

<보건행정학회 춘계학술대회, 2018.06.08>

# 건강보험진료비의 추이와 보장성

정형선(연세대학교 보건행정학과)

신정우(한국보건사회연구원)

# 논의의 배경:

## 문재인케어

# 문재인케어에서 제시된 추진 방향

‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’

- ◆ 보장성 강화대책을 수립하여 30.6조원 투입
- ◆ 의료비 부담에 대한 국가책임을 획기적으로 강화

건강보험 보장 패러다임 전환

비급여 점진적 축소



비급여 완전 해소

4대 중증질환 중심 보장



전체 질환에 대한 보장

의료 사회안전망 강화

- 본인부담상한제 개선, 재난적 의료비 지원 제도화 -

## 그 결과...

건강보험보장률 70% 달성 목표!

...

필요할까?

가능할까?

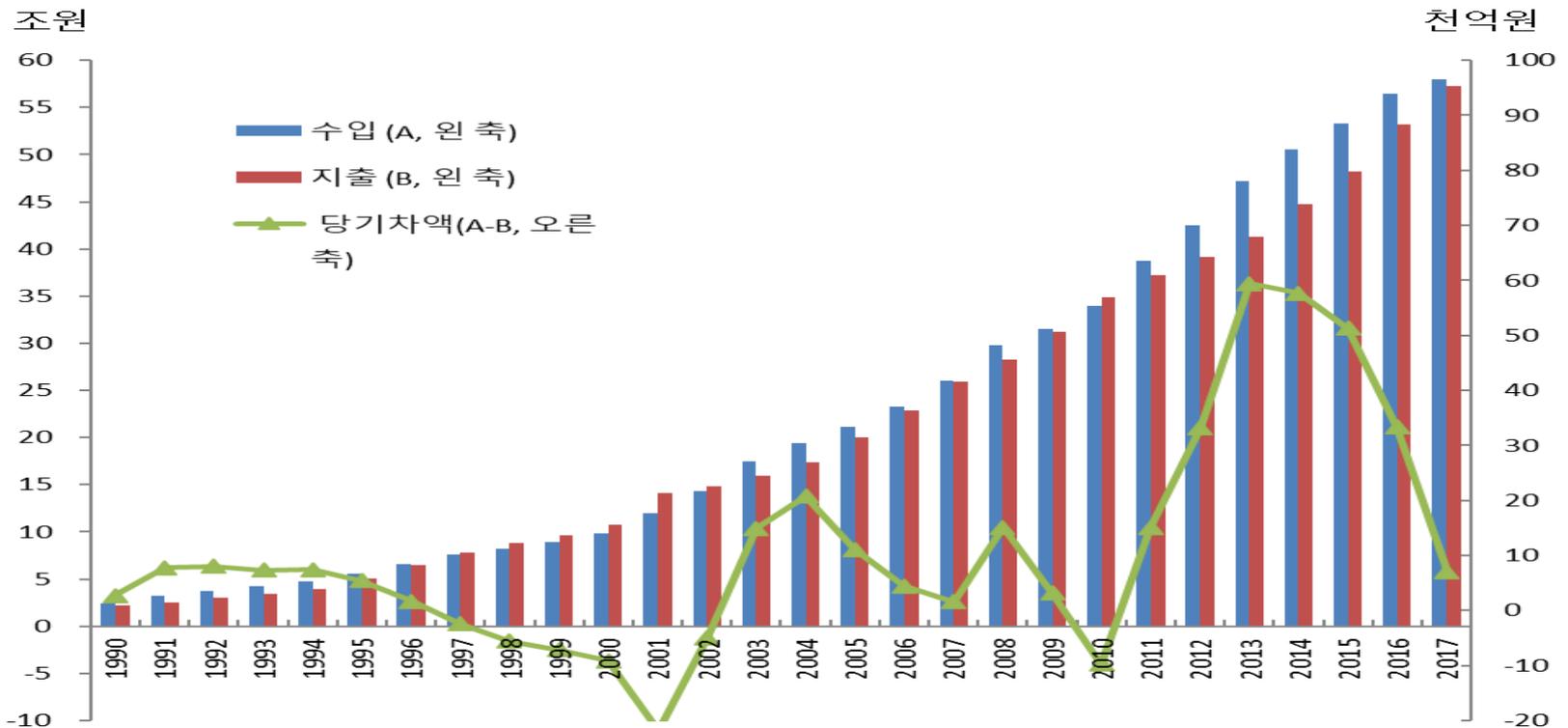
---

# 건강보험진료비와 재정의 추이

# 현재의 건강보험 재정 상황

❖ 2011년 이후 현재까지 당기 흑자가 계속되고 있음: 2010년 9천억, 2011년 6천억, 2012년 3조원, 2013년 3조6천억, 2014년 4조6천억, 2015년 4조2천억, 2016년 3조원

❖ 2017년 말 기준 누적 흑자는 20.2조원



# 보험료 수입 증가에의 기여도

- ❖ 2010년대 보험료 증가율에 대한 기여도는 보험료율(28.8%)보다는 보험료기반(70.8%)이 훨씬 큼

	보험료 증가액		보험료 기반		보험료율		징수율	
			기여액	기여도	기여액	기여도	기여액	기여도
2010	2,292	100.0%	900	39.3%	1,311	57.2%	80	3.5%
2011	4,464	100.0%	2,695	60.4%	1,732	38.8%	37	0.8%
2012	3,468	100.0%	2,557	73.7%	969	27.9%	-58	-1.7%
2013	2,642	100.0%	2,096	79.3%	580	22.0%	-34	-1.3%
2014	2,562	100.0%	1,837	71.7%	678	26.5%	46	1.8%
2015	2,736	100.0%	2,166	79.2%	570	20.8%	0	0.0%
2016	3,263	100.0%	2,886	88.5%	377	11.5%	0	0.0%
2010-2017		100.0%		70.8%		28.8%		0.4%

# 건강보험 지출 증가의 기여도

- 2010년대의 건강보험지출의 증가에 대한 기여도는 진료량증가보다는 수가인상이 약간 컸고, 수가 중에서도 환산지수의 기여도와 상대가치점수의 기여도가 비슷했음

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 증가율 (2002-2015)
건보진료비 증가율	10.9%	6.0%	3.5%	6.3%	7.9%	7.2%	8.9%
건보적용인구 증가율	0.6%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.3%	0.6%
수가 증가율 (C+D)	3.4%	3.7%	4.2%	4.4%	4.4%	4.2%	4.4%
- 상대가치점수	1.4%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.3%
- 환산지수	2.1%	1.6%	2.2%	2.4%	2.4%	2.2%	2.1%
1인진료량 증가율	6.6%	1.4%	-1.5%	1.2%	2.7%	2.4%	3.6%
- 1인진료일수 증가율	2.7%	1.2%	2.1%	0.0%	1.3%	-0.4%	2.2%
- 1일진료강도	3.8%	0.2%	-3.5%	1.2%	1.3%	2.8%	1.4%

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체 진료비		43,628	46,238	47,839	50,858	54,861	58,787
진료비 증가액	증가액	4,289	2,610	1,601	3,018	4,004	3,926
	기여도	100%	100%	159%	100%	100%	100%
가입자수 변화	기여액	249	359	345	324	344	196
	기여도	5.8%	13.8%	21.5%	10.7%	8.6%	5.0%
수가변화	기여액	1,401	1,618	1,441	2,126	2,277	2,359
	기여도	32.7%	62.0%	90.0%	70.4%	56.9%	60.1%
- 상대가치점수	기여액	560	888	417	975	1,044	1,123
	기여도	13.0%	34.0%	26.1%	32.3%	26.1%	28.6%
- 환산지수	기여액	841	731	1,024	1,151	1,232	1,236
	기여도	19.6%	28.0%	63.9%	38.1%	30.8%	31.5%
1인진료량 변화	기여액	2,639	632	762	568	1,383	1,371
	기여도	61.5%	24.2%	47.6%	18.8%	34.5%	34.9%
- 1인진료일수	기여액	1,105	553	981	-18	680	-215
	기여도	25.8%	21.2%	61.2%	-0.6%	17.0%	-5.5%
- 1일진료강도	기여액	1,534	79	284	587	703	1,586
	기여도	35.8%	3.0%	17.8%	19.4%	17.6%	40.4%

# 급여진료비 연평균 증가율, 2011-2015

	진료비				
	(P×Q)	평균가격		진료량 (Q)	
		(P=C× $\bar{R}$ )	환산지수 (C)		가중평균상대가치 점수 ( $\bar{R}$ )
병원 소계	8.3%	3.0%	1.9%	1.1%	5.1%
- 상급	8.8%	3.3%	1.9%	1.3%	5.3%
- 종합	7.9%	2.1%	1.9%	0.2%	5.6%
- 병원	8.3%	4.0%	1.9%	2.0%	4.2%
의원	5.1%	3.8%	2.8%	1.0%	1.2%
치과병의원	12.7%	8.6%	2.5%	5.9%	3.8%
한방병의원	7.9%	3.2%	2.5%	0.6%	4.6%
약국	5.8%	3.7%	2.9%	0.8%	2.0%

출처: 2018년도 유형별 환산지수 연구 (2017)

# 건강보험보장률 지표

# 건강보험 보장률의 추이

(단위: %)

연도	건강보험 보장률		
	건강보험 보장률 (표준오차)	법정 본인부담률 (표준오차)	비급여 본인부담률 (표준오차)
2016년	62.6 (0.3)	20.2 (0.2)	17.2 (0.4)
2015년	63.4 (0.4)	20.1 (0.2)	16.5 (0.4)
2014년	63.2 (0.4)	19.7 (0.3)	17.1 (0.6)
2013년	62.0 (0.5)	20.0 (0.2)	18.0 (0.6)
2012년	62.5 (0.6)	20.3 (0.3)	17.2 (0.6)
2011년	63.0 (0.5)	20.0 (0.4)	17.0 (0.5)
2010년	63.6 (0.6)	20.6 (0.5)	15.8 (0.7)
2009년	65.0	21.3	13.7
2008년	62.6	21.9	15.5

출처: 2016년도 건강보험환자 진료비실태조사 (국민건강보험공단)

# 2022년 건강보험 보장률 70% 달성을 위한 소요 비용

- ❖ 매년 1%p씩 보장률을 높인다고 할 때 2022년에는 약 68% 수준이 되는데 이를 위한 전년 대비 추가 소요액의 합은 **28.1조원**임

(단위: 조원)

	보장률 1%p씩 증가				
	보험자부담	보장률	보장률 제고 위한 연간 소요액	전년 대비 추가소요액	추가소요액 누계
2018	58.5	63.8%	0.9	4.9	4.9
2019	63.6	64.8%	2.0	5.1	10.0
2020	69.1	65.8%	3.2	5.5	15.5
2021	75.2	66.8%	4.5	6.0	21.5
2022	81.7	67.8%	6.0	6.5	28.1
합계(2018-2022)	348.1		16.6	28.1	80.0

# 2022년 건강보험 보장률 70% 달성을 위한 소요 비용

- ❖ 문재인케어의 공약대로 2022년에 70%의 보장률을 달성하기 위해서 필요한 전년 대비 추가 소요액(2018-22년 연간 비례적 증가 가정)의 합은 30.7조원으로 정부가 문재인케어의 2017-22년 재정 투입 계획으로 추산한 30.6조원이 무리 없는 추계임이 확인됨
- ❖ 다만, 이러한 수치는 정태적 분석에 의한 결과이므로 향후 공급자와 환자의 반응에 따른 동태적 변화를 관찰하면서 목표치를 수정 보완할 필요가 있음

(단위: 조원)

	2022년 목표보장률 70%				
	보험자부담	보장률	보장률 제고 위한 연간 소요액	전년 대비 추가소요액	2013년 대비 추가소요액
2018	58.9	64.2%	1.3	5.3	5.3
2019	64.5	65.7%	2.8	5.6	10.9
2020	70.5	67.1%	4.5	6.1	16.9
2021	77.1	68.6%	6.5	6.6	23.5
2022	84.3	70.0%	8.7	7.2	30.7
합계(2018-2022)	355.4		23.8	30.7	87.3

# 재정적 지속 가능성 평가 1

---

# 7개월 전의 분석이 아직도 유효한가?

<보건경제정책학회, 2017.10.20>

## 문재인케어의 재정적 지속가능성 평가



정형선

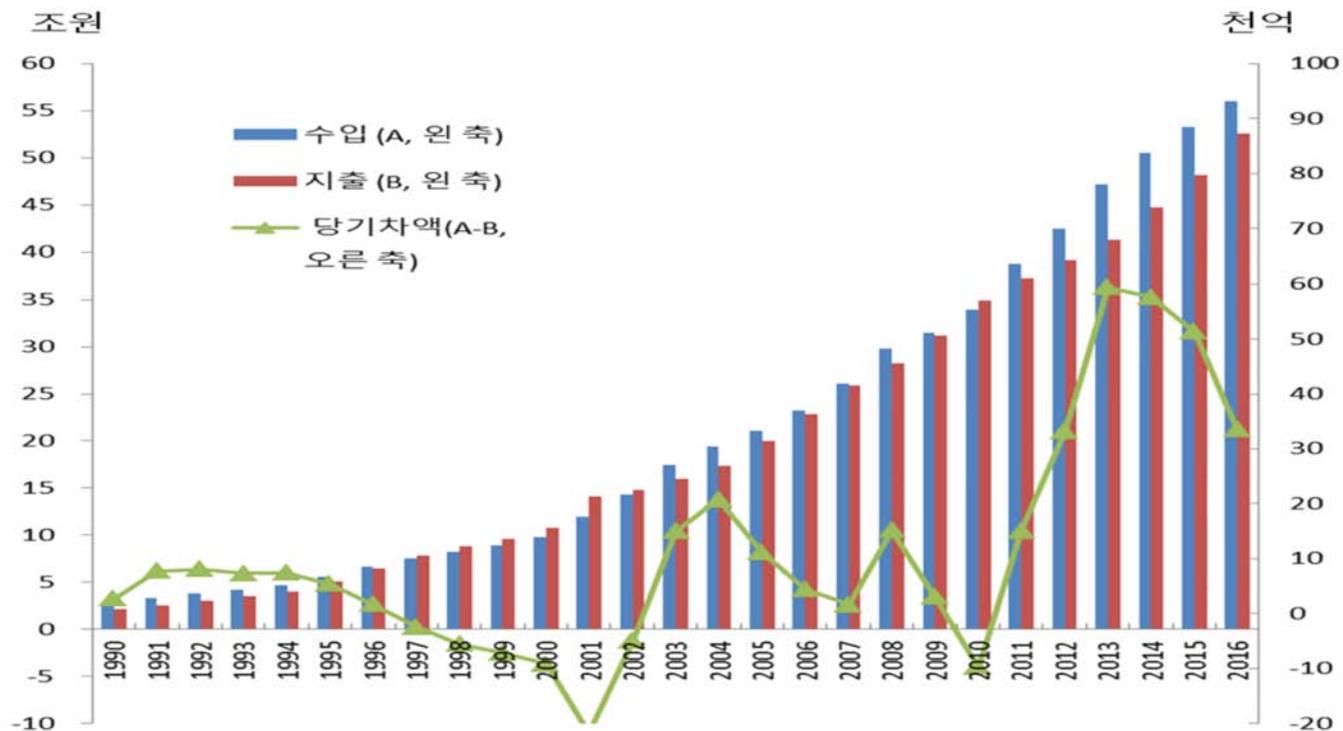
(연세대학교 보건과학대학 보건행정학과)

# 여전히 유효함

## 현재의 건강보험 재정 상황에 대한 점검



- 2011년 이후 2017년 올해까지 당기 흑자가 계속되고 있음



# 여전히 유효함

- 2016년도 3조원 이상의 흑자를 기록했고, 2017년도 계속적 흑자 예상
    - ☞ 2017년 2분기: 16.0조원 수입에 14.2조원 지출로 2조원 가까운 흑자
  - 누적 적립금 20조원 이상이고 계속 늘어나고 있음: 이는 결코 바람직하지 않은 상황
- ⇒ 이는 건강보험료 형평성 개선과 보장성 확대를 통해 해소되어야 함

## 건강보험 재정 추이: 수입과 지출

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
수입 합계	33.9	38.8	42.5	47.2	50.5	53.3	56.0
보험료	28.5	32.9	36.4	39.0	41.6	44.3	47.3
정부지원금	4.9	5.0	5.3	5.8	6.3	7.1	-
기타	0.6	0.8	0.7	2.4	2.6	1.9	-
지출 합계	34.9	37.3	39.2	41.3	44.8	48.2	52.6
보험급여비	33.7	35.8	37.6	39.7	42.8	45.8	51.1
기타	0.5	0.8	1.0	1.0	1.3	1.8	-
당기차액	-1.0	1.5	3.3	5.9	5.8	5.1	3.3

# 여전히 유효함

## 30.6조원으로 문재인케어를 달성할 수 있을까?



- 문재인케어는 불필요한 비급여를 없애서 국민의 의료비 부담을 줄이자는 것으로 해석됨: '차등적인 본인부담률'을 적용함으로써 대부분의 비급여 항목을 급여항목으로 끌어들이는 것이 핵심
    - 어느 항목에 어느 정도의 본인부담률을 적용해서 급여화할 것인지는 실무적으로 정해나가면 될 것임
    - 급여화 항목의 설정과 예비급여 본인부담률의 설정은 재정의 추이를 보면서 정하면 되며 이를 위한 재정이 몇 조원이 들지는 유동적임
- ⇒ 중요한 것은 5년 31.6조원이라는 수치가 맞는지 여부가 아니고 무엇을 위한 지출 확대인가임
- 다양한 방식에 의한 추계작업이 이루어지는 것은 바람직하며, 향후의 제도 실현 과정에서도 수정된 추계작업이 계속되어야 함
  - 정치집단과 이해당사자들도 각자 (자기의 입장에 따라) 설정한 가정 하에 소요 재정을 추정할 수 있음. 추계는 가정 별로 다른 시나리오에 따라 이루어지므로 결과치가 서로 다른 것이 지극히 정상이며 같으면 이상함.
  - 각자의 추계 결과가 정책적 참고치인 '30.6조원'과 다르다고 해서 이를 근거로 계획 자체가 잘못된 것처럼 비판하는 것은 '비급여 해소'라는 정책의 본질을 흐리고 정책 실현의 동력을 떨어뜨림
- ⇒ 바람직한 재정 규모의 크기는 가변적이지만, '비급여 해소'를 이루기 위해서는 5년간 30조원을 훨씬 넘는 건보 재정의 투입이 필요함

# 여전히 유효함

## 30.6조원은 조달 가능할 것인가?



- 30.6조원은 현재보다 증가한 금액의 5년 누적 합계액이기 때문에 그렇게 엄청난 금액은 아니며, 오히려 전체 국민의료비 부담을 조절하기 위한 마중물에 불과함
    - 과거 정부의 투입계획(예, 2014-2018년 24.1조원)보다는 증가된 것이지만, 건강보험의 몸집에 비하면 정부의 의지만 있으면 조달에 큰 어려움은 없는 금액임
    - 보장률이 높아진다면 국민들도 현행 보험료 6.12%를 7-8% 수준까지 올릴 지불의사가 있는 것으로 파악됨
    - 보험료율 인상이 없더라도 자연증가는 계속되어 옴 (10년 평균 자연증가율 6.4%, 2017년 3조원)
    - 국고보조금을 기존의 15%에서 17%로 2%p만 올려도 매년 1조원 증가
  - 2018년 건강보험료율 2.04% 인상, 국고지원금 예산안 7.3조원
    - 보험료 인상률 2.04% 수준이 계속되면 2022년 6.77%가 되어, 문대통령 발표 시의 재원조달방안에서 암시된 보험료 3.2% 인상에 따른 2022년 7.17% 수준에 못 미침
    - 법에서 정한 20% 국고지원금 보장 약속에 못 미침 (참고: 2007-2016년 미지급액 14.8조원)
- ⇒ 2018년의 급여 확대 추진 상황을 보면서 보험료율, 국고지원금 수준 등을 결정해 가야 할 것임

# 여전히 유효함

## 저수가라는 의료계의 주장이 맞는 것인가?



- 비급여를 포함한 우리나라의 전체 의료비 수준은 OECD 평균 이상임. 우리 사회는 의료인에게 높은 보상을 하고 있음
  - OECD 평균의 2/3에 불과한 임상 의사(한 의사 제외 시에는 1/2)와 1/2에 불과한 임상 간호사 등이 제공하는 의료 서비스에 대해 OECD 평균에 가까운(9분의 8) 의료비를 지출하고 있음
  - 우리의 의료서비스당 단가는 외국보다 낮을 수 있지만, 건강보험에서 워낙 많은 서비스가 나누어져 있고 이용 빈도가 높아서 외국과 단순 비교가 어려움 (최근 15분의 **심층진료비가 9-10만원**인 것의 의미!!)
- 그럼에도 건강보험이 '저수가'이고 '원가보상'이 안되고 있다는 프레임이 확산되고 있고, 이를 그대로 받아들여서 급여항목의 수가를 무작정 올리게 되면, 비급여에 대한 지출을 포함한 국민의 부담은 커지고 의료인의 고수입을 위해 지불하는 국민의 상대적 박탈감은 심화될 것
- 문제의 대부분이 급여와 비급여의 불균형에서 나오는 것이므로, 비급여를 급여화 할 때는 상대가치의 재조정이 수반되어야 할 것임
  - 의료기관이 비급여 수입에 매진하는 것은 환자에게 제공되는 의료의 왜곡을 가져오므로, 의료행위 간의 상대가치를 조정해 가야 함

# 여전히 유효함

## 제도의 지속가능성에 대한 영향은?

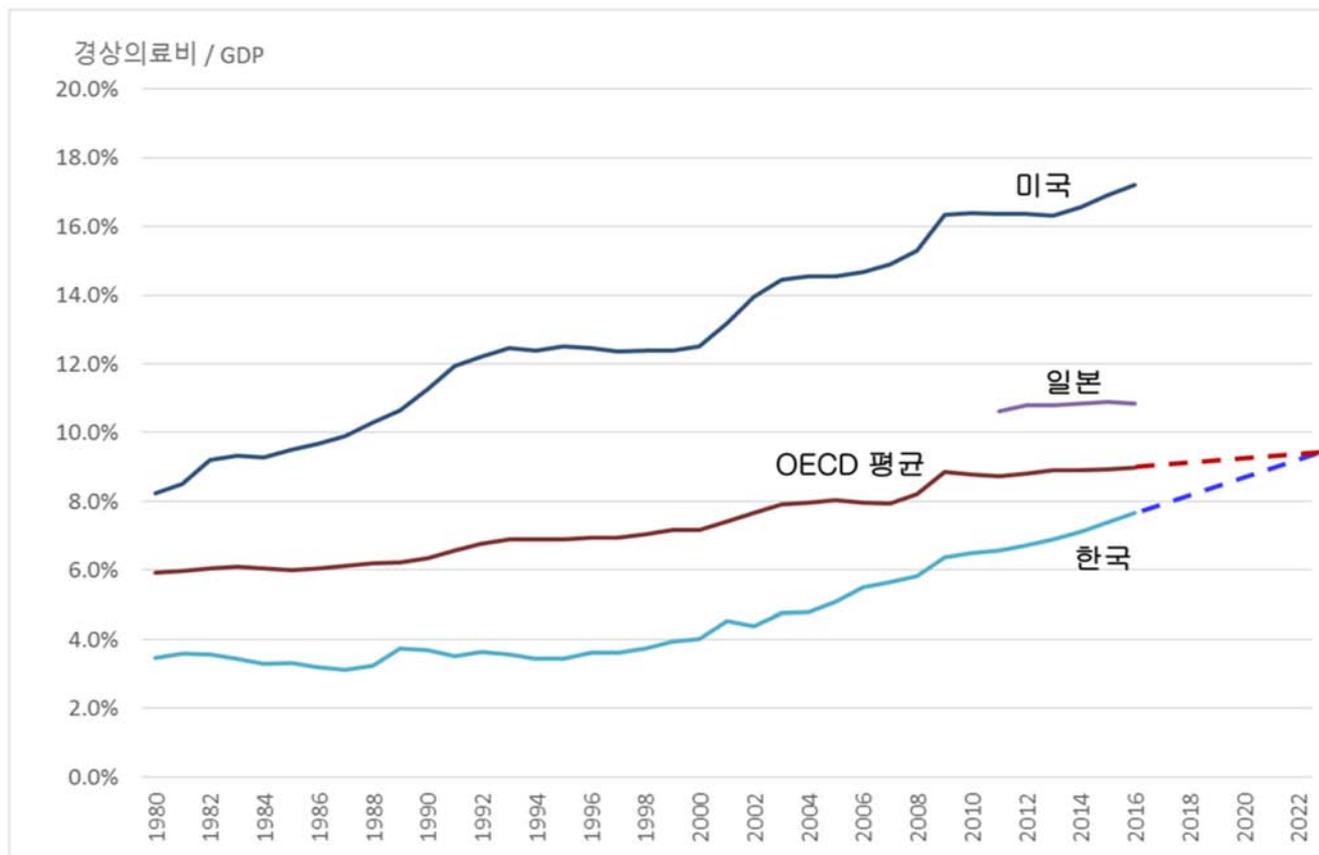
### 현행대로라면



- 현행 체제는 재정 투입의 비효율성이 높고, 향후 늘어나게 될 의료비를 감당하기 힘들게 됨
  - 급격한 인구 고령화와 만성질환자의 증가에 따른 의료 필요도의 확대로 의료비 급속한 증가는 예정되어 있음
  - 비공식적인 가족 간병이 줄고 이에 따라 제도권에서 이루어지는 '보호자 없는 간호간병'이 확대되면 의료비는 더욱 급격히 늘게 됨
  - 건강 결과의 향상에 거의 영향을 미치지 못하는 각종 신의료기술, 신약은 다양한 방식으로 급여권 진입을 시도하게 될 것이며 이는 재정투입의 '비효율성'을 가속화 시키게 될 것임
- 지금의 추세가 계속된다면 우리의 'GDP 대비 경상의료비'는 2022년이면 OECD국가의 평균인 9% 대에 진입하게 됨
  - 1990년대만 해도 3% 대에 있던 것이, 2000 4%, 2008년 6%를 넘어섰고, 2017년 현재 8%를 넘어서는 시점에 있음

# 여전히 유효함

## 그대로 방치한다면 . . . .



# 제대로 된 개혁이 될지 의문이 생기기 시작...

## 제도의 지속가능성에 대한 영향은?

### 제도 개혁이 제대로 이루어진다면



- 문재인케어의 시행으로 환자의 부담이 줄면 의료쇼핑과 의료남용이 생길 가능성이 커지지만, 이는 '예비급여'제도를 통해 방지 가능함.
  - 필수성이 낮으면 본인부담을 50%, 70%, 90%로 하므로 환자들이 높은 본인부담료를 내면서 의료남용을 하기는 어려울 것이고, 의사들도 꼭 필요한 것이 아니면 권하기 어렵게 됨
- 금번 개혁안이 제대로 이행된다면 전체 의료비가 증가하는 속도는 장기적으로 현재보다 줄어듦.
  - 모든 필수의료를 급여화 하게 되면, 다음 단계로 소위 '혼합진료 불인정'의 원칙을 적용할 수 있게 됨. 일본은 건강보험에서 필수의료를 다 커버해주고 있기 때문에 '혼합진료 금지'가 가능함.
  - 비급여의 남용을 줄이면, 전체 의료비 부담은 줄어듦. 금번의 개혁안은 전체 의료비 부담도 줄이고, 환자의 부담은 더욱 더 줄이는 방안임.
  - 단순한 '복지의 확대'만이 아닌 그 이상의 정책 효과를 품고 있으며, 이러한 복합 기전을 이해하는 것이 중요함

# 가능할 수 있다는 판단에 대한 재검토가 필요함

## 30.6조원으로 보장률 70% 가능할 것인가?



- 현재의 건강보험보장률 지표 63.4%를 70% 수준으로 높이는 것은 가능함
  - 선진 건강보험 국가는 보장률이 80% 이상이나 이를 위해 보험료율은 10% - 15% (프랑스와 독일 15%, 일본 10%)
  - 지표 제고가 목표라면 보장률 70%는 다른 자금을 투입하지 않아도 현행 건강보험료율 6.12%를 8% 대로만 높여도 달성 가능함
  - 국고지원이든 보험료든 국민 부담의 수준이나 형평성 측면에서는 대동소이한 재원임
- 중요한 것은 공식 발표되는 현행 ‘건강보험보장률’ 지표를 높이는 것에 있지 않고, 불필요한 비급여 지출을 없애서 국민의 의료비 부담을 덜어주는 것임
  - 국민부담 측면에서 볼 때 비급여를 포함한 전체 국민의료비 규모를 적정 수준에서 조절하는 것이 중요함
  - 이를 위해서는 비급여를 공적 섹터의 통제 하에 두는 것이 필요하고 금번 대책의 핵심은 그러한 기전을 마련하는데 있음

# 재정적 지속 가능성 평가 2

## 무슨 문제가 생기고 있는 것인가?

# 선심성 급여화 및 가격 인상

- ❖ 문재인케어가 본격화하기 전부터 공급자들을 달래기 위한 상대가치점수 부여 내지 인상이 계속되고 있음
  - ✓ 권역외상센터 수가 인상, 수면다원검사와 양압기 급여화, 의원급 의료기관 수술 야간·공휴일 30% 가산
  - ✓ 신생아중환자실 간호관리료 차등제 등급 신설, 특화형 모유수유간호관리료
  - ✓ 한의과대학 부속 한방병원의 종별가산을 세분화 및 진찰료 분리
- ❖ 내년도 환산지수 인상을 또한 예년보다 높은 2.37%인상(소요재정 9758억)으로 결정되었고, 건정심에서의 의원과 치과의 인상을 조정 수준에 따라 그 이상으로 될 가능성도 있음

# 비급여의 존치 및 확산 가능성

- ❖ 의사협회의 요구에 밀려서 기존 비급여의 축소 내지 금지에 적극적이지 못함
  - 비급여의 '전면' 급여화가 불필요한 서비스까지 급여화 하는 것을 의미하지는 않더라도, 남게 되는 비급여가 그대로 인정되어서 지금처럼 국민의 호주머니를 노리도록 방치해서는 안됨
  - '혼합진료 불인정'의 원칙을 부분적으로라도 적용할 필요성이 높아지고 있음
- ❖ 신규 급여 항목의 가격 설정이 시장 가격을 지지해주는 결과 초래
  - ✓ 초음파의 가격 (급여화 이후 일반 9만6천원, 정밀 14만2천원), 임플란트의 가격 (급여화 이후 120만원) 등
  - ✓ 이들 항목은 급여화 하지 않으면 시장에서 향후 이 가격의 절반 이하로 떨어졌을 것임: 참조가격제 등의 도입 필요

THANK YOU