



공개토론회

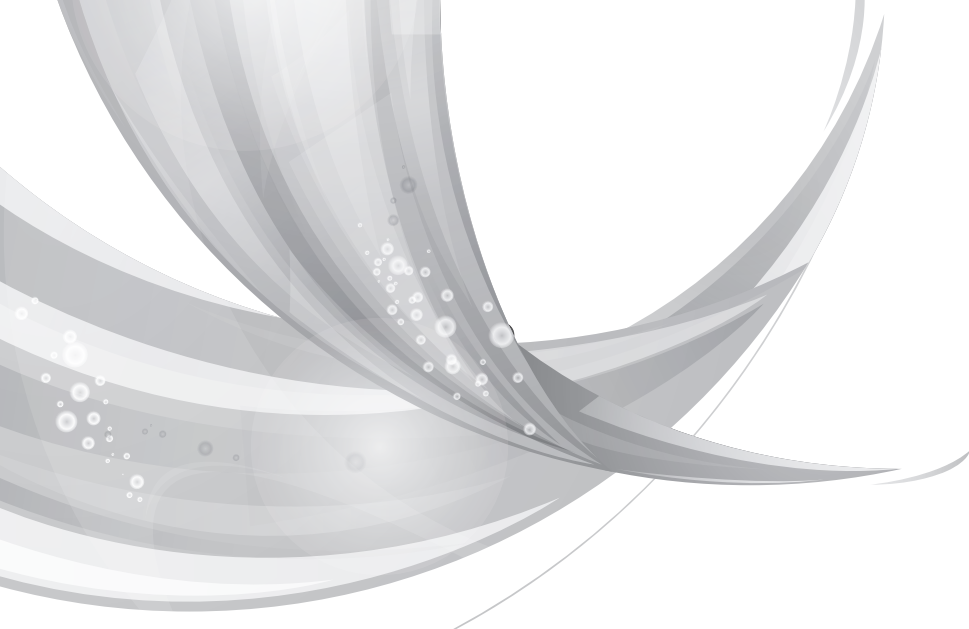
보장성 강화에 따른 영향에 어떻게 대응할 것인가?

일시 | 2013년 5월 16일 (목) 14:00 ~ 16:30

장소 | 한국보건사회연구원 대회의실

주관 |  보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

주최 |  한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs



Program

14:00~14:10

개회식

개회사

최병호 | 한국보건사회연구원장

14:10~14:30

주제발표

보장성 강화에 따른 영향에
어떻게 대응할 것인가?

발 표

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원

14:30~16:00

패널토론

좌 장

신영석 | 한국보건사회연구원 부원장

토론자

권용진 | 서울북부병원장

(가나다순)

김진현 | 서울대학교 교수

박용덕 | 건강세상네트워크 사무국장

박은철 | 연세대학교 교수

성창현 | 보건복지부 의료체계개선팀장

안기종 | 한국환자단체연합회

윤석준 | 고려대학교 교수

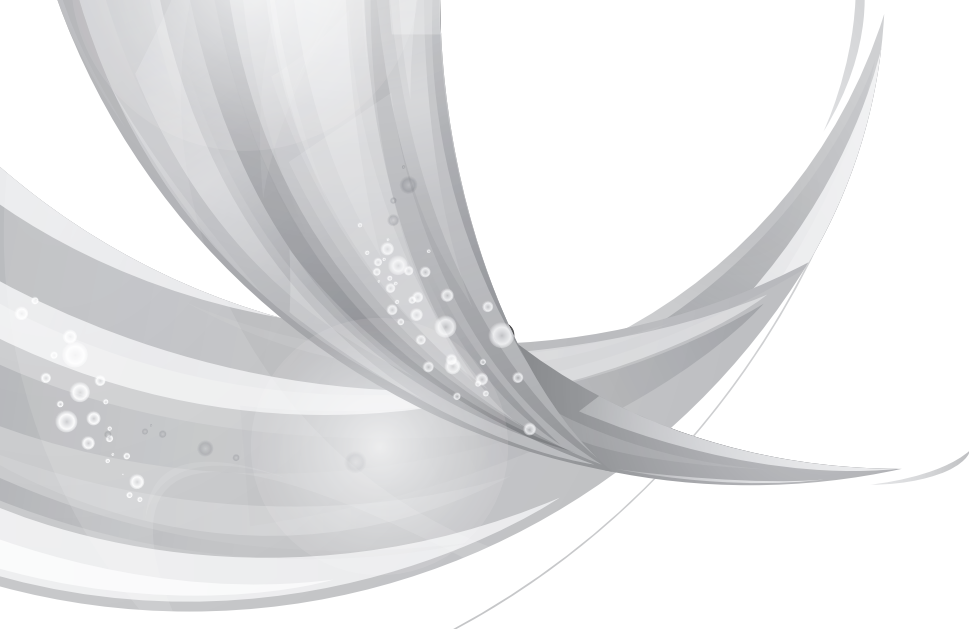
이왕준 | 대한병원협회 정책이사

16:00~16:30

종합토론

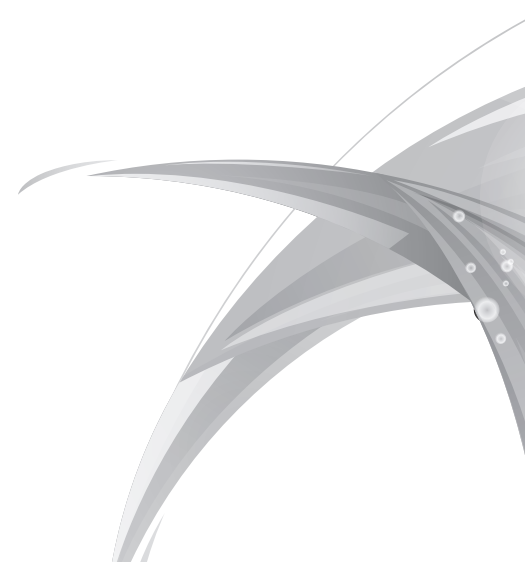
16:30

폐회



보장성 강화에 따른 영향에 어떻게 대응할 것인가?

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원



<공개토론회> 보장성 강화 영향에 어떻게 대응할 것인가? - 의료체계 개편을 중심으로 -

2013. 5.16

강희정 연구위원
한국보건사회연구원

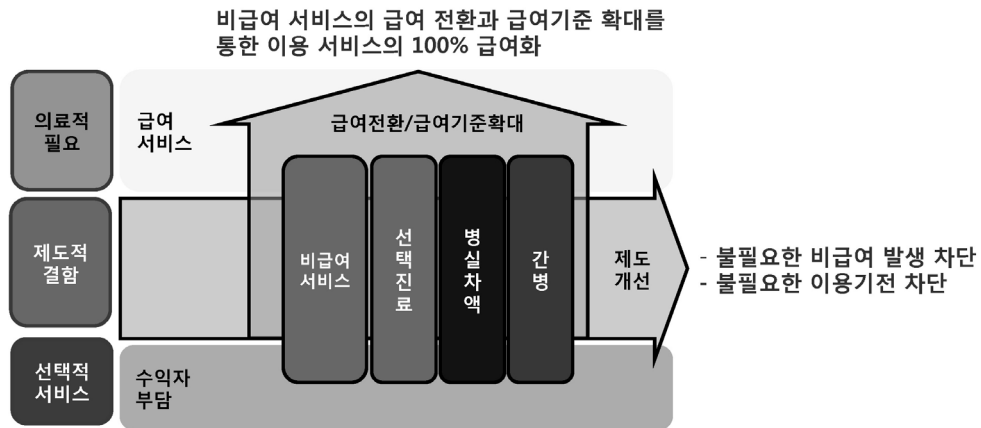
1. 보건의료 건강보장 분야 국정과제

보건의료·건강보장 분야 국정과제

- ◎ 건강한 삶을 보장하는 보건의료체계 개혁
 - 의료보장성 강화로 국민부담 경감
 - 4대 중증질환에 대한 의료비 국가 부담
 - 3대 비급여 환자부담 완화방안 마련
 - 본인부담 제도개선 등을 통한 부담 경감
 - 예방적 건강관리체계 구축
 - 수요자 중심 보건의료체계 개편
 - 보건의료의 지속가능성과 형평성 제고

2. 보장성 강화의 기대효과

- 미충족 의료욕구(unmet need) 감소
- 가계의 의료비 지출과 재난성 질환에 대한 경제적 위험 감소
- 보장성 확대 질환의 생존률 개선



2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 3

3. 보장성 강화에 대한 우려들(1)

- 환자와 공급자에 의한 도덕적 해이의 잠재성
 - (환자) 4대 중증질환 보장성 100%로 의료이용에 대한 비용 부담 완화
 - (공급자) 고가 치료방법 선택에 대한 부담 감소
- 비용 부담 완화로 인한 불필요한 고가 서비스 이용 가능
 - 4대 중증질환자의 이용행태 변화는 크지 않을 수 있음.
 - 암 등 중증질환은 대형병원 중심 이용행태 유지
 - 비급여 통제되지 않았던 그간의 보장성 확대 정책으로 예측 어려움.

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 4

3-1. 그간의 보장성 강화 정책

(단위: 억 원, %)

구분	보장성강화 항목	지출 재정	점유율
급여전환	소 계	56,454	48.6
	6세미만	145	0.1
	영상진단 급여확대(MRI, PET)	13,691	11.8
	기타(요양비, 치과, 한방)	661	0.6
	보장구 급여확대	1,618	1.4
	식대	23,441	20.2
	암질환	595	0.5
	행위, 약제, 치료재료	14,828	12.8
	희귀난치성질환	1,475	1.3
본인부담경감	소 계	51,834	44.6
	6세미만	8,683	7.5
	기타 본인부담경감	2,133	1.8
	심장뇌혈관질환	3,753	3.2
	암질환	29,321	25.3
	암검진	2,271	2.0
	임신, 출산 지원	2,120	1.8
	희귀난치성질환	3,553	3.1
현금급여	소 계	7,834	6.7
	본인부담상한제	5,564	4.8
	임신, 출산 지원	2,270	2.0
총합계		116,122	100.0

주) 2010년 기준

자료: 국민건강보험공단 내부자료

출처: 이옥희 외, 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성변화, 건강보험공단, 2012

- 2010년까지 누적된 보장성 강화 유형별 급여비 지출 재정
 - 암 질환에 대한 본인부담 경감이 가장 높은 점유(25.3%)
 - 영상진단 급여확대, 행위 약제, 치료재료의 급여전환이 24.6%

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 5

3-2. 4대 중증질환 건강보험 보장률의 변화

- 지출에 비해 보장성 확대 효과가 크지 않음.
- 그간의 보장성 강화 정책은 비급여 증가 때문에 보장률 확대에 기여하지 못한 것으로 평가됨.

구분	2006년			2007년			2008년			2009년			2010년			2011년		
	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	건강보험 보장률	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율
암질환	67.7	10.5	21.8	70.5	9.5	20	66.9	9.7	23.4	67.4	7.3	25.3	70.4	8.3	21.3	70.7	6.7	22.6
희귀난치	70.1	19.9	10	71.1	19.5	9.4	66	17.7	16.3	79.1	11.5	9.4	74.6	13.7	11.7	82.6	9.3	8.2
뇌혈관질환	65.5	14.9	19.6	76.8	17.9	5.3	66.1	13.9	20	58.3	18.2	23.5	66.1	14.8	19.1	68.7	15.5	15.8
심장질환	69.3	11.3	19.4	77.2	15.6	7.2	68.9	11.3	19.8	65.8	11.9	22.3	69.2	10.9	19.9	66.1	11.6	22.3
전체질환	64.5	22.1	14.4	65	21.3	13.7	62.6	21.9	15.5	65	21.3	13.7	63.6	20.6	15.8	63	20	17

자료: 서남규 외, 각 연도 건강보험환자 진료비 실태조사, 건강보험공단, 2012

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 6

3-3. 재원일수 증가

● 비용부담 완화로 인한 장기 입원 환자 증가 : 재원일수 증가

- 상급종합병원보다 종합병원 이하에서 발생 가능성 높음.
- 종별 장기요양형 입원분율의 비교

2010년 진료시점		전체 (n=1,175)		상급종합 (n=44)		종합병원 (≥301) (n=101)		종합병원 (≤300) (n=153)		병원 (n=877)	
		LOS	CV	LOS	CV	LOS	CV	LOS	CV	LOS	CV
장기 요양형 입원*분율(%)	전체	18	0.86	4.5	0.39	9.1	0.57	14.7	0.62	20.6	0.82
	외과계 질환	18.2	0.85	3.3	1.48	8.5	0.75	16.1	0.65	22	0.76
	내과계 질환	18	0.86	4.9	0.33	9.4	0.56	14.6	0.63	20.5	0.82
병상이용률	평균 %	70.3	0.32	95.8	0.05	88.4	0.1	79.7	0.19	65.3	0.35

주: 장기 요양형 입원은 단순치료 질병군 중 입원일수가 16일을 이상인 에피소드 분율

LOS: 기관당 평균재원일수, CV: 변이계수

2011년 12월까지 심사된 청구자료 중 2010년이 요양개시일인 입원 청구건(2일 이내 청구건 동일에피소드로 전환) 분석
자료: 홍재석 외. 입원일수 관리지표 개발. 건강보험심사평가원, 2013.

4. 보장성 강화에 대한 우려들(2)

● 대형병원 쏠림 ? : 초대형 병원의 독점 ?

- '06-'10년 5년 동안 보장성 재정의 40%를 상급종합병원에서 점유(건강보험공단, 2012)
- 중증 질환 위주 보장성 강화는 가격탄력성이 낮은 첨단 의료서비스를 독점하고 있는 대형병원으로의 환자 집중을 증가시킬 수 밖에 없음.
- 암환자의 비급여 본인부담금 종별 분포

(단위: 억 원)

요양기관	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
상급종합	3,485(61.7)	3,608(57.8)	5,242(57.4)	6,941(60.8)	6,226(60)
종합병원	1,525(27)	1,780(28.5)	2,607(28.6)	2,781(24.4)	2,559(24.7)
병원	143(2.5)	177(2.8)	321(3.5)	488(4.3)	494(4.8)
의원 및 약국	496(8.8)	674(10.8)	956(10.5)	1208(10.6)	1101(10.6)
합계	5,649	6,240	9,125	11,418	10,381

출처: 이옥희 외. 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성변화. 건강보험공단, 2012

4-1. 외래이용에서 의료전달체계의 기능(1)

- 수진자당 연간 외래 내원일수는 의원이 12.2일로 가장 많고, 2010년 외래 수진자 중 의원 이용 경험자는 약 92%
- 합계대비 수진자 비중으로 비교했을 때, 의원을 이용하지 않은 약 10%의 환자는 병원, 종합병원, 한의원을 일차로 이용하고 있으며, 병원(22.4)과 종합병원(24.0)의 기능이 명확하지 않음.
- 2010년 건강보험 외래 수진자 현황

		수진자당 내원일수 (연간)	2010년 외 래 수진자 (A, 천명)	합계 대비 수진자 비중(%)	해당종별만 이용한 외래 수진자(B, 천명)	B/A(%)
의과	상급종합	5.4	5,970	13.3	232	3.9
	종합병원	4.7	10,030	22.4	488	4.9
	병원	4.4	10,755	24.0	519	4.9
	요양병원	5.0	484	1.1	23	4.8
	의원	12.2	41,136	91.8	11,701	28.5
	치과의원	3.3	15,374	34.3	952	6.2
	한의원	7.4	12,184	27.2	370	3.0
	합계	17.2	44,785		14,286	31.9

주. 2011년 2월까지 심사 완료된 청구자료 중 2010년이 요양개시일인 청구건 분석
자료: 강희정 외. 진료량의 적정관리를 위한 지표 개발. 건강보험심사평가원, 2012.

4-2. 외래이용에서 의료전달체계의 기능(2)

- 전반적으로 의료전달체계 흐름을 보이고 있음.

- 2010년 종별 외래 수진자의 타 종별 기관 이용 현황(단위: 천명(%))

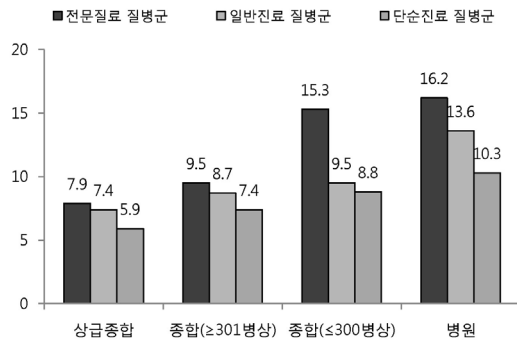
	상급종합	종합병원	병원	요양병원	의원	치과의원	한의원
상급종합	5,970 (100)	1,569 (26.3)	1,723 (28.9)	83 (1.4)	5,466 (91.6)	2,162 (36.2)	2,002 (33.5)
종합병원	1,569 (15.6)	10,030 (100)	2,843 (28.4)	148 (1.5)	9,060 (90.3)	3,400 (33.9)	3,265 (32.6)
병원	1,723 (16)	2,843 (26.4)	10,755 (100)	160 (1.5)	9,706 (90.3)	3,623 (33.7)	3,665 (34.1)
요양병원	83 (17.2)	148 (30.6)	160 (33.1)	483 (100)	424 (87.8)	158 (32.8)	182 (37.6)
의원	5,466 (13.3)	9,060 (22)	9,706 (23.6)	424 (1)	41,135 (100)	13,813 (33.6)	11,370 (27.6)
치과의원	2,162 (14.1)	3,400 (22.1)	3,623 (23.6)	158 (1)	13,813 (89.8)	15,374 (100)	4,397 (28.6)
한의원	2,002 (16.4)	3,265 (26.8)	3,665 (30.1)	182 (1.5)	11,370 (93.3)	4,397 (36.1)	12,184 (100)

주. 2011년 2월까지 심사 완료된 청구자료 중 2010년이 요양개시일인 청구건 분석
자료: 강희정 외. 진료량의 적정관리를 위한 지표 개발. 건강보험심사평가원, 2012.

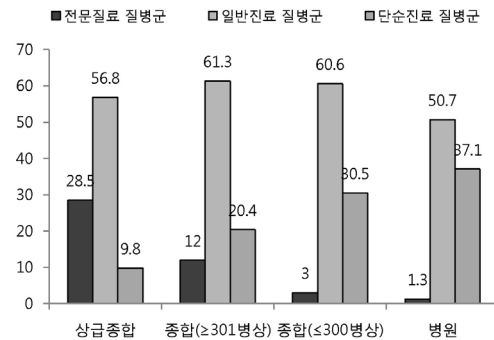
4-3. 입원에서 종별 진료 난이도 차이

- 중증도에 따른 종별 기능 분화와 평균 재원일수가 짧은 상급종합병원 특성이 보임.
- 상급종합병원은 상대적으로 질병군별 재원일수가 짧고 전문진료 질병군의 구성이 높음.

■ 300병상 이상 기관 종별 각 질병군의 평균 재원일수



■ 300병상 이상 기관 종별 각 질병군의 에피소드 비중(%)



주. 2011년 12월까지 심사 완료된 청구자료 중 2010년 1월 1일 요양개시일인 입원 청구건 분석
자료: 홍재석 외. 입원일수 관리지표 개발. 건강보험심사평가원, 2013.

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 11

4-4. 대형병원 환자 쏠림이 왜 문제인가?

- 고비용 투자의 첨단 기술에 대한 초대형 상급종합병원들의 독점력 증가
- 건강보험에서 독점시장의 존재는 모든 국민에게 형평한 건강보험 제도 운영과 환자의 합리적 선택을 어렵게 함.

■ 2007-2010 종합병원 규모별 입원 중증환자 분담률

	2007		2008		2009		2010	
	전문	단순	전문	단순	전문	단순	전문	단순
상급종합병원 상위 5개	24.5	6.6	24.6	6.6	25.8	6.6	26.0	6.3
상급종합병원 39개	46.7	32.2	46.5	31	45.3	30.2	44.4	28.6
상급종합병원 소계	71.3	38.8	71.0	37.6	71.1	36.8	70.4	34.9
종합병원 소계	28.7	61.2	29.0	62.4	28.9	63.2	29.6	65.1
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 박춘선 외. 상급종합병원의 지정기준 개선을 위한 진료실태 조사 및 분석. 건강보험심사평가원, 2012
전문: 전문진료 질병군, 단순: 단순진료질병군

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 12

4-5. 초대형 병원의 과점 현황

■ 2007-2010 Big 5 병원의 점유율(%)

	Big 5/44개 상급종합병원(%)			
	2007년	2008년	2009년	2010년
병상수	20.5	21.7	22.2	22.7
건강보험+의료급여 진료비 계	30.8	31.8	32.7	33.5
입원진료비	28.6	29.8	31.2	31.9
외래진료비	35.1	35.5	35.5	36.5
전문 진료 질병군 입원건수	34.3	34.5	36.0	36.6

자료: 박춘선 외, 상급종합병원의 지정기준 개선을 위한 진료실태 조사 및 분석, 건강보험심사평가원, 2012

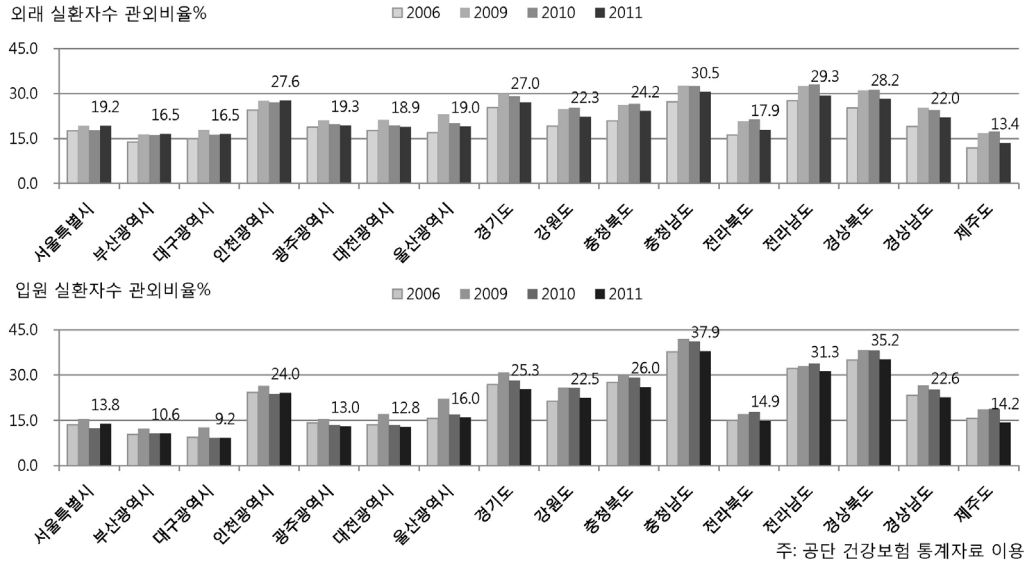
4-6. 대형병원 환자 쏠림 해결이 왜 어려운가?

● 지역별 상급종합병원 분포와 관내 이용률의 변화

환자 거주지	상급 종합병원수		2006			2007			2008			2009		
	06-08	09	외래	입원	전체	외래	입원	전체	외래	입원	전체	외래	입원	전체
서울	20	17	98.2(최고)	97.4(최고)	97.7(최고)	96.7(최고)	95.1(최고)	95.8(최고)	95.8(최고)	93.9(최고)	94.6(최고)	93.3(최고)	91.0(최고)	92.0(최고)
부산	4	4	85.3	83.0	83.7	84.0	81.3	82.1	81.8	80.2	80.7	80.1	78.2	78.8
대구	4	4	90.7	87.6	88.7	89.9	86.2	87.5	89.0	84.9	86.4	88.6	84.3	85.9
인천	2	2	70.1	71.3	70.9	67.6	67.6	67.6	65.5	65.3	65.4	60.8	57.3	58.6
광주	2	2	76.6	74.0	74.9	75.9	73.4	74.3	75.3	72.5	73.5	74.7	69.0	71.0
대전	2	2	75.9	76.4	76.2	72.7	72.9	72.8	71.2	70.8	70.9	70.9	69.1	69.8
울산	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경기	1	5	15.5(최저)	17.4(최저)	16.7(최저)	15.3(최저)	16.5(최저)	16.0(최저)	15.2(최저)	15.4(최저)	15.3(최저)	37.0	34.4	35.4
강원	2	2	56.8	56.9	56.9	55.6	56.9	56.5	55.2	55.1	55.1	54.0	52.9	53.2
충북	1	1	43.7	30.8	31.8	34.0	31.5	32.3	33.3	30.8	31.6	34.7	29.8	31.5
충남	2	2	41.0	42.3	41.9	41.7	43.6	43.1	42.2	43.9	43.4	40.7	42.2	41.7
전북	2	2	70.1	69.1	69.4	71.0	69.8	70.2	72.3	71.4	71.7	72.0	69.4	70.3
전남	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경북	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경남	1	1	26.0	28.3	27.7	25.5	28.1	27.3	25.3	27.0	26.5	25.2(최저)	26.0(최저)	25.8(최저)
제주	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

자료: 박일수, 이동현, 건강보험 자료를 활용한 지역별 의료이용 실태 분석, 건강보험공단, 2010.

4-7. 관외 이용 비율



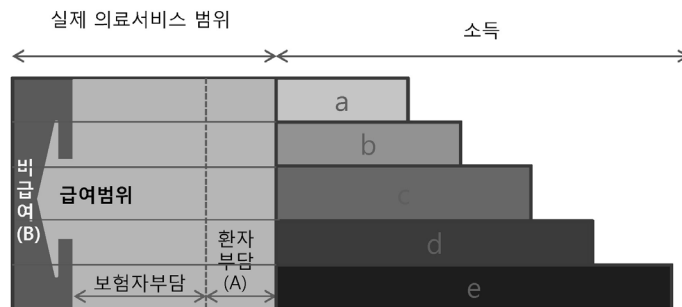
2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 15

5. 보장성 강화에 대한 우려들(3)

- 소득계층간 보장성 강화 효과의 불형평
 - 보장률이 확대되더라도 소득계층에 따라 체감하는 의료비 감소 효과가 다름



$$(A+B)/a \neq (A+B)/b \neq (A+B)/c \neq (A+B)/d$$

2013-05-15

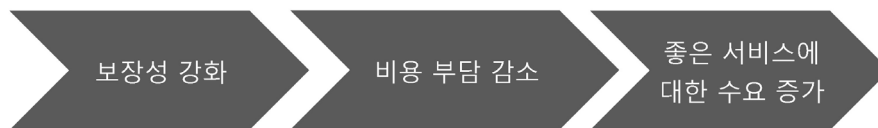
한국보건사회연구원

Page 16

6. 보장성 강화에 대한 우려들(4)

- **신기술과 양질의 서비스 접근에 대한 불형평**

- 비용 부담이 낮아 질수록 신기술과 양질의 서비스에 대한 수요 증가
- 구조적으로 자원이 편중되거나 서비스의 질 수준이 형평 하지 않으면, 환자 중심의 효과적, 효율적 의료제공이 차단됨.
- 현행 의료제공체계에서 보장성 강화는 양질의 서비스에 대한 선호도를 증가시킴
- 지역간, 관심 집단간 의료의 질의 불평등 해소 필요



7. 보장성 강화에 대한 우려들(5)

- **비급여 수익손실에 대한 공급자의 대응**

- 4대 중증 질환 보장성 확대를 위한 비급여의 급여 전환은 '원가'에 기반한 '평균보상'원칙에 따라 의료기관의 손실 발생 가능
- 손실보전 위한 새로운 비급여 수익 창출 또는 기타 관련 서비스의 이용량 증가 등

8. 지속적 보장성 강화를 위한 과제

● 보장성 강화의 기대효과

- 가계의 의료비 지출과 재난성 질환에 대한 경제적 위험 감소
- 4대 중증 질환의 생존율 향상
- 국민의 건강 증진

● 지원방향

- 질병 예방
- 만성질환 관리를 통한 중증화 예방
- 중증질환 치료 후 만성화 예방

● 보장성 강화의 우려

- 환자와 공급자의 도덕적 해이
 - 불필요한 고가서비스 이용
 - 재원일수 증가
- 초대형 병원으로 환자 쏠림 심화
- 소득계층간 보장성 강화 효과 불형평
- 양질의 서비스에 대한 접근의 불형평
- 비급여 수익손실에 대한 공급자의 대응

● 대응방향

- 환자의 합리적 의사결정 지원
- 공급자 지원과 교육/전문성 강화
- 올바른 경쟁 유도/기관간 기능정립
- 환자 중심의 의료서비스 협진 체계
- 질 좋은 서비스 접근에 대한 형평성
- 비급여 관리/적절한 성과 보상

의료의 질을 높이는 의료제공체계 개편

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 19

9. 의료체계 개편을 위한 그간의 대응

● 복지부, 「의료기관 기능 재정립 TF」 구성·운영('09.12.15 ~ 5차례 개최)

→ 현행 문제점 및 의료기관 기능 재정립 방향에 공감대 형성

- ◇ 예방 기능, 만성질환 관리, 단골의사제 등 1차의료 기능 강화
- ◇ 전문병원제도 도입 등 2차 의료 기능 강화
- ◇ 연구중심병원 육성 등 3차 의료기관의 연구·교육 기능 강화
- ◇ 진료 의뢰 및 회송 절차의 실효성 확보 방안, 수가체계 조정 방안 등

● 「1차 의료 활성화 추진 협의회」 구성·운영('10.6.30 ~ 7차례 개최)

- ◇ 전담의 도입 등 만성·경증 질환에 대한 일차의료 기능 강화
- ◇ 진료 의뢰 및 회송 절차의 실효성 확보 및 대형병원 경증환자 쏠림 완화 방안
- ◇ 의료기관 서비스 질 강화 방안 등

● 복지부내 「건강지킴이 의료개선팀」 신설('10.10.28)

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 20

9-1. 의료기관 종별 기능에 대한 공감대

● 의료기관 종별 기능의 명확화

〈 의료기관 종별 기능 재정립 방향 〉

의원	▶ 경증 및 만성질환에 대한 외래진료 중심 • 간단하고 흔한 질병에 대한 진료
병원급	▶ 입원진료와 중증질환에 대한 분야별 전문진료 • 분야별 전문의학적 관리가 필요한 질병에 대한 진료 • 의원급을 포함한 타 의료기관에서 의뢰된 환자의 진료
상급종합병원	▶ 고도중증질환 진료와 연구·교육 기능으로 고도화 • 진단난이도가 높거나 희귀하고 복합적인 질병에 대한 진료 • 고도 의료 기술의 개발, 확산 및 평가를 수행 • 타 의료기관에서 의뢰된 중증질환 환자의 진료

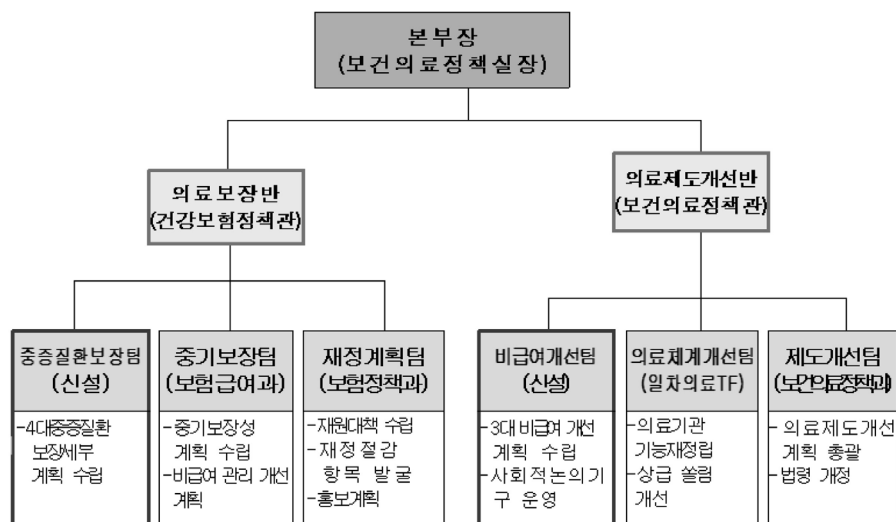
자료: 보건복지부

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 21

9-2. 국민행복의료기획단 운영



2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 22

9-3. 그간의 논의 주제

- 기능 재정립 개념을 바탕으로 구현 방안들이 논의됨.
 - **중별 기능에 따른 체계적 의료이용 유도 방안**
경증질환의 대형병원 이용 시 약제비 부담 인상 등
 - **진료의뢰 절차 내실화 및 회송제도 활성화**
진료소견 작성, 유효기관 설정 등 의뢰서 발급 요건 강화
의뢰 및 회송 시 진단 및 검사 결과 등 진료 정보 첨부 의무화
상급종합병원에 대한 회송 인센티브
 - **의원의 의료서비스 질 제고**
만성질환 관리체계 구축 등
 - **지역의 필수의료 거점병원 육성 및 다양한 협력 모형 개발**
 - **대형병원 기능의 고도화: 연구중심병원 육성, 상급종합병원 인정기준 개선 등**

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 23

10. 토의를 위한 중점 실행 과제(1)

- 국민의 평생건강을 위한 연속적 의료제공체계 구축 틀
 - 현재 의료제공체계에서 서비스 유형과 시설은 환자를 중심으로 연속적이지 않으며, 분절적이고 중복적임.

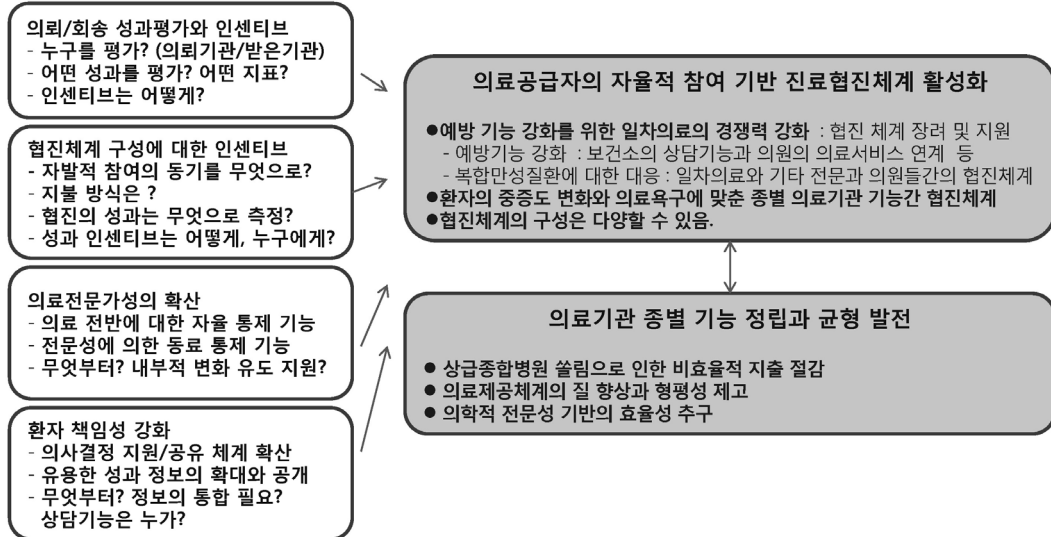
	건강유지/ 중증화 예방	급성기치료	아급성기	만성질환 관리	장기요양	생애말기
Big5상급	↑	↑		↑		
기타상급						
종합병원			존재?			
병원	중복 경쟁		존재?			
요양병원						
의원		↓		↓		
보건소	↓					
요양시설						

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 24

11. 토의를 위한 중점 실행 과제(2)



2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 25

12. 의료제공체계 개편의 어려움

- 개념적 담론을 넘어서 실행 단계로 전환 필요
- 그러나 정책적 대안들은 단일 질환, 단일 기관, 단일 부처와 관계되지 않음.
 - 단일 만성질환 → 복합 만성질환
 - 전문화된 단일 기관 → 통합적 의료서비스 제공(협진 체계, 대형화)
 - 치료 중심 급여 → 예방, 치료, 재활의 연계
 - 공급자 중심 직접 규제 → 의료소비자 참여, 자율, 간접적 개입
 - 서비스의 양적 제공(의료비 지원) → 서비스의 질적 제공(질과 형평성)
 - 서비스 단위 접근 → 환자, 지역사회, 국가 단위 접근

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 26

13. 의료제공체계 개편의 접근 전략

- 제도변화의 일률적 실행 어려움과 시스템적 접근의 한계로 어느 것도 실행이 쉽지 않음.
- 근원적 재설계는 사회적 비용 증가
 - 의료기관 간 효율적 경쟁과 합리적 환자 이용을 유도하도록 진료제공체계상 주요 접점(critical point)의 변화
- 다양한 시범사업 운영을 위한 예외적 정책 경로 필요
 - 다양한 사업모형에 대해 일정기간 시범사업을 할 수 있도록 제도적, 실무적 기능 마련 필요
 - 보건복지부내 건강보험 혁신센터를 설치하여 다양한 사업의 모형을 시범으로 일정기간 운영하고, 결과를 기반으로 제도 개편 추진
 - 시범사업 참여 기관에 대해 인센티브 제공
 - CMS Innovation Center : 공급자간 네트워크 구성 등 다양한 혁신적 의료전달모형, 지불모형 등 시범 운영
- 보장성 강화 정책과 연계한 의료체계 개편 추진력 확보

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 27

14. 토의 방향

- 보장성 강화와 의료제공체계 개편의 연계성과 필요성 ?
- 의료제공체계 개편을 위한 핵심 추진 과제는 ?
- 그간의 정책 동향에 기반한 추진 과제들의 실현가능성, 중요성, 시급성 ?
 - 환자 중심 협진 체계(예방기능 강화와 서비스 이용의 효율성 향상)
 - 의뢰-회송 활성화(급성기 치료 후 고비용 병원에서의 장기 재원 예방)
 - 아급성 의료체계 구축 가능? 자율적 진입 유도 가능?
 - 자율적 협진체계 유도 가능?
 - 성과 측정-자율적 유도- 평가 결과 공개-환자 의사결정 참여 지원이 작동하기 위한 성과 측정과 결과 공개
- 의료체계 개편을 위한 전략적 접근 방식은?

2013-05-15

한국보건사회연구원

Page 28