

공개토론회

3대 비급여, 어떻게 할 것인가?

일시 | 2013년 5월 23일 (목) 14:00 ~ 16:30

장소 | 한국보건사회연구원 대회의실

주최 |  보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

주관 |  한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs



Program

14:00~14:10

개회식

개회사

최병호 | 한국보건사회연구원장

14:10~14:30

주제발표

3대 비급여, 어떻게 할 것인가

발 표

신현웅 | 한국보건사회연구원 연구위원

14:30~16:00

패널토론

좌 장

이상영 | 한국보건사회연구원 건강보장연구실장

토론자
(가나다순)

권병기 | 보건복지부 비급여개선팀장

김 윤 | 건강보험심사평가원 연구소장

김진현 | 서울대학교 교수

박은철 | 연세대학교 교수

안상호 | 한국선천성심장질환학회 대표

윤석준 | 고려대학교 교수

이기효 | 인제대학교 교수

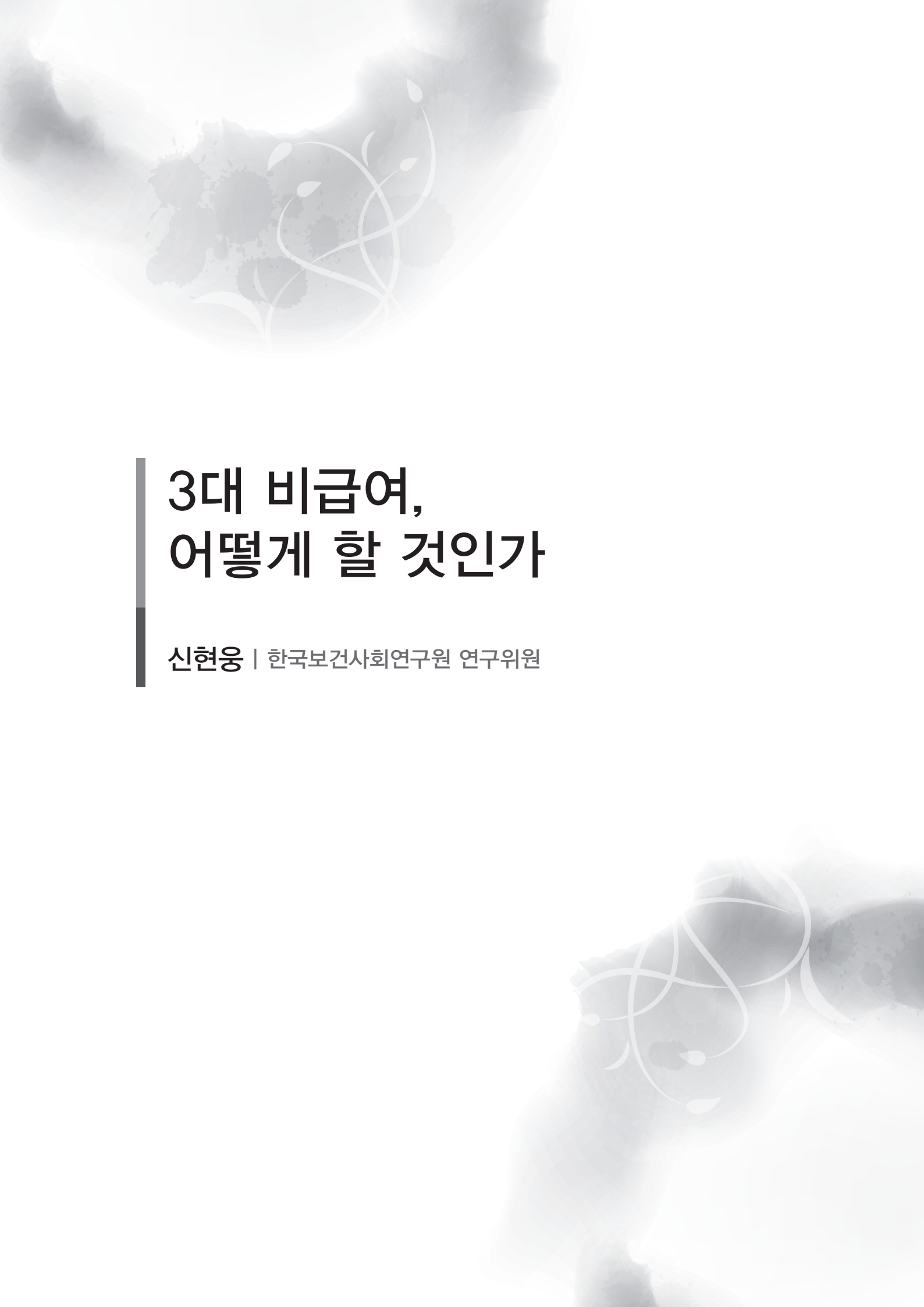
이상교 | 연세의료원 경영지원팀장

16:00~16:30

종합토론

16:30

폐회



3대 비급여, 어떻게 할 것인가

신현웅 | 한국보건사회연구원 연구위원

3대 비급여, 어떻게 할 것인가?

한국보건사회연구원
연구위원
신현웅

2013. 5. 23

| 목 차

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

- 01** 논의배경
- 02** 보장성 현황
- 03** 기존 논의내용
- 04** 상급병실료
- 05** 선택진료제
- 06** 간병서비스

논의배경

| 논의배경

박근혜 정부 국정과제

- (4대 중증질환 급여화) 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환 등 환자 부담이 큰 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 모두 건강보험 적용(' 16, 100%)
* 나머지 고부담 중증질환의 단계적 급여화하고, 상급병실료, 선택진료비 등에 대해서는 실태조사 등을 통해 실질적 환자 부담완화 대책 추진
- (어르신 임플란트 급여적용) 65세 이상 어르신에 대해 단계적으로 임플란트 건강보험 급여화(2014년: 75세 → 2015년: 70세 → 2016년: 65세)
- (본인부담 상한제 개선) 현행 3단계인 상한제를 세분화(7단계)하되, 저소득층의 상한액은 낮추고(200만원 → 120만원), 고소득자는 상한액을 높이도록 (400만원 → 500만원)

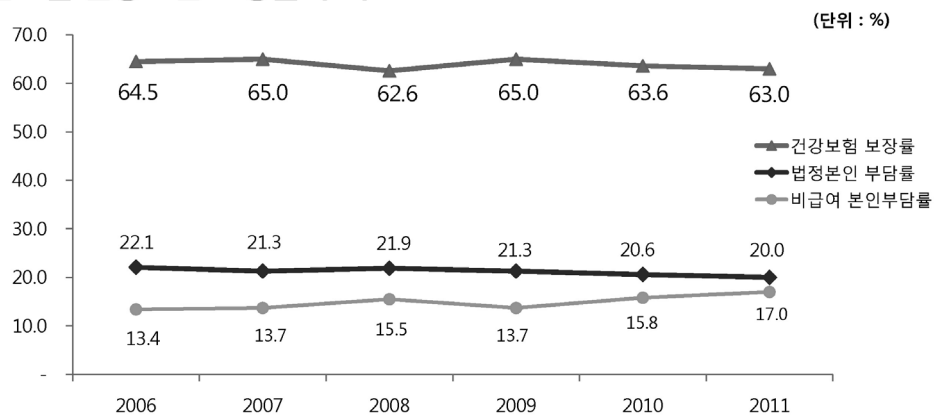
보장성 현황

KHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

| 보장성 현황

KHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

⑤ 연도별 건강보험 보장률 추이

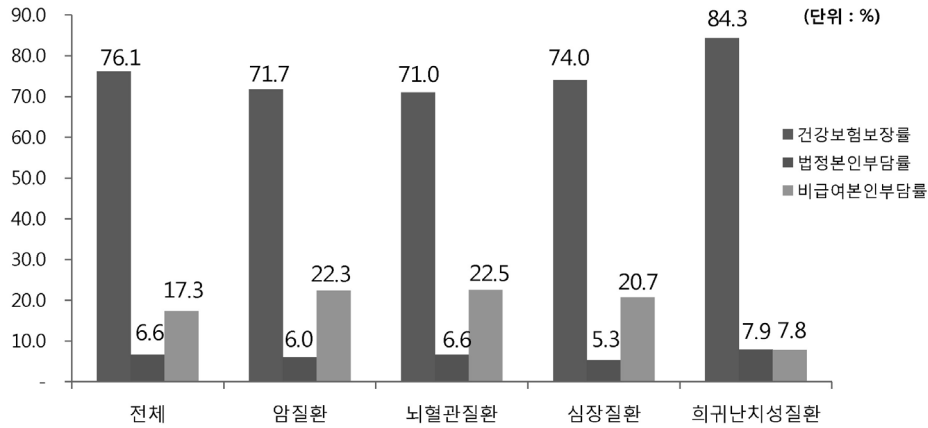


주: 현금자료 포함 보장률
출처: 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2012)

구 분	2006	2007	2008	2009	2010	2011
건강보험 보장률	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0
법정본인 부담률	22.1	21.3	21.9	21.3	20.6	20.0
비급여본인부담률	13.4	13.7	15.5	13.7	15.8	17.0

| 보장성 현황

④ 4대 중증질환 연도별 건강보험 보장률 추이

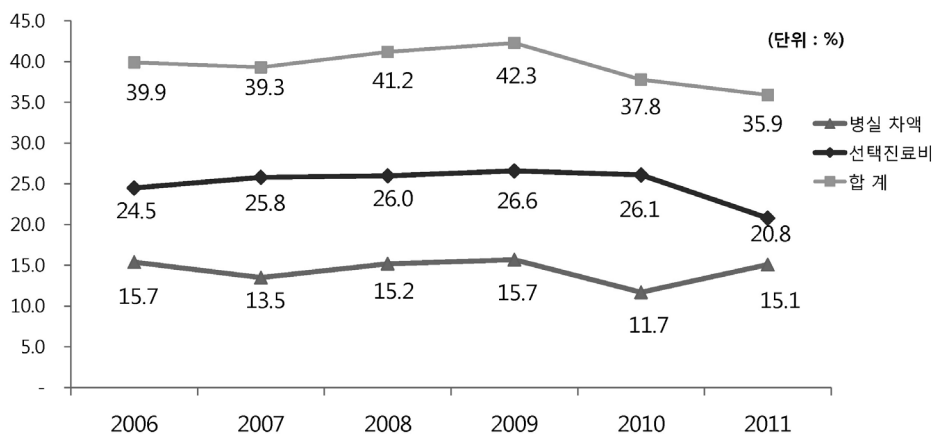


출처: 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2012)

구분	전체	암질환	뇌혈관질환	심장질환	희귀난치성질환
건강보험 보장률	76.1	71.7	71.0	74.0	84.3
법정본인 부담률	6.6	6.0	6.6	5.3	7.9
비급여 본인부담률	17.3	22.3	22.5	20.7	7.8

| 보장성 현황

④ 연도별 전체 비급여 중 항목별 구성비



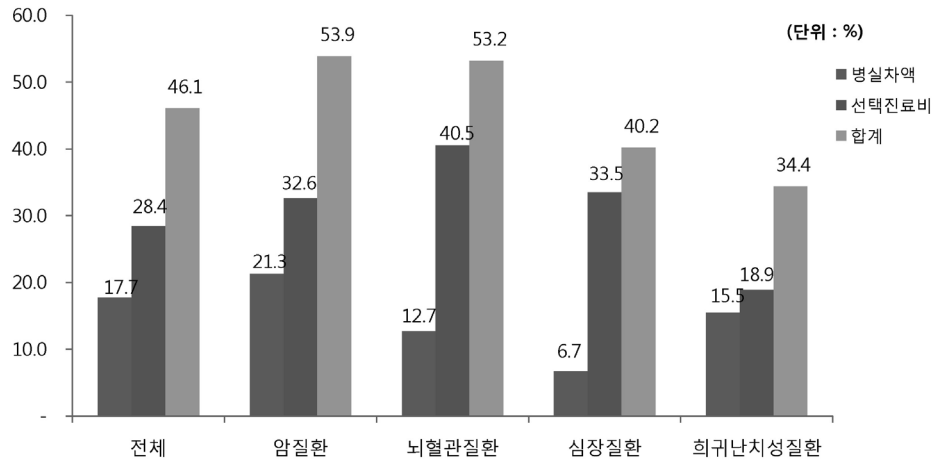
출처: 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2012)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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	26.0	26.6	26.1	20.8

| 보장성 현황

KIHASA
 한국보건사회연구원
 Korea Institute for Health and Social Affairs

④ 4대 중증질환 연도별 전체 비급여 중 항목별 구성비



출처: 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2012)

구분	전체	암질환	뇌혈관질환	심장질환	희귀난치성질환
병실차액	17.7	21.3	12.7	6.7	15.5
선택진료비	28.4	32.6	40.5	33.5	18.9

Korea Institute for Health and Social Affairs

page - 9

기존 논의 내용

KIHASA
 한국보건사회연구원
 Korea Institute for Health and Social Affairs

| 기존 논의 내용

② 국민건강보험공단 채신위원회 활동보고서(2012년)

선택진료

- 기존 제도 폐지
- 별도의 수가체계로 보전
 - 연 8천억원 소요

상급병실료

- 기준병실을 4인실로 상향
- 기준병상 확보비용 확대
 - 연 7,778억원 소요

간병서비스

- 2015년 ~2017년간 중증, 필요도에 따라 간병비의 1/3씩 급여 전환
 - 2013년~2014년 사전준비
 - 연 1.1조원 소요

| 기존 논의 내용

건강보험가입자포럼 공동성명서(2013년)

상급병실

- 일반병상 비율 증가 요구
 - 신규 병상에 대한 일반병상 비율 상향 조정 (50% → 70%) 한 전례 존재

선택진료

- 선택진료제도 폐지

간병비

- 간호인력 확충
- 보호자 없는 병원 시범사업을 통한 제도 개선



| 상급병실료

② 개념 및 연혁

개념 및 연혁

• (개념)

일반병상이 아닌 5인 이하 상급병상을 이용하는 경우, 기본입원료 이외 추가적 비용을 환자가 전액 부담하는 제도

• (제도연혁)

- 1978년 상급병실 개념 도입
- 일반병상 의무확보 비율 : 1982년 50% → 2011년(종합병원) 70%, 상향조정
- 강화된 비율은 2011.1.1. 이후 신설 · 증축된 병상에만 적용

| 상급병실료

② 문제제기



| 상급병실료

⑤ 문제제기(계속)

근본원인: 기준병실 부족

- 기준병실 기준 50%
- 공급자들의 기준병실 확대 유인 부재
 - 근본적으로 처음부터 공급자들에게 원가보전하도록 설계

| 상급병실료

⑤ 문제제기(계속)

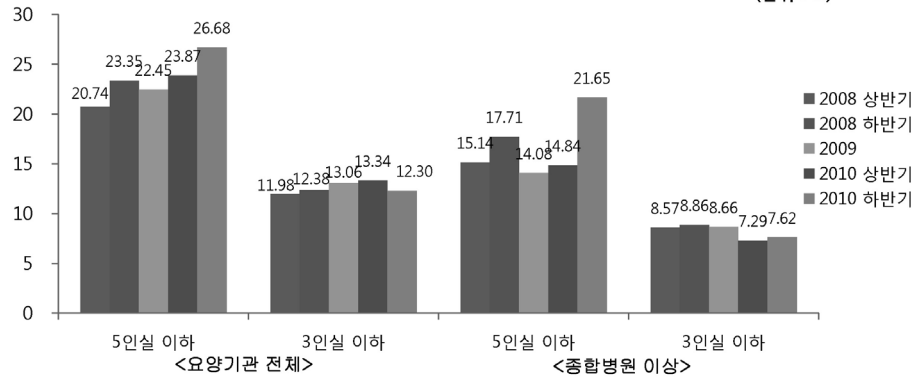
과정상 문제: 비자발적 상급병실 이용

- 입원 환자 중 상급병실 희망비율이 낮음
 - (한국의료패널 2008~2010) 종합병원급 이상 전체입원환자 중 3인실 이상 병상 희망입원비율 7.62%
 - 기타 유승훈(2001) 6.2%, 정종찬(2004) 6.9% 수준
- 공급자들의 상급병실 이용 유도
 - 기준병실이 비어있는 경우에도 상급병실로 유도
- 결과적으로 상급병실 이용은 선택이 아닌 강제

| 상급병실료

⑤ 비자발적 상급병실 이용

(단위 : %)



구분		2008 상반기	2008 하반기	2009	2010 상반기	2010 하반기
요양기관 전체	5인실 이하	20.74	23.35	22.45	23.87	26.68
	3인실 이하	11.98	12.38	13.06	13.34	12.30
종합병원 이상	5인실 이하	15.14	17.71	14.08	14.84	21.65
	3인실 이하	8.57	8.86	8.66	7.29	7.62

출처: 한국보건사회연구원 산출

Korea Institute for Health and Social Affairs

page - 19

| 상급병실료

⑤ 문제제기(계속)

결과: 환자부담 가중

- 가격통제 기전 부재
 - 공급자들의 원가보전유인으로 인한 고가가격 책정
 - 공급자들이 임의로 가격을 결정하므로 가격 통제 불가

● <표 1> 상급종합병원 상급병실료 현황(2012년)

(단위 : 원)

구분	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실
최저	80,000	50,000	27,000	15,000	10,000
최고	480,000	215,000	140,000	118,000	65,000
최고/최저	6.0	4.3	5.2	7.9	6.5

출처: 심평원 보도자료

- 질 보장 되지 않음 → 비급여 관리기전 부재

Korea Institute for Health and Social Affairs

page - 20

| 상급병실료

② 그간 정책대안

기준병실 부족 해결

- 기준병실 확보기준 : 50% → 70% (80%) 상향
- 단기적으로 문제 해결 불가
- 기준병실 기준 : 6인실 → 3인실(4인실) 조정



| 상급병실료

② 그간 정책대안

비자발적 상급병실 이용 해결

- 의학적 필요시 비자발적 상급병실이용에 대한 본인부담 지원
- 기준병실이 있음에도 상급병실로 유도하는 행위에 대한 관리감독 강화

선택진료제

| 선택진료제

② 문제제기

일반진료 의사의 접근성 제약

- 대형병원의 일반진료 의사는 대부분 레지던트, fellow 등
- 진료과목별로 일반진료 의사가 없는 경우 많아, 선택권 무의미
- 희귀난치성질환의 경우 일반진료 전문의 부재

※ ‘선택진료 제도개선 추진 T/F(보건복지부, 2009)’를 바탕으로 최근 논의되는 대안을 재정리한 결과로 발제자의 의견이 아님(재인용시 출처 정확하게 기재 요망)

| 선택진료제



② 문제제기(계속)

선택진료제의 관리 부재

- 저수가에 따른 의료기관 수익보전 수단
- 환자의 의료비 부담 과도
 - 진료비가 높은 입원, 수술 등의 선택진료비 증가
 - 종별 가산제가 중복부담이라는 문제제기
- 선택진료비 가격 통제 불가

선택진료제 질 관리 부재

- 선택진료제가 의사의 질적 차이 반영하지 못함
 - 단순히 전문의 10년이라는 자격기준만 존재

| 선택진료제



③ 그간의 정책대안

일반진료 의사의 접근성 제약 해결

- 환자의 일반진료 기회 확대
 - 선택진료 의사 비율 연차적으로 축소 : 80% ➡ 50% 이하

| 선택진료제

② 그간의 정책대안(계속)

선택진료제의 관리 개선

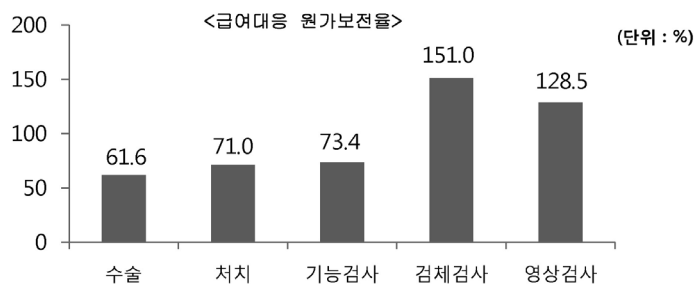
- 총 진료비 기준 선택진료비 산정방안
 - (현행) 8개 선택항목별 추가비용 산정
 - (대안) 주진료과 선택진료의사의 총 진료비(지원과 포함)에 대한 일정비율 범위 내에서 추가 비용 산정

| 선택진료제

② 그간의 정책대안(계속)

선택진료제의 관리 개선(계속)

- 선택진료비 폐지
 - 일부 폐지 등으로 환자 본인부담 완화 : 원가 보전을 높은 영상·검체검사부터 폐지



출처: 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사, 한국보건사회연구원(2012)

- 최종적으로 완전 폐지 : 완전폐지에 따른 가산 또는 수가 내 보전

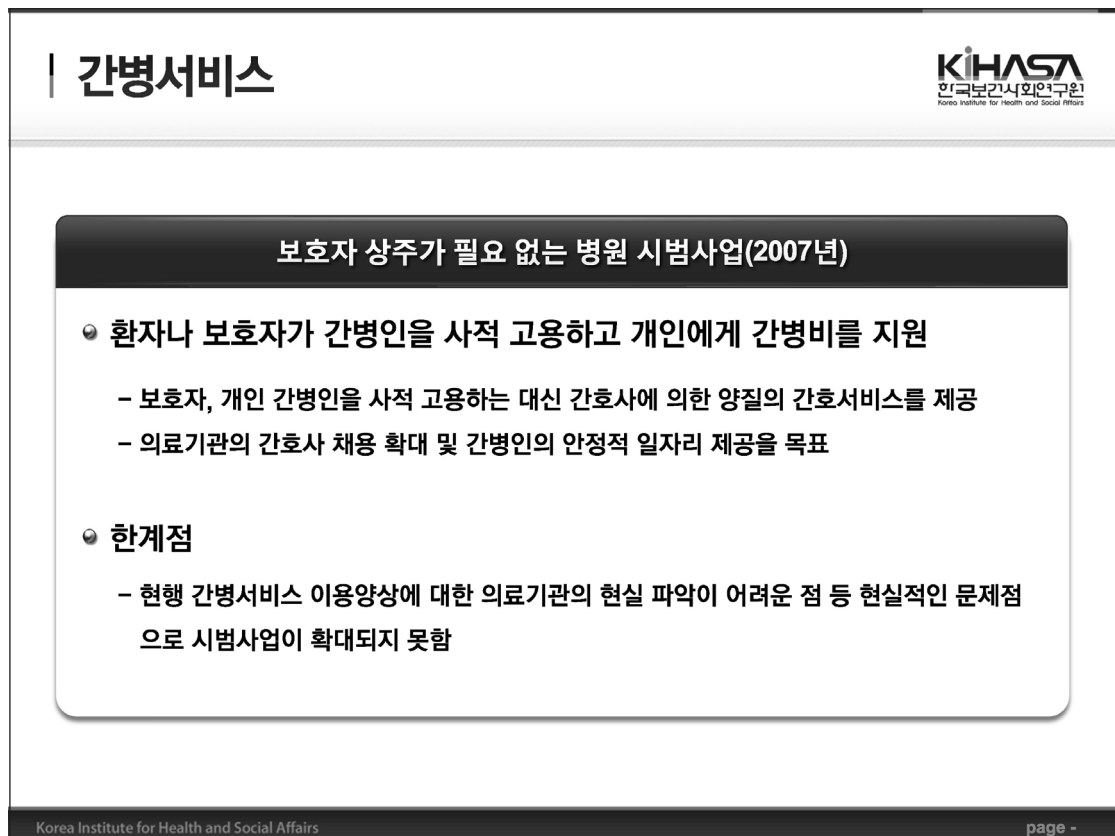
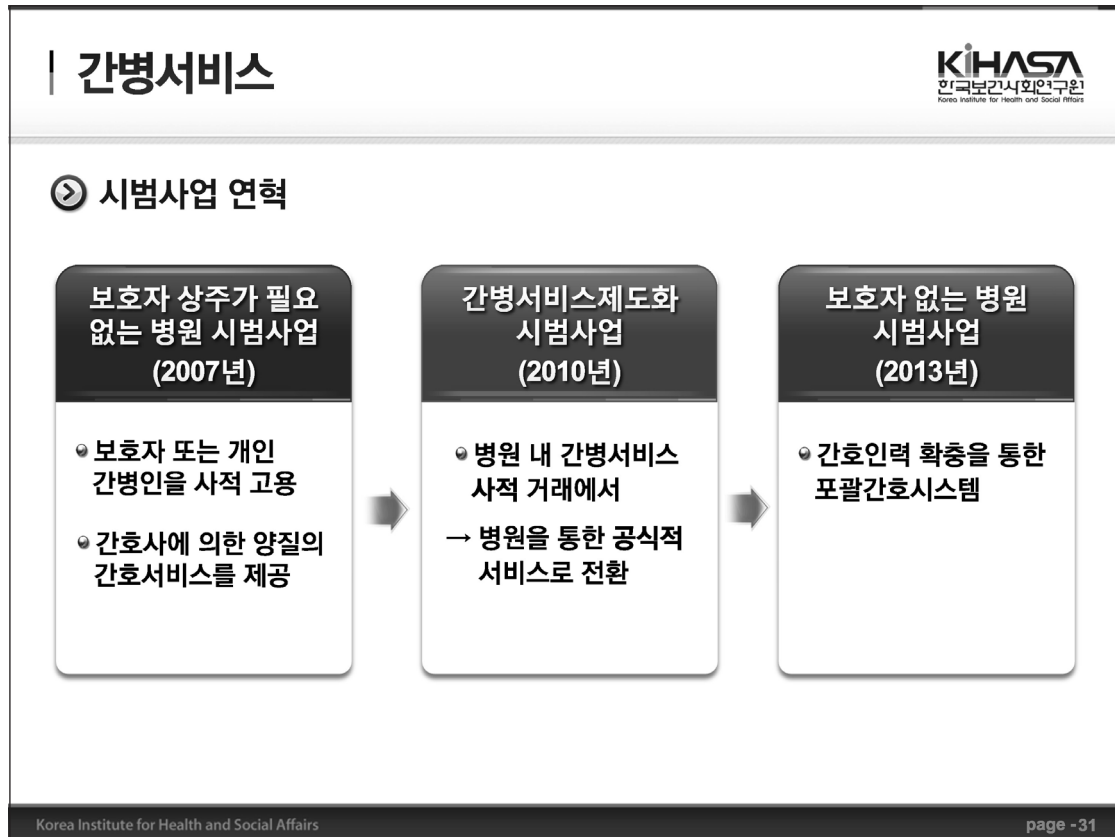
| 선택진료제

➤ 문제제기(계속)

선택진료제 질 관리 강화

- 선택진료의사 자격 요건 강화
 - (현행) 전문의 10년, 한의사·치과의사 면허취득 15년, 조교수 이상
 - (대안) 선택진료 의사의 자격(전문의 경력, 수술 건수 등)으로 반영
- 환자 알 권리 증진
 - 선택진료기관에 대한 의료 질, 의료평가 결과 등 정보공개

간병서비스



| 간병서비스

간병서비스제도화 시범사업(2010년)

- 의료기관의 사적 거래의 서비스를 병원을 통한 공시적 서비스로 전환
 - 간병서비스 제공모델 개발을 목적으로 수행
- 한계점
 - 간병인력의 업무가 적절히 통제되지 못함
 - 보험급여화에 대한 적절한 해결책을 제시하지 못함

| 간병서비스

2007년, 2010년 시범사업의 문제점

간병인 업무에 대한
간호사 통제가 없는 문제비전문가 인력에 의한
의료행위의 문제간호사의
직접간호시간의 감소병실 내 인원 증가로
인한 문제

병실 운영의 문제 발생

간병 인력의
비효율적 활용

| 간병서비스

보호자 없는 병원 시범사업(2013년)

- **간호인력 확충을 통한 포괄간호시스템으로 개선**
 - 모든 의료적 입원서비스는 간호사, 간호조무사에 의해 제공
 - 사적 고용간병인이나 간호자의 병실내 상주를 제한
- **시범사업을 통한 주요 검증사항**
 - 효율적인 '팀간호서비스' 제공체계
 - 환자중심의 병실 환경 개선방안 도출
 - 간호인력 수급의 현실성 검토
 - 포괄간호서비스 보상체계(원가 산정 및 수가설계 방안 검토)
 - 환자 및 수행인력 만족도 평가

감사합니다