

 보건복지부		<h1>보 도 자 료</h1> <p>(6월 8일(금) 건강심 종료 후 보도)</p>		
배 포 일	2018. 6. 8. / (총 20매)		담당부서	예비급여과 보험급여과, 보험약제과, 보건의료정책과
상급병실 보험적용 및 중환자실 입원료 개선	과 장	손 영 래	전 화	044-202-2670
	담당자	강 준 혁		044-202-2667
	과 장	정 통 령		044-202-2730
	담당자	조 하 진		044-202-2745
위험분담신약 등재 심의	과 장	곽 명 섭		044-202-2750
	담당자	송 영 진		044-202-2753
의약품 비급여 해소추진	과 장	곽 명 섭		044-202-2750
	담당자	구 미 정		044-202-2752
전문병원 의료질 평가계획	과 장	정 윤 순		044-202-2420
	담당자	양 진 선		044-202-2405

7.1일부터 상급종합·종합병원 2·3인실 보험적용 입원료 부담이 절반 수준으로 줄어

- 상급종합·종합병원 2·3인실 1만 5000여개 병상에 대해 보험 적용 -
- 입원병실 환자안전, 의료질 제고를 위한 중환자실 입원료 등 개선 -
 - 선별급여를 통한 의약품 비급여 해소를 환자 약제비 부담 경감 -
 - 전문병원 의료질 지원금, 차등 지급을 위한 의료질 평가 실시 -

- 7.1일 상급종합병원·종합병원 입원실(2·3인실) 1만 5000여개 병상에 대한 건강보험 적용으로 환자의 입원료 부담이 절반 수준으로 경감된다.
- 7월부터 중환자실 내 적정인력과 인프라 구축을 통한 진료 질 확보를 위하여 수가를 15~31% 인상하고, 상위 등급으로 갈수록 가산률이 높아지도록 상급종합병원의 가감률 적용방식을 개선한다. 또한, 일반 입원병실의 가감률 적용방식을 정합성 있게 개선하여 종별 수가 역전 등 불균형을 해소한다.

- 직결장암 및 두경부암 치료제인 알비투스주에 대한 위험분담 재계약 협상에 따라 건강보험 급여적용이 '22년 6월까지 연장된다.
- 비용효과성이 불명확하여 보험급여가 어려운 의약품에 대해 본인 부담률을 높여 보험을 적용하는 선별급여제도를 도입하고, 기존 비급여에 대하여 '22년까지 단계적으로 검토하여 환자들의 의약품 비급여 부담을 줄여나갈 계획이다.
- 선택진료를 했던 전문병원(52개소)에만 지급했던 '의료질지원금'을 전체 병원급 전문병원(90개소) 대상 의료질 평가를 거쳐 차등 지급한다

□ 보건복지부는 6월 8일(금) 제9차 건강보험정책심의위원회(이하 '건정심', 위원장: 권덕철 차관)를 열어, △상급병실 보험 적용 확대 및 중환자실 입원료 등 개선안, △약제 급여 목록 및 급여 상한금액표 개정(안)을 의결하고, △의약품 기준 비급여(선별급여) 해소 추진 계획, △전문병원 의료질지원금 차등지급을 위한 평가계획 등을 보고 받았다고 밝혔다.

□ 각 안건의 주요 내용은 아래와 같다.

< 상급병실 보험적용 및 중환자실 입원료 개선 >

① 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용 방안

□ 건강보험 보장성 강화대책('17.8월)에 따라 7월 1일부터 상급종합병원·종합병원 입원실(2·3인실) 1만 5217개 병상에 대해 건강보험이 적용된다.

< 상급종합·종합병원 인실별 현황('18.3월 기준) > (단위 : 개, %)

구분	계 (비중)	1인실 (비중)	2인실 (비중)	3인실 (비중)	4인실 (비중)	5인실 (비중)	6인실 이상 (비중)
상급 종합	4만 256 (100.0)	2,664 (6.6)	4,850 (12.0)	885 (2.2)	4,025 (10.0)	1만 1785 (29.3)	1만 6047 (39.9)
종합 병원	9만 8325 (100.0)	6,066 (6.2)	6,108 (6.2)	3,374 (3.4)	18,172 (18.5)	2만 4907 (25.3)	3만 9698 (40.4)

* 병원·의원 포함 전체 병상 37만 3859개(요양병원 제외)

□ '14.9월부터 4인실까지 건강보험이 적용되고 있었으나 2·3인실의 경우 입원료 중 일부(6인실 입원료, 환자 부담률 20%)만 건강보험이 적용되고, 병원별로 병실차액(환자 부담률 100%)을 추가로 부담시킴에 따라 병원별로 2·3인실 입원료가 달랐다.

* 2·3인실 입원료 = 6인실 입원료(환자 부담률 20%) + 병실 차액(환자 부담률 100%)
- 2·3인실 입원료 중 환자 부담금 = 6인실 입원료 * 20% + 병실 차액 전액

○ 이에 따라 상급종합병원 간호 2등급 기준* 2인실 입원료는 10만 3000~32만3000원, 3인실은 8만3000~23만3000원에 분포하였다.

* 상급종합병원 42개소 중 32개소가 간호 2등급 기관

<현행 입원료 구조(상급종합병원 간호 2등급 기준)>



□ 7.1일부터 상급병실에 건강보험이 적용되면 입원료가 4인실 입원료*를 기준으로 3인실은 120%, 2인실은 150%(종합병원)~160%(상급종합)로 표준화된다.

* 4인실 입원료 : 상급종합병원(2등급) 101,060원, 종합병원(3등급) 81,090원

○ 입원료 중 환자 부담금 비율(본인부담률)은 대형병원 쏠림, 불필요 입원 증가 등을 최소화하기 위하여 종별·인실별로 입원료의 30%에서 50%까지 차등 적용된다. (국민건강보험법 시행령 개정 진행 중)

* 입원료 = 환자 부담금(입원료 × 본인부담률) + 건강보험공단 부담금

- 이에 따라 종합병원 3인실의 경우 30%, 2인실은 40%, 상급종합병원 3인실은 40%, 2인실은 50%의 본인부담률이 적용된다.

<종별·인실별 본인부담률안>

구분	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실 이상
상급종합	비급여	50%	40%	30%	20%
종합병원		40%	30%	20%	20%

□ 이에 따라 7.1일 이후 상급종합·종합병원 2·3인실에 입원하는 경우 환자 부담금 변화는 해당 의료기관 종별·간호등급별로 다르다.

○ 상급종합병원의 경우 간호등급 2등급*을 기준으로 2인실은 평균 15만4000원에서 8만1000원(7만3000원 경감), 3인실은 평균 9만2000원에서 4만9000원(4만3000원 경감)으로 줄어든다.

* 상급종합병원 42개소 중 32개소가 간호 2등급 기관

- 상급종합병원 간호등급 1등급*의 경우 2인실은 평균 23만8000원에서 8만9000원(14만9000원 경감), 3인실은 평균 15만2000원에서 5만3000원(9만9000원 경감)으로 감소한다.

* 상급종합병원 42개소 중 6개소가 간호 1등급 기관

< 보험 적용 이후 평균 환자 부담 변화 >

(단위 : 원)

구분	간호등급 2등급(32개소)		간호등급 1등급(6개소)	
	2인실	3인실	2인실	3인실
보험적용 이전*(환자부담)	15만4400	9만 2200	23만7650	15만2380
보험 적용 이후	입원료(A)	16만1700	12만 1270	17만7870
	본인부담률(B)	50%	40%	50%
	환자 부담(A*B)	8만850	4만 8510	8만8930

* 종별·인실별 평균 병실 차액(환자 100% 부담) + 6인실 기본입원료 중 환자부담금(20%)

- 상급종합병원 중 환자 부담금 감소효과가 가장 큰 경우는 2인실이 27만2000원에서 8만1000원(19만1000원 경감), 3인실이 18만2000원에서 4만9000원(13만3000원 경감)으로 대폭 줄어든다.

○ 종합병원의 경우 간호 3등급(302개소 중 67개소)을 기준으로 2인실은

평균 9만6000원에서 4만9000원(4만7000원 경감), 3인실은 평균 6만5000원에서 2만9000원(3만6000원 경감)으로 줄어든다.

< 보험 적용 이후 평균 환자 부담 변화 >

(단위 : 원)

구분		간호 3등급(67개소)		간호 2등급(46개소)	
		2인실	3인실	2인실	3인실
보험적용 이전*(환자부담)		9만6300	6만5000	11만370	7만80
보험 적용 이후	입원료(A)	12만1640	9만7310	13만3800	10만7040
	본인부담률(B)	40%	30%	40%	30%
	환자 부담(A*B)	4만8660	2만9190	5만3520	3만2110

* 종별·인실별 평균 병실 차액(환자 100% 부담) + 6인실 기본입원료 중 환자부담금(20%)

- 종합병원 중 환자 부담금 감소효과가 가장 큰 경우는 2인실이 23만7000원에서 3만5000원(20만2000원 경감), 3인실이 17만7000원에서 2만1000원(15만6000원 경감)으로 대폭 감소한다.

□ 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용으로 그간 입원 환자가 병실차액으로 부담하던 연간 환자 부담금 3,690억 원은 1,871억 원으로 감소하며, 1일당 평균 환자 부담금도 절반 수준으로 줄어든다.

○ 연간 50~60만여명의 환자들이 이러한 환자 부담금 경감 혜택을 볼 것으로 전망된다.(상급종합병원 20~24만 명, 종합병원 30~36만 명 추산)

□ 또한, 상급종합병원과 종합병원이 총 병상 중 의무적으로 확보해야 하는 건강보험 적용 병상 비율도 현행 70%에서 80%로 확대된다.
 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 개정 절차 진행 중)

○ 이에 따라, 상급종합·종합병원 전체 병상 13만 8581개 중 건강보험 적용 병상 비율이 현행 82.7%에서 93.7%로 증가하여 총 12만 9851개 병상에 대해 건강보험이 적용된다.

□ 한편 건강보험 적용 병상 비중(80% 내외)에 비해 입원환자(병상가동률 95% 내외)가 많아, 원치 않는 2·3인실 입원이 발생하는 경우가 많았던 상급종합·종합병원과 달리,

○ 입원환자 대비 건강보험 적용 병상 여유가 있는 병·의원에 대

해서는 다양한 의견 수렴 절차를 거쳐 연말까지 보험적용 여부 등을 결정할 예정이다.

<요양기관 종별 평균 병상가동률 및 일반병상 비율>

구분		병상 가동률('16)	일반병상 비율('17)
상급종합		102.1%	79.1%
종합병원	500병상이상	98.4%	84.4%
	300~499병상	94.2%	
	100~299병상	90.7%	
병원	100병상이상	75.2%	85.5%
	30~99병상	63.3%	
의원		43.0%	72.1%

* 병상가동률(건보·의료급여·자보·산재·보훈·외국인환자 포함, '18. 국민보건의료실태조사)

- 또한, 상급병실 건강보험 적용으로 의료계의 손실이 발생하지 않도록 적정수가 보상을 병행하여 중증·응급환자 진료와 관련된 병실과 수술 및 처치 행위의 수가(보험가격)를 20%~50% 인상한다.

< 손실보상 방안 >

구분	주요 내용	비고
특수 병상 등	신생아실, 모자동실, 음압격리실, 무균 치료실, 소아중환자실 입원료 인상 등	적자 구조에 따른 사회적 공급부족 해소
인력 확충	신생아·소아·일반 중환자실, 뇌졸중 집중 치료실 인력 관련 수가 인상	의사 인력 확충 통한 의료의 질 개선
환자 안전	신생아1세·6세 미만 수술 및 처치, 마취 기산 인상 단순·염증처치(1~2회), 체위변경·흡입배농(1~3회)	감염 관리, 인적 행위에 대한 보상 강화
중증·응급 환자	심폐소생술, 고압산소요법, 혈액제제, 응급실 1인 격리병상 격리관리료 수가 인상 등	고위험 환자 대응을 위한 의료 인프라 강화

- 이를 통해 그간 수익성 문제로 질적·양적 문제가 발생하던 중증 환자 진료 및 필수의료 서비스가 개선될 것으로 전망된다.
- 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용으로 연간 2,173억 원의 건강보험 재정이 소요될 예정이다.

- 해당 소요 재정은 정부가 향후 5년간 30조6000억 원을 투입하겠다고 발표한 재정계획에도 이미 반영되어 있다.
- 상급종합·종합병원 2·3인실 입원료 부담 완화에 따라 대형병원 쏠림, 불필요한 입원 증가 등의 부작용을 방지하기 위해,
 - 대형병원이 경증환자는 중소병원으로 돌려보내고 중증환자 진료에 집중하도록 제도 개선과 재정적 유인 기전을 강화해 나갈 예정이다.

< 개선 방안(안) >

- ① 대형병원-중소 병·의원간 진료 의뢰·회송 시범사업 강화
 - (종전) 13개소 상급종합병원 → (확대) 42개 상급종합, 61개 종합병원 참여 중
- ② 경증외래질환 원외처방 약제비 차등화 제도 확대
 - 상급종합병원에서 경증질환외래 이용시 본인부담률 30%→50%로 강화
 - 현재 52개 질환 적용 중이나, 질환 수 확대 추진
- ③ 상급종합병원 평가지표 중 중증도 지표 강화

- 또한, 건강보험 적용 이후 입원 동향을 모니터링하여 대형병원 쏠림 방지 등 추가적인 보완대책도 마련해 나갈 계획이다.

- 보건복지부는 “상급종합·종합병원 2·3인실 보험 적용을 통해 원치 않는 상급병실 입원에 따른 부담을 절반이하로 완화시키는 한편,
 - 특수병상 수가 현실화 등 적정 수가 보상을 통해 중증환자에 대한 전문 의료를 강화할 수 있었다”고 평가하였다.
 - 더불어 “앞으로 감염 등으로 1인실 이용이 불가피한 경우에 대해서는 1인실 건강보험 적용 확대도 의학적 자문 등을 거쳐 '19년에 추진하겠다”고 밝혔다.

② 중환자실 입원료 등 개선

- 2, 3인실 보험 적용에 맞추어 입원료 정비를 추진한다.
 - 중환자실은 전문적인 치료와 지속적인 관찰이 필요한 환자들이

서비스를 받아야 하므로 전문인력과 시설 등 인프라 확보가 중요하며, 진료 질 확보를 위해 적정수가 보상이 필요하다.

- 신생아중환자실은 지난 4월 입원료 등 수가 개선을 추진하였으나, 성인·소아중환자실은 신생아중환자실과 수가 격차가 큰 상황이다.

* (우리나라 상종 1등급 기준) 신생아 47만9110원 > 성인 28만2240원(58.9% 수준)
(일본) 신생아 10만1740엔 < 성인 13만6500엔 (134.2% 수준)

- 선진국에 비해 간호인력기준도 미흡하여 인력수급 상황을 고려하여 단계적으로 개선이 필요하다.

* (우리나라 상종 기본등급) 간호사 1명 당 환자 3.7명~4.2명 관리
(미국 캘리포니아주) 중환자실 및 신생아 중환자실 간호사 1명당 2명 관리

- 이에 따라 중환자실 내 환자안전, 의료질 제고를 위하여 중환자실 수가를 15~31% 인상하고 간호등급이 상위 등급으로 올라갈수록 가산률을 높여* 상위 등급으로 개선을 유도한다.

* (현행) 종합병원·병원급 직전 등급 대비 가산(상위 등급으로 갈수록 가산 확대)
상급종합병원 기본 등급 대비 가산(등급 상승에 따른 수가 가산폭 동일)
⇒ (개선) 상급종합병원도 직전 등급 대비 가산방식으로 변경

- 상급종합병원은 기본등급을 4등급에서 3등급으로 상향하고, 종합병원·병원급은 상위등급(1·2등급)의 가산률을 높이기로 하였다.

< 상급종합병원 >

등급	현 행		⇒	개 선(안)	
	가감률	수가(원)		가감률	수가(원)
1등급	기본등급의 1.45	28만2240		2등급의 1.25 (기본등급의 1.44)	37만50
2등급	기본등급의 1.30	25만3050		3등급의 1.15	29만6040
3등급	기본등급의 1.15	22만3850		기본수가(15% 인상)	25만7420
4등급	기본수가	19만4650		3등급의 0.75	19만3070
5등급	기본등급의 0.85	16만5450		4등급의 0.85 (기본등급의 0.64)	16만4110

< 종합병원·병원 >

등급	현행			⇒	개선안		
	가감률	수가(원)			가감률	수가(원)	
		종병	병원			종병	병원
1등급	2등급의 1.20 (기본등급의 2.11)	24만	17만6010	2등급의 1.25 (기본등급의 2.30)	30만	22만10	
2등급	3등급의 1.15 (기본등급의 1.76)	20만	14만6670	3등급의 1.20 (기본등급의 1.84)	24만	17만6010	
3등급	4등급의 1.15 (기본등급의 1.53)	17만3910	12만7540	4등급의 1.15 (기본등급의 1.53)	20만	14만6670	
4등급	5등급의 1.10 (기본등급의 1.33)	15만1230	11만910	5등급의 1.10 (기본등급의 1.33)	17만3910	12만7540	
5등급	6등급의 1.10 (기본등급의 1.21)	13만7480	10만820	6등급의 1.10 (기본등급의 1.21)	15만8100	11만5950	
6등급	7등급의 1.10	12만4980	9만1660	7등급의 1.10	14만3730	10만5410	
7등급	기본수가	11만3620	8만3330	기본수가(15% 인상)	13만660	9만5820	
8등급	7등급의 0.85	9만6580	7만830	7등급의 0.75	9만8000	7만1870	
9등급	8등급의 0.85 (기본등급의 0.72)	8만2090	6만200	8등급의 0.85 (기본등급의 0.64)	8만3300	6만1090	

- 일반 입원병실의 경우에는 가감률 적용방식의 차이로 인하여 종별 간 수가 역전* 등 불균형이 발생하고 있어 상급종합병원, 병원의 가감률 적용방식을 종합병원과 동일하게 직전등급 대비 가산 방식으로 개편하기로 하였다.

* 동일한 간호인력 수준(2.5 미만)에서 4인실 수가 비교

: 상급종합병원 2등급 9만2440원 < 종합병원 1등급 9만8120원

< 상급종합병원 >

등급	현행		⇒	개선안		
	가감률	4인실 수가(원)		가감률	기본수가 대비	4인실 수가(원)
1등급	기본등급의 1.50	9만9040	2등급의 1.10	1.68(0.18▲)	11만1170	
2등급	기본등급의 1.40	9만2440	3등급의 1.10	1.53(0.13▲)	10만1060	
3등급	기본등급의 1.30	8만5830	4등급의 1.10	1.39(0.09▲)	9만1870	
4등급	기본등급의 1.20	7만9230	5등급의 1.15	1.27(0.07▲)	8만3520	
5등급	기본등급의 1.10	7만2630	6등급의 1.10	1.10	7만2630	
6등급	기본수가	6만6030	기본수가	1.00	6만6030	

< 병원 >

등급	현 행	
	가감률	4인실 수가(원)
1등급	기본등급의 1.70	8만6290
2등급	기본등급의 1.55	7만8670
3등급	기본등급의 1.45	7만3600
4등급	기본등급의 1.30	6만5980
5등급	기본등급의 1.20	6만910
6등급	기본수가	5만760
7등급	기본수가의 -5%	4만8220
	기본수가의 -2%	4만9740

⇒

개 선(안)		
가감률	기본수가 대비	4인실 수가(원)
2등급의 1.10	1.76(0.06▲)	8만9180
3등급의 1.10	1.60(0.05▲)	8만1070
4등급의 1.10	1.45(-)	7만3700
5등급의 1.10	1.32(0.02▲)	6만7000
6등급의 1.20	1.20	6만910
기본수가	1.00	5만760
기본수가의 -5%	0.95	4만8220
기본수가의 -2%	0.98	4만9740

- 지난 4.1일 간, **취장, 담낭 등 상복부 초음파 보험 적용 이후** 기존 비급여 가격 대비 보험가격이 낮아 손실을 보고 있는 **상급종합병원** (일부 종합병원 포함)에 대한 **손실보상 방안**도 실시된다.
- 보건복지부는 제4차 건강보험정책심의위원회(3.20.)에 “**상복부 초음파 보험 적용 확대 방안**” 보고 당시 올해 상반기 중 손실보상 방안 후속조치 실시를 보고한 바 있다.
- 이에 따라 **중증의료 중심의 상복부 질환 관련 의료행위**(81개) 수가를 5%~25% 인상하는 손실보상 방안을 마련하여 7월 1일 시행한다.

< 위험분담계약 약제 심의 >

- 이와 함께 이번 건정심에서는 위험분담계약을 통해 건강보험 급여가 적용되었던 ‘**엘비투스주*(머크(주))**’(직·결장암과 두경부암 치료)의 위험분담계약 재계약 여부에 대해서도 심의·의결하였다.

* 위험분담계약 중 환급형(약제 청구금액의 일정비율을 제약사가 건보공단에 환급)으로 '14.3월부터 건강보험 급여 적용

[약제 정보]

○ 엘비투스주(성분명 : cetuximab) : EGFR-양성, RAS 정상형(wild-type)인 전이성 직결장암 및 두경부 편평세포암"에 허가 받은 항암제

○ 위험분담계약은 4년(최대 5년)간 건강보험 적용을 원칙으로 하며, 계약 종료 1년 전부터 재계약을 위한 평가(위험분담대상 여부) 및 국민건강보험공단과의 협상 등을 실시하게 된다.

○ 엘비투스주는 관련 규정 등에 따라 위험분담계약 재협상 대상*에 해당하는 것으로 평가, 국민건강보험공단과 재계약 협상 등을 실시하였다.

* 대체 가능하거나 치료적 위치가 동등한 제품·치료법 없으며, 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용하는 항암제·희귀질환 치료제

- 또한 이번 위험분담 재계약 협상시에는 환자에 대한 안정적인 의약품 공급 등 환자보호 방안 등도 계약서에 반영하였다.

□ 보건복지부는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시를 개정(6.11.)하여 엘비투스주의 건강보험 적용이 '22.6월까지 연장 될 예정이라고 밝혔다.

< 의약품 비급여 해소 추진>

□ 또한, 의약품에서 발생하는 환자들의 비급여 부담을 경감하기 위한 '의약품 비급여의 급여화 실행계획'도 발표되었다.

○ 이는 건강보험 보장성 강화대책(17.8월)으로 도입된 '의약품 선별급여 제도'의 실행 방안을 구체화한 것이다.

- 선별급여제도는 비용효과성 등이 불명확하여 그간 건강보험 급여 적용이 어려웠었던 의약품 중 사회적 요구가 높은 의약품을 대상으로 본인부담률 수준을 높여* 건강보험을 적용, 환자의 약품비 부담을 감소시켜주는 제도이다.

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

□ **의약품의 비급여 부담은 크게 두가지(등재비급여, 기준비급여)*로 분류할 수 있으며, 이번에 발표한 실행계획은 기준비급여 부담 해소를 위한 것이다.**

- * ① (등재비급여) 건강보험이 적용되지 않는 의약품 사용시 발생,
- ② (기준비급여) 보험 인정범위(적응증, 투여대상, 용량 등)를 제한하는 기준이 설정된 의약품을 기준 외 사용시 발생(전액본인부담)

○ '17.5월 현재 의약품에 적용되는 보험 급여기준 중 약 25%(415항목, 약 7,800여개 품목)에서 기준비급여 부담이 발생하고 있는 것으로 나타났다.

○ 보건복지부는 기준비급여 부담이 발생하는 의약품 중 항암제는 '20년까지, 그 외 의약품은 '22년까지 검토를 완료할 예정이다.

- 검토 대상 의약품은 우선 필수 급여가 가능한지를 살피고, 필수 급여가 어려운 경우 선별급여 대상 여부 및 본인부담률 수준을 검토하게 된다.

○ 의약품 검토 우선순위는 행위·치료재료의 계획에 맞춰 의료취약계층, 중증질환(희귀질환 포함), 근골격계·통증치료, 만성질환 순으로 진행할 계획이다.

- 아울러 의약단체·전문학회 등 의견수렴을 통해 세부 사항을 조정하고, 건강보험 급여가 새로 적용(신규 등재)되거나, 식품의약품안전처의 허가사항 변경 등으로 의약품 사용범위(적응증)가 추가되는 사항을 지속적으로 반영하여 우선순위를 보완해 나갈 계획이다.

□ 보건복지부는 “선별급여제도가 성공적으로 운영될 수 있도록 관련 전문가와 지속적으로 협의하고 업계와 적극적으로 소통하여 국민들의 의약품 비급여 부담을 신속하게 해소해 나가겠다.”고 밝혔다.

< 전문병원 의료질 평가계획 >

- 한편, 전문병원 의료질 지원금을 차등 지급하기 위해 전체 병원급 전문병원(90개소) 대상으로 의료질 평가를 실시하는 방안이 보고되었다.
- 현재까지 전문병원 의료질 지원금은 과거 선택진료를 했던 전문병원(52개소)에 선택진료 축소·폐지에 따른 손실 보전을 목적으로 지급해 왔다.
 - * 종합병원급 이상은 '15년부터 의료질평가를 거쳐 의료질평가지원금 차등지급
- 새로 도입하는 의료질 평가는 전문병원 특성에 맞춰 개발된 '의료질과 환자안전, 공공성, 의료전달체계' 영역에 대한 평가로써, '18.6월부터 전체 병원급 전문병원(90개소)이 대상이다.(평가지표 : 참고4)
 - * 6.19일(화) 평가 설명회 개최, 6월말 ~ 9월 : 평가 실시, 10월 : 이의 신청 등
- 보건복지부는 전문병원 의료질 평가 결과에 따라 '19.1.1부터 의료질 지원금을 차등 지급함으로써, 전문병원들의 의료질을 향상시켜 나갈 계획이라고 밝혔다.

참고1

2·3인실 건강보험 적용 이후 환자 부담금 변화

연번	내 용
1	62세 O씨(남)은 흉통으로 쓰러져 서울 A 상급종합병원(간호 1등급)에 내원하여 급성 심근경색증을 진단받고 3박4일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 73만6140원을 부담했으나, 7월 1일부터는 2인실 입원료 가격(53만3610원)의 본인부담률 50% 수준인 26만6800원(46만9340원 경감)만 부담하면 된다.
2	40세 R씨(남)는 서울 B 상급종합병원(간호 1등급)에 안면부 양성종양으로 수술을 위해 2박3일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 50만4760원을 부담했으나, 7월 1일부터는 2인실 입원료 가격(35만5740원)의 본인부담률 50% 수준인 17만7870원(32만6890원 경감)만 부담하면 된다.
3	28세 L씨(남)는 서울 C 종합병원(간호 2등급)에 담낭의 결석으로 담낭절제술을 받기 위해 7박8일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 3인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 91만8050원을 부담했으나, 7월 1일부터는 3인실 입원료 가격(74만9280원)의 본인부담률 30% 수준인 22만4780원(69만3270원 경감)만 부담하면 된다.
4	77세 A씨(남)는 왼쪽팔의 골절로 수술을 받기 위해 서울에 위치한 D 상급종합병원(간호 2등)에 9박 10일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 3인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 163만3980원을 부담했으나, 7월1일부터는 3인실 입원료 가격(109만1430원)의 본인부담률 40% 수준인 43만6570원(119만7410원 경감)만 부담하면 된다.
5	69세 P씨(남)는 대구에 위치한 E 상급종합병원(간호 2등급)에 각막궤양 등 상병으로 항생제 치료를 받기 위해 6박7일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 3인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 93만9320원을 부담했으나, 7월 1일부터는 3인실 입원료 가격(72만7620원)의 본인부담률 40% 수준인 29만1040원(64만8280원 경감)만 부담하면 된다.
6	80세 J씨(여)는 서울 용산구 소재 F 종합병원(간호 1등급)에서 요추부위 골절로 수술받기 위해 6박7일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 115만3580원을 부담했으나, 7월1일부터는 2인실 입원료 가격(88만3080원)의 본인부담률 40% 수준인 35만3230원(80만350원 경감)만 부담하면 된다.

연번	내 용
7	65세 K씨(여)는 서울 G 상급종합병원(간호 1등급)에 유방의 악성신생물로 유방절제술을 위해 4박5일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 96만8380원을 부담했으나, 7월1일부터는 2인실의 입원료 가격(71만1480원)의 본인부담률 50% 수준인 35만5740원(61만2640원 경감)만 부담하면 된다.
8	58세 P씨(남)는 서울 H 상급종합병원(간호 1등급)에 항암치료를 위해 3박4일 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 63만9280원을 부담했으나, 7월 1일부터는 2인실 입원료 가격(53만3610원)의 본인부담률 50% 수준인 26만6800원(37만2480원 경감)만 부담하면 된다.
9	67세 C씨(남)는 서울 I 상급종합병원(간호 1등급)에서 협심증을 의심하여 정밀검사를 위해 1박2일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 2인실이었다. 입원기간 동안 입원료로 20만4380원을 부담했으나, 7월 1일부터는 2인실 입원료 가격(17만7870원)의 본인부담률 50% 수준인 8만8930원(11만5450원 경감)만 부담하면 된다.
10	58세 N씨(남)는 경기도 화성시 소재의 J 종합병원(간호 2등급)에 하지 혈전 정맥염으로 혈전제거술을 시행하기 위해 7박8일간 입원하였으나 입원 가능한 병실은 3인실이였으며 입원 4일째 되는 날 4인실로 옮겼다. 입원기간 동안 입원료로 58만4810원을 부담했으나, 7월1일부터는 3인실이 건강보험으로 적용되면서 입원료 가격으로 16만7690원(41만7120원 경감)만 부담하면 된다.

참고 2 2·3인실 건강보험 적용 이후 손실보상 방안

구분	손실보상(안)		
	상급종합병원	종합병원	
신생아실 입원료	가7가	50%	50%
모자동실 입원료	가7나	50%	50%
무균치료실 입원료	가4	30%	30%
소아 중환자실 입원료	가9다	20% 간호등급 1등급 상향산별	20% 간호등급 1등급 상향산별
음압 격리실 입원료	가10나	30%	-
협의진찰료	가8	20%	-
일반·소아 중환자실 인력가산 (전담의, 전문의를 포함한 전담의) 뇌졸중 집중치료실 입원료 전담의 인력가산	가9가·다, 주 가3-1가 주.	30%	30%
회복관리료	가17	50%	50%
외래 항암주사관리료	가18	50%	50%
정신의학적 집중관리료	가20	30%	-
중환자실 내 격리관리료	가9-1	30%	-
응급실 1인 격리병상 격리관리료	응6	30%	30%
마취 유지 (1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 (2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	바2나	30%	-
마취 가산 제6장 마취료 산정지침(2) 연령가산	산정지침	신생아20%, 1세 50%, 6세 20%	신생아20%, 1세 50%, 6세 20%
처치 및 수술료 제9장 제1절 처치 및 수술료[산정지침] (14),(15),(16) 연령가산	산정지침	신생아20%, 1세 50%, 6세 20%	신생아20%, 1세 50%, 6세 20%
혈액제제에 대한 체외조사[단위당]	마107	30%	30%
고압산소요법	자586	50%	50%
심폐소생술	자587	50%	50%
단순처치·염증성처치	자2-1.가	1회→2회 (간호 1등급)	-
체위변경처치·흡입배농 및 배액처치	가2-1라바	1회→3회 (간호 1등급)	-
신생아중환자실 인력 가산*		세부 전문의 수 에 따른 가산	세부 전문의 수 에 따른 가산

* 학회 등과 협의를 통해 구체화 예정

참고 3 중환자실 간호등급제 개편전후 수가 비교

□ 현행

종별	등급	일반중환자실			소아중환자실			신생아중환자실		
		간호사당 병상수	가감률	수가(원)	간호사당 병상수	가감률	수가(원)	간호사당 병상수	가감률	수가(원)
상급 종합 병원	1	0.5:1 미만	1.45	282,240	0.61:1 미만	1.30	328,960	0.5:1 미만	1.60	479,110
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	1.30	253,050	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	291,000	0.5:1미만 0.75:1이상	1.45	434,190
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	1.15	223,850	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	253,050	1.0:1미만 0.75:1이상	1.30	389,270
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	기본수가	194,650	0.86:1 이상	0.75	189,780	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	344,360
	5	0.88:1 이상	0.85	165,450	/			2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	299,440
	6	/						2.0:1 이상	0.75	224,580
종합 병원	1				0.5:1 미만	2등급의 120	240,000	0.61:1 미만	1.30	220,820
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	3등급의 1.15	200,000	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	195,340	0.5:1미만 0.75:1이상	1.45	400,210
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	4등급의 1.15	173,910	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	169,860	1.0:1미만 0.75:1이상	1.30	358,810
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	5등급의 1.10	151,230	0.86:1 이상	0.75	127,400	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	317,410
	5	1.0:1미만 0.88:1이상	6등급의 1.10	137,480	/			2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	276,010
	6	1.25:1미만 1.0:1이상	7등급의 1.10	124,980				2.0:1 이상	0.75	207,010
	7	1.5:1미만 1.25:1이상	기본수가	113,620				/		
	8	2.0:1미만 1.5:1이상	7등급의 0.85	96,580						
	9	2.0:1 이상	8등급의 0.85	82,090						
병원	1	0.5:1 미만	2등급의 120	176,010	0.61:1 미만	1.30	161,940	0.75:1 미만	1.45	322,470
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	3등급의 1.15	146,670	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	143,260	1.0:1 미만 0.75:1이상	1.30	289,120
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	4등급의 1.15	127,540	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	124,570	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	255,760
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	5등급의 1.10	110,910	0.86:1 이상	0.75	93,430	2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	222,400
	5	1.0:1미만 0.88:1이상	6등급의 1.10	100,820	/			2.0:1 이상	0.75	166,800
	6	1.25:1미만 1.0:1이상	7등급의 1.10	91,660						
	7	1.5:1미만 1.25:1이상	기본수가	83,330						
	8	2.0:1미만 1.5:1이상	7등급의 0.85	70,830						
	9	2.0:1 이상	8등급의 0.85	60,200						

* 일반·소아 중환자실의 경우, 「소득세법」에 따른 의료취약지 소재 요양기관은 감산 미적용

** 신생아중환자실 특등급(상급종합병원 및 종합병원 0.5:1, 병원 0.75:1) 신설은 7.1 시행

□ 개편 후 : 일반중환자실 기본수가 15% 인상, 가감률 개편

소아중환자실 기본수가 20% 인상 및 특등급 신설

종별	등급	일반중환자실			소아중환자실			신생아중환자실		
		간호사당 병상수	가감률	수가(원)	간호사당 병상수	가감률	수가(원)	간호사당 병상수	가감률	수가(원)
상급 종합 병원	1	0.5:1 미만	2등급의 125 (1.44)	370,050	0.5:1 미만	1.45	440,300	0.5:1 미만	1.60	479,110
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	3등급의 1.15	296,040	0.61:1미만 0.5:1이상	1.30	394,750	0.5:1미만 0.75:1이상	1.45	434,190
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	기본수가	257,420	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	349,200	1.0:1미만 0.75:1이상	1.30	389,270
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	3등급의 0.75	193,070	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	303,650	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	344,360
	5	0.88:1 이상	4등급의 0.85 (0.64)	164,110	0.86:1 이상	0.75	227,740	2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	299,440
	6							2.0:1 이상	0.75	224,580
종합 병원	1	0.5:1 미만	2등급의 125 (2.30)	300,000	0.5:1 미만	1.45	295,560	0.5:1 미만	1.60	441,620
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	3등급의 1.20 (1.84)	240,000	0.61:1미만 0.5:1이상	1.30	264,990	0.5:1미만 0.75:1이상	1.45	400,210
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	4등급의 1.15 (1.53)	200,000	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	234,410	1.0:1미만 0.75:1이상	1.30	358,810
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	5등급의 1.10 (1.33)	173,910	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	203,840	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	317,410
	5	1.0:1미만 0.88:1이상	6등급의 1.10 (1.21)	158,100	0.86:1 이상	0.75	152,880	2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	276,010
	6	1.25:1미만 1.0:1이상	7등급의 1.10	143,730				2.0:1 이상	0.75	207,010
	7	1.5:1미만 1.25:1이상	기본수가	130,660						
	8	2.0:1미만 1.5:1이상	7등급의 0.75	98,000						
	9	2.0:1 이상	8등급의 0.85	83,300						
병원	1	0.5:1 미만	2등급의 125 (2.30)	220,010	0.5:1 미만	1.45	216,750	0.75:1 미만	1.45	322,470
	2	0.63:1미만 0.5:1이상	3등급의 1.20 (1.84)	176,010	0.61:1미만 0.5:1이상	1.30	194,330	1.0:1 미만 0.75:1이상	1.30	289,120
	3	0.77:1미만 0.63:1이상	4등급의 1.15 (1.53)	146,670	0.74:1미만 0.61:1이상	1.15	171,910	1.5:1미만 1.0:1이상	1.15	255,760
	4	0.88:1미만 0.77:1이상	5등급의 1.10 (1.33)	127,540	0.86:1미만 0.74:1이상	기본수가	149,490	2.0:1미만 1.5:1이상	기본수가	222,400
	5	1.0:1미만 0.88:1이상	6등급의 1.10 (1.21)	115,950	0.86:1 이상	0.75	112,110	2.0:1 이상	0.75	166,800
	6	1.25:1미만 1.0:1이상	7등급의 1.10	105,410						
	7	1.5:1미만 1.25:1이상	기본수가	95,820						
	8	2.0:1미만 1.5:1이상	7등급의 0.75	71,870						
	9	2.0:1 이상	8등급의 0.85	61,090						

* 일반중환자실의 경우 8~9등급은 「소득세법」에 따른 의료취약지 외 요양기관 기준(의료취약지는 7등급 수가로 산정)
 * 소아중환자실 수가 인상은 7.1일 시행, 특등급 신설은 10.1일 시행

참고 4 전문병원 의료질 평가 계획

- 2018년 의료질지원금 평가 대상 : 90개소(전체 전문병원 108개소중, 종합병원 16개소 제외, 2개소는 중복 지정)
- 평가 영역과 영역별 지표수 · 가중치

평가영역	의료 질과 환자안전	공공성	의료전달체계	합계
지표수(개)	6	3	2	11
가중치(%)	65	25	10	100

- 의료질지원금 평가지표

평가영역	평가지표	지표별가중치(%)
의료 질과 환자안전 영역	의료 질 평가(20개분야 346개 하위지표) 점수	45
	의료 질 평가 의무기록자료 일치율 ¹⁾	5
	입원환자당 의사수	5
	입원환자당 간호사수	5
	의료기관 입원환자 병문안 관리체계	3
	간호·간병통합서비스 참여 여부	2
공공성 영역	전문병원 지정기준 유지율 ²⁾	15
	급여·비급여 진료비 자료 제출 유무	5
	비급여 진료비용 고지 기준 준수 여부 ³⁾	5
의료전달 체계 영역	전문분야 환자구성비율	5
	전문·일반진료질병군 환자 백분위수	5

- ① 의료질 평가시 제출 자료와 실제 진료기록부 등이 일치하는지 평가, 필요시 현장조사 병행
- ② 전문병원 지정기준 유지율(한시 적용, 가중치 15점) : 지정 후 지정 기준 미충족시 지정취소 예정(의료법 개정안 법제처 심사 중)으로, 개정안 시행 전까지 적용
- ③ 비급여 진료 적정화를 위해 「비급여 진료비용 등의 고지 지침(고시2016-262호)」에 따른 비급여 고지 대상, 고지 매체 및 고지 장소 등의 규정을 준수하는지 평가

참고 5 의약품 비급여의 급여화(선별급여) 추진 계획

□ 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 본인부담률 탄력적 적용

□ 검토 우선순위(안)

추진년도	주요분야·대상	고려사항	예시
'18년	노인·아동·여성 등 희귀암, 소아암	· 의료취약계층 부담 완화	· 소아 유전·희귀질환 치료제, 카포시육종 등 희귀암 치료제 등
'19년	중증질환 기타 암	· 국민 체감도를 높이고 의료비 부담 완화	· 류마티스질환치료제, 뇌전증치료제 등
'20년	근골격계·통증치료 항암요법 보조적 약제	· 과도한 약제비 상승과 오남용 관리 강화	· 골다공증치료제, 통증 치료제 등
'21년	만성질환	· 국민 생활 밀접성과 필수 의료 강화	· B·C형간염치료제, 당뇨병용제 등
'22년	안·이비인후과질환 등	· 국민 체감도는 낮으나 비급여 관리 필요	· 황반부종치료제, 중이염 치료제 등

□ 연도별 계획(안)

- 항암제는 3개년('18년~'20년), 일반약제(항암제 외)는 5개년('18년~'22년) 간 검토 완료

구 분	합계	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	
검토	합계	415	141	85	72	67	50
항목수	항암제	48	27	16	5	-	-
(단위:개)	일반약제	367	114	69	67	67	50