

건강보험 급여 정책

노 연 홍

(보건복지부 보험급여과)

※ 이 글은 2001년 10월 18일 본 협회 추계세미나에서 발표된 강연내용입니다.

● 목 차

I. 의료보험제도 개요

II. 역사적 발전과정

III. 상대가치제도

IV. 포괄수가제도

V. 수가계약제도

VI. 재정안정대책

I . 의료보험제도 개요

■ 의료보험의 정의와 목적

- 의료보험의 정의 : 예측이 불가능하고 갑작스런 의료사고로 인한 경제적 위험에 대비하기 위하여 금전적 준비를 필요로 하는 다수인이 자원을 결합해서 확률계산의 기술적 기초 하에 의료수요를 상호분담하는 사회적 형태
- 의료보험의 목적 : 국민의 질병, 부상, 분만 또는 사망에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민 보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모하는 것

■ 의료보험의 본질

- 의료보험은 근본적으로 일반 국민을 위한 것이며 질병, 부상, 분만 등의 경우 일시에 과중한 경제적 부담을 경감시켜 주는 것임.
 - 별로 부담이 되지 않는 경우에는 의료보험의 필요성이 없음
 - 언제든지 의료비를 부담할 수 있는 고소득층은 의료보험에 가입할 필요가 없음
- 의료보험이 성립하려면 일정 수 이상이 되어야 함. 적당히 많은 수가 되어야 위험 분산이 가능해짐
- 역선택과 도덕적 해이가 가능함
 - 역선택 : 가입자의 의사에 따라 의료보험에 가입하는 경우 스스로 자기 건강수준이 좋지 않아서 의료이용을 많이 할 가능성이 있는 자들이 보험에 가입을 하는 경향
 - 도덕적 해이 : 의료보험에 가입하면 가입자가 추가로 비용을 들이지 않고 의료이용을 할 수 있어 때에 따라서는 불필요하거나 과도한 의료이용을 하게 됨. 보험자에게 손해가 발생할 가능성을 증가시키는 행동

■ 의료보험에서 고려할 요소

- 적용범위 : 당연적용과 임의가입
- 급여범위 : 기능상 문제가 있는 경우에 급여함. 미용성형 등은 급여 범위에서 제외됨. 재난적 성격의 질환에 대해서는 급여에서 제한하는 대신 공적부조 대상으로 하는 경우가 많음
- 재원조달방법 : 가입자가 보험료를 내는 방법과 자세로 하는 방법
- 진료비 지불 방법
 - 진료비 부과방법에 따라 : 인두제, 점수제(또는 행위별수가제), 봉급제, 총액계약제, 포괄수가제, 자원기준 상대가치

- 보수지불 결정방법에 따라 : 선불상환제, 후불상환제
- 진료비 지불 주체에 따라 : 제3자지불제, 상환제
- 진료비 지불 정도에 따라 : 본인일부부담제, 공제제
- 의료보험관리체계 : 통합주의와 조합주의

II . 역사적 발전과정

■ 외국의 의료보험

- 독일
 - 1883년 비스마르크 시절 근로자를 대상으로 하여 사회보험 성격의 의료보험 처음 시작. 이에 이어서 오스트리아, 헝가리 등 인접국에서도 시작함.
- 영국
 - 1911년 근로자를 대상으로 전국민의료보험 시작.
 - 1948년 국민보건서비스(National Health Service)로 전환
- 일본
 - 1926년 상용근로자 5-1,000명을 고용하는 사업장을 대상으로 하는 정부관장 건강보험과 1,000명 이상을 고용하는 사업장을 대상으로 하는 조합건강보험을 시작함
 - 1938년 5명 이내의 사업장, 노령, 은퇴자 등을 위한 국민건강보험을 함
 - 1953년 일용노동자를 위한 보험, 1962년 공무원과 사립학교교직원을 위한 공제조합 시작
- 미국
 - 1929년 민간운동으로 비영리 임의보험인 청십자운동(Blue Cross)이 전개됨
 - 그 외 선불제 집단개원에서 미리 보험료에 해당하는 돈을 받고 집단개원의사들이 진료를 담당하는 제도가 발전됨
 - 1970년대부터 선불제 집단개원을 건강유지조직(HE미소 Maintenance Organization)으로 개편하여 지원

표2. 주요국가의 의료보장제도 비교

국가명	제도 유형	적용 대상	제도명
일본	사회보험 방식(NHI)	전국민 (건강보험, 국민건강보험, 선원보험, 각종 공제조합)	건강보험 국민건강보험
독일	사회보험 방식(NHI)	전 국민의 93% (일정소득 이상인 자는 강제적용 제외)	질병보험제도
프랑스	사회보험 방식(NHI)	전 국민의 99% (직종에 따라 일반, 특별, 농업, 자영자제도가 있음)	일반제도
영국	보건서비스 방식(NHS)	전 국민	국민보건 서비스(NHS)
스웨덴	입원-보건서비스(NHS) 외래-사회보험(NHI)	의료급여 : 전국민 현금급여 : 일정소득 이상의 근로자 및 대부분의 주부 65세 이상의 연금수급자	입원-국민보건 서비스 외래-국민보험
미국	사회보험 방식(NHI)	만성신장병 환자	메디케어

■ 우리나라의 의료보험 역사

- 국민건강보험제도의 연혁

- 1950년대 말부터 외국유학 학자들에 의하여 거론
- 1963. 12. 16 의료보험법 제정
- 1976. 12. 22 의료보험법 전문개정
- 1977. 1. 생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 실시
- 1977. 7. 500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시
- 1979. 1. 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시
- 1979. 7. 300인 이상 사업장까지 의료보험 확대
- 1981. 7. 지역의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥곡, 군위)
- 1982. 7. 지역의료보험 2차 시범사업 실시(강화, 보은, 목포)
- 1984. 12. 한방의료보험 시범사업(청주, 청원)
- 1987. 2. 한방의료보험 전국 실시
- 1988. 7. 5인 이상 사업장까지 의료보험 당연적용 확대
- 1988. 1. 농어촌지역의료보험 실시

- 1989. 7. 도시지역의료보험 실시(제도 도입 12년만에 전국민의료보험 실시)
- 1989. 10. 약국의료보험 실시(1982. 8 - 1984. 12. 의약분업 실시운영 - 목포시)
- 1997. 12. 국민의료보험법 제정·공포(227개지역조합과 공·교공단 통합)
- 1998. 10. 국민의료보험법 시행
- 1999. 2. 국민건강보험법 제정·공포
(140개 직장조합과 국민의료보험관리공단 통합)
- 1999. 12. 국민건강보험법 개정(시행일 연기, 한시적 재정분리 등)
- 2000. 7. 국민건강보험법 시행

Ⅲ. 상대가치제도

■ 종전 금액중심 행위별 수가 제도의 문제점

- 그 동안 물가인상율을 고려한 수가조정 정책으로 낮은 인상율을 각각의 진료행위별로 배분함에 있어 차등 적용함에 따라 수가 수준의 불균형이 초래되어 의료공급자의 진료행태를 왜곡하여 왔음
 - '77년 의료보험 실시 이후, 불합리한 의료보험 수가로 인한 의료의 왜곡현상이 심화되어 의료의 질적 수준 저하를 초래하고
 - 보험수가 항목간 난이도 및 원가보상 수준이 의료기술과 시술장비의 발달에 부응하지 못하여 심한 불균형을 초래하고 있으며
 - 의료기술의 발달에 상응한 수가항목의 분류가 미흡한 실정임
 - 이로 인해 난이도에 비해 상대적으로 수가수준이 낮은 외과수술 등의 진료를 기피하는 문제와 함께
 - 일반외과 등 특정 전문진료과목에 대한 기피현상 심화로 의료인력 공급구조의 왜곡이 심화되고 있음
- 또한 의료보험수가가 의료기관의 경영 수지분석 자료에 근거한 합리적 조정보다는 물가관리 정책 위주로 조정됨에 따라 만성적인 저수가체계를 유지하여 왔음
 - 이에 따라 의료계는 그 동안 원가에 못 미치는 수가 수준 때문에 과다한 약가 및 재료대마진, 비급여 서비스의 확대, 진료외 수익의 확충 등으로 환자 부담을 가중시켜온 것이 사실이며

- 이에 보험급여 적용 범위는 줄어드는 반면, 본인 부담 수준은 크게 늘어나고 있는 실정임(총 진료비 중 환자본인부담이 '99년 평균 46.6% 수준임)

○ 이러한 수가제도의 왜곡은 전체 보건의료 산업을 왜곡시키고 있는 실정임

- 의약품 판매질서의 문란, 새로 개발되는 신의료기술의 도입 부진 등으로 나타나고 있으며
→ 따라서 진료행위별 상대가치 점수제도의 도입을 통한 수가구조 개편작업을 추진함으로써 위와 같은 문제점을 해소하고 보건의료분야 개혁과제를 추진하는 것이 의료개혁의 핵심적 요소임

■ 상대가치제도 도입 배경

○ 진료수가의 불균형

- 급여되는 의료행위(2,000~3,000여개) 개개 항목에 대한 수가 책정이 막연하게(명확한 근거없이) 이루어져 왔음. 그 결과 비용(원가)에 비하여 어떤 항목은 많이 보상받고, 어떤 항목은 적게 보상받는 현상이 발생하였음.

○ 진료수가 개정 과정의 합리성 결여

- 수가 인상과정이 투명하지 못하고, 수가 인상의 시기와 크기가 예측 불가능하였음.
- 예를 들면, 1978년, 1984년, 1987년, 1996년과 1998년은 수가의 인상이 없었던 반면, 1979년, 1995년, 1997년은 각각 두 차례의 수가의 인상이 있었고, 수가의 인상을 또한 3.0%에서 20.78%의 범위에서 다양하였음.

○ 수가 수준의 문제

- 의료보험대상자 확대를 위한 저부담·저급여 정책에 기인함

■ 상대가치제 연구의 경위

○ '94. 6. 「의료보장개혁위원회」

- '상대가치제' 와 'DRG 지불제도' 도입을 정부에 건의함.

○ '94. 12. 「의료보험수가구조개편협의회」를 구성함

- 위원장은 보건복지부 사회복지정책실장이며, 의료계, 공단, 연합회(현(現) 심평원, 학계를 대표하는 위원들로 구성됨. 2000년 12월 31일까지 존속함)

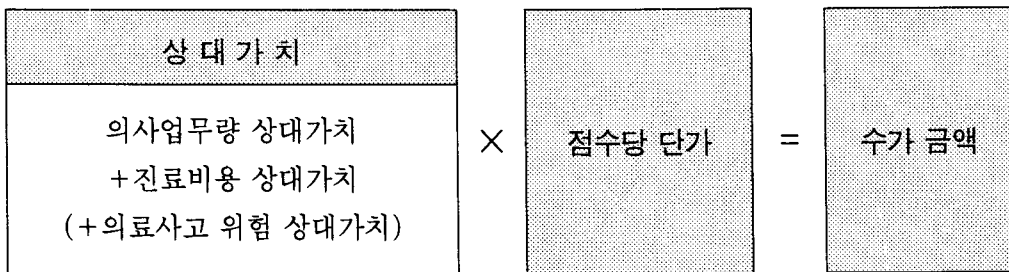
- 상대가치제 도입 및 실시 방안 마련을 목적으로 함.

※ '95.1. DRG지불제도 도입을 위해서는 「DRG지불제도검토위원회」가 구성되었음

- '95. 1. 제1차 의료보험수가구조개편협의회
 - 상대가치 개발의 책임연구기관으로 연세대 보건정책 및 관리연구소와 한국의료관리연구원(現 한국보건산업진흥원)을 지정함.
- '96. 9. 제3차 의료보험수가구조개편협의회
 - 상대가치 개발단위를 한국표준(치과)의료행위분류로 할 것을 결정
- '97.12. 제4차 의료보험수가구조개편협의회
 - 의료보험 진료수가 분류체계를 개선하는 연구(보완 연구)를 논의함.

■ 상대가치제의 개요

- 진료행위별 금액으로 표시되어있는 현재의 수가체계를 진료행위별 점수화하되 그 과정에서
 - 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량
 - 인력·시설·장비 등 자원의 양
 - 요양급여의 위험도를 고려하여 산출한 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타냄
- 미국 하바드대 시아오(Hsiao) 교수가 최초로 개발('86~'92)
 - 현재 미국 메디케어(Medicare) 의사진료비의 지불제도에서 도입·운용 중이며
- 상대가치제의 모형



- 2000년 7월에 시행된 국민건강보험법과 동법의 시행령에 의하여
 - 상대가치는 보건복지부장관이 고시하고,
 - 점수당 단가는 공단 이사장과 요양급여비용협의회 회장이 계약을 체결하여 결정됨.
- 보건복지부가 수가 인상 총액을 재경부와 결정하고, 확보된 재원을 각 항목에 배분하는 방법에서,
 - 의료계가 요양급여비용의 상대적인 가치를 제시하고, 전체적인 보상 수준은 의료계와 보험자, 시민단체 등이 참여하여 결정하는 방법으로 전환한 것임.

- 즉, 상대가치제의 취지는 급여를 위한 총 재원은 사회적 합의하에 결정하고, 배분의 문제는 의료계 스스로가 결정하도록 하는 것이라 할 수 있음.

○ 외국의 상대가치제 적용 현황

- 미국의 메이케어(정부가 운영하는 공공보험)에서는 1992년부터 시행하여 오고 있음.
- 일본, 독일 등 주요 국가에서도 금액 대신 '점수'와 '점수당 단가'로 분리하여 수가를 결정하고 있음.

IV. 포괄수가제도

■ 포괄수가제도 시범사업

- 현행 행위별수가제도 하에서 구조적으로 발생하고 있는 의료비 상승의 가속화, 의료서비스 공급행태의 왜곡현상 등의 문제점을 개선하기 위한 대안으로「의료보장개혁위원회」의 건의에 따라 지난 '97년 2월부터 현재 금년말까지 3차 시범사업 연장 실시중
 - 참여요양기관 수 : 1,582개 요양기관(2001. 9.1현재)
 - ※ 8개 질병군 해당 입원예상 발생건수의 60%차지
 - 질병군 : 수정체수술, 편도선수술, 맹장염수술, 치질수술, 탈장수술, 정상분만, 제왕절개수술, 자궁수술
- 2002. 1월에 8개 질병군으로 모든 요양기관에 실시 확정

■ 포괄수가제도 추진시 나타난 문제점 및 대책

- DRG 분류체계 및 수가수준에 대한 관련 학회의 건의가 있어 왔음.
 - 분류체계에 대하여는 현재 2년여에 걸쳐 연구용역중이며 전문가 패널을 구성하여 의료현실이 반영되도록 하며 우선적으로 항문수술 및 백내장 수술의 세분화등을 검토하고 있음.
 - 수가수준에 대하여는 의료계가 참여한 실무작업반을 구성하여 작업중이며 향후 의료계와 수가 계약시 포괄수가제도 동일 적용할 예정.
- 시범사업 운영중 모니터링과정에서 DRG 분류오류, 분리청구 등이 나타나고 있으나 초기보다 시정율이 높아지고 있음.
 - 사후 심사 및 수진자 조회 강화, 현지 확인심사의 확대실시 및 현지 조사 의뢰 등의

모니터링 강화조치와 함께 DRG 본 사업 실시 대비하여 부적절한 DRG 청구를 사전에 방지하기 위한 요양기관 종사자 교육을 지속적으로 실시하여 청구 착오 부분을 시정하고 있음.

- 일부 무리한 조기퇴원 유도 및 과소 서비스제공 등 의료서비스의 질저하에 대한 우려
 - 시범사업중에서 심각한 서비스 질저하적인 문제는 없는 것으로 나타났으나 본사업 실시시 예상치 않은 문제가 발생할 것을 대비하여 “의료의 질감시 모니터링 강화” 및 “전문평가체계구축”을 예정하고 있으며 8개 질병군 관련 학회에 표준진료지침개발 및 활용방안에 대한 연구용역을 실시로 의료의 질 저하에 대한 관리를 계획임.
- 신의료기술발전 저해에 대한 우려
 - 비용 효과적인 신의료기술이 포괄수가제도 실시로 인하여 위축되지 않도록 「DRG 전문위원회(가칭)」운영 예정

■ 본사업 실시 대비 개선사항

- 본 사업 실시대비 추진사항
 - DRG지불제도 도입관련 종합개선대책 마련
 - : 시범사업 운영경험 사례 및 제도 도입시 예측되는 부작용에 대한 유형별, 사례별 정리 및 각 사안별 대처 방안 마련을 위한 종합개선대책 수립 추진중
 - 현 시범사업 적용 DRG 수가의 적정성 재평가 및 조정 작업 추진
 - : 행위별 수가 적용 요양기관과 DRG수가 적용 요양기관의 진료비 조사자료를 요청하여 수가수준 비교 분석 및 수가 결정
 - 적용질병군 및 질병군별 상대가치점수 고시
 - 요양기관 교육 및 대국민 홍보 실시(2001. 11)
 - : 시범사업 미참여기관 대상 중점 교육
 - : 국민 대상 제도 홍보·안내

V. 수가계약제도

■ 수가계약제 도입

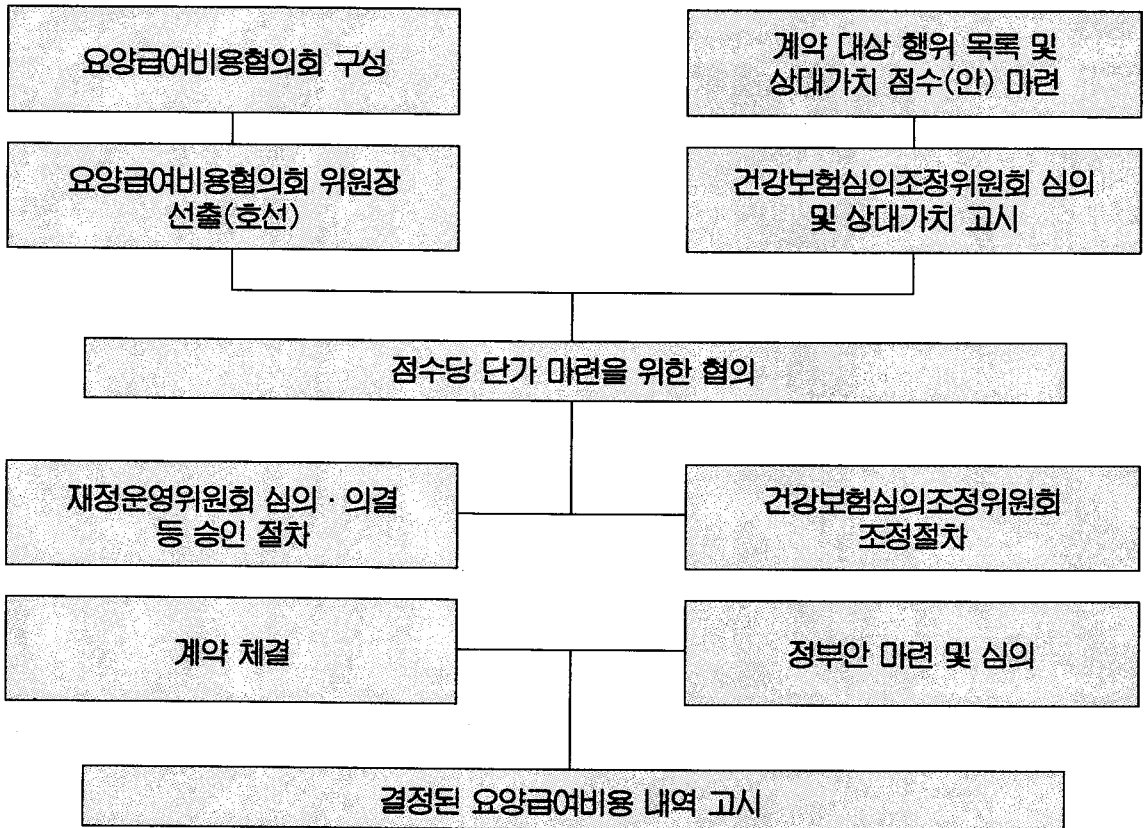
- 종전에는 보건복지부장관이 재정경제부장관의 사전 협의와 의료보험심의위원회의 심의를 거쳐 수가 인상여부 및 수준 결정 (수가고시제)

○ 보험자(공단)와 의약계의 대표자가 계약을 통해서 의료보험수가 인상을 결정
(수가계약제 : 국민건강보험법 제42조)

- 계약이 체결되지 아니할 경우, 중재절차를 거치고 그래도 계약이 결렬될 경우에는 보건복지부장관의 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐서 고시

※ 건강보험심의조정위원회 : 20인으로 구성 (보험자·가입자·사용자 대표 8인, 의약계 6인, 공익대표 6인)

< 요양급여비용 결정 절차 요약 >



○ 계약을 위해 의약계 “요양급여비용협의회” 구성·운영 (시행령 제23조)

※ 병협, 치병협, 한병협, 의협, 치협, 한의협, 조산사협, 간협, 약사회, 보건정책국장 등 총 10인

- 현재 대한치과의사협회장이 위원장

- 계약 범위는 진료행위에 국한, 대상은 상대가치점수에 대한 점수당 단가로 한정되며 기간은 1년 (시행령 제24조)

■ 상대가치 점수고시 추진 상황

- 수가 체계의 근본적인 개편작업 추진
 - '94 의료보장개혁위원회의 정책 건의에 따라 '96년부터 「의료보험수가구조개편작업」과 「질병별 포괄수가제」 도입 추진
 - 연세대학교 보건정책및관리연구소를 주관연구기관으로 지정·추진
 - 한국형 자원기준상대가치(RBRVS) 모형 개발
 - 한국표준(치과)의료행위목록 개발 및 행위목록별 RBRVS 모형에 따른 상대가치 산출
 - 의료보험진료수가분류개편(안) 마련 및 행위별 상대가치 재산출
- 상대가치수가 (추후 상세 설명 첨부)
 - 요양급여에 소요되는 업무량(시간, 노력 등), 자원의 양(인력·시설·장비 등), 위험도 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타냄

■ 상대가치점수 확정 경과

- 점수(안) 확정 : 12. 1일 건강보험심의조정위원회
 - 2000. 9. 25 : 건강보험심의조정위원회 개최
 - 2000. 10. 9 : 상대가치 연구 및 점수(안)에 대한 1차 설명회 개최
 - 2000. 10. 17 : 복지부 및 대한의사협회와 상대가치점수(안)에 대한 검토회의
 - 2000. 10. 23 : 대한의사협회에서 자체적으로 최종 검토 회의 개최
 - 2000. 11. 15 : 건강보험심의조정위원회 개최
 - ※ 2차례 회의 소집 후, 재정운영위원회를 고려하여 각각 연기
 - 2000. 12. 1 : 건강보험심의조정위원회에서 상대가치점수(안) 통과
 - 총 17명 위원들이 참석하여 10명 찬성(6명은 표결 선언 후, 퇴장 및 1명은 중간 퇴장)

■ 수가계약 절차 진행

- 의약계 대표 구성 : 대한치과의사협회장
 - 2000. 8. 29 : 제1차 요양급여비용협의회
 - 요양급여비용협의회 운영규정 의결
 - 2000. 9. 26 : 제2차 회의에서 위원장 선출 실패
 - 2000. 9. 29 : 제3차 회의에서 위원장으로 대한치과의사협회장 호선
 - 2000. 12. 8 : 제4차 회의
 - 상대가치점수에 대한 단가(안)을 차기 회의에서 결정 예정
 - 2000. 12. 12 : 제5차 회의에서 단가(안) 결정

- 제1안 : 단가 55.4원 (7% 인상)
- 제2안 : 단가 56.6원 (9.25% 인상)
- 제3안 : 단가 57.6원 (11.2% 인상)

○ 계약 절차 진행

- 2000. 12. 12 : 의약계에서는 단일단가 60.3원을 결정
- 2000. 12. 14 : 공단 재정운영위원회에서 수가 동결 결정
- 2000. 12. 15 : 양측 실무자 간담회 개최
- 2000. 12. 16 : 쌍방 대표 간담회 개최
- 2000. 12. 18 : 양 계약 대상자들이 계약 결렬 통고 및 복지부 장관이 심의조정위원회 심의를 거쳐 단가 결정 절차 진행 요청

○ 건강보험심의조정위원회 심의

- 12. 21 : 단가결정을 위한 심의조정위원회를 개최
 - 제1안 : 점수 당 단가 55.4원(7% 인상안)
 - 제2안 : 2000. 9. 1일 현재 수가수준으로 동결
- 12. 26 : 제1안 및 제2안에 대한 수정안에 대해서 표결을 실시한 결과, 총 20명 위원 중 제1안 12명, 제2안 8명으로 제1안으로 결정 (점수 당 단일단가 55.4원)

V. 재정안정대책

■ 2001년도 재정전망

- 금년도 당기적자는 지난 3월 발표한 3조 9,714억원보다 다소 증가한 4조 1,978억원이 될 것으로 추정
 - 적립금을 제외한 순 자금액 부족액은 3조 2,798억원

【2001년도 재정추계 : 재정안정대책이 반영되지 않은 경우】

(단위:억원)

구 분	2000년 (실적)			2001년 (추정)		
	계	지역	직장	계	지역	직장
수 입	91,016	46,534	44,482	104,282	52,858	51,424
지 출	101,106	49,523	51,583	146,260	70,903	75,357
당기수지	△10,090	△ 2,989	△ 7,101	△41,978	△18,045	△23,933
시 재 액	9,189	364	8,825	△32,789	△17,681	△15,108

- 적자가 2000년도 1조 90억원에서 금년에 4조 1,978억원으로 급증한 원인은 누적된 적자 구조와 의약분업 시행, 수가인상 등이 복합 작용
 - 최근 5년간 연평균 지출은 18.5%증가, 수입은 14.4%증가
 - 의료보험 통합과정에서 적립금 우선 사용
 - 의약분업에 따른 내원환자 증가, 고가약 사용 등 약제비 증가
 - 의료대란 수습과정에서 단기간에 수차례 수가 인상
 - 환자본인부담 완화에 따라 보험재정부담비율 상승 (67% → 74%)

■ 재정대책의 기본원칙

- 국민부담 최소화 원칙
 - 가급적 국민부담을 최소화하기 위하여 금년에는 보험료를 인상하지 않고 정부지원을 50%까지 확대

- 부담비율 : 정부·공단 49%(1조 8,954억), 의약계 40%(1조 5,769억), 소액환자부담 11%(4,229억)

<주체별 재정분담 (3조8,952억원)>

▶ 의 약 계

1조 5,769 억원 (40.4%)

- 의 료 계 1조 613 억원 (수 가 12.7% 인하 효과)
- 약 계 1,488 억원 (조제료 11.3% 인하 효과)
- 제약업계 3,668 억원 (약 가 9.3% 인하 효과)

▶ 정부·건강공단

1조 8,954 억원 (48.6%)

▶ 소액환자부담

4,229 억원 (11%)

○ 국민불편 최소화 원칙

- 의약분업의 원칙과 내용은 지켜나가야 하지만 지나치게 국민을 불편하게 만드는 부분은 과감히 개선

○ 국민들이 원하는 부분부터 급여내용의 충실화

- 국민들이 가장 절실하게 느끼는 분야부터 단계적으로 급여를 확대

→ 이 세가지 원칙하에 금년에 20개 단기대책을 추진하고, 2006년까지 중장기대책을 추진하여 재정적자를 해소하고 건전재정기조를 회복

■ 금년에 시행할 단기대책

○ 정부지원 확대

- 지역보험 50% 정부지원(현행 28.1% → 50%로 확대)
 - 금년에는 재원 확보 문제로 40% 수준만 확보가능
 - 나머지는 내년 예산으로 추가지원, 담배에 건강증진부담금을 인상하는 방안으로 논의 중
- 소득수준에 따라 정부지원율을 차등화하는 방안 검토

○ 보험료 수입증대 및 관리운영의 효율화

- 지역보험료 징수율 제고(2000년 90.5% → 2001년 97%)
- 소득있는 피부양자에 대한 보험료 부과(7월)
- 5인미만 사업장 근로자에 대한 직장편입 확대(7월)
- 국민건강보험공단의 경영혁신

○ 진료비 심사 강화

- 국민의 알권리 신장을 위한 진료내역통보 : 전국민 연2회 이상
- 요양기관 현지심사 및 실사 강화 및 영리목적의 대행청구 금지
- EDI 청구기관을 대상으로 진료비 심사를 생략하고 급여비를 조속히 지급하는 “녹색인 증기관” 제도 시행
- 허위, 부당청구기관에 대한 처벌기준 강화

○ 급여제도의 합리적 개선·보완

- 진찰료·처방료의 통합(7월)
- 환자수에 따른 진찰료·조제료의 차등수가제 도입(7월)
 - 환자진료 및 조제를 위한 적정시간 배려 등 의료서비스 개선
 - 3단계로 구분하여 10~50% 차등 지급하는 경우 현재 요양기관의 1/3이 적용대상

[환자 수 구간별 진료비·조제료]

구 분		100%	90%	75%	50%
의원	/일	~ 75인	76 ~ 100인	101 ~ 150인	151인 이상
약국	/월	~ 1,875인	1,876 ~ 2,500인	2,501 ~ 3,750인	3,751인 이상

주,월 25 근무일 기준

예) 의원 1인이 하루 160명의 환자 진료시 진료비 지급

$$= 75인 \times 100\% + 25인 \times 90\% + 50인 \times 75\% + 10인 \times 50\%$$

- 주사제 처방료·조제료 삭제(7월)
- 야간가산을 적용시간대 조정(오후 6시 → 오후 8시)
- 급여인정기준의 합리화(7월)

○ 약제비 절감

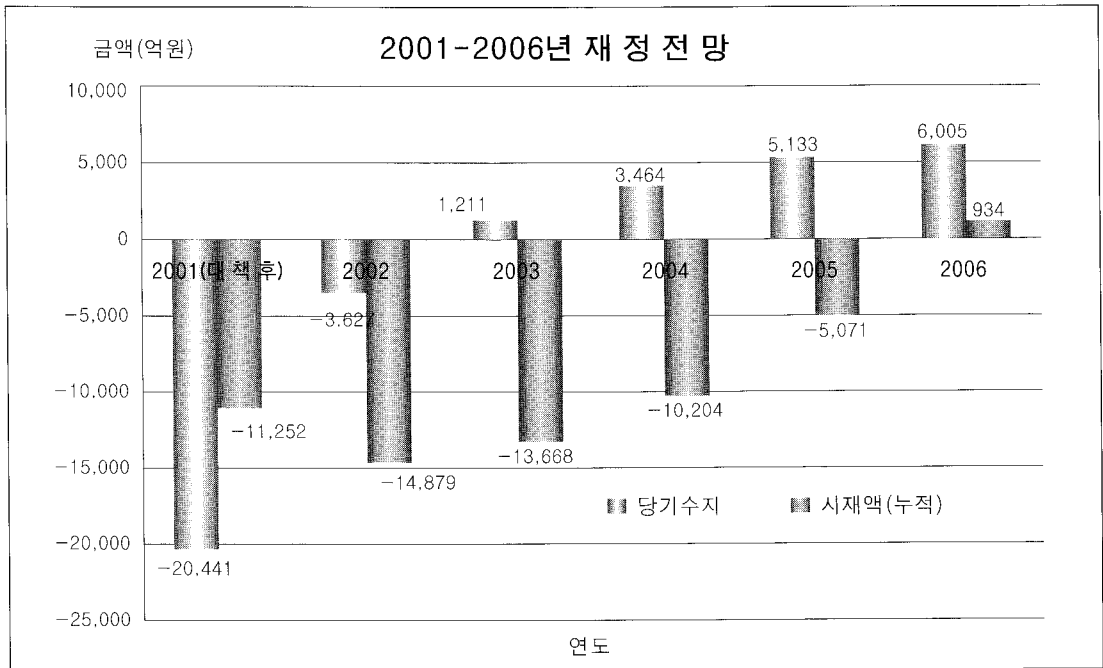
- 실거래가 조사를 통한 약가거품제거, 커피의약품의 가격을 현행 90%에서 75%로 인하하는 등 보험약가 조정
- 저가약 대체조제를 통한 약제비 절감, 이를 위해 생물학적 동등성 시험기관을 대폭확대
- 고가약제 보험자부담금을 기준가격의 1~2배 금액한도 상한설정
- 주사제, 항생제 및 고가약제에 대한 약제비 적정성 평가
- 치료재료 사후관리 강화 (6월)

○ 외래 본인부담금 조정

- 외래 본인부담금 현황과 문제점
 - 의원 2,200원, 약국 1,000원 정액부담은 평균진료비의 각각 18.5%, 16.5%로서 입원시 본인부담율(20%)보다 낮음
 - 중소병원의 본인부담이 의원보다 5배 이상 높아 환자격감 등 경영난
 - 본인부담금 조정방안
 - 의원급과 약국의 정액구간 본인부담 인상 (7월)
의원급 : 15,000원 이하 2,200원 → 3,000원(800원 인상)
약 국 : 10,000원 이하 1,000원 → 1,500원(500원 인상)
 - 65세 이상 노인의 외래정액 본인부담을 일반인보다 적게 인상 (의원급 300원, 약국 200원)
 - ※ 2003년부터는 30% 정율제로 전환
 - 진찰료·처방료 통합에 따라 병원급 본인부담 조정
 - 외래 본인부담을 일부 상향조정하는 대신 희귀난치성 질환에 대한 본인부담 경감 확대
- 단기재정대책을 시행할 경우, 연간 2조 5,007억원 재정개선효과 발생(다만 대부분이 7월이후 시행되어 실체는 1조 887억원 개선)
- 연말기준 부족자금 1조 1,252억원은 외부금융권에서 차입

■ 2002년 이후의 재정전망

- 2002~2006년동안 보험급여확대를 정지하고 9%보험료 인상
- 2003년부터 보험재정 전체적으로 당기수지 균형을 이루고 2006년까지 외부차입 상환이 가능



■ 근본적인 재정안정을 위한 중장기 대책

- 종이형태의 건강보험증을 전자카드화하여 자격관리 효율화
- 쏘 요양기관에 EDI청구를 확대하여 진료비 심사평가의 효율성제고
- 의약품 유통개혁 추진
- 의료인력의 과잉공급 억제
- 과도한 병상증가 억제
- MRI 등 고가특수장비 설치규제
- 의료자원의 공동활용을 위한 개방병원제 활성화
- 포괄수가제 확대
- 2003년부터 국공립병원을 대상으로 총액예산제사업을 시범 실시
- 신의료기술 평가제도 도입
- 만성질환 노인을 위한 『노인요양보험』 도입 준비
- 보건소를 지역보건 중추기관으로 육성하고, 가정간호사업 활성화

→ 재정안정대책을 강력하고 일관성있게 추진하여 조기에 재정안정을 도모할 수 있도록 『국민건강보험재정건전화특별법』을 제정하여 2006년까지 한시적으로 운영.