

【의 료 급 여】
제 도 혁 신 추 진 계 획 (안)

2006. 4.



사회복지정책본부
기초의료보장팀

목 차

I. 추진배경 및 경과	1
II. 현황 및 문제점	4
III. 추진방향 및 전략	13
IV. 주요 정책과제별 추진방향	14
V. 추진방법 및 일정	19
 <별첨>	
1. 「의료급여 혁신기획단」 운영계획	20
2. 「의료급여제도 혁신위원회」 운영계획	22
3. 「의료급여제도 혁신위원회」 명단	24
4. 의료급여제도의 개요	25

1. 추진배경

- '77년 저소득계층의 보건·복지증진을 위해 도입된 의료급여제도는 적용대상, 급여범위 확대 등 양적 증대 중심으로 운영되어 진료비 급증('02년 19,824억원→'05년 31,765억원, 60.2% 증가)
 - 차상위계층 확대적용 등으로 수급권자 급증('02년 142만명→'05년 176만명→'06년 190만명 예상)
 - 만성·복합질환이 많은 65세이상 노인 수급권자의 증가('02년 374천명→'05년 453천명, 증 21.2%)에 따른 노인 진료비의 급증('02년 7,363억원→'05년 12,173억원, 증 65.3%)
- 그러나 수급권자 및 의료공급자의 체계적·효율적인 관리, 의료급여 특성에 맞는 제도 정비 등 질적 내실화는 미흡
 - 의료급여일수가 365일이 넘는 수급자('02년 247천명→'05년 385천명, 증 55.9%) 및 진료비('02년 8,255억원→'05년 15,733억원, 증 90.6%) 급증
 - 1인당 진료일수('02년 174천원→'05년 219일, 증 25.9%) 및 1인당 진료비('02년 1,370천원→1,922천원, 증 40.3%)가 급증하고 있음
- 그 결과, 만성적인 진료비 미지급('05년 4,256억원 부족, 48일 체불)등 의료급여 재정불안도 우려됨에 따라
 - 의료서비스의 질적 관리 및 적정성 제고를 위하여 진료비 증가에 따른 효율적인 관리체계를 구축하고, 수요자 및 공급자의 자율적인 적정의료를 유도하는 방향으로 제도를 혁신하고,
 - 이를 통해 중장기적으로 재정안정을 도모할 필요

2. 추진경과

□ 제도개선 경위

○ '77년 제도도입 이후 적용대상을 지속적으로 확대

- '04년 희귀·만성질환자에 대한 차상위 의료급여 실시
- '05년 차상위계층 12세미만 아동(2종) 및 국내입양 18세미만 아동(1종)에 대한 적용, 희귀성난치질환 확대
- 희귀난치성질환 범위 확대 : '04년 74→'05년 98→'06년 107개

※ 차상위 계층 : 국민기초생활수급권자가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120%이하인 가구

○ 연간 의료급여일수 확대

- 180일('91)→210일('95)→240일('96)→270일('97)→300일('98)→330일('99)→365일('00)
- 정신질환 등 11개 질환군에 대해 30일 추가인정하고, 계속급여 필요시 연장승인제 도입

○ 의료급여의 범위 확대 : '05년 장애인보장구 급여범위 확대(전동휠체어, 전동스쿠터, 정형외과 구두)

○ 환자 본인부담율의 인하

- '05년 암·심장질환·뇌혈관질환 등 중증질환에 대한 본인부담율 인하 : 15% → 10%
- '06.1월 6세미만 아동 입원시 본인부담금 면제

○ 의료급여 수가수준을 건강보험과 통일

- 의료급여수가는 '89년 이전에는 건강보험수가의 70~90% 수준이었으나, '90년부터 건강보험수가와 일치(종별가산율은 달리 적용)

※ 종별가산율(건강보험) : 의원급 11%(15%), 병원급 15%(20%), 종합병원 18%(25%), 3차 22%(30%)

○ 의료보호 진료기관의 확대 : 진료지구 폐지('98년), 3차진료기관 이외 진료기관 당연지정('99년) 등

○ 관리체계의 정비

- '01년 의료급여 지급업무를 시·군·구에서 건강보험공단으로 위탁
- '03년 사례관리제도 도입

※ 의료급여관리사 : '03년 28명→'04년 79명→'05년 150명→'06년 234명

□ 보장성 강화 향후 추진계획

○ '07년부터 2종 수급권자 본인부담율 인하(15% → 10%) 추진

○ 차상위 계층중 단계적·선별적 적용확대 : 임산부('07), 장애인('08), 노인('09이후)

II

현황 및 문제점

1. 현 황

□ 수급권자의 증가

- '02년 142만명에서 '05년 176만명으로 급증(23.9%)

<연도별 의료급여 수급권자 현황>

(단위 : 천명, %)

구분	'02년		'03년		'04년		'05년	
	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율
전체	1,421	-	1,454	2.3	1,529	5.2	1,762	15.2
1종	829	-	867	4.6	919	6.0	997	8.4
2종	592	-	587	△0.9	610	4.0	765	25.5

※ 1종 : 근로무능력 기초수급자, 국가유공자, 인간문화재, 의사상자, 희귀난치 등

※ 2종 : 근로가능 기초수급자, 만성질환자, 12세미만 아동

※ '06년은 부양의무자 소득기준완화(120→130%)로 인한 수급자 증가(116천명)

- '04년부터 의료급여를 실시하고 있는 차상위계층의 경우 적용확대 등으로 '05년에 급증

- 희귀난치성질환(1종) : '04년 4천명→'05년 13천명(225.0%)
- 만성질환자(2종) : '04년 13천명→'05년 47천명(261.5%)
- 12세미만 아동(2종) : 87천명('05년 신규적용)

- 65세 이상 노인 수급권자는 '02년 374천명에서 '05년 452천명으로 증가(20.9%)

<연도별 의료급여 및 건강보험 자격별 65세 노인 현황>

(단위 : 천명, %)

연도	의료급여	65세 이상(%)	
		의료급여	건강보험
'02	1,421	374(26.3)	46,659
'03	1,454	392(27.0)	47,103
'04	1,529	415(27.2)	47,372
'05	1,762	452(25.7)	47,392

○ 주요 질환별로

- 정신질환이 '03년 193천명→'05년 251천명(30.7%)
- 희귀난치성질환이 '03년 84천명→'05년 105천명(25.0%)
- 만성질환이 '03년 577천명→'05년 722천명(25.1%)

<주요질환의 연도별 의료급여 수급권자 현황>

(단위 : 명, %)

구분	'03년		'04년		'05년	
	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율
계	853,736	-	927,807	8.7	1,079,120	16.3
정신질환	192,623	-	213,690	10.9	251,929	17.9
희귀난치성질환	83,820	-	89,594	6.9	105,088	17.3
만성질환	577,293	-	624,523	8.1	722,103	15.6

□ 진료비의 증가

○ '02년 19,824억원에서 '05년 31,765억원으로 증가(60.2%)

- 외형적인 증가원인은 수급권자 확대, '02년 대비 '05년 건강보험수가 8.9% 인상, MRI 및 인공와우 등 급여 확대, 자연분만·신생아 본인부담 면제, 중증질환 본인부담금 경감 등

※ 총진료비 증가요인별 기여율 순위(2006 심사평가원 내부자료) : 수급권자의 증가(32.7%), 급여확대 및 의료수가 인상(25.8%), 내원일당 진료비(23.7%), 1인당 내원일수(19.7%) 순

<연도별 총진료비 현황>

(단위 : 억원, %)

구분	'02년		'03년		'04년		'05년	
	금액	증감율	금액	증감율	금액	증감율	금액	증감율
총진료비	19,824	7.6	21,655	9.2	25,658	18.5	31,765	23.8
1종	16,180	10.7	18,049	11.6	21,547	19.4	26,209	20.8
2종	3,644	△3.7	3,607	△1.0	4,111	14.0	5,556	35.1

- 본인부담이 없는 1종의 경우('02 16,180→'05 26,209억원, 62.0%)가 본인부담이 있는 2종('02 3,644→'05 5,556억원, 52.5%)보다 높은 증가율
 - 2종의 경우 희귀난치성·만성질환자('04년 확대, 1,851억원), 12세미만 아동('05년 확대, 112억원) 등 적용확대 효과를 제외한 실제 증가율은 4.8%
- 65세 이상 노인 수급권자의 진료비가 '02년 7,363억원에서 '05년 12,173억원으로 증가(65.3%)

<연도별 노인진료비 현황>

(단위 : 억원, %)

구분	'02년	'03년	'04년	'05년
총진료비(A)	19,824	21,655	25,658	31,765
노인진료비(B)	7,363	8,156	9,736	12,173
비율(B/A)	37.1	37.7	37.9	38.3

○ 주요 질환별로

- 정신질환이 '03년 3,881억원→'05년 5,310억원(36.8%)
- 희귀난치성질환이 '03년 3,807억원→'05년 5,586억원(46.7%)
- 만성질환이 '03년 10,214억원→'05년 14,639억원(43.3%)

<주요질환의 연도별 진료비 현황>

(단위 : 억원, %)

구분	'03년		'04년		'05년	
	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율
계	17,902	-	21,156	18.2	25,535	20.7
정신질환	3,881	-	4,586	18.2	5,310	15.8
희귀난치성질환	3,807	-	4,479	17.7	5,586	24.7
만성질환	10,214	-	12,091	18.4	14,639	21.1

- '05년의 경우 진료비 청구 의료기관의 0.6%('05년 71,794개소중 445개소) 청구액이 전체 진료비 청구액의 10%를 차지
 - 병원은 0.9%(11개소), 의원은 0.2%(54개소), 약국은 0.4% (84개소)가 의료기관 종별 진료비 청구액의 10%를 차지

<전체 진료비 청구액의 10%를 차지하는 의료기관 현황>

(단위 : 개소, %)

구분	계	종합	병원	의원	치과 병원	치과 의원	약국	한방 병원	한의원
청구기관수(A)	71,794	304	1,203	25,970	125	12,733	21,307	166	9,986
전체 청구액 10% 해당 의료기관(B)	445	7	11	54	2	155	84	3	129
비율(B/A)	0.6	2.3	0.9	0.2	1.6	1.2	0.4	1.8	1.3

□ 지자체별 진료비 실적

- 수급권자수는 경기(13.7%)·서울(12.5%)·전남(9.3%)·경북(8.3%) 순
 - 진료비는 경기(14.0%)·서울(12.6%)·부산(9.2%)·전남(9.1%) 순
- 지자체별 1인당 의료비 격차가 큼
 - 시·도별로는 1인당 진료비의 상하순위 최대 격차는 726천원 (울산 2,143천원, 광주 1,417천원)

<시·도별 진료실적 현황>

(단위 : 억원, %)

구분	04년(A)	05년(B)	04년 대비 증감		05년 1인당 의료비(천원)	순위
			금액(B-A)	비율(B/A)		
계	25,658	31,765	6,107	23.8	1,922	-
서울	3,230	3,991	761	23.6	1,818	5
부산	2,412	2,923	511	21.2	2,065	3
대구	1,339	1,710	371	27.7	1,679	11
인천	996	1,231	235	23.6	1,647	14
광주	794	1,027	233	29.3	1,417	16
대전	685	882	197	28.8	1,668	13
울산	358	459	101	28.2	2,143	1
경기	3,568	4,449	881	24.7	1,843	4
강원	1,096	1,295	199	18.2	1,789	9
충북	997	1,200	203	20.4	1,813	7
충남	1,370	1,695	325	23.7	1,793	8
전북	1,863	2,387	524	28.1	1,670	12
전남	2,358	2,877	519	22.0	1,752	10
경북	2,156	2,639	483	22.4	1,814	6
경남	2,106	2,598	492	23.4	2,102	2
제주	330	402	72	21.8	1,523	15

- 시군구별 급여일수 최대격차는 117일(청도군 239일, 울릉군 122일),
급여액 최대격차는 1,305천원(울주군 2,675천원, 광주북구 1,370천원)

< '05년도 평균급여일수 및 급여액 상하위 5개 지자체 현황 >

(단위 : 명, 일, 천원)

구분	평균 급여일			평균 급여액		
	보장기관명	수급자수	평균	보장기관명	수급자수	평균
상위 5개	청도군	3,288	239	울주군	3,876	2,675
	부안군	7,375	236	부천 소사구	5,047	2,549
	화천군	2,076	235	고성군(경남)	3,716	2,547
	양구군	1,672	228	청도군	3,288	2,535
	장성군	6,194	226	달성군	6,124	2,530
하위 5개	전주덕진구	10,629	140	수성구	17,614	1,532
	음성군	5,587	138	강화군	3,037	1,478
	정선군	1,988	136	전주 덕진구	10,629	1,430
	용진군	537	132	광주 서구	13,356	1,414
	울릉군	593	122	광주 북구	24,814	1,370

□ 업무수행체계 현황

- 보건복지부 : 정책 및 업무총괄, 법령·수가·예산 등
- 지방자치단체
 - 시·도 : 기금 설치(서울 50%, 기타 20%), 과징금 징수
 - 시·군·구 : 기금 부담, 수급자 자격관리·보장구 지급·상해외인 (담당 공무원), 사례관리사업 실시(의료급여관리사)
 - 의료급여관리사(시군구별 1명, 총234명) : 사례관리를 통한 정보제공 및 적정이용 유도, 지역 보건복지자원 연계
 - 읍면동 : 수급자 자격관리, 365일 초과자 연장승인
- 건강보험공단 : 진료내역 관리, 자격관리, 의료급여 기금 지급 등 위탁관리
- 심사평가원 : 청구심사, 현지조사 지원, 청구 및 투약내역 관리

2. 문제점

□ 의료보장의 사각지대 존재

- 지속적인 적용대상 확대에도 불구하고 아직도 비수급 빈곤층 및 차상위 등 의료사각지대 존재

- '05년 전체 차상위 2,654천명중 148천명(6%)가 의료급여 혜택

- 비급여 본인부담으로 인한 의료서비스 체감 만족도 낮음

- 입원진료 부담금이 1종 15.5%, 2종 27.6%로 과중한 편

□ 진료비 및 진료일수 과다

- 의료급여 수급권자의 1인당 진료비는 '02년 137만원→'05년 192만원 (40.3%), 1인당 진료일수는 '02년 174일→'05년 219일(25.9%)으로 증가

<연도별 의료급여 수급권자의 1인당 진료비·진료일수 현황>

(단위 : 천원, %)

구분		'02년	'03년	'04년	'05년
1인당 진료비	금액	1,370	1,518	1,730	1,922
	증감율	-	10.8	14.0	11.1
1인당 진료일수	일수	174	184	203	219
	증감율	-	5.7	16.7	7.9

- 의료급여 수급권자의 경우 건강보험에 비해 장기간 치료(입내원일수 1.8배) 하면서, 진료비는 더 높음(2.5배)

<'05년 건강보험 대비 의료급여 수급권자 진료실적 비교>

(단위 : 명, 천원, 천일)

구분	의료급여(A)	건강보험(B)	A/B
실 진료인원	1,726,842	1,555,885	1.1
총 진료비	3,233,676,032	1,183,582,150	2.7
입내원일수	99,525	53,953	1.8
진료일수	362,785	226,889	1.6
1인당 진료비	1,873	761	2.5
입내원일당 진료비	33	22	1.5
일당 진료비	9	5	1.7

※ 건강보험 : 의료급여 대비 건강보험의 최하위 분위 성별·연령별 동일 176만명 비교

- 본인부담이 없는 의료급여 1종 대상자와 본인부담 15%인 2종 대상자간에 1인당 진료비가 3배이상 차이

<’05년도 의료급여 대상자별 1인당 진료비 현황>

(단위 : 만원)

구 분	의료급여			건강보험
	평균	1종	2종	
진료비	192	273	80	53
본인부담	3	0	6	14

- 주요질환별 진료실적(’05년)을 건강보험과 비교하면

- 실진료인원의 경우 정신질환은 3.2배, 희귀난치성질환은 2.7배, 만성질환은 1.7배
- 총진료비의 경우 정신질환은 14.7배, 희귀난치성질환은 6.8배, 만성질환은 6.4배
- 건당 진료비의 경우 정신질환은 3.1배, 희귀난치성질환은 2.0배, 만성질환은 3.7배

<’05년 건강보험 대비 주요질환별 진료실적>

(단위 : 천명, 천건, 천원)

구 분	정신질환			희귀난치성질환			만성질환		
	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B
실진료인원	252	80	3.2	105	39	2.7	722	438	1.7
총진료비(억원)	5,310	362	14.7	5,586	820	6.8	14,639	2,282	6.4
진료건수	1,811	383	4.7	742	220	3.4	6,428	3,665	1.8
건당진료비	293	95	3.1	753	373	2.0	228	62	3.7

※ 건강보험 : 의료급여 대비 건강보험의 최하위 분위 성별·연령별 동일 176만명 비교

□ 진료일수의 장기화

- 연간 진료일수 365일 초과자는 385천명(실진료인원의 22.3%)
 - 1,100일 이상 25천명, 5,000일 이상 19명(최고 12,257일)

※ 동일 질병으로 5일간 3개이상 병원 이용환자 1만명

- 연간 진료일수 365일 초과자의 1인당 진료비는 4,091천원
 - 3,000일 이상 1인당 진료비 16,351천원(최고 9,137천원)

<'05년도 연간진료일수 365일 초과이용자 현황>

(단위 : 백만원, 명, 일)

구분	총진료비	실진료인원	총진료일수	1인당 이용실적		
				진료비(천원)	진료일수	
전체(A)	3,233,676	1,726,842	362,785,360	1,873	210	
365일 초과자	366-700미만	689,760	240,558	127,555,949	2,867	530
	700-1100미만	698,785	118,519	99,467,933	5,896	839
	1100-2000미만	172,787	24,374	32,083,371	7,089	1,316
	2000-3000미만	9,184	923	2,101,434	9,950	2,276
	3000이상	2,747	168	676,720	16,351	4,028
	계(B)	1,573,263	384,542	261,885,407	4,091	681
비율(A/B)	48.7	22.3	72.2	-	-	

※ 총진료일수 = 입원+외래+투약

□ 만성적인 진료비 미지급 발생

- 수급자수 증가 등으로 의료비 청구액도 급증('02년 19,824억원 →'05년 33,128억원, 67.1%)
- 그에 따라 '05년에 4,256억원의 부족액이 발생하여 48일간 진료비가 체불되는 등 만성적인 진료비 부족 현상

<연도별 진료비 청구액 및 부족액 현황>

(단위 : 억원, %)

구분	02년	03년	04년	05년
예산 (증가율)	22,119 (5.6)	22,891 (3.5)	24,651 (7.7)	29,057 (17.9)
청구액 (증가율)	19,824 (7.6)	21,655 (9.2)	26,132 (20.7)	33,128 (26.8)
부족액 (국고)	902 (695)	239 (166)	1,069 (823)	4,256 (3,277)

□ 보건복지서비스 연계성 및 관련 인프라 부족

○ 업무체계의 비효율성

- 보건복지부는 정책수립과 현장집행의 업무체계 등 미흡
- 건강보험공단의 경우 종합적인 통계관리 미흡, 시군구의 업무지원 기능 취약
- 심사평가원은 심사·실사 인력 부족, 의료급여 진료기록의 인별·병원별 DB 구축 필요
- 시도 및 시군구의 경우 의료급여 관리 인식 부족, 읍면동의 경우 책임의식 및 동기부여가 부족하여 기계적인 승인, 의료급여 관리사의 전문성 확보 미흡

○ 시설 등 보건복지서비스 인프라 부족, 방문간호사업·예방 프로그램 등 지역자원과의 연계성이 부족하여 불필요한 입원 발생

- 단순요양 필요 환자가 갈 곳이 없어 장기 입원하는 사례 등

Ⅲ

추진 방향 및 전략

1. 추진 방향

- 수급권자 및 의료공급자의 적정의료 유도
- 중장기 의료급여 재정의 안정화

2. 추진전략

□ 단기 과제

- 자료의 정밀분석을 통해 목표대상을 명확히 하고 대상별 특성에 적합한 행태변화를 유도할 수 있는 전략 시행
 - 의료공급자의 적정의료 유도
 - 수급권자의 사례관리를 통한 건강생활 유도
 - 관리·운영체계 인프라 정비 및 효율화

□ 중장기 과제

- 의료급여 특성에 맞는 제도개선 병행 추진
 - 의료전달체계 개선
 - 의료비 지불방식 개선
 - 수급권자의 행태변화 유도 방안 검토

IV

주요 정책과제별 추진방향

1. 의료공급자의 적정 의료 유도

○ 『특별실사대책반』 운영

- 의료기관↔환자↔약국간의 진료·처방내역을 종합 분석하여 **의료기관 기획실사**

※ 동일상병의 입내원일수/청구액/처방일수 상위 10% 해당기관, 진료일수 증일 또는 진료비 증액 청구기관 등을 위주로 선정

※ 365일 초과자의 입내원 내역, 처방/조제 내역 등을 심층 분석하여 개인별, 질환별, 처방별, 의료기관별 허위·부당 진료를 분석

- 허위·부당청구 의료기관 사례를 언론에 공개하는 방안 등 강구
- 청구경향통보제 범위를 확대 강화
- 내원일당진료비 및 건당내원일수지표 이상 의료기관별 경향분석을 통한 정기적인 통보 및 3회 통보후 변화가 없을 경우 현지실사

현행	▶ 전분기 대비 상병별 건당 내원일수 및 내원일당 진료비 120~140 지표 이상인 기관 분기별 통보
범위 확대	<p><3개월 단위 통보사항></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 양·한방 협진기관 중 다액 청구 기관(상위 list) ▶ 전분기 대비 청구액 30% 이상 급증 기관(상위 list) ▶ 동일상병의 처방일수 상위 10% 기관(다빈도 10대 상병) ▶ 전분기 대비 동일상병의 처방일수 30% 이상 급증 기관(다빈도 10대 상병) ▶ 동일상병의 평균 대비 입내원일수 2배 이상 기관 <ul style="list-style-type: none"> - 입내원일당 진료비 2배 이상인 기관

○ 진료비 심사 강화

- 집중심사 대상 의료기관 선정 및 집중심사
 - 진료비 증가의 주요요인으로 기여한 내원일당진료비, 내원일수 지표 상위기관, 청구경향통보 관련 지표상위 10% 의료기관 등
- 부적정 장기입원환자 대상 심사 강화

○ 자율적 적정진료 유도

- 진료비고가도지표에 대한 정보제공 및 다양한 중재활동
- 의약단체, 의료기관 간담회 등을 통한 교육 강화

○ 의약품 사용 적정관리

- 약물 중복처방·투약 사례 발굴 강화
 - 개인별, 의료기관별, 약국별 경향분석을 통한 실사 강화
 - 동일 처방전을 2회 이상 동일약국 또는 다른 약국 조제사례 등을 집중관리(현지조사 실시)

○ 수급권자의 신고보상제 강화

- 정기적으로 진료내역을 통보하여 허위·부당청구 신고 유도 (5·7·9·11월 진료내역 통보)

2. 수급권자 사례관리 강화

○ 수급권자 실태 확인

- 특별관리 대상자(이용일수 500일 이상자 28.4만명)에 대해 읍면동에서 실태 확인을 위한 설문조사 실시

○ 수급권자 유형별 사례관리

- 핵심관리 대상자(의료급여관리사 1인당 100명, 23,400명)에 대한 지속적인 밀착상담 등 사례관리 강화
- 과잉 또는 부적정 의료이용자에 대한 리스트 작성 및 집중관리

○ 사례관리 업무체계 개선 및 전문성 제고

- 대상자 선정방식 개선 및 대상자별 사례관리 목표 설정
- 활동결과에 대한 기록관리, 사업실적 보고 강화(연2회→매월)
- 성과관리, 평가·보상체계 마련
- 사례관리 시범지역 선정 및 우수지역 포상
- 의료급여관리사의 정보공유, 학습, 업무 활성화를 위한 지식관리시스템(KMS) 운영
- 의료급여 및 사례관리에 대한 교육·훈련 프로그램 운영
- 사례관리 업무매뉴얼 개발·보급

3. 건강보험공단 의료급여 업무의 기능 강화 추진 검토

- 의료급여 사례관리를 통한 수진자 조회 등 조사권 위탁 검토
- 대상자료 색출을 위한 전산개발 등 인프라 확충

4. 일선 보장기관(시군구)의 관리역량 강화

- 의료급여심의위원회(중앙, 시도, 시군구) 활성화 방안 강구
- 지자체 단위의 의학적 전문성 제고 및 의료기관의 전문적 관리를 위해 의료급여 자문의제도 도입 및 활성화 방안 검토
- 지자체 보건복지자원의 연계 강화를 위하여 지역사례관리혁신팀(담당공무원, 의료급여관리사, 보건소·공단지사·심평원지원 관계자로 구성)을 시범적으로 운영 추진
- 주민생활지원서비스 전달체계 개편시 의료급여 업무 전달체계개선과 동일추진(시군구, 읍면동 관리체계 개선)

○ 지자체 출연금 부담률 조정방안 검토

※ 의료급여 사업의 적극적인 참여 동기를 부여하기 위하여 서울시·광역시 구 단위의 의료급여 지방비 출연비율 부여

○ 지자체 의료급여사업 평가 및 인센티브 제도 도입

※ 평가기준, 운영체계 등 세부방안 마련을 위해 연구용역중('05.10~'06.6)

5. 전산 및 인력등 관련 인프라 정비

○ 『종합통계정보관리시스템』을 통한 정보의 통합·연계 기능 강화

- 보건복지부 : 사례관리 총괄, KMS 운영 업무체계 구축
- 공단·심평원 : 사례관리 정보제공·결과 분석 등을 위한 종합통계정보관리시스템 및 사례관리 전용프로그램 개발·운영
- 지자체 : 사례관리 업무활성화 및 읍면동 사후관리 독려

○ 수진자 내역조회 등 관련기관 정보공유

- 의료급여관리사가 특별관리 대상기관을 수진 여부 조회
- 시군구와 공단(급여내역), 심평원(청구내역)의 정보공유 강화

○ 인력확충

- 지역별 수급권자 수를 기준으로 사례관리 업무를 수행하는 “의료급여관리사”를 추가배치('06년 234명→'07년 507명)
- 건강보험공단의 의료급여 사례관리 전담인력 확보
- 심사평가원의 심사 및 연구기능 강화를 위한 인력 충원

6. 중장기 혁신과제

- 주치의제도 도입 등을 통한 적정의료 이용 제공 유도
 - 의료급여 특성에 맞는 환자중심의 적정의료 서비스 전달체계를 확립하고, 취약계층 의료서비스 향상, 의료이용의 합리화 유도 및 만족도 제고를 위해 주치의제도 도입 검토
 - 소년소녀 가장, 독거노인, 지체 장애인, 만성 질환자 등 우선 대상자를 시범적으로 선정하여 단계적으로 확대 운영

※ 주치의 제도 도입을 위한 연구용역 실시('06년 하반기)

- 약물사용 적정관리 시스템 도입
 - 중복·과다복용 방지를 위해 청구내역 및 처방내역을 누적관리 및 사례관리시 활용
 - 장기적으로 남수진, 과잉진료 등으로 인한 약물 오남용 사례를 사전 차단하는 시스템으로 확대 예정
- 인두제, 총액계약제도, 본인부담제 등 의료급여 지불보수체계 개선 사항은 중장기적으로 검토

1. 추진방법

○ 과제의 우선순위를 고려하여 단계적으로 추진

- 관리·운영 혁신과제 등 실무검토를 통해 추진 가능한 과제는 『의료급여 혁신기획단』에서 세부 추진전략 수립
- 핵심 제도개선 과제로서 공론화가 필요한 과제는 『의료급여제도 혁신위원회』에서 논의

※ 주치의제도 및 총액계약제도, 본인부담제 등 의료전달체계 및 지불보수체계 개선, 약물사용 적정 관리 시스템 도입, 의료급여 자문의제도 도입 및 지자체 역할 강화 방안, 혁신기획단의 주요 추진과제 논의 등

○ 주치의제도 등 의료전달체계 및 총액예산제 등 의료비 지불방식 개선시 수급권자, 의료기관간 이해가 다를 수 있으므로

- 제도개선안 마련·확정 과정에서 이해관계자들의 충분한 의견수렴과 공론화 추진
- 제도개선안은 관계전문가로 구성된 의료급여제도 『혁신위원회』에서 마련하되, 『중앙의료급여심의위원회』 논의를 거쳐 확정·추진

2. 추진 일정

- 『의료급여 혁신기획단』 출범식 : 5.3(수)
- 『제1차 의료급여제도 혁신위원회』 개최 : 5.3(수)
- 연구용역, 혁신기획단, 제도혁신위원회를 통한 제도개선안 마련 : 5월 ~ 11월
- '07년이후 주요 개선방안을 토대로 의료급여법령 개정 추진

『의료급여 혁신기획단』 운영계획

1. 개 요

- 일정 정도 공감대 형성 또는 실무검토를 통해 추진가능한 혁신과제에 대한 개선방안 마련
- 주요 제도개선 과제에 대한 추진상황 주기적 점검
- 『의료급여제도 혁신위원회』에 참여하여 실무의견 제시·자료제공·협의 등 위원회의 활동 지원
- 보건복지부, 건강보험공단, 심평원, 외부전문가등으로 구성(10명 이내)

2. 구 성

- 단 장 : 사회복지정책본부장
- 구 성 :
 - 보건복지부 : 기초의료보장팀장(간사), 혁신총괄, 사무관
 - 건강보험공단·심사평가원 : 관련 업무 부서장
 - 외부전문가 : 논의과제별 외부 전문가

3. 운 영

- 운영기간 : '06.5~'07.6월(필요시 연장 가능)
- 운영방법
 - 복지부내에 설치하되, 단원은 현재 장소에서 근무(비상설 운영)
 - 필요시 실무추진반을 운영
 - 회의는 월 1회 개최하되, 필요시 수시회의 개최

4. 주요 추진과제

○ 의료공급자 관리 강화

- 의료공급자 특별대상 선정 및 심사 조정 강화
- 현행 청구경향 통보제 강화
- 수급권자의 신고보상제 강화 및 수진자 내역조회 도입
- 약국의 허위·부당청구 대상 발굴 강화
- 법령정비

○ 사례관리 강화

- 업무 체계 및 지원 강화, 유형별 관리방안 등

○ 관리체계 정비

- 기능강화 및 인력보강, 시·군·구 관리 역량강화, 협력체계 구축 등
- 종합정보통계시스템 및 의료급여 지식관리시스템 운영

『의료급여제도 혁신위원회』 운영계획

1. 개 요

- 개선방안에 대한 관련 전문가의 추가논의, 의견수렴 등이 필요한 중장기 과제에 대한 개선방안 마련

※ 혁신기획단 추진과제중 필요시 위원회에서 상정·논의

- 학계 및 연구기관 등 외부전문가, 보건복지부, 건강보험공단, 심사평가원, 관련부처 등 20인 내외로 구성

2. 구 성

- 위원장 : 문옥륜 교수(서울대 보건대학원)

- 위 원

- 보건복지부 : 사회복지정책본부장, 기초생활보장팀장, 보험정책팀장, 기초의료보장팀장(간사)
 - 건강보험공단·심사평가원 : 업무 관련 이사
 - 관련부처·기관 : 행정자치부, 기획예산처
 - 외부전문가 : 의학, 간호학, 사회복지학, 보건정책, 연구기관 2-3명(의료단체 추천)
- 위원회의 효율적 운영을 위해 『의료급여 혁신기획단』에서 위원회 활동 지원(자료제공, 토론·협의 등)

3. 운 영

- 운영기간 : '06.5~'07.6월(필요시 연장 가능)

- 위 원

- 보건복지부 : 보건복지부장관 자문기구로 운영
- 위원회에서 논의할 과제는 연구용역 또는 의료급여 혁신기획단에서 세부내용 검토 및 관련단체 의견수렴 등을 거쳐 마련

- 진행일정 : 구성(4월)→개선안 마련(5~11월)→개선안 확정(12월)

4. 논의과제(중장기 추진과제)

- 의료전달체계 및 지불보수체계 개선
 - 주치의제도 및 총액계약제도, 본인부담제 등 도입 검토
- 약물사용 적정관리 시스템 도입
- 의료급여 자문의제도 도입 및 지자체 역할 강화 방안
- 혁신기획단의 주요 추진과제 논의 등

『의료급여제도 혁신위원회』 위원

구분	성명	소속	직책	비고
학계	문옥륜	서울대	보건대학원 교수	위원장
"	유원섭	울지대	예방의학 교수	위원
"	임준	가천의대	예방의학 교수	"
"	지영건	포천중문의대	예방의학 교수	"
"	고일선	연세대	간호학 교수	"
"	이인숙	서울대	간호학 교수	"
"	양숙자	이화여대	간호학 교수	"
"	최재성	연세대	사회복지학 교수	"
"	정형선	연세대	보건행정학 교수	"
"	정우진	연세대	보건정책학 교수	"
"	한창호	동국대	한방내과 교수	"
"	권호근	연세대	치과대학 교수	"
"	한병현	보건산업진흥원	의약품산업팀장	"
관련기관	신영석	보건사회연구원	사회보장연구실장	"
"	노은현	심사평가원	업무담당이사	"
"	이평수	건강보험공단	업무담당이사	"
보건복지부	이상석	사회복지정책본부	본부장	"
"	신꽃시계	기초생활보장팀	팀장	"
"	배병준	보험정책팀	팀장	"
재정경제부	이찬우	복지경제과	과장	"
기획예산처	하성	복지재정과	과장	"
보건복지부	류지형	기초의료보장팀	팀장	간사

□ 의료급여의 개념 및 목적

- 의료급여제도란 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장해주는 공공부조제도로 건강보험과 함께 국민의 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도임
- 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 국민기초생활보장의 개념을 의료보장측면에서 구체적으로 실현하는 제도임

□ 건강보험제도와의 비교

- 국민의 의료문제에 대해 국가가 개입한다는 점에서 건강보험과 동일한 목적을 가짐
- 그러나 적용 대상이나 재정부담, 급여비용의 본인부담 등 운영면에서 차이가 있음.
- 건강보험은 가입자를 대상으로 하고, 건강보험료를 그 재원으로 하고 있다는 점에서 의료급여와 차이가 있음

건강보험과 의료급여의 비교(2005년)

구분	건강보험	의료급여
적용인구	4,739만명	176만명
구조	보건복지부,보험공단(보험자), 심사평가원,가입자,요양기관	보건복지부,보장기관,보험공단,심사 평가원,수급자,의료급여기관
자격증명	건강보험증	의료급여증
재원조달	보험료(일부조세)	조세
급여비용 산정	상대가치에 따른 점수당 계약제	준용(정신과 등 제외)
수가방식	행위별 수가제	행위별 수가제 (정신질환 등은 정액제)
급여비용 청구 · 심사 · 지급	요양기관→심사평가원→보험공단	동일
적정성 평가	심사평가원	동일
이의신청	보험공단(자격 등 공단의 처분) 심사평가원(심사, 적정성 평가)	보장기관(자격 등 보장기관 처분) 심사평가원(심사, 적정성 평가)
급여비용의 본인부담	<ul style="list-style-type: none"> - 입원(20%) - 외래(1만5천원 초과시 정률 30~30%, 1만5천원 이하시 정액 (3,000~4,000원)) - 약국(1만원 초과시 30%, 1만원 이하시 1,200~2,000원) <p>※ 등록된 중증질환자 10% 자연분만 및 6세미만 아동의 입원진료는 전액무료</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1종 수급자(전액무료) - 2종 수급자 <ul style="list-style-type: none"> · 입원시 15% · 외래시 1차기관(1,000원),2·3차기관은 15%, 약국 (처방전당 500원) · 등록된 중증질환자 10% · 자연분만 및 6세미만 아동의 입원진료는 전 액무료
급여수준	진찰, 검사, 약제, 치료, 입원 등	건강보험에 식대 추가
급여전차	2단계(의원,병원→종합전문요양기관)	3단계(의원→병원,종합병원→3차 의료급여기관)
현지조사	보건복지부장관	동일
과징금	총부당금액의 4~5배	동일
벌칙	1년이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금	동일