
제1차 국민건강보험종합계획(안) <2019~2023>

2019. 5.



보건복지부

순서

I. 수립근거 및 추진경과	1
II. 정책평가 및 여건분석	2
III. 정책방향 및 목표	11
IV. 세부 추진 과제	15
1. 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화 / 16	
2. 의료 질과 환자 중심의 보상 강화 / 26	
3. 건강보험의 지속가능성 제고 / 33	
4. 건강보험의 신뢰 확보 및 미래 대비 강화 / 40	
V. 기대 효과	47
VI. 재정전망 및 재정운영	50
VII. 추진방안 및 추진일정	55

I. 수립근거 및 추진경과

1 수립 근거

- 『국민건강보험법』에 근거한 정부 법정계획
 - 보건복지부장관이 건강보험의 건전한 운영을 위하여 5년 마다 수립하도록 국민건강보험법 개정('16.8월 시행)
 - 제3차 건강보험 중기 보장성 강화계획('14~'18) 종료에 따라 범위를 제도 전반으로 확장하여 '19~23년의 5개년 계획 수립
 - 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 수립하고, 국회(소관 상임위원회)에 보고

2 추진 경과

- 제1차 국민건강보험종합계획 수립을 위한 사전간담회 진행 ('17.12~'18.2월)
 - 건강보험정책심의위원회 및 재정운영위원회 위원, 가입자 및 공급자 단체, 시민사회, 전문가 등 대상(20여회)
- 제1차 국민건강보험종합계획 수립 기초연구 수행 ('18.3~12월, 한국보건사회연구원)
 - 가입자 및 공급자 단체, 시민사회, 언론, 전문가 등 자문단 운영
- 건강보험정책심의위원회 소위원회 논의('18.12~'19.3월)
- 관계부처 협의('19.3~4월) 및 공청회 개최('19.4월)
- 건강보험정책심의위원회 심의('19.4월)

II. 정책평가 및 여건분석

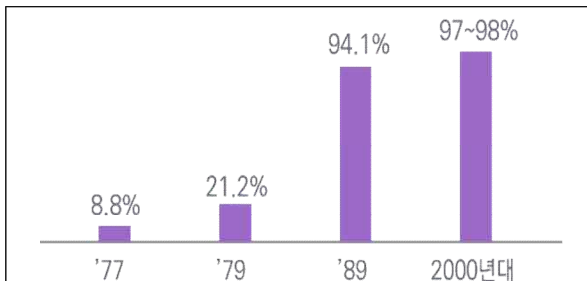
1

주요 성과

□ 전 국민의 의료안전망으로 자리매김

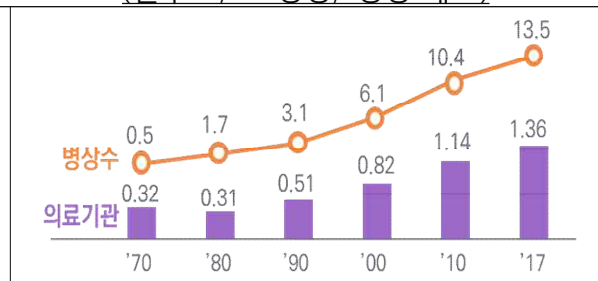
- (기본적인 의료접근성) 건강보험 제도 시행('77) 이후 가입 대상을 신속히 확대하여 단기간에 전 국민의 건강보험 가입 달성
 - 건강보험의 가입자 확대와 함께 의료기관 및 병상(장비) 등 의료 공급의 양적 인프라도 빠르게 성장

총인구 대비 가입자 비중



출처: 국민건강보험공단

의료기관·병상 수 변화
(인구 1,000명당, 병상·개소)



출처: 보건복지통계연보, 한국은행

- (보편적인 의료보장) 단일 보험으로 통합('00~'03) 이후 재정 상황이 안정화되면서 '05년부터 본격적인 건강보험 급여 확대 추진
 - 진료비 부담이 큰 중증환자의 부담 경감에 중점을 두고 3차에 걸친 「건강보험 중기보장성 강화 계획」 수립·이행('05~'18)

1~3차 건강보험 중기보장성 강화 계획 주요 내용

1차('05~'08)	2차('09~'13)	3차('14~'18)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 중증질환 산정특례 도입 ■ MRI 보험 적용 (개두술·개심술) ■ PET 보험적용 질환 확대 (암·심장·뇌질환) ■ 식대 급여화, 암 본인부담 인하 ■ 아동 입원·외래 부담경감 ■ 본인부담상한액 하향조정 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 중증질환 산정특례 확대 ■ MRI 보험적용 확대 (척추·관절) ■ 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) ■ 구강 보험 적용 ■ 임·출산 지원 강화 ■ 본인부담상한액 3단계 차등 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 4대 중증질환 선별급여 ■ MRI 보험적용 확대 (뇌·심장) ■ 초음파 보험적용 확대 (임산부·간질환) ■ 3대 비급여 해소 추진 ■ 생애주기 필수의료 보장 ■ 본인부담상한액 7단계 차등

* 건강보험 중기보장성 강화를 통해 그간 건강보험 보장성이 낮았던 중증·고액 질환 중심으로 의료비 부담 해소에 기여

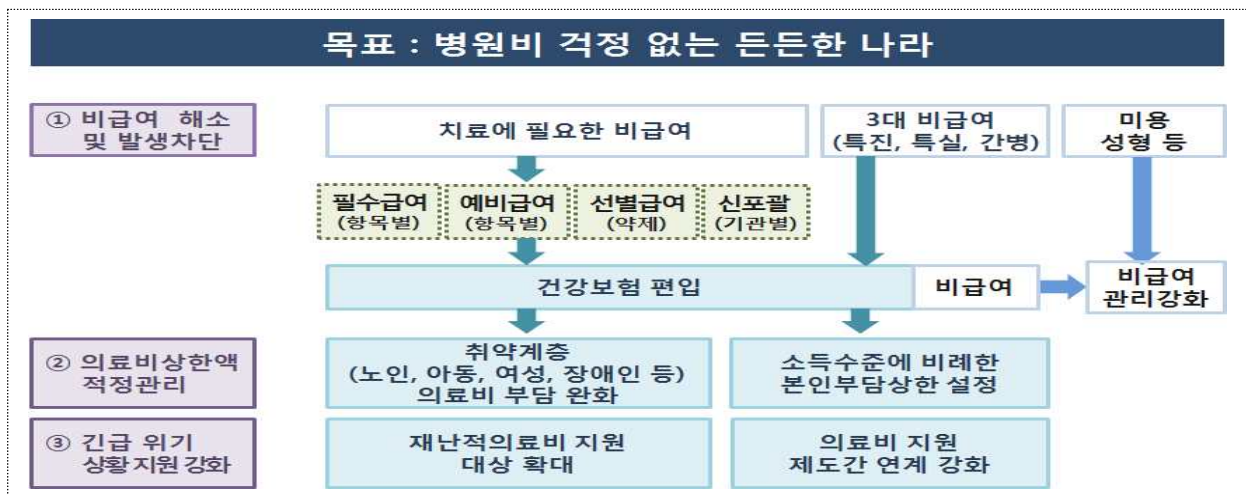
중증·고액 질환 건강보험 보장률 변화

구분	건강보험 보장률			비급여 비율		
	'11년	'17년	'11-'17년	'11년	'17년	'11-'17년
4대 중증질환	76.1%	81.7%	↑5.6%p	17.3%	10.5%	↓6.8%p
고액질환(30대)	74.9%	79.7%	↑2.6%p	14.2%	10.3%	↓3.9%p

출처 : 건강보험환자 진료비 실태조사(국민건강보험공단)

- 건강보험 보장률의 획기적인 향상을 위해 비급여 해소, 가계파탄 예방 등 「건강보험 보장성 강화대책」 발표 및 이행('17~'22)

건강보험 보장성 강화대책 목표 및 추진방안



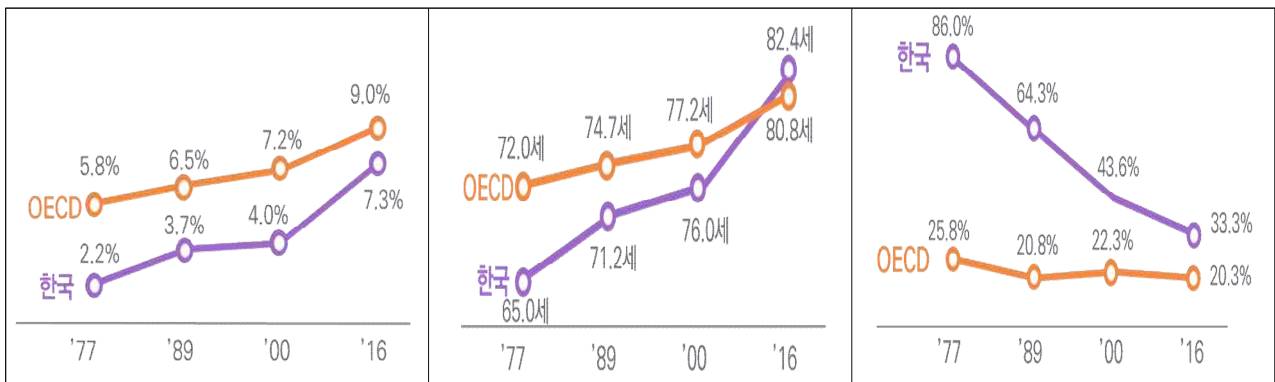
○ (높은 의료성과) 투입비용에 대비하여 효과적으로 빠르게 의료 접근성과 건강수준을 향상시켜 높은 보건의료적 성과 달성에 기여

* OECD 평균 대비 의료비는 86% 수준, 기대수명은 1.5세를 상회

GDP 대비 경상의료비 비율

기대수명

가계 직접 본인부담 비율



출처: OECD Health Statistics(2018)

□ 지속적인 구조 개선 및 성장

- (단일 건강보험) 제도('00) 및 재정('03) 통합을 통해 조합 간 재정 격차를 해소하고, 의료 이용의 형평성과 관리 효율성 확보

* ('98) 227개 지역조합 + 공무원·사립학교교직원 의료보험 → 국민의료보험
('00) 139개 직장조합 + 국민의료보험 → 국민건강보험¹⁾

- (보험료 부과) 조합 별로 복잡하던 부과기준을 직장-지역으로 정비('00)하고, 소득과약 향상을 기반으로 종합적인 부과체계 개편 추진('18~)

보험료 부과제도 개선 주요 연혁

직장가입자	보험료 상한선 도입('02), 5인 미만 사업장 적용('03), 보수 외 소득 부과('12)
지역가입자	보험료 부과점수 도입('07), 다자녀('10) 및 노후자동차·전월세('14) 부담완화
피부양자	사업자('00), 금융소득자(06), 고액재산가('09, '11), 연금소득자('13) 등 지역전환
부과체계 개편	저소득 가입자의 부담은 낮추고, 고소득자는 능력에 따라 부담하도록 2단계에 걸쳐 이행('18, '22), 1단계 개편 결과에 대한 적정성 평가 실시

- (적용범위) 보험급여의 범위를 질병·부상·분만·사망 등의 '의료보험'에서 예방·건강증진까지 포괄하는 '건강보험'으로 확장('99)

* (의료보험법) 질병·부상·분만·사망 등 →
(건강보험법) 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진

- 건강보험이 보장하는 의료서비스 항목수도 지속 증가

* 건강보험 적용 항목수 변화('07→'17년) :
(의료행위) 59백→88백 (약제) 152백→224백 (치료재료) 130백→284백

- (지출구조) 행위별 수가에의 과도한 집중을 완화하기 위해 포괄·신포괄 수가, 만성질환 관리수가 등 다양한 지불제도 도입·확산

지불제도 변화 주요 연혁

입원	<ul style="list-style-type: none"> ■ 질병군 포괄수가제 : 시범사업('97), 병·의원 당연적용('12), 모든 의료기관 확대('13) ■ 신포괄 수가제도 : 공공병원 시범사업('09~), 공공기관 확대('12), 민간기관 확대('18)
외래	<ul style="list-style-type: none"> ■ 만성질환 관리 수가 시범사업('16), 일차의료 만성질환 관리 시범사업('18)

1) 국민건강보험공단(이하 '건강보험공단') 및 건강보험심사평가원(이하 '심사평가원') 설립

□ 의료 질 향상과 양질의 데이터 보유

- (의료 질) 적정성 평가('01)·가감지급('07), 의료질평가지원('15) 등 평가 제도의 도입·운영을 통해 한국 의료의 질 향상에 기여
 - * OECD, 한국을 암 5년 생존률, 급성기 뇌졸중 30일 사망률 등 의료 질이 우수한 나라로 평가(한국 의료질 평가('12), Health at a glance('17))
- 의료질평가 도입('15) 이후 의료기관 인증을 받거나, 환자안전 전담 인력을 확충하는 등 의료기관의 질 향상 인프라 지속 확충
 - * 의료기관 인증: ('15) 161개→('18) 216개소, 환자안전 전담인력: 203개→317개소
- (데이터) 단일 보험제도, 높은 수준의 정보·통신 기술 등 이점을 조기에 활용해 장기간의 정보화 운영 경험 및 양질의 빅데이터 보유
 - * OECD, 한국 건강보험 빅데이터를 22개국 중 아일랜드에 이어 2위로 평가('15)

2

당면과제

□ 여전히 높은 가계 의료비 부담, 건강보험 보장률 제고

- (보장수준) 지속적으로 건강보험의 적용 범위를 확대해 왔으나, 건강보험 보장률은 60% 초반에서 정체
 - * ('04) 61.3% → ('08) 62.6% → ('11) 63.0% → ('15) 63.4% → ('16) 62.6% → ('17) 62.7%
- 건강보험 급여보다 비급여 진료료가 더 빠르게 증가하여 점진적인 보험급여 확대 노력에도 불구하고 건강보험 보장성 확대에 한계
 - * '07년 대비 '17년 급여는 116%(24.3조→52.5조), 비급여는 180%(5.1조→14.3조) 증가
- 의료비로 인한 가계파탄을 예방하기 위한 안전장치 미흡
 - * 건강보험이 적용되지 않는 비급여 항목에 대한 가계부담이 크고, 저소득층의 의료비 부담이 높아 재난적 의료비가 집중 발생
 - 재난적 의료비 발생(2016 가계동향조사) : (1분위) 7.3% (5분위) 0.2%

○ (공·사 보험) 높은 가계의료비 부담 때문에 민간의료보험에의 의존도가 상승하는 결과 초래

- 도덕적 해이 등으로 인해 불필요한 건강보험 지출과 비급여 진료 증가를 부추기는 악순환을 야기한다는 우려 제기

* ▲가계 의료비 부담('16)이 OECD 평균의 1.8배(한국 33.3%, OECD 평균 20.3%)
▲가입률: ('12) 52.0% → ('17) 64.1%, 가입건수 ('12) 2,662만 → ('17) 3,359만건

□ 수요자 중심의 다양한 서비스 창출 미흡

○ (환자) 입원부터 재가복귀까지 조기 회복 및 복귀를 위해 환자가 갖게 되는 다양한 요구가 제대로 파악되고, 관리되지 못하는 상황

* 의사 만날 기회(74.6점), 회진시간 정보제공(77.0점) 등은 전체 21항목 중 19, 20위(2017 환자경험 평가)

- 의료기관이 환자의 조기 회복 및 퇴원 이후 서비스를 연계할 유인이 부족하고, 의료기관 밖의 방문서비스 제공체계 구축 미흡

* ▲연간 입원재원일수(18.1일)는 OECD 2위(1위 일본(28.5일)), 평균(8.3일)의 2.2배
▲연간 65세 이상 요양병원 입원환자의 46.7%가 180일 이상 입원('17)

- 의료기관 내에서 제공된 진단·치료 등 의료행위를 주로 보상하는 현행 건강보험 급여체계의 보완 필요

○ (가입자) 삶의 질을 위해 평소 예방·건강증진이 중요하나, 주로 국가건강검진 위주로 확대되었고, 전체적인 비중도 여전히 미미

* 보험급여비 중 건강검진 및 사후관리, 금연치료 및 건강증진사업 등 예방 분야는 1.7조원(3%), 이중 대부분이 검진비용(1.5조)('17)

- 건강검진도 수검대상 및 검진항목 확대, 보험재정 증가 등 양적 확대에 비해 효율적·과학적 운영, 검진 이후 사후관리 등은 미흡

* 연간 검진비용 : ('10) 0.8조원 → ('14) 1.1조원 → ('17) 1.5조원

□ 빠른 제도 성장 과정에서 다양한 이해관계 및 요구 분출

- (가입자) 보험료로 조성된 만큼 공정하고 합리적인 운영에 대한 관심과 요구 증대, 부과체계 개편 등 대대적인 제도 개편이 진행
 - 계층·세대·국적 등 다양한 집단 별로 부담과 혜택 간 형평성 확보, 일부 무임승차·도덕적 해이 사례에 대한 비판 등 사회적 이슈화
 - 종합적인 부과체계 개편이 진행되면서, 개편 영향 반영과 함께 도덕적 해이 방지 등을 위한 가입자 관리제도의 정비 필요성 증대
- (공급자) 국민의 건강보장을 위해 필수적인 영역에서의 의료활동이 적정하게 보장받는 구조로 개선 요구
 - 행위별 수가 및 진료량 심사에의 높은 의존도, 수가·급여기준 등 등재 이후 관리 부족, 영역·항목 간 불균형 등 수가체계의 문제 발생
 - * 전체 진료비 69조 중 포괄(DRG) 1.6조원(2.3%) 수준('17. 심결 기준)
 - 통합적인 의료 질 관리 부족으로 평가 간 대상·영역·지표 등 불균형 발생, 낮은 보상 비중* 등 의료 질 향상의 체감도가 낮다는 지적
 - * 보험급여비 중 평가보상 비중 ('11) 0.03% → ('13) 0.04% → ('15) 0.97% → ('17) 0.99%
- (인프라) 보험급여 및 보험료 등 주요 정책 결정 과정의 가입자 참여·투명성 부족 지적 등이 꾸준히 제기되면서 신뢰 저하 우려
 - * 예> 건강보험정책심의위원회 결정과정 및 결정내용에 대한 상세 공개 미흡
 - 기술 발전과 성공사례가 축적되면서, 데이터의 개방·활용에 대한 요구는 증대되는 한편, 개인정보 보호 강화가 필요하다는 주장도 상존

□ 재정적 지속가능성에 대한 우려 증대

- 외국에 비해 보험료 부담 대비 보장률이 상대적으로 높은 수준*이나, 단기간에 빠른 지출 증가를 경험하면서 재정 건전성 우려도 증가
 - * (건강보험 보험료율, %) 한국 6.5('19), 일본 10.0('17), 독일 14.6('17)
(건강보험 보장률, %) 한국 62.7('17), 일본 80.4('17), 독일 85.0('17)
- 향후 인구고령화, 보장성 강화 등 지속적인 지출 증가, 보험료율 상한(8%) 도달 등을 감안하여 재정 지속가능성 확보 방안 마련 및 사회적 논의 필요

참고 1 건강보험 보장성 강화대책('17.8) 주요 이행 실적

구분	주요 내용	시행 시기
공통	<ul style="list-style-type: none"> ● 선택진료비 부담 전면 해소 ● 본인부담상한제 개선 ● 재난적의료비 지원 확대 실시 	'18.1월
	<ul style="list-style-type: none"> ● 상복부 초음파 건강보험 적용 	'18.4월
	<ul style="list-style-type: none"> ● 약제 선별급여 대상 검토 (항암요법 17개 및 일반약제 71개 항목) 	'18.1월~
	<ul style="list-style-type: none"> ● 상급병실(상급종합병원·종합병원) 2·3인실 건강보험 적용 	'18.7월
	<ul style="list-style-type: none"> ● 뇌·뇌혈관 MRI 건강보험 적용 	'18.10월
	<ul style="list-style-type: none"> ● 보육기(인큐베이터), 신경인지검사 등 198항목 급여 기준 및 적용 확대 	'17.9월 ~'18.12월
	노인	<ul style="list-style-type: none"> ● 중증치매 본인부담률 인하(20~60% → 10%) ● 치매진단 신경인지검사 건강보험 적용
<ul style="list-style-type: none"> ● 틀니 본인부담률 인하(50% → 30%) 		'17.11월
<ul style="list-style-type: none"> ● 노인외래정액제 개선(의과, 한의, 치과, 약국) 		'18.1월
<ul style="list-style-type: none"> ● 임플란트 본인부담률 인하(50% → 30%) 		'18.7월
아동	<ul style="list-style-type: none"> ● 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 인하 (10~20% → 5%) 	'17.10월
	<ul style="list-style-type: none"> ● 18세 이하 치아 홈메우기 본인부담률 인하 (30~60% → 10%) 	'17.10월
여성	<ul style="list-style-type: none"> ● 난임 시술 행위 표준화 및 필수 시술, 마취, 검사, 약제 등에 대해 건강보험 적용(본인부담 30%) 	'17.10월
장애인	<ul style="list-style-type: none"> ● 장애인보장구(욕창예방방석·이동식리프트) 급여 대상자 확대 	'18.7월

3

정책 여건 분석

□ (인구) 고령사회('18) 이후 불과 8년 만에 초고령 사회로 이행('26), 총 인구 감소의 조기 도래('31→'27) 등 인구고령화가 빠르게 진행

* 출생아 30만명 시대 18년 조기 진입('35→'17), 베이비부머 세대(1955~63년생) 은퇴 ('20~'28), 80세 이상 200만명 돌파('23) 등 단기간에 급격한 인구구조 변화

○ 의료비 부담 능력은 취약하면서 의료수요가 큰 노인인구 급증

* ▲ 65세 이상 치매노인(명): ('16) 68.5만 ('20) 84만 ('23) 98.3만

▲ 75세 이상 후기고령노인(명): ('17) 310만 ('20) 348만 ('30) 532만

연령별 인구구조 변화 전망



출처: 통계청(2019)

65세 이상 노인 총 진료비 지출 추이



출처: 건강보험공단(2018)

□ (경제·사회) 저성장 기조가 장기화될 전망이며, 소득 격차 확대, 계층의 고착화 등 양극화 현상 지속 예상

* ▲ 잠재성장률: ('16~'20) 2.8~2.9% ('20년대) 2.2% ('30년대) 1.9% ('40년대) 1.5%

▲ 소득 상·하위 10% 월평균 소득 차이: ('90) 8.5배 → ('03) 9.1배 → ('16) 10.7배

○ 지역과 계층에 따른 보험료 및 의료비 부담, 의료 접근성과 건강 결과(기대수명, 건강수명 등) 등 의료격차 해소 문제가 주된 관심사로 부상

* ▲ 소득 상·하위 20% 건강수명 격차는 11.3년(상위 72.2세 하위 60.9세)('14)

▲ 치료 가능 사망률: 충북은 서울보다 31% 경북 영양군은 서울 강남보다 364% 높음('15)

- (질병구조·건강인식) 만성질환 위주로 질병구조 변화, 삶의 질과 건강을 중시하는 인식 확산 등 건강 패러다임이 근본적으로 변화
- 환자수와 진료비 규모 모두 만성질환이 차지하는 비중이 꾸준히 증가 중이며, 노인인구 증가와 맞물리면서 더욱 빠른 증가 전망
 - 이에 따라 건강보험이 해결해야 할 주된 문제가 '진단·치료'에서 '예방·관리와 악화 방지'로 확장



- 더 건강하게 오래 살고, 존엄한 죽음에 관심을 갖는 등 가치관이 빠르게 변화하면서, 건강·의료서비스에 대한 욕구 변화 전망

* 노인인구 중 대부분이 존엄사 찬성·무의미한 연명치료 반대(83.1%), 호스피스 활성화 찬성(87.8%)(2017 노인인권실태조사)

- (의료기술) 4차 산업혁명, 급속한 기술혁신 등은 생명연장 가능성을 높이는 한편, 전통적인 건강보험 운영방식의 변화를 요구

- 헬스케어 분야는 상당한 기술 혁신 잠재력을 보유하고 있지만, 기술에 내재된 가치와 건강보험의 일반 가치 간 충돌 소지도 상존

* (기술) 특수성, 개별성, 개인선택 중시 ⇔ (건강보험) 보편성, 형평성, 안전성

- 비용·효과적인 신기술이 개발되어도 건강보험 적용이 지연되면 비효율적인 기존 기술로 인해 재정과 건강성과 모두 악영향 우려

* 기술 발전이 의료비 증감에 미칠 영향은 아직 불확실:

증가(고가 혁신장비 출현 등) 및 감소(스마트 의료기기 대중화 등) 효과 상존

Ⅲ. 정책방향 및 목표

□ 비전 : 건강한 국민, 든든한 건강보험

- ① (건강한 국민) 모든 국민의 평생 건강한 삶 보장
 - 계층 간, 세대 간 건강보장의 형평성 확보
 - 출생부터 노년까지 전 생애에 걸친 건강보장 구현
- ② (든든한 건강보험) 보장성을 강화하면서 지속가능한 제도 운영
 - 국민의료비 부담은 낮추고, 적정 진료를 보장하는 의료안전망
 - 보험료 적정부담과 합리적 지출관리에 기반한 공정한 제도운영

□ 핵심 정책목표 : 건강수명 연장, 건강보험 보장률 향상

- ① (건강수명) '16년 73세 → '23년 75세
 - 건강보험의 보장률 향상 및 지속가능성 확보를 통해 국민의 건강 향상
- ② (건강보험 보장률) '17년 62.7% → '22년 70.0% → '23년 70.0%
 - 건강보험 보장성 강화대책('17~'22) 등 '22년 70% 달성 이후 유지
 - * 종합계획에는 '17.8월 발표한 「건강보험 보장성 강화대책」 포함하여 추진

□ 주요 성과목표

- ① 외래 이용 횟수 증가율 : '19~'23년 연평균 증가율 2.2% 이하
 - * 최근 5년 간('12~'16) 연평균 증가율(4.4%)의 1/2
- ② 입원 일수 증가율 : '19~'23년 연평균 증가율 1.5% 이하
 - * 최근 5년 간('12~'16) 연평균 증가율(3.0%)의 1/2
- ③ 항생제 처방률 : ('17) 39.7% → ('23) 32.7%
사용량 : ('16) 34.8DID → ('23) 27.8DID²⁾
- ④ 불필요 지출 관리율 : ('19) 급여비의 1.0% → ('23) 3.0%

2) DID : 인구 1,000명당 1일 DDD(의약품 1일 사용량)

건강한 국민, 든든한 건강보험

건강수명 : '16년 73세 → '23년 75세

건강보험 보장률 : '17년 62.7% → '23년 70.0%

평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화

- 국민의료비 부담 경감
- 환자 중심 통합서비스 제공
- 예방중심 건강관리 기능 강화

의료 질과 환자 중심의 보상 강화

- 의료 질 제고
- 적정 진료 및 적정 수가 보상

건강보험의 지속가능성 제고

- 건강보험 재정 관리 강화
- 의료이용 적정화
- 합리적인 지출구조 설계
- 통합적·효율적인 노인의료 제공

건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화

- 공평한 보험료 부과
- 가입자 자격·징수 관리 제도 개선
- 통계·정보 관리 강화
- 건강보험 운영체계 개선

국민중심

가치기반

지속가능성

혁신지향

참고 3

제1차 국민건강보험종합계획 핵심가치

□ 4대 핵심 가치 : 국민, 가치, 지속, 혁신

① 국민 중심 (People-centered)

- (환자·가족) 치료에 불가피한 의료비 부담 경감 및 가계파탄 예방, 양질의 의료서비스 이용 지원, 의료기관 에서 재가·지역사회까지 연속적인 통합서비스 연계 등
- (가입자) 부담 능력에 따른 공평한 재원 부담, 건강관리, 질병 관리, 의료이용 관리 등 건강 수준에 따른 맞춤형 서비스 등

- ▶ 건강보험 보장성 강화대책('17.8)의 연차별 이행계획 구체화
- ▶ 남아있는 비급여에 대한 공적 관리 및 새로운 통합적 의료지원 체계 검토
- ▶ 환자지원팀의 치료계획 마련 및 퇴원 이후 지역사회 의료·복지 연계
- ▶ 재활의료 및 방문서비스 활성화
- ▶ 건강검진, 만성질환 관리, 장애인 건강관리, 교육·상담, 의료이용 관리 등 확대

② 가치 기반 (Value-based)

- 의료제공량 기반의 단순·비례적 보상 보다는 국민건강 향상에 실질적으로 기여한 성과 및 활동을 측정하고, 이에 대한 보상 강화
- 합리적 원가에 기반한 적정 수가 보상 → 의료 질 향상 및 적정 진료 확산으로 이어지는 선순환 구조 정착

- ▶ 의료 질 평가제도 및 보상 내실화, 질과 성과 중심의 심사체계 개편
- ▶ 필수인력 투입, 의료 공공성, 급여화 과정의 손실보상 등 적정 보상
- ▶ 적정 진료에 기반한 합리적 원가 산출 및 공론화
- ▶ 진찰료·입원료, 가산제도, 상대가치 등 개편 추진
- ▶ 포괄형·묶음형 수가제도 개선 및 확산

③ 지속가능성 (Sustainability)

- 단기와 중장기에 직면하는 다양한 재정 위험에 효과적·선제적으로 대응하는 안정적인 건강보험 재정 운영
- 당사자간 합의와 신뢰에 기초하여 보다 투명하고, 효율적으로 제도 운영

- ▶ 공평한 보험료 부과체계 개편 및 부과기반 확대
- ▶ 안정적인 정부지원 방식 검토 및 법 개정
- ▶ 건강보험에 적합한 재정추계 모형 개발 및 중장기 재정전망
- ▶ 재정 정보, 정책결정 과정 등 정보공개 확대 및 운영 효율화

④ 혁신 지향 (Innovation-oriented)

- 협진, 다학제 또는 팀 단위 접근, 의료·돌봄·복지 연계 등을 통한 환자의 복합적인 건강문제 해결 방식 개선
- 건강보험 제도·재정·보장 운영, 건강보험-의료기관 또는 의료기관 상호 간 연결 등 모든 영역에서 ICT 혁신 접목·도입

- ▶ 의료인 간·의한 협진 및 환자지원팀·방문의료팀 등 팀 단위 접근 강화
- ▶ 차세대 심사·청구 전산시스템 구축 및 진료정보 교류·EMR 인증 활성화
- ▶ 데이터 수집·활용·구축 등 검토 및 개선
- ▶ 제도 발전 연구, 데이터 기반 연구 등 확대

IV. 세부 추진 과제

추진과제 요약표

추진방향	추진과제
I. 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화	① 국민의료비 부담 경감
	② 환자 중심 통합서비스 제공
	③ 예방중심 건강관리 기능 강화
II. 의료 질과 환자 중심의 보상 강화	① 의료 질 제고
	② 적정 진료 및 적정 수가 보상
III. 건강보험의 지속가능성 제고	① 건강보험 재정 관리 강화
	② 의료이용 적정화
	③ 합리적인 지출구조 설계
	④ 통합적·효율적인 노인의료 제공
IV. 건강보험의 신뢰 확보 및 미래 대비 강화	① 공평한 보험료 부과
	② 가입자 자격·징수 관리 제도 개선
	③ 통계·정보 관리 강화
	④ 건강보험 운영체계 개선

1 국민의료비 부담 경감

□ **비급여의 단계적 급여화**

○ (기본방향) '17.8월 발표한 「건강보험 보장성 강화 대책」의 차질 없는 이행

- 치료에 필요한 항목은 급여화하되, 필수적인 분야·항목부터 단계적으로 추진

급여화가 필요한 주요 비급여 영역('17)

- ① (필수검사 비급여) MRI, 초음파
- ② (의학적 비급여) 각종 의료행위, 치료재료(드레싱류 등 소모품) 등
- ③ (중증환자 비급여) 선택진료비·상급병실료 등

- 치료에 필요하지만, 일부 비용효과성이 불확실한 비급여는 본인 부담을 높여(50~90%) 예비적으로 급여화(예비급여)

* 3~5년 주기 재평가를 통해 급여 또는 비급여로 전환, 예비급여 유지 등 결정('19~), 안정성·유효성 등 의료기술 평가 필요시 심층평가 실시(보건의료연구원)('20~)

○ (필수검사 비급여) MRI 및 초음파는 의학적으로 필요한 모든 경우에 보험이 적용되도록 단계적으로 확대(~'21)

MRI·초음파 급여화 추진 계획(안)

	2019	2020	2021
MRI	두경부, 복부, 흉부, 전신 등	척추	근골격
초음파	하복부, 비뇨기, 생식기	흉부, 심장	근골격, 두경부, 혈관

* 추진 일정 및 분야 등은 시행계획 수립과정에서 변경 가능

- (의학적 비급여) 비급여 의료행위, 소모품(치료재료) 등을 점검하고, 치료에 필요한 의학적 비급여는 단계적으로 급여화 추진

* 보험이 적용되지 않는 등재비급여(32백여개), 보험은 적용되나 기준, 횟수 등의 제한을 받는 기준비급여(4백여개) 등 36백여개

등재·기준 비급여 급여화 추진 계획(안)

	2019	2020	2021	2022
등재비급여	응급실·중환자실, 중증질환	척추	근골격·만성질환	안·이비인후과 질환 등
기준비급여	암환자, 뇌혈관질환 등	척추·근골격, 재활 등	정신질환, 영유아질환 등	안·이비인후과 질환 등

* 추진 일정 및 분야 등은 시행계획 수립과정에서 변경 가능

- (상급병실 비급여) 국민 수요도, 의료기관 종별 기능, 병원급 의료기관 간 형평성 등을 고려하여 병원(의과·한방) 2·3인실 보험 적용⁽¹⁹⁾
 - 1인실은 감염 등으로 불가피한 경우에 제한적 적용 추진⁽²⁰⁾
 - 건강보험 적용 확대에 따른 불필요한 입원 증가 등 의료이용 및 병상 구성 변화 등에 대한 모니터링과 급여기준 조정 등 실시

□ 의약품 보장성 강화

- (기본방향) 의약품의 선별 등재 방식을 유지하면서 보장성 강화
- (등재비급여) 사회적·임상적인 요구도가 큰 의약품의 건강보험 적용을 확대하고, 이를 뒷받침하기 위한 제도 개편도 함께 추진
 - (희귀질환치료제 등) 허가-평가 연계제도³⁾를 활성화*하고 급여 적용 가격 유연 검토, 건강보험공단 협상 기간 단축 등 추진
 - * 희귀의약품의 경우 '16년부터 적용 가능하나 실제 신청한 사례는 없음
 - (항암제 등 중증질환 치료제) 사회적·임상적 요구, 비용효과성, 국민수용도, 재정여건 등을 종합적으로 고려하여 급여 추진

3) 제약사가 의약품 품목허가 전에도 심사평가원에 요양급여 결정신청을 할 수 있게 하는 제도

- (기준비급여) 건강보험 인정범위가 제한된 급여 의약품 중 사회적 요구가 높은 의약품 중심으로 단계적으로 건강보험 급여 적용
 - 우선 건강보험 급여화를 검토하고, 급여화가 어려운 경우 선별 급여 적용 여부 및 본인부담율을 높여(차등)* 급여 적용
- * 본인부담율 (급여) 30%(암 5% 희귀질환 10%), (선별급여) 50, 80%(암 희귀질환 30, 50%)
- 행위·치료재료의 급여화 우선순위에 맞추어 추진하되, 항암제는 '20년, 일반약제는 '22년까지 단계적 검토

의약품 보장성 강화 추진 계획(안)

구분	주요 분야 및 대상	예시
2019	중증질환, 항암요법(기타 암)	류마티스질환치료제, 뇌전증치료제 등
2020	근골격·통증치료, 항암요법(보조약제)	골다공증치료제, 통증치료제 등
2021	만성질환	B·C형 간염치료제, 당뇨병용제 등
2022	안·이비인후과 질환 등	황반부종치료제, 중이염 치료제 등

* 추진 일정 및 분야 등은 시행계획 수립과정에서 변경 가능

□ **구강건강 보장성 강화**

- ('19년) 취약계층 건강 보장에 필수 항목부터 우선 급여 확대
 - 고액 치료비가 발생하는 어린이 광중합형 복합레진 충전, 구순 구개열 환자의 구순비교정술 및 치아교정 등 건강보험 적용
 - ('20년 이후) 필수 항목 중심으로 점진적으로 보장성 강화 추진
 - 실태조사·연구 및 의견 수렴 등을 통해 보험급여의 필요성, 재정 여건 등을 종합적으로 고려
- * 아동·청소년 충치치료의 적용연령 조정 등 검토

□ 한의약 보장성 강화

- ('19년) 시범사업('17.2~) 결과를 반영해 **추나요법을 급여화**
 - 연구 결과('18)를 토대로 **첩약 시범사업 추진**, 이해관계 단체 간 협의를 거쳐 **한약제제 보장성 확대** 등 검토
- ('20년 이후) 보험적용 필요성, 재정 여건, 연구·시범사업 결과 등을 **종합 고려하여 점진적으로 필수 항목 중심의 보장성 강화 추진**
 - 건강보험 적용 확대를 위한 한방 치료법의 객관적인 근거 축적 및 **표준화 등 병행 추진**

□ 간호·간병통합서비스 확대 및 제도화

- (참여 확대) **간병이 필요한 환자들이 불편 없이 의료기관을 이용할 수 있도록 서비스 기반 확보**(‘23년 250만 입원환자(누적) 이용)
 - 환자 및 병동 특성 등을 고려한 **맞춤형 제공인력 기준 제시**(‘19~)
 - * 급성기 모형 외에 만성기·회복기 등 다양한 모형 시범적용 및 검증 추진
 - 간호인력 수급 상황 등을 고려하여 **중증도 높은 의료기관에서의 서비스 확대 추진**(‘19~)
 - * 서울지역·상급종합 참여병동 제한(현재 2개)은 단계적으로 완화
 - 간호인력 확보를 지원하기 위해 **간호사 근무환경·처우 개선 대책** ('18.3)을 차질없이 이행하고, **교육전담 간호사 제도 도입 검토**(‘19)
 - **3차 상대가치 개편(입원료)과 연계하여 본 사업 전환 추진**(‘21)
- (제도 안착) **우수 운영기관* 성과보상 강화**(‘19), **표준적인 서비스 제공방식 개발·보급**(‘20~) 등을 통해 **보편적인 입원 모델로 정착**
 - * 전체 병상 대비 참여비율, 인력 처우개선, 정규직 고용 등 평가
 - 병원 경영진 및 제공인력, 환자 및 보호자 등 대상으로 **올바른 서비스 제공·이용 문화**에 대한 안내·홍보도 지속 강화(‘19~, 계속)

□ 임출산 및 어린이 의료비 부담 경감

- (임·출산) 난임치료 시술(보조생식술)의 적용연령(현행 만 45세 미만)과 횟수 기준 등을 개선하고, 국민행복카드 진료비 지원금액 인상('19)
- (아동) 영유아 외래 본인부담을 절반 이하로 경감('19)하고, 아동 의료비 부담 추가 완화 검토·추진('20~)
 - * 1세 미만 아동(21~42→5~20%), 36개월 미만 조산아·미숙아(10→5%) 등
- (중증소아) 재택의료팀*이 재택의료 계획을 수립하고 계획에 따라 의료서비스를 제공하는 중증 소아 재택의료 시범사업 추진('19)
 - * 의사, 간호사(코디네이터, 방문간호사), 물리치료사, 작업치료사 등 자격을 갖춘 전문가로 구성
- 어린이 진료 인프라 강화를 위한 '어린이 공공전문진료센터 입원관리료' 시범사업 평가 결과를 토대로 수가 개선('20)

□ 보완적 의료비 지원 내실화

- (본인부담상한제) 보험료 부과체계 1단계 개편('18.7) 사항 반영 및 전체 상한액을 연소득 10% 수준으로 조정 등 형평성 제고('19)
 - 부과체계 2단계 개편에 맞춰 본인부담 상한제 적용 기준 마련을 위한 연구 및 의견수렴 등을 거쳐 개선방안 마련('21~'22)
 - * 상한제 재정 소요, 각 소득구간 별 상한액 수준 등 종합적으로 검토
 - 의료비 부담 능력, 도덕적 해이 방지 등을 고려한 본인부담 상한제의 합리적인 적용방안 연구('20)
 - * 예> 행위, 치료재료, 약제비의 구분 적용 등
- (재난적의료비 지원) 지원효과 모니터링 등을 통해 소득 수준 및 의료비 발생 규모별 지원 차등화, 상한 조정 등 지원기준 정비
 - 병원 환자지원팀을 통한 위기가구 발굴·지원과의 연계 및 홍보 강화('19~)

- (의료지원 체계) 각종 의료지원 현황, 비급여 규모 변화 등 감안, 의료비 지원사업 간 연계·통합방안 검토 연구('19) 및 추진('20~)
 - * 암환자장애인·희귀난치성 유전질환자 지원, 긴급복지(의료비) 등 9개 사업 우선 검토
- 비급여 중심인 재난적의료비 지원의 역할 정립, 법정본인부담 산정특례 및 본인부담상한제 등과의 정합성 등 종합 검토

□ 건강보험 보장성 모니터링 강화 및 체계적 대응

- (모니터링) MRI·초음파 등 보장성 강화대책 추진으로 빠른 지출 증가가 예상되는 항목 중심으로 이용량, 청구경향 등 모니터링 강화
- (대응체계) 비정상적인 의료이용 경향 발견시 신속 대응, 주요 분야별 향후 지출 규모 예상 및 선제적 관리 등 체계적 대응

□ 비급여 관리 강화

- (비급여 발생 억제) 신의료 기술로 진입하는 치료에 필요한 의료는 원칙적으로 급여 또는 예비급여 적용('18~, 계속)
- (관리 체계) 신규 발생 및 현재 유지되는 비급여 항목에 대한 관리 강화 기반 마련
 - 비급여 항목의 정확한 실태 파악 및 지속적인 모니터링 등을 위해 항목 분류를 체계화·표준화('19~)
 - * 현재 진료목적별, 세부 항목별로 혼재되어 있는 비급여 규정 정비 및 표준코드 제시
 - 급여진료와 병행하는 비급여 진료항목은 건강보험 청구 시 함께 자료를 제출하도록 하는 방안 검토('20)
- (정보 공개) 비급여 진료비용의 공개 대상을 지속 확대*하고, 공개 내용을 환자에게 필요한 정보 위주로 개선**('20)
 - * '19년 330여개 항목 확대 이후 비급여 급여화와 연계해 항목 수 조정
 - ** 예> 비급여 항목별 가격 공개 → 상병별·수술별 진료비용 총액 공개
- 비급여 진료과정에서 의료진이 환자에게 충분한 설명 후 동의서 작성 등 강화된 절차 도입 검토('21)

2 환자 중심 통합서비스 제공

□ 입원-퇴원-재가복귀 연계 강화

<지역사회 노인 통합 돌봄계획(커뮤니티 케어) 관련>

- (기본방향) 의료기관 내 환자지원팀*(가칭)이 환자 별로 입원부터 퇴원까지 치료계획 및 퇴원 이후 서비스 연계 등 통합 관리

* 의사, 간호사, (의료)사회복지사 및 기타 보건의료·복지 관련 전문인력 등으로 구성

- (입원~퇴원) 환자의 의료·돌봄·경제사회적 요구도 등을 종합 평가하여 다학제 치료, 협진, 재활 등을 포함한 통합 치료계획 수립
- (퇴원~복귀) 퇴원 후에 의료이용 필요시 거주지 인근 의료기관 의뢰(회송), 방문진료, 지역사회 복지·돌봄 등을 유기적으로 연계

* 지역사회 내 사회서비스 자원 및 제공기관 등 파악·연계 추진

- (추진방안) 대상환자군 선정기준, 운영모델, 평가도구, 유형별 수가 체계* 등 마련을 위한 연구용역과 시범사업을 거쳐 단계적 도입('19~)

* (유형 예시) 급성기(종합병원 등) - 회복기(재활의료기관) - 유지기(요양병원) (수가체계 주요내용) 환자지원팀 구성·운영, 통합 환자평가, 지역사회 연계 관리 등 지원

- 급성기 이후 회복기 단계에서 다양한 의료기관·질환별 특성을 감안, 입원료 체감제 적용기준을 체계적으로 차등화 검토('19~)

* 현재는 급성기 15일, 요양병원 6개월 이후 체감제 적용하는 2개 유형만 운영

환자 중심 입원서비스 제공 절차(예시)



□ 협진 및 재활의료 제공 활성화

- (원격협진) 병·의원-대형병원간 원격협진 모형을 개발하고 의료인간 협진 플랫폼 구축(사회보장정보원 디지털의료지원시스템 등 활용 검토)
 - 적정 플랫폼을 통한 협진 의뢰, 자문 제공 등에 건강보험 적용('19~)
 - (의·한 협진) 2단계 시범사업 평가를 토대로 협진 환자에 대한 치료 효과 등이 높은 기관을 차등화 보상하는 수가 모형 시범 적용('19~)
 - (재활치료) 급성기-회복기-유지기 단계별 조기 (집중)재활치료 및 조기 사회 복귀를 촉진하는 재활의료 수가 개편방안 마련('20)
 - 재활치료 대상 환자 분류, 단계별 기관 간 기능 정립 및 전문화, 지역사회 통합돌봄 연계 등 방안을 포함한 관련 연구 병행 추진
- * 예> ▶ 급성기 (조기 재활치료) ▶ 회복기 (맞춤형 집중 재활치료) ▶ 유지기 (장기간 간단한 재활치료) ▶ 지역사회 (생활기 재활 및 서비스 연계)

□ 거동불편 환자의 방문의료 활성화

- (기본방향) 계획 수립, 방문, 교육, 환자관리 등 방문요양급여에 대한 수가체계 마련(법적근거 마련 '18.12, 하위법령 개정 '19~)
- (방문진료) 거동이 불편해 의료기관 내원이 어려운 환자 대상으로 지역 중심 수가 모형을 개발하고 시범사업 등을 통해 활성화('19~)
- (방문의료) 방문의료팀*을 통해 환자 상태에 적합한 계획 수립, 교육·상담, 진료·간호·복약지도·재활·영양관리 등 서비스 제공('20)
 - 장애인, 말기환자, 중증소아환자 등 중증거동불편자 대상으로 내실화

방문의료팀의 방문의료 제공 프로세스(예시)



□ 국가건강검진 효과성 제고

- (기본방향) 국가건강검진 제도 개선과 함께 건강보험과의 연계를 강화하고, 제3차 국가건강검진 종합계획(21~25)을 통해 보완
- (수검대상) 20~30대 피부양자(직장) 및 세대원(지역) 등을 건강검진 대상에 포함하여 사각지대 해소(19)
- (제도 정비) 건강검진 항목 등에 대한 효과성 연구*를 통해 의학적 근거 마련 및 사회적 공감대 형성을 통해 정비 추진하고, 검진기관 질 관리 강화(18~, 계속)
 - * 현재 일반건강검진 목표 질환(총 17개) 별로 타당성 평가연구를 진행 중
- (사후관리) 검진 결과 고혈압·당뇨 확진자는 포괄적 만성질환 관리와 연계해 지속 관리되도록 맞춤형 검진바우처 시범사업 실시(19)
 - * 고혈압(심전도·나트륨·칼슘 검사 등), 당뇨(안저 등 합병증 검사) 등 대상
 - 건강검진 및 사후관리 참여도 등에 따라 건강보험의 보장수준을 차등화하는 법정본인부담 체계 개편 검토(21)
 - * 해외사례 조사, 개편방안 등 연구를 통해 타당성을 검토, 필요시 시범사업 실시
- (재정운영) 건강보험에 지원되는 건강증진기금 전입금을 주 재원으로 별도 계리하여 예방·건강증진 분야에 포괄적으로 활용(20)
 - * 건강검진 및 사후관리, 건강증진사업 등을 포함한 운영계획 수립

□ 일차의료 중심의 포괄적 만성질환 관리 강화

- (기본방향) 의원급에서 환자관리계획 수립, 지속적 관찰·관리·평가, 적절한 교육·상담 등을 제공하는 포괄적 관리모델 도입·확산(19~)
 - * 의료 질 평가 기반으로 성과 중심 인센티브 적용 여부 등도 검토
 - 고혈압·당뇨병부터 우선 실시하고, 대상질환을 점진적으로 확대*
 - * 의원에서 관리 가능하고 필요도 높은 질환을 선별, 적용방안 연구 진행(19~)

- 치·한의에서 효과적으로 관리 가능한 질환의 별도 운영 모형, 만성질환 관리 수가 적용 방식 개선 등 종합 검토('19~)
- (사업 정비) 기존 유사한 시범사업들은 단계적으로 통합하되, 의원급 만성질환관리제는 진행 상황에 따라 조정·통합 등 개선 추진
 - * 지역사회 일차의료 시범사업 및 만성질환관리 수가 시범사업('19) 의원급 만성질환관리제 및 고혈압·당뇨병 등록관리사업('20~) 등

□ 교육·상담 활성화

- (기본방향) 교육·상담의 효과성이 큰 분야를 선정하여 점차 확대
 - 시범사업을 통해 환자 특성에 맞춘 교육·상담 제공 절차, 교육 과정 및 내용 등을 표준화한 후 제도화 추진
- (추진방안) 일차의료(의과)에 적합한 교육·상담 체계부터 개발하고 단계적으로 종별·지역별 확대 및 공통수가 포괄적용 등 검토
 - 의원급 외과계 수술 전후, 내·외과계 만성질환 등에 우선 적용('19~)하고, 병원급은 효과성이 큰 질환*을 선별해 확대('21~)
 - * 예> 환자·보호자의 질병 이해 증진이 치료과정 및 예후에 미치는 영향이 큰 질환
 - 단계적으로 치과, 한의과, 약국 등의 교육·상담 수요, 대상 질환 등에 대한 연구를 통해 확대 방안 검토('20~)
- ☞ 중장기적으로 3차 상대가치 개편시 기본진료료 개편 등과 연계

□ 장애인 건강관리 강화

- (기본방향) 주치의 등록을 통한 중증장애인의 포괄적 건강관리 모델 확대
 - 포괄평가·계획, 교육·상담, 진료 의뢰·연계, 방문진료, 주 장애인 관리 등 시범사업을 통해 적정 운영모델 마련 후 제도화('18~'20)
- (대상확대) 장애아동에 특화된 주치의 모형, 치·한의 분야에서 효과적으로 관리 가능한 운영 모형 등 검토 및 단계적 도입('19~)

방향 2

의료 질과 환자 중심의 보상 강화

1 의료 질 제고

□ 의료 질 평가제도 및 보상 내실화

- (평가체계) 국가 단위 성과 목표를 설정·관리하기 위한 종합적인 거버넌스를 구성·운영하고(‘21), 평가제도 간 조정·연계* 강화(‘19~)

* 역할·기능 정립, 유사지표 정비, 평가자료 수집체계 연계·통합 등 추진하고, 역할·기능에 따른 보상체계 연구·검토

평가제도 간 기능 정립(예시)

의료기관 인증	적정성 평가	의료질 평가
▶ 구조과정 등 인프라 평가	▶ 서비스 질 심층평가	▶ 기관 단위 종합평가

- 중소병원, 정신건강, 노인질환(치매), 감염·안전* 등 평가영역을 균형적으로 단계적 확대(‘19~)

* 항생제 내성, 신생아중환자실 안전, 의료관련감염 예방 등

- 의료기관 유형·기능 및 특성에 부합하도록 평가지표 개선 및 결과지표 비중을 확대하고, 성과 중심으로 보상 강화(‘22~)

* (유형·기능·특성 부합) 대형병원은 중증질환 진료, 중소병원은 일반입원 등 (결과지표) 입원환자 중증도 보정사망률, 재입원률, 합병증 발생률 등

- (평가기반) 의료기관의 정보관리 체계* 확충 및 평가자료 제출에 따른 행정비용 등 지원 검토

* 입원 시 상병보고체계(POA), 전자의무기록시스템(EMR) 인증 등

□ 질과 성과 중심의 심사체계 개편

- (심사방식) 기존 청구건별 심사는 기관·질병·환자 단위로 모니터링 및 분석·심사하고, 불합리한 기준 등은 개선*하면서 단계적 전환

* 예> 이상기관 집중심사, 수가급여기준 개선, 평가대상 개선, 보상 연동 등

- 임상 진료지침 등 의학적 근거를 토대로 심사기준 설정·운영, 현장 전문성을 활용하는 심사기전* 도입, 심사기준·절차 공개 등 병행

* 예> 현장 전문가 그룹에 의한 심사, 우수기관 자율관리제 등

- (심사·평가 연계) 평가 결과와 심사·수가개선 등을 연계하고 우수 의료기관에 인센티브를 부여하는 등 심사-평가 선순환 구조 구축

- 적정 자료 수집을 위한 청구명세서 개편, 심사·평가를 연계하는 차세대 전산시스템 구축, 관련 법령·고시 개정 등 병행

□ 전자적 진료정보 교류 및 관리 강화

- (진료정보 교류) 환자 의뢰·회송에 표준화된 전자적 진료정보*를 활용하여 환자 정보를 내실있게 제공한 경우 수가 가산 추진('19~)

* 환자 의뢰·회송 과정에서 검사 영상 및 진료기록 요약지 등 제공

- 전자적 진료정보 교류를 위한 인프라 구축*과 병행해 단계적 검토

* 사회보장정보원 진료정보교류시스템, 심평원 심사참고자료제출시스템 등

- (전자의무기록시스템) EMR 인증제 시범사업('18~'19) 결과를 토대로 본 사업 추진 및 정보관리료 등 수가 가산 검토('20)

□ 최신 의료기술의 도입 절차 등 개선

- (기본방향) 불필요하게 오래 소요되는 등재기간 등은 합리적으로 개선

- (추진방안) 신의료기술 평가 과정에서 비용 관련 자료가 함께 제출되면 건강보험 등재 여부도 동시에 진행

- 식약처 인허가로 안전성·유효성이 일정수준 이상 확인되는 경우 예비급여 등을 활용하여 신속하게 건강보험 관리 체계로 편입

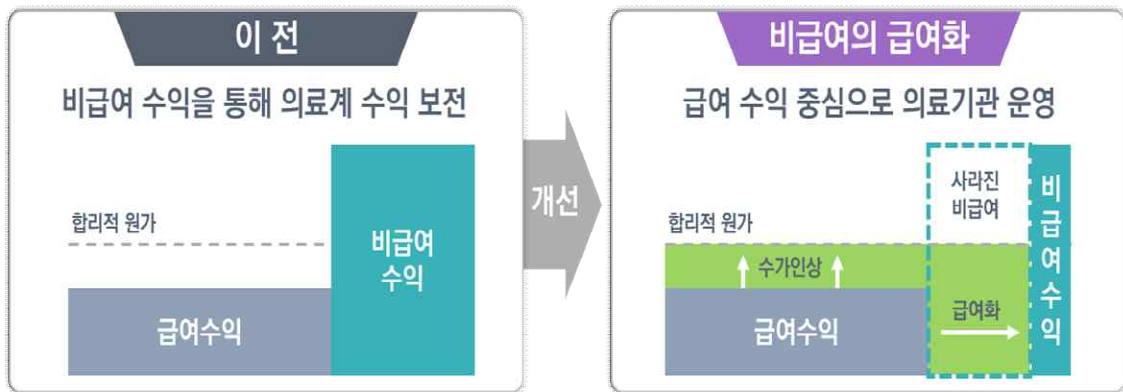
※ 보건의료연구원(신의료기술 평가)과 심사평가원(건강보험 등재)이 동시에 검토



2 적정 진료 및 적정 수가 보상

□ 기본 방향

- (보상 목표) 급여 수익 위주로 의료기관 운영이 가능하도록 수가 체계를 개선하고, 안전한 진료환경을 구축하여 의료시스템 정상화 추진



- (보상 원칙) 모든 분야의 일괄적인 인상보다는 보건의료 체계의 성과 향상 및 지속가능성을 높이는 방향으로 선별적·순차적 보상
 - 우선 영역 간·항목 간 불균형 해소, 적정 수가의 개념 및 방법론 정립 등을 선행하고, 3차 상대가치 개편과 연계해 보상 강화
 - * 수가체계 정비, 보상기전 다양화, 성과 및 평가와 연계한 보상체계 정비 등 병행
- (보상 영역) 저평가되었거나 인력 투입에 대한 보상이 미흡한 영역, 보건의료정책에 부합하는 영역 등 부터 우선적으로 중점 보상

□ 우선 추진 과제

- (의료 질 향상을 위한 인력 투입) 의료기관이 확보해야 하는 필수 인력의 고용이 가능하도록 건강보험 수가 개선
 - (간호사 야간근무) 인력 채용을 지원하기 위한 야간전담간호사 및 야간근무 보상을 강화하고, 야간근무 가이드라인 제공('19~)

- (의료 정보·행정) 심사체계 개편 및 평가·인증 등을 위한 자료 제출·관리 인력 확충 지원('20~)
- (안전관리) 응급실 안전관리 전담인력(청원경찰 등) 확보 지원('19~)
 - * 응급의료기관 지정기준(인력기준) 개선(응급의료법 시행규칙 개정) 병행
- (전문인력 확충) 의료 질 향상을 위해 배치된 입원실 및 중환자실 전문인력 등 특정 업무 전담 인력에 대한 보상 확대('19~)
 - * 예> 입원전담전문의, 중환자실 전담전문의 등
- (간호인력) 입원실의 간호인력 배치를 높일 수 있도록 간호관리료 차등제를 개선하고*, 지역 단위 적정 인력 배치 시범사업** 추진 검토
 - * 보상기준을 병상수에서 환자수로 변경, 배치요건 강화 등 단계적 추진
 - ** 신규 배출 인력의 해당 지역내 근무, 기존 근무 인력의 유출 방지를 위한 간호사 배치 쿼터(Quota) 설정 등 검토
- (필수의료에 대한 지원 강화) 생명·건강에 직결된 중증·공익 의료가 지역·기관·과목, 분야 별로 균형 있게 제공되기 위한 기반 마련
 - (영역) 분만, 수술, 응급의료·외상 등 서비스가 적절히 공급되도록 제공인력 배치 및 인프라 확충 등을 위한 보상 강화
 - * 미숙아, 조산아 등 필수 의료서비스(수술 등) 제공인력(예: 소아외과) 우선 추진, 응급의료 및 권역외상 센터 보상체계 개선 등
 - (과목) 외과계 기피과목(흉부외과, 외과, 산부인과, 비뇨의학과 등) 인프라 확충을 위해 전문의 배치기준 조정 등과 연계하여 수가 가산 체계 정비
 - (지역) 간호인력의 인건비 지원 대상 기관을 확대*하고, 의료취약 지역 대상 가산제도 도입 및 본인부담 인상 방지방안 마련
 - * 의료취약지역, 군지역 등 대상지역 및 종합병원·병원급 의료기관 종별 등

- (환자 안전) 감염관리 활동 비용 보상을 현실화*하고, 일회용 치료 재료 별도 보상 단계적 추진

* 감염예방관리료, 격리실·중환자실 격리료, 마약류 관리 수가, DUR 개선 및 관련 안전활동 보상, 수술실 감염·안전 관리 수가, 신속대응시스템 시범사업 등

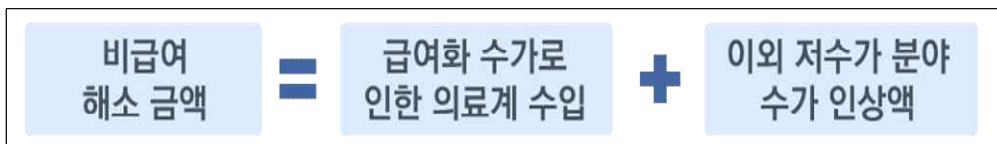
- (결핵 예방·관리) 결핵환자(잠복, 내성환자 등 포함)에 대한 조기진단 및 적기치료를 위한 건강보험 수가·기준 및 평가항목 등 개선('20~)

○ (비급여 손실보상) 급여화 과정에서 의료계의 손실이 발생하지 않도록 기존 비급여 수익의 총 규모 보전

- (방식) 급여화 과정에서 항목 간 상대가치 균형을 고려해 수가를 결정하고, 차액은 기존 저평가된 급여 부문 수가 인상액에 활용

* 의료기관 종별 비급여 해소 및 손실액을 고려하되, 진료과목별 주요 항목 개편을 병행하여 보상 추진

비급여 손실보상 방식 개념



- (이행) 비급여의 급여화로 해소된 항목별 진료비 규모, 급여화 시기 등 연간 보상 계획을 수립하고, 실제 규모를 비교하여 사후 보완

* 검사 분야는 자원 관리 체계 강화와 연계하여 장비 노후도 및 성능 등에 따른 차등 보상 체계를 마련하고, 품질 관리체계 확립

○ (회계조사) 합리적 원가에 기반한 적정 보상이 가능하도록 적정 진료에 따른 원가 산출을 위해 회계조사* 추진('19~)

* 의료기관 회계조사시 비용, 수익 등 도출

- 합리적 원가 산출 범위 설정, 회계조사 가이드라인* 등 마련

* ABC 원가분석, 환자별 원가분석 방법 등 다양한 방법을 검토하여 국내 현실에 적합한 방법론과 수집·분석 가이드라인 마련

- 중장기적으로 회계조사를 위한 표준의료기관 선정방안 마련, 의료기관 유형별 조사방법론 개발 등과 함께 조사대상기관 지원방안 등 검토

□ 보상기반 확립 이후 추진 과제

- (상대가치 개편) 주기적으로 수가간 불균형 해소, 진료행태 변화 반영 등 수가 체계를 정비하여 예측가능하고 신뢰성 있는 수가체계 운영
 - 2차 상대가치 개편을 통해 수술·처치 등 수가는 인상하고, 영상·검체검사의 수가는 인하하여 영역 간 불균형 해소 추진('17~'20)
 - 회계조사 결과 등을 토대로 합리적 원가에 기반한 균형있는 수가체계 운영을 통해 의료서비스가 제대로 제공되는 의료환경 조성 지원
 - 보험급여 재평가, 환산지수 등과 연계성 확보
- (기본진료료) 자원투입량(의사·간호사 진료시간 등), 정책요소(의료기관 종별 역할정립) 등이 종합적으로 반영되도록 진찰료·입원료 등 개편('21~)
 - 진찰시간, 환자중증도 등 진료특성에 따라 충분한 진찰이 이뤄지고, 의료기관별 전문화된 기능과 역할을 충실히 수행할 수 있도록 추진
 - ※ 심층진찰, 교육상담 등 시범사업, 수가항목 및 제도간 연계 방안 등을 종합적으로 고려
- (가산제도 등) 기존 가산 평가, 가산 도입 원칙 및 조정 기전 마련 등과 연계하여 체계적으로 정비(연구: '18~'19 → 시행: '21)
 - 종별 가산제도는 향후 의료전달체계 개선과 연계해 탄력적 형태로 개편을 검토하고, 필요시 행위 재분류 등 세부 조정 작업도 병행

□ 포괄·묶음 방식의 수가제도 확대

- (7개 질병군 포괄수가) 진료 행태 변화, 의료기술 및 진료 비용의 변화를 반영하여 적정 보상 수가(안) 마련('19)

- 신포괄 모형과의 유기적 연계방안, 물가변동 등 요인을 고려한 독립적인 조정기전 등 적용 검토
- (신포괄수가제) 시범사업 적용병상을 지속 확대(‘22, 5만 병상)
 - 민간 의료기관의 특성을 반영하고, 진료의 자율성 및 효율성 등 의료의 질을 높일 수 있도록 수가 모형 개선
 - 기관별 비급여 규모를 자발적으로 줄어나갈 수 있도록 비급여 감축에 대한 인센티브 및 의료 질 평가지표 강화(‘19)
 - 단계적으로 정책가산 규모를 줄여 나가되, 기본수가가 적정 수준이 될 수 있도록 원가기반 수가 개발(‘20~)
- (요양병원 일당정액제) 필요한 환자의 적정 입원 및 불필요한 환자의 지역사회 복귀 등을 촉진시킬 수 있도록 수가 개선(‘19~)
 - 환자 분류를 입원 필요성에 따라 정비하고, 본인부담을 개선하여 합리적인 입원 유도
 - 인구구조 및 환자 질병군 변화 등에 맞춰 요양병원이 적절히 기능하도록, 환자분류체계·일당정액수가 등 정기적인 조정 기전 마련
- (의료 질 향상) 진료비 예측 가능성 확보, 총 치료기간 내 진료비 규모 및 진료성과 관리가 가능한 만성질환 관리 등 묶음수가 검토(‘20~)
 - 다양한 의료기관(의원, 병원, 종합병원 등)이 협력하여 환자 중심의 진료 성과를 높일 수 있는 수가제도 연구 추진 병행

1 건강보험 재정 관리 강화

□ **재원조달 안정화**

- (정부지원) 현행 한시적인 지원 방식 및 적정 지원규모를 재검토 하고, 사회적 합의를 거쳐 법 개정 추진(~'22)
 - 보험재정에 대한 정부지원 규정(국민건강보험법 제108조) 유효기간 ('22.12.31) 만료 이전 관계부처 협의 및 공론화를 거쳐 개정 지원('22~)
 - (보험료) 건강보험 보장성 확대와 보험료 부담이 균형을 이루도록 매년도 보험료율 인상율을 적정 수준(평균 3.2%)에서 안정적으로 관리(계속)
 - 오랜 기간 건강보험을 운영해 보장성과 보험료 부담이 안정적인 균형을 이룬 외국(독일, 일본, 프랑스 등) 사례 참조하여 검토
 - 보험료 부과 대상 소득 확대* 등을 통한 수입기반 확충 병행 추진
- * 예> 주택임대소득, 금융소득(연 2천만원 이하), 근로소득(프리랜서 등)

□ **보험재정 관리·운영 체계 개선**

- (투명성) 당사자* 간 합의에 기반한 건강보험 제도 고유의 특성을 존중하면서 민주적 절차를 통한 재정운영 투명성 확보 방안** 검토('19)
 - * 가입자 및 공급자 ** 보험료율 결정의 근거, 재정전망 등 공개 확대
- (예측가능성) 단기보험 특성, 복잡한 수입·지출 변수 등을 반영한 시나리오 추계 등 건강보험에 적합한 재정 추계모형 연구·개발('19)
 - 그간 추계들을 비교·분석하여 객관적인 분석틀과 연구방법론을 도출하고, 추계모형에 따른 중장기 재정전망 추진('20)

- (안정성) 급여청구 빅데이터 등을 활용한 보험급여 지출현황 분석 및 체계적인 재정 관리 추진('19~'20)
 - 보험급여 항목, 요양기관, 상병, 환자, 재원일수 등 특성별 이용량 변화 및 지출에 대한 원인 분석 등을 통해 제도 개선('19~)
 - 재정투입의 효과성 확보를 위해 지출 특성 등을 고려한 분야 또는 항목* 대상으로 건강보험 재정 내 구분계리*하여 운영 검토
- * 예> 예방·건강증진, 시범사업, 급여·의료기술 평가 등
- ※ 재정관리, 재원조달, 기금화 등 재정운영 체계에 대한 연구·검토 추진('20)

2 의료이용 적정화

□ 가입자의 합리적 의료이용 지원

- (본인부담 차등 개선) 경증질환은 높이고, 중증질환은 낮추는 방향으로 법정본인부담 체계 개선, 의료전달체계 개편 등과 연계해 실효성 있는 제도 개선 방안 마련('20)
 - 의료 이용·제공에 미치는 영향, 타 제도와의 관계 등 운영평가('19)를 실시하고, 대상질환·항목·적용방식 등 종합적으로 검토
- (의료이용 관리) 극단적인 과다·과소 의료이용에 대한 급여 기준*, 과다(과소)이용 컨설팅·서비스 연계 등 관리체계 마련('20)
 - 낮은 본인부담으로 의료필요 대비 과다의료이용 가능성이 존재하는 차상위 본인부담 경감 대상자부터 시범 실시하고, 단계적으로 확대
 - * 본인부담경감에 대한 관리기준 마련, 복합만성질환·정신질환 등 다빈도 유형 발굴 및 상담·사례관리 등 맞춤형 서비스 제공
 - 가입자의 합리적 의료이용 유도를 위해 의료기관 이용내역, 의료기관 관련 정보 등 제공 강화 추진

국외 합리적 의료이용 유도 사례

- ◇ (대만) 다빈도 외래 이용자에 대한 **본인부담 차등제** 운영(1999 ~ 2004),
과다 이용자에 대한 **상담서비스** 제공(전년도 외래 150회 이상인 경우 등)
- ◇ (일본) 의료보호 대상자 중 **과다 이용자**(3개월 연속 월 15회 이상 이용)에 대한
적정수진 지도 실시(2000 ~)
- ◇ (미국) Medicaid 수급자가 과다 의료이용시 **Patient Review and Coordination Program(PRC)**에 배치, 2년간 특정 의료제공자를 배정하고 이용량 관리

□ 공·사 의료보험 연계 강화

- (관계 정립) 공·사 의료보험 상호 영향 및 관계 등 연구·조사를
활성화하면서 단계적으로 건강보험·실손보험 간 **역할 재정립**
 - 실손보험 보장내용이 의료이용과 건강보험 급여 지출에 미치는
영향을 분석하여 **보장범위 조정 검토**(19)
 - 의학적 비급여의 급여화 등 공보험 체계 개편에 맞추어 **실손보험의
보장 영역 변경** 등 역할 재정립 추진(21)
- (연계 체계) 건강보험-실손보험 간 **연계관리 체계화**를 위해 연계
관리위원회 설치, 실태조사 및 제도개선 권고 등 **법적 근거 마련**(19)
 - ※ (장기) **전체 의료비 부담 적정화** 관점에서 민간의료보험 및 의료보장을 담당하는
각종 제도(자동차보험·산재보험 등)과의 합리적 역할 분담 방안도 검토 추진(20)

3 합리적인 지출구조 설계

□ 의료기관 기능에 적합한 보상체계 마련

- (수가체계) 의료전달체계 확립을 지원할 수 있는 **수가체계 운영**
 - 의료기관을 기능에 따라 **유형을 분류하고**,* **적합한 진료영역의
환자를 진료한 경우 수가를 선별 가산**
- * 환자의 중증도, 질환, 범위, 자원일수와 수술비율 등을 고려, 진료 기능이 동질적(homogeneous)인 요양기관을 묶을 수 있는 분류 기준 마련 추진

- 상급종합병원이 **중증환자** 위주로 진료하고 **경증환자**를 줄일 수 있는 **수가체계***를 마련하여 **역할에 적합한 의료서비스 제공 여건 조성**

* 예> 중증환자 중심의 심층진찰 강화, 중증환자 진료에 대한 보상 강화, 반복하여 내원하는 경증환자에 대한 수가 인하 및 본인부담 조정 등

- (의뢰·회송) **적절한 전문진료 제공을 위한 환자 의뢰, 대형병원의 중증환자 중심 진료를 위한 환자 회송 등 강화**

- (의뢰) **의뢰가능기관 확대, 지역내 의료기관간 의뢰 활성화, 경증환자의 의뢰서 발급 요구시 본인부담 부과 등 대형병원 쏠림 방지**

* 심뇌혈관, 화상 등 질환 별로 진료역량이 뛰어난 중소전문병원 육성을 전제로 지역 내 종합병원 또는 전문병원에서의 환자 의뢰수가 가산 검토

** 형해화된 의뢰서 발급제도 개선

- (회송) 대형병원의 **적극적인 환자 회송에 대해 수가를 강화**하고, 회송환자 재유입 방지를 위해 **환자 모니터링 체계 마련**

- (협력진료) 의료기관이 **기능에 적합한 진료를 제공**하고, 기관간 **의뢰·회송을 활성화**할 수 있는 **협력 진료 수가 모형*** 개발 추진('19~)

* 의료기관간 네트워크 형성, 환자의 진료 성과를 최적화하는 효율적 진료 모형 및 묶음 수가 개발, 성과 인센티브 제공 등

□ **보험급여 재평가를 통한 급여체계 정비 강화**

- (의료행위) 상대가치 개편 주기 중간에 항목 재분류 등 **정기적인 급여 목록 정비 제도 도입**(도입방안 마련 '19~'20 → 재평가 실시 등 '21~)

- 대상 별로 순차적으로 **의학적 타당성, 급여내용·수가의 적정성, 사용빈도** 등을 재평가하고, **급여 수가 코드 체계 개편 병행**

- (약제) 임상 효능, 재정 영향, 계약 이행사항 등을 포함하는 **종합적인 약제 재평가 제도 도입**(개선방안 마련 '19 → 시범사업 '20~)

* 의약품 허가를 위한 임상 시험 환경과 실제 치료 환경이 달라(환자 질병 상태, 기저질환 유무 등) 임상 시험에서 도출된 의약품 효과가 낮아질 수 있다는 지적

- 의약품 특성에 따른 다양한 등재 유형 별로 평가방식 차등화 및 단계적 적용 추진
 - * 선별급여, 고가·중증질환 치료제, 조건부 허가 약제 및 임상적 유용성이 당초 기대(예상)에 비해 떨어지거나 평가면제 등을 받은 약제부터 우선 검토
- 재평가 결과를 기초로 약제 가격·급여기준 조정, 건강보험 급여 유지 여부* 결정 등 후속 조치 실시
 - * 현재는 생산실적(연 1회)이나 청구실적(반기 1회)이 없는 의약품만 등재 목록에서 삭제
- (치료재료) 실거래가 상환제, 가격조사, 평가방식 등 제도 재설계를 위한 제도 개선 추진(개선방안 마련 '20 → 단계적 이행 '21~)
 - 전체 품목, 일괄 재평가를 선별 품목, 심층 평가로 개선하고, 적정 상한금액 조정을 위한 가격정보 수집체계 강화 병행('20~)
 - * 의료기기 통합정보시스템(식약처)에 기반한 공급내역(가격정보 포함) 등 활용 추진

□ 약제비 적정 관리

- (사용량) 의약품의 합리적 사용 유도를 위한 처방조제 약품비 절감 장려금 사업, 그린처방의원 지정 등 제도 개선방안 마련('19~)
 - 해외 약제비 관리 현황 등을 참고하여 예측 가능한 적정 약제비 관리 방안 연구('19~20) 및 도입 추진('21)
- (가격) 허가제도와 연계(식약처)하여 제네릭 의약품의 가격 산정 체계 개편방안 마련('19)
 - 약제군 별(만성질환, 노인성 질환 등)로 약가 수준을 해외와 비교해 정기적으로 조정('20~)
- (약제 급여전략) 현재의 약제비 지출 구조 분석을 바탕으로 약제 건강보험 급여 적용에 대한 중장기 전략 수립 및 지출구조 개선
 - * 약제 재평가 결과와 연동해 조정·절감된 건강보험 재정은 사회적 요구도가 높은 중증·희귀질환 의약품의 보장성 강화 재원으로 활용

□ 보험급여 사후관리 강화

- (부당청구) 자율점검제의 효과를 분석*하고, 적용 항목과 기관을 단계적으로 확대(효과분석 '20 → 제도 개선 '21)

* 예> 환수 실적, 자율시정 준수율, 부당청구 및 현지조사 감소율 등 평가

- 심사체계 개편 등 정책 변화에 따라 부당청구 유형을 정비하고, 거짓청구 등에 대한 제도 및 현지조사 강화 추진
- 자율점검 등 제도를 악용하는 부당청구 요양기관에 대하여는 제재 조치 강화 검토
- 부당청구 금액 등을 고려하여 현지조사 등이 이루어지도록 관련 기준을 합리적으로 개선(연구용역 '19, 반영 검토 '20)
- (불법개설) 사무장 병원의 체납 처분시 독촉절차 생략, 조사거부 기관 처벌근거 마련 등 환수액 징수 및 불법개설 약국 적발체계 등 강화

4 통합적·효율적인 노인의료 제공

□ 합리적 이용 지원을 위한 노인의료 제공체계 개편

- (요양병원) 의학적 중증도에 적합하게 환자분류체계·수가수준을 개편하고, 불필요한 입원 방지를 위한 본인부담 제도 개선 병행
- 분류체계를 의학적 입원필요성 중심으로 재편하고*, 중증환자의 치료 활성화를 위해 분류군 별 수가 및 본인부담체계 정비(~'20)

* 단, 문제행동 등을 동반한 중증치매환자는 입원이 가능하도록 의료중도 등으로 분류

- 장기입원에 대한 입원료 체감제를 강화하고, 사전급여 제외, 장기입원·경증에 대한 적용 축소 등 요양병원 본인부담상한제 개선 검토(~'21)

- 입원환자 등록시스템 구축, 세부처치 내역 수집 등을 거쳐 환자 분류 및 수가수준의 정기적 조정기전 등 중장기 개선방향* 마련('22)

* 예> 요양병원별 기능이나 질병군별 별도 수가체계 마련, 기존 요양병원 내 사회적 입원 환자 퇴원 시 한시적 형태의 중간기관 모델 등

- (노인외래) 노인외래정액제는 사회적 논의과정을 거쳐 합리적인 개선방안*을 마련('22)

* 적용연령, 부담방식(정액, 정률), 부담금액 등 단계적 조정을 검토하되, 기존 적용대상의 부담 증가는 최소화

- (의료-복지 연계) 의료 및 복지서비스를 통합적으로 제공하는 요양병원-시설 복합 모델 도입 검토('20~)

- 환자의 의료 및 돌봄 요구가 단일기관 또는 기관간 네트워크를 통해 해결되는 새로운 통합 모델을 연구용역 등을 거쳐 마련하고, 단계적 추진

- (노인의료비 적정 관리) 인구고령화에 따른 노인의료비 지속 증가에 대비한 노인의료비 적정 관리 방안 수립('20)

□ 존엄한 임종 지원 강화

- (호스피스·완화의료 및 연명의료) 올바른 임종환경 조성을 위하여 관련 수가체계 시범사업에 대한 평가를 거쳐 본사업으로 단계적으로 전환('19~)하고, 필요시 적용 대상 등 확대 검토

- (임종실) 임종환자 등의 1인실 이용에 대한 건강보험 적용 검토('20)

방향 4

건강보험의 신뢰 확보 및 미래 대비 강화

1 공평한 보험료 부과

□ 보험료 부과체계 개편 지속 추진

- (적정성 평가) 부과체계 개편에 따른 가입자 간 부담의 형평성, 소득 부과 강화 효과, 국민 수용성 등을 모니터링하고, 적정성 평가 실시(‘21)
- (2단계 개편) 국회에서 합의된 2단계 개편안을 토대로 적정성 평가 결과 등을 반영해 구체적인 개편방안 마련(‘21) 및 시행(‘22)
 - 자동차보험료 폐지(고가차 제외), 재산 공제 확대(과표 5천만원) 등 지역가입자의 소득 외 요소에 대한 보험료 부과 축소
 - * 재산·자동차에 대한 보험료 부과 : 총 보험료 중 8%→5%로 완화
 - 지역가입자의 소득보험료도 직장가입자와 동일하게 보험료율 기준으로 부과하여 형평성을 제고하고 보험료 부담 완화
 - * 기존에는 소득보험료 등급표(97등급)를 기준으로 부과하여 고소득층에 비해 저소득층의 보험료 부담률이 높은 역진적 문제 발생
 - 고소득 피부양자, 보수 외 고소득 직장가입자에 대한 보험료 부과 범위 추가 확대

피부양자 및 직장가입자 소득·재산 기준 변화

	피부양자 → 지역가입자 전환		직장가입자
	소득	재산& 소득	보수 외 소득 보험료부과
1단계	연 34백만원 초과	과표 5.4억원 이상 & 연 1천만원 초과	연간 34백만원 초과
2단계	연 20백만원 초과	과표 3.6억원 이상 & 연 1천만원 초과	연 20백만원 초과

□ 소득에 대한 부과기반 강화

- (기본방향) 비과세 소득의 과세 전환 등 조세제도와의 연계, 분리과세소득 등 과세대상임에도 보험료를 부과하지 않는 소득에 대한 신규 부과 검토
- (조세제도와 연계) 연 2천만원 이하 주택임대소득에 대한 보험료 부과는 예정대로 실시('19년 과세 전환시 '20.11~)
 - * 주택 임대등록 활성화 방안(관계부처 합동, '17.12)
 - 다만, '20년말까지 임대주택을 등록한 경우 임대의무기간 동안 보험료 인상분 감면을 통해 부담 완화(8년 임대 등록시 80%, 4년 40%)
 - * '21년 이후 건강보험료 감면에 따른 등록 증가 효과, 건강보험료 부과체계 개편 추이 등을 고려하여 감면 연장 여부 검토
- (분리과세 소득) 금융소득(연 2천만원 이하), 근로소득(프리랜서 등) 등 소득은 부과제도개선위원회* 논의를 통해 일정 금액 이상의 소득을 보험료 부과 대상 소득으로 검토('19~)
 - * 보건복지부 차관(위원장), 관계부처 및 전문가 등 구성
 - ** 보험료는 보험료 부과 대상 소득이 일정 요건 충족시 부과
 - 과세자료 분석을 통해 보험료 부과가능성, 부과 영향 등 검토를 거쳐 적정 부과기준, 방식 등 도출

2 가입자 자격·징수 관리 제도 개선

□ 체계적인 진단을 통한 자격기준 정비

- (직장가입자 적용 기준) 사회보험 간 정합성 확보*, 4차 산업혁명 시대 고용시장 변화** 등에 대응해 근로시간, 소득 등 기준 사전 정비
 - * 징수통합의 효과성 분석 및 향후 개선방안 마련을 위한 연구용역 추진('19)
 - ** 예> 고소득 전문가(프리랜서 등), 회사와의 고용관계가 성립하면서 높은 임금수준과 짧은 근무시간을 갖는 경우(통역사·파트타임 물리치료사 등) 등
- (지역가입자 세대 기준) 보험료 부과 단위인 '세대' 인정 범위를 직장가입자 피부양자 및 주민등록세대 기준 등을 고려하여 재정비

□ 부담수준을 고려한 보험료 경감제도 정비

- 가입자 간 형평성, 재정건전성, 부과여건 변화 등을 고려해 기존 보험료 경감제도를 전반적으로 정비(‘20)
 - 경감 대상별 부과체계 개편 전후 보험료 변동 영향 분석, 소득·재산 기준 등 경감 요건 타당성 검토를 통해 경감 기준 개선

□ 납부능력에 따른 체납관리 차별화

- (저소득층 체납자) 연체율 등 납부 부담을 낮춰 생계형 체납자 등 저소득층의 성실 납부를 유도할 수 있도록 보험료 징수 제도 개선(‘19)
 - 연체금 징수, 급여 제한 등 조치의 실효성 확보 및 사회적 약자 배려 간 합리적인 균형이 확보되도록 단계적으로 추진
 - * 보험료 체납 연체율 인하(최대 9%→5%), 결손처분 대상 선정시 노인·미성년자 등 가구 특성 고려, 부과체계 개편 전 기준으로 부과된 보험료 일괄 납부의무 해소 등
- (납부능력 있는 체납자) 인적사항 공개 대상*인 고액·상습 체납자는 부동산, 금융자산 등 압류 및 압류재산 공매 등 적극 대응(‘19~)
 - * 체납기간 2년이 지나고 체납금액이 1천만원 이상인 지역가입자와 사업장
 - 사전급여 제한 등 사후관리를 강화하고, 인적사항 공개 대상을 확대*하면서 신속하게 공개 절차 진행
 - * (현행) 체납기간 2년 경과 보험료 → (개선) 1년 경과 보험료

□ 내·외국인 가입자 간 형평성 제고

- (기본방향) 외국인 가입자 100만명 시대(‘17. 92만)에 대비해 외국인 지역가입자의 당연가입 등 건강보험 관리체계 개선대책(‘18.6) 이행
 - 진료 목적 입국, 당연가입에 따른 체납 증가 등 부작용 방지를 위한 제도적 보완 추진(‘19)
 - 인도적 체류허가자(법무부) 지역가입 허용, 취약계층(시설수용 아동 등) 부과기준 일부 보완 등 사회적 배려가 필요한 외국인 보호 강화(‘19)

- (개선사항) 외국인의 가입 및 급여 이용 실태를 지속 모니터링하고 관리체계의 적정성 및 추가 제도 개선 등 검토(20~)
- 외국 사례, 건강보험제도 특성 등을 고려하여 외국인 자격기준, 보험료 부과·관리, 급여내용 등 전반을 포함

3 통계·정보 관리 강화

□ 원가자료 조사체계 구축

- (원가 정립) 의료적 특성을 고려한 원가 개념 및 사용목적에 따른 수집·분석 방법론 등 합리적 의료원가 도출을 위한 사회적 논의 추진(19)
 - * 보건복지부, 건강보험공단·심사평가원 등이 공동 활용이 가능한 '통합원가 시스템' 구축 병행
- (원가 수집) 신뢰성·대표성 있는 원가 자료 확보
 - 원가와 보상 간 연계를 위한 적정 진료를 수행하는 의료기관 중심으로 합리적 원가 수집·분석(20)
- (원가 활용) 원가 자료는 신포괄 수가 결정, 상대가치 개편 등 수가 보상에 우선 활용하고, 단계적으로 활용 범위 확대 추진(21~)

□ 평가정보 관리체계 구축

- (관리체계) 의료 질 관련 평가정보를 통합적·체계적으로 관리할 수 있는 '평가정보뱅크(가칭)' 구축 및 이용 활성화
 - 평가지표 관리(현황·이력, 발굴·도입·종료 등 생애주기), 평가자료 연계 및 수집·분석, 평가결과 공개 확대 등 정보화 구현(21)
 - * 분류체계·표준설명서 개발(19) → 전산시스템 구축(20) → 운영 및 고도화(21~)
- (활용) 적정성 평가 제도부터 우선 적용하고, 의료질평가지원금 등 여타 평가제도로 단계적인 확산 추진(22~)

□ 진료비 실태조사 및 보장률 지표 개선

- (산출방식) 지표의 정확도 및 활용성 제고를 위해 **조사대상 기관 확대, 조기 산출 및 정책지표로서 타당성 검증** 등 지속 개선

* 비급여 상세내역 조사 대상기관 지속 확대('19~, 매년 100개소), 조사인력 확충('20~), 지표 검증 및 개선('21~) 등

- (보장률 지표) 정책수단, 이용자·공급자 특성 등에 따른 다양한 효과를 정확히 평가할 수 있도록 **지표 세분화**('20~)

* 예> 환자(연령·질환·소득계층), 진료, 공급자 등 유형 분류

□ 데이터 활용 고도화

- (빅데이터) 건강보험 체계 내에서 **연계·공동활용** 등 단계적 확대, **효율성, 완결성, 활용도** 등을 고려한 빅데이터 구축방안 검토

- 포털, 분석센터 등 데이터 제공 인프라 공동활용, 협력콘텐츠 공동 개발 등 다양한 협업모델에 대한 기술적 가능성 검토 및 구현('20~)

- 클라우드 기반 운영, 관련 법·제도 정비와 연계한 정보 연계·통합 등 빅데이터 운영·구축 개선방안 중장기 검토('21~)

- (신기술 적용) 개인정보 보호를 전제로 블록체인, 사물인터넷(IoT), 인공지능(AI) 등 최신 ICT 기술의 적용 영역 확대 및 활용도 제고

- 최신 정보보안 체계를 적용한 심층 빅데이터 연구·분석 환경 제공

- 건강관리, 자격관리, 건강위험 예측, 맞춤형 민원상담 등 적용 가능 영역을 선별하여 연구 및 개발 활성화

* 예> 영상정보 판독, 건강위험 예측 등에 인공지능 접목 등

- 청구행태, 질병발생 양상, 진료비 발생 등 모니터링 및 이상징후 감지 등 정책 지원 및 보험행정 적용 강화

※ 건강보험 데이터 활용은 개인정보 보호체계를 준수하면서 보건의료 빅데이터 등 관련 정책방향 및 사회적 논의, 법적 체계 및 정비 등과 연계해 추진

4

건강보험 운영체계 개선

□ 건강보험 의사결정 과정 개선

- (건강보험정책심의위원회) 현행 거버넌스의 **종합적인 진단**을 통해 **역할·책임성, 참여, 균형 기반의 개편** 추진
 - 위원회 구조·기능 재정립, 위원회 운영의 **투명성 및 지원체계* 강화** 등을 포함한 연구 및 **각계 의견수렴** 등을 통해 거버넌스 개편방안 마련('19~'20) 및 단계적 이행('21~)
- * 위원회 운영, 시범사업 관리, 상대가치기획단, 사후관리 등 지원
 - 위원회 기능·역할 강화를 위해 건강보험 수가 시범사업 심의·관리 기능 강화, 위원회 심의사항 **환류기능 강화 방안** 마련 등 우선추진('19)
- (전문위원회) 급여 결정(수가·본인부담 등) 과정의 **합리성 및 효율성** 제고를 위해 전문위원회 **유형·역할 및 기능 재정비**
 - 각 위원회의 심의사항과 **고유 특성**을 감안하되, 위원회간 **권한 및 관계** 등을 법적 체계 및 거버넌스 정비와 연계해 검토('20)

건강보험 전문위원회 현황

구분	전문평가	급여평가	약제평가
소속	심사평가원	보건복지부	심사평가원
설치근거	법, 고시, 심평원규정	시행규칙, 고시, 운영규정	법, 고시, 심평원규정
기능·역할	행위·치료재료의 경제성·급여적정성 평가	선별급여 여부 및 본인부담률 등 평가	약제의 요양급여 적정성 등 평가
위원	인원	300명 이내(회의 22명)	30명 이내
	임명·위촉	보건복지부장관	보건복지부장관
	임기	2년	2년

- (재정운영위원회) 재정관리, 자금운용, 결손처분, 보험료 경감 등 **보험재정에 대한 관리·감독을 강화**하도록 위원회 운영 내실화
 - 협상 당사자(의약단체-건강보험공단-재정운영위원회)가 협상결과에 수궁할 수 있는 연구방법 및 결정방식 등 **환산지수 결정구조 개선**('21)
- ※ 가입자·공급자, 건강보험공단, 전문가 등이 참여하는 논의구조를 통해 결정

□ 효율적인 건강보험 운영 기반 구축

- (협업체계) 건강보험공단·심사평가원 간 협업 활성화 방안 수립('19)
 - 정례 회의체(건강보험운영협의회(가칭)) 운영, 인력 및 정보 교류 강화, 데이터 연계 및 공동 활용 등 포괄적인 협력방안 검토
 - 기관간 공동 프로젝트 추진이 가능하도록 관리·재정체계 개선 검토('19~)
- * 예> 연구 발주, 데이터 활용, 국제협력 활동 등
- (운영체계) 관리·운영 효율화 및 이해상충 최소화 등을 위한 기관 역할 정립 및 효율적인 자원 운영 등 조직진단 및 개편 추진 검토('20~)

□ 건강보장 국제공조 강화

- (양자 협력) 개도국 및 선진국의 정부 및 보험기관과의 국제협력 균형 확보 및 공동수행 활성화('19~)
 - 개도국 대상 국제연수·정책컨설팅 등 프로그램, 선진국의 정보 수집, 정보 교류 및 제도 수출, 교육·연수, 기관 MOU 등
- (다자 협력) 필수 의약품·치료재료, 질 관리, 신의료 등재 등 중심으로 보편적 의료보장(UHC) 네트워크 참여 및 협업 강화('19~)
 - 필수 의약품·치료재료 분야부터 공조를 위한 국제연대를 적극 구축하여 상호 정보 교류 및 공동 프로젝트 개발·진행 등 활성화
 - * 예> WHO 의약품과 백신 접근성 로드맵 2019~2023 프로젝트 참여 강화, 건강보험기관 간 국제연대 창설 등
 - OECD, WHO, UN 등 국제기구와 공동연구 및 국제행사 활성화*
 - * 예> WHO 국가협력전략('19~), WHO 총회시 의약품 접근성 관련 부대행사 개최 및 주요 회의 의제 관련 협력 강화('19) 등
 - 강점 분야 별로 WHO 협력센터 지정·운영 추진
 - * 예> 건강보험공단: UHC 교육훈련 분야, 심사평가원: 질 관리 분야

V. 기대 효과

1 지표로 본 기대효과

구분	현재	2023년	
1 건강수명	73세('16)	75세	
2 전체 보장률	62.7%('17)	70%	
3 의료이용			
(1) 외래이용 횟수 증가율	4.4%('12~'16년 연평균)	2.2%('19~'23년 연평균)	
만성질환 관리 환자수	25만명('19)	108만명	
방문의료 이용 환자수	-	10만명	
(2) 입원일수 증가율	3.0%('12~'16년 연평균)	1.5%('19~'23년 연평균)	
치료계획 적용 환자수	-	50만명	
간호간병 이용 환자수	75만명('17)	250만명	
4 보상체계			
평가보상 비중 (연간 급여지출 대비)	0.99%('17)	1.2%	
신포괄 수가 적용기관	1.2만 병상('17)	5만 병상('22)	
5 재정관리			
불필요 지출 관리율	급여비의 1.0% ('19)	3.0%	
건강보험료 소득부과율	88%('16)	95%	
6 의료 질	한국 (OECD 평균)	OECD 평균까지 1/2	
의료 서비스	당뇨병 예방가능입원률 (인구 10만명당)	281.0명 (140.4)	210.7명
	COPD·천식 예방가능입원률 (인구 10만명당)	309.0명 (237.0)	273명
	항생제 사용량	34.8DID (20.8)	27.8DID
	항생제 처방률 (급성상기도감염)	39.7% -	32.7%
환자 경험	충분한 진료시간	77.9% (81.3)	80.0%
	쉬운 설명 경험	87.1% (88.9)	88.0%
	치료결정 환자참여	81.8% (83.1)	82.5%
7 건강보험 지원 일자리			
간호·간병 제공인력수	1.9만명('17)	7.2만명(신규 2.6만)	
야간·의료취약지역 간호인력	350명	10백명	
응급·입원·중환자 전담인력	3백명	15백명	

2

혜택으로 본 기대효과

□ 의료비 경감

- MRI 검사 : 1/4 수준으로 경감
 - * (뇌 MRI) 1회 촬영 기준 38~66만원 → 9~18만원
- 초음파 검사 : 1/3 수준으로 경감
 - * (간·담낭 등 상복부 초음파) 1회 촬영 기준 6~16만원 → 3~6만원
 - * (신장·방광 등 하복부 초음파) 1회 촬영 기준 6~16만원 → 2~5만원
- 중증질환 약제비 : 3/100~1/3 수준으로 경감
 - * (비소세포폐암 치료제(등재)) 1천만원 → 34만원
 - (전립선암 치료제(기준)) 연 35백만원 → 1천만원
- 광중합형 복합레진 충전 : 1/4 수준으로 경감(10만원 → 2.5만원)
- 구순구개열(구순비교정술) : 1/18~1/43 수준으로 경감
(2~3백만원 → 7~11만원)
- 한방 추나 : 1/3수준으로 경감 (3~5만원 → 1~2만원)
- 간호·간병 : 1/4 수준으로 경감 (입원일당 부담 90천원 → 22천원)

□ 서비스 확대

- 거동불편자 연간 10만명('23), 방문의료서비스 이용
- 입원환자 50만명('23), 환자지원팀이 치료계획 수립, 퇴원 후 지역 사회 지원 연계 등 실시
- 입원환자 250만명('23, 누적), 간호·간병통합서비스 이용
- 만성질환자 108만명('23), 동네의원에서 포괄적 만성질환 관리
- 호스피스 이용환자 73백명('23), 연명의료 이용환자 45만명('23)
- 적절한 진료를 위한 진료 의뢰 84만건, 환자 회송 63만건('23)

3

사례로 본 기대효과



① 급성 중증 질환인 노인 복합사례

- ▶ 응급실, 수술·치료, 중환자실, 입원실 등 의료서비스를 이용하고, 퇴원·재활·일상 복귀를 진행해야 하는 상황
<커뮤니티 케어(노인)와 연계>

	기 존		개 선
응급실	<ul style="list-style-type: none"> • 만성적인 인력 부족 • 난동, 폭행 등 불안 가중 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 적정 인력·장비·시설 보유 • 보안인력 배치
수술 및 중환자실	<ul style="list-style-type: none"> • 수술 감염 등 우려 • 비용이 얼마나 들지 불안 • 만성적인 인력 부족 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 감염 관리 강화, • 비급여 진료·비용 등 사전설명, • 중환자실 전담의·전담약사 배치
입원실	<ul style="list-style-type: none"> • 만성적인 인력 부족 • 사적 간병 부담 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 치료계획 수립 • 입원전담의·야간전담간호사 • 간호·간병통합서비스
퇴원 이후	<ul style="list-style-type: none"> • 과도한 의료비 발생 • 재활 위해 의료기관 전전 • 회복까지 서비스 정보 부족 • 상태 확인 위해 다시 내원 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원계획 수립 • 재난적의료비 등 의료지원 연계 • 단계별 맞춤 재활치료 • 인근 의료기관 의뢰 및 진료정보 교류 • 방문의료서비스, 지역사회 지원 연계



② 미숙아·희귀질환이 있는 중증 소아 복합사례

- ▶ 신생아 중환자실 등 정상적인 의료서비스가 끝난 퇴원 이후 상황

	기 존		개 선
퇴원	<ul style="list-style-type: none"> • 인공호흡기, 비위관 등 사용방법 교육받지 못함 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 가정에서의 돌봄에 대한 교육 제공 • 재택의료팀에 관리 의뢰
예기치 못한 위기상황	<ul style="list-style-type: none"> • 도움 받을 방법이 없어 입원 시 담당 간호사의 개인연락처를 어렵게 확보 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 재택의료팀 핫라인을 통해 방문의료서비스 요청 및 전화 상담
방문진료	<ul style="list-style-type: none"> • 인공호흡기, 비위관 등을 달고 자가용으로 이동 • 보호자 혼자 통원은 무리 	→	<ul style="list-style-type: none"> • 재택의료팀의 재택의료서비스 제공 계획 수립 • 정기적인 방문진료 제공

VI. 재정전망 및 재정운영

1 소요 재정

□ 소요 재정

○ 건강보험 보장성 강화 대책('17.8) 소요 재정

- 비급여의 급여화, 취약계층 의료비 부담 완화 등에 투입

(단위: 억원)

총계	2017	2018	2019	2020	2021	2022
306,164	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441

* 누적재정 기준 : 신규재정 + 전년도까지 급여 확대한 항목의 해당년도 재정소요액

※ 건강보험 보장성 강화 대책 소요재정은 '2019.6월 기준으로 집행 실적 및 추진일정 조정 등을 감안하여 재추계 예정이므로 변동 가능성 있음

○ 제1차 국민건강보험종합계획에 따른 추가 소요 재정

- 의료비 부담 완화, 일차의료 강화, 적정 수가 보상 등에 투입

(단위: 억원)

총계	2019	2020	2021	2022	2023
64,569	3,437	8,310	10,245	18,536	24,041

* 누적재정 기준 : 신규재정 + 전년도까지 급여 확대한 항목의 해당년도 재정소요액

○ 5년 간의 건강보험 총 소요 재정('19~'23)

※ 건강보험 보장성 강화 대책 소요재정 재추계 결과에 따라 소요재정은 변동 될 수 있음

(단위: 억원)

총계	2019	2020	2021	2022	2023
415,842	54,027	69,232	81,439	99,977	111,167

* 누적재정 기준 : 신규재정 + 전년도까지 급여 확대한 항목의 해당년도 재정소요액

2

재정 전망

- ◆ 재정 전망 관련 수입·지출 변수가 많고, 각 변수들은 매년 독립적인 절차들에 의해 가변적으로 결정되어 정확한 전망에 한계가 있음
 - ※ 각 변수의 다양한 가정에 따라 재정전망 결과는 변동 가능

□ 주요 변수

- (수입 측면) 보험료율 인상률, 가입자 수, 부과기반 확대
 - (보험료율 인상률) 매년 경제·보험재정 상황 등을 종합적으로 고려하여 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 차년도 보험료율 결정
 - (정부지원) 매년 재정 여건을 감안하여 재정당국과 국고지원 수준 협의, 최종 국회 심의를 거쳐 확정
 - (가입자 수) 직장·지역가입자 분포, 통계청 장래인구추계에 따라 전망치 변동
 - (부과기반 확대) 보험료 부과 소득 확대시 보험료 수입 증가, 다만 부과 소득 확대는 보험료부과제도개선위원회 심의를 거쳐 결정
- (지출 측면) 수가 인상률, 보장성 강화, 불필요 지출관리
 - (수가 인상률) 매년 건강보험 재정 여건을 고려하여 보험자(건강보험공단)와 공급자(의료계)간 협상을 거쳐 결정
 - (보장성 강화) 보장성 강화 대책('17.8) 추진시 지출 증가, 다만 실제 추진과정에서 의료계 협의에 따른 시행시기 조정 등으로 연도별 지출액 변동 발생 가능
 - (불필요 지출 관리) 요양병원 부적절한 장기 입원 억제, 불법 사무장병원 근절 등 불필요한 재정 지출 관리(급여비 1% → 3%)

□ 중장기 재정 운영 목표

- ① 보험료율 인상률은 평균 3.2% 수준('18~'23)에서 관리
- ② 2023년 이후에도 누적 적립금 10조원 이상 유지
- ③ 매년 정부지원을 지속적으로 확대(* '19년 정부지원 비율 13.6%)

□ 재정 전망

◆ **향후 5년의 재정 전망은 중장기 재정 운영 목표에 부합하는 것을 전제로 추계할 수 있으나, 수입과 지출 변수의 변화에 따라 매우 다양한 전망이 가능함**

○ 2019년도 기준, 수입과 지출변수를 토대로 한 재정전망⁴⁾

- ▶ (보험료율) '19년 3.49%, '22년까지 '19년도 인상 수준 적용, '23년부터 3.2%* 적용
 - * 당초 보장성 강화 대책 발표시 평균 3.2% 수준에서 관리 계획 발표
- ▶ (정부지원) '19년 보험료 수입 대비 13.6%, '20년 이후에도 '19년도 지원 수준 지속 유지
 - * 다만 '23년부터는 관련 법 개정에 따라 정부지원 방식 및 규모가 변동될 수 있음
- ▶ (수가인상률) '19년부터 2.37% 적용
- ▶ (보장률) '22년까지 보장성 강화 대책 추진 및 종합계획 추진으로 '22년 보장률 70% 달성, '23년 이후 유지

(단위: 억원)

연도	2018	2019	2020	2021	2022	2023
총 수입	621,159	676,612	739,725	807,305	869,823	934,545
총 지출	622,937	708,248	767,000	817,984	886,700	943,226
당기수지	△1,778	△31,636	△27,275	△10,679	△16,877	△8,681
누적수지	205,955	174,319	147,044	136,365	119,488	110,807

4) 상기 재정 전망에 적용한 주요 변수는 재정 전망을 위해 가정한 것임. 실제 보험료율 인상률은 건강보험정책심의위원회 심의·의결 절차를 거쳐 확정됨.

1] 적정 수준의 보험료를 인상

- 최근 건강보험 재정은 급속한 고령화, 보장성 강화 본격 추진으로 재정 지출 규모가 빠른 속도로 증가 중

* (지출액) ('09) 31.2조원 → ('13) 41.5조원 → ('18) 62.3조원(연 8.0% 증가)

- 우리나라는 우리와 유사한 건강보험 제도를 운영하는 해외 OECD 국가에 비해 보험료 부담수준과 보장률이 낮고, 가계 의료비 직접부담 비중은 높은 실정

지표	한국	일본	독일
건강보험 보험료율('17) (%)	6.1	10.0	14.6
건강보험 보장률('17) (%)	62.7	80.4('16)	85.0
경상의료비 중 가계직접부담 비중('16) (%)	33.3	12.9('15)	12.4

* 독일(보장률)의 경우 전체 경상의료비 중 공공자원(정부 및 의무가입보험 자원) 비중

- 가계 의료비 부담 절감을 위한 비급여의 급여화 등 보장성 강화 대책의 차질없는 추진과 함께 수가가 상대적으로 저평가된 분야에 대한 적정 수가 보상을 위해서는 적정 수준의 보험료를 인상 필요
 - 이와 함께 향후 보험료를 법정 상한(8%) 도달을 고려하여 보험료를 적정 수준 및 상한 조정 필요성 등에 대한 사회적 논의 추진

2] 안정적 국고지원 확보

- 현재 건강보험 재정에 대한 국고 지원금액은 매년 지속적으로 확대 중*

* (건강보험 국고지원 예산) ('17) 6.8 → ('18) 7.2 → ('19) 7.9조원

- 다만, 법정 지원비율 최대 한도(일반회계 14%, 건강증진기금 6%)에는 못미치는 실정*

* (국고지원 비율, 보험료 예상 수입 대비)

('15) 16.1% → ('16) 15.0% → ('17) 13.6% → ('18) 13.4% → ('19) 13.6%

- 또한 현행 국고지원 관련 법 규정도 '22년까지 적용하는 한시적 규정으로 건강보험 재정의 지속가능성 제고를 위한 정부지원 방식 및 적정 지원규모를 재검토, 사회적 논의를 거쳐 법 개정 추진(~'22)

③ 불필요한 지출 관리 강화 및 제도 개선

- 요양병원 부적절한 장기 입원 억제, 불법 사무장병원 근절, 건강보험증 대여·도용, 외국인 무자격자 불법 이용 등 재정누수 요인에 대한 관리를 강화하고,
 - 노인외래정액제 개선, 보험급여(행위·치료재료·의약품) 재평가, 본인 부담·수가 조정 등 제도 개선을 통해 재정적 지속가능성 확보
- 환자 의뢰·회송 제도 내실화, 의료기관 기능별 수가 체계 개선, 동네의원 만성질환 관리 등 일차의료 강화 등을 통해
 - 경증환자가 대형병원으로 쏠리는 현상을 방지하고, 지역사회에서 적절히 치료받을 수 있도록 의료 전달체계 개선 지원

④ 선제적 재정 관리 추진

- 건강보험 재정관리 방식을 그간의 事後 대처 위주에서 선제적 관리 체계로 전환
 - 보장성 강화 대책 추진으로 지출이 빠르게 증가할 것으로 예상되는 항목*과 요양병원 및 노인 의료비 등 주요 분야에 대한 모니터링을 강화하고

* CT·MRI, 초음파 검사, 고가 항암제, 추나 요법 등

- 주요 지출 분야별 향후 지출규모를 예상하여 선제적으로 관리 함으로써 급속한 지출 증가에 대한 사전 예방 및 대응력 강화
- 급속한 고령화 등에 대비하기 위한 중장기 재정전망 도입
 - 건강보험 제도 특성 등을 감안한 재정전망 모형을 검토, 향후 종합계획 수립과 연동하여 중장기 재정전망 실시('20)

* 건강보험에 적합한 재정 추계모형 연구·개발 실시('19)

- 건강보험재정의 건전한 운영을 위한 재정관리 방안 수립·운영('20)

VII. 추진방안 및 추진일정

1

법적·제도적 기반 구축

□ 건강보험 법령 정비

- (종합계획 후속조치) 각 과제 별 법령 개정 필요성 등을 검토하여 연도별 시행계획에 따라 개정 추진
 - 국회 심사가 진행 중인 공·사 의료보험 연계법은 신속한 제정 지원
- (법적체계 종합정비) 건강보험 관련 법령 체계를 일관성, 제도 간 정합성, 수용성 등 차원에서 종합적으로 정비('19~'21)
 - * 법령 체계 정비 추진단 구성·운영, 법령 체계 정비 연구 실시 등
 - 국민건강보험법령정보시스템(가칭) 구축을 통해 규정, 처분 등의 근거를 국민에게 알기 쉽게 제공('20)

□ 건강보험 제도 발전 연구 강화

- (연구분야) 새로운 진료·지불모형, 의료서비스 및 예방·건강증진 프로그램 타당성, 건강보험의 경제적 효과 등 근거 창출
 - 연구결과의 현장 적용 및 효과 검증 등 시범사업과의 연계 활성화
- (추진기반) 보건복지부, 건강보험공단, 심사평가원 연구 기능을 확대·강화하되, 중복 및 분절 등이 최소화되도록 협의·조정 체계 구축
 - 건강보험 빅데이터, 다양한 비정형 데이터 등을 분석·활용 강화

□ 연도별 시행계획 수립

- 법률에 근거해 매년 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 수립하는 시행계획의 **이행력과 실효성**을 높일 수 있는 관리방안 마련
 - (보건복지부) 추진방향, 추진일정 등을 기초로 **정책과제를 구체화** 하고, **집행기관과의 협업**을 통해 시행계획 추진
 - (집행기관) **핵심 성과지표** 중심으로 기관 **고유 특성과 업무범위, 추진의지** 등을 반영해 탄력적인 수립 방안을 자체적으로 기획·이행
 - (연계·협업) **유기적이고 일관된** 시행계획 수립·이행하기 위하여 **별도 기관에 계획의 수립·관리 지원 기능을 위탁 검토**

□ 추진실적 평가

- 시행계획에 따른 **추진상황을 성과 중심으로 관리**
 - 객관적·종합적인 평가를 위해 **별도 기관에서 수행하는 방안 검토**
- **국민의료비 부담 경감을 위한 과제**는 모니터링, 중간점검 등을 거쳐 필요한 경우 **추진일정 등을 조정하여 연도별 시행계획에 반영**
 - * 건강보험 보장성 강화대책('17.8)에 대한 중간점검 실시('19.하)
- **건강보험정책심의위원회에 추진상황 및 정책성과 등을 보고하고, 다양한 정책성과 홍보 수행**

□ 다른 분야 정책과의 정합성 확보

- **보건의료 등 건강보험과 연계된 다른 분야 정책 또는 정책 추진 과정에서 수립되는 각종 계획 및 대책 등에 반영된 사항은**
 - 과제 내용에 따라 탄력적으로 **종합계획 변경, 시행계획 수립, 추진실적 평가** 등을 통해 반영 검토 추진

3

주요 과제 추진 일정

구분	2019	2020	2021	2022	2023
[공통]	<ul style="list-style-type: none"> ▶'19. 시행계획 마련(상반기) ▶'20. 시행계획 마련(하반기) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶'21. 시행계획 마련 ▶'19. 추진실적 평가 	<ul style="list-style-type: none"> ▶'22. 시행계획 마련 ▶'20. 추진실적 평가 	<ul style="list-style-type: none"> ▶'23. 시행계획 마련 ▶'21. 추진실적 평가 	<ul style="list-style-type: none"> ▶2차 종합계획 ('24~'28) 수립 ▶'24. 시행계획 마련 ▶'22. 추진실적 평가
[방향1] 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶병원 2~3 인실 급여화 ▶치과 광중합, 구순구개열 ▶한방 추나, 침약(시범) ▶어린이 의료비 부담 경감 ▶포괄적 만성질환 관리 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶제한적 1인실 급여화 ▶치과 보장성 강화방안 마련 ▶한방 보장성 강화방안 마련 ▶어린이 의료비 부담 경감 ▶재활의료체계 정비 ▶방문의료서비스 실시 ▶포괄적 만성질환 관리 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶간호간병 본사업 전환 검토 ▶치료계획 확대 ▶병원급 교육·상담 확대 ▶포괄적 만성질환 관리 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶비급여관리 개선 ▶포괄적 만성질환 관리 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶간호간병 250만 이용 ▶상한제 개선 ▶재난적의료비 지원 개선 ▶비급여관리 개선 ▶포괄적 만성질환 관리 확대
[방향2] 의료 질과 환자 중심 보상 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▶심사체계 개편 ▶2차 상대가치 개편(~'20) ▶의료기관 회계조사 실시 ▶사람 보상 강화 ▶의료공공성 지원 강화 	<ul style="list-style-type: none"> ▶진료정보 및 의뢰회송 수가 ▶EMR 인증 수가 가산 ▶2차 상대가치 개편(~'20) ▶사람 보상 강화 ▶의료공공성 지원 강화 	<ul style="list-style-type: none"> ▶국가 의료질 거버넌스 구축 ▶사람 보상 강화 ▶의료공공성 지원 강화 ▶비급여 손실보상(~'22) ▶진찰료·입원료 개편 	<ul style="list-style-type: none"> ▶의료질평가 확대 및 보상 강화 ▶신포괄 5만 병상 ▶비급여 손실보상(~'22) ▶본인부담 차등 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶3차 상대가치 개편(~'26)

구분	2019	2020	2021	2022	2023
	▶비급여 손실보상(~22)	▶비급여 손실보상(~22)	▶가산제도 정비		
[방향3] 건강보험 지속가능성 제고	▶재정추계 모형 개발 ▶공·사 연계법 제정 ▶제네릭 가격 산정체계 개편 ▶적정 약제비 관리 방안 연구(~'20) ▶요양병원 수가개편 방안 마련	▶중장기 재정전망 실시 ▶재정운영 체계 개편 검토 ▶해외와 비교해 약가 조정 (~계속) ▶부담청구 기준 개선 ▶노인의료비 적정관리 방안 마련	▶과다 의료이용 관리 ▶행위급여 재평가 ▶적정 약제비 관리 방안 도입(추진) ▶자율점검제 제도 개선	▶정부지원 한시법 개정 ▶치료재료 재평가 개선 ▶공·사 보험 역할 재정립 및 범위 확대 ▶요양병원 수가 중장기 개선방향 마련 ▶노인요양장액제 개선방안 마련	
[방향4] 건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화	▶보험료 징수 제도 개선	▶주택임대소득 부과 실시 ▶가입자 자격기준 정비 ▶보험료 경감제도 정비 ▶원가자료 수집·분석 ▶거버넌스 개편방안 마련 ▶산하기관 조직진단 검토	▶부과체계 적정성평가 ▶평가정보뱅크 운영 ▶보장률지표 개선 ▶환산지수 결정구조 개선	▶부과체계 2단계 개편 ▶통합 빅데이터 구축 검토	▶2단계 개편 반영한 각종 제도 개선

* 추진 일정 및 분야 등은 시행계획 수립과정에서 변경 가능