

II. 보험종류별 진료수가체계 및 진료비 비교분석

1. 진료수가 체계

가. 산재보험과 국민건강보험

산업재해보상보험(이하 산재보험)의 요양급여의 범위 및 진료수는 기본적으로 국민건강보험을 따르고 국민건강보험에서 요양급여로 정하지 않은 사항 중 산업재해보상보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위는 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」에 별도로 정해놓고 있다(<표 II-1> 참조). 그리고 동 기준에서 정하지 않은 부분은 일반수가라고 하는데 이에 대해서는 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정하고 있다. 실제소요비용은 관할관청에 신고한 가격이다. 의료법 제45조에 따르면 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 시·도지사에게 신고하고, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원은 시, 군, 구청장에게 신고하도록 되어 있다.

국민건강보험은 의료기관의 전문성, 의료장비 및 시설, 연구활동 등을 인정하여 규모별로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 표 및 급여상대가치점수」에 의료기관 종별 가산율을 적용하고 있다. 그런데 산재보험은 국민건강보험을 기준으로 하고 거기에 추가로 종별 가산율을 인정하고 있다. 그것은 산재사고 환자의 특수성 즉, 응급성·복합성·중증도 때문에 진료량이 많다는 것을 받아들였기 때문이다. 종합전문요양기관은 국민건강보험 종별 가산율에 15%, 종합병원은 12%, 병원에는 1%를 가산하여 산재사고 환자의 요양급여비를 산정하고 있다.

국민건강보험은 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료행위(수술, 처치 등)의 양이 줄어들기 때문에 이에 대한 원가 등을 고려하여 체감률을 적용한다. 산재보험은 이러한 입원료 체감률을 적용하지 않거나 국민건강보험에 비하여 약하게 적용하고 있다. 산재보험의 경우 종합전문요양기관 및 산재의료원 소속 의료기관과 종합병원은 적용하지 않고(국민건강보험은 의료기관 종별에 관계없이 15일째까지 적용하지 않음),

병원은 입원 일부터 50일째(국민건강보험은 15일째)까지는 소정점수의 100분의 100, 입원 51일째부터 150일째(국민건강보험은 16일째부터 30일째)까지는 소정점수의 100분의 90, 입원 151일째(국민건강보험은 31일째)부터는 소정점수의 100분의 85를 요양급여비로 산정하고 있는 것이다.

<표 II-1> 산업재해보상보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 차이

	산업재해보상보험	국민건강보험
의료기관 종별 가산 율	종합전문요양기관: 건강보험 요양기관 종별 가산율에 15% 가산 종합병원: 12% 가산 병원: 1% 가산	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」(이하 “행위 및 상대가 치점수”) 제1부 일반 원칙 II. 요양기관 종 별 가산율을 적용하여 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원에 대하여 각각 30%, 25%, 20%, 15%의 가산율을 적용 (부록 <별표 1> 참조)
입원 료 체 감률	종합전문요양기관 및 산재의료원 소속 의료기관: 입원기간에 관계없이 행위 및 상대가치점수 중 소정점수의 100분의 100에 병원관리료의 100분의 100을 가 산하여 산정 종합병원: 입원기간에 관계없이 행위 및 상대가치점수 중 소정점수의 100분의 100을 산정 병원: 입원일부터 50일째까지는 소정점 수의 100분의 100, 입원51일째부터 150 일째까지는 소정점수의 100분의 90, 입 원 151일째부터는 소정점수의 100분의 85를 산정(요양병원은 제외함)	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제2부 제1장 제2호 다 목 및 제2부 제1장 분류번호 가-2, 가-9, 가-10에 따라 입원료를 산정하고(부록 <별 표 2> 참조), 제2부 제1장 제2호 다목 주 요내용은 다음과 같음. - 입원 16일째부터 30일째 까지는 해당점 수의 90%를 산정한다. - 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.
응급 의료 관리 료	휴일·야간 근로 등으로 인하여 발생한 업무상재해의 진료를 위하여 부득이 휴 일 또는 야간에 응급의료센터 및 응급 의료기관을 이용한 경우에는 응급의료 관리료 산정대상 응급증상에 해당하지 아니하더라도 “응급의료관리료”를 지급	보건복지가족부장관이 고시(【 보건복지부 고시 제2000-34호, 2000.7.1 】)한 “응급의 료수가기준” (부록 <별표 3> 참조). I. 의료기관의 응급의료수가기준 1. 적용기준 가. 응급의료수가기준은 의료법 제3조 에 의한 의료기관 또는 지역의료법 제8조 에 의한 보건의료원에 적용한다. 나. 응급의료수가기준은 응급의료에관 한법을 제2조제1호에 해당되는 응급환자를 진료한 경우에 적용한다.

		2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 “가” 응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.
이송료	「응급의료수가기준」 중 “이송처치료 기준금액”에 따라 산정하되 구급차 이외의 교통비, 숙박료 및 식대는 별도 산정(부록 <별표 4> 참조) [산정지침] 1항: 교통비는 순로(정상적 교통수단 및 경로)에 따라 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인의 이송에 실제로 드는 금액을 지급한다.	「응급의료수가기준」 중 “이송처치료 기준금액” - 일반구급차 ·기본요금(10km 이내) 20,000원 ·10km 초과시 1km당 800원 추가 - 특수구급차 ·기본요금(10km 이내) 50,000원 ·10km 초과시 1km당 1000원 추가
물리치료	진료상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 보건복지가족부장관이 정한 산정횟수 제한에도 불구하고 이를 추가로 인정 할 수 있음.	행위 및 상대가치점수 제7장 이학요법료(기본물리치료료, 단순재활치료료, 전문재활치료료)에 따라 산정(부록 <별표 5> 참조) - 제1절 기본물리치료 : 주2 표충열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. - 제2절 단순재활치료료 : 주2 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. - 제3절 전문재활치료료 : 주2 중추신경계 발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
의약품관리료	“입원환자 의약품관리료 = 건강보험 입원환자의 초일분 의약품관리료 × 투약일수”로 산정하여 체감률을 적용하지 않음.	행위 및 상대가치점수 제2부 제1장 기본진료비 중 분류번호 가-11 및 나목에 따라 의약품 관리료를 산정(부록 <별표 6> 참조) - 예를 들어, 종합전문요양기관의 경우 입원환자 의약품관리료는 다음과 같이 체감

		함. 1일분 26.85 2일분 50.98 ($26.85 \times 2 = 53.7$) 3일분 75.12 ($26.85 \times 3 = 80.55$)
자기 공명 영상 진단 MRI	두경부, 척추, 근골격계의 손상 및 질환에 대하여는 자기공명영상진단 세부 산정기준중 일반원칙에 의하여 진단시 1회 인정하며, 다음 각 호의 하나에 해당하 는 경우에는 추가로 인정할 수 있음. - 장애상태의 확인을 위한 경우 - 상해 및 질병상태의 호전이 없거나 악화로 인하여 진료방향을 결정하기 위하여 의학적으로 촬영의 필요성이 인정되는 경우 - 수술 후 상병상태 확인을 위하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우	자기공명영상진단에 소요되는 비용은 행위 및 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선티수영상진단료 중 분류번호 다-246 자기공명영상진단에 따라 산정(부록 <별표 7> 참조). - 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영의 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. - 뇌, 두경부, 척추, 근골격계, 흉부, 복부, 혈관, 전신으로 분류하여 수가를 산정함.
가정 산소 치료	- 진폐 합병증 등으로 통원요양하고 있는 경우에는 수면시 또는 보행 등 일상생활활동시 시행한 동맥혈혈액가스검사 결과가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 가정산소치료서비스를 제공받는 경우에도 그 비용을 지급함. ·동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하 ·동맥혈 산소포화도가 88%이하 - 가정산소치료서비스 제공대상 산재 근로자에게는 전기요금 등의 비용으로 월 30,000원을 정액으로 지급함.	가정산소치료서비스 적용기준 - 중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고 인정되는 자 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 결과가 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우 ·동맥혈 산소분압이 55mmHg이하인 경우 ·동맥혈 산소포화도가 88%이하인 경우 ·동맥혈 산소분압이 56-59mmHg이면서 적혈구중가중(헤마토크리트>55%)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 ·동맥혈 산소포화도가 89%이면서 적혈구중가중(헤마토크리트 > 55%)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 - 호흡기 1급 및 2급 장애인으로서 별도 검사없이 "2항" 전문의의 판단에 따라 처방전을 발급받은 경우

국민건강보험은 입원환자 의약품관리료에도 입원료 체감률을 적용하고 있다. 예를 들어, 종합전문요양기관의 경우 입원환자 의약품관리료는 다음과 같이 체감한다.

1일분 26.85

2일분 50.98 ($26.85 \times 2 = 53.7$)

3일분 75.12 ($26.85 \times 3 = 80.55$)

즉, 2일분이 1일분의 2배가 아니라 2일분보다는 낮게 산정하고 있는 것이다. 그러나 산재보험은 입원환자 의약품관리료를 국민건강보험 입원환자의 “초일분 의약품관리료 $\times$ 투약일수”로 산정하여 체감률을 적용하지 않는다.

그 외에 산재보험은 응급의료관리료, 이송료, 물리치료, 자기공명영상진단(MRI), 가정산소치료의 경우에도 추가적으로 진료행위를 인정하여 국민건강보험보다 진료비가 높게 산정될 수 있는 구조를 가지고 있다.

나. 자동차보험과 국민건강보험

자동차보험의 진료비는 「국민건강보험 진료수가 기준」에 정한 진료비에 대하여는 그 금액을 따르고, 동 기준에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」에 별도로 정하고 있으며(<표 II-2> 참조), 별도로 규정되지 아니한 진료항목에 대한 진료비는 국민건강보험기준에서 가장 유사한 분류항목을 준용하여 산정하고 있다. 다만, 준용하기 곤란한 특수한 진료행위이거나 새로운 진료행위인 경우에는 심의회가 정한 진료비에 의하며, 심의회가 정한 진료비가 없는 경우에는 당해 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정한다.

<표 II-2> 자동차보험과 국민건강보험의 진료수가 산정기준 비교

	자동차보험	국민건강보험
종별가산율	- 종합전문요양기관: 건강보험 요양기관 중별 가산율에 15% 가산 - 종합병원: 12% - 병원: 1% - 의원: 0%	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(이하 “행위 및 상대가치점수”) 제1편 제1부 일반 원칙 II. 요양기관 중별 가산율을 적용하여 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원에 대하여 각각 30%, 25%, 20%, 15%의 가산율을 적용(부록 <별표1> 참조)
입원료체감률	- 종합전문요양기관 또는 전문요양기관: 입원기간에 관계없이 100%에 병원관리료 100%를 가산하여 산정 - 종합병원: 입원기간에 관계없이 100%를 산정 - 병원: 입원 51일째부터 150일까지는 해당 점수의 90%를 산정하고, 입원 151일째부터 해당 점수의 85%를 산정	「행위 및 상대가치점수」 제2부 제1장 제2호 다목 및 제2부 제1장 분류번호 가-2, 가-9, 가-10에 따라 입원료를 산정(부록 <별표2> 참조) - 입원 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%를 산정한다. - 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.
주사료	[주사료] 중 피하 또는 근육내주사(마-1)의 주의 내용 및 정맥내일시주사(마-2)의 “(1일당)”은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제5장 제1절주사료에 따라 산정(부록 <별표 9> 참조) 가. 피하 또는 근육내주사(마-1): 주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다. 나. 정맥내 일시 주사는 1일당 점수를 기준으로 산정한다.
검사료	[검사료] 중 다음 각 항목은 해당항목의 주의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함(별도의 진료비는 부록 <별표8> 참조). 가. 미생물약제 감수성검사(나-406) 나. 정밀안저검사(나-666) 다. 안압측정(나-675) 라. 세극등현미경검사 (나-681) 마. 청력검사(순음청력계기에 의한 검사) (나-634) 바. 침포시험(나-713) 사. 광침포시험(나-714) 아. 알레르겐 피부반응검사(나-715)	「행위 및 상대가치점수」 제2장 검사료에 따라 산정(양이 많아 부록에 첨부하지 않음) 가. 미생물약제 감수성검사: 주: 검사결과를 첨부하여야 한다. 다만, 항산균약제 감수성 검사를 위탁검사실시기관에 의뢰하여 검사 결과가 도출되지 아니한 경우에는 검사 실시기관이 발급한 검사의회 접수증을 첨부하여야 한다. 나. 정밀안저검사: 주: 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 산정한다. 다. 안압측정: 주 : 주 3회 이상 실시하더라도 3회 이내만 산정한다. 라. 세극등현미경검사: 주: 주 2회 이상 실시하더라도 2회이내만 산정한다. 마. 청력검사: 주: 동시에 3종 이상을 실시하

		더라도 3종 이내만 산정한다. 바. 첩포시험: 주: 만8세 미만의 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정한다. 사. 광첩포시험: 주: 특히 난청이나 저능아의 경우에 실시하며 2명의 검사자가 30~40분 소요되는 검사로서 만8세 미만 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정한다. 아. 알레르겐 피부반응검사: 주: Glycerol 약제 투여 전후에 동 검사를 실시하는 경우에도 검사료는 1회만 산정한다.
마취료	[산정지침] 중 (7)에서 마취통증의학과 전문의 초빙료는 50,000원으로 함.	「행위 및 상대가치점수」 제6장 제1절 마취료 산정지침에 따름(부록 <별표 10> 참조). 마취: 주: 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 초빙료로 505.42점을 산정한다. 다만, 의료법 제3조제3항의 규정에 의한 종합병원인 요양기관 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 있는 병·의원급 요양기관은 제외한다.
물리치료	이학요법료 제1절 내지 제3절의 주2의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제7장 이학요법료(제1절 기본물리치료료, 제2절 단순재활치료료, 제3절 전문재활치료료)에 따라 산정 (부록 <별표 5> 참조) 제1절의 주2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적 전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제2절의 주2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 제3절의 주2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
응급의료관리료	의료기관의 응급의료수가기준의 2. 산정기준, 가항 단서 중 “환자 본인”은 “보험사업자 등”으로 하여 이를 적용함.	보건복지가족부장관이 고시한 “응급의료수가기준”에 따름(부록 <별표 3> 참조). 2. 산정기준 가. 응급의료에관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관에서 (별표1) 응급의료관리료 산정대상 응급증상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 “가” 응급

		의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중 (별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.
정신요법료	[정신요법료] 중 다음 각 항목은 해당 항목의 주의 내용은 진료상 필요한 경우에는 이를 적용하지 아니함. 가. 개인정신치료(아-1)의 주2 및 주3 나. 집단정신치료(아-2) 다. 가족치료(아-3) 라. 작업 및 오락요법(아-4)의 주2 마. 약물이용면담(아-5) 바. 전기충격요법(아-7) 사. 정신과적재활요법(아-9) 아. 정신의학적사회사업(아-11)	「행위 및 상대가치점수」 제8장 정신요법료에 따라 산정(부록 <별표 11> 참조) 가. 개인정신치료(아-1)의 주2 및 주3 : 주2. 외래의 경우 「가」 지지요법, 「나」 집중요법, 「다」 심층분석요법을 합하여 주 2회 이내만 산정한다. 주3. 입원의 경우 「가」, 「나」, 「다」를 합하여 주 6회 이내만 산정하되 「다」는 2회이내만 산정한다. 나. 집단정신치료(아-2) 주: 「가」 일반집단정신치료, 「나」 분석집단정신치료, 「다」 정신치료극 각각 주 2회 이내만 산정한다. 다. 가족치료(아-3) 주: 「가」 개인, 「나」 집단의 각각 주 1회만 산정한다. 라. 작업 및 오락요법(아-4)의 주2. 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회이내만 산정한다. 마. 약물이용면담(아-5): 주: 치료기간 중 2회 이내만 산정한다. 바. 전기충격요법(아-7) 주: 치료기간 중 20회 이내로 산정한다. 사. 정신과적재활요법(아-9) 주: 2~3개월 이상 장기입원 치료후 퇴원전 10회 정도 산정할 수 있는 요법이다. 아. 정신의학적사회사업(아-11): 주: 1. 「가」 개인력조사는 치료기간 중 1회만 산정한다. 2. 「나」 사회사업지도, 「다」 사회조사, 「라」 가정방문은 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회이내만 산정한다.
처치 및 수술료 등	안면부에 대하여 창상봉합술(자-2-가)을 시행한 경우에는 1회의 시술에 한하여 별도로 50,000원을 가산하되 자동차보험진료수가에관한기준 제7조제1항의 요양기관 종별가산율은 적용하지 아니함.	「행위 및 상대가치점수」 제9장 처치 및 수술료 등에 따라 산정(부록 <별표 12> 참조) - 창상봉합술: 주: 1. 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌우상하지의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.

진료에 수반되어 사용된 의약품의 가격과 진료에 사용된 재료대는 「국민건강보험진료수가기준」에 의하여 이를 산정하고, 동 기준에서 정하지 아니한 경우에는 의료기관이 당해 의약품 및 재료를 구입한 가격으로 이를 산정한다. 다만, 심의회가 별도의 가격을 정한 경우에는 그 가격에 의한다.

기타비용은 당해 의료기관의 실제비용에 의하고 다만, 심의회가 별도의 산정기준을 정한 경우에는 그 기준에 의하여 진료수가를 산정한다.

이와 같이 「국민건강보험 진료수가 기준」과 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」에서 정하지 않은 부분에 대해서는 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정하고 있는데 실제 소요비용은 관할관청에 신고한 가격이다.

자동차보험에서 국민건강보험을 기준으로 하고 추가로 인정하는 요양급여비는 요양기관 종별가산율, 입원료체감률의 경우는 산재보험의 경우와 동일하다. 그 외에 마취료, 주사료, 검사료, 물리치료료, 응급의료관리료, 정신요법료, 처치 및 수술료 등에 대해서 자동차보험의 진료수가는 국민건강보험보다 높게 산정되는 구조를 가지고 있다.

다. 민영건강보험과 국민건강보험

1) 민영건강보험 보장범위

민영건강보험은 국민건강보험법에서 정한 요양급여대상의 일부본인부담금과 비급여 대상 진료비 중 피보험자가 보험회사에 가입한 상품의 약관에서 정한 보장범위에 있는 진료비(2009년 10월 이후 본인부담의료비의 90%를 보장)를 보장한다.

민영건강보험은 2009년 10월부터는 상품이 표준화 되었다. 손해보험과 생명보험의 보장내용, 사용용어, 운영방식이 상이하였으나 표준화를 통하여 통일되어 소비자들이 비교평가를 하는 것이 용이해졌다. 표준화 전후의 보장내용은 표를 참조하기 바란다(<표 II-3> 참조).

2) 국민건강보험의 본인부담제도

국민건강보험의 본인부담금제도는 다음과 같다. 국민건강보험은 안전성과 유효성의 확보여부에 따라 허가의료와 임의비급여의료로 구분한다. 다시 허가 의료에는 건강보험급여원리에 부합되는 의료인 보험적용의료가 있고 부합되지 않는 법정비급여의료가 있다. 보험적용의료는 다시 ① 건강보험급여의료, ② 일부본인부담의료(법정본인부담의료)와 ③ 전액본인부담의료로 분류한다. 신의료기술을 포함하는 임의비급여는 허가의료에 포함되지 않는다.

국민건강보험 보험적용의료의 급여의료는 국민건강보험법 제39조(요양급여)에서 정한 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송이며 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조에서 정한 비급여대상을 제외한 일체의 사항이다.¹⁾

1) 건강보험심사평가원에 따르면 국민건강보험 요양급여비용 관련 법령은 다음과 같다.

- 국민건강보험법 제39조에 의한 요양급여기준
 - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령)
 - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부령)
- 국민건강보험법 제42조 규정에 의한 요양급여비용의 내역
 - 국민건강보험 요양급여의 내역
 - 국민건강보험 요양급여행위 및 상대가치 점수
 - 약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준
 - 치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표
 - 약제급여·비급여목록 및 급여상한금액표 등
- 국민건강보험법 제41조 규정에 의한 본인일부부담금
 - 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률(시행령)

<표 II-3> 민영건강보험 표준화 전후의 보장범위

구분	내 용	표준화 이전(~2009.9.30)		표준화 이후 (2009.10.1~)
		손 보	생 보	
유형 분류	▶ 상품유형 ①상해·질병·입원·통원 ②질병형·상해형· 종합형 ③입원형·통원형 ▶상해등급 적용 여부	- 상해입원·상해통원· 질병입원·질병통원 - 상해의료비 - 질병입원의료비 - 적용	- 질병형(입·통원), - 종합형 (질병+상해 입·통원) - 해당사항 없음	- ①상해(입원·통원)형 - ②질병(입원·통원)형 - ③종합(입원·통원)형 - 적용
입원 통원	▶ 상품구성 ▶ 입원 한도 ▶ 입원한도 산출방식 ▶ 상급병실차액(개인) ▶ 통원(외래+약제비)한도 ▶ 통원한도 산출방식 ▶ 갱신주기 ▶ 병원급별 공제금액	- 입원 + 통원 - 천만원~1억 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(상해의료비는 100% 가능) - 10만원~50만원 - 일당 통원 한도 - 3년/5년, 歲단기 - 해당사항 없음	- 입원+외래+약제비 - 3천만원~5천만원한도 - 연간 입원 한도 - 50%(1일 평균 8만원 한도) - 15만원/20만원 - 회당 외래·약제비 한도 - 3년 자동갱신 - 적용	- 입원+외래+약제비 - 5천만원 한도 - 사고당 입원 한도 - 50%(1일 평균 10만원 한도) - 30만원 한도 - 회당 외래·약제비한도 - 자율 운용 - 적용
보 장 범 위	▶ 용어 (상해 / 재해) ▶ 재해분류표 적용 ▶ 해외의료비 보장여부 ▶ 국민건강보험 미적용시 ▶ 면책사항 (치매, 한방, 치과, 비노 기과, 산과, 선천성질환, 치질 등)	- '상해' 용어 사용 - 해당사항 없음 - 40% 보장 - 40% 보장(화상별 의료비 가중) - 회사별 면책범위 상이 (포괄적 열거주의)	- '재해' 용어 사용 - 적용 - 해당사항 없음 - 본인 부담 의료비의 32% - 회사별면책범위 상이 (구체적 열거주의)	- '상해' 로 통일 - 적용 안함 - 보장 안함 - 40% 보장 - 보장 : 차제, 한방(급여), 치과(급여), 치질(급여)
운 영 방 식	▶ 주계약/특약 운용여부 ▶ 보장기간 ▶ 공시방법 ▶ 상품명 ▶ 특정 보장 의료비 보장 ▶ 적립금 대체납입 방식	- 특약형(방가는주계약) - 최대 100세 - 별도 공시기준 없음 - 일부 '의료보험' 사용 - 교통·화재상해등 다수 - 운용 중	- 특약형(일부는주계약) - 80세/100세(일부 종 신형) - 별도 공시기준 없음 - '의료'·'의료비' 사용 - 선천이상입원등 소수 - 해당사항 없음	- 자율 운용 - 자율 운용 - 별도 공시기준 마련(협회) - '실손 의료비' 명기 - 면책사항만 보장가능 - 자율 운용
요 율	▶ 요율산출	- 자사율 (회사별 경험통계 적용)	- 자사율 (국민건강보험통계 적용, 일부는 경험통계 적용)	- 자율 운용

자료 : 보험개발원.

급여의료의 일부본인부담은 주로 정률제를 적용하여 입원의 경우 100분의

20 (2005년 9월부터 암, 심장질환, 뇌혈관질환은 100분의 10), 외래진료의 경우 의료기관의 등급과 소재지에 따라 100분의 50에서 100분의 30, 약국의 경우 100분의 30을 본인부담한다. 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조2)에 따르면 전액본인부담의료는 급여가 제한되거나 정지되는 경우와 보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등이 해당한다. 이 경우 향후 급여대상 확대 등을 고려하여 전액본인부담의료의 수가를 정하여 100/100 본인부담으로 고시하고 있고 의료기관은 이를 적용하고 있다.

법정비급여의료는 선택진료료, 병실차액, 식대, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 치료재료대, MRI(2009년 일부 상해 및 질병에 대해서는 급여로 전환), 초음파, 기타가 있다. 법정비급여의료로 결정되는 것은 ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 혹은 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ② 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용·행위·약제 및 치료재료에 해당하는 것으로 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술(체외수정, 인공수정), 친자확인진단, 치과보철, 선택진료 등이 해당한다.

임의비급여의료는 법령이나 고시로 모든 합법적인 의료행위와 치료재료는 급여 또는 법정비급여로 구분하여 규정하고 있는데 급여 또는 법정비급여로 결정되지 않은 행위 및 치료재료에 대해 환자에게 비용을 부담하게 하는 경

2) 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조에서 정한 기준을 보면 다음과 같다.

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- ④ 보험급여시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강급여 원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료
예: 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술 (체외수정, 인공수정 등), 친자확인진단, 치과보철, 선택진료 등
- ⑤ 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료에 대한 비급여 대상규정
- ⑥ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
예: 한방 물리요법, 한방생약제제 등

우, 신의료기술, 진료상의 경제성이 불분명한 검사처치수술, 기타의 치료 또는 치료재료가 해당한다. 기타 보건복지가족부에서 분류한 임의비급여는 요양급여기준을 초과한 경우, 별도의 진료수가 산정이 불가능한 경우, 식약청 허가사항을 초과하여 사용한 경우(주로 의약품에 해당), 심사삭감에 따른 부분 등이 해당한다.

3) 민영건강보험 보장대상 진료비 산정기준

가) 국민건강보험 허가의료의 본인부담금

국민건강보험은 법령이나 고시로 모든 합법적인 의료행위와 치료재료는 급여 또는 법정비급여로 구분하여 규정하고 있다. 이러한 허가의료에 해당하는 부분에 대해서는 민영건강보험의 진료수가가 국민건강보험에서 정한 기준에 의하여 결정된다고 할 수 있다.

따라서 산재보험이나 자동차보험에서 국민건강보험을 기준으로 하고 추가로 인정하는 요양기관 규모별 종별가산율, 입원료체감률은 민영건강보험에서 적용되지 않는다고 할 수 있다.

국민건강보험의 요양급여비용은 극히 일부 포괄수가제(DGR)를 제외하고 행위별수가제(FFS, fee-for-service)³⁾로 산정하고 있다.

3) 우리나라 국민건강보험, 산재보험, 자동차보험의 요양급여비용은 진료행위에 대한 기술료(조제료, 재료대 포함)와 진료행위에 소요되는 약제비와 치료재료비로 구성된다. 기술료에 해당되는 행위료의 경우 현재 극히 일부 포괄수가제(DRG) 시범사업을 제외하고는 진료행위별수가제(fee-for-service)의 점수제로 운영하고 있다. 의료기술의 변화와 같은 여건변화에 따라 새로운 행위가 추가되거나 진료행태가 바뀔 때만 점수표를 조정하게 된다. 보험자와 의료서비스 공급자가 수가를 협상 및 계약할 경우에 점수를 협상할 필요는 없고 보험제정, 의료기관의 경영수지를 감안하여 환산지수(점당 가격)만 협상 및 계약을 한다. 약제비나 치료재료비는 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액 범위 내에서 의료기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 한다.

민영건강보험은 국민건강보험의 일부본인부담금은 국민건강보험을 따르고 있고 비급여 본인부담금은 의료공급자가 원가를 고려하여 결정한다고 할 수 있다.

나) 국민건강보험 임의비급여의료

신 의료기술 등 임의비급여의료는 허가의료에 해당하지 않는다. 이 경우 의료법 제45조에 의거 해당 의료기관이 그 지역 관할 관청에 신고한 일반수가에 의하여 환자 본인이 전액 부담한다.

그런데 민영건강보험은 임의비급여에 대한 범위가 애매하다. 자동차보험의 경우 마취료, 주사료, 검사료, 물리치료료, 응급의료관리료, 정신요법료, 처치 및 수술료 등에 대해서 국민건강보험은 비급여로 하고 있지만 자동차보험은 급여로 인정하는 기준을 마련해 놓고 있다. 민영건강보험은 이러한 기준이 마련되어 있지 않다.

우리나라 민영건강보험은 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 어떠한 계약도 체결한 바가 없고, 정부의 소관부처에 의해서 고시된 바도 없다. 민영건강보험은 「국민건강보험 진료수가 기준」에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료수가체계가 별도로 마련되어 있지 않은 것이다.

2. 진료비

가. 보험종류별 주요 상해 및 질병별 비교

1) 산재보험과 국민건강보험의 진료비

산재보험⁴⁾은 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 산재사고로 인한 진료비가 많았고 입원기간은 길게 나타나고 있다(<표 II-4> 참조). 발목을 포함한 아래다리의 골절의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 275만 6천 원인데

4) 보험종류별 일반적인 현황을 보면 가입자 1인당 진료비가 국민건강보험은 49만 원, 산재보험은 4만 6천 원, 자동차보험은 5만 8천 원 수준으로 나타나고 있다. 수급자 1인당 진료비가 국민건강보험은 53만 원, 산재보험은 4백 26만 원, 자동차보험은 56만 원으로 나타나고 있다.

반하여, 산재보험은 550만 7천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2배 많았다. 입원기간은 국민건강보험이 20.9 일인데 반하여, 산재보험은 77일로 나타나 산재보험이 국민건강보험에 비하여 3.7배 길게 나타났다. 뇌진탕의 경우는 1인당 진료비와 입원일수의 차이가 더 크게 나타나고 있다. 1인당 진료비는 산재보험이 3.3배 많았고, 입원일 수는 3.4배 길었다.

1인 1일당 입원진료비는 국민건강보험이 13만 2천 원인데 반하여, 산재보험은 7만 2천 원으로 나타나 산재보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 낮았다. 이것은 산업재해 환자의 입원기간이 상대적으로 현저히 길기 때문이다.

2) 자동차보험과 국민건강보험의 진료비

자동차보험도 산재보험과 마찬가지로 기본적으로 국민건강보험의 요양급여 산정기준을 준용하고 있으나, 동일 또는 유사한 상해 및 질병임에도 불구하고 자동차사고로 인한 진료비는 높고 입원기간은 긴 것으로 나타나고 있다(<표 II-5> 참조). 발목을 포함한 아래다리의 골절(슬개골, 하퇴골, 족근골(족지골 이외)의 골절)의 경우 국민건강보험의 1인당 진료비는 266만 7천 원인데 반하여, 자동차보험은 785만 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 2.9배 많았다. 국민건강보험의 입원기간은 19.7 일인데 반하여, 자

< 보험종목별 진료비 일반현황 >

(단위: 명, 원, 대)

구 분	국민건강보험	산재보험	자동차보험
총진료비(천원)	23,496,728,761	581,496,000	889,529,796
가입자	47,819,674	12,528,879	15,266,432
가입자 1인당 진료비	491,361	46,412	58,267
수급자 1인당 진료비	534,764	4,268,957	567,699

주 : 1) 진료비에서 약제비 제외, 2007년 말 기준

2) 자동차보험은 가입대수 기준

3) 수급자 1인당 진료비의 경우 국민건강보험은 총진료비/진료실인원, 산재보험은 진료비지급액/진료비수급자수

4) 민영건강보험은 수급자 1인당 진료비 등이 파악되지 않고 있음.

자료 : 『건강보험통계연보』, 2007, 『산재보험 사업연보』, 2007, 『자동차보험 통계자료집』, 2007.

동차보험은 91.0일로 나타나 자동차보험의 입원기간이 국민건강보험에 비하여 4.6배 길게 나타나고 있다.

국민건강보험의 1인 1일당 입원진료비는 13만 5천 원인데 반하여, 자동차보험은 8만 6천 원으로 나타나 자동차보험의 진료비가 국민건강보험에 비하여 낮았다. 이것은 자동차보험환자의 입원기간이 현저히 길기 때문에 나타나는 현상으로 보인다.

<표 II-4> '07년 국민건강·산재보험 입원 진료비 및 기간

< 본인부담금 반영, 4일 이상 입원환자를 대상 >

(단위 : 천 원, 일)

상병명	코드	국민건강보험 1인당			산재보험 1인당		
		진료비	입원일수	1일당 입원 진료비	진료비	입원일수	1일당 입원 진료비
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82	2,756	20.9	132	5,507 (2.0)	77 (3.7)	72
머리내 손상	S06	4,318	19.3	224	10,656 (2.5)	112 (5.8)	95
요추 및 골반의 골절	S32	3,030	23	132	7,398 (2.4)	96 (4.2)	77
늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	S22	1,927	18.4	105	5,639 (2.9)	73 (4.0)	77
대퇴골의 골절	S72	7,409	36.9	201	8,163 (1.1)	101 (2.7)	81
아래팔의 골절	S52	2,202	14.7	150	4,006 (1.8)	49 (3.3)	82
두개골 및 안면골의 골절	S02	2,456	10.7	230	8,026 (3.3)	82 (7.7)	98
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33	856	14	61	3,148 (3.7)	51 (3.6)	62
무릎관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83	2,498	16.4	152	4,208 (1.7)	58 (3.5)	73
목 부위의 관절 및 인 대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13	1,053	13.8	76	3,976 (3.8)	58 (4.2)	69
뇌진탕	S06.0	987	11.6	85	3,220 (3.3)	39 (3.4)	83

주 : 1) 괄호안은 건강보험과 산재보험의 비율을 나타냄.

2) 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준

3) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도
최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산

4) 4일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회의 「요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.7」을 재구성함.

<표 II-5> '07년 국민건강·자동차보험 입원 진료비 및 기간

< 본인부담금 미반영, 1일 이상 입원환자를 대상 >

(단위 : 천 원, 일)

코드 (건강 보험)	대표 AIS-CODE (자동차보험)	국민건강 1인당			자동차보험 1인당		
		진료비	입원 일 수	1일 입원 진료비	진료비	입원 일 수	1일 입원 진료비
S82	722-567, 723-567, 733-567, 734-567 슬개골,하퇴골,족근골(족지골 이외)의 골절	2,667	19.7	135	7,850 (2.9)	91.0 (4.6)	86
S06	102, 103, 104, 105 두안부(뇌진탕, 뇌좌상, 중증 뇌좌상, 두 개강내 출혈)	3,674	14.7	250	1,512 (0.4)	16.4 (1.1)	92
S32	322, 323, 324 배요부(척수손상이 없는것, 척수손상이나 불완전마비, 척수손상으로 완전 마비	2,924	20.9	140	7,670 (2.6)	83.9 (4.0)	91
S22	422, 423, 424 흉부(혈흉,기흉이 없는 늑골/흉골 골절,혈흉,기흉을 동반한 골절	1,862	17.0	110	5,032 (2.7)	52.5 (3.1)	96
S72	722-4, 723-4, 733-4, 734-4 대퇴골의 골절	7,252	35.6	204	12,933 (1.8)	129. 9 (3.6)	100
S52	622-78, 623-78, 633-78, 634-78 전완골,수근골(수지골이외)의 골절	2,061	12.9	160	5,198 (2.5)	53.6 (4.2)	97
S02	122, 123, 124, 125, 131, 132, 133 두안부(의식장애 없는 단순/합물 골절, 의식장애 있는 단순/합물 골절, 치아손상, 하악골 골절)	2,256	9.1	248	3,943 (1.7)	30.6 (3.4)	129
S33	302, 303, 304, 배요부(염좌, 추간판 탈출증)	769	12.1	64	683 (0.9)	9.1 (0.8)	75
S83	702-2, 703-2 슬관절(염좌, 인대 파열 및 탈구)	2,389	15.1	158	2,564 (1.1)	21.2 (1.4)	121
S13	202, 203, 204 경부(염좌, 추간판 탈출증)	952	11.7	81	635 (0.7)	8.8 (0.8)	72
S06.0	102, 두안부(뇌진탕)	797	7.9	101	1,117 (1.4)	13.4 (1.7)	83

주 : 1) 괄호안은 건강보험과 자동차보험의 비율을 나타냄.

2) 건강보험 코드는 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준

3) 자동차보험은 AIS-CODE(표준간이상해도) 기준이며 복합상병인 경우 주 상병 기준

4) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도
최초 요양 일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산

5) 건강·자동차보험 비교시 1일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회의 「요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.7」을 재구성함.

3) 보험종류별 입원을 비교

보험종류별로 주요 상해 및 질병의 입원율을 비교할 때는 산재보험과 자동차보험이 다른 현상을 보인다. 국민건강보험과 산재보험의 주요 상해 및 질병의 입원율은 상해 및 질병에 따라 산재보험이 낮게 나타나는 경우도 자주 발생하고 있다(<표 II-6> 참조). 그러나 국민건강보험과 자동차보험의 경우는 조사 대상 모든 상해 및 질병에서 자동차보험의 입원율이 높게 나타나고 있다(<표 II-7> 참조). 자동차보험 환자의 경우 가해자가 있을 경우 보상금에 대해서 합의를 해야 한다. 자동차보험 환자는 입원을 하면 보상금 협상에서 유리할 수 있기 때문에 입원을 선호할 수 있다. 의료기관은 자동차보험의 경우 종별가산율과 입원료제감률이 국민건강보험보다 유리하게 작용하고 있기 때문에 자동차보험 환자의 입원을 선호한다. 따라서 환자와 의료기관의 이해관계가 일치하여 나타나는 현상이라고 볼 수 있다.

<표 II-6> '07년 국민건강·산재보험 입원환자 주요 상병의 입원율

(단위 : %)

상해 및 질병명	코드	건보(A)	산재(B)	B/A(배)
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82	76.4	77.9	1
머리내 손상	S06	85.4	65.0	0.8
요추 및 골반의 골절	S32	84.1	71.3	0.8
늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	S22	77.2	70.6	0.9
대퇴골의 골절	S72	95.7	78.6	0.8
아래팔의 골절	S52	45.5	60.6	1.3
두개골 및 안면골의 골절	S02	71.5	57.4	0.8
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33	26.3	57.6	2.2
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83	48.8	63.9	1.3
목 부위에서의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13	24.5	64.5	2.6
뇌진탕	S06.0	77.3	30.3	0.4

주 : 1) 입원율 = 입원건수 ÷ 합계건수(입원건수 + 외래건수)

2) 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준

3) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라도 최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산

4) 4일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.

<표 II -7> '07년 국민건강·자동차보험 입원환자 주요 상해 및 질병의 입원을

(단위 : %)

표준질병 분류코드 (건강보험)		대표 AIS-CODE (자동차보험)		건보 (A)	자보 (B)	B/A (배)
S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	722-567,723-567, 733-567, 734-567	슬개골,하퇴골,족근골(족지 골 이외)의 골절	37.3	91.2	2.4
S06	머리내손상	102, 103, 104, 105	두안부(뇌진탕, 뇌좌상, 중증 뇌좌상, 두 개강내 출혈)	18.1	88.2	4.9
S32	허리뼈 및 골반의 골절	322, 323, 324	배요부(척수손상이없는것, 척수손상이나불완전마비, 척수손상으로 완전 마비)	36.6	93.2	2.5
S22	갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	422, 423, 424	흉부(혈흉,기흉이 없는 늑골/흉골골절,혈흉,기흉 을 동반한 골절	23.8	92.0	3.9
S72	넓적다리뼈의 골절	722-4, 723-4, 733-4, 734-4	대퇴골의 골절	57.3	93.2	1.6
S52	아래팔의 골절	622-78, 623-78, 633-78, 634-78	전완골,수근골(수지골 이외)의 골절	18.9	84.6	4.5
S02	머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	122,123,124,125,1 31,132,133	두안부(의식장애가 없는 단순/함몰 골절, 의식장애가 있는 단순/함몰 골절, 치아손상, 하악골 골절)	7.7	90.8	11.8
S33	허리뼈 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	302,303,304,	배요부(염좌, 추간판 탈출증)	3.0	76.0	25.3
S83	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌및 긴장	702-2,703-2	슬관절(염좌, 인대 파열 및 탈구)	7.0	70.4	10.1
S13	목부위의 관절 및 인 대의 탈구,염좌및긴장	202, 203, 204	경부(염좌, 추간판 탈출증)	2.4	79.2	33
S06.0	뇌진탕	102	두안부(뇌진탕)	8.4	88.3	10.5

주 : 1) 상병분류기준

- 건강보험 상병명은 한국표준상병분류기준이며 복합 상병인 경우 주 상병 기준
- 자동차보험은 AIS-CODE(표준간이상해도) 기준이며 복합 상병인 경우 주상
병 기준

2) 동일한 상병으로 진료비를 받은 환자의 경우 요양기간이 일시 단절되었더라
도 최초 요양일부터 최종 요양을 마친 날까지 합산

3) 건강·자동차보험 비교시 1일 이상 입원환자를 대상으로 비교

자료 : 국민권익위원회, 요양급여 운영체계 제도개선(안), 2009.

나. 의료기관 종별 진료현황

의료기관 종별로 진료현황을 보면 종별 가산율 등으로 인한 진료비 차이를 간접적으로나마 알 수 있다. 청구건당 내원일수를 보면 국민건강보험의 경우 의원(1.31일)이 가장 짧게 나타난다. 의원은 중증입원 중심의 의료기관이 아니기 때문에 나타나는 현상이라고 볼 수 있다. 그런데 병원(2.75일)이 가장 길게 나타나 종합전문병원이나 종합병원보다도 길게 나타난 것은 의료기관 종별 가산율로 인하여 상대적으로 낮은 수가를 보전하기 위해서 내원일수를 늘리기 때문일 수 있다. 또한, 종합전문병원이나 종합병원은 병상이 부족하여 병상회전율이 빠른 반면 병원은 병상의 여유로 인하여 충분한 진료를 하고 있기 때문으로 해석할 수 있다(<표 II-8> 참조).

산재보험의 경우 청구건당 내원일수를 보면 종합전문병원(63일)이 가장 짧고 의원(94일)이 가장 길게 나타난다. 의료기관의 규모가 클수록 청구건당 내원일수가 짧은 것이다. 병원(91일)이 종합전문병원이나 종합병원보다도 길게 나타난 것은 국민건강보험의 경우와 같이 해석할 수 있다.

자동차보험의 경우는 병·의원(8.9일)이 가장 낮고, 종합전문병원(11.1일)에서 가장 길게 나타난다. 자동차보험환자가 종합전문병원에 집중되는 것은 종합전문병원의 의료기관 종별 가산율이 높기 때문일 수 있다. 또한, 자동차보험환자는 충분한 치료를 받기 위해서 전문성이 높은 의료기관을 선호할 수 있기 때문이기도 하다. 그러나 자동차보험환자는 가해자가 있을 경우 가해자와 보상금을 합의해야 한다. 종합전문병원에서 진료를 받을 경우 보상금합의가 유리한 입장에서 이루어질 수 있기 때문이기도 한 것이다. 앞에서 자동차보험 환자의 경우는 분석 대상 모든 질병에서 입원율이 국민건강보험 환자보다 높았다는 사실도 이를 뒷받침하고 있다. 치료의 목적이 아니라 보상금을 목적으로 입원을 하고 그리고 종합전문병원을 선호하고 있는 것이다. 자동차보험의 경우는 이와 같이 종합전문병원과 자동차보험환자 사이의 이해관계가 일치하여 자동차보험환자가 종합전문병원에서 장기간 진료를 받을 수 있는 것이다.

이렇게 국민건강보험과 자동차보험이 의료기관 종별로 비교할 때 다르게

나타나는 현상을 <표 II-9>에서 세분해서 보여주고 있다. 건당진료비를 보면 국민건강보험은 종합전문병원이 27만 원 수준으로 가장 높게 나타나고 자동차보험에서도 235만 원 수준으로 종합전문병원이 가장 높게 나타난다. 그러나 건당입원일수를 보면 국민건강보험은 병원(13.36일)이 가장 길고 자동차보험은 종합전문병원(7.7일)이 가장 길게 나타난다. 그리고 건당외래일수를 보면 건당입원일수의 경우와 동일한 현상이 나타난다.

<표 II-8> '07년 의료기관 종별 청구건당 내원일수¹⁾

(단위: 일)

구 분	국민건강보험	산재보험 ²⁾	자동차보험
종합전문	1.97	63	11.1
종합병원	2.00	76	9.9
병원	2.75	91	8.9
의원	1.31	94	8.9

주 : 1) 청구건당내원일수=(입원+방문)/청구건수, 투약일수 제외

2) 평균요양일수(산재보험에서 요양일수는 입원과 외래를 포함하는 개념이다.)

자료 : 『건강보험통계연보 2007』, 『산업재해보상보험 사업연보 2007』, 『자동차보험통계자료집 2007』.

국민건강보험은 병원(1.67일)이 가장 길고 자동차보험은 종합전문병원(3.4일)이 가장 길게 나타난다. 자동차보험의 경우는 국민건강보험과 다른 현상을 보여주는 것은 종합전문병원에서 진료를 받을 경우 보상금합의가 유리하기 때문에 자동차보험환자가 종합전문병원에서 장기간 진료를 받고 있을 수 있다는 해석을 다시 지지하고 있는 것이다.

<표 II-9> 의료기관 종별 의료비 및 입원율 현황(2007)

(단위: 건, 원, 일, %)

구 분	의료기관	국민건강보험	자동차보험
건당의료비	종합전문	270,808	2,356,634
	종합병원	159,479	1,032,652
	병원	132,838	569,183
	의원	21,893	363,638
건당입원일수	종합전문	8.34	7.7
	종합병원	9.63	7.6
	병원	13.36	6.6
	의원	6.75	5.5
건당외래일수	종합전문	1.40	3.4
	종합병원	1.42	2.3
	병원	1.67	2.3
	의원	1.29	3.3
입원율	종합전문	8.2	27.5
	종합병원	7.1	43.2
	병원	9.2	56.8
	의원	0.4	54.5

주 : 입원율 = 입원건수 ÷ 합계건수(입원건수 + 외래건수)

자료 : 『건강보험통계연보 2007』, 『자동차보험 통계자료집 2007』.