

건강보험의 미래전략

김 용 익
국민건강보험공단 이사장

2020년 5월 7일



차 례

❖ 건강보험의 성격과 지속가능성

❖ 미래계획의 방향

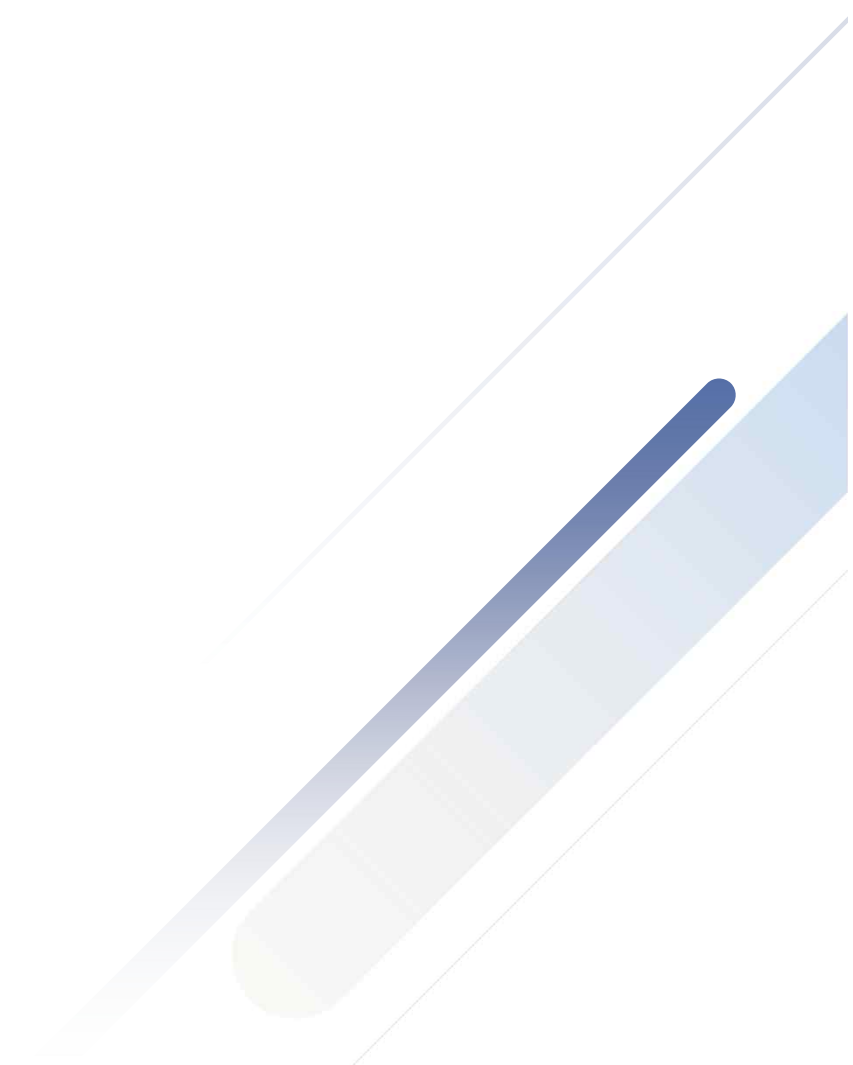
❖ 미래계획의 전략

01 건강한 국민

02 합리적 서비스

03 안정적 재정

❖ 맺는 말



건강보험의 성격과 지속가능성

h·well
국민건강보험 





■ 사회보험

- 현금급여형
 - 국민연금
 - 공무원연금/ 군인연금/ 사학연금
- 현물급여형
 - 건강보험/ 노인장기요양보험
 - 고용보험(현물/현금)/ 산업재해보상보험

■ 조세 방식

- 공적부조: 기초생활보장 등
- 사회수당(demogrant): 기초노령연금, 장애인연금 등
- 근로장려세제(EITC)



건강보험의 특성

■ 정부재정 vs 사회보험

- 재정: 조세가 아닌 보험료로 운영
- 관리방식(governance): 공단이 보험자, 국가는 통제와 지원

제2조(관장) 이 법에 따른 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아 주관한다.

제13조(보험자) 건강보험의 보험자는 국민건강보험공단으로 한다.

■ 장기보험 vs 단기보험

- 1년 단위로 당기수지 균형을 맞추는 방식
- 주요지표: 보험료 인상률, 국고보조율, 수가 인상률
- 매년 정치적 결정이 중요

■ 현금급여 vs 현물급여

- 현물급여 위주, 현금급여는 보완적
- 현물급여(의료서비스)는 공급자가 생산함



공단은 어떤 역할을 하고 있는가?

■ 공단의 위상은 '보험자'

■ 공단의 성격은 복합적

- 준정부 조직, 공공기관
- 사회보장기구
- 의료소비조합

■ 공단의 '세 가지' 역할

- 건강보험공단
- 장기요양보험공단
- 사회보험료통합징수공단

8대 사회보험 재정 현황



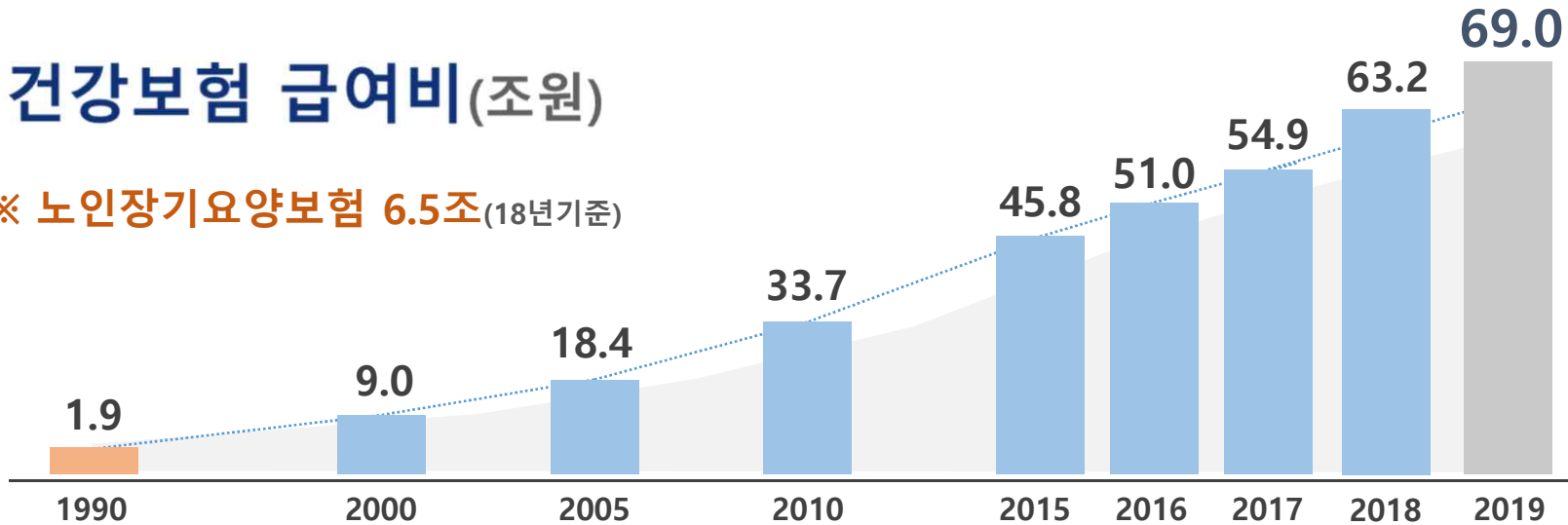
	국민연금	공무원연금	사학연금	군인연금	건강보험	고용보험	산재보험	요양보험
가입대상 (가입자: 만명)	18~59세 국민 (2,212)	공무원 (116)	사립학교 교직원 (3.2)	부사관 이상 현역군인 (19)	전국민 외국인 (5,110)	사업자 및 임금근로자 (1,371)	근로자 사용사업장 (1,854)	전국민 외국인 (5,110)
수급자 (만명)	483	51	7.6	9	-	108	26.4	67
보험료율 ('19년)	9%	17.50%	8.75%	7%	6.46%	1.85~2.45%	1.65%	8.51%
총수입 ('18년)	38.5조원	13.7조원	4.9조원	3.3조원	62.1조원	10.8조원	8.0조원	6.1조원
총지출 ('18년)	21.4조원	13.7조원	4.8조원	3.3조원	62.3조원	11.6조원	6.0조원	6.7조원
당기수지 ('18년)	17.1조원	△0.1조원	0.1조원	0.0조원	△0.2조원	△0.8조원	2.0조원	△0.6조원
적립금 ('18년말)	638.8조원	10.8조원	18.5조원	1.2조원	20.6조원	9.4조원	17.9조원	1.4조원
국고지원 ('19년)	102억원	1.6조원	-	1.6조원	7.9조원	1402억원	155억원	0.9조원

지출 규모



■ 건강보험 급여비(조원)

※ 노인장기요양보험 6.5조(18년기준)



<자료> 국민건강보험공단(2019), 2018년 건강보험주요통계 및 내부자료

▶ 공공기관 지출 규모 1위(전체 338개 중)



<자료> 국회예산정책처(2019), 2019 대한민국 공공기관(2018년 말 기준)



■ 건강보험 재정현황 (단위: 조원,%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (예산)
수입	33.9	38.8	42.5	47.2	50.5	53.3	56.5	58.8	62.7	69.2	76.7
- 보험료 수입 등	28.5	33.0	36.4	39.0	41.6	44.3	47.6	50.5	53.9	61.4	63.5
- 정부지원 등	5.4	5.8	6.1	8.2	8.9	9.0	8.9	8.3	8.8	7.8	13.2
지출	34.9	37.3	39.2	41.3	44.8	48.2	53.7	58.0	66.0	72.1	76.7
- 보험급여비	33.7	35.8	37.6	39.7	42.8	45.8	51.0	54.9	63.2	69.0	74.6
- 관리운영비 등	1.2	1.4	1.6	1.6	1.9	2.4	2.7	3.1	2.8	3.1	2.1
수지율(지출/수입)	102.9	96.1	92.2	87.5	88.7	90.4	95.0	98.6	105.3	104.2	

* 결산기준, '보험료수입 등'은 보험료수입과 기타 수입을 포함
 <출처> 건강보험통계연보 및 공단 내부자료

흔히 거론되는 건보재정 절감 방안



■ 흔히 나오는 재정 절감 방안

- 진료비 심사 삭감
- 부당 청구 환수
- 수가 인상 억제
- 과잉진료 방지

■ 흔히 나오는 제도 개선 방안

- 진료비 지불 제도
- 보험료 부과체계 개편

★ 이런 방안이 재정 절감 대책의 전부인가?

왜 폭넓은 사고가 필요한가?



■ 인구 구조의 변동

- 생산가능인구의 감소, 노인인구의 증가
- 수입의 감소와 지출의 증가

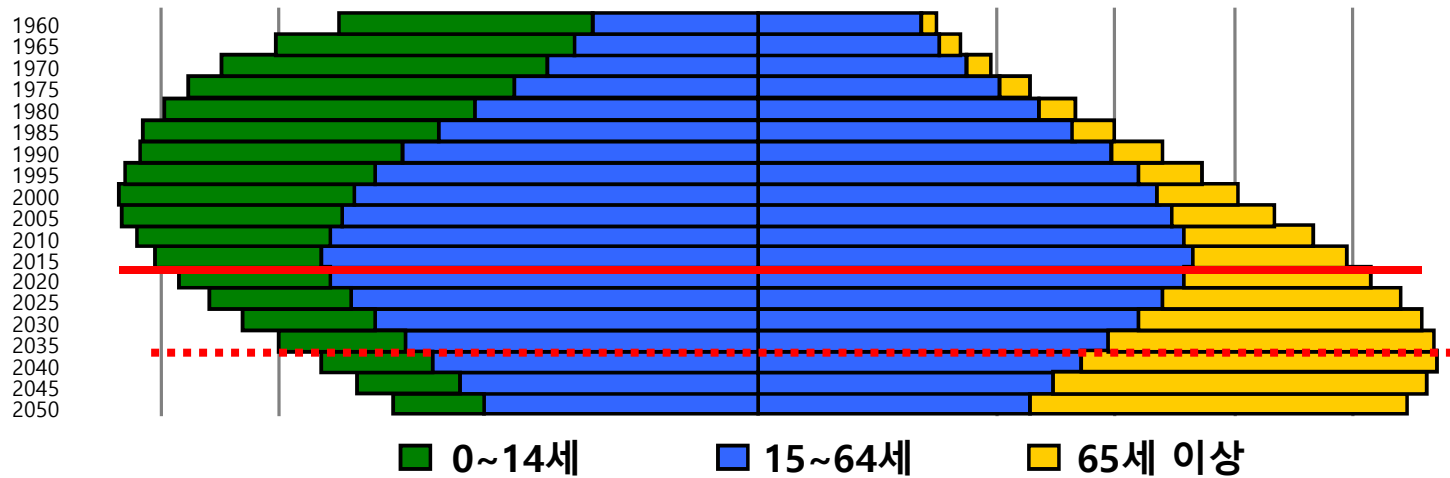
■ 경제와 고용의 변화

- 성장률의 저하, 고용창출력의 약화, 고용의 질적 변화
- 보험료 부과 기반의 약화

■ 건강보험의 내부 개혁과 외부 개혁

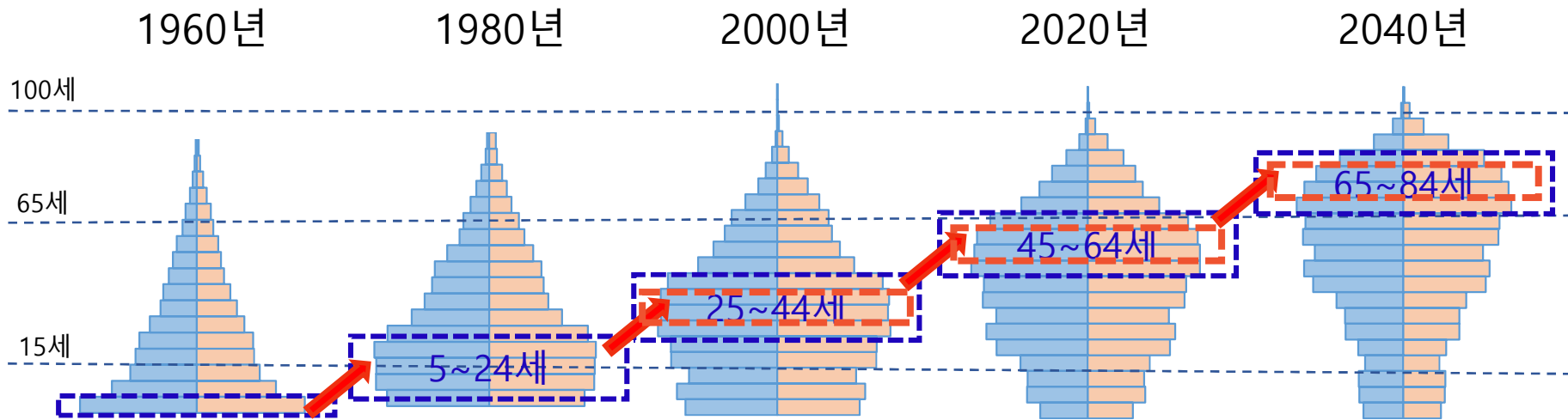
- 내부 요인: 보험료 부과체계, 진료비 지불제도, 관리운영비
- 외부 요인: 질병 양상(의료수요), 의료서비스 생산구조(생산비용)

01 인구의 변화



- 총인구: 2,501만 명('60) → 5,197만('20) → 5,086만('40)
- 생산가능인구: 1,370만 명(54.8%,'60) → 3,153만(60.9%,'20) → 2,541만(50.0%,'40)
- 유년 인구: 1,059만(42.3%,'60) → 657만(12.6%, '20) → 498만(9.8%, '40)
- 노년 인구: 73만(2.9%, '60) → 813만(15.6%, '20) → 1,722만(33.9%, '40)

인구 코호트의 이동



<자료> 통계청, 장래인구추계, 각 연도

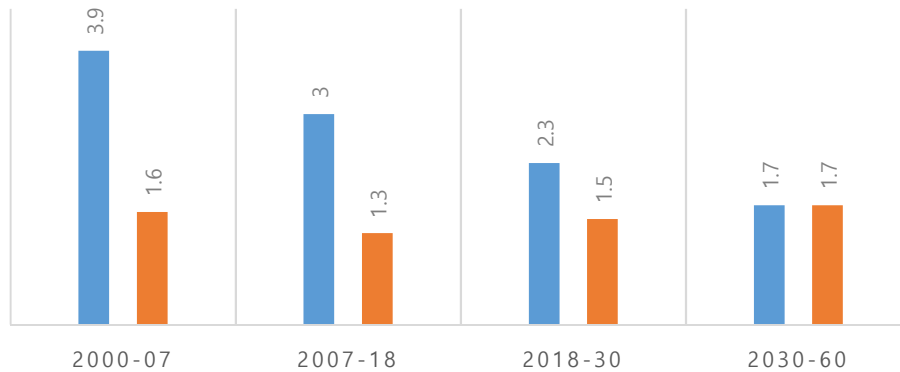
- 연령군 별로 인구 규모, 사회문화적 성격에 큰 차이를 보임
- 1955~1975년생이 최대의 인구집단을 형성. 고령화의 주역
- 특히 60년대생이 '386'으로 부각. 정치를 '노인정치'화 하고 강한 발언을 할 것임. 경제, 사회 전반에 막대한 영향을 줄 것으로 예상

02 중장기 경제 고용 전망



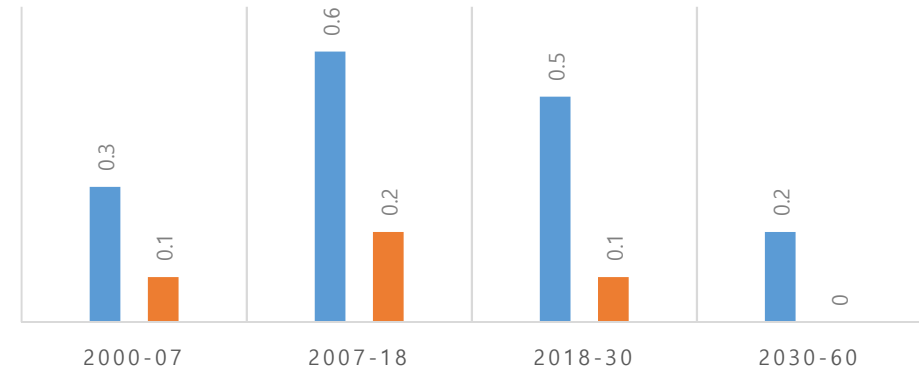
POTENTIAL GDP PER CAPITA

■ Korea ■ OECD (Per cent per annum)



POTENTIAL EMPLOYMENT RATE

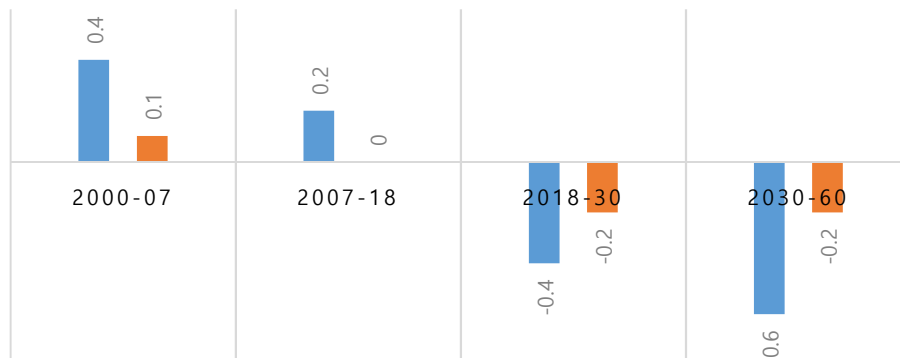
■ Korea ■ OECD (Per cent per annum)



SHARE OF ACTIVE POPULATION

(Per cent per annum)

■ Korea ■ OECD



● 생산가능인구의 축소와 함께

● 경제성장률이 낮아지고

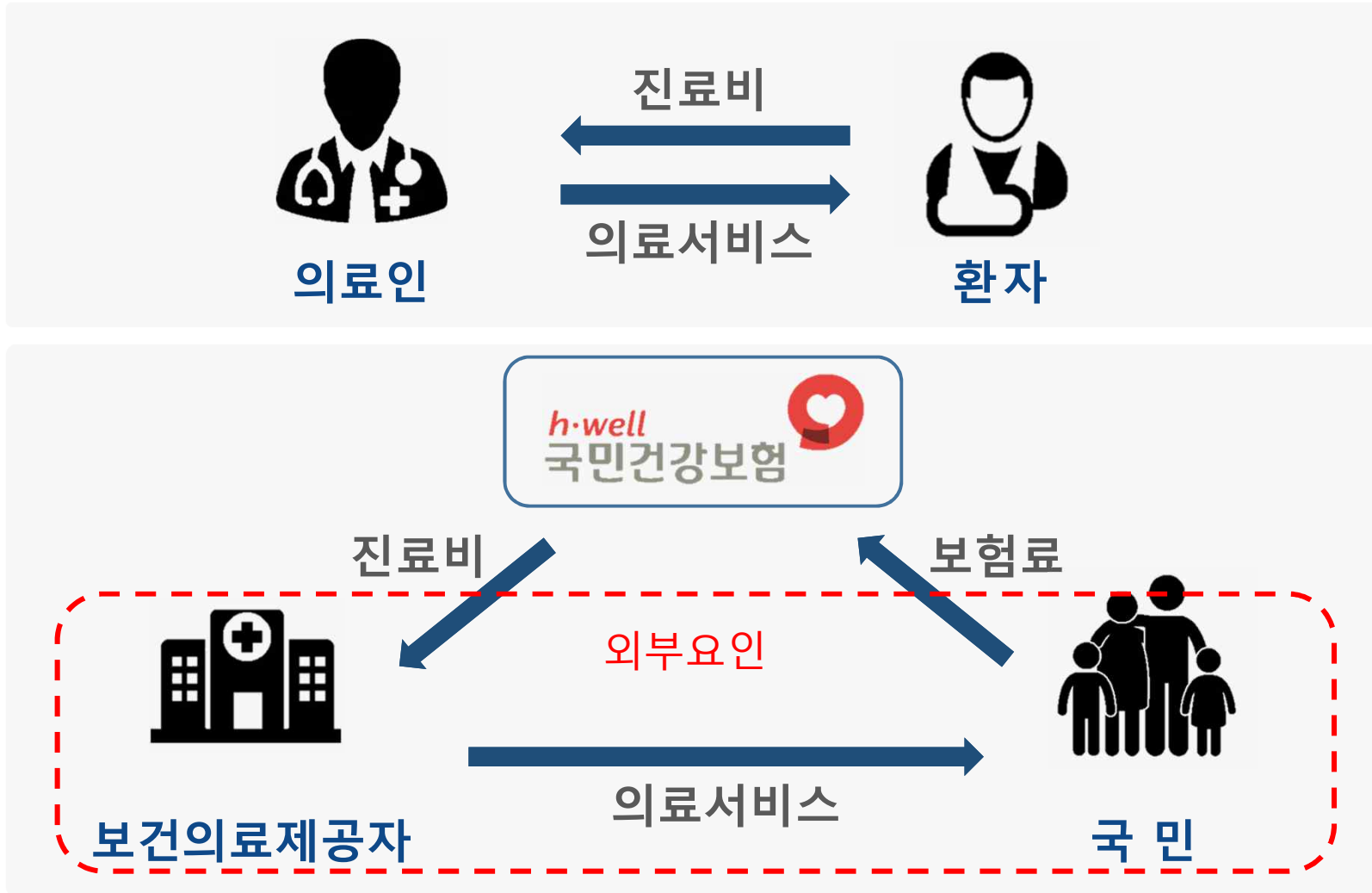
■ 산업구조의 변화

● 고용상황의 악화 전망

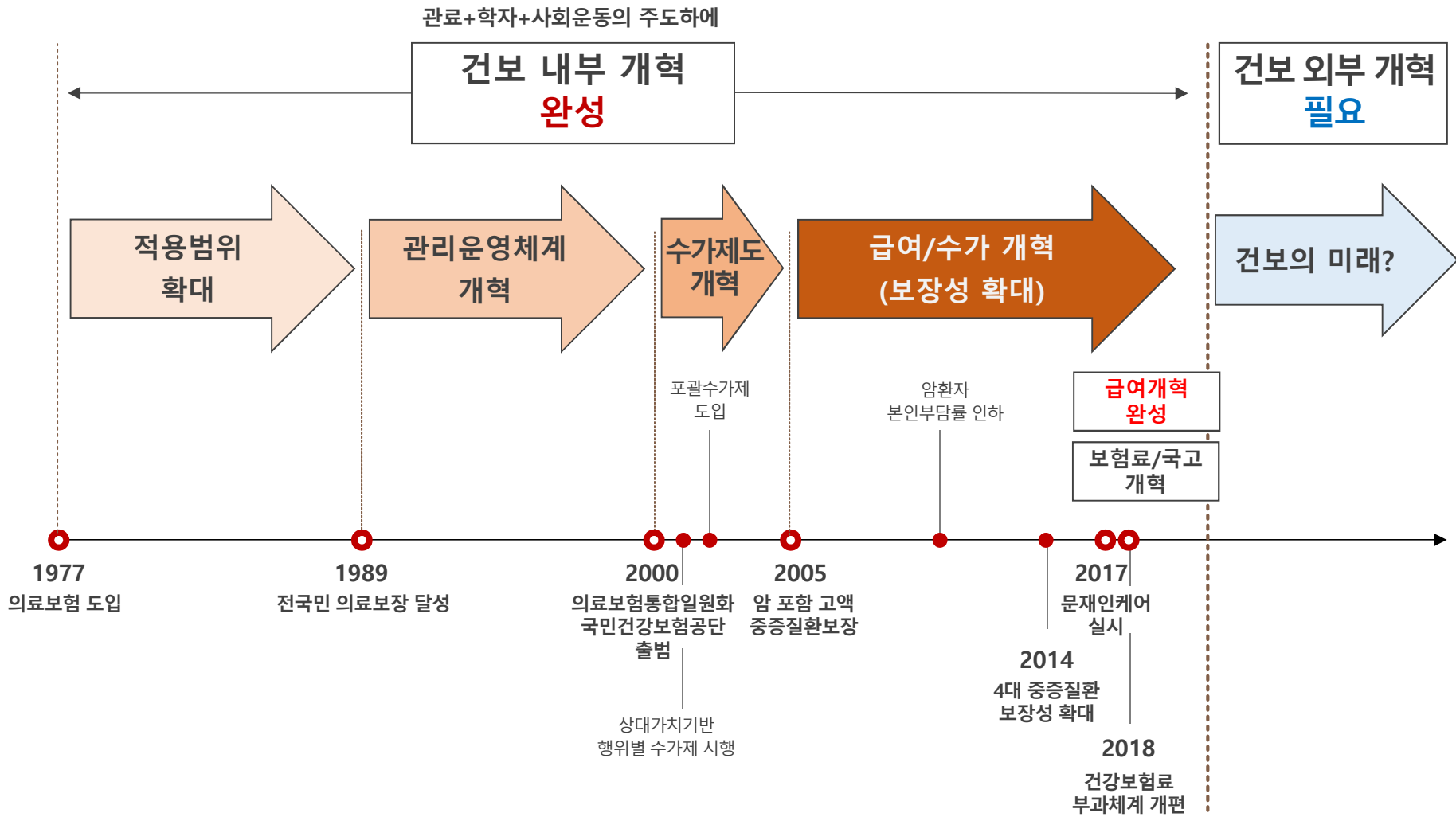
■ 고용의 축소, 고용구조의 변화

자료 : THE LONG VIEW: SCENARIOS FOR THE WORLD ECONOMY TO 2060 (OECD 2018)

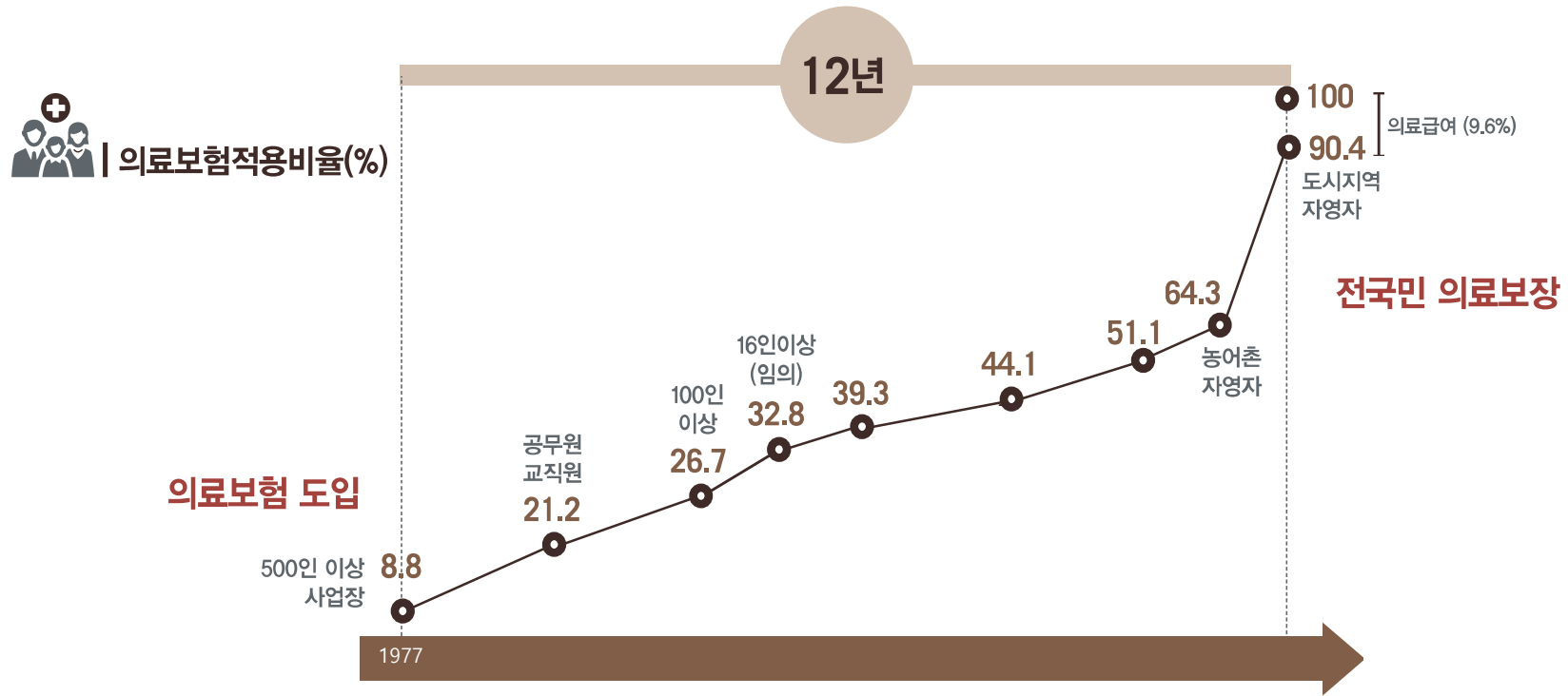
03 건강보험 개혁의 내·외부 요인



건강보험 제도의 개혁 과정



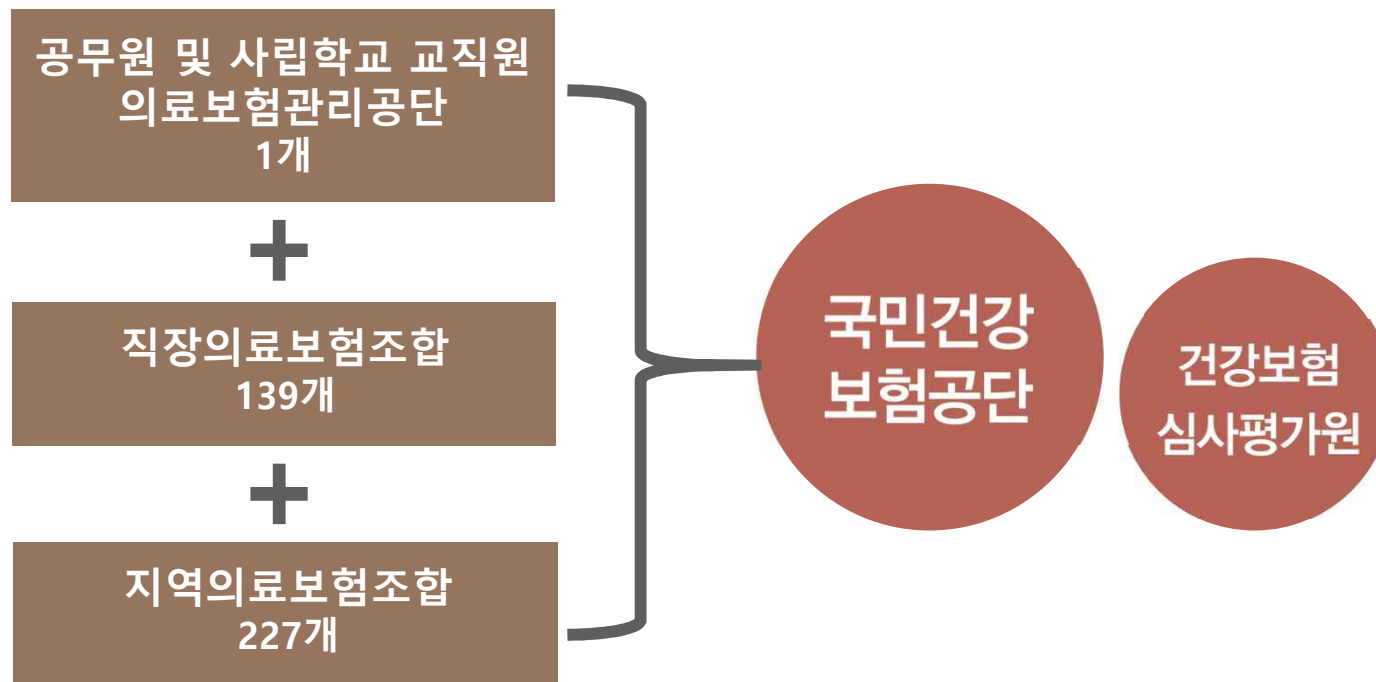
1. 적용범위 확대



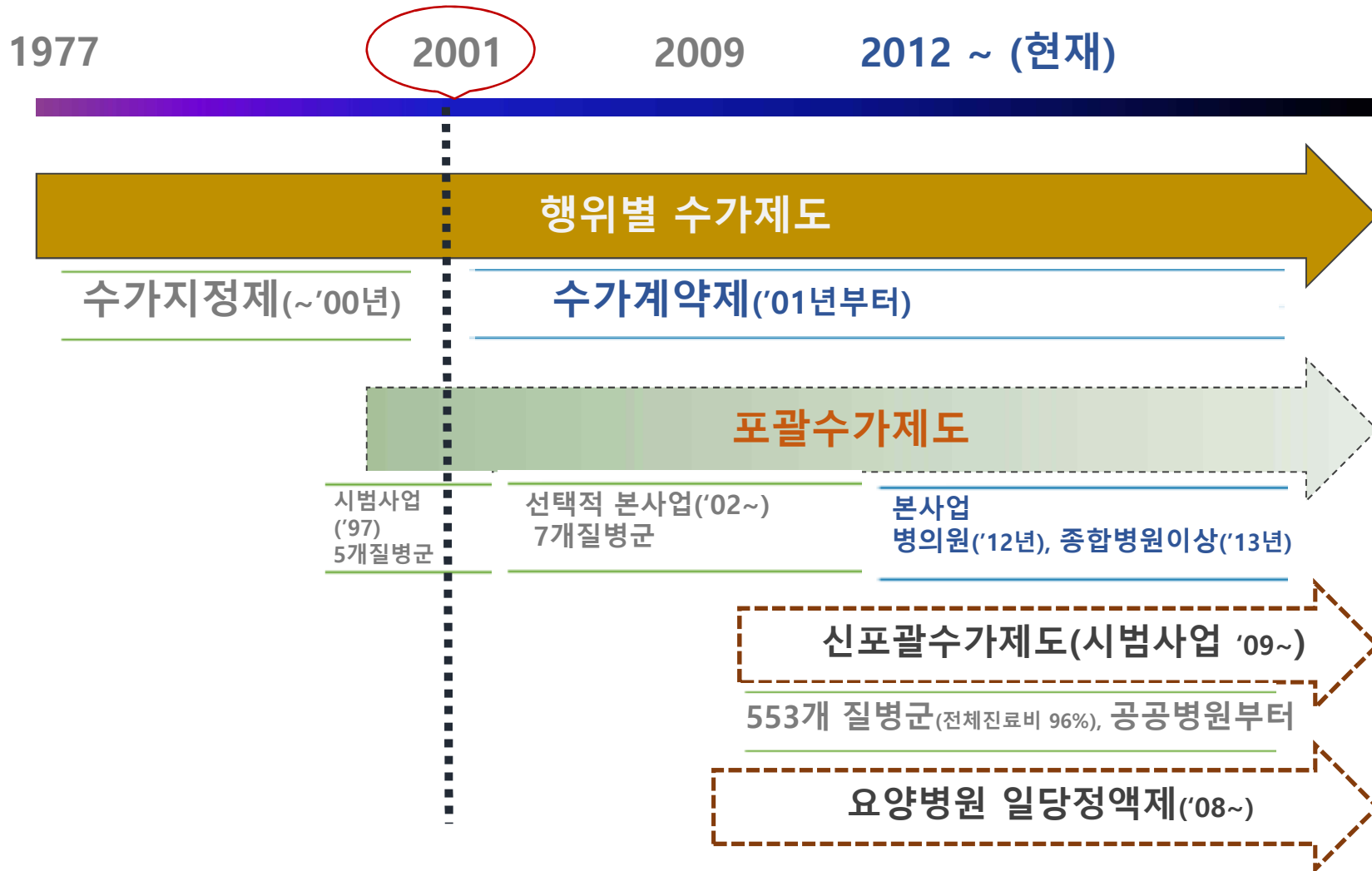
2. 관리운영체계 개혁



단일 보험자 체계로 개혁 (2000.7월)



3. 수가제도 개선





4. 급여확대

❖ 낮은 보장성: 62.6%(2016)

❖ 총진료비 상한선 부재

✓ 가계파탄: 재난적 의료비 발생가구 4.38%

✓ 실손보험: 가구의 78.0%가 4.8개 가입, 304,691원 부담. 건보료 94,040원(2015)

1차('05~'08)

- ❖ 중증질환 산정특례 도입
- ❖ MRI 보험 적용 (개두술·개심술)
- ❖ PET 보험적용 질환 확대 (암·심장·뇌질환)
- ❖ 식대 급여화, 암 본인 부담 인하
- ❖ 아동 입원·외래 부담경감
- ❖ 본인부담 상한액 하향조정

2차('09~'13)

- ❖ 중증질환 산정특례 확대
- ❖ MRI 보험 적용 확대 (척추·관절)
- ❖ 초음파 보험 적용 (4대 중증질환)
- ❖ 구강 보험 적용
- ❖ 임·출산 지원 강화
- ❖ 본인부담 상한액 3단계 차등

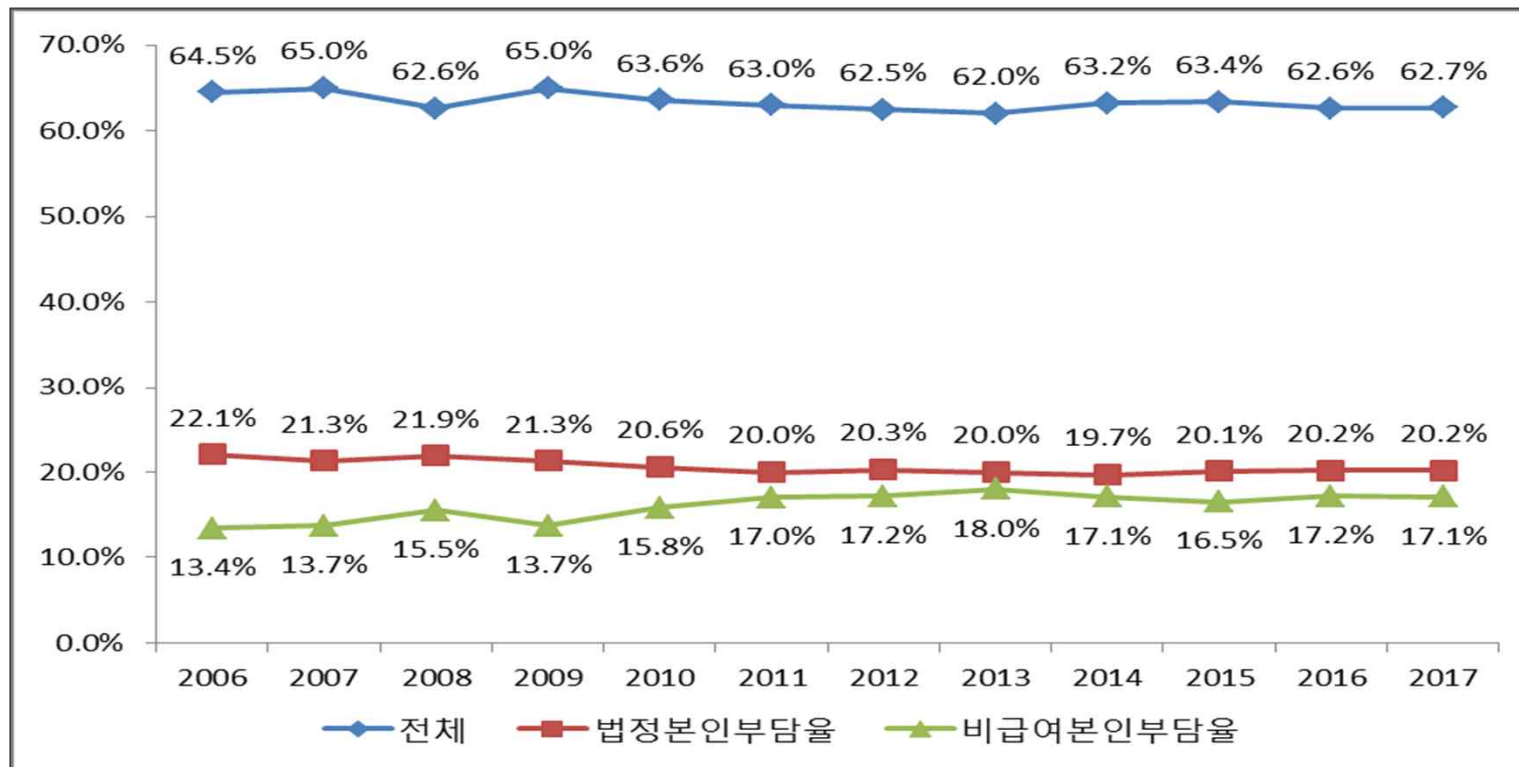
3차('14~'18)

- ❖ 4대 중증질환 선별급여
- ❖ MRI 보험 적용 확대 (뇌·심장)
- ❖ 초음파 보험 적용 확대 (임산부·간질환)
- ❖ 3대 비급여 해소 추진
- ❖ 생애주기 필수의료 보장
- ❖ 본인부담 상한액 7단계 차등

건강보험 보장률의 변화



- 보장률은 '07년, '09년 최고치(65.0%)를 보임
- '10년 이후 정체 수준 (62.0~63.6%)

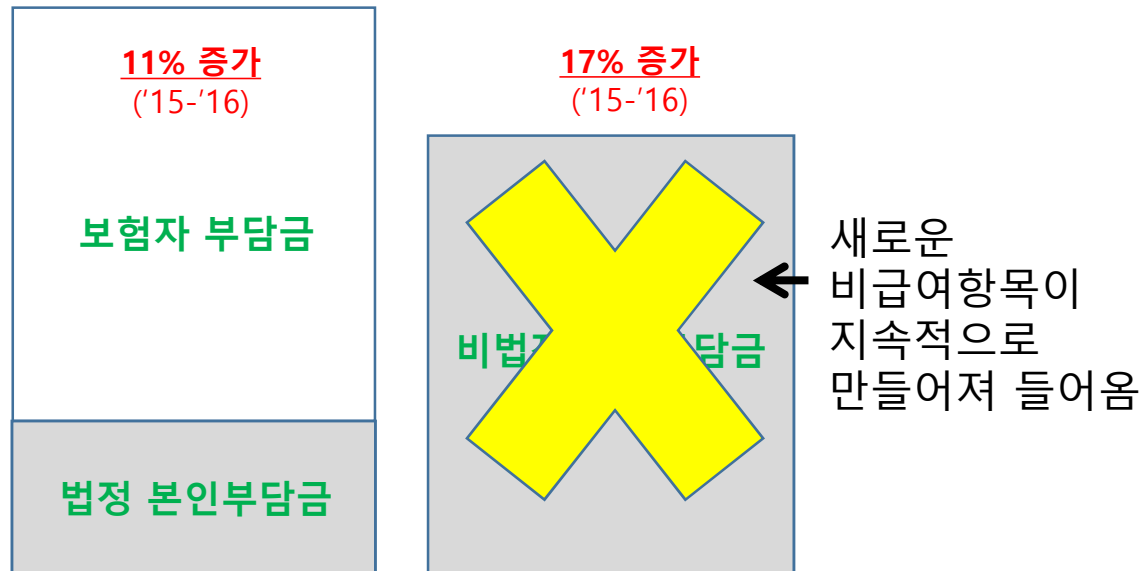


<자료> 건강보험환자 진료비실태 조사. 건강보험정책연구원. 각년도.



- 비급여의 풍선효과

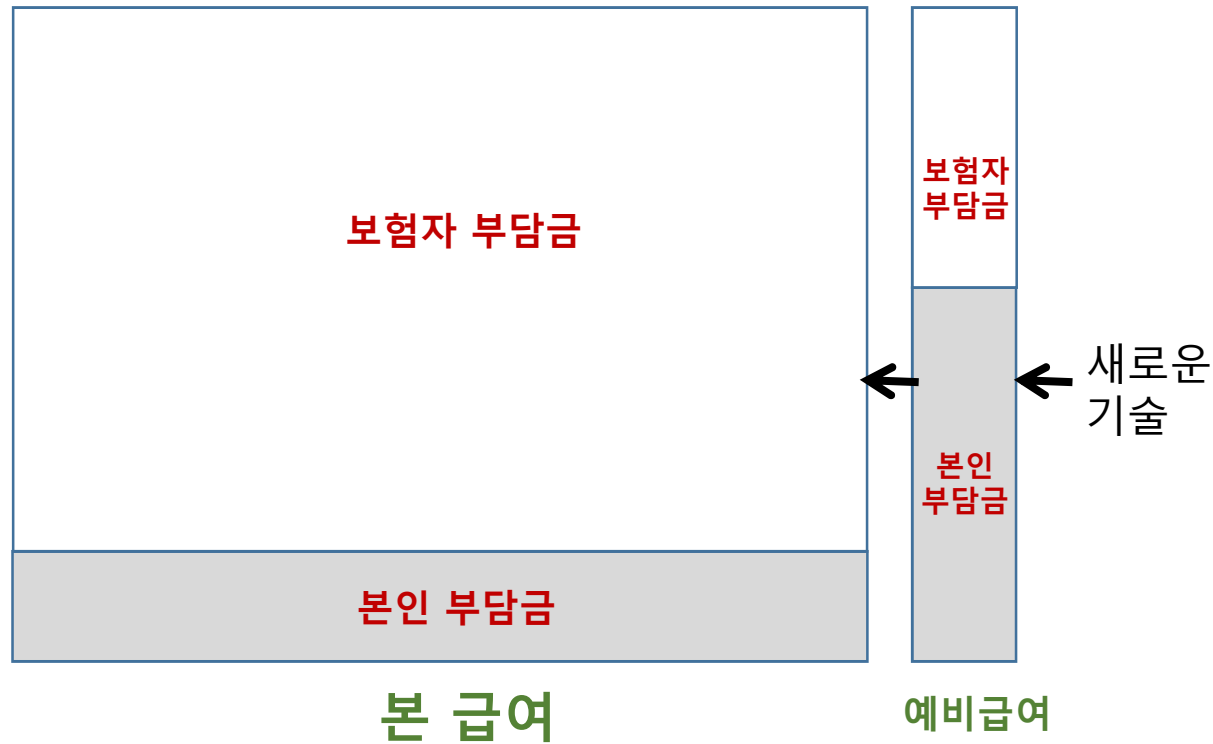
63.4%(2015) → 62.6%(2016)



- ❖ 보장성 개선을 위해서는 '전면 급여화'가 필요
→ 문재인 케어의 급여확대 방식의 특징



- 문재인 케어 이후 급여 설계

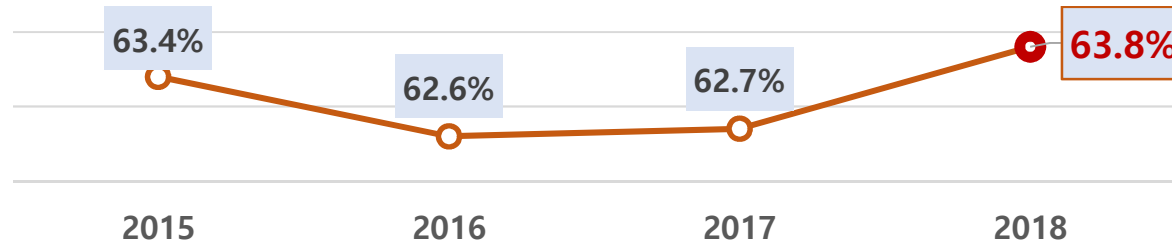


본인부담 상한선제 재난적 의료비 지원



- 문재인 케어의 성과

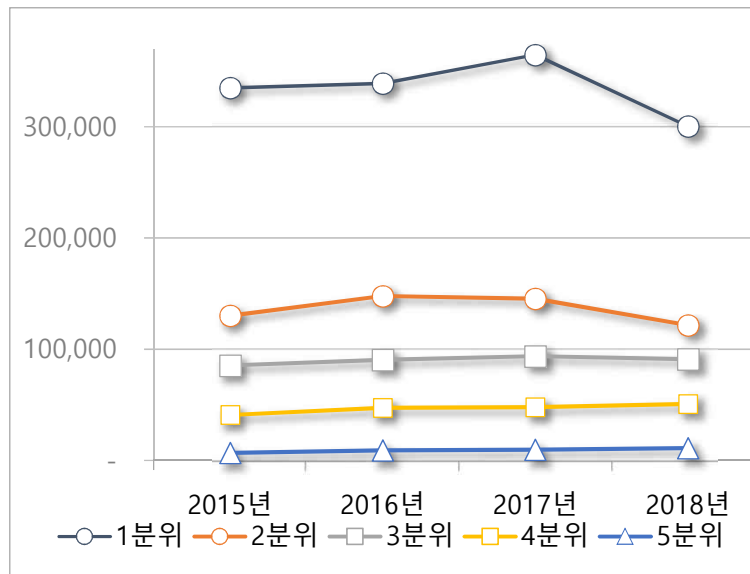
● 보장률 개선



● 저소득층(하위 40%)의 고액진료비가 현저히 감소

<보험료분위별 직장표준월급여액 기준 200% 이상 의료비가 발생한 건강보험환자 수>

(단위:천명)

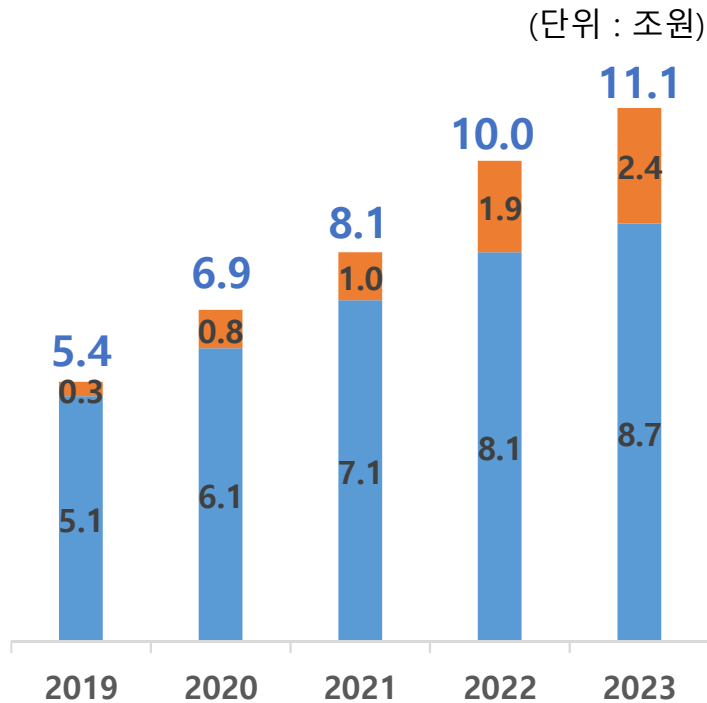


분위	2015	2016	2017	2018
1분위	331	337	363	300
2분위	129	147	145	121
3분위	85	90	93	91
4분위	41	47	48	51
5분위	7	9	10	11

<자료> 건강보험연구원 자체 연구(2019)



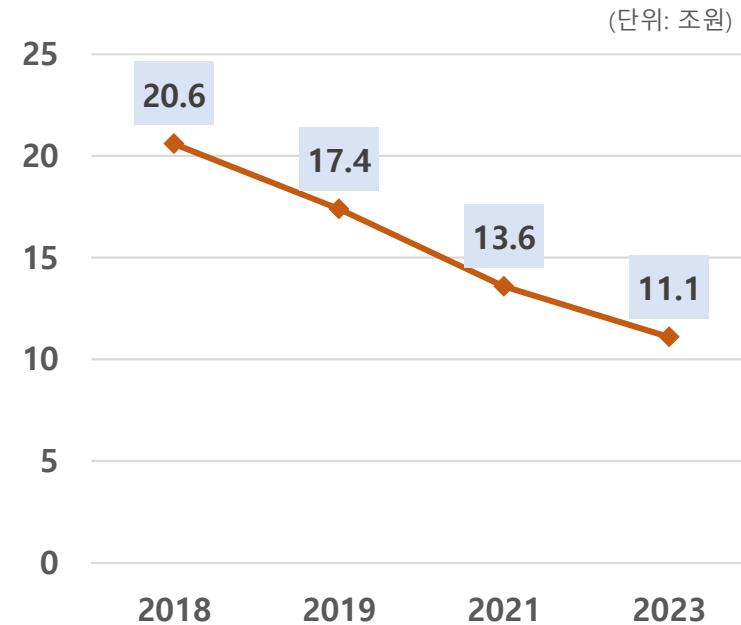
- 문재인 케어의 소요 재정



- '건강보험 보장성 강화 대책(2017.8)' 소요재정
- '제1차 국민건강보험종합계획('19~'23)' 추가 소요재정

<자료> 제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023), 보건복지부 2019.5.

<준비금 사용 계획>



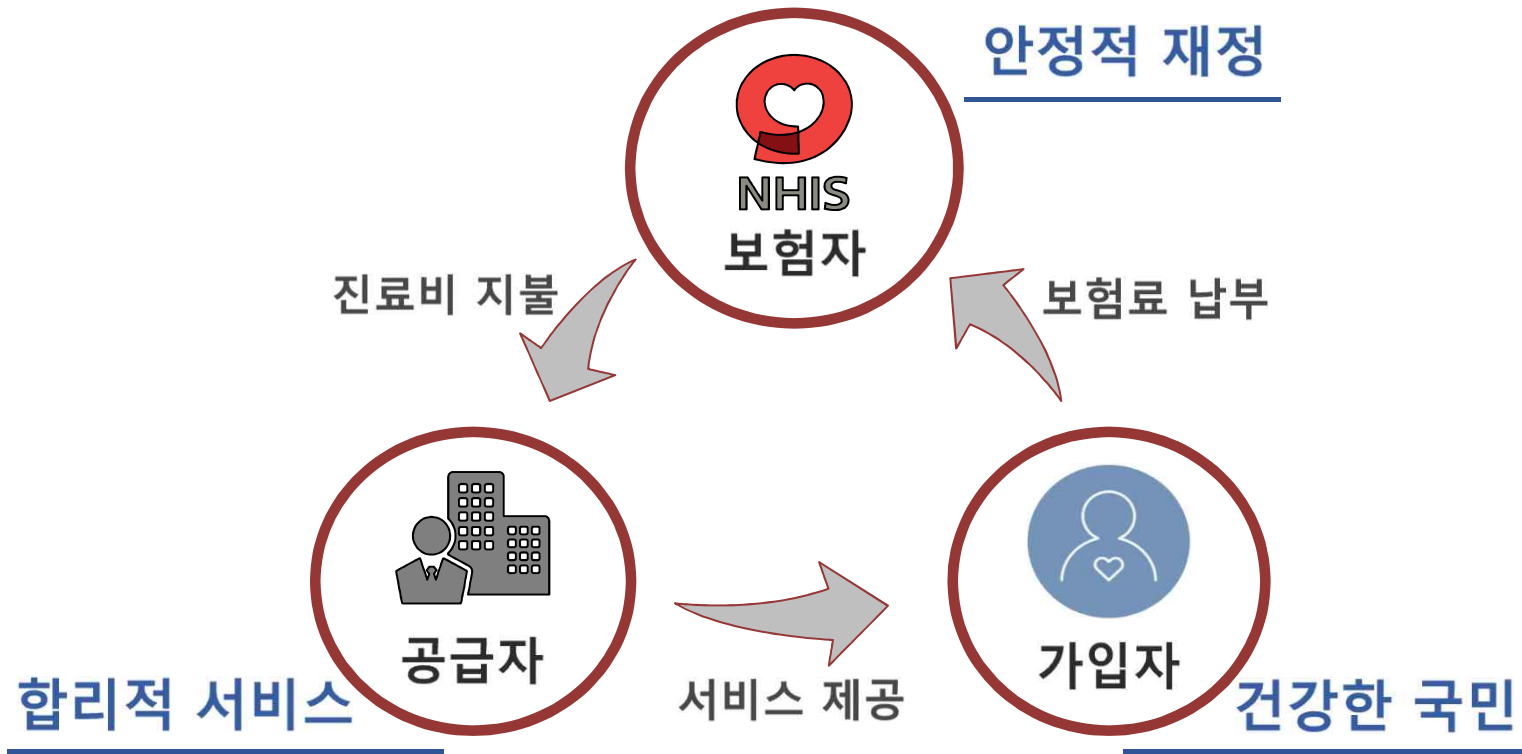
- 계획된 준비금 사용으로 인한 '회계 상 적자'를 보이고 있음.

미래계획의 방향

h·well
국민건강보험

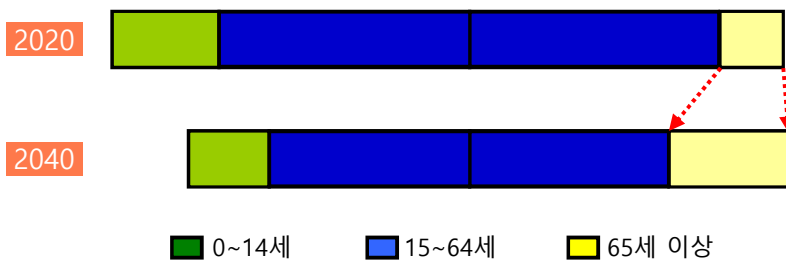
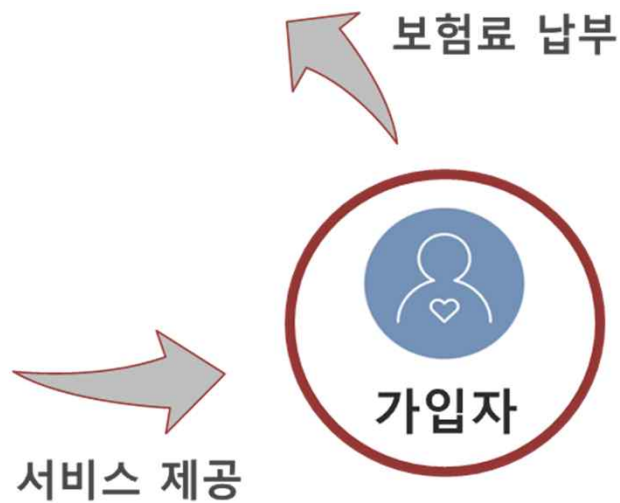


건강/요양보험의 삼각형





- 진료는 덜 받고 보험료는 더 내고 -



■ 필요(needs)의 축소

- 예방, 조기진단/조기치료, 재활
- 75세까지의 건강과 근로소득
- 평생건강, 평생학습, 평생고용

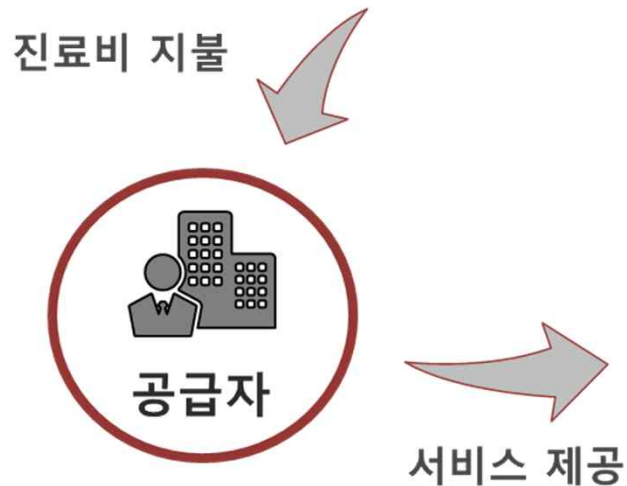
■ 올바른 이용(utilization)

- 현명한 치료자 선택
- 불필요한 이용 줄이기
- 요양의 질서, 평가



합리적 서비스

- 원가는 줄이고 질은 높이고 -



장기적 원가 상승 요인

- 노동비용의 증가
- 기술(technology)의 발전

■ 개별 생산자

- 시설의 규모, 인력, 장비
- 공급자 행태

■ 생산자 조직

- 설립과 운영의 공공성
- 수요와 공급의 균형
- 기능의 분화와 연계

■ 보험자와 생산자의 접촉

- 원가와 수가
- 질 평가와 비용 지불



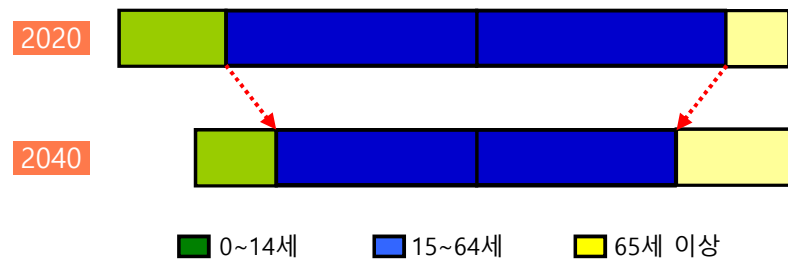
안정적 재정

- 불만은 줄이고 수입은 늘리고 -



■ 보험료

- 단기: 징수율 제고
- 중기: 부과체계 개혁
부과기반 확충
- 장기: 부과가능인구 확대



■ 국고

- '국고지원'의 확대
- '국고분담'으로 전환

건강/요양 보험의 미래



건강한 국민

- 필요의 축소
- 올바른 이용



합리적 의료

- 양질의 의료
- 비용의 절감



안정적 재정

- 공평한 보험료
- 부과가능 인구 확대

수요를 줄이기

비용을 아끼기

수입을 늘리기

미래계획의 전략

h·well
국민건강보험



01

건강한 국민

h·well
국민건강보험 





건강보험

질병치료 + 예방·건강증진



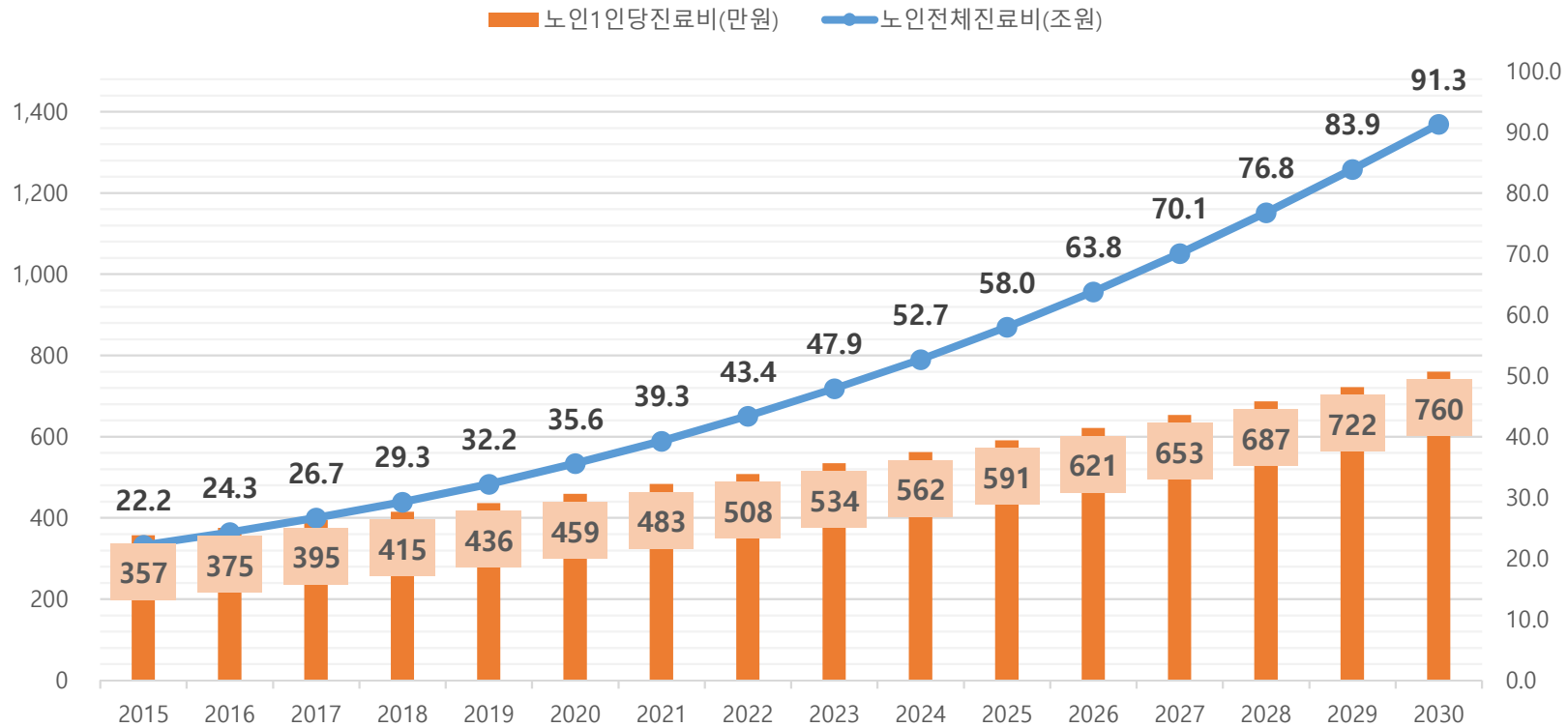
- 만성질환사례관리 사업(2004년)
- 생애주기별 건강검진 대상자 확대(2008년)
- 금연치료사업(2015년)

평균수명 vs **건강수명**

노인의료비의 변화



- 노인인구 증가에 따라 노인의료비 증가
- 노인 1인당 진료비도 증가하는 추세



<자료> 건강복지정책연구원, 2017, 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안

필요(needs)를 줄이기



01 예방(1차 예방)



■ 건강 행태(Health Behavior)

- 식생활(영양), 신체활동(운동); 흡연, 음주
- 행태(교육, 공포/수치 유발 등) < 구조(인프라, 제도, 담론 등)
- 근거 없는 “묘약, 비방, 기능성 식품, 사이버 과학”의 피해
 - 직접적 피해
 - 기회와 비용의 낭비

■ 건강 인센티브

- 개인별: 금년부터 시범사업
- 기업별: 기획 중
- 초기에는 비용, 장기적으로 이익(중증/고액 질병 예방으로 회수)



■ 낙상

● 낙상 발생

- 낙상 경험: 노인의 77%, 1년 이내 낙상 경험 47%

(자료: 노인재활의학회 60세 이상 노인 2000여명을 대상 조사결과, 2015)

- 낙상 장소: 주택 721%, 의료시설 58%, 복지 및 노인요양시설 42%, 도로 및 인도 4.1% 등

(자료: 3년 간(2013년 ~ 2015년) 한국소비자원 소비자위해감시시스템(Consumer Injury Surveillance System) 일부 1,250건 대상 조사 결과)

● 낙상 진료비: 연간 5조 (자료: 노인재활의학회, 2015)

■ 사고의 예방

● 노인/장애인 주택 개량 사업

- 가정내 낙상 사고의 예방

● '장애물 없는 지역' 계획(barrier free area planning)

- 보도, 건물목, 교통신호, 건물의 문턱 등
- 유모차, 휠체어가 다닐 수 있도록

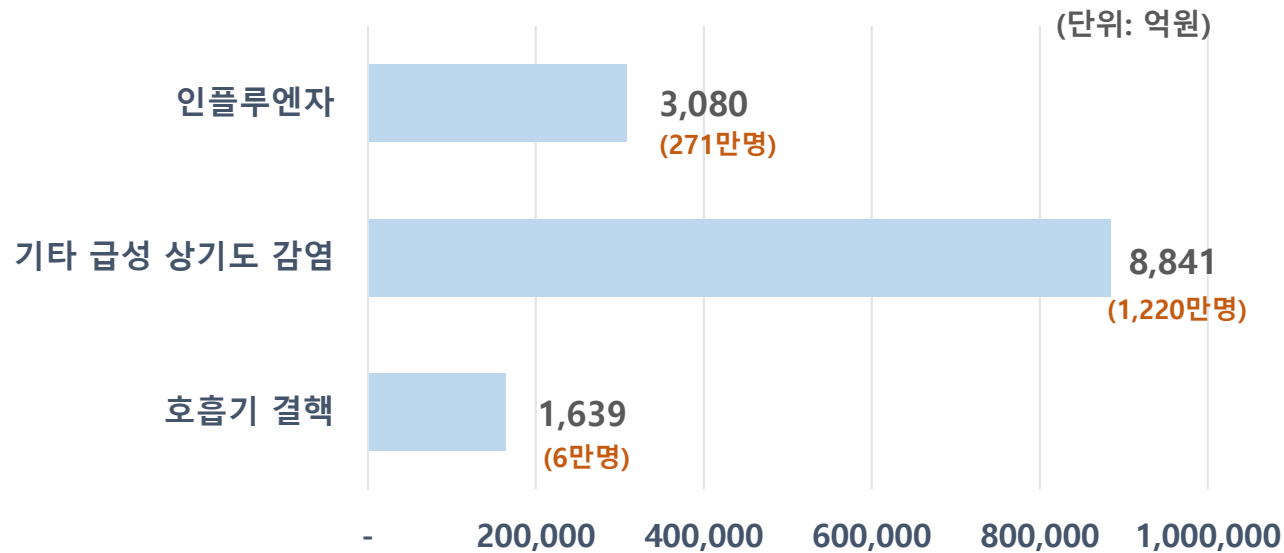
● 산재보험과의 협조



■ 전염병, 특히 호흡기 질환 전파의 차단

- 감기, 독감, 결핵 등
- 코로나19의 개인위생 습관, 방역의 일부를 유지

■ 주요 호흡기 질환 연간 진료비용(2018년 기준)



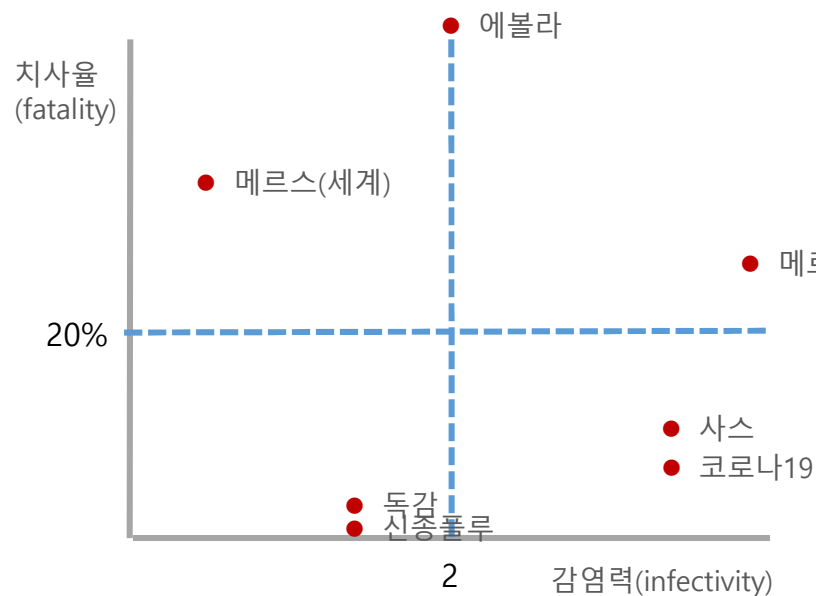


■ 신종 전염병

2002 사스(홍콩)
 2007 광우병(영미, 수입쇠고기)
 2009 신종 플루 (발생 76만, 사망 270)
 2013 에볼라(아프리카, 1976 발생)
 2015 메르스 (발생 186, 사망 38)
 2019 코로나19 (발생 10,801, 사망 252)

2000/02/11 구제역

2007/16 조류독감 (2003부터, 닭, 돼지 등)



	치사율(%)	감염력(Ro)
인플루엔자(독감)	<0.1	0.9~2.1
사스	9.6	2~5
신종플루	0.03	1.4~1.6
에볼라	25~90	1.5~2.5
메르스(세계)	20~46	0.3~0.8
메르스(한국)	20.4	4~7
코로나19	6.9	1.4~5.7

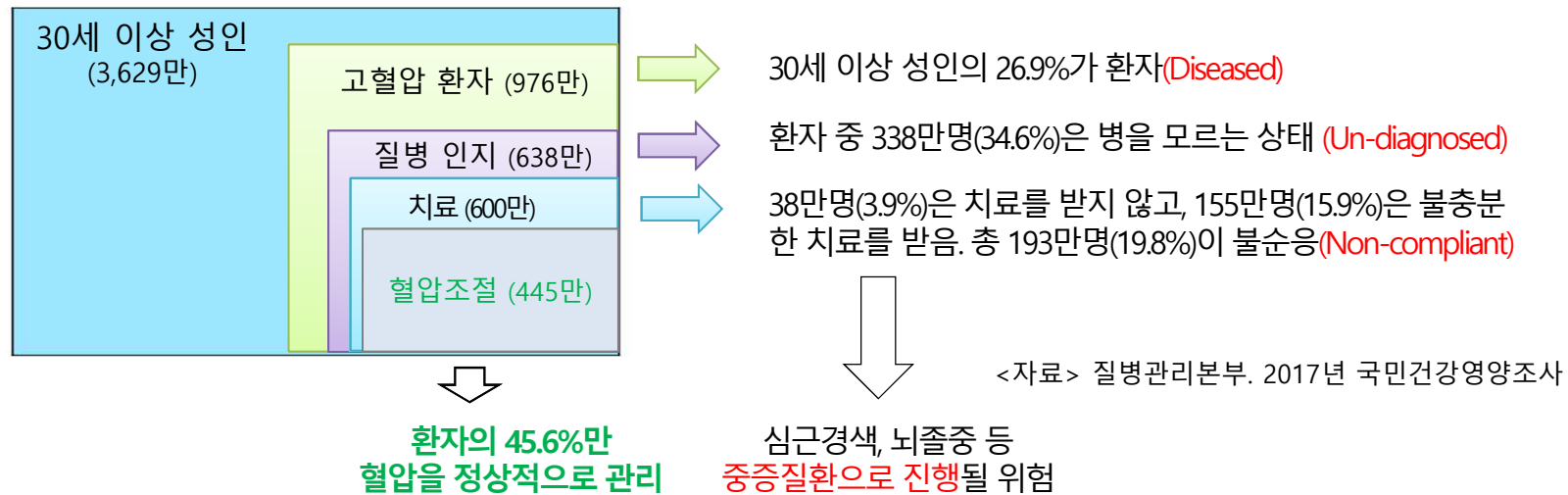
02 스스로 돌보기(self care)와 질병관리(1.5차 예방)



■ 스스로 돌보기

- 스스로 할 일과 전문가에게 가야할 **기준이 명확해야**
- 스스로 할 일의 **과학적 지침이 필요**
- 좋은 스스로 돌보기의 훈련이 되면 “묘약”의 피해를 줄이는 효과 기대

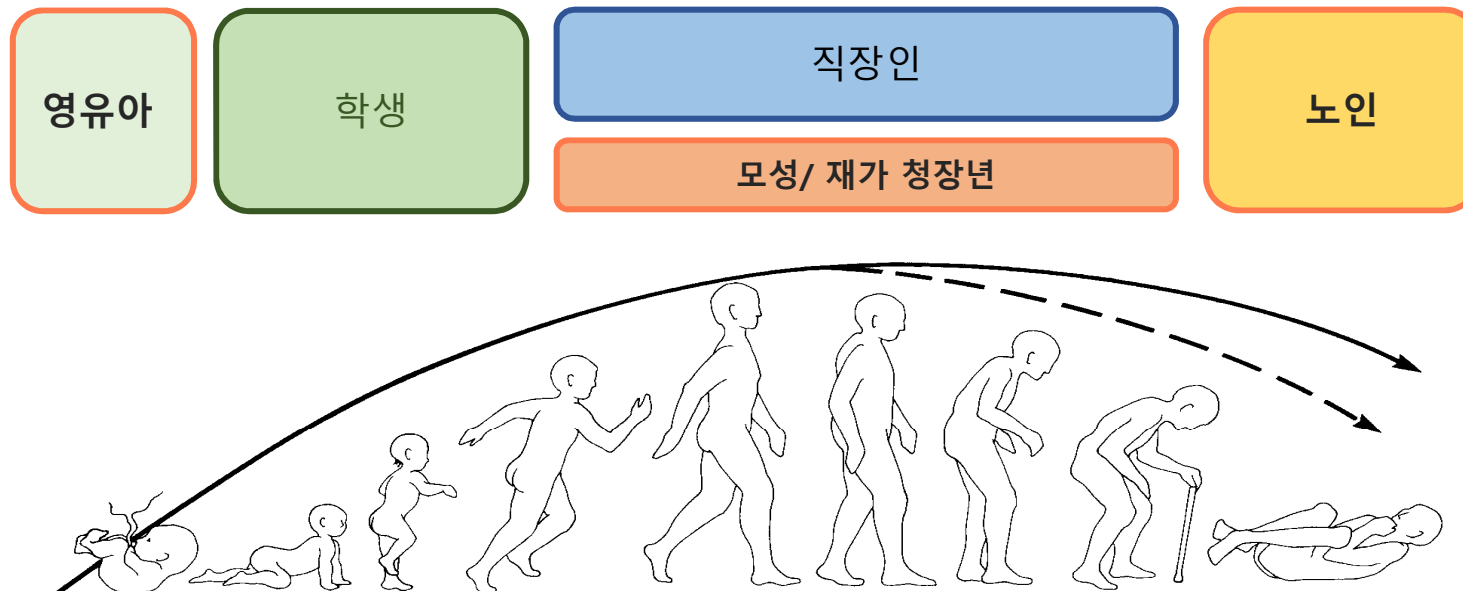
■ 질병관리





■ 생애주기에 따른 질병관리

- 지역사회보건과 학교보건, 직장보건의 연계
- '직장보건소'와 '직장보건사업'의 모형 개발 필요
- 보건과 복지/요양의 연계가 필요. 특히, 노인에서



03 조기진단/조기치료(2차 예방)



■ 건강검진

- 전국민 건강검진으로 발전: 학교, 직장, 산재 등 연계
- 효과성, 효율성, 신뢰성
- 자료의 연계와 활용

■ 문재인 케어

- 보장성 확대로 경제적 장애요인 제거: 필요한 때에 필요한 치료를
- 조기진단 조기치료, 정확한 진단과 최선의 치료

지역사회돌봄(community care)의 재정절감 효과



■ 수술 후 회복환자

● 조기퇴원 후 가정 간호 이용시(예. 제왕절개술)

- 제왕절개의 경우 3일 정도 입원기간 단축 → 가정간호 1회
- (3일간 입원료_병원급 2인실~4인실) 52,620~73,670원 *3일=157,860~221,010원
- (가정간호 비용) 기본방문료(병원급) 68,400원
- (연간 재정절감) 24,504백만원~34,307백만원

	다빈도수술	수술건수	재원일수	진료비(원)	일당 진료비(원)
제왕절개술	19위	155,227	6.32	2,120,000	335,443

<자료> 2018 주요수술통계연보, 건강보험공단 2019.11

■ 요양병원 외상 환자(신체기능저하군)

● 요양병원 한달 비용 : 약 250만원

- 입원1일당 평균 진료비 (7만원*30일) + (간병비용 30~50만원)

● 노인장기요양보험 월평균 재가 비용 : 98만원

● 요양병원 사회적 입원 환자 약 63천명(2017년 기준)을 재가서비스로 이용할 경우

- 연간 약 1조 절감 (건강보험 및 본인부담 포함)

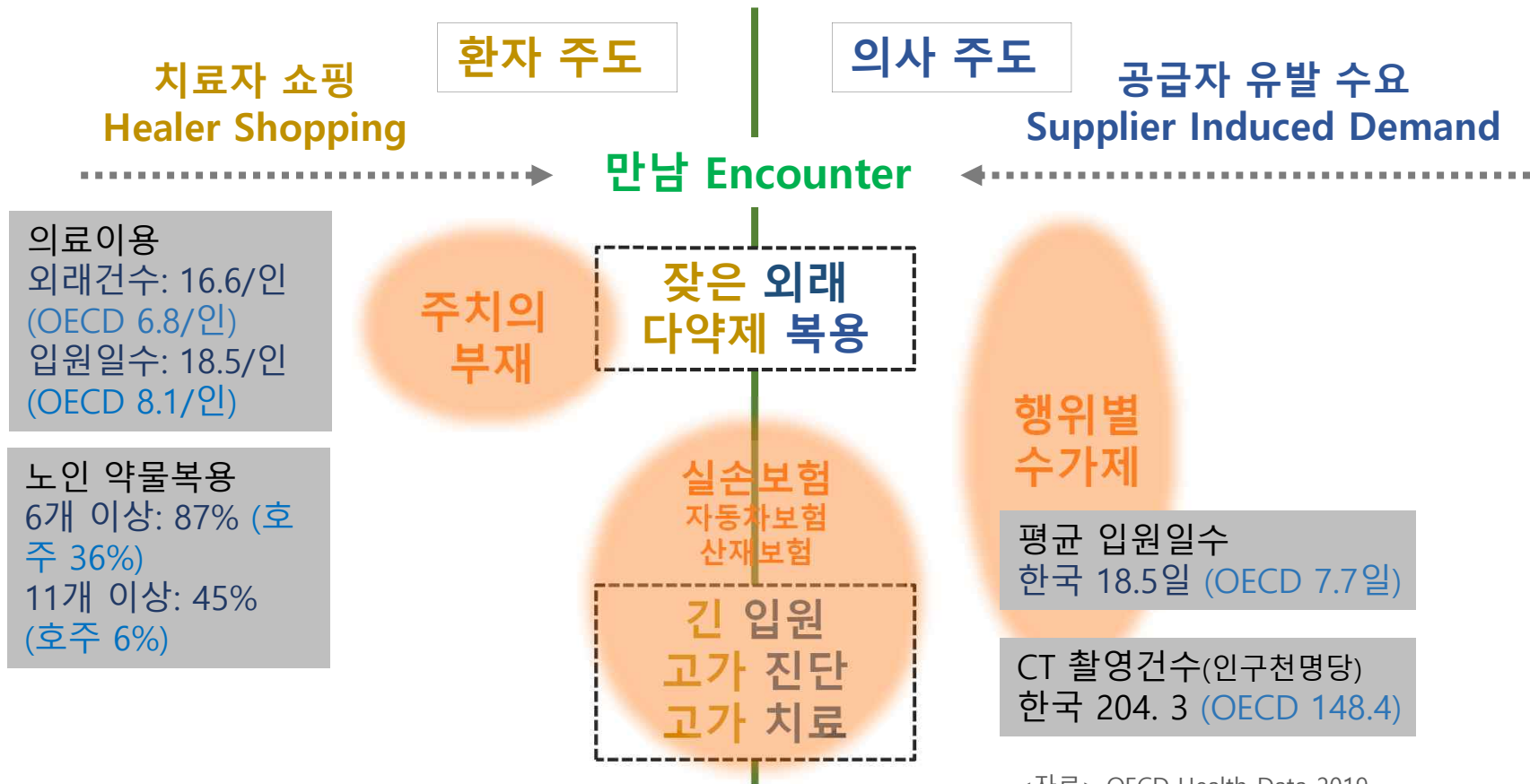
올바른 이용의 유도



불필요한 의료의 이용/제공



- 의료의 오남용은 환자 주도와 의사 주도로 구분됨. 대책도 전혀 다름





■ 사전연명의료의향서

- 존엄성
- 가족의 부담 경감
- 불필요한 의료 축소

❖ 전체 등록자수 420,962명

❖ 인구10만명당 등록자수 973.8명

<자료> 박소연 등(2020). 「임종문화 개선을 위한 정책지표 개발 및 통계 분석 연구」

■ 호스피스

- 말기 환자에 대한 신체적, 정신적 지지
- 존엄성, 품위 있는 죽음의 과정
- 급성/만성 병원의 치료에 대한 대안

❖ 2018년 기준 암사망자 대비 호스피스 이용률 22.9%

<자료> hospice.cancer.go.kr

02

합리적 서비스

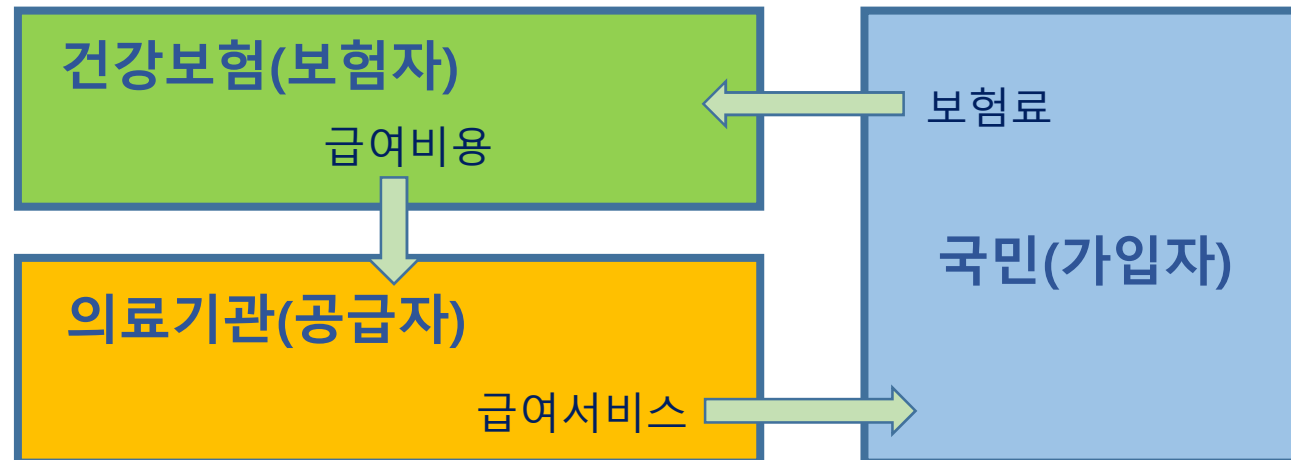
h·well
국민건강보험 



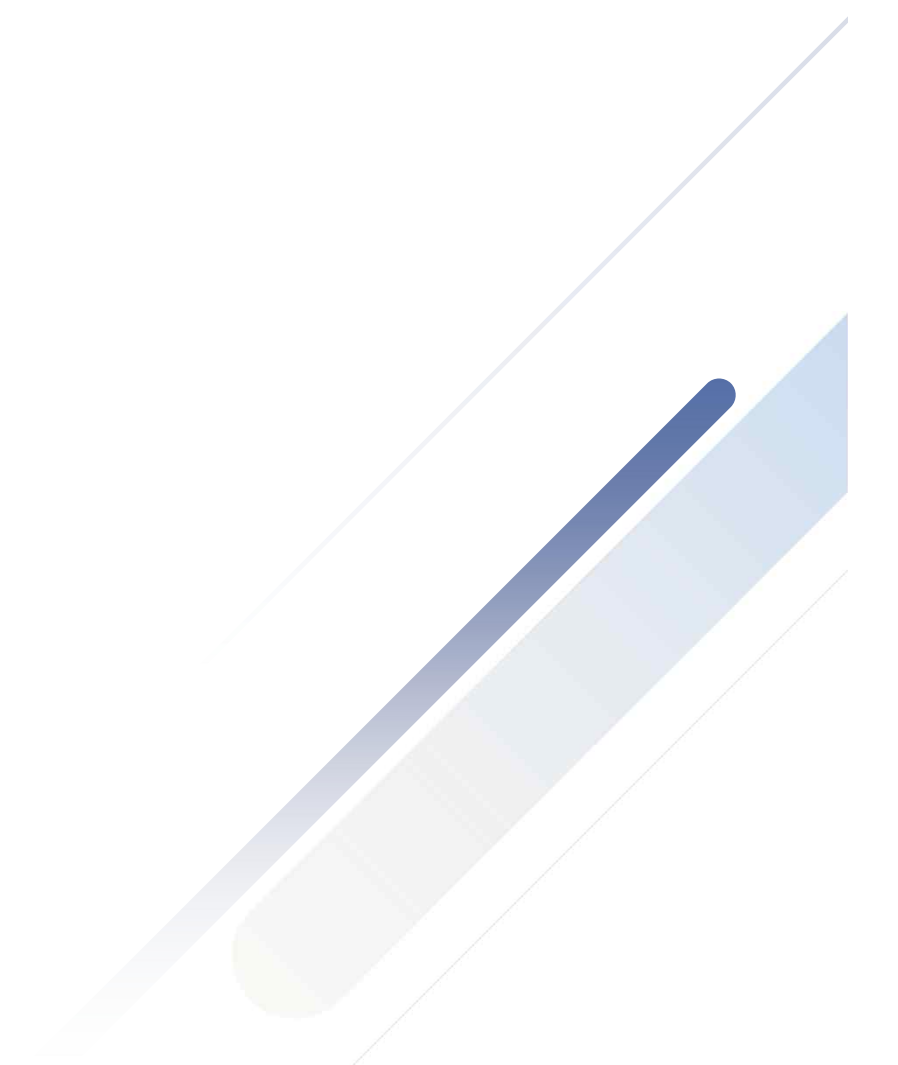


건강보험과 보건의료제공자

- 건강보험은 '현물급여'형 사회보장제도
- 건강보험의 '급여'는 의료공급자에 의해 '실현'됨
- **공급자의 합리적 행동이 없이 건강보험의 운영은 불가능**



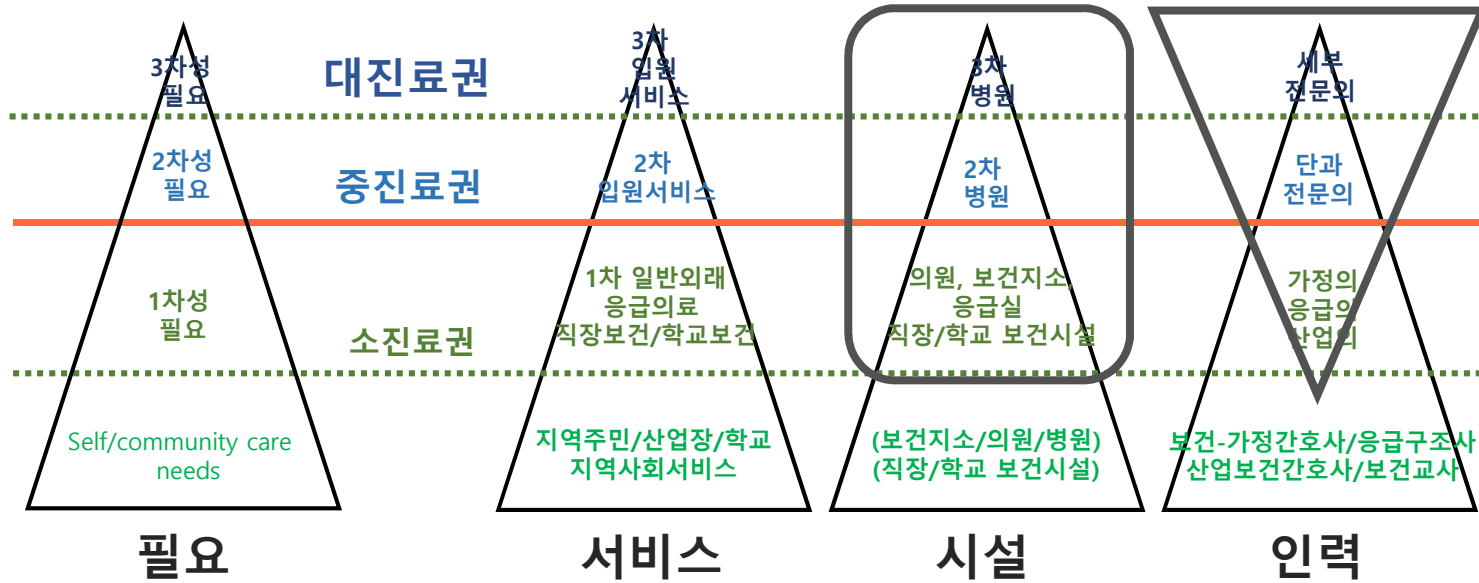
생산 조직



01 보건의료제공체계 구성의 원칙



- 필요(needs)를 기준으로 서비스, 시설, 인력을 공급
- 서비스, 자원 구성의 단계화
- 지역적인 분포가 균등해야 함: 지역화



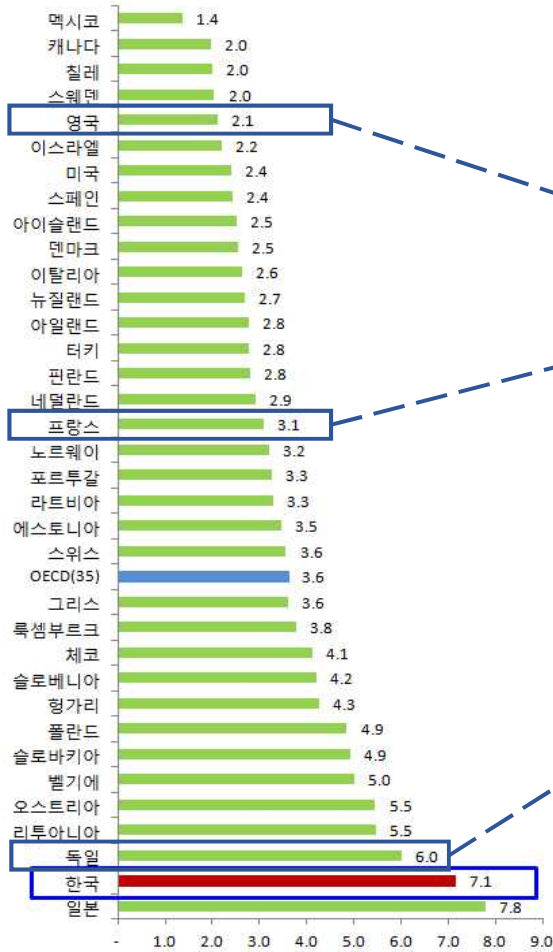
- 불균형으로 생산원가가 높아짐: 시설, 인력
- 의료인력의 낭비: '전문의'의 '일반의'화

- 의료 시설과 인력의 괴리



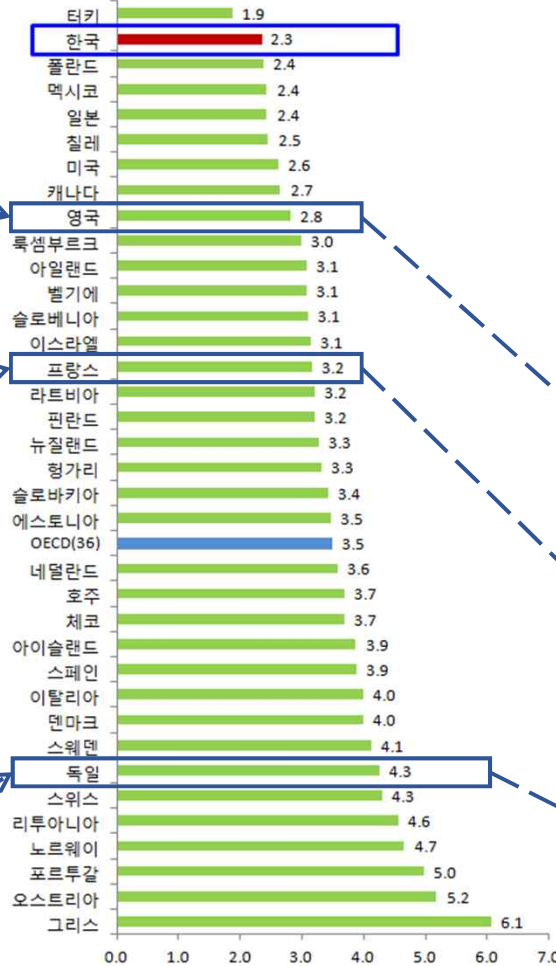
급성기병상수(2017)

(단위: 개/인구 1,000명)



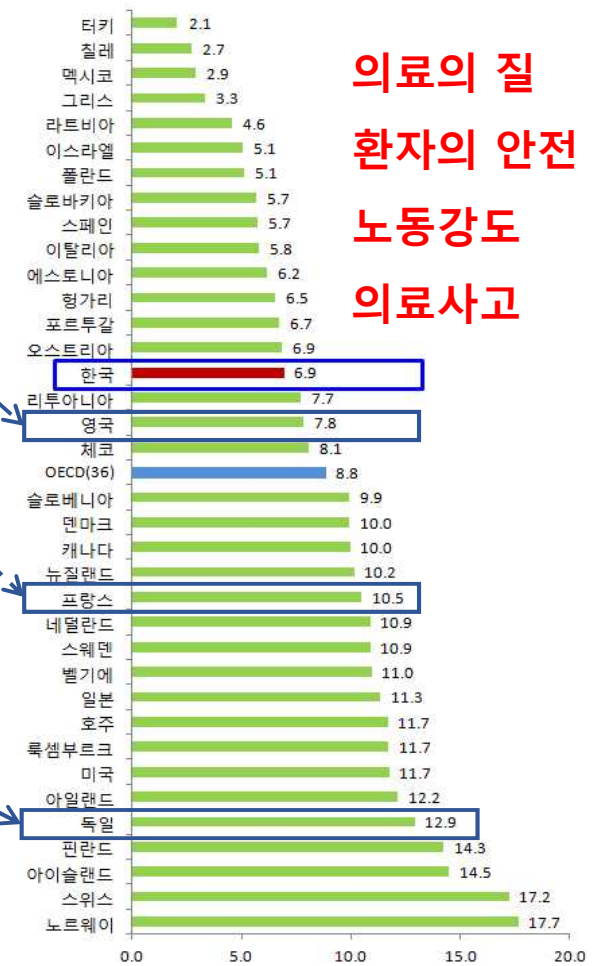
활동의사 수(2017)

(단위: 명/인구 1,000명)



활동간호사 수(2017)

(단위: 명/인구 1,000명)



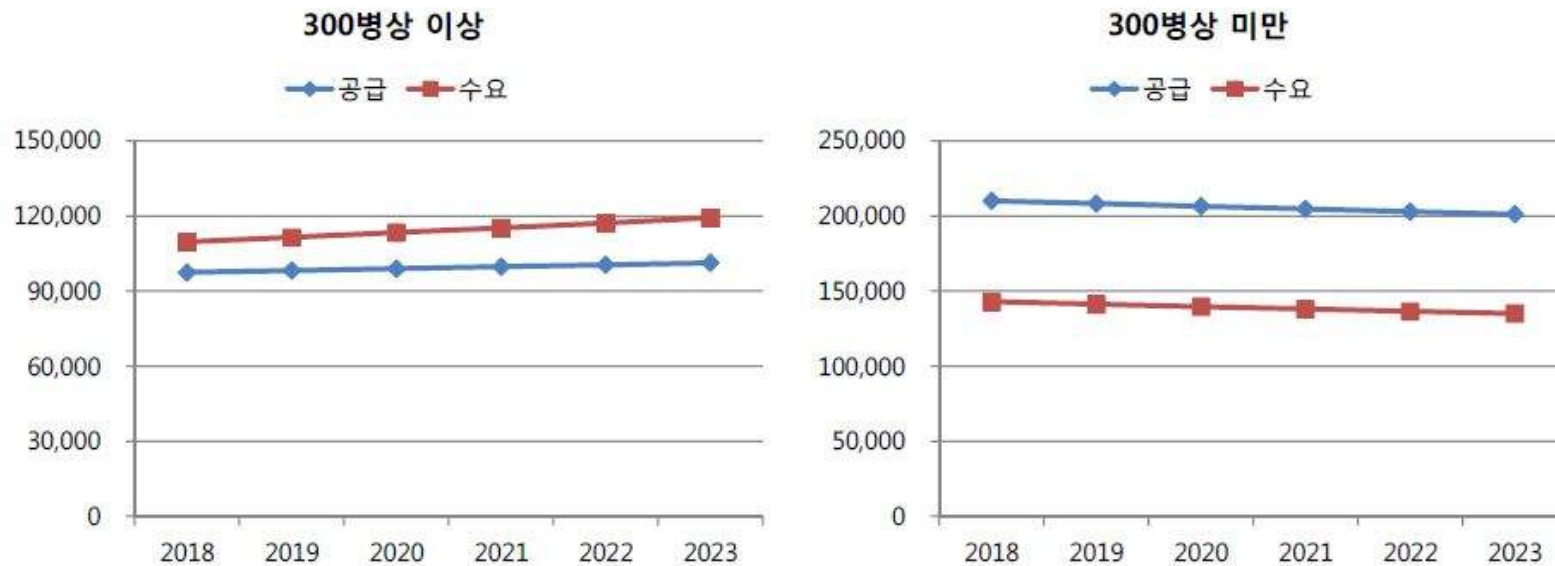
의료의 질
환자의 안전
노동강도
의료사고

<자료> OECD Health Data 2019(2019.7.2.)

02 병상수요와 공급의 불일치



- 300병상 이상 소폭 부족 예상, 300병상 미만 과잉공급 지속
(2023년경 18천 병상 부족, 66천 병상 과잉)



<자료: 박수경(2019). 지역별, 유형별 의료기관 수급 분석, 건강보험정책연구원>



- **요양병상 공급과잉 현상 가중, 재활병상 공급부족 현상 가중**
(2023년경 20만 병상 과잉, 15천 병상 부족)



<자료: 박수경(2019). 지역별, 유형별 의료기관 수급 분석, 건강보험정책연구원>

- **병상이 과잉 공급되면 과잉 진료를 피할 수 없음**

03 의료시설의 규모

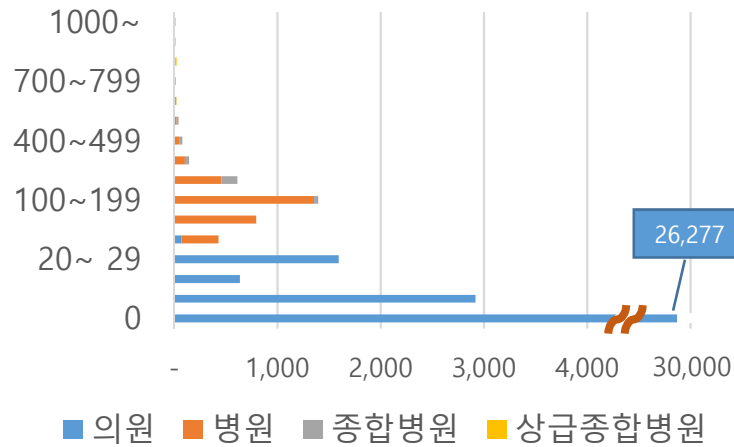


병상수	의원		병원(요양병원포함)		종합병원		상급종합병원		전체	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
0	26,277								26,277	
1~ 9	,920	9,665							2,920	9,665
10~ 19	636	9,153							636	9,153
20~ 29	1,593	41,922							1,593	41,922
30~ 49	70	3,323	358	13,523					428	16,846
50~ 99			794	58,893					794	58,893
100~199			1,355	211,734	39	6,074			1,394	217,808
200~299			456	115,330	156	39,255			612	154,586
소계	31,496 (100.0)	64,063 (100.0)	2,963 (94.0)	399,480 (83.5)	195 (61.5)	45,330 (41.9)	- (0.0)	- (0.0)	34,654 (99.0)	508,873 (73.1)
300~399			104	35,769	39	13,746			143	49,515
400~499			47	20,832	31	13,677			78	34,309
500~599			23	12,458	18	10,185			41	22,643
600~699			5	3,117	16	10,361	3	2,001	24	15,479
700~799			5	3,660	8	5,922	3	2,269	16	11,851
800~899			2	1,644	7	5,966	13	10,966	22	18,576
900~999			2	1,876	3	2,939	8	7,386	13	12,201
1000~							15	22,225	15	22,225
소계	- (0.0)	- (0.0)	188 (6.0)	79,156 (16.5)	122 (38.5)	62,796 (58.1)	42 (100.0)	44,847 (100.0)	352 (1.0)	186,799 (26.9)
총계	31,496 (100.0)	64,063 (100.0)	3,151 (100.0)	478,636 (100.0)	317 (100.0)	108,126 (100.0)	42 (100.0)	44,847 (100.0)	35,006 (100.0)	695,672 (100.0)

<자료> 국민건강보험 의료기관현황자료(2020년 4월말) 재분석



<의료기관종별 병상규모별 기관수>

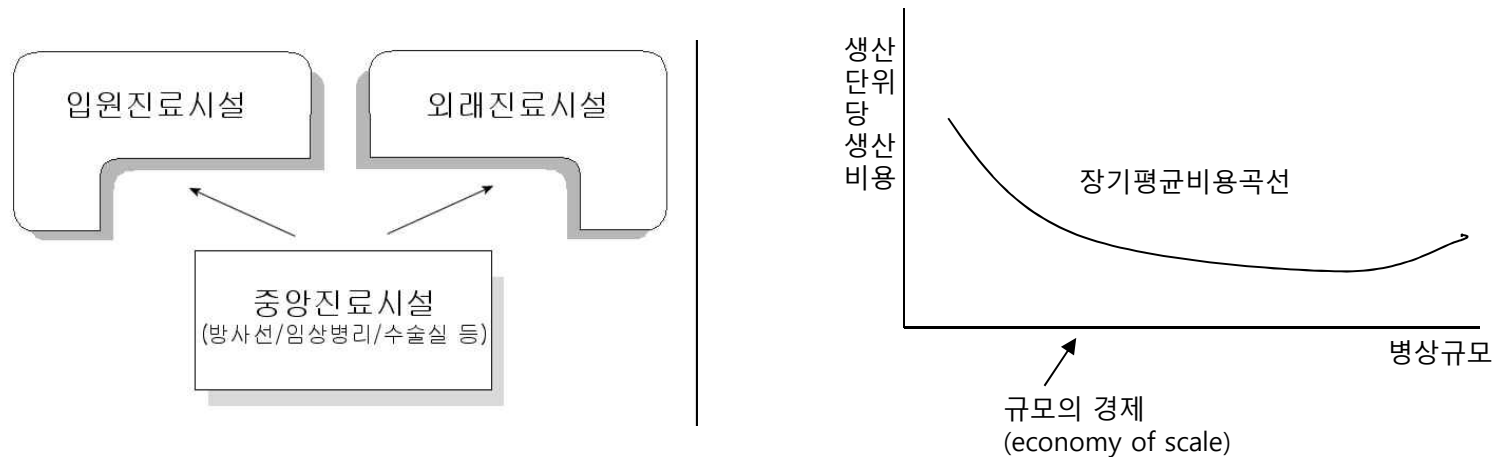


<의료기관종별 병상규모별 병상수>





<적정규모에 미달하는 중소병원>



- **300병상 미만 병원: 병원의 90.0%, 병원 병상의 70.4%**
 - 의원급 병상(64,063)을 포함하면 300병상미만 병의원은 총병상의 73.1%
- **높은 비용, 낮은 질**
 - 원가의 절감, 매출의 증가
 - 질 관리의 어려움
- **의료전달체계 확립의 장애요인**
 - 시스템의 낭비요인 발생

04 의료기관의 원가 구성



- 인건비 비중이 50% 전후이나, 인력 고용은 매우 낮은 수준

<의료기관 종별 의료원가 구성비>

(단위: %)

구분		인건비	재료비	관리비
상급종합병원*		42.1	33.3	21.1
종합병원*	300병상이상	45.4	28.0	23.2
	160-299병상	54.9	20.7	24.7
	160병상 미만	44.3	30.0	22.1
병원**		50.8	18.6	26.3
의원***		53.6	2.6	43.8

* 자료: 2016년 병원경영분석. 한국보건산업진흥원. 2017.

** 자료: 2015년 병원경영분석. 한국보건산업진흥원. 2016.

*** 자료: 신영석 등. 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. 2012.

- ❖ 병상당 의사 수(2017): 0.19명 (OECD 1.4명)
- ❖ 병상당 간호사 수(2017): 0.56명 (OECD 3.3명)

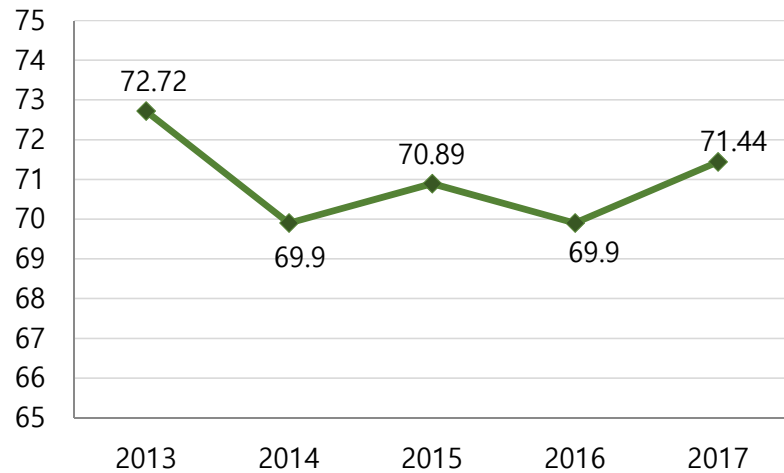
- 향후, 노동비용은 크게 증가할 가능성이 큼

의약품의 대외 의존도



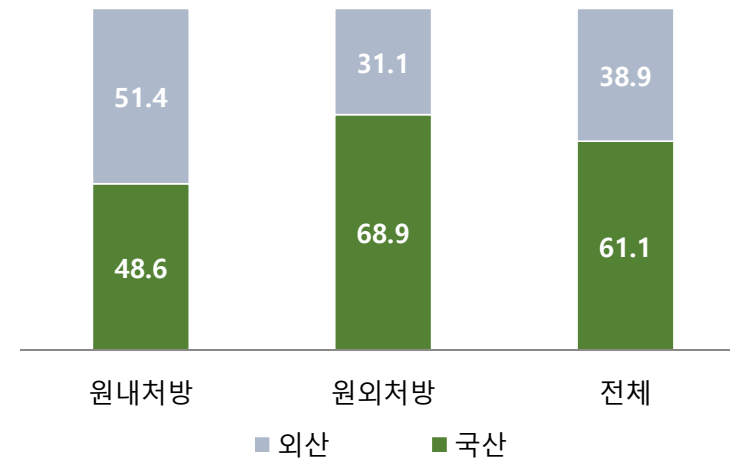
- 의약품 국산화율은 공급 기준 70%, 사용량 기준 61%로 파악

의약품 국산화 현황(공급기준)



<자료> 2018 식품의약품 통계연보

의약품 국산화 현황(사용량 기준)



<자료> 2018년 건강보험 청구자료 분석, 건강보험연구원 내부자료, 2019

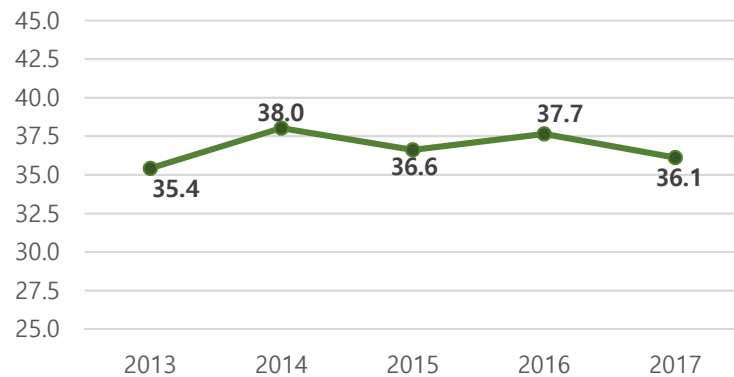
- 국산화율, 좋은 제네릭 비율을 높여야 함

의료기기의 대외 의존도



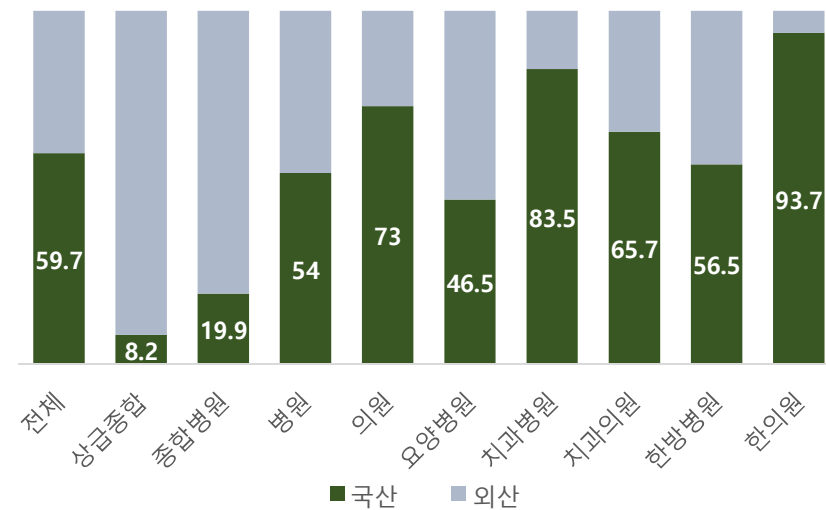
● 의료기기의 국산화율은 30%대에 불과

의료기기 국산화 현황



<자료> 2018 식품의약품 통계연보

의료기관 종별 국산 의료기기 비율



<자료> 2013 의료기기·화장품제조·유통실태조사(의료기기편), 한국보건산업진흥원

- 국산화율을 높이지 않으면, 기술발전의 부담이 매우 커질 것임
- 요양의 복지용구 역시 국산화가 시급함

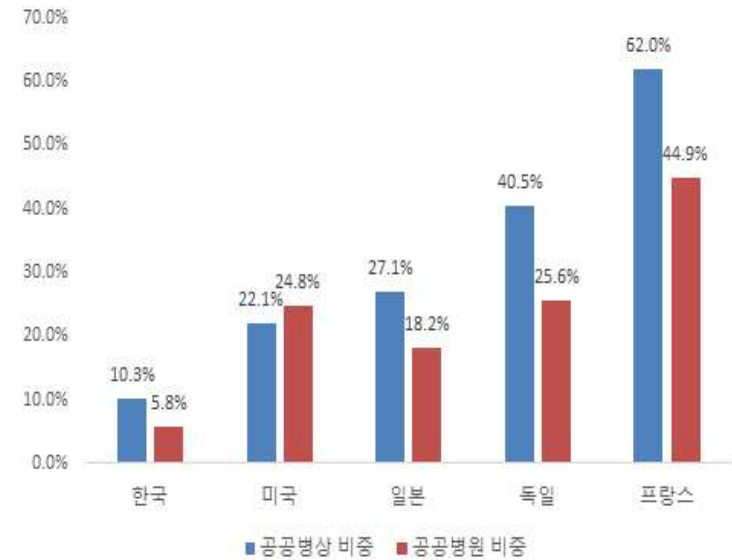
05 공공성의 부족



- 공공의료병상은 10.3%(OECD 89.7%)로 매우 낮음
- 서구의 민간병원은 대부분이 실질적 비영리법인. 한국과 차이
- 요양시설 중 공공시설은 전체 시설의 1.2%에 불과

구분		2000	2005	2010	2015	2016
공공의료 기관 수	한국	-	-	6.7%	5.8%	5.8%
	OECD	48.0%	49.4%	52.3%	53.5%	65.5%
공공의료기관 병상 수	한국	-	-	13.0%	10.5%	10.3%
	OECD	70.0%	70.3%	74.2%	74.6%	89.7%

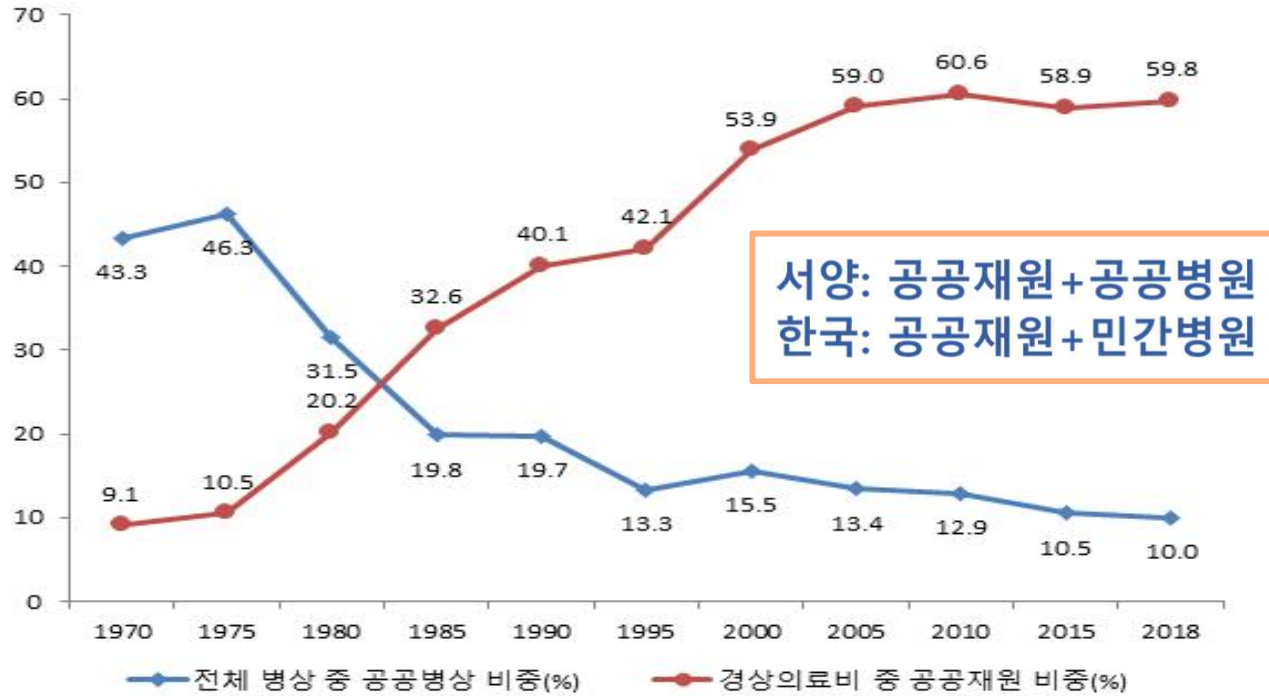
구분	한국	미국	일본	독일	프랑스
전체 의료기관 중 공공병원 비중	5.8%	24.8%	18.2%	25.6%	44.9%
전체 병상수 중 공공병상 비중	10.3%	22.1%	27.1%	40.5%	62.0%



< 자료 > 2016 OECD Health Data(2016년 기준) ... 병원급 이상

< 주요국의 공공병원 및 공공병상 비중, 2016년 기준 >

공공재원 및 공공병상 비중의 변화



- ❖ **서양:** 공공병원을 의료제공의 중심으로. 국가의 중요 역할, 특히 지자체
- ❖ **한국:** 공공병원은 의료의 주변부(빈민진료). 국가의 역할에서 배제



■ 걱정진료의 기준 부재

- 걱정진료. 질적 기준의 설정
- 민간병원에 대한 영향력

■ 질병관리의 취약성

- 보건소, 건보공단 등과 협조할 수 있는 병원의 부족
- 만성질환, 신종 감염병, 응급의료, 대형 재난 등 대처능력 부족

■ 정책의 집행능력 부족

- 손발이 없는 보건복지부
- 정책 집행의 비용 증가, 속도 저하

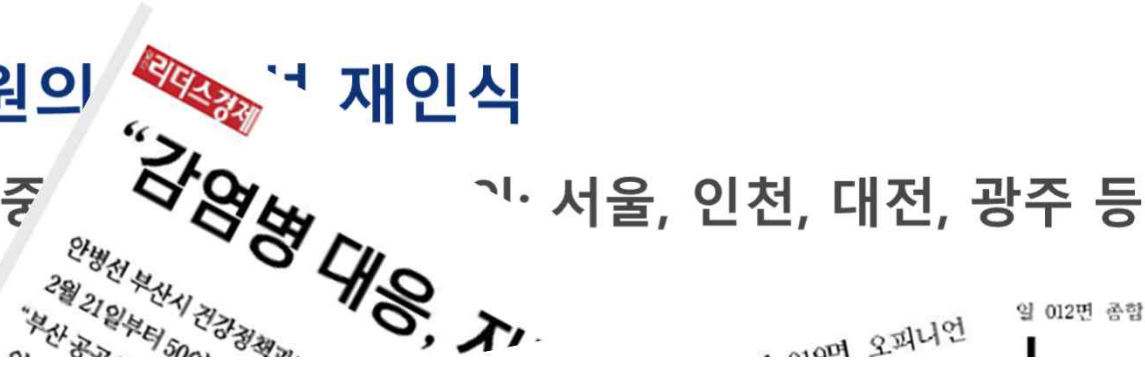


코로나19 이후의 공공병원

■ 공공병원의 재인식

- 지자체 중 서울, 인천, 대전, 광주 등

- 민



■ 공공병원의 가치 판단

- 공공병원의 가치
- 공공부문의 시장에 대한 기여
- 국가의 역할

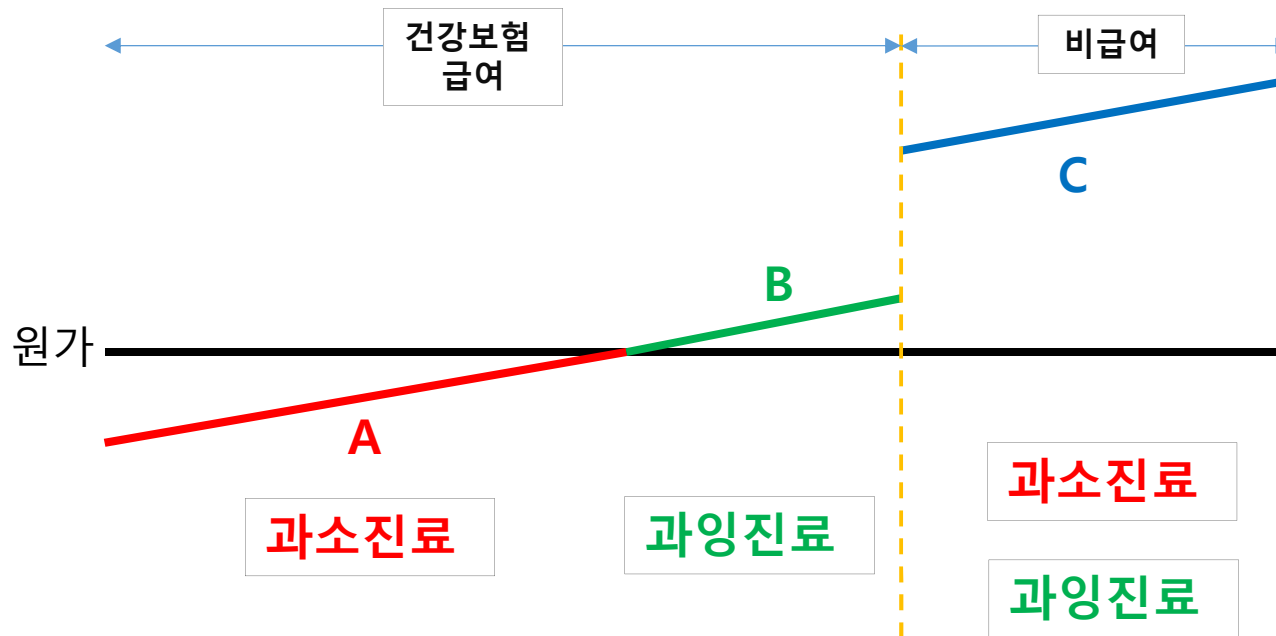
■ 공공병원 신증설의 의사 결정

- 기재부의 판단
- 예비타당성 판단

보험자와 공급자의 접속 (interface)



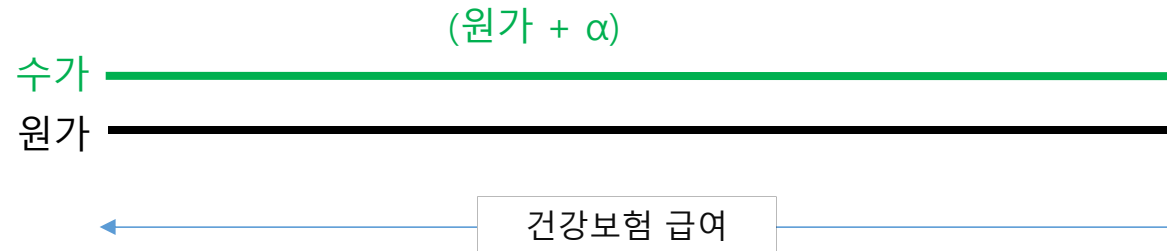
01 급여와 수가의 불합리한 구조



- 의료서비스의 왜곡: 높은 수가 + 낮은 수가 = 과잉진료 + 과소진료
- '돈 값어치' 저하: 진단과 치료의 불일치가 발생
- 국민-의료인 관계 파탄: 과잉진료, 바가지의 의심



문재인 케어
이후의
적정수가



- 문재인 케어는 '보장성' 개혁이자 '급여와 수가'의 개혁
- 모든 의료서비스의 이윤율이 일정해지면 의료서비스의 구성이 정상화. "교과서적인 진료"
- '돈 값어치' 극대화: 진단과 치료의 일치로 효과/효율성 제고

02 원가 산정과 수가 책정



■ 현재의 수가 설정

- 수가 설정에 **원가의 근거가 없음**
- 수가의 적정성에 문제
- 원가와 수가 사이에 **거대한 '낭비요인'이 존재할 수 있음**
- 문재인 케어 이후, **법률적 쟁송의 비약적 증가 우려**

■ 원가 계산

- 과학적 원가 계산은 향후, 건강보험 운영의 관건
 - 법률적 정당성
 - 재원의 효율성
- 원가계산을 위한 직영병원의 필요성: 적어도 3개 이상



원가 산정의 방법

■ 패널 병원 모집

- 국립대학병원, 국공립병원
- 사립대학병원, 민간병원
- 의원, 약국

■ 직영 병원 설립 추진

- 상세 분석
- 서비스 구성의 차이에 따른 원가 추정
- 지역별, 종별 차이 분석
- 수도권(일산병원), 영남, 호남 등. 적어도 3개 이상



03 진료비 지불제도

■ 행위별 수가

- 진료량 증가의 유인
- 세분화된 수가 항목으로 불필요한 국가 개입
- 세분화될수록 원가 산정이 어려움. 낭비 요인 증가

■ 포괄수가

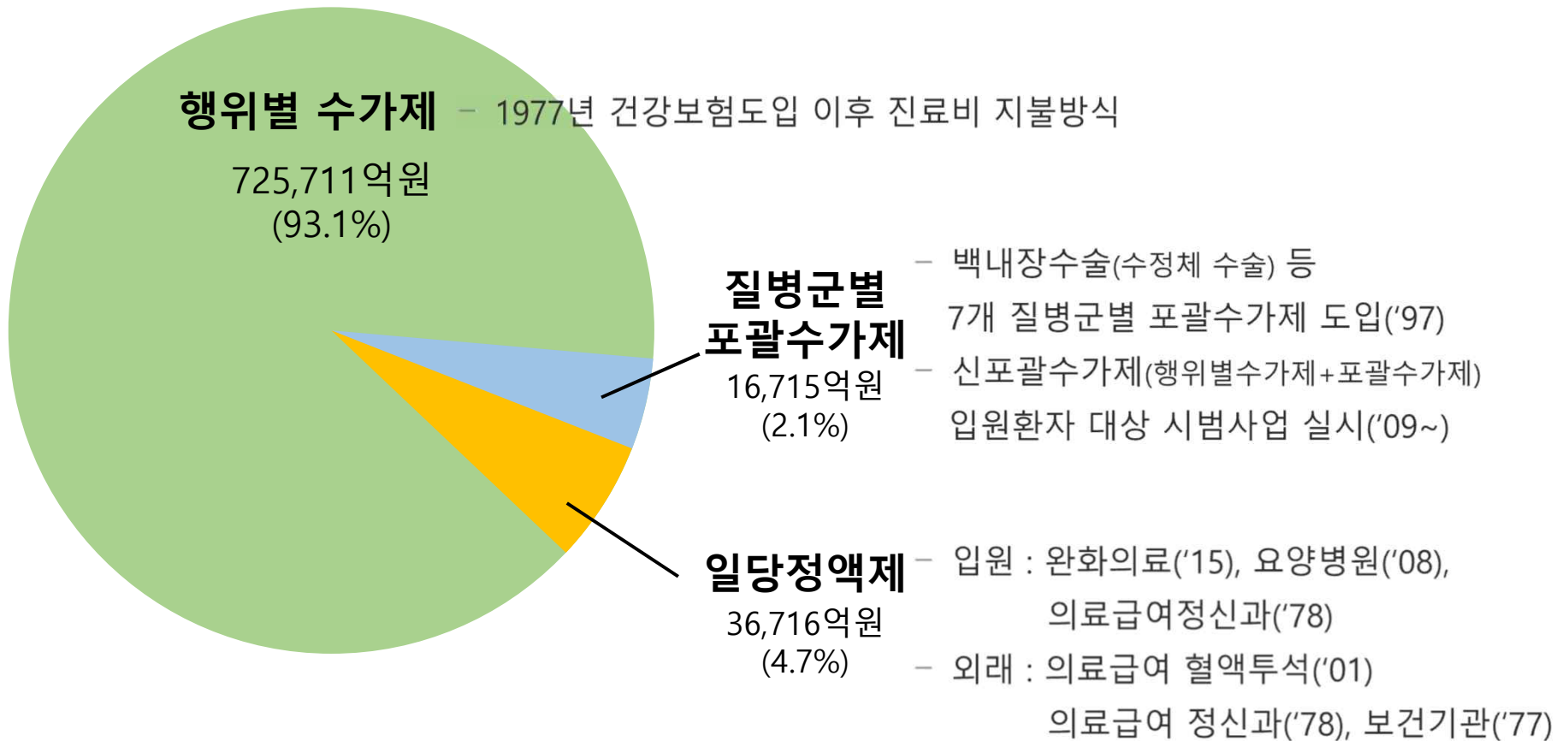
- 진료의 자율성 증가, 원가 계산 용이성 증가
- 진료량 증가의 요인은 남음

■ 정액수가

- 일당/방문당 정액제
- 질 저하를 방지할 방식이 필요



■ 우리나라 지불제도 현황(2018년 기준)





■ 진료비 지불제도 유형

종류	내용	적용 분야 및 국가
행위별수가 (Fee-for-Service)	진료에 소요된 약제, 치료재료, 진료행위마다 일정한 가격을 정하여 서비스 양을 곱하여 지급	한국, 일본, 미국, 프랑스 등
일당 진료비 (Per diem)	진료 1일당 수가를 책정하여 진료 기간에 따라 진료비 지급	장기입원, 호스피스 등 미국, 일본, 한국 등
포괄수가제 (DRG)	환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생하는 진료에 대하여 질병마다 미리 정해진 금액을 지불	미국, 유럽(Euro-DRG), 한국, 일본은 일부 <small>* 유럽은 2000년초부터 도입확대</small>
인두제 (Capitation)	의료인이 맡고 있는 주민수(등록인 수)에 일정금액을 곱하여 보수 지불	주로 GPs 영국, 이탈리아, 네덜란드, 덴마크 등
봉급제 (Salary)	서비스의 양이나 환자수에 관계없이 일정기간에 따라 보수 지불 의료인의 경력, 기술수준 및 직책에 따라 보수 결정	사회주의국가나 영국과 같은 국영의료체계의 병원급 의료기관 의사
총액계약제 (Global Budget)	보험자단체와 의사단체가 사전에 진료보수 총액에 대하여 계약을 체결. 의사단체에서는 이를 의사들에게 진료량에 따라 배분	영국, 독일, 대만 등 <small>* 총액계약제로 분야별 계약 후 개별 의료기관 배부는 FFS나 DRG로 지불</small>

03

안정적 재정

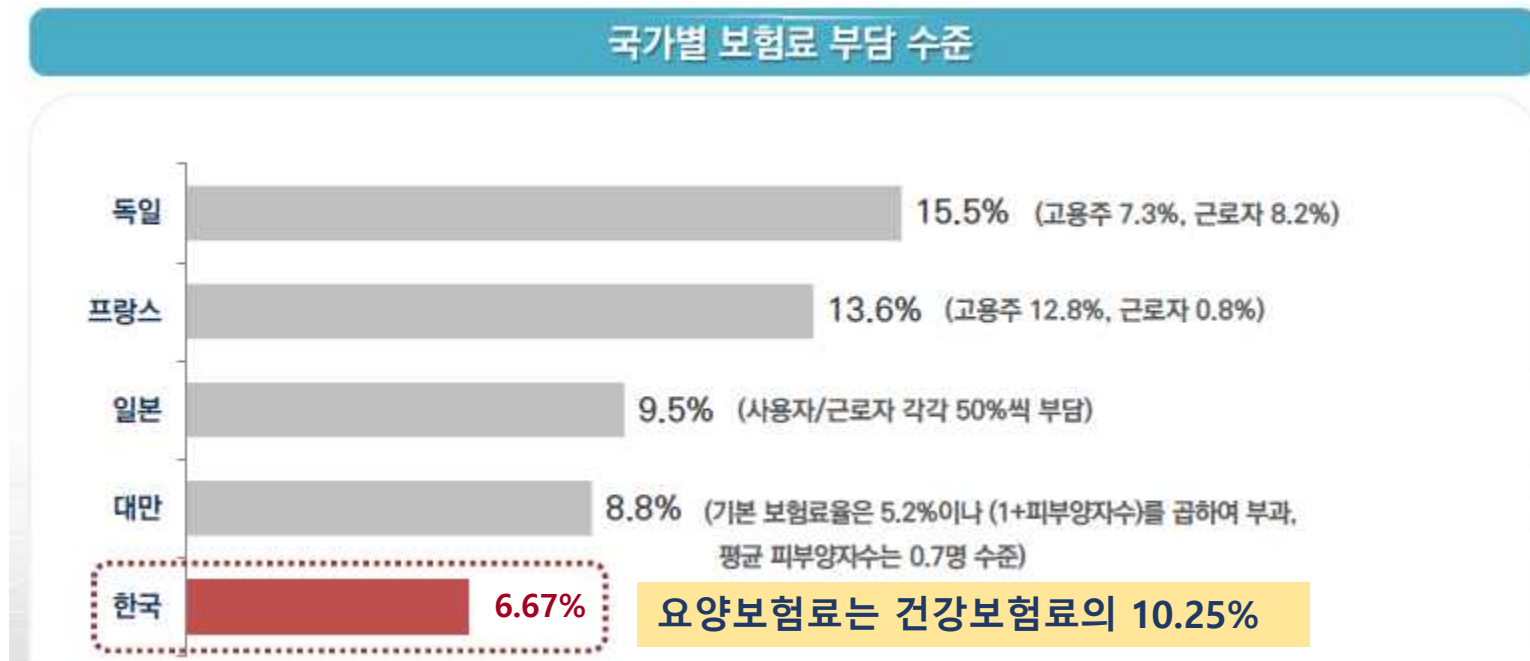
h·well
국민건강보험 



01 보험료 수준



● 주요 사회보험 방식 국가들에 비해 낮은 수준



<주> 한국은 '20년 자료, 주요국은 16년 이전 자료임



- 건강보험료 8% 조항의 개정

■ 중요성

- 의료보험 도입 이후, 보험료 상한선을 처음 개정하는 것

“의료보험법(1977)”

제50조(보험료율) ①제1종조합의 보험료율은 1,000분의 30 내지 1,000분의 80의 범위 내에서 조합정관으로 정한다.

- 2020년대 **공단 최대의 '고비'**가 될 것임

■ 대비

- 모든 가능성을 염두에 두고 지금부터 면밀한 체제 정비
 - 보험의 성과 (특히, 문재인 케어 평가)
 - 관리운영비, 예산 관리 등에 대한 평가
 - 조직, 인력 등에 대한 검토
- 제20대 국회에서 가장 큰 지적사항이 될 것임

02 보험료 징수



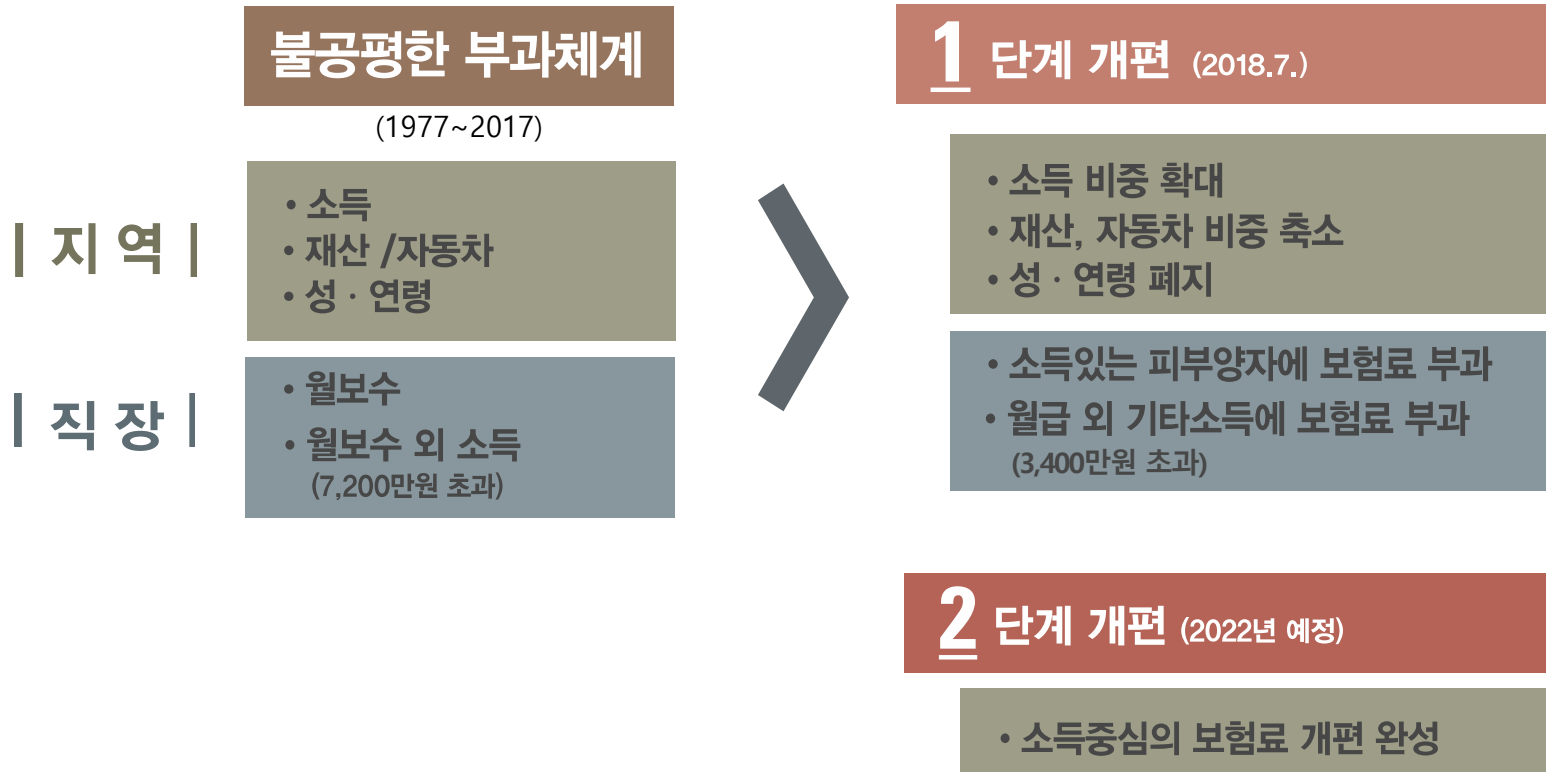
■ 상황

- 징수율 자체는 이미 최고 수준(99.7%. '19.7.)
- 개선해야 할 부분
 - 징수율 계산 방식
 - 만성 체납자, 외국인 적용자

■ 대책

- 징수율 계산
 - 연도별 부과분에 대한 징수율, 징수 '속도' 고려. 지체되는 집단에 대한 분석
- 위험 집단
 - 만성 체납자: 선의와 악의의 구분. 징수 독려의 방법
 - 외국인 적용자: 징수 방식의 다양한 시도

03 보험료 부과체계 개편





- 제2차 부과체계 개편

■ 중요성

- '소득중심 보험료 부과체계'의 조작적 정의(?)
 - 누락된 소득 요소의 포함
 - 잔존하는 재산 요소의 제거
 - 위 두 요소를 종합하면서 소득수준별, 가입자격별 균형있는 부과방식
- 핵심 요소는 '일용근로 소득'의 부과
 - 대상자의 분류가 중요
 - 보험료 부과 자체 외의 경제사회적 요소 고려
 - 자격 변동을 수반하는 점 고려
 - 향후 늘어날 '비정형' 근로자들에게 준용될 것임

■ 준비

- 금년부터는 본격적인 연구 및 추진이 필요

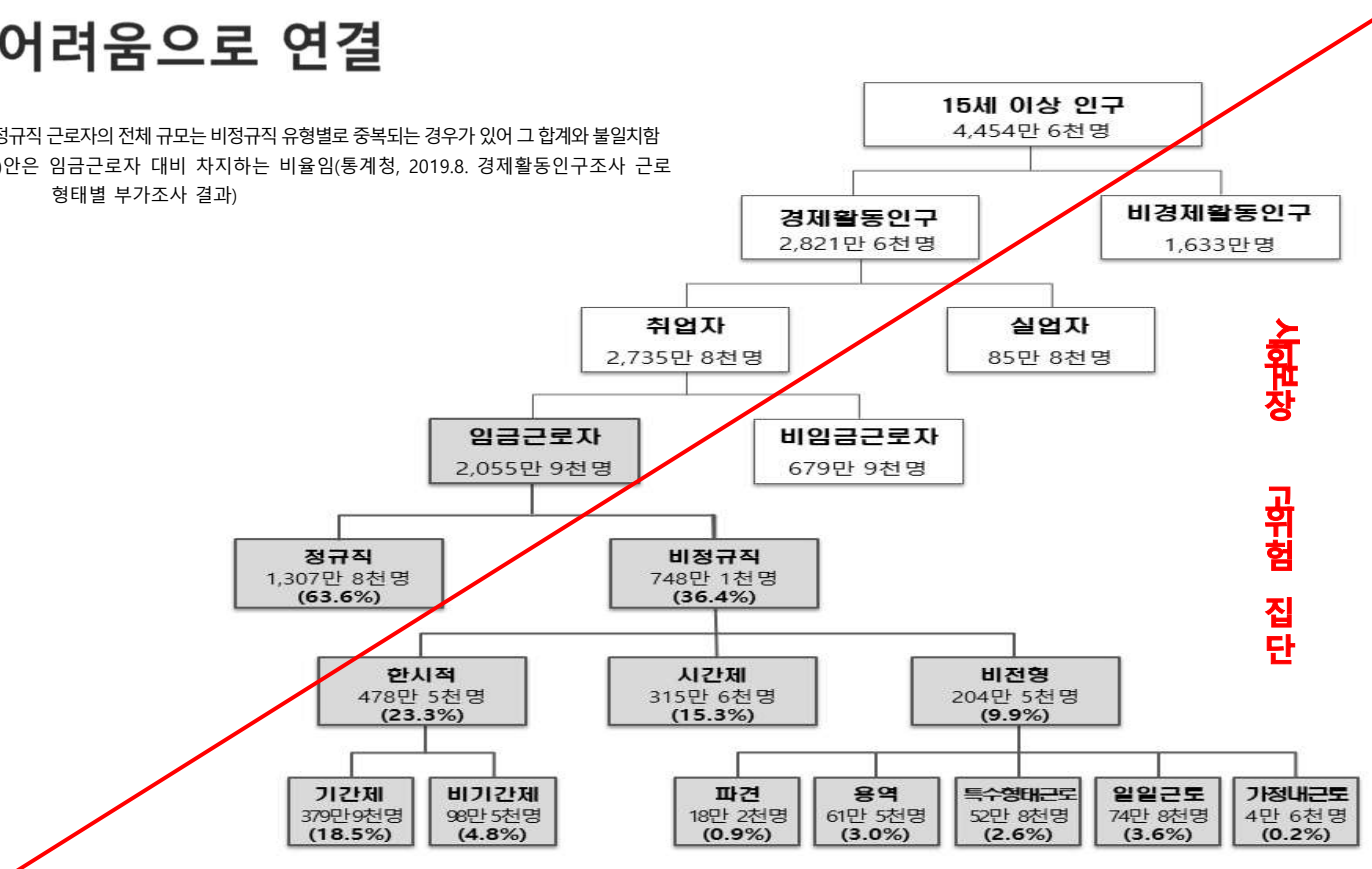


04 보험료 부과기반의 변화

고용시장의 분절과 사회보험의 불안정성

- 사회보험은 기본적으로 '가족관계'와 '고용시장'을 기반으로 설계됨
- 가족관계, 노동시장의 분절은 사각지대 양산, 보험료 징수의 어려움으로 연결

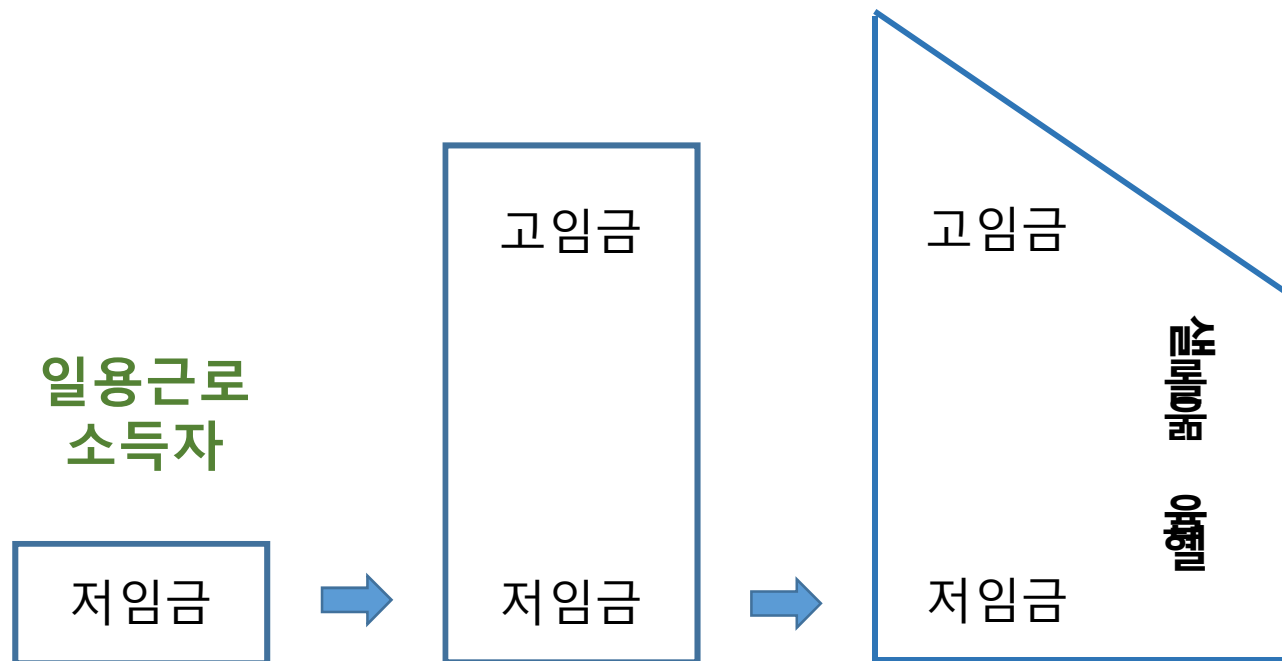
*비정규직 근로자의 전체 규모는 비정규직 유형별로 중복되는 경우가 있어 그 합계와 불일치함
 ** ()안은 임금근로자 대비 차지하는 비율임(통계청, 2019.8. 경제활동인구조사 근로 형태별 부가조사 결과)





■ 고용 형태의 변화로 인한 부과가능인구 축소

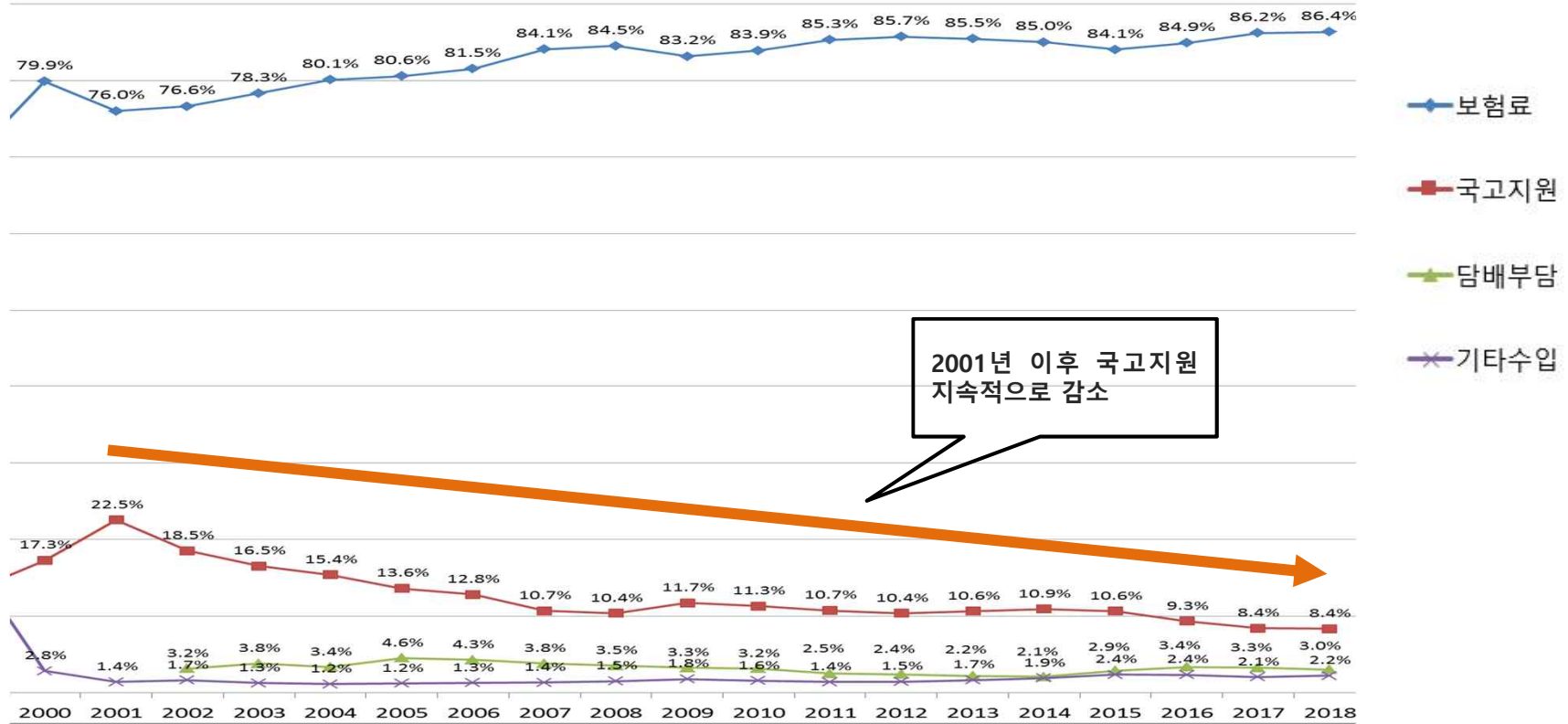
- 노동자성이 분명하지 않거나, 사용자가 불분명한 새로운 직종 대두
- 사회보험의 지속가능성을 위협하는 또 하나의 문제



05 국고지원 변화



- 2000~2018년까지 국고지원(국고, 담배부담금) 비중은 지속적으로 감소
- 국고지원의 비율을 일정하게 법정화하는 법 개정 필요



국고지원의 개념 변화

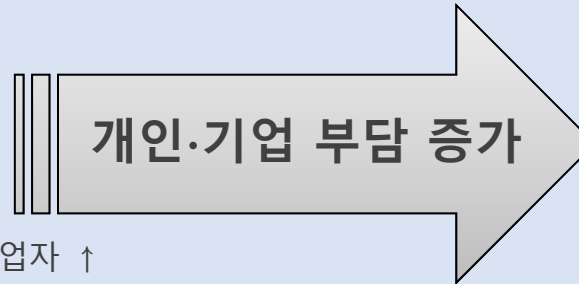


노동시장 위에 구성되는 사회보험

1990년대 이후,

**노동시장
유연화**

파트타임, 프리랜서, 자영업자 ↑



**보험료
+
조세**

- 프랑스 : 총수입 대비 정부지원 비율 2011년 49% → 2017년 52.2%
※ 52.2%(일반회계 지원: 1.5%, 사회보장분담금: 35.3%, 사회보장목적세: 15.4%)
- 일본 : 총수입 대비 정부지원 비율 2006년 36.8% → 2015년 38.9%
- 독일 : 2009~2017년 국고부담액 연평균 증가율 9.18%

맞는 말

h·well
국민건강보험 





■ 건강보험 개혁의 방식

● 긴 호흡의 추진

- 단기 과제도 중요하지만
- 지금부터 시작해야 10-20년 후 결실이 가능한 과제를 추진해야 함
- 예측과 기획의 능력이 절실함

● 건강보험 안팎의 개혁

- 건강보험 내부 개혁, 보험료 부과체계, 진료비 지불제도 뿐 아니라
- 국민의 행태 변화, 보건의료체계의 시스템 개혁이 필요
- 각종 사회보험의 협업 가능성 모색

● 보건복지 뿐 아니라 경제, 조세, 노동 분야의 협업이 필요

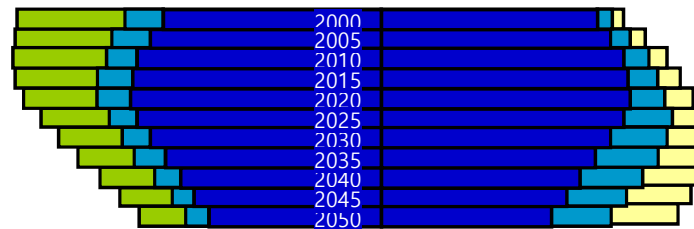
- 건강보험은 경제 전반, 산업구조, 고용시장, 조세제도 위에 존재하는 것
- 경제정책과 사회정책의 대립적 관계에서는 대안이 나오지 않음



■ 인구변동의 이해와 대응

- 보험료 부과가능인구는 축소되고, 의료이용 인구는 확대
- 건강보험의 지속가능성을 공격 받는 최대의 약점
- 포괄적이고 구체적인 전략으로 공략하면 극복 가능

평생건강/평생학습/평생고용



❖ "사실상의 생산가능인구"를 확대

- 청년층의 조기 입직
- 노인층의 건강, 학습, 취업연령 연장

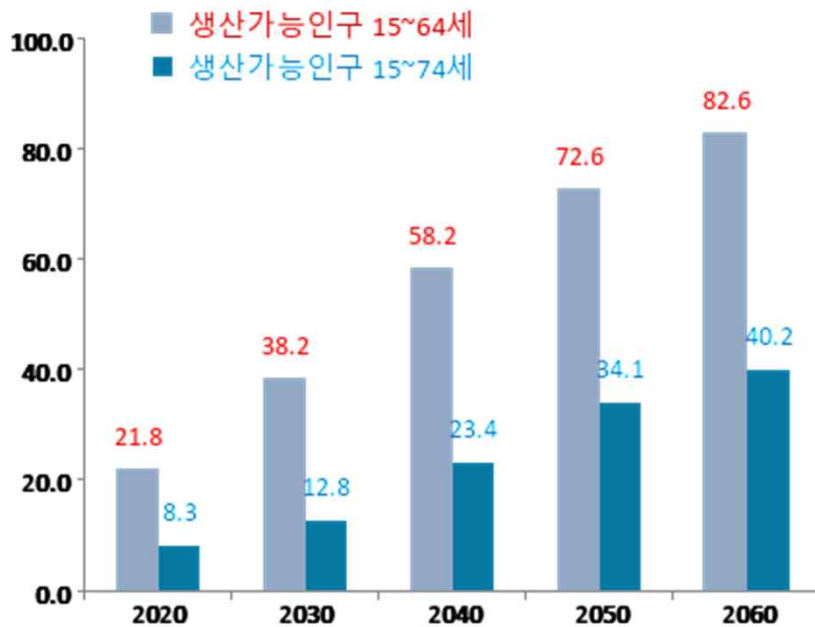
❖ 생산가능인구의 생산성 제고

- 여성, 장애인의 고용 증가
- 생산가능인구의 생산성 제고

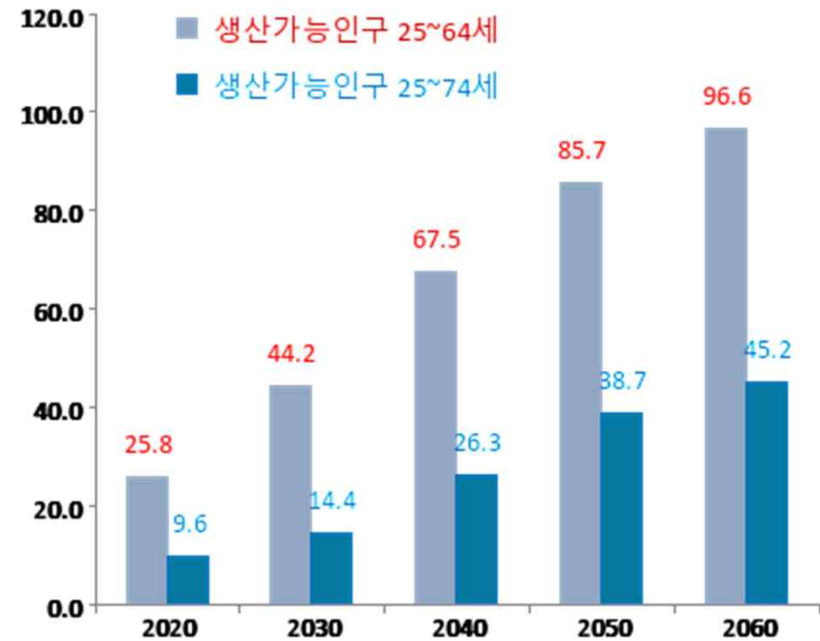
노인부양비의 축소 가능성



노인부양비 15+



노인부양비 25+





감사합니다

h·well
국민건강보험 