

건강보험 지속가능성 제고 방안

2023. 2. 28.



보건복지부

순서

1. 추진배경	1
2. 현황 및 문제점	3
3. 추진방향	4
4. 추진 과제	5
1. 의료적 필요도 기반 급여기준 · 항목 재점검	5
2. 공정한 자격 · 부과제도 운영	10
3. 합리적 의료이용 유도	14
4. 불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신	17
※ [붙임] 과제별 추진일정	20
5. 제도 · 구조 개편방향	22
6. 제도 · 구조 개편 추진일정	23

1. 추진 배경

- ❶ (관리·운영) 보장성 강화로 부적정·과다 의료이용 사례 발생, 외국인 의료쇼핑 등 운영·관리 측면에서 재정 누수로 제도 신뢰성 저하
 - 의학적 필요성이 낮은 항목에 대한 일률적 급여화로 의료 남용 급증
 - * 근골격계 수술을 하면서 상복부 초음파 시행: 3년간('18.4~'21.3) 19,000여 건(감사원, '22.7.)
 - 비급여 관리 기전이 미흡한 채 보장성 강화 추진하여, 실손보험 기반 비급여 시장 팽창, 가계 지출 中 의료비 부담 증가
- ❷ (제도·구조) 포괄수가제 도입 등 일부 개선 노력이 있었으나, 현행 量 중심의 행위별 수가제도로 의료비 지출 급증 추이 관리 곤란
 - 수입 부문에서는 안정적 국고지원 미흡, 보험료율 상한*(8%) 등으로 적재적소 효율적 지출을 뒷받침하지 못하는 한계
 - * 최근 5년간 연평균 보험료율 2.7% 인상 ('17) 6.12% → ('22) 6.99%
 - 건보 재정에 대한 외부 통제 강화 등 투명성 제고 요구 지속
- ❸ (보건의료체계) 꼭 필요한 의료서비스 관련 자원배분·가격 구조 왜곡으로 보건의료체계 지속 가능성 저하
 - 수도권·상급병원 쏠림 가속화로 지역·중소병원 의료 공급체계 약화, 의료 전달체계 위기
 - 중증·응급, 분만, 소아 및 의약품 등 필수의료서비스 부족
 - 행위·약제 등 항목 위주 급여화에 치중, 중증·희귀 질환자 등 대상 중심 보장성 강화는 미흡

< 추진 배경 및 논의 범위 >

재정 현황 누적 준비금 20.2조('21년 말, 3.2개월 분), 당기 흑자 2.8조('21년)

환경 분석 향후 인구 고령화 진행으로 지출 증가 가속, 수입 증가 둔화 전망

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

① 관리·운영

- ▶ 보장성 강화로 인한 과다 의료 이용
- ▶ 외국인 등 의료쇼핑·자격도용

⇒ 건강보험 재정 누수 및 제도 악용 사례 증가



- ▶ 부당·부적정 관리체계 개선, 재정건전성 확보 및 제도 신뢰성 제고

② 제도·구조

- ▶ 행위·량 위주 획일적인 지불보상체계
- ▶ 보험료 상한 등 수입 확충 한계

⇒ 재정의 장기적 지속가능성 저하



- ▶ 지불보상체계 및 수입구조 개편 논의 필요
- ▶ 재정관리 체계·프로세스 개편

③ 보건의료체계

- ▶ 보건의료 전달체계 위기
- ▶ 필수의료 부족
- ▶ 중증·희귀질환자 등 의료비 부담 여전

⇒ 보건의료체계 지속가능성 저하



- ▶ 필수의료, 전달체계 정상화
- ▶ 중증·희귀 난치 질환자 등 지원
- ▶ 공공정책수가 확립

☞ **① 관리·운영 중심의 재정 효율화 대책과 더불어**

② 근본적 제도·구조 개편방안은 「건강보험 종합계획('24~'28)」 수립

③ 보건의료체계 대책은 「필수의료 지원 대책」 등을 통해 추진

2. 현황 및 문제점

① [의료공급] 비급여의 급여화 등으로 과다 의료공급 유인 제공

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

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

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

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

- (외국인 등) △외국인 피부양자 입국 즉시 건보 급여 이용* 가능, △해외 체류 국외 영주권자 입국 시 당월 보험료만 납부하면 즉시 급여이용 가능

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

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

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

- (본인부담 경감제도) 본인부담상한제, 산정특례 등 본인부담 경감 제도 지출 증가, 제도 합리성 저해 요인 점점 필요한 시점
- (과다 의료이용) 환자의 의료이용에 제한이 없고, 실손보험 통한 의료비 부담 감소 등으로 극과다 의료이용 사례 발생

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

- (불법개설기관) 건전한 의료질서 훼손, 의료서비스 질 저하와 재정누수 야기 → 환수·징수 실적도 담보 상태(환수 0.2조 / 부당이득 3.2조, '09~'22 누적)
- (부당청구) 현지조사 및 자율점검을 통해 부당청구 관리 중이나, '20년 이후 코로나19 영향으로 현지조사기관 및 부당적발금액 정체

3. 추진방향

목표

건강보험 제도의 **지속가능성 제고** 및 **국민 신뢰 확보**

추진 방향

국민께서 **적정**하게 이용하고 계시는 **건강보험의 혜택은 유지**하되,
재정 누수 요인은 철저히 점검·관리하여 건강보험 **재정 효율화**

① 관리·운영 혁신 방안

추 진 과 제

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

② 제도·구조 개편 방향

① 지출 구조 개편 ② 수입 구조 개편 ③ 재정 관리 구조 개편

4. 추진 과제

1. [의료공급] 의료적 필요도 기반 급여기준 · 항목 재점검

① 보장성 강화 항목 및 계획 재점검

□ 현황 및 문제점

① (既 보장성 강화 항목) 광범위한 급여화로 의학적 필요가 불명확한 검사 시행 등 과잉이용 발생, 사후관리·심사 등 관리도 미흡

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

※ (①사례) A씨는 두통, 어지럼이 있어 신경학적 검사를 실시한 결과 아무 이상이 없었음에도, 뇌, 뇌혈관 2종류의 자기공명영상 촬영

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

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

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

②동일일자에 불필요하게 여러 부위의 초음파를 검진 · 촬영하는 이상 사례 확인(연간 약 7천여건) 등

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

② (보장성 강화 계획) 근골격계 질환*은 생명과 직결되지 않는 선택적 의료가 다수 혼재되어 있으나, 다른 필수적 의료와 같이 검토대상에 포함

* 남은 보장성 강화 검토대상: 근골격계 MRI·초음파, 척추근골격 관련 등재기준 비급여 등

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

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

□ 개선방안 및 추진일정

① (既 보장성 강화 항목) 의료적 필요도 기반 급여기준 재점검

- 既 급여화된 MRI·초음파 중 △‘재정목표’ 대비 지출 초과 항목, △이상사례 발견 항목 중심으로 급여기준 명확화 및 개선(~'23년)

< MRI·초음파 항목별 급여기준 조정 방안(예시) >

- ▶(뇌·뇌혈관 MRI) (현행) 두통·어지럼은 ①신경학적 검사 시 급여 인정, ②최대 3촬영까지 산정
→ (개선안) ①신경학적 검사상 이상소견 있는 경우에만 급여 인정, ②최대 2촬영으로 제한 검토
- ▶(상복부 초음파) (현행) 수술 전 초음파 시행 시 급여가 적용되는지에 대한 기준 부재
→ (개선안) 수술 위험도 평가 목적의 초음파는 의학적으로 필요한 경우에만 급여 적용
- ▶(초음파 전체) (현행) 동일 날짜에 여러 부위를 불필요하게 동시 검사하는 사례
→ (개선안) 동일날 여러 부위 촬영 시 최대 산정 가능 개수를 제한하는 기준 마련

- 그 밖의 재정 규모가 큰 MRI·초음파, 급여 전환된 등재·기준 비급여 항목도 이용량, 급여기준 등을 검토·분석 후 필요시 개선 추진(계속)
- △전문심사 확대 및 전산시스템 개선, △MRI 등 이용량 급증 항목은 사전예고 후 집중심사(선별집중심사) 등 진료비 심사 강화(계속)
- 영상 촬영 청구량 높은 다촬영 의료기관 중심으로 현장점검(계속)

② (보장성 강화 계획) 의료적 필요에 따라 급여화 여부 신중 검토

- 근골격계 등 MRI·초음파는 의학적 타당성 등을 검토해 필수적인 항목 중심으로 제한적 급여화 추진(~'23년)
- 그 외 등재·기준비급여는 의학적 유용성, 치료효과성, 재정부담 등 급여진입 기준 적합여부 재검토 후 급여화(~'23년)
- 잔여 급여화 검토 대상 항목 재점검을 위한 ▲전문가·가입자 등 의견수렴, ▲자문회의 등 추진(~'23년)
- 본인부담률 결정기준 정비, 평가 우선순위 결정절차 마련 등 선별급여 관리 개선(~'23년)

② 약품비 관리 강화

□ 현황 및 문제점

- (현황) 약품비는 21.2조원으로 총 진료비(약 88조원) 대비 24% 수준 유지 중이나, 절대 금액은 지난 5년간 매년 1조원씩 증가 추세('21)
 - 만성질환(고혈압, 고지혈증, 당뇨) 약품비는 약 6조원(전체 약품비의 약 28%, '21)으로 지속 증가 중이며, 제네릭 다수 등재 중
- * (예시) 심바스타틴20mg(고지혈증치료제) : 제네릭 64개 품목 등재(가격: 315~670원)

□ 개선방안 및 추진일정

◆ 약품비 관리 강화로, 약제 관련 진료비 증가 추이 완화

① (재평가) 既 등재 약제에 대한 재평가 강화

- '20.7월(제네릭 약가제도 개편*) 이전 既 등재 약제에 대해서도 약가 차등 적용기준 확대(기준요건 충족 여부 평가*하여 최대 27.75%인하)('23년)
 - * (약가제도 개편) 제네릭 등재 시, 기준요건(①자체 생물학적동등성시험 실시, ②식약처 등록 원료의약품 사용) 충족 여부에 따라, 미충족 요건 하나당 15%씩(최대 27.75%) 약가 인하
- ※ (현행) '20.7월 이후 신규 약제부터 기준요건(생동성 시험실시 등)에 따라 약가 차등 산정
- (개선) '20.7월 이전 既 등재 약제(약 2만개 품목)도 기준요건 평가하여 약가 차등 인하
- 임상적 유용성 등이 불분명한 약제 중 청구액(연간) 약 200억원 이상 이고, 외국 1개국 이하에서 급여되고 있는 경우 약제 재평가('23년)
- 특허만료 만성질환 약제 등을 외국 약가와 비교하는 재평가 방안 마련('23년)

② (위험분담제) 고가약 관리 강화(계속)

- 고가약은 신규 등재 시 다양한 유형의 위험분담제*를 적용하여 관리 강화, 효과성 등 성과 낮을 경우 약가 환급 등 계약
- * △일정기간 투약 후 효과 없을 시 업체가 공단에 약가 일부 환급, △총 사용 한도 초과 시 초과분의 일정비율을 업체가 공단에 환급하는 방법 등

③ (사후관리) 빈틈없는 약제 사후관리제도 지속 추진(계속)

- 의약품 청구 내역을 활용하여 실거래가 조사를 실시하고, 실거래가 수준까지 약가 인하
- 장려금 지급(요양기관에서 의약품 사용량 감소 및 저가구매 노력 시 지급 중)을 통해 처방·조제 약품비 절감 등 처방행태 개선 및 약품비 관리
- 사용량이 예상 청구액 또는 전년도보다 일정 비율 이상 증가 시, 사용량-약가 연동 협상을 통해 최대 10%까지 가격 조정

③ 치료재료 실거래가 조사방식 및 재평가 개선

□ 현황 및 문제점

① (실거래가 조사방식) 일부 기관, 일부 품목*에 대해서만 현장조사

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

② (가격 재평가) 치료재료 업체가 제출한 자료 기반으로 재평가

□ 개선방안 및 추진일정

① (실거래가 조사방식 개선) 약제 조사 방식을 참고하여 청구자료 기반으로 **전 품목·전 요양기관** 대상 치료재료 실거래가 조사 실시

- 연구 등을 통해 실거래가 조사 개선방안 마련 및 고시 개정('23.12월)

< 치료재료 실거래가 조사방식 개선 전후 비교 >

구분	현행		개선
조사품목	상한금액과 청구금액의 차이가 큰 일부 품목 설정('21~'22. 114개 품목)	⇒	치료재료 전 품목 (전체 20,432개 품목)
조사대상	청구량, 상한금액과 청구금액의 차이 등 고려하여 일부 기관 선정('21~'22. 25개소)	⇒	치료재료 사용 전 의료기관 (약 7만 개소)

② (재평가 강화) 업체 제출 자료 외에 정부기관 보유정보 연계·활용

- 재평가 품목군 가격 재평가 시 관세청 수입원가 정보 등 활용('23년)

4] 요양병원 관리 강화

□ 현황 및 문제점

○ 인구고령화에 따라 요양병원 급여비 등 증가 추세

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

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

□ 개선방안 및 추진일정

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

① (기능 재정립) 입원필요성이 낮은 환자의 장기입원 방지를 위해 의료적 필요도를 고려하여 환자분류체계* 개선

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

- 환자분류체계 개선을 위한 연구 추진(~'23.上) 및 수가 개편방안 마련('23.下)
- 장기적으로는 의료-요양 통합판정체계를 통해 요양병원-요양시설 기능 재정립 추진 → 필요에 맞는 적절한 의료와 돌봄 서비스 체계 구축

② (지역사회 복귀지원) 퇴원환자의 원활한 지역사회 복귀 지원을 위해 대상자 기준 완화* 등 요양병원 퇴원환자지원사업 활성화 추진

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

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

- 퇴원환자지원사업 대상자 기준완화 등 수가 개편방안 마련('23.下)

③ (성과 연계 강화) 요양병원 가산 수가(의사(5~13%)·간호인력(20~60%) 확보 수준에 따라 지급 중)를 종합점수 기반으로 지급 제한하여 성과 연계 강화('23.7월)

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

2. [자격관리] 공정한 자격·부과제도 운영

① 외국인 등에 대한 건강보험 가입자격 정비

□ 현황 및 문제점

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

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

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

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

- ✓ (사례1) 외국인 피부양자 A씨는 '21.5월 입국('21.9월 출국)하여 약 4개월 동안 협심증으로 진료를 받아, 공단 부담금 2,600만원 발생
- ✓ (사례2) 외국인 B씨는 입국 당일('20.4.5) 사위(한국국적)의 피부양자로 가입, 2주 후 간 질환 진료('20.4.21~, 공단 부담금 9,000만 원), 이듬해 '21.4.9 출국
- ✓ (사례3) 장기 해외체류 국외 영주권자로 의심되는 C씨는 6년간 해외에서만 체류·생활(국내입국 0회,보험료 납부 실적 없음) 하다가 귀국하여 37일만에 갑상선 암 등 18회 진료 후 출국, 공단 부담금 1,321만원 발생

□ 개선방안 및 추진일정

◆ 외국인·국외 영주권자 자격요건 강화로 의료이용목적 입국 및 무임승차 방지

❶ (외국인) 외국인 피부양자 자격요건 강화 추진('23년)

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

※ 관련 법안 2건 발의, 상임위 계류 중

※ **(현행)** 외국인 피부양자는 입국 즉시 의료 이용 가능

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

- 다만, 배우자·미성년 자녀는 현행대로 입국 즉시 자격 취득 가능

<주요 제도적용 사례>

- √ (사례1) 건강보험 가입자의 외국인 장인, 장모, 대학생 자녀, 형제는 다른 요건을 충족하더라도 ⇒ 입국 후 6개월간 피부양자 등재 불가능
- √ (사례2) 외국 국적의 외교관(직장가입자)의 배우자와 미성년 자녀는 ⇒ 입국 직후 피부양자로 등재, 건보 적용 가능 ⇒ 현행과 같음

② (국외 영주권자) 해외 장기체류 중인 영주권자(해외이주 미신고자) 자격관리 강화 추진('23년)

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

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

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

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

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

- 적용 대상 중 상당수가 현재 국외 체류 중인 점을 감안, 재외공관 협조 등을 통해 해외 이주자 대상 홍보·안내 강화도 병행 추진('23년)

<주요 제도적용 사례>

- √ (사례) 영주권자 A씨, 지역가입자로 '23.5.25. 출국, 6년 5개월 후 '29.10.5. 입국
⇒ 체류자격 확인결과 영주권자라면, 최소 6개월 체류 후 건보 적용
⇒ 단기 출국자, 유학생, 주재원, 국내 직장이 있는 경우, 국민의 직계가족(배우자, 미성년자녀)은 즉시 가입 가능

② 건강보험 자격도용 방지

□ 현황 및 문제점

- ① (확인) 진료시 신분증 제출 의무는 있으나, 요양기관에 환자 자격확인 의무는 없는 상황 → 자격도용 사례 발생

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

- ② (신고) 본인 자격 도용 확인을 위한 진료 내역확인 서비스가 부분적으로만 제공 → 부정수급 여부 확인이 어려워 신고율 저하
- ③ (환수) 도용 적발 시에도 실효성 있는 조치 부족(환수액 1배)

□ 개선방안 및 추진일정

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

- ① (확인) 요양기관 환자 자격확인 의무화 추진('23년)

* 요양기관 본인확인 의무화 건보법 개정안 국회 계류 중

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

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

- ② (신고) '진료내역 확인서비스' 확대로 부정수급 신고 활성화

- 현재 우편 등으로 발송(전체(연 128억 건)의 약 0.2%) 중인 진료내역 확인서비스를 문자, SNS 등으로 확대 → 급여 내역 확인 간편화·증도용 신고 활성화('23년)

- ③ (환수) 자격도용 적발 시 부당이득 환수 한도 증액(1배→5배) 추진('23년)

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

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

< 타법령 부당이득 환수 사례 >

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

③ 건강보험료 부과·징수 관리 강화

□ 현황 및 문제점

- ① (부과) 폐업·해촉 등으로 소득이 감소한 지역가입자는 보험료를 조정 중이나, 보험료 정산 절차가 없어 사후에 소득 활동이 확인되더라도 사후 정산 불가

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

- ② (징수) 고소득 장기 체납자 등에 대한 실효성 있는 체납 건보료 징수 한계

✓ (사례) A사업장은 '15~'17년 사이 건강보험료를 5억원 체납하여 체납처분을 진행하였으나, 상습적 회피성 납부약속으로 납부를 미루다 '21.6.30 사업자 폐업

□ 개선방안 및 추진일정

- ① (부과 강화) 지역가입자 소득 조정제도는 유지하되, 보험료를 조정받은 자의 소득이 사후적으로 확인(국세청 공적 자료 연계 등)될 경우 차액분 사후 정산('23년)

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

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

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

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

- ② (징수 강화) △고소득 장기체납자를 특별관리대상으로 선정, 집중 관리, △체납자 정보 신용정보원 제공 대상을 확대하여 자진 납부 유도(계속)

※ (현행) 사업장 체납자 정보만 제공(체납 1년 이상, 5백만원 이상)

(개선) 지역가입자 체납자까지 정보제공 확대 (체납 1년 이상, 5백만원 이상)

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

3. [의료이용] 합리적 의료이용 유도

① 과다 의료이용자 관리 강화

□ 현황 및 문제점

- 현행 건강보험체계에서는 과다 의료이용·공급에 대한 관리기전이 부족하여 도덕적 해이 및 불필요한 의료남용 발생

✓ (사례) '21년, 내국인 A씨는 통증 치료를 위해 1일 평균 5.6개의 의료기관을 방문(1일 최대 10개 기관)하는 등 연간 2,050회 외래이용 기록(공단 부담금 2,690만원)

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

< 실손보험 보장 후 급여 본인부담률 변동 >

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

□ 개선방안 및 추진일정

- ① (본인부담) '외래의료이용량 기반 본인부담률 차등제(가칭)' 등 검토('23년)
 - 연간 365회 초과 외래이용에 대해 본인부담률 90% 적용(현재 평균 20%), 중증질환 등 의료이용이 불가피한 경우에 대한 예외기준 마련 병행
- ② (사후관리) 의료이용 모니터링, 의료기관 기획조사 등 추진('23년)
 - △과다의료이용자 등록·관리시스템 등 모니터링 체계 구축, △하루 여러 의료기관을 이용하는 일일 과다이용자 대상 집중상담 강화 및 과다이용 관리기전 검토
 - 본인부담면제·할인(의료법 제27조 위반) 등 과다이용 조장 의료기관 기획조사
- ③ (실손 개선) 의료 이용의 도덕적 해이 방지를 위해 실손보험의 급여·비급여 보장 범위·수준 등 상품구조 개편 관련, 복지부-금융위 협업체계 법제화 추진('23년)

② 산정특례제도* 기준 및 관리 강화

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

□ 현황 및 문제점

- (현황) 최근 5년간 연평균 대상자 4.8% 증가, 급여비용 10.3% 증가
※ 대상자는 252만 명, 급여비는 17조 7천억 원(전체 급여비의 25.3%, '21.)
- (문제점) 적용범위는 해당 중증질환 및 합병증으로 규정하고 있으나, 관련성 없는 경증질환에도 특례 적용 사례 다수 발생

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

□ 개선방안 및 추진일정

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

① (적용 기준) 산정특례 적용기준 관리 강화

- 산정 특례 적용 중증질환의 합병증 범위에서, 특례 질환과 관련성 낮은 경증질환*부터 적용 제외하여 적용범위 명확화 등 방안 마련('23년)

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

< 산정특례제도 현황 - 개선 비교표 >

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

② (지출 관리) 산정특례 지출 관리 강화

- 산정특례 관련 지출 증가율 관리를 위해, △등록기준 관리 강화하여 부적정 대상자 검증, △지출 모니터링 강화(계속)

3 본인부담상한제 합리화

□ 현황 및 문제점

- (현황) 최초 도입('04) 후 지급 규모·인원은 단기간내 급증
 - * ('15) 9,902억원, 52.4만명 → ('21) 23,860억원, 175만명
 - ※ 5년간('16~'21) 급여비 연평균 증가율(8%) 대비 상한제 환급금 연평균 증가율(17.3%)은 2배
- (문제점) 소득에 따른 부담경감 차별화, 전달체계 개선 유인 등 미흡
 - ※ (인당 평균 환급액) ('17) 1구간 147만원 vs 7구간 273만원 → ('21) 1구간 107만원 vs 7구간 312만원
으로 소득 상하위 간 격차 증가(1.85배→2.9배)
 - 소득 하위 50%이하에만 요양병원 장기입원 상한액 별도 설정
 - 소득 상위계층의 본인부담 여력을 고려한 상한선 차별화 미흡
 - * 소득 상위 30% 상한선 : 소득의 8% vs 재난적의료비 지원 과부담 의료비 기준 : 소득의 10%
 - 경증질환을 상급종합병원에서 진료받은 경우(초진)까지 포함하여 환급

□ 개선방안 및 추진일정

- ❶ (요양병원 적정 이용) 소득하위 구간에만 적용 중인 요양병원 장기입원 (120일 초과) 별도 상한을 소득 상위 구간(4~7구간)까지 확대 적용('23년)
- ❷ (소득상위계층 상한 조정) 소득 상위 30%에 해당하는 5~7구간은 상한액을 인상(年평균 소득의 10% 수준)('23년)

< 소득구간별 본인부담 상한액 >

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

- ❸ (종별 기능 정립) 경증질환(105개) 상급종합병원 외래는 적용 제외('23년)
- ❹ (실손 이중수령 방지) 건강보험 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 이중수령 방지 방안 마련(감사원 제도개선 권고)('23년)

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

4. [재정관리] 불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신

① 건강보험 재정 지킴이 신고 센터

□ 현황 및 문제점

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

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

□ 개선방안 및 추진일정

- (신고센터 통합) 既운영 센터 개편·통합 → ‘재정지킴이 신고센터’ 신설(‘22.12월)
- (포상금) 신고 활성화를 위해 포상금 지급제도 홍보(계속)
- (제도 개선) 실생활에서 확인할 수 있는 재정 낭비요인 또는 악용사례를 쉽게 신고, 필요시 제도 개선에 반영될 수 있도록 조치(계속)

② 불법개설기관 및 부당청구 관리 강화

□ 현황 및 문제점

- (불법개설기관) 사무장병원 및 면허대여약국 등 단속·관리중이나, 행정조사의 한계, 수사 장기화, 은닉재산 발굴 곤란 등 제약 존재
- (부당청구) 최근 5년간 현지조사 등을 통한 사후관리로 재정절감을 이루었으나, 코로나 19 이후 현지조사 등 사후관리 한계

□ 개선방안 및 추진일정

- ❶ (불법개설기관) 사무장병원·면허대여약국 등 적발 및 부당이득 환수 강화(‘23년)
 - 건보공단 특사경 부여(사법경찰직무법 개정안 법사위 계류 중), 은닉재산 제보자 신고 포상제 도입 등 제도 개선
 - 경찰 등 수사 공조, 지자체 특사경 협력, 의약품도매상 공급 내역 관련 정보 제공 등 협력확대 추진
 - 특별징수TF 운영을 통한 실거주지 현장징수 등 징수 실효성 제고

② (부당청구) 상시적인 점검체계 구축 및 요양기관 자율점검을 통한 사후관리 강화('23년)

- △데이터에 기반한 부당청구감지시스템 고도화로 적시성 있는 현지 조사 및 사회적 이슈에 대응한 기획조사 실시, △중복청구 등 급여업무 (건강검진 간호간병통합서비스 등) 사후관리 협력체계 구축
- 의협 등 의약단체가 부정수급에 대한 자정분위기를 선도할 수 있도록 多기관·多발생 부당항목 자체 발굴 등 자율점검제 운영 방식 개선

* 복지부, 심평원, 의약단체가 참여하는 現 “자율점검운영협의체” 기능 활성화

③ 건강보험공단 조직 재정비 및 경영 혁신

□ 현황 및 문제점

- (내·외부통제) 재정누수·부패 사건 발생방지 위한 내·외 통제 기전 및 체계적인 대응·사후관리 체계 부재
- (경영 혁신) 기존의 경영·재정관리 방식으로는, 급변하는 사회·보건 의료 환경에서 재정을 안정적으로 운영하는데 제약

□ 개선방안 및 추진일정

- ① (내·외부통제) 투명성·효율성 제고 중심으로 조직 체질을 개선하고, 반부패 역량 제고를 위한 내부통제 시스템 강화('23년)**
 - 외부 전문기관에 의한 내부통제절차 분석·평가 및 강도 높은 위험 방지시스템 마련, 상시 모니터링 체계를 통한 자체점검 체계 고도화
 - △재정 누수 사건 발생 시 신속보고·초동조치를 위한 긴급조치 매뉴얼 마련·적용, △책임보험 보장한도 상향(최대 5천→20억) 검토 등 사후관리 체계화
- ② (경영혁신) 제도 경영·운영 혁신을 위한 경영혁신전략 마련('23년)**
 - 준법경영시스템(ISO 37301) 인증·사후관리, 재정위험요인 관리 등 강화를 위해 ‘경영혁신추진단’ 운영('22.12월~)을 통한 ‘경영혁신 추진계획’ 수립(공단)

4 비급여 적정관리 강화

□ 현황 및 문제점

- 관대한 실손보험 보장 및 급여·비급여 병행진료에 따라 비급여 가격 인상(풍선효과)뿐 아니라 진보급여 지출 증가도 초래

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

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

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

□ 개선방안 및 추진일정

① (실손 개선) 건강보험-실손보험 개선 추진 (복지부-금융위 협업, 계속)

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

- 실손보험 상품 개편* 관련 복지부-금융위 협업체계 법제화 추진, 중점 관리 비급여** 대상 실손보험 지급기준 개선 및 합동조사 등 협업

* (예) 보장 수준 적정화, 비급여 지급기준 마련 등

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

② (정보 제공) 비급여 이용 적정화를 위한 소비자 정보 제공 강화('23년)

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

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

③ (병행진료 관리) 풍선효과 유발 급여·비급여 병행진료 모니터링 강화('23년)

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

번호	과제	주요내용	일정	담당부서
1. [의료공급] 의료적 필요도 기반 급여기준 · 항목 재점검				
1-1	보장성 강화 항목 및 계획 재점검	MRI·초음파 급여기준 개선 논의 고시 개정	~'23.	의료보장혁신과
		기급여화 항목 심층 모니터링 재점검	계속	
		다촬영기관 등 현장점검 진료비 심사 강화	계속	
		남은 급여화 검토 대상 항목 의료계 의견 수렴 등 급여화 여부 검토	~'23.	
1-2	약품비 관리 강화	임상적 유용성이 불분명한 약제 대상 급여 유지 재평가 추진	~'23.	보험약제과
		기준요건 충족 여부 재평가 시행 및 미충족 약제 약가인하 등 조치	~'23.	
		고가약 신규등재시 위험분담제 적용 등 관리강화	계속	
		실거래가 조사에 따른 약가인하, 사용량·약가 연동 협상, 장려금을 통한 처방조제 약품비 절감 등 약제사후관리	계속	
1-3	치료재료 실거래가 조사방식 및 재평가 개선			
1-3-①	치료재료 실거래가 조사방식 개선	실거래가 조사 개선방안 마련 및 고시 개정 추진	~'23.	보험평가과
		청구자료 기반으로 쏘 품목·쏘 요양기관 대상 치료재료 실거래가 조사 실시	'25	
1-3-②	치료재료 재평가 강화	가격 재평가 시 관세청 수입원가 정보 등 정부기관 보유정보 연계 활용	~'23.	보험급여과
1-4	요양병원 관리 강화			
1-4-①	요양병원 환자분류체계 개선	의료적 필요도를 고려한 환자분류체계 개선 등 정기적 조정기전 마련을 위한 수가개편방안 마련	23.下	보험급여과
1-4-②	요양병원 퇴원환자 지원사업 활성화	지역사회 복귀 지원을 위해 요양병원 퇴원환자지원사업 대상자 기준완화 등 수가개편 방안 마련	23.上	보험급여과
1-4-③	요양병원 가산 수가 성과 연계 강화	요양병원 적정성 평가 결과 공개	'23.6	보험평가과
		요양병원 가산 수가 확보 수준에 따른 하위 기관 대상 수가 지급 제한	'23.7	
2. [자격관리] 공정한 자격 · 부과제도 운영				
2-1	외국인 등에 대한 건보 가입자격 강화	외국인 피부양자국외 영주권자 자격요건 강화를 위한 「국민건강보험법」 개정 추진 및 국회 논의 지원('23년) 및 시행	~'24.	보험정책과
2-2	건강보험 자격 도용 방지	자격확인 의무화 관련 「국민건강보험법」 개정안 통과 추진 및 국회의원의 지원	~'23.	보험정책과
		자격도용 다발 지역·의료기관 중심으로 '진료 내역 확인서비스' 확대	~'23.	
		자격도용 부당이득 환수 한도 증액(1배→5배) 관련 「국민건강보험법」 개정 추진 및 국회의원의 지원	~'23.	
2-3	건강보험료 부과·징수 관리 강화			보험정책과
2-3-①	지역가입자 사후정산제 도입	'22년 건보료 조정자 사후정산 실시	~'23.	보험정책과
2-3-②	건강보험료 체납자 징수 관리 강화	신용정보원 협의 추진 등 통해 고액 체납 지역가입자 등 정보 제공 대상자 확대	~23.8.	보험정책과

3. [의료이용] 합리적 의료이용 유도				
3-1	과다 의료이용자 관리 강화	외래의료이용량 기반 본인부담률 차등제(가칭) 관련 연구용역 추진 및 검토	'23.	보험정책과
		질병 특성 등을 고려하여 일일 과다이용자 대상 집중상담 강화	'23.	[협조] 보험평가과 필수의료총괄과
		실손보험 보장범위·지급기준 개선 등 상품구조 개편 금융위 협의	~'23.	
3-2	산정특례제도 개선	산정특례 적용기준 개선방안 마련(~'23.) 및 시행	~'24.	보험급여과
		등록기준 검증 실시 통한 부적정 대상자 적용 종료 등 산정특례 지출 관리 강화	계속	
3-3	본인부담상한제 개선	요양병원 장기입원 별도 상한 소득 상위 구간(4~7구간)까지 확대 적용, 소득 상위 30% 구간(5~7구간) 상한액 인상 등 「국민건강보험법 시행령」 개정 추진	~'23.	필수의료총괄과
		건강보험 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 이중수령 방지 관련 금융위 협의	계속	
4. [재정관리] 불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신				
4-1	건강보험 재정지킴이 신고센터 운영	'재정지킴이 신고센터' 신설에 따른 신고 내용 접수검토 지속	계속	보험정책과
4-2	불법개설기관부담청구 관리 강화			
4-2①	불법개설기관(의료기관·약국) 관리 강화	불법개설기관 조기압류 및 은닉재산 신고자 포상 세부 규정 관련 「국민건강보험법」 시행령 개정 추진	~'23.6.	[의료기관] 의료기관정책과 [약국] 약무정책과
		2023년도 불법개설 실태조사 실시 계획 수립 및 시행	~'23.	
		체납자 은닉재산 현장 징수 및 사해행위 취소소송 확대	'23	
4-2②	부담청구 관리 강화	'23년도 자율점검 추진계획 수립·시행	'23.1분기	보험평가과
		부담청구감지 룰 개발·적용('23.上), 신규 부담청구 예측 모델 개발('23.下) 등 부담청구 감지시스템 추가개발·고도화	~'23.	
4-3	건보공단 조직 재정바혁신	지출계좌 신청인 직접 등록, 원인행위 지출부서 상호점검 강화 등 횡령·유용 방지를 위한 시스템 개발 착수	'23	보험정책과
		인사검증 강화, 회계교육 확대 및 반부패 교육 정례화	'23	
		경영혁신 추진계획 수립	'23	
		회계관리 전반 외부전문기관 컨설팅	'23	
4-4	비급여 적정 관리 강화	실손보험·건강보험 급여부분 보장 축소 등 건강보험·실손보험 개선 금융위 협의	계속	필수의료총괄과
		비급여 보고제도 시행('23.) 및 확대	~'24.	
		중점관리 비급여 관리 방안 검토	'23	

5. 제도·구조 개편방향

◆ 인구 고령화 등 환경변화에 대응하기 위해서는 관리·운영 체계 개선과 더불어, 건강보험 재정 제도·구조에 대한 개편 필수

① (지출) 장기 재정건전성 제고를 위한 지출 구조 개혁 추진

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

- 필수의료 분야를 중심으로 시범사업 운영을 통해 기관 단위보상(lump-sum), 네트워크 참여보상 등 지불제도를 다변화

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

※ (예시) 미국은 CMS 내 혁신센터 설치, 지불·서비스 개선을 위해 정부 주도 모형(Top-down) 뿐만 아니라 상향식(Bottom-up) 민간 제안 모형 개발 및 검증 중

<지불제도 다변화 관련 주요 시범사업 >

연번	시범사업명	보상방식
1	중증진료체계 강화 시범사업	3차병원 성과기반 보상
2	어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업	성과기반 사후 보상
3	응급 심뇌혈관 전달체계 개선 시범사업	2·3차 병원 네트워크 보상
4	신포괄수가 시범사업	포괄수가 + 행위별수가
5	일차의료 만성질환관리 시범사업	행위별수가 + 묶음수가

② (의료서비스 가격결정체계 혁신) 건강보험 환산지수·상대가치 개편

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

※ (예시) 환산지수·상대가치점수 연계 등 가격조정체계 모형

- 의료기관 기능에 적합한 진료를 유도할 수 있도록, 외과계 보상강화, 종별가산개편 등 3차 상대가치점수 개편 추진 및 의료기기 혁신적 가치를 고려한 보상 방안 검토

- 중증·희귀질환 신약 신속등재 추진, 감기약 등 필수약품 적정 약가 보상(상한금액 조정 등) 및 혁신 신약 가치 인정 등 약가제도 혁신

② (수입) 건강보험 수입 구조·비중 등 효율적 재원조달방안 검토

- 적정 건강보험료 상한에 대한 사회적 논의 개시, 보험료율 담론화*
* (주요국 보험료율, '21) 독일 14.6%, 프랑스 13.0%, 대만 5.17%, 일본(조합) 9.21% 등
- 사회보험료가 고용·경제에 미치는 영향 및 해외 사례 참고하여 적정 국고지원 비율에 대한 논의 통해 근거법 검토 지속
- 새로운 소득 유형 등에 대한 부과체계 형평성 제고 방안 검토
※ 소득 중심 부과체계 개편을 위해 자동차, 재산보험료 축소 방향 검토 추진

③ (재정관리구조) 건강보험 투명성 및 관리 프로세스 개선

- 지불제도 다변화, 수가체계 개편 및 재정 전망 고도화 등을 통해 지출에 대한 합리적 통제 기전 마련 방안 검토
- 건강보험 시행계획 등 주요정책 사항 국회 보고·의견수렴 절차 강화, 시행계획 보고 시 단년도 재정전망* 포함 검토
* (현행) 종합계획 수립시에만 5년 전망 보고 → (개선) 시행계획 보고시 매년도 전망 보고
- 국민들이 투명하게 알 수 있도록 건보 재정 주요사항 정보 공시 활성화
- 건강보험공단 사업·운영비 관리 강화 방안 검토

6. 제도·구조 개편 추진 일정

◆ 올해 9월까지 건정심 심의 통해 종합계획 수립, 발표 예정

- ① 제2차 종합계획 수립을 위한 기초연구 수행(2~8월, 보건사회연구원)
 - 의견수렴을 위하여 가입자 및 공급자 단체, 시민사회, 언론, 유관 기관, 전문가 등이 참여하는 자문단 운영 병행
- ② 관계부처 협의(8월)
- ③ 건강보험정책심의위원회 심의 및 제2차 종합계획 수립(9월)