

의료개혁의 세계적 동향과 쟁점: 아시아 국가를 중심으로

- 대만, 싱가포르, 일본, 한국의 비교 -

한국보건사회연구원

최 병 호

■ 사회경제적 여건

구 분		대 만	싱 가 폴	일 본	한 국	
특 징		사회보험: 통합방식	MSA 방식	사회보험: 조합방식	사회보험: 통합방식	
인 구 · 사 회	인구규모(천명)	2002	22,627	4,188	127,538	47,640
	인구밀도(km ² 당)	1999	611	6300	335	469
	노령화(%) (65세 이상 인구)	2000	8.6	7.2	17.2	7.2
	평균수명(세)	2000	남 72.6 여 78.3	78.0 (남 76 여 80)	81.5 (남 77.2 여 84)	75.9 (남 72.1 여 79.5)
	합계출산율(명)	2000	1.38 (2000)	1.45	1.33	1.47 ('00)
	조사망률(천명당)	2000	5.7	4.4 ('01)	7.6	5.2
	영아사망률 (출생 1,000명당)	2000	5.86	2.5	3.4	7.7 ('96)
경 제	GDP(10억 달러)	2001	282.2	85.6	4,141.4	422.2
	1인당 소득(\$)	2001	12,941	21,008	33,061	8,900
	경제성장율(%)	2000 →2001	5.9 → -2.2	10.3 → -2.0	2.4 → -0.6	9.3→3.0
	수출/GDP(%)	2001	43.69	148.59(2000)	10.09(2000)	35.63
	대출금리	2001	3.69 (콜금리)	5.66	1.97	7.71
	소비자물가상승율(%)	'98-'01	0.73 ('98-00)	0.80	-0.55	2.4

■ 의료시장 여건: 인력

	대만	싱가폴	일본	한국
보건의료비 대 GDP(%), 2000	5.44	3.0	7.3	5.9
공공	3.48 (사회보험 3.02, 정부 0.46)	0.8	5.7	2.4
민간	1.96	2.2	1.6	3.0
의사수	24,790 ('96)	5,395 ('00)	248,611 ('98)	57,939 ('01)
만명당 의사수	11.5 (치과, 한의 포함 16.3)	13.4 ('00) (치과의사 포함 15.8)	19.7	12.2 (치과, 한의 포함 17.5)
약사	12,169 ('96) (Assisted pharmacist 7,498)	876 ('00)	205,953 ('98)	29,635
인구만명당	5.65	2.2	16.3	6.26
치과의사	7,254 ('96)	948 ('00)	88,061 ('98)	15,425
인구만명당	3.37	2.36	6.96	3.26
간호사	61,494 ('96)	13,093 ('00)	985,821 ('98)	153,665
인구만명당	28.57	32.6	77.9	32.46

■ 의료시장 여건: 시설

	대만	싱가폴	일본 ('99)	한국 ('01)
의료기관수	<p>총 18,116 ('01) 병원 578, 의원 9,319, 한방병원 45, 한의원 2,551, 치과 5,623 건보계약기관 16,558(91%) 병원 565(97%) 의원 8,256(88%) 치과 5,468(97%) 한방병원 44(97%) 한의원 2,225(87%) 약국 41%('96)</p> <p>병원 : 공공 95, 민간 503 의원: 공공 424, 민간 15,536 (건강보험계약기관)</p>	<p>공공 병원 8개, Polyclinics 16개 특수센터 6개 심장, 암, 신경 (입원, 외래) 눈, 피부, 치과 (외래)</p> <p>민간 병원 13개 의원 1,900개</p> <p>노인요양 Nursing home 24(공), 26(사) Day rehabilitation center 23 Dementia Day Care Center 5 Home Med. service 6(VWO) Home Nursing service 7(VWO) Home help service 6(VWO)</p>	<p>병원 9,286 일반의원 91,500 치과의원 62,484</p> <p>급성기병원 만성기병원 (노인병원, 요양형병상) 의원 중간시설(노인 보건시설) 복지시설 (특별양호노인홈, 케어하우스 등)</p> <p>요양시설 5천여개</p>	<p>종합병원 278 병원 1194 일반병원 706 치과병원 71 한방병원 139 의원 21,340 치과의원 10,790 한의원 7,558 보건기관 3,403 약국 18,372</p> <p>병원급 중 국공립 6.9%</p>
병상	<p>천명당 4.25 (보험기준) 보험병상 92,000 급성 104,683 (기준 67%) 만성 14,047 (기준 97%) 총병상 104,111 ('96) (4인실 기준병상 67,951) (차액 병상 23,288)</p>	<p>천명당 3.6 (급성 20, 장기 1.0) 병상수 11,798 (공공 80%) 공공 9,556, 민간 2,242 (급성공공 80%, 요양공공 83%) 공공병원이 입원의 78% (민간병원이 22% 차지)</p>	<p>천명당 14.77 병원병상 13.0 의원병상 1.77</p> <p>병상수 1,872,518</p> <p>일반병상 16.4 요양병상 1.7</p>	<p>천명당 6.6 천명당 5.6 ('00) 일반병상 4.9 요양병상 0.067</p> <p>병상수 311,967 병원 222,513 의원 88,668 보건기관 671</p>
의료전달체계	-	<p>1차: 민간개원의(80%), 공공 polyclinics(16개, 20%) 2, 3차: 전문의(사립, 국립병원)</p>	-	<p>1차: 의원급과 병원 2차: 종합전문 요양기관</p>

■ 건강보험제도

▶ 특징

대만	싱가폴	일본	한국
정부 통제 시스템 민간의료자원 주도 Referral system 부재 (의료공급자 선택의 자유) 병원 서비스 평가(매3년) 병원 외래부문 방대 정부 운영의 단일보험자방식(1995. 3): 12개 보험을 통합하고 자영자(41%) 확대 총액예산제하의 행위별수가제 : 치과(1998), 한방(1999), 의원(2001), 병원(2002. 7)	사회보장에 대한 저축방식(노후소득, 의료, 주택, 교육, 자산증식 등 종합적 사회보장 적립방식) 개인·가족의 책임 강조 MSA 방식 Medisave(1984) : 입원, 고가외래 Medishield(1990) : 중증, 만성질환 Medifund(1993) : 빈곤층 의료 Eldershield (2002) : 노인요양	유럽식 조합방식 + 일본 특수성 조화 1927년 도입, 1961년 전국민보험 1974년 의약분업 1982년 노인보건제도 2000. 4 장기요양보험 (노인복지제도와 노인보건제도의 통합) 민간자원 상대적 비중 큼 행위별수가제	사회보험 단일보험자 방식 1977 도입, 1989 전국민보험 2000. 7 통합보험, 의약분업(조직 통합, 재정 직장·지역 분리) 민간의료자원 주도 Referral system 취약 (의료공급자 선택의 자유) 요양기관 외래부문 방대 상대가치행위수가제 (2001) DRG (선택적 적용, 2001)

▶ 적용인구 (가입)

대만	싱가폴	일본	한국
전국민의 96.25% 납부 (2001) 1군: 공무원, 교원, 피용자, 고용주, 고소득자영자, 전문직(52.9%) 2군: 자영자(직종별 협회 회원), 선원(17.4%) 3군: 농어민(15.4%) 4군: 군인(0.4%) 5군: 저소득자(0.7%) 6군: 퇴역군인, 군인유가족, 기타(13.2%) 부양율 : 평균 0.77 (각군 별로 0.82, 0.79, 0.57, 1.1, 0.0, 0.0) (*부양율 0인 가입자가 66%)	Medisave 강제가입 271만 계좌 Medishield 는 자발적 가입 190만 계좌 (Medishield and Plus) 민간의료보험 40만 계좌 Medifund 9.1만 신청 (99.5% 승인) Eldershield - 40~69세 가입	피용자보험 62.9% 조합관장(대기업) 25.4% 정부관장(중소기업, 비정규) 29.5% 공무원, 교원 공제조합 8.0% 지역보험 36.9% 시정촌: 자영자, 농민, 퇴직자 국보조합: 의사, 약사, 이미용업 등 선원보험 0.2% 피부양율 : 직장 0.99, 공교 1.23 노인보건제도(70+, 65+와상·장애노인) 11.5% (전체보험가입자 대비) 장기요양보험 1호 : 65 + / 2호 : 40~64세	전인구 적용 건강보험: 96.86% - 직장: 38.64% - 공교: 9.74% - 지역: 48.48% 의료급여: 3.14% 피부양률 평균 1.84 직장: 1.84 공교: 2.38 지역: 1.71

■ 재원조달

대만 (1US\$=35T\$)	싱가폴 (1US\$=1.85S\$)	일본	한국
보험료 (30개 표준소득등급) 15,840T\$ ~60,800T\$ (최고-최저 3.8배) 가입자보험료 = 소득×4.25%×본인분담율×(1+피부양자수) (피부양자는 최대 5인) 고용주보험료 = 소득×4.25%×고용주분담율×0.77(피부양율 평균) 보험료배분비율(%) : 고용주 32, 피부양자 40, 정부 28 정부분담율: 저소득, 원호대상자 100% 원호대상자가족, 농어민 70% 공무원 60% 교원 30% 지역주민 40% 피용자 10% 사용자분담율 교원 30% 피용자, 군인 60% * 보험료인상은 정부가 결정	Medisave : (세금면제) 35세이하 6%(360\$ 상한) 35-44 7%(420\$ 상한) 45-60 8%(480\$ 상한) 61+ 8.5% Medishield 12\$(30세이하)~240\$(75세) (Medisave에서 인출. 단, 연간한도 660\$) Medishield Plus Plan A 36\$ ~ 720\$ Medishield Plus Plan B 60\$ ~ 1,200\$ Medifund 건강기부금(8억불) 이자수입으로 운영, 투자수입은 국립병원에 배분 Eldershield 여성 187불, 남성 146불(Medisave에서 인출 가능) 참고) CPF (2001) 55세이하 36% (노 20%, 사 16%) 56-60세 18.5%(노 12.5%, 사 6%) 61-65세 11%(노 7.5%, 사 3.5%) 66세+ 8.5%(노 5%, 사 3.5%) 자영자 6-8% (인출시기 55세, 보건의료, 주택자금, 2001년부터 자산증식에 사용)	피용자보험 조합관장: 평균 8.4% (노사 1/2) 국고: 급여비의 13% (노인보건분담금의 16.4%) 정부관장: 8.4% + 특별 1% 국고: 정액보조 국가공무원 평균 7.8% 지방공무원 평균 8.6% 사립교원 평균 8.5% 지역보험 응능(소득, 재산) + 용익(세대원) 국고: 시정촌 급여비의 50% 국보조합 급여비의 32-52% 노인보건제도 (재원분담율) 보험자 70, 중앙 20, 도 5, 시군구 5 재정조정사업 퇴직자의료재정조정 고액의료비공동사업 적자조합재정조정 장기요양보험 1호 : 5등급 정액제, 연금원천징수 2호 : 직장 보수의 0.76% 지역 소득,재산,균등할 재원구성 : 1호 17%, 2호 33% 정부지원 50% (중앙 25, 도 12.5, 시군구 12.5)	직장보험: 보험료율 3.63% (사용주 50%, 근로자 50%) 근로자 본인보험료 월 53,260원 공교 본인보험료 월 77,345원 지역보험: 가입자 약 55% 국고 40%, 담배부담금 5% (지역재정의 10%에 해당하는 담배부담금은 직장, 지역의 노인의료비에 배분) 세대당 본인보험료 월 60,986원 * 보험료결정은 건강보험정책심의위원회에서 의결

■ 급여

대만	싱가폴	일본	한국
<p>외래이용율 14.8 (1인당 연간)</p> <p>입원회수 12.66 (100명당)</p> <p>외래 본인부담(US\$): Teaching Hosp. 6.0 Reginal Hosp. 4.0 District Hosp. 1.5 Clinic 1.5 (* 응급은 각각 12, 6, 4.5, 4.5; 치과, 한방은 모두 1.5)</p> <p>입원 본인부담(US\$) 30일 이내 10%, 31-60일 20%, 61일 이상 30% (만성병실: 30일 이내 5%, 31-90일 10%, 91-180일 20%, 181+ 30%)</p> <p>약제비 본인부담(US\$): 3불 이하 무료 3~29불 → 0.6~6불 (상한 6불)</p> <p>검사료 본인부담: 3불 이하 무료 3~43불 → 0.6~8.6불 (상한 8.6불)</p> <p>본인부담 상한제 입원당 686 US\$ 연간누적 1,143 US\$ (급성 30일 이내, 만성 180일 이내)</p> <p>본인부담 면제 중증질환(31개), 분만, 예방, 도서산간지역, 저소득자, 퇴역군인</p> <p>* 외래 본인부담 요인별 비중(%): 비급여(54.5), 보충급여차액(15.9), 비계약기관진료(10.3), 건강보험증미지참(4.5), 미가입(3.4), 본인부담 간호(1.1), 기타(10.3) (1996)</p>	<p>입원회수 9.33 (100명당) 공공 7.7 민간 1.63</p> <p>Medisave: 급성치료(입원, 외과수술, 정신질환), 요양, 호스피스, 간병, 고가의외래 (인출상한: 입원일당 300불, 외래수술 150불, 수술 난이도에 따라 150-5000불, 정신질환 150-3500불, 지역병원 일당 150불 연간 3000불, 요양병원 일당 50불 연간 3000불, 호스피스 일당 125불, Day care 일당 20불 연간 1500불)</p> <p>Medisave 적용제외 병원에 8시간 이하 재원 산전산후 진찰, 4번째 아이, 보장구</p> <p>Medishield: 중증, 장기질환 (입원, 외과수술, 고가의외래) Deductible(Class C 는 500불, 그 이상은 1000불) + 본인일부부담(20%) (→Medisave에서 인출 가능) (인출상한: 숙박 일당 150불, 수술 120-900불)</p> <p>Medifund 'Hospital Medifund 위원회'에서 대상자 심사 및 지원금 결정 Class B2/C 로 제한, 지정병원</p> <p>Eldershield ADL 6개중 3개 장애노인 월 300불(현금), 60개월 한도</p>	<p>외래이용율 16 (1인당 연간, '96)</p> <p>피용자 본인 20% 부담 가족 입원 20%, 외래 30% 부담 외래약제 6세미만 면제 내복/외용약, 약종류수에 따라 차등정액부담</p> <p>지역보험 자영자·농민: 본인, 가족 30% 퇴직자: 본인 20% 가족 입원 20%, 외래 30% 외래약제: 피용자와 동일</p> <p>고액진료비 본인부담상한 기준 저소득자 35,400엔 일반 63,600엔+(진료비-318,000)×1% 고소득자 121,800엔 + (진료비 - 609,000) ×1%</p> <p>장기고액환자 본인부담상한 기준 혈우병, 만성신부전 등 월 1만엔 입원시 식대 1일 780엔 저소득자 1일 650엔(90일까지), 90일 초과시 500엔</p> <p>방문간호비: 본인 20%, 가족 30% 자영자, 농민: 본인, 가족 30%</p> <p>노인보건 외래, 입원 10%, 부담상한제도</p> <p>장기요양보험 등급별 정액수가의 10% 본인부담 (정액수가 초과진료비, 식비, 일상생활비, 비급여는 전액본인부담)</p>	<p>외래 이용율 12.2 (1인당 연간)</p> <p>입원회수 10.1 (100명당) 조제건수 5.4 (1인당 연간)</p> <p>외래본인부담 의원: 15,000원 이하 정액 3,000원 초과시 총진료비의 30% 정률 병원: 총진료비의 40% 종합병원: 총진료비의 55% 종합전문요양기관: 진찰료전액 + 진찰료를 제외한 진료비의 55% 약국: 10,000원 이하 정액 1,500원 초과시 총진료비의 30% 정률</p> <p>입원본인부담: 20%</p> <p>* 11개 희귀질환자 본인부담 경감 * 65세이상 노인은 의원급과 약국에서 본인부담 경감 * 고액진료비 본인부담보상금제도: 30일간 본인부담이 120만원인 경우 120만원이상 금액에 대하여 50%보상함.</p>

■ 지불보상제도

대만	싱가폴	일본	한국
<p>총액예산제하의 행위별수가제 - 50개 DRG - capitation payment (도서산간)</p> <p>총액예산=개인당 평균의료비×성장율(1+협상불가능요소+협상가능요소)×가입자수 (분기별 정산)</p> <p>총액예산배분 1단계: 부문별 배분(병원, 의원, 한방, 치과, 기타) 2단계: 부문내 세부분 배분(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술, 만성질환, 소외지역) 3단계: 외래비용의 6개 권역별 배분(Risk-adjusted capitation)</p> <p>* 병원예산은 지역별배분 안함.(급성·중증질환 비용, 약제비, 외래·입원비율, 행위수가·포괄수가 범위, 질 근거지불 배분)</p> <p>의료의 질 환자의 평가(Report card information) 과정/성과/효과성 지표 예방과 질병관리에 대한 인센티브</p> <p>요양기관계약제 (91%, 2001) 병원 97%, 의원 88%, 치과 97%, 한방병원 97%, 한방의원 87%, 약국 41%('96)</p>	<p>667개 AN-DRGs 공공병원에 대한 일당 수가에 대한 보조금 결정 메카니즘으로 도입되었으나, 전체병원에 대한 DRG 수가에 대한 보조금 책정의 근거 질 통제 위해 clinical guideline and pathway</p> <p>병상 수준에 따른 정부보조율 Class A 0% Class B1 20% Class B2+ 50% Class B2 65% Class C 80%</p> <p>공공 polyclinics 서비스비용의 50% 정부지원 외과수술 65%</p> <p>요양·재택의료 보조금(VWO(Voluntary Welfare Organization) 가정의료, 신장투석, 재활센터, 정신치료, 양육시설, 말기환자요양시설, 요양소 및 공공병원 운용재원의 50% 지원, 자본비용의 90% 지원</p>	<p>행위점수단가방식 행위 6천종, 약제 11300종 점당 단가 10엔을 기초로 점수 개정 행위점수: 보건노동부장관이 중앙사회의료협회의 의 자문을 받아 결정 약가: 2000년부터 시장실세가격가중평균치 조정폭방식</p> <p>장기요양보험 수급자 5등급 분류; 등급별 정액 재가서비스: 가정봉사원서비스, day care, short-stay service, 방문간호, 목욕, 의사방문진료 시설 복지시설(특별양호노인홈) 보건의료시설(노인보건의료시설) 의료시설(일반병원내 요양형병상, 노인성치매요양병동)</p> <p>의료공급자지정 개인지정 + 기관지정 방식</p> <p>보험의료기관의 종류 1) 보험의료기관(병원, 의원, 약국) 2) 사업주 자정 병원, 의원, 약국 3) 조합직영 병원, 의원, 약국</p>	<p>상대가치점수에 따른 행위별 수가제(2001년) - 공단과 요양기관대표간 계약, 계약 실패시 건강보험정책심의위원회에서 의결</p> <p>DRG (2001) 63개 K-DRG 시행 선택적 적용 (1800개 기관)</p> <p>의료급여제도의 정신과진료는 정액제</p> <p>요양기관 강제지정제</p>

주)협상불가능요소 : 성·연령구조, 의료비용지수(①인건비는 임금지수, ②약제비 및 기기비용은 도매가격지수(WPI), ③기타비용은 소매가격지수(CPI))

협상가능요소 : 급여범위 혹은 수가항목의 변화, 의료의 질 변화, 건강상태 변화, 의료이용 및 intensity 변화, 가입자의 지불의사(willingness to pay)

■ 재정상황 및 재정안정대책

대만	싱가폴 (2000)	일본 (2000)	한국
1995. 3~2001. 12 간 지출증가율 연 6.26% 수입증가율 연 4.26% (1998년 당기적자 시현) 2001 적자/지출 = 5.34% 총액예산 증가율 2002 병원 3.72%(상), 4.0%(하) 의원 3.72% 치과 2.50% 한방 2.00% 총액예산 종별 배분 2002 병원 65.27% 의원 22.16% 치과 8.07% 한방 4.50% 지출구성 (2001) 외래 67%, 입원 33%	Medisave 인출규모 3.46억불('99) → 3.91억불('00) Medisave 계좌당 평균잔고 8,300불 Medishield and Plus 청구금 0.599 억불 Medifund 지원금 0.127억불 정부 보조금 병원(Restructured hospitals and polyclinics) 보조금 6.93억불 VWO 보조금 0.4억불 정부는 ElderCare Fund 설립(2000. 4) 저소득중산층의 step-down care 이자수입으로 지역병원, 호스피스, 간병시설, 재활, 가정간호에 지원 (기금규모 : 2000년 5억불 → 2010년 25억불)	피용자보험 정부관장 1545억엔 적자(2.1%) 조합관장 7할(1240개조합) 적자 적자규모 1992억엔('99) 지출대비 3.3% 지역보험 ('99) 후자 3012억엔 (지출대비 3.2%) (후자 3312개조합, 적자 99개조합) 1999년 진료비구성(% 건당) 입원 27.6, 진찰 16.3, 투약 15.9, 검사 10.4, 처치 7.7, 주사 6.1, 수술 5.5, 화상진단 4.7, 재택요양 3.5, 이학요법 1.3, 마취 0.9, 정신요법 0.8, 방사선치료 0.2 개호 : 4조엔 (건보: 30조엔→28조엔) 노인의료비 의료와 요양 서비스의 연계조정 약가실거래가 파악 약가산정조직 설치(2000. 10) 진료보수 병원에서 외래 의뢰 평가 수술료의 난이도 반영한 개선 일반병동 3개월이상 입원노인의 입원료(검사, 투약 포함) 평가	1995-2000년간 지출증가율 연 16.02% 수입증가율 연 11.69% 보험료 연 14.96% 국고 연 15.50% 2001년 증가율 지출: 32.17% 수입: 20.82% 보험료: 22.51% 국고: 69.05% 2001년 당기적자: 2조3190억원 직장 1조8580억원 지역 4610억원 2001년 적자/지출비율=16.44% 2001년 요양기관 종별 지출비중 - 종합전문: 12.48% - 종합병원: 11.63% - 병원: 6.16% - 의원: 42.65% - 보건기관: 0.74% - 약국: 26.34% 외래:입원 = 72.70% : 27.30%

■ 관리운영체계

대만	싱가폴	일본	한국
<p>보건부 장관 단일보험자(중앙건강 보험국) 6개 권역별 운영 : 정수, 지불, 심사, 요양기관계약 (22개 출장소) 인력: 1,762('96), 본부 340, 지부 1,422 임시직 1,894 1인 1 보험카드 (IC 카드) 정수를 가입자단체(약 45만개)에 위탁(eg. 사업장, 농수협, 직종단체, 일선행정기관, 원호처) 보험자와 의료공급자간 전국적 전산망 구축(자격, 환자기록, 청구, 심사 등이 전산매체로 이루어짐)</p> <p>총액예산 절차 1) 보건부: 6월이전에 총액예산 범위 작성 → 출리 보고 2) NHII Health Care Cost Arbitration Committee : 총액, 증가율, 배분 formular 협상 (3개월 전) 3) 시한내에 계약체결되면 결정 4) 계약 실패시, 보건부에 회송 5) 보건부에서 결정 6) BNHII(건강보험청) : 보험료 산정, 지역별 예산 배정 7) 총액예산위원회 : : 수가의 상대가치 책정 (의협, 치협, 한의협)</p>	<p>보건부 장관 CPF Board 대통령직속 (독립성) 의장, 부의장 사용자대표 2, 근로자대표 2 정부대표 2, 전문가 4 (노동부 장관이 임명)</p> <p>CPF 저축은 시중금리 적용 (최소 연 2.5% 보장)</p> <p>의료저축계좌 인출 과정 의료기관 이용시 CPF 저축계좌 사용 혹은 본인부담을 선택 → 의료비는 저축계좌에서 자동인출되고, CPF에서 환자에게 인출금액 및 잔고, 진료내역을 통보</p> <p>CPF 저축은 55세부터 인출가능 단, 최소금액은 유지; 부족분은 가족이 보충 가능</p>	<p>보건노동부 장관 사회보험심의회(2001) : 연금, 의료보험, 복지 등 8개 심의회 통합 중앙사회보험의료협의회 (사회보험진료보수심의) 사회보험진료보수지불기 금(도지부) 1) 진료비심사지불 2) 노인보건제도, 퇴직자의료제도의 각출금 징수 및 교부</p> <p>지역보험의 심사지불은 각 도의 국민건강보험단체연합 회에서 담당</p> <p>피용자 조합관장 1780개 조합 정부관장 : 사회보험청 - 지방사회보험 사무국(8개)- 사회보험사무소(265 개) 국가공무원 24개 조합 지방공무원 54개 조합 사립교직원 1사업단</p> <p>지역보험 자영자, 농민 퇴직자: 3,245개시정촌</p> <p>166개 국보조합 장기요양보험 보험자 : 시군구 조합에 근거한 통합재정방식 조합에서 보험료 징수하여 사회보험진료보수지불 기금에 납입 다시 시군구에 인구·소득수준 고려하여 교부</p>	<p>보건복지부 장관 국민건강보험공단, 심사평가원 국민건강보험공단 - 관리조직은 통합, 재정은 직장과 지역으로 구분 국민건강보험공단 조직 - 6개의 지역본부 - 223개의 지사와 12개 출장소</p> <p>인력 공단 11,413명(2001년 5월기준) 심사평가원 1,163 (2002)+ 계약직 300</p>

■ 향후 발전방향

대만	싱가폴	일본	한국
<p>IC 카드 추진 2002. 7월 시작, 2003년말까지 전면 시행 종이카드, 유아건강기록부, 증증질환자증명서, 산전진찰기록부 통합 (개인기본정보, 진보정보, 의료정보, 보건행정정보 등 4종) 지불제도 개혁 총액예산제 개선 DRG 범위 확대, 상대가치합리화 Capitation RBRVS 도입 의료 질(outcome)에 근거한 지불보상 Fee-for-service → Fee-for-outcome (암, 당뇨, 천식, 결핵) 본인부담금 인상</p>	<p>CPF 목표보험료율 55세이하 36→40% 56-60세 18.5→20% 61-65세 11→11.5% 66세+ 8.5→9%</p>	<p>본인부담율 일원화 30% (75세이상은 10%) 고액진료비본인부담한도: 22→25% 보험료부과 : 총보수제 고액진료비공동사업 확대 노인기준 70세→75세(5년간 단계적) 노인의료/장기요양 노인의료비증가율 관리제도 도입 본인부담율 10% → 고소득자, 70~75세미만자 20% 로 상향조정 국고부담 : 30%를 50%로 (5년간)</p>	<p>상대가치 전면 개편 진료비총액관리제도 도입 의사업무량과 진료비용 분리 DRG 전국 적용 총액예산제 도입 검토 비급여행위의 급여화(90/100, 95/100) 본인부담구조조정 소액진료비 본인부담 강화 고액진료비 보장성 강화 약가기준가격제(reference pricing) 약가실거래가 파약/약가재평가제도 표준진료지침, 표준처방지침 개발 장기요양서비스 확대 (방문간호, 요양병동 등) 보충적 민간보험 활성화 IC 카드 도입</p>