

3대 비급여 개선 방안



손영래 과장
보건복지부 보험급여과

1. 들어가며

보건복지부는 지난 2월 11일 대통령 업무보고에서 '3대 비급여 개선안'을 보고하고 그 내용을 공개하였다. 우선, 선택진료에 대해서는 전액 비급여인 현재의 선택진료제는 폐지한다는 원칙 하에, 선택진료비용과 선택의사를 단계적으로 감축하고 남은 선택의사에 대해서는 건강보험의 인력가산제도로 전환한다는 것이다.

그리고 상급병실에 대해서는 4인실까지 건강보험을 적용하고 상급종합병원에 대해서는 일반병상 기준을 70%로 확대하여, 건강보험이 적용되는 일반병상을 확충하고 한국의 병상 환경을 4인실 중심으로 전환하게 된다. 또한, 간병비에 대해서는 간호사와 간호보조인력에 의한 팀별 간호·간병서비스체계를 구축한다는 원칙 하에 지방의 중소병원부터 시작해서 전국으로 건강보험 적용을 확대할 계획이다.

3대 비급여는 중증환자의 의료비 부담의 큰 원인이기도 하지만, 의료전달체계와 건강보험 보상구조의 왜곡에 따른 문제도 복잡하게 얽혀있어 올바른 해결방안을 모색하기가 쉽지 않은 난제이다. 단순히 의료비의 문제가 아니라 한국 보건의료체계의 여러 문제점들이 집약되어 있는 복합적인 문제인 셈이다. 이런 이유 때문에 3대 비급여에 대한 사회적 논의와 정책 대안 검토는 정체되거나 미흡한 측면이 있었다.

이러한 상황에서 정부가 3대 비급여에 대한 전면적인 개선계획을 수립하고, 제도적 개혁에 착수하는 현재의 변화는 한국 보건의료체계에 있어 중요한 역사적 분기점이 될 것이라 예

상된다. 보건복지부는 금번 3대 비급여의 개선을 통해서 국민의 의료비 부담 완화는 물론, 좀더 정상적이고 질적으로 우수한 국가 보건의료체계로의 개선을 목표로 하고 있다. 이러한 방향을 이해하기 위해서는 3대 비급여의 문제구조를 좀더 세밀하게 검토할 필요가 있다.

2. 3대 비급여의 현황 및 문제점

선택진료제는 환자의 의사 선택에 따라 별도의 의료비 부과를 허용하는 제도이다. 현행 제도는 전문의 취득 10년 이상인 의사 중 병원별로 80%까지 지정 가능하고, 이들 의사에 대해서는 8개 항목의 의료비에 대하여 건강보험 급여비용의 20-100%까지 비급여 비용을 받을 수 있다.

표 1. 선택진료 부과항목 및 부과비율

부과항목	검사	영상진단	마취	진찰	의학관리	정신요법	처치·수술	침·구·부항
부과비율	50% 이내	25% 이내	100% 이내	55% 이내	20% 이내	50% 이내	100% 이내	100% 이내

표 2. 의료기관 종별 선택진료 운영 현황

(단위: 개소, 명, 억원)

구분	의료기관			의사수				규모	
	전체	선택진료 운영		진료 의사수	자격 의사수	선택진료 의사수		금액	비중
			%				%		
전체	2,174	370	17.0	34,330	13,403	9,878	73.7	13,170	100.0
상급종합	43	43	100.0	20,050	7,197	5,697	79.2	9,288	70.5
종합병원	280	116	41.4	10,999	4,891	3,388	69.3	3,258	24.7
병원 ¹	1,437	175	12.2	1,692	807	424	52.5	556	4.2
기타 ²	414	36	8.7	1,589	508	369	72.6	68.01	0.5

주 1. 요양병원은 제외하였다.

주 2. 치과병원과 한방병원을 포함한다.

선택진료의사는 의료기관 종별과 규모에 따라 편차를 보이는데, 상급종합병원은 지정 기준인 80%에 가까운 79.2%의 지정률을 보이는 반면, 병원은 52.5%만 지정하고 있는 중이다. 선택진료비 규모는 2012년 기준으로 연간 1조3,170억원으로 추계되고 있다. 이는 의료기관 총 진료수입의 6.5%에 해당하는 규모이며, 비급여 비용 중 12.5%에 해당하는 규모로 분석된다.

상급병실료는 기본입원료만 부과가능 한 일반병상을 50%이상 확보하고, 남은 병상 중 1-5인실에 대하여 상급병실료를 추가로 부과할 수 있는 제도이다. 상급병실도 의료기관의 종별 및 규모에 따라 다양한 편차를 보이고 있어, 전체 의료기관 평균으로 일반병상은 74% 이나 상급종합병원은 65%에 불과하고 상위 5개 병원은 59%에 불과하다.

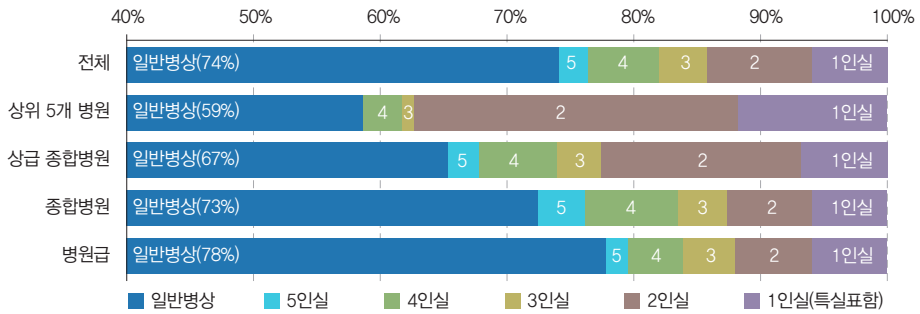


그림 1. 종별·인실별 병상 보유율 현황

상급병실료의 가격도 다양한 편차를 가지고 있어, 동일한 2인실의 경우에도 상위 5개 병원은 16만4천원인 반면 병원급은 5만5천원으로 조사되고 있다.

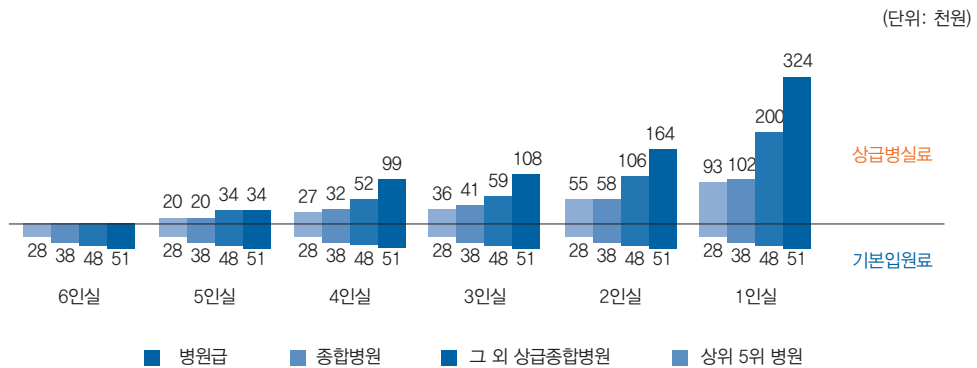


그림 2. 종별·인실별 상급병실료 평균 금액

상급병실료의 규모는 12년 기준으로 1조147억원으로 추정되며, 의료기관 총 진료수입의 4.2%, 비급여의 9.6%에 해당하는 것으로 분석된다.

간병의 경우, 우리나라는 간병을 제도적으로 지원하지 않기 때문에 가족 또는 간병인 고용 등 환자들이 사적으로 간병문제를 해결하고 있다. 지난 12년을 기준으로 살펴보면, 간병인 고용에 연 2조원을 부담하는 것으로 조사되고 있으며, 가족 간병을 포함할 경우 비용 부담은 더 클 것으로 예상된다.

표 3. 사적 간병 이용 실태

(단위: %)

구분	상급종합병원	종합병원	병원
합계	72.0	49.7	51.1
간병인 고용	15.1	14.2	23.8
보호자 간병	56.9	35.5	27.3

이러한 3대 비급여로 인해 국민들에게 야기되는 직접적인 문제는 2가지이다. 첫째, 환자들에게 상당한 의료비 부담을 야기하여 건강보험의 보장성을 약화시키고 의료비로 인한 가계 파탄의 원인으로 작용한다는 것이다. 특히 건강보험이 적용되지 않는 비급여로 운용되고 있기 때문에 현황 파악조차 어렵고, 건강보험 급여권의 증가율보다 더 빠르게 증가되고 있어 비급여 의료비의 주요한 증가원인으로 손꼽히고 있다.

표 4. 건강보험 및 3대 비급여 주요 현황

(단위: 조원)

총계	2012년 건강보험		2012년 비급여(100% 본인부담)				제외
	보험자 부담금	법정 본인부담 ①	소계 ②	의학적 비급여	선택진료 ③	상급병실 ④	간병 ⑤
58,1	36,1	11,7	10,4	8,1	1,3	1,0	2,0
100% -	62.0% -	20.1% -	17.9% (100%)	- (77.9%)	- (12.5%)	- (9.6%)	α

주. 전체 본인부담 중 3대 비급여 비중(약 18%)의 산출 근거는 (③+④+⑤)/(①+②+⑤)이다.

자료 1. 선택진료비·상급병실료 - 2012년도 3대 비급여 실태조사 결과(공단)

2. 기타(보험자부담금 등) - 2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사 결과(공단)

※ 자료해석시 유의사항 : 3대 비급여 규모에 대한 혼선 방지를 위해 두 자료를 혼합해 놓은 바, '총계' 또는 '보험자부담금 비율' 등의 수치는 자료 2.의 진료비 실태조사와 다소 차이가 있을 수 있다.

또한 상급병원으로 갈수록 부담수준이 높아져, 중증질환을 앓고 있는 개별 환자 입장에서는 더욱 높은 부담을 초래하고 중증질환 보장성 약화의 주요원인으로 작용하고 있다. 일례로 간병을 제외한 비급여에서 차지하는 선택진료비와 상급병실료 비중은 병원 12%, 종합병원 38%, 상급종합병원 45%으로 증가한다.

둘째, 환자들에게 원치 않는 이용이 강제되기에 불합리한 이용구조를 가지고 있다는 점이다. 특히 선택진료의 경우, 선택의사가 너무 많기 때문에 선택진료를 이용하지 않는 것이 매우 어렵다. 선택의사 지정률은 상급종합 79%, 종합병원 69%, 병원 53%로, 상급종합병원에 가는 경우 대부분의 환자들은 선택진료를 강제당하는 상황에 처한다. 이러한 경향은 선택진료를 이용하는 환자 비중을 볼 때 간접적으로 추론할 수 있는데, 상급종합병원 환자의 84%

가 선택진료를 이용하고 있고 상위 5개 병원의 경우 94%가 이용하고 있다.

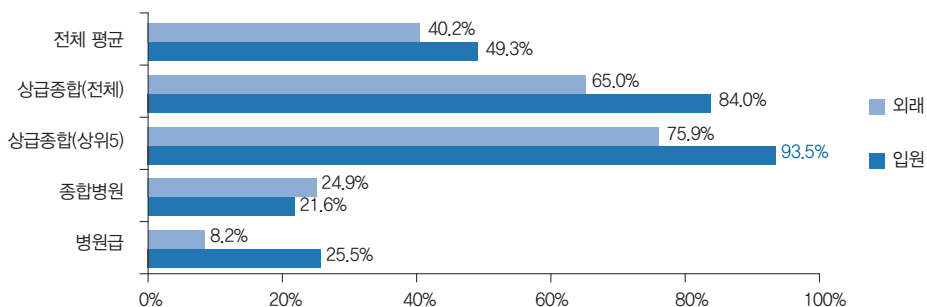


그림 3. 선택진료 이용 환자 비율

상급병실의 경우에도 유사한 문제구조가 있어, 일반병상의 부족으로 인해 원치 않는 상급병실 입원이 강제된다. 2012년 실태조사 결과, 원치 않는 상급병실 이용을 경험하는 환자는 평균 60%로 조사되며, 상위 5개 병원의 경우 84%에 달하는 것으로 나타나고 있다. 다만, 간병의 경우에는 제도적인 지원은 없고 환자들이 사적으로 간병문제를 해결해야 하기에 경제적 부담이 커지고, 간병인 서비스의 질에 대해서도 신뢰하기 어려운 문제를 가지고 있다.

이상에서 설명한 바와 같이 3대 비급여는 ‘환자들의 의료비 부담’과 ‘원치 않는 이용 강제’라는 문제점을 가지고 있어 개선이 필요하다. 그러나 3대 비급여는 우리나라 보건의료체계의 구조적 문제에 따른 산물로서, 보건의료체계의 왜곡을 완화하는 긍정적인 역할들도 수행하고 있다. 따라서 3대 비급여의 개선에 있어서는 이러한 역할에 대하여 고려할 필요가 있으며, 이를 간과한다면 국가 보건의료체계의 또 다른 왜곡과 문제 심화를 야기할 수 있다.

3. 국가 보건의료체계와 3대 비급여의 상관관계 및 고려사항

우선적으로 고려할 부분은 3대 비급여는 급여보다 비급여 중심의 수익이 중시되는 의료비 보상구조의 왜곡을 대표하는 현상이며, 건강보험 급여권의 낮은 수익률을 보충하는 성격을 지니고 있다는 점이다. 건강보험 보상수준의 적정성, 이른바 수가가 낮다 높다라는 논쟁에 대해서는 여러 주장과 다양한 연구결과가 제시되고 있는 만큼 이 지면에서 어떻게 결론을 제시하지는 않겠다.

그러나 여러 연구에서 공통적으로 도출되는 결과는 건강보험 급여권의 보상수준은 낮고 비급여권의 보상수준이 높아 비급여를 통해 급여의 낮은 수익률을 보충하고 있다는 점이다. 이러한 수익구조는 비급여 중심의 의료제공이라는 왜곡된 공급행태를 야기하며, 이는 결국

환자들의 의료비 부담과 비정상적인 의료 발전으로 이어지고 있어 시급한 개선이 필요한 중요한 문제이다.

이의 해소를 위한 이상적인 개선방향은 비급여권을 축소하여 급여권으로 이전하는 한편, 급여권의 보상 수준을 상향화하는 양방향의 개선을 동시에 추진하는 것이다. 이러한 개선 방향에 대해서 국가 보건의료의 주요한 이해관계자들도 모두 공감하고 있을 것이나, 실행에 있어서는 상호 신뢰의 부족이 가장 큰 요인으로 작용하여 이러한 개선이 시도되지 못하고 있는 실정이다.

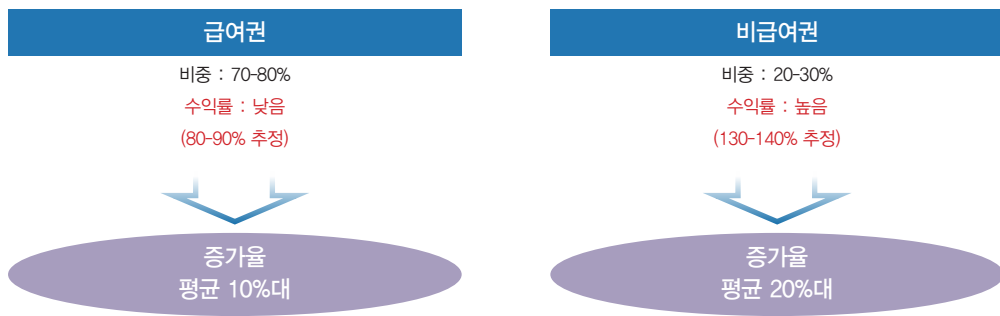


그림 4. 우리나라 의료체계의 수익구조 개요도

3대 비급여는 이러한 문제를 대표하는 현상이며, 따라서 개선방향을 검토할 때 비급여의 축소와 함께 급여권 수익구조 강화를 병행하여 정상적인 의료수익구조로 이행하는 방안을 모색할 필요가 있다. 이렇듯 급여권의 의료 수익구조 개선을 검토할 때 추가로 고려할 부분이 있다. 바로 급여권 의료수익구조의 불균형 문제이다.

현재 급여권의 의료수익구조는 수가체계의 불균형으로 인해 몇 가지 중요한 왜곡이 존재하고 있다. 상대가치 개편을 위해 2012년 한국보건사회연구원과 건강보험심평원이 급여권 의료수익구조를 연구한 결과 급여권의 평균적인 원가보존율은 85-89%이며, 비급여를 합산한 결과 105-106%의 의료수익을 나타내는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 위에서 기술한 바와 같이 비급여 중심의 의료수익구조를 다시 한번 반증하는 결과이다. 이에 더해 문제는 급여권의 수익구조도 심각한 불균형을 가지고 있다는 점이다.

급여권의 의료수익구조를 유형별로 분석할 때 진찰료, 입원료 등 ‘기본진료료’의 원가보존율은 상당히 낮고 이외의 의료행위 전반은 어느 정도 보상되는 구조를 가지고 있다. 다시 말해, 진찰과 입원 같은 기본적 의료행위로는 충분한 보상이 되지 않고 여러 의료행위를 추가해야만 의료수익 측면에서 유리하다는 것이다. 또한 의료행위 전반도 5개 유형으로 분석

하면, 수술, 처치, 기능검사 등 유형의 원가보상은 상당히 낮고, 영상, 진단 등 검사 부문은 과도하게 보상이 되는 결과가 나타난다. 전반적으로 인적 가치가 강한 유형은 보상 수준이 낮은 반면, 장비, 재료 등 물적 가치가 높은 유형은 보상 수준이 높은 불균형을 보유하고 있는 것이다.

이러한 결과는 현재의 의료공급행태에 있어 왜곡 가능성을 제시한다. 기본진료보다 의료행위를 많이 할수록, 그리고 의료행위에 있어서도 수술, 처치보다 검사를 많이 할수록 의료수익구조는 개선되며, 사람을 통한 의료행위보다 장비와 재료를 통한 의료행위일수록 더욱 수익이 높다. 여러 국제 비교를 통해 우리 의료체계에 있어 과잉공급의 가능성이 제기되는 부분들과 정합하는 결과인 셈이다. 따라서 3대 비급여 개선을 위해 급여권 수익구조를 개선할 때 이러한 불균형을 해소하는 방향으로 추진되어야, 좀더 정상적인 의료공급행태를 강화하는 효과를 달성할 수 있다.

또 다른 3대 비급여의 긍정적인 역할은 의료서비스의 질적 수준과 관련이 있다. 3대 비급여로 인한 수익구조가 우리 의료체계의 질적 발전에 일정 정도 기여하는 측면이 있다는 점이다. 3대 비급여는 전액 비급여로 운영되고 있어, 가격과 규모에 있어서 시장기전에 의한 양상을 보이고 있다. 종별로는 상급종합병원으로 갈수록 가격과 규모가 커지고 있으며, 상급종합병원 내에서도 상위 5개 병원이 훨씬 더 큰 규모를 보이는 등 편차가 크다. 이러한 의료수익구조는 중증환자에게는 심대한 의료비 부담을 야기하는 심각한 문제가 있으나, 다른 한편으로 본다면 의료기관이 의료의 질적 발전을 추구하기 위한 투자를 위한 수익을 보장한다는 측면이 있다.

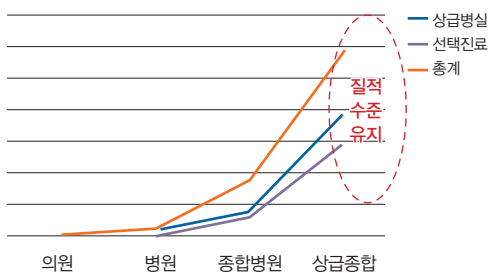


그림 5. 현행 수익구조

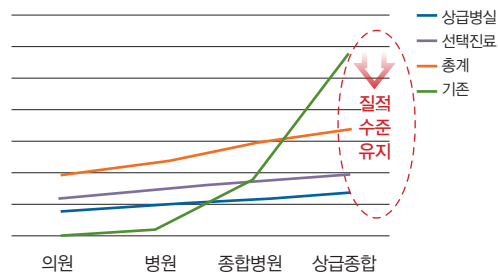


그림 6. 균등한 보상시 수익구조

특히 우리나라의 의료서비스가 발전되는 경로는 모든 종별의 의료기관이 균등한 발전양상을 보이며 향상되는 구조라기보다 상위 병원들이 고도의 의료서비스 발전을 선제적으로 추구하고 이러한 결과가 하부의 기관으로 확산되는 구조에 가깝다. 그렇기 때문에 3대 비급여

여로 인한 수익이 의료서비스 질 향상에 중요한 역할을 수행하고 있으며, 개선과정에 있어서도 의료서비스의 질적 수준이 저하되지 않도록 주의할 필요가 있다. 무엇보다도 3대 비급여의 개선과정에 있어서 의료기관 종별과 기관별 수익구조를 무시하고, 모든 의료기관에 균등한 보상을 추진할 경우 아래 그림과 같이 보상의 공정성은 저하되고 의료의 질적 수준이 하향평준화되는 결과가 나타날 수 있다.

마지막 고려사항은 3대 비급여가 의료전달체계에 있어 일정한 역할을 수행하고 있으며, 이를 해소할 경우 전달체계 왜곡이 심화될 우려가 있다는 점이다. 선택진료비, 상급병실료는 시장 기전에 의해 상위 병원에 대한 일종의 가격 장벽으로 작동하며, 상급병원의 수요를 억제하는 역할을 가지고 있다. 이러한 가격 장벽을 해소할 경우 상급병원으로의 환자쏠림이 심화될 것이다. 수도권, 대형병원 중심으로 환자들은 더욱 많이 집중되고 이로 인한 여러 문제점이 악화되는 것이다. 특히 상위 4-5개 병원의 병상가동률과 시간당 외래환자 진료료가 더 이상 오르기 힘든 수준임을 감안할 때 이러한 환자 집중은 이들 최상위병원에서의 대기 시간 장기화로 나타날 가능성이 크며, 이를 제외한 상급종합병원 전반에서 환자집중이 심화될 우려가 크다. 따라서 이러한 문제를 완화할 수 있는 전달체계 개선방안을 적극적으로 검토하고 병행할 필요가 있다.

4. 3대 비급여 제도 개선방향

3대 비급여 제도 개선의 기본방향은 다음과 같이 설정하였다.

- ① 환자부담 완화를 최우선으로 하고, 건강보험 재정 수준 등을 고려하여 단계적으로 추진한다.
- ② 4대 중증질환에 한정하지 않고 전체 질환에 적용한다.
- ③ 의료기관의 손실은 전액 보전하되 의료서비스의 질적 제고가 도모되는 방향으로 건강보험 급여체계를 설계한다.
- ④ 수도권 대형병원 환자쏠림 심화 방지를 위한 제도개선을 병행한다.

이러한 원칙 하에 개별 과제의 개선방향은 다음과 같이 수립하였다.

가. 선택진료제 개선방안

선택진료제 개선의 기본방향은 선택진료제를 단계적으로 축소하고, 축소된 선택진료의 시는 건강보험 급여체제로 편입시켜 현행 비급여 방식의 선택진료제는 폐지하고 건강보험의 새로운 인력가산제도로 전환한다는 것이다. 선택진료제 개선의 기본적인 개요도는 다음과 같다.

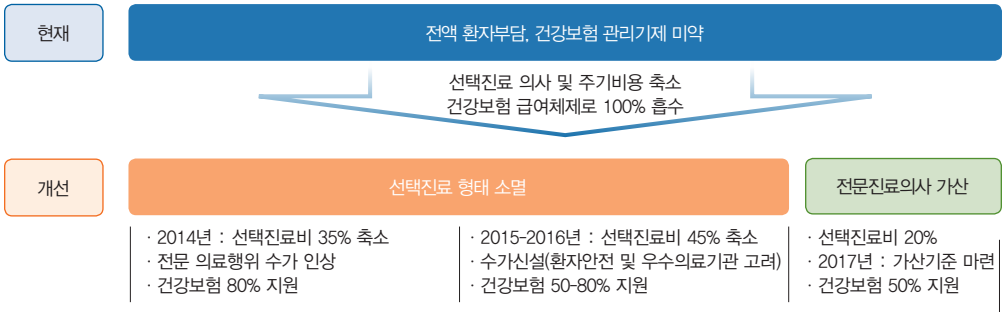


그림 7. 선택진료제 개선 방안

선택진료의 단계적 축소 및 제도 전환은 다음과 같이 실시될 예정이다.

- 전액 환자부담인 선택진료 폐지 및 전문진료의사 가산방식으로 전환
- (선택진료 축소) 선택의사 및 추가비용을 매년 단계적으로 축소하여 환자부담 경감 및 원치않는 이용 완화 (2014-2016년)
 - (추가비용) 선택의사 추가비용을 현재의 65% 수준으로 축소(2014년)
 - 현행 진료항목별 20-100% 가산 → 15-50%만 가산토록 조정

	검사	영상	마취	진찰	의학관리	정신	처치·수술	침·구·부항
현행	50%	25%	100%	55%	20%	50%	100%	100%
변경	30%	15%	50%	45%	15%	30%	50%	50%

* 진료항목별 특성을 고려하여 추가비용 부과를 감소폭 조정(평균 35%)

- (선택의사) 병원별 80% → 진료과별 30%로 대폭 축소(2015-2016년)
 - * (운영방식 예시) 3명이상부터 3명 당 1명 : 10년 이상 전문의가 1-2명인 진료과는 선택의사 0명, 3-5명인 경우 선택의사 1명 이내로 지정 가능
- (선택진료 폐지) 대폭 축소된 선택의사에 대하여 ‘(가칭) 전문진료의사 가산’의 새로운 방식으로 건강보험 적용, 체계적 관리 (2017년)
 - (투명성 강화) 선택의사 기준 마련* 및 정보 제공 강화
 - * 의사의 전문성, 환자의 병원선택 기준, 진료과의 의사수 등을 고려한 기준 마련

이러한 방식으로 선택진료를 단계적으로 감축하는 경우 연도별로 줄어드는 선택진료비의 총액 규모와 선택진료의사수의 변동은 다음과 같을 것으로 분석되고 있다.

표 5. 연도별 선택진료비의 축소·전환 규모

구분	2014년	2015년	2016년	2017년
선택진료비 규모(현행 대비)	65%	50%	20%	20%
추가비용 부과를 축소규모	35%	-	-	(가칭)전문진료의사 가산
선택의사 지정률(진료과별)	-	65%	30%	

표 6. 선택진료의사 변동 예측

구분		2013년 현재	2015년	2016년
전체 선택의사수		9,900여명	7,700여명	3,300여명
상급 종합 병원	선택의사수	5,700여명	4,400여명	2,000여명
	자격의사 ¹ 대비	79%	61%	28%
	진료의사 ² 대비	29%	22%	10%

주 1. 2013년 기준, 상급종합병원의 선택진료 자격의사는 7,200명, 진료의사 일반은 20,000명이다.
 주 2. 2013년 조사 인력 기준 시뮬레이션 결과이므로 변동과정에 대한 오차가 존재한다.

한편, 2014년부터 2016년까지 3년간 선택진료제의 부과비용 및 의사수를 감축함에 따라 의료기관은 선택진료제 수입이 80% 가까이 감소되는 결과가 야기되며, 이 규모는 대략 1조 1천억을 약간 상회할 것으로 예상된다. 이 손실비용에 대해서는 건강보험 급여체계를 개편하여 전액을 보장하되, 단순 손실보전이 아니라 우리 보건의료체계의 고질적인 문제점들을 해소하고 의료서비스의 질적 수준을 제고하는 방향으로 추진할 예정이다.

표 7. 선택진료제의 축소 및 전환에 따른 건강보험 급여체계 개선방안

연도	건강보험 적용 방안	총규모
2014년	① 고도 전문적 수술·처치·기능검사 등의 수가 인상 - (필요성) 상대적으로 저평가된 고도 수술 등 수가를 현실화하여, 전문의료가 발전할 수 있는 환경 조성 - (방안) 상급종합병원에서 자주 발생하는 수술·처치·기능검사 등 고도 의료행위의 수가 인상 ② 고도 중증환자 의료서비스 향상을 위한 수가 조정 - (필요성) 중증환자에게 질적으로 우수한 의료 제공을 위한 새로운 의료수가 신설 및 조정 - (방안) 암질환대상 공동진료수가(상급종합병원 한정), 입원중 협력진료, 가정간호 및 수혈관리 등 분야	5,100여억원 고도 전문의료, 중증환자 진료 발전 도모
2015-2016년	③ 환자의 감염 및 안전관리 강화를 위한 수가 조정 - (필요성) 감염관리 등 환자 안전(Safety)을 보다 강화할 수 있도록 감염·안전관리 관련 수가 체계 마련 - (방안) 소독·무균주사 등 감염관련 수가 인상 및 낙상방지·의료과오예방 등 환자 안전을 위한 별도의 수가체계 마련 ④ 우수한 의료기관에 대한 기관별 수가('의료질향상분담금')신설 - (필요성) 양질의 의료 서비스를 제공하는 우수한 의료기관을 이용하는 데 따른 선택 비용을 건강보험체계 내에 제도화 - (방안) 공공성, 의학연구, 교육·수련, 중증질환 진료 등 의료기관의 우수성을 나타낼 수 있는 지표를 발굴하고 이를 토대로 수가 적용(본인부담 50%) ⑤ 진료협력병원간 협력진료 수가 신설 - (필요성) 상급병원·중소병원이 자기역할에 맞는 환자를 진료하고 환자의뢰·회송 등 진료협력을 강화 - (방안) 회송시 정보제공 및 회송 노력에 대해 수가 보상 강화	6,600여억원 환자안전 및 의료 공공성 등 의료 질 향상 견인
2017년	⑥ '(가칭) 전문진료의사 가산' 방식으로 건강보험 적용 - (필요성) 양질의 진료 및 의료기술 발전을 위한 의사들의 노력을 유도하고, 국민의 의사 선택권을 보호 - (방안) 의사의 전문성, 환자의 병원선택 기준, 진료과의 의사수 등을 고려한 의사기준 마련, 진료비에 대해 가산 적용(본인부담 50%)	3,600여억원 우수 의료기술 발전 지원

주요한 방향은 ①고도의 수술, 처치 부문과 입원중 협력진료 등 중증환자에 대한 전문의료 분야의 수가 보상을 현실화하고, ②환자 안전(safety) 등 환자 중심의 의료서비스 제공을 위한 수가체계를 강화하고, ③올바른 의료기관 종별 기능과 의료전달체계의 강화를 위한 병원별 수가와 진료협력수가 등 수가보상체계를 도입하는 방향이며, 세부적인 내용은 다음 표와 같다. 또한, 이러한 보상기전은 의료의 질적 하향평준화를 방지하고 보상의 공정성을 위하여 의료기관 종별로 손실이 발생하지 않도록 종별 손실규모에 맞게 조정할 예정으로, 후속과정에서 지속적인 모니터링과 섬세한 조정이 실시될 예정이다.

이상의 건강보험 보상체계를 요약하자면, 비급여 방식의 시장 자율에 의한 선택진료제는 폐지하되 ①20%는 우수한 의사에 대한 가산체계(전문진료의사 가산)로 흡수하고, ②30%는 의료기관별 수가(의료질향상분담금)를 만들어 의료기관 선택에 따른 가산체계를 도입하고, ③50%는 상대적으로 건강보험의 보상수준이 약한 수술·처치, 협진 등 전문의료, 환자 안전, 의료기관간 진료협력 등의 수가를 개선함으로써 수가 불균형을 완화하고 양질의 의료서비스가 제공되는 의료 환경을 조성한다는 것이다.

특히 2015년에 신설되는 의료기관별 수가(의료질향상분담금)는 의료기관의 우수성에 따라 차등적으로 환자와 건강보험이 부담하는 병원별 수가로서 새로운 개념의 수가체계이다. 이러한 수가는 환자의 의료이용과정에서 의사 선택 이외에 병원의 선택이 중요한 선택 준거가 되고 있다는 현실을 반영한 수가체계이며, 의료기관의 어떠한 측면을 수가 산정과 차등의 평가요소로 설계할 것인가에 따라 다양한 정책효과를 나타낼 수 있는 특성이 있다. 진료의 우수성 이외에도 환자 중증도, 연구개발노력, 교육수련기능 등 바람직한 의료기관의 종별 기능을 반영하는 방안과 공공성 등 사회적인 척도를 반영하는 방안 등이 검토되고 있으며, 향후 의료계와 공동연구를 통해 실행방안을 모색할 예정이다.

또한 2017년에 전환될 진료과별 30% 수준의 전문진료의사 가산제도도 중요한 가치가 있다. 환자의 의료 선택이 병원 선택 이외에 의사에 대해서도 중요하게 이루어지고 있는 현실의 반영과, 의료인의 자기 발전을 위한 동기 제공과 역량 강화노력을 유도하기 위해 도입되는 보상체계이며, 정교하게 설계된다면 우수한 의료인의 올바른 역량강화 모델을 제시하고 환자 중심의 의료 환경을 조성하는 데 크게 기여할 수 있을 것이다.

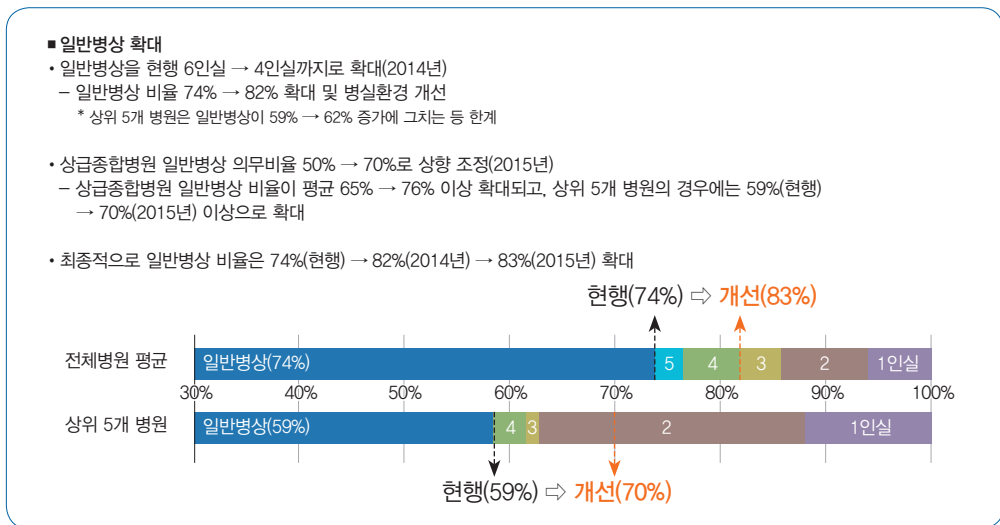
이상의 건강보험 보상체계는 중증화된 다양한 정책적 목적을 동시에 달성하기 위한 일종의 복합정책의 형태로 설계되어 있으며, 원활히 추진될 경우 우리 보건의료체계가 좀더 정상적이고 한단계 발전할 수 있는 중요한 계기가 될 것이다.

선택진료제의 개선이 완료될 경우 환자의 의사 선택권한은 강화되고 의료비 부담은 크게 감소한다. 예를 들어, 종전에 300만원의 선택진료비가 발생하던 환자의 경우 2014년에

는 선택진료비가 200만원으로 감소하게 되며, 2015-2016년에는 비선택의사가 크게 증가하여(진료과별 2/3 수준) 선택진료 자체가 불필요하게 된다. 이 환자가 종전처럼 선택진료를 계속 이용하더라도 2017년에는 건강보험이 50% 적용되게 되어 100만원 수준으로 의료비는 감소하게 된다.

나. 상급병실료 개선방안

상급병실료 개선의 기본방향은 일반병상을 확대하여 의료비 부담을 경감하는 한편, 장기적인 병상환경을 4인실 중심으로 이전시킨다는 것이다. 이를 위해 아래와 같이 2014년에는 4인실까지 건강보험을 적용하며, 2015년에는 상급종합병원에 대하여 일반병상 의무보유기준을 70%로 상향 조정한다.



상급병실 조정에 따른 손실도 전액 보상한다는 원칙 하에 건강보험의 적용에 있어서는 병실료의 조정이 병행된다. 우선, 6인실 이상의 일반병상 기본입원료를 일정 상향 조정하고, 적정 수준의 4-5인실 입원료를 신설할 예정이다. 장기적으로 병상구조를 4인실 중심으로 개선하기 위하여 6인실 이상의 기본입원료 상향 조정보다는 4-5인실 수가를 강화할 계획으로 4-5인실 수가는 기본입원료의 130% 또는 160% 수준에서 검토되고 있다. 이는 동일한 병실이라도 6인실 600%의 의료수익과 비교할 때 4인실의 경우 640%, 5인실 650%의 초과 수익이 발생하는 구조를 설계하기 위한 목적이다. 본인부담률은 입원 일반의 본인부담률(통상 20%)를 적용할 것이나, 상급종합병원의 4인실에 대해서는 30%를 검토하고 있다.

이와 함께 중환자실, 신생아실, 감염격리실 등 특수병상의 수가를 50-70% 상향 조정할 계획이다. 이러한 특수병상은 비용이 높고 수익이 나지 않아 의료기관이 시설 설치를 기피하고, 병상 부족으로 인해 환자들이 1인실에 입원하게 되는 문제를 야기하고 있었다. 이상의 상급병실료 개선이 이루어진다면, 건강보험이 적용되는 일반병상은 83% 수준으로 증가하며 의료기관 중별 세부 변화는 다음과 같이 예상된다.

구분	(단위: %)	
	현재(2013년)	제도 개선 후(2015년)
전체	74	83
상급종합(상위 5개)	65(59)	76(70)
종합병원	73	84
병원	78	84

또한 원치 않는 상급병실 이용이 줄어들고 4·5인실은 건강보험이 적용되어 환자의 의료비 부담은 크게 완화될 것이다. 예를 들어, 상급종합병원 4인실의 경우 환자 부담은 현재와 대비할 때 36% 수준으로 감소한다.

현재(2014년)		제도 개선 후(2015년)	
총 비용	107,000원 (평균 관행가 기준)	총 비용	약 79,000원 (건강보험 4인실 수가)
환자 부담	67,000원	환자 부담	약 24,000원 (현재의 36%수준)

주. 비용 산출의 기준은 상급종합병원 4인실, 간호등급 2등급을 적용하였다.

다만, 상급병실료가 이렇게 개선될 경우 몇 가지 제도 개선이 병행된다. 우선, 상급병실료 부담이 완화에 따라 불필요한 장기입원이 증가될 가능성이 있으므로 장기입원에 따른 본인부담률이 단계적으로 올라가도록 본인부담금 체계를 개혁할 계획이다. 우리나라의 평균 재원기간은 세계적으로도 높은 수준이며, 금번 상급병실료 개선에 따라 이러한 문제점이 악화될 우려가 있다.

또한 1인실 및 특실에 대한 기본입원료 지원을 제외하는 방안을 검토하고 있다. 일반병상이 평균 80%이상으로 확충되는 만큼 1인실은 환자의 선택에 의한 전액부담이라는 ‘선택과 책임’ 원칙을 강화하고, 의료기관도 1인실을 일반병상 입원을 위한 경유지로 활용하는 폐단을 중지시키기 위한 목적이다. 부작용 방지를 위해 의학적으로 불가피한 사유로 1인실 입원이 강제되는 예외적인 경우에 한해서는 건강보험을 적용하는 방안도 함께 검토할 예정이다.

마지막으로, 4인실까지 건강보험을 적용하더라도 기본입원료 부과병상을 50%이상 유지 하도록 병상 기준을 제한한다. 이는 제도 개선 초기에 의료기관이 지나치게 빠르게 6인실 병 상을 4인실로 대체하는 급격한 변화를 예방하기 위한 조치로서, 향후 기본입원료 병상 기준 을 지속적으로 낮춰서 4인실로의 병상구조 변화를 연착륙시킨다는 계획이다.

다. 간병 개선방향

간병의 기본방향은 간병서비스를 병원의 포괄간호서비스에 포함하고 단계적으로 건강보 험 적용 의료기관을 확대한다는 것이다.

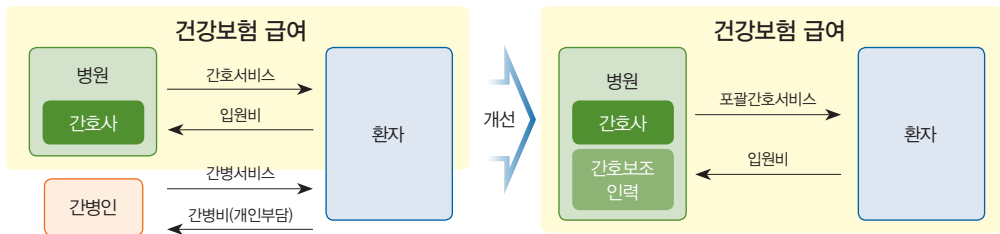


그림 8. 포괄간호서비스 모형 개요도

간병서비스는 간호사 총원 여건 등을 고려하여 단계적으로 확대할 계획으로, 간호사·간 호보조인력 등 팀 간호체제로 포괄간호서비스를 제공하는 모형을 수립하고 지방·중소병원 부터 확대하게 된다. 현재 정부예산으로 ‘포괄간호서비스 병원’ 시범사업을 실시하고 있으 며, 이 모형을 2017년까지 지방·중소병원 중심으로 건강보험을 적용해 나가며 2018년 이 후에는 수도권을 포함하여 전체 병원으로 확대할 계획이다.

표 8. 간병서비스 건강보험 적용 확대 계획

구분	2014년	2015-2017년	2018년 이후
추진단계	시범사업	건강보험 적용(병원 자율)	건강보험 적용 확대
대상병원	공공병원 등(33개)	지방·중소병원 (1,195개, 전체의 70%*)	전체 병원(1,708개)
인력확충	500여명	총 20,000여명	총 100,000여명 필요

*. 1개 병동 이상에 대해 포괄간호서비스를 적용하는 병원에 대한 산출 비율이다.

포괄간호서비스 확대를 위해서는 다른 모든 요인보다 간호인력의 추가 확충이 중요하다. 이를 위해 간호대 정원을 증원하여 신규 간호사를 추가로 확보하는 방안과 함께, 야간·휴

일전담 간호사 도입, 교대근무제 개선 등 시간선택제 정규직 일자리를 확충하는 노력을 전개할 예정이다.

5. 재정소요 및 제도개선효과

이상의 3대 비급여 개선을 위해서는 2014년부터 2017년까지 4년간 4조5천억 규모의 건강보험 재정이 소요될 전망으로 신규 투입이 필요한 재정규모는 4년간 1조6천억 원 수준이다.

표 9. 연도별 소요재정 추정(건강보험 지원금 기준)

(단위: 억원)

구분		합계	2014년	2015년	2016년	2017년
합계	(신규)	16,520	5,600	3,440	3,990	3,490
	(누적)	(45,540)	(5,600)	(9,220)	(13,440)	(17,280)
선택진료	(신규)	9,640	4,020	1,430	2,360	1,830
	(누적)	(28,290)	(4,020)	(5,630)	(8,230)	(10,410)
상급병실	(신규)	3,130	1,580	760	380	410
	(누적)	(9,770)	(1,580)	(2,340)	(2,720)	(3,130)
간병	(신규)	3,750	(190)*	1,250	1,250	1,250
	(누적)	(7,480)	(190)*	(1,250)	(2,490)	(3,740)

*. 2014년 간병은 국고지원 예산 시범사업으로 합계 및 누적재정에서 제외한다.

연도별로 보면 2014년에는 5,600억원, 2015년부터 2017년까지는 매년 평균 3,600억원의 신규재정이 투입될 필요가 있다. 2014년의 경우, 작년도 보험료 결정과정에서 보장성 강화에 1조5천억원 지출을 목표로 보험료 1.7%를 이미 인상한 바 있고, 이 재원을 통하여 4대 중증, 임플란트, 본인부담상한 확대 등 이외에 3대 비급여의 추가 보장이 가능한 상태로 보험료 추가 인상 없이 제도개선의 추진이 가능하다. 2015년부터 2017년까지는 매년 약 1%에 미달하는 건강보험료 추가 인상요인이 발생하나, 건강보험 지출의 감소추이, 보험료 부과기반 확충 등의 재정관리노력 등 향후의 재정여건을 고려할 때 실제 보험료 인상은 이보다 낮은 수준에서 관리 가능할 것으로 예상된다.

재정소요를 비롯하여, 보다 세부적인 추진계획은 금년 상반기 중 「건강보험정책심의위원회」 논의를 통해 확정할 예정이다.

3대 비급여의 제도 개선이 완료된다면 환자의 의료비 부담은 크게 경감된다. 발생하는 총

의료비를 기준으로 선택진료의 경우 환자부담은 36%, 상급병실은 67%, 간병은 50% 수준으로 경감될 것으로 예상된다.

개별 제도별로 환자의 선택에 따른 제도 효과가 다양하기에 개별 환자에서는 의료비 총액 기준보다 훨씬 큰 의료비 경감 효과가 발생할 것이다. 예를 들면, 선택진료의 경우 선택진료의사를 선택하지 않고 일반의사를 선택할 수 있는 가능성이 훨씬 증대되며, 이 경우 의료비 부담은 0에 근접하여 완화된다. 상급병실의 경우 상위 5개 병원이 아닌 상급종합병원을 이용할 경우 원치않는 상급병실 이용이 더욱 크게 감소하며, 수도권 이외 지방의 경우 거의 발생하지 않는다. 이런 선택을 감안하지 않고, 선택진료의사를 계속 이용하고 상급병실도 일부 이용한다고 가정한 환자 모형에서도 의료비 감소 효과는 66% 수준으로 나타난다.

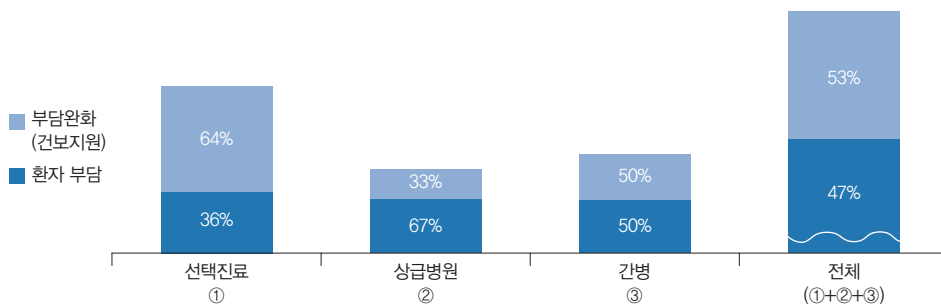


그림 9. 3대 비급여 제도 개선이후 환자 의료비 부담 변화 예상

주 1. 3대 비급여 중 건강보험 급여 편입된 부분을 모수로 설정한 경우, 상급병실의 경우 1인실은 모수에서 제외하고, 간병의 경우에는 포괄간호서비스 적용분을 모수로 설정하였다.

2. 보험부담 = 건강보험 지원 규모/건강보험 편입 총 규모

3. 환자부담 = 환자 본인부담 규모/건강보험 편입 총 규모

• (환자) 전이성 위암으로 25일 입원 · 수술한 71세 환자로서 선택진료 이용, 상급병실 1인실 2일 · 2인실 8일 · 4인실 8일 이용 (※ 간병인 14일 이용 가정)

• (부담경감) 현재 693만원 → 2017년 기준 234만원(△459만원, 66% 경감)

	현행		개선
전체	693	⇒	234(비급여 40 + 본인부담 194)
선택진료비	421	⇒	152(비급여 0 + 본인부담 152)
상급병실료	160	⇒	46(비급여 40 + 본인부담 6)
간병	112	⇒	36(비급여 0 + 본인부담 36)

주 1. 선택진료비 본인부담 : 수가조정 등 5%(산정특례) + 기관수가 등 50% + 전문진료의사 50%

2. 상급병실료 본인부담 : 1인실 2일(비급여) + 2 · 4인실 16일(4인실 입원료 5%(산정특례) 부담)

3. 간병 본인부담 : 입원 25일 × 포괄간호서비스 수가의 50%

6. 의료전달체계 강화

3대 비급여의 개선에 있어 가장 큰 부작용은 의료전달체계의 왜곡이 심화될 수 있다는 점이다. 이른바, 수도권과 상급종합병원 쏠림 현상이 더욱 심화되어, 전체 의료전달체계의 불균형이 더 악화되는 것이다. 3대 비급여로 인한 의료비 부담이 이러한 쏠림에 대한 일종의 가격 장벽으로 작동되고 있던 점을 고려한다면 의료비 부담을 완화하는 개혁은 필연적으로 쏠림의 악화를 초래할 수밖에 없다. 따라서 3대 비급여의 개선에는 의료전달체계를 바로잡고 강화하는 정책적 노력이 반드시 병행되어야 한다. 특히, 상급종합병원으로 경증환자가 증가되는 문제와 대형 상급종합병원으로 환자 집중이 심화되는 문제를 방지하는 것이 중요하다.

이러한 의료전달체계 강화를 위한 노력은 3대 비급여 개선과 함께 지속적으로 전개될 예정이며, 정책 검토도 1회에 그치지 않고 다양한 측면에서 이루어질 것이다. 크게 2가지 방향의 정책들이 검토되고 있다. 첫째는 환자의 의료이용 및 의료기관의 의료제공 행태를 변화시키기 위한 정책 영역이다. 중소병의원과 상급종합병원간의 환자 의뢰 및 회송체계를 강화하고, 의료기관간 진료협력체계를 활성화하는 방안 등이 그것으로, 이에 대한 종합적인 개선방안을 검토하고 있다. 이와 함께 상급종합병원의 진료가 부적절한 경증질환에 대한 환자와 의료기관의 부담을 강화하고, 상급종합병원 스스로 중증환자 중심의 진료를 제공하도록 의료질향상분담금 지표, 상급종합병원 인정기준 등에 반영하는 방안도 검토 중이다.

둘째는 의료자원, 특히 병상 확충에 대한 통제를 강화하는 정책 영역이다. 지역별로 병상 증가를 적절한 규모로 조절할 수 있는 제도 도입과, 수도권을 중심으로 상급종합병원의 무리한 병상 확충을 제어할 수 있는 제도 등을 검토하고 있다. 이와 함께 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원 등의 종별 기능에 적합한 시설 기준을 재정립하는 방안도 검토 중이다. 이러한 의료전달체계 개선방안에 대해서는 전문가, 의료계 등과 협의하며 지속적으로 정책을 수립하고 추진할 예정이다.

7. 맺으며

우리나라의 건강보험은 전 국민에게 적용되는 보편성과, 낮은 보험료 부담에도 포괄적인 의료보장이 제공되고 국민의료비를 효과적으로 관리하고 있는 효율성 측면에서 세계적으로 우수한 의료보장제도이다. 또한, 국가 사회보험 체계임에도 의료서비스의 질적 수준이 우수하고, 환자의 의료이용에 대한 선택권한의 제약이 작은 장점도 보유하고 있다.

반면, 우리나라 건강보험의 가장 큰 문제점은 의료비 보장수준이 충분하지 않다는 점이다. 특히, 경증질환보다 중증질환에 대한 보장수준이 미흡하여 가계 의료비 부담이 크고, 서민층에게 재난적 의료비가 발생하는 문제를 보유하고 있다. 보장성 미흡의 가장 주요한 원인은 불충분한 보험적용 범위와, 증가하는 비급여 의료비에 대한 관리체계 미흡이다. 무엇보다도, 비급여 의료비는 급여 영역에 비해 더 빠른 속도로 증가하고 있어 보장성 미흡을 야기하는 핵심적인 원인이다.

이러한 보장성 문제에 대하여 박근혜정부가 출범한 이후 근본적인 개선이 추진되고 있다. 작년에 발표한 4대 중증질환 보장강화계획은 필수적 의료 부문에 대한 적극적인 건강보험 적용과, 비용효과성이 떨어지는 의학적 비급여에 대한 선별급여 적용이라는 새로운 보장강화 모형을 제시하고 착실히 실행되고 있다. 그리고 이제 3대 비급여에 대해서도 전면적인 개선을 목표로 기본계획을 수립하였고, 본격적으로 제도 개선에 착수하게 된다.

여전히 보장성을 강화해야 할 많은 질환과 의료서비스가 남아 있지만, 건강보험이라는 의료보장시스템에 있어서는 보장성 강화의 기본적 틀을 완성했다고 해도 과언이 아닐 것이다. 3대 비급여는 건강보험의 보장성을 강화함에 있어 지속적인 문제점으로 대두되었으며, 그럼에도 불구하고 어느 정부에서도 개선방향을 수립하지 못한 해묵은 과제이기도 하다. 이러한 고질적인 난제이자, 마지막 남은 퍼즐을 완성한다는 측면에서 금번 3대 비급여 개선계획은 충분히 평가받을 만한 가치가 있다고 본다.

이에 더해 3대 비급여 개선방향이 환자들의 의료비 부담 완화만이 아니라, 우리 보건의료체계가 가지고 있는 다양한 모순과 왜곡의 해소를 고려한 복합적 계획으로 수립되었다는 측면도 중요한 의의가 있다. 3대 비급여 개선정책이 우리 보건의료체계가 한층 더 발전하고 도약할 수 있는 계기가 될 수 있을 것이며, 정책 추진에 따라 파생되는 여러 변화에 의해 그러한 동력이 더욱 강해질 것이라 예상된다.

따라서 향후의 정책 실행과정은 우리나라 의료보장 및 의료체계의 발전에 있어 매우 중요한 과정이 될 것이며, 합리적인 정책 추진노력과 이해관계자간의 사회적 합의를 달성하는 열린 자세가 정책의 성공에 있어 가장 중요한 요인이 될 것이다. 보건복지부는 이러한 원칙을 견지하며, 정책 실행에 있어 차질이 발생되지 않도록 최선의 노력을 경주할 것이다. 