

# 건강보험 보장성 강화대책 추진현황 및 향후계획

2018. 10. 12



보건복지부  
건강보험정책국

# 목 차

I. 주요 내용 .....	1
II. 과제별 추진 실적 .....	3
1. 비급여의 급여화 .....	4
2. 취약계층 의료비 부담 완화 .....	8
3. 비급여 관리체계 강화 .....	13
III. 향후 추진 계획 .....	14

# I

## 주요 내용

### ① 비급여 해소 및 발생 차단

#### 1) 의학적으로 필요한 모든 비급여는 건강보험 편입 : 예비급여 도입

- MRI, 초음파 등 치료에 필수적인 비급여의 급여화 추진
- **의학적 비급여**(미용·성형 등 제외)는 **비용·효과성이 충분하지 않은 경우에도 예비적으로 건강보험 우선 적용(예비급여), 평가(3~5년) 후 지속여부 결정**
  - 다만, 사후 퇴출이 곤란한 약제\*는 **선별적으로 적용(선별급여)**

\* 항암제는 비용효과가 낮아도 기존 복용자 치료를 중단할 수 없어 퇴출 곤란

#### 2) 국민 부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소

- (선택진료) 선택진료비 완전 폐지('18), 이에 상응하는 적정 수가 보상
- (상급병실) 상급종합병원·종합병원의 2~3인실 건강보험 적용('18), 감염 등 1인실 이용이 불가피한 환자에 대한 1인실 건강보험 적용 검토('19)
- (간호·간병) '22년 10만 병상까지 확대하여 간병수요가 있는 환자에게 충분히 혜택 제공

#### 3) 새로운 비급여 발생 차단 및 관리 강화

- **신포괄수가\*** 적용 의료기관 대폭 확대(공공기관 42개→민간포함 200개 이상)
  - \* 559개 질병군에 대해 입원 시 발생한 대부분의 의료행위를(입원료·검사·처치 등, 비급여 포함) 묶어서 미리 가격을 정하는 제도로 비급여 관리에 효과적
  - \* 신포괄수가 적용 의료기관의 비급여 수준(7.9%)은 미적용기관(17.1%)의 절반 이하
- **공·사의료보험 연계법 제정, 비급여 실태조사 및 비급여 진료비용 공개 확대 등 비급여 관리 강화**

## ② 개인 의료비 부담 상한액 적정관리

### 1) 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화

- (노인) 중증 치매환자 산정특례 적용(부담률 20~60→10%, '17), 틀니('17)·임플란트('18) 부담률 완화(50→30%), 노인 외래 정액제 개선('18)
- (아동) 15세 이하 입원진료비 부담률 인하(10~20→5%, '17)
- (여성) 난임 시술('17) 및 부인과 초음파 건강보험 적용

### 2) 소득수준에 비례한 본인부담상한 설정

- 소득하위 50%의 연간부담상한액을 연소득 10% 수준으로 인하('18)  
\* (1분위) 120→80만원, (2~3분위) 150→100만원, (4~5분위) 200→150만원
- 요양병원 장기 입원자는 의료이용 남용 방지를 위해 별도 기준 마련

## ③ 긴급 위기 상황 지원 강화

### 1) 재난적의료비 지원 제도화 및 대상 확대

- 4대 중증질환자 저소득 가구에 한정하던 것을 질환구분 없이 소득하위 50%까지 최대 2천만원 지원('18)  
- 복권기금, 기부금 등 공적재원의 안정성 및 안정적 확보 필요

### 2) 제도간 연계 강화로 의료 보장 사각지대 해소

- 공공병원·대형병원 등에 사회복지팀을 설치하여 위기환자 발굴·지원 강화, 퇴원 시에도 지역사회 복지체계와 연계·지원 강화

## ④ 소요 재정 : : '17~'22년 누적 30.6조원 투입

< 연도별 투입 재정(단위: 억원) >

구분	총계	'17	'18	'19	'20	'21	'22
신규	65,635	4,834	32,018	9,658	6,915	6,305	5,905
누적	306,164	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441

\* 신규재정 : 당해연도의 신규 급여 확대를 위한 재정

누적재정 : 신규 재정 + 전년도까지 급여 확대한 의료의 당해 연도 재정

## II

## 과제별 추진 실적

### < 과제별 주요 추진 실적 >

	주요 내용	추진 상황(시행)
공통	○ 선택진료비 부담 전면 해소 ○ 본인부담상한제 개선	완료('18.1월)
	○ 상복부 초음파 건강보험 적용	완료('18.4월)
	○ 상급병실(상급종합병원·종합병원) 2·3인실 건강보험 적용 ○ 재난적의료비 지원사업 확대 실시	완료('18.7월)
	○ 뇌·뇌혈관·특수검사 MRI 건강보험 적용 ○ 신생아 선천성대사이상 선별검사 등 신생아 질환, 임신·출산 관련 급여(20항목) 적용	완료('18.10)
	○ 보육기(인큐베이터), 신경인지검사 등 151항목 급여 기준 및 적용 확대	완료('17.9월 ~ '18.11월예정)
노인	○ 중증치매 본인부담률 인하(20~60% → 10%) ○ 치매진단 신경인지검사 건강보험 적용	완료('17.10월)
	○ 틀니 본인부담률 인하(50% → 30%)	완료('17.11월)
	○ 노인외래정액제 개선(의과, 한의, 치과, 약국)	완료('18.1월)
	○ 임플란트 본인부담률 인하(50% → 30%)	완료('18.7월)
아동	○ 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 인하 (10~20% → 5%)	완료('17.10월)
	○ 18세 이하 치아홈메우기 본인부담률 인하 (30~60% → 10%)	완료('17.10월)
여성	○ 난임시술행위 표준화 및 필수 시술, 마취, 검사, 약제 등에 대해 건강보험 적용(본인부담 30%)	완료('17.10월)
장애인	○ 장애인보장구(욕창예방방석·이동식리프트) 급여 대상자 확대	완료('18.7월)

## 1 3대 비급여 해소

### ① 선택진료비 부담 해소

- (추진배경) 비급여 의료비 부담 경감을 위해 '3대 비급여 제도 개선 방향(14.3, 건정심)'에 따라 '14년부터 단계적으로 제도 개편 진행
- (주요내용) 선택진료 의사비율을 단계적 축소·폐지하고, 의료질 향상을 위한 건강보험 수가 개선 추진
  - ('14~'16년) 병원별 선택의사 지정 상한 비율을 단계적으로 축소, 일반의사 선택권 강화를 위해 진료과별 최대 75%로 제한
  - ('18년) 선택진료비 완전 폐지

< 연도별 선택진료 축소 및 보전 방안 >

구분	14년	15년	16년	18년
선택진료 축소·폐지	선택진료 이용 비용 평균 35% 축소	선택의사비율 80% → 67%	선택의사비율 67% → 33.4%	선택진료비 폐지
보장성 강화	건보재정 약 47백억 -고도 수술·처치 수가 인상 -중증 의료 수가 조정	건보재정 약 25백억 -환자 안전 관리 수가 조정 -의료질평가지원금 신설	건보재정 약 33백억 -의료질평가지원금 확대 -병원급 간호등급 개선율 인상	건보재정 약 43백억 -저평가수가 및 입원료 인상 -의료질평가지원금 확대

### ② 상급병실 급여화

- (추진배경) 일반병실(4인실 이하)이 없어 건강보험이 적용되지 않는 고가의 상급병실(1~3인실) 이용\*으로 인한 중증환자들의 의료비 부담 완화
  - \* 상위 5개 상급종합병원의 경우 약 84%의 환자가 경험(국민건강보험공단 '13년)
- (주요내용) 기존에는 4인실까지만 건강보험이 적용되고, 1~3인실은 비급여로써 병원별로 상이한 상급병실료 차액을 환자가 100% 부담하였으나,
  - 7.1이후 상급종합병원·종합병원 2·3인실 1만 5천여개 병상에 건강보험 적용되어, 입원료가 표준화되고 환자는 입원료 중 일부만 본인부담을 하게 됨

- (입원료) 4인실 입원료를 기준으로 3인실은 120%, 2인실은 상급 종합 160%, 종합병원 150%로 책정

\* 상급종합병원 4인실 92,440원, 종합병원 4인실 81,090원

- 이중 환자는 요양기관 종류와 병실 규모에 따라 30~50% 부담

\* (본인부담률) 상급종합병원 2인실 50%, 3인실 40%, 종합병원 2인실 40%, 3인실 30%

- (기대효과) 입원료 부담이 기존 대비 절반수준으로 경감 예상

\* 상급종합병원 1일 입원 기준, 2인실은 15만원→8만원 내외, 3인실은 9만원→5만원 내외

### 3 간호간병통합서비스 확대

- (추진배경) 균형 있는 접근성 확보 및 간병부담 경감 등이 가능한 적정 수준의 병상 확보('22년까지 10만 병상\*)

\* 도입필요 급성기병상 규모, 사적간병 이용률, 입원수요 등을 감안해 필요한 환자가 충분히 서비스 이용이 가능한 수준의 인프라

- (주요내용) 최신 원가 반영한 수가 조정, 간병지원인력 확대 배치 등 현장 요구가 크고 쟁점 없는 사항 중심으로 제도개선 시행 및 지침 반영, 전국 순회 설명회 개최('18.4월)

\* '18.5월 기준 전국 421개 병원, 29,349병상 참여 중

## 2 의학적 비급여의 급여화

### 1 등재비급여

- (추진배경) 치료에 필요하지만 비용효과성이 미흡하여 건강보험이 적용되지 않는 비급여 항목의 급여화를 통해 의료비 부담 경감

\* 보험적용이 되지 않는 등재비급여 항목은 3,200여개(의과 기준)

- (주요내용) 체감도 및 사회적 요구 등을 고려한 우선순위를 설정하고 '22년까지 단계적으로 급여화 추진

- '18년에는 신생아 질환 등 필수적 의료 분야 건강보험 적용 확대\* 및 응급·중환자관리 분야 급여화 추진

\* 신생아 선천성 대사이상 및 난청 선별검사 등 20여 항목('18.10.1시행 예정)

## 2 **기준비급여**

- (추진배경) 건강보험은 적용되나, 횟수·개수 제한 등 보험적용 기준이 엄격하여 비급여를 유발하는 항목 400여개의 급여기준 확대 추진
- (주요내용) '17년부터 정비 착수하여 단계적 급여기준 제한 해소
  - \* 전문학회, 병협 등의 건의사항을 접수하여, 의료계·소비자 단체 등이 참여하는 검토위원회를 운영하여 급여기준 개선 검토
  - 고막절제술 등 횟수·개수 제한 급여기준 50여개 검토('17년 하) 하여, 36개 급여 확대 적용('18.4월)
    - \* 급여 확대 : 보육기, 고막 절제술 등 개수 제한을 없애 전면 필수 급여(13개)
    - 예비 급여 : 장기이식 관련 약물검사, 헬리코박터파이로리균주 검사 등(23개)
  - 응급·외상환자, 감염분야 등 적응증 제한 급여기준 50여개 검토('18년 상)하여 인공와우(달팽이관) 등 18개 항목 급여기준 제한 해소('18.11월)

## 3 **초음파**

- (추진배경) 의료비 부담이 크고 건강보험 확대에 대한 국민적 요구가 높은 비급여 항목으로 의학적 비급여의 단계적 보험적용의 핵심과제이며,
  - 특히, 상복부 초음파 보험 적용 확대는 정부가 국민에게 약속한 과제로 초음파 급여화 협의체에서도 우선 보험 적용을 합의한 바 있음
  - \* 「2014-2018 중기보장성 강화계획」('15.2월), 「건강보험 보장성 강화 대책」('17.8월)
- (주요내용) 그간 4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치) 의심자 및 확진자 등에 한해 제한적으로 보험적용이 되었으나, 의사의 판단 하에 상복부 질환자 또는 의심 증상이 발생하여 검사가 필요한 경우 보험 적용(18.4월)
  - 최초 진단 후 새로운 증상이 의심될 경우 추가 인정되며, 다만 특별한 증상이나 이상이 없는데도 반복 촬영시 본인부담률 80%로 상향(예비급여)



- (기대효과) B형·C형 간염, 담석증, 췌장염 등 상복부 질환자 307만 여명의 의료비가 기존 대비 절반 이하로 경감

\* (기존) 6만원(의원)~16만원(상급종합) → (변경) 2만원(의원)~6만원(상급종합)

#### 4 MRI 급여화

- (추진배경) 의료비 부담이 크고 건강보험 확대에 대한 국민적 요구가 높은 비급여 항목으로 급여화 추진 필요
- (주요내용) 뇌·뇌혈관·특수검사 MRI 건강보험 적용 확대('18.10월)
  - 뇌질환이 있거나, 의사의 판단 하에 뇌질환이 의심되는 모든 경우에 건강보험 확대 적용
  - 최초 진단 이후 충분한 경과관찰을 보장하기 위해 건강보험 적용 기간과 횟수를 확대하고,
  - 기간 내 횟수 초과 시엔 본인부담률 80% 적용, 기간을 초과하여 검사가 이루어지는 경우 비급여 적용
- (기대효과) 1회 촬영 기준으로는 환자 의료비 부담이 평균 1/4 수준으로 경감

#### 5 의약품 비급여의 급여화(선별급여)

- (추진배경) 국민의 약제비 부담 경감을 위하여 보험 적용 중인 의약품의 비급여 부담(전액본인부담) 해소 방안 마련
  - ※ 우선 보험급여가 되고 있는 의약품의 기준 확대를 통해 비급여 부담 해소 추진, 약가 결정이 필요한 미등재 의약품은 정부의 협상력 약화 등을 고려하여 제도 보완·사후관리 체계 마련 등 대안 마련 후 추진
- (주요내용) 임상적 유용성, 비용효과성을 만족하는 의약품만 보험 적용하는 선별적인 등재 방식을 유지하되,
  - 비용효과성 등 불확실성으로 비급여된 의약품 중 사회적 요구가 있는 경우 본인부담률을 높여\* 보험 적용

\* 본인부담률 30%(암·희귀질환 5, 10%) 외에 50, 80%(암·희귀질환 30, 50%) 추가

### <선별급여 본인부담률 판단 기준>

범 주	본인부담률
○ 임상적 유용성이 있고 대체가능 하지 않은 경우	100분의30 내지 100분의 50
○ 임상적 유용성이 있고 대체가능 하나 사회적 요구가 높은 경우	100분의 50
○ 임상적 유용성이 불명확하나 사회적 요구도가 높은 경우	100분의 50 내지 100분의 80

※ 소아, 희귀질환, 노인, 임산부 등 임상시험 취약군 대상 약제의 경우 본인 부담률 탄력적 적용

- (진행 경과) 관련 전문가 등 의견 수렴 및 제도 추진을 위한 기반 마련
  - 선별급여 대상 의약품에 대한 전문가 의견 수렴(항암제 3.16~3.30., 일반약제 5.31.~6.14.), 제약업계 설명회 개최(6.12., 6.14.)
  - 원외처방을 위한 청구시스템 정비 및 처방전 양식(의료법 시행규칙) 개정
  - 비급여 부담(전액본인부담) 발생 의약품의 급여화 검토\* 진행

\* 64항목(일반약제 55항목, 항암제 9항목) 급여전환 완료('18.10월 기준)

## II

### 취약계층 의료비 부담 완화

## 1 대상자별 본인부담 경감

### 1 노인

#### (1) 중증치매 본인부담률 인하

- (추진배경) 치매환자 중 의료적 필요가 크고 경제적 부담이 큰 중증 치매환자에 대한 본인부담 경감 추진
- (주요내용) 중증치매 질환(26종) 산정특례 적용으로 본인부담률 인하 (20~60%→10%), 본인부담 경감('17.10~)
  - 질환자체의 중증도가 높은 중증치매(14종)는 일수제한 없이, 환자의 상태에 따라 중증의 의료적 필요가 발생하는 치매(12종)는 연간 최대 120일까지 산정특례 적용

## [2] 치매진단검사 건강보험 적용

- (추진배경) 치매 조기발견, 초기치료로 중증화 예방 및 비용절감 필요
- (주요내용) 효과적인 치매예방 및 조기진단·치료를 위해 신경인지기능검사('17.10) 및 MRI 검사('18.1) 건강보험 적용
  - (신경인지기능검사) 만 60세 이상 치매의심환자(경도인지장애) 및 경증~중등도 치매환자 대상으로 진단시 및 추적검사시 인정
  - (MRI) 신경인지기능검사로 객관적 인지기능 저하 확인 및 연령 기준(60세 이상) 충족시 진단 및 급격한 인지기능 변화 등 추가 촬영에 급여적용

## [3] 노인틀니 본인부담 완화

- (추진배경) 노인의 구강질환 의료비 경감위해 비용부담이 큰 틀니의 건강보험 적용 대상연령 확대
  - \* 노인이 20개 이상 치아보율비율 46.6%, 의치 필요 23.3%('12년 국민건강영양조사)
- (추진경과) 건강보험정책심의회 위원회 보고('17.6), 국민건강보험법 시행령 개정·시행(틀니 '17.11, 임플란트 '18.7)
- (주요내용) 65세 이상 노인 틀니·임플란트에 대한 요양급여비용 중 본인이 부담하는 비용 완화(50% → 30%)

## [4] 노인외래정액제 개선

- (추진배경) 매년 진료수가 상승으로 정액구간 초과 다수 발생, 정액초과시 본인부담 급증(15백→45백원)으로 의료기관과 환자 마찰 문제 지속 제기
- (주요내용) 과다 외래이용 억제를 위한 최소본인부담은 정액구간으로 설정하고 단계적 정률제로 개편('18.1월 시행)

**<노인 외래정액제 개선>**

구분	구간		본인부담		
			현행		개선
의원	1만5천원 이하		1,500원	⇒	1,500원
	1만5천원 초과~2만원 이하		30%		10%
	2만원 초과~2만5천원 이하				20%
	2만5천원 초과				30%
치과 의원	1만5천원 이하		1,500원	⇒	1,500원
	1만5천원 초과~2만원 이하		30%		10%
	2만원 초과~2만5천원 이하				20%
	2만5천원 초과				30%
한의원	투약 처방 無	1만5천원 이하	1,500원	⇒	1,500원
		1만5천원 초과~2만원 이하	30%		10%
		2만원 초과~2만5천원 이하			20%
		2만5천원 초과			30%
	투약 처방 有	1만5천원 이하	1,500원	⇒	1,500원
		1만5천원 초과~2만원 이하	2,100원		10%
		2만원 초과~2만5천원 이하	30%		20%
		2만5천원 초과~3만원 이하			30%
3만원 초과					
약국	1만원 이하		1,200원	⇒	1,000원
	1만원 초과~1만2천원 이하		30%		20%
	1만2천원 초과~1만5천원 이하				30%
	1만5천원 초과				

## 2 아동

### (1) 아동 입원진료비 본인부담 완화

- (추진배경) 미래의 희망인 아동들이 진료비 걱정 없이 적절한 치료를 받고 건강하게 자랄 수 있도록 의료비 부담 경감 필요성 대두
  - 주요 선진국도 아동, 특히 중증환자에 대해서는 진료비 부담이 거의 발생하지 않도록 제도 운영 중
- (주요내용) 기존 15세 이하 아동 입원비 본인부담 10~20%에서 5%로 완화

## [2] 18세 이하 치아홈메우기 본인부담 완화

- (추진배경) 충치 발생을 예방하여 잠재적인 의료비 지출부담을 경감시키고 국민건강 증진 효과로 치아홈메우기 본인부담 경감 추진
  - 예방 진료의 접근성 향상 및 충치 발생에 따른 불필요한 의료비 지출을 사전에 방지
- (주요 내용) 충치 예방효과가 뛰어나 18세 이하에 보험 적용 중인 치아홈메우기에 대해 본인부담 감면(30~60%→10%)

\* '15년도 실수진자 723,922명, 1인당 평균 진료비 96,513원

## [3] 여성

- (추진배경) 시술기관별로 각기 다른 가격과 시술체제로 운영되던 난임치료 시술과정 표준화, 건보 보장범위 확대 및 안전한 출산환경 조성
- (주요내용) 난임 치료 시술과정 표준화 및 인공수정·체외수정\*의 필수시술 건강보험 적용\*\*('17.10)

\* (인공수정) 정자의 채취 및 처리, 자궁내 정자주입 / (체외수정) 정자·난자의 채취 및 처리, 수정 및 확인, 배아배양 및 관찰, 배아이식

\*\* 부인연령 만 44세 이하, 체외수정 최대 7회(신선배아4, 동결배아3), 인공수정 최대 3회

- 기존 난임시술시 함께 시행되어 비급여로 적용되던 각종 진찰, 마취, 검사(초음파검사 포함), 약제 등도 급여 적용

\* 급여적용횟수 초과 시에도 난임시술을 제외한 각종 검사, 초음파, 진찰료 등은 급여로 확대 적용

## [4] 장애인

- 욕창예방방석 및 이동식 전동리프트에 대해 급여대상자 확대('18.7월)
  - 욕창예방방석 : (현행) 지체장애 → (확대) 지체장애, 뇌병변장애
  - 이동식전동리프트 : (현행) 척수, 뇌병변장애 → (확대) 지체장애, 뇌병변장애

## 2 본인부담상한제 개선

- (추진배경) 예기치 못한 질병으로 발생한 막대한 의료비 부담을 덜어주기 위해 본인부담상한제 추진('04년~)
  - (주요내용) 저소득층(소득하위 50%)의 본인부담상한액을 평균 연소득의 10% 수준\*으로 인하
    - 1분위 122 → 80만원, 2~3분위 153 → 100만원, 4~5분위 205 → 150만원
- \* (요양병원 별도적용) 사회적 입원 증가 등 과도한 의료이용 방지 위해 요양병원 120일 초과 입원시 현행 상한액 적용

## 3 재난적 의료비 지원 제도화

- (추진배경) 4대 중증질환 저소득 가구 대상으로 한시적으로 지원을 실시('13~'17년)하였으나, 대상이 제한적으로 역할에 한계
  - \* 한시적 사업 지원대상: 암, 심장·뇌혈관, 희귀난치성 질환, 중증화상 질환
- 소득이 낮을수록 재난적 의료상황에 대비가 어려워, 저소득층은 중증질환에 걸리면 의료비 부담으로 가계파탄의 위험이 큰 것이 현실
  - \* 민간의료보험 가입률('16년 의료패널) : (1분위) 38.1%, (5분위) 95.4%
- (주요내용) 질환 구분 없이 소득하위 50%(중위소득 100% 이하)까지 연소득 대비 의료비 부담이 과도\*할 경우, 최대 2천만원 지원
  - \* 연소득 대비 의료비 부담액 20% 초과시(수급자·차상위는 100만원, 중위소득 40% 이하는 200만원 초과시)
- 기준을 다소 초과하나 지원이 필요한 경우, 상한액을 초과한 지원이 필요한 경우에는 개별심사를 통해 선별·추가 지원
- 미용·성형 등 지원취지에 부합하지 않는 의료비는 지원 제외하고, 여타 의료비 지원금, 민간보험금 등은 차감 후 지원

## 1 실손의료보험 개선

- (추진배경) 민간의료보험 관련 지속적인 문제 제기
  - 건강보험 보장성 강화에 따라 보험회사의 반사이익 발생 예상
    - \* 건강보험 보장성 강화로 '13~'17년간 1.5조원 반사이익 추정(보사연, '15)
  - 복지부·금융위 공동 「공·사 의료보험 정책 협의체(차관급)」 구성('17.9)
- (주요내용) 건강보험 보장성 강화와 연계한 실손의료보험 개선 방안 추진
  - (법 제정 착수) 건강보험과 실손의료보험 연계관리를 위한 근거 법률 제정안 국회 발의('17.12월)
    - \* 김상희의원('17.12월) 외에도 윤소해('18.1월), 김종석('18.2월), 성일종의원('18.8월) 대표 발의
    - \* 연계관리위원회 구성 및 운영, 공·사보험 간 영향에 대한 실태조사, 정책개선 권고 등
  - (연계관리 기반 마련) 금융당국과 공동으로 정책협의체를 구성(위원장 : 복지부차관·금융위부위원장)하여 주요 논의과제\* 등 확정('17.9월)
    - \* 건강보험 보장성 강화로 인한 반사이익을 고려한 실손보험료 인하 유도, 실손보험 보장범위 변경 등 검토, 비급여 관리 강화, 보험 소비자 권익 강화 등
  - (실손보험 개선 연구) 건보 보장성 강화에 따른 보험사 반사이익을 가입자에게 돌려줄 수 있도록 관련연구\* 진행('18.3~9월)
    - \* 건강보험 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익 산출 연구(KDI)

## 2 실폐괄수가시범사업 확대

- (추진배경) 대부분의 의료기관에서 행위별 수가제를 적용하고 있어 진료량을 증가시키기 쉬우며 비급여 가격, 빈도 등 관리 한계
  - \* 비급여 비중 : 실폐괄 시행기관(7.9%)은 실폐괄 미시행기관(17.1%)의 절반 이하
- (주요내용) 행위별 수가제에 비해 보상수준이 높은 실폐괄수가제 시범사업(공공의료기관 42개 12천 병상, '17)을 민간의료기관 포함 확대(200개 기관 5만 병상, ~'22)
  - 실폐괄추진협의체 확대·개편('17.12), 14개 의료기관(18천병상) 적용('18.8~)

### Ⅲ

## 향후 추진 계획

### 1 3대 비급여 해소

#### ① 상급병실 급여화

- '19년에 감염 등 1인실 이용이 불가피한 환자에 대한 1인실 건강보험 적용 검토
- 보험 적용 이후 단기 입원건수, 입원기간, 입원환자 주요 질환 등 불필요 입원 현황과 대형병원 환자 쏠림 현상 모니터링 추진

#### ② 간호간병통합서비스 확대

- 보상체계 합리화, 수가구조 개선 등 중장기적인 개선 방안 마련을 위한 지속적 협의 및 조정 추진
- 2차 전국 순회 설명회 개최 및 홍보, 집중안내기간 운영 등을 통한 현장 소통 및 사회적 관심 환기('18.하)

### 2 의학적 비급여의 급여화

- (MRI) 국민적 요구가 높고 급여화에 따른 체감도가 큰 점을 감안하여 '21년까지 4년간에 걸쳐 급여화
  - '18년 하반기 뇌·혈관(뇌·경부) MRI 건강보험 적용 확대 이후 '21년까지 단계적으로 MRI 검사 보험 적용 확대
- (초음파) 국민적 요구가 높고 급여화에 따른 체감도가 큰 점을 감안하여 '21년까지 4년간에 걸쳐 급여화
  - 소장, 대장 등 하복부 비뇨기 초음파 건강보험 적용을 확대하고, '21년까지 단계적으로 초음파 검사 보험 적용 확대



- (의약품) 항암제는 '20년, 일반약제는 '22년까지 연차별 로드맵\*에 따라 검토 진행
  - \* 전문가 및 관련 학회 의견, 신규 등재, 허가사항 변경 등 검토 항목 추가 등을 지속 반영하여 연차별 우선순위 보완 예정
- 1차적으로 필수 급여화 여부 검토 후, 필수 급여화가 어려운 약제에 대하여 선별급여 여부 및 본인부담률 추가 검토
- (기타) 환자 의료비 부담이 큰 필수적 의료부문부터 급여화하여 부담을 완화하고, 양질의 의료부문 저수가 조정 추진
  - 아동의 치아 건강증진을 위해 12세이하 영구치 광중합형 복합레진 충전에 대해 보험적용 실시
    - \* 외과, 응급의료, 중환자실 등 중환자 관리의 비급여를 집중 해소
  - 향후 중증질환, 척추·근골격계질환, 만성질환 등 분야별로 의료계 등과 협의하여 급여화 추진

### 3 실손의료보험 개선

- (법 제정 추진) 공사의료보험 연계법 제정안 국회 심의 등 제정 추진 지속(~12월)
- (실손보험 개선) 연구결과를 토대로 건강보험 보장성 강화에 따른 효과를 반영해 '19년도 실손보험료 인하 유도 추진(금융위)
  - 정책협의체 차원에서 건강보험-민간실손보험 간 상호 영향에 관한 연구도 추진하여 실손보험 보장범위 조정방안 마련 검토
- (소비자 권익 강화) 실손 보험금 청구 서류 제출과 관련한 소비자 불편을 해소할 수 있는 방안 검토 추진(유관기관 협의체 구성)

### 4 신포괄수가시범사업 확대

- 신포괄 취지에 부합하고 진료의 효율성 및 적정 보상을 할 수 있도록 수가 모형 개선 추진하고, '22년까지 단계적으로 확대 추진