

## 건강보험 (Health Insurance)

### 건강보험 (Health Insurance)

웰빙(Well Being)을 추구하는 사람들에게서 절대적인 필요 조건 중 하나가 바로 건강보험 또는 의료보험이다. 흔히 표현하는 'Health Insurance' 또는 'Medical Insurance' 는 우리말로 '건강보험'이라 표현 할 때는 건강을 지키기 위한 어떠한 예방치료 차원에서든 혜택을 받을 수 있다는 의미로 해석되지만, 미국에서 정의하는 의료보험이란 “예기치 못한 병을 치료할 때 받는 혜택이다.” 라고 한다. 본 난에서는 미국의 의료 보험 혜택을 받고 살아온 경험이 없으신 분들을 기준으로 건강보험/의료보험의 개요를 설명해 본다.

#### 1. 의료보험의 필요성

우리들은 항상 변화를 직면하면서 살고 있다. 특히, 이민 생활은 더더욱 하루하루 새로운 일들을 당면하며 무수한 선택을 해야만 하면서 지내게 한다. 몇 년 전에 Hallmark 에서 100 살 축하 생일 카드를 만들었을 때 드디어 회갑, 진갑을 넘어 100 살 잔치를 해야 하는 시대구나 했지만, 이미 현재 100 살을 넘으신 분들은 미 지역에서만 4 만 명이 넘는다고 한다. 물론 이것은 현대의학의 발달과 함께 사람들이 자신의 건강을 위해서 식습관의 조절과 적절한 운동을 하는 것은 말할 것도 없이, 가족의 병력들을 염두 하여 적절한 예방치료를 한 덕분일 것이다.

천하를 누렸던 중국 역사 속의 진시황제도 죽음은 피할 수 없었지만, 현대 의학으로 우리는 충분히 수명을 늘릴 수 있는 기회의 열쇠란 귀하가 의료보험을 가지고 있는지 아니면 없는 가 하는 유무로 결정 할 수 도 있다. 하지만 모든 사람들이 보험을 마련 할 수 있는 능력이 있는 바가 아닌 현실 때문에 미국 정부는 무료 의료 혜택을 자격이 있는 사람들에게 주는 제도를 마련하고 있으므로, 본인의 자격 여부를 상세히 Social Worker 나 Advisor 를 통하여 상담을 하거나 또는 한인건강정보 센터에 문의하면 명쾌한 답을 얻을 수 있다.

#### 2. 의료보험의 개요와 의료비 증가 추세

보험의 근본 원리가 예기치 않는 사고를 대비해서 보험사에 소속되어 있는 수리사들은 보험료를 계산하고, 가입된 멤버가 보험료의 명목으로 분담 된 액수를 건강보험사에 지불하게 됨으로 미리 병원비를 받았다고 해석 할 수도 있다. 그런데, 만일 의사가 (Medically Necessary) 판단하여 필요하지 않은 검사를 환자 본인이 요구했을 경우 이에 대한 비용은 본인 부담이 될 수도 있다. 다수의 한인들 가운데는 의료보험을 가입하고서 바로 의사를 찾아가 본인이 원하는 검사를 요구하고 보험혜택을 활용 하고자 하기

때문이다.

예를 들면, 자동차 보험을 들고 바로 엔진오일을 간다든지, 브레이크 따위를 교체할 때 보험혜택이 없는 바와 같은 맥락이다. 그러나 다수의 의료보험 플랜 하에서는 최소 1년에 한번은 필요한 예방치료 프로그램 하에 자궁암 검사, 유방암 검사, 전립선 암 검사 등의 간단한 혈액 검사 따위의 혜택을 멤버에게 주고 있는데, 이는 최소한 일년에 한번은 정기검사를 통하여 병에 대한 예방을 하자는 취지에서 행해지고 있다.

보험사 입장에서든 큰 병으로 인하여 발생하는 병원비를 미리 예방하여 큰 수술이나 치료비용에 대한 부담을 적게 하는 것을 선호 하기 때문이다. 의료 보험료에 대한 상승에 대한 불만이 많이 제기 되고 있지만, 의료 산업의 경우 예전보다 더 많은 멤버들이 혜택을 받으며, 주치의 보다는 전문의를 선호하고, 병원 내에서 도입하는 하이텍 의료 기술과 의료 기구로 인한 병원비의 상승과 제약 회사의 처방약 가격의 연상승률은 어느 경제 지수보다 빠르게 상승을 하고 있다.

### 3. 의료보험 용어

우선적으로 가장 많이 통용되는 의료보험상에서 이용하는 용어에 대한 이해를 확인 해 본다.

#### - Deductible (공제액)

공제액 한도까지는 환자 본인이 부담한다.

#### - Negotiated Fee Schedule (협정금액)

보험회사가 의사나 병원과 서로 협의한 병원비 (그룹 할인을 받는 금액)

#### - Co-payment (본인 부담액)

어느 치료, 검진에 대하여 미리 정한 금액 또는 퍼센티지(%)로 환자가 부담해야 하는 금액

#### - Annual Maximum Out-of-Pocket (가입인 연례 최고 부담 한도액)

혹은, STOP LOSS 라고도 한다. 가입 인이 정해진 금액까지만 지불하면 더 이상 지불 할 필요가 없다.

#### - Office Visit (의사 진료)

의사 방문 시 의사와의 면담만으로 청구되는 진료비용

#### - Professional Service (각종 검사)

위 내시경, X-RAY, LAB, CT SCAN, ULTRA SOUND, BLOOD TEST 등에 적용되는 비용

- Hospital Inpatient

병원 입원 환자

- Hospital Outpatient

외래 병동환자 (수술은 해도 당일 퇴원하는 환자)

- Preventive Care

예방치료

- IPA (Independent Practice Association)

의사그룹

- PCP (Primary Care Physician)

주치의사

- Prescription Drug

의사 처방약

- Generic Drug (지네릭 처방약)

효능이 떨어지지는 않지만 특정 제약회사에서 특허기간이 10년이 지난 약으로 어느 약 회사에서도 제품이 허용된다.

- Brand Drug (브랜드 처방약)

브랜드 즉, 특정 제품명이 표기된 약으로 이 약의 특허기간으로 보통 10년이 지나면 지네릭 약이 된다.

#### 4. 건강보험의 종류

- INDEMNITY

특정 의사 또는 특정 병원에 제한 없이 어디서든 혜택을 받을수 있는 자유스러움이 주어진 까닭에 보험료가 가장 비싼 플랜이다. IT 사업이 흥할 때에 소기업에서 널리 이용된 의료 보험이다.

HMO (Health Maintenance Organization)

- 의료 서비스를 받기 위한 절차 :

기존 PPO 보험의 개념과 구조와는 달리 자신의 주치의사를 선정해야 하고, 모든 의료상의 진담, 상담 등을 한 다음 필요한 전문의를 추천 받은 다음 이용하게 하는 예방위주의 플랜이다.

- 만일 자신의 주치의사 (PCP: Primary Care Physician) 이 마음에 들지 않을 경우 한 달에 한번씩 새로운 주치의사로 변경을 할 수 있다.

- 현재 남 가주 한인 사회에는 2 개의 IPA (의사그룹)이 존재한다.

(Seoul Medical Group & Korean American Medical Group) 또한, 널리 알려진 HMO 플랜으로 KAISER 플랜이 있다.

- 메디칼 그룹과 주치의사 선정시 알아 두어야 할 점 :

- \* IPA (Independent Practice Association) 즉, 메디칼 그룹과 주치의사를 선정할 때는 산부인과 의사, 소아과 의사, 기타 전문의사가 누가 특정 메디칼 그룹에 속해 있는지를 확인할 필요가 있다.
- \* 한 명의 의사가 하나 이상의 메디칼 그룹에 속해 있는 경우도 빈번 하기 때문이다. 그러므로 자신의 주치의사 소속 된 메디칼 그룹 이름을 꼭 알아두고 해당 종합 병원이 어디가를 알아 둔다.
- \* 가족들 개개인이 제각기 다른 IPA 를 선정해도 무관하다. (보험을 가입 할 경우에도 신청서에 자신이 선정한 주치의사를 꼭 기입을 하여야 한다. 그렇지 않으면 건강 보험사가 가입인의 거주지를 중심으로 인근의 오픈 된 주치의사를 일방적으로 선정하기 때문이다.)

- HMO 의료 보험의 장점

항상 일정 한 주치의사가 있음으로 환자의 병력과 차후 각종 의료 서비스에 대한 일률적인 상담과 진료를 용이하게 한다.

대부분의 플랜 구조상 적은 코페이먼트로서 제한 없는 의료 서비스를 기대 할 수 있다. 특히 젊은 층의 어린 자녀를 계획 또는 키우는 이들에게 경제적으로 유용한 플랜이다.

- HMO 의료 보험의 단점

응급 상황을 제외하고 본인의 필요에 따라 조속히 주치의사 또는 전문의사 (산부인과, 이비인후과 등)를 볼수 없고, 소정의 절차를 거친 후 예약을 해야 하는 번거로움이 있다.

간혹, 전문의사 서비스가 신속히 필요한 경우 주치의사와 메디컬 그룹의 관리 회사간의 원만치 않은 행정 처리로 인해 예기치 않은 정도 이상의 시간이 소요되는 경우가 빈번하다. 물론 이런 불편은 고객의 입장에서 해당 보험사 또는 메디컬 그룹 매니지먼트사 (관리회사)에 불만을 제기 할수 있다.

- HMO 플랜 사용시 요령

대부분 주치의사 한 사람이 진료를 하는 환자들의 증가로 인해 의사 사무실의 업무 처리 능력 여하에 따라 신속 또는 지연이 될 수 있음으로 가능한 자신의 병력과 상태 등을 가장 많이 알고 있는 입장에서 당당히 의사에게 신속한 그리고 포괄적인 진료를 바라는 권리 행사를 할 수 있다.

## PPO (Preferred Provider Organizations)

각 보험회사가 계약한 의사 와 병원을 통한 의료 서비스를 받는다. HMO 와는 달리 내가 선정한 주치의사 개념이 없고, 또한 전문의를 추천 받지 않아도 환자 본인이 전문의를 찾아 갈수 있는 플랜이다.

### - PPO 플랜 구조

- \* 플랜 종류가 많고 건강 보험사가 계약 된 의사, 병원과의 디스카운트 책정된 협정 의료 비용에 준하여 계산 된 의료 비용에 준한 자신의 부담 비용을 지불하게 되 있다.
- \* 반드시 해당 의사 또는 병원이 본인이 가입한 건강 보험사의 멤버 의사 인가를 확인한다. 만일 멤버 의사 또는 병원이 아닌 경우 환자 치료비의 부담이 가중 될 수 있다.
- \* HMO 와는 달리 본인 부담금에 대한 부담과 구조가 다소 복잡한 까닭에 플랜에 따른 본인 부담금에 대해 충분히 AGENT 와 사전 상의를 한다.
- \* 대부분 입원 수술, 외래환자 수술이 필요 또는 권고 되는 경우 반드시 보험사에 사전 통보와 승낙을 얻는 절차 (Preadmission Review) 조건을 충족해야 한다. 이때 병원 입원시 사전 필요 테스트 절차 또한 필요로 한다. 플랜상으로는 불필요한 비용을 사전 감지 할 수 있고, 환자에게는 불필요한 입원에 따르는 시간적 소비를 방지 할 수도 있기 때문이다.
- \* 다수의 의료보험 산업 전문가들이 HMO 의료 보험의 지속적인 증가와 폭 넓은 시장 점유율에도 불구하고, PPO 의료 보험의 지속적인 증가 또한 밝게 예견하고 있다. 의료보험을 이용하는 넓은 고객층에서도 보다 덜 규제력을 받는 PPO 플랜의 장점을 선호하기 때문이다.

## 5. SELF-INSURED (자가 보험)

무 보험자들을 칭하기도 한다. LA 카운티에 사는 31%의 한인들이 의료비를 본인이 부담한다 통계에서 보고 되고, 이 가운데서는 충분히 자력으로 본인의 보험료를 지불 할 수 있는 이들이 대부분이다. 한번 병력이 생기면 건강 보험사가 가입을 받지 않는 추세이고, 약을 복용하면 더 더욱 보험 가입 수락을 꺼리는 까닭으로 각자가 건강할 때 의료보험가입을 권고 한다.

UCLA 연구팀의 흥미로운 발표에 의하면 의료보험 있는 아이들이 없는 아이들 보다 학교생활이나 공부를 더 잘한다는 통계가 나왔다고 한다. 어느 정도 이민생활의 경제적 기반이 잡혀서 부모의 관심이 자녀에 더 가기 때문이라 할 수도 있지만 그만큼 정신적인 부담감이 덜어지기 때문이 아닐까 싶다.

무보험자의 입장에서 필요 시 정부의 의료 혜택을 받을 수 있는 자격이 주어진다면 다행이지만, 만일 그렇지 않은 여건이라면 귀하가 오랜 이민 생활 속에서 어렵게 축적한 재산을 의료비용으로 충당해야 하는 실책은 한 순간의 일이다. 많은 사람들이 사망을 대비하여 생명보험은 들고 있지만, 사망 전에 당신의 건강으로 인한 금전적 손실과 가족의 삶에 미치는 영향에 대해서는 생각지 못하는 경우가 많다. 당신의 주머니 끝을 보기 보다는 건강 보험사에게 맡기는 방식이 귀하의 건강 예방에 더욱 신경을 쓸 수 있는

방법이 된다.

## 6. 건강보험의 형태와 보험료 산정 기준

자영업자가 많은 우리 한인 이민사회에서는 개인 의료보험과 소기업 의료보험 (Small Group)으로 구분된다.

### - 개인 의료보험 (Individual Health Plan)

- \* 개인 의료보험은 보험 회사의 플랜을 선택하여 가입 신청서를 회사로 보내면 가입 동시에 보험료를 내야 한다. 하지만 병력이 있을 경우 산정기준에 따라서 부과된 보험료 또는 가입 신청이 거절 될 수도 있다.
- \* 거절된 사람은 주정부 프로그램인 MRMIP (Major Risk Medical Insurance Program) 라는 특정 제한된 의료보험으로 신청서를 다시 제출한다. 이 후 자신에게 해당 기회가 있어야만 가입이 가능하다. 물론 높은 보험료와 제한된 혜택의 플랜이 된다. 당장 의료보험으로 치료를 기대하는 사람들이니 높은 보험료가 부과 될 수 밖에 없다. 따라서 개인 의료보험은 건강한 사람 들만 선별하여 받기 때문에 그룹 의료보험 보다는 대체적으로 저렴하다. 보험의 효력은 신청한 날짜가 아닌 보험회사에서 가입자격에 대한 최종 결정여하에 따라 유효 날짜가 정해진다.

### - 소기업 의료보험 (Small Group Health Plan)

- \* 대부분 그룹 의료 보험 하면 보험료상의 디스카운트가 있을 것이라 생각하나 어떤 경우는 개인 보험료 보다 더 높은 보험료를 지불하게 된다.
- \* 가주 AB16a 법안에 따르면 보험회사는 보험에 가입하는 소기업의 직원들의 병력을 이유로 보험 혜택을 거절할 수 가 없게 되 있다. 이는 암 치료, 기타 질병, 또는 임신 중인 직원에 대하여도 건강보험사가 보험 가입을 받아 들여야 하는 책임을 가지고 있기 때문이다.
- \* 때로는 현재 진행중 혹은 명확한 병력에 대하여 Waiting Period 즉, 유예기간을 설정하는 경우도 있다. 이때 중요한 사항은 HIPPA 법안으로 인해 개인 신상 병력에 대해서는 본인의 승인이 있을 경우에만 논의가 된다. 심지어 배우자의 병력에 대하여도 배우자의 허락 없이 논의 할 수 없다.

### - 그룹 의료 보험 신청 조건

- \* 보험을 가입 할 수 있는 직원은 반드시 FULL TIME 직원이어야 한다.
- \* 1099 직원은 해당이 안되고 PART TIME 직원은 제외 될 수 있다.
- \* 고용주가 적어도 50% 직원의 보험료를 부담하거나 또는 정한 금액을 똑같은 금액을 기준으로 의료보험 혜택을 모든 직원에게 제공해야 한다.
- \* 정식 직원의 80%가 가입을 해야 한다.
- \* 직원의 배우자나 자녀도 추가 보험료로 가입 할 수 있다.

- \* 현재 병력으로 의료 혜택을 받아야 하는 직원이 PPO 를 선택할 경우 유예기간(waiting period)이 설정 될 수도 있으나, HMO 의료보험의 경우는 바로 치료를 얻을 수 있다.

## 7. MEDICAL SUPPLMENT

전자에서 언급한 의료보험은 가입인 연령 64 세 까지 만의 의료 보험 혜택이 제공된다. 따라서 65 세부터 정부에서 제공하는 MEDICARE 가 있음에도 무엇이 더 필요한가? 흔히들 메디케어 플랜 하에서 우리가 생각하는 만큼 모든 조항에 대하여 혜택을 제공치 않는 동시에 다분히 제한적이고 본인 부담금을 적용하는 조건이 많다.

### - 자격

지난 40 분기의 세금을 낸 기록이 있고 65 세가 된 사람이나 65 세 이전에 장애인이 된 경우이다.

### - PART A (병원 입원 혜택)

병원 입원 첫 60 일: 병원에 입원 시 마다 \$876 DEDUCTIVE 를 본인이 부담해야 한다. 그러나 퇴원 후, 재입원이 60 일 이내로 불가피 할 경우는 제외된다.

- \* 다음 61 일부터 90 일 입원: 하루에 \$219 씩 본인이 부담한다.

- \* 다음 91 일부터 150 일 입원: 하루에 \$438 씩 본인이 부담한다.

- \* 151 일 이후 입원: 메디케어 혜택 없음 (모든 비용이 본인 부담)

### - NURSING FACILITY (간호 프로그램)

항상 입원 후 3 일이 지나야 가능하고 메디케어에서 허가를 받아야 만들어 갈 수가 있다.

- \* 1 일 ~ 20 일 입원: 본인 부담금 없음
- \* 21 일 ~ 100 일 입원 : 하루에 \$109.50 씩 본인 부담
- \* 100 일 이후 : 모든 비용 본인 부담

### - HOME HEALTH CARE (가정방문 치료): 혜택 없음

### - HOSPICE CARE (호스피스 비용): 혜택 없음

### - PART B (의사진료 비용)

- \* 디덕터블: \$100 본인부담 (2005년부터는 \$110)
- \* 의사 비용의 20% 본인부담 - Medicare 에 선정된 의사진만 허용
- \* 메디케어에 선정 되지 않은 의사는 추가 의사 비용에 대해 본인 부담
- \* 일년에 첫 3 병까지만 수혈 - 이 후 혜택 없고 본인 부담

## 6. MEDIGAP POLICY (메디갭 계약)

메디갭은 메디케어에 없는 혜택을 가입자에게 제공 한다. MEDIGAP 플랜은 A,B,C,D,E,F,G,H,I,J, 종류가 있다. 보험회사마다 조금씩 다른 의료보험 플랜을 판매하고 있으니 고객의 입장에서 본인의 경제적 여건에 맞는 PLAN 을 선정함이 바람직하다. 단, 65 세 생일 즈음에 신청을 하면 병력이 있음에 무관하게 계약을 할 수 있지만 시간이 지나면 이 계약조차도 개인 보험과 같이 까다로운 자격기준과 절차를 거쳐서 거절조차 할 수 도 있다. 현 메디케어로는 처방약 혜택이 전혀 없으므로 65 세 이후에 약을 복용해야 하는 경우는 본인이 모두 부담해야 하고 병원에 입원 할 경우 평생 150 일 이후는 혜택이 없으니 본인이 부담을 해야 한다.(150 일 이전에도 하루에 부담하는 금액은 따로 부담)

- 메디갭 F 플랜은 무슨 혜택이 있나?

- \* 첫 60 일 입원해서 나오는 \$876.00 deductible 지불
- \* 60 일 이후의 코페이(Co-Payment)는 하루 \$219 지불
- \* 91 일 이후의 코페이(Co-Payment)는 하루 \$438 지불
- \* 첫 3 병의 피 수혈 (한병에 약 \$7~800 함) 이후 지불
- \* 의사비용의 연 공제액(디덕터블) \$100 지불
- \* 의사비용의 코페이(COPAYMENT) 20% 지불
- \* 추가 의사 비용 지불
- \* 외국 여행시 당할 비상 응급시 의료비용 지불 (적절한 의료비 변상)

단지 처방약에 대한 혜택이 없는 것이 큰 단점이다. 전자에서 기술 되었듯이 나이가 들수록 현재보다 더 많은 처방약이 절실해 질 것이다. MEDIGAP F 플랜에는 없지만 BLUECROSS 의 MEDIGAP I 플랜 또는 J 플랜에는 처방약 혜택 조항이 있다. 또한, 메디케어에는 치과 보험과 비전 (안경) 혜택도 없다.

## 7. HSA (Health Savings Account) 의료 저축구좌

- HSA 란?

일년에 일정한 세금공제 금액을 입금하여 해당 의료비용에 사용하고 남은 금액들은 세금이 적용 되지 않은 채 이자가 적용되어 65 세후엔 개인 은퇴연금(IRA)이 된다.간단히 말해서 의료 IRA 라고도 하는 이 구좌는





꼭 HDHP (High Deductible Health Plan/높은 디덕터블 의료보험플랜)과 함께 개인이나 고용인이 개설할 수 있다.

- HSA 의 자격

HSA 의 해당 자격자는 높은 디덕터블 의료보험 플랜에 가입 된 개인이나 가족 단위로 기타 다른 건강보험이 없어야 한다. 추가로 타인의 부양가족으로 신청되지 않고 메디케어 유자격자는 해당되지 않는다.

- HSA 혜택

- \* HAS 내 적립 액수는 의료보험으로 청구 할 수 없는 비용을 구좌에서 인출하여 대체 사용 할수 있다. 해당 의료비용은 디덕터블 (deductible), 공동지불 금(co-payment), 처방약, 간호비용, 등이다.
- \* 실직경우에 의료보험료로 대체 할 수 있다.
- \* 사용하지 않은 금액은 다음 해로 이월되며 65 세 후에는 개인은퇴연금으로 전환 할 수 있다.
- \* 적정 금액 외에는 투자도 가능하다.
- \* 개인당 1 년에 \$2,600, 가족당 \$5,150 까지 적립금액에 대한 세금공제가 가능하다.

- HSA Provider

- \* MSA 상품은 취급하는 금융기관이 많이 없어 어려움이 있었다면, HSA 상품은 여러 금융기관에서 신상품으로 소비자에게 적극 홍보, 권장하고 있다.
- \* 신용 있는 금융기관에 적립하는 것이 바람직하다.
- \* 401 (k), IRA 마찬가지로 타 금융기관으로 대체 이전 (roll over) 할 수 있다