

NATIONAL

4대 중증질환 등 의료보장 약속

“반드시”

이행하겠습니다.

HEALTH INSURANCE



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

h-well

국민건강보험
National Health Insurance Service



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

박근혜 정부가 막 개막되었습니다. 건강보험제도에 대한 이런 저런 우려와 걱정의 목소리가 많고 4대 중증질환에 대해서도 오해가 많습니다.

전문가와 시민단체 등이 참여하여 심층적으로 논의한 결과를 바탕으로 내놓는 거창한 보고서는 아니지만, 이 업무를 담당해 온 복지부 공무원들의 진솔한 생각을 담은 것으로, 국민들과 언론에서 “아! 이렇게 진행되고 있구나, 이런 고민들이 있구나” 하는 점을 가볍게 파악하시라고 드리는 자료입니다.

Contents

1. 건강보험에 바라는 국민의 목소리... 그리고, 딜레마... 1
2. 4대 중증질환에 대한 보장 약속은 반드시 이행하되 국민의
보험료 부담을 가중시키거나 국민경제에 충격을 주지
않도록 보험재정을 잘 관리하겠습니다. 5
3. 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 2016년까지
모두 건강보험을 적용하겠습니다. 9
4. 4대 중증질환 뿐 아니라 고혈압, 당뇨, 치과, 한방 등 다른
질환들의 의료비 부담도 완화하겠습니다. 15
5. 3대 비급여 문제는 박근혜 정부 임기 내에 꼭
개선하겠습니다. 18

01

건강보험에 바라는 국민의 목소리... 그리고, 딜레마...

우리 건강보험제도는 미국의 오바마 대통령이 보건의료 개혁의 벤치마킹 대상으로 언급할 정도로 그 성과를 세계적으로 인정받고 있습니다. 특히, 1989년 당시 한국의 1인당 GDP가 5,556달러에 불과한 상황에서 **전국민 대상 건강보험을 실현**하여 국민의 의료접근성을 획기적으로 개선하였습니다. 1977년 제도가 도입된 지 불과 12년(1989년)만에 이루어낸 성과로, 건강보험의 선진국이라는 독일이나 일본도 각각 127년, 36년이나 걸린 일을 우리는 고작 10년 남짓되는 기간에 이루어낸 것입니다.

전 국민 건강보험 실시 이후 **건강지표도 획기적으로 개선**되었습니다. 2010년 기준 기대수명은 80.7세(OECD 평균 79.8세), 영아사망률은 천 명당 3.2명(OECD 평균 4.3명)으로, 선진국 수준의 건강지표를 보이고 있습니다. 반면, 의료에 드는 비용은 상대적으로 낮습니다. 2010년 한국의 국민 의료비는 국내총생산(GDP) 대비 7.1%로 OECD 평균인 9.5%보다 낮은 수준이며, 전체 OECD 국가 중 다섯 번째로 국민의료비 비중이 낮은 국가입니다. 보험료율도 5.89%로 독일(2010년) 14.9%, 프랑스(2010년) 13.6%, 대만(2011년) 8.9%, 일본(2011년) 10% 등에 비해 낮습니다. OECD 국가의 보건 의료를 기대수명, 영아사망률, 보건인력 등 30개 지표로 분석한 결과 24개국 중 5위로 평가받기도 했습니다.(2006, Conference board of Canada)

건강보험이 없었다면 생명을 유지하기 어려운 경우도 있습니다. 한 가지 예를 들어보겠습니다. 혈우병 환자는 1인당 매년 약 6천만원어치의 약을 복용해야 합니다. 그런데 이 가운데 본인이 부담하는 금액은 200만원에 불과하며 나머지 5800만원은 건강보험공단이 대신 내줍니다.

이렇듯 우수성을 인정받는 건강보험이지만, 아직 국민들의 의료 보장 욕구를 모두 충족시키지는 못하고 있습니다. 그간 건강보험 보장성을 지속적으로 확대해 왔지만, 국민들의 의료비 부담은 여전히 높은 실정입니다. 이러한 사실은 국민의료비 중 가계지출의 비중이 31%(OECD 평균은 20.1%)라는 점을 봐도 잘 알 수 있습니다. 2011년 「보건의료미래위원회¹⁾」의 설문조사 결과에도, 우리나라 의료체계와 관련하여 주로 건강보험 보장성²⁾과 관련된 사항에 불만족 비율이 높은 것으로 나타났습니다.

사정이 이렇다 보니, 의료비 부담에 대한 불안감에 많은 국민들이 민영 의료보험에 가입하고 있는 실정입니다. 건강보험정책연구원의 최근 연구에 따르면, 일반 가정의 약 77.1%가 한 개 이상의 민영 의료보험에 가입하고 있으며, 이들이 지출하는 월 보험료는 약 17만6천원으로 조사되었습니다. (참고로 2012년 국민건강보험의 세대 당 월 평균 보험료는 8만4천원입니다.) 이렇게 높은 보험료를 부담하면서도 민영 보험에 가입하는 이유로는 ‘경제적 부담을 덜기 위해’라고 응답한 비율이 46.3%, ‘국민건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서’라고 응답한 비율이 34.9%에 달했습니다. 그러나 전문가들은 민영보험도 적잖은 한계가 있다는 점을 지적하고 있습니다.

-
- 1) 보건의료의 지속가능성 확보를 위한 중장기 의료개혁의 방향을 도출하기 위해 의료계, 소비자단체, 경제단체, 전문가, 관계부처(차관급) 등 28명으로 구성, 2011년 4월부터 8월까지 총 7차례의 논의를 거쳐 「2020 한국 의료의 비전과 정책방향」을 정부에 건의
- 2) 불만족이 높은 5개 항목 ①비용 때문에 생명이 걸린 중대질병, 사고치료를 못 받지 않는 것(보장성) ②과다한 의료비로 파산 등 가정경제에 큰 영향을 받는 일이 없는 것(보장성) ③고가의 치료/약제 등에 보험적용이 안 되어 고민하는 일이 없는 것(보장성) ④의사나 병원의 치료성적을 객관적으로 비교 가능한 것(의료의 질) ⑤응급할 때 사용할 수 있는 응급실, 중환자실 등이 충분한 것(접근성)

[참고] 국민일보 2012년 8월 25일자 기사

“민영 보험 급증 배경엔 건강보험만으론 안되겠다는 불신이 깔려있다....(중략)....건강보험정책 연구원이 최근 한국 의료패널 소속 6,798가구의 2009년 조사자료를 분석한 결과 '경제적 부담을 덜기 위해' 가입한 사람이 46.27%로 절반에 육박했다. 건강보험의 서비스 보장이 부족해서'라고 응답한 사람도 34.87%였다.

그러나, 민영보험은 만능해결사가 아니다. 민영보험 중엔 보험금 지급 기준이 까다로워 한 가지 요건만 못 채워도 보험금을 주지 않는 상품이 적지 않다. 또 통원치료비는 보통 6개월까지만 보상 해준다. 장기간 치료받아야 하는 만성질환자에겐 반쪽짜리 상품인 셈이다. 여기에 민영보험은 노인과 장애인 등 취약계층 가입률이 낮다는 한계도 있다. 3~40대가 80%에 육박하는 반면 70대의 가입률은 20%를 밑도는 것으로 알려져 있다....(중략)....실손 의료보험은 3, 5년마다 보험료가 갱신 되고 보장범위가 바뀐다. 삼성화재 등 11개 손보사가 예로 든 실손 의료보험 상품의 가입 3년 후 보험료 인상률은 평균 34.1%, 두 번째 갱신 시점인 6년 후 평균 인상률은 40.9%였다. 한 외국계 보험사의 실손보험에 가입한 30대 여성은 보험료가 5년 만에 200% 이상 올랐다고 밝히기도 했다. 정작 의료비가 많이 들어가고 소득은 없는 노후엔 비판 보험료 때문에 보험을 해지할 수밖에 없는 구조다.”

향후 건강보험의 보장성에 대한 국민들의 요구는 더욱 강화될 것으로 보입니다. 하지만 보장성 확대를 위한 보험료를 추가로 부담하려는 의사는 낮은 것으로 나타나고 있습니다. 이것이 바로 우리 건강보험이 가진 “**딜레마**”입니다. 최근 보건사회연구원의 조사에 따르면, 국민의 46%는 “**의료보장성이 증가해야 하나 보험료 인상에는 반대**” 한다고 답했으며, 보장 수준을 높이기 위해 보험료를 더 내겠다는 응답은 19.4%에 불과했습니다.

다른 한편으로 **건강보험의 지속가능성**에 대한 우려와 걱정의 목소리가 높아 지고 있습니다. 저성장 기조에 따라 보험료 수입 증가는 한계가 있는데, 인구 고령화 및 만성질환의 증가 등으로 의료비 지출은 급격히 증가할 것으로 예상 되기 때문입니다.

한국은 2018년에 고령사회(65세 이상 인구가 14%를 넘는 경우)로 진입할 것으로 전망됩니다. 현재 약 11%의 노인인구가 34%가 넘는 건강보험 진료비를

사용하고 있으며, 향후 급속한 고령화로 건강보험 지출은 더욱 증가할 것입니다. 이제 한국의 고령사회 진입이 5년밖에 남지 않았습니다. 앞으로 5년을 어떻게 보내는가에 따라 고령사회, 초고령사회(2026년, 65세 이상 인구가 20%를 넘는 경우)를 목전에 두고 있는 우리나라 건강보험의 미래가 결정될 것입니다.

세계적으로 자랑스러운 우리의 소중한 건강보험 제도입니다. 잘 유지하고 더욱 발전시켜서 우리의 아들, 딸들도 질 높은 의료서비스를 적정한 비용으로 이용할 수 있도록 해야 할 것입니다. 이는 정부와 전문가, 의료계만의 일이 아니며, 국민들의 관심과 협력, 적극적인 참여가 없이는 불가능한 일일 것입니다.



02

**4대 중증질환에 대한 보장 약속은 반드시 이행하되
국민의 보험료 부담을 가중시키거나 국민경제에
충격을 주지 않도록 보험재정을 잘 관리하겠습니다.**

다행히 현재 건강보험의 재정상태는 그리 나쁘지 않습니다. 작년에는 3조 157억원의 역대 최대 흑자를 기록하였으며, 2012년말 현재 4조 5,757억원의 누적적립금을 보유하고 있습니다.

〈건강보험 재정 현황〉

(단위 : 억원)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
수 입	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,605	379,774	418,192
· 보험료 수입	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,474	281,650	323,785	358,534
· 국고지원	27,907	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,262	46,827	48,615	50,361	53,507
지 출	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035
· 보험 급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	376,318
· 관리 운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,077	11,040	11,387
당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△12,994	6,008	30,157
누적수지	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757

최근 보험료율도 안정적인 수준에서 관리되고 있습니다.

〈보험료율 변동 추이〉

연 도	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
보험료율	3.40%	3.63%	3.94%	4.21%	4.31%	4.48%	4.77%	5.08%	5.08%	5.33%	5.64%	5.80%	5.89%
(인상율)	(20.0%)	(6.7%)	(8.5%)	(6.75%)	(2.38%)	(3.9%)	(6.5%)	(6.4%)	(0%)	(4.9%)	(5.9%)	(2.8%)	(1.6%)

2000년도에 건강보험재정이 통합된 이후 12년간('02~ '13) 평균적인 보험료 인상율은 4.69%였으나, 지난 5년간('09~ '13)의 평균 인상율은 3.04%에 그치고 있습니다.

이는 그간의 지속적인 보장성 확대에도 불구하고 정부에서 재정지출을 효율화하고, 수입을 확충하는 등 강력한 재정안정화 대책을 추진한 결과입니다. 2012년 4월 1일의 약가인하(연간 약품비 1조 7천억원 절감)를 비롯하여 고가의료장비 관리 강화 등을 통해 재정을 절감하고, 근로소득 외 종합소득이 7,200만원을 넘는 사람에 대한 보험료 부과(연간 2,158억원 수입확충), 9억원 초과 재산가를 피부양자에서 제외(연간 480억원 수입확충), 의료기관에 대한 지도점검 강화 등으로 수입을 확충하였습니다.

물론, 앞으로 필요한 의료서비스 지원 등 보장성 확대를 위해서는 추가적인 재정소요가 필요하므로 일정한 수준의 보험료를 인상은 불가피합니다. 그러나, 정부는 기존에 해 오던 평균적인 보험료 인상을 범위 내에서 다양한 지출절감 및 수입기반 확충 방안을 마련함으로써 약속드린 보장성계획을 충분히 실현할 수 있을 것으로 예상하고 있습니다.

이와 관련하여 얼마 전 4대 중증질환 공약이행을 위해 건강보험 재정이 총 21조원이 추가로 필요하다는 언론 보도내용이 있어서 국민들께서 보험료가 많이 올라 가게 부담이 크게 증가하는게 아니냐 라는 우려의 목소리가 있었습니다. 그러나 이 추계는 법정 본인부담제도를 폐지하고, 선택진료비, 상급병실료 및 간병비까지 건강보험 급여항목에 포함한 것으로서 정부가 생각하는 내용과는 전혀 다르게 추계한 것입니다.

현재 정부에서 정밀한 재정추계 작업을 진행 중에 있으며 건강보험정책심의위원회를 통하여 적정한 보험료를 인상폭 등도 결정하여 국민들께 미리 보고드릴 계획입니다.

지금까지 건강보험제도를 운영하면서 상대적으로 낮은 국민부담으로 일정한 수준의 보장성을 달성해 온 것처럼, 앞으로도 정부에서는 장기적 시각과 전략적 접근을 통해 건강보험 재정을 효율적이고 안정적으로 운영하여 국민의 부담을 최소화하고 혜택은 최대화하도록 지속적으로 노력하겠습니다.

* 참고로 국민들께서 내시는 건강보험료가 구체적으로 어떻게 쓰이고 있는지에 대해 아래에 표로 정리해 보았습니다.

〈 총 진료비 및 급여비 현황 〉

(단위 : 억원, %)

구 분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
총 진료비	225,060	248,615	284,102	323,892	348,690	393,390	436,281	462,379	478,392
의료 기관	소 계	163,103	178,386	203,744	234,967	253,254	286,415	321,426	341,410
	입 원	59,669	65,853	78,502	98,613	108,924	123,880	144,386	154,365
	외 래	103,433	112,533	125,242	136,355	144,329	162,536	177,040	187,045
약 국	소 계	61,958	70,229	80,359	88,925	95,436	106,974	114,855	120,969
	처 방	61,898	70,160	80,273	88,835	95,350	106,884	114,771	120,892
	직 접	59	69	85	89	86	90	84	77
공단부담금 (급여율)	161,305 (71.7)	179,886 (72.4)	209,316 (73.7)	239,557 (74.0)	255,999 (73.4)	289,164 (73.5)	324,966 (74.5)	345,652 (74.8)	357,146 (74.7)
본인부담금 (부담률)	63,756 (28.3)	68,729 (27.6)	74,787 (26.3)	84,335 (26.0)	92,690 (26.6)	104,225 (26.5)	111,315 (25.5)	116,727 (25.2)	121,246 (25.3)

- 주) 1. 지급기준임. 건강보험 급여실적(건강검진비, 현금급여는 제외)이며, 비급여와 의료급여는 제외됨.
 2. 반올림관계로 총계와 합계가 다를 수 있음

【참고】 지출구조 분석

- ◆ (지출구조) 급여비 중 현물급여 35.4조(98.3%), 현금급여 0.6조(1.7%)
 - 현물급여 : 진찰, 검사, 약제, 수술, 입원, 간호, 이송, 건강검진 등
 - 현금급여 : 임신출산진료비(1,664억원), 장애인보장구(272억원), 본인부담상한제 환급금(3,936억원) 등
- (외래/입원) 외래 22.5조(63%), 입원 13.2조(37%)
 - 입원 급여비는 암 등 신생물(20%), 고혈압, 심·뇌혈관질환 등 순환기계 질환(16%) 등이며, 외래 급여비는 감기 등 호흡기계 질환(14.3%), 고혈압 등 순환기계 질환(12.2%), 암 등

신생물(7.8%) 등

· 지난 10년간 입원 급여비 지출의 비중이 지속적으로 상승

* ('01년) 입원 27.3%, 외래 72.7% → ('11년) 입원 36.6%, 외래 63.4%

- (요양기관 종별) 지난 10년간 의원급의 급여비 비중은 지속적으로 감소, 병원급 이상 급여비 비중 증가

* 급여비 비중('01→'11)

상급종합 12.4%(1.6조)→16.3%(5.6조), 종합 11.7%(1.5조)→15.3%(5.3조)

병원 5.7%(0.7조)→9.4%(3.3조), 의원 34.1%(4.4조)→21.6%(7.5조)

· 의원급의 급여비 비중 감소는 대형병원 선호 경향, 중증질환 보장성 강화, 입원 급여비 비중 증가 등에 기인한 것으로 판단

* big5 병원 : 2011년 총 급여비 2조 972억원(전체 상급종합병원 급여비의 37%) 아산(6,022억원), 삼성(4,440억원), 세브란스(4,080억원), 서울대(3,750억원), 성모(2,680억원)

- (질환별) 보장성 확대 등의 영향으로 암, 심·뇌혈관질환에 대한 급여비 증가, 고령화 등에 따라 고혈압·당뇨병 급여비 증가

· 반면 감기에 대한 급여비 비중은 대폭 감소(13.8%→8.6%)

〈주요 질환별 급여비 비중〉

구분	2002			2011		
	진료인원	급여비	비중	진료인원	급여비	비중
암	44만명	0.7조	5.30%	90만명	3.6조	10.90%
심·뇌혈관	107만명	0.6조	4.40%	189만명	2.4조	7.10%
고혈압	273만명	0.6조	4.40%	532만명	1.8조	5.40%
당뇨병	125만명	0.4조	2.70%	216만명	1.0조	3.00%
감기	2,586만명	1.9조	13.80%	2,783만명	2.9조	8.60%

- (4대 분류별) 기본진료료(진찰료, 입원료) 29.7%, 진료행위료(수술, 검사, 영상진단 등) 38.7%, 약품비 27.1%, 재료대 4.4% 등('12년 말)

* 약품비는 약가 인하('12.4월, 평균 14% 인하)의 영향으로 '11년 29.2%→'12년 27.1%로 낮아짐

· 의원급의 경우 총 진료비 중 진찰료가 53.6%, 진료행위료 34%를 차지하며, 병원급 이상의 경우 진료행위료 44.6%, 입원료 19.3%

· 상급종합병원의 경우 병상수는 꾸준히 증가하였으나('02년 36천개→'11년 42천개, 16% 증가) 입원료 비중은 오히려 감소(12.1%→11.3%)

· 반면 상급종합병원의 행위료는 증가하여 입원환자에 대한 각종 검사 등이 증가하였다고 추정 가능

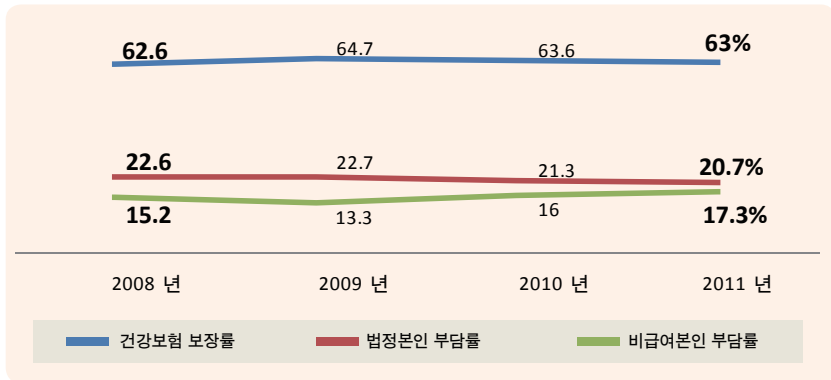
* 상급종합병원 행위료 증 영상검사 등 비중 ('03) 32.1% → ('11) 36.0%

03

4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 2016년까지 모두 건강보험을 적용하겠습니다.

'13년 2월 국민건강보험공단에서 발표한 '건강보험환자 진료비실태조사'(기관)에 따르면, '11년 기준 건강보험 보장률은 63%입니다. 2000년대에 개인이 부담해야 하는 의료비 수준이 50% 수준이었던 것과 비교해 보장률이 크게 높아졌다고는 하지만, 아직도 환자가 부담해야 하는 의료비 비중은 OECD 평균에 비해 여전히 높은 편입니다.('12년 국민의료비 중 가계지출 비중 : 한국 32%, OECD 평균 21%)

〈 최근 4년간 건강보험 보장률 및 비급여 추이 〉



※ 출처 : 2011년 건강보험환자 진료비 실태조사(국민건강보험공단, 2013.2월)

그러나, 건강보험의 보장성은 합리적인 재정지출 범위 내에서 사회정의에 부합하는 방향으로 확대되어야 합니다. 작년 대선을 거치면서 국가의 의료비 지원을 두고 참으로 많은 논란들이 있었습니다. 그런데, 의료비 지원은 한동안 중요한 보편적 복지의 이슈였던 '무상급식'과는 분명 다른 면이 있습니다.

☆알아볼까요!! : 건강보험 보장률이란?

병을 치료하는데 드는 비용(진료·치료비 약 값 등) 가운데 건강보험공단이 내주는 돈(건강보험급여)의 비중을 말한다. 2011년 건보 보장률은 63%. 병을 고치는데 1000원이 들었다면 630원은 건강보험공단에서 내주고, 370원은 환자가 냈다는 뜻이다. 그런데, 분자의 건강보험 급여항목, 즉 '보장성'을 해마다 늘려도 분모에 포함되어 있는 '비급여'가 커지면 보장률은 변화가 없거나 오히려 낮아질 수도 있다. 건강보험 보장률 개념이 가지고 있는 한계이다.

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{\text{건강보험급여비}}{\text{건강보험급여비} + \text{법정본인부담} + \text{비급여 본인부담}} \times 100$$

무상급식을 한다고 해서 점심을 두 끼 세 끼 먹지는 않지만, 무상 의료가 되면 CT도 찍어보고 양방, 한방, 물리치료도 모두 받아보고 싶어서, 필연적으로 불필요한 의료수요가 증가하는 현상이 나타나게 됩니다. 이처럼 의료보장에 관한 정책은 재원조달도 어렵지만 불필요한 수요의 증가가 통제되지 않는다는 것이 더 큰 문제입니다.

우리는 건강보험제도를 재원을 고려하지 않고 신중하지 못하게 운영할 경우 어떤 부작용이 나타나는지 지난 경험을 통해 이미 충분히 배웠습니다.

2006년 1월, 저출산시대 아동양육가구의 양육부담 경감을 위해 만 6세 미만 어린이 입원비를 무료로 지원했다가, 그해 만6세 미만 아동의 입원비가 39.2%(1038억원)나 늘어나자, 결국 2년뒤인 2008년 1월에 다시 본인부담을 10%로 조정한 사례가 있습니다.

이 뿐만이 아닙니다. 2006년 6월에는 병원 식대의 본인부담률을 100%에서 20%로 내렸다가, 식대에 대한 건강보험 지출이 50%나 늘어나자 다시 50%를 부담하는 것으로 정책을 수정할 수밖에 없었던 경험도 있습니다.

이처럼, 건강보험의 재정 관리 정책은 의료수요의 특수성 때문에 매우 신중

하고도 단계적으로 접근해야 합니다. 전 국민에게 영향을 미치는 정책이 신중치 못하게 결정되는 경우 국민에게 혼란을 줄 뿐만 아니라 그 과정에서 많은 비효율을 야기합니다. 그러므로, 보장성 확대 등 복지혜택을 하나 늘리면 이것이 10~15년 후에 건보재정에 어떻게 영향을 미칠 것인지를 미리 염두에 두고 결정해야 합니다.

건강보험 보장성 확대의 기본원칙이 있습니다.

- 1) 저소득층 보호기능을 강화한다
- 2) 재난적 의료비 부담을 해소한다
- 3) 필수의료 중심으로 급여를 확대하되, 중증질환부터 적용한다

고액의 진료비가 발생하는 질병들을 보면, 암, 심장·뇌혈관 수술, 희귀난치성질환의 의료비 비중이 가장 높고 1인당 의료비도 평균 400만원에서 1,000만원으로 매우 높습니다. 또한, 500만원 이상 고액 의료비부담이 발생하는 상위 50개 질환을 분석한 결과, 4대 중증질환의 총 진료비가 6조2천억원으로 50대 질병 총 진료비의 61% 수준에 달하는 것으로 나타났습니다.

4대 중증질환 보장약속은 이러한 통계를 기초로 나온 것입니다.

〈 연간 500만원이상 진료비 지출환자의 50대 질환 분석〉

연번	주상병명	4대 중증질환	진료비(억원)
1	만성신장질환	0	9,811
2	뇌경색증	0	6,273
3	무릎관절증		5,000
4	기관지 및 폐의 악성신생물	0	4,577
5	간 및 간내 담관의 악성신생물	0	4,093
6	유방의 악성신생물	0	3,728
7	위의 악성신생물	0	3,722
8	알츠하이머병에서의 치매		3,601
9	협심증	0	3,535
10	대퇴골의 골절		2,778
11	결장의 악성신생물	0	2,680

12	상세불명의 병원체의 폐렴		2,429
13	뇌내출혈	0	2,355
14	정신분열증	0	2,084
15	급성 심근경색증	0	2,073
16	기타 척추병증		1,971
17	편마비		1,901
18	뇌혈관질환의 후유증	0	1,859
19	골수성 백혈병	0	1,778
20	직장의 악성신생물	0	1,731
21	인슐린-비의존 당뇨병		1,629
22	상세불명의 치매		1,589
23	노년성 백내장		1,583
24	알코올사용에 의한 정신 및 행동장애		1,553
25	이식된 기관 및 조직의 상태		1,494
26	파킨슨병		1,484
27	담석증		1,387
28	두개내손상	0	1,384
29	기타 추간판 장애		1,381
30	지주막하출혈	0	1,356
31	만성 허혈성 심장병	0	1,275
32	본태성(1차성) 고혈압		1,210
33	기타뇌혈관질환	0	1,208
34	전립선의 악성 신생물	0	1,073
35	유전성 제8인지결핍		936
36	혜장의 악성 신생물	0	933
37	요추 및 골반의 골절		933
38	갑상선의 악성 신생물	0	918
39	기타 패혈증		895
40	허반신마비 및 사지마비		774
41	발목을 포함한 아래다리의 골절		765
42	기타 만성 폐색성 폐질환		758
43	달리 분류되지 않은 세균 폐렴		745
44	기타 변형성 등병증		711
45	비소포성 림프종	0	696
46	뇌의 악성신생물	0	684
47	늑골, 흉골 및 흉추의 골절		665
48	어깨 병변		661
49	달리 분류되지 않은 단기 임신 및 저체중 출산과 관련된 장애		639
50	상세불명의 자궁 부분의 악성신생물	0	638

※ 2011년도 500만원이상 진료비가 발생된 환자중 가장 많은 진료비가 발생된 질환 50개(건보공단)

박근혜 정부는 4대 중증질환을 중심으로 보장성을 확대함으로써 의료비로 인해 고통을 받는 국민들이 행복과 희망을 찾을 수 있도록 하겠습니다.

〈 인수위 발표 국정과제 (‘13.2.21) 〉

(4대 중증질환 급여화) 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환 등 환자 부담이 큰 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 모두 건강보험 적용(‘16년, 100%)

나머지 고부담 중증질환의 단계적 급여화, 상급병실료 및 선택진료비 등에 대해서는 실태조사 등을 통해 실질적 환자부담 완화 대책 추진

이 약속이 실현된다면 가계부담이 크게 줄어들 것으로 예상됩니다.

하나의 사례를 들어보겠습니다.

〈 위암환자인 A씨의 진료비 내역 〉

◇ 총 진료비 21백만원, 본인부담 470만원(법정본인부담금 92만원, 비급여 378만원)

※ 비급여 중 의학적 비급여는 242만원, 선택적 비급여는 136만원이었음

▶ A환자(연령 : 만 48세)의 경우, 위암으로 입원(상급병실 3일, 기준병상 65일), 2010년 위암 진단 받은 후 혈액종양내과에서 항암치료 시행 받고 대증 치료 중이다가 늑막삼출액, 복수 등 합병증이 발생되어 방사선중재술(Pig Tail Insertion) 시행한 호스피스 환자로, 이로 인한 총 진료비는 21,472,965원 중, **비급여**는 (투약료) 아시트과립, 엔슈액, 코푸시럽에스 등 83,223원, (주사료) 알부민주사, 온단트주사 등 995,361원, (처치 및 수술료) CVC 카테터, Chemoport Needle, 메딕스밴드 등 301,487원, (방사선진단 및 치료) 초음파유도하천자생검 950,000원 등으로 나타났으며, **선택진료**는 (처치 및 수술료) 경피적농양배액술 등 843,800원 (영상진단료) 튜브조영술 등 27,480원, **병실차액**은 490,000원이었다.

위 환자는 지금까지 본인이 부담하였던 비급여 242만원이 앞으로는 전액을 건강보험에서 부담하게 되므로 본인부담금이 470만원에서 228만원으로 크게 줄어들게 됩니다.

선택진료비와 병실차액 부분에 대해서는 뒤에서 상세히 말씀드리겠지만 의료제도 개선 등을 통하여 이 부분에 대해서도 실질적인 부담이 완화되도록 개선해 나가겠습니다.

우선 의료적 비급여를 급여로 전환하기 위한 구체적 로드맵을 올해 6월말 까지 완성하여 국민들께 선보이도록 하겠습니다.

먼저, 의료현장의 비급여 현황을 파악하고 4월까지 그 결과를 분석하겠습니다. 중증질환자의 대부분은 대학병원에서 치료를 받고 있으므로, 환자의 실질적 부담 완화를 위해서는 이들 병원들의 비급여 파악이 필수적입니다.

이후 의료계와 협의체를 구성하여 의료적으로 필수임에도 건강보험이 되지 않는 주요 수술, 약제 등에 대해 논의하고 국민여러분의 의견도 청취할 예정입니다. 그리고 '16년까지 연차별 계획을 수립하고 올해 6월 건강보험정책심 의위원회의 의결을 거쳐 계획을 확정하고 차질 없이 추진토록 하겠습니다.



04

4대 중증질환 뿐 아니라 고혈압, 당뇨, 치과, 한방 등 다른 질환들의 의료비 부담도 완화하겠습니다.

4대 중증 질환 외에 고혈압, 당뇨와 같은 만성질환으로 인해 국민들이 겪는 의료비 부담문제도 있습니다.

이러한 환자들의 의료비 부담을 덜어드리기 위해 건강보험이 적용되는 연간 의료비 중 환자 본인이 최대로 부담해야 하는 상한액 수준(**본인부담상한제**)을 낮추겠습니다. 이 사항도 대선공약에 포함된 사항입니다.

구체적으로 중·하위층 서민들에게 현재 소득에 따라 200~400만원으로 되어 있는 본인부담 상한액을 낮추겠습니다. 소득이 가장 낮은 하위 10%에 속하는 환자는 현재 **200만원에서 120만원으로** 낮아집니다.

이는 현재 기초생활수급자가 1년간 부담해야하는 의료비 부담 상한(120만원)과 동일한 금액입니다. 만약 120만원보다 높게 책정한다면, 기초생활수급권자에서 벗어날 경우 갑자기 의료비 부담이 증가하게 되어 기초생활수급자의 자활의지를 꺾을 우려가 있으므로, 의료비 부담 상한선을 기초수급자의 의료비 부담 수준에 맞춘 것입니다.

〈현재는〉

- ▶ **당뇨와 척추질환**을 앓고 있는 73세의 신 할머니, 소득 최하위 1분위에 해당 (본인부담상한액 200만원)
- ▶ 한해 동안 총 554만원을 병원비로 납부했으나, 본인부담상한제에 따라 이후에 공단으로부터 354만원을 돌려받음
- ▶ 결국 할머니가 부담한 병원비는 200만원이었음

〈앞으로, 본인부담상한제 개선되면〉

- ▶ 신할머니는 한해 동안 총 554만원을 납부하고, 본인부담상한액이 120만원으로 낮아져 공단으로부터 434만원을 돌려받음
- ▶ 결국 이전보다 병원비 부담이 80만원이나 경감되었음

- ▶ **고혈압**을 앓고 있는 82세의 김 할아버지, 소득 하위 6분위에 해당 (본인부담상한액 300만원)
- ▶ 한해 동안 총 413만원을 병원비로 납부했으나, 이후에 공단으로부터 113만원을 돌려받음
- ▶ 결국 할아버지가 부담한 병원비는 300만원이었음

- ▶ 김할아버지는 한해동안 총 413만원을 납부하고, 본인부담상한액이 250만원으로 낮아져, 공단으로부터 163만원을 돌려받음
- ▶ 결국 전보다 50만원의 병원비 부담이 줄었음

이러한 본인부담상한액의 하향조정 외에도 의학적 비급여로 되어 있어 환자 본인이 전액 부담하던 항목 중 우선순위를 가려서 건강보험 적용항목으로 단계적으로 전환할 것입니다.

구체적인 내용은 올해 6월말까지 정하여 국민들께 선보이게 될 것입니다.

치과, 한방에 대한 보장성도 강화됩니다. 이 분야에 대해 그동안 건강보험 혜택이 상대적으로 미흡하다는 지적이 많았습니다.

먼저, ‘**치과**’에 대해서는 올해 실란트(일명 치아홈메우기), 치석제거 등 예방에 중점을 두고 사업을 확대할 계획입니다. 4월부터 어린이 및 청소년을

대상으로 하는 실란트를 현재 14세까지에서 18세까지로 보험 적용 연령을 확대하여 충치를 예방할 수 있도록 합니다. 그리고 7월부터는 치석제거만으로도 치료가 완료되는 스케일링에도 보험이 됩니다.

내년부터는 치아가 없어 음식 섭취가 곤란한 노인분들을 위해 틀니, 임플란트에도 건강 보험이 적용됩니다. 정부는 노인의 음식 섭취라는 가장 기본적인 생활을 보장할 수 있도록 2012년 7월부터 75세 이상 어르신들의 완전 틀니에 보험을 적용하였고, 이어 올해 7월부터는 부분틀니까지 확대합니다. 2014년부터는 75세 이상 어르신을 대상으로 임플란트 사업을 시작하여, 2015년 70세, 2016년 65세로 적용 연령을 연차적으로 확대해 나갈 계획입니다. 임플란트와 함께 틀니 보험 적용연령도 같이 낮춤으로써 개인별 치아 상황에 맞는 맞춤형 치료가 가능해지리라 기대합니다.

〈 인수위 제안 국정과제 (인수위, '13.2.21) 〉

◇ (어르신 임플란트 급여적용) 65세 이상 어르신에 대해 단계적으로 임플란트 건강보험 급여화

('14: 75세 → '15: 70세 → '16: 65세)

* 현재 75세 이상 노인틀니 보험급여 적용 연령도 임플란트 사업과 동일하게 하향조정

한방의료서비스에도 보험적용을 확대하여 국민들의 의료서비스 선택권을 다양화하고 의료비부담도 경감시켜 나가겠습니다. 이를 위해 올 4월부터는 산모들이 임신기간 동안 진료비를 지원하는 ‘고운맘카드’ 사용기관을 기존 산부인과, 조산원에서 한의원(산모관련 상병)까지 확대합니다.

05

3대 비급여³⁾ 문제는 박근혜 정부 임기 내에 꼭 개선하겠습니다.

이 문제는 난제임에는 틀림없습니다. 그리고, 여기에는 불편한 진실도 숨어 있습니다. 그러나, 현실적으로 국민들께서 가장 불편을 느끼고 부담이 되는 내용임에 틀림없기에 반드시 개선하겠다는 약속을 드립니다.

〈 3대 비급여의 불편한 진실 〉

- 성격 : 일부 대형병원의 문제이지만, 환자들이 ‘울며 겨자먹기식’으로 지불하는 비용이며 병원이 수익을 보전하기 위해 환자에게 전가하는 측면
- 보험적용 시 문제점 : 그렇다고 건강보험을 바로 적용하여 환자부담을 낮추어 주면 대형병원으로의 쏠림현상과 중소병원의 환자감소 등 의료전달체계가 왜곡될 소지
- 금지시키면 : 병원 경영 손실 및 진료수가 인상요구 → 보험료율의 인상 불가피 → 기업과 가계에 부담
- 대안의 모색 : 의료전달체계의 개편, 환자정보시스템의 구축, 진료수가체계의 개편 등 종합적, 단계적 접근 필요

우선, 3대 비급여의 현실이 어떠한지에 대해 살펴볼 필요가 있습니다.

3대 비급여 항목 중에 가장 문제가 되는 것은 ‘선택진료비’입니다.

이에 대한 보험 급여를 두고 다양한 의견들이 있습니다. 환자들이 우수한 의료서비스를 받고자 하는 경우 의료진을 선택하는 제도이나 현실에서는

3) 선택진료비, 상급병실 차액료, 간병비

‘선택할 수 없는 선택진료’라는 역설적 현상이 야기되고 있는 상황
 이므로 ‘선택적 진료’를 폐지하자는 주장이 있는가 하면, 다른 한편으로는
 ‘선택진료’란 환자들이 다른 의료진으로부터 의료서비스를 받을 수
 있음에도 불구하고 보다 질 높은 의료서비스를 받기 위해 선택하는 것
 이므로 굳이 보증을 해 줄 필요가 없다고도 합니다. 혼란도 있고 판단도 쉽지
 않은 부분입니다.

〈상충하는 환자와 의료계 입장 : 선택진료 폐지되면 환자쏠림사태로 진료대혼란, '13.2.22, 국민일보〉

한국환자단체연합회가 3대 비급여(선택진료비, 상급병실료, 간병비) 중 하나인 선택진료폐지운동을
 21일부터 본격화함에 따라 병원계에서 반대의사를 표명했다.

(중략)

이에 대한병원협회는 선택진료 폐지로 특정병원에 환자쏠림현상이 심화될 수 있다며 즉각 반대의
 사를 표시했다.

병협에 따르면 비용이라는 진입장벽이 없어져 환자들이 본인의 질병상태와 상관없이 불필요하게
 특정의사에게 진료받기를 원하게 되고 이에 따라 환자 대기시간을 늘리고 의료전달체계에 혼란을
 가중시킬 수 있다.

**선택진료, 환자들의 실질적인 선택권이 확대될 수 있도록 개선해 나가
 겠습니다.**

‘선택진료’란 의료법 제46조에 따라 환자 또는 보호자가 특정의사를 선택하여
 진료를 받을 수 있도록 하되, 일정 요건을 갖춘 의사의 진료시에는 추가비용을
 환자 측이 전액 부담하는 제도입니다. 선택진료는 1963년 공무원 신분으로 국립
 (대학)병원에 근무하는 의사들의 보수가 민간병원 근무의사에 비해 낮아 이를
 보전하려는 목적으로 시작된 ‘**특진제도**’에서 비롯되었습니다. 이후 병원별 특
 진규정을 통합하여 1991년에 「지정진료에 관한 규칙」을 제정하여 민간병원
 까지 확대하고 2000년에 의료법 개정을 통해 현재의 ‘선택진료제도’가 시행되었
 습니다.

선택진료비를 징수할 수 있는 자격은 전문의 자격인정을 받은 후 10년이 경과한 의사(대학병원의 조교수는 5년), 면허취득 후 15년이 경과한 치과 의사 및 한의사로 제한하고 있으며, 선택진료에 따른 추가비용 징수 대상 항목은 진찰, 수술, 마취, 영상진단 등 10개 항목으로 건강보험 급여 대비 20~100%에 해당하는 추가비용을 받을 수 있도록 하고 있습니다.

따라서 선택진료는 병원급 이상의 의료기관에서 환자 및 보호자의 의사 선택권을 보장하기 위한 제도로, 전문적인 진료와 치료에 따른 심리적 안정을 도모하고 국민에게 질 좋은 의료서비스를 제공하는데 그 의의가 있습니다.

다만, 모든 병원급 의료기관과 의사가 선택진료를 실시하는 것은 아니며, 2013년 1월 기준으로 전체 3,264개 병원 중 367개인 11.2%의 병원에서 선택진료를 운영하고 있으며, 그것도 주로 대학병원인 상급종합병원에서만 선택진료비를 받고 있는 것으로 파악하고 있습니다.

〈선택진료 의료기관 현황〉

종 별	전체 의료기관 수(A)	선택진료 의료기관 수(B)	비율 (B/A, %)
계	3,264	367	11.2
상 급종합병원	44	44	100
종합병원	278	116	41.7
병 원	1,426	170	11.9
치과병원	203	24	11.8
한방병원	203	13	6.4
요양병원	1,110	-	-

문제는 일부 상급종합병원에만 해당된다 하더라도 선택진료 의사가 너무 많고 일반의사는 적어 환자가 울며 겨자먹기로 **선택진료의사에게 진료를 받을 수밖에 없다는** 것입니다.

이에, 선택진료 문제를 개선하기 위하여 2011년 6월 선택진료의사 기준을 강화하여 선택진료의사 수를 줄이고 진료과목별로 일반진료의사를 1인 이상 배치하는 것을 의무화하는 제도 개선을 추진하였으나, 그다지 실효성이 없는 것으로 나타나고 있습니다.

이 문제를 근본적으로 해결하자면 선택진료비 자체를 완전히 폐지하되 선택진료비가 대형병원의 주 수입원 중 하나에 해당되기 때문에 이를 보상하기 위해 건강보험을 적용하여 병원의 진료비 수가를 인상해주는 것입니다. 그러나, 이 경우 상당 폭의 건강보험료율 인상이 불가피하며, 선택진료비를 받지 않는 나머지 병원들의 진료수가도 함께 올려야 하기 때문에 해결이 쉽지 않은 문제입니다.

이외에도 가뜰이나 환자쏠림현상이 심한 대형병원에 환자가 더 집중되는 결과가 나타나 진료 대기시간이 더 느는 등 환자의 불편이 커질 우려도 있어 신중한 검토가 필요합니다.

먼저, 말 그대로 환자들이 선택할 수 있도록 충분한 정보를 제공하도록 하겠습니다. 현재 건강보험심사평가원이 시행하고 있는 의료기관 비급여 가격정보 공개에 선택진료비를 포함하고, 의료기관들의 비급여 진료비용 등 고지내용을 표준화하여 국민들이 쉽게 알 수 있도록 하겠습니다.

중장기적으로는 환자 선택권 보호와 상급종합병원의 쏠림현상을 종합적으로 고려하여 환자들의 실질적인 선택권을 확대할 수 있도록, (가칭) '3대 비급여 개선 협의회'를 구성하여 제도개선방안을 도출하도록 하겠습니다.

다음은 '상급병실 차액료' 문제입니다.

‘상급병실료’는 병원이 정한 일반병실(보통 6인실로 건강보험 급여가 적용되는 병상)이외에 1~5인실에 입원하는 경우 추가로 발생하는 병실비용으로, 질병치료에 필수적인 비용이라기 보다는 **환자의 선택에 의해 발생하는 부가적 비용**입니다.

이것도 주로 대형병원에서 일어나는 현상인데 보통 수술로 입원하는 환자의 경우 7~8일 입원하고, 병실이 없어 상급병실에 입원하더라도 상급병실 입원 기간은 2~3일 정도입니다. 2인실에 입원한다고 가정하면, 가장 비싼 병원이라도 43만원에서 64만원 정도입니다. 이렇듯이 전체 환자 부담 가운데 상급병실료 부담이 치료를 못 받을 정도의 **재난적 의료비**는 아닙니다.

병원	환자1인당 평균입원일수	환자1인당 평균상급병상 입원일수	상급병상 입원 후 일반병상으로 이동한 환자 1인당 평균 상급병상 입원일수
A	7.2	5.1	4.7
B	6.8	2.6	2.7
C	7.6	2.0	2.8
D	7.3	2.6	2.7
E	7.67	2.37	2.40

문제는 이 경우에도 환자 본인이 전혀 원하지 않는데도 2~3일 정도는 상급병실에 입원할 수밖에 없다는 것이며, 또한 병원별로 그 가격이 천차만별이라는 점입니다.

〈 병원별 병실료 〉

세부항목명		기관수(개)	최저(원)	최고(원)	최고/최저
1인실		44	80,000	480,000	6
	Big 5	5	200,000	480,000	2,4
	수도권	19	120,000	480,000	4
	비수도권	20	80,000	301,000	3,8
2인실		42	50,000	215,000	4,3
	Big 5	5	102,000	215,000	2,1
	수도권	18	70,000	210,000	3
	비수도권	19	50,000	163,000	3,3
3인실		29	27,000	140,000	5,2
	Big 5	4	99,000	135,000	1,4
	수도권	11	37,000	140,000	3,8
	비수도권	14	27,000	87,000	3,2
4인실		39	15,000	118,000	7,9
	Big 5	5	38,000	118,000	3,1
	수도권	16	24,000	110,000	4,6
	비수도권	18	15,000	56,000	3,7
5인실		15	10,000	65,000	6,5
	수도권	6	10,000	65,000	6,5
	비수도권	9	10,000	65,000	6,5

이 문제에 대해서도 4인실까지는 건강보험 적용을 하자는 의견도 있습니다만, 그렇게 되면 누구나 4인실을 선호하게 될 것이고 병원 측에서도 4인실을 중심으로 병상운영계획을 수정할 것입니다. 당연히 대형병원의 입원대기 기간은 더욱 길어지므로 환자 불편이 발생하게 되며, 선택진료비의 문제와 같이 대형병원으로의 쏠림현상도 심화될 것입니다.

굳이 보험적용을 하게 되는 경우에도 5~6인실을 의무적으로 배치 운영하도록 규제할 필요가 있습니다. 이는 병원별로 병상증설이나 변경을 하는 경우에 사전 허가를 얻도록 하자는 것인데, 약 20년 전에 규제완화 차원에서 폐지되었던 병상규제를 다시 부활하게 되는 문제가 있어 충분한 사회적 논의가

필요한 사항입니다.

우선 첫 단계로 상급병실료 운영실태에 대한 정확한 파악이 필요합니다. 이를 토대로 상급병실 비급여 진료명세를 알기 쉽게 보여줄 수 있도록 표준화된 정보자료를 구축하는 한편, 심사평가원에서 병원별 가격 및 병상운영현황에 관한 비교사이트를 운영하여 환자들의 선택에 도움이 될 수 있도록 하겠습니다.

마지막으로 '간병비' 문제입니다.

병원에 입원한 경험이 있으시다면 간병인을 써보신 경험도 있을 것입니다. 전체 입원환자 30여만명 중 간병인을 사적으로 고용하는 환자는 약 40%에 달합니다. 간병비 부담은 입원환자 1인당 연 평균 270만원 수준이고 전체 간병비 부담은 연간 약 3조원에 달합니다.

〈 간병서비스 이용 실태 (2012년, 건보공단 연구용역자료) 〉

구분	상급종합	종합병원	병원	요양병원
입원환자 수	33,282	73,058	110,930	90,899
간병이용 환자 수	5,014(15.1%)	10,389(14.2%)	26,441(23.8%)	79,971(88%)
가족간병 환자 수	18,939(56.9%)	25,945(35.5%)	30,317(27.3%)	10,928(10%)
간병인 수	4,545	7,997	15,300	17,831

〈 배보다 배꼽이 더 큰 간병비/ 간병하다가 환자 되는 가족들 ('12.12. 환자단체대표 기고문) 〉

우리나라 병실은 야전군 숙소를 연상케 한다. 6인실 병실에는 6개의 환자용 침대와 6개의 환자보호자용 간이침대가 함께 있다. 보호자도 이러한 열악한 환경 속에서 숙식을 하며 간병으로 골병들어... (중략) 중증질환으로 장기입원하는 환자 가족들에게 간병은 ‘돈 먹는 하마’ 백혈병 환자들은 평균 3~4차례의 항암치료를받고 골수이식을 받기위해 약 6개월간 입원, 간병비만 1080만원~1260만원 (하루 6~7만원 기준)으로 이는 골수이식 비용과 맞먹는 금액이다. 또한 가족간병 경험이 있는 213명을 대상으로 설문조사한 결과 간병으로 관절질환 29.6%, 우울증을 경험한 사람이 11.7%였다.

간병 문제는 간호 인력이 충분치 않은 우리나라 현실에서 특수하게 나타나는 현상입니다. 우리나라 활동 간호사 수는 인구 천명당 1.7명으로 OECD 평균 8명에 비해 매우 부족한 실정입니다. 간호인력 부족으로 인해 대부분의 병원에서는 간호인력만으로 간호서비스를 제공하기 어려워 환자 입원 시 보호자 또는 간병인 등이 환자 곁에 상주하여 환자를 돌보고 간병하는 역할을 해왔습니다.

그러나, 간병의 문제는 단순히 해결될 수 있는 성질의 것은 아닙니다.

간병문제를 해결하기 위해 간병인을 공식적 의료인력으로 제도화하고 간병비를 보험 급여화하여 지원해 줌으로써 간병문제 해결이 가능하다는 주장이 있습니다.

반면에, 간병서비스는 기본적으로 정규 간호인력에 의해 제공되는 것이 맞고 간병인을 제도화하고 간병비를 지원하는 것은 현재 간호인력 부족으로 인한 입원서비스의 질 저하문제를 고착화 시킨다는 견해도 있습니다.

이러한 상반된 주장들 속에서 간병문제 해결을 위한 사회적 합의체인 '간병 서비스제도화 협의체'에서 약 2년에 걸친 논의를 통해 원칙적으로 병원의 간호인력에 의해 간병서비스가 제공되는 것이 맞다는 결론에 도달했습니다.

하지만 이러한 개선책을 추진하기 위해서는 간호인력 수급, 입원료 현실화, 간호사 - 간호조무사 - 간병인 간의 역할 분담, 병동운영 시스템 개편, 소요재원의 문제 등 여러 가지 검토해야 할 문제가 있습니다. 이러한 복잡한 문제들이 실타래처럼 얽혀 있기 때문에 간병문제는 단순히 재정을 지원한다고 해서 해결되는 문제가 아닙니다.

정부는 간병문제의 제도적 해결을 위해 단순 비용경감 차원이 아닌 입원 서비스의 질 개선 및 사적 고용 간병 해소라는 관점에서 제도개선 방향을 검토하고 있으며 지난해 간병서비스 제도화 방안 연구를 진행한데 이어 올해는 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업을 7월부터 시행할 예정입니다.

‘보호자 없는 병원’은 충분한 간호인력 고용을 통해 간병을 포함한 병동 입원 서비스가 충실히 제공되고 안전하고 쾌적한 병실 환경이 마련된 병원입니다. ‘보호자 없는 병원’ 시범사업은 총 130억원의 사업비로 올해 7월부터 전국 5개권역(수도권, 영남권, 호남권, 충청권, 강원권)의 15개 병원(상급종합병원 2개소, 종합병원 7개소, 병원 6개소)에서 시행될 예정입니다.

정부는 시범사업 성과를 면밀히 분석하여 간호인력 확충, 입원료 개선 방안 등을 도출하여 보호자 없는 병원의 제도적 확산을 추진해 나갈 계획입니다.

〈 간호사가 간병까지..환자 · 보호자 ‘안심병동 감동 커요’ (한겨레, 2013.2.7) 〉

‘보호자 없는 병원’ 서울의료원 가보니 간호사 7명이 입원환자 43명 전담하여 식사보조 · 기저귀 관리 등 시간 맞춰 서비스...추가 간병비 부담 없어
환자 “다른 병원에도 빨리 도입을”, 간호사 “힘들지만 전인 간호 좋다”
뇌졸중으로 쓰러진 남편을 무려 20년 동안 간병한 경험이 있는 이씨는 간병인이 아닌 간호사들이 하는 간병 서비스에 큰 만족감 표시..

〈 “가족간병 개선 필요”... ‘간호간병’ 방안 제시 (연합뉴스, 2013.1.30) 〉

건강보험공단이 30일 개최한 포괄간호시스템 도입 토론회에 참석한 보건 의료 분야 전문가들은 가족에 책임이 전가되는 현 간병 제도의 문제점을 지적하고 우리 실정에 맞는 간호 간병 제도를 시행해야 한다고 주문

간호 간병을 포함한 포괄형 간호체계가 시행되면 식사와 목욕 등 간병 서비스는 원칙적으로 간호사 또는 조무인력이 제공하며 가족 등 보호자의 병실 거주도 제한

끝까지 읽어 주셔서 감사합니다.

4대 중증을 비롯한 건강보험의 보장성 강화와 관련된 일부의 문제제기와 논란들에 대해 설명드릴 것은 드리고 오해된 부분이 있다면 바로 잡을 필요가 있다는 생각이 들었습니다.

그리고 향후 5년간 국민들을 위해 우리 정부가 “건강보험”을 어떤 방향으로 운영해야 하는지에 대해, 어려움에 대해서는 솔직한 속내를 말씀드리면서, 4대 중증질환 보장 약속에 대해서는 확실히 실천하겠다는 의지도 밝히고 싶습니다.

이 글을 읽고 나신 분들께서 4대 중증질환 등에 대한 보장성 강화, 건강보험 정책 등 국가에서 추진하고자 하는 정책에 대해 보다 더 이해를 해 주시고 신뢰를 더할 수 있는 기회가 되길 바랍니다. 감사합니다.



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

보건복지부 콜센터 ☎ 129

h-well
국민건강보험
National Health Insurance Service



고객센터 ☎ 1577-1000



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

고객센터 ☎ 1644-2000