

더 높은 지향점을 향한 건강보험 도약

비급여 줄여 합리적 건강보험 제도 만들기



이규덕 평가기획위원
건강보험심사평가원

1. 들어가며

1977년 시작된 우리나라의 건강보험은 시작 12년 만에 전국민 건강보험을 달성하였고, 37년의 경험을 통해 적은 국민 부담으로 이룩한 질 높은 의료기술을 세계에 자랑하는 결실을 맺게 되었다. 그러나 ‘저부담-저급여 전략’의 한계는 GDP 2만불 시대에 살고 있는 국민의 의료 요구도 향상에의 미충족, 신의료로 대표되는 고가의 의료행위, 약제 및 치료재료는 건강보험에서 적용하지 못하는 비급여라는 영역의 발생, 건강보험의 보장성이 확대되더라도 보장성은 63% 수준에 머무르는 등 국민들의 비용 부담으로 건강보험을 충분히 이용하지 못하고 심지어는 경제적 가정파탄에 이르게 된 것이 오늘의 현실이다.

새정부의 국정과제 ‘의료 보장성 강화 및 지속 가능성 제고’ 추진과정에서 암, 심장질환, 뇌혈관 질환 및 희귀난치성 질환으로 대표되는 4대 중증질환을 우선적으로 보장성을 확대하고, 타 질환에서도 단계적으로 확대하는 방향으로 추진되고 있다. 이 과정에서 환자들의 부담이 큰 임의비급여, 선택진료비, 병실료 차액, 간병비의 문제가 논의의 초점이 되었으며, 정부는 사안의 중요성을 감안한 해결방안을 최근에 발표하였다. 다만, 정부는 선택진료비, 병실료 차액 및 간병비는 공약 사업에서는 제외하였다. 한편, 의료기관과 의료진은 임의비급여에 관심이 더 높고, 환자와 가족들은 병실료 차액, 선택진료비와 간병비에 더 많은 관심을 갖고 있다.

4대 중증질환에 포함된 임의비급여 문제는 정부는 이미 의학적 타당성 및 안전성에 입각

한 근거중심을 바탕으로 사회적 요구도를 감안하여 비급여를 최소화하는 방향으로 접근하여, 선별급여 제도를 도입하는 방향으로 구체적으로 제시한 바 있다.

그러나 법적비급여(선택진료비와 병실료 차액)와 간병비는 의학적 판단이 아닌 지속 가능성을 바탕으로 의료 정책과 재정적 뒷받침을 기본으로 논의해야 하는 성격이므로, 사회적 기대감과 의료계의 수용성을 감안한다면 간단히 결정하기 어려운 문제이다. 최근 정부 발표에 따르면, 재정적 규모가 선택진료비 1조3,170억원, 상급병실료 1조147억원, 간병비 약 2조원으로 추정되고 있으며, 대부분 대학병원 특히, 초대형 5개 병원에 수입 의존도가 상대적으로 높은 것으로 알려지고 있다. 환자부담의 주요 원인인 비급여를 줄이고, 가능하면 급여로 포함하는 근본적인 개혁은 힘들고 어렵지만, 국민 모두가 건강보험 제도를 크게 도약하여 합리적인 제도를 만들어 가는 단초가 되는 일이라는 것을 명심해야 할 것이다.

표 1. 대통령 인수위원회 국정과제

47) 의료보장성 강화 및 지속 가능성 제고

가) 과제 개요

보장성 강화를 통한 의료비 부담 완화 및 의료체계 효율화를 통한 지속 가능성 제고

나) 주요 추진계획

- 1) 4대 중증질환
 - 환자 본인부담이 큰 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 모두 건강보험 적용(2016년 100%)
 - 나머지 고부담 중증질환은 단계적 급여화
 - 상급병실료, 선택진료료 등에 대해서는 실태조사 등을 통해 실질적 환자 대책 추진
- 2) 어르신 임플란트 급여적용 : 노인틀니 사업도 동일 적용
 - 2014년(75세), 2015년(70세), 2016년(65세)
- 3) 본인부담금 상한제 개선 : 상한제 세분화(3-7단계 개선)
 - 저소득층은 상한제 낮추고(200만원 → 120만원)
 - 고소득층은 상한제 높이고(400만원 → 500만원)

2. 비급여 문제

우리나라 건강보험의 지불제도는 행위별 수가제도를 근간으로 포괄수가제도(7개 질병군, 신포괄수가 시범사업), 일당수가제(요양병원, 의료급여 정신과, 혈액투석) 등의 다양한 제도를 운영하고 있다.

비급여 진료비용이란 국민건강보험법 제41조 제3항(의료급여법 제7조 제3항)에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 영역의 비용을 의미한다. 비급여 대상 기준은 일상생활에 지장이 없는 경우, 신체의 필수기능 목적이 아닌 경우, 예방진료로서 질병 부상의 진료를 직접 목적

으로 하지 않는 경우, 건강보험 원리에 부합되지 않는 경우, 비용효과성 등을 감안하여 건강보험 제도 여건상 인정하기 어려운 경우 등으로 국민건강보험법 제41조 제3항에 따라 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 구체적으로 언급한 것으로, 비급여 행위 및 치료재료 목록표에 비급여(negative system)로 고시되고 있다. 그러나 의약품의 경우에는 치료적 가치 및 경제적 가치가 우수한 약품을 선별하여 요양급여 대상을 선별하고, 고시된 품목에 한하여 요양급여 대상으로 결정하며, 목록표에 등재되지 않은 의약품은 일체 비급여 대상(positive system)이 된다. 의리기관의 임의 비급여 진료행위는 ‘사위 기타 부당한 방법으로 가입자 등으로부터 요양급여 비용을 받거나 가입자 등에게 이를 부담하게 한 때’로 건강보험 제도 밖의 진료행위이다.

건강보험에서 보장하고 있는 의료비용은 약 63% 정도로 건강보험 전체 비용이 확대되고, 보장성 강화를 하여도 좀처럼 줄어들고 있지 않아 환자들의 불만이 많고 과도한 비용으로 치료를 중단하거나 가정경제가 파산에 이를 정도로 입원환자들에게 큰 부담을 주고 있다. 다만 암, 심장질환, 뇌혈관질환 및 희귀난치성 질환의 보장율은 77.8%로 2011년보다 1.7% 높아진 것은 다행이라고 하겠다.

표 2. 연도별 건강보험보장률과 건강보험료율

(단위: %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
건강보험보장률	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5
건강보험료율	5.08	5.08	5.33	5.84	5.80

비급여에는 법령에 의하여 확정된 선택진료료와 입원실 차액과 같은 법정비급여와 의료기관 판단에 의한 임의비급여로 구분된다. 일부의료기관에서는 위험하고 수입이 적은 진료과목을 기피하고 비급여 항목을 선호하게 되므로, 결과적으로 적절한 배분이 일어나지 않아 진료과목 간의 발전과 생존에도 큰 영향을 미치게 되어 의료의 왜곡이 심화되고 있다. 비급여는 건강보험이라는 제도권 밖에 존재하며, 실제 정확한 규모를 알 수 없고, 대부분 추측으로 발표하기 때문에 수치가 몇 배의 차이가 나는 경우가 많아 확실한 재정추계가 불가능하나, 최근 공청회에서 발표된 고려대 윤석준 교수와 공단 자료로 미루어 짐작할 수 있다.

정부에서는 비정상을 정상으로 방향 전환하는 기틀을 마련하고, 우선적으로 4대 중증질환 중심으로 비급여 의료서비스를 근거중심과 사회적 요구도를 감안하여 비급여 문제를 해결하기 위한 ‘국민행복의료기획단’을 구성하고, 공청회를 포함한 논의 속에서 다각도의 방안을 모색하여 왔다.

가. 임의비급여

의료의 급격한 발전과 법규상의 괴리로 인하여 긴급한 상황이나, 대체 의료서비스가 없거나, 의사가 자의적 판단에 의하여 임의비급여가 발생하고 있다. 가장 빈도 높게 임의비급여 사례가 발생하는 대표적인 경우는 의약품 허가범위 초과사용과 관련된 부분이며, 의료행위 및 치료재료의 경우에도 임의비급여 사례가 종종 발생하므로, 제도적 보완이 필요한 상태이다. 항암제의 경우에는 중증질환심의위원회(항암제위원회)가 제시하는 의학적 타당성을 중심으로, 전문가들의 사용 기준을 포함하여 급여 및 비급여를 결정하고 있다. 일반 약제의 경우에도 의학적 타당성과 대체 약제 등을 감안하여 자체 IRB(임상시험심사위원회) 심의를 거쳐 건강보험심사평가원에 제출하고, 식품의약처에서 심의를 통해 허가사항 예외 문제를 해결하고 있다.

정부는 임의비급여 문제를 해결하고자 ‘급여평가위원회’를 만들고, ‘선별급여’ 방식을 통한 임상적 유용성과 비용효과성 및 사회적 요구도를 감안하여 대다수 비급여 항목을 건강보험 관리권 내로 포함시키면서 비용의 일부를 지원하는 형식(예: 50% 또는 80% 본인부담)으로 운영을 계획하고 있다.

나. 선택진료비

모든 병원이 의료의 질적 문제에서 동일하지 않은 것처럼, 의사 개개인의 경험과 지식, 능력 문제에서 동일하지 않다. 우리가 타 영역에서도 장인을 인정하는 것은 전문가의 질적 문제가 차이가 있으며, 이에 대한 적절한 보상을 하는 것은 타당한 일이기 때문이다. 의료계의 장인은 경험과 지식이 출중하므로 환자의 진료영역에서 탁월한 결과를 보여 환자의 생명을 더 많이 살리고, 입원 기간도 줄이고, 자원의 낭비도 막고, 환자와 가족은 물론 보험자와 사회 전반에 걸쳐 충분한 이익을 주게 되므로, 이에 대한 충분한 보상은 당연한 것이다.

그러나 아무리 전문의라도 의사의 80-90%가 장인이라면 누가 동의할 수 있을 것인가? 충분한 검증을 거친 소수의 인원만이 정확한 장인이라고 설정할 수 있을 것이다. 공단의 보도자료를 종합하면 상급종합병원의 선택진료 비중은 76.6%(최상급 5개 병원은 83.1%)로, 입원환자(69.6%) 및 외래환자(72.4%)이며, 전체 병원 수입의 8.5%에 해당된다. 일반환자(54.7%)에 비하여 4대 중증 환자는 80.0%로 상대적으로 많은 부담을 갖고 있다. 항목별 비중을 보면 상급종합병원은 처치·시술 항목(35.6%), 영상·진단(22.2%) 순이고, 그러나 규모가 작은 의료기관에서는 대부분 처치·시술 항목에 종합병원(37.1%), 병원(66.7%) 순으

로 집중적으로 높게 나타나고 있다.

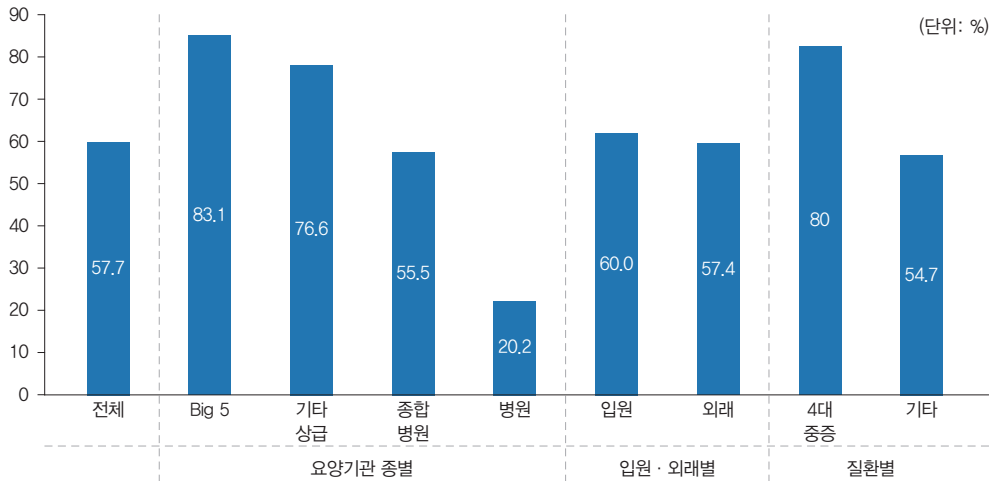


그림 1. 선택진료 비율

자료: 윤석준교수와 공단 실태조사 발표자료

표 3. 요양기관종별 연간 선택진료 비용 현황

(단위: 백만원, %)

구분	선택 진료비용						비중		
	계		입원		외래		총진료 수입 대비	비급여 수입 대비	
전체	1,317,019	(100.0)	894,544	(100.0)	422,475	(100.0)	6.5	23.3	
상급 종합	소계	928,784	(70.5)	622,779	(69.6)	306,005	(72.4)	8.5	30.6
	상위 5개소	312,033	(23.7)	208,880	(23.4)	103,153	(24.4)	8.3	25.9
	그 외	616,751	(46.8)	413,899	(46.3)	202,852	(48.0)	8.7	33.7
중합 병원	소계	325,790	(24.7)	228,543	(25.5)	97,247	(23.0)	4.5	20.5
	300병상 이상	301,905	(22.9)	209,909	(23.5)	91,996	(21.8)	5.0	22.7
	300병상 미만	23,885	(1.8)	18,634	(2.1)	5,251	(1.2)	2.1	9.3
병원	소계	55,644	(4.2)	41,590	(4.6)	14,054	(3.3)	3.3	8.2
	전문병원	35,150	(2.7)	27,882	(3.1)	7,267	(1.7)	3.7	8.7
	전문병원 외	20,495	(1.6)	13,708	(1.5)	6,787	(1.6)	2.8	7.6
치과병원	4,610	(0.4)	338	(0.04)	4,272	(1.0)	1.3	1.6	
한방병원	2,191	(0.2)	1,293	(0.1)	898	(0.2)	2.0	3.5	

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

보건복지부는 선택진료를 원칙적으로 폐지하되 현실적인 것을 감안하여 단계적으로 선택

진료 의사를 축소(2014년 65%, 2015년 50%, 2016년 20%)하고, 마지막 단계에서는 건강보험 내에서 가산방식으로 약 20% 정도의 '전문진료 의사'를 인정하고 운영하려는 계획이다. 이는 의료기관의 단순한 손실보전이 아닌 질 향상을 도모하는 방향으로 설계하여 고도 전문의료와 중증환자에 대한 수가를 인상하고, 우수한 기관에 '의료질향상분담금'을 신설하여 인센티브를 강화하고, 환자 감염관리를 포함한 안전 영역에도 수가를 조정할 예정이다. 이는 건강보험의 약점인 비급여 문제를 해결함으로써 근본적으로 의료의 질 향상을 포함한 더 높은 지향점을 찾아가는 건강보험의 확실한 개혁이 될 것이다.

표 4. 선택진료 부과비율 축소

(단위: %)

구분	검사	영상	마취	진찰	의학·관리	정신	처치수술	침구·부황
현행	50	25	100	55	20	50	100	100
변경	30	15	50	40	15	30	50	50

자료: 보건복지부

다. 병실료 차액

병원은 환자를 안전하고 효과적으로 진료하여 환자의 생명을 구하고, 환자의 기능을 향상시키며, 나아가 환자의 삶의 질을 향상시키는 것이 목적이다. 비용의 부담이 없다면 환자는 원내 감염을 최소화하고 개인생활을 보호하기 위하여 적절한 공간이 필요하다(이미 우리의 주거 환경을 보면 1인실을 사용하는 것이 바람직하다). 그러나 경제적인 것을 감안하더라도 현재와 같은 6인실을 사용하게 되면 환자는 물론 면회객의 혼탁한 환경으로 환자 간 감염이 우려되어 6인 병실의 기본병실은 적절하지 못한 것이다. 재정과 원내 감염, 개인생활 보호 등의 문제를 감안하여 충분한 시간을 갖고서 기본병실을 검토하고 다인용을 최소화하는 것은 당연하다.

우리나라 의료기관은 거의 대부분 상급병실을 운영하고 있으며, 일반병실 비율은 상급종합병원(64.9%), 종합병원(72.6%), 병원(77.8%)이다. 일반병실을 제외하면 상급종합병원은 주로 2인실(45.5%) 위주로 운영되고, 다음 1인실(16.1%) 순이며, 종합병원은 2인실과 4인실 비율이 비슷하게 약 25% 수준이다. 초대형 5개 병원은 기본 병실을 제외하면 2인실(61.6%), 1인실(22.9%), 특실(95.7%) 순으로 2인실 이상이 약 90%에 해당된다. 그러므로 상급병원 이상은 3-4인용을 기본병실로 하는 것에 별다른 영향을 받지 않게 된다. 자료에 의하면, 약 70%는 2-5인 병실을 자발적으로 선택하지 않았고, 상급병실 입원 후에 일반병실로 옮겨진 비율이 약 62%이며, 평균 2.3일이며 최대 7일 이상인 경우(8.3%)도 있었다.

표 5. 요양기관별 일반병실 비율

(단위: %)

전체	상급종합병원			종합병원	병원급
	소계	상위 5개소	그 외		
74.1	64.9	58.9	66.7	72.6	77.8

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

정부는 우선적으로 4인용을 기본 병실로 인정하고, 의무병실을 2015년까지 70% 수준까지 끌어 올리면서, 중환자실을 포함한 특수병실료와 기본병실료의 인상 등을 통하여 해결할 예정이다. 본인부담료 인상을 통한 장기입원을 억제하고, 상급종합병원의 병실료 차등(20% → 60%)으로 쏠림 현상도 막을 예정이다.

표 6. 규모별 상급병실 점유율

(단위: %)

구분	특실	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실	
전체	2.7	20.7	30.0	15.1	22.0	9.4	
상급 종합	소계	3.3	16.1	45.5	10.1	17.8	7.1
	상위 5개소	5.7	22.9	61.6	2.4	7.2	0.1
	그외	2.5	13.7	39.6	12.9	21.7	9.6
종합병원	2.3	18.6	25.2	14.2	26.6	13.1	
병원급	2.9	24.7	26.9	18.2	20.0	7.3	

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

표 7. 요양기관종별 연간 상급병실료 현황

(단위: 백만원, %)

구분		연간 상급병실료 총액		총진료수입 대비 상급병실료 비중	비급여 수입대비 상급병실료 비중
전체		1,014,712	(100.0)	4.2	14.4
상급 종합	소계	441,550	(43.5)	4.1	14.5
	상위 5개소	231,268	(22.8)	6.1	19.2
	그외	210,282	(20.7)	3.0	11.5
종합 병원	소계	336,059	(33.1)	3.4	16.0
	300병상 이상	211,935	(20.9)	3.0	13.6
	300병상 미만	124,124	(12.2)	4.4	23.0
병원	소계	237,104	(23.4)	4.0	12.4
	100병상 이상	147,105	(14.5)	5.2	19.4
	100병상 미만	89,998	(8.9)	2.9	7.8

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

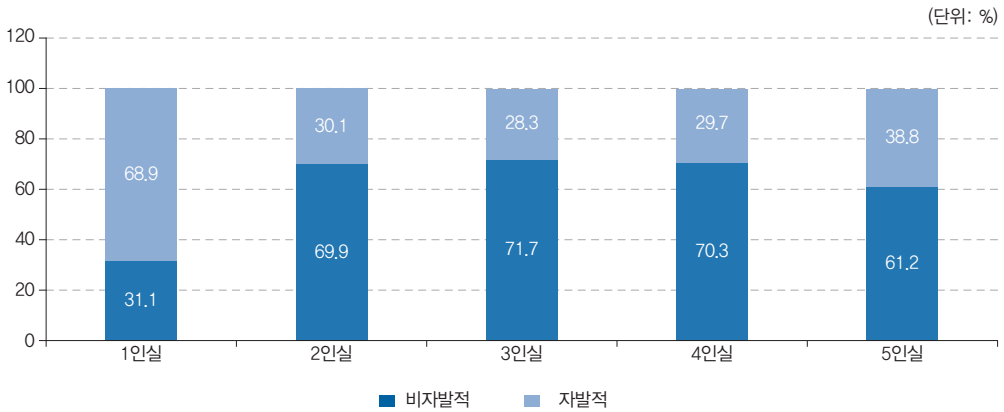


그림 3. 상급병실 비자발적/자발적 이용 비율

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

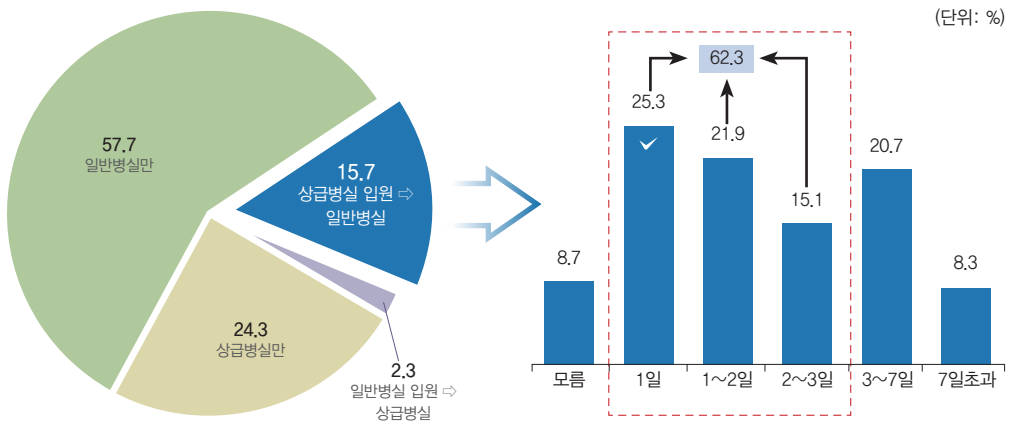


그림 4. 상급병실에서 일반병실 이동환자의 상급병실 이용일

자료: 윤석준 교수와 공단 실태조사 발표자료

3. 간병비

여성의 사회활동과 취업의 증대로 대표되는 핵가족 사회의 도래는 현재의 제도에서는 가족 중에 누군가 입원할 경우, 가족의 간병이 진료에 중요한 역할을 하는 우리의 상황에서 심리적, 경제적 부담을 가중하게 된다. 집안에서 전적으로 간병을 담당할 적절한 식구가 없다면 타인의 도움을 받을 수밖에 없고, 간병비는 결국 개인의 계약에 의존할 수밖에 없던 현실에서 간병의 부담을 건강보험 내에서 해결하는 것은 건강보험의 대전환이다. 간병에 사용되는 비용이 건강보험의 다른 영역에 비하여 적절한 검증도 되지 않아 그 규모의 방대함을 미루어 짐작할 따름이다. 간병비는 개인의 계약이므로 다양한 계약 조건을 갖고 있으며, 수가

차이가 크고, 간병인의 질을 담보할 수 없고, 중환자의 경우는 간병인을 구하기도 어려운 현실이다. 간병에 대한 재정적 부담은 새로이 건강보험 재정의 추가적인 재원을 유발하는 것이므로, 국민의 동의를 거쳐 보험료 인상 등을 통하여 속도를 조절하며 해결해야 한다. 간병은 입원 간호의 당연한 영역이므로 간호료를 적절히 인상하여 간병의 책임을 병원 스스로 해결 하도록 하고, 간병인의 교육 및 관리를 병원 간호에 맡기는 것이 타당하다.

정부는 그동안 ‘보호자 없는 병실’을 시범 운영하였다. 그리고 향후 ‘포괄간호서비스’의 형태로 운영하되 재정을 감안하여, 일시에 전체로 확대하기보다 시범사업을 실시하고 상급병원 쏠림 현상도 줄이는 입장에서 공공병원 및 지방 중소병원을 시작으로 점진적 확대할 계획이다.

4. 재정

모든 의료서비스에는 그에 상응하는 비용이 발생하고, 비용은 누군가가 지불해야 한다. 건강보험에서 환자의 부담을 줄이는 논의는 결국 일반 가입자가 부담을 나누어 갖는 것이므로, 병실료 차액, 선택진료료와 간병비로 발생한 전체 비용은 가입자와 국민(세금)의 몫이다. 특히, 추가 재정을 발생시키는 간병비에 대한 보험료 인상분은 중요한 논의의 대상이 될 수 있다. 무엇보다도, 보험료 인상과 간병비 확대의 속도가 비례할 것으로 예상된다.

건강보험의 원칙은 향후 발생할 수 있는 모든 질병과 사고에 대한 비용분담을 전체가 하는 것이며, 지속가능성을 전제로 운영해야 하기 때문에 지속적인 부담을 갖고 가는 것이다. 따라서 적절한 수준의 보험료 인상을 최소화하는 것을 전제로 국민에게 설명하고 동의를 구하여야 할 것이다. 우선적으로 4대 중증질환을 중심으로 확대하지만, 4대 중증질환을 제외한 다른 영역까지 포함하게 되면 상당한 재정부담을 안고 가게 될 것이므로, 이를 충분히 감안하여야 한다.

표 8. 3대 비급여 건강보험 소요재정 추정

년도	2014년	2015년	2016년	2017년	계
금액	5,600억원	9,220억원	1조3,440억원	1조7,280억원	4조5,540억원

자료: 보건복지부

복지부 발표에 따르면, 선택진료와 상급병실료 차액이 병원 총진료비에서 차지하는 비율은 10.7%이며, 특히 초대형 5개 병원을 포함한 상급종합병원의 수가보전이 중요한 문제로

떠오를 것이다. 따라서 3대 비급여를 해결하려면, 의료기관의 다양한 질 평가를 시행하고, 그 결과를 바탕으로 현재보다 광범위한 인센티브를 주는 방안을 검토해야 한다. 또한, 그간 입원을 하고 싶어도 비용부담으로 피하던 많은 환자의 상급병원 쏠림 현상을 해결할 필요가 있다. 환자 쏠림 현상을 막는 정부 정책은 경증질환의 일차 의료기관 중심으로 의료전달체계의 확립, 수도권 지역 대형 의료기관의 병상관리 및 상급병원 이용 부담액의 상향 조정 등을 통하여 다양한 접근법을 시행할 예정이지만, 의료이용의 관행 등을 볼 때 다양한 해결책을 보완하지 않으면 또 다른 문제를 야기하게 된다.

5. 맺으며

건강보험이 시작되었던 1977년에 맞추었던 틀이 중간 중간에 보완이 되었다고 하더라도 건강보험 운영이 거의 40년이 되는 현재의 상황을 고려해 볼 때, 어렵다고 피해온 많은 문제들을 적극적으로 부딪쳐 다음 세기를 지향하는 방향으로 해결하고 틀을 바꾸지 않으면 안 되는 시점이 찾아왔다고 볼 수 있다. 4대 중증을 시작으로 국민의 의료비 부담을 줄이고, 비급여 문제를 해결하려는 시도는 건강보험의 틀을 바꾸는 중요한 전환점이 될 것이므로, 추진 방향은 지속가능한 건강보험 제도의 확립에 두되, 의료기관의 충격을 최소화하고 충분한 국민의 공감대를 얻어야 할 것이다. 국민에게 ‘저부담-저급여’에서 ‘적정부담-적정급여’로 전환되는 과정을 충분히 이해시키고, 단기적이 아닌 장기적이고 근본적인 해결책임을 주시킴, 협조를 얻는 일을 추진해야 할 것이다. 의료기관도 단순히 손실보전의 차원이 아닌, 의료의 질 향상, 환자 안전, 환자 만족도 등에 관심을 갖고 시스템을 바꾸는 계기임을 명확히 인식해야 할 것이다.

OECD 통계에 의하면 2011년 우리나라는 인구 1,000명당 병상수는 9.6개로 OECD 평균(4.8개)의 두 배이며, 일본에 이어 세계에서 두 번째로 높은 국가이다. 이러한 우리의 문제는 초대형 5개 병원을 포함한 상급종합 병원과 수도권으로 몰리는 환자 쏠림과 불필요한 입원으로 대별될 수 있을 것이다. 환자 전달체계를 확립함으로써, 병원이나 종합병원에서 진료할 수 있는 의료서비스는 가능하면 상급종합병원의 방문을 줄일 수 있도록 해야 할 것이다.

오늘의 비급여 문제의 근본적인 원인은 초대형 5개 병원을 포함한 상급병원 쏠림으로 다인실이 부족한 것과, 거의 대부분의 의료서비스에 선택진료비가 가산되는 상황에서 건강보험의 역할문제에 대한 관심이 증폭된 것이다. 상급병원의 경우, 80%가 특진 의사인데다가 경제적인 여건으로 일반병실에 입원하려고 해도 3-4일 정도를 1인실을 사용하게 되면 아무리 치료가 잘되어도 불만이 계속될 수밖에 없을 것이다. 기본 원칙은 상급병원을 선택하더

라도 내가 필요로 하는 전문과목에 선택진료를 하지 않고, 경제적 원인으로 적당한 병실에서 치료를 받을 수 있어야 할 것이다. 상급병원 진료비의 부담을 상당부분 줄여주면, 현재보다 환자의 쏠림 현상은 더 심해지게 되고 현재의 비급여 문제는 다시 재연될 것이다. 급성심근병증이나 뇌졸중이 아니더라도, 수준 높은 가까운 의료기관을 찾아가는 문화가 되어야 할 것이다. 환자 쏠림 현상을 해결하지 못하면, 지금과는 다르지만 또 다른 문제점을 노출 시킬 것이다.

표 9. 건강보험 3대 비급여 부문 개선 방향

구분	선택진료	상급병실	간병	
내용	<ul style="list-style-type: none"> - 의료서비스 질 향상 방향으로 접근 - 건강보험 적용 - 선택 진료의사 축소 (현행 9,900명 → 3,300명, 의사 3명당 1명꼴) 	건강보험 적용되는 일반병상 확대(현행 75% → 84%)	'포괄간호서비스'로 흡수	
추진 일정	2014년	<ul style="list-style-type: none"> - 가산금액 35% 축소 - 선택 진료의사 축소 (2명당 1명꼴) 	- 일반병상 (현행6인실 → 4인실)	- 33개 공공병원 대상 '포괄간호서비스 병원' 시범사업
	2015-2016년	<ul style="list-style-type: none"> - 우수 의료기관 수가 '의료질향상분담금' 신설 - 선택 진료의사 축소 (3명당 1명꼴) 	- 상급종합병원 일반병상 의무비율 50% → 70% 상향조정	- 지방 중소병원 중심 확대 (단 병원 자율)(1,195개)
	2017년	- 건강보험 적용되는 '전문진료의사(가칭)' 가산 신설		- 2018년 이후 전체 병원 (1,708개) 실시

자료: 보건복지부

정부가 발표한 비급여 대책은 원론을 주장하는 측에서는 미흡할지 모르지만, 지속가능한 건강보험 내에서 환자의 부담은 줄이고 국민의 보험료 부담도 최소화 하면서 환자 쏠림 현상을 해결해 보려는 상당한 고민의 흔적과 노력이 보인다. 건강보험에서 비급여 문제를 해결하여 환자부담을 최소화하고, 의료서비스의 질 향상을 바탕으로 의료기관의 손실보존 및 쏠림 현상을 막아내는 힘든 결정으로 건강보험 도약의 큰 획을 긋는 단초가 될 것이다. 🌐