보건복지부 정책공청회 자료

건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 지원 대책(안)

2022. 12. 8.

보건복지부

순 서

향후 보건의료정책 중점 추진방향

1. 정책 평가 ····· 1
2. 정책 방향 ····· 1
3. 정책 과제 ····· 2

건강보험 지속가능성 제고 방안

Ⅰ. 추진배경 ····· 4
Ⅱ. 현황 및 문제점 ····· 6
Ⅲ. 추진방향 ····· 7
Ⅳ. 추진과제 ····· 8
[1] (의료공급) 의료적 필요도 기반 급여기준·항목 재점검 ····· 8
[2] (자격관리) 공정한 자격·부과제도 운영 ····· 13
[3] (의료이용) 합리적 의료이용 유도 ····· 17
[4] (재정관리) 불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신 ····· 20
Ⅴ. 제도·구조 개편방향 ····· 23

필수의료 지원대책 – 중증·응급, 분만, 소아환자 중심으로 –

Ⅰ. 수립배경 ····· 26
Ⅱ. 필수의료 현황 진단 ····· 27
Ⅲ. 추진과제 ····· 32
[1] 지역완결적 필수의료 제공 ····· 33
[2] 적정 보상 지급 (공공정책수가) ····· 39
(3) 충분한 의료인력 확보 ····· 45
Ⅳ. 국민이 체감하는 기대효과 ····· 48

향후 보건의료정책 중점 추진방향

1. 정책 평가

○ 그간의 광범위한 **건강보험 보장성 강화정책**은 의료접근성을 제고하는 순기능에도 불구하고 과잉진료 등 **지속가능성에 대한 우려** 야기

* **자기공명영상(MRI)·초음파 검사 진료비 : 1,891억원('18) → 1조 8,476억원('21)**

** **감사원 감사결과** : ˹**과다 보상** ˹**지출관리 미흡** ˹**과잉진료 유발** 등 문제점 확인('22.7, 감사보고서)

- **재정지출 급증**에 따라 **건강보험료 부담**이 **증가**하고 있으나, 건보 **자격 도용** 및 **외국인 무임승차** 등 재정누수 관리는 미흡

  * **연평균 건강보험료율 인상률 : 1.1%** ('13~'17) → **2.7%** ('18~'22)

○ 건보 재정지출 증가에도, 생명과 직결된 **필수의료 지원 노력**은 **미흡**하였고, **수도권 대형병원 쏠림**과 같은 **의료 전달체계 불균형**이 심화

* **소아암 전문의 67명 분포('22)** : 서울 29, 경기 12, 그 외 26(강원·경북 0)

- **필수의료 기반 약화**로 인해 위급한 상황에서 환자가 **치료 적기(골든타임)를 놓치거나, 거주지가 아닌 타지에서 진료를 받는 상황** 증가

* 중증응급환자 원내 사망률 : 6.4%('19) → 7.5%('20)

** 입원 후 30일 내 뇌출혈 치명률 : 15.4%('19) → 16.3%('20)

2. 정책 방향

○ 정부는 **건강보험 지속가능성**을 **확보**하여, ˹**국민 생명과 직결된 필수의료** ˹국민 부담이 큰 **재난적 의료비**에 대한 **지원 강화에 집중**할 계획

국정과제 66. 「필수의료 기반 강화 및 의료비 부담 완화」
▲ 빈틈없는 건강보험 재정관리를 통한 <u>지속가능성 제고</u>
▲ <u>공평한 건강보험료 부과</u>를 통해 신뢰받는 건강보험제도 구축
▲ <u>필수의료</u> 인력 및 인프라 강화
▲ <u>재난적 의료비</u> 등 지원 확대

※ 건강보험 부과체계 개편('22.9월), 재난적 의료비 집중 지원('23.1월) 과제는 이미 추진중

❶ 고령화와 의료수요 증가 속에서도 **지속가능성**을 유지하도록 **건강보험의 재정 건전성과 투명성 제고**

❷ 지출 효율화로 절감된 재원은 **필수의료, 재난적 의료비**와 같이 **꼭 필요한 곳에 제대로 투자**

3. 정책 과제

건강보험 지속가능성 제고를 통한 필수의료 지원 강화 과제

1. 건강보험 지속가능성 제고	▶	2. 필수의료 지원 강화
우선 추진		
건강보험 지출 효율화 • 급여기준·항목 재점검 • 공정한 자격·부과제도 운영 • 합리적 의료이용 유도 • 재정 누수 점검 및 비급여 관리		**중증·응급, 분만·소아분야 우선지원** • 지역완결적 필수의료 제공 • 적정 보상 지급 (공공정책수가) • 충분한 의료인력 확보
후속 발표		
재정구조 개편 • 지불제도 다변화 • 의료서비스의 가격결정체계 혁신 • 건강보험 수입구조 효율화 • 건강보험 투명성 및 관리 프로세스 개선		**추가 지원 필요한 분야 발굴** • 중증·희귀난치질환 • 중증응급 정신질환 • 의료인력 희소분야 ※ (예) 재건성형/수지접합/화상 등

3-1. 우선 추진 정책 과제 ('22.12.8)

❶ 건강보험 지속가능성 제고 ➡「건강보험 지속가능성 제고 방안」

- 불필요한 **의료이용과 남용 억제**하는 건강보험 지출개혁 방안 마련

* ˄**MRI·초음파 등 급여기준·항목 재점검** ˄**공정한 자격·부과제도** 운영(본인확인 의무화, 외국인 무임승차 차단) ˄**합리적 의료이용 유도** ˄**재정누수 점검 및 비급여관리**

❷ 필수의료 지원 강화 ➡「필수의료 지원 대책」(중증·응급, 소아·분만)」

- 우선순위가 높은 **중증·응급, 소아·분만** 대책을 우선 과제로 발표

* ˄**지역완결적 필수의료** 제공 ˄**공공정책수가 도입**으로 **적정 보상** 지급 ˄**충분한 의료인력 확보**

3-2. 후속 발표 과제

❶ 건강보험 재정구조 개편 ➡「국민건강보험 종합계획」수립 ('23)

- 장기 **재정건전성 제고**를 위한 ˄**지불제도 다변화** ˄**가격 결정체계 합리화** ˄**건강보험 수입구조·비중** 재검토 ˄**재정투명성 강화** 등 내용 포함

❷ 필수의료 분야 지속 발굴·지원 ➡ 필수의료 추가 대책 수립 ('23)

- ˄**중증·희귀 난치질환** ˄**중증응급 정신질환** ˄전문의료인력 **희소분야**(예: 수지접합·화상·재건성형) 등 우선 추진과제 선정
- 의료전달체계 개편 포함「**보건의료발전계획**」수립 ('23)

건강보험 지속가능성 제고 방안(안)

Ⅰ. 추진 배경

❶ **(관리·운영)** 보장성 강화로 **부적정·과다 의료이용 사례** 발생, 외국인 **의료쇼핑** 등 **운영·관리 측면**에서 재정 누수로 **제도 신뢰성 저하**

- 의학적 필요성이 낮은 항목에 대한 일률적 급여화로 **의료 남용 급증**

  * 근골격계 수술을 하면서 상복부 초음파 시행: 3년간('18.4~'21.3) 19,000여 건(감사원, '22.7.)

- 비급여 관리 기전이 미흡한 채 보장성 강화 추진하여, **실손보험 기반 비급여 시장 팽창, 가계 지출 中 의료비 부담 증가**

❷ **(제도·구조)** 포괄수가제 도입 등 일부 개선 노력이 있었으나, **현행 量 중심의 행위별 수가제도**로 의료비 **지출 급증 추이 관리 곤란**

- 수입 부문에서는 **안정적 국고지원 미흡, 보험료율 상한*(8%)** 등으로 적재적소 효율적 지출을 뒷받침하지 못하는 한계

  * 최근 5년간 연평균 보험료율 2.7% 인상 ('17) 6.12% → ('22) 6.99%

- 건보 재정에 대한 **외부 통제 강화 등 투명성 제고 요구 지속**

❸ **(보건의료체계) 꼭 필요한 의료서비스 관련 자원배분·가격 구조 왜곡으로 보건의료체계 지속 가능성 저하**

- **수도권·상급병원 쏠림 가속화**로 지역·중소병원 의료 공급체계 약화, **의료 전달체계 위기**

- 중증·응급, 분만, 소아 및 의약품 등 필수의료서비스 부족

- 행위·약제 등 항목 위주 급여화에 치중, **중증·희귀 질환자 등 대상 중심 보장성 강화는 미흡**

< 추진 배경 및 논의 범위 >

재정 현황	누적 준비금 20.2조('21년 말, 3.2개월 분), 당기 흑자 2.8조('21년)
환경 분석	향후 인구 고령화 진행으로 지출 증가 가속, 수입 증가 둔화 전망

건강보험 재정 건전성 문제 + 투명성 제고 요구 ⇒ 건강보험 지속가능성 제고 필요

❶ 관리・운영	❷ 제도・구조	❸ 보건의료체계
▸보장성 강화로 인한 과다 의료 이용 ▸외국인 등 의료쇼핑・자격도용 ⇒ 건강보험 재정 누수 및 제도 악용 사례 증가	▸행위・量 위주 획일적인 지불보상체계 ▸보험료 상한 등 수입 확충 한계 ⇒ 재정의 장기적 지속가능성 저하	▸보건의료 전달체계 위기 ▸필수의료 부족 ▸중증・희귀질환자 등 의료비 부담 여전 ⇒ 보건의료체계 지속가능성 저하
⇓	⇓	⇓
▸부당・부적정 관리체계 개선, 재정건전성 확보 및 제도 신뢰성 제고	▸지불보상체계 및 수입구조 개편 논의 필요 ▸재정관리 체계・프로세스 개편	▸필수의료, 전달체계 정상화 ▸중증・희귀 난치 질환자 등 지원 ▸공공정책수가 확립

☞ 금번 대책에서는 ❶관리・운영 중심의 재정 효율화 단기대책 추진

❷ 중장기 제도개선 과제는 내년 「건강보험 종합계획('24~'28)」수립시 반영

❸ 보건의료체계 대책은 「필수의료 지원 대책」 등을 통해 추진

Ⅱ. 현황 및 문제점

1 [의료공급] 비급여의 급여화 등으로 과다 의료공급 유인 제공

○ (급여화 항목) 보장성 강화대책으로 일부 항목(뇌·뇌혈관 자기공명영상 등) 중심으로 이용량 급증 및 과이용 경향 관측*

* (뇌·뇌혈관 자기공명영상) 두통·어지럼 촬영 건 '18~'21년 연평균 51.2% 증가('21, 전년대비 17.1%↑)

○ (비급여 항목) 건보-실손보험간 연계 부족 등으로 비급여 규모 증가, 묶음으로 제공되는 건보 급여 지출도 동반 상승

2 [자격관리] 느슨한 외국인 자격기준 및 자격도용 등 부적정 의료 이용

○ (외국인 등) △외국인 피부양자 입국 즉시 건보 급여 이용* 가능, △장기 해외체류자 입국 시 당월 보험료만 납부하면 즉시 급여이용 가능

* 외국인 지역가입자는 6개월 이상 국내체류 및 건보료 납부해야 급여 이용 가능

○ (도용) 대부분 본인 여부 확인없이 주민등록번호 등으로 진료(외래)할 수 있어 타인 주민등록번호 도용 등 부정사용 사례 발생

3 [의료이용] 낮은 본인 부담으로 과다 의료이용 등 도덕적 해이 발생

○ (본인부담 경감제도) 본인부담상한제, 산정특례 등 본인부담 경감 제도 지출 증가, 제도 합리성 저해 요인 점검 필요한 시점

○ (과다 의료이용) 환자의 의료이용에 제한이 없고, 실손보험 통한 의료비 부담 감소 등으로 극과다 의료이용 사례 발생

4 [재정관리] 불법개설기관 및 부당청구 등 불법행위로 인한 재정 누수 발생

○ (불법개설기관) 건전한 의료질서 훼손, 의료서비스 질 저하와 재정누수 야기 → 환수·징수 실적도 답보 상태(환수 0.2조 / 부당이득 3.2조, '09~'22 누적)

○ (부당청구) 현지조사 및 자율점검을 통해 부당청구 관리 중이나, '20년 이후 코로나19 영향으로 현지조사기관 및 부당적발금액 정체

Ⅲ. 추진방향

목표	건강보험 제도의 **지속가능성 제고** 및 **국민 신뢰 확보**
추진 방향	국민께서 **적정**하게 이용하고 계시는 **건강보험의 혜택은 유지하되,** **재정 누수 요인은 철저 점검·관리**하여 건강보험 **재정 효율화**

추진과제

❶ 관리·운영 혁신 방안

의료공급	자격관리	의료이용	재정관리
의료적 필요도 기반 급여기준·항목 재점검	공정한 자격·부과제도 운영	합리적 의료이용 유도	불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신
1 보장성 강화 항목 및 계획 재점검 2 약품비 관리 강화 3 치료재료 실거래가 조사방식 및 재평가 개선 4 요양병원 관리 강화	1 외국인 등에 대한 건보 가입자격 정비 2 건강보험 자격 도용 방지 3 건강보험료 부과·징수 관리 강화	1 과다 의료이용자 관리 강화 2 산정특례제도 기준 및 관리 강화 3 본인부담상한제 합리화	1 건강보험 재정지킴이 신고센터 운영 2 불법개설·부당청구 기관 관리 강화 3 건보재정누수 차단 및 경영 혁신 4 비급여 및 실손보험 연계 관리 강화

❷ 제도·구조 개편 방향

① 지출 구조 개편 ② 수입 구조 개편 ③ 재정 관리 구조 개편

Ⅳ. 추진과제

1. (의료공급) 의료적 필요도 기반 급여기준·항목 재점검

1 보장성 강화 항목 및 계획 재점검

□ **현황 및 문제점**

❶ (既 보장성 강화 항목) 광범위한 급여화로 **의학적 필요가 불명확**한 검사 시행 등 **과잉이용 발생, 사후관리·심사** 등 **관리도 미흡**

- (자기공명영상(MRI)) **두통·어지럼**에 ①**선행 검사**(신경학적 검사)**에서 이상이 없음에도** 명확한 사유 없이 **자기공명영상** 촬영, ②환자의 개별 상태나 의학적 필요성보다 **일률적으로 복합촬영을 최대**(3개) 실시 허용

※ (①사례) A씨는 **두통, 어지럼**이 있어 **신경학적 검사**를 실시한 결과 **아무 이상이 없었음에도**, 뇌, 뇌혈관 **2종류의 자기공명영상 촬영**

※ (②사례) B씨는 **두통 증상**만 있고 **뇌질환 관련 수술·치료 등을 실시한 기록은 없었으나**, 뇌(조영제), 뇌혈관, 특수검사 **3종류의 자기공명영상 동시 촬영**

- (초음파) ①수술전 초음파 관련 **불합리한 급여기준으로** 일부 의료기관에서 척추·어깨 등 근골격계 수술 전 **상복부 초음파 일괄 실시**

* 상복부 질환 외 주상병에 근골격계 수술을 하면서 상복부 초음파 시행한 건이 3년간('18.4~'21.3) 19,000여 건(감사원 감사, '22.7)

②**동일일자**에 **불필요하게 여러 부위**의 초음파를 **검진**·촬영하는 **이상 사례 확인**(연간 약 7천여건) 등

※ (사례) C씨는 복부 불편감, 갑상선 결절 등을 이유로 하루 동안 **상복부, 방광, 여성생식기, 유방, 갑상선 5개 부위 동시 초음파 촬영**

❷ (보장성 강화 계획) **근골격계 질환***은 **생명과 직결되지 않는 선택적 의료**가 **다수 혼재**되어 있으나, **다른 필수적 의료**와 같이 **검토대상에 포함**

* 남은 보장성 강화 검토대상: 근골격계 MRI·초음파, 척추·근골격 관련 등재·기준 비급여 등

- **국내 질환자***가 많고 **고령화, 만성질환 증가 추세**로 **과잉이용·지출급증** 가능성도 높아 **신중한 검토 필요**

* '19년 국내 근골격계 질환자수 1,761만 명, 이 중 50대 이상이 60%

□ 개선방안

❶ (旣 보장성 강화 항목) 의료적 필요도 기반 급여기준 재점검

- 旣 급여화된 MRI·초음파 중 △'재정목표' 대비 지출 초과 항목, △이상사례 발견 항목 중심으로 급여기준 명확화 및 개선

< MRI·초음파 항목별 급여기준 조정 방안(예시) >

▶**(뇌·뇌혈관 MRI) (현행) 두통·어지럼**은 ①신경학적 검사 시 급여 인정, ②최대 3촬영까지 산정
→ **(개선안)** ①신경학적 검사상 이상소견 있는 경우에만 급여 인정, ②최대 2촬영으로 **제한** 검토

▶**(상복부 초음파) (현행) 수술 전 초음파** 시행 시 급여가 적용되는지에 대한 **기준 부재**
→ **(개선안)** 수술 위험도 평가 목적의 초음파는 **의학적으로 필요한 경우에만 급여 적용**

▶**(초음파 전체) (현행) 동일 날짜에 여러 부위**를 불필요하게 **동시 검사**하는 사례
→ **(개선안)** 동일날 여러 부위 촬영 시 **최대 산정 가능 개수**를 제한하는 **기준 마련**

▪ 그 밖의 재정 규모가 큰 MRI·초음파, **급여 전환된 등재·기준비급여** 항목도 **이용량, 급여기준 등을 검토·분석** 후 필요시 **개선 추진**

- △**전문심사 확대** 및 **전산시스템 개선**, △MRI 등 이용량 급증 항목은 사전예고 후 집중심사(선별집중심사) 등 **진료비 심사 강화**

▪ 영상 촬영 청구량 높은 다촬영 **의료기관** 중심으로 **현장점검**

❷ (보장성 강화 계획) 의료적 필요에 따라 급여화 여부 신중 검토

- **근골격계 등 MRI·초음파는** 의학적 타당성 등을 검토해 **필수적**인 항목 중심으로 **제한적 급여화 추진**

- **그 外 등재·기준비급여**는 의학적 유용성, 치료효과성, 재정부담 등 **급여진입 기준 적합여부 재검토 후 급여화**

- 본인부담률 결정기준 정비, 평가 우선순위 결정절차 마련 등 **선별급여 관리 개선**

2 약품비 관리 강화

□ 현황 및 문제점

○ (현황) **약품비는 21.2조원으로** 총 진료비(약 88조원) 대비 **24% 수준 유지** 중이나, **절대 금액은** 지난 5년간 **매년 1조원씩 증가 추세('21)**

- **만성질환**(고혈압, 고지혈증, 당뇨) **약품비는 약 6조원**(전체 약품비의 약 28%, '21)으로 **지속 증가** 중이며, 제네릭 **다수 등재 중**

* (예시) 심바스타딘20mg(고지혈증치료제) : 제네릭 64개 품목 등재(가격: 315~670원)

□ 개선 방안

◈ 약품비 관리 강화로, 약제 관련 진료비 증가 추이 완화

❶ (재평가) 既 등재 약제에 대한 재평가 강화

- '20.7월(제네릭 약가제도 개편*) 이전 **既 등재 약제**에 대해서도 **약가 차등 적용기준 확대**(기준요건 충족 여부 평가*하여 최대 22.5%인하)

* **(약가제도 개편)** 제네릭 등재 시, 기준요건(①자체 생물학적동등성시험 실시, ②식약처 등록 원료의약품 사용) 충족 여부에 따라, 미충족 요건 하나당 15%씩(최대 22.5%) 약가 인하

※ **(현행)** '20.7월 이후 신규 약제부터 기준요건(생동성 시험실시 등)에 따라 약가 차등 산정
(개선) '20.7월 이전 既 등재 약제(약 2만개 품목)도 기준요건 평가하여 약가 차등 인하

- **임상적 유용성 등이 불분명**한 약제 중 청구액(연간) 약 200억원 이상이고, 외국 1개국 이하에서 급여되고 있는 경우 약제 **재평가**

- 특허만료 만성질환 약제 등을 **외국 약가**와 **비교**하여 **재평가**

❷ (위험분담제) 고가약 관리 강화

- 고가약은 **신규 등재 시 다양한** 유형의 **위험분담제***를 **적용**하여 **관리 강화, 효과성 등 성과 낮을 경우 약가 환급 등 계약**

* △일정기간 투약 후 효과 없을 시 업체가 공단에 약가 일부 환급, △총 사용 한도 초과 시 초과분의 일정비율을 업체가 공단에 환급하는 방법 등

❸ (사후관리) 빈틈없는 약제 사후관리제도 지속 추진

- 의약품 청구 내역을 활용하여 **실거래가 조사**를 실시하고, 실거래가 수준까지 **약가 인하**

- 장려금 지급(요양기관에서 의약품 사용량 감소 및 저가구매 노력 시 지급 중)을 통해 **처방·조제 약품비 절감 등 처방행태 개선 및 약품비 관리**

- **사용량**이 예상 청구액 또는 전년도보다 일정 비율 이상 **증가** 시, **사용량-약가 연동 협상**을 통해 최대 10%까지 **가격 조정**

3 치료재료 실거래가 조사방식 및 재평가 개선

□ 현황 및 문제점

❶ (실거래가 조사방식) 일부 기관, 일부 품목*에 대해서만 현장조사

* 요양기관 25개소, 114개 품목(0.56%) 조사 ('21~'22)

❷ (가격 재평가) 치료재료 업체가 제출한 자료 기반으로 재평가

□ 개선 방안

❶ (실거래가 조사방식 개선) 약제 조사 방식을 참고하여 청구자료 기반으로 **全 품목·全 요양기관** 대상 치료재료 실거래가 조사 실시

< 치료재료 실거래가 조사방식 개선 전후 비교 >

구분	현행		개선
조사품목	**상한금액**과 **청구금액**의 **차이가 큰 일부 품목** 설정('21~'22. 114개 품목)	⇨	치료재료 **全 품목** (전체 20,432개 품목)
조사대상	**청구량**, **상한금액**과 **청구금액**의 **차이** 등 고려하여 **일부 기관** 선정('21~'22. 25개소)	⇨	치료재료 사용 **全 의료기관** (약 7만 개소)

❷ (재평가 강화) 업체 제출 자료 외에 **정부기관 보유정보 연계·활용**

4 요양병원 관리 강화

□ 현황 및 문제점

○ 인구고령화에 따라 요양병원 급여비 등 증가 추세

* (기관 수) ('11) 976개 → ('21) 1,462개 / (환자 수) ('11) 약 25만명 → ('21) 약 42만명
(급여비 지출) ('11) 2.2조 → ('21) 4.4조

- 요양병원의 의료적 기능 강화를 위한 환자분류체계 정비, 장기입원 입원료 체감제 적용기준 개선 등에도 불구하고 사회적 입원 지속

□ 개선 방안

◈ 무분별한 요양병원 입원 방지를 위해 기능 재정립 및 성과연계 등 관리 강화

❶ (기능 재정립) 입원필요성이 낮은 환자의 장기입원 방지를 위해 의료적 필요도를 고려하여 환자분류체계* 개선

* **(현행)** 의료적 필요도, 일상수행능력에 따라 의료최고도.고도.중도.경도,선택입원군(5개)로 개편('19)
→ **(개선)** 5개군 중 상향 분류문제가 발생하는 의료중도.경도에 대해 의료적 평가기준 강화

- 장기적으로는 의료-요양 통합판정체계를 통해 요양병원-요양시설 기능 재정립 추진 → 필요에 맞는 적절한 의료와 돌봄 서비스 체계 구축

❷ (지역사회 복귀지원) 퇴원환자의 원활한 지역사회 복귀 지원을 위해 대상자 기준 완화* 등 요양병원 퇴원환자지원사업 활성화 추진

* **(현행)** 입원 후 120일 경과 → **(개선)** 입원 후 90일 경과로 대상자 기준 완화

※ 요양병원 내 '환자지원팀'이 대상자별 심층평가→퇴원지원계획 수립→사회복지시설, 보건소, 통합돌봄 등 지역사회 자원 연계 추진

❸ (성과 연계 강화) 요양병원 가산 수가(의사(5~13%)·간호인력(20~60%) 확보 수준에 따라 지급 중)를 종합점수 기반으로 지급 제한하여 성과 연계 강화

* **(현행)** 평가 결과 '구조', '진료' 두 영역 모두 하위 20%일때만 수가 제한(하나만 하위 20%인 경우에는 그대로 수가 지급)(35개소) → **(개선)** 종합점수 하위 5%인 경우 수가 제한(69개소)

2. [자격관리] 공정한 자격·부과제도 운영

1 외국인 등에 대한 건강보험 가입자격 정비

□ **현황 및 문제점**

❶ (외국인) 국내 소득 활동 또는 장기체류 외국인 증가에 따라 기본권 보장과 의료사각지대 방지를 위해 일정 요건을 갖춘 외국인도 건보 적용

- 다만, 피부양자가 입국 직후 고액진료*를 받거나, 타인의 자격을 도용하여 진료를 받는 등 건강보험 무임승차 사례 발생

* 외국인 지역가입자는 '체류 6개월 경과 후 가입' 가능('18.12.), 피부양자는 '체류 요건'이 없어 입국 직후 외국인등록 및 피부양자 등재, 고액진료 가능

❷ (재외국민) 장기 해외체류 중인 국외 영주권자가 해외이주신고를 하지 않으면 입국 후 곧바로 급여이용 가능(단, 해당 월 보험료 납부해야함)

✓ **(사례1) 외국인 피부양자 A씨**는 '21.5월 입국('21.9월 출국)하여 **약 4개월** 동안 협심증으로 진료를 받아, **공단 부담금 2,600만원 발생**

✓ **(사례2) 외국인 B씨는 입국 당일**('20.4.5) **사위(한국국적)의 피부양자로 가입, 2주 후 간 질환 진료**('20.4.21~, **공단 부담금 9,000만 원**), **이듬해 '21.4.9 출국**

✓ **(사례3) 재외국민 의심자 C씨**는 6년간 해외에서만 체류·생활(국내입국 0회, 보험료 납부 실적 없음) 하다가 귀국하여 **37일만에 갑상선 암 등 18회 진료 후 출국, 공단 부담금 1,321만원 발생**

□ **개선 방안**

◈ **외국인·재외국민 자격요건 강화로 의료이용목적 입국 및 무임승차 방지**

❶ (외국인) 외국인 피부양자 자격요건 강화

- 외국인 피부양자의 건보 적용에 필수 체류기간을 규정하여, (6개월, 現 외국인 지역가입자 기준과 같음) 의료목적 입국 방지

※ 관련 법안 2건 발의, 상임위 계류 중

※ **(현행)** 외국인 피부양자는 **입국 즉시 의료 이용 가능**

(개선) 외국인 피부양자도 외국인 **지역가입자와 같이 6개월 체류 후 건보 적용**

- 다만, **배우자·미성년 자녀는 현행대로 입국 즉시 자격 취득 가능**

<주요 제도적용 사례>

√ **(사례1)** 건강보험 가입자의 외국인 장인, 장모, 대학생 자녀, 형제는 다른 요건을 충족하더라도 ⇒ **입국 후 6개월간 피부양자 등재 불가능**

√ **(사례2) 외국 국적의 외교관**(직장가입자)의 **배우자와 미성년 자녀**는 ⇒ **입국 직후 피부양자로 등재, 건보 적용 가능** ⇒ **현행과 같음**

❷ (재외국민) 해외 장기체류 중인 영주권자(해외이주 미신고자) 자격관리 강화

- **장기간 해외 체류 중*인 국외 영주권자가 지역가입자로** 국내 입국한 경우, 입국 후 **6개월 경과한 뒤부터 건보 적용**

* **(예시) 출국 후 5년 경과자** 중 **국내 체류 기간이 10개월 미만**인 **경우**

※ **(현행)** 장기간 해외 체류 중인 국외 영주권자 **국내 입국시 즉시 건보 적용**(해외이주 미신고시)
(개선) 국외 영주권자는 장기간 해외 체류 시 국내 입국 후 **필수 체류기간**(6개월) **요건 도입**

- 장기간 해외 체류자 중 **해외유학생, 주재원 등 비영주권자는 현재와 같이 입국 즉시 건강보험 이용**할 수 있도록 예외 규정 마련

※ 장기 해외 체류자가 귀국할 경우, **해외 체류 비자 확인하여 분류 :**
△기타 비자(유학생 등)는 즉시 재가입, △영주권자만 **6개월 체류요건 적용**

- 적용 대상 중 **상당수가 현재 국외 체류 중인 점을 감안, 재외공관 협조** 등을 통해 해외 이주자 대상 홍보·안내 강화도 병행 추진

<주요 제도적용 사례>

√ **(사례) 영주권자 A씨,** 지역가입자로 '23.5.25. 출국, 6년 5개월 후 '29.10.5. 입국

⇒ 체류자격 확인결과 **영주권자라면, 최소 6개월 체류 후 건보 적용**

⇒ **단기 출국자, 유학생, 주재원, 국내 직장이 있는 경우, 국민의 직계가족**(배우자, 미성년자녀)은 **즉시 가입 가능**

2 건강보험 자격도용 방지

□ 현황 및 문제점

❶ (확인) 진료시 신분증 제출 의무는 있으나, 요양기관에 **환자 자격확인 의무는 없는 상황** → **자격도용 사례 발생**

> ✓ **(사례) 내국인 A씨는 자신이 받은 적 없는 만성질환 진료 관련 사실을 통보받고 공단에 신고, 조사 결과 외국인 B씨가 2년 넘게 A씨 명의로 진료 및 처방(공단부담금 140만원)**

❷ (신고) 본인 자격 도용 확인을 위한 진료 내역확인 서비스가 부분적으로만 제공 → 부정수급 여부 확인이 어려워 **신고율 저하**

❸ (환수) 도용 적발 시에도 **실효성 있는 조치 부족**(환수액 1배)

□ 개선 방안

◈ 건강보험 자격확인 의무화 등으로 자격 도용 사전 예방 및 유인 차단

❶ (확인) **요양기관 환자 자격확인 의무화***

* 요양기관 본인확인 의무화 건보법 개정안 법사위 계류 중

- △모바일 앱 등 다양한 방법을 통한 **자격확인 편의 제공**, △미성년자, 응급상황 등 **신분확인 예외사유 구체화**

* (예) 미성년자는 본인확인 예외, 신분증 미지참자는 비급여 진료 후 2주 내에 요양기관에 신분증(주민등록증, 건보증 등) 제시 시 보험급여를 적용하여 진료비 정산

❷ (신고) **'진료내역 확인서비스' 확대로 부정수급 신고 활성화**

- 현재 우편 등으로 발송(전체(연 12.8억 건)의 약 0.2%) 중인 진료내역 확인서비스를 문자, SNS 등으로 확대 → **급여 내역 확인 간편화·證도용 신고 활성화**

❸ (환수) **자격 도용 적발 시 부당이득 환수 한도 증액(1배→5배)**

※ **(현행)** 부정수급액의 **1배 환수** + 행정벌 규정(징역 2년이하, 2천만원 이하 벌금)
(개선) 부정수급액의 **5배 환수** + 행정벌 규정(징역 2년이하, 2천만원 이하 벌금)

< 타법령 부당이득 환수 사례 >

구분	행정벌(징역, 벌금) + 부당이득 환수			행정벌 없이 부가금액 환수	
관련법	①산업재해 보상보호법	②장애인 고용법	③고용보험법	④철도사업법	⑤유료도로법
징벌기준	2배	5배	5배	30배	10배

3 건강보험료 부과·징수 관리 강화

□ 현황 및 문제점

❶ (부과) 폐업·해촉 등으로 소득이 감소한 **지역가입자는 보험료를 조정 중**이나, 보험료 정산 절차가 없어 사후에 **소득 활동이 확인되더라도 사후 정산 불가**

> ✓ **(사례) 프리랜서 A씨는** 3년간 7.6억원의 소득을 벌어 평균 월보험료 149만원이 부과되어야 하나, 매년 보험료를 조정받아 **피부양자 자격을 유지(보험료0원)**

❷ (징수) 고소득 장기 체납자 등에 대한 실효성 있는 체납 건보료 **징수 한계**

> ✓ **(사례) A사업장**은 '15~17년 사이 **건강보험료를 5억원 체납**하여 체납처분을 진행하였으나, **상습적 회피성 납부약속으로 납부를 미루다 '21.6.30 사업자 폐업**

□ 개선 방안

❶ (부과 강화) 지역가입자 소득 조정제도는 유지하되, 보험료를 조정받은 자의 **소득이 사후적으로 확인**(국세청 공적 자료 연계 등)**될 경우 차액분 사후 정산**

- 시행령 개정('22.9월完) 이후 조정신청자 대상 **'23년 11월 보험료 차액분 정산* 실시 예정**('22.9.~'22.12., 4개월 분)

  * 정산차액 = 재산정된 전년도 보험료(1 ~ 12월분) - 전년도 旣 납부 보험료(1 ~ 12월분)

- **보험료 회피 방지** 및 **형평성 제고** 위해 정산 **대상 확대 중장기 검토**

  ※ (현행) 보험료 조정 신청자만 사후 정산 → (중장기 검토) 지역가입자 전체 사후 정산

❷ (징수 강화) △**고소득 장기체납자**를 **특별관리대상**으로 선정, 집중 관리, △**체납자 정보 신용정보원 제공 대상을 확대**하여 **자진 납부 유도**

  ※ **(현행)** 사업장 체납자 정보만 제공(체납 1년 이상, 5백만원 이상)
  (개선) 지역가입자 체납자까지 정보제공 확대 (체납 1년 이상, 5백만원 이상)

- △단기(1~5개월) 체납 사업장의 체납 장기화 방지를 위해 **납부약속 미이행** 시 **강제징수, △체납 유형별 징수 전략 추진, △사전급여제한자 징수 강화**

3. [의료이용] 합리적 의료이용 유도

1 과다 의료이용자 관리 강화

□ 현황 및 문제점

○ 현행 건강보험체계에서는 **과다 의료이용·공급에 대한 관리기전이 부족**하여 **도덕적 해이** 및 **불필요한 의료남용 발생**

✓ **(사례)** '21년, **내국인 A씨**는 **통증 치료**를 위해 **1일 평균 5.6개의 의료기관**을 **방문**(1일 최대 10개 기관)하는 등 **연간 2,050회 외래이용 기록(공단 부담금 2,690만원)**

○ **실손보험으로 인해 실질 본인부담률 20%→0~4%(급여, 입원)**로 하락 효과 발생

< 실손보험 보장 후 급여 본인부담률 변동>

세대(가입자)추정	법정 급여 본인부담률	실손 보장 후 본인부담률
1세대(879만)	입원 : 20% 외래 : 30~60%	입원 0%, 외래 0% (100% 보장)
2세대(1,957만)		입원 2~4% 외래 3~12% (80~90% 보장)
3세대(978만)		입원 2~4% 외래 3~12% (80~90% 보장)
4세대(60만)		입원 4% 외래 6~12% (80% 보장)

□ 개선 방안

❶ **(본인 부담) '외래의료이용량 기반 본인부담률 차등제(가칭)'** 등 검토

- 연간 **365회 초과 외래이용**에 대해 **본인부담률 90% 적용**(현재 평균 20%), 중증질환 등 **의료이용이 불가피한 경우**에 대한 **예외기준 마련 병행**

❷ **(사후 관리) 의료이용 모니터링, 의료기관 기획조사 등 추진**

- △과다의료이용자 등록·관리시스템 등 **모니터링 체계 구축**, △하루 여러 의료기관을 이용하는 **일일 과다이용자 대상 집중상담 강화** 및 **과다이용 관리기전 검토**

- **본인부담면제·할인**(의료법 제27조 위반) 등 **과다이용 조장 의료기관 기획조사**

❸ **(실손 연계)** 의료 이용의 도덕적 해이 방지를 위해 **실손보험**의 급여·비급여 **보장 범위·수준** 등 **상품구조 개편** 지속 협의(금융위)

2 산정특례제도※ 기준 및 관리 강화

※ 암 등 중증·희귀질환 진료 시, 낮은(5~10%, 결핵은 면제) 건보 본인부담율을 적용하는 제도

□ 현황 및 문제점

○ **(현황)** 최근 5년간 연평균 **대상자 4.8% 증가, 급여비용 10.3% 증가**

※ 대상자는 252만 명, 급여비는 17조 7천억 원(전체 급여비의 25.3%, '21.)

○ **(문제점)** 적용범위는 해당 **중증질환** 및 **합병증**으로 규정하고 있으나, **관련성 없는 경증질환**에도 **특례 적용** 사례 다수 발생

> ✓ **(사례)** '21년, **연소성 강직척추염(희귀질환)**으로 산정특례 등록한 A씨는 안구건조증으로 13회 진료·처방 받아 **공단부담금 22만원 발생**

□ 개선 방안

◈ 산정특례 관련 지출 관리를 위해 특례 적용 기준 강화 및 지출 모니터링 강화

❶ (적용 기준) 산정특례 적용기준 관리 강화

- 산정 특례 적용 중증질환의 **합병증 범위에서,** 특례 질환과 **관련성 낮은 경증질환*부터 적용 제외**하여 **적용 범위 명확화**

* 통상적으로 경증질환으로 분류되는 105개 질환부터 전문가 논의를 거쳐 대상을 선정하고 적용제외 사례는 공개

< 산정특례제도 현황 – 개선 비교표 >

구분	질환 종류	산정특례 적용 여부	
		현행	개선
산정특례 질환	암·희귀·난치성 질환 등 (예: 중증 아토피)	적용	적용
합병증	**특례 질환과 관련성 있는 질환** (예: 가려움발진)	적용	적용
	특례질환과 관련성 없는 질환 (예: 추간판 장애(디스크))	**적용**	**적용 제외**

❷ (지출 관리) 산정특례 지출 관리 강화

- 산정특례 관련 지출 증가율 관리를 위해, △등록기준 관리 **강화**하여 **부적정 대상자 검증,** △**지출 모니터링 강화**

3 본인부담상한제 합리화

□ 현황 및 문제점

○ (현황) 최초 도입('04) 후 **지급 규모·인원**은 단기간내 **급증**

* ('15) 9,902억원, 52.4만명 → ('21) 23,860억원, 175만명

※ 5년간('16~'21) 급여비 연평균 증가율(8%) 대비 상한제 환급금 연평균 증가율(17.3%)은 2배

○ (문제점) 소득에 따른 **부담경감 차별화, 전달체계 개선 유인** 등 **미흡**

※ (인당 평균 환급액) ('17) 1구간 147만원 vs 7구간 273만원 → ('21) 1구간 107만원 vs 7구간 312만원으로 소득 상·하위 간 격차 증가(1.85배→2.9배)

- **소득 하위 50%이하**에만 **요양병원 장기입원 상한액 별도 설정**
- **소득 상위계층**의 **본인부담 여력**을 고려한 **상한선 차별화 미흡**

* 소득 상위 30% 상한선 : 소득의 8% vs 재난적의료비 지원 과부담 의료비 기준 : 소득의 10%

- **경증질환**을 **상급종합병원**에서 **진료받은 경우(초진)**까지 **포함**하여 환급

□ 개선 방안

❶ (요양병원 적정 이용) 소득하위 구간에만 적용 중인 **요양병원 장기입원(120일 초과) 별도 상한**을 **소득 상위 구간(4~7구간)까지 확대 적용**

❷ (소득상위계층 상한 조정) **소득 상위 30%**에 해당하는 5~7구간은 **상한액**을 **인상**(年평균 소득의 10% 수준)

< 소득구간별 본인부담 상한액 >

소득분위		1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위
구간		1구간	2구간		3구간		4구간		5구간	6구간	7구간
소득수준		하위 50%					상위 50%				
現 상한액 (만원)	기본	83	103		155		289		360	443	598
	요양병원 120일 초과입원	128	160		217						
개선안 (예시)	기본	현행과 동일					현행과 동일		414	497	780
	요양병원 120일 초과입원						375		538	646	1,014

❸ (종별 기능 정립) **경증질환**(105개) **상급종합병원 외래는 적용 제외**

❹ (실손 이중수령 방지) 건강보험 본인부담상한제 환급금과 **실손보험금 이중수령 방지** 방안 마련(감사원 제도개선 권고)

* 실손보험이 보장하는 본인부담을 본인부담상한제에서도 환급하여 이중지급 발생, 의료이용을 늘릴수록 유리한 구조

4. (재정관리) 불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신

1 건강보험 재정 지킴이 신고 센터

□ **현황 및 문제점**

○ 현재 신고시스템을 운영 중이나, 4개 센터로 분절적* 운영 중이며, 실제 접수된 신고·제안 건의 상당수가 단순 민원

* 부당청구신고, 불법개설기관신고, 1회용 주사기 등 재사용 신고, 예산낭비 신고

□ **개선 방안**

○ **(신고센터 통합)** 旣운영 **센터 개편·통합 → '재정지킴이 신고센터'** 신설

○ **(포상금) 신고 활성화를 위해 포상금 지급제도 홍보**

○ **(제도 개선)** 실생활에서 확인할 수 있는 재정 낭비요인 또는 악용사례를 쉽게 신고, **필요시 제도 개선에 반영될 수 있도록 조치**

2 불법개설기관 및 부당청구 관리 강화

□ **현황 및 문제점**

○ **(불법개설기관)** 사무장병원 및 면허대여약국 등 단속·관리중이나, **행정조사**의 **한계, 수사 장기화, 은닉재산 발굴 곤란** 등 제약 존재

○ **(부당청구)** 최근 5년간 현지조사 등을 통한 사후관리로 **재정절감**을 이루었으나, **코로나 19 이후 현지조사 등 사후관리 한계**

□ **개선 방안**

❶ **(불법개설기관) 사무장병원·면허대여약국 등** 적발 및 부당이득 환수 강화

- **건보공단 특사경** 부여(사법경찰직무법 개정안 법사위 계류 중), **은닉재산** 제보자 **신고 포상제** 도입 등 제도 개선
- 경찰 등 **수사 공조, 지자체 특사경 협력, 의약품도매상 공급 내역 관련 정보 제공** 등 협력확대 추진
- **특별징수TF** 운영을 통한 **실거주지 현장징수** 등 징수 실효성 제고

❷ (부당청구) 현지조사 확대 등 요양기관 부당청구 관리 강화

- △조사인력수 탄력적 구성(요양기관 규모별 등) 및 △부당청구감지 시스템 고도화로 현지조사 강화

- △급여량 급증, 사회적 이슈 등 기획조사 실시 및 △급여업무분야(건강검진, 간호간병통합서비스 등) 공동 사후관리 협력체계 구축

- 多기관·多발생 부당항목 위주로 자율점검 항목 확대

3 건강보험 재정누수 차단 및 경영 혁신

□ 현황 및 문제점

○ (내·외부통제) 재정누수·부패 사건 발생방지 위한 내·외 통제 기전 및 체계적인 대응·사후관리 체계 부재

○ (경영 혁신) 기존의 경영·재정관리 방식으로는, 급변하는 사회·보건의료 환경에서 재정을 안정적으로 운영하는데 제약

□ 개선 방안

❶ (내·외부통제) 투명성·효율성 제고 중심으로 조직 체질을 개선하고, 반부패 역량 제고를 위한 내부통제 시스템 강화

- 외부 전문기관에 의한 내부통제절차 분석·평가 및 강도 높은 위험방지시스템 마련, 상시 모니터링 체계를 통한 자체점검 체계 고도화

- △재정 누수 사건 발생 시 신속보고·초동조치를 위한 긴급조치 매뉴얼 마련, △책임보험 보장한도 상향(최대 5천→20억) 검토 등 사후관리 체계화

❷ (경영혁신) 제도 경영·운영 혁신을 위한 경영혁신전략 마련

- 준법경영시스템(ISO 37301) 인증, 재정위험요인 관리 등 강화

- 재정전망 기능 강화, 재정건전화 과제 관리 등 분석시스템 고도화

4 비급여 및 실손보험 연계 관리 강화

□ 현황 및 문제점

○ **관대한 실손보험 보장** 및 급여·비급여 **혼합진료**에 따라 **비급여 가격 인상**(풍선효과)뿐 아니라 **건보급여 지출 증가**도 초래

※ 실손보험 등으로 인한 백내장수술 증가로 건보 재정 980억원('20기준) 추가 지출 추정(심평연)

> ✓ **(사례) A 안과에서 비급여인 백내장 다초점렌즈 가격을 240만원에서 410만원으로 인상, 실손보험 가입한 환자를 다수 유치해 다초점렌즈 백내장수술 실시 후 급여인 백내장수술비도 다량 청구**

○ 의료기관별 주요 비급여(578개) 가격 외, **이용량 등 기본 현황 파악 부족,** 안전성·효과성 등 비급여 **質 평가 기전 부족 → 환자의 정보 부족**

□ 개선 방안

❶ **(실손 연계) 건강보험-실손보험 연계 강화** (복지부-금융위 협업)

* 비급여 풍선효과 중 실손보험 유인효과 약 56% 추정(서남규 외, '21)

- **실손보험 상품 개선*, 중점 관리 비급여**** 대상 실손보험 **지급기준 개선** 및 **합동조사** 등 협업

* (예) 보장 수준 적정화, 비급여 지급기준 마련 등

** (예) 비급여 규모가 크거나 증가세가 빠른 10개 항목 : ①백내장 다초점렌즈 ②도수치료 ③하이푸시술 ④맘모톰절제술 ⑤비밸브재건술 ⑥갑상선고주파절제술 ⑦오다리교정술 ⑧비급여약제(영양제 등) ⑨재판매가능치료재료(제로이드MD 등) ⑩하지정맥류수술

❷ **(정보 제공) 비급여 이용 적정화를 위한 소비자 정보 제공 강화**

- 도수치료 등 **중점 관리 비급여** 항목 대상 심평원 누리집 등을 통해 비급여 **質 정보 공개 강화**

* (해외사례) 독일은 60개 비급여 항목의 효과성·장단점·비용 등 정부 웹사이트에 공개

❸ **(병행진료 관리) 풍선효과 유발 급여-비급여 병행진료 모니터링 강화**

- **▲급여 병행 비급여 데이터 수집·분석** ▲표준 명칭·코드 등 **비급여 표준화** 확산 ▲비급여 진료내역 **보고제도** 시행

Ⅴ. 제도 · 구조 개편방향

◈ **인구 고령화 등 환경변화에 대응**하기 위해서는 관리 · 운영 체계 개선과 더불어, **건강보험 재정 제도 · 구조에 대한 개편 필수적**

⇒ **(추진 계획)** 발표 후 과제별 작업반 구성 · 운영 → 공청회에서 제기된 의견 등 중심으로 개편방향 구체화 논의 추진, **2차 건강보험 종합계획 수립('24~'28) 시 반영**

❶ (지출) 장기 재정건전성 제고를 위한 지출 구조 개혁 추진

① (지불제도 다변화) '양적 기반'에서 '가치 기반' 지불제도로 전환 위해 행위별 수가제도 外 새로운 대안적 지불제도 도입 추진

- **필수의료 분야**를 중심으로 **시범사업 운영**을 통해 **기관 단위보상**(lump-sum), **네트워크 참여보상** 등 **지불제도**를 **다변화**

- **의료기관 종별**(1~3차), **환자 집단별**(아동, 응급환자 등) **다양한 시범사업** 및 **대안적 지불제도 확산** 위한 **건강보험혁신센터 설립 추진**

<지불제도 다변화 관련 주요 시범사업 >

연번	시 범 사 업 명	보상 방식
1	중증진료체계 강화 시범사업	3차병원 성과기반 보상
2	어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업	성과기반 사후 보상
3	응급 심뇌혈관 전달체계 개선 시범사업	2 · 3차 병원 네트워크 보상
4	신포괄수가 시범사업	포괄수가 + 행위별수가
5	일차의료 만성질환관리 시범사업	행위별수가 + 묶음수가

② (의료서비스 가격결정체계 혁신) 건강보험 환산지수 · 상대가치 개편

- 현재의 일률적 수가 협상 방식보다는, 의료수요 등을 고려하여 **탄력적 가격 조정체계 검토**

※ (예시) 환산지수 · 상대가치점수 연계 등 가격조정체계 모형

- 의료기관 기능에 적합한 진료를 유도할 수 있도록, 외과계 보상강화, 종별가산개편 등 **3차 상대가치점수 개편 추진**

❷ (수입) 건강보험 수입 구조·비중 등 효율적 재원조달방안 검토

- **적정 건강보험료 상한에 대한 사회적 논의 개시, 보험료율 담론화***

* (주요국 보험료율, '21) 독일 14.6%, 프랑스 13.0%, 대만 5.17%, 일본(조합) 9.21% 등

- 사회보험료가 **고용·경제에 미치는 영향** 및 **해외 사례** 참고하여 **적정 국고지원 비율에 대한 논의 통해 근거법 검토 지속**
- 건강보험료 미부과 소득에 대한 **부과 기반 확충 논의 추진**

❸ (재정관리구조) 건강보험 투명성 및 관리 프로세스 개선

- 지불제도 다변화, 수가체계 개편 및 재정 전망 고도화 등을 통해 **지출에 대한 합리적 통제 기전 마련 방안 검토**
- 건강보험 시행계획 등 주요정책 사항 **국회 보고·의견수렴 절차** 강화, 시행계획 보고 시 **단년도 재정전망* 포함** 검토

* **(현행)** 종합계획 수립시에만 5년 전망 보고 → **(개선)** 시행계획 보고시 매년도 전망 보고

- 국민들이 투명하게 알 수 있도록 **건보 재정 주요사항 정보 공시 활성화**
- 건강보험공단 **사업·운영비 관리 강화 방안 검토**

필수의료 지원대책

-중증·응급, 분만, 소아환자 중심으로-

Ⅰ. 수립 배경

이번 대책의 범위

❶ 적기(질환별 골든타임)에 긴급하게 제공하여 생명을 살리는 중증·응급 분야
❷ 인구 감소로 적정 공급이 어려운 분만.소아 분야

□ **(배경)** 서울 대형병원 간호사 사망('22.7) 등 **적기치료 실패 사례** 반복

- 교통사고 환자, 전북 대학병원 응급수술 의사 부재로 7시간 대기 후 사망 ('16)
- 수술 후유증 환자, 부산 대학병원 이송 중 수용 불가 통보 이후 뇌사 ('19)

* 질환별 골든타임 : ▸중증외상 1시간 이내 ▸심근경색 2시간 이내 ▸ 허혈성 뇌졸중 3시간 이내

□ **(경과)** 보건복지부 內 **전담 조직 구성** 및 **현장 의견수렴**

○ **「분야별 릴레이 간담회」** (8.7~12), 심뇌혈관질환, 산부인과·소청과 등(7회)

○ **「필수의료추진단」** 발족(8.25), 2차관 단장으로 3팀(총괄, 수가, 전달체계팀)

- 26개 학회, 4개 단체 서면 의견수렴(8.30~9.7)

○ **「필수의료를 살리기 위한 협의체」** 구성 및 실무 협의(9.19~)(7회)

* 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회가 매주 전달체계, 수가 등 분야별 대책 논의

○ **「응급의료 전달체계 개편 협의체」** 구성 및 분과별 논의(9.28~)(6회)

* 뇌혈관, 심장, 외과, 내과, 주산기, 소아질환 등 6개 분과로 운영

□ **(의견수렴 결과)** ▸지역 의료체계▸의료 인력▸적정 보상 측면

○ 치료 시급성 · 중대성이 큰 중증·응급 수술의 **지역 내 전달체계 개선**

○ 부족한 필수의료 **인력의 효율적 활용, 배치와 양성**

○ **중증·응급수술, 최소한의 인프라 필요분야**(산과, 소청과) **보상 강화**

Ⅱ. 필수의료 현황 진단

1 중증·응급 환자에 대한 대응체계 미흡

【사례】

- 뇌출혈 환자 A씨, 119 구급차에 탔지만 어느 병원에 갈지 몰라 골든타임 낭비
- 응급의료센터에 개두술 가능 전문의가 없어 전원할 병원을 찾다가 수술시간 지연

◇ 중증·응급질환 전문치료 역량 부족

○ **(응급의료체계)** 응급실의 시설 및 인력 위주로 응급의료센터가 지정되면서 응급처치·검사 이후 **수술 등 최종치료 역량 미흡**

* 중증응급환자 원내 사망률 6.4%('19) → 7.5%('20)

○ **(심뇌혈관질환)** 고난도 수술 등 전문치료 기능을 수행하는 권역심뇌혈관질환센터는 일부에 불과, **전반적 진료역량 개선 필요**

* 60~70대 사망원인('20) 1위 암, **2위 심장질환, 3위 뇌혈관질환**

** 입원 후 30일 내 급성심근경색 치명률(8.8%)은 OECD 평균(6.6%) 대비 높음, 입원 후 30일 내 뇌출혈 치명률은 증가 추세(15.5%['18] → 16.3%['20])

◇ 병원 간 연계 · 협력 미흡 등 지역 내 대응 한계

○ **(당직)** 중증·응급질환의 경우 **24시간 대기**가 필요하나 **개별 병원별 당직**으로 **의료인력 근무부담** 가중, **인력 이탈**의 주요 원인으로 작용

* **심장혈관흉부외과 전문의** : 평균 당직 월 5일, 대기 월 11일 등 근무 ('19. 학회)

○ **(이송 · 전원)** 최초 이송 병원에서 **치료받지 못해**, 다른 병원으로 재이송되는 사례 발생

* 급성심근경색 응급환자의 11.2%가 최초 병원 이송 후 다른 병원으로 전원 ('20, 심평원)

** 중증응급환자 적정시간 내 응급의료기관 미도착률 : 50.3%('18) → 51.7%('21, 국립중앙의료원)

2 분만·소아진료 기반 약화

【사례】

- 취약지 거주 고위험 임신부 B씨는 거주지에 분만시설이 없고, 대도시 고위험 산모·신생아 통합치료센터까지 거리가 멀어 안전하게 출산할 수 있을지 걱정
- 어린이 공공전문진료센터를 맡고 있는 병원장 C씨는 적자가 특히 심한 소아외과 분야 의료인력을 줄여야 하는 것이 아닌지 고민

◇ 지역별 분만진료 격차 발생

○ **(분만취약지)** 분만수요 감소로 인해 병·의원급 중심으로 **분만의료 기관 감소, 지역 별 분만의료 접근성 격차** 발생

- 분만기관 중 병의원 74개 감소(93% 차지)('18~'21)

* 250개 시군구 중 분만취약지 105개(42%) ('21)

종별 분만의료기관 추이

구 분	상급종합병원	종합병원	**병원**	**의원**	조산원	**계**
2018	41	86	**145**	**279**	16	**567**
2021	44	79	**132**	**218**	14	**487**

◇ 소아 중증·응급진료 접근성 약화

○ **(인프라 유지 곤란)** 소아 환자 감소로 어린이병원 적자 누적, 소아외과 등 중증소아 진료를 위한 **전문의 배치 부족**

* 전국 10개 어린이공공전문진료센터 **소아청소년과 전문의 수 266명, 소아외과 전문의 수 19명(7.1%)**('21)

A병원 어린이공공전문진료센터 손익 현황('19, 심평원)

구 분		수익	비용	**손익**	손익률	환자 수	**환자당 손익**
소아	외래	48,339	56,483	**-8,144**	-16.8%	326,189	**-2만5천원**
	입원	116,963	122,272	**-5,309**	-4.5%	101,343	**-5만2천원**
	계	165,302	178,755	**-13,453**	-8.1%	427,532	**-3만1천원**

(단위: 백만원, %, 명)

○ **(지역 간 격차)** 소아진료 인프라 지역 간 격차 발생, 지방거주 소아청소년 환자 및 가족의 어려움 가중

* **소아입원환자 거주지역 상급종합병원 진료 비율** : 서울 93.9% ↔ 충북 52.6% ('19)

3 필수의료분야 인력 부족

【사례】

- 생명을 살리고자 신경외과 지망한 전공의 D씨, 밤낮없는 수술·진료에 개인 생활이 없는 교수들을 보며 결국 뇌수술 포기, 응급이 없고 급여도 높은 척추병원 취직 결심
- 소아심장 전문의 E씨, 소아심장 전문의 수 급감하는 현실을 보며 자신이 은퇴할 10년 후에는 외국에서 전문의를 데려와야 하는 것은 아닌지 걱정

◇ 인력 유입 유인 부족

○ **(근무여건)** 비필수, 비응급, 비중증분야 의사와 비교해 **당직근무 등 업무 과중, 의료사고의 부담***을 지고 있어 심리적 위축

* **산부인과 전공의 미래 어두운 이유 :** 무과실 의료사고 관련 보호 부재 82.3% ('21, 학회)

○ **(보상수준)** 과중한 **업무부담에 비해 임금수준은 높지 않아**, 응급 상황이 적고 덜 위험한 분야로 필수의료 전문의 이탈

○ **(지방근무)** **생활·자녀교육** 및 **진료여건 격차**로 **지역 의료인력 유출**

* "주 4.5일 근무, 연봉 3억에도 의사 없는 지방의료원" (경향, '21.12.12)

◇ 의료이용·공급 불균형으로 인한 유출

○ **(지역자원 불균형)** 지역 격차 고려 없는 **수도권** 병상 신·증설로 **의료 이용과 공급**(지방 의료인력 흡수 등)**의 쏠림 발생**

* **병상증가율('17~'21) (상위)** 인천(8.5%), 경기(7.7%), 서울(5.6%)
(하위) 광주(-5.0%), 경북(-3.3%), 강원(-2.6%)

** **수도권 근무 의사 비중('20)** : 54.6%(60,066명)

◇ 필수의료 담당 의사·보조인력 총량 부족

○ **(인력양성)** 의대생·전공의 필수의료 **교육·수련 부족, 지나친 전문과목의 세분화**로 통합 진료에 한계

* 서울 B 병원의 경우 신경외과 교수 25명 중 뇌혈관 교수 5명, 개두술 가능 2명

○ **(보조인력)** 중환자 및 수술 담당 **간호사, 체외순환사** 등 의사와 팀을 이뤄 진료하는 인력의 제도적 관리·보상체계 미흡

* 심장혈관흉부외과 전공의 감소 상황에서 체외순환사 역할이 필수적 ('22.8월, 학회)

○ **(의사 절대수 부족)** '06년 이후 **의대정원 동결, 의사 고령화** 및 의료수요의 지속적인 증가로 **미래 의사 부족 전망**

* 2035년 의사 9,654명 부족 예상, '10~'18 추이를 토대로 예측 ('21, 보사연)

필수과목 의사 60대 이상 비율 추이

구 분	내과	외과	산부인과	소아청소년과	심장혈관 흉부외과	**전체**
2011	8.9%	21.5%	16.9%	12.4%	7.9%	**8.1%**
2020	**16.2%**	**31.4%**	**33.1%**	**25.5%**	**23.4%**	**13.9%**

4 필수의료 적정보상의 한계

【사례】

▸ C병원은 개심술이 수술건수와 진료수익은 적은데 당직 근무가 필요하고, 의료사고 위험도 높은 점을 고려하여, 하지정맥류 수술만 유지하기로 결정

◇ 중증·응급 수술, 당직, 협력 등에 대한 보상 한계

○ **(행위별수가제)** 진료량을 늘려야 수익 늘어나는 구조로, **저빈도·고위험·고난도의 수술 등 필수의료 분야** 적정 보상 어려움

* **건강보험 진료비 지출** : 고혈압 3.7조, 2형 당뇨 2.5조, 유방암 1.2조
↔ 급성심근경색 0.5조, 지주막하출혈 0.3조, 단일자연분만 0.1조, 소아백혈병 0.06조 ('20)

- 상시적 필수의료 제공을 위한 **의료인력 야간·휴일 당직비 지급, 지역협력체계 구축**에 대한 **보상 곤란**

○ **(지역수가 부재)** 의료취약지일수록 **의료인력 임금수준이 높고** 인프라 유지에 많은 비용 들어가나, **건강보험수가 등 보상수준 동일**

- 필수과목 인력 확보 위해 수가 인상해도 **지역에서 근무하던 의료인력이 수도권으로 쏠리게 되는 부작용 발생**

* 흉부외과·외과 진료수가를 각각 100%·30% 인상('09년) : 지역에 근무하던 전문의가 수도권 대형병원에 고용되면서 지방의 필수의료 인력 부족 가속화

현장의 목소리

※ 서울아산병원 간호사 사망사건('22.7) 이후 의견수렴 주요 내용

□ (신경외과 · 신경과) **24시간·365일 작동하는 뇌혈관질환 치료체계 부재**

○ **(중증·응급 뇌질환 진료체계 미흡)** ▲권역심뇌혈관센터를 통한 **지역별 의료인력과 자원의 집중화 부족** ▲응급의료체계와의 연계 **부족** ▲체계적인 환자 **이송·전원 미흡**

○ **(인력부족·근무여건 열악)** ▲뇌혈관분야 지원인력 부족* ▲야간 등 **수술**에 참여할 **인력 부재** ▲**수술 후 발생하는 소송** 등의 문제

* 전국 전공의 수련병원 85개 중 개두술 가능한 숙련된 뇌혈관외과 의사는 133명 정도

□ (심장혈관흉부외과) **위험도·난이도 대비 부족한 보상, 지역 공동화 현상 발생**

○ **(업무강도대비 보상 부족)** ▲고위험·고난도·고비용 분야에 대한 낮은 수가 ▲당직에 대한 보상 부재 ▲흉부외과 수가 가산 지원금의 타 목적 전용(轉用) ▲치료재료에 대한 보상 미흡

○ **(지역 전달체계 위기)** ▲개심술 등 주요 수술의 지역 공동화·수도권 쏠림 ▲소아심장 등 수요부족 분야의 위기 ▲권역심뇌혈관센터에서의 외과계 배제

○ **(인력부족·근무여건 열악)** ▲전공의 감소 ▲소진(burn out)에 대한 대책 부재 ▲체외순환사 등 진료보조인력에 대한 제도적 뒷받침·보상 미비 ▲전문의 고령화 및 자연감소 전망

□ (소아청소년과) ▲**전공의 충원율 급감** ▲**교수·전문의 당직부담** 심화

□ (산부인과) ▲**불가항력 의료사고에 대한 책임부담**으로 인한 기피현상 심화 ▲**고위험 임산부 치료시설에 대한 분만취약지 접근성 부족**

□ (중환자의학회) **중환자실 종사 의료인력의 소진** 심각

Ⅲ. 추진과제

비 전

국민의 생명을 살리는 필수의료 보장

목 표

전국민이 언제 어디서든 골든타임 내
중증·응급, 분만, 소아진료를 제공받는 체계 구축

추진방향 및 주요과제

❶ 지역완결적 필수의료 제공	❷ 적정 보상 지급 (공공정책수가)
▷ **의료기관 진료역량 강화** • 최종치료를 책임지는 응급의료체계 구축 • 중증 심뇌혈관질환 치료역량 강화 • 권역내 분야별 의료센터 지원 강화	▷ **응급진료 보상 강화** • 야간·휴일 응급수술 보상 강화 • 응급환자 후속진료 보상 강화 • 응급심뇌혈관 진료협력 보상 강화
▷ **권역 내 협력체계 구축** • 응급전원협진망을 통한 신속 전원 지원 • 병원 간 전문의 순환교대 당직 실시 • 네트워크 기반 전문치료팀 도입	▷ **중증질환 치료 지원 확대** • 저평가된 수술·입원 등 항목 보상 강화 • 상급종합병원 등 중증환자 진료기능 집중 • 중증·희귀질환 신약 등 접근성 강화
▷ **분만소아 진료 접근성 강화** • 지역 특성을 고려한 산부인과 지원 확대 • 위험도 중심으로 모자의료 전달체계 개편 • 중증·응급 소아환자 진료기반 확충	▷ **분만소아 진료 기반 유지** • 취약지·안전 분만 보상 강화 • 병·의원급 신생아실 입원 지원 확대 • 중증 소아진료에 대한 사후 보상 도입

❸ 충분한 의료인력 확보		
▷ **근무여건 획기적 개선**	▷ **지역, 과목 간 인력 격차 최소화**	▷ **교육-수련 강화 및 전문인력 확충**
• 당직 제도·근무시간 개선	• 지방병원·필수과목 전공의 우선 배치	• 전주기 필수의료 교육·수련 강화
• 의료사고 부담 완화	• 수도권 병상관리 강화	• 간호사·진료지원인력 양성·지원
• '한국의 의사상' 도입	• 급여-비급여 의료 간 적정 균형 유지	• 의사 인력 공급 확대

☞ **금번 대책에서는 우선순위가 높은 중증·응급, 분만, 소아진료 분야에 집중**

▸ **추가 지원이 필요한 필수의료 분야에 대한 후속대책 마련('23)**

※ 중증·희귀 난치질환, 중증응급 정신질환, 전문의료인력 희소분야 등

▸ **의료전달체계 개편 등 중장기 정책방향은 「보건의료 발전계획('24~'28)」 수립 시 반영**

1 지역완결적 필수의료 제공

지역완결적 필수의료

▷ **(개념)** 환자가 ▲골든타임 내 ▲거주·소재지 인근에서 ▲24시간·365일 필수의료 서비스를 제공받을 수 있는 체계

▷ **(방향)** 권역 내 ▲거점 병원의 진료역량 강화 ▲협력체계 구축 ▲취약지 진료접근성 강화를 통해 지역완결적 체계 달성

1 의료기관의 진료역량 강화

❶ 최종치료를 책임지는 응급의료체계 구축

○ **(응급의료 개편)** 심뇌혈관질환 등 중증·응급환자에게 **응급실 이후 최종치료 제공**을 목표로 **응급의료기관 역량 강화**('23)

- **응급의료체계 내**에서 응급처치·검사 이후 수술 등 **최종치료까지 책임**질 수 있도록 **개편·운영**

- **중증응급의료센터**가 최종치료 역량을 갖출 수 있도록 **지정기준 개선**

* **(현행)** 응급실 근무 응급의학과 전문의 인원, 응급실 병상 수 등 규정
→ **(개선) 책임진료기능(중증응급질환별 수술·시술 제공 가능 여부)**, 관련 설비 등 규정 추가

○ **(중증센터 확충)** 중증응급환자 발생 시 주민 실제 생활권 내에서 골든타임 내 대응 가능하도록 **중증응급의료센터 확충**(~'25)

* (현재) 권역응급의료센터 40개 운영 → **(확충) 중증응급의료센터 50개 내외 운영**

응급의료 전달체계 개편방안

현 행		개 선(안)	주요 기능
권역응급의료센터 (40개)	⇨	**중증응급의료센터 (50개 내외)**	**중증응급*환자 최종치료** * **뇌출혈, 중증외상, 심근경색** 등 급성기 치료가 사망 위험에 밀접한 영향을 주는 질환
지역응급의료센터 (125개)	⇨	**일반응급의료센터**	입원 필요 비중증 **응급환자 최종치료** 및 **중증응급환자 일차수용**
지역응급의료기관 (243개)		**24시간 진료센터**	입원 불필요 **경증·비응급 환자 최종치료**

* 일부 권역 및 중증응급의료센터 대상 시범사업 우선 추진('23) 후 단계적 확대(~'25)

❷ 중증 심뇌혈관질환 치료역량 강화

○ **(권역센터 개편)** 권역심뇌혈관질환센터를 **고난도 수술이 상시 가능한 전문치료 중심으로 개편**하고, 지역 내 **연계·협력 기능 강화**('23)

- 시설·인력 기준 외에도 **실제 치료역량 기준**을 추가하여 권역센터 **재평가** 후 **실제 수요 및 자원 분포를 반영한 진료권**에 따라 **재지정***

  * **(현행)** 행정구역 중심으로 설정된 진료권에 따라 센터 지정
  → **(개선)** 질환별 유병률, 전문치료 건수, 이송경로 등과 부합하는 진료권 도출하여 센터 지정

- **권역 내 119 구급대, 진료자원*** 등을 연계하는 심뇌혈관질환 협의체 등 **심뇌혈관질환센터 중심 협력체계 구성·운영**

  * 권역 내 뇌수술·시술, 관상동맥 중재술(PCI) 가능한 신경외과·심장혈관흉부외과 등

권역심뇌혈관센터 개편 내용

	권역심뇌혈관센터 1.0 ('08년~'22년)		권역심뇌혈관센터 2.0 ('23년~)
핵심기능	예방·재활 사업 중심 * 내과계, 예방의학과, 재활의학과 등		고난도 수술 등 전문치료 기능 강화 * 외과계(신경외과, 심장혈관흉부외과) 포괄
지정 권역	행정구역 중심으로 설정된 진료권에 따른 권역	⇨	실제 수요 및 자원 분포 반영한 진료권에 따른 권역
지역내 협력	지역 내 연계·협력 활동 부족		지역 내 협의체 운영을 필수 기능으로 추가

❸ 권역 내 분야별 의료센터 지원 강화

○ **(분야별 역량 강화)** 권역별 **심뇌센터**(14개) 및 **외상센터**(15개), **소아 응급의료센터**(8개)는 **중증응급의료센터 기준을 갖추도록** 요건 강화('23)

- 각 센터가 **권역 내 중증·응급환자 진료거점**으로서 **응급전문진료 역량**을 갖추도록 유도

○ **(지원 강화)** 24시간 **진료체계**의 안정적 운영과 **치료기능 강화를 위해** 센터 **운영비** 및 **전공의 지원*** 강화('23)

  * 지방병원 전공의 배정 시 권역심뇌혈관센터 등 필수의료 거점병원은 추가 배정

2 권역 내 병원 간 협력체계 구축

❶ 응급전원협진망을 통한 신속 전원 지원

○ **(의뢰·전원 지원)** 기존 **응급전원협진망 활성화**를 통해 병원 간 협력 네트워크를 활용한 **신속 의뢰·전원** 가능 여건 마련('23)

- 양방향 메신저 개발 및 **일대다(1 : 多) 의뢰 기능 활성화** 등 협진망 활용 지원

- ▲수술가능 전문의 부재 등으로 최종치료 제공이 어려운 환자 ▲중증센터 입원이 부적정한 경증환자 등은 의뢰·전원 실시

응급전원협진망 개요

- **(개념)** 웹사이트(https://recs.nemc.or.kr) 또는 모바일 앱을 활용하여 병원 간 협진 및 진료 자문 등을 지원하는 시스템
- **(기능)** ▲응급환자 증상·검사결과 문자·영상 등 실시간 정보공유 및 수용가능여부 확인 ▲화상통화를 활용한 의사 간 대면 협진 ▲병원 간 네트워크 관리 등

○ **(사전 자원조사)** 시도 주관 **지역별 응급의료자원 조사**를 기반으로 주요 응급질환별 **최종치료**가 **가능**한 **병원 사전 파악** 및 **공동인지**

* 조사 결과에 기반하여 질환별 협력체계 운영지침 마련(예 : 급성심근경색은 D 중증응급센터 담당, 충수염은 E, F 일반응급센터 담당)

- 대동맥박리 등 비수도권 전문의 인력 부족으로 **권역 내 진료 불가능한 질환**은 **타 권역으로의 이송**을 사전에 합의

❷ 병원 간 전문의 순환교대 당직 실시

○ **(지역순환당직)** 개별 병원 대응이 어려운 질환에 대해 **응급의료 자원 조사 결과를 바탕**으로 **병원 간 순환당직체계 운영**('23)

* **(현행)** 개별 병원당 전문의 1~2명으로 매일 24시간 당직 가동 곤란

→ **(개선)** 월요일 ㉮병원 – 화요일 ㉯병원 등 병원 단위 전문의 순환교대 당직 가동

❸ 네트워크 기반 전문치료팀 도입

○ **(전문의 네트워크 활용)** 전문의 간 자발적 네트워크를 통해 중증·응급환자 **이송·전원** 및 **최종치료**까지 **신속 연계**('23)

* **(예)** 서울은 권역심뇌혈관질환센터 설치보다 각 병원의 뇌수술 가능 전문의 팀 구성 또는 순환당직제를 통한 중증·응급환자 대응이 적합함

- **실제 현장 인적 네트워크**를 **"전문치료팀"**으로 구성하고, **긴급콜 대응** 및 **이송 중 환자 초기분류·병원 확보, 수술 실시** 등 기능 부여

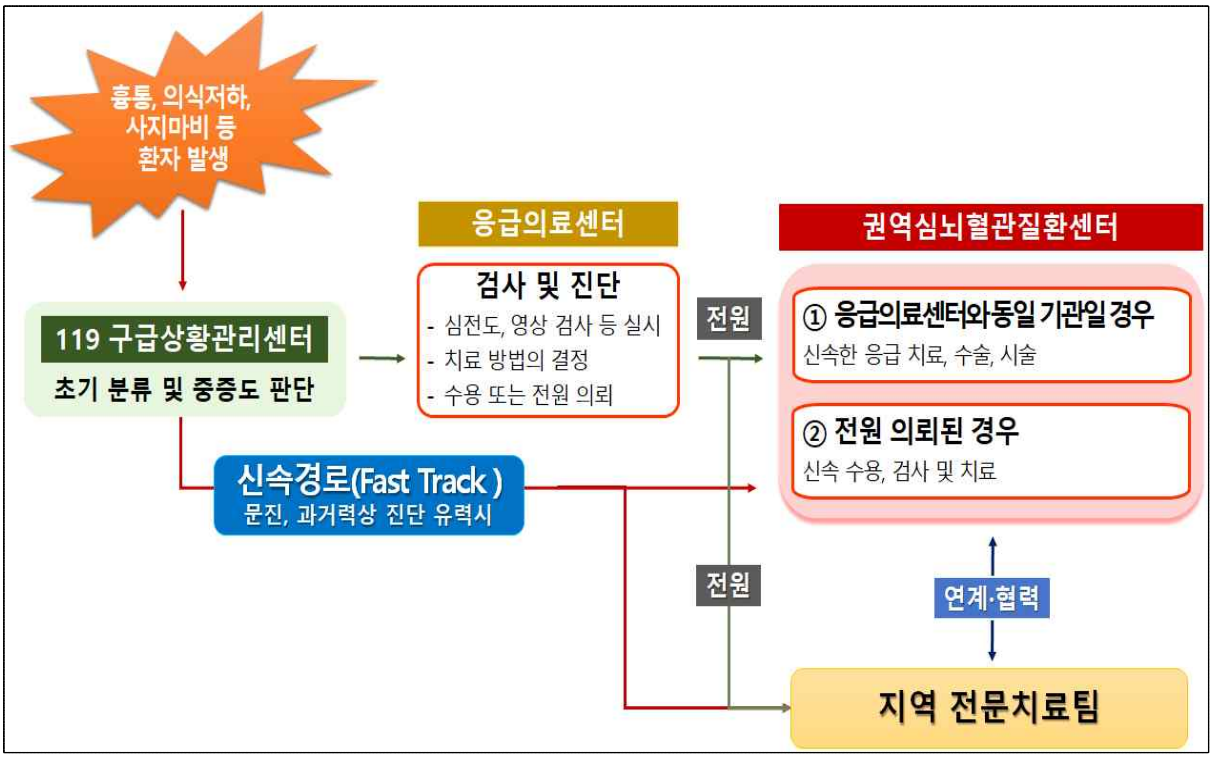
* 세부 서비스 제공 모형 및 팀 단위 보상방안 도출 후 건강보험 시범사업 추진

** 질환별 **전문치료팀의 조직화**, **구성원 간 소통** 및 **신속 의사결정**을 지원하는 **IT 기반 특화 플랫폼** 개발(R&D)

중증응급 심뇌혈관질환 환자 발생 시 치료 전달체계도

▶ 증상 발현 이후 **초기분류 → 진단 → 치료방법 결정 → 최종치료**가 신속히 연계·담보되는 대응체계 구현

▶ 인적 네트워크를 통해 **이송·전원 시 신속 경로(Fast Track) 마련**



3 분만·소아진료 접근성 강화

❶ 지역 특성을 고려한 산부인과 지원 확대

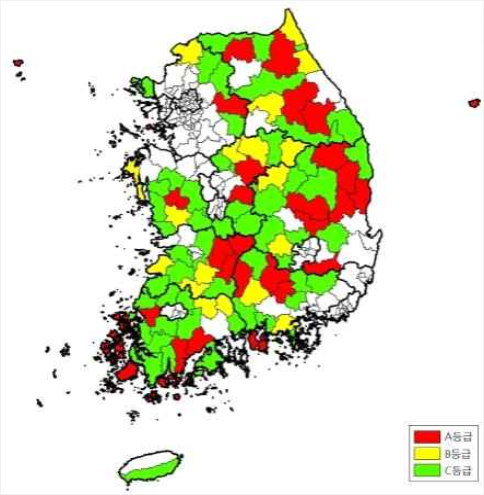
○ **(분만취약지 지원)** 분만취약지 지원사업 지속 확대*, 외래·순회 산부인과 등 지역별 특성을 고려하여 **다양한 모형 확산**

* **('22)** 51개 의료기관 분만시설 설치·운영비 지원 → **('23)** 54개로 확대(신규 3개소)

분만취약지 산부인과 유형별 지원 내용

유 형	주요기능
분만 산부인과	24시간 분만 및 산전후 진찰
외래·순회진료* 산부인과	산전후 진찰 및 교육·상담, 분만가능 의료기관 이송·연계

* 분만취약지 인근 생활권 내 배후도시에 거점 산부인과를 지정하고, 순회진료 가능한 인력·장비 등 갖춘 차량 운영



※ 참고 : 전국 분만취약지 현황(105개)

- **(A등급)** **ˆ60분내 분만이용률 30% 미만 ˆ60분내 분만가능한 의료기관 접근불가 인구비율 30% 이상**인 지역 (30개)
- **(B등급)** A등급 분만취약지 기준 2개 중 1개를 충족하는 지역 (18개)
- **(C등급)** 배경 인구수(29,236명)가 부족하여 분만 의료기관 운영이 어려운 지역 (57개)

○ **(1인실 기준 개선)** 분만전후 진료환경 개선 및 분만 후 안정적 회복, 사생활 보호 등을 위해 **산부인과 1인실 비중 확대**

* **(현행)** 분만병원, 산부인과 의원 등 다인실 50% 규제 → **(개선)** 20%로 완화

❷ 위험도 중심으로 산모·신생아 진료체계 개편

○ **(모자의료체계 개편)** 지역 특성에 따라 **모자의료 진료권을 설정**하고, 산모·신생아 **위험도·중증도에 따른 협력진료** 및 **이송체계** 구축

- 현행 고위험 산모·신생아 통합치료센터, 신생아 집중치료 지역센터를 **권역-지역 모자의료센터**로 **개편, 중증도에 따른 역할분담** 및 **연계**

* 모자의료진료체계 개편을 위한 연구용역('23.상) 후 건보 등 시범사업 추진

모자의료 전달체계 개편(안)

현 행		개편 후(안)	주요기능
고위험 산모·신생아 통합치료센터(19개소)	⇒	**권역 모자의료센터 (20개소)**	▪**고위험 산모** 분만, **고위험 신생아** 치료
		↑ 이송·정보공유	
신생아 집중치료 지역센터(35개소*)	⇒	**지역 모자의료센터 (42개소)**	▪**중위험 산모** 분만, **중위험 신생아** 치료
		↑ 이송·정보공유	
분만취약지 산부인과등	⇒	**1차 진료기관**	▪주기적 산전관리 및 분만 ▪가임기 여성 건강관리, 산후관리 등

* 신생아 집중치료 지역센터 50개소 중 15개소는 고위험 산모・신생아 통합치료센터와 중복

❸ 중증·응급 소아환자 진료기반 확충

○ **(소아암 진료체계 구축)** 지역 소아암 거점병원을 육성하고, 어린이 공공전문진료센터 등과 연계한 **치료-회복 협력진료 활성화**('24)

- (거점병원) 소아암 환자수 및 의료자원* 고려, 치료를 담당한 **수도권 병원과 협력하여 치료・회복관리를 지원**하는 **지방 거점병원 5개소** 육성

  * **소아암 전문의 67명 분포('22)** : 서울 29, 경기 12, 그 외 26(경북·강원 0)
  소아암 신규 환자 발생 규모 : 1,048명('15) → 926명('19)

- (인력기반 협력) 전국 소아암 전문의로 구성된 지역 별 협력진료 전담 인력팀 편성, **팀별 보상** 검토(인적 네트워크 기반 전문치료팀 서비스 모형을 활용)

○ **(소아 응급의료기반 확충)** 미설치 권역 위주로 소아전문 응급의료센터* 확충 추진('23~'24, 4개소 추가 지정 계획)

* '22 현재 총 8개소 : 서울 3, 인천 1, 대구 1, 경기 1, 충남 1, 경남 1

- **달빛어린이병원*** 등 지역사회의 병·의원급 **야간·휴일 소아 응급 진료 지원 강화** 병행

  * 야간·휴일에 소아환자가 응급실을 이용하지 않고도 외래진료를 받을 수 있도록 지정된 의료기관(전국 35개 병원 운영)

2 적정 보상 지급 (공공정책수가)

공공정책수가

▷ (개념) **필수분야에 충분한 의료서비스 제공**을 위해 **행위별 수가의 한계를 보완**한 건강보험 보상체계

	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수의료 분야
특징	▸ 개별 행위기반 보상 ▸ 서비스 제공량 기준 지급 ⇒저빈도·저수익 필수의료는 의료공급이 줄어드는 부작용	▸ 기관.협력체계 단위 보상 도입 ▸ 의료서비스 질.성과 기반 보상 강화 ▸ 지역 특성, 수요·공급 반영한 보상 ⇒한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

▷ 예시

❶ **야간·휴일 응급, 고난도·고위험 수술 등 추가 자원투입 보상**
❷ 지역 내 **연계·협력체계 구축·운영 촉진**을 위한 보상
❸ **분야·지역별 의료접근성 격차 해소 및 기반 유지**를 위한 보상

1 응급진료 보상 강화

❶ 야간·휴일 응급수술 보상 강화

○ **(응급 후 최종치료 가산 확대)** 뇌동맥류·중증외상 등 응급 수술·시술 가산을 확대하여 상시 대기 및 추가 자원 투입 보상('23)

- 중증·응급환자의 응급실 내원 24시간 내 최종치료에 대한 가산율 확대

구 분	현 행	개 선(안)
평일 주간	50%	100%
평일 야간	100%	150%
공휴일 주간		
공휴일 야간		150~175%

- 권역응급의료센터 40개소, 상급종합병원(지역응급의료센터) 18개소 우선 적용하고, 응급의료체계 개편·확충에 따라 대상기관 확대

❷ 응급환자 후속진료 보상 강화

○ **(응급환자 후속진료)** 응급실에 내원한 중증환자의 신속한 후속진료 연계를 위해 **응급전용입원실 관리료*** 및 **전원·의뢰에 대한 보상 신설**('23)

* **(현행)** 응급전용 중환자실에 입원 시에만 관리료 산정
→ **(추가) 응급전용 입원실에 입원하는 경우에도 관리료 산정**

응급 전원·의뢰 모형

① **(평상시)** 응급의료기관은 **중증응급질환별 진료 가능 여부 정보**를 **24시간 현행화·관리**하고, **종합상황판**(중앙응급의료센터 응급의료포털)을 통해 **지역 내 공유**

② **(상황발생시)** **개별 기관에서 진료가 어려운 환자 발생** 시, 종합상황판을 통해 **네트워크 내 진료가 가능한 타 의료기관 정보**를 신속 확인

③ **(상황 해결)** 진료가 가능한 의료기관에 연락(응급전원협진망), 전원 완료

❸ 응급심뇌질환 진료협력 보상 강화

○ **(협력 체계 사전·사후보상)** 응급심뇌 환자의 증상발현 후 최종치료 시간 단축 등의 실적을 평가하여 보상하는 시범사업 실시('23)

- (권역센터 기반 협력) 지역 의료기관(3~6개소), 119구급대로 협력체계 구성, 운영비용 사전지급(50%) 및 성과에 따른 사후 보상 지급

시범사업 모형(안)

▸ 병원 도착 전 환자정보 공유 및 치료 사전 준비를 통해 **최종치료까지 시간 단축**
- **(사전고지) 응급환자 이송 중** 구급대원이 **권역심뇌혈관질환센터 의료진에 정보공유**
  * 심전도검사, 뇌졸중 선별평가도구 등 활용 환자 사전 선별
- **(최적 이송)** 환자 중증도, 병원 수술가능 여부 등 고려 **사전 합의된 원칙에 따라 이송병원 선정**
- **(신속치료)** 공유 정보에 근거하여 **응급실 사전접수** 및 환자 도착시 **신속한 치료** 실시

▸ 권역심뇌혈관센터-지역 의료기관 간 **연계·협력체계 운영**
- **(권역센터) 중증환자 치료 및** 지역 네트워크 운영 총괄, 지역 의료기관 치료불가 환자 전원 등 배후지원
- **(지역의료기관)** 이송된 환자 응급진료 수행, 중증환자에 대한 권역센터 연계·협진

- (전문치료팀) 질환별 치료 역량을 가진 지역 전문의로 구성된 네트워크에 팀 단위 보상, 권역센터 기반 사업과 연계

2 중증질환 치료 지원 확대

❶ 저평가된 수술·입원 등 항목 보상 강화

○ **(저평가 항목 상대가치 인상)** 상대가치 개편을 통해 영상·검사 대비 저평가된 수술·입원 등 항목에 대한 **종별 가산 확대**('23)

- 조정한 가산율을 **저평가된 분야의 상대가치 점수에 반영**하여 보상 수준 인상

3차 상대가치 개편에 따른 의료기관 종별 가산율 개편

구 분	현 행	개 선	
		수술·처치·기능검사	검체·영상검사
상급종합병원	30%	5~15% 완화	폐지
종합병원	25%		
병 원	20%		
의 원	15%		

- 매년 **병원급 의료기관 환산지수 조정**에 **소요되**는 **재정** 중 일부를 **수술·처치** 등 **저평가된 분야의 수가 인상**에 **집중 투입 검토**('24~)

○ **(고난도 · 고위험 추가보상)** 난이도와 자원투입 수준을 반영하여 수가기준을 **세분화**하고, **고난도·고위험 행위**는 **추가 보상**('23)

- **심뇌혈관질환 분야 우선 적용** 후 확대(~'25, 수술 및 처치 행위)

* **(예시)** 소아 심실-대혈관 선천적 연결이상 수술 시 난이도 구분 없이 동일수가 적용
→ **(개선) 고난도 수술방법**인 동맥전환수술법 적용 시 **추가 보상**

❷ 상급종합병원 등 중증환자 진료기능 집중

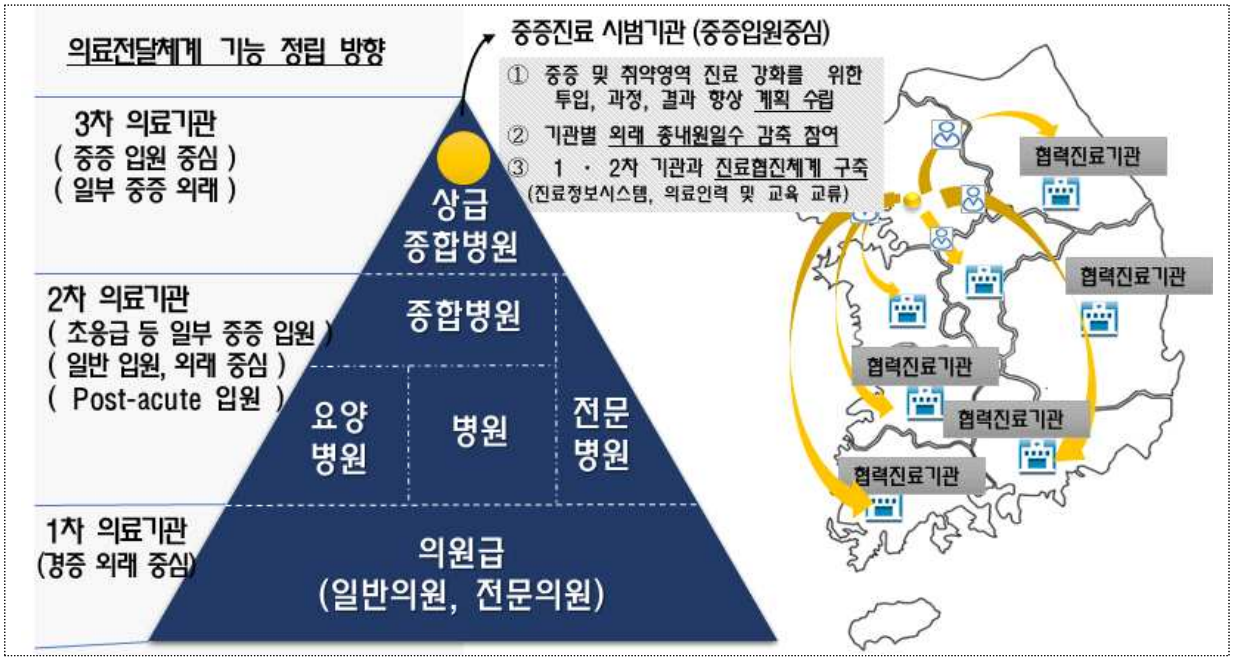
○ **(상급종합병원 기능 집중)** 중증·응급진료 수준*을 **상급종합병원 예비지표**에 반영하고, **의료질평가** 시 **중증·응급 진료기능** 평가 확대

* **(예)** 중증·응급수술 가능인력 확보 수준, 24시간 소아응급의료 제공여부 등

- 상급종합병원과 **지역 병·의원**의 **의뢰·회송체계** 구축을 통한 **중증 진료 강화 성과**를 **보상**하는 시범사업 실시('23~)

* ▲**(상급종합병원)** 급성기 중증진료 집중 가능 ▲**(지역 병의원)** 사후관리 외래환자 등 진료에 따른 수입 발생 ▲**(환자)** 인근 병원에서도 수술·퇴원 후 적절한 사후관리 가능

중증진료체계 강화 시범사업 개요



○ **(중환자실 자원 확충)** 중환자실 인력·시설 확충을 위해 **수가기준**을 **개선***하고, **준중환자실**** 설치·운영 및 보상기준 **제도화**('23)

* **(현행)** 병상수 기준 차등수가 적용 → **(개선)** 환자수 기준 시설·장비·인력(전담의, 간호인력) 등 중환자실 등급 세분화 및 차등수가 적용

** 현재 뇌졸중·고위험임산부 집중치료실 입원료 형태로 일부 도입

❸ 중증·희귀 질환 신약 등 필수의약품 접근성 강화

○ **(신약 신속 등재)** 중증 희귀·난치 질환 치료제, 항암제 등의 **신속한 건강보험 적용** 및 **보장성 확대** 추진('23)

- 중증·희귀질환 치료제 등의 **보험 등재절차를 기존보다 2개월 단축**
- **소아환자 삶의 질 개선**을 입증한 **의약품**에 대한 경제성 평가 생략 등 평가절차 간소화

○ **(필수약 안정 공급)** 환자 진료에 반드시 필요하나 경제성이 낮아 수급이 원활하지 않은 **필수의약품에 대한 적정 약가 보상**

- **퇴장방지의약품 지정 제도***를 적극 활용하고, 원가를 고려해 약가를 인상하는 **상한금액 조정제도**** **개편** 추진

* 생산·수입 원가를 보전하고 사용장려금 지급(혈우병 치료제 등 640개 품목 적용, '22)

** '21~'22년 **급성 뇌졸중 치료제**, 의료용 산소, 유방암 치료제 등 27개 품목 약가 인상

3 분만·소아 진료기반 유지

❶ 취약지·안전 분만 보상 강화

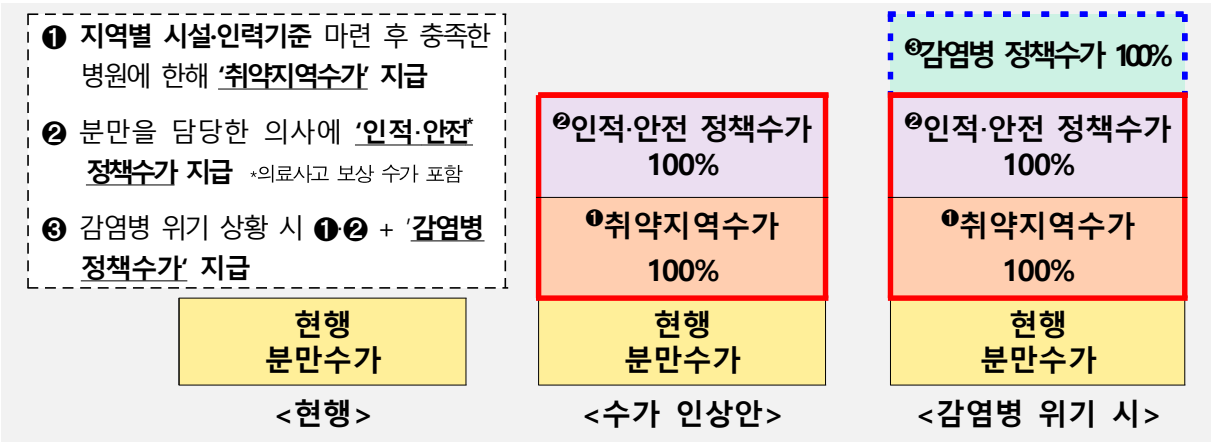
○ **(기관·인적단위 보상)** 시설·인력기준을 충족하는 분만의료기관 대상 기관·의사 보상 강화로 분만 안전성 및 기반 유지

- (지역수가) 광역시를 제외한 전체 시군구에 현 분만수가 100%를 "취약지역수가"로 추가 지급

  * 지역 여건 및 자원분포 불균형 감안, **지역 별 차등화된 수가기준** 적용

- (안전수가) 불가항력 의료사고 관련 분쟁·보상부담 반영, 현 분만수가 100%를 "인적·안전 정책수가"로 추가 지급

산부인과 분만 정책수가 개선(안)



* 현행 분만취약지 분만의료기관에 대한 200% 가산 수가와 통합 조정

※ **지역별 차등수가** 제도는 효과성 평가 등 거쳐 **중증·응급, 소아진료 등 타 분야 확대 적용 검토**

❷ 병·의원급 신생아실 입원 지원 확대

○ **(신생아실 입원 보상)** 병·의원급 신생아실 입원에 대한 보상 확대를 통한 **소규모 의료기관 분만진료기반 유지** 지원('23)

* 병의원 비중 : 전체 분만건수의 81%('21)

- 3차 상대가치 개편을 통해 병원 종별 간 **신생아실 입원료 격차 완화**를 위한 수가 개선 추진

❸ 중증 소아진료에 대한 사후 보상 도입

○ **(적자 사후보상)** 중증소아 진료기반 유지·회복을 위한 **"어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업"** 추진('23~'25)

- 기존의 개별 의료행위에 대한 가산이 아닌 **일괄 사후보상** 방식 도입

시범사업 주요내용

- **(대상기관)** 어린이 공공전문진료센터(10개소) 중 참여 희망기관
- **(사업내용)** ▲중증소아 단기입원·재택치료 시범사업 등 센터별 중점사업 수행 ▲권역 내 지역 의료기관 대상 협력사업 수행 ▲센터 운영 효율화 및 기능 강화 추진
- **(성과보상)** 발생손실 중 의료비용 해당분에 대해 성과평가 결과에 따라 차등 보상 지급

○ **(재택치료 보상)** 중증소아 가정생활 지원, 환자·보호자 삶의 질 향상 및 **종합병원 자원의 효율적 활용**에 대한 **보상 강화**('23)

* **(현행)** 18세 이하 대상 방문진료·간호, 교육·상담 등 실시 → **(개선)** 24세 이하로 확대 검토

○ **(단기입원 지원)** 재택치료 중 **긴급한 입원사유** 발생 시 **보호자 없이도 단기 입원**할 수 있는 **서비스 제공 시범사업 실시**('23)

중증소아 재택치료-단기입원 시범사업 개요

3 충분한 의료인력 확보

인력확보 방향

① **현재의 인력수급 범위 내** 근무여건 개선, 지역·과목 간 균형배치 등을 통해 **인력 유입 극대화**

② **전문인력 총량 확충**을 위한 교육수련 강화, 보조인력 양성 및 의사 인력 공급 확대 추진

1 근무여건 획기적 개선

❶ 당직 제도·근무시간 개선

○ **(근무강도 경감)** 분야·지역별 근무실태 및 인력수급 전망 등 검토하여 **전공의 연속근무** 등 **의사 당직·근무시간 관련 제도 개선** 추진

* **(미국)** 연속근무시간 24시간으로 제한 / **(일본)** 의사 초과근무시간 연 960시간 (필수분야는 1,860시간까지 연장 가능), 월 100시간 미만 제한

❷ 의료사고 부담 완화

○ **(불가항력 사고 지원 확대)** 분만 시 **불가항력 의료사고**(뇌성마비 등) **보상 금액·국가분담비율*** 등 확대('23)

* 현재 보상액 최대 3천만원, 분담율 국가 70%-의료기관 30%

- 다른 직역과의 형평성, 피해자 재판절차진술권, 국민 법감정 등 고려 **의료인 형사처벌 특례 적용여부**(분쟁특례법 제정 등) **검토**

❸ '한국의 의사상' 도입

○ **(포상 실시)** 중증·응급 수술 등 **필수의료 분야**에 헌신한 **의료인 대상 '(가칭)한국의 의사상' 도입** 추진

* 심사기준 및 선정방안 등 도입방안 마련 연구 및 상훈 협의('23)

2 지역·과목 간 인력 격차 최소화

❶ 지방병원·필수과목 전공의 우선 배치

○ **(지방 수련 확대)** 비수도권 전공의 배정을 **확대***하고, **국립대병원-지방의료원 간 전공의 파견 수련**을 활성화하여 지역 의료인력 양성('23)

* **(현행)** 수도권-비수도권 전공의 배치 비중 6:4

→ **(개선)** 5:5, 권역심뇌혈관질환센터 등 필수의료 지역 거점병원은 추가 배정

○ **(과목 간 조정)** 26개 전문과목 별 **적정 전문의 수요**를 **기반**으로 **전공의 정원**을 **관리**하되, **필수과목**은 **충분히 배출**되도록 조정('23)

❷ 수도권 병상관리 강화

○ **(수도권 대형병원)** **병상 과잉 신·증설**에 대한 관리 강화를 위해 **중앙병상관리위원회***를 구성·운영하고, 「**병상수급 기본시책**」** **수립**('23)

* 의료전문가·환자단체 등으로 구성, 시·도별 병상수급계획 평가 및 조정권고 기능 수행

** 지역 특수성 및 병상 수급현황을 분석하여 맞춤형 관리

❸ 급여-비급여 의료 간 적정 균형 유지

○ **(정보제공 강화)** 소비자 알 권리 증진을 위해 가격 정보뿐만 아니라 **효과·안전성** 등 **質 정보**를 **제공**하고, **비급여 표준 설명자료** 개발·활용 지원

* 비급여 진료 전 내용·가격에 대해 의료기관 설명의무 도입('21년 의료법 시행규칙 개정)

○ **(실손보험 연계관리)** **4세대 실손보험*** 가입 **전환 활성화** 및 도덕적 해이 방지를 위한 **실손보험 보장구조 개선** 지속 추진(금융위 협업)

* 비급여 진료를 받은 만큼 보험료가 오르는 할증 제도가 도입된 보험상품

- **실손보험 지급기준** 등 **관리체계 개선**(금융위), **공사보험 연계**를 통한 비급여 진료실태 **모니터링** 및 **합동점검** 실시

3 교육·수련 강화 및 전문 의료인력 확충

❶ 전주기 필수의료 교육 · 수련 강화

○ **(의대생 교육과정)** 의대 교육과정에서 **필수의료 임상수련 강화***, **외상·소아심장·감염 등** 특수전문분야 의사 양성을 위한 **실습 지원 확대****

* 교육부 및 의과대학 협의를 통해 필수의료분야 교육 강화를 위한 학제 개편 검토

** **('22)** 외상·소아심장 분야 100명 지원 → **('23)** 외상·소아심장·감염 등 200명

○ **(전공의 수련 강화)** 필수과목 전공의가 **전문의로서 필요한 역량을 충분히 갖추**도록 **수련과정 내실화** 및 **지원방안 마련**('23)

○ **(세부전문의 수련 개선)** 전문과목 내 세부분야 간 **통합적 진료**가 가능하도록 학회 **세부전문의 수련 과정 개편 지원**('23)

❷ 간호·진료지원인력 양성 · 지원

○ **(간호인력 확충)** 간호대 **실습지원 확대** 등으로 양질의 **신규간호사를 지속 양성**하고, 규칙적 교대근무제 확립 등 **처우개선을 통한 장기근속 유도**

- **교육전담간호사 업무범위**를 확대*하여 **중증·응급분야 간호사 양성** 지원('23)

* **(현행)** 일반병동 한정 → **(개선)** 중환자실 등 특수병동 확대

○ **(진료지원인력 관리·지원)** **체외순환사** 등 **진료지원인력 관리·운영**을 **체계화**하고, 수가 보상을 통해 **팀 단위 수술 지원 강화**('23)

❸ 의사 인력 공급 확대

○ **(의사 수급 불균형 해소)** 지역 의사부족, 필수분야 의사 수급 불균형 해소 위한 적정 의료인력 확충 추진

* **입원전담전문의**의 경우 수가보상·상급종합병원 기준 등 포함되어 병원들이 적극 채용 중이나, **인력이 없어 구할 수 없는 상황**이라는 언론 보도('22.10.26)

- 의료계와 **코로나19 안정화 시점***에 대한 **공감대**를 **형성**하며 「**의정협의체**」를 통해 **논의 재개** 추진

* 의대정원 확대 추진은 코로나19 안정화 이후 의사단체와 협의하기로 합의('20.9.4)

Ⅳ. 국민이 체감하는 기대효과

전국 어느 지역에 살아도 중증·응급질환에 대해 24시간, 365일 골든타임 내 치료를 받을 수 있음

현 재	개 선
▸ 응급상황에서 개두술·개심술 등 고난도 수술을 하지 못하는 권역심뇌혈관질환센터 존재	▸ **전국 모든 권역심뇌혈관질환센터**에서 **골든타임 내 고난도 응급수술** 가능
▸ 응급실 CT검사 후 수술 필요 뇌출혈로 진단받았으나, 해당 병원에 응급 수술 가능 의사가 없어 전원 결정	▸ 응급실에서 **같은 병원 신경외과에 바로 연계**되거나, 지역 **전문치료팀 당직의에게 연결**되어 골든타임 내 수술
▸ 지방 거주 환자는 개두술 등 고난도 수술 가능한 의사가 부족하여, 야간·휴일 응급 수술을 위해 대도시 대형 병원으로 전원	▸ **지역 순환당직제**를 통해 **지방에서도 야간·휴일**에 개두술 등 **고난도 중증·응급 수술**을 받을 수 있음

지방에서도 안전하게 분만할 수 있고, 야간·휴일에도 진료 받을 수 있는 소아청소년과 의료기관이 있어 든든함

현 재	개 선
▸ 지방 소도시 분만산부인과 개원의는 분만 건수 감소, 야간·휴일 분만실 운영 어려움, 인력 확보 어려움 등으로 폐업 결심	▸ **취약지 분만수가 가산** 등으로 **분만산부인과 유지** 가능
▸ 지방에 고위험 산모-태아 집중치료실 부족, 일반 병실에서 입원 치료	▸ 지역모자의료센터 고위험 산모-태아 집중치료실 치료를 통해 산모와 태아에게 안전한 의료서비스 제공
▸ 지방 거주 소아암 환자는 수술 및 관련 응급·외래진료를 받을 병원이 없어 수도권으로 이사 고민	▸ 가까운 **소아암 거점병원**에서 치료를 받고, **연계된 지역 의료기관**에서 관련 외래·경증 응급진료 가능
▸ 야간·휴일 진료 가능한 동네 소아청소년과를 찾지 못해 응급실 방문, 3시간 만에 해열제 처방받고 귀가	▸ **야간·휴일**에 인근 **달빛어린이병원**에서 **진료**를 받고 해열제를 처방받아 귀가

참 고 필수의료 관련 주요 통계

□ 필수의료 우선순위 관련

○ 성인 심뇌혈관질환, 소아 암·운수사고(중증외상)은 대부분 연령대에서 3대 사망원인에 해당

< 연령대별 3대 사망원인 및 사망률(인구 10만명당) ('20. 통계청) >

구분	1위		2위		3위	
	사망원인	사망률	사망원인	사망률	사망원인	사망률
1~9세	**암**	**1.6**	**운수사고**	**0.7**	가해(타살)	0.6
10~19세	자살	6.5	**암**	**2.2**	**운수사고**	**2.0**
20~29세	자살	21.7	암	4.1	**운수사고**	**3.8**
30~39세	자살	27.1	암	13.2	**심장질환**	**4.1**
40~49세	암	39.8	자살	29.2	간 질환	11.5
50~59세	암	113.0	자살	30.5	**심장질환**	**26.2**
60~69세	암	270.6	**심장질환**	**55.9**	**뇌혈관질환**	**38.9**
70~79세	암	677.5	**심장질환**	**186.8**	**뇌혈관질환**	**142.9**
80세 이상	암	1375.6	**심장질환**	**971.5**	폐렴	819.2

* ▭ : 종합대책 대상 필수의료 범위에 해당하는 영역

□ 필수의료 치료 관련 통계

○ 급성심근경색 30일 치명률*은 OECD 평균 대비 높은 수준이며, 뇌졸중은 최근(2018년 이후) 치명률 증가 추세

* 급성심근경색증이나 뇌졸중으로 병원에 입원한 후 30일 이내 사망한 비율로, **적시 환자 이송여부, 의학적 중재의 효과성 등이 반영**된 지표(OECD, '21)

** **급성심근경색증**의 경우 **최근 5년간('15~'19) 지표가 악화된 7개 국가**에 포함 (**한국**, 멕시코, 폴란드, 체코, 에스토니아, 라트비아, 슬로바키아)

< 우리나라 급성심근경색증 및 뇌졸중의 30일 치명률('20, OECD) >

구 분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	OECD('19)
급성심근경색증	8.3	10.0	9.9	9.2	8.9	**8.8**	6.6
허혈성 뇌졸중	4.2	4.0	3.7	**3.3**	3.5	**3.5**	7.7
출혈성 뇌졸중	17.1	15.7	15.9	**15.5**	15.4	**16.3**	-

(단위 : 입원환자 100명당)

* OECD 국가 질환별 입원환자 분포 반영 성·연령 표준화 통계

○ 급성심근경색·뇌졸중 지역 간 30일 치명률 격차 지속

< 급성심근경색증 및 뇌졸중 30일 치명률의 지역 간 격차('20. 심평원) >

구분	급성심근경색증			허혈성 뇌졸중			출혈성 뇌졸중		
	최소	최대	격차	최소	최대	격차	최소	최대	격차
2015	3.4(제주)	7.7(부산)	**4.3**	2.3(경기)	5.4(제주)	**3.1**	13.7(제주)	20.0(광주)	**6.3**
2016	3.3(제주)	10.5(충북)	**7.2**	1.9(대전)	4.9(광주)	**3.0**	14.4(인천)	23.1(울산)	**8.7**
2017	4.7(광주)	10.0(충남)	**5.3**	1.7(대전)	4.2(충남)	**2.5**	10.3(제주)	21.8(전남)	**11.6**
2018	4.1(제주)	11.9(울산)	**7.8**	2.1(경기)	4.1(경남)	**2.0**	12.9(제주)	20.1(대구)	**7.2**
2019	4.3(광주)	9.2(부산)	**4.9**	2.1(서울)	3.9(울산)	**1.7**	12.8(제주)	18.4(광주)	**5.6**

(단위: 입원환자 100명당)

* 2015년 전국 인구 기준 성·연령 표준화 통계

○ 응급심뇌질환 **환자 거주지**에 따라 **지역친화도(환자가 이용한 의료서비스 총량 중 지역 의료기관 이용 비율)** 격차 발생

< 응급심뇌혈관질환 권역별 지역친화도 및 사망률('20, 심평원) >

구분	전국	최소(A)	최대(B)	(B/A)
급성심근경색증	78.1%	**전남 44.6%**	**대구 95.7%**	2.1
뇌졸중	79.2%	**전남 50.0%**	**대구 95.2%**	1.9

○ 중증-응급환자는 치료가능 병원으로의 신속 이송이 중요하나, **최초 병원 이송 오류에 따른 병원 재전원** 발생

* 응급심뇌혈관질환 환자의 상급종합·종합병원 응급입원 중 **당일 2개 이상 의료기관 이용률 10.5%, 중복으로 인한 진료비 939억 원 발생**

< 응급 심뇌혈관질환 환자의 당일 상급종합·종합병원 중복이용 현황('20, 심평원) >

구 분		전 체			급성심근경색증			뇌졸중		
당일 중복 이용	응급입원 건수	**14,559**	(100)	**(10.5)**	3,621	(24.9)	**(11.2)**	10,938	(75.1)	**(10.3)**
	응급입원 진료비	**939**	(100)	(8.6)	**240**	(25.6)	(7.2)	**699**	(74.4)	(9.3)
전체	응급입원 건수	138,354	(100)	(100)	32,327	(23.4)	(100)	106,027	(76.6)	(100)
	응급입원 진료비	10,879	(100)	(100)	3,329	(30.6)	(100)	7,549	(69.4)	(100)

(단위 : 건, 억원, (%))

○ 전체 분만건수 및 분만 가능 의료기관은 지속 감소, 고위험 산모·신생아 비중은 지속 증가

< 2017~2019 분만 및 고위험 산모·신생아 통계(심평원, 통계청) >

구분	전체 분만		고위험 산모		고위험신생아		
	건수(A)	분만가능 의료기관	인원수(B)	B/A	저체중아 (C)	조산아 (D)	(C+D)/A
2017	357,771	571	441,790	1.23	22,022	27,120	13.7%
2018	327,119	567	418,986	1.28	20,233	25,222	13.9%
2019	300,787	531	393,482	1.31	19,915	24,379	14.7%
2020	273,292	518	-	-	-	-	-

- 지역에 따른 분만의료 접근성 등 격차 존재

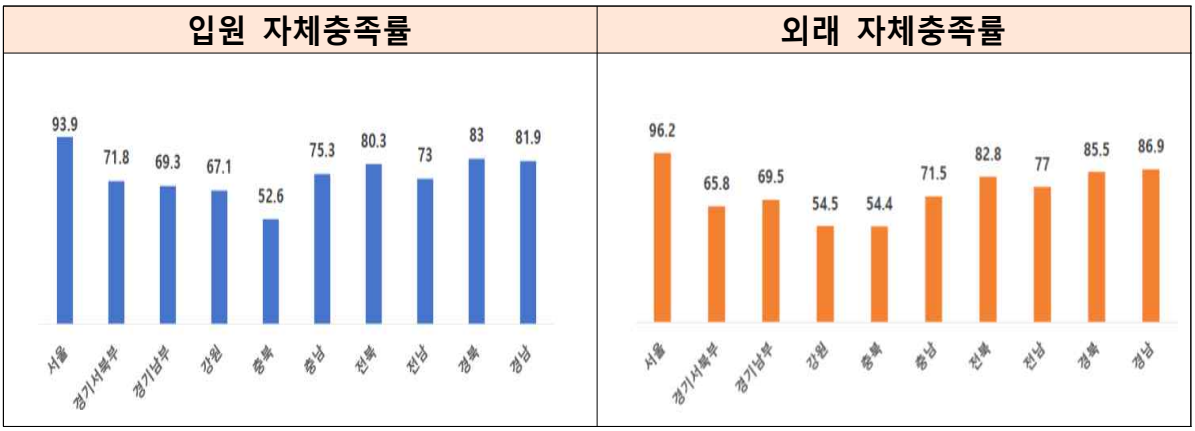
< 시도별·등급별 분만취약지 현황('21, 복지부) >

구 분	계	인천	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
A등급	30	1	1	4	2	1	3	6	8	4	-
B등급	18	-	1	3	3	2	3	2	2	2	-
C등급	57	1	3	7	5	8	5	11	9	7	1
계	105	2	5	14	10	11	11	19	18	13	1

* (A등급) ▲60분내 분만이용률 30% 미만 ▲60분내 분만가능한 의료기관 접근불가 인구비율 30% 이상인 지역 / (B등급) A등급 분만취약지 기준 2개 중 1개를 충족하는 지역 / (C등급) 배경 인구수(29,236명)가 부족하여 분만의료기관 운영이 어려운 지역

○ 지역별 소아청소년 상급종합병원 입원·외래진료 자체충족률

< 2017~2019 지역 별 상급종합병원 소아청소년 진료 자체충족률*('21, 서울대병원) >

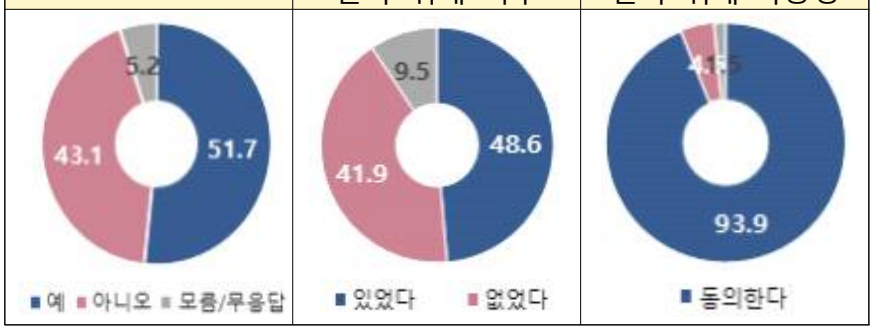


* 병원 소재지 기준, 해당 지역 환자가 해당 지역에서 진료를 받은 비율

□ 근무여건 관련

○ 잦은 당직·대기, 인력 수급난 등으로 **의료인 소진(burn-out) 심화**

< 흉부외과 전문의 업무여건 실태조사 주요 결과('19, 흉부외과학회) >

구 분	결 과
평균 근무시간	**주 63.5시간**(주말 제외) / **일 12.7시간**
평균 당직·대기 일수	**당직 월 5.1일 / 병원 외 대기근무 월 10.8일**
소진 등 여부	소진 여부 / 소진으로 인한 환자 위해 여부 / 소진으로 인한 향후 환자 위해 가능성 
(참고) 연도별 전문의 배출('21)	51명('96) → 39명('04) → 35명('09) → 29명('17) → 20명('21)

□ 상대적 보상수준 관련

○ 주요 질환별 건강보험 진료인원 및 진료비

< 주요 질환별 진료인원 및 건강보험 진료비('20, 건강보험통계연보) >

구 분		진료인원(A)	진료비*(B)
주요 다빈도 질환	본태성 고혈압	6,488,276	37,491.6
	2형 당뇨병	3,027,552	25,701.6
	무릎관절증	2,731,456	16,090.9
주요 암(악성신생물)	유방암	206,122	11,699.3
	폐 암	101,051	10,805.9
	간 암	74,610	6,714.2
중증-응급	**급성심근경색**	**120,376**	**4,838.6**
	지주막하출혈	**34,757**	**2,826.4**
분만·소아(0~19세)	**단일자연분만**	**79,886**	**1,394.9**
	제왕절개단일분만	**53,084**	**1,047.0**
	소아선천성 심장병	**32,276**	**1,166.5**
	소아백혈병	**10,260**	**573.5**

(단위 : 명, 억원, 천원)

* 진료비에는 약국 약제비 포함

○ 주요 비급여 대상 실손보험 지급 규모

< 주요 진료항목별 비급여진료비('20, 실손보험 표본통계를 통한 추정) >

구 분*	실손보험 지급 비급여진료비('20)**	항목별 가격('21)***			
		최저값	최고값	중간값	평균값
도수치료	**9,054.0**	2	500	90	98
조절성 인공수정체(눈)	**6,153.9**	330	5,811	3,250	2,981
체외충격파치료	**3,395.2**	10	400	70	81

(단위 : 억원, 천원)

* '20년 실손보험 비급여지급 상위 3개 항목/ ** '20년 실손보험 전체 비급여진료비 7조 734억원 기준 추정

*** 심평원 비급여진료비 공개자료(병원급 기준)

□ 불필요한 의료이용·병상 과잉투자 관련

○ **(비효율적 전달체계) 비중증-비응급 환자** 등의 **불필요한 입원·외래 진료**가 **필수의료 분야**에 대한 **의료자원·건보재원 집중 투입**을 **저해**

○ **(과도한 병상투자)** 대형병원 수도권 분원 설치 등 병상에 대한 **불필요한 과잉투자***로 지역 간 격차** 심화

* 현 추세 지속될 경우 '26년 수요 대비 약 4만 7천병상 과잉 공급 전망

** '17~'21 간 평균 병상증가율 3.0% / (상위) 대구(9.3%), 인천(8.5%), 경기(7.7%), 서울(5.6%) / (하위) 광주(-5.0%), 경북(-3.3%), 강원(-2.6%), 전북(-0.4%)

< 의료전달체계 관련 통계 국제비교('20, OECD) >

구 분	전체 진료 평균재원일수	급성기 진료 평균재원일수	1인당 외래진료 일수	인구 1천명당 병상 수
한 국	**19.1일 (OECD 2위)**	**7.8일 (OECD 3위)**	**14.7일 (OECD 1위)**	**12.7개 (OECD 1위)**
OECD	8.3일	6.6일	5.9일	4.3개