 국가차원의 의료정책 및 조사업무 추진에 애로가 있으며 효율적 대응이 용이하지 못하다.

4) 요양기관 이용제한으로 인한 환자의 불편초래

건강보험은 전체 요양기관을 대상으로 적용(요양기관 당연지정)되는 반면, 산재보험과 자동차보험은 요양기관별 계약체결 여부에 따라 매우 제한적으로 적용되기 때문에 산재나 자보환자를 위한 요양기관의 수가 상대적으로 부족하여 환자 입장에서는 진료도중 전원(轉院)을 강요받는 등 요양기관 이용 상의 차별대우로 불편을 초래하고 있다.

5) 범국민적 보험료부담 가중 유발

산재보험과 자동차보험은 진료비 심사가 향후 보상판정이나 요양판정으로 연결되기 때문에 과잉진료의 소지가 많으며, 이로 인해 동일 상병임에도 불구하고 보험종별로 진료비의 차이가 발생한다.

뿐만 아니라 2005년 손해보험협회와 손해보험사의 공동조사 발표 자료에 따르면 조사대상 교통사고 환자 중 약 31%는 부재환자인 것으로 나타났는데, 이와 같은 부재환자들에게 누수 되는 연간 자동차보험 진료비는 다시 일반 국민들에게 보험료인상이라는 부담을 가중시켜 악순환의 연속을 유발시킨다.

따라서 교통사고 환자에 대한 허위·부당 유인을 없애고 자동차보험의 부재환자 비율을 낮춤으로써 장기적 안목의 전 국민 보험료 부담률을 안정화시킬 필요성이 있으며, 이를 위해서는 동일상병 동일진료의 원칙에 입각한 심사이원화를 추진해야 한다.

6) 기왕증으로 인한 진료비 분쟁 등 행정력 낭비

의료사고로 인한 분쟁발생시 대법원 판례의 입장은 환자가 기존에 갖고 있었던 기왕증이 있었다면 이것이 환자의 상태를 더욱 악화시키는데 어느 정도 기여하였을 것임을 당연히 인정하는(상당인과관계 인정) 입장이지만, 현행과 같이 보험종별로 각기 다른 진료비 청구·심사시스템이 운용되는 이상 기왕증에 대한 진료기록 공유가 어렵고, 이로 인한 의료분쟁 발생시 확인·정산절차에 따른 별도의 인력과 예산이 소요된다.

7) 의료서비스 질 평가 등 환자에 대한 의학적 보호시스템 부재

환자에 대한 의학적 보호시스템은 요양급여 내역에 대한 심사뿐 아니라 의료서비스의 질에 대한 평가를 통해 가능하지만, 건강보험과 달리 산재보험과 자동차보험은 요양기관의 의료서비스에 대한 질 평가체계가 없다.

따라서 현 건강보험심사평가원의 의료정보데이터와 평가정보기술을 활용하여 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 구분 없이 모든 의료서비스에 대한 평가체계를 구축하는 것이 전 국민에 대한 의학적 보호의 완성도를 높이는 것이다.

표 8. 보험종별 환자 당 입원진료비 비교¹⁷⁾

(단위 : 원)

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

* 주) 기준년도 건강보험(2001), 자동차보험(2001), 산재보험(2002)임.

17) 김진현, 국민의료비 심사일원화의 필요성 및 효과, 2005
 보험종별 입원기간은 최고 174일, 8.6배 차이가 나고, 입원율은 최고 41.7배의 차이가 나는 것으로 조사됨.

표 9. 보험종별 환자 당 입원일수 비교¹⁸⁾

(단위 : 일)

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

* 주) 기준년도 건강보험(2001), 자동차보험(2001), 산재보험(2002)임.

나. 심사일원화 반대론의 이론적 근거

1) 산재보험제도의 특성을 반영한 심사체계 필요

건강보험은 전 국민을 대상으로 내인성 질환의 치료를 주 목적으로 하고 있는 반면, 산재보험은 태생적으로 근로현장에서 발생하는 각종 업무상재해로 인한 노동력 상실 부분을 보장함을 주 목적으로 하는 보험으로써 외상성 질환(골절, 절단, 화상 등)이 주류를 이루고 있어, 건강보험과는 다른 산재보험제도의 고유한 특성을 인정해야 한다.

즉, 건강보험은 요양급여 중 환자의 본인부담금이 발생하고 요양기간 중 환자가 상실한 소득의 보장이 없으나, 산재보험은 사업주의 부담금이 있을 뿐 환자의 본인부담금이 없으며 요양기간 중 휴업급여와 후유장애에 대한 장해급여 내지는 유족급여 등이 지급되는 차이가 있다.

따라서 건강보험의 심사나 평가시스템을 산재보험에 그대로 적용시키려는 심사일원화 주장은 산재보험의 고유한 특성을 고려치 않은 논리적 비약이다.

2) 요양승인 절차와 심사의 분리로 업무혼선 야기

산재보험의 경우 산재환자 발생시 최초 요양승인과 요양연기 사전승인 등 별도

18) 김진현, 국민의료비 심사일원화의 필요성 및 효과, 2005

의 요양절차 관리제도를 두고 있다.

그러나 이러한 요양승인 절차가 없는 건강보험에서 단지 요양급여비용 심사업무만을 분리하여 통합심사를 하는 것은 향후, 요양승인 내역과 요양급여비용 심사 결과가 불일치하거나 연계되지 아니하여 업무수행 상 혼선과 충돌을 야기 시킬 소지가 크다.

따라서 요양승인을 처분한 기관에서 요양승인 내역에 따른 심사업무를 연계하여 추진하는 것이 업무효율성 차원에서 효과적이라 할 수 있으며, 현재의 심사일원화 찬성론은 이를 고려치 않은 것이다.

3) 현장중심의 허위·부당 확인심사체계 필요

건강보험은 일정한 요건이 갖추어졌을 경우에 한하여 예외적으로 현지 확인심사와 실사를 병행하고 있으나, 산재보험과 자동차보험은 전수 현장 확인을 통한 허위·부당청구 조사가 필수적이기 때문에 현 건강보험과 같은 모니터 심사방식으로는 심사일원화의 큰 실익이 없다.

후술하는 바와 같이 심사일원화에 소요되는 비용은 산재보험의 심사인력 강화에 충당함으로써 소기의 목적이상의 효율성을 높일 수 있으며, 필요한 경우 심사일원화는 부분적으로 수용 가능한 제한적 이론으로써 실제 예상되는 비용절감효과는 크지 않다.

4) 자동차보험에 대한 심사일원화는 자본주의 시장경제원칙에 반함

자본주의 시장경제원칙상 시장에 들어선 사기업은 공공기관보다 손익계산에 더 민감하고, 자신의 손실부분에 대해 스스로 자정노력을 하기 마련이다.

그러나 모순적으로 우리나라의 자동차보험사들은 허위·부당청구나 부재환자(소위 나이롱 환자)들로 인한 손실이 해마다 증가하고 있음에도 불구하고 이에 대한 자정노력을 전혀 하고 있지 않다.

즉 정상적인 자본주의 시장경제원칙에 따르면 보험사들은 자신의 보험료 손실부분을 보전받기 위해 손실의 원인이라 할 수 있는 허위·부당청구기관이나 보험사기자들에 대한 보험료 환수와 처벌노력을 강화하고 이들로 인한 불필요한 손실을 최소화하기 위해 노력해야 할 것이다.

이들 보험사들이 이러한 자본주의 시장경제원칙에 반하여 허위·부당청구기관

과 보험사기자들에 대한 리스크관리를 소홀히 하는 것은, 자신의 손실부분을 보전 받기 위해 전체 보험가입자들의 보험료를 일괄적으로 상향 부과하는 보다 손쉬운 편법을 사용하고 있기 때문이다.

다시 말해 손실을 유발시키는 원인에 대한 리스크관리 노력은 하지 않은 채, 원인과 전혀 무관한 일반 보험가입자들의 보험료납부액을 상향조정함으로써 손실을 전보 받아왔던 것이다.

보험료납부액의 상향조정만으로도 충분히 손실이 보전되는 보험사들의 이러한 관행을 현행대로 유지시키는 이상 심사일원화를 통해 전문심사를 강화하고 허위·부당청구와 부재환자를 근절시킨다 하여도, 여전히 일반 보험가입자들의 보험료 부담률은 높아져 갈 것이며 결국, 국가가 손해보험사라고 하는 사기업들의 이익을 창출시켜주는 역할을 하는 것이 되고 만다.

요컨대 자동차보험의 허위·부당청구와 부재환자 비율을 줄이기 위해서는 보험사들이 일반 보험가입자들에게 자의적으로 보험료를 상향조정할 수 없도록 금융감독위원회와 공정거래위원회가 규제에 나서야 할 문제이지, 심사일원화를 통해 자동차보험에 대한 전문심사를 강화해 나가야 할 문제가 아니다.

만약 보험료 인상률을 일정액 이상 자의적으로 상향조정하지 못하도록 규제한다면, 자연스럽게 보험사들은 보험심사를 강화하여 불필요한 보험료 지출을 줄이기 위한 노력을 스스로 기울일 것이기 때문이다.

역으로 자동차보험에 대해 건강보험심사에 준하는 전문심사가 이뤄진다고 하여도 완벽하게 허위·부당청구가 없어질 수는 없으며, 자동차보험사들 역시 그 동안 전문심사인력을 채용할 능력이 없어서 이를 방치해 왔던 것이 아님은 자명하다.

오히려 연간 보험금 지출액을 줄이기 위해 전문심사인력을 채용하고 심사를 강화하는데 소요되는 비용이, 보험료납부액을 상향조정함으로써 손실을 전보 받는데 소요되는 비용보다 더 크기 때문이었다고 할 수 있다.

5) 요양기관과의 갈등심화 및 민원처리의 혼란

요양기관의 '진료비 심사청구업무'와 심사결과통보에 따른 '공단부담금 수령업무'가 이원화되어 업무의 혼선이 예상되며, 심사결과에 대한 이의신청이나 각종 민원제기 역시 개별 보험자와 심사자에 이중으로 접수되는 등 보험자와 심사자, 요

양기관, 민원인 모두에게 혼란을 가중시킬 우려가 있다.

특히 심사가 완료된 건에 대한 심사결과통보 시 동일한 심사결과통보에 대해서도 개별 보험자별로 보험금 지급시기가 상이하야, 요양기관입장에서는 차수가 동일한 심사결과통보서에 대해 개별 보험자별로 보험금지급완료 여부를 재차 확인하여야 하는 불편이 발생할 수 있다.

이는 현재 우리나라 자동차보험 시장이 10여개 이상의 보험사들로 난립되어 있는 상황임을 고려할 때 더욱 심각할 수 있으며, 심사결과에 대한 이의신청이나 민원제기 역시 각 보험사들과 심사기구 사이에 업무연계가 미흡할 경우 업무처리 지연으로 인한 상당한 불편과 행정력 낭비가 예상된다.

6) 심사일원화가 심사평준화로 변질됨으로 인한 의료보장수준의 질적 저하

건강보험의 경우 중증질환에 대한 급여범위가 충분하지 못하고 의료보장성이 취약하여 중증질환 발생 시 과중한 본인부담으로 가계의 어려움을 가중시키고, 급속히 증가하는 의료비 문제를 해결하지 못하여 만성적 국민건강보험 재정적자를 면치 못하고 있다.

고가의료기술의 발전, 노인인구의 증가, 생활수준의 향상 등으로 재정지출은 급증하고 있으나 보험료 인상은 갈수록 어려워지고 있으며, 요양급여, 약제, 치료재료 등의 급여범위가 획일적이고 유연성이 약해 환자가 외국 의료기관을 방문하여 고급의료욕구를 충족시키는 사례가 증가하는 추세이다.

이러한 상황에서 심사일원화가 무리하게 추진된다면 요양기관 입장에서는 신의료기술을 개발하여 의료보장의 질을 향상시키고자 하는 의지가 저하되고, 신의료기술에 대한 건강보험수가 적용이 인정되지 못할 경우 기타 보험에서도 불인정될 소지가 커, 결국 심사일원화는 본래의 취지와는 상관없이 심사평준화로 평가 절하되어 전반적인 의료보장수준의 질적 저하로 귀착될 것이다.

미국의 경우 1965년 노인인구를 대상으로 한 메디케어와 의료보호 사업인 메디케이드 제도가 시작되었으나, 정부재정의 부담과중, 경기침체, 개인의 건강향상 역할 중시 등으로 인하여 복지부문을 민영화하기 시작하였고 1980년대 중반이후부터는 정부기능을 축소하는 의료개혁을 진행하고 있다.

그러나 우리나라의 심사일원화 논의는 정부의 통제와 간섭을 강화하고 일률적

인 심사기준의 적용으로 평가 절하된 심사평준화를 초래할 것이고, 이는 결국 국민의료보장의 질적 수준을 떨어뜨리는 부작용을 낳게 될 것이다.

다. 심사일원화 논의의 타당성 검토

심사일원화 논의는 최초에 ‘동일상병 동일진료, 동일진료 동일급여’라는 원칙 하에 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 수가와 심사기준을 동일하게 적용함으로써 국민의료보장의 형평성을 기하고자 하는 취지에서 시작되었다고 일축할 수 있다.

실제 이러한 논의의 이면에는 지금까지 산재보험과 자동차보험의 만성적인 허위·부당청구 사례와 그로인한 국민의 의료비 부담 가중이라는 해묵은 과제가 있었음을 부인할 수 없으며, 일견 타당한 논리적 근거로 급속한 입법화의 물살을 탔던 것도 사실이다.

그간 몇 번의 공청회 개최를 통해 범국민적 공감대가 형성되었고, 학계와 현업 실무자들의 지지기반도 구축되었으나, 일각에서는 심사일원화만이 유일한 해결책은 아니라는 점을 주지시켜 반사적 반대론을 주장하고 있는 상황이다.

특히 이러한 반대론은 노동부를 비롯한 산재보험 관련 장애인 단체들과 국가보훈환자들이 주축이 되어 주장되고 있는데, 이들은 현 산재보험과 자동차보험의 운영상 일부 불합리하고 비효율적인 문제점이 있음은 인정하고 있으면서도 심사일원화가 아닌 산재개혁과 자보개혁을 통해 현 제도의 틀을 그대로 유지하는 견지에서 해결 가능성을 강조한다.

산재보험의 건전화는 관련 법률 개정과 심사인력 확충을 포함한 구조개혁을 통해 해결가능하고, 또 그러한 절차를 거치는 것이 심사일원화를 추진하는 것보다 훨씬 비용 효과적이라고 주장한다.

자동차보험 역시 보험사들의 자정노력을 강제하려는 시도 없이 국가가 일률적으로 심사만을 일원화한다고 하여, 국민의 보험료 부담률 증가와 고질적 부재환자 문제가 일거에 해결될 수는 없으며 오히려 자본주의 시장경제원칙에 역행하는 것으로써 나아가 기타 민간건강보험에까지 정부의 규제와 통제가 강화되는 역효과를 낼 수 있어 종국적으로는 의료의 보장성을 확대하고 서비스의 질적 수준을

향상시키는데 도움이 되지 못한다고 주장한다.

선진 외국의 경우 심사일원화가 이미 추진되고 있다는 찬성론자들의 일부 주장에 대해서는, 확실적인 심사일원화가 아닌 보험금지급과 구상권 행사에 있어 일반 사법(私法)상의 청구권행사와 상계(相計)의 법리이지 통일된 심사기구의 창설과 같은 심사일원화의 이론적 근거로는 부족하다는 주장이다.

이상에서 실시한 찬·반론자들의 주장을 면밀하게 살펴보면 각 주장별로 일견 타당한 논리적 근거가 있으며, 특히 현 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 수가와 심사기준의 운영상 문제가 있다는 대 전제에 대해서는 이론의 여지가 없는 듯 하다.

다만 그 해결책을 모색함에 있어 심사일원화를 주장하는 입장은 급진주의로, 심사일원화를 반대하는 주장은 온건주의로 일명할 수 있을 것이다.

사건으로는 통상 이와 같은 사회적 문제를 해결함에 있어 법률의 제·개정과 같은 입법적 해결책과 후백논리를 앞세운 양자택일식 접근법은 상당한 부작용을 수반할 수밖에 없으며, 제2 제3의 순환논리 오류를 범할 것으로 사료된다.

왜냐하면 사회보험으로써의 공보험은 하나의 제도이기 전에 국민의 생활이자 기본권으로써 일거에 변경시켜 적용가능한 성질의 것이 아니기 때문이다.

사회적 반발과 수용가능성을 최우선으로 고려한 단계적 적용절차가 마련되어야 할 것이며, 외국사례를 일방적으로 준용하는 것이 모범답안이 될 수는 없을 것이다.

이와 같은 절충적 입장은 진료비 심사·지급체계와 관련한 보건사회연구원의 연구용역(조재국, 2005.4~12)에서도 확인할 수 있다.

동 연구에서는 진료비 심사일원화에 대한 정확한 비용·편익분석은 어려우므로 우선 산재보험의 특성을 고려한 심사기준의 수립과 상설기구의 설치, 정보관리시스템의 구축, 표준 진료지침의 마련 등 주변 한계상황을 개선하는 것이 필요하다고 하였다.

요컨대 심사일원화에 대한 찬·반론의 택일상황을 연출할 것이 아니라 수가와 심사기준 적용의 형평성, 불필요한 국민부담 가중의 근절, 국민의료의 질과 비용의 적정성 보장이라는 본연의 목적과 취지에 입각한 효율적 심사방안을 마련해야 할 것이다.

3. 「요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안」의 타당성 검토

가. 법률안 제정경과

- 1) 2004. 10. 5 「산재보험, 자동차보험, 건강보험진료비 심사평가체계 일원화 정책제안, 공동기자회견 및 국정감사 질의」
 - ① 주최 : 유시민의원(보건복지위), 장복심의원(환경노동위), 김영춘의원(정무위원회)의 공동제안 및 열린우리당 3개 상임위원회
 - ② 내용 : 국정감사 시 국민의료비 심사일원화에 대한 정책제안 제시 및 공동 기자회견 개최, 각 상임위원회 소관부처장관의 긍정적 답변
- 2) 2005. 2. 17 「제252회 임시회 대정부 질문」
 - ① 주최 : 열린우리당 장복심 국회의원(환경노동위)
 - ② 내용 : 장복심의원의 심사일원화에 대한 대정부 질문에 대한 국무총리의 원칙적 찬성 답변
- 3) 2005. 3. 2 「국민의료비 심사일원화를 위한 입법공청회」
 - ① 주최 : 김영춘, 유시민, 장복심의원 공동개최
 - ② 내용 : 국회 복지사회 포럼, 해당 상임위원회의 후원으로 개최
전국산재장애인연합회 회원의 반발로 공청회 중단
- 4) 2006. 4. 21 「건강보험·산재보험·자동차보험 요양급여비용의 심사일원화에 대한 정책 간담회」
 - ① 주최 : 국회 ‘복지사회 포럼’
 - ② 내용 : ‘의료비 심사체계의 일원화 방안’ 설명(김진현 교수)
‘국민의료비 심사일원화를 위한 입법 제안’ 논의(장복심 의원)
- 5) 2006. 10. 11 「요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안」 공동발의

나. 법률안 주요내용

열린우리당 장복심 의원과 김영춘 의원 등 국회의원 61명은 2006년 10월 11일

건강보험, 산재보험, 자동차보험의 요양급여비용에 대한 심사업무를 일원화함으로써 효율적인 요양급여심사시스템을 구축하고, 국민의 부당한 의료비 부담을 방지하기 위한 '요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안'을 공동발의 하였다.

이 법률안의 전문(全文)에 대해서는 본 연구의 「부록」에서 참고적으로 소개하도록 하고, 여기서는 이 법률안이 담고 있는 핵심내용에 대해 그 타당성을 살펴보고자 한다.

먼저 이 법률안에 담겨진 주요내용들을 요약정리하면 다음과 같다.

1) 사업 관장(법률안 제2조)

보험통합이 아닌 진료비 심사일원화이므로 보건복지부장관이 관장

2) 심사일원화 대상(법률안 제3조)

국민건강보험법, 산업재해보상보험법, 자동차손해배상보장법, 의료급여법, 공무원연금법, 군인연금법, 사립학교교직원연금법, 한국보훈복지의료공단법에 따른 요양급여

3) 요양급여심사평가심의조정위원회(법률안 제5조)

요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성 평가 등 국민의료심사평가에 관한 주요사항을 심의·조정(총 23인의 위원으로 구성)

4) 의료심사평가원 설립(법률안 제6조 내지 제24조, 부칙)

의료심사평가원을 설립하되, 현 건강보험심사평가원이 승계
(임원구성 : 원장 1인, 이사 19인, 감사 1인)

5) 급여비용의 심사청구(법률안 제25조)

요양급여를 행한 요양기관은 요양급여실시기관에 비용청구 시 의료심사평가원에 비용의 심사청구를 하여야 함

6) 심사와 평가(법률안 제26조, 제28조, 제29조)

요양급여 관련법에서 정한 요양급여 관련 기준, 요양급여의 적용기준 및 방법에 적합한지 여부를 심사하고, 요양급여의 의·약학적 타당성과 경제적 효율성 평가 등을 실시하고 결과를 공개

7) 권리구제절차(법률안 제31조 내지 제34조)

이의신청을 하고 그 결정에 불복하는 경우 심판청구를 할 수 있으며, 의료심

사평가원의 처분 및 이의신청 또는 심판청구결정에 이의가 있는 경우 행정소송 제기(요양급여 관련 분쟁해결을 위해 ‘요양급여심판위원회’를 둠)

8) 자금조달(법률안 제37조)

요양급여 심사평가를 위한 부담금 징수 및 심사업무를 위탁받은 때에는 위탁자로부터 수수료 징수

9) 처분에 관한 경과조치(법률안 부칙 제4조)

시행당시 요양급여실시기관이 행한 심사처분은 의료심사평가원이 행한 처분으로 봄

다. 법률안의 타당성 검토

동 법률안은 다음과 같은 몇 가지 측면을 반영한 일부 수정과정을 거쳐야 할 것으로 사료된다.

1) 요양급여비와 국민의료비

이 법률안은 그 명칭을 정함에 있어 ‘국민의료비심사평가에관한법률안’이란 당초안을 수정하여, ‘요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안’으로 명칭 변경함으로써 ‘의료비’라는 용어대신 ‘요양급여비용’이라는 국민건강보험법상 용어의 의미를 강조하였는데, 이는 가장 규모가 크고 체계가 잘 갖춰진 건강보험의 심사평가시스템이 중심이 되어 산재보험과 자동차보험을 함께 심사평가하고자 하는 실천적 의미가 내포된 것이라 할 수 있다.

아울러 ‘의료비’라는 일반적이고 사회적인 용어에서 ‘요양급여비용’이라는 보건·경제적인 용어를 사용함으로써 실제적 의미보다 절차적 의미를 강조함은 일견 타당해 보이나, 자칫 심사일원화가 사회보장보험체계의 통합으로 비약되어 일각의 거부감을 야기 시킬 우려가 있음에 유의해야 한다.

물론 중국적으로 ‘심사의 일원화’는 후술하는 바와 같이 ‘4대 사회보험 통합징수체계로의 개편’ 및 ‘의료분쟁조정기구의 실효성 확보방안’과 연계되어 보다 독립적인 역할을 수행하는 방향으로 나아가야 할 것이지만, 이는 심사평가차원에서 다뤄질 문제라기보다는 국가정책 특히 보건복지 분야 국가시책사업의 일환으로 중차대하게 고민되어야 할 사안이다.

따라서 심사평가기구의 구체적 역할과 기능은 별론으로 차치하더라도, 요양급여비용의 심사일원화는 심사평가 업무를 단순 위탁받는 것이 아니며, 사회보장보험체계가 일체적으로 통합됨을 의미하는 것도 아니다.

요컨대 이는 요양기관과 국민, 보험자로부터 각각 독립된 지위에 놓인 특수공법인으로서의 기존 건강보험심사평가원이 갖는 독자적 법인격 부여에 초점을 맞추어, 단순히 심사평가업무의 인수인계나 위탁계약을 통한 일원화 형상 만들기가 아닌 새로운 법률과 새로운 체계, 새로운 기구에 의해 국민의료비 전반에 대한 심사평가 업무의 전문성과 과학화, 나아가 사회보장보험정책의 안전망을 구축하는 것이다.

그러므로 ‘요양급여비용’의 심사평가라는 용어보다는 당초안대로 ‘국민의료비’의 심사평가라는 용어를 사용하여 ‘국민의료비심사평가에관한법률’이라 칭하는 것이 보다 법적 안전성과 수용성을 높이는 것이라 사료된다.

2) ‘요양급여심사평가심의조정위원회’의 구성

법률안 제5조는 요양급여비용의 심사와 평가 및 심사평가에 관한 주요사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 ‘요양급여심사평가심의조정위원회’를 두도록 규정하고, 그 구성위원은 요양급여실시기관 대표 8인, 의약계 대표 5인, 공익대표 5인, 관계 공무원 대표 3인, 의료심사평가원 대표 2인으로 하여 총 23인의 위원으로 구성하도록 되어 있다.

그러나 요양급여실시기관에는 국민건강보험공단과 근로복지공단, 한국보훈복지의료공단, 자동차보험회사, 지방지체단체, 국방부 등이 포함될 것이며, 의약계 대표에는 대한병원협회와 의사회, 치과의사회, 한의사회, 약사회 등이 포함되고, 공익대표에는 시민단체 등이 포함될 것이기 때문에, 힘의 구조를 크게 3가지 분류로 나눠보면 요양급여실시기관과 의약계, 공익(국민)으로 세분할 수 있다.

그리고 관계 공무원과 심사평가원의 대표는 어느 분류에도 속하지 않는 독립된 입장에서 이들 간 힘의 견제와 균형을 이루는 구조가 되어야 할 것이므로 그 구성위원의 안배는 <그림 21>과 같이 되어야 한다.

그림 7. 요양급여심사평가심의조정위원회 위원 구성도



이러한 위원구성에 따르면 요양급여실시기관과 의약계, 국민, 심사평가원(공무원 포함)의 대표를 각각 5인으로 배정하여 총 20인으로 구성하는 방안이 타당할 것으로 판단된다.

아울러 심사평가원과 공무원의 위원구성은 현 법률안과 같이 각각 2인과 3인을 유지하여도 무방할 것이다.

3) 의료심사평가원의 운영

법률안 제36조와 제37조에 의하면 국가는 예산에서 심사평가원의 관리·운영에 소요되는 비용을 부담할 수 있으며, 심사평가원은 요양급여실시기관으로부터 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 수행에 따른 부담금을 징수하고, 기타 심사평가원이 요양급여비용의 심사평가 업무를 위탁받은 경우에는 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있게 되어 있다.

현재 건강보험심사평가원의 연간 소요예산액은 약 1,200억원¹⁹⁾이며, 이중 약 94%는 국민건강보험공단의 부담금으로 징수되어 사용되고 있다(국민건강보험법 제60조 및 법 시행규칙 제30조).

19) 건강보험심사평가원, 사업계획 및 예산서, 2006

- 총 수 입 : 121,370,000천원
- 공단부담금 : 113,939,308천원
- 수 수 료 : 5,580,692천원
- 기타수입 : 1,850,000천원

이처럼 심사평가에 소요되는 대부분의 비용이 국민건강보험공단으로부터 충당되어 사용되고 있음에도 불구하고, 실상 국민건강보험법상 ‘건강보험심사평가원의 자금조달’에 관한 규정은 건강보험심사평가원이 국민건강보험공단이나 위탁자로부터 ‘~부담금을 징수할 수 있다’, ‘~수수료를 받을 수 있다’라는 소극적이고 미온적 문구로 명시됨으로 인해 기관운영상 상당한 어려움을 겪어온 것이 사실이다.

즉 ‘건강보험심사평가원의 부담금에 관한 규정’²⁰⁾에 의하면 건강보험심사평가원은 소요예산을 매분기별로 국민건강보험공단의 부담금 형식으로 징수 받아야 하나, 그 동안 부담금의 지급기한이 잘 지켜지지 않았을 뿐만 아니라, 국민건강보험공단의 부담금 지급지체에 대해 건강보험심사평가원은 어떠한 강제이행조치를 취할 법적 근거가 마련되어 있지 않았다.

결국 건강보험심사평가원은 매년 초 보건복지부로부터 연간 총 소요예산액을 승인받았다 할지라도 실제 그 예산을 사용하기 위해서는 국민건강보험공단으로부터 분기별 소요예산액을 분할수령 해야 하는 번거로운 이중 절차를 더 거쳐야 했기 때문에 기관운영상 여러 가지 어려움이 발생해 왔던 것이다.

이러한 예산사용의 절차상 어려움은 향후 산재보험과 자동차보험의 심사일원화로 인해 의료심사평가원의 조직과 인력이 대거 확대개편 될 경우 더욱 큰 문제로 작용될 수 있다.

왜냐하면 조직과 인력이 확대개편 되면 자연적으로 기관운영 상 필요한 예산액의 증가가 불가피한 반면, 징수해야 할 부담금의 출처는 이제 국민건강보험공단 한 곳만이 아니라 여러 요양급여실시기관으로 나뉘지기 때문이다.

요컨대, 비록 이번 법률안에서는 그 동안 문제시 되었던 소극적이고 미온적 규정을 대신하여, 의료심사평가원은 요양급여실시기관으로부터 심사평가에 따른 부담금을 ‘~징수 한다’라는 당연규정의 형태로 제정하였다 할지라도 여전히 부담금 지급지체의 경우 강제이행수단의 부재는 요원한 문제로 남아있으며, 특히 부담금을 징수해야 할 대상이 오히려 많아지고 소요예산액의 규모가 더욱 커 질것이 명약관화한 이상 보다 현실적인 예산확보 수단이 강구되어야 할 것이다.

한편 예산확보의 어려움에 있어서는 위탁수수료를 받는 경우도 마찬가지라 할

20) 보건복지부 보정65710-426호(2000.7.12)

수 있다. 현재 건강보험심사평가원은 의료급여환자와 보훈환자에 대한 심사업무를 각 지방자치단체와 한국보훈복지의료공단으로부터 위탁받아 수행하고 그에 대한 심사수수료를 지급받고 있으나, 향후 자동차보험회사와 같은 사기업을 대상으로 위탁계약을 체결하고 심사수수료를 받아야 한다면 이는 의료심사평가원을 매우 불안한 위치에 놓이게 하는 결과가 된다.

왜냐하면, 지방자치단체와 한국보훈복지의료공단은 그나마 공공성이 보장된 국가기관으로서 사업자체의 지속성과 심사수수료의 지급보증이 국가에 의해 확실시되는 기관이라 할 수 있지만, 주식회사 형태의 사기업에 대해 위탁계약을 체결하고 그에 따른 심사수수료를 징수하는 것은 확실한 지급보증의 공신력이 떨어진다고 할 수 있기 때문이다. 즉 국가기관이 사기업체를 당사자로 자동갱신적인(준 영구적) 성격의 심사위탁계약을 체결하는 것은 그 계약금액과 기간 등을 고려해 볼 때 상당한 경영부담을 초래할 우려가 큰 사업일 뿐 아니라, 국내 10여개가 넘는 자동차보험회사와 특히 온라인 보험업체와 같은 실체가 없는 보험사의 경우까지 고려하면 그 불확실성으로 인한 위험성은 더욱 커진다.

요컨대 의료심사평가원의 원활한 심사평가 업무수행을 위해 선행되어야 할 사업예산의 확보문제는 동 법률안에서도 여전히 소극적이고 미온적인 형태로 방치되어 있으며, 향후 이로 인한 사업수행의 어려움이 예견되므로 이를 해결하기 위해서는 부담금에 대한 확실한 강제징수절차와 방법을 마련하고 자동차보험회사와 같은 사기업의 경우 위탁계약에 의한 심사수수료 징수방법이 아닌 준조세와 같은 성격의 심사수수료 정산절차를 마련할 필요성이 있다고 하겠다.²¹⁾

4) 의료심사평가기구의 역할과 기능 재정립

① 의료심사평가기구의 소관 주무부처 선정

현 건강보험심사평가원은 보건복지부 산하 정부기관으로서, 원장과 임원의 임면에서부터 예산과 결산, 심사평가 관련 주요 사업실적의 보고에 이르기까지 대부

21) 국민일보 등 주요일간지 보도 2006.9.24

정부의 4대 사회보험 보험료 통합징수 추진계획에 따르면 정부는 과도기적으로 국무총리 산하에 '4대 사회보험 통합징수 추진기획단'을 신설하고, 2009년 1월 1일부터 국세청 산하에 '사회보험 통합징수공단'을 설립할 계획임, → 보험료 징수기구를 국세청 산하에 설립함으로써 사회보험의 보험료 징수에 대해 조세징수와 같은 강제력 부여가 예견됨.

분의 기관경영 현황이 보건복지부의 보고와 승인절차를 거치도록 되어 있을 뿐만 아니라, 의료급여심사와 응급의료대불제도, 현지 실사, 상대가치연구개발, 의료기술 평가사업 등 보건복지부로부터 직접 위탁받아 수행하고 있는 사업들이 많이 있다.

이는 그 동안 보건복지부가 건강보험정책업무를 전담하는 부서를 내부적으로 설치·운영해 오면서 우리나라의 모든 건강보험 관련 정책을 수립·집행해 왔으며, 건강보험심사평가원의 심사평가 관련 업무 역시 건강보험이라는 하나의 사회 보험에 국한되어 실시되어왔기 때문이다.

즉 이러한 업무관련성의 입장에서 보건복지부가 건강보험심사평가원의 소관 주무부처로서의 역할을 수행해왔던 것이다.

한편 지금까지 산재보험은 노동부의 소관업무로, 자동차보험은 건설교통부의 소관업무로, 군인재해보상은 국방부의 소관업무로 각각 분리되어 관리·운영되어 왔으나 현재 입법발의 된 ‘요양급여비용의심사및요양급여의평가에관한법률안’에 의하면, 이러한 별개의 보험심사평가시스템이 하나의 심사평가기구에 의해 일원화 되어 수행될 것인 바, 굳이 보건복지부를 소관 주무부처로 할 필요성은 크지 않다.

역으로 보건복지부가 모든 사회보험의 심사평가 업무를 총괄하여 관리·감독할 수행능력이 있다는 검증과 타 정부부처와의 원만한 협업관계 유지에 대한 보장 역시 확인된 바 없다. 오히려 현재 상호 별개의 업무를 수행하고 있는 정부 각 부처 간 업무혼선과 향후 심사평가 관련 업무의 승인·보고 등 행정절차상의 복선 구조를 잠정하고 있어 신속하고 원활한 업무수행에 역행한다고 할 것이다.

따라서 대안으로는 의료심사평가기구를 국무총리 산하 직속기관으로 운영하는 방안이 제시될 수 있을 것이다.

실제 이 법률안 제11조는 현행 국민건강보험법이 건강보험심사평가원의 원장은 보건복지부장관이 임명하도록 규정한 것을 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 직접 임명하는 것으로 승격하여 규정하였다.

또한 우리는 이와 유사한 선례를 지난 IMF(국제통화기금)관리체제라고 하는 국가초유의 외환위기상황을 거치면서 재정경제부 산하 정부기관들(은행감독원, 보험감독원, 증권감독원, 신용관리기금)이 통합되어 ‘금융감독원’이란 무자본특수법인으로 설립되고 국무총리 산하에 금융감독위원회가 신설된 사례에서 찾을 수 있다.

요컨대 건강보험 뿐만 아니라 산재보험, 자동차보험, 의료급여환자, 공무원 및 사립학교교직원, 군인, 국가보훈환자, 기타 응급환자 및 무자격자에 이르기까지 모든 종류와 형태의 의료 진료를 받게 될 대한민국 전체 국민을 대상으로 심사와 평가가 이뤄져야 할 것이기 때문에, 그에 수반될 조직과 인력의 규모 및 사업예산의 증대라는 측면과 방대한 의료정보자료의 축적 및 업무수행결과에 따른 과급효과, 장기적 안목의 업무지속성과 중요성, 전문성 등 고유한 업무특성에 비춰볼 때 보건복지부 일개 부처에 국한되어 수행될 성질의 것은 아니라고 봐야 한다.

이는 앞서 언급한 바와 같이 의료심사평가원 예산확보의 확실성 보장 및 견제와 균형을 통한 독립된 심사평가 기능의 보장 등과 함께 의료심사평가원이 원활하게 제 기능과 역할을 수행할 수 있기 위한 기본요건이기도 하다.

② 「4대 사회보험 통합징수공단」 및 「의료분쟁조정기구」와의 관계

i) 「4대 사회보험 통합징수공단」과의 관계

정부는 4대 사회보험(건강보험과 국민연금, 산재보험, 고용보험)의 보험료를 통합 징수하는 방안에 대해 세부추진계획을 세우고, 2009년부터는 국세청 산하에 '사회보험 통합징수공단'을 설립할 계획임을 공표한 바 있다.²²⁾ 이에 의하면 현재까지 국민건강보험공단과 국민연금관리공단, 근로복지공단에 의해 각각 개별적으로 징수되어오던 사회 보험료가 향후에는 하나의 통합된 징수공단에 의해 일괄징수되게 된다.

통합징수공단과 의료심사평가원과의 관계를 정립하기에 앞서 각 공단의 현행 주요업무를 간략히 살펴보면 크게 자격관리 업무와 보험료(연금) 징수업무, 보험금(연금) 지급업무, 심사업무 등으로 나뉘볼 수 있다. 이중 심사업무는 현재 발의된 법률안의 입법화를 통한 심사일원화로 해결해야 할 것이며, 자격관리업무는 보험료징수업무와 연계되어 이뤄질 수 있기 때문에 향후 통합징수공단이 보험료징수업무를 일괄 수행할 경우 함께 이행되어야 할 성질의 것이다.

물론 통합징수공단의 구체적 업무범위를 설정함에 있어서는 향후 해당기관들과의 협의과정을 거쳐 별도의 입법추진과정을 거칠 예정에 있기 때문에 그 귀추를 지켜봐야 할 사안이지만, 우선 이와 관련하여 고려해야 할 문제점들은 크게 다음과

22) 국민일보 등 주요일간지 보도 2006.9.24

같은 세 가지 사항이라 할 수 있다.

첫째는 자격관리와 보험료 징수업무를 통합징수공단이 수행하게 될 경우 현 공단들의 역할과 업무범위를 설정하는 문제이며, 둘째는 산재보험 심사는 건강보험 심사에 비해 상대적으로 현지 확인심사가 차지하는 비중이 더 크기 때문에 의료심사평가원의 심사방식은 현 건강보험심사평가원의 심사방식과 동일한 방향으로 추진되어서는 안 된다는 점이며, 셋째는 보험료 징수업무를 통합징수공단이 수행한다는 것은 결국 막대한 규모의 보험료를 관리·운영하는 금고(金庫)지기로서의 역할을 통합징수공단이 수행한다는 의미이기 때문에 향후 의료심사평가원이 심사 결과서의 통보 등 심사평가 관련 업무협의를 요양급여실시기관(현 공단)과 통합징수공단 중 어느 기관과 하여야 하느냐의 문제이다.²³⁾

예컨대 산재보험환자나 자동차보험환자의 경우 실제 사고가 발생하게 되면 사고자체로 인한 병원진료비 해결의 문제보다 오히려, 향후 장애등급 판정에 따른 보상금지급의 문제가 더 큰 중요성을 갖게 된다.

즉 건강보험의 경우 질병(disease)으로 인한 의료비 지출이 큰 비중을 차지하는 반면 산재보험과 자동차보험의 경우는 질병(disease)보다는 상해(injury)로 인한 의료비 지출이 더 큰 비중을 차지하므로, 현지 확인심사가 수반되지 아니한 이른바 모니터심사는 큰 의미가 없을 뿐 아니라 공정한 심사를 기대하기가 어렵다.

결국 이러한 문제는 통합징수공단 또는 요양급여실시기관의 업무범위가 어디까지 될 것인지(구체적으로는 현지 확인심사업무를 통합징수공단이나 요양급여실시기관이 수행할 것인지 여부) 그 범위를 설정하는 문제와 같은 맥락에서 고려되어야 하며, 의료심사평가원의 심사평가 방향을 결정하는 중요한 기준이 되기 때문에 이 부분에 대한 근거규정의 마련이 필요하다.

왜냐하면 현재 건강보험심사평가원은 보건복지부로부터 위탁받은 현지 확인심사업무를 수행하기 위한 전담부서를 별도로 설치해 두고는 있으나 그 인력과 조직력 측면에서 상당히 과중한 업무부담을 안고 있는 상태인데, 향후 산재보험과

23) 만약 통합징수공단은 순수하게 보험료 징수업무만을 담당하게 되고 현 공단들이 보험금 지급업무를 담당하게 된다면, 의료심사평가원은 심사결과통보서를 해당 요양기관과 요양급여실시기관에 통보하게 되고, 요양급여실시기관은 요양기관에 요양급여비용을 지급하기 위해 다시 통합징수공단과 보험금 인수인계 과정을 거쳐야 하는 행정절차상의 불편함을 겪게 된다.

자동차보험의 심사평가가 추가되게 되면 이들 현지 확인심사 및 실사전담부서의 조직적 개편이 불가피 하기 때문이다.

방법론적으로는 통합징수공단 또는 요양급여실시기관에서 현지 확인심사 및 실사업무를 전담하는 방안도 고려의 대상이 될 수 있기 때문에 처음부터 이들의 업무범위를 정함에 있어 이점을 적극 반영시킨 입법안이 필요하다.

한편 심사뿐 아니라 평가에 있어서도 현재 건강보험심사평가원은 앞서 언급한 바와 같이 질병(disease)에 대한 걱정성 평가만을 실시하고 있을 뿐,²⁴⁾ 상해(injury)로 인한 의료비지출에 대해서는 적절한 평가 자료가 없다. 오히려 이러한 부분은 지금까지 ‘보험개발원’이나 ‘손해보험협회’ 등에서 개별적인 통계자료를 근거로 실시해 왔으나 앞으로는 이러한 상해(injury)로 인한 의료비 지출의 걱정성에 대한 평가도 의료심사평가원에서 수행할 수 있는 입법적 근거가 마련되어야 한다.

표 10. 건강보험심사평가원의 연간 현지조사 지원현황²⁵⁾

(단위 : 개, 백만원)

구 분	조사 기관수	부당적발 기관수	총 부당금액	행정처분기관수			처분 절차중
				업무정지	과징금	환수	
2001년	813	639	11,117	185	304	150	-
2002년	683	502	7,178	140	219	139	4
2003년	696	535	12,624	177	180	159	19
2004년	775	624	10,481	140	160	153	171
2005년	885	689	-	37	59	65	528

* 2005년도는 정산심사 및 행정처분절차 진행 중으로 처분 미확정

요컨대 국무총리 산하 ‘4대 사회보험 통합징수 추진기획단’은 통합징수공단과 요양급여실시기관 중 사회보험 자격관리 및 징수업무를 수행할 주체를 명확히 정

24) 건강보험심사평가원의 걱정성 평가 공개(<http://www.hira.or.kr> → HIRA소개 → 경영공시)
: 뇌졸중(STROKE), 수혈의 걱정성, 허혈성심장(관상동맥)질환, 제왕절개분만을 등

25) 건강보험심사평가원의 걱정성 평가 공개자료(<http://www.hira.or.kr> → HIRA소개 → 경영공시)

하고, 의료심사평가원과의 관계에 있어서는 요양급여심사결과통보에 따른 요양급여비 지급업무를 어느 기관이 전담할 것인지 그리고 현지 확인심사 및 실사업무의 지원 또는 전담여부를 확정해야 한다.

한편 의료심사평가원은 모니터심사와 현지 확인심사 및 실사를 위한 심사인력의 재분배와 상해(injury)로 인한 의료비 지출의 적정성을 평가하고 그 통계정보를 축적해 나가야 할 것이다.

아울러 동 법률안 부칙 제5조에 의해 근로복지공단의 심사업무에 종사하던 직원에 대한 고용승계여부를 결정하여 의료심사평가원에 필요한 심사인력을 확충하고, 현재 전국적으로 7개 지원으로 나뉘어 운영되고 있는 건강보험심사평가원의 지역관할사무소를 확대·개편하되, 예산 등 행정비용 절감 및 효율성 극대화 차원에서 상대적으로 축소 운영될 근로복지공단 및 국민건강보험공단의 지역관할사무소를 전용하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다.

ii) 「의료분쟁조정기구」와의 관계

우리나라에서 의료사고 분쟁의 해결은 대부분이 소송이라는 극단적인 방법에 의해 이뤄지고 있으나, 정작 소송이라는 분쟁해결방법은 그 절차의 본질상 날로 증가하는 의료사고 분쟁의 발생률을 감소시키는데 결코 효과적이지 못하다.

아울러 우리나라는 의료사고에 관한 소송외적인 분쟁해결방법이 제대로 마련되어 있지 못할 뿐만 아니라, 현행 의료법상 운영되고 있는 「의료심사조정위원회」나 대한의사협회의 「공제시스템」 역시 지나치게 형식에 치우쳐 그 실익이 없다는 비난을 면하기 힘든 실정이다.²⁶⁾ 지난 20여 년간 학계에서 발표된 각종 의료사고 관련 연구논문들과, ‘의료분쟁조정법(가칭)’ 제정을 위한 입법추진²⁷⁾ 노력 등은 모두가 이와 같은 시각에서 출발된 것들이라 할 수 있다.

따라서 향후 모든 의료행위에 대한 심사평가 업무를 일원화하여 수행하게 될 의료심사평가원이야말로 이러한 의료분쟁 조정기구로서의 역할을 전담할 가장 적

26) ① 이영환, 의료과오분쟁처리를 위한 몇 가지 제도상의 문제점(감정·조정·책임보험 등의 제도를 중심으로), 동아법학, 제6호 271페이지, 1988

② 국회사무처 법제실, 「의료분쟁조정법안에 대한 법제적 검토」, 법제현안 제2000-6호 (통권 제102호)

27) 이원형, 보건복지위원회 수석전문위원(국회의원), 「의료분쟁조정법안 검토보고서」, 2002.10

격한 공공기관이 될 수 있을 것이다.

왜냐하면 의료심사평가원은 국내에서 가장 방대한 분량의 의료정보자료를 축적할 수 있는 유일한 기관일 뿐 아니라,²⁸⁾ 의료분쟁은 그 특성상 막상 그것이 소송으로 비화되면 최우선적으로 당해 환자의 진료기록부를 포함한 각종 의료정보자료의 신속한 증거보존절차가 뒤따라야 하고, 재판진행 중에는 환자의 진료내역에 대해 정확하고 공정한 입장에서 의학적 판단을 내려줄 전문성을 갖춘 자문의의 참고진술이 필수적이기 때문이다.

한편 의료인의 의료사고에 대한 과실여부를 묻는 의료분쟁소송에서 동료의료인의 진술은 일반적으로 객관적이지 못하며 신뢰성이 떨어진다는 것이 재판부의 일관된 입장이며, 의료소송에 있어 상대적 약자의 지위에 놓일 수밖에 없는 환자는 ‘입증책임의 완화’ 및 ‘의사의 무과실 책임’논리에 의해 보다 폭넓게 보호되어야 할 필요성이 있다.

결국 상대적 약자라는 지위에 놓인 환자를 보호하는 한편, 재판부에 대해 가장 객관적이고 공정한 입장에서 동료의사의 진료내역에 대한 전문적 자문의견을 제공해 줄 수 있는 공공기관은 현 건강보험심사평가원과 그 후신(後身)이 될 의료심사평가원이 될 수 있을 것이다.

실제 현 재판부와 검찰은 의료과실소송이 제기될 경우 당해 환자의 진료내역 및 과거 병력(病歷)을 확보하기 위해 건강보험심사평가원에 관련 자료를 제출요청하고 있다.

환자의 진료기록 등 방대한 의료정보자료의 확보와 의학적 전문성을 갖춘 객관적이고 공정한 의료인에 대한 재판부와 검찰의 수요충족 및 의료분쟁의 신속·정확하고 합리적 해결을 목적으로 하는 의료분쟁조정제도의 기본취지를 종합적으로 고려할 때, 의료심사평가원은 이러한 역할을 적극 수행하여 의료분쟁조정제도의 실효성을 확보해야 할 사회적 책임이 있다고 하겠다.

역으로 만약 의료심사평가원 이외에 별도의 의료분쟁조정기구를 또 다시 신설

28) · 건강보험심사평가원, 사무관리규정, 2006
· 요양급여비용심사청구서 및 심사내역서 : 3년 보관,
· 요양기관현황통보서 : 준영구 보관,
· 현지조사처분관련 : 10년

한다면 이는 현 의료법상 이미 유명무실함이 입증된 「의료심사조정위원회」²⁹⁾의 전처를 밟는 것으로써 효율성을 저하시키는 소모적 행정(행정력 낭비)이란 지적을 면할 수 없을 것이다.

뿐만 아니라 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 일원화를 통한 조직과 인력의 확대개편은 현 건강보험심사평가원보다 더욱 방대한 분량의 의료정보자료의 집적(集積)을 의료심사평가원에 가져다 줄 것이며, 확충될 상근·비상근 심사위원들은 의학적 전문지식을 갖춘 훌륭한 자문인의 역할을 수행할 수 있고, 법률안 제32조에 규정된 ‘요양급여심판위원회’는 ‘의료분쟁조정위원회’의 성격과 병합하여 의료심사평가원 산하에 상설조직화 할 수 있을 것이다.³⁰⁾

4. 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사수수료 추산

가. 검토배경

산재보험과 자동차보험의 진료비 심사 특징은 건강보험과는 달리 건별청구방식이 아닌 입원 시부터 퇴원 시까지 동일 건으로 처리하는 ‘에피소드별’청구와 심사 방식을 취한다는 것이다.

따라서 각 보험 상호간 심사수수료의 단순 비교가 곤란하고, 현재 건강보험심사평가원에서 실시하고 있는 의료급여와 보훈환자의 심사수수료 적용도 타당하지 않아 별도로 산재보험과 자동차보험의 적정 심사수수료를 산정할 필요성이 있다.

법률안에서 제시한 바와 같이 건강보험심사평가원이 향후 의료급여비용 심사일원화에 따른 통합된 심사평가기구로서 모든 의료급여비용을 심사할 경우, 산재보험과 자동차보험의 심사에 따른 소요비용을 추산하기 위해 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 공통인자를 ‘입원환자에 관한 사항’으로 전제하여, 아래에서는 이를 기

29) 김민규, 「우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁 해결방안」, 한국비교사법학회, 비교사법학회지 제10권 4호(통권 23호), 2003

30) 요양급여심판위원회는 행정심판의 성격을 가지는 것으로, 행정심판과 조정은 모두 소송 전 분쟁 해결의 한 방안이다.

준으로 추산하고자 한다.

나. 건강보험 입원환자 진료비 심사비용

1) 건강보험 심사업무량

건강보험 환자를 크게 ‘입원환자’와 ‘외래환자’로 구분하고 이중 산재보험 및 자동차보험과의 공통인자인 ‘입원환자’ 심사건만을 기준으로 산재보험 및 자동차보험 심사비용과 비교한다.

2005년도 기준 건강보험의 총 입원건수는 5,876,204건, 총 외래건수는 394,649,155건으로 외래건수가 입원건수에 비해 약 67.2배가 많았다.³¹⁾ 하지만, 이 중 심사직원에 의한 정밀심사 비율은 입원건 91.2%와 외래건 23.1%로, 입원건의 정밀심사 비율이 더 높게 나타났다.

따라서 청구된 총 건수에 정밀심사 비율을 적용하여 심사인원에 의한 실질적 심사업무량을 비교하면, 연간 입원 건 심사물량은 5,359,098건, 외래 건 심사물량은 91,163,955건으로 외래가 입원에 비해 약 17배가 더 많다는 결과가 된다.

즉 심사건수를 기준으로 입원심사건과 외래심사건을 단순 비교하였을 경우에는 약 67.2배의 차이를 보였으나, 정밀심사비율을 적용한 결과 실질 심사업무량 비율은 약 17배의 차이를 보였다.

표 11. 2005년도 건강보험 입원대비 외래 심사업무량

(단위 : 건, %)

구 분	입 원	외 래	비 고
총 심사건수	5,876,204	394,649,155	약 67.2배
정밀심사비율	91.2	23.1	-
실질 심사건수	5,359,099	91,163,955	약 17배
1인당 연간처리건수	30,307	764,152	-

31) 건강보험심사평가원, 건강보험통계지표, 2005

한편 2005년도 건강보험심사평가원에서 실시한 직무분석 자료에 따르면, 심사평가원의 1인당 연간 심사처리건수³²⁾는 입원의 경우 약 30,307건, 외래의 경우 약 764,152건이었으며, 이를 위의 처리물량비율에 적용하면 심사평가원이 한 해 동안 심사처리를 위해 필요한 인력은 입원건 177명, 외래건 119명으로 각각 59.7%와 40.3%의 비율이 된다.

표 12. 2005년도 건강보험 심사업무 소요인력 및 비율

(단위 : 명, %)

구 분	입 원	외 래	비 고
심사 소요인력	177	119	실질심사건수 ÷ 1인당 연간처리건수
비 율	59.7	40.3	

2) 입원환자 1인당 심사비용

이상에서 살펴본 바와 같이 건강보험심사평가원의 업무역량은 입원건 59.7%, 외래건 40.3%의 비중을 갖고 있고, 건강보험심사평가원의 연간 총예산액 약 1,200억원³³⁾이 진료비 심사와 평가를 위해 사용된다고 보아, 심사평가원의 연간 총 예산 1,200억원에 심사역량투입 비율을 적용하면 입원 건의 경우 약 716억원, 외래 건의 경우 약 484억원이 각각 사용되고 있다고 볼 수 있다.

이러한 사용예산에 건강보험 연간 입원환자 수 3,870,213명과 외래 수진자수 41,974,552명³⁴⁾을 각각 적용하면, 입원환자 1인당 진료비심사를 위한 소요비용이

32) 건강보험심사평가원에서 자체 실시한 직무분석 '업무현황 분석결과 보고'(2005.4)에 의하여 1인당 연간 심사처리건수를 측정.

1인당 연간 심사처리건수 = 1인 1일 심사처리건수 X 263일 X (1-연간여유율 9.4%)

※ 연간 여유율

정해진 Process에 따라 주어진 작업조건하에 당해 업무수행에 요구되는 특정 숙련도를 지닌 근로자가 정신적·육체적으로 그 업무를 수행할 수 있을 것이라 판단되는 적정 업무량과 표준 속도로 작업할 경우, 1명이 1년간 실제근무 할 수 있는 표준근무시간을 산정하기 위한 울로써, 업무수행 상 발생하는 제반 여유요인(인적·물적으로 요구되는 사전 준비시간)을 의미함.

33) 건강보험심사평가원, 사업계획 및 예산서, 2005

18,500원(외래의 경우 1,153원)임을 알 수 있다.

표 13. 2005년도 건강보험 환자 1인당 심사비용

구 분	환자수(명)	소요예산(억원)	환자 1인당 심사비용
입 원	3,870,213	716	18,500원 (소요예산 ÷ 연간 입원환자 수)
외 래	41,974,552	484	1,153원 (소요예산 ÷ 연간 외래환자 수)

다. 산재보험 진료비 심사비용

근로복지공단의 산재보험 진료비 심사인력은 2005년도 8월 120명을 증원하여 189명이며, 이들의 1인당 평균인건비는 40,105천원이다.³⁵⁾

따라서 심사에 소요되는 심사인건비는 약 76억원이며, 심사인건비 대비 기타경비의 비율 66.5% : 33.5%³⁶⁾을 적용하면 인건비 외 기타경비는 3,818,418천원이 되고, 결국 산재보험 심사에 소요되는 총 심사비용은 약 114억원으로 산정된다.

표 14. 산재보험 진료비 심사비용

구 분	내 용	비 고
총 심사비용	약 114억원 (11,398,263천원)	심사인건비 + 경비
현행 심사인력	총 189명	2005년 8월 현재
평균인건비	40,105천원	2005년 기준 (총인건비 ÷ 직원 수)
심사인건비	7,579,845천원	심사인력 × 평균인건비
인건비 외 기타 경비	3,818,418천원	66.5% : 33.5% (인건비 : 기타경비)

34) 건강보험심사평가원, 건강보험통계지표, 2005

35) 근로복지공단, 경영공시(평균인건비), 2005

36) 한국보건사회연구원(홍석표 외 3인) 연구보고서, '건강보험 통합관리 운영체계의 효율화 방안' 중 표3-15 건강보험 관리운영비 구성현황(112면), 2001.8

라. 자동차보험 진료비 심사비용

1) 개요

현행 자동차보험 진료비 심사비용을 제1안과 제2안으로 구분하여 살펴보면, 제1안의 경우 약 2천2백억원 제2안의 경우 약 850억원이 각각 소요되는 것으로 파악되며 후술하는 바와 같이 제1안과 제2안의 세부산정내역을 검토해보면 제2안의 타당성이 높은 것으로 사료된다.

표 15. 자동차보험 진료비 심사비용 추산액

(단위 : 백만원)

구분	심사비용 추정금액	내 용	
제1안	220,102	심사인건비	148,368
		기타 경비	73,734
제2안	85,381	조사심사 25% 적용	85,381
		조사심사 20% 적용	68,305
		조사심사 10% 적용	34,153

2) 제1안

인건비 대비 기타 경비의 비율이 66.5% : 33.5%임을 준용하여 자동차보험 진료비 심사비용을 추산하는 방안이다.

2005년도 자동차보험의 제경비는 1,639,424백만원³⁷⁾이며, 제경비를 구성하고 있는 인건비, 일반관리비, 신계약비, 장기수급비 및 기타 경비 중 인건비와 기타경비가 진료비 심사비용과 관련된 것으로 전제하여 전체 경비 중 인건비가 차지하는 비율 36%(도표 1)를 적용하면 590,193백만원이 산출된다.

37) 보험개발원, 자동차보험 통계자료집, 2005

그림 8. 2005년도 손해보험사업 제경비 내역

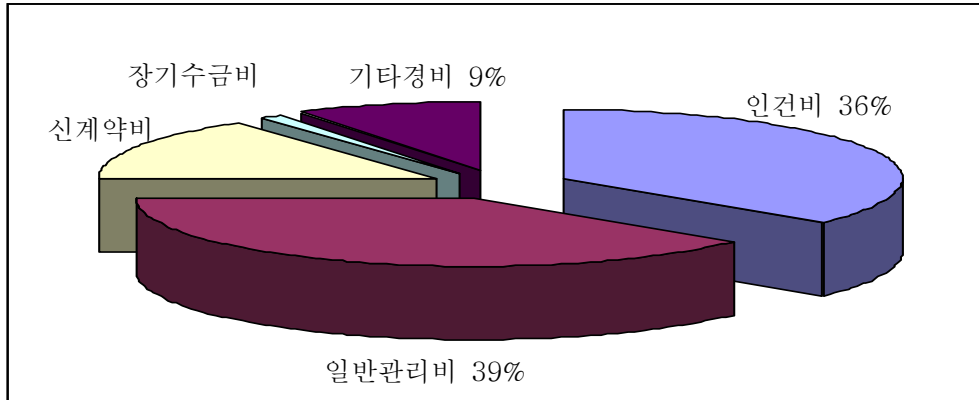


표 16. 2005년도 자동차보험 제경비 중 인건비 비율

구분	자동차보험 제경비	인건비 비율 36% 적용	비고
총계	1,639,424백만원	590,193백만원	-

① 주요 항목별 손해액 현황

자동차보험의 주요항목별 손해액은 i) 위자료와 상실수익액 등의 합의금 27%, ii) 치료비 25%, iii) 차량수리비 40%, iv) 자손, 건축피해 등 기타부분 8% 등으로 구성되어 있으며 이중 치료비 비율 25%를 진료비 심사관련 손해액으로 추정한다.

표 17. 자동차보험 손해액 중 치료비 비율

(단위 : 억원, %)

구 분	2005년	구 성 비
총 계	57,010	100.00
위자료, 상실수익액 등 합의금	15,474	27.14
치 료 비	14,137	24.80
차량 수리비	22,710	39.83
기타(자손, 건축피해)	4,689	8.22

표 18. 인건비 중 치료비 비율

(단위 : 백만원)

구 분	인건비 비율 36% 적용	치료비 비율 24.8% 적용
총 계	590,193	146,368

② 기타경비 및 총 심사비용

이상과 같이 자동차보험의 진료비심사 부분에 해당하는 심사인건비는 146,368 백만원이라 볼 때, 인건비 대비 기타 경비의 비율이 66.5% : 33.5%를 적용하면 기타 경비는 약 73,734백만원 이다. 따라서 자동차보험의 진료비 심사에 소요되는 비용은 총 220,102백만원으로 추산된다.

표 19. 제1안에 따른 자동차보험 진료비 심사비용

(단위 : 백만원)

구 분	합 계	심사인건비	기타 경비	비 고
총 계	220,102	146,368	73,734	-

3) 제2안

제2안은 자동차보험의 지출경비를 2단계로 나누어 주요항목별 손해액인 합의금, 치료비, 차량수리비, 기타경비 중 치료비를 산출·적용하고, 치료비 관련업무 중 조사와 심사업무를 재 산출·적용하여 진료비 심사비용을 추산하는 방안이다.

① 자동차보험의 제경비 중 관련비용 추산

2005년도 자동차보험의 제경비는 1,639,424백만원³⁸⁾이며 제경비를 구성하고 있는 인건비, 일반관리비, 신계약비, 장기수급비 및 기타경비 중 인건비, 일반관리비 및 기타경비를 진료비 심사비용 산정과 관련된 비용으로 전제한다.

표 20. 2005년도 자동차보험 제경비 중 인건비, 일반관리비, 기타경비 비율

(단위 : 백만원)

구 분	자동차보험 제경비	인건비, 일반관리비 기타경비 비율 84% 적용	비 고
총 계	1,639,424	1,377,116	-

표 21. 인건비, 일반관리비, 기타경비 산출금액

(단위 : %, 백만원)

구 분	구 성 비	해당구성비 적용	비 고
총 계	100	1,639,424	-
인건비	36	590,193	84% (1,377,116)
일반관리비	39	639,375	
기타경비	9	147,548	
신계약비	15	245,9814	-
장기수급비	1	16,394	-

② 주요 항목별 손해액 현황

자동차보험의 주요항목별 손해액은 i) 위자료와 상실수익액 등의 합의금 27%,

38) 보험개발원, 자동차보험 통계자료집, 2005

ii) 치료비 25%, iii) 차량수리비 40%, iv) 자손, 건축피해 등 기타부분 8% 등으로 구성되어 있으며 이중 치료비 비율 25%를 진료비 심사관련 손해액으로 추정한다.

③ 총 진료비 심사비용

자동차보험의 진료비지급 관련 업무는 크게 조사, 보상, 심사, 구상부분으로 구분할 수 있고, 이중 조사부분은 정밀심사를 위한 필수단계로써 심사부분에 포함시켜 고려해 볼 수 있다. 조사와 심사부분이 차지하는 비율은 보상과 구상부분에 비해 대략 1/4수준이다.(25% 적용)

의 경우로 구분하여 추산하면, 진료비 심사관련 비용은 최소 34,153백만원(10%)에서 최고 85,381백만원(25%)까지 정할 수 있다.

표 22. 조사·심사비율 적용에 따른 진료비 심사비용

(단위 : 백만원)

구 분	치료비 24.8%적용	자동차보험 진료비 심사비용		
		조사·심사비중 10% 적용시	조사·심사비중 20% 적용시	조사·심사비중 25% 적용시
총 계	341,525	34,153	38,305	85,381

이중 조사, 보상, 심사, 구상업무의 난이도를 고려해 볼 때 25%적용이 타당한 것으로 사료된다.

마. 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용 추산

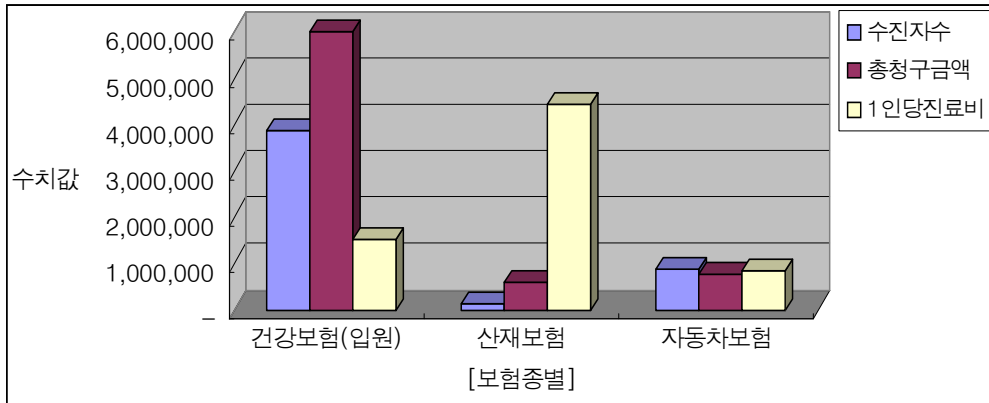
1) 심사비용 추산

이상에서 비교·검토한 현행 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용을 토대로, 향후 통합된 심사평가기구에서 이들 양 보험의 진료비 심사업무를 수행할 경우 소요될 심사비용을 추산하면 다음과 같다. 먼저 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 연간 총 입원환자 수를 살펴보면 각각 3,870,213명, 131,481명, 897,717명이며, 연간 총 청구금액은 건강보험, 산재보험, 자동차보험이 각각 약 6조원, 약 5천8백억원, 약 7천8백억원 이다.³⁹⁾

표 23. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 1인당 진료비 비교

구 분	건강보험 (입원)	산재보험	자동차보험
수진자수	3,870,213명	131,481명	897,717명
총 청구금액	약 6조원 (5,966,945백만원)	약 5천8백억원 (584,142백만원)	약 7천8백억원 (784,524백만원)
수진자 1인당 진료비	1,542천원	4,443천원	834천원
건보대비 1인당 진료비 가중치	-	약 2.9배	약 0.54배

그림 9. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 1인당 진료비 비교



건강보험, 산재보험, 자동차보험의 수진자 1인당 진료비를 비교해 보면, 각각 1,542천원, 4,443천원, 834천원이므로, 건강보험 대비 수진자 1인당 진료비 가중치는 산재보험의 경우 약 2.9배, 자동차보험의 경우 약 0.54배이다.

이때, 건강보험의 수진자당 심사비용이 18,500원이므로, 산재보험의 경우 수진자당 심사비용은 53,693원이고 자동차보험의 수진자당 심사비용은 9,998원이 된다.

39) ① 건강보험 : 건강보험심사평가원, 건강보험통계지표, 2005

② 산재보험 : 노동부, 산업재해 통계, 2005

③ 자동차보험 : 보험개발원, 자동차보험 통계자료집, 2005

따라서 산재보험과 자동차보험의 심사비용은 각 수진자당 심사비용에 수진자수를 적용하여 산재보험은 약 90억원, 자동차보험은 약 71억원의 총 심사비용이 추산된다.

표 24. 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 수진자당 심사비용

구 분	비 율	수진자당 심사비용	수진자수	추산 심사비용
건강보험	1	18,500원	3,870,213명	-
산재보험	2.9	53,693원	131,481명	약 71억원
자동차보험	0.54	9,998원	897,717명	약 90억원

이렇게 추산된 산재보험과 자동차보험의 총 심사비용 161억원에 초기년도 추가비용⁴⁰⁾ 명목(관리운영비 등)으로 원 심사비용에 1.5배를 가산하면 총 242억원의 심사비용이 예상된다.

표 25. 초기년도 산재보험, 자동차보험 진료비 심사비용

구 분	계	산재보험	자동차보험
추가비용 적용	242억원	107억원	135억원
연간 심사비용	161억원	약 71억원	약 90억원

2) 심사비용 절감효과

앞서 ‘다’와 ‘라’에서 확인한 바와 같이 현행 산재보험과 자동차보험에서 진료비 심사를 위해 소요되는 심사비용은 각각 114억원과 850억원으로 총 964억원이 사용되고 있으므로, 현재 투입되는 비용에 비해 자동차보험의 경우 약 760억원 등으

40) 초기년도에는 심사업무의 안정적 정착을 위한 부대비용 즉 전산심사프로그램 개발비, 심사인력 증원에 따른 기관운영비(사무용비품(컴퓨터, 책상), 사무공간(건물) 확대 등)등이 가산될 것을 감안하여 원가의 1.5배 가산

로 전체 약 803억원이 심사비용이 절감될 것으로 기대된다.

그러나 이러한 비용추산은 산재보험과 자동차보험에 대해 적정한 심사가 이뤄짐으로써 기대되는 전체적인 경제효과 중 직접적인 심사비용만 추산한 것이므로, 기타 경제적 파급효과나 절감비용은 이 보다 훨씬 클 것으로 판단된다.

즉 예방효과(경찰효과)로 인한 간접적 비용절감효과와 현재 공무원연금(공상)과 군인연금, 사립학교교직원연금 등은 진료비심사에 있어 산재보험을 준용토록 되어 있으므로 특히 산재보험의 심사일원화시 효과는 더욱 클 것으로 예상된다.

표 26. 산재보험, 자동차보험 진료비 심사비용 절감액

구 분	현행 심사비용	추산 심사비용	차 액	비 고
합 계	964억원	161억원	803억원	-
산재보험	약 114억원	약 71억원	43억원	-
자동차보험	약 850억원	약 90억원	760억원	제2안 중 25%적용

5. 외국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 심사체계 비교⁴¹⁾

주요 외국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 진료비 지불 및 심사체계를 살펴 보기에 앞서 먼저 의료보장제도는 크게 보험가입자의 보험료를 주 재원으로 하는 「국민건강보험(NHI ; National Health Insurance)방식」과 조세를 주 재원으로 하는 「국민보건서비스(NHS ; National Health Service)방식」이란 두 가지 유형으로 나뉘볼 수 있는바, 이에 대해 간략히 살펴보면 다음과 같다.

국민건강보험(NHI)방식은 일명 비스마르크(Bismarck)형 의료보장제도라고 하는데 개인의 기여를 기반으로 한 보험료를 주 재원으로 하며, 사회보험의 낭비를 줄이기 위하여 수진 시에 본인일부부담금을 부과하는 것이 특징이다.

반면, 국민보건서비스(NHS)방식은 일명 비버리지(Beveridge)형 의료보장제도라고 하며, 국민의 의료문제는 국가가 책임져야한다는 관점에서 조세를 주 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 의료보장방식이다. 따라서 의료기관의 대부분이 사회화 내지 국유화되어 있고, 대체로 본인일부부담금의 비율이 적고 무료의료(Free Medical Care)를 지향하는 경우가 많다.

우리나라는 국민건강보험(NHI)방식이지만, 단일보험자로 통합된 형태이므로 NHI와 NHS방식 모두 유용한 참고가 될 수 있을 것이다.

보건·의료에 관한 주요 선진국들의 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 심사체계를 살펴보면, 우리나라와 같이 사고원인에 따라 진료내용이 달라지는 경우는 없으며 대부분이 건강보험에서 모든 진료비를 먼저 지급하고 자동차보험에 구상권을 행사하거나 자동차 보험료의 일부가 건강보험으로 사전에 지불되어 건강보험이 자동차사고환자의 모든 진료비를 책임지는 형태 등으로 운영되며, 의료기관은 건강보험으로만 청구하게 되어 있는 경우가 일반적이다.

41) 건강보험심사평가원, 주요국 건강보험, 산재보험, 자동차보험의 진료비 지불 및 심사체계에 대한 연구, 2005

표 27. 국민건강보험(NHI)방식과 국민보건서비스(NHS)방식의 비교

구 분	국민건강보험(NHI)방식	국민보건서비스(NHS)방식
기본이념	- 의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임의식 견지 (국민의 정부의존 최소화)	- 국민의료비에 대한 국가책임 견지 (국민의 정부의존 심화)
적용대상 관 리	- 국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분 관리 (극빈자는 별도 구분)	- 전 국민을 일괄 적용 (집단구분 없음)
재원조달	- 보험료 - 일부 국고지원	- 정부 일반조세
진료보수 산정방법	- 행위별수가제, 총액계약제 등	- 일반 개원의는 인두제 - 병원급은 의사 봉급제
관리기구	- 보험자(조합 또는 금고)	- 정부기관(사회보장청 등)
채택국가	- 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본 등	- 영국, 스웨덴, 이태리, 캐나다 등
국 민 의료비	- 의료비 억제기능 취약	- 의료비 통제효과가 강함
보험료 형평성	- 보험자내 보험료 부과 구체적 형평성 확보가능 - 보험자가 다수일 경우 보험자간 재정불균형 발생우려	- 조세에 의한 재원조달로 소득 재분배 효과 강함(선진국) (단, 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역진 초래)
연대의식	- 가입자간 연대의식 강함	- 가입자간 연대의식 희박
의 료 서비스	- 상대적으로 양질의 의료제공 - 첨단의료기술 발전에 긍정적 영향	- 의료의 질 저하 초래 - 입원대기환자 급증 · 대기시간 장기화 · 개원의의 입원의뢰 남발 - 사보험 가입경향 증가로 국민의 이중 부담초래
관리운영	- 보험자중심 자율운영 (대표기구를 통한 가입자의 조합운영 참여보장) - 직접 관리운영비 소요 (보험료 징수 등)	- 정부기관 직접관리 (가입자의 운영참여 배제) - 직접 관리운영비 부분적 축소 (보험료 징수비용이 조세관리 비용으로 전가)

가. 국민건강보험(NHI) 방식에서의 산재보험 및 자동차보험

1) 산재보험제도 : 독일, 네덜란드 등

독일, 오스트리아, 네덜란드 등의 경우에는 건강보험의 급여내용과 내용상으로 상당히 중복되는 요양급여(입원, 치료, 수술, 의약, 기구 등 의료적 처치)의 경우 산재보험체계가 아닌 의료보험체계에서 지불하는 경우가 많다.

네덜란드의 경우는 1967년부터 산재와 비산재 장애와 질병의 구분을 없애 산재보험법이 따로 없는 국가로서 모든 산재급여는 의료보장과 연금제도의 틀 아래에서 이루어지고 있다.

독일의 경우 산재보험을 별도 운영하고 있으나, 건강보험보다 급여범위는 다소 넓은 편이며, 사고의 원인이 재해인 경우에 한해서만 지급된다. 산재보험과 건강보험의 중복수급이 있는 경우 건강보험에서 조정되게 되므로 원칙적으로 중복수급이 차단된다.

2) 자동차보험제도 : 독일, 오스트리아, 일본

NHI 방식 하에서도 자동차보험지료수가의 개념은 별도로 존재하지 않고, 따라서 모든 진료수가는 건강보험수가로 일원화되어 있다. 독일이나 오스트리아 모두 조합방식(재정분리방식)의 NHI제도를 운영하고 있다. 이 방식 하에서 자동차사고로 치료를 받게 되면, NHI에서 일단 모든 진료비를 의료기관에 지불하고 이때 의료기관은 자동차보험사와는 아무런 관계가 없고 오로지 피해자의 건강보험조합에만 진료비 전액을 청구한다. 다음으로 피해자의 건강보험조합은 의료기관에 지불한 진료비 중에서 기왕증 진료비를 제외한 나머지 진료비에 대해 가해자의 자동차보험회사에 상환을 요구한다(구상권 행사).

오스트리아에서는 자동차보험가입자가 교통사고의 가해자인지 피해자인지를 따지지 않고 자동차사고 시 진료비에 대해 자동차보험회사에서 65%, 건강보험조합에서 35%를 부담하는 일괄계약방식도 운용되고 있다.

일본에서는 자동차사고 피해자가 본인의 치료와 관련하여 건강보험의 적용을 받을 것인지 아니면 자동차보험의 적용을 받을 것인지, 둘 중 하나를 선택할 수 있다. 만약 피해자가 건강보험을 선택할 경우, 피해자의 건강보험조합에서(기왕증 진료비는 제외) 진료비를 의료기관에 먼저 지불한 다음 가해자의 자동차보험회사

에 진료비 상환을 요청하게 된다(구상권 행사).

이 경우 진료수가는 건강보험진료수가의 적용을 받게 되므로 유럽과 마찬가지로 진료수가는 일원화되어 있다.

나. 국민보건서비스(NHS) 방식에서의 산재보험 및 자동차보험

1) 산재보험제도 : 스웨덴, 핀란드, 덴마크, 노르웨이, 영국, 포르투갈, 아이슬란드

NHS 국가 중에서 핀란드, 덴마크, 스웨덴, 노르웨이, 영국, 아이슬란드, 포르투갈 등이 산재보험과 의료보장체계 간 긴밀한 연관을 갖고 있다. 건강보험의 급여 내용과 내용상으로 상당히 중복되는 요양급여(입원, 치료, 수술, 의약, 기구 등 의료적 처치)의 경우 산재보험체계가 아닌 의료보험체계에서 지불하는 경우가 많다.

이들 국가에서는 의료비의 발생원인과 관계없이 공공병원에서의 의료비는 무상으로 제공되므로 산재로 인한 사고로 의료비가 발생하더라도 별도의 수가체계가 존재할 수 없다.

스웨덴의 경우 산재보험은 선택적 보상청구방식에 따른다. 즉, 근로상의 재해에 대한 의료비를 건강보험에서 보상하였다면, 이에 대해 산재보험에서는 보상하지 않는 체계이다(보험별 사후 정산).

2) 자동차보험제도 : 이탈리아, 영국

이탈리아에서는 자동차 보험사가 가입자들로부터 받은 자동차 보험료의 일정부분(10.5%-2003년 기준)을 NHS에 납부하면, 자동차 사고 시 모든 진료비를 NHS가 부담한다. 자동차보험사의 보험료의 NHS에 진료비로 납부되는 비율은 자동차보험협회와 NHS간의 협약에 의해 매년 조정된다. NHS는 기왕증을 포함한 모든 진료비를 의료기관에 지불하기 때문에 의료기관과 NHS사이에 기왕증 진료비에 대한 분쟁이 발생하지 않고, 이 문제는 NHS와 자동차보험회사간의 문제로 넘어간다. 따라서 NHS 제도 하에서는 자동차보험 환자나 자동차보험 진료수가의 개념이 별도로 존재하지 않고, NHS 진료수가와 일원화 되어 있다.

영국에서 자동차보험제도는 1999년 이전 이탈리아와 매우 유사했으나 1999년의 'The Road Traffic Act'개정 이후 모든 진료비는 NHS에서 부담하고, 자동차보험 회사에 대해 구상권을 행사하지 않는다. 따라서 영국에서도 진료수가는 일원화되

어 있고, 기왕증 진료비 문제도 발생하지 않게 된다.

3) 산재보험, 자동차보험, 건강보험의 구분이 없는 경우 : 뉴질랜드의 사고보험

뉴질랜드의 경우 모든 상해에 대해 ACC(accident compensation)에서 전담하므로 상해의 원인이나 대상과 무관하게 의료비 보상이 이루어진다. 뉴질랜드에서는 사고로 발생한 인명상해에 대해서는 특별한 보험약관이 명시되어 있지 않으며 자동차 보험회사에 그 책임을 물을 수 없고, 가해자에게는 보상을 요구할 수 없다.

교통사고를 포함한 각종 사고로 인한 인명상해에 따른 치료비나 보상에 대한 청구는 'ACC Act 1992'에 의거하여, 정부 기관인 ACC에서 전담하고, 자동차 보험은 물적 보상만이 그 급여 대상이 된다. 뉴질랜드에서는 자동차보험은 인명상해와는 별개로 운영되고, ACC에서 원인을 불문하고 상해와 관련한 모든 치료를 전담하므로 진료수가가 일원화 되어 있다.

다. 외국사례의 공통점 및 정책적 시사점

1) 진료수가

주요 선진국의 의료보장제도와 산재보험 및 자동차보험의 진료수가제도를 비교해보면 상이한 재원조달방식, 다양한 진료비지불방식, 다양한 의료전달체계에도 불구하고 공통적으로 산재보험 및 자동차보험의 진료수가는 의료보장제도의 진료수가와 일원화되어 있다는 것을 알 수 있다.

영국, 독일, 오스트리아, 호주, 캐나다, 뉴질랜드 등의 경우 자동차보험환자를 위한 별도의 수가체계는 없고 NHS 혹은 NHI의 수가체계를 그대로 따르고 있다. 또한 NHS와 NHI로 국민의료보장이 이루어지는 대부분의 유럽국가에서는 산재보험과 건강보험간의 긴밀한 연계가 이루어지는 통합형 일반 사회보험 제도로써, 의료비에 있어 두 보험 간 서로 다른 수가체계를 갖고 있지 않는다.

산재보상 프로그램의 내용은 타 사회보험과의 연관관계가 어떠한가에 따라서 규정되는데 사회보험체계 내에서 운영되면서 건강과 관련한 일반적인 위험에 대해 적용되는 통합형 일반 사회보험제도, 사회보험체계 내에서 운영되나 일반 사회보험 프로그램과 통합되지 않은 분리 강제보험제도, 고용주에게 산재보험가입의 의무는 부과하지만 일반 사회보험제도로 운용하지 않는 독립적인 산재보험제도

즉, 진료비에 관한한 그 원인이 무엇이든 모든 NHS 혹은 NHI의 수가체계를 따르게 되어 있으므로, NHS 혹은 NHI에 가입되어 있는 환자의 경우 외상의 원인이 교통사고 또는 근로 중 사고라는 이유로 진료수가가 다르게 적용되지는 않는다.

2) 진료비 지급절차

대부분의 사회보험국가에서 교통사고환자는 건강보험환자와 구분 없이 진료를 받고, 환자가 가입된 건강보험이 진료비를 지불한 후 가해자의 자동차 보험사로부터 상환 받는 형태를 가진다.

이탈리아는 자동차보험료의 일부분이 NHS 보험료로 자동 납부된다. 영국은 전적으로 NHS가 모든 진료비를 지불하고 자동차보험은 차량에 대한 대물손실만 지불하는 제도를 운영하고 있다. 뉴질랜드의 경우, 법적으로 인가된 의료인이 상해를 입은 모든 화자에 대한 의료비를 ACC에 직접 청구하면 ACC에서 이를 심사한 후 지급하는 방식이다. 산재나 자동차보험자가 건강보험조합에 상환하는 비율을 미리 계약에 의해 정해 놓고, 나머지는 건강보험조합이 부담하는 경우도 있다.

따라서 의료기관과 환자, 의료기관과 산재보험 및 자동차 보험 간에 진료비와 관련된 분쟁이 있을 수 없는 구조이다.

의료기관은 기왕증 진료비를 포함한 모든 진료비를 NHS(혹은 NHI)로부터 한꺼번에 지급받기 때문에 기왕증 진료비를 둘러싼 분쟁도 원천적으로 발생하지 않게 된다.

3) 급여범위

의료보장제도의 급여범위가 확대되는 추세와 함께 산재보험 및 자동차보험의 진료비 급여범위는 대개 NHS(혹은 NHI)의 급여범위와 유사해지고 있으나, 산재보험과 자동차보험의 경우에 다소 포괄적인 급여를 제공한다.

산재보험의 경우, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국과 같이 일반사회보험체계 완전통합형 하에서는 사회보장 통합조직인 준공공 관리기구에서 전체 관리운영을 전담하는 방식으로 요양서비스의 급여는 앞서 언급한 바와 같이 NHS나 NHI가 부담하고, 장해급여에 대해서는 통합되어 있는 경우도 있다. 통합형 일반 사회보험으로써 산재보험은 급여 대상에 있어 보다 포괄적일 수 있으므로, 산재보험급여의 지급을 의료보장 프로그램이나 노령보장 프로그램과 연계하여 지급하기가 용이하다. 자동

차사고의 경우 피해자가 추가적인 진료를 요구하는 경우에는 대체로 피해자가 부담하거나 혹은 피해자가 소송을 제기하여 가해자(혹은 가해자의 보험회사)로부터 받아낸다. 이때, 가해자의 책임보험은 가해자의 손해를 보상해주기 위해 계약한 것이므로 피해자의 가해자에 대한 소송권은 가해자의 책임보험으로 바뀌게 된다.

NHS(혹은 NHI)에서 비급여인 항목에 대해서는 피해자가 가해자의 자동차보험 회사에 직접 청구하게 되나, 자동차보험회사도 무한책임은 아니며 책임한계에 대한 법적 근거를 가지고 있는 것이 보통이다.

6. 효율적 심사평가를 위한 개선방안

가. 심사평가 관련 법률 및 기준의 정비

현재 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 진료비 심사평가와 관련된 근거법령 및 수가기준 등은 소관부처에 따라 각기 여러 형태로 달리 규정·운영되고 있다.

즉, 건강보험은 기본적으로 국민건강보험법과 공무원연금법, 사립학교교직원연금법, 군인연금법, 의료급여법(의료보호법 폐지(2001.5.24)), 응급의료에관한법률 및 요양급여비용산정기준(보건복지부장관 고시)에 근거하여 건강보험환자와 의료급여환자, 응급환자미수금 대불제도를 실시하고 있으며, 이외에도 최근에는 한국복지의료공단법 개정으로 보훈환자 심사를 추가 실시하였고, 향후에는 무자격자 등 모든 의료이용자에 대한 심사를 확대 실시해 나갈 방침이다.

산재보험은 산업재해보상보험법과 산재보험요양급여산정기준(노동부장관 고시)에 의거 산재요양기관 지정계약이 체결된 병원에서 산재환자를 진료하고 있으며, 자동차보험은 자동차손해배상보장법과 자동차보험진료수가에관한기준(건설교통부장관 고시)에 의거 의료법상 의료기관에서 자동차사고환자를 진료하고 있다.

다만, 산재보험과 자동차보험은 이들 상위법령들에 근거한 진료수가 기준을 산정함에 있어 건강보험의 요양급여비용산정기준을 상당부분 준용하고 있는 실정인 데서 산재보험과 자동차보험의 특성에 맞지 않는 수가체계에 의존하고 있다는 비

판이 지속적으로 제기되어 왔다. 따라서 향후 요양급여비용 심사일원화를 위한 입법안에서는 이처럼 개별 법령들에 나뉘어 규정된 사항을 통합하여 규정할 필요성과 개개법령에 근거한 수가산정기준 역시 일괄적으로 정비될 필요성이 있다.

아울러 요양급여비용 심사일원화가 이뤄지지 않더라도, 현재까지 지속적인 논란의 여지를 안고 있는 산재보험과 자동차보험의 수가체계 현실화를 위한 개선작업은 각 보험들의 특성에 맞게 재정비되어야 할 것이다.

나. 전산화 기반 구축

건강보험의 경우 EDI(Electronic Data Interchange)방식에 의한 요양기관의 진료비 청구율은 약 95%를 상회하고 있으나, 산재보험(약 20%)과 자동차보험(11개 손보사 중 4개 회사, 이용률 월평균 약 100여건)의 경우는 매우 저조한 실정이다.

따라서 여전히 서면청구율이 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있는 산재보험과 자동차보험에 있어서는 향후 EDI에 의한 전자청구율을 높이기 위해 전자청구기관에 대한 지급기간(전자청구시 10일 이내 지급결정, 서면청구시 40일 이내 지급결정)을 준수하고, 약제 및 치료재료구입내역 목록제출의무를 강화하는 한편, 전자청구 프로그램 공급업체와 협조하여 이들 기관에 대한 프로그램 제공 및 관련 교육을 강화해 나갈 필요성이 있다.

한편, 현행 건강보험과 산재보험, 자동차보험은 진료비 및 약제비 청구서식이 상이하여 심사·청구업무와 통일된 통계자료 산출에 많은 어려움을 주고 있는바, 향후 공통된 청구서식으로의 개선작업뿐 아니라, EDI에 의한 전자청구방식 역시 보험종별에 관계없이 통일시켜야 할 것이다.⁴²⁾

다. 다양한 진료비·약제비 심사평가 방법 개발

산재보험과 자동차보험은 건강보험과 달리 본인부담금을 포함한 진료비 자체의 많고 적음보다는 휴업 및 장애급여의 인정범위가 더 중요하게 인식되고 있는 보험이기 때문에 환자들의 입장에서는 퇴원 후 재활과 사회복귀 등 2차적인 보장프

42) 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 진료비 및 약제비 청구서식은 「부록」 참조

로그랩 개발을 더 절실히 필요로 하고 있다.

따라서 현 건강보험과 같이 요양기관 종별, 상병별, 내원 및 입원일수별로 청구된 진료비 총액과 건수를 기준으로 진료의 적정성 여부를 심사·조정하는 시스템을 그대로 여과 없이 산재보험이나 자동차보험에 적용시키기에는 무리가 따른다.

무엇보다 산재보험과 자동차보험에 있어서는 건강보험의 모니터 심사방식보다는 현장 실태조사를 중심으로 한 현지심사와 실사가 전제되어야 하며, 장기적인 입원치료의 적정성과 퇴원 후 재활물리치료 등 지속적인 통원치료의 필요성, 향후 잔존하는 장애 및 후유증상의 정도가 최초 1차 진료행위의 적정성 여부와 어떠한 상관관계를 갖고 있는지에 대한 History조사, 환자에게 적용된 특정 재활요법의 효과에 대한 Cohort조사 등 산재보험과 자동차보험의 고유한 특성에 맞는 심사평가방법들이 개발되어야 한다.

다만, 기본적으로는 후술하는 바와 같이 현 건강보험의 통계자료를 활용한 기왕증 관리와 행위별수가제 이외의 별도의 포괄수가기준을 개발하는 등 건강보험의 기초 데이터를 활용하여야 할 것이며, 요양기관 종합관리제와 같은 심사지표를 개발하여 인적심사의 한계를 극복하는 한편 사후관리를 위한 인력편성을 강화해 나가야 할 것이다.

라. 정보공유체계 구축을 통한 사후관리 강화

건강보험과 산재보험, 자동차보험은 요양급여비용 심사일원화 여부와 관계없이 국가 보건의료 정책적 차원에서 건강보험심사평가원과 근로복지공단, 손해보험협회 등이 각각 보유하고 있는 진료심사정보와 실사대상 선정기준 등을 공유할 필요성이 있다. 즉 각 기관별로 운영되고 있는 현지 확인 심사와 실사업무를 ‘공동 실사반(가칭)’ 구성을 통해 통합적으로 운영하는 효율화 방안을 모색함으로써, 의료기관의 허위·부당청구 사례를 근절시키고 자율적 적정진료를 유도하는데 공동의 노력을 기울여야 한다.

이를 위해서는 진료비 실사결과 주요위반내용과 유형을 분석하여 공통된 ‘실사업무 매뉴얼’을 개발하고, 진료비 실사전담팀에 대한 관련 법령과 규정, 지침 등 전문교육을 강화시키는 한편, 현 산재보험의 ‘찾아가는 서비스’ 내용을 전산 상으

로 상호 공유할 수 있는 프로그램을 구축해야 할 것이다.

특히 산재보험 요양제도의 특성상 요양기간이 결정되면 입원 등 요양기간에 대한 진료비 심사가 원천적으로 불가능하게 되므로, 진료비 심사이전 요양단계에서 현장요양서비스 및 진료비 심사담당자의 현실적이고 직접적인 모니터링이 필요하며, 약제비의 경우 진료비 심사에 비해 상대적으로 전문적 심사지식이 불필요하고 단순 입력만으로도 업무처리가 가능한 부분이 많기 때문에 반드시 심사직원에 의한 심사를 할 것이 아니라 일반직원들에 의해 처리되도록 업무조정을 함으로써 심사직들의 사후관리 편성비중을 높여나가야 할 것이다.

마. 보험수가 개선 및 보장성 강화

요양급여 항목의 운영실태를 정기적으로 분석하고 관련 통계분석 방법을 다양화 하여 산재보험에서 별도로 인정하는 약제의 관리방법을 개선할 필요가 있다.

또한 산재환자 본인부담에 관한 내역의 조사사기 및 방법 등 개발을 위해 건강보험심사평가원과 재활공학연구소 등 유관기관 상호간 정기적 협의와 의견수렴절차를 마련하여야 한다.

현행 산재보험 입원요양의 장기화를 유발하고 있는 기본진료료 위주의 진료수가체계의 전면적인 검토를 통하여 산재환자의 적정 요양을 유도할 필요가 있으며, 입원기간에 따른 체감적용기간 및 종합전문요양기관 등에 대한 입원료 이중 가산방식을 개선하거나 의약품관리료 체감제 적용방법의 개선을 검토하여야 한다.

아울러 산재환자의 상병 상 특성을 고려하여 빠른 회복 및 장애 최소화를 위한 재활치료 항목을 개발하거나 개선방안을 강구하여 요양기간에 따른 재활치료 가산 적용여부를 검토할 필요가 있다. 즉 조기에 재활치료를 적용할 경우 재활치료수가에 별도 가산 적용여부를 검토하여 산재환자의 빠른 회복 및 의료기관의 적극적인 재활치료를 유도하는 방안을 마련하여야 할 것이다.

그리고 산재 및 자동차사고와 관련하여 다발성 직업병이나 진료비 규모가 큰 상해에 대해서는 ‘표준진료지침’을 작성할 필요가 있는데, 이는 심사기준의 표준화를 위해서도 필요하지만 민간부문에서 수행되는 다양한 종류의 치료기술을 한 단계 끌어 올리는 역할도 할 수 있을 것이다.

IV. 고 찰

1. 연구방법에 대한 고찰

요양급여비용 심사일원화에 관한 그 간의 연구는 다분히 사회보험의 현실적 문제점들에 대한 지적으로 산재보험과 자동차보험 관련 법률의 개정을 촉구하는 방식 또는 환자들의 도덕적 해이(Moral Hazard)와 수가기준의 현실화 방안을 제시하는 등 지엽적 해결책 마련에 급급하였다. 그러나 본 연구에서는 최근 5년간의 심사일원화 관련 논의자료들을 토대로 요양급여비용 심사일원화 논의(찬성론, 반대론, 입법적 해결론)의 타당성 검토와 심사일원화에 따른 구체적 진료비 심사비용을 추산하였다.

즉 산재보험과 자동차보험의 수가현실화와 보험종별 청구심사방법 개선, 환자의 불편 해소 및 도덕적 해이적결, 국가적 보건의료정보관리의 효율성 문제에 초점을 두고 찬성론과 반대론, 입법적 해결론의 이론적 타당성을 비교·검토하였다.

아울러 선진 외국의 건강보험, 산재보험, 자동차보험 심사체계를 비교하여 NHI 체제국가들과 NHS체제국가들의 공통된 특징으로써 각 사회보험의 진료비 지급 및 심사방식의 일괄 연계시스템에 대해 일고하였다.

기존의 연구에서는 우리나라 사회보험의 문제점 중 하나인 보험료 징수문제를 심사일원화 문제와 연계하여 고려하지는 않았으나, 본 연구에서는 향후 요양급여 실시기관과 의료심사평가원, 통합 사회보험징수공단 상호간 업무연계의 필요성과 특히 현지 확인심사 및 실사업무의 개편 방안을 지적하였다.

또한 의료분쟁조정기구의 실효성 확보를 위해 향후 통합되어 운영될 의료심사평가원의 분쟁조정기능 수행의 당위성과, 이들 기구 상호간의 관계를 통해 의료심사평가원의 역할과 기능을 재정립 하였다.

2. 연구결과에 대한 고찰

요양급여비용 심사일원화 논의의 타당성 검토와 효율적 심사평가 방안을 제시하기에 앞서 먼저 현행 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사시스템을 포함한 전반적 운영실태를 파악한 결과 몇 가지 사회적 문제점들이 있는 것으로 확인되었으며, 심사일원화 찬성론과 반대론은 이러한 문제점의 존재 자체에 대해서는 인식을 공유하되, 다만 해결책 마련의 방법과 그 비용효과적 측면에서 상호 이론의 여지가 있는 것으로 정리되었다.

그리고 요양급여비용 심사일원화에 따른 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용을 추산하기 위해 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 환자 1인당 진료비 심사비용을 산출한 결과 건강보험(입원환자)은 18,500원, 산재보험은 53,693원, 자동차보험은 9,998원이 각각 소요되는 것으로 나타났다.

이에 근거하여 다시 산재보험과 자동차보험의 진료비 심사비용 및 그 절감효과를 금액가치로 산출한 결과, 현 산재보험의 진료비 심사비용은 약 114억원, 자동차보험의 진료비 심사비용은 약 850억원이었으며, 심사일원화에 따른 진료비 심사비용 추산액은 산재보험이 약 71억원, 자동차보험이 약 90억원으로 각각 43억원과 760억원의 진료비 심사비용 절감효과가 나타날 것으로 추산되었다.

또한 보건·의료에 관한 주요 선진국들(NHI체제국가와 NHS체제국가)의 건강보험과 산재보험, 자동차보험 심사시스템을 살펴본 결과, 우리나라와 같이 사고원인에 따라 진료내용이 달라지는 경우는 없으며 대부분이 건강보험에서 모든 진료비를 먼저 지급하고 자동차보험에 구상권을 행사하거나, 자동차 보험료의 일부가 건강보험으로 사전에 지불되어 건강보험이 자동차사고환자의 모든 진료비를 책임지는 형태 등으로 운영되며, 의료기관은 건강보험으로만 청구하게 되어 있는 경우가 일반적이었다.

한편 향후 통합되어 운영될 의료심사평가원은 '4대 사회보험 통합징수공단'과의 역할관계 정립이 무엇보다 시급하고, 아울러 '의료분쟁조정 기구'와의 관계에 있어서는 전문 의료분쟁조정기구로서의 역할수행이 가능하며 또 필요할 것으로 사료

된다.

이와 관련하여 모니터심사와 현지 확인심사 및 실사기능의 역할분담 및 개선·확대가 필요하고, 근로복지공단 및 국민건강보험공단 지역관할사무소의 통합운영은 심사평가업무의 효율성을 높일 것으로 판단된다.

기존 건강보험의 심사평가체계를 바탕으로 상해(injury)환자에 대한 평가통계 D/B 구축, 사후관리 강화, 환자의 사회복귀를 위한 2차 관리시스템 개발, 기타 심사평준화를 지양한 다양한 심사평가방식의 개발과 단계적 적용은 의료심사평가원의 기능과 역할, 효용가치를 높일 수 있는 개선책이 될 것이며, 심사일원화 논의의 절충적 해결방안이 될 것이다.

3. 연구의 제한점

본 연구에서 제시된 심사일원화에 따른 진료비 심사비용 추산액은 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 입원환자를 기준으로 환자 1인당 심사비용과 각 기관별 연간 배정예산액에 따라 심사인건비를 비교하는 방식으로 산출되었다.

따라서 이러한 진료비 심사비용 추산액의 객관적 타당성 여부를 검증하기 위해서는 첫째, 각 보험종별 동일한 상병환자에 대한 동일한 진료내역이 전제조건이 되어 그에 따라 이뤄진 심사비용을 비교할 수 있어야 하고, 둘째 각 보험종별 전체업무 중 심사업무가 차지하는 비율이 동일해야 하며, 셋째 심사인력의 숙련도와 업무 전문성 등은 완벽하게 동일가치를 유지해야 한다.

이처럼 외부조건들이 완전히 일치하는 가상의 동일 심사조건이 전제가 되어야 진료비 심사에 소요되는 인적비용을 객관적이고 신뢰성 있게 상호 비교할 수 있을 것이나, 실상 이러한 가상적 동일 심사조건은 존재할 수 없으며 오히려 반대론의 입장과 같이 보험종별 특성을 고려한 심사방법만이 존재할 뿐이다.

따라서 역으로 반대론자들이 주장하는 바와 같이 심사일원화에 따른 진료비 심사비용을 추산하기 보다는 각 보험종별 문제점을 개선한 관련 법률 개정을 통해

산재보험과 자동차보험의 심사소요비용 절감액을 산출하고, 아울러 현재 문제시 되고 있는 진료비 청구심사방법의 합리성과 효율성, 의료서비스 이용에 대한 국민적 불합리성 등의 문제를 해결할 방안을 모색하는 논의가 후속되어 검증될 필요성이 있다.

즉 반드시 요양급여비용 심사일원화라는 방법을 취하지 않더라도 현행 산재보험과 자동차보험의 운영상 제 문제를 해결할 수 있는 보험종별 간 새로운 연계시스템 개발을 위한 후속연구가 요원하다.

한편 선진 외국의 진료비 심사체계를 비교·검토함에 있어서는 우리나라의 진료비 심사일원화에 대한 법률적 견해 없이 외국의 건강보험과 산재보험, 자동차보험 심사체계에 대한 결과론적 선례만을 비교함으로써, 각 국가간의 법률적 근거와 체계(대륙법계, 영·미법계)가 다르므로 인한 차이를 반영하지 못했다.

V. 결 론

건강보험과 산재보험, 자동차보험은 태생적으로 각각 고유한 특성을 지닌 사회보험이기 때문에 지금까지 운영상 발생되어 왔던 여러 가지 문제점들을 수정·보완하기 위한 노력들은 요양급여비용 심사일원화를 찬성하거나 반대하는 입장을 막론하고, 궁극적으로 국민의료의 질 향상과 비용의 적정성을 보장하는 방향으로 개편되어야 할 필요성이 있다는 점으로 귀착된다.

다만 해결책의 일환으로 제시된 요양급여비용 심사일원화는 일부 선진국들의 사례와 타당성에 대한 법률적 검토 및 심사평가 효율성 극대화를 위한 고찰에서 살펴본 바와 같이 몇 가지 실질적 효용성이 있는 것으로 파악되어, 향후 법률안 확정 여부에 따른 입법론적 해결에 귀추가 주목되고 있다. 이와 관련하여 본 연구를 통해 도출된 주요 연구결과들을 요약정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라의 현 시스템 상으로는 건강보험과 산재보험, 자동차보험은 동일상병으로 진찰을 받은 환자에 대해서도 그 적용보험의 종류에 따라 각기 다른 진료내역을 보이는 등 여러 가지 모순점을 안고 있음이 확인되었으며, 이러한 문제는 그 동안 학계와 정계, 현업실무자들에 의해 심사일원화 찬반론으로 부각되어 첨예한 대립적 논의의 대상이 되어 왔다.

둘째, 건강보험과 산재보험, 자동차보험의 환자 1인당 진료비 심사비용은 건강보험(입원환자)이 18,500원, 산재보험이 53,693원, 자동차보험이 9,998원 이었으며, 진료비 심사일원화에 따른 진료비 심사비용을 추산한 결과 산재보험은 약 43억원, 자동차보험은 약 760억원의 진료비 심사비용 절감효과가 있는 것으로 추산되었다.

셋째, 주요 선진국들(NHI체제국가와 NHS체제국가)의 건강보험과 산재보험, 자동차보험 진료비 지불 및 심사체계를 살펴본 결과, 건강보험에서 진료비를 먼저

지급하고 산재보험 및 자동차보험에 구상권을 행사하는 등 비록 보험자체는 종별로 각기 다른 기관들에 의해 운영되고 있으나 진료비 지불과 심사는 하나의 통일된 시스템에 의해 통제받고 있음을 알 수 있었다.

넷째, 건강보험과 산재보험, 자동차보험은 요양급여비용 심사일원화를 위한 법률안의 제정여부와 관계없이 현 단계의 모순점과 운영상 불합리성을 정비하기 위해 관련 법률과 기준을 통합 정비하는 한편, 전산화 기반구축, 다양한 진료비·약제비 심사평가 방법개발, 정보공유체계 구축을 통한 사후관리강화, 보험수가 개선 및 보장성 강화 등 일련의 보완작업이 후속되어야 한다.

다섯째, 의료심사평가원은 ‘4대 사회보험 통합징수공단’과 ‘요양급여실시기관’과의 상호 역할관계 정립을 통해 향후 심사의 범위와 방법, 절차 등을 재조정할 필요성이 있으며, 특히 의학적 전문성을 갖춘 자문인력풀(Pool)이 이미 확보되어 있고 전 국민에 대한 방대한 분량의 의료정보자료를 보유하고 있는 점에 비추어 ‘의료분쟁 조정’기능을 수행할 수 있는 가장 비용·효과적 기관이며, 향후 관련 법률의 개정절차를 거쳐 그러한 기능과 역할범위를 지속적으로 확대해 나갈 필요성이 있다.

여섯째, 현재 건강보험심사평가원에서 실시하고 있는 요양기관 종합관리제와 지표·정밀심사 방법 등은 심사일원화가 된 이후에도 그 근간을 유지하여야 하는 심사의 기틀이 될 것이며, 다만 보험종별로 모니터심사와 현지 확인심사 및 실사인력의 적절한 안배와 사후관리, 새로운 평가체계의 개발과 보상에 대한 수가기준 개발, 진료 후 재활과 사회복지프로그램 마련 등이 의료심사평가원의 새로운 업무영역으로 포섭되어야 한다.

일곱째, 의료심사평가원의 원활한 업무수행을 위해서는 자금조달 방식에 있어서 요양급여실시기관의 부담금에 대한 강제징수절차의 마련과 심사평가위탁계약 기관에 대한 준조세와 같은 위탁수수료 징수권 및 추징력 담보가 이뤄져야 하며

이를 위해 동 법률안 제36조 및 제37조를 강행규정으로 개정할 필요성이 있다.

그동안 ‘요양급여비용 심사일원화’에 대한 학계와 현업실무자들의 연구노력은 상대적으로 입법추진력을 뒷받침 받지 못한 채 매우 간헐적이고 원칙론적인 입장에서 논의되어 온 것이 사실이며, 그나마 오늘과 같은 법률안이 발의된 것도 불과 최근 2~3년 사이 정부 정책입안자들에 의해 보다 현실적인 입법절차가 가속화되어 왔음에 기인함을 부인할 수 없다.

역으로 그동안의 연구들은 많은 노력에도 불구하고 실상 입법화발의에 이르기까지 상대적으로 매우 긴 시간이 소요되었으며, 그러한 결과 입법발의 과정에서는 여러 이익단체들에 의해 사전 공청회가 무산되기도 하였고 현장 시스템에 대한 이해의 부족으로 성급히 도출된 법률안이 몇 차례 개정과 수정작업을 거듭하는 난항을 겪기도 하였다.

따라서 아직 여러 가지 개정작업이 필요한 현 법률안의 적용에 따른 유효성을 검증하기 위해서는 동 법률안의 입법 전·후 심사평가 효용성을 측정할 수 있는 계량화 수치를 비교·검토하는 한편, 향후 입법화될 ‘사회보험통합징수에 관한 법률(가칭)’ 및 ‘의료분쟁조정예 관한 법률(가칭)’과의 연계된 후속 연구과정이 필요할 것이다.

참 고 문 헌

- 강신성, 통합의료보험의 전망과 과제에 관한 연구, 국민대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001
- 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006
- 건강보험심사평가원, 조사연구자료집 I · II · III, 2006
- 건강보험심사평가원, 업무현황 분석결과 보고, 2005.4
- 건강보험심사평가원, 건강보험통계지표, 각 연도
- 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2004, 2005
- 건설교통부, 자동차보험 진료수가에 관한 기준, 고시 제2001-13호
- 국민건강보험공단, 외국의 건강보험제도 비교조사, 2000
- 국회정무위원회 · 보건복지위원회 · 환경노동위원회, 국회 「복지사회포럼」 국민의료비 심사일원화를 위한 입법공청회 자료, 2005.3
- 권 오, 보험론, 청목출판사, 2001
- 김영균, 국민건강보험의 발전방향에 관한 연구, 경기대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001
- 김용익, 이평수, 조홍준 등, 건강보험 재정설계 연구, 서울대학교 의과대학의료관리학교실, 2000
- 김용하 외, 산재보험운영 효율화 방안, 한국보건사회연구원, 1997
- 김진현 외, 자동차보험 진료수가기준 개선방안, 인제대학교 · 한림대학교 · 한국소비자보호원, 2003
- 김진현, 이태진, 문재우 등, 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안, 인제대학교 보건행정학부, 2001
- 김진현 외, 자동차보험 진료수가 기준 개선방안 연구, 인제대학교 보건과학정보연구소, 2003
- 김진현, 국민의료비 심사일원화의 필요성 및 효과, 2005

김창호, 자동차보험 선택진료의 문제점과 개선방안에 관한 연구, 건국대학교
 경영대학원 석사학위논문, 2003

노동부, 산업재해 통계, 각 연도

노동부, 산재보험 사업연보, 각 연도

노병일, 사회보장론, 대학출판사, 2002

대한병원협회, 자동차보험 진료수가의 적정가산을 결정방안에 관한 연구,
 2001.7

대한손해보험협회 보도자료, 건강보험보다 최고 28% 비싼 교통사고 진료비 일원화
 되야, 2001

대한손해보험협회 보도자료, 자동차보험 입원환자 5명 중 1명 나이롱 환자, 2003

모지환, 박상하, 안진, 사회보장론, 학지사, 2003

문재우, 이윤현, 국민의료보험론, 계축출판사, 2000

박광덕, 현대사회복지정책, 박영사, 2001

박찬임, 산재보험제도의 국제비교연구, 한국노동연구원, 2002

보험개발원, 자동차보험 통계자료집, 각 연도

보험개발원, 자동차보험 개황 및 분석, 2002

보험개발원, 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석,
 2002.1

신수식, 보험제도의 도덕적 해이, 한국노동연구원, 2004

신수식, 산재보험제도의 관리운영상의 과제, 위험관리학회지 제2집, 한국위험관리
 학회, 1992.3

신수식, 산업재해보상보험제도의 현안과제, 보험개발연구 제5권 제1호, 2004

안성준, 의료보험 개혁방안에 관한 연구, 인하대학교 행정대학원 석사학위논문,
 2000

유승흠, 의료보장론, 연세대학교 보건대학원, 2002

유승흠, 이규식 외, 21세기 한국보건의료정책 개혁방향, 한국의학원, 2002

유승흠, 김한중 외 국민건강보험의 평가와 발전방향, 한국의학원, 2001

이득로, 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안, 연세대학교 경제대학원

석사학위논문, 2002.1

이정우 외, 주요국의 산재보험 적용 징수체계, 한국노동연구원, 2003

이용균, 이준협, 최재천 등, 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구, 한국병원경영연구원, 2003

이용균 외, 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구, 한국병원경영연구원, 2003

이점숙, 산재보험 요양급여체계의 현황 및 개선방안, 인제대학교 보건대학원석사학위논문, 2003

이현주, 주요국의 산재보험 급여체계 비교연구, 한국노동연구원, 2003

이현주, 외국의 산재보험제도 연구, 한국노동연구원, 2004

조보현, 산업재해보상보험법 이론과 실무, 홍익재, 2000

조성한 외, 산재보험과 자동차보험(책임보험 중심)간의 조정방안, 근로복지공단, 2003

조재국 외, 산재보험의 진료비심사 및 지급체계 개선방안, 한국보건사회연구원, 2006

조해균, 최신보험경영론, 박영사, 2001

한국노동연구원, 산재보험 심사 재심제도 개선방안, 1998

한국노동연구원, 산재보험 선진화 방안과 정책과제, 1999

한국노동연구원, 산재보험 적용 및 징수체계의 효율화 방안(I), 1999.7

한국사회보장학회, 21세기 산재보험의 발전방향, 한국사회보장학회, 2002

한국사회보험연구소, 산재보험급여체계의 합리적 개선방안에 관한 연구, 노동부 2005년도 정책연구용역보고서, 2005

한림대학교 산학협력단, 산재보험 지정 의료기관 운영실태 평가 및 전달체계 개선방안, 노동부 2005년도 정책연구용역보고서, 2005.9

홍석표 외 3인, 건강보험 통합관리 운영체계의 효율화 방안, 한국보건사회연구원, 2001

2004년도 정기국회 국정감사 공동 정책제안서, 산업재해보상보험·자동차보험·건강보험 진료비 심사평가체계 일원화 정책제안, 2004.10

부 록

1. 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률안

발의연월일 : 2006. 10. 11.

발 의 자 : 장복심·최인기·류근찬·신중식·이낙연·이인제·정진석·한병도·김교홍·
신학용·강혜숙·이근식·우제창·이경숙·장경수·정성호·최철국·주승용·
이시중·변재일·강기정·양승조·윤호중·우제항·오영식·김형주·안민석·
김우남·우윤근·정세균·서혜석·정장선·김덕규·장향숙·김성곤·김명자·
김낙성·권선택·이석현·김동철·염동연·박명광·문학진·홍창선·최재성·
박찬석·이상경·김혁규·전병헌·유승희·김동철·노현송·김영춘·김재홍·
박상돈·백원우·심재덕·정청래·김영숙·한광원·조정식 의원(이상 61명)

제1장 총 칙

제1조(목적) 이 법은 국민의 질병·부상 등에 대한 요양급여비용을 심사하고 요양
급여의 적정성을 평가하여 의료재정의 합리화와 의료서비스의 향상에 기여함을
목적으로 한다.

제2조(관장) 이 법에 따른 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 등의
사업은 보건복지부장관이 관장한다.

제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “요양급여”라 함은 다음 각목과 같다.

가. 「국민건강보험법」 제39조의 규정에 따른 요양급여

나. 「산업재해보상보험법」 제40조의 규정에 따른 요양급여

다. 「자동차손해배상보장법」 제2조제7호의 규정에 따른 자동차보험 진료수가

라. 「의료급여법」 제7조의 규정에 따른 의료급여

마. 「공무원연금법」 제35조의 규정에 따른 공무원요양비

바. 「군인연금법」 제30조의5의 규정에 따른 공무원요양비

사. 「사립학교교직원연금법」 제33조의 규정에 따른 급여

아. 「한국보훈복지의료공단법」 제16조의 규정에 따른 진료

2. “요양기관”이라 함은 요양급여관련법의 규정에 의한 요양급여를 행하는

해당 의료기관, 요양기관, 의료급여기관 또는 약국 등을 말한다

3. “요양급여실시기관”이라 함은 국방부장관, 시장·군수·구청장, 요양급여관

련법에 따른 국민건강보험공단, 근로복지공단, 보험회사, 공무원연금관리공
단, 사립학교교직원연금관리공단, 한국보훈복지의료공단을 말한다.

4. “요양급여관련법”이라 함은 「국민건강보험법」, 「산업재해보상보험법」,

「자동차손해배상보장법」, 「의료급여법」, 「공무원연금법」, 「군인연금법」,

「사립학교교직원연금법」, 「한국보훈복지의료공단법」을 말한다.

제4조(다른 법률과의 관계) 이 법은 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성
평가에 관하여 다른 법률의 규정에 우선하여 적용한다.

제5조(요양급여심사평가심의조정위원회) ① 제26조의 규정에 따른 요양급여비용의
심사, 제28조의 규정에 따른 요양급여의 적정성 평가, 그 밖에 심사·평가에 관
한 주요사항을 심의·조정하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 요양급여심사
평가심의조정위원회(이하 “심의조정위원회”라 한다)를 둔다.

② 심의조정위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성한다.

1. 요양급여실시기관을 대표하는 위원 8인

2. 의약계를 대표하는 위원 5인

3. 공익을 대표하는 위원 5인

4. 대통령령이 정하는 관계 공무원인 위원 3인

5. 의료심사평가원을 대표하는 위원 2인

③ 심의조정위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제2장 의료심사평가원

제6조(설립) 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가를 수행하기 위하여 의료심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)을 설립한다.

제7조(업무) ① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 요양급여비용의 심사
 2. 요양급여의 적정성에 대한 평가
 3. 심사 및 평가 기준의 개발
 4. 다른 법률의 규정에 따라 요양급여비용의 심사 또는 요양급여의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
 5. 심사·평가에 관한 교육훈련 및 홍보
 6. 요양급여에 관한 조사연구 및 국제협력
 7. 요양급여 관련 통계 등 정보의 생산 및 관리
 8. 자산의 관리·운영 및 증식사업
 9. 기타 요양급여와 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하거나 법령에서 심사평가원이 수행하도록 정하는 업무
- ② 제1항 제8호의 규정에 따른 자산의 관리·운영 및 증식사업의 종류와 범위 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 한다.

제8조(법인격 등) ① 심사평가원은 법인으로 한다.

- ② 심사평가원은 그 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
- ③ 심사평가원의 설립등기에는 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.
 1. 목적
 2. 명칭
 3. 주된 사무소 및 분사무소의 소재지
 4. 원장의 성명·주소 및 주민등록번호

제9조(사무소) ① 심사평가원의 주된 사무소의 소재지는 정관으로 정한다.

- ② 심사평가원은 그 업무수행을 위하여 필요한 경우 정관이 정하는 바에 따라 분사무소를 둘 수 있다.

제10조(정관) ① 심사평가원의 정관에는 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 목적
2. 명칭
3. 사무소의 소재지
4. 업무 및 그 집행에 관한 사항
5. 임·직원에 관한 사항
6. 재산 및 회계에 관한 사항
7. 이사회에 관한 사항
8. 내부규정의 제정 및 폐지에 관한 사항
9. 정관의 변경에 관한 사항
10. 공고에 관한 사항

② 심사평가원의 정관을 변경하고자 하는 때에는 보건복지부장관의 인가를 받아야 한다.

제11조(임원) ① 심사평가원의 임원으로서 원장 1인, 이사 19인 및 감사 1인을 둔다.

② 원장은 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명한다.

③ 이사는 다음 각 호의 자를 보건복지부장관이 임명한다.

1. 심사평가원의 원장이 추천하는 자 3인
2. 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단이 추천하는 자 2인
3. 「산업재해보상보험법」에 따른 근로복지공단이 추천하는 자 1인
4. 「보험업법」에 따른 대한손해보험협회가 추천하는 자 1인
5. 노동조합·사용자단체·농어업인단체 및 소비자단체가 각각 추천하는 자 4인
6. 의·약 관련 단체가 추천하는 자 5인
7. 대통령이 정하는 관계 공무원 3인

④ 감사는 보건복지부장관이 임명한다.

⑤ 원장, 이사 중 3인 및 감사는 상임으로 한다. 다만, 비상임 임원은 정관이 정하는 바에 따라 실비변상을 받을 수 있다.

⑥ 임원의 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 임원의 임기는 그 재임기간으로 한다.

제12조(임원의 직무) ① 원장은 심사평가원을 대표하며, 그 직무를 총괄한다.

② 상임이사는 원장의 명을 받아 심사평가원의 업무를 집행하며, 원장이 부득이한 사유로 그 직무를 수행할 수 없을 때에는 정관이 정하는 상임이사가 그 직무를 대행한다.

③ 감사는 심사평가원의 회계와 업무집행상황 및 재산상황을 감사한다.

제13조(임원의 결격사유) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 심사평가원의 임원이 될 수 없다.

1. 대한민국 국민이 아닌 자
2. 「국가공무원법」 제33조 각 호의 어느 하나에 해당하는 자

제14조(임원의 당연 퇴임·해임) ① 임원이 제13조 각 호의 어느 하나에 해당하는 것이 확인된 때에는 해당 임원은 당연 퇴임한다.

② 임면권자는 임원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 때에는 그 임원을 해임할 수 있다.

1. 신체상 또는 정신상의 장애로 직무를 수행할 수 없다고 인정되는 때
2. 직무상의 의무를 위반한 때
3. 고의 또는 중대한 과실로 인하여 심사평가원에 손실을 발생하게 한 때
4. 직무의 내·외를 불문하고 품위를 손상하는 행위를 한 때
5. 이 법에 따른 보건복지부장관의 명령에 위반한 때

제15조(직원의 임면) 심사평가원의 직원은 정관이 정하는 바에 따라 원장이 임면한다.

제16조(임원의 겸직금지) 심사평가원의 원장·상임이사 및 감사는 영리를 목적으로 하는 사업에 종사하지 못하며, 해당 임면권자의 허가 없이 다른 직무를 겸할 수 없다.

제17조(별칙적용에 있어서의 공무원 의제) 심사평가원의 임원 및 직원은 「형법」 제129조 내지 제132조의 적용에 있어서는 이를 공무원으로 본다.

제18조(이사회) ① 심사평가원에 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 이사회를 둔다.

1. 정관의 변경에 관한 사항

2. 조직에 관한 사항
3. 사업계획 및 예산·결산에 관한 사항
4. 자산의 취득과 처분에 관한 사항
5. 그 밖에 심사평가원의 운영에 관한 주요사항
 - ② 이사회는 원장과 이사로 구성한다.
 - ③ 원장은 이사회를 소집하며, 그 의장이 된다.
 - ④ 이사회는 재적이사 과반수의 출석과 출석이사 과반수의 찬성으로 의결한다.
 - ⑤ 감사는 이사회에 출석하여 의견을 진술할 수 있다.
 - ⑥ 그 밖에 이사회 의결사항 및 그 운영 등에 관하여 필요한 사항은 정관으로 정한다.

제19조(대리인의 선임) 원장은 심사평가원의 업무에 관한 일체의 재판상 또는 재판외의 행위를 대행하게 하기 위하여 심사평가원의 이사 또는 직원 중에서 대리인을 선임할 수 있다.

제20조(대표권의 제한) ① 심사평가원의 이익과 원장의 이익이 상반되는 사항에 대하여는 원장이 심사평가원을 대표하지 못하며, 이 경우 감사가 심사평가원을 대표한다.

② 제1항의 규정은 심사평가원과 원장 간 소송에 관하여 이를 준용한다.

제21조(회계) 심사평가원의 회계연도는 정부의 회계연도에 따른다.

제22조(예산) 심사평가원은 매 회계연도의 예산안을 그 내용의 성질별로 구분 편성하여 보건복지부장관의 승인을 얻어야 한다. 예산을 변경하는 때에도 또한 같다.

제23조(결산) ① 심사평가원은 회계연도마다 결산보고서 및 사업보고서를 작성하여 다음 해 2월까지 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

② 심사평가원이 제1항의 규정에 따라 결산보고서 및 사업보고서를 보건복지부장관에게 보고한 때에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 내용을 공고하여야 한다.

제24조(요양급여심사평가위원회) ① 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가원에 요양급여심사평가위원회(이하 “심사위원회”라 한다)를 둔다.

- ② 심사위원회는 심사·평가 등 각 분야별로 구분하여 운영할 수 있다. 이 경우 구분하여 운영하는 위원회의 의결은 심사위원회의 의결로 본다.
- ③ 심사위원회는 위원장을 포함한 100인 이내의 상근심사위원과 1,500인 이내의 비상근심사위원으로 구성한다.
- ④ 심사위원회의 구성·운영 및 위원의 자격·임기 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3장 심사 및 평가

제25조(요양급여비용의 심사청구) ① 요양급여를 행한 요양기관이 요양급여실시기관에 그 비용을 청구하고자 하는 경우에는 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구(이하 “심사청구”라 한다)를 하여야 한다.

② 제1항의 규정에 따른 심사청구는 이를 요양급여실시기관에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.

③ 심사청구의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제26조(요양급여비용의 심사) ① 심사평가원은 제25조 제1항의 규정에 따라 요양기관으로부터 심사청구를 받은 때에는 그 심사청구 내역이 요양급여관련법에서 정한 요양급여의 적용기준·방법 및 요양급여비용에 적합한지 여부를 심사하여야 한다.

② 심사평가원은 요양급여비용의 일부가 심사청구 된 경우 등 보건복지부령이 정한 사항에 대하여는 이미 심사한 내역에 대하여 재심사할 수 있다.

③ 요양급여비용 심사의 방법 및 그 절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제27조(심사결과와 통보) ① 제26조의 규정에 따라 심사평가원이 요양급여비용을 심사한 때에는 지체 없이 그 내용을 요양급여실시기관 및 요양기관에 통보하여야 한다.

② 제1항의 규정에 따라 심사의 내용을 통보받은 요양급여실시기관은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급하여야 한다.

③ 제1항의 규정에 따른 심사결과 통보의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(요양급여의 적정성 평가) ① 심사평가원은 제7조 제1항 제2호의 규정에 따라 요양급여에 대한 적정성을 평가하는 경우 요양급여의 의·약학적 타당성 평가와 경제적 효율성 평가 등을 실시한다.

② 제1항의 규정에 따른 평가는 요양기관종별, 진료과목별, 상병별, 진료행위별 또는 약제·치료재료별로 구분하여 수행할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 평가의 기준, 방법, 절차 및 가감기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제29조(평가결과의 공개 등) ① 원장은 제28조 제1항의 규정에 따른 평가결과를 공개한다. 다만, 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제9조의 규정에 따른 비공개대상정보는 그러하지 아니하다.

② 원장은 제28조 제1항의 규정에 따른 평가결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

③ 요양급여실시기관을 지도·감독하는 행정기관의 장은 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 등 요양급여의 기준을 정함에 있어 제28조 제1항의 규정에 따른 평가결과를 반영하여야 한다.

④ 제1항의 규정에 따른 평가결과 공개의 범위, 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제30조(요양급여 대상여부의 확인 등) ① 요양급여를 받은 자는 본인이 비급여로 부담한 비용이 요양급여관련법의 규정에 따른 요양급여대상에 해당하는지 여부에 대하여 요양급여비용을 지급한 날부터 3년 이내에 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다.

② 제1항의 규정에 따른 확인을 요청받은 심사평가원은 그 결과를 확인요청한 자에게 통보하여야 한다. 이 경우 확인 요청한 비용이 요양급여비용에 해당하는 것으로 확인된 때에는 그 내용을 관련 요양급여실시기관 및 요양기관에 통보하여야 한다.

③ 제2항 후단의 규정에 따라 확인결과를 통보받은 요양기관은 과다하게 징수

한 금액(이하 “과다본인부담금”이라 한다)을 지체 없이 확인요청한 자에게 지급하여야 한다. 다만, 요양급여실시기관은 해당 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니한 경우에는 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 그 과다본인부담금을 공제하여 이를 확인요청한 자에게 지급할 수 있다.

제4장 권리의 구제

제31조(이의신청) ① 요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 요양급여실시기관 및 요양기관은 심사평가원에 이의를 신청할 수 있다.

② 이의신청은 그 처분의 통지를 받은 날부터 90일 이내에 문서로 하여야 한다. 다만, 정당한 사유로 그 기간 이내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때에는 그러하지 아니하다.

③ 이의신청에 대한 결정, 그 결정의 통지 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제32조(요양급여심판위원회) ① 요양급여와 관련된 분쟁의 예방 및 신속한 해결을 위하여 보건복지부장관 소속하에 요양급여심판위원회(이하 “심판위원회”라 한다)를 둔다.

② 심판위원회는 법학 또는 의·약학 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 중 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하는 20인 이내의 위원으로 구성한다.

③ 심판위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제33조(심판청구) ① 제31조의 규정에 따른 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자는 이의신청에 관한 결정의 통지를 받은 날부터 60일 이내에 심판위원회에 심판청구를 할 수 있다.

② 심판청구에 대한 결정, 그 결정의 통지 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제34조(행정소송) 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자와 제31조의 규정에 따른 이의신청 또는 제33조의 규정에 따른 심판청구에 대한 결정에 불복이 있는 자

는 「행정소송법」이 정하는 바에 따라 행정소송을 제기할 수 있다.

제5장 보 칙

제35조(업무의 지도·감독) 보건복지부장관은 심사평가원에 대하여 그 사업에 관한 보고를 명하거나 사업 또는 재산상황을 검사하여 정관 또는 규정의 변경, 그 밖에 필요한 처분을 명하는 등 감독상 필요한 조치를 할 수 있다.

제36조(국가부담) 국가는 예산에서 심사평가원의 관리·운영에 소요되는 비용을 부담할 수 있다.

제37조(자금의 조달 등) ① 심사평가원은 요양급여실시기관으로부터 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 등 업무의 수행에 따른 부담금을 징수한다.

② 심사평가원은 제7조 제1항 제4호의 규정에 따라 요양급여비용의 심사 또는 요양급여의 적정성 평가에 관한 업무를 위탁받은 때에는 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 부담금 및 수수료의 금액·징수방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제38조(자료의 제출 및 확인) ① 심사평가원은 제26조 및 제28조의 규정에 따른 업무의 수행을 위하여 필요한 경우 요양기관에 자료의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 원장은 제출받은 자료에 대한 사실여부를 확인할 필요가 있다고 인정되는 때에는 소속 직원으로 하여금 해당 사항에 대하여 현지 출장하여 확인하게 할 수 있다.

② 심사평가원은 제1항의 규정에 따른 업무의 수행에 필요하다고 인정하는 때에는 요양급여를 받은 자에 대하여 문서, 그 밖의 물건의 제출을 요구하거나 관계인으로 하여금 질문 또는 확인하게 할 수 있다.

③ 심사평가원은 업무 수행에 필요하다고 인정하는 때에는 행정기관, 요양급여 실시기관 및 공공단체 등에 대하여 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 자료의 제공을 요청받은 자는 이에 응하여야 한다.

제39조(비밀유지) 심사평가원에 종사하였던 자 또는 종사하고 있는 자는 그 직무

상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.

제40조(유사명칭의 사용금지) 심사평가원이 아닌 자는 의료심사평가원 또는 이와 유사한 명칭을 사용하여서는 아니 된다.

제41조(「민법」의 준용) 심사평가원에 관하여 이 법에 규정된 것을 제외하고는 「민법」중 재단법인에 관한 규정을 준용한다.

제6장 벌 칙

제42조(벌칙) 제39조의 규정을 위반한 자는 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제43조(과태료) ① 제38조의 규정을 위반하여 자료를 제출하지 아니하거나 허위의 자료를 제출한 자 또는 확인을 거부한 자에 대하여는 500만원 이하의 과태료에 처한다.

② 제1항의 규정에 따른 과태료는 대통령령이 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다.

③ 제1항의 규정에 따른 과태료 처분에 불복이 있는 자는 그 처분의 고지를 받은 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 이의를 제기할 수 있다.

④ 제1항의 규정에 따른 과태료 처분을 받은 자가 제3항의 규정에 따라 이의를 제기한 때에는 보건복지부장관은 지체 없이 관할 법원에 그 사실을 통보하여야 하며, 그 통보를 받은 관할 법원은 「비송사건절차법」에 따른 과태료의 재판을 한다.

⑤ 제3항의 규정에 따른 기간 안에 이의를 제기하지 아니하고 과태료를 납부하지 아니한 때에는 국세 또는 지방세체납처분의 예에 따라 이를 징수한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 법은 공포 후 6월이 경과한 날부터 시행한다.

제2조(건강보험심사평가원에 대한 경과조치) 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」

에 따라 설립된 건강보험심사평가원은 이 법에 따라 설립된 의료심사평가원으로 본다.

제3조(권리·의무의 승계에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원의 권리와 의무는 의료심사평가원이 포괄승계한다.

② 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원의 재산은 의료심사평가원의 재산으로 본다.

제4조(처분에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원이 행한 처분은 이 법에 따른 의료심사평가원이 행한 처분으로 본다.

② 이 법 시행 당시 요양급여실시기관이 행한 요양급여비용에 대한 심사처분은 이 법에 따른 의료심사평가원이 행한 처분으로 본다.

제5조(임·직원의 신분에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」에 따라 건강보험심사평가원의 임원으로 임명된 자는 이 법에 따른 의료심사평가원의 임원으로 본다.

② 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」의 규정에 따른 건강보험심사평가원의 직원은 의료심사평가원에 고용된 것으로 본다.

③ 이 법 시행 당시 요양급여관련법(「국민건강보험법」은 제외한다)의 규정에 따라 요양급여비용의 심사관련 업무를 담당하는 직원 중 보건복지부장관과 관련 행정기관의 장이 합의하여 정하는 직원은 의료심사평가원에 고용된 것으로 본다.

제6조(심사위원의 신분에 관한 경과조치) 이 법 시행 당시 「국민건강보험법」에 따라 임명 및 위촉된 진료심사평가위원회의 상근 및 비상근 심사위원은 요양급여심사평가위원회의 상근 및 비상근 심사위원으로 임명 및 위촉된 것으로 본다.

제7조(벌칙 등에 관한 경과조치) 이 법 시행 전의 행위에 대한 벌칙 및 과태료의 적용에 있어서는 종전의 「국민건강보험법」의 규정에 따른다.

제8조(다른 법률의 개정) ① 공무원연금법 중 다음과 같이 개정한다.

제38조제1항 및 제2항을 각각 다음과 같이 하고, 같은 조 제4항 중 “청구 및 지

급”을 “지급”으로 한다.

① 공무상요양비의 청구와 심사 등에 관하여는 「요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따른다.

② 「요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따라 의료심사평가원으로부터 심사의 내용을 통보 받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 공무상요양비를 요양기관에 지급하여야 한다.

② 의료급여법 중 다음과 같이 개정한다.

제11조제1항을 다음과 같이 하고, 같은 조 제2항을 삭제하며, 같은 조제3항 전단 중 “제2항의 규정에 따라”를 “「요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따라”로 하고, 같은 조제5항 중 “청구·심사·지급”을 “지급”으로 한다.

① 급여비용의 청구와 심사 등에 관하여는 「요양급여비용의 심사와 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따른다.

③ 한국보훈복지의료공단법 중 다음과 같이 개정한다.

제16조의2를 다음과 같이 신설한다.

제16조의2(진료비등의 청구·심사 등) ① 제16조의 규정에 따라 국가가 부담하는 비용에 대한 청구와 심사 등에 관하여는 「요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따른다.

② 「요양급여비용의 심사 및 요양급여의 평가에 관한 법률」이 정하는 바에 따라 의료심사평가원으로부터 심사의 내용을 통보 받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 진료비 등을 요양기관에 지급하여야 한다.

④ 군인연금법 중 다음과 같이 개정한다.

제30조의7제1항 및 제2항을 각각 다음과 같이 하고, 같은 조 제4항 중 “청구 및 지급”을 “지급”으로 한다.

① 공무상 요양비의 청구와 심사 등에 관하여는 「요양급여비용의심사및요양급여의적정성평가에관한법률」이 정하는 바에 따른다.

② 「요양급여비용의심사및요양급여의적정성평가에관한법률」이 정하는 바에 따라 의료심사평가원으로부터 심사의 내용을 통보 받은 국방부장관은 지체 없

이 그 내용에 따라 공무상 요양비를 요양기관에 지급하여야 한다.

제9조(다른 법령과의 관계) 이 법 시행 당시 다른 법령에서 「국민건강보험법」의 규정을 인용하고 있는 경우 이 법에 그에 해당하는 규정이 있는 때에는 이 법 또는 이 법의 해당 규정을 인용한 것으로 본다.

2. 건강보험심사평가원의 부담금에 관한 규정⁴³⁾

제1조(목적) 이 규정은 국민건강보험법 제60조 및 국민건강보험법시행규칙 제30조의 규정에 의하여 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)이 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 납부하는 부담금에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(부담금) ① 심사평가원이 공단으로부터 징수하는 부담금(이하 “부담금”이라 한다)은 공단의 전전년도 보험료 수입(국민건강보험법 제67조제3항 및 제92조의 규정에 의하여 국가가 부담하는 보험료를 제외한다)의 1천분의 30이내에서 보건복지부장관이 승인한 심사평가원의 예산에 계상된 금액으로 한다.

② 공단은 부담금액, 부담금산출기준 등에 관하여 보건복지부에 의견 제출을 할 수 있다.

제3조(납부절차) ① 심사평가원은 제2조의 규정에 의한 부담금을 4등분하여 매분기 시작 전월 10일까지 부과하고, 공단은 부과 받은 월의 말일까지 이를 납부하여야 한다. 다만, 당해 분기의 부과금액을 조정하여야 할 상당한 사유가 있을 때에는 부과 전에 공단과 협의하여 부과금액을 정하여야 한다.

② 공단은 제1항의 규정에 의한 납부기한에도 불구하고 매년 1/4분기 부담금은 1월 10일까지 납부할 수 있다.

③ 심사평가원이 제1항의 규정에 의하여 부과하고자 할 때에는 다음 각호의 사항을 기재한 문서로써 하여야 한다.

1. 연간부담금, 당해연도에 징수한 부담금 및 금회 납부하여야 하는 부담금
2. 납부기한
3. 부담금 수취용 계좌번호·예금주·금융기관명

④ 공단이 부담금 부과통지서를 받은 경우에는 납부기한까지 제2항제3호의 계좌로 부담금을 입금하여야 한다.

⑤ 제1항의 납부기한이 금융기관 휴무일인 때에는 그 익일까지 납부하여야

43) 보건복지부 보정65710-426호(2000.7.12)

한다.

제4조(자료제출 등) ① 공단은 심사평가원의 관리운영비 등 부담금 산정에 필요한 자료를 심사평가원에 요구할 수 있으며 심사평가원은 지체 없이 이를 공단에 제출하여야 한다.

② 심사평가원은 부담금 산정과 관련하여 공단에 전전년도 보험료 수입금 내역 등의 자료를 요구할 수 있으며 공단은 지체 없이 이를 심사평가원에 제출하여야 한다.

제5조(예산 미확정시의 부담금 납부) 심사평가원은 공단의 부담금이 회계연도 개시 전까지 확정되지 아니한 경우에는 전년도 부담금에 준하여 당해연도 부담금을 부과·징수하고 부담금 확정 후 최초 분기의 부담금 부과·징수 시 이를 정산한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규정은 2000년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(부담금 산정에 관한 경과조치) 본칙 제2조의 규정에 의한 부담금의 산정에 있어 보험료 수입액은 2000년도의 경우는 국민의료보험관리공단, 직장의료보험조합 및 지역의료보험조합의 1998년도 보험료 수입액을, 2001년도의 경우는 국민의료보험관리공단과 직장조합의 1999년도 보험료 수입액을, 2002년의 경우는 국민의료보험관리공단, 직장조합 및 국민건강보험공단의 2000년도 보험료 수입액을 각각 합산한 금액으로 한다.

제3조(2000년 및 2001년 예산의 미 확정시 부담금 납부) ① 심사평가원은 공단의 2000년 하반기 또는 2001년 예산이 확정되지 아니한 경우에는 심사평가원이 보건복지부에 승인 신청한 예산 중 인건비, 시설장비유지비, 통상적 기관운영비 등 지출이 불가피한 경비에 대하여는 분기별로 우선 부과징수(“다만 인건비는 전 분기 지급기준을 적용 한다”)하고 부담금 확정 후 이를 정산한다.

② 공단은 제1항의 규정에 의한 2000년 3/4분기 부담금을 부과통지를 받은 날부터 10일 이내에 납부하여야 한다.

Abstract

Propriety examination of medical treatment pay expense examination unification legislation

In Sub Yun

Department of Public health law & Ethics

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Meung Sea Sohn Ph.D)

At the time <The draft of a proposed law about examination of medical treatment pay expense and estimation of medical treatment pay> for medical treatment pay expense examination unification is suggested to National Assembly, this study was begun to examine propriety of examination unification legislation and present efficient examination estimation plan of current health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance medical treatment pay expense.

We examined problems and improving plans of fee examination system of health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance, and presented a supporting argument and an opposite view of examination unification, propriety examination of legislative solution, efficient examination

estimation plans that can result in actual profit effectively to all of insurers, medical treatment authorities and patients. And we utilized statistical index related to examination expense of health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance, and compared and analyzed fee payment by insurance of main advanced nations and examination system.

Theoretical bases of supporting argument about examination unification were grasped as difference of examination standard and demand method by insurance, fraudulent examination lacking professionalism, difficulty of managing health medical treatment quality, patient's discomfort by use limitation of medical treatment authority, burden growing of nationwide insurance bill, administrative ability waste with fee dispute by previous illness, medical protection system absence for patient such as medical service quality estimation and so on, and theoretical bases of opposite opinion were grasped as necessity of examination system that reflects industrial disaster insurance system, causing of business confusion by separation of process of medical treatment agreement and examination, need of confirmation examination system of falsehood and injustice focused on spot, collision with market economy principle of capitalism, complications deepening with medical treatment authority and confusion of civil services, qualitative decline of medicare level by examination equalization and so on.

And it is appeared that the result of figuring out fee examination expense per a patient of health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance to estimate fee examination expense of industrial disaster insurance and automobile insurance according to medical treatment pay expense examination unification is that health insurance(inpatient) is required 18,500 won, industrial disaster insurance is required 53,693 won and automobile insurance is required 9,998 won.

Fee examination expense of present industrial disaster insurance is about 11.4 billion won and fee examination expense of automobile insurance is about 85 billion won, and fee examination expense estimated according to examination unification is that reduction effects of fee examination expense will appear as

industrial disaster insurance is about 7.1 million won and automobile insurance is 9 billion won.

Also, the result examined fee payment and examination system of health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance of main advanced nations (the NHI system countries and the NHS system countries) about health, medical care is that there was no case of treatment contents according to accidental cause like our country, and as most of them pay first all fees in health care and exercise a right to indemnity to automobile insurance or some of automobile insurance premium is paid by health insurance in advance, health insurance is operated by form etc. that take the responsibility for all fees of car accident patients, medical institution was general that is requested only by health insurance.

On the other hand, it is estimated that first of all, medical treatment examination rating agency is urgent forming role relation with '4 social insurance integration levy industrial complex' to be operated synthetically and role achievement as medical treatment dispute settlement authority will be possible.

Health insurance, industrial disaster insurance and automobile insurance have to integrate and maintenance law and standard related to maintenance contrarities of present step and deficiencies for operation regardless of establishing legislative bill for medical treatment pay expense examination unification or not, and need complements such as computerization base construction, various fees and medicine expenses examination estimation method development, post management pacification through construction of information sharing system, improvement of insurance fee, strengthening of guarantee and so on, and medical treatment synthetic management and index accuracy examination method etc. enforcing in present health care examination rating agency have to keep the foundation after examination unification.

But, it is necessary that the monitor examination, the local confirmation examination, on-the-spot survey manpower suitable arrangement by insurance, new estimation system development, compensation standard development,

preparation of rehabilitation and rehabilitation in society program and so on are into new business area's side of medical treatment examination valuation authority.

Arguments for and against about examination unification and radical legislation argument will have to be ready applying gradually based on big principle and natural purpose and meaning that is equability of medical charge and examination standard application, eradication of unnecessary people burden weighting and propriety guarantee of quality and expense of people medical treatment but not one or the other.

Key words : medical treatment pay expense, examination unification,
health insurance, industrial disaster insurance,
automobile insurance