|  |
| --- |
| **健康保険給与と数価制度の**  **変遷過程及び問題点** |

**2010.2.26**

**이규식（イギュシック）**

**양몀생（亮明生）**

**+지영건（ジヤングゴン）**

**(社) 健康福祉政策研究院**

この研究は 2009年 (社)健康福祉政策研究院に対する個人及び団体後援会費で成り立ったことをお知らせいたします。今後とも多くの後援を期待します。

目　次

表目次 Ⅳ

図目次 Ⅵ

附表目次 Ⅵ

**Ⅰ。前書き 1**

**Ⅱ。健康保険の給与構造 6**

1.保険給与構造の変遷 6

가.保険給与項目の増加 6

나.療養給与期間の延長・ 9

다.非給与 11

2.選択診療制度の存在 12

가.選択診療制導入の背景 12

나.特進制度を "非給与化"した背景 14

다.指定医療制度の登場 17

라.指定医療を選択診療に変更 18

마.選択診療制の問題点 19

3.上級病室制度の存在 20

4.本人一部負担制度の施行と変遷 22

가.本人一部負担制の導入 22

나.本人一部負担率の調整 26

다.本人負担制度の問題点 27

5.非給与構造の問題点 29

가.過度な非給与の存在 29

나.非給与数価運営及び管理上の問題点 31

다.非給与構造改革の問題点 32

**Ⅲ。健康保険数価制度の変遷 34**

1.健康保険と医療数価の役目 34

가.競争市場の価格と医療サービス価格 34

나.健康保険制度と医療サービス価格 37

다.韓国の医療数価 40

2.数価制度が健康保険に及ぼす影響 44

3.医療数価基準の変遷過程 49

가.医療法上の医療数価基準(任意数価) 49

나.健康保険法上の医療数価基準(告示制) 52

4.保険医料数価制定過程 54

가.保険医料数価基準策定のための調査研究 54

나.日本出張報告書(日本の医療保険治療数価及び保険制度) 55

다.医療数価算定方法試案 57

라.医療保険・医療数価基準制定 58

5.相対価値数価制度の導入 59

가.韓国の相対価値数価 59

나.韓国とアメリカの相対価値の相違 66

다.2003年新相対価値の改訂作業 67

**Ⅳ。保険数価の調整 82**

1.保険数価引上と物価管理 82

가.加重値母集団(1990年基準) 82

나.品目別加重値付与方法 82

2.保険医療数価の引上調整 83

3.保険数価の部門別引上及び重点調整内訳 85

4.換算指数の調整と療養給与費用の契約制導入 95

가.換算指数の設定方法 95

나.契約制の導入 97

**Ⅴ。保険数価制度、水準及び管理上の問題点 99**

1.相対価値数価制度の問題点 99

가.1次相対価値数価の問題点 99

나.2次相対価値数価制度の問題点 100

다.医師業務量相対価値数価の問題点 103

라.その他相対価値数価に対する問題点 104

2.差別構造の問題点 105

가.診察料の差別化 105

나.入院料の差別化 111

다.患者数による差別化 114

라.医療機関種別加算率の適用 115

3.数価水準の問題点 119

4.保険給与管理上の問題 122

가.数価契約制度の不合理 122

나.医療内訳異常体質調査資料の共有 126

다.数価算定の問題点 127

라.DRGs 医療費の 二重支払い問題 128

마.療養機関当然指定制問題 129

**Ⅵ。問題がもたらした副作用 135**

1.患者の過重な本人負担と低い健康保険保障性 135

2.医院及び中小病院の生き残り脅威と大型病院への患者集中 136

3.薄利多売型医療供給行動の造成 139

4.医療費急増による健康保険の持続可能性問題 147

**Ⅶ。要約及び政策提言 155**

1.要約 155

2.政策提言 158

**要約 160**

**参考文献 171**

**附録 175**

付録 1.附表 1

付録 2.健康保険発展のための数価制度の改革方案 64

表目次

<表 2-1> 健康保険給与の拡大内容 7

<表 2-2> 2009.8.現在給与/非給与項目(品目)数 7

<表 2-3> 療養給与期間変動現況 10

<表 2-4> 選択診療機関数 15

<表 2-5> 選択診療費が総医療収入に占める比重(2007年) 15

<表 2-6> 特進実施機関数(1989年現在) 17

<表 2-7> '77-'80 職場組合法定給与(療養及び分娩給与)実績 23

<表 2-8> '80 - '86 公。教医保の年度別保険料収入台保険給与費 24

<表 2-9> '81-'86 職場組合財政状態 24

<表 2-10> 定額本人一部負担金内容(①~③) 25

<表 2-11> 年度別本人負担率 ('77- 2008) 28

<表 2-12> 入院患者の非給与項目別構成比 30

<表 2-13> 主要癌の費用負担現況 31

<表 3-1> 相対価値数価変更内容 64

<表 3-2> 無作為抽出した一部行為(手術及び検査)の数価変更内訳 65

<表 3-3> アメリカ相対価値体系と韓国の相対価値体系の比較 66

<表 3-4> 相対価値研究の比較 67

<表 3-5> 機関単位費用の調査目標及び調査完了機関数 70

<表 3-6> 行為・定義した行為数 71

<表 3-7> 機関別費用及び頻度資料構築機関数 72

<表 3-8> 医療科別危険度(2003年基準) 73

<表 3-9> 部門別相対価値導出結果 76

<表 3-10> 医科医療科別相対価値導出結果 77

<表 3-11> 2003年相対価値総点対比危険度総点の割合 78

<表 3-12> 治療材料性格による別途補償可否決定 79

<表 3-13> 現行相対価値及び新相対価値比較 81

<表 4-1> 医療保険数価引上率と物価上昇率比較表 84

<表 4-2> 医科総合病院基準入院料改正案の比較 88

<表 4-3> 総合専門療養機関基準看護管理料変動内訳 89

<表 4-4> 2006年以前看護管理料加算制 92

<表 4-5> 2007年以後看護管理料加減制 95

<表 4-6> 単一換算指数時機(2001年~2007年)の換算指数 97

<表 4-7> 類型別換算指数時機(2007年~2009年) 97

<表 4-8> 療養機関別契約類型 98

<表 5-1> 医療費用相対価値数価算出方法 101

<表 5-2> 差別診察料現況(2000.4.1と 2000.9.1 診察料) 106

<表 5-3> 2001.7.1 改定された診察料 108

<表 5-4> 医療機関種別と医師の診察料(2009年) 110

<表 5-5> 医師外来初診診察料引上げ率 110

<表 5-6> 医師外来再診診察料引上げ率比較(1999年/2009年) 111

<表 5-7> 1977年 7月 1日制定された入院料 112

<表 5-8> 1977 ~ 2009年入院料変動現況 113

<表 5-9> 医療保険数値の技術行為料加算率変遷一覧表 116

<表 5-10> 健康保険と医療給与の種別加算率 117

<表 5-11> 現在の本人負担と公団負担算定方法の例示 118

<表 5-12> 定額公団負担制の例示 119

<表 5-13> 医療保険数価引上率と物価、賃金上昇率比較表 121

<表 5-14> 数価当たり単価変動内訳 124

<表 6-1> 多様な本人負担制による医療費負担事例 135

<表 6-2> 国民医療費の在院別構成費 136

<表 6-3> 療養機関種別医療費比重の改変 138

<表 6-4> 療養機関現況 139

<表 6-5> 人口 10万名当たり医療人及び病床数 140

<表 6-6> 年度別手術回数と医療日数 140

<表 6-7> 年度別請求件数、請求件当たり療養給与費用(外来) 141

<表 6-8> 年度別来院日当たり平均療養給与費用及び請求比率(外来) 142

<表 6-9> 医療紛争発生現況 146

<表 6-10> 保険医療費の年度別増加推移 148

<表 6-11> 国民医療費増加現象 149

<表 6-12> 65歳以上老人医療費 (健康保険) 150

<表 6-13> 高価医療装備使用による保険財政支出額 151

<表 6-14> 薬剤費支給内容(2000年~2008年) 152

図順番

<図 3-1> 健康保険問題の悪循環構造 47

<図 3-2> 健康保険問題の先循環構造 48

<図 3-3> 韓国の医療機関の給与及び非給与の収入-費用構造 80

<図 5-1> 医療費用変換指数事例:正常分娩(初産)-第1胎児 100

附表順番

<附表 2-1> 年度別主要健康保険給与拡大現況 1

<附表 2-2> 保険数価分類項目数変動内訳 3

<附表 2-3> 療養期間制限及び延長関連法令変遷内訳 4

<附表 2-4> 非給与の法的根拠 8

<附表 2-5> 2001年非給与で切り替えた医薬品 10

<附表 2-6> 特進に対する規定 11

<附表 2-7> 指定医療に関する規則 12

<附表 2-8> 選択診療に対する規則 15

<附表 2-9> 特進料、上級病室料、高所得者除外に対する検討報告 18

<附表 2-10> 特進規定不合理の事例確認書 19

<附表 2-11> 特進料算定基準に対する監査者提出内容 19

<附表 2-12> 特進制度に対する検討報告 20

<附表 2-13> 特進実態調査報告 21

<附表 2-14> 特進病院の特進認定医師現況 (保社部案/病院協会案対比) 22

<附表 2-15> 指定医療制に対する立法予告(案) 主要骨子 23

<附表 2-16> 特進規定制定当時の 1990年度研修病院及び研修機関指定現況 23

<附表 2-17> 選択診療規則/ 指定医療規則追加費用算定基準比較 24

<附表 2-18> 選択診療/指定医療規則主要事項比較 25

<附表 2-19> 保険医療費の本人一部負担のための施行令改正案 26

<附表 4-1> 医療保険数価引上率と物価上昇率比較表 27

<附表 4-2> 年度別医療保険数価引き上率に対する各界意見及び協議日程 28

<附表 4-3> 医療行為部門別年度別調整率(医・歯科) 29

<附表 4-4> 数価引上時の部門別重点調整事項 33

<附表 5-1> 2002.1.1 改定された診察料 47

<附表 5-2> 2002.4.1 改定された診察料 48

<附表 5-3> 2003.1.1 改定された診察料 48

<附表 5-4> 2004.1.1 改定された診察料 49

<附表 5-5> 2005.1.1 改定された診察料 49

<附表 5-6> 2006.1.1 改定された診察料 50

<附表 5-7> 2007.1.1 改定された診察料 50

<附表 5-8> 2008.1.1 改定された診察料 51

<附表 5-9> 2009.1.1 改定された診察料 51

<附表 5-10> 保険数価診察料数価表(2009) 52

<附表 5-11> 1995年 ~ 2009年初診料引上げ率比較 52

<附表 5-12> 1995年 ~ 2009年再診料引上げ率比較 53

<附表 5-13> 1995年 12月 10日入院料 53

<附表 5-14> 2008年 - 2009年入院料 54

<附表 5-15> 医科・歯科医療形態別年度別件当たり金額構成比(総計) 54

<附表 5-16> 医科・歯科年度別入院・外来件当たり金額構成比 55

<附表 5-17> 医科・歯科年度別療養機関種別件当たり金額構成比 55

<附表 6-1> 混合診療による医療費本人負担事例 56

<附表 6-2> 年度別保険財政現況 59

<附表 6-3> 年度別保険医療費現況 62

DRW0001976c1137

Ⅰ.前書き

健康保険制度で加入者と医療供給者の間の最大の関心事は医療費の支払制度とその数価水準である。医療費の支払方法で医療供給者のサービス供給誘引構造が決まり、健康保険加入者は医療費の支払い方法によってサービスの供給量が水っぽく決まるだけでなく保険料負担問題に結付される。

韓国は行為別数価制度といういわゆる成果払制度を選んでいるので、供給者が供給をふやす誘引構造に長所があり、加入者には求める医療サービスが充分に提供される長所と、医療の利用量によって費用負担が増加する短所の双方を持っている。

この報告書では医療費の支払い方法は触れず、韓国が採択した行為別数価制度を前提で、健康保険の給与と数価に対する諸問題を扱う。

健康保険数価と健康保険給与は併せて扱ねばならない。何故ならば健康保険で提供されるサービス内容をまず決め、その価格としての数価を決めなければならないからである。健康保険が提供するサービスの内容が保険給与である。

保険給与で最も重要な内容は保険給与の区域である。健康保険で保険給与が重要な理由は次項のようだ。

第一、保険給与は健康保険の提供サービスの内容を現わす。まさに国民が社会保険を通じて利用できる医療サービスの内容が公示される。保険給与の内容は一国の疾病への思考形態によって変わる(Normand and Weber 1994).例えば感染疾患が広まる国では予防接種のようなサービスがが重要であり、人口が高齢化し慢性疾患が主の国家では健康増進に関するサービスがが重要である。そして保険給与の内容が国民の医療利用量に影響する。

第二、保険給与は国民の負担水準で決まる。保険給与の適用範囲が広ければそれだけ医療利用が容易になり保険財政が高額になる。よって保険給与が最小水準か、必須水準か、適正水準か、最大水準かが関心事項になる。社会保険の基本原則は最小保障だが、医療保障は最小保障の原則にとどまらず、多くの国において医師の判断で適正な給与(relevant services)が決まっている。

第三、保険給与の範囲によっては費用以前(cost shifting)の問題が生じる。社会保険で提供されるサービスは保険財政の制約で常に価格の制約を受ける。だが非給与で提供されるサービスは自家価格に任される。医療機関が規制された価格で提供できない場合、価格統制のない非給与サービスに移行する。もし政府が保険給与の区域を狭くすると、非給与で提供できるサービが多くなり、非給与を通じて費用シフト(cost shifting)が可能になり、医療供給者は低い数価でも不満を唱えることが少なくなる。しかし、保険給与の範囲縮小で国民が直接負担する医療費が高くなり、医療保障の必要性に異議が生じる。

第四、保険給与は医療技術の発展とも関連する。新医療技術を医療保障に含めるとそれだけ新医療サービスの普及が早くなり、医療サービスの発展が促進するが、その負担のため保険料は増大する。

次いで保険数価について後ほど具体的にのべるが、およそは以下である。

1. 数価は保険給与における医療サービス間の資源の配分を決定する。数価が原価に比べて高く設定された医療サービスの方に医療資源は流れる。数価が自由市場で決まるなら別だが、数価は政府または健康保険公団が決めるのでバランスの良い数価設定は容易ではない。それでアメリカでは相対価値数価(RBRVS)が考案された。

第二、数価は医療サービスの質に影響を及ぼす。医療サービスは質と量が混合(quantity and quality mix)しているので、数価が原価より低いとサービスの質を下げるようになる。消費者には医療サービスの質の判断能力が低いので(情報の非相称性) 数価が低いと判断した供給者は質を低めることが容易である。

第三、数価で国民の医療費負担水準が決まる。国民の医療費負担は価格と提供されるサービス量との積で決まるので、数価が高いと国民の医療費負担が多くなる。

第四に、数価は医療提供者の供給形態に影響を与える。他のサービスとは異なり、医療サービスは、情報の非対称性により、医師は、医療提供者であると同時に診療について患者に代わって意思決定を下す代理人機能（agent）を果たすことになる。つまり、患者は病院や医院を訪れる際は自分の意志によるが、一度医療機関を訪問した後、医師の指示に基づいてサービスを利用するため、医師を診療の代理人（agent）と呼ぶようになる。このとき、医師が非合理的代理人機能をするならば、需要を誘引することができる（Feldstein、2005）。非合理的な行動をする典型的な場合は、政府の政策が自分の判断で非合理的だと考えるときなのに、もし保険数価が自分の思ったより低いと判断すれば有人需要を通じて供給を増やすことができる。これが原因で韓国では「薄利多売型供給形態」を生み出している。

保険給与及び数価と計わって韓国は西欧社会保険国家とは違い非常に珍しい特異な環境にある。西欧社会保険国々は伝統的に医療は地方自治体(すなわち地方政府)の機能で見做すとか地域の教区で担当した(イギュシック、2008).そして社会保険が導入後もこのような伝統によって病院の資本費用は経常運営費とは別に償うシステムが備わっている(OECD、1987).

しかい韓国はこのような歴史的な伝統がないままに医療保険制度が導入され、しかも導入時の1977年当時の1人当り国民所得はやっと1,000ドルに過ぎず、中央政府または地方政府が医療施設を作るような資本費用を負担する能力はなかった。社会医療保険を始めたが医療供給基盤まではなかったので資本費用は保険数価に含め、医療供給は民間資源に委ねる構造であった。

医療供給を民間に依存するなら、それを数価に反映すべきだが、当時の課題は、まずは全国民に医療保険を適用することであったので保険料を高く策定することができなかった。保険料を高くすれば韓国の商品の国際競争力が劣ることになる。また、地域住民の所得把握が不十分な状態で保険料を高くすれば地域住民から保険料徴収が困難で地域住民への医療保険拡大が容易でなく、当時の保険料政策の実施しか選択肢がなかった(イギュシック、2007).

当時の数価政策しかなかったので、韓国の医療機関は経常運営も容易でない低数価が持続する中で、供給能力を拡充する困難な状態に置かれていた。そうしてみると社会保険を運営する保険当局としては必然的に保険給与側面や数価で社会保険原理から脱する運営をするしかなかった。

そういう事例は多くの所で見られるが、その代表的なものが保険給与の範囲に関する混合診療である。混合診療は現在韓国が実施している保険給与サービスと非給与都を同時に提供する形態をいう。

一方、日本は特別な場合を除き、保険で許可しない非給与サービスを１種類でも利用すれば保険給与サービスはすべて全額自費負担とすることで、混合診療葉容認していない。

次に提起する問題は差額病室と選択診療である。この制度も低数価が招来したもので、医療供給者の経営問題を解決するために考案されたもので、数価問題の一環として扱わねばならない[[1]](#footnote-1).

行為別数価制度のもとで健康保険数価と関連した争点は単純ではない。最も関心の高いものが数価水準に関するものである。この問題は適正な原価が数価に反映されているのかが争点である。数価水準を決めるには数価制度も重要である。すなわち現在のような相対価値数価制を選ぶと相対価値数価と換算指数(点当たり価格)をどのように設定するかの問題が関心の対象になる。

相対価値数価が不利な医療行為は提供せず、有利なサービスだけが提供されるようになってサービス供給に歪みが生じ、結局サービスの質(quality) 問題が提起される。相対価値問題の最大の争点はやはり相対価値の均衡だが、これと共に医療機関の種類に応じた入院料の差別、看護管理料の差別、毎日の診療患者数に応じた診察料、調剤料、精神療法料、物理治療費の相違、そして医療機関種別差別加算率問題などが挙げられる。

換算指数は直接保険者の財政負担となり、医療供給者には原価への反映問題に結付く。保険者の立場では換算指数は低く策定しようされ、医療供給者立場では高い換算指数を要求する。保険者と供給者は換算指数で利害が背反する。もし医療市場が競争市場なら換算指数決定は大きいな争点ではないが、健康保険では需要者が国家(健康保険公団)という独自構造なので換算指数の決定方法は重要な争点になる。

したがって数価水準の決定過程にかかわる手順も争点になる。相対価値数価と換算指数を政府や保険者が一方的に決めるのか、それとも契約方式にするかによって供給者の理解が変わるので争点になる。契約制としても契約が正当な手順が行われるか。契約の引き延ばしで政府の一方的な圧力の問題が提起される。

保険数価に関連して他の要素も争点事項になる。換算指数価原価を反映していなくても、保険給与をどのように運営するかによって供給者や加入者の得心構造が変わる。何故ならば保険給与を提供するためのさまざまな手段をどのように設計するかによって医療供給者の収益構造に影響を及ぼすので、保険給与の方法が争点になる。

これまで保険給与と保険数価と関連に関する研究は、給与範囲をどのように拡大するか、そして数価はどの水準に上げるかなどの適正性の分析に焦点が置かれていた。この報告書は、数価の適正性は医療の質や国民の満足度に計わる相対的問題であるとの視点で数価の適正性問題を扱うのではなく、数価構造及び保険給与に関連する問題を中心に分析する。

韓国は経済的側面では 1人当り所得が2万ドルを上回り、いまや支援国家として先進国を志向している。しかし、健康保険制度は社会保険の基本原理からは離れた状態で運営されており、先進国とは距離が遠い。今後先進国を志向する国として制度の改善とともに健康保険制度の持続可能性も共に念頭に置かなければならない。

1977年に制度を初めて導入したときは若者人口が多く、制度の持続可能性を心配する必要はなかったが、今は世界で最も出生率の低い国となっている。現在のように保険給与及び数価構造を持っては制度の持続可能性を担保にすることができなくなった。このような側面でこの報告書は韓国の健康保険制度の問題点を給与及び数価構造で探り、国民の負担を大きく増やすことなく構造改革を通じて社会保険原理に基づく充実した制度を構想することを意図として作成された。

DRW0001976c1139

Ⅱ.健康保険の給与構造

1.保険給与構造の変遷

国民健康保険法の目的(第1条)は '国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハと出産・永眠及び健康増進に対して保険給与を実施することで国民保健を進めて社会保障を昇位' させることにある。したがって健康保険制度の核心は保険給与の円滑な提供にある。そして保険給与の範囲は保険財政状態と緊密な関係がある。

韓国は1977年7月に医療保険制度を初めて導入した当時は1人当りGDPがやっと1,000ドル水準に過ぎない低所得国家だった。国際競争力を阻害しない範囲で医療保険制度を運営したので、あの保険料政策しか選択肢はなかった。あの保険料政策は低数価と低級な政策で繋がれた。そして全国民医療保険が実現して、国民経済も持続的に成長し1995年からは給与範囲は拡大して来た。

가.保険給与項目の増加

保険給与構造の変遷を見るには保険給与項目の変遷過程を見ることが重要である。保険給与項目は医療技術が発展すればそれを保険給与に含めなければならないので増えていく。

1977年の医療保険導入時の保険給与項目はわずか760種であったが、医療技術の発展、経済の成長で保険給与提供サービスは <表 2-1>で見るように増加した。

<表 2-1> 健康保険給与の拡大内容(数価分類を中心に)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1977 | 1993 | 1999 | 2001 | 2009 |
| 総計 (※麻酔加算コド除く場合) | 760 | 1,123 | 1,410 (3,693) (※2,993) | 1,751 (3,714) | 2,195 (5,478) |
| 注:1.分類項目数は健康保険ヨヤング給与ビ研究チ額ザネの分類番号数で、( )内はコード番号数  2.医科・歯科行為分類項目数林 | | | | | |

保険給与領域は医療サービスに限定されず、医薬品や治療材料にも適用される。2009年8月現在の健康保険給与項目と非給与項目数は<表 2-2>である。

<表 2-2> 2009.8.現在給与/非給与項目(品目)数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 給与 | 非給与 | 100/100 |
| 医療行為 | 6,763 | 625 | 7 |
| 治療材料 | 12,282 | 445 | - |
| 医薬品 | 15,231 | 約 31,000 | - |
| 注:1.医療行為は EDI 5段コード基準にまた count したら(医科・歯科、漢方皆含まれたら)  2.医薬品の場合現在は'給与品目数'だけ告示(包紙ティブ制度でターンオーバー) しているから非給与を含んで医薬品情報センターで把握している約 46,000品目で給与品目数を除いて推定(食品医薬品安全庁許可事項とも少しの相違存在 :みなしご薬など含み). | | | |

保険給与の拡大は、1989年7月の全国民医療保険実現後に模索され、特に1990年代中盤に保険財政が安定したことにより、保険給与区域拡大が着実に実施された。1990年代中盤の給与拡大は主に医療日数制限廃止の方向で、保険給与拡大は2000年代に入って主に実施された。

2000.7.1に産前診察も保険給与対象とし、2004.1.1には癌患者と62の希少疾患患者に対する外来診療費を軽減する算定特例も施行された。2005.1にはMRIを制限付きであるが保険給付し、2005.9.には癌など高額重症患者に対する保障強化のため入院時本人負担率を20%から10%に引き下げた。2005.12.21 第19次健康保険政策審議委員会で全額本人負担項目給与/非給与対象全1,060項目のうち65項目を給与、40項目を非給与と決め、遊離경쇄定量検査(free light chain quantification) など 14の新医療技術項目を 2006.1.1から保険給与に含めた。

2006.1.には肝臓、心臓、肺、膵臓の臓器移植手術を保険給与とし、2006.6.には、心臓、脳疾患など重症患者に対する PET(陽電子断層撮影)を保険給与に含めた。2007.1.1には入院患者の食代を保険給与(本人負担20%)で含めた。2008.1.1から新生児の入院医療費は本人負担兔除し、満6歳未満児童の入院本人負担率20%を10%に引き下げた。そして現金給与で支給した葬祭費は廃止し、入院患者食代に対しては本人負担率を20%から50%に上向き調整した。

2009.1.1 所得水準別本人負担上限制を実施して低所得層の負担を軽減した。2009.5.21 保健福祉部告示第2009-89号で「本人一部負担算定特例に関する基準」を改正し、2009.7.1から慢性腎不全、リュウマチ関節炎など難治性患者の本人負担率を20%から10%に引き下げた。そして癌など138疾患群に対して外来及び入院本人負担率を高価特殊医用機器使用費用を含み20%から10%に引下下、2009.9.30まで患者または代理人が保険公団に一斉に届けるようにした。療養担当療養機関がEDIで申し込んでも良いようにして患者の便宜を図った。この措置により2009.6.30.以前までの125疾患群に18疾患群が追加して138疾患群対象患者63万名が高額治療費負担による経済的負担を大きく削減できた。また2009.12.1からはこれら138疾患群の入院と外来本人負担率を10%から5%に引き下げて保障性を強化し、漢方病院・医院でも漢方物理治療一部(3項目)を保険給与に含めた。

一方、2009年大流行した「新型インフルエンザ」に対して伝搬防止と迅速確認のための緊急措置として新型インフルエンザ確診検査方法である既存Realtime RT-PCR法だけでなく、Conventional RT-PCR 検査まで制限的に保険給与対象で適用した。このように保険給与区域は固定せず、非常な高速で保障性統合が行われ、保険財政増加が急速に進んだ。1988年以後保険給付の現況を<附表 2-1>に示す。

保険給与の拡大は数価項目の増加を伴う。1977年以後保険数価分類項目数は保険医療費増加率や保険数価引上げ率を超えている。保険数価分類項目の増加は新医療技術行為が非給与から給与化した項目もあるが、大部分は保険数価表にすでに登載されている医療行為を細分化し、以前より高い数価を認めた結果である。特にこのような問題は健康保険が統合された以後に著しい現象だ(表 2-1 参照).

同じ行為の細分化は日本でもすでに行われている。1976年 12月日本医療保険制度を視察した復命書(金一天、2009)で指摘しているように、度外れの細分化は医療費上昇をもたらすので、なるべく単純にすべきという日本の専門家の忠告を思い出す必要がある。同じ行為を難易度で細分化して数価を差別化する場合、少しでも数価が高い行為を請求する傾向があるので、なるべく細分化は減らし、難易度を項目間の発生頻度を根拠に平均値を求める方法を採択するのが適正保険医療数価を償い、保険行政の簡便化のための常識である。

2009年現在、医科及び歯科の数価項目は、医療保険施行当初の1977年に比べて分類項目数基準で2.9倍、コード分類数基準では7.6倍に増加した。そして相対価値数価制を導入した2001年に比べコード分類数基準で1.5倍以上に増加した。1977年以後保険数価分類項目数及びコード分類数価変動内容は <附表 2-2>に示す。

나.療養給与期間の延長

保険給与拡大は療養給与期間にも行われた。当然適用方式の医療保険制度導入以前の1963.12.16 法律第1623号で制定公布された任意保険方式の医療保険法は療養給与期間を6月以内とした。これが 1977年強制適用方式の医療保険制度に変わった後も"療養給与の期間は療養給与開始日から6月以内"と規定された。しかし6ヶ月が1人当りなのか、同一傷病なのかが不明で、質問が多く、"同一傷病"が妥当との解釈が示された。その後の療養給与期間の変遷を<表 2-3>に示す。

療養給与期間の延長は疾病別に行われた。1981.4.4 法律第3415号で医療保険法が第4次改定され "肺結核"の療養給与期間は制限なしと決まった。当時肺結核管理事業は保健社会部結核予防科の主管で、大韓結核協会が各市・道に支部を置き、支部附属医院が全国に散在し、200余の保健所で施療していたので、わざわざ医療保険財政を結核退治事業に投じる必要なしとの反対意見もあったが、結核撲滅がうまくできず、保険証を持った人は保健所利用を敬遠し、保険治療をして6ヶ月経過すると治療中断する事例が生じ、むしろ耐性だけ強まり"結核亡国"になる恐れがありとの論議の末、医療保険の療養給与期間は撤廃することになった。

1985.1.1 施行された法律第3768号(6次改訂医療保険法) 第30条では同一傷病に対し、悪用事例が生じ、1人当り傷病の種類を問わず、年間概念を導入することになった。特に慢性疾患、慢性腎不全、糖尿病、高血圧などの苦情は日増しに増えた。週2~3回血液透析が必要な慢性腎不全患者は集団行動をするまでになった。

これらの慢性疾患対策のため、1987.12.4法律第3986号(7次改訂医療保険法)では給与期間を事例別に延長した。1988.2.15施行の療養給与基準に年間保険者負担金が 30万ウォンにならない場合医療日数を延ばすようにした。1990.2.1 施行された療養給与基準 Ⅱ-3.では実診療日数算定方法を明文化し、洋・漢方混合診療時はそれぞれ診療日数を算定することとして、慢性腎不全患者に対して給与日数を拡大した。以後保険者負担金 30万ウォンを徐徐に高めて医療日数をなるべくふやすようにした。

一方、1994.7月からは一律的に医療保険法に診療日数180日を210日に30日延長し、1995年 8月医療保険法第10次改訂時には療養給与期間は年間210日以上にして大統領令で定めて下位法令に委任し、30日延長の都度、国会本会議を通過させる手数を無くした。

<表 2-3> 療養給与期間変動現況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 給与日数 | 特例条項 |
| 1977 | 療養給与開始日から 6月以内 | -1人当り傷病別年間給与期間概念導入 |
| 1981 | 同一傷病 180日以内 | -肺結核は給与期間制限撤廃(以後同様) |
| 1985 | 1人当り年間 180日以内 | -肺結核は給与期間制限撤廃 |
| 1988 | -保険者負担療養給与費が 30万ウォン未満の場合にはその金額に達するまで給与期間延長 |
| 1990 | -慢性腎不全患者の血液透析及び腹膜透析に必須な内服薬剤と腎臓移植手術後組織移植拒絶現象加硫遅延剤投薬の時には来院日数だけ算定 |
| 1991 | -保険者負担療養給与上限額 45万ウォンで上方修正 -慢性腎不全患者の療養給与期間算定を保健社会部長官が別に決めたことによるようにした(弾力性あるように運用されるようにした) |
| 1993 | -保険者負担療養給与費上限線 55万ウォンで上方修正 |
| 1994 | -同じ日に両方と漢方または漢方と薬局給与を同時に受ける場合、それぞれ算定で 1日ぶり算定するように寛解 -保険者負担療養給与費上限額の差別化 (1) 65才未満:65万ウォン (2) 65才以上:80万ウォン (3) 障害である:150万ウォン |
| 1995 | -1人当り年間 210日以上にしてその期間は大統領令で定め。 | -保険者負担療養給与費上限額調整('95.4.1.) (1) 障害である、国家有功者:160万ウォン (2) その他患者:90万ウォン  次項該当者は給与期間制限を撤廃('95.8.4) 1.65歳以上者 2.障害者 3.国家有功者 4.肺結核患者 5.その他大統領で定める中限疾病患者 |
| 1996 | 1人当り年間 240日 | -保険者負担療養給与費上限額 120万ウォンを上向き調整 |
| 1997 | 1人当り年間 270日 | -保険者負担療養給与費上限額 150万ウォンで調整('97.9.1) |
| 1998 | 1人当り年間 300日 | -慢性腎不全患者に対する来院日数だけ給与期間に算定している福祉副長官有権解釈を告示である '療養給与基準'に介入('91.6.26 改訂以前と同一内容で還元) |
| 1999 | 1人当り年間 330日 | -保険者負担療養給与費上限額 150万ウォンは凍結 |
| 2000 | 1人当り年間 365日 |  |

そして 65歳以上の老人、障碍者福祉法で市・郡・区に登録した障害者、国家有功者に関する法律で規定された国家有功者は肺結核患者のように療養給与期間の制限を受けないように撤廃し、その他患者は保険者負担療養給与費上限額を120万ウォンに統一し、1997年以後は150万ウォンに凍結した。以後医療保険法施行令第75条の2を改正して療養給与期間を毎年30日ずつ延ばし、2000年からは療養給与期間制限を完廃した。給与期間の制限撤廃によりモラルハザード(moral hazard)も深刻になった。2007年には年間 1,000日以上医療を受けた人が健康保険で145,041人、医療給与で21,201名もいた(ヤングスン、2008)。給与期間に対する制限撤廃の詳細規定は <附表 2-3>に示した。

다.非給与

**1) 法的根拠**

健康保険法第39条(療養給与)第3項 '保険福祉部長官は第2項の規定によって療養給与の基準を決める場合、業務や日常生活に支障がない疾患、その他保健福祉部令の定める事項は、療養給与の対象から除くことができる' の規定が、非給与の法的根拠になっている。

国民健康保険療養給与の基準に関する規則(保健福祉部令第158号新規制定 2000.6.30.以後 2009.1.13.保健福祉系統群部令第87号改訂まで 17回改訂) 第9条第1項(非給与対象):法第39条第3項の規定によって療養給与の対象から除かれる事項(以下 "非給与対象"といい、改訂 2008.7.1)を<附表 2-4>に示した。

**2) 非給与項目表項目に対する相対価値数価廃棄**

健康保険法第39条で非給与の根拠が設けられたが、非給与規則が設けられたのは、2000.6.30に制定された「療養給与の基準に関する規則」の制定以降である。具体的な施行は2001.1.1からで、次のような行政手順を経た。「2000年 12月 31日まで決定申請された未決定行為のうち、この告示に登載されていない行為に対しては療養給与基準に関する規則第9条第1項の規定により非給与算定とみなす」と保健福祉部告示第2000-74(2001.1.1施行)で告示された。

この当時、国民健康保険法によれば、各療養機関が任意に非給与対象を決めて患者から取り立てる行為は2000.7.1からは禁止され、従来非給与にしていた行為は 2000.6.30まで保健福祉部または健康保険審査評価院に提出し、上記告示によって相対価値数価を決めた非給与項目はその金額で数価を受けられるようにした。そして上記告示にない項目は「新医療技術行為との判定が出るまでは、その項目に対しては以前の任意数価を患者から取り立てられるとの措置が行われた。

多くの行為が新医療技術行為か否かの審査には長期間を要したので、任意数価が受けられるサービス項目がかなりの数になった。特に総合専門療養機関で任意数価を受ける非給与対象サービスがが多く、それが保障性を低める結果となった。

そして、相対価値数価が決められた一部の技術行為項目や保険給与対象から除かれた一部の高価医薬品が、「100/100 本人負担保険給与」という法律にも明示されない用語を使う問題が生じた。これが2006.1.1からは「100/100 本人負担」の用語に代わり「一部を自己負担」に直して「療養給与の一部を本人が負担する項目」として使用中に2008.1.1より「第3部行為非給与項目表」に変更された。

その後 '健康保険行為給与・非給与項目表及び給与相対価値数価改訂'(保健福祉系統群部告示第2008-168号、2008.12.26 制定)によって相対価値決定から除外された項目が次項のように具体化した。

-第1編行為給与・非給与項目表及び給与相対価値数価第3部行為非給与項目表(検体検査145種、組職病理検査119種、機能検査143種、内視鏡・穿刺と生検５種、影像診断及びX線療法7種、注射料3種、採血及び輸血3種、理学療法13種、精神療法6種、処置及び手術86種、漢方検査及び手術料など14種、神経認知機能検査36種、計405種)

2.選択診療制度の存在

가.選択診療制導入の背景

選択診療制度の導入は、医療保険制度の施行以前の1958年にセブランス病院が患者要求との理由[[2]](#footnote-2)で実施したのが最初である。ところで当時ソウル大学校医科大学附属病院をはじめ、全国の国立医科大学附属病院に勤務する医師の報酬水準が私立医科大学附属病院に比べて非常に低く、教授職の維持にも難ありとの理由で一部教授が代理医師を置いて開業する事例が多かった。このような開業事例を1961年当時、政府が取り締まると国立医科大学の教授は離職するという事態が発生した。それで政府は離職防止と確保手段の一環として低給料を補う"特進料" 制度を公式化した。この "特進料"の法的根拠を文教部は 1962.2.12 「国立大学校医科大学附属病院特進規定」を制定し1963.1.1から特進制が公式化され、ソウル大学校病院だけに進制度が実施された。

1969.11.25に一部改正されたが、他の国立大学病院の医師、国立歯科大学病院歯科医にも公平性を考慮して1971.5.3 大統領令第5624号で全文改正して「国立大学校医科大学及び歯科大学附属病院特進規定」と名称変更して歯科大学の教授にも適用された。

1973.8.23 大統領令第6819号で一部改訂され、1989.8.7大統領令第12773号で医療法施行令改訂に計わる条項を改正して運営し、途中、1991.3.29 保健社会部令第867号と「指定医療に関する規則」を制定公布して文教部で規定した特進規定は廃止された。そして1991年、特進制度は「指定医療制度」に名称変更された。その後2000.9.5保健福祉部令第174号で「選択診療に関する規則」が制定され、指定医療制度が「選択診療制度」に変更されて今日に至っている[[3]](#footnote-3).

一方、文教部とは別に 1967.10.13 保健社会部では大統領令第3247号で「国立医療院特進規定」(附表 2-5、別添 2 参照)を制定公布して1968年1月1日から施行した[[4]](#footnote-4).1973.3.20(大統領令第6576号) 1次改定された大統領令の内容を見れば第1条(目的)、第2条(特進の手順)、第3条(特進料)、第4条(特進補償金)で構成され「国立大学校医科大学及び歯科大学附属病院特進規定」(附表 2-6、別添1参照)を模倣したように見える。

1967年保健社会部で大統領令で特進制度を国立医療院に導入した背景を次に示す。

第一、1963年1月1日からソウル大学病院で特進制度がすでに実施されていることから直接的な影響を受けたものとみなす。

第二、1965年に185床の高麗病院が開院された。その病室などの施設が最も良いとの評判が立つほどに当時の医療機関の施設が粗末であった。同年、ソウル筆洞に社団法人韓国科学研究所が200床の誠心病院を開院して、60病床の永登浦連合病院が相次いで開院、医師や医療従事者に2倍以上の高給でスカウト風が吹き始め、特に国・公立病院の有能医師の転職が起こり、私立医科大学教授までを巻き込んだ。

最も過酷なのが国立医療院であった。国立医療院は6.25戦争に病院船で参戦したスカンジナビア3国の医官や看護将校などが1953年休戦で本国に撤収し、医用機器と医薬品を韓国に献納し、ソウル乙支路6街に国立医療院を無償で建て、医療人材が駐屯し、好医療、好医薬品で治療上手な病院として全国から患者が集中した。それを1960年代後半に韓国が買収して国家予算で運営し、医療陣には公務員職の給料支給を行ったが、有能な医療陣が新設の民間病院に移籍問題が起こった。その防止策として医師及び医療人力の報酬充当手段として保健社会部議定局の主管で「国立医療院特進規定」を作った。次いで国立精神病院特進規定が1978.5.1大統領令第8996号で制定され、国立援護病院特進規定が1974.7.20制定され、鉄道病院特進規定が1979.2.8に制定された。保健社会部の直属医療機関としてその機能を円滑に遂行するためには有能な医師及び医療人力確保が必要で、これらの脱出防止のために公務員報酬規定に縛られている国立医療機関医療陣の報酬を特進料収入で補助するほかには方策がなく、'80年代以後の多数生れた医科大学や民間病院への離職を阻めなかった。

国立医療院特進規定や国立精神病院と国立援護病院特進規定も1991.3.29保健社会部の「指定医療に関する規則」制定によって廃止された。鉄道病院特進規定は1985.2.21中央大医科大学附属竜山病院に変わり廃止された。

1989年、全国民医療保険において特進料に対する世論の批判が沸騰し、法的根拠の検討過程で大統領令では法的根拠不十分との指摘があり、医療法第32条(施設基準など)及び医療法第48条(指導と命令)の規定を引用して特進規定を起案中に "特進"の用語に違和感があり"指定医療"となった。

1991.3.29「指定医療に関する規則(保健社会部令第867号)」の制定で特進制度はむしろ以前より拡大され400病床以上のレジデント研修病院と歯科大学病院にまで拡大した。「指定医療に関する規則」の「指定」が患者が医師を指定するようで不適当とされ、2000.1.12 医療法第37条の2を新設して 「選択診療に関する規則(保健福祉部令第174号)」に変更されて今日に至っている。

나.特進制度を "非給与化"した背景

**1) 概要**

医療保険施行初期の1977年度には、ソウル大学病院やセブランス病院などは職場医療保険組合と療養機関指定契約を締結していなかったので、特進料は社会的問題にはなっていなかった。1979年1月1日から公務員と私学教職員その被扶養者の家族までが保険適用になり、職場組合は300人事業場まで拡大した。

保険数価を20.75%引き上げたが、大部分の大学病院や大型総合病院が療養機関指定契約を忌避する傾向のため、指定契約を忌避できないように全医療機関を強制指定するよう医療保険法が改正された。

すべての病院が療養機関に強制指定されると特進料が問題になり、特進医療を保険認可するか否か、2案を設けて論議した。

案(1):特進医療を受ける場合すべての医療費を保険給与で全額除外する案、

案(2):該当の特進費だけ保険給与から除外する案

結果は後者に決まり1980年3月保健社会部の有権解釈で 「特進料は非給与対象」で、特進対象及び特進料率などは当該医療機関の独自規定によることになった(附表 2-9 参照).

1980.3月当時医療保険で特進料、上級病室差額、療養給与の180日制限問題に苦情が集中した。特進料、上級病室料、高所得者医療保険適用対象除外問題をめぐり、保健社会部社会保険局で検討し、療養給与基準で設定した。当時の決定のうち、今でもそのまま持続しているのが基準病床50%以上確保規定と、高所得者医療保険適用除外不可の方針と言える。特進制葉むしろ拡大した。2009年現在、選択診療を実施している医療機関の現況を<表 2-4>に示す。選択診療費が医療機関総収で占める比重を<表 2-5>に示す。

<表 2-4> 選択診療機関数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時点 | 総合専門療養 | 医科総合病院 | 病院 | 漢方病院 | 歯科医院 | 平均 |
| '05.12 | 42/42  (100.0) | 78/240  (32.5) | 59/783  (7.5) | 13/156  (8.3) | 16/108  (14.8) | 209/1,329  (15.7) |
| '08.06 | 43/43  (100.0) | 81/272  (29.8) | 70/1.769  (4.0) | 8/143  (5.6) | 10/159  (6.3) | 212/2,377  (6.3) |
| '09.03 | 44/44  (100.0) | 82/269  (30.5) | 83/1,913  (4.3) | 9/139  (6.5) | 10/171  (5.8) | 228/2,536  (8.9) |
| 注:分子は選択診療を実施する病院数、分母は当該種類の病院総数、( )は選択診療病院割合  資料:保健福祉系統群部、会議資料 | | | | | | |

<表 2-5> 選択診療費が総医療収入で占める比重(2007年)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院種別 | 専門総合 | 医科総合病院 | 病院 | 歯科医院 | 漢方病院 | 平均 |
| 選択診療費  収入割合(%) | 7.4 | 5.4 | 4.0 | 2.7 | 3.3 | 6.5 |
| 資料:保健福祉系統群部、会議資料 | | | | | | |

**2) 特進制度運営の乱脈ぶり**

1980年3月特進制度などに対する保健社会部の検討報告書では、特進制度がない医科総合病院(例:慶煕大病院、ソウル衛生病院、地方に局在する一部の医科総合病院など)もあり、特進患者を保険から除くと、特進制度がない医療機関に患者が集中すると判断された。これにより、患者が特進制度のある医科総合病院の医療費は高いと忌避すれば、病院は経営悪化で倒産するので病院自身が特進制度を廃止すると考えた。しかし、その予測は外れた。

もし1980年に、特進サービスを受けた場合はすべての医療サービスを保険給与から除外し、医療費全額を患者本人に負担させるように措置すれば、おそらく特進制度は消滅しただろう。

特進制実施医療機関の特進収入は当時、病院の全収入の8-10%になっており、特進制を無くした場合は数価引き上げを要求される可能性が高く、特進の廃止はできなかっただろう。問題は特進が特進医師の医療行為に限定するのでなく、他のサービスにも適用する点にある。すなわち国立医療院のような国立医療機関でも医師の直接行為に対してだけ特進料を課すのでなく、各種検査料はもちろん医療と関係ない諸証明にまで特進料を課しており、特進料率も10-100%まで病院が任意的に決めて課していた。

このような事項は1981年11月監査者の行政事務定期監査で"療養給与基準の不合理"事項で、①特進料、 ②分娩給与に対する医療地域設定不合理、③入院申告制の不合理が指摘され、その翌年の1982.3.9 "特進規定不合理" 確認書を提出することになった(附表 2-10 参照).

**3) 特進制度に対する論難**

特進制度は開始当時から国立大病院や国立医療院など国立医療機関の追加的収入源とみなされていた。保健社会部は1982年6月1日付けで保険数価7.1%引き上げ調整する際、 '療養給与基準 Ⅱ-1-바'に '特進料'項を次のように補足した。

1. 特進は一般患者に対して特進制度がある医科総合病院である療養機関に限る。
2. 特進は被保験者が指定した特進医師が直接行った診察、処置、手術などに限る。
3. 特進は被保験者が希望する場合に限り、当療養機関が特進申請者の署名捺印を受けなければならない。この場合特進料は本人が負担する(保健社会部告示第 82-26号、施行日 '82.6.1)と告示した。

この時 1981年監査院の定期監査指摘事項である給与の医療地域設定も廃止し、否定受診者の予防目的に決めた事前 '入院申告書' 制度を簡素化した。そのような措置に対して監査院が不満を持って特進料算定料率を "療養給与基準"に決めない事由に対する補充説明を要求して 1982.10.7 <附表 2-11>のような補充資料を提出した。

当時だけでも特進規定は主に国立大病院、国立医療院、国立精神病院のような国立医療機関に当たったから私立大学病院は自体円舞規定で特進を実施していた。特進制度が問題化になった以後の 1989年度に特進実施機関現況を見れば <表 2-6>のようだ。この時の国立医療機関が特進機関の 1/4を占めていた。

<表 2-6> 特進実施機関数(1989年現在)

(単位 :機関数)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 計 | 国立病院 | 国立大学病院 | 私立大学病院 | 民間総合病院 |
| 36 | 4 | 5 | 19 | 8 |

そんな中、特進制度は徐徐に拡がって 1989.7.1 全国民医療保険実施に先立って特進制度の問題点が深刻に提起された。1989年6月に保健社会部では保険患者に対する "特進制度"に対する検討報告を <附表 2-12>を発表した。

全国民医療保険が実施されたにもかかわらず特進制度はそのまま残り、乱用される事例は新聞紙上にたまに特種に登場した。当時申し立てられた問題は特進が国立医療院のような大型病院だけではなく一部中小病院にまで応用され、患者の医療費負担とともに庶民層と富裕層患者の間に違和感問題が報じられた。そして特進料に対する規定が不備である病院は一般医療料に20%を超過賦課し、他の病院は100%を超過賦課するなどの問題があった。

そして保健社会部は1990年3月に特進制度に対して <附表 2-13>で見られる実態調査を実施した。調査結果は36医療機関が特進制度を実施していた。36機関の平均特進患者の割合は48.7%で、病院総収で占める特進料収入は平均7.11%だった。

다.指定医療制度の登場

特進制度問題は国会と監査者などでも問題点を解決すべきとの圧力が入り、保健社会部は民間病院(私立大病院含み)が自体内規にすることに問題があるという観点で関連団体との意見収斂過程を経て1990.12.11 特定医療に関する規則(案)を立法予告したが、特進という名前が好まれず、世論によって 1991.3.1 特進費を「指定医療に関する規則」として 1991.4.1から施行すると発表した。

以後特進制度は指定医療制度に変わって運営された。国公立病院と一部大学病院が施行して来た "特進規定"が 1991.3.29 "指定医療規則"に変更制定される時 "指定医療に関する規則" 第5条第2項に 「指定医療医師に任命された者は自分の当該年度総医療件数の70%を超えた指定医療はできない」と規定して少なくとも30%患者には指定医療費(いわゆる特進費)を受けられないと決めた。しかしこれが実際どのように運営されたか確認もできず、監視・監督の可能な条項ではない病院自らの良心に任せたまま選言的用語に過ぎなかった。

라.指定医療を選択診療に変更

2000.9.5 "指定医療に関する規則"が "選択診療に関する規則"に名前を変えた時 "選択診療に関する規則"第4条に「選択診療医師の要件を取り揃えた在職医師などの80%の区域内で追加費用を取り立てられる選択診療を担当する医師を指定しなければならない」とした。選択診療が可能な医師の資格を次のように決めた[[5]](#footnote-5).

1.法第5号による兔許取得後 15年が経過した医師、歯科医及び漢方医

2.法第77条による実地医家資格認定を受けた後 10年が経過した医師

3.大学病院または大学附属漢方病院の助教授以上の医師など

そして 2009年選択診療に対する改善委員会では助教授でも実地医家取得以後5年が経過しなければならないという規定を入れて選択医師を制限した。

選択診療が受けられる医師の割合も初めは70%、途中2000年に80%でふやした。そして選択診療ができる医師の階級は実地医家取得年齢にするかまたどんな方法であっても病院ごとに区分できるようにした。果してこの規定が守れるかを信じる人はほとんどいなかった。

どの診療科でも選択診療医師資格を持った医師数が1人ではだめで2人いてもだめ、3人いれば小数点以下を四捨五入すれば 2人は選択診療費を受けられ1人は受けられなくなる。大学病院でない一般医科総合病院では選択診療費は絵にかいた餠にしかならない。大学病院も診療科によって選択診療費収入がないこともある。

よって苦心したアイディアも2008.11.28 "選択診療に関する規則" 第4条を 「全文改訂」して以前の内容は第1項とし、第2項と第3項を新設し、実地医療でなく教育・研究だけまたは6ヶ月以上研修または留学中の医師は除外するようにし第3項には「診療科目別に1人以上の追加費用を取り立てない医師を置かなければならない」と強化した。しかしこの条項をどのように管理・監督できるか。

そして 2008年選択診療医師の割合をま 70%で制限した。指定医療医師はすべての患者に特進料を徴収できなくするために "自分の当該年度総医療件数の70%を超過して指定医療ができない"と第5条第2項に決めた。しかしこれは名目上選言的意味であるだけ実在的に30%の患者に指定医療料を受けなかったのかまたはどんな患者に適用したのか管理や規制できないのが現実である。

最初から予見したように管理不可能な条件を規定したことが無理と認め2008.11.28選択診療規則を改正する時「診療科目別に1人以上の追加費用を取り立てない医師を置かなければならない」とした。しかしこのような規定も実行が不可能だった。

選択診療料が受けるられる病院は以前 "指定医療規則" 第4条で許可病床数400以上の研修病院であったが、"選択診療規則" 第2組では病床数にかかわらずすべての医科総合病院(100病床以上)と病院・歯科医院・漢方病院甚だしくは療養病院まで要件さえ揃えば "選択診療機関"になれるように大幅に緩和した。

すると、医院級でも選択診療ができるように要求して来た。開院医師の主張理由は選択診療がより専門的で良質の医療を提供する医師に適用されるなら個人の経歴、能力、関連研究論文などを評価して認証することが望ましく、医科総合病院や大学病院が選択医師と認められたら単独開院でも本人が希望すれば選択診療が選べるとの論理だ。

開院医が選択診療を選べるということはひとりの医師を単独選択するので、これは選択でなく強制であり論理が成立せず、また開院医は奉職医師より収入が高いので、人件費補充が目的の選択診療制度を医院にまで拡大することは医師はもちろん一般国民も納得できないので、開院医に選択診療を適用する措置は不可能なのだ。

마.選択診療制の問題点

選択診療制の問題点は以下である。

1. 社会保険制度を選んだ国で、本人が良い医師を選択して診療を受ける場合は本人が追加費用だけを負担するのでなく、すべてのサービスを全額自費負担する pay patient にするのが妥当である。何故ならば社会保険の給与は最高水準を目指すのでなく、最低水準を目指すものである。最高水準の医療を望むなら社会保険制度外に出るのが原則である。
2. 選択診療制度は、はじめから特進という名称で病院の収入保全を目的に採択された。したがって病院収入保全のためだったら一部医療機関を対象にする選択診療制度よりは数価引き上げが妥当な手段である。
3. 種別加算制度によって大学病院級は数価に30％の加算を行っている。これに選択診療費を加えるのは論理的矛盾がある。

④ 選択診療制の歪みが深刻化している。その事例を下記に記す。

第一、最近ソウルの主要病院は病床をふやしており、その費用の早期回収のために以前より高率の選択診療費を患者に負担させている(事例は附表 2-19 参照).

第二、2004年から医療費領収証形式が変わり、選択診療料がどの項目に賦課されたかがわからない。以前の領収証は項目別に給与金額、非給与金額、選択診療料に細分され、どの項目に選択診療料が賦課されたが分かった。しかし現在は項目別に '療養給与'と '非給与'だけで選択診療料がどの項目にいくらかがわからなくなっている

第三、「選択診療に関する規則」第5条によると選択診療料は "選択診療を担当する医師が直接医療した医療行為に限って患者またはその保護者から追加費用を取り立てることができる"となっている。選択診療を担当する医師が直接医療しない検査、影像診断などの場合は患者が別に選択診療医師を選択するようになっている。しかし実際病院で使っている '選択診療申請書'には "申請者の選択した医師が患者の医療のために医療支援との選択診療医師を指定して医療を依頼した場合にも同意して、医療支援と選択診療医師が実施した医療(検査、画像診断料、治療、手術、麻酔、その他)に賦課される選択診療料を負担します."とされている。このように病院では選択診療申込書を任意に変更して患者に署名を誘導し、これを根拠に選択診療料を負担させている。

第四、医療給与1種患者の場合、法定本人負担金を兔除している。ところでこれを利用して一部医療機関では医療給与1種患者に治療及び手術、検査などに選択診療料を賦課している。すなわち、健康保険給与区域にあたる治療と手術に対して医療給与1種患者に法定本人負担金は免除されるのに選択診療料は賦課されている矛盾が発生している。

3.上級病室制度の存在

社会保険を運営する国家で上級病室を非給与とし、差額を本人負担させる場合はよくある。西欧の社会保険国家や国営医療制度を選んだ国も1-2人室を運営している。これらの国が1-2人室を運営する方式は概して 2種の場合である。

第一は医師が患者の診療上、1-2人室に入院させることが必要な場合である。この時は1-2人室を利用しても皆保険給与にして患者に追加費用を賦課しない。韓国もこのような規定はあるがよく守られず、上級病室料を出さなければ1-2人室は利用できない。

二番目は患者の希望により1人室を利用する場合である。患者が希望して特別に単独病室を使う場合は本人負担病床(pay bed)として病室料だけでなく医療費全額を患者に負担させる方法である。本人負担病床はすべての医療機関が取り揃えているよりは裕福な患者が捜す病院(いわゆる有名病院)に主に設置されている。地方の中小病院に対して本人負担病床(pay bed)が禁止されてはいないが利用患者がいないので、通常は大病院が備えている。本人負担病床は社会保険患者を受けない民営病院(pay hospital or private hospital)でも設けられている。

韓国は、上級病室を利用する人にも保険給与を可能として差額病室料だけを本人負担させている珍しい方法が選ばれている。韓国で上級病室制度が許可されたのは医療保険制度導入以前までさかのぼる。医療保険制度導入以前、政府は医療機関に干渉する必要がなかったので大部分の病院が基準病室と上級病室を同時に運営していた。

医療保険導入後も上級病室の廃止は困難で、上級病室利用者にも保険給与を行い、基準病室との差額だけを本人負担させる制度が自然に固まった。ところで上級病室が制度的に許容されるものではなく慣行的に容認されているので、当初から上級病室に対する種々の苦情が敵機されていた。

1980年3月、保健社会部は一般基準病室の範囲を設定して上級病室の無分別な運営を遮断しようした。しかし上級病室を無くすことはできず、上級病室の設置基準をどこまで許容するか、上級病室利用者を保険に適用するかの問題だった。まず上級病室の許容範囲を決めるために、基準病室の設置範囲を病床基準の50%以上と決めた。実務陣は基準病室が80% 以上必要と主張したが、決栽過程で基準病床が50%の線に縮められて今日に至っている。

次は、上級病室の利用料のすべてを保険給与にはできないが、上級病室利用者も保険料を拠出しているので基準病室料は保険給与すべきとの論理で差額だけを本人負担とした。上級病室利用による差額を保険給与から除けば使用希望者が減少することで判断した。ところで現実は医療機関は基準病室が50%の範囲内なので基準病床が不足とのことで、患者の意思とは異なり上級病室に入院させている。

過去の大家族制度下では、入院時の家族看護は一般的だったので1-2人室が患者にも家族にも便利だったが、最近は家族看護が難しく、患者の立場では1-2人室よりは基準病室に他の患者と共に入院するのが便利だが、基準病室不足で泣く泣く上級病室に入院する問題が生じている。

上級病室に関する政策は1980年以来変化がなかった。現在はいわゆるビッグ5と呼ばれる大型病院の特別入院室は入院料が1日基準百万ウォンを上回る場合もある。このような高価な入院室利用患者にも健康保険の給与を提供すべきか疑問である。

日本も韓国と類似の上級病室料を患者が負担する制度で運営している。ところで日本は1970年代実料差額を徴収する病床を全体の20%程度に維持するように指導しており、今日の上級病室が全病床の20%未満と推定される(金一天、2009).

4.本人一部負担制度の施行と変遷

医療保険制度での本人一部負担金の区域と水準は国ごとに多様である。保険給付が現物給付か現金給与かによって運用方法も多くの形態があり得る。医療保険制度の施行当初の苦心は保険料率水準と本人負担金の水準であった、当初の保険料政策により必然的に、保険料率は最低水準、本人負担金は最高水準であった。

保険料率と本人負担金水準とには相互反比例の関係にある。傷病発生時の患者の家計負担を軽減するには本人負担金水準を低くすることだが、本人負担金が高くなる。受診が抑制されると保険料の負担が減る両面性がある。

가.本人一部負担制の導入

**1) 本人負担率の設定**

社会保険方式の当然適用のために全面改正した1976.12.22(法律第2942号)医療保険法第34条(費用の一部負担)では "第29条第1項及び第31条第1項の規定による療養給与や分娩給与を受ける者は大統領令が定めるところによってその費用の一部を本人が負担する"とした。これにより1977.3.14(大統領令第8484号) 医療保険法施行令第34条を全文改訂(附表 2-15 参照)した。

施行令34条で本人一部負担方式を定率方式にして外来は被保験者40%、被扶養者50% 入院の場合は被保験者30%、被扶養者40%を超えることはできないと規定した。これによって 500を超えた職場医療保険組合(当時の1種組合)は、組合ごとに定款で本人負担率を決め、保健社会部長官(当時保険管理課)の承認を受けた。大部分の組合では入院の場合、被保験者は20%、被扶養者は30%、外来の場合被保験者は30%、被扶養者は40%にしたが、財政状態が良い韓国銀行医療保険組合は被保験者入院10%、外来20%、被扶養者入院 20%、外来30%とした。一方財政状態が不安定な組合は施行令の上限である被保験者及び被扶養者の入院30%~40%、外来40%~50%と決めた。

1979.1.1公務員と私学教職員組合は、医療保険を拡大し被保験者、被扶養者の区分なしに外来30%、入院20%の本人負担率を適用した。そして1979.7.1からは職場医療保険組合加入者も本人負担率30%、入院20%に統一した。公務員と私学教職員は全国すべての医療機関を療養機関で強制指定したが職場組合ごとに本人負担率の差で病院事務が複雑化して医療費審査清算に誤りが生じるなどの問題で被保験者、被扶養者の区分なしに入院20%、外来30%と決めた。そして1979.4.7(大統領令第9411号)医療保険法施行令第34条 1項を改正して第2種組合(地域組合)の場合だけ100分の50区域中で組合自ら決める余地を残した。1977年から1980年まで職場組合の本人負担率を平均して <表 2- 7>に示す。

<表 2-7> '77-'80 職場組合法定給与(療養及び分娩給与)実績

(単位:件、千名、千ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 組合数 | 被保験者数 | 被扶養者数 | 総医療費 | 本人負担金(%) | |
| 入院 | 外来 |
| 1977 | 513 | 1,185 | 1,955 | 7,414,458 | 1,001,870(34.7) | 1,872,512(41.4) |
| 1978 | 592 | 1,648 | 2,172 | 24,645,620 | 3,045,520(32.6) | 6,391,291(41.8) |
| 1979 | 603 | 1,970 | 2,882 | 55,450,728 | 5,375,143(28.7) | 12,545,742(34.2) |
| 1980 | 423 | 1,971 | 3,410 | 112,515,193 | 7,519,379(20.3) | 24,228,284(32.1) |
| 資料:医療保険統計年も第3号、1981、医療保険連合会、p.82~83 | | | | | | |

**2) 医療機関による本人負担率の差別化**

医療保険制度の導入で数価が単一化され、患者は町内医院から総合病院に集中する傾向が生じた。患者の病院や総合病院へ無分別な選択を抑制するため、医院と病院及び医科総合病院の本人負担金差別化が試みられた。1980.5.10(大統領令第9866号) 医療保険法施行令第34条第1項第1号を改正して外来診療の場合、医院級は100分の30のままとして、総合病院と病院は100分の50に高めた。そして1981.5.18医療保険法施行令(大統領令第10307号)を改正して地域被保験者の本人一部負担率を職場と等しくした。

職場医療保険組合の財政は組合別に自律的管理されているので、保険給与費支出水準ごとに保険料率を調整したので財政赤字は生じなかった。'80年代に入り、組合の統廃合が進行し1979年度には603にもなった職場組合が1981年度には185組合に減り、1982年度には146組合に大幅に減少し、保険財政が脆弱な小規模(被保験者数 3,000人未満)単独組合の財政危険分散が行われた。

**3) 公・教医療保険公団保険財政赤字の発生**

1979.1.1から公務員と私学教職員及びその被扶養者に対する医療保険適用が施行され、1980.7.1公務員と私学教職員退職年金受給者、1981.10.1軍人退役年金受給者、1982.4.1国会議員、1985.1.1退職(退役)年金一時金受給者に、それぞれ拡大適用され、被保験者数が1979年に741,477人だったものが1985年には1,038,593人と197,116人(40.1%)増加し、被扶養者は最初は直系親族、配偶者、直系親族でであったが1981.4.4は女性被保験者の舅姑まで、1985.1.1男性被保験者のしゅうと、妻の母までに拡大適用され、1979年 2,302,944人だった被扶養者数が1985年には 3,171,068人と868,124人(37.7%)に増えた。

<表 2-8> '80 - '86 公。教医保の年度別保険料収入／保険給与費

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 |
| 保険料収入(百万ウォン) | 64,592 | 88,688 | 112,400 | 128,255 | 133,549 | 143,390 | 192,519 |
| 保険給与費(百万ウォン) | 56,298 | 71,000 | 100,089 | 114,641 | 142,680 | 153,813 | 157,2462 |
| 純水誌率(%) | 87.2 | 80.1 | 89.1 | 89.4 | 106.8 | 107.3 | 81.7 |
| 被保験者 1人当たり保険料(ウォン) | 72,531 | 94,282 | 119,744 | 133,962 | 136,600 | 142,991 | 185,764 |
| 被保験者 1人当たり給与(ウォン) | 63,218 | 75,478 | 106,628 | 119,742 | 145,941 | 153,384 | 151,728 |
| 注:純水誌率 = 保険給与費 ÷ 保険料収入 (100.0が移れば赤字)  資料:86年度医療保険統計年も第8号医療保険管理公団 p.36 | | | | | | | |

このように保険適用人口が増加し、保険給与区域も拡がり、医療保険医療数価は1979.1.1 20.75%引き上、以来毎年調整されて1985.3.1までの7回で81.97%引き上げられた。一方公務員などの給料引上げ幅は保険給与費の増大に追い付かず<表 2-8>、1984年度から純上昇率が100.0を超過して当期赤字が発生するようになった。一方職場組合では<表 2-9>のように財政が黒字状態で積立金が毎年累積した。

<表 2-9> '81-'86 職場組合財政状態

(単位 :件、千名、百万ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 組合数 | 被保験者数 | 被扶養者数 | 財政収入 | 財政支出 | 累積積立金 | 本人負担金(%) | |
| 入院 | 外来 |
| 1980 | 423 | 1,971 | 3,410 | 113,010 | 91,340 | 71,180 | 20.3 | 32.1 |
| 1981 | 185 | 2,622 | 4,619 | 181,699 | 132,506 | 118,429 | 20.0 | 32.5 |
| 1982 | 146 | 3,033 | 5,965 | 242,774 | 204,088 | 151,818 | 20.0 | 35.7 |
| 1983 | 146 | 3,502 | 7,070 | 308,871 | 292,605 | 161,113 | 20.0 | 36.3 |
| 1984 | 146 | 3,788 | 7,858 | 375,145 | 370,636 | 165,449 | 20.0 | 36.2 |
| 1985 | 144 | 3,908 | 8,307 | 443,065 | 439,659 | 169,259 | 20.0 | 36.2 |
| 1986 | 144 | 4,309 | 8,985 | 544,876 | 421,811 | 287,628 | 20.0 | 46.7 |
| 資料:'86 医療保険統計年譜第9号 p.91、106、107、医療保険連合会 | | | | | | | | |

**4) 外来診療費本人負担定額制導入**

医療保険制度導入後の絶えず生じた苦情は、本人負担金が多く、療養機関ごとにまちまちで病院・医院の請求を信じられないという内容だった。その度に政府と保険者は韓国の医療保険数価が訪問または入院日当りの定額制ではなく、医療行為と投薬内容と量によって医療費が決まる '行為別数価制'なので予測できないことができないすべて医療費だから本人負担金は一定にならない定率制であることを説得した。しかし療養機関に対する国民の不信は払拭されず、種々検討結果、外来診療費の中少額医療費には本人一部負担金の定額方案が提案されて1986年から実施された。

すべての外来診療費に対しては定額制にできず、<表 2-10>のように医院級を中心に訪問時の全医療費が 10,000ウォン以下の場合だけに本人負担定額制を適用することにした。

外来診療費本人一部負担定額制実施の期待効果は、①患者に本人負担金があらかじめ分かること、② 患者と医療人との争いの解消、③患者の医療関係者への不信の解消、 ④医療保険業務の医療機関、医療費審査機関、保険者すべての簡素化、⑤保険財政の年間約687億ウォンの節約、が報告された。また保険財政赤字幅を減らすために医科総合病院と病院には、診察料全額を本人負担とすることで、外来診療の場合の本人負担が37~64%で高くなり、国民の抵抗も少なくなかった。この制度は受診者の便宜だけではなく 1984年から財政状悪化への危機解消方案として実施された側面もあった。

<表 2-10> 定額本である一部負担金内容(①~③)

① 医薬分業をしない医療機関及び保健機関 (適用上限額 10,000ウォン)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関種別 | 定額本人一部負担金 | |
| 初診(ウォン) | 再診(ウォン) |
| 医院 | 2,000 | 1,500 |
| 漢医院 | 2,200 | 1,700 |
| 歯科医院 | 2,500 | 2,000 |
| 保健所及び母子保健センター | 500 | 400 |
| 保健支所 | 400 | 300 |
| 保健医療所 | 300 | 200 |

② 医薬分業をする医療機関及び保健機関 (適用上限額 8,000ウォン)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関種別 | 定額本人一部負担金 | |
| 初診(ウォン) | 再診(ウォン) |
| 医院 | 1,800 | 1,300 |
| 歯科医院 | 2,300 | 1,800 |
| 保健所及び母子保健センター | 400 | 300 |
| 保健支所 | 300 | 200 |

③ 医薬分業をする薬局 (適用上限額処方箋 1枚当たり 2,000ウォン)

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋区分 | 処方箋 1枚当たり定額本人一部負担金(ウォン) |
| 医院及び歯科医院発行処方箋 | 200 |
| 保健所、母子保健センター、保健支所発行処方箋 | 100 |

나.本人一部負担率の調整

**1) 本人負担率の調整**

1984年から始まった公共医療保険の財政赤字は保険財政危機意識を呼び込んだ。その対処案の一つが少額外来診療費の本人負担定額制と、病院級医療機関の外来本人の追加負担だった。具体的には病院級以上で外来診療を受ける場合の診察料は医療費と別に全額本人負担とし、診察料を除く医療費総額に対して医科総合病院では55%、病院では50%に引き上げて1986.1.1から施行した。

**2) 郡の地域所在病院及び医科総合病院の外来本人負担金引下**

1988.7.22 医療保険法施行令を改訂(大統領令第12,491号)した内容のうち、郡所在の医科総合病院と病院が本人負担金が高い定率制のため、相対的に本人負担が低い医院級に患者が集中して病院の経営状態が悪化し、借款返済に支障が生じる問題が生じた。民間脆弱地の医療機関育成策として外国借款を取り入れて設立した借款病院の経営状態悪化が深刻なだけでなく、2次及び3次医療を他の地域で受けることも多く、地域組合の保険財政の負担になるとのことで、1988.8.1から郡地域の病院及び医科総合病院の外来本人負担金を定額化して定率制水準より引下げる措置が行われた。また定率制該当の外来診療費も病院に対しては都市部より本人負担率を10% ポイント引き下げて100分の40に調整した。

**3) 薬局医療保険実施による薬局本人負担水準の決定**

1989.7.1 全国民医療保険が実施され、薬局の保険参加要求の排除の続行はできず '医薬分業'実施を予定した。しかし、事情は好転せず1989.10.1から便法的な 薬局医療保険」実施したので、薬局の本人負担金水準を決める必要が生じた。

薬局医療保険の主要骨子は次のようである。医師￥または歯科医の処方箋により薬局で医薬品の調剤を受ける際の本人負担金は調剤料と薬価を合算した金額の30%とし、薬事法による処方箋によらずに薬局で医薬品の調剤を受ける場合の本人負担金は調剤料と薬価の合算金額の60%とした。ただし、それぞれの場合に調剤料と薬価を合算した金額が一定額以下の時は定額制でもできるようにした。

その後 1994.8.1 医療保険法施行令を全文改訂(大統領令第14350号)し、処方箋によらない医薬品調剤の際の本人負担率は調剤料と薬価の合算金額の60%を40%に引き下げた。

**4) 70歳以上の高齢者の本人負担軽減**

1995.12.29 老人福祉向上を目的に医療保険法施行令(大統領令第14850号)を改正し、70歳以上の高齢者には、医院級(歯科医院、漢方病院及び療養病院を含む)外来診療費の本人負担率を30%から20%で低減した。

**5) 慢性疾患患者及び高価特殊医療装備利用の時本人負担金の調整**

1998.10.7医療保険法施行令を改訂(大統領令第15918号)して保険福祉部長官が告示する慢性疾患患者(慢性腎不全患者の血液透析の際など)の場合には外来診療でも20%だけの負担とした。これは以前から保健福祉部告示で療養給与基準に決めている事項を上位法令である施行令で移し、追加病名だけを告示する手順にした。

一方、CTが保険給与対象でありながらCT撮影の濫発防止と保険財政を勘案して入院時のCT撮影も本人負担を外来水準に上向き調整した。

다.本人負担制度の問題点

**1) 複雑な本人負担制度**

韓国の本人負担制度は定率制を基本にしながら、定額制も採用し、制度が非常に複雑になっている。また医療機関の種類により、地域により、定率制と定額制が混用して運営されている。

このように本人負担制度が複雑化したのは保険財政状態に応じて安易に変更したためである。最近は保障性強化を理由に本人負担構造を傷病単位にまた年令単位で調整したので専門家でも法や施行令条文を見なければ本人負担制度の理解が困難になっている。

本人負担制度に関わる他の問題は、本人負担率を高めても医療利用の抑制には効果が少ない点である。例えば医科総合病院は診察料を全額本人負担としたが、患者集中問題解決には限界があると判断される。

**2) 高い本人負担水準**

2009年現在、入院の本人負担率は5%から20%の範囲で多様で、外来では療養機関種別、地域、医薬分業例外患者などによって定額金額が多様で全体の平均で一定ではない。1987年以後薬局保険を含む療養給与及び分娩給与の本人負担水準を平均して整理たのが<表 2-11>である。

医療保険給付で認定範囲内の本人負担率が1987年37.44%で最も高く、以後低くなり保険管理体系を統合した2000年に31.93%になり、その後も健康保険保障性統合のための保険料引き上げで絶えず下がり、2008年度に26.34%になった。2009年度に各種保障性統合措置で25%水準に低下が見込まれる。

<表 2-11> 年度別本人負担率 ('77- 2008)

(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| '77 | '78 | '79 | '80 | '81 | '82 | '83 | '84 | '85 |
| 38.77 | 38.29 | 29.93 | 28.23 | 30.48 | 30.58 | 31.02 | 31.05 | 30.94 |
| '86 | '87 | '88 | '89 | '90 | '91 | '92 | '93 | '94 |
| 37.26 | 37.74 | 35.28 | 34.98 | 36.0 | 37.72 | 37.38 | 37.21 | 36.52 |
| '95 | '96 | '97 | '98 | '99 | '00 | '01 | '02 | '03 |
| 35.88 | 35.09 | 34.68 | 34.06 | 33.55 | 31.93 | 27.48 | 28.71 | 28.86 |
| '04 | '05 | '06 | '07 | '08 |  |  |  |  |
| 28.32 | 27.64 | 26.32 | 25.78 | 26.34 |  |  |  |  |

問題は法定保険給与認定区域外の部分があまりにも多いので、本人負担水準が正確に分かりにくいのが実情である[[6]](#footnote-6).すなわち、非給与対象項目を見ると、法的根拠を持つ超音波検査、上級病室差額、選択診療費、介護者費用などがある。ところで手術は給与対象ながらそれに用いる材料は非給与対象で、外国では広く使われる手術や治療法が新技術として認められず、保険適用にならないので、この種の技術で手術すれば不法医療行為で見なされることもある。

一部の医療機関や医師は、このような手術行為を明らかにして、手術費は勿論それに必要な材料を含んで全額本人負担させ、場合によっては全病院収入額中の本人負担割合が50~60%を上回る事例が一般的なのが実情である。このような不合理な制度運営で療養機関がまるで犯罪機関と結託しているようなことが生じている。何らの形で一日も速く是正され、不信のない医療環境の中で安心して医療が行われる風土に回復すべきであろう。

保険医療対象でもなく、本人負担もできないようにした医療行為が、韓国の医学及び医療の発展に支障を与えないか、明確な判断がいるでしょう新医療技術、新素材による材料などにより患者の負担が過重になる問題を解消し、医療が国民から受ける非難と不信を解消すべきでしょう。

5.非給与構造の問題点

가.過度な非給与の存在

韓国は健康保険給与サービスとともに非給与サービスも同時に提供する混合診療を可能にしている。社会保険制度における混合診療の容認は国によって差はあるが、大部分の国は厳格に制限している。日本は特定療養費制度と称して差額病室料、先端医療などには本人負担を認めている。先端医療はすべての病院が非給与サービスとして提供するのではなく、サービス提供医療機関は大学病院級に制限しており、混合診療はほとんど認めていない[[7]](#footnote-7).

大部分の西欧諸国では、入院は日割り医療費で給与を行うので、医師の処方によるサービスはほとんどが正当なサービス(relevant services)と認められ、保険給与で提供している。特に西欧の社会保険国家は医療機関の資本費用を別途償うことにより、資本集積のための努力が必要でないので、混合診療問題が提起されることはなかった。

しかし、韓国は資本費用が保険数価に含まれ、保険数価が常に原価に達していないという医療機関の主張が支配する論理で、医療機関は保険給与サービスのみを賄い、資本集積をするには限界があった。原価に達している医療界の論理で見れば、その数価構造で資本集積が可能だった要因の一つが、非給与サービスを認める混合診療の許可であると思われる。つまり、健康保険で混合診療を可能とすることにより、利潤創出が可能だったと判断される。相対価値研究のために119か所の医科病院及び医院級医療機関を対象に実施した会計調査結果、給与行為は要した費用に比べて収入が少なく、逆に非給与行為は要した費用に比べて収入が大きいことが分かったが、健康保険審査評価院の研究報告書(2006)は正しくこの事実を裏付けている。

特に健康保険で提供されるサービスのほかに、非給与で提供するサービスが<表 2-2>のように多く、医療機関としては非給与サービスの提供を通じて収益構造を改善し、資本集積に活用している。ところで非給与サービスは主に高価な新装備を利用した新医療技術に属するものが多く、医院級や中小病院は非給与サービスを開発するのが容易でなく、一方、総合専門療養機関のような大型病院ほど、非給与サービス開発が容易で、非給与サービスの存在が医療機関の二極化をもたらす原因になっている。混合診療の認可が肯定的な面もあった。混合診療が医療機関の資本集積に寄与して供給拡充に寄与しており、このような供給の拡充が可能だったので、全国民の医療保障を早期に達成しることができたともいえよう。

しかし非給与サービスの存在は、患者の負担を重くする副作用をもたらしている。非給与サービス項目とともに、選択診療制度の存在、上級病室制度の存在、外来での高い本人負担制などは、患者負担を高めて健康保険の存在に懐疑を抱かせることにもなっている。2004年に健康保険公団が調査した非給与の構成を<表 2-12>で見れば、差額病室料が23.5%と最も大きく、次が食代(現在は給与に切り替わっている)、指定医療費、超音波検査の順になっている。

<表 2-12> 入院患者の非給与項目別構成費

(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 非給与  項目 | 病室料差額 | 食代 | 注射 | 手術 | 検査 | MRI | 超音波 | 治療  材料 | 指定  医療費 | その他  非給与 | 計 |
| % | 23.5 | 20.7 | 6.7 | 3.6 | 5.2 | 5.4 | 11.0 | 5.1 | 13.1 | 5.8 | 100 |
| 資料:健康保険公団(2004),「健康保険患者の本人負担実態調査」 | | | | | | | | | | | |

そして政府が健康保険医保障性統合のために2005年 月主要癌に対する本人負担事例を調査した内容を見れば <表 2-13>のように本人負担率が50%を超えている。

<表 2-13> 主要癌の費用負担現況

(単位 :ウォン,%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾病人(ICD-10) | 入院と外来 | | |
| すべて医療費 | 患者負担 | 負担率 |
| 骨髄性白血病(C92) | 30,618,409 | 13,453,846 | 44.0 |
| 子宮頃の悪性新生物(C53) | 8,956,981 | 5,638,715 | 63.0 |
| 乳房の悪性新生物(C50) | 8,975,012 | 5,162,377 | 57.5 |
| 気管支及び肺の悪性新生物(C34) | 9,311,248 | 4,897,833 | 52.6 |
| 子宮体部の悪性新生物(C54) | 7,394,278 | 4,688,195 | 63.4 |
| 職場の悪性新生物(C20) | 8,693,903 | 4,646,093 | 53.4 |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物(C22) | 8,018,588 | 4,301,428 | 53.6 |
| 上の悪性新生物(C16) | 7,859,134 | 4,217,032 | 53.7 |
| 欠場の悪性新生物(C18) | 7,883,121 | 4,161,495 | 52.8 |
| 職場Sサングギョルザン構造ブハブブの悪性新生物(C19) | 6,534,296 | 3,436,858 | 53.0 |
| 注:1.05.3月主要病院医療費(非給与含み) 実態調査結果  2.患者負担は法定本人負担、法定備急で、選択診療費、任意備急でなど患者が直接病院に支払う費用皆含み。 | | | |

나.非給与数価運営及び管理上の問題点

非給与サービスのうち、最も社会的な問題は上級病床利用追加負担と選択診療費であろう。

上級病室差額は病院ごとに価格がさまざまである。保険数価基準の何%とするのでなく、医療機関ごとに任意に決めるからである。また基本病床と上級病床に対する基準も一病室に6人以上入院すれば基本病床で 5人以下入院すれば上級病床で基本病床数確保率は 50%以上で決めているだけ病床差額に対する基準はない。

選択診療費は医療法令に根拠を置いて保険数価を基準に50%~100%相当の金額を本人が全額負担するような規定なので、高価装備による診断や手術では本人負担が相当に高くなる。

その外非給与には高価医薬品や高価装備による検査料などがある。超音波検査は一切が給与対象ではなく、MRI検査は診断病名に応じ、そして高価な医薬品などは保険医療費審査基準によって給与または非給与が決まる場合もある。これら項目のため、場合によっては全医療費の中の本人負担率が50~60%に達する場合もある。

そして法第40条第1項「療養給与(介護と移送は除く)は、...」として法第39条第1項第6号(看護)と第7号(移送)は療養機関内での療養給与は対象にしないとなっている。療養機関内での "看護"は入院料の中の看護管理料などで療養給与対象とされ、この条項にある "看護"は療養機関ではなく、在宅介護や施設介護を意味するものだが、"訪問看護" 事業も保険制度に吸収して施行しているので、この文言は削除すべきと思われる。

"移送"は患者の家や路上などから療養機関まで、または療養機関で患者の家や他の療養機関または斉場等まで移送する費用で、療養給与の対象にするかどうかの問題は、保険財政だけでなく、他の社会環境によって決めるべきだろう。現在の条件で見れば、他の国に比べて医療機関へのアクセスは容易で、距離も遠くない点等を考慮し、移送は保険給与から除外して良いのではなかろうか。

一方、施行令第22条(費用の本人負担) 第1項関連 [別表2] <改訂 2008.9.3、2009.2.6> 第4号による給与制限事由に当たる診療費用と施行規則第10条(療養給与費用の本人負担) 関連 [別表5]<改訂2009.2.6> 第1号に当たる診療費用は療養給与対象にしないが医療費用は療養給与費用算定基準によって算定して全額本人が負担するように規定している。保険公団が負担しないサービスは事実上 "非給与"にもかかわらずまるで給与する量 "療養給与費用の100分の100負担"という用語を、国民健康保険法第定以後継続使用している。このような措置は医療費統制手段として患者保護の側面はあるが、療養機関側から見る時は、保険数価基準に拘束されたくない事項である。

다.非給与構造改革の問題点

非給与対象医療行為・医薬品・治療材料・高価特殊装備の使用・上級病床差額等々の費用が、健康保険制度発展に障害物になるという判断の下、2000年医療保険を健康保険に名称を変え、管理体系だけでなく給与側面でさまざまな改革が試みられた。すなわち、給与・薬価及び数価構造のフレームをぱっと変えてみるという意志で、数価契約制、数価の相対価値数価制、医薬分業の実施、薬価実価格での償還、薬価の該当の薬品会社への直接支払い(いわゆる help line system)、新医療技術評価委員会、保険公団の財政運営委員会改編、診察料の差分数価化等々の課題が推進された。しかし現在まで政策成果が明らかに立証されたものはなく、むしろ副作用だけが表面化しているのが実情である。それもそのはず、これらの課題ないし制度が単独に遂行されるものでなく、車のように互いにかみ合っているからだ。低数価を維持したことが低保険料、低給与、薬価告示制などとかみ合っている結果である。

非給与構造改革のために2000年度に試みた初措置として、2000.6.30まで各療養機関で任意に実施している非給与内訳を一斉に福祉部または健康保険審査評価院に届けることで、2007.7.1からは申告項目の中、新医療技術評価委員会から決定するまで以前の慣行任意数価を受けることができるようにして新医療技術評価委員会で給与、100分の100本人負担、非給与、否認定の4種の中で、否認定判定を受けると任意数価が継続できないようにし、給与対象が100分の10 本人負担になれば数価を受けて、非給与と決まれば任意数価を継続して受けられるようにした。

しかし新医療技術評価委員会では1年間に100件も扱えない実情で、大韓病院協会が全国病院から収集して判定を要請した任意非給与項目数は 3,000余種類を超えた。判定が出るまでは任意数価を受けても不法ではないので病院としては損害を見る事がないが、患者には医療費負担になった。2000年代初盤には医薬分業による保険財政破綻収集に、健康保険制度自体が動揺したが、2000年代中盤には非給与など本人負担過重問題が社会問題となり、結局2000年下半期に入り、非給与問題解決を後延ばしにしたまま "保障性強化"という話題を登場させて健康保険に対する国民の鋭鋒を当面避けてきた。

保障性統合の一環として、非給与項目を給与に切り替えるには、それによる保険財政調逹方案が問われる。選択診療制を廃止すれば今まで選択診療費の収入があった療養機関はそれに相応する病院収入をいかに保全するかの問題があり、選択診療費収入がなかった弱小療養機関はどのように差別化するかの問題を真剣に検討する必要がある。

上級病床差額の弊害をいかに排除するか。基本病床確保率を現行の50%から一時にあげるか、逐次あげるか、その段階で保険財政をどのようにカバーするか等々の問題を充分検討しなければならない。

非給与構造の改革よりは非給与構造の枠組みを壊す合理性を捜すことである。たとえば簡単な医療費用で治療できる軽い傷病や個人の攝生や可動域または家庭治療器で治療が可能な傷病などに対しては給与項目で削除してその財源を必要な項目に投入して給与化する方案などを検討すべきだろう。

DRW0001976c113b

Ⅲ。健康保険数価制度の変遷

1.健康保険と医療数価の役目

가.競争市場の価格と医療サービス価格

1) 価格の機能

商品を買う人と売る人の間で商品を交換するのが市場(market)である。市場に人格はなく、一つの統合組職として状況に応じた適切な判断が自らできるものでもない。市場が本来の機能を発揮するには需要者と供給者のような経済主導者の動きを調整する価格(price)という媒介体の存在が必要である(李ジュン区。2002).

価格は市場の需要と供給によって決まるもので絶対的なものではなく相対的な概念である。市場で価格が形成される過程は、需要が供給を超えれば価格は際限なく上がり生産量は増加する。一方供給が需要を超えれば価格が下がるだけでなく生産量も減少する。よって競争市場で成り立つ均衡価格は財貨の機会費用を反映する(衍淳、ゾングウンチァン、1993).

競争市場で価格が形成されれば、これは生産者にも消費者にも信号(signal)の機能を発揮する(衍淳、ゾングウンチァン、1993).たとえばある財貨の価格が上がれば、これは消費者にその財貨を少なく使用し、他の財貨に取り替えなさいとの信号機能を発揮することになり、一方生産者にはその財貨が不足なので生産をふやしなさいとの信号になる。ある財貨の価格が上るということは市場で販売される商品が稀少であるとの信号になり、供給者に資源の配分と投入を通じて生産増加を誘導する。すなわち価格は経済主導者の可動性を調節する指針(guideline)になる。経済主導者は経済環境の改変を価格の改変を通じて認知する。このような可動性は新しい経済環境に適応して自分の可動性が適正な結果を生むように調整する。

価格は競争市場の価格だけではなく、独占市場で独占者が設定する価格もある。政府が設定する管理価格もある。どんな価格でも価格は常に資源配分の機能を発揮する。ただし競争市場で決まる価格は機会費用に反映されてその伝達信号が経済環境を適切に反映するのに比べ、独占価格や管理価格は機会費用に反映されにくく、価格が伝達する信号も経済環境を適切には反映しない。このような独占価格や管理価格をベースとなって消費や生産が行われる場合は、資源配分の歪みが発生することになる。

**2) 競争市場での価格決定**

多数の供給者と消費者が存在して同質の商品について個別の供給者または消費者が市場価格にほとんど影響を与えない 有効な市場(effective competition)'が実現し、これを通じて形成された市場価格を各経済主体受容者(price taker)で受け入れる市場を、私たちは競争市場という。

競争市場で有効な競争を誘導する媒介体としての価格は、原則として需要と供給によって決まる。需要は特定の財貨に対する消費者の購買意欲を言って、価格は消費者の効用と財貨に対する選好度を反映している。供給は販売者たちが八医師を持って市場に財貨を持って出ることを言って、価格は財貨の生産に必要となる費用(生産要素費用)を反映している。

競争市場での価格は消費者の需要量と供給者の供給量が均衡(equilibrium)を成す地点で形成される。しかしこのような均衡価格(equilibrium price)は市場で、需要が供給を超過するチォグァスヨが発生すれば上昇するようになって、一方供給が需要を超える超過供給が生じれば下落する。市場の需要量変化は価格の改変によって発生するが、需要曲線の移動は、所得や消費者の嗜好を反映し、特に消費者の嗜好の変化が需要の変化に非常に重要な役目を果たす。供給量の変化は、短期的には価格の変化によるが、供給曲線の変化は技術革新によって生じる。ところが技術革新による供給曲線の変化は滅多に生じないが、消費者の嗜好の変化による需要曲線の変化はしばしば生じる。よって需要曲線の変動による市場経済の変動をおいては消費者の主権が(consumer sovereignty)が支配的になる。

**3) 医療サービスと市場競争**

消費者は市場のサービスを利用して自分の効用極大化を追求し、生産者はサービス生産に必要な資源を投入してそれを販売して利潤を極大化を目指す。市場の価格は、財の生産に要する費用と供給者の利潤などが含まれ、その他の財を生産するに必要な物的資源と供給者の熟練性に対する補償、財の継続的生産のための動機そして良質の財を生産するための再投資費用などを含んで最終的な価格を形成する。

医療はしばしば「医療サービス」と呼ばれる。伝統的に医療サービスの価格も供給者の医療供給に必要な生産費用、利用者の医療に対する期待効用と支払い意思などによって決まる。財としての医療サービスは市場での需要と供給を介して均衡取引量(equilibrium quantity)と均衡価格(equilibrium price)を形成する。

しかし、一般に医療サービス市場は次のような特性により、競争市場の成立に難がある(Feldstein、2005).

第一、競争市場の成立には、需要者と供給者双方の数が十分で、経済主体が価格受容者(price taker)にならなければならず、参入に障壁がなく、市場の情報が経済主体に充分に提供されなければならない。ところが医療市場は兔許(licence)という参入障壁があり、市場情報は消費者に制限された、いわゆる情報非相称(asymmetry of information)特性を持ち、医療供給者が価格設定者(price setter)になりやすいので市場競争が難しい。

第二、医療サービス需要に基づいた消費者主権が実現しにくい。医療はニード(need)によって提供される。需要は市場に任せる。需要を満たすための所得がなければ、病気になっても医療サービスを受けられずに命を失うことにもなるので、ニード(need)によって提供されるのものとの見解もあり、ニード(need)と専門家の現状の医療知識で判断された医療サービスの量が価格や所得とは無関係に決まる特徴がある。

第三、医療サービスの不確実性である。医療サービスを消費するにはまず、消費者の健康に異常が生じているが、どんな疾病がいつ発生するか、それは誰も予測は困難、また供給側でも消費者が要する最適医療サービスが提供されたにもかかわらず正確な予測は難しい。これらの需要と供給の双方の不確実性が医療サービスを正常な競争市場での取り引きが難しい理由である。

第四、1942年のビバレッジ・レポート以来、以後国民は誰も生き残りに必要な最小限の保健医療サービスを享受する権利として医療サービスを定義してこの時医療は公共財(public goods)で見なされる(イギュシック、2007).すなわち医療が公共財という判断はあくまでも規範的判断に属する。医療が公共財で見なされる場合、医療は市場を通じて生産と配分が成り立つよりは政府の介入を通じて生産と配分(社会保険など)が行われる。

そうして 1970年代 Enthoven などのような学者たちが登場して医療市場での競争原理を主張するようになった。そして 1980年代から医療を公共財で見る見解に対する批判的視点が登場した(イギュシック、2007).

★1970年代までは医療サービスに対して social conflict modelや collective welfare modelが支配的だった。そうして医療技術の急激な発展で医療費が増加するにつれ、費用-効果的な技術が強調され、また 1970年代オイルショック(oil shock)による経済危機は医療で費用節減(cost-containment)のための効率性を強調されるようになり economizing modelが出現した(イギュシック、2007)。

Economizing modelでは医療を公共財と見做すことは、あくまでも規範的な判断によるもので、実証的な判断によるものではないと批判した。すなわち公共財は消費の鼻鏡合性と費用が負担できない人を技術的に利用から排斥しにくいという肥培帝城原則が適用される。ところで医療は消費が競合的で、費用負担ができない人を利用で圧排させるのに技術的に全然問題がないので公共財と見做せない。ただし医療は消費の外部効果があるのでこの分野で社会保険の登場を認めている。

나.健康保険制度と医療サービスの価格

**1) 健康保険制度で医療サービスの価格決定**

社会保険として健康保険が提供する医療サービス価格の決定は、市場に任せる場合と政府が介入する場合に分けて考えられる。医療サービス価格を市場に任せる場合、医療は需要量と供給量が均衡(equilibrium)する点で価格が決まる。しかし大部分の健康保険で提供する医療サービスの価格は非市場原理で決まる。健康保険が提供する医療サービスの価格を市場に任せない理由は次のようだ。

第一、健康保険制度を通じて医療サービスの提供を受ける消費者は、医療サービスの価格のすべては支払わないという点である。消費者が医療サービス利用時に支払う価格は、決められた価格のうちの本人負担額だけで、残りは保険者が支払うので医療サービスの利用量が増加する。このような現象をいわゆるモラルハザード(moral hazard)という。特に医療サービが評判財(reputation goods)である点に留意すべきである。通常の消費者は医療サービスに関する情報が得にくく、極めて制限的な情報のみを得ている。そして良い医療サービス供給者を選択する際は利用経験のある周辺の友達や隣人から得た情報(評判; reputation)を通じて良い医師を区分する。ところで健康保険の適用で医療の利用費用は負担が少なくなるので。評判の良い医師に会うために必要以上の医療サービス提供が行われる。健康保険によって経済的負担は軽減するので消費者の価格弾力性が非弾力的になり、費用／効果性を求めて医療供給者を探す経済的誘引が消えるので、保険財政負担の増加を防ぐために価格統制が不可避になる。

第二、健康保険制度下では供給者の医療提供形態が変化する。健康保険がなければ患者が医療費を全額負担するので供給者は患者の負担能力を勘案して適切な医療サービスを提供する。しかし、健康保険なら患者の経済的負担能力をあまり憂慮する必要がないので患者に無視しても良い限界便益(negligible marginal benefits)までも提供する。特に医療費支払制度が行為別数価(fee-for-service)なら、このような過剰供給(over-doctoring)が一般化し、供給者の供給過剰が保険財政を圧迫するので、政府は保険財政保護のために数価の統制を行うことになる。

第三、医療が持つ情報の非相称性に起因する供給者の非合理的代理人機能の問題がある。医療情報の非相称性によって医師は医療利用時に患者の代理人(agent) 機能をすることになる(Feldstein、2005).すなわち患者の医療市場参入は本人の意思決定結果だが、一旦市場に入ったら医師の意思決定に従うことになる関係で医師が代理人機能を果たすことになる。そこで医師が自己の収入のために代理人機能に非合理的な判断を加えると需要の創出に繋がる。このような需要創出による保険財政を保護をするため、政府は健康保険の価格統制することになる。

第四、一般に政府の価格規制は公平性を強調することで政策立案者や一般国民に魅力的な政策として受け入れられる(グォンスンだけ、1999).つまり医療サービス価格は非市場メカニズムを介して低所得層の財政的接近性を確保する。このような価格規制は効率性を制約するが、健康保険制度が持つ政策的ポピュリズム(populism)により、その経済的効果とは無縁の政治的魅力を備えがちである。

**2) 健康保険制度における医療サービス価格の重要性**

競争市場における財の価格は、財の平均生産費用(average cost= AC)と限界生産費用(marginal cost= MC)が一致する点で決まる。この価格は平均生産費の最低価格になるので効率性が保証される。医療保障制度が導入されると、医療サービス価格が政府(または健康保険公団)によって統制されるので、価格は資源配分機能を喪失する。資本主義国では国のすべての資源が政府によって配分される共産経済体制ではないので、医療を除く他の財は市場が価格を決め、その財の生産に必要な資源も市場の価格機能によって配分される。ところが医療サービスを提供するために投入された資源は他の財の生産にも使用されるので、医療サービスの価格が資源配分機能によってまともに設定されなければ、医療に投入される支援市場が歪曲され、一般経済にも問題を引き起こすことになる。

たとえ医療サービス価格が政府による統制でも価格は平均生産費(すなわち原価)に一致させようと努める。もし原価が分かり価格を原価と一致させたら市場での資源を配分するのと同じ効力の可能性はある。

このような意味で、資源の基準相対価値数価制度が開発された。この制度は医療サービスの価格を医療サービス生産に投入された労動、時間、資本などのすべての投入要素の原価を考慮(RBRVS; the Resource-based Relative Value Scale)して、価格を平均費用の最低値で算出するものである(Hsiao、Braun、Yntema and Becker、1988).資源基準による相対価値が守られれば、原価より有利なサービスはなるべく多く提供しようとする。一方、原価に及ばないサービスは供給を避けようとするので、医療サービスに歪みが生じる懸念がある。

均衡な相対価値が設定されても、医療サービスの全般的な価格が原価より低く策定されると、供給者は医療機関の経営窮迫に直面するので社会的構成が減衰するような形態に資源配分・生産へと誘導されることもありうる。よって保険者が策定する医療サービスの価格は、医療供給者に最も重要な関心の対象になったし、供給者は低い医療サービス価格(医療数価)に対して大幅引上が必要だと力説している。しかし、消費者の代わりをした保険者は消費者の医療利用における経済的負担と保険財政安定化の論理を理由に医療数価の引上には常に消極的である。

政府や保険者による数価規制が平均価格を反映するしていない場合次のような種々の副作用を生むことになる。

第一、政府による過度の抑制は供給者に医療サービスの質の低下をもたらす。医療サービスは質と量が混合している。そして医療消費者の患者が医療の質を評価することは非常に難しい。特に消費者が比較的判断しにくい医療サービス(例; 診断、治療及び治療結果など)に対しては医学的判断などに基ずく適切な質の保障がなく、費用節減型質低下の可能性がある。一方消費者が容易に判断できるサービス(例; 病院施設、イメージ、職員の親切など)は高級化によって質の向上を消費者に塗糊することができる。

第二、価格規制によって医療数価が抑制されると医療機関は必要以上の量を提供することで適正な収入を保全できる。特に情報の非相称性を利用して、供給者は数価がコストに及ばないと分かれば量を増やして需要を創出をするようになる(Feldstein、2005).このような場合、供給者は評判が低下しない範囲で外来訪問回数を増やしたり不要な検査を通じて需要を創出する。

第三、健康保険制度の給与対象になる医療サービスだけが医療数価統制を受けるので、給与対象ではない医療サービス(非給与)で費用を転嫁(cost-shift)し、非給与サービスの提供を増やす。アメリカメディケアで費用以前は実証的に検証された(Feldstein、1988).非市場的構造を通じた医療数価策定によって供給者は経営上の圧迫を回避するために、非給与項目の医療サービス供給を行っている。これは高価医療装備の使用が医療の質を測定する基準として認識されるという点で、これらの高価装備を利用した医療サービスが給与項目に含まれないという点とも関連がある(Kwon、1998).

健康保険制度における医療数価は、よく考案された医療費支払制度に加え、健康保険に提供する医療サービスの質(quality)と医療費の適正な利用、保険財政と資源の分配に影響を及ぼし、医療市場の供給者は、消費者そして財政運営を担当する保険者の行動に影響を与える重要な役目を担っている。

다.韓国の医療数価

**1) 権利としての医療**

社会的な観点から医療に関心が抱かれるようになったのは救貧法時代からといえよう(イギュシック、2007).それ以前、医療の必要性(need)は個人または地域社会単位の問題であった。救貧法時代に入って国家次元の関心事となった。しかしこの時でも貧困は神の摂理という観念が支配した(Rimlinger、1971).救貧法時代は重商主義経済体制として国富を蓄積するために経済は政府の手の内にあった時代である。植民地貿易や関税政策を通じて貿易収支を好転させて国富を蓄積し、国内産業を保護するために中央と地方政府の規制がひどく、市民の福祉は政府が温情主義的次元で提供した(Fraser、1984).

産業革命を経て貧困は新たに社会的分野に(Rimlinger、1971) 変わるようになった。医療も社会的に接近するようになったが、その試みは Bismarck 医療保険だった。しかし Bismarckの接近は医療を個人の権利とだけ見做して社会的な責任と見ることはできなかった。この問題に対し Rimlinger(1971)は租税が基礎になっている救貧制度や公的扶助は対象者が制限されないが、社会保険は対象者が制限されることから社会的責任の限界を指摘してもいる。

産業革命で登場した初期資本主義社会は生産、消費、分配と共に資源配分に計わるすべての問題の解決を市場に任せて政府は関与しないことで政治・経済思想は自由放任主義(laissez-faire)と呼ばれた。初期資本主義では個人の利己主義(消費者は安く買おうとする利己心、供給者は高く売ろうとする利己心)が見えない手(市場)によって均衡して財貨が生産、配分、消費するという理念を持ったので、すべての経済活動に対して政府の干渉を最小化して市場に任せた。したがってこの時代は、医療が私的財貨と見なされるしかなかった(Schlesinger、2002).

歴史的に医療サービスは私的な一般な財貨で見なされた。ところで医療サービスを社会的な財貨と見做すようになった起源は 17世紀イギリスの哲人 John Lockeである(イギュシック、2007).Lockeは医療と言うのはヒトの自衛的な本能(self-preservation)に追求には剥奪できない権利(inalienable right)であり、人々は自衛的本能の自然的な権利を保護するために政府を構成するとした(Patel and Rushefsky、1995).

しかし医療サービスが社会的な財貨と普遍的に受け入れられるようになったのは医療技術の発展とこれによる個人の医療費負担問題が密接に繋がれてからである。医療サービスを社会的財貨で見なしたきっかけを 1883年 Bismarckが取り入れた社会医療保険制度からとの主張もあるが、それよりは 1942年の Beveridge 報告書の発刊を直接的なきっかけと見做すのが普遍的な見解である(イギュシック、2007).

Bismarckは当時ドイツの政治社会体制の変動なしに産業化を推進するために勤労者の所得保障を主眼に社会保険制度を取り入れ(Greβ、Gildmeister and Wasem、2004)、疾病を社会の危険と見做した。1883年医療技術が低い当時は、提供できる医療サービスが非常に制限されていたが医療保険制度は傷病手当て中心に運営された。したがって Bismarckの社会医療保険では医療を一般な財貨として扱い、個人的な権利と見做し、Bismarckモデルを原型としたイギリスの George 型国民医療保険も、保険給与は 1次開院医師(general practitioner)のサービスに限定した医療を個人的な権利と見做していた(Klein、1995).

医療が社会的財貨としての意味を持つようになったのは1942年 Beveridge レポート発刊が契機であった。Beveridgeはこの報告書で、医療は支払能力にかかわらず予防からリハに至るまで包括的なサービスが提供しなければならないと主張することで、医療を社会的な財貨で公的に主張した。そしてこの当時はすでに医療技術が相当水準に発展しており、医療サービスの利用に所得が大きな障害要因になっていた(イギュシック、2007).

Beveridge 報告書が理論の基礎となって、イギリスは社会保険方式で勤労者に主に提供した医療保障を、1948年に国営医療制度(National Health Service、NHS)に変えて全国民を適用した。医療を個人的権利ではなく公共財で見做して医療サービスの提供に集団主義的な接近を強調することになった(Klein、1995).

続いて1948年12月10日に発表された国連人権宣言第25項で、医療を人間の基本権利の一つという内容(UN、1948)を発表し、国際的に医療を社会的財貨で公式化することになる(Blendon、Benson and DesRoches、2003).このような過程を経てアメリカと南アフリカ共和国を除いた大部分の産業化国は医療サービスを人間の権利として認定(Patel and Rushefsky、1995)するようになった[[8]](#footnote-8).

**2) 韓国の医療数価**

韓国は過去1969年に生活保護法が施行される以前から、無料医療形態の救療事業が行われ、1977年1月保健社会部令第545号が制定公布された医療保護に関する規則を根拠として本格的な医療保護事業が着手された。このような一連の医療サービス供給は韓国でも医療が国民の基本権という規範的価値を認め始めたという意味である。1977年7月勤労者中心の社会保険方式の医療保険実施は医療が基本権という規範的価値を拡散させた。

医療が基本権であるという規範的価値が認められ、全国民医療保険の欲求は強く広がった。特に医療保険を一部国民だけ適用にすれば、適用を受ける階層の医療需要の増加によって医療の市場価格が上昇し、未適用階層の医療保険要求はさらに高まる。このような国民の要求を満たすために政府は全国民医療保険の早期達成に努力した。

全国民医療保険実現の最大障害は地域住民の所得把握が困難で保険料の賦課が困難というであった。この制約のもとで早期に全国民医療保険を実現すには低保険料政策を固守するしかなかった。所得把握が難しい地域住民に保険料を高く策定すれば制度への抵抗で医療保険の拡大が難しいので、政府は地域住民が受容できる保険料水準を提案して医療保険を実施した。このような低保険料は不可避に保険数価を低く統制するしかなく[[9]](#footnote-9)、これで決まった医療数価の設定は医療市場で供給者に適切な資源配分による医療サービス生産と供給の効率性を誘導するのは不足だった。以後保険者(政府)は医療保険数価を物価引上げ率と連動させて統制一辺倒で進んだ。よって韓国の医療保険数価は資本費用と経常運営費が含まれた価格である。資本費用が含まれているということは、医療機関は得られる医療保険数価で減価償却はもちろん再投資及び拡大再生産までを行うという意味である。

慣行数価にも満たない数価の策定後に、継続的な統制をしつつ拡大再生産まで要求することで、医療保険制度導入後の医療供給構造は正常な道を歩くことを困難にした。1977年7月医療保険制度導入後、持続的な適用拡大で医療需要は増加するにもかかわらず、政府が医療機関拡充のための公共病院建立は行わず、民間医療機関に病院建設費を支援することもなく、医療供給が需要を満たしたのは、まさに供給構造の変則的運営の結果であった。

当時の慣行数価に満たない数価策定に加えて物価統制政策による数価抑制政策にもかわらず、医療供給の増強ができたのは、まさに支払補償制度が行為別数価制度を選んだ結果である。供給者はたとえ単位行為数価は低くても行為別数価制度を利用して供給量をふやす、いわゆる薄利多売型医療供給を通じて拡大再生産を行った。

このような供給形態以外にも、多くの設備投資が必要な病院には補償を多くするために医療機関種別差別加算率制度を設定し、入院病室には1人室、2人室などの差額病室制度、そして選択診療制といういわゆる特進制を設定するなど、一般の社会保険制度では見られない便法的制度の運営を通じて供給不足を解決した。

社会保険原理と配置される供給行為には非給与診療が許可され、医療サービス支払いにもサービスの類型(医師の診療サービスまたは病院施設利用費)を考慮して支給するより、供給者規模(種別差別数価)や供給量(一日患者数による差別数価) 及び供給形態(選択診療など)による差別数価を適用した。

政府は統制中心の医療保険数価を合理的に決めるために健康保険統合以後には、保険者と供給者代表、そして被保険者代表の間の交渉によって保険数価が契約されるという政策に転換し、保険財政事情による合意ではなく、政府の一方的決定で決着することがほぼ毎年繰り返されているのが実態である。

それだけでなく、行為別数価では行為間の相対的価格が均衡しなければ、相対的に有利な価格のサービスが過剰供給され、そうでないサービスは供給が滞るという問題が生じる。政府はこの対策に相対価値数価(RBRVS)を取り入れたが、全般的な価格統制、相対価値の円滑な設定が困難で高所得が保障される専門診療科目で医療人力が偏重する問題も生じている。

社会保険方式の健康保険制度なので、政府は医療の統制をして良いとして医療数価を過度に統制すると医療サービス市場の供給歪みは避けられない。なぜなら医療サービスを生産する生産要素(人力、施設のの各種物資、医薬品、医療機器など)は競争市場で資源が配分されるので、医療市場が過度な統制を受けると、この分野への資源投入が歪むからである。こうなれば医療サービス市場では資源の非効率な運営で国民医療費の増加に相当する医療サービスの質が享受しにくくなる。医療サービスも市場の競争的資源の投入を通じて生産される財貨であるという事実を無視して、医療保険制度が過度な統制中心の旧指向的パラダイムは新世代には改変しなければ供給者と消費者の不満だけが残るだろう。

**3) 医療数価の新しいパラダイム**

良く設計された支払制度とは、医療供給者に合理的な所得を保障し、彼らが質の高い医療サービスを供給することを奨励し、彼らがさらに高収入を得るために海外に目を向けたり、サービス供給において歪んだ行動に走らないようにすることである(イギュシック、2008).

いまや韓国も理念的視点から脱して医療が経済財的性格も併せ持つものであることを認めなければならない。医療保険を通じて全国民がすでに医療保障圏内で基本的医療需要を満たすに問題なく、国家の間の自由貿易を通じた開放経済の時代に入り、医療市場も開放を通じて物的・人的資源だけでなく資本投資も可能な時代へと変化している。少子高齢化や慢性疾患中心の疾病構造の変化に医療システムの新しい変化を模索すべき時にあることを念頭におかなければならない。

医療サービス提供において福祉国家を志向した多くの先進国では 1980年代以降、医療に関する理念的視野が変化している。医療市場で提起される問題対策のための政府介入を強調してきた国々も、政府の失敗を経験し、医療市場で政府の役目を再検討し始めた。特に医療困難地域の消費者は、必要な情報を提供してくれる保険者を選択するなど、医療市場の競争モデルが登場し始めている。

韓国も医療保険での数価契約において、合理性を向上し過度の価格統制止揚、物的サービスの数価正常化、資本投資費用の適正補償などの医療数価の正常化を通じて医療市場における数価の本来の役割である資源及びサービスの効率的分配を追求すべきである。

2.数価制度が健康保険に及ぼす影響

健康保険数価と数価に関連した問題点が健康保険に与える影響について、まず考慮すべきは数価に関連する健康保険の問題と数価以外の他の制度に関する問題を明確に区分できないという点である。すべての問題と結果は相互に循環し、悪循環にも好循環にもなるということである。

数価制度を含む健康保険の問題と結果を<図3-1>に示す。健康保険財政を悪化させる要因は、 ①少ない保険料負担、②給与費増加、③非效率的管理運営体系が挙げられる。給与費の増加要因には ①医療需要の増加、②ばらまき給与範囲拡大、③即興的本人負担免除、④医療技術の発展、⑤医療原価の上昇、⑥非效率的医療利用があげられる。

医療需要の増加は医療利用が多い老人人口比増加して、所得水準の上昇などには政策介入できないことが特徴である。ばらまき給与区域拡大は2006年の食代給与化を代表的としてあげられる。これは2006年の地方選挙を控えた政府のばらまき給与拡大の一環であった。原則的に給与区域拡大に反対理由はない。ただし、限定財政特に公的財源を投じる時は医療保障の本質-医療サービスが提供されないことが深刻な健康障害を生み、社会的費用負担が増やす場合、その医療サービスを優先的に給与すべき場合であり、食代の給与化はバラマキの典型であった。2008年に食代の本人負担を20%から50%に給与を減らした。

2006年の6才未満児童病院入院費免除も即興的給与拡大の代表的な事例である。これも2008年になって本人負担率を20%に設定して試行錯誤を経験した。このような本人負担の減兔や免除を喜ぶ患者もあるが不要な医療利用を増加させる副作用も多い。実際6歳未満児童の2007年入院日数価2006年対比11.3%増えたが外来利用は-4.4%と、改変が大きくないことを見れば、外来診療でよい相当数の患者が入院に切り替えたと想定できる。本人負担が必要な外来より不要な入院に転換するのは当然であり、分別ない政策の代表例である。

このようなばらまき又は即興的な給与区域の拡大は、保険財政の優先的使用を妨げ、医療保障の死角を発生させる。

また、医療技術の発展により費用-便益の高い医療給与は当然のこと、その便益が窮極的に国民健康の向上に寄与するが、費用投入に応じた医療費節減という便益が生じるのは遥か後なのが一般的である。給与拡大の選定は主に短期的な医療費節減または代替効果に重点が置かれ、長期的に効果の期待には消極的になる。このような給与拡大基準では、医療機関と患者は長期的に必要なサービスを非給与方式で利用することになり、結局は国民の負担になる。これは新医療技術分野だけに限定らない。既存の給与医療行為分野でも技術の発展によって生まれた治療材料、薬剤、医用機器などが登場するが保険給与を容易に認めない現在の審査/給与基準では医療機関はその費用を患者に負担させることになる。こお端的な例が聖母病院の白血病任意非給与請求事件である。結局医療機関を不道徳な集団と片付けたが、このような現実を不問に付すことはできないという世論を巻き起こす動機となった。

インフレという経済学的用語を使わずとも医療原価は持続的に上昇するものである。価格の統制受ける医療サービスの原価上昇は結局医療を歪ませる。もちろん多くの病院は医療利用(患者数または在院日数)をふやして規模の経済原則でこれを脱しようとする。上昇する医療原価を低数価で保障することは、結局、医院、病院、医科総合病院、大学病院のすべてが本来の職能、機関の機能分担遂行ができず、熾烈な生存のために患者の誘致を目指すことになる。経済学的にも価格が統制されれば量の増大、すなわち薄利多売式医療供給の行動に出るしかない。結局低数価で給与費を統制するのではなく、むしろ非効率的医療利用を誘導して給与費を増加する悪循環に陥る。

低数価は医療機関を必須の医療を粗雑にし、国民健康に脅威をもたらすことになる。最近、外科胸部外科専攻医の忌避でよって '韓国の手術医師が消滅する'と言う悲劇な状況が予見された。医療機関が非給与に重点を置けば国民の直接医療費を増加させる要因になる。

低数価を生じる要因には非合理な数価決定構造も関わっている。交渉する「意欲」がない数価契約制、★それさえも類型別契約という '療養機関数慣らすこと' 方式の数価契約制、契約に失敗する場合合理的判断が不可能な健康保険政策審議委員会の議決、この皆が低い数価を捨ておく根源的構造だ。もちろん票を意識した低い保険料負担も結局国民には「朝三暮四」の歪みされた国民医療費負担の形態に表出されるのだ。

このようなシステム的矛盾は結局健康保険財政学悪化、国民健康の脅威、直接医療費負担増加という総体的悪循環を <図 3-1>で見られるところのようにもたらしている。

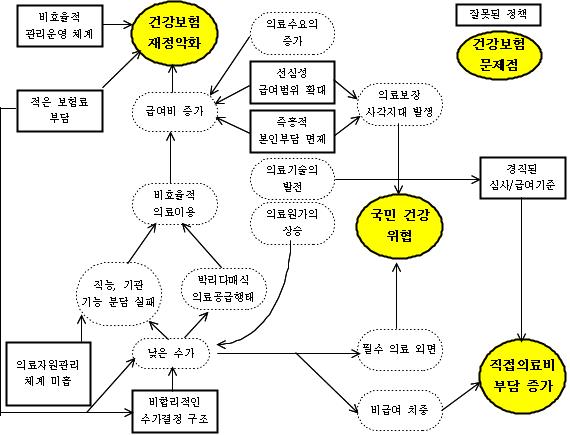
このような問題点と悪循環の構造を理解した状況でこれを解決する方法は先循環構造で切り替えることであり、このため政策構造は <図 3-2>のようだ。まず健康保険財政を健全化させるためには ① 適正保険料負担と保険料賦課方式の改善が必要であり、② 適正給与費を維持すること、そして ③ 管理運営体系を改善するのが必要だ。適正給与費を維持するために ① 給与優先順位決めて、これを根拠で給与拡大青写真を提示しなければならないし、② 本人負担方法/上限先制等に対しても改善する必要がある。このような政策基調は医療保障の死角地帯を解消して国民健康を向上するでしょう。

医療技術が発展するによって費用-便益が高い医療に対しては当然給与をしてくれなければならない。保険財政が問題になる場合、合理的/ビ研究ヒョグァゾック審査/給与基準を用意して現在国民の直接医療費負担が加重される部分から解決しなければならない。

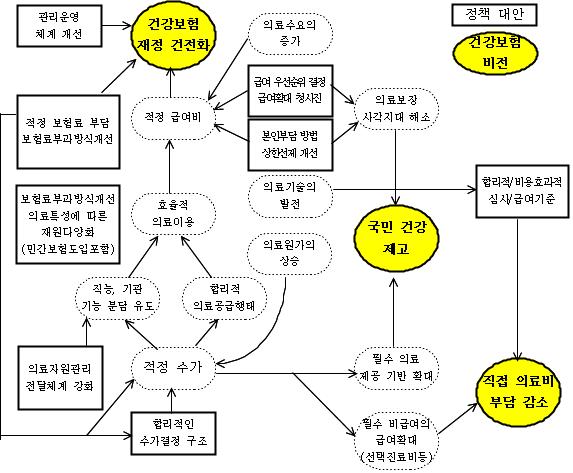
原価上昇を償うように適正数価を維持して医療機関たちの職能、機関機能分担を誘導と、合理的医療供給行動を誘導しなければならない。必要によってそのほかの制度的補完を通じて効率的医療利用を誘導すればこそ適正給与費を維持することができるでしょう。

合理的な数価決定構造を作らなければならない。数価当たり単価以外に給与区域、非給与問題、審査基準など改善が必要な部分に対して交渉 'コリ'を置いて合理的な数価水準の決定形態に導かなければならない。利害集団の健康保険政策審議委員会の審議よりもアメリカのように合理性に根拠した計算方式の数価当たり単価エクタイプの導入も検討してみるに値する。

このようなシステム的先循環構造への改善は結局健康保険財政健全化、国民健康水準の向上、直接医療費負担減衰率という総体的効果を誘発することができる。



<図 3-1> 健康保険問題の悪循環構造



<図 3-2> 健康保険問題の先循環構造

3.医療数価基準の変遷過程

韓国で医療保険制度を施行する以前には医療数価を各医療機関が自主的に "数価表"を決めて使ったし国・公立病院及び大学病院は予算承認をする主務部処の承認を受ける形式を経って来た。1977年 7月 1日医療保険制度を施行するために "医療数価表"を制定したことが "医療保険診療数価基準額ピョ"でありその間多くの変遷を経って現在は "健康保険療養給与費用"という名称で医療数価を表示している。

医療保険法で医療数価を規定する以前に医療法で規定したら "医療保険診療数価基準額ピョ"は別途制定する必要がなかったはずだがそうでなかった。保険医療の数価基準が変遷された過程を論議する前に先に医療法で規定している "医療数価"に対する変遷過程をよく見るのが現在使っている "健康保険療養給与費用"に対する得心を高めることで見る。

가.医療法上の医療数価基準(任意数価)

**1) 概要**

韓国の医療法は政府樹立後初めて 1950年釜山避難国会で制定されて 1951.9.25 法律第221号で 「国民医療法」で公布された。「国民医療法」は "国民の保健向上と国民医療の適正を期することを目的"に制定されたのだ。前門 10枚第66条で構成されたこの法第4章(医療機関)、第5節(医療報酬) 第44条に "医療業者が患者から取り立てる医療報酬に関しては所管あぶら行政議長の許可を受けなければならない."路規定した。この時使った "医療報酬"と言う(のは)用語は解放になったにもかかわらず日帝時代日本医療法で使った用語をそのまま使ったのだ。そうして最近の 2009.1.30 医療法一部改訂で 2010.1.31から施行される医療法第45条で "医療報酬"は削除して代わりにその条項を "非給与医療費用等の告示"に変えた。

医療法上の医療数価基準に対する変遷過程を要約して見れば次項のようだ。

① 所管あぶら行政議長許可制 (1951.9.25)

② ソウル特別市場または道知事許可制 (1962.3.20)

③ 保健社会部長官人家制 (1965.3.23)

④ 管轄道知事(ソウル特別市場・直轄市場・道知事) 人家制 (1973.8.17)

⑤ 管轄の時・道知事または市場・群需・区長に申告制 (2000.7.13)

- 医科総合病院・病院・歯科医院・漢方病院・療養病院は管轄市・道知事に辛苦

- 医院・歯科医院・漢医院・助産婦は管轄市場・群需・区長に辛苦

- 他の法律(国民健康保険法、医療給与法、産業災害保険法、自動次孫解配商法)で決めた場合はその法にのみ

⑥ 医療機関の告知及び掲示制(2010.1.31)

- 健康保険及び医療給与対象から除かれる "非給与医療費用"と "私の証明手数料の費用"は保健福祉系統群部令で定めて

- 非給与診療ビ研究は患者または保護者が易しく分かるように "告知"

- 私の証明手数料の費用は "掲示"

- 医療法第45条(医療報酬)は前門削除して第45条(非給与医療費用等の告示)で代替

- 1951.12.25から使った医療法上 "医療報酬"という用語は 2010.1.31部で 59年ぶりに "非給与医療費用"と "私の証明手数料の費用"に変わる。

**2) 国民医療法第定**

大韓民国政府樹立後 1951.9.25 最初で作った 「国民医療法」に医療を "医療業"で規定しながら医療数価を "所管地方行政の葬儀許可"を受けるようにしたことは国家が医療数価を統制する意志があったからではなく日本植民地統治下で使った法律を引用してみると地方自治制を実施しなかった韓国が地方自治制を実施している日本法令内容をそのまま模倣したように見える。

"国民医療法第 2条"を第1種医師・歯科医、第2種漢方医、第3種保健ウォン・助産婦・看護婦の 3種で区分と、第6節医療機関の税金免除、第45条では "医療業者に対しては営業税を兔除する."と規定した。

**3) 医療法で改称**

1962.3.20 法律第1035号で国民医療法を前面改正しながら 「医療法」で改称して 12枚、70兆で構成した。医療数価と計わっては第51条(医療報酬) "医師、歯科医、漢方医または助産婦が患者、妊婦または解散部から取り立てる医療報酬に関してはソウル特別市場または道知事の許可を受けなければならない."と言ってあぶら政府の許可業務で決めた。

そうして 1965.3.23(施行 1965.5.24) 法律第1690号で医療法を一部改正しながら第51条(医療報酬)を "医師、歯科医、漢方医または助産婦が患者、妊婦または解散部から取り立てる医療報酬に関しては保健社会部長官の認可を受けなければならない"と中央政府の人家業務にした。

**4) 医療法前面改訂**

医療法を 1973.2.16 全部改正した医療法(施行 1973.8.17施行) 第37条(医療報酬)に "医療機関が患者から取り立てる医療報酬に関してその地域を管轄する道知事の認可を受けなければならない" とまたあぶら政府で還元した。(道知事=ソウル特別市場、直轄市場、道知事) しかし "許可制" 私 "人家制"を取り入れた以後あぶらでも中央でも政府がただ一件もイン・許可した事例がなかった。

**5) 医療法一部改訂**

2000.1.12 法律第6157号(施行 2000.7.13)で一部改正しながら第37条(医療報酬) "医療機関が患者などから取り立てる報酬に関しては医科総合病院・病院・歯科医院・漢方病院または療養病院はその地域を管轄する市・道知事に届けなければならないし、医院・歯科医院・漢医院または助産婦は市場・群需・区長に届けなければならない。ただし他の法律によって取り立てる医療報酬に対してはそうではない."路して病院級と医院級の辛苦官庁を区分と "人家制"を "申告制"に変えた。そして健康保険法、医療給与法、産業災害保険法、自動次孫解配商法等で決めた場合にはその法に従うことで今まで法律に定めた "か" 職務を捨ておいて来た地方自治体たちを解放させてくれた。申告制度形式主義に過ぎないだけでなく各種保険法や医療給与法に定めないいわゆる非給与対象項目に対しては広域または基礎自治団体長の管理責任で放置された。

**6) 医療法 2次全面改正**

2007.4.11 法律第8366号で前面改定されながら第37条(医療報酬)が第45条(医療報酬)で条文番号が変わって特別自治島に開設した医院・歯科医院・漢医院または助産婦は市長・群需・区長代わりに道知事に届けるようにした。

**7) 医療法一部改訂**

2009.1.30 法律第9386号(施行 2010.1.31)で医療法を一部改正しながら第45条(医療報酬)内容を前門削除して代わりに第45条(非給与診療ビ研究ドングの告示)で名称を変更した。

第45条(非給与医療費用などの告知) ① 医療機関開設者は 「国民健康保険法」第39条第3項によって療養給与の対象から除かれる事項または 「医療給与法」 第7条第3項によって医療給与の対象から除かれる事項の費用(以下 "非給与医療費用"という)を患者または患者の保護者が易しく分かるように保健福祉系統群部令で定めるところによって告知しなければならない。

② 医療機関開設者は保健福祉系統群部令で定めるところによって医療機関が患者から取り立てる諸症名手修了の費用を掲示しなければならない。

③ 医療機関開設者は第1項及び第2項で故なの・掲示した金額を超過して取り立てることができない。

医療法第45条の全文改訂で "医療報酬"という用語が消えるようになったし健康保険法に使われて来た "非給与医療費用"と言う(のは)新しい用語が医療法に登場するようになって医療費、治療費、医療費、病院費などの生活用語が "医療費用" または "医療費"で法律的用語が通用するようになった。

また、医療機関は政府が告示しない医療数価表をいちいち広域または基礎自治団体長に届けなくても良いし該当の公務員はその業務管理に対する職務ないがしろや職務遺棄というあざに脱するようになったのだ。ただし、各医療機関が患者などに易しく分かるようにいくらまじめに告知または掲示するのかによって医療費用の取り立てに対する国民の疑問を無くすことができるカギになるでしょう。

政府は 2010年からは医療機関の保険給与または医療給与対象から除かれる医療行為費用や諸証明発給手数料に対して保健福祉系統群部令で定めるという意志を "医療法"に明示していて医療機関が患者から取り立てる医療関連すべての費用が官治数価(官治酬価)にターンオーバーされるようになった。すなわち今まで自由放任状態と同じだった非給与部分の数価に対して政府が介入することができる法的土台を用意したのだ。

나.健康保険法上の医療数価基準(告示制)

**1) 概要**

1963.12.2 法律第1623号で医療保険法(任意加入を規定)が公布されて、1964.12.2 保健社会部例規第210号で医療保険療養給与基準を決めながら第18条(数価規定) 及び第19条(数価ペーシング)に "医療脾髄が"という用語を使ったが数価基準は決めることができなかった。1965.11月韓国総合化学(当時湖南し尿)で最初で被傭者医療保険組合を設立して医療保険事業をしたことが韓国の医療保険の嚆矢になったのだ。1966.3月奉命黒鉛鉱業所医療保険組合が設立されて職場医療保険組合は 2個になった。自営者医療保険組合は 1965年全州キリスト病院に勤める外国人及びその家族を対象にした前週大韓医療保険組合と 1969.7月釜山地域住民を対象にした釜山ブルークロス医療共力作用組合設立を始発で保健社会部の認可を受けた沃溝、ツンソング、巨済ブルークロス医療保険組合と政府の認可を受けないソウル、大韓、全州、仁川、水源、済州、協成、東海、慶州、人徳ブルークロス医療保険組合が設立されて医療費共済事業を実施した。この時各医療保険組合が隣近医療機関と医療費基準を相互協約として組合加入者に対する治療費割引事業をした。これは "数価ヒョブウィゼ"と言えるでしょう。

**2) 数価ヒョブウィゼ導入-医療保険制度試験事業に適用**

① ブルークロス医療保険組合と希望医療機関間当事者カンフェレンス制実施

- 1963.12.16 医療保険法第定ホラー(法律第1623号)

- 1964.12.2 医療保険療養給与基準制定(保健社会部例規第210号)

- 医療機関に支払う医療費基準は '医療脾髄が'という用語を新設して 「医療法第51条」の規定による '医療報酬'を基準で保険者とカンフェレンス決めて必要によって随時調節するようにした。[例規第18条(数価規定) 及び第19条(数価ペーシング)]

- '医療報酬'は医療機関と医療保険組合の間療養取扱い期間指定と医療費基準を相互カンフェレンスして実施して来た

② 団体契約という名分で一般慣行数価より低い水準で相互協の決定

(例示):釜山ブルークロス医療保険組合と釜山ブルークロス病院初凉分ウォン間の数価契約

- 手術原鼻孔ゴムサビは 50%、入院費・薬科大・放射線撮影費用は 20% 引下

**3) 数価公示制施行 - 社会医療保険制度導入**

① 1976.12.22 法律第2942号で医療保険法全文改正して 1977.7.1から 500人以上像視雇用事業場と工業団地入住事業場を対象で当たり前適用方式の職場医療保険(当時は第1種医療保険で命名)を始めながら医療保険数値基準を保健社会部長官が告示する "数価公示制" 導入

- 486個医療保険組合 1,748個事業場、被保験者数 1,160千名、被扶養者数 1,938千名、合計 3,098千名適用(全人区対比 8.9%)

- 医療保険医療数価基準制定告示(1977.6.8)

- 486個医療保険組合と契約医療機関の間に保険患者医療の時適用する数価

② 1979.1.1 公務員及び私学教職員とその家族に対して医療保険拡大実施することと同時に全国のすべての医療機関を医療保険療養機関で強制指定

- しかし医療保険に適用受けることができない人々にはいわゆる "一般数価"を医療機関で適用した

③ 1989.7.1 全国民医療保険が達成されるによってすべての医療機関は '医療保険数価基準'に寄り掛かるしかなくなる

**4) 数価契約制導入**

1999.2.8 法律第5854号で国民健康保険法が制定(施行 2000.7.1)になって、この時初めて国民健康保険法第42条(療養給与費用の算定など)に "数価契約制"が登場するようになった。

① 2000.7.15 第1次年度(2001年) 数価契約提議契約締結時限(施行令第5条)

- 保険者である国民健康保険公団理事長と医薬系代表字間相互カンフェレンスして数価(療養給与費用)を契約することにした

- 2001.1.1 新たに契約された数価適用(法第42条及び付則第11条)

② 保険者側と医薬系測桿契約期間満了日の前 3月以内に締結が成り立たなければ保健福祉部長官が以前のように職権で健康保険審議委員会の審議を経って数価を決定告示するように決め(法第42条3項)

③ 契約期間満了日の前 3月以内に対して '9月 30日以前' という主張と '10月 1日から 12月 31日まで' という読影上の異見によって "契約はその契約期間満了日の 75日前まで締結しなければならないし---"で国民健康保険法第45条第2項を 2006.12.30 改正して毎年遅くても 10月 15日以前まで次項して 1月 1日から適用する数価契約を終わらせるようにした

4.保険医料数価制定過程

1963年 12月医療保険法が制定されたし 1964年 12月 2日保健社会部 "例規第210号で医療保険療養給与基準"まで制定・公告されたが経済的与件が成熟されることができなくて医療保険の施行が延ばされた。そうして一部事業場で任意保険に医療保険が実施されるによって保健社会部例規に合わせて当時コーチング錠国あぶらコーチング錠科で医療数価基準制定のための準備をした。

가.保険医料数価基準策定のための調査研究

保健社会部では大韓医学協会(現大韓医師協会)に "医療数価算定基準"を提出するように要請したが大韓医学協会は一部医療機関がそれぞれ任意適用とある医療数価表を統合平均して "医療数価算定ピョ"を提出した。

保健社会部はこのような数価表は実際適用しにくいという判断で 1966年に高麗大学校経営大学ウォンに "医療脾髄がコストアカウンティング研究" を依頼した。この研究が韓国で病院経営状態を分析した最初の研究だとする。この報告書では韓国の医療機関が医療法によって各地域別または医療機関あまり任意適用とある数価を統一させることができる基準の模索だった。

この研究報告書はセブランス病院、水源都立病院、ハンギョックブウェグァビ研究ワンドング 3皆兵ウォンに対する "原価計算報告書"を土台で非常に詳細に調査・記述したが全国病院に適用することができる統一された医療数価基準を決めるには充分でなかった。この研究では大韓医学協会が作成した "医療数価算定ピョ"を原則的に準用だった。

1967年 1月コーチング錠国あぶらコーチング錠科では保健社会部長官に病院別原価総括表と原価算定作業を通じて発見された問題点及び異意解決方案を建議だった。主要内容では ① 統一された "病院会計原則" (仮称)を制定すること、② 数価を違反する医療機関に対するゼゼバングアンウを講ずること、③ 病院の入院費に対する 貸倒損(大藤村=回数不能:その頃はイブワンチリョビ納付能力のない患者の逃走する事例が多かったら)を救済する方案を用意することなどだった。

数価と計わる二番目研究は 1968年 10月ソウル大学校保健大学ウォンに依頼して成り立った。ソウル大学校保健大学ウォンは供覧病院の "医療原価計算を中心した医療数価基準策定に関する研究"をした。この研究では医療数価の最低基準を医療原価に置かなければならないという前堤下記国立医療院と忠南都立医療院を対象でコストアカウンティングを実施した。

1968年にあった部門別コストアカウンティングと単位原価算出に対する引き続き事業として 1969年 (社)韓国病院管理研究所(研究班長仁川都立医院長ギムヤングオン)に "医療数価基準策定に関する研究"を依頼した。この研究報告書は入院料基準、手術料基準、外来患者 1人 1日医療原価、外来患者初診料、そして "医療数価=医療原価+α"における αに関するゴチァルスンに作成された。'α'と言う(のは)事業としての継続性維持財源を意味して、拡大再生産のための投資額の意味を持った。

1970年にも (社)韓国病院管理研究所でずっと研究を進行した。1970年研究は全国の医療数価実態を把握して医療報酬の理論的分析をして "新しい医療数価体系"に近付くのに重点を置いて医療報酬の構造を薬品を含んだ "品物に対する対価"と医療及び治療に対する費用である "技術料"で区分した。薬品に対する対価には材料、設備、前期、水道料などを統合させた。そして技術に対する報酬は経済学的・社会学的評価を基準で決めて、品物に対する対価の下限線は原価ではなければならないと主張した。また統一された会計制度と勘定科目を設定して医療機関の医療経営実態を正確に把握するのが重要라いう建議をした。

(社)韓国病院管理研究所では 1968年以後の研究結果を総合的に考察して病院部門別医療原価計算をしていくつかの行為別原価を計算した。そして "α=医療原価の 43%"という数値を算出した。"品物"に対する報酬策定においては価格形成過程を考察して公正報酬概念を採択することを主張した。医療の公共性を勘案して医療数価は次項のような公正報酬方式の修飾に従わなければならないと主張した。

R=E+(V-D)・γ

ここで R :総収

E :支出(人件費、租税、減価償却費を含んだ連携費用含み)

V :建設最初の事業財産

D :事業財産の減耗額(減耗額)

γ :事業財産に対して負担される報酬率

そして公正報酬方式を医療報酬基準算定過程に取り入れる時医療費では "総収=ウィサギスルリョ+品物部門原価+公正報酬"というふうに基準ソルゾングの基礎にしなければならないと主張した。

나.日本出張報告書(日本の医療保険治療数価及び保険制度)

1977年 7月社会医療保険制度の導入に先立って保険医療数価を開発するために 1976年 11月に医療界と保健社会部合同で日本医療保険を始めて "日本の医療保険医療数価及び保険制度"という出張報告書(金一天、2009)を提出した。この報告書は医療保険診療数価基準制定及び運営方法などに大きい影響を及ぼしたのでここで手短に紹介する。

**1) 行為別医療費数価決定方式**

日本の場合、「物」と「技」を分離し、技術を重視して事務の簡素化を原則にしており、報酬基準は難易度、手術時間、頻度によって、医療経済及び病院経営分析を通じて専門科別に基準行為を選定した後数価を付与し、他の行為は基準行為に比例配点している。

韓国の場合は、日本の医療報酬数価決定原則と基準を数価決定に適用するが日本式に行為を過剰に細分する以外に、施設及び装備投資を数価決定参照要素にすることを建議した。そして保険医療数価は技術の平均値なので技術に差別を置くことはできないという点と、技術料は医師が社会的地位に相当する生活が維持できるように策定し、数価制の矛盾点を指摘して医療行為審査制度の確立を建議した。

**2) 医療費数価表改訂**

日本の医療費数価表の場合、医療技術発展によって治療が容易になる疾病が多くなるにもかかわらず、その医療費数価は存置したまま、新たに開発された治療行為の報酬を決めることで行為別均衡配点は行わず、全般的な引上が不可能な場合は医療供給者側の圧力解消のために、行為を細分したり、新しい項目を追加するなどの便法を使っている。

韓国の場合には数価表を制定する時から行為を細分することを避け、行為間の均衡配点は不可能だが利害関係による不合理な数価改訂を避けることと、改訂期間と連動幅などの基準を制定し、各種経済指標と医療数価改訂を連動させることを建議した。

**3) 薬価基準制定と改訂**

日本では卸売価格を参照に購入価格によって告示価格を決めているが、購入価格調査が煩雑で医師会及び医療機関の協調がなければならないので実効性がなかった。したがって韓国では最初の表示価を基準にすることが可能であり、現在の病院薬価が表示価の3-10倍である点を勘案すれば、表示価を基準にしても過剰投薬や注射が多くなくなると見た。

3) 약가 기준제정과 개정

일본에서는 도매가격(都賣價格)을 참고로 구입가에 따라 고시 가격을 정하고 있으나 구입가 조사가 번잡하고 의사회 및 의료기관의 협조가 있어야 하기 때문에 실효성이 없었다.

따라서 우리나라에서는 우선 표시가를 기준함이 가능하며 현재 병의원 약가가 표시가의 3-10배인 점을 감안하면 표시가를 기준으로 하여도

**4) 療養給与の制限**

日本では過剰受診防止のために初診の時本人負担を 200円、入院時には1ヶ月間に1日あたり60円を本人負担させ、被扶養者の場合は医療費の 30%を本人負担させているが、1ヶ月間の本人負担医療費総額が39,000円を超過する時は高価医療費扱いで超過金額は組合または国家が負担している。

韓国では医療保険実施初期には被保験者と被扶養者負担分の幅を広げるが、外来過剰受診は入院患者より高くして過剰受診を防止して保険給与乱用防止のために非給与対象幅を広げることを建議した。そして過剰医療防止のために投薬、注射、治療方法などの制限を考慮して医療費請求審査を徹底的にすることを建議した。

**5) 社会保険医療費支払基金**

日本では国民健康保険を除いた医療保険医療費請求に対する審査と支払のために 1948年設置した特殊公法人の社会保険医療費支払基金を設立して本部と各都道府県に支部を置いており、医療費請求は地域医師会がまとめて請求して審査は専門科別に審査して、請求から支払いまでは約50日が必要となっていることを把握した。

韓国では医療費審査専門機構設置が望ましく、過剰医療の防止のために中立的な医療費請求審査委員会を構成して専門科別審査制度を取り入れるのが望ましいとした。

다.医療数価算定方法試案

1976年 11月 10日大韓医学協会 4人(空手犯、送り迎え面、ギムビ研究グック、リュズンシック)、大韓病院協会 3人(ギムヤングオン、振動式、催進学)、保健社会部 2人(催数である、腸鏡式) など 9人の委員と幹事 1人(金一天)によって組職された "医療保険数価制定調整委員会"が設置されて 1977年 3月に "医療保険数価策定方法試案"を保健社会部長官に報告した。この試案では保険数価を7項目に分類して次項のような基本方向を提示した。

第一、保険医療は医学及び医療技術に準拠すべきだが、医療費の支払いで制約を受けることで無駄を排除することが医療保険育成のカギである。

第二、保険医療を担当する医療機関の経営実態と遊離した医療費政策はあり得ないので、医療保険事業の出発時点の経営資料を基盤で数価を策定しなければならない。

第三、成果払いで医療費を支払う医療保険形態では医薬品の乱用及び過多医療などの問題が発生するので医薬品の過剰使用を抑制できる医療数価体系が樹立しなければならない。

第四、技術と物の分離を原則とするが分離が容易な投薬、注射、入院行為では医薬品を完全に分離して乱用を防止しなければならない。

第五、医療機関の収入を "医療原価+α"とすると、'α'の適正な算定を期さねばならない。

第六、医療保険数価は社会的・経済的変動によって毎年自動的に調整する制度をあらかじめ用意しなければならない。

第七、まず医療機関の経営資料を持って医療費を金額で算出した後、一点単価を内定し、医療行為別に数価を表示しなければならない。

この試案では "医療保険数価策定"をするための方法として、大韓医師協会の各学会が推薦した実地医師資格取得後 1~2年の医師たちにソウル市内在の国立医療院等国内医科総合病院に対する慣行数価を調査する一方、難易度、頻度、手術時間による割合を調査して慣行数価と比例配点待機表を作成するようにした。

当時主な数価項目数は 203個項目に分類し、難易度は医療行為の中で最も技術的に困難な行為一つを選定し、その行為に対して1,000点を付与して基準行為で決めた(一般外科の場合胃全切除を1,000点とした)。そして頻度は同一科のすべての医療行為の頻度を分期または年間で一定期間の件数を記載するようにしたし、手術時間は麻酔時間及び手術前後を除いた実手術時間を記載するようにした。

慣行数価調査はソウル大学病院、国立医療院、延世医療院、カトリック医大聖母病院、ソウル赤十字病院、高麗病院など 6医科総合病院を基準にし、難易度・頻度・手術時間の調査は国立医療院、延世医療院、カトリック医大聖母病院、高麗病院、順天郷病院、白病院、筆洞誠心病院、乙支病院、漢陽大附属病院、国軍統合病院など 10医科総合病院を基準にした。病院収入調査は国立医療院、延世医療院、カトリック聖母病院、高麗病院、順天郷病院、白病院、筆洞誠心病院など 7医科総合病院を基準とし、薬価利益調査は延世医療院、高麗病院、白病院など 3医科総合病院資料を根拠にした。

このように作成された数価は医療界の意を得たが 1977年 6月 8日に制定・公布された保険数価に対して大韓病院協会は保健社会部が試案どおり適用せずに標準の病院を追加したと不満を表示した。しかし保健社会部の立場では全国的に人件費と医療費が高い病院のみを基準にはできなかったので標準平均病院を追加して平均値で数価を算定したものである。

라.医療保険・医療数価基準制定

韓国で最初に制定された医療数価基準の主要内容は次項のようだった。

第一、'制定目的'は医療数価を医療行為別で体系的に整備策定することで医療保険法の規定による被保験者の療養給与及び分娩給与に必要となった費用算定の適正を期するためにある。当時数価は医療機関別に任意に自家数価を形成して、行為ごとの数価は各医療機関ごとに異なり自家数価において技術行為は上限額だけ決めて下限額は開放されており、物と行為が混在し、高倍率の投薬料を徴収しているのが実情だった。

第二、医療数価制定作業は保健社会部、大韓医学協会、大韓病院協会が共同で慣行数価を調査して行為別比例配点を作成した。慣行数価はすべての医療行為別で調査をして行為別数価比例を決めるために各行為別に難易度、施行時間、頻度を調査して慣行数価を作成した。調査した部門別医業収入割合と慣行数価によって数価水準を策定した。医業収入割合は技術行為料 47.31%、診察料 1.49%、投薬・注射料 32.86%であった。また慣行数価の収入厚生部門別増減を見れば、上限数価で管理料 11.0%、診察料 1.46%が増加し投薬・注射 24.22%、技術行為 13.24%が減少した。そして下限数価は技術行為 9.00%、管理料 20.00%が減少した。これによって数価の調整決定は当時慣行数価で 45%を減少した医療数価を基準にして医療機関の種類によって基本医療料以外の医療料を組合が合議できる上限線を設定した。その上限を見るとソウルの場合医科総合病院 120%、病院 110%、医院 104%で、人口 50万名以上の大都市は医科総合病院が 116%、病院 108%、医院 102%、人口 50万名未満の中小都市は医科総合病院 112%、病院 106%、人口 5万明媚ぶりの農漁村地域は医科総合病院 108%、病院 104%だった。

第三、薬価は療養取扱機関で医療に使われる医薬品の薬価基準(卸売り値)を決めることで品物と技術を分離した医療数価体系を維持した。当時薬価は医薬品の流通構造及び取引要因によって価格を形成していた。当時取引実態を見れば製薬業店の直取引と卸売り取引き物量は約 50:50の割合だったし販売価格の幅は約 10% 程度だった。

第四、薬価マージン率は 10.4%だったが特に国税庁認定所得標準率6%を適用して算出したマージン率は 13.6%だった。10.4%のマージン率では卸売業店の通常の運営ができないので10.4%と13.6%の平均値の12%を標準とした。

5.相対価値数価制度の導入

가.韓国の相対価値数価

**1) 相対価値の概念**

1977年に医療保険を開始し、政府は同年6月に初めて医療保険数価を告示した。当時の数価は日本の乙表を基準に、物と技を分離して医療行為を並べて医療行為それぞれに相対数価を付与した後 1点当たり 10ウォンの換算指数を設定した。このように制定した数価はその後数年間は項目を追加した数価が改定されて使われたが 1981年 6月に金額制に変わって数価制は廃止された。

1981年 6月以前に使った数価制は相対価値の概念で作られた数価制度である。この制度が金額制に変わった以後、毎年数価引き上げるうちに相対価値が歪み始め、数価制へのターンオーバー問題が提起された。

ところで、アメリカでは過去、韓国で使われた数価制と類似の RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) 制度をメディケアで使っていた。アメリカの RBRVS制度は Harvard 大学の Hsaio 教授など(1988)が開発したもので、医師サービスの価格を各サービス行為の費用を基に策定できるという主旨で始まった。RBRVSは完全競争市場では長期的に、価格は生産物の平均費用と一致するという(P= AC)ミクロ経済学の理論を前堤に開発されたものである。

韓国は国民健康保険法第42条(療養給与費用の算定など) 及び同法施行令第24条第2項によると 「療養給与の相対価値数価」は療養給与に必要となる時間・労力などの業務量、人力・施設・装備など資源の量と療養給与の危険度を考慮して算定した療養給与の価値を各項目の間に相対的数価で現わしたことだと言っている。

ここで投入される資源は時間、精神的努力、肉体的努力、ストレスのような医師業務量と補助人力の賃金、装備、機構、材料、薬品などの費用、賃貸(リース)料、施設、医療のための管理や事務費用を含む医療費用に区分されられる。したがって相対価値数価は各医療行為に使われる資源の量を相対的に比べて単位がない数価で表現したものである。

絶対的価値ではない相対的価値に近付く理由は専門職業人である医師の行う医療行為の報酬を決めるのは容易でないためである。しかし相対価値が医療内的特性(医学の発達、医療技術の発展など)は反映されていると言っても、医療外的特性(賃金及び物価の変動など)は反映にされないため、換算指数を介してこれを反映している。

したがって相対価値による数価は先に相対価値の部分とこれを金額に変える換算指数部分に区分して、再度相対価値を医師業務量に対する相対価値と医療費用に対する相対価値、医療事故危険度の相対価値に区分している。

**2) 相対価値の導入背景**

韓国で資源基準相対価値が挙がったのは1990年で、以後1992年延世大保健政策及び管理研究所でアメリカメディケア医療数価と韓国の保険数価を比べて数価の間の不均衡が47倍まで存在することを立証して韓国で使っていた金額制の問題点を指摘し、アメリカ Medicareで使う資源基準相対価値(RBRVS)の導入を検討しなければならないと主張をした。

その後 1994年に政府に構成された 「医療保障改革委員会」で相対価値を利用した医療保険数値構造改編が提案[[10]](#footnote-10)され、そのために `医療保険数値構造改編協議会 'を構成して金額制の数価算定基準を相対価値で改編して、その具体的方向を決めた。

**3) 相対価値数価の制定**

大韓医師協会では相対価値が韓国の医療数価問題を解決する方案に認識し、そのために 1995年 5月から1年間、大韓医学会傘下 24の分科会と学会が参加して韓国標準医療行為分類(KCPM、Korean Classification of Procedures in Medicine)を制定した。

そして保健福祉部、大韓医師協会、大韓病院協会、大韓歯科医協会が共同で研究費を出演して 1996年 6月医療保険数値構造改編のための相対価値開発研究用役を延世大学校に依頼して 1997年 10月研究を完了した。延世大学校保健政策及び管理研究所で開発した相対価値(医療保険数価構造改編のための相対価値開発研究)は 1996年に用意された韓国標準医療行為分類(大韓医師協会)の 8,687個の項目と韓国標準歯科医療行為分類(大韓歯科医協会)の 1,321個項目を対象で算出した。この時の相対価値は医師業務量相対価値と医療費用相対価値をそれぞれ区分して合算した結果である。

業務量時間は医療行為を遂行するのに実際必要となる時間を測定し、業務量の強さ肉体的努力、精神的努力、ストレスの三要素を magnitude estimation 方法で測定した。医師業務量相対価値は 3,259人のアンケート結果を分析した１次調査と 1,944人のアンケート結果を分析した2次調査を通じて算出した。

医療費用相対価値は 8個標本病院(3次機関 :4ヶ所、医科総合病院 :3ヶ所、病院 :1ヶ所)の調査を通じて算出した。医療費用の算出方法は各病院で調査された総費用を原価中心で配分して、各原価中心の費用を該当の原価中心で発生した行為の医師業務量に比例して医療費用を配分した。1997年相対価値研究の数価を根拠にした医療保険財政中立による換算指数は 32.923で、原価分析による換算指数は 50.784として、原価保存率は 65%という推定が可能だった。

1997年に開発された相対価値を健康保険数価にそのまま適用するには次項のような何種類かの問題があった。第一韓国標準医療行為(歯科含み)分類の項目数価が過度に多く、第2給与と非給与の区分がなかった。第三項目の定義が明確ではなく、第四給与の単位定立が充分でなかった。

このような問題の発生した理由は 1997年に保健福祉部の '医療保険数値構造改編協議会'で相対価値開発の対象と決めた韓国標準医療行為(歯科含み)分類が医療保険の適用に目的があるよりは韓国で成り立っている医療行為を網羅して標準化することを目的としていたからである。

このような問題を補うために、韓国標準(歯科)医療行為分類を利用して医療保険に適用していた医療数価分類を改編する研究(医療保険数価構造改編のための2次研究、1998)と、改編された医療数価分類に相対価値を算出する研究(医療保険数価構造改編のための3次研究、1999)が追加された。

一方、1999年 10月大韓医師協会相対価値改正委員会では各専門学界で要請した韓国標準医療行為分類 3,357個項目に対する改訂を審議・議決したが、改訂が医師業務量相対価値にだけ限ったのではなく全体相対価値を対象にしたから医師業務量相対価値と医療費用相対価値を区分することができなくなった。

したがって 2001年の医療数価算定のために 2000年 12月に保健福祉部で告示した医療数価分類に対する相対価値は以前の相対価値と差異が存在する。すなわち、当時健康保険に適用していた診療数価算定金額を 55.4ウォンに分けて金額を数価化して、以前の相対価値研究結果を参考して数価を調整して相対価値で告示した。

このような相対価値の研究と適用の過程を見れば、韓国では現在 4種の '医療行為及び相対価値'が存在することを分かる。

第一、韓国標準(歯科)医療行為分類と相対価値

第二、1997年研究結果によるもの(1998年 2月修訂版発刊)と 1999年大韓医師協会の相対価値改訂による

第三、医療数価分類の改編案と相対価値

第四、2001年に健康保険で適用とある医療数価分類と相対価値

これらの中で医師業務量と医療費用相対価値をそれぞれ区分したことは 1997年研究結果によるもので残りは区分がされていない。2001年から施行された相対価値数価の最大の問題点は皮肉(irony)にも、法[[11]](#footnote-11)で明示した方法を根拠に算出した相対価値ではないということだ。2001年に健康保険行為数価の相対価値制度を取り入れながら保健福祉部は 2000年の数価金額に 55.4で単純に分けた値段を相対価値数価で告示したので、法に明示したことと一緒に行為に必要となる医師業務量、医療費用、危険度を反映したと思うのは難しい[[12]](#footnote-12).

**4) 相対価値数価の変更内訳**

1977年 7月 1日医療保険を始めた時、歯科医の診察料を医師の半分の金額で決め、1979.1.1 歯科医も医師と同じ診察料を認めた。そして 1984年漢方医療保険試験事業をする時は漢方医の診察料を医師・歯科医とまったく同じに策定した。

そうして 2000.4.1 診察料を医科医院と、医科医院を除いた療養機関に2分化してから 2000.9.1 初診料は (1)医科医院は 4,300ウォンから 5,300ウォンに1,000ウォン引き上げ、再診料を (1)医科医院 (2)病院、医科総合病院、総合専門療養機関 (3)歯科医院、漢医院、歯科医院、漢方病院、療養病院、保健医療院の3種の形態に区分、(2)にあたる病院は 3,700ウォンから 1,000ウォン引き上げて4,700ウォンにし、(3)にあたる歯科、漢方、療養病院、保健医療院は 3,7000ウォンを凍結した。

2001.1.1 わずか 4ヶ月後に再び (1)医科医院 (2)病院、医科総合病院、総合専門療養機関、療養病院、保健医療院 (3)歯科医院、歯科医院 (4)漢医院、漢方病院の4形態に再分類し、6ヶ月後の2001.7.1 に、医科を"가、나、다"群に非常に複雑に分類した。(가)群には内科、小児科、家庭医学科、神経科、精神科、結核科を、(나)群には外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚と、泌尿器科、リハ医学科を、(다)群には診断放射線科、放射線腫瘍学科、核医学科、診断検査医学科、病理科、産業医学と、その他専門科目、専門医師ではない一般医師にした。この時 "가、나、다"群を医科医院だけではなく病院、医科総合病院、総合専門療養機関、保健医療院、療養病院、歯科大学附属病院まで適用と療養機関を (1) 医科医院、保健医療院内の医科 (2) 医科病院、療養病院内の医科 (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院 (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 (6) 歯科医院 (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方科に細分化してまさに初・再診診察料差別化の極致を成した。

そうするうちに健康保険の統合以後、保険財政破綻で 2002.4.1 保険数価を平均 2.9% 引き下げ、この時診察料を非常に複雑に変更した。医療分野を 4個の群に細分化して漢医院と漢方病院勤務漢方医を除き診察料を皆引き上げた。4群を見れば가群(内科、小児科、家庭医学科、神経科、精神科、結核科)、나群(外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔科学科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚と、泌尿器科、リハ医学科)、다群(診断放射選科、放射線腫瘍学科、核医学科、診断検査医学科、病理科、産業医学科、その他専門科目、専門医師ではない一般医師、歯科:歯科療養機関に設置された歯科に限る)、라群(応急医学科)だ。この時平均数価を 2.9% 引き下げて数価当たり単価を 55.4ウォンから 53.8ウォンで低めながら医科の場合初診料の数価を書くように 25.0%で多くは 65.5%以上あげてくれたし再診料の数価も少なくは 39.6%で多くは 58.4%以上あげてくれた。以後わずか 8ヶ月後人 2003.1.1 相対価値数価当たり単価は 2001.1.1 水準である 55.4ウォンで原状回復させてくれる代わりに初・再診料の数価を医科医院にだけ 8.7%ずつ低めた。

2004.1.1 には医院級に対しては医師の専門科目別で区分した가、나、다、라群を無くして以前のように統一させた。わずか 3年後に元の状態に戻った。福祉部、審評院、保険公団(健康保険、産業災害保険、民間保険など) 療養機関等の混線行政による行政、電算及び人件費用がいくら消耗したのか反省してみる課題だ。

2004.1.1 数価当たり単価を 56.9ウォンにしながら医科医院の初診料数価は 179.63点で나群は凍結されて "다及び라" 群は 3.8%引き上がって "가"群は 5.2% 引下されたし再診料数価は "や"群は凍結されて "다及び라"群は 5.4% 引下されて "가"群は 7.1% 引下された。2005.1.1 数価当たり単価を 58.6ウォンで引き上げながら数価当たり甘いかで初診料、再診料はそれぞれ 2.0%ずつ引き上げさせた。

<表 3-1> 相対価値数価変更内容

(単位 :点)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | | 2001.1.1 | 2002.4.1 | 2003.1.1 | 2004.1.1 | 2005.1.1 | 2008.1.1 |
| 数価当たり単価(ウォン) | | 55.4 | 53.8 | 55.4 | 56.9 | 58.6 | 62.1~80.7 |
| 初診料 | 가群 | 151.62 | 207.58 | 189.52 | 179.63 | 183.22 | 188.11 |
| 나群 |  | 196.75 | 179.63 |  |  |  |
| 다群 |  | 189.53 | 173.04 |  |  |  |
| 라群 |  | 189.53 | 173.04 |  |  |  |
| 病院 |  | 203.97 |  |  |  | 208.86 |
| 医科総合病院 |  | 227.44 |  |  |  | 232.33 |
| 総合専門 |  | 250.90 |  |  |  | 255.79 |
| 歯科医院 |  | 166.06 |  |  |  | 166.59 |
| 歯科医院 |  | 178.70 |  |  |  | 179.23 |
| 漢方 |  | 151.62 |  |  |  | 152.06 |
| 再診料 | 가群 | 95.67 | 151.62 | 138.43 | 128.54 | 131.11 | 134.47 |
| 나群 |  | 140.79 | 128.54 |  |  |  |
| 다群 |  | 133.57 | 121.95 |  |  |  |
| 라群 |  | 133.57 | 121.95 |  |  |  |
| 病院 |  | 148.01 |  |  |  | 151.37 |
| 医科総合病院 |  | 171.48 |  |  |  | 174.84 |
| 総合専門 |  | 194.95 |  |  |  | 198.31 |
| 歯科医院 |  | 110.11 |  |  |  | 110.46 |
| 歯科医院 |  | 122.74 |  |  |  | 123.09 |
| 漢方 |  | 95.67 |  |  |  | 95.98 |

2006年健康保険審査評価院相対価値数価の評価の研究開発団が主観して大韓医師協会など医・薬系が参加した相対価値数価改訂研究結果によって 2008年度相対価値制数価初診料だけでなく行為料まで 2001年度施行以後 7年ぶりに初めて一斉に調整された。2008.1.1 初めて療養機関類型別で数価単価を差別化することが療養給与費用契約当事者の間に合意されて医院 62.1ウォン、病院及び医科総合病院が 62.2ウォンに決まった。

<表 3-2> 無作為抽出した一部行為(手術及び検査)の数価変更内訳

(単位 :数価)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2001.1.1 | | 2009.1.1 | | 引上率(%) | |
| 数価 | 金額 | 数価 | 金額 | 数価 | 金額 |
| 数価当たり単価(ウォン) |  | 55.4 |  | 63.4 |  |  |
| 白血球数検査(나-105) | 10.65 | 590 | 10.54 | 670 | -1.03 | 13.56 |
| 党政量検査(나-371-나) | 22.56 | 1,250 | 22.25 | 1,410 | -1.37 | 12.8 |
| ねむけ脳波検査(나-614-나-(18)) | 537.54 | 29,780 | 790.12 | 50,090 | 46.99 | 68.2 |
| グァンゾルギ研究ゴムサ(나-750) | 1,555.49 | 86,170 | 1,731.47 | 109,780 | 11.31 | 27.4 |
| 疾患隠蔽造影撮影(だ-201) | 496.75 | 27,520 | 493.96 | 31,320 | -0.56 | 13.81 |
| 頭部CT(だ-245-가-(2)) | 1,307.86 | 72,455 | 1,351.02 | 85,650 | 3.30 | 18.21 |
| 皮下注射(長芋-1) | 14.65 | 810 | 14.69 | 930 | 0.27 | 14.81 |
| 結膜下注射(長芋-11) | 37.27 | 2,060 | 39.34 | 2,490 | 5.55 | 20.89 |
| ジズマックハシンギ研究パグェスル(ところ-31) | 629.66 | 34,880 | 785.38 | 49,790 | 24.73 | 42.75 |
| 前期過敏症治療(死-113) | 50.83 | 2,820 | 53.97 | 3,420 | 6.18 | 21.28 |
| 深板分析療法(あ-1-だ)  ※あ-1-나 ・あ-1-だ | 452.82 | 25,090 | 455.03 | 28,850 | 0.49 | 14.99 |
| 胃切開(定木-251) | 3,426.55 | 189,830 | 3,628.99 | 230,080 | 5.91 | 21.20 |
| 虫垂切裂法-単純(定木-286-가) | 3,251.41 | 180,130 | 3,275.08 | 207,640 | 0.73 | 15.27 |
| ギ研究ピゾックシンゾルソックスル(定木-337-1) | 6,068.23 | 336,180 | 6,315.49 | 400,400 | 4.07 | 19.10 |
| けい動脈クリッピング(定木-467) | 1,573.65 | 87,180 | 1,622.73 | 102,880 | 3.12 | 18.01 |
| ギ研究ピゾックダムソックゼゴスル(定木-670) | 3,022.56 | 167,450 | 4,868.44 | 308,660 | 61.07 | 84.33 |
| 胆嚢切除術(定木-738) | 6,165.01 | 341,540 | 6,497.75 | 411,960 | 5.40 | 20.62 |
| すい頭十二指腸切除術(ウィプルシススル)  (定木-757-가) | 15,434.99 | 855,100 | 22,589.89 | 1,432,200 | 46.36 | 67.49 |
| ヨックヘングソングダムツェグァンネシギ研究ゾックダムソックゼゴスル-前期水圧送石戌  (776-라-(2)) | 4,869.59 | 269.780 | 3,941.48 | 249,890 | -19.06 | -7.37 |
| ギ研究ピゾックダムグァンギ研究イ研究ダムソックゼゴスル  (定木-777-私) | 1,964.08 | 108,810 | 2,020.21 | 128,080 | 2.86 | 17.71 |

相対価値数価は契約制にしないで保健福祉家族部が調整している 2008.1.1 現在医院の初診料は 188.11点、病院は 208.86点、医科総合病院 232.33点、総合専門療養機関は 255.79点だ。再診料は、医院は 134.47点、病院は 151.37点、医科総合病院は 174.84点、総合専門療養機関は 198.31点だ。2009年度は 2008年度引上調整された相対価値数価そのまま使っている。

相対価値数価は療養給与費用決定に一番基本的な事項にもかかわらず、保険数価契約区域に含まれず、保健福祉家族部長官が健康保険政策審議委員会の審議を通して決めるようになっている。それによって 2001年度相対価値数価導入後に随時に上向きまたは下向き調整することができる権限を持った長官がその間部分的調整をすることで、相対価値数価に問題が多いという批判が申し立てられた。ここに政府は 2003年から 2006年まで相対価値改訂のための研究を遂行してその結果によって 2007年度改訂作業をして 2008年 1月 1日付けで大幅に修正・補完した。<表 3-1>の診察料と <表 3-2>の無作為に抽出した何種類検査・手術数価変更をよく見れば決まった基準なしに保険数価を調整した構造的問題点を把握できるだろう。

나.韓国とアメリカの相対価値の相違

韓国とアメリカの相対価値体系を比べたのが <表 3-3>だ。アメリカは相対価値数価を医師たちの費用に対する補償体系として使う一方、韓国は病院費用を含んだ全体医療費用に対する補償体系として使われている点が大きな相違である。こうなった理由はアメリカの病院は医師が常在するのでなく、外で開業しながら病院にattendingする開放型制度を選ぶのに対し、韓国はすべての病院が閉鎖型で病院奉職医師が病院に常駐する。したがって attending 制度で病院を運営するアメリカでは医療費用相対価値が業務量相対価値に比べて少ないが、韓国では病院費用をすべて相対価値で補償する必要があるので、全相対価値に医療費用相対価値が占める部分が相対的に大きくならざるを得ない。

<表 3-3> アメリカ相対価値体系と韓国の相対価値体系の比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | アメリカ Medicare 相対価値体系 | 韓国の相対価値体系 |
| 単位  医療行為 | * CPT(Current Procedural Terminology) * HCPCS(Healthcare Common Procedure Coding System) * 12,693項目(2003年基準) | * 健康保険行為数価コード * 4,379個(2003年基準) |
| 適用部分 | * 医科にだけ適用 | * 医科・歯科、漢方、薬局すべてに適用 |
| 使用  目的 | * 開業医に対する医療数価基準で使用 * 病院医療の時医師サービスに対する補償基準で使用(病院サービスに対しては DRGで別途補償) | * 全体病院及び開業医(医院)の医療数価基準で使用 |
| 相対価値  構成要素 | * 医師業務量相対価値 * 医療費用相対価値 * 医療事故危険度相対価値 | * 単一相対価値(相対価値研究時には医師業務量と医療費用を区分して計算したが、以後統合) |

★ 韓国は病院に対する補償が相対価値体系に含まれているから、相対価値決定過程がずっと複雑だ。医療費用に看護婦や医療技師など病院人力たちの人件費も含めねばならないし、病院の高価装備や施設に対する補償も含むので複雑な原価分析系統的分類が必要だ。アメリカでは考慮不要の医療機関種別加算率も韓国の相対価値体系では考慮しなければならない事項だ。

またアメリカで相対価値体系は医科だけに適用だが韓国では歯科、漢方、薬局にも適用されるので各部分の相対価値の調整が必要と、複雑な課題も持っている。

다.2003年新相対価値の改訂作業

**1) 相対価値体系改編方向と相対価値数価研究開発団出帆**

初期に決めた相対価値数価制度のさまざまな問題を解決するために保健福祉部は '健康保険政策審議委員会' 傘下に 「相対価値運営企画団」を置いて相対価値体系の改善方向を検討した。相対価値運営企画団は相対価値体系のオールアウトな改編のために次のような 3種の改善方向を決めた(健康保険審査評価院相対価値開発団、2006).

① 医師費用と医療費用の分離

② 治療材料の費用分離

③ 医療危険度反映

上の3種の改善事項を反映した相対価値を 2006年に取り入れるという計画の下に保健福祉部は 2年にわたった研究用役を推進し、健康保険審査評価院内に設置された「相対価値数価研究開発団」が研究事業を遂行した。そしてこの研究結果を反映して保健福祉家庭部で相対価値数価を改訂告示した。1次研究と 2次研究の内容と方法などを<表 3-4>に比べた。

<表 3-4> 相対価値研究の比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1次研究 | 2次研究 |
| 数価尺度  (scale) | '骨髄穿刺(骨髓穿刺)'の医師業務量の相対価値を 100.0にした時の数価尺度導出 | * 現行健康保険財政中立下での数価尺度導出 |
| 換算指数  (数価当たり単価) | 決まった数価尺度を利用して換算指数導出 | 現行健康保険換算指数を維持することを前提する |
| 原価補償水準 | 換算指数比較を通じて推定される | 会計の調査資料を通じて推定される |
| 研究期間 | 1995 - 1997 | 2003 - 2006 |
| 補完研究 | 1998年 1次補完、1999年 2次補完 | 2007年改訂 |
| 施行 | 2001年 1月 | 2008年 1月 |

2次研究では現在の健康保険財政を中立にした数価尺度で発表した。1997年の 1次研究では '韓国標準医療行為分類 3089.00 骨髄穿刺'の医師業務量の相対価値を 100.0にしてこれを基準に医療費用相対価値数価を設定して、原価分析、財政中立などを勘案した換算指数(数価当たり単価)を以後に決める方法を取ったことと対比される。

**2) 研究事業の概要**

① 医師業務量相対価値開発

・行為分類検討及び医師業務量相対価値開発

- 行為定義及び再分類 :給与及び非給与行為の適応症、実施方法、ノーマルな事例の定義と、必要の時行為再分類して提示するようにした

- 医師業務量相対価値 :医師の専門的な労力に対する補償額で行為時間と強度を考慮して関連団体で開発する

・行為定義及び医師業務量開発の概要

- 関連団体で下書きを開発して軟口蓋発端で妥当性評価と調整をする方式で進行

② 医療費用相対価値開発

・医療費用相対価値開発及び治療材料費用分離方案検討

- 医療費用の構成要素として行為関連直接費用の分離

・人件費 :医師人件費(専攻医除外)を除いた臨床人力に対する人件費

・材料費 :別途補償されない治療材料費(例 :ガーゼ、ソムブングデ、小ホラーなど)

・装備費 :行為に使われた医用機器減価償却費

- 医療費用の構成要素として行為関連間接費用 :行政人力人件費、事務用品費、その他費用(通信費、電気料金、建物減価償却費など)

・医療費用相対価値開発概要

- 代表性ある多数の機関を対象と調査した機関単位医療費用を、専門家パネルで構築した直接費用資料を利用して行為別で配って医療費用相対価値を決め

- このように決まる医療費用相対価値の妥当性を評価するために少数の標本機関を対象に医療費用詳細調査を実施する

・機関単位医療費用の調査

- 代表性がある多数の機関を対象で機関単位医療費用と行為頻度の調査を遂行する

- 標本機関費用詳細調査:少数の標本機関を対象で原価中心(cost center)を細分化して行為別医療費用を推正する

・行為別直接費用資料構築

- 医療費用相対価値の合理的算定のために、各行為別で直接費用項目を具体的に明示する

- 行為別直接費用資料は各行為を遂行するのに必要な臨床人力使用時間、医用機器費用、治療材料費用で構成されて、標本機関の調査と臨床専門家パネル調査を通じて構築

- 臨床専門家パネルは医療領域別で 18個分科パネルと 1個のゾゾングペノルで構成して、医師だけではなく関連臨床人力を参加

・治療材料費用分離方案検討

- 行為に含まれて別途補償されない治療材料を分類して、行為別直接費用資料構築を通じて各行為遂行に使われる治療材料の価格と使用量を把握

- 行為に含まれた治療材料の中で別途補償が必要な治療材料を区分し、医療費用相対価値を調整

・行為別医療費用配付及び調整

- 構築された直接費用資料は機関単位で調査された直接費用を行為別で配分する基準で使う予定で、また業務量相対価値とともに間接費用配分にも活用予定

- 標本機関費用詳細の調査を通じて算出された行為別医療費用は行為別直接費用資料と機関単位費用の調査を通じて算出された結果の妥当性を検証に活用

③ 危険度相対価値開発

・医療事故頻度や関連費用の調査を基礎で医療科別危険度を推定

・行為別で医療科目別危険度を頻度加重平均して行為別危険度を決定

・公庁会など意見収斂過程を経って割当可能な危険度相対価値総点を決定

・危険度相対価値総点を危険度によって行為別で配分して最終的な '行為別危険度相対価値'を決定

**3) 研究事業の推進経過**

① 行為定義及び医師業務量相対価値開発

・2003.10.13 - 2004.6.15 :研究用役遂行(大韓医師協会、大韓歯科医協会、大韓漢方医協会、大韓薬剤師会)

・各団体別研究用役を通じて医科・歯科、漢方、薬局と計わる 5,000余個行為定義と医師業務量、そして改善が必要な行為分類に対する意見を受ける

・以後行為再分類のための意見調整をしたし、研究次元で使う行為分類を確定

② 医療費用相対価値開発

・機関単位費用の調査(医療機関会計調査)

- 2003.12.19 - 2005.1.19 :研究用役遂行(ソウル大学校経営研究所)

- 2005.7.19 :機関単位医療費用 2次自問会議を開催して、相対価値数価計算に使う機関単位費用を最終的に決定

<表 3-5> 機関単位費用の調査目標及び調査完了機関数

(単位:個所)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 病院 | 医科医院 | 歯科医院 | 漢方医院 | 薬局 |
| 最終目標調査機関数 | 50 | 100 | 50 | 50 | 50 |
| 調査完了した医療機関数 | 23 | 104 | 56 | 79 | 46 |

・行為別直接費用資料構築

- 2004.7.24 :臨床専門家パネル(Clinical Practice Expert Panels :CPEP) 構成 :230人余りの医師、看護婦、医療技師など臨床人力たちが参加して 18分科パネルを構成

- 2005.6 - 10 :9次にわたった調整パネル会議を開催して全体行為に対する直接費用資料調整

・標本機関詳細の調査

- 2004.9.23 :医療費用詳細調査のために、ソウル所在 8個大型病院を対象で医療部署別費用と行為頻度資料を病院協会に用役を依頼

- 2005.4 - 10 :見て結果整理及び検討完了

・装備及び治療材料価格の調査

- 2004.6.25 - 12.30 :治療材料及び装備費用算定のために医療器機協会に用役を依頼して材料及び装備価格の調査を実施

- 2005.1 - 8 :一期報告資料と 5個病院価格資料、分果パネル意見を参照して直接費用資料に使う価格確定

・直接費用資料検証のための時間の調査

- 2005.8.11 - 9.11 :手術時間の客観的検証のために 38個総合専門療養機関の 4,267件の医務記録を調査完了(大韓医務記録協会が遂行する)

- 2005.9 - 10 :73個医療機関を訪問して総 157件の行為を直接観察

③ 危険度相対価値開発

・2004.4.27 :延世大学校医療法倫理学研究所に研究用役を依頼

・2005.6 - 10 :研究結果補完及び行為別危険度相対価値計算

④ 相対価値数価下書き発表及び調整

・2005.12.16 :相対価値数価下書き発表

・2006.7.10-24 :医療科別最終調整作業

**4) 研究事業の基礎研究結果**

① 行為定義及び (医師)業務量相対価値

・本人一部負担行為、全額本人負担行為、非給与行為など総 5,908個の行為たちの適応症、実施方法、ノーマルな事例などに関する資料を構築した

<表 3-6> 行為定義をした行為数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 本人一部負担行為 | 全額本人負担行為 | 非給与行為 | 新設行為 | 計 |
| 医科 | 3,875 | 394 | 608 | 64 | 4,941 |
| 歯科 | 199 | 23 | 471 | 2 | 695 |
| 漢方 | 121 | 17 | 18 | 111 | 267 |
| 薬局 | 5 |  |  |  | 5 |
| 総計 | 4,200 | 434 | 1,097 | 177 | 5,908 |
| 注:1) 漢方提出行為数の中で両方とスーパーインポーズされた行為数は除外する  2) 非給与行為の中で一部行為は分類だけなっていて行為定義はなっていない状態である | | | | | |

② 医療費用相対価値

・機関別費用及び頻度資料構築 :総 320個機関の資料を収集したが、頻度資料をわからない書面請求機関と極端的費用資料を見せる機関を除いて最終的に 296個機関の資料を使用

・医療部署別費用及び頻度資料構築の調査

- 6個大学病院の資料を収集したが、1個病院を除いた 5個病院の資料を使用(1個病院は分析が完了することができなくて 1次資料分析では除外)

・行為別直接費用資料構築

- 5,158個(一部負担及び 100/100 本人負担) 行為たちの直接費用資料を下記のような形模様で駆逐艦

・入院料、診察料直接費用資料構築

- 診察料、入院料の場合個別行為別で直接費用を作成するのが難しいから、医療部で(cost center)、すなわちウェレジンチァルシルや 1個病棟を単位にして 1ヶ月を基準で直接費用資料を構築した次項、ジンチァルフェッスや入院日数で分けて行為件当たり直接費用資料を構築

- 4個病院の調査(総合専門 3個、総合 1個)を通じて軟口蓋発端で作成した直接費用資料下書きを臨床専門家パネルの検討過程を経って最終直接費用資料を構築

- 救急治療室は 2個の総合専門療養機関と 1個医科総合病院資料を調査して直接費用資料を構築

- 無菌治療実は 2個総合専門療養機関資料を調査して直接費用資料を構築

- ネオゲネシスアシルは 3個総合専門療養機関資料を調査して直接費用資料を構築

- 沃素治療実は 1個総合専門療養機関資料を調査して直接費用資料を構築

<表 3-7> 機関別費用及び頻度資料構築機関数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別区分 | 最初収集 | 書面請求を除外 | 極端値を除外 | 最終使用機関数 |
| 総合専門 | 5 |  | 1 | 4 |
| 医科総合病院 | 14 | 3 | 2 | 9 |
| 病院 | 16 | 5 | 3 | 8 |
| 病院全体 | 35 | 8 | 6 | 21 |
| 医院 | 104 | 5 | 1 | 98 |
| 歯科 | 56 |  | 3 | 53 |
| 漢方 | 79 | 1 |  | 78 |
| 薬局 | 46 |  |  | 46 |
| 合計 | 320 | 14 | 10 | 296 |

★ ③ 危険度相対価値

- 研究用役を通じて医療科目別で医療事故解決費用を調査したし、これを医師水路分けて医師1人当り解決費用を導出した

- 医師1人当り医療事故解決費用が一番低いジンダンゴムサウィハックグァルを基準で各医療科別危険度(risk factor)を推正した結果神経外科が 192.6で一番高い値段を見せた

<表 3-8> 医療科別危険度(2003年基準)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療科目 | 医療科別  医療事故解決費用(ウォン) | 医師1人当り  医療事故解決費用  (ウォン) | 医療科別危険度  (risk factor) |
| 神経外科 | 22,222,326,893 | 13,164,886 | 192.6 |
| 胸部外科 | 8,704,235,910 | 10,589,095 | 154.9 |
| 産婦人科 | 46,939,999,070 | 9,440,869 | 138.1 |
| 整形外科 | 23,224,394,684 | 6,066,979 | 88.8 |
| 外科 | 21,475,688,147 | 4,602,591 | 67.3 |
| 眼科 | 7,702,168,119 | 3,826,214 | 56.0 |
| 神経科 | 3,359,874,358 | 3,376,758 | 49.4 |
| 小児科 | 14,520,158,775 | 3,325,735 | 48.7 |
| 形成外科 | 3,792,138,895 | 3,200,117 | 46.8 |
| 応急医学科 | 1,512,925,880 | 3,106,624 | 45.5 |
| 内科 | 25,366,068,982 | 2,740,796 | 40.1 |
| 皮膚科 | 2,220,267,851 | 1,630,153 | 23.9 |
| 耳鼻咽喉科 | 3,752,842,119 | 1,448,415 | 21.2 |
| 麻酔科 | 2,888,313,044 | 1,087,467 | 15.9 |
| 泌尿器科 | 1,709,409,761 | 972,361 | 14.2 |
| 期他 | 982,419,403 | 843,278 | 12.3 |
| 精神科 | 1,532,574,268 | 808,746 | 11.8 |
| 家庭医学科 | 2,947,258,209 | 700,561 | 10.3 |
| リハ医学科 | 589,451,642 | 672,123 | 9.8 |
| X線腫瘍と | 157,187,104 | 551,534 | 8.1 |
| 診断放射選科 | 373,319,373 | 182,820 | 2.7 |
| 一般科 | 451,912,925 | 152,983 | 2.2 |
| 診断検査医学科 | 39,296,776 | 68,342 | 1.0 |
| 医科全体 | 196,483,880,576 | 3,468,750 |  |
| 歯科 | 4,327,744,683 | 313,289 |  |
| 漢方 | 8,035,643,684 | 851,053 |  |
| 薬局 | 3,212,332,326 | 119,364 |  |

**5) 新相対価値数価導出過程**

① 相対価値数価導出原則

・医師業務量相対価値は専門家団体が提示した値を使用。ただし、調整過程で診療科別業務量総量固定下で個別行為の医師業務量を修正

・診療費用相対価値は臨床専門家パネルで構築した行為別直接医療費用によって決定

・それぞれ手に入れられた医師業務量と医療費用は医療機関会計調査で調査された医師費用と、医療費用を利用して単一尺度で統合

- 医師費用は医師(専攻医及び研修医除外) 人件費と医師人件費に対応する間接費

- 医療費用は医師を除いたその他臨床人力人件費(専攻医及び研修医含)、材料費、装備費など直接医療費用とこれと対応する間接費でした

|  |
| --- |
| 医師費用 = 医師人件費総額 + 全体間接費 × 医師人件費 / (医師人件費 + 直接医療費用)  医療費用 = 直接医療費用総額 + 全体間接費 × 直接医療費用/(医師人件費 + 直接医療費用) |

・現行相対価値総点を部門別で固定した状態で新相対価値を計算。ただし基本医療(診察料、入院料など)は現行数価を維持

・危険度相対価値は総点固定とは無関係に別個で計算する。すなわち危険度相対価値位相対価値総点が増加

・既存行為数価含み材料の別途補償時はここに相応する相対価値数価を総点でセネステシア。ただ非保険材料の別途補償による相対価値総点セネステシアはしないこと

② 相対価値数価導出過程

・1段階 :CPEP 直接費用資料から別途補償検討材料除外

- 軟口蓋発端で '別途補償検討材料'で選定した材料は直接費用資料から除外

・2段階 :行為別原価計算

- 機関別会計調査で調査された費用資料を利用して、医師業務量と CPEP 直接費用を原価で変換する指数を計算

- 導出された変換指数を利用して下記と一緒に行為別原価を算出

|  |
| --- |
| * + - 2. 行為別原価 = 医師費用 + 臨床人力人件費 + 材料費 + 装備費 + 間接医療費用 + 危険度関連費用 |

・3段階 :医療科別相対価値総点固定下で相対価値数価導出

- 医師業務量相対価値

・ 医師業務量対応費用が全体費用で占める割合は 36.8%で調査される

・ 現行相対価値総点(行為含み別途補償検討材料費用除外)に医師業務量対応費用ブンユルを掛けて、医師業務量総点を推定

・ 計算された医師業務量総点を医者協同組合で提出した医師業務量にしたがって行為別で配分して行為別医師業務量相対価値を計算

- 医療費用相対価値

・ 医療科別で現行相対価値総点(行為含み別途補償検討材料費用除外)で上記と一緒に決まった医療科別医師業務量総点を差引して医療科別医療費用相対価値総点を計算

・ 医療費用相対価値総点を 2段階で旧恨医療費用原価(= 臨床人力人件費 + 材料費 + 装備費 + 間接医療費用)によって配分して行為別医療費用相対価値計算

- 危険度相対価値

・ 危険度相対価値は行為別医療事故費用を 2003年換算指数(55.4)で分けた次項、種別加算による増加率をキャリブレーションして求め

・ 基本医療項目(診察料、入院料など)は現行相対価値数価を維持するが、医師業務量相対価値は上記と一緒に計算して決めて、医療費用相対価値は現行相対価値数価で医師業務量相対価値を抜いて求め

・別途補償検討治療材料金額計算

- 別途補償検討治療材料は性格によって、非保険患者負担材料と行為含み材料で区分と、CPEPで提出した金額を行為別で計算

・ 非保険患者負担材料 :行為数価では補償が不十分で医療機関で患者に材料費用を直接請求する材料(イムウィ非給与ゼリョ)や患者に費用を別途請求しないで病院が費用を負担する材料(病院負担材料)

・ 保険行為数価含み材料 :'非保険患者負担'と対応される場合で、患者に材料費用を別に請求しないで行為数価で費用をあてる材料

- 2段階で旧恨材料費用変換指数(0.37)を利用して CPEP 金額を実際金額で換算

- 行為含み材料は推定された実際金額を 2005年換算指数で分けて相対価値数価で変換した次項、現行相対価値総点で差引

- 非保険患者負担材料(任意備急で材料)の別途補償による相対価値総点差引はしないこと

**6) 新相対価値導出結果**

・部門別、医療科別相対価値総点改変

- 部門別で相対価値チォン構造ムウを固定したが、危険度部分は付加的に処理したから相対価値チォン構造ムの小幅増加があった

- 相対価値チォン構造ムで差引した既存行為数価含み。別途補償検討材料費を一緒に考慮する場合医科の場合 1.8%、歯科は 0.5%、漢方は 0.9%、薬局は 0.2%の相対価値総点増加があった

- 相対価値総点差引なしに別途補償で検討した既存非保険材料費は医科の全体総点の 2.1%、歯科は 13.0%、漢方は 5%なら

<表 3-9> 部門別相対価値導出結果

(単位 :百万点、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 既存相対価値総点(A) | 新相対価値  総点(B) | 改変率  (B/A) | 別途補償検討材料費-ギゾンヘングウィ数価ポし,相対価値数価変換(C) | (B+C)/A | 別途補償検討材料費-既存費保険、相対価値数価変換(D) | 既存総点対比の割合  (D/A) |
| 医科 | 192,524 | 196,458 | 102.0% | 367 | 102.2% | 3,020 | 1.6% |
| 歯科 | 16,205 | 16,641 | 102.7% | 36 | 102.9% | 1,535 | 9.5% |
| 漢方 | 15,934 | 16,077 | 100.9% | 0 | 100.9% | 790 | 5.0% |
| 薬局 | 31,024 | 31,080 | 100.2% | 0 | 100.2% | 0 | 0.0% |
| 株:1) 別途補償検討材料費\_ギゾンヘングウィ数価ポし :既存の行為料に含まれていた材料たち中、別途補償が必要라検討された材料費用(該当の費用位行為相対価値チォン構造ムで差引)  2) 別途補償検討材料費\_既存費保険 :行為数価では補償にならなくて患者に直接費用を負担させた材料 | | | | | | | |

・医科の相対価値

- 医科の場合医療科別で相対価値チォン構造ムウを固定したが、付加的に処理した危険度相対価値によって産婦人との場合 110.7%、胸部外科の場合 110.6%、神経外科医場合 109.8% 相対価値チォン構造ムが増加したら(ギゾンヘングウィ数価ポし別途補償検討材料込み)

- 既存非保険別途補償検討材料は整形外科が 21.6%で一番多かったし、眼科 19.3%、泌尿器科 16.0% 順序なら

<表 3-10> 医科医療科別相対価値導出結果

(単位 :百万店、%)

| 医療科 | 既存相対価値総点(A) | 構成費  (%) | 新相対価値総点(B) | B/A  (%) | 別途補償検討材料\_ギゾンヘングウィ数価ポし(C) | (B+C)/A  (%) | 別途補償検討材料\_既存費保険(D) | D/A  (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医療\_その他 | 1,939 | 1.01 | 1,954 | 100.8 | 0 | 100.8 | 0 | 0.0 |
| 基本医療\_薬局 | 1,085 | 0.56 | 1,085 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 基本医療\_入院 | 24,549 | 12.75 | 24,763 | 100.9 | 0 | 100.9 | 0 | 0.0 |
| 基本医療\_診察 | 76,381 | 39.67 | 78,294 | 102.5 | 0 | 102.5 | 0 | 0.0 |
| 内科 | 10,266 | 5.33 | 10,730 | 104.5 | 2 | 104.5 | 148 | 1.4 |
| 麻酔と | 4,686 | 2.43 | 4,954 | 105.7 | 1 | 105.7 | 420 | 9.0 |
| 放射線しゅよう学と | 1,226 | 0.64 | 1,229 | 100.2 | 0 | 100.2 | 0 | 0.0 |
| 病理科 | 1,066 | 0.55 | 1,067 | 100.1 | 0 | 100.1 | 0 | 0.0 |
| 泌尿器科 | 1,546 | 0.80 | 1,526 | 98.7 | 37 | 101.1 | 62 | 4.0 |
| 産婦人科 | 2,088 | 1.08 | 2,291 | 109.7 | 36 | 111.5 | 144 | 6.9 |
| 形成外科 | 144 | 0.07 | 143 | 99.1 | 7 | 104.3 | 2 | 1.0 |
| 小児科 | 40 | 0.02 | 41 | 103.6 | 0 | 104.2 | 0 | 0.3 |
| 神経科 | 741 | 0.38 | 763 | 103.0 | 0 | 103.0 | 0 | 0.0 |
| 神経外科 | 1,030 | 0.54 | 1,110 | 107.7 | 25 | 110.2 | 108 | 10.5 |
| 眼科 | 3,848 | 2.00 | 3,954 | 102.7 | 14 | 103.1 | 690 | 17.9 |
| 薬局 | 1,201 | 0.62 | 1,201 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| ヤングサングウィハックと | 10,488 | 5.45 | 10,692 | 101.9 | 0 | 101.9 | 58 | 0.6 |
| 外科 | 2,581 | 1.34 | 2,639 | 102.3 | 85 | 105.5 | 465 | 18.0 |
| 応急医学科 | 103 | 0.05 | 106 | 103.3 | 0 | 103.3 | 0 | 0.0 |
| 医科共通 | 12,004 | 6.23 | 12,186 | 101.5 | 68 | 102.1 | 0 | 0.0 |
| 耳鼻咽喉科 | 2,480 | 1.29 | 2,489 | 100.4 | 11 | 100.8 | 256 | 10.3 |
| リハ医学科 | 6,939 | 3.60 | 6,970 | 100.4 | 0 | 100.4 | 0 | 0.0 |
| 精神科 | 2,843 | 1.48 | 2,855 | 100.4 | 0 | 100.4 | 0 | 0.0 |
| 整形外科 | 2,910 | 1.51 | 2,975 | 102.2 | 52 | 104.0 | 625 | 21.5 |
| 診断検査医学科 | 17,426 | 9.05 | 17,427 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 皮膚と | 500 | 0.26 | 494 | 98.9 | 11 | 101.1 | 7 | 1.4 |
| 核医学と | 1,658 | 0.86 | 1,683 | 101.5 | 0 | 101.5 | 0 | 0.0 |
| 胸部外科 | 757 | 0.39 | 836 | 110.4 | 17 | 112.6 | 35 | 4.6 |
| すべて合計 | 192,524 | 100.00 | 196,458 | 102.0 | 367 | 102.2 | 3,020 | 1.6 |

・危険度相対価値研究結果

- 相対価値総点固定市危険度相対価値を別に処理したし、これにより約 37億点(2003年基準) ほどの危険度関連総点が増加した

- 危険度相対価値を総点固定とは無関係に別に算定したことは以前の相対価値研究では医療事故関連費用が些細だった一方、今度研究では 2,000億ウォンほどの医療事故グァンリョンビ研究が調査されて、医療環境改変による費用増加で判断した。したがって 37億点の相対価値数価を追加した

- また医療科別で相対価値チォン構造ムウを固定した状態で医療科別でお互いに違う危険度相対価値を反映するためには付加的に相対価値を加えてあげる方法しかなかったからだ。全体総点を固定した状態で危険度を反映する場合、危険度が高い医療科の数価を上向き調整するためには他の医療科の数価を下向き調整するしかないから、医療科別相対価値総点固定という原則とは当たらなくなること

- 危険度相対価値反映による相対価値総点増加はすぐ財政増加につながることではなくて、換算指数調整時医療事故費用認定幅に対する再水田の過程を経る必要がある

<表 3-11> 2003年相対価値総点対比危険度総点の割合

(単位 :%、点)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2003年相対価値総点(A) | 危険度総点(B) | B/A(%) |
| 医科 | 192,777,977,452 | 3,467,211,945 | 1.8 |
| 歯科 | 16,204,625,676 | 77,307,271 | 0.5 |
| 漢方 | 15,933,738,979 | 143,636,963 | 0.9 |
| 薬局 | 31,023,564,723 | 56,784,465 | 0.2 |
| 合計 | 254,231,798,679 | 3,744,940,644 | 1.5 |

・行為数価含み治療材料別途補償検討結果

- 既存非保険材料が 411品目、既存行為数価含み材料が 229品目になった

- 上記材料が別途補償になる場合既存非保険材料は CPEP提出費用基準では 9,284億ウォン、会計調査による変換指数を適用した実際費用推定額は 3,580億ウォン程度だったこと

- 別途補償検討材料の中で寄稿の時品目は基準改善だけ依頼すれば良いが、尾燈嶺品目で、給与対象の場合該当の材料の登載が先行されなければならない

- 尾燈嶺品目でも非給与対象の場合、登載手順は必要ではなくて基準ゲソンだけした

- 軟口蓋発端から別途補償が必要라検討した一部品目(内視鏡関連材料)の場合 2006年 6月 1日から別途補償になっている

- 相対価値数価研究開発団から別途補償に検討した材料たちを材料の性格にしたがって下記と一緒に区分と、別途補償可否及び過程方向を再調整

<表 3-12> 治療材料性格による別途補償可否決定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 患者状態による同一行為私の使用量偏差 | 同一目的材料の価格偏差 | 別途補償可否 |
| 必須材料注1) | 少ない | 少ない | 別途補償中した注2) |
| 少ない | 大きい | 別途補償中した注2)  (長期的に保険で負担する日程価格材料との差額を患者が負担する方式で改善) |
| 大きい | 少ない | 非給与で別途認めるとか  別途補償した注3) |
| 大きい | 大きい |
| 選択材料注1) | 大きい | 少ないとか大きい |
| 株1) 必須材料と選択材料区分  必須材料 :行為遂行のためには必ず必要な材料  選択材料 :患者の便宜や治療結果向上のために使う材料として使わないとしても行為遂行に差し支えがない材料  株2) 別途補償で検討した既存非保険材料を行為数価に含ませる場合にはあたる材料費用位相対価値総点を増加させ  株3) 一部行為でばかり別途補償する寄稿の時材料や、射乳材料が給与に登載されている場合給与別途補償で検討して、残りは非給与別途認定で検討 | | | |

**7) 相対価値改訂作業の意義と限界**

・相対価値改訂作業の限界

- 作業衣最大の目的は現実を反映した客観的な相対価値数価を導出して相対価値体系の不均衡スによる医療歪みを改めること

- しかし給与数価が全体的に必要となった費用に及ぶことができない状況で、相対的に費用が低いと言って相対価値を下向き調整することは事実上難しかったら。すなわち相対的に他の行為たちに比べては相対価値が高いが相変らず数価が所要費用未満の行為の相対価値を下向き調整することは事実上の数価引下だから該当の医療科では収容することができなかった

- 相対価値研究ルのために 120個病院及び医院級医療機関を対象で実施した医療機関会計調査結果、給与行為は入って行った費用に比べて収入が少なくて、反対に非給与行為は入って行った費用に比べて収入が大きいことで現われる。すなわち給与で足りない費用を非給与で補っている構造を持っていることで現われ

- 非給与が医療科別で大きい相違を見せる状況で原価未満の給与行為に対する大幅の相対価値調整は場合によっては医療科別収入格差をもっと深化させる方向に作用することもできる

- また数十万竝びにあたる膨大な資料を短い期間に構築しながら、医療科別調整が十分ではなかったし、作成エラーに対する十分な検証が成り立つことができなかったら。これにより基礎資料である医師業務量と直接費用資料が安定的に構築されたと思う窮迫

- 上のような状況と基礎資料の不安定性によって 1次年度には医療科別相対価値総点を固定して、5年間にわたった段階的導入を提案した

註) 実取引横補償されるある薬剤及び治療材料は除いて分析した結果(2003年基準)

<図 3-3> 韓国の医療機関の給与及び非給与の収入-費用構造



・上のような限界にもかかわらず、この研究は下記のような成果があった

第一、行為定義を明確にさせて、行為定義による医師業務量及び直接費用資料を構築して相対価値の客観的な根拠資料を確保した。初期年度資料は不完全だが、今後の持続的な補完を通じて相対価値決定及び管理の一帯革新を用意することができる土台になることができる

第二、現在一つで合されている相対価値を医師業務量と医療費用で分離したし危険度相対価値を新設した。医師業務量と医療費用の分離は今後の開存病院制導入や支払い補償制度改革が容易くできて、危険度相対価値新設は医療事故関連費用の適正補償のための出発点になること

第三、行為に含ませにくい治療材料を別に分離して明示した。特に既存に患者負担で任意過程される材料を別途補償で処理して患者の実質的な医療費軽減だけではなく治療材料管理記伝の透明化で治療材料と計わる療養機関と保険字間葛藤を相当部分解消することができること

第四、医療科目私の数価ブルギュンヒ研究がひどかった行為の相対価値数価を調整と行為分類改善が必要な一部行為を再分類した。これを通じて費用と数価の非正常的な相違によって発生する医療歪みを最小化して良質の医療が合理的に提供されることができる基盤を造成した

<表 3-13> 現行相対価値及び新相対価値比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 現行相対価値 | 新相対価値 |
| 行為料に含まれる費用区域 | 行為料に含まれる業務や材料費用に対して論難がある | 行為定義を通じて行為料に含まれる業務や材料費用を明確にする |
| 医師業務量/医療費用区分 | 区分なし | 医師業務量と医療費用を別に区分して明示 |
| 医療事故危険度 | 別に区分だめ | 行為別危険度相対価値を別に計算 |
| 治療材料 | 行為料で充分に補償にならない材料費用が非保険形態で存在 | 非保険材料やその他別途補償が必要な材料を分離して相対価値数価を導出する |

DRW0001976c1142

Ⅳ。保険数価の調整

1.保険数価引上と物価管理

医療保険数価引上調整はほとんど毎年実行している。これによって毎年改定される医療保険数価基準は医学及び医療技術の発達による以前数価項目の改編と新設が主要内容になる。数価項目の改編や新設をする場合、関連学会の意見を最大限反映した。

しかし関連団体や関計省庁カンフェレンス過程で一番難しかった部分が経済企画院とのカンフェレンス過程だった。医療保険医療数価が公共料金と一緒に扱われるので消費者物価加重値に適用を受ける調査対象品目で診察料などが選定されるからだ。消費者物価加重値に適用受ける調査対象品目は経済企画院物価政策局によって 5年ごとに調整された。消費者物価調整品目加重治表の加重値区域算出内訳と品目別加重値付与方法は次項のようだった。

가.加重値母集団(1990年基準)

都市家計調査の世帯当り年平均消費支出額を基礎で都市家計の消費支出項目の中で価格調査が困難な宗教関係費、慶弔費、会費及びその他交際費を除いて、都市家計消費支出に含まれない借家評価額と家賃の保証金評価額を追加して加重値母集団を算出した。

**나.品目別加重値付与方法**

医療数価と計わる品目別加重値は次項のようだ。1990年基準で保健医療サービスの加重値は 25.5であり、その中で診察料 9.1、入院料 1.7、分娩料 5.0、X-RAY 撮影料 1.5、病院検査料 2.6、注射料 4.5、漢方診察料 0.9、漢方治療 0.2だ。この数値は 1985年に比べて 47.85%が低められたのだ。

医療保険数値引上げ率が消費者物価加重値に及ぶ影響を見れば次項のようだ。1993年 3月 1日付で医療保険数値を 5.0% 引き上げさせれば保健医療サービスの物価影響寄与度は 0.11になる。しかしすべての医療保険数値は消費者物価ではない経済企画院物価政策局で決めている品目別加重値コード番号に分類されている品目によって物価指数管理に関与している。

したがって 1993年度医療保険数値 5.0% 引き上げで保健医療サービス物価寄与度は 0.11ではない 0.09542になる。この加重値にある品目は経済企画院の物価政策政府で数価引上率をカンフェレンスする時注視するから保健社会部では分娩料みたいな場合に産前、産後処置料を新設して物価指数につかまらないようにして実質的引上を試みて来たが 1990年度の調整の後はその内容が分かるようになって産前産後処置料を分娩料に含ませて物価指数管理に干渉していた。

2000年まで保険数価調整は経済企画院の物価指数に縛られて毎年物価引上率、それも診察料、入院料、ソビョン検査料、ヒョル額検査料、X線撮影料など何種類数価を物価調査品目に入れて医療数価価全体物価引き上げに及ぶ影響を考慮すると言いながら統制一辺倒で引っぱった。新たに変わった健康保険法によって 2001年からは '数価契約制'が適用されているため物価政府による数価統制方法は幕を閉じた。

2.保険医療数価の引上調整

1977年 7月 1日医療保険数価基準が決まった以後、医療機関の医療収入源は自ずから医療保険医療数価に寄り掛かるしかなくなった。一方、医療保護数価はもちろん産業災害保険数価はなはだしくは自動車保険数価まで医療保険数価基準を適用するようになるので、医療保険数値引上げ率や保険給与拡大区域に対して医療界は関心を傾けるしかなかった。

1977年 7月 1日数価制定以後 1993年まで毎年一回の数価引き上げが行われた。しかし 1979年には 1月と 7月二度にかけて数価が引き上がったのに比べて 1984年と 1987年には数価が凍結された。1994年から 2009年までは 1996年に凍結されたところ惚れて 1997年度 1月と 9月二度の引上があったし、1998年には 7月、1999年には 11月に数価が調整されるなど数価引上時期が取り止めもなく成り立った。2000年 7月医薬分業を控えて病院や医院の医薬分業参加のために医薬品使用から来るマージンをなくすは名分で保険薬価の実取引が請求・補償制が 1999年 11月15日から施行されたし、医薬分業実施による診察料、処方箋料などの調整が不可避で 2000年度には 4月1日、7月1日、9月1日に三回にわたって数価インサングがあった。1999年 11月15日インサングブンまで合わせれば 4回にわたった数価・引き上げ調整を一体たらくになって 2001年の保険医療費暴騰の原因になったりした。

新たに変わった健康保険法によって 2001年からは '数価契約制'が適用されるので 2001年 1月1日に数価引き上げが不可避で引上調整した。

1976年以後数価策定・調整に提示する引上げ率は病院経営分析研究報告書を土台にして来た。その間研究用役を遂行した研究機関は韓国生産性本部、韓国人口保健研究院(韓国保健社会研究院の前身)、韓国開発研究院(KDI)、韓国保健社会研究院などすべて国策研究機関だった。保健福祉部でいくらなんでも客観的でリアルな研究機関の資料を提示しても、経済企画院の担当公務員たちは魔法遊びのような物価数値に結び付けるには力不足だった。

医薬分業の強行は五回の保険数価引上と医師の過剰処方と保険財政破綻の主犯で駆っていよいよ 2002年 4月1日史上類例がない保険数価 2.9% 引下、医師の処方箋料廃止のような劇薬処方箋が下ろされた。医療保険数価を政府の公共物価管理項目で告示した財政経済部の干渉を排除するために 1993年医療保障改革委員会に保健福祉部保険給与科で初めに '数価契約制' 導入(案)を提示するようになった。それがきっかけになって 1999年に制定公布された健康保険法に '療養給与費用契約制'が導入した。

1977年 7月医療保険数価基準制定以後 2009.1月までの数価引上げ率と消費者物価上昇率を整理した資料は <附表 4-1>に、そして要約された資料は <表 4-1>のようだ。医療保険管理体系が 1次統合された 1998年以前である 1997年 6月までは保険医療数価引上げ率累積指数価 456.3で消費者物価指数上昇率累積指数 461.2より低かったが医療保険管理体系の統合、薬価実取引価格が補償、医薬分業の実施など大きい改変を起こして健康保険時代に入った1999年からは、保険数価引上げ率累積指数価は、消費者物価指数上昇率累積指数をはるかに追い越してしまった。

2008年 1月 1日保険数価引上げ率累積指数は 845.0 だのに比べて、消費者物価指数上昇率累積指数は 676.3で健康保険数価引上げ率は消費者物価指数引上げ率より高い。それでも医療数価水準が現実とは距離が遠いということが医療界の認識だ。特に外科系手術数価は大部分が原価に未達で、外科系医師不足の一原因になっている。

**<表 4-1>医療保険数価引上率と物価上昇率比較表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **医療保険数値** | **消費者物価** | **1日入院料 (総合)** |
| **1977** | **100.0 (7月)** | **100.0** | **100.0** |
| **1994** | **367.3 (8月)** | **412.4** | **458.1('95)** |
| **2000** | **691.6 (9月)** | **523.2** | **664.5** |
| **2008** | **845.0 (1月)** | **676.3** | **1,017.4** |
| **注:( ) 内は基準年度または基準月**  **資料:保険数価は健康保険統計年譜、消費者物価は統計庁** | | | |

3.保険数価の部門別引上及び重点調整内訳

研究機関の病院経営分析結果を土台で保健社会部が要求した数価引上率が経済企画院によって反映されたのは 1979.1.1(20.75%)、1979.7.10(11.14%)、1982.6.1(7.1%)の3回だけで、それ以外は保健社会部(保健福祉部)の要求した引上率が反映されず、いつも低く返事されて保健社会部としては不可避に部門別引上にもっと重点を置くようになった。そして検査料や理学療法などを除いて行為頻度が高い手術料部分に数価引き上げの配分率を高めた結果、行為の難易度で公平性が崩れる結果をもたらすようになった。

制度初期には日本の数価制方法を採択して 1点当たり 10ウォンの換算指数を使ったが、数価制が相対価値を完全に評価できず、保険請求及び審査行政の便宜性などを考慮して 1981.6.15.金額制に変わった。1979.1.1 以後ほとんど毎年保険医療数価を引上調整して来たし、相対価値数価制を取り入れた 2001年以前には部門別引上配分が非常に重要な役目をした。年度別で数価を引き上げる時の重点調整した内容を列挙すれば下記のようであり、詳細な内容は <附表 4-4>に収録した。

**1) 1979.1.1 医療数価平均 20.75% 引き上げ**

○ 特記事項

- 保険数価の算定を病院収支と連携させて適正水準を導出しようとする試みで '韓国生産性本部'に研究用役依頼

- 一般数価と保険数価水準:外来- 81.5%、入院 74.1%、平均- 75.2%

- 公務員と私学教職員が全国的に散在していることを勘案して全国の医療機関を療養取扱機関で強制指定('77年医療保険施行当時の適用人口は320万名で全国民(3,641万名)の8.79%だったが、'79年度保険適用対象国民は796万名に全国民(3,754万名)の 21.2%に増加)

○ 主要変更事項

- 部門別均等な水準で配分して平均 20.75%を引上調整

- 深夜医療時間延長 :22時-05時 →22時-06時

- 医科と歯科診察料を等しく調整

- 同一患者同一療養機関利用の時初診料は 1月内には 1回だけ算定

- 深夜麻酔、処置・手術料は所定数価の 30%を加算

- 助産所を療養機関に指定(498ヶ所)

- 基本医療料である初診・再診の外来病院管理料と入院管理料地域間格差をのり抜き:ソウル、大都市、中小都市及び農漁村、農漁村の 4個地域圏を大都市と中小都市及び農漁村で 2個地役権で改訂

- 医療料(技術行為料)加算率をソウル、大都市、中小都市及び農漁村、農漁村の 4個地役権に細分化したことを大都市と中小都市及び農漁村で 2個圏域に縮小

**2) 1980.5.10 部で医療数価平均 19.38% 引き上げ**

- 部門別で見れば超・再診入院料は 17%、検査料は 12%、X線料、処方箋調剤料、注射料、精神療法料は 20%、当は 18%、理学療法料は 30%、処置及び手術料は 31.4%で差別調整

- 病院の外来本人負担率を 50%で上方修正

- 性病は医療保護基金で無料医療を実施して非道徳的伝染病で本人責任なのを理由に '非給与対象'で告示

- 高価で普遍しない理由で CT、超音波検査に対して '非給与対象'で告示

- 組合員 3,000人未満の職場組合は段階的に統廃合

**3) 1981.6.15 医療数価平均 16.6% 引き上げ**

- 初診料 17%、再診料 16%、入院料 20%、検査料 10%、X線料、処方箋調剤料、注射料、麻酔料、理学療法料各 14%、精神療法料 12%、処置及び手術料 21.2%で部門別引上率を差別化

- 数価制度を '数価制'を '金額制'で引換:医療費明細で作成及び審査支給の混乱防止 (ダングシ医院級は 85%以上、病院給与 50%以上、手作業で請求)

- 療養機関種別技術行為料差別加算制で地域差別を廃止して医科総合病院 20%、病院 10%、医院 4%で統一調整

- 深夜医療時間を夜間医療時間で用語変更して医療時間を 21-07時から 20-08時で 2時間延長

- 入院料の地域間差別を廃止

- 一部医科総合病院で自体調剤薬投薬する場合外来患者に限って所定調剤料の 30% 相当金額をゼゼリョで認定(薬事法第33条及び同法施行規則第9条ないし第11条 2の規定に一調剤施設カギ鼻の時)

- 'ギプス'の用語を 'キャスト'に変更

- 夜間(20時-08時)助産料加算率認定

- 歯蕾の補綴、不貞校コンコーダンスのキャリブレーションを非給与算定で告示(有権解釈の告示)

**4) 1982.6.1 医療数価平均 7.1% 引き上げ**

- 初診料 9.2%、再診料 8.9%、入院料 11.9%、検査料 3.0%、精神療法料 5.0%、処置及び手術料 5.0%、その他 4.0%で差別調整

- 特進制度に対する補完('82.2月監査者監査枝隙事項)

・特進は特進制を実施する医科総合病院に限定する

・特進は必ず患者の希望により

・特進料は特進医師が行った医療行為にだけ適用する

- 基準病室確保率改訂

・医療法第32条及び同法施行令第22条によって基準ビ研究サングウを病床数の 50% 以上確保するように決め

・基準病室:医療法上適当で冷・加温施設を取り揃えなければならない

- 人口減少対策補完

・不姙手術保険給与適用

・3児以上分娩給与制限

- 性病に対する保険給与適用

- 保健機関医療数価制定

- 入院管理料セネステシア制改善

・15日以上長期入院の時病院管理料と患者管理料皆セネステシアは不合理なので患者管理料だけセネステシア適用:15日-30日 80%、31日以上 70%

**5) 1983.10.1 部で医療数価平均 4.0% 引き上げ**

- 再診料 3.4%、入院料 5.0%、処置及び手数料 5.58%、その他は 4.0%ずつ調整

- 祝日診察料 50% 加算適用

- 歯科大学附属歯科病院医療技術料加算率上方修正

・5個国立歯科大学附属病院(20% 適用)と 3個私立歯科大学附属病院(10% 適用)の公平性高麗:10% ・20%で上向き

- 特殊病院(癌センターなど) 医療技術料加算率調整

・年歳癌センターは年歳医大附属病院内設置されていて現行加算率(10%)は矛盾があって医大附属病院と同日数与えた(20%)で統一

- 人口減少対策一環で子宮内器具(IUD)の保険給与適用

**6) 1985.3.1 医療数価平均 3.0% 引き上げ**

- 初診料8.4%、入院料 10%、調剤 10%だけ配分

- 夜間 (20時-08時)に 6時間以上医療機関にとどまる場合には 1日の病院管理料を算定するようにする (現行 12時間米だけは昼夜問わず算定不可)

**7) 1986.6.1 医療数価平均 3.0% 引き上げ**

- 初診料 4.67%、再診料 4.38%、入院料 11.29%だけ配分

- X線特殊ファルヤング判読料はX線実地医家判読場合だけ算定可能

**8) 1988.2.15 医療数価平均 12.2% 引き上げ**

- 初診料、麻酔料、理学療法料、12.2%、再診料 13.8%、入院料 14.0%、検査料 9.3%、X線料 11.8%、処方箋調剤料 10.0%、注射料、精神療法料 11.4%、処置及び手術料 12.0% それぞれ調整

- 夜間(20時~08時)、祝日診察料 25% 加算制導入

- イマージセンターで 12時間以上 24時間未満ずっと医療の時 1日間の管理料だけ認めたことを 1日間の入院料算定するように変更

- 入院料構成内容の変更

- AIDS 検査料 (血球凝集法 2,500ウォン、ヒョソミョンヨックボブ 4,500ウォン) 新設

- 夜間処置及び手術の時、麻酔及び分娩など、夜間加算率 30% ・40% に上方修正

- 深板分析精神療法請求の急増オックゼチ額で性格構造、エゴ防御様相の受精目的に精神と専門医師 45分以上深板分析を施行した場合にだけ算定するように補完

- 精神医学的ソーシャルワーク誌も、社会調査、家庭訪問数価は週1回、チリョギガンズング 2刺身以内だけ算定するように補完(精神医学と実地医家処方箋による医療社会福祉士が実施した場合認定)

- 医療脆弱地域に設置した '病院化保健所(医療院)'の医療数価新設(医院級数価適用)

<表 4-2> 医科総合病院基準入院料改正案の比較

(単位:ウォン)

|  |  |
| --- | --- |
| 現行 ('88.2.14.以前) | 改訂 ('88.2.15.以後) |
| 入院室料 2,820 (37.5%) 入院管理料 4,690 (62.5%) -病院管理料 1,990(26.5%) -患者管理料 2,700(40.0%) | 入院病院管理料 3,660 (48.7%) (入院室料 + 病院管理料)  患者管理料 3,850 (51.3%)  -医学管理料 1,690 (22.5%)  -看護管理料 1,390 (18.5%)  -その他患者管理料 770 (10.3%) |
| 計 7,510 (100%) | 計 7,510 (100%) |

<表 4-3> 総合専門療養機関」看護管理料変動内訳

(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| '88.2.14.以前 | '88.2.15 | '99.11.15 | 2001.1.1 | 2009.1.1 |
| 1日入院料 7,510 | 1日入院料 7,510 | 1日入院料 21,400 | 1日入院料 22,400 | 1日入院料 32,150 |
| ・入院室料 2,820(37.5) ・入院管理料 4,690  -病院管理料 1,990(26.5) -患者管理料 2,700(40.0) | ・病院管理料 3,660(48.7) (入院室料+病院管理料) ・患者管理料 3,850 -医学管理料 1,690(22.5) -看護管理料 1,690(18.5) -その他患者管理料  770(10.3) | ・病院管理料 9,600(45) ・医学管理料 6,400(30) ・看護管理料  5,400(25) | ・病院管理料 7,840(35) ・医学管理料  8,960(40) ・看護管理料  5,600(25) | ・病院管理料  11,250(35) ・医学管理料  12,860(40) ・看護管理料  8,040(25) |
| 註) ( )内は構成費(%)である | | | | |

**9) 1989.7.1 医療数価平均 9.0% 引き上げ**

- 都市自営者まで医療保険を適用するようになって全国民医療保険時代に迎えるようになる

- 検査料とリハ及び物理治療では最低水準(2.0%)で調整と処方箋・調剤料は 3.0%、X線料は 5.0%、麻酔料は 6.0%、処置・手術料は 6.2%で調整

- 医療機関種別加算率上方修正

・医院(歯科医院) 4% ・7%

・病院 10% ・13%

・医科総合病院 20% ・23%

・3次医療機関 20% ・30%(医療伝達体系施行で 42個を指定)

- 小児加算年令調整:満 6歳米のみを満 8歳未満で調整と入院、放射線撮影及び治療、注射、麻酔、キャスト、歯科にだけ加算するが加算率は該当の数価現行加算率規定を維持

- 3次医療機関入院料新設医科総合病院より 7.4% 高い 8,800ウォン

- イマージセンター及び入院室認定時間調整:12時間以上を 6時間以上に寛解して 1日入院料認定

**10) 1990.2.1 医療数価平均 7.0% 引き上げ**

- 初診料は 5.8%、再診料は 7.5%で引き上げて、入院料は平均より高く 8.2%で調整と、検査料は行為量増加要であるなどを考慮して低く 6.0%で調整

- 土曜日診察料加算時間を 15:00 - 09:00 を 14:00 - 09:00で 1時間延長

- 3個医療前門と専門医師上根する病院の医療科目別診察料をそれぞれ認定 (施行日 :'90.4.1)

**11) 1991.7.1 医療数価平均 8.0% 引き上げ**

- 初診料 9.1%、再診料凍結、入院料 8.0%、調剤料 8.0%、ニョ・血液等検査料凍結、病理組織・内視鏡など 12%、リハ及び物理治療 5%、X線、注射料、麻酔料 7%、精神療法料 10%、処置及び手術料 24.02% 引き上げ調整

- 外来診察料セネステシア制新設 :医師 1人当り 1日 150人超過医療の時適用

- 祝日処置・手術・麻酔の時 20% 加算新設

- 入院患者調剤料新設 :1日調剤料 50ウォン

**12) 1992.5.1 部で医療数価平均 5.98% 引き上げ**

- 初診料 3,600ウォン ・3,850ウォン (6.94%)、再診料 2,150 ・2,250ウォン (4.65%)

- 検査料 4.18%、病理組織・内視鏡・核医学検査・添え字及び機能検査は 5.98%、入院料及びその他は平均引上げ率 5.98%を配分

- 3歳未満小児再診診察の時診察料加算新設

- 救急看護体系構築のための祝日週刊処置及び手術、麻酔の時加算率上向き調整(技術料の 20% ・40%)

- '92.10.1から骨髄移植を保険給与にするによって '実施機関認定基準'を制定

**13) 1993.3.1 医療数価平均 5.05% 引き上げ**

- 夜間(20-08時)、祝日 40% 加算を平日夜間 (19-09時)には 40%、平日深夜 (22-06時)と祝日には 50%を加算するように調整

- 処置及び手術料の時間の外、深夜及び祝日シガンデルを麻酔料加算時間台及び加算率を適用するように調整

- 骨髄移植数価項目を新設

- 人工水晶体を非給与算定で療養機関の糸旧口元で保険給与対象でした

**14) 1994.8.1 医療数価 5.85% 引き上げ**

- 保険医療費の技術料台材料代(医薬品含み) 構成比は 65.41% :34.59%で分析

- 初診料は 5.7%、再診料は 4.7%、入院料は医院 5.2%、病院 5.1%、医科総合病院 5.2%、3次機関 5.1%でそれぞれ引上調整

- 1次医療機関の役目と機能を活動化して 3次機関の患者集中現象を寛解させるための措置で医療機関技術行為料加算率調整

・医院 7% ・9%、病院 13% ・15%、医科総合病院(23%)と 3次機関(30%)は凍結

- 人乳授乳勧奨のための数価項目新設

- 急患関連数価、障害者関連数価、医療伝達体系活性化のための患者回送料等の新設と医院級でのマツィゾンムンの招聘料の上方修正

- 10病床以下の医院級に対して基準病床確保率(50%以上) 義務規定削除

- 療養給与期間 180日制限を寛解:'94.7.8から満 65歳以上老人と登録されたザングエインに限って 210日で延長

**15) 1995.4.1 医療数価 5.8% 引き上げ**

- 初診料 6.5%、再診料は 4.9%、入院料 5.8% 引き上げ

- 外来患者本人負担定額制は医院・漢医院 3.5%、歯科医院 3.0%、余分の局在性地域病院 2.6%、余分の局在性地域総合病院 4.8%ずつ引上

**16) 1995.12.10 医療数価 11.82% 引き上げ**

- 初診料 20.61%、再診料 10.47%、入院料は医院 19.98%、病院 20.29%、医科総合病院 19.93%、3次機関 19.97%、行為頻度が高いニョ及び血液検査は 2.0%、病理組織、核医学検査、機能・内視鏡・穿開など検査、麻酔料は 9.0%、X線は 7.0%、注射料 3.0%、処方箋・調剤料 5.0%、理学療法料 6.0%、精神療法料 7.0%、処置及び手術料医院 10%、歯科 11% 引き上げ

- 不均衡ス数価改善

- 数価新設項目:CT検査、退院薬処方箋・調剤料、長期処方調剤料、会陰の部位看護ケア、トングモックヨックガンホ、寝床お風呂看護ケア、入院患者他科診察料、薬局保険服薬ガイダンス料など

※ CT 非給与施行日:1996.1.1

- 1回当り:頭頸部またはあし 104,930ウォン、球間 108,590ウォン(慣行数価の 77.9% 水準)

- 判読料は放射線科実地医家にだけ認定

- 指定医療費賦課は圧排

- 電算化単一層撮影装置実施機関認定など基準制定

**17) 1997.9.1 医療数価を 9.0% 引き上げ**

- 正常分娩給与期間を 3日以内で制限した規定を無くして方だけ数価を重点引上

- 療養給与期間を 240日から 270日まで延長

- 法定伝染病患者単独隔離入院の時入院料 100% 加算を 200% 加算するようにして、2人以上隔離入院の時入院患者管理料 100% 加算を 200% 加算するようにした

**18) 1999.11.15 医療陣料数価 9.0% 引き上げ、保険薬価 30.7% 引下、保険医薬品実取引が償還制度施行**

- 医療保険数値は 1998.7.1 3.5% 引き上がった以後 16ヶ月ぶりに調整される

- 非給与品目だった高価薬剤と医療用材料を保険給与化

- 看護管理料加算制新設

<表 4-4> 2006年以前看護管理料加算制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 等級 | 看護婦当たり病床数 | 加算内訳 |
| 1 | 2.5 未満 (総合専門療養機関 2.0 未満) | 看護管理料の 200%(入院料の 50%) |
| 2 | 2.5 - 3.0 | 看護管理料の 160%(入院料の 40%) |
| 3 | 3.0 - 3.5 | 看護管理料の 120%(入院料の 30%) |
| 4 | 3.5 - 4.0 | 看護管理料の 80%(入院料の 20%) |
| 5 | 4.0 - 4.5 | 看護管理料の 40%(入院料の 10%) |
| 6 | 4.5 以上 | 加算なし |

**19) 2000.4.1 医療保険数値を平均 6.0%引き上げ**

- 種別加算率調整:医院(15%)、病院(20%)、医科総合病院(25%)で引上

- 医薬品管理料は医院は訪問だ 360ウォンを投与日手当て 150ウォンで、病院は訪問だ 300ウォンを投与日手当て 50ウォンで、医科総合病院は訪問だ 290ウォンを投与日手当て 40ウォンで、総合専門病院は訪問だ 270ウォンを投与日手当て 30ウォンで調整

- 医薬分業色止めのために調剤料などは大幅に上向き調整する

・医薬品管理料を訪問だ 170ウォンを設定する

・2000年 4月 1日保険数価平均 6.0% 引き上げ調整の時薬局の医薬品管理料を '訪問だ'を '調剤1日当'に変更して金額を 90ウォンで調整する

・この時、基本調剤技術料(訪問だ) 300ウォンは 360ウォンで服薬ガイダンス料(訪問だ) 160ウォンは 260ウォンでそれぞれ引き上げ

**20) 2000.7.1 医療保険数値を平均 9.2% 引き上げ**

- 1999.11.15字で医薬品実取引が補償制度を取り入れながら医療保険薬価を平均 30.7% 引き下げたし、同時に医療保険数値は平均 9.2% 引き上げながら以後未保全薬価マジンブンに対する損失ボゾンチ額の一環で 2000.4.1 医療保険数値を平均 6% 引き上げ調整したが 7月 1日医薬分業実施によって医療界が不利益を見ないように適正水準の処方箋料と調剤料を最大限保全するために再調整する

- ウォン外処方料 1,172ウォン引き上げ (1,691ウォン ・2,863ウォン)

- 薬局訪問当たり基本数価 1,053ウォン引き上げ (2,650ウォン ・3,703ウォン)

- も、薬局管理料、基本調剤技術料、服薬ガイダンス料と医薬品管理料は凍結する代わりに調剤料は大幅に引き上げ

・飲み薬 1日分 300ウォン ・1,350ウォン、2日分 600ウォン ・1,650ウォン、3日分 900ウォン ・1,950ウォン、4日分以上 15日分は 1日割り 160ウォン ・170ウォン、16日分以上は日数問わず 3,300ウォン ・4,440ウォン、30日以上超過の時日数問わず 8,140ウォン ・9,190ウォンで引き上げ

・医薬分業による医院の費用増加は約 7,207億ウォンで推正して約 3,357億ウォンは数価を調整しなくても補償可能なのでその差額である約 3,850億ウォンだけ数価インサングウを通じて償うが全額 'ウォン外処方料'に反映

・薬局の場合収入減衰率額は 1兆 3,430億ウォンで推正して約 9,611億ウォンは調剤料などを調整しなくても補償可能なのでその差額約 3,819億ウォン全額 '処方箋による調剤料'に反映すると保健福祉部が発表

・薬局の場合満 6歳未満の小児に対する調剤投薬時基本調剤技術料に 200ウォンを加算するようにした

**21) 2000.9.1 医療数価 6.5% 引き上げ**

- 外来再診診察料の引上調整及び医院と病院の再診診察料を差別化した

**22) 2001.1.1 医療数価 7.08% 引き上げて 2001.7.1部でウォン外処方料削除**

- 外来患者に対する注射剤ウォン外処方料項目削除

- 診察料と処方箋料の統合 (処方箋料無くし)

- 診察料、調剤料などの患者数による差別数価提議導入

・75人以下なら差引しなくて、75人超過 100人までは 10% 差引、100人超過 150人までは 25% 差引、150人超過すれば 50%を差引

・医師(歯科医、漢方医含み)は 1日医療患者数を基準、薬剤師は 1日調剤患者数を基準するが医師は診察料(ジンチァルグァンリリョと処方箋管理料込み)に対して、薬剤師は薬局管理料、基本調剤技術料、服薬ガイダンス料、調剤料に対して差引

- 入院料構成の再編

- 2001.7.1部でウォン外処方料削除とともに診察料を医院、病院、医科総合病院など療養機関を 7個種類で区分して差別化させ

- そして 「医科医院」は (가)、(나)、(だ) 君にして 「歯科病院」は (라)君に細分する

**23) 2002.1.1から調剤 1日当 '医薬品管理料'を調剤日数に注いで算定告示する**

- 医院と保健医療院内医科だけ 「가、나、だ、라」 群で区分と違う療養機関種類では 「가、나、だ」 分類を削除する

**24) 2002.4.1部で医療数価 2.9% 引下**

- 保険財政赤字咳嗽のために史上初めて医療数価を 2.9% 引下告示する

**25) 2003.1.1 医療数価を平均 2.97% 引き上げ**

- 2003.7.1 地域加入者と職場加入者全体に対して保険料収入及び管理運営費の支出を統合して運営

- 2003.5.1 下痢止め 235ヶ所を 22ヶ所(8個のり抜き)にして各下痢止めで職場・地域業務同時遂行するように組職・業務一元化実施

**26) 2004.1.1 部で医療数価を平均 2.65% 引き上げ**

- 診察料で医科医院の 「가、나、だ、라」群区分を無くして、(1) ~ (7) ラムスの療養機関類型を決めて差別化した

- 2001.7.1から医科医院前門医療科目によって差別化された診察料が 2004.1.1から療養機関種類によって差別化になる

**27) 2005.1.1 部で医療数価を平均 2.99% 引き上げ**

- 人口サプレッサー政策の一環でギゾックギェフ額サアップのポグァル数価に規制したゾンググァンゾルゼスルまたはクリッピング(定木-389-1-25)、輸卵管結紮(定木-4-34)、ワルギ研究ゾゾルスル(定木-445-加衣註)、ザグングネザングチサブイブスル(定木-427)に対する単日数価を適用した規制を撤廃して種別加算率認定

**28) 2006.1.1 部で医療数価を平均 3.5% 引き上げ**

- 第2章検査料分類項目数追加拡大

・[別表1]で "お前-78 ~ お前-450" 項目の中で 14台項目

・[別表2]で "や-600-2"、"お前-1 ~ お前-575" 項目の中で 132個項目追加

- ザがミョンヨックジルファンゴムサ、計測病理検査、粉子病理検査、腎臓及びビニョギゴムサ、時機能検査などに検査項目増加及び分類番号大幅に変更

**29) 2007.1.1 部で医療数価を平均 2.3% 引き上げ**

- 入院患者食代を療養給与対象にしてその価格を告示するによって保険財政負担が過重されて施行 2年ぶりである 2009年から本人負担を 20%から 50%で調整

- 看護ケア人力確保数与えた(水)による入院料等級別 '加算制'は 2008年から '加減制'になって以前 6等級斉家 7等級ゼロ変わって 7等級に当たれば看護ケア料を減額

<表 4-5> 2007年以後看護管理料加減制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 等級 | 看護婦党病床数 | 가・減算内訳 | |
| 1 | 2.5未満 (総合専門療養機関 2.0未満) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 50% | 医科総合病院、漢方病院 2等級入院料の 10% |
| 2 | 2.5 - 3.0 (総合専門療養機関 2.0 - 2.5) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 40% | 医科総合病院、漢方病院 3等級入院料の 10% |
| 3 | 3.0 - 3.5 (総合専門療養機関 2.5 - 3.0) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 30% | 医科総合病院、漢方病院 4等級入院料の 15% |
| 4 | 3.5 - 4.0 (総合専門療養機関 3.0 - 3.5) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 20% | 医科総合病院、漢方病院 5等級入院料の 10% |
| 5 | 4.0 - 4.5 (総合専門療養機関 3.5 - 4.0) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 10% | 医科総合病院は 6等級の 10%、病院は 6等級の 15% |
| 6 | 4.5 - 6.0 (総合専門療養機関 4.0 以上) | 加算なし | 加算なし |
| 7 | 6.0 以上 |  | 入院料の 5% 減算 |

**30) 2008.1.1 医療数価平均 1.94% 引き上げ**

- 2001年から施行されて来た相対価値数価表数価チ額ザには 2007年度までは各分類行為に数価と金額を一緒に収録して来たが 2008年からは '類型別換算指数(数価当たり単価)' 適用で療養機関流行によって金額が変わっていちいち併行収録するにはあまりにも複雑で分量が多くなるので数価だけ記載している(健康保険療養給与費用 2008年 2ワルパン 'お知らせ)

- 第2章検査料第1節検体検査(別表1)を無くして(別表2)を (別表)でした

**31) 2009.1.1 医療数価平均 2.22% 引き上げ**

- 類型別契約実施 2次年度には総合病運、病院、療養病院は 1.93%、医院は 2.09%、歯科病院は 3.46%、漢方病院は 3.63%、助産婦は 9.29%、薬局は 2.22%、保健機関は 2.58%でそれぞれ差別調整する

4.換算指数の調整と療養給与費用の契約制導入

가.換算指数の設定方法

**1) 換算指数の決定方法**

換算指数は相対価値数価を金額でターンオーバーさせる指標だから数価で一種の単価機能をする非常に重要な指標だ。換算指数は医療機関の経営レジンと結付させて決まる。経営レジンというのが医療機関の経営能力や医療機関の環境(選択診療施行可否、上級病室の活用程度、非給与サービスの開発程度など)によって左右されるから単純な経営分析だけで決定をしにくい側面がある。

したがって換算指数は供給者と保険者が交渉を通じる契約で決めるようになる。療養給与費用の契約当事者としては保険者を代表して国民健康保険公団理事長、そして医療供給者を代表する各団体長が明示されている(法第 42条)。交渉のために契約当事者たちは先に換算指数である数価当たり単価をそれぞれ準備しなければならない。

国民健康保険公団理事長と各供給者を代表する医薬系団体長は各々自体研究チームまたは外部専門家に研究を依頼して換算指数を準備して、その結果を換算指数契約のための交渉で提示してこれを換算指数にすることを主張する。

国民健康保険公団理事長は契約を締結するために事前に健康保険法第31条の規定によって公団に設置されている 「財政運営委員会」の審議・議決を通さなければならない。健保公団の財政運営委員会は地域加入者代表、職場加入者代表、共益を代表する各 10人ずつ全体 30人で構成されている。

ところで数価などは契約で決めるようにして契約は財政運営委員会の審議・議決を通すように決めておいてからは審議・議決機関に供給者代表の参加を法で封鎖して換算指数の決定に供給者の医師が反映されることができないようにした。供給者代表がいないから財政運営委員会は療養給与費用を合理的に調整しようとする雰囲気が造成されることができない。

相対価値数価の数価当たり単価を決める換算指数決定は 2000年この制度が導入した以後 2000年と 2008年ただ 2回だけ相互合意による契約が成立されただけ残り 7回は健康保険法第42条第3項の規定によって保健福祉家族部長官が健康保険政策審議委員会(委員長福祉副次官)の議決を経って強制で決めた。

契約締結期間が契約期間満了日前 3月以内に対する読影上是非を払拭させるために 2006.12.30 健康保険法第42条第3項を改正して 'その契約期間満了日の 75日前まで'と銘記したにも 2007年及び 2008年にはこの規定度履行しなかった。

換算指数は相対価値数価制度が導入した以後単一数価にしたが、2007.9.27 大統領令第2028号で国民健康保険法施行令が改定されて相対価値数価の数価当たり単価を国民健康保険公団理事長と医薬系各代表の間に療養機関類型別で締結するようにして 2008年 1月 1日からは療養機関種別(類型別)で異にするようになった。

**2) 換算指数の変遷**

相対価値数価制度が初めて実施された 2001年度には換算指数価数価当たり 55.4ウォンで決まった。しかし 2001年健康保険財政破綻問題がはみでながら 2002年度には 53.8ウォンで下向き調整されて実質的に健康保険数価が 2.9% 引下される史上初めの事が起った。2003年からはまた数価当たり単価が 2.0 - 3.5% 間で引き上がった。

<表 4-6>は単一の換算指数の変動を現わしたし、<表 4-7>は療養機関種別で異にする換算指数の変動を現わした。

<表 4-6> 単一換算指数時機(2001年~2007年)の換算指数

(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| 数価当たり単価 | 55.4 | 53.8 | 55.4 | 56.9 | 58.6 | 60.7 | 62.1 |
| 告示日付 | 2000.12.8 | 2001.12.13 | 2002.11.15 | 2003.8.23 | 2004.11.19 | 2005.10.31 | 2006.7.25 |
| 引上率 | - | -2.9 | 2.97 | 2.65 | 2.99 | 3.50 | 2.30 |
| 契約成立可否 | O | X | X | X | X | X | X |

<表 4-7> 類型別換算指数時機(2007年~2009年)

(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 類型別分類 | 数価当たり単価 | | | | |
| 2007 | 2008 | 引上げ率 | 2009 | 引上げ率 |
| 医科総合病院、病院、療養病院 | 62.1 | 62.2 | 0.16 | 63.4 | 1.93 |
| 医院 | 62.1 | 62.1 | 0 | 63.4 | 2.09 |
| 歯科医院、歯科医院 | 62.1 | 63.6 | 2.41 | 65.8 | 3.49 |
| 漢方病院、漢医院 | 62.1 | 63.3 | 1.93 | 65.6 | 3.60 |
| 助産婦 | 62.1 | 80.7 | 29.95 | 88.2 | 9.29 |
| 薬局、韓国みなしご薬センター | 62.1 | 63.1 | 1.61 | 64.5 | 2.22 |
| 保健機関 | 62.1 | 62.1 | 0 | 63.7 | 2.57 |
| 告示日付け | | 2007.12.10 | | 2008.12.23 | |
| 契約成立可否 | | X | | O | |
| 注:('08年基準単価) :'07年度数価当たり単価に危険度相対価値(数価増加) 調整結果反映して算出 | | | | | |

나.契約制の導入

医療保険制度実施以後医療界は政府に対して 5まかなってください事項を持続的に要求して来た。その一番目が '医療保険数値の現実化'、二番目が '医療保険数値の契約制'、三番目が '審査一元論の独立化'、四番目が '療養機関の強制指定制廃止及び契約制'、五番目が '医療保険管理体系の一元化'だった。

このなかに二番目と三番目、五番目は志を果たしたが一番目と四番目はいまだに実現ができない。

この二つの事項の中一番目事項である '医療保険数値の現実化'は永遠な未決に行くしかないだろう。その理由は、現実化水準に対して供給者と消費者の見解が同じくなることができないからだ。そして統制仮格下げにある限り現実化された水準を計量することができない問題がある。

数価契約斉家導入したと言って財政経済部の物価管理くびきを完全に脱したと思うことは難しい。数価契約当事者に財政経済部公務員が政府負担保険財政調逹問題を解決するために参加しているからだ。

数価契約に保険者代表と医薬系代表が合意を見たことは 2001年 1月1日に適用された相対価値数価単価契約と 2009年も適用される数価契約で 9回の中でやっと 2回だけ合意を見て残りは健康保険政策審議委員会で決めて結局数価契約斉家ではなくて公示制という鼻板を受けている。

2006年数価 3.50% 引き上げ契約を 2005年末にしながら今後からは療養機関の種別によって数価を差別契約しようという部隊決議案に医療界が同意したにもかかわらず、2007年度適用数価契約シ部隊決意事項を守ってくれないという理由で数価契約が 2006年法定期日を越すようになって結局 '健康保険政策審議委員会'の議決を経って相対価値数価当たり単価を 2.30% 引き上げて告示した。

このように健康保険医療数価である健康保険療養級で費用の価格決定を保険者代表である国民健康保険公団理事長と各医薬団体が選出した医薬系代表者の間に 1年の間有效な契約をするように規定(法第42条第1項)とあるが契約が成立されない時は以前のように保健福祉部長官が告示するようになっている。

2007.9.27 大統領令第2028号で国民健康保険法施行令が改定されて相対価値数価の数価当たり単価を国民健康保険公団理事長と医薬系各代表の間・療養機関類型別で締結するようになるによって保険数価が過去単日数価だったことが 2008年 1月 1日からは療養機関種別数価になった。療養機関別契約類型は <表 4-8>のようだ。

<表 4-8> 療養機関別契約類型

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 類型 | 類型代表 | 契約当事者 |
| 類型 1 | 大韓医師協会 | 医院 |
| 類型 2 | 大韓病院協会 | 病院、医科総合病院、総合専門 |
| 類型 3 | 大韓歯科医協会 | 歯科医院、歯科医院 |
| 類型 4 | 大韓漢方医協会 | 漢医院、漢方病院 |
| 類型 5 | 大韓薬剤師会 | 薬局 |
| 保健機関 | 保健福祉部 | 保健機関 |
| 助産所 | 大韓看護ケア協会 | 助産所 |

DRW0001976c1144

Ⅴ。保険数価制度、水準及び管理上の問題点

1.相対価値数価制度の問題点

가.1次相対価値数価の問題点

2001年に施行された 1次相対価値数価制度の持つ問題点は次項のようだ。

第一、1次研究結果によって算出された研究数価価そのまま実行されることができずに変形されるによって 1次相対価値数価は客観的な根拠を持った数価で見にくい。既存数価価研究数価より低い項目の数価は上向き調整した一方、研究数価を超過する項目の数価は下向き調整せず項目の間数価の不均衡数価は相変らず存在する問題があった。

第二、最小費用原則が守られない問題があった。相対価値の核心はどんな行為を遂行するのに必要な最小訓練を受けた医師の人件費を基準にしなければならないのに(Feldstein、2005) そういう基準が適用されることができずに相変らず療養機関種類別で差別化させた点だ。すなわち最小費用原則を守ることができない事によった非效率性がそのまま内在するという点だ。

第三、既存研究数価も根本的に見直す必要性がある。原価分析のために使った 8個病院資料が韓国の全体を代表するとは思いにくいし、特に医院級資料が反映されなくて、以後換算指数計算などで問題になった。

第四、相対価値を成す 3種構成要素(医師業務量、医療費用、医療思考費用)が分離していない問題がある。医師費用と医療費用が区分された 一次調査研究結果とは違い最終的に導入した相対価値は医師費用と医療費用が統合されて、活用に制約が多い。医師費用と医療費用が区分されていれば、DRG支払い制度導入など支払い制度変更や、開放型病院制度導入のような医療制度改善に容易く活用することができるでしょう。

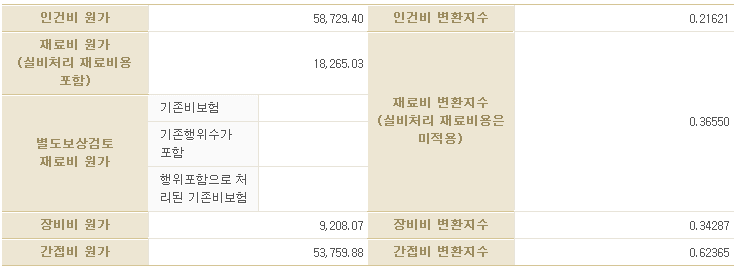
五番目、最近増加成り行きである医療事故に対する危険度が分離していなくて、危険度が高い医療科に対する思いやりのない問題がある。複雑な研究と調整過程を経って相対価値制数価作われたから、現行相対価値数価の根拠を捜しにくい問題がある。したがって数価算定の根拠が不確かで、改訂記伝のない問題がある。すなわち合理的な相対価値改訂記伝を作ることができなかったし、相対価値改訂は政策的状況によって不規則的に成り立つしかなかった。このような改訂は相対価値数価の歪みを改めるよりしたしろ数価歪みを深化させる方向に作用したりした。

나.2次相対価値数価制度の問題点

**1) 専門科目間総点固定**

相対価値数価と言うことは各医療行為の間に投入された資源の量によって数価を現わしたのだ。したがってこれを改正するには医科・歯科、漢方医科、薬局など直訳による区分や、医科内で内科、外科など医療科目の区分は必要もなくて、あってもならないだろう。ただし前者の場合供給者間行為分野が明確に区分されるという点で数価の尺度(scale) 水準が直訳間相違があることはどの位容認されることができる。しかし内科、外科など供給者の分野が兔許で等しくて、特定医療科の選好/忌避など医療供給の不均衡の発生する素地がある場合には投入された資源の量による数価算定が必ず要求される。

現在告示された相対価値数価ではこのような原則が無視された審査評価院の研究数価を根拠に改定された。すなわち、内科関連、外科関連など各医療科の医療行為を区分し、改訂以前の数価総額と改訂以後の数価総額を同一に維持したという点だ。不合理にもかかわらずこのようにするしかなかった理由は審査評価院の研究数価価が上向き指向で接近して算出されたが、保険財政に合わせるために調整指数という任意の数で割引(discount)するしかなかった研究設計に起因する。



<図 5-1> 医療費用変換指数事例:正常分娩(初産)-第1胎児

**2) 医療費用変換指数の適用-原価の歪み**

審査評価院で研究された数価には変換指数という概念がある。<図 5-1>は審査評価院ホームページで '正常分娩(初産)-第1胎児'の医療原価を問い合わせした一部だ。材料費変換指数 0.36550、装備費変換指数 0.34287という内容が見られる。これは医療界が提出した材料費に対して 36.55% 水準で割引(discount)と、装備費に対して 34.29% 水準で割引したということを意味する。原価を償うことができずに割引を一理由は審査評価原義医療費用原価算出方法が上向き式接近によったからだった(表 5-1 参照).

結局研究設計で過大調査される結果を予測することができなかったし、医療科別で総点を固定したまま数価を割引するしかなかったのだ。このような医療科別総点を固定した状態での変換指数適用は結果的に医療科目の間投入された資源による公平性ある数価の導出に失敗したことを意味する。もちろんこのような問題点は医師業務量に対してもあったし、これは医師協会の責任がもっと重いと言える。

<表 5-1> 医療費用相対価値数価算出方法

|  |
| --- |
| 直接費用は調査・研究の方法によって大きく下向き式(top-down) 費用算出方法と上向き式(bottom up) 費用算出方法で区分することができる。このような方式適用が相対価値数価の妥当性に相当な影響を及ぼすのにこれを理解するために医療費用相対価値数価算出方法が分からなければならない。  下向き式接近による医療費用算出  下向き式方法はまず費用中心点(cost center)で、発生した費用を皆集計してその費用を行為に配分するのだ。例えば、oo検査室に常在する人力の人件費が月 200万ウォン、装備の減価償却費が月 100万ウォン、oo検査件数は月 1,000件だという場合、oo検査件当たり 3,000ウォンの医療費用に算出される。  この接近方法の長所では医療費用と頻度を掛けたすべて医療費用が調査された原価総額と必ず一致するという点だ。短所では資源の消費量が相異なっている多くの類型の行為が等しい費用ピントで発生する場合(別途の調査を施行しないたいてい)、これを配分する適当な基準がない。そして医療費用原価は行為頻度に大きく影響を受けるので、患者が多い病院で調査した時原価水準は母集団の水準より相対的に低くなる。1997年韓国標準医療行為分類に対する相対価値開発研究で適用した方法だ。  上向き式接近による医療費用算出  上向き式方法はまずすべての費用要素に対して標準単価を求めて、臨床専門家パネル(CPEP)で各費用要素がいくら必要となるかどうかを決める方法を取る。例えば、どの職種の標準人件費単価 150ウォン/分、oo装備の標準減価償却費 100ウォン/分という資料を収集して、CPEPで oo検査の所要時間は 20分라する場合、oo検査の件当たり医療費用は 5,000ウォンに算出される。  この接近方法の長所ではすべての行為それぞれに対して原価構成要素とその金額をいちいち並べることで医療費用相対価値数価の根拠が明らかになって、今後に改訂が易しくできるというのだ。一方標準単価と標準繰り出し量、標準時間などを適用したからこれを実際医療機関に影つけして備えれば、標準費用が実際費用より大きく現われる蓋然性が非常に高い。現在進行中の相対価値数価開発がこの接近を取っているし、標準費用と実際費用相違を一致させるために医療機関全体費用の資料を活用している。 |

**3) 医学研修生、レジデントまたは非医師人力参加の変異性**

医療機関の規模によって等しい行為だといっても参加する人力の構成と数において相当な相違を見せる。研修病院の場合、検査・処置・手術において医学研修生またはレジデントが行為の遂行に補助して参加する場合が少なくなくて、一部行為に対してはこれらが単独で遂行したりする。一方医院や非研修病院の場合医学研修生やレジデントなど低賃金研修医師の助けなしに専属医師入り専担するしかない実情だ。したがってどんな状況を基準にするのかによって医師業務量と医療費用が変わって、この時の適用基準はすべての医療科目行為に対しても一貫性あるように適用されなければならないでしょう。

医学研修生またはレジデント外にも非医師人力の参加可否が医師業務量と医療費用相対価値数価に影響を与えることができる。例えば、大型病院の場合エレクトロカジーオグラム検査は臨床病理記事が業務を委任受けて遂行する。一方医院の場合臨床病理記事を別途雇う都合ではないから医師が業務を直接遂行しなければならない。この場合もどんな状況を基準にするのかによって医師業務量と医療費用が変わって、この時の適用基準もすべての医療科目行為に対しても一貫性あるように適用されなければならないでしょう。

**4) 危険度と基本医療料に対する適正補償**

今度研究を通じて危険度相対価値が算出された。その間医療界は医療紛争に対して法的でも制度的に保護を受けることができなくて来た。医療機関では医療紛争( もちろん医療関計者の果実が立証された医療過誤や医療事故とは違う意味)と言う(のは)医療結果に不満のある患者が医療の特性を理解することができずにすぐ紛争で行くことを意味する。このような紛争が申し立てられれば医療機関は明白な果実がないながらも、医療紛争による行政的、精神的費用負担と違う患者達に対する波及を憂慮して医療費を受けない方法で泣く泣く式で問題を解決して来たし、これによる被害は医療機関と消費者である患者に転嫁されたことが現実だ。

このような危険度に対して一部では医療行為の難易度と一緒に思うとか医療行為中発生することができる永眠または重大余病の可能性と同一視するきらいがあるのに、これは相対価値で論ずる危険度の本質ではない。永眠または重大余病の可能性が高いと医療紛争の頻度が比例して高いのではなくて、反対にこのような可能性が低くても医療紛争の頻度が高いことがある(言わば健康検診の時見つけることができなかった癌所見を例であげることができる)。したがって '医療紛争危険度'と表現して '医療紛争費用の相対価値'で解釈するのがより適切なのだ。

とにかく今度危険度相対価値研究は現在と一緒に、医療紛争に対して適切な基準と補償方法などが全くない状況で、そしてますます腎臓される患者の権利問題を思う時、単純に数価インサングウのための名分ではなく (アメリカと一緒に) 医療紛争の制度的装置を用意することができる基礎がドエオッダヌンデで意味を捜すことができる。

数千個の医療行為の間の相対価値数価算出に全力を傾けて見ると医療界の共通された部分という側面外に健康保険財政の側面でも重要な基本医療料に対する数価の適正性評価が充分に論議されることができなかった点は惜しさがある。たぶん専門科目別総点を固定しながら基本医療料に対してもこのような総点固定が適用されたから研究者たちも基本医療料数価に対する十分な研究ができなかったと考えられる。

다.医師業務量相対価値数価の問題点

**1) 専門科目間医師業務量相対価値数価の水準**

1997年の相対価値数価開発研究では医師業務量に対してアンケート調査を実施して医療科目別比較を通じて医療科目間共通尺度を作った。しかしこんなに導出された医師業務量相対価値数価は果たして '医療科目別で衡平閑暇-医療科目別医師業務量総点が適切なのか-'において多くの異見があった。また以後の相対価値数価の改訂過程で医師業務量と医療費用を別に分離しないで相対価値数価を改正して、医療科目別相対価値数価の調整権限を関連学会に委任しながら医療科目間数価の順序では最初の物とよほど変動されたし専門学界の間火だけの小枝が残るようになった。

2次新相対価値研究(2003-2006)を通じて医師業務量相対価値数価を前面改正しながら研究用役を受けた大韓医師協会では Rasch 方法適用を試みた。しかし調査結果の妥当性に対して相当な問題点が申し立てられて医師業務量相対価値数価は 1997年の研究結果を根拠でたいてい '医師業務量相対価値数価の医療科目別総点固定'という原則のもとに関連学会で数価を一部補う線で一切りついた。こんなに算出された医師業務量を根拠にして現在改訂告示とある相対価値数価も医療科目別医師業務量数価水準の不公平性と医療科目の間医師業務量相対価値数価の逆転という枝隙を避けることができなくなった。

**2) 手術中業務量(intra-service work) などの別途区分**

アメリカメディケア相対価値数価開発で Hsiaoは実際医療行為を遂行するのに必要となる業務量(intra-service work)と事前、事後業務量(pre-/post- service work)で区分して医師の全体業務量を測定した。しかし 1997年の韓国の相対価値数価開発ではこれを統合して全体業務量を直接測定した。その理由では韓国の場合実際医療行為遂行による事前、事後医療行為区域を明確に区分しにくいだけでなく、事前及び事後サービスに投入される業務量の大きさがアメリカに比べて小さいからだったと報告書に言及されている。

2006年審査評価院が医師業務量相対価値数価を開発する時手術の中で業務(intra-service work)と事前、事後業務(pre-/post- service work)を区分して行為を定義したが、関連学会で医師業務量相対価値数価を算出する時、どんな基準が適用されたかは明確ではない。

**3) 処方箋・判読または精度管理の医師業務量**

検体検査、組職病理検査、機能検査、X線診断などの検査行為と注射、リハ治療などの治療行為の場合、直接行為の全部を医療技師に委任するとか装備に寄り掛かりながら(例、脳波検査)、医師は処方箋・判読または精度管理などの業務のみを遂行する場合が多い。このような医師業務に対してもそれによる所要時間、精神的努力/判断力、ストレス次元の業務量が発生する。もし、これら医師業務量相対価値数価の評価を関連学会に全面的に委任する場合医療科目間の類似医師の業務に対して相対価値数価の不均衡を招来される蓋然性が存在するようになる。

**4) 医師の非医療活動**

個別患者の医療と直接的な関連はないが、教育、研究、学術集談会(カンファレンスなど)、行政行為などは医師の必須活動で見られる。患者の事例を置いて多くの医師が一緒に論議して今後の医療の方針を決める学術集談会や、医療補助人力(看護婦、医療技師など)を教育して管理・監督する行政業務は医師の主要業務に評価されなければならない部分だ。

これと関して現在相対価値開発研究で引用している医療費用相対価値数価開発のための会計調査研究(2005)の医師の教育、研究、行政活動のアンケート調査結果に対して一部では回答のエラー可能性(教育・研究・行政活動を認められようとする心理的属性を排除することができない)を申し立てている実情だ。

라.その他相対価値数価に対する問題点

**1) 加算料の問題**

健康保険行為の相対価値体系で多様な形態の加算率を適用とある。基本医療料では療養機関種別で相対価値数価を別に告示とあるが、その以外の行為に対しては療養機関種別加算率を適用とある。患者の年令や状態によって小児・老人に対する加算、障害者に対する加算を適用とあり、医療時間によって祝日または夜間加算をしている。その外医療サービスの質的向上のために一般病棟の看護ケア人力確保水準によって看護管理料を差別するとか、放射線科実地医家判読に対する加算などがある。

このような加算料は相対価値制度施行以前の指針をそのまま受け入れたこととか、政策的に決まったこととして必要となる資源量を根拠で合理的で適正に策定されたという根拠がない。

**2) 算定指針の問題**

健康保険行為に対する相対価値数価を告示するにおいて多様な形態の算定指針と手がかり(注項目)が存在している。よく 「--一場合に算定する.」、「--含まれるので別途算定しない.」、「最大 --件(回)ごとに算定する.」などの制約が表現されて、このような制約は請求回数と材料代含み可否に対する事項で多い。算定指針は医療界と審査評価院の間に葛藤を絶えず誘発して来た主要事項中の一つである。

**3) 新規給与行為の相対価値数価決定の問題点**

給与行為の相対価値数価は原価を補償受けるには数価当たり甘いのかに比べて低く策定されている実情だ[[13]](#footnote-13).したがって新規に給与圏に進入する行為も既存の行為が根拠で相対価値数価を決める場合原価さえ補償受けることができない状況が発生する。このような状況は医療界が該当行為を非給与のまま遺残させようとする欲求を強くして、医療の歪みを悪化させる要因になる。

**4) 数価当たり単価改訂の合理的指標不在**

アメリカの場合、医療経済指数(medical economic index、MEI)を基本にして、その他色々要因を反映して持続可能な目標の診療費の増加率(sustainable growth rate、SGR)の方法を適用とある。このような指標は合理的で適正な数価印象の根拠を提示することができるが、韓国ではこのような指標がまだない。したがって数価当たり単価を合議しにくい状況(療養給与費用協議会と健康保険公団が契約を締結することができない場合、健康保険政策審議委員会で審議・議決することができるが委員会の委員も契約当事者の立場を代弁することと特に違わない)で合理的に数価当たり単価を算出する方法がないことが問題だ。

2.差別構造の問題点

가.診察料の差別化

韓国の健康保険数価は最初医師に対しては全国単日数価制だった。医療機関は病床数、医療科目数、医療関計者数などに応じて規定した医科総合病院、病院、医院で区分と医療機関種類によって管理運営費補償をするという意味で診察料以外の数価を差別化した。すなわち、入院料が医院より病院、病院より医科総合病院が高くて技術行為料は差別加算率を適用して同じ検査、処置、手術でも大きい病院であればあるほどもっと高く決めた。診察料は <表 5-2>で見られるところのがティ 2000.4.1 医院とその他医療機関と相違を置く 2001.1.1 また統一火だった。そうして健康保険統合と医薬分業を断行した後 2001年初から保険財政破綻が起きるようになると 2001.5.1 健康保険財政安定化対策を発表しながら診察料と処方箋料を統合した。そして 2001.7.1から医師の診察料を <表 5-3>と一緒に医療機関種別によって差別された。診察料の差別化は健康保険財政安定化対策ではなかった内容だ。

<表 5-2> 差別診察料現況(2000.4.1と 2000.9.1 診察料)

(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2000.4.1 | 2000.9.1 | 2001.1.1 | 2000.4.1 | 2000.9.1 | 2001.1.1 |
| 医科医院 | 8,400 | 8,400 | 8,400 | 4,300 | 4,300 | 5,300 |
| 病院、医科総合病院、総合専門 | 7,400 | 7,400 | 8,400 | 3,700 | 3,700 | 5,300 |
| 歯科医院、歯科医院 | 7,400 | 8,400 | 3,700 | 5,300 |
| 漢医院、漢方病院 | 8,400 | 5,300 |

1977.7.1 医療保険制度を始める当時の診察料は、歯科医は医師の半分の水準だった。歯科医は診療行為と同時に処置行為が行われるという論理と歯科医療の保険給与参加を最小化するという理由でそのように策定されたが当時歯科医師協会の強い抗議で第1次保険数価引上調整が成り立った 1979.1.1 歯科医の診察料も医師の診察料と等しくした。医師の診察料は ① 診察料と ② 医学管理料を区分した金額を合わせて初診診察料と再診診察料で区分と再診料を初診料の約 50% 水準にし 2000.3.31まで医師、歯科医、漢方医を区分しないで医院、病院、医科総合病院どこで勤めてもかかわらずまた地域差別なしに全国的に単日数価を適用して来た。

そうするうちに医薬分業を控えて 2000.4.1 保険数価を平均 6.0%引き上げ <表 5-2>で見られるところのように診察料を (1) 医科医院と (2) その以外療養機関で区分して差別して医院の診察料を他の療養機関に比べて高く策定した。医療機関診察料を差別化しながら外来患者診察料を医学管理料という用語を無くして診察料に含ませた。これは 1999.11.15 薬価実価格サングファンゼ実施に対して開院医師側のリバウンドを撫でさするために改正したが、病院計と歯科及び漢方計のリバウンドで 2001.1.1 保険数価引上ゾゾングシには診察料差別化を水に流して診察料を同一金額で還元した。

療養機関類型は 2000.4.1 までは医科医院とその他で 2分類したが、2000.9.1には (1)医科医院、(2)病院、医科総合病院。総合専門療養機関、(3)その他で 3分類したし 2001.1.1 相対価値数価ゼルを取り入れながら診察料に対して療養機関類型を <表 5-2>と同じように (1)医科医院 (2) 病院、医科総合病院、総合専門療養機関、療養病院、保健医療院 (3) 歯科医院、歯科医院 (4) 漢医院、漢方病院で 4種形態で区分した。療養機関類型別診察料の相対価値数価は各ウィサダンチェのリバウンドで等しくした。

2001年の初めの保険財政破綻で保険数価引上はできなくなるによって 2001.7.1 保険数価引上なしに診察料を非常に複雑にさせた。先に療養機関種類を次項のように 7種類で分類した。

(1) 医科医院、保健医療院内の医科

(2) 医科病院、療養病院内の医科

(3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属病院

(4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院

(5) 歯科医院、保健医療院内の歯科

(6) 歯科医院

(7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と

そして種類内でも 「実地医家の研修及び資格認定などに関する規定」第2条の2 及び第17条による実地医家の専門科目などによって次項のように「가、나、다」群で区分した。

(가) 가群(6ヵ課) :内科、小児科、家庭医学科、神経科、精神科、結核科

(나) 나群(12ヵ課) :一般外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔と、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚と、泌尿器科、リハ医学科

(だ) 다群(11ヵ課) :診断放射選科、治療放射選科、核医学と、応急医学科、臨床病理科、解剖病理科、産業医学と、予防医学と、その他専門科目、専門医師ではない一般医師、歯科(医科療養機関に設置された歯科に限り)

(라) 歯科医院、歯科医院は別に算定する。と区分した。

2001.7.1 診察料は療養機関類型別、そして類型内実地医家科目別で非常に複雑に分類して差別化させた。2001.7.1日から実施された複雑な診察料差別現況は <表 5-3>のようだ。

<表 5-3> 2001.7.1 改定された診察料

(単位:ウォン)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | 再診料 |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 |  |  |
| (가) 가群 | 11,500 | 8,400 |
| (나) 나群 | 10,900 | 7,800 |
| (だ) 다群 | 10,500 | 7,400 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 |  |  |
| (가) 가群 | 11,800 | 8,700 |
| (나) 나群 | 11,200 | 8,100 |
| (だ) 다群 | 10,700 | 7,600 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 |  |  |
| (가) 가群 | 15,100 | 12,000 |
| (나) 나群 | 12,200 | 9,100 |
| (だ) 다群 | 11,000 | 7,900 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 |  |  |
| (가) 가群 | 15,700 | 12,600 |
| (나) 나群 | 13,000 | 9,900 |
| (だ) 다群 | 11,900 | 8,800 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,200 | 6,100 |
| (6) 歯科医院 | 9,900 | 6,800 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,400 | 5,300 |

2001.1.1 字で初診料 8,400ウォン、再診料 5,300ウォンで統一したことをやっと 6ヶ月しかならなかったが超・再診料を大幅に引き上げさせた。診察料を大幅に引き上げたことは医薬分業対象である外来患者に対する "ウォン外処方料"を全額削除して "診察料の中で外来患者病院管理料に含まれた"と告示したからだ。

医薬分業を強行するために 2000.7.1 数価を引き上げながら "ウォン外処方料"を 1日分 490ウォンだったことを 2,460ウォンで、3日分 1,470ウォンは 3,440ウォンで、7日分 2,350ウォンは 4,320ウォンで大幅に引き上げて、当時医科医院初診診察料 8,400ウォン、再診診察料 4,300ウォンに比べてすぎるほど高くウォン外処方料を策定したのだ。しかし医薬分業の初ボタンを過ち挟んで座礁危機に入って行くによって "ウォン外処方料" 削除が初生けにえになったのだ。

"ウォン外処方料"は医療保険制度が実施されたが医薬分業制度はすぐ施行が難しくて[[14]](#footnote-14) ヒュームされるによって医薬分業になるまで医師の処方箋誘導のために保険数価基準額ピョに設定されていたのだ。医薬分業の強行を控えて 2000.4.1 保険数価基準額ピョ第4章 "라-3"項目にウォン外処方料を 1日分 490ウォン、3日分 1,470ウォン、7日分 2,350ウォンなどに告示されていたのだ。

ウォン外処方料が保険財政破綻の一原因に指目されて医薬分業実施 1年ぶりである 2001.7.1 外来病院管理料に含まれるによって相対的に医療界立場ではその位損失を見たことで解釈されることができる。2000年及び 2001年の保険財政破綻と医薬分業施行との連携に対する分析と評価は別途の深度ある研究が必要라する。

2002.1.1 改正した診察料では <附表 5-1>で見られるところのように医科医院と保健医療院内医科だけ 「가、나、だ、라」 群を区分と違う療養機関種類では 「가、나、だ」 分類を削除してちょっと簡便にさせた。2002.1.1 に分類された医科医院の分類は次項のようだ。(가)だね(内科、小児科、家庭医学科、神経科、精神科、結核と)、(나)だね(一般外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔と、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚と、泌尿器科、リハ医学科)、(だ)だね(診断放射選科、治療放射選科、核医学と、臨床病理科、解剖病理科、産業医学と、予防医学と、その他専門科目、専門医師ではない一般医師、歯科=医科療養機関に設置された歯科)、(라)だね(応急医学科)で区分して診察料を差別化させた。

2004.1.1 保険数価調整には医科医院の (가)、(나)、(だ)、(라)だね区分は無くして (1)医科医院、保健医療院内の医科 (2)医科病院、療養病院内の医科 (3)医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科病院 (4)総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院 (5)歯科医院、保健医療院内の歯科 (6)歯科医院 (7)漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方科で区分して診察料を差別化して現在に至る。2009年現在医師の診察料差別内訳を整理して見れば <表 5-4>のようだ。

2001.6.30までにしても医療機関種別区分なしに診察料は等しかったが、2001.7.1から多くの種類で複雑に分けて差別化させたし、2004年以後からは 7種のグループによって差別化している。

<表 5-4> 医療機関種別と医師の診察料(2009年)

(単位:点、ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師勤め先 | 初診(A) | | 再診(B) | | B/A |
| 数価 | 金額 | 数価 | 金額 |
| (1) 医院、保健医療院医科 | 188.11 | 11,920 | 134.47 | 8,530 | 71.5 |
| (2) 病院・療養病院医科 | 208.86 | 13,240 | 15.137 | 9,600 | 72.5 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科病院(歯科医) | 232.33 | 14,730 | 174.84 | 11,080 | 75.2 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院(歯科医) | 255.79 | 16,220 | 198.31 | 12,570 | 77.5 |
| (5) 歯科医院、保健医療院歯科 | 166.59 | 10,960 | 110.46 | 7,270 | 66.3 |
| (6) 歯科医院 | 179.23 | 11,790 | 123.09 | 8,100 | 68.7 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院、漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院漢方と | 152.06 | 9,980 | 95.98 | 6,300 | 63.1 |

1999年と 2009年間の医師勤め先別診察料の変動現況は <表 5-5>と <表 5-6>に収録した。同じ兔許をお持ちした医師だが総合専門療養機関に勤める医師は初診料が 10年間 119.2% 引き上がったが惚れて医院の医師は 61.2%の引上に止めたし、再診料は 239.7% 引上対比 130.5% 引き上げに止めている。

<表 5-5> 医師外来初診診察料引上げ率

(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤め先種類 | | 1999 | 2009 | 引上げ率 |
| 医師 | 医院 | 7,400 | 11,930 | 61.2 |
| 病院 | 7,400 | 13,240 | 78.9 |
| 医科総合病院 | 7,400 | 14,730 | 99.0 |
| 総合専門療養機関 | 7,400 | 16,220 | 119.2 |
| 歯科医 | 歯科医院 | 7,400 | 10,960 | 48.1 |
| 歯科医院 | 7,400 | 11,790 | 59.3 |
| 医科総合病院 | 7,400 | 14,730 | 99.0 |
| 総合専門病院 | 7,400 | 16,220 | 119.2 |
| 漢方医 | 漢医院 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 漢方病院 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 国立病院漢方医療部 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 療養病院漢方と | 7,400 | 9,980 | 34.8 |

<表 5-6> 医師外来再診診察料引上げ率比較(1999年/2009年)

(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤め先種類 | | 1999年 | 2009年 | 引上げ率 |
| 医師 | 医院 | 3,700 | 8,530 | 130.5 |
| 病院 | 3,700 | 9,600 | 159.4 |
| 医科総合病院 | 3,700 | 11,080 | 199.4 |
| 総合専門療養機関 | 3,700 | 12,570 | 239.7 |
| 歯科医 | 歯科医院 | 3,700 | 7,270 | 96.4 |
| 歯科医院 | 3,700 | 8,100 | 118.9 |
| 医科総合病院 | 3,700 | 11,080 | 199.4 |
| 総合専門病院 | 3,700 | 12,570 | 239.7 |
| 漢方医 | 漢医院 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 漢方病院 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 国立病院漢方医療部 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 療養病院漢方と | 3,700 | 6,300 | 70.2 |

同じ兔許を受けた医師たちの行為を医療ギグァンウィギュモによって差別化させたことは何らの論理的な根拠もない制度だ。すなわち昨日まで大学病院の課長を勤めた医師が開業をする瞬間診察料が減らしされなければならない矛盾を見せる政策だ。このような矛盾した政策が療養機関の両極化を招来させた原因の中で一つになっている。

나.入院料の差別化

韓国は保険数価を通じて医療機関の鏡像費用だけではなく資本費用も償う構造だから 1977.7.1から入院料は療養機関種別によって規模が大きいほど <表 5-7>と一緒に差別的に策定された。

初めて入院料を策定する時には入院室料、医学管理料、患者管理料、その他管理料で区分して入院室料は病室共同占有費用で医学管理料は医師の回診・医療・処方箋・医療記録など医師費用のり患者管理料は看護ケア・フィード・注射・投薬・処置・丸衣及びシート交替など患者管理に必要となる費用でその他管理料は寝床・病室・便器すきまなどに必要となる費用라定義とそれに相応するように配分額を決めたのだ。

医療機関の入院室に対する規定は医療法第36条第1号及び同法施行規則第34条 [別表4]によって 1人用は 6.3㎡以上 (1.9坪以上)、2人以上収容する時は 1人当り 4.3㎡以上 (1.3坪以上)の面積を確保するようになっていて小児は成人の 2/3 以上面積を確保するようになっているだけ 6人用、4人用、2人用または 1人用をいくつずつ具備するようにする規定はない。

それで医療保険実施初期に 1,900ウォン ~ 3,100ウォンで決めた入院料を何引用にしようかと言う問題に対して苦心した事があったしどんなに基準を決めようか対して医療界とのカンフェレンスもあった。それで医療保険で初めに '基準病室'と '上級病室'という用語を使って '基準病室' 確保率を 80%にするのか 50%にするのかする問題を熟考したあげく当時保険適用人口数価全体国民の 20% 内外さとすぎるほど低い入院料で勘案して基準病室確保率を 50% 以上で決めて '有権解釈'で運営している途中後に '療養給与基準'で決めた。

<表 5-7> 1977年 7月 1日制定された入院料

(単位:点、1点=10ウォン)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 医科総合病院 | 病院 | 医院 |
| 計(1日入院料)  ソウル  大都市  中小都市  農漁村 | 310  198  240  205 | 255  230  205  180 | 190  170  150  140 |
| 入院室料 | 130 | 130 | 130 |
| 病院管理料  ソウル  大都市  中小都市  農漁村 | 70  60  45  30 | 50  40  30  20 | 25  15  8  4 |
| 患者管理料  ソウル  大都市  中小都市  農漁村 | 110  85  65  45 | 75  60  45  30 | 35  25  12  6 |

そうするうちに上級病室差額認定及び上級病室認定基準不備などで最初定義した入院料算定指針が搖れ始めて後に入院室料も消えて看護管理料が登場してその他患者管理料がある日影をひそめてしまった。また入院料算定基準で夜 0時を基準したワルヨック(月歴)による日付別 1日基準が昼 12時(正午)を基準したホテル式算定基準に変わった。

日付け別入院料算定によってひと晩を寝なかったが一日するの入院料を算定するという患者達の火ぶりによって病室に 6時間未満とどまる場合には入院料を算定することができないように規定を決めた。すると病院側でイマージセンター、インテンシブケアユニット、入院室などでシート、丸衣などを使ってからもそれによる洗濯費用も補償受けることができないという不満が惹起されて入院料算定基準を変えなければならなかった。そんな事例たちを通じてさまざまな算定指針が追加されて現在に至る。

2001年 1月 1日保険数価調整時入院料を医学管理料、患者管理料を区分しないで単日数価で統合しながら何種類加算料を適用した。入院料[算定指針]に医学管理料(所定数価の 40%)、看護管理料(所定数価の 25%)、病院管理料(所定数価の 35%)を含ませたし長期入院に対しては低い水準の入院料に対する補完策で上級病室料を認めて差額収入を病院が持つようにした。セネステシア制は入院料、救急治療室入院料、隔離室入院料に適用させたがセネステシア率は入院 16日目から 30日目まではグリコリシス数価の 90%(80%で)、入院 31日目からは該当の数価の 85%(70%で)を算定するようにした。

<表 5-8> 1977 ~ 2009年入院料変動現況

(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 総合専門 | 医科総合病院 | 病院 | 医院 | 備考 |
| 1977 | 3,100 | | 2,550 | 1,900 | ソウル地域 |
| 1995.12.10 | 15,560 | 14,200 | 11,800 | 9,970 |  |
| 1999.11.15 | 21,400 | 19,700 | 16,600 | 14,400 |  |
| 2000 | 22,400 | 20,600 | 18,200 | 15,800 |  |
| 2001 | 22,400 | 20,600 | 18,200 | 15,800 | 1点=55.4ウォン |
| 2002 | 21,750 | 20,000 | 17,670 | 15,340 | 1点=53.8ウォン |
| 2003 | 27,870 | 25,630 | 22,640 | 19,660 | 1点=55.4ウォン |
| 2004 | 28,620 | 26,320 | 23,250 | 20,190 | 1点=56.9ウォン |
| 2005 | 29,480 | 27,110 | 23,950 | 20,790 | 1点=58.6ウォン |
| 2006 | 30,530 | 28,080 | 24,810 | 21,540 | 1点=60.7ウォン |
| 2007 | 31,240 | 28,770 | 25,380 | 22,030 | 1点=62.1ウォン |
| 2008 | 31,540 | 29,030 | 25,670 | 22,300 | 1点=62.2ウォン |
| 2009 | 32,150 | 29,580 | 26,170 | 22,570 | 1点=63.4ウォン |
| 注:数価を金額に換算した | | | | | |

<表 5-8>で入院料の金額変動をよく見ればソウル市内医院の場合 1日入院料が 1977年 1,900ウォン、1995年 9,970ウォン、2009年 22,570ウォンに変動されて 1977年に比べると 12倍が引き上がった。総合専門療養機関の場合入院料は 1977年 7月 1日わずか 3,100ウォンだったが 32年がすぎた 2009年に 32,150ウォンで 10.37倍引き上がった。入院料の増加率を Ⅳ 葬儀 <表 4-1>で保険数価や消費者物価上昇率と比べると入院料の増加率が高いが名目賃金上昇率に比べて大きく低い。そして入院料の絶対額を比べてもモテルの 1日宿泊費にも足りない実情だ。したがって生活水準や他の物価と比べる時入院料は相対的に低いとする。

入院料の差別化は資本費用の補償という側面ではちょっと一理があるが、入院料構成が資本費用的要素よりは技術的要素が多いから差別化の論理は非常に貧乏たらしい。入院料の差別化は大型病院であればあるほど有利な構造を作って医療機関の両極化をもたらす記伝になったという点で確かに問題がある制度라する。

다.患者数による差別化

医療保険制度が初めて導入する時から療養給与費用を患者数に注いで差別化しなかった。2001年健康保険財政波動を経験しながら 2001.5.31 健康保険裁定案浄化対策の一つで 2001年 7月から診察料と処方箋料を統合して、医院の診察料と薬局の調剤料に対しては患者数に注いで差別支給する措置を取って今日に至る。

差別支給の対象で医科医院歯科医院、漢医院、保健医療院の医師、歯科医、漢方医で 1人当り 1日ジンチァルフェッスルを基準で診察料に対して次項のように差別支給すると規定した。

① 75人以下 :100%

② 75 - 100人 :90%

③ 100 - 150人 :75%

④ 150人以上 :50%

もし一医師が一日に 160人の患者を医療する場合診察料は次項のように策定される。すべて診察料 = 75人×100% + 25人×90% + 50人×75% + 10人×50%

一方薬局に対しては 1人 1ヶ月を基準にして次項のように調剤料を差別支給するように規定している。

① 1,875人以下 :100%

② 1,875 - 2,500人 :90%

③ 2,500 - 3,750人 :75%

④ 3,750人以上 :50%

この規定は医薬分業実施によって保険財政赤字が発生するによって 2001年 7月から施行された便法的な措置なのに財政与件のためやむを得なく酔った措置ならどうして医院級にだけしたのか・論理が明らかではない。患者数を減らして医療の質を進めたらむしろ総合専門療養機関のような大型病院に対して適用することで医療の堅実化を追い求めるのがむしろ論理的妥当性があるとする。

医院は病院級以上医療機関に勤める医師に比べて診察料で差別を受けるのに加えて、患者数に注いで差別を受ける 二重に不利な問題がある。選択診療費を勘案すれば総合専門療養機関選択診療医師の診察料は医院級医師より 2倍以上高い。それにもかかわらず診察料が低い医院級に対してだけ診察料を患者数に注いで差別支給していることは多くの問題がある。特に患者数による差別数価ゼは相対価値数価制度の基本精神である 1水1가(1物1価)の原則に布置される。

라.医療機関種別加算率の適用

**1) 療養機関種別差別加算率適用導入**

医療保険医療数価基準は原則的に実地医家取得、兔許取得年度、学位取得可否、臨床経歴延髄などに問わず同日数価を適用しなければならない。これは医師が医院や医科総合病院どこで勤めても医師の行った手術はまったく同じ라いう論理を基盤とする。しかし医療機関種別による施設、装備、器機などの差に対する補償手段がなければ医科総合病院、病院、医院の役目分担や医療伝達体系の運用が不可能라いう反論があった。また、大学病院は医療技術及び医学発展のための研究の不可避な側面があるのでこのような投資を忌避する状況を防止して病院規模が大きければ大きいほどそれによる人件費、施設及び装備、設置費、管理運営費が相対的にもっと出費される現実を勘案してそれに対するボサングチ額で 1977.7.1 医療保険医療数価を制定する時から医療機関種別による技術行為料の加算率適用を考案した。

西欧のように医療機関の資本費用を別に償ったら同日数価が原則や、数価に資本費用が反映された韓国では数価に医療機関種別加算率適用は不可避な側面がある。

**2) 療養機関種別差別加算率の変遷**

加算率制度は <表 5-9>で見られるところのように 1977.7.1 医療保険制度導入当時には医療機関種別すなわち医院、病院、医科総合病院と人口数によるソウル、大都市、中小都市、農漁村で区分して差別適用している途中 1979.1.1 第1次医療保険数価基準調整の時医療機関種別はそのまま置いてソウルと大都市を縛って大都市(人口 50万以上)にして、中小都市と農漁村をその他地域(人口 50万未満)で 2噴火した。そうしてから '81.6.15 数価ゾゾングシ交信道路網の発達と 1日生活圏で都・手練の生活水準や形模様が似ているようになって大都市に比べてその他地域であるあぶらが医師及び医療機関終糸人力の人件費と材料費がむしろ高い実情で医療人力があぶら勤務を忌避する現象を勘案して地域差別制は廃止した。

1989.7.1 全国民医療保険実施といっしょに医療伝達体制が始まりながら 3次医療機関(当時 400病床以上の 25個医科総合病院)には 1次医療が封鎖(眼科、耳鼻咽喉科、皮膚と、家庭医学科及びリハ医学科など 5ヵ課は除外)になるによってそのボサングチ額で 10% ポイントの加算率を加えるようになって 3次医療機関は 20%から 30%になった。この時に他の医療機関も加算率の上方修正を要求するようになって医科総合病院、病院、医院はそれぞれ 3% ポイントずつ加算されて 23%、13%、7%に上方修正された。

1994.7.1 病院と医院に対してそれぞれ 2.0% ポイントずつ高めてくれたし 1995.4.1には医院級にだけ 1.0% ポイントあげた。'95.12.10 数価基準改訂の時には医療法に療養病院が医療機関種別に新設されるによって精神療養病院は病院級加算率を算定することができないようにするし病院化保健所である保健医療院を医院級加算率 10%を算定することができるようにした。

1998.7.1 保険数価引上調整の時療養機関種別加算率の条文を整理した。3次医療機関を総合専門療養機関で直して漢方医療数価算定基準と薬局薬剤費算定基準を両方と統合して、療養病院も病院級に分類する代わりに種別加算率を適用しない療養機関を明示した。また加算率も上方修正して病院は 17%で医院は 13%にした。

保険医薬品実取引が請求及び償還制度を 1999.11.15から施行しながら薬価マージンボサングチ額で "医薬品管理料"を新設して引き継いで 2000.4.1字で医療保険数値を 6.0% 引き上げながら療養機関技術行為料加算率を医科総合病院 2.0%(23%・25%)、病院3.0%(17%・20%)、医院 2.0%(13%・15%)ずつをそれぞれ上向き調整して <表 5-9>のようだ。

表 5-9> 医療保険数値の技術行為料加算率変遷一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 鐘星 | '77.  7.1 | '79.  1.1 | '81.  6.15 | '83.  10.1 | '89.  7.1 | '94.  7.1 | '95.  4.1 | '98.  7.1 | '00.  4.1 |
| 総合専門療養機関 | 局在性地域によって医科総合病院加算率適用 | | 20 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 総合専門療養機関に設置された歯帯附属歯科医院 | 局在性地域によって医科総合病院加算率適用 | | 10 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 医科総合病院  ソウル  大都市(人口50万以上)  中小都市(人口50未満)  農漁村(人口5万未満) | 20  16  12  8 | 20  16 | 20 | 20 | 23 | 23 | 23 | 23 | 25 |
| 総合専門療養機関ではない所の歯帯附属歯科医院  6個漢方と設置された韓医大附属漢方病院、  国立研究院漢方診療部 | 局在性地域によって医科総合病院加算率適用 | | 10 | 20 | 23 | 23 | 23 | 23 | 25 |
| 病院・歯科医院・漢方病院・療養病院  ソウル  大都市(人口50万以上)  中小都市(人口50万未満)  農漁村(人口5万未満) | 10  8  6  4 | 10  6 | 10 | 10 | 13 | 15 | 15 | 17 | 20 |
| 医院・歯科医院・漢医院・保健医療院  大都市(人口50万以上)  中小都市(人口50万未満)  農漁村(人口5万未満) | 4  2  -  - | 4 | 4 | 4 | 7 | 9 | 10 | 13 | 15 |

このように療養機関種別によって数価差別化適用の道具で使われて来た技術行為料に対する種別差別加算率算定基準が 1977.7.1 制定後その間 9回も変わりながら医科総合病院の中で 3次医療機関である総合専門療養機関は 20%から 30%で 10% ポイント引き上がったし病院は 4~10%から 20%で最高 16% ポイントで最低 10% ポイントまで引き上がったし医院は 0~4%から 15%で最高 15%ポイントで最低 11% ポイントまで引き上がった。

療養機関種別加算率の引上は個別数価引上げ率劣らず病院・医院収益に寄与する部門があるのに、これは一度引き上がれば次項して以後にもそれほど自動的に引き上がるからその間医療界は療養機関種別引上に多い神経を逆立てた。

療養機関種別差別加算率の適用はたとえ資本費用に対する補償性格があるが、技術料に加算率を適用したということは論理的に納得しにくい。すなわち資本費用の補償なら資本費用の性格に適当な病院管理料や他の数価項目を開発して償わなくてはならない資本費用と無関係な技術料に加算率を適用したということは問題がある。技術料に加算率を適用することで大型病院にますます鏡像運営費調逹が有利になった側面がある。このような加算率制度は今日医療機関の両極化を招来させる記伝の一つになった。

このような問題に対して開院医師が中心である大韓医師協会は医療機関の規模による差別加算率を種別かかわらず上方修正統合しようが数価項目に含ませなければならないと主張して来た。

**3) 療養機関ゾングビョルがサンユル相違による保険者負担金相違**

療養機関種別で加算率の差別化と本人負担率が混在される場合健康保険公団が負担しなければならない医療費償還額の変わる問題がある。これによって同じサービスを受けたが健康保険財政では医院を利用する患者に比べて総合専門療養機関を利用する患者にもっと多い金額を療養機関に償わなければならない問題が起こる。

現在療養機関ゾングビョルがサンユルは <表 5-10>のようだ。基本医療料(診察料と入院料)に対しては療養機関種別で数価が区分されて告示されているから療養機関ゾングビョルがサンユルを別に適用しない。

<表 5-10> 健康保険と医療給与の種別加算率

(単位:%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 健康保険 | 医療給与 |
| 医院 | 15 | 11 |
| 病院 | 20 | 15 |
| 医科総合病院 | 25 | 18 |
| 総合専門療養機関(3次期官) | 30 | 22 |

療養機関種別加算率と本人負担定率制を合成する時生ずる問題は次項のようだ。数価が 100,000ウォンに告示された手術を例であげて考えて見る事にしよう。基本数価に療養機関種別加算を適用すれば、種別によって実際数価は 115,000ウォンから 130,000ウォンになる。ここに入院の時本人負担率 20%を適用すれば法定本人負担金は 23,000ウォンから 26,000ウォンで上級医療機関であればあるほどもっと多い本人負担をするようになる。このような状況は ①上級医療機関であればあるほどもっと生んだ医療を提供して、そうするためには数価(療養給与に必要となる費用)が当然高くなければならない。②もっと生んだ医療を受けるために上級医療機関を利用する患者はもっと多い本人負担をしなければならないという論理だ。

このような本人負担とは別個で公団負担金はどうか・上級医療機関を利用する患者にもっと多い保険財政(保険料収入)を支援とある。法定本人負担金の差が所得水準による医療利用度の差をもたらすことは周知の事実だ。すなわち、底所得層は法定本人負担金が少ない医院級または病院を利用して、高所得層は総合専門療養機関を躊躇なしに選択することができる。結局高所得者が低所得者よりもっと多い給与恩恵を受けることで社会保障での均等給与の原則が崩れて、「所得による役(逆)再分配現象」が招来される。

<表 5-11> 現在の本人負担と公団負担算定方法の例示

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A.基本数価 | B.種別加算率適用数価 | C.定率  本人負担金 | D.公団負担金  **(=B-C)** |
| 医院 | 100,000ウォン | 115,000ウォン | **23,000ウォン** | 92,000ウォン |
| 病院 | 120,000ウォン | **24,000ウォン** | 96,000ウォン |
| 医科総合病院 | 125,000ウォン | **25,000ウォン** | 100,000ウォン |
| 総合専門療養機関 | 130,000ウォン | **26,000ウォン** | 104,000ウォン |
| 単純合計 |  | 490,000ウォン | 98,000ウォン | 392,000ウォン |
| 注:頻度比重を勘案しない単純合計は意味がないが、得心を助けるために例示する | | | | |

産業災害保険と自動車保険はすべての医療機関を療養機関で強制指定しないから療養機関ゾングビョルがサンユルに対して健康保険と比べる事案ではない。しかし健康保険と医療給与の療養機関ゾングビョルがサンユルが違うということは問題がある。ざっと思うのに医療給与患者は低所得階層なので医療費水準が低くなければならないと思うことができるが、これは本人負担を書くように負担させなければならないということが本質であって、等しい医療サービスに対して健康保険での費用と医療給与での費用が違わなければならないというのではない。すなわち、療養機関ゾングビョルがサンユルは同じだが、本人負担で適切な相違を置かなければならない。

極端的な例えば、入院可能な病床が 1個である時、同一疾病、同一医療サービスが要求される健康保険患者と医療給与患者があったら、病院側で誰を入院させるのを願うかは明若観火だ。結局医療給与患者ルのためのような種別加算率差別がむしろ医療給与患者ルを差別するブーメランになることができる。

このような 「所得による役(逆)再分配現象」は療養機関ゾングビョルがサンユルに定率制本人負担をしているから招来された結果だ。これを解消するためには定率制本人負担代りに 「定額公団負担制」を取り入れればこのような不合理性は咳嗽されることができる。

下記切符は公団の総負担金(392,000ウォン)を変化させないという前題下で定額公団負担金(98,000ウォン)を決めたし、本人負担金は数価で公団負担金を制限(=B-D)金額に算定する方式だ。現在は本人負担を告示と数価で本人負担を差し引く方式(=B-C)で公団負担金を算定するという点で相違がある。

このようなシステムに変更する場合公団負担金の改変はないながらも、底所得層が主に利用する病院に対しては本人負担が以前より低くなって、高所得層が利用する総合専門療養機関に対しては本人負担を高めて現在崩れた医療伝達体系を回復する方便もなることができる。

'疾病の特性の上総合専門療養機関を利用するしかない患者達に対して接近性を脅威しないか'という鼻板が申し立てられることができる。しかし本人負担上限制が適用されている時点で総合専門療養機関利用が不可避な患者達の接近性は選択診療費など非給与の過重に制限されようとも、法定本人負担が接近性を牛耳ると思うことは難しい。

<表 5-12> 定額公団負担制の例示

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A.基本数価 | B.種別加算率  適用数価 | C.本人負担金  **(=B-D)** | D.定額  公団負担金 |
| 医院 | 100,000ウォン | 115,000ウォン | 17,000ウォン | **98,000ウォン** |
| 病院 | 120,000ウォン | 22,000ウォン | **98,000ウォン** |
| 医科総合病院 | 125,000ウォン | 27,000ウォン | **98,000ウォン** |
| 総合専門療養機関 | 130,000ウォン | 32,000ウォン | **98,000ウォン** |
| 単純合計 |  | 490,000ウォン | 98,000ウォン | 392,000ウォン |
| 注:頻度比重を勘案しない単純合計は意味がないが、得心を助けるために提示する。 | | | | |

3.数価水準の問題点

**1) 相対価値研究チームが明らかにした数価水準の問題点**

価格は原則的に市場で需要と供給によって決まらなければならない。そしてもし市場が完全競争市場なら市場で決まる均衡価格は平均費用の最低値になる。もしマーケットプライ数価平均費用より高くてチォグァイユンウを得るようになれば直ちに新しい供給者が進入して供給が増えるから価格は平均費用の最低値で下落するようになる。それで競争市場で成立される価格は原価と一致する。

ところで健康保険数価は市場で決まるのではなく保険者と供給者が契約によって決まる。契約によって決める時の基準はいつも原価になる。ところで原価は医療機関によって相違が生じて、また医療サービスの質的相違によって変わる。

したがって相対価値数価制度は原則的に競争市場の価格決定と一緒に数価を平均費用の最低でできるようにしている。同じサービスを供給しても医療機関によって変わるとか質的相違によって変わる問題点を乗り越えるためにどんなサービスを生産するのに最小訓練を受けた専門家の人件費を基準にするなどの原則で価格を設定するのが理論的背景になる(Feldstein、2005).

理論はこんなに自明だが現実の数価算出はそんなに簡単ではない。そうだから数価水準ウをおいて原価に達していないかに関して供給者と保険者の間には果てしない論争が起るものと決まっている。このような論争に対して相対価値数価を研究した研究チームは現在の数価水準が原価に達していないという結論を下した事がある。

すなわち健康保険審査評価院の相対価値研究チームは相対価値数価で均衡を取りにくかった点を記述しながらその原因を大部分の行為料が原価に達していないからだと言った(ガングギルワン、イツングソブ、2007)

**2) 物価上昇率及び賃金水準と比べた数価水準の問題点**

保険数価を原価と備えるのが容易くないからしばしば比べるのが物価上昇率と数価引き上率との比較だ。1977年医療保険制度を取り入れる当時の医療保険数価水準を当時の慣行的な数価と比べて 55% 水準というのが大体的な視覚だったが、当時シンヒョンファック保健社会部長官は国会で医療機関種別加算率、地域別加算率などを勘案する時 75% 線はなるという返事をして当時にも数価水準に対する論難が止まなかったことだ(亮明生、1994).このような論難は当時の数価算定の標本医療機関によって加重平均値が変わることができるのに起因する。

とにかく 1977年当時の保険数価は慣行数価とは大きく相違があったから医療供給者たちの立場では引上率を比べて数価水準を論議する。もうよく見た <附表 4-1>で保険数価の累積引上率と消費者物価の累積上昇率を比べると 1997年を基点で健康保険数価の累積引上げ率が消費者物価の累積上昇率を追い越している。この二つの指標だけ単純に比べて見たら健康保険数価水準が徐徐に改善したという結論を得ることができるでしょう。

しかし健康保険の提供する医療サービスは労動集約的なサービスになるから人件費上昇率を同時に考慮されなければならない。<表 5-13>で人件費を現わす名目賃金上昇率と数価引上げ率を比べると保険数価引上げ率がずっと低くて数価水準が高いと言いにくい。特に医療サービス生産原価で人件費の比重を約 40% に上程[[15]](#footnote-15)した場合、医療数価上昇率が医療原価上昇率に及ぶことができない。

特に医療供給者たちは 1977年に医療保険制度を取り入れる当時慣行数価より低かったがその後の数価引上げ率が消費者物価や賃金上昇率と比べて満足ではない点を置いていつも数価水準が低いという考えを持っている。

<表 5-13>医療保険数価引上率と物価、賃金上昇率比較表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療保険数値 | 消費者物価 | 名目賃金 | 1日入院料 | 医療原価上昇率 |
| 1977 | 100.0 (7月) | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 1994 | 367.3 (8月) | 412.4 | 1,313.5 | 458.1('95) | 772.8 |
| 1997 | 456.3 (1月) | 472.0 | 1,748.9 |  | 982.3 |
| 2000 | 691.6 (9月) | 523.2 | 1,993.3 | 664.5 | 1,112.2 |
| 2008 | 845.0 (1月) | 676.3 | 3,153.7 | 1,017.5 | 1,667.3 |
| 注:( ) 内は基準年度または基準月  加重値は消費者物価 60%、名目賃金 40%にした  資料:保険数価は健康保険統計年譜、消費者物価は統計庁、名目賃金は労動部、毎月労動統計調査及びサアップチェイムグムグンロシガンゾサ | | | | | |

**3) 数価水準に対する評価**

健康保険数価上昇率とコストアップ率(インソビザムルが及び人件費基準)のみを比べて健康保険数価が絶対的に不利라ばかりできない側面もある。その理由は支払い制度が行為別数価制度で非給与サービスが存在するから行為量特に非給与行為をたくさん増加させたら、低い数価でも医療機関は生き残りできる。今まで低数価と不平をしながら医療機関が成長することができた背景にはすぐ行為別数価を通じて薄利多売型供給で成長が可能だった粘度見逃すことができないだろう。

特に行為量増加が相対的に容易い医療機関(新しい医療技術や医用機器の使用が容易い大型病院)は数価サングスングリュルがコストアップ率より低くても多様なワンがボゾンチ額(選択診療、非給与、上級病室など)があって数価が低くても成長を繰り返えすことができた。2001.1.1 相対価値ゼドによる数価制度が実行される当時保険数価行為項目の分類項目数価 1,751 項目だったことが 2009年には 2,195項目で 444個項目が増えたし保険医療費算定請求が可能な行為コード数は 3,714個から 5,478個で 1,764個で増加して保険給与対象医療区域がその位拡がった。請求可能行為コード数の増加で療養機関の請求行為量が多くなることができて療養機関の保険医療費収入が増加して保険財政支出も増えるようになった。

ところで中小病院や医院級医療機関は行為量を増加させることが易しくなくて、給与サービスは原価に達していないから行為量をふやすと言っても経営に大きい役に立つことができない問題がある。

また他の高麗事項は数価インサングウをしにくければ部門別引上げ率を高める方法を使って医療界の要求をどの位収容したという事実だ。この点はもう Ⅳ章 3で扱った内容だ。すなわち保健福祉部は数価水準に対して経済省庁とちょっと違う立場だったから経済省庁が物価管理次元で数価を統制するようになれば、保健福祉部は次善の方法で部門別引上に焦点を置いて調整をしたのだ。部門別引上は利用頻度が高いサービスの価格を数価の平均引上げ率より少し高く策定することで経済省庁の統制をどの位脱したし、このような便法があったから医療供給者は低い数価にも耐えることができたとする。また新設数価項目の増加も分け前を占めたと見られる。

そして医療サービス原価の絶対値を数価と比べることは無意味だ。サービス原価はサービスの質を低めればいくらでも低めることができるからだし、サービスの質は多様に測定されるから供給者である医師も消費者である患者もよく感じることができる事ができない。例えば医療サービスの論じ合った要素で眼電図を思うことができるのにこのような側面の質的低下は誰も感じることができない。

4.保険給与管理上の問題

가.数価契約制度の不合理

統合医療保険法である 「国民健康保険法」では "医療保険診療数価表"を保険者側と医薬計測の双務合意契約によって決めるように規定した。数価契約制は国民健康保険法第42条(療養給与費用の算定など)で規定してイッヌンバと一緒に以前政府の公示制で画期的な改変を持って来たように見える。しかし "国民健康保険法施行令(案) 第24条(契約の内容など)"は法で規定した画期的な改変をよほど製薬する側面があって数価契約提議実行よりは以前の公示制にこだわるような引上を次項のように与えている。具体的に数価契約提議問題点を列挙すれば次項のようだ。

第一、契約の一番目対象は相対価値数価ではなければならないのに現在はこれは契約から除かれている。国民健康保険法第42条第1項に "療養給与費用は公団の理事長と大統領令が定める医薬系を代表する者との契約で決める。この場合契約期間は 1年にする."と決めているし、同法第39条(療養給与)に療養給与実施対象が "1.診察・検査、2.薬剤・治療材料の支給、3.処置・手術その他の治療、4.予防・リハ、5.入院、6.看護ケア、7.移送"にしている。同法第40条(療養機関)に "療養給与(看護ケア及び移送を除く)と言う療養機関で行う."と決めるによって療養給与によって発生される費用すなわち、保険給与対象医療費を "療養給与費用"で解釈することができる。

それなら福祉部が "相対価値数価当たり単価"のみを契約対象にするという考えを健康保険法施行令第24条第1項に規定したことは正しくない。契約対象はもう法律で定めているから論議の対象になることができないし、ただし契約方法や手順だけが論議の対象になる。契約制の対象には療養給与費用にならなければならないから ①相対価値数価 ②数価当たり単価 ③薬価 ④治療材料代などが含まれなければならない。

保険医療数価が行為の間相対的価値が歪みされたと判断してその間多い財政を投入して作っておいた "相対価値数価表"が 「新しい数価基準」なので先にこの相対価値数価表が "契約対象 1呼値" にならなければならない。それにもかかわらず相対価値数価表が契約対象から除かれたことは大きい問題がある。そして相対価値数価も永久不変したのではないので最小限 5年週期でも定例的な調整作業が成り立たなければならない。2001年に実施された相対価値に対して健康保険審査評価院は初めて 2006年 '相対価値数価改正研究'をした。

第二、"相対価値数価当たり単価"の契約に多い問題がある。2007年までは相対価値数価当たり単価は単一価格だったが 2008年から類型別差別契約をしている。2000年数価契約制導入施行以後相対価値数価当たり単価すなわち、換算指数の変動内訳をよく見れば <表 5-14>のようだ。相対価値数価制度は一物一家(一物一価)を原則にして最小訓練を受けた医師が遂行する費用を土台で数価を設定する制度だ。すなわち、GP加えることができるサービスは GP 人件費を基準で価格を策定するからこのようなサービスを総合専門療養機関でするようになればそろばんが合わなくて自然に町内医院で提供するように設計されたのだ。このような原則のもとに設計された相対価値数価制度を療養機関類型別で単価を異にするように類型別契約制を実施するということは論理に行き違う。或者は類型別契約制を医療費支払い制度を総額契約制で切り替えるための前段階の措置で解釈したりするが、総額契約制のために類型別契約制を使うことは論理的根拠がない。

<表 5-14> 数価当たり単価変動内訳

(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 医科総合病院、  療養病院 | 医院 | 歯科病・医院 | 漢方病・医院 | 助産婦 | 薬局、  韓国稀貴医薬品センター | 保健  機関 | 数価平均引上率 |
| '01 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | '01.1.1 引上 7.08% |
| '02 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | '02.1.1 凍結 '02.4.1 引下 2.9% |
| '03 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | '03.1.1 引上 2.97% |
| '04 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | '04.1.1 引上 2.65% |
| '05 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | '05.1.1 引上 2.99% |
| '06 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | '06.1.1 引上 3.50% |
| '07 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | '07.1.1 引上 2.30% |
| '08 | 62.2 | 62.1 | 63.6 | 63.3 | 80.7 | 63.1 | 62.1 | '08.1.1 引上 1.94% 療養機関類型別差別契約 |
| '09 | 63.4 | 63.4 | 65.8 | 65.6 | 88.2 | 64.5 | 63.7 | '09.1.1 引上 2.22% |
| 注:1) 2002.1.1 数価当たり単価は 2001.1.1 同一単価告示  2) 2002.4.1 保険数価 2.9% 引下  3) 2008年から療養機関別に差別契約制導入 | | | | | | | | |

療養機関種別契約制をする条件が不備だ。医院級と総合専門療養機関を比べたら医療機関を運営する方法が全然違う。ところで数価は相対価値で一定するように決めておいて点当たり価格だけ分離して契約することは問題がある。種別契約がまともにできるためには数価構造を行為数価(すなわち医師の技術数価)と医療資源投入費用(すなわち病院運営管理費用)を分離しなければならない。

現行療養機関種別加算率は最初行為別数価を全国同一単位数価で決めながら医療機関規模や地域によって投入されるウィサインゴンビ、施設、装備、器機、人数などが多様でその補償基準を合理的水準で調整、決めるには非常に難解であり、医療機関規模別で決めた医療機関種別と人口数に注いでソウル、大都市、中小都市、その他で区分して療養機関加算率を決めて適用したことが歳月が経ちながら地域間差別を無くして医療機関種別相違も上向き調整して現在は医院 15%、病院20%、医科総合病院25%、総合専門療養機関 30%になっている。

去る 9年間換算指数の改変率を見れば 2001年数価当たり単価を 55.4ウォンで決めた後 3年間は数価当たり単価すなわち換算指数は固定されたし 2009年まで医科総合病院・病院・療養病院及び医院は 14.4% 引き上がった 63.4ウォン、歯科病院・医院は 18.7% 引き上がった 65.8ウォン、漢方病院・医院は 18.4% 引き上がった 65.6ウォン、薬局は 16.4% 引き上がった 64.5ウォンになった。この期間の中で医科総合病院・病院及び医院の換算指数はわずか 8ウォン引き上がって保険数価年間平均引上げ率は 2.52%に過ぎない

2001年から適用された相対価値数価は 2003年から 3年間医師協会と健康保険審査評価院がそれぞれ調査研究をして 2006年 2月 22日に医師協会研究団と審査評価院研究開発単間に 5項目の相対価値ゾゾングバングアンウを合議して以後相互倦まず弛まず会合して 2006年 12月に 18冊になった '相対価値数価改訂研究報告書'が発刊された。この報告書を土台で 2007年度に新しい相対価値数価反映作業が成り立って 2008年度から '新相対価値数価'が告示された。

第三、契約の対象にならなければならない "医薬品及び治療材料代補償価格"が契約対象から除かれたのだ。政府政策意志で医療保険数値は "技術(技術)と水(物)"を分離して水(物)に対する利潤を排除する実区口元補償で決まったと言ってもこの費用も療養給与費用の一部分なので法律上契約制の形式的手順でも踏まなければならない。ところで最初不備な法令を 2001.6.30 以後何回補って施行令第24条(契約の内容など) 第3項で薬剤と治療材料は契約対象から除外させて福祉副長官の告示にしたことは契約制主旨に違反される。しかし、療養病院の数価契約では薬剤及び治療材料に対する費用まで含んで患者の軽重を基準で 1日だ医療費にしている。一般病院は薬剤及び治療材料対価契約から除かれるのに療養病院は含んで契約する 二重性がある。

第四、その間試験事業名分で実施されている "DRG 数価"も療養給与費用にもかかわらず契約対象から除かれた点だ。そして "新医療技術など" 随時路給与に追加される項目の数価も契約対象から除かれている点だ。

五番目、医療数価算定指針や審査指針も療養給与費用決定に重要な機能をするから契約対象に入れなければ違憲是非が出ることができるでしょう。

六番目、健康保険財政運営委員会構成と計わる問題だ。財政運営委員会は職場加入者代表、地域加入者代表、公益代表各 10インシックで構成とある。財政運営委員会は数価契約を夏期以前に数価当たり価格を決める重要な機能をするのに供給者代表の除かれたことは問題がある。総額契約制を取り入れた台湾の場合総額を交渉するために医療費用協定委員会が構成されているのにここには供給者代表、保険者代表、政府代表各 9人ずつ参加していてはじめから供給者が総額決定に参加している。

七番目、数価当たり価格の契約は健康保険公団理事長と医薬団体代表がするのに数価当たり価格の決定は保健福祉部傘下の健康保険政策審議会でする矛盾を見られる。すなわち契約当事者は公団理事長なのに点当たり価格の最終決定権者は保健福祉部長官になる矛盾がある。これは政府が契約制をまともにしようとする意図がないと見られる。契約の当事者が健保公団になるためには健康保険政策審議会で点当たり価格や保険給与に関する事項を決めるのではなく財政運営委員会をはかって構成とここで審議・議決する構造にならなければならない。そうではなかったら健康保険数価契約制は違憲問題に逢着するようになるでしょう。

その間紆余曲折あげく立法化された "数価契約制"が成功的で効率的に運営されようとすれば政府の度が外れた干渉は圧排されて "保険者と医薬系代表字間"に妥結を見るようにしなければならないでしょう。そのようになろうとすれば国民健康保険法第42条第2項、第5項、第6項及び第7項内容が修正されなければならないし施行令第24条の前門を受精補わなければならない。法第42条第2項は法第40条の療養機関当然指定制と一緒に修正されなければならないし法第42条第5項は公団理事長が適正数価交渉以前の引上サプレッサー圧力手段で作用するから数価契約関連条項で削除されなければならない。法第42条第6項は医薬系代表にも健康保険審査評価院に必要な資料要請権限を付与しなければならないし第7項は法律に不備な事項を適当に希薄する内容になってはならなくなければならないからだ。

そして換算指数算出根拠を公団側や医薬計測がそれぞれ調査研究した資料を提示してお互いに気(気)喧嘩をするようにしている。医薬系は団体別でそれぞれ磁器主張に夢中になって見ると '小貧大失'する場合もたびたびあった。医薬系団体別理解が相反してみるととうとう 2006年度から '療養機関類型別単価契約説'が出るようになったし 2007年度には結局類型別契約が実現して 2008.1.1 適用された保険数価には両方、漢方、歯科、薬局、助産婦、保健機関の 6種換算指数価できるようになったのだ。

換算指数を契約当事者あまりそれぞれ提示・主張するより相互承服することができる数値を導出することが問題解決のカギになることができる。そうするためには毎年換算指数を研究する研究機関を契約当事者の間合議して選定して研究方法など具体的方案もカンフェレンス決めて研究結果に対して収容するようにすれば良いでしょう。

나.医療内訳以上体質調査資料の共有

毎年繰り返されるボホム診療数価インサング調整作業のために医療費請求明細書に対する医療内訳以上体質調査を 1984年から実施して来た。初めには基本項目(4台及び 10大分類)に対する簡易調査を隔年制で実施して 1996年までは "医療行為請求以上体質調査"と言った。1997年からは薬剤費、医療材料に対する調査と医療数価項目別頻度算出など医療保険連合会に請求される医療費に対する全体的な内訳を調査するようになって "医療保険医療内訳以上体質調査"に変えた。このような変遷は保険医療費請求が電算化(EDI) になることで可能になったのだ。

1999年 11月 15日医薬品実取引が償還制度導入及び医療数価改訂以後請求以上体質を把握するために健康保険審査評価院に請求された 2000年 1月医療別療養給与費用請求明細書を対象で EDI、ディスケットで請求する機関を調査分析した。

2003年 1月医療別病院級以上及び医院入院 10~40%、医院外来及び薬局 4~5%を適用して健康保険療養給与費用電算請求明細書に対する標本調査結果を分析したし、この結果は保険数価調整作業に活用された(以上体質調査結果は附表 5-15で附表 5-17に収録したら)。

以後にも周期的に保険請求以上体質を持続的に調査分析してその資料を土台で医療界との数価契約時保険財政流れを聖丑して健保公団が医療界より先に進んだ資料を持って数価契約会議を主にして来ている実情だ。

よって国民健康保険法第42条(療養給与費用の算定など) 第6項を改正して医療界団体長も健保公団の理事長と同等に健康保険審査評価院に数価契約締結するために必要な資料を要請できるようにしなければならないしまた要請する時にはここにまじめに応じるようにしなければならないというのだ。数価契約制ルを取り入れながら彼に要する各種資料は保険者側だけ独占することは問題が多い。

다.数価算定の問題点[[16]](#footnote-16)

**1) 看護管理料算定の問題点**

健康保険診療数価表数価算定指針第1章基本医療料算定指針 "2" 入院料等 "が"項に "入院料などの所定数価には入院患者医学管理料(所定数価の 40%) 入院患者看護管理料(所定数価の 25%) 入院患者病院管理料(所定数価の 35%)が含まれているし療養機関種別によって算定する"と規定している。東算定指針入院料等 "라"項看護ケア人力確保水準による入院患者看護管理料差別制規定は次項のようだ。

"一般病棟の直前分岐平均病床数対比あって病棟で看護業務に携わる直前分岐平均看護ケア射手(病床数台看護婦の雨)によって看護ケア人力確保水準を次項各好意 1のように 1等級～7等級で区分する。ただし医院、漢医院は 7等級に当たる場合 6等級を適用する."

1等級(所定数価の 50% 加算)、2等級(40% 加算)、3等級(30% 加算) などになっている。総合専門療養機関の看護婦数が多く1等級になれば入院料の50%にあたる加算看護ケア料を算定できる。入院料を100ウォンとする時、医師分け前の医学管理料が40ウォンで、看護婦分の看護管理料が 25ウォン、病室料である病院管理料が 35ウォンだ。1等級になれば入院料の 50%に相当する金額を看護ケア加算金で加算して入院料が 150ウォンになる。150ウォンの中で医師の医学管理料は 40ウォンで看護婦の管理料が 75ウォンになって病室料が 35ウォンになる。すなわち医師の医学管理料より看護管理料が高くなる。このようになった理由は看護管理料の加算率制度のためだ。

**2) ヤングサング診断料水準と算定方法**

相対価値数価表以前の過去保険医療数価基準でX線診断及び算定指針には "同一サイトに対して同時に 2以上のX線撮影をした場合には第2の判読からは所定判読料の 50%を算定する."ところで相対価値数価表を作りながら同時と同一サイト規定を削除して撮影サイトを 120余個に細分類してサイト別でX線撮影回数に注いでフィルム 1枚から 5枚までの数価を付与した。電算化単一層診断及びザギゴングミ研究ヤングサングジンダン数価は電算化単一層診断は 46種ザギゴングミ研究ヤングサングジンダンは 156種項目で分類をして項目別数価を告示した。脈管造影撮影は 67項目で分類をした。ある場合になったヤングサングジンダンウをした場合にはグリコリシス項目の所定数価を回数に注いで無制限算定することができる。

日本は撮影機器と撮影方法によって数価項目を分類して数価算定は回数に注いで制限規定を置いている。日本は CT、MRI、CBF動態検査及び診断料まで合わせて 8個項目で数価を分類したが韓国はどうして 269個項目で (CT 46、MRI 156、脈管 67)分類をしたのか得心にならない。日本は数価を器機と撮影方法で定めたが韓国は躯体サイトと機関別に細分化して数価を算定して医療費を増加させる記伝になっている。

**3) 調剤料算定の問題**

医薬分業とともに開業薬局の調剤と計わる数価では薬局管理料(訪問だ)、調剤基本料(訪問だ)、服薬ガイダンス料(訪問だ)、調剤料、医薬品管理料の五つがある。調剤数価を五つ項目で分けて決めた国は健康保険を実施している国の中で韓国が唯一の国仕のだ。ドイツは薬局に対して技術料である調剤料を認めず2002年から少額の調剤料を認めている(European Observatory on Health Care Systems:Germany 2004).

技術料の妥当性にも問題がある。薬局管理料があるのにどうして医薬品管理料が別途補償されなければならないか・薬局に医薬品以外また他の管理項目があるという意味なのか到底得心されにくい項目だ。そして調剤料と調剤基本料はどんな相違があるのか・調剤料と医薬品管理料を 91日まで処方箋日数に注いで算定することも薬剤費を増加させる大きい原因の一つになっている。日本は調剤技術基本料があるが処方箋日数についで算定しない。

라.DRGs 医療費の 二重支払い問題[[17]](#footnote-17)

DRGs 数価には初診診察料、ガックゾング検査料(放射宣布し)、処置、手術料、入院料及び各種薬剤料(退院薬含み)が皆含まれていて保険者(公団)や患者は疾病群別に決められた数価だけ負担するようになっている。しかし例外なしにすべての医療機関は手術前検査という名目で手術一日または数日前に診察をして手術に必要な各種検査(血液 Xソンゴムサドング)をして診察料と各種検査料ルを別に取り立てている。疾病群別数価に含まれている数価を手術前(手術前)検査という名目で別に取り立てることは違法的な行為だ。

医療機関が分離請求をしたら審査機関が見つけることができなかったかも知れなかったはずだ。分離請求可否も検討するのが望ましい。

마.療養機関当然指定制問題

**1) 療養機関指定制の変遷**

1963年 12月 16日医療保険法の同じ時期の 1963年 12月 22日産業災害保険法が制定・公布され医療法による病院や医院名称が保険法では '保険医療機関'に表現された。この法では保険者(医療保険組合)が医療機観衆保険医療機関を指定しようとする時には "保険医療機関申し込みで"を作成して保健社会部長官に提出すれば長官が指定する方式で完全命令式強制指定制であった。

1965年度から一部職場と地域で "医療保険試験事業"をしながら医療保険組合が病院と医院を訪問して相互指定契約書を作成これを添付して保健社会部長官に指定要請すれば長官名医と指定をして契約制方式でのターンオーバーが成り立った。

1977年社会医療保険の導入を控えて 1976.12.22 法律第2942号で全文改正した医療保険法第29条第2項、第32条、第33条で '保険医療機関'を '療養取扱機関'で名称を変更した。保険者である医療保険組合が医療保険法施行規則で決めた基準によってグリコリシス医療期間と "療養取扱機関指定契約で"を作成してソウル特別市長・釜山市長または道知事に提出して保健社会部長官の承認を得て '療養取扱機関'を指定するように変更して契約制方式で指定した。

1979年 1月 1日付で公務員と私学教職員に対する医療保険を実施するようになって全国的に散在している官公署と学校に勤める公務員と教職員及びその家族の保険給与医療を手軽く受けることができるように全国すべての医療機関と甚だしくは保健所、保健支所、保健医療所、母子保健センターなど保健機関まで療養取扱機関で一方的に指定するようになった(契約指定制が一方指定制に変更).

一方、職場医療保険は 1979年 7月 1日から 300人以上像視勤労者を雇う事業場まで当たり前適用事業場で拡がって公務員及び私学教職員とその被扶養者橙果医療機関利用接近性に差別性が生ずるという枝隙によってこれを解消するために全国のすべての医療機関が散在されている職場医療保険組合と個別的にいちいち指定契約をするには行政的浪費家ひどいだけでなくその実效性も疑問視されて職場医療保険組合の療養取扱機関指定・臭素業務を当時保険者団体である '全国医療保険協議会'(保険者団体)が一括担当するようにして当たり前指定方式で切り替えた(医療保険法施行規則第19条改訂、1979.5.29.保健社会部令第 628号)。

1979年公務員及び私学教職員に対する医療保険を適用しながら療養機関当然指定制を採択した背景は次項のようだ。1977年医療保険制度を取り入れる当時には適用対象が 500人以上を雇う事業場の勤労者と家族たちに限定されていて全国の医療機関を保険医療機関で指定しないで契約制で医療サービスを供給した。ところで保険数価が慣行数価より低く[[18]](#footnote-18)、医療費を請求するなどの不便性によって患者達が当時に一番好むソウルの一部病院は契約をしなかった。

1979年 1月公務員及び私学教職員を医療保険に適用しながら患者達が好む病院たちを皆契約に入れようとしたがソウルの一部病院は相変らず契約に応じなかった。なぜか夏眠公務員及び私学教職員及びその家族を皆含ませても保険ゾック研究イングが私は人口の 21.2%に過ぎず契約をしなくても病院経営に大きい問題がなかったからだ。むしろ保険患者を見る場合数価も低く、医療費を償還受けるのに時間もかかって患者確保に自信があるソウルの一部病院たちは療養機関契約がむしろ経営を難しくすることと判断したからだ。ここに政府は強制指定方式で法を改正して今日に至る[[19]](#footnote-19).

1988年 7月 1日実施された農漁村地域と 1989年 7月 1日都市部に対する医療保険拡大で '全国民医療保険時代'を開く時はもちろんその後にも医療保険療養取扱機関指定・臭素方法は保険者または保険者団体の一方的な強制指定制方式が持続した。

1988年 11月 14日与小野大ゾンググックハに平民党洪霊気国会議員など 71人の名医で国会に提出された "国民医療保険法(案)"によれば医療機関と薬局を療養機関で指定しようとする時には保険公団と医薬団体間に契約を締結するようにする療養機関契約制を採択したが、この法案は大統領の拒否権行事で 1989年 3月 25日国会に再議要求案を回付するによって契約制導入は不発で終わった。

1994年 1月 7日医療保険法が全文改訂(法律第4728号) になる時 '療養取扱機関'の名称を '療養機関'に変わったが '指定制'はそのまま維持されたし、1997年 12月 31日公務員及び私学医療保険法を廃棄して医療保険法の中で地域保険加入者グァンリョンゾハングウを一部抜粹して '国民医療保険法(法律第5488号)'を制定・公布する時も保険者による一方的強制指定制がそのまま遺残組織された。

1998年 2月 8日制定・公布された '国民健康保険法(法律第5854号)'は 2000年 7月 1日付で '医療保険'が '健康保険'で用語が変わって '国民医療保険法'と '医療保険法'は自動廃棄されながら医療保険管理体制の完全統合時代が始まる新しい法の登場に、この法では保険者による一方的指定制は消える代わりに医療法による '医療機関'、薬事法による '薬局'、地域保健法による '保健所'、農漁村など保健医療のための特別措置法による '保健医療所'は開設者の医師とは構わずに当然強制指定されるように国民健康保険法第40条に規定して当然指定制は法的拘束力がもっと強くなった。

**2) 当然指定制の問題点**

療養機関当然指定制の持つ問題点は次項のようだ。

第一、療養給与費用を決める保険数価の相対価値数価の単価は保険者と医薬系代表字間双方契約制ながら療養機関指定は保険者との契約制ではない法律による一方的な強制指定制になっていて論理的に矛盾する問題を見せている。すなわち、保険数価引上調整決定方法が政府による告示一つ目の時は当然指定制がそれさえも法理的に相互連携はなったが数価を契約するというのに療養機関当然指定制は論理的に矛盾するのだ。

第二、資本主義国家で民間資本によって設立された医療機関のサービスをたとえ社会保険と言って政府が法で強制徴発する仕事はありえない。資本主義国家でも前翅のような非常事態が発生したら政府が強制徴発をすることができるが、常時的に強制徴発のような当然指定制は資本主義精神と布置される問題がある。

第三、医療サービスは理論的に経済財分野に属するが医療がヒトの基本権という規範的な判断によって公共財で見なされて来た。1942年 Beveridge 見て発刊以後で医療はヒトの基本権で見なされたし、基本権の保障は政府の機能の一つになったから NHS(国営医療制度)や NHI(社会保険制度)が全国民を対象で医療を提供している。NHSでは政府が医療サービスを直接提供して、NHIでは民間医療機関や公共医療機関と契約を通じて医療サービスを提供する。ところで西欧の社会保障国家たちは医療サービスが実証的次元で経済財という点も認めてたとえ一部に過ぎないが契約を通じて自費負担病院や自費負担病床のような民間分野も認めている(イギュシック 2007).ところで韓国は規範的判断による公共財性格だけ強調して当然指定制を通じて民間分野を認めないことは論理的に妥当ではない。

第四、すべての医療機関を療養機関で法によって当然指定することは力強い政府規制に属する。規制の経済理論によると規制と言う(のは)消費者を保護するよりは規制デサングザルを保護するための目的に登場することだ(Stigler、1971; Posner、1974; Peltzman、1976).療養機関当然指定制は限界医療機関を保護する機能が消費者を保護する機能より強い問題がある。例えば、不当請求がひんぱんな医療機関、医療事故が頻発した機関、非倫理的な行為をする医療機関、医療サービスの水準が低い機関を現在の制度では退出させにくい。契約制が成り立てば医療供給者に認証制を通じて認証受けることができなかったサービス水準の低い機関は契約から除外させて、倫理的な問題がある機関も契約から除外させることで消費者を保護することができる。ところで現在の当然指定制としては医療機関を健康保険医療サービス提供で退出させる記伝のない問題がある。当然指定制は医療資源が不足だった 1979年には妥当な政策だったが、医療資源が過剰状態になった現時点では消費者保護の観点で多くの問題がある。

五番目、海外患者脱落歯と計わっても当然指定制は大きい障害物になっている。韓国が外国に比べて医療サービスで比較顕性がある分野は主に非給与分野だ。したがって海外患者を誘致するためには非給与ソビ数価たくさん開発されなければならないのに健康保険療養機関が非給与サービスをたくさん開発する場合、健康保険医保障性を毀損するだけでなく国民医療費増加をあおぐようになるでしょう。したがって療養機関契約制を通じて契約療養機関は健康保険患者を主に見るようにして、雨契約療養機関は高さの新技術を通じて海外患者を主に見るようにすることが妥当だ。このような戦略を使う時秘計薬瓶ウォンを中心に新医療技術の開発が可能で医療産業化にも寄与するでしょう。

**3) 療養機関契約制と健康保険医崩解**

或者は療養機関契約制が実施されれば分限者は秘計薬瓶ウォンを利用して、副子でも秘計薬瓶ウォンを利用する場合一時的に大金が必要となる医療費負担問題で民営医療保険に加入するようになるから健康保険で脱退して健康保険が崩壊されるという仮説を主張して療養機関当然指定制を固守しなければならないという主張をしている。

このような主張は全然事実と違う。療養機関契約制と健康保険契約制は全然違った事案だ。社会保険をする国家で健康保険契約制を選んでいる国家はドイツだけであり、他の国家は全国民が強制で健康保険に加入するようになっているし、韓国も例外ではない。ドイツも全国民に健康保険契約制を選ぶのではなく所得水準上位 10% 程度の住民に選択権を付与している。ドイツで所得相違階層に選択権を付与することは健康保険には政府の支援があるから高所得層を健康保険に強制加入させて政府支援恩恵を与えることができないという論理とともに、高所得層を健康保険から除外させて、これらに高い数価を適用して医療機関が付加的な所得をあげたら健康保険医統制価格から来る医療サービスの質低下を阻むことができる耳点があるからだ(イギュシック、2008).

韓国は療養機関契約制を選ぶと健康保険を契約制で切り替えるなんらの理由がない。なぜか夏眠ドイツは所得水準による保険料格差が非常に少ない。すなわち最高所得層の保険料が平均保険料の 3倍程度に過ぎない。したがって高所得層を健康保険で圧排させることがむしろ有利だ。ところで韓国は勤労者基準で最高所得層の保険料は平均保険料の 26倍にのぼるから高所得層を健康保険で圧排させることができない。

もし療養機関契約制を取り入れて富裕な階層が秘計薬瓶ウォンを利用するようになれば、彼らは健康保険料は保険料どおり内告、秘計薬瓶ウォンを利用するようになるから健康保険財政がそれほど節約されてむしろ一般国民たちのための健康保険医保障性を進めることができる耳点がある。

**4) 外国の事例**

法律ですべての医療機関は健康保険患者を義務的に医療しなければならないと規定する国家はない。先にイギリスを見れば全国民に国家の一般予算で医療を保障する国営医療制度(NHS)を 1948年取り入れた。この制度によって大部分の病院は国有化されているし、1989年に始めた医療改革を通じて国営病院は責任経営病院(NHS Trust)で切り替えた。しかしイギリスは 1948年から NHS 制度を取り入れながら、NHSに編入されることを憚る民間の一部病院に対しては患者達が医療費を全額自費で負担する病院(private hospital)を認めている。自費負担病院は営利病院にして税金恩恵を付与しない。それだけでなく国営病院にも病床の 10% 内わくに医療費全額を自費で負担する病床(pay bed)の運営を負担している。

シンガポールの場合を見てもイギリスと似たり寄ったりだ。シンガポールは 1983年医療改革(National Health Plan)を通じて医療保険体系はメデ－セイブ(Medisave)、メデ－シルド(Medishield)、メデ－ポンド(Medifund)で構成した。1984年まで国民が国営病院を利用する場合医療費の 90%まで補助して 10%だけ本人が負担する NHS 方式だった。

1983年改革案はイングゴリ研究ファに備えて根本的対策で 1985年から国営病院を利用すれば医療費の 20-80%を所得によって差別支援と(平均ジワン額は 60%)、残りは本人負担させて、営利病院を利用すれば医療費全額を本人が負担するようにした。営利病院は医療費に対する自律策定圏を持つから国営病院より医療費の高い特徴がある。

自費負担医療費の調逹のためにメデ－セイブなどの保険制度を取り入れた。まずメデ－セイブは韓国の国民健康保険に当たることで、一種の強制貯金口座と思えば良い。この基金は医療費支出用途にだけ使われることができるし、勤労者の所得の中で 6% 以上を義務的に積立するようになっている。  
 メデ－シルドは 1990年に導入した低価の国家医療保険制度で、長年の闘病を要する重い患者など重症度疾病治療に備えるために用意された保険制度で、メデ－セイブに貯金された金額で医療費用をあてることができない場合に使われてインテンシブケアユニット使用、一般手術、移植手術、間治療、癌X線治療などほとんどすべての病院治療に利用される。

メデ－ポンドはメデ－セイブ、メデ－シルドなどの保険でも医療費充当ができない場合を備えて去る 1993年に国家税金で作られた保険だ。  
 2001年に導入したエルダーシールド(Eldershield)は肢体障害にあたる医療事故に備えるために政府が運営する医療保険制度だ。

医療サービスの供給は国営病院と営利病院、そして個人医院(clinic)が担当する。1983年の改革案によって民間による営利病院の設立はもちろん国営病院の中希望する病院に対して営利病院でターンオーバーを 1985年から負担した。現在は国営病院と営利病院の割合が 80:20 位だ。国営病院を利用する場合は医療費に対する政府の支援をもらうが営利病院を利用する場合全額自費負担だ[[20]](#footnote-20).

営利病院の登場で政府の医療費支援をより低所得層に使うことができるきっかけもなった。国営病院も 1985年から責任経営制を取り入れて営利病院と競争することができるシステムを取り揃えた。国営病院も営利病院と競争ができるように高級病室の設置を負担したし、このような高級医療を利用する場合には政府支援を最低区域でばかりするようにした。

韓国に広く知られたレプルズグループ、パークウェイグループなどは営利病院でこのような病院たちが海外患者脱落歯に先に立つだけでなく医療産業化のための前哨基地役目をしている。

日本は営利病院を認めていないことは韓国と似たり寄ったりだが療養機関に対して韓国のように法で当たり前指定する方式を選んではいない。日本では医療機関が療養機関の指定申し込みをしなければ医療保険患者を受けなくても良いように法で定めている。医療機関が療養機関指定申し込みをすれば申し込み受けた政府(道都道府県)では次項のような著しい欠格事由がない限り保険医療機関を指定するようになっている。

① 指定臭素になった医療機関の開設者が別に医療機関を開設して指定を申し込んだ場合

② 保険医療機関指定臭素を 2回以上重複して受けた場合

③ ガイダンス・監査を何回受けたにもかかわらず指示事項による改善をしなかったが指定期間更新が渡来した場合

④ 実料差額(上級病室料)を取り立てる病室割合がめっきり高い場合

⑤ 道都道府県知事が医療界画目標達成のために特に必要な勧告(病床サプレッサーのために)したにもかかわらず病院を開設して保険医療機関指定申し込みをした場合

日本で保険医療機関に指定受けることができなければ患者確保が難しいからすべての医療機関が指定を申し込んでいて外冠上では当然指定制のように見えるが法理的に厳然に当然指定制とは違う形式を取っている。

DRW0001976c1147

Ⅵ.　問題がもたらした副作用

1.患者の過重な本人負担と低い健康保険保障性

多様な非給与の存在、選択診療の負担、上級病室の認定などによって患者の本人負担が過重になる問題がある。具体的に患者達の個人負担事例を調査したのが <表 6-1>だ。患者本人が負担するサービスを健康保険で負担する混合診療によって医療費で本人負担率が 80%を越えるサービスもある。社会保険の適用を受ける患者は本人負担率が 50%を越せば健康保険の必要性に疑義を持つようになるだろう。このような場合はかえって自費負担病床のような制度を通じて医療費全額を本人負担させることが妥当だろう。

<表 6-1> 多様な本人負担制による医療費負担事例

(単位:ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事例 | 保険医療費 | | | 非給与  医療費 | 総医療費 | 本人負担額 |
| 計 | 保険者 | 本人負担 |
| 1.内視鏡下手術用 ROBOTの根治的戦笠宣伝摘除術 (5日入院) | 1,993,700 | 1,778,138 | 215,562 | 10,997,501 | 12,991,201 | 11,213,063  (86.3%) |
| 2.脳血管造影撮影  (1日入院) | 574,727 | 456,740 | 117,980 | 823,732 | 1,398,459 | 941,712  (67.3%) |
| 3.リュマチス内科  (17日間 2日間入院) | 5,128,634 | 4,485,100 | 643,534 | 1,964,252 | 7,092,886 | 2,607,786  (36.8%) |
| 4.腫瘍内科外来(注射含み)-本人負担算定特例患者 | 2,220,957 | 1,998,857 | 222,100 | 4,360 | 2,225,317 | 226,460  (10.2%) |
| 注:()内は本人負担率。詳細内訳は <附表 6-1> に収録 | | | | | | |

このような高い本人負担率は結局 <表 6-2>と一緒に健康保険医低い保障性で繋がれる。健康保険医実質的な保障性が分かりにくいから国民医療費の中公共財政によってカバーされる医療費の割合で保障性を間接的に測定した。公共財政の割合が毎年高くなっているが、2007年現在 54.9%に過ぎず相変らず保障性の低さが分かる。

<表 6-2> 国民医療費の財源別構成費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 公共財政 | 家計負担 | その他 | 計 |
| 1980 | 20.1 | 75.4 | 4.4 | 100.0 |
| 1985 | 29.4 | 64.3 | 6.3 | 100.0 |
| 1990 | 36.5 | 58.2 | 5.3 | 100.0 |
| 1995 | 36.3 | 54.5 | 9.2 | 100.0 |
| 2000 | 44.9 | 45.9 | 9.3 | 100.0 |
| 2005 | 52.1 | 39.0 | 8.9 | 100.0 |
| 2006 | 54.6 | 36.8 | 8.7 | 100.0 |
| 2007 | 54.9 | 35.7 | 9.4 | 100.0 |
| 資料:整形では、2007年国民医療費及び国民保健勘定、保健福祉系統群部、2008 | | | | |

2.医院及び中小病院の生き残り脅威と大型病院での患者集中

現在の保険給与及び数価構造は大型病院(特に総合専門療養機関)であればあるほど有利で中小病院や医院には不利だ。そして医療機関の両極化が著しく現われる問題がある。大型病院であればあるほど有利な理由は次項のようだ。

第一、非給与サービス提供が可能になるように混合診療が認められていて総合専門療養機関のような大型医療機関が収益構造で有利だ。非給与サービスは主に新しい医療技術が普遍化される以前に高価の医療機器などを使うサービスがたくさんだから資本力が劣る中小病院や医院で開発しにくい。したがって大型病院が容易く開発することができるのに、このような非給与サービスは通常原価より高い価格を受けることができて[[21]](#footnote-21)経営に有利するしかない。そして中小病院や医院が非給与サービスを開発して高い価格を受ける場合医療費が高いと患者達がそっぽを向くから非給与開発が難しい側面もある。

第二、選択診療を大型病院は易しく提供することができて収益構造で有利だ。選択診療は中小病院に勤める医師でも実地医家経歴が 10年以上にあれば実施することができる。ところで現実は中小病院が選択診療を実施すれば患者達が医療費が高いと降らないから資格要件を取り揃えた専門医師あっても実施することができない問題がある。<表 2-4>で選択診療をする医療機関を見れば総合専門療養機関は 100% 選択診療制を取り入れているが、医科総合病院は 30.5%、病院は 4.3% だけが選択診療制を実施している。そして <表 2-5>で選択診療費が総収で占める比重を見れば総合専門療養機関が 7.4%、医科総合病院が 5.4%、病院が 4.0%になっている。このような統計資料をみる時、大型病院は数価が低くても選択診療を通じて別途収益を新たにつくることができることが分かる。したがって選択診療制度も医療機関の両極化に寄与していることが分かる。

第三、大型病院は上級病室で高収益を新たにつくることができる一方、中小病院や医院は上級病室に患者を収容するのに限界がある。ソウルのいわゆる 5大大型病院の中では最高級病室料が 1日 100万ウォンを超過する病室があるかと言えば 400万ウォンを超過する病室も運営していることが報道されたことがある。中小病院や医院なども上級病室を運営するが総合専門療養機関と似たり寄ったりに高い病室料を受けたら多分 1人の患者も上級病室に入院させることができないだろう。一方総合専門療養機関は患者が待機状態にあるから基準病室に入院したくても基準病床が全体病床の 50%に過ぎず患者達は上級病室に泣く泣く入院するしかない構造を作っている。上級病室制度を負担しながらこれを非給与にするから大型病院は上級病室料を通じて収益構造を改善できるのに比べて中小病院や医院は健康保険数価にだけ寄り掛からなければならないから経営上の難しさが大きい。このような収益構造の差が医療機関の両極化を招来させている。

第四、療養機関種別差別加算率制度がまた大型病院に有利になっている。種別差別加算率制度は健康保険数価に資本費用が含まれるから資本費用を償うために考案された制度だが加算率は技術料に適用になって資本費用と無関係に大型病院であればあるほど有利な構造を作る矛盾がある。健康保険数価を資源基準相対価値(RBRVS) 制度にしたことはどんな医療行為だった最小費用を基準で相対価値を決めるようになっているのに診察料を除いた他の医療費は療養機関種別で他の加算率を適用するということはザワン基準相対価値の概念を無視することであり、このような加算率が総合専門療養機関は 30%であり医院は 15%になって医院と総合専門療養機関は結局数価で差別化をもたらす結果をもたらしている。

五番目、診察料の差別構造だ。同じ専門医師医療をしましたが総合専門療養機関は医院に比べて初診で約 1.36倍、再診で約 1.47倍も高い。このような差別は論理的に理解することができないしこのような診察料の差別構造が大型医療機関に有利に策定されている。

六番目、入院料の差別構造だ。入院料の差別構造は保険数価に資本費用が含まれたから理解することができる論理だ。ところで問題は入院料が病院管理料、医学管理料、看護管理料で構成されていて、医学管理料と看護管理料は資本費用と無関係な項目という点だ。資本費用に含まれることができる項目は病院管理料に過ぎない。したがって入院料の差別化も論理的に限界がある制度だ。ところで入院料の差別化も大型医療機関に有利になるように策定されているという問題がある。

このような差別構造によって大型医療機関は保険数価が低くても生き残り可能だが中小病院や医院はそうではない問題があるだけではなく医療機関の間の両極化の起きる原因になっている。これに加えて 1998年地域医療保険統合以後医療圏が廃止されるによってあぶら患者までソウルの大型病院で集中してもっと問題を引き起こしている。

今 <表 6-3>で果して大型病院が有利な結果を生んでいるのかよく見る事にする。医院級は 2000年から 2008年の間医療機関数は年平均約 3.8% 増加したが医療費構成比では 44.7%から 38.0%で期間の中に 6.7% ポイントが減少した。そして病院級は 2000年から 2008年の間に医療機関数は年平均 13.6% 増加したが医療費構成比ではやっと 3.9% ポイントの外に増加することができなかった。ところで医科総合病院級は医療機関数では 7年間年平均 1.2% 増加したが医療費構成比では 1.7% ポイント増加し、3チァ医療ギグァンは機関数は変動がなかったが医療費構成比では 1.1% ポイント増加して大型病院が有利な構造なのを如実に知らせてくれている。保険給与で提供されるサービスのみを持ってからも大型病院に有利な医療費が支払われるのに、もし非給与サービス提供が統計で算出できれば医療機関種別格差はもっと広げられることで推測される。

<表 6-3> 療養機関種別医療費比重の改変

(単位:件、百万ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2008 |
| 医院 | 機関数 | 11,491 | 14,569 | 19,688 | 25,166 | 26,528 |
| 医療費 | 1,296,933 | 1,391,587 | 4,589,114 | 2,781,568 | 8,234,143 |
| 構成費 | 47.9% | 39.7% | 44.7% | 42.2% | 38.0% |
| 病院 | 機関数 | 368 | 462 | 681 | 1,112 | 1,883 |
| 医療費 | 217,410 | 301,765 | 976,459 | 831,066 | 2,892,869 |
| 構成費 | 8.0% | 8.6% | 9.5% | 12.6% | 13.4% |
| 医科総合病院 | 機関数 | 230 | 266 | 245 | 249 | 269 |
| 医療費 | 1,193,961 | 1,814,671 | 2,322,889 | 1,506,924 | 5,259,599 |
| 構成費 | 44.1% | 51.7% | 22.6% | 22.8% | 24.3% |
| 3次機関 | 機関数 |  |  | 43 | 42 | 43 |
| 医療費 |  |  | 2,376,527 | 1,475,376 | 5,259,599 |
| 構成費 |  |  | 23.2% | 22.4% | 24.3% |
| 構成費 |  | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 注:1990、1995年度には 3次機関分類が別に成り立っていなかったら。  資料:健康保険統計年譜、健康保険公団 | | | | | | |

ソウルのいわゆる 5大大型病院での患者集中現象をおいて一部では地域別病床総量制のような極端の規制政策を代案で提示するが、このような代案はまた他の問題を引き起こす。根本的な対策は健康保険の給与構造と数価構造ルを改革するしかない。ところで今すぐ給与構造と数価構造ルを直せば既存の制度で利得を取っている大型医療機関のリバウンドがひどいだろう。したがって医療機関の経営レジンを分析して、このような分析結果を土台で長期的な観点で問題を解決する方案を模索しなければならないでしょう。

3.薄利多売型医療供給行動の造成

**1) 薄利多売式医療供給現況**

韓国は健康保険制度を取り入れながら医療サービスの供給は民間資本に委任する構造を維持した。具体的には健康保険医医療数価に鏡像費用だけではなく資本費用まで含む形態にした。保険数価に資本費用まで含ませたが、数価水準が原価に及ぶことができないという医療界の主張は絶えなかった。それにもかかわらず医療機関は <表 6-4>のように 1977年以来 2006年まで年間平均 18.5% ずつ増加した

<表 6-4> 療養機関現況

(単位:個所)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1977 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 |
| 総合専門 | - | - | - | 25 | 39 | 43 | 42 | 43 |
| 医科総合病院 | 52 | 82 | 183 | 205 | 227 | 245 | 249 | 253 |
| 病院 | 187 | 245 | 330 | 368 | 462 | 681 | 909 | 961 |
| 療養病院 | - | - | - | - | - | - | 203 | 361 |
| 医院 | 6,008 | 6,610 | 8,348 | 11,491 | 14,569 | 19,688 | 25,166 | 25,789 |
| 歯科医院 | 4 | 3 | 4 | 5 | 14 | 60 | 124 | 136 |
| 歯科医院 | 1,720 | 2,025 | 2,994 | 5,390 | 8,363 | 10,592 | 12,548 | 13,002 |
| 助産婦 | 618 | 488 | 504 | 444 | 183 | 126 | 52 | 51 |
| 保健機関 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保健医療院 | - | - | - | 15 | 16 | 17 | 17 | 17 |
| 保健所 | 1982) | 214 | 225 | 243 | 225 | 230 | 234 | 237 |
| 保健支所 | 1,3362) | 1,321 | 1,303 | 1,296 | 1,306 | 1,270 | 1,274 | 1,276 |
| 保健医療所 | - | - | 1,640 | 2,048 | 2,039 | 1,910 | 1,897 | 1,907 |
| 保健センター | - | - | - | 5 | 1 | - | - | - |
| 漢方病院 | 9 | 11 | 17 | 33 | 70 | 141 | 149 | 145 |
| 漢医院 | 2,344 | 2,317 | 2,774 | 3,528 | 5,743 | 7,243 | 9,761 | 10,297 |
| 計 | 12,476 | 13,316 | 18,322 | 25,096 | 33,257 | 42,246 | 52,625 | 54,475 |
| 資料:保健社会部、保健社会統計年譜及び健康保険公団、統計年譜 | | | | | | | | |

療養機関の増加といっしょに医療サービスを提供する人力と病床数も <表 6-5>と一緒に毎年増加した。1981年人口 10万名当たり医師は 39.7人から 2006年 141.1人で、歯科医は同じ期間の間 6.8人から 38.3人で描いて漢方医は 6.4人から 28.0人で増えた。10万名当たり病床数は 2006年 839.8病床で 1981年の 168.5病床に比べて 4.97倍増加した。

<表 6-5> 人口 10万名当たり医療関係者及び病床数

(単位:人、病床)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1981 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 |
| 医師 | 39.7 | 50.5 | 68.5 | 92.8 | 117.5 | 136.1 | 141.1 |
| 歯科医 | 6.8 | 9.4 | 14.9 | 22.6 | 31.0 | 36.9 | 38.3 |
| 漢方医 | 6.4 | 7.2 | 10.7 | 14.8 | 18.8 | 26.1 | 28.0 |
| 病床数 | 168.5 | 244.9 | 313.0 | 435.2 | 611.4 | 781.8 | 839.8 |
| 注:1.医療引受は実際医療機関に携わる人力基準、2.保健機関ミチェレする 3.病床数は入院実技与えた病床、  4.各年度別人口基準は統計庁人口基準  資料:保健福祉部、保健社会統計年譜  国民健康保険公団、健康保険審査評価院(2007),「統計で見た健康保険 30年」 | | | | | | | |

貯水が構造で医療供給がこんなに増加することができた要因はまさに供給者たちの薄利多売型供給可動性に起因する。特に医療サービスは質と量が混合しているからサービスの質を少し落とせば貯水が構造でも赤字を兔れることができる。医療サービスの質低下は病院での医療時間単軸、義務行政サービスの単純化、ウィサソルミ研究の不在などの形態で現われる。少しのサービス質を低下させながらサービス供給量をふやせばあの数価構造で医療機関は生き残りが可能だ。このような可動性を薄利多売型医療供給行動で定義することができる。

薄利多売型医療供給の現われたサインは医療利用回数を通じて大略見当をつけることができる。<表 6-6>は 1990年以後 2006年まで 1人当り医療日数及び受診回数を現わしている。先に医療回数を見れば 1990年に 1人当り 16.30日から 2006年には 95.20日に開いた平均 11.6% ずつ増加した。そして年間 1人当り受診回数を見れば 1990年 8.23回から 2006年には 16.08回で毎年平均 4.3% ずつ増加した。

<表 6-6> 年度別受診回数と医療日数

(単位:日、回)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| 1人当り診療日数 | 16.30 | 27.04 | 48.57 | 63.75 | 68.79 | 73.99 | 80.02 | 86.75 | 95.20 |
| 1人当り受診回数 | 8.23 | 10.96 | 13.59 | 13.24 | 13.97 | 14.71 | 14.93 | 15.35 | 16.08 |
| 資料:国民健康保険公団、健康保険審査評価院。2007.「統計で見た健康保険 30年」リフレーミング | | | | | | | | | |

このような受診回数の増加や医療日数の増加は外国に比べて非常に早い増加傾向であり、絶対値でも日本を除き世界で二番目に高い国家に属する。このような受診回数や医療日数は薄利多売型供給の成り立つ根拠になる。

薄利多売型医療供給の他の指標は <表 6-7>の健康保険医請求件数及び請求金額資料を通じてよく分かる。去る 2001年から 2008年まで全体療養機関の年度別外来請求件数は 321百万件から 685百万件で年平均 11.44%が増加した。そして全体療養給与費用は同じ期間の間 8,808十億ウォンから 14,503十億ウォンで年平均 7.38%が増加したが、請求件当たり平均療養給与費用は 27.4千ウォンから 21.2千ウォンで年平均 3.6% ずつ減少した。来院日数は 562百万が一から 726百万が一で年平均 3.72% 増加したし、来院日当平均療養給与費用は 15.7千ウォンから 20.0千ウォンで増加している。来院日当平均療養給与費用以下で請求した割合は 2001年療養期間の全体請求件数の 67.4%で 2008年には 82.8%で年間平均 2.98%ずつ増加した。

来院日当療養給与費用は年間平均 3.52% ずつ増加しているし、各年度の来院日当平均療養給与費用以下を請求する件数の割合は 2001年 67.4%で毎年増加して 2008年には 82.8%に至る。療養機関の請求件数価毎年増加しているし、来院日当平均療養給与費用は増加しているが、平均額以下で請求する割合が徐徐に高くなるということは相対的に少ない費用の医療形態に対する医療供給が増加していることで薄利多売型医療供給が増加していることを分かるようにする。

<表 6-7> 年度別請求件数、請求件当たり療養給与費用(外来)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 年平均  増加率  (%) |
| 療養機関請求件数(百万) | 321 | 347 | 361 | 376 | 394 | 419 | 539 | 685 | 11.44 |
| 療養給与総費用 (十億) | 8,808 | 9,325 | 9,645 | 10,257 | 11,233 | 12,554 | 13,576 | 14,503 | 7.38 |
| 請求件数当たり平均療養給与費用(千ウォン) | 27.4 | 26.8 | 26.7 | 27.2 | 28.5 | 29.9 | 25.2 | 21.2 | -3.60 |
| 来院日数(百万) | 562 | 610 | 628 | 645 | 667 | 712 | 712 | 726 | 3.72 |
| 来院日当  平均療養給与費用(千ウォン) | 15.7 | 15.3 | 15.3 | 15.9 | 16.8 | 18.0 | 19.1 | 20.0 | 3.52 |
| 来院日当平均療養給与費用以下請求件数の割合 | 67.4 | 73.3 | 73.6 | 72.9 | 74.1 | 77.1 | 80.5 | 82.8 | 2.98 |
| 注:療養機関は総合専門療養機関、医科総合病院、病院・医院、歯科病・医院、助産婦、保健所、保健医療所、保健医療院、漢方病・医院含み  資料:健康保険公団(http://www.hira.or.kr/) 「健康保険 DB; 医療指標実績」。 | | | | | | | | | |

今 <表 6-8>を通じて療養機関種別で来院日当平均療養給与費用と平均以下で請求する件数の割合をよく見る事にする。2001年医科総合病院は件当たり平均請求費用が 28.5千ウォンから 2008年 43.4千ウォンで年平均 6.19%ずつ増加したし、医科総合病院の全体請求件数で来院である当たり平均療養給与費用以下で請求した割合は同じ期間の間年平均 0.54%ずつ増加した。病院の場合には来院日当平均療養給与費用は年平均 2.74%ずつ増加したし、来院日当平均療養給与費用以下に対する請求件数は年平均 0.36%ずつ増加したことで現われた。終りに医院の場合には来院である当たり平均療養給与費用は 13.7千ウォンから 15.3千で年平均 1.59%ずつ増加したし、来院日当平均療養給与費用以下への請求の割合は 2001年 58.0%で 2008年 80.0%で年間平均 4.70%が増加したことで現われた。

医療機関種別来院である当たり平均療養給与費用及び来院日当平均療養給与費用以下の請求の割合を分析した結果をよく見れば医科総合病院と病院の場合には来院日当平均療養給与費以下の請求割合が小幅で増加しているが、医院の場合その増加率が来院日当平均療養給与費用の増加率よりもっと高いことで現われて薄利多売型供給可動性を見られる。

<表 6-8> 年度別来院日当り平均療養給与費用及び請求割合(外来)(単位:千ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 年平均増加率  (%) |
| 総合  病院 | 来院日当  平均療養給与費 | 28.5 | 28.3 | 29.8 | 32.1 | 35.3 | 39.0 | 41.5 | 43.4 | 6.19 |
| 来院日当  平均療養給与費用以下請求割合 | 73.5 | 74.6 | 74.4 | 75.3 | 75.4 | 75.4 | 75.8 | 76.3 | 0.54 |
| 病院 | 来院日当  平均療養給与費 | 20.2 | 19.6 | 19.7 | 20.4 | 21.4 | 22.8 | 23.9 | 24.4 | 2.74 |
| 来院日当  平均療養給与費用以下請求割合 | 70.3 | 70.1 | 70.0 | 70.9 | 71.0 | 71.0 | 71.3 | 72.1 | 0.36 |
| 医院 | 来院日当  平均療養給与費 | 13.7 | 12.9 | 12.5 | 12.7 | 13.4 | 14.2 | 14.8 | 15.3 | 1.59 |
| 来院日当  平均療養給与費用以下請求割合 | 58.0 | 61.9 | 71.8 | 71.4 | 74.0 | 75.8 | 73.5 | 80.0 | 4.70 |
| 注:'来院日当平均療養給与費用以下請求件数の割合'の粉子は '来院日当平均療養給与費用'で小数点以下を切削したことを基準にしたら(例; 来院日当平均療養給与費用が 15.7千ウォンの場合 15千ウォン以下請求件数を粉子にしたら)  資料:健康保険公団(http://www.hira.or.kr/) 「健康保険 DB; 医療指標実績」。 | | | | | | | | | | |

**2) 薄利多売の原因**

韓国の医療供給形態が '請求件数当たり平均療養給与費用'は低くなって、'全体請求件数'は増加しているし、'来院日当平均療養給与費'以下の療養給与費の請求件数の割合は徐徐に増えるなど薄利多売式の医療供給形態が発生することは次項のような理由を聞くことができる。

① 低い数価

韓国は医療保険制度を取り入れる当時保険者(政府)と医療サービス供給者の十分なカンフェレン数価充分でなかったと言える。初期韓国の医療保険を研究した専門家たちは当時医療保険を取り入れた他の国々とは違い社会福祉昇位という次元で医療保険を研究して制度の導入に先に立ったと言える(イギュシック、2008).1960年代不安定な政局と政治的正当性の確保、1970年代経済による社会的階層噴火による平等指向的理念の成長、国際社会の勧誘など多様な国内外的与件の改変に従って政策決定権者たちは急いで福祉制度としての医療保険制度を施行するようになった。1977年政府は医療サービスの適正価格を決めるのにあって既存病院で慣行的に受けて来た医療費の 55% 水準で保険数価を決めて制度を施行した。[[22]](#footnote-22) 1977年 7月 1日数価制定以後ほとんど毎年保険数価引上をして来たが、<表 5-13>で本ところのように医療供給者の立場では数価が原価に達していないと感じていてこれが薄利多売型供給をもたらす原因の一つだといえるだろう。

② 行為別数価制度

医師は医療の供給者ながら患者の医療に対する代理人(agent) 機能をしている。ところで医療を取り囲んだ情報の非相称性は医師が合理的な代理人もなることができるしまた非合理的な代理人もなることができるようにする。ところで医師入り判断する時政府の医療政策が非合理的라思ったら医師は非合理的な代理人になる(Feldstein、2005).ところで医師が判断する非合理的な政府政策は医師供給の拡大と貯水が政策だ。韓国の医療政策は医師入り判断するのに非常に不合理な政策の標本になっている。したがって韓国の医師たちは非合理的な代理人機能をするようになって、ここで需要創出によるサービスの過剰供給が成り立つ。

特に医療費支払い制度が行為別数価なら需要創出が容易くて供給過剰がもっと易しくなる(Feldstein、2005).韓国に医療保険が始まった以後今日まで医療サービス利用後供給者にそれに対する費用は行為別数価制度を土台で支払っている。行為別数仮題を運営するための根拠になる数価表意医療項目は <表 2-1>で見られたことのように毎年増加しているし、数価表に登載される項目数価多ければ、その位医療量が多くなる恐れがある(イギュシック、2007).数価トングゼが成り立つ現実で行為別数価制度の採択は医師たちの需要創出が容易くて薄利多売型医療ができるようにしている。

③ 供給者過剰排出

韓国の場合人口 1,000名当り活動医師数は 2007年現在 1.74人で、OECD国々の中トルコ(Turkey) 次項で一番少なくて、OECD 平均 3.04人に大きく及ぶ事ができないa.人口 1,000名当り活動看護婦も OECD 国家平均 9.6人に狂う事ができない 4.2人だ。しかし医師獣医増加速度は 1990年と 2007年間 2倍以上増加して OECDの他の国々に比べて一番早く増加している(OECD Health Data、2009).

医師獣医急激な増加は医師たちにとって患者達に対する非合理的な代理人機能をするようにして需要創出をするようにしたし、このような需要創出による供給の増加は薄利多売型供給可動性を造成している。

③ かかりつけ医師無し制度の問題

韓国は医療伝達体系がまともに作動することができない。これは 1次医療機関の主要役目である包括的医療と健康増進及び予防事業を遂行するよりは治療中心の医療サービスを提供するからだ。医療機関を訪問する患者達の大部分は現在罹患された疾病に対してできるだけ早い治療を期待して医療機関を訪問して、統制された数価体系と行為別数価ゼルを通じる医療費支払いシステムは医師たちにとって予防と管理中心よりはすぐの患者不便さを改善させてくれる検査及び治療中心の医療行為をもっとたくさんするようにする。

これは一期医療を中心に地域住民たちに対する医療の接近性を高めてジソックゾックで、全人的で、包括的な医療サービスを提供して地域住民の疾病を予防して健康を昇位させることができる地域社会の主治医制度のようななじみの医者がほとんどいないからだ。なじみの医者の不在は健康教育及びカウンセリングなどのように専門的な医療情報を伝達受けにくくて医療サービスにおいて供給者と消費者の情報ひずみがもっとひどくなって、医師が非合理的代理人になることを阻むことができないようにして薄利多売型の供給可動性造成に寄与する柄になる。

④ 医療ショッピング

健康保険公団が去る 2006年 4月 1日から 7月 13日まで同一傷病で医療開始日から 5日内に同級の他の医療機関を 3回以上利用した医療給与需給権者 2,704人の中 1,754人を調査した結果これらの中で 55.2%が心気や深刻な健康問題などを理由で多くの医療機関を利用することを当たり前の権利で認識していた。多くの医療機関を利用する医療給与需給権者の多頻度病床を調査した結果大部分炎症性疾患であり、鼻炎証疾患は主に風邪や疾患隠蔽疾患で現われた(薄才とは。2006).

2007年国民健康保険公団国政監査資料分析結果国民健康保険診療デサングザと医療給与需給権者の年間医療日数(入院である+来院である+投与日)が 365日を超過する場合は健康保険デサングザは約 300余万人にのぼって、医療給与需給権者は約 47万名余に至ることで現われた(ヤングスン構造。2008).なおかつ年間 1,000日以上医療を受けた人が健康保険で 145,041人、医療給与需給権者の中 21,201名もなることと調査された。

健康に対する関心が高くなって、健康保険制度によって医療利用に国民の接近性がいっそう易しくなりながら医療サービス利用量は毎年倦まず弛まず増加している。しかし、健康に対するひどい心配と高くなった接近性結果消費者たちは同一疾病に対して短い期間の間多くの医療機関を訪問するなど必要以上の医療サービスを利用する以上体質を見せていた。特にこのような医療ショッピング現象は医療サービス利用において本人負担がほとんどない医療需給権者の場合もっと深刻なことで現われていて、利用者の経済的負担が少ない場合医療ショッピング現象はもっと深刻に現われることと予想されている。

⑤ 政府の支援不十分

数価水準は医療サービスを生産するのにあって各サービスを行う医師たちの行為料、医療過誤などに対する保険料そして医師を教育させるのに必要となる費用などが皆含まれて決まる(W.C.Hsiao.1988).ヨーロッパの場合数価には鏡像運営費だけ反映して資本費用は別途の方法で償う一方、韓国の数価には鏡像費用と資本費用を補も含んで反映している。すなわち、数価において別途のウィサインリョックウを生産するのに投入される資本に対する費用を償ってくれない。これはどんな医療行為を医科大学を只今卒業した一般医が行うことができたら、たとえ専門医師遂行しても数価は一般医の人件費を基準に策定されるということを意味する(Feldstein、2005).一般医に比べて実地医家の比重が高くて、医療機関の水準と関計なく上位医療機関で患者が集中される現象のような韓国の医療特性の上医療サービス生産のための最小限の資本費用に対して政府の支援がなくては薄利多売式医療供給行為は続くことと予想されられる。

**3) 薄利多売による問題点**

① サービスの持続的提供不十分

老人人口の増加とともに疾病の様相も過去急性伝染性疾患で慢性退行性疾患中心に転換して、単純疾病治療のためではなく健康を昇位させて向上(health improvement)させるための手段として医療サービスの目的が変わっている。これはヒトの一生において医療が瞬間で必要ではなく生涯与えるのによって持続的に適切にゼゴングドエオジョヤすることを意味している。

しかし、このような医療提供が改変をまともに反映されることができない現在の医療数価体系では健康を進めることができる健康増進及び予防行為に必要な持続的な適正医療サービスを供給するよりは現在の不便さを寛解するための単純治療目的の医療サービスだけが提供されるでしょう。

② サービスの質問題及び消費者と供給者間の不信

生涯与えるのに合わせて全人的な医療サービスが提供されるよりは肉体的健康の回復のための断片的医療サービスの提供は患者の健康を進めることができずにまともにできた面倒を見(care)をしてくれることができない。基本的に医療サービスを受ける対象はヒトだ。そうだから質(quality)を非常に重要視しなければならない。ところで医療サービスの質的向上のためには物的・人跡改善が必要であり、これのためには供給者の経済的負担を含めた医学外的な条件が同時に備えなければならない。医療サービスの質的向上に必要な投入資本の負担を全面的に供給者自らに負担するようにしている現体系では革新的な医療の質改善は期待しにくいだろう。

過去患者が医師に絶対的に寄り掛かる場合とは違い最近には患者と医師がお互いの可動性に関与する対等なパートナーの連携に変化した。高くなった教育水準と市民意識の成長で患者は自分の身に対する権利を積極主張して医師の医療行為に対してより能動的に参加する。

薄利多売型医療供給は医療サービスの質に対する問題を呼んで来ることができるし、このような現象は医療供給者に対する消費者たちの不信で現われて医療紛争件数をふやすようにしている。<表 6-9>を通じて 2000年以後の医療紛争件数を見れば 2000年 1,465件だったことがたゆまぬ増加成り行きを見せて 2005年には 2,769件で 13.8% 増加した。

<表 6-9> 医療紛争発生現況

(単位:件)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 年度別受付件数 | | | | | | 計 |
| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| 医療審査調整委員会 | 22 | 23 | 8 | 6 | 18 | 22 | 99 |
| 司法部(民事訴訟) | 508 | 519 | 671 | 755 | 802 | 867 | 4,122 |
| 韓国消費者保護院 | 450 | 559 | 727 | 661 | 885 | 1,093 | 4,375 |
| 大韓医師協会共済会 | 485 | 505 | 500 | 410 | 415 | 814 | 3,129 |
| 合計 | 1,465 | 1,606 | 1,906 | 1,832 | 2,120 | 2,796 | 11,725 |
| 資料:新銀河(2007)、医療紛争発生現況及び医療科目別紛争特性分析。学位論文 | | | | | | | |

③ 間接費用支出の過多

薄利多売型医療サービス供給は医療サービス利用量の増加といっしょに給与費用を増加させて健康保険財政の負担要因で作用している。このような直接的な医療費負担だけでなく現在医療市場で現われている歪みされた医療供給形態は医療を利用するのに必要となる間接費用も増加させている。間接費用は医療機関を必要以上で訪問するようになることで発生する費用で個人及び社会的な損失が発生する。このような間接費用はサービス行為において消費者たちが供給者たちに直接支払わないで消費者ひとりひとりが処した状況によって出費されるから正確に測定することは困る。しかし特定疾病を治療するために適正医療サービス量以上の医療サービス利用は直接費用はもちろん間接費用も過多出費するようになるでしょう。

間接費用は医療サービス利用においてだけ発生することではない。医療サービス利用を通じて二次的に発生する事件(event)に必要となる費用も含まれる。医療サービス利用後二次的に発生した事件の間接費用の例として医療供給者と消費字間の紛争による必要費用は 2003年 1,965億ウォンに集計されたが、2006年 2,398億ウォンで急激な増加を見せた(ギムソユン、2008).

4.医療費急増による健康保険の持続可能性問題

**1) 国民医療費の増加現況**

健康保険の給与構造や数価構造の問題が派生させる窮極的問題は国民医療費の急速な増加とこれによって健康保険医持続可能性が脅威を受けるという点だ。先に <表 6-10>を通じて保険医療費の増加成り行きを見れば 2000年 12.9兆ウォンだった保険医療費総額が 2005年 24.9兆ウォンで、2008年には 35.0兆ウォンを急激に増加している。保険医療費の増加は保険給与費の増加で繋がれて保険財政を脅威している。1990年代までは主に保険適用人口の拡大に起因して保険医療費が増加した。1989年 7月全国民医療保険が達成された以後にも保険財政が黒字を出していたから 1994年医療保障改革委員会の決定によって 1995年以後には保険給与医療日数制限を漸進的に解きながら給与拡大を試みて 2000年までの保険医療費の増加する原因になった。

2000年以後には健康保険統合及び医薬分業の余波によって保険財政が急増している。健康保険統合と医薬分業直後の 2001年度の保険医療費増加現象を見れば総医療費が前年度に比べて約 5.0兆ウォンが増加したが、医療機関医療費で 1.5兆ウォン、薬局医療費で 3.5兆ウォンが増加した。

問題は 2001年以後にも医療機関医療費と薬局薬剤費が倦まず弛まず増加している点だ。医薬分業になったら最初の期待どおり医薬品使用が減って薬局薬剤費でも下がらなければならないのにむしろ増加していることが問題だ。

<表 6-10> 保険医療費の年度別増加推移

(単位:10億ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保険医療費 | | | 保険給与費 | |
| 総額 | 医療機関 | 薬局 | 金額 | 給与率 |
| 1977 | 7.4 | 7.4 | - | 4.5 | 61.2 |
| 1980 | 183.9 | 183.9 | - | 132.0 | 71.8 |
| 1985 | 862.3 | 862.3 | - | 595.5 | 69.1 |
| 1990 | 2,960.3 | 2,937.9 | 22.4 | 1,903.2 | 64.0 |
| 1995 | 6,144.2 | 5,977.4 | 166.8 | 3,939.4 | 64.1 |
| 2000 | 12,912.2 | 11,725.6 | 1,190.6 | 8,789.3 | 68.1 |
| 2001 | 17,843.3 | 13,236.4 | 4,606.9 | 12,940.6 | 72.5 |
| 2005 | 24,861.5 | 17,838.6 | 7,022.9 | 17,988.6 | 72.4 |
| 2006 | 28,410.5 | 20,374.4 | 8,035.9 | 20,931.6 | 73.7 |
| 2007 | 32,389.2 | 23,496.7 | 8,892.5 | 22,590.0 | 74.2 |
| 2008 | 35,036.6 | 25,475.6 | 9,561.0 | 25,807.3 | 73.7 |
| 資料:健康保険審査評価院、医療費統計解析、2009.8 | | | | | |

ところが <表 6-11>で保険医療費を含んだ国民医療費の増加を見れば 2000年代に入って医療費増加は深刻な問題を投げてくれている。すなわち 2000年以前までは医療費が増加しても経済成長がこれを吸収して GDP 対比国民医療費比重はいつも 4% つけた。そうして 2000年代以後には国民医療費の増加速度が経済成長速度をしのいで GDP 対比国民医療費の比重がすぎるほど早く増加する問題がある。2005年以後保険給与率はほとんど改変がないのに GDP 対比国民医療費比重が毎年 0.3 - 0.4 % ポイントずつ増加して OECD 国家の中で一番早い増加速度を見せる問題がある(OECD Health data 2008).

人口高齢画家急速に進行されていて保険料を負担する人口階は徐徐に淡くなるのに国民医療費が現在のように早い速度で続いたら、2020年代以後健康保険医遺残組織可能性問題が申し立てられる。国民医療費が急速的速度で増加する理由では人口高齢花道大きい原因になるが保険給与及び数価構造から来る問題も多いとする。

<表 6-11> 国民医療費増加現象

(単位:兆ウォン、%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 国民医療費 | | |
| 金額 | 年間平均増加率 | GDP 対比 |
| 1980 | 1.6 | - | 4.1 |
| 1985 | 3.3 | 15.7 | 3.9 |
| 1990 | 8.1 | 20.0 | 4.3 |
| 1995 | 16.3 | 15.0 | 4.1 |
| 2000 | 28.5 | 11.7 | 4.9 |
| 2005 | 49.2 | 11.6 | 6.1 |
| 2006 | 54.8 | 11.3 | 6.5 |
| 2007 | 61.3 | 12.0 | 6.8 |
| 資料:整形では、2007年国民医療費及び国民保健勘定、保健福祉系統群部 | | | |

**2) 人口高齢化と医療費増加**

人口高齢化は老人人口の重症度、慢性疾患罹患率を高めて医療費増加の原因になっている。老人に対する年令基準を 65歳で選定したことは 1889年ドイツが最初であり以後各国から通用して来ているし韓国も老人福祉法令を含めた各種法的基準に準用している実情だ。65才以上老人人口の割合が 7.0%を超過すれば高齢化社会(aging society)だといって 14%~20% であれば高齢社会(aged society)、20%以上なら超高齢社会(super-aged society)と分類している。2008年度 65才以上人口は 10.17%(5,087千名)なのに健康保険で 9.55%(4,600千名)、医療給与で 26.4%(487千名)で構成されている。

韓国はもう高齢化社会で高齢社会に早い速度で進行しており所得が相対的に減少した老人の医療費負担が老齢人口の生の質を落とすから老人に対する保険給与区域の拡大と本人負担費用の軽減措置が最優先的に成り立たなければならないという政策的合意によって老人たちに多くの癌など高額重症度疾患の本人負担軽減、そうそう、心臓、脳疾患の PET 撮影健康保険給与化、所得水準別本人負担上限制実施、漢方物理治療保険給与化等々の措置たちが成り立った。

老人人口の増加と老人に対するさまざまな恩恵が行く保険給与対策が老人たちの医療費支出をふやすようにしている。<表 6-12>は 2001年以後 65歳以上老人医療費を分析した資料だ。

<表 6-12> 65歳以上老人医療費 (健康保険)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 老人人口  (千名) | 老人  人口割合  (%) | 前年比  増加率  (%) | 老人  医療費  (億ウォン) | 老人  医療費の割合(%) | 前年比  増加率  (%) | 来院日当  医療費  (ウォン) | | 前年比  増加率  (%) | 来院日数  増加率  (%) |
| '01 | 3,216 | 6.9 | - | 31,681 | 17.80 | 38.40 | 23,506 | -5.60 | | 46.60 |
| '02 | 3,345 | 7.2 | 4.00 | 36,814 | 19.31 | 16.21 | 23,910 | | 1.72 | 14.24 |
| '03 | 3,541 | 7.5 | 5.86 | 43,723 | 21.30 | 18.78 | 25,337 | | 5.95 | 12.10 |
| '04 | 3,748 | 7.9 | 5.85 | 51,097 | 22.90 | 16.87 | 26,910 | | 6.21 | 10.30 |
| '05 | 3,919 | 8.3 | 4.56 | 60,556 | 24.42 | 18.51 | 28,759 | | 6.87 | 10.89 |
| '06 | 4,073 | 8.6 | 3.93 | 73,931 | 25.89 | 22.09 | 31,983 | | 11.21 | 9.78 |
| '07 | 4,387 | 9.2 | 7.71 | 90,813 | 28.15 | 22.83 | 35,167 | | 9.96 | 11.71 |
| '08 | 4,600 | 9.6 | 4.86 | 104,904 | 29.94 | 15.52 | 36,976 | | 5.14 | 9.87 |
| 資料:健康保険審査評価院、ゴンガムボホムシムサトングギェジピョ (2001~ 2008) | | | | | | | | | | |

2001年度に 6.9%の老人人口が全体健康保険医療費の 17.8%を使って平均より 2.6倍位医療費をもっとたくさん使ったが、2008年度には 9.6%の老人人口が 29.9%の医療費を使って平均より 3.1倍もうたくさん使っていることを見られる。後10年後になれば13%の老人人口が健康保険医療費の40%以上を使うことで見える。

2001年以後 2008年まで老人医療費の増加率を見れば年間平均 21.27%で国民医療費増加速度をずっと追い越している。来院日当医療費も 2001年 23,506ウォンから 2008年度に 36,976ウォンで 57.3%増加したし年平均 6.58%ずつ増えた。2002年から 2008年までの 7年間医療機関及び薬局来院日数増加率は年平均 11.27%ずつ増加した。このように老人人口の医療利用百分率が急増していることは今後の保険財政確保及び管理対策に深刻性が予見されていると思わなければならないでしょう。

**3) 高価装備を利用した新技術の過剰供給**

相対価値数価の算出で大部分のサービスが原価に達していなくて、数価算定で CT、MRI などのヤングサングツァルヤングが非常に細分化されているし、健康保険で混合診療の負担は自然に高価装備を利用した新技術の過剰供給で繋がれる。

韓国の CT 及び MRI保有台数はアメリカと日本に引き続き世界的でも一番多い国家に属する。韓国は 2005年人口 100万名当たり全身用 CT 保持代数価 33.2 台、MRI 12.1 台として日本(2002年基準 CT 92.6台、MRI 35.3 台)、アメリカ(2004年基準 CT 32.2 台、MRI 26.6 台)に引き続き世界第3位を占めている(OECD Health Data 2007).

高価装備をたくさん取り入れて使うことは韓国の医療供給体系にもその原因がある。医療保険制度を取り入れる当時韓国の医療供給は民間資源が担当して自由放任体系を成していた。ところで医療保険制度を取り入れながら医療供給に政府が別途の投資をしたのではなく、民間資源の拡充を通じる供給拡大をはかって数価に資本費用を償う形式を取った。

保険数価に資本費用まで償うようになるによって加算率、診察料、入院室料、特進料などで大型病院が有利な口道を作ってくれた。大型病院たちはこのような有利な条件に非給与ソビ数価認められるによって非給与でサービスを提供することができる CTや MRIのような高価装備の導入を通じて患者達を集めてレジンを改善することができた。

大型病院が高価装備を通じて患者を集めてレジンを改善すると、大型病院に患者を奪われないために中小病院、はなはだしくは医院なども CTや MRIを取り入れる事例が起った。CTや MRI 利用が普遍化されるによってこのような装備を利用するサービスを保険給与で認めるしかなかった。CT、MRI 撮影が保険給与で認められるによって高価装備を利用するサービスの供給がもっと活発になるしかなかった。

<表 6-13>を通じて CT、MRI 及び PET(相変らず非給与) 撮影による保険財政状況を分析すれば、2006年三種類装備の撮影による医療費がおおよそ 2.3%に至って、2007年度には 2.8%で増加している。特に高価装備使用が老人人口からもっと多い問題がある。これは前でも言及したところのように老人に多くの癌など重症ファンに対する本人負担軽減や、そうそう、心臓、脳疾患の PET 撮影を健康保険の給与で拡大したのが影響を及ぼしたことと判断される。

<表 6-13> 高価医療装備使用による保険財政支出額

(単位 :百万ウォン、回、%)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2006年 | | | 2007年 | | |
| 健康保険全体  (A) | 65才以上  (B) | 割合  (B/A) | 健康保険全体  (A) | 65才以上  (B) | 割合  (B/A) |
| 保険医療費総額 | 28,557,969 | 7,393,089 | 25.89 | 32,258,975 | 9,081,254 | 28.15 |
| 高価医用機器金額 | 674,760  (2.3) | 210,594 | 31.21 | 907,677  (2.8) | 291,467 | 32.11 |
| 高価医療装備  撮影回数 | 3,257,658 | 989,484 | 30.37 | 4,090,186 | 1,319,533 | 32.26 |
| 注 1) 審査年も、審査決定金額基準である。  2) 健康保険患者、前山清区分だけ当たる。  3) 高価医療装備は CT、MRI、PETが当たって、撮影の時使われる造影剤などの金額が含まれる。  4) ( )内衣数値は保険医療費で占める高価医用機器金額の比重 | | | | | | |

**4) 薬剤費と医療費増加**

**① 保険薬剤費増加成り行き**

医薬分業以後薬剤費の増加も医療費増加に大きく寄与している。薬剤費と計わる指標の変動成り行きを <表 6-14>を通じてよく見る事にする。2000年医薬分業実施当時保険薬剤費請求薬局数は 17,449ヶ所、医薬分業元年(元年)ということができる 2001年度薬剤費請求薬局数は 18,532ヶ所で 1 年間 1,083ヶ所(6.2%)が増加したし 2008年度薬局数は 21,263ヶ所で 2000年に比べて 3,814ヶ所(21.86%)が増加した。

薬局薬剤費(医薬品費用+調剤料など行為料)は 2000年度 4.57兆ウォンだったことが 2008年度 9.56 兆ウォンで 2倍以上増加した。医薬分業が本格的に施行された 2001年を基準すると 2008年まで年間平均 9.85%ずつ増加した。前年度対比増加率は 2006年が 14.25%で最高だったし 2008年度は 7.61%で最低増加率を見せている。このような成り行きに行けば 2009年度には 10兆ウォンに到逹する見込みですべて療養給与費 40兆ウォンの 1/4が薬局の薬剤費になるでしょう。薬剤費の早い増加率も医療費増加を主導する一要因になると言える。

<表 6-14> 薬剤費支給内容(2000年~2008年)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 請求  薬局数  (個所) | 薬剤費  (百万ウォン) | 前年比  増加率  (%) | 入院  薬剤費  (百万ウォン) | 入院日当薬剤費  (ウォン) | 外来  薬剤費  (百万ウォン) | 訪問日当たり薬剤費  (ウォン) | 増加率(%) |
| 2000 | 17,449 | 1,267,523 |  | 271,026 | 3,061 | 996,497 | 10,953 |  |
| 2001 | 18,532 | 4,574,298 | 260.88 | 11,323 | 3,302 | 4,562,975 | 11,832 | 8.02 |
| 2002 | 19,127 | 5,056,479 | 10.54 | 6,154 | 3,563 | 5,050,325 | 12,992 | 9.80 |
| 2003 | 19,748 | 5,435,365  (1,686,050) | 7.49 | 5,166 | 4,181 | 5,430,200 | 14,477 | 9.12 |
| 2004 | 20,172 | 6,167,663  (1,808,359) | 13.47  (7.25) | 5,905 | 4,560 | 6,161,758 | 15,986 | 10.42 |
| 2005 | 20,752 | 7,033,331  (1,953,023) | 14.04  (8.00) | 6,829 | 5,023 | 7,026,502 | 17,629 | 10.27 |
| 2006 | 21,146 | 8,035,769  (2,171,191) | 14.25  (11.17) | 8,552 | 5,452 | 8,027,217 | 19,350 | 9.76 |
| 2007 | 21,296 | 8,885,087  (2,290,839) | 10.57  (5.51) | 8,908 | 5,758 | 8,876,179 | 21,187 | 9.49 |
| 2008 | 21,263 | 9,561,027  (2,370,181) | 7.61  (3.46) | 8,583 | 5,875 | 9,552,444 | 22,544 | 6.40 |
| 注:( )内は薬品費(薬価)を除いた調剤料等行為料推定金額  資料:健康保険審査評価院、200年~2008年医療鼻痛計票 | | | | | | | | |

医薬品帯を除いた薬局調剤料(基本条第技術料、服薬ガイダンス料、調剤料など)が 2003年度 1.69兆ウォンだったことが 5年の間年間平均 7.08%ずつ増加して 2008年度には 2.37兆ウォンになった。2008年度薬剤費総額が 9.56兆ウォンであり、このなかに医薬品帯が 7.19 兆ウォンで調剤料などの技術料が 2.37兆ウォンになって条第行為料の構成悲歌約 25%水準に到逹している。

入院薬剤費は医薬分業以前には薬局で直接条第投薬した "薬局保険制度"の薬剤費가統計に含まれたことだったが、医薬分業以後には退院患者に対する処方箋発行による薬剤費が主従を成している。それでも医薬分業例外地域がまだ残っていて "薬局保険制度"が併行されているから入院薬剤費は医師のウォン外処方による薬剤費と薬局保険による薬剤師の直接条第薬剤費が混合しているのだ。2008年度薬局直接条第費は 85.8億ウォンに至る。この金額は外来患者薬剤費 9兆 5,524億ウォンに比べると 0.09%に過ぎない。

入院日当薬剤費は 2007年 5,758ウォン、2008年 5,875ウォン水準である一方外来患者薬剤費は 2007年 21,187ウォン、2008年 22,544ウォンで現われた。外来患者日当薬剤費は 2001年度 11,832ウォンだったことが 2008年度 22,544ウォンで 7年の間に 90.53%で約 2倍近く増加した。医薬分業実施約 3ヶ月分の薬剤費と分業実施以前 "薬局保険" 薬剤費が混在されていた 2000年度ウェレバングムンダング薬剤費が 10,953ウォンで完全分業が施行されたその次項海人 2001年度薬局の外という薬剤費 11,832ウォンに比べて 8.02%が低かった。完全医薬分業実施次項海人 2002年薬局外来薬剤費 12,992ウォンは 2001年に比べて 9.80%が増加したことで医師処方箋による薬剤費上昇が医師処方箋なしに薬剤師が直接条第投薬した薬剤費より高いことと判断される。

医薬分業制度施行で果して薬剤費節約と抗生剤及び高価医薬品のナムオ研究が以前に比べて減衰率されたのかに対して別途の深板研究がなければならないと思う。

**② 薬剤費管理上の問題点**

2000年 7月から画一的に強行した医薬分業は薬の呉乱用予防とこれを通じる保険財政節減という本来主旨とは反対に保険財政を悪化させて国民負担を加重させる結果をもたらした。処方箋なしに呉乱用が憂慮される医療用医薬品に対する購入禁止などもうちょっと現実的で漸進的な方法に近付いたら保険財政破綻なしに笑気の成果を期することができたはずなのに惜しさがある。

医薬分業以後薬剤費がむしろ増加一所は次項のような何種類理由を捜してみることができるでしょう。

第一、医薬分業をしながら薬局の経営数だ保全にあまりとらわれすぎて技術料部分が過多に高い問題がある。2008年基準で技術料(調剤料など)の比重が 25%もなるという事実が技術料が高いということを端的に立証する。慢性疾患自家長期投薬する場合薬品費より技術料が高い場合も多い。

第二、医薬分業をしながら開業薬局に対する技術料があまり細分化されて支給されるからだ。技術料が五つに細分化されて薬剤費増加に寄与する問題がある。

第三、医薬分業のために断行された実取引価格制島が医薬品値下げ記伝を無くした。実取引が制度は 1999.11.15部に断行して医療機関が医薬品を扱うのにあって流通マージンを無くすようにした。実取引が制度が色止めになって医薬品取り引きで浮きかすを抜こうとすれば徹底的に取り引き内訳を調査しなければならないのに現実でそんなことができない事によってすべての医薬品取り引きを以前のゴシがどおりして価格の引下記伝を無くすようにした。

第四、医薬分業以前には病院や医院が医療サービスの価格と医薬品価格を合して医療費に策定したから価格競争で顕性を占めるために医薬品価格がわりと安い複製薬(generic)をたくさん使った。しかし医薬分業以後医薬品を病院や医院で扱わないから価格競争の必要性を感じることができなくて特許医薬品(original)をたくさん処方箋したことも一要因になった。

五番目、医療供給者たちのサービス提供可動性だ。大部分の医師入り低数価によって患者を医療する時間が短い。特に大学病院に行くほど患者が集中されるによって医療時間が短いしかない。そうしてみると医師たちは患者の慣習を直すとか教育をさせて医療するよりは投薬を通じて解決する慣行が固まっている。大学病院がこのようだからここで研修受けた医師たちの慣行も医薬品投薬で治療に臨むようになった。医薬分業を夏期以前には医師入り医薬品で得るようになる流通マージンのため過剰投薬をすることと判断して医薬分業が約使用を減らすことで期待したが医師たちの患者医療慣行が易しく変わらなくて医薬分業以後にも医薬品使用が減っていないことも要因の一つだ。

DRW0001976c1149

Ⅶ.要約及び政策提言

1.要約

韓国は 1977年 7月社会保険方式の医療保険制度を取り入れたが、医療保険制度が当時の経済政策の根幹だった輸出主導型成長戦略を阻害しないようにするために賃金基準の約3%の低保険料政策を選んだ。勤労者の保険料が高くなるほど人件費負担が高くなるので国際競争力を害することを恐れた当時としては不可避な政策だった。

このような低保険料政策は全国民に医療保険を早期に果たそうとする政府の意志によって不可避に持続した。現在もそうだが当時としては地域住民の所得を把握できず、勤労者を対象とする医療保険で保険料を高く策定すれば、地域住民に対する保険料賦課取り立てが易しくないと判断したためである。

低保険料政策が持続した他の一つ理由は、医療保険統合に対する主張が保険料引き上げを阻んだのだ。統合を主張した人々は医療保険が統合されれば保険料の引き上げなしに黒字組合の積立金で保険給与の拡大が可能だと信じて(金用益、1994) 保険料引き上げに反対したので低保険料が持続するしかなかった。

韓国の医療保険制度の導入とともに注目しなければならない点は医療サービスの供給に対する部分である。社会保険で医療を保障するということは国家が医療を国民の基本権と見做すという意味である。それなら財源調逹と医療サービスの供給に対する責任が政府にあるのだ。ところが当時の韓国の政府は医療供給まで引き受ける能力(財政力及び病院経営能力)がなかったので民間に委任するしかなかった。政府が医療サービス供給を民間に委任する方法は医療数価に資本費用を含ませて、医療収入を通じて民間が資本を蓄積する構造を作った。

ところで低保険料政策は低給与政策と低数価政策につながるしかなかった。医療保険制度導入当時、数価水準は当時慣行的数価を平均した金額の55%水準に決めて数価に対する供給者たちの不満を醸し出した。特に大型病院としては平均的慣行数価の55%は低すぎる価格だったので 1977年7月にはセブランス病院や高麗病院(現江北三星病院)のような大型病院は保険患者を受けないとして、契約しなかった。

★ 1979年公務員及び私学教職員に対して医療保険を拡大しながらセブランスと高麗病院と一緒に当時市民の人気が高い病院を保険に入れるために療養機関契約制を強制指定制に変える措置を取った。

あの保険料政策では数価が低く病院は経営危機を訴えたが、'療養給与費用契約制'を導入した 1999年以前までは経済部処で医療保険数値を物価管理次元で統制した。経済省庁の論理は簡単に物価管理次元で終わるが、医療保険制度の運営はもちろん医療供給に対する責任も負わなければならない保健福祉部立場で物価管理次元の数価統制はひょっとすれば供給粗末を起こして医療保険制度がまともに機能できない危険性を内包していた[[23]](#footnote-23).

このような低数価で供給をなだらかにさせるために保健福祉部はさまざまな便法的な発想をするしかなかった。一番代表的な措置は部門別引上げ率を区別して提供頻度が高いサービスの数価引上げ率を高めて実質的により高い数価引き上げ効果を得られるようにした。非給与サービスを認めて非給与サービス利用による費用は患者本人負担にして給与サービスから来る赤字要因を非給与サービスに転嫁できる構造を作った。非給与サービスは高価装備を利用した新医療技術もあったが、上級病床利用料、選択診療費などもあった。

資本費用が数価に内包され、資本費用が医療機関の大きさによって変わる数価差別構造も作られた。医療機関類型による加算率を異にしたし、入院料の差別化、看護管理料の差別化が成り立った。そして医院級では患者数による診察料の差別化も行った。

給与管理上の問題点では療養機関強制指定制が実施されて、非倫理的や不法的行為をする医療機関の退出構造を取り除く消費者保護機能を制限している。数価算定構造での問題点では影像撮影料の細分化による費用相上昇造、薬局での条第による技術料の細分化による費用相上昇造、DRGs 医療費支払いの 二重構造による費用上昇構造などがある。新医療技術評価委員会を通じた給与可否判定の遅れによる任意数価の存在による費用上昇構造などの問題が提起される。

以上のような問題が原因の副作用は次項のように非常に深刻だ。

第一、社会保険の基本原理が守られない問題がある。社会保険制度で選択診療と特進が容認され、上級病室という差別構造が作われている。社会保険医療で選択診療や上級病室を利用すれば医療費全額が保険から除かれて自費負担として処理するのが原則だが、基本的サービスは給与し、一部は非給与で処理するという社会保険の運営原理外の問題がある。

第二、非給与という混合診療が可能となって、社会保険の保障率が低いという問題がある。健康保険統計に発表される保障率は 70%以上の水準だが非給与サービス項目が除かれた統計で、実質的な保障率はこれより非常に低い数値になると推定される[[24]](#footnote-24).低い保障率は社会保険制度の実質的な効用性を低めている。

第三、さまざまな制度的な差別構造が大型病院に有利になるように作用し、医療供給の両極化をもたらしている。医療機関種別加算率の差別化、診察料の差別化、入院料の差別化のような構造的な差別化以外にも多様な非給与(主に新技術を土台にする非給与)の存在、選択診療の存在、上級病室の存在などは医院や中小病院よりは大型病院中心となっており、その数価構造で大型病院は充分に収支を合わせられる構造を作っている。その結果患者は新医療技術サービスを多く提供する大型病院に傾く問題まで現われている。

★第四、医療サービス供給行動に問題を生じている。医療供給者たちは健康保険数価が原価に達していないと信じている。医療サービスは情報の非対称性によって供給者である医師は患者医療で代理人機能をする。医師が合理的代理人でｓれば問題はないが、非合理的代理人機能を発揮すればサービスを誘引して需要を新たにつくる問題がある。特に支払制度が行為別数価制度ならもっと非合理的代理人になって需要創出が容易くなる。韓国の大部分の医師は医療数価価が原価に達していないと信じていて非合理的代理人機能をするようになる。低数価に非合理的代理人機能が複合すれば薄利多売型の供給可動性が現われて医療費を増加させる問題が起こる。特に医療行為の細分化とともに高価装備を活用した非給与サービスの過多供給は大型病院の肥大化とともに医療費増加を煽る要因になる。

五番目、健康保険給与を管理する根本フレームに問題がある。全国のすべての医療機関を健康保険医療養機関で当然強制指定することによって選択診療や 1人入院室のように健康保険では排除すべきサービスまで健康保険制度に収容することによって社会保険の運営原理を脱する問題がある。そして療養機関当然指定制は消費者を保護するのではなく逆説的に供給者を保護する装置として活用される皮肉が起きている。また療養機関当然指定制は産業化領域の医療と保障領域の分野の医療を混在させて医療産業化も塞いでいる。

★ 六番目、数価算定構造での問題によって費用相上昇造を作り上げている。影像撮影料問題、薬局技術料の細分化問題、DRGs 数価の 二重支払い問題のような数価算定という技術的問題という抜け穴が医療費相上昇造を作っている。

七番目、制度上のさまざまな問題は結果的に国民医療費の増加を煽っている。1977年に医療保険制度が導入して以来、1990年までは主に保険適用人口の拡大に起因して国民医療費が増加した。全国民医療保険が達成された1990年代は医療日数の制限を無くすための努力とともに給与拡大のための努力によって国民医療費は増加した。2000年健康保険統合とともに医薬分業が実施され、いわゆる医療改革のためのさまざまな措置がむしろ副作用を起こし、国民医療費の急増を煽った。2006年以後には保障性拡大とともに 2000年代初頭の改革の副作用が整備されず、さまざまな制度内部の問題が国民医療費増加の要因になっている。ところが2000年代以前には経済成長が早く、増加する医療費を収容することができたが、2000年代以後には経済成長がその前と違って増加する医療費を吸収することができず、GDP 対比国民医療費比重が 1年に 0.3 - 0.4% ポイントずつ高くなる深刻な問題がある。高齢化の加速で保険財政調逹が難しくなる状況で GDP 対比国民医療費が毎年 0.3 - 0.4% ポイントずつ高くなった2020年以後には、健康保険制度の持続可能性を保障しにくい問題にぶつかるだろう。

2.政策提言

21世紀はサービス産業が成長動力になるはずであるという点に疑う人はいない。サービス産業の中でも医療産業は雇用側面や付加価置創出面でも新しい成長動力で注目されている。前に列挙した問題を解決しなくては医療産業が国民の期待に応じて発展しにくくなる。

まず、健康保険が社会保険原理にかなうように運営され、医療供給の２極化が社会保険制度内部で是正されなければならない。そうするためには新しい制度改革が必要である。社会保険医療内部で社会保険の原理を守り、差別構造を除去のために、既存制度のフレームで得る既得権に対する解決が先行しなければならない。例えば、選択診療制度を無くそうとすれば選択診療制度を選んでいる総合専門療養機関や医科総合病院に対して選択診療による収支保全を先行しなければならない。そして上級病室を健康保険から除外するには上級病室運営で得ている収支保全を可能にすることである。

現在の健康保険級で及び数価構造の問題は低保険料と貯水家具組を維持しようとしたが現われた跛行的な構造なので正常な構造に切り替えることは容易い事ではない。ここには一時的な国民負担が伴うこともれることもあるが、制度の構造改革で本人が負担する直接的費用を社会保険財政で吸収して正常な構造に行くこともできる。そして一部の差別的な制度(選択診療制度、上級病室制度など)は自費負担病室制(pay bed)や療養機関契約制を通じる自費負担病院制(private hospital) などのような構造改革で解決することができる。

ところでこのような改革には多くの政治的な論難が発生することにある。このような政治的な論難を吸収するためには国会に医療改革特別委員会を設置して、ここで解決の糸口を捜すようにした方が良い方案の一つと思われる。医療に関わるさまざまな改革課題は、理念的問題と言うよりは 21世紀の国民の生きる道を捜す課題である。したがって政治的な論難を避けるためには逆説的だが、政界で問題を扱うようにする発想の転換を提案する。

今の時点でこの問題を扱わなければ、医療が 21世紀の新しい成長動力ではなく、国民の新たな負担になるはずであることを肝に銘ずる必要がある。人口高齢化が加速されて医療財政を負担する人口より医療費を使う人口がますます多くなる状況で、現在の健康保険制度が持つさまざまな問題点をまともに解決することができなかったら、増加する国民医療費負担によって 2020年代以後には新しい成長動力はおろか、健康保険の存続を憂慮する事態が発生することになるだろう。

**参考文献**

ガングギルワン、イツングソブ、2007、健康保険相対価値改訂研究の成果と限界、「保健行政学会だ」、 17(3):1-25

健康保険審査評価院、2000、「国民健康保険医療数価及び薬剤ヒ酸定基準など改訂内容」

健康保険審査評価院、2001、「療養給与の適用基準及び方法に関する詳細事項(薬剤)」、6.8 及び 8.8

健康保険審査評価院、2001、「健康保険療養給与行為及びその相対価値数価」、7.1 及び 12.1

健康保険審査評価院、2002、「健康保険療養給与行為及びその相対価値数価」、1.1

健康保険審査評価院、2008、「癌患者に処方箋。投与する薬剤に対する療養給与の適用基準及び 方法に関する詳細事項」、12

健康保険審査評価院、2006、「相対価値改正数価研究」、2006

健康保険審査評価院相対価値数価研究開発団、2006.9.25 公庁会資料

健康福祉社会を開く集まり、2002、「先進医療のための健康保険ノーマライゼーション方案」、国会医院会館 小会議室

グォンスンだけ、1999、「医療産業と価格規制:効果と改革方案」、韓国政策学会補、8(2); 255-271.

ギムソユン、2008、「適正危険度相対価値モデル研究」、延世大学校医療法倫理学研究所

ギムシンゴン、2009、「危機の外科専攻医求めること」、大韓外科学会だ、76(4); 207-214.

金義塾、2007、「長期医療利用受給者の特性及び医療利用可動性」、保健福祉部

金用益、1994、「医療保障体系統合一元化の必要性と代案・・、行政刷新委員会、12月 1日

金一天、2009、「健康保険医ねかしと終焉、健康福祉政策研究院

金韓中外、1992、「医療数価制度の合理的改善方案」、延世大学校人口及び保健開発研究所

国民健康保険公団、健康保険審査評価院、2007、「統計で見た健康保険 30年.」

国民健康保険公団、中央大学校社会科学研究所.、2001、「健康保険百で」

大韓医師協会、1996、「韓国標準医療行為分類」

大韓医師協会、2007、「健康保険 30年と大韓医師協会」

大韓医師協会医療政策研究所、2003、「健康保険数価ゾゾンググァゾングと方法に対する研究」

大韓歯科医協会、1996、「ハングックピョズンチグァ医療ヘングウィブンリュ」

未来医療政策研究会、2007、「医療先進化のための改革方案」

薄才とは、2006、国政監査決算資料集(2006).薄才とは医院室

保健社会部、1977-1998、「医療保険数価基準額ピョ」

保健福祉部、1999-2009、「健康保険療養給与費用」

保健福祉部、2007、'医療給与需給権者の利用実体' 結果発表。保健福祉部報道資料(7.26).

保健福祉部、2006、保健福祉部、不貞受給者に給与制限,,、これ以上放置できない。保健福祉部 報道資料(8.22)

保健福祉部医療保険数値構造改編協議会、1997、「韓国標準医療行為(歯科含み)分類」

西美景、2003、「保健医療サービス給系体改善方案」、韓国保健社会研究院。

新栄転、2007、'健康保険保障性に対する満足度と健康保険料未納可動性間の関連性'.「2006韓国福祉パネル深板分析報告書」、148-174.韓国保健社会研究院。

新銀河、2007、「医療紛争発生現況及び医療科目別紛争特性分析」、延世大学校学位論文。

亮明生、1994、「韓国医療保険医療数価制定及び引上調整過程に関する研究」、帯鉤漢方医大学 大学ウォン(博士の学位論文)

亮明生、2007、「数価ゾングチ額の歴史と発展方向」。大韓病院協会だ。5,6月号; 19-32.

ヤングスン構造、2008、'過剰・スーパーインポーズ医療で年間約 7兆ウォン漏れる!'.ヤングスン構造グックフェウィワンシル報道者 (2008.10.20)

延世大学校保健政策及び管理研究所、韓国保健医療管理研究院、1997、「医療保険数価構造ゲ 便のための相対価値開発」

延世大学校保健政策及び管理研究所、韓国保健医療管理研究院、1998、「医療保険数価構造ゲ 便のための相対価値開発」- 医科及び歯科医療行為別相対価値修訂版

呉永好など、2007、「保健医療人力資源の地域別分布適正性と政策課題」、韓国保健社会宴 救援

呉永好、2007、「胸部外科実地医家受給見込みに関する研究」、大韓胸部外科学会第25次春季 学術大会及び卒後教育演題集、146-168.

呉永好、信号性、2008、「保健医療資源配分の効率性増大のためのモニタリングシステム句軸及び運営」、韓国保健社会研究院

医療保障改革委員会、1994、「医療保障改革課題と推進方向」

医療保険連合会、1997,「医療保険の足跡」

イギュシック、2005、'保健医療先進化鼻栓'。「保健医療先進化鼻栓公開討論会」足祭文。

イギュシック、2007、医療に対する理念と政策、「保健行政学会」、17(3); 106-128.

イギュシック、2008、「医療保障と医療システム」、改訂増補版、聖丑文化史:ソウル。

李ジュン区、2002、「ミクロ経済学」、第4枚、法門社:ソウル。

整形では、1995、医療の供給量と病床利用量との連携に関する国際比較、「保健行政学会だ」、5(2):18-34.

統計庁、1994、「韓国の社会指標」

、1997、「韓国の社会指標」

、2001、「韓国の社会指標」

、2008、「社会調査報告書」

日本医学通信社、2002、「医科。ノ－インウィグァ診療数価ゾギョンピョ」

日本社会保険研究所、2004、「社会保険/老人保険医療沸点小切手」

日本社会保険研究所、2008、「医科数価表の読影」

Blumberg MS、1979、Rational provider prices:Provider price changes for improved healthcare use.In Ceorge K.Chacho、ed.、Health Handbook、Amsterdam:North-Holland.

Blendon RJ、Benson JM、Roches CM、2003、Americans' view of the uninsured:an era forhybrid proposals.Health Affairs Web Exclusive; August 27:405-414

Enthoven AC、1977、Consumer choice helath plan:a national health insurance proposal (Memorandum to HEW Secretary Joseph Clifano)、22 September.

European Observatory on Health Care Systems:Germany、2004、Health Care System in Transition:Germany、Copenhagen:WHO Regional Office for Europe

Feldstein PJ、1988、Health Care Economics(3th ed.)、New York:Thompson Delmar Learning

Feldstein PJ、2005、Health Care Economics(6th ed.)、New York:Thompson Delmar Learning

Fraser D、1984、The Evolution of the British Welfare State.2nd ed.London:Macmillan

Frech HE Ⅲ ed,、1991、Regulating Doctor's Fees、Competition、Benefits、and Controls under Medicare、Washington DC:The AEI Press

Greβ S、Gildmeister S、Wasem J、2004、The social transformation of American medicine:acomparative view from Germany.Journal of Health Politics、Policy and Law;29(4-5):679- 699

Hsiao WC、Stason WB、1979、Toward developing a relative value scale for medical and surgical service.Health Care Financing Review、1、Fall、23-28.

Hsiao WC、Braun P、Yntema D、Becker ER、1988、Estimating physician's work for aresource-based relative-value scale.The New England Journal of Medicine、319(13);835-841.

Klein R、1995、The New Politics of the National Health Service.3rd ed.London:Longman

Kwon S、1998、Health care policy and reform in Korea:challenges to the welfare state、 Korean Public and Insurance、64(1):155-173.

Monsma G、1970、Marginal renenue and demand for physicians' services、in Klarman、H.、 ed.、Empirical Studies in Health Economics.Baltimore:Johns Hopkins UniversityPress.

Normand C、Weber A.1994、Social Health Insurance、A Guidebook for Planning、 WHO、ILO

OECD、1987、Financing and Delivering Health Care、A Comparative Analysis of OECD Countries、OECD Social Policy Studies No.4、Paris

OECD、2009、OECD Health Data 2009-How Does Korea Compare.

(http://www.oecd.org/dataoecd/46/10/38979986.pdf)

Patel K、Rushefsky ME、1995、Health Care Politics and Policy in America、New York: M.E.Sharpe、Inc.

Peltzman SL、1976、Toward a more general theory of regulation、Journal of Law and Economics、August

Posner RA、1974、Theories of economic regulation、Bell Journal of Economics and Management Sciences、Autumn

Richard AE、1997、Mortal Peril Our Inalienable Right to Health Cares・.Writer'sRepresentatives、Inc.アンジンファン(役)。2006.公共医療制度の致命的危険。坡州:ナナムツルパンサ

Rimlinger GV、1971、Welfare Policy and Industrialization in Europe America and Russia、 New York:John Wiley & Sons、Inc.

Schlesinger M、2002、On values and democratic policy making:the deceptively fragile consensus around market-oriented medical care.*Journal of Health Politics、Policy* and Law; 27(6):679- 699

Folland S、Goodman AC、Stano M、2004、Economics of Health and Health Care、4th ed. Person Education、Inc.朴輪形、ジョン・ウジン(役)。2005.保健医療経済学。ソウル:デハンウィサヒョブ 回医療政策研究所

Mankiw NG、2004、Principles of Economics、3th Edition.Thomson Learning、Inc.キム・ギョンファン、 キム・ジョンソク(役)。メンキュの経済学。ソウル:Kyobo文庫

Stigler GJ、1971、The theory of economic regulation、Bell Journal of Economics and Management Sciences、2(Spring):3-21

United Nations、1948、Universal Declaration of Human Rights

付録

付録 1.附表

<附表 2-1> 年度別主要健康保険給与拡大現況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施行時期 | 給与拡大項目 | | | |
| 1988.7.1 | ・慢性アルコール依存症治療 | |  |  |
| 1989.7.1 | ・医療圏設定で '医療伝達体系' 導入施行(8個診察料圏と 167個重鎮料圏) | |  |  |
|  | ・他重鎮料圏、他の診察料圏、3次療養機関利用の時医療依頼で提出 | |  |  |
| 1989.10.1 | ・薬局医療保険導入 |  |  |  |
| 1992.5.1 | ・長期寄与体に行った供与相容性検査は給与 | | |  |
| 1992.10.1 | ・骨髄移植 |  |  |  |
| 1993.3.1 | ・百内長寿戌人工水晶体 | |  |  |
| 1996.1.1 | ・CT |  |  |  |
| 1996.8.1 | ・3お子さん以上分娩給与制した撤廃 | |  |  |
| 1997.1.1 | ・骨髄移植給与対象拡大(給与対象年令 40歳から 50歳で、急性骨髄性 | | | |
|  | 白血病ゼバルシには成人まで拡大など) | |  |  |
|  | ・障害である補装具 |  |  |  |
|  | - ゾック研究デサングの上限額範囲内で購入費用の 80% 支援 | | |  |
|  | - 遅れ障害引用ステッキ、聴覚障害引用補聴器など | | |  |
| 1997.9.1 | ・単一光子コンピューターライズドトモグラ法検査 | |  |  |
| 1998.4.1 | ・ザがゾヒョルモセポイシックスル | |  |  |
| 1998.10.1 | ・国民の医療機関利用便宜企図のために医療圏制限制度廃止 | |  |  |
| 1999.1.1 | ・ゴショジル患者のヒョソデチボブ外来診療費算定特例に追加 | | |  |
| 1999.10.10 | ・障害隣保長久保険給与品目拡大(意志,ブレス,コンタクトレンズ,いれめ) | | |  |
| 1999.11.15 | ・医薬品管理料新設 |  |  |  |
|  | ・検査室精度管理のための 'イムサングビ研究リゴムサゾングハブゴムズングリョ' 新設 | | |  |
| 2000.7.1 | ・産前診察 |  |  |  |
|  | ・トエザングバングジウィヤックプムサ研究ザングリョビ新設 | |  |  |
| 2001.1.1 | ・家庭介護 |  |  |  |
| 2002.1.1 | ・慢性疾患グァンリリョ新設 | |  |  |
| 2004.1.1 | ・癌患者、62個フィグィジル患者外来診療費算定特例 | | |  |
| 2004.3.1 | ・ガンマナイフ手術 |  |  |  |
| 2004.4.30 | ・現役兵など兵役の義務者健康保険適用 | |  |  |
| 2004.7.1 | ・医療費本人負担金賞寒剤実施 | |  |  |
| 2005.1 | ・MRI(磁気共鳴影像) |  |  |  |
|  | ・自然出生本人負担免除 | |  |  |
|  | ・こころの病気外来本人負担軽減(30～50% → 20%) | | |  |
|  | ・月足らず支援(本人負担免除) | |  |  |
|  | ・人工うずまき管給与 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施行時期 | 給与拡大項目 | | | |
| 2005.4 | ・障害隣保長久(電動車椅子など) 給与拡大 | |  |  |
| 2005.5 | ・骨多孔症治療制給与期間延長(90日 → 180日) | | |  |
| 2005.8 | ・100/100 全額負担行為、治療材料など 483項目本人一部負担でターンオーバー | | | |
| 2005.9 | ・癌など高額重症度疾患保障性統合 | |  |  |
|  | - 法定本人負担引下(20% → 10%) | |  |  |
|  | - 医療的非給与の給与ターンオーバー | |  |  |
| 2005.12 | ・第フィックス,ヘブセ라基準寛解 | |  |  |
| 2006.1 | ・万6才未満入院児童本人負担金免除 | |  |  |
|  | ・臓器移植手術給与ターンオーバー(の間,心臓,肺,膵臓) | |  |  |
|  | ・特定癌健康検診本人負担率軽減(胃癌、乳癌、大腸癌、ヘパトーマ 50% → 20%、 | | | |
|  | 子宮頸部癌免除) |  |  |  |
|  | ・教徒少数勇姿(給与停止 → 給与認定) | |  |  |
| 2006.6 | ・重症度疾患(そうそう,心臓,脳疾患) PET(陽転者断層撮影) 健康保険適用 | | |  |
| 2006.11 | ・マンソングピェスェソングピェジルファン患者在宅酸素治療健康保険適用 | | |  |
|  | ・療養機関の外出産療養費(現金級で) 引上 (7万ウォン → 25万ウォン) | | |  |
| 2007.1.1 | ・入院患者食代保険給与適用(本人負担 20%) | | | |
| 2007.6.1 | ・重症度患者負担軽減(フィグィナンチソングジル患者支援、やけど医療及び前門リハ治療活性化) | | | |
|  | ・ザングエインイムサンブ医療活性化(医療数価上向き調整など) | | |  |
|  | ・こころの病気による自殺試み及び本人軽過失交通事故患者健康保険適用 | | | |
|  | ・6才未満児童の外来診療負担軽減など本人負担額制度変更 | | |  |
|  | ・やけど医療及び前門リハ治療活動化(数価調整証) | | |  |
| 2007.7.1 | ・本人負担額上限では引下 300万ウォン → 200万ウォン調整 | | |  |
| 2008.1.1 | ・6才未満児童の入院本人負担率 10%で調整(ただ、新生児は本人負担免除) | | | |
|  | ・入院患者食代本人負担率 50%で調整(一般、重症度疾患、6才未満、自然出生など含み) | | | |
|  | ・葬祭費廃止(現行第25条削除) | |  |  |
| 2008.5.1 | ・えい糸性オックソチリョシル(数価上向き引上) | |  |  |
| 2008.6.1 | ・珍しい卵歯疾患特定記号拡大 | |  |  |
| 2008.12.15 | ・産前診察バウチャー制度導入実施(20万ウォン支援) | |  |  |
| 2009.1.1 | ・所得水準別本人負担上限制実施  (所得 50%以下階層 200万ウォン、所得 50~80% 階層 300万ウォン、上位 20% 階層 400万ウォン)  ・慢性腎不全やリュウマチ関節炎など卵歯成歓自分の考え本人負担率引下(20% → 10%) | | | |
| 2009.7.1 |
| 2009.12.1 | ・児童う歯予防のための歯蕾ホーム埋めるの、漢方物理治療保険給与  ・癌患者の入院と外来本人負担率引下(10% → 5%) | | |  |
|  |

<附表 2-2> 保険数価分類項目数変動内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1977 ('77.7.1) | 1993 ('93.3.1) | 1995 ('95.12.10) | 1997 ('97.9.1) | 1999 ('99.1.1) | 2001 ('01.1.1) | 2009 ('09.1.1) |
| 第1章基本医療料 | 2 | 4 | 5(24) | 5(27) | 11(67) | 13(55) | 14(267) |
| 第2章検査料 | 107 | 354 | 423(703) | 426(731) | 436(851) | 509(925) | 860(1,566) |
| 第3章影像診断及びX線治療料 | 11 | 16 | 17(28) | 17(29) | 125(335) | 151(394) | 151(851) |
| 第4章投薬及び調剤料 | 3 | 3 | 3(234) | 3(234) | 4(42) | 5(42) | 6(42) |
| 第5章注射料 | 14 | 14 | 14(31) | 14(31) | 16(35) | 24(95) | 27(81) |
| 第6章麻酔料 | 9 | 9 | 9(2,282) | 9(2,282) | 9(841) | 15(26) | 20(94) |
| 第7章理学療法料 | 13 | 19 | 22(47) | 24(48) | 31(52) | 35(48) | 44(67) |
| 第8章精神療法料 | 11 | 11 | 10(21) | 10(21) | 10(20) | 10(20) | 10(21) |
| 第9章処置及び手術料など | 547 | 610 | 616(1,075) | 620(1,083) | 674(1,206) | 851(1,853) | 907(2,113) |
| 第10章歯科処置・手術料 | 40 | 64 | 52(113) | 52(114) | 54(116) | 95(172) | 107(195) |
| 第11章助産料 | - | 1 | 1(6) | 1(6) | 1(6) | 1(6) | 1(6) |
| 第12章保健機関の医療数価 | - | 2 | 4(15) | 5(22) | 5(31) | 5(31) | 5(31) |
| 第13章漢方検査料 | - | - | 2(2) | 2(2) | 3(3) | 3(3) | 6(8) |
| 第14章漢方手術及び処置料 | - | 3 | 12(14) | 12(14) | 20(25) | 28(31) | 28(41) |
| 第15章薬局薬剤費 | - | 4 | - | - | 5(15) | 6(16) | 6(58) |
| 第16章全血と血液成分製剤料 | 3 | 3 | 6(118) | 6(118) | 6(48) | - | 2(33) |
| 第17章入院患者食代 | - | - | - | - | - | - | 1(4) |
| 鉄砲計 (※麻酔加算コド除く場合) | 760 | 1,123 | 1,196 (4,707) (※2,457) | 1,206 (4,762) (※2,512) | 1,410 (3,693) (※2,993) | 1,751 (3,714) | 2,195 (5,478) |

注：1.分類項目数は、健康保険の療養給与費用冊子内の分類番号数であり、（）内はコード番号受任。

2. '77年度には歯科40アイテム、輸血料3項目が第9章処置と手術料等に含まれた。

3.第2章検査料は'77年度に尿中の物質の検査、血液化学検査、免疫血清検査、呼吸機能検査に分類して、アイテムに数個の検査項目を一覧表示し、「準用検査表」を別途作成に使用している途中、 83年に現行の検査料の分類体系に改編した。

4.従来の第13章「血液や血液成分製剤料」が2001年に第5章（第2に進みましたが、2006年度に第5章（注射料）第2節（採血および輸血料）に、いくつかの残して第16章（全血と血液成分製剤）に分離分類する

5.漢方数冊子は別途分類製作されたが、2001年度第13章（血液や血液成分製剤料）が第5章、第2節に移動し、代わりに第13章では、「漢方検査料」が分類される。

6.第6章麻酔料のコード番号の数が2,282個多かったのは、脊髄麻酔（バー-3）、マスクによる閉鎖循環的全身麻酔（バー-6）、気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（バー - 7）算定方法が「15分毎に加算」されるたびに、新しいコード番号を付与したからである（バー-3はL3050〜L3400まで350コード、バー-6はL6010〜L6960まで950コード、バー-7はL7010 〜L7960まで950コード合計2,250個のコード番号が付与されました）

7.したがって麻酔料15分毎に加算コードの数を除けば、1995年の総コード数は2,457個で、1997年度の合計コード数は2,512個。

8. 1999年度麻酔料コードの数が841個人はバー-2（硬膜外麻酔）とバー-3（脊髄麻酔）に、15分間のコード番号の増加10個ずつの増加で、それぞれ350個のコードを付与した700個のコードが生じるからである。

9. 2001年以来、麻酔管理の基本[1時間あたり]（バー-1-が）と麻酔維持1時間を超える15分毎に増加（バー-1-や）に区分して、それぞれ単一のコードを付与して発生可能予想コード数を減らす

<附表 2-3>療養期間制限及び延長関連法令変遷内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施行日 | 法令根拠 | 内容 |
| 1 | 1964.3.16 | 医療保険法第定公布 (1963.12.16 法律第1623号) | 第31条(療養給与期間)療養給与の期間は 6月以内にする。 |
| 2 | 1977.7.1 | 医療保険法田面改訂 (1976.2.22 法律第2942号) | 第30条(療養給与期間)療養給与の期間は療養級になって行って開始された日から 6月以内にする。 |
| 3 | 1981.4.4 | 医療保険法第4次改訂 (1981.4.4 法律第3415号) | 第30条(療養給与期間)療養給与の期間は等しい傷病に対して 180日以内にする。ただし、肺結核の場合にはそうではない。 |
| 4 | 1985.1.1 | 医療保険法第6次改訂 (1984.12.31 法律第3768号) | 第30条(療養給与期間)療養給与の期間は 180日以内にする。ただし、肺結核の場合にはそうではない。 |
| 5 | 1988.1.1 | 医療保険法第7次改訂 (1987.12.4 法律第3986号) | 第30条(保険者負担療養給与期間) ① 保険者が費用を負担する療養給与の期間は年間 180日以内にする。ただし、肺結核で療養給与を受けた場合にはその期間に算入しない。 ② 第1項の規定にかかわらず保険者が負担する療養給与の費用が保健社会部長官が決める金額未満の場合には保険者はその金額に達するまで給与期間を延ばすことができる。 |
| 6 | 1988.2.15 | 療養給与基準第8次改訂 (1988.2.13 保健社会部告示  第88-4号) | Ⅱ-3.保険者が負担する療養給与期間の延長 医療保険法第30条第2項の規定によって保険者が負担する療養給与の費用が年間 300,000ウォン未満の場合には保険者は法第30条第1項の規定にかかわらず東金額に達するまでその給与期間を延ばす。 |
| 7 | 1990.2.1 | 療養給与基準第11次改訂 (1990.1.29 保健社会部告示  第90-7号) | Ⅱ-3.療養給与期間の算定 가.医療保険法第30条第1項の規定による療養給与期間は入院日数、来院日数、トヤックイルスルを合わせて算定する。ただし、入院・来院・投与日が同じ日にスーパーインポーズされる場合には 1日に算定する。 나。療養給与期間の算定特例  (1) 被保験者が同じ日に洋・漢方及び薬局級で(処方箋による条第給与は除外)を兼ねて受けた場合にはそれぞれ合算する。 (2) 慢性腎不全患者の血液透析及び腹膜透析に必須な内服薬剤とシンザングイシックスルフ組織移植拒絶現象加硫遅延剤投薬の時には来院日数だけ算定する。 (3) 医療保険法第30条第2項の規定によって保険者が負担する療養給与の費用が年間 300,000ウォン未満の場合には保険者は医療保険法第30条第1項の規定にかかわらず東金額に達するまでその給与期間を延ばす。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 施行日 | 法令根拠 | 内容 |
| 8 | 1991.7.1 | 療養給与基準第12次改訂 (1991.6.26 保健社会部告示第91-36号) | Ⅱ-4.療養給与期間の算定 가.医療保険法第30条第1項の規定による療養給与期間は入院日数・来院日数・トヤックイルスルを合わせて算定する。ただし、入院・来院・投与日が同じ日にスーパーインポーズされる場合には 1日に算定する。 나。被保験者が同じ日に両方と漢方または漢方と薬局給与を同時に受けた場合には療養給与期間はそれぞれ算定して両方と薬局給与を同時に受けた場合にはスーパーインポーズされるトヤックイルスは 1日に算定する。 다.慢性腎不全患者の療養給与期間算定は保健社会部長官が別に決めたことによる。 라.医療保険法第30条第2項(公務員及び私学教職員医療保険法第27条第4項)の規定によって保険者が負担する療養給与の費用が年間 450,000ウォン未満の場合には保険者は医療保険法第30条第1項(公務員及び私学教職員医療保険法第27条第2項)の規定にもかかわらず東金額に達するまでその給与期間を延ばす。 |
| 9 | 1993.3.1 | 療養給与基準第14次改訂 (1993.3.1 保健社会部告示第1993-12号) | Ⅱ-4-라.医療保険法第30条第2項の規定によって保険者が負担する療養給与の費用が年間 550,000ウォン未満の場合には保険者は医療保険法第30条第1項の規定にかかわらず東金額に達するまでその給与期間を延ばす。 |
| 10 | 1994.7.7 | 療養給与基準第8次改訂 (1994.1.7 法律第4728号) | 第30条(保険者負担療養給与期間) ① 保険者が費用を負担する療養給与の期間は年間 180日以内にする。ただし、65歳以上の被保験者及び被扶養者に対する療養給与の期間は年間 210日以内にして、肺結核で療養給与を受けた場合には療養給与の期間を制限しない。  ② 第1項の規定にかかわらず、保険者が負担する療養給与の費用が保健社会部長官が決める金額未満の場合には保険者はその金額に達するまで療養給与を延ばすことができる。 |
| 11 | 1994.8.1 | 療養給与基準第15次改訂 (1994.7.28 保健社会部告示第1994-36号) | Ⅱ-5.療養給与期間の算定 가.医療保険法第30条第1項の規定による療養給与期間は両方・漢方または薬局給与を問わず入院日数・来院日数・トヤックイルスルを合わせて算定する。ただし、入院・来院・投与日が同じ卵にスーパーインポーズされる場合には 1日に算定する。 나。慢性腎不全患者の療養給与期間算定は保健社会部長官が別に決めたことによる。 다.医療保険法第30条第2項の規定によって保険者が負担する年間療養給与費用は次項のようだ。 (1)65歳未満の被保験者の場合 65万ウォン (2)65歳以上の被保験者の場合 80万ウォン (3)障害である福祉法第19条第2項の規定によって障害である手帳を交付された被保験者の場合 150万ウォン |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 施行日 | 法令根拠 | 内容 |
| 12 | 1995.4.1 | 療養給与基準  第16次改訂 (1995.3.28 保健福祉部告示第1995-21号) | Ⅱ-5.다.法第30条第2項の規定によって保険者が法定療養給与期間を延ばすことができる保険者負担金額は年間 90万ウォンにする。ただし、障害である福祉法第19条第2項の規定によって障害である手帳を交付された被保験者または国家有功者礼遇に関する法律第14条及び同法施行令第8条による国家有功者として同法施行令第14条によって 1~6級の傷痍等級判定を受けた被保験者の場合には 160万ウォンにする。 |
| 13 | 1995.8.4 | 医療保険法  第10次改訂 (1995.8.4 法律第4972号) | 第30条(保険者負担療養給与期間) ① 保険者が費用を負担する療養給与の期間は年間 210日以上にしてその療養給与期間は大統領令で定める。ただし、次項各好意 1にあたる者に対しては療養給与の期間を制限しない。 1.65歳以上の定木 2.障碍者福祉法によって登録した障害な 3.国家有功者礼遇などに関する法律第4条第1ハングゼ4号、第6号、第10号、第12号または第14号に規定された国家有功者 4.肺結核で療養給与を受けた者 5.その他大統領令で定めた中限疾病で療養給与を受けた者 ② 第1項本文の規定にかかわらず、保険者が負担する療養給与の費用が保険福祉部長官が決める金額未満の場合には保険者はその金額に達するまで給与期間を延ばすことができる。  部チック  ① (施行日) この法は公布した日から施行する。ただし、第3条第1ハングゼ1号ないし第3号及び第5号の改訂規定は 1996年 1月 1日から施行する。 ② (療養給与期間に関する適用例) 1995年 1月 1日から第1項の本文の施行日までのギガンズングに療養給与期間が 180日を超過した者に対しては第30条第1項の本文の規定を 1995年 6月 30日から適用する。 |
| 14 | 1996.1.1 | 医療保険法施行令第19次改訂 (1995.12.29 大統領令第14850号) | 第75条の2(保険者負担療養給与期間) 法第30条第1項本文の規定によって保険者が費用を負担する療養給与の期間は年間 240日にする。  部チック  ① (施行日) この零は公布した日から施行する。  ② (療養給与期間に関する適用例) 保険者が費用を負担する療養給与の期間は第75条の2の改訂規定にかかわらず 1995年 12月 31日までは鉛丹 210日にする。 |
| 15 | 1996.1.1 | 医療保険療養給与基準第18次改訂(1995.12.9 保健福祉部告示第1995-58号) | Ⅱ-5.다.法第30条第1項(球・校法第27条第2項)手がかりに当たらない被保験者に対して法第30条第2項(球・校法第27条第4項)の規定によって保険者が法定療養級で期間を延ばすことができる保険者負担金額は年間 120万ウォンにする。 |
| 16 | 1997.5.22 | 医療保険法施行令第20次改訂(1997.5.22 大統領令第15374号) | 第75条の二重 "240日"を "270"にする。  部チック  ① (施行日) この零は公布した日から施行する。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 施行日 | 法令根拠 | 内容 |
| 17 | 1997.9.1 | 療養給与基準第21次改訂(1997.8.30 保健福祉部告示第1997-58号) | 5.療養給与期間の算定  가.法第30条第1項の規定による療養給与期間は両方・漢方または薬局給与を問わず入院日数・来院日数・トヤックイルスルを合わせて算定する。ただし、入院・来院・投与日が同じ日にスーパーインポーズされる場合は 1日に算定する。  나。慢性腎不全患者の療養給与期間算定は長官が別に決めたことによる。  다.法第30条第1項(球・校法第27条第2項) 手がかりに当たらない被保験者に対して法第30条第2項(球・校法第27条第4項)の規定によって保険者が法定療養給与期間を延ばすことができる保険者負担金額は年間 150万ウォンにする。 |
| 18 | 1998.10.1 | 医療保険法第13次改訂(1997.12.31 法律第5489号) | 第30条第1項中 "270日以上で"を "300日以上で"にする。  部チック  第1条(施行日) この法は 1998年 10月 1日から施行する。 |
| 19 | 1998.10.1 | 療養給与基準第22次改訂(1998.9.30 保健福祉部告示第1998-56号) | Ⅱ-2.療養給与期間の算定  가.医療保険法第30条第1項(国民医療保険法第27条第2項)の規定によって保険者が費用を負担する療養給与期間は療養機関の種類を問わず入院日数・来院である・トヤックイルスルを合わせて算定する。ただし、入院・来院・投与日が同じ日にスーパーインポーズされる場合には 1日に算定するが、処方箋を発給受けて薬局で条第投薬を受ける場合には投薬日数の中で 1日を算定しない。  나。慢性腎不全患者が人工腎臓透析及び腹膜透析に必須なギ研究グヤックゼルを投薬受けた場合や、シンザングイシックスを後必須なギ研究グヤックゼルを投薬受けた場合にはトヤックイルスルを除いた来院日数だけ算定する。  다.保険者は医療保険法第30条第2項(国民医療保険法第27条第4項)によって上 "が" 及び "や"の規定によって算定した療養給与期間が保険者負担療養給与期間を超過しても保険者が負担する療養給与の費用が 150万ウォン未満の場合にはその金額に達するまで給与期間を延ばすことができる。 |
| 20 | 1999.1.1 | 医療保険法施行令第24次改訂(1998.10.17 法律第1518号) | 第75条の二重 "300日"を "330日"にする。  部チック  ① (施行日) この零は公布した日から施行する  ② (療養給与期間に関する特例) 保険者が費用を負担する療養給与の期間は第75条の2の改訂規定にかかわらず 1998年 12月 31日までは年間 300日にする。 |
| 21 | 2000 | 国民健康保険法施行で給与期間条項なし | 医療保険法と国民医療保険法を廃止 |

<附表 2-4> 非給与の法的根拠

|  |
| --- |
| <改訂 2008.7.11>非給与対象(第9条第1項関連)  1.次項角材の疾患として業務または日常生活に差し支えがない場合に実施または使われる行為・薬剤及び治療材料  가.単純な易疲労または倦怠  나.そばかす・多毛(多毛)・無謀(無毛)・しらが(白毛症)・ウイスキー鼻(注射費)・点(謀反)・カマキリ・ざそう・加齢現象による脱毛など皮膚疾患  다.勃起不全(impotence)・不感性または生殖期先天性奇形などのビニョセングシックギ疾患  라.単純いびきをかき  마.疾病を伴わない単純包茎(phimosis)  ところ。センサーシップ組など眼科疾患  買いなさい。その他嘉木内枝バモックに相当する疾患として保健福祉家族部長官が決めて告示する疾患  2.次項角材の医療として躯体の伸ばすこと機能改善目的ではない場合に実施または使われる行為・薬剤及び治療材料  가.二重瞼手術(イズングゴムススル)、コソングヒ研究ススル(隆鼻術)、豊胸・祝所述、あぶら吸引術、シワ除去術など美容目的の形成手術とそれによる後遺症治療  나.異方視キャリブレーション、アイホール隔離証のキャリブレーションなど視覚系手術として視力改善の目的ではない外貌改善目的の手術  다.<削除>  라.素練りまたは発音機能改善の目的ではない外貌改善目的のアックアンミョン矯正術及び矯正治療  마.関節可動域制限がないはんこん構築形成術など外貌改善目的のはんこん除去術  ところ。めがね、コンテックトレンズなどを取り替えるための視力矯正術  買いなさい。その他嘉木内枝バモックに相当する外貌改善目的の医療として保健福祉家族部長官が決めて告示する医療  3.次項角材の予防医療として疾病・負傷の医療を直接目的にしない場合に実施または使われる行為・薬剤及び治療材料  가.本人の希望による健康検診(法第47条の規定によって公団が加入者等に実施する健康検診除外)  나.予防接種(テタヌス血清注射などチリョモックゾックで使う予防注射除外)  다.口臭除去、歯蕾ステイン物質除去、歯蕾キャリブレーション及び補綴のための歯石除去及び頬腔保健昇位次元で定期的に実施する歯石除去  라.フッ化物局部適用、歯末の面悦口前索などうしょく症予防のための医療  마.車酔い予防、禁煙などのための医療  ところ。遺伝性疾患など胎じのイサングユムルを診断するための細胞遺伝学籍検査  買いなさい。その他嘉木内枝麻木に相当する予防医療として保健福祉家族部長官が決めて告示する予防医療  4.保険給与施策上療養給与で認めにくい場合及びその他に健康保険給与原理に符合しない場合として次項角材で決める費用・行為・薬剤及び治療材料  가.加入者などが次項各項目の中でどの一つの要件を取り揃えた療養機関で 1個の入院室に 5人以下が入院することができる病床(以下 "上級病床"という)を利用するによって本当に第24条第2項及び第8条第4項の規定によって告示した相対価値数価に算定した入院料(以下 "基本入院料"だという) 外に追加で負担する入院室利用費用  (1) 医療法令によって許可を受けるとか届けた病床の中で基本入院料のみを算定する病床(以下 "一般病床"という)を 50パーセンタイル値以上確保して運営する場合。ただし、集中治療、新生児入院、無菌治療、隔離治療、こう内治療またはえい糸性沃素入院治療のための入院室の病床は上級病床及び一般病床から除く。  (2) 医療法令によって届けた病床が 10病床以下の場合  나.削除 <2006.5.19>  다.法第46条によってザングエインに保険給与を実施する補装具を除いたブレス・補聴器・めがねまたはコンタクトレンズなど補装具  라.補助生殖術(体内・体外人工受精含み)時必要となった費用  마.実子確認のための診断  ところ。歯科医補綴(補綴材料及び気功料など含み)  買いなさい。及び児。削除 <2002.10.24>  寝なさい。この規則第8条の規定によって保健福祉家族部長官が告示した薬剤に関する給与項目表表で決めた一般医薬品として 「薬事法」 第23条による条第によらなくて支給する薬剤  車。削除 <2006.12.29>  カー。医療法第37条の2の規定による選択診療を受ける場合に選択診療に関する規則に従って追加される費用  他。「臓器等移植に関する法律」による器官移植のために他の医療機関で採取した骨髄など長期の運びに必要となる費用  堀なさい。「麻薬類管理に関する法律」 第40条による麻薬類常用者のチリョボホに必要となる費用  下。この規則第11条第1項または第13条第1項の規定によって療養給与対象または非給与算定で決定・告示される前までの新医療技術など。ただし、第11条第4項または第13条第1項後段の規定によって溯及して療養給与対象で適用される新医療技術などを除く。  こと。その他に療養給与をするにおいてビ研究ヒョグァソングなど医療上の経済性が不明で保健福祉家族部長官が決めて告示する検査・処置・手術その他の治療または治療材料  5.削除 <2006.12.29>  6.本当に別表 2 第2号の規定によって保健福祉家族部長官が決めて告示する疾病群に対する入院医療の場合には第1号ないし第4号(第4号ハモックを除く)、第7号に当たる行為・薬剤及び治療材料。ただし、第2号司牧、第3号司牧、第4ホゴモックは次項角材で決める場合に限る。  가.保健福祉家族部長官が決めて告示する行為及び治療材料  나.疾病群医療以外の目的に投与された薬剤  7.健康保険制度の与件上療養給与で認めにくい場合  가.運動療法・転子療法及びオンネングヨボブなどの漢方物理療法  나.漢薬貼薬及び気相漢方医書の処方箋などを根拠にした漢方ガレヌス製剤条第  8.薬剤師法令によって許可を受けるとか届けた区域を脱して薬剤を処方箋・投与しようとする者が保健福祉家族部長官が決めて告示する手順によって医学的根拠などを立証して非給与算定で承認受けた場合。ただし、第5条第3項によって重症度患者に処方箋・投与する薬剤の中で保健福祉家族部長官が決めて告示する薬剤は健康保険審査評価院ザングの公告による。  〔健康保険行為給与・非給与項目表及び給与相対価値数価改訂〕  第1編行為給与・非給与項目表及び給与相対価値数価第3部行為非給与項目表(検体検査 145種、組職病理検査 119種、機能検査 143種、内視鏡・穿開及び穿刺 5種、影像診断及びX線療法 7種、注射料 3種、採血及び受血 3種、理学療法 13種、精神療法 6種、処置及び手術 86種、中医検査及び手術料など 14種、神経認知機能検査 36種、総 405種) |

<附表 2-5> 2001年非給与で切り替えた医薬品

|  |  |
| --- | --- |
| 非給与詳細基準 | 品目数 |
| 計 | 1,398 |
| 下剤・腕章制の中で複合剤(分類番号 238) | 66 |
| ヨドルムチリョゼ(266、614、619) | 21 |
| カルシウム剤、無機質製剤の中で複合剤(321、322) | 14 |
| ユニバーシティー四星条第の中で複合剤(398、399) | 22 |
| 総合かぜ薬、複合済衆風邪の諸症上に使う医薬品または下熱・アヘン安息香チンキとして主に自家判断に基づいて使われる医薬品の中で 3個成分以上複合剤(114、141、222) | 119 |
| 外用剤である芸者性ピブジルファン研究ゼズング複合剤(265、266、269) | 85 |
| ビタミン済衆複合剤(312~316、319) | 80 |
| 外用剤である眼科用剤または耳鼻科溶剤(131、132)中複合剤 | 13 |
| 直接ジルファンチリョに使われない医薬品及び医師の処方箋可能性が少なくて主にガレヌス製剤で構成された医薬品(211、329) | 11 |
| 六炭糖制、有機酸条第、蛋白アミノ酸条第、臓器製剤、乳幼児溶剤(323~327)中複合剤 | 1 |
| 健胃消化剤(233) | 465 |
| 制酸剤(234)中 3個成分以上複合剤 | 166 |
| 歯科頬腔用薬、ツェト・抗嘔吐作用、胆汁排出薬、キノホルムまたはその他のペプチゼーション機関用薬(231、235、236、237、239)中複合剤 | 123 |
| 複合剤の中で各種営養剤類、チリョボゾに使う医薬品、更年期諸症上に使う医薬品で主に自家判断に基づいて使用が可能な医薬品(131、132、218、219、229、259、391、392) | 177 |
| 外用剤である止痛・鎮痒・収斂・抗炎症薬(264)中複合剤 | 35 |

注:医薬分業施行以後薬剤費を減らすために自家療法可能医薬品 1,398品目を給与から非給与対象に変更させた(2001.11.1)

<附表 2-6> 特進に対する規定

|  |
| --- |
| (別添1)<国立大学校医科大学及び大学附属病院特進規定>  (1962.2.12 "国立大学校医科大学附属病院特進規定) 制定、1969.11.25 特進規定改訂  (1971.5.3 大統領令第5624号全文改訂)、改訂 1973.8.23 大統領令第6819号  改訂 1989.8.7 大統領令第12773号(医療法施行令)  第1条(目的) この嶺南は国立大学校医科大学及び歯科大学附属病院(以下 "大学病院"という)において患者の希望によって彼が特定する教授・副教授・助教授・専任講師(以下 "教授"だという)にその患者を医療するようにする特定医療(以下 "特進"という)の制度を実施することで患者の便宜をはかって教授たちにとって医学及び歯科医学の研究と実習に対する意欲を促して大学病院の円滑な運営を期するようにすることを目的にする。<改訂 73.8.23>  第2条(特進の手順) ① 大学病院で特進を受けようとする者は事前に医療を受けようとする部門を明示して彼が希望する教授を特定してこれをあって大学医院長に要請しなければならない。  ② 前項の要請を受けた大学医院長は正当な事由がない限りその特定された教授(以下 "特進教授"だという)にその患者を医療するようにしなければならないし、特進教授が特進要請に応じることができない事由がある時には大学医院長は特進要請者にその意味を通告しなければならない。  ③削除 <73.8.23>  第3条(特進料) ① 各大学病院は特進を受けた患者からあって大学病院数価規定による一般医療卑膳にこの零の規定によって特進料を別に取り立てる。  ② 前項の特進料の金額はあって大学病院数価規定による一般医療費の 5割の限度内であって大学医院長が所属大学の総長の承認を得てこれを決める。ただし、特殊な医学的技術を要する医療においては一般医療費の 10日の限度内までこれを決めることができる。  第4条(特進補償金) ① 特進に関して教授・助教・医療技師・薬剤師・看護婦及び医療補助員に対しては予算の区域の中で特進補償金を支給することができる。  ② 前項の特進補償金の支給基準はあって大学総長が決める。  ③ 特進補償金は当月分をダウムダを給料支給日に支給する。  [全文改訂 73.8.23]  (別添2)<国立医療院特進規定>  制定 1967.10.13 大統領令第3247号  改訂 1973.3.20 大統領令第6576号  第1条(目的) この零は国立医療院において患者の希望によって彼が特に指定する医師にとってその患者を医療するようにする特定医療(以下 "特進"という)の制度を実施することで患者の便宜をはかって医師及び医療連携要員たちにとって医学の研究実習に対する意欲を促して国立医療院の円滑な運営を期することを目的にする。<改訂 73.3.20 大領 6576号>  第2条(特進の手順) ① 国立医療院で特進を受けようとする者は事前に医療を受けようとする部門を明示して彼が希望する医師を特定して国立医療院長に要請しなければならない。  ② 前項の要請を受けた国立医療院長は特別な事由がない限りその特定された医師(以下 "特進医師"だという)にその患者を医療するようにしなければならないし、特進要請に応じることができない事由がある時には国立医療院長は特進要請者にその意味を通告しなければならない。  第3条(特進料) ① 国立医療院長は特進を受けた患者からは国立医療院数価ギュゾングによる一般医療費以外にこの零の規定によって特進料を別に取り立てなければならない。  ② 前項の特進料の金額は国立医療院数価ギュゾングによる一般医療費の 5割の限度の中で国立医療院長が保健社会部長官の承認を受けてこれを決める。ただし、特殊な医学的技術を要する医療においては一般医療費の 10割の限度までこれを決めることができる。  第4条(特進補償金) ① 特進に関与した医師、医療技師、薬剤師、看護婦及び医療補助員に対しては予算の区域の中で特進料に取り立てされた金額を特進補償金で支給する。  ② 前項の特進補償金支給基準は国立医療院長が決める。  ③ 特進補償金は当月分をダウムダを 10日に支給する。  <全文改訂 73.3.20 大領 6576>  (別添3)<国立精神病院特進規定>  (1978.5.1 大統領令第8996号)  第1条(目的) この嶺南は国立精神病院において患者の希望によって彼が特に指定する医師にとってその患者を医療するようにする特定医療(以下 "特進"という)制度を実施することで患者の便宜をはかって、医師及び医療連携に携わる要員たちにとって臨床医学に関する研究意欲を促して病院の円滑な運営を期することを目的にする。  第2条(特進の手順) ① 国立精神病院で特進を受けようとする者は事前に医療を受けようとする部門を明示して、彼が希望する医師を指定して国立精神医院長(以下 "医院長"という)に要請しなければならない。  ② 第1項の規定によって特進要請を受けた医院長は特別な事由がない限りその指定された医師にとってあって患者を医療するようにしなければならないし、特進要請に応じることができない事由がある時には特進要請者にその意味を通告しなければならない。  第3条(特進料取り立て) ① 医院長は特進を受けた患者からは国立精神病院の数価規定による一般医療卑膳にこの零の規定による特進料を別に取り立てる。  ② 第1項の規定による特進料の金額は国立精神病院の数価規定による一般医療費の 5割の限度の中で医院長が保健社会部長官の承認を得てこれを決める。ただし、特殊な臨床的技術を要する医療においては一般医療費の 10割の限度までこれを決めることができる。  第4条(特進補償金) ① 特進に関与した医師・医療技師・薬剤師・看護婦及び医療支援要員に対しては予算の区域の中で特進料に取り立てされた金額を特進補償金で支給する。  ② 第1項の特進報償金支給基準は医院長が決める。  ③ 特進補償金は当月分をダウムダを 10日に支給する。 |

<附表 2-7> 指定医療に関する規則

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制定:保健社会部令第867号('91.3.29)  第1条(目的) この規則は指定医療機関の指定基準、指定医療医師の資格、指定医療項目及び指定医療数価基準などを決めて患者の便宜及び医療の効率性をはかって指定医療制度の健全な発展に貢献することを目的にする。  第2条(定義) この規則で使う用語の定義は次項のようだ。  1."指定医療"だということは患者またはその保護者が特定の医師を指定して、それから医療を受けるとかその指定医療医師から依頼を受けた医療支援との指定医療医師が行う医療行為を言う。  2."指定医療医師"だということは指定医療を行うことができる医師・歯科医または漢方医を言う。  3."指定医療機関"ということは指定医療を行うことができる医療機関を言う。  第3条(指定医療機関の指定基準) 指定医療機関で指定発をことがある医療機関は実地医家の研修及び資格認定などに関する規定によるレジデント研修病院として許可病床数価 400以上の病院と歯科大学病院にする。  第4条(指定医療医師の資格) 指定医療医師になることができる者は医療法(以下 "法"という) 第55条の規定による実地医家の資格を持った者(歯科医の場合を除く)として、法第5条の規定による医師または歯科医の兔許を受けた後 10年以上経過された者にする。ただし、大学病院の場合には専任講師以上の者にする。  第5条(指定医療医師の任命及び指定医療行為の制限) ① 指定医療機関の長は第4条の規定による指定医療医師の資格がある者としてレジデント研修指定科に勤める者(歯科医場合には第4条の規定による指定医療医師の資格がある者)の中で指定医療医師を任命する。  ② 第1項の規定によって指定医療医師に任命された者は自分の当該年度総医療件数の 70パーセンタイル値を超過して指定医療ができない。  第6条(指定医療項目及び数価基準) ① 指定医療を行うことができる項目と項目別指定医療数価基準は別表のようだ。  ② 指定医療機関の長は次項各好意事項を医療費収納窓口など患者またはその保護者が見やすい所に掲示しなければならない。  1.医療科目別指定医療医師の名簿及び診療シガンピョ  2.別表の指定医療項目別指定医療数価基準  第7条(指定医療数価の負担) 医療保険数価基準額外に指定医療によって追加される指定医療数価は指定医療患者またはその保護者が全額負担する。  第8条(指定医療機関の指定) ① 指定医療機関で指定受けようとする医療機関の長は別紙第1号書式による指定医療ギグァンジゾングシンチォングソに次項各号の書類(歯科医場合には第2号の書類)を添付して保健社会部長官に申し込まなければならない。  1.レジデント研修病院指定で写本 1部。  2.医療科目別指定医療医師資格該当者の名簿及び資格証写本各 1部  ② 保健社会部長官は第12項の規定による申し込みを受けた時にはこれを審査して第3条の指定基準に相応しいと認められる場合には指定医療機関で指定しなければならない。  ③ 保健社会部長官は第2項の規定によって指定医療機関を指定した時には別紙第2湖西式による指定医療気管支情緒を交付しなければならない。  第9条(指定医療の制限) この規則による指定医療機関ではなければ指定医療を行うことができない。  第10条(指定医療の申し込み) ① 指定医療を受けようとする患者またはその保護者はあって指定医療機関の指定医療申込書に指定医療医師の声明(名前)を記載して署名または捺印しなければならない。  ② 指定医療の申し込みを受けた医師は特別な事由がない限りこれに応じなければならない。ただし、やむを得ない事由と指定医療を行うことができない場合にはその事由を患者またはその保護者に知らせなければならない。  第11条(指定医療の変更・解約) ① 指定医療患者またはその保護者は指定医療医師の変更または指定医療の解約を要請することができる。この場合指定医療機関の長は透かさずこれに応じなければならない。  ② 指定医療機関の長は指定医療中医療科目を変更する必要がある場合または指定医療社のやむを得ない事由と指定医療を中断しようとする場合にはその事由を患者またはその保護者に知らせて指定医療を解約することができる。  第12条(漢方指定医療の特例) 漢方指定医療の指定医療機関指定基準、指定医療医師の資格、指定医療医師の任命、指定医療項目及び項目別指定医療数価基準、指定医療機関の指定手順に関しては第3条、第4条、第5条第1項、第6条第1項及び第8条の規定にかかわらず保健社会部長官が別に決めて告示するところによる。  第13条(指定医療実績の報告) ① 指定医療機関の長は毎会計年度終了後 3月以内に指定医療実績を保健社会部長官に報告しなければならない。  ② 指定医療機関の長は第3条の規定による指定基準該当事項に変動がある場合これを保健社会部長官に報告しなければならない。  付則  ① (施行日) この規則は公布した日から施行する。  ② (指定医療に関する経過措置) この規則施行当時指定医療を実施している医療機関はこの規則施行後 30日以内(漢方医場合には第12弔意規定による告示後 30日以内)に指定医療機関の指定申し込みをしなければならないし、指定医療機関の指定を受けるまで以前のはいよって指定医療を行うことができる。  ③ (指定医療機関に関する経過措置) この規則施行前に自体内規を決めて 1年以上指定医療を実施している 400病床未満の医療機関は第3条の規定にかかわらず指定医療機関に相応しいことで見る。ただし、この規則施行日から 5年以内に第3条の規定による施設を取り揃えなければならない。  (別表) 指定医療項目別指定医療数価基準(第6条第1項関連)   |  |  | | --- | --- | | 適用項目 | 指定医療数価基準 | | 診察 | 医療保険数価基準額の 100%以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 医学管理 | 医療保険数価基準額の 50%以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 検査 | 医療保険数価基準額の 50%以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 放射線診断及び治療 | 医療保険数価基準額の 50%(X線血管撮影及び仲裁的手術は 100%)以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 麻酔 | 医療保険数価基準額の 100%以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 精神療法 | 医療保険数価基準額の 50%(深板分析は 100%)以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | | 処置・手術 | 医療保険数価基準額の 100%以内の区域の中であって指定医療機関が決めた金額 | |

<附表 2-8> 選択診療に対する規則

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制定:2000.9.5 保健福祉部令第174号  一部改訂:2008.11.28 保健福祉系統群部令第78号(施行 2009.3.11)  一部改訂:2009.1.30 (医療法一部改訂、法律第9386号、2001.1.30,施行日 2010.1.31)  第1条(目的)が規則は医療法第46条の規定によって選択診療の要請、追加費用を取り立てることができる選択診療を担当する医師・歯科医・漢方医の資格要件及び区域、選択診療項目及び追加費用の算定基準とその他選択診療の実施に関して必要な事項を規定することを目的にする。  \*(注) 医療法第37条の 2 ・医療法第46条(患者の開業医選択など)-(施行日:2010.1.31)  総合専門療養機関・上級総合病院で名称変更(医療法第3条の4)    第2条(選択診療の要請) 「医療法」(以下 "法"という) 第46条第1項及び第2項によって患者またはその保護者が上級総合病院・医科総合病院・病院・歯科医院・漢方病院(国立病院漢方医療部を含む) または療養病院(以下 "選択診療機関"という)を要請する場合には次項各号の区分による申込書を選択診療機関の長に提出するとか電話など通信媒体を利用してその申し込みをしなければならない。<改訂 2008.11.28>  1.選択診療を要請する場合  가.外来患者の場合 :別紙第1湖西式による申込書  가.入院患者の場合 :別紙第2湖西式による申込書  2.選択診療の変更または解約を要請する場合 :別紙第3湖西式による申込書  第3条(選択診療機関の長の選択診療の変更及び解約) 選択診療機関の長は選択診療中医療科目などを変更する必要があるとか選択診療を担当するウィサドングのやむを得ない事由で選択診療を中断しようとする場合にはその事由を患者またはその保護者に知らせて、その同意を得て選択診療を変更または解約することができる。  第4条(追加費用取り立て医師等の資格及び区域など) ① 法第46条第5項及び第6項によって追加費用を取り立てようとする選択診療機関の長は次項各好意どれ一つにあたる在職医師などの中で実際に医療が可能な医師などの 80パーセンタイル値の区域で追加費用を取り立てることができる選択診療担当ウィサドングウを指定しなければならない。  1.法第5号による兔許取得後 15年が経過した歯科医及び漢方医  2.法第77条による実地医家資格認定を受ける後 10年が経過した医師  3.大学病院または大学附属漢方病院の助教授以上の医師など  ② 第1項本文から "実際で医療が可能な医師など"と言う(のは)医師などの中次項各好意者を除いた者を言う。  1.医療はしなくて教育・研究にだけ携わる者  2.6ヶ月以上の延髄または留学などで留守の者  ③ 選択診療機関の長は医療科目別で 1人以上の追加費用を取り立てないウィサドングウを置かなければならない。[全文改訂 2008.11.28]  第5条(追加費用の算定基準など) ① 選択診療機関の長は追加費用を取り立てることができる選択診療を担当する医師などが直接医療行為に限って患者またはその保護者から追加費用を取り立てることができる。  ② 第1項の規定による追加費用は患者またはその保護者が全額を負担しなければならない。  ③ 追加費用を取り立てることができる選択診療の項目と追加費用の算定基準は別表のようだ。  第6条(選択診療機関の義務) 選択診療機関の長は次項各好意事項を記載した案内文を選択診療申し込みで受付など患者またはその保護者が易しく見られる局在性に掲示または備えなければならない。  1.医療科目別で追加費用を取り立てることができる選択診療を担当する医師橙果追加費用を取り立てないウィサドングの名簿及び診療シガンピョ  2.追加費用を取り立てることができる選択診療を担当する医師などの経歴・詳細前門分野など患者またはその保護者が特定のウィサドングウを選択することができる情報  3.追加費用を取り立てようとする選択診療の項目と追加費用の算定基準によって算出された金額  第7条(記録の保存) ① 選択診療機関の長は次項各好意書類を 3年間保存しなければならない。<改訂 2008.11.28>  1.第2条各号による申込書  2.第4条による追加費用を取り立てることができる選択診療を担当する医師などの指定関連書類  3.第5条第3項による選択診療の項目と追加費用の算定基準関連書類  ② 第1項による書類の保存方法などに関しては 「医療法施行規則」第15条第2項及び第3項を準用する。<改訂 2008.11.28>  第8条(選択診療機関現況通報) 選択診療機関の長は第4条にしたがって追加費用を取り立てることができる選択診療担当医者などを指定するとか指定内容を変更した時には別紙第4号書式の選択診療機関(新規・変更) 現況通報で(電子文書になった通報書を含む)によって該当の月のダウムダを 15日まで 「国民健康保険法」による健康保険審査評価院ザングに知らせなければならない。[本祖神説 2008.11.28]  付則<第174号、2009.9.5>  ① (施行日) この規則は公布した日から施行する。  ② (他の法令の廃止) 指定医療に関する規則はこれを廃止する。  ③ (指定医療に関する経過措置) この規則施行当時以前の指定医療にグァンハンギュチックによって指定医療申し込みをするとか指定医療を受けている者はこの規則によって選択診療を申し込むとか選択診療を受けている者に見る。この場合選択診療機関の長は医療を行う医師などが追加費用を取り立てることができる選択診療を担当するウィサドングの場合に限って追加費用を取り立てることができる。  付則<第78号、2008.11.28>  第1条(施行日) この規則は公布後 3ヶ月が経過した日から施行する。  第2条(選択診療機関現況通報に関する経過措置) この規則施行当時選択診療を実施している医療機関の長はこの規則施行日から 15日以内に第8条の改訂規定によって選択診療担当医師たちの指定内容を健康保険審査評価院ザングに知らせなければならない。  [別表] 追加費用を取り立てることができる選択診療の項目と追加費用の算定基準  (第5条第3項関連)   |  |  | | --- | --- | | 医療項目 | 追加費用算定基準 | | 1.診察(漢方含み) | 国民健康保険法第42条第4項の規定によって保険福祉部長官が告示する療養給与費用の内訳(以下 国民健康保険診療数価基準"という)中診察料の 55%以内の区域の中であって医療機関の長が決めた金額 | | 2.医学管理(漢方含み) | 国民健康保険診療数価基準中入院料の 20%以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | | 3.検査(漢方含み) | 国民健康保険診療数価基準中検査料の 50%以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | | 4.影像診断及びX線療法 | 国民健康保険診療数価基準中ヤングサング診断料の 25%(バングサソンチリョリョは 50%、X線血管撮影料は 100%)以内に区域の中であって医療機関の長が決めた金額 | | 5.麻酔 | 国民健康保険診療数価基準中麻酔料の 100%以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | | 6.精神療法 | 国民健康保険診療数価基準中精神療法料の 50%(深板分析は 100%)以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | | 7.処置・手術(漢方含み) | 国民健康保険診療数価基準中処置・手術料の 100%以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | | 8.唾・句及び附項 | 国民健康保険診療数価基準中唾・句及び附項料の 100%以内の区域中であって医療機関の長が決めた金額 | |

<附表 2-9> 特進料、上級病室料、高所得者除外に対する検討報告

|  |
| --- |
| 医療保険特進及び上級病室使用者に対する医療保険圧排検討報告(1980.3)  レポーター:社会保険国保険給与科　事務官亮明生、課長金一天  1.現行制度  가.特進  -一般患者に対して特進制度がある医科総合病院でばかり保険患者の特進ができる  -保険患者またはその保護者が特定医師を指定して書面で申し込む場合にだけ適用  -特進費は特進医師が直接施行した技術行為に限ってその数価の 50%範囲内で医科総合病院別で決めて取り立て  나。上級病室  -基準ビ研究シルは一般患者用(4~8人用) 病室で医療保険から保険給与対象にする病室  -基準ビ研究シルより施設が良い上級病室に入院をしようとする時には本人の請け書によって入院させてその差額を本人が全額負担する  -基準ビ研究シルは医療機関ごとに総病床数の 50%以上確保するようにしている  2.特進患者をボホムゾック研究ゼウェシ問題点  가.特進  -特進制度がない医科総合病院(例:慶煕大病院、ソウル衛生病院、あぶら局在性一部医科総合病院など)もあって特進患者を保険から除く場合、特進制度がない医療機関に患者が集中する  -特進制度がある医科総合病院は特進制度を無くすとか病院経営悪化で倒産をすること  -したがって特進制度は自然的に消滅すること  -特進収入は病院総収の 8~10%であるところ特進制度が消えれば医科総合病院の保険数価を引き上げなければならないこと  나。上級病室  -保険給与圧排の時上級病室使用希望者が減衰率されること  -上級病室基準ビ研究シルで改造しなければならないこと  -上級病室は特進制度がない医療機関にもある  -上級病室使用者の中には特進申し込みをしない者もい  3.結論  -現時点で特進または上級病室使用者に対して保険給与を排除することは困り  保険料は所得によって比例拠出をしているし、保険料を拠出した者は所得水準にかかわらず同等な保険給与を受ける資格がある  Ⅱ。イルゾングソドックイサングザを医療保険ゾック研究デサングから除く問題検討  -医療保険は保険料を所得によって比例拠出する所得再分配制度  -高所得自群を医療保険適用から除外させる場合所得再分配上の問題と保険財政上の問題が発生する  -高所得自群を除いたら保険料引き上げが要求されることで勤労者家計に圧迫をズーム  -したがって調査表高所得自群を保険適用デサングザから除外させることは困り |

<附表 2-10> 特進規定不合理の事例確認書

|  |
| --- |
| 題目:特進規定不合理  「医療保険医療数価基準額ピョ (保健社会部告示第81-34号、'81.6.5)の療養給与基準第1項1号に特進は被保験者が希望する場合に限って特進料を本人がブダムトロックだけなっていて、特進料適用対象行為すなわち医師が処方箋する各種検査、x-レイ撮影、処置及び手術などに対しては明白に規定していない。これによって国立医療院外 4個医科総合病院特進制度運用状況を調査したことによれば特進医師の参加可否にかかわらず各種検査手数料のみならず医療とは関計ない私の証明にまで調査表率の特進料を賦課しているし特進料率を 10%から 100%まで受けているなど自律的に特進規定を任意制定変則運営して保険患者の負担を加重させている事実があることを確認する」  1982.3.9 保険給与科事務官亮明生、課長李光かたがた |

<附表 2-11> 特進料算定基準に対する監査者提出内容

|  |
| --- |
| 1.特進料の取り立てと料率算定方法は文教部傘下国・公立医科大学及び歯科大学附属病院の "国立大学校医科大学及び歯科大学附属病院特進規定(大統領令第6819号、'73.8.23)"によって保健社会部傘下国立医療院と国立精神病院は国立医療院特進規定(大統領令第6586号、'73.3.20)、国立精神病院特進規定(大統領令第8996号、'78.5.1)によっているが私立医科大学附属病院や私立総合病院では洞特進規定を援用して自主的に円舞規定を決めている実情  2.東特進規定に特進料は一般医療費の 5割または特殊な医学的技術を要する医療は一般医療の 10割の限度まで取り立てることができるようになって病院ごとに行為によって特進料算定料率が多様だ。  3.特進規定にその料率を決めているので医療保険患者に対する特進料率を別途規定することができないことで所存される  1982.10.7 保険給与科事務官亮明生、課長李光かたがた |

<附表 2-12> 特進制度に対する検討報告(レポーター、保険給与課長亮明生、1989.6)

|  |
| --- |
| ① 特進制の沿革  -1958.年歳医大セブランス病院で任意実施  -1963.3.1 ソウル大学病院実施  ② 特進制の法的根拠  -ソウル大病院(1963.3.1)  -国立大学校医科大学及び歯科大学特進規定大統領令第5624号 '71.5.3  -国立医療院、国立精神病院はそれぞれ大統領令で特進規定制定  -ナーシングホームは自主的に特進規定制定実施  ③ 特進費スイブ額の用途  -医師及び医療職要員の特進補償金で支給(研究費または人件費補充の性格)  -ナーシングホーム水準の医療関計者大愚策  ④ 特進制の受給手順  -本人希望制(病院ごとにそれぞれ多様)  -医療の時ごとに申し込む病院(例:ソウル大学病院)  -初診の時申し込めばずっと適用する病院(例:セブランス病院)  ⑤ 特進料の適用と数価など  -技術行為に限って特進料適用  -草材医療にも特進料 50%加算(国立医療院、性毛病院など)  -調剤料にも条第日数に注いで加算(セブランス病院)  例示 :3日分条第= 400ウォン・3日 =1,200ウォン、15日分条第 400ウォン ・15日 =6,000ウォン、  -診察料、入院料、Xソンリョ、検査料、調剤料、処置料、手術料などにも加算させる病院もあってはなはだしくは薬価にも特進料を付ける病院もある  ⑥ 数価特進料加算率(全国民医療保険前だから一般患者がいたら)  -一般患者:一般医療費 50%限度内。ただ、特殊医学的技術要する医療は 100%限度内  -医療保険患者:医療保険医療数価の 50%以内の区域(規定なさ、行政指導)  ⑦ 問題点  -特進医師はいわゆる権威と有名島がある教授級医師に限っている  -特進申し込みをしない患者は医学研修生、レジデントなどの研修衣架医療する  -医師、実地医家、特進医師などに区分されて、特進医師はまるで医師衆議医師という引上を与えている  -医療保険患者に対して特進料を保険給与から除いているので特進の時特進料名目で一般患者水準の医療費を取り立てる弊端がある  -特進料適用に対する規制がないのですべての行為すなわち、医師の処方箋、薬剤師の条第、検査、X-ray 撮影及び判読、処置及び手術などの行為にも適用とある  -特進制を無くす場合専門分野名声ある医師が一般患者には医療を忌避して財力家など選択的医療をする恐れがある  -一般数価に対する規制がないので一般患者に対する特進料は各病院ごとに相異なってい  ⑧ 措置事項  -特進に対する法律的根拠を用意するまで私立医大病院も国・公立病院水準で行政指導  -保険患者に対する非給与ファはずっと維持 |

<附表 2-13> 特進実態調査補で

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.調査目的 :特進台した現況把握を通じて特進制度を改善するため  2.調査対象病院 :全国所在 36個特進実施病院  3.調査者 :コーチング錠国病院行政と行政注射鄭泰俊の外 6人  4.調査期間 :1990年 3月 19日 - 3月 24日 (6日間)  5.調査結果  가.設立主体別現況(単位 :機関数)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 計 | 国立病院 | 国立大学病院 | 私立大学病院 | 民間総合病院 | | 36 | 4 | 5 | 19 | 8 |   注:国立病院は施行令を根拠で、私立大病院や民間病院は自体内規で施行  나。病床規模別現況(単位 :機関数)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 計 | 200病床 | 201-400病床 | 401-600病床 | 601病床 | | 36 | 2 | 3 | 15 | 16 |   라.トックジンウィサザギョックヒョンファング(単位 :機関数)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 計 | 実地医家 | 専任講師以上 | 助教授以上 | その他 | | 36 | 8 | 23 | 2 | 3 |   마.'89 収入現況(単位 :千ウォン,%)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 総医療収入 | 特進収入 | 割合 | 備考 | | 842,711,421 | 59,951,026 | 7.11 | 総 36個ギグァンブン |   ところ。適用項目及び料率  ・診察料(単位 :機関数)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 適用項目 | | 適用料率(追加) | | | | | | 備考  (基準) | | 1000ウォン | 1500ウォン | 2000ウォン | 50% | 100% | その他 | | 診察 | 初診 | 15 | 15 | 2 | 7 | 5 | 3 | 3,300ウォン | | 再診 | 5 | 4 | 2 | 6 | 6 | 3 | 2,150ウォン |   ・その他行為料(単位 :機関数)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 適用項目 | | 適用料率(追加) | | | | | | その他 | | 20%未満 | 20-50% | 50-70% | 70-90% | 100%まで | 未適用 | | 検査 | 単純 | 7 | 16 | 4 | - | 3 | 6 |  | | 特殊 | 2 | 15 | 2 | 2 | 14 | 1 |  | | 処置 | 単純 | 3 | 8 | - | 2 | 14 | 1 |  | | 特殊 | 1 | 6 | - | 2 | 19 | 4 |  | | 手術 | 単純 | - | 6 | - | 3 | 23 | 3 |  | | 特殊 | - | 3 | 1 | 2 | 27 | 3 |  | | 麻酔 | | 1 | 3 | 2 | 1 | 22 | 3 | 4 | | X線診断 | | 4 | 13 | 4 | - | 8 | 4 | 3 | | X線療法 | | 2 | 9 | 2 | 1 | 8 | 13 | 1 | | 神経精神療法 | | 1 | 10 | - | 2 | 13 | 8 | 2 |   ※ その他一部病院では回診料、患者管理料、医学技術料、処方箋料、投薬料、物理治療等にも特進料を別途賦課取り立てていた |

<附表 2-14> 特進病院の特進認定医師現況 (保健社会部中/病院協会中対比)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院人 | 現況 | | 保健社会部(案) | | | 病院協会(案) | | | 備考 |
| ゾンチェウィサス(A) | 前門義腕(B) | トックジンウィサス(C) | % | | トックジンウィサス(D) | % | |
| C/A | % | D/A | D/B |
| 国立医療院 | 318 | 80 | 54 | 17.0 | 67.5 | 66 | 20.8 | 82.5 | \*実地医家資格  -保健社会部:実地医家資格取得の後  7年以上  -ビ研究ヒョブ:ウィサミョンホツィドックフ  10年以上(専門資格取得の後  5年以上) |
| ソウル乙支病院 | 94 | 38 | 19 | 20.2 | 50.0 | 23 | 24.5 | 60.5 |
| ソウル高麗病院 | 158 | 65 | 41 | 25.9 | 63.1 | 48 | 30.4 | 73.8 |
| ソウル中央病院 | 291 | 137 | 58 | 19.9 | 42.3 | 80 | 27.5 | 58.4 |
| ソウル赤十字病院 | 115 | 42 | 24 | 20.9 | 57.1 | 30 | 26.1 | 71.4 |
| 国立羅州精神病院 | 16 | 11 | 2 | 12.5 | 18.2 | 4 | 20.7 | 36.4 |
| 江東誠心病院 | 193 | 72 | 35 | 18.1 | 48.6 | 48 | 24.9 | 66.7 |
| 江南性毛病院 | 298 | 133 | 84 | 28.2 | 63.2 | 86 | 28.9 | 46.7 |
| 高麗大九老病院 | 229 | 72 | 49 | 21.4 | 68.1 | 56 | 24.5 | 77.8 |
| 苦辛医療院 | 239 | 73 | 37 | 15.5 | 50.7 | 44 | 16.7 | 60.3 |
| キョンヒ医大 | 373 | 119 | 91 | 24.4 | 76.5 | 100 | 26.8 | 84.0 |
| 相系白病院 | 99 | 53 | 26 | 26.3 | 49.1 | 37 | 37.4 | 69.8 |
| 年歳セブランス | 694 | 214 | 136 | 20.0 | 63.6 | 153 | 22.1 | 71.5 |
| 永同セブランス | 250 | 83 | 27 | 10.8 | 32.5 | 52 | 20.8 | 62.7 |
| 粗線医大 | 217 | 62 | 25 | 11.5 | 40.3 | 35 | 16.1 | 56.5 |
| 漢陽大医大 | 395 | 122 | 105 | 26.6 | 86.1 | 116 | 29.4 | 95.1 |
| 釜山白病院 | 229 | 76 | 45 | 20.0 | 59.2 | 62 | 27.1 | 82.6 |
| 古代恵化 | 244 | 79 | 61 | 25.0 | 77.2 | 64 | 26.2 | 81.0 |
| 全南医大 | 374 | 93 | 55 | 4.7 | 59.1 | 58 | 15.5 | 62.4 |
| カトリック性毛 | 267 | 112 | 71 | 26.6 | 63.4 | 79 | 29.6 | 70.5 |
| 梨花女大 | 205 | 75 | 57 | 27.8 | 76.0 | 58 | 28.3 | 77.3 |
| 翰林大漢江誠心 | 151 | 43 | 26 | 17.2 | 60.5 | 30 | 19.9 | 69.8 |
| 慶北大学校 | 388 | 81 | 73 | 18.8 | 90.1 | 76 | 19.6 | 93.8 |
| 年代原州基督 | 267 | 82 | 36 | 13.5 | 43.9 | 43 | 16.1 | 52.4 |
| 全北大学校 | 267 | 65 | 44 | 16.5 | 67.7 | 51 | 19.1 | 78.5 |
| 仁済大ソウル百 | 257 | 66 | 33 | 12.8 | 50.0 | 38 | 14.8 | 57.6 |
| スンチォンヒャングデハックギョ | 322 | 96 | 70 | 21.7 | 72.9 | 77 | 23.9 | 80.2 |
| プサン大学校 | 282 | 74 | 60 | 21.3 | 81.1 | 62 | 22.0 | 83.8 |
| 国立釜谷精神 | 13 | 8 | 1 | 7.7 | 12.5 | 1 | 7.7 | 12.5 |
| 国立ソウル精神 | 51 | 27 | 18 | 35.7 | 66.7 | 20 | 39.2 | 74.1 |
| 一つ目 | 85 | 46 | 25 | 29.4 | 54.3 | 31 | 36.5 | 67.4 |
| ソウル大学校 | 776 | 232 | 188 | 24.2 | 81.0 | 193 | 24.9 | 83.2 |
| 馬山高麗 | 100 | 39 | 16 | 16.0 | 41.0 | 18 | 18.0 | 46.2 |
| 前週キリスト | 179 | 57 | 19 | 10.6 | 33.3 | 24 | 13.4 | 42.1 |
| 計 34個機関 | 8,436  (100%) | 2,727  (32%)  (100%) | 1,711  (20.3%) | 20.3 | 62.7 | 1,963  (23.3%)  (72%) | 23.3 | 72.0 |

注:忠南大学校、翰林大江南誠心病院は未提出

<附表 2-15> 指定医療制に対する立法予告(案) 主要骨子

|  |
| --- |
| ・立法予告期間 :1990.10.15 - 11.10 (25日間)  ・意見提出機関 :大韓病院協会など 31個機関  ・立法予告主要骨子 :  -特進実施病院基準 :レジデント研修機関として 400病床以上医科総合病院  -トックジンウィサザギョック基準 :実地医家資格取得の後 7年以上の者  -チグァトックジンウィサザギョック基準 :副教授以上の歯科医  -適用項目 :診察、検査、処置、手術、麻酔、X線診断及び治療精神療法中特進医師が直接行した行為  -適用料率 :項目別難易度によって診察、検査、精神療法、麻酔、X線診断及び治療は保険数価の 50%以内精神療法中深板分析、処置、ススルドングは保険数価の 100% 以内  -漢方特進 :一般病院との公平性維持が困ることで後日別途の基準を決めて保健社会部長官の承認  \* 最初には特進規定案のための立法予告だったが指定医療で名前が変わって実施された |

<附表 2-16> 特進規定制定当時の 1990年度研修病院及び研修機関指定現況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類別 | | '89 | '90 | | 備考 |
| 指定 | 申し込み | 指定 |
| 研修病院 | 医学研修生・レジデント | 85 | 91 | 89 | 新規:東亜大附属・東国大浦項・ソウル中央・大田では(4)  格下げ:安東性巣・安東(2) |
| 医学研修生 | 81 | 79 | 78 | 新規:相系百・蚕室・ブサンセガング・工事将星・提川住民・長興・済州韓国(7)  ドロップアウト:動員保健ウォン・工事スンチョン・霊泉性病床で(3)  未申し込み:水源医療院・寧越医療院・釜山児童・韓独・南宮・聞慶・真珠制である(7) |
| 単科レジデント  (精神と・結核と) | 5 | 9 | 6 | 新規:国立釜谷精神(1) |
| 計 | 171 | 176 | 173 |  |
| 研修機関 | 予防医学と | 20 | 24 | 24 | 新規:東亜医大・原州医大・全北医大・麟蹄保健台(4) |
| 総計 | | 191 | 200 | 197 |  |
| 派遣研修 | | (51) |  | (45) |  |

注:特進規定は指定医療で名称が変わり

資料:保健社会部

<附表 2-17> 選択診療規則/ 指定医療規則追加費用算定基準比較

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療項目 | 選択診療規則 | 指定医療規則 | 変更内容 |
| 診察 | 保険数価 55% 内わく | 保険数価 100% 内わく | 45% 下方修正 |
| 医学管理 | 保険数価入院料の 20% 内わく | 保険数価入院料の 50% 内わく | 30% 下方修正 |
| 検査 | 保険数価の 50% 内わく | 保険数価の 50% 内わく | 同一 |
| 影像診断及びX線療法 | -ヤングサング診断料は 25% 内わく  -X線療法は 50% 内わく  -X線血管撮影料は 100% 内わく | -ヤングサング診断料 50% 内わく  -仲裁的手術 100% 内わく  -X線血管撮影料 100% 内わく | -25% 下方修正  -50% 下方修正  -同一 |
| 麻酔 | 保険数価の 100%の内わく | 保険数価の 100% 内わく | 同一 |
| 精神療法 | 保険数価の 50% 内わく  (深板分析は 100%) | 保険数価の 50% 内わく  (深板分析は 100%) | 同一 |
| 処置・手術 | 保険数価の 100% 内わく | 保険数価の 100％ 内わく | 同一 |

注:漢方寝具・ブハングスルなかったら/ 保険数価の 100% 区域の中新設

<附表 2-18> 選択診療/指定医療規則主要事項比較

|  |  |
| --- | --- |
| 選択診療規則 | 指定医療規則 |
| <法的根拠>  ・医療法第37条の2(患者の開業医選択など)  ※ 2010.1.31 医療法改訂で第37条の 2가第46組になる  ① 患者や患者の保護者は保健福祉系統群部令で定めるところによって上級総合病院・医科総合病院・病院・歯科医院・漢方病院または療養病院の特定の医師・歯科医または漢方医を選択して医療(以下 "選択診療"だという)を要請することができる。この場合医療機関の長は特別な事由がなければ患者や患者保護者が要請した医師・歯科医または漢方医が医療するようにしなければならない。<改訂 2008.2.29>  ② 第1項によって選択診療を受ける患者や患者の保護者は選択診療の変更または解約を要請することができる。この場合医療機関の長は透かさず応じなければならない。  ③ 医療機関の長は保健福祉系統群部令で定めるところによって患者または患者の保護者に選択診療の内容・手順及び方法等に関する情報を提供しなければならない。<改訂 2008.2.29>  ④ 医療機関の長は第1項によって選択診療をするようにした場合にも患者や患者の保護者から追加費用を受けることができない。  ⑤ 医療機関議長は第4項にもかかわらず決まった要件を取り揃えて選択診療をするようにする場合には追加費用を受けることができる。  ⑥ 第5項による追加費用を受けることができる医療機関の医師・歯科医または漢方医の資格要件と区域,医療項目と追加費用の算定基準、その他に必要な事項は保健福祉系統群部令で定める。<改訂 2008.2.29>  (注) 2000.1.12 医療法第37条の2(患者の開業医の選択など)を新設して "選択診療に関する規則(福祉部令第174号)"を制定公布されて "指定医療に関する規則"は廃止されたし 2008.2.29 医療法一部改正しながら第37条2を廃止して東条項前門を第46条で移す  2009.1.30 一部改訂の時総合専門療養機関が上級総合病院で名称が変更される(施行日:2010.1.31)  制定 :2000.9.5 保健福祉部令第174号  一部改訂 :2008.11.28 保健福祉系統群部令第78号  一部改訂 :2009.3.11 保健福祉系統群部令第78号 | <法的根拠>  ・その頃医療法第32条 (施設基準など )及び第48条(ガイダンスと命令)の規定を引用して "指定医療に関する規則" 制定  制定 :1991.3.29 保健社会部令第867号  廃止:2000.9.5 選択診療に関する規則に変更されるによって廃止 |

<附表 2-19> 保険医療費の本人一部負担のための施行令改正案

|  |
| --- |
| 第34条 (費用の本人一部負担) ① 被保験者または被扶養者が保険給与を受ける場合に法第34条の規定による費用の一部負担は次項各号のようだ。  1.医療施設にレセプションされなくて保険給与を受ける場合にはその費用に精管で決める調査表率をかけた額にするが、その額は被保験者である時にはその費用の 100分の 40を、被扶養者である時には 100分の 50をそれぞれ超過することができない。  2.医療施設にレセプションされて保険給与を受ける場合にはその費用に精管で決める調査表率をかけた額にするが、その額は被保験者である時にはその費用の 100分の 30を、被扶養者である時には 100分の 40をそれぞれ超過することができない。  ② 第1項の規定による費用の一部負担金は療養取扱機関の請求によって被保験者が療養取扱機関に支給する。  ③ 第1項及び第2項の規定は法第38条または法第39条の規定によって保険給与を受ける者に対してこれを準用する。 |

<附表 4-1> 医療保険数価引上率と物価上昇率比較表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施行日付 | 告示番号 | 医療保険数値 | | 消費者物価指数 | |
| 上昇率 | 累積指数 | 上昇率 | 累積指数 |
| '77.7.1 | 第16号 | 制定 | 100 | 10.2 | 100 |
| '79.1.1 | 第55号 | 20.75 | 120.75 | 14.4 | 114.4 |
| '79.7.10 | 第38号 | 11.14 | 134.2016 | 18.2 | 135.2208 |
| '80.5.10 | 第17号 | 19.38 | 160.2098 | 28.8 | 174.1644 |
| '81.6.15 | 第81-34号 | 16.60 | 186.8046 | 21.5 | 211.6098 |
| '82.6.1 | 第82-27号 | 7.10 | 200.0678 | 7.1 | 226.6341 |
| '83.10.1 | 第83-32号 | 4.0 | 208.0705 | 3.4 | 234.3397 |
| '84 | - | - | 208.0705 | 2.3 | 239.7296 |
| '85.3.1 | 第85-11号 | 3.0 | 214.3126 | 2.4 | 245.4832 |
| '86.6.1 | 第86-27号 | 3.0 | 220.7419 | 2.7 | 252.1113 |
| '87 | - | - | 220.7419 | 3.0 | 259.6747 |
| '88.2.15 | 第88-15号 | 12.2 | 247.6725 | 7.1 | 278.1160 |
| '89.7.1 | 第89-31号 | 9.0 | 269.9638 | 5.7 | 294.9640 |
| '90.2.1 | 第90-10号 | 7.0 | 288.8604 | 8.6 | 319.2499 |
| '91.7.1 | 第91-33号 | 8.0 | 312.9692 | 9.3 | 348.9347 |
| '92.5.1 | 第92-33号 | 5.98 | 330.6249 | 6.2 | 370.5687 |
| '93.3.1 | 第93-11号 | 5.05 | 347.1562 | 4.8 | 388.3560 |
| '94.8.1 | 第94-31号 | 5.85 | 367.2913 | 6.2 | 412.4341 |
| '95.4.1 | 第95-31号 | 5.8 | 388.5942 | 4.5 | 430.9936 |
| '95.12.10 | 第95-55号 | 11.82 | 434.5260 |  |  |
| '96 |  |  |  | 4.9 | 452.1123 |
| '97.1.6 | 第97-4号 | 5.0 | 456.2523 | 4.4 | 472.0052 |
| '97.9.1 | 第97-59号 | 9.0 | 497.3150 |  |  |
| '98.7.1 | 第98-36号 | 3.5 | 514.7210 | 7.5 | 507.4056 |
| '99.11.15 | 第99-32号 | 9.0  (12.8) | 561.0459  (580.6053) | 0.8 | 511.4648 |
| 2000.4.1 | 第2000-13号 | 6.0 | 594.7087 | 2.3 | 523.2285 |
| 2000.7.1 | 第2000-26号 | 9.2 | 649.4328 |
| 2000.9.1 | 第2000-51号 | 6.5 | 691.6459 |
| 2001.1.1 | 第2000-67号  第2000-72号 | 7.08 | 740.6144 | 4.1 | 544.6809 |
| 2001.7.1 | 第2001-32号 | - | - |  |  |
| 2002.4.1 | 第2002-18号 | -2.9 | 719.1366 | 2.7 | 559.3873 |
| 2003.1.1 | 第2002-85号 | 2.97 | 740.4950 | 3.6 | 579.5252 |
| 2004.1.1 | 第2003-79号 | 2.65 | 760.1181 | 3.6 | 600.3881 |
| 2005.1.1 | 第2004-90号 | 2.99 | 782.8456 | 2.7 | 616.5986 |
| 2006.1.1 | 第2005-87号 | 3.5 | 810.2452 | 2.2 | 630.1638 |
| 2007.1.1 | 第2006-104号 | 2.3 | 828.8808 | 2.5 | 645.9179 |
| 2008.1.1 | 第2007-117号 | 1.94 | 844.9611 | 4.7 | 676.2760 |
| 2009.1.1 | 第2008-166号 | 2.22 | 863.7192 |  |  |

注:1.消費者物価指数は統計庁(www.nso.go.kr) 韓国主要経済指標の中で消費者物価上昇率参照

2.'99.11.15 数価引上率(12.8%)は医薬品管理料新設を含んだ引上率だ。

3.医療保険累積指数= 前年度累積指数 + (前年度累積指数 × あって年数価上昇率)

消費者物価累積指数= 前年度累積指数 + (前年度累積指数 × あって年消費者物価上昇率)

4.統計庁の消費者物価指数価 5年単位で基準ニョンドが変更されながら消費者物価上昇率が毎年ごとに発表される消費者物価上昇率と変わり(毎年発表される上昇率適用)

※換算指数引上率 = (前年度数価当たり単価-今年度数価当たり単価)/前年度数価当たり単価

統計庁消費者物価指数 http://kosis.nso.go.kr:7001/ups/publication.jsp->主要経済指標->消費者物価

09.6月以後 http://www.index.go.kr/egams/default.jsp

資料:亮明生、韓国医療保険数値制定及び引上調整過程にグァンハン研究、帯鉤韓医大(博士学位論文)、1993.12

健康保険審査評価院、統計年譜

<附表 4-2> 年度別医療保険数価引き上率に対する各界意見及びカンフェレンス調査表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施行日 | 医療界  要求  (%) | 研究機関建議  (%) | 保健社会部協の  (%) | 経済企画院返事  (%) | 協義仕事情 | | | 研究機関 |
| 研究報告書提出 | 経済企画院カンフェレンス | 経済企画院答信 |
| '79.1.1 |  | 20.75 | 20.75 | 20.75 | '78.5. | '78.12. | '78.12. | 韓国生産性本部 |
| '79.7.10 |  | 11.14 | 11.14 | 11.14 | '78.5. | '79.6. | '79.6. | 〃 |
| '80.5.10 |  | 22.1 | 19.38 | 19.38 | '79.12. | '80.4. | '80.4. | 〃 |
| '81.6.15 |  | 16.8 | 16.8 | 16.6 | '80.12. | '81.4.29 | '81.4.30 | 〃 |
| '82.6.1 |  | 8.9 | 7.1 | 7.1 | '81.11. | '82.4.17 | '82.4.30 | 韓国人口  保健研究院 |
| '83.10.1 |  | 6.5 | 6.5 | 4.0 | '82.12. | '83.7.27 | '83.8.22 | 〃 |
| '85.3.1 |  | 11.5 | 11.5 | 3.0 | '84.7. | '84.12.18 | '85.2.16 | 〃 |
| '86.6.1 |  | 5.64 | 5.64 | 3.0 | '85.7. | '86.2.15 | '86.5.1 | 〃 |
| '88.2.15 | 15.0 | 12.9 | 12.9 | 12.2 | '87.12. | '88.1.18 | '88.1.30 | 韓国生産性本部 |
| '89.7.1 | 30.5 | 15.0 | 15.0 | 9.0 | '89.5. | '89.5.22 | '89.6.16 | 韓国開発研究院 |
| '09.2.1 | 17.5 | 8.4 | 8.4 | 7.0 | '90.1. | '90.1.11 | '90.1.22 | サムミル会計法人 |
| '91.7.1 | 15.21 | 11.11 | 9.96 | 8.0 | '91.2. | '91.3.12 | '91.6.19 | 〃 |
| '92.5.1 | 14.2 | 9.03 | 9.03 | 5.98 | '92.1. | '92.1.13 | '92.4.15 | 〃 |
| '93.3.1 | 14.0 | 8.5 | 8.5 | 5.0 | '92.12. | '92.12.31 | '93.2.13 | 韓国医療  管理研究院 |
| '94.8.1 | 16.3 | 8.89 | 8.89 | 5.8 | '93.12. | '93.12.30 | '94.7.12 | 〃 |
| '95.4.1 | 14.63 | 12.59 | 9.96 | 5.8 | '94.12.19 | '95.1.27 | '95.3.17 | 〃 |
| '95.12.10 | 23.6-29.2 | 18.74 | 21.33 | 11.82 | '95.9. | '95.10.30 | '95.11.24 | 〃 |

資料:亮明生、韓国医療保険数値制定及び引上調整過程にグァンハン研究、帯鉤韓医大(博士の学位論文)、1993.12

<附表 4-3> 医療行為部門別年度別調整率(医科)(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部門別  年度別 | | 計 | 診察料 | | 入院料 | 検査料 | 放射線診断 | 及び  治療料 | 処方調剤料 | 注射料 | 麻酔料 | 理学療法料 | 精神科療法料 | 処置及び  手術料 | その他 |
| 初診料 | 再診料 |
| '79  1.  1 | 診療費 | 100 | 16.46 | | 22.60 | 19.12 | 12.12 | | - |  | 4.13 |  |  | 21.52 | 4.05 |
| 構成割合  総上昇率 | 20.75 | 3.415 | | 4.690 | 3.967 | 2.515 | |  |  | 0.857 |  |  | 4.465 | 0.840 |
| 部門別  引上率 |  | 20.75 | | 20.75 | 20.75 | 20.75 | |  |  | 20.75 |  |  | 20.75 | 20.75 |
| '79  7.  10 | 診療費 | 100 | 8.41 | 10.02 | 15.79 | 21.00 | 8.98 | | 2.19 | 6.57 | 3.73 | 1.87 | 0.92 | 20.52 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 11.14 | 1.287 | 2.495 | 1.311 | 1.365 |  | | 1.461 | 0.522 | 2.078 |  |  | 0.618 |  |
| 部門別  引上率 |  | 15.3 | 24.9 | 8.3 | 6.5 |  | | 66.7 | 0.8 | 55.7 |  |  | 3.01 |  |
| '80  5.  10 | 診療費 | 100 | 19.15 | 22.96 | 9.73 | 9.49 | 5.62 | | 5.46 | 8.30 | 3.15 | 0.40 | 0.69 | 15.05 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 19.38 | 3.26 | 3.90 | 1.65 | 1.14 | 1.12 | | 1.09 | 1.66 | 0.57 | 0.12 | 0.14 | 4.73 |  |
| 部門別  引上率 |  | 17.0 | 17.0 | 17.0 | 12.0 | 20.0 | | 20.0 | 20.0 | 18.0 | 30.0 | 20.0 | 31.4 |  |
| '81  6.  15 | 診療費 | 100 | 20.06 | 23.92 | 9.93 | 7.58 | 4.79 | | 4.56 | 8.27 | 2.33 | 0.56 | 0.91 | 17.09 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 16.6 | 3.410 | 3.830 | 1.985 | 0.758 | 0.671 | | 0.638 | 1.158 | 0.326 | 0.078 | 0.109 | 3.623 | 0.013 |
| 部門別  引上率 |  | 17.0 | 16.0 | 20.0 | 10.0 | 14.0 | | 14.0 | 14.0 | 14.0 | 14.0 | 12.0 | 21.2 |  |
| '82  6.  1 | 診療費 | 100 | 18.20 | 23.13 | 12.06 | 8.44 | 4.76 | | 4.62 | 9.80 | 2.69 | 0.63 | 1.13 | 14.54 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 7.1 | 1.674 | 2.058 | 1.435 | 0.253 | 0.190 | | 0.184 | 0.392 | 0.107 | 0.025 | 0.056 | 0.727 |  |
| 部門別  引上率 |  | 9.2 | 8.9 | 11.9 | 3.0 | 4.0 | | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 5.0 | 5.0 |  |
| '83  10.  1 | 診療費 | 100 | 20.41 | 24.11 | 10.53 | 9.38 | 4.11 | | 4.73 | 8.12 | 2.53 | 0.29 | 1.33 | 14.46 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 4.0 | 0.816 | 0.820 | 0.527 | 0.375 | 0.164 | | - | 0.325 | 0.101 | 0.016 | 0.053 | 0.807 |  |
| 部門別  引上率 |  | 4.0 | 3.4 | 5.0 | 4.0 | 4.0 | | - | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 5.58 |  |
| '85  3.  1 | 診療費 | 100 | 16.35 | 20.97 | 13.01 | 11.96 | 4.71 | | 3.24 | 8.75 | 2.82 | 1.90 | 1.06 | 16.13 |  |
| 構成割合  総上昇率 | 3.0 | 1.375 | 0 | 1.301 |  |  | | 0.324 |  |  |  |  |  |  |
| 部門別  引上率 |  | 8.4 | 0 | 10.0 |  |  | | 10.0 |  |  |  |  |  |  |

<附表 4-3 (引き続き)> 医療行為部門別年度別調整率(医科)(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部門別  年度別 | | 計 | 診察料 | | 口  ウォン  料 | 剣  死  料 | 部屋  死  線  チン  団 | 及び  寸  料  料 | 妻  部屋  組  制  料 | 株  死  料 | 長芋  ツィ  料 | これ  鶴  敷布団  法  料 | 情  新  敷布団  法  料 |  | | その他 |
| 妻 | 数 |
| 超  チン  料 | 灰  チン  料 | 寸 | お酒 |
| 及び | 料 |
|  | |
| '86  6.  1 | 診療費 | 100 | 19.26 | 22.81 | 9.74 | 11.11 | 4.18 | | 3.77 | 7.17 | 2.42 | 1.29 | 2.17 | 16.08 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 30. | 0.9 | 1.00 | 1.10 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 部門別  引上率 |  | 4.67 | 4.38 | 11.29 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| '88  2.  15 | 診療費 | 100 | 17.39 | 22.79 | 11.51 | 12.29 | 4.76 | | 3.94 | 7.38 | 2.03 | 2.78 | 2.02 | 13.11 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 12.2 | 2.122 | 3.144 | 1.611 | 1.143 | 0.561 | | 0.394 | 0.841 | 0.248 | 0.339 | 0.230 | 1.573 | |  |
| 部門別  引上率 |  | 12.2 | 13.8 | 14.0 | 9.3 | 11.8 | | 10.0 | 11.4 | 12.2 | 12.2 | 11.4 | 12.0 | |  |
| '89  7.  1 | 診療費 | 100 | 16.30 | 23.91 | 11.57 | 12.06 | 4.88 | | 3.85 | 7.39 | 2.04 | 3.29 | 1.72 | 12.99 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 9.0 | 0.815 | 2.630 | 0.810 | 0.24 | 0.244 | | 0.116 | 0.665 | 0.122 | 0.033 | 0.103 | 0.805 | | 2.420 |
| 部門別  引上率 |  | 5.0 | 11.0  . | 7.0 | 2.0 | 5.0 | | 3.0 | 9.0 | 6.0 | 1.0 | 6.0 | 6.2 | |  |
| '90  2.  1 | 診療費 | 100 | 16.59 | 23.50 | 9.22 | 11.51 | 5.05 | | 3.93 | 7.98 | 2.23 | 3.77 | 1.70 | 14.52 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 7.0 | 0.962 | 1.763 | 0.756 | 0.691 | 0.354 | | 0.275 | 0.559 | 0.159 | 0.264 | 0.119 | 1.016 | | 0.094 |
| 部門別  引上率 |  | 5.8 | 7.5 | 8.2 | 6.0 | 7.0 | | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | |  |
| '91  7.  1 | 診療費 | 100 | 14.89 | 21.65 | 11.78 | 13.37 | 5.34 | | 3.70 | 8.05 | 2.23 | 3.57 | 2.10 | 13.32 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 8.0 | 1.355 | 0 | 0.942 | 0.455 | 0.374 | | 0.296 | 0.564 | 0.156 | 0.179 | 0.210 | 3.199 | | 0.270 |
| 部門別  引上率 |  | 9.1 | 0 | 8.0 | 3.4 | 7.0 | | 8.0 | 7.0 | 7.0 | 5.0 | 10.0 | 24.02 | |  |
| '92  5.  1 | 診療費 | 100 | 13.02 | 13.37 | 10.32 | 15.08 | 6.35 | | 3.09 | 6.20 | 2.10 | 3.467 | 2.80 | 24.21 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 5.98 | 0.904 | 0.622 | 0.617 | 0.630 | 0.380 | | 0.185 | 0.371 | 0.126 | 0.207 | 0.167 | 1.448 | | 0.330 |
| 部門別  引上率 |  | 6.94 | 4.65 | 5.98 | 4.18 | 5.98 | | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | |  |
| '93  3.  1 | 診療費 | 100 | 14.63 | 19.92 | 12.45 | 14.76 | 5.31 | | 3.68 | 7.67 | 1.96 | 3.18 | 1.72 | 14.72 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 5.0 | 0.761 | 0.896 | 0.623 | 0.590 | 0.266 | | 0.184 | 0.384 | 0.098 | 0.159 | 0.086 | 0.736 | | 0.220 |
| 部門別  引上率 |  | 5.2 | 4.5 | 5.0 | 4.0 | 5.0 | | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 注 :1) すべて引上げ率 ＝ | 医療費構成率 × 部門別引上げ率 | |
| 100 | |
| 2) 部門別引上げ率 ＝ | | 部門別原価率 | | × すべて引上げ率 |
| 平均部門別原価率 | |

資料:亮明生、韓国医療保険数値制定及び引上調整過程にグァンハン研究、1993.12

<附表 4-3 (引き続き)> 医療行為部門別年度別調整率(歯科)(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部分別  年度別 | | 計 | 診察料 | | 口  ウォン  料 | 剣  死  料 | 部屋  死  線  チン  団 | 及び  寸  料  料 | 妻  部屋  組  制  料 | 株  死  料 | 長芋  ツィ  料 | これ  鶴  敷布団  法  敵 | 情  新  敷布団  法  料 |  | | その他 |
| 妻 | 数 |
| 超  チン  料 | 灰  チン  料 | 寸 | お酒 |
| 及び | 料 |
|  | |
| '79  1.  1 | 診療費 | 100 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 20.75 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 部門別  引上率 |  | 20.75 | 20.75 | 20.75 | 20.75 | 20.75 | |  |  | 20.75 |  |  | 20.75 | | 20.75 |
| '79  7.  10 | 診療費 | 100 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 11.14 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 部門別  引上率 |  | 15.3 | 24.9 | 8.3 | 6.5 |  | | 66.7 | 0.8 | 55.7 |  |  | 3.01 | |  |
| '80  5.  10 | 診療費 | 100 | 17.43 | 25.42 |  |  | 2.37 | | 0.63 | 0.23 | 1.64 |  |  | 52.28 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 19.38 | 2.963 | 4.321 |  |  | 0.474 | | 0.126 | 0.046 | 0.295 |  |  | 11.136 | | 0.019 |
| 部門別  引上率 |  | 17.0 | 17.0 |  |  | 20.0 | | 20.0 | 20.0 | 18.0 |  |  | 21.3 | |  |
| '81  6.  15 | 診療費 | 100 | 19.50 | 24.08 |  |  | 2.57 | | 0.50 | 0.08 | 1.50 |  |  | 51.77 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 16.6 | 3.315 | 3.853 |  |  | 0.360 | | 0.070 | 0.011 | 0.210 |  |  | 8.775 | | 0.006 |
| 部門別  引上率 |  | 17.0 | 16.0 |  |  | 14.0 | | 14.0 | 14.0 | 14.0 |  |  | 16.95 | |  |
| '82  6.  1 | 診療費 | 100 | 17.95 | 22.50 |  | 0.04 | 1.92 | | 0.85 | 0.07 |  |  |  | 56.67 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 7.1 | 1.651 | 2.002 |  | 0.001 | 0.077 | | 0.034 | 0.003 |  |  |  | 3.332 | |  |
| 部門別  引上率 |  | 9.2 | 8.9 |  | 3.0 | 4.0 | | 4.0 | 4.0 |  |  |  | 5.88 | |  |
| '83  10.  1 | 診療費 | 100 | 18.70 | 23.28 |  |  | 1.84 | | 0.57 | 0.09 |  |  |  | 55.52 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 4.0 | 0.748 | 0.792 |  |  | 0.074 | | - | 0.004 |  |  |  | 2.382 | |  |
| 部門別  引上率 |  | 4.0 | 3.4 |  |  | 4.0 | | - | 4.0 |  |  |  | 4.29 | |  |
| '85  3.  1 | 診療費 | 100 | 20.75 | 21.55 |  | 0.56 | 1.74 | | 0.33 | 0.11 | 2.96 |  |  | 52.00 | |  |
| 構成割合  総上昇率 | 3.0 | 1.743 | 0 |  | - | - | | 0.033 | - | - |  |  | - | | 1.224 |
| 部門別  引上率 |  | 8.4 | 0 |  | - | - | | 10.0 | - | - |  |  | - | |  |

<附表 4-3(引き続き)> 医療行為部門別年度別調整率(歯科)(単位 :%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部門別  年度別 | | 計 | 診察料 | | 口  ウォン  料 | 剣  死  料 | 部屋  死  線  チン  団 | 及び  寸  料  料 | 妻  部屋  組  制  料 | 株  死  料 | 長芋  ツィ  料 | これ  鶴  敷布団  法  料 | 情  新  敷布団  法  料 |  | | その他 |
| 妻 | 数 |
| 超  チン  料 | 灰  チン  料 | 寸 | お酒 |
| 及び | 料 |
|  | |
| '86  6.  1 | 医療費 | 100 | - |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | - | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 3.0 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 部門別  引上げ率 |  | 4.67 | 4.38 | 11.29 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| '88  2.  15 | 医療費 | 100 | 21.07 | 14.13 | 0.42 | 0.23 | 2.86 | | 0.54 | 0.21 | 5.08 |  |  | 55.46 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 12.2 | 2.571 | 1.950 | 0.059 | 0.021 | 0.337 | | 0.054 | 0.023 | 0.619 |  |  | 6.566 | |  |
| 部門別  引上げ率 |  | 12.2 | 13.8 | 14.0 | 9.3 | 11.8 | | 10.0 | 11.4 | 12.2 |  |  | 11.84 | |  |
| '89  7.  1 | チン料雨 | 100 | 20.77 | 16.31 | 0.27 | 0.23 | 2.89 | | 0.55 | 0.13 | 5.95 |  |  | 52.90 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 9.0 | 1.039 | 1.794 | 0.019 | 0.005 | 0.145 | | 0.017 | 0.012 | 0.357 |  |  | 3.280 | | 2.332 |
| 部門別  引上げ率 |  | 5.0 | 11.0 | 7.0 | 2.0 | 5.0 | | 3.0 | 9.0 | 6.0 |  |  | 6.2 | |  |
| '90  2.  1 | 医療費 | 100 | 18.32 | 15.70 | 0.18 | 0.21 | 2.27 | | 0.58 | 0.16 | 5.75 |  |  | 56.83 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 7.0 | 1.063 | 1.178 | 0.015 | 0.013 | 0.158 | | 0.041 | 0.011 | 0.403 |  |  | 3.978 | | 0.140 |
| 部門別  イン上率 |  | 5.8 | 7.5 | 8.2 | 6.0 | 7.0 | | 7.0 | 7.0 | 7.0 |  |  | 7.0 | |  |
| '91  7.  1 | 医療費 | 100 | 18.20 | 16.64 | 0.34 | 0.18 | 2.74 | | 0.53 | 0.24 | 5.92 |  |  | 55.21 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 8.0 | 1.656 | - | 0.027 | 0.006 | 0.192 | | 0.042 | 0.017 | 0.414 |  |  | 5.646 | |  |
| 部門別  引上げ率 |  | 9.1 | - | 8.0 | 3.4 | 7.0 | | 8.0 | 7.0 | 7.0 |  |  | 10.23 | |  |
| '92  5.  1 | 医療費 | 100 | 17.98 | 8.16 | 0.28 | 0.10 | 2.40 | | 0.47 | 0.14 | 5.06 |  |  | 65.41 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 5.98 | 1.248 | 0.379 | 0.017 | 0.004 | 0.144 | | 0.028 | 0.008 | 0.303 |  |  | 3.846 | | 0.003 |
| 部門別  引上げ率 |  | 6.94 | 4.65 | 5.98 | 4.18 | 5.98 | | 5.98 | 5.98 | 5.98 |  |  | 5.88 | |  |
| '93  3.  1 | 医療費 | 100 | 18.68 | 14.68 | 0.32 | 0.20 | 3.26 | | 0.47 | 0.14 | 5.49 |  |  | 56.76 | |  |
| 構成割合  寵人常律 | 5.0 | 0.972 | 0.661 | 0.018 | 0.008 | 0.163 | | 0.024 | 0.007 | 0.275 |  |  | 2.838 | | 0.034 |
| 部門別  引上げ率 |  | 5.2 | 4.5 | 5.0 | 4.0 | 5.0 | | 5.0 | 5.0 | 5.0 |  |  | 5.0 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 注 :1) すべて引上げ率 ＝ | 医療費構成率 × 部門別引上げ率 | |
| 100 | |
| 2) 部門別引上げ率 ＝ | | 部門別原価率 | × すべて引上げ率 |
| 平均部門別原価率 |

資料:亮明生、韓国医療保険数値制定及び引上調整過程にグァンハン研究、1993.12

<附表 4-4> 数価引上の時部門別重点調整事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) 1979.1.1 医療数価平均 20.75% 引き上げ  ◎ 調整方針  -医療保険施行 1年 6ヶ月が経過したし 300人以上事業場と公務員と私学教職員にも適用されるによって医療数価の適正水準に対して '韓国生産性本部'に研究用役依頼  -医療機関の保険患者シェアによる損益計算表に基づいて調整率導出  -1978年御売物価上昇率 10%、乳痂引上率 3.6%、人件費糸引上げ率 34.3%を高麗  -一般数価と保険数価水準:外来:81.5%、入院 74.1%、平均 75.2%  -公務員と私学教職員が全国的に散在していることを勘案して全国の医療機関を療養取扱機関でガングゼジゾングしたも高麗  -'79年度ボホムゾック研究デサング国民数 796万名に全国民(3,754万名)の 21.2%  ※ '77.7.1 医療保険最初施行の時は 320万名に全国民 (3,641万名)の 8.79%  -受診率による患者シェアは '77年度 11.9%で '79年度 29.7%で増加することで推定  -部門別均等な水準で配分して平均 20.75%を引上調整  ◎ 主要変更事項  -深夜医療時間延長 :22時-05時 ・22時-06時  -医科と歯科診察料を等しく調整  -同一患者同一療養機関利用の時初診料は 1月内には 1回だけ算定  -X線撮影及び判読料を 2枚から 5枚まで所定数価の 30% 算定で 50%で上方修正  -深夜麻酔、処置・手術料は所定数価の 30%を加算  -基本医療料に含まれた尿道水洗、導尿、腕章を各 10点ずつ算定することができるようにした  -助産所を療養機関で指定(498ヶ所)と分娩数価決定:酢酸 20,000ウォン、経産 18,000ウォン  -医科総合病院にだけ ICU 使用料 1日 100点ずつ 5日間認定  -検査 5個項目新設・4個項目スズ新設、理学療法 2個項目新設・2個項目スズ新設・1個項目削除して麻酔 1個項目新設、神経精神 9個項目スズ新設、処置及び手術 72個項目新設・17個項目スズ新設・14個項目削除  -基本医療料であるチォチン・再診の外来病院管理料と入院管理料地域間格差をのり抜き  :ソウル、大都市、中小都市及び農漁村、農漁村の 4個地域圏を大都市と中小都市及び農漁村で 2個地役権で改訂  -医科総合病院、病院、医院によって差別化した基本医療料以外の医療料(技術行為料)加算率をソウル、大都市、中小都市及び農漁村、農漁村の 4個地役権に細分化したことを大都市と中小都市及び農漁村で 2個地役権で縮小するによって大都市の医科総合病院は 4%、病院は 2%、医院は 2%、農漁村地域の医科総合病院は 4%、病院は 2%の引上効果を見るようになる  (2) 1980.5.10 部で医療数価平均 19.38% 引き上げ  -部門別で見れば超・再診入院料は 17%、検査料は 12%、X線料、処方箋調剤料、注射料、精神療法料は 20%、麻酔料は 18%、理学療法料は 30%、処置及び手術料は 31.4%で差別調整  -病院の外来本人負担率を 50%で上方修正  -性病は医療保護基金で無料医療を実施して非道徳的伝染病で本人責任なのを理由で '非給与対象'で告示  -高価で普遍化にならない理由で CT、超音波検査に対して '非給与対象'で告示  -職場医療保険に対して組合員 3,000人未満組合は段階的に筒・廃合して財政スタビラート及び危険コロイド分散を向上するようにした  (3) 1981.6.15 医療数価平均 16.6% 引き上げ  -初診料 17%、再診料 16%、入院料 20%、検査料 10%、X線料、処方箋調剤料、注射料、麻酔料、理学療法料各 14%、精神療法料 12%、処置及び手術料 21.2%で部門別引上率を差別化  -医療数価算定方法で '数価制'を '金額制'で引換  ※ 医療費明細で作成及び審査支給の混乱防止(ダングシ医院級は 85%以上、病院級も 50%以上、手作業で請求、1点当たり単価を 10ウォンでする。金額を金額と数価換算誤り事例頻繁)  -10万ウォン未満折死を 1ウォン未満で改訂(医療保険法施行令第 48条改訂によって)  -療養機関種別技術行為料差別加算制が大都市とその他地域に区分されていることは地域差別を廃止して医科総合病院 20%、病院 10%、医院 4%で統一調整する(これによってその他地域療養機関は皆 4%ずつ数価引上効果を見るようになり)  -深夜医療時間を夜間医療時間で用語変更して 21-07時から 20-08時で 2時間延長  -入院料の地域間差別を廃止  -伝染性疾患自分の考え隔離病室料と 3,500mg/hr 以上のラデ－ウムまたはセシウムの密封所線源治療室(3日間基準)の場合入院料は所定入院料に 100%を加算するように改善  -インテンシブケアユニット(ICU) 入院限度 7日間だけ制限したことを患者状態によって認定  -オートアナライザー導入設置で傷病による選別検査で傷病不問一律的検査形態改変による検査料請求の急増で保険財政負担増加に対するグァンリョンハックフェとの数次会議結果 7-8種の検査料は所定金額の 70%だけ請求するように措置  -ヘモグロビン AICなど 24種検査項目新設  -一部医科総合病院で自体条第薬投薬する場合外来患者に限って所定調剤料の 30% 相当金額をゼゼリョで認定(薬事法第33条及び同法施行規則第9条ないし第11条 2の規定に一条第施設カギ鼻の時)  -肝炎確診患者に限って 1回用注射期材料代算定認定  -リハ及び物理治療数価 5個項目新設及び一部数価項目 "注"を細密に説明告示  -持続的睡眠療法、精神過剰積載応急処置数価を他科でも請求される誤りを防止するために神経精神科前門療養取扱機関でばかり算定するように告示  -やけど処置算定エラーを防止するためにやけどの区域を Rule of ninesで併用分類告示  -'風棘手術(定木-21)'など 20個項目を削除して '内向擬態者証根治手術(定木-21)'など 11個項目数価を新設告示  -'ギプス'の用語を 'キャスト'に変更  -夜間(20時-08時)助産料加算率認定  -接道地域の住人医療の不便を解消するために修理医療地域拡大告示  -歯蕾の補綴、不貞校コンコーダンスのキャリブレーションを非給与算定で告示(有権解釈の告示)  (4) 1982.6.1 医療数価平均 7.1% 引き上げ  -初診料 9.2%、再診料 8.9%、入院料 11.9%、検査料 3.0%、精神療法料 5.0%、処置及び手術料 5.0%、その他 4.0%で差別調整  -特進に対する補完  ※ '82.2月監査者監査枝隙事項  (ソウル市内の調査 11個大学病院など特進料収入が医療収入の 10% 内外)  ※ 慶煕大病院、性バオで病院、衛生病院、前週キリスト病院は特進制度なし  ・特進は特進制を実施する医科総合病院に限定する  ・特進は必ず患者の希望により  ・特進料は特進医師が行った医療行為にだけ適用する  -基準病室確保率改訂  ・医療法第32条及び同法施行令第22条によって基準ビ研究サングウを病床数の 50% 以上でした  ・上級病室入院希望の時は必ず 1日病室料差額を確認もらった本人請け書  ・基準病室:医療法上適当で冷・加温施設を取り揃えなければならない  ・上級病室:施設、備品が著しいでしょう優秀で社会通念上認めなければならなさ  -人口サプレッサー対策補完  ・不姙手術保険給与適用  -分娩級で数価項目 「だ」 項新設  ・3お子さん以上分娩給与制限  -'83.1.1 出産者から適用  -分娩級で数価項目 「라」 項新設  -分娩給与に対する医療地域制限の廃止  ・分だけは主に縁故地分娩なので他の医療地域医療承認手順の省略  -性病に対する保険給与適用  ・性病管理のより積極的対策で非給与算定から除外  -少額医療費請求及び審査の省略  -誠実療養機関指定制施行  -保健機関の医療数価の制定  ・全国保健機関を療養機関で指定  ・各あぶらごとにとりどりの保健所など保健機関医療数価を統一  -他医療地域医療承認で提出期間寛解  ・保険者承認一路から 3イルイネ提出を 7日以内で延長  -入院管理料セネステシア制改善  ・15日以上長期入院の時病院管理料と患者管理料皆セネステシアは不合理なので患者管理料だけセネステシア適用  ・15日-30日 80%、31日以上 70%  -1回用注射針、注射機宜保険給与認定  ・医療上必要によって使った方に対して旧口元請求を認定  -なるべく 1回用注射期使うように勧奨(ユリズサギはオールアウト殺菌するようにした)  ※ 1回用注射期すべての患者適用の時保険財政所要額 :約 130億 2千 8百万ウォン  ※ 1回用注射針すべての患者適用の時保険財政所要額:約 38億 2千 1百万ウォン  (5) 1983.10.1 部で医療数価平均 4.0% 引き上げ  -再診料 3.4%、入院料 5.0%、処置及び手数料 5.58%、その他は 4.0%ずつ調整  -祝日診察料 50% 加算適用  '83年度年間祝日 64日  ※ 年間祝日 67の場合保険財政追加所要額:725百万ウォン  -歯科大学附属歯科病院医療技術料加算率上方修正  ・3次医療機関歯科(30% 適用)、5個国立歯科大学附属病院(20% 適用)と 3個私立歯科大学附属病院(10% 適用)の公平性高麗  ・現行 10% ・20%で上向き  ・3個歯帯病院 '83年度医療件数 19,940件  ・財政追加所要額:230万ウォン  -特殊病院(癌センターなど) 医療技術料加算率調整  ・年歳癌センターは年歳医大附属病院と同一構内設置されていて、施設装備も医大附属病院と共同使って、医療陣も医大教授にも別途特殊法人病院で分離しているという理由で病院加算率(10%) 適用は矛盾があって医大附属病院と同日数与えた(20%)で統一  -満 6歳未満疾患児特殊行為数価、疾患児管理料、救急治療室患者管理料の調整  -ギプスバンデージ技術料の材料代での分離新設  -人口サプレッサー対策一環で子宮臓ふ(IUD)の保険給与適用  (6) 1985.3.1 医療数価平均 3.0% 引き上げ  -初診料8.4%、入院料 10%、条第 10%だけ配分  -夜間 (20時-08時)に 6時間以上医療機関にとどまる場合には 1日の病院管理料を算定するようにする (現行 12時間米だけは昼夜問わず算定ドルが)  -エダフォン培養検査と同情検査数価ブンリュルを 1次培養検査は簡易培養検査にして同情検査は培養及び同情検査にして請求及び審査上の紛争咳嗽  -分ぶりに消耗した pad 材料費用、新生児使用 1回用おむつ(diaper)費用 1日割り 500ウォンずつ認定  -人工経妊回数割込み手術の切り出し物過程費用でソゾング手術料の 10% 認定  (7) 1986.6.1 医療数価平均 3.0% 引き上げ  -初診料 4.67%、再診料 4.38%、入院料 11.29%だけ配分  -同一検体でオートアナライザー使用同時 12種検査の時所定数価の 70% 算定するようになっていて選択的に 11種だけ請求の時それぞれ 100% 数価を認めなければならないので 8種ないし 11種検査を同時実施する時はオートアナライザー使用に問わずソゾング検査料の 80%だけ算定  -X線特殊ファルヤング判読料はX線実地医家判読場合だけ算定可能  ただ、'86.5.31 以前特殊撮影機保留病院・医院は誹謗斜線実地医家判読も認定  ※ バングサソントックスファルヤングギゼゾフェサの国内 5個会社登場による設備過剰投資で医療費増加防止(X線診断実地医家 497人チリョゾンムンの 50人であるにも特殊撮影機保持は医科総合病院 100%、病院 70%、医院 2.9%)  (8) 1988.2.15 医療数価平均 12.2% 引き上げ  -初診料、麻酔料、理学療法料、12.2%、再診料 13.8%、入院料 14.0%、検査料 9.3%、X線料 11.8%、処方箋調剤料 10.0%、注射料、精神療法料 11.4%、処置及び手術料 12.0% それぞれ調整  -夜間(20時~08時)、祝日診察料 25% 加算制導入  -イマージセンターで 12時間以上 24時間未満ずっと医療の時 1日間の管理料だけ認めたことを 1日間の入院料算定するように変更  -入院料構成内容の変更:入院料は入院室料と入院管理料で分類されて入院管理料は病院管理料と患者管理料に区分されていることを入院室料と病院管理料を合わせて入院患者病院管理料にして患者管理料を医学管理料、看護管理料、その他患者管理料で 3等分する (※ 以後看護管理料比重が持続的に増加して看護管理料加算差別制施行の始発になったら)  -血液化学検査装備の発達に同時に 23種検査項目まで自動分析されるので 19種ゴムサハングモックに対して 'セネステシア制'を適用することを 23種(コレステロール正量、アルカリポスパタゼ、総脂質、ホスホリピッド追加)まで 'セネステシア制' 適用  -骨髄検査、免疫前期心臓検査の場合臨床病理前門の判読所見書が作成された場合ゴムサ数価の 10%を判読料で算定可能  -AIDS 検査料 (血球凝集法 2,500ウォン、ヒョソミョンヨックボブ 4,500ウォン) 新設  -深板分析精神療法請求の急増オックゼチ額で性格構造、エゴ防御様相の受精目的に精神と専門医師 45分以上深板分析を施行場合にだけ算定するように補完  -精神医学的ソーシャルワーク誌も、社会調査、家庭訪問数価は週1回、チリョギガンズング 2刺身以内だけ算定するように補完(精神医学と実地医家処方箋による医療社会福祉士が実施した場合認定)  -夜間処置及び手術の時、麻酔及び分娩など、夜間加算率 30% ・40% に上方修正  -医療脆弱地域に設置した '病院化保健所(医療院)'の医療数価新設(医院級数価ゾック研究)  <附表 4-4-1> 医科総合病院基準入院料改正案の比較(単位:ウォン)   |  |  | | --- | --- | | 現行 ('88.2.14.以前) | 改訂 ('88.2.15.以後) | | 入院室料 2,820 (37.5%) 入院管理料 4,690 (62.5%) -病院管理料 1,990(26.5%) -患者管理料 2,700(40.0%) | 入院病院管理料 3,660 (48.7%) (入院室料 + 病院管理料)  患者管理料 3,850 (51.3%)  -医学管理料 1,690 (22.5%)  -看護管理料 1,390 (18.5%)  -その他患者管理料 770 (10.3%) | | 計 7,510 (100%) | 計 7,510 (100%) |   (9) 1989.7.1 医療数価平均 9.0% 引き上げ  -都市自営者まで医療保険を適用するようになって全国民医療保険時代に迎えるようになる  -韓国開発研究院(KDI)に '療養取扱機関経営レジン分析'を研究用役依頼して 11-15% 引き上げ要因がいるという数価調整建議(案)を根拠で保健社会部は 15%を経済企画院とカンフェレンスした結果政府の物価スタビラート施策上平均 9.0%を引き上げるように保健社会部に返事来  -医療部門別調整  ◎ 調整基準  ・検査料とリハ及び物理治療では全国民医療保険実施等による頻度の増加要因がいることで見て最低水準(2.0%)で調整と処方箋・調剤料は 3.0%、X線料は 5.0%、麻酔料は 6.0%、処置・手術料は 6.2%、入院料は 7.0%、ズサリョは 9.0%、初診料は 5.0%、再診料は 11.0%で調整  ・再診料が平均引上げ率より高く調整されたことは全国民医療保険施行で医療機関の経営悪化を憂慮して医療界は 30.5%の引上を要求、保健社会部は経済企画院にその半分水準である 15%を折衷案を提示する。経済企画院が 9.0%で決めるによって医療界の絶対的協調を要する時点だから仕方なく頻度が高い再診料に重点配分するようになる  -主要改訂内容  ① 医療機関種別加算率上方修正  ・医院(歯科医院) 4% ・7%  ・病院 10% ・13%  ・医科総合病院 20% ・23%  ・3次医療機関 20% ・30%(医療伝達体系施行で 3次医療機関 42個を指定)  ※ 保険財政追加所要額 :約 191億ウォン  ② 同一患者が同一病院・医院に 1日 2回以上来院した場合 1日 1回だけ認めることを実際訪問回数大道認定  ③ 時間の外診察時間延長加算診察料加算 25%を 50%に上方修正して、時間台夜間 (20時-08時)を平日19時(土曜日は 15時) -09時で 2時間延長  ※ 追加財政所要額 :約 16億ウォン  ④ 小児加算年令調整  小児年令を満 6歳未満を満 8歳未満で調整と入院、放射線撮影及び治療、注射、麻酔、キャスト、歯科にだけ加算するが加算率は該当の数価現行加算率規定を維持  ※ 追加財政所要額 :約 11億ウォン  ⑤ 3次医療機関入院料新設医科総合病院より 7.4% 高い 8,800ウォン  ※ 追加財政所要額 :約 25億ウォン  ⑥ イマージセンター及び入院認定時間調整  12時間以上医療機関で治療受ける時だけ 1日の入院料を算定することを 6時間以上で寛解  ⑦ 注射材料代認定  注射手記料に含まれたズサゼリョデルを材料代ヒョブヤックによって算定可能になるようにした  ⑧ 医院級での麻酔医師招聘料 10,000ウォン新設  ⑨ ガムザフブインマンツルスル、ユドブンマンスを施行の時所定分娩料の 30% 加算するようにして無分別なポロー手術サプレッサー誘導  ⑩ 数・足指コアプテーション手術の場合 3以上接するススルシにもソゾング手術料の 50%ずつ算定可能になるように結納を入れた櫃(3地までに 50%ずつ認めて来た)  ⑪ 切り出し物過程費用一部認定  上・下脚、下腿部過程費用 5,000ウォン、長期過程費用 2,000ウォン水準  ⑫ リハ及び物理治療で請求は特定前門医師とムルリチリョサ上根で制限  リハ医学科・神経外科・整形悔過実地医家と物理治療私邸上根する医療機関でばかり所定ムルリチリョリョを請求するようにした  (施行時期:'90.1.1)  ※ 医療界、ムルリチリョサ及び在校生の抗議などで '神経科'、'外科医用'も算定可能になるように年末に改正する  ⑬ X線特殊撮影の判読料は診断放射選科専門医師判読した場合にだけ認めてX線受託検査機関認定基準に診断放射選科実地医家と放射線医が上根する医療機関だけ認定  ⑭ イムサングビ研究リゴムサスタックギグァン認定基準に臨床病理科実地医家または医師の指導の下に臨床病理士が上根する医療機関を認めることを臨床病理科実地医家の指導の下に臨床病理士が上根する医療機関で補強する  ⑮ 医療数価算定の時 '万ウォン未満'は折死(切捨)することを 4四 5口(4捨 5入)するように改訂  (10) 1990.2.1 医療数価平均 7.0% 引き上げ  -部門別引上  ・初診料は 5.8%、再診料は 7.5%で引き上げて  ・入院料は平均引上げ率より少し高く (8.2%) 調整と  ・検査料は行為量増加要であるなどを考慮してちょっと低く (6.0%) 調整  ・その他技術料は平均引上げ率水準で調整  -重点調整事項  ・土曜日診察料加算時間を 15:00 - 09:00 を 14:00 - 09:00で 1時間延長  ・3個医療科専門医師上根する病院の科目別診察料をそれぞれ認定 (施行日 :'90.4.1)  ・後頭直達鏡検査と喉頭鏡検査を一つに単一化して数価は平均価格 (4,340ウォン)で調整  ・X線体外の調査治療の 2門対向以上調査の時加算率 20% ・30%で上方修正  ・切り出し物過程費用算定項目追加 :あし切り術、上の・大腸ゾルゼスを、子宮全摘など躯体及び長期など大きいサイト過程費用に限って認めていることを産婦人とグァンリョン数価の重点上方修正と計わってしぼり子宮全摘、ザグングパヨルススルズング子宮摘出を伴った手術、子宮摘出手術の時切り出しされた切り出し物過程費用も数価算定が可能になるように追加新設  ・short leg walking cast 項目施設  -short leg cast料に 20%を加算するようにした  (11) 1991.7.1 医療数価平均 8.0% 引き上げ  -部門別引上げ率  ・初診料 9.1%、再診料凍結、入院料 8.0%、調剤料 8.0%、ニョ・血液等検査料凍結、病理組織・内視鏡など 12%、リハ及び物理治療 5%、X線、注射料、麻酔料 7%、精神療法料 10%、処置及び手術料 24.02% 引き上げ調整  -重点新設及び調整事項  ・3歳未満小児初診診察料 300ウォン加算新設  ・外来診察料セネステシア制新設 :医師 1人当り 1日 150人超過医療の時適用  ・祝日処置・手術・麻酔の時 20% 加算新設  ・医院での麻酔実地医家招聘料 50% 引き上げ :10,000ウォン ・15,000ウォン  ・入院患者調剤料新設 :1日調剤料 50ウォン  (12) 1992.5.1 部で医療数価平均 5.98% 引き上げ  -初診料 3,600ウォン ・3,850ウォン (6.94%)、再診料 2,150 ・2,250ウォン (4.65%)  -検査料 4.18%、病理組織・内視鏡・核医学検査・添え字及び機能検査は 5.98%、入院料及びその他は平均引上げ率 5.98%を配分  -3歳未満小児再診診察の時診察料加算新設  -加算金は 12ウォンだが再診回数を勘案すれば年間医療費追加所要額が 40億 4千 5百万ウォンになって保険財政負担が 25億 3千 6百万ウォンが秋季される  -救急看護体系構築のための祝日週刊処置及び手術、麻酔の時加算率上向き調整(技術料の 20% ・40%)  ・医療費追加所要額は 5億 8千 4百万ウォンであり、保険財政追加負担額は 3億 6千 6百万ウォン  -満 6歳未満小児にだけ注射材料代の中で静脈内ユジチーム材料代を旧口元で認定  ・医療費追加所要額は 16億 2千 4百万ウォン、保険財政追加負担額は 12億 9千 9百万ウォン  -'92.10.1から骨髄移植に対して保険給与を実施するによって '実施機関認定基準'を制定  (13) 1993.3.1 医療数価平均 5.05% 引き上げ  -保険医療数価平均 5.0% 引き上げですべて医療費の中で技術料シェアが 65.07% であるので療養機関医療収入は約 3.25% 増えることで春  -3月 1日引き上がるので今年度 10ヶ月間約 1,114億ウォンが増えて '93年度保険患者最初すべて医療費 41,070億ウォンから 2.71% 増加した 42,190億ウォンになることと予想  -職場組合が 263億ウォン(37.46%)、球・ギョゴングダンが 90億ウォン(12.73%)、都市地域組合が 257億ウォン (36.52%)、農漁村地域組合が 93億ウォン(13.29%)でそれぞれ保険財政負担増加を秋季する  -夜間麻酔の時時間台調整及び祝日麻酔の時加算率上向き調整  -夜間(20-08時)、祝日 40% 加算を平日夜間 (19-09時)には 40%、平日深夜 (22-06時)と祝日には 50%を加算するように調整  -処置及び手術料の時間の外、深夜及び祝日シガンデルを麻酔料加算時間台及び加算率を適用するように調整  -骨髄移植数価項目を新設して受血のためのキアズマ試み検査料は第 2unit からは Unit当たり所定クロスマッチ検査料の 50%を算定することができるように調整  -人工水晶体を非給与算定で療養機関の糸旧口元で保険給与対象でした  (14) 1994.8.1 医療数価 5.85% 引き上げ  -保険医療費の技術料台材料代(医薬品含み) 構成比は 65.41% :34.59%で分析  -初診料は 5.7% (4,050ウォン ・4,280ウォン)、再診料は 4.7% (2,350ウォン ・2,460ウォン)で、入院料は医院 5.2% (7,460ウォン ・7,850ウォン)、病院5.1% (8,820ウォン ・9,270ウォン)、医科総合病院 5.2% (10,640ウォン ・11,190ウォン)、3次機関 5.1% (11,660ウォン ・12,260ウォン)でそれぞれ引上調整  -1次医療機関の役目と機能を活動化して 3次機関の患者集中現象を寛解させるための措置で医療機関技術行為料加算率調整  ・医院 7% ・9%、病院 13% ・15%、医科総合病院 23%と 3次機関 30%は凍結  -分娩関連数価の重点上方修正及び新設項目追加  ・分娩監視及び産前処置料 28,850:産婦止痛測定、胎児心音測定など  ・産後処置料 10,000ウォン:子宮、乳房マッサージ及びその他産後処置  ・新生児湯銭:1日だ 1,450ウォン  -満 3歳未満小児診察料加算金を満 3才以上 5才未満 (歯科は満 6才未満)で拡大してしまった 3歳未満小児は所定診察料の 50% 加算するように新設  -人乳授乳勧奨のための数価項目新設  ・新生児母子同室入院の時 1日だけグリコリシス病院管理料を算定するようにした  :医院(3,590ウォン)、病院(4,210ウォン)、医科総合病院(5,170ウォン)、3次機関(5,560ウォン)  ・新生児に人乳授乳の時 "人乳授乳看護管理料"で 1日だけグリコリシス病院看護管理料を算定するようにした  :医院(1,660ウォン)、病院(1,920ウォン)、医科総合病院(2,200ウォン)、3次機関(2,540ウォン)  -急患関連数価、障害者関連数価、医療伝達体系活性化のための患者回送料(5,000ウォン)などの新設と医院級でのマツィゾンムンの招聘料の上方修正:15,750ウォン ・20,000ウォン (26.98%)  -入院期間単軸及び 1日入院制度活性化のために外来 'いぼ痔根治手術料'の大幅に上方修正(87,770ウォン)と処置及び手術後または精神病院の昼病棟で 6時間以上医療を受ければ 1日の入院料を認定  -癌患者X線チリョ数価を改善と看護ケアサービス向上のための大腸癌手術患者、中風などによる垂足麻痺患者看護ケアの難しさを認めて腸ろう処置料と体位とり変更料新設  -特に 10病床以下の医院級に対して基準病床確保率(50%以上) 義務規定削除  -療養給与期間 180日制限を一遍に撤廃するには保険財政負担がとても大きいので '94.7.8から満 65歳以上老人と登録されたザングエインに限って 210日で延長  (15) 1995.4.1 医療数価 5.8% 引き上げ  -保険医療費増加予想額は 1,600億ウォンで保険者負担保険給与費は 64.22%にあたる 1,028億ウォンで見て職場組合が 372億ウォン(36.18%)、公務員及び私学教職員医療保険管理公団が 127億ウォン(12.3%)、地域組合が 529億ウォン(51.47%)ずつ負担が増えることで見て国庫支援金銀約 265億ウォン予想  -初診料は 6.5%、再診料は 4.9%、入院料は療養機関種別かかわらず 5.8% 引き上げ  -外来患者本人負担定額制は医院・漢医院 3.5%、歯科医院 3.0%、余分の局在性地域病院 2.6%、余分の局在性地域総合病院 4.8%ずつ引上  (16) 1995.12.10 医療数価 11.82% 引き上げ  -1996年度に反映される保険財政追加所要額は約 3,787億ウォンでグックゴブウン約 968,5億ウォンである一方療養機関医療収入増加額は約 5,816億ウォンで見て 1996年度保険医療費推定額は約 83,476億ウォンになることで春  -初診料 20.61%、再診料 10.47%  -診察料加算率シガンデルを平日 19時からを 18時(土曜日は 13時)で 1時間延長  -入院料は医院 19.98%、病院 20.29%、医科総合病院 19.93%、3次機関 19.97%で配分  -実施頻度が高いニョ及び血液検査は 2.0%  -病理組織、核医学検査、機能・内視鏡・穿開など検査、麻酔料は 9.0%  -X線は 7.0% 水準で引上  -注射料 3.0%、処方箋・調剤料 5.0%、理学療法料 6.0%、精神療法料 7.0%  -処置及び手術料医院10%、歯科 11%  -分娩関連数価など一部処置及びススルヘングウィは重点調整  -難易度、所要時間など比較の時相対的に数価が低い病理組職検査、内視鏡検査、一般外科手術数価は可溶財源区域内で重点調整  -不均衡ス数価改善  ・歯科浸潤麻酔の難易度適正反映  ・体外衝撃波結石破砕法数価の療養機関種別相違咳嗽  ・下顎骨骨折の骨折サイト別手術行為認定  ・歯科保存治療活性化のための数価構造改編  ・助産婦機能活性化も某のための数価重点調整  -数価新設項目  ・CT検査、退院薬処方箋・調剤料、長期処方調剤料、会陰の部位看護ケア、トングモックヨックガンホ、寝床お風呂看護ケア、入院患者他科診察料、薬局保険服薬ガイダンス料などの新設  ※ CT 非給与施行日:1996.1.1  -1回当り数価頭頸部またはあし 104,930ウォン、球間 108,590ウォン(慣行数価の 77.9% 水準)  -判読料は放射線科実地医家にだけ認定  -指定医療費賦課は圧排  -美僧である設置療養機関に対して 1年間猶予期間認定  -電算化単一層撮影装置実施機関認定など基準制定  (17) 1997.9.1 医療数価を 9.0% 引き上げ  -正常分娩給与期間を 3日以内で制限した規定を無くして方だけ数価を重点引上  -療養給与期間を 240日から 270日まで延長  -蔚山広域市昇格など行政区域名称変更による '医療保険医療圏編成' 調整  -法定伝染病患者単独隔離入院の時入院料 100% 加算を 200% 加算するようにして、2人以上隔離入院の時入院患者管理料 100% 加算を 200% 加算するようにした  -バングサソンオックソイブワンチリョシ入院料の 100%加算、X線核種によるダミョンファルヤング数価追加、バングサミョンヨックツックゾングゴムサ項目の追加登載  (18) 1999.11.15 医療陣料数価 9.0% 引き上げ、保険薬価 30.7% 引下、保険医薬品実取引が償還制度施行  -医療保険数値は 1998.7.1 3.5% 引き上がった以後 16ヶ月ぶりに調整される  ・保険薬価 30.7% 引下されれば年間約 9,009億ウォンの保険財政節減が予想されてこの中約 7,109億ウォンを保険医療数価を平均 9.0% 引上調整して  ・残り約 1,900億ウォンはその間非給与品目だった高価薬剤と医療用材料を保険給与化すると福祉部が発表する  ・看護管理料加算制新設  -病床水大看護ケア射手の雨が 2.5:1 未満の場合(総合専門療養機関は 2.0:1 未満)に 1等級と認めて所定 '入院患者看護管理料'を 200%を算定するようにして 5等級までは最下 40%まで加算されて 6等級は所定看護管理料だけ算定するようにして看護ケア人力水準を高めようと試みた  -病床水大看護ケア射手 2.5:1は現行医療法上入院患者 2.5:1の看護ケア射手のようだから医療法令を守れば看護管理料を 2倍で認める制度で現実的に医療法令を守らない病院が多いということ  ・入院料の中で看護管理料構成比ルを 18.5%から 25.0%で大幅に上方修正  -患者管理料の中でその他患者管理料を無くして医学管理料と看護管理料に配分して病院管理料 45%、医学管理料 30%、看護管理料 25%で構成比ルを調整  (19) 2000.4.1 医療保険数値を平均 6.0%引き上げ  -医院級初診診察料を 7,400ウォン ・8,400ウォンで 1,000ウォン引上調整(13.5%)と再診診察料を 3,700ウォン ・4,300ウォンで 600ウォン引上調整(16.2%)  -医院級療養機関の種別加算率 13% ・15%で 2% 引き上げ  -病院級は診察料が凍結されて種別加算率 17% ・20%で 3% 引き上げ  -医科総合病院も診察料が凍結されて種別加算率 23% ・25%で 2% 引き上げ  -入院料は医院 14,400ウォン ・15,800ウォンで 1,400ウォン引き上げ(10%)、病院 16,600ウォン ・18,260ウォンで 1,660ウォン引き上げ(10%)、医科総合病院 19,700ウォン ・20,680ウォンで 980ウォン引き上げ (5%)、総合専門療養機関 21,400ウォン ・22,470ウォンで 1,070ウォン引き上げ(5%) になった  -医薬品管理料は医院は訪問だ 360ウォンを投与日手当て 150ウォンで、病院は訪問だ 300ウォンを投与日手当て 50ウォンで、医科総合病院は訪問だ 290ウォンを投与日手当て 40ウォンで、総合専門病院は訪問だ 270ウォンを投与日手当て 30ウォンで調整  -福祉部はすべて引上げ率 6%を医院級に 79.4%、病院は 4.3%、医科総合病院は 9.3%、総合専門病院は 8.4%で療養機関種別によって差別配分して医院級は 9.6%、病院は 3.9%、医科総合病院は 2.9%、総合専門病院は 1.9%の引上効果あると発表する  -一方、医薬分業色止めのために調剤料などは大幅に上向き調整する  ・1999年 11月 15日保険医薬品実取引が制度を施行するために 1998年韓国保健社会研究院に依頼してその研究用役見て結果を土台で '医薬品管理料'を訪問だ 170ウォンを設定する  ・2000年 4月 1日保険数価平均 6.0% 引き上げ調整の時薬局の医薬品管理料を '訪問だ'を '条第1日当'に変更して金額を 90ウォンで調整する  ・この時、基本条第技術料(訪問だ) 300ウォンは 360ウォンで服薬ガイダンス料(訪問だ) 160ウォンは 260ウォンでそれぞれ引き上げ    (20) 2000.7.1 医療保険数値を平均 9.2% 引き上げ  -1999.11.15字で医薬品実取引が補償制度を取り入れながら医療保険薬価を平均 30.7% 引き下げたし、同時に医療保険数値は平均 9.2% 引き上げながら以後未保全薬価マジンブンに対する損失ボゾンチ額の一環で 2000.4.1 医療保険数値を平均 6% 引き上げ調整したが 7月 1日医薬分業実施によって医療界が不利益を見ないように適正水準の処方箋料と調剤料を最大限保全するために再調整する  -ウォン外処方料 1,172ウォン引き上げ (1,691ウォン ・2,863ウォン)  -薬局訪問当たり基本数価 1,053ウォン引き上げ (2,650ウォン ・3,703ウォン)  -も、薬局管理料、基本条第技術料、服薬ガイダンス料と医薬品管理料は凍結する代わりに調剤料は大幅に引き上げ  ・飲み薬 1日分 300ウォン ・1,350ウォン、2日分 600ウォン ・1,650ウォン、3日分 900ウォン ・1,950ウォン、4日分以上 15日分は 1日割り 160ウォン ・170ウォン、16日分以上は日数問わず 3,300ウォン ・4,440ウォン、30日以上超過の時日数問わず 8,140ウォン ・9,190ウォンで引き上げ  ・外用剤調剤料 400ウォンは外用剤または注射剤 1,450ウォンに引上調整しながら注射剤ウォン外処方を強行している途中後に注射剤ウォン外処方は撤回した  ・処方箋によらない調剤料すなわち、医薬分業例外地域薬局直接条第投薬する '薬局医療保険' 適用場合 '1日だ調剤料 300ウォン'をバングムンイルダングなのかトヤックイルダングなのか読影上是非があってトヤックイルスに注ぐという "注"を追加する  ・看護管理料加算制の算定基準が半旗別(6月末と 12月末)で '直前分岐平均病床数対比看護ケア射手'に注いで算定するように改正する  ・医薬分業による医院の費用増加は約 7,207億ウォンで推正して約 3,357億ウォンは数価を調整しなくても補償可能なのでその差額である約 3,850億ウォンだけ数価インサングウを通じて償うが全額 'ウォン外処方料'に反映  ・薬局の場合収入減衰率額は 1兆 3,430億ウォンで推正して約 9,611億ウォンは調剤料などを調整しなくても補償可能なのでその差額約 3,819億ウォン全額 '処方箋による調剤料'に反映すると保健福祉部が発表  ・薬局の場合満 6歳未満の小児に対する条第投薬時基本条第技術料に 200ウォンを加算するようにした  (21) 2000.9.1 医療数価 6.5% 引き上げ  ・外来再診診察料の引上調整及び医院と病院の再診診察料を差別化した  - 医科医院 4,300ウォン ・5,300ウォン  - 病院、医科総合病院、総合専門病院、療養病院 4,300ウォン ・4,700ウォン  - 歯科医院、漢医院、歯科医院、漢方病院、療養病院、保健医療院 3,700ウォン ・3,700ウォン  ・'ウォン外処方料でつけ薬と飲み薬注射剤を同時処方箋する場合には飲み薬処方箋料だけ算定する'を削除して  ・飲み薬とつけ薬または注射剤のウォン外処方箋料を大幅に引き上げ調整と  ・つけ薬または注射剤を飲み薬と同時に処方箋した場合所定金額の 50%だけ算定  ・薬局の場合満 6歳未満の小児に対する条第投薬の時基本条第技術料に 200ウォンを加算するようにした  (22) 2001.1.1 医療数価 7.08% 引き上げて 2001.7.1部でウォン外処方料削除  - 外来患者に対する注射剤ウォン外処方料項目削除  - 外来患者診察料の中で初診診察料及び再診診察料と薬局薬剤費の中で夜間加算率ゾック研究シガンウを平日 18時(土曜日は 13時)で平日 20時(土曜日は 15時)に変更して加算率を 50%から 30%に引下  - 診察料と処方箋料の統合 (処方箋料無くし)  - 診察料、調剤料などの患者数による差別数価提議導入  ・医療界の力強い反対にもかかわらず 2000年 7月以後医薬分業強行推進のための無分別な 3回 (2000.4.1、2000.7.1、2000.9.1)の数価引上(1999.11.15 数価インサングも 2000年度医療数価に当たるので事実上 4回)、保険管理体系統合と時を一緒にたいてい数ヶ月の間の保険公団労組のストライキによる保険財政管理の不実等の理由による保険財政破綻責任を医療界に向けて数価引下効果を極大化するための非常手段だったと見られる  ・差分数価ゼは医師 1人当り 1日医療患者数価 75人以下である時には診察料(ジンチァルグァンリリョと処方箋管理料込み)をそのまま認めるが 75人超過 100人までは 10% 差引、100人超過150人までは 25%差引、150人超過すれば 50%を差引して  ・差分数価ゼは医師(歯科医、漢方医含み) 医師 1人当り 1日医療患者数を基準と、薬剤師は薬剤師 1人当り 1日条第患者数を基準するが医師は診察料(ジンチァルグァンリリョと処方箋管理料込み)に対して、薬剤師は薬局管理料、基本条第技術料、服薬ガイダンス料、調剤料に対して差引  - 75人以下なら差引しなくて  - 75人超過 100人までは 10% 差引  - 100人超過 150人までは 25% 差引  - 150人超過すれば 50%を差引  ・ただし、医療給与患者、ポグァル数価ゼ適用患者、医師の診察なしに物理治療、注射などを手術受けるとか患者が直接来院しない場合とその他保健福祉部長官が決める場合には差分数価ゼゾック研究デサングから除外する (もう診察料 50% 差引適用されているから)  ・また医師の場合内科計、外科計、基本医療界で区分と、医院、医科病院・療養病院、医科総合病院、総合専門療養機関、歯科医院、歯科医院・歯科大学附属病院、漢医院、漢方病院で区分して診察料を差別化した  ・医師、歯科医の場合ウォン外処方箋を発行する場合、療養機関種別によって診察料を差別化してウォン外処方箋を発行しない場合には療養機関種別かかわらず医薬分業をしない漢方医と同等に一番低い診察料を算定  ・診察料差分数価ゼはすぎるほど細分化になって病気(義)原義業務過程が電算化にならなかったら到底処理することができない程度  - 入院料の中で病院管理料構成比ルを 10% 減らして医学管理料に移転して病院管理料 35%、医学管理料 40%、看護管理料 25%に再編する  <附表 4-4-2> 総合専門療養機関基準看護管理料変動内訳(単位 :ウォン)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | '88.2.14.以前 | '88.2.15 | '99.11.15 | 2001.1.1 | 2009.1.1 | | 1日入院料 7,510 | 1日入院料 7,510 | 1日入院料 21,400 | 1日入院料 22,400 | 1日入院料 32,150 | | ・入院室料 2,820(37.5) ・入院管理料 4,690  -病院管理料 1,990(26.5) -患者管理料 2,700(40.0) | ・病院管理料 3,660(48.7) (入院室料+病院管理料) ・患者管理料 3,850 -医学管理料 1,690(22.5) -看護管理料 1,690(18.5) -その他患者管理料  770(10.3) | ・病院管理料 9,600(45) ・医学管理料 6,400(30) ・看護管理料  5,400(25) | ・病院管理料 7,840(35) ・医学管理料  8,960(40) ・看護管理料  5,600(25) | ・病院管理料  11,250(35) ・医学管理料  12,860(40) ・看護管理料  8,040(25) |   注:( )内は構成費(%)である  (23) 2002.1.1から条第 1日当 '医薬品管理料'を条第日数に注いで算定告示する  (24) 2002.4.1部で医療数価 2.9% 引下  ・2002年 2月 27日健康保険政策審議委員会はマッピング類例がなかった健康保険医療数価引下(2.9%) 審議を投票を通じて可決して発表するによって医療界の荒いリバウンドを買ったが保健福祉部は 2002.4.1 部で医療数価を 2.9% 引下告示する  (25) 2003.1.1 医療数価を平均 2.97% 引き上げ  -2003.3.1 部で満 6歳未満の小児に対する超・再診診察料加算制を医院の場合満 1才未満、満 1歳以上満 3才未満、満 3歳以上満 6歳未満で 3段階に細分して満3歳未満小児診察料を上向き調整と慢性疾患管理料を 11.70点から 23.40点で引上調整する  -2003.7.1 地域加入者と職場加入者全体に対して保険料収入及び管理運営費の支出を統合して運営  -20余年の論争を経って職場・地域保険組合を無くして国民健康保険公団で名実共統合仕上げ  -2003.5.1 下痢止め 235ヶ所を 22ヶ所(8個のり抜き)にして各下痢止めで職場・地域業務同時遂行するように組職・業務一元化実施  -負担公平性(equality)と社会連帯(social solidarity) 統合期待  -1994年以後 7回タバコ価格小幅引き上げ(2-184ウォン)したし去る 25年間 6.1% 引き上げは物価上昇率(7.7%)より低いのでタバコ 1ガブダング 1,000億ウォンで引き上げて健康保険財政に支援する計画  (26) 2004.1.1 部で医療数価を平均 2.65% 引き上げ  (27) 2005.1.1 部で医療数価を平均 2.99% 引き上げ  (28) 2006.1.1 部で医療数価を平均 3.5% 引き上げ  (29) 2007.1.1 部で医療数価を平均 2.3% 引き上げ  -入院患者食代を療養給与対象にしてその価格を告示するによって保険財政負担が過重されて施行 2年ぶりである 2009年から本人負担を 20%から 50%で調整  -食代給与は入院患者に医師処方箋によって医療法及び食品衛生法で定めた人力・施設基準を取り揃えて 1日 3式にするが産婦式は 1日 4食以内にして新生児粉ミルクは 1日当で算定  -ニュートリショニスト、坂場数に注いで食代が変わって選択食事、直営加算、頚管フィード流動食、一般食、治療式などによって食代加算が変わるので療養機関の請求及び審査機関の審査に必要な '食代算定基準表'を作成すれば場合の数価数十種になる  -看護ケア人力確保数与えた(水)による入院料等級別 '加算制'は 2008年から '加減制'になって以前 6等級斉家 7等級ゼロ変わって 7等級に当たれば看護ケア料が減額されるようにした  <附表 4-4-3> 2006年以前看護管理料加算制   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 等級 | 看護婦当たり病床数 | 加算内訳 | | 1 | 2.5 未満 (総合専門療養機関 2.0 未満) | 看護管理料の 200% (入院料の 50%) | | 2 | 2.5 - 3.0 | 看護管理料の 160% (入院料の 40%) | | 3 | 3.0 - 3.5 | 看護管理料の 120% (入院料の 30%) | | 4 | 3.5 - 4.0 | 看護管理料の 80% (入院料の 20%) | | 5 | 4.0 - 4.5 | 看護管理料の 40% (入院料の 10%) | | 6 | 4.5 以上 | 加算なし |   <附表 4-4-4> 2007年以後看護管理料加減制   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 等級 | 看護婦党病床数 | 가・減算内訳 | | | 1 | 2.5未満 (総合専門療養機関 2.0未満) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 50% | 医科総合病院、漢方病院 2等級入院料の 10% | | 2 | 2.5 - 3.0 (総合専門療養機関 2.0 - 2.5) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 40% | 医科総合病院、漢方病院 3等級入院料の 10% | | 3 | 3.0 - 3.5 (総合専門療養機関 2.5 - 3.0) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 30% | 医科総合病院、漢方病院 4等級入院料の 15% | | 4 | 3.5 - 4.0 (総合専門療養機関 3.0 - 3.5) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 20% | 医科総合病院、漢方病院 5等級入院料の 10% | | 5 | 4.0 - 4.5 (総合専門療養機関 3.5 - 4.0) | 総合専門、医院、漢医院入院料の 10% | 医科総合病院は 6等級の 10%、病院は 6等級の 15% | | 6 | 4.5 - 6.0 (総合専門療養機関 4.0 以上) | 加算なし | 加算なし | | 7 | 6.0 以上 |  | 入院料の 5% 減算 |   (30) 2008.1.1 医療数価平均 1.94% 引き上げ  -2001年から施行されて来た相対価値数価表数価チ額ザには 2007年度までは各分類行為に数価と金額を一緒に収録して来たが 2008年からは '類型別換算指数(数価当たり単価)' 適用で療養機関流行によって金額が変わっていちいち併行収録するにはあまりにも複雑で分量が多くなるので数価だけ記載している(健康保険療養給与費用 2008年 2ワルパン 'お知らせ)  (31) 2009.1.1 医療数価平均 2.22% 引き上げ |

<附表 5-1> 2002.1.1 改定された診察料 (単位 :ウォン)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 初診 | 再診 |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 |  |  |
| (가) 가群 | 11,500 | 8,400 |
| (나) 나群 | 10,900 | 7,800 |
| (다) 다群 | 10,500 | 7,400 |
| (라) 라群 | 10,500 | 7,400 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 11,300 | 8,200 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 12,600 | 9,500 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 13,900 | 10,800 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,200 | 6,100 |
| (6) 歯科医院 | 9,900 | 6,800 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,400 | 5,300 |

注 :2001.11.21 (施行日 2001.12.1)と 2001.12.13 (施行日 2002.1.1,保険数価引上なし) 改正した診察料算定指針では "医科"の 「가、나、だ」群に 「라」群を追加して "応急医学科"にして最初の (라)項を (長芋)項にして "総合専門療養機関、医科総合病院、病院、歯科医院、歯科医院"にした。この時以前(2)、(3)、(4)分類に 「가、나、だ」群で区分したことを無くして同一診察料にした。すなわち、病院、医科総合病院には実地医家差別診察料を撤廃したのだ。同時に診察料は凍結または減らしされた。

<附表 5-2> 2002.4.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | 再診料 | |
| 2002.1.1 | 2002.4.1 | 2002.1.1 | 2004.4.1 |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 |  |  |  |  |
| (가) 가群 | 11,500 | 11,170 | 8,400 | 8,160 |
| (나) 나群 | 10,900 | 10,590 | 7,800 | 7,570 |
| (だ) 다群 | 10,500 | 10,200 | 7,400 | 7,190 |
| (라) 라群 | 10,500 | 10,200 | 7,400 | 7,190 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 11,300 | 10,970 | 8,200 | 7,960 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 12,600 | 12,240 | 9,500 | 9,230 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 13,900 | 13,500 | 10,800 | 10,490 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,200 | 8,930 | 6,100 | 5,920 |
| (6) 歯科医院 | 9,900 | 9,610 | 6,800 | 6,600 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,400 | 8,160 | 5,300 | 5,150 |

注:2002.4.1 保険数価数価当たり単価を 55.4ウォンから 53.8ウォンで -2.9% 引下調整した。この時引下げ措置は薬価実価格サングファンゼ及び医薬分業強行で 1999.11.15(12.8%)、2000.4.1(6.0%)、2000.7.1(9.2%)、2000.9.1(6.5%)、2001.1.1(7.08%)、2001.7.1(-) 2年間おおよそ 6回累計 25.5% 連続列行的引上による保険財政破綻をもたらした結果を取り返しするための非常手段と措置で 2001.12.31 保健福祉部告示第2001-77号で "健康保険療養給与費用の内訳"を改訂告示する時数価当たり単価は以前のように 55.4ウォンにしながら手がかりに "現行告示施行後 3月以内に数価当たり単価を再告示する場合再告示した数価当たり単価を療養給与費用にする"と言ったから保険数価引下措置はもう予告されたのだった。

<附表 5-3> 2003.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2002.4.1 | 2003.4.1 | 調整率(%) | 2002.4.1 | 2003.1.1 | 調整率(%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 |  |  |  |  |  |  |
| (가) 가群 | 11,170 | 10,500 | -6.00 | 8,160 | 7,670 | -6.00 |
| (나) 나群 | 10,590 | 9,950 | -6.04 | 7,570 | 7,120 | -5.94 |
| (だ) 다群 | 10,200 | 9,590 | -5.98 | 7,190 | 6,760 | -5.98 |
| (라) 라群 | 10,200 | 9,590 | -5.98 | 7,190 | 6,760 | -5.98 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 10,970 | 11,300 | 3.00 | 7,960 | 8,200 | 3.01 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 12,240 | 12,600 | 2.94 | 9,230 | 9,500 | 2.92 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 13,500 | 13,900 | 2.96 | 10,490 | 10,800 | 2.95 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 8,930 | 9,200 | 3.02 | 5,920 | 6,100 | 3.04 |
| (6) 歯科医院 | 9,610 | 9,900 | 3.01 | 6,600 | 6,800 | 3.03 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,160 | 8,400 | 2.94 | 5,150 | 5,300 | 2.91 |

注 :2003.1.1 保険数価平均 2.97% 引き上げながら医科医院の診察料が 6.0% 大幅に引下されて 2001.7.1 大幅引上げ(初診料 2001.1.1 8,400ウォン ・2001.7.1 10,500~11,500ウォンで 25~37% 引き上げ、再診料 5,300ウォン ・8,400ウォンで 58.5% 引き上げ) になった以前水準に近く還元措置された。

<附表 5-4> 2004.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2003.1.1 | 2004.1.1 | 調整率(%) | 2003.1.1 | 2004.1.1 | 調整率(%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 |  |  |  |  |  |  |
| (가) 가群 | 10,500 | 10,220 | -2.67 | 7,670 | 7,310 | -4.5 |
| (나) 나群 | 9,950 | 10,220 | 2.7 | 7,120 | 7,310 | 2.67 |
| (だ) 다群 | 9,590 | 10,220 | 6.57 | 6,760 | 7,310 | 8.1 |
| (라) 라群 | 9,590 | 10,220 | 6.57 | 6,760 | 7,310 | 8.1 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 11,300 | 11,610 | 2.7 | 8,200 | 8,420 | 2.68 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 12,600 | 12,940 | 2.7 | 9,500 | 9,760 | 2.73 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 13,900 | 14,280 | 2.7 | 10,800 | 11,090 | 2.68 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,200 | 9,450 | 2.7 | 6,100 | 6,270 | 2.78 |
| (6) 歯科医院 | 9,900 | 10,170 | 2.7 | 6,800 | 6,980 | 2.64 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,400 | 8,630 | 2.7 | 5,300 | 5,440 | 2.64 |

注:2004.1.1 保険数価平均 2.65% 引き上げながら診察料は医科医院に対する専門科目別で区分した 「가、나、だ、라」群を廃止して医療機関種別 7種分類だけ維持するようになった。2003年に引き続き 2004年にも "が"だね医院の診察料は引下されて "や、だ、라" 余分の医院と違う医療機関の診察料は引き上がった。そうするうちに 2004.1.1 医科医院の (가)、(나)、(だ)、(라)だね区分を無くして (1)医科医院、保健医療院内の医科 (2)医科病院、療養病院内の医科 (3)医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科病院 (4)総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院 (5)歯科医院、保健医療院内の歯科 (6)歯科医院 (7)漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方科で区分して診察料を差別化して現在に至る。

<附表 5-5> 2005.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2004.1.1 | 2005.1.1 | 調整率  (%) | 2004.1.1 | 2005.1.1 | 調整率  (%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 | 10,220 | 10,740 | 5.08 | 7,310 | 7,680 | 5.06 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 11,610 | 11,950 | 2.92 | 8,420 | 8,670 | 2.97 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 12,940 | 13,330 | 3.01 | 9,760 | 10,050 | 2.97 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 14,280 | 14,700 | 2.94 | 11,090 | 11,420 | 2.97 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,450 | 9,730 | 2.96 | 6,270 | 6,450 | 2.87 |
| (6) 歯科医院 | 10,170 | 10,470 | 2.94 | 6,980 | 7,190 | 3.00 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,630 | 8,880 | 2.89 | 5,440 | 5,610 | 3.12 |

注:2005.1.1 保険数価平均 2.99% 引き上げながら診察料も平均引上げ率水準で調整と医科医院はもっと高く調整した。

<附表 5-6> 2006.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2005.1.1 | 2006.1.1 | 調整率(%) | 2005.1.1 | 2006.1.1 | 調整率(%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 | 10,740 | 11,120 | 3.53 | 7,680 | 7,960 | 3.64 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 11,950 | 12,380 | 3.60 | 8,670 | 8,980 | 3.57 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 13,330 | 13,810 | 3.60 | 10,050 | 10,410 | 3.58 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 14,700 | 15,230 | 3.60 | 11,420 | 11,830 | 3.59 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 9,730 | 10,080 | 3.60 | 6,450 | 6,680 | 3.56 |
| (6) 歯科医院 | 10,470 | 10,850 | 3.63 | 7,190 | 7,450 | 3.61 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 8,880 | 9,200 | 3.60 | 5,610 | 5,810 | 3.56 |

注:2006.1.1 保険数価平均 3.5% 引き上げながら診察料は平均引上げ率以上配分された。

<附表 5-7> 2007.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2006.1.1 | 2007.1.1 | 調整率(%) | 2006.1.1 | 2007.1.1 | 調整率  (%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 | 11,120 | 11,380 | 2.33 | 7,960 | 8,140 | 2.26 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 12,380 | 12,670 | 2.34 | 8,980 | 9,190 | 2.33 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 13,810 | 14,120 | 2.24 | 10,410 | 10,650 | 2.30 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 15,230 | 15,580 | 2.30 | 11,830 | 12,110 | 2.36 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 10,080 | 10,310 | 2.28 | 6,680 | 6,840 | 2.39 |
| (6) 歯科医院 | 10,850 | 11,100 | 2.30 | 7,450 | 7,620 | 2.28 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 9,200 | 9,420 | 2.39 | 5,810 | 5,940 | 2.23 |

注:2007.1.1 保険数価平均 2.3% 引き上げ調整されたし診察料も平均引上げ率を維持した。

<附表 5-8> 2008.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 換算指数 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2007.1.1 | 2008.1.1 | 調整率  (%) | 2007.1.1 | 2008.1.1 | 調整率  (%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 | 62.1 | 11,380 | 11,680 | 2.63 | 8,140 | 8,350 | 2.58 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 62.2 | 12,670 | 12,990 | 2.52 | 9,190 | 9,420 | 2.50 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 62.2 | 14,120 | 14,450 | 2.33 | 10,650 | 10,880 | 2.16 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 62.2 | 15,580 | 15,910 | 2.11 | 12,110 | 12,330 | 1.82 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 63.6 | 10,310 | 10,600 | 2.81 | 6,840 | 7,030 | 2.78 |
| (6) 歯科医院 | 63.6 | 11,100 | 11,400 | 2.70 | 7,620 | 7,830 | 2.75 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 63.3 | 9,420 | 9,630 | 2.22 | 5,940 | 6,080 | 2.35 |

注:1) 数価だけ表示されたことを単価を掛けて給額でターンオーバーさせた

2) 2008.1.1 保険数価平均 1.94% 引上調整になりながら診察料は平均引上げ率より少し高く調整されたが相対価値数価当たり単価が療養機関類型別に締結されながら医科医院は単価が 62.1ウォンで 2006年金額に凍結される不利益を受けた。

<附表 5-9> 2009.1.1 改定された診察料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 換算指数 | 初診料 | | | 再診料 | | |
| 2008.1.1 | 2009.1.1 | 調整率(%) | 2008.1.1 | 2009.1.1 | 調整率(%) |
| (1) 医科医院、保健医療院内の医科 | 63.4 | 11,680 | 11,930 | 2.14 | 8,350 | 8,530 | 2.15 |
| (2) 医科病院、療養病院内の医科 | 63.4 | 12,990 | 13,240 | 1.92 | 9,420 | 9,600 | 1.91 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 63.4 | 14,450 | 14,730 | 1.93 | 10,880 | 11,080 | 1.83 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 63.4 | 15,910 | 16,220 | 1.94 | 12,330 | 12,570 | 1.94 |
| (5) 歯科医院、保健医療院内の歯科 | 65.8 | 10,600 | 10,960 | 3.39 | 7,030 | 7,270 | 3.41 |
| (6) 歯科医院 | 65.8 | 11,400 | 11,790 | 3.42 | 7,830 | 8,100 | 3.44 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 65.6 | 9,630 | 9,980 | 3.63 | 6,080 | 6,300 | 3.61 |

注:2009.1.1 保険数価平均 2.22% 引き上がりながら医科は平均引上率よりちょっと低く調整されて歯科と漢方に少し高く引上げ率を配分してその間医科より疎外されたことを補ったように見える。

<附表 5-10> 保険数価診察料数価表(2009)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コード | 区分 | 初診(点) | 再診(点) |
| AA-154 | 医科医院、保健医療院内の医科 | 188.11 | 134.47 |
| AA-155 | 医科病院、療養病院内の医科 | 208.86 | 151.37 |
| AA-156 | 医科総合病院、歯科大学附属歯科医院 | 232.33 | 174.84 |
| AA-157 | 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科医院 | 255.79 | 198.31 |
| AA-100 | 歯科医院、保健医療院内歯科 | 166.59 | 110.46 |
| AA-109 | 歯科医院 | 179.23 | 123.09 |
| 10100 | 漢医院、漢方病院など漢方 | 152.06 | 95.98 |

<附表 5-11> 1995年 ~ 2009年初診料引上げ率比較(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 95.12.10 a。 | 97.9.1  b。 | 99.11.15 c。 | 00.4.1  d。 | 09.1.1  e。 | 引上率 | | | |
| a。/e。 | b。/e。 | c。/e。 | d。/e。 |
| (1)医科医院、  保健医療院内医科 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 8,400 | 11,930 | 116.9 | 80.7 | 61.2 | 42.0 |
| (2)医科病院、  療養病院内医科 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 13,240 | 140.7 | 100.6 | 78.9 | 78.9 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 14,730 | 167.8 | 123.1 | 99.0 | 99.0 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 16,220 | 194.9 | 145.7 | 119.1 | 119.1 |
| (5) 歯科医院、  保健医療院内歯科 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 10,960 | 99.2 | 66.0 | 48.1 | 48.1 |
| (6) 歯科医院 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 11,790 | 114.3 | 78.6 | 59.3 | 59.3 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 9,980 | 81.4 | 51.1 | 34.8 | 34.8 |

<附表 5-12> 1995年 ~ 2009年再診料引上げ率比較(単位 :ウォン、%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 95.12.10 a。 | 97.9.1  b。 | 99.11.15 c。 | 00.4.1  d。 | 09.1.1  e。 | 引上率 | | | |
| a。/e。 | b。/e。 | c。/e。 | d。/e。 |
| (1)医科医院、  保健医療院内医科 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 4,300 | 8,530 | 199.2 | 158.4 | 130.5 | 98.3 |
| (2)医科病院、  療養病院内医科 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 9,600 | 236.8 | 190.9 | 159.4 | 159.4 |
| (3) 医科総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学附属歯科医院 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 11,080 | 288.7 | 235.7 | 199.4 | 199.4 |
| (4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 12,570 | 341.0 | 280.9 | 239.7 | 239.7 |
| (5) 歯科医院、  保健医療院内歯科 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 7,270 | 155.0 | 120.3 | 96.4 | 96.4 |
| (6) 歯科医院 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 8,100 | 184.2 | 145.4 | 118.9 | 118.9 |
| (7) 漢医院、漢方病院、保健医療院内の漢方と、国立病院内の漢方医療部、療養病院内の漢方と | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 6,300 | 121.0 | 90.0 | 70.2 | 70.2 |

<附表 5-13> 1995年 12月 10日入院料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 3次医療機関 | 医科総合病院 | 病院 | 医院 |
| 計 | | 15,560 | 14,200 | 11,800 | 9,970 |
| 入院病院管理料 | | 7,020 | 6,520 | 5,340 | 4,530 |
| 入院患者管理料 | 小計 | 8,540 | 7,680 | 6,460 | 5,440 |
| 医学管理料 | 4,120 | 3,820 | 3,200 | 2,620 |
| 看護管理料 | 4,420 | 3,860 | 3,260 | 2,820 |

<附表 5-14> 2008年 - 2009年入院料(単位 :ウォン)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2008 | 2009 | 備考 |
| 総合専門療養機関 | 31,540  (507.06) | 32,150  (507.06) | ('08)1点=62.2ウォン  ('09)1点=63.4ウォン |
| 医科総合病院 | 29,030  (466.64) | 29,580  (466.64) | ('08)1点=62.2ウォン  ('09)1点=63.4ウォン |
| 病院 | 25,670  (412.75) | 26,170  (412.75) | ('08)1点=62.2ウォン  ('09)1点=63.4ウォン |
| 歯科医院 | 26,250  (412.75) | 27,160  (412.75) | ('08)1点=63.6ウォン  ('09)1点=65.8ウォン |
| 漢方病院 | 25,900  (409.18) | 26,840  (409.18) | ('08)1点=63.3ウォン  ('09)1点=65.6ウォン |
| 医院、歯科医院、  保健医療院の医・歯科 | 医科:22,300  歯科:22,820  (358.86) | 医科:22,570  歯科:23,610  (358.86) | 医科 ('08)1点=62.2ウォン  ('09)1点=63.4ウォン |
| 歯科 ('08)1点=63.6ウォン  ('09)1点=65.8ウォン |
| 漢医院、  保健医療院漢方と | 22,490  (355.29) | 23,310  (355,29) | ('08)1点=63.3ウォン  ('09)1点=65.6ウォン |

注:( )内は相対価値数価

<附表 5-15> 医科・歯科医療形態別年度別件当たり金額構成比(総計)(単位:%)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 計 | 基本医療料 | 医療行為料 | 薬品費 | 材料代 |
| 1990 | 100.00 | 31.70 | 35.89 | 27.76 | 4.65 |
| 1992 | 100.00 | 29.76 | 35.31 | 30.45 | 4.48 |
| 1994 | 100.00 | 27.82 | 35.96 | 31.80 | 4.42 |
| 1997 | 100.00 | 28.23 | 33.19 | 32.53 | 6.05 |
| 2000 | 100.00 | 29.26 | 37.06 | 26.85 | 6.83 |
| 2003 | 100.00 | 44.02 | 36.30 | 28.16 | 3.96 |
| 注:1) 件当たり薬品費が '94年に 9,641ウォン、'97年に 12,259ウォン、'00年に 11,293だったのが '03年には 9,269ウォンで現ゾヒ減ったら(-7.9%)  2) 外来の場合件当たり薬品費が '00年に 8,485ウォンだったのが '03年には 7,535ウォンで -1.2%ポイントが下がった  資料:健康保険審査評価院、ヨヤング給与ビ研究チォンググネヨックギ研究ヒャン構造サ | | | | | |

<附表 5-16> 医科・歯科医療形態別年度別入院・外来件当たり金額構成比(単位:%)

(入院)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 計 | 基本医療料 | 医療行為料 | 薬品費 | 材料代 |
| 1990 | 100.00 | 21.51 | 40.54 | 29.82 | 8.13 |
| 1992 | 100.00 | 20.72 | 41.64 | 29.65 | 7.99 |
| 1994 | 100.00 | 19.00 | 45.57 | 27.79 | 7.63 |
| 1997 | 100.00 | 20.07 | 39.82 | 28.37 | 11.74 |
| 2000 | 100.00 | 21.06 | 41.99 | 21.87 | 15.08 |
| 2003 | 100.00 | 26.40 | 41.47 | 21.14 | 10.99 |

(外来)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 計 | 基本医療料 | 医療行為料 | 薬品費 | 材料代 |
| 1990 | 100.00 | 36.95 | 33.49 | 26.71 | 2.85 |
| 1992 | 100.00 | 34.93 | 31.69 | 30.91 | 2.47 |
| 1994 | 100.00 | 33.01 | 30.29 | 34.17 | 2.53 |
| 1997 | 100.00 | 33.34 | 29.03 | 35.14 | 2.49 |
| 2000 | 100.00 | 33.12 | 34.73 | 29.19 | 2.96 |
| 2003 | 100.00 | 33.39 | 34.50 | 30.60 | 1.51 |
| 注:医薬分業後にも外来薬品費構成変動が大きくなさ | | | | | |

<附表 5-17> 医科・歯科年度別療養機関種別件当たり金額構成比(単位:%)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 計 | 基本医療料 | 医療行為料 | 薬品費 | 材料代 |
| 上級  医科総合病院 | 1990 | 100.00 | 21.51 | 40.54 | 29.82 | 8.13 |
| 1992 | 100.00 | 20.72 | 41.64 | 29.65 | 7.99 |
| 1994 | 100.00 | 19.00 | 45.57 | 27.79 | 7.63 |
| 1997 | 100.00 | 20.07 | 39.82 | 28.37 | 11.74 |
| 2000 | 100.00 | 21.06 | 41.99 | 21.87 | 15.08 |
| 2003 | 100.00 | 26.40 | 41.47 | 21.14 | 10.99 |
| 医科総合病院 | 1990 | 100.00 | 20.30 | 37.19 | 36.42 | 6.09 |
| 1992 | 100.00 | 18.51 | 36.10 | 39.92 | 5.47 |
| 1994 | 100.00 | 17.11 | 39.18 | 38.41 | 5.30 |
| 1997 | 100.00 | 18.79 | 34.57 | 39.70 | 6.94 |
| 2000 | 100.00 | 18.26 | 37.19 | 34.76 | 9.79 |
| 2003 | 100.00 | 29.38 | 41.74 | 20.79 | 8.09 |
| 病院 | 1990 | 100.00 | 27.67 | 38.66 | 29.10 | 4.57 |
| 1992 | 100.00 | 26.93 | 35.15 | 34.06 | 3.86 |
| 1994 | 100.00 | 22.36 | 39.24 | 34.55 | 3.85 |
| 1997 | 100.00 | 26.29 | 36.26 | 30.45 | 6.99 |
| 2000 | 100.00 | 26.66 | 41.47 | 22.75 | 9.12 |
| 2003 | 100.00 | 39.21 | 39.88 | 12.90 | 8.01 |
| 医院 | 1990 | 100.00 | 42.13 | 34.71 | 21.16 | 2.00 |
| 1992 | 100.00 | 42.33 | 34.28 | 21.65 | 1.74 |
| 1994 | 100.00 | 40.94 | 31.82 | 25.32 | 1.92 |
| 1997 | 100.00 | 42.11 | 28.70 | 27.31 | 1.88 |
| 2000 | 100.00 | 41.90 | 35.10 | 20.74 | 2.26 |
| 2003 | 100.00 | 60.29 | 33.61 | 3.93 | 2.17 |
| 注:2003年度は医薬分業で 2000年度に比べて薬品費が格段に減って基本医療料シェアが上昇した | | | | | | |

<附表 6-1> 混合診療による医療費本人負担事例

(事例 1) 内視鏡下手術用 ROBOTの根治的前立腺全摘出術(5日入院)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 療養給与(①+②) | 非給与③ |
| 必須事項 | 診察料 |  |  |
| 入院料 | 180,040 | 190,000\* |
| 食代 | 40,480 |  |
| 投薬及び調剤料 |  |  |
| 投薬及び注射料 | 299,894 | 23,125 |
| 麻酔料 | 340,891 | 74,544 |
| 処置及び手術料 | 39,897 | 10,000,000 |
| 検査料 | 454,454 | 97,674 |
| 影像診断及び放射線治療料 |  |  |
| 治療材料代 | 15,470 | 72,650 |
| **全額本人負担** |  |  |
| 選択事項 | リハ及び物理治療料 |  |  |
| 精神療法料 |  |  |
| CT診断料 |  |  |
| MRI診断料 | 532,270 |  |
| 超音波診断料 |  | 150,000 |
| 補綴・校正料 |  |  |
| 血液及び受血料 | 90,304 | 389,508 |
| 選択診療料 |  |  |
| 計 | | 1,993,700 | 10,997,501 |
| 本人負担金① | | 215,562 |  |
| 公団負担金② | | 1,778,138 |  |
| \* 差額病室料 | | | |

(事例 2) 脳血管造影撮影(1日入院)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 療養給与(①+②) | 非給与③ |
| ピール  数  死  項 | 診察料 |  |  |
| 入院料 | 90,560 | 240,000 |
| 式台 | 10,120 |  |
| 投薬及び調剤料 |  |  |
| 注射料 | 20,899 |  |
| 麻酔料 |  | 2,697 |
| 処置及び手術料 |  |  |
| 検査料 | 62,492 |  |
| ヤングサングジンダンミッバングサソンチリョリョ | 314,416 |  |
| 治療材料代 | 76,240 | 398,765 |
| **全額本人負担** |  |  |
| 線  択  死  項 | リハ及びムルリチリョリョ |  |  |
| 精神療法料 |  |  |
| CT診断料 |  |  |
| MRI診断料 |  |  |
| 超音波診断料 |  |  |
| 補綴・校正料 |  |  |
| 受血料 |  |  |
| 選択診療料 |  | 182,270 |
| 計 | | 574,727 | 823,732 |
| 本人負担金① | | 117,980 |  |
| 公団負担金② | | 456,740 |  |

(事例 3) 医療科目:リュウマチ内科、2人用、大学病院入院期間:2007.8.10-26(17日間)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | ① +② 療養給与(ウォン) | ③ 非給与(ウォン) |
| 1.診察料 | 11,730 | - |
| 2.入院料 | 839,660 | - |
| 3.上級病室料 | - | 1,446,000 |
| 4.食代 | 261,460 | - |
| 5.投薬及び調剤料 | 191,710 | - |
| 6.注射料 | 319,821 | 24,562 |
| 7.手術料 | 272,857 | - |
| 8.処置料 | 14,508 | 100,602 |
| 9.検査料 | 1,689,961 | 125,769 |
| 10.影像診断 | 273,317 | - |
| 11.治療材料代 | 23,270 | - |
| 12.全額本人負担 | 105,435 | - |
| 13.CT診断料 | 268,643 | - |
| 14.MRI診断料 | 714,405 | - |
| 15.超音波診断料 | - | 232,000 |
| 16.受血料 | 133,857 | - |
| 計 | 5,128,634 | 1,964,252 |
| 本人負担金① | 643,534 |  |
| 保険者負担金② | 4,485,100 |  |
| 入院医療秘計④ (①+②+③) | 7,092,886 |  |
| 入院患者負担総額⑤ (①+③) | 2,607,786 |  |

資料:亮明生,2007.8

(事例 4) 医療科目:腫瘍内科、外来(当日)注射医療期間:2007.12.27

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | ① +② 療養給与(ウォン) | ③ 非給与(ウォン) |
| 1.診察料 | 12,110 | - |
| 2.投薬及び調剤料 | 9,635 | - |
| 3.注射料 | 2,135,608 | - |
| 4.検査料 | 53,664 | - |
| 5.影像診断 | 9,940 | - |
| 6.選択診療 | - | 4,360 |
| 計 | 2,220,957 | 4,360 |
| 本人負担金① | 222,100 |  |
| 保険者負担金② | 1,998,857 |  |
| 医療費総額 (①,②,③) | 2,225,317 |  |
| 患者負担総額 (①+③) | 226,460 |  |

資料:亮明生、2007.12

<附表 6-2> 年度別保険財政現況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
| 寵人鉤手(千名) | 36,412 | 36,969 | 37,534 | 38,124 | 38,724 | 39,326 | 39,929 |
| 健康保険加入者数(千名) | 3,200 | 3,878 | 7,957 | 9,226 | 11,497 | 13,804 | 15,679 |
| 被保験者数(千名) | 1,199 | 1,706 | 2,772 | 2,978 | 3,870 | 4,625 | 5,180 |
| 被扶養者数(千名) | 2,001 | 2,172 | 5,185 | 6,248 | 7,627 | 9,179 | 10,499 |
| 医療給与デサングザス(千名) | 2,095 | 2,095 | 2,134 | 2,142 | 3,728 | 3,728 | 3,728 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 14,928 | 48,690 | 113,489 | 179,465 | 274,769 | 260,627 | 452,819 |
| 職場組合 | 14,928 | 48,690 | 71,361 | 113,010 | 181,699 | 242,774 | 308,871 |
| 球・ギョゴングダン |  |  | 42,128 | 66,455 | 92,571 | 11,804 | 113,466 |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  | 499 | 2,410 | 5,473 |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  | 3,639 | 11,009 |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 5,118 | 25,276 | 80,575 | 151,341 | 209,605 | 318,493 | 435,234 |
| 職場組合 | 5,118 | 25,276 | 44,361 | 91,340 | 132,506 | 204,088 | 292,605 |
| 球・ギョゴングダン |  |  | 36,214 | 60,001 | 76,644 | 107,621 | 122,953 |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  | 455 | 3,234 | 6,534 |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  | 3,550 | 13,142 |
| 保険給与費合計(百万ウォン) | 4,579 | 15,516 | 72,364 | 138,021 | 189,389 | 292,614 | 401,890 |
| 職場組合 | 4,579 | 15,516 | 38,238 | 81,723 | 118,100 | 185,991 | 269,870 |
| 球・ギョゴングダン |  |  | 34,126 | 56,298 | 71,001 | 100,890 | 114,642 |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  | 288 | 2,620 | 5,466 |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  | 3,113 | 11,912 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
| 寵人鉤手(千名) | 42,513 | 41,256 | 41,569 | 42,082 | 41,975 | 42,380 |
| 健康保険加入者数(千名) | 17,165 | 17,995 | 19,361 | 21,257 | 28,906 | 39,922 |
| 被保験者数(千名) | 5,586 | 5,792 | 6,278 | 6,911 | 13,744 | 25,419 |
| 被扶養者数(千名) | 11,579 | 12,203 | 13,083 | 14,346 | 15,162 | 14,503 |
| 医療給与デサングザス(千名) | 3,259 | 3,259 | 4,386 | 4,386 | 4,290 | 4,246 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 547,704 | 634,078 | 793,606 | 941,643 | 1,283,255 | 1,783,774 |
| 職場組合 | 375,145 | 443,065 | 544,076 | 657,352 | 807,764 | 948,131 |
| 球・ギョゴングダン | 142,341 | 151,854 | 201,426 | 230,594 | 260,996 | 304,566 |
| 地域(供覧地域) | 6,406 | 7,886 | 8,647 | 8,780 | 214,495 | 531,077 |
| 地域(供覧職種) | 23,812 | 31,273 | 38,657 | 44,917 |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 554,369 | 643,161 | 635,760 | 745,902 | 1,034,400 | 1,545,781 |
| 職場組合 | 370,636 | 439,659 | 424,811 | 515,862 | 657,173 | 849,772 |
| 球・ギョゴングダン | 151,206 | 163,541 | 168,139 | 175,346 | 203,962 | 262,067 |
| 地域(供覧地域) | 8,062 | 8,238 | 7,872 | 10,866 | 173,265 | 433,942 |
| 地域(供覧職種) | 24,465 | 31,723 | 34,938 | 43,828 |
| 保険給与費合計(百万ウォン) | 512,543 | 594,969 | 581,488 | 674,398 |  |  |
| 職場組合 | 341,008 | 405,664 | 386,737 | 464,167 |  |  |
| 球・ギョゴングダン | 142,681 | 153,814 | 157,247 | 163,633 |  |  |
| 地域(供覧地域) | 6,739 | 6,765 | 6,177 | 7,189 |  |  |
| 地域(供覧職種) | 22,115 | 28,726 | 31,327 | 39,409 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 寵人鉤手(千名) | 42,869 | 43,296 | 43,748 | 44,195 | 44,642 |
| 健康保険加入者数(千名) | 40,175 | 40,799 | 41,329 | 42,217 | 43,258 |
| 被保験者数(千名) | 25,928 | 26,565 | 27,191 | 28,075 | 29,012 |
| 被扶養者数(千名) | 14,247 | 14,234 | 14,139 | 14,142 | 14,246 |
| 医療給与デサングザス(千名) | 3,930 | 2,879 | 2,687 | 2,366 | 2,136 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 2,432,062 | 3,268,871 | 3,774,455 | 4,199,230 | 4,710,921 |
| 職場組合 | 1,080,259 | 1,313,375 | 1,549,255 | 1,714,509 | 1,937,387 |
| 球・ギョゴングダン | 357,786 | 433,717 | 512,989 | 561,642 | 628,261 |
| 地域(供覧地域) | 994,017 | 1,521,779 | 1,712,211 | 1,923,079 | 2,145,273 |
| 地域(供覧職種) |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 2,164,039 | 2,491,035 | 2,970,441 | 3,463,521 | 3,970,036 |
| 職場組合 | 842,258 | 987,794 | 1,131,619 | 1,306,378 | 1,492,729 |
| 球・ギョゴングダン | 314,277 | 346,031 | 440,065 | 493,115 | 557,745 |
| 地域(供覧地域) | 1,007,504 | 1,157,210 | 1,398,757 | 1,664,028 | 1,919,562 |
| 地域(供覧職種) |
| 保険給与費合計(百万ウォン) |  |  |  |  |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| 寵人鉤手(千名) | 45,093 | 45,545 | 45,954 | 46,287 | 46,617 |
| 健康保険加入者数(千名) | 44,016 | 44,603 | 44,925 | 44,472 | 45,184 |
| 被保験者数(千名) | 29,623 | 29,991 | 30,167 | 30,204 | 30,270 |
| 被扶養者数(千名) | 14,393 | 14,612 | 14,758 | 14,268 | 14,914 |
| 医療給与デサングザス(千名) | 1,990 | 1,740 | 1,642 | 1,323 | 1,637 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 5,614,381 | 6,630,948 | 7,439,825 | 7,994,604 | 8,892,385 |
| 職場組合 | 2,337,193 | 2,703,797 | 2,884,301 | 3,037,780 | 3,122,910 |
| 球・ギョゴングダン | 779,326 | 944,425 | 937,986 | 904,733 | 1,217,499 |
| 地域(供覧地域) | 2,497,862 | 2,982,726 | 3,731,943 | 4,287,180 | 4,551,976 |
| 地域(供覧職種) |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 5,076,432 | 6,464,198 | 7,680,706 | 8,552,528 | 9,610,123 |
| 職場組合 | 1,992,312 | 2,554,706 | 3,111,757 | 3,425,159 | 3,699,316 |
| 球・ギョゴングダン | 719,242 | 892,306 | 1,080,887 | 1,201,424 | 1,181,890 |
| 地域(供覧地域) | 2,364,878 | 3,017,186 | 3,602,468 | 4,161,036 | 4,728,917 |
| 地域(供覧職種) |
| 保険給与費合計(百万ウォン) |  |  |  |  |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| 寵人鉤手(千名) | 47,008 | 47,357 | 47,622 | 47,859 | 48,039 |
| 健康保険加入者数(千名) | 45,896 | 46,379 | 46,659 | 47,103 | 47,372 |
| 被保験者数(千名) | 30,760 | 31,098 | 31,231 | 31,073 | 30,675 |
| 被扶養者数(千名) | 15,136 | 15,281 | 15,429 | 16,029 | 16,697 |
| 医療給与デサングザス(千名) | 1,570 | 1,503 | 1,421 | 1,454 | 1,529 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 9,827,717 | 11,928,330 | 14,305,319 | 17,466,651 | 19,408,384 |
| 職場組合 |  |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 10,744,194 | 14,105,819 | 14,798,463 | 15,972,379 | 17,330,520 |
| 職場組合 |  |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  |
| 保険給与費合計(百万ウォン) |  |  |  |  |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 寵人鉤手(千名) | 48,138 | 48,297 | 48,456 | 48,160 |
| 健康保険加入者数(千名) | 47,392 | 47,410 | 47,820 |  |
| 被保験者数(千名) | 29,904 | 29,380 | 29,570 |  |
| 被扶養者数(千名) | 17,488 | 18,030 | 18,250 |  |
| 医療給与デサングザス(千名) | 1,762 | 1,829 | 1,853 | 1,841 |
| 保険財政収入(百万ウォン) | 21,091,074 | 23,263,083 | 26,049,843 |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |
| 保険財政支出合計(百万ウォン) | 19,979,956 | 22,817,757 | 25,888,502 |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |
| 保険給与費合計(百万ウォン) |  |  |  |  |
| 職場組合 |  |  |  |  |
| 球・ギョゴングダン |  |  |  |  |
| 地域(供覧地域) |  |  |  |  |
| 地域(供覧職種) |  |  |  |  |
| 資料:健康保険審査評価院医療費統計解析、2009.8 | | | | |

<附表 6-3> 年度別保険医療費現況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 7,414 | 24,646 | 102,235 | 183,867 | 263,767 | 401,910 | 574,885 |
| 医療機関(百万ウォン) | 7,414 | 24,646 | 102,235 | 183,867 | 263,767 | 401,910 | 574,885 |
| 薬局(百万ウォン) |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険給与費(百万ウォン) | 4,540 | 15,209 | 71,636 | 131,968 | 183,382 | 278,999 | 396,544 |
| 給与率(%) | 61.23 | 61.71 | 70.07 | 71.77 | 69.52 | 69.42 | 68.98 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 2 | 6 | 13 | 20 | 23 | 29 | 37 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 1 | 4 | 9 | 14 | 16 | 20 | 25 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 732,602 | 862,330 | 907,929 | 1,078,258 | 1,477,009 | 1,989,168 |
| 医療機関(百万ウォン) | 732,602 | 862,330 | 907,929 | 1,078,258 | 1,477,009 | 1,989,168 |
| 薬局(百万ウォン) |  |  |  |  |  |  |
| 保険給与費(百万ウォン) | 505,102 | 595,531 | 569,653 | 671,297 | 955,991 | 1,293,259 |
| 給与率(%) | 68.95 | 69.06 | 62.74 | 62.26 | 64.72 | 65.02 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 43 | 48 | 47 | 51 | 51 | 50 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 29 | 33 | 29 | 32 | 33 | 32 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 2,960,347 | 3,200,995 | 3,731,063 | 4,348,201 | 4,897,172 | 6,144,220 |
| 医療機関(百万ウォン) | 2,937,881 | 3,177,053 | 3,703,984 | 4,302,502 | 4,804,828 | 5,977,453 |
| 薬局(百万ウォン) | 22,466 | 23,942 | 27,079 | 45,700 | 92,344 | 166,767 |
| 保険給与費(百万ウォン) | 1,903,197 | 2,006,080 | 2,336,304 | 2,730,432 | 3,108,777 | 3,939,421 |
| 給与率(%) | 64 | 62.28 | 62.62 | 62.79 | 63.48 | 64.12 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 74 | 78 | 90 | 103 | 113 | 140 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 47 | 49 | 57 | 65 | 72 | 89 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 7,623,961 | 8,803,895 | 9,964,955 | 11,705,695 | 12,912,220 |
| 医療機関(百万ウォン) | 7,423,716 | 8,572,725 | 9,703,911 | 11,379,705 | 11,725,636 |
| 薬局(百万ウォン) | 200,245 | 231,169 | 261,045 | 325,990 | 1,190,584 |
| 保険給与費(百万ウォン) | 4,948,353 | 5,750,360 | 6,571,301 | 7,778,349 | 8,789,329 |
| 給与率(%) | 64.91 | 65.32 | 65.94 | 66.45 | 68.07 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 171 | 196 | 224 | 259 | 281 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 111 | 128 | 148 | 172 | 192 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 17,843,328 | 18,831,672 | 20,741,986 | 27,506,038 | 24,861,516 |
| 医療機関(百万ウォン) | 13,236,426 | 13,806,702 | 15,266,449 | 16,310,271 | 17,838,626 |
| 薬局(百万ウォン) | 4,606,902 | 5,024,970 | 5,475,547 | 6,195,767 | 7,022,890 |
| 保険給与費(百万ウォン) | 12,940,603 | 13,424,536 | 14,755,199 | 16,130,188 | 17,988,571 |
| 給与率(%) | 72.52 | 71.29 | 71.14 | 71.67 | 72.36 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 385 | 404 | 440 | 581 | 525 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 279 | 288 | 313 | 341 | 380 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) | 985 | 1,100 | 1,235 | 1,363 | 1,545 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 医療費総額(百万ウォン) | 28,410,272 | 32,389,193 | 35,036,563 |
| 医療機関(百万ウォン) | 20,374,409 | 23,496,729 | 25,475,536 |
| 薬局(百万ウォン) | 8,035,863 | 8,892,464 | 9,561,027 |
| 保険給与費(百万ウォン) | 20,931,600 | 322,590,000 | 258,073,000 |
| 給与率(%) | 73.67 | 74.22 | 73.66 |
| 加入者1インダング診療ビ(千ウォン) | 599 | 677 | 728 |
| 加入者1インダング給与ビ(千ウォン) | 442 | 6,746 | 5,359 |
| 65歳以上医療費(百万ウォン) | 1,815 | 2,070 | 2,281 |
| 資料:健康保険審査評価院医療費統計解析、2009.8 | | | |

付録 2.健康保険発展のための数価制度の改革方案

1.選択診療制度の改善方案

1.1.数価と選択診療費に対する新しいパラダイムの改革方案

　健康保険で非給与にはそれなりの正当な理由と名分がある。しかし、選択診療費はそれがない。選択診療制は1963年にソウル大病院が医師確保を理由に特進規定を導入し、それ以来、医療保険の数価を取得する手段として民間病院で実施し、2000年9月に選択診療制に名称変更されたものである。最終的には、実質的に医師の選択ではなく、苦情は後を絶たず、選択診療制を縮小/廃止する場合、病院では、その数価を取得する方便を失い、深刻な経営難に直面する状況に置かれた。

根本的な問題解決のため、病院の立場では健康保険の数価を取得するために選択診療は不可避であると認めねばならない。大学病院で大学教授が、または（総合）病院で経験豊富な医師の診療を受ける場合、患者はそれなりの自己負担は覚悟しなければならない。（ただし、患者の疾患が特別で大学病院以外では医療が不可能な場合などは健康保険のサポートがあることが前提である）。

現在の健康保険で数価と本人負担率を告示することにより、あたかも患者の自己負担は、政府の管理下にあるかのように錯覚するが、少なくとも総合専門療養機関を除いた総合病院と病院では、選択診療制を通じて市場体制下の実質的な価格競争が行われている。これは総合病院の30.5％、病院の4.3％だけが選択診療制を運営しているという事実が反証する。

現在の矛盾を交換する新しいパラダイムの制度改革要旨は次の通りである。

選択診療費を廃止する（選択診療を廃止するものではないことに注意）。

現在の「療養機関種別加算率告示制」を「療養機関種別加算率の上限制」に変更して、上限以下で加算率を医療機関が自主的に定めることができるようにする。

現在の「本人負担金告示制」を「公団負担金告示制」に変更して、①と②の施行に伴う自己負担と公団負担の総額には変わりがないようにする。

下の表を例に挙げて説明すると、簡単に理解することができる。現在のAからEまで容易に理解できる。ただし、現在で選択診療費（F）30,000ウォンは基本数（A）の100,000ウォンに「選択診療総収入/種別加算率適用対象行為の基本的な数総額」を乗じた金額である。すべての医師や医療行為に選択診療費がつくことがないので、その病院の平均的な選択の医療費レベルを算定するために、「選択診療総収入/種別加算率適用対象行為の基本的な数総額」の指数を導入した。

「選択診療総収入/種別加算率適用対象行為の基本的な数総額」がもし30％で算出された場合、これを既存の種別加算率30％に達する加え上限を60％とし、これを福祉部で告示するものである。このようになる場合には、公団負担金、患者負担金、病院収入の両方に影響を与えないながら、選択診療費が種別加算率の制度圏に含まれることができるものである。ただし、このように新たなパラダイムによる医療費の負担の方法が導入されると、<表5-12>で提示した「療養機関別に同一の公団負担金制度」が一緒に導入されれば、なお良いだろう。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 現在 | 改編 |
| 基本数価(A) | 100,000ウォン | 100,000ウォン |
| 種別加算適用数価(B) | 130,000ウォン  =A\*(1+30%) | ≦160,000ウォン  ≦A\*(1+60%) |
| **公団負担金(C)** | **104,000ウォン**  =B-E | **104,000ウォン**  前と等しく告示 |
| **患者本人負担総額(D)** | **≦56,000ウォン**  =E+F | **≦56,000ウォン**  =E |
| 法定本人負担(E) | 26,000ウォン  =B\*20% | ≦76,000ウォン  =B-C |
| 選択診療費(F) | ≦30,000ウォン注) | なし |
| **病院収入** | **≦160,000ウォン**  =B+F | **≦160,000ウォン**  =B |
| 注:Aに「選択診療総収入/種別加算率適用対象行為の基本的な数総額」を乗じた金額である | | |

1.2.選択診療制改善方案メモ[[25]](#footnote-25)

**가.選択診療制改善方案のための認識**

①現在の患者が負担することを選択診療料は、2008年基準1兆ウォンが超え、毎年27％ずつ急速に増加している

→このような速度で増加した場合、2011年に2兆ウォンが超えると予想される

➪より遅れて規模が大きくなると制度を改善することがより難しくなる

※選択診療料が増加する理由

- 健康保険の数が引き上げによる選択診療料の増加

- 選択診療を実施する病院級の医療機関の増加

②病院の選択診療収入を補填してなければする。ソウル大病院の場合、年間300億ウォンである。これ保全してくれないと選択診療廃止に反対するしかない

③病院の収入を補填してもらうために「財源」を確保しなければならない

→選択診療財政規模が大きく、健康保険の財源を活用するしかない

④重要な点は、現在の選択診療制度をそのまま置いて「健康保険」がドラッグ中できないものであること、健康保険にすると、これまでの選択診療を実施していなかった病院も実施しようとするものだからである

⑤したがって、現在「選択診療制」を変形させて、健康保険の財源を活用できるように解決策を見つける必要がある

⑥国民の立場では、これに伴う健康保険料が引き上げだろうが、健康保険レベルが改善されて、高額の患者ほど負担が少なくなる。

나.選択診療制改善の代案

**1) 選択診療制を廃止しながら健康保険数価に反映する方式**

➪病院級の医療機関の換算指数契約を「選択診療を実施している病院（A君の病院）」と「選択診療を実施していない病院（B群の病院）」に分けて契約するようにする。

oすなわち、下の図のように「A君病院」と「B群の病院」に分けて換算指数契約を個別に遂行する。

- 2010年1月を基準に「選択診療」を実施している病院は、「A君の病院」で、選択診療を実施していない病院は「B群の病院」に分類さ

oこれを行う場合は、A群の病院とB群の病院の両方の利益が戻る。

o A群の病院の場合

- 選択診療の収益が健康保険の数に保持することがあります。

- 「換算指数」を高める方法や相手の価値評価に一定の割合の加算を適用する方式の両方可能。

o B群の病院の場合

- 現行のように大学病院と一緒に縛られて病院級はすべて、単一の数を適用するようになっ中小病院が不利べき。中小病院は選択診療収入もないだけでなく、非給与による収入が大学病院に比べて少なかったからである。

- もし「選択診療」を実施していない病院だけ別にすることができ、契約をすることになる場合換算指数は、現在よりも高くなる。事実上、数が印象される。

- 大病院よりも、中小病院、地域病院の数が印象が必要だという指摘があり、きた方法がなかったこと。しかし、このように選択診療施行をしていない病院でのみ数の決定をした場合の数が印象可能。

→これにより、大型病院ではなく、中小病院の支援政策が可能

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学病院 (100%) | **A群病院** | |
| 総合病院  (30%) |  | |  |
| 病院 (2%) |  | **B群病院** |

* + 1. **医療サービス質評価結果による補償方式**

o選択診療制を廃止して「医療サービスの質の評価結果に応じた補償」を通じて、病院の収益を保全してくれる案

o毎年健康保険総裁定義3％を「（仮称）健康保険医療サービスの質の向上支援金」として活用（※現在選択診療料の規模は、健康保険総裁定義約3％）

o健康保険公団の立場から

- 健康保険財政の一部を活用して、健康保険で提供される医療サービスの質の向上のために使用するという名分可能

- 健康保険レベルの改善効果が発生

- 医療機関との関係で評価者として参加可能

o問題

- 病院が評価に対して反発する可能性

- 新しい評価をもうすべきか？

- 評価指標の選択の難しさ

- 中小病院より大学病院に有利な方法

➪解決方法：病院に「評価方法」と「評価指標」を決定するようにする。

* + 1. **二つの方式に対する比較討論**

o健康保険の数が反映方式は「大学病院」と「中小病院」の両方にメリットが戻るものである。

- しかし、「評価補償方式」は、「大学病院」の恩恵が集中する可能性がある。「中小病院」支援策ではない

o「評価補償方式」は、全世界で普遍的に使用されており、選択診療制度が病院の立場から見ると、医療サービスの質の向上のためのincentiveだった主張を受け入れることができる利点がある

o 健康保険数価反映方式は '大学病院'と '中小病院' 皆に恩恵が当たるはずだ。

- しかし '評価補償方式'は '大学病院'に恩恵が集中される可能性ある。'中小病院' 支援方案ではなさ

o '評価補償方式'は全世界で普遍的に使っているし、選択診療制度が病院の立場で見る時は医療サービスの質向上のための incentiveだったという主張を受け入れることができる長所がある

4) 制度改善を取り囲んだ政策的環境の改変と期待効果

① 政策環境

o 政府立場で

- 現行選択診療制度をそのまま維持する場合費用が急速に増加して何害だけ経っても制度改善をしにくくなるはずだ。

- したがって選択診療を取り替えるとか規模を減らす方法を捜していた。それで選択診療医師割合で近付いているが効果がなし

- 福祉部は選択診療を統制区域中に入れたがるが、適当な道具を捜すことができなさ。

o 大学病院入場では

- 収益保全が一番重要な前堤だ。

- 苦情がしばしば発生する問題であり、道徳的に追われる問題なので代替方案があったら取り替えることを願う。

- ただし病院入場では選択診療収入をサムジお金式で任意的に楽に使って来たが、取り替えるようになれば不便になることが嫌。しかしこれはゼドゲソンウを反対する理由にならない。

(※ 2008年春監査者の監査結果ソウル大病院と忠北大病院は全体財政状況が赤字と言いながらも選択診療収入を病院財政に含ませなかったことが枝隙される。また選択診療収入をナイトクラブなど遊興業店で使ったことが摘発された.)

o 中小病院級

- 選択診療制が廃止される代わりに数価が引き上がるのを期待する

- しかし大学病院の嫌がる気色が見えて主張することができない形

② 期待効果

o 国民立場では健康保険保障数与えた改善、特に高額患者負担減衰率

o 苦情咳嗽 :病院と患者の信頼連携改善

o 病院には選択診療収益保全

o 中小病院にも恩恵が当たる方式可能

2.相対価値構造の改革

国民健康保険法第42条(療養給与費用の算定など)には療養給与費用に対する明示上定義や概念がない。法第39条(療養給与)の内容は療養機関で患者に対するすべての治療と投薬などの行為を療養給与とするからここに必要となる費用は療養給与費用でこの費用は公団の理事長と医薬系代表字間に年間単位で契約をするようになっている。ただし、法第42条第7項に契約の内容その他必要な事項は大統領令で定めると規定しておいて施行令第24条(契約の内容など)に "相対価値数価"という用語が登場している。

この相対価値数価に対する用語や東施行令に銘記したすべての事項が法条項になければならないと考えられる。相対価値は療養給与費用すなわち保険数価の下図だ。だから相対価値制数価契約区域に入って行かなくて法第4条による健康保険政策審議委員会の審議を経って保健福祉家族部長官が決めるようにするによって保険数価契約制はどんなに見れば虚構に過ぎない。数価当たり単価である換算指数のみを契約対象にするから医薬分業波動の時 1年に 3番(回)や数価を引き上げさせたが 2002年 4月に -2.9% 引き下げる時診察料数価をあげてくれてまたダウムヘに下って頻度多い数価の数価を低めるなど相対価値数価の最初の正当性が毀損されても医療界はどの団体一つそれに対する不当性に対立することができずにただ何 %にだけ泥んだことで映られた。2001年度に初診診察料の平日時間台以外の加算率を 50%が 30%に大幅に下向きされる時にもそのままあってしまったのだ。数価当たり単価の換算指数だけ契約対象で数価の下図と言える相対価値数価や各種加算率は保健福祉系統群部長官の固有圏した範疇に入って行くから必要の時にいつでも随時に引き下げることもできるから相対価値数価自体で療養給与費用契約対象にしなければならないし医療原価の変動があるとか数価相対間に価値が変動が生じれば適正な水準で調整する必要があってもそのまま捨ておくとか調整すれば過去のように数価項目間の不均衡数価来ることができるものと決まっているのだ。

したがって相対価値数価も一定期間すなわち最小限毎3年週期で再契約をするようにしなければならないしそうするためには健康保険審査評価院の相対価値数価研究団劣らず研究チームを医療界も常設化させなければならないことで見る。

そして韓国の相対価値数価制導入の時アメリカの相対価値数価制を研究して韓国のものにした制度とかごの制度が同じではないだけでなく保険数価構造や配列は 1977年に日本の数価表を引用して来たそのまま根本フレームは維持とあることを見る時日本の数価制に対しても研究して比較検討することも悪いだけはないことと見る。

1977年当時韓国の数価表も日本のように数価制を取り入れたが数価制に対するさまざまな問題点があって 1981年度に金額制に変えたし数価ゾゾングシごとに部門別調整と各行為別調整で維持して来た点を深度ありげに検討研究する必要もあるでしょう。

日本が 1943年 4月 1日日本の社会と歯科医社会の "医療報酬計算規定"に数価制を採用してその数価単価は医科 20戦、歯科10前に出発してから 1948.8.1 1点当たり単価をガブジ10円、乙支 9円にしてから 2ヶ月の後の 10月 1日にガブジ、乙支のように 10円で直したし 1951.12.1 1点当たり単価をガブジ 12円 50銭、乙支 11円 50前にしてから 1958.10.1 新店小切手にガブピョ、ウルピョ、歯科で設定して 1点当たり単価を 10円にした。以後 1点当たり単価は 10円で固定して毎年数価自体を調整して来ている。かごよりもっと古くて多くの経験と研究する専門家たちが多い日本の数価グァンリルを研究することも他山の石になることで見る。

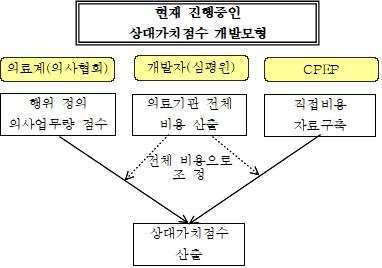
가.行為分類の改善

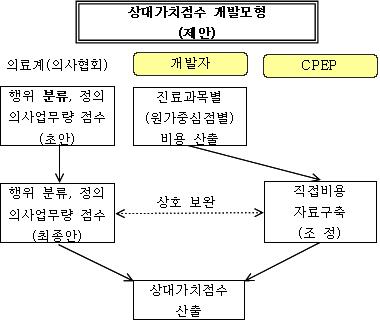
相対価値の開発に先立って妥当で適切な行為分類が要求される。この過程に関連学会の得心や保険財政が考慮されてはいけない(関連学会では行為の区分が細分化になるほどまたは別途の項目で分離するほど相対価値制数価有利라思うきらいがある)。行為分類の決定が関連学会と政府の間に直接交渉で成り立つ場合、他の項目分類との不公平性と医療界の全体立場を見逃す問題が発生する。したがって相対価値数価を扱う一元論とは別個で行為の給与可否と行為分類の適正性を審議・議決する一元論が必要だ。

나.相対価値数価開発エクタイプの改善方向

医療科目別または原価ピント別総医療費用の調査を完了してこれを根拠で直接医療費用資料構築作業を遂行することを提案する。もちろんこの調査は相対価値数価開発者と医療界の事前カンフェレンスと調査結果に対する承服を前提にする。医療費用相対価値数価開発のための会計調査研究(2005)では医療機関種別費用構造(人件費、材料費、管理費)だけ提示されただけ、医療科目別または原価ピント別総医療費用は調査されることができなかった。専門科目別臨床専門家パネル(CPEP)で構築した医療費用を医療機関全体の費用で対応させて医療費用を調整したら、専門科目別医療費用が不適切な原価に導出される可能性がある。したがって医療科目別(原価ピント別) あって行為の総費用と各行為の頻度を臨床専門家パネル(CPEP)に提示して、彼に対応する直接費用資料構築を要請すると適当な結果が導出されるでしょう。

また行為定義と直接費用資料構築は同時に進行されなければならない。行為の定義と直接費用資料は不可分の連携にある。特に行為定義の内容の中で医師の活動及び時間は直接費用資料構築でのビウィサインリョックの活動及び時間に対する資料と相互連関性を持っていて直接的な比較・検討・検証ができることで考えられる。このようなゲソンバングヒャングウを現在進行中の相対価値開発と比べると次項図のようだ。





다.相対価値数価妥当性と適用誠意向上方案

医師業務量の手術中業務量、事前、事後業務量に対する基準と標準画家必要であり、客観的な医師業務量相対価値数価の検証基準の開発も必要なことと考えられる。これと共に委任・管理業務などに対する医師業務量の評価基準用意も要求される。また医療機関別で相異なっている医学研修生、レジデント、ビウィサインリョックに対する委任の程度をどんなに医師業務量または医療費用に反映しなければならないことかも決めなければならないし、必要な場合標本医療機関の調査も成り立たなければならないでしょう。

加算料の水準策定と算定指針などの改善は相対価値数価の開発とともに成り立つのが望ましいだろう。保険財政の理由でまたは波及効果を憂慮してこれら問題の言及と調査・検証を回避することは望ましくない。特に算定指針などは医療の発展と国民(患者)の欲求水準の増大によって改善の余地が絶えず発生する位持続的な検討・改善が可能な制度的装置が必要だ。

라.相対価値の今後の見込み

その間健康保険給与行為の数価の水準や原価補償可否をさておいて、一部関連学会と団体を中心に相対価値数価の公平性問題が絶えず申し立てられて来た。したがってこれに対する改善の必要性はある。現在改訂告示されている相対価値数価に対して現行法では相対価値制数価医師業務量、医療費用、危険度に根拠しなければならないと明示されているが、必ずこれを分離して告示しなければならないという条項はない。それにもかかわらずもし研究の結果を根拠で三種類要素を分離して告示する場合まず開放型病院(オテンディング医師)や医療費支払い制度の変更のような医療制度全般に影響を与えることができる政策を念頭に置いていると判断することができる。

開放型病院は医療資源の効率的活用という側面で望ましいモデルであることに間違いないが、これはアメリカのように地域住民、地方自治体、宗教団体など非医療関計者が主軸になって公共病院を設立しながら自然に形成された制度であるだけ、韓国のように医院級・病院級医療機関で医科総合病院・大学病院で成長した民間病院主導のもとでは期待しにくい制度だ。もちろん医師を求めにくい一部病院でオテンディング医師を考えて見られるが、普遍的な医療制度で拡がるためには相対価値数価の分離外にも先行されなければならない条件が多い。

そして医師業務量を別に分離して告示したと言ってオテンディング医師と開放型病院間の収益配分の基準が明確になるのでもない。例えば 'オテンディング外科医師が入院した患者に内視鏡処方箋をして内科医師が内視鏡を遂行したら、内視鏡の医師業務量相対価値数価は誰に帰属されるか' の単純な問題から危険度数価帰属に至るまで複雑な場合が発生することができる。結局医師業務量相対価値数価だけで開放型病院の活性化に役に立つとかオテンディング医師との収益配分基準に活用されることができることとは思わない。

医師業務量を別に分離して告示した時推進可能な政策として医療費支払い制度の変更、言わば DRG 施行を予想することができる。医師業務量を含んだ資源消費量は診断名君別に縛りにくいが、医師業務量を除く場合診断名君別に資源消費量を縛ることはより易しくなる。現在行為別で単一金額で告示したことを医師業務量金額、医療費用金額、そして DRGによる金額で別に告示した後 "外来患者は行為別医師業務量費用と医療費用金額で請求するが、入院患者の場合行為別医師業務量費用とジンダンミ研究による DRG 金額で請求しなければならない"と言う手がかり条項で DRG 施行が可能になる。

すなわち、アメリカのようにオテンディング医師や開放型病院を前提にしなくても韓国でも行為別数仮題と DRGの併行が可能になるというのだ。医師は病院でボングジックウィでずっと勤めるはずであり、奉職意義給料は医師別医師業務量チォン構造ムで決めることもできなくてそんな必要もない[[26]](#footnote-26).したがって相対価値数価開発過程で一部で指摘している事項ら、すなわち医師業務量相対価値数価は総点の何 %にならなければならないか・または医療科目別一人当たり医師業務量相対価値チォン構造ムがいくらにならなければならないか・などは DRG 導入のみを前提に判断する時核心事案ではないことと考えられる。

마.数価水準

新規行為を含んだ非給与行為が給与項目で進入する時、相対価値数価は既存行為を比較の対象にするのではなく、必ず原価-場合によっては慣行数価-を根拠で数価を策定しなければならない。現在のように低数価の現実で新規給与行為全部既存の相対価値数価のフレーム中で通して合わせようとする場合、医療の歪みはもっと深くなるしかない。

一歩進んで医療歪み現象を解消するために政府は 「給与行為を書いても原価水準で償うこと」と 「保険財政負担による非給与行為(選択診療料など)を適正水準として給与化すること」に対して医療界、保険者、市民団体などが一括合議することができる詳細施行の中(ロードマップ)を提示しなければならないでしょう。

**研究者紹介**

이규식（イギュシック）

延世大学校公衆衛生行政科教授

健康福祉政策研究院院長

양명생（亮明生）

前保健福祉部釜山地方食品医薬品安全庁

前健康保険審査評価院常任理事

健康福祉政策研究院非常任研究委員

지영건（ジヤングゴン）

チァウィ科学大学校教授

予防医学専攻

**健康保険給与と数価制度の変遷過程及び問題点**

|  |
| --- |
| 2010年 2月 26日印刷  著者イギュシック、亮明生、ジヤングゴン  振出人イギュシック  発行先(社) 健康福祉政策研究院  (右) 137-070 ソウル特別市瑞草区瑞草洞 1543-11  腎盂ビル 801号  TEL :598-5562、FAX :598-5563  www.kihaw.org |

.

\* 後援会に対するガイダンスはホームページに収録されています。

1. もちろんこのゼドドルは医療保険制度導入以前からあった制度だが、保険制度が導入した以後にも持続したということは供給者の経営レジンと直結されたからだ。 [↑](#footnote-ref-1)
2. 当時セブランスでは教授、副教授、助教授の間の月給は相違があるのに同じ手術でもどんなに同一数価を受けるとハヌニャという論争があった。ここにセブランスではアメリカや日本で最新ススルギスルウを習得した主任教授級とその他教授の間に差別を置くという権威的発想で特進制度が実施されたという証言を最近リ・ゾンギを専行頂部院長から入った。患者要求という用語は保健社会部が脚色したのだ。 [↑](#footnote-ref-2)
3. 各規定は付録に収録しておいた。 [↑](#footnote-ref-3)
4. 最近保健福祉系統群部が指定診療制度の改善のための会議資料で指定診療制度の出発点を 1968年国立医療院で見たことは保健福祉部の句資料を土台に作成されたことであり、実際は文教部が 1963年もうソウル大学校附属病院を対象で実施していた。 [↑](#footnote-ref-4)
5. 1991.4.1 指定診療に関する規則制定当時助教授異常実地医家だけ指定医師にすることで下書きが用意されたが、内部論議プロセスで軍医官に服務した医師は軍に行かない同期生より教授任用が相対的に遅くなる不利益を受けるようになるという枝隙があって医師兔許取得の後 15年、実地医家資格取得の後 10年にする規定を作るようになった。 [↑](#footnote-ref-5)
6. 本人負担率を正確にわからないから国民医療費で占める功績財政の割合で本人負担率をおおよそ区分するしかない。公式的な国民医療費統計によると 2007年社会保険料の占める比重が 37%、租税からの輸入が 18%、合計 55%に推定されている。したがって保障性は 55%で見做すことができる。 [↑](#footnote-ref-6)
7. 日本では混合診療のパードン問題に対して総理室規制改革委員会はパードンしなければならないという勧告をしているが、厚生省は社会保険原理に当たらないという論理によって混合診療をパードンしていない。 [↑](#footnote-ref-7)
8. しかし 1970年代後反経済成長の黄金期(gold age)が終わって行く時点に権利としての診療に限界が現われ始めた。1970年代二度のオイルショックと引き継いだ stagflationによる経済の長期沈滞、人口の高齢化などで福祉負担が増加するによって福祉国家の危機が近づくようになった。これと共に New right 概念の登場で診療においても頂部のインターカレーションを減らして市場機能を通じて診療に対する問題点を解決しようと努力が試みされた。このような試みは Enthoven(1977) などのような学者たちによって医療分野でも競争を取り入れようという理論に代表されている。 [↑](#footnote-ref-8)
9. 1977年 7月に策定された数価水準については後に詳しく説明する。 [↑](#footnote-ref-9)
10. 1994年構成された '医療保障改革委員会'は数価と係わっても枝政策代案を用意した。一番目代案は行為別スがゼルを維持する状態で医療保険スがグゾルを改編することで具体的には相対価値と換算指数の概念導入及びスがスズンの現実化、医学及び医療技術の発展による数価項目と用語の適切な粉瘤などを内容にした。この作業のために 1995年 7月 '医療保険数値構造改編協議会'を構成と延世大学校予防医学教室にサングデがチ研究ルを依頼した。他の一つ代案は行為別スがゼルを DRG 支払い制度に変えるのだ。このために 1995年 1月 'DRG 支払い制も導入検討委員会'を構成したし 1995年 7月 2次導入検討協議会で一部普遍的な疾病群に対して DRG 支払い制度を導入を決めたし 1997年初に 1次試験事業を施行した。 [↑](#footnote-ref-10)
11. ヘルスサービス法施行令第24条 ②療養給与のサングデがチゾムスは療養給与に必要となる時間・努力など業務量、人力・施設・装備など資源の羊と療養給与の危険度を考慮して山頂した療養給与の価値を各項目の間に相対的点数で現わしたことで ....(以下省略) [↑](#footnote-ref-11)
12. 一部行為の点数は研究されたサングデがチゾムスルを根拠で一部調整したが、行為全般にわたって法に根拠した相対価値を反映したと思うことはできない。 [↑](#footnote-ref-12)
13. ヘルスサービス給与行為の数価水準と言う点数当たり単価の問題としてサングデがチゾムスとは無関係だという意見を現わす人がいるが、2001年に相対価値スタート当時保健福祉部告示は研究結果を土台で点数当たり単価は原価水準で(55.4ウォン/点)にするがゴシゾムスルを原価(研究)水準より低く策定した。 [↑](#footnote-ref-13)
14. 医療保険制度が導入した以後医薬分業を実施するために木浦市で 1984年 5月医薬分業試験事業を実施したがさまざまな乳離れで病院で十分なレシピーを発行しなくて試験事業は失敗で終わってしまった。 [↑](#footnote-ref-14)
15. 通常的にメディカルサービスの生産費基質を見れば人件費の比重が 40% 前後になる(韓国保健産業振興院、医療機関経営糞石報告で).ところで医療保険数価の基質を保険制度導入初期には技術料:材料代の割合を 65.4:34.6で見て人件費を 65%で見做す。 [↑](#footnote-ref-15)
16. この部分は金一天、健康保険医ねかしと終焉、2009で抜粋要約した。 [↑](#footnote-ref-16)
17. この部分も金一天、健康保険医ねかしと終焉、2009で抜粋要約した。 [↑](#footnote-ref-17)
18. 当時の数価水準は慣行数価の 55%だったが、医療機関種別、地域別加算率を勘案する時慣行数価の 75% 位になるということが保健社会部長官(シンヒョンファック)の国会返事だった。 [↑](#footnote-ref-18)
19. もし公務員を 1979年に保険に適用しないで 1989年 7月に一番最後に適用させたら当たり前指定制は導入しなかった可能性が高かったはずだ。 [↑](#footnote-ref-19)
20. 我が国で論議されている営利病院制度は論理的に問題がある。営利病院になれば健康保険医当たり前指定から脱しなければならないのに、当たり前指定制を固守しながら営利病院をパードンするというのは非常に矛盾した政策だ。健康保険数価が統制されて診療内訳が審査にあう現実でどんなに診療供給を通じて利潤私をのかが疑問であり、当たり前指定制で営利病院をすると出る投資者が出るかも疑問視になる。 [↑](#footnote-ref-20)
21. ゴンガングボホムシムサピ研究がワンのサングデがチスが研究ティムでビグブヨソビスは原価より価格が高くて、給与サービスは原価に比べて価格が低いという研究結果を発表したことをもう説明した。 [↑](#footnote-ref-21)
22. 前でもう説明したところのように当時保健社会部シンヒョンファック長官は国会で慣行数価の 75% スズンウと解き明かしたし、当時診療係は慣行数がより 45% 異常下向き調整された結果と主張していた(亮明生、1994). [↑](#footnote-ref-22)
23. 前の <表 5-13>を見れば、1997年までヘルスサービス数価引上げ率が消費者物価引上げ率より低かった。 [↑](#footnote-ref-23)
24. 2007年国民医療費の中公共財政の比重は 55%(租税 18%、社会保険料 37%)で保障性が底さが分かるようにする。 [↑](#footnote-ref-24)
25. この方案は健康世の中ネットワークのギムチァングボ博士が提案した内容 [↑](#footnote-ref-25)
26. 病院-特に中小規模の一般病院-で特定専門科目医師を雇う理由がその医師が直接誘発した利益に限らない場合が多い。例えば適時の手術のために麻酔医師の常勤が必要だったら麻酔件数が少なくても-麻酔収入が麻酔医師の人件費より少ないとしても-麻酔医師を雇わなければならない。影像センター医師が直接行った行為量が多くないとしても、彼を通じて他の科目の患者脱落歯に役に立ったら影像センターを開設して影像ージセンター医師を雇うようになる。その外他の一般臨床科目の中でも個別医師が直接遂行する行為よりは他の診療科目とのヒョブジンや協力効果(synergic effect)のために特定診療科目に対する専属医師を置く場合をよく見られる。そして医師の人件費はウィサインリョックの市場(market)で形成された診療科目別雇用医師の賃金水準にタルンミョ、雇用医師の賃金水準は診療科目別医師受給と開院による機会所得が直接的に影響を受ける。 [↑](#footnote-ref-26)