

의료인의 질문에, 복지부가 답합니다.

2018.04

건강보험 보장성 강화대책(2017.8.9)

드리는 말씀

우리나라는 선진국에 버금가는 건강수준을 자랑하고 있습니다.

이는 전 국민 건강보험이라는 우수한 제도와 어려운 여건 속에서도 헌신해 왔던 의료인이 있었기에 가능했습니다.

정부는 이러한 의료 분야의 우수한 성과를 이어가고자 건강보험 보장성 강화대책을 추진하고 있습니다. 획기적으로 비급여를 줄여 국민이 부담하는 의료비를 낮추는 한편, 수가를 적정하게 책정하여 비보험 진료에 의존하지 않아도 의료기관을 정상적으로 운영할 수 있도록 하고자 하는 것이 주요 골자입니다.


하지만 아쉽게도 의료현장에 종사하시는 분들께서 건강보험 보장성 강화대책에 대해 잘 모르거나 오해하시는 것 같아, 주로 궁금해 하시는 내용을 중심으로 이를 정리하였습니다.

우수한 능력과 환자를 걱정하는 열정이 있는 의료인들이 충분한 사회적 지원을 받으면서, 각자의 전문성이 최대한 존경받을 수 있도록 여건을 만드는 것이 정부의 역할입니다.

앞으로 병원비 걱정 없이 누구나 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 나라를 만들기 위해 함께 지혜를 모아 국민건강보험을 발전시켜 나갈 수 있기를 기대합니다.



목차

- Q1.** 왜 ‘비급여의 급여화’가 중요한가? 04
 - Q2.** 모든 비급여가 전부 급여화 되는 것 인가? 06
 - Q3.** 의료기관의 수익이 줄어들어 경영이 어려워지게 되나? 08
 - Q4.** 건강보험 수가가 OECD 국가의 1/3 수준? 09
 - Q5.** 수가 현실화가 우선되어야 하는 것 아닌가? 10
 - Q6.** 예비급여는 무늬만 보험 아닌가? 11
 - Q7.** 예비급여는 의료기관 통제를 위한 것이 아닌가? 13
 - Q8.** 비급여가 사라지면 환자의 선택권이 제한되고,
의료의 질이 떨어지는 것은 아닌가? 14
 - Q9.** 항암제 등 의약품을 급여화하면 허가초과 사용에 대한
환자 선택권이 줄어드는 것인가? 16
 - Q10.** 신포괄수가제는 총액계약제를 위한 사전단계인가? 18
- 



Q11. 비급여의 급여화는 민간보험회사의 이익을 위한 것 인가?	20
Q12. 민간의료보험도 있는데 강제적으로 비급여의 급여화가 필요한가?	21
Q13. 대형병원 쏠림 현상은 심화되고 동네의원은 다 망하는 것 아닌가?	22
Q14. 건강보험 보장성 강화대책에 70조~120조원이 소요된다는 것이 사실인가?	24
Q15. 과도한 건강보험 보장성 강화로 재정 파탄이 발생하지 않나?	25
Q16. 재정이 악화되면 수가 인하, 심사 삭감으로 의료계에 희생을 강요하는 것은 아닌가?	27
Q17. 앞으로 심사체계는 어떻게 개편할 것인가?	28
Q18. 보험료 인상 이야기를 하지 않는 것은 국민을 속이는 것이 아닌가?	29
Q19. 적립금을 사용하지 않고 보유함으로써 고령화에 따른 의료비 급증을 대비하는 것이 우선 아닌가?	30
Q20. 보장성 강화대책을 의료계와 어떻게 협의해 왔는지?	31



Q1.

왜 ‘비급여의 급여화’가 중요한가?

A. 국민의 의료비 부담을 줄이고, 일부 왜곡된 의료를 정상화하는 것이기 때문입니다.

- 비급여의 급여화 목적은 국민의 의료비 부담을 줄이는 한편, 비급여로 인해 일부 왜곡된 의료를 정상화하는 것입니다.
- 비급여는 의학적 효과가 모호하거나 비용효과성이 떨어져 보험적용이 되지 않는 것이나,
 - 의료기관이 수가가 불충분한 문제를 비급여를 통해 수익을 보전하는 가운데, 비급여가 급여보다 2배 가까이 빠르게 증가하는 문제가 나타나고 있습니다.
 - 또한, 비급여는 가격을 높게 받아 큰 이익을 낼 수 있기에 의료기관은 점점 더 여기에 의존하는 이종의 왜곡이 구조화되고 있는 것입니다.

왜곡된 의료수익 구조



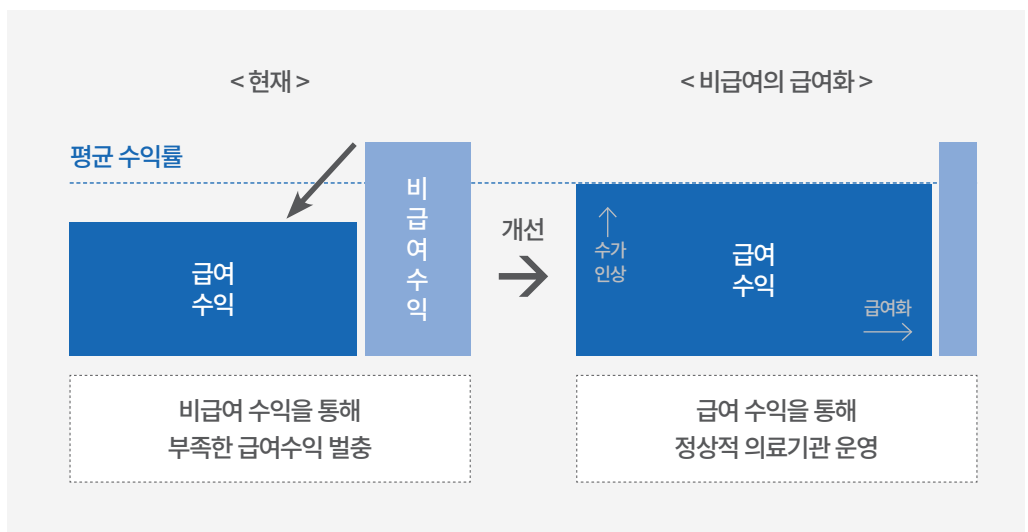
- 비급여에 의존한 진료와 급여보다 빠르게 증가하는 비급여의 팽창은 환자 부담을 증가시켜 건강보험 보장성을 약화시키고, 점진적인 비급여의 급여화를 통한 보장성 강화를 불가능하게 합니다.
 - 우리나라는 건강보험의 보장성이 높지 않아, 가계가 직접 부담하는 의료비가 OECD 국가들 중 멕시코 다음으로 높습니다.

OECD 국가의 경상의료비 중 가계직접부담 비율(2015년)

국가명	멕시코	한국	그리스	프랑스	평균
비율(%)	41.4	36.8	35.5	6.8	20.3

- 정부는 지난 10여년간 매년 점진적으로 필수적인 비급여 의료를 급여화해 왔으나, 비급여가 그보다 더 빠르게 증가하여 국민의 의료비 부담은 감소하지 않고 있는 상황입니다.
- 또한 비급여에 의존한 진료행태는 의료진의 정상적인 진료를 훼손하고, 의사-환자간 신뢰가 손상되는 등 의료계에도 좋지 않은 결과를 초래합니다.
- 보장성 강화 대책(비급여의 급여화)은 비급여 중 치료에 필요한 의료는 최대한 급여화하되 그 과정에서 의료기관의 손실이 발생하지 않도록 급여수가 인상을 병행하는 것입니다.
 - 즉, ① 의료 수익구조의 왜곡을 바로잡고 ② 보장성을 강화하는 동시에 ③ 의료를 정상화하는 것이 보장성 강화 대책의 목적입니다.
 - 또한, ④ 급여 수가 현실화를 통해 의료기관이 건강보험만으로 정상적인 진료를 할 수 있도록 저수가 문제 해소(적정 수가 달성)를 동시에 진행할 것입니다.

비급여의 급여화 과정에서 급여 수가 인상하여 적정 수가 달성



Q2.

모든 비급여가 전부 급여화 되는 것 인가?

A. 치료에 필요한 비급여만 급여화합니다.

- 모든 비급여가 전부 급여화 되는 것이 아닙니다.
 - 치료에 필요한 비급여는 급여화 할 계획이나, 의료계와 협의를 거쳐 치료 목적과 거리가 있는 의료 등은 비급여로 남게 될 것입니다.
- 의과부문의 비급여는 7조3천억원(2015년 진료비실태조사 기준, 2017년도 규모 추정) 규모로 추정하는데, 여기에는 다음 3가지 항목이 있습니다.
 - ① 선택진료, 상급병실료
 - ② MRI, 초음파 등
 - ③ 의학적 비급여(여러 의료행위, 치료재료 등)

의과 세부분야별 비급여 규모

(단위: 억 원)

구분	합계	해소목표 비급여	① 선택진료, 상급병실	② MRI, 초음파	③ 의학적 비급여	
					급여화	비급여존치*
의과	7조3천억	5조7천억	1조1천억	2조2천억	2조4천억	1조6천억

* 비급여 존치는 의과영역의 제증명 수수료, 특실 및 1인실, 단순피로 회복을 위한 영양제 등 주사료(일부) 및 도수치료(일부) 등 치료 목적과 무관한 의료영역

- 이 중 ① 선택진료, 상급병실료 ② MRI, 초음파 등의 비급여 규모는 3조 3천억원이며, 이는 모두 통상적인 건강보험 급여로 전환할 예정입니다.
- ③ 4조원 가량의 의학적 비급여(3,600여개)는 의료계와 협의하여 급여화 대상을 결정할 예정인데, 이중 1조6천억원 규모는 비급여로 남게 될 것으로 예상하고 있습니다.

* (예시) 비급여로 남은 항목은

- ① 미용·성형 ② 피로회복, 단순기능개선 목적의 영양제 주사, 도수치료, 라식치료 등
- ③ 위중도가 낮고 기본적인 치료가 급여 적용되는 항목 등

- 즉, 의과 비급여 7조3천억원 중 약 5조7천억원은 급여화되고, 1조6천억원은 비급여로 남게 될 것으로 추정하고 있으며,
 - 급여화될 비급여 5조7천억원은 의원급 의료기관에서 1조2천억원(21%), 병원급 의료기관에서 4조 5천억원(79%) 정도를 차지할 것으로 분석됩니다.

의과 의료기관 종별 해소목표 비급여 규모

(단위: 억 원)

구분	합계	상급종합병원	종합병원	병원	의원
의과	5조7천억	1조4천억	1조3천억	1조8천억	1조2천억

- 3,600여개 중 어떤 항목을 비급여로 남겨둘지는 의료계와 협의하여 결정하게 되며,
 - 지금은 의사협회의 반대로 의료계(각 임상학회, 각과 개원의사회)와 논의를 시작하지도 못하고 있는 상황입니다.
 - 복지부는 의료 현장의 전문적 의견을 바탕으로 급여화 범위 및 비급여 존치 항목을 결정할 수 있도록 의료계와 함께 논의해 나가기를 바라고 있습니다.

Q3.

의료기관의 수익이 줄어들어 경영이 어려워지게 되나?

A. 의료계의 수익은 줄어들지 않으며, 급여 부분의 수익으로도 정상적인 운영이 가능하도록 할 것입니다.

- 과거 비급여를 급여로 전환할 때, 관행 수가보다 낮게 책정되었던 경우가 있었습니다.
- 이번 ‘비급여화의 급여화’의 경우에서도 같은 사태가 반복될까봐 의료계가 우려하는 것을 잘 알고 있습니다.
- 그러나, 이번 ‘건강보험 보장성 강화 대책’은 다음과 같은 방법을 통해 의료계의 손실이 발생하지 않도록 할 것이며, 대통령께서 약속하신 바와 같이 적정 수가를 보장하여 **비보험 진료에 의존하지 않아도 의료기관이 정상적으로 운영될 수 있는 진료환경**을 만들어 나가겠습니다.

“비보험 진료에 의존하지 않아도 정상적으로 운영될 수 있도록 적절한 보험수가를 보장하겠습니다.”
(2017.8.9, 건강보험 보장성 강화대책 발표 대통령 연설문 중)

- ① 이전과 달리 급여로 전환되는 비급여 총 규모를 모두 수가로 보전하도록 하겠습니다.
 - 이 과정에서 일부 과도하게 높게 책정되었던 비급여는 적정 수준으로 가격을 조정하고, 이로 인해 발생하는 의료계 손실은 그간 낮게 평가된 항목의 수가 정상화를 통해 보상하도록 하겠습니다. 이에 대해서는 관련학회와 긴밀하게 협의하며 진행할 예정입니다.
- ② 의료기관의 추가적인 자원 투입이 필요한 부분(예: 환자안전 확보 및 의료질 향상을 위한 인프라 확충 등)은 적극적인 재정투입을 통해 시급히 수가 현실화를 추진하도록 하겠습니다.

Q4.

건강보험 수가가 OECD 국가의 1/3 수준?

A. OECD 국가마다 의료인력 투입, 지불제도 등이 달라 수가 수준을 직접 비교하기 어렵습니다.

- 국가마다 진료행태에 따라 의료 제도, 보상 방식이 다르므로 국가간 수가 수준을 직접 비교하기는 어렵습니다.
 - 행위별 수가제 중심인 우리나라와 달리 대다수 OECD 국가는 포괄수가제, 총액계약제 등 묶음지불제도를 채택하고 있어 개별 행위의 수가를 확인하기 어렵습니다.

주요국의 지불제도 비교

출처: OECD “Better ways to pay for health care”(2016)

국가	한국	캐나다	일본	미국	영국
지불제도	FFS/P4P/ Procedure service	CAP/FFS/ P4P/Global Budget/Other	FFS/DRG/ Procedure service	CAP/FFS/ P4P/ DRG/ Global Budget/ Other	CAP/FFS/ P4P/ DRG/ Global Budget/ Other

* 나라마다 외래, 입원 등의 진료행태별로 다양한 지불제도 채택

* FFS : 행위별수가제, P4P : 성과연동지불제도, CAP : 인두제, Global budget : 총액예산제

- 따라서 우리나라 건강보험 수가를 외국과 단순 비교하기보다는,
 - **적정 의료자원 투입 및 의료이용 합리화를 위한 의료시스템** 개선도 함께 추진하면서 건강보험 수가를 적정 수준으로 인상해 나가야 할 것입니다.
 - 중증질환 환자진료 등에 있어 의사 및 간호사 수가 적어 업무 강도가 높다는 것을 알고 있으며 **환자안전 강화를 위해 인력에 대한 보상체계를 강화**할 방안을 검토하고 있습니다.

Q5.

수가 현실화가 우선되어야 하는 것 아닌가?

A. 비급여의 급여화와 함께 수가 현실화를 추진하겠습니다.

- 정부는 급여부분의 수가 인상 필요성(수가 현실화)에 대해서 공감하고 있으며, 비급여의 급여화와 연계한 적정 수가 보상이 필요하다고 보고 있습니다.
 - 비급여가 남아 있는 상태에서 수가 보상이 이루어질 경우 과잉 보상이 일어날 수 있으며, 국민들의 부담이 크게 늘어날 수 있습니다.
- **수가를 인상하더라도 일괄 인상이 아니라 의료 행위간 불균형을 해소하는 방향으로 추진되어야 합니다.**
 - 현재 급여 부문 수가의 불균형이 심해 2차 상대가치개편을 통해 유형간 수가 불균형을 해소하고 있는 바, 저평가된 분야 중심으로 수가를 인상할 필요가 있습니다.
- 다만, 환자안전 확보 및 의료질 향상을 위한 인프라 확충 등 의료기관의 추가적인 자원 투입이 필요한 부분은 시급히 수가 현실화를 추진할 계획입니다.

Q6.

예비급여는 무늬만 보험 아닌가?

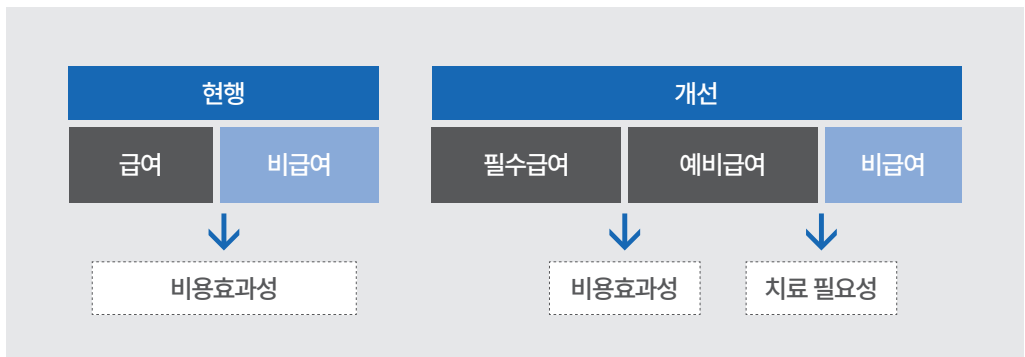
A. 예비급여를 통해 국민 부담이 줄고 적정수가 보장이 가능해집니다.

- 예비급여는 비급여를 예비적으로 급여화하는 제도입니다.
- 예비급여가 도입되면,
 - ① 그간의 저수가를 **적정수가 구조로 전환**할 수 있게 됩니다.
 - 치료에 필요하지만 비용효과성이 미흡하여 비급여로 적용했던 것을 예비급여로 전환하면서 의료기관의 손실이 발생하지 않도록 저수가 분야의 가격을 적정수준으로 인상하는 것을 병행하여 추진하기 때문에,
 - 의료기관도 그동안 비급여에 의존하여 수익을 보전하던 왜곡된 구조가 해소되고, 급여가 되는 의료행위만으로도 정상적인 의료기관 운영이 가능해집니다.
 - ② **불인정 기준의 해소와 진료의 자율성을 확대**하는 효과가 있습니다.
 - 엄격한 급여기준 제한 때문에 의료 제공이 어려운 상황을 해소하게 되어 진료의 자율성을 확보할 수 있게 됩니다.
 - ③ **국민들의 의료비 부담이 줄어들게 됩니다.**
 - 기존에는 원칙적으로 의학적 필요성, 비용효과성 등이 입증된 경우에 건강보험을 적용하고 그렇지 않은 경우 비급여로 남겨 두어 전액 본인부담을 할 수 밖에 없었습니다.
 - 예비급여 도입으로 비용효과성이 명확하지 않더라도 치료효과가 있고 사회적 요구가 있는 의료행위는 예비급여로 편입하여 의료기관 마다 다른 수가를 표준화 하고 본인부담을 높게 설정하여 건강보험에서 50% 또는 20%를 부담하고, 환자는 50% 또는 80%만 부담하게 되어 부담이 줄어듭니다.

- **보장성 강화 대책은 비급여 중 치료에 필요한 의료는 최대한 급여화하되, 그 과정에서 의료기관의 손실이 발생하지 않도록 급여수가 인상을 병행한다는 내용이며,**
 - 이는 비급여 팽창에 의존하는 구조적 왜곡을 바로잡아 건강보험의 보장성을 강화시키는 동시에 의료를 정상화하려는 목적을 가지고 있습니다.
- 예비급여는 이러한 비급여의 급여화 과정 중 **치료에 필요하지만 비용효과성이 낮은 의료를 예비적으로 급여화하는 새로운 제도입니다.**

* MRI, 초음파 등 비용효과가 검증된 의료는 예비급여가 아니라 통상적인 필수 급여로 급여화 됩니다.

- 기존에는 비용효과성에 따라 급여화 비급여를 구분하는 2원체계였다면, 이제부터는 치료 필요성에 따라 급여, 비급여를 구분하고 비용효과성에 따라서 (필수)급여, 예비급여를 다시 구별하는 3원체제로 바뀌게 되는 것입니다.



- 예비급여의 본인부담율은 50% 또는 80%를 설정하게 되며, 의료계, 학계, 시민단체 등이 참여하는 급여평가위원회에서 논의하여 결정하게 되며,
 - 급여평가위원회는 의협, 병협, 시민사회단체 등의 참여를 확대할 예정입니다.

Q7.

예비급여는 의료기관 통제를 위한 것이 아닌가?

A. 예비급여는 건강보험 확대를 위한 것으로 의료기관 통제목적은 없습니다.

- 예비급여는 치료에 필요하나 비용효과성이 미흡한 비급여의 급여화를 추진하기 위한 목적의 예비적인 급여제도일 뿐, 의료기관을 통제하려는 목적은 없습니다.
- 특히, **예비급여의 경우 착오청구 중심으로 점검하면서 모니터링에 주력할 계획**입니다.
 - 즉, 예비급여는 기재사항, 수가적용, 명시된 적응증이나 적응 부위 등을 잘못 적용한 것이 아닌지에 대해서만 점검하며, 진료내용에 대한 전문심사 및 삭감은 이루어지지 않습니다.
 - 모니터링 중 비정상적인 증가 경향이 발견될 경우 관련 전문학회 등 의료계와 협의하여 기준 조정 등을 추가로 검토하게 되며,
 - ① 보험 기준이 너무 작아서 발생한 문제라면 보험 적용을 확대하고,
 - ② 문제가 있다면 의료계와 공동으로 가이드라인을 만들고 이를 사전 예고한 후부터 적용할 계획입니다.

Q8.

비급여가 사라지면 환자의 선택권이 제한되고, 의료의 질이 떨어지는 것은 아닌가?

A. 환자의 선택권이 확대되고 의료의 질 수준도 제고하게 됩니다.

- 건강보험 보장성 강화 대책은 비급여의 급여화를 통해 최선의 진료를 보장하고, 환자가 중심이 된 선택권을 확대합니다.
- **비급여는 더 좋은 고급진료가 아닙니다.** 비급여는 효과가 모호하거나 비용효과가 떨어지는 의료이기에 건강보험을 적용하지 않아 진료비 전액을 환자가 부담할 수 밖에 없었습니다.
- 그런데, 이러한 비급여가 점점 더 증가하며 국민의 의료비 부담이 커지고 있습니다. 같은 치료를 받아도 의료기관 마다 진료비가 다릅니다.
- 비급여가 건강보험이 적용되면 **전국 어디서나 동일한 표준가격이 책정되고, 건강보험이 비용을 함께 지불하여 환자 부담이 낮아집니다.** 이미 검증된 수많은 건강보험의 의료서비스와 비교하며 환자가 실질적으로 의료서비스를 선택할 수 있는 기회도 넓어지므로 선택권이 제한되는 것이 아닙니다.
- **급여화가 되더라도 필요한 진료를 제한하지 않습니다.** 보험기준에 의해 환자가 돈을 내겠다고 원해도 필요한 치료를 받을 수 없는 경우는 발생하지 않습니다.

- 의학적 필요성이 모호한 경우조차도 환자의 자기부담을 높여서 이용할 수 있도록 허용합니다.
 - 제한이 있다면 오직 한 경우, 환자의 생명과 안전에 위험하거나 효과가 없어 환자 보호를 위해 불필요한 진료만을 제한합니다.
- **의료기관은 적정수가로 진료할 수 있도록 하고, 더불어 진료자율성 확대와 의료의 질 수준 제고가 가능**해집니다.
 - 비급여의 급여화 과정에서 의료기관의 손실이 발생하지 않도록 저수가 분야를 적정 수준으로 인상하는 것을 함께 추진하기에 건강보험 의료만으로도 정상적인 의료기관 운영이 가능해집니다.
 - 그동안 엄격한 보험기준으로 인해 의료 제공이 어려웠던 문제를 예비급여를 통해 해소할 것이므로 진료의 자율성을 확보할 수 있게 됩니다.
 - 효과가 뚜렷이 개선된 신의료 기술은 수가를 우대하고, 의료의 질에 대한 평가와 보상체계를 강화하는 등 의료기관의 지속적인 질 향상 노력을 지원하는 수가체계 개선도 함께 추진합니다.

Q9.

항암제 등 의약품을 급여화하면 허가초과 사용에 대한 환자 선택권이 줄어드는 것인가?

A. 환자의 선택권이 줄어들지 않도록 허가초과 사용제도 개선을 추진 중에 있습니다.

- 의약품이 건강보험 적용을 받으면, **식약처의 허가범위를 벗어난 사용(허가초과 사용, 오프라벨 처방)에 대한 제한이 생기는 것이 사실입니다.**
- 이는 의약품의 **식약처에서 허가 한 범위 외 사용(치료)에 대한 임상적 안전성·유효성이 불명확**하기 때문입니다.
- 그래서 허가초과 사용 제한에 대한 해결 방안으로 ‘비급여 의약품을 급여화하지 않는 것’ 보다는, **현행 허가초과 사용 제도를 개선해 나가는 것이 타당하다고 보입니다.**
 - 왜냐하면 비급여 의약품을 급여화 하지 않는 경우에는 치료에 사용된 비급여 의약품 비용 전액을 환자가 부담해야 하는 등 또 다른 문제가 발생하기 때문입니다.
- 보건복지부는 표적항암제, 면역항암제 등 신약이 지속개발 되는 치료 환경 속에서, 현재 허가초과 사용제도가 환자의 치료접근성을 저하시킨다는 문제점을 해소하고자
 - 식약처 등 관련 기관, 의료계, 환자단체 등으로 구성된 ‘허가초과 제도개선 협의체’ 논의를 통해 우선 항암제 부분의 제도 개선방안을 마련하였습니다.

- 제도개선 협의체에서 논의된 내용은 다음과 같습니다.

① (현재) 심평원 사전 승인 후 허가초과 사용 → (개선) 다학제적위원회가 구성되어 있는 의료기관 중 인적 요건을 만족하는 기관 중심으로 사후 승인제 도입

※ 사후승인이 가능한 의료기관의 다학제적위원회 구성 ※

- ▶ **혈종분야:** 혈액종양내과 전문의 2명 → 3명 이상, 혈종분야 소아청소년과 전문의 1명
- ▶ **외과계:** 외과계 전문의 2명 → 3명 이상(최소한 외과 2명 포함)
- ▶ **기타:** 방사선종양학과 전문의 1명 이상 상근

② (현재) 의료기관 내 다학제적위원회 구성 필수 → (개선) 다학제적위원회를 구성할 수 없는 요양기관은 ‘공용 다학제적위원회 등’을 이용하여 사전 신청 가능

③ (현재) 타 의료기관 승인 받은 요법을 사용하려는 경우에도 심평원 사전 승인 필요 → (개선) 타 의료기관에서 승인을 받은 요법을 사용하려는 의료기관은 해당 의료기관 내 다학제적위원회 협의 후 심평원에 신고만 하면 신고일로부터 허가초과 항암요법 사용

- 개선방안은 행정예고기간(2018.3.13.~2018.4.12.)동안 심평원으로 제출된 의견도 함께 검토하여 최종 확정 후 오는 6월 1일부터 시행 할 계획입니다.

- 다만, 의료계 내에서도 허가초과 사용 절차의 간소화, 사용기관 확대 등에 대해서는 찬·반* 의견이 대립하고 있는 상황입니다.

* 암 관련 전문가들은 오프라벨 처방 제한 완화는 환자의 안전을 위협한다는 우려를 표하고 있는 상황

- 한편, 항암제 외 의약품의 허가초과 사용제도는 2018년 하반기 내 개선안 마련을 목표로 식약처 등 관계 부처 협의 진행 중에 있습니다.

Q10.

신포괄수가제는 총액계약제를 위한 사전단계인가?

A. 신포괄수가제는 총액계약제와는 전혀 관계가 없습니다.

- 신포괄수가제는 총액계약제와는 전혀 관계가 없습니다.
- 신포괄수가제는 기존의 포괄수가제와 행위별수가제 모형을 보완하여 효율성과 보장성을 확보하면서도 의료의 질은 높일 수 있도록 하기 위해 2009년 도입한 제도입니다.



- 신포괄수가제는 7개 질병군 포괄수가제와 다릅니다.
- 신포괄수가제는 입원료, 처치 등 **진료에 필요한 기본적인 서비스는 포괄수가로 묶고, 의사의 수술, 시술 등은 행위별 수가로 별도 보상**합니다.
- 따라서 의료계가 우려하는 의료질 저하가 발생할 가능성이 낮으며, 지속적으로 의료 현장의 목소리를 반영하여 제도를 보완하고 있습니다.

- 복지부는 현재 총액계약제 도입을 검토하고 있지 않으며, 이러한 사실은 의협 주최 토론회 등에서 지속적으로 밝힌바 있습니다.
 - 또한, 총액계약제를 시행하기 위해서는 기본적으로 지역별, 의료계 직역별, 의료기관 종별로 진료비 배분에 대한 원칙 마련 및 합의가 선행되어야 합니다. 이런 논의가 전혀 이루어지지 않은 현재 상황에서 총액계약제를 도입할 수 있는 여건이 아닙니다.
- 또한, **신포괄수가제는 현재도 시범사업으로 의료기관의 자발적인 선택에 따라 참여하고 있으며, 의원은 신포괄수가제 대상이 아님을 알려드립니다.**

Q11.

비급여의 급여화는 민간보험회사의 이익을 위한 것 인가?

A. 민간보험사의 이익이 아닌, 국민에게 혜택으로 돌아갈 수 있도록 하겠습니다.

- 비급여의 급여화는 국민의 의료비 부담을 경감하기 위한 것이며, 민간보험회사의 이익을 위한 것은 아닙니다.
- 다만, 실손보험의 보장 내용* 상 비급여의 급여화가 이루어지면 민간보험사의 급여 지출이 감소하는 효과가 발생할 수 있습니다.
 - * 건강보험이 보장하지 않거나(비급여) 부담하지 않는 부분(본인부담)을 보상
 - 만일 이러한 반사효과가 생길 경우, 민간보험사가 이익을 보는 것이 아니라, **실손 가입자의 보험료 인하 등 개선 효과로 이어질 수 있도록 공·사보험 연계관리체계를 마련**할 예정입니다.
- 현재 건강보험 보장 강화에 따른 실손보험 반사영향 분석 연구를 진행하고 있으며, 이를 토대로 실손보험료 인하를 유도할 수 있도록 하고,
 - 공·사보험 간 영향에 대한 실태조사를 통해 각 정책의 개선에 반영할 수 있는 법 제정도 추진 중입니다.
 - * 국회 김상희의원(2017.12), 윤소하의원(2018.1), 김종석의원(2018.2) 등 법안 발의

Q12.

민간의료보험도 있는데 강제적으로 비급여의 급여화가 필요한가?

A. 낮은 건강보험 보장율을 선진국 수준으로 높이기 위해서는 필요합니다.

- 전 국민의 의료보장은 건강보험을 통해 우선적으로 확보되어야 할 필요가 있습니다.
 - 왜냐하면 건강보험은 모든 국민에게 적용되지만, 실손보험은 개인의 선택이므로 가입하지 않은 분들도 있기 때문입니다
 - 특히 실손보험에 가입하지 않은 분들은 대부분 저소득 취약계층일 가능성이 높습니다.
 - * 가구 소득 수준별 민간의료보험 가입률: 1분위 36.5% vs 5분위 93.9%
(2015년 한국 의료패널기초분석보고서, 국민건강보험공단·한국보건사회연구원)
 - 아울러, 건강보험은 개인의 부담능력(소득 등)을 감안하여 보험료를 부과하지만 민간보험은 그렇지 않아 소득이 낮을수록 가입 부담이 큼니다.
- 따라서, 꼭 필수적인 치료에 대해서는 공적 보장을 강화하는 것이 필요합니다.

Q13.

대형병원 쓸림 현상은 심화되고 동네의원은 다 망하는 것 아닌가?

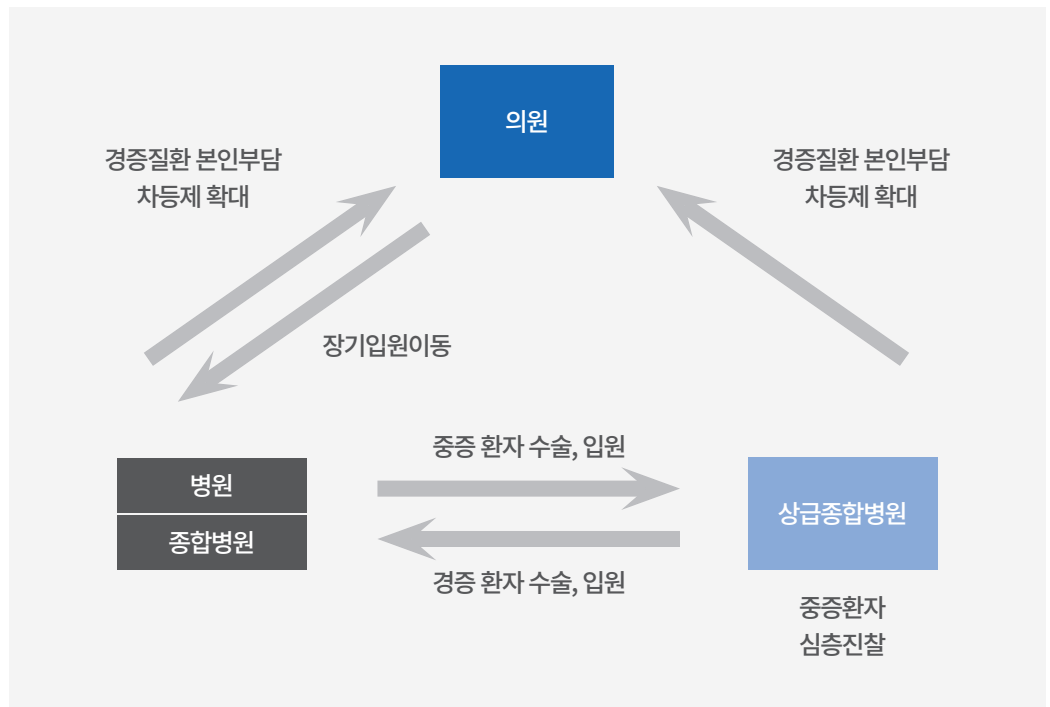
A. 동네의원이 적절히 운영될 수 있는 환경을 만들어나가겠습니다.

- 비급여의 급여화에 따라 의료기관 종별 가격 격차 감소로 대형병원 쓸림 현상이 심화된다는 우려가 있음을 잘 알고 있습니다.
 - 그러나, **대형병원 쓸림 현상의 근본적인 원인은 의료전달체계가 미흡하여 동일한 환자군을 두고 대형병원과 의원이 경쟁**하고 있기 때문입니다.
 - 이런 문제를 해결하기 위해서는 **대형병원은 중증·입원 환자, 의원은 경증·외래 환자** 진료 중심으로 운영될 수 있도록 **의료기관 기능 정립**이 필요합니다.
 - 복지부는 이를 위해 지난 2년간 전달체계 개선방안 마련을 위해 협의체를 구성하여 논의해 왔으나, 의협과 병협 간 이견으로 합의를 도출하지 못한 점은 안타깝게 생각합니다.
 - 한편, 의협 비대위는 의·병·정 협의체에서 모든 의료기관의 종별 가산률을 30%로 동일하게 적용할 것을 주장하였는데, 이 경우 의원 수가가 상급종합병원보다 10.7%(환산지수: 의원 81.4원, 병원 73.5원, 2018년 기준) 높아져서 오히려 쓸림현상을 악화시킬 우려가 있습니다.
 - 정부는 지속적으로 의료전달체계 확립을 위해 노력하는 한편, 의료기관 기능 정립을 통해 다음과 같이 수가 체계를 개편해 나갈 계획입니다.
 - ① 만성질환자가 동네의원에서 포괄적으로 건강관리가 가능한 모델을 개발·확산하는 등 일차의료 고유 기능을 적정하게 수행하는 기관에 대해 적정 수가 보상을 해 나가겠습니다.
- * 만성질환 관리 통합모형 개발(2017년), 적용 및 확산(2018~)

- ② 교육상담료 및 심층진료 수가 신설을 통해 환자에 대한 심도 있는 진찰이 이루어질 수 있도록 하겠습니다.
- ③ 의뢰·회송 강화, 진료정보교류시스템 등 지역사회 의료기관 간 협력 강화를 위한 지원을 하겠습니다.

- 이러한 수가 체계 개편을 통해서 일차의료기관이 적절히 운영될 수 있는 환경을 조성해 나가겠습니다.

중별 기능 이동 예시



Q14.

건강보험 보장성 강화대책에 70조~120조원이 소요된다는 것이 사실인가?

A. 5년간(2017~2022까지) 필요한 재정은 30.6조원으로 전망하고 있으며
합리적인 추계방식에 의한 결과입니다.

- 비급여의 급여화를 포함한 건강보험 보장성 강화에 필요한 재정은 **5년간(2017~2022)** **30.6조원**으로 추계됩니다.
 - 이는 보장성 강화에 따른 빈도 증가까지 고려하여 합리적인 추계 결과로서,
 - **3차에 걸친 ‘중기 보장성 강화계획’* 추진 경험**에 비추어 볼 때에도, 정부의 재정추계가 실제와 크게 다르지 않을 것으로 예상하고 있습니다.
 - * 1차(2005~2008), 2차(2009~2013), 3차(2014~2018)
 - 참고로, ‘17년 **국회 예산정책처**에서도 건강보험 보장성 강화대책에 **30.6조~30.8조원(2017~2022)**이 소요되는 것으로 전망한 바 있습니다.
- 건강보험 보장성 강화대책에 70조~120조원이 필요하다는 일부의 주장은 근거가 없으며,
 - MRI, 초음파, 상급병실 등 비급여의 규모, 5년간 단계적 급여화 계획 등을 고려할 때, 전혀 타당성이 없는 추계입니다.

Q15.

과도한 건강보험 보장성 강화로 재정 파탄이 발생하지 않나?

A. 적정수준의 보험료 인상, 보험료 수입 기반 확충, 정부지원금 확대로 안정적으로 재정을 관리하겠습니다.

- 이번 건강보험 보장성 강화대책을 통한 **보장률 개선 목표는 (2015)63%→(2022)70%**이며, OECD 평균 80%에 비하면 여전히 낮은 수준입니다.
 - 이러한 보장률 목표는 건강보험 재정여건과 국민의 보험료 부담 등을 모두 고려해 설정한 것으로 과도한 것이 아닙니다.
- 보장성 강화에 투입 예정인 30.6조원도 건강보험 재정으로 **충분히 충당 가능한 규모**이며,
 - 1) **적정 수준의 보험료율** 인상과 2) **정부지원** 확대, 3) **보험료 수입기반 확충**을 통해 재원을 마련해 나갈 것이므로 보장성 강화로 인해 재정이 파탄 나는 일은 없을 것입니다.
- 2017년 건강보험의 재정 수입은 58조원, 지출은 57.3조원이며, 20.8조원의 적립금이 누적되어 있습니다.
 - 보장성 강화대책의 재원은 **누적 적립금 일부**와 **보험료율 인상**(2018년 인상률 2.04%), 정부지원금(2018년 7.2조원) 확대를 통해 충당할 계획이며,
 - 의료기관 진료비의 안정적 지불과 건강보험 재정 지속가능성 확보를 위해 2022년 이후에도 약 1.5개월 분의 급여비(2022년 기준 약 10조원)는 적립금으로 계속 보유할 것입니다.

- 이를 수치로 설명하면, **보험료를 매년 1%씩만 인상해도 5년간 8.4조원의 수입**이 추가로 확보되며, **3%씩 인상한다면 26.5조원**의 재정 증가효과가 있습니다.
 - 또한, 앞으로 **정부지원금을 매년 1천억원씩 늘리면 2022년까지 약 3조원, 매년 2천억원씩 늘리면 약 4조원, 5천억원 늘린다면 약 7조원의 재정여력**이 생기게 됩니다.
- 이와 함께, 재정 누수가 없도록 관리 노력도 병행해 건강보험 재정이 안정적으로 유지될 수 있도록 할 것입니다.

Q16.

재정이 악화되면 수가 인하, 심사 삭감으로 의료계에 희생을 강요하는 것은 아닌가?

A. 재정확보를 위해 수가인하, 심사 삭감을 고려하지 않습니다.

- 2017년말 현재 20.8조원의 건강보험 적립금을 보유하고 있으며, 보장성 강화를 위한 재정확보 방안을 마련하였고, 보장성 강화 대책이 향후 5년간 단계적으로 추진된다는 점을 고려할 때 **건강보험 재정이 급격하게 악화될 가능성은 없습니다.**
- 수가 인하나 심사삭감에 대한 걱정은 **수가 조정 과정과 심사체계에 대한 의료계의 신뢰가 미흡한** 데에서 기인한 것으로 보이므로 신뢰 회복을 위해 다음과 같이 추진하겠습니다.
 - 1) 보다 공정하고 합리적인 심사가 가능하도록 **심사체계 개선**
 - 2) 수가 조정과정 의료계와 협의 강화 통해 **심사 및 수가 조정의 객관성 및 투명성을 확대**

Q17.

앞으로 심사체계는 어떻게 개편할 것인가?

A. 심사의 전문성 투명성을 높이고 합리적인 심사체계를 만들어 나갈 계획입니다.

- 정부는 건강보험 보장성 강화와 함께, 불합리한 심사체계에 대한 개편을 다음과 같이 추진해 나갈 것입니다.
 - ① **현행 건 별 심사를 경향심사로 단계적으로 전환**하여 **의료인의 진료 자율성을 높이는 동시에 가입자의 보장성은 더욱 확대.**
 - 의료계가 참여하는 “(가칭)심사기준 개선 협의체”를 구성하여 불합리한 급여 기준은 신속히 개선.
 - ② 심사의 공정성과 예측 가능성을 보다 확보하기 위하여, 심사정보 종합서비스를 통하여 심사세부 규정을 공개.
 - 심사의 투명성과 책임성을 강화하기 위하여, 분야별 대표위원부터 심사실명제를 도입하여 신속히 확대.
 - ③ 심사과정에서 **의료현장 및 최신 진료경향에 대해 충분한 의견을 반영**하기 위해 중앙심사조정위원회의 의료계 추천인사 참여를 보장하고, 심사위원의 연임제한 도입 등을 추진.
- 이와 함께, **사후적발 및 처벌보다는 ‘(가칭) 자율점검제’ 도입 등 의료계의 자정노력을 유도**할 계획입니다.

Q18.

보험료 인상 이야기를 하지 않는 것은 국민을 속이는 것이 아닌가?

A. 건강보험 보장성 강화를 위한 보험료 인상률은 과거 10년과 유사한 수준(평균3.2%)으로 예상하고 있습니다.

- 건강보험 보장성 강화와 의료기관에 대한 걱정수가 보장을 위해서는 보험료율 인상과 정부지원 확대가 필요하며,
 - 2017.8월 건강보험 보장성 강화대책 발표 시에도 국민들께 지난 **10년간의 보험료율 인상 폭(평균 3.2%)** 정도의 보험료율 인상이 필요함을 말씀 드린 바 있습니다.

• 보험료 인상률은 통상적인 수준(과거 10년간(2007~2016년) 평균 보험료 인상률 3.2%)으로 관리할 계획(2017.8.9, 건강보험 보장성 강화대책 발표 보도자료)

• “앞으로 10년 동안의 보험료 인상이 지난 10년간의 평균보다 높지 않도록 관리해 나갈 것입니다. 국민의 세금과 보험료가 한 푼도 허투루 쓰이지 않도록 비효율적이고 낭비적인 지출은 철저히 관리해 나가겠습니다.”(2017.8.9, 건강보험 보장성 강화대책 발표 대통령 연설문 중)

- 다만, 보험료율 인상을 결정은 가입자 대표, 의약계 대표, 공익 대표가 참여하는 **건강보험정책심의위원회의 권한**으로,
 - 정부가 보험료 인상계획을 발표하는 것은 적절치 않아
 - 과거 통상적인 수준(최근 10년 평균 3.2%)의 보험료율 인상으로 보장성 강화 재원을 충당할 수 있도록 재정을 관리해 나가겠다고 밝힌 것입니다.

Q19.

적립금을 사용하지 않고 보유함으로써 고령화에 따른 의료비 급증을 대비하는 것이 우선 아닌가?

A. 고령화에 대비하기 위해서라도 과중한 의료비 부담을 해소할 수 있는 대책이 필요합니다.

- 현재 건강보험 보장률은 63% 수준으로, **중증질환에 걸리면 의료비로 인한 가계 파탄 위험성**이 큰 상황입니다.
- 건강보험의 재정 여력이 있는 지금이 보장성을 획기적으로 강화시킬 수 있는 기회이며,
 - **본격적으로 고령화가 진행되는 미래에 대비**하기 위해서도 건강보험이 적극적으로 **국민들의 의료비 부담을 덜어주는 역할**을 수행해야 합니다.
- 현 시점에서 개별 가계의 의료비 부담을 줄일 수 있는 구조를 만들어야 고령화된 국민의 의료비로 인한 국가 경제·사회 전체의 위험을 막을 수 있습니다.
- 단기보험인 건강보험의 성격, 수입·지출 추이와 그간의 재정 관리 경험, 외국의 사례 등에 비추어 볼 때,
 - 의료기관에 대한 진료비 지불 등을 위한 **적정 수준의 적립금은 앞으로도 계속 보유**할 필요가 있으나,
 - 그 이상의 적립금은 보장성 강화에 활용하는 것이 국민 건강 보장을 위해 바람직하다고 판단됩니다.

Q20.

보장성 강화대책을 의료계와 어떻게 협의해 왔는지?

A. 의료계 요구사항을 바탕으로 성실히 협의하였고, 앞으로도 합리적인 의견을 계속 수렴하겠습니다.

- 그간 정부는 보장성 강화대책 관련 **의료계와의 협의에 성실히** 임해왔습니다.
 - 작년 12월 19일부터 올해 3월 29일까지 **10차례에 걸쳐 의-병-정 실무협의체를 운영**하며 진정성을 갖고 성실히 대화에 임하였고,
 - **심사평가체계, 비급여의 급여화, 수가 정상화** 등 의료계에서 요구한 사항을 중심으로 대화가 이루어졌으며,
 - 합의문 초안을 마련하는 등 일정 성과도 있었습니다.

[참고] 그간 주요 논의 결과

- ▶ **심사평가체계**: 심사실명제 단계적 추진, 자율신고제 도입, 심사기준 개선협의체 구성 등 방안 논의
- ▶ **비급여의 급여화**: 단계적인 급여화, 급여평가위원회에 의료단체 참여 보장 등의 요구사항 협의
- ▶ **수가 정상화**: 적정수가 보상 원칙과 주요 보상 분야 등에 대해 협의체를 구성하여 구체적으로 지속 논의하기로 함

- 또한 복지부는 의료계와 충분한 의견 수렴과 협의를 하기 위해 **보장성 강화대책 발표 일정에 의료계 입장을 상당 부분 고려**했고,
 - 의사협회 요청을 감안하여 **전문학회·개원의사회와의 개별연락도 자제**해온 바 있습니다.
- 복지부는 앞으로도 의료계의 **합리적인 의견을 계속 수렴**해 나갈 예정입니다.

www.mohw.go.kr

