



● 중복처방 없애면 절감 약제비 병원에 약제비 절감 대책의 일환으로 의료기관 인센티브 검토중

의료기관이 중복처방을 줄일 경우 절감된 약제비의 30-50%를 인센티브로 주는 방안이 도입될 전망이다. 11월 15일 국회 보건복지위원회 소속 한나라당 문희 의원은 “보건복지부가 최근 약제비 절감 방안으로 처방 총액을 절감한 의사에게 약제비 절감분의 일정분을 인센티브로 제공하는 방안을 검토하고 있다”고 밝혔다. 문희 의원은 복지부와 심평원이 제출한 처방총액 절감 인센티브제도 도입 검토안에 따르면 의료계의 자율적인 처방행태 개선을 통해 약제비 처방총액이 개선되면 이를 평가해 절감되는 약제비의 일정분인 30-50%를 의료기관에 되돌려 줄 예정이라고 전했다.

즉, 만성질환자에 대해 6개월간 540알이 처방되던 약이 중복처방을 줄여 360알이 처방됐다면 줄어든 180알의 약제비 중 30-50%를 의료기관에 그대로 돌려준다는 것이다.

중복처방이 없도록 의료기관에서 만성질환자의 처방내역을 사전에 약제과 등에서 스크린하는 작업이 필요하므로 신청하는 의료기관에 한해 참여하는 방식을 채택할 것으로 보인다.

문희 의원은 “이렇게 절감되는 약제비의 일부는 바람직한 처방연구와 의사교육 등에 사용될 것”이라며 “복지부 보험약제팀은 이같은 방안이 검토되고 있으며, 저가약 대체조제 인센티브제도와 비슷한 성격으로 운영되며, 1-2주 후 최종 결정, 발표될 예정”이라고 설명했다.

문희 의원은 지난 10월 열린 보건복지부 국정감사에서 저가약 대체조제시 현재는 약국에만 인센티브가 있지만 환자와 처방의사에도 인센티브를 주는 방안을 건의한 바 있으며, 이에 대해 변재진 보건복지부장관은 좋은 생각이라며 긍정적으로 답변한 바 있다.

한편 전체 보험재정 지출 대비 약제비 비율은 지난해 27.9%로 전체 급여비 20조 9천316억 원 중 약제비로 5조 8천347억원이 지출돼 다양한 각도에서 약제비 절감대책이 시행중이다. [병원신문 2007.11.16]

● 산부인과 수련 전공의에 수당 지급

정부가 산부인과를 지원하는 전공의에게도 수련보조수당을 지급하는 방안이 추진된다.

이에 따라 저출산 현상의 직격탄을 맞아 존재 위기론마저 거론되고 있는 산부인과에 일부나마 숨통이 트일 것으로 보인다.

19일 보건복지부에 따르면 복지부는 내년부터 전공의 수련보조수당 지급 대상자와 전공과목을 확대하는 지원사업을 추진하고 있다.

보건의료정책동향



이를 위해 복지부는 국회 보건복지위를 통해 이 사업에 필요한 2008년도 예산으로 당초 계획안(19억700만 원)보다 배 가까이 증액된 35억700만 원을 확보했다.

복지부는 우선 현재 국공립병원에서 수련 받는 전공의뿐만 아니라 민간수련병원에서 교육받는 전공의에게도 월 50만 원씩 수련보조수당을 주는 방안을 검토 중이다.

또 현재 수련 전공의를 구하지 못해 받을 동동 구르고 있는 이른바 비인기과목에 해당하는 예방의학과, 흉부외과, 결핵과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 핵의학과, 응급의학과, 산업의학과 등의 9개 전공과목뿐 아니라 여기에 산부인과를 지원하는 전공의에게도 수련보조수당을 지급한다는 방침이다.

복지부는 오는 12월 초 국회 예결위에서 이 같은 사업 예산안이 확정되는 대로 내년부터 시행한다는 계획이다.

복지부 의료자원팀 관계자는 “인기과목과 비인기과목 간 양극화로 인한 전공의 수급 불균형을 해소하기 위해 산부인과를 전공하는 수련의에게도 인센티브로 수련보조수당을 주기로 했다”고 말했다. [연합뉴스 2007.11 19]



전문병원제도 2차 시범사업 추진

법적근거 마련 관건, 선정기준 재조정·인센티브 강화할 듯

지난 2005년 시작됐다 법적인 뒷받침 부족으로 실효를 거두지 못했던 전문병원제도가 내년 1월 25일 2차 시범사업에 들어갈 것으로 보여 관련 병원들의 관심을 끌고 있다.

전문병원제도는 중소병원의 특성화로 전문성과 효율성을 높여 의원과 대형병원 중심의 왜곡된 의료서비스 공급체계를 개선, 의료비를 절감하고 보건의료자원의 활용도를 높이는 취지에서 시범사업까지 벌였으나 의료법 개정안이 통과되지 않아 법적인 근거가 마련되지 못해 흐지부지돼 버렸다.

그러나 보건복지부는 이같은 상황에도 불구하고 전문병원 시장이 스스로 형성되고 있어 법적인 뒷받침만 이루면 전문병원제도의 취지를 제대로 살릴 수 있다고 보고 2차 시범사업에 나서는 방안을 검토중인 것으로 풀이된다.

전문병원제도와 관련된 의료법 개정안 조문은 제 48조(특수기능병원 지정)로, 보건복지부 장관이 전문병원을 의미하는 특화병원과 취약지거점병원을 지정할 수 있도록 규정하고 있다. 이 조문은 전문병원 지정요건인 환자구성비율과 전문의 수를 보건복지부령으로 정하도록 규정하고 있다.

1차 시범사업의 경우 병협 등 관련단체 등과의 협의를 거쳐 6개 진료과목과 4-8인의 전문의, 영상의학과나 마취과 등을 지원과목으로 둘 수 있도록 하고 시설 및 장비 기준에선 레지던트 수련병원 지정기준중

보건의료정책동향



‘전문과목별 기준’ 이상으로 정했었다. 진료실적도 전문진료를 표방하는 진료과나 질환이 40% 이상 차지하도록 하고 병상수에선 30-80 병상 이상으로 규정했었다. 진료과목은 외과, 소아과, 산부인과, 신경외과, 정형외과, 안과 등 6개 진료과에 심장질환, 화상질환, 뇌혈관질환, 알코올 등 4개 질환이 포함됐었다. 복지부는 2차 시범사업에선 전문병원 선정기준을 강화, 진료비중을 40%에서 60%로 확대하는 한편, 전문과목을 없애고 특정질환으로 분류하는 등 전문과목과 질환의 분류체계에 대해 다시 검토할 방침으로 알려졌다.

또한 ‘선정기준별 가중제도’를 도입, 선정기준을 모두 충족해야 전문병원으로 지정되는 문제점을 보완, 전문병원 진입장벽을 낮추는 방안도 검토중인 것으로 전해졌다.

복지부는 이와함께 전문병원 지정에 따른 인센티브를 강화, 전공의 수련병원 지정은 물론 정부재정 지원사업시 가산점 부여, 비전문병원의 전문병원 표방에 대한 단속 강화 등의 방안을 모색중인 것으로 알려졌다.

복지부는 2차 시범사업을 1년간 진행할 예정이며, 이에 앞서 대한병원협회를 통해 시장수요 조사에 나설 방침이다.

복지부는 2차 시범사업의 성공적인 수행을 위해 1차 시범사업 기구를 보완해 추진기구를 재구성하고 심의 기구와 실무기구로 각각 시범사업 운영위원회와 시범사업 실무지원단을 구성하는 방안을 구상중이다.

한편 병협은 이같은 복지부의 계획에 따라 전문병원 수요조사에 나서는 한편, 1차 시범사업때 나타난 문제점을 개선, 보완해 줄 것을 요구할 예정이다. 병협은 1차 시범사업때 주장했던 중별가산율과 수련병원 지정에 있어서의 인센티브 부여 등을 주장할 것으로 보인다. [병원신문 2007.11.20]



의료사고피해구제법 “물건너 갔다”

사실상 17대 국회 마지막 상임위서 미의결...폐기 수순

의료사고피해구제법안이 국회 상임위 통과도 못한채 사실상 폐기될 전망이다.

국회 보건복지위원회는 11월 20일 전체회의를 개최하고 법안심사소위원회 의결안건을 통과시키고, 계류 법안을 상정했으나 논란이 된 의료사고피해구제에 관한 법안은 의결안건으로 상정되지 못한 것이다.

대선을 앞두고 정기국회 일정을 이번주까지 마무리하기로 여야간 합의가 이뤄진 가운데 11월 20일 상임위는 사실상 마지막 회의며, 법제사법위원회와 22일, 23일 본회의를 마지막 일정으로 내주부터 대선 선거운동에 돌입하게 된다.

2월 임시국회가 남아있지만 이 또한 대통령 인수위원회 가동과 4월 총선일정으로 사실상 의정활동이 불가능하기 때문에 20일 미의결된 안건은 17대 국회에서 처리되기 힘든 상황.

보건의료정책동향



이같은 일정 때문에 의료사고피해구제에 관한 법률안을 제출했던 대통합민주신당 이기우 의원을 비롯해 여당은 법안심사소위원회에서 법안을 의결하기 위해 지난 16일 한나라당 의원이 퇴장한 가운데서도 법안 심사를 마쳤다.

정족수 부족으로 법안소위 의결을 못했더라도 위원장 직권상정 등 다양한 방법을 통해 본회의 상정을 노린 것.

그러나 20일 상임위원회는 실험동물관리에 관한 법률과 의료용 향정신성의약품 이용 및 관리에 관한 법률안, 건강검진기본법안 등 29개 법안심사소위 심사 완료안건을 의결하고, 국민건강보험법과 응급의료에 관한 법률안 등 60여개의 법안을 상정했지만 의료사고피해구제법은 다루지 않았다.

한편 16일 대통합민주신당 3명 의원만 참여한 가운데 의료사고피해구제법안에 대한 심의는 완료됐다.

법안 내용 중 최대 논란이 됐던 입증책임 전환은 대법원 판결에 따라 입증책임을 완화하는 선에서 조율됐다.

조정전치주의는 복지부도 임의적 조정전치주의를 주장했고, 수석전문위원도 임의적 조정전치주의가 대부분 법에서 대세라는 입장을 밝혔지만 의료계의 입장을 고려해 필요적 조정전치주의를 채택되도록 부칙조항에 일몰규정을 두기로 했다. 즉 소송납발 등을 우려해 한시적으로 필요적 조정전치주의를 채택하고 몇년 후에는 임의적 조정전치주의를 채택하기로 한 것이다.

법안명은 의료분쟁조정 등에 관한 법률로 정했다.

여당 의원들은 법안에 대한 심의보다는 여야간 의견이 맞서고 있는 주요쟁점 사항을 중심으로 의견을 조율하는 방향으로 40분만에 법안심의를 마쳤다. [병원신문 2007.11.20]



병원 건보수가 1.5% 인상

건정심, 의원은 2.3% 인상 표결로 결정

우려했던 일이 현실로 다가왔다. 2008년도 건강보험 수가와 보험료를 결정하기 위한 건강보험정책심의 위원회는 병원의 수가를 1.5% 인상하기로 결정했다. 의원의 수가는 2.3% 인상된다.

이번에 결정된 수가 인상률은 당초 공단측이 최종 제시했던 병원 1.45%와 의원 2.25% 인상안보다 0.5% 높은 수치로 공익대표가 중재안으로 내놓은 것이다.

건정심은 공익안을 놓고 표결에 부쳐 찬성 17, 반대 1로 가결했다. 이로써 병원의 기준단가는 61.3원에서 62.2원으로 0.9원 오르게 됐다. 의원은 60.7원에서 62.1원으로 1.4원 인상 조정된다. [병원신문 2007.11.22]



의료채권발행법 입법 추진

병원계, 찬성하지만 중소병원 소외되지 않도록 보완책 요구

의료채권을 발행해 의료기관에 필요한 자금을 조달할 수 있도록 한 '의료채권 발행에 관한 법률안' 입법이 추진된다.

보건복지부는 11월 29일 오후 보라매병원 대강당에서 입법공청회를 개최하고 의료채권 발행에 관한 법률안을 공개, 관련단체의 의견수렴에 나섰다.

의료기관을 개설한 비영리법인은 금융권 차입 외에는 제도화된 다른 자금조달 수단이 없어 자금난을 겪고 있다고 판단, 의료서비스산업 경쟁력 강화방안의 일환으로 의료채권을 도입키로 한 것이다.

□**의료채권 발행에 관한 법률안, 어떤 내용을 담고 있나** = 의료채권 발행에 관한 법률안에 따르면 학교법인 의료기관, 사회복지법인 의료기관 등 비영리법인 의료기관은 신용평가를 거쳐 의료채권을 발행하는 것을 허용하고 있다.

의료채권 발행자금을 의료기관이 마음대로 사용할 수 있는 것은 아니다. 의료기관 설립이나 의료장비 및 의료시설 확충, 의료기관 인력개발 및 충원, 의료법에 따른 부대사업 등에 한정해 사용할 수 있다.

채권발행 총액은 대차대조표 상 순자산액 4배까지 허용하며, 발행절차는 상법을 준용키로 했다. 회계는 법인의 회계와 의료기관의 회계를 구분계리해야 한다.

채권발행을 원하는 의료기관은 먼저 금융감독위원회에 유가증권발행인 등록을 해야 하고, 이어 등록기관으로 지정되면 2개 이상의 신용평가기관으로부터 평가를 받아야 한다. 일반적으로 BBB등급이 돼야 신용격적이 되며, 이후 공모금액이 20억원 이상이면 유가증권 신고서를 제출해야 한다. 사업설명서를 내고 채권의 등록발행 및 조달자금을 납입하면 된다.

□**의료채권 발행에 대한 병원계 입장** = 의료채권 발행과 관련해 병원계는 일단 환영하고 있다. 의료수익만으로는 자금조달에 심각한 영향을 받고 있으며, 상당수 의료기관이 건강보험공단에 청구한 진료비를 한달이면 받는 데도 이를 담보로 대출을 받을 만큼 경영이 어려워 '의료채권'이 숨통을 터 줄 것으로 기대하기 때문이다.

실제 비영리법인 병원 중 사회복지법인은 복지부, 학교법인은 교육부 등 감독기관으로부터 승인도 받아야 하므로 금융기관으로부터 차입이 용이하지 않다. 이런 상황에서 의료채권을 이용해 50억, 100억원 단위로 회사채를 발행한다면 자금조달이 쉬울 것으로 보인다.

그러나 의료채권이 모든 병원의 자금난 해결에 도움이 되지는 않을 전망이다. 신용평가에서 투자적격 등급을 받을 수 있는 병원은 일부 대형병원에 불과할 것으로 보이기 때문이다.



이날 토론자로 참석한 병원협회 성익제 사무총장은 “중소병원의 경우 신용등급에서 투자적격 등급을 받기 어렵기 때문에 중소병원은 사실상 채권발행이 어려울 것”이라며 “지방정부가 보증을 서주는 제도가 필요하다”고 주장했다

미국의 경우 지방정부가 병원운영비의 1/3 정도를 지원하고, 대신 이사를 파견해서 의료기관의 관리 감독을 맡고 있는 것처럼 우리나라도 지방정부가 채권에 대해 보증한다면 중소병원도 자금조달이 용이해질 것이란 의견이다.

이 제도가 활성화되기 위해 성 총장은 “채권을 매입하는 인수자에 대해 이자소득세를 감면해주고, 위험부담을 줄이는 측면에서 지방정부가 중소병원에 대해 보증을 해주는 등의 보완책이 절실하다”고 강조했다. 병원이 타산업에 비해 수익성이 크지 않은 점을 감안할 때 이같은 정책적 배려가 없다면 ‘의료채권’을 매입할 이점이 없기 때문에 제도의 활성화를 기대하기 어렵다는 의미로 풀이된다. [병원신문 2007.11.29]



신상대가치점수 내년부터 시행

위험도 반영, 치료재료 분리, 병원비용과 의사비용 구분

내년부터 위험도를 반영하고 의사비용과 병원비용을 분리한 신상대가치점수체계가 전면 시행된다.

신상대가치점수체계가 급격한 점수 조정으로 인한 혼란을 방지하기 위해 내년부터 단계적으로 도입, 2008년에는 20%만 적용하고 매년 자료보완을 통해 다시 조정하게 된다. 즉, 2008년도 상대가치점수는 기존 상대가치점수로 80%를 적용하고 20%만 신상대가치점수로 조정하는 것이다.

보건복지부는 지난 9월 신상대가치점수체계 도입안이 건강보험정책심의회에서 통과됨에 따라 세부내용을 규정한 ‘건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’를 제정 고시하고 내년 1월 1일부터 시행하기로 했다. [병원신문 2007.12.05]



내년도 환산지수 개정 고시

병원 62.2원, 의원 62.1원

보건복지부는 내년도 요양급여 상대가치점수에 따라 의료기관 유형별 점수당 단가 즉, 환산지수를 개정 고시했다.

12월 10일 건강보험요양급여비용의 내역 개정안에 따르면 종합병원과 병원, 요양병원의 점수당 단가는 62.2원이며 의원은 62.1원이다.



치과의원은 63.6원, 한방병원 및 한의원은 63.3원, 조산원은 80.7원, 한국희귀의약품센터는 63.1원, 보건소와 보건의료원, 보건지소 및 보건진료소는 62.1원이다.

이번 환산지수 고시안은 내년 1월 1일부터 시행된다. [병원신문 12. 11]



병원수입 감소 보전책도 세워야

복지부, 선택진료 의사 범위 축소, 진료지원과 의사 포괄지정 문제 등 개선

앞으로 선택진료 의사의 범위가 축소되게 됨으로써 선택진료제도를 운영중인 대형병원들의 수입감소와 그에 따른 경영난 확대가 우려된다.

복지부측은 12일 발표한 선택진료제도 개선방안에서 선택진료를 할 수 있는 의사의 범위에서 기초의 학교수와 1년 이상 장기유학중인 의사를 제외함으로써 사실상 선택진료 의사의 폭을 좁혔다. 복지부는 선택진료 의사비율은 현행 80% 수준을 그대로 유지하면서 선택진료 의사 범위를 임상진료 의사로 한정 시켰다. 또한 진료과목별로 최소한 1명 이상의 비선택진료 의사를 두도록 해 비선택진료 의사의 범위가 확대되도록 조정했다.

이에 따라 선택진료를 운영중인 대형병원들의 경우 선택진료 의사 수 축소에 따른 선택진료 수입감소로 어려움에 봉착할 수밖에 없게 됐다.

이에 대해 성익제 대한병원협회 사무총장은 “선택진료 의사 수 축소에 따른 병원 수입 감소에 대한 보전책이 후속적으로 마련돼야 할 것”이라고 말했다.

복지부는 또 진료지원과 의사 선택과 관련해선 환자들이 선택진료를 받을 것인지 여부를 결정하고 선택진료시 복수로 2-3명의 의사를 선택하게 했다. 이로써 환자들의 의사 선택권 외에 실질적으로 양질의 서비스 제공이 가능하게 했다는 복지부측의 설명이다. 복지부는 수술중 병리과 검사가 긴급으로 필요할 때 선택진료 의사까지 선택한 상황에서 선택한 의사가 부재한 경우 검사가 지연되거나 환자가 제때 수술받지 못하는 상황 등을 고려했다고 설명했다.

그동안 주진료의사에게 포괄위임 형식을 요구해 왔던 병협의 한 관계자는 이에 대해 “병원의 행정시스템상 업무가 가중될 것으로 보인다”라고 우려했다.

복지부의 이번 선택진료제 손질은 시민단체의 줄기찬 개선요구에 따른 것으로 풀이된다.

복지부는 이번 선택진료제 개선방안에서 현재 선택진료제도에 대한 효율적인 통제기능이 미흡하다는 이유를 내세워 심평원으로 하여금 선택진료 의료인력 정보를 통계관리하도록 하는 한편, 선택진료 의료기



관이 선택진료 의사의 비율을 준수하도록 앞으로 의료법을 개정, 벌칙조항을 신설할 계획이라고 밝혔다. 복지부는 이어 환자가 선택진료 신청시 선택진료제도에 대해 충분히 설명을 제공받을 수 있도록 홍보하고 보건소 등의 지도점검을 강화하겠다고 밝혔다. [병원신문 2007.12.11]

입원환자 포괄수가제 도입 추진 병원계, "수가에 대한 원가보상부터"



정부가 임의비급여 해결책으로 입원환자 포괄수가제 도입을 검토하고 있어 논란이 예상된다.

현행 건강보험에서 의료기관에 진료비를 지불하는 주된 방식인 행위별수가제도의 경우 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 가격을 정해 의료비를 지급하는 방식으로 의료의 질 향상에는 적합하지만 의료이용량을 관리할 수 없어 의료비 증가를 억제할 수 있어 도입이 검토되고 있다.

정부는 진료비 청구 심사과정에서 보험자와 의료계의 갈등을 막고, 수가수준의 적정성과 수가구조의 불균형에 대한 논란을 잠재우기 위해 입원환자 포괄수가제 도입을 대안으로 제시한 것으로 보인다.

보건복지부는 12월 11일 '입원환자 대상 포괄수가 모형개발'을 발표하고 입원환자 대상 질병군 분류 및 수가설정, 청구 및 심사프로그램 개발 등 기본모형을 정하고 이를 토대로 공론화를 거쳐 시범사업을 시행할 계획이라고 밝혔다.

시범사업 이후 국공립병원을 대상으로 포괄수가를 적용해 성공모형을 정착시키고, 민간병원이 자발적으로 참여할 수 있도록 유도한다는 게 복지부 구상이다.

특히 비급여를 포함한 필수적 서비스를 포괄해 포괄수가제를 정하고, 중증환자의 보장성을 강화하는 한편 적절한 보상이 가능하도록 수가를 설계해 의료의 왜곡을 막겠다는 것. 의료자원의 효율적 활용과 의료기관의 경영합리화, 건강보험 관리비용 절감 등을 꾀하겠다고 복지부를 설명했다.

복지부에 따르면 보험급여팀과 보험정책팀, 보험평가팀, 의료정책팀 및 공공의료팀이 참여한 가운데 지불제도 개편 TF팀을 구성하고 환자분류체계와 DRG수가 및 급여범위 등 정책결정, 보험자병원 대상 모형개발을 토대로 DRG 확대추진계획과 로드맵을 마련하게 된다.

모형개발 협의체에선 질병군 분류체계를 비롯해 질병군 기준 수가와 질병군 포괄범위를 검토하고, 행위별수가 유지 환자 및 항목을 정의하며, 청구방식과 서식 등 청구관련 제도도 검토할 예정이다.

모형이 개발되면 시범적용을 하고, 의료서비스 질평가지표 개발과 진료비 가감지급 방안 등 의료의 질 유지를 위한 각종 평가와 모니터링, 보상체계도 개발할 방침이다.

이에 대해 병원계는 강한 우려를 표명하고 있다. 현행수가에 대한 원가보상이 이뤄진 후 수가제도 개선



에 대한 논의가 따라야 한다는 입장이다.

병원협회 관계자는 정부가 외래환자 포괄수가제도 도입 당시 병원계의 참여를 유인하기 위해 포괄수가를 행위별수가보다 높게 책정한 예를 들어 “포괄수가가 높으면 시범사업 취지가 손상되고, 포괄수가제 도입에 따른 목적을 달성하기 어려우며, 포괄수가를 낮게 책정할 경우 의학기술 발전을 저해할 우려가 있다”고 밝혔다.

한번 책정되면 개선이 어려운 포괄수가제도의 특성상 하루가 다르게 변하는 의학의 발전을 일일이 적용하기 어렵다는게 병원계 시각이다. 특히 포괄수가제도의 경우 의료비용 관리가 용이한 반면 정해진 수가 내에서 최소한의 의료서비스 제공으로 오히려 양질의 의료서비스 제공을 막게 되는 기전이 될 수 있다는 지적도 설득력을 얻고 있다. [병원신문 2007. 12.11]



새해 달라지는 보건의료제도

입원식대 본인부담 50%로 상향, 요양병원 일당정액수가제 시행

내년부터 입원환자 식대의 본인부담률이 50%로 높아지고 신생아를 제외한 6세 미만 입원아동은 10%의 본인부담금을 내야 한다.

또 요양병원에 대해선 일당정액수가제도가 시행돼 의료서비스 요구도별 차등 일당정액수가를 적용하게 된다.

보건복지부는 12월 17일 ‘2008년 달라지는 보건복지정책’을 이같이 발표했다. 주요내용은 다음과 같다.

입원환자 식대 본인부담률 조정 = 현재 입원환자 식대의 경우 일반환자는 20%, 중증질환자는 10%의 본인부담금을 내고 6세 미만 환자나 자연분만 산모는 면제됐다. 그러나 건강보험 급여비가 급격히 상승하자 정부는 본인부담 비율을 조정, 2008년부터는 일반, 중증질환, 6세 미만 소아, 자연분만 등 모두 본인부담률을 50%로 조정했다.

6세 미만 아동 입원 본인부담률 조정 = 6세 미만 아동이 입원할 경우 본인부담금이 면제됐으나 의료이용 남용이 발생하는 등 부작용이 따르자 신생아를 제외하고는 본인부담률을 10% 부여하기로 했다. 정부는 이번 조치와 관련해 “본인부담률 상승은 과도한 의료이용으로 인한 도덕적 해이 현상을 방지하고 건강보험 재정의 효율적 활용을 통해 우선순위가 높은 중증질환의 보장성 강화에 기여할 것”으로 기대했다.

요양병원 일당정액제 도입 = 내년부터는 요양병원에 대해 일당정액 수가가 도입된다. 현재는 일반 의료기관과 같이 행위별수가제가 적용되지만 노인성 만성질환 위주의 장기요양 환자의 경우 의료서비스 수요가 크게 늘어나고, 현행 행위별수가제로는 한계가 있다는 판단에 따른 것.



정부는 요양병원 입원환자의 의료서비스 요구도와 자원 이용량 수준에 근거해 환자군을 분류하고, 환자군별 일당 정액수가를 설정했다. 서비스 질 유지를 위해 변이가 큰 항목은 행위별 수가를 병하고, 의료서비스의 질이 제고될 수 있도록 의사와 간호인력 수준에 따른 차등수가를 도입하기로 했다.

환자분류체계는 임상적 특성과 자원소모량, 전문가 패널 의견을 바탕으로 분류하고, 대분류는 환자의 임상적 상태와 서비스 요구도로 구분하며 중분류는 자원소모량이 동일한 환자를 ADL에 따라 분류하고 있다.

차등수가제의 경우 간호인력 차등제는 1-9등급으로 구분하고 5등급을 기준으로 1-4등급은 가산, 6-9등급은 감액적용하게 된다.

의사인력 차등제는 1-5등급 차등으로 하며, 2등급을 기준으로 1등급은 가산, 3-5등급은 감액적용한다.

희귀난치성질환자 의료비 지원 제도개편 = 내년 4월부터 희귀난치성질환자의 의료비 지급업무가 국민건강보험공단으로 위탁된다. 이에 따라 환자는 본인부담금을 지불하지 않고 요양기관이 직접 공단으로 청구하도록 지불체계가 개편, 시행될 예정이다.

또 1월 1일부터 희귀난치성질환자의 관리 집행업무가 질병관리본부로 이관돼 전문적인 환자관리 및 연구수행 등 포괄적인 지원체계가 구축될 전망이다.

희귀난치성질환자가 보장구를 구입할 경우 구입일로부터 3개월 이내에 건강보험공단에 청구하면 구입비용을 지원받을 수 있으며, 호흡보조기나 산소호흡기 대여료와 간병비 지원도 이뤄진다.

국민건강보험 보험료 조정 = 내년부터 건강보험료의 경우 직장가입자의 보험료율은 현행 4.77%에서 0.31%p 증가한 5.08%로, 지역가입자의 보험료부과 점수당 금액은 139.9원에서 9.0원 증가한 148.9원으로 전년 대비 6.4% 인상된다.

기초노령연금제 시행 = 전체노인의 60%에 대해 국민연금 가입자 전체 평균 소득월액이 5%인 8만4천원을 매월 지급하게 된다. [병원신문 2007. 12. 18]