
**건강보험 보장성 강화 정책 관련
질의에 대한 답변**

2017. 9.

목 차

1. 추계된 재정총액 30.6조원 관련 항목별 구체적인 소요재정 내역·· 1
2. 기재부 추계 발표에 대한 입장 및 재정부담 급증시 대책 … 2
3. 비급여의 급여화시 적정수가의 정도를 어떻게 정할 것인지와 수가 현실화를 위한 집행 계획 …………… 3
4. 급여화 대상 비급여 3,800여개 세부 항목 및 추진 방향 …… 4
5. 의료기관 쇼핑과 대형병원 쏠림현상 가속화 대책 …… 5
6. 기관별 총량심사의 명확한 의미와 구체적인 심사방향 …………… 6
7. 허가초과 사용에 대한 해결책 …………… 7
8. 지역사회 일차의료시범사업 포함 만성질환관리 모델 향후 운영 계획 …………… 8
9. 실손보험 반사이익을 줄이기 위한 공사보험 연계방안 ……… 9
10. 영양주사(수액제)의 급여화 항목 포함 여부 …………… 10
11. 급여기준초과 시 환자와 요양기관 합의하에 비급여 진료 시행이 필요한데 이에 대한 정부 방침 …………… 11
12. 현행 건강보험 급여체계를 Positive List System으로 전환 하고, 다보험자 체계 도입 필요 …………… 12
13. 예비급여 재평가 체계, 의료기술평가에 따른 퇴출방안 …… 13

1. 추계된 재정총액 30.6조원 관련 항목별 구체적인 소요재정 내역

- 소요재정은 선택진료, 상급병실, 의학적 비급여 등 비급여 총규모를 분석하여 급여 전환에 따른 재정소요 및 본인부담 인하 등을 계측한 것으로,
 - 3,800여개 비급여 의료항목의 개별 급여화 재정을 분석하여 도출한 결과는 아니기에 항목별 소요재정 내역을 제시하기는 어려움
 - 다만, 3대 비급여, 비급여의 급여화, 소아입원 등 본인부담 경감, 재난적 의료비 지원 등 사업별 소요재정은 분류 가능하며, 재정소요는 이러한 사업별 재정소요의 합산으로 추계된 결과임

< 사업별 소요재정 >

(단위:억원)

사업내용	'17	'18	'19	'20	'21	'22	합계
예비·선별급여	2,098	11,952	16,733	21,774	26,818	31,123	110,498
3대비급여	1,401	9,390	13,742	15,856	17,980	20,115	78,484
소득수준별 상한액	-	4,908	5,457	6,077	6,777	7,573	30,792
취약계층부담 완화	1,335	9,997	12,858	14,740	16,402	18,341	73,673
신포괄	-	937	1,800	2,475	3,217	4,289	12,718
합계	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441	306,164

* 연도별 누적재정임

2. 기재부 추계 발표에 대한 입장 및 재정부담 급증시 대책

- '17.3월 기재부 사회보험 통합재정추계에서 발표된 건강보험 재정 전망은 과거 추세가 단순히 지속된다는 가정 하에 추계한 것으로서,
 - 의료비 증가 추이가 높았던 과거 10여년간의 경향을 반영하여 지출 증가는 높은 반면, 보험료율 인상 등 수입부문은 최소한도로 유지하는 가정*이 적용됨
 - * '14~'16년 3년 평균 보험료 인상률 1.32% 인상 지속 가정

- 반면, 금번 대책은 최근 경향을 반영하여 정확성을 높이고, 국고 지원 확대, 보험료율 인상, 제도 개선 효과 등을 반영하였으므로 추계결과에 차이가 있음
 - 수입 및 지출 관리에 대한 현실적인 가정*들에 근거하여 여러 시나리오를 분석하여 도출한 종합적인 결과임
 - * '07~'16년 10년 평균 보험료 인상률 3.2%, '17년 기준 6.9조원의 정부지원 지속적 확대, 제도개선 등을 통해 '22년 누적수지 10조원 유지

- 특히, 금번 보장성 강화대책은 의료계가 우려하고 있는 과거 의약 분업 때와 같은 1년 단기대책이 아닌 5년간의 중장기 계획이며,
 - 재정추계에 대해서도 대책 이행기간인 2018~2022년 동안 매년 재정 상황을 평가하고, 계획 실행과정 중간마다 재정상황을 점검하여 필요시 보완대책을 마련할 것임

3. 비급여의 급여화시 적정수가의 정도를 어떻게 정할 것인지와 수가 현실화를 위한 집행 계획

- 비급여가 수익보전으로 활용되고 있는 현실을 감안하여 비급여의 급여화 과정에서 의료계의 손실이 발생하지 않도록 보상하여 급여 부분의 수가를 인상할 계획
 - 첫째, 급여화 과정의 수가 수준은 관행가 등을 고려한 현실적인 가격으로 산정할 예정이며
 - 둘째, 이렇게 하더라도 발생할 수 있는 비급여 차액규모를 추계하여 저평가되어 있는 의료부문 수가 인상에 투입할 계획
 - 보장성 강화 재정 계획에도 이런 점을 감안하여 편성하였음
 - 어떤 부분의 수가를 인상할 것인지에 대해서는 사람중심, 전달체계 기능강화 등을 우선 고려하여 의료계와 협의하여 결정할 예정
- 이와 함께 3차 상대가치 개편에서 진찰료, 입원료 등 기본진료비를 포함한 전반적인 수가체계 개선을 추진할 예정이며,
 - 그 과정에서 일차의료 등 의료기관 종별 기능 강화, 지역의료 활성화 등 전달체계 개선을 위한 재정 순증도 검토 가능

4. 급여화 대상 비급여 3,800여개 세부 항목 및 추진 방향

- 의학적 비급여의 급여화를 위한 세부 실행계획은 연말까지 세부 계획을 구체화할 계획으로,
 - 의료계와 협의체, 전문가 및 관련학회 자문 등의 논의를 거쳐 우선순위를 결정하고 로드맵을 확정할 예정임
- 치료에 필수적으로 필요한 의료는 모두 급여화할 예정이며, 비용 효과성이 미흡한 경우는 본인부담 차등화를 통한 예비급여로 전환
- 치료에 필수성이 떨어지는 의료는 비급여로 존치
 - 미용·성형 등 의학적 치료와 무관한 의료는 비급여 존치
 - 피로회복, 단순기능개선 목적의 영양제 주사, 도수치료, 라식치료 등과 같이 의학적 치료 성격은 있으나 치료에 필수성이 미흡한 의료행위는 비급여 존치

* 질병 치료에 필수적인 경우는 급여화 예정

5. 의료기관 쇼핑과 대형병원 쏠림현상 가속화 대책

- 보장성 강화 추진 등과 관련하여 대형병원 쏠림 현상 가속화 등에 대한 의료계의 우려에 대해 공감
- 현재 일차의료 기능 강화 등을 위한 포괄적 만성질환 관리, 환자 의뢰-회송 강화, 진료정보 인프라 확충 등을 추진하고 있으며,
 - 일차의료 기관과 대형병원의 역할 정립을 유도할 수 있는 수가체계 개편방안 마련을 추진할 계획
- 이와 함께 '의료전달체계 개선협의체'에서 전달체계 개선 권고문 마련을 목표로 논의가 진행중임

6. 기관별 총량심사의 명확한 의미와 구체적인 심사방향

- 이는 적정 수준의 진료를 실시 중인 의료기관에 대해서는 진료 자율성을 보장하되, 적정 수준을 벗어난 의료기관은 집중 관리하는 방향으로 심사체계를 개편하려는 목적으로,
 - 일부 의료계에서 거론되는 기관별 총액할당제는 이러한 방향에 부합하지 않고 검토한 바 없는 잘못된 내용임
 - 이러한 경향심사체계의 세부방안에 대해서는 의료계와 협의체 운영 등을 통해 진료현장의 의견을 반영하여 수립할 계획임

7. 허가 초과 사용에 대한 해결책

- **의학적 사유에 따른 의약품의 허가 초과 사용은 필요하다고 보고 있음**
 - 신약의 등재, 선별급여 도입 과정에서 허가초과사용 요청이 지속 발생할 것으로 예상되고,
 - 치료재료의 경우에도 허가범위가 좁아 허가초과사용 요구가 존재할 수 있음
- 허가초과 사용은 ‘제한 완화 요구’와 ‘안전성 확보를 위한 제한 필요성’이 동시에 제기되는 상황이므로 종합적인 검토가 필요함
 - 이에 하반기에 관계 기관·단체·전문가 등이 참여하는 “허가초과 제도개선 협의체”*를 구성·운영하여 제도 개선방안을 마련할 예정임

* 보건복지부, 식약처, 심평원, 병협, 의협, 환자단체, 시민단체 등

8. 지역사회 일차의료시범사업 포함 만성질환관리 모델 향후 운영 계획

- 일차 의료기관의 기능을 재정립하기 위해서 통합적·지속적 만성질환 관리를 위한 상담·교육 및 안내자(네비게이터) 역할 강화가 필요함
- 이를 위해 동네의원을 중심으로 지역사회 자원*을 연계하여 만성질환을 포괄적으로 관리할 수 있는 체계**를 구축하고 제도화하겠음
 - * 건강동행센터, 지역 보건소, 건강보험공단 지사 등
 - ** (예시) 의료기관에서 전담인력을 활용하여 만성질환 사업관리·보건교육·상담 등 수행, 또는 지역사회 자원에 의뢰하여 환자의 생활습관 자기관리 지원
- 현재 시행중인 만성질환관리 사업*의 장점을 살려 개선하는 방향으로 서비스 모델을 개발('17년)하여 건강보험을 적용할 계획임('18년~)
 - * 지역사회 일차의료사업(질병·건강 교육), 만성질환 관리 수가시범사업(환자 건강상태를 다양한 방법을 통한 지속관찰·관리) 등 연계 검토

9. 실손보험 반사이익을 줄이기 위한 공사보험 연계방안

- 건강보험 보장성 확대에 따른 반사이익을 통계적으로 산출하고 보험료 인하를 유도*하기 위해

* 실손보험 손해율 산정방식을 표준화하고 공·사의료보험 상호작용, 비급여 의료실태, 반사이익 현황 등 실태조사

- 국민 의료비 관점에서 실손의료보험을 관리할 수 있는 법(가칭 건강보험과 민간의료보험 연계법) 제정을 추진하고
 - 복지부, 금융위, 관계 기관이 참여하는 공·사보험 협의체를 구성·운영할 계획임
- 앞으로 공·사보험 연계대책 마련을 위해 협의체에 의료계 참여를 보장하는 등 의료계 의견을 충분히 수렴하겠음

10. 영양주사(수액제)의 급여화 항목 포함 여부

- 4번 질의와 유사한 질의
 - 치료에 필수적으로 필요한 의료는 모두 급여화할 예정이며, 비용효과성이 미흡한 경우는 본인부담 차등화를 통한 예비급여로 전환
 - 치료에 필수성이 떨어지는 의료는 비급여로 존치
 - 미용·성형 등 의학적 치료와 무관한 의료는 비급여 존치
 - 피로회복, 단순기능개선 목적의 영양제 주사, 도수치료, 라식치료 등과 같이 의학적 치료 성격은 있으나 치료에 필수성이 미흡한 의료행위는 비급여 존치
- * 질병 치료에 필수적인 경우는 급여화 예정

11. 급여기준초과 시 환자와 요양기관 합의하에 비급여 진료 시행이 필요한데 이에 대한 정부 방침

- 횟수, 개수 등 기준을 초과하는 경우 예비급여와 유사하게 본인 부담율을 차등화하여 급여로 인정 등을 검토할 계획임
- 이렇게 될 경우 종전처럼 아예 급여기준에 의해 사용이 불가능한 경우가 방지되어, 환자의 의료 선택권한·의사의 진료자유성 등이 더 개선될 것으로 기대함

12. 현행 건강보험 급여체계를 Positive List System으로 전환하고, 다보험자 체계 도입 필요

- 건강보험을 대신하는 민간의료보험 도입은 의료의 공공성을 훼손하고 국민 의료 이용의 접근성 및 형평성을 악화시키는 등 부작용이 커 신중한 검토가 필요하며 국민적 합의가 선행되어야 할 과제임
- 또한, 현행 건강보험도 positive list에 근거하여 작동되는 시스템이나,
 - positive list만 유지할 경우 광범위한 비급여가 지나치게 발생하고 관리가 되지 않는 문제를 방지하기 위하여 비급여 목록도 함께 운영하고 있는 것임

13. 예비급여 재평가 체계, 의료기술평가에 따른 퇴출방안

- 예비급여 항목은 3~5년마다 주기적으로 재평가 실시 예정
 - 주요 평가요소는 비용효과성이며, 급여·비급여 평가와 유사하게 심평원에서 1차적으로 수행할 것임
 - 다만, 이 과정에서 의학적 안전성 및 유효성 문제가 있거나 비용효과성에 심층연구가 필요한 일부 항목에 대해서는 NECA에 심층적인 평가를 의뢰할 예정임
- 이러한 재평가를 통해 필수급여 이동, 예비급여 유지, 비급여유지 등을 결정하고,
 - 다만, 안전성·유효성이 문제가 있다고 판단되는 경우에는 퇴출하는 기전도 마련할 예정임