하반기부터 선택진료비, 상급병실료 대폭 줄고, 중증환자 대상의 전문 의료서비스는 더 향상된다

- 제12차 건강보험정책심의위원회, 「2014년 선택진료 · 상급병실 개선 및 수가체계 개편 안건」 의결 -

□ 보건복지부(장관 문형표)는 8일 **제12차 건강보험정책심의위원회**(이하 건정심)을 개최하여 「**선택진료·상급병실 개선에 따른 수가 개편 방안**」, 「**캡슐 내시경 등 4대 중증질환 관련 5항목 급여 적용방안**」 등의 안건을 심의 · 의결하였다.

< 2014년 선택진료·상급병실 개선 및 수가 개편 방안 >

□ 제12차 건정심에서는 박근혜 정부 국정과제로 지난 2월 발표한 **「3대 비급여 제도개선 방향」 중 금년도(2014년) 선택진료 및 상급병실 개선계획 및** 이에 따른 **수가 개편방안을** 의결하였다.

○ 3대 비급여 개선에 따라 '14.8월부터 **선택진료비가 평균 35% 감소**되고, '14.9월부터는 건강보험이 적용되는 **일반병상이 6인실에서 4인실까지로 확대**될 예정이다.

* 관련 법령 개정 진행 중(선택진료에관한규칙, 요양급여의기준에관한규칙 등)

□ 상급병실료 개편 주요 내용 ('14.9.1일 시행)

○ 건강보험이 적용되는 일반병상이 **현행 6인실→ 4인실까지 확대**

- **일반병상 약 21,000개 증가**하여 병원급 이상의 **일반병상 비율 평균 74%→83%까지 확대, 상급종합병원의 경우도 65% → 74%**로 확대

※ 내년에는 모든 상급종합병원이 최소 70% 이상 일반병상 확보 의무화 추진

OPEN 공공누리 공공저작물 자유이용허락
보건복지부의 가치는 상생과 배려입니다
위험할 땐 119, 힘겨울 땐 129 보건복지콜센터
실직, 질병 등으로 생계가 어려울 땐 365일 24시간

희망의 새시대

□ 선택진료비 개편 주요 내용('14.8.1시행)

○ 환자가 선택진료를 받기 위해 건강보험 진료비용에 더해 **추가적으로 내는 산정비율**을 현행 **20~100%에서 15~50%로 축소**

<추가비용 산정기준 항목별 부과>

구분	검사	영상	마취	진찰	의학관리	정신	처치·수술	침·구·부황
현행	50%	25%	100%	55%	20%	50%	100%	100%
변경	30%	15%	50%	40%	15%	30%	50%	50%

○ '15~'16년에는 선택의사 지정 비율을 병원별 80%→ 진료과별 30%로 단계적으로 축소하고, '17년에는 비급여 선택진료비 폐지, 건강보험 제도로 전환

□ 제도 개선에 따른 환자 부담 경감

○ **4·5인실 입원료 대폭 경감**

- 상급종합병원 기준 4인실은 6~11만원, 5인실은 4~5만원 수준 → 제도개선 후에는 4인실 2.4만원, 5인실 1.3만원 수준으로 예상

○ 하반기 선택진료 환자부담 **평균 35% 가량 감소**

- 항목별로 축소율이 달라, **수술을 받는 경우**만 보면 선택진료비가 **50% 가까이 감소**

□ 이와 함께 제도 개편으로 인한 **의료계 손실을 보전**하면서도, **의료서비스의 질적 수준을 제고**할 수 있도록 **중증환자에 대한 의료서비스를 강화하는 수가 개편방안을 추진**하기로 하였다.

* 의료계 손실 7,460억(상급병실료 축소 2,030억, 선택진료 축소 5,430억)

□ 상급병실의 경우, 4·5인실 상급병실료 차액이 사라지는 대신, 향후 **4인실 기준으로 입원 환경이 개선**되고, **특수병상 등을 통해 더욱**

OPEN 공공누리 공공저작물 자유이용허락
보건복지부의 가치는 상생과 배려입니다
위험할 땐 119, 힘겨울 땐 129 보건복지콜센터
실직, 질병 등으로 생계가 어려울 땐 365일 24시간

우수한 입원 서비스가 제공되는 방향으로 **입원료 수가를 개편**한다.

○ 우선, **기본입원료 수가를 2~3% 인상**하고, **4·5인실 입원료를 기본 입원료의 160%, 130% 수준으로 신설**한다.

- 이에 따라 상급종합병원(간호2등급) 기준 4인실은 80,490원, 5인실은 65,400원 수준이며, 환자는 이 금액의 5~30%*만 부담하게 된다.

* 중증질환 등 본인부담산정특례 환자 : 5% 또는 10%, 일반 입원환자 20%, 상급종합병원 4인실 입원환자 30%

<입원료 수가 개편에 따른 환자 본인부담금액 변화>

(단위 : 원)

구분	6인실 환자부담		5인실 환자부담		4인실 환자부담	
	현행	개편후	관행가격	개편후	관행가격	개편후
상급종합	9,770	10,060	41,770	13,080	67,770	24,150
종합병원	7,770	8,000	33,770	10,400	42,770	12,800
병원	5,680	5,790	25,680	7,530	29,680	9,270
의원	5,180	5,180	25,180	6,740	29,180	8,290

* 4·5인실 관행가격은 병원종별 평균 상급병실차액을 반영한 결과(의원은 병원급금액 반영)

** 종별 평균간호등급(상급종합2등급,종합4등급,병·의원6등급)적용, 환자부담은 20%(상급종합병원 4인실의 경우만 30%) 적용

○ **일부 특수병상 수가도 현실화** 하여 의료기관이 치료에 필수적인 **특수병상을 충분히 갖추도록 유도**할 계획이다.

- 면역이 억제된 환자, 전염성 환자, 화상 환자 등을 격리하여 치료하는 **격리실의 경우, 병원 종별 및 시설 기준에 따라 수가를 10~150% 인상**한다.

- 상급종합병원·종합병원의 신생아 입원실을 확충하기 위해 **신생아실 및 모자동실 입원료, 모유수유관리료 등도 50%가량 인상**한다.

○ 입원료 개편을 통해 환자들의 **4·5인실 입원 비용은 대폭 축소**되고,

장기적으로는 병원에 격리실 등 **특수병상이 확대되어 원치 않는 상급병실 이용이 감소**할 수 있을 것으로 기대된다.

□ 선택진료와 관련해서는 **고도의 수술과 처치 등의 수가 인상과, 중증환자를 대상으로 한 의료서비스의 수가 조정**을 추진한다.

○ 첫째로, 그동안 상대적으로 수가 수준이 낮아 적자 양상을 보이던 **고도의 수술·처치·기능검사 등의 수가를 인상***(1,600여 항목, 13~50%인상)하여, **고도 수술분야의 발전과 안정적인 의료서비스 제공, 진료과별 불균형 해소** 등이 가능할 것으로 기대된다.

* (예시) 만성신장병으로 인해 신장을 떼어내는 신적출술, 동맥류가 생겼을 때 이를 절제하는 동맥절제술, 종양이 의심되는 경우 골수를 채취하여 검사하는 골수천자생검 등

○ 둘째로, 그동안 수가수준이 낮거나 수가 자체가 없어 활발히 이루어지지 못한 **중증환자 대상의 의료서비스도 개선된다.**

- 중증암환자를 대상으로 4~5명의 의사가 동시에 진료하는 **암환자 공동진료**, 영양불량환자에 대한 집중관리를 통해 합병증 감소 및 생존율을 증가시킬 수 있는 **집중영양치료료 등을 신설**하였으며,

* (암환자 공동진료) 5인 의사기준 141,510원(본인부담 7,000원), (집중영양치료료) 36,870원(상급종합, 본인부담 7,370원)

- 현재 월 1회만 인정되던 **입원중 협력진료를 최대 5회까지 확대**하고, 한번에 **여러 수술이 동시에 이루어지는 경우의 수가도 인상**하여 고난이도 행위가 좀더 원활하게 이루어지도록 하였다.

* 협진 인정횟수 확대(월1회 → 병원 2회, 종합병원 3회, 상급종합 5회), 여러 수술의 동시수술 시 제2, 3 등의 수술의 보상을 50% → 70%로 개선

□ 금번 수가 개편에 따른 **추가 건강보험 재정 소요는 연간 약 6,550억**(상급병실 1,840억, 선택진료 4,710억) 수준으로 이는 **'14년도 보험료 결정 시**('13.6월) **기 고려**되었으며,

○ 수가 개편에 따른 환자 부담 증가는 **연간 약 1,390억 정도**이나, 선택진료 및 상급병실 개편에 따라 **감소하는 비급여 의료비가 7,460억 규모**인 점을 감안하면, **실제 환자 부담은 6,070억 정도 경감되는 셈**이다.

□ 이번 선택진료·상급병실 개편 및 이에 따른 건강보험 수가 개편을 통해 **환자들의 의료비 부담은 경감**되고, 장기적으로 **의료서비스의 질적 수준은 제고**될 수 있을 것으로 기대된다.

<환자 부담 경감 사례>

(case1) 간세포암을 앓고 있는 46세 환자 A씨는 암이 뼈와 폐에 전이되어 혈관색전술 등을 받고 18일간 입원하여, 총 진료비는 1,543만원이었고, 이 중 402만원을 본인이 부담하였다(급여항목 본인부담 71만원, 선택진료비 241만원, 5인실 상급병실료 90만원)

금년 8~9월부터는 선택진료·상급병실이 개편됨에 따라 A씨의 본인부담은 182만원 감소(45%감소)한 220만원이 된다.

세부적으로는 선택진료비는 약 40%가 감소한 146만원(95만원 감소), 5인실 상급병실료는 0(90만원 감소)으로 줄어들게 되고, 입원료 수가 개편, 수술료 등의 수가 인상, 혈액관리료 및 협의진찰료 등으로 인해 급여항목 본인부담은 74만원(3만원 증가)으로 증가한다.

(case2) 고혈압과 발목 골절로 21일간 입원하고 수술을 받은 56세 환자 B씨는 총 진료비는 586만원이었으며, 이 중 321만원을 본인이 부담하였다.(급여항목 본인부담 99만원, 선택진료비 56만원, 4인실 상급병실료 166만원)

금년 8~9월부터는 선택진료·상급병실이 개편됨에 따라 B씨의 본인부담은 166만원이 감소(55% 감소)한 155만원이 된다.

세부적으로는 선택진료비는 약 22%(13만원) 감소한 43만원이 되고, 4인실 상급병실료는 0(166만원 감소)으로 줄어들게 되고, 급여 항목의 본인부담은 입원료 인상, 수술료와 마취료 인상에 따라 112만원으로 증가(13만원 증가)한다.

□ 보건복지부는 이번 건정심에서 의결된 **수가 개편안을 고시 개정에 반영**하는 등 행정절차를 거쳐, **선택진료 개편은 8월1일, 상급병실 개편은 9월1일자로 시행할 예정**이며,

○ 제도 시행 6개월 시점에서 **수가 조정 효과를 모니터링**하여, 필요시 **추가적인 수가 조정 등 후속조치를 검토**할 예정이다.

□ 보건복지부는 금번의 선택진료·상급병실 개편과 수가조정안에 대하여 **지속적인 논의*를 통해** 국민(환자), 의료계(의료공급자) 모두 만족할 수 있는 방안을 모색한 **합리적 결과라고 평가**하고,

* 2013년 학계, 의료계, 시민단체 등의 국민행복의료기획단에서 9개월간 논의한 방안을 중심으로 의사협회·병원협회 협의체를 통해 6개월간 검토하는 과정을 거쳐 도출

○ 지나치게 과중한 선택진료비, 상급병실료를 감소시켜 **중증환자의 의료비 부담을 크게 완화**하는 효과와 함께,

○ 의료계에서 고질적 문제로 제기하였던 **고도 중증환자 대상 의료서비스의 낮은 보상 수준을 개선**하여 **좀더 우수하고 합리적인 의료서비스 제공이 가능**해질 것이라고 예상하였다.

○ 참고로, 금번 개편은 3대 비급여 제도개선의 '17년까지 단계적 이행과제 중 **'14년도 추진사항**으로, **내년 이후에도 선택진료 단계적 축소, 상급종합병원 일반병상 비율 확대 등을 지속 추진 예정**이다.

< 4대 중증질환 보장 강화 >

□ 건정심은 「'14년 4대 중증질환 보장강화 계획」('14.3.5 발표)에 따라 **캡슐내시경 검사, 풍선 소장내시경 검사 및 시술 등 5항목**에 대하여 **급여**(필수급여 포함)**전환을** 결정하였다.

대상	급여 항목명	급여 확대 내용	환자 부담 (선택진료비 제외)
소장 질환자	캡슐내시경 검사	- 급여 : 원인불명 소장 출혈 - 선별급여(본인부담율 80%) : 크론병, 소장종양, 기타 소장질환	130만원→ 10.7만원 (원인불명 소장출혈) 130만원→ 42.9만원 (그 외 소장 질환)
	풍선 소장내시경 검사 풍선 소장내시경하 시술	- 급여	200만원→ 15.6만원 (소장지혈술)
심장 질환자	심근생검 검사	- 급여	125만원→ 3만원 (심장이식)
암 환자	F-18 뼈 PET	- 선별급여(본인부담율 80%)	61만원→ 38.6만원 (전신촬영, 행위료기준)

□ 우선 위·대장내시경으로는 확인할 수 없는 **소장부위의 병변을 확인**하는데 유용한 "**캡슐내시경 검사**"가 **급여로 전환**된다.

○ 위·대장내시경으로 병변을 확인할 수 없으나 **"소장 부위의 출혈이 의심"** 되어 실시한 경우에는 **필수 급여화**하고, **"크론병, 소장종양, 기타 소장 질환이 의심"**되어 실시하는 경우 **선별급여화**하여 **본인부담율 80%가 적용**된다.

○ 이에 따라 그동안 진단 및 치료가 어려웠던 **소장질환의 진단율**을 높이고 **환자의 진료비 부담이 대폭 경감**될 것으로 기대된다.

- **환자 본인부담금**은 원인불명 소장출혈의 경우 **130만원에서 10.7만원**으로, 크론병·소장종양·기타 소장 질환은 **130만원에서 42.9만원**으로 줄어들게 되며, **연간 약 2,800명의 소장질환자**가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

□ 소장의 조직검사, 용종절제 및 지혈 등 소장 질환의 직접적인 시술 및 처치가 가능한 **"풍선 소장내시경*"**도 급여로 전환된다.

* (풍선 소장내시경) 내시경 말단에 부착된 풍선을 부풀려 소장벽에 고정하여 소장을 잡아당기면서 내시경을 밀어 넣는 방식으로 실시하는 내시경

○ 내시경적으로 소장부위의 시술 및 처치를 시행하는데 필수적인 것으로 금번 급여 전환에 따라 **소장질환자의 진료비 부담**이 크게 줄어들게 된다.

- 환자 부담금(소장지혈 기준)은 **200만원에서 15.6만원**으로 줄어들게 되며, 내시경적 처치 및 시술이 필요한 **연간 700여명의 소장질환자**가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

□ 심장 이식 후 거부반응 여부 및 심근염, 심근병증 등 심근질환의 진단에 필요한 **"심근 생검검사"**도 **급여로 전환**되어,

○ 환자 부담금(심장이식환자 기준)은 **125만원에서 3만원**으로 줄어들며, **연간 520여명**의 **심장이식자 및 심근 질환자**가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

□ 또한, 암세포가 뼈에 전이가 되었는지 여부를 진단하는데 사용되는 **"뼈 양전자단층촬영(F-18 bone PET)"**은 **선별급여**로 전환된다.

○ 동 검사는 뼈스캔(Bone Scan) 등 뼈 전이 여부를 확인할 수 있는 기존 검사 보다 진단의 정확도는 높으나 소요 비용이 비싼 검사이다.

- 환자 부담금(전신촬영, 행위료 기준)은 **61만원에서 38.6만원**으로 줄고, **연간 1,200명**의 뼈 전이 의심 암환자가 혜택을 받을 것으로 기대된다.

□ 보건복지부는 금번 4대 중증질환 보장 항목으로 **약 5,200명의 환자**가 혜택을 받고 **연간 약 20억원의 보험재정**이 소요될 것으로 예상했다.

○ 아울러 **선별급여 결정 항목**에 대해서는 **주기적(3년)으로 재평가**를 실시하고 그 결과에 따라, **본인 부담율 등을 조정하거나 필수급여로의 전환 여부**를 검토하게 된다고 밝혔다.

<붙임 1> 선택진료·상급병실 개편에 따른 환자부담 경감 사례 세부 사항

<붙임 2> 선택진료·상급병실 관련 수가 개편 참고자료

붙임1 선택진료 · 상급병실 개편에 따른 환자 부담 경감 사례 세부 사항

환자 정보	임OO, 46/M (본인부담률 5%)
사례 내역	- 환자상태 : 간세포암으로 뼈·폐에 전이되어 혈관색전술과 수술 받음 - 입원기간: 2013.6.10.~2013.6.28. (18일간) **- 제도 개선에 따라 본인부담액 182만원(45%) 감소**

구 분		제도개선 전	제도개선 후	비 고
총 계		15,432,128	14,174,426	
총 본인부담금(A+C+D)		**4,020,595**	**2,203,408**	
보험급여	본인일부부담금(A)	709,170	738,620	5인실 보험급여전환, 수술료와 마취료 상대가치점수 인상, 혈액관리료와 협의진찰료 추가 산정에 따라 보험급여 총 진료비 일부 증가됨
	공단부담금(B)	11,411,530	11,971,019	
비급여	선택진료비(C)	2,411,420	1,464,788	선택진료비 40% 감소
	상급병실료(D)	900,000	0	5인실 보험적용에 따라 본인일부 부담금으로 전환

환자 정보	박OO, 56/F (본인부담률 20%)
사례 내역	- 환자상태 : 고혈압과 발목골절로 수술 받음 - 입원기간: 2014.4.26.~2014.5.16 (21일간) **- 제도 개선에 따라 본인부담액 166만원(52%) 감소**

구 분		제도개선 전	제도개선 후	비 고
총 계		5,856,630	4,699,710	
총 본인부담금(A+C+D)		**3,211,060**	**1,552,230**	
보험급여	본인일부부담금(A)	993,730	1,119,210	4인실 보험급여전환, 수술료와 마취료 상대가치점수 인상에 따라 급여 총 진료비 일부 증가됨
	공단부담금(B)	2,645,570	3,147,480	
비급여	선택진료비(C)	557,330	433,020	선택진료비 22% 감소
	상급병실료(D)	1,660,000	0	4인실 보험적용에 따라 본인일부 부담금으로 전환

붙임2 선택진료 · 상급병실 관련 수가 개편 참고자료

(1) 선택진료 관련 고도 수술·처치·기능검사 수가 인상 선별행위 현황

(단위 : 개, %)

구분		수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사	합계
행위수	전체	1,971	546	423	1,120	844	4,904
	선별	1,315	111	121	47	8	1,602
	비율	66.7%	20.3%	28.6%	4.2%	1%	32.7%

(2) 선택진료 관련 고도 중증환자 의료서비스 향상을 위한 수가 조정 내역

구 분	내용
입원중 협의진찰료	(필요성) 협진횟수, 수가 등이 낮아 중증환자에 대한 협진이 불충분한 문제 존재 (내용) 인정횟수 확대(월1회 → 병원 2회, 종합병원 3회, 상급종합 5회) 및 협진수가 인상(4,700원 → 10,700원(상급))
암환자 공동진료	(필요성)) 중증 암 환자에 대해 각 분야별 전문의가 한 자리에 모여 통합진료를 통하여 최적의 치료방법 및 계획을 수립하는 새로운 행위 대두 (내용) 수가 신설(4~5인 기준 113,210~141,510원, 상급종합병원 중심) 및 3회까지 인정
소아 · 신생아 수술 · 처치 가산	(필요성) 소아 · 신생아의 경우 신체부위가 상대적으로 작아 시술 과정의 난이도가 높으며, 수술 · 처치 전/후 과정에서 노력과 시간이 추가로 필요 (내용) 입원시 수술 · 처치 항목 관련 만 8세 미만 대상 가산(30%) 및 신생아 대상 가산(60%)

구 분	내용
마취안전강화 (특수마취, 이식마취, 마취유지)	(필요성) 고도 수술에 대한 마취 보상이 미흡하여 중증환자에 대한 전문마취가 불충분한 문제 존재 (내용) 수술시 마취료 가산 30% →50% 인상, 장기이식 마취에 따른 가산 인정 및 1시간 이상 마취 유지 수가 인상(10%↑, 15분 단위) * 심폐체외순환법마취, 개흉적 심장수술마취, 개두술마취 등
수술 관련 수가 개선 (동시수술, 15일내 재수술)	(필요성) 2가지 이상의 수술을 시행하는 환자는 중증도가 높으나, 수술 비용의 50%만 보상하고 있음 (내용) 동시수술 50% → 70%, 재수술 50% → 100%보상
1일당 1회 처치 개선 (염증성처치, 단순처치, 흡입배농 및 배액처치, 체위변경처치)	(필요성) 중환자실 환자에 대하여 1회 처치만 보상하고 있어 충분한 치료가 제공되지 못하는 문제 존재 (내용) 상급종합병원 중환자실에서 1회 → 2,3회 인정(염증성, 단순처치 2회 / 그 외 3회)
혈액관리료	(필요성) 혈액은 혈액전용 냉장고 등 특별한 시설·장비하에서의 보관과 관리가 필요하며, 감염 등 수혈부작용을 줄일 당위성 존재 (내용) 병원이상 3,710원, 의원 3,890원(pint 당)
가정간호 기본방문료	(필요성) 가정간호가 필요한 중증 퇴원환자에 대한 적절한 서비스 제공이 필요하나, 현행 수가에서 보상 미흡 (내용) 수가인상(33,800원 → 43,790원(상급)) 및 연 96회 기준삭제
집중영양치료료	(필요성) 영양불량환자를 선별하여 그들의 질병상태와 영양상태를 평가하고 적정한 영양집중지원을 통해 질병상태의 호전, 합병증 감소 등을 도모하는 새로운 의료행위 대두 (내용) 36,870원(상급종합), 27,700원(종합병원)으로 주당 1회 인정

(3) 상급병실료 개편에 따른 기본입원료 인상 및 4·5인실 입원료 신설(안)

○ 기본입원료 인상(안)

(단위 : 원)

구분	간호등급	현재 기본입원료	인상 기본입원료	간호등급 적용
상급종합	1등급	34,890	35,930	53,900
	2등급	34,890	35,930	50,310
종합병원	4등급	32,100	33,070	40,010
병원	6등급	28,400	28,970	28,970
의원	6등급	25,910	25,910	25,910

○ 4·5인실 입원료 신설(안)

(단위 : 원)

구분	간호등급	인상 기본입원료 (A)	5인실입원료 (A*1.3)	5인실 +간호등급	4인실입원료 (A*1.6)	4인실 +간호등급
상급종합	1등급	35,930	46,710	70,070	57,490	86,240
	2등급	35,930	46,710	65,400	57,490	80,490
종합병원	4등급	33,070	42,990	52,020	52,910	64,020
병원	6등급	28,970	37,650	37,650	46,350	46,350
의원	6등급	25,910	33,680	33,680	41,460	41,460