
제1차 국민건강보험종합계획(안) 〈2019~2023〉

2019. 4



보건복지부
건강보험정책국

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

※ 본 보고서는 아직 확정되지 않은 사항으로 대외인용 등에 주의하여 주시기 바랍니다.

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~'18.1월)
 - 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)
- 제1차 국민건강보험종합계획, 건강보험정책심의위원회 심의('19.4월)

II. 정책평가 및 여건분석

1

주요 성과

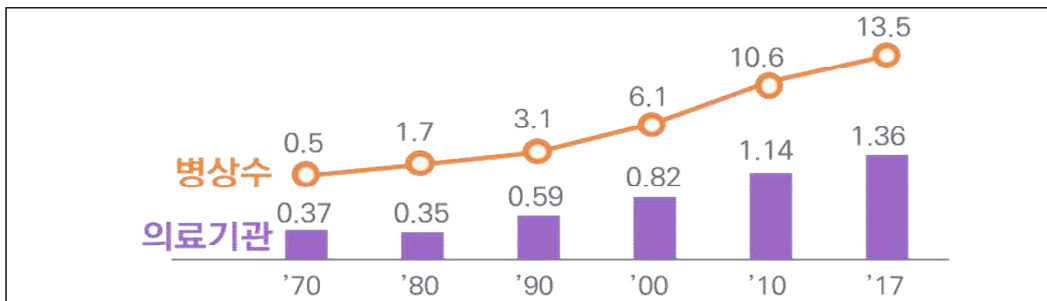
□ 전 국민의 의료안전망으로 자리매김

- (기본적인 의료접근성) 건강보험 제도 시행('77) 이후 가입 대상을 신속히 확대하여 단기간에 전 국민의 건강보험 가입 달성

* 총인구 대비 가입자: ('77) 8.8% → ('79) 21.2% → ('89) 94.1% → (2000년대) 97~98%

- 건강보험의 가입자 확대와 함께 의료기관 및 병상(장비) 등 의료 공급의 양적 인프라도 빠르게 성장

의료기관 및 병상 수 변화(인구 1,000명당, 병상·개소)



- (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

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

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

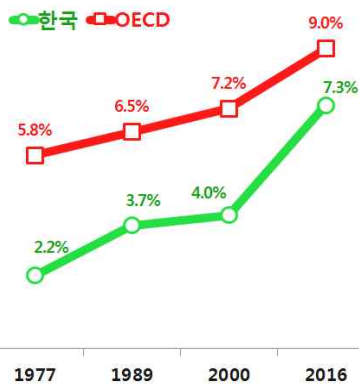
건강보험 보장성 강화대책 목표 및 추진방안



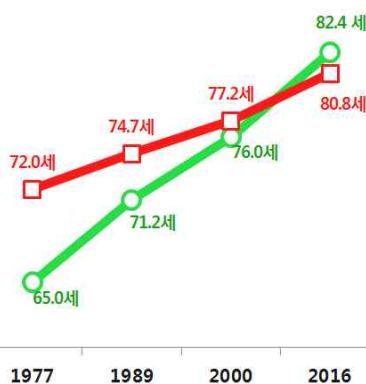
○ (높은 의료성과) 투입비용에 대비하여 효과적으로 빠르게 의료 접근성과 건강수준을 향상시켜 높은 보건의료적 성과 달성에 기여

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

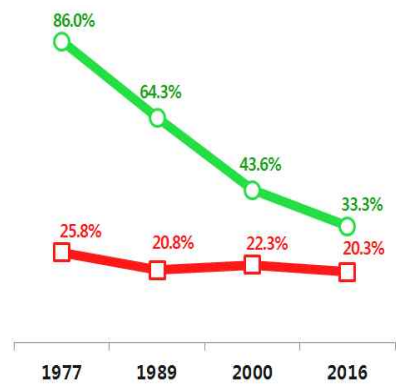
GDP 대비 경상의료비 비율



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 → 국민건강보험

- (보험료 부과) 조합 별로 복잡하던 부과기준을 직장-지역으로 정비하고, 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)

□ 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('12. 한국 의료질 평가, '17. Health at glance)
- 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 진료가 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% → ('16) 68.4%, 가입건수 ('12) 2,662만 → ('17) 3,419만건

□ 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 고령화, 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
	<ul style="list-style-type: none"> ● 하복부·비뇨기 초음파 건강보험 적용 	'19.2월
	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
	<ul style="list-style-type: none"> ● 12세 이하 영구치 충치치료(광중합형 복합레진 충전) 건강보험 적용 	'19.1월
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

만성질환자 수 및 비중



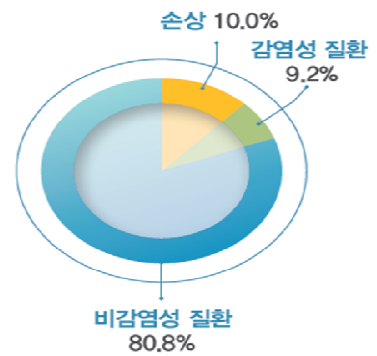
출처 : 건강보험공단(2018)

만성질환 진료비 규모 및 비중



출처 : 건강보험공단(2018)

10대 사망원인 중 80.8%(7개)



출처 : 질병관리본부·통계청(2016)

- 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
 - 필수의료 및 적정진료를 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%
처방량 : ('16) 34.8DID → ('23) 28.2DID
 - * DID : 인구 1,000명당 1일 DDD(의약품 1일 사용량)
- ④ 불필요 지출 관리율 : ('19) 급여비의 1.0% → ('23) 3.0%

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 차질없는 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 적용기준이 엄격해 비급여를 유발하는 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 연계제도를 활성화*하고 급여 적용 가격 유연 검토, 건강보험공단 협상 기간 단축 등 추진<희귀질환 지원대책, '18.9>
 - * 제약사가 의약품 품목허가 전에도 심사평가원에 요양급여 결정신청을 할 수 있게 하는 제도, 희귀의약품의 경우 '16년부터 적용 가능하나 실제 신청한 사례는 없음
 - (항암제 등 중증질환 치료제) 사회적·임상적 요구, 비용효과성, 국민수용도, 재정여건 등을 종합적으로 고려하여 급여 추진

- (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 추진계획(안)

구분	주요분야·대상	예시
2018	노인·아동·여성, 항암요법(희귀암·소아암)	유전·희귀질환 치료제, 희귀암 치료제 등
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·이비인후과질환 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 광증합형 복합레진 충전, 구순 구개열 환자의 구순비교정술 및 치아교정 등 건강보험 적용('19)
- ('20년 이후) 필수 항목 중심으로 점진적으로 보장성 강화 추진('19~)
 - 실태조사·연구 및 의견 수렴 등을 통해 보험급여의 필요성, 재정 여건 등을 종합적으로 고려
- * 노인 틀니·임플란트 및 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 운영 등 다양한 특성을 고려한 맞춤형 제공인력 기준을 제시*하고, 중증도 높은 의료기관의 참여 확대****(‘19~, 계속)
 - * 급성기 모형 외에 만성기·회복기 등 다양한 모형 시범적용 및 검증 추진
 - ** 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 본인부담 완화 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 추진('21) 및 개선방안 마련('22)
 - * 상한제 재정 소요, 각 소득구간 별 상한액 수준 등 종합적으로 검토
 - 의료비 부담능력, 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 강화('19~)

- (의료지원 체계) 각종 의료지원 현황, 비급여 규모 변화 등 감안, 의료비 지원사업 간 연계·통합방안 검토 연구('19) 및 추진('20~)
 - * 암환자·장애인·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

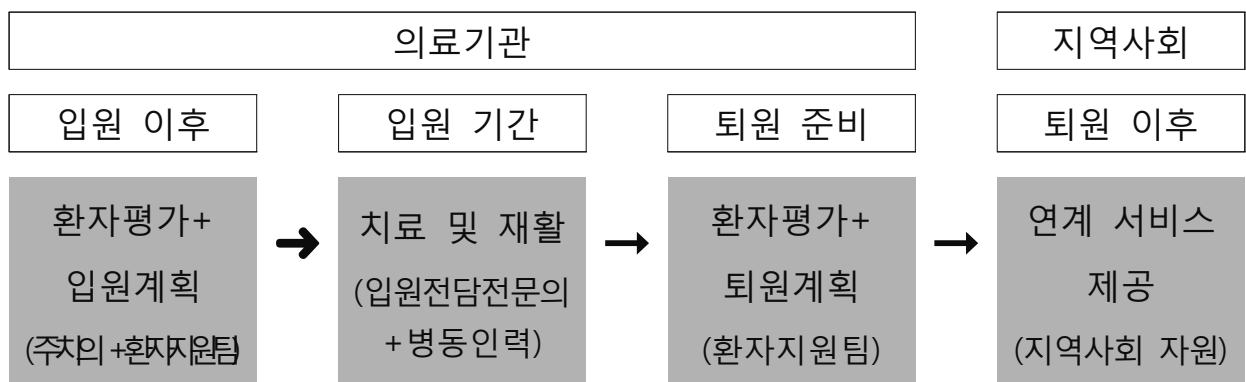
□ 비급여 관리 강화

- (비급여 발생) 신의료기술로 진입한 치료에 필요한 의료는 원칙적으로 급여 또는 예비급여 적용('18~, 계속)
- (관리 체계) 신규 발생 및 현재 유지되는 비급여 항목에 대한 관리 강화 기반 마련
 - 정확한 실태 파악 및 지속적인 모니터링 등을 위해 비급여 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
 - (추진방안) 대상환자군 선정기준, 운영모델, 평가도구, 유형별* 수가 체계 등 마련을 위한 연구용역과 시범사업을 거쳐 단계적 도입('19~)
 - * 예> 급성기(종합병원 등) - 회복기(재활의료기관) - 유지기(요양병원)
 - 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)
 - 단계별 기관 간 기능 정립 및 전문화, 지역사회 통합돌봄 연계 등 포함
 - * (예시) ▶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)
 - * (구성) 의료인, 약사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 보건의료인력
 - 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 연구를 통해 의학적 근거를 마련하고, 사회적 공감대 형성을 통해 정비 추진(18~, 계속)
 - * 현재 일반건강검진 목표질환(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~)
 - 고혈압·당뇨병부터 우선 실시하고, 대상질환을 점진적으로 확대*
 - * 의원에서 관리 가능하고 필요도 높은 질환을 선별, 적용방안 연구 진행(19~)
 - 치·한의학에서 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(외과)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 장애 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~)
 - * 지체, 뇌병변, 시각 3개 장애인 대상 → 단계적으로 15개 장애인으로 확대

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

- 성과 중심, 의료기관 기능 및 특성에 부합 등 원칙에 따라 평가 지표 개선 및 보상 강화(‘22~)

* (성과 중심) 입원환자 중증도 보정사망률, 재입원률, 합병증 발생률 등 (기능·특성 부합) 대형병원은 중증질환 진료, 중소병원은 일반입원 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 통합하여 모니터링 및 분석·심사하고, 불합리한 기준 등은 개선*

* 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 부분의 수익 위주로 의료기관의 운영이 가능하도록 수가 체계 개선 및 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
- (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 보상 강화('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

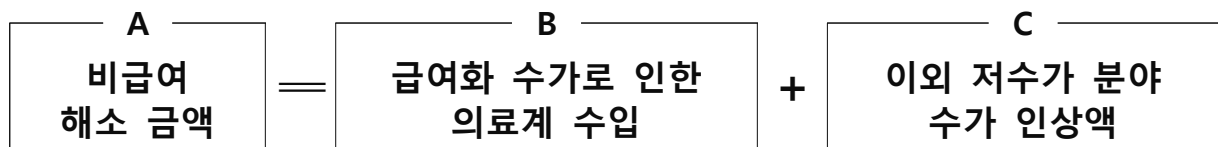
* 감염예방관리료, 격리실·중환자실 격리료, 마약류 관리 수가, DUR 개선 및 관련 안전활동 보상, 수술실 감염·안전 관리 수가, 신속대응시스템 시범사업 등

- (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 인상에 활용

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



- (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~)

- 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

- 장기적으로 적정 진료의 기준이 되는 표준의료기관 선정·조사 검토

□ 보상기반 확립 이후 추진 과제

○ (상대가치 개편) 주기적으로 수기간 불균형 해소, 진료행태 변화 반영 등 수가 체계를 정비하여 예측가능하고 신뢰성 있는 수가체계 운영

- 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 줄이고 기본 수가가 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
 - * 경제성장률, 임금·소득 상승률 등과 보험료 인상률 연동 등 방안 연구('19)
 - 보험료 부과 확대*를 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 전담계정* 설치·운영 검토
- * 예> 예방·건강증진, 시범사업, 급여·의료기술 평가 등
- ※ 재정관리, 자원조달, 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

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 경증환자를 줄일 수 있는 수가체계를 마련하여 역할에 적합한 의료서비스 제공 여건 조성
- (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 강화하고, 회송환자 재유입 방지를 위해 환자 모니터링 체계 마련
- (협력진료) 의료기관이 기능에 적합한 진료를 제공하고, 기관간 의뢰·회송을 활성화할 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 여부 검토
- 부당청구 금액 등을 고려하여 현지조사 등이 이루어지도록 관련 기준을 합리적으로 개선(연구용역 '19, 반영 검토 '20)
- (불법개설) 사무장병원 체납 처분시 독촉절차 생략 등 환수액 징수 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 등

- (노인외래) 노인외래정액제는 적용 연령층을 조정(65→70세 이상) 하는 등 단계적으로 축소를 검토하고,
 - 단순 질환에 대한 노인외래진료비 본인부담 감면은 만성질환 관리체계와 연계하여 개선방안 마련(‘22)
 - * 노인외래진료비경감제도의 정액·정률 구간 및 금액기준 등을 조정
- (의료-복지 연계) 의료 및 복지서비스를 통합적으로 제공하는 중간적 형태의 요양병원-시설 복합 모델 도입 검토(‘20~)
 - 요양병원-시설 간 네트워크 및 신속 이송체계 구축, 의료-요양 서비스 연계, 악용 가능성 방지 등 연구용역을 거쳐 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) 시범사업 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)
 - 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

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

□ 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 건보료 감면에 따른 등록증가 효과, 건보료 부과체계 개편 추이 등을 고려하여 감면 연장여부 검토
- (분리과세 소득) 금융소득(연 2천만원 이하), 근로소득(프리랜서 등) 등 소득은 부과제도개선위원회* 논의를 통해 보험료 부과 검토('19~)
 - * 보건복지부 차관(위원장), 관계부처 및 전문가 등 구성
 - 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)
 - * 복지부, 공단·심평원 등이 공동 활용이 가능한 ‘통합원가시스템’ 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 실폐괄 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
- (지표) 정책수단, 이용자·공급자 특성 등에 따른 다양한 효과를 정확히 평가할 수 있도록 **지표 세분화**(‘20~)
 - * 예>(정책수단) 보험적용 검토대상이 아닌 잠재적 급여대상 항목 중심 지표 (의료특성) 환자(연령·질환·소득계층), 진료, 공급자 등 유형 분류

□ 데이터 활용 고도화

- (빅데이터) 건강보험 체계 관점에서 **연계·활용** 등 단계적 확대, **효율성, 완결성, 활용도** 등을 고려한 빅데이터 구축방안 검토
 - (단기) 포털, 분석센터 등 데이터 제공 인프라 공동활용, 협력콘텐츠 공동개발 등 다양한 협업모델에 대한 기술적 가능성 검토 및 구현(‘20~)
 - * 예> 통합 브랜드·단일 포털 구축, 데이터 수요가 큰 서울부터 분석센터 공동 활용 수준을 높이고 단계적 지역 확대, 클라우드 활용 공동사업 검토 등
 - (장기) 클라우드 기반 빅데이터 운영, 법·제도 정비와 연계한 DW 연계·통합 등 검토(‘21~)
- (신기술 적용) 블록체인, 사물인터넷(IoT), 인공지능(AI) 등 **최신 ICT 기술의 적정 활용**을 통해 행정업무 효율화 및 빅데이터 가치 증진
 - (연구·산업계) **심층 빅데이터 연구·분석 환경을** 제공하고, 최신 정보보안 체계를 적용하여 활용도 및 보안성 유지
 - * 예> 건강관리·자격관리 등 블록체인 활용, 영상정보 판독·건강위험 예측·스마트 건강관리·맞춤형 민원상담 등 인공지능 접목 등
 - (대국민) 건강관리, 자격관리, 건강위험 예측, 맞춤형 민원상담 등 **적용 가능 영역을 선별**하고, 연구 및 개발 활성화

- (보험제도 운영) 청구행태, 질병발생 양상, 진료비 발생 등 모니터링 및 이상징후 감지 등 정책 지원 강화 및 보험행정 효율화
- ※ 건강보험 데이터 활용은 보건의로 빅데이터 등 관련 정책방향 및 사회논의, 법적 체계 및 정비 등과 연계해 추진

4 건강보험 운영체계 개선

□ 건강보험 의사결정 과정 개선

- (건강보험정책심의위원회) 현행 거버넌스의 종합적인 진단을 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 역할 및 기능 재정비
 - 각 위원회의 심의사항과 고유 특성을 감안하되, 위원회간 권한 및 관계 등을 법적 체계 및 개별 제도 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 강화하도록 위원회 운영 내실화

- 협상 당사자(의약단체-건보공단-재정운영위원회)가 협상결과에 수긍할 수 있는 연구방법 및 결정방식 등 **환산지수 결정구조 개선**(‘21)
- ※ 가입자·공급자, 건보공단, 전문가 등이 참여하는 논의구조를 통해 결정

□ 효율적인 건강보험 운영 기반 구축

- (협업체계) 건보공단·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, 선협국의 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**
 - 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, 한국 주도의 건강보험기관 간 국제연대 창설 등
 - OECD, WHO, UN 등 국제기구와 공동연구 및 국제행사 활성화*
 - * 예> WHO 국가협력전략(‘19~), WHO 총회 및 UN 등 의제·부대행사(‘19) 등
 - 강점 분야 별로 WHO 협력센터 지정·운영 추진
 - * 예> 건보공단: UHC 교육훈련 분야, 심평원: 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)	1.5%	
신포괄 수가 적용기관	1.8만 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 처방량	34.8DID (20.8)	28.2DID
	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 창출 일자리수	150만명('17)	200만명	
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
 - (예) 비소세포폐암 치료제(등재) : 3/100 수준으로 경감(월 1천만원 → 34만원)
 - (예) 전립선암 치료제(기준) : 1/3 수준으로 경감(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(총 400만명의 1/8, '23), 환자지원팀이 치료계획, 퇴원 후 지역사회 지원 연계 지원 등 실시 <커뮤니티 케어(노인)와 연결>
- 입원환자 250만명('23, 누적), 간호·간병통합서비스 이용
- 만성질환자 108만명('23), 동네의원에서 포괄적 만성질환 관리
- 호스피스 이용환자 73백명('23), 연명의료 이용환자 45만명('23)
- 적정한 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 의료서비스부터 퇴원·재활·일상 복귀까지 상황 <커뮤니티 케어와 연계>

	기 존		개 선
응급실	<ul style="list-style-type: none"> 만성적인 인력 부족 난동, 폭행 등 불안 기증 	➔	<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(공단)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 현재 수입과 지출변수를 토대로 재정전망을 실시하는 경우

- ▶ (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

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

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

- 요양병원 부적절한 장기 입원 억제, 불법 사무장병원 근절, 건강보험증 대여·도용, 외국인 무자격자 불법 이용 등 재정누수 요인에 대한 관리를 강화하고
 - 노인 외래정액제 연령기준 단계적 상향 조정(65→70세) 등 제도 개선으로 재정 지속가능성 확보를 위한 지출의 합리적 개선 도모
- 이와 함께 환자 의뢰·회송제도 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 추진

④ 선제적 대응 중심의 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)
 - * 금년도 건강보험에 적합한 재정 추계모형 연구.개발 실시('19)

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 작성하는 시행계획의 **이행력과 실효성**을 높일 수 있는 관리방안 마련
 - (보건복지부) 관리지표, 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 방안**을 자체적으로 기획·이행
 - (연계·협업) **유기적이고 일관된** 시행계획 수립·이행하기 위하여 **별도 기관에 계획의 수립·관리 지원 기능을 위탁 검토**

□ 추진실적 평가

- 시행계획에 따른 **추진일정 준수 여부** 등을 확인하고, **성과지표를 통해 관리**
 - **종합계획 이행 과정의 실효성을 확보**하기 위해 각 영역별 성과지표를 선정하고 **5년 후 목표치**를 설정하여 관리
 - **객관적·종합적인 평가**를 위해 **별도 기관에서 수행**하는 방안 검토
- **건강보험정책심의위원회**를 통해 이행실태 및 정책성과를 **보고·평가·공개**하고, 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 수립 ▶'24. 시행계획 마련 ▶'22. 추진실적 평가
[방향1] 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶병원 2~3인실 급여화 ▶치과 광증합, 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶간호간병 본사업 전환 검토 ▶치료계획 본격 확대 ▶병원급 교육·상담 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶비급여의 급여화(~'22) ▶비급여관리 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶간호간병 250만 이용 ▶상한제 개선 ▶재난적의료비 지원 개선 ▶비급여관리 개선
[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 ▶비급여 손실보상(~'22) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶진료정보 및 의뢰화송 수가 ▶EMR 인증 수가 가산 ▶사람 보상 강화 ▶의료공공성 지원 강화 ▶비급여 손실보상(~'22) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶국가 의료질 거버넌스 구축 ▶사람 보상 강화 ▶의료공공성 지원 강화 ▶비급여 손실보상(~'22) ▶진찰료·입원료 개편 ▶가산제도 정비 	<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
[방향3] 건강보험 지속가능성 제고	<ul style="list-style-type: none"> ▶공·사 연계법 제정 ▶제네릭 가격 산정체계 개편 ▶적정 약제비 관리 방안 연구(~'20) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶전담계정 등 재정체계 개편 ▶해외와 비교해 약가 조정 (~계속) ▶요양병원 수가개편 ▶부당청구 기준 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶재정추계 모형 개발 ▶과다 의료이용 관리 ▶행위급여 재평가 ▶적정 약제비 관리 방안 도입(추진) ▶자율점검제 제도 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶중장기 재정전망 실시 ▶치료재료 재평가 개선 ▶공·사 보험 역할 재정립 및 범위 확대 	<ul style="list-style-type: none"> ▶정부지원 한시법 개정
[방향4] 건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▶환산지수 결정구조 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶가입자 자격기준 정비 ▶주택임대소득 부과 실시 ▶원가자료 수집·분석 ▶건강심 사무국 운영 검토 ▶산하기관 조직진단 검토 ▶보험료 경감제도 정비 	<ul style="list-style-type: none"> ▶부과체계 적정성평가 ▶평가정보뱅크 운영 ▶보장률지표 개선 	<ul style="list-style-type: none"> ▶부과체계 2단계 개편 ▶통합 빅데이터 구축 검토 	<ul style="list-style-type: none"> ▶2단계 개편 반영한 각종 제도 개선