

		<h1 style="margin: 0;">보도 자료</h1> <p style="margin: 0; color: red;">6월 27일(목) 조간 (6.26. 12:00 이후 보도)</p>		
배 포 일		2019. 6. 26. / (총 9매)		
예비급여과 (병원·한방병원 2·3인실 급여화, 응급실·중환자실 비급여의 급여화)	과 장	손 영 래	전 화	044-202-2670
	담당자	김 정 숙		044-202-2661
	담당자	문 달 해		044-202-2667
보험급여과 (난임치료시술 급여기준 확대)	과 장	이 중 규		044-202-2730
	담당자	이 동 우		044-202-2733

< 건강보험 보장성 강화대책 후속조치 >

**7월 1일부터 동네병원 2·3인실, 응급실·중환자실 분야,
난임치료시술 등 건강보험 적용 확대**

- 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용(18.7월) 이후 후속조치로, 병원(한방병원 포함) 2·3인실에도 보험 적용 확대(19.7월)되어 환자의 입원료 부담이 3분의 1 수준으로 경감
- 응급실·중환자실에서 발생하는 의학적 비급여를 대폭 급여화하기로 한 계획(19.2.26 건강보험정책심의회 보고)에 따라, 응급검사, 확인·점검(모니터링) 및 수술·처치 분야 급여화 추진
- 난임치료시술의 연령 제한은 폐지하고, 건강보험 적용 횟수도 체외수정시술 신선배아 4→7회, 동결배아 3→5회, 인공수정 3→5회로 확대(본인부담률 일부 차등 적용)

□ 보건복지부(장관 박능후)는 건강보험 보장성 강화 대책 후속조치로 7월 1일(월)부터 ① 동네병원 2·3인실 ② 응급실·중환자실 분야 ③ 난임치료시술에 대해 건강보험 지원이 확대되어 국민 의료비 부담이 줄어든다고 밝혔다.

□ 7월 1일부터 확대되는 건강보험 보장성 내용은 다음과 같다.

① 동네병원 2·3인실 건강보험 적용

□ 1,775개의 병원·한방병원 입원실(2·3인실) 1만 7645개 병상에 대해 건강보험이 적용된다.

< 병원의 병상 분포 현황('19.1월 말 신고기준) >

(단위 : 개, %)

구 분	계 (비중)	1인실 (비중)	2·3인실 (비중)	4인실 이상 (비중)
병상 수	18만 1932 (100.0)	1만 620 (5.8)	1만 7645 (9.7)	15만 3667 (84.5)

* 병원 개소 수 : 전체 1,775개소(의과 1,469개소, 한방 306개소)

** 의료급여도 '19. 7. 1 부터 적용 예정

□ 작년 7월 건강보험이 적용된 상급종합·종합병원 2·3인실과 달리, 병원 2·3인실은 그간 건강보험이 적용되지 않아 병원별로 가격이 달랐다.

○ 1일 입원 시 환자가 평균적으로 부담하는 금액은 2인실은 약 7만 원* (최고 25만 원), 3인실은 약 4만7000원(최고 20만 원) 수준이었다.

* (간호 7등급 병원 2인실) 기본입원료 3.2만 원 x 20% + 평균 병실차액 6.4만 원 = 7만 원

○ 일부 입원실의 경우 작년 7월에 건강보험이 적용된 종합병원(간호 3등급, 2인실 기준 약 5만 원)보다 병원의 평균 입원료(약 7만 원)가 높아 입원료 역전 현상이 발생하기도 했다.

□ 병원·한방병원 2·3인실에 건강보험이 적용*되면, 환자 부담이 2인실의 경우 7만 원에서 2만8000원으로, 3인실의 경우 4만7000원에서 1만8000원으로 3분의 1 수준으로 줄어든다. (간호 7등급 기준)

* (입원료) 4인실 입원료를 기준으로 2인실은 140%, 3인실은 120%

* (환자 본인부담률) 2인실은 40%, 3인실은 30%

- 연간 약 38만 명의 환자들이 입원료 부담 완화 혜택을 볼 것으로 예상된다.
- 아울러 상급종합·종합병원과의 환자부담 역전 문제가 해소됨에 따라 동네병원의 이용이 늘고 대형병원 선호도 완화될 것으로 전망된다.

< 병원의 보험적용 전후 환자부담 변화 >

(단위 : 원)

구분		간호등급 7등급		간호등급 6등급	
		2인실	3인실	2인실	3인실
보험적용 이전(환자부담)		70,090	46,880	77,850	52,920
보험 적용 이후	입원료(A)	68,790	58,970	72,410	62,070
	본인부담률(B)	40%	30%	40%	30%
	환자 부담(A*B)	27,520	17,690	28,960	18,620

② 응급실·중환자실 분야 건강보험 적용

- 응급·중증환자의 응급검사, 모니터링(확인·점검) 및 수술·처치 관련 의료행위·치료재료 125개에 대하여 건강보험이 적용된다.
 - 장기이식 전 면역거부 반응검사 등 응급 검사 분야 7개, 심장질환자 심박출량 확인·점검(모니터링), 마취환자의 체온 감시 등 검사·모니터링 분야 18개, 기도 절개 및 기관 삽입튜브, 후두마스크 등 수술·처치 분야 항목 100개에 건강보험을 적용한다.
- 응급실과 중환자실 등에서 실시하는 응급·중환자 초음파에도 건강보험을 적용한다.
- 이러한 보험 적용 확대에 따라 기존에 환자가 전액 부담하던 검사비 및 소모품 비용이 1/2 ~ 1/4 이하로 줄어들게 된다.
 - 예를 들어, 심장질환자의 심장박출량 등 심장 기능 모니터링은 기존에 비급여로 6만4000원 내외 비용 부담이 발생하였으나, 건강보험이 적용되면 2만6000원(상급종합병원 기준)만 부담하면 된다.

- 독감(인플루엔자 A·B) 간이검사를 응급실·중환자실에 한정*하여 건강보험을 적용하고, 기존에 비급여로 평균 3만1000원 검사비 부담이 발생하던 것이 건강보험 적용으로 1만 원(상급종합병원 기준)으로 줄어들게 된다.

* 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관에 한정하여 보험 적용하며, 응급실에서 독감 간이검사를 할 경우 응급의료관리료 등 별도 비용은 추가로 발생

- 호흡이 곤란한 응급환자의 신속한 기도 확보를 위한 후두마스크도 비급여로 부담하던 평균 3만9000원 비용이 1만8000원(상급종합병원 기준)으로 줄어들게 된다.
- 급성 심정지 환자에게 체온 조절을 통해 뇌세포 손상을 최소화하는 체온조절 재료는 비급여로 220만 원 비용 부담이 발생하였으나, 건강보험 적용으로 42만 원(상급종합병원 기준) 비용만 부담하게 된다.
- 응급·중환자 초음파는 4대 중증질환자 이외 모든 응급·중환자에 대하여 보험적용을 확대하여 비급여 50억 원 규모를 해소하고, 환자 부담은 1β 수준으로 줄어들게 된다.
 - * (상급종합 기준) 평균 5만 원~15만 원 → 1만2000원~6만 원(본인부담 60% 기준)
- 환자들의 비용부담 감소와 함께 긴급한 응급상황에서 중증환자 진료에 필요한 수술재료, 처치 등이 보다 원활하게 제공됨에 따라 응급·중환자 진료의 질적 수준도 개선될 것으로 기대 된다.
 - 아울러, 응급실·중환자실의 비급여를 급여화하면서 손실이 발생하지 않도록 적정수가 보상 방안*도 별도로 검토하여 추진할 예정이다.
 - * 인력확충 및 안전 강화를 위한 종합적 수가 개선 방안 검토

③ 난임치료시술 건강보험 적용기준 확대

- 지난 4월 건강보험정책심의위원회를 거친 **난임치료시술(보조생식술) 건강보험 급여기준 개선방안** 또한 준비절차를 완료하고 7월 1일부터 시행된다.
- 현재 난임치료시술은 법적 혼인 관계에 있는 여성 연령 만 44세 이하의 난임부부에 대해 체외수정시술 신선배아 4회, 동결배아 3회, 인공수정시술 3회에 대해 건강보험을 적용하고 있다.
- 이번 개선방안을 통해 연령 제한은 폐지하고, 체외수정시술 신선배아 7회, 동결배아 5회, 인공수정시술 5회로 확대하되, 이번에 추가된 부분은 본인부담률을 50%로 적용하기로 한 바 있다.
- 이에 따라, 관련 고시 개정안을 마련하여 행정예고(19.5.15~6.4) 및 전산시스템 개편을 완료하여, **7월 1일 이후 새롭게 시작되는 시술 회차부터 바로 적용**될 수 있도록 하였다.

< 보조생식술 건강보험 급여기준 개선 >

	현행	개선	비고	
적용 대상 연령	여성연령 만 44세 이하	폐지	만 45세 이상 본인부담 50%	
적용 대상 시술				
체외수정	신선배아	4회	7회	4회 초과 시 본인부담 50%
	동결배아	3회	5회	3회 초과 시 본인부담 50%
인공수정	3회	5회	3회 초과 시 본인부담 50%	

* 일반적인 경우(즉 만 44세 이하 & 기존 횟수)는 본인부담률 30%이며, 난자 채취시 공난포만 나온 경우에도 본인부담률 30%로 적용 (기존 80%)

- 보건복지부 손영래 예비급여과장은 “올해 말로 예정된 복부 자기공명 영상법(MRI), 전립선·자궁 등 생식기 초음파 보험적용 등 **건강보험 보장성 강화 대책을 촘촘하고 차질없이 이행해 나가겠다**”고 밝혔다.

- < 참고 > 1. 2·3인실 건강보험 적용 이후 환자 부담금 변화
2. 응급실·중환자실 건강보험 적용 항목

참고1 2·3인실 건강보험 적용 이후 환자 부담금 변화

연번	내 용
1	70세 K씨는 상급병원에서 위절제술 수술 후 퇴원했지만, 일상생활이 불가할 정도로 컨디션이 난조하여, S병원(간호 6등급)에 2인실에 5박 6일 입원했다. 기존이라면 병실료 45만8050원(약 9만 원 x 5일)을 부담해야 하지만, 7월 1일부터는 2인실 병실료 36만2000원(약 7만 원 x 5일)의 본인부담률 40% 수준인 14만4800원만 부담하면 된다. 약 31만 원의 병실료 부담이 줄어든 셈이다.
2	58세 A씨는 허리 골절로 대구 소재 척추전문 W병원(간호 3등급)에 입원하여 척추 성형술을 받았다. 입원 당일 다인실이 없어 2인실에 6박 7일간 입원했고, 병실료 95만6280원(약 16만 원 x 6일)을 부담해야 했지만, 7월 1일부터는 병실료 63만840원(약 11만 원 x 6일)의 본인부담률 40% 수준인 25만2300원만 부담하면 되어 약 70만 원의 병실료 부담이 줄어들게 된다.
3	77세 L씨는 서울 소재 C병원(간호 1등급)에 퇴행성 관절염으로 무릎 인공관절 수술을 받기 위해 약 1주일의 입원을 준비하고 있다. 보험이 적용되는 일반병실이 없어 2인실을 예약했고, 8일 동안 91만9520원(약 13만 원 x 7일)의 병실료를 부담해야 했다. 그러나 7월 1일부터는 병원 2인실도 보험이 적용되어 8일간의 병실료 89만610원(약 13만 원 x 7일)의 본인부담률 40% 수준인 35만 6230원만 부담 하면 된다. 약 56만 원의 병실료 부담이 경감되었다.
4	55세 O씨는 교통사고 후유증으로 허리디스크를 진단받고 추나치료를 위해 강남에 소재하는 한방적추 전문병원 J병원(간호 5등급)에 입원하게 되었으나, 일반병실이 없어 2인실에 입원했다. 3박 4일간의 병실료만 56만5470원(약 19만 원 x 3일)을 부담해야 했으나, 7월 1일부터는 O씨가 부담해야 하는 병실료가 28만5390원(약 10만 원 x 3일)의 본인부담률 40% 수준인 11만4150원으로 줄어 기존보다 약 45만 원이 경감 된다.

참고2 응급실·중환자실 건강보험 적용 항목

< 응급검사 분야 건강보험 적용 항목 >

항목	사용목적	관행가(평균)	환자본인부담
혈소판약물 반응검사(2종) (행위)	아스피린 등 투여 환자의 혈소판 기능 검사	8만 원	3만 원
		11만 원	4만2000원
HLA유세포교차시험 (행위)	장기이식전 면역거부(B세포)반응 검사	10만 원	8000원
호모시스테인검사 (행위)	관상동맥질환 발생가능성 예측검사	4만 원	3000원
			4000원
			6000원 2만3000원
기관지 폐포세척액에서 림프구 아형검사 (행위)	과민성 폐렴 등 감별 진단 검사	10만 원	9000원
경피적 혈액 이산화탄소분압 및 산소포화도 측정 (행위)	비침습적으로 동맥혈내 이산화탄소, 산소포화도 등 측정	8만 원	1만5000원 6000원
약물동력학적 해석 및 보고 (행위)	약물 농도 측정, 반응 예측 등을 통해 개인별 약물용법 제시	2만6000원	6000원

* 보험적용가격, 환자본인부담: 상급종합병원, 입원 기준

< 모니터링 분야 건강보험 적용 항목 >

항목	사용목적	관행가(평균)	환자본인부담	
인플루엔자 A-B 바이러스 항원검사(간이검사) (행위)	인플루엔자 바이러스 감염 조기 진단	3만1000원	1만 원(일반) 1만3000원(정밀)	
심박출량 연속감시	동맥압에 기초한 심박출량 연속감시법	행위	6만4000원	2만6000원
		재료	34만6000원	12만1000원
	열회석법 보정 후 동맥압에 기초한 심박출량 연속감시법	행위	17만6000원	5만9000원
		재료	45만 원	20만8000원
심음, 폐음, 체온 감시용 (재료)	식도로 마취중 환자 심장, 호흡소리, 체온 감시	2만1000원	8,000원	
마취용(환자감시장치) (재료)	식도, 항문, 방광으로 환자 체온 모니터링	1만2000원	6,000원	

* 보험적용가격, 환자본인부담: 상급종합병원, 입원 기준(단, 인플루엔자감사는 외래 기준)

< 수술·처치 분야 건강보험 적용 항목 >

항목	사용목적	관행가(평균)	환자본인부담	
후두마스크 (재료)	응급환자대상 후두경 없이 구강으로 삽입하여 기도 확보	3만9000원	1만8000원	
치료목적 체온 조절요법용 (재료)	급성심정지 환자에게 열 교환을 통해 목표체온에 빠르게 도달시켜 뇌세포 손상 최소화	222만8000원	41만9000원	
경피적 확장 기관절개술용 (재료)	기도 확보 필요한 환자에게 확장기 이용하여 기관절개 튜브삽입	44만 원	7만9000원	
배액관고정용판(기관내삽관튜브고정용) (재료)	기도 확보중인 환자의 기관 내 튜브가 빠지지 않도록 입,목에 고정	1만6000원	3,000원	
폴리믹신B 고정화 섬유를 이용한 혈액관류요법	그람음성균에 의한 패혈증 환자 내독소 제거하는 혈액투석	행위	63만5000원	62만4000원
		재료 (1개)	430만6000원	339만5000원
체의 간 지지요법	간부전 환자의 암모니아 등 독소 제거	행위	108만2000원	80만8000원
		재료 (2개)	409만5000원	355만3000원
CHEST BOTTLE (재료)	폐에서 나오는 흉부체액양 측정	6.6만 원~20.4만 원	2만 원	

* 보험적용가격, 환자본인부담: 상급종합병원, 입원 기준