

# 3대 비급여 제도개선 현황과 정책 제언

신현웅 연구기획실장 / 여지영 연구원  
한국보건사회연구원

## 1. 들어가며

우리나라는 1977년 건강보험 도입 당시 의무가입에 대한 국민적 저항을 해소하고자 저보험료 정책을 채택하였다. 이처럼 낮은 보험료로 건강보험 제도를 운영하기 위하여 보장성은 낮추고, 의료기관에 지급하는 수가도 낮게 책정하였다. 이른바, ‘저보험료-저급여-저수가’의 3저 시스템은 세계에서 유례가 없을 정도로 빠르게 전국민의료보험(universal coverage)을 달성하는 기반이 된 반면, 우리나라 건강보험 제도의 많은 비정상적 구조문제를 초래하였다. 특히 저수가 제도아래 급속한 의료공급 확충정책의 추진은 의료공급자가 수익보전을 위해 건강보험 급여서비스 외에 별도의 수익을 창출하는 비급여 서비스를 제공하는 것을 허용하도록 했다. 결국 비급여 서비스는 의료기관의 주력 수입원이 되었으며, 이로 인한 의료공급 구조의 왜곡은 지속적인 보장성 확대 정책에도 불구하고 우리나라의 보장성 제고를 여전히 어렵게 만들고 있다. 즉, 보장성 강화정책의 속도보다 비급여 서비스가 상대적으로 빠르게 증가하면서 국민들이 체감하는 보장성 강화의 정책 효과는 미미한 실정이다.

지난해 출범한 새정부는 비급여 항목 중에서도 우선적으로 상급병실료, 선택진료비, 간병부담의 3대 비급여 제도개선을 위해 학계, 의료계, 시민단체 등의 직·간접적 이해당사자들의 의견을 종합적으로 수렴하였다. 전반적인 제도개선의 틀이 정해진 가운데 현재는 정책대안의 실행 가능여부와 그 효과성에 초점이 맞춰지고 있다. 본 소고는 현재까지 진행된 3대 비급여에 대한 논의 현황을 살펴보고, 효과적 제도개선을 위한 정책적 제언

을 제시하고자 한다.

## 2. 논의배경 및 현황

본인부담 의료비는 법에 규정된 급여 진료의 본인부담인 법정 본인부담과 건강보험이 적용되지 않아 요양기관에서 정하는 진료 수가에 따라 본인이 비용의 전액을 부담하는 비급여 본인부담으로 구성된다. 2005년 보장성 강화대책 이후, 법정본인 부담률은 지속적으로 하락하고 있지만, 비급여 본인부담률이 상대적으로 더 크게 증가하면서 건강보험 보장률은 2006-2011년 6년간 답보상태에 빠져 있는 실정이다. 결국, 건강보험 보장률을 높이기 위해서는 2011년 기준 전체 본인 부담률 37.0% 중에서 45.9%를 차지하고 있는 비급여 서비스의 개선이 필수적이다.

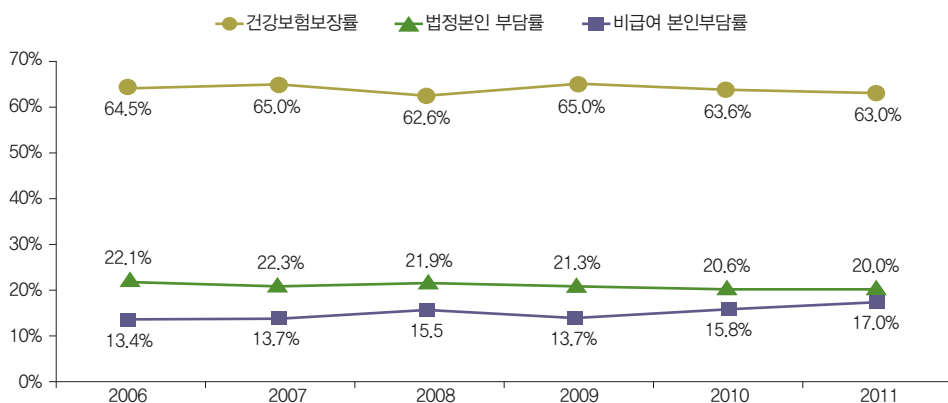


그림 1. 연도별 건강보험 보장률 추이

자료: 서남규(2012), 2011년 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단

표 1. 연도별 전체 비급여 중 항목별 구성비

(단위: %)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
합계	39.9	39.3	41.2	42.3	37.8	35.9
병실차액	15.7	13.5	15.2	15.7	11.7	15.1
선택진료비	24.5	25.8	26	26.6	26.1	20.8

자료: 서남규(2012), 2011년 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단

특히 3대 비급여는 환자 의료비 부담의 주요 요인으로 보장성 강화 정책 확대에 큰 걸림

돌이 되고 있다. 상급병실료로 인한 병실차액과 선택진료비는 2006년부터 2011년 기간동안 전체 비급여 항목의 35.9~42.3%의 높은 비중을 차지하고 있으며, 제도적 지원 없이 사적으로 해결되고 있는 간병비는 2012년 기준 총 2조 원에 달하는 환자 부담을 야기하고 있다.

이러한 3대 비급여 개선을 통해 보장성 강화 정책의 효과를 극대화하기 위해 제도개선에 관한 많은 논의들이 진행되어 왔다. 최근에는 ‘2012년 국민건강보험공단 쇄신위원회 활동보고서’를 통해 일반병상 상향 조정(6인실 → 4인실) 및 일반병상 비율 확대, 선택진료 제도 폐지, 중증도·필요도를 고려하여 2015년부터 2017년까지 3년간 간병비의 1/3 씩을 점진적으로 급여화 하는 방안을 제시하였다. 또한 2013년 건강보험가입자포럼은 공동성명서를 제출하고 일반병상 비율확대(50% → 70%), 선택진료 제도 폐지, 간호인력 확충 방안을 제안하였다.

이와 같이, 3대 비급여에 대한 정책 개선의 필요성이 증대되면서 정부는 3대 비급여 개선을 위한 종합대책을 마련하기 위해 2013년 4월 「국민행복의료기획단」(이하, 기획단)을 구성하고, 공개토론회를 개최하여 그동안 기획단에서 논의된 대안들에 대한 의견을 수렴하였다. 현재까지 상급병실료와 선택진료비의 2대 비급여 제도개선 방안이 발표되었으며, 간병부담 제도 개선을 위해서 포괄간호서비스(보호자 없는 병원) 시범사업을 추진 중에 있다.

	국민건강보험공단 쇄신위원회 활동보고서(2012년)	건강보험가입자포럼 공동성명서(2013년)
상급병실료	일반병상 4인실로 상향 조정 일반병상 확보비용 확대(연 7,778억원 소요)	일반병상 비율 증가요구
선택진료비	기존제도폐지 별도의 수가체계로 보전(연 8,000억원 소요)	선택진료제도 폐지
간병부담	2015~2017년간 중증, 필요도에 따라 간병비의 1/3씩 급여 전환(연 1조1천억원 소요)	간호인력 확충 보호자 없는 시범사업을 통한 제도 개선

그림 2. 3대 비급여 제도 개선을 위한 최근 논의 현황

### 3. 상급병실료

#### 가. 현황 및 문제점

현행법상 ‘일반병상’은 건강보험 수가체계에서 정한 기본 입원료만 받는 병상으로 1실 6인 이상의 병상을 의미하며, ‘상급병상’은 기본입원료 외에 추가로 비용을 부담해야 하는 1

실 5인 이하 병상을 지칭한다. 상급병실료 제도는 일반병상이 아닌 상급병상을 이용하는 경우, 기본 입원료 이외의 추가적 비용을 환자가 전액 부담하는 법정 비급여 제도로 1978년 처음 도입되었다. 이후 상급병상에 대한 무분별한 확대 방지에 대한 필요성이 제기되면서 1982년 일반병상 의무확보 비율이 적용되었다. 당시 실무진은 80%까지 확대해야 한다는 주장을 제기하였지만, 정책결정과정에서 축소되어 현재까지 일반병상 의무확보 비율은 50%로 유지되고 있다.

상급병실료 제도 도입 초기인 1978년부터 1983년까지는 일반병상 부족으로 인해 ‘비자발적으로 상급병상을 이용하는 경우’ 기본 입원료만 부과하고 상급 병실차액을 불인정 하였는데, 1983년 이후 ‘의료적 필요에 의한 경우’만 상급 병실차액을 불인정하는 것으로 명시되면서 일반병상 부족으로 비자발적으로 상급병상을 이용하는 경우에도 환자가 상급 병실차액을 전액 부담하게 되었다. 상급병상에 대한 환자본인부담 증가로 일반병상 확대의 필요성이 꾸준히 제기되면서 2011년 이후 종합병원 이상에서 신설·증축된 병상의 경우 일반병상 확보 비율이 70%로 상향 조정되었다. 하지만 기존 병원에는 개정된 법률이 적용되지 않아 대부분 병원의 일반병상 비율은 50%로 유지되고 있다. 현재 입원실 시설기준에 적합하며, 총 병상이 10병상 이상이고 일반병상을 50% 이상 확보한 경우 상급 병실차액을 인정받고 있다.

	문제점	개선방향
원인	일반병상 부족	일반병상 확대
과정	비자발적 상급병상 이용	비자발적 상급병상 이용 방지
결과	환자본인부담 가중	환자본인부담 완화

그림 3. 상급병실료 제도의 문제점 및 개선방향

상급병실료 제도 문제의 근본적 원인은 일반병상의 부족이다. 일반병상 의무확보 비율이 법적으로 50%로 한정되면서 공급자들이 일반병상을 확대할 유인책이 부재한 실정이다. 그 결과 일반병상은 수요 대비 공급이 8.1%p 부족하였으며, 특히 빅5병원은 27.0%p, 상급종합병원(빅5병원 제외)은 17.7%p나 공급이 부족하였다. 일반병상의 부족은 결국 환자들이 비자발적으로 상급병상을 이용할 수 밖에 없는 구조적 문제를 야기하였다. 입원환자의 59.5%가 비자발적으로 상급병상을 이용하고 있었으며, 특히 빅5병원은 83.7%, 상급종합병

원(빅5병원 제외)은 72.7%가 비자발적으로 상급병상을 이용하였다.

상급병실은 제도 도입 당시부터 근본적으로 공급자들에게 저수가에 대한 원가를 보전하도록 설계되면서 공급자들이 원가보전 유인으로 고가의 가격을 책정하고 있다. 상급병실료 제도는 비급여 서비스로 가격통제 기전 없이 공급자들이 임의로 가격을 책정하면서 병원 간 가격 편차가 크게 나타나고 있으며, 특히 소규모 인실, 상위 병원으로 갈수록 가격 편차가 확대되고 있다. 연간 상급병실료 규모는 1조147억원으로 추정되며, 이는 전액 환자가 지불하는 것으로 환자의 의료비 부담을 가중시키고 있다.

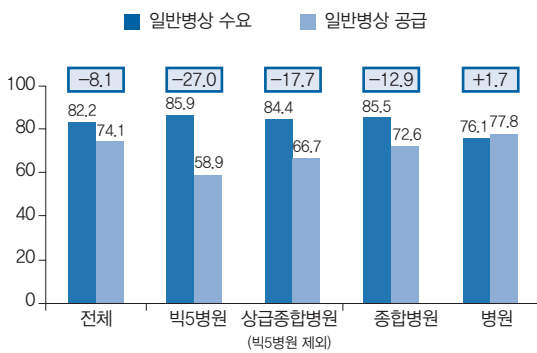


그림 4. 일반병상 수요 대비 공급

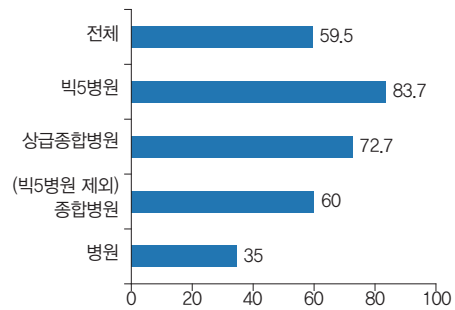


그림 5. 비자발적 상급병상 이용 비율

자료: 윤석준(2013), 상급병실 및 선택진료 실태조사 결과, 국민건강보험공단

## 나. 제도개선 대안 내용

2013년 10월 10일 '상급병실' 제도 개선을 위한 공개토론회에서 기획단은 상급병실 문제는 일반병상의 수요 대비 부족한 공급에 의해 야기된다고 지적하고, 일반병상 확대를 핵심 대책으로 한 2가지 대안을 제안하였다.

첫 번째 대안은 일반병상 비율이 64.9%에 불과한 상급종합병원만을 제도개선 대상으로 하여, 의무적으로 확보해야 하는 일반병상 비율을 현행 50%이상에서 75%이상으로 상향 조정하는 방안이다. 그리고 상급병실료 감소분을 최소화하면서 인실별 입원료 차이를 완화하기 위해 기본입원료를 상향 조정하고, 인실별 차등수가를 적용하여 입원료를 산정할 것을 제안하였다.

두 번째 대안은 전체 병원을 제도개선 대상으로 하여 일반병상 기준을 현행 6인실에서 중별에 따라 종합병원과 병원급 이상은 4인실까지, 상급종합병원은 3인실까지, 빅5병원은 2인실까지 확대하는 방안이다. 입원료는 현행 입원료에 평균 상급병실료를 기준으로 일정비율을 추가 입원료로 산정(예: 80%)하고, 나머지 부분(예: 20%)은 기관별 병실환경이 일정기

준 이상 충족한 병원에 한해 추가비용 부과를 허용하여 산정할 것을 제안하였다.

그리고 두 가지 대안에 공통적으로 본인부담률을 인실별로 차등화하고, 선별급여 개념을 적용하여 일반병상으로 전환되는 2-3인실에 대해 본인부담상한제 적용을 배제하며, 의학·사회적 필요에 의한 경우만 제외하고 특실과 1인실에 대해서는 입원료 보험급여 적용을 중단할 것을 제안하였다.

상급종합병원만을 대상으로 하는 첫 번째 대안은 일반병상 비율이 가장 적은 상급종합병원의 일반병상 확보 비율을 확대할 수 있다는 측면에서 긍정적이지만, 병원, 종합병원은 상급병실료 제도 개선 대상에서 제외된다는 측면에서 한계가 있다. 반면 병원전체를 대상으로 하는 두 번째 대안은 일반병상 기준을 최소 4인실로 개선시킬 수 있다는 측면에서 긍정적이지만, 첫 번째 대안 보다 2-3배 높은 예산이 소요될 것으로 추정된다.

정책 토론회에서 전문가 등은 전체적으로 일반병상을 확대해야 한다는 것에는 의견을 모았지만, 일반병상 확대에 인한 대형병원 환자쏠림현상 심화, 일반병상 75% 확대 근거 미약 등의 원론적 문제를 지적하였다. 반면 의료공급자들은 기본 입원료 현실화, 대형병원 환자쏠림 심화에 따른 중소병원 경영난 우려 등을 주장하면서 두 가지 대안 모두 반대하는 입장을 표명하였다.

	1안	2안
적용 대상	상급종합병원	병원 전체
적용 방법	일반병상 의무확보 비율 (현행 50% → 75% 이상 확대)	병원규모별 일반병상 기준 차등 조정 (병원급 이상 4인실, 상급종합병원 3인실, 빅5병원 2인실)
소득보전 방법	상급종합병원의 일반병상 확보 확대	일반병상을 최소 4인실 이상으로 개선
장점	상급종합병원의 일반병상 확보 확대	일반병상을 최소 4인실 이상으로 개선
단점	병원 및 종합병원 적용대상에서 제외	소요자원 1안의 2-3배 추정

그림 6. 상급병실료 제도개선 대안 내용

## 4. 선택진료비

### 가. 현황 및 문제점

선택진료비는 의료법 제46조에 근거하여 병원급 이상의 의료기관에 내원하는 환자 및 그

보호자의 의사 선택권을 보장하여 실질적인 진료와 그에 따른 심리적인 안정을 도모하기 위하여 도입된 제도로, 특정 의사를 선택하여 진료를 받는 경우 건강보험 수가 이외의 추가적 비용을 환자가 전액 부담하는 법정 비급여 제도이다.

이는 1963년 국립의료기관에서 의료진의 상대적 저임금을 보전하기 위해 ‘특진제도’로 처음 도입된 이후 민간병원으로까지 확산되었다. 1991년 병원별로 분리되었던 특진제도를 통합하여 보건복지부령에 의해 ‘지정진료제도’로 전환하였다. 하지만 지정진료제도는 의료공급자에 의한 강제적용, 의료기관 임의의 가격설정 등으로 환자 부담을 가중시키면서 1999년 폐지되고, 2000년 9월 ‘선택진료제도’가 도입되었다. 현재 선택진료 대상 의사는 의사 면허 취득 후 전문의 10년(한 의사·치과의사 15년)의 자격요건을 갖춘 의사 중 병원내 전체 80% 이내에서 지정이 가능하며, 선택진료비는 검사·마취·진찰·처치수술 등 8개 항목별 건강보험 급여의 상대가치점수 대비 20-100%에 해당하는 범위 내에서 환자가 전액 부담하게 된다.

표 3. 선택진료 부과항목 및 비용산정기준

항목	비용산정기준
진찰(한방포함)	진찰료의 55% 이내
의학관리(한방포함)	입원료의 20% 이내
검사(한방포함)	검사료의 50% 이내
영상진단	영상진단료의 25% 이내
마취	마취료의 100% 이내
정신요법	정신요법료의 50% 이내(심층분석은 100% 이내)
처치·수술(한방포함)	처치·수술료의 100% 이내
침·구 및 부항	침·구 및 부항료의 100% 이내



그림 7. 선택진료비 제도 문제점 및 개선방향

선택진료제도는 건강보험의 저수가 보전, 3차 의료기관 환자 집중 억제, 진료의사간 의료의 질에 대한 차이 반영 등을 목적으로 도입되었다. 하지만 현재 선택진료 의사 및 항목의 적절성 문제가 제기되면서 환자의 선택권이 보장되지 못하고 과도한 의료비 부담만을 야기하고 있는 실정이다. 선택진료 대상 의사의 경우 전문의 10년(한의사, 치과의사 면허취득 후 15년)이라는 자격기준만 존재하고 있어 의사 간 질적 차이를 반영하지 못해 환자의 선택권 자체에 큰 의미가 없는 실정이다. 더욱이 전체 요양기관의 선택진료 의사 지정률이 73.7%에 이르며, 의사에 대해 알기 어려운 검사·영상진단·마취 항목이 전체 선택진료비의 41%를 차지하고 진료비가 높은 수술·처치는 건강보험 가격의 100%까지 선택진료비로 받을 수 있는 등 선택진료 제도의 본래 목적에서 벗어난 형태로 운영되고 있다. 이로 인해 선택진료 이용 환자 비율은 외래와 입원의 경우 각각 40.2%, 49.3%에 달하였으나, 비자발적 선택비율이 40.9%에 이르러 일반의사에 대한 환자의 선택 기회가 너무 낮고, 일부환자에게 부담이 가중 되고 있다.

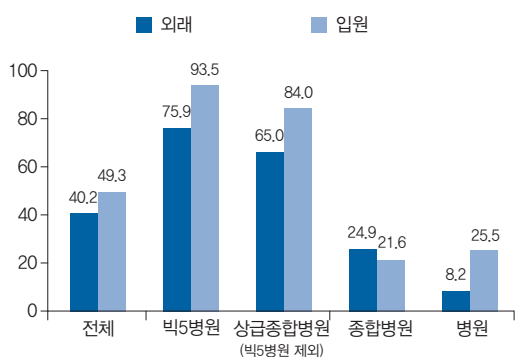


그림 8. 선택진료 이용 환자 비율

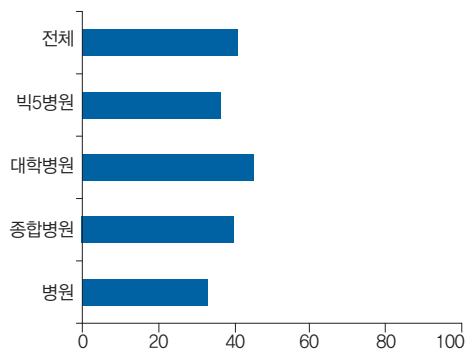


그림 9. 선택진료 의사의 비자발적 선택비율

자료: 국민건강보험공단·고려대(2013), 상급병실 및 선택진료 실태조사 결과

또한, 비급여에서 급여로 전환된 항목에 대해 선택진료비가 부과면서 건강보험 보장성이 확대될수록 오히려 선택진료비가 증가하고 환자의 부담이 가중되는 모순된 구조를 보이고 있다. 특히, 선택진료 제도는 기존의 종별가산제도와와의 중복 문제로 인해 환자에게 이중적으로 의료비 부담을 부과하고 있다.

## 나. 제도개선 대안 내용

정부는 10월 31일에 개최된 '선택진료제도' 개선을 위한 정책토론회에서 선택진료제도 개



선을 위한 2가지 대안을 제시하였다.

첫 번째 대안은 선택진료제를 완전 폐지하는 방안이다. 선택진료제를 대체하기 위하여 의사선택 가산제 대신 병원 선택 가산제를 도입하여 병원의 의료서비스 제공의 구조·과정·결과를 효과성·안정성의 측면에서 평가하고, 그 결과에 따라 병원 이용에 따른 가산율을 차등적으로 더해주는 질 평가 가산 도입을 제안하였다.

두 번째 대안은 선택진료제를 대폭 축소하는 방안이다. 선택진료제 축소는 검사·영상진단·마취와 같이 환자가 선택하기 어려운 항목을 선택진료 항목에서 제외하는 방식과 선택진료의사 비율을 진료과별 50% 이내 등으로 하향 조정하는 방식이 포함된다. 선택진료비 감소분은 공공성·연구강화·전문의료 등 의료기관의 일정 기능에 연계하여 다양한 기관 가산 도입과 수술·처치 등 저평가 되고 있다고 지적되는 일부 항목에 대한 수가 조정을 통해 보전해줄 것을 제안하였다.

	1안(의사별 선택진료제도 폐지)	2안(의사별 선택진료제도 적용범위 축소)
기본 방향	의료의 질을 반영한 병원 선택가산제로 전환 (의사단위 선택구조 ⇒ 병원평가 강화)	선택진료의사, 비선택의사 수의 균형으로 환자의 의사 선택권 강화
적용 방법	병원 단위의 질 평가 과정으로 우수병원에 수가 가산지급(인센티브 방안)	검사, 영상진단, 마취 등 차별성 작은 진료지원 과목 선택진료 폐지  선택진료 대상 의사 축소 (전문의 경력 10년 이상, 진료과목별 50% 이내까지 하향조정)
소득보전 방법	질 평가결과를 반영한 가산과 일부 수가 조정, 기관 가산 확대	수술과 처치 등 일부 항목에 대한 수가 조정과 기관가산 다양화
장점	무분별한 의사별 선택진료비 부담 축소 (정부가 병원 선택진료비의 질평가, 전체적 통제 가능)	1안 대비 상대적으로 짧은 준비 기간 거쳐 시행 가능 (우수한 의사들에 대한 보상 유지)
단점	의사의 적극적 진료에 대한 유인 요소 약화 (객관적 질 평가 준비에 긴 시간 소요)	선택진료비 규모 재확대 우려, 진료지원과목 반발

그림 10. 선택진료 제도개선 대안 내용

선택진료비를 완전 폐지하는 첫 번째 대안은 선택진료비 전체에 대한 정부의 통제기제 확보가 가능하며, 전문화에 따른 협업, 질 평가 강화 등 현대의학의 발전방향을 반영할 수 있는 장점이 있다. 특히, 무분별한 의사별 선택진료비 부담을 축소하여 환자의 부담을 완화해 줄 수 있다. 반면, 병원단위의 객관적 질 평가 준비에 긴 시간이 소요되며 의사의 적극적 진료에 대한 유인요인이 약화되어 환자의 대기시간이 장기화 될 우려가 있다. 선택진료비를 축소하는 두 번째 대안은 첫 번째 안 대비 상대적으로 시행 준비기간이 짧으며 우수한 의사의 성과발현을 촉진시킬 수 있는 장점이 있다. 반면 선택진료 대상이 줄어들어 의사 1명당

선택진료비 수준을 높여 선택진료비 규모가 재확대 될 가능성이 있으며, 축소대상에 해당하는 진료지원과목의 반발이 클 우려가 있다.

정책 토론회에서 전문가 등은 선택진료를 폐지하는 것에 의견을 모았으나, 선택진료 일부 축소방안을 우선적으로 추진하는 등 단계적·점진적으로 추진할 필요가 있음을 강조하였다. 반면 의료공급자들은 충분한 손실보전이 선행되어야 함을 주장하면서 기획단이 제시한 두 가지 대안에 모두 반대하였다. 특히 검사·영상·마취 등 축소대상으로 언급된 진료지원과목 의사들이 강하게 반대하는 입장을 표명하였다.

## 5. 간병부담

우리나라는 외국과 달리 간병을 제도적으로 지원하지 않아 간병부담을 가족간병 또는 간병인 고용과 같이 사적책임으로 해결하고 있다. 사적 가족간병으로 인해 가족구성원이 생업을 중단하거나, 간병인 고용 부담으로 인해 환자 및 가족에게 경제적 부담을 야기하여 환자-보호자 간의 갈등이 발생하기도 한다. 또한 병동 쾌적성 저하, 환자안전·감염관리곤란 등 입원간호서비스 질 저하 문제도 우려된다. 1999년 이후 건강보험에서 간호서비스의 질 향상을 위해 간호인력수에 따라 7등급으로 나누어 수가를 차등지급하는 간호관리료 차등지급 제도를 시행하고 있다. 그러나 충분한 보상이 이루어지지 않고, 고질적인 간호인력의 부족 등으로 다수의 기관이 6-7등급에 머물러 있다.

건강보험 보장성 강화가 보건의료 분야의 주요 정책 현안이 되면서 간병서비스의 제도화 필요성이 지속적으로 제기되어 왔다. 2007년 ‘보호자 상주가 필요 없는 병원 시범사업’을 통해 보호자 또는 개인 간병인을 사적으로 고용하던 것에서 간호사에 의한 양질의 간호서비스 제공을 위한 방안을 모색하고자 하였다. 이후 2010년에는 ‘간병서비스 제도화 시범사업’을 통해 병원 내에서 사적으로 거래 되었던 간병서비스를 병원을 통한 공식적 서비스로 전환하고자 하였다. 하지만 두 차례에 걸친 시범사업은 간병인 업무에 대한 간호사 통제 부재, 비전문가 인력에 의한 의료행위 문제, 간호사의 직접간호시간 감소, 병실 내 인원증가 문제, 병실 운영 문제, 간병 인력의 비효율적 활용 등의 문제로 확대되지 못하였다. 정부는 이러한 한계점을 보완하여 2013년 간호인력 확충을 통한 포괄간호시스템으로 개선하는 ‘포괄간호서비스(보호자 없는 병원) 시범사업’을 추진하였다. 포괄간호서비스 시범사업은 모든 의료적 입원서비스를 간호사, 간호조무사에 의해 제공하여 사적 고용간병인이나 간호사의 병실내 상주를 제한하였다. 현재 팀 간호체계 구축, 간호인력 확대 배치 등의 제도개선을 통해 포괄간호시스템을 제도화하기 위한 방안이 논의 중에 있다.

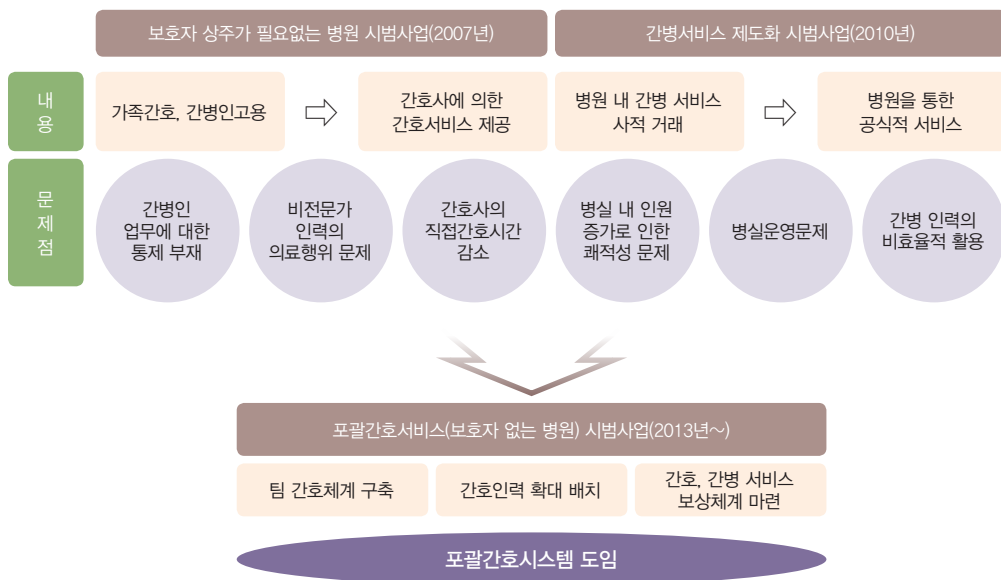


그림 11. 포괄간호서비스(보호자 없는 병원) 시범사업을 통한 간병부담 완화 방안

## 6. 맺으며

3대 비급여는 건강보험 보장성 확대 정책의 주요 제약 요인으로 실제 국민이 체감하는 의료비 부담을 가중시키고 있다. 정부는 3대 비급여 제도 개선을 위한 정책 대안을 제시하고, 개선방향을 논의 중에 있다. 하지만 정부가 제시한 대안에 대해 의료 공급자, 소비자, 관련 단체, 전문가 등 직·간접적 이해당사자들 간 이견을 보이고 있다. 특히 원격진료 허용, 의료기관의 영리 자회사 설립, 수가인상의 압박 등 여러 가지 의료계 현안들과 맞물려 본질에서 벗어난 논의가 이루어지고 있다.

현재 정부는 일반병상 기준 상향 조정 및 일반병상 의무확보 비율의 단계적 확대, 선택진료 의사 및 항목의 단계적·점진적 폐지, 포괄간호시스템 도입을 통한 간병부담 완화를 3대 비급여 제도의 개선방향으로 설정하고 그에 따른 손실보전과 보완적 제도 대안을 검토 중에 있다. 특히 제도 개선 실행으로 인해 야기되는 대형병원 환자쏠림 현상 심화, 의료기관 손실 발생 등의 쟁점 및 갈등을 관리하기 위한 방안 마련에 고심하고 있다. 그간 3대 비급여 개선의 필요성이 지속적으로 제기되었음에도 불구하고, 의료전달체계 개선, 저수거구조 개선 등 보건의료분야의 핵심적 문제를 해결하지 않고 논의가 진행되면서 해결의 실마리를 찾지 못하였다. 이에 대해 보험자, 공급자, 소비자 모두 어느 정도의 책임에서 자유롭지 못한 것이 사실이다.



그림 12. 3대 비급여 제도 개선방향

3대 비급여 제도 개선을 위해 정부는 적극적 정책 추진 의사를 표명하여 학계, 의료계, 시민단체 등의 여론을 수렴하고, 의료발전협의회 개최 등을 통해 의료계의 의견을 듣기 위해 노력하고 있다. 이번 기회에 3대 비급여의 근본적 제도개선을 통해 환자 부담을 실질적으로 완화하는 한편, 의료전달체계 개선 및 본인부담의 가격 기능 활용을 통해 의료기관 종별 기능을 제대로 작동시키고, 의료서비스의 질 향상을 유도할 수 있는 제도적 기반을 함께 구축 할 필요가 있다. 특히 질병 및 인구구조의 변화만 보더라도 의료비는 지속적으로 증가할 수 밖에 없는 상황이며, 이러한 비용이 양질의 의료서비스를 담보하는 기전이 모색되어야 한다. 이를 위해서는 의료서비스의 질적 측면을 포괄적으로 평가하고 보다 안전하고 환자중심적인 의료서비스를 제도적으로 촉진할 필요가 있다. 안전하고 양질의 의료서비스를 위한 기반 구축부터 실제 얼마나 양질의 서비스를 제공하고 있는지에 대한 모니터링 그리고 이를 통한 지불보상 문제까지 포함하는 통합적 기전에 대해 고려되어야 할 것이다. 또한 의료기관 손실보전을 위한 수가 조정과 의료계와의 지속적인 협의를 통한 적정 수가 보전 및 공급자-보험자 간의 갈등 해소 기전을 마련해야 할 것이다. 이를 위해 정부, 보험자, 공급자, 국민 모두 한발씩 양보하여 효과적 제도 개선 실행을 위한 지혜를 모아야 할 때이다.