
제2차 국민건강보험 종합계획(안)

〈 2024~2028 〉

2024. 2. 2.



보 건 복 지 부

순 서

I. 건강보험 종합계획의 개요 및 추진 경과	1
II. 정책 여건	3
III. 제1차 국민건강보험 종합계획(19~23) 평가	8
IV. 수립 방향	13
V. 추진방향 1 : 필수의료 공급 및 정당한 보상	17
VI. 추진방향 2 : 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장	29
VII. 추진방향 3 : 건강보험의 재정적 지속가능성 제고	41
VIII. 추진방향 4 : 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련	53
IX. 기대 효과	63
X. 재정 전망 및 운영	66

I

국민건강보험 종합계획의 개요 및 추진 경과

1

개요

- (수립 근거) 「국민건강보험법」 제3조의2에 따라 건강보험의 건전한 운영을 위하여 5년 마다 수립하는 정부 법정계획
- 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 수립하고, 국회 소관 상임위(보건복지위원회)에 보고
- (주요내용) 종합계획에 포함되어야 할 사항은 법(제3조의2제2항)으로 규정

연번	내용	비고
1	(제1호) 건강보험 정책의 기본목표 및 추진방향	
2	(제2호) 건강보험 보장성 강화의 추진계획 및 추진방법	
3	(제3호) 건강보험의 중장기 재정 전망 및 운영	
4	(제4호) 보험료 부과체계에 관한 사항	
5	(제5호) 요양급여비용에 관한 사항	
6	(제6호) 건강증진 사업에 관한 사항	
7	(제7호) 취약계층 지원에 관한 사항	
8	(제8호) 건강보험에 관한 통계 및 정보의 관리에 관한 사항	
9	(제9호) 건강보험의 제도적 기반 조성에 관한 사항	
10	(제9호) 건강보험과 관련된 국제협력에 관한 사항	
11	(제9호) 건강보험 개선을 위해 특히 필요하다고 인정하는 사항	

□ (기초연구) 제2차 국민건강보험 종합계획 수립 기초연구 수행('23.1~11월)

* “제2차 국민건강보험 종합계획 수립 및 실천방안 제안”(한국보건사회연구원)

- (추진단) 건강보험의 중장기 구조개혁 방향 및 주요 과제안의 논의를 위하여 외부 전문가 등이 참여하는 추진단 구성·운영(총 3회, '23.5~8월)
- (자문단) 종합계획에 대한 의견 수렴을 위하여 가입자 및 공급자 단체, 유관기관, 언론, 전문가 등이 참여하는 자문단 운영(총 5회, '23.4~9월)
- (공개토론회) 종합계획 수립 제안과제(안)에 대한 대국민 의견수렴을 위하여 공개 정책토론회 개최('23.10월)

□ (심의) 제2차 국민건강보험 종합계획안 마련 및 심의 추진('23.12~'24.2월)

- (소위원회) 제2차 국민건강보험 종합계획(안)에 대한 건강보험정책심의 위원회 소위원회 심의('23.12월)
- (본심의) 건강보험정책심의위원회 심의('24.2월)

II

정책 여건

1

의료공급 위기

□ 지역의료 공백

- **(공급 불균형) 환자의 유출¹⁾, 의료인력·인프라의 수도권 집중²⁾** 등으로, 지방에는 일정 이상 규모·역량을 갖춘 병원의 부족 발생

1) 지역 내 의료 이용률('21) : 서울 89.2% vs 충남 66.4%·경북 63.4%

2) 인구 1천명당 의사수 : 서울 3.47명 vs 경북 1.39명 (서울의 40% 수준)

※ 수도권 대학병원으로의 쏠림 가속화

- ▶ **(접근성 개선) 진료권 폐지('98), KTX 개통('04) 이후 수도권 대학병원에 대한 지방 환자의 공간적 접근성이 크게 개선**
 - 급격한 보장성 확대 및 실손보험 활성화로 인한 본인부담 감소는 이전보다 상급병원 이용 문턱을 낮춰서 수도권 대학병원 선호·쏠림 심화
 - * (예) 뇌·뇌혈관 MRI 상급종합병원 환자부담금 : (급여화 前) 67만원 → (급여화 後) 18만원
- ▶ **(대형화) 의료자원 투입에 비례한 보상·평가는 배후인구가 많고 의료인력 확보에 유리하여 재투자 여력이 높은 수도권 대학병원의 대형화 가속**
 - * ('23) 3.8만 병상 → ('29) 4.6만 병상, +7,900개 병상 증가 예상 (9개 병원, 11개分院 예정)
- 수도권 대학병원 대형화는 지역의 환자·의료인력 유출을 확대시켜 지역 의료 공백을 심화시키는 악순환 구조 형성
 - * (악순환의 고리) 수도권 병상↑ ➡ 지역의 의료인력·환자 유출↑ ➡ 지역의 의료역량↓ ➡ 지역의료의 신뢰도↓ ➡ 지역의 의료인력·환자 유출↑ ➡ ...

- 의료인력 및 인프라 부족에 따른 지역 간 의료·건강격차 악화

* (예) 치료가능 사망률(10만명당, '21) : 서울 38.6명 vs 강원 49.6명, 경남 47.3명

- **(비효율적 전달체계) 유사한 환자 群 대상으로 상급종합병원부터 동네 의원까지 무한경쟁 구조** ⇨ 지역 내 의료자원의 효율적 활용에 한계

- 불분명한 종별 기능으로 상급병원 선호 뚜렷 ⇨ 상급병원 과밀화로 인하여 지역 내 중증·응급환자 발생 시 적기 치료에 제약 발생

* “대구 추락 10대 병원 4곳서 퇴짜 맞고 2시간 ‘뽕뽕이’ 구급차서 숨져”(세계일보, '23.3.29)

□ 필수의료 공백

- **(시장실패)** 중증·응급, 소아, 분만 등 수요가 적거나 일정하지 않은 필수 분야는 민간에서 충분한 공급이 발생하지 못하는 상황

- 진료량 감소로 병·의원 폐업 또는 필수의료 포기 발생

* “부산도 밤에 맹장염이 생기면 대학병원 응급실 말고 갈 데가 없다”(동아일보, '19.5.22)

- **(필수의료 기피)** 행위별 수가에 위험도, 난이도, 시급성, 대기시간 등이 충분히 반영되지 못하여 진료과목 및 분야별 보상 불균형 심화

- 실손보험 기반의 고수의 저위험 비급여 팽창 등 영향으로 저수의 고위험인 필수의료 분야 기피 고착화

▶ 비급여 진료비 : ('10) 8.1조원 → ('21) 17.3조원

▶ 전공의 확보율('24) : 피부과·성형외과 100% vs 소정과 25.7%·흉부외과 38.1%

□ 의약품 수급 불안정 및 혁신기술 도입 지연

- **(의약품 부족)** 코로나19, 러시아-우크라이나 전쟁 등 영향으로 전 세계적 의약품 부족 현상 발생

- 보건안보 차원에서 국민의 생명·건강과 직결되는 필수적 의약품 및 의료기기는 국내 생산·공급 기반의 구축 지원 수요 발생

- **(혁신기술 도입 지연)** 희귀난치성 질환의 원샷 치료제* 등 의료 질을 획기적으로 개선하는 의료기술 등장

* (예) 최근 급여화된 킴리아(백혈병·림프종치료제), 졸겐스마(척수성근위축증치료제) 등은 희귀난치성질환에 대해 한 번의 투여로도 치료 효과 발생

- 기술과 제도 간 괴리로 혁신기술 도입이 지연되어 치료기회 확대를 위한 환자의 수요에 충분히 대응하지 못하는 상황

* 인권위 ‘생명과 직결된 신약의 건강보험 신속 등재 제도’ 도입의 적극 검토 필요('22.4월) 등

□ 노인인구 증가

- (노인친화서비스) 65세 이상 인구 증가*에 대응, 의료서비스가 노년층 수요에 적합한 형태로 변화 전망

* 노인인구 비율 추계(통계청, '23) : ('24) 19.2% → ('25) 20.3% → ('28) 23.6% (연평균 +1.1%)

- ▶ 복합·만성질환 증가 ⇨ 중증화 방지를 위한 예방 및 통합적 관리 강조
- ▶ 퇴원 후 회복 지연, 낙상 위험 증가 ⇨ 회복기병원 및 재활 수요 증가
- ▶ 거동 불편 ⇨ 방문진료, 방문간호 서비스 확대
- ▶ 의료·요양·거주 등 복합 수요 ⇨ 의료-요양-돌봄 서비스 연계 지원

□ 새로운 세대의 부상

- (ICT) 디지털 환경에 익숙한 세대가 사회주도층으로 부상하면서 정보통신기술(ICT) 기반 서비스가 늘어날 것으로 예상

* (예) ▲개인건강기록(PHR) 등을 활용한 건강관리 앱, ▲비대면 의료서비스 등

- (정신건강) 경제난, 고립 등 사회적 환경 악화로 정신건강 서비스의 수요 증가¹⁾, 사회안전을 위한 정신질환 조기 발굴·관리 강조²⁾

1) 20대 우울증 환자 : ('18) 99,796명 → ('22) 194,322명 (약 2배 증가)

2) ▲서현역('23.8.3), 대전고('23.8.4) 사건 등, ▲정신질환 범죄자 : ('12) 5,302명 → ('22) 9,875명

□ 계층 간 건강 격차

- (의료안전망) 계층 간 소득 분배지표는 점차 개선되고 있으나, 소득 수준별 건강수명 격차는 확대되는 상황

▶ 소득 5분위배율(균등화 처분가능소득 기준) : ('11) 8.32배 → ('22) 5.76배 (△2.56배p)

▶ 소득 1분위 - 5분위 간 건강수명 격차 : ('11) 7.1세 → ('20) 8.4세 (+1.3세)

- 소득 격차가 건강 격차의 확대로 이어지지 않도록 예방·건강관리 강화 및 과도한 부담 방지를 위한 취약계층 의료안전망 확대 요구

□ 의료비 지출의 증가

- (노인인구 증가) 65세 이상 고령인구는 다른 연령대와 비교하여 의료 이용 빈도가 많고 내원 시 진료량도 많아 의료비 지출 증가 발생

- ▶ 최근 10년('13~'22) 간 의료비 연평균 증가율 : 전체 8.1% vs 노인 10.4%
- ▶ 연평균 의료기관 내원횟수('22) : 전체 21.5회 vs 노인 43.1회
- ▶ 내원 1회당 평균 의료비 지출액('22) : 전체 9.7만원 vs 노인 11.5만원

- (사회적 입원) 총인구 감소, 가족형태 변화 등으로 가정에서 노인을 돌볼 수 있는 여건은 악화*되어 노인인구의 사회적 입원 증가 우려

* (노인부양비) 생산연령인구 100명당 ⁽²⁴⁾27.4명 → ⁽²⁸⁾34.8명으로 1.3배 증가

- (지불제도 한계) 현재 행위별 수가제 및 수가 결정구조는 과잉진료를 유도하고, 필수의료 등 공급 부족 및 의료 질 저하가 유발되는 문제

현행 체계			문제점	영향 및 개선 방향
행위별 수가제	지불 단위	행위	- 의료이용이 많을수록 보상 多 - 측정되지 않는 행위 미보상 * 대기시간, 재수술 방지 노력 등 - 행위가 적은 분야 공급 부족 - 질, 가치와 상관없이 동일 보상	- 과잉진료 유도 - 중증·응급 공급 부족 - 분만·소아 공급 부족 - 의료 질 저하 ⇒ 지불단위 다변화, 가치·성과 보상
	지불 요소	진료량		
수가 결정 구조	지불 수준	환산 지수	모든 행위의 일률인상	- 보상의 불균형 심화 - 비효율적 재정 활용 ⇒ 일률인상 탈피
		상대 가치 점수	- 인력보다 장비*에 더 보상 * 검체·영상·기능검사 등 - 조정 시 위험도, 난이도, 숙련도, 시급성, 대기시간 등 미반영 - 경직적, 불가역적 조정절차	- 저평가·고평가 항목의 불균형 지속 - 중증·응급, 고위험·고난도 공급 부족 ⇒ 불균형 해소, 신속·상시 조정
		정책 가산	- 상대가치점수에 반영할 사항을 정책가산으로 운영 - 복잡한 구조, 폐지 곤란	- 수가산정 및 재정영향 파악 곤란 ⇒ 단순화·명확화

- **(병상·장비 과잉)** OECD 평균보다 많은 병상·장비는 불필요한 의료 이용을 증가시키는 요인으로 작용

▶ 병상(개/천명) : 韓 12.8 > OECD 4.3 / CT(대/만명) : 韓 42.2 > OECD 35.5
▶ CT 이용건수(건/천명) : 韓 281.5 > OECD 161.0

- **(의료 남용)** 급격한 보장성 강화 및 실손보험 활성화에 따른 본인 부담 감소는 불필요한 의료쇼핑 등을 증가시키는 부작용 초래

▶ 뇌·뇌혈관 MRI 상급병원 본인부담금 : (급여화 前) 67만원 → (급여화 後) 18만원
▶ 초음파·MRI 진료비 : ('18) 1,891억원 → ('21) 1조 8,476억원 (약 10배 증가)
▶ 실손보험 가입자 : ('10) 2,080만명 → ('22) 3,997만명 (건강보험 가입자 대비 약 77.7%)

- **(비급여 팽창)** 환자의 지불능력 상승(본인부담 감소)은 의료기관의 수익 보전 욕구와 맞물려 비급여 팽창* 유발 ⇨ 비급여-급여 혼합진료로 비급여와 급여 지출이 함께 증가하는 양상

* 백내장 수술, 도수치료 등 10대 비급여 실손보험 지출 규모 : ('18) 1.4조원 → ('21) 3.0조원

□ 보험료 수입 정체 및 부담의 형평성 문제

- **(보험료 수입 정체)** 저출생 및 총인구 감소, 저성장 기조*, 보험료율 법정 상한(8%) 도달 등으로 보험료 수입 증가 둔화

* 잠재성장률 전망(OECD, '21) : ('07~'20) 2.8% → ('20~'30) 1.9% → ('30~'60) 0.8%

- 의료비 지출 증가 대비 보험료 수입의 정체에 따른 건강보험 재정의 지속가능성 우려 제기

* 최근 10년('12~'21) 간 보험료 수입의 연평균 증가율 7.6% < 총진료비 증가율 7.7%

- **(형평성 제고)** ▲직장 - 지역가입자 간 격차 해소, ▲외국인·피부양자 무임승차 방지* 등 보험료 부담·혜택의 공정성·형평성 제고 요구

* “외국인 건보 먹튀…장인까지 한국 모셔와 1억원 빼먹었다” (조선일보, '23.8.23)

“5억 롤스로이스 타는데 ‘건보료 0’ … 이런 무임승차 3만명” (중앙일보, '23.10.15)

Ⅲ

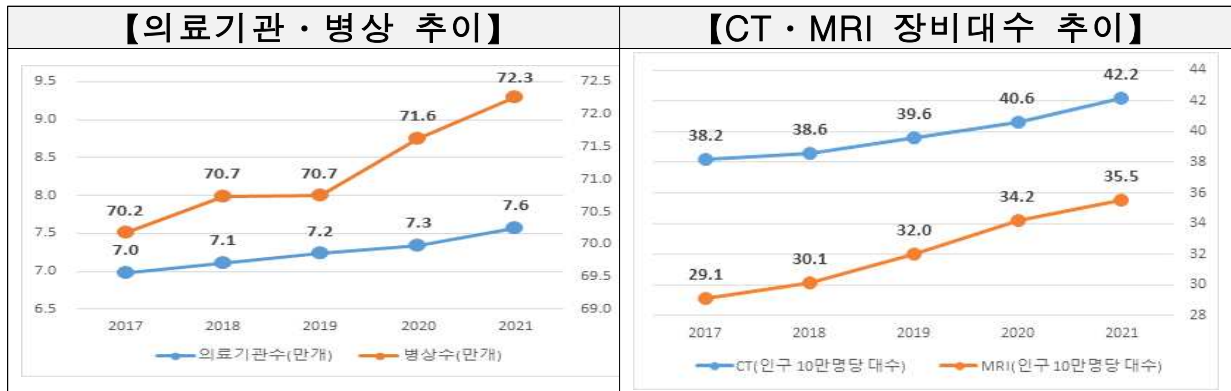
제1차 국민건강보험 종합계획(19~23)의 성과 및 평가

1

주요 성과

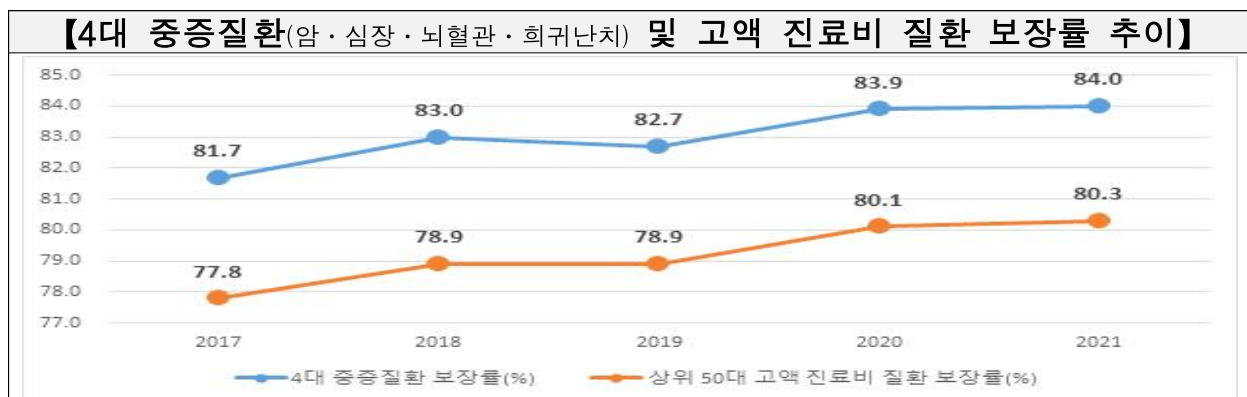
□ 전 국민의 의료안전망으로서 국민건강 향상에 기여

- (기본 인프라 확대) 건강보험 가입 대상은 지속 확대되어 **全 국민**의 건강보험 적용 달성 * 총인구 대비 건강보험 적용인구 비율 : 99.9%('22)
- 건강보험 적용인구 확대와 함께 병상, 장비 등 의료서비스 공급을 위한 양적 인프라도 빠르게 성장



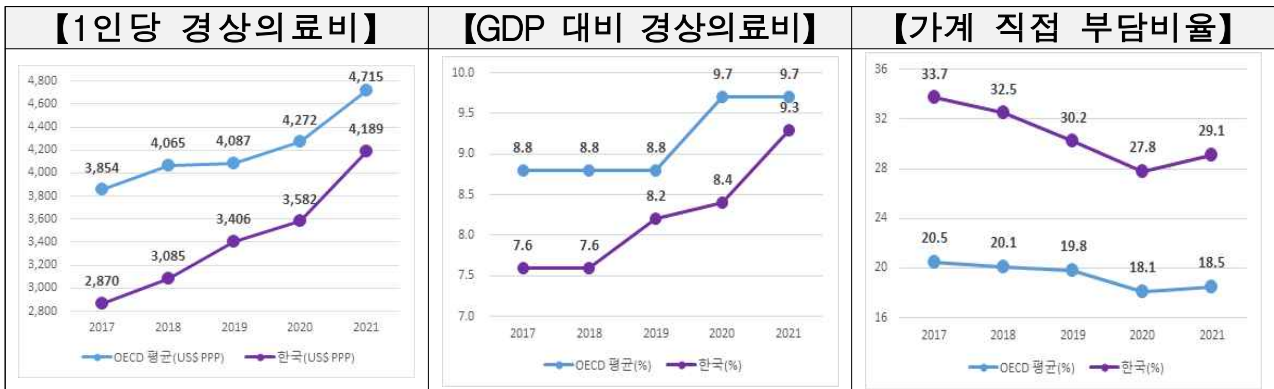
* 출처 : 국민건강보험공단, OECD Health Statistics

- (의료비 부담 완화) 건강보험 보장률의 향상을 위해 ▲급여 본인 부담을 인하, ▲급여기준 완화, ▲비급여의 급여화 등 추진
- 4대 중증질환, 고액 진료비 질환 중심으로 보장성을 강화하여 국민 의료비 부담 해소에 기여



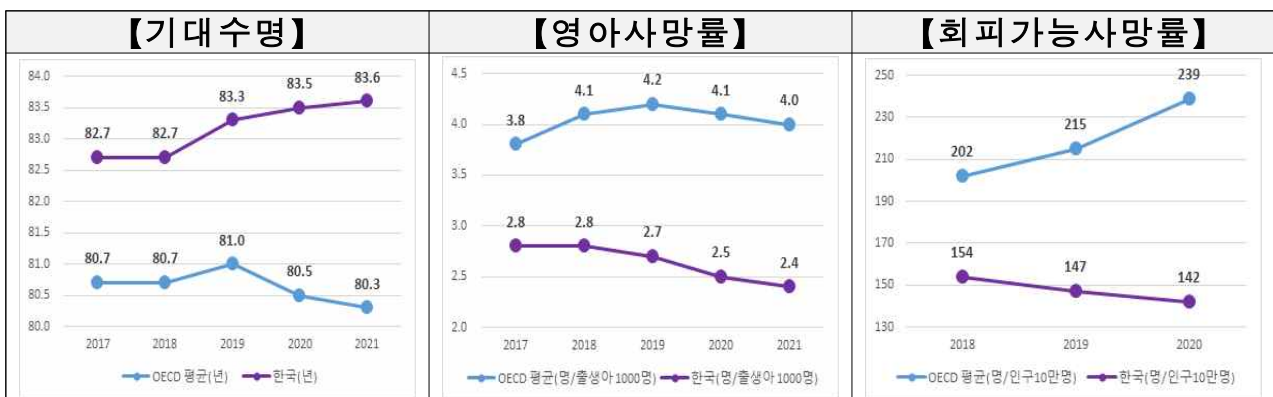
* 출처 : 국민건강보험공단

- 1인당 경상의료비 및 GDP 대비 경상의료비는 주요 국가에 비하여 낮은 편이며, 가계 직접 본인부담 비율도 빠르게 억제



* 출처 : OECD Health Statistics

- (의료수준 향상) 그간 기대수명, 영아사망률, 회피가능사망률 등이 지속 개선되었고



* 출처 : OECD Health Statistics

- 허혈성 뇌졸중, 자궁경부암, 만성폐색성폐질환 등 의료 분야에서는 세계 최고 수준의 성과 달성



* 출처 : OECD Health at a Glance 2021

□ 지속적인 제도 개선 : 부과체계 개편 및 의료비 과부담 완화

- (보험료 부과) 소득 중심 부과체계 개편으로 지역가입자의 재산·자동차보험료 부담 완화 및 직장가입자와의 형평성 제고('22.9월)
 - 소득, 재산 등 부담능력이 있는 피부양자는 지역가입자로 전환하여 무임승차 방지

【보험료 부과체계 2단계 개편('22.9월)의 주요내용】

구분		현행	개편
지역 가입자	소득보험료	등급별 점수제 부과	⇒ 정률제 부과 * 직장가입자와 동일
	재산보험료	재산 구간별로 500~1,350만원 공제	⇒ 5,000만원 일괄 공제
	자동차보험료	1,600cc 이상 차량 및 1,600cc 미만 차량가액 4,000만원 이상 차량 부과	⇒ 4,000만원 이상 차량만 부과
직장 가입자	보수외 소득 보험료	연 3,400만원 초과 시 보험료 부과	⇒ 연 2,000만원 초과 시 보험료 부과
피부양자	소득요건 강화	연소득 3,400만원 초과 시 피부양자 탈락	⇒ 연소득 2,000만원 초과시 피부양자 탈락

- (의료비 과부담 방지) 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어주기 위한 본인부담상한제 적용 및 본인부담 환급 확대

* 최근 5년 간 수혜자 추이 : ('18) 126.6만명 → ('22) 186.9만명 (연평균 10.2% 증가)

- 상한제 미적용 급여 및 치료 목적 비급여에 대한 재난적 의료비 지원 확대로 의료안전망 강화

【재난적 의료비 지원 확대('23.5월)의 주요내용】

구분	기존	개편
대상 질환	▪ (입원) 모든 질환 ▪ (외래) 6대 중증질환 한정	⇒ ▪ (입원·외래) 모든 질환
의료비 기준	▪ 본인부담 의료비가 가구 연소득 15% 초과 시	⇒ ▪ 본인부담 의료비가 가구 연소득 10% 초과 시
재산 기준	▪ 재산 5.4억원 이하 가구	⇒ ▪ 재산 7억원 이하 가구
지원 한도	▪ 연 3천만원	⇒ ▪ 연 5천만원

- ◇ 그간 의료인프라 확대, 의료비 부담 완화, 의료수준 향상 등 성과를 달성하면서도 보험재정을 건실하게 관리하였으나
- ◇ 현행 지불제도의 문제가 해소되지 못한 채 보장성 강화 정책이 추진됨에 따라 지역·필수의료 공백 등 기존 구조적 문제 심화

□ 건강보험 보장률의 목표 미달성

- 그간 건강보험 급여 확대에도 불구하고, 핵심 목표인 보장률 70%는 달성하지 못한 상황

* 건강보험 보장률 : ('17) 62.7% → ('21) 64.5%

- 환자의 지불능력 상승*이 요양기관의 수익 추구하고 맞물려 비급여 진료 팽창에 따른 총진료비 부담 증가로 이어졌기 때문임

* 급여 본인부담 감소 + 실손보험 가입·보장 확대

【 의료기관 종별 건강보험 보장률 및 본인부담율 】

(단위 : %)

구분	2017년			2021년		
	보험급여		비급여 본인부담	보험급여		비급여 본인부담
	공단부담	본인부담		공단부담	본인부담	
전체	62.7	20.2	17.1	64.5 (+1.8)	19.9 (△0.3)	15.6 (△1.5)
상급종합병원	65.1	20.9	14.0	70.8 (+5.7)	21.0 (+0.1)	8.2 (△5.8)
종합병원	63.8	20.7	15.5	67.3 (+3.5)	24.0 (+3.3)	8.7 (△6.8)
병원	47.1	18.0	34.9	51.8 (+4.7)	18.6 (+0.6)	29.6 (△5.3)
의원	60.3	20.1	19.6	55.5 (△4.8)	19.5 (△0.6)	25.0 (+5.4)

- 주요 질환의 건강보험 보장률은 이미 70%를 크게 상회*하여 비급여의 급여화 등 기존 방식에 의한 보장률 개선에 한계

* ▲4대 중증질환 보장률 : 84.0%, ▲중증·고액진료비 상위 50위 내 질환 보장률 : 80.3%

□ 지불제도 한계 및 구조적 문제 심화

- **(지역의료 공백)** 현재 수가·평가체계*는 수도권보다 상대적으로 배후인구 및 환자 수가 적은 지역 의료기관에게 불리

* ▲(수가) 양적 보상 → 진료량이 많을수록 유리, ▲(평가) 투입·구조 지표 중심 → 의료인력 확보 등이 용이한 수도권·상급병원에 유리

- 그간 보장성 강화를 통한 모든 행위의 본인부담 감소는 상급병원 이용문턱을 낮추어 수도권·상급병원으로의 선호·쏠림 가속화

※ 최근 5년('17~'22) 종별 외래 내원일수 추이

- ▶ 전체 기관 : ('17) 8억 9,259만 일 → ('22) 9억 2,268만 일 (연평균 증가율 0.8%)
- ▶ 의원 : ('17) 5억 3,242만 일 → ('22) 5억 4,949만 일 (연평균 증가율 0.8%)
- ▶ 상급종합병원 : ('17) 3,860만 일 → ('22) 4,410만 일 (연평균 증가율 3.4%)

- 수도권·상급병원 쏠림은 지역 내 의료인력·인프라를 감소시켜 지역·중소병원 의료 공급체계 약화 및 지역 간 의료격차 심화

- **(필수의료 기피)** 행위별 수가 및 양적 보상체계 下에서는 필수의료에 대한 충분한 보상이 이루어질 수 없어서 필수분야 기피 유발

※ 현행 지불제도로 인한 필수의료 기피의 주요 원인

- ▶ **(진료량 감소)** 중증·응급, 소아, 분만 등 진료량이 일정하지 않거나 줄어드는 진료과목은 量 기반 보상체계 하에서 인프라 유지 곤란
- ▶ **(저수가)** 난이도, 위험도, 시급성, 숙련도, 진료 외 소요시간(대기·당직) 등에 대한 보상이 미흡하여 고난도·고위험 수술 등 서비스 공백·기피 발생
 - * (예) 중증·응급 시 : 수술·처치 보상 → 적시 대응을 위한 대기·당직은 미보상
 - 수술 합병증 발생 시 : 재수술 보상 → 합병증 방지·축소를 위한 노력에는 미보상

- 그간 보장성 강화 시 모든 의료영역의 항목별 급여화에 치중하여 꼭 필요한 급여의 우선순위 고려 미흡 ⇨ 보상의 불균형에 따른 의료 편중* 및 필수의료 공백 심화

* (예) 인력 대비 장비의 보상수준이 높아서 장비를 활용하는 행위(검체·영상검사 등)로의 유인 발생

- **(과다의료 이용)** 건강보험의 본인부담 제도는 도덕적 해이로 인한 과다 의료 이용을 억제하는 정책적 수단으로 기능

- 급격한 보장성 강화와 실손보험 확대에 따른 본인부담 축소는 본인 부담 제도의 기능을 무력화하여 불필요한 의료 이용 유도*

* 초음파·MRI 진료비 : ('18) 1,891억원 → ('21) 1조 8,476억원 (약 10배 증가)

IV

수립 방향

1

정책 평가 및 여건 분석

【 그간 성과 】

□ 전 국민 의료안전망으로 국민건강 향상에 기여

- | | |
|--|---|
| <p>① (접근성) 전 국민의 건강보험 적용</p> <p>② (비용) 보장성 확대 · 의료비 부담완화</p> | <p>③ (의료질) 의료수준 지속 개선</p> <p>④ (제도개선) 소득 중심 부과체계 개편</p> |
|--|---|

【 정책 여건 】

- **지역 · 필수의료 위기**
 - 수도권 쏠림, 지역의료 공백
 - 비효율적 의료전달체계
 - 시장 실패, 필수의료 기피
- **의료서비스 변화**
 - 노인친화, 정신건강 등 수요 증가
 - 계층 간 의료격차 확대 우려
- **건강보험 지속가능성 우려**
 - 量 기반 보상, 보상수준 불균형
 - 의료비 지출의 급격한 증가
 - 수입 정체, 부담 형평성 요구
- **수급 불안정 및 의료 혁신**
 - 의약품 수급 불안정
 - 혁신신약 · 의료기기 수요 증가

【 정책 수요 】

- **지역 · 필수의료 보장**
 - 지역 거점기관 육성(국립대병원 등)
 - 효율적인 의료전달체계 정립
 - 지역 · 필수의료 지원 확대
 - * 보완형 공공정책수가, 대안적 지불제도 등
- **의료서비스 보장**
 - 생애주기별 예방 · 통합적 관리
 - 취약계층의 의료안전망 내실화
- **미래 지속가능성 확보**
 - 불합리 · 불균형한 수가 정상화
 - 지출 효율화 및 합리적 이용 유도
 - 재정 관리, 공정한 부과체계
- **안정적 수급 및 선순환 구조 마련**
 - 필수약품 등 안정적 공급
 - 혁신기술 신속 도입, 치료기회 확대



【 종합계획 비전 】

- ① 국민의 생명 및 건강 보호를 위하여 **꼭 필요한 의료**를 **튼튼히 보장**하고
 - ② 의료 공급이 적정하게 이루어질 수 있도록 **가격을 합리적으로 조정**하며
 - ③ 불필요한 의료쇼핑, 과잉 진료 등 **의료 남용은 줄이고**
 - ④ **안정적 공급체계** 및 **선순환 구조**를 **마련**하여 **다가을 초고령사회에 대비**
- ⇒ 이를 위한 건강보험 정책의 「**새로운 틀**」을 마련하여 국민에게 “**미래에도 계속 누릴 수 있는 건강보험의 청사진**” 제시

1] 정당한 보상을 위한 지불제도 개혁

- (보상체계 개선) 量 기반의 기존 '행위별 수가제 틀'로는 합리적 가격조정을 통한 불균형 해소 및 의료공급 편중 방지에 한계

⇒ 의료서비스 공급이 적정하게 이루어질 수 있도록

행위별 수가제의 체질 개선 및 대안적 지불제도 도입 추진

기존 지불제도 한계		지불제도 개혁	
시장 기반	▪ 量 기반 보상으로 量이 적으면 수입 부족 ▪ 진료성과 향상 유인 미흡	필요 기반	▪ 필수의료 시설의 안정적 운영 지원(적자 사후보상 등) ▪ 진료성과 기반 보상
경직성	▪ 제공된 행위 단위로만 보상 가능	유연성	▪ 행위에 포함되지 않은 자원 소모(난이도, 숙련도, 대기) 보상 ▪ 기관 단위 보상 도입
획일성	▪ 환산지수 계약으로 모든 행위의 일괄 인상	비획일성	▪ 가치와 연계한 수가 인상 - 필수의료 집중 인상
불가역성	▪ 일단 급여가 된 항목은 가격조정이 어려운 구조	가역성	▪ 2년 주기로 재평가 및 재평가에 따른 가격 조정

2] 건강보험 보장성 강화의 새로운 패러다임 모색

- (패러다임 전환) '의료비 부담 완화'의 기존 패러다임으로는 의료격차 해소 한계에 봉착했을 뿐 아니라 재정 건전성 유지도 곤란

⇒ 언제 어디서나 꼭 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록

'필수의료 중심'으로 패러다임 전환

	기존 패러다임	필수의료 패러다임
추진 배경	▪ 높은 비용부담에 따른 의료서비스 이용 제한	▪ 저출산·고령화 등에 따른 지역·필수의료 부족
접근성	▪ 경제적 접근성	▪ 경제적 + 시공간적 접근성
추진 전략	▪ 비급여의 급여화 ▪ 기존 급여의 보장범위 확대	▪ 필수의료 집중 보상 ▪ 의료자원의 효율적 활용

③ 미래를 위한 지속가능성 확보

- **(재정 효율화)** 인구·경제 성장기에 맞춘 재정체계로는
저출산·고령화에 따른 수입 정체 및 급격한 지출 증가 대응에 한계
⇒ 인구·경제의 다운사이징 시대에 맞추어
국민과 국가가 '부담할 수 있는 범위 내'로 재정 효율화 필요

	기존 재정관리	지속가능한 재정관리
재정 원칙	▪ 예상 지출에 맞추어 보험료율 결정	▪ 예상 수입 등을 고려하여 지출목표 관리
공급 관리	▪ 병상·장비의 확대 허용	▪ 병상·장비의 수를 지역별 적정 수준으로 관리 ▪ 질 낮은 병상·장비 관리 강화
이용 관리	▪ 의료 이용량이 늘어날수록 본인부담 감소 (본인부담상한제 등)	▪ 과다 의료 이용자의 본인부담 차등화
투명성	▪ 재정지표의 제한적 공개	▪ 지출목표와 연동하여 공개항목 확대 및 주기 단축

④ 국민보건 향상을 위한 안정적인 공급체계 유지

- **(공급 안정)** 코로나19, 러시아-우크라이나 전쟁 등 영향으로 필수적
의약품, 의료기기 등 수급 불안정 발생
⇒ 보건안보 차원에서 의약품·의료기기의 안정적 공급 유지를 위해
'국산원료 사용을 유도'하고 '국내 생산 인프라 유지'를 지원
- **(혁신 지원)** 희귀난치성 질환의 치료 기회 확대 등을 위하여 혁신적
의약품·의료기기의 신속한 도입이 필요하나
 - 현행 체계 내에서 기술과 제도 간 괴리로 보건의료 혁신 성과가
제한적으로 활용
 ⇒ 건강보험 혁신이 국민건강 개선으로 이어지는 '선순환 구조' 마련

비전

혁신하는 건강보험, 함께 건강한 국민의 나라

목표

- ◆ (필수보장) 꼭 필요한 의료를 적시 제공하여 국민 건강증진에 기여
- ◆ (지속가능성) 혁신을 통해 미래 세대와 함께 누리는 건강보험 구축

추진 과제

1. 필수의료 공급 및 정당한 보상

- ① [가격결정] 불합리·불균형한 수가 정상화
- ② [정책수가] 공정한 보상을 위한 보완형 공공정책수가 도입
- ③ [혁신제도] 지속 가능한 미래 지불제도의 확립
- ④ [지원체계] 지불제도 개편을 위한 기반 조성

[붙임] 지불제도 개혁을 통한 필수의료 지원 방안

2. 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장

- ① [전달체계] 생애·질병 단계별 끊김 없는 의료서비스 보장
- ② [건강증진] 복합·만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원
- ③ [약자복지] 의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화

3. 건강보험의 재정적 지속가능성 제고

- ① [과다방지] 합리적 의료 이용 유도 및 공급 관리
- ② [재평가] 의료 질 제고 및 비용 관리 강화
- ③ [비급여] 적정 의료 이용 유도를 위한 비급여·실손보험 관리 강화
- ④ [부과체계] 부담의 공정성·형평성 제고를 위한 부과체계 개편
- ⑤ [투명성] 재정 관리·운영 체계 개선을 통한 국민 신뢰 제고

4. 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련

- ① [약가제도] 혁신신약의 가치 보상 등을 통한 환자의 접근성 제고
- ② [의료기기] 혁신 의료기기의 신속 진입 및 치료재료 관리체계 개선
- ③ [연계협력] 혁신 유도를 위한 데이터 활용 지원 및 국제 협력 강화

V

추진방향 1 : 필수의료 공급 및 정당한 보상

1

기본방향

- (지불제도 개혁) 필수의료 위기, 의료전달체계 왜곡, 量에 치중한 의료 공급 등을 초래하는 불합리·불균형한 보상구조 정상화 필요

⇒ 필수의료 공백 및 보상 수준의 불균형 해소를 위하여

- ① (수가 결정구조 개편) 환산지수 계약 기반 **확일적 인상** 방식을 근본적으로 개편, 상대가치와 연계하여 **행위별 수가의 상시 조정체계** 구축
- ② (보완형 공공정책수가) 수가 산정 시 난이도·위험도, 시급성, 숙련도, 진료 외 소요시간 등을 반영하기 위한 **보완형 공공정책수가 도입**
 - * (現) 상대가치점수 × 환산지수 → (改) (상대가치점수 × 환산지수) + 보완형 공공정책수가
- ③ (대안적 지불제도 확대) 행위별 수가 개선으로 해소되지 못하는 영역은 대안형 공공정책수가, 묶음수가 등 **대안적 지불제도의 확대**로 대응
 - * 장기적으로 대안적 지불제도 비중을 **현재의 2배 수준으로 확대**(5.5% → 11%)

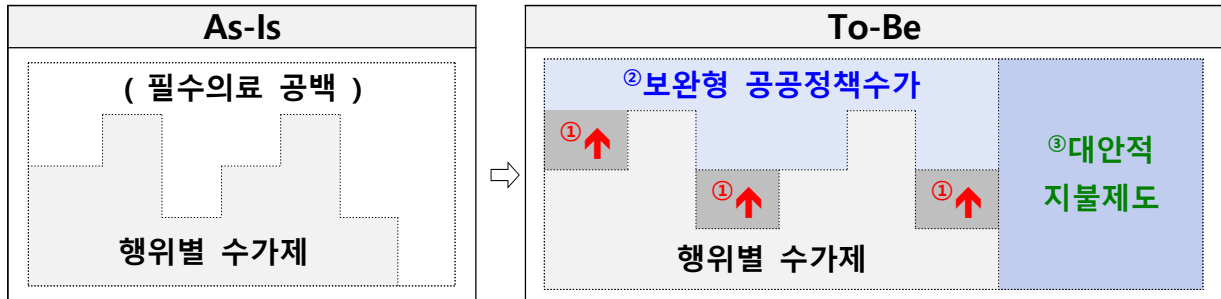
	As-Is		To-Be
정책 목표	▪ 국민이 의료서비스를 “더 많이 이용할수록” 더 많이 보상	→	▪ 국민이 의료서비스 이용 후 “더 건강할수록” 더 많이 보상
① 수가 결정구조 개편	▪ 환산지수 계약 기반 확일적 수가 인상 구조	→	▪ 확일적 수가 인상 탈피, 상대가치와 연계하여 필수의료 등 저평가 항목 집중인상
② 보완형 공공정책수가	▪ 진료시간 및 의료자원 소모 기반 수가 산정	→	▪ 난이도·위험도, 시급성, 진료 외 소요시간(대기·당직) 등 반영
③ 대안적 지불제도 확대	▪ 수요 감소 영역은 행위 단위 보상만으로 한계 ▪ 의료 질·성과와 보상 간 연계 부족	→	▪ 기관·지역 단위 보상 도입 ▪ 의료 질·성과 기반 보상 등 대안적 지불제도 확대

- (지원체계) 지불제도 개혁의 지속 추진을 위하여 혁신계정, 지원조직 강화 등 지원체계 마련

2

추진과제

【 지불제도 개혁에 따른 필수의료 공백의 보완 구조 】



* ① 필수의료 집중 인상, ② 보완형 공공정책수가, ③ 대안적 지불제도(대안형 공공정책수가, 묶음수가 등)

① 불합리 · 불균형한 수가 정상화

◇ 보상의 불합리 · 불균형 해소를 위하여 객관적 비용조사 기반으로 신속하고 합리적인 수가조정 체계 마련

① 필수의료 등에 대한 집중인상 기전 마련

- (계약구조) 환산지수 계약에 의한 모든 행위의 확실적 인상 구조 탈피

* (現) 환산지수 계약에 의한 확실적 인상 구조 → (改) 필수의료 분야의 집중 인상 구조

- (집중인상) 업무강도가 높고 자원 소모가 많으나 상대적으로 저평가된 항목의 상대가치 점수를 집중 인상

▶(중증응급) ▲중증응급환자가 응급실 내원 24시간 내 최종치료 시 수가 가산율 확대*('23.6월~), ▲내시경 수술 등 저평가된 수술·처치 수가 인상, ▲고난도 고위험 수술 수가 인상

* 평일 주간 50→100%, 평일 야간·공휴일 주간 100→150%, 공휴일 야간 100→200%

▶(중증정신) 상급종합병원의 폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료 등 수가 인상('24~)

▶(소아) ▲병의원급 신생아실·모자동실 입원료 50% 인상, ▲1세 미만 소아의 일반병동 입원 시 수가 가산율 30%→50% 확대, ▲소아 중환자실 입원료 인상('24~)

▶(감염병) 실제 감염관리활동을 조사하여 항생제 관리 활동 등에 대한 보상안 마련('25~)

- (조정구조) 의료환경 변화를 신속하게 반영하기 위하여 상대가치 점수 조정주기를 5~7년 → 2년으로 대폭 단축(~'28)

- 이후에는 매년 상대가치점수의 상시적 조정체제로 전환 추진

② 근거기반 보상을 위한 비용조사 개선

- (비용조사) 근거 기반으로 신속한 수가 조정을 위하여 의료비용 분석 조사를 정기적으로 시행*하여 수가 산정 시 반영('24~)

* ▲매 2년 → 1년 단위로 조사 주기 단축, ▲분석조사 기법 고도화 등 병행

- (정확성) ▲표준화된 원가 산정지침 마련, ▲원가자료 수집을 위한 패널병원 확대(130 → 700개소) 등을 통한 비용조사 신뢰도 제고(~'28)

- (거버넌스) 의료비용 분석조사를 위한 의료비용분석위원회¹⁾ 운영 정례화 및 지원 강화²⁾ ('24~)

1) 건강보험정책심의위원회 산하 위원회로서 가입자 추천 3인, 공급자 추천 6인, 공익위원 6인, 당연직 3인(복지부 1, 건보공단 1, 심평원1)으로 구성(총 18인)

2) ▲사무국 등 지원조직 강화, ▲의료비용 조사·분석을 위한 시스템 개선 등

② 공정한 보상을 위한 보완형 공공정책수가 도입

◇ 시간·자원 소모 기반의 기존 수가산정 방식을 보완하여 난이도, 위험도, 시급성 등을 반영할 수 있는 정책수가 도입

- (정책수가) 기존 행위별 수가 산정 방식(상대가치점수×환산지수)으로 충분히 보상되지 못했던 사항¹⁾을 보완하기 위하여 정책수가 도입²⁾

1) 의료행위 난이도·위험도·시급성, 의료진 숙련도, 진료외 소요시간(대기·당직, 지역격차 등

2) (現) 상대가치점수 × 환산지수 → (改) (상대가치점수 × 환산지수) + 보완형 공공정책수가

▶(분만) ▲분만 인프라 강화를 위한 지역수가(55만원) 및 안전정책수가(55만원) 도입, ▲고위험 분만 정책가산 30% → 200%로 확대, ▲응급분만 정책수가(55만원) 도입('24~)

▶(소아) 중증소아 고난도 수술의 발굴 및 지원 확대('24~)

- (운영방식) 보완형 공공정책수가는 운영기한을 명시하고, 주기적 평가를 거쳐 탄력적 운영* 추진

* 평가 결과상 정책효과가 없는 것으로 판단될 경우 지원금액 조정 또는 폐지

③ 지속가능한 미래 지불제도의 확립

◇ 행위별 수가 개선으로 해소되지 못하는 필수의료 공백 대응, 높은 진료성과 및 재정 안정의 동반 달성을 위한 다양한 지불제도 도입

① 의료 질 제고 및 성과 달성을 위한 대안형 공공정책수가 도입

- (성과보상) 量보다 필수의료 보장, 건강상태 개선 등 의료 질·성과에 따라 기관별 차등보상을 제공하는 다양한 시범사업 추진('24~)

▶(소아) 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업('23~'25)

* 성과목표 달성 수준과 연계하여 어린이 공공전문진료센터 운영 손실을 기관별 차등보상

▶(중증) 중증진료체계 강화 시범사업('24~'26)

* 외래진료 감축, 협력의료기관 구축 및 원활한 협진, 의료질 제고 등 성과평가에 따른 기관별 차등보상

② 책임의료조직(ACO*) 시범사업 추진

* (ACO, Accountable Care Organization) 지역의 거점기관을 중심으로 한 공급자의 연합체

- (환자 중심 서비스) 현재는 기관·질환별 분절적 의료서비스가 제공되므로, 다기관 진료에 따른 환자의 불편 및 비효율적 지출* 발생

* (예) 환자가 방문한 의료기관에서 유사한 효능의 소염진통제 중복처방 등

- 권역 내 인구집단 대상으로, 환자 중심의 포괄적 의료서비스 제공모형 개발 추진('24~)

- (성과보상) 행위별 수가제를 벗어나 환자의 경험, 치료 결과 등 성과와 연계하여 책임의료조직에게 비용보상을 제공하는 방안 검토('24~)

※ 책임의료조직(ACO)은 소속 기관별 배분율을 자율적으로 산정하여 비용 정산

※ 지역의료 혁신 시범사업

▶(목적) 지역의료지도 등 활용하여 지역 내 의료수요를 분석하고, 이를 완결적으로 수용하기 위한 특성화 사업 및 지역의료기관 역량 강화 추진

▶(방식) 거점의료기관이 특성화 분야를 정하여 지역 내 의료기관과의 협력 네트워크 구성

* ▲응급 심뇌혈관 질환 진료, ▲암질환·의료취약지 인력 공동 운영, ▲노인성 질환의 진료·재활 및 모자보건

▶(보상) ▲성과 기반으로 묶음형 기관 단위 보상 제공, ▲특성화·협력 진료량 고려 총보상규모 설정

③ 묶음지불 확대를 위한 신포괄수가제 개선

▶(신포괄수가제) 과소진료 등 포괄수가제 단점을 보완하기 위하여 포괄수가제와 행위별수가제를 혼합한 보상방식 (입원료 등 기본적인 서비스는 포괄수가로, 수술·시술 등은 행위별 수가로 각각 보상)

○ (지불방식 개편) ▲기관별 환자의 중증도, 난이도 등을 반영하여 적정 비용 보상, ▲의료 질·성과 등을 고려한 사후비용 조정 기전 마련

* (現) 질병군별 포괄수가 + 수술·처치의 행위별 수가 → (改) 질병군별 포괄수가 + 사후 비용조정

【 폐수술의 신포괄수가제 개선 모형 적용례 】

		As-Is		To-Be	
		폐수술 구분	수가	실제비용	수가
중증도 난이도 ↕	저	홍강경 이용한 단순 폐수술	150~180	150~180	→ 165
		단순 폐절제술	200~350	180~400	→ 250
	고	복잡한 악성종양 폐수술	400~700	300~1,000	→ 500

+
+
+
사후
비용조정

○ (적용대상 확대) 지불 정확성이 개선된 신포괄수가제 모형을 본사업으로 전환하고 적용대상 기관 확대 추진(28)

* (現) 시범사업으로 97개 기관 적용 → (改) 본사업으로 전환 기반 마련

- 선협국 사례 등 참고하여 신포괄수가제 모형은 지속 보완

※ 미국의 묶음지불제도(bundled payment)

- ▶(목표비용 사전설정) 보험자는 질환군별 목표비용을 산정하여 의료기관에게 제시
- ▶(목표비용 사후조정) 환자 구성, 의료 질 등을 반영하여 ±10% 내에서 목표비용 조정
- ▶(비용정산) ▲실제 지출금액 < 목표비용 → 보험자가 의료기관에게 인센티브 지원
▲실제 지출금액 > 목표비용 → 의료기관이 보험자에게 차액 환급

④ 지불제도 개편을 위한 기반 조성

- ◇ 지불제도 개편을 위한 시범사업의 기획·평가·관리·확산을 상시적으로 수행하기 위하여 별도 계정 및 전담조직 마련
- ◇ 성과보상 근거를 마련함과 동시에 의료기관의 행정부담을 줄일 수 있도록 심사·평가체계 정비

① 혁신계정 도입 및 지원조직 강화

- (혁신계정) 지불제도 개혁을 위한 모형 개발 및 시범사업 관리 등을 위해 보험재정 내 별도 계정을 두고 총요양급여비용 2%(약 2조원) 투입

※ 혁신계정의 유형 및 재정 규모(안)

- ▶ (지역참여형, 7,000억원+α) 일차의료, 의료-요양-돌봄 연계 등 기존 지자체 사업과 연계하여 성과보상 모형의 신규 개발 추진
- ▶ (기술검증형, 5,000억원+α) 혁신 기술의 신속한 현장 적용, 의료기술의 건강성과 및 비용 효과성 등에 대한 성과평가로 선순환 유도
- ▶ (정책수가형, 8,000억원+α) 지역의료 혁신 시범사업, 전문의 중심병원 시범사업 등 필수 의료 보장 및 지역완결적 의료전달체계 구축을 위한 시범사업 추진 지원

- (지원조직) 건강보험 시범사업의 통합적인 기획·관리, 일관성 있는 평가, 성과관리·확산 및 전문성 강화를 위한 전담조직 마련

【 혁신계정 지원사업 유형에 따른 운영 구조(안) 】

유형	지역 참여형	기술검증형	정책수가형
사업기관	▪ 건보공단 + 지자체	▪ 보건의료연구원	▪ 심사평가원
재원	▪ 보험재정(혁신계정) ▪ 지방비	▪ 보험재정(혁신계정) ▪ 민간(자기부담금, 기부금)	▪ 보험재정(혁신계정) ▪ 국비 등

② 성과 중심의 심사·평가체계로 개편

⇒ 심사·평가의 신뢰성·활용성을 높이고 행정부담은 낮춰 보건의료 현장 혁신을 유도하는 개방적·통합적 심사평가로 개편 추진

< 심사체계 개편 >

○ ‘투입(input) 중심’에서 ‘성과(outcome) 중심’으로 심사 개선

- ‘투입·구조·과정’보다 ‘성과’를 중시하고, 진료성과를 달성한 기관은 자율성을 존중하는 방향으로 규제 완화(~'28)

- ① (강행규정 완화) 모든 의료기관이 지켜야 하는 요양급여 심사 기준은 법적 의무로 정하되, 진료성과가 우수한 기관은 최적 의료서비스 제공을 위하여 심사기준 적용 완화

【 급성 심근경색증에 대한 카테터 시술 시 치료재료 급여기준 개선례 】	
As-Is	To-Be
▪ 심장동맥에서 협착된 부분을 확장시키기 위하여 사용하는 풍선카테터는 좌우측 부위별 최대 2개씩만 급여 인정(강행규정)	▪ 진료성과가 우수한 기관은 환자의 상태를 고려하여 풍선카테터를 2개 초과 사용 시에도 급여 인정(강행규정 완화)

- ② (권고규정 전환) 의료기관이 지키는 것이 바람직하나, 지역, 규모, 진료과목 등 고려하여 자율적으로 운영할 수 있도록 정할 사항은 권고규정으로 전환하고, 혜택(incentive) 부여를 통한 준수 유도

○ 참여형 심사체계 구축('24~)

- (심사기준) 해당 분야 최고 전문가 참여 하에 심사기준 마련 및 마련된 심사기준의 투명한 공개
- (심사참여) 현장 전문가가 참여하는 심사 및 불합리한 기준 발굴
- (환류체계) 평가결과 - 수가·심사기준 개선 연계, 평가 우수기관 인센티브 등을 통한 선순환 구조 마련

〈 평가체계 개편 〉

○ 통합적 평가체계 구축(~'28)

	As-Is		To-Be
① 평가방식	▪ 개별 사업별로 분절적 평가 - 동일 · 유사한 평가를 반복 실시로 행정부담 가중	➡	▪ 평가통합포털을 활용하여 공통지표 선정 활용 - 공통지표의 중복 조사 방지 ▪ 개별지표는 별도 조사 후 평가통합포털에 게시
② 평가단위	▪ ‘질환 · 서비스’ 단위 평가 → 행위 단위 가산 보상 ▪ 투입 · 구조지표 위주	➡	▪ ‘기관’ 단위 평가로 전환 → 기관 단위 별도 보상 ▪ 성과지표 확대
③ 성과보상	▪ 진료비 지출 규모와 연동되어 의료질평가지원금 제공 ▪ 각종 평가 관련 자원 분산 - 의료질 개선 및 진료성과 달성의 유인 제공에 한계	➡	▪ 의료질평가지원금은 기관별 진료성과에 비례한 보상 방식으로 전환 ▪ 각종 평가 관련 자원* 통합 * 의료질평가지원금, 적정성평가 가감지급, 종별 가산 등 1.5조 규모 - 성과보상의 획기적 확대로 의료 질 개선의 유인 강화
④ 거버넌스	▪ 주체, 근거, 시기, 내용 등이 상이한 평가를 개별 수행	➡	▪ 개별 평가 결과 및 통합된 재원을 활용한 보상을 합리적으로 연계 · 조정하기 위하여 ‘성과보상위원회’ 운영

① (평가방식) 평가자료 활용성 제고 및 행정부담 완화를 위하여 평가 통합포털을 통한 ‘공통지표’ 선정 및 공동활용 체계 마련

※ 평가사업별 개별지표는 현재와 같이 별도 조사 후 평가통합포털 게시

② (평가단위) 평가결과와 성과보상 연계를 위하여 ‘질환 · 서비스 단위 평가’에서 ‘기관 단위 평가’로 전환

- (중복지표 관리) 중복되거나 실효성이 낮은 평가지표 정리

- (성과지표 확대) 의료기관의 종별 · 규모별 기능을 고려하여 ‘투입 · 구조 · 과정지표’ 위주에서 ‘성과지표’ 중심으로 평가지표 재정비

③ (성과보상) 의료질 평가지원금은 기관별 성과에 비례한 보상으로 개편

* (現) 진료량에 비례한 정률 보상 → (改) 기관별 성과에 비례한 보상

- 기존 평가 관련 재원*을 하나로 모아 성과 달성에 따른 보상 규모를 획기적으로 확대, 의료 질 개선 등 실질적 유인 강화

* 질평가지원금(0.8조), 적정성평가 가감지급(0.03조), 종별가산(0.7조) 등 1.5조원 규모

④ (거버넌스) 평가 결과 및 성과보상을 합리적으로 연계·조정하기

위해 건강보험정책심의회 산하 ‘성과보상위원회’ 설치·운영 추진

〈 심사·평가 인프라 강화 〉

○ 심사·평가 정보 수집·분석체계 고도화(“24~)

① (표준화) 의료정보원 전자의무기록(EMR) 인증, 심사평가원 이폼(e-form) 시스템 등 심사·평가정보의 작성·제출 방식 표준화

② (시스템) 맞춤형 정보생성을 위한 종합정보 시스템(profiling system) 구축

* 건보공단은 가입자 단위, 심평원은 요양기관 단위 종합정보 시스템 구축 추진

③ (공동활용) 평가통합포털 등 인프라 공동 활용을 통해 각종 평가의 통합 기반 마련

* (평가통합포털) 보건의료 분야 평가사업의 결과를 한 곳에서 쉽게 볼 수 있도록 제공하기 위한 온라인 포털(<https://khqa.kr>)

④ (의료정보 수집 보상) 신뢰도 높은 성과평가를 위하여 임상정보 수집·제공 등 요양기관의 업무수행에 대한 보상 제공

* “의료정보 수집 보상체계(P4R, pay for reporting) 시범사업” 검토

◇ 시장실패로 민간영역에서 적정량 공급을 기대하기 어려워 공적 지원이 불가피한 필수의료 영역에 5년 간 “10조원 + α” 규모로 보상 강화

① (공급부족) 중증·응급 등 공급부족 해소를 위한 집중 지원

유형	과제명	주요내용
(1유형) 필수의료 집중 인상	중증응급 최종치료 가산	- 중증 응급환자의 신속한 치료를 위하여 응급실 내원 24시간 내 최종치료 시 수가 가산 확대('23.6월~) * 평일 주간 50→100%, 평일 야간·공휴일 주간 100→150%, 공휴일 야간 100→200%
	응급의료 기능별 보상	응급의료기관의 중증도 단계별 기능에 맞는 보상 마련('24~)
	자원 소모 기반 보상 강화	종별가산 개편을 통하여 내시경 수술 등 저평가된 수술·처치 지원 강화('24~)
	고난도·고위험 보상 강화	- 의료진의 업무강도가 높고 의료자원 소모가 많은 외과계 고난도 수술, 내과계 중증시술 등 보상 강화('24~) ▶(외과계 고난도) 화상, 수지접합, 소아외과·이식외과 등 고난도 기피 분야 ▶(내과계 중증) 심뇌혈관 질환 중 중증질환, 당직 시술체계 상시 운영 분야
	중증정신질환 보상 강화	- 상급종합병원 폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료 등 인상('24~) - 정신 응급환자의 조기개입·적시치료를 위한 지원 마련('24~)
(3유형) 대안적 지불제도 도입	중증응급 인프라 지원	상시 대기하는 응급의료 특성 등 고려하여 응급의료 인프라 구축·유지에 필요한 비용 보상('24~)
	중증소아 진료 기능강화	- 어린이 공공전문진료센터 운영 손실보상 + 성과목표 달성 수준에 따른 기관별 차등보상('23~'25) - 시범사업 참여 어린이 공공전문진료센터 확대(9→13개소, '24)

② (수요부족) 소아·분만 등 수요 부족에 대응한 인프라 유지 지원

유형	과제명	주요내용
(1유형) 필수의료 집중 인상	소아 진료 인프라 유지	• 병의원급 신생아실·모자동실 입원료 50% 인상('24~) • 일반병동 입원 시 만 1세 미만 가산 30%→50%로 확대('24~) • 소아 중환자실 입원료 인상('24~)
	중증소아 돌봄부담 완화	• 중증소아 재택의료 시범사업의 지원대상 확대('23~) • 중증소아의 보호자 없는 단기입원 서비스 시범사업 추진('23~)
	감염관리 보상 강화	• 실제 감염관리활동을 조사하여 항생제 관리 활동 등에 대한 보상안 마련('25~)
(2유형) 보완적 공공정책수가 도입	분만의료체계 강화	• 분만 인프라 강화를 위하여 지역수가(55만원) 및 안전정책수가(55만원) 도입('24~) • 고위험 분만 정책가산 30→200%로 확대('24~) • 응급분만 정책수가(55만원) 도입('24~)
	소아 수술 지원 확대	• 중증소아 수술의 정책가산 확대('24~)

③ (연계협력) 의료기관 간 연계·협력 및 네트워크 구축 지원

유형	과제명	주요내용
(3유형) 대안적 지불제도 도입	지역의료 혁신 시범사업	• 거점의료기관의 특성화 분야*와 연관된 수술 및 시술에 지원되는 정책수가 총액을 기관 단위로 보상('24~'28) * ▲(중증진료강화형) 응급 심뇌혈관 질환 진료 ▲(지역의료균형형) 암질환 및 의료취약지 인력 공동운영 ▲(포괄서비스형) 노인성 질환 및 재활, 모자보건 • 시범사업 지역 내 의료기관 간 연계·협력 지원('24~'28) * ▲다른 의료기관에 대한 인력 지원, ▲의료장비 공동 활용, ▲기관 간 환자 이송
	심뇌혈관 질환 협력 네트워크	• 네트워크* 구축·유지를 위한 기본비용 보상 + 최종치료 소요시간 단축 등 성과에 따른 사후보상('24~'28) * ▲심뇌혈관질환 분류·이송을 위한 핫라인 구축, ▲최종치료 의사결정 및 소통 지원 등
	중증진료체계 강화 시범사업	• 중증진료체계 강화 성과*에 따른 기관별 차등보상('24~'28) * 외래진료 감축, 협력의료기관 구축 및 원활한 협진, 의료 질 제고 등
	응급의료 협력 네트워크 구축	• 응급의료기관 간 협력 실적*을 평가하여 보상(모형개발 중) * 응급환자 발생 시 최종치료까지 시간 단축 등
	모자의료 협력 네트워크 구축	• 산모·신생아 중증도 단계별 기능에 따른 전달체계 구축 및 성과보상 추진(모형개발 중)

VI

추진방향 2 : 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장

1

기본방향

- 그간 건강보험 보장성 정책은 전 국민의 건강보험 가입 및 비용부담 경감에 중점을 두고 추진

* 세계보건기구(WHO)는 ‘보편적 의료보장(UHC, Universal Health Coverage)’이 ①가입자 확대(population), ②비용부담 경감(cost), ③서비스 보장(service)의 3가지 요소 충족으로 달성될 수 있다고 설명

구분	주요 목표	주요 연혁
1기 (’77~’03)	▪ <u>가입자(Population)</u> 중점 – 전 국민의 건강보험 가입 * 총인구 대비 건강보험 적용인구 비율 : (’77) 8.8% → (’89) 94.1% → (’22) 99.9%	▪ (’77) 의료보험 출범 ▪ (’89) 전 국민 건강보험 실시 ▪ (’00) 국민건강보험 통합 * (’03) 직장·지역 재정 통합
2기 (’05~’22)	▪ <u>비용(Cost)</u> 중점 – 진료비의 본인부담 경감 * 가계 직접 본인부담 비율(OOP) : (’77) 86.0% → (’89) 64.3% → (’21) 29.1%	▪ (’05~’18) 중증 환자의 부담 경감 * 1~3차 중기 보장성 강화 계획 ▪ (’17~’22) 건강보험 보장률의 향상 * 건강보험 보장성 강화대책

- 본인부담 경감에 중점을 둔 기존 보장성 정책은 경제적 부담 능력이 부족하여 치료를 못 받는 문제 개선에 일부 기여하였으나
 - 급여 우선순위 고려 없이 모든 의료영역의 급여화에 치중한 나머지, 필수의료에 대한 미흡한 투자로 중증·응급의료 등 공백 초래
 - 과다 의료 이용, 비급여 진료 확대 등을 유발하여 본인부담 감소에 대한 국민 체감도가 떨어지고, 보험재정에 악영향을 끼치는 한계

◆ 현재 적정하게 받고 있는 건강보험 혜택은 계속 지원하고

◆ “서비스 보장(service)”에 중점을 두고, 필수의료 등 의료서비스가 충분히 제공되지 못하는 부분에 대하여 집중지원 추진

【 As-Is 】		【 To-Be 】
급여 우선순위 고려가 미흡한 채, 의료비 부담완화에 치중	➡	국민의 생명·건강과 직결되나, 공급이 부족한 의료에 집중 지원

① 생애·질병 단계별 끊김 없는 의료서비스 보장

◇ 생애·질병 단계별로 필요한 의료서비스가 적시 제공될 수 있도록
지역 내 의료자원을 효율적으로 활용하기 위한 전달체계 구축 지원

【 급성기-회복기-만성기의 질병 단계별 의료전달체계 구조 】



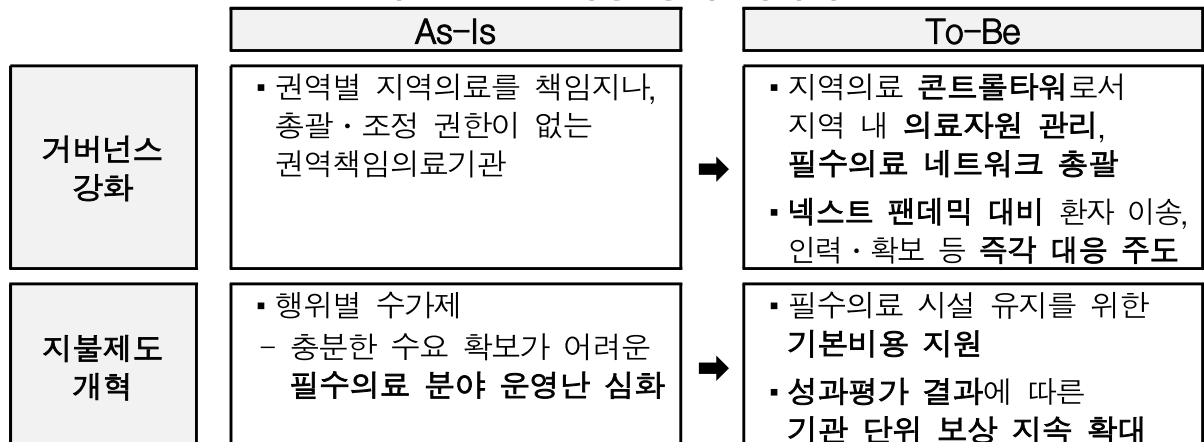
① [급성기] 지역 내 필수의료 전달체계 확립

⇒ 국립대병원 등 거점기관 중심으로 지역 의료전달체계 정상화하여
‘언제 어디서나 공백없는 필수의료 보장’ 달성

○ 국립대병원 등 필수의료 중추 육성

- 국립대병원, 상급종합병원 등 지역 거점기관을 필수의료 중추로 집중 육성하여 중증·응급 최종치료 지역완결 및 필수의료 공백 해소

【 국립대병원 역량 강화 패키지 】



○ 지역 의료기관의 역할 정립 및 협력 지원체계 강화

- (역량 강화) 환자가 거주 권역 내에서 지역완결적으로 의료서비스를 받을 수 있도록 지역 의료기관의 종별·기능별 기능 강화

【 지역 의료기관의 역량 강화 방안 】

1차 의료기관 (의원)	▪ 1차 의료 지원 대상을 ‘만성질환’ → ‘필수의료 전반’으로 확대 ▪ 예방·관리, 교육·상담, 퇴원 후 관리 등 1차 의료 기능 활성화
2차 병원 의료기관 (병원, 종합병원)	▪ 지역·필수의료의 입원·수술 기반 확충 및 의료 질 개선을 위해 필수의료 특화병원 육성 * 중진료권별 협력 중점 기능할 역량 있는 종합병원·병원을 필수의료 특화병원으로 육성
전문병원	▪ 필수의료 전문병원 확충 유도 ▪ 1~3차 의료기관 간 연계·협력 지원을 위한 협력진료 모형 개발 * (예) 소청과 의원 ↔ 소아전문병원 ↔ 상급종합병원 소아전문진료센터

- (연계협력) 환자 중심 의료서비스 제공을 위하여 지역 의료기관 간 연계·협력할 수 있도록 ‘필수의료 협력 네트워크’ 구축 지원(‘24~)

▶(네트워크) 거점기관 중심으로 지역 의료기관 간 협력체계 구축

- * ▲중증도 단계별 기능 강화, ▲개방형병원 운영 및 병상·장비 공동활용, ▲야간·휴일 진료 협력, ▲교육·자문 등 협력기관의 역량 강화 지원, ▲진료품질 관리체계 구축

▶(성과보상) 거점기관-협력기관 간 네트워크 구축·운영, 필수의료 공백 해소, 건강목표 달성, 지출 효율화 등 네트워크 운영 성과에 따른 보상

▶(인프라) 진료정보 교류 시스템, 전자의무기록 통합 등 기관 간 협력 기반 구축

- (의뢰·회송) 동일 권역(시·도) 내 진료 의뢰·회송의 활성화로 지역 의료기관 간 협력체계 강화

▶(수가) 동일 시도 내 의뢰·회송수가 개편을 통한 지역 의료기관 간 협력 활성화

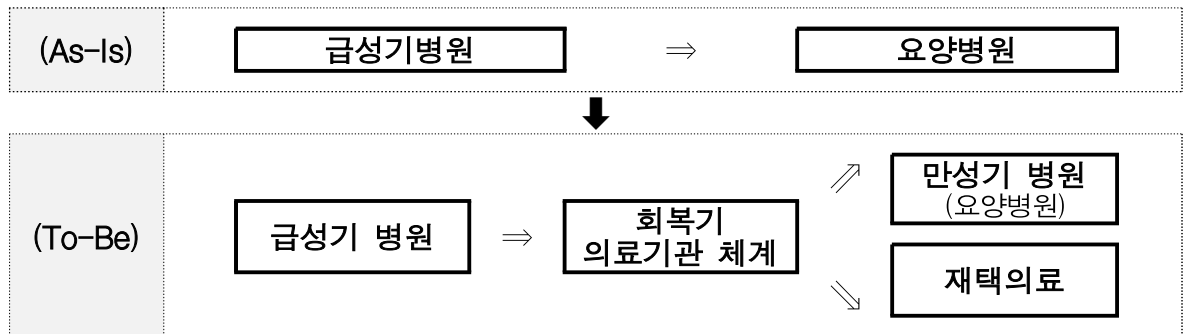
▶(평가) 상급종합병원 평가지표에 동일 시도의 2차 의료기관 회송 실적 반영

② [회복기] 퇴원 후 복귀 지원 강화를 위한 회복기 의료기관 체계 도입

⇒ 상급종합병원 과밀 방지 및 급성기를 지난 환자의 재택 복귀지원을 위한 의료·재활 제공을 위하여 회복기 의료기관 체계 도입

○ 회복기 의료기관 체계 도입

- 급성기 병원의 추가 처치가 불필요하지만, 일정기간 의료·재활이 필요한 환자를 위한 회복기 의료기관 체계 검토('24~)



- 중추신경계, 근골격계 등 질환에 대한 전문적인 재활치료가 필요한 환자를 위하여 재활의료기관 확대 병행

* '23.12월 현재 재활의료기관 전국 53개소 지정

○ 회복기 의료기관의 확산을 위한 지원

- 회복기 의료기관의 특성을 반영한 보상 및 평가체계 도입 검토('25~)

- ▶(입원) 환자 특성에 따른 충분한 회복기 치료기간을 보장하기 위하여 입원일로부터 30~180일까지 입원료 체감제 적용 제외
- ▶(퇴원) 일상생활 회복훈련, 의사·간호사·사회복지사의 상태평가, 퇴원계획 수립 등 통하여 퇴원 후 재택복귀 지원 및 만성기·유지기 진료 연계 지원
- ▶(평가) 180일 초과 입원율, 재택복귀율, 합병증 발생률 및 재입원율 등을 회복기 의료기관의 평가지표 반영 및 성과 달성에 따른 보상체계 도입 검토

③ **[만성기·유지기]** 지역 내 의료-요양의 통합적 지원체계 구축

⇒ 다가올 초고령사회에 대비하여 사회적 입원·장기입원 방지 및 최적의 서비스 제공을 위한 통합적 지원체계 마련 추진

○ **요양병원의 사회적 입원 및 장기입원 방지**

① **(사회적 입원 방지)** 의료 필요도 높은 환자 중심으로 이용 유도 하기 위하여 환자 분류기준 강화 및 통합판정체계* 도입(‘24~)

* 통합판정체계는 의료, 요양, 거주 등 필요도를 평가하여 최적 서비스 판정·제공
→ 통합판정 절차를 거치지 않으면 본인부담을 상향 조정하여 통합판정 유도

② **(장기입원 방지)** ▲의료 필요도 낮은 환자의 장기입원 시 본인부담 강화, ▲요양병원 평가 시 재택복귀율 등 장기입원 방지 노력 반영(‘24~)

③ **(간병 지원)** 의료 필요도 높은 환자군(의료고도 이상)의 비용부담 완화를 위하여 간병서비스 지원 시범사업 추진(‘24~)

○ **통합적 지원체계 마련**

- **(배경)** 노인 환자의 복합 만성질환 등에 대한 연속적이고 통합적 관리가 요구되고 있으나, 현 체계는 기관마다 분절적으로 서비스가 제공되어 환자의 건강위험 및 의료비 지출 증가 초래

* (예 : 복합 만성질환) 질환별·과목별로 각각 다른 의료기관에서 진료·처방 → 다제 약물의 중복·과다 처방에 따른 건강위험↑ + 이용량 증가에 따른 의료비 부담↑

- **(대안)** 의료서비스 공급 체계를 ‘기관 중심’ → ‘환자 중심’으로 전환 하고, 예방, 만성질환 관리, 급성기 치료 등 모든 의료서비스를 포괄적으로 제공하는 시범사업 검토

② 복합·만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원

◇ 건강한 삶을 위한 예방 및 통합적 관리에 중점을 둔 보장성 강화

- ① 만성질환 예방을 위한 자기관리 유인 강화
- ② 만성질환·정신질환의 조기 발굴 및 통합적인 관리 지원
- ③ 국민 욕구에 부합하는 생애말기 의료 지원 강화

① 자기관리 유인 강화를 위한 건강지원패키지 도입

⇒ 자기 주도적 만성질환 예방·관리를 위하여
건강생활 실천 및 합리적 의료 이용에 따른 혜택(incentive) 확대

○ 건강바우처 도입 검토

- 가입자 중 연간 의료이용이 현저히 적은 사람(예. 분기별 1회 미만)에 대해서는 전년 납부한 보험료 10%(연간 최대 12만원 한도)를 의료기관 또는 약국에서 사용할 수 있는 바우처로 지원하는 방안 검토

※ 의료 이용량이 적은 청년(20~34세) 대상 시범사업으로 우선 도입

→ 시범사업 결과에 대한 평가를 거쳐 전체 연령의 가입자 대상으로 확대 검토

○ 건강생활실천지원금 지원 확대

- 기존 건강위험군 및 만성질환자* 이외에 건강생활실천지원금 사업 대상자 추가 검토('24~)

* ▲건강위험군(BMI 25.0kg/m²이면서 혈압 120/80mmHg, 공복혈당 100mg/dL 이상 중 1), ▲만성질환자(고혈압·당뇨병)

※ 건강생활실천지원금제(시범사업)

- ▶(개요) 시범사업 대상 지역 가입자·피부양자의 건강생활 실천 활동 및 건강개선 결과에 따라 지원금(포인트)를 제공하여 자기 주도 건강관리 유도
- ▶(지원) 건강생활 실천 시 최대 연 8만점(관리형 8만점, 예방형 6만점)의 포인트 지원

② 건강검진 서비스 개편

⇒ 생애주기별 검진항목, 사후관리 체계 등 개선으로 검진 효과 제고

- (검진항목 조정) 생애주기별 특성을 반영한 맞춤형 건강검진 추진* 및 질병의 조기 발견 효과성 등을 감안, 검진항목 조정 검토('24~)

* ▲청년층 대상 정신건강검사 주기 단축(10→2년), ▲노인신체기능검사 도구 개선 등

- (사후관리) 검진 결과 이상소견이 있는 경우 사후관리 연계체계 마련(~'28)

* ▲정신건강검사-심리상담서비스 연계, ▲노인신체기능검사-장기요양서비스 연계 등

- (연계활용) 영유아부터 성인까지 생애전주기 건강검진 기록을 연계하여 통합적 관리 및 국민의 건강관리에 활용 지원

※ 교육부 소관 학생건강검진을 국가건강검진체계로 통합('24.5월~, 건강보험공단 위탁 시범사업)

③ 만성질환의 통합적 관리체계 구축

⇒ 복합·만성질환 증가에 대응, 환자 중심의 포괄적 관리체계 구축

- 일차 의료의 만성질환 관리 기능 강화

- 환자의 접근성이 높은 1차 의료기관(의원급)을 중심으로 만성질환의 포괄관리 서비스 확대 추진('24~)

* (現) 109개 지역 고혈압·당뇨병 시범사업 추진 → (改) 전국 단위 본사업 전환 및 대상질환 확대

- 예방·통합적 건강관리 중심 일차의료 기능 확립 및 다학제 협력 체계 강화 ⇒ 일차의료 기능에 부합하도록 병상·장비 기준 합리화, 인구·성과 기반 보상체계 등 검토

※ 대상(장애인, 노인 등) 또는 지역 단위 시범사업을 통하여 공통지침, 인력 공유 방안 등 검토

- 다제약물 관리 강화

- 복합·만성질환에 대한 다제약물 복용자 증가 등 고려하여 약물 부작용 및 건강위험을 감소시킬 수 있는 관리체계 구축('24~)

▶(처방·조제) ▲환자 및 요양기관 특성에 따른 맞춤형 처방 정보 제공, ▲의약품안전 사용서비스(DUR), 실시간 의료이용 확인 시스템 등과 연계하여 과다·과잉 처방 관리

▶(사후관리) 노인 요양·돌봄과 연계, 다제약물 복용자 대상 약물점검·상담서비스 제공

④ 정신건강 관리 지원 강화

⇒ 정신건강 관리 수요 증가에 대응하여 조기 발굴, 서비스 연계 등 지원체계 강화

○ 정신건강검진 확대

- 정신질환 조기 발굴 및 선제적 대응을 위한 정신건강검진 확대("25~)

- ▶(대상) 정신질환 발생률이 높은 청년층(20~34세)
- ▶(주기) 10년 → 2년 단위로 단축
- ▶(항목) 우울증 → 우울증 외에 조현병, 조울증 등으로 확대

- 건강검진 등을 통해 발굴된 대상자에게 정신의료기관 진료 연계, 심리상담 서비스 등 정신건강 관리 지원

○ 정신의료기관 이용자의 집중 관리

- 정신의료기관 이용자 중 지속적 관리가 필요한 대상자는 별도 등록하여 의료이용 이력 등에 따른 사후관리 강화("24~)

○ 퇴원환자 지원 강화

- 정신의료기관의 퇴원 후 사례 관리 및 지역 복지서비스 등과의 연계 지원을 통하여 정신질환자의 퇴원 후 일상회복 지원("24~)

○ 마약류 중독치료 대상자 확대

- 마약류 중독자 치료보호 대상자에 대한 중독치료 지원 확대("24~)

* (現) 일반 마약류중독자, 치료명령·치료감호 대상자 → (改) 기존 대상자 + 치료보호 대상자

○ 정신건강 인프라 확충 지원

- 정신질환자가 적기에 치료를 받을 수 있도록 입원제도 개선*

* (예) 지자체장에 의한 행정입원 및 사법입원제 도입 검토 등

- 정신응급 및 급성기 정신질환자 치료를 위한 인프라 확충 추진("24~)

* ▲권역정신응급의료센터 10개소→14개소 확대, ▲공공병상 등 정신응급 대응 기반 강화

⑤ 생애주기별 여성건강 지원 강화

⇒ 여성의 가임기·월경기·폐경기 주요질환 관리를 위한 지원 확대

- (가임기) 체외수정 시술 간 칸막이 폐지 및 지원횟수 확대를 통한 난임 해소 지원 및 의료비 부담 완화('24)
 - * (現) 신선배아 9회·동결배아 7회 → (改) 신선배아·동결배아 통합 20회 지원
 - 다태아 임신부의 의료비 부담 경감을 위하여 태아수에 따라 임신·출산 진료비 바우처 지원금액 확대
 - * (現) 다태아 140만원 → (改) 태아당 100만원(쌍둥이 200만원, 세쌍둥이 300만원)
- (월경기) 유방암 등 사회적 요구가 높은 여성 중증질환의 진료비 부담 경감을 위하여 치료 효과가 우수한 약제 등 급여 지원 확대('24~)
- (폐경기) 골절 고위험군에 대한 예방·관리 및 골다공증 등 발생 시 환자부담 경감을 위한 지원 검토('24~)
 - * ▲국제 가이드라인, ▲골절 고위험군 범위(골감소증 등), ▲골절 위험 및 골밀도 감소 축소를 위한 치료방법 및 기간 등을 검토하여 우선순위 논의 및 급여화 추진

⑥ 아동의 건강관리 서비스 확대

⇒ 아이를 건강하게 키울 수 있는 환경 조성을 위해 예방·관리에 중점을 둔 서비스 확대

- (당뇨) 소아 1형 당뇨병환자의 저혈당 위험 예방 등을 위하여 당뇨관리 기기 지원* 및 적정 관리를 위한 교육·상담 확대(연 8회 → 12회)('24~)
 - * (예) 인슐린자동주입기 본인부담 경감 : (現) 381만원(공단 119만원) → (改) 45만원(공단 405만원)
- (구강) 아동의 정기적 구강상태 점검, 올바른 치아관리 습관 형성 등 예방 중심의 구강관리 서비스 강화(아동치과주치의 2기 시범사업, '24~)
- (비만) 학생검진 결과상 비만아동 대상으로 의료기관-보건소-학교를 연계한 비만 교육·상담 등 서비스 도입 검토('24~)
- (입원) 2세 미만 아동의 입원 시 진료비 본인부담률 5%→0%로 축소하여 아동의 의료비 부담 완화 및 건강한 성장 지원('24)

⑦ 생애말기 의료 강화

⇒ 노년기 국민 욕구*에 부합하는 생애말기 보장을 위해 거주지 중심 생애말기 의료 지원 강화

* (생애말기 관련 미충족 수요) 65세 이상 국민의 60.2%가 집에서 죽음을 맞기를 희망하나, 실제 65세 이상 사망자의 76.2%는 병원에서 사망

○ 호스피스 서비스 접근성 개선

- 거주지 중심 호스피스 서비스 제공 확산을 위하여 가정형·자문형¹⁾ 호스피스 전문기관 확충²⁾ 및 서비스 확대 지원('24~)

1) (가정형) 가정형 호스피스팀이 환자의 가정을 방문하여 서비스 제공

(자문형) 입원 또는 외래 진료 중인 말기 환자 및 그 가족에게 서비스 제공

2) (가정형) '22년 38개소 → '28년 60개소, (자문형) '22년 37개소 → '28년 50개소

- 호스피스 지원 대상 질환의 추가 확대 검토('24~)

* (現) 5종(암, AIDS, 만성간경화, 만성호흡부전 등) → (改) 13종(당뇨, 치매 등 WHO 권고기준 고려)

○ 거주지 임종 지원

- 거주지 내 사망 시 사망신고 절차 간소화¹⁾를 위한 제도개선 및 별도 지원체계²⁾ 도입 검토

1) 현재는 거주지 내 임종 시 경찰신고·조사, 이송 등 필요하여 장례 지연 및 유가족 부담

2) 의료기관의 임종실 설치 지원 등

○ 연명의료 결정 제도 활성화

- 존엄한 생애의 마무리를 지원하고, 치료효과 없는 의료행위 및 의료비 부담 경감을 위한 연명의료 결정 제도 활성화

* ▲연명의료 상담 지원, ▲연명의료 결정의 참여 유도 방안 검토 등

⑧ 한방의료 지원 확대

- 국민의 의료 선택권 확대 및 건강지원을 위하여 첩약 등 한의약 분야 건강보험 보장성 확대 검토('24~)

* (예) 첩약 : (現) 대상질환 3종, 본인부담률 50% → (改) 대상질환 6종, 본인부담률 30~60%

③ 의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화

◇ 1차 안전망(건강보험·의료급여)에서 보호받지 못한 취약계층에 대하여
2·3차 안전망이 실효성 있게 작동할 수 있도록 제도개선

* (1차) 건강보험·의료급여 → (2차) 질환별·대상별 의료비 지원 → (3차) 재난적 의료비 지원

① 저소득층의 본인부담상한액 동결

- 저소득층의 의료비 부담 경감을 위하여 소득 하위 30%(1~3분위)의 본인부담상한액 동결('24)

* (現) 전년도 소비자물가변동률 반영하여 매년 조정 → (改) 소득 하위 30% 상한액 동결

- 상한제 적용에 따른 진료비 본인부담의 환급절차 홍보 강화 병행('23~)

* 본인부담상한제 적용되나 미신청으로 환급되지 못한 금액 240억원 규모('14~'18)

② 질환별·대상별 의료비 지원기준 개선

- 취약계층의 접근성 강화를 위하여 질환·대상별 의료비 지원 사업 간 공통 지원기준 마련* 및 제도개선 방향 연구 추진('24~)

* (現) 지자체 소득조사 등 여러 기준으로 소득 판정 → (改) 건강보험료 소득판정표 기준으로 통일

③ 재난적 의료비 지원 확대

- 최종 의료안전망 기능 강화를 위해 재난적 의료비 지원범위 확대* 등 지속 추진('24~)

* (現) 동일 질환의 의료비(비급여 포함) → (改) 모든 질환의 의료비 합산 지원

- 재난적 의료비 지원 확대에 따른 도덕적 해이 방지 장치* 마련 병행

* (現) 선택적 비급여만 제외 → (改) 선택적 비급여 + 비급여 가격 비공개항목 제외

④ 저소득층 체납자의 의료서비스 보장

- 저소득층의 보험료 체납으로 인한 보험급여 제한 등 최소화('24)

▶ 급여제한 예외대상 확대 : (現) 연소득 100만원 미만 + 재산 100만원 미만 → (改) 연소득 336만원 이하 + 재산 450만원 이하로 확대
▶ 분할납부 횟수 : (現) 체납개월수만큼 분할 → (改) 체납개월수와 상관없이 24회까지 분할

⑤ 장애인·치매 관리 지원 강화

- (장애인) 장애인의 의료접근성 제고 및 건강관리 강화를 위하여 건강 주치의 대상 확대 및 방문서비스 강화 추진('24~)

* (現) 중증 대상, 방문서비스 18회 → (改) 중증 + 경증 대상, 방문서비스 중증 24회·경증 4회로 확대

- (치매) 치매 환자의 증상 악화 방지를 위하여 포괄평가 및 관리계획 수립, 심층교육·상담, 비대면 관리, 방문진료 등 의료서비스 지원

* 치매관리주치의 시범사업 : ('24) 20개 시군구 → ('25~) 40개 시군구로 확대(잠정)

⑥ 중증·희귀난치성질환 의약품 보장성 강화

- 환자의 생존을 위협하는 암, 희귀난치성 질환 등에 대한 약제비 부담 완화를 위하여 의약품 보장성 강화 지속 추진

* 척수성 근위축증 치료제 등 신규 등재 24건, 사용범위 확대 8건('23)

⑦ 간호·간병 통합서비스 확대

- 급성기 환자에 대한 간병부담 완화를 위해 간호·간병 통합서비스가 적용되는 병원·병상 확대('26~)

* (現) 4개 병동 → (改) ▲비수도권 상급종합병원 제한 해제, ▲수도권 6개 병동까지 허용

⑧ 상병수당 도입

- 업무외 상병으로 경제활동이 중단될 경우, 소득상실 걱정없이 안심하고 치료할 수 있게 일정 소득을 보장하는 상병수당 도입

* (現) 상병수당 1·2단계 시범사업 시행(10개 지역) → (改) 상병수당 3단계 시범사업('24~) 및 통합 시범사업('25~) 후 평가를 거쳐 본사업 제도화 검토('27~)

VII

추진방향 3 : 건강보험의 재정적 지속가능성 제고

1

기본방향

□ 재정 전망

- 향후 5년 간 저출산·고령화 영향 등으로 재정 여건은 어려울 것으로 전망
 - 당기수지는 '26년부터 적자로 전환되고
 - 당기수지 적자 누적에 따라 준비금이 차츰 소진될 것으로 전망
 - * 준비금 규모 : ('23) 보험급여비 3.8개월분 → ('28) 보험급여비 2.7개월분

⇒ 향후 건강보험 재정의 안정적 운영을 위하여

- ① 지속적으로 재정 효율화를 추진하고
- ② 보험료 부과 재원 등 수입의 원천 확대를 모색하되
- ③ 매년 적정 보험료율 및 국고 지원으로 재정을 건전하게 관리

□ 지출 효율화 방안

- 가계와 국가에서 감당할 수 있는 범위 내에서 의료비 지출을 효율적으로 관리하기 위한 원칙 필요
 - ① (지출목표) 예상 수입 등 고려하여 매년 보험재정에서 감당할 수 있는 '지출목표'를 제시
 - ※ 전년도 지출목표 초과분은 다음연도 인상을 산정 시 고려

【 재정관리 및 계약구조 변화 】

	As-Is		To-Be
재정관리 방식	보험 지출의 통제 없음 ↓ 지출 증가분 충당을 위한 보험료 수입의 확대	⇒	예상 수입 등을 고려한 ‘지출목표’ 설정 ※ 전년도 지출목표 초과분은 다음연도 인상을 산정 시 고려
공급자와의 계약 구조	先 환산지수 계약(5월) ↓ 後 보험료를 결정(8월)	⇒	보험료 결정 범위 내에서 수가계약 진행

② (진료량 관리) 합리적 의료 공급·이용을 유도하여 불필요한 의료쇼핑, 과잉진료 등 방지

- ▶(공급자) 병상·장비 관리 등을 통한 의료서비스 과잉공급 방지 및 합리적 의료공급 유도
- ▶(가입자) 본인부담 합리화, 적정의료 목록 보급, 의료이용량 알림서비스 등을 통해 국민의 비용인식 제고 및 합리적 의료이용 유도
- ▶(비급여) ▲충분한 정보 제공 등을 통해 국민에게 불리한 비급여 선택 방지, ▲非중증 과잉 비급여의 혼합진료 금지 적용, 퇴출기전 마련 등 비급여 관리 강화

③ (가격 조정) 국민에게 적절한 가격으로 질 높은 의료서비스를 제공하기 위하여 상시적인 가격 조정 및 재평가 실시

※ 가격 조정은 객관적·과학적 근거에 기반한 논의체계 하에서 검토

- ▶(가격결정) 의료비용 분석조사 결과상 고평가 항목의 수가 동결
- ▶(재평가) 의학적 효과가 떨어지거나, 효과 대비 과도하게 높은 비용이 필요한 급여 항목은 가격을 조정하거나 퇴출
- ▶(약가조정) ▲위험분담제 확대 및 사후관리 강화를 통하여 고가약의 보험급여 부담 완화, ▲재평가를 통해 임상적 유용성이 미흡한 약제의 가격 조정, ▲전년 대비 사용량이 급격히 증가한 약제는 사용량-가격 연동제를 통한 가격 조정

① 합리적 의료 이용 유도 및 공급 관리

◇ 합리적 의료 이용 유도 및 의료서비스 과잉 공급 조정을 통하여 불필요한 의료쇼핑 및 과잉진료 등 방지

〈 공급자의 과잉 공급 방지 〉

① 병상 관리 강화

- 외래진료가 가능한 환자의 입원 증가 등 과다 의료 이용을 유도하는 공급과잉 지역*의 병상 신·증설 제한(24~)

* 제3기 병상수급 기본시책 및 지역별 병상수급·관리계획에 따라 연구용역을 통하여 공급과잉 지역 도출 예정

- 병상수급 시책 취지에 반하여 공급과잉 지역에 신·증설된 병상을 보유하는 의료기관은 보상률 차등 적용 등 검토(25)

※ 병상수급 시책에 부적합한 의료기관에 대한 조치 방향

- ▶ (개설허가 금지) 병상수급 기본시책 및 시·도 관리계획에 부적합할 경우 시도지사는 의료기관 개설허가 또는 변경허가를 할 수 없음(의료법 제33조제4항제2호, 제5항)

* 시도 관리계획 시행(24.1월) 이전에 병원 개설 또는 병상 신증설 추진 중인 의료기관에 대해서는 관리계획 이후에도 의료기관 개설·변경허가가 불허되지 않음

- ▶ (개설절차 강화) 300병상 이상 종합병원 및 수도권 상급종합병원 분원의 신규 개설 또는 병상 신증설 시 복지부장관 승인 의무화 추진(의료법 개정 필요)

* 현재는 복지부장관 승인 없이 시도지사 허가만으로 신규 개설 또는 병상 신증설 가능

- 100병상 이상 종합병원의 신규 개설 또는 병상 신증설 시 시도 의료기관개설위원회 사전 심의 의무화(의료법 제33조제4항)

※ 병상 관리 강화와 병행 추진이 필요한 조치

- ▶ (부실기관 퇴출) 의료법인 간 합병, 출연재산 회수 등 퇴출기전을 마련하여 부실 의료기관의 정리 기회 제공

- ▶ (선순환 구조) 수도권 대형병원의 경우 병상 확대보다는 필수의료 연구개발, 의료인력 양성 등 선순환 구조로 이어질 수 있는 방향으로 투자 유도

② 의료장비 관리 강화("24~)

- 특수의료장비(CT, MRI 등) 설치기준 강화¹⁾ 및 장비 공유체계 조성²⁾ 을 통하여 고가 장비의 무분별한 설치에 따른 과다 사용 방지

1) (現) 병상 공동활용 등을 통하여 200병상 미만인 의료기관에도 설치 가능

→ (改) 병상 공동활용 폐지, 병상수 기준 상향 조정 등 설치기준 강화 검토

2) 장비 공유기관 간 영상정보 전송 지원 및 장비공유 관련 수가 개선 등

- 의료장비의 질 관리를 위한 품질관리기준 개선 및 장비 성능과 연계한 수가체계 마련 검토

* (現) 노후화된 장비의 품질 저하로 인한 의료 질 저하 및 중복검사

→ (改) ▲도입 후 10년 이상이 된 장비의 품질관리검사 주기 단축, ▲품질관리검사 기관에 대한 관리·감독 강화, ▲사용 연수에 따른 수가 차등화 도입 등

③ 적정의료 유도를 위한 '현명한 선택 캠페인' 추진("24~)

- 과잉진료로 인한 환자의 피해를 막고, 한정된 의료자원을 효율적으로 활용하기 위하여 관계기관·단체* 협력으로 '적정의료 목록' 보급

* 보건복지부, 국민건강보험공단, 의학한림원, 28개 전문학회 등

※ **현명한 선택 캠페인**(choosing wisely campaign)

▶(개요) 의료전문가가 스스로 적정의료 목록을 작성·보급하여 불필요·과잉 진료를 방지하고 의료서비스 질을 높이기 위한 운동

▶(현황) 美 내과의사재단(ABIF)에서 최초 시작, 현재 20개국·80개 이상 전문학회 참여

④ 요양기관 사후관리 강화

- 자율점검 및 사전예방활동 활성화("24~)

- 요양기관이 스스로 부정수급을 자정할 수 있도록 자율점검제 운영 강화

- 多기관 · 多발생 착오청구 항목* 중심으로 자율점검 대상 확대 및 관행적인 부적정 청구행태 개선을 위한 사전예방활동 병행 실시

* 자율점검 대상 항목은 복지부, 건보공단, 심평원, 의약단체가 참여하는 “자율점검운영협의체”에서 선정

○ 혁신 기술을 활용한 사후관리 고도화^(24~)

- 빅데이터, 인공지능 등 혁신 기술을 활용하여 부당청구 의심 징후 조기 발견 및 현지조사 등 사후관리 효과성 제고

* (예) 인공지능을 활용한 부당청구감지시스템 개발 · 운영 등

< 가입자의 합리적 이용 유도 >

⑥ 합리적 의료 이용 유도를 위한 본인부담 합리화

○ 과다 의료 이용에 따른 본인부담 차등화

- 의학적 효과성이 불분명하거나 필요도가 낮은 의료에 대해서는 본인부담 상향 조정

* (예) 물리치료를 1기관 1일 1회 초과 이용 시 본인부담을 상향

○ 외래 진료비의 본인부담 합리화

- 선험국 사례 등을 참고하여 OECD 평균의 3배 수준인 외래이용 횟수*를 합리적으로 관리하기 위한 방안 검토

* (국민 1인당 연간 외래이용횟수) 한국 15.7회 > OECD 평균 5.9회

※ 외래진료비 본인부담 해외 사례

- ▶(전액 본인부담금) 외래 진료 1회당 진료비 기준금액까지 전액 본인부담 적용(deductable), 기준금액 초과 부분에 대하여 보험급여 지원(美)
- ▶(의료저축계좌) 가입자의 월보험료 납부액 중 일부 금액을 의료저축계좌(MSA, medical saving account)로 자동 적립, 적립된 금액은 본인 또는 가족의 진료비 본인부담 납부에 사용할 수 있고 적립 금액이 기준금액을 초과한 경우 초과금액 인출도 가능(싱가포르)

○ 산정특례 본인부담의 지원 방식 변경 검토

- 산정특례 대상자 중 일부 질환 또는 환자¹⁾의 합리적 의료이용 유도 및 비용의식 제고를 위해 본인부담 지원 방식 변경²⁾ 검토

1) 동일 산정특례 질환의 다른 등록자 대비 의료 이용량이 많은 환자 등

2) (現) 본인부담 정률 경감(입원 20%·외래 30~60% → 입원·외래 0~10%로 경감)

→ (改) 산정특례 진료비 현황 분석을 통하여 효율적·합리적 지원방식 마련

※ 산정특례 제도

- ▶ (개요) 암, 중증·희귀질환 진료 시 낮은 본인부담율(5~10%, 결핵 면제)을 적용하는 제도
- ▶ (현황) 요양급여비 17조 9천억원(전체 급여비의 23.3%, '22)
- ▶ (문제) 산정특례 적용범위는 해당 중증질환 및 합병증으로 규정하고 있으나, 관련성이 없는 경증질환에도 산정특례 적용 사례가 일부 발생
 - * (예) 황반변성(macular degeneration) 치료를 위해 산정특례 대상이 된 환자가 감기진료를 받으면서 산정특례를 적용하여 본인부담금을 경감받은 경우
- ▶ (개선) 산정특례 본인부담 지원방식 변경을 위한 시범사업 추진 및 시범사업 효과성 검증을 통한 합리적 의료이용 방안 마련

⑥ 의료 이용 및 의료비 내역에 대한 전국민 알림서비스 제공

- 의료 이용량 및 비용부담에 대한 인식 제고를 통한 합리적 이용 유도를 위하여 분기별로 모바일 알림서비스 제공('25~)

※ 실시간 의료이용 확인 시스템과 연동하여 운영

- ▶ (내용) 연간 누적 외래이용횟수, 입원일수, 보험급여비용 및 본인부담금 등
- ▶ (방식) 카카오톡, 네이버 또는 'The 건강보험앱' 팝업 알림

- 국민의 알 권리 보장을 위해 건강보험 제도의 정보제공도 함께 실시

* (예) ▲ 산정특례 적용에 따른 본인부담 감면, ▲ 본인부담상한제 적용에 따른 환급금 발생 안내, ▲ 연 365회 이상 외래 이용에 따른 본인부담률 상향 등

② 의료 질 제고 및 비용 관리 강화

◇ 적정 가격으로 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해 재평가 결과상 효과 또는 경제성이 떨어지는 급여 항목의 가격조정 또는 퇴출

① 행위 항목에 대한 재평가 실시

○ 2년 주기로 기존 급여 항목의 재평가 실시(~'28)

* (평가내용) ▲ 안전성 · 효과성, ▲ 비용효과성, ▲ 급여내용의 적정성, ▲ 사용빈도 등

- 재평가 결과상 의학적 효과성이 불투명하거나, 그 효과에 비해 과도하게 높은 비용이 요구되는 급여 항목은 가격조정 또는 퇴출

○ 보건안보 및 의학적 유용성 관점에서 꼭 필요한 항목에 대해서는 재평가를 통한 보상 강화의 기전 마련 병행(~'28)

② 선별급여 관리체계 개선

○ (단기) 의료적 필요도 기반 급여기준 신설 등 그간 보장성 강화 차원에서 확대된 선별급여 항목*의 근거 중심 평가 강화

* 최근 5년 간 선별급여 추이 : ('17) 2,520억원 → ('22) 10,978억원 (4.3배 증가)

※ 흡인용 카테터 급여기준 신설 사례

▶ 흡인용 카테터(폐쇄형)는 적합성 평가를 통해 도출된 임상적 근거를 기반으로, 의료적 필요도가 뚜렷한 경우*와 그렇지 않은 경우를 구분하여 급여기준 신설

* (예) 인공호흡 시, 기도삽관에 의한 전신마취 시 등

▶ 의료적 필요도가 뚜렷하지 않은 경우에는 임상적 근거 축척의 기회를 부여하되, 일정 기한 내 미달성 시에는 불인정 또는 본인부담률 상향 조정

○ (중장기) '근거 중심 급여 결정 체계' 확립, 실질적 퇴출 기전 마련 등 관리체계 개편 추진

* 선별급여 제도개선 및 발전방향 연구 등 중장기 개선방안 연구용역 진행 중('23~)

③ 적정 의료 이용 유도를 위한 비급여 · 실손보험 관리 강화

◇ 적정 의료 제공 및 의료남용 억제를 위해 역선택(易選擇)을 유도하거나 의료체계 교란 우려가 큰 비급여 · 실손보험에 대한 관리 강화 추진

① 비급여 정보 비대칭 해소

- ▲비급여 보고 등을 통한 실효적 모니터링, ▲알 권리 보장 및 불리한 비급여 선택 방지를 위하여 충분한 비급여 정보 제공 추진(24~)
 - (보고제도 강화) 전체 의료기관 대상으로 비급여 보고제도 시행 및 보고범위 확대*
 - * (現) 비급여 항목별 가격만 보고 → (改) 비급여 항목별 가격 + 비급여 진료 시 진료내역 보고
 - (목록 정비 · 표준화) 비급여 명칭 · 코드 표준화* 및 비급여 특성을 고려한 목록을 마련하고, 항목별 권장가격 제시 검토
 - * (現) 일부 비급여는 기관마다 다른 명칭 사용(예. 마늘주사, 신데렐라주사 등)
→ (改) 비급여 명칭 표준화로 현황파악 용이(예. 푸르셀티아민 등 주사제 성분명 기반 분류)
 - ※ 의학한림원 등 전문가 그룹과 비급여 분류 관련 논의체계 구축
 - (정보공개 확대) 중점관리 대상 비급여 선정 및 분석정보 제공 확대
 - * (現) 비급여 항목별 가격 → (改) 비급여 항목별 안전성 · 유효성 정보, 상병별 총진료비 등 공개
 - (모니터링) 질병 · 수술별 비급여 현황 모니터링 ⇨ 이상징후 발견 시 관리계획 신속 마련 및 안내 제공

② 실손보험 개선

- 적정의료 이용 유도를 위한 실손보험의 개선체계 구축(24~)
 - (사전협의 제도화) 실손보험의 개발 · 변경, 보장범위, 비급여 진료 시 지급기준 등에 관한 복지부-금융위 간 사전협의 제도화
 - ※ (프랑스 · 호주) 보건부가 민간 의료보험 정보수집, 제도 개선 등 관리

- **(보장범위 개선)** 실손보험의 건강보험 급여 본인부담금 보장 개선 등 공사보험 간 역할 정립을 위한 실손보험 개선 유도
- **(협업체계 강화)** 공사보험 연계 법제화¹⁾, 공사보험협의체²⁾ 등을 통하여 비급여 관리 및 실손보험 개선 협업 강화

1) (주요내용) ▲공사보험 실태조사, ▲복지부 장관의 금융위에 대한 실손보험 개선 조치 요청권, ▲건강보험 정책과 실손보험 정책 연계를 위한 협의·조정 제도화 등

2) (구성) 위원장 : 복지부 2차관, 금융위 부위원장, 위원 : 공급자, 소비자, 전문가 등 (역할) 중점 관리 비급여 모니터링, 실손보험 개선 및 공사보험 연계 등

③ 혼합진료 금지 등 비급여 관리 강화

- **(혼합진료 금지)** 非중증 과잉 비급여(예. 도수치료, 백내장 등)의 혼합진료(비급여+급여 진료) 금지 적용 추진('24~)

※ (실손보험 지출 상위 비급여 혼합진료 비율, '20) 도수치료 89.4%, 체외충격파 95.6%, 비밸브 재건술·하이푸시술·맘모톰절제술·갑상선고주파절제술 100%, 하지정맥류 96.7%

- **(퇴출 기전)** 주기적 의료기술 재평가(보건의료연구원 수행)를 거쳐 치료 효과성 검증·공개, 문제 항목은 비급여 목록에서 퇴출(사용불가)

- **(미용 의료 개선)** 해외사례 참고, 정책연구, 사회적 논의 등을 거쳐 시술자격 개선 등 종합적 제도 개선방안 마련('24~)

※ (영국, 캐나다 등) 의료적 필요성이 낮고 안전성 확보가 가능한 일부 미용 의료 시술 별도 자격제도 및 관리체계 구축·운영

4 부담의 공정성·형평성 제고를 위한 부과체계 개편

- ◇ 직장 - 지역가입자 간 격차 해소, 보험료 부담의 공정성·형평성 제고 등을 위한 '소득 중심 부과체계 개편' 지속 추진
- ◇ 보험재정의 안정적 운영을 위하여 부과재원 발굴을 모색하고 적정 보험료율, 국고 지원 등 검토 추진

① 재산보험료 축소 및 자동차보험료 폐지

- 직장 - 지역가입자 간 보험료 부담의 공정성 및 형평성 제고를 위해 지역가입자의 재산·자동차 보험료 부담 완화 추진('24~)

- ▶ (재산보험료) 기본공제 확대(5천만원 → 1억원)로 지역가입자 부담 경감(330만 세대, 월 △24만원)
- ▶ (자동차보험료) 부과 폐지로 지역가입자 부담 경감(9.6만 세대, 월 △2.9만원)

② 무임승차 방지를 위한 피부양자 제도 개선

- 피부양자 인정 범위는 충분한 사회적 논의를 거쳐 개선방향 검토(~'28)
 - * 현재 연소득 2천만 원, 시가 5.8억 원 주택 보유한 형제·자매도 피부양자 可, 개선 필요

③ 보험료 부과기반 확대 및 납부 편의 제고

- (부과기반) 건강보험료 부과재원 지속 발굴 및 새로운 형태의 소득에 대한 보험료 부과방식* 검토('25~)
 - * 일시적으로 발생하는 소득의 자진 신고 및 사전 납부 절차 마련 등
 - 선협국 사례를 참고하여 사회보장분담금 등 다양한 건강보험 재원의 도입방안 검토
- (납부편의) 일시 납부 등 납부 편의성 제고 및 소득 발생과 보험료 부과 시점 간 시차 최소화를 위한 제도개선 지속 추진

④ 적정 보험료를 및 안정적 국고 지원 검토('24~)

- 보험료율의 법정 상한 도달(8%)에 대비하여 선협국 사례* 등을 참고하여 적정부담에 대한 사회적 논의 추진

* 일본 10~11.82%('23), 프랑스 13.25%('23), 독일 16.2%('23) 등

- 현재 건강보험 재정에 대한 국고 지원의 근거 규정은 '27년까지 적용되는 한시적 규정으로

- 건강보험 재정의 지속가능성 제고를 위한 국고 지원 방식 및 적정 지원 규모를 재검토하고 사회적 논의를 거쳐 법률 개정 추진(~'27)

⑤ 고액·상습체납자에 대한 징수 강화('24~)

- 납부능력이 있는 고액·상습체납자¹에 대한 적극 대응²으로 보험료 수입의 결손 최소화

1」 체납기간 1년이 지나고 체납금액 1천만원 이상으로 되어 인적사항 공개 대상이 되는 지역가입자 및 사업자(국민건강보험법 제83조)

2」 ▲사전급여 제한, ▲인적사항 공개, ▲신용정보집중기관에 대한 체납정보 제공, ▲재산압류 및 압류재산 공매 등

⑥ 건강보험 자격도용 방지

- 요양기관의 자격 확인 의무화*에 따른 타인자격 도용 방지 강화

* 「국민건강보험법」 제12조제4항 신설('24.5.20 시행)로 요양기관의 자격 확인 의무화에 대한 법적 근거는 이미 마련

- 실시간 의료이용 확인 시스템 구축 및 모니터링으로 자격도용 방지의 실효성 확보(~'28)

* (예) '모바일 건강보험증' 및 QR 인증을 통한 실시간 의료이용 확인 등

5 재정 운영·관리 체계 개선을 통한 국민 신뢰 제고

◇ 보험재정을 건전하게 유지할 수 있도록 투명하고 신뢰도 높게 운영·관리 체계 개선

1 재정지표 공개 확대("24~)

○ 건강보험 재정지표의 공개항목 확대* 및 주기 단축(연→분기) 추진

* (現) 15개 항목(통합공시 9개, 자율공시 6개) → (改) 신규 항목 추가, 기존 항목 세분화 등 통하여 30개 항목(예. 준비금 운영 현황·결과 추가, 수입·지출현황 세분화 등)으로 확대

2 국회보고 절차 강화("25~)

○ 연도별 지출목표, 시행계획 등 주요 정책사항에 대한 국회 보고 및 의견수렴 절차 강화*

* (現) 종합계획 수립 시 5년 전망 보고 → (改) 연도별 시행계획 보고 시 단년도 전망 보고

3 재정추계 모형 고도화("24~)

○ 보다 정교한 재정추계 모형을 구축하기 위한 연구 추진

* ▲해외 보험재정 추계모형과의 비교·검증, ▲우리나라 건강보험 제도 특성에 따른 영향, ▲코로나19, 의약품 수급 불안정 등 외부요인 영향 등 반영

4 사업운영비 관리 강화("25~)

○ 신규 사업 도입 시 사전적 타당성 검증 및 사후적 평가 환류 절차 마련 검토

* 연 500억원 이상 소요되는 신규 사업은 「국가재정법」 제38조에 따른 예비 타당성조사에 준하여 사전적 타당성 검증의 실시 검토

□ 보건의료 혁신에 대한 지원 강화

- 새로운 치료 기회를 부여*하거나, 기존 기술 대비 비용효과성이 우수한 혁신적 의료기술의 도입에 대한 사회적 요구 증가

* (예) 최근 급여화된 킴리아(백혈병·림프종치료제), 졸겐스마(척수성근위축증치료제) 등은 희귀난치성질환에 대해 한 번의 투여로도 치료 효과 발생 (원샷 치료제)

- 보건의료 분야 혁신 가치에 대한 보상을 강화하고, 안전성과 유효성을 인정받은 혁신적 의료기술은 신속하게 건강보험 체계 내로 진입할 수 있도록 제도적 기반 마련 필요

□ 필수약품 등의 안정적 공급체계 확보

- 코로나19 이후 전 세계적 의약품 부족 및 각국 대응조치 시행*

* 유럽연합 집행위원회(EU Commission)의 필수약품 수급 안정화 조치 시행('23.10월)

- 보건안보 차원에서 국민 생명 및 건강과 직결되는 필수약품의 경우, 해외 공급망에 차질이 발생하더라도 국내에서 안정적으로 생산할 수 있도록 공급 기반의 구축 지원 추진

□ 보건의료 체계의 선순환 구조 마련

- 보건의료 분야의 혁신 지원 및 안정적인 공급망 구축이 더 많은 일자리, 더 높은 소득 및 보험료 수입의 증가로 이어져서, 혁신 지원 및 공급망 구축으로 재투자되는 선순환 구조 구현

① 혁신신약 가치 보상 등을 통한 환자 접근성 제고

- ◇ 중증·희귀난치질환 등 치료 기회 확대를 위하여 혁신 신약의 적정가치 보상 제공 및 환자의 접근성 확대
- ◇ 보건 안보 차원에서 필수약품의 안정적 공급 기반 마련 지원
- ◇ 국민에게 제공되는 의약품의 질·비용을 적정하게 유지하기 위하여 재평가 등을 통한 합리적 사후관리 및 불공정 거래(리베이트) 근절 추진

① 혁신 신약에 대한 접근성 강화

○ 의약품 보장성 강화의 지속 추진

- 치료효과 높은 중증·희귀질환 치료제 등에 대한 보장성 지속 확대
 - ※ 보험등재 우선 순위는 ▲질환의 중증도, ▲대체 약제 유무, ▲치료효과 우월성, ▲비용효과성, ▲재정부담 등을 종합적으로 고려하여 결정

※ '22~'23년 의약품 보장성 확대 실적

- ▶('22) 급성 림프구성 백혈병 치료제(킴리아) 등 신규 등재 22건, 사용범위 확대 7건
- ▶('23) 척수성 근위축증 치료제(에브리스티) 등 신규 등재 24건, 사용범위 확대 8건

○ 생존위협질환 치료 신약의 신속 등재 지원

- (등재기간 단축) 생존을 위협하는 질환을 치료하기 위한 신약*은 허가-평가-협상 병행 실시를 통하여 건강보험 등재까지 소요되는 기간을 330일 → 150일로 단축

* (인정요건) 생존을 위협하는 질환의 치료제로서 ①대체 치료제가 없는 경우, ②기존 약제 대비 임상 효과의 현저한 개선이 있는 경우, ③식약처 등 신속심사 허가 대상 등에 모두 해당하면 인정

- (대상 확대) 신속 등재 대상이 되는 생존을 위협하는 질환 범위 확대

* (現) 소아희귀질환 2개군(신경모세포종, 유전성담증정체증) 대상 시범운영 중
→ (改) 시범운영 결과 바탕으로 '25년부터 신속등재 대상 질환의 범위 확대 추진

○ 혁신 신약의 경제성 평가 우대

- ‘혁신성 인정 신약’은 점증적 비용효과비(ICER)가 일정 수준을 초과해도 경제성을 인정하여 건강보험 신속 등재 지원(‘24~)

※ (ICER, Incremental Cost Effectiveness Ratio) 신청 약을 다른 약과 비교하여 **의학적 효과가 더 높아질 때마다 비용이 어느 정도 더 소요되는지**를 정리한 지표

* (예) 7,000만원인 신청약제 A의 수명연장 효과가 2년이고, 6천만원인 비교약제 B의 수명연장 효과가 1.5년인 경우, A약이 B약보다 수명연장 1년 효과를 더 내려면 2천만원의 추가 비용 발생 → 이 경우 ICER값은 2천만원(= (7,000만원-6,000만원) ÷ (2년-1.5년))으로 산정

○ 제약기업의 약가 우대 대상 확대

- 국민보건 향상, 건강보험의 지속가능성, 국가경제 발전 등에 기여하는 정도를 고려하여 약가를 차등적으로 산정할 필요
- 연구개발(R&D) 투자, 필수 의약품 공급, 일자리 창출 등을 통해 보건의료 혁신을 주도하고 안정적인 공급망 구축에 기여한 제약기업에 대해서는 약가 우대를 제공하는 방안 검토

※ 현재는 “필수 의약품 공급 기업 + 세계 최초로 허가된 신약”의 경우에만 대체약제 최고가 수준 등으로 약가 우대 제공

○ 위험분담제 적용 대상 확대

- 비가역적으로 삶의 질의 현저한 악화를 초래하는 중증질환 치료제에도 위험분담제 적용 확대하여 환자의 접근성 개선(‘24~)

【 위험분담제 적용 대상 】

As-Is	To-Be
▪ 생존을 위협하는 질환을 치료하기 위한 항암제 · 희귀질환치료제로 대체 치료법이 없는 경우 * 54개 성분, 97개 품목(‘23년 기준)	▪ 항암제 · 희귀질환 치료제(현재와 동일) ▪ 생존을 위협하는 질환은 아니지만, 비가역적으로 삶의 질의 현저한 악화를 초래하는 중증질환* 치료제 * (예) 전신농포 건선, 간질성 폐질환, 유전성 혈관부종, 천식 등

※ 위험분담제(RSA, Risk sharing Agreement) 개요

- ▶(개념) 신약의 효능·효과, 보험재정 영향 등이 불확실한 경우, 제약회사가 보험자에게 청구액의 일정비율 금액을 환급하는 조건으로 보험 등재를 하는 제도
- ▶(효과) 대체약이 없는 등 등재 필요성이 있으나, 가격 노출의 기피, 재정 영향에 대한 이견 등으로 보험등재가 지연되는 약제의 신속 진입을 위한 대안으로 활용
- ▶(방식) ▲단순환급형(연간 청구액의 일정비율 환급), ▲성과기반환급형(환자별로 투약 후 일정 기간이 경과하였으나 목표효과를 달성하지 못 했을 경우 약가의 일부 환급), ▲총액제한형(총 사용 한도 초과 시 그 초과분을 일정비율로 환급)

② 필수약품의 안정적 공급을 위한 지원체계 마련

○ 필수약품 등의 수급상황 모니터링

- 보건안보 차원에서 국가필수의약품* 및 다빈도 처방약(예. 감기약)의 수급 상황 모니터링 및 이상징후 발생 시 즉각 대응

* (국가필수의약품) 진료상 필수적이나 안정적 공급이 어려운 의약품으로 복지부장관과 식약처장이 관계 중앙행정기관과 협의하여 지정(항결핵제, HIV 치료제 등 448개 품목 지정)

○ 국산원료 사용 국가필수의약품의 약가 우대 지원

- (신규) 국가필수의약품 지정 성분의 제네릭 의약품이 국산원료를 사용하여 신규 등재할 경우 다른 제네릭보다 약가 우대

* 오리지널 약가 대비 68%로, 최초 등재 제네릭(59.5%)보다 더 높은 약가 산정

- (기등재) 국가필수의약품 지정 성분으로 기 등재된 제네릭 의약품이 약제의 원료를 외국산 → 국산으로 변경하는 경우, 상한금액 인상을 통한 원가 인상분 반영절차 마련('24~)

○ 수급 불안정 해소를 위한 신속한 약가 인상

- (신속절차) 코로나19 이후 의약품 수급 불안정 상황에 대응, 원가 상승으로 생산이 어려워진 약제의 신속 약가인상 절차 마련('24~)

* 심평원의 상한금액 인상 조정기준에 따른 검토 간이화 및 건보공단 약가협상 동시 진행으로 약가 인상 소요기간을 '210일+@' → '30일+@'로 단축

- **(퇴장방지) 퇴장방지의약품***은 제조원가 등을 반영하여 지속적으로 보상의 적정성 강화 추진('24~)

* (퇴장방지의약품) 환자의 진료에 꼭 필요하지만 경제성 낮은 의약품으로, 원활한 생산 독려를 위해 생산 원가가 보전되도록 약가에 반영하고 있는 의약품

- **(차등화) 약가 가산 등 대상이 되는 국가필수의약품 범위를 확대하고, 세부 분류(예. S급, A급, B급)에 따라 지원내용 차등화(∼'28)**

○ 한약제제의 상한금액 조정

- 원료비 상승, 제조·품질관리 규정 강화 등 고려, **현황조사*** 결과를 바탕으로 한약제제의 상한금액 상향 조정 검토('24~)

* 주요 한약제제별 생산 원가, 제조공정 추가 비용 등

③ 보험약가 지출 효율화

○ 약제비의 합리적 관리를 위한 통합적 조정기전 마련

- **(중장기 전략 수립) 현재 분절적인 약가 상한금액 조정 기전을 통합적으로 운영하기 위한 중장기 전략 방안 마련('24~)**

※ '24년부터 중장기 전략 방안 수립을 위한 정책연구 실시

- **(특허만료 약제 재평가) 특허만료 약제는 동일 약제의 외국 각국 최고가와 비교하여 국내 약가가 더 높은 경우 가격조정 등 검토**

※ 특허만료 약제 재평가(안)

- ▶ (대상) 다수 제네릭 의약품이 등재된 만성질환 약제부터 순차 시행
- ▶ (예외) 퇴장방지의약품 등 안정적 공급이 필요한 약제는 재평가 대상에서 제외

○ 등재 의약품 재평가를 통한 의약품 질·비용 관리

- (급여 적정성 재평가) 등재 연도가 오래된 약제 중에서 임상적 유용성이 미흡한 약제 선정 ⇨ 현재 시점의 기준으로 재평가 실시하여 임상적 유용성 미입증 시 급여제한 등 조치 시행(계속)

※ 급여 적정성 재평가 계획(안)

- ▶ ('24) '티옥트산(신경염 완화제)' 등 '98~'01년 등재된 7개 성분의 재평가 실시
- ▶ ('25~) '02~'06년 등재된 성분 등에 대한 재평가를 순차적으로 실시

○ 고가 중증질환 치료제 관리 강화

- (신규 등재) 환자의 의료비 및 건강보험 재정부담 완화를 위하여 신규 등재 시 '성과기반환급형*' 등 다양한 유형의 위험분담제 적용

* 투약 후 일정 기간이 경과하였으나 목표한 효과를 달성하지 못한 경우 제약회사가 약가 일부를 환급

- (사후관리) 환자 안전 및 의학적 효과성 기반으로 고가 중증질환 치료제의 사후관리 강화

※ 고가 중증질환 치료제의 사후관리 기전(안)

- ▶ (효과평가) 의료기관-심평원 간 자료수집체계 구축 및 주기적 효과평가 실시
→ 효과평가 등 반영하여 재계약 시 급여 여부를 정하고, 환급률 조정 및 급여기준 개선
- ▶ (사전승인) 고비용이면서 오·남용 위험 등으로 신중한 사용이 필요한 약제는 사전승인 대상으로 지정 → 심평원 분과위원회 심의를 거쳐 급여 여부 결정
- ▶ (투약중단) 임상적 유효성, 부작용 발생 여부 등 고려하여 투약 후 중단기준 마련 → 투약중단 사례 반영하여 급여기준 개선 및 효과평가 지속 추진
- ▶ (재평가) 등재 후 일정기간이 경과한 약제 또는 경제성평가를 생략하여 등재된 약제는 임상적 유용성 및 비용효과성에 대한 재평가 실시

○ 제네릭 의약품의 약가 구조 개편 검토

- ▲품질이 확보된 제네릭 의약품의 사용률 제고, ▲공정한 경쟁을 통한 약가 합리화 등을 위한 약가 구조 개편방안 검토('24~)

○ 사용량-약가 연동제의 합리화

- ▲청구액이 많은 약제(예. 300억원 이상)의 인하율 상향, ▲연동제 적용 제외대상 확대(예. 청구액 20억원 미만 → 30억원 미만) 등 제도개선 추진('24)

※ 사용량-약가 연동제(PVA, price volume agreement)

- ▶(개요) 특정 약제의 청구액이 전년 대비 크게 증가한 경우, 건보공단과 제약사 간 협상을 통하여 최대 10% 범위 내에서 약가를 인하할 수 있도록 한 제도
- ▶(현황) 200여 품목에 대해 5~6% 약가 인하로, 약 400억원의 절감 효과 발생('20~'22)

○ 리베이트 등 재정누수 요인 방지

- 엄중한 행정처분으로 불공정하고 건전한 시장질서를 교란하는 리베이트 행위를 근절하고 의약품 거래의 투명성 제고
- 리베이트 의약품의 상한금액 인하 처분 등에 대한 집행정지 기간 중 발생한 손실액·이자는 사후 징수하여 재정손실 최소화

* 「국민건강보험법」 제101조의2 신설('23.11.20 시행)으로, 약가 상한금액 인하 처분 등 집행정지 기간 중 발생한 손실액·이자 징수의 근거는 이미 마련

② 혁신 의료기기의 신속 진입 및 치료재료 관리체계 개선

◇ 질·비용이 우수한 혁신 의료기기의 신속한 건강보험 진입 지원 및 치료재료의 사후관리체계 강화

① 혁신 의료기기의 신속한 시장진입 체계 마련

- (단기) 혁신의료기기 통합심사·평가제도 및 신의료기술 평가 유예 대상 확대 검토

- ▶(혁신의료기기 통합심사·평가) 인공지능·디지털 혁신의료기기는 유관기관 간 통합심사·평가하여 지정 후 최소 조치(고시 30일)만을 거쳐 현장에서 비급여 사용('22.10월~)
 - ▶(평가유예) 식약처 임상시험을 거쳐 허가된 의료기기가 일정 요건*을 충족하는 경우, 신의료기술 평가를 2년 간 유예하는 방식으로 한시적 비급여 사용을 허용하여 임상 근거 창출 지원('15.9월~)
- * 기존 급여·비급여 대상 의료기술과 비교한 임상문헌 존재 + 해당 의료기기의 사용목적 특정

【 혁신적 의료기기의 선진입 체계 단기 개선(안) 】

	As-Is		To-Be
통합 심사·평가	비침습적 인공지능, 빅데이터, 디지털 웨어러블 기술	➡	비침습적 융복합 영상진단, 차세대 체외진단 기술 등으로 확대
신의료기술 평가유예	비침습 진단검사기술 + 2년 유예	➡	비침습 의료기술 전체로 확대 + 유예기간 연장(예. 2년 → 4년)

- (중장기) 혁신의료기기의 신속한 시장진입에 대한 현장 요구 등을 고려하여 식약처 인·허가 후 한시적 비급여로 先사용하고, 한시적 허용기간 종료 시 신의료기술 평가를 시행하는 방안 검토

※ 안전성 확보를 위한 식약처 심사 강화 등 보완조치 검토 병행

② 치료재료의 관리체계 개선

○ 치료재료 가격 산정체계 개편

- (상한가 산정방식 개선) ▲최초 등재 품목의 가격 우대폭 확대^{1」},
▲품목 등재 시 가격 산정방식 보완^{2」} (∼'28)
 - 1」 (現) 최초 등재 시 10% 가격 우대 → (改) 연구용역 및 해외사례 조사 등을 거쳐 적정 수준으로 가격 우대폭 설정
 - 2」 (現) 수입신고가 기반 산정 → (改) 수입신고가 외에도 해외 가격 등을 반영할 수 있게 개선
- (필수치료재료 평가 개선) 임상에서 비교 연구가 어려운 필수분야 치료재료는 가치평가 적용 등 평가방식 개선 검토(∼'28)
- (적정가격 유도) 대부분 상한금액으로 청구되는 실거래가 상환제의 보완을 위해 적정가격 구매 유도를 위한 인센티브제 도입 검토(∼'28)
 - * 저가구매 장려금 제도 등 실거래가 제도의 실효성 확보 방안 도입

○ 공급 부족 치료재료의 대응체계 구축

- (모니터링) 공급 부족 치료재료의 선제적 파악을 위하여 관계기관* 협력으로 모니터링 체계 구축('24∼)
 - * 복지부, 식약처, 건보공단, 심평원, 의료기기안전정보원, 관련 학회·협회 등
- (필수 치료재료 선정) 국민의 생명과 직결되는 중증·응급의료에 필요한 치료재료* 등을 '필수 치료재료'로 선정하고, 공급 불안정 발생 시 가격 조정 등 신속 대응체계 마련(∼'28)
 - * (예) 심뇌혈관질환에 대한 응급 시술·수술에 사용되는 치료재료 등

③ 혁신 유도를 위한 데이터 활용 지원 및 국제협력 강화

◇ 혁신을 유도하고 자기 주도 건강관리의 기반이 되는 데이터 활용 지원 및 보편적 의료보장(UHC) 달성을 위한 국제협력 강화

① 건강보험 빅데이터 활용 확대 및 관리 강화

- 개인정보 보호를 확실히 하면서도, 공익적·과학적 연구 목적으로 폭넓게 활용될 수 있도록 건강보험 빅데이터 개방 확대

As-Is	To-Be
▪ 익명자료* 형태의 분석 결과만 반출 가능 * (익명정보) 다른 정보를 사용해도, 더 이상 개인을 식별할 수 없는 정보 → 익명정보는 추가분석 어려움 ▪ 일부 기업(보험사 등)에 대한 데이터 제공 제한 * 보험사의 경우 특정 개인에 대한 보험가입 거절, 보험료 인상 등에 활용 우려	▪ 공익적·과학적 연구의 경우, 관련 법령에 따라 가명자료* 반출 허용 * (가명정보) 개인정보의 일부를 삭제·대체하는 등 가명 처리를 통해 개인을 식별할 수 없게 한 정보 → 가명정보는 필요 시 추가분석도 가능 ▪ 공익적·과학적 연구로 정보주체 침해 우려 등이 최소화될 수 있는 경우에는 데이터 제공 확대 ▪ 데이터 악용 방지를 위한 대안 마련 * ▲데이터 왜곡 방지, ▲국민에게 불이익을 주는 방식으로 활용 금지 등을 위한 사전조치 강화 검토

② 자기 주도 건강정보 관리 지원

- ‘건강정보 고속도로’ 구축·운영을 통하여 요양기관별로 흩어져 있는 건강정보를 통합·활용할 수 있는 기반 마련
- 수집된 정보 기반으로 자기 주도 건강관리 및 맞춤형 처방 지원
 - * (예) ▲건강정보 기반 위험요인 알림 및 질환 예측, ▲운동 및 식이조절 방법, ▲다제약품 관리 안내 등

③ 국제협력 강화

- 국제사회의 보편적 의료보장(UHC, Universal Health Coverage) 달성을 위한 양자·다자 간 협력체계 강화
 - * ▲WHO 협력센터 지정 및 공동연구 수행, ▲K+Health 보건의료 해외진출 지원사업의 협력국가·분야 확대 등

Ⅸ

기대 효과

1

주요 지표로 본 기대효과

① 필수의료 보장 및 정당한 보상

- 대안적 지불제도* 비중 확대 : 총요양급여비용 5.5% → 11.0%

* 대안형 공공정책수가, 묶음수가 등

② 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장

- 치료가능사망률_(10만명당)의 지역 간 격차 축소 : 10.6명* → 5.3명

* 서울 36.4명 vs 충북 47.0명('19)

③ 건강보험의 재정적 지속가능성 제고

- 보험급여비 1.5개월분* 이상의 준비금 보유 지속

* '22년 준비금 23.8조원 (요양급여비 약 3.4개월분)

- OECD 평균과의 경상의료비 증가율 격차 축소 : 3.6%* → 1.8%

* 한국 8.0% vs OECD 평균 4.4%

【 (참고) 제2차 국민건강보험 종합계획 관련 주요 참고지표 】

구분	지표		현재 수치('21)	참고수치(OECD)
건강상태	기대수명(년)		83.6	80.3
	건강수명(년)		('20) 70.9	(日('19)) 74.1
	연령 표준화 사망율	암(명/인구 10만명)	160.2	201.7
		순환기계질환(명/인구 10만명)	128.8	292.9
		호흡기계질환(명/인구 10만명)	80.7	68.3
		당뇨병(명/인구 10만명)	17.6	28.2
	회피가능사망율(명/인구 10만명)		142.0	239.1
	만성질환	진료 실인원(만명)	2,007	-
		총 진료 실인원 대비 비중(%)	37.9	-
		진료비(억원)	392,109	-
		총 진료비 대비 비중(%)	41.1	-
의료자원	임상의사수(명/인구 1천명)		2.6	3.7
	병상수(개/인구 1천명)		12.8	4.3
	의료장비	CT(개/인구 1백만명)	42.2	29.8
	보유대수	MRI(개/인구 1백만명)	35.5	19.6
의료 이용량	국민 1인당 연간 외래진료횟수(회)		15.7	5.9
	국민 1인당 연간 입원일수(일)		18.5	8.1
	검사건수	CT(건/인구 1천명)	281.5	161.0
		MRI(건/인구 1천명)	80.1	83.7
의료비용	경상 의료비	GDP 대비 비중(%)	9.3	9.7
		국민 1인당(US\$ PPP)	4,189	4,715
		정부의무가입제도 비중(%)	62.3	76.0
		가계직접부담 비중(%)	29.1	18.5
	건강보험 보장률	전체(%)	64.5	-
		4대 중증질환(%)	84.0	-
		상위 50대 고액 진료비 질환(%)	80.3	-
	국민 1인당 의약품 판매액(US\$ PPP)		785.3	594.4
	지출 증가율	경상의료비(%)	('11~'21) 8.0	4.4
		건강보험 총진료비(%)	('12~'21) 7.7	-



① 급성 중증질환이 발생한 노인 사례

▶ 응급실을 거쳐 수술·입원 후 퇴원·재활·일상복귀가 필요한 상황

	As-Is		To-Be
응급실	- 의료인력 부족으로 공백 발생 → 응급실 이송 지연	⇒	- 중증도 단계별 응급의료기관에서 대응 → 응급의료 공백 방지 및 적시 이송
수술·처치	- 중증·심뇌혈관질환 전문의 부족 → 수술 지연 및 합병증 우려 - 과잉진료, 불필요한 의료권유 우려	⇒	- 심뇌혈관질환 전문치료팀 운영 → 적시 수술 및 합병증 발생률 ↓ - 적정진료 목록 및 비급여 정보 제공
수술 후 회복	- 급성기 경과관찰 종료 후 퇴원 → 수술 후 회복 지연, 낙상 우려 - 재활을 위한 타 의료기관 전전 - 일상복귀를 위한 준비·훈련 부족	⇒	- 회복기 병원에서 충분한 치료 보장 → 합병증 방지 및 환자 안전 유지 - 일상복귀를 위한 재활훈련, 다제학적 상태평가, 퇴원계획 수립 등 지원
퇴원 이후	- 경과관찰을 위한 외래 방문 - 과도한 의료비 발생 우려 - 건강보험 지원에 대한 미인지	⇒	- 방문의료 및 지자체 지원 연계 - 재난적의료비 등 의료비 지원 연계 - 알림서비스를 통한 보험급여비, 의료이용량 정보 제공으로 인식 제고 및 알 권리 보장



② 중증질환이 있는 소아 사례

▶ 급성기 진료 후 집에서 진료·재활·돌봄이 계속 필요한 상황

	As-Is		To-Be
급성기	- 수요 감소에 따른 운영난으로 중증소아 진료 의료기관 감소 → 소아의료 공백 및 진료 지연	⇒	- 입원가산, 사후보상 등 중증소아 진료 의료기관의 안정적 운영 지원 → 전문기관에서 적시 진료 제공
재택의료	- 재활 부족으로 의료기관 방문 19세부터 재택의료 지원 중단	⇒	- 필요 시 물리치료사 방문횟수 확대 24세까지 서비스 제공기간 연장
돌봄부담	연중 휴식 없는 중증소아에 대한 돌봄으로 보호자 부담 가중	⇒	보호자의 재충전 기회 제공을 위해 연 20일 내 보호자 없는 단기입원 (respite care) 지원

□ 재정 전망

- ◆ 향후 5년의 재정전망은 '26년부터 당기수지 적자로 전환할 것으로 추계할 수 있으나, 수입·지출의 변수 변화에 따라 매우 다양한 전망이 가능함

○ '23년도 수입·지출의 변수를 토대로 한 재정전망

※ 수입·지출의 주요 변수 가정

- 주요 변수는 재정 전망을 위하여 가정한 것으로, 실제 수치는 건강보험 정책심의위원회 심의·의결 등을 거쳐 달리 확정될 수 있음
- ▶ (보험료율) '24년 7.09%, '25년부터 +1.49%(23년 인상률) 적용
- ▶ (정부지원) '24년 12.2조원, '25년부터 보험료 수입 대비 14.4%(23년 지원율) 적용
- ▶ (수가 인상률) '24년부터 +1.98%(23년 인상률) 적용

(단위 : 억원, 개월)

구분	'24년	'25년	'26년	'27년	'28년
총 수입	988,955	1,045,611	1,115,354	1,183,196	1,252,201
총 지출	962,553	1,040,978	1,118,426	1,191,091	1,268,037
당기수지	26,402	4,633	△3,072	△7,895	△15,836
준비금	306,379	311,012	307,940	300,045	284,209
(지급가능월수)	(3.8개월)	(3.6개월)	(3.3개월)	(3.0개월)	(2.7개월)

□ 중장기 재정 운영의 방향

- 향후 건강보험 재정의 안정적 운영을 위하여
 - 지속적으로 지출 효율화 및 구조개혁을 추진하되
 - 중장기 재정 건전성 악화에 대비하여 적정 보험료율, 국고 지원 등 수입 확충 방안에 대한 사회적 논의를 추진하겠음