

# 지속가능한 보건의료 혁신의 마중물, 제2차 국민건강보험 종합계획(2024-2028)의 새로운 역할과 과제

함명일<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>HIRA Research 편집위원장, <sup>2</sup>건강보험심사평가원 심사평가정책연구소장

## The Second Comprehensive National Plan (2024-2028) for Sustainable National Health Insurance: The New Role and Challenges

Myung-Il Hahm<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Editor-in-Chief, HIRA Research; <sup>2</sup>Executive Director, Review and Assessment Policy Research Institute, Health Insurance Review & Assessment Service, Wonju, Korea

### Correspondence to:

Myung-Il Hahm

Editor-in-Chief, HIRA Research;  
Executive Director, Review and  
Assessment Policy Research Institute,  
Health Insurance Review & Assessment  
Service, 60 Hyeoksin-ro, Wonju 26465,  
Korea

Tel: +82-33-739-2407

Fax: +82-33-811-7434

E-mail: hmi2023@hira.or.kr

Received: May 28, 2024

Published online: May 31, 2024

### 서론

국민건강보험 종합계획(건보 종합계획)은 2016년 국민건강보험법에 신설된 제3조의2 (국민건강보험종합계획의 수립 등)에 근거한다[1]. 이를 기반으로 2019년 제1차 건보 종합계획[2]에 이어 2024년 2월에 제2차 건보 종합계획이 발표되었다[3]. 정부는 이번 건보 종합계획 발표일보다 며칠 앞서 필수의료 정책 패키지를 공표했다[4]. 필수의료 정책 패키지는 추진 배경이 공정한 보상에 있었던 만큼 상당 부분 제2차 건보 종합계획의 내용을 담고 있다.

지역의료와 필수의료의 공백, 노령화에 따른 의료비 지출 증가 등은 국민 건강과 건강보험의 지속가능성을 담보하기 위해 시급히 해결해야 할 과제이다. 제2차 건보 종합계획은 현재의 과제를 해결하고 건강보험의 지속가능성을 담보하기 위한 정부의 정책방향과 내용을 가늠할 수 있다. 이 원고에서는 제2차 건보 종합계획에서 담고 있는 향후 5년간 주요 내용을 확인함으로써 건강보험의 지속가능한 발전 방향성을 검토하고 이를 공유하고자 한다.

### 제2차 국민건강보험 종합계획의 틀

정부의 중장기 계획은 일반적으로 비전과 목표, 이를 달성하기 위한 구체적인 사업내용으로 구분하여 제시한다. 제2차 건보 종합계획은 혁

© 2024 by Health Insurance Review & Assessment Service

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

신하는 건강보험, 함께 건강한 국민의 나라를 비전으로 제시하고 그 목표로서 필수보장과 지속가능성을 제안하였다. 비전과 목표를 달성하기 위한 추진과제는 4개의 추진방향, 15개의 추진과제, 57개의 세부과제, 그리고 세부과제의 시행 내용 및 전략으로 구분하여 열거되어 있다. 15개의 추진과제는 가격결정, 정책수가, 혁신제도와 같은 각각의 키워드를 가지고 있다(표 1).

제2차 건보 종합계획은 주요 역점사업 영역을 ‘추진방향’으로 구분하여 제시하고 있다. 총 4개 영역을 구분한 추진방향은 필수의료 공급 및 정당한 보상(추진방향 1), 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장(추진방향 2), 건강보험의 재정적 지속가능성 제고(추진방향 3), 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련(추진방향 4)이다.

57개의 세부과제 하단에는 각 과제를 실현하기 위한 구체적인 사업 내용과 전략들을 제시하고 있다. 예를 들어, ‘필수의료 등에 대한 집중인상 기전 마련’이라는 세부과제를 실현하기 위한 사업이나 전략으로 (1) 환산지수 계약구조 변경을 통한 획일적 인상을 지양하고 필수의료 분야를 집중 인상할 수 있는 구조의 마련, (2) 높은 업무강도와 많은 자원 소모에도 상대적으로 저평가된 항목의 상대가치 점수 집중 인상, (3) 상대가치 점수의 조정 주기 대폭 단축 등을 제시하는 것이다(부록 1). 세부과제 추진을 위한 구체적인 사업내용이나 전략들은 총 121개 수준인 것으로 보인다.

### 1. [추진방향 1] 필수의료 공급 및 정당한 보상

추진방향 1은 필수의료 강화를 위한 건강보험 보상체계 강화 대책의 상당 부분을 포함하고 있다. 새롭게 추진되는 지불체계의 개편이나 필수의료분야 보상 강화의 내용을 담고 있는 것이다. 추진방향

1의 주요 추진과제는 ‘불합리하고 불균형한 수가의 정상화’, ‘공정한 보상을 위한 보완형 공공정책수가 도입’, ‘지속가능한 미래 지불체도의 확립’을 위한 주요 사업계획이다. 네 번째 추진과제인 ‘지불제도 개편을 위한 기반 조성’은 필수의료 공급 및 정당한 보상을 위한 지원체계를 구축하기 위한 정책 계획들이다.

첫 번째 추진과제에는 필수의료에 집중 인상할 수 있는 정책 방안들이 배치되어 있다. 환산지수 계약구조를 바꿔 필수의료 분야에 집중 인상구조를 만들고자 했으며, 상시적 상대가치 점수 조정체계의 전환 정책 방향을 제시하고 있다. 근거기반 보상을 위해 원가자료 수집대상인 패널병원을 확대하고 의료비용 분석 조사를 매년 시행하는 방안이 포함되었다. 필수의료 정책 패키지 공정 보상 방안으로 제시됐던 공공정책수가는 보완형과 대안형으로 구분했다. 보완형 공공정책수가는 기존의 수가산정 방식으로 충분한 보상이 구조적으로 어려운 경우에 적용하는 방식이다. 의료행위별로 투입된 의사업무량과 진료비용을 토대로 상대적인 가치를 산정하는 방식이 기존 수가제도이다. 이 방식으로 책정된 수가는 수요가 감소되는 분야를 충분히 보상하지 못하는 한계가 있다. 대안형 공공정책수가는 현재의 행위별 수가제가 아닌 기관단위나 네트워크 단위의 보상을 위한 방식으로 어린이 공공전문진료센터 사후보상이나 중증진료체계 강화 시범사업 등이 그 예이다.

세 번째 추진과제인 ‘지속가능한 미래 지불체도의 확립’을 위해 대안형 공공정책수가 모형인 지역 의료 혁신 시범사업 계획을 제시했다. 신포괄수가 제도는 사후 비용 조정 기전의 적용을 통해 개선함과 동시에 본사업의 전환 계획을 제시했다. 다양한 묶음지불방식(bundled payment)의 형태들이다. 대안

표 1. 제2차 건강보험 종합계획(2024-2028)의 추진방향, 추진과제, 세부과제

추진방향	추진과제 키워드	추진과제	세부과제
[추진방향 1] 필수의료 공급 및 정당한 보상	가격결정	불합리·불균형한 수가 정상화	<ul style="list-style-type: none"> <li>필수의료 등에 대한 집중인상 기전 마련</li> <li>근거기반 보상을 위한 비용조사 개선</li> </ul>
	정책수가	공정한 보상을 위한 보완형 공공정책 수가 도입	<ul style="list-style-type: none"> <li>충분한 보상을 위한 정책수가 도입</li> <li>주기적·탄력적 운영방식</li> </ul>
	혁신제도	지속가능한 미래 지불제도의 확립	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료 질 제고 및 성과 달성을 위한 대안형 공공정책수가 도입</li> <li>책임의료조직(ACO) 시범사업추진(지역의료혁신시범사업)</li> <li>묶음지불(bundled payment) 확대를 위한 신평가수가제 개선</li> </ul>
	지원체계	지불제도 개편을 위한 기반 조성	<ul style="list-style-type: none"> <li>혁신계정 도입 및 지원조직 강화</li> <li>성과중심의 심사·평가체계를 개편</li> </ul>
[추진방향 2] 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장	전달체계	생애·질병 단계별 끊김없는 의료서비스 보장	<ul style="list-style-type: none"> <li>[급성기] 지역내 필수의료 전달체계 확립</li> <li>[회복기] 회복기의료기관체계도입(퇴원 후 재택 복귀지원 강화 목적)</li> <li>[만성기·유지기] 지역내 의료-요양 통합적 지원체계 구축</li> </ul>
	건강증진	복합·만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>자기관리 유인 강화를 통한 건강지원 패러지 도입</li> <li>건강검진 서비스 개편</li> <li>만성질환의 통합적 관리체계 구축</li> <li>정신건강 관리 지원 강화</li> <li>생애주기별 여성 건강 지원 강화</li> <li>아동의 건강관리 서비스 확대</li> <li>생애말기 의료 강화</li> <li>한방의료 지원 확대</li> </ul>
	약자복지	의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득층 본인부담 상한액 동결</li> <li>질환별·대상별 의료비 지원 기준 개선</li> <li>재난적 의료비 지원 확대</li> <li>저소득층 체납자의 의료서비스 보장</li> <li>장애인·치매관리 지원 강화</li> <li>중증·희귀난치성 질환 의약품 보장성 강화</li> <li>간호·간병 통합서비스 확대</li> <li>상병수당 도입</li> </ul>
[추진방향 3] 건강보험의 재정적 지속가능성 제고	과다방지	합리적 의료이용 유도 및 공급 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>병상 관리 강화</li> <li>의료장비 관리 강화</li> <li>적정의료 유도를 위한 '현명한 선택' 캠페인 추진</li> <li>요양기관 사후관리 강화</li> <li>합리적 의료이용 유도를 위한 본인부담 합리화</li> <li>의료이용 및 의료비 내역에 대한 전국민 알람서비스 제공</li> </ul>
	재평가	의료 질 제고 및 비용 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>행위 항목에 대한 재평가</li> <li>선별급여 관리체계 개선</li> </ul>
	비급여	적정 의료이용 유도를 위한 비급여·실손보험 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>비급여 정보 비대칭 해소</li> <li>실손보험 개선</li> <li>혼합진료 금지 등 비급여 관리 강화</li> </ul>
	부과체계	부담의 공정성·형평성 제고를 위한 부과체계 개편	<ul style="list-style-type: none"> <li>재산보험료 축소 및 자동차보험료 부과 폐지</li> <li>무임승차 방지목적 피부양자 제도 개선</li> <li>보험료 부과 기반 확대 및 납부 편의 제고</li> <li>적정 보험료율 및 안정적 국고 지원 검토</li> <li>고액·상습 체납자에 대한 징수 강화</li> <li>건강보험 자격 동용 방지</li> </ul>
	투명성	재정 관리·운영 체계 개선을 통한 국민 신뢰 제고	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험 재정지표의 공개항목 확대 및 주기 단축</li> <li>국회 보고절차 강화</li> <li>재정추계 모형 고도화</li> <li>사업운영비 관리 강화</li> </ul>
[추진방향 4] 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련	약가제도	혁신신약의 가치 보상 등을 통한 환자의 접근성 제고	<ul style="list-style-type: none"> <li>혁신 신약에 대한 접근성 강화</li> <li>필수약품의 안정적 공급을 위한 지원체계 마련</li> <li>보험약가 지출 효율화</li> </ul>
	의료기기	혁신 의료기기의 신속 진입 및 치료 재료 관리체계 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>혁신 의료기기의 신속한 시장진입 체계 마련</li> <li>치료재료 관리체계 개선</li> </ul>
	연계협력	혁신 유도를 위한 데이터 활용 지원 및 국제 협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험 빅데이터 활용 확대 및 관리 강화</li> <li>자기주도 건강정보 관리 지원</li> <li>국제협력 강화</li> </ul>

ACO, Accountable Care Organization.

형 지불제도 중 심뇌혈관 질환 협력 네트워크 사업은 비용을 의사에게 직접 지불하는 시범사업이다. 요양급여비용의 청구와 지급의 대상은 요양기관이다[5]. 따라서 비용 지급의 대상이 의사가 될 수 없는 것이다. 그러나 다른 요양기관에 소속된 의사들 간의 협력을 통해서만 네트워크 운영이 원활히 이루어질 수 있다. 이에 이 시범사업에서는 의사들에게 직접 비용을 지불하도록 함으로써 직접적인 동기부여를 위한 기전을 마련하였다.

이번 2차 건보 종합계획에서 주목할 부분이 혁신계정을 통한 대규모 시범사업의 방향을 제시한 부분이다. 혁신계정은 정책수가형(8천억 원)과 지역참여형(7천억 원) 그리고 기술검증형(5천억 원)으로 구분하였다. 각 모형은 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 한국보건 의료연구원이 주도적으로 운영하는 방안을 제시하고 있다. 혁신계정 도입, 성과중심의 심사 평가체계 개편, 참여형 심사체계 구축은 지불제도 개편을 위한 기반 조성 추진과제의 세부과제들이다. 보건복지부는 의료기관 단위의 통합적 평가체계 구축을 추진하고자 하며, 이를 위해 중별가산금과 평가 관련 재원을 통합하여 연간 1.5조 원에 달하는 재원 마련을 통해 기존의 진료량에 비례한 보상의 형태를 기관별 기능 및 성과에 비례한 보상으로 전환하고자 계획하고 있다[6].

## 2. [추진방향 2] 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장

제2차 건보 종합계획의 두 번째 영역은 의료격차 축소 및 건강한 삶의 보장을 위한 과제들이다(부록 2). 크게는 전달체계, 건강증진, 약자복지의 키워드를 가진 3개의 추진과제가 있으며, 총 19개의 세부과제가 있다. 첫 번째 추진과제는 생애·질병 단계별 끊김없는 의료서비스를 보장하는 것이다. 이에 따라 급성기, 회복기, 만성기·유지기로 구분

된 세부과제가 있다. 급성기 질환에 대한 보장 방안은 지역 내 필수의료 전달체계를 구축하는 것이다. 지역별로 국립대병원 등 중추 의료기관을 육성하고, 지역 내 의료자원을 1차, 2차 의료기관과 전문병원으로 구분하여 이들 기관의 역량을 강화하고자 하였다. 동시에 실질적인 연계와 협력, 의뢰 및 회송의 활성화를 통한 필수의료 전달체계를 확립하고자 하였다.

급성기 병원 퇴원 후 일정기간 의료와 재활 서비스를 제공함으로써 환자의 재택 복귀 지원을 강화하는 회복기 의료기관 체계를 도입하고자 하였다. 추가적인 처치가 필요하지 않은 환자의 조기 퇴원을 도움으로써 상급종합병원의 과밀화를 방지하고, 재택 복귀를 지원하는 것이 회복기 병원의 역할이다. 즉, ‘급성기병원-회복기병원-만성기병원(요양병원) 혹은 재택의료’의 경로로 세분화한 것이다. 회복기 의료기관의 확산을 위해 정부는 서비스와 환자특성을 반영한 보상 및 평가체계 방안을 도입할 계획이다. 만성기 및 유지기에 따른 의료전달체계는 지역 내 의료와 요양의 통합적 지원체계를 구축하기 위한 세부과제가 제시되어 있다. 요양병원의 사회적 입원과 장기입원을 방지하고 간병을 지원하기 위한 통합적인 방안들을 마련할 계획이다. 정부의 회복기 의료기관과 만성기 및 유지기를 위한 세부과제들은 향후 요양병원들의 역할과 기능에 많은 변화를 불러올 것으로 보인다.

두 번째 추진과제는 ‘복합 만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원’을 위한 대책으로 자기 주도적 만성질환 예방 및 관리 유도 목적의 건강바우처, 건강생활실천 지원금 제도 등과 같은 건강지원 패키지 도입방안을 담고 있다. 이 제도는 미국, 싱가포르에서 시행하는 의료저축계좌(medical savings account) 제도와는 차이가 있다. 이들 국가에서는 의

료비 지출을 위해 평소 개인의 특정 계좌에 일정액이나 수입의 일정비율을 저축하는 형태이다[7,8]. 그러나 이번 종합계획에 포함된 건강생활실천 지원금 제도는 건강보험료를 꾸준히 납부하는 데 비해 의료이용량이 현저히 적은 가입자에게는 보험료의 일정 비율을 별도의 계좌에 지원금으로 적립해주거나 바우처로 제공하는 것이다. 이러한 지원금 또는 바우처의 제공은 본인의 건강생활 실천을 위해 소요되는 비용이나 본인부담금 진료비에 한정하여 활용할 수 있도록 하는 제도이다.

이외에 생애주기별 검진항목을 조정하고, 생애주기별로 측정된 검진기록을 연계하여 통합적인 건강관리에 활용하는 과제가 포함되었다. 이는 검진의 효과를 높이기 위한 노력들이다. 만성질환의 통합 관리를 위하여 일차의료의 강화, 다제약물 관리 강화를 위한 맞춤형 처방 정보 제공, 의약품안전서비스(drug utilization review, DUR), 실시간 의료이용 확인시스템 연계 등의 계획들이 준비되어 있다. 또한 정신건강 관리, 생애주기별 여성건강 지원, 아동의 당뇨·구강·비만 등에 대한 건강관리 서비스 확대, 생애말기 의료의 강화, 한방의료 지원 확대와 관련된 세부과제 및 사업 내용들이 있다. 전반적으로 이 추진과제들은 가입자 단위에서의 건강을 증진시키고자 하는 내용들이 주를 이루고 있다.

세 번째 추진과제인 '의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화'는 취약계층에 대한 2차, 3차의 안전망이 실질적으로 작동되도록 제고하는 개선 과제들이 있다. 소득 하위 30% 인구집단에 대한 본인부담 상한액 동결, 질환·대상별 의료비 지원 기준의 개선, 재난적 의료비 지원 범위의 확대와 같은 방안들이 그것이다. 이외에도 저소득층 체납자의 보험급여 제한을 최소화하거나, 장애인이나 치매환자의 지원 강화, 중증·희귀난치성 질환의 의약품

보장성 강화, 간호·간병 통합서비스 확대들이 세부과제이다. 상병수당의 통합 시범사업 후 본사업 도입 방안도 검토된다.

### 3. [추진방향 3] 건강보험의 재정적 지속가능성 제고

저출산 고령화는 향후 건강보험 재정여건에 필연적으로 부정적 영향을 미칠 것이다. 정부는 건강보험의 당기 수지가 2026년에 적자 전환이 될 것으로 예상하고 있다. 건강보험의 지속가능성이 위협받고 있는 상황이다. 정부의 건강보험 종합계획 수립에 따른 재정안정 방안이 반드시 고려되어야 하는 이유이다. 추진방향 3인 '건강보험의 재정적 지속가능성 제고'에는 다섯 가지의 추진과제를 담고 있다(부록 3).

첫 번째로 제시한 추진과제는 '합리적 의료이용 유도 및 공급 관리'이다. 공급자의 공급과잉 방지와 가입자의 합리적 의료이용 유도를 세부 내용으로 담고 있다. 공급자를 대상으로 하는 정책은 공급과잉 지역의 병상 신·증설을 제한하고, 고가 의료장비의 과다 사용 방지를 위한 성능 연계 수가체계 마련, 공급자의 적정의료 유도 캠페인, 요양기관의 자율점검 및 사후관리 강화이다. 가입자 대상 합리적 의료이용 유도 방안은 본인부담 차등화 및 합리화, 산정특례 본인부담 방식의 변경 검토, 의료이용 및 의료비 내역에 대한 모바일 알림 서비스 등을 계획하고 있다.

두 번째 추진과제는 '의료 질 제고 및 비용 관리 강화'이다. 적정 가격으로 질 높은 의료서비스 제공을 목적으로 한다. 이를 위해 급여 항목의 재평가를 실시하여 의학적 효과성이 불투명하거나 과도하게 높은 비용의 급여항목을 조정 또는 퇴출하고자 한다. 반면, 보건 안보나 의학적 유용성 관점에서 꼭 필요한 항목은 재평가를 통해 보상을 강화하는 기

전을 마련하고자 한다. 그동안 보장성 강화 차원에서 확대된 선별급여에 대한 관리체계 개선도 추진한다. 2017년 2,520억 원 규모였던 선별급여 비용이 2022년 1조 978억 원으로 4.3배 증가했다. 이를 위해 단기적으로는 의학적 필요도 기반 급여기준 신설 등 근거중심 평가를 강화하고자 한다. 중장기적으로는 근거 중심 급여 결정체계 확립을 통한 실질적인 퇴출 기전을 마련할 계획이다.

세 번째 추진과제는 ‘비급여·실손보험의 관리 강화’이다. 이 과제는 필수의료 정책 패키지에서도 포함된 내용이다[4]. 적정의료 유도 및 의료남용 억제제를 위한 정책으로 ① 비급여 정보의 비대칭을 해소하고, ② 실손보험의 개선, ③ 혼합진료 금지 등과 같은 비급여 관리 계획이 발표되었다. 비급여 정보의 비대칭 해소를 위한 다양한 방안이 제시되었다. 비급여 보고제도를 전제 의료기관으로 확대하고자 하였다. 또한 비급여 명칭과 코드의 표준화, 중점 관리대상 비급여의 선정을 통한 안전성·유효성 및 상병별 총진료비 등의 정보를 공개하는 방안이 계획에 포함되었다. 아울러 질병 및 수술별 비급여 현황의 모니터링을 통해 이상 징후를 발견하고 관리계획을 신속히 마련하고자 하였다.

실손보험은 의료수요의 가격 탄력성을 비탄력적인 방향으로 변화시킨다[9]. 적정 의료이용을 위해 실손보험의 개선이 필요한 중요한 이유이다. 보험상품의 개별 및 변경, 보장범위, 비급여 지급기준 등을 논의하기 위해 보건복지부와 금융위원회 간 사전 협의를 제도화할 계획이다. 아울러 실손보험의 건강보험 급여 본인부담금 보장의 개선 등 공사보험 간 역할정립을 유도하고자 하였다. 궁극적으로는 공사보험의 연계를 법제화하고 보건복지부와 금융위원회가 참여하는 공사보험협의체를 통해 비급여 관리 및 실손보험의 개선을 위한 협업을 강화

할 계획이다. 비중증 질환에 대한 과잉 비급여의 혼합진료를 금지하는 방안도 포함되었다. 혼합진료 금지는 일본의 제도로, 급여와 비급여 서비스를 동시에 제공할 경우 모든 의료서비스가 비급여로 산정된다[10]. 환자가 급여서비스까지 전액 본인부담하는 것이다. 미용의료 관련해서는 해외사례, 정책연구, 사회적 논의 등을 거쳐 시술자격의 개선 등 종합적인 제도 개선방안을 마련하고자 한다.

네 번째 추진과제는 ‘보험료의 소득중심 부과체계의 개편’이다. 즉, 부담의 공정성과 형평성을 높이기 위한 방향으로의 추진이다. 재산보험료 축소, 자동차 보험료 폐지, 무임승차 방지를 위한 피부양자 인정범위의 개선, 보험료 부과기반 확대 및 납부편의 제고, 적정 보험료를 및 안정적 국고지원, 고액·상습 체납자 징수 강화, 건강보험 자격 도용 방지가 주요 내용이다. 모두 국민건강보험공단의 주요 업무에 해당한다. 구체적으로는 보험료 부과 재원을 지속적으로 발굴하고 새로운 형태의 소득에 대한 보험료 부과방식을 검토하고자 한 것이다. 건강보험법에 명시된 보험료율의 상한은 8%이다. 현재의 보험료율은 7.09%지만 향후 고령화로 인한 급격한 수요 증가와 의료비 지출 증가가 예상된다. 현재 8% 보험료율의 상한 조정이 필요하다. 건강보험에 대한 국고지원은 2027년까지 적용되는 한시적 규정이다. 건강보험 재정의 지속가능성을 위해 국고의 지원방식과 적정 지원 규모에 대한 검토와 사회적 논의를 거쳐 법률 개정을 추진할 계획이다.

마지막 과제는 ‘재정관리 및 운영체계의 개선’이다. 보험재정을 건전하게 유지할 수 있도록 투명하고 신뢰도 높게 관리하고 운영 체계를 개선하는 것이다. 현재 15개인 건강보험 재정지표의 공개항목을 30개까지 확대하고 연 단위 주기를 분기 단위로 단축한다. 연도별 지출목표, 시행계획 등에 대한 국

회 보고 및 의견수렴 절차도 강화한다. 건강보험의 재정추계 모형을 고도화하고 사업운영비 관리 또한 강화할 계획이다.

#### 4. [추진방향 4] 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련

제2차 건보 종합계획의 마지막 추진방향은 ‘안정적 공급체계 및 선순환 구조의 마련’이다(부록 4). 이 영역의 기본방향은 희귀난치질환 환자에 대한 새로운 치료 기회나 혁신적 의료기술에 대한 지원을 강화하고, 필수약품 등의 안정적 공급체계 확보, 보건의료체계 선순환 구조를 마련하고자 한 것이다. 이를 세 가지 추진과제로 구분하였다. 이 중 두 개 과제는 혁신 신약 및 의료기기 관련 과제이다. 혁신 신약의 가치 보상을 통한 환자 접근성 제고와 혁신 의료기기 신속 진입 및 치료재료 관리 체계 개선은 더 많은 일자리를 창출하고 높은 소득으로 인한 보험료 수입의 증가로 이어지는 선순환 구조를 가져올 수 있다.

첫 번째 추진과제는 ‘혁신 신약의 가치 보상 등을 통한 환자 접근성 제고’이다. 혁신 신약에 대한 접근성 강화의 기본방향은 신속한 등재 후 사후관리를 강화하는 것이다. 치료 효과가 높은 중증·희귀질환 치료제 등의 보장성도 지속 확대할 계획이다. 생존을 위협하는 질환의 치료 신약을 신속하게 등재하기 위해 질환 범위를 확대하고 등재기간을 기존 330일에서 150일로 단축할 계획이다. 혁신성이 인정되는 신약은 점증적 비용-효과비(incremental cost-effectiveness ratio, ICER)의 인정범위를 확대하는 경제성 평가 우대 방안을 마련했다. 제약기업의 약가 우대 대상 또한 확대한다. 위험분담제(risk sharing agreement, RSA)의 적용 대상을 확대한다. 현재의 생존을 위협하는 질환 치료제에 추가로 비가역적 삶의 질 악화를 초래하는 중증질환 치료제까지

확대하는 것이다.

필수약품의 안정적 공급을 위한 지원체계를 마련하고자 한다. 이를 위해 국가 필수약품과 다빈도 처방약의 수급상황을 모니터링하여 즉각 대응체계를 구축한다. 수급 불안정 해소를 위한 신속한 약가 인상 절차도 마련한다. 아울러 퇴장방지 의약품은 제조원가 등을 반영한 적정 보상을 강화한다. 국가필수약품의 국산 원료 사용을 유도하기 위해 약가 우대 지원 정책의 내용도 담고 있다.

정부는 보험약가의 지출을 효율화하기 위한 방안도 마련하였다. 약가 상한금액 조정 기전을 통합적으로 운영하고, 특허만료 약제의 경우 재평가를 통해 가격 조정방안을 개선하고자 하였다. 등재 의약품의 급여 적정성을 재평가하여 임상적 유용성을 입증하지 못할 경우 급여제한 등의 조치를 시행할 계획이다. 이는 고가 중증질환 치료제 관리 강화다. 환자와 건강보험의 재정 부담을 완화하기 위해 신규 치료재료 등재 시 ‘성과기반 환급형’ 등 다양한 유형의 위험분담제를 적용한다. 실제임상자료(real-world data, RWD)를 활용한 실제임상근거(real-world evidence, RWE)에 기반하여 고가 중증치료제의 사후관리를 강화한다. 건강보험심사평가원은 2024년 1월 약제성과평가실을 설치하여 선제적으로 대응하고 있다. 이외에도 제네릭 의약품의 약가 구조 개편을 검토하고 사용량-약가 연동제(price volume agreement, PVA)를 합리화, 리베이트 등 재정 누수 요인 방지를 위한 노력을 계속할 계획이다.

두 번째 추진과제는 ‘질과 비용이 우수한 혁신 의료기기의 신속한 건강보험 진입을 지원하고 치료재료의 사후관리체계를 강화’하는 것이다. 혁신 의료기기의 신속한 시장 진입체계를 마련하기 위해 단기적으로 통합 심사·평가제도 및 신의료기술 평가 유예 대상을 확대할 계획이다. 통합 심사·평가

대상에 비침습적 영상진단, 차세대 체외진단기술 등으로 확대한다. 또한 신의료기술 평가 유예 대상을 비침습 의료기술 전체로 확대하는 한편 유예 기간을 연장할 계획이다. 중장기적으로는 혁신 의료기기를 신속히 시장에 진입시키기 위해 식약처 인·허가 후 한시적 비급여로 우선 사용하고 한시적 기간 종료 시 신의료기술 평가를 시행하는 방안을 검토하고자 한다.

치료재료의 관리체계를 개선하기 위해서는 치료재료 가격 산정체계를 개편하고 공급 부족 치료재료의 대응 체계를 구축할 계획이다. 최초 등재 품목의 가격 우대폭을 확대하고 품목 등재 시 가격 산정방식을 수입신고가 외의 해외 가격 등을 반영할 수 있도록 상한가 산정방식을 개선하고자 한다. 임상 비교 연구가 어려운 필수분야 치료재료는 평가방식을 개선하고 실거래가 상환제의 보완을 위해 적정가격 구매 유도를 위한 인센티브제를 검토할 계획이다. 공급부족 치료재료는 선제적 대응을 위한 모니터링을 강화하고 필수 치료재료를 선정하여 공급 불안정 시 가격 조정 등 신속한 대응체계를 마련한다.

마지막 추진과제는 '혁신을 유도하고 자기 주도 건강관리의 기반인 빅데이터의 활용 지원 및 보편적 의료보장 달성을 위한 국제협력을 강화'하는 것이다. 세부과제인 '건강보험 빅데이터 활용 확대 및 관리 강화'를 위해 공익적이고 과학적 연구의 경우 가명 자료의 반출을 허용하여 활용을 원활히 지원할 계획이다. 두 번째 세부과제인 '자기 주도 건강정보 관리 지원'은 건강정보 고속도로 운영을 통해 요양기관별로 흩어져 있는 건강정보를 통합·활용할 수 있는 기반을 마련하고, 수집된 정보 기반으로 자기 주도 건강관리 및 맞춤형 처방을 지원할 계획이다.

## 마무리

지금까지 제2차 진보 종합계획에 제시된 4개의 추진방향에 따른 15개 추진과제, 57개 세부과제들을 살펴보았다. 정부가 제시한 이 과제들은 시행을 통해 필수의료 보장과 정당한 보상, 지역 간 의료격차 축소 및 건강한 삶의 보장, 건강보험의 재정적 지속가능성을 높이는 데 기여할 것이다. 주요 계획들은 보건복지부와 건강보험 관련 산하기관인 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 역할이지만, 금융위원회가 실손보험과 비급여를 관리하는 등 타 정부부처와의 협력이 필수적이다. 각 과제들은 시행과정에서 많은 이해 관계자들의 참여와 치열한 논의를 통해 발전적인 방향으로 진행되기를 기대한다. 아울러 최근 활동을 시작한 의료개혁특별위원회에서 현재의 주요 과제들이 효과적으로 시행되기 위한 다양한 지원방안 등이 논의되기를 희망한다.

## 이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 지원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

## ORCID

Myung-Il Hahm: <https://orcid.org/0000-0002-4790-3739>

## 참고문헌

1. 국민건강보험법, 법률 제19885호(2024. 1. 2. 일부개정, 시행 2024. 4. 3.).



2. 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023) [Internet]. 세종: 보건복지부; 2019 May 1 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10401000000&bid=0008>
3. 보건복지부. 제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28) [Internet]. 세종: 보건복지부; 2024 Feb 5 [cited 2024 May 10]. Available from: [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10401000000&bid=0008&act=view&list\\_no=1480167&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10401000000&bid=0008&act=view&list_no=1480167&tag=&nPage=1)
4. 보건복지부. 필수의료 정책 패키지 [Internet]. 세종: 보건복지부; 2024 Feb 1 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.innovation.go.kr/ucms/bbs/B0000037/view.do?ntId=15899&menuNo=300083&pageIndex=1>
5. 국민건강보험법, 법률 제20324호, 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) (2024. 2. 20. 일부개정, 시행 2024. 5. 21.).
6. 보건복지부 보도자료. 상급종합병원 체질 개선, 수가 혁신 등 의료개혁논의 박차 [Internet]. 세종: 보건복지부; 2024 May 10 [cited 2024 May 11]. Available from: [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1481381&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1481381&tag=&nPage=1)
7. 안이수. 미국 의료저축계정(health savings account) 제도 동향. HIRA 정책동향. 2008;2(7):49-53.
8. 김규동, 정원석, 강윤지. 이슈보고서 2023-01. 노후 의료비 재원 마련을 위한 사전적립제도 현황. 서울: 보험연구원; 2023.
9. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care, 7th ed. New York (NY): Routledge; 2012.
10. 오은환. 일본의 혼합진료금지제도와 신의료기술. HIRA 정책동향. 2007;1(2):37-42.

**부록 1. (추진방향 1) 필수의료 공급 및 정당한 보상 영역의 세부과제별 사업 내용 및 전략**

추진과제(키워드)	세부과제	내용/전략
불합리·불균형한 수가 정상화(가격결정)	필수의료 등에 대한 집중인상 기전 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>계약구조 변경을 통한 확실적 인상 지양(필수의료 분야 집중인상 구조 마련)</li> <li>높은 업무강도와 많은 자원 소모에도 상대적 저평가 항목의 상대가치점수 집중인상(중증응급, 중증정신, 소아, 감염병)</li> <li>상대가치점수 조정 주기 대폭 단축(5-7년→2년)</li> </ul>
	근거기반 보상을 위한 비용조사 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료비용 분석 조사를 정기적으로 시행하여 근거기반 신속 수가 조정 체계 구축</li> <li>비용조사 신뢰도 제고(원가 산정지침 표준화, 패널병원 130→700개소 확대)</li> <li>의료비용분석위원회 운영 정례화 및 지원 강화</li> </ul>
공정한 보상을 위한 보완형 공공정책수가 도입(정책수가)	충분한 보상을 위한 정책수가 도입	<ul style="list-style-type: none"> <li>난이도·위험도·시급성, 의료진 숙련도, 대기/당직 등 진료의 소요시간, 지역차차 등 기존 행위별 수가로 충분히 보상되지 못했던 사항에 대한 보상 목적(상대가치×환산지수 + 보완형 공공정책수가)</li> </ul>
	주기적·탄력적 운영방식	<ul style="list-style-type: none"> <li>운영기한 명시, 주기적 평가를 통한 탄력적 운영</li> </ul>
지속가능한 미래 지불제도의 확립(혁신제도)	의료 질 제고 및 성과 달성을 위한 대안형 공공정책수가 도입	<ul style="list-style-type: none"> <li>진료량에 따른 보상 → 의료 질·성과에 따른 기관별 차등 보상의 다양한 시범사업 추진(어린이 공공전문진료센터 사후보상, 중증진료체계 강화 시범사업)</li> </ul>
	책임의료조직(ACO) 시범사업 추진(지역의료혁신시범사업)	<ul style="list-style-type: none"> <li>권역내 환자 중심의 포괄적 의료서비스 제공 모형</li> <li>환자경험, 치료결과 등의 성과와 연계하여 ACO에 비용 보상(행위별 수가제 → 성과 연계 포괄 보상)</li> </ul>
	무음지불 확대를 위한 신포괄수가제 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>기관별 환자 중증도, 난이도를 반영 적정 비용 보상 신포괄수가의 지불방식 개선</li> <li>의료질·성과 등 고려 사후 비용 조정 기전(질병군별 포괄 수가+수술·처치 행위별 수가 → 질병군별 포괄수가+사후 비용 조정)</li> <li>신포괄수가 모형(97개 기관 시범사업)의 본 사업 전환 및 적용대상 기관 확대</li> <li>미국 무음지불제도(BPCI advanced) 등을 참고한 신포괄수가제 모형의 지속 보완</li> </ul>
지불제도 개편을 위한 기반 조성(지원체계)	혁신계정 도입 및 지원조직 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>(혁신계정) 지불제도 개혁을 위한 모형 개발 및 시범사업 관리 목적의 보험재정내 별도 계정 구축(중·요양급여비용의 2%-2조 원 규모)</li> <li>혁신계정 유형                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 정책수가형(8천억 원): 지역의료 혁신 시범사업, 전문의 중심병원 등 필수의료보장 및 지역 완결적 의료전달체계 구축</li> <li>② 지역참여형(7천억 원): 일차의료, 의료-요양-돌봄을 연계한 성과보상 모형</li> <li>③ 기술검증형(5천억 원): 혁신기술의 신속 적용, 의료기술의 건강성과 및 비용효과성 등에 대한 성과 평가</li> </ul> </li> <li>(지원조직) 시범사업의 통합 기획 및 관리, 평가, 성과관리와 확산, 전문성 강화 위한 전담조직 마련(지역참여형: 건보공단+지자체, 기술검증형: NECA, 정책수가형: 심평원)</li> </ul>
	성과 중심의 심사·평가체제로 개편	<ul style="list-style-type: none"> <li>'투입·구조·과정 중심' → '성과 중심'으로 심사 개선(진료성과 달성 기관의 자율성 존중), 진료 성과 우수 기관에 대해서는 심사기준 적용 완화</li> <li>참여형 심사체계 구축: 심사기준의 투명한 공개, 현장전문가 참여하여 심사 및 불합리한 심사기준 발굴, 평가결과-수가·심사기준 개선 연계, 평가 우수기관 인센티브(선순환 구조 마련)</li> <li>통합적 평가체계 구축: ① 평가통합포털을 통한 공통지표 활용, ② 행위단위 가산 보상 → 기관 단위 진료성과에 비례한 별도 보상, ③ 평가관련 재원 통합, ④ 성과보상위원회 운영</li> <li>심사평가 인프라 강화-심사·평가 정보수집·분석체계 고도화                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 심사·평가 정보의 작성·제출 방식 표준화(EMR 인증, e-Form 등)</li> <li>② 맞춤형 정보 생성을 위한 종합정보시스템구축(건보공단-가입자단위, 심평원-요양기관 단위)</li> <li>③ 평가 통합포털 등 인프라 공동 활용</li> <li>④ 요양기관의 임상정보 수집 및 제공 등의 업무에 대한 보상</li> </ul> </li> </ul>

ACO, Accountable Care Organization; BPCI Advanced, Bundled Payments for Care Improvement Advanced; NECA, National Evidence-based healthcare Collaborating Agency; EMR, electronic medical record.

**부록 2. (추진방향 2) 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장 영역의 세부과제별 사업 내용 및 전략**

추진과제(키워드)	세부과제	내용/전략
생애·질병 단계별 끊김 없는 의료서비스 보장(전달체계)	[급성기] 지역내 필수의료 전달체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국립대병원 등 필수의료 중추 육성                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지역의료 컨트롤 타워(의료자원 관리, 필수의료 네트워크 총괄)</li> </ul> </li> <li>• (역량강화)지역 의료기관 역할 정립 및 협력 지원체계 강화                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 의료기관: 만성질환 → 필수의료 전반</li> <li>- 2차 의료기관: 필수의료 특화병원 육성</li> <li>- 필수의료 전문병원 확충 유도 및 1-3차 연계 협력 지원을 위한 협력진료 모형 개발</li> </ul> </li> <li>• (연계협력)필수의료 협력네트워크 구축 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 거점기관 중심 의료기관간 협력체계 구축</li> <li>- 거점-협력기관 간 운영 네트워크 운영 성과에 따른 보상(건강목표, 지출 효율화 등 성과)</li> <li>- 네트워크 활성화를 위한 진료정보 교류 시스템, EMR 통합 등 협력기관 구축</li> </ul> </li> <li>• (의료회송)동일 권역내 진료의뢰·회송 활성화 → 의료기관 간 협력체계 강화</li> </ul>
	[회복기] 회복기 의료기관 체계 도입(퇴원 후 복귀 지원 강화 목적)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 회복기 의료기관 체계(급성기 병원 → 회복기 의료기관 → 만성기 병원/재택의료) 도입</li> <li>• 회복기 의료기관 확산 지원: 입원료 체감제 제외, 평가를 통한 성과 보상체계 도입</li> </ul>
	[만성기·유지기] 지역 내 의료-요양의 통합적 지원체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회적 입원 및 장기입원 방지(통합판정체계 도입, 본인부담 강화, 요양병원 평가 시 재택복귀율 등 지표 적용), 의료필요도 높은 환자의 간병서비스 지원(시범사업)</li> <li>• 의료 공급체계의 환자중심 전환을 통한 복합 만성질환 노인에 대한 연속적·통합적 관리</li> </ul>
복합·만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원(건강증진)	자기관리 유인 강화를 통한 건강지원 패키지 도입	• 건강바우처, 건강생활 실천 지원금 지원 확대
	건강검진 서비스 개편	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생애주기별 맞춤형, 조기검진의 효과성을 고려한 검진항목 조정</li> <li>• 이상소견에 대한 사후관리 연계체계 마련</li> <li>• 생애 전주기 건강검진 기록 연계를 통한 통합적 관리</li> </ul>
	만성질환의 통합적 관리체계 구축	• 일차의료의 만성질환 관리기능 강화, 다제약물 관리 강화
	정신건강관리 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신 건강검진 확대</li> <li>• 정신 의료기관 이용자의 사후관리 강화</li> <li>• 지역 복지서비스 등과 연계한 정신질환자의 퇴원 후 일상회복 지원</li> <li>• 마약류 중독자 대상 확대 및 중독치료 지원 확대</li> <li>• 정신응급 및 급성기 정신치료 인프라(권역 정신응급의료센터 등) 확충</li> </ul>
	생애주기별 여성건강 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (가임기) 난임 해소 지원 및 의료비 부담 완화(신선배아, 동결배아 통합 20회 지원)</li> <li>• (월경기) 여성 중증질환의 진료비 부담 경감을 위한 급여지원 확대</li> <li>• (폐경기) 골절 고위험군에 대한 환자부담 경감</li> </ul>
	아동의 건강관리 서비스 확대	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (당뇨) 소아 1형 당뇨병환자의 당뇨 관리기기 지원 및 교육상담 확대</li> <li>• (구강) 예방중심의 구강관리 서비스 강화</li> <li>• (비만) 의료기관-보건소-학교 연계 비만교육·상담 서비스 도입 검토</li> <li>• (입원) 2세 미만 입원 본인부담률 5%→0% 축소(건강한 성장 지원)</li> </ul>
	생애말기 의료 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가정형·자문형 호스피스 전문기관 확충 및 서비스 확대 지원</li> <li>• 거주지 입종 지원(거주지 내 사망 시 사망신고 절차 간소화)</li> <li>• 존엄한 생애 마무리 지원 등을 위한 연명의료 결정제도 활성화</li> </ul>
	한방의료 지원 확대	• 국민의 선택권 확대 및 건강지원을 위한 처방 등 한의약 분야 건강보험 보장성 확대 검토(대상질환 확대, 본인부담률 조정)
의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화(약자복지)	저소득층 본인부담 상한액 동결	• 소득 하위 30% 본인부담 상한액 동결(소비자 물가변동을 미반영)
	질환별·대상별 의료비 지원기준 개선	• 취약계층 접근성 강화를 위한 공통 지원기준 마련(건강보험료)
	재난적 의료비 지원 확대	• 재난적 의료비 지원범위 확대(동일질환 합산 → 모든 질환 의료비 합산)
	저소득층 체납자의 의료서비스 보장	• 보험료 체납에 따른 보험급여 제한 등 최소화(체납 보험료 24회 분할)
	장애인·치매 관리 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (장애인) 장애인 건강주치의 대상 확대 및 방문서비스 강화</li> <li>• (치매) 증상 약화를 위한 포괄 평가 및 관리계획 수립, 심층교육·상담, 비대면 관리, 방문진료 등 의료서비스 지원</li> </ul>
	중증·희귀난치성 질환 의약품 보장성 강화	• 암, 희귀난치성 질환 등에 대한 약제비 부담 완화 목적 의약품 보장성 강화 지속
	간호·간병 통합서비스 확대	• 급성기 환자 간병부담 완화 목적 간호·간병 통합 서비스 적용 병원과 병상 확대
상병수당 도입	• 1·2단계 시범사업(10개 지역) → 3단계 시범사업('24-) 및 통합 시범사업('25-) 평가 후 본 사업 제도화 검토('27-)	

EMR, electronic medical record.

**부록 3. (추진방향 3) 건강보험의 재정적 지속가능성 제고 영역의 세부과제별 사업 내용 및 전략**

추진과제(키워드)	세부과제	내용/전략
합리적 의료이용 유도 및 공급 관리(과다방지)	병상 관리 강화	• 공급 과잉 지역의 병상 신·증설 제한 및 보상을 차등 적용 검토
	의료장비 관리 강화	• CT, MRI 등 특수의료장비 설치기준 강화, 장비 공유체계 조성 등을 통한 과다 사용 방지, 의료장비의 품질관리기준 개선 및 장비 성능과 연계한 수거체계 마련 검토
	적정의료 유도를 위한 '현명한 선택 캠페인' 추진	• 적정의료 목록 보급(관계기관·단체 협력)
	요양기관 사후관리 강화	• 요양기관 자체적으로 부정수급 자정활동 유도를 위한 자율점검 및 사전 예방 활동 활성화, 다기관·다발생 착오 청구 항목 중심 자율점검 대상 확대 • 빅데이터, 인공지능 등 혁신기술을 활용한 부당청구 의심 징후 조기 발견 및 현지조사 등 사후관리 효과성 제고
	합리적 의료이용 유도를 위한 본인부담 합리화	• 불분명한 의학적 효과성, 필요도가 낮은 의료에 대한 본인부담 상향 조정 등 과다 의료이용에 대한 본인부담 차등화 • 외래이용 횟수의 합리적 관리를 위한 본인부담 합리화 추진 • 산정특례 본인부담의 지원방식 변경 검토(의료이용량이 많은 환자, 정률 감감의 변경 검토)
의료 질 제고 및 비용 관리 강화(재평가)	의료이용 및 의료비 내역에 대한 전국민 알람서비스 제공	• 의료이용량 및 비용부담에 대한 인식 제고와 합리적 이용 유도를 위한 분기별 모바일 알람서비스 제공('25~)
	행위 항목에 대한 재평가	• 2년 주기로 기존 급여항목의 재평가 → 재평가 결과 토대 가격조정 및 퇴출(불투명한 의학적 효과성, 효과 대비 높은 비용의 경우) • 보건안보 및 의학적 유용성 관점에서 꼭 필요한 항목은 재평가를 통한 보상 강화 기전 마련
적정 의료이용 유도를 위한 비급여·실손보험 관리 강화(비급여)	선별급여 관리체계 개선	• (단기) 의학적 필요도 기반으로 선별급여 항목의 근거 중심 평가 강화 • (중장기) '근거중심 급여 결정체계' 확립, 실질적 퇴출기전 마련
	비급여 정보 비대칭 해소	• 비급여 보고제도 강화(전체 의료기관 대상 확대, 진료내역 보고) • 비급여 목록 정비·표준화(명칭, 코드) 및 항목별 권장가격 제시 • 비급여 항목별 안정성·유효성 정보, 상병별 총진료비 등 공개 • 질병·수술별 비급여 현황 모니터링
	실손보험 개선	• 상품 개발·변경, 보장범위, 지급기준 등에 대해 복지부-금융위 간 사전협의 제도화 • 실손보험의 건강보험 급여 본인부담금 보장 개선 • 공사보험 연계 법제화, 공사보험 협의제 등을 통한 비급여 관리 및 실손보험 개선 협업 강화
부담의 공정성·형평성 제고를 위한 부과체계 개편(부과체계)	혼합진료 금지 등 비급여 관리 강화	• 비중증 과잉 비급여의 혼합진료 금지 적용(도수치료, 백내장 등) • 주기적 의료기술 재평가를 통해 문제 항목의 비급여 목록에서의 퇴출 • 미용의료에 대한 시술자격 개선 등 종합적 제도개선 방안 마련
	재산보험료 축소 및 자동차보험료 부과 폐지	• 재산보험료 기본공제 확대(5천만 원 → 1억 원)
	무임승차 방지 목적 피부양자 제도 개선	• 충분한 사회적 논의를 통해 피부양자 인정범위 개선
	보험료 부과기반 확대 및 납부 편의 제고	• 건강보험료 부과재원 발굴, 새로운 형태의 소득에 대한 보험료 부과방식 검토 • 입시납부 등 납부 편의성 제고, 소득 발생과 보험료 부과 시점 간 시차 최소화를 위한 제도 개선
재정 관리·운영체계 개선을 통한 국민 신뢰 제고(투명성)	적정 보험료율 및 안정적 국고 지원 검토	• 보험료율 법정 상한 도달(8%) 대비 적정 부담에 대한 사회적 논의 • 건강보험에 대한 국고 지원('27년까지 한시 적용) 방식 및 적정 지원 규모 재검토 및 사회적 논의를 통한 법률 개정 추진
	고액·상습체납자에 대한 징수 강화	• 고액·상습체납자에 대한 적극 대응(사전급여 제한, 인적사항 공개 등)을 통한 보험료 수입 결손 최소화
	건강보험 자격도용 방지	• 요양기관의 자격 확인 의무화('24.05.20)에 따른 타인자격 도용 방지 강화 • 실시간 의료이용 확인 시스템 구축 및 모니터링 → 자격도용 방지 실효성 확보
	건강보험 재정지표의 공개항목 확대 및 주기 단축	• 기존 15개 항목에서 신규항목 추가 및 기존항목 세분화, 기존 연단위 공개 → 분기 단위 공개
	국회보고 절차 강화	• 연고별 지출목표, 시행계획 등 주요 정책사항에 대한 국회 보고 및 의견수렴 절차 강화
사업운영비 관리 강화	재정추계 모형 고도화	• 정교한 재정추계 모형 구축 연구(해외 보험재정 추계모형과의 비교·검증, 우리나라 건강보험 제도 특성, 코로나 팬데믹이나 의약품 수급 불안정 등 외부요인 반영)
	사업운영비 관리 강화	• 신규 사업 도입 시 사전적 타당성 검증 및 사후적 평가 환류 절차 마련 검토

CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging.

**부록 4. (추진방향 4) 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련 영역의 세부과제별 사업 내용 및 전략**

추진과제(키워드)	세부과제	내용/전략
혁신신약의 가치 보상 등을 통한 환자의 접근성 제고(약가제도)	혁신 신약에 대한 접근성 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치료효과 높은 중증·희귀질환치료제 등에 대한 보장성 지속 확대</li> <li>• 생존위협 질환 치료 신약의 신속 등재(‘허가-평가-협상’ 병행 실시를 통한 등재기간 330일→150일 단축) 및 생존위협 질환 범위 확대</li> <li>• 혁신신약의 경제성 평가 우대((CER 기준 초과도 경제성 인정 및 신속 건강보험 등재 추진)</li> <li>• 제약기업의 약가 우대 대상 확대</li> <li>• 위험분담제 적용 대상 확대(기존 생존위협 질환 치료제+비가역적 삶의 질 악화 초래 중증질환 치료제까지 적용 확대)</li> </ul>
	필수의약품의 안정적 공급을 위한 지원체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 필수약품 등 수급상황 모니터링 및 이상 징후 발생 시 즉각 대응</li> <li>• 국산원료 사용 국가 필수약품의 약가 우대 지원</li> <li>• 수급 불안정 해소를 위한 신속한 약가 인상, 퇴장방지 약품은 제조원가 등을 반영하여 지속적으로 보상의 적정성 강화</li> <li>• 약가 가산 등 대상이 되는 국가필수 약품 범위 확대 및 세부분류(S, A, B, C)에 따라 지원내용 차등화</li> </ul>
	보험약가 지출 효율화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 약제비의 합리적 관리를 위한 통합적 조정기전 마련, 등재(약가 상한금액 조정기전 통합 운영, 특허만료 약제의 가격 재평가)</li> <li>• 등재약품 재평가를 통한 약품 질·비용 관리</li> <li>• 고가 중증질환 치료제 관리강화(신규 등재 시 다양한 유형의 위험분담제 적용, 환자안전 및 의학적 효과성 기반 고가 중증질환 치료제의 사후관리 강화)</li> <li>• 제네릭 약품의 공정한 경쟁을 통한 약가 합리화 등을 위한 약가 구조개선 방안 검토</li> <li>• 사용량-약가 연동제 합리화(청구량 많은 약제의 인하율 상향, 연동제 적용 제외대상 확대)</li> <li>• 리베이트 등 재정누수 요인 방지(엄중한 행정처분, 리베이트 약품 상한금액 인하 처분 등에 대한 집행 정지기간 중 발생 손실액·이자의 사후 징수)</li> </ul>
혁신 의료기기의 신속 진입 및 치료재료 관리체계 개선(의료기기)	혁신 의료기기의 신속한 시장진입 체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (단기) 혁신 의료기기 통합 심사·평가제도(비침습적 인공지능, 빅데이터 디지털 웨어러블 기술 → 비침습적 응급학 영상진단, 차세대 체외 진단기술 등 까지 확대) 및 신의료기술 평가 유예 대상 확대 검토(신의료기술 평가 유예 대상으로 전체 비침습 의료기술로 확대)</li> <li>• (중장기) 식약처 인·허가후 한시적 비급여로 선사용 → 한시적 허용 기간 종료시 신의료기술 평가 시행</li> </ul>
	치료재료 관리체계 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치료재료 가격 산정체계 개편(상한가 산정방식 개선, 필수치료재료 평가 개선, 적정가격 구매 유도를 위한 인센티브제 도입)</li> <li>• 공급부족 치료재료 대응체계 구축(관계기관 협력으로 모니터링 체계 구축, 필수 치료재료 선정 및 공급 불안정 발생시 가격 조정) 등 신속 대응체계 마련</li> </ul>
혁신 유도를 위한 데이터 활용 지원 및 국제 협력 강화(연계협력)	건강보험 빅데이터 활용 확대 및 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공익적·과학적 연구는 가명자료 반출 허용</li> <li>• 공익적·과학적 연구로 정보주체 침해 우려 등이 최소화 될 수 있는 경우 데이터 제공 확대</li> <li>• 데이터 악용(데이터 왜곡, 국민불이익 등) 방지를 위한 대안 마련</li> </ul>
	자기 주도 건강정보 관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ‘건강정보 고속도로’ 활용을 통한 요양기관별 건강정보를 통합·활용할 수 있는 기반 마련</li> <li>• 수집된 정보기반 자기주도 건강관리 및 맞춤형 처방 지원</li> </ul>
	국제협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국제사회의 보편적 의료보장 달성을 위한 양자·다자간협력체계 강화</li> </ul>

ICER, incremental cost-effectiveness ratio.