



National Health Insurance Corporation

01 ☐

02 ☒

03 ☐

04 ☐

참고
자료 ☐

우리나라 건강보험제도의 개요

1. 목적, 근거법령 및 연혁
2. 관리조직
3. 재 원
4. 보험급여
5. 의료전달체계
6. 진료비지불제도

건강보험제도 개요

1. 목적, 근거법령 및 연혁

가. 건강보험제도의 목적

국민건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상 및 사회복지 증진에 기여함을 목적으로 한다.

나. 건강보험제도 근거법령

헌법 제34조 및 36조에서 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 이를 실현하기 위한 국가의 사회보장·사회복지증진에 노력할 의무 및 국민의 보건에 관한 국가의 보호를 규정하고 있다.

헌법 제34조, 제36조

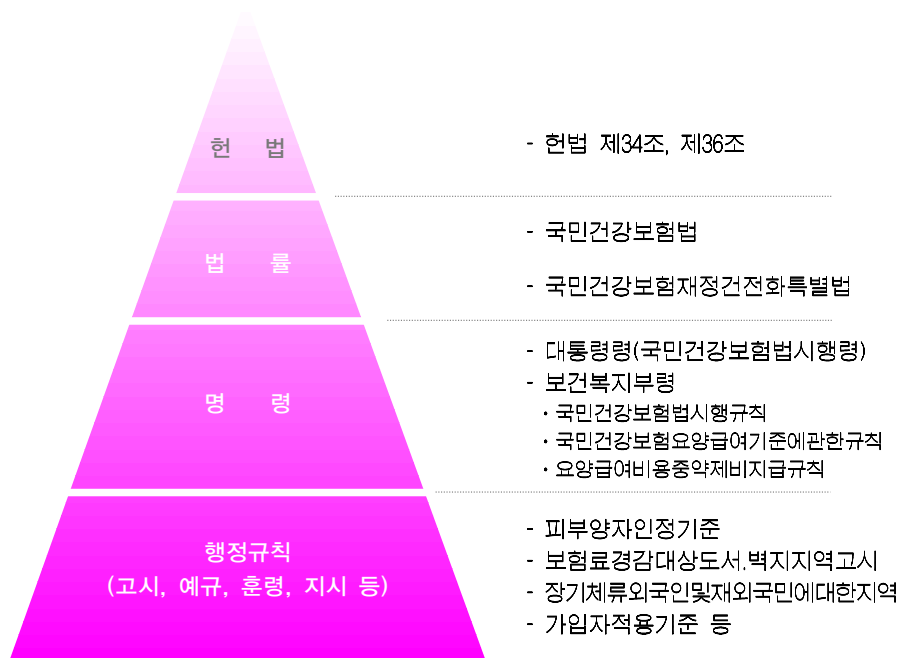
- 헌법 제34조** ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.
② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.
- 제36조** ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

사회보장기본법에서 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 사회보장제도 중 사회보험을 규정하고 있다. 국민건강보험법을 제정하여 의료보장제도를 시행하고 있다. 국민건강보험법에는

건강보험제도에 관한 국민의 수급권 등 권리보장, 적용대상 및 보험료 부담 의무 등이 규정되어 있다. 한편 국가에서는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민을 대상으로 “의료급여법”에 의한 의료급여제도를 실시하고 있다.

국민건강보험재정건전화특별법은 국민건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정건전화를 이룬 시일 내에 달성하기 위하여 보험료 및 보험수가의 산정 등에 관하여 국민건강보험법에 대한 특례를 규정하고 있으며, 2002.1.19일부터 2006.12.31일까지 5년간 시행되는 특별법이다.

■ 근거법령 체계 ■



다. 건강보험제도 연혁

■ 임의보험 사업기(1963 - 1977)

- 1963.12.16. 국가재건최고회의에서 의료보험법 제정
- 1970. 8. 7. 의료보험법 개정(법률 제2228호)

■ 피용자 의료보험의 단계적 실시

- 1977. 7. 1. 500인 이상 사업장 의료보험 실시
- 1979. 1. 1. 공·교 의료보험의 실시
- 1979. 7. 1. 300인 이상 사업장 의료보험 당연적용
- 1981. 1. 1. 100인 이상 사업장 의료보험 당연적용(16인 이상 사업장 임의가입)

■ 자영자 의료보험의 부분적 실시

- 1981. 7. 1. 지역의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
- 1981.12. 1. 직종의료보험조합 발족(문화예술인, 이미용)
- 1982. 7. 1. 지역의료보험 제2차 시범사업(강화, 보은, 목포)

■ 전국민 의료보험의 달성

- 1988. 1. 1. 농·어촌 지역의료보험 전국 확대 실시
- 1989. 7. 1. 도시지역의료보험 전국적 실시

■ 의료보험 통합기(1998 - 현재)

- 1998.10. 1. 1차 의료보험 통합(공무원및사립학교교직원의료보험 및 227개 지역의료보험 통합) → 국민의료보험관리공단 업무개시
- 2000. 7. 1. 의료보험 완전 통합(국민의료보험관리공단과 139개 직장조합) → 국민건강보험관리공단 및 건강보험심사평가원 업무 개시
- 2001. 7. 1. 5인 미만 사업장 근로자 직장가입자 편입
- 2002. 1.19. 국민건강보험재정건전화특별법 제정
- 2003. 7. 1. 지역·직장재정 통합 운영

■ 건강보험제도 연혁표 ■

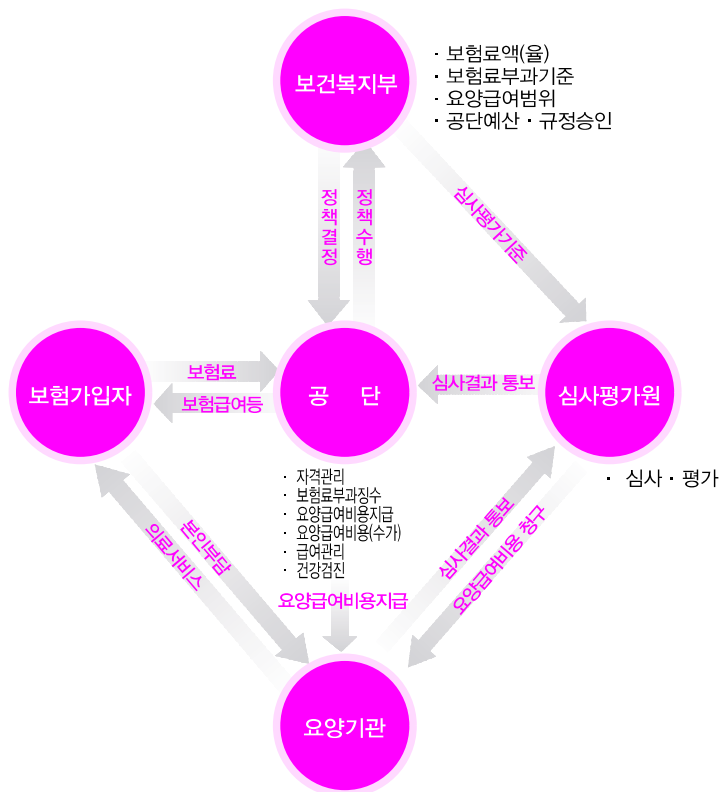


※ 과거 의료보험법 체계에서는 소득형태 및 파악률, 의료이용률 등이 유사한 집단별로 다수 보험자를 구성하여 독립채산방식에 의하여 자치운영 하였으나, 새로 제정된 국민건강보험법(1999. 2. 8. 제정) 체계에서는 적용대상자를 단일보험자(국민건강보험공단)로 통합운영하고 있다.

2. 관리조직

가. 체 계

국민건강보험법 상 국가를 대신하여 건강보험사업을 수행하는 주체에는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 요양기관 등이 포함된다. 건강보험 운영에 있어 제도운영 전반에 관한 관리·감독은 보건복지부가 맡고 있다.



- **국민건강보험공단(보험자)** : 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 부과·징수, 가입자의 건강증진업무 추진, 의료서비스 가격을 요양기관과 계약으로 정하는 등 보험재정 관리 및 포괄적 국민건강보장 주체로서의 역할을 한다.
- **건강보험심사평가원(심사평가기구)** : 요양기관이 제공한 의료서비스와 서비스비용의 적정성을 객관적이고 공정하게 심사·평가하여 공단이 지급할 비용을 확정하는 역할을 한다.
- **요양기관** : 가입자에 대한 의료서비스를 제공하고, 서비스 비용은 공단과 계약으로 정하고 있다(계약 미체결 시 보건복지부장관이 정함).

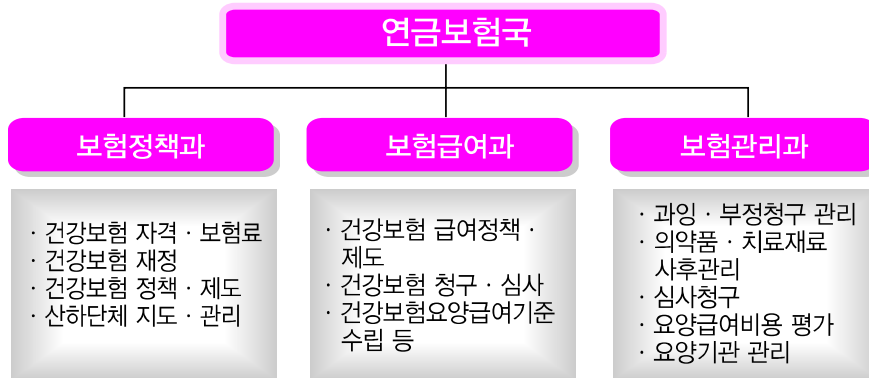
나. 보건복지부

보건복지부는 국가의 보건·복지 정책을 관장한다. 주요기능으로는 국가의 보건·식품·의학정책, 약학정책, 사회복지, 공적부조, 의료보험, 국민연금, 가정복지에 관한 업무를 관장하며 종합적이고 체계적인 정책을 개발·수립하여 국민의 '삶의 질' 향상을 도모하는 기능을 수행한다. 특히, 연금보험국에서는 건강보험, 국민연금, 건강보험 급여 관련 계획 수립 및 조정 등의 업무를 수행하고, 건강보험 관련 법령의 제정·개정 및 국민건강보험공단, 국민연금 관리공단 및 건강보험심사평가원의 연간 사업 및 예산을 승인하는 등 관리감독의 기능을 수행하고 있다.

보건복지부는 2실 3국 8관 41과로 구성되어 있다. 2실은 기획관리실·사회복지정책실, 3국은 보건정책국·보건증진국·연금보험국, 8관은 공보관·감사관·한방정책관·비상계획관·기초생활보장심의관·인구가정심의관·장애인복지심의관·국민연금심의관이고, 하부조직으로 41과(10담당관 포함)가 있다.

구 분	실	국	관	과
직 제	2	3	8	41

건강보험 관련 부서는 연금보험국이며, 보험정책과, 보험급여과, 보험관리과로 구성되어 있고 자세한 업무는 아래의 표와 같다.



건강보험관련 주요 재심 · 의결기구에는 건강보험심의조정위원회, 건강보험정책심의위원회, 건강보험분쟁조정위원회가 있다.

건강보험심의조정위원회는 국민건강보험법 제4조에 그 설치 근거를 두고 있고, 요양급여의 기준 · 요양급여비용 및 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하는 기능을 한다. 위원회는 보험자, 가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인, 의약계를 대표하는 위원 6인, 공익을 대표하는 위원 6인으로 구성된다. 회의는 연 2회 이상 개최한다.

건강보험정책심의위원회(2006년까지 한시적으로 운영)는 국민건강보험재정건전화 특별법 제2조에 그 설치 근거를 두고 있다. 요양급여의 기준, 요양급여비용, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액, 직장가입자의 보험료를 및 대통령령이 정하는 건강보험에 관한 주요 사항을 심의 · 의결하는 기능을 한다. 위원회는 보건복지부장관, 건강보험의 가입자를 대표하는 위원 8인, 의약계를 대표하는 위원 8인, 공익을 대표하는 위원 8인으로 구성된다. 회의는 위원장이 필요하다고 인정하거나, 재적위원 3분의 1 이상의 요구가 있는 때에 개최된다.

건강보험분쟁조정위원회는 국민건강보험법 제77조에 그 설치 근거를 두고 있고, 건강보험 분쟁에 관한 행정심판기구로 보건복지부 장관 소속 하에 둔다. 위원회는 건강보험에 관한 법학 또는 의학 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 15인으로 구성되고, 위원장은 보건복지부 사회복지정책실장이 된다. 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 이의신청결과와 요양급여비용심사에 관한 심사평가원의 이의신청결과에 대한 불복을 다룬다.

다. 국민건강보험공단

2000. 7. 1일 기존의 건강보험 관리운영 조직을 통합하여 탄생한 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 국민건강보험법 제12조에 의거 설립된 특수공법인이다. 건강보험공단은 건강보험의 단일보험자로서 주사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립하며, 분사무소를 둘 수 있다.

국민건강보험공단은 가입자 및 피부양자의 자격을 관리하고, 보험료 기타 국민건강보험법에 의한 징수금을 부과·징수하고, 보험급여를 관리하고, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위한 예방사업을 실시하고, 보험급여비용의 지급 및 급여사후관리를 하고, 자산의 관리·운영 및 증식사업을 시행하고, 의료시설을 운영하고, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보를 실시하고, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 업무를 수행하고, 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무를 담당하며, 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무를 수행한다.

건강보험공단의 주요 의결·집행기구로는 이사회와 재정운영위원회가 있다.

이사회는 사업계획 및 예산(안) 등 공단운영의 주요사항을 심의·의결한다. 이사회는 이사장, 이사 17인(상임 5, 비상임 12)으로 구성된다. 이사장은 보건복지부장관의 제청에 의하여 대통령이 임면하고, 이사 중 8인은 노동조합·사용자단체·농어업인 단체·소비자단체가 각각 2인씩 추천한 자, 5인은 공단의 이사장이 추천한 자, 4인은 관계 공무원을 보건복지부장관이 임면한다. 이사회의 회의는 정기회(매년 2월, 10월에 개최)와 임시회(이사장 또는 재적이사 1/3 이상 요구시 개최)가 있다.

재정운영위원회는 국민건강보험법 제31조에 그 설치근거를 두고 있다. 위원회는 보험료의 조정, 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결한다(국민건강보험 재정건전화특별법에 의거, 2006.12.31일까지 보험료율 및 보험료액에 관한 사항은 건강보험정책심의회에서 심의·의결하도록 하고 있다).

위원회는 직장가입자를 대표하는 위원 10인(노동조합 및 사용자단체가 각각 5인씩 추천하는 자), 지역가입자를 대표하는 위원 10인(농어업인단체, 도시자영업자단체 및 시민단체가 각각 추천하는 자) 및 공익을 대표하는 위원 10인(관계공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자) 등 전체 30인으로 구성되고 보건복지부

장관이 임명 또는 위촉한다.

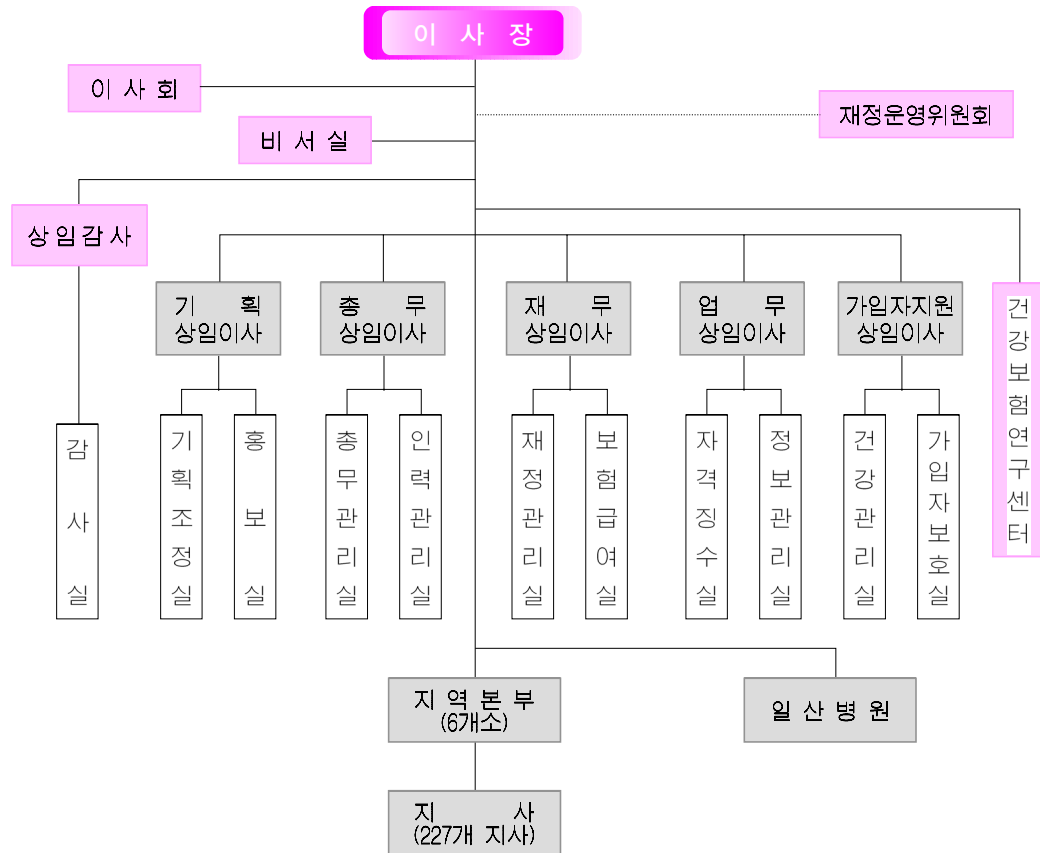
국민건강보험공단은 본부(1)·지역본부(6)·지사(227)로 구성되어 있고, 정원은 10,454명이다(2005. 3. 현재).

구 분	직 제	정 원	비 고
계	본부, 지역본부(6개), 지사(227개)	10,454명	
본 부	11실, 1센터, 46부	543명	소재지 : 서울
지역본부	5부 14팀	420명	서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 경인
지 사	227개	9,491명	서울본부(48개소), 부산본부(36개소) 대구본부(30개소), 광주본부(41개소) 대전본부(30개소), 경인본부(42개소)

건강보험 사업자의 통합에 따른 조직변화 추이는 아래와 같다.

구 분	계	지역조합	공·교공단	직장조합
1차통합 전 (’98. 10월 이전)	370 기관	227개 조합	1개 기관 (1본부, 19개 지사)	142개 조합
1차통합 후 (’98. 10. 1)	143 기관	국민의료보험관리공단 1개 기관 (1본부, 161개 지사, 27개 민원실)		142개 조합
2차통합 후 (’00. 7. 1)	1 기관	국민건강보험공단 1개 기관 (1본부, 6개 지역본부, 223개 지사, 12개 출장소)		

| 조직도 |



라. 건강보험심사평가원

2000년 7월 1일 국민건강보험 실시와 함께 탄생한 건강보험심사평가원은 국민건강보험법 제55조에 의거하여 설립된 특수공법인이고 심사·평가 기구로서 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다. 건강보험심사평가원은 진료비 심사의 전문성·공정성·객관성 등의 제고를 통하여 심사의 효율성과 보험자 및 의료공급자와의 신뢰를 구축하고, 심사와 병행하여 요양급여의 적정성을 평가함으로써 요양기관의 적정진료를 유도, 국민이 양질의 의료서비스를 받도록 하는데 그 설립목적이 있다.

건강보험심사평가원은 요양급여비용을 심사하고, 요양급여의 적정성평가를 담당하고, 심사 및 평가기준을 개발하고, 위 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력을 수행하고, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무를 담당하고, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무를 담당하고, 기타 보험급여비용의 심사, 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무를 담당하고, 요양급여비용의 심사·평가 업무와 관련된 교육·홍보를 실시하고, 요양급여비용 심사청구와 관련된 소프트웨어를 개발·공급하며, 업무정지처분기간중인 요양기관 및 요양기관에서 제외된 의료기관 등에서 요양을 받은 요양비에 대한 심사의 기능을 수행한다.

2004년 12월 현재, 건강보험심사평가원은 본원과 지원 12실 58부로 구성되어 있고, 정원은 1,531명이다. 임원은 보건복지부장관이 임면하고 원장, 이사(16인, 3인은 상임) 및 감사(1인, 비상임)로 이루어진다.

구 분	계	본 원	지 원
직 제	12실 7지원 58부	12실 41부	7지원 17부
정 원	1,531	931	600

심사평가원 내에 전문성·공정성·객관성을 확보하기 위하여 진료비심사평가위원회를 설치하고 있다. 동 위원회는 일종의 자문기구 성격을 가지며, 30인 이내의 상근심사위원과 600인 이내의 비상근심사위원으로 구성되며 진료과목별 분과위원회를 둘 수 있다. 건강보험심사평가원은 심사평가원의 업무수행을 위하여 공단으로부터 부담금을 징수할 수 있다.

부담금은 보건복지부장관이 승인한 심사평가원의 예산금액으로 공단의 전전년도 보험료 수입(국가가 부담하는 보험료 제외)의 1000분의 30 이내로 한다. 심사평가원이 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관한 업무를 위탁받은 때에는 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있다.

마. 요양기관

요양기관이라 함은 피보험자 및 피부양자의 질병·부상 또는 출산 시에 요양급여를 행하는 기관을 말한다. 우리나라의 경우 의료기관이 국민건강보험법 상의 요양기관으로 참여함에 있어, 보험자가 일방적으로 요양기관을 지정하는 방식으로부터 전환하여 요양기관의 범위 및 종류를 구체적으로 법에 규정하는 당연지정 요양기관제도를 채택하고 있다. 또한, 의료기관 중 보건복지부장관이 공익 또는 국가시책 상 의료기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관 등(대통령령이 정하는 의료기관 등)은 국민건강보험법상의 요양기관에서 제외된다.

국민건강보험법상 요양기관에는 의료법에 의하여 개설된 의료기관, 약사법에 의하여 등록된 약국, 약사법 제72조의12 규정에 의하여 설치된 한국희귀의약품센터가 있다. 요양기관 중 양방은 1977년 7월 1일, 한방은 1987년 2월 1일, 약국은 1989년 10월 1일부터 급여하기 시작하였다.

■ 요양기관 현황 ■

(2004. 12월말 기준, 단위 : 개소)

구 분	계	종합 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	한방 병원	한방 의원	보건 기관	조산원	약국
기관수	70,412	283	967	24,314	108	12,086	155	9,171	3,418	63	19,847

종합전문요양기관 및 전문요양기관제도가 있다. 건강보험환자가 대형병원에 집중되는 문제를 방지하고, 의료장비·시설·인력·교육기능·난이도 높은 상병치료·지역기여도 및 특정질환의 전문치료실적 등이 높은 의료기관을 보호하기 위하여 요양기관 중에서 별도로 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 보건복지부장관이 인정하는 제도이다. 요양기관이 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 되기 위해서는 보건복지부장관으로부터 인정을 받아야 한다. 종합전문요양기관 등으로 인정된 의료기관은 같은 양의 요양이라 하더라도 다른 요양기관보다 더 많은 요양급여비용을 받을 수 있다. 또한 건강보험 환자는 일반요양기관에서 1차 진료를 받은 후 종합전문요양기관을 이용하여야 한다.

가. 보험료

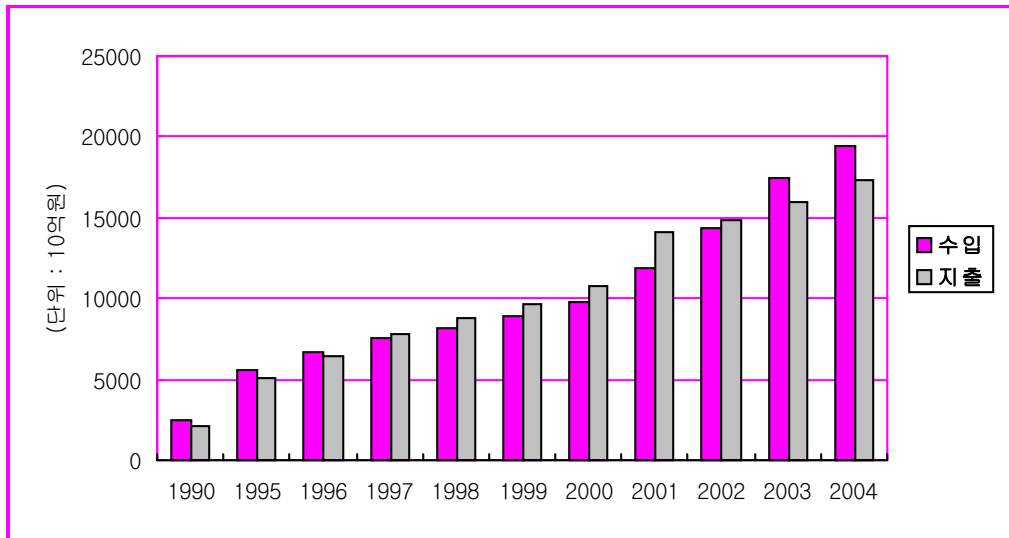
보험료란 피보험자와 피부양자의 질병, 부상, 분만, 사망 등의 보험사고에 대하여 보험급여의 실시에 필요한 재원을 충당하기 위하여 피보험자 및 사용자 등으로부터 징수하는 부담금을 말한다. 즉, 건강보험사업에 소요되는 비용을 충당하기 위하여 보험자가 피보험자로부터 각출하는 금액을 지칭한다.

나. 국고지원금 및 건강증진기금지원금

국가가 지역가입자의 보험료 일부를 부담할 수 있도록 하고 있으며, 2006. 12. 31. 까지 한시적으로 시행중인 「국민건강보험재정건전화특별법」 제15조(보험재정에 대한 정부지원)의 규정에 따라 지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 100분의 35에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원하고 있다.

지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 100분의 15에 상당하는 금액을 국민건강증진법에 의하여 국민건강증진기금에서 공단에 지원(직장, 지역의 65세 이상 노인 등에 대한 보험급여비용에 사용)하고 있다.(국민건강증진법 제23조제1항에 의거 2002. 2. 1일부터 담배에 대하여 궐련 20개비 당 150원의 국민건강증진부담금을 부과하여 보험재정으로 사용토록 하고 있다. 2004. 12. 30. 법개정으로 현재 354원)

연도별 건강보험 재정현황



※ 일반회계 결산기준(특별회계 제외)

4. 보험급여

보험급여란 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 공단이 현물 또는 현금 형태로 제공하는 서비스를 말한다.

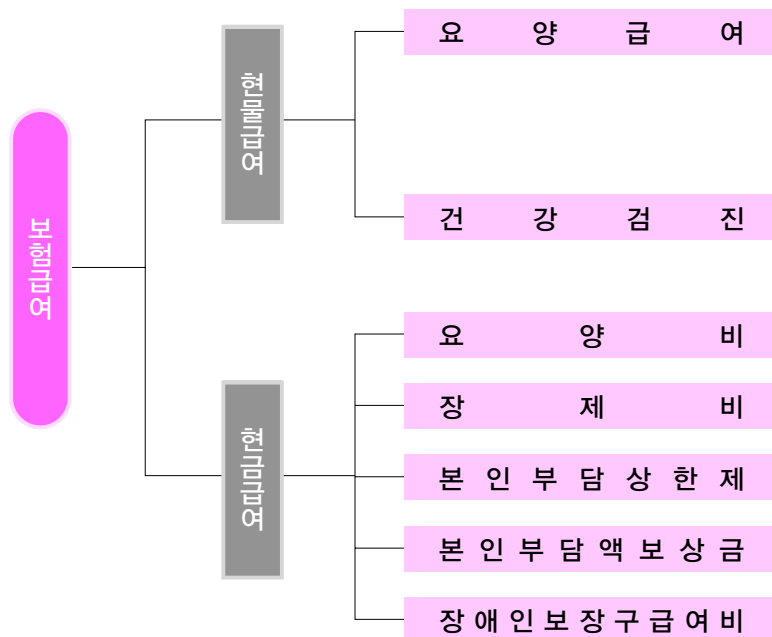
가. 보험급여의 종류

1) 현물급여

- **요양급여** : 요양급여라 함은 가입자 및 피부양자에게 질병·부상이 발생하거나, 가입자 및 피부양자가 출산을 하게되는 경우에 보험자가 요양을 직접 행하거나 요양기관을 통하여 요양을 제공하는 것을 말한다. 국민건강보험법 상 요양급여에는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술·기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등이 포함된다.
- **건강검진** : 건강검진은 자각증상이나 질병이 없는 상태에서 사전에 질병을 예방하는 건강예방행위(preventive health behavior)로, 질병에 걸릴 가능성이 있는 개인 또는 집단에 대하여 건강검진을 실시하여 질병을 조기에 발견 및 치료함으로써 국민의료비를 절감하고 건강을 증진시키기 위한 2차적 예방사업이다. 국민건강보험공단은 가입자 및 피부양자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 실시하기 위하여 건강검진을 실시하고 있고, 건강검진의 대상·회수·절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정하여 실시하고 있다. 지역세대주, 직장가입자, 만 40세 이상의 피부양자 및 세대원이 그 대상이다. 또한 당해 년도 검

진 대상자 중 희망자에 특정암 검사를 실시하고 있는데 위암은 만 40세 이상 남
여, 유방암은 만 40세 이상 여성, 대장암은 만 50세 이상의 남녀, 간암의 경우
간암발생 고위험군(간경변증, 만성간질환 등) · 2003~2004년도 건강검진결과 간
장질환 유질환자 · 2005년도 건강검진 결과 간장질환 유질환자 중 만 40세 미만
인 자, 및 자궁경부암의 경우 만 30세 이상 여성이 그 대상이 될 수 있다. 사무직
근로자 · 지역가입자 · 직장피부양자는 2년에 1회, 사무직근로자를 제외한 직장
가입자는 1년에 1회를 실시한다. 검진항목은 1차 검진에 기본진찰 · 소변 · 혈
액 · 흉부방사선검사 등 22개 항목, 2차 검진에 폐결핵 · 고혈압 · 간장 · 당뇨병
환 등 8개 질환 28개 항목(질환별 2~8개 항목)으로 구성되어 있다. 건강검진(1차
및 2차 검진비용)에 대해서는 전액 공단이 부담하고, 특정 암 검사에 대해서는
공단과 수검자가 각각 50%씩 부담한다. 다만 자궁경부암은 전액 공단부담하고
있다(국가 암 조기검진 본인부담금(50%)을 국가가 부담).

보험급여의 구성



2) 현금급여

- **요양비**(출산비 포함) : 가입자 또는 피부양자가 긴급, 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관에서 제외되는 의료기관 등에서 질병, 부상, 출산 등에 대하여 요양을 받거나 출산을 한 경우에 지급된다. 요양비는 요양급여에 상당하는 금액을, 출산비는 첫 번째 자녀의 경우 76,400원, 두 번째 이후 자녀에 대해서는 71,000원이 지급된다.
- **장제비** : 가입자 또는 피부양자가 사망한 경우에 그 장제를 행한 자에게 지급하는 급여로써 250,000원이 지급된다.
- **본인부담액보상금** : 병·의원에서 진료를 받고 납부한 법정 본인부담금이 30일에 120만원을 초과한 경우, 그 초과금액의 50%를 보상하는 제도이다.
- **장애인보장구급여비** : 장애인복지법에 의하여 등록된 장애인 가입자 및 피부양자에게 보장구에 대하여 보험급여가 실시되고 있다. 보장구 구입금액이 유형별 기준액 이내인 경우 실 구입액의 80%를, 보장구 구입금액이 유형별 기준액을 초과하는 경우 기준액의 80%를 지급한다.
- **본인부담상한제** : 본인부담상한제란 6월간 진료비를 합산하여 환자 법정본인부담금이 300만원을 넘는 경우, 초과진료비를 보험자가 전액 부담하는 제도를 말한다. 이는 고액·중증질환에 대한 건강보험의 보장성을 강화하여 가계 파탄 등을 방지하는 등 가계의 어려움을 덜어주기 위한 목적으로 시행되는 제도이다. 적용 진료비는 입원 이외에 외래 및 약제까지 포함되며, 환자의 목돈마련 불편을 해소하기 위해 사전면제를 원칙으로 하되 불가피한 경우 사후보상도 가능하다.

3) 급여의 종류별 수급권자

구 분	급여의 종류	수급권자
현물급여	요 양 급 여	가입자 및 피부양자
	건 강 검 진	가입자 및 피부양자
현금급여	요 양 비	가입자 및 피부양자
	장 제 비	사망시 장제를 행한 자
	본 인 부 담 액 보 상 금	가입자 및 피부양자
	장 애 인 보 장 구 급 여 비	장애인복지법에 의해 등록된 장애인 가입자 및 피부양자
	본 인 부 담 상 한 제	가입자 및 수급자

나. 보험급여의 기간

건강보험에서는 건강보험 급여일수를 365일로 한정하고 있으나 장기간의 입원 또는 복합적인 투약 등 상한일수를 초과하여 불가피하게 요양급여를 받아야 할 사유가 발생한 경우에는 의사의 소견서를 첨부하여 공단에 요양급여일수를 연장승인 신청을 할 수 있도록 규정하고 있다. 약물 오·남용에 따른 환자 본인의 건강 위해 방지 및 건강보험 재정의 누수 방지를 위하여 급여일수를 제한하고 있다.

다. 보험급여의 제한 및 정지

1) 보험급여의 제한

보험급여의 제한은 건강보험법의 급여를 받을 수 있는 자가 일정한 사유에 기인하는 보험사고에 대하여 공공성을 유지하기 위하여 피보험자의 부당한 이익을 배제시키는 것을 말한다. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인한 때, 고의로 사고를 발생시킨 때, 고의 또는 중대한 과실로 정당한 이유 없이 보험자 또는 요양기관의 요양에 관한 지시를 따르지 아니한 때, 고의 또는 중대한 과실로 정당한 이유 없이 문서 기타 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피할 때, 업무상 또는 공무상 질병·부상·재해로 인하여 다른 법령에 의한 보험급여나 보상을 받게 되는 때, 다른 법령에 의하여 국가 또는 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를

받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급 받게 되는 때(그 한도 내에서), 국민건강보험법 제62조제4항 및 제68조1항의 규정에 의해 보험료를 체납한 때(다만, 지역가입자의 경우 급여제한 기간 중 보험급여를 받은 사실이 있음을 공단이 통지한 날부터 2월이 경과한 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납보험료를 완납하는 경우에는 그러하지 아니하고, 직장가입자의 경우 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하며 그 피부양자에게도 동일하게 적용)에는 급여가 제한된다.

2) 보험급여의 정지

국외에 여행 중인 때 또는 국외에서 업무에 종사하고 있는 때, 병역법 규정에 의한 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함한다), 전환복무된 사람 및 무관 후보생에 해당하게 된 때, 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때에는 급여가 정지된다.

라. 부당이득의 환수 및 구상권의 행사

건강보험공단은 사위 기타 부당한 방법 등으로 보험급여를 받은 자나 보험급여비용을 받은 요양기관에 대하여 급여 또는 급여비용에 상응하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득으로 환수한다. 제3자의 행위로 인한 보험급여 사유가 발생하여 가입자(피해자)에게 보험급여를 한 때에는 급여에 소요된 비용의 한도 내에서 그 3자(가해자)에 대한 손해배상청구권을 얻는다. 피해자가 공단에서 보험급여를 실시하기 이전에 손해배상을 받은 때에는 그 배상액의 한도 내에서 보험급여를 하지 아니한다.

마. 진료비 본인일부부담금제

진료비 본인일부부담금제도란 가입자 및 피부양자가 요양기관에서 요양급여를 받았을 때 그 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하는 제도이다. 여기에서의 본인일부부담금이란 요양급여기준에서 정한 요양급여의 범위에 해당되는 비용 중 본인이 부담하는 금액을 말하며, 환자가 요양기관에 실질적으로 납부하는 비용과는 다른 개념이다.

(2005. 1. 현재)

기관종별	소재지	요양급여비용 총액에 관한 조건(＊)	본인부담액
종합전문요양기관	전지역		진찰료총액＋(요양급여비용총액－진찰료총액)×50%
중 합 병 원	동지역		요양급여비용총액×50%
	읍·면지역	1만5천원(1만7천원)을 초과하는 경우	요양급여비용총액×45%
		1만5천원(1만7천원)을 초과하지 아니하는 경우	4,600원
병 치과병원 한방병원 요양병원	동지역		요양급여비용총액×40%
	읍·면지역	1만5천원(1만7천원)을 초과하는 경우	요양급여비용총액×35%
		1만5천원(1만7천원)을 초과하지 아니하는 경우	4,100원
의 한의원 보건의료원 (의과·한방과)	전지역	1만5천원을 초과하는 경우	요양급여비용총액×30%
		1만5천원을 초과하지 아니하는 경우	65세이상 1,500원
			65세미만 3,000원
치과 보건의료원 (치과)	전지역	1만5천원(1만7천원)을 초과하지 아니하는 경우	요양급여비용총액×30%
		1만5천원(1만7천원)을 초과하지 아니하는 경우	65세미만 3,500원
			65세미만 3,500원
약국	처방전 조제	1만원을 초과하는 경우	요양급여비용총액×30%
		1만원을 초과하지 아니하는 경우	65세이상 1,200원
			65세미만 1,500원
	처방전에 의하지 아니하고 조제	4천원을 초과하는 경우	요양급여비용총액×40%
		4천원을 초과하지 아니하는 경우	1일 투약：1,400원
			2일 투약：1,600원
	3일 이상 투약：2,000원		

※ (*): 처방전을 발급하지 아니하고 치과를 이용하는 경우

본인부담금제도를 두는 목적은 첫째, 보험자의 부담경감에 있다. 사회보험원리에 입각하여 완전한 사회보장을 실현하기 위해서는 환자 본인에게 보험급여비용을 부담하게 하여서는 안 된다. 그러나 보험자가 부담하는 보험재정은 결국 가입자인 국민이 납부하는 보험료의 크기에 달려 있으므로 무작정 보험료부담액을 인상할 수는

없다. 따라서 보험료 인상 및 보험자의 보험재정부담을 경감시키기 위해서 본인부담금제도가 필요하게 된다.

둘째, 공동체의식의 유지에 있다. 건강하지 않은 자의 지나친 반복된 요양급여로 보험료를 인상할 경우 건강한 가입자의 부담 및 불만이 가중되고 공동체의식에 회의를 가지게 될 수도 있다. 본인부담금제도는 이러한 단점을 보완하여 건강에 대한 위험이 많은 자의 급여비의 일부를 본인이 부담하게 함으로써 건강한 자의 불이익을 다소 줄여주는 제도이다.

셋째, 요양의 남용 억제에 있다. 요양급여비용을 보험자가 전액 지급한다면 경미하거나 자연적으로 치유될 수 있는 질병·부상에 대해서도 요양을 받을 것이며, 요양기간도 장기화될 것이다. 따라서 본인이 요양급여비용의 일정액을 부담하게 되면 요양급여비용의 남용이 억제되어 보험자의 보험재정 낭비요인이 줄어들 것이다.

본인부담금의 부담방법에는 요양급여비용 총액의 일정비율을 부담하는 정율제, 요양급여비용 총액의 크기에 관계없이 일정액을 부담하는 정액제 등이 있다.

우리나라의 경우 진료비 부담액 중 지정진료료, 상급병실 차액, 식대, 초음파, 치과 보철료, 스케일링, 한방침약 등 보험급여가 되지 않는 항목을 제외한 보험급여가 적용되는 항목에 대하여 입원의 경우 20%의 정율제 방식이 외래의 경우 요양기관 종별에 따라 차등 부담하는 정액·정율제 혼용방식이 적용되고 있다.



5. 의료전달체계

가. 의료전달(이용)체계

요양급여는 1단계와 2단계로 구분되며 의원과 같은 1단계 의료기관에서는 가벼운 질환을, 종합전문요양기관과 같은 기관에서는 1단계 의료기관에서 진료하기 어려운 질환이나 복합적인 중증 질환을 진료한다. 의료기관 종별 특성에 맞게 의료자원을 효율적으로 활용함과 아울러 환자들의 대형 의료기관에의 편중현상 등을 방지하여 국민이 의료기관 이용시 편의를 도모코자 시행되고 있다.

건강보험의 가입자 및 피부양자가 대형 종합병원(종합전문요양기관)을 이용할 때에는 1단계 의료기관에서 요양급여를 받은 후 종합전문요양기관에서 2단계 요양급여를 받아야 하며, 1단계 진료를 담당한 의사의 진료의뢰서를 제출하여 보험 급여 혜택을 받을 수 있도록 하는 것을 원칙으로 한다.

다만, 응급환자의 경우, 분만의 경우, 치과에서 요양급여를 받는 경우, 등록장애인 또는 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우, 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우, 당해 종합전문요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우, 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우에는 예외로 한다.



나. 의약분업

1) 개요 및 의의

우리나라는 동양의학의 영향으로 의사가 처방과 함께 조제·투약하고, 약사가 의사의 처방 없이 조제·투약할 수 있는 임의조제·판매제도를 당연한 것으로 받아들이고 있었다. 이러한 비전문적인 의료행위는 의약품의 오·남용과 약화사고에 노출돼 항생제 내성률이 선진국의 5~7배나 되어 국민의 건강을 심각하게 위협할 뿐만 아니라, 의약품의 과다한 투약으로 불필요한 약제비 부담을 안겨주었다. 의약분업은 이러한 해악으로부터 국민의 건강을 보호하고 장기적으로 의료비의 지출을 억제할 목적으로 실시된 제도로 의사가 외래환자를 진단하여 처방전을 발급하면 약사는 처방전에 따라 환자에게 약을 조제 및 투약하게 하는 제도이다. 다시 말하면, 의약품을 전문가의 지도·감독이 필요한 전문의약품과 안정성이 확보된 일반의약품으로 분류하여 전문의약품은 소비자가 의사의 처방에 의하여 약국에서 조제투약 받을 수 있도록 하는 제도이다. 이 제도의 도입·시행으로 의사는 처방전을 발행하고 약사는 처방전에 따라서만 의약품을 조제토록 함으로써 의사와 약사의 역할을 명확히 하였고, 진료와 처방은 의사에게, 조제와 투약은 약사에게 각각 받음으로써 보다 전문적인 보건의료서비스 혜택을 받을 수 있게 되어있다.

2) 의약분업 대상

의약분업은 외래환자를 대상으로 의사의 전문적인 진단이 필요한 전문의약품에 대해서만 실시한다. 두통약, 종합감기약 등 일반의약품은 의약분업에서 제외되며 입원환자, 응급환자 및 의료기관 또는 약국이 없는 지역과 재해지역에서 진료하는 환자, 병역의무 중인 자, 교정시설·소년보호시설 등에 수용된 자, 전염병예방법에 의하여 격리수용이 필요한 1종 전염병 격리수용자, 파킨슨병, 한센병, AIDS 환자 등은 의약분업 대상에서 제외하였다.

3) 의약분업 과정

의약분업은 1963년 약사법을 개정하면서 의약분업의 원칙을 규정하였으나, 당시

의료기관 부족 등의 사유로 실시하지 못 하였다. 그 후 의료보험의 확대를 앞두고 1982년부터 목포시에서 3년간의 의약분업 시범사업을 실시하였으나 실적이 저조하여 실패하였으며, 1989년 전 국민의 의료보험을 실시하면서 당시 보건사회부, 의협, 약사회간의 협상에서 의약분업은 무기 연기하고 약국의료보험을 실시하기로 결정하였다. 1994년 한약분쟁 후 개정된 약사법에서 “동법 시행 후 3~5년의 범위(1997. 7.~1999. 7.) 내에 대통령이 정한 날부터 의약분업을 시행”하도록 부칙에 규정하였으며, 1997년 의료개혁위원회에서 의약분업 모형을 제출하였다. 1998년 보건복지부에 의협, 약사회, 학계, 소비자단체, 언론이 참여해 구성된 의약분업추진위원회에서 의약분업모형을 확정하였으나, 약사회, 의협, 병협의 연기청원과 시민단체의 실시주장으로 충돌하였다. 1999년 5월 의협과 약사회가 경실련, 녹색소비자연대, 참여연대, 한국소비자연맹, YMCA 등 5 개 단체로 구성된 의약분업 실현을 위한 시민대책위원회의 방안에 합의하였고 정부가 이를 수용기로 결정하였으며, 보건복지부 차관을 위원장으로 소비자·시민단체·언론계·학계 등 공익단체, 의·약 관련단체 및 공무원으로 구성된 「의약분업실행위원회」를 출범하였다. 1999년 11월 의약분업실행위원회의 최종방안이 국무회의에서 통과되었고, 1999년 12월 약사법 개정안이 본회의를 통과하여 2000년 7월부터 의약분업을 실시하게 되었으나, 의약분업 실행과정에서 의사 및 전공의의 파업으로 국민들에게 많은 불편과 혼란을 주기도 하였다.

4) 의약분업의 효과

의사의 처방과정 없이 약사가 항생제와 스테로이드제제를 판매함으로 인하여 세계 1위의 항생제 내성률과 흔히 발생하는 스테로이드 호르몬의 부작용 등을 초래한 약물의 오·남용을 의약분업으로 방지할 수 있게 되어 국민건강을 증진시키고, 의사의 처방전 없이는 전문의약품을 구입할 수 없어 의사의 진단을 반드시 받을 수밖에 없으므로 질병을 초기에 발견하여 장기적으로 의료비를 절감할 수 있게 되었다. 또한 의사가 환자를 진단하여 처방전을 발급하면 약국에서 약사가 점검하게 되므로 의사는 신중하게 진단 및 처방을 하게 되어 환자는 그 만큼 보호받게 되며, 약사는 조제·투여만 하게 되므로 약의 사용법, 효과, 주의사항 등 정확한 복약지도를 할 수 있게 되어 더 많은 의료서비스를 받을 수 있게 되었다.

6. 진료비지불제도

가. 우리나라 진료비지불 방식

행위별수가제는 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고, 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하는 제도로 우리나라의 주된 보수지불방식이다.

●● 진료보수 지불제도 ●●

의료공급에 대한 대가로 지불되는 의료비의 지불방식은 각 나라마다 상이하며, 그 나라의 의료전달체제와 밀접한 관련을 가짐. 거의 모든 나라에서 의료기관의 규모가 의원, 병원, 종합병원, 대학부속병원 등으로 다양하기 때문에 한 국가에서 한 가지 보수지불방식을 고집할 수만은 없으며, 현실적으로 두세 가지 방식이 혼재되어 사용되고 있음. 우리나라는 행위별수가제를 채택하고 있으며, 2002년부터 8개 질병군에 대하여 요양기관에서 선택적으로 실시하도록 하고 있음.

가. 행위별수가제(Fee - for - service)

- 행위별수가제는 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하도록 하는 제도임.
- 대부분의 자본주의 경제체제를 가진 국가에서는 이 진료행위별 수가제를 많이 채택하고 있음.
- 의료인이 제공한 시술내용에 따라 값을 정하여 의료비를 지급하는 것으로서 전문의의 치료방식에 적합함.

- 즉, 위중하거나 진료에 시간이 많이 걸리며 특별한 기술을 요하는 질병이나 진료재료가 많이 소요되는 질병에 대하여는 정확히 그만큼 많은 진료비를 의료인에게 지급하게 됨. 일반 상행위의 원칙이 가장 많이 적용되는 방식으로 의료인이 가장 선호하는 방식임.

나. 인두제(Capitation)

- 인두제는 문자 그대로 의료인이 맡고 있는 환자수, 즉 자기의 환자가 될 가능성이 있는 일정지역의 주민수에 일정금액을 곱하여 이에 상응하는 보수를 지급 받는 방식임.
- 주민이 의사를 선택하고 등록을 마치면, 등록된 주민이 환자로서 해당 의사의 의료서비스를 받든 받지 않든 보험자 또는 국가로부터 각 등록된 환자수에 따라 일정 금액을 지급 받게 됨.
- 인두불제는 기본적으로 비교적 단순한 1차 보건의료에 적용됨. 의료전달체계의 확립이 선행되어야 함. 주치의사 또는 가정의의 1차 진료 후에 후송의뢰가 필요한 경우에만 전문의의 진료를 받을 수 있음. 영국의 일반가정의의에게 적용되는 방식임.

다. 봉급제(Salary)

- 봉급제란 의료인들에게 그들 각자의 근무경력, 기술수준, 근무하는 의료기관의 종별 및 직책에 따라 보수수준을 결정하고 그에 따라 월 1회 또는 일정기간에 한 번씩 급여를 지급하는 방법을 말함.
- 일반적으로 정해진 월급만 받는 봉직의사들은 진료행위별 수가제 하의 의료인에 비해 개인적·경제적 동기가 적기 때문에 진료의 질을 높인다든가 효율성을 제고시킨다든가 하는 점에서 열의가 부족함. 최소한의 자기책임만 성실히 수행하는 행태를 보임.
- 사회주의국가나 영국과 같은 국영의료체계의 병원급 의료기관의 근무의에게 주로 적용되는 방식임.

라. 포괄수가제(Case - payment)

- 포괄수가제는 한 가지 치료행위가 기준이 아니고, 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도임.
 - 환자가 병원에서 어떤 치료를 받든지 입원일수와 질병의 정도(중증도)에 따라 미리 정해진 진료비를 요양기관에 지불하는 제도임.
 - 행위별수가제가 개별 진료행위의 수가를 모두 합해 총진료비를 산출하는데 반해 포괄수가제는 진료비 총액이 미리 책정되어 있는 점이 다름
- 의료비용의 사전예측이 가능하기 때문에 장기입원에 대한 인센티브를 제거할 수 있으며 의료서비스의 남용을 억제할 수 있음.

- 포괄수가제의 대표적 지불방식인 DRG(Diagnosis-Related Groups)방식은 미국에서 개발된 복합적 제도로써 질병 진단군을 약 470개로 분류하여 각 진단군별로 병원측에 전체 진료기간에 해당하는 진료비를 총액으로 지불하는 방식임.
- DRG는 미국 메디케어의 입원 진료비 지불방식으로 1983년부터 처음 시작되어 그 적용이 다른 나라로 확대되었으며, 현재는 DRG방식을 포괄수가제와 같은 뜻으로 사용하는 경우가 많음.

마. 총액계약제(Global budget)

- 총액계약제는 보험자측(보험자단체)과 의사단체(보험의협회)간에 국민에게 제공되는 의료 서비스에 대한 연간 진료비를 총액으로 계약하여 지급하는 방식임
- 즉, 의료공급자와 보험자의 협상에 의해 전체 예산의 크기만을 결정하고 전체 예산을 개별 공급자에게 구체적으로 배분하는 것은 공급자 단체가 책임지게 됨.
- 독일의 보험의(의원급)에게 적용되는 방식으로 의사단체는 행위별수가기준 등에 의하여 각각의 개업의에게 진료비를 배분함
- 전체 보건의료체계 또는 총액계약제가 적용되는 보건의료 부문의 비용에 대한 효과적 조정을 가능하게 함
- 진료의 가격과 양을 동시에 통제 및 조정함으로써 진료비지출 증가 속도를 조절하고 예측을 가능하게 함
- 의료기관별로 연간 진료비를 예산으로 지급하고, 예산범위내에서 의료기관이 진료비를 충당하는 방식은 총액계약제와 구분하여 총액예산제라고 함.

진료보수지불방식의 장·단점 비교

지불방식	장 점	단 점
행위별수가제 (fee - for - service)	<ul style="list-style-type: none"> - 환자에게 양질의 고급의료서비스 제공 가능 - 신의료기술 및 신약개발 등에 기여 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자에게 많은 진료를 제공하면 할수록 의사 또는 의료기관의 수입이 늘어나게 되어 과잉진료, 과잉검사 등 초래 - 과잉진료 및 지나친 신의료기술 등의 개발로 국민의료비 증가 우려
인두제 (capitation)	<ul style="list-style-type: none"> - 진료비지불의 관리운영이 편리 - 지출비용의 사전예측 가능 - 자기가 맡은 주민에 대한 예방의료, 공중보건, 개인위생 등에 노력 - 국민의료비 억제 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사들의 과소진료 우려 - 고급의료, 최첨단 진료에 대한 경제적인 유인책이 없어 신의료기술의 적용 지연 - 중증질환환자의 등록기피 발생 우려

지불방식	장 점	단 점
봉급제 (salary)	<ul style="list-style-type: none"> - 농·어촌 벽지에 거주하는 국민이라도 비교적 쉽게 필요한 의료서비스를 받을 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 개인적 경제적 동기가 적어 진료의 질을 높인다거나 효율성 제고 등의 열의가 낮음(환자보다는 상사나 고위공직자의 만족에 주력) - 의료의 질적 수준 저하
포괄수가제 (case payment)	<ul style="list-style-type: none"> - 경영과 진료의 효율화 - 과잉진료, 의료서비스 오남용 억제 - 의료인과 심사기구나 보험자간의 마찰 개선 <ul style="list-style-type: none"> · 진료비청구방법의 간편화 · 진료비계산의 투명성 제고 	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스제공을 최소화하여 의료의 질적 수준 저하와 환자와의 마찰 우려 - DRG코드 조작으로 의료기관의 허위·부당청구 우려 - 신기술개발이나 임상연구 분야 발전 저해 우려
총액계약제 (global budget)	<ul style="list-style-type: none"> - 과잉진료·과잉청구의 시비가 줄어들게 됨 - 진료비 심사·조정과 관련된 공급자 불만이 감소 - 의료비 지출의 사전예측이 가능하여 보험재정의 안정적 운영이 가능 - 의료공급자의 자율적 규제 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 보험자 및 의사단체간 계약체결의 어려움 상존 - 의료공급자단체의 독점성 보장으로 인한 피해 우려 - 전문과목별, 요양기관별로 진료비를 많이 배분받기 위한 갈등유발 소지 - 신기술 개발 및 도입, 의료의 질향상 동기가 저하되며, 의료의 질관리가 어려움(과소진료의 가능성) - 총액계약제 운영을 위한 행정비용 발생

4개 질병군 8개 과목에 대해서는 포괄수가제 방식이 적용되고 있다. 포괄수가제는 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 것이다. 의료급여환자의 정신과 입원진료비에 대해 일당 정액제를 기준으로 지급하고, 수진자가 보건기관을 방문하여 진료를 받는 경우 및 진료 요청에 의해서 의료인력이 환자 가정을 방문하여 진료를 행하는 경우 등에는 보건기관의 진료수가는 방문 당 미리 산정된 수가(진찰, 처방, 각종 검사, 처치, 수술비용이 모두 포함)로 지급된다. 일부 DRG 신청 요양기관에서 DRG진료과목으로 입원진료를 받는 경우 및 조산원에서의 분만 DRG의 경우 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급한다.

● ● 질병군별(DRG) 포괄수가제 ● ●

가. 정의

- 진단명기준환자군이라 번역되는 DRG(Diagnosis-Related Group)는 모든 입원환자들을 환자특성 및 진료특성에 의해 임상적인 진료내용과 자원의 소모량이 유사한 질병군 단위로 분류한 것으로서 간편하고 가장 널리 사용되는 입원환자의 질병분류체계임
- DRG 지불제도는 한 환자가 병원에 입원해 있는 동안 제공된 의료서비스들을 하나 하나 그 사용량과 가격에 의해 진료비를 계산하여 지급하는 행위별수가제에 반해 환자가 어떤 질병의 진료를 위해 입원했었는가에 따라 'DRG'라는 질병군별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 포괄수가제임.

나. 우리나라의 DRG 포괄수가제 실시

- 3차에 걸친 시범사업기간을 거친후 2002. 1. 1.부터 4개 진료과 8개 질병군에 대하여 본 사업을 실시
- 실시시기 : 2002. 1. 1.
- 대상질병군

진 료 과	진 료 과 목
안 과	수정체수술
이 비 인 후 과	편도 및 아데노이드 절제술
일 반 외 과	항문 및 항문주위수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 충수절제술
산 부 인 과	자궁 및 자궁부속기 수술, 제왕절개분만, 질식분만

- 대 상 자 : 8개 질병군으로 입원진료를 받은 자
- 대상기관 : 8개 질병군을 입원진료하는 요양기관(선택 실시)
- 질식분만은 '03. 9. 1부터 대상 질병군에서 제외됨.

나. 요양급여비용의 결정

요양급여비용은 국민건강보험공단 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정하며 계약기간은 1년이다. 계약의 효력 발생일의 전년도 11월 15일까지 계약을 체결하되 계약 미체결 시는 복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 계약의 내용은 건강보험법 제39조제2항의 규정에 의하여 정한 각 요양급여에 대하여 보건복지부장관이 고시로 정한 항목별 상대

가치점수의 점수당 단가를 정하는 것이다.

약제·치료재료에 해당하는 요양급여비용은 보건복지부장관이 정하는 범위 내에서 요양기관이 당해 약제·치료재료를 구입한 금액으로 한다.

건강보험수가는 상대가치점수에 점수 당 단가(환산지수)를 곱한 금액으로 결정된다. 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타낸 것으로, 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시로 정한다. 환산지수는 요양급여비용계약에서 보건복지부장관에 의해 고시된 요양급여비용의 상대가치점수를 기준으로 상대가치점수 당 단가로 계약된다(보건복지부고시 제2004-70호('04.11.19), 1점 당 58.6원 : '05.1.1.부터 적용).



■ 건강보험수가 인상률 ■

시행일	인상률(%)	시행일	인상률(%)	시행일	인상률(%)
1981. 6.15	16.6	1982. 6. 1	7.1	1983.10. 1	4.0
1985. 3. 1	3.0	1986. 6. 1	3.0	1988. 2.15	12.2
1989. 7. 1	9.0	1990. 2. 1	7.0	1991. 7. 1	8.0
1992. 4. 1	5.98	1993. 3. 1	5.0	1994. 8. 1	5.8
1995. 4. 1	5.8	1995.12.10	11.82	1997. 1. 6	5.0
1997. 9. 1	9.0	1998. 7. 1	3.5	1999.11.15 (약가 인하)	9.0
2000. 4. 1	6.0	2000. 5. 1 (의약분업실시)	9.2	2000. 9. 1	6.5
2001. 1. 1	7.08	2002. 4. 1	2.9(인하)	2003. 1. 1	2.97
2004. 1. 1	2.65	2005. 1. 1	2.99		

다. 요양급여비용의 청구 및 지급

1) 지급 청구 : 요양기관

건강보험법 제43조 제1항 및 제2항에 의거 요양기관의 요양급여비용 지급청구는 공단에 한다. 다만, 요양기관의 비용청구는 절차를 간소하게 하기 위하여 요양기관은 요양급여비용 청구서에 급여를 받은 자에 대한 요양급여비용명세서를 첨부하여 심사평가원에 제출한다.

요양기관이 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사(검체검사)를 다른 요양기관 또는 검사기관으로 의뢰하는 경우, 요양기관은 수탁기관의 요양기관기호 및 검사내역을 요양급여비명세서에 기재하여 청구하고, 수탁기관은 검체검사공급내역통보서를 수진자별로 작성하여 위탁기관별로 분철한 후 EDI방식으로 해당 위탁기관 관할 심사평가원에 통보한다.

2) 심사 및 평가 : 건강보험심사평가원

요양급여비용 심사는 건강보험심사평가원에서 하고 그 결과를 공단 및 해당 요양

기관에 각각 통보한다. 요양급여비용 심사·평가는 요양급여의 기준〔건강보험법 제39조 요양급여비용의 내역(건강보험법 제42조의 규정)〕에 적합한지를 심사하는 것이다.

3) 지급 : 국민건강보험공단

공단은 심사평가원으로부터 요양급여비용 심사결과를 통보받아 지급 전 사전점검 후 요양급여비용지급통보서에 의거 요양기관 또는 공급자에게 해당 요양급여비용을 지급한다. 다만, 소득세 및 주민세, 요양기관에 대한 미환수금, 심사조정으로 발생한 본인부담금환급금 등 공단 정산분, 가지급 정산금액, 요양기관의 위탁검사비용, 채권압류금 등의 공제내역은 차감(요양급여비용지급통보서에 기재)하여 지급한다.

공단은 펌핑 시스템〔공단과 거래은행간에 상호 연결된 전송망(VAN)〕을 통하여 요양급여비용 등 지급관련내역을 송·수신하여 입금예정일에 지급금액을 통보된 계좌에 입금한다.

