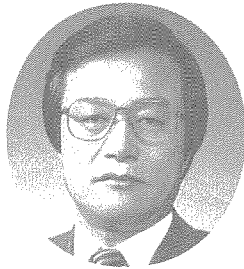


# 의료보험의 정책방향



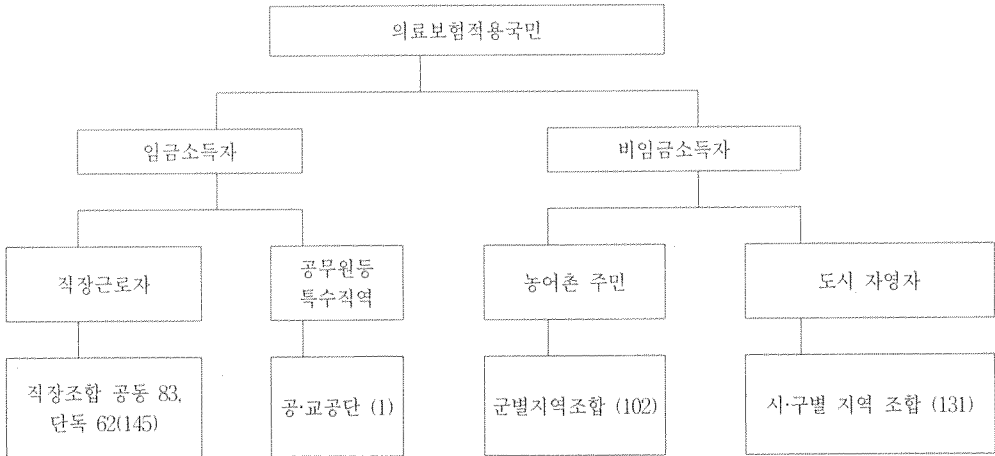
## 1. 의료보장제도의 관리운영 체계

### 가. 의료보험

o 독립채산방식으로 자치운영하는 다보험자 체계임 <그림 -1>

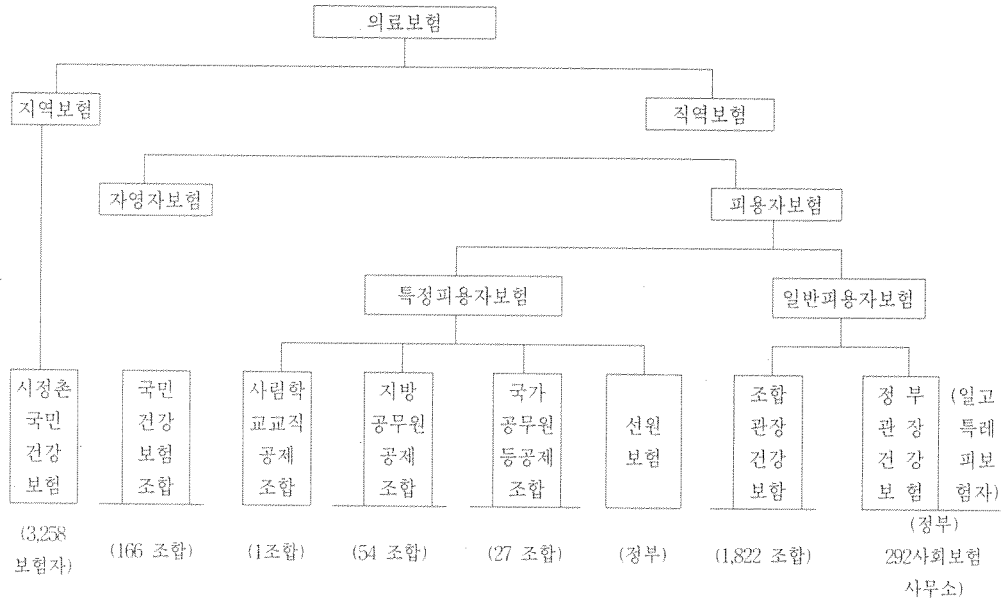
보건복지부 연금보험국 보험관리과장  
부이사관 양 명 생

그림 1.



o 참고로 일본의 관리체계는<그림 -2>와 같음(보험자수는 1993년 현재)

그림 2



나. 의료보호

o 233 시·군·구 별 "의료보호기금"을 설치 운영하고 있음

2. 의료보험 및 의료보호 적용인구

표-1. '95. 의료보장 적용인구

구 분		적용인구(만명)	구 성 비 (%)
계		4,485	100
의 료 보 험	소 계	4,286	95.6
	직장의료보험	1,628	36.3
	공교의료보험	476	10.6
	지역의료보험	2,182	48.7
	- 농어촌	558	12.5
- 도 시	1,624	36.2	
의 료 보 험	소 계	199	4.4
	1 중	62	1.4
	2 중	137	3.0

주 : '94대비 40만명증가

### 3. '95. 의료보장 예산

표-2. '94 및 '95 의료보장 예산 대비

(단위 : 백만원)

구 분	'95 (A)	'94 (B)	증 감 (A-B)	%
총 계	1,127,115	1,042,402	84,713	8.1
가. 의료보험	834,699	778,724	55,975	7.2
(1) 지역의료보험 지원	755,319	692,407	62,912	9.1
o 보험급여비	561,908	507,535	54,373	10.7
o 관리운영비	193,411	184,872	8,539	4.6
(2) 공.교의료보험	78,203	85,271	△ 7,068	△ 8.3
정부부담보험료				
(3) 행정경비	1,177	1,046	131	12.5
나. 의료보호 (지방비)	292,416 (85,697)	263,678 (76,730)	28,738 (8,967)	10.9

주 1) 복지부 일반회계 예산 대비 정부예산

- '94년도 17,724억원/432,500억원(4.1%)

- '95년도 19,839억원/499,879억원(3.97%)

2) 의료보장 및 보험예산 대비 복지부 일반회계 예산

- 의료보장 : '94년도 58.8%

- 의료보험 : '94년도 43.9% '95년도 56.8% '95년도 42.1%

#### ※ 참고 사항

- 미국 보건후생부(Department of Health and Human Services) '94 예산액(6,410억불)은 '93년도(5,920억불) 보다 490억불 증액되고, 총예산액(1조 5천억불)의 약 42%로서 정부부처중 가장 큰 규모임

- 미국 '96('95.10.1-'96.9.30)예산안 세출내역 총액 16,121 억불중 의료보험은 1,778억불로서 '95 예산액 1,573억불에 대비하면 13.0% 증가('95 총 예산액은 '94에 비하여 8.7% 증가)

### 4. '94 보험료 부담 및 보험급여비 비교

표-3. 보험료율 및 적립금 현황('94.12월말 현재)

평균보험료율	적립금 (백억원)
직장의료보험조합(145) : 3.1 %	248
공.교의료보험관리공단(1) : 3.8 %	61
지역의료보험조합(233) : 세대, 세대원수, 소득 및 재산에 대한 등급별 정액	99
	계 408

표-4. 보험자 종별 월평균 보험료 부담액 비교

('94.12월 현재)

(단위 : 원)

구 분	직 장	공. 교	자 역		
			계	도 시	농어촌
세 대 당 (피보험자당)	10,738	12,816	13,652	14,005	12,610
1 인 당 (가족수:명)	3,608 (3.0명)	3,600 (3.75)	4,158 (3.3)	4,349 (3.5)	3,635 (3.3)

주 : 사용자 또는 국고 부담액은 제외됨

표-5. '94 보험자 종별 월평균 보험급여비 비교(추계)

(단위 : 원)

구 분	직 장	공. 교	지 역		
			계	도 시	농어촌
세 대 당 (피보험자당)	17,247	27,081	19,333	18,694	21,296
1 인 당	5,850	7,403	6,032	5,927	6,336

주 : 보험급여비는 보험자가 부담하는 금액임

5. 연도별 요양급여기준 주요 변경사항

년 월 일	변 경 사 항
'91. 7. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지정진료에 관한 규칙 제정(보건사회부령 제867호, 1991.3.29) 공포에 따라 "특진료"의 용어를 "지정 진료료"로 하고 관계 내용의 일부를 보완</li> <li>○ 급여정지(현역군인 등) 및 제한자(보험료체납자 등)의 진료비를 의료보험수가에 의해 전액 본인부담토록 명시</li> <li>○ 전산청구서에도 반드시 진료비 또는 약제비명세서 부분을 작성하여 보관토록 의무화</li> <li>○ 연간 180일 요양급여기간 초과자의 보험자 부담 급여비용을 30만원에서 45만원으로 상향조정</li> <li>○ 의료보험법 제38조에 의한 분만비 지급액 인상(초산 54,000원, 경산 50,000원)</li> </ul>
'92. 5. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 제3자의 행위에 의한 상병은 '급여제한여부조회서'를 통하여 보험자의 회신이 있을 때까지는 우선 보험급여</li> <li>○ 진료비청구서 진료비명세서 대신 전산화기록장치에 의한 디스켓 또는 M/T로도 청구할 수 있도록 요양 급여기준에 명문화</li> <li>○ 심사요령의 전문화, 심사의 일관성 및 신속성 등 심사의 효율화 도모를 위하여 종합병원은 진료과목별로 분리청구토록 진료비 청구서 작성요령 보완</li> </ul>
'93. 3. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 연간 180일 요양급여기간 초과자의 보험자부담 비용상한선 상향 조정(45만원 → 55만원)</li> <li>○ 백내장수술시 인공수정체의 보험급여</li> <li>○ 지역의료보험료 체납자의 급여제한 완화(3일 이내 완납시 소급적용)</li> <li>○ 진료비계산서(입원, 외래) 서식 보완</li> <li>○ 환자이송시 진료기록부등을 피보험자의 요구가 있을 경우에도 밀봉하여 송부 또는 교부토록 규정</li> <li>○ 다른 법령에 의하여 요양 또는 보상을 받게될 때 요양 또는 보상한도를 초과시 '보험급여적용통보서'를 요양기관이 해당 보험자에게 통보하고 보험급여토록 보완</li> </ul>
'94. 8. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 복수진료권 인정범위의 확대 - 부양지, 양육지 진료권</li> <li>○ 수급절차에 불문하고 1차 진료를 받을 수 있는 "요양기관의 설치목적과 부합되는 대상 피보험자"에 군인을 포함</li> <li>○ "타진료권 진료확인서"의 폐지</li> <li>○ "의료보험증 미지참시 진료" 규정의 신설</li> <li>○ 제3자 행위로 인한 급여신고서를 피보험자에게 보험자에게 제출하도록 의무 부여</li> <li>○ 신고병상 10병상 이하 보육의원(치과의원 포함)의 기준병상 확보를 의무 규정 폐지</li> <li>○ "계속진료확인서"의 폐지</li> <li>○ "회송소견서"의 신설</li> <li>○ 진료비 청구서등에 "전자문서교환방식(EDI)" 도입</li> <li>○ 가정의학과 가족등록, 가정간호 및 임종간호(호스피스)에 대한 요양급여가 가능토록 신설</li> <li>○ 같은날 양방, 한방, 약국 급여의 기간 산정방법 개선(각각 1일에서 1일로 산정)</li> <li>○ 보험자 부담연간 요양급여 비용 상한액의 상향조정             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 65세미만 : 55만원 → 65만원</li> <li>- 65세이상 : 55만원 → 80만원</li> <li>- 등록장애인 : 55만원 → 150만원</li> </ul> </li> <li>○ 요양기관의 진료비를 지연청구한 경우 지연청구기간만큼 지연 지급 규정 삭제</li> <li>○ 기간 계산에 있어 초일 불산입을 명문화</li> <li>○ 각종 서식에서 "날인"외에 "서명"도 가능토록 함</li> </ul>
'95.4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 군의관이 발급하는 "진료의뢰서"로서 타진료권 소재 요양기관 이용을 가능케 함</li> <li>○ "건강진단서"를 진료의뢰서에 갈음하여 사용가능토록 함 (건강진단 결과서의 유효일은 최종판정일부터 30일 이내로 제한)</li> <li>○ "의료보험증 미지참시 진료"의 경우 의료보험증 제시기한을 연장(3일 → 7일)</li> <li>○ 장애자등에 대한 보험자부담 연간 요양급여비용의 상한액 상향조정             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 65세미만 또는 이상 불문 : 65만원 또는 80만원 → 90만원</li> <li>- 장애인 수첩을 교부받았자와 상이등급(1-6급) 판정을 받은 피보험자의 경우 : 150만원 → 160만원</li> </ul> </li> <li>○ 행정구역 개편에 맞추어 의료보험 진료권 편성 조정(중진료권수 : 140 → 138)</li> <li>○ 요양급여기준 관련 제서식 정비(시행규칙에 있는 서식은 삭제)</li> <li>○ 분만비 지급기준 상향조정(첫번째 자녀 62,000 → 65,000 두번째 자녀 58,000 → 61,000)</li> <li>○ 진료비 이의신청 제시기간 적용개선             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이의신청 적용기간(60일) 적용시기를 통상우편물에 의한 도달일 인정</li> </ul> </li> </ul>
'96.5.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 항생제 투약기준에 대한 표현 변경             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.2차 약제구분 표현을 삭제</li> <li>- 피보험자의 병력,투약력등을 고려하여 신중히 투여하도록 함</li> </ul> </li> <li>○ 항생제 투약에 대하여도 심사시 유의토록 삽입</li> </ul>

## 임상가를 위한 특집 1

### 6. 연도별 진료수가산정방법 주요 변경사항

년 월 일	변 경 사 항
'91. 7. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 3세미만 소아 초진시 진찰료에 300원 가산토록 신설</li> <li>o 의원, 치과의원, 한의원에 의사 1인이 하루 150명 초과 진료시 초과 진료자의 진찰료는 50%만 산정토록 하는 외래진찰료 채감제 신설</li> <li>o 1일 처방억제를 위하여 처방조제료를 1일분 50원, 2일분 300원, 3일분 450원으로 차등화 및 입원조제료를 1일당 50원으로 인정</li> <li>o 마취전문의 초빙마취료를 현행 10,000원에서 15,000원으로 50% 인상</li> <li>o 응급으로 인한 공휴일 처치, 수술, 마취료에 20% 가산</li> </ul>
'92. 5. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 3세미만 소아 재진시에도 진찰료에 120원 가산제 신설</li> <li>o 응급의료체계 구축을 위해 공휴일 주간 처치 및 수술, 마취료의 기술료 20% 가산 산정을 40%로 가율 상향조정</li> <li>o 응급의료관리료를 응급의료센터 3,850원, 지정병원 1,930원, 쇼크방지용하의(자-589) 수가를 각각 신설하고 응급의료체계에 의한 지정병원에서 응급(구명·구급) 진료를 행한 경우에만 산정하도록 함</li> <li>o 핵의학검사(나-600-바, 사) 판독료를 현행 수기료의 10%로 신설</li> <li>o 주사재료대중 정맥내유치침을 만6세미만 소아, 쇼크, 24시간 정맥내유치 환자에게 400원 정액 인정</li> <li>o 치과, 아말감 연마료를 1치당 200원으로 신설</li> </ul>
'93. 3. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 응급환자 적정진료를 위한 야간 또는 공휴일 처치 및 수술료, 마취료 가산율 및 시간조정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 야간(20시~08시) 또는 공휴일에 처치 및 수술을 행한 경우 소정금액의 40% 가산율 적용을 평일 19~09시(심야 시간대 22시~06시 제외)는 40%, 평일 심야(22시~06시) 또는 공휴일에 처치 및 수술을 시행한 경우에는 소정금액의 50% 가산 적용토록 함.</li> </ul> </li> <li>o 안면창상봉합술 가산율을 현행 30%에서 50%로 상향조정</li> <li>o 수술로 인한 AIDS등 질병감염예방을 위한 자가수혈수가 신설, 체혈료(검사비용 포함 포괄수가)는 채혈시 25,470원, 최초 채혈이후 6,170원 산정</li> <li>o 치아의 보존치료 활성화를 위한 근관장축정(차-17) 항목 신설</li> </ul>
'94. 8. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 의원 및 병원의 기술행위료 가산율 상향조정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의원급 : 7% → 9%</li> <li>- 병원급 : 13% → 15%</li> </ul> </li> <li>제1장 기본진료료 산정지침(진찰료)</li> <li>o 소아진찰료 가산금액 및 연령 조정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 만 3세미만 소아진찰료 가산(초진 300원, 재진 120원) 동결</li> <li>- 만 3세이상 만 5세미만 소아는 진찰료 가산 신설(초진 150원, 재진 60원)</li> <li>- 치과 진찰료 만 3세미만에서 만 6세미만으로 조정(초진 300원, 재진 120원)</li> </ul> </li> <li>o 응급환자 진료 야간시간 가산율 조정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 평일 19시 - 09시 (심야 시간대 22시 - 06시 제외) : 40% 가산</li> <li>- 평일 심야(22시 - 06시) 또는 공휴일 : 50% 가산</li> <li>※ 19시 - 09시 가산율을 50%로 일원화</li> </ul> </li> <li>입원료               <ul style="list-style-type: none"> <li>o 입원료는 입원일수에 따라 1일당으로 산정하되, 입원초일 또는 퇴원일에 6시간 미만 입원한 경우에는 그날의 입원료는 산정할 수 없음. 다만, 다음의 경우에는 입원으로 간주하여 1일의 입원료를 산정할 수 있도록 함                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 분만후 당일 귀가 또는 이송된 경우</li> <li>- 응급실, 수술실 등에서 6시간 이상 처치 및 수술을 받고 당일 귀가 또는 이송된 경우 (1일 입원 제도 활성화)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

년 월 일	변 경 사 항				
91. 7. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18시 초과후 응급실 등에서 응급처치등 진료를 받고 익일 귀가 또는 이송된 경우로서 총진료 시간이 6시간 이상 12시간 미만 소요된 경우</li> <li>- 정신요법료를 산정할 수 있는 요양기관의 "낮병동"에서 6시간이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우(낮 병동 인정)</li> <li>o 분만 급여 기간중 모자동실 제도 급여인정</li> <li>o 모유수유와 신생아 목욕간호 관리료 급여 인정</li> <li>o 응급의료 관리료 적용환자 범위 추가 : 소아경련성 장애</li>   <li>회 송 료</li> <li>o 의료전달체계 활성화를 위한 수가항목의 신설(회송료 : 5,000원)</li>   <li>제3장 방사선진단 및 치료료</li> <li>o 중재적 시술 실패시 재료대 보상</li> <li>o 만 8미만 소아의 장중첩증 비관혈적 정복술 실패시 소정수가 50% 보상</li> <li>o 방사선 치료료</li> <li>- 체외조사시 제2의 조사치료에 대하여 30%→ 50%인상 조정</li> <li>o 밀봉소선원 치료(다-15)</li> <li>- 조직내 치료(58,800원)을 고선량과 저선량으로 구분 인상 조정</li> <li>고선량 치료 : 375,770원</li> <li>저선량 치료 : 61,860원</li>   <li>제5장 주사료</li> <li>o 정맥내 유치침 재료대(420원)의 인정범위 확대</li> <li>- 항암제 투여시, 수혈시, 산모에게도 인정</li> <li>o 만 8세미만 소아에 대한 점적주사료 가산율의 상향조정(20%→30%)</li>   <li>제6장 마취료</li> <li>o 의뢰급 마취전문의사 초빙료 상향조정(15,750원→20,000원)</li>   <li>제7장 의학요법료</li> <li>o 일반외과 의원의 물리치료 항목 제한의 해지</li> <li>o 재활 및 물리치료 수가 신설</li> <li>- 보행풀(사-4-바), 진신치료풀(사-4-사), 보이타 또는 보마스 요법(사-10-라)</li> <li>- 일상생활 동작 적응훈련(사-11-라)</li> <li>- 신경인성 방광 훈련(사-12)</li> <li>- 근막동통유발점 주사 자극 요법(사-13)</li> <li>- 재활의학적 사회사업(사-14) (개인력조사, 사회사업 상담, 가정방문)</li>   <li>제9장 처치 및 수술등</li> <li>o 지(손가락, 발가락) 수술료 산정방법의 개선</li> <li>- 동시에 2지이상 절단등의 수술치료시 수가인상 조정</li> </ul> <div style="margin-left: 40px;"> <table border="0"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">1지 소정금액 100%</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">→ 2지 또는 3지까지는 100%가산 4지이상은 200% 가산</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2지부터는 50%씩 산정</td> </tr> </table> </div>	1지 소정금액 100%	}	→ 2지 또는 3지까지는 100%가산 4지이상은 200% 가산	2지부터는 50%씩 산정
1지 소정금액 100%	}	→ 2지 또는 3지까지는 100%가산 4지이상은 200% 가산			
2지부터는 50%씩 산정					

임상가점 위한 특집 |

년 월 일	변 경 사 항																																								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 레이저 이용수술(척수 수술등) 보험급여 인정</li> <li>○ 안면부 절개술시에도 소정금액의 50% 가산(특수병합사 재료대 별도인정)</li> <li>○ 일반처치 또는 수술후 처치등을 진료내용별로 신설             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장루처치(자-2-1-다)</li> <li>- 흡입 배농 및 배액 처치(자-2-1-마)</li> <li>- 체위변경처치(자-2-1-사)</li> </ul> </li> <li>○ 적출물 처리비용 인정항목 추가 : 폐전적출술(자-143)</li> <li>○ 인공신장 투석시 재료대와 약제료의 분리산정</li> <li>○ 치핵근치 수술(자-301-다)을 외래에서 시행시 인정</li> <li>○ 분만 관련 수가의 조정             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 산전처치 및 산후처치 구분</li> <li>- 회음절개 및 봉합술을 근육창상봉합술 수준으로 상향 조정(4,410원→16,050원)</li> </ul> </li> <li>○ 응급의학 관련수가 항목 세분 및 신설             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 비개흉적 심장 맞사지(자-587)수가에 대한 시간 가산 추가 (1일당 5,920원 → 매 30분 초과시마다 2,370원 가산)</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">제10장 치과</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 발치에 따른 보철위주의 진료행태에서 치아보존을 위한 진료수가 항목중점 조정 및 신설             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 발수 및 근관치료 행주시 재료대 보상(Barbed-Broach, Reamer 또는 File)</li> <li>- 가압근관충전시 근관충전 소정금액의 50% 가산</li> <li>- 응급근관치치 항목신설</li> <li>- 외과술후 처치 의과의 형평성을 고려 "주" 내용 조정</li> <li>- 발치수술시 난발치, 매복치 "주" 내용 조정함으로써 수가상향 조정</li> <li>- 치아 재식술 "주" 내용 삭제 및 치근단절제술 준용(14,130원→20,720원)</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">제1장 기본진료료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 소아진찰료 가산금액 및 연령 조정 (단위 : 원)</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">개 정 전</th> <th colspan="3">개 정 후</th> </tr> <tr> <th colspan="2">연 령 구 간</th> <th>초진</th> <th>재진</th> <th>연 령 구 간</th> <th>초진</th> <th>재진</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">의과</td> <td>만3세미만</td> <td>300</td> <td>120</td> <td>만1세미만</td> <td>400</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>만1세이상 만3세미만</td> <td>350</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>만3세이상 5세미만</td> <td>150</td> <td>60</td> <td>만3세이상 만6세미만</td> <td>150</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>치과</td> <td>만6세미만</td> <td>300</td> <td>120</td> <td>만6세미만</td> <td>350</td> <td>140</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 의원에 각기 다른 전문의 3인 이상 상근시 진찰료 각각 인정</li> <li>○ 의원급 요양기간의 1일 외래 환자 150명 초과진료에 따른 진찰료(가-1-가) 체감제 폐지</li> <li>○ 집중진료(ICU) 중환자 관리기간이 15일을 초과할경우에 적용하던 환자관리료(가-2-나)체감제 폐지</li> </ul> <p style="text-align: center;">제 2 장 검사료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기능장애, 정신박약등을 유발시키는 선천성 대사이상증이 의심되어 선별적으로 실시하는 아미노산 정량 검사 인정             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 아미노산 정량검사 (나-328, 4종이하: 9,380원(각각), 5종이상: 46,900원)</li> </ul> </li> </ul>	개 정 전				개 정 후			연 령 구 간		초진	재진	연 령 구 간	초진	재진	의과	만3세미만	300	120	만1세미만	400	160				만1세이상 만3세미만	350	140	만3세이상 5세미만	150	60	만3세이상 만6세미만	150	60	치과	만6세미만	300	120	만6세미만	350	140
개 정 전				개 정 후																																					
연 령 구 간		초진	재진	연 령 구 간	초진	재진																																			
의과	만3세미만	300	120	만1세미만	400	160																																			
				만1세이상 만3세미만	350	140																																			
	만3세이상 5세미만	150	60	만3세이상 만6세미만	150	60																																			
치과	만6세미만	300	120	만6세미만	350	140																																			

년 월 일	변 경 사 항
'95. 4. 1	<p>○ 골다공증 환자 진단을 위한 골밀도 검사 항목 신설(나-700)</p> <p>○ 골밀도 검사를 양 방사선, 정량적 전산화, 기타 방법의 3가지로 구분하여 수가 차등화 적용 (전신의 경우는 1부위로 산정)</p> <p>가. 양방사선(광자) 골밀도 검사(1부위: 23,000원, 2부위이상: 34,500원)</p> <p>나. 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(28,000원)</p> <p>다. 기타방법에 의한 것(18,000원)</p> <p>제4장 투약 및 처방조제료</p> <p>○ 만6세미만 소아의 내복약 처방·조제료의 소정금액의 20%를 가산(라-1의 주 신설)</p> <p>제6장 마취료</p> <p>○ 의원급수술의 활성화를 위한 마취전문의사 초빙료 상향조정(현행 20,000 → 25,000원)</p> <p>제7장 이학요법료</p> <p>○ 제활 및 물리치료 실시기관 인정 전문의에 신경과전문의 추가(4개과 → 5개과)</p> <p>○ 통증완화 목적등으로 실시하는 레이저 물리치료 항목신설(1일당, 사-8-1, 3,000원)</p> <p>제9장 처치 및 수술료</p> <p>○ 두경부의 악성종양수술시 경부의 임파절 청소술을 병행한 경우에는 경부청소술(자-211) 소정금액의 50%를 별도로 산정토록 함 {산정지침 (8)}</p> <p>○ 화상처치에 따른 인체조직물과 붕대·거즈등의 적출물 처리비용으로 500원, 750원, 1,500원, 3,000원 또는 6,000원을 각각 산정토록 함(자-18-1 주6 신설)</p> <p>○ 사지절단술(자-57)시 적출물 처리비용의 인정 항목추가(골반) 및 비용상향조정(6,300원→10,000원)</p> <p>○ 산부인과 초산 수가의 상향조정</p> <p>- 초산수가: 34,100 → 37,140원(자-435-가, 8.91%)</p> <p>○ 분만관련 수가(유도분만, 겸자 또는 흡입분만)의 형평성 유지를 위한 조정(자-435-나, 다)</p> <p>- 유도분만 : 소정금액의 30% 가산</p> <p>- 겸자 또는 흡입분만 : 소정금액의 50% 가산</p> <p>○ 질식분만을 6시간이상 시도하다가 제왕절개술을 시행한 경우 산전처치료(20,000원) 인정</p> <p>○ 태아축소술(자-446) 수가수준의 적정화(62,000원) 및 적출물 처리비용 인정(2,480원)</p> <p>○ 맥내장 수술시 "인공 수정체 삽입술" 항목 신설(자-511-1, 107,400원)</p> <p>&lt; 캐스트료 &gt;</p> <p>○ 외고정용소모성치료재료에 합성수지 splint외에 석고 Splint Roll을 추가 인정</p> <p>- 합성수지 splint: Prothera, Scotch Cast one step splint, Orfit Thermoplastic splint, 우삼요깁스</p> <p>- 석고 splint roll: OCL Splint roll</p> <p>제10장 치과</p> <p>○ 만8세 미만의 치과환자 진료시 소정금액의 20% 가산 적용 범위 확대</p> <p>- 발수(차-10), 근관치료(차-11), 근관충전(차-12), 외동형성(차-13-1)</p> <p>○ 악골종양수술을 악성종양적출술과 양성종양적출술로 분류(악성종양적출술 소정금액의 50%산정)</p> <p>○ 치료목적으로 실시하는 치석제거 수가의 적정화</p> <p>- 치석제거(1/3약당) 복잡 1,340원 → 3,000원(차-23-나)</p> <p>○ 생활발수족일근중과 실활발수족일 근중시 "주" 내용 신설</p>



년 월 일	변 경 사 항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 재료대 보상(Barbed Broach, Reamer 또는 file)</li> <li>- 가압근관충진을 실시한 경우 인정</li> <li>o 난발치 및 매복치의 산정기준 조정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치근비대, 치근만곡, 또는 골유착으로 단순발치가 곤란한 전치 또는 구치(매복치 제외)에 한하여 난발치 수가기준을 적용토록 함(차-41-라의 주)</li> <li>- 매복치중 복잡매복치는 치아분리술을 실시한 경우, 완전매복치는 치관이 2/3이상 치조골내에 매복된 치아의 골삭제와 치아분리를 동시에 실시한 경우로 조정(차-41-마)</li> </ul> </li> </ul>
'95. 5. 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 피하, 근육내주사의 회수 제한 규정 완화</li> <li>- 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 실제 주사회수대로 주사료를 인정</li> <li>o 시간외 가산 적용시간을 근로기준법령에 의한 시간외 근무규정과 동일한 수준으로 보완               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 평일 19시 - 09시를 18시 - 09시로 개정</li> <li>- 토요일 14시 - 09시를 13시 - 09시로 개정</li> </ul> </li> </ul>

## 7. 치과 보험수가 인상조정 관련 분석 자료

표-6. 연도별 의료보험수가 인상율과 물가상승율 비교표

시행일자 (고시일)	고시번호	의료보험수가		생 산 자 물 가 (도매물가)		소 비 자 물 가		각 종 자 금 지 수	
		상승율(%)	지 수	상승율(%)	지 수	상승율(%)	지 수	상승율(%)	지 수
1977.7. 1	제16호	제 정	100	9.1	100	10.2	100	32.1	100
1979.1. 1	제55호	20.75	120.75	11.7	111.7	14.4	114.4	35.0	135.0
1979.7.10	제38호	11.14	134.2016	18.6	132.4762	18.2	135.2208	28.3	173.2050
1980.5.10.	제17호	19.38	160.2098	38.9	184.0095	28.8	174.1644	23.4	213.7350
1981.6.15.	제81-34호	16.60	186.8046	20.4	221.5475	21.5	211.6098	20.7	257.9782
1982.6.1.	제82-27호	7.10	200.0678	4.7	232.9603	7.1	226.6341	15.8	298.7388
1983.10.1.	제83-32호	4.0	208.0705	0.1	232.1923	3.4	234.3397	11.0	331.6001
1984.	-	-	208.0705	0.8	234.0499	2.3	239.7296	8.7	360.4493
1985.3.1.	제85-11호	3.0	214.3126	0.9	236.1564	2.4	245.4832	9.2	393.6106
1986.6.1.	제86-27호	3.0	220.7419	-1.4	232.8478	2.7	252.1113	8.2	425.8867
1987.	-	-	220.7419	0.4	233.7792	3.0	259.6747	10.1	468.9012
1988.2.15.	제88-15호	12.2	247.6725	2.7	240.0912	7.1	278.116	15.5	541.4809
1989.7.1.	제89-31호	9.0	269.9638	1.5	243.6926	5.7	294.9640	21.1	655.8545
1990.2.1	제90-10호	7.0	288.8604	4.2	253.9277	8.6	319.2449	18.8	779.1552
1991.7.1.	제91-33호	8.0	312.9692	4.7	265.8623	9.3	348.9347	17.5	915.5074
1992.5.1.	제92-33호	5.98	330.6249	2.2	271.7113	6.2	370.5687	15.2	1,054.6646
1993.3.1.	제93-11호	5.0	347.1562	1.5	273.7870	4.8	388.3560	12.2	1,183.3337
1994.8.1.	제94-31호	5.8	347.2913	3.9	286.5427	6.2	412.4341	11.0	1,313.5004
1995.4.1.	제95- 호	5.8	388.5942						

주 : 생산자물가, 소비자물가, 명목임금 증가율은 연도말, 단, '94년도 생산자물가는 11월말, 명목임금지수는 9월말기준

표-7. 연도별 진료수가 부문별 인상내역(치과)

(단위 : %)

시행일	수 가 인상율	부 문 별 인 상 륜										
		초진	재진	입원	검사	방사선	조제	주사	마취	치치수술	기타	
1977.7.1	제정 (100.0)											
1979.1.1	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	0.0 (100.0)	0.0 (100.0)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	20.75 (120.75)	
1979.7.10	11.14 (134.2)	15.3 (139.2)	24.9 (150.8)	8.3 (130.8)	6.5 (128.6)	0.0 (120.75)	66.7 (166.7)	0.8 (100.8)	55.7 (188.0)	3.0 (124.4)		
1980.5.10	19.38 (160.2)	17.0 (162.9)	17.0 (175.5)			20.0 (144.9)	20.0 (200.0)	20.0 (121.0)	18.0 (221.8)	21.3 (150.9)	0.019 (121.0)	
1981.6.15	16.6 (186.6)	17.0 (204.7)	16.0 (204.7)			14.0 (165.2)	14.0 (228.0)	14.0 (137.9)	14.0 (252.9)	16.95 (176.4)	0.006 (121.0)	
1982.6.1	7.1 (200.1)	9.2 (208.1)	8.9 (222.9)		3.0 (132.4)	4.0 (171.8)	4.0 (237.2)	4.0 (143.4)		5.88 (186.3)		
1983.10.1	4.0 (208.1)	4.0 (216.4)	3.4 (230.5)			4.0 (178.7)	0.0 (260.9)	4.0 (149.13)		4.29 (194.3)		
1985.3.1	3.0 (214.3)	8.4 (234.6)	0.0			0.0 (178.7)	10.0 (260.9)	0.0 (149.13)			1.224 (135.8)	
1986.6.1	3.0 (220.7)	4.67 (245.5)	4.38 (240.6)	11.29 (145.5)		0.0 (178.7)	0.0 (260.9)	0.0 (149.13)				
1988.2.15	12.2 (247.7)	12.2 (275.5)	13.8 (275.5)	14.0 (165.9)	9.3 (165.9)	11.8 (199.7)	10.0 (199.7)	11.4 (166.1)	12.2 (283.7)	11.8 (217.2)		
1989.7.1	9.0 (270.7)	5.0 (289.3)	11.0 (289.3)	7.0 (177.5)	2.0 (177.5)	5.0 (209.7)	3.0 (295.6)	9.0 (181.1)	6.0 (300.8)	5.4 (228.9)	2.332 (167.4)	
1990.2.1	7.0 (288.9)	5.8 (306.0)	7.5 (306.0)	8.2 (192.1)	8.2 (326.5)	7.0 (224.4)	7.0 (316.2)	7.0 (193.8)	7.0 (321.8)	7.0 (244.9)	0.094 (167.6)	
1991.7.1	8.0 (312.0)	9.1 (333.9)	0.0 (333.9)	8.0 (207.4)	8.0 (326.7)	7.0 (240.1)	8.0 (341.5)	7.0 (207.3)	7.0 (344.3)	10.23 (270.0)	0.27 (168.0)	
1992.5.1	5.98 (330.6)	6.94 (357.0)	4.65 (357.0)	5.98 (219.8)	5.98 (341.9)	5.98 (254.5)	5.98 (361.9)	5.98 (219.7)	5.98 (364.9)	5.88 (285.8)	0.330 (168.1)	
1993.3.1	5.0 (347.2)	5.2 (375.6)	4.5 (375.6)	5.0 (230.8)	5.0 (357.3)	5.0 (267.2)	5.0 (380.0)	5.0 (230.7)	5.0 (383.16)	5.0 (300.1)	0.034 (168.1)	
1994.8.1	5.8 (367.3)	5.7 (397.0)	4.7 (397.0)	5.2 (242.8)	5.2 (374.1)	5.2 (281.1)	5.2 (399.8)	5.2 (242.7)	5.2 (403.1)	5.2 (315.7)	0.371 (168.7)	
1995.4.1	5.8 (388.6)	6.5 (422.8)	6.5 (422.8)	5.8 (256.9)	4.9 (392.4)	5.3 (290.0)	5.4 (421.4)	5.3 (255.6)	5.6 (425.7)	5.6 (333.4)	0.318 (169.3)	

표-8. 치과 진료수가 부문별 누적 및 년평균 인상율(단위: %)

표-9. 년도별 진료비 구성비(치과)

구분	누적인상율	년평균인상율	연도														
			연도	계	초진	재진	입원	검사	방사선	조제	주사	마취	이학	정신	치치수술	기타	
'77.7.1			'80	100	17.43	25.42				2.37	0.63	0.23	1.64			52.28	
'95.4.1	388.6	21.59	'81	100	9.50	24.08				2.57	0.50	0.08	1.50			51.77	
초진	422.8	23.49	'82	100	17.95	22.50		0.04		1.92	0.85	0.07				56.67	
재진	392.4	21.80	'83	100	18.70	23.28				1.84	0.57	0.09				55.52	
입원	256.9	14.27	'85	100	20.75	21.55		0.56		1.74	0.33	0.11	2.96			52.00	
검사	185.6	10.31	'88	100	21.07	14.13		0.42	0.23	2.85	0.54	0.21	5.08			55.46	
방사선	296.0	16.44	'89	100	20.77	6.31	0.27	0.23	2.89	0.55	0.13	5.95				52.90	
조제	421.4	23.41	'90	100	18.32	15.70	0.18	0.21	2.27	0.58	0.16	5.75				56.83	
주사	255.6	14.20	'91	100	18.20	16.64	0.34	0.18	2.74	0.53	0.24	5.92				55.21	
마취	425.7	23.65	'92	100	17.98	8.16	0.28	0.10	2.40	0.47	0.14	5.06				65.41	
치치수술	333.4	18.52	'93	100	18.68	14.68	0.32	0.20	3.26	0.47	0.14	5.49				56.76	
기타	169.3	9.41	'94	100	6.84	21.63	12.64	12.04	4.84	0.40	6.89	2.19	2.95	1.55	18.42	0.009	
			'95	100	16.97	21.39	12.67	11.91	4.81	0.39	6.86	1.75	2.97	1.54	18.44	0.10	

주: 년평균 인상율은 누적인상율에 18년을 나눔

주: '94년도 이후는 의과와 합산 함.

표-10. '94년도 상반기 치과진료비 청구 상위 20개 의원  
(단위 : 천원)

기관당 순 위	청 구 총진료비	월평균 청구액	의사수 (신고현황)	의사1인당 월평균청구액 (순위)	개설일자
1	82,078	13,680	2	6,840 (12)	'86.5
2	81,846	11,243	2	5,622 (16)	'87.5
3	81,194	10,840	2	5,420 (18)	'83.8
4	78,420	11,954	1	11,954 ( 2)	'90.4
5	70,942	9,692	3	3,211 (20)	'82.12
6	67,714	11,211	1	11,211 ( 5)	'85.4
7	67,593	11,879	2	5,940 (15)	'90.4
8	66,941	10,592	1	10,592 ( 7)	'81.11
9	64,107	10,866	2	5,433 (17)	'86.2
10	63,738	11,674	1	11,674 ( 3)	'85.4
11	63,439	10,349	1	10,349 (10)	'86.8
12	62,566	12,743	2	6,372 (13)	'90.1
13	62,267	8,392	1	8,392 (11)	'89.4
14	61,284	10,885	1	10,885 ( 6)	'92.3
15	60,961	11,546	1	11,546 ( 4)	'92.5
16	60,249	12,026	2	6,013 (14)	'92.5
17	59,298	10,762	2	5,381 (19)	'91.12
18	58,018	10,549	1	10,549 ( 9)	'90.4
19	57,671	10,562	1	10,562 ( 8)	'90.1
20	57,200	12,017	1	12,017 ( 1)	'85.5

주 : 의원의 명칭을 생략함

## 8. '95. 주요업무 추진계획

1) 조합간 재정불균형 해소 및 농어촌조합 지원확대

가) 국고차등지원 확대

- 지역조합에 대한 국고지원금중 차등지원액을 대폭 확대하여 농어촌등 재정취약 조합 중점지원

- '95년도에는 국고지원액의 10.1%에 해당하는 569억원으로 대폭 확대하여 농어촌조합에 343억원의 지원효과 도모
- 앞으로는 소득과표와 노인인구비율등을 감안, 차등지원규모를 더욱 확대, 상대적으로 재정이 취약한 농어촌조합에 대한 지원효과 증대

나) 고액진료비 및 노인의료비 공동부담사업 확대

- 건당 90만원이상의 진료비('91년 이후)와 노인의료비('95년 신규)에 대해 모든 조합이 공동부담하여 조합별 상호간 위험분산과 재정형평 도모
- 종전의 단순 각출방법을 개선하여 '95년부터는 보험자종별·지역별 재정부담 능력에 따라 차등할당

- 재정력이 상대적으로 좋은 공·교공단 및 직장조합등이 더 부담하는 대신 노인 인구가 많고 재정력이 취약한 농어촌지역조합이 덜 부담토록 하여 재정이전 효과 (606억원) 확대

2) 의료보험 적용범위 확대

가) 의료보험적용기간 연장

- 요양급여기간을 현행 180일(65세이상 210일)에서 210일로 연장하여 만성질환자등의 진료기획 확대(국고부담액 146억원 확보)

'94 → '95 → '96 → '97  
183억(3.6%) → 569억(10.1%) → 927억(15.0%) → 1,360억(20.0%)

- 2000년에는 급여기간제한을 완전 철폐한다는 목표아래 '96년이후에도 매년 30일씩 단계적으로 급여기간 연장

※ '96년 부터는 65세이상 노인과 등록장애인 은 급여기간 제한을 철폐하고 그외는 240일 연장

※ 보험급여기간이 법률로 정해져 있으므로 '95년에 의료보험법, 공·교의료 보험법을 개정, 급여기간의 탄력적 운용이 가능토록 시행령에 위임

나) 지역주민에 대한 성인병검진 실시

○ '95.5 부터 지역보험가입자에게도 직장근로자 및 공무원 피부양자와 동일하게 성인병검진 실시

- 대상 : 지역보험가입자중 40세이상 (121만명)

- 검진회수 : 2년에 1회(격년제 실시)

- 검진항목 : 흉부방사선촬영, 혈당등 14개항목

○ 지역조합의 재정부담을 줄이기 위해 직장 및 공·교공단 피부양자와 함께 재정공동부담사업으로 실시(지역보험대상자 검진비용 : 년 193억원)

※ 산업안전보건법령에 의거 사용자부담으로 사업장근로자에게 실시하던 "일반 건강진단"을 '95.5 부터 직장의료보험조합에서 비용을 부담하여 실시(행정체신위 추진과제)

- 약 400만명, 600억원 소요예상

다) 조합별 부가급여의 활성화

○ 본인부담금보상제 확대실시

- 월간 동일 요양기관에서 본인부담진료비가 50만원을 초과한 경우 그 초과 금액에 대하여 조합 정관에서 정한 50-100% 수준에서 사후 보상

- 대 상

. 직장조합 : 145개 조합중 142개 조합('94 : 98개만 실시)

. 지역조합 : 적립금보유율이 50%이상인 조합( 118개)부터 단계적으로 실시예정

. 공·교공단: 공·교의료보험법에 근거 마련후 실시예정

○ 장제비 지급인상

- 지역조합의 장제비 지급액을 공.교공단 및 직장조합과 같은 수준으로 인상 조정(세대주 30만원, 세대원 20만원 한도내에서 조합별로 정함)

3) 의료보험수가체계의 합리적 개편

가) 의료보험수가 조정

○ 그동안 정부에서 물가관리 차원으로 의료보험수가를 결정해 오던 방식에서 탈피, 의료공급자·수요자·공익대표등으로 구성된 『의료보험심의위원회』 기능을 활성화하여 위원회의 건의를 토대로 수가를 결정하는 방향으로 전환추진

※ 위원회에서 9.96%로 건의하였으나 재경원 협의과정에서 5.8%로 조정되었음 ('95. 4.1 시행)

나) 의료보험수가구조의 개편

○ 진료항목, 진료과목별 수가의 불균형으로

의원급수술기피, 입원실 폐쇄등 진료 왜곡 현상 발생

- '95년중에 수가항목간 난이도, 빈도 및 의료원가등을 객관적으로 조사·평가 하여 산출된 상대가치를 토대로 수가구조 개편 작업을 완료하여 '97년 수가 개정시 적용
- 이를 위해 '95.1월 복지부·의료계·의료보험연합회·연구기관이 참여하는『의료보험수가구조개편위원회』를 구성하고 실무작업반 운영중

다) 포괄수가제(DRG)의 단계적 도입 추진

- 현행 진료행위별 수가방식은 과잉진료로 인한 의료비 상승과 진료비 청구 및 심사 에 따른 행정비용 과다소요등의 문제점 내포하는『포괄수가제』를 도입
- 따라서 입원환자의 경우 질병군별로 일정한 액 지급하는『포괄수가제』를 도입
- '97년 하반기 시범사업의 실시를 목표로『DRG지불제도 도입검토위원회』를 구성하여 '96년중 DRG제도 기본골격 마련을 추진중

4) 의료보험 관리운영 쇄신

가) 일부조합의 통합으로 조합규모의 적정화

- 1.2차 행정구역개편에 따라 35개시·34개군의 조합을 34개 도·농복합형 시조합으로 통합('95.4)
- 3차 행정구역개편에 따라 추가로 평택시등 6개시·5개군조합을 5개시조합으로 통합할 예정('95.7)

나) 의료보험조합 경영관리쇄신방안 마련 추진('95.3.31)

- 대표이사 자격기준을 대폭 완화하되 결격사유와 승인제한사항을 보완하여 사후관리를 강화
- 조합적립금 관리방식 개선 : 최고의 이자율을 보장하는 은행에 예치
- 『조합경영평가제』를 도입하여 우수조합에 대한 표창 및 특별상여금 지급등으로 자율적인 경영개선 유도
- 본인부담금에 대한 조합의 보상액 범위확대, 본인부담 고액진료비 대여등 조합별 특성을 고려한 자율경영범위 확대

다) 의료보험종합전산망 구축

- 의료보험서비스의 향상 및 운영의 효율을 기하기 위하여 의료보험조합과 연합회 및 요양기관을 연결하는『종합전산망』을 구축
- '95.9 100개 병·의원을 대상으로『전산청구심사 시범사업(EDI)』실시 (한국통신과 공동)
- 년도별 추진계획
  - '95 보험자간 On-Line 연계
  - '96 보험자간·보험자단체간 연계
  - '97 보험자와 요양기관 연계
  - '98 타전산망과 연계

※ 주민등록증, 의료보험증, 국민연금카드 및 자동차운전면허증을 통합하여 IC카드화 하는 사업에 참여(내무부주관 '98년 시행예정)