

▶▶ 보건의료 정책동향

● 노인요양병원 급속히 늘어 지난해 53% 증가

노인수발보험 도입을 앞두고 지난해 전국 노인요양시설을 운영현황을 조사한 결과 전년도 대비 52.6% 증가한 것으로 나타났다.

3월 8일 보건복지부는 전국 노인복지시설 운영현황 조사결과를 종합한 2005년도 노인복지시설 현황을 발표했다.

이중 치매나 중풍 등 노인성질환 노인이 입소하는 요양시설 등 노인의료복지시설은 2004년에 비해 2005년에 52.6% 증가했으며, 일상생활이 가능한 무의탁노인이 입소하는 양로시설 등 노인주거복지시설은 102.9% 증가했다.

재가노인복지시설은 28.5%, 노인여가복지시설은 4.5% 늘어났다.

복지부는 “2008년 7월 노인수발보험제도 도입에 대비해 치매와 중풍 등 중증질환 노인을 입소 보호하는 노인요양시설이 정부지원을 통해 대폭 확충됐으며, 민간사업자가 참여하는 유료노인복지시설이 지속적으로 확충되고 있다”고 증가요인을 설명했다.

노인의료복지시설은 노인수발보험제도에서 가장 중요한 역할을 수행하는 시설로 583곳에서 노인 3만 5천172명이 입소해 요양서비스를 제공받고 있다.

한편 정부는 노인수발보험제도 도입시까지 필요한 시설을 확충하기 위해 올해 공립치매병원 신규지원 11곳(298억원) 등을 포함해 349곳 2천429억원을 지원할 방침이다. [병원신문 2006.3.7]

● 불임부부 시험관아이 시술비 지원

연간 2회, 1회당 150만원... 4월말까지 보건소에 신청

기혼여성의 불임률이 13.5%에 이르고 스트레스나 여성 초혼연령 상승 등으로 해마다 불임률이 증가하고 있는 가운데 정부는 출산장려 정책의 일환으로 이달부터 불임가정에 대해 시험관아이 시술비를 지원하기로 했다.

특정 불임치료 시술비가 건강보험에 적용되지 않는 고액이어서 출산포기 현상이 발생하자 불임문제를 가정의 문제가 아닌 사회현상으로 간주하고, 불임부부의 경제적 부담을 줄이기 위해 이같은 정책을 마련하게 됐다.

3월 6일 보건복지부는 고액의 불임시술 비용 때문에 출산을 포기하고 경제적 어려움을 겪는 불임가정에 출산지원시책의 일환으로 시험관아이 시술비 일부를 지원하기로 하고 3월 6일부터 4월말까지 전국 보건소에서 지원희망 가정의 신청서를 접수한다고 밝혔다.

올해 처음 시작되는 불임부부지원사업은 1만6천여쌍의 불임부부에게 시험관아기 시술비 1회 평균 300만원의 별반에 해당하는 150만원 연내 2회에 걸쳐 지원하는 것으로 기초생활수급자에게는 1회당 255만원이 지원된다.

신청대상은 법적 혼인상태에 있으면서 시험관아기 시술을 통해서만 불임을 해소할 수 있다는 산부인과, 비뇨기과 전문의 진단을 받은 불임부부로 도시근로자가구 평균소득 80% 이하(2인 가족 기준 242만원)의 소득수준과 여성의 연령 44세 이하를 충족하면 된다.

신청자가 지원대상자 수를 초과할 경우 자녀수, 소득, 불임기간, 부인연령 차이 등에 따라 차등점수를 두어 우선순위를 선정할 방침이다.

지원대상자로 선정되면 5월부터 11월까지 2회의 시술을 받을 수 있으며, 시술기관은 배아생성의료기관 중 정부의 불임부부지원사업 참여를 희망해 지정된 전국 113개 의료기관 어느 곳에서도 가능하다.

희망자는 4월 28일까지 거주지 보건소에 주민등록등본 및 불임진단서와 건강보험료 납부 영수증을 첨부한 지원신청서를 제출해야 한다.

한편 보건복지부에 따르면 2000년 기준 우리나라 불임부부는 140만쌍이며, 연령별로는 15~39세가 63만5천쌍, 40~44세가 76만5천쌍에 달한다. 이중 자녀가 없는 불임여성은 71만명이다.

현재 불임시술 가운데 건강보험에 적용되는 항목은 불임진단검사, 배란촉진제, 약물요법, 수술 등이며, 시험관아기나 인공수정 등의 보조생식술에 드는 검사와 투약, 처치 등은 비급여대상이다. [병원신문 2006.3.7]



유 장관, 의료공급자 협조 아래 정책설계할 것

취임 한달 기자간담회... 총액예산제 논의는 초보수준, DRG는 검토중

유시민 보건복지부장관이 앞으로 보건의료분야 정책설계 과정에 있어 의료공급자의 협조를 유도해 정책의 효율성과 효과를 높일 방침이라고 밝혔다.

국가가 추구하려는 목표달성을 위해 아무리 좋은 의도로 정책을 만들더라도 공급자주체의 회피행동이 나타나거나 이렇게 정책을 무너뜨릴 수 있도록 정책설계를 하는 것은 실패하기 쉽다는 것.

따라서 의료공급자의 입장에서 정부정책에 잘 협조할 수 있도록 정책을 설계하는 것은 물론 의료계의 묵은 문제들을 해결해나는데 있어 의료공급자의 협조 없이는 불가능하므로 산재해 있는 아이디어를 모아 의료공급자와 함께 정책수립을 위해 노력할 것이라고 강조했다.

유시민 장관은 “장관이 복지에만 신경쓰고 보건의료는 신경을 안쓴다는 말이 있지만 복지는 해법이 쉬운데 반해 보건의료는 해결이 어렵고 이해관계가 많이 얽혔기 때문”이라며 복지관련 현안이 정리되는대로 보건의료에도 신경 쓸 것임을 분명히 했다.

취임 한달을 맞아 유시민 장관은 3월 9일 오전 정부청사 보건복지부 대회의실에서 출입기자간담회를

갖고 보건복지분야 정책과제와 최연희 의원 성추행 파문, 이해찬 국무총리 골프사건 등 사회현안에 대한 입장을 피력했다.

이날 유 장관은 보건의료분야 시장원리 도입과 관련해선 “보건의료분야는 시장원리가 잘 작동되지 않는 곳이고 소비자 주권이 통용되지 않는 분야여서 시장원리를 그대로 도입하기 어렵다”며 인간은 인센티브에 반응하므로 의료공급자가 정책에 잘 협조할 수 있는 방향으로 정책을 설계할 것이라고 설명했다.

올해 건강보험재정건전화특별법 시효 만료를 앞두고 국고지원은 계속 이어나가되 총액예산제나 DRG 등으로 재정을 통제하는 시스템이 마련돼야 한다는 지적에 대해 유 장관은 “총액예산제나 총액계약제는 누가 누구와 계약을 하는지, 총액이 무엇인지 등 개념이 불명확하고 이는 곧 논의가 있어도 초보적 검토 단계라는 의미”라고 밝혀 당장 도입하긴 쉽지 않음을 시사했다.

DRG의 경우 “행위별수가제의 문제를 완화, 극복하기 위해 도입됐으나 의료기관의 입장에서 비용을 적게 들이고 진료를 해야 이익이 남기 때문에 질관리 문제가 남아 있다”며 “특별한 질관리 대책이 없으면 문제가 발생할 것”이라고 DRG 제도 자체의 한계점을 인정했다. 이어 2000년 의약분업 이후 건강보험 재정난 극복을 위해 온갖 정책이 동원됐음을 시인하기도 했다. DRG 도입 확대문제는 내부적으로 검토 중이라며 구체적 내용은 밝히지 않았다.

유 장관은 약제비 절감 정책에 대해선 “왜 제도가 복잡해졌는지 보면, 처방은 의사가 하고 조제는 약국이, 복용은 환자가, 부담은 공단이 하는데 돈을 지불하는 구매자가 아무런 권한을 행사할 수 없는 게 문제”라며 “이는 시장원리에 어긋난다”고 지적했다.

이어 “소비자와 국민을 대신해서 공단이 에이전트 역할을 해야 하지만 현재 아무런 역할과 권리를 행사하지 못하고 있으며, 환자에게 부작용 없고 저렴한 약을 골라서 환자가 복용할 수 있도록 방향을 맞출 것임”을 강조했다. [병원신문 2006.3.10]



응급의료기금 폐지, 국회 제출

정부 “바뀌는 것 없다” vs 병원계 “응급의료정책 후퇴”

응급의료기금을 폐지하는 내용의 응급의료에 관한 법률 일부개정안이 정부입법으로 국회에 제출됐다.

지난해 5월 정부가 기금 및 특별회계 정비방안의 일환으로 응급의료기금을 폐지하기로 결정함에 따라 보건복지부는 응급의료 미수금 대불관련 조문정리 등을 규정한 응급의료에관한법률 일부 개정법률안을 지난 1월 입법예고한 데 이어 최근 국회에 개정안을 제출한 것이다.

최근 보건복지부는 “기금정비를 통한 재정구조의 단순화를 위해 응급의료기금을 폐지하고 이 기금의 자산과 채권, 채무를 국고에 귀속하는 한편 기존에 응급의료기금에서 지원되던 것은 국가와 지방단체가 재정지원을 할 수 있도록 응급의료에 관한 사업을 구체적으로 명시했다”며 응급의료법 개정이유를 밝혔다.

개정안에 따르면 응급의료법에서 응급의료기금 관련 조문이 삭제되며, 응급의료기금 폐지에 따른 미수금 대불관련 조문이 신설된다.

기금이 폐지되더라도 개정안에 국가 및 지방자치단체는 예산의 범위안에서 △응급의료 미수금 대불 △응급의료기관 등의 육성 발전과 의료기관의 응급환자 진료를 위한 시설 등의 설치에 필요한 자금의 융자 또는 지원 △응급의료 제공체계의 원활한 운영을 위한 보조사업과 응급의료를 위한 조사연구사업 및 홍보사업 △재해 등 발생시의 의료지원 등에 대해 필요한 재정지원을 할 수 있다고 명시했기 때문에 큰 변화는 없을 것이란 게 복지부의 설명.

즉, 기존 응급의료기금에서 지급되던 것은 보건복지 일반예산에서 지급될 예정이라는 것이다.

응급의료 미수금 대불업무와 관련해서 건강보험심사평가원에 위탁할 수 있도록 규정해 기존과 변화가 없을 전망이다. 응급의료기관 평가결과에 따라 차등지급하던 응급의료기관 지원비용이나 응급의학 전공의에게 지급되던 수련지원 비용도 현행대로 지원될 예정이다.

그러나 정부의 응급의료기금 폐지 움직임에 대해 의료계는 “응급의료의 경우 정부가 집중적인 투자를 통해 체계를 강화하고 응급사고 발생피해를 줄여나가야 한다”며 반발하고 있다.

응급의료기금을 폐지하고 일반예산으로 통합관리할 경우 범정부 차원에서 우선순위에 따라 재원이 분배돼 응급의료재원의 안정적 확충과 예산증액이 어려워질 수 있다는 우려 때문인 것으로 보인다. 적절한 응급의료서비스 제공이 힘들어지고 응급의료기관의 경영에도 막대한 영향을 미치기 때문이다.

병원협회는 ‘응급의료 인프라 구축의 확대가 절실한 상황에서 응급의료기금을 폐지하는 것은 응급의료 정책의 후퇴를 자초하는 것이며 국민건강권 보호차원에서 응급의료기금을 폐지할 것이 아니라 확대해야 할 것’이라며 응급의료기금 폐지에 우려하는 의견을 제시한 바 있다. [병원신문 2006.3.17]



허위부당청구 공익신고포상금 본격 운영

연내 세부 운영지침 및 법적 근거 마련, 내년부터 가동

요양기관에 종사하는 직원이 기관 내부의 허위부당청구 행위를 신고할 경우 포상금을 지급할 수 있도록 하는 ‘공익신고 포상금제도’의 법적 근거와 세부운영지침이 마련될 예정이다.

지난해 7월 요양기관 내부의 조직적, 암묵적인 허위부당청구 행위에 대한 대책으로 정부는 요양기관 내부종사자 신고제도를 도입했지만 제도 정착과 활성화를 위한 구체적인 운영지침이 마련되지 않았다는 것.

따라서 이를 신고한 내부직원에게 포상 및 보상을 하도록 올해 안에 국민건강보험법을 개정하고 신고를 위한 상담창구를 운영한다는 계획이다.

보건복지부는 최근 ‘요양기관 내부종사자 공익신고 포상금제 운영계획’을 통해 제도 추진배경과 세부

계획, 연간일정 등을 이같이 밝혔다.

요양기관 부당청구 행위는 상존하고 있지만 요양기관에 대한 현지조사는 전체 요양기관 7만3천45개 중 1% 정도인 785개 기관에 불과하다는 게 복지부 분석이다. 요양기관의 부당청구 현지조사 결과 2003년 535곳, 2004년 624곳, 2005년 689곳에서 부당청구 사실이 확인됐고, 그 수치도 해마다 증가하고 있다는 지적이다.

복지부는 “지난해 공단의 규칙으로 시행됐으나 안정적이고 효율적인 사업추진을 위해선 법적 근거와 세부운영지침을 마련할 필요가 있다”며 “국민건강보험법에 ‘공단은 사위 기타 부당한 방법으로 보험급여 비용을 지급받은 요양기관을 신고한 자에 대하여 보건복지부령이 정하는 기준에 따라 포상금 및 보상금을 지급할 수 있다’는 근거규정을 마련중에 있다”고 설명했다.

법적 근거는 올해 안에 마련해 내년부터 시행하고, 허위부당청구 행위의 신고대상과 접수, 처리 및 보상금 지급기준, 절차 등 제도시행을 위한 공단의 세부운영지침은 다음달까지 마련할 예정이다.

또 공단본부와 지역본부 및 지사에 신고상담창구를 운영하고, 유선이나 인터넷 홈페이지를 통해 신고, 접수 및 처리를 진행하게 된다. 신고자의 비밀보호 등에 관한 직무교육 실시와 온오프라인의 홍보매체 활용 등도 이번 계획에 포함됐다. [병원신문 2006.3.21]



저출산 극복 위해 양육, 보육비부터 해결해야

저출산 실태조사 및 종합대책 연구결과 범사회 주체의 공동 노력 필요

범사회적인 문제로까지 확대되고 있는 저출산문제를 극복하기 위해서는 자녀 양육과 교육에 드는 비용 부담을 우선 해결돼야 할 것으로 나타났다.

보건복지부와 저출산·고령사회위원회, 한국보건사회연구원이 공동 진행한 “저출산 실태 조사 및 종합대책 연구” 결과 우리 나라 기혼 취업여성 2명 중 1명(49.9%)이 첫째아 출산 전후로 취업을 중단한 경험에 있는 것으로 나타났다.

이들 취업 여성들은 저출산 문제 극복을 위해 일과 가정의 양립이 가능한 지원 및 보육·양육 인프라 구축을 가장 선호하는 것으로 조사됐다.

이번 연구는 저출산 현상의 원인을 규명하고 대응정책을 개발하기 위해 실시된 것으로 실태 조사 결과를 기초로 심층 연구하는 형태로 진행됐다.

연구 결과에 따르면 우리나라 저출산 현상에 영향을 미치는 주원인은 결혼 및 자녀관의 변화, 자녀 양육 비용 부담, 고용·소득 불안정, 일·가정 양립 곤란 등인 것으로 나타났다.

이를 구체적으로 살펴보면 결혼관과 자녀관을 포함한 가치관의 변화는 결혼과 출산에 부정적 영향을 미치고, 자녀 양육·교육 비용 부담이 출산을 기피하는 요인으로 분석됐다고 연구팀은 설명했다.

또 남편의 고용 불안정 및 여성의 일과 가정을 모두 유지하기 곤란한 상황이 출산율을 낮추는 작용을 하고, 도시지역의 경우 주거비용 부담이 클수록 출산율도 낮은 것으로 나타났다.

이처럼 저출산 원인이 복합적인 만큼 저출산 현상을 해결하기 위해서는 국가·기업·국민·시민단체 등 다양한 주체들이 종합적·체계적으로 노력을 기울일 필요가 있다고 연구팀은 제안했다.

우선 생애 경로 단계별로 대상에 따른 차별적 접근이 필요하고, 출산의 촉진보다 출산의 장애 요인을 제거하기 위한 정책을 우선적으로 추진해야 하며, 사회문화 환경이나 가치관의 변화를 유도하기 위한 정책들은 효과가 오랜 기간 지속되므로 중·장기적으로 추진할 필요가 있다고 연구팀은 밝혔다.

한편 저출산고령사회정책본부는 이번 연구 결과를 현재 범정부적으로 추진 중인 “저출산·고령사회기 본계획” 수립에 반영할 계획인 것으로 전해졌다. [병원신문 2006.3.23]



무료 치매검진사업 시행

보건소서 1차 검진후 거점병원서 정밀검사

앞으로 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 한 치매검진사업이 무료로 진행된다.

이번 사업은 사전에 선정된 지역의 거점병원과 중점지원 보건소를 중심으로 해 1차 검진은 보건소가 맡고 거점병원에선 치매위험군에 대한 정밀검진을 실시, 치매환자를 조기에 발견할 수 있도록 한 것이다.

보건복지부는 4월 4일 “대부분 치매가 서서히 진행되기 때문에 가족들도 초기에 치매가 생긴 것을 느끼지 못한 경우가 많다”며 “오늘부터 전국 19개 지역보건소에서 1차 선별검진을, 치매거점병원에서 전문의에 의한 2차 정밀검진을 받도록 하는 치매 무료검진 사업을 실시한다”고 밝혔다.

보건복지부와 치매협회가 공동으로 진행하는 이 검진사업은 지역별 보건소와 거점병원이 중심이 돼 초기 치매환자와 치매 위험군을 발견하고 발생과 진행을 최대한 억제하기 위해 마련됐다.

해당 지역에 거주하는 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 하며, 사전에 해당 보건소에서 검진대상 자격여부를 확인한 후 검진안내문을 발송하게 된다.

1차 보건소 선별검진에서 걸러진 치매의심 노인은 치매거점병원 2차 정밀검진에서 제1단계로 치매신경인지검사와 노인 우울척도검사를 받고, 2단계로 전문의로부터 임상평가와 진찰을 받는다. 치매진단을 받은 후에는 거점병원과 보건소의 추적관리를 받으며, 시설이나 공립치매병원 및 주간기보호시설 등의 입소안내를 제공받을 수 있다.

복지부 관계자는 “일단 시범적 성격으로 사업을 추진한 후 타당성 검토를 거쳐 내년부터 검진대상 확대를 검토할 것”이라고 말했다.

진주시보건소, 경북대병원-미정, 부산백병원-부산시 진구보건소, 제주대병원-제주시보건소 등이다.

[병원신문 2006.4.4]



선택진료제, 유지될 수밖에 없다

정부와 병원계, “제도 폐지하면 3차 환자쏠림 악화될 것”한 목소리

선택진료제도 개선과 관련해 대형병원으로의 환자집중 현상을 완화해주고 의사에 대한 환자선택권 보장 측면에서 제도자체는 존속돼야 한다는 의견과 환자의 비용부담과 환자에게 실질적인 선택권이 없다는 부작용으로 인해 폐지돼야 한다는 의견이 맞서면서 한바탕 설전이 벌어졌다.

특히 대형병원 유명 교수의 경우 선택진료비를 받는 데에도 불구하고 수개월씩 환자들이 밀려 있는 현 상황에서 제도마저 폐지할 경우 환자쏠림 현상이 심화될 것이란 병원계 현장의 목소리가 강한 설득력을 얻었다.

4월 5일 민주노동당 현애자 의원과 건강세상네트워크가 국회도서관 대강당에서 개최한 ‘선택진료비 폐지 쟁점과 대안 모색’ 쟁점토론회에서 병원계와 시민단체 등은 선택진료제도 개선방향을 둘러싸고 공방을 펼쳤다.

유시민 장관, 환자몰림현상과 건보재정 영향 고려할 때 “유지될 수밖에”

이날 토론에 앞서 유시민 보건복지부장관은 축사를 통해 “의료급여 환자의 진료비가 건강보험 환자보다 많으며 의료급여 진료비가 해마다 25%씩 증가하고 있는데, 이는 무상진료시 진료비 증가가 늘어날 것을 잘 보여주는 예”라고 지적했다.

선택진료제도는 불합리한 제도이지만 더 좋은 서비스 더 나은 서비스를 제공하는 의료기관에 대한 보상제도가 없고, 폐지되면 의료전달체계의 경계가 허물어지고 경질환자도 3차로 집중될 우려가 있다는 것.

3차기관으로의 환자몰림 현상을 막아주고 폐지할 경우 건강보험 재정에 미치는 영향 등을 고려하면 유지할 수밖에 없다는 게 복지부 입장이다. 따라서 선택진료제도는 개선되더라도 현 틀에서 크게 벗어나지는 않을 전망이다.

이날 토론자로 참석한 세브란스병원 박창일 원장은 우리나라는 세계적인 수준의 의료서비스를 제공하면서도 의료비는 미국의 1/10에 해당하는 수가를 유지하고 있는 상황에서 우리나라 병원들이 엄청난 수익을 창출하고 있는 것처럼 비춰지고 있는 데에 강한 우려를 표명하고 나섰다.

박창일 원장, 환자쏠림 완화하고 병원 재투자 위해선 폐지되면 안돼

박 원장은 “선택진료비가 지난해 수익의 1.5%를 차지했으며, 이는 병원의 운영비로 사용돼 각종 의료기

기 구입, 의과대학 지원 등으로 사용됐다”며 “제도폐지로 수익이 악화될 경우 재투자 여력도 없으며, 의료의 질이 낮아질 수밖에 없다”고 토로했다.

그는 어떤 의사를 선택하느냐에 따라 의료서비스의 질이 달라지지는 않는다는 시민단체 주장에 대해 “예를 들어 오랜 경력을 가진 교수와 30년 제자인 전임강사가 진료할 때 어떻게 의료의 질이 똑같냐”며 추가비용 부담이 없다면 경험있는 유명 교수에게 환자가 몰리지 않겠냐라고 반문했다.

박 원장은 선택진료제도가 병원 수입체계의 왜곡을 초래했다는 지적과 관련해선 의료기관의 경영난을 감안해 수입보전차원에서 지정진료제가 유지돼 왔고, 최근 수가고시 때에도 선택진료비용을 감안해 수가가 고시되고 있다고 말했다.

환자쏠림 현상을 100% 해결할 수는 없지만 이를 완화할 수 있으며, 외국에선 의과대학 교육비를 정부가 지원하는 데 반해 우리나라는 병원이 지원해야 하는 상황에서 일정 수익을 내서 시설과 인력에 재투자할 수밖에 없는 상황을 들어 선택진료제도 존속의 필요성을 역설했다.

정동선 총장, 제도 폐지하면 의료질 저하 우려

병원협회 정동선 사무총장은 “선택진료제도가 폐지되면 의료의 질적 저하를 가져오고, 환자가 대형병원으로 집중되면 정작 대형병원에서 치료가 필요한 중증환자는 병원에 접근하기도 어려운 상황에 직면할 수도 있다”며 제도가 존속돼야 한다고 주장했다.

이어 일선 병원관계자들도 선택진료제도와 관련한 병원계의 오명에 강한 불만과 억울함을 호소했다. 플로어 토론으로 참석한 서울대병원 한 관계자는 “병원은 약과 재료 모두 실거래가로 운영돼 일절 마진이 없고 의료비는 각종 제도나 정책으로 통제되고 있는 상황이어서 수익을 남길 수 있는 구조가 아니다”며 “선택진료비를 병원운영에 사용해도 수익이 남질 않는 상황”이라고 말했다.

그는 “일반진료를 운영하지만 정작 환자들이 이용을 하지 않는 실정인데, 제도가 폐지된다면 환자가 더욱 집중되고 중소병원의 경영압박은 더욱 심해질 것”이라고 지적했다.

세브란스병원의 관계자는 “행위료에 따른 진료비와 선택진료비를 모두 받고 있어도 대형병원의 수요층이 많은데 제도폐지시 이를 어떻게 해결할 것이냐”고 반문했다. 또한 국민중에는 서민뿐만 아니라 고급 서비스를 원하는 중산층도 있고, 이제는 내국인 외에 외국인도 있기 때문에 선택권의 개념과 접근을 달리해야 할 것이라고 주장했다.

한편 보건복지부 임종규 의료정책팀장은 선택진료제도의 장점을 과연 건강보험에서 모두 커버할 수 있을 것인가에 대한 의문을 던지고, 복지부 내에 새로 만든 선택진료제도 개선 워킹그룹을 중심으로 폐지 여부, 중장기 로드맵을 논의할 예정이라고 밝혔다. [병원신문 2006.4.6]



6월부터 병원식대 건보 적용... 환자부담 최대 1825원

6월부터 건강보험 혜택을 받게 되는 입원환자의 식대가 한 끼에 최저 3,390원으로 책정됐다. 이럴 경우 환자는 식대의 20%만 부담하게 되므로 680원만 내면된다.

보건복지부는 4월 10일 건강보험정책심의위원회(건정심)를 열고 입원환자 식사비의 건강보험 적용에 따른 구체적인 시행 방안을 의결하였다.

이날 건정심은 환자의 기본식 가격을 3,390원으로 제시하고, 가산항목이 모두 충족된 경우 최대 5천 680원까지 건강보험을 인정하는 정부의 의견에 대하여 가결 처리하여 이르면 금년 6월부터 시행할 수 있도록 하였다.

이럴 경우 환자가 기본식만 먹으면 식대의 20%만 본인이 지불하므로 680원만 내면 된다. 그러나 가산항목의 경우에는 그 금액의 50%를 부담해야 한다.

예컨대 한끼에 5,680원인 식사를 할 경우 기본식 3,390원에 대한 본인부담비용 680원과 가산금액 1,145원을 합한 1,825원을 내야 한다.

식대 가산금액은 환자가 메뉴를 선택하거나 병·의원이 직영하면 각각 620원, 영양사를 두면 550원, 조리사를 두면 500원을 추가할 수 있도록 했다.

그러나 암 등 중증 질환자는 기본식 가격의 10%만 본인이 부담하며 자연분만한 산모나 6세 미만 아동은 기본식 전액을 건강보험에서 지급한다. 다만, 가산금액에 대해서는 모두 50%를 부담해야 한다.

건정심에서는 또 환자의 몸상태에 맞춘 치료식의 경우 기본식 가격보다 20% 정도 더 높은 4,030원을 기본 가격으로 결정기로 의결하였다.

보건복지부 관계자는 입원환자 식사 서비스 사후관리에 대하여 “환자 식사의 가격과 서비스 수준에 대해 상시적 모니터링을 실시하고 전문가들로 구성된 점검단을 가동, 양질의 식사를 제공받을 수 있도록 하겠다”고 밝혔다.

한편 복지부는 이날 저소득층의 건강보험료 납입액을 지금보다 절반가량 줄이도록 국민건강보험법 시행령을 개정기로 했다. [보건복지부 2006.4.10]



의료광고 네거티브방식 최종 결정

14일 오전 국회 상임위 통과

의료광고 허용범위를 둘러싼 논쟁이 광고금지 사항만 법에 명시하고 나머지는 허용하는 네거티브 방식으로 결정됐다.

대신 의료기관이나 의료인 등이 의료광고를 할 경우에는 사전심의를 거쳐야 한다.

▶▶ 보건의료 정책동향

국회 보건복지상임위원회(위원장 이석현)는 4월 14일 오전 전체회의를 열고 유필우 의원이 발의한 의료법 일부 개정법률안을 법안심사소위원회가 개정한 부분은 개정한대로 기타부분은 원안대로 상정, 표결을 거쳐 최종 통과시켰다.

국회는 의료광고 허용범위를 둘러싸고 장기간 찬반논란을 벌여왔으나 포지티브 방식을 채택할 경우 입법기술상 광고를 허용할 수 있는 사항을 법에 일일이 표기하기가 어려우며, 변경사항이 있을 때마다 법을 개정해야 하는 현실성을 고려해 네거티브 방식이 적절하다고 최종 결론을 내렸다.

다만 네거티브 방식으로 인해 의료광고가 대폭 허용될 경우 발생할 수 있는 부작용을 줄이기 위해 사전심의제도를 마련하기로 했다. 의료기관이나 의료인은 사전심의를 거쳐 광고내용 및 광고방법 등을 사전에 조율하도록 한 것이다. 또 원안보다 허용금지되는 항목도 늘렸다.

의료법 개정안에 따라 금지되는 9개 항목은 △평가받지 않은 신의료기술에 관한 광고 △치료효과 보장 및 암시로 소비자를 현혹할 우려가 있는 광고 △다른 의료기관 및 의료인의 기능 또는 진료방법과의 비교광고 △비방광고 △수술장면을 직접 노출하는 광고 △심각한 부작용 등 관련정보를 누락하는 광고 △객관적 사실이나 증거가 없는 광고 △기사를 가장하거나 전문가의 의견형태로 표현되는 광고 등이다. 이외에도 △의료기관이나 의사의 허위·과대광고 △의료기관이나 의료인이 아닌 경우의 의료광고와 공중파 방송이나 케이블TV 등을 통한 의료광고도 여전히 금지했다. 위반할 경우 해당 의료인이나 의료기관을 1년 이하 징역이나 500만원 이하의 벌금형에 처하도록 처벌규정도 별도 마련했다.

법안심사소위원회 문병호 위원장은 “의료광고와 관련해 현재에서 위헌결정이 내려지면서 현행법이 효력을 상실했고, 허위과다 광고가 범람하고 있는 실정”이라며 “검증되지 않은 신의료기술과 소비자를 현혹할 우려가 있는 경우, 다른 의료기관과의 비교광고 등 법에 명시된 경우를 제외하고는 의료광고를 허용토록 하는 네거티브 방식으로 개선하기로 했다”고 밝혔다.

특히 문 의원은 “네거티브방식을 취하긴 했으나 상당히 제한적으로 허용, 사실상 포지티브 방식과 큰 차이가 없다”고 설명했다.

현재자 의원은 “수정안이 상당히 세부적으로 규정돼 있고 9항의 경우 대통령령으로 세부적인 사항까지 보완할 수 있도록 규정하긴 했으나 국민적인 부담과 부작용을 고려할 때 포지티브 방식으로 해야 한다”며 반대의사를 표명했다.

이날 민주노동당 현재자 의원이 반대의견을 개진하면서 의료법 개정안은 표결에 부쳐졌으나 총 13명 의원 중 7명이 찬성했고 3명 반대, 3명이 기권하면서 큰 논란없이 마무리됐다. [병원신문 2006.4.14]



복지부, '05년 의료기관 평가결과 발표

화순전남대병원, 중앙대학교병원, 명지병원, 제일병원 등 우수

보건복지부는 전국 260병상 이상, 500병상 미만인 종합병원 79곳을 대상으로 한 '2005년도 의료기관 평가' 결과를 20일 공개했다.

보건복지부는 '2005년 의료기관 평가결과'를 발표하고, 올해에는 260병상 미만 종합병원 123곳을 포함, 133개 종합병원을 대상으로 평가할 방침이라고 밝혔다.

복지부는 의료기관 평가항목으로는 크게 진료체계 및 운영 체계 항목과 부서별 업무 성과에 대해 2가지로 나누고, 세부항목별로 18개로 세밀하게 평가했다.

부서별 업무 성과는 병동, 수술실, 응급실 등으로 업무부서를 구분해 평가했고, 진료 체계 및 운영체계에 있어서는 환자의 권리와 편의 등에 대해서 평가했다.

4백병상 이상 대형병원 가운데 화순 전남대 병원과 중앙대병원, 명지병원과 이대 동대문 병원, 창원 파티마병원 등이 '우수병원'으로 평가 됐다.

4백병상 이하 중소병원 가운데 우수병원으로 제일병원(중구 목정동)과 원광대산본병원, 제주대 병원 등이 올랐다.

400병상이상 500병상이상 병원의 평균점수는 83.8점인 반면, 400병상이하 병원의 평균점수는 75.1점으로 나타나 대형병원이 중소병원에 비해 전반적으로 나은 것으로 나타났다.

특히, '04년도에 대형병원을 중심으로 실시한 의료기관평가와 비교하면, 수술관리체계(60.9→75.5), 환자의 권리와 편의(81→83.9) 평균점수가 향상되어 의료기관평가가 환자에 대한 서비스를 개선하는데 기여하고 있는 것으로 평가되고 있다.

의료기관평가의 18개부문별 평가결과를 보면 입원환자관리, 방사선검사, 안전관리, 모성과 신생아 부문은 평균이 90점이상을 기록하는 등 양호한 결과를 나타낸 반면, 중환자관리와 감염관리부문은 70점이하를 기록하여 취약한 부문으로 밝혀져 이 분야에 대한 개선방안을 마련하는 것이 시급한 것으로 나타났다.

복지부는 현행 평가가 나름대로 성과가 있기는 하나, 환자가 필요로 하는 각종 질환치료의 수준을 나타내는 의료서비스의 질 평가가 미흡하고 평가의 독립성, 전문성 및 객관성을 확보하는데 미흡하다는 문제 제기에 따라, 임상 질 지표를 개발하여 의료기관 평가에 적용하고, 평가 전담기구 설치를 추진할 계획이라고 밝혔다. [보건복지부 2006.4.20]