

건강보험 용어 사전

다음은 일반적인 건강보험 용어와 정의 목록입니다*.

외래 케어 (Ambulatory Care) – 외래환자에게 제공되는 의료 서비스. 담당 의사의 진료소나 수술센터에서 행해진 입원을 동반하지 않는 환자 치료는 외래 케어로 간주됩니다; 가정 치료는 포함되지 않습니다.

승인 (Authorization) - 입원과 같은 케어에 대한 승인. 환자가 비 HMO 제공자의 병원에 입원하거나 치료를 받기 전에 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택 패키지 (Benefit Package) – 가입자의 보험 또는 그룹 건강보험플랜으로 보장되는 담당의사 방문, 입원, 처방약과 같은 의료 서비스 세트.

카페테리아 플랜 (Cafeteria Plan) – 일반적으로 두 가지 또는 그 이상의 자격이 있는 혜택 또는 현금 옵션에 대한 선택권을 제공하는 유동적인 혜택 플랜.

균일할당 (Capitation) – 균일할당 시스템에서 의료 서비스 제공자는 담당의사 또는 담당의사 그룹에 할당된 각 가입자에 대해 가입자의 의료 서비스 요청 여부에 관계 없이 정해진 금액을 지급받습니다.

케이스 관리 (Case Management) – 의료 디렉터나 간호사 등과 같은 케이스 관리자들이 수행하는 특정 진단을 받은 환자 또는 고도의 의료 서비스가 필요한 환자에 대한 의료 케어 조정활동.

비상 혜택 (Catastrophic Coverage) – 고액의 디덕터블이 동반되는 제한적인 혜택 플랜이 있는 보장 옵션. 플랜 디자인은 예상하지 못한 고비용의 질병 또는 부상에 대한 보호를 주로 제공하기 위한 것입니다. 이러한 플랜들은 비교적 건강한 젊은 성인들에게 매력적인 상품입니다.

CHIP – 어린이 건강보험 프로그램 (Children's Health Insurance Program, CHIP)은 미국 보건후생부에서 감독하는 프로그램으로 자녀가 있는 저소득 가정에 제공되는 건강보험에 대해 주에 매칭펀드를 제공하는 프로그램입니다. 이 프로그램은 보통 정도의 소득 가정이지만 Medicaid 수혜 자격을 받기에는 소득수준이 너무 높은 가정의 보험이 없는 어린이들의 보장을 위해 설계되었습니다.

만성 치료 관리 (Chronic Care Management) – 당뇨병 및 천식과 같은 만성 증상이 있는 환자들의 건강 상태 개선을 위한 의료 서비스 및 지원서비스 등의 조정. 이러한 프로그램들의 목표는 케어의 품질을 향상하고 비용을 관리하는 것입니다.

COBRA – 통합예산총괄조정법 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA)은 일반적으로 20 명 이상의 정규직 상당 직원을 고용하는 고용주에게 적용됩니다. 실직한 직원들은 일정 기간 동안 고용주가 지원했던 보장을 계속 받을 수 있습니다. 예를 들어, 직원들은 보통 18 개월간 보장을 연장 받을 자격이 주어지나, 만일 사회보장국에서 그들이 장애인이라고 판단하는 경우, 보장은 29 개월까지 연장될 수 있습니다.

공동 보험 (Coinsurance) – 플랜 가입자가 디덕터블이 충족된 후에 의료 서비스를 받고 이에 대해 지불해야 하는 보장 금액 중 환급되는 금액 또는 비율.

소비자 주도 건강보험 (Consumer-Driven Health Plans) – 이 건강보험들은 의료 비용에 대한 소비자들의 인식을 제고하고 의료에 대한 결정을 내릴 때 비용을 고려하는 소비자들에게 인센티브를 제공하기 위한 것입니다. 이 플랜들은 보통 디덕터블이 높으며 의료 서비스를 위한 저축계좌를 동반합니다. 저축계좌에는 건강저축계좌 (Health Savings Accounts, HSAs)와 건강환급계좌 (Health Reimbursement Accounts, HRAs)가 있습니다.

코페이먼트 (Co-payment) – 가입자의 플랜으로 보장되는 의료 서비스를 받은 개인이 지불하는 고정 금액.

비용분담 (Cost-Sharing) – 건강보험 가입자들은 자신들이 받는 케어의 비용 일부를 지불해야 합니다. 이러한 비용의 예로는 코페이먼트, 공동보험 및 연간 디덕터블이 있습니다.

자격 검토 (Credentialing) – 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 병원 또는 관리 케어 기관에서 임상 권한을 받을 자격이 있는지를 결정하는 자격 심사 검토.

현행 절차상 기술 (Current Procedural Technology, CPT) – 미국의료협회 (American Medical Association)가 개발한 코딩 시스템으로 의료 절차들을 분류하기 위해 각 다섯자리 코드를 부여함. 이 시스템은 비용 청구 목적으로 자주 활용됩니다.

디덕터블 (Deductible) – 보험회사에서 의료 서비스에 대해 환급을 시작하기 전에 매년 의료 서비스에 대해 플랜 가입자가 지불해야 하는 금액. 2014 년부터 스몰 그룹 보험플랜에 대한 디덕터블은 각 개인보험당 \$2,000, 가족 보험당 \$4,000 로 제한됩니다.

질병 관리 (Disease Management) – 입원환자와 급성환자의 치료, 예방 케어, 환자 교육 및 외래환자 치료뿐만 아니라 전체 질병 치료 프로세스에 대한 케어의 조정. 본 프로세스는 비용절감과 만성질환을 가진 개인의 삶의 질을 개선하기 위한 것입니다.

이중자격 (Dual Eligibles) – 한 개인이 Medicare 와 일부 Medicaid 혜택 모두의 자격이 있는 것을 설명하는데 사용되는 용어.

전자 건강 기록/전자 의료 기록 (Electronic Health Record/Electronic Medical Records) – 의료, 인구통계학 및 행정 정보를 포함, 전산화된 환자의 건강 기록.

이러한 기록들은 한 기관 내에서 작성, 보관되거나 여러 의료기관 및 시설들 사이에서 공유될 수 있습니다.

직원 지원 프로그램 (Employee Assistance Program, EAP) – 알코올중독, 약물 남용 또는 심리적이거나 가정적인 문제로 고통받는 직원들을 위한 카운슬링 및 기타 다른 지원 형태의 프로그램.

케어 에피소드 (Episode of Care) – 어떤 질병에 대한 치료와 관련된 모든 의료 서비스를 가리킵니다. 급성 질병의 (뇌진탕 또는 골절 등) 경우, 에피소드는 발병에서 완치까지 모든 치료 및 서비스가 포함됩니다. 만성 질병의 (당뇨병) 경우 에피소드는 주어진 기간 동안 받은 모든 서비스와 치료를 가리킵니다. 일부 지불 개혁 제안들에는 진료 시 지불 (Fee-for-Service)을 기준으로 하는 대신 케어 에피소드를 기준으로 지불하는 것이 포함되어 있습니다.

거래소 또는 건강보험 거래소 (Exchange or Health Insurance Exchange) – 건강보험 개혁법은 개인과 고용주들이 건강보험을 구매할 수 있는 건강보험 혜택 거래소 (경쟁적인 보험 거래시장)를 각 주에 설치합니다.

독점 의료 기관 (Exclusive Provider Organization, EPO) – 제휴 의료기관 (Preferred Provider Organization, PPO)의 보다 엄격한 유형으로 가입자들이 지정된 의료기관만을 이용하거나 그렇지 않으면 환급을 포기하도록 합니다. PPOs는 반면 제휴 기관에 대해서는 보다 높은 환급을 제공함으로써 가입자들에게 “제휴” 의료기관을 이용하도록 독려하지만 여전히 비제휴 의료기관에 대해서도 환급을 합니다.

경험 등급 (Experience Rating) – 여러 그룹의 평균 데이터를 사용하는 대신 특정 그룹의 인구통계학적 특성과 경험에 기초해 어떤 그룹의 등급을 조정하여 보험료를 산정하는 방법.

진료 시 지불 (Fee-for-Service) –의사와 병원이 자신들이 제공한 각 서비스에 대해 요금을 받는 전통적인 의료 서비스 비용 지불 방식.

처방약 목록 (Formulary) – 병원 또는 관리 케어 기관에서 환자들을 치료하기 위해 선택한 보험 약품 목록. 처방약 목록 외의 약품은 특정 상황을 제외하고는 사용되지 않습니다.

게이트키퍼 (Gatekeeper) – 환자의 케어를 조정하고 불필요한 서비스를 최소화함으로써 비용을 효과적으로 통제하는 HMO 의사.

그룹 건강보험 (Group Health Plan) – 플랜 후원자, 주로 고용주가 직원들에게 제공하는 건강보험.

건강보험 이전과 책임에 관한 법 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) – 이 법은 개인 건강 정보의 안전과 프라이버시에 대한 기준을 설정합니다. 또한, 이 법은 개인들이 가입 전 건강 상태로 인해 대기기간 연장 없이 이직하는 것을 용이하게 해줍니다.

건강 유지 기관 (Health Maintenance Organization, HMO) – 병원, 의사 및 기타 의료 서비스 제공자들의 네트워크를 통해 보장을 제공하는 건강보험 플랜. HMO 는 보통 모든 의료 서비스의 관리, 조정을 책임지는 주치의를 선정하도록 합니다. 보통 전문의에 대해서 소견서가 요구되며 HMO 는 네트워크 내 서비스 제공자가 제공한 케어에 대해서만 비용을 지불합니다.

건강 환급 계좌 (Health Reimbursement Account, HRA) – 적격의 건강 비용 지출에 사용할 수 있는 세금 감면 계좌. HRA 는 보통 디덕터블이 높은 건강보험과 함께 사용되며 고용주의 기여금으로만 자금이 충당됩니다.

건강 저축 계좌 (Health Savings Account, HSA) – 적격의 의료 비용 지출에 사용할 수 있는 세금 감면 저축 계좌. 개인들은 대부분의 금융기관으로부터 또는 고용주를 통해 HSA 를 취득할 수 있습니다. 고용주와 직원 모두 플랜에 참여할 수 있습니다. HSA 개설을 위해서, 개인은 HSA 자격이 되는 고액 디덕터블의 건강보험, 개인의 경우 최소 \$1,200, 가족의 경우 \$2,400 디덕터블을 가진 보험을 보유하고 있어야 합니다.

고액 디덕터블 건강보험 플랜 (High-Deductible Health Plan) – 이러한 건강보험 플랜들은 기존의 보험 플랜보다 높은 고액의 디덕터블과 낮은 보험료를 가지고 있습니다.

독립 의사 연합 (Independent Practice Association, IPA) – 다른 HMO 들뿐만 아니라 다른 보험 플랜들의 가입자들에게 보통 환자 당 고정 비용으로 서비스를 제공하는 계약 하에 있는 의사 및 기타 의료 서비스 제공자들의 독립 그룹.

개인 의무사항 (Individual Mandate) – 2014 년부터 대부분의 개인들이 건강보험을 취득해야 하고 그렇지 않을 경우 벌금을 내도록 하는 요건. 매사추세츠주는 모든 성인이 건강보험에 가입하도록 하는 개인 의무사항을 처음으로 의무화한 주입니다.

비용 제한 혜택표 (Limited Fee Schedule) – 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자들에 대한 환급의 기준으로 사용되는 포괄적인 비용 목록.

장기 치료 (Long-Term Care) – 가정 건강 및 개인 치료뿐 아니라 양로원과 같은 기관에서 제공되는 서비스와 같이 어떤 개인이 커뮤니티에서 독립적으로 생활하는데 필요한 서비스. 이들 중 많은 서비스들은 Medicare 또는 민간 보험에 의해 보장되지 않습니다. (위의 커뮤니티 생활 지원 서비스 및 지원 프로그램을 참조하십시오.)

매니지드 케어 (Managed Care) – 건강보험 혜택 제공 비용을 절감하고 케어의 품질 개선을 목적으로 하는 의료 서비스 제공 시스템. 주로 주치의들이 환자들이 받는 케어를 관리하도록 합니다.

의무 혜택 (Mandatory Benefits) – 건강보험이 특정 혜택, 치료 또는 서비스에 대한 보장을 제공하도록 하는 주 또는 연방정부가 요구하는 필수조건.

Medicaid – 의료 및 건강 관련 서비스를 특정 저소득 미국 국민들에게 제공하는 연방 및 주에서 자금을 제공하는 프로그램.

Medicare – 65 세 이상의 노인과 65 세 미만이면서 영구히 물리적으로 장애를 입은 사람 또는 선천적인 물리적 장애가 있는 사람, 또는 말기 신부전증과 같은 특별 기준을 충족하는 사람에게 건강보험 보장을 제공하는 연방 프로그램. 자격이 되는 개인은 병원 서비스 (Medicare 파트 A), 의사가 제공하는 의료 서비스 (Medicare 파트 B), 처방약 (Medicare 파트 D)에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage – Medicare 파트 C 라고도 하는 Medicare Advantage 프로그램은 Medicare 수혜자들이 민간 보험 플랜을 통해 Medicare 혜택을 받을 수 있도록 합니다.

Medicare 파트 A – 병원, 확장 치료 시설, 호스피스 등에서 발생한 비용을 보장하는 Medicare 부분.

Medicare 파트 B – 의사의 서비스와 파트 A 에서 보장되지 않은 다른 유형의 케어를 보장하는 Medicare 부분.

가입자 (Member) – 매니지드 헬스케어 플랜에 가입하고 이의 보장을 받는 개인 또는 부양가족.

공개 등록 (Open Enrollment)- 보험 가입이 된 고용주의 직원들이 플랜에 가입할 수 있는 기간.

본인부담금 (Out-of-Pocket Costs) – 디덕터블, 코페이먼트 및 공동보험과 같이 보험으로 보장되지 않는 의료 비용. 본인부담금은 보험금 비용을 포함하지 않습니다.

연간 최대 본인부담금 – 개인들이 보험금을 제외하고 의료 비용에 대해 지불해야 하는 본인 부담금의 연간 한도.

제휴 서비스 제공자 (Participating Provider) – 유나이티드 헬스케어와 서비스, 치료 및/또는 보장 서비스 공급을 제공하기로 서면 계약을 체결한 병원, 의사, 시설 또는 기타 의료 서비스 제공자.

환자 중심 의료 시설 (Patient Centered Medical Home) – 환자들이 포괄적인 일차 케어 서비스를 받고 케어를 지시 및 조정해 주는 주치의와 지속적인 관계를 유지하며 비용급 케어 이용이 용이한 의료 케어 환경을 정의하는 용어.

환자 보호 및 저렴한 의료법 (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) – “의료 개혁법”이라고도 칭하는 이 법은 2010 년 3 월 23 일자로 효력이 발생되며 규정들의 이행을 시작합니다. 본 법은 보다 많은 미국인들이 의료 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위한 것이며 상업 보험 시장, Medicare, Medicaid 에 영향을 주는 많은 변화가 포함되어 있습니다.

성과에 대한 지불 (Pay for Performance) – 의료 서비스 제공자가 품질 및 비용 기준을 충족 또는 초과하는 경우 인센티브를 지급받는 지불 시스템. 일부 시스템은 또한 설정된 기준을 충족하지 못하는 제공자들에게 벌칙을 줍니다. 성과에 대한 지불 프로그램의 목표는 시간이 흐르면서 케어의 품질을 개선하기 위한 것입니다.

가입 전 건강상태 (Pre-existing Condition) – 어떤 개인이 새로운 플랜으로 보장받게 되기 전 특정 기간 이내에 진단 또는 치료받은 질병 또는 의료적 상태.

제휴 서비스 제공자 (Preferred Provider Organization, PPO) – 서비스 제공자 네트워크를 통해 의료 보장을 제공하는 매니지드 케어 기관의 유형. 플랜 가입자들은 네트워크 외 제공자로부터 케어를 받을 경우 보다 높은 비용을 지불합니다.

보험료 (Premium) – 건강보험을 위해 주로 월납입액으로 지불하는 금액. 보험료 비용은 고용주 또는 정부 구매자 및 개인이 나누어 분담할 수 있습니다.

예방 케어 서비스 (Preventive Care Service) – 질병의 조기 발견과 치료를 강조하는 건강 치료.

주치의 (Primary Care Provider) – 의료 서비스 제공자, 주로 의사로 환자에 대해 일차적 치료 및 기타 필요한 의료 서비스를 조정하는 내과, 가정의 또는 소아과 전문의사.

적격의 건강보험 (Qualified Health Plan) – 건강보험 거래소를 통해 판매된 보험 플랜은 건강보험 개혁법하에서 혜택의 최소 기준을 (예: 필수 건강보험 혜택) 충족함을 인증 받아야 합니다.

요율 검토 (Rate Review) – 건강보험 플랜이 제안한 보험료 및 보험료 인상에 대한 보험 감독관의 검토. 요율이 보험금 청구를 지불하기에 충분한지, 의료비용 청구와 제공된 혜택에 비해 비합리적으로 높지 않은지, 차별적으로 적용되지 않았는지 확인하기 위해 요율을 검토합니다.

임시 간호 (Respite Care) – 환자의 가정에서 주 간병인, 주로 가족에게 힘든 일로부터 잠시 휴식을 주기 위해 제공되는 임시 간호.

Section 125 플랜 (Section 125 Plan) – 이 플랜들은 “카페테리아 플랜”으로 알려져 있으며 내국세법 125 조에 따라 제공됩니다. 이 명칭은 사람들이 카페테리아에 있는 음식 중에서 고를 수 있는 것과 유사하게 여러 가지 유형의 혜택 중에서 직원이 선택할 수 있도록 하는 혜택 세트 플랜에서 유래했으며, 직원의 세전 기여금은 연방, 주 또는 사회보장 세금의 대상이 아닙니다.

전문 간호 시설 (Skilled nursing facility, SNF) – 전문 간호가 필요한 사람들을 위해 입원 서비스를 제공하는 병원의 일부 또는 개별 양로원 시설.

손실 방지 보험 (Stop-loss Insurance) – 플랜, 플랜 스폰서 또는 의료 그룹/IPA 에 특정 한도를 초과하는 손실에 대해 환급해 주는 보험. 한도는 보통 예상 보험 청구 금액 또는 특정 달러 금액에 대한 비율로 표시됩니다.

세액 공제 (Tax Credit) – 개인 또는 기업이 납부해야 하는 소득세에서 공제할 수 있는 금액. 세액 공제가 환급 가능한 경우, 정부는 납세자들에게 공제액이 이들이 납부해야 하는 세액보다 큰 경우 차액에 대해 지불합니다.

소득공제 (Tax Deduction) – 납부해야 할 세액을 계산할 때 조정된 총 소득액에서 뺄 수 있는 금액. 일반적으로 공제항목을 세분화하여 작성하는 경우 건강보험료를 포함 자신들의 조정된 총 소득의 7.5%를 초과하는 의료 비용의 일부를 공제할 수 있습니다.

3 차 치료 (Tertiary Care) – 고도로 전문화된 의료 센터에서 고비용의 서비스를 필요로 하는 질병 또는 증상을 다루는 입원환자 케어.

제 3 관리자 (Third-party Administrator, TPA) – 보험료 회계, 보험금 청구 검토 및 지불, 보험금 청구 이용 평가, 직원 적격 기록 유지, 대형 보험금 청구에 대한 손실 방지 보험을 제공하는 보험업체와의 협상 등을 포함, 그룹 혜택 플랜에 특정 행정 서비스를 제공하는 개인 또는 기관.

환자 분류 (Triage) - 전장에서 기원한 용어로 환자분류는 환자 상태의 시급성 및 심각성을 평가하여 여러 환자 중 우선순위 목록을 작성하는 것입니다.

일반, 통상, 합리적 비용 (Usual, Customary, and Reasonable, UCR) – 과거의 비용 패턴에 기초한 최대 환급금으로 때로 U&C 로 칭하기도 합니다.

이용 평가 (Utilization Review) – 일부 보험업체와 고용주들이 최근 사용하는 비용 통제 방법으로 의료 케어를 적절성, 필요성, 품질에 대해 평가하는 것입니다. 병원 평가를 위해서는 입원 전 인증, 퇴원, 계획 및 소급 평가 등의 동반 평가가 포함될 수 있습니다.

가치 구매 (Value-Based Purchasing) – 병원과 다른 의료 서비스 제공자들에게 그들의 품질 대비 성과에 기초해 보너스를 제공하는 지급 개혁.

복지 플랜/프로그램 (Wellness Plan/Program) – 건강 개선 및 질병 예방을 돕기 위한 고용주 프로그램. 이러한 프로그램의 목표로는 건강 케어 비용 절감, 직원들의 건강과 생산성 유지 및 향상, 질병으로 인한 잦은 결근 감소 등이 포함됩니다.

* 이 정의들은 정보용 목적으로만 제공됩니다. 용어/정의가 다른 경우, 귀하의 플랜 문서가 항상 우선합니다.