

- ② 대형병원이 경증환자를 동네의원에 적극 회송하고 정보를 교류할 수 있는 체계 마련
- ③ 일차의료중심의 포괄적 만성질환 관리, 교육상담 활성화 등 추진
- ④ 동네의원에서 치료 가능한 경증질환자가 동네의원을 거치지 않고 대형병원으로 가는 경우 본인부담을 높이는 방안 검토
 - * 형식적으로 이뤄지고 있는 진료 의뢰서 제도 개선

4 합리적인 적정수가 보상 방안 마련

- ① 생명·건강에 직결된 필수의료서비스가 균형 있게 제공되는 기반 마련
 - * 분만·수술·응급의료·외상 분야의 기반(인프라) 확충을 위한 보상 강화
- ② 합리적 원가 기반의 수가산출체계를 마련하여 적정진료 제공환경 조성
 - * 주기적인 상대가치개편을 통해 수가 간 불균형 해소 등 체계 정비
- ③ 행위별수가제도 외 다양한 수가제도 시범적용을 통해 적정진료에 따른 합리적 보상 방안 마련
 - * 의료기관 단위의 '신포괄수가제도' 적용 병상 지속 확대

5 급속한 인구 고령화 대비 제도 지속가능성 높여 23년 이후 누적 적립금 10조 원 이상 유지

수입

- ① 보험료 인상을 과거 10년간 평균 보험료율 인상률 수준('07~'16년간 연평균 3.2%) 내에서 인상하고 국고지원금 규모 매년 확대
- ② 피부양자 요건 강화, 보험료 부과기반 확충 등 소득 중심 보험료 부과
- ③ 보험료 경감제도 정비

지출

- ① 요양병원 수가체계 개편
- ② 과다이용자 등 합리적 의료이용 관리
- ③ 급여·약제·치료재료 재평가, 불법 사무장병원 근절 등 관리 강화
- ④ 노인 외래 정액제 단계적 조정 검토 (적용연령층 및 구간·금액 기준 등)

- 보건복지부(장관 박능후)는 4월 10일 개최된 국민건강보험 종합계획 공청회에서 ‘제1차 국민건강보험 종합계획(안)’을 발표하고, 우리나라 건강보험제도의 정책목표와 추진방향 등 중·장기비전을 제시하였다.
 - 이날 발표한 ‘제1차 국민건강보험 종합계획(안)’은 「국민건강보험법」에 따라 건강보험의 건전한 운영을 위하여 수립하는 것으로,
 - 가입자 및 공급자 단체, 시민사회, 전문가 등을 대상으로 20여 차례에 걸친 간담회와 국민참여위원회(‘19.3.31) 등을 통해 국민의 다양한 의견을 수렴하여 마련되었다.
 - * (주요 추진 경과) 종합계획 수립을 위한 사전간담회(‘17.12~’18.1), 기초연구(‘18.3~’18.12, 한국보건사회연구원), 관계부처 협의 및 공청회(‘19.3~’19.4), 건강보험정책심의위원회 심의(‘19.4.12 예정)
- 제1차 국민건강보험 종합계획(안)은 ‘국민 중심, 가치 기반, 지속가능성, 혁신 지향’의 4대 핵심 가치를 기반으로 수립되었다.
 - ‘건강보험 보장성 강화대책’의 성공적 이행을 위한 후속조치를 마련하고,
 - 양적 확대보다는 환자와 국민의 평생 건강을 뒷받침하는 질적 성장이라는 새로운 청사진을 제시하는 한편,
 - 국민의 신뢰를 받으면서, 초고령 사회 등 변화하는 미래를 대비하는 종합적이고 지속가능한 제도적 혁신을 추진하는 내용을 담고 있다.
- 금번 수립된 종합계획의 재정소요 규모는 향후 5년(‘19~’23년) 간 총 41조5800억 원으로,
 - 이는 당초 보장성 강화 대책에 따른 재정소요와 종합계획 수립에 따른 추가 재정소요액(약 6조4600억 원)*을 합산한 것이다.
 - * 보장성 강화 대책(‘17.8)에 따른 재정소요금액(‘17~’22년간 30.6조 원)을 제외하고 신규 투입 재정만 산정 (전체 재정 소요액은 향후 5년간 약 41조5842억 원 규모)

- 신규 투입 재정은 영유아·난임지원 및 통합적 의료지원 등 추가적인 보장성 강화 외에도
 - 일차의료기관 만성질환 관리체계 구축 및 교육·상담 지원 등 의료기관 기능 정립과 필수 공공의료서비스 등에 대한 적정 보상 강화에 활용, 보건의료 전달체계 구축 등을 지속 지원한다.
 - 한편, 정부는 재원 확보를 위해 다양한 지출 관리 방안을 병행하여 국민 부담이 더 증대되지 않도록 노력한다.
 - 당초 보장성 강화 대책 발표 시 계획한 과거 10년간 평균 인상률('07~'16년간 연평균 3.2%) 수준에서 보험료를 인상을 관리하고 '23년 이후에도 약 10조 원 이상의 적립금 규모를 지속 유지할 계획이다.
- 국민건강보험 종합계획은 매 5년마다 수립되며, 재정전망을 통해 건강보험제도의 지속가능성을 확보해 나간다.
- 권덕철 보건복지부 차관(건강보험정책심의위원회 위원장)은 '제1차 국민건강보험 종합계획'은 '건강보험 보장성 강화 계획'을 포함하여 보다 큰 틀에서 건강보험 제도의 운영방향을 제시하는 것으로서,
- 보장성 강화 과제를 차질 없이 이행하면서, 환자 중심의 통합적인 의료제공 체계 구축을 지원하고 건강보험 재정을 안정적으로 운영하는 다양한 제도적 기반을 마련함으로써,
 - 국민건강보험 제도의 지속가능성을 강화한다는 점에서 의미가 있다고 밝혔다.
- 제1차 국민건강보험 종합계획(안)의 주요 내용은 다음과 같다.

1 건강보험 보장성 강화를 통한 의료비 부담 경감

- 필수적인 의료서비스를 중심으로 ‘비급여의 급여화’ 지속 등 건강보험 보장성 강화 대책을 단계적으로 차질 없이 추진해나간다.
 - 이미 급여전환이 완료된 뇌·뇌혈관 자기공명영상(MRI), 상복부 초음파 외 치료에 필요한 의학적 비급여의 연차별 급여화 추진 계획을 수립하고 이를 단계적으로 이행한다.
 - 의학적 필요도와 비급여 규모 등을 고려, 사회적 요구 및 국민 체감도가 높은 핵심적 영역부터 우선 건강보험을 적용할 계획이다.

< 연차별 비급여의 급여화 추진 계획(안) >

구분	2019	2020	2021	2022
MRI	두경부, 복부, 흉부, 전신 등	척추	근골격	-
초음파	하복부, 비뇨기, 생식기	흉부, 심장	근골격, 두경부,혈관	-
등재 비급여	응급실·중환자실, 중증질환	척추	근골격·만성질환	안·이비인후과 질환 등
기준 비급여	암 환자, 뇌혈관질환 등	척추·근골격계 등	정신질환, 만성질환 등	안·이비인후과 질환 등
의약품 (기준 비급여)	중증질환, 항암요법	근골격·통증치료, 항암요법 (보조약제)	만성질환	안·이비인후과 질환 등

* 추진 일정 및 분야 등은 시행계획 수립과정에서 변경 가능

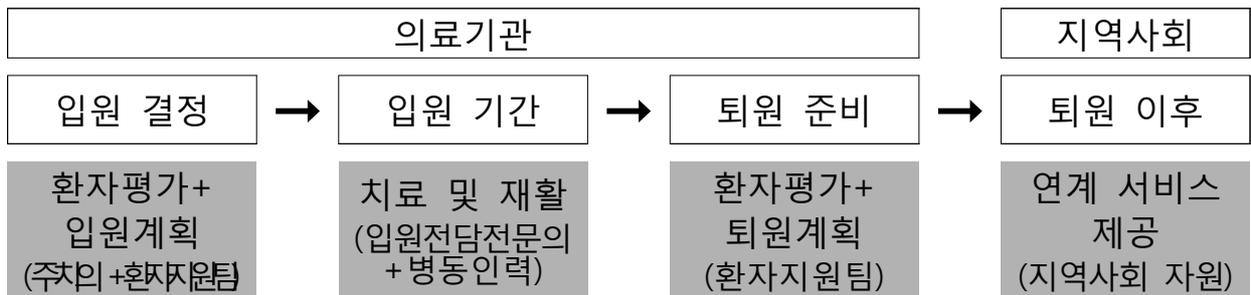
- 간호·간병통합서비스 이용을 확대하기 위해 상급종합병원 등 참여 의료기관 수를 확대하고, 교육전담간호사 제도 도입 등을 검토한다.

- 영유아, 난임부부, 저소득층에 대해서는 이미 발표한 보장성 강화 대책에 더해 추가적으로 의료보장을 두텁게 한다.
 - 영유아(1세 미만) 아동의 외래 본인부담은 절반 이하로 경감*한다.
 - * 1세 미만 아동(21~42%→5~20%), 36개월 미만 조산아·미숙아(10%→5%) 등
 - 중증소아환자는 재택의료팀*이 가정으로 직접 방문하여 안전하게 의료서비스를 받을 수 있도록 시범사업을 추진한다.
 - * 의사, 간호사(코디네이터, 방문간호사), 물리치료사, 작업치료사 등 자격있는 전문인력으로 구성
 - '어린이 공공전문진료센터'로 지정받은 의료기관에 대한 지원은 확대하여 어린이에 특화된 진료 기반(인프라)을 강화한다.
 - 난임치료시술(보조생식술)의 연령제한은 폐지하고, 체외수정 및 인공수정시술 건강보험 적용 횟수도 확대*한다.
 - * 최근 건강보험정책심의위원회('19.4.3)에서 논의된 바와 같이 본인부담률을 일부 차등(50%)한 가운데 만 45세 이상 여성도 적용, 시술별 2~3회 추가 보장
 - 분산되어 있는 다양한 의료비 지원 사업을 건강보험과 연계하여 통합·정비하고 내실화한다.
 - 병원 내 환자지원팀을 통하여 재난적의료비 지원 대상 위기가구 발굴 및 지원 연계를 강화한다.
 - 각종 의료지원사업 현황, 비급여 규모 변화 등을 고려하여 의료비 지원사업 간 연계·통합*도 추진한다.
 - * 암 환자·장애인·희귀난치성 유전질환자 지원, 긴급복지(의료비) 등 9개 사업 우선 검토

2 병원 밖 지역사회까지 아우르는 통합적 의료제공체계 구축

- 의료기관이 일방적으로 치료계획을 제시하는 형태에서 입원부터 퇴원, 퇴원 이후 가정 복귀까지 환자에게 필요한 서비스가 환자와 충분한 상담 등을 거쳐 충실히 제공되는 체계를 마련한다.
- 의료기관 내 ‘환자지원팀’을 설치하고 환자의 의료·돌봄·경제사회적 요구도 등을 종합적으로 평가·상담하여 입원 중 치료계획을 수립한다.
 - 또한, 퇴원 후에도 의료기관 이용이 필요할 경우 거주지 인근 의료기관 의뢰(회송), 방문진료, 지역사회 복지·돌봄서비스 등을 유기적으로 연계한다.

< 환자 중심 입원서비스 제공 절차(예시) >



- 공급자 중심에서 환자 중심의 의료제공이 이루어지도록 의료기관 간 원격 협진에 대한 보상* 방안을 마련한다.
 - * 자문료와 의뢰료 형태의 수가 마련 검토
 - 또한, 지역사회 조기 복귀를 독려할 수 있도록 재활 의료 단계별* 특성을 강화할 수 있는 수가 개편방안도 마련한다.
 - * (예시) ▶급성기 (조기 재활치료) ▶회복기 (맞춤형 집중 재활치료) ▶유지기 (장기간 간단한 재활치료) ▶지역사회 (생활기 재활 및 서비스 연계)

- 거동불편 환자 등은 의료기관을 오고 가야하는 불편 없이, 집에서 의료서비스를 이용할 수 있도록 방문진료서비스를 활성화한다.

- 방문의료팀*이 가정으로 직접 방문하여 환자 상태에 맞춘 방문 의료계획을 수립하고, 교육·상담, 진료·간호·복약지도·재활·영양관리 등 종합서비스를 제공한다.

* (구성) 의료인, 약사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 보건의료인력

< 방문의료팀의 방문의료 제공 과정(예시) >



3 일차의료강화 및 의료기관 기능 정립을 뒷받침하는 건강보험 수가 운영

- 대형병원이 중증환자 위주로 진료하면서 경증환자는 줄일 수 있도록 건강보험 수가제도를 마련한다.
 - 의료기관을 기능에 따라 유형별로 분류*하고, 적합한 진료영역의 환자 진료 시 수가를 선별 가산하여, 의료기관 기능 정립을 뒷받침한다.

* 환자의 중증도, 질환, 범위, 자원일수와 수술비율 등을 고려, 진료 기능이 동질적(homogeneous)인 요양기관을 묶을 수 있는 분류 기준 마련
- 대형병원이 경증환자를 동네의원에 적극적으로 회송하고, 환자 정보 교류를 할 수 있는 체계를 마련한다.
 - 지역 내 의료기관 간 환자 의뢰를 활성화하고 대형병원으로 가려는 환자가 의뢰서 발급을 요구하는 경우 이에 대한 환자본인 부담을 부과하는 방안도 검토한다.
 - 대형병원에서 경증환자를 회송한 경우 수가를 강화하고 회송 환자 재유입 방지를 위한 관리·감독(모니터링) 체계를 마련한다.

- 고혈압·당뇨와 같은 만성질환은 동네의원을 중심으로 체계적으로 관리 받고, 충분한 상담과 교육이 이뤄질 수 있도록 개선한다.
 - 의원급 일차의료기관의 유사한 시범사업들을 단계적으로 통합*, 환자관리계획 수립, 지속적 관찰·평가, 적절한 교육·상담 등을 환자 중심으로 제공하는 포괄적 관리모델을 도입·확산한다.
 - * 지역사회 일차의료 시범사업 및 만성질환관리 수가 시범사업('19), 의원급 만성질환관리제 및 고혈압·당뇨병 등록관리사업('20~) 등
 - 특히, 동네의원에서 실시하여 교육·상담 효과가 큰 분야를 중심으로 교육·상담의 절차 및 내용 등의 표준화를 거쳐 단계적 확산을 추진한다.
- 동네의원에서 치료 가능한 경증질환자가 동네의원을 거치지 않고 대형병원으로 갈 경우 본인부담을 높이는 방안을 검토한다.
 - 의료전달체계 개편 등과 연계하여 현행 법정본인부담 체계 개선을 포함한 실효성 있는 제도 개선방안 역시 마련할 계획이다.

4 합리적인 적정수가 보상 방안 마련

- 생명·건강과 직결된 필수의료서비스가 지역·기관·진료과목별로 균형 있게 제공될 수 있는 기반을 마련한다.
 - 분만, 수술, 응급의료·외상, 외과계 기피과목, 감염관리 등 필수의료 제공 기반(인프라) 확대가 필요한 부분은 보상을 확대한다.
 - 또한, 안전한 진료 환경 유지를 위해 야간·의료취약지 간호인력, 응급·입원·중환자 전담인력 등 필수 인력*에 대한 지원을 강화한다.
 - * '23년까지 야간·의료취약지역 간호인력 1,000명, 응급·입원·중환자 전담인력 1,500명 배치

- 의료기관 회계 조사 등을 통해 합리적 원가에 기반한 균형 있는 수가산출 체계를 마련하여 적정진료 환경을 조성한다.
 - 수가 항목 간 불균형 해소와 진료행태 변화를 주기적으로 반영하여 의료계가 예측 가능하고 신뢰할 수 있는 수가체계를 운영한다.
- 행위별 수가제도 외 다양한 수가 제도를 시범 운용하는 등 적정 진료에 따른 합리적 보상 방안을 마련한다.
 - 신포괄 수가제도* 시범사업은 민간 의료기관의 특성을 반영하고, 비급여 감축에 따른 보상 강화 방안도 마련한다.
 - * (신포괄수가제) 포괄수가제와 행위별수가제를 결합한 형태로 진료에 필수적인 서비스 대부분을 포괄수가로 묶고, 진료비 차이를 발생시키는 고가서비스와 의사기술 행위 등은 행위별 수가로 보상하는 혼합형 제도
 - 행위별 수가제도의 한계를 극복하기 위해 주요 선진국에서 도입하고 있는 다양한 지불제도에 대해서도 적용방안을 검토한다.

5 급속한 인구고령화 대비 제도 지속가능성 제고

<1> 소득 중심의 보험료 부과기반 확대를 통한 수입 확충

- '소득 중심 부과체계' 방향성 하에서 조세제도와 연계한 보험료 부과기반 확충으로 보험료 부담이 보다 공평하게 이루어지도록 한다.
 - 연 2,000만 원 이하의 주택임대소득과 금융소득, 고소득 프리랜서 등의 일시근로소득 등 현재 건강보험료가 부과되지 않는 분리과세 소득에도 보험료 부과를 검토·추진한다.

- '22년으로 예정된 부과체계 2단계 개편을 통해 피부양자 탈락 소득 기준 및 재산기준* 요건을 각각 강화한다.

* (소득기준) 현행 종합소득 3,400만 원 → 2,000만 원
(연 1천만원 이상 소득자 대상 재산기준) 현행 재산과표 5.4억 원 → 3.6억 원

- 가입자 간 형평성, 재정건전성, 부과여건 변화 등을 고려해 기존 보험료 경감제도를 전반적으로 정비한다.
 - 부과체계 1단계 개편으로 저소득가입자 568만 세대의 월평균 보험료가 2만1000원 씩 인하된 만큼 보험료 경감 지원 대상 및 기준의 타당성 등을 재검토하여 합리적인 경감 기준 및 절차를 마련한다.

<2> 재정관리 강화를 통한 지속 가능성 제고

- 장차 예상되는 노인의료비 증가에 적극 대응하고 합리적인 의료 이용을 지원하는 방향으로 요양병원 수가체계를 개편하고, 노인 외래 정액제 개선을 추진한다.
 - 요양병원은 의학적 중증도를 중심으로 입원환자 분류체계를 정비하고 중증환자 대상 수가는 인상, 경중 환자 관련 수가는 동결한다.
 - 불필요한 장기입원이나 환자 의사에 따른 선택적 입원의 경우 환자의 비용부담을 일부 높이는 방향으로 개선할 계획이다.
 - 고령화 시대 대비 및 건강수명 연장 등 제반 여건을 감안하여 노인 외래 정액제는 대상 연령층 상향 등* 단계적 조정을 검토한다.
 - * 적용 연령층 (65→70세), 정액·정률 구간 및 금액 기준 등
- 의료 서비스 과다 이용 여부를 분석하여 합리적 의료 이용을 지원하는 방안을 마련한다.

- 의료기관 과다·과소이용의 원인·유형화 등에 대한 분석을 통해 의료이용량을 조정하는 방향으로 제도를 설계한다.
 - 특히 경증질환에 대한 건강보험 급여적용기준을 재검토하고 과다이용자에 대한 상담·조언(컨설팅)·서비스 연계 등을 실시한다.
- 행위 및 약제·치료재료 등에 대한 보험급여 재평가를 통해 급여 타당성을 지속적으로 검토·평가한다.
 - 예비급여 실시, 의료기술 사후 평가 등 새로운 제도 도입과 시장 변화 등에 대응하여 보험급여 타당성을 지속적으로 평가한다.
 - 의료행위의 경우 상대가치 개편 시 급여목록을 정비하도록 하여 의학적 타당성, 급여내용 및 수가의 적정성, 사용빈도 등을 재평가하고,
 - 약제의 경우 임상효능, 재정영향, 계약 이행실적 등을 감안해 약제 가격·급여기준 조정, 급여 유지 여부 등을 재평가한다.
 - 치료재료의 경우에도 현행 전체 품목 대상 일괄 재평가를 선별 품목 대상 심층 평가로 개선하고 실거래가 상환제, 가격조사 등을 통해 적정 상한금액 조정 등에 활용할 계획이다.
- 불법 개설 의료기관(사무장병원)에 대한 제재 조치 강화 등을 통해 불필요한 건강보험 재정 누수를 방지한다.
 - 사무장병원 근절 종합대책(18.7)을 차질없이 추진하여 체납 처분 시 독촉절차 생략 등 환수액 징수를 강화한다.
 - 요양기관의 착오 청구 등을 개선하기 위해 추진 중인 자율점검제에 대한 효과 분석을 실시하고, 이를 바탕으로 적용 항목 및 기관을 단계적으로 확대해 나간다.

- 급속한 고령화 등 재정 여건 변화에 대응하기 위해 건강보험 재정 관리 방식을 그간의 사후 대처 위주에서 선제적 관리 체계로 전환한다.
 - 보장성 강화 대책 추진으로 지출이 빠르게 증가할 것으로 예상되는 항목*과 노인 의료비 등 주요 분야를 모니터링하고
 - * CT·MRI, 초음파 검사, 고가 항암제, 추나 요법 등
 - 주요 지출 분야별 향후 지출규모를 예상하여 선제적으로 관리함으로써 급속한 지출 증가에 대한 사전 예방 및 대응력을 강화할 방침이다.
 - 이와 함께 금년 중 건강보험 제도 특성 등을 감안한 재정전망 모형을 마련하여 중장기 재정전망도 실시할 계획이다.
- 이날 발표된 '제1차 국민건강보험 종합계획(안)'은 4월 12일 개최 예정인 건강보험정책심의위원회(위원장 : 보건복지부 차관) 심의 후 '23년까지 시행되며, 법령에 따라 국회에도 보고될 예정이다.
 - 연도별 시행계획 수립을 통해 추진일정 준수 및 성과지표 달성 여부를 지속 점검하여 종합계획의 이행력과 실효성을 높이고,
 - 건강보험정책심의위원회를 통해 이행실태 및 정책성과를 보고·평가·공개한다.
- 박능후 보건복지부장관은 금번 '제1차 국민건강보험 종합계획'을 통해 건강보험 보장률을 62.7%(17년)에서 종합계획 이행기간 안에 70%(22년 목표)까지 끌어올려 국민의 의료비 부담을 완화하고,
 - 예방적 건강관리, 일차의료 강화 등 분야에 대한 투자 확대를 통해 국민의 건강수명도 73세(16년)에서 75세(23년)로 늘어날 것으로 기대한다고 밝히면서,

- 가입자가 내는 보험료가 아깝지 않도록 더욱 신뢰받고 사랑 받는 국민건강보험제도를 만들어 나가는데 앞으로도 최선을 다하겠다고 전했다.

- <붙임> 1. 제1차 국민건강보험 종합계획(안) 비전 및 체계도
2. 지표로 본 기대효과
3. 건강보험 보장성 강화 대책 추진 실적
4. 사례로 본 건강보험 보장성 강화 효과

- <별첨> 1. 제1차 국민건강보험 종합계획(안) <2019~2023>
2. 10문 10답 (주요 Q&A)

붙임 1

제1차 국민건강보험 종합계획(안) 비전 및 체계도

건강한 국민, 든든한 건강보험

건강수명 : '16년 73세 → '23년 75세

건강보험 보장률 : '17년 62.7% → '23년 70.0%

평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화

- 국민의료비 부담 경감
- 환자 중심 통합서비스 제공
- 예방중심 건강관리 기능 강화

의료 질과 환자 중심의 보상 강화

- 의료 질 제고
- 적정 진료 및 적정 수가 보상

건강보험의 지속가능성 제고

- 건강보험 재정 관리 강화
- 의료이용 적정화
- 합리적인 지출구조 설계
- 통합적·효율적인 노인의료 제공

건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화

- 공평한 보험료 부과
- 가입자 자격·징수 관리 제도 개선
- 통계·정보 관리 강화
- 건강보험 운영체계 개선

국민중심

가치기반

지속가능성

혁신지향

붙임 2 지표로 본 기대효과

구분	현재	2023년	
1 건강수명	73세('16)	75세	
2 전체 보장률	62.7%('17)	70%	
3 의료이용			
(1) 외래이용 횟수 증가율	4.4%('12~'16년 연평균)	2.2%('19~'23년 연평균)	
만성질환 관리 환자수	25만명('19)	108만명	
방문의료 이용 환자수	-	10만명	
(2) 입원일수 증가율	3.0%('12~'16년 연평균)	1.5%('19~'23년 연평균)	
치료계획 적용 환자수	-	50만명	
간호간병 이용 환자수	75만명('17)	250만명	
4 보상체계			
평가보상 비중 (연간 급여지출 대비)	0.99%('17)	1.5%	
신포괄 수가 적용기관	1.8만 병상('17)	5만 병상('22)	
5 재정관리			
불필요 지출 관리율	급여비의 1.0% ('19)	3.0%	
건강보험료 소득부과율	88%('16)	95%	
6 의료 질	한국 (OECD 평균)	OECD 평균까지 1/2	
의료 서비스	당뇨병 예방가능입원률 (인구 10만명당)	281.0명 (140.4)	210.7명
	COPD·천식 예방가능입원률 (인구 10만명당)	309.0명 (237.0)	273명
	항생제 처방량	34.8DD (20.8)	28.2DD
	항생제 처방률 (급성상기도감염)	39.7% -	32.7%
환자 경험	충분한 진료시간	77.9% (81.3)	80.0%
	쉬운 설명 경험	87.1% (88.9)	88.0%
	치료결정 환자참여	81.8% (83.1)	82.5%
7 건강보험 창출 일자리수	150만명('17)	200만명	
간호·간병 제공인력수	1.9만명('17)	7.2만명(신규 2.6만)	
야간·의료취약지역 간호인력	350명	10백명	
응급·입원·중환자 전담인력	3백명	15백명	

붙임 3

건강보험 보장성 강화 대책 추진 실적

< 건강보험 보장성 강화 대책 추진 실적 >

구분	항목	시행시기	예상 혜택
비급여의 급여화	선택진료비 폐지	'18.1월	5,000억 원 해소
	상복부초음파 건강보험 적용	'18.4월	6~16만 원 → 3~6만 원
	의학적 비급여 해소	'18.4월~	보육기(인큐베이터), 신경인지검사 등 198항목 건강보험 적용 확대
	상급병실(상급종합병원·종합병원) 2·3인실 건강보험 적용	'18.7월	상급종합병원(2등급) 1일 입원시, (2인실) 15만 원 → 8만 원, (3인실) 9만 원 → 5만 원
	뇌·뇌혈관MRI 건강보험 적용	'18.10월	38~66만 원 → 9~18만 원
	12세 이하 영구치 충치치료 (광중합형 복합레진 충전)	'19.1월	약 10만 원 → 약 2만5000원
	하복부비뇨기 초음파 건강보험 적용	'19.2월	6~16만 원 → 2~5만 원
	약제 선별급여 대상 검토 (항암요법 17개, 일반약제 7개 항목 등)	'18.1월~	비급여 → 5~30% * 약제별 가격 및 검토 결과필수급여, 선별급여 적용에 따라 상이
대상자별 본인부담 경감	노인 외래진료비 경감제도 개선	'18.1월	1만5000원 초과 시 30% → 10~30% (예시: 진료비 총액이 2만원일 경우 본인부담 6000원 → 2000원)
	노인틀니부담	'17.11월	50 → 30% (약 62만 원 → 약 37만 원)
	중증치매부담	'17.10월	20~60% → 10%
	15세 이하 입원진료비부담	'17.10월	10~20% → 5%
	18세 이하 치아홈메우기	'17.10월	30~60% → 10%
	여성 난임시술 급여화	'17.10월	건강보험 적용 (예)(신산배)의 59만원 → 10만원(16년 평균) * 개인별 시술종류 등에 따라 상이
	노인임플란트 부담	'18.7월	약 56~69만 원 → 34~41만 원
	장애인보장구 급여대상자확대	'18.7월	욕창예방방석 및 이동식전동리프트 급여대상자 확대
저소득층 의료비 부담완화	본인부담상한제 개선	'18.1월	소득하위 50% 연간 40~50만 원 경감
	재난적의료비 지원확대	'18.1월	최대 3,000만 원 지원

붙임 4 사례로 본 건강보험 보장성 강화 효과

◆ 뇌·뇌혈관·특수검사 MRI 건보적용 확대

- 보험적용 이전, 뇌 일반 MRI 검사비 부담이 평균 38만 원(의원)~66만 원(상급종합병원)에서 보험 적용 이후, 9만 원(의원)~18만 원(상급종합병원) 수준으로 기존 대비 **환자 의료비 부담 평균 1/4수준으로 경감**(뇌 일반 MRI 검사 1회 촬영 기준)

◆ 상복부 초음파 건강보험 적용 확대

- 당초 평균 6만 원(의원)~16만 원(상급종합병원)에서 보험 적용 이후, 3만 원(의원)~6만 원(상급종합병원)수준으로 기존 대비 절반 수준으로 환자 부담 경감

<상복부 초음파 급여화에 따른 의료비 부담 경감 효과>

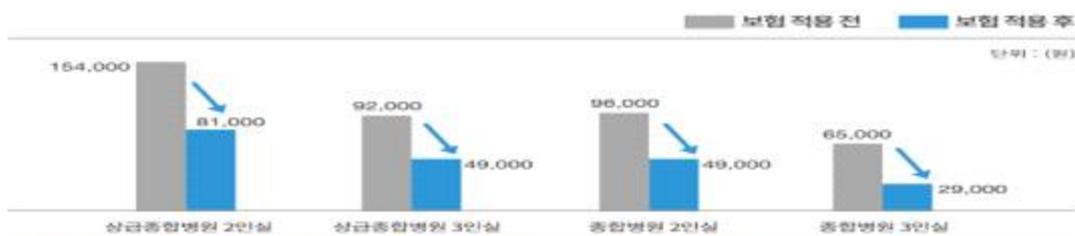


◆ 종합병원 이상 2~3인실 입원료 건강보험 적용

- 상급종합·종합병원 2·3인실에 입원하는 경우 환자 부담금은 기존 대비 절반 수준으로 경감

⇒ 보험적용 이전, 2인실 하루 상급종합병원 평균 15만 원, 종합병원은 평균 10만 원을 부담했던 것을 보험적용 이후, 각각 8만 원과 5만 원 내외만 부담

<상급병실 급여화에 따른 의료비 부담 경감 효과>



※ 환자 부담금은 의료기관 종류·간호등급에 따라 다를 수 있음

◆ **신생아 질환 등 필수 의료분야 20여항목 건보적용 확대**

- 신생아 선천성대사이상 검사를 실시할 경우, 보험적용 이전 10만 원 내외의 검사비 부담이 보험적용 이후, 신생아 **입원 중** 검사는 **무료**, **외래진료**를 통한 검사는 **2만 원 ~ 4만 원**의 비용만 부담하게 되어 **의료비 대폭 경감**

◆ **노인 임플란트 본인부담 완화 (50→30%)**

- (사례) 사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의해 치아상실한 65세 어르신이 치과병원에 방문하여 임플란트 1개 시술을 받은 경우
 ⇨ 당초 총진료비 약 124만 원 중 62 만원 부담 환자, **임플란트 본인부담 인하로 37만 원 부담** (약 40% 부담 감소)

◆ **인공와우(난청수술 재료), 진정내시경 환자관리료 등 88개 급여기준확대 ('18.12월)**

- (인공와우) 인공와우(달팽이관)를 편측 뿐 아니라 **양측에도 급여 인정**(만 19세 미만)
 ⇨ 선별급여(80%) 약 1,700만 원 → 급여전환(50%) 약 1,000만 원 (종합병원 외래) 부담
- (진정내시경 환자관리료) 담낭관 검사 등 **8개 적응증 추가 급여 확대**
 ⇨ 담관경 시행 시, 비급여 약 10~16만 원 → 급여전환 약 5천 원 (암 환자 본인부담률 5% 적용, 상종 기준) 부담

◆ **재난적 의료비 지원 제도**

- (사례) 폐암진료로 약 3달간 총 3,986만 원 본인부담 의료비가 발생한 66세 환자*의 경우
 * 단, 소득판정 기준(중위소득 100% 이하) 등 요건 충족 시 지원
 ⇨ **재난적의료비 지원을 통해 1,877만원을 지원받아 약 47%의 의료비 경감**