

 보건복지부		<h1>보 도 참 고 자 료</h1>			
배 포 일		2019. 4. 5. / (총 8매)			
법률 개정에 따른 하위법령 개정	보험정책과	과 장	정 윤 순	전 화	044-202-2710
		담당자	유 미 란		044-202-2706
요양병원· 방문요양급여· 의료기기 규제혁신	보험급여과	과 장	이 중 규	전 화	044-202-2730
		담당자	이 동 우		044-202-2733
		담당자	이 선 식		044-202-2745
병원·한방병원 2·3인실 건강보험 적용	예비급여과	과 장	손 영 래	전 화	044-202-2670
		담당자	강 준 혁		044-202-2667

올해 7월부터 병원과 한방병원 2·3인실에도 건강보험이 적용된다!

- 「국민건강보험법」 하위법령 개정안 입법예고 -

- ▲ 병원·한방병원의 2·3인실 건강보험 적용, ▲ 요양병원 입원 중 타 병원 임의 진료 시 전액 본인부담, ▲ 신의료기술평가-보험등재심사 동시 진행 등 규제 혁신, ▲ 방문요양급여의 사유 신설 등 상위법률 개정에 따른 하위법령 개정안 마련 -

- 보건복지부(장관 박능후)는 4월 5일 「국민건강보험법 시행령 및 시행규칙」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 일부 개정안을 입법 예고하였다.
 - 개정안은 병원과 한방병원의 2·3인실에 건강보험을 적용하고, 요양병원 입원 중 타 병원 임의 진료 시에는 전액 본인부담을 통해 의료기관 입원 부담을 합리적으로 조정한다.
 - 또한 신의료기술평가와 요양급여등재평가를 동시에 할 수 있는 근거를 만드는 등 신의료기술의 건강보험 등재 관련 절차를 개선한다.

- 아울러 방문요양급여 실시, 외국인 건강보험 지역가입자 당연가입, 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람을 신고한 경우 포상금 지급 등을 위해 지난 해 12월 11일과 1월 15일에 각각 개정된 「국민건강보험법」에 따른 세부적인 내용을 담고 있다.

□ 이번 입법예고안의 주요 내용은 다음과 같다.

< 국민건강보험법 시행령 개정안 >

① 병원·한방병원 2·3인실 건강보험 적용

- (본인부담률) 이미 건강보험을 적용한 종합병원의 2·3인실과 동일하게 병원·한방병원의 2인실은 40%, 3인실은 30%를 적용(안 별표 2 제1호)
- 건강보험 적용 이후 2·3인실로의 불필요한 쏠림을 막기 위해 기존 일반병상(4인실 이상 다인실)의 본인부담률 20% 보다 높게 설정
- * 다만, 2·3인실의 가격과 본인부담률에 따른 환자 부담 비용은 6월까지 검토하여 건강보험정책심의위원회를 거쳐 다시 발표할 예정

<입원실 병상 본인부담률 현황>

(단위 : %)

구분	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실 이상
상급종합		50%	40%	30%	20%
종합병원	비급여	40%	30%	20%	20%
병원·한방병원		40%	30%	20%	20%
치과병원·의원		비급여		20%	20%

- (적정 입원 유도) 병원·한방병원은 병상 수에 비해 상대적으로 입원환자 수가 적어 유휴병상이 일부 존재하는 점을 고려하여 불필요한 장기입원을 최소화하는 조치도 병행(안 제19조제3항, 별표2 제3호 및 제5호)

- 상급종합·종합병원 2·3인실과 동일하게 각종 본인부담률 특례 조항*이나 본인부담 상한제**는 적용하지 않을 예정
 - * 현재 희귀난치, 차상위 계층, 중증질환자, 결핵 등 일부 환자군에 대해 일반 환자 본인부담률보다 낮은 0~14%의 본인부담률 특례를 적용 중
 - ** 예기치 못한 질병 등으로 발생한 막대한 의료비 부담을 덜어주기 위하여 1년간 건강보험 본인부담금이 상한금액을 초과 시 초과금액을 가입자에게 돌려주는 제도
- 2·3인실 병상 입원환자가 장기간 입원할 경우 해당기간 입원료에 한해 본인부담률을 높이되*, 6개월 유예기간 이후 '20.1월부터 적용 (상급종합·종합병원에도 동일하게 적용)
 - * 16일 이상 30일 이하 입원시 해당기간 입원료 본인부담률에 대해 100분의 5를 가산, 31일 이상 입원 시 100분의 10을 가산

② 「국민건강보험법」 개정에 따른 세부 사항 정비

- (외국인 지역가입자 당연가입에 따른 자격 취득 및 상실 시기 등) 일정 사유*에 해당하여 건강보험 가입제외를 신청하는 경우 신청일에 자격 상실, 가입제외 기간 종료 시 자격 취득하고, 급여제한자가 의료기관 이용 시 건강보험 수가(본인부담 100%) 적용(안 제76조의2 및 별표2 제6호)
 - * 외국의 법령이나 보험, 계약 등으로 의료보장 시 당연가입의 예외 인정
- (급여제한 제외 대상에 대한 소득·재산 기준 마련) 체납 세대의 소득(종합소득금액) 및 재산(재산세 과세표준)이 각각 100만 원 미만인 경우 급여제한 대상에서 제외하되, 미성년자·65세 이상 노인·장애인은 공단이 별도로 정하도록 위임(안 제26조제3항 및 제4항)
- (신고포상금 지급기준 정비) '부당하게 보험급여를 받은 사람을 신고한 사람'에게도 최대 500만 원 내에서 포상금 지급(안 제75조제1항 및 별표6)
 - * 포상금 지급 대상 (현행) 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받은 요양기관을 신고한 자 → (변경) 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여를 받은 요양기관을 신고한 자

< 국민건강보험법 시행규칙 개정안 >

- ① 요양병원 입원 중 의뢰없이 타병원 진료시 본인부담 규정 명확화
- 요양병원은 입원과 관련된 일체의 비용을 1일당 정액수가로 지급 (별도 산정 가능한 고가의 검사, 약제 등 일부 제외)함에 따라,
 - 요양병원 입원 중인 환자가 의뢰절차 없이 임의로 타 요양기관에서 진료 받는 경우 해당 진료비는 본인이 전액 부담토록 규정 정비 (안 별표6 제1호 가목 5)
- ② 「국민건강보험법」 개정에 따른 세부 사항 정비
- (자격 취득·변동 사실 안내) 공단이 직권으로 자격 처리한 경우 납부 의무자에게 직권처리한 가입자 성명과 자격을 문서로 안내(안 제4조의2)
 - (건강보험증 발급 신청 절차 마련) 건강보험증 발급 신청서 제출 등 세부 신청 절차 마련(안 제5조)
 - (외국인 가입제외 신청) 신청 시 자격상실신고서, 의료보장을 받을 수 있음을 증명하는 서류 등을 제출(안 제61조의4제1항)
 - 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기간 내에서 가입제외

< 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 개정안 >

- ① 병원·한방병원 2·3인실 건보 적용에 따른 상급병상 정의 및 일반 병상 의무 확보 비율 조정 등
- (상급병상) 상급병상(건강보험이 적용되지 않는 병상)의 범위를 기존 병원·한방병원 1~3인실에서 병원·한방병원 1인실로 조정(안 별표2 제4호가목)

- 또한, 전체 입원 병상의 대부분이 일반병상(건강보험이 적용되는 병상)으로 전환됨에 따라, 그간 입원료 부담을 낮추기 위해 상급병상 입원료에 지원하던 기본입원료는 미 지원 (종합병원도 동일하게 적용)
- * 상급병상 입원료 구조 : (기존) 비급여(환자 100% 부담) + 기본입원료(환자 20%, 공단 80% 부담) → (변경) 전액 비급여(환자 100% 부담)
- (일반병상 의무 비율) 병원·한방병원의 일반병상 확보 의무비율은 현행 전체 병상 중 4인실 이상 병상 50%에서 향후 2인실 이상 병상 60%로 확대(안 별표2 제4호)
- 변경된 일반병상 의무비율은 6개월의 유예기간 이후 '20.1월부터 적용
- 다만, 의료기관 특성상 1인실 병상 비중이 높은 산부인과 전문병원과 주산기*(모자) 전문병원은 전체 병상 중 2인실 이상 병상 50%를 적용
- * 신생아를 분만한 시기의 전후 기간

② 요양병원 입원진료의 요양급여 개시 시 현황 신고

- 요양병원 환자의 타병원 진료 여부 확인, 지역사회 연계 지원 등과 관련된 입원 현황 관리 필요
- 요양병원에 입원진료를 하는 경우 입·퇴원 사실을 등록토록 하는 근거 규정 마련(안 제3조의2)

③ 건강보험 등재 절차 등 규제 개선

- 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 시 기존 급여항목과 유사하나 수가를 달리 검토할 필요가 있는 경우 등재 신청자가 건강보험 수가 조정을 직접 신청할 수 있도록 절차 마련(안 제9조의2제6항, 제12조, 별표2 제4호 더목)
- 신의료기술평가와 건강보험 요양급여 등재 절차를 동시에 진행하여 새로운 의료기술이 신속히 현장에서 활용될 수 있도록 개선 (안 제10조제4항, 제11조제1항, 별표2 제4호 하목)

- 신의료기술평가에 관한 규칙 제3조의2에 따른 '혁신의료기술 (치료재료 포함)'에 대해서도 요양급여 결정신청을 할 수 있도록 정비(안 제10조)
- 허가·신고 등의 범위를 초과하여 사용하는 치료재료의 경우 보건 복지부장관이 고시하는 절차 및 기준 등을 준수하도록 관련 규정을 명확히 정비(안 별표 1 제4호)

4 방문요양급여 사유 신설

- 「국민건강보험법」 개정에 따라 거동이 불편한 경우 등 방문요양 급여를 실시할 수 있는 사유 신설(제8조의3)
 - 거동불편자에 대한 의료접근성 제고를 위해 호스피스 환자, 중증장애인, 중증소아, 의료기관 퇴원 환자 등을 의사가 직접 방문하여 요양급여를 제공
- 보건복지부는 입법예고 기간 중 국민의 의견을 폭넓게 수렴한 후 개정안을 확정할 예정이다.
 - 이번 개정안에 대하여 의견이 있는 단체 또는 개인은 2019년 5월 15일까지 보건복지부 보험정책과로 의견을 제출하면 된다.
 - 개정안에 대한 상세한 사항은 보건복지부 누리집(홈페이지) (www.mohw.go.kr) → 정보 → 법령 → “입법·행정예고 전자공청회”에서 확인할 수 있다.

< 의견 제출방법(우편) >

○ 제출처

- 주소 : (30113) 세종특별자치시 도움4로 13, 4층, 보건복지부 보험정책과
- FAX : (044) 202 - 3933

○ 기재사항

- 입법예고 사항에 대한 항목별 의견(찬반 여부와 그 의견)
- 성명(법인 또는 기타 단체인 경우에는 그 명칭과 대표자의 성명), 주소 및 전화번호
- 기타 참고사항 등

※ 통합입법예고시스템(<http://opinion.lawmaking.go.kr>)을 통하여서도 의견 제출 가능

<붙임> 하위법령 개정 관련 「국민건강보험법」 주요 개정 사항

붙임

하위법령 개정 관련 국민건강보험법 주요 개정 사항

연 번	공포일	주요내용
1	국민건강보험법 (법률 제15874호, 2018.12.11. 공포)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 가입자 또는 피부양자가 신청하는 경우에만 건강보험증을 발급하도록 함(안 제12조제1항 및 제7항) ○ 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 의사 등이 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 요양급여(방문요양급여)를 실시할 수 있도록 함(안 제41조의5 신설) ○ 건강보험료를 체납한 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우 보험급여 제한 대상에서 제외되도록 함(안 제53조제3항) ○ 건강보험증이나 신분증명서를 양도·대여하여 다른 사람이 보험급여를 받게 한 사람에게 해당 진료비(부당이득)를 연대징수할 수 있도록 근거를 마련하고, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람을 신고한 사람에 대한 포상금지급 근거를 마련함(안 제57조제3항 및 안 제104조제1항)
2	국민건강보험법 (법률 제16238호, 2019.1.15. 공포)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 공단이 가입자 자격의 취득 또는 변동 여부를 직접 확인하는 경우 해당 사항을 자격 취득 또는 변동 후 최초로 보험료 납입 고지를 할 때 알리도록 함(안 제9조의2 신설) ○ 직장가입자가 아닌 외국인·재외국민이 일정 요건을 충족할 경우 지역가입자로 당연가입 되도록 하고, 외국인·재외국민인 지역가입자가 외국 보험 등의 적용을 받아 건강보험 가입이 불필요할 경우 가입제외를 신청할 수 있도록 함(안 제109조제3항 및 제5항제2호) ○ 외국인·재외국민인 지역가입자가 건강보험료를 체납한 경우 체납일 부터 체납한 보험료를 완납할 때까지 보험급여를 제한하고, 외국인·재외국민인 지역가입자 중 내국인과 동일한 보험료 납부 및 보험급여 제한 규정을 적용받는 자의 범위를 명확히 규정함(안 제109조제8항 및 같은 조 제10항 신설)