

⑤심의위원회의 간사는 보건복지부소속 4급이상 공무원중에서 위원장이 지명한다.

제7조(위원의 임기) 심의위원회 위원 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 그 재임기간으로 한다.

제8조(심의위원회의 회의) ①위원장은 심의위원회의 회의를 소집하며, 그 의장이 된다.

②심의위원회는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 또는 재적위원 3분의 1 이상의 요구가 있을 때 이를 소집한다.

③심의위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

④심의위원회에는 위원을 대리하여 참석할 수 없다. 다만, 공무원인 위원이 부득이한 사유가 있는 때에는 그러하지 아니하다.

제9조(보험료율 등의 결정절차) 건강보험법 제62조제4항 및 같은 법 제65조제1항의 규정에 불구하고 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액 및 직장가입자의 보험료율은 심의위원회의 심의를 거쳐 국민건강보험법시행령으로 정한다.

제10조(보험급여비용의 산정 등) ①다음연도에 적용할 요양급여비용의 계약은 건강보험법 제42조제3항의 규정에 불구하고 11월 15일까지 체결하여야 한다.

②제1항의 규정에 의한 기한까지 계약이 체결되지 아니한 경우에는 보건복지부장관이 심의위원회의 심의의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 제1항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.

제11조(전자건강보험증) ①공단은 가입자 및 피부양자의 자격·급여관리 등을 효율적으로 하기 위하여 필요한 경우 전자 또는 자기적 방법에 의하여 관리할 수 있도록 제작된 건강보험증(이하 "전자건강보험증"이라 한다)을 발급하여 사용하게 할 수 있다. 이 경우 전자건강보험증은 건강보험법 제11조의 규정에 의한 건강보험증으로 본다.

②전자건강보험증을 제출받은 요양기관은 공단에 그 자격을 확인하여 요양급여를 실시하고 전자건강보험증에 보건복지부장관이 정하는 사항을 수록하여야 한다.

③공단, 심사평가원 및 요양기관은 제2항의 규정에 의하여 전자건강보험증에 수록된 내용이 타인에게 유출되거나 불법적으로 사용되지 않도록 개인의 사생활보호에 필요한 조치를 강구하여야 한다.

④전자건강보험증의 사양·수록사항·발급·사용방법, 사생활의 보호, 기타 전자건강보험증에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제12조(전자건강보험증 시범사업) ①보건복지부장관은 제11조의 규정에 의한 전자건강보험증의 발급과 사용에 관한 효율성을 평가하기 위하여 필요한 경우 특정한 지역 또는 요양기관을 정하여 시범사업을 실시할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 시범사업 대상, 사업추진방법, 결과의 평가, 기타 시범사업을 위해 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제13조(건강보험 정보화의 촉진) ①보건복지부장관, 공단, 심사평가원, 요양기관 등은 가입자의 이용편의와 건강보험에 관한 관리·운영의 효율성이 향상되도록 정보화에 노력하여야 한다.

②공단, 심사평가원, 요양기관 등은 요양급여비용의 전산청구 및 제11조의 규정에 의한 전자건강보험증의 이용이 편리하고 효율적으로 이루어질 수 있도록 필요한 시설, 장비 등을 갖추어야 한다.

제14조(요양급여비용의 청구) ①요양급여를 실시한 요양기관은 요양급여비용의 청구에 관한 서류를 직접 작성하여 심사평가원에 제출하여야 한다.

②요양기관이 제1항의 규정에 의한 직접청구를 할 수 없는 경우에는 의료법 제26조 및 약사법 제11조의 규정에 의한 의사회·치과의사회·한의사회·조산사회 또는 약사회(등기된 분사무소를 포함한다. 이 조에서 같다)에 요양급여비용 청구서류의 작성 및 제출을 대행(이하 “대행청구”라 한다)하게 할 수 있다.

③제2항의 규정에 의하여 요양급여비용의 대행청구를 하게된 기관(이하 “대행청구기관”이라 한다)이 행한 대행청구행위의 효력은 당해 요양기관에 대하여 발생한다.

④제2항의 규정에 의한 대행청구의 방법·절차 기타 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제15조(요양급여비용 지불방식에 대한 시범사업) ①보건복지부장관은 요양급여비용의 합리적인 지급을 위하여 필요한 경우 요양급여비용을 요양기관당 총액으로 계산하는 등의 요양급여비용의 지불방식에 대하여 시범사업을 실시할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 시범사업의 실시방법·대상·범위·절차와 공단과 가입자가 부담하는 비용 기타 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제16조(체납보험료 분할납부자에 대한 급여제한 특례)공단은 보험료를 3회이상 체납한 자가 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 보험료를 1회이상 납부한 경우 건강보험법 제48조 제3항의 규정에도 불구하고 보험급여를 실시할 수 있다. 다만, 분할납부 승인을 받고 분할납부중인 자가 1월이상 보험료를 납부하지 않은 경우 급여제한사유 발생일부터 소급하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다.

제17조(국민건강증진법 적용의 특례) 보건복지부장관은 국민건강증진법 제25조의 규정에 불구하고 건강증진기금을 건강보험법에 의한 보험급여비용에 사용할 수 있다.

제18조(의료법에 의한 병상 신·증설의 특례)①보건복지부장관은 보건의료제도의 효율적인 운영을 위하여 필요한 경우 보건복지부장관이 정하는 특정지역에 대한 병상의 신·증설을 금지 또는 제한하거나 권장할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 병상의 신·증설 금지지역에는 의료법 제30조제3항, 제4항 및 제6항의 규정에 의한 의료기관 개설신고·변경신고 및 허가·변경허가(이하 “신고등”이라 한다)를 할 수 없다.

③제1항의 규정에 의한 병상 신·증설 제한지역내에서 의료기관 개설신고등을 하고자 할 때에는 특별시장·광역시장·도지사(이하 시·도지사라 한다) 또는 시장·군수·구청장은 다음 각호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관의 승인을 얻어야 한다.

1. 지역내 의료기관현황, 의료수요발생현황, 수급추계 등에 관한 조사보고서
2. 의료기관 개설허가 신청에 대한 검토의견

제19조(특수의료장비의 설치 등)①보건복지부장관은 의료장비의 적정설치와 활용도 제고 및 보건의료시책상 필요하다고 인정되는 경우 보건복지부장관이 지정하는 특수의료장비(이하 “특수의료장비”라 한다)의 설치 등을 제한하거나 공동이용을 권장할 수 있다.

②제1항 규정에 의한 특수의료장비를 설치하고자 하는 의료기관은 보건복지부장관이 정하는 설치인정기준에 적합한 요건을 갖추어 시·도지사에게 등록하여야 한다.

③제1항의 규정에 의한 특수의료장비의 설치에 관하여 필요한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 중앙특수의료장비설치위원회(이하 “중앙위원회”라 한다)를, 시·도에 지방특수의료장비설치위원회(이하 “지방위원회”라 한다)를 둔다.

- ④제1항 내지 제3항의 규정에 의한 특수의료장비의 종류·설치인정기준, 중앙위원회 및 지방위원회의 기능·구성·및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- ⑤(업무의 위탁)보건복지부장관이나 시·도지사는 중앙위원회 및 지방위원회 업무의 일부를 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 관계전문기관에 위탁할 수 있다.

제20조(품질관리대상의료장비) ①식품의약품안전청장은 의료장비의 안정성, 유효성 등의 품질관리를 위하여 제19조제1항의 규정에 의한 특수의료장비 및 보건복지부장관이 보건의료시책상 필요하다고 지정하는 의료장비(이하 이조에서 "품질관리대상의료장비"라 한다)에 대하여 주기적인 검사를 실시하는 등 사후관리를 하여야 한다.

- ②제1항에 규정에 의한 품질관리대상의료장비를 설치·운영중인 의료기관은 정기적으로 해당 의료장비에 대한 정도관리 등의 사후관리 심사를 받아야 한다.
- ③제1항 및 제2항의 규정에 의한 품질관리대상의료장비의 종류, 품질관리기준, 검사의 기준·주기·방법 등에 관하여 필요한 사항은 식품의약품안전청장의 고시로 정한다.
- ④식품의약품안전청장은 의료장비의 품질관리에 관한 사항을 심의하기 위하여 의료장비품질관리심의위원회를 둘 수 있다.
- ⑤식품의약품안전청장은 의료장비의 품질관리업무의 일부를 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 관련단체 및 전문기관에 위탁할 수 있다.

제21조(보험료 등에 대한 정부지원) 국가는 매회계연도 예산에서 건강보험법에 의한 지역가입자가 사용할 당해 연도 보험급여비용의 100분의 50에 상당하는 금액을 부담하여야 한다.

- ②정부 또는 공단은 매회계연도 예산에서 제12조의 규정에 의한 전자건강보험증의 시범사업에 소요되는 비용중 전자건강보험증의 발급·시스템구축 및 운영체계개발 등에 필요한 비용을 지원할 수 있다.
- ③국가는 제13조제2항의 규정에 의하여 요양기관이 시설·장비 등을 갖추기 위하여 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ④보건복지부장관·시장·군수·구청장은 제18조제1항의 규정에 의한 병상 신·증설 권장지역에서 병상 신·증설하는 의료기관에 대하여 건축비 및 의료장비의 설치비 등을 예산의 범위안에서 지원할 수 있다.

제22조(비밀의 유지등) 다음 각호의 1에 해당하는 자는 직무상 알게 된 개인 또는 법인이나 단체의 비밀에 속하는 사항을 누설 또는 권한 없이 처리하거나 타인에게 제공하여서는 아니 된다.

1. 요양기관 또는 전자건강보험증의 발급 및 관리업무에 종사하고 있는 자 또는 종사하였던 자
2. 요양급여비용결정을 위한 자료조사 및 작성 등의 사무에 종사하고 있는 자 또는 종사하였던 자
3. 요양급여비용 청구서류의 작성 또는 제출업무를 대행하고 있는 기관에 종사하고 있는 자 또는 종사하였던 자

제23조(조사·확인 등) ①보건복지부장관은 요양급여비용의 효율적인 산정을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 요양기관에 대하여 요양기관의 수입과 지출을 확인할 수 있는 자료를 제출하게 하거나, 소속 공무원으로 하여금 관계자료의 검사 및 필요한 질문을 하게 하거나 기타 필요한 사항에 대한 협조를 요청할 수 있다. 이 경우 요양기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

- ②보건복지부장관은 제14조제2항 및 제3항의 규정에 의한 대행청구기관에 대하여 필요한 자료의 제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 대행청구자료 등을 조사·확인하게 할 수 있다.
- ③보건복지부장관, 식품의약품안전청장 또는 시·도지사는 제19조 및 제20조의 규정에 의한 특수의료장비의 설치 및 품질관리에 관하여 의료기관 등에 필요한 보고를 명하거나 소속공무원으로 하여금 업

무상환·장비·시설 또는 관계서류를 검사하게 하거나 관계자를 조사하게 할 수 있다. 이 경우에 의료기관 등은 정당한 이유가 없는 한 이를 거부하지 못한다.

④제1항 내지 제3항의 규정에 의하여 요양기관 등을 방문하는 공무원은 조사명령서 및 공무원증을 관계인에게 내보여야 한다.

⑤제3항의 규정에 의한 보고에 관한 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

제24조(시정명령등) 보건복지부장관, 시·도지사는 의료기관이 제19조제2항 및 제20조 제2항의 규정을 위반한 경우에는 일정한 기간을 정하여 그 의료장비의 전부 또는 일부의 사용을 제한 또는 금지하거나 위반된 사항의 시정을 명할 수 있다.

제25조(벌칙) ①다음 각호의 1에 해당하는 자는 3년이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제14조제2항 및 3항의 규정에 의한 대행정구기관 종사자로서 사위 기타 부정한 방법으로 요양급여비용의 청구를 한 자

2. 제22조의 규정을 위반하여 업무상 알게된 비밀을 누설 또는 권한 없이 처리하거나 타인에게 제공한 자

②다음 각호의 1에 해당하는 자는 1년이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제14조제2항 각호에 규정하지 아니한 자에게 요양급여비용의 청구서류를 작성하게 하거나 또는 청구서류의 제출을 대행하게 한 자

2. 제24조의 규정에 의한 시정명령을 받고 정당한 이유없이 시정하지 아니한 의료기관의 개설자 또는 법인

부 칙

제1조(시행일) ①이 법은 공포한 날부터 1월이 경과한 날부터(또는 9월 1일부터) 시행한다. 다만 제14조, 제18조, 제19조는 공포한 날부터 6월이 경과한 날부터 시행하고 제11조의 규정은 공포한 날부터 1년이 경과한 날부터 시행한다.

제2조(적용시한) 이 법은 2006년 12월 31일까지 효력을 가진다.

제3조(건강보험정책심의위원회의 설치에 따른 경과조치) ①이 법이 시행되는 기간동안 건강보험법에 의한 건강보험심의조정위원회의 기능을 정지한다.

②이 법이 시행되는 기간동안 건강보험법에 의한 재정운영위원회의 기능중 보험료와 관계된 사항은 건강보험정책심의위원회의가 행한다.

③이 법 시행당시 건강보험법에 의한 건강보험심의조정위원회 또는 재정운영위원회의 심의·의결을 거친 사항중 이 법에 의한 건강보험정책심의위원회의 심의·의결사항은 이 법에 의하여 심의·의결을 받은 것으로 본다.

제4조(병상 신·증설의 제한에 따른 경과조치)이 법 시행전에 병상의 신설 또는 증설을 목적으로 건축허가를 받은 경우에는 제18조의 규정에도 불구하고 의료기관의 개설허가를 할 수 있다.

제5조(특수의료장비의 설치 등에 관한 경과조치)이 법 시행당시 제19조에 규정된 의료장비를 설치 운영 중인 의료기관은 이 법 시행 후 6개월 이내에 보건복지부장관에게 신고하여야 한다.

제6조(특수의료장비의 품질관리 등에 관한 경과조치) 이 법 시행당시 제20조에 규정된 의료장비를 설치·운영 중인 의료기관은 이 법 시행후 2년 이내에 제2조제2항의 규정에 의한 사후관리심사를 받아야 한다.

2001. 5. 31(목) 11:00 보건복지부 대회의실에서 개최한
"건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책"
보건복지부장관 기자회견 자료입니다.

첨부

1. 기자회견문
2. 건강보험 재정안정종합대책 자료

건강보험증 전자카드화 관련 참고자료
부서명 공보관실 전화번호 503-7505,40
등록일 2001.06.29 조회 250

1. 지금까지의 추진상황

- 자격관리 효율화, 허위청구 근원적 방지, 처방전 위·변조 방지 및 보험관리 업무의 전산기반 확충을 위해 건강보험증 전자카드화를 5월 재정안정 종합대책에 포함하여 추진
- 현재까지 시스템 내용이 상이한 5개 콘소시움이 사업참여 희망
- KHC, HIS, 국민건강카드, PASS21, 매드밴 등
- 전자카드화의 구체적 사업내용은 아직 결정된 바 없으며, 정부는 가장 유리한 조건을 제시하는 콘소시움을 대상으로 공개적이고 투명하게 선정할 예정

2. 전자카드화의 이점

- 건강보험증 전자카드화로 국민, 요양기관, 보험자 모두가 이득
- 환자는 조제 대기시간 감소, 신용카드 등 정보화의 이기 활용
- 병원과 약국은 건강보험 자격정보 즉시확인, 정보입력, 원무행정 등 경영비용 절감
- 보험자는 자격·급여관리의 행정비용 절감, 허위·부당청구 상시 관리체제 구축
- 차등수가제, 야간가산제의 적정 관리 가능
- 정보관련산업의 발달 촉진으로 경제발전 효과도 기대
예) 16 Kbyte 이상 IC 칩은 국내 삼성전자, 현대 ICS 등이 생산능력을 보유하고 있으나, 시장수요가 없어 생산을 못하고 있음. 양산체제로 전환시 세계시장 진출도 기대

3. 제기된 문제점에 대한 설명

가. 개인정보 유출 문제

전자보험증 수록내용

○ 카드에 개인 ID(주민번호, 성명 등 現 보험증 수록내용)만 수록

→ 진료 前 보험료 납부여부 On-Line으로 확인

○ 진료 後 원의조제 필요시 처방전 내역 수록

○ 진료기록은 수록하지 않음

○ 처방전 수록·열람시 의·약사 및 환자카드 동시 사용(비대칭 보안키 방식)으로 엄격한 보안 유지

가입자 정보관리는 현행과 같이 공단에서 수행

○ 일부에서 전자보험증 발급을 위해 가입자 D/B를 외부의 민간업체가 관리함으로써 개인정보 유출 우려

→ 현재와 같이 공단이 관리

나. 국민에의 비용전가 문제

시스템 구축 등 사업추진 비용은 전액 업체에서 부담

○ 카드리더기, 운영프로그램 등 요양기관에 무상제공

○ 신용카드, 전자카드를 일반 상거래에 활용함으로써 부가가치 창출

○ 카드회사는 카드발급 비용 절감, 의료시장의 신수요 기대, 향후 신용카드 IC화·전자화폐 IC 표준 등에서 마케팅 비용 절감 기대

→ 국민에의 비용전가 없음

○ 원하는 가입자에게만 신용카드 등 부가기능 부여

→ 현재 사용중인 신용카드를 재발급 받는 효과

4. 향후 계획 - 공론화를 통한 투명한 사업추진

업체간 경쟁으로 국민과 정부에게 가장 유리한 조건 유도

○ 개인정보 보호등 예상문제점에 대한 검토를 거쳐 구체적인 사업내용을 일반에 제시, 공청회 등 공론화 과정을 거쳐 확정

○ 정보통신부 등 관계부처와 전문가가 참여하는 범정부차원의 평가단을 구성·사업자 선정

○ 계약내용은 전산·법률 전문가를 동원하여 면밀히 검토하여 확정·체결

□ 시범사업 운영으로 발생가능한 문제점 사전에 충분히 검토·보완

○ 3~6개월간 특정 지역 또는 요양기관을 지정, 시범사업 실시

{ 보험정책과 500-3063 }

국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책

- 조기 재정안정과 국민불편 해소를 위하여 -

2001. 5



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

머 리 말

건강보험 재정위기로 국민들께 많은 걱정을 끼쳐 드리게 되어 송구스러운 마음 금할 수 없습니다. 정부는 어떤 일이 있더라도 보험재정이 고갈되어 국민들이 진료를 받지 못하는 사태가 발생하지 않도록 할 것입니다. 건강보험제도는 온 국민이 함께 가꾸어 가야 할 소중한 제도이므로 이번 종합대책은 각계의 의견을 들어 함께 협력하는 마음으로 수립하였습니다.

2003년까지 당기 수지균형을 이루고 2006년까지 5년내에 재정적자를 해소하여 건전재정을 달성하겠습니다. 무엇보다 국민의 부담이 최소화되는 원칙을 지키면서 대책을 수립하려고 노력했다는 말씀을 드립니다. 의료계, 약계, 제약업체 등 어느 한쪽의 큰 희생 없이 오로지 국민을 위하여 서로 양보하고 협력함으로써 작년과 같은 사회적 혼란이 생기지 않도록 해야 한다는 저의 충정을 담았습니다.

따라서 금년에는 보험료 인상보다는 급여기준 개선, 수입증대 노력, 그리고 정부지원 확대를 통해서 부족한 재정을 충당할 계획입니다. 그러나 근본적인 수지균형을 이루기 위해서 내년부터는 급여수준에 알맞는 보험료 인상이 불가피하다는 점을 미리 말씀드리며 이해를 구하고자 합니다.

의약분업 시행에 따라 항생제, 주사제 사용이 줄어드는 등 효과가 서서히 나타나고 있습니다만 아직 미흡하므로 국민이 체감할 수 있도록 더욱 노력하겠습니다. 무엇보다 주사를 맞기 위해 병·의원과 약국을 오가지 않도록 하여 국민불편을 적극 해소하겠습니다.

많은 어린이들이 고통을 받는 백혈병 등 소아암, 혈우병, 근육병과 같은 희귀난치성 질환과 신장, 간 등 장기이식환자에 대한 본인 부담을 경감하고 급여를 확대하여 가계부담을 줄여 나가겠습니다.

보다 근본적인 재정안정 대책도 함께 추진할 것입니다. 건강보험증을 전자카드화하여 진료비청구를 투명화 하고 국민생활이 편리해지도록 건강보험 첨단정보관리시스템을 구축하겠습니다. 의료인력과 시설·고가장비가 적정수준으로 배치될 수 있도록 하여 국민 의료비가 너무 늘어나지 않도록 할 것입니다.

무엇보다 고령화 사회에 대비한 노인의료비 대책을 적극적으로 강구할 것입니다. 치매, 뇌졸중 등 노인성 질환 때문에 고통 받는 가정을 위하여 요양병원과 보호시설을 대폭 확충하고, 「노인요양보험」 제도를 도입하여 과중한 노인요양비와 간병비용을 지원할 수 있도록 하겠습니다.

이러한 재정안정대책을 강력하고 일관성 있게 추진하여 조기에 재정안정을 이룰 수 있도록 『국민건강보험재정건전화특별법』을 제정, 2006년말까지 한시적으로 운영하겠습니다.

앞으로 건강보험 재정위기가 다시 오지 않도록 만반의 대책을 강구하고, 우리와 우리 후손의 건강을 지키기 위한 의약분업이 조기정착될 수 있도록 저와 직원 모두는 혼신의 노력을 다해 나갈 것을 약속드립니다. 의약계는 물론 국민 모두의 참여와 협력을 간곡히 당부드립니다.

감사합니다.

2001. 5. 31

보건복지부장관 김 원 길

【요 약】

I. 건강보험 재정안정 대책

- 1. 2001년 재정전망 1
- 2. 대책의 기본방향 2
- 3. 금년중 시행할 단기대책 3
- 4. 단기대책 시행후의 재정상황 및 자금대책 10

II. 의약분업 정착대책

- 1. 추진상황 평가 12
- 2. 의약분업의 안정적 정착 12

III. 근본적 재정안정을 위한 제도개선 추진

- 1. 향후 재정전망과 문제점 14
- 2. 지속가능한(sustainable) 건강보험제도 구축 15

IV. 효과적인 추진체제 구축

- 1. 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정 20
- 2. 조직 및 인력 보강 21

V. 건강보험·의약분업 앞으로의 모습

要 約

금년 적자규모는 4조 1,978억원 추정

- 지역 1조 8,045억원, 직장 2조 3,933억원
- 적립금 9,189억원이 있으므로 순적자는 3조 2,789억원

2003년까지 당기 수지균형을 이루고 2006년까지 5년내에 건전재정기조 회복

- 보험자, 의약계, 가입자, 정부 4者の 공동노력으로 해결
 - 정 부 : 지역보험에 대한 50% 정부지원
 - 보험자 : 보험료 징수노력 및 경영 합리화
 - 의약계 : 급여기준 합리화, 적정진료 협조
 - 가입자 : 급여에 상응한 적정부담 원칙
- 금년은 급여기준개선, 정부지원확대에 중점을 두고 부족재원은 금융권에서 차입
 - 20개 단기대책을 통하여 연간 2조 5,007억원 재정개선
 - 단, 금년도는 시행시기 문제로 1조 887억원만 효과 발생
 - 연말기준 부족자금 1조 1,252억원은 금융권에서 차입

국민부담 최소화를 위해 금년도 추가 보험료 인상은 없음

- 남수진절제를 위해 입원시 본인부담을 보다 낮은 외래본인 부담 정액을 소폭인상 (의원급 800원, 약국 500원)
- 보험료는 2002~2006년까지 매년 약 9% 인상시 2003년에 수지 균형을 이루고 2006년까지 차입금 상환 가능
 - ※ 지역보험과 직장보험의 보험료 부과기준이 다르므로 매년의 인상 수준은 각각의 급여비 규모를 고려하여 결정

의약분업 조기정착을 위해 국민불편사항 적극 해소

- 모든 주사제를 분업대상에서 제외시켜 병원과 약국을 오가는 불편 해소
- 일부 연고제·소화제 등은 일반의약품으로 분류하여 약국에서 쉽게 구입 가능
- 의사의 판단에 따라 만성질환자 처방전 반복사용 가능
- 공휴일 당번의원·약국 운영활성화

근본적 재정안정을 위한 제도개선 병행 추진

- 건강보험증 전자카드화 등 보험관리업무 전반을 첨단정보시스템으로 전환
- 의료인력, 시설, 고가장비의 적정 배치
- 포괄수가제 실시 등 진료비 지불방식 개선
- 치매, 뇌졸중 등 만성질환 노인을 위한 장기요양시설 대폭 확충, 건강보험에 부가하여 「노인요양보험」 도입
- 보건소를 지역보건 중추기관으로 육성하고 공공의료기관의 기능 확충

효과적인 추진체계 구축

- 재정안정대책을 강력하고 일관성있게 추진하기 위해 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정 (2006년까지 한시적 운영)
 - 수입과 지출이 균형을 이룰 수 있도록 보험료, 수가, 급여 확대 동시 결정
 - 수가수준 원칙과 절차 규정
 - EDI 청구확대, 건강보험증 전자카드화 지원
 - 과잉병상 및 고가장비 설치 규제 근거마련 등
- 건강보험정책개발·연구기능 강화, 심사평가원 심사조직 보강

【건강보험 · 의약분업 앞으로의 모습】

1. 2006년까지 5년내에 재정건전기조가 회복되고 다시 내실 있게 발전 할 수 있는 기반이 마련됨

2. 지역보험에 대한 정부지원이 50%로 확대됨

3. 건강보험증이 전자카드화 되어 보험관리가 투명화됨

4. 큰 병에 걸렸을 때 본인부담을 줄여주는 대신, 감기같이 가벼운 병에 걸렸을 때는 부담이 다소 증가

5. 희귀난치병 환자의 치료비 부담이 크게 경감됨

6. 소득있는 자는 모두 보험료를 부담하게 되어 형평성이 높아짐

7. 주사제를 사러 약국에 가야하는 불편이 사라짐

8. 고혈압 · 당뇨병 등 만성질환자는 의사가 필요하다고 판단하는 경우 동일 처방전을 반복사용할 수 있도록 하여 의료기관을 매번 가야하는 불편을 줄임

9. 치매, 뇌졸중 등 만성질환자와 노인을 보호 하기 위한 제도가 확충됨

I. 건강보험 재정안정 대책

1. 2001년 재정전망

□ 금년도 당기적자는 지난 3월 발표한 3조 9,714억원보다 다소 증가한 4조 1,978억원이 될 것으로 추정

○ 그동안 추가자료를 바탕으로 정밀추계한 결과 금년도 수입 10조 4,248억원, 지출 14조 6,260억원으로 당기적자 4조 1,978억원 예상 (지역 18,045억원, 직장 23,933억원)

▷ 적립금을 제외한 순자금 부족액은 3조 2,789억원

【2001년도 재정추계 : 재정안정대책이 반영되지 않은 경우】

(단위 : 억원)

구 분	2000년 (실적)			2001년 (추정)		
	계	지 역	직 장	계	지 역	직 장
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 제 액	9,189	364	8,825	△32,789	△17,681	△15,108

□ 금년 재정적자 규모가 급증한 원인은 수년간 누적된 적자 구조와 의약분업 시행, 수가인상 등이 복합적으로 작용

○ '96년부터 보험료 수입보다 지출이 많은 구조적 적자요인이 누적

※ '95~'99년 연평균 지출 18.5%, 수입 14.4% 증가

○ 의료보험 통합과정에서 적정수준 보험료 인상이 이루어지지 못하고 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%)

2. 대책의 기본방향

□ 2006년까지 5년내에 전체 보험재정 적자 해소, 건전재정기조 회복

- 2001년 재정부족분은 허위·부당청구 근절, 불합리한 급여기준 개선 등 조치와 정부지원 확대 및 일시차입으로 충당
- 보험료는 금년중 추가적으로 인상하지 않으며, 2002년 1월부터 연차적으로 조정

□ 정부·보험자·의약계 및 가입자 4者간 공동노력으로 해결

- 정 부 : 지역보험에 대한 50% 정부지원
- 보험자 : 보험료 징수강화 등 수입확보와 구조조정 등 경영 혁신 추진
- 의약계 : 과잉진료, 허위·부당청구 일소, 급여기준 합리화 및 의료의 질 개선
- 가입자 : 남수진 절제 및 급여비 증가에 상응한 적정부담
 - ☞ 「건강보험정책심의위원회」를 신설, 4者간 합의기구로 활용

□ 건강보험재정을 근본적으로 안정화시킬 수 있는 제도개선 등 중장기 대책 병행 추진

- 의료공급 적정화, 비용의식적 의료이용, 노인의료비 대책 등

□ “국민건강보험재정건전화특별법” 제정(2006년까지 한시법)

- 재정안정대책을 강력하고 효과적으로 추진해 나갈 수 있는 근거규정 마련

3. 금년 중 시행할 단기대책

- ◇ 급여기준의 합리적 개선, 허위·부당청구 근절 등 지출 구조를 정상화
- ◇ 보험료 징수율 제고, 소득있는 피부양자 보험료 부과 등 수입증대
- ◇ 지역보험 재정안정을 위해 50% 정부지원

진료비 심사 강화

- 국민의 알권리 신장을 위한 진료내역 통보 확대
 - ▷ 전국민 1년 2회 이상 통보
 - ▷ 인터넷을 통한 수진내역 조회시스템 설치, 수시로 진료내역 확인하는 체제 구축 (7월)
- 요양기관 현지확인심사 및 실사 강화
 - ▷ 6월부터 매주 50개 기관 현지확인심사
 - ▷ 수진자 조회, 현지확인심사 과정에서 허위·부당청구 혐의가 짙은 기관에 대해서는 즉시 실사
- 영리목적의 대행청구 금지
 - ▷ 부정청구를 유발하는 영리목적의 대행청구 금지
 - ▷ 다만, 의약단체가 회원들의 편의를 위한 목적으로 비영리 사업으로 하는 경우의 대행청구는 인정 (특별법에 반영)

○ “녹색인증기관”제도 시행 (6월)

- ▷ EDI 청구기관을 대상으로 요양기관 신청에 의해 “녹색인증기관”으로 지정, 자율적인 정상청구 유도
- ▷ 녹색인증기관에 대한 급여비는 심사를 생략하고 조속히 지급하되, 정기적인 표본조사 실시등 사후관리

○ 허위·부당청구에 대한 처벌기준 강화 (법령 개정, 7월)

- ▷ 조사기피·거부 : 업무정지 90일 → 365일 (법상 최대치)
- ▷ 과징금 부과기준 : 총 부당액의 1.5배 → 5배 (법상 최대치)
- ▷ 허위·부당청구시 요양급여기관 업무정지와 병행하여 면허자격 정지 및 허위청구로 금고이상의 형 선고시 면허취소 (신설)

급여제도의 합리적 개선·보완

□ **진찰료·처방료의 통합 (7월)**

- 진찰료 외에 처방일수에 따른 처방료를 별도로 지급하는 불합리한 점을 개선하고, 불필요한 처방전 발행을 억제
- 현행 진찰료에 평균 처방료(처방전 발행빈도 감안)를 가산하여 통합진찰료 책정
 - ▷ 과별 특성 반영을 위해 과목별 3개 그룹 (내과계, 외과계, 기본·지원 진료)으로 차등화
 - ▷ 평균 처방일수는 의약분업 전후를 평균하여 적용

□ 환자 수에 따른 진찰료·조제료 차등수가제 도입 (7월)

- 환자진료 및 조제를 위한 적절한 시간 배려 등 의료서비스의 개선
 - ▷ 동네의원과 약국으로의 환자분산 및 환자 대기시간 감소
- 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×100% + 25인×90% + 50인×75% + 10인×50%

□ 주사제 처방료·조제료 삭제 (7월)

- 외래환자에 대한 불필요한 주사제 사용 억제

□ 야간가산을 적용 시간대 조정 (7월)

- 현재 평일 오후 6시부터 (토요일은 오후 1시부터) 익일 오전 9시
 까지의 진찰료·조제료 30% 가산
- 실생활 주기에 부합토록 평일 오후 8시부터(토요일은 오후 3시
 부터)로 적용시간대 조정

□ 급여 인정기준의 합리화 (7월)

- 신경차단술, 물리치료, 한방관절강내침술 및 치석제거술 급여인정 기준 강화
 - ▷ 남수진 방지를 위해 인정횟수, 시술부위 등 기준 보장
 - ▷ 치석제거(스케일링)는 치주질환 수술의 前단계로 반드시 필요한 경우에 한정
- 영상진단 (X선, CT), 혈액투석, 조혈모세포이식, 물리치료, 임상 병리검사 실시기관 인정기준 등 제정
 - ▷ 의료의 질관리를 할 수 있도록 인력·시설 및 장비기준을 정하고 관련학회의 정도관리 인증서 첨부를 의무화

약제비 절감

□ 보험약가 조정 (연중)

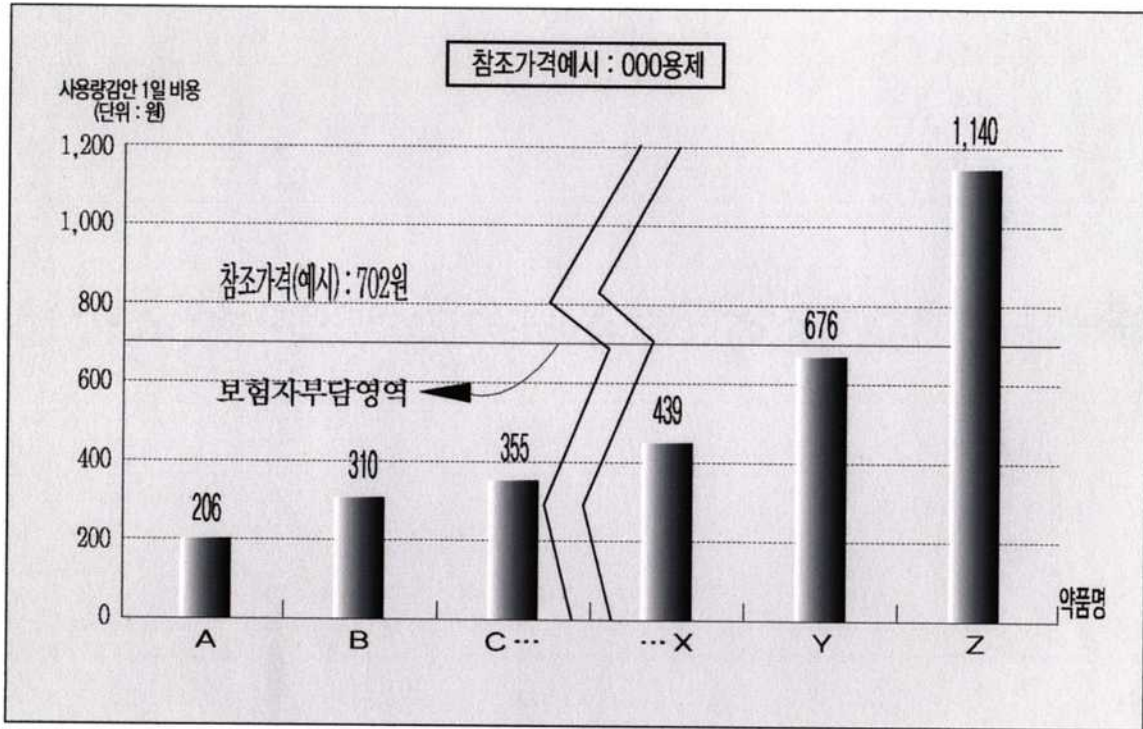
- 실거래가 일제 조사 실시, 약가의 거품 제거
 - ▷ 필요시 원가조사 병행
- 복제(카피)의약품 가격산정 기준을 현행 오리지날 품목의 최고 90% → 75% 수준으로 인하
- 필수약품중 원가보상이 안되어 퇴장이 불가피한 품목은 적정수준 약가조정 (예 : 결핵치료제, 마취용약제 등)

□ 저가약 대체조제를 통한 약제비 절감 (7월)

- 제약회사, 약리학 교수 등으로 콘소시움을 구성, 생물학적 동등성 시험기관을 대폭확대
- 생동성 시험 완료품목중 저가약으로 대체조제한 약사에게 약가 차액의 일정률을 인센티브로 제공

□ 고가약제 보험자부담 상한 설정 (8월) : 독일식 참조가격제

- 성분 및 효능을 참고한 의약품군별로 기준가격의 1~2배 금액 (참조가격)까지 보험급여
- 해열진통소염제, 소화성궤양치료제 등 일부 효능군에 대해 우선 실시



□ 주사제, 항생제 및 고가약제에 대한 약제비 적정성 평가

- 주사제 등 오남용 우려가 큰 의약품 사용에 대한 사후평가를 실시하여 적정 진료 유도
- 평가 결과에 따라 우수기관은 가산, 문제기관은 감액 지급

□ 치료재료 사후관리 강화 (6월)

- 치료재료 중 대부분 수입에 의존하는 고가품목 (75개)에 대하여 수입원가를 조사, 상한금액 인하

외래 본인부담 조정

□ 외래 본인부담금 현황과 문제점

- 의원 2,200원, 약국 1,000원 정액부담은 평균진료비의 각각 18.5%, 16.5%로서 입원 시 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
 - ▷ 약 국 : 10,000원 이하 1,000원 → 1,500원
 - ▷ 65세 이상 노인의 외래정액 본인부담을 일반인보다 적게 인상 (의원급 300원, 약국 200원)
 - ※ 2003년부터는 30% 정율제로 전환
- 진찰료·처방료 통합에 따라 병원급 본인부담 조정
 - ▷ 중소병원 : 진찰료 전액 + 진료비의 40% ⇒ 전체진료비의 40%
 - ▷ 종합병원 : 진찰료 전액 + 진료비의 55% ⇒ 진찰료 전액 + 진료비의 50%
- 외래 본인부담을 일부 상향조정하는 대신 희귀난치성 질환에 대한 본인부담 경감 확대
 - ▷ 백혈병등 소아암, 만성신부전증, 혈우병, 고셔병, 근육병, 장기 이식 환자 (간·신장·심장·췌장) 본인부담 경감 (40~55% → 20%)
 - ▷ 이들 희귀질환자 치료를 위한 약제, 치료재료에 대하여 급여 범위 확대

보험료 수입증대 및 관리운영 효율화

□ 지역보험료 징수율 제고 (2000년 90.5% → 2001년 97%)

- 자동이체율 제고, 매월 독촉고지 실시 및 연 2회 장기체납자에 대한 체납처분 실시 등 징수활동 강화
- 지역가입자의 소득 및 재산 변동자료의 연계를 앞당기고, 직장가입자도 전년도 소득이 아닌 당해연도 소득기준으로 부과

□ 소득있는 피부양자에 대한 보험료 부과 (7월)

- 직장가입자의 피부양자 중 사업소득 또는 임대소득이 있는 자에게 보험료 부과(약 40만명 대상)

□ 5인미만 사업장 근로자등 직장 편입 확대 (7월)

- 5인미만 사업장 근로자와 1개월 이상 고용 근로자를 직장가입자로 편입
 - ▷ 근로자의 부담 경감(사업주 50% 부담) 및 부담의 형평성 제고
- 건설업, 음식업 등 적용이 어려운 15개 업종을 제외한 나머지 업종부터 단계적으로 실시

□ 국민건강보험공단 경영혁신

- 작년에 이어 금년에도 구조조정 지속
- 외부전문기관의 경영진단 결과에 따라 아웃소싱, 업무체계의 효율적 재편 등 추진

정부지원 확대

□ 지역보험 50% 정부지원

- 현행 정부지원을 28.1% → 50% 확대, 1조 3,945억원 추가확보
- 소득수준에 따라 정부지원을 차등화 방안 검토

□ 의료보호 재정건전화 조치 병행

- 체불진료비 조기 해소하고, 진료비 지급업무 공단 위탁

4. 단기대책 시행후의 재정상황 및 자금대책

□ 단기대책 재정개선효과 : 연간 2조 5,007억원 (정부지원 별도)

- 급여제도 개선, 약제비 절감 등 : 1조 5,769억원
- 보험료 징수율 제고 및 운영효율화 : 5,009억원
- 외래 본인부담금 조정 : 4,229억원

□ 대부분의 대책이 7월이후 시행되므로, 금년도 실제 재정개선 효과는 1조 887억원만 나타나고 당기재정적자는 2조 441억원으로 줄어듦

【금년도 당기적자 추계】

(단위 : 억원)

구 분	계	지 역	직 장
재정안정대책이 없는 경우	△41,978 (△32,789)	△18,045 (△17,681)	△23,933 (△15,108)
재정안정대책 시행후 (정부지원 제외)	△31,091 (△21,902)	△11,523 (△11,159)	△19,568 (△10,743)
지역보험 50% 정부지원 후	△20,441 (△11,252)	△873 (△509)	△19,568 (△10,743)

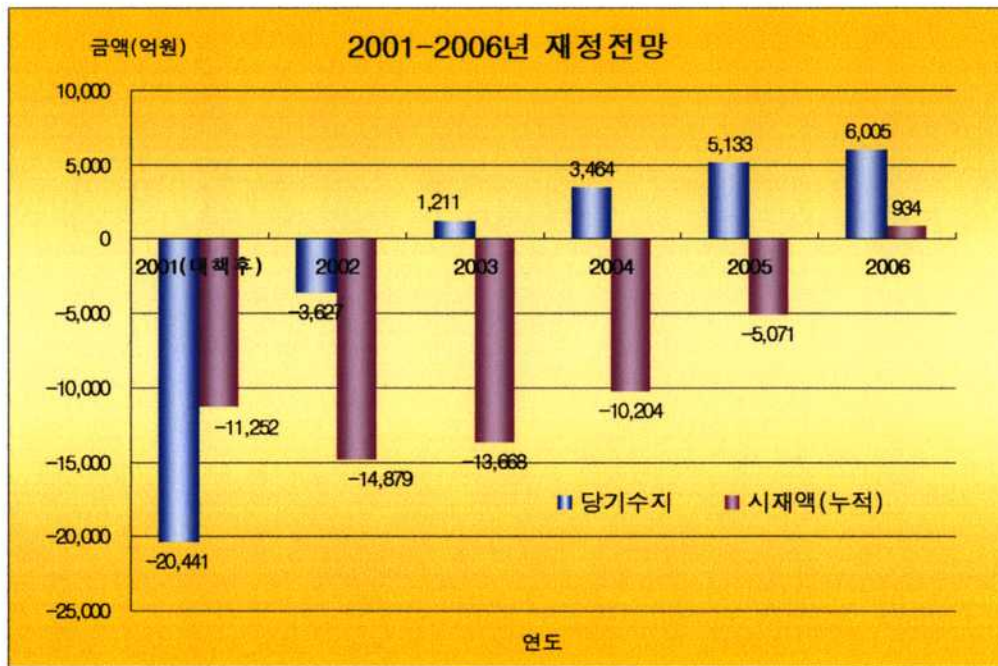
주) ()는 적립금 9,189억원을 감안한 실제 자금부족액, 금년 정부지원은 45%

□ 금년도 자금대책

- 부족자금 1조 1,252억원 외부 금융권 차입
- 외부 차입액은 정부지원, 보험료 인상 등 당기흑자로 전환시켜 2006년까지 상환

□ 2002년 이후 재정전망

- 2002 ~ 2006년 동안 보험급여 확대를 정지하고 약 9% 보험료 인상 추정
- 2003년부터 보험재정 전체적으로 당기수지가 균형을 이루고 2006년까지 외부차입 상황이 가능



- 주) 1. 2002년 수가동결, 2003년부터 수가는 물가상승률 수준 인상 가정
 2. 1인당 급여비 증가율 10% 가정
 3. 직장가입자 임금상승률 및 지역가입자 소득·부과자료 연계

II. 의약분업 정착 대책

1. 추진상황 평가

- 의약품 오·남용 방지로 국민건강증진에 기여
 - ▷ 연간 1억7천만건으로 추산되던 임의조제가 금지되어 약국에서 환자에게 직접 투약되던 항생제 등 전문의약품 사용 제한
 - ※ 의약분업전 약국에서 사용되던 항생제(전체 항생제의 49.5%)중 65% (1억1천만건 / 1억7천만건)의 사용감소로 항생제 사용량 약 30% 감소 추정
- 국민이 체감할 수 있는 분업의 효과는 현재로서는 미흡한 수준이지만 일부 효과가 서서히 나타나고 있으므로 의약분업 정착을 위한 지속적인 노력 필요
 - ▷ 주사제 사용빈도(청구명세서당) : 55.9%('97)→ 47.99%(2000.11)
 - ▷ 처방당 약품목수 : 5.87(2000.5) → 5.58(2000.12)
- 제도변혁에 따른 국민불편, 의료기관과 약국간 담합, 병·의원 주위로 문전약국집중 및 동네약국의 쇠퇴 등 문제점 대두

2. 의약분업의 안정적 정착

가. 국민불편사항 적극 해소

모든 주사제를 의약분업 대상에서 제외시켜 병원과 약국을 오가는 불편해소

전문·일반 의약품 분류 일부 조정

- ▷ 안전성과 유효성이 확보되고 국민에게 사용방법이 널리 알려진 일부 전문의약품을 단계적으로 일반의약품으로 전환하여 국민의 약 구입 편의 도모
- ※ 단순피부연고제, 여드름약, 간단한 소화제, 점안제 등
- ▷ 일반의약품중 의사의 진단이 필요한 약품은 전문의약품으로 전환

생동성 시험확대 및 성분명 처방유도

- ▷ 생동성이 입증된 의약품에 대해서는 성분명으로 처방하되, 의사의 임상적 판단에 따라 상품명으로 처방가능
- ※ 2001. 5. 21 현재 419성분 577품목 생동성 입증 (단일 품목을 제외하면 41성분 158품목)

처방전 반복사용

- ▷ 고혈압·당뇨병·관절염 등 장기투약 환자의 편의를 위해 의사가 필요하다고 판단하는 경우 동일 처방전을 사용하여 반복 조제 가능

공휴일 등의 당번 의원·약국 활성화

- ▷ 공휴일의 환자진료 및 의약품 조제 불편이 없도록 당번 의원 및 약국 운영 활성화

나. 의료기관과 약국간의 담합 등 불법행위 단속

의약분업 특별감시단 연중운영(5월 ~ 12월)

담합행위를 유형별로 구체화하고 위반자에 대한 처벌기준 강화

III. 근본적 재정안정을 위한 제도개선 추진

1. 향후 재정전망과 문제점

□ 고령화, 의료인력·시설·장비의 과잉공급으로 진료비 계속 팽창

- 고령화 속도가 빨라짐에 따라 노인의료비 부담이 보험재정에 큰 압박 요인으로 작용

구 분	1995년	2000년	2010년
노인인구비율(%)	5.6	7.1	9.9
노인 1인당진료비(천원)	293	614	3,273
노인진료비/총진료비(%)	12.2	18.3	30.5

- 의료인력과 의료시설·장비의 과잉배출

- ▷ 의사는 매년 3,300명씩 배출

- ▷ 병상수도 매년 약 14,000개씩 증가(2000년 243천개)

- ▷ 고가의료장비가 규제 없이 설치되어 의료자원 낭비 및 지출 증가

- ※ MRI 약 420대, 초음파 약 12,000대, CT 약 1,350대로 인구대비 고가의료장비가 세계 최고 수준임

- 인공장기, 인공관절, 레이저시술, 내시경시술, 유전자치료, 신약 등 신의료기술의 발전으로 의료비용 계속 상승

- 평균수명의 연장·소득수준의 향상으로 개인의 의료욕구가 더욱 다양화되고 고급화

□ 앞으로 저성장 경제 여건에서 정부지원, 보험료 인상에 한계가 있으므로 건강보험 재정위기 만성화 우려

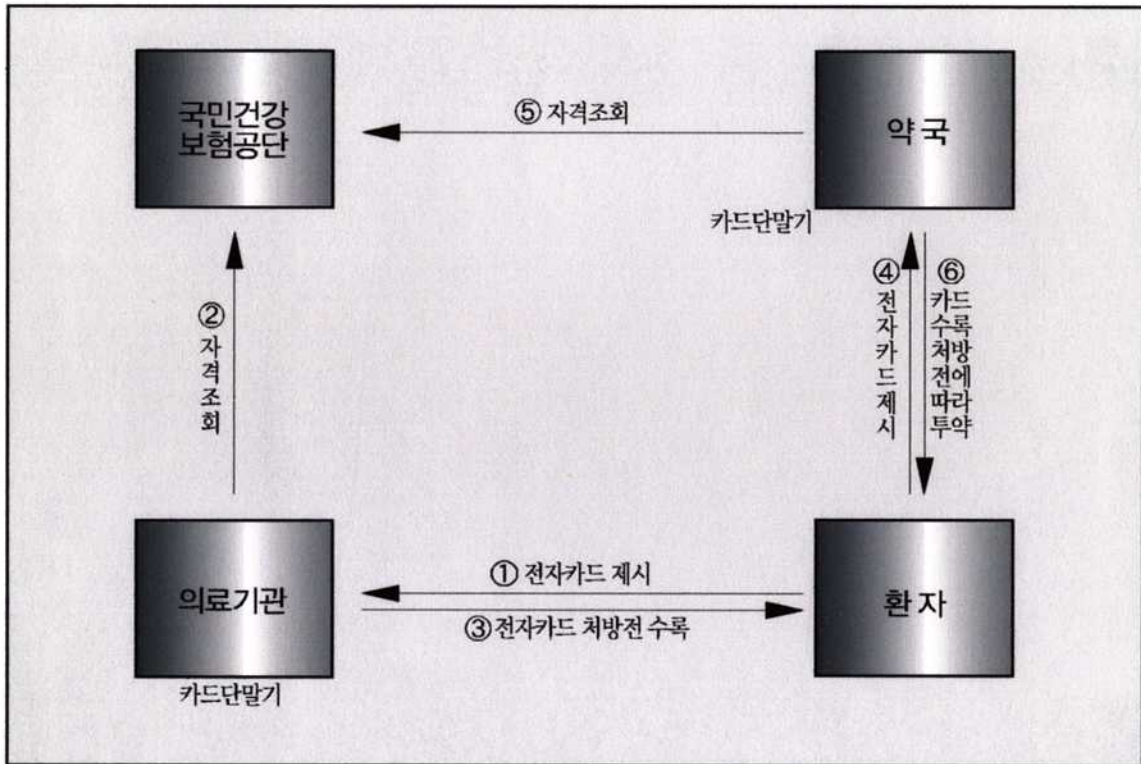
- 정부, 기업, 국민 모두의 부담으로 작용, 경제활력 저해 가능성

2. 지속가능한(sustainable) 건강보험제도 구축

가. 건강보험 첨단 정보관리 시스템 구축

건강보험증 전자카드화

- 자격관리 효율화, 허위청구 근원적 방지, 처방전 위·변조 방지 및 보험관리업무의 전산기반 확충을 위하여 건강보험증을 IC 카드화
 - ▷ 보험관리업무 전반을 최첨단 정보화 시스템으로 전환
 - ▷ 금년 시범사업 실시, 내년 하반기 본격 시행추진



쏘 요양기관 EDI 청구 확대

- 진료비 청구·검색 소프트웨어 개발, 무상보급 (정보화촉진기금에서 지원)
- EDI 청구와 서면 청구간 진료비 지급기일에 차이를 뚫으로써 EDI 청구에 경제적 유인 제공
 - ※ EDI 15일 이내, 서면 및 디스켓 40일 이내 심사

- 병원급 이상의 EDI 전산기반 확충을 위하여 「정보화촉진기금」
 용자 지원
- 사용이 간편한 Web-EDI의 개발·보급으로 요양기관의 전산화 비용
 절감
- “청구프로그램 등록·인증제” 도입으로 프로그램 표준화

의약품 유통개혁 조기 완성

- 유통종합정보망 구축
 - ▷ 공급자(제약, 도매), 요양기관, 보험자를 망라하는 정보시스템 구축
 - ※ 소요비용 : 300억원, 공급자의 출연과 정부부담으로 조달
 - ▷ Bar-Code 부여, POS system(판매시점관리) 도입, 거래내역 신고
 의무화 추진
- 의약품공동물류센터 설치
 - ▷ 제약, 도매업소 공동투자, 물류비 절감을 통한 약값 인하

나. 합리적인 인력·시설 장비 규제를 통한 의료공급 적정화

의료인력의 과잉공급 억제

- 의과대학 입학정원을 2003년까지 10% 감축, 추후 중장기 수급계획에
 따라 추가 감원 (관계부처 협의)
 - ▷ 치과대학, 한의대학, 약학대학 정원도 감축대책 수립
- 전문의 비율축소 및 일반의사 확대
 - ▷ 2002년부터 4년간 매년 전공의 정원 7.5% 감축 (현 3,504명)

과도한 병상증가 억제

- 지역별 적정병상(급성기) 기준을 마련, 초과시 병상 신·증설을 엄격히 심사·규제
 - ▷ 급성기 잉여병상은 장기요양병원으로 전환 유도
- ※ 종합병원 신축시 1병상당 2~3억원, 연간 운영비 1억원 소요

MRI 등 고가 특수장비 설치 규제 및 공동활용 유도

- 고가 의료장비 등에 대한 합리적인 배치기준을 설정하고 사전심사제 운영
 - ▷ 고가장비 정도관리제(QA) 도입 (관련학회 인증제)
- 고가 의료장비의 공동활용에 대한 인센티브 및 개방형 병원제 활성화

의료분쟁조정제도 마련

- 의료사고로 인한 국민피해의 신속한 구제 및 의료인의 안정적인 진료 환경 조성을 위해 「의료분쟁조정법」 제정
- 분쟁조정기구 설치, 공제조합 설립을 통한 의료사고비용 공동부담, 고의·중과실이 아닌 경우 형사처벌 특례 등 규정

다. 진료비 지불방식 개선 등 비용절약적 의료이용 유도

포괄수가제 확대

- 2002년 제왕절개, 정상분만 등 8개질병군에 대한 포괄수가제 실시, 점진적 확대 적용

총액예산제 시범사업 실시

- 진료실적에 기초한(performance-based) 총액예산제를 국공립병원에 시범적용

비용의식적인 의료이용 유도를 위한 본인부담제 개편

- 종합병원급 경증 외래진료에 대한 본인부담 확대(Deductible) 시행
- 중증질환에 대한 본인부담 감소, 사회보험의 기능 강화

의약품 실거래가 제도개선

- 시장경제원리에 따라 약가가 인하될 수 있도록 합리적인 보험약가 관리제도 마련
 - ▷ 의약품 유통정보망 구축에 따라 실시간(real time) 실거래가 확인으로 약가 거품 제거

신의료기술 평가제도 도입

- 신의료기술의 경제성을 평가해서 보험급여범위를 인정할 수 있도록 신의료기술 평가 강화
 - ▷ 전문인력 양성과 평가전문조직 신설 (예:심사평가원에 「신의료기술평가센터」 설치)

병원경영 투명성 제고

- 「병원회계준칙」 제정 등 경영투명성을 높이기 위한 제도 마련

재정안정후 보충적 민간의료보험 역할 확대

- 고급의료, 신기술고가치료, 고가약, 병실차액 등 비급여 항목에 대한 보충적 민간의료보험 활성화
 - ▷ 민간의료보험에 대한 세제지원 등 역할 확대방안 추진

라. 고령화 사회 도래에 따른 노인의료비 대책

치매·뇌졸중 등 만성질환노인을 위한 장기요양시설 대폭 확충

- 국가, 지방자치단체, 보험자, 사회복지법인 등이 다양한 수요에 맞춰 지역단위로 설립
 - ▷ 그린벨트내 설치가 가능토록 관련법령 개정
- 지역실정에 따라 지방공사 의료원을 장기요양병원으로 전환 유도

만성질환 노인을 위한 「노인요양보험」 제도 도입

- 건강보험에 부가하여 치매·뇌졸중 등 장기요양이 필요한 노인에게 간병·가정간호 등 장기요양급여 제공
- 가입대상 : 모든 피보험자가 자기 또는 부모를 위하여 희망하는 경우 가입(일정기간 보험료 납부 의무화)
- 재 원 : 보험료와 정부·지방비, 자부담
- 관리운영 : 국민건강보험공단
- 장기요양급여 범위 및 수가체계 개발 등 여건조성

마. 공공보건의료기관의 기능 확충

보건소를 지역보건 중추기관으로 육성

- 보건소의 예방, 재활 및 노인의료 기능 확충
- 보건소(보건의료원)에 검사, 방사선 촬영장비 등을 구비하여 관내 의원급 「개방형지원의료센터」 기능 부여
- 보건소 기능강화를 위해 노인보건, 방문보건 등 보건사업 평가제도 강화 및 정부지원 확대

「방문간호사업」 활성화

- 장기입원이 필요한 환자의 조기퇴원 유도
- 지역사회 중심의 「가정간호센터」 설치·운영
- 병원, 보건소, 가정간호센터간 환자정보 공유체제 구축

공공보건의료 서비스 확대

- 보건소·지소, 보건진료소의 인력확충 및 시설 현대화로 1차 보건 의료기능 대폭 보장
- 보건소·지소의 공중보건한의사 등 의료인력 배치 확대
- 지방공사의료원 등 국·공립병원을 지역거점병원으로 지원·육성
 - ▷ 응급의료기능 확충, 공중보건의 집중배치, 예산지원 확대 등

IV. 효과적인 추진체제 구축

1. 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정

□ 재정안정대책을 강력하고 일관성 있게 추진하여 조기에 재정안정

○ 한시적 특별법으로 2006년까지 운영

□ 법안의 주요내용

○ 수입과 지출이 균형을 이룰 수 있도록 보험료, 수가, 급여확대를
동시 결정하는 체제 구축

▷ 보험료를 정하는 공단 「재정운영위원회」와 수가·급여범위를
정하는 「건강보험심의조정위원회」를 통합하여 「건강보험정책심의
위원회」 설치

▷ 수가수준 결정원칙과 절차 규정

○ 장기체납으로 보험급여가 정지된 저소득 납부무능력자에 대한 체납
보험료 탕감 및 급여혜택 부여

○ EDI 청구 확산, 건강보험증 전자카드화 법적근거 마련

○ 요양기관의 제3자 대항청구 금지

○ 총액예산제 시범사업 근거 마련

○ 병상 및 고가장비 설치 규제

○ 신의료기술에 대한 보험적용 원칙 및 절차 규정

2. 조직 및 인력 보강

□ 건강보험 정책개발, 연구기능 강화를 위한 「건강보험연구센터」 설립

- 재정위기의 만성화 가능성을 감안할 때 2002년 자부담을 포함 총 20조원에 달하는 보험재정의 효율적인 관리를 위한 국가차원의 연구기능 강화 필요
- 재정추계, 급여제도, 수가제도, 약가제도 및 관련 의료제도에 대한 심층적인 분석·연구 기능 수행
- 심사평가원에 설치, 전문인력 양성

□ 심사평가원 심사, 실사지원 기능 확대를 위한 조직 보강

- 금년 총 302명 심사인력 증원 추진 (4월에 198명 기채용, 금년 상반기중 104명 추가 증원)

□ 식품의약품안전청 조직 보강

- 생동성시험 등 약효동등성 시험 (평가 및 실사업무), 의약분업의 담합 단속 등 새로운 행정수요에 따라 식품의약품안전청의 인력과 예산을 보강 (98명, 연간 92억원)

V. 건강보험·의약분업 앞으로의 모습

1. 2006년까지 5년내에 재정건전기조가 회복되고 다시 내실있게 발전할 수 있는 기반이 마련됩니다.

- 정부, 의약계, 국민의 공동노력으로 불필요한 지출을 줄이고 적절한 부담을 함으로써 재정이 안정됩니다.

2. 지역건강보험에 대한 정부지원이 50%로 확대됩니다.

- 지역건강보험 현행 28% 정부지원 수준이 50%로 높아집니다.

3. 건강보험증이 전자카드화되어 보험관리가 투명화 됩니다.

- 부정청구가 근원적으로 방지되고, 건강보험 첨단 정보관리시스템이 구축됨으로써 보험관리가 선진화됩니다.

4. 큰 병에 걸렸을 때 본인부담을 줄여주는 대신, 감기같이 가벼운 병에 걸렸을 때는 부담이 다소 증가됩니다.

- 중증질환 치료비 경감을 위해 가계에 큰 부담이 안되는 외래 진료비 본인 부담이 일부 증가됩니다.

5. 희귀난치병 환자의 치료비 부담이 크게 경감됩니다.

- 백혈병 등 소아암, 만성신부전증, 혈우병, 근육병, 고셔병, 장기이식 환자 등 난치성 질환자의 외래 본인부담이 절반이하로 낮아집니다.
- 이들 희귀질환자 치료를 위한 약제, 치료재료에 대한 보험적용이 가능해 집니다.

6. 소득있는 자는 모두 보험료를 부담하게 되어 형평성이 높아 집니다.

- 5인미만 사업장 근로자와 임시·일용직 근로자의 보험료 절반을 5인 이상 사업장과 같이 사업주가 부담하고, 소득이 있는 피부양자는 앞으로 보험료를 내야 합니다.

7. 주사제를 사러 약국에 가야하는 불편이 사라집니다.

- 모든 주사제를 분업대상에서 제외하여 병·의원에서 직접 주사를 맞을 수 있게 됩니다.

8. 만성질환자는 의사가 필요하다고 판단하는 경우 동일 처방전을 반복사용할 수 있게 함으로써 의료기관을 매번 가야 하는 불편이 줄어듭니다.

- 고혈압, 당뇨병 등 계속해서 같은 약을 드셔야 하는 분들은 의사의 판단에 따라 동일 처방전을 반복 사용하여 약을 조제 받으실 수 있게 됩니다.

9. 치매, 뇌졸중 등 만성질환자와 노인을 보호하기 위한 제도가 확충됩니다.

- 장기요양시설이 대폭 늘어나고, 가정간호가 활성화되어 이들 환자의 간병부담이 덜어집니다.
- "노인요양보험"이 도입되어 비용을 같이 부담하면서 안심하고 노후를 맞을 수 있습니다.

〈 종합대책추진 사업별 담당자 〉

직	책	성명	추진과제
장	관	김원길	총 책임
차	관	이경호	총괄관리
기획관리실장		강윤구	보건정책국, 보건증진국 소관사항 총괄
사회복지정책실장		신언향	연금보험국, 가정보건복지심의관 소관사항 총괄
연금보험국장		송재성	연금보험국 소관사항 총괄
보험정책과장		박하정	보험료 수입증대 및 관리운영효율화, 정부지원 확대, 건강보험증 전자카드화, 「국민건강보험 재정건전화특별법」 제정, 보충적 민간의료보험 역할확대, 노인 요양보험 도입
보험급여과장		노연홍	진찰료·처방료 통합 등 급여기준 개선, 보험 약가 조정 등 약제비 절감, 실거래가 제도개선, 본인부담금 조정, EDI 확대, 포괄수가제 확대, 신의료기술 평가, 요양기관 현지확인심사, 녹색 인증기관제도
보험관리과장		이상기	요양기관 현지실사, 진료내역통보 확대, 대행 청구 금지, 처분기준 강화
보건정책국장		변철식	보건정책국 소관사항 총괄
의료정책과장		박경호	처방전 반복사용, 의료분쟁조정제도 마련, 의료법 개정 등
약무식품정책과장		최원영	의약품유통개혁, 주사제 제외, 전문·일반의약품 분류 일부조정, 담합행위 단속, 생동성시험 확대, 당번 약국 활성화, 약사법 개정 등
지역보건정책과장		신의균	보건소 기능강화, 가정간호사업 활성화 등
보건자원정책과장		최희주	의료인력, 병상 및 고가특수장비에 대한 규제, 당번의원 활성화
가정보건복지심의관		김태섭	가정보건복지심의관 소관사항 총괄
노인보건과		김정석	노인요양보험 도입, 노인요양시설 확충 등

참 고

단기대책의 재정효과

(단위 : 억원)

순번	과 제 명	연간효과	2001년 실제효과	시행시기
합 계		25,007	10,887	-
1.	진료비 심사 강화	2,666	1,777	연중
2.	급여제도 합리화	8,867	2,825	-
	진찰료, 처방료 통합	3,120	1,040	7월
	환자수에 따른 체감제	1,644	548	7월
	주사제 처방, 조제료 삭제	2,050	683	7월
	야간가산 적용시간 조정	486	162	7월
	급여 및 심사기준 합리화	1,567	393	7월
3.	약제비 등 절감	4,236	1,291	-
	보험약가 인하	1,573	529	연중
	참조가격제	1,661	415	8월
	저가약 대체조제	63	21	7월
	약제비적정성 평가	784	261	7월
	치료재료 사후관리 강화	155	65	6월
4.	의원, 약국 본인부담금 조정	4,229	1,410	7월
5.	보험료 수입증대 및 운영효율화	5,009	3,585	-
	지역보험료 징수율 제고	1,718	1,718	연중
	소득있는 피부양자 보험료 부과	1,404	702	7월
	직장가입자 확대	1,445	723	-
	5인이상 미가입사업장 직장편입	428	214	7월
	5인미만 사업장근로자 직장편입	1,017	509	7월
	공단 관리운영비 절감	442	442	연중