



정책 세미나

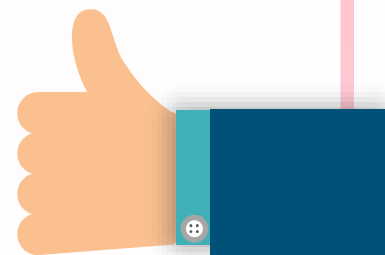
건강보험 보장성 강화와 정책과제



신현웅 연구위원

2017.11.09

발표 순서



논의의 시작



건강보험 제도 여건진단 및 발전전략 검토



건강보험 보장성 강화 추진방향과 정책과제

I 논의의 시작

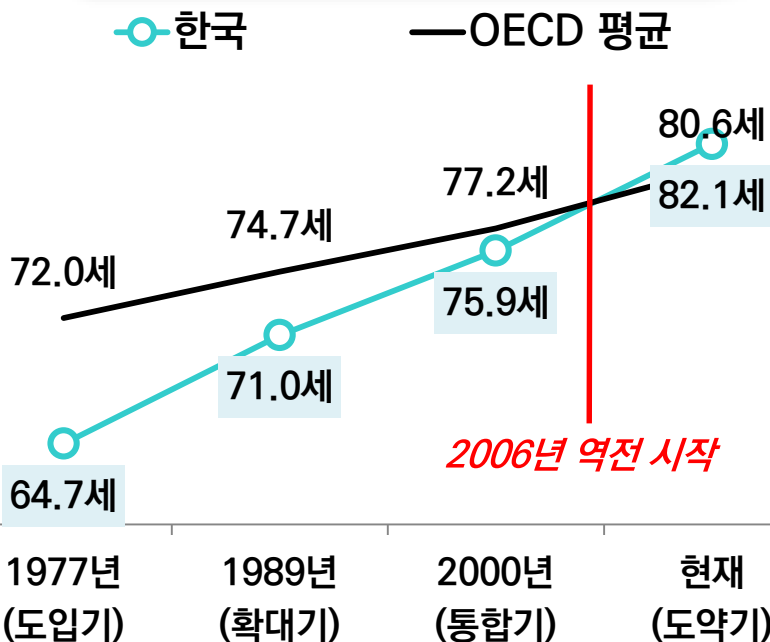


1 건강보험 제도 도입의 성과

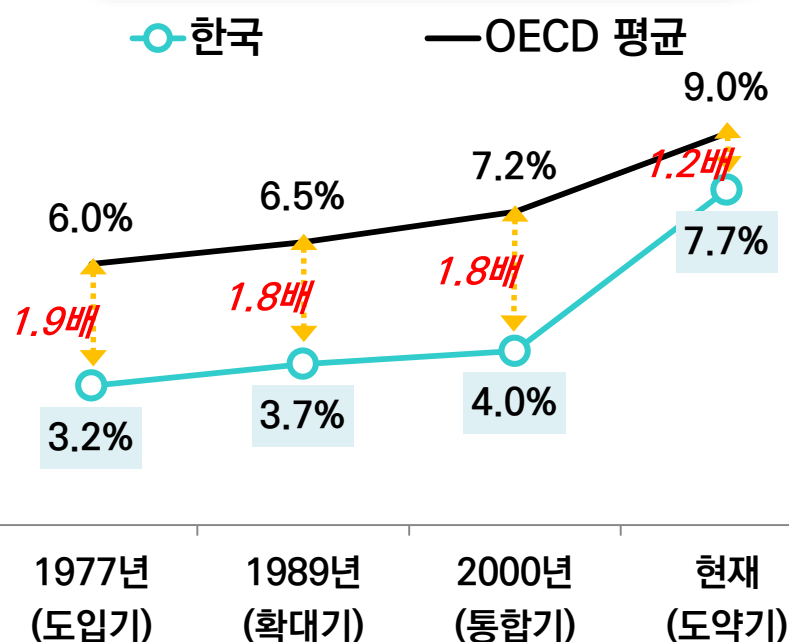
✓ 우리나라는 1977년 건강보험 도입 이후 “건강보험 당연가입 & 건강보험 당연지정” 제도를 통해 **의료 접근성의 보편적 확보** 및 **국민의 건강성과 향상에 크게 이바지** 한 것으로 평가

※ OECD 평균 대비 **약 80% 적은 비용**으로 OECD 평균 보다 **1.5세 높은 기대수명** 성과 달성

기대수명



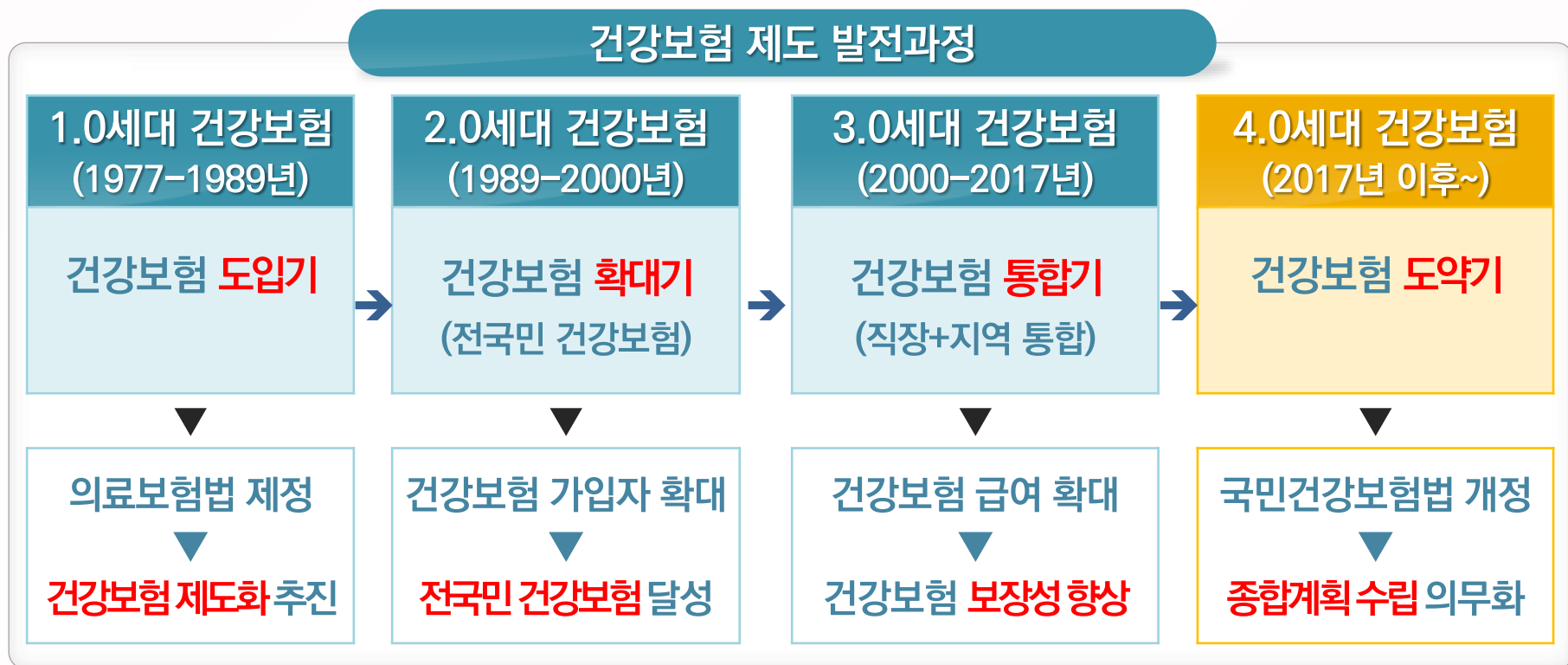
GDP 대비 경상의료비



자료: OECD(2017), OECD health data 2017

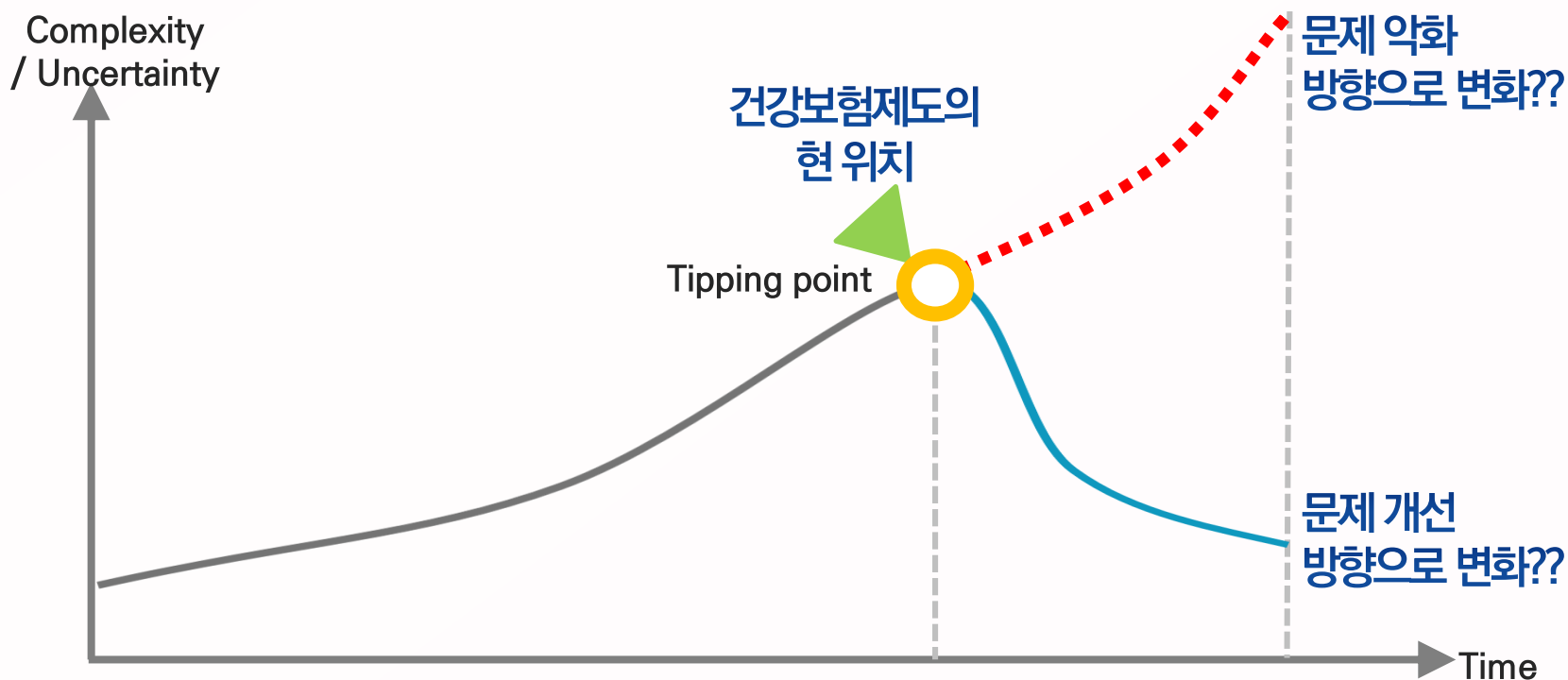
2 건강보험 제도 도약의 필요성

- ✓ 2017년은 우리나라 건강보험 제도가 도입(1977년 7월) 된지 40주년이 되는 시점으로, 건강보험 제도 확대기 및 내실화 시기를 넘어선(beyond) 새로운 도약(Quantum Jump)이 필요한 상황

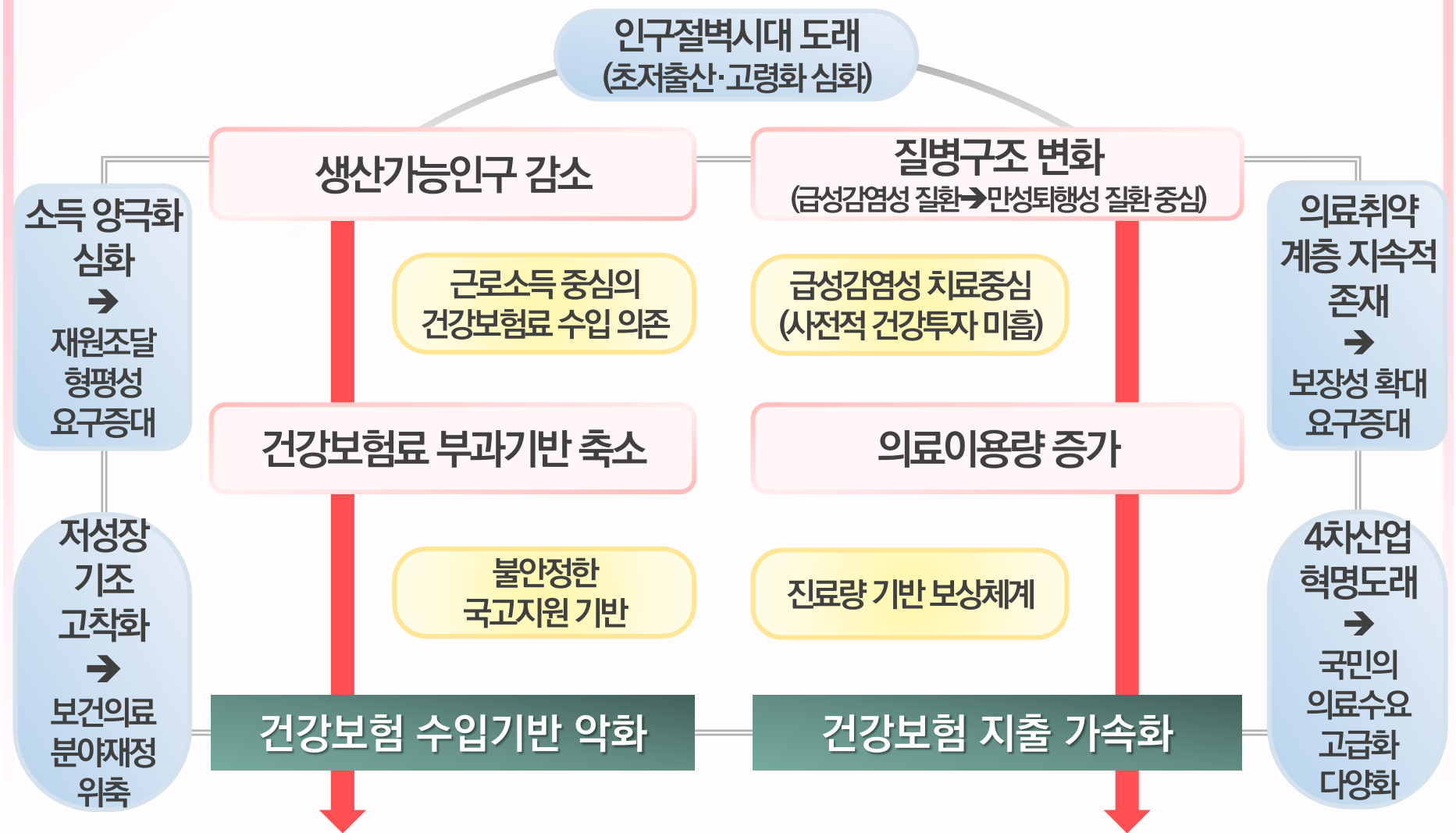


2 건강보험 제도 도약의 필요성

- ✓ 4차 산업혁명 도래로 변화의 속도 및 주기가 급격하게 단축되는 시대 (4차 산업혁명 도래, 인구절벽 현상 직면, New normal 시대 고착화, 신종 감염병 위기 등)
- ✓ 문제가 악화되는 속도도 빨라지면서 부분적 보완 및 개선만으로 문제의 악화 속도를 따라가는 것에 한계가 발생 → 문제 악화 속도 VS 문제 개선 속도
- ✓ 현재 우리는 건강보험 제도 변화의 Tipping Point에 직면

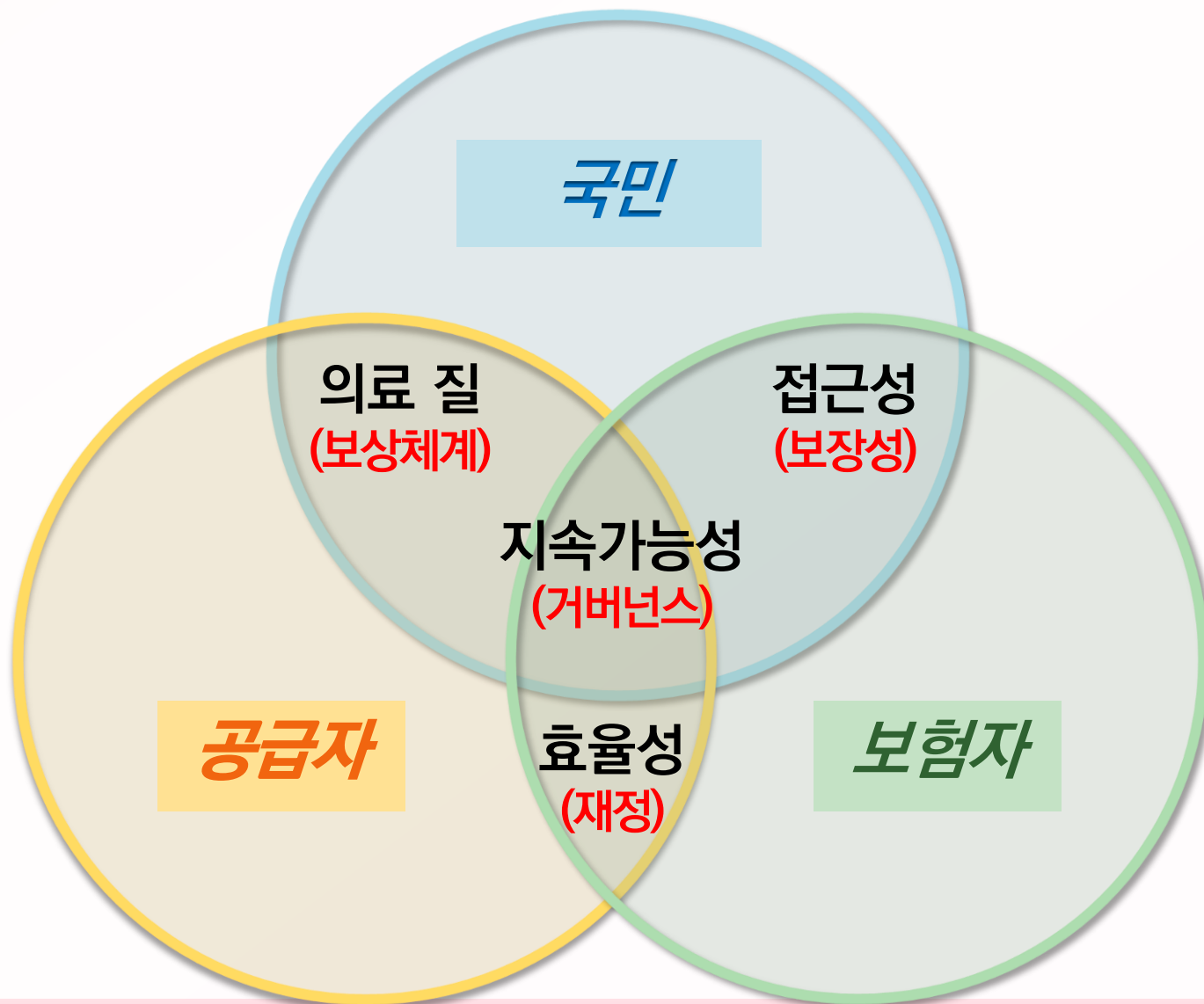


2 건강보험을 둘러싼 환경적·정책적 미래 변화



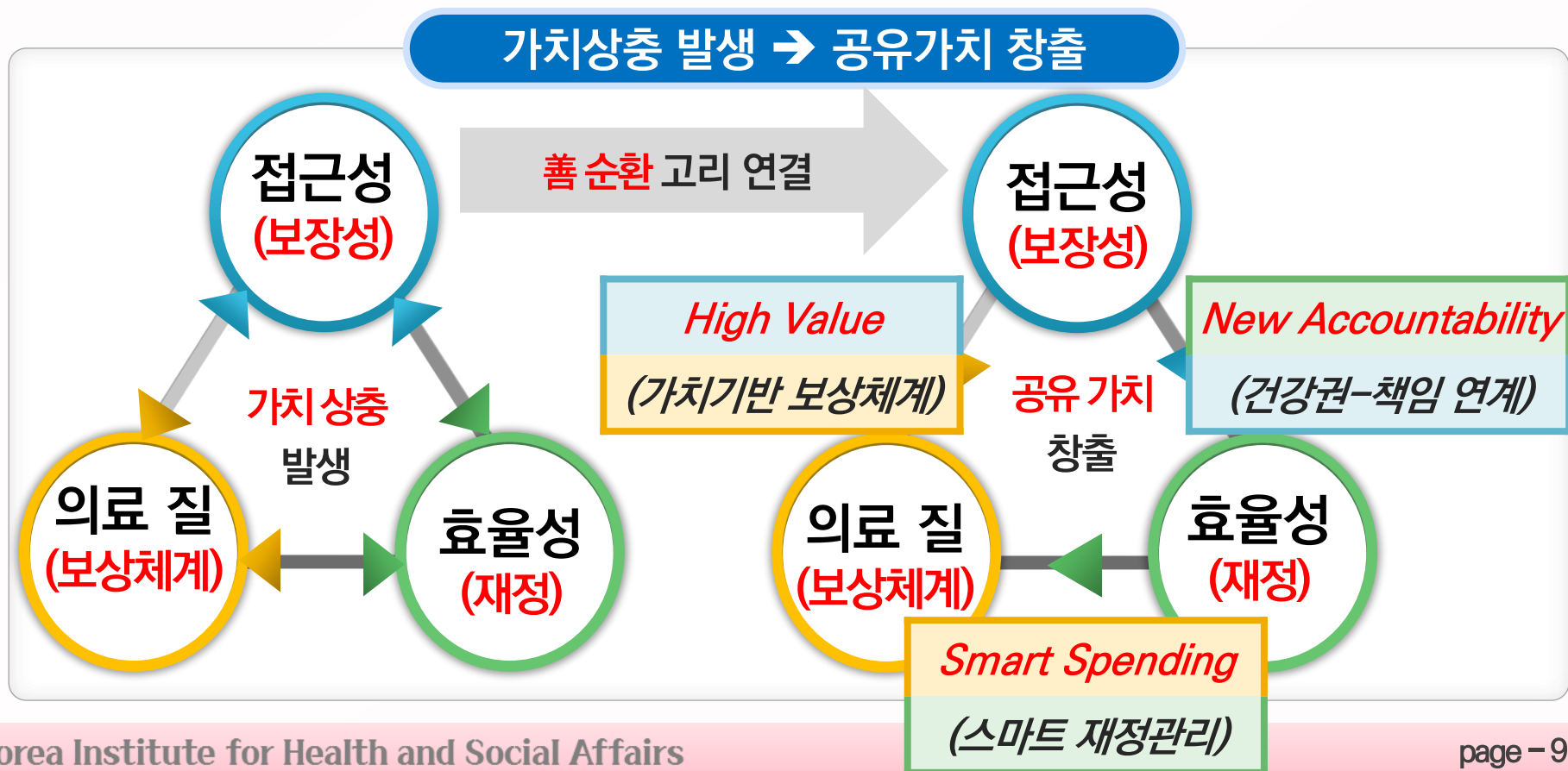
건강보험을 둘러싼 미래 환경적·정책적 변화에 대응한 지속가능한 건강보험 제도 구축 요구

4 건강보험 제도의 정책목표



4 건강보험 제도의 정책목표

- ✓ 각 세부목표(=분야)는 상호 연계되어 있는데, 이 때 각 목표별 가치상충 문제가 발생할 여지가 존재 (예: 보장성↔효율성, 효율성↔의료의 질 등)
- ✓ 각 목표별 가치상충 공유가치 창출로 전환해 나가는 것이 필요



Ⅱ 건강보험 제도 여건진단 및 발전전략 검토

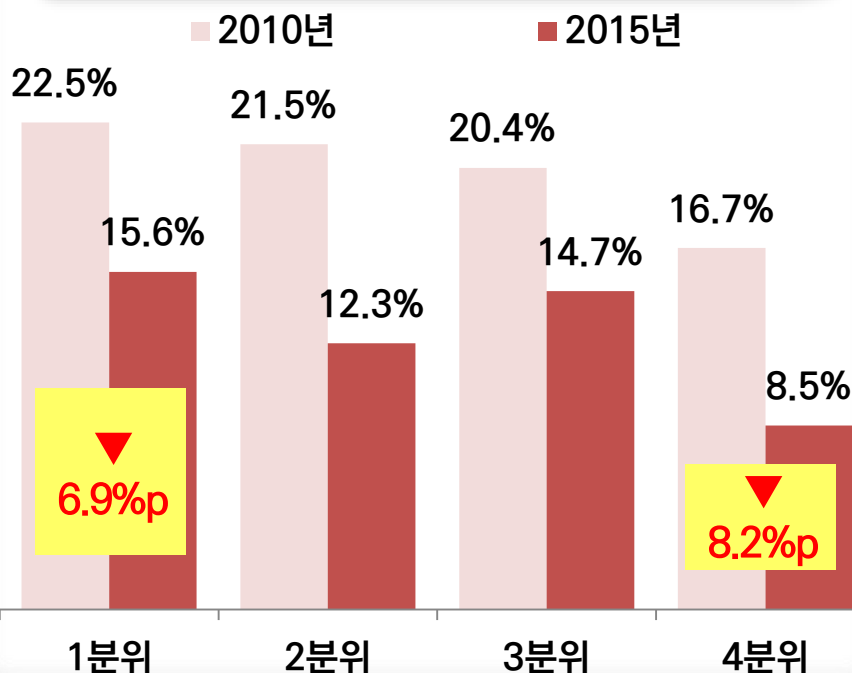




1 보장성 정책: 문제점 인지 (Where)

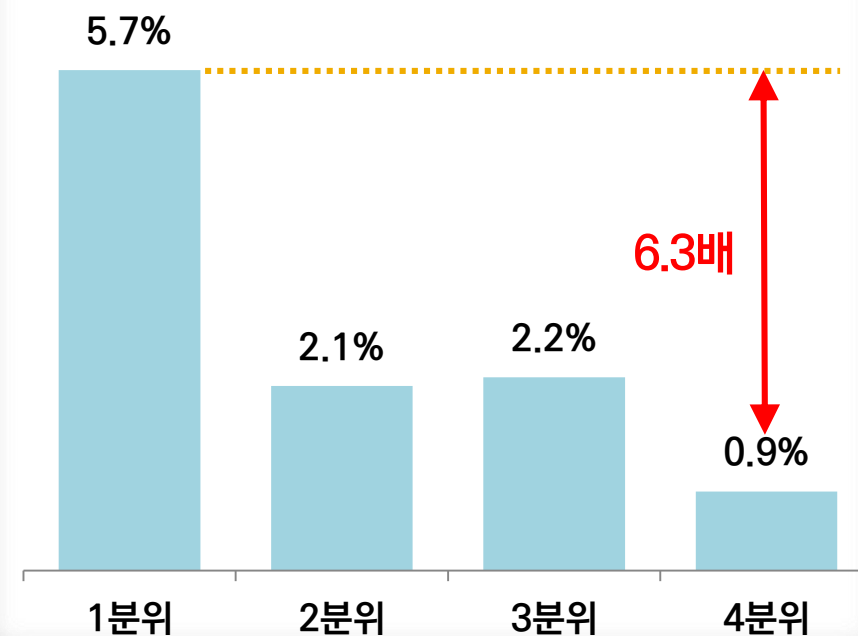
- ✓ 지속적 보장성 강화 정책에도 불구하고 **의료보장 사각지대**가 여전히 존재
- ✓ **소득수준별** 미충족 의료율의 **격차가 존재**하며, 이러한 **격차가 더 확대**되고 있는 양상, **경제적 취약계층** 일수록 **경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미충족 의료율**이 증가

소득수준별 미충족 의료율('10-'15)



자료: 국민건강보험공단(2017), 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사

소득수준별 경제적 미충족 의료율('15)

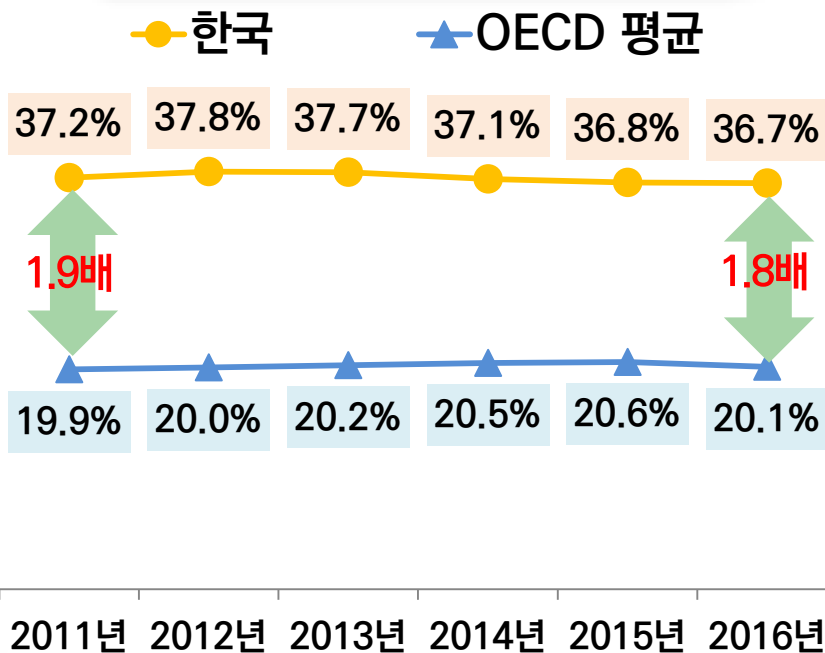


자료: OECD(2017), OECD health data 2017

1 보장성 정책: 문제점 인지 (Where)

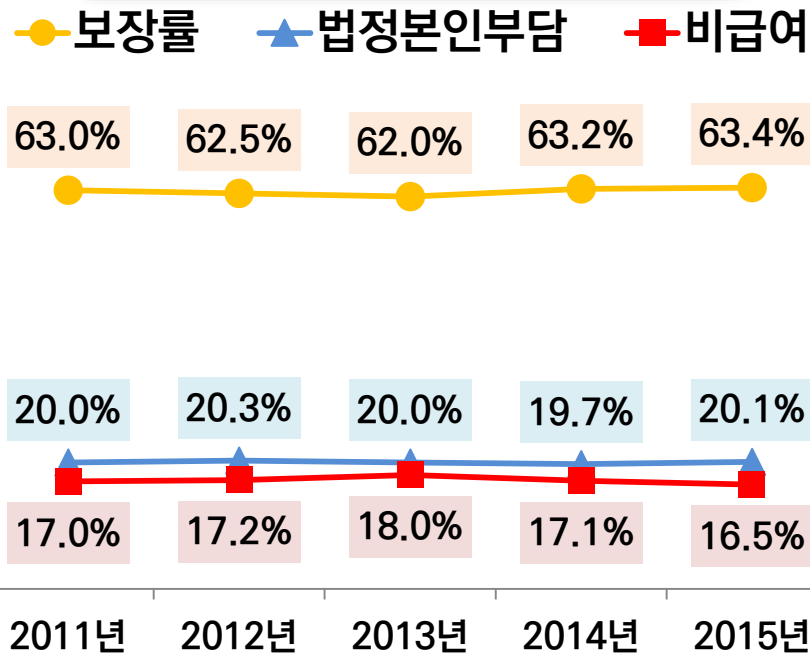
- ✓ 우리나라는 OECD평균 대비 **본인부담의료비(OOP) 비율이 약 1.8배** 높은 실정
- ✓ 보장성 강화를 위해 본인부담 경감 정책을 추진하더라도, **비급여 관리가 병행되지** 않는다면 **국민이 체감하는 보장률 개선에 한계가 존재할 수 밖에 없는 상황**

경상의료비 중 본인부담 비율



자료: OECD(2017), OECD health data 2017

건강보험 보장률 추이



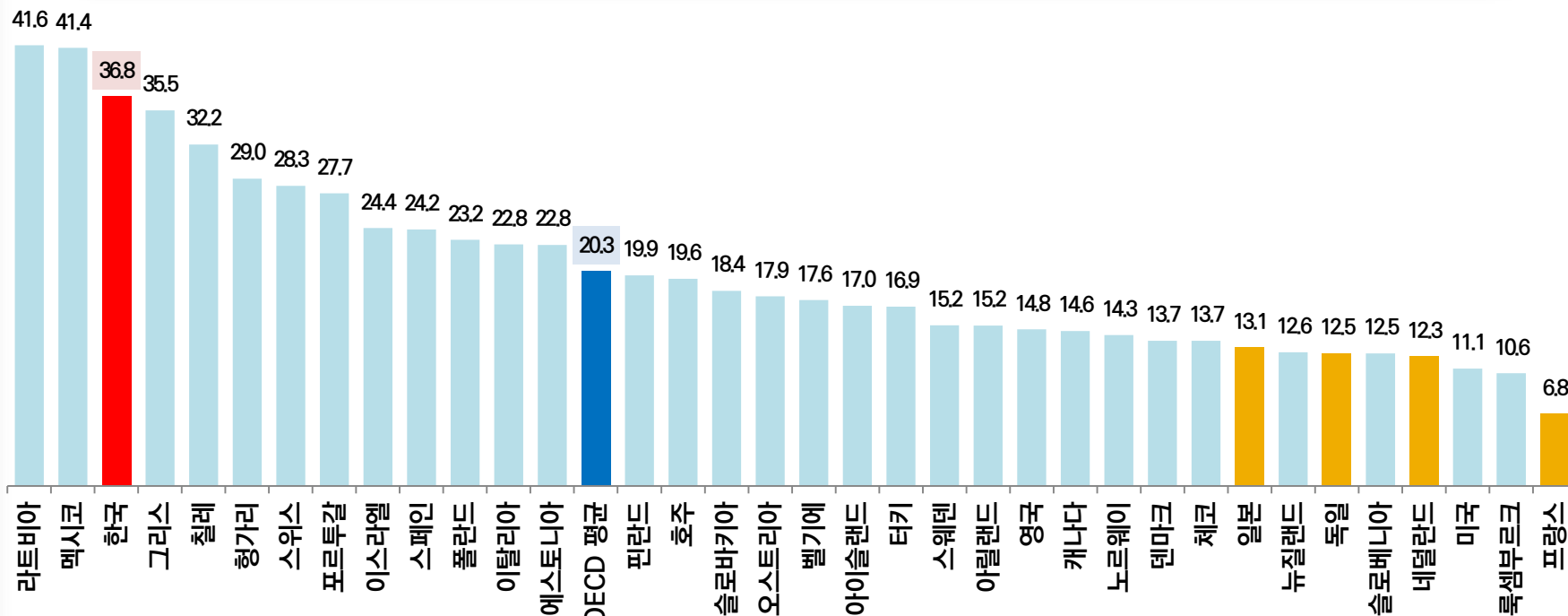
자료: 국민건강보험공단(2017), 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사



1 보장성 정책: 문제점 인지 (Where)

✓ 우리나라와 보건의료체계가 유사한 주요 사회보험 국가와 비교해 보면 프랑스는 6.8%(5.4배), 네덜란드는 12.3%(3.0배), 독일은 12.5%(2.9배), 일본은 13.1%(2.8배)로 우리나라 대비 가계직접 부담비율이 크게 낮았음.

OECD 국가와 비교한 경상의료비 중 가계직접 부담비율 (2015년도 또는 최근연도)



자료: OECD(2017), OECD health data 2017



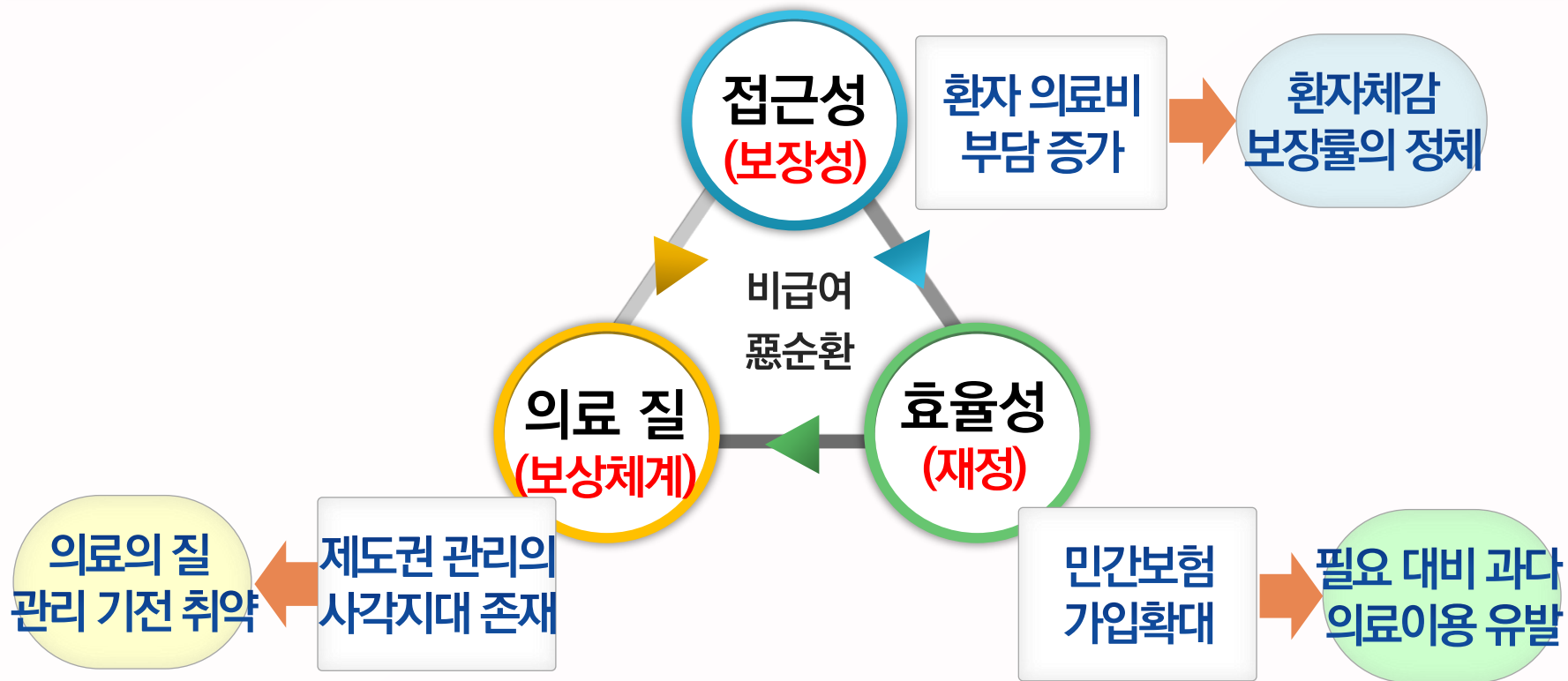
1 보장성 정책: 원인 진단 (Why)

- ✓ (의료보장 사각시대1: 비급여 관리) 현재 건강보험 보장성은 건강보험 급여 중심으로 관리됨에 따라 비급여, 민간보험은 건강보험 보장성 관리의 사각지대로 존재
- ✓ 개인단위로 공/사보험, 급여/비급여를 포괄하여 관리할 때 실제 환자가 체감(직면)하는 부담 의료비(급여+비급여)와 지불능력(건강보험+민간보험)의 파악이 가능

구분		보험 범위 (지불 능력)	
		건강보험	민간보험
급여 범위 (부담 의료비)	급여	현재 관리범위	관리 사각지대
	비급여	관리 사각지대	관리 사각지대

1 보장성 정책: 원인 진단 (Why)

- ✓ 특히, 비급여는 보건의료체계가 최종적으로 추구하는 가치인 **보장성, 의료의 질, 지속가능성**을 모두 악화시키는 연결고리로서 작동
- ✓ 하지만 현재 비급여 문제는 **공급자의 직접적 이익과 연결되어** 있는 만큼 개선이 어려운 문제



1 보장성 정책: 원인 진단 (Why)

✓ (의료보장 사각시대2: 생애주기별 보장) 현재 건강보험 보상기전은 사후 진단 및 치료에 집중되면서 사전적 예방 및 말기케어에 대한 관리 부족과 과도한 사적부담이라는 사각시대 문제가 발생

사전적 예방서비스 보장의 사각시대 및 개선의 필요성

건강보험 보장 영역	일반회계 보장 영역	건강증진기금 보장 영역
사전적 예방 제도 사각시대 (관리 부족)		

공급자, 환자 모두
이익을 보지
않게 설계된
보상구조

말기 케어 서비스 보장의 사각시대 및 개선의 필요성

건강보험 보장 영역	노인장기요양보험 보 장 영역
말기 케어 제도 사각시대 (사적부담)	

대부분 사적
부담영역으로
존재

1 보장성 정책: 개선방향 (How to)

필요가 많은 국민일수록, 더 많은 혜택을 받는 보장성 정책
(People-centered Coverage)

Current Generation

건강보험 급여 중심
보장성 관리

임상적 유용성(안전성·유효성) 기반
건강보험 급여(新) 확대 관리

사후적 치료 중심의
보장성 추진

건강권 확대 중심 보장성 정책

Next Generation

개인단위 포괄적 보장성 관리
(공/사보험+급여/비급여)

건강보험 급여(목록+가격)의
전 주기적(新+舊) 가치 평가체계 구축

생애주기별 맞춤형 보장성 강화
(사전예방 및 말기케어 포괄)

책임(New Accountability)이 연계된
보장성 강화

2 재정 관리: 문제점 인지 (Where)

건강보험 **지속가능성 확보**를 위한 재정관리



2 재정 관리(수입): 원인 진단 (Why)

- ✓ 최근 산업시장, 노동시장, 그리고 인구구조가 급격하게 변화하면서 소득과 자산형태 (=지불능력)도 다양화됨에 따라, 그 직업으로 발생한 소득이 전체 지불능력을 모두 반영하지 못하는 한계가 발생 → **재원의 다각화** 모색이 필요한 시점

건강보험 도입 초기 자원조달 방식

동일직종의 동일직업을 가진 근로자로 구성 (길드, 상호공제조합)

치료서비스 보다 상병수당 중심의 **소득보전 목적** (기여와 급여를 연동)

그 직업으로 발생한 소득 (근로, 사업소득)에만 부과하는 것이 **건강보험 연대성 원칙에 부합**

산업·노동시장 및 인구구조 변화

건강보험 통합화 (조합방식→통합방식)

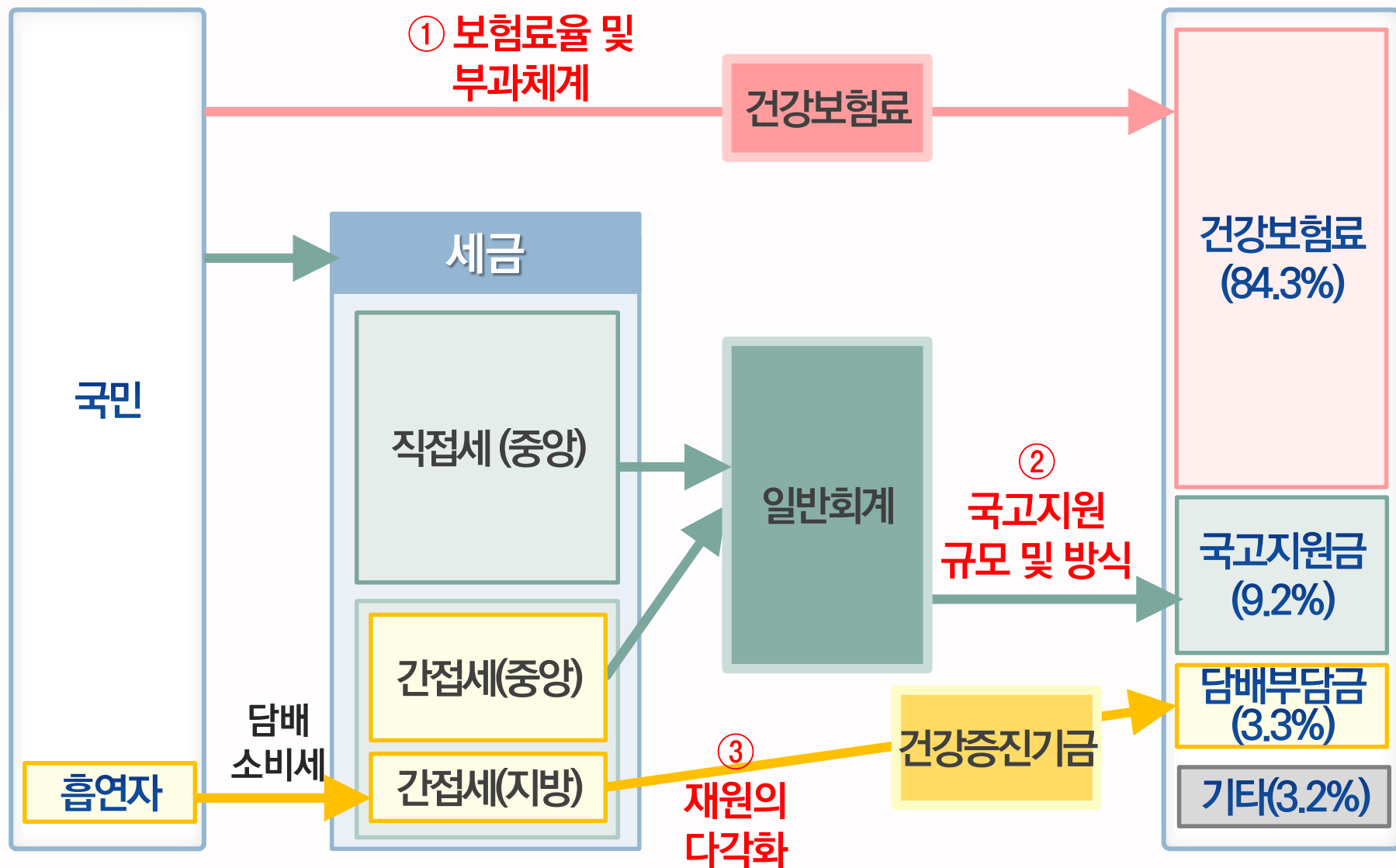
최근 건강보험 자원 조달을 둘러싼 새로운 논의

산업·노동 및 인구구조 변화로 **소득과 자산형태 (=지불능력)의 다양화**

그 직업으로 발생한 소득 (근로, 사업소득)이 **전체 지불능력을 모두 반영하지 못하는 한계**

자격에 관계없이 전국민이 부담능력에 따라 **공평하게 보험료를 부담하는 형평성 강조**

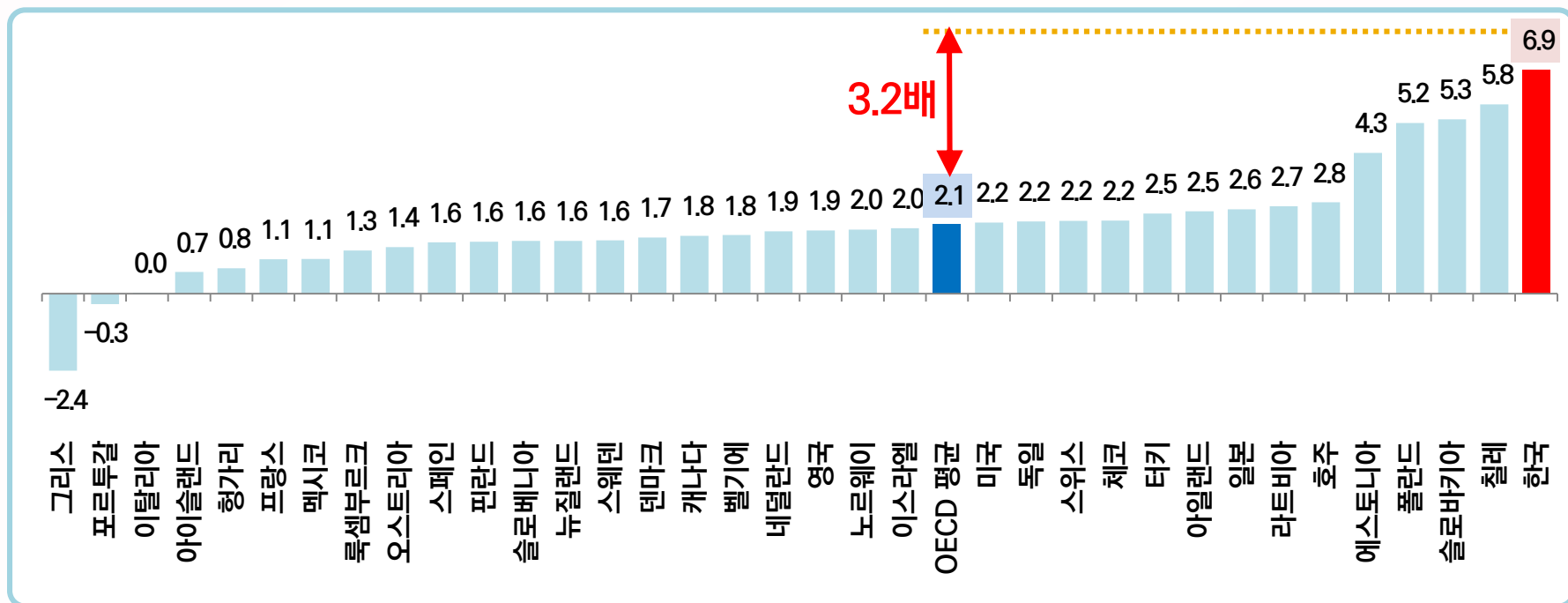
2 재정 관리(수입): 개선방향 (How to)



2 재정 관리(지출): 문제점 인지 (Where)

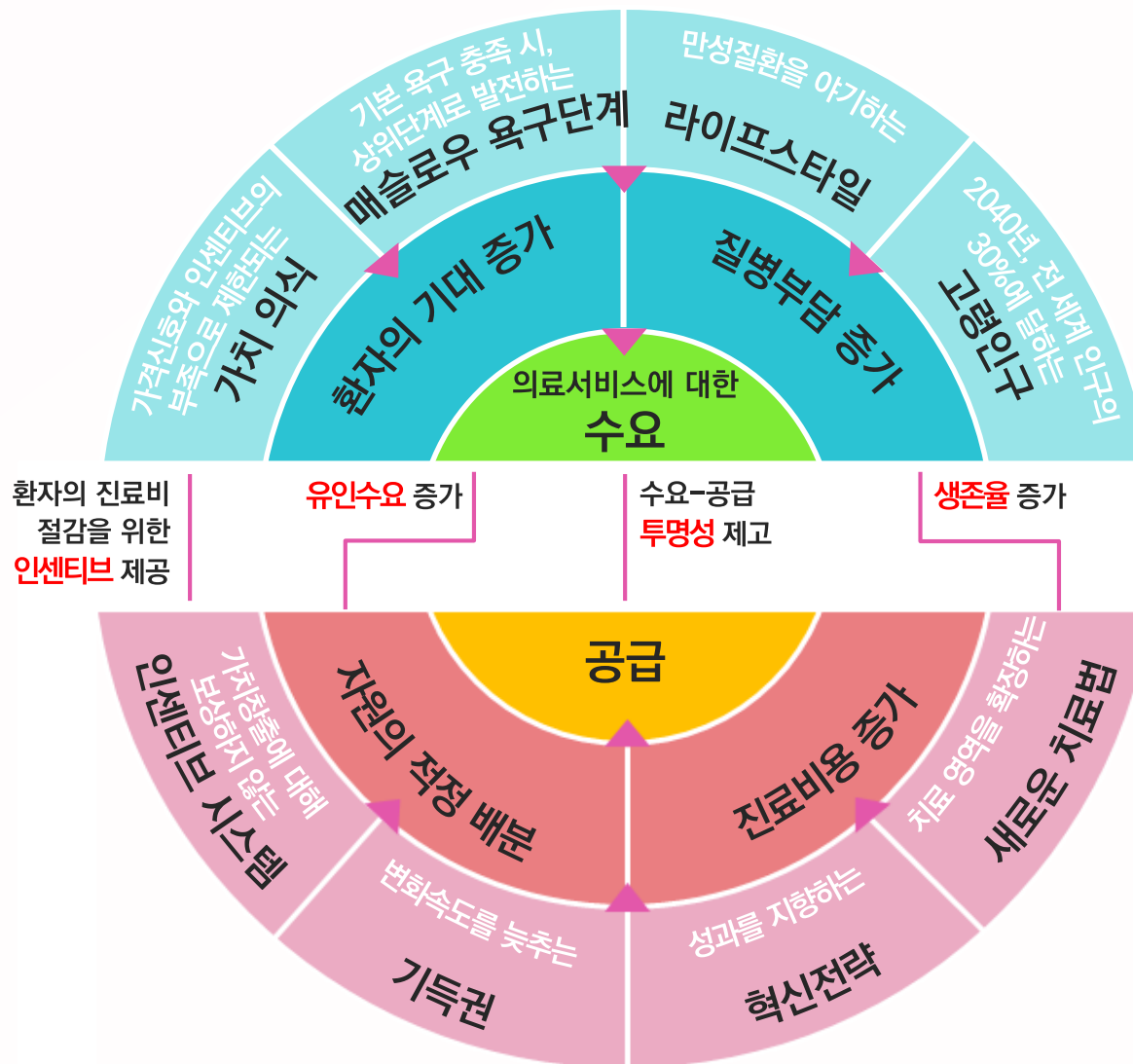
- ✓ 최근 10년 간 우리나라는 OECD 35개 국가 중 1인당 경상의료비가 가장 빠르게 증가
- ✓ OECD 평균 대비 약 3.2배 빠른 속도로 증가

최근 10년간 1인당 경상의료비 평균 증가율 ('06-'16년)



자료: OECD(2017), OECD health data 2017

2 재정 관리(지출): 원인 진단 (Why)



자료: World Economic Forum(2013), Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios, p.6.

2 재정 관리(지출): 개선방향 (How to)

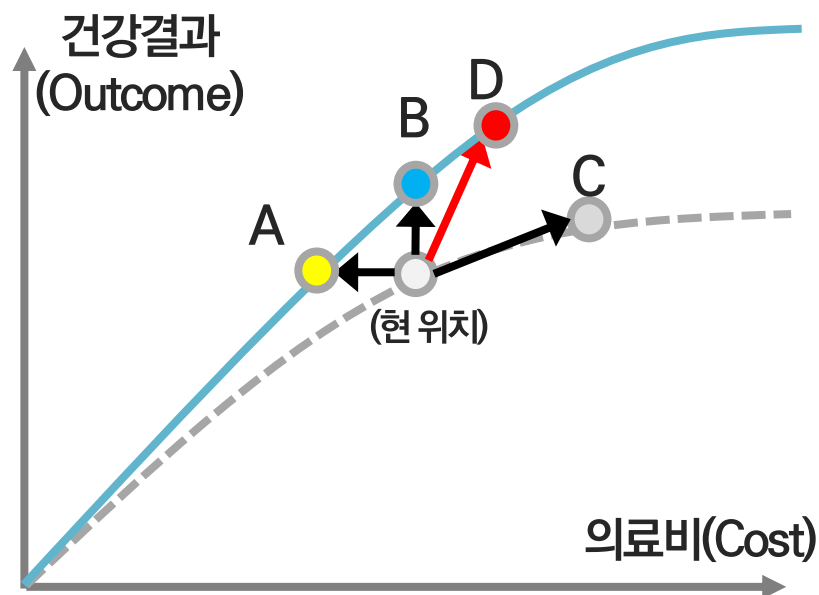


2 재정 관리: 개선방향 (How to)

III. 여건진단 및 발전전략

- ✓ 기존의 재정관리는 **지출효율화를 중심으로 한 재정절감 방안**에 초점이 맞추어졌다면, 최근의 재정관리 정책기조는 **불필요한 재정은 절감**하되, 건강성과를 위해 **필요한 곳**에는 더 투자하는 **Smart Spending**을 추구

의료비와 건강결과 간의 관계



구분	Cost	Outcome	한계
A로 이동	▼	—	건강결과와 관계 없이 비용절감만 강조
B로 이동	—	▲	비용투자 없이 건강결과 향상만 추구
C로 이동	▲	▲	건강성과 대비 비효율적 재정운영 위험

D로 이동	▲	▲	필요한 곳엔 더 투자 (Smart Spending)
-------	---	---	------------------------------

2 재정 관리: 개선방향 (How to)

III. 여건진단 및 발전전략

불필요한 지출 감소 → 필요한 투자 확대 (Smart Spending)

Current Generation

사업 단위 예산 할당 방식의
재정 운영

문제 발생 후 사후적인
단기적·미시적 건별 대응

근로소득/사업소득 중심의
건강보험 자원 확보

지출 효율화에 중점을 둔
재정절감 관리

Next Generation

예측 기반 포괄적 재정 운영
(공/사보험+급여/비급여 포괄)

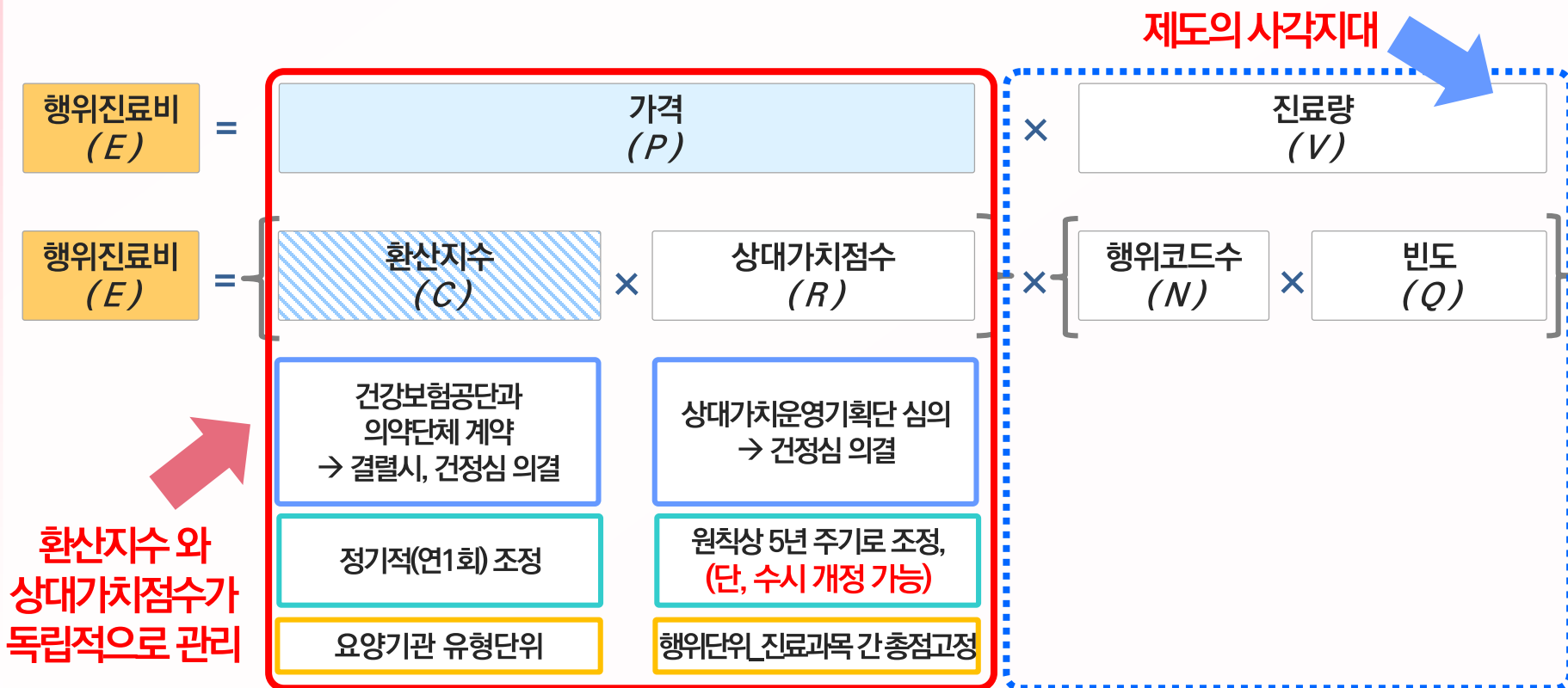
지출낭비 포인트 파악 및
포인트별 맞춤형 대응전략 추진

산업·노동시장 및 인구구조 변화 등에
대응한 건강보험 자원의 다각화 모색

불필요한 지출은 감소하되,
필요한곳엔더투자하는스마트 지출 실현

3 보상 체계: 문제점 인지 (Where)

- ✓ 우리나라 건강보험 가격은 **환산지수와 상대가치점수의 곱**으로 결정
- ✓ 현재 건강보험 가격관리 기전은 일부 존재하는 반면, **진료량 관리 기전은 부재**
- ✓ 가격관리 기전인 **환산지수와 상대가치점수의 경우도 독립적으로 작동하여 연계가 미흡**



자료: 신현웅 외(2016), 2017년 유형별 환산지수 연구

3 보상 체계: 문제점 인지 (Where)

요양급여 산정원칙

상대가치점수는
건강보험 **재정중립원칙**을 대전제

현실적 여건

총점 고정 없이
수시 개정 가능
(진료과목 간 수가 불균형
조정목적 등)

정책수요 건별
필요시 **마다**
각종 가산제도 도입

미시적·분절적 수가 조정에 따른
거시적 차원의
건강보험 진료비 통제 기전 미흡

건강보험 제도 내 가산항목 예시

구분	가산유형		도입
기관	종별가산	요양기관종별 비율 가산	1977
진료과	전문의	내과, 소아과, 정신과	입원료 가산
			1977
			진단검사의학, 병리학, 영상의학
			1988
시간	야간, 공휴	해의학과	1999
		외과, 흉부외과	2009
		평일 18시~09시, 토요일 13~09시, 공휴일	1977
대상	소아, 노인	산생아가산	-
		소아가산: 1세미만, 1~3세, 6세미만, 8세미만	1977
		노인가산	1977
	장애인	치과진찰료: 뇌성마비, 정신지체	1995
		장애인임상부 자연분만	2007
항목	인력확보	입원환자 간호관리료 차등제	1999
	특정항목	식대가산	2006
		해의학영상진단, 마취방법	1999
		기능검사	-
		수술(화상치료, 장기이식)	2009
		입원기간 차등	-
		의료취약지가산	2017
		야간전담간호사가산	2016
		간호간병통합서비스 정책가산	2015
사업	시범사업 정책가산	신포괄수가 정책가산	2009

3 보상 체계: 문제점 인지 (Where)

- ✓ 건강보험 행위료 진료비 증가율 기여요인: 55% 가격요인 + **45% 진료량 요인**
- ✓ 가격요인 중 기여요인: 57% 환산지수 + **43% 환산지수 외 (가중평균상대가치점수 등)**
- ✓ 전체 건강보험 행위료 진료비 중 **관리 가능한 영역은 31.4%에 불과**

건강보험 행위료 진료비 증가율 분해

	2010 -2011	2011 -2012	2012 -2013	2013 -2014	연평균 증가율	기여율	
총지불액	5.4%	6.2%	8.3%	8.6%	7.1%	100%	
진료량($V=N \times q1$)	2.5%	2.2%	2.5%	5.4%	3.1%	45.0%	(100)
- 행위코드수(N)	1.0%	-2.2%	1.1%	5.2%	1.2%	17.8%	(39.5)
- 행위코드의 평균빈도(q1)	1.5%	4.5%	1.4%	0.2%	1.9%	27.2%	(60.5)
평균가격($P= q2 \times C$)	2.9%	3.8%	5.7%	3.0%	3.9%	55.0%	(100)
- 환산지수(C)	1.6%	2.2%	2.4%	2.4%	2.2%	31.4%	(57.0)
- 가중평균상대가치점수 등(q2)	1.2%	1.6%	3.2%	0.6%	1.6%	23.6%	(43.0)

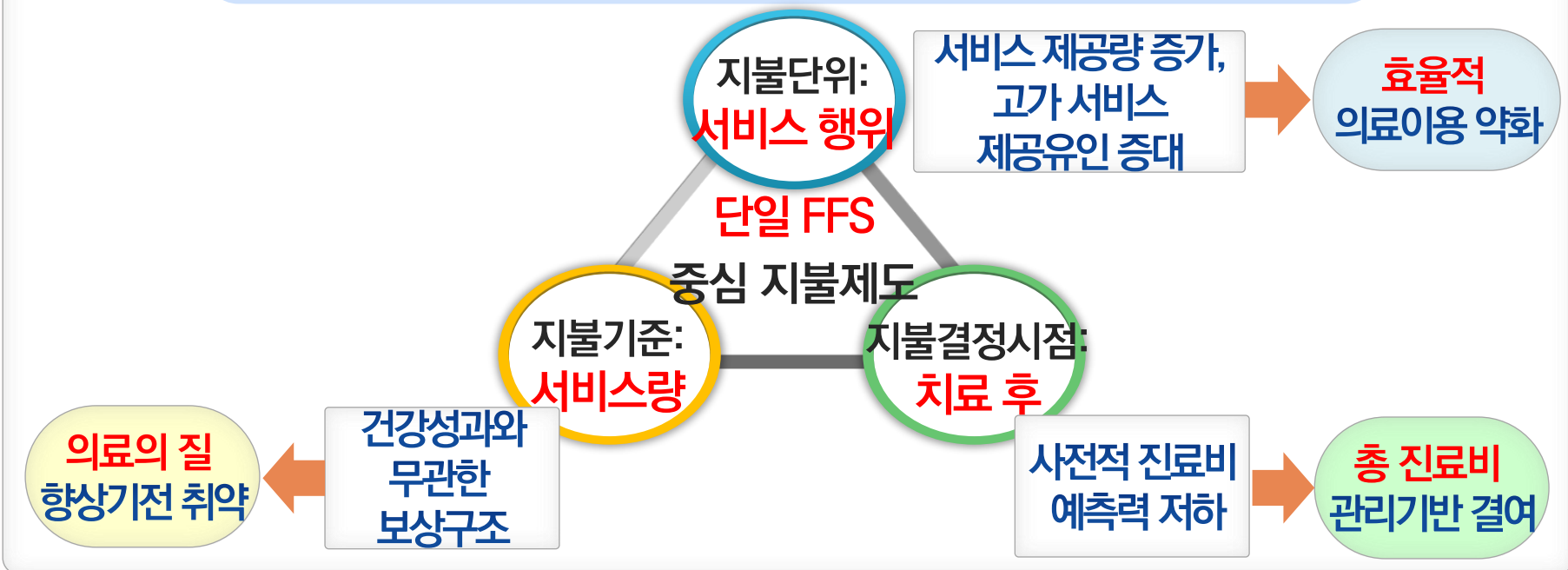
환산지수
계약 적용영역

자료: 신현웅 외(2016), 2017년 유형별 환산지수 연구

3 보상 체계: 원인 진단 (Why)

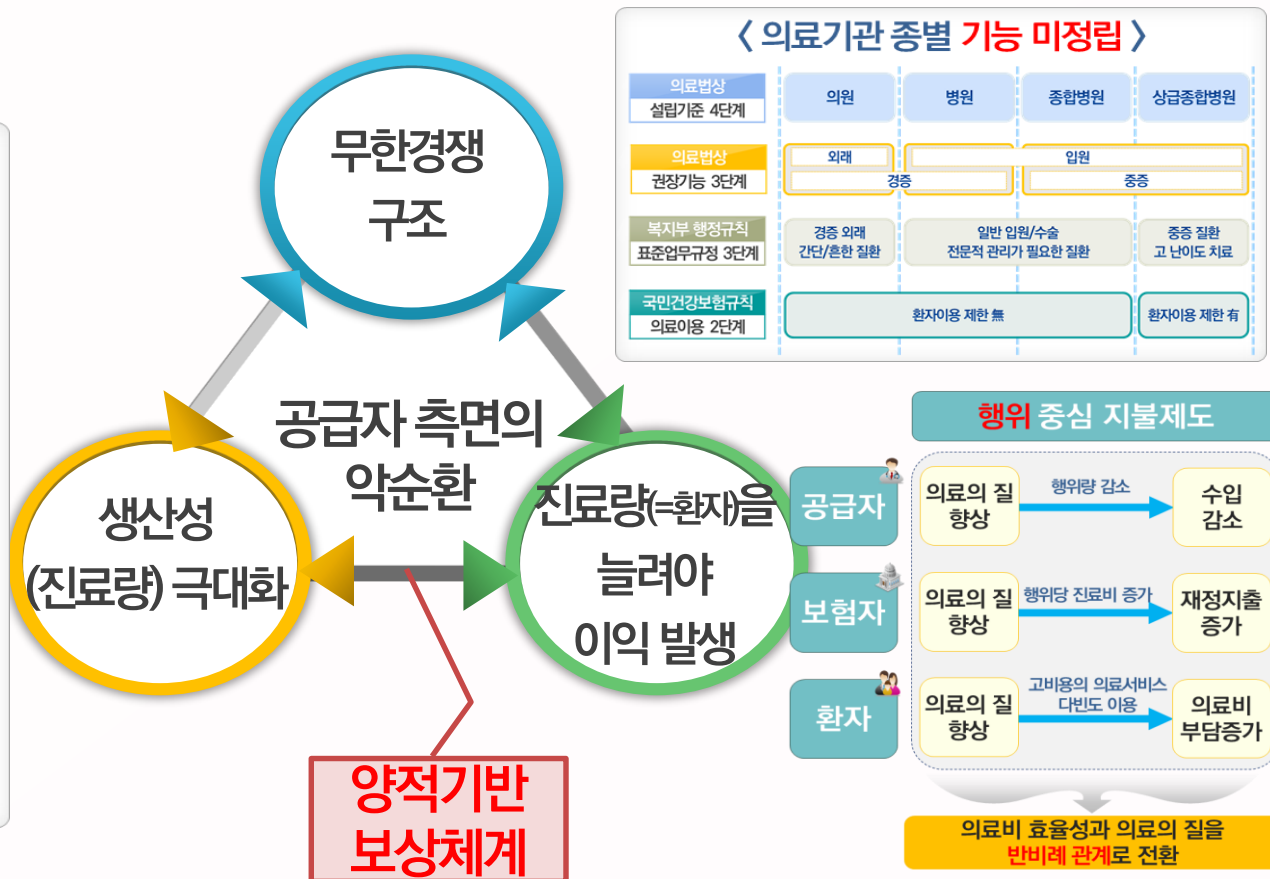
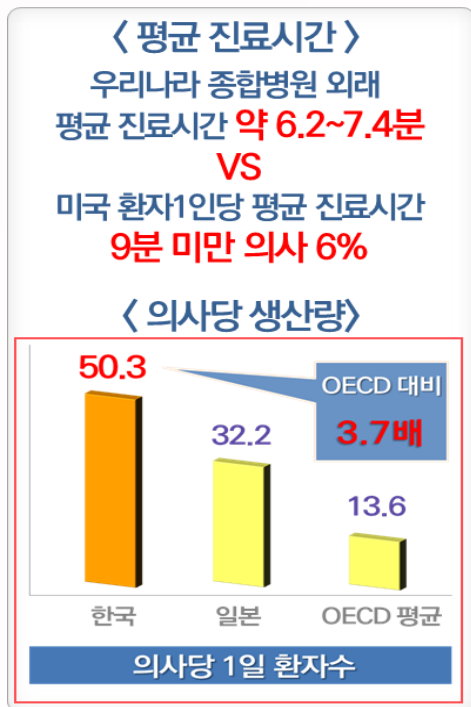
- ✓ '77년 건강보험 도입 당시, 외래와 입원 지불제도로 **행위별수가제** 도입, 지난 40여년간 우리나라 건강보험 지불제도는 **행위별수가제 중심**으로 운영 중
- ✓ 하지만 행위별수가제는 지불 정확성, 과소의료제공 방지 등의 몇 가지 장점에도 불구하고, **단일지불방식으로 활용**시 많은 문제점을 발생시킬 유인이 존재

단일지불방식으로서 행위별 수가제의 주요 문제점 및 한계



3 보상 체계: 원인 진단 (Why)

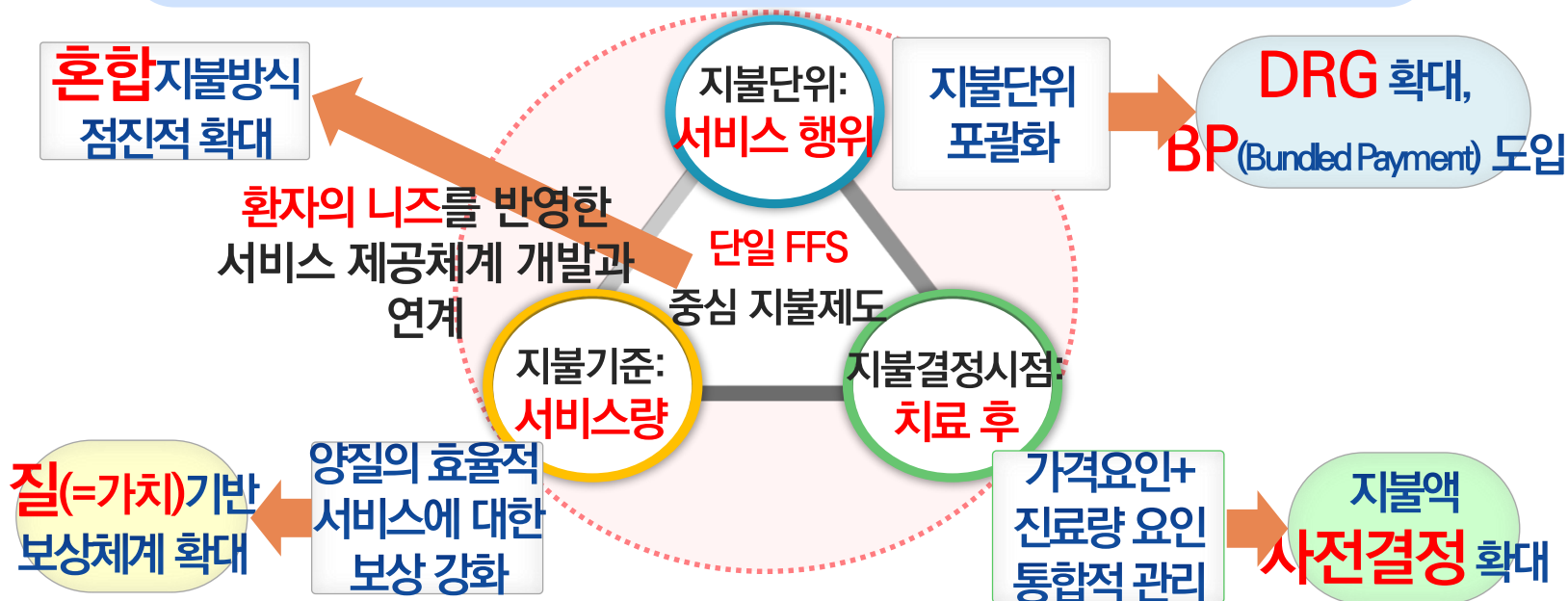
✓ **행위별수가제 중심의 양적기반 보상체계 하에서 공급자는 살아남기 위해서 시설, 장비 등 외형적 투자를 확대할 수 밖에 없으며, 투자 대비 손해를 보지 않기 위해 생산성(=진료량)을 극대화해야 하는 악순환이 발생**



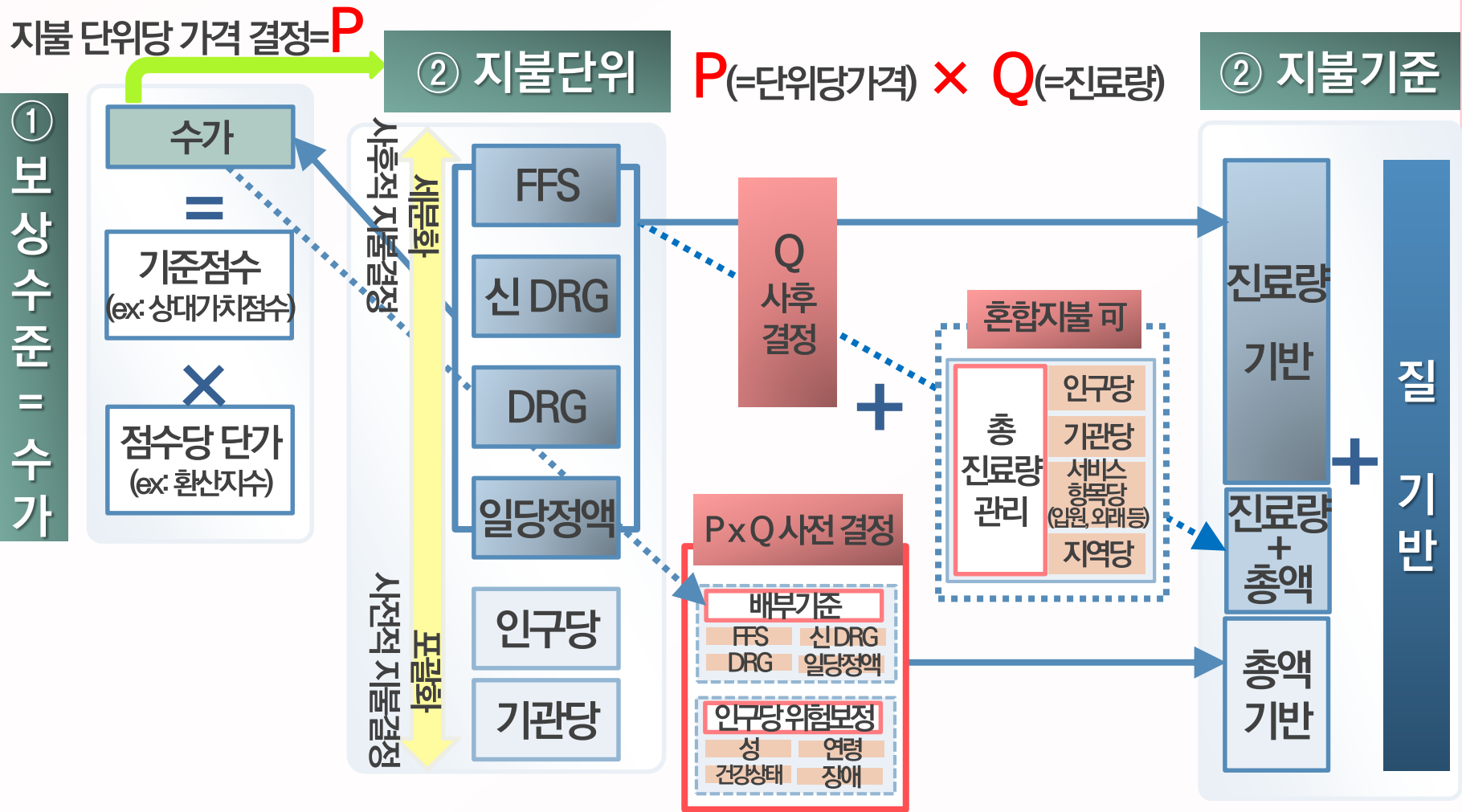
3 보상 체계: 원인 진단 (Why)

- ✓ 특히, 저성장 고착화, 인구절벽시대 도래 등 **지속가능성을 위협**받고 있는 건강보험 제도를 둘러싼 **정책적·환경적 미래 변화**를 고려했을 때,
- ➡ **현행 행위별수가제 중심에서 건강보험 제도의 지속가능성을 확보하기 위한 방향으로 건강보험 지불제도 개편 논의**를 더 이상 피할 수 없는 상황

혼합지불방식으로서의 중장기 건강보험 지불제도 개선방향



3 보상 체계: 원인 진단 (Why)



③ 지불대상=정책목표 달성 (의료전달체계, 서비스 모형)

3 보상 체계: 개선방향 (How to)

환자 중심 가치기반 심사-평가-지불체계 구축 (High value Care)

Current Generation

지불단위의 **세분화** 및
사전 예측력 결여(행위별 수가제 중심)

투입된 양적 기반 보상체계

모든 서비스 대상 **행위별수가제**
중심의 **단일화**된 지불방식

국민이 **의료**를 더 많이 **이용**할수록
더 많은 **이익**을 얻는 보상구조

Next Generation

지불단위의 **포괄화** 및
사전적 **총합화**

가치기반 보상체계 확대
(△질/△효율성)

의료전달체계 개편과 연계한
혼합지불방식 점진적 확대

국민이 더 **건강**할 수록
더 많은 **이익**을 얻는 보상체계 구축

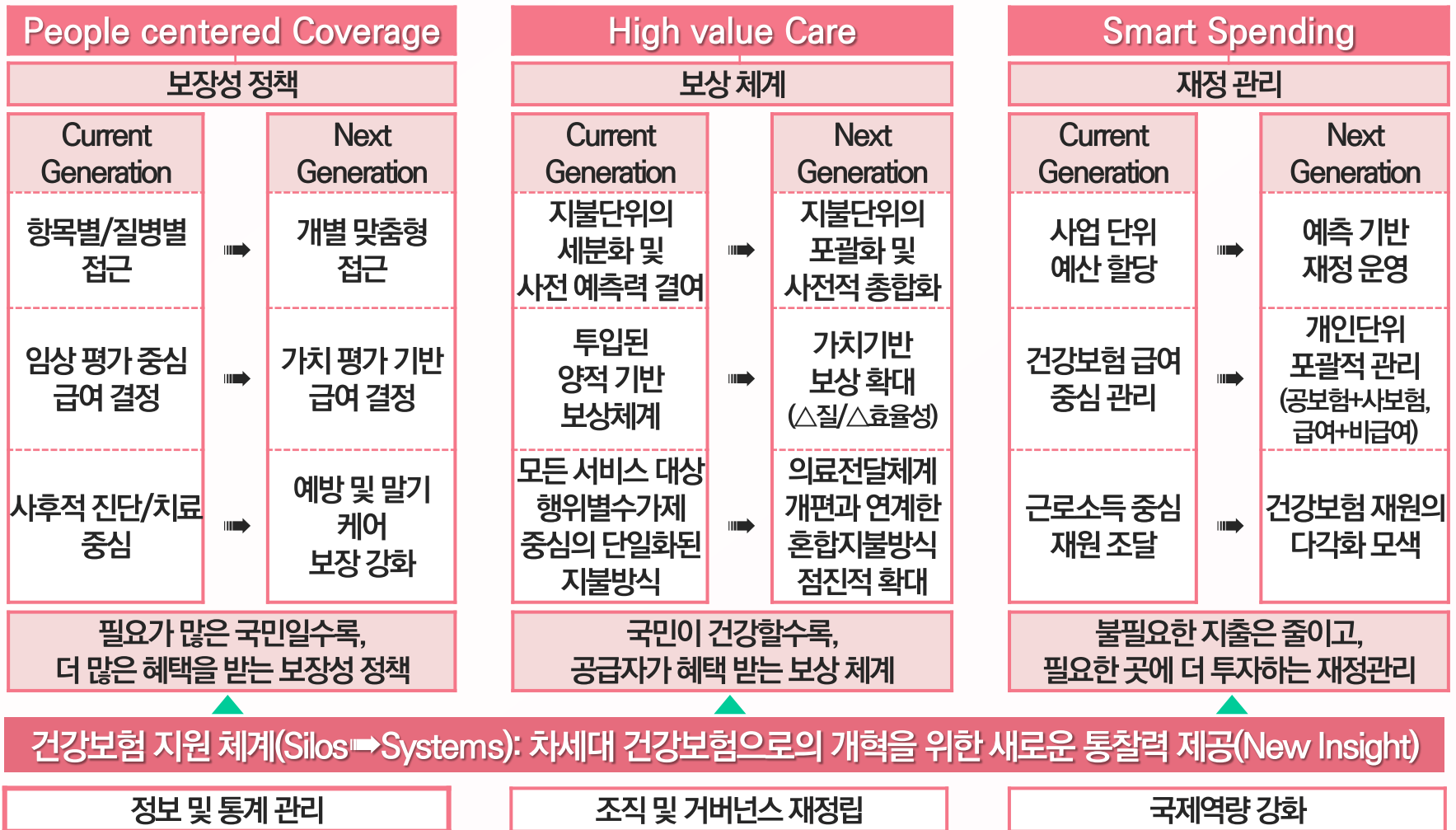


4

4.0세대 건강보험 제도를 위한 New Paradigm

Ⅲ. 여건진단 및 발전전략

3.0세대에서 4.0세대로의 건강보험 제도 도약을 위한 건강보험 정책 패러다임의 전환



III 건강보험 보장성 강화 추진방향과 향후 정책과제





문재인 정부 건강보험 보장성 강화 정책 방향

✓ 2017년 8월 9일 정부는 “**의학적 비급여 해소**”, “**의료 사회안전망 강화**”에 중점을 둔 **문재인 케어**를 발표

건강보험 보장강화 세부 추진방안

의학적 비급여 해소

모든 **의학적 비급여** 건강보험 편입

비급여 풍선효과 해소

3대 비급여 부담 지속 경감



가계부담 대폭경감

본인부담상한인하

과부담 의료비 제도화 추진

취약계층 필수 의료비 부담 인하

민간실손보험 관리 강화



2

문재인 정부 건강보험 보장성 강화 추진방안

의학적 비급여 건강보험 편입

	현행(선별급여)	개선(예비급여)
대상	4대 중증질환	모든 질환 대상
방식	선별적 적용 (Positive 방식)	선적용→후평가 후 제외 (Negative 방식)
본인부담	50% or 80%	본인부담 다양화 30 / 50 / 70 / 90%

3대 비급여 제도 개선

선택진료	상급병실	간호간병통합
선택진료 전면폐지 (*18) 	2-3인실 건보적용 (*18) 	10만병상 확대 (*22) 
의료질평가지원금 고난이도 시술 + 중환자실 수가 인상	1인실 적용(*19) 중증호흡기 질환자, 산모 등 필요시	간호인력수급대책 마련 병행(*17)

신포괄수가제 확대

	현행	개선
신포괄 도입	공공의료기관 42개	민간 포함 200개이상(*22)
	비급여 인센티브 無	비급여 감축 인센티브 도입
신의료 기술	신의료기술 비급여 판정 시 비급여로 잔존	급여 또는 예비급여로 편입

공사보험 연계

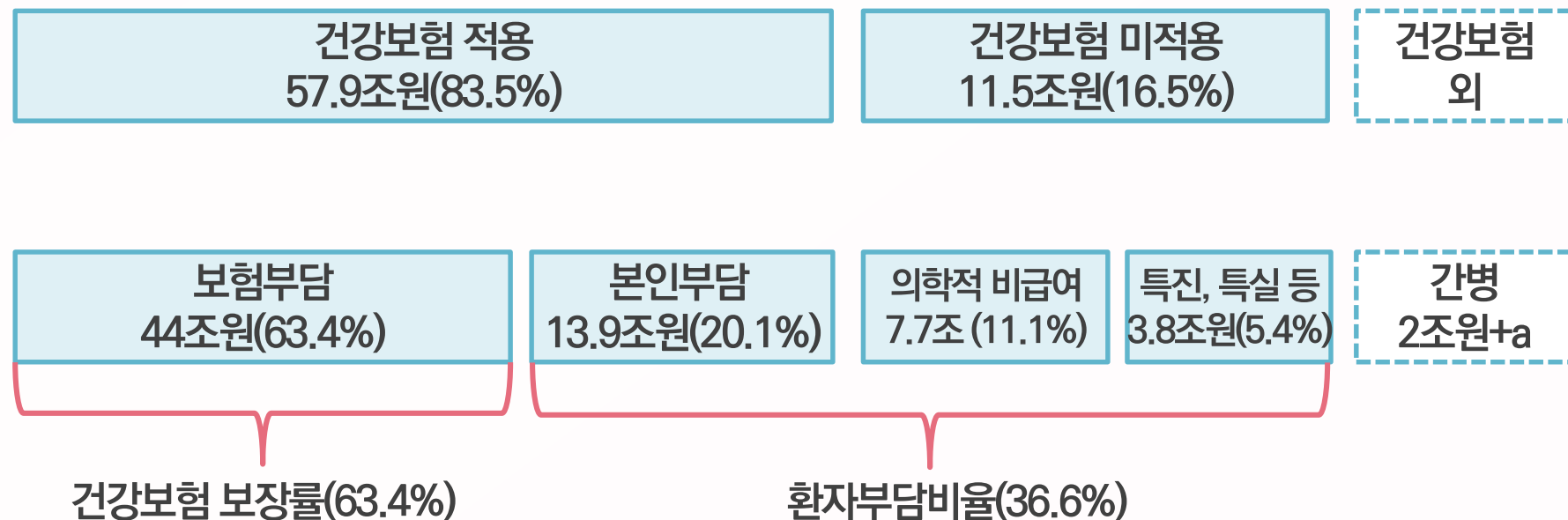
건강보험과 민간의료보험 관계 재정립 	공사보험 연계법 제정  실손보험 보장범위 조정 (불필한 의료이용 억제) 손해율, 반사이익 실태조사 등 제도개선 방안 마련
---	---

의학적 비급여의 건강보험 편입 & 3대 비급여 실질적 해소 & 비급여 관리 강화

2

문재인 정부 건강보험 보장성 강화 추진방안

- ✓ MRI, 초음파 등 **치료에 필수적인 비급여**는 모두 급여화(17~22년)
- ✓ 안전성, 유효성은 있으나, 비용 효과성이 **낮은 비급여**는 **본인부담 차등화**를 통해 **예비급여화**(3~5년 후 평가, 지속여부 결정)
- ✓ **약제 선별급여** 도입(본인부담률 신설 30%), 약가 협상 절차 필요 등 고려
- ✓ 생애주기별 **한방의료** 서비스 건강보험 적용 확대



2

문재인 정부 건강보험 보장성 강화 추진방안

- ✓ 치료에 필요한 3800여개 비급여 항목에 대해 본인부담을 차등화 하여 급여화 추진
- ✓ 횟수, 개수 제한으로 발생하는 비급여의 경우, '18년까지 우선 해소, MRI, 초음파는 별도 로드맵을 수립하여 '20년까지 해소
- ✓ 대부분 신의료기술로서 비용효과성이 불분명한 비급여의 경우, 질환별, 정책대상별 우선순위 및 '14~'18 보장성 강화계획 등을 감안하여 단계적 추진

구분	'17~'18년	'19년	'20년
MRI	인지장애 추간판탈출증	혈관성 질환 복부 (간, 담낭, 췌장)	근육, 연부조직 질환 양성종양, 염증성 질환
초음파	심장 흉부질환 비뇨기계, 부인과	두경부, 갑상선 질환 수술중 초음파	근골격계 질환 근육, 연부조직, 혈관 질환

MRI 초음파
급여화
연도별
주요 현황

등재 비급여 연도별 해소계획	추진연도	'17~'18년	'19년	'20년	'21~'22년
	주요 분야·대상	노인, 아동, 여성	만성, 중증질환	안과질환, 기타 중증질환	척추, 통증 치료
	예시	신경인지기능검사 선천성 대사이상 선별검사 등	다빈치 로봇수술, 만성질환 교육상담료 등	눈의 계측검사, 폐렴균, HIV 현장검사 등	대뇌운동 피질자극술 등

자료: 건강보험심사평가원 내부자료 인용

2

문재인 정부 건강보험 보장성 강화 추진방안

취약계층 필수적 의료비 부담 경감



노인 의료비

중증치매 본인부담
(입원: 20% → 10%, 외래: 30~60% → 10%)

치매 검사(MRI, 신경인지 등) 비용
(약 100만원 소요 → 20~40만원)

틀니, 임플란트 본인부담 (50% → 30%)

노인 외래 본인부담 개선

아동입원 본인부담 (10~20% → 5%)

치아 홈메우기 본인부담 (30~60% → 10%)

광증합형 복합레진 충전 급여화

어린이 재활병원 확충 (민간1개 → 권역별)



아동 의료비

난임시술

전액 비급여

필수 시술 급여

부인과 초음파

4대 중증질환

모든 여성

장애인 보조기

급여 대상

확대



사후적 의료비 지원 강화

소득수준 비례한 본인부담 상한액 설정

소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위
2014년	120만원	150만원	200만원
2015년	122만원	153만원	205만원



2018년 (개선)	80만원	100만원	150만원
---------------	------	-------	-------

소득 하위 50% 계층은 연소득 10% 수준으로 인하

과부담 의료비 지원 제도화

5대 중증 질환 대상

추가지원 불가능

한시적 보장

모든 질환 대상

추가지원 가능

법적근거 마련
+제도화



3 향후 국민건강보험 보장성 강화 방향

급여확대2:
보장영역 확장



① 급여확대1:
비급여→급여화

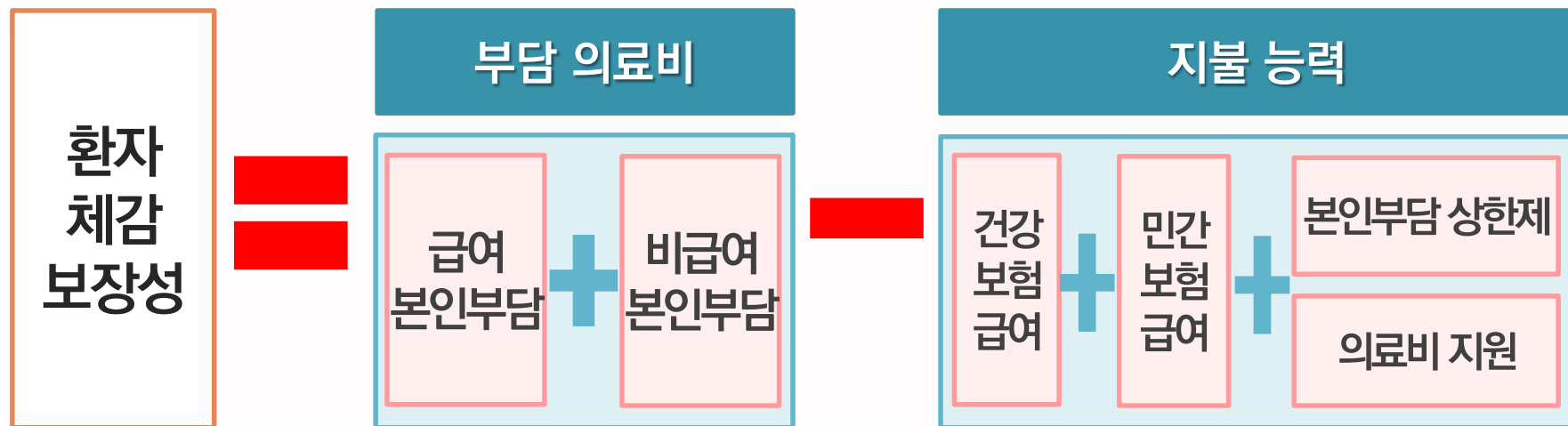
③ 공사보험
연계적 관리

사전적 보장제도

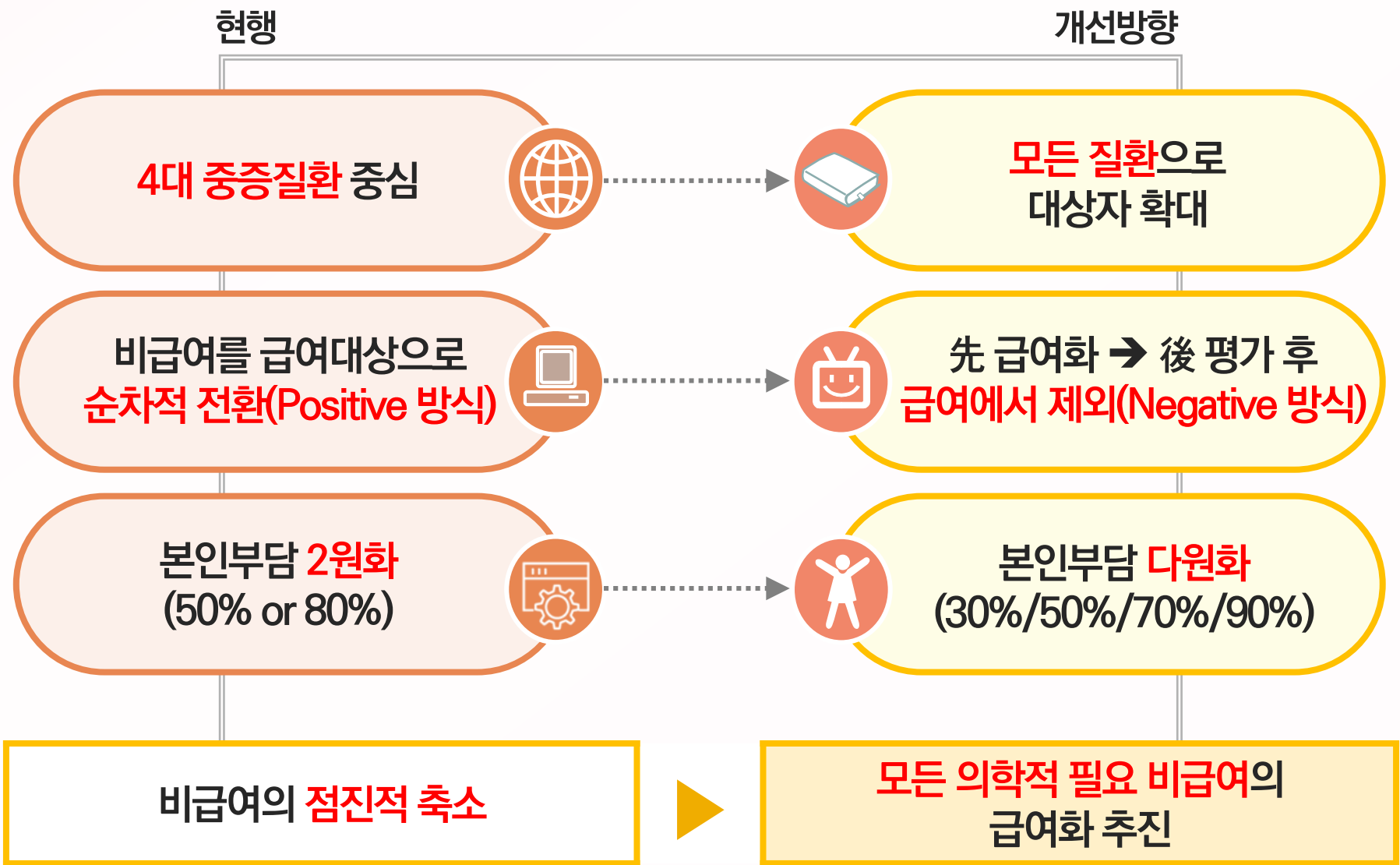
사후적 보장제도

4 환자중심 건강보험 보장성 강화 방향

- ✓ 환자 중심의 건강보험 보장성 강화를 실현하기 위해서는, 실제 환자가 부담하는 의료비와 실제 환자의 지불능력을 환자중심으로 통합적, 포괄적으로 관리하는 것이 필요
- ✓ 이를 위해서는 급여 뿐만 아니라 비급여, 건강보험 보장현황 뿐만 아니라 민간보험 보장현황 관련 데이터가 “환자단위”로 구축되고 관리되는 것이 필요



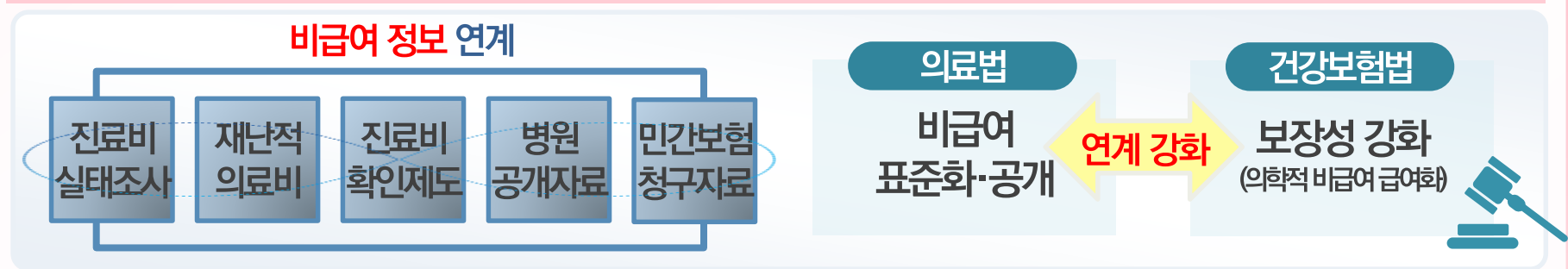
5 급여확대: 비급여 → 급여화



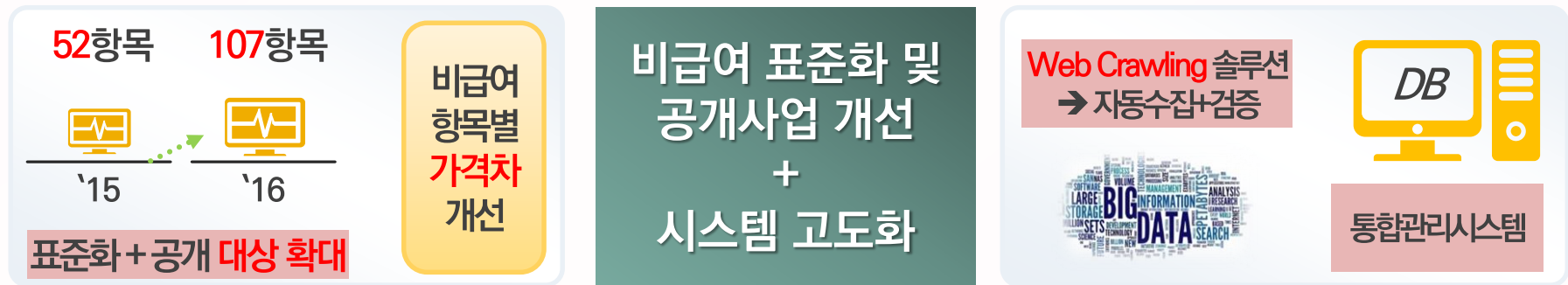
5 급여확대: 비급여 → 급여화 (비급여 관리)



5 급여확대: 비급여 → 급여화 (비급여 관리)



비급여 정보: 분산적·단절적 관리 → 통합적·연계적 관리



비급여 관리: 가격 관리 → 총량 관리 + 획일적 관리 → 유형별 관리



5 급여확대: 비급여 → 급여화 (비급여 관리)

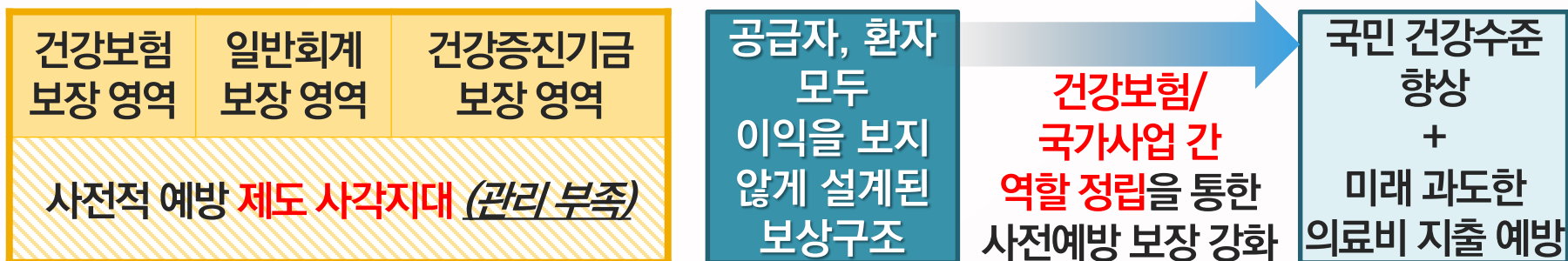
구분		개선방안
필요 인정 비급여	기준 비급여 (초음파 검사료, MRI 등)	- 급여기준 개선·확대 - 표준화 및 가격공개
	등재 비급여 (다빈치로봇수술, 교육상담료 등)	- 단계적 급여전환 - 표준화 및 가격공개 (표준코드)
	평가단계 비급여 (RhD 유전자형검사 등)	- 표준화 및 가격공개
의학적 필요와 무관한 비급여	제도 비급여 (상급병실, 선택진료, 제증명 등)	- 제도개선 통한 축소 및 관리
	선택 비급여 (미용성형, 라식라섹, 건강검진 등)	- 비급여로 계속 유지 - 일부 가격공개 등 (국민요구도)

자료: 건강보험심사평가원 내부자료 인용

6 급여확대: 보장영역 확장

- ✓ 현재 건강보험 보상기전은 사후 진단 및 치료에 집중되면서 사전적 예방 및 말기케어에 대한 관리 부족과 과도한 사적부담이라는 사각지대 문제가 발생
사전적 예방, 말기 케어 등 필수 의료서비스에 대한 건강보험 보장영역 확대 필요

(예) 사전적 예방서비스 보장의 사각지대 개선방향



(예) 말기 케어 서비스 보장의 사각지대 개선방향



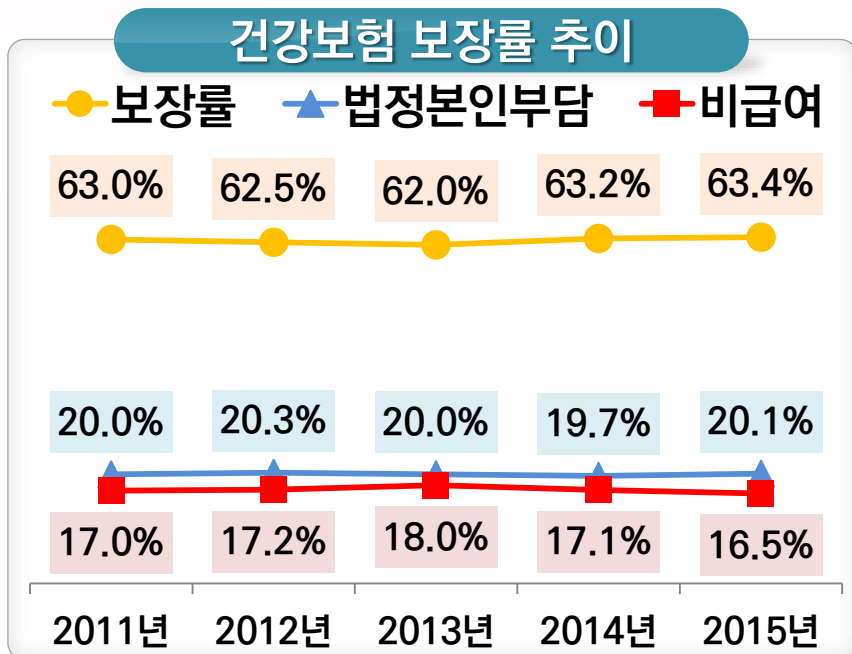
6 급여확대: 보장영역 확장

- ✓ 현재 만성질환관리 시범사업, 지역사회 일차의료 시범사업에 참여하고 있는 동네의원을 대상으로 포괄적 일차의료 서비스 제공에 대해 추가적 보상 + “환자 본인부담 면제” 중
- ✓ 만성질환 관리는 중요한 서비스임에도 불구하고, 그동안 건강보험 체계 내에서 보상이 취약하였던 분야로, 향후 이와 같이 필수적이지만 보상이 적정하게 이루어 지지 않았던 영역에 대해 보상을 확대해 나가는 것이 필요

지역사회 일차의료 시범사업 ↑ ↓ 만성질환 관리 시범사업	케어플랜(연1회) 68,500원 계획수립 계획수립(월1회) 9,560원 + 대면 진찰 (대면 진찰료)	대면진료 대면 진찰 (대면 진찰료) + 건강교육,상담 (연4회) 4,350원 질병교육,상담 (연4회) 8,700원 교육 및 상담 문자전송(월1회) 10,850원 비대면	대면 진찰 (대면 진찰료) 모니터링 전화상담(월2회) 7,740원 비대면	대면 진찰 (대면 진찰료) 점검 및 평가 점검 및 평가 (월1회) 9,560원 + 대면 진찰 (대면 진찰료)
---	---	--	--	---

7 환자 책임과 연계한 법정본인부담 차등 인하

- ✓ 현재 모든 비급여가 급여화가 되더라도 여전히 20% 수준의 법정 본인부담이 존재
- ✓ 이는 다른 선진국과 비교시 여전히 높은 수준으로, 비급여의 급여화와 더불어 법정 본인부담을 인하해 나가는 정책을 병행하는 것이 필요 (OOP: 프랑스 6.8%, 네덜란드 12.3%, 독일 12.5%, 일본 13.1%)
- ✓ 이 때, 보장성 향상과 지속가능성이라는 두 가지 목표의 가치상충 문제를 해결하기 위해서는 환자 책임과 연계한 선택적 접근이 필요



자료: 국민건강보험공단(2017), 2015년 건강보험환자 진료비 실태조사



1 보장성 정책: 개선방향 (How to)

- ✓ 보장성 강화 정책과 더불어 **제도의 지속가능성 확보**를 위해 **보장성 강화 수혜자에게 책임(New Accountability)**을 부여하는 방식으로 선순환 구조 구축을 통한 **선제적 대응** 마련이 필요

취약계층 법정본인부담 경감 및 책임 연계 강화 방안 (예시)



저소득층



아동→청소년
경감대상 확대



노인

(혜택) 취약계층 건강보험 본인부담 경감

필수 의료 접근성 강화



(책임) 포괄적 일차의료사업 참여

건강예방-질환관리 역량 및 책임 강화

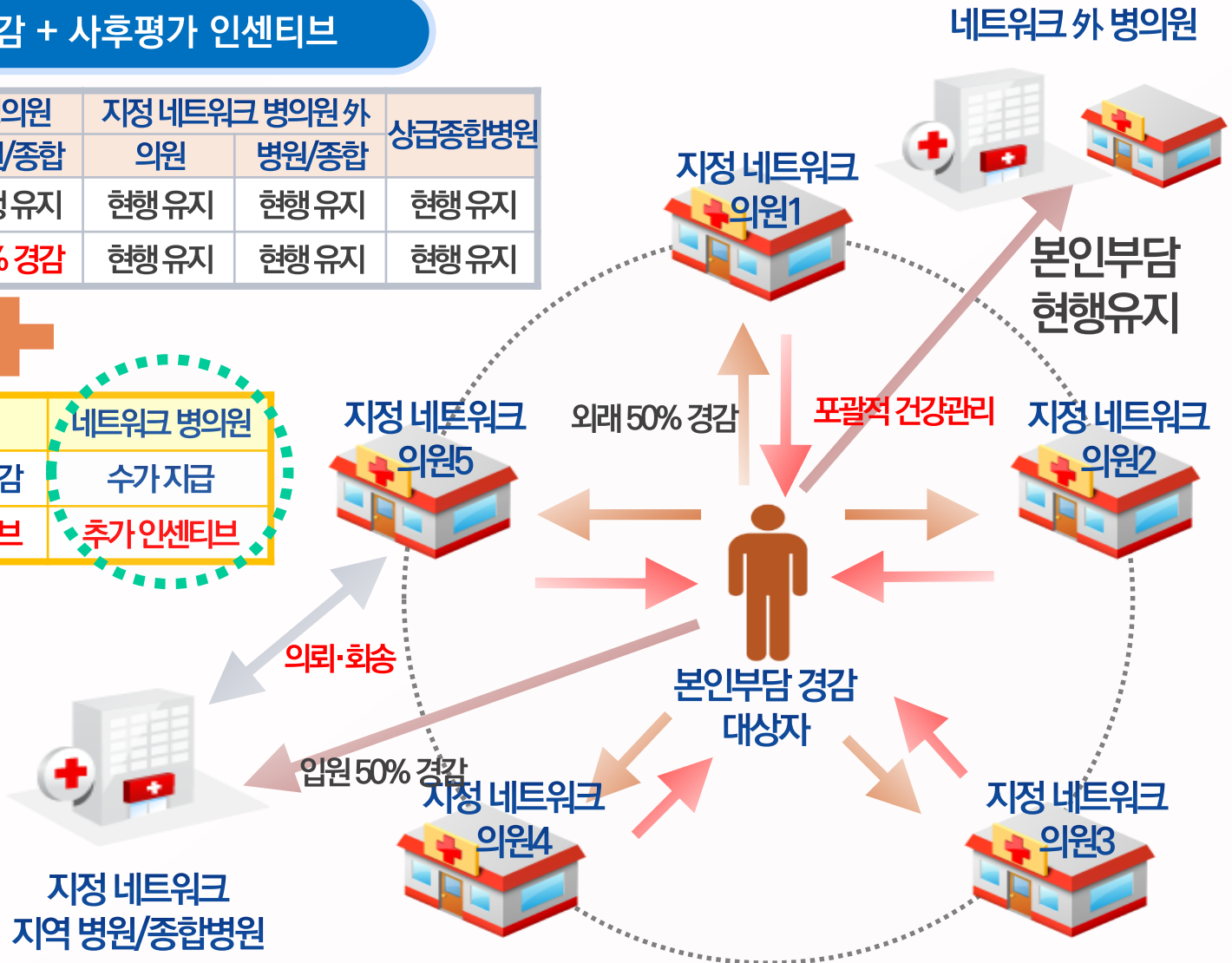
(“공유 가치 창출”) 보장성 강화 & 건강수준 향상 & 지속가능성 확보

7 환자 책임과 연계한 법정본인부담 차등 인하

본인부담 경감 + 사후평가 인센티브

구분	지정 네트워크 병원		지정 네트워크 병원 외		상급종합병원
	의원	병원/종합	의원	병원/종합	
외래	50% 경감	현행 유지	현행 유지	현행 유지	현행 유지
입원	현행 유지	50% 경감	현행 유지	현행 유지	현행 유지

인센티브	환자	네트워크 병원
방문시	본인부담 경감	수가 지급
사후 평가후	추가인센티브	추가인센티브



7 환자 책임과 연계한 법정본인부담 차등 인하

- ✓ 의료기관 종별 기능 재정립을 통해 일차의료기관은 경증 외래 중심, 이차의료기관은 입원 중심, 삼차의료기관은 중증환자 중심으로 기능할 수 있도록 수가결정구조와 더불어 “환자본인부담” 개선도 필요
- ✓ 즉, 의료기관 종별 기능에 맞게 합리적인 의료이용을 하는 환자의 경우는 본인부담을 낮춰주고, 반대로 비합리적인 의료이용을 하는 환자의 경우 본인부담을 높여주는 접근방식 필요

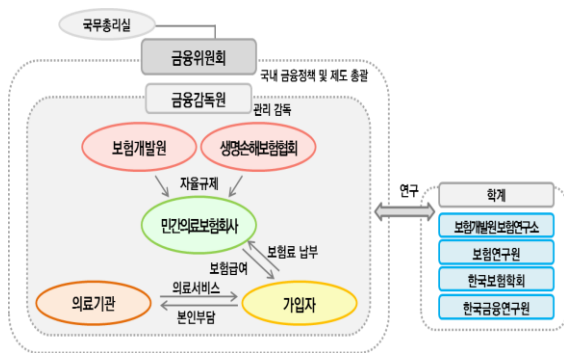
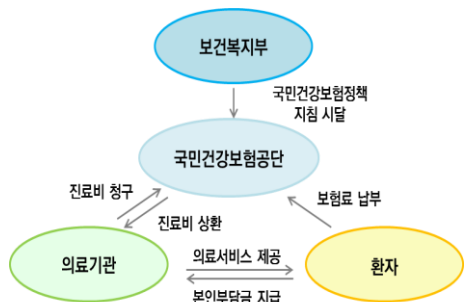
구분	수가(가산 포함)				본인부담			
	외래: 진찰료		입원: 입원료		외래: 진찰료		입원: 입원료	
	경증	중증	경증	중증	경증	중증	경증	중증
일차의료기관		▲		▽		▽		-
이차의료기관		▽		▲		-		▽
삼차의료기관	▽	▲	▽	▲	▲	-	-	▽

자료: 의료전달체계개선 협의체 논의내용

8 공사보험 연계적 관리

✓ 현재 의료비 절대 규모 자체가 급격하게 증가하고 있으며, 특히 비급여 증가가 이를 견인하고 있는 추세로, 공익적 측면에서 국민의료비 절감, 환자체감 보장성 강화를 위한 “공사 연계 관리체계” 구축 필요

현재 공사보험 관리 체계



공사보험의 지출효율화 관리 협조체계구축

1단계 ✓ 비급여 관리

2단계 ✓ 부당청구 관리

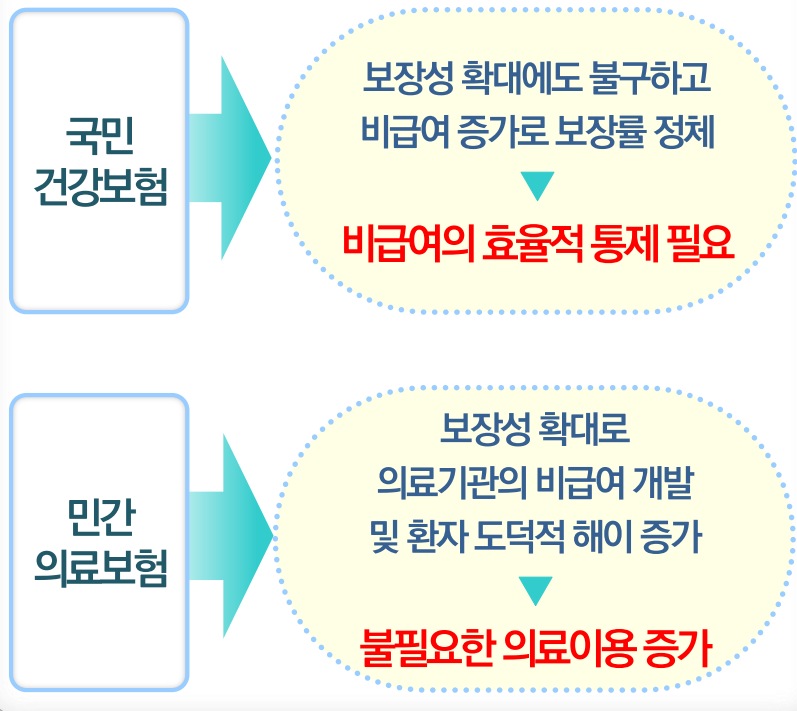
3단계 ✓ 국민의료비 관리



8 공사보험 연계적 관리

✓ 국민건강보험과 민간의료보험 모두 **비급여 통제의 어려움**으로 인한 급여비 지출 관리에 제약, **“공익적 목적”**에 한해 **비급여 관리**를 위한 상호협력체계 구축 필요

공사보험의 국민의료비 관리 협조체계



비급여 관리 상호협력체계 구축(안)



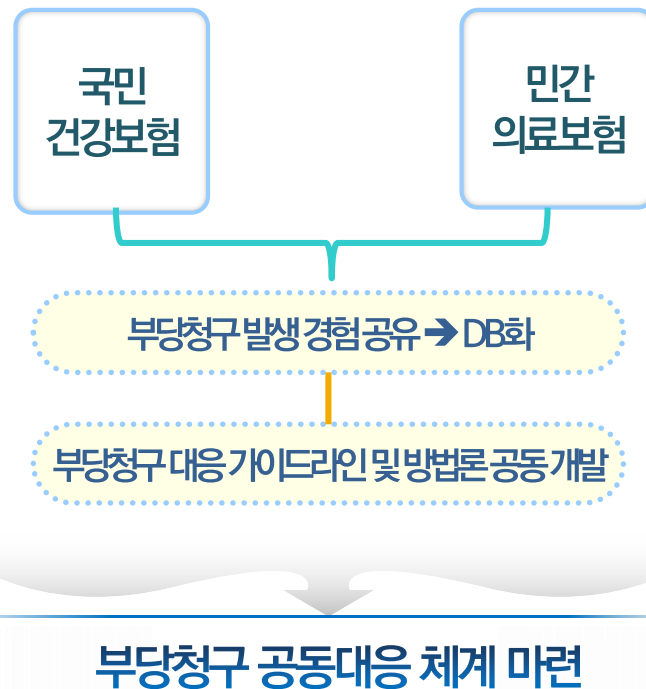
8 공사보험 연계적 관리

✓ 국민건강보험과 민간의료보험 모두 **부당청구로 인한 재정 손실**에 대한 우려 증대
 현재 개별적으로 관리되고 있는 **부당청구에 대한 공동대응 체계** 구축이 필요

공사보험의 부당청구 관리의 필요성



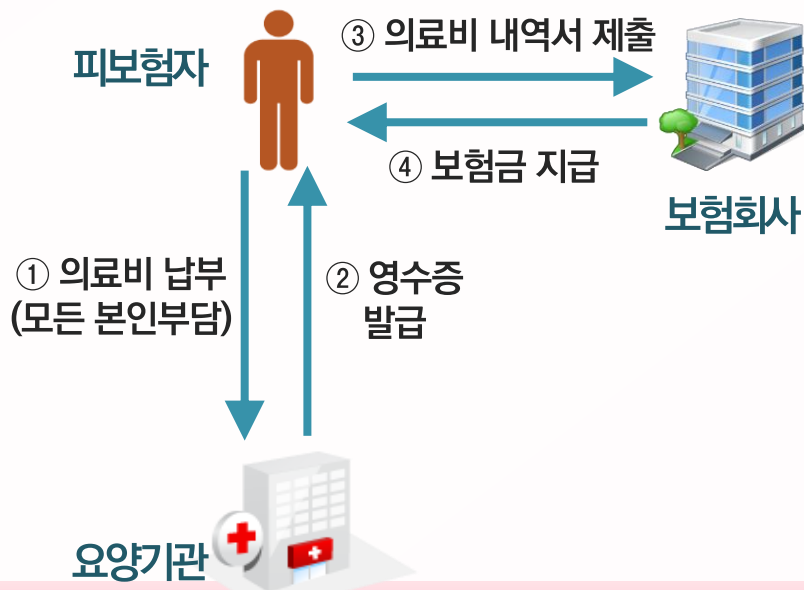
공사보험의 부당청구 관리 협조체계



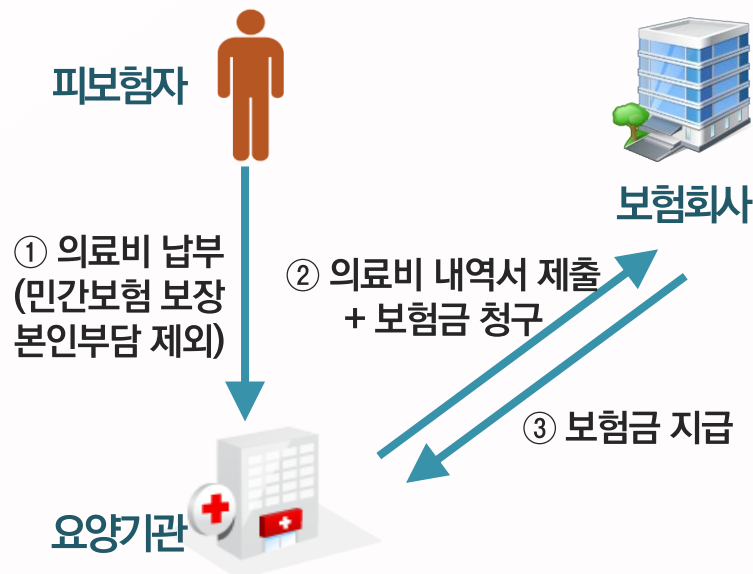
8 공사보험 연계적 관리

- ✓ 현재 민간보험 청구심사 체계는 2자관계로 보험자가 환자-공급자 관계에서 합리적 대리인 역할을 수행할 수 없는 구조
- ✓ 환자-공급자, 환자-보험자 간 2자관계를 환자-보험자-공급자의 3자관계로 전환함으로써 민간보험이 합리적 대리인 역할을 수행할 수 있는 기전을 마련
- ✓ 이를 통해 비합리적 환자-공급자 통제기전을 확보하고, 민간보험환자의 의료이용 데이터의 체계적 구축이 가능할 것으로 기대

현행: 민간보험 청구체계(2자관계)



개선: 민간보험 청구체계(3자관계)



8 공사보험 연계적 관리

✓ 국민건강보험과 민간의료보험 모두 **향후 의료비 지출 증가**에 대해 우려
국민의 합리적 의료이용을 위한 **범 정부 차원의 국민의료비 관리체계** 구축 필요

공사보험의 국민의료비 관리 협조체계

국회 또는 국무총리

국민의료비위원회(가칭)

논의기구 기능 < 평가기구 기능

(설정된 정책이 제대로 실행 모니터링 추진 결과 평가 역할 수행)

관련 논의 정례화 및 관련 정보 공개

국민의 합리적 의료이용을 위한
정책 및 관리방향 설정

국민의료비위원회 구성(안)

국회

학계 및
전문가

복지부&관계기관
(건강보험)

금융위&관계기관
(민간보험)

가입자

공급자

범정부 차원의 국민의료비 관리 → 지속적가능성 확보



THANK
YOU!!



민영건강보험의 역할 재정립

정성희 연구위원

정책세미나
2017.11.9(목)

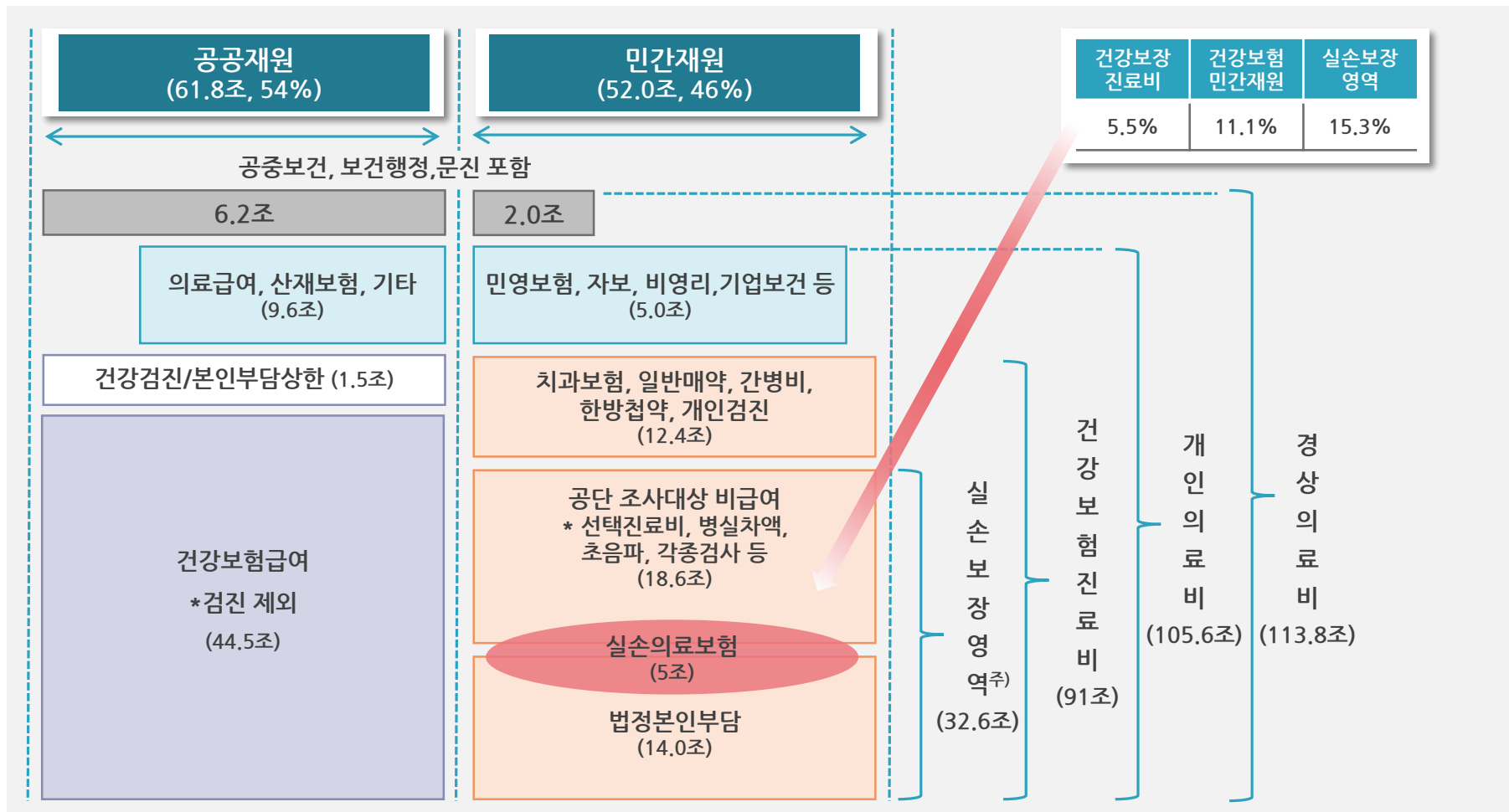
목차

- I. 현안 이슈
- II. 해외 사례
- III. 역할 재정립을 위한 과제

I. 현안 이슈

1-1. 현황 - 국민의료비 보완 역할

우리나라 국민의료비 재원 구성 현황 (2014년)

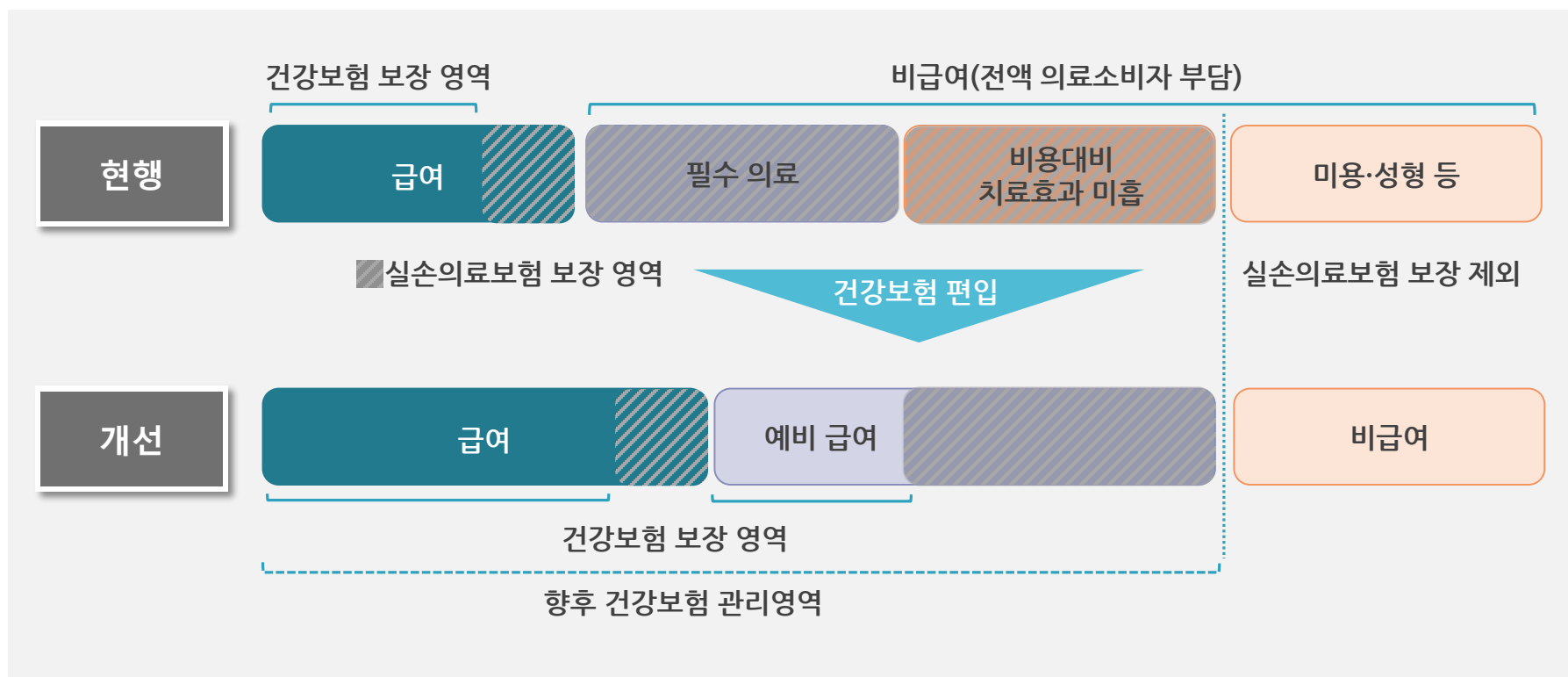


주: 표준약관 상 보장하지 않는 일부 비급여 영역이 포함됨
 자료: 정형선(2017) 참고 재구성

1-2. 영향 (1/3)

- 모든 의학적 비급여의 국민건강보험으로 편입이 진행됨에 따라, 실손의료보험의 보장구조 변화가 불가피

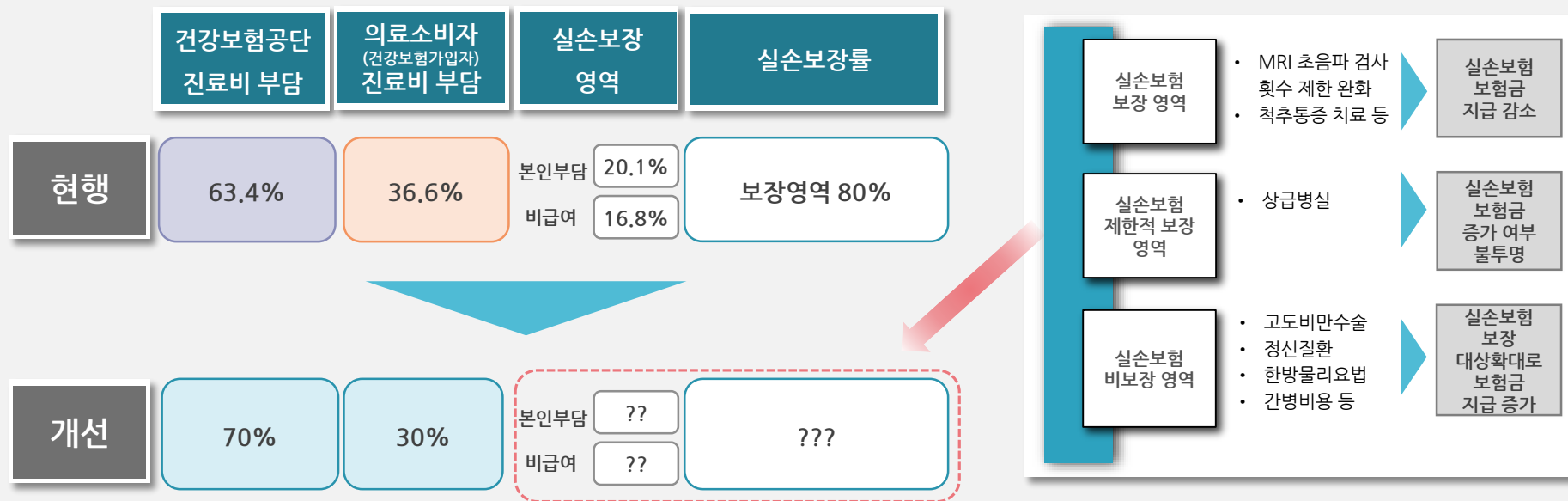
건강보험의 보장성 강화에 따른 실손의료보험 보장구조 변화



1-2. 영향 (2/3)

- 향후 실손의료보험의 보험금 및 보험료는 2022년 목표 보장률 70% 달성을 위해 추진될 세부 계획에 따라 다양하게 영향을 받을 것으로 예상됨

건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험 보험금 및 보험료 영향



자료: 건강보험정책연구원(2016), 「2015년도 건강보험환자 진료비 실태조사」; 보험개발원(2014); 이태열(2017.10), 우리나라 공사건강보험의 효과적인 협력 방안

1-2. 영향 (3/3)

- 특히, 2022년까지 30.6조 원 재원 투입에 따른 총 진료비 및 본인부담 규모 증가는 실손 보험료의 인상 요인으로 작용할 것으로 예상됨

연도별 급여비/의료비 추정

(단위: 조 원)

구분		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016~2022
정부 자료	신규	0.00	0.48	3.20	0.97	0.69	0.63	0.59	
	누적 63.4% 추가 보장 급여비 (A)	0.00	0.48	3.72	5.06	6.09	7.12	8.14	30.62
	목표 보장률 (B) (급여비/의료비)	63.4%	64.0%	67.4%	68.3%	69.0%	69.5%	70.0%	
단순 역산에 의한 추정치	추가 보장률 (C) (B - 63.4%)	0%	0.6%	4.0%	4.9%	5.6%	6.1%	6.6%	연평균증가율 (2016~2022)
	급여비 ^{주)} ((A / C) * B)	50.89	55.61	62.63	69.91	75.32	80.86	86.38	9.22%
	의료비 (총진료비) (A / C)	80.27	86.95	92.92	102.28	109.19	116.30	123.40	7.43%
	64.3%를 유지하기 위한 급여비	50.89	55.12	58.91	64.85	69.23	73.74	78.23	7.43%

주: 급여비는 현물급여비와 현금급여비의 합계임

자료: 이태열(2017.10), 우리나라 공사건강보험의 효과적인 협력 방안

1-3. 역할 재정립

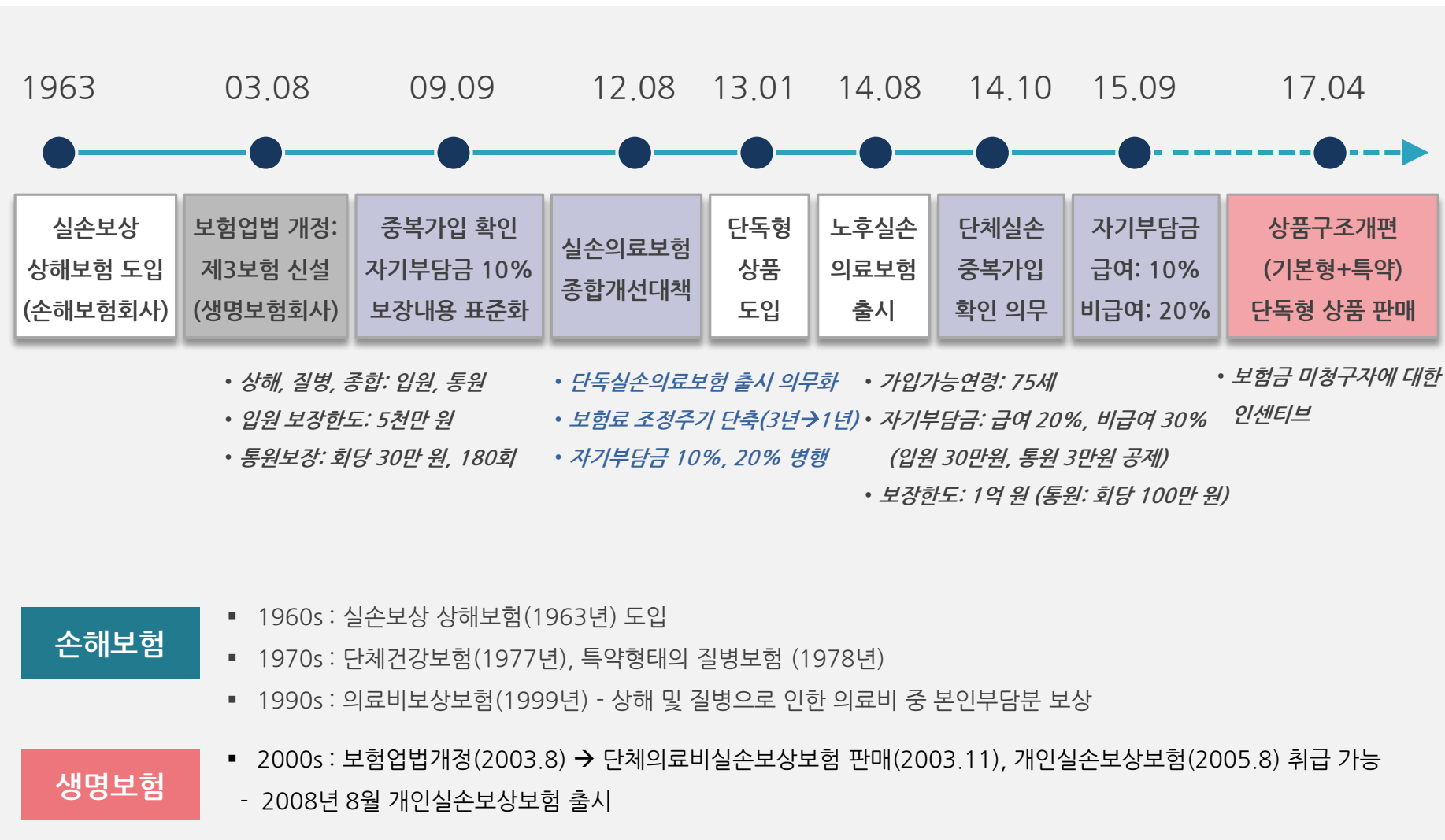
- ‘건강보험의 보장성 강화와 지속가능성 확보’를 위해 공·사건강보험의 관계 재정립을 요구
 - 실손의료보험이 공보험의 보완형으로서 국민의료비 일부를 담당하기 위해서는 (금융상품 관점이 아닌) 보건의료 관점에서 관리되어야 하며, 이를 위해 『공·사보험 연계법』 추진을 검토
- 일반적으로 민영보험이 의무가입, 집단요율 적용, 계약심사 금지 등으로 운영될수록 공보험적 특성이 강함

민영보험의 공보험적(공공재) 특성 요인

구 분	특 성			
보험자 (위험인수자)	민영보험회사 (영리)	민영보험회사 (비영리)	공제·상호부조	공공기관
가입자율성	임의 가입		의무 가입	
보험료	개인위험요율		집단요율	소득비례율
계약심사 (언더라이팅)	가능	가능 *거절물건 공동인수제		불가능
보험금 지급	상환제		제3자 지급	
공보험적 성격	약			강

자료: 보험연구원 KiRi Weekly wp 383호(2016.5.9)

[참고] 실손의료보험 제도개선 과정



[참고] 참여정부의 실손 정상화를 위한 논의

추진과제	세부 추진상황	주관부처
비급여 중심의 보장범위 설정방안	• 실손형 상품에 대한 법정본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안	복지부 재경부 (금감위)
민간보험상품 표준화 방안	• 실손형상품 표준화 내용 및 방법 (표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안	재경부 금감위 (복지부)
공·사보험 간 정보공유 방안	• 공사보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공사보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영	건보공단 보험개발원 (심평원)
민간의료보험의 진료비 심사 위탁방안	• 진료비 심사를 심평원에 위탁방안 구체화 - 위탁계약, 위탁업무처리, 이의신청절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항	심사평가원
비급여 가격계약 허용방안	• 비급여 가격계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 • 환자 선택권 보장을 위한 최소조건 설정	복지부 재경부 (금감위)

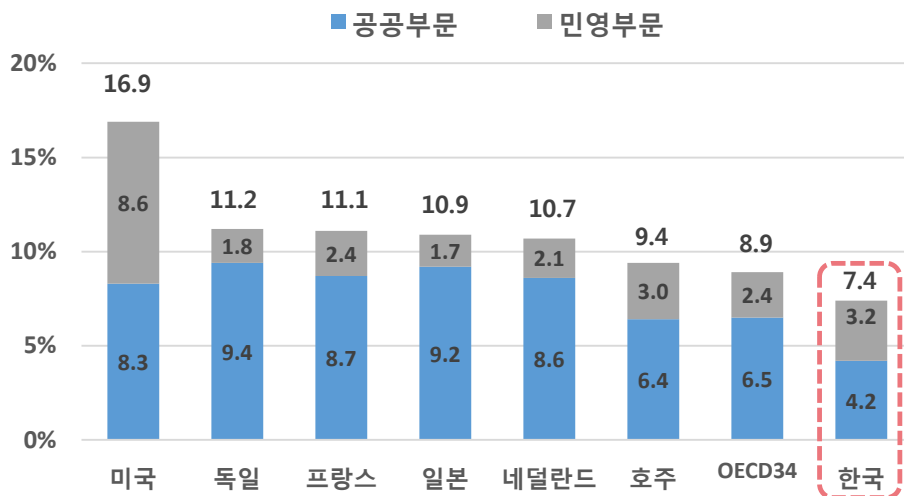
주: 괄호 안은 협조부처(기관)임
 자료: 의료산업선진화위원회(2006.10.24)

II. 해외 사례

2-1. 의료비 지출 구조

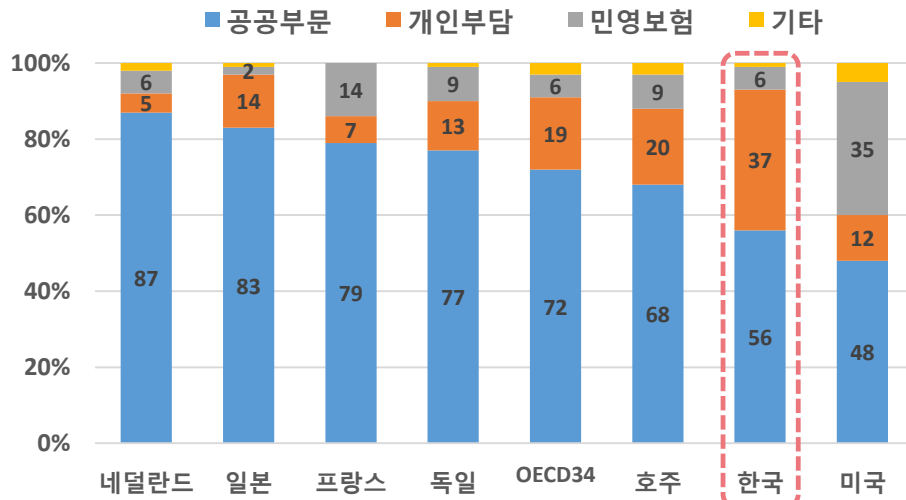
- 우리나라의 의료비는 공공재원이 56%로 OECD 평균(72%)에 비해 낮고, 개인부담(37%)은 높은 수준
- 민영보험 비중은 6% 대로 OECD 평균과 네덜란드와 유사한 수준
- 공보험의 대체형 운영(미국, 독일), 민영보험 확대정책 추진(프랑스, 호주) 국가의 민영보험 비중이 높음

주요국 GDP대비 의료비지출구조 (2015년)



주: 맨 위의 숫자는 총의료비 비중임
자료: OECD Health data

주요국 의료비 중 자원 비중 (2013년)



자료: OECD Health data

2-2. 공보험과 관계

- 민영건강보험은 공공부문(공보험,보건의료시스템)과 역할 관계에 따라 발전 동인 및 보장급부의 특성이 결정

* OECD 중 미국, 그리스, 멕시코 등 일부 국가를 제외하고 대부분 국가에서 전국민 대상 건강보장제도를 시행

민영건강보험 역할에 따른 발전 동인과 보장급부

공공부문과 역할관계	국가	민영의료보험시장 발전 동인	민영의료보험보장급부 특성
대체형 (Substitutive)	독일, 미국	전체 국민에서 공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)
보완형 -공보험 급부보완 (Complementary-service)	독일, 네덜란드, 일본, 한국	공보험/공적재원이 제공하는 보장급부 범위 제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스 (안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형 -공보험 본인부담금 (Complementary- User Charges)	독일, 프랑스, 일본, 한국	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
보충형 (Supplementary)	유럽 상당국가	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스 (질, 대기시간 등)의 니즈 차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대

자료: WHO(2016)

2-3. 민영건강보험 분류

• 대부분 국가의 민영건강보험은 공보험과 대체 혹은 경쟁보다는 보완·보충하는 관계로 운영

- 일반적으로 공보험은 비용 효과적인 급부를 보장, 민영보험은 비용 효과성이 낮거나 고가 의료서비스를 보장하기 때문

* 전국민 대상의 건강보험 미운영 국가(미국)나 일정 자격 요건자에 제한하여 공보험 대신 선택권을 부여하는 국가(독일)에서 대체형 운영

* 보건의료시스템이 공공부문 중심으로 운영되는 유럽 상당 국가(영국, 아일랜드 등)는 보충형으로 운영

주요국의 민영건강보험 분류 및 현황(2014년)

민영보험 역할	총 의료비지출 중 민영건강보험 비중			
	≤1%	≤5%	≤10%	>10%
대체형	체코, 에스토니아, 아이슬랜드	사이프러스(22)	독일(11)	미국(67)
보완형 (공보험 급부보완:비급여)		아르메니아, 덴마크(38), 영국(5), 일본	네덜란드(84), 독일(27), 한국(65) 호주(43%)	조지아
보완형 (공보험 본인부담금)		덴마크(38), 핀란드(17), 일본	크로아티아(59), 독일(27), 한국(65)	프랑스(90), 슬로베니아(84)
보충형	스웨덴, 이탈리아, 헝가리, 노르웨이, 불가리아, 루마니아, 리투아니아, 슬로베니아	오스트리아(34), 영국(9), 벨기에(60), 러시아, 스페인, 폴란드, 핀란드, 그리스, 라트비아(24), 몰타(21)	조지아, 포르투갈, 스위스(70)	아일랜드(47)

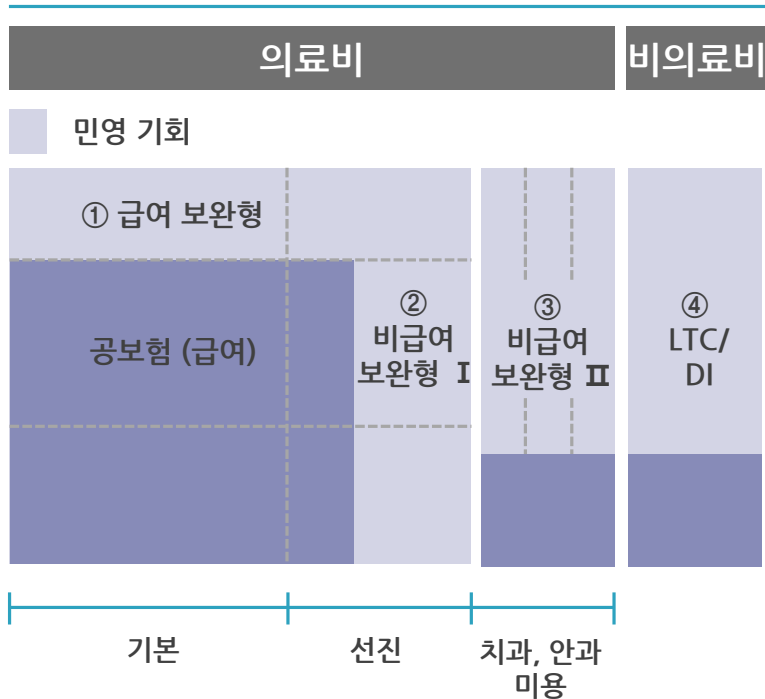
주: 1) ()는 전체 국민에서 민영의료보험 가입 비중

2) 한국은 2016년, 미국과 호주(중복형)는 2015년 기준

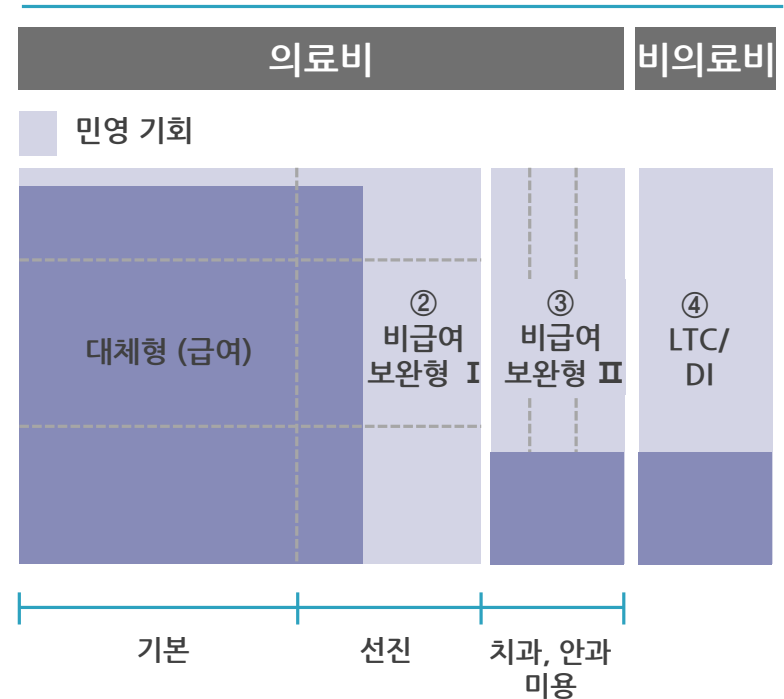
자료: 금융위원회(2016) "실손의료보험 제도 개선방안"; WHO(2016); APRA(2017, 6), Private Health Insurance Membership and Coverage;
US Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2016

[참고] 민영건강보험 모델: 보완형 vs. 대체형

민영건강보험 보충·보완형 모델



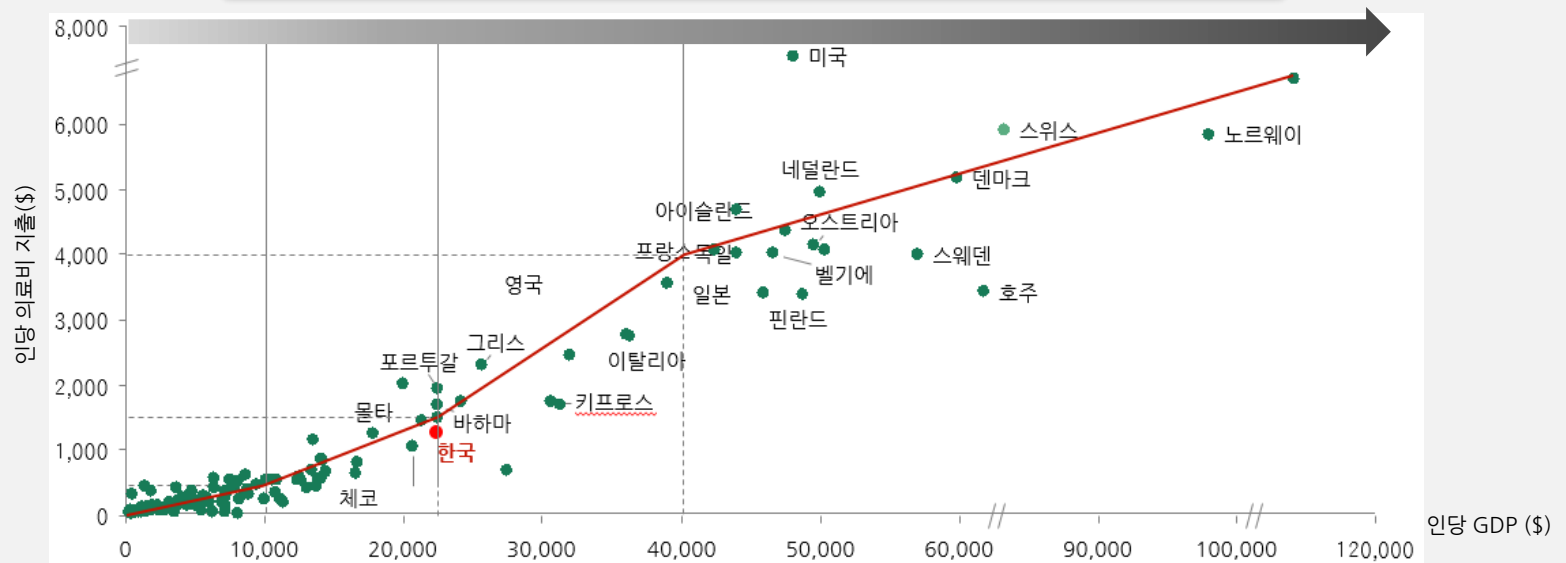
민영건강보험 대체형 모델



2-4. 민영건강보험 발전

- 의료비 지출 규모는 국가의 경제 발전과 밀접한 상관관계가 있으며, 민영건강보험도 비례해서 발전하는 경향
 - 민영보험이 소비자의 의무 가입인 경우 보험회 선진국 일수록 공보험 보장률 또한 높아지나, 일정 수준 이상에 도달하게 되면 재정 부담 등으로 인해 민영보험 확대 정책을 추진

국가별 의료비 지출 규모와 민영건강보험 발전 단계



GDP %	5% 미만	5~8%	8~10%	10~12%
공공 커버리지	50%	60~65%	70%	77% → 74%
민영보험 비중	NA	7%	8~8.5%	10%

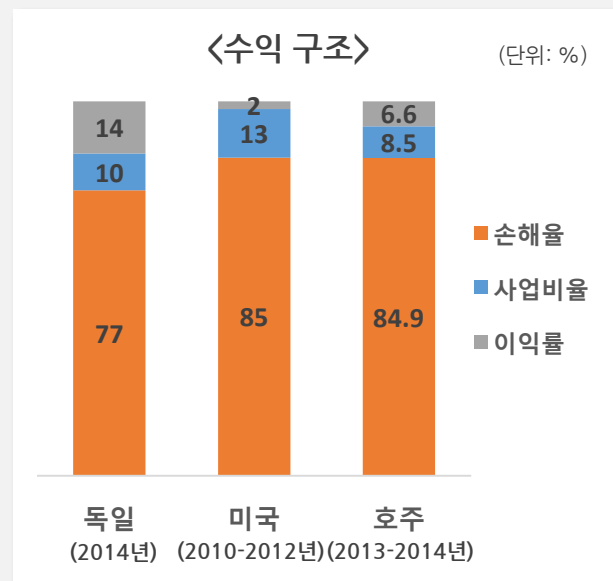
자료: BCG(2013) 참고 재구성

2-5. 비용 구조

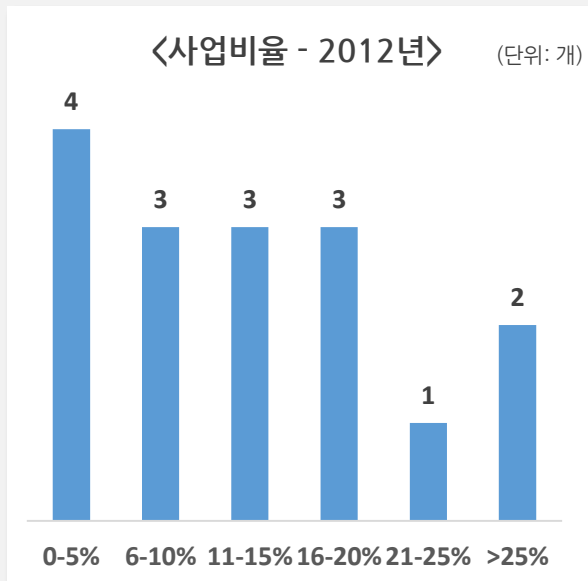
- 민영건강보험은 사업비, 재보험 등 타보험에 비해 비용 소요가 큰 사업임에도 상당 국가에서 수익을 실현
 - 특히, 공보험 대체형으로 운영되는 독일, 미국에서도 안정적인 이익 확보가 가능

* 사업비율 (민영건강보험) : 유럽 평균 11~15%, 독일 10%, 미국 13%
 (공적건강보험) : 유럽 평균 1~6%, 프랑스 4%, 독일 6%

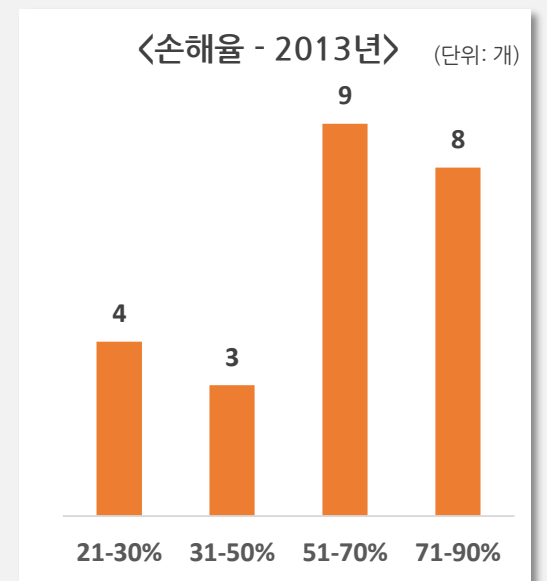
주요국 민영건강보험 비용 구조 비교



주: 독일은 유배당상품으로 배당재원이 포함된 이익률
 자료: Congressional Budget Office(2016); PHIAC(2012)



주: 유럽 16개 국가 중 해당 국가 수
 자료: WHO(2016), "Voluntary health insurance in Europe"



주: 유럽 24개 국가 중 해당 국가 수
 자료: WHO(2016), "Voluntary health insurance in Europe"

2-6. 상품 구조

• 민영건강보험이 소비자의 자율 가입인 경우, 보험회사에게 위험선택을 할 수 있는 계약심사 권리 부여

- 민영보험이 소비자의 의무 가입인 경우 보험회사의 계약심사 금지

* 소비자 자율 가입 가능 & 보험회사 계약심사 금지 시:

건강위험군 가입 증가 → 보험료 인상 → 건강군 가입 포기/해약 증가 → 건강위험군 비중 증가 → 보험료 인상 심화 (Death Spiral)

주요국 민영건강보험 상품 구조 비교

	보험기간	가입연령	계약심사	보장 제한 Exclude Pre-existing conditions
독일	종신 * 보험회사, 상품변경 가능	가입조건 충족 * 보완형 : 전연령	○ * 대체형 기본플랜 : ×	○ * 대체형 기본플랜 : ×
네덜란드	1년	전연령	○ * 의무가입 플랜: ×	○ * 의무가입 플랜: ×
프랑스	1년	전연령 * 특정계약 연령제한	○ * 건강문진, 연령제한 계약	○
호주	1년	전연령 * 30세이상 가입시 패널티	×	×
미국	1년	전연령	×	×
한국	15년	70세 까지 * 노후실손 75세까지	○	○

2-7. 보험료 산출 구조

- 가입자간 형평성을 중시할 경우, 건강위험요인(연령, 건강상태 등)을 반영한 보험료 산출(Risk loading)
- 한편, 가입자간 동등한 접근성을 지향할 경우, 건강요인과 무관하게 동일 보험료 적용(Community rating)
 - 민영건강보험의 사회적 책임을 강조하는 반면, 보험회사의 건강위험 부담 경감을 위해 위험 평준화 제도를 병행 실시

주요국 민영건강보험 보험료 산출 구조 비교

	보험료 산출변수	가입 시 의료정보	대기시간	피부양자 추가비용
독일	연령, 건강상태 * 2012년부터 성차별 금지	진료이력	3 ~ 8개월	필요
네덜란드	지역요율 * 위험평준화 제도	불필요	-	필요
프랑스	연령, 거주지역 * 상호보험: 소득수준	통상 필요없음 * 일부 세제혜택계약 필요	×	통상 불필요
호주	지역요율	불필요	×	필요
미국	대부분 주 지역요율	×	○	다양
한국	성, 연령, 건강상태	진료이력	×	필요

2-8. 의료비 관리

- 보험회사와 의료기관간 협상, 민영보험 의료수가 기준 마련 등을 통해 민영보험 보장급부의 의료비 관리
 - 또한, 민영가입자가 의료서비스 이용 전에 보험회사로부터 보장여부를 확인 받는 사전 확인제* 운영
 - 사전 확인 절차를 거치지 않고 의료서비스 이용 후 보험금 청구 시 보험회사는 보험금 지급을 거절할 수 있음
- * Pre-authorization, Pre-notification

주요국 민영건강보험의 의료비 관리 체계 비교

	의료비지불	의료네트워크	민영보험 의료수가 주체	공보험 수가비교
독일	환자지불제	제한적 허용 * 민영가입자 취급병원	보건당국 * GOA	높음
네덜란드	환자지불제 * 일부 제3자지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	-
프랑스	환자지불제 * 일부 제3자지불제	미허용	보험회사-의료기관 협상	높음
호주	제3자지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
미국	제3자지불제	허용	보험회사-의료기관 협상	높음
한국	환자지불제	미허용 * 환자유인·알선금지	의료기관	높음

2-9. 감독 기구

• EU 및 주요국의 민영건강보험은 보험·금융청 또는 재무부 산하 감독기관에서 관리 감독

- 네덜란드는 2006년 건강보험의 단일사회보험으로 통합하면서 건강보험의 감독 권한을 보건부로 이전
- 호주는 2007년 민영건강보험법(Private Health Insurance Act) 제정을 통해 보건부 산하 별도 기구*에서 수행해오다, 정책 수행의 효율성 제고를 위해 2015년부터 금융산업 규제기관인 금융청(APRA)으로 이관

* 민영건강보험운영위원회(Private Health Insurance Administration)

주요국 민영건강보험 감독 기구 현황 비교

	공적 건강보험		민영 건강보험			
	형태	적용대상	형태	관련규정법	보험료	관리감독기관
독일	질병기금	전인구	대체형, 보완형	보험계약법, 보험관리법	위험요율	연방재무부 감독위원회
네덜란드	민간위탁	전인구	단일, 보완형	신건강보험법	지역요율	보건부
프랑스	국가보험	전인구	보완형	보험법, 영리보험사, 사회보장법, 상호조합	위험요율, 지역요율	중앙은행 보험감독청
호주	메디케이드	전인구	중복형, 보완형	민영건강보험법 * Private health insurance Act	지역요율	금융청 * Australian Prudential Regulation Authority
미국	메디케어 메디케이드	노인 저소득층	대체형, 보완형		지역요율	주별 보험청

자료: Swiss Re(2007); OECD(2004(a)); Private Health Insurance in the EU(2009) 참고 재구성

2-10. 민영건강보험 정책 사례

형평성 및 접근성 제고

- 단체 및 저위험군(청년층) 가입 장려(세제 혜택, 종신건강보장)
- 사회취약층(고령자, 질환자) 가입 지원(가입 차별 금지)
- 보험회사 위험부담 경감 제도(위험평준화, 고위험 기금 운영)

- 호주, 프랑스 사례 참조
- 호주 사례 참조
- 네덜란드, 호주 사례 참조

비용관리 (도덕적 해이 관리)

- 과잉진료 방지 가이드라인 설정
- 성과 공유형 지불체계

- 독일 GOA 사례 참조
- 미국 ACO 사례 참조

소비자 보호

- 상품 공시 및 소비자 이해력 확보

- 주요국 상품 고시 제도 운영

2-10. 사례: 정부 정책 방향

- 형평성·접근성 제고, 비용 관리, 소비자 보호 측면에서 민영건강보험의 역할 강화를 위해 다양한 정책 시행

민영건강보험의 역할 강화를 위한 정부 정책 방향

형평성 및 접근성 제고		비용관리 (도덕적해이 관리)		소비자 보호	
역선택 최소화 (가입확대)	•가입 의무화 •단체/저위험군 가입 장려(세제혜택, 종신보장) •기왕증 대기기간 허용 •치료이력 고지 요구 허용	의료공급 관리	•과잉진료 방지 가이드라인 설정 •성과 공유형 지불체계 •의료수가-질 모니터링	보험회사 재무건전성 관리	•최소자본금 설정 •적정 준비금 적립
위험선택 최소화 (가입확대)	•사회취약층 가입 지원 •보험회사 위험부담 경감(위험균등화, 고위험 풀) •질환군 가입 보장(자동 갱신) •보험회사 면책항목 허용		의료소비 관리		•자기부담금 설정 •필수의료 접근성 및 적정 보장제공 관련 모니터링
이전효과 촉진 (위험/소득 전가)	•지역요율 적용(건강군 - 위험군간 이전) •소득비례 분담금(고소득-저소득간 이전)				

2-10. 사례: 의료수가 가이드라인

- 독일 보건당국은 민영건강보험에 적용되는 의료수가체계(GOA)를 1965년부터 도입하여 적용
 - 의료인은 의료행위의 질, 수행 시간 등을 고려하여 GOA에 제시된 가중치를 적용
 - * GOA: Fee Schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance
 - * 의료행위를 16개 범주(이비인후과, 안과 등)로 구분, 약 2,800 항목에 대해 민영건강보험 의료수가 가이드라인 책정

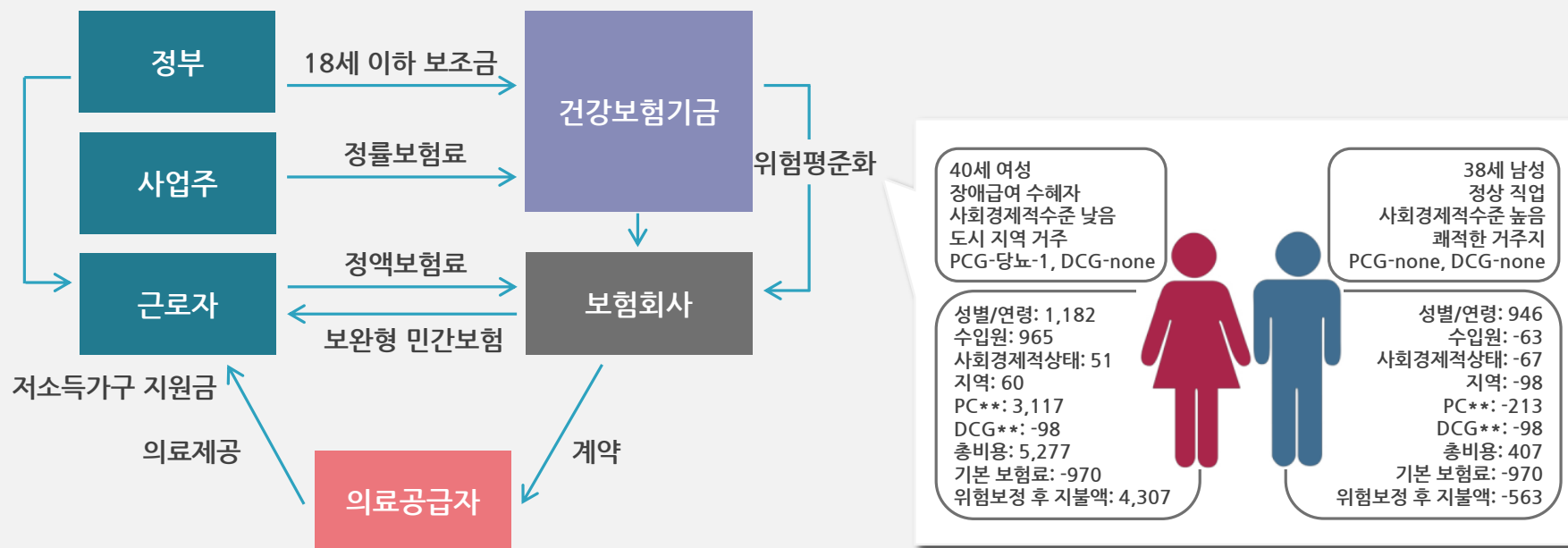
독일 민영건강보험 의료수가 체계 (GOA)

가중치	적용	적용비율
1	• 공적 건강보험 수가 기준	
1 ~ 2.3	• 의료행위 난이도 평균 이하 적용	10% ↓
2.3 ~ 3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상 적용 • 적용 전 의료진은 환자에게 서명 설명 필요	통원 80% ↑
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위 적용 • 적용 전 의료진은 환자 동의 및 보험회사 합의 필요	입원 60% ↑

2-10. 사례: 위험평준화 제도

- 네덜란드는 보험회사의 건강위험에 따른 가입자 차별을 금지(정액 보험료, 가입거절 금지)하는 대신, 보유 계약자 중 만성질환자 및 고비용 가입자 비율이 높은 만큼 정부가 지원해주는 위험평준화 제도 병행
 - 정부의 건강보험기금을 통해 보다 건강한 가입자의 기여금으로 덜 건강한 가입자에게 급여를 보장
 - * 위험균등화 고려 요인: 성, 연령, 수입형태, 지역, 사회경제적 지위, 건강상태, 질환자의 최근 의료비 지출 내역 등

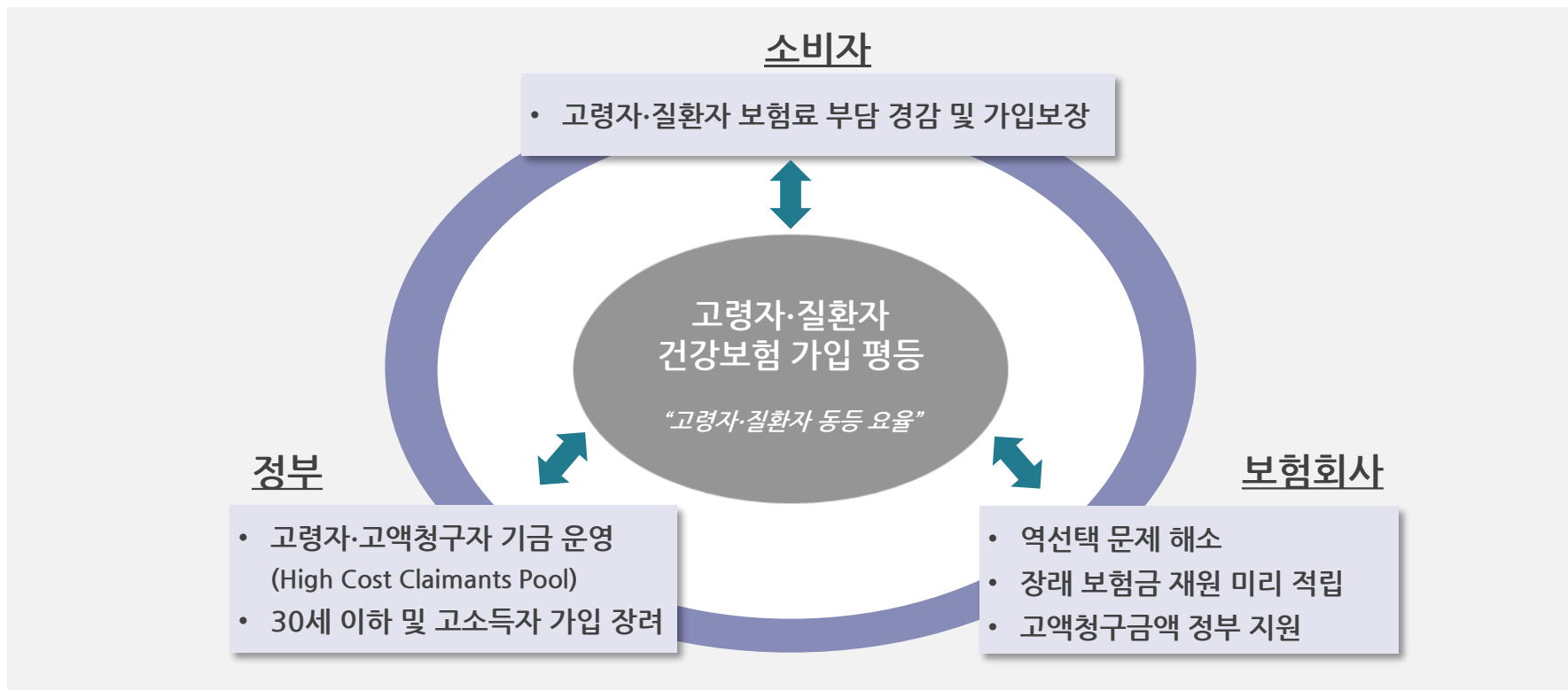
네덜란드의 건강보험 재원 흐름과 위험 평준화 제도



2-10. 사례: 고위험군 자금 운영

- 호주는 보험회사의 보험료 및 가입 차별을 금지하는 대신, 정부의 건강보험 가입 장려 및 위험평준화기금 운영을 통해 보험회사의 민영건강보험 사업 운영을 지원

호주 민영건강보험 운영 현황



2-10. 사례: 민영건강보험 역할 확대(1/2)

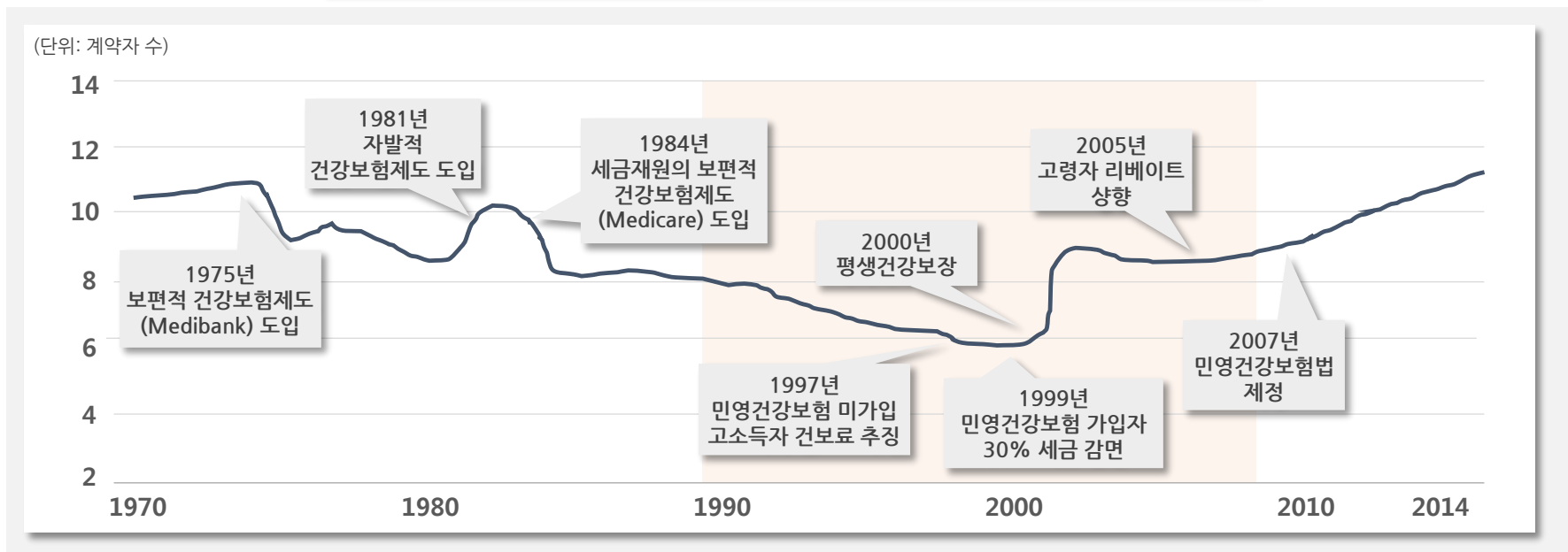
• 호주는 공보험(Medicare) 도입 이후 의료비에서 민영재원 비중이 계속 하락하자, 공공재정 부담 극복을 위해 민영건강보험의 역할을 확대하는 정책을 지속적으로 추진 중에 있음

- 민영건강보험의 자발적 가입 확대를 위해 경제적 인센티브(미가입자 패널티) 제공

* 1997년 고소득자 민영건강보험 미가입시 건강보험료 1% 추가 징수(Medicare Levy Surcharge)

* 2000년 30세 이상자가 민영건강보험 미가입시 미가입 기간동안 연간 2%씩 가산(Lifetime health coverage)

호주 정부의 민영건강보험 역할 확대 정책 추진과 시장 성장 추이



자료: PHIAC(2015) 참고 재구성

2-10. 사례: 민영건강보험 역할 확대(2/2)

- 민영건강보험의 가입유인 제공 및 규율 규칙 정립을 목적으로 2007년 Private Health Insurance Act 제정

호주 민영건강보험 규칙 주요 내용(Private Health Insurance Act)

항 목		규 칙	주요 내용
1	Part 2-2, section 206-1, Part 6-4	민영건강보험 (가입 인센티브) 규칙 Private Health Insurance (Incentives) Rules	• 보험료 인하제도 참여자에 대한 민영건강보험료 인하 (세금 감면 등)
2	Part 2-3	민영건강보험 (평생건강보장) 규칙 Private Health Insurance (Lifetime Health Cover) Rules	• 평생건강보장계획에 따라 초기(30세)부터 민영건강보험 유지하지 않는 자에 대한 보험료 증가
3	Chapter 3 & section 188-1	민영건강보험 (상품기준) 규칙 Private Health Insurance (Complying Product) Rules	• 민영건강보험 가입자에 대한 부당한 차별을 금지 (공동 요율 적용) • 민영건강보험 보장 급부 명시 • 민영건강보험 가입자에 대한 정확한 정보제공의무 등
3A	Part 3-3	민영건강보험 (보험금 요건) 규칙 Private Health Insurance (Benefit Requirements) Rules	
4	Part 3-3	민영건강보험 (인공기관) 규칙 Private Health Insurance (Prostheses) Rules	
5	Section 81-1	민영건강보험 (인증) 규칙 Private Health Insurance (Accreditation) Rules	
6	Part 4-2	민영건강보험 (건강보험사업) 규칙 Private Health Insurance (Health Insurance Business) Rules	• 질병/상해/손해보험의 경우 본 법의 적용을 받는 건강보험 사업에 해당되지 않음
7	Part 4-4	민영건강보험 (건강급부기금) 규칙 Private Health Insurance (Health Benefits Fund Policy) Rules	• 건강보험사업을 위해 분리해 둔 기금 (위험 균등화 제도 기금)

III. 역할 재정립을 위한 과제

3. 역할 재정립을 위한 과제

보장성 강화 정책 효과 분석시 고려 사항

- 건강보험 보장성 강화 상세 추진 계획
- 건강보험 보장성 강화에 따라 예상되는 의료서비스 행태 변화
- 건강보험 보장성 강화에 따른 실손 계약 변화
- 급여화 항목과 실손의료보험 보장영역 간 관련성 분석

- 급여화 시기·자기부담금 등
- 실손가입 여부에 따른 변화
- 신규가입 성향, 해약 특성
- 급여 항목별 실손 영향 정도

보장성 강화 정책 지속가능성을 위한 비급여 관리 강화

- 비급여 현황 조사의 전 의료기관 확대 및 필요 항목 중심으로 공개 확대
- 공·사 건강보험 간 의료 정보의 공유 활성화
- 진료비세부내역서 표준서식 마련 및 전체 의료기관의 사용 의무화
- 새로운 비급여 발생 차단 및 비급여 진료 적정성 확보 위한 관리체계 마련

- 전 의료기관대상, 공개항목 확대
- 관련법령 개정 필요
- 관련법령 고시('17.9.1)
- 독일 사례 참조

소비자 권익을 고려한 실손 보장구조 개선

- 실손 가입자의 적정 보장성 확보가 되도록 실손 보장구조 유지

- 소비자의료비부담증가가능성
- 프랑스 사례 참조

공·사 연계방안 모색

- 보완형에 맞는 바람직한 공사 건강보험 역할 재정립 방안 강구
- 건강보험의 접근성 제고를 위한 민영건강보험 역할 확대 방안 마련

- 호주 사례 참조
- 네덜란드, 호주 사례 참조

3-1. 보장성 강화 정책 효과 분석시 고려 사항

① 건강보험 보장성 강화 상세 추진 계획

- 3,800개 비급여 항목별 급여·예비급여화 시기, 투입 자원 및 책정 수가, 자기부담금 규모 등

② 건강보험 보장성 강화에 따라 예상되는 의료서비스 행태 변화

- 급여화에 따른 수가 및 진료량 변동폭, 실손 가입여부에 따른 의료서비스 이용행태 변화 등

③ 건강보험 보장성 강화에 따른 실손 계약 변화

- 신규계약 가입 성향 및 보유계약 해약 특성이 실손 Risk pool에 미치는 영향 등

④ 급여화 항목과 실손의료보험 보장영역 간 관련성 분석

- 급여화 항목별 실손 보장 및 미보장 영역으로 구분하여 보험금의 감소·증가 영향 분석

3-2. 건강보험 보장성 강화 지속가능성을 위한 비급여 관리 (1/2)

① 비급여 현황 조사의 전 의료기관 확대 및 필요 항목 중심으로 공개 확대

- 체계적인 비급여 관리 및 소비자 알권리 제고를 위해 조사 의무대상을 전 의료기관으로 확대
 - * 현재 병원급만 의무적으로 적용, 전체 의료기관의 90% 이상 차지하는 의원급은 의무대상에서 제외
- 공개 항목 추가 확대시 사회적으로 문제가 큰 항목(도수치료 등)이 우선 반영될 수 있도록 추진
 - * 복지부 계획(안) : 2016년 52개 → 2017년 107개 → 2018년 200개 예정

② 공·사 건강보험간 의료 정보의 공유 활성화

- 공·사 건강보험간 의료 정보의 원활한 공유를 위해 의료법, 보험업법 등 관계법령 개정
 - * 현재 보험회사는 의료법 상 진료비 세부내역의 직접 수집 불가, 신용정보법 상 의료정보는 계약체결 및 보험금 지급 목적 이외 사용 불가
 - * 심평원, 의료기관 등의 급여 통계와 보험회사의 비급여 통계를 공유

3-2. 건강보험 보장성 강화 지속가능성을 위한 비급여 관리 (2/2)

③ 진료비세부내역서 표준서식 마련 및 전체 의료기관의 사용 의무화

- **의료서비스 세부내용 확인을 위한 필수 항목이 포함된 표준서식 마련**
* 급여·비급여, 급여 중 공단·본인부담금·전액 본인부담금 구분, 처방일, 수가코드, 진료회수·일수 단가, 총액 등
- **단계적 시행(국·공립병원부터)이 아닌 전체 의료기관이 동시에 표준서식을 사용토록 조치**
* 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 개정 내용 고시(2017.9.1)

④ 새로운 비급여 발생 차단 및 비급여 진료 적정성 확보를 위한 관리 체계 마련

- **비급여 실태 파악을 위한 의료기관의 진료비 청구서 제출 의무화**
* 비급여 진료비용 등에 대한 현황 조사분석 및 공개 에 대한 의료법 개정안 발의(정춘숙 의원, 2017.9.19)
- **비급여 의료비 표준 가격 제도 도입 혹은 가이드라인 마련(독일 GOA 사례 참고)**
* 복지부, 심평원 주관으로 비급여 표준가격 결정 혹은 청구 가능한 범위 설정을 통해 비급여 적정 가격 형성 유도
- **실효성 있는 비급여 관리 체계 구축을 위해 별도의 법 제정 등을 통해 관련법 상 근거 마련**
* 현재 비급여 관련 사항은 일부 조문(의료법, 국민건강보험법), 복지부 고시 등을 통해 제한적으로 관리

3-3. 소비자 권익을 고려한 실손 보장구조 개선

① 실손 가입자의 “공·사 건강보험 보장률” 적정 수준 확보가 되도록 실손보장 구조 유지

- OECD 국가 중 개인부담이 매우 높은 상황으로 급여 본인부담금의 실손 보장 제외는 신중히 검토
 - * OECD 국가 대부분은 필수의료를 공보험이 보장, 본인부담금은 최소한으로 설정
- 특히, 2020년까지 목표 보장률 70%을 달성할 경우에도 급여 본인부담률은 적지 않을 것으로 예상
 - * 현행, (보장률 : 급여 본인부담률 : 비급여) = (63.4 : 20.1 : 16.8%) 구조에서 비급여(16.8%)의 급여/예비급여화에 대해 향후 5년간 재원이 집중 투입되므로, 급여 본인부담률(20.1%)은 당분간 빠르게 감소하기는 어려울 것으로 추정
- 실손 보장 구조 변경에 따른 소비자의 의료비 부담 증가 가능성을 충분히 감안할 필요
- 본인부담금이 높은 국가의 경우 정부의 정책적 지원으로 민영보험 역할이 확대된 해외 사례 참조
 - * 프랑스의 경우 외래진료의 법적 본인부담금이 지속적으로 증가(외래진료 보장률 60%대)이후, 민영보험 활성화 정책 (사업주의 종업원 민영건강보험 보험료 지원시 세제혜택 제공, 저소득층 민영건강보험료 지원 등) 시행

3-4. 공·사 연계방안 모색

① 보완형에 맞는 바람직한 공사 건강보험 역할 재정립 방안 강구

- 민영건강보험의 공공성은 그 사회에서 맡고 있는 역할(대체형 vs. 보완형)에 따라 결정된다는 점을 시사
 - * 민영건강보험이 국민 기본권적 의료보장 수단인 경우(대체형) 강한 공공성이 요구되나, 가입이 자율적이고 국민건강보험의 보완·보충적 역할에 한정될 때는 사치재로 최소한으로 규제
- 민영건강보험의 보완적 기능이 제 역할을 할 수 있도록 장려 정책 시행과 함께 그 기능이 공보험과 조화로우 수 있도록 별도의 규율을 통해 규제 (호주 Private Health Insurance Act 사례 참조)
 - * 소비자의 자발적인 가입 유인 제공 및 안정적인 실손보험료 유지를 위한 인센티브 검토 등

② 건강보험의 접근성 제고를 위한 민영건강보험 역할 확대 방안 마련

- 고령자, 질환자 등의 민영건강보험 가입 지원 방안 마련
 - * 보험회사는 고위험군의 적정 보험료 수준 보장 및 계약심사를 완화하는 대신 정부는 보험회사의 위험부담 경감제도 운영(네덜란드, 호주 사례 참조)
- 실손의료보험의 안정적인 보험료 유지를 위한 단체 및 청년층 건강보험 가입 장려
 - * 건강군에서 위험군간 보험료 이전효과를 통해 실손보험료 관리를 도모(프랑스, 네덜란드 사례 참조)

감사합니다