

IV. 개선방안

1. 의료급여사실확인원 발급제도와 진료기록열람권 제도 시행

국민건강보험적용인구가 본인부담금(법정본인+비급여본인)에 미치는 영향을 탄력성으로 추정한 결과는 0.450(비급여본인부담금에서는 0.493)이었고, 급여부분(급여비+법정본인부담금)에서는 0.282로 추정되었다. 급여부분에 대한 영향보다 본인부담금 특히 비급여본인부담금에 미치는 영향이 더 크게 나타나고 있는 것이다. 게다가 의료공급자가 급여부분에는 비탄력적으로 반응하는 반면 본인부담금 특히 비급여본인부담금에는 탄력적(1.037)으로 반응하므로 소비자와 의료공급자의 과잉반응을 최소화시키는 방안이 필요하다. 그러한 탄력성의 차이는 민영보험이 확대되면서 더욱 심화될 것이어서 제도적인 대책이 요망된다.

소비자의 역선택을 방지하기 위하여 국민건강보험 「의료급여 사실확인원」 발급제도의 재시행이 필요하다. 2000년 이전에는 국민건강보험공단에서 피보험자 또는 대리인이 신청을 하면 해당 고객의 치료내역에 대하여 「의료급여 사실확인원」을 발급하였으나, 2000년 이후에는 개인정보보호를 이유로 발급을 중단하였다. 이로 인해 보험자의 탐문방식의 조사비용이 급증하고 있다. 보험자에게 있어서 사고조사 진행 과정의 가장 큰 문제점은 기왕증의 확인이다. 보험금 지급여부의 결정 과정에서 기왕증의 확인은 가장 중요한 과정이며 가장 큰 비용을 소요하게 한다. 민영의료비실손보장보험 언더라이팅 과정에서 「의료급여 사실확인원」을 참고로 하면 역선택의 가능성을 줄일 수 있고, 기왕증 확인 절차가 필요하지 않아 지급심사 비용을 대폭 줄일 수 있다. 피보험자의 기왕증에 대한 고지의무 위반이 확인 되면 지급거절 사유가 발생하므로 소비자 보호를 위해서도 이 제도가 필요하다.

본인 요청에 의한 발급으로 별도의 법개정은 불필요하나 보험회사가 이를 강제하기에는 논란의 소지가 있어 제도적 개선이 필요하다.

의료기관의 청구금액의 적정성을 평가하기 위해서 「진료기록 열람권 제도」의 시행이 필요하다. 현재 보험회사가 소비자 본인 동의를 얻어 의료기관에 진료내역을 요청하더라도 의료기관의 협조가 이루어지지 않고 있고 협조해야 할 법적 근거도 없어서 과잉진료 여부, 유인수요 여부, 그리고 급여부분의 비급여부분으로의 전환 여부 확인이 이루어지지 않고 있다. 단기적으로 진료기록열람권제도만 시행되더라도 의료비의 절감 효과는 클 것이다.

자동차손해배상보장법 제12조 (진료기록의 열람등)에 의하면 보험사업자 등은 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에는 당해 의료기관에 대하여 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다. 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

민영의료비실손보장보험은 현재와 같은 소비자가 의료기관에 비용을 지불한 후에 보험자에게 상환을 청구하는 급여체계 아래에서는 진료기록열람권제도가 시행되더라도 이미 의료비는 소비자가 지급한 상태에 있기 때문에 소비자가 의료기관으로부터 과잉지급분을 환불받는다라는 것이 사실상 불가능하여 소비자 부담으로 남는다는 한계가 있다. 즉, 민영의료비실손보장보험은 소비자가 의료기관에 이미 지불한 의료비를 상환보상해 주는 상환급여체계를 택하고 있으므로 진료기록열람 등을 통하여 의료비를 심사한 결과 보험회사가 발생한 의료비를 전액 상환보상해 주지 않는 경우 소비자가 그 부분을 부담해야 하는 한계가 있는 것이다.

의료법 제20조에서 환자, 그 배우자, 그 직계존비속, 또는 배우자의 직계존속이 환자에 관한 기록의 열람·사본교부를 요구한 때에는 응하게 되어 있으나 보험자가 열람하는 것은 제한하고 있다. 자동차손해배상보장법 제12조에서는 허용하고 있어서 보험업법에 민영보험자의 열람권한을 명시하면 시행이 가능하다. 자동차손해배상보장법 제12조 (진료

기록의 열람 등)에 의하면 보험사업자 등은 의료기관으로부터 진료수가의 청구를 받은 경우에는 당해 의료기관에 대하여 관계진료기록의 열람을 청구할 수 있다. 이 경우 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

2. 직불급여제도 도입

현재 민영건강보험은 의료이용자들이 의료서비스를 이용한 후 의료비를 지급하고 영수증을 발급받아 보험회사에게 상환을 청구하는 상환급여 방식을 취하고 있다. 이러한 체계 아래에서는 의료비 지불 이전에 이루어지는 사실상의 지급심사가 이루어질 수 없다. 의료공급자가 비급여의료비부분에 탄력적으로 반응하는 것과 같은 도덕적 해이의 직접적인 관리를 위해서, 그리고 보다 소비자 편의 지향적인 지급심사가 가능하기 위해서는 직불급여 시스템⁸⁾이 구축되어야 한다.

소비자가 보험회사를 방문하여 보험금을 청구해야 하는 불편을 덜어주기 위해서도 직불급여제도는 필요하다. 소비자들은 중복가입으로 비례보상을 받아야할 경우 일일이 여러 보험회사에게 청구해야 하는 불편을 겪어야 하고, 소액청구권에 대해서는 상환을 포기하는 손해를 감수하고 있다. 직불급여체계는 정확한 실손보장을 가능하게 하며, 비례보상으로부터 발생하는 소비자 불편을 해소시킨다.

자동차손해배상보장법 제11조 (자동차보험진료수가의 청구 및 지급)
⑤항을 보면 「의료기관은 보험사업자등에게 자동차보험 진료수가를 청구할 수 있는 경우에는 환자에게 이에 해당하는 진료비를 청구하여서는 아니된다」라고 명시되어 있다. 보험업법에 민영보험 진료수가의 청구 및 지급근거를 마련하고, 의료기관과 보험사간의 지불보증 관련 조항

8) 민영보험의 영수증에 의한 상환 방식도 현물급여에 속한다. 본 연구에서는 편의상 현재의 상환방식을 상환급여라고 하고 보험회사가 직접 의료공급자에게 지불하는 방식을 직불급여라고 한다.

신설이 필요하다.

가. 보험카드 제도

소비자가 의료공급자를 방문할 경우 보험카드만 제시하면 보험카드에 수록된 의료수가와 지불방식 그리고 보장내용을 확인한 후 의료서비스를 제공하고 민영보험회사에게 직접 청구하는 시스템이다.

미국의 경우 소비자는 자신이 가입한 보험회사와 계약관계에 있지 않은 의료기관에서 의료서비스를 제공받을 수 있다. 이 경우 의료기관은 소비자가 가입한 보험회사의 의료수거나 지불방식에 관한 지불조건을 확인한 후 그 조건을 받아들일 경우 의료서비스를 제공하게 되는데 이때 소비자는 보험회사의 지불액과 의료기관의 청구액의 차이를 본인부담으로 지불할 수도 있다. 의료기관은 보험회사에게 지불조건에 따라 지급청구를 하고 소비자본인부담금은 소비자에게 청구를 하게 되는 것이다. 즉 민영보험회사와 의료기관이 계약관계에 있지 않더라도 직불급여가 이루어지고 있는 것이고 계약형 보험에서와 같은 효과를 얻을 수 있는 것이다.

이러한 제도 아래에서는 직불급여에 의한 소비자 편의가 증대되고 과잉공급에 대한 우려는 축소되며 보험자는 지급심사를 위한 기회를 가질 수 있다.

나. 계약형 보험제도⁹⁾

민영보험사에 청구되는 의료비에 대하여 구체적 진료행위에 대한 적정성 심사가 이루어져 과대의료비청구를 최소화할 수 있도록 제도적 장치를 마련하는 방법으로 계약형제도로 전환하는 방법이 있다. 이 제도의 도입은 장기적으로 나아가야 할 방향이다.

계약형보험의 도입으로 민영보험가입자에게는 현물이 급여되므로 편

9) [부록 2]에 상세한 설명이 있다.

의가 증대되고, 보험자에게는 의료수가가 계약되어 있으므로 보험금 절감효과를 가져올 수 있다. 또한 보험자가 의료공급자에게 행위별로 의료비를 지급하므로 의료기술의 발전을 추구할 수 있다. 그러나 의료공급자들은 자율성의 침해와 수입의 감소를 우려하여 저항이 있을 수 있다.

보험회사가 의료공급자 모두와 계약을 체결하는 경우와 의료공급자 일부와 선택적으로 계약을 체결하는 경우가 있다. 선택계약제의 경우 피보험자가 비계약의료공급자를 이용하는 경우에도 보상을 해주어야 하는 경우가 발생할 수 있다. 이러한 경우에는 피보험자에 대한 보상금액이 낮아지거나 본인부담금을 높이는 경우가 통상적이다. 미국에서 운영 중인 PPO(preferred provider organization)나 HMO(health maintenance organization)의 Point of Service 옵션에서 선택계약제 방식을 채택하여 피보험자로 하여금 보험회사와 계약을 맺은 의료공급자를 이용하도록 유도하고 있다. 우리나라 민영건강보험의 경우도 선택 계약제가 바람직하며 계약을 체결하지 않은 의료기관에게도 의료수가 지불방식 등을 알려주어 그 조건을 수락하면 의료서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.

다. 직불급여하의 지급심사제도

1) 민영건강보험회사의 심사

의료공급자들이 각각의 민영보험자에게 지급청구를 하도록 시스템을 구축하여 민영보험회사들이 지급심사를 하도록 하는 것이 한 방법일 수 있다. 그러나 의료공급자들이 진료기록을 민영보험자에게 제공한다는 것은 개인정보보호를 위해서 엄격한 규정을 필요로 할 것이다.

전문인력의 고용, 컴퓨터시스템의 구축에 따른 비용 등의 지출은 중소기업자에게는 큰 부담이 되며, 전문성·효율성 면에서도 각각의 보험

자가 지급심사를 한다는 것은 바람직하지 않다.

피보험자 입장에서는 보험회사의 급여비 삭감 노력으로 적정급여가 지급되지 못할 경우 의료서비스의 질적 수준이 낮아질 우려가 있다. 이러한 문제들은 의료기관의 민영건강보험가입자 진료기피와 피보험자의 민영건강보험에 대한 불신을 초래할 가능성이 있다.

보험회사별·보험업종별(생명보험, 손해보험, 또는 유사보험기관)로 심사를 할 경우 심사기준, 심사방법이 상이하여 동일 보험사고에 대한 심사결과가 일치하지 않아 많은 민원을 야기할 수 있으며, 피보험자간 형평성의 문제도 대두될 수 있다.

의료법 제20조에서 진료기록 열람을 제한하고 있으나 자동차손해배상 보장법 제12조에서는 허용하고 있어서 보험업법에도 열람권한을 명시하면 보험회사가 직접 의료기관 진료기록을 열람하는 것이 가능하다.

2) 국민건강보험심사평가원에 의뢰

국민건강보험심사평가원에 일정액의 수수료를 지불하고 심사를 의뢰할 수 있다. 이 방법은 의료공급자가 공보험자에게 국민건강보험의 의료비를 청구하고, 공보험자는 공보험에서 지급해야 할 부분을 심사·지급함과 동시에 민영보험에서 보장되는 부분도 함께 심사한 후에 지급은 민영보험자가 할 수 있도록 각각의 민영보험자에게 지급내역을 송달하는 방식이다.

이 방법은 「국민건강보험법 제56조제6항」 "건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무"는 건강보험심사평가원에서 영위 가능하다는 법적근거에 의거 보건복지부 장관의 인가만으로 시행 가능하여 추가적인 입법이 필요치 않으며, 수수료만을 지불하면 되므로 저비용으로 가능하다. 공적건강보험과 연계한 지급심사 및 통계집적이 가능하다는 장점도 있다. 다만 민영건강보험에도 공적 기준의 지급심사 평가가 이루어질 소지가 다분하여 민영보험이 갖는 장점이 희석될 수 있다는 것이 단점이다. 국민건강심사평가원은 민영보험에 익숙하지가

않으므로 정확하고 신속한 심사가 이루어지지 않을 수도 있다. 또한 민영보험이 다원화된 정부감독 하에 놓이게 되는 단점도 있다.

3) 민영건강보험심사평가기구 설립

의료공급자들이 공보험 심사기구와 민영건강보험 심사구에 각각 지급청구를 하면, 공보험 심사기구는 공보험에서 보장되는 부분을 심사·지급하고 민영심사기구는 민영보험이 보장하는 부분을 심사 후 지급은 각 보험회사들이 할 수 있도록 하는 것이다. 민영보험은 공보험과는 다르게 소비자들의 다양한 의료수요 충족, 의료기술 발달과 의료환경 변화에의 신속한 대응 등을 특징으로 하고 있다. 이러한 특징들이 민영보험에 반영되도록 하기 위해서 민영보험 심사업무는 민영심사기구가 담당하게 하는 것이다. 민영기구가 급여부분에 대한 심사정보를 접할 수 있어 건강보험심사평가원과의 긍정적 경쟁을 통해 공보험도 보다 철저한 심사를 할 것이라는 것도 기대할 수 있다.

다만 비용 절약과 운영상의 어려움이 없기 위해서 의료기관에 대한 지급사유에 관한 정보를 집적할 수 있는 인프라를 이미 갖추고 있는 기관이 적절할 것으로 판단된다.

보험업법 개정 또는 새로운 법 제정을 통하여 설립근거를 마련하고 영위가능 업무 등을 명시해야 한다.¹⁰⁾

10) 민영보험 관련 정보를 독자적으로 집적하여 요율산출 등에 활용하기 위해서도 민영건강보험심사기구와 같은 민영의료정보집적기관이 필요하다. 현재 「공공기관의개인정보공개에관한법률」에 근거하여 국민건강보험에 통계 제공을 요청하여 요율산출에 이용할 수 있으나, 시행되지 못하고 있는 상태에 있다. 게다가 국민건강보험의 통계자료는 비급여부분에 대한 자료를 포함하고 있지 않아 독자적인 정보집적의 중요성은 크다고 하겠다.

개인정보의 집적을 위해서 개인정보보호를 위한 사전장치가 마련되어야 할 것이다. 첫 번째 장치로, 개인정보보호를 위해 사전동의, 사후통지, 정보이용자의 제한, 청약자의 기록수정요청권 부여 등과 같은 엄격한 규정을 두어야 한다. 두 번째 장치로, 보험회사가 개인질병을 조회하기 위해서는 매우 제한된 담당자만이 접근 가능하도록 해야 한다. 민영보험 질병정보를

라. 직불급여제도의 해외사례

미국에서는 전 국민을 대상으로 한 공적 의료보장제도는 없으며 65세 이상의 사회보장제도 또는 철도종업원 퇴직제도에 따른 연금수급 고령자, 65세 미만의 사회보장법 또는 철도종업원 퇴직제도로부터 장애급여를 2년 동안 받은 장애자, 말기신장병환자를 대상으로 주로 입원 서비스를 제공하는 메디케어(Medicare Part A)¹¹⁾와 기본적으로 현금보조(cash assistance) 대상자와 연계되어 있으며, 저소득 여성 및 어린이 가족, 메디케어에서 제외된 저소득 노인, 저소득 장애자, 기관관리 노인들의 양로시설(Nursing Home)비용 등을 주로 제공하는 메디케이드(Medicaid) 그리고 어린이건강보험(the State Children's Health Insurance Program : SCHIP)이 있다.

메디케어의 대상자들은 2005년 현재 42백만명으로 의료서비스 공급,

취급하는 기관은 보험회사들이 축적된 정보를 이용하고자할 경우 담당직원의 명단을 받아 ID와 패스워드를 부여하는 등 사전적인 철저한 보안시스템을 갖추어 정보의 누출을 방지해야 할 것이며, 개인정보보호의무를 법률로 부과하고 이를 위반하는 경우에는 법률적 책임을 물어야 할 것이다.

우리나라의 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조의 규정에 따라 지급내용과 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보를 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있다. 그러나 개인정보의 집적에 대해서는 적시된 바가 없어서 개선을 필요로 한다.

- 11) 임의 가입의 Part B(Medical insurance)는 사회보험인 Part A의 강제적용자와 미국에 거주하는 65세 이상의 고령자로서 미국시민이거나 5년 이상 거주한 미국 영주권을 소지한 외국인에게 가입자격이 있으며, 의사 진료비(physicians' treatment), 진단상의 검사비, 병원외래 진료비(hospital outpatient services), 예방적 서비스, 제한적인 의약품 구입비용(처방 의약품 제외), 보장구 비용(medical supplies cost)등을 보장한다. Part B의 재원은 급여비의 약 75%가 연방정부의 일반 회계 예산이고 나머지 25%는 가입자가 지불하는 정액보험료로 조성된다 (2005년의 경우 월 \$78.20임).

심사·평가 및 지불은 CMS(The Centers for Medicare & Medicaid Services)를 통해서 이루어지고 있으며, 메디케이드(43백만명, 2005년 현재)와 어린이건강보험(6백만명, 2005년 현재)은 각 주정부와 CMS의 협력 하에 운영되고 있다. CMS는 메디케어와 메디케이드, 그리고 어린이 건강보험을 효율적으로 운용하기 위해 연방정부 보건성의 한 전문기관으로 1977년 설립된 기관이다. CMS는 각주에 있는 53개의 QIO(Quality Improvement Organization)와 계약하여 메디케어의 심사 및 평가를 하고 있다. 중증입원에 대해서 의료서비스공급자가 제공하는 의료서비스의 의학적 적정성은 QIO가 관리하고 있으며, 외래 등에 대해서는 Blue Cross/Blue Shield와 계약하여 심사하고, 의료비지급도 Blue Cross/Blue Shield와 계약하여 지급하고 있다.

원래의 메디케어 플랜으로 보장되지 않는 부분을 보장하는 민영보험 상품들로는 메디갭(Medigap), 그리고 1997년 관련법령이 개정되어 민간의료보험의 선택을 대폭 확대한 Medicare+Choice 제도가 있는데 이 부분을 Medicare Part C라고 부르기도 한다.¹²⁾ Medicare+Choice에는 관리방식 그리고 지불방식에 따라 Medicare+Choice Private Fee-for-service 플랜과 Medicare+Choice Coordinated Care 플랜(메디케어 HMOs 그리고 메디케어 PPOs)이 있다.

12) Medicare+Choice는 MMA(The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003)에 의해서 2006년부터 시행되는 Medicare Advantage 프로그램으로 대체된다. Medicare Advantage 프로그램 하에서 수익자들은 민영건강플랜 옵션(private health plan options: private fee-for-service plans 그리고 Medicare Managed Care plans인 HMOs, PPOs 등)을 선택할 수 있고, 민영보험들은 보다 넓은 급부를 제공할 수 있다. 민영보험회사간 경쟁을 통한 보험료 인하와 메디케어 대상자들에게 보다 많은 선택의 기회를 제공하는 것을 주목적으로 한다. Medicare Advantage plan은 Medigap이 보장하는 것을 대부분 보장하며, 따라서 두 플랜을 모두 보유할 필요는 없다.

1) 메디갭(Medigap)의 지급체계

갭(Gap)이란 본래의 메디케어 플랜(Original Medicare Plan)의 공제액(Deductibles), 정율제본인부담금(Coinsurance), 정액부담금(co-payment) 등을 의미한다. 메디갭 보험상품은 민영보험회사에 의해서 제공되며, 항상 본래의 메디케어 플랜(Original Medicare Plan)과 함께 운용되고, 갭과 기타 몇몇 메디케어에서 지급하지 않는 부분¹³⁾을 보장한다. 본래의 메디케어플랜에서는 메디케어 Part B에 반드시 가입할 필요가 없으나 메디갭에 가입하기 위해서 Part A와 Part B에 함께 가입한 상태에 있어야 한다. 보험자가 메디갭 상품을 메디케어 Part C 가입자에게 판매하는 것은 합법적이지가 않고, 또 메디케어 Part C에 가입한 사람은 메디갭이 필요하지도 않을 것이다. 두 상품에 모두 가입하더라도 정율제 본인부담금이나 공제액을 지불하지 않는 정도의 작은 혜택만 볼 수 있기 때문이다.

메디케어 SELECT Policy¹⁴⁾(의사와 병원을 지정)에 가입되어 있지 않다면 어느 의사, 병원, 의료공급자에게 갈 수 있다. 메디케어 Part A와 B 입원의 정율제본인부담금, 메디케어 보장일수에 365일 추가한 병원입원비용, Part B 정액부담금, 연간 3 pints 혈액을 기본적으로 보장하고, 부가적으로 정기검진(년 단위), 예방적 치료, 재가 치료, Part A와 Part B의 공제액, 해외여행 응급치료 등을 보장한다.

의료서비스 공급자들이 메디케어에 전산상으로 지급청구를 하고 메디케어는 메디갭 보험회사에게 의료서비스 이용자의 진료비용에 관한 정보를 보낸다. 보험회사가 직불급여서비스를 제공하지 않는 경우에는 소

13) 예: 의사가 메디케어의 지불조건(assignment)를 받아들이지 않았을 경우 의사의 청구액과 메디케어에서 승인된 금액과의 차이.

14) Medicare SELECT는 몇 개의 주(State)에서 판매되는 Medigap Policy의 일종이며, 12개의 표준화된 policy를 구매하면, 특정의 병원과 의사만을 이용해야 한다. 물론 보험료는 보다 저렴할 것이다.

비자는 의료서비스 공급자들이 메디케어에서 제공하는 수가 등의 지급 조건(Assignment)을 받아들일지를 물어보아야 한다. 의료서비스 공급자가 그 조건을 받아들인다면 의료서비스 공급자는 지급청구서를 작성하고 이용자의 서명을 받은 후, 메디케어에 지급청구서를 보낸다. 메디케어는 메디케어에서 지급할 부분을 지급·심사하고 그 청구서를 메디캡 보험회사에게 보낸다. 메디캡 보험회사는 의료공급자에게 의료비를 지불하고 의료이용자에게 지불되었음을 알려주게 된다.

2) Medicare+Choice의 지급체계

1997년 The Balance Budget Act에 의해서 Medicare+Choice 플랜으로 알려진 메디케어의 제3파트가 등장하게 되었다. Medicare+ Choice 플랜은 메디케어 수혜자들이 다양한 선택을 할 수 있도록, 수혜자들이 제공된 여러 상품들을 비교할 수 있도록, 보다 민영화 되도록, 그리고 시장 중심(리스크 베이스)의 메디케어 프로그램이 되도록 추진되고 있다.

Medicare+Choice하에서 메디케어 Parts A와 B에 자격을 갖춘 소비자(말기 신부전증 환자 제외)들은 다양한 리스크 베이스 플랜들을 선택할 수 있게 되었다. Medicare+Choice 플랜에는 Medicare Managed Care Plans(HMOs or PPOs), Medicare Private Fee-for-service Plans, Medicare Specialty Plans 등이 있다. 이들은 메디캡에서 보장하는 것들을 대부분 보장하며 입원기간의 연장 등을 추가적으로 보장한다.

1982년 이후 Medicare Managed Health Care 옵션들이 메디케어 가입자들에게 제공되고 있었다. 메디케어는 보험회사에게 수혜자들의 의료급여 관리를 위탁하고 인두제에 의해서 지불하고 있었고 보험회사는 의료공급자에게 행위당수가제로 지불하고 있었다. 1997년의 the Balanced Budget Act(BBA)는 Coordinated Care Plans(HMOs or PPOs)에 대한 지불 방식인 인두제(flat per-person payment)방식은 건강한 사람만을 선호하는 단점을 가지고 있어서 이를 보완하고자 건강상태가 좋지 않은 가입자를 치료하는 플랜들에게 보다 많이 지불하는 리스크베이

스 지불방식을 채택했다.

① Medicare+ Choice Private Fee-for-Service

Medicare+Choice Private Fee-For-Service(PFFS) 플랜은 메디케어(CMS)와 계약 하에 민영건강보험회사가 제공하는 M+C 플랜 중의 하나이다. Medicare+Choice Coordinated Care Plans(HMOs, PPOs)과는 다르게 Managed Care 플랜¹⁵⁾은 아니며, 어떤 면에서는 전통적인 건강보험(indemnity health insurance)처럼 작동한다. PFFS 플랜에 가입한 사람들은 PFFS 플랜 지급조건을 받아들이는 어느 의사나 병원에 갈 수 있다.

M+C PFFS 플랜에 가입한 사람들은 메디케어 Part A와 Part B에서 보장하는 모든 항목의 의료서비스를 받을 수 있다. 몇몇 PFFS 플랜은 메디케어에서 보장하지 않는 처방약 같은 급부를 보장받을 수 있으나, 이를 위해서는 추가적인 보험료를 지불해야 한다. PFFS 플랜은 메디케어 Part B 보험료에 추가적으로 보험료를 부과할 수 있다. PFFS 플랜들은 메디케어에서와는 다른 공제액(deductible), 정액부담금(co-payment), 정율제부담금(coinsurance)을 부과할 수 있다.

PFFS 플랜은 어떤 의료서비스가 필수적인지를 결정하기 위해서 메디케어 보장규칙들을 따라야 한다. 메디케어에서 보장하지 않고 PFFS 플랜에서 보장해 주는 것은 당연히 필수적인 의료서비스로서 보장되지만 PFFS 플랜에서 보장되지 않는 의료서비스에 대해서는 본인부담이다.

PFFS 플랜에 가입하기 위해서는 메디케어 Part A와 Part B에 가입해

15) **PFFS 플랜과 Managed Care 플랜** : PFFS 플랜가입자는 의료공급자의 네트워크에 제한을 받지 않고 1차 진료기관(primary care provider)을 먼저 방문해야 할 필요도 없지만, Managed Care Organization 가입자는 계약을 맺고 있는 의료공급자에게만 의료서비스를 공급받을 수 있고, 전문의(Specialist)의 진료를 받기 위해서는 일반의의 진료를 먼저 받아야 한다는 것이 다른점이다. PFFS 플랜이 Managed Care 플랜보다 더 큰 본인부담금을 지불할 수 있으며, Managed Care Organization에서 제공하는 많은 예방적 서비스를 받지 못할 수도 있으므로 비용면에서는 불리할 수 있다.

있어야 하고, 말기신장병에 걸려있지 않아야 하며, 그 PFFS 플랜의 서비스 지역에 거주하고 있어야 한다.

PFFS 플랜에 가입한 소비자는 의료서비스를 받고자할 때 등록 카드 등을 제시하는 방식 등으로 미리 PFFS 플랜 가입자임을 알려야 하며, 의료서비스 공급자는 해당 PFFS 플랜의 참여 조건¹⁶⁾들을 보고 PFFS 플랜 가입자를 치료할 것인지를 결정한다. 만약 의료공급자가 환자를 치료하기로 결정했다면 단지 그 환자는 의료공급자에게 본인부담금만을 지불하고, 나머지는 의료서비스 공급자가 PFFS 플랜에 청구하게 된다. 만약 의료서비스 공급자가 당해 환자의 PFFS 플랜을 받아들이지 않는다면 다른 의료서비스 공급자를 찾아야할 것이다. 이렇게 PFFS 플랜 가입자는 본래의 메디케어 보다 적은 비용으로 의료서비스를 공급받을 수 있지만 때로는 PFFS 플랜 지불 조건을 받아들이는 의료서비스 공급자를 찾는다는 것이 어려울 수 있다는 것이 단점이다.

PFFS 플랜에서 지급청구 프로세스는 의료공급자가 직접 보험자에게 청구하도록 되어있다. 메디케어가 주계약(Primary)일 경우(대부분이 메디케어가 주계약 이다) 의료공급자는 메디케어에 지급청구를 해야 하고 메디케어가 지급 후 PFFS 플랜이 지급한다. 호스피스 서비스를 포함하여 극히 일부 서비스는 의료이용자가 의료공급자에게 지불 후 상환받아야 한다.

소비자들은 의료서비스 공급자가 PFFS 플랜에서 요구되는 것보다 많은 비용을 소비자들에게 청구하는지를 주의해야 하며, 또한 의료공급자가 진료하지도 않은 의료서비스에 대해서도 PFFS 플랜에 청구하는지 주의해야 한다.

② Medicare Preferred Provider Organization Plans

-
- 16) 그 조건들은 해당 PFFS 기구가 모든 보장서비스들에 대해서 지불할 금액, 결제절차, 의료공급자가 받을 수 있는 본인부담금 총액, 의료공급자가 특정 서비스에 대해서 해당 PFFS 기구로부터 사전승인을 받아야 하는지의 여부가 주요 내용을 구성한다.

PPO는 보험가입자의 의료공급자 선택의 자유를 어느 정도 제한하여 의료기관에 대해 일정 수의 환자를 확보해 주는 대신에 의료공급자가 의료비 억제에 위한 노력을 하도록 설계된 의료서비스 공급방법이다. 급여는 성과불 지불방식을 취하고 있고 기본구조는 전통적인 의료서비스 공급방식과 거의 차이가 없다.

메디케어 PPOs의 가입자는 플랜의 네트워크 내의 의사, 전문가, 병원 등을 이용해야 하며 정액본인부담금(copayment)를 지불한다. 플랜 리스트에 없는 의사나 병원을 이용할 수 있다는 점에서는 전통적인 건강보험(indemnity 플랜)에 가깝지만 이를 위해서는 추가적인 의료서비스 이용비용을 지불해야 한다. 플랜의 네트워크에 없는 의사, 병원에서 의료서비스를 받기 위해서 일반의를 먼저 방문할 필요는 없으나, 환자는 공제액, 정률본인부담금, PPO에서 지불하는 금액과 의료공급자가 부과하는 비용과의 차이를 본인이 지불해야 한다. 지급청구 및 지급은 의료공급자와 보험자 사이에서 계약에 의해 직접 이루어진다.

③ Medicare Health Maintenance Organization

HMO는 HMO에 고용된 의사가 HMO병원에서 의료서비스를 제공하는 스태프모델, HMO와 계약된 전문의료진이 의료서비스를 제공하고 의료진은 인두제(Capitation)로 보수를 받는 그룹모델, 사전계약에 의해 의료서비스를 제공하고 사전협약금액 한도 내에서 서비스를 제공할 때마다 수당을 받는 Individual Practice Association 형태, HMO와 계약된 전문의료진의 그룹이 의료서비스를 제공하고 그 그룹은 의사 수에 따라 월 급여를 받는 네트워크모델이 있다. 즉 HMO는 직불급여를 하고 있으며 선지불방식을 취하는 회원제 의료공급제도이다. 보험회사들은 보험금 지출을 줄이기 위해서 가입자에게 예방적 의료서비스를 적극 제공한다.

많은 HMO는 POS(point of service plan)로 알려진 실손형 옵션(indemnity -type option)을 제공한다. POS 플랜 내에 있는 1차 진료의

사(the primary doctors)는 대부분 플랜내의 다른 의료서비스 공급자에게 진료의뢰를 하게 되지만, 때로는 플랜 외부 공급자에게도 진료의뢰를 할 수 있다. 이 경우에도 그 플랜은 모든 혹은 대부분의 비용을 지불한다. 그러나 의료이용자가 플랜 외부 공급자를 선택하고 그 서비스가 보장범위에 있는 것이라면 이용자는 정율제부담금을 지불해야 한다.

3. 비급여부분의 의료수가체계 정비

공보험의 경우 현재의 급여부분수가가 원가에도 미치지 못하여 의료공급자들은 비급여부분으로 의료서비스를 전환하여 비급여부분의 의료비를 증대시킨다. 이러한 가격구조의 왜곡에 의한 의료서비스 전환은 소비자들에게 과도한 본인부담금을 지급하게 한다. 민영의료비실손보장보험 가입자에 대해서는 그러한 전환의 의료공급자부담(소비자의 본인부담금을 고려한 이탈)이 적을 것이므로 보다 많이 발생할 것이다. 따라서 급여부분은 의료수가가 현실화되어야 하고 비급여부분의 기준수가가 마련되어야 한다. 이러한 조치는 가격메카니즘이 원활히 작동하여 의료산업과 보험산업의 효율성을 높이는 결과를 가져올 것이며 민영보험에 가입하지 않은 소비자의 본인부담금을 줄이고 피보험자에 대해서는 과대보험금지급을 방지하여 보험료 인하의 혜택을 누리게 해 줄 것이다.

많은 OECD 국가에서는 공적진료와 민영진료 간의 수가 차이를 인정하고 있다. 민영의료비실손보장보험은 의료공급자들에게 더 높은 수가를 지급하여 의료서비스산업 발전을 위한 자금을 제공하고 있는 것이다. 그러한 수가의 차이는 민영부분에서 양질의 의료서비스로 나타나고 있다. 우리나라의 경우도 민영보험의 특성을 살리면서도 비급여부분으로의 전환과 같은 부작용을 최소화할 수 있는 범위에서 수가 수준이 결정되어야 할 것이다.

건설교통부장관이 교통사고 관련 의료비의 기준수가를 고시하고 보건

복지부장관이 국민건강보험 의료수가를 고시하는 것처럼 재정경제부장관은 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험사업자 등과 의료기관간의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위하여 국민건강보험비급여부분 진료수가에 관한 기준을 정하여 고시하여야 한다.

4. 민영건강보험 약관의 표준화

민영의료비실손보장보험 약관의 표준화가 필요하다. 약관이 표준화되면, 소비자들은 다양한 상품들에 대한 비교·평가를 할 때 혼동을 피할 수 있고, 자신에게 적절한 보장내용을 가지고 있는 상품을 선택할 수 있으며, 본인부담액 예측이 가능하고, 상품 간 가격비교가 가능하다.

의료서비스 공급자들은 민영보험에서 보장하고 있는 부분인지의 판단을 용이하게 할 수 있고, 소비자 본인부담금 산출을 손쉽게 할 수 있다. 또한 업무처리 시간이나 비용을 절감할 수 있다.

민영보험자들은 지급심사를 적은 시간과 비용으로 수행할 수 있고, 일관성을 유지하여 민원의 최소화를 기할 수 있다.¹⁷⁾

보험회사별로 보장내용이 달라 비례보상에 많은 어려움이 있으므로 이 문제를 해결할 수 있다. 미국에서도 소비자들의 혼란 방지를 주목적으로 모든 메디캡 상품들을 1992년 이후 12종류로 표준화시켜 놓고 있다(<표 IV-1> 참조).

17) 현행 세법상 보장성보험에 대한 연 100만원 한도의 소득공제 혜택과는 별도로 개인연금은 연 240만원까지 소득공제 혜택이 주어지고 있다. 민영의료비실손보장보험도 소득공제를 위한 적격상품으로 개발되기 위해서도 표준화가 필요하다.

<표 IV-1> 표준화된 메디갭 보험상품

Benefits	A: Core	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Core benefits										
Part A hospital (Days 61-90)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Lifetime reserve (Days 61-90)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
365 Lifetime hospital (Days at 100%)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part A and Part B blood	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B Coinsurance-20%	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Additional benefits										
Skilled nursing facility(Days 21-100)			○	○	○	○	○	○	○	○
Part A deductible		○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part B deductible			○			○				○
Part B excess charges						100%	80%		100%	100%
Foreign travel			○	○	○	○	○	○	○	○
At-home recovery				○			○		○	○
Preventive medical care					○					○
Prescription drugs								Basic	Basic	Extended

주: 2개의 플랜(Plan K, L)이 2005년부터 제공된다. 그 두 플랜들은 A-J와는 다른 급부를 제공할 것이며, 보험료가 저렴하지만 본인부담금은 클 것이다.

자료: The Health Insurance Association of America, 2000, 'The Health Insurance Primer.'