

		<h2 style="margin: 0;">보 도 자 료</h2> <p style="margin: 0;">(6월 28일(목) 건강심 종료 후 보도)</p>		
배 포 일	2018. 6. 28. / (총 13매)		담당부서	보험정책과, 보험급여과
수가계약 및 보험료율 결정	과 장	정 경 실	전 화	044-202-2710
	담당자	양 정 석		044-202-2705
당노소모성재료, 상대가치운영기획단 운영계획, 호스피스 수가 시범사업	과 장	정 통 령		044-202-2730
	담당자	박 계 성		044-202-2731
	담당자	홍 승 령		044-202-2732
	담당자	이 등 우		044-202-2733

2019년 건강보험료율 인상률 3.49%(6.24%→6.46%)로 결정

- 건강보험료율 직장가입자 6.24%→6.46%, 지역가입자 183.3→189.7원 -
- 요양급여비용(환산지수) 인상률은 2.37%(의원 2.7%, 치과 2.1%) -
- 입원형 호스피스 수가 개선 및 가정형·자문형 시범사업 확대 실시 -
- 당노환자가 사용하는 인슐린펌프 소모성재료 급여 품목 확대 및 개선 -
- 3차 상대가치개편을 위한 '상대가치운영기획단' 논의 시작 -

- 2019년 건강보험료율은 3.49% 인상하여, 직장가입자는 '18년 6.24% →'19년 6.46%, 지역가입자 보험료 부과점수 당 금액은 '18년 183.3원 → 189.7원으로 한다.
- 2019년 요양급여비용 인상률은 2.37%이며, 의원은 2.7%, 치과는 2.1% 인상한다.
- 호스피스 서비스 활성화를 위해 입원료 등 수가를 일부 개선하고, 제공 모델 다양화를 위한 가정형(2차)·자문형 시범사업 확대도 추진한다.
- 당뇨병환자(제1형, 제2형)의 보장성 강화를 위하여 인슐린펌프용 소모품(인슐린펌프용 주사기, 주사바늘)에 대해 추가 급여품목 확대 및 제2형(만19세 이상) 당뇨병환자의 기준금액도 인슐린 투여 횟수에 따라 기준금액 차등 급여하기로 한다.
- 3차 상대가치개편(기본진료료 및 가산제도 등을 중심으로 개편)을 위해 건강심 산하 '상대가치운영기획단'을 확대하여 운영한다.

□ 보건복지부는 6월 28일(목) 제11차 건강보험정책심의위원회(이하 '건강심', 위원장: 권덕철 차관)를 열어, △2019년 환산지수 (의원·치과) 및 보험료율 인상률, △입원형 호스피스 관련 수가 개선안을 심의·의결하고, △가정형·자문형 호스피스 시범사업 수가 개선, △인슐린펌프 등 소모성재료 급여 확대, △상대가치운영기획단 추진계획 등에 대해 보고를 받았다고 밝혔다.

□ 각 안건의 주요 내용은 아래와 같다.

< 2019년 환산지수 (의원·치과) 및 보험료율 결정 >

- 2019년 의원·치과의 요양급여비용은 각각 2.7%, 2.1% 인상하고, 2019년 건강보험료율은 3.49% 인상하기로 결정하였다.
 - 의원, 치과의 요양급여비용 인상률 결정으로 병원·의원 등 의약기관의 2019년 요양급여비용의 평균 인상률은 2.37%(추가 소요재정 9,758억 원)가 될 것으로 보인다.
 - * 약국 3.2%, 한방 3.0%, 의원 2.7%, 치과 2.1%, 병원 2.1%, 조산원 3.7%, 보건기관 2.8%
 - 또한, 이번 건강보험료율 조정으로 직장가입자 보험료율은 6.24%에서 6.46%로, 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액은 183.3원에서 189.7원으로 인상될 전망이다.
 - * (직장가입자) 본인부담 평균보험료 10만 6,242원 → 10만 9,988원 (지역가입자) 세대당 평균보험료 9만 4,284원 → 9만 7,576원 ('18.3월 부과 기준)
- 보험료율 결정과 함께, 건강보험정책심의위원회에서는 국민건강보험법에 따른 정부지원비율을 준수하기 위한 정부와 국회의 책임있는 노력을 촉구하는 한편,
- 건강보험 재정관리대책을 수립하여 건강보험정책심의위원회에 보고하도록 부대의견을 의결하였다.

< 입원형 호스피스 수가 개선 및 가정형·자문형 시범사업 확대 실시 >

□ 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자를 대상으로 한 ‘호스피스·완화 의료’ 관련 건강보험 수가가 일부 조정된다.

♣ **호스피스·완화의료란?** 주로 암이나 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등으로 수개월 이내 사망이 예상되는 환자 및 그 가족에게, 고통스럽고 무의미한 치료보다는 편안한 임종을 준비하고 맞이할 수 있도록 제공되는 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 포괄적 서비스를 지칭

○ 현재 호스피스 서비스는 일정기준을 충족하는 호스피스 전문기관*에 대해, 병실 구분에 따라 책정된 **입원 1일당 정액수가의 형태로 건강보험을 적용****하고 있다.

* 81개 기관 1,337병상 지정·운영중 (17.12월 현재)

** (종합병원급 기준 1일당) 5인실 23만7300~32만1300원, 2~4인실 29만1960~37만5960원 중증암환자 여부 등에 따라 상기금액의 5% 수준만 부담

□ 오는 8월부터는 입원 환경 및 서비스 개선을 위해 호스피스 기본 입원실이 5인실에서 4인실로 상향되고, 1급 사회복지사를 병동당 1인 이상 배치하도록 강화됨에 따라, 그간 현장에서 제기된 다양한 개선 의견도 반영하여 건강보험 적용 수가를 개선하기로 하였다.

○ 우선, 현재의 5인실 입원료는 폐지되고, 2~3인실 수가는 인상한다.

○ 또한, 임종에 임박한 환자가 가족들과 마지막 순간을 편안하게 보낼 수 있도록 1인실 형태로 운영되는 ‘임종실’에 대해서도, 건강보험 적용 기간을 기존 3일에서 4일로 확대하고, 수가도 인상하여 의료기관의 적극적인 서비스 제공을 독려토록 하였다.

○ 일정 기준을 충족하여 ‘호스피스 보조활동’*을 실시할 경우 추가 지급하던 수가도 최근의 인건비 증가 등을 감안하여 약 9% 인상하기로 하였다.

* 호스피스 관련 교육을 이수한 별도의 담당인력(환자 3명당 1명의 요양보호사)을 두어 호스피스 환자의 위생·식사·이동 등을 전반적으로 보조하는 서비스

□ 이에 따라, 기존 종합병원 2~4인실 기준 29만1960~37만5960원이던 1일당 정액수가가 4인실 29만600~38만2160원, 2~3인실 30만7420원~39만8980원 수준으로 변경된다.

< 호스피스 입원료 변경 (종합병원 기준) >

구분	현재			개선				
	병실	금액	본인부담	병실	금액	본인부담		
기본 병실	5인실	I	32만1300원	1만6070원	4인실	I	38만2160원	1만9110원
		II	23만7300원	1만1860원		II	29만600원	1만4530원
상급 병실	2~4인실	I	37만5960원	1만8800원	2~3인실	I	39만8980원	1만9950원
		II	29만1960원	1만4600원		II	30만7420원	1만5370원
	임종실	I	44만3240원	2만2160원	임종실	I	47만1860원	2만3590원
		II	35만9230원	1만7960원		II	38만300원	1만9020원

○ 산정특례 적용을 받는 암 환자를 기준으로 실제 환자부담금액은 4인실은 기존과 차이가 없으며, 2~3인실은 1일당 약770~1,150원 (한 달에 2만3100원~3만4500원) 수준으로 소폭 증가할 것으로 예상된다.

* 병원급 이상 호스피스 1인실은 비급여로 운영 (의원급은 임종실 수가 준용)

○ 보건복지부는 환자의 부담 증가는 최소화하면서도, 호스피스전문 기관들이 최근의 강화된 기준에 맞춰 보다 질 높은 서비스를 제공할 수 있도록 여건을 정비하는데 의의가 있다고 밝혔다.

□ 또한, 시범사업 형태로 운영중인 가정형 호스피스 및 자문형 호스피스도 일부 수가를 개선하여 양적·질적 검증을 위해 시범사업을 확대 실시한다.(가정형 25개, 자문형 20개 → 가정형 35개, 자문형 30개 정도)

< 당뇨소모성 재료 보험급여 확대 및 개선 >

□ 당뇨환자가 사용하는 인슐린펌프 등 소모성재료 급여 품목 확대

- 당뇨병환자(제1형, 제2형)에게 의료비 경감 및 보장성 강화를 위해 **인슐린펌프용 소모품**(인슐린펌프용 주사기, 주사바늘)을 추가 확대 지원할 예정이다.

* 현재(4품목) : 혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린주사기, 인슐린주사바늘
 ** 추가(2품목) : 인슐린펌프용 주사기, 주사바늘

- 이를 통해 인슐린 펌프 소모품을 사용하는 당뇨병환자의 경제적 부담을 줄이고, 형평성 제고에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

□ 제2형(만19세 이상) 당뇨병환자의 기준금액 등 제도개선

- 당뇨병 환자의 상태에 따라 소모품의 사용량이 결정되나, 인슐린을 투여하는 만19세 이상 제2형 당뇨병환자는 일일 900원을 지원 받고 있어 소모품 비용부담이 높았다.

- 이에 인슐린 투여횟수에 따라 기준금액을 차등 지원할 계획이다.

* (현행) 1일 투여 900원 → (개선) 1일 (1회 투여 900원, 2회 투여 1,800원, 3회이상 2,500원)

- 아울러 유형에 따라 다른 당뇨소모성 재료 처방기간을 **형평성 있게 적용(180일 이내)**하여 처방에 따른 불편함을 개선할 계획이다.

* (현행) 제1형 당뇨 180일 이내, 제2형 당뇨 90일 이내 → (개선) 모든 당뇨환자 (제1형, 제2형, 임신성당뇨) 180일 이내

< 상대가치운영기획단 추진계획 >

- 3차 상대가치개편 추진을 위해 '18.7월부터 건강보험정책심의위원회 산하 '상대가치운영기획단'(이하 "기획단")을 확대·개편하여 운영할 계획이다.

< 상대가치운영기획단 구성 개편 >

현행(15인 이내)	개편(18인 이내)
단장 : 건강보험정책국장(1)	⇒ 현행 유지
공공기관(2)	
가입자대표(3), 공급자대표(6), 학계(3)	
	가입자대표(4), 공급자대표(7), 학계(4)

- 상대가치점수제 도입('01) 이후 두 차례의 개편을 통해 **상대가치 점수의 객관적 근거를 마련**하고 **유형 간(수술·처치·기능 vs 검체·영상 검사) 불균형 해소**를 추진한 바 있다.

* 상대가치점수 = 의사의 업무량 + 진료비용(인건비, 재료비, 장비비) + 위험도

- 3차 상대가치개편에서는 그간 개편에서 제외된 **기본진료료**(입원료·진찰료) 및 **가산제도** 등을 중심으로 개편할 계획이다.

< 상대가치 개편 경과 >

	상대가치 도입('01년)	1차 개편('08~'12년)	2차 개편('17~'20년)
성과	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 상대가치 개념 정립 ✓ 점수제 최초 도입 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 점수의 객관화 ✓ 40개 진료과목 내 불균형 조정 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 5개 유형별 불균형 조정 ✓ 재정 투입·이동을 통한 실질적 구조개편 추진
한계	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 기존 관행수가 인정 → 상대가치 불균형 유지 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 진료과목별 총점 고정 → 유형 간 불균형 해소 실패 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 입원료·진찰료는 제외 ✓ 5개 유형 내 불균형 지속

- 기획단에서는 '18년 하반기 700여개 의료기관을 대상으로 추진할 **회계조사 방법론 및 조사·활용방안**, 3차 상대가치 개편범위 및 **기본방향** 등에 대해 우선 논의를 시작한다.

- 향후 회계조사 및 연구 결과를 바탕으로 상대가치점수 산출 및 가산 제도를 포함한 상대가치제도 개선에 관한 사항을 지속적으로 검토해 나갈 계획이다.

참고1 당뇨병 소모성 재료 급여기준 개요

□ 개정 당뇨병 소모성 재료 급여기준

<요양비의 보험급여기준 및 방법 >

▶ 제4조(당뇨병 소모성 재료 등) ① 규칙 제23조제1항제4호에서 “혈당검사 또는 인슐린 주사에 사용되는 소모성재료”란 「의료기기법」 관련규정에 따라 식품의약품안전처장의 허가를 받았거나 식품의약품안전처장에게 신고한 품목의 **혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린주사기, 인슐린주사바늘, 인슐린펌프용 주사기, 인슐린펌프용 주사바늘**을 말한다

▶ 제8조(요양비 지급기준 등) 【별표6】 당뇨병 소모성 재료의 기준금액

지원대상자		기준금액		
		인슐린 투여자	인슐린 미투여자	
제1형 당뇨병환자		2,500원/일	해당사항 없음	
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만	2,500원/일	1,300원/일	
	만19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	“
		3회이상 투여	2,500원/일	“
임신 중 당뇨병환자		2,500원/일	1,300원/일	

※ 지원대상자(제2형 당뇨병환자) 나이는 처방일 기준임

□ 대상품목(인슐린펌프 소모품 등) 현황

구분	판매단가	1개당 사용일수	사용용도	품목분류기호
인슐린 주사기	1,000원~ 3,000원	3일	연속혈당측정용 주사기	주사기 (A54000)
펌프용 주사바늘	2,500원~ 12,000원	3일	연속혈당측정용 주사바늘	의약품주입기 (A79000)

참고2 입원형 호스피스 관련 현황

□ 관련 법령

○ 「암관리법」 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 (‘17.8.4. 시행)

제2조(정의)

3. “말기환자”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 암, 나. 후천성면역결핍증, 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환, 라. 만성 간경화
마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

□ 호스피스전문기관 현황

○ 전체 기관 현황

- ‘17.12월 81개 기관 1,337병상 지정·운영 중

구분	2015.7월	2015.12월	2016.12월	2017.12월
기관 수(개)	60	66	77	81
병상 수(개)	1,005	1,097	1,293	1,337

· 상급종합병원 16개, 종합병원 42개, 병원 10개, 의원 13개

□ 호스피스 이용률 (국립암센터)

○ ‘14년 13.8% → ‘15년 15.0% → ‘16년 17.5%

(호스피스 이용률(%) = 년 신규 이용환자수 / 국내 암사망자 수 * 100)

참고3 건강보험 보장성 강화대책 추진 현황 및 향후 계획

1 추진 현황

- 보장성 대책 발표('17.8월) 이후, **취약계층**(노인·아동·여성 등) 본인 부담 경감 등 계획대로 시행
- **선택진료비 폐지**('18.1월), **상복부 초음파 급여화**('18.4월) 등 '18년 상반기 주요 과제도 차질 없이 추진

<그간 추진 현황 및 주요 성과>

구분	항목	시행시기	대상자(예상)	혜택(예상)
비급여의 급여화	선택진료비폐지	'18.1월	전체 국민	5천억원 해소
	상복부초음파 급여화	'18.4월	307만명('18년)	6~16만원→2~6만원
	의학적 비급여 해소	'18.4월	-	보육기 등 36개 보험적용 기준 완화
대상자별 본인부담 경감	노인외래정액제 개선	'18.1월	738만명('18년)	15천원 초과시 30%→10~30% : 진료비 2만원 6천원 → 4천원
	노인틀니부담	'17.11월	33만명('16년)	50→30% 약 62만원 → 약 37만원
	중증치매부담	'17.10월	1.7만명('17년)	20~60%→10%
	15세 이하 입원진료비부담	'17.10월	131만명('16년)	10~20%→5%
	18세 이하 치아홈메우기	'17.10월	74만명('16년)	30~60%→10%
	여성 난임시술 급여화	'17.10월	14만건('17년)	건강보험 적용 (예)(신선배아)약359만원→약102만원('16년 평균) *개인별 시술종류 등에 따라 상이
저소득층 의료비 부담 완화	본인부담상한제 개선	'18.1월	79만명	소득하위 50% 연간 40~50만원 경감
	재난적의료비 지원확대	'18.1월	약 8만명	최대 3천만원 지원

2 '18년 하반기 주요 추진과제

- (상급병실 급여화) 상급종합병원·종합병원 2·3인실에 대한 건강보험 적용(7월)
 - * 상위 5개 상급종합병원의 약 84%의 환자가 경험(국민건강보험공단 '13년) 할 정도로 비자발적 상급병실 이용이 높은 상황
 - 다만, 과도한 상급병실 이용을 방지하기 위해 **본인부담률은 다른 입원 본인부담률(통상 20%)보다 높게 설정(30~50%)**
- (MRI·초음파 급여화) 뇌·혈관 MRI 보험 적용(9월), 소장·대장 등 하복부 초음파 보험 적용(12월)
 - '21년까지 모든 MRI, 초음파에 대하여 단계적으로 보험 적용
- (노인 임플란트) 65세 이상 틀니 부담 경감('17.11월)에 이어 치과 임플란트 본인부담률(50%→30%*) 인하(7월)
 - * '18년 임플란트(1개당) 건강보험수가 평균 123만원, 평생 동안 1인당 2개 인정 본인부담률 50%(62만원) → 30%(37만원)
 - ** 의료급여(1종·2종) 및 차상위(희귀난치성·만성 질환) : 20~30% → 10~20%
- (어린이 치과 진료) 12세 이하 아동의 초기 충치치료 부담완화를 위해 비급여 광중합형 복합레진 충전술 건강보험 적용 추진(11월)
 - 6세 이하 구순구개열 환자의 구순비교정술 및 치아교정에 대해 건강보험 적용(12월)
- (재난적 의료비 제도화) 질환 구분 없이 소득하위 50%까지 소득수준에 따라 최대 2천만원 지원(비급여 포함, 7월)
 - * (중전) 4대 중증질환 저소득 가구에 한정하여 지원
- (간호간병통합서비스) 대상 확대('17년 2.6만→'18년 3.6만 병상)와 함께, 보상체계 합리화, 모형 개선 등 중장기적 개선방안 마련
 - ※ 의료관련 감염관리, 신생아중환자실 수가 개편, 권역외상센터 개선 등 필수·중증의료서비스 향상을 위한 대책 추진 병행

3 '19년 이후 보장성 강화 추진방향

- (초음파·MRI) 의료계 협의 등을 통해 계획대로 추진하여 국민 부담 경감
 - (초음파) 하복부('18.12월) → 여성·비노생식기('19) → 심장, 흉부('20) → 근골격, 두경부, 혈관('21)
 - (MRI) 뇌, 혈관('18) → 두경부, 복부, 흉부, 전신, 특수('19) → 척추('20) → 근골격계('21)
- (등재비급여 급여화) 사회적 필요성을 고려하여, 취약계층, 중증질환, 척추·근골격계 질환, 만성질환 순으로 단계적 급여화

< 연도별 추진 일정(예시) >

'18년	'19년	'20년	'21~'22년
· 취약계층 (노인·아동·여성)	· 중증질환	· 척추·근골격계· 통증 질환	· 만성질환 · 안·이비인후과 질환
· 선진성 대사이상 선별검사 등	· 간섭유화 검사 등	· 추간판 내 고주파 열치료 등	· 알레르기 등

- (기준비급여 급여화) 척추·근골격계 질환, 재활질환, 내과질환 등 순차적으로 급여화

< 연차별 추진 일정(예시) >

구분	'17년	'18년	'19년	'20년
유형	· 횡수 제한	· 감염관리 등 횡수, 적응증 제한	· 척추근골격계 등 적응증 제한 등	· 수가 산정 제한 유형

- (약제 선별급여) 보험급여가 되고 있는 의약품에 대한 기준 확대 (선별급여, 본인부담률 30~80% 차등)를 통한 비급여 부담 해소 추진
 - 중증·희귀질환('18) → 중증·기타 암('19) → 근골격계 질환, 통증 치료 등('20) → 만성질환('21) → 안·이비인후과 질환 등('22)

< 보장성 확대 효과(사례) >

□ (사례1) 종합병원 21일 입원한 70세 중증치매 환자

- 본인부담 186만원 감소 (77% 감소)

		보장성 강화 추진후
		'18년 ~
진료내역	'17년 10월이전 - 2인실 3박 - 선택진료비	⇒ - 상급병실(2인실) 급여화 - 선택진료비 폐지 - 산정특례 10% 적용
본인부담	본인부담액 243만원	57만원
경감효과		186만원 감소 ('17년 대비 77% 감소)

□ (사례2) 중증호흡기 질환으로 상급종합병원에 5일 입원한 10세 아동

- 본인부담 259만원 감소 (76% 감소)

		보장성 강화 추진후	
		'18년	'19년 ~
진료내역	'17년 - 상급병실 이용 (1인실 2박, 2인실 2박) - 선택진료비 - 각종 비급여 검사	⇒ - 2인실 건강보험 적용 - 선택진료비 폐지 - 아동 입원진료비 본인부담률 경감(20→5%)	⇒ - 1인실 건강보험적용 - 각종 비급여 검사 건강보험 적용
본인부담	342만원	193만원	82만원
경감효과		149만원 감소 ('17년 대비 44% 감소)	110만원 감소 ('17년 대비 76% 감소)

□ (사례3) 상급종합병원에서 항암제 처방받은 대장암 환자(소득5분위)

- 본인부담금 555만원 감소 (79% 감소)

보장성 강화 추진후

	'17년	'18년	'19년 ~
진료내역	-2인실 5박 -선택진료비 -항암제 처방	-2인실 건강보험 적용 -선택진료비 폐지 -본인부담상한액 경감 (205→150만원)	-항암제 선별급여
본인부담	705만원	503만원	150만원
경감효과		202만원 감소 (*17년 대비 29% 감소)	353만원 감소 (*17년 대비 79% 감소)

□ (사례4) 상급종합병원 4일 입원하여 심도자술 시행한 관상동맥 협착증 환자

- 본인부담금 450만원 감소 (75% 감소)

보장성 강화 추진후

	'17년	'18년	'19년 ~
진료내역	-상급병실 이용 (2인실 3박) -선택진료비 -각종 비급여 검사 및 재료대	-2인실 건강보험 적용 -선택진료비 폐지	-각종 비급여 검사 및 재료대 건강보험 적용
본인부담	596만원	267만원	145만원
경감효과		329만원 (*17년 대비 55% 감소)	121만원 (*17년 대비 75% 감소)