

설명자료
(보도자료 별첨)

건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획

2019. 7.

목 차

I. 개요	1
II. 그간의 추진내용	2
III. 추진 성과	13
IV. 향후 추진계획	16

1. 추진 현황

- (비급여 해소) 비급여 규모 6.8조원(의과기준)중 1.9조원(28%) 해소

< 비급여 해소 규모 실적(단위: 억원, %, '19.7월기준) >

구분	합계	선택진료상급병실	MRI.초음파	의학적비급여
목표	6조8천억(100%)	1조600(100%)	2조5,500(100%)	3조2,000(100%)
해소	1조9천억(28%)	9,600(91%)	5,000(20%)	5,000(16%)
잔여	4조9천억(72%)	1,000(9%)	2조500(80%)	2조7,000(84%)

- (의료부담완화) 노인·아동·여성 등 취약계층 부담 경감 및 저소득층 위기지원 확대* 등 대부분 과제 완료

* 본인부담상한제 개선('18.1월), 재난적 의료비 지원 제도화('18.7월)

2. 주요 성과

- (의료비경감) 약 2조 2천억원의 가계 의료비 부담 경감('18.1월~ '19.4월)

- 취약계층 본인부담 경감 8천억원, 환자가 전액 부담하던 비급여의 급여화에 따른 의료비 경감 1조 4천억원

- 환자 개인의 의료비 부담은 1/2~1/4 수준으로 경감

* (선택진료비 폐지·상급병실) 1/2 수준 (상급병실 2인실 기준 15만원→8만원)

(MRI·초음파) 1/2~1/4 수준 (간·체장 16만원→6만원/뇌 MRI 66만원→18만원)

- 재난적 의료비 지원으로 18천명에게 460억원 혜택('17.8.~'19.5)

- (수혜자) 약 36백만명(과제간 수혜자 중복 포함) 국민 보장성 혜택

- (보장률) 중증환자 진료가 많은 종합병원 이상 의료기관 보장률 개선

* (상급종합병원) '17년 65.6% → '18년 68.8%로 3.2%p 상승

(종합병원) '17년 63.8% → '18년 65.3%로 1.5%p 상승

3. 향후 계획

- (보장성 강화) 연차별 계획에 따라 비급여의 급여화 등 지속 이행

- (재정 등) 적립금 규모 10조원 수준 유지, 효율적 의료체계 구축

1 추진 배경

- (추진배경) 가계 의료비 부담('16. 33.3%)이 OECD 평균(20.3%)보다 높아, 국민의 의료비 부담이 크고 일상적인 불안 경험
 - * 총 의료비 중 건강보험이 부담하는 보장률은 지난 10년간 60%대 초반에서 정체
- 병원비 걱정 없는 든든한 나라를 목표로 건강보험 보장성 강화 추진

2 주요 내용

- (비급여의 급여화) 비보험 영역을 대폭 급여화하여 비급여 비용부담 해소
 - (의학적 비급여) 치료에 필요한 비급여는 급여화하여 건강보험 적용
 - MRI·초음파, 수술·처치, 치료재료 등 비급여(3,600여개) 의료 중 치료에 필요한 비급여는 급여화, 비용효과성이 미흡한 경우 예비적 급여 적용
 - (3대 비급여) 선택진료(특진), 상급병실, 간병비 등도 급여화
 - 선택진료비 폐지, 2·3인실 보험 적용, 간호간병통합서비스 병상 확충 등
- (취약계층 지원) 취약계층 의료비 부담 경감 및 의료안전망 강화
 - (고액의료비 방지) 한도 이상 고액의료비를 방지하기 위하여 노인·아동·저소득층 등 의료비 경감 및 고액의료비에 대한 상한제 강화
 - 노인, 아동, 여성, 장애인 등 취약계층의 본인부담 의료비 경감
 - 저소득층의 본인부담 의료비 상한제 기준금액을 낮춰 환자 부담은 낮추고 건강보험의 지원 확대
 - (의료안전망 강화) 재난적 의료비 발생에 대비한 긴급 지원 제공, 저소득층의 의료비로 인한 가계 파산 방지

II

그간의 추진내용

1 비급여의 급여화

- (진행상황) 치료에 필요한 비급여 6.8조원(의과기준) 중 28%, 1.9조원 규모의 비급여를 해소하고, 비급여 4.9조원(72%)이 남은 상황

< 비급여 해소 규모 실적 >

(단위: 억원, %, '19.7월기준)

구분	합계	선택진료·상급병실	MRI·초음파	의학적비급여
목표	6조8천억(100%)	1조600(100%)	2조5,500(100%)	3조2,000(100%)
해소	1조9천억(28%)	9,600(91%)	5,000(20%)	5,000(16%)
잔여	4조9천억(72%)	1,000(9%)	2조500(80%)	2조7,000(84%)
주요내용		선택진료폐지, 병원급 이상 2·3인실 급여적용	상·하복부 초음파 뇌등MRI 급여적용	347개 항목 급여적용

- (추진 내용) 국민 부담이 크고 의학적 필요성이 큰 의료서비스 중심으로 지난 2년간 주요과제는 차질 없이 이행('17.下~'19.上)
- (선택진료비·상급병실) 선택진료비 폐지('18.1월), 상급종합병원·종합병원('18.7월)·병원('19.7월) 2·3인실 건강보험 적용 실시
 - (MRI·초음파) 간 초음파('18.4월), 신장 초음파('19.2월), 뇌·혈관 검사 MRI('18.10월), 눈·귀·안면 검사 MRI('19.5월) 건강보험 적용 확대
 - (의학적 비급여) 응급실·중환자실 비급여 항목 등 3,600개 비급여 중 347개 급여화 완료, 의약품은 기준비급여 중 310항목 급여 전환
 - (간호·간병 통합서비스) 간호·간병제도개선을 통해 적용병상 확대
 - (치과·한방) 12세이하 충치치료(광중합형 복합레진) 급여화('19.1월), 구순 구개열(언청이) 치아교정 급여화('19.3월), 추나요법 건강보험 적용('19.4월)

2

취약계층 의료비 부담 경감 및 의료안전망 강화

- (추진 내용) 노인·아동·여성 등 취약계층 부담 경감 및 저소득층 위기지원 확대 등 대부분 과제 완료
 - (노인) 중증치매('17.10월, 20~60% → 10%), 노인 틀니 및 임플란트('17.11월, '18.7월, 50% → 30%) 부담 경감, 노인외래정액제 개선('18.1월)
 - (아동) 15세 이하 입원진료비('17.10월, 10~20% → 5%), 18세 이하 치아홈메우기('17.10월, 30~60% → 10%), 1세 미만 아동 외래 진료비 본인부담 경감 시행('19.1월, 21~42% → 5~20%)
 - (여성) 난임치료시술(보조생식술) 건강보험 적용('17.10월, 30%)
 - (장애인) 장애인보장구(욕창예방방석·이동식리프트) 급여 대상자 확대('18.7월)
 - (저소득층) 소득 하위 50% 연간 본인부담상한액 인하*(연소득 10% 수준, '18.1월) 및 전체 질환으로 재난적 의료비 지원 확대(법률제정, '18.7월)
- * 소득 1분위 122 → 80만원, 2~3분위 153 → 100만원, 4~5분위 205 → 150만원

< 당초 발표된 계획 대비 추진 실적 >

구분		추진 현황	비고
① 비급여의 급여화	3대비급여 해소	선택진료비 폐지('18.1월)	완료
		상급병실(2·3인실) 급여화(~'19)	추진중
		간호간병 통합서비스 확대(~'22)	추진중
	의학적 비급여 급여화	초음파 급여화(~'21)	추진중
		MRI 급여화(~'21)	추진중
		등재·기준 비급여 급여화(~'22)	추진중
		치과·한방·약제(~'22)	추진중
② 의료 취약계층 본인부담 경감	취약계층 본인부담 경감	노인(치매검사 급여화, 중증치매·틀니·임플란트 본인부담경감, 노인외래정액제 개선 등)	완료
		아동(입원진료비 본인부담률 5%로 경감 등)	완료
		여성(검사, 마취, 약제 등 난임치료시술 보험적용)	완료
		장애인(보장구 급여 단계적 확대)(~'22)	추진중
③ 의료안전망 강화	본인부담 상한제 개선	소득 하위 50% 연간 건강보험 의료비 본인부담상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하	완료
	긴급 위기지원	재난적 의료비 지원에 관한 법률 제정 및 대상자 확대(연간 최대 3천만원까지 지원)	완료

① 3대 비급여 해소

① 선택진료비 폐지 ('18.1월)

- (추진 배경) 선택진료의사에게 진료를 받는 경우 약 15~50% 추가 비용 발생 등 환자에게 과도하게 부담되는 비용 부담 해소
- (비급여 규모) 5,000억원 내외
- (급여 내용) 선택진료비 전면 폐지하고, 적정 수가 보상 추진
- (환자 부담) 환자 본인부담이 없어짐
- (수혜자수) 20,980천명이 의료비 부담 경감 혜택

② 상급종합·종합병원 상급병실(2·3인실) 건강보험 적용 ('18.7월)

- (추진 배경) 일반병실(4인실이하)이 없어* 건강보험이 적용되지 않는 고가의 상급병실(2·3인실) 이용으로 인한 의료비 부담 완화
- * 상위 5개 상급종합병원의 경우 약 84%의 환자가 경험(국민건강보험공단, '13년)
- (비급여 규모) 3,700억원 내외
- (급여 내용) 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 부담은 15만원 → 8만원(상종 2인실 기준)으로 경감
- (수혜자수) 489천명이 의료비 부담 경감 혜택

③ 병원·한방병원 상급병실(2·3인실) 건강보험 적용 ('19.7월)

- (추진 배경) 병원의 입원서비스 질 개선을 위해 2·3인실 건강보험 적용과 함께 간호등급 기준개선, 야간간호 개선 등 병행 추진
- (비급여 규모) 945억원 내외
- (급여 내용) 병원·한방병원 2·3인실 건강보험 적용

- (환자 부담) 환자 부담은 7만원 → 2.8만원(병원 2인실 기준)으로 경감
- (입원료 관련 제도개선) 재정절감 및 입원서비스 질 향상방안 병행 추진
 - * 1인실 기본입원료 지원 배제, 간호등급 산정기준 개선(병상수 → 환자수 기준), 야간 간호료 신설, 야간전담간호사 관리료 인상, 취약지 간호사 인건비 지원확대 등

④ (간호·간병 통합서비스) 간호·간병제도개선을 통해 적용병상 확대

- (추진 배경) 인원서비스 질 향상 및 간병이 필요한 환자들이 사적으로 크게 부담하고 있는 간병비용 부담 경감
 - * 평균적으로 1일당 7~8만원의 간병비용 부담
- (병상 확대) 522개소 4.1만 병상 달성('19.4월), '17년 상반기(6월말) 대비 1.8만 병상 증가
- (수혜자수) 99.5만명이 약 4,437억원 간병비 부담 경감(2018년 기준)

② 의학적 비급여의 급여화

① 간·담낭 등 상복부 초음파 건강보험 적용 ('18.4월)

- (추진 배경) 간염, 담낭염 등 상복부 질환에 건강보험 적용을 확대하여 고액 검사비로 인한 의료비 부담 경감
- (비급여 규모) 2,000억원 내외
- (급여 내용) 의학적으로 필요한 경우 모두 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 6~16만원 → 2~6만원으로 약 1/3 수준으로 경감
- (수혜자수) 2,067천명이 의료비 부담 경감 혜택

② 콩팥 등 하복부·비뇨기 초음파 건강보험 적용 ('19.2월)

- (추진 배경) 신장결석, 맹장염, 치루 등 질환에 건강보험 적용을 확대하여 고액 검사비로 인한 의료비 부담 경감

- (비급여 규모) 770억원 내외
- (급여 내용) 의학적으로 필요한 경우 모두 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 5~15만원 → 2~5만원으로 약 1/3 수준으로 경감
- (수혜자수) 152천명이 의료비 부담 경감 혜택

③ 응급·중환자 초음파 건강보험 적용 (19.7월)

- (추진 배경) 응급실·중환자실에서 응급도·중증도에 따른 정확한 감별진단과 신속한 치료결정을 위해 건강보험 적용 확대
- (비급여 규모) 51억원 내외
- (급여 내용) 응급실·중환자실에서 응급·중환자 초음파 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 부담은 5~15만원 → 1.2~6만원(상종기준)으로 경감

④ 뇌·혈관(뇌, 경부)·특수 검사 MRI 건강보험 적용 확대 (18.10월)

- (추진 배경) 뇌종양, 뇌출혈 등 뇌질환 MRI 검사에 건강보험 적용을 확대하여 고액 검사비로 인한 의료비 부담 경감
- (비급여 규모) 2,100억원 내외
- (급여 내용) 의학적으로 필요한 경우 모두 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 부담은 38~66만원 → 9~18만원으로 경감
- (수혜자수) 566천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑤ 눈·귀·안면 검사 MRI 건강보험 적용 확대 (19.5월)

- (추진 배경) 악성외이도염, 심경부 감염 등 두부·경부에 건강보험 적용을 확대하여 고액 검사비로 인한 의료비 부담 경감
- (비급여 규모) 120억원 내외

- (급여 내용) 의학적으로 필요한 경우 모두 건강보험 적용
- (환자 부담) 환자 부담은 50~72만원 → 16~26만원으로 경감

⑥ 등재·기준비급여 건강보험 적용 (~'19.7월)

- (추진 배경) 치료에 필요하지만 건강보험이 적용되지 않는 의료 행위, 치료재료 등에 보험을 적용하여 의료비 부담 해소
- (급여 내용) 노인·여성·아동 등 의료취약계층 질환, 응급실·중환자실 비급여 등 필수의료 분야 347개 건강보험 적용
 - * 치매신경인지검사, 선천성대사이상검사, 수면장애검사, 인지 및 행동치료, 응급실·중환자실에서 발생하는 응급검사·모니터링·수술 및 처치 검사 등
- (환자 부담) 비급여로 환자가 모두 부담하던 비용이 건강보험 적용으로 1/2~1/4이하 수준으로 경감
 - * 신생아 선천성대사이상검사 : (보험적용전) 10만원 → (보험적용후) (입원)본인부담금 없음, (외래) 22천원~4만원
 - * 신생아난청선별검사(자동화 이음향방사검사) : (보험적용전) 8만원 → (보험적용후) (입원)본인부담금 없음, (외래) 4천원~9천원

⑦ 약제 등재·기준비급여 건강보험 적용 (~'19.7월)

- (추진 배경) 암, 희귀질환치료제 등 고가 약제에 대하여 건강보험 적용하여 환자의 치료접근성을 높이고, 의료비 부담 해소
- (급여 내용) 면역항암제, 소아 급성 백혈병 치료제, 위암치료제, 비호지킨림프종 치료제 등 421개 비급여* 항목 건강보험 적용
 - * (등재비급여) 111개 품목, (기준비급여) 항암제 49항목, 일반약제 261항목
- (환자 부담) 항암제는 전액본인부담에서 5% 수준으로, 희귀난치 질환약제는 전액본인부담에서 10%수준으로 경감
 - * 비소세포폐암 : (보험적용전) 1.2억원(연간) → (보험적용후) 약 400만원
 - * 척수성근위축증 : (보험적용전) 3~6억원(연간) → (보험적용후) 580만원 미만(본인부담상한제 적용)

⑧ 12세 이하 충치치료(광중합형 복합레진) 건강보험 적용 ('19.1월)

- (추진 배경) 아동이 주로 이용하는 비급여 충치치료에 대해 건강보험 적용 확대
- (급여 내용) 12세 이하 아동의 영구치 충치치료 건강보험 적용
- (본인부담률) 30%(의원)~60%(상종)
- (환자 부담) 환자 부담은 치아 1개당 10만원 → 2.5만원(의원)으로 감소

⑨ 구순구개열(언청이) 치아교정 건강보험 적용 ('19.3월)

- (추진 배경) 구순구개열 치료과정에서 보편적으로 실시하는 치아교정술을 급여화하여 의료비 본인부담 완화 추진
- (급여 내용) 구순구개열 치아교정에 건강보험 적용
- (본인부담률) 30%(의원)~60%(상종)
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 3,500만원 → 730~1,800만원으로 감소

⑩ 추나요법 건강보험 적용 ('19.4월)

- (추진 배경) 국민 요구가 큰 근골격계 질환 대상 추나 요법에 건강보험 적용 추진하여 한방의료 보장성 강화
- (급여 내용) 추나요법에 건강보험 적용
- (본인부담률) 환자 본인부담률 50%*
- * 단, 디스크·협착증 외 근골격계 질환으로 복잡추나 받는 경우는 80%
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 1회당 3~5만원 → 1~2만원으로 감소

③ 취약계층 의료비 부담 경감

① 중증치매 본인부담률 경감 (17.10월)

- (추진 배경) 의료적 필요가 크고 경제적 부담이 큰 중증치매 환자
에게 산정특례* 적용을 통해 의료비 부담 완화
- * 희귀난치, 중증질환 환자 등에게 건강보험 급여 본인부담률을 경감하는 제도
- (급여 내용) 중증 치매환자 산정특례 적용
- (본인부담률) 입원 20% · 외래 30%(의원)~60%(상종) → 10%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 평균 48만원 → 20만원으로 감소
- (수혜자수) 37천명이 의료비 부담 경감 혜택

② 노인 틀니 본인부담률 경감 (17.11월)

- (추진 배경) 65세 이상 노인 틀니 본인부담률 인하로 치과 의료비
부담 완화 및 구강건강 증진
- (급여 내용) 65세 이상 노인 틀니 본인부담률 완화
- (본인부담률) 본인부담률이 50% → 30%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 평균 65만원 → 39만원(1약당)으로 감소
- (수혜자수) 421천명이 의료비 부담 경감 혜택

③ 노인 외래 정액제 개선 (18.1월)

- (추진 배경) 노인외래정액제 구간 초과시 본인부담이 급증(1천5백원→
4천5백원 이상)하여 의료기관-환자 간 분쟁 발생
- (개선 내용) 의원 등의 노인외래는 1만5천원 이하 1,500원 부담,
1만5천원~2만5천원 구간은 점증적 정률(10~30%)로 개선
- * 진료비가 15천원 이상이면 환자 본인부담이 1,500원→30%로 급증하는 것을
15~25천원 구간에서 환자부담률을 10~30%로 점진적으로 상향 조정

- (환자 부담) 총 진료비가 2만원인 경우, 환자 의료비 부담은 6천원
→ 2천원으로 감소
- (수혜자수) 6,839천명이 의료비 부담 경감 혜택

④ 노인 임플란트 본인부담률 경감 ('18.7월)

- (추진 배경) 65세 이상 노인 임플란트 본인부담률 인하로 치과 의료비 부담 완화 및 구강건강 증진
- (급여 내용) 65세 이상 노인 임플란트 본인부담률 완화
- (본인부담률) 본인부담률이 50% → 30%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 62만원 → 37만원(1개당)으로 감소
- (수혜자수) 524천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑤ 아동 입원진료비 본인부담률 경감 ('17.10월)

- (추진 배경) 아동들이 진료비 걱정 없이 적절한 치료를 받고 건강하게 자랄 수 있도록 건강보험 지원 강화
- (급여 내용) 15세 이하 입원진료비 본인부담률 완화
- (본인부담률) 입원 본인부담률이 10%~20% → 5%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 평균 21만원 → 9만원으로 감소
- (수혜자수) 1,019천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑥ 아동 치아홈메우기 본인부담률 경감 ('17.10월)

- (추진 배경) 치아홈메우기 본인부담 경감을 통해 예방 진료 접근성 향상 및 충치 발생에 따른 불필요한 의료비 지출 방지
- (급여 내용) 18세 이하 아동 치아홈메우기 본인부담률 완화
- (본인부담률) 본인부담률이 30%~60% → 10%로 경감

- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 2만원 → 1만원(치아 2개)으로 감소
- (수혜자수) 956천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑦ 아동 외래 진료비 본인부담 경감 ('19.1월)

- (추진 배경) 출산 전후 아동의 의료비 부담을 대폭 경감하여 출생부터 아동이 건강히 성장할 수 있도록 1세 미만 아동 의료비 지원
- (급여 내용) 1세 미만 아동 외래 진료비 본인부담률 완화
- (본인부담률) 본인부담률이 21~42% → 5~20%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 평균 2만원 → 7천원으로 감소
- (수혜자수) 292천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑧ 난임치료시술 건강보험 적용 ('17.10월)

- (추진 배경) 의학적 필요성에 따른 난임부부 치료시술 비용 부담 경감
- (급여 내용) 보조생식술(체외수정, 인공수정)을 표준화하고 시술, 마취, 검사, 약제 등 필수적인 시술은 건강보험 적용
- (본인부담률) 비급여로 환자가 모두 부담하던 난임시술 비용이 건강보험 적용으로 30%로 경감
- (환자 부담) 환자 의료비 부담은 359만원 → 102만원(신선배아)으로 감소
- (수혜자수) 137천명이 의료비 부담 경감 혜택

⑨ 장애인보장구 급여 대상자 확대 ('18.7월)

- (추진 배경) 휠체어 사용 시 욕창발생 가능성이 있는 뇌병변장애인과 이동이 불가능한 지체장애인에게 욕창예방방석과 이동식전동리프트 급여 적용
- (급여 내용) 욕창예방방석, 이동식 전동리프트 급여 대상자 확대

- * 욕창예방방석 : 지체장애 → 지체장애, 뇌병변장애
- * 이동식 전동리프트 : 척수, 뇌병변장애 → 지체장애, 뇌병변장애
- **(본인부담률)** 기준액 및 실구입금액 중 최저금액의 10% (변동없음)
- **(환자 부담)** 욕창예방방석 25천원(기준액의 10%), 이동식전동리프트 250천원(기준액의 10%)
- **(수혜자수)** 2천명에게 장애인보장구 추가 급여혜택 제공

4 의료안전망 강화

① 본인부담상한제 개선 ('18.1월)

- **(추진 배경)** 질병 등으로 과도한 의료비 발생시 경제적 능력을 감안해 적정수준의 의료비를 부담하도록 저소득층 의료비 부담 경감
- **(개선 내용)** 소득 하위 50%의 연간 본인부담상한액을 연소득 10% 수준*으로 인하

* 소득 1분위 122 → 80만원(42만원), 2~3분위 153 → 100만원(53만원), 4~5분위 205 → 150만원(55만원)

② 재난적의료비 지원에 관한 법률 제정 및 제도 개선('18.7월)

- **(추진 배경)** 중한 질병 등으로 과도한 의료비 발생시 의료안전망으로서의 기능 강화를 위해 사업 제도화 및 대상질환 확대
- **(개선 내용)** 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제정(시행일 '18.7.1.), 대상질환 확대(4대 중증→모든 질환*), 소득 하위 50%(중위소득 100%) 이하 중심으로 연간 3천만원** 한도 내 지원

* 입원의 경우 모든 질환, 외래의 경우 4대 중증질환 중심으로 지원

** 예비급여, 선별급여, 비급여 등 항목의 의료비부담액 50%를 지원

- **(수혜자수)** 18천명이 의료비 부담 경감 혜택('17.8.~'19.5월)

Ⅲ

추진 성과

1 국민의 의료비 부담 경감

- (의료비 부담경감 규모) '18.1월부터 '19.4월까지 보장성 강화를 통해 약 2조2천억원의 가계 의료비 부담 경감
 - (취약계층 본인부담) 아동·노인 등 의료취약계층의 본인부담 의료비를 8천억원 경감
 - * 아동입원진료비 본인부담 10~20% → 5%로 경감
 - (비급여의 급여화) 환자가 전액 부담하던 의학적 비급여를 급여화 하여 1조4천억원 비용부담 경감
- (수혜자) 보장성 강화 정책으로 약 36백만명(과제간 수혜자 중복 포함) 국민이 의료비 경감 혜택, 국민 대다수가 보장성 정책 체감

< 건강보험 적용 과제 및 수혜자 현황: '18.1월~'19.4월진료분(심평원) >

시행일	주요과제	시행일	수혜자수 (천명)	의료비 부담경감액 (억원)	1인당 부담 경감액 (천원)
취약 계층	① 난임시술	'17.10월	137	1,847	1,347
	② 아동입원진료비 본인부담 경감	'17.10월	1,019	1,215	119
	③ 아동 치아홈메우기	'17.10월	956	173	18
	④ 노인 틀니	'17.11월	421	1,423	338
	⑤ 노인 외래진료비	'18.1월	6,839	2,240	33
	⑥ 노인 임플란트	'18.7월	524	1,276	243
	⑦ 아동 충치치료	'19.1월	235	258	110
비 급여 의 급여 화	⑧ 의약품 등재 비급여	'17.8월	1,173	3,914	334
	⑨ 등재비급여	'17.9월	1,096	782	71
	⑩ 선택진료 폐지	'18.1월	20,980	6,093	29
	⑪ 상·하복부 초음파	'18.4월	2,170	1,451	67
	⑫ 상급종합·종합병원 2·3인실	'18.7월	489	739	151
	⑬ 뇌·혈관(뇌, 경부)·특수 MRI	'18.10월	566	1,243	220

2

중증환자 의료비 부담은 더욱 경감

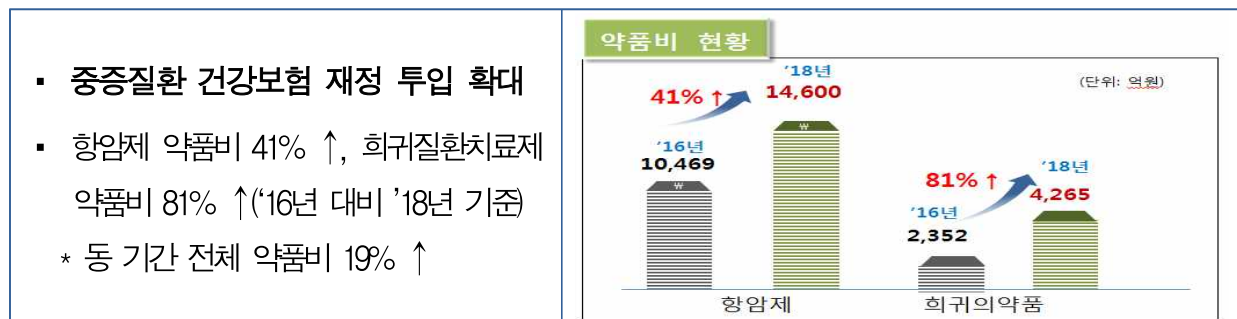
- (의료비 부담 경감) MRI·초음파 등 중증환자 치료에 필요한 비급여의 건강보험 적용 확대로 환자 의료비 부담이 1/2~1/4 수준으로 경감
- (선택진료비·상급병실) 선택진료비 폐지, 상급병실은 환자 의료비 부담이 1/2 수준으로 경감
 - * 환자부담(상급종합병원기준) : (2인실) 15.4만원 → 8.1만원, (3인실) 9.2만원 → 4.9만원
- (MRI·초음파) 고액 검사비를 유발하는 검사 비용 부담이 1/2~1/4 수준으로 경감

< 건강보험적용 후 MRI·초음파 환자 의료비 부담 >



- (항암·희귀질환치료제) 척수성근위축증치료제* 등 중증질환 치료제에 대한 건강보험 재정 투입 대폭 확대

* 약품비 부담 : (기존) 3~6억원 → (변경) 580만원 미만



□ (가계파탄방지) 본인부담상한제 혜택 확대 및 재난적 의료비 지원 등 이중 삼중의 위기 지원체계 가동

○ (본인부담상한제) 저소득층 의료비 부담 경감을 위해 소득하위 50% 계층에 대하여 본인부담상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하*(’18.1월)

* 소득 1분위 122→80(42만원), 2~3분위 153→100(53만원), 4~5분위 205→150(55만원)

○ (재난적의료비 지원) 건강보험 보장성 강화대책(’17.8월) 시행 이후 18천명에게 460억원(’17.8.~’19.5. 1인 평균 250만원) 의료비 혜택

< 보장성 강화 의료비 경감 사례 예시 >

① (사례1) 만성 신장병, 빈혈, 상세불명의 갑상선기능저하증을 앓는 2세 남아

⇒ (보장성 강화 전) 상급종합병원 21일 입원, 의료비 4,395만원 중 1,243만원 부담
(보장성 강화 후) 선택진료비 폐지, 2·3인실 급여화, 본인부담상한제 개선, 재난적 의료비 지원 등으로 397만원만 부담 (약 68% 감소)

② (사례2) 임신 23주차에 조기진통 위험있는 고위험 산모인 30세 여성

⇒ (보장성 강화 전) 고위험산모 집중치료실 3개월 입원, 의료비 4,200만원 부담
(보장성 강화 후) 재난적 의료비 지원사업으로 2,100만원 부담 경감

3

건강보험 보장률도 중증 중심으로 상승

□ (보장율) ‘18년 보장성 강화정책 중간성과를 분석한 결과 중증환자 진료를 주로 하는 종합병원 이상 의료기관의 보장률 개선

* 상급종합병원 9개, 종합병원 105개를 표본으로 하여 분석, 병원 및 동네의원은 표본수가 작아 분석 불가능

○ (상급종합병원) ‘17년 65.6% → ‘18년 68.8%로 3.2%p 상승

* ‘16년 63.4% → ‘17년 65.6% → ‘18년 68.8% (잠정)

○ (종합병원) ‘17년 63.8% → ‘18년 65.3%로 1.5%p 상승

* ‘16년 62.4% → ‘17년 63.8% → ‘18년 65.3% (잠정)

IV

향후 추진계획

1 보장성 대책의 차질없는 이행

- (비급여의 급여화) 연차별 추진계획에 따라 단계적으로 차질 없이 이행
 - (의학적 비급여) MRI·초음파, 수술·처치, 치료재료 등 치료에 필요한 의학적 비급여는 '22년까지 단계적으로 건강보험 적용
 - (2019년) 전립선 등 남성생식기 초음파(9월), 흉부·복부 MRI(10월), 자궁·난소 등 여성생식기 초음파(12월) 보험 적용

< 연차별 추진계획 >

구분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
MRI	뇌·뇌혈관 등	흉부·복부(10월)	척추질환	근골격	
초음파	간, 담낭 등 상복부	신장, 방광 등(2월) 전립선(9월) 자궁·난소(12월)	흉부·심장	근골격· 두경부·혈관	
의학적 비급여	노인·여성 등 취약계층 질환	응급실·중환자실(7월), 중증질환	척추질환	근골격· 만성질환	안·이비인 후과 질환 등

- (의약품) 선별등재 방식을 유지하면서 보장성 강화
 - (비급여의 급여화) 사회적·임상적 요구도가 큰 의약품의 건강보험 적용을 확대하고, 이를 뒷받침하기 위한 제도 개편도 함께 추진
 - (기준확대) 항암제는 '20년, 일반약제는 '22년까지 단계적으로 검토하고, 급여화가 어려운 경우 본인부담률을 차등하여 보험 적용
- (상급병실 건강보험 적용 확대) 감염, 화상 등 1인실 이용 불가피한 환자에 대한 1인실 건강보험 적용('20년)
- (간호·간병 통합서비스 확대) '19년말 누적 5만병상, '22년까지 10만병상 달성
 - 교육전담간호사 시범도입('19.하), 만성기·회복기 서비스 제공 모형 개발('19.하), 성과 중심 보상체계 도입('19.하) 등 지속 검토

- (공사의료보험 연계) '22년까지의 보장성 강화에 따른 실손보험의 반사이익 효과를 반영해 실손보험료 인하 유도 추진(~'22, 매년)
 - 의료이용과 건강보험 급여지출에 영향을 미치는 실손보험의 보장범위 개선을 검토('19.하)하는 한편, 공사의료보험 연계법 제정 노력도 지속
- (신포괄수가) 민간기관 확대를 통한 '22년 5만 병상 적용을 목표로 수가 모형 개선 및 중장기 로드맵 마련을 위한 연구 추진

2 | 건강보험 재정건전성 제고

- (관리) '18년말 당기수지는 '계획된 적자' 1,778억원, 누적흑자 20조원을 유지 중으로, 예상한 재정상황 내에서 안정적으로 운용 중
 - (집행관리) 보장성 확대에 따른 의료 이용 및 재정 지출을 지속 관찰하는 모니터링시스템 구축('18~) 및 운영 중
 - '19년 1/4분기까지 보장성 강화 항목의 총 재정지출은 당초 계획범위 내 적정 수준을 유지, 의료이용·지출 등은 합리적 수준에서 관리 중
 - * 일부 초과하는 항목은 중점 모니터링하며 의료계 협의, 보험기준 조정 등 대응
- (운영) ①'18~'22년 평균 보험료인상률이 지난 10년간 평균(3.2%)을 넘지 않고, ②'22년말 누적흑자 10조 유지 등 당초 계획한 재정운영목표 준수
 - (지출효율화) 요양병원 불필요 입원 방지, 사무장병원 근절, 약가 사후 관리 강화 등 재정누수요인을 차단하는 절감 노력 강화
 - (국고지원) 건강보험 보장성 확대를 재정적으로 뒷받침하기 위해 '17년 이후 국고지원 규모도 지속 확대
 - * 국고지원: ('17년) 6.78조원 → ('18년) 7.17조원 → ('19년) 7.87조원

- (의료체계 개선) 경증환자는 동네병원, 중증환자는 대형병원을 이용하도록 의료체계를 효율화하는 단기과제 및 중장기 개선방안 수립
 - (단기대책) 효율적 의료이용을 유도하기 위해 현행 의료체계에서 이행 가능한 단기개선 대책 수립·발표(7월)
 - * 상급종합병원 지정기준 개선(중증환자비율 강화 등), 동네의원-대학병원간 진료 의뢰·회송 활성화, 의료기관간 정보 전송·공유, 건강보험 수가 개편 등 망라
 - (중장기 개선) 의료전달체계 전반에 대한 검토 및 구조적 개선방안은 이해관계자 등과 사회적 논의를 거쳐 종합계획 수립
- (지역의료 강화) 생명과 직결된 필수의료 분야의 지역 격차 해소를 위해 지역 중심의 공공의료체계 강화
 - 전국을 17개 권역과 70여개 지역으로 구분하고, 필수의료 제공 및 연계를 위해 권역/지역별 책임의료기관* 지정 및 육성(20년~)
 - 책임의료기관을 중심으로 공공-민간 협력의료체계 구축하여 지역에서 안심하고 믿을 수 있는 의료서비스 제공
 - * (권역) 국립대병원+사립대병원, (지역) 지방의료원 등 공공병원+민간병원
 - 시도별로 공공보건의료지원단 및 '(가칭) 공공의료 위원회'를 설치·운영하고, 지역医료를 강화할 수 있는 공공의료 정책 추진
- (필수분야 의료체계 육성) 응급·중환자 등 필수적 의료에 대한 건강보험 지원 확대 및 육성
 - (중증환자) 내실있는 중증환자 진료를 위한 중환자실 전담전문의 가산 확대 추진
 - * (전담전문의 가산 산정기준 개선) 전담전문의 유무에서 병상당 전담전문의 비율에 따라 차등적용 하도록 개선

- (응급환자) 신속하고 안전한 응급실 진료환경 마련을 위한 수가 개선, 외상환자 적극 처치를 위한 인센티브 강화
 - 응급실 안전인력 확보, 대기시간 감소 및 적정 의료기관으로의 신속한 조정·이송 등을 수행하는 경우 수가 개선
 - 외상환자에 대한 의료기관의 적극적 처치 노력 유도를 위해 외상 처치(변연절제술, 창상처치 등)에 대한 수가 개선
- (여성·어린이) 인력과 시간에 집중적 투입이 요구되는 분만 및 이른둥이 등 중증소아환자 치료 인프라 유지를 위한 수가 개선 추진
 - 어린이 진료에 특화된 공공전문진료센터*, 분만 관련 수가 개선, 중증소아환자 특화 수술팀 수가 가산 등 검토

* 공공어린이병원 및 공공어린이재활병원