

지속가능한 보장성 강화방안

2012. 8. 9

이기효

건강보험정책연구원장
국민건강보험공단

목차

I 보장성 강화의 의의와 필요성

II 건강보험 보장성 강화정책 평가

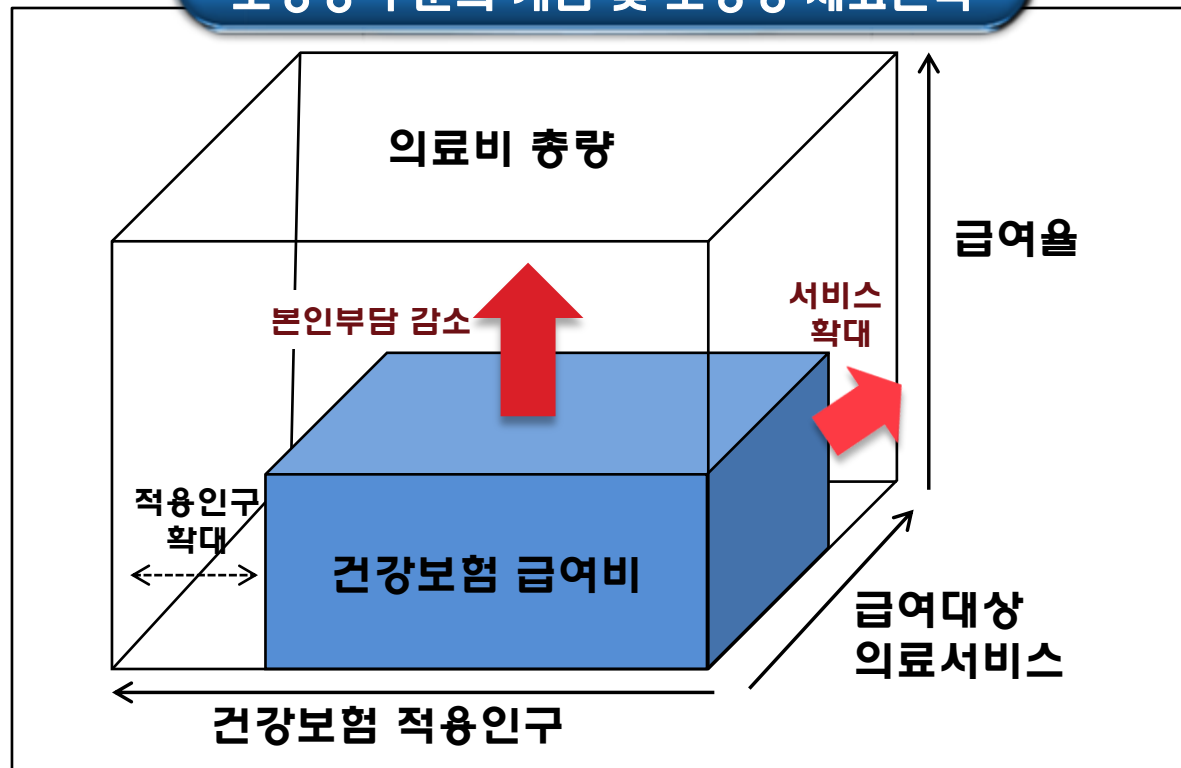
III 지속가능한 보장성 강화

I 보장성 강화의 의의와 필요성

건강보험 보장성의 의의

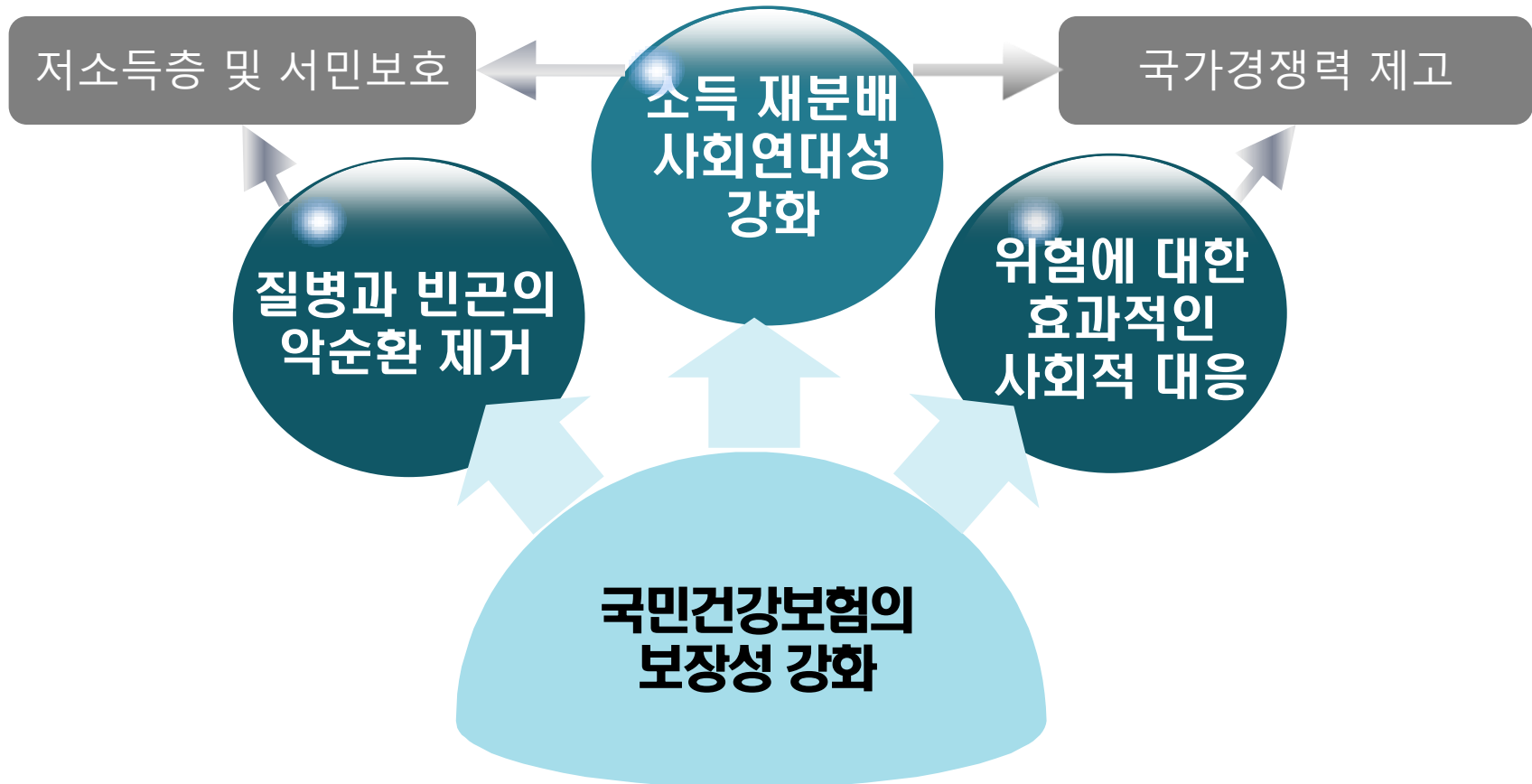
- 국가의 구성원으로 하여금 지불능력에 구애받지 않고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 것
- 결과적으로 질병으로 인한 사회적·경제적 영향을 최소화 시키는 것

보장성 수준의 개념 및 보장성 제고전략



보장성 강화의 필요성 -건강보험의 목표

국민의 건강한 삶 보장



보장성 강화의 필요성 – 보장성에 대한 요구 증대

2007년 4월 4일 1면

암 환자 병원비 하루에 19만원

80% 이상이 전보 직을 안되는 진료비

대학병원 3곳 조사

최대 병원 3곳을 조사한 결과 암 환자 병원비 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다. 암 환자 병원비 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다. 암 환자 병원비 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다.

한국인이 많이 앓는 10대 암종 1일 평균 병원비

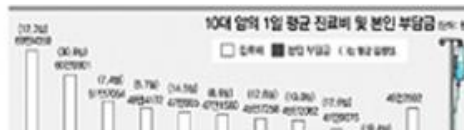


암 환자 병원비 본인 부담금 하루에 19만원

癌 앞에 맥 못추는 건강보험

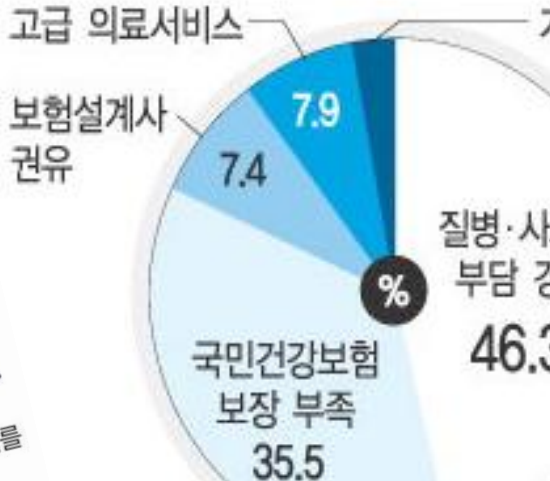
암 환자 병원비 본인 부담금 하루에 19만원

암 환자 병원비 본인 부담금 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다. 암 환자 병원비 본인 부담금 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다. 암 환자 병원비 본인 부담금 하루에 19만원에 달하는 것으로 나타났다.



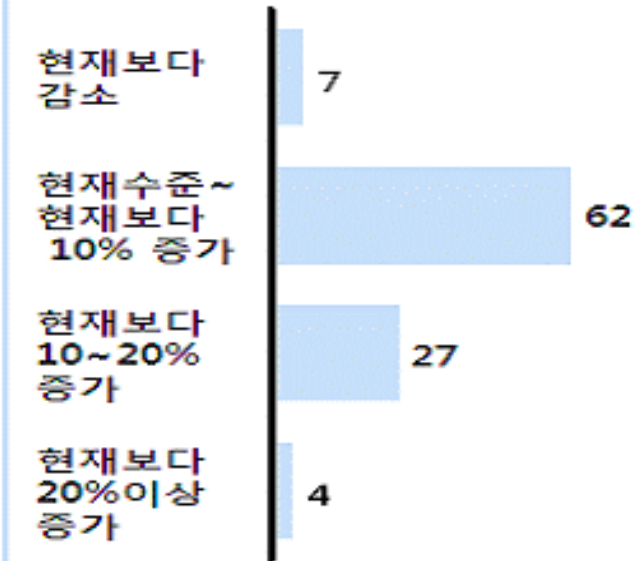
민간의료보험 가입 이유

(자료: 한국보건사회연구원, 설문대상: 840가)



국민들은 현재보다 더 높은 수준의 의료보장을 원함

이상적인 국민건강보험공단 의료비 부담률 퍼센트, N=1,545



※ 자료 : 보건의료미래위원회(2011)

모든 병원비를 국민건강보험 하나로

해결하여 보편적 복지국가 대한민국을 여는 주체가 되어주십시오.

의료 불안에서 벗어나는, 병원비 걱정 없는 사회를 모든 시민들이 참여할 수 있습니다.

II 건강보험 보장성 강화정책 평가

보장성 확대정책의 경과

붉은색 : 항목 확대
푸른색 : 본인부담금 축소*

~ 1989 · 전국민 건강보험 달성(universal coverage)

2000 · 산전진찰
· 퇴장방지의약품사용장려비 신설

2001 · 가정간호

2002 · 만성질환관리료 신설

2004 · 암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
· **감마나이프 수술**
· 현역병 등 병역의무자 건강보험 적용
· 진료비 본인부담금상한제 실시

2005 · **MRI(자기공명영상)**

※ 본격적
보장성 강화
정책의 시작

- 자연분만 본인부담면제
- 정신질환 외래 본인부담 경감(30-50% → 20%)
- 미숙아지원(본인부담면제)
- 인공와우 급여
- **장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대**
- 골다공증 치료제 급여기간연장(90일 → 180일)
- 100/100 전액부담행위 치료재료 등 483 항목 본인일부부담으로 전환
- **암 등 고액중증질환 보장성 강화 법정본인부담 인하(20% → 10%)**
- **의료적 비급여의 급여전환**
- 제픽스, 협세라 기준완화

* 일부 현금지원은 본인부담금 축소로 분류하였음

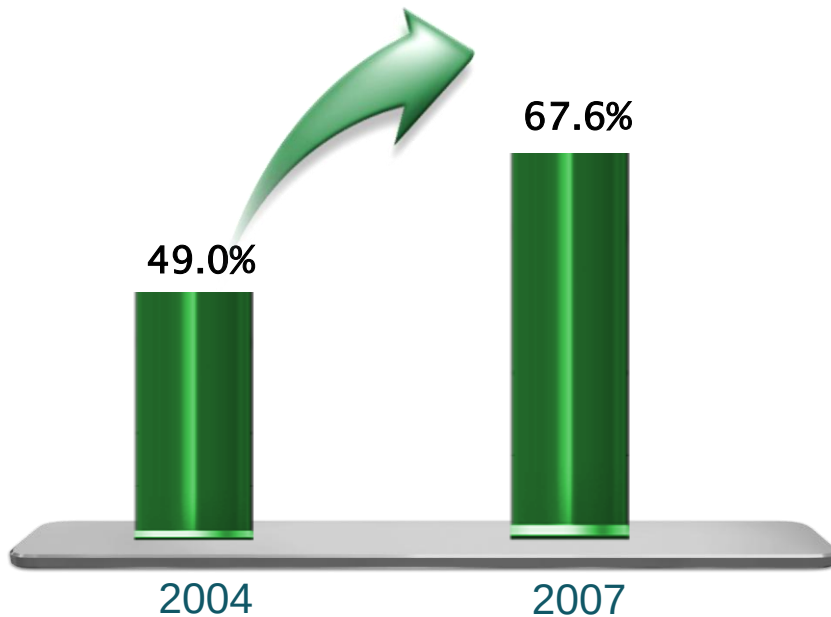
2006	· 만6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 · 장기이식수술 급여전환(간, 심장, 폐, 췌장) · 특정 암 건강검진 본인부담률 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%, 자궁경부암 면제) · 교도소수용자(급여정지 → 급여인정) · 중증질환(암, 심장, 뇌질환) PET(양전자단층촬영) 건강보험 적용 · 만성폐쇄성폐질환 환자 재가 산소치료 건강보험 적용 · 요양기관외 출산 요양비(현금급여) 인상 (7만원 → 25만원)
2007	· 중증환자 부담경감(희귀난치성질환자 지원, 화상진료 및 전문재활치료 활성화) · 정신질환에 의한 자살시도 및 본인 경과실 교통사고 환자 건강보험 적용 · 6세 미만 아동의 외래진료부담 경감 등 본인부담액 제도변경(성인의 70%로 적용) · 본인부담액상한선 인하(6개월 300만원 → 200만원)
2008	· 6세 미만 아동의 입원 법정본인부담률 10%(이전 0%)로 조정(단, 신생아는 본인부담면제) · 입원환자 식대 본인부담률 50%(이전 20%)로 조정(일반, 중증질환, 6세미만, 자연분만 등 포함) · 방사성 옥소치료실(수가상향 인상) · 희귀난치질환 특정기호 확대 · 산전진찰 바우처 제도 실시(20만원 지원)
2009 건강보험 보장성 강화 계획 (2009~2013)	· 소득수준별 본인부담 상한제(소득 50%이하 계층 200만원, 50~80%계층 300만원, 상위 20%계층 400만원 등) · 만성신부전증이나 류마티스 관절염 등 난치성환자의 본인부담률 인하(20% → 10%) · 희귀난치성 질환자(138개 질환) 입원과 외래 본인부담 경감(20%에서 10%로) · 양육수당(월 10만원 지원) : 바우처 형식 · 아동 충치예방을 위한 치아 홈메우기, 한방물리치료 · 암환자의 입원과 외래 본인부담률 인하(10% → 5%)(심장, 뇌혈관은 2010 예정)
2010	· MRI 보험급여 확대(척추, 관절), 희귀난치 치료제 보험적용 · 심장질환 뇌혈관질환 본인부담 경감(10%→5%), 중증화상 본인부담률 경감(20%, 30~50%→5%)
2011	· 골다공증치료제 급여확대, 항암제(넥사바, 벨케이드)급여확대, 당뇨치료제 급여확대 · 장루 및 요루 환자 재료대 요양비 지원
2012	· 노인틀니 보험적용(75세 이상) · 임신출산 진료비 지원확대(40만원→50만원)

붉은색 : 항목 확대
푸른색 : 본인부담금 축소

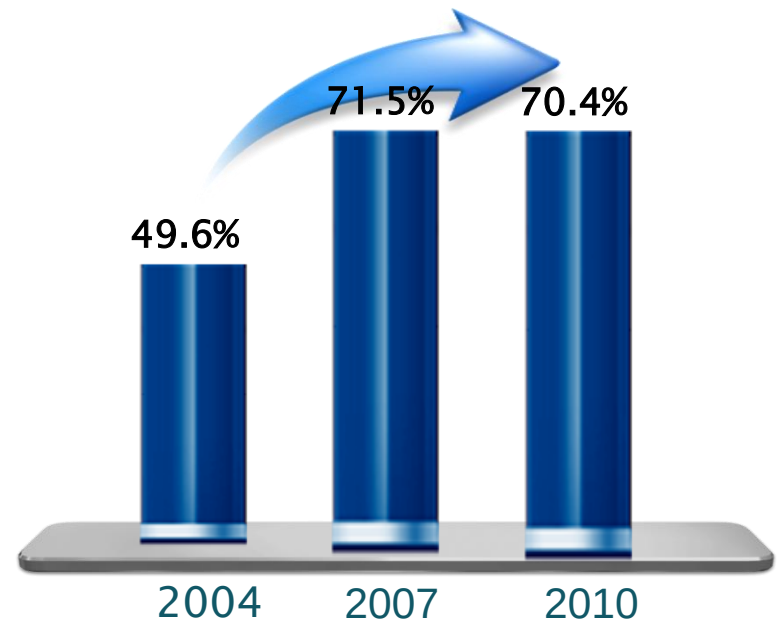
평가 1. 암 등 중증질환에 대한 보장성 강화

- 고액 중증질환자에 대한 보장강화 지속

고액진료비 보장률(500만원 이상)

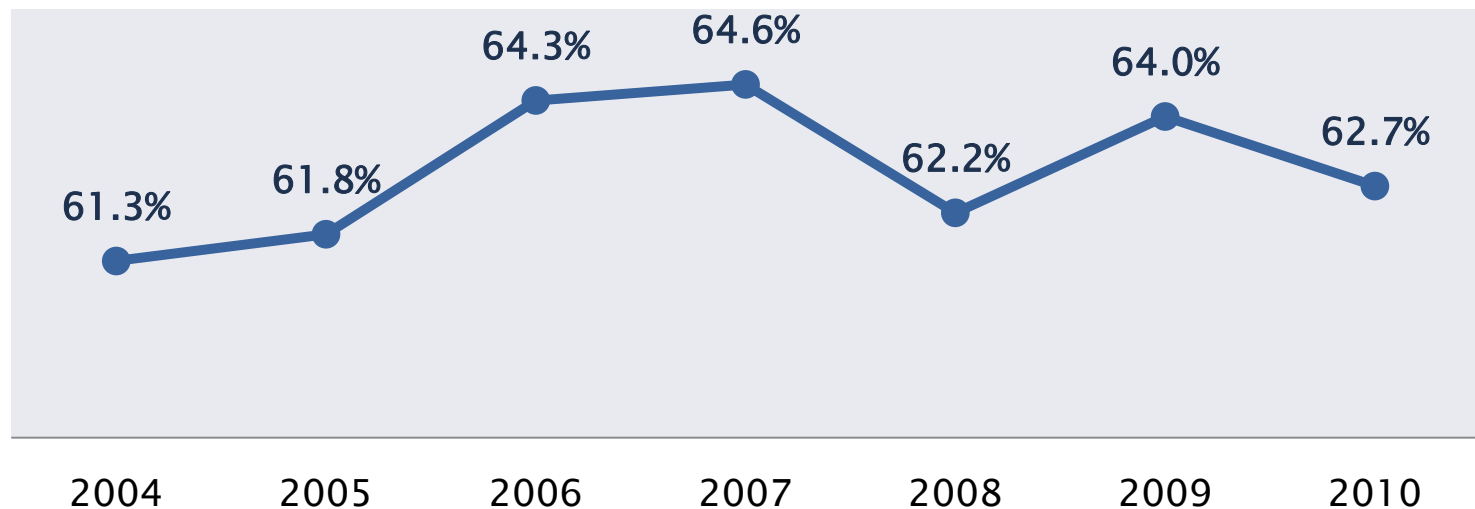


암 보장률



평가 2. 그러나, 건강보험 보장률의 정체

건강보험 보장률(2004~2010)

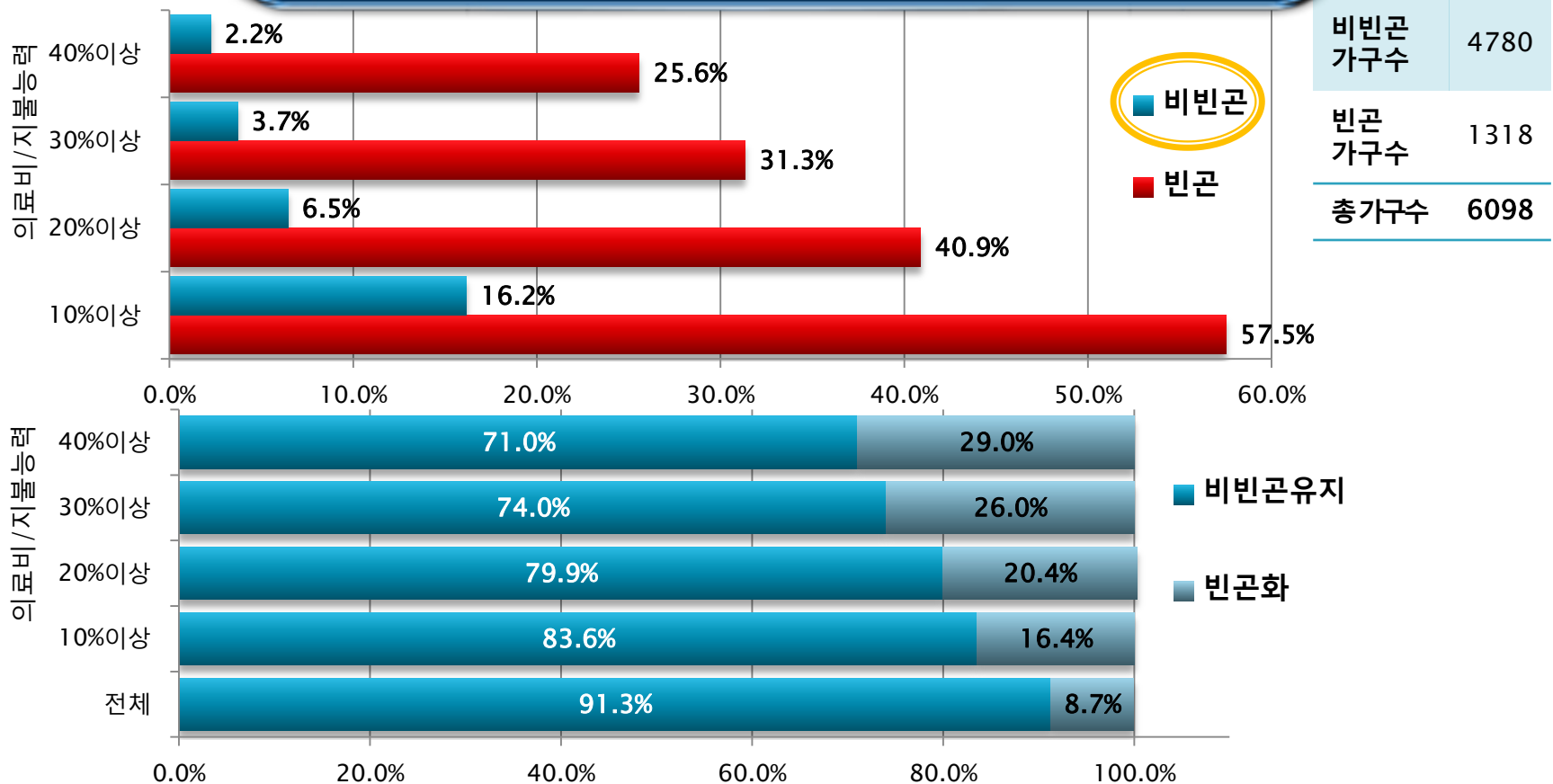


※ 자료 : 연도별 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단

평가 2-1 높은 본인부담과 빈곤의 악순환

● 낮은 보장은 과부담 의료비 문제를 발생시킴

과부담 의료비 지출가구비중 및 비빈곤 집단의 계층이동



※ 지불능력 = 가처분소득 - 식료품비, 빈곤선 : 2006년 가처분소득 기준 중위소득의 50%선

※ 출처 : 송은철 & 신영전, 2010, 「과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤지속에 미치는 영향」 예방의학회지 43(5) p.423-435의 표3을 수정

평가 2-2 비급여 관리기전 부재

- 건강보험 보장성 강화정책에도 불구하고 비급여 본인부담의 지속적 증가

연도별 본인부담률 변화

구분	건강보험 보장률(%)	본인부담률(%)		
		계	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
2006년	64.3	35.7	22.4	13.3
2008년	62.2	37.8	22.6	15.2
2010년	62.7	37.3	21.3	16.0

평가 3-정책적 문제

- **(정책적 목표설정 문제) 전체 보장률의 합리적 설정의 필요성**

- 보장목표가 제시되었으나 근거 설명이 없고 구체적 실행계획이 부재

※ 기존에 제시되었던 정책적 목표 보장률 수준

(2002년) 대통령 선거 공약: 80% (공공의료자원 / 총의료비)

(2004년) 참여복지 5개년 계획: 70% (보험급여액 / 총진료비)

(2005년) 국민건강보험공단과 의약계 합의: 80% (보험급여액 / 총진료비)

(2006년) 건강보험 보장성 강화계획: 71.5% (보험급여액 / 총진료비)

※ 2008년 건강보험 목표 보장률로 설정

- **(체계성의 문제) 보장성 확대의 우선 순위에 대한 결정과 합의**

- 현 보건의료체계의 특징과 그간의 보장성 강화정책의 효과에 근거하여 보장성 확대의 순위를 결정
- 사회적으로 의료자원 분배에 대한 명확한 기준이 존재하고 있지 않아 급여확대의 결정이 정치적으로 결정되는 경우가 많음

III

지속가능한 보장성 강화

지속가능성의 조건

● 합리적 목표설정

- 선진국의 경험을 기반으로 한 적절한 공공재정 비중 설정
- 우리나라 경제수준에 합당한 건강보험 보장률의 설정

● 합리적 우선순위의 설정에 따른 자원배분

- 빈곤과 질병의 악순환 해소(저소득층보호 및 재난적 의료비 부담 해소)
- 한정된 자원의 합리적 배분(구조적 장애요인의 해소와 연계된 급여확대)

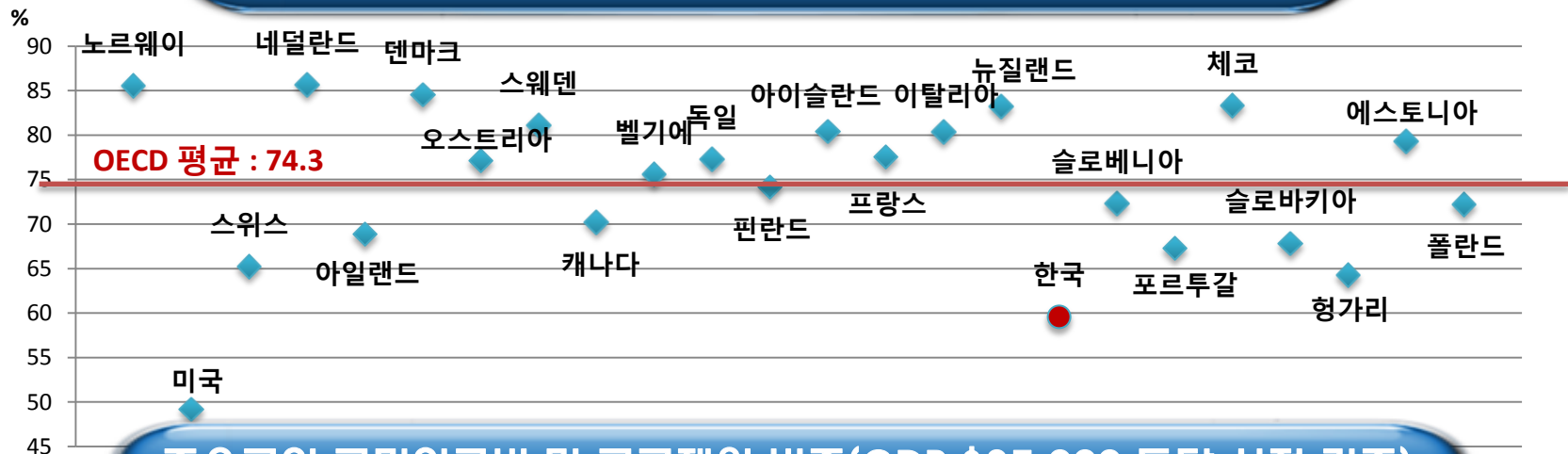
● 자원조달과의 연계

- 부과체계 개편을 통한 공정한 자원조달과 보험료 부과기반 확대
- 의료시스템 혁신을 통한 보건의료비 절감

1. 합리적 목표 설정

- 국민의료비 대비 공공재원 비중 : 58.2%(현재) → 70% 이상 수준

OECD 국민의료비 대비 공공재원 비중(2010)



주요국의 국민의료비 및 공공재원 비중(GDP \$27,000 도달 시점 기준)

국가	연도	1인당 GDP (US\$PPP)	GDP대비 국민의료비(%)	국민의료비 대비 공공재원(%)
대한민국	2009	27,133	6.92	58.2
평균*		27,388	8.57	74.5
일본	2003	27,487	8.31	80.4
영국	2001	27,578	7.24	79.9
독일	2002	27,446	10.64	79.6
프랑스	2002	27,676	10.52	79.4

* 평균은 GDP 수준이 \$27,000 이상인 10개국으로 산정

1. 합리적 목표 설정

- 건강보험 목표 보장률 : 62.7%(현재) → **80% 수준** (78.5%안 제시)
 - 공공재원비중 70%에 대응하는 건강보험 보장률 추정

공공재원 비중(%)	건강보험 보장률(%)
55.0	62.6
60.0	68.6
65.0	74.7
70.0	80.7
75.0	86.7
80.0	92.7

※ 공공재원 비중과 건강보험 보장률 간 관계식

- 건강보험 보장률 : 건강보험 급여비 / (건강보험 급여비 + 법정본인부담액 + 비급여본인부담액)
- 관계식 : $Y = \alpha + \beta X + \varepsilon$ (Y : 건강보험 보장률, X : 공공재원 비중)
- 자료원(2005 ~ 2009년) : 공공재원 비율(OECD Health Data), 건강보험 보장률(본인부담 실태조사)

2. 합리적 우선순위 설정에 따른 자원 배분

① 저소득층 보호기능 강화

- 저소득층 345만명(보험료 하위 10%) 본인부담률 인하
- 소득중심 보험료 부과체계 개편으로 저소득층 보험료 경감

② 재난적 의료비 부담 해소

- 재난적 의료비 기준 확대로 본인부담상한제 대상자 확대
- 소득계층별 본인부담상한제 기준액 하향 조정

③ 필수의료 우선의 보장성 강화

- 왜곡된 비급여 구조의 해소를 통한 실질적 보장성 강화
- 우선순위에 기반한 필수의료 중심 보장성 강화

2-1 저소득층 보호기능 강화

- 소득계층 1분위 세대에 대한 법정 본인부담률 경감

- 적용인구(2010): 345만명(보험료 하위 10%)
- 보장내용:

구분	현재	본인부담률 경감
입원	20%	10%
외래	30%~60%	15%
약국	30%~50%	15%

※ 의료급여 2종의 건당 법정본인부담률은 입원 10%, 외래 15%, 약국 정액 500원임

- 전체보장률 0.7%p 증가효과

- 직접혜택을 보는 1분위 저소득층의 보장률은 10.5%p 상승예상

- 보험료 부과체계 개선으로 과도한 보험료 부담 해소

- 보험료 부과체계를 소득중심(소비보완)으로 개선
 - 실제 부담능력에 따른 기여 → 저소득층 보험료부담이 낮아짐

2-2 재난적 의료비 부담해소

● 재난적 의료비 지원대상 확대 및 본인부담상한액 기준 인하

- (재난적의료비기준): 연간본인부담금이연간보험료기여액의10배를 초과하는 경우
- 연간 가처분 소득의 35% 수준을 초과하여 발생하는 의료비 부담의 제도적 해결
- ※WHO의 재난적 의료비 기준: 가처분 소득의 40%

◆ 적용인구

374천명(2011, 보험가입자의 0.76%)▶▶ 750천명(2013) ~1,029천명(2017, 2.1%)

※ 연도별 보장성 강화에 따라 적용대상은 점차 확대될 것임

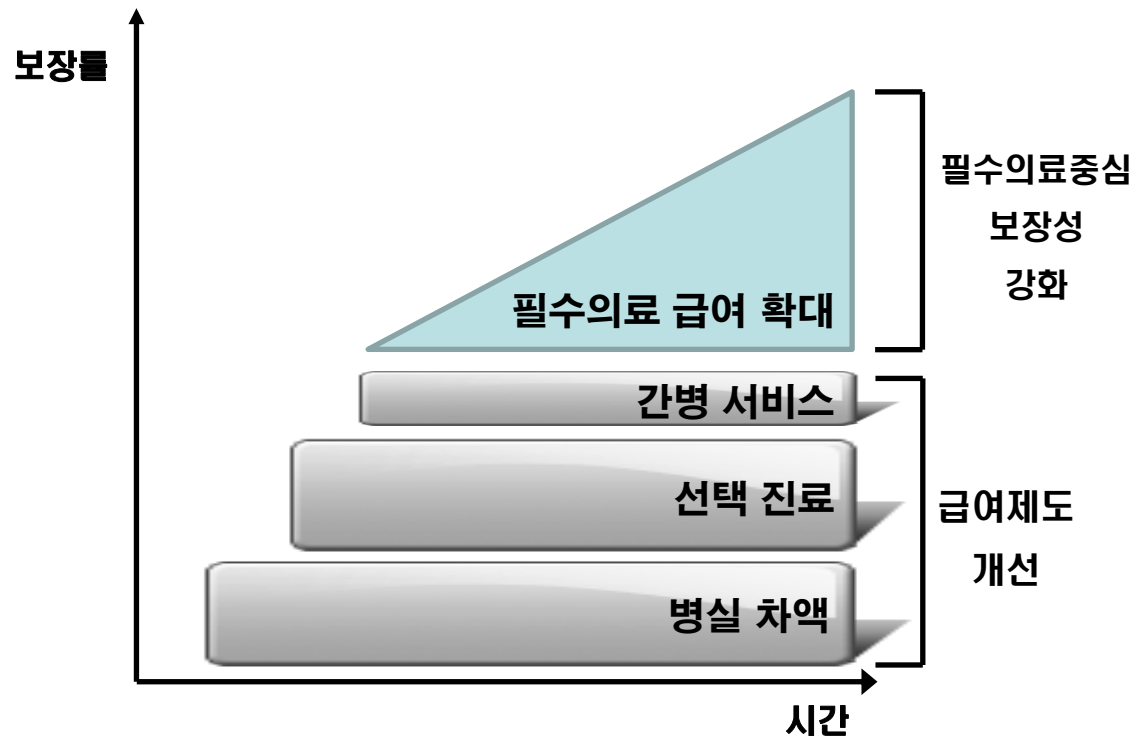
- (상한액기준인하): 본인부담 상한액 기준을 현행보다 100만원씩 인하

소 득 계 층(' 13년, 대상자 추계)		상 한 액 기 준	
상위 20%	(82천명)	연간 400만원 ⇒	연간 300만원
중위 30%	(150천명)	연간 300만원 ⇒	연간 200만원
하위 50%	(518천명)	연간 200만원 ⇒	연간 100만원

- 전체 보장률 2.5%p 상승효과

2-3 필수의료 우선의 보장성 강화

- 보장성 확대의 구조적 장애요소인 병실차액 · 선택진료 등을 급여화
- 필수의료의 개념 및 우선순위에 대한 사회적 합의에 따라 단계적 확대



2-3 필수의료 우선의 보장성 강화

● 구조적 장애요인의 개선 : 병실차액과 선택진료 급여화

- 가장 큰 국민부담을 유발하는 보장성 강화의 구조적 장애요인 급여화
 - 전체 비급여 중 [병실차액+선택진료료] 비중 : 약 37.8%(2010)

▷ 선택진료 : 비급여 폐지 ➡ 별도의 수가체계로 개편하여 급여화

▷ 병실차액 : 현재 비급여 규모(연간 약 9,000억)를 건강보험재정으로 투입
➡ 기준병실을 4인실로 상향조정하고 기준병상 확보비율과 연계하여 급여화

● 간병서비스의 급여화

- 간병서비스를 이용하고 있는 환자의 비율: 요양병원 88.0%¹⁾, 종합병원 49.7%, 상급종합병원 72.0%²⁾
- 선진국형 양질의 의료서비스 제공을 위해 간병서비스 급여가 필수적
- 급여전환시 고용창출 효과가 크고 간병에 투입된 가족 노동력의 사회환원으로 사회전체의 효율성과 생산성 제고효과 기대

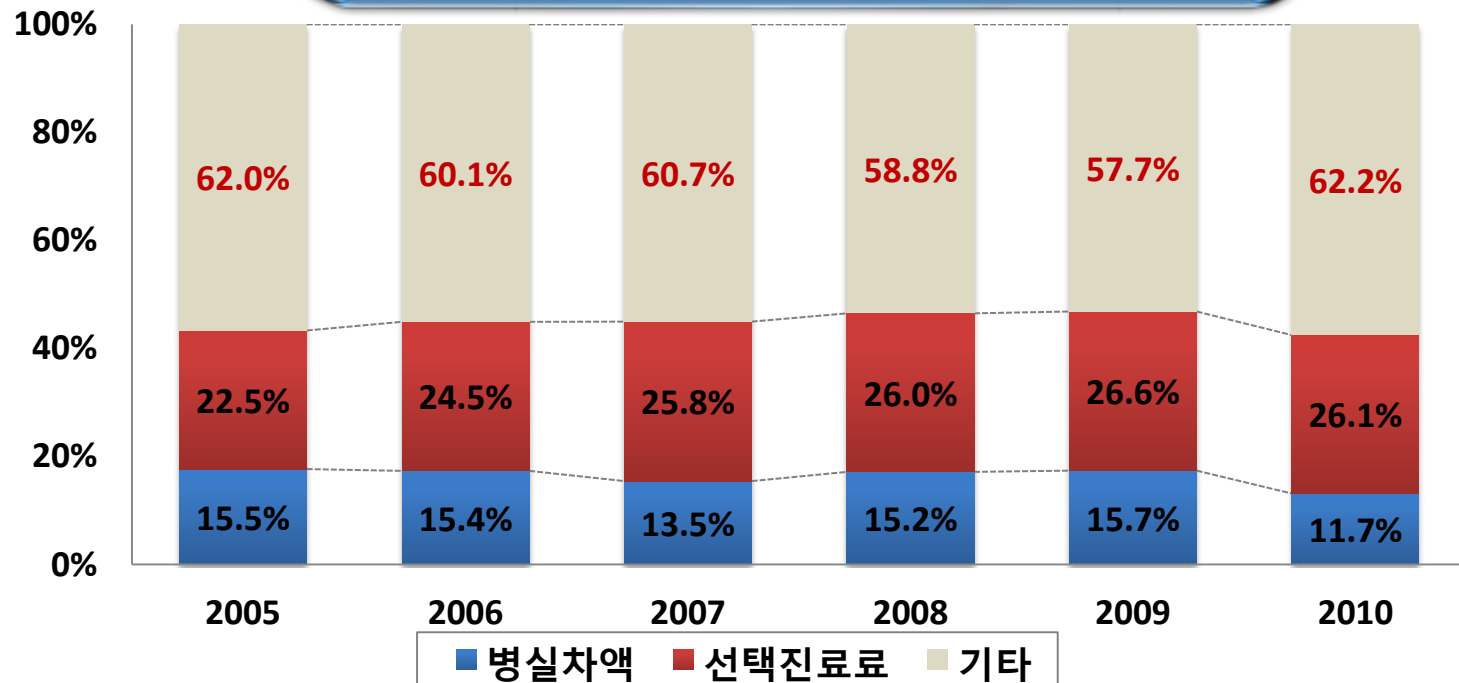
주: 1) 안형식 등, 요양병원의 간병서비스 실태조사 및 제도개선방안 연구, 2010.

2) 성명숙·곽찬영 등, 급성기병원의 간병서비스 실태조사, 2010.

2-3 필수의료 우선의 보장성 강화

- **우선순위에 따른 필수의료 보장성 확대: 비급여의 단계적 급여화**
 - 기타비급여 항목의 비중: 약 62.2% (주로 주사제, 처치 및 수술, 검사 등)
 - 보장성 강화의 원칙 및 필수의료 우선순위에 대한 사회적 논의 후 단계적 지속적 급여 확대

비급여 항목별 구성비 변화(2005-2010)



3-1 단계적 실행과 소요재정

- 단계적 보장성 강화로 **건강보험 목표보장률(78.5%) 달성을 위해**
5년간 총 36.6조원, 단계적으로 연 3.4~11.4조원 소요

(단위: 억원)

항 목			연도별 재정소요				
		현재	2013	2014	2015	2016	2017
차상위 저소득계층 의료보장(a)			3,884	3,884	3,884	3,884	3,884
재난적 의료비 부담해소(b)			13,965	13,658	13,766	13,616	13,210
필수의료 중심 단계적 보장성 강화 (c)	병실+선택+간병+기타		15,867	33,806	54,958	76,111	97,265
	- 병실차액		7,778	7,778	7,778	7,778	7,778
	- 선택진료		8,089	16,178	16,178	16,178	16,178
	- 간병서비스				11,302	22,604	33,906
	- 기타 비급여			9,850	19,700	29,551	39,403
연도별 투입 재정(a)+(b)+(c)			33,716	51,348	72,608	93,611	114,359
누적 투입 재정			33,716	85,064	157,672	251,283	365,642
예측 보장률(%)		62.7	69.0	72.5	74.8	77.1	78.5

※ 현재 기준 순수 추가 재정 값으로, 자연증가율 및 보장성 확대에 따른 가격·경기변동 효과 등은 포함하지 않았음.

※ 정책 실행시, 연도별 정책 배치 등을 고려하여 위의 요소를 포함한 추계 가능.

3-2 보장성 강화 소요재정 요약

– 보장성 강화안의 소요재정액은 5년간 총 36.6조원

(단위: 억원)

구 분		금 액	비 고
보장성 강화 소요재원 총액 ($A=a+b+c$)		365,642	
차상위 저소득계층 의료보장(a)		19,420	· 보험료 하위 10% 저소득층 본인부담률 경감 · 보험료 부과체계 개선을 통한 보험료 경감
재난적 의료비 부담해소(b)		68,215	· 본인부담상한제 기준액 100만원씩 하향조정
필수의료 중심 단계적 보장성 강화 (c)	병실차액+선택진료	111,691	· 우선순위에 따른 단계적 급여확대 · 5년간 단계적으로 15,867~97,265억원 소요
	간병서비스	67,812	
	필수의료 우선순위에 따른 급여확대	98,504	

3-3 재정 확보방안

- 과도한 보험료 인상 없이 **현행 보험료 부과체계 개선과 부과기반의 확대,**
- **예방·건강증진 강화,**
- **급여결정체계 개선 및 지출 합리화**

등을 통한 추가 재정 확보

(단위: 억원)

구 분		금 액	비 고
계(A+B)		379,159	· 연3.4조~11.4조원 소요
부과체계 개선을 통한 재원 확충(A)		232,904	· 소득보험료율 : 2017년까지 6.11%로 최소 인상 · 소비기준 건강보험 재원 : 0.51% 부과 · 부과소득 기반 확대 : 보수외소득 포함 ※ 공단 보고서 제2편 제2장 참고
지출효율화	소계(B=a+b)	146,255	
	건강증진사업(a)	84,525	· 연 16,905억원 ※ 공단 보고서 제2편 제3장 참고
	급여결정체계 개선 및 지출합리화(b)	61,730	· 연 12,346억원 ※ 공단 보고서 제2편 제4장 참고

※ 연도별 소득보험료율 : ('13)5.50%, ('14)5.80%, ('15)5.84%, ('16)6.00%, ('17)6.11%

감사합니다

