

• The 10th Global Insurance Symposium •

The 10th Global Insurance Symposium

DATE | October 18th(Wed), 2017

VENUE | GrandBallroom, Westin Chosun Hotel, Seoul



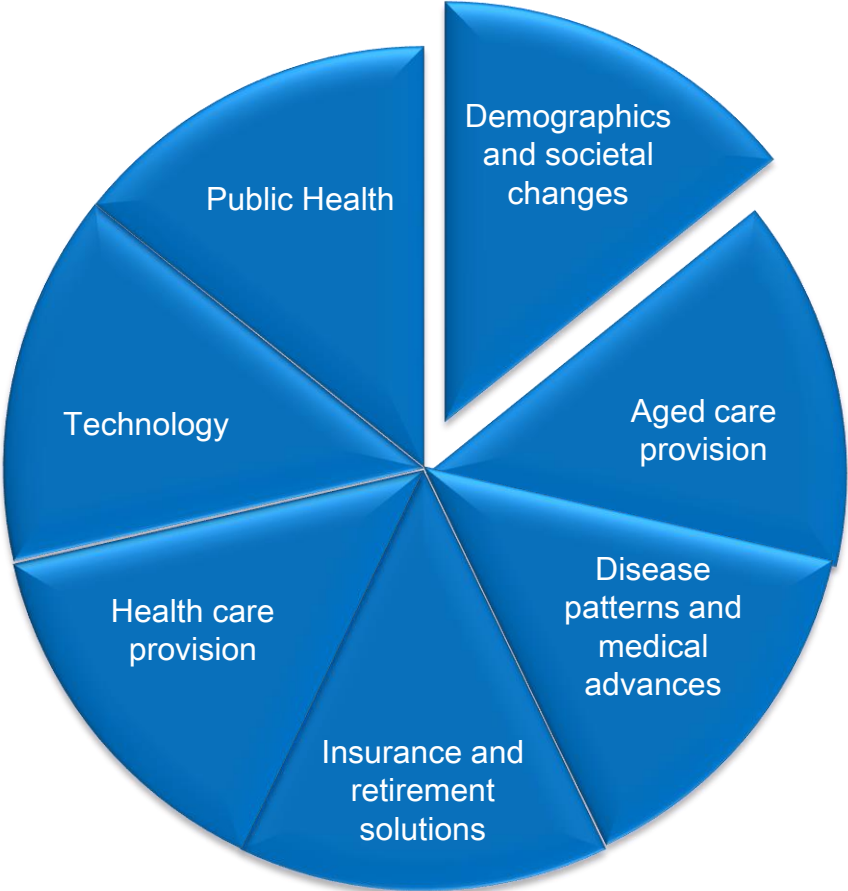
The **financial** news

Plan for Happy Era of Centenarians

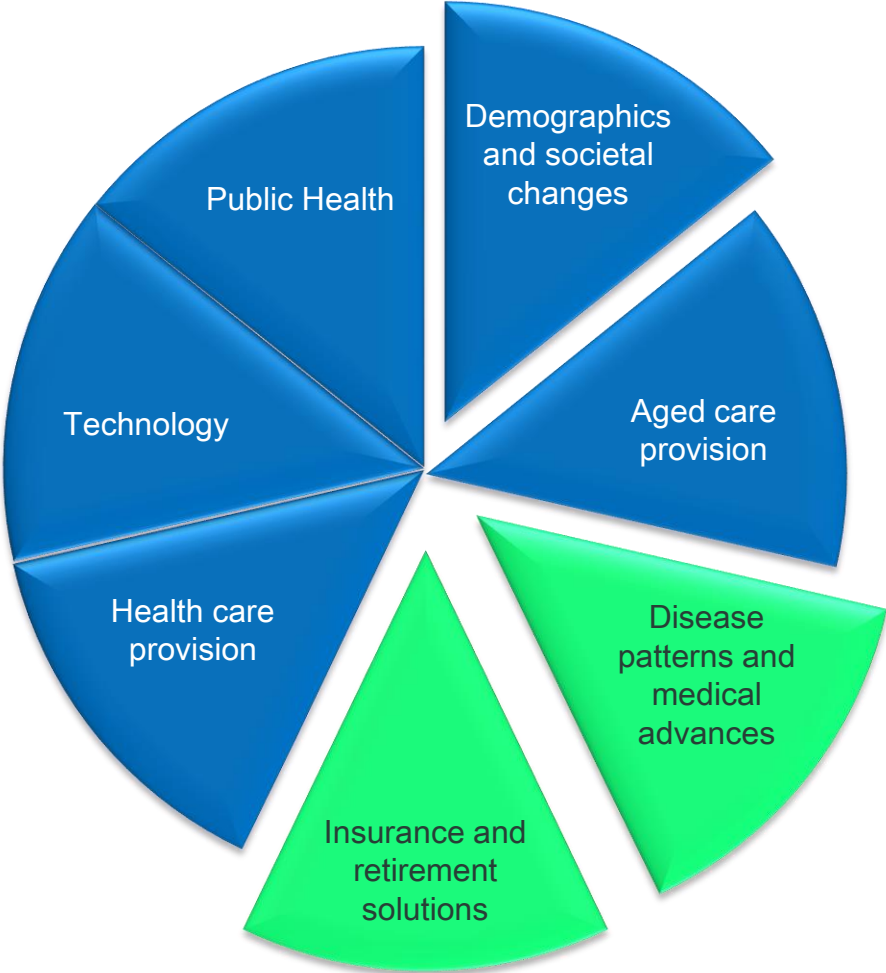
Dr Detlof Rump



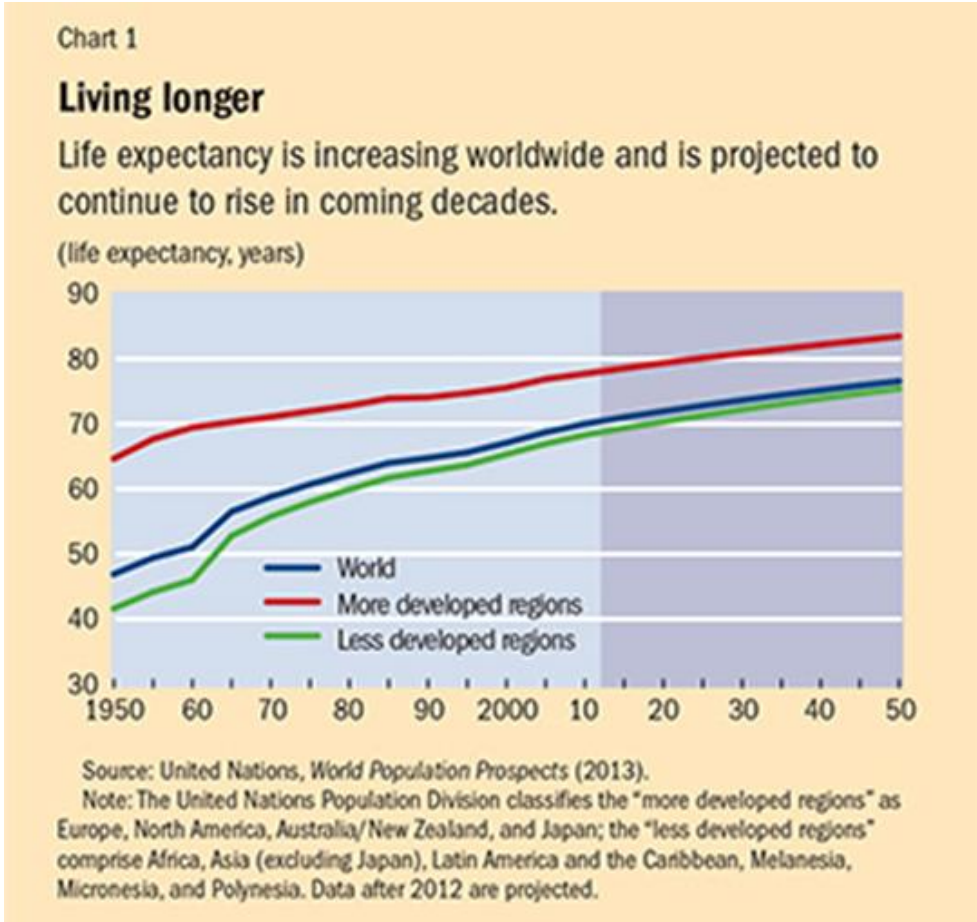
The issue of ageing societies is embedded in a complex ecosystem



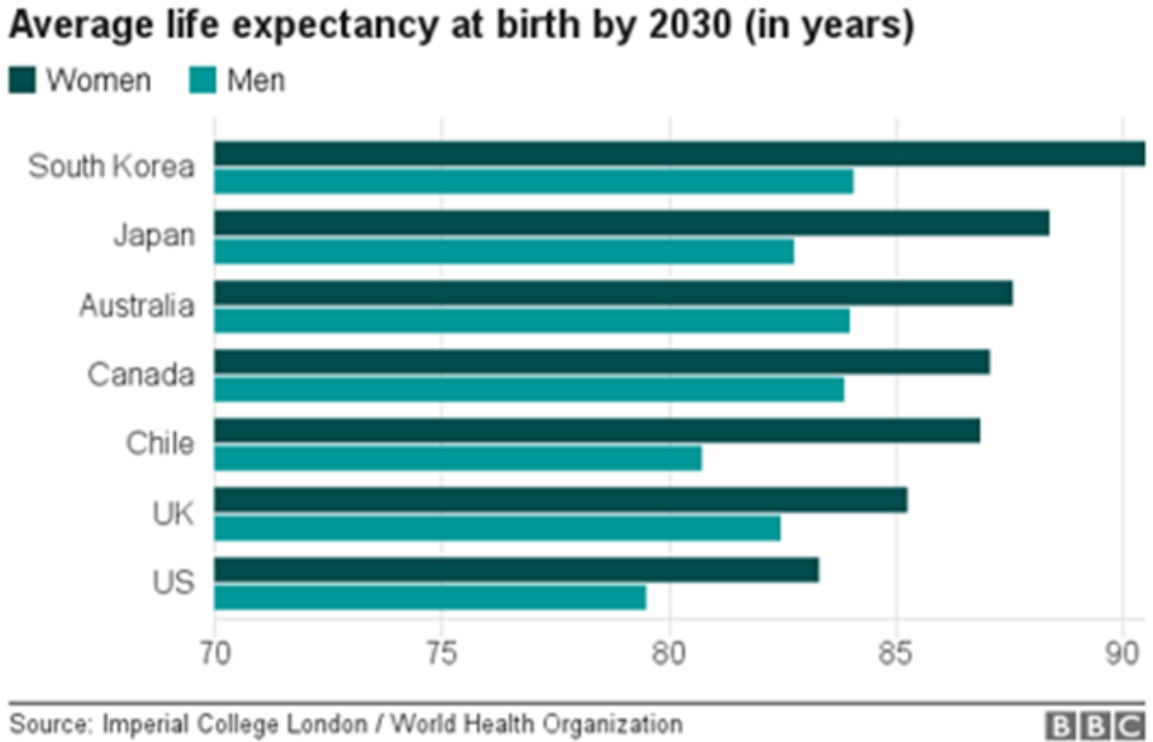
The issue of ageing societies is embedded in a complex ecosystem



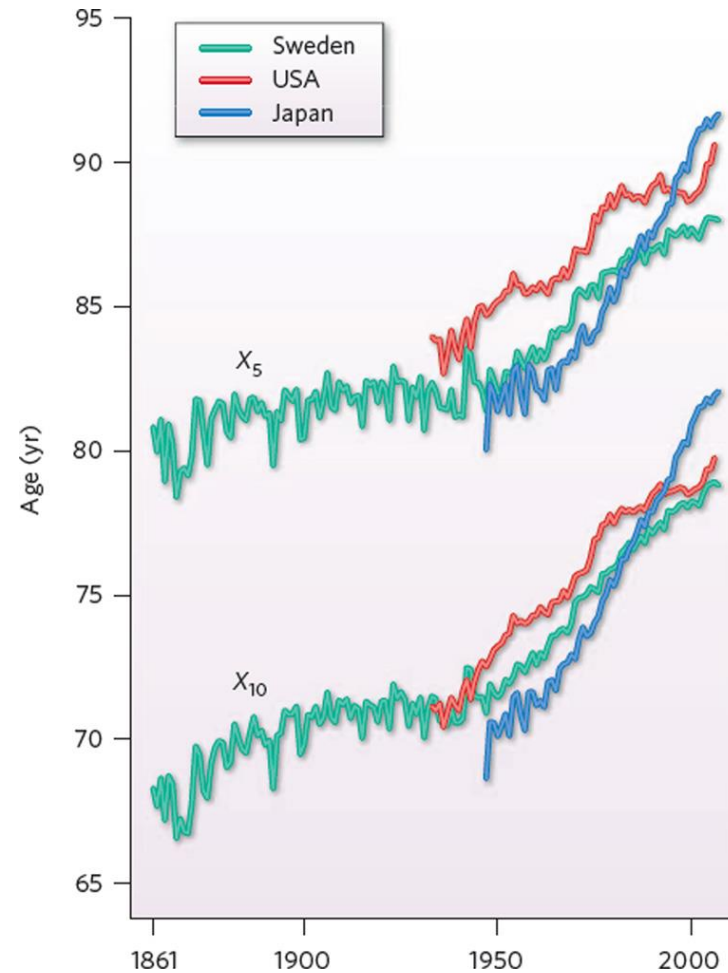
Humans live longer (worldwide)



East Asia leads the way



Senescence and mortality are delayed

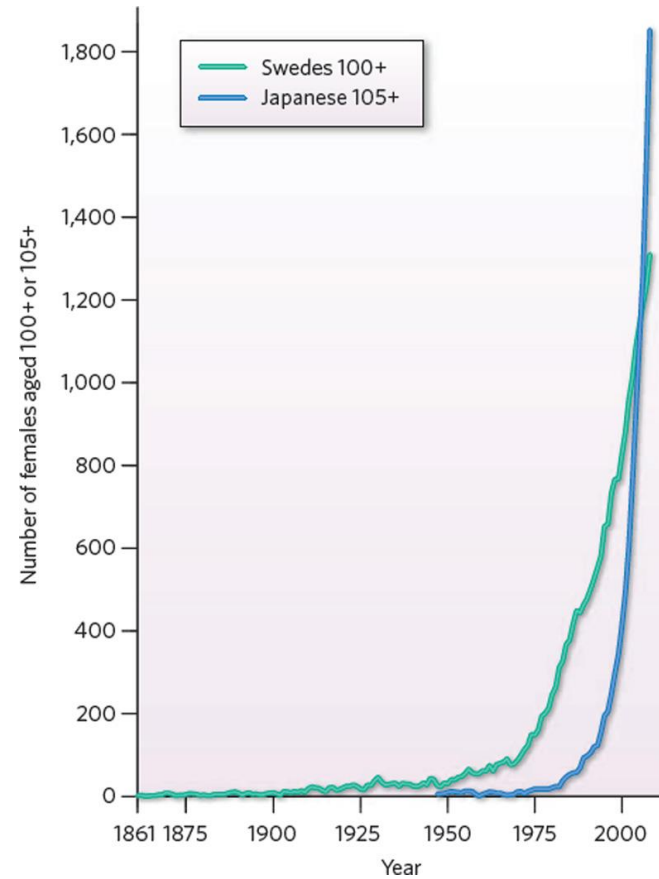


The postponement of mortality

Historical trends in X_5 and X_{10} , the ages at which remaining life expectancies are, respectively, five and ten years, for females in Sweden (1861–2008), the USA (1933–2006) and Japan (1947–2008). For Swedish women, since 1950 senescence as measured by X_{10} has been postponed by about eight years. For Japanese women, since 1950 X_{10} has risen by about 12 years. Note that for all three countries, the curve for X_5 follows the same general trajectory as the curve for X_{10} but at a roughly constant gap of about a decade of age. This indicates that senescence, as captured by these two measures, is being postponed rather than lengthened. Both indicators show that progress in postponing senescence was slow for women in the USA between 1980 and 2000. The prospects are that more rapid progress can be expected in the future^{22–24}; the rapid rise in X_5 and X_{10} in recent years for US women may be a harbinger of this. (Data extended and updated from a graph in ref. 14 using information from the Human Mortality Database (<http://www.mortality.org>), from Statistics Sweden for Sweden 2008 and from the Japanese Ministry of Health for Japan 2008.)

Source: Nature. 2010 Mar 25; 464(7288): 536–542.

We see more extremely old people



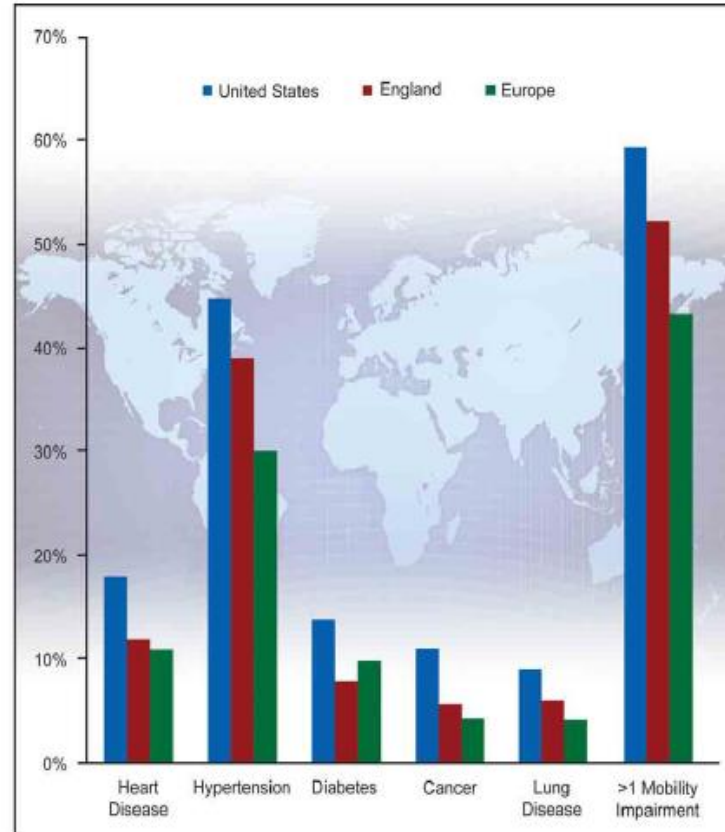
The emergence of the extremely old

The numbers of females aged 100+ in Sweden from 1861 to 2008 and aged 105+ in Japan from 1947 to 2007. Very old people were rare until roughly half a century ago. Since then, the number of Swedish centenarians has risen rapidly, and since 1975 the number of Japanese women 105 or older has climbed almost vertically. (Data from the Kannisto–Thatcher Database on Old Age Mortality (<http://www.demogr.mpg.de>) supplemented with data from Statistics Sweden and the Japanese Ministry of Health.)

Source: Nature. 2010 Mar 25; 464(7288): 536–542.

But we also see more chronic diseases and disability

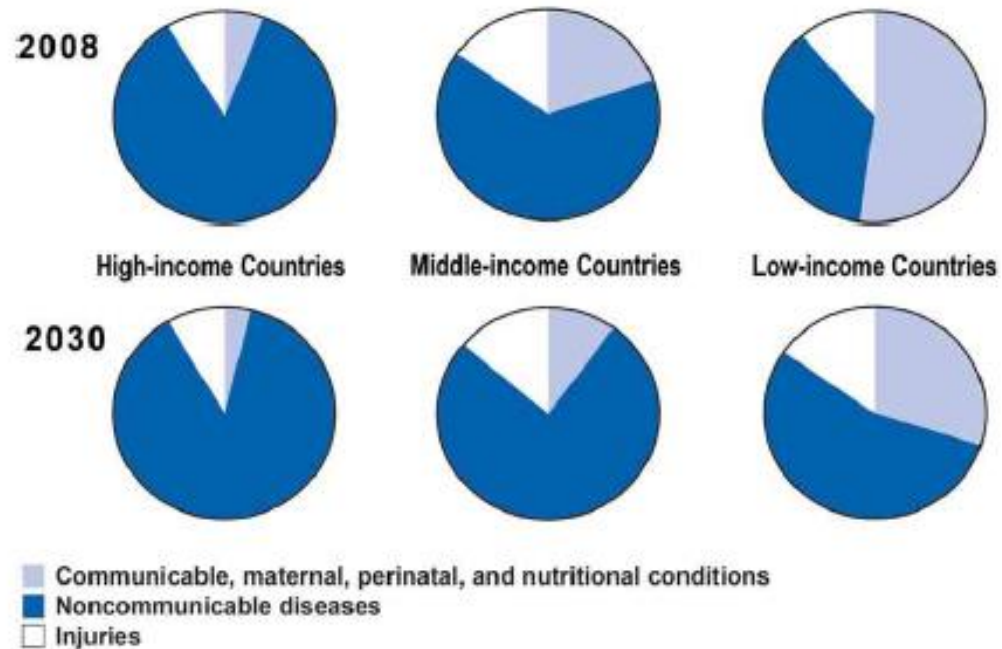
Figure 8.
Prevalence of Chronic Disease and Disability among Men and Women Aged 50-74 Years in the United States, England, and Europe: 2004



Source: Adapted from Avendano M, Glymour MM, Banks J, Mackenbach JP. Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: A comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health* 2009; 99/3:540-548, using data from the Health and Retirement Study, the English Longitudinal Study of Ageing, and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Please see original source for additional information.

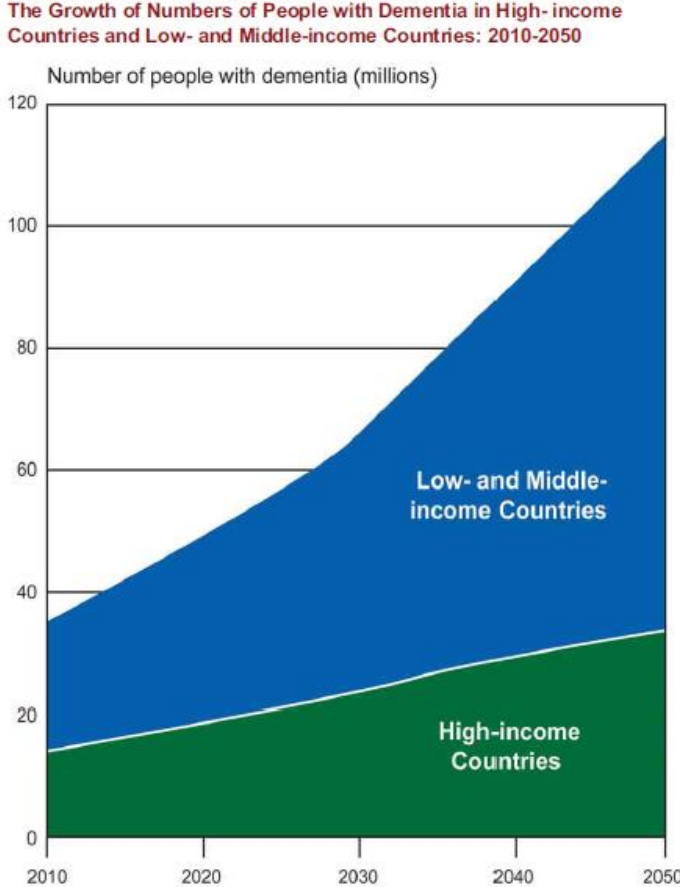
Noncommunicable diseases take over

Figure 6.
The Increasing Burden of Chronic Noncommunicable Diseases:
2008 and 2030



Source: World Health Organization, *Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030*.
Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html.

Dementia is part of that



Source: Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report, 2010*. Available at: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>.

 **Aged Care Guide**

Australia's **number one** aged care website. Over 7000 Profiles!

[Nursing homes](#) [Home care](#) [Retirement villages](#) [Information](#) [Talking Aged Care](#)

Talking Aged Care

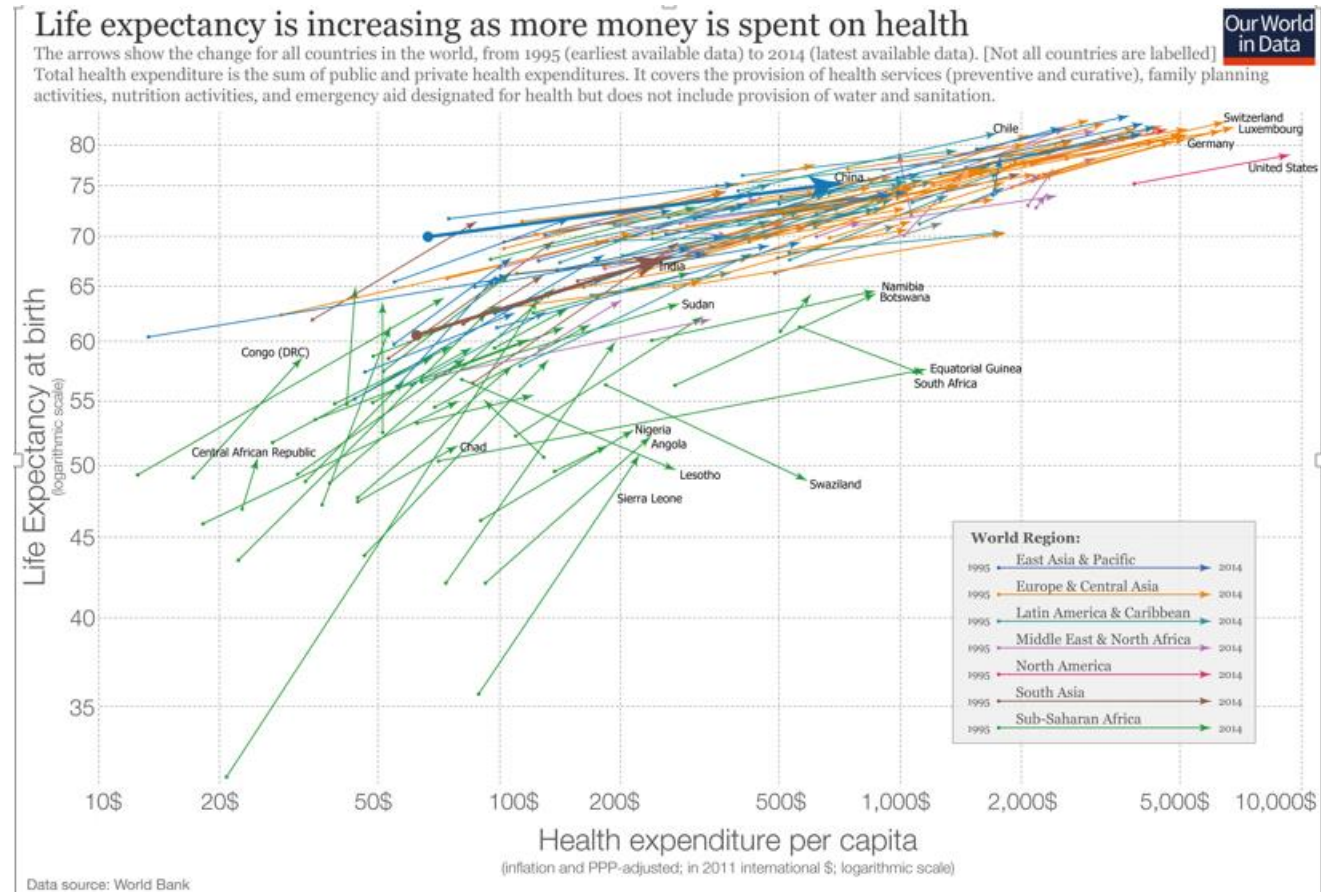
[Find articles](#) [Conferences & events](#) [Subscribe](#) [Categories](#)

1 October 2017

Dementia revealed as leading cause of death for Australian women

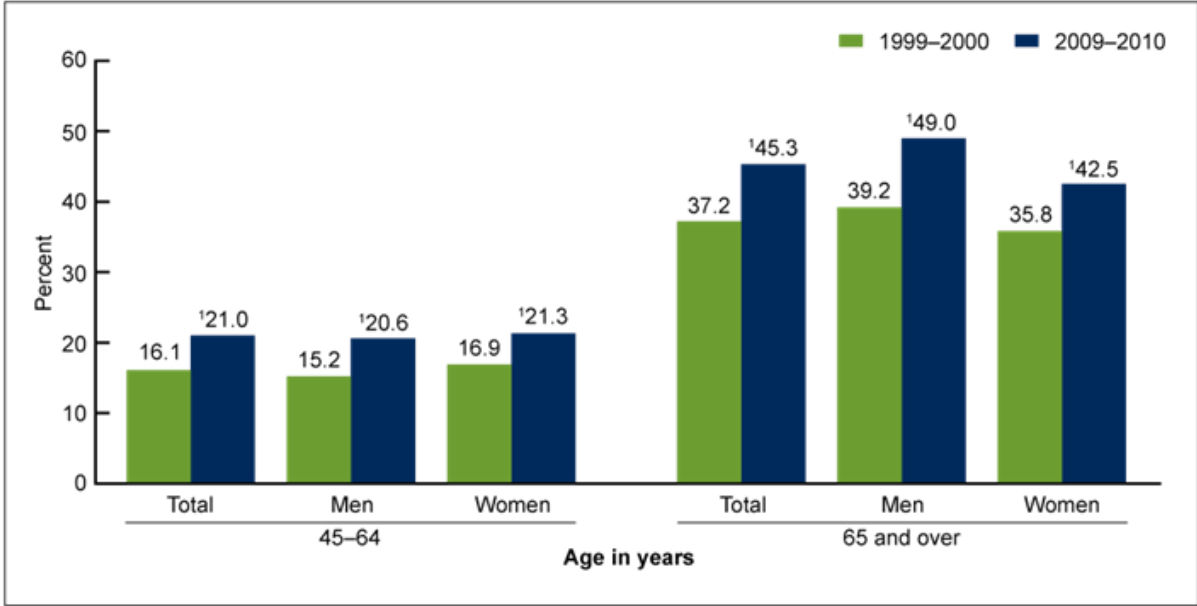
The impact of dementia on Australian society is once again in the spotlight following a new report released by the Australian Bureau of Statistics (ABS) that shows dementia has now overtaken heart disease as the leading cause of death among Australian women.

Health care spending is on the rise



Multiple conditions are common at older age

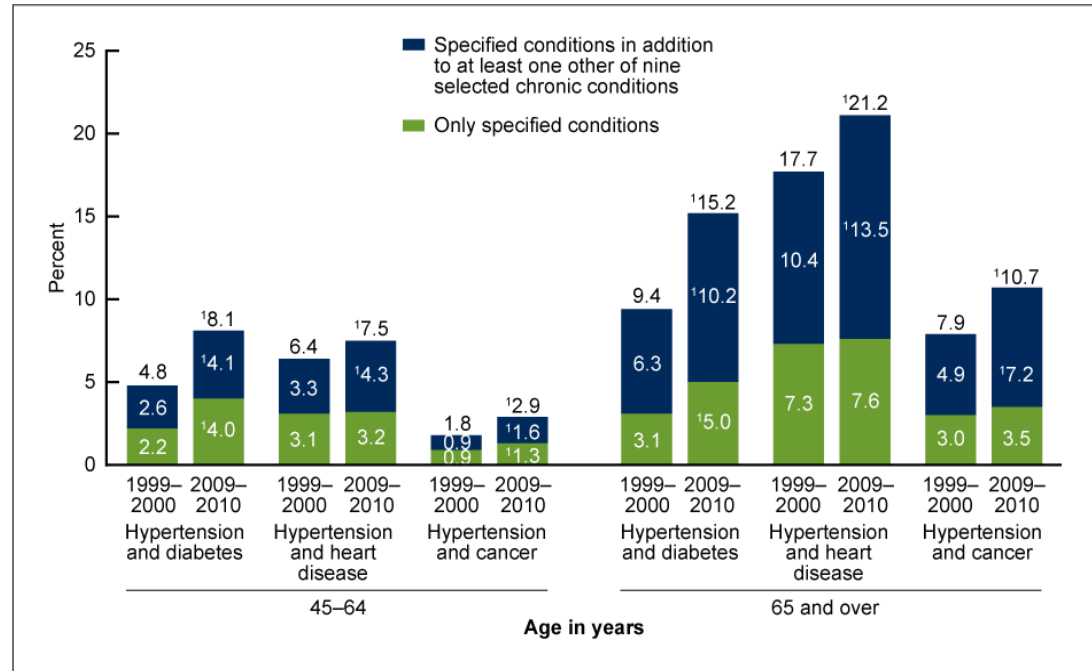
Figure 1. Prevalence of two or more of nine selected chronic conditions among adults aged 45 and over, by age and sex: United States, 1999–2000 and 2009–2010



¹Significantly different from 1999–2000, $p < 0.05$.
 NOTE: Access data table for Figure 1 at: http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db100_tables.pdf#1.
 SOURCE: CDC/NCHS, National Health Interview Survey.

Hypertension, diabetes, heart disease and cancer are prominent

Figure 4. Prevalence of the three most common combinations of the nine selected chronic conditions, by age and type of chronic condition: United States, 1999–2000 and 2009–2010



¹Significantly different from 1999–2000, $p < 0.05$.

NOTES: Parts may not sum to total due to rounding. Access data table for Figure 4 at: http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db100_tables.pdf#4.

SOURCE: CDC/NCHS, National Health Interview Survey.

The projected increases in health care spending are significant

THE STRAITS TIMES

Elderly health costs to rise tenfold by 2030: Report

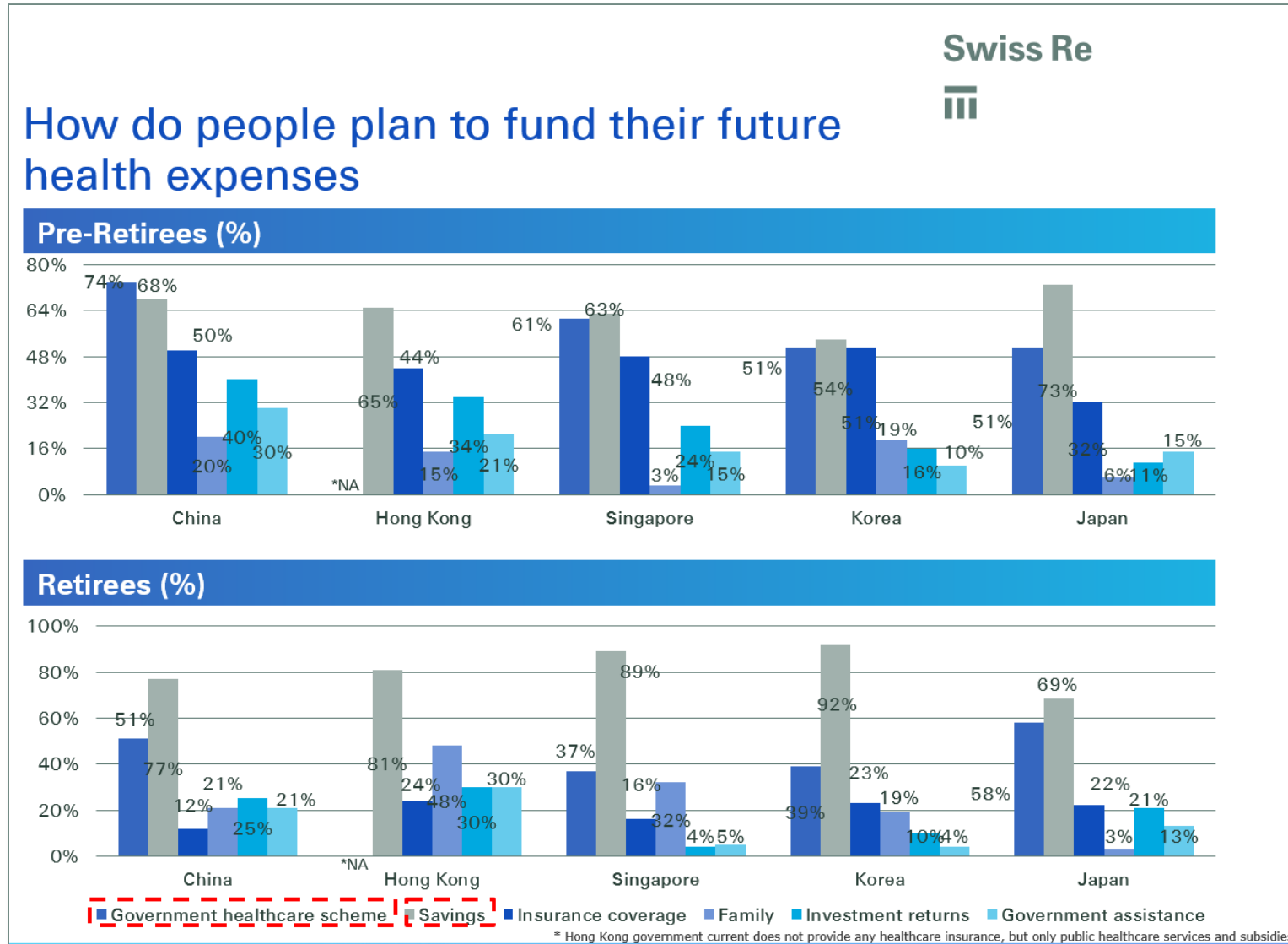


The findings on elderly healthcare costs could influence government policies and decisions on healthcare infrastructure spending as well as personal insurance and retirement planning. PHOTO: TIFFANY GOH FOR THE STRAITS TIMES

© PUBLISHED AUG 25, 2016, 5:00 AM SGT

Elderly healthcare costs in Singapore are projected to rise tenfold over the next 15 years to more than US\$49 billion (\$66 billion) annually, according to a report. This means an average of US\$37,427 will be spent on healthcare for each elderly person by 2030. This is the highest in the Asia-Pacific region, just ahead of Australia. The report was released yesterday at the launch of Marsh & McLennan Companies' new Asia-Pacific Risk Centre

People are generally not well prepared



Societal structures are changing

Watch TV | Search

CHANNEL NEWSASIA

Asia Pacific Singapore World CNA Insider Business Sport Lifestyle Technology Health Commentary Catch-up TV

≡ All Sections


By Joyce Ng

03 Aug 2016 02:08PM

Singapore

The changing face of the Asian family

With the rise in divorce rates, the increase in one-person households and other trends, is the traditional nuclear family losing its dominant status in Asia?



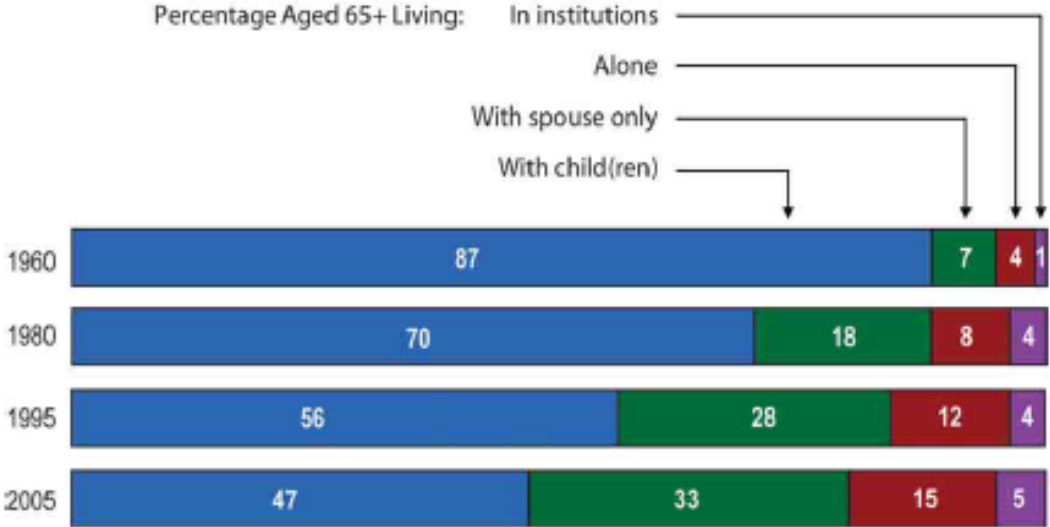
SINGAPORE: Idealised models of family they still may be, but the Asian nuclear or multi-generation family is increasingly giving way to more variations, such as one-person households. And this, say academics, has implications for society and policy-makers.

Last month, it was revealed that marriage dissolutions in Singapore in 2015 were up by 2.9 per cent. It is not the only Asian country facing rising divorce rates.

China recently reported that more than 3.8 million couples split up in 2015, a 5.6 per cent increase. In South Korea divorces are at a record high among older people who have been married for more than 20 years.

More elderly people live alone or are in institutions

Living Arrangements of People Aged 65 and Over in Japan: 1960 to 2005



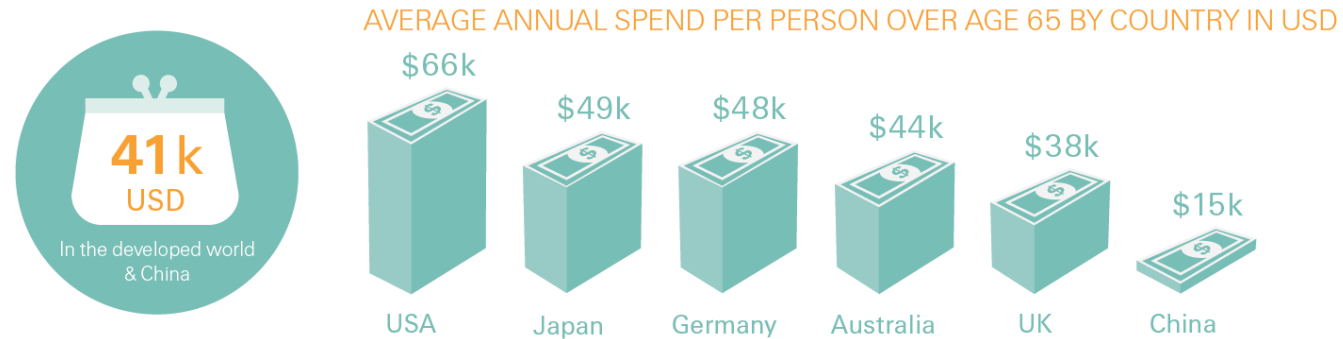
Note: Percentages living with child(ren) include small numbers of people living in unspecified arrangements.

Sources: Japan National Institute of Population and Social Security Research, *Population Statistics of Japan 2008*.

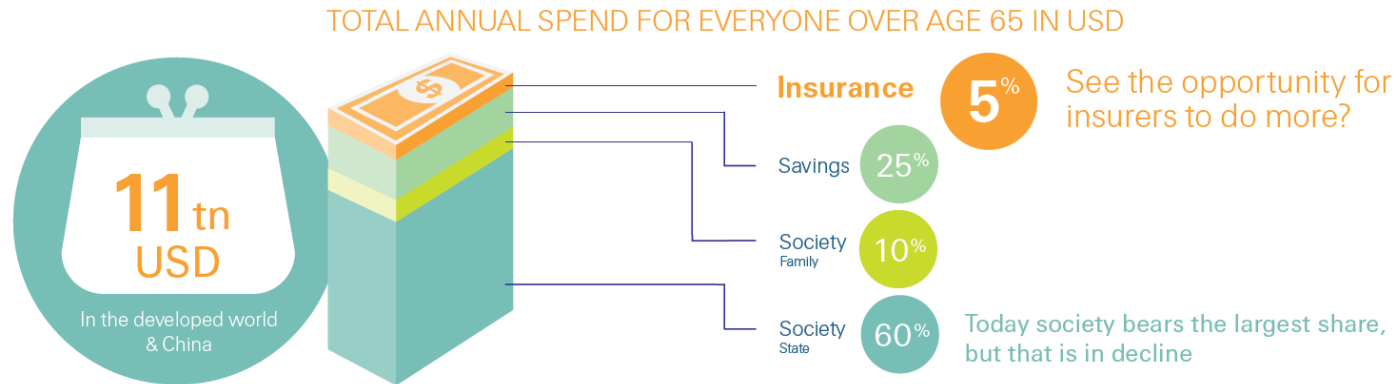
Available at: <http://www.ipss.go.jp/p-info/c/psj2008/PSJ2008-07.xls>.

Insurance currently does cover only 5% of the expenses

How much does it cost to support a senior?



Where does the money come from?



There is a role for insurance to play

INSURANCE ASIA NEWS

Sunday, September 10, 2017

Home News People Insights Countries Videos White Papers Archives Advertise

Targeting Asia's greying population

By Nick Ferguson
Friday, September 01, 2017



Insurance companies in Asia could be missing a trick by not offering more retirement income products to the region's ageing population.

While plenty of insurers are developing or already sell investment-linked products, the majority of these are not strictly aimed at providing an income in retirement. Indeed, they are mostly sold as straight investment products, and are especially popular in Hong Kong, Singapore and Taiwan — with mainland Chinese customers often

the target.

The greying of the population in East Asia and the Pacific is happening faster than anywhere else in the world, according to the World Bank, and national retirement systems are generally not prepared. In Singapore and Malaysia, for example, the average person is expected to live for 20 years after the typical retirement age, while a quarter of Japan's population is already over 65 and countries such as Hong Kong, Korea and Taiwan are rapidly heading in that direction.

The protection gap is being recognised

CIGNA SENIOR LIFE PLAN
An enduring gift for your loved ones

For people aged 55 - 85

Special offer 10% OFF

Enroll with your loved on 20% OFF

ZURICH
蘇黎世

「保一世」院現金保障計劃
Whole Life Hospital Cash Insurance Plan

MassMutual
FINANCIAL GROUP

search | enter keyword(s) >

Home | About Us | Prepare

Insure Invest Retire Employee Benefits MPF/Pensio

Whole Life Medicare

Hong Kong Macau

The ageing population is causing an increase in medical expenses. The statistics also show that the annual number of hospitalizations is 2,008,993. If you were hospitalized, how would you cope with the financial burden of medical and convalescent treatment?

MassMutual Asia is thus proud to present Whole Life Medicare. Not only does it guarantee a fixed premium rate, but by paying the premium for 25 years only, your coverage of up to \$2 million will be lifelong, giving you total peace of mind.

Comprehensive Health Benefits of Up to \$2 Million

Hope and expectations for retirement years differ

The **Vision** continuum at two extremes:

Mindset	Stable, protective	↔	Dynamic, adventurous
Aim	Retreat in my nest and settle down		Spread my wings, discover new experiences and places
Traits	<ul style="list-style-type: none">■ Living in the same place I've always lived■ Surrounded by my spouse, family and all that's familiar		<ul style="list-style-type: none">■ Open to adventure and travel■ Ready for new relationships, hobbies or even new careers
Fears	Insufficient funds or being a burden to those around me		Losing my mobility and being lonely. Lacking the energy or funds to live my dreams

Insurers could (should) go beyond protection

1

There is a clear desire for a positive angle in ageing solutions:

- Not only to provide for the bad times, but also to
- Enable people to live their dreams, stay healthy, and remain professionally and socially active.

2

Products should complement the family rather than try to replace it:

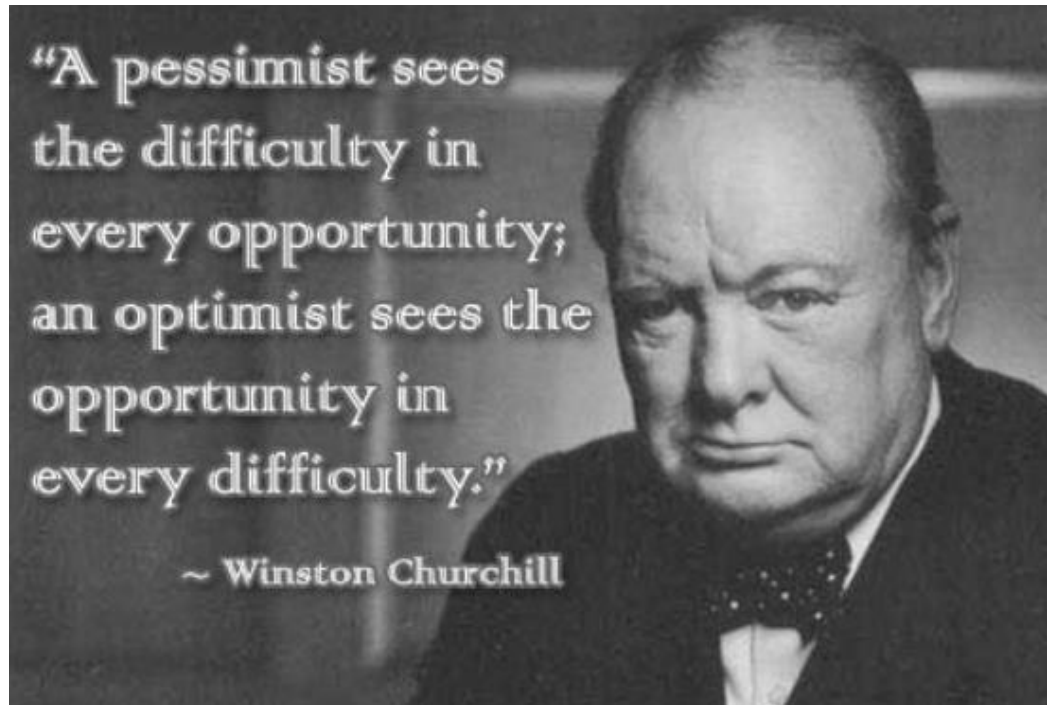
- Enable informal caregivers to support as they're needed and deploy financial benefits, but also to
- Allow for alternative approaches and assistive technologies.

3

Changes to seniors' lifestyle and the traditional family model create new and currently unmet needs in funding, health and care provisions.

- Care packages should help hedge against the unplannable worst cases, yet don't try to solve everything at once.
- Improved access to information requires a rethink of customer engagement to be more targeted, simple and transparent.

It's not easy, but it's an opportunity



Insurance companies' vision statements are honourable

To help our customers achieve financial prosperity and peace of mind.

Our purpose is to actively protect and enhance people's lives.
Our mission is to be the first choice by delivering relevant and accessible insurance solutions

We make the world more resilient

To be the Most Preferred Insurance Partner Providing Outstanding Solutions

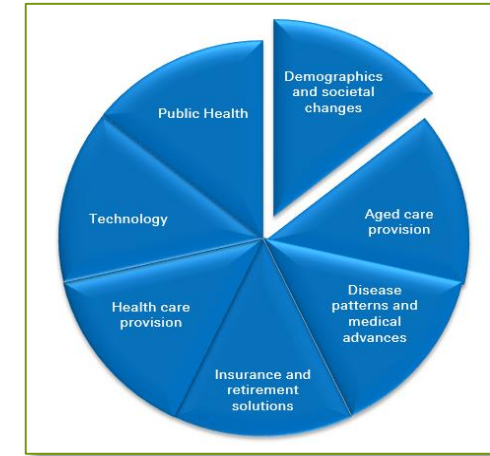
Helping people live safer, more secure lives.

The issue of ageing provides an opportunity to build trust

- with consumers
- with regulators and other authorities
- and with society at large



We can cease this opportunity by...



- ...being a transparent partner in the ecosystem
- ...aligning our propositions with (varied) consumers' exposures, wants and needs
 - by thinking beyond protection
 - by being creative and focused in enhancing the customer journey
 - by using technology and data to the customer's advantage



Legal notice

©2017 Swiss Re. All rights reserved. You are not permitted to create any modifications or derivative works of this presentation or to use it for commercial or other public purposes without the prior written permission of Swiss Re.

The information and opinions contained in the presentation are provided as at the date of the presentation and are subject to change without notice. Although the information used was taken from reliable sources, Swiss Re does not accept any responsibility for the accuracy or comprehensiveness of the details given. All liability for the accuracy and completeness thereof or for any damage or loss resulting from the use of the information contained in this presentation is expressly excluded. Under no circumstances shall Swiss Re or its Group companies be liable for any financial or consequential loss relating to this presentation.



The 10th Global Insurance Symposium

DATE | October 18th(Wed), 2017
VENUE | GrandBallroom, Westin Chosun Hotel, Seoul



The **financial** news

Private Health Insurance Operation and Cooperation Model
in Major European Countries – Solutions for Korea?

Freddy Schnitzler, International Health Consulting



Freddy:

31 years of health care - 15 years Korea



My 16 years without Korea

- Munich Re Group
 - **9 years** private health insurance marketing and sales in **Germany**
 - **7 years** as Country Manager for **The Netherlands** with as highlight **setting up a social health insurance fund** as a foreign private investor.....!
 - Several global R&D and M&A projects

My 15 years with Korea

- Munich Re Group
 - **8 years** dedicated to **Korea** in several projects
 - **EU assignments** related to Korea and Asia
 - **Korean Assignment**
 - **3 years** Vice President **SFMI**
 - **4 years** several **consulting and academic** projects related to **Korea.**



Nearly **half of my working life** was dedicated to **Korea** leading to a certain view on Korea....



**Pictures
to follow**

Dynamic Korea

- Developing from poorest country to industry nation
- High living standards and current available finance leading to unfavorable change of lifestyle

Medical Korea

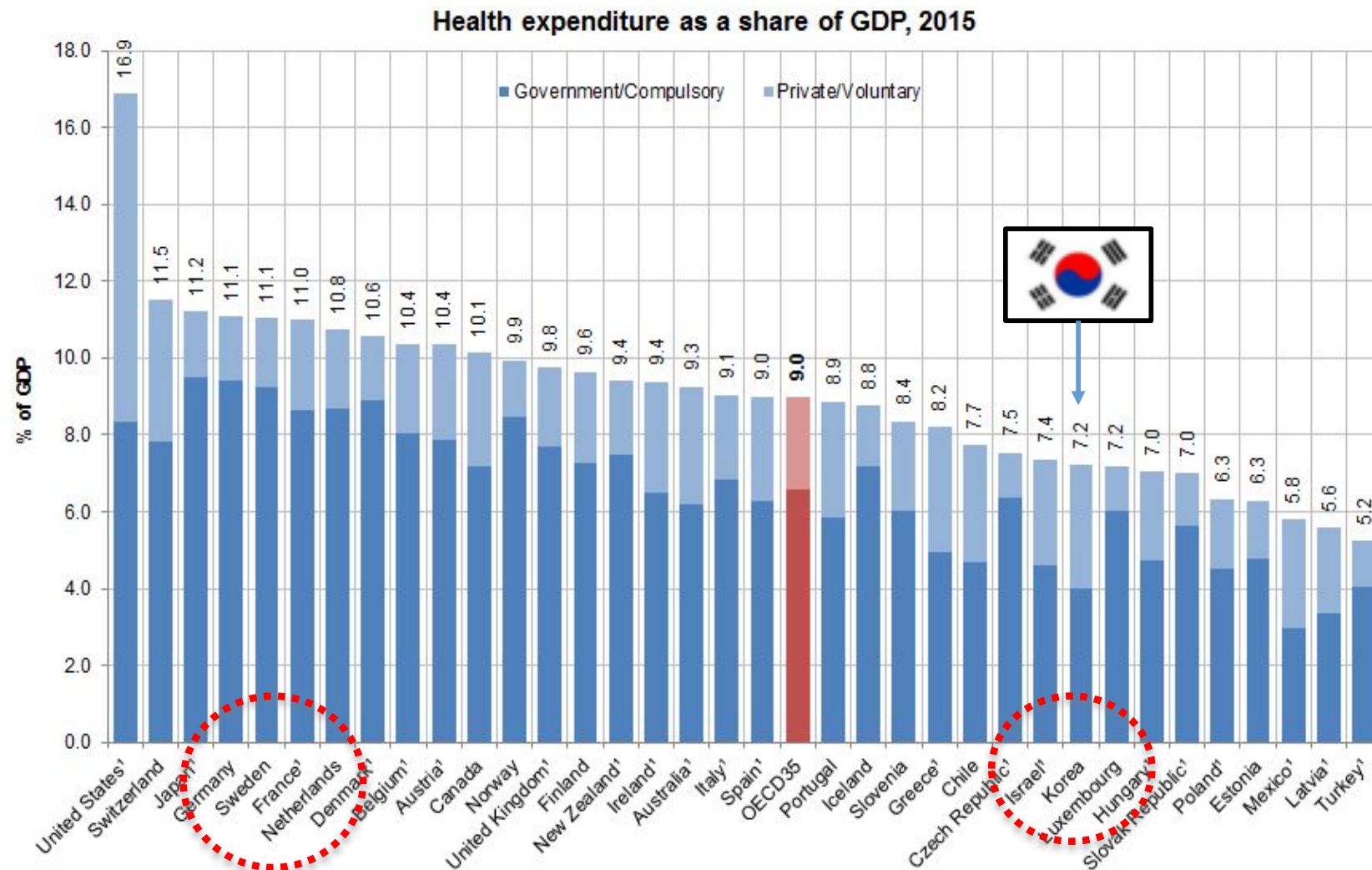
- High Medical Standard
- Globalization of Korean Health Care on the political agenda

Aging Korea

- High Population Aging Speed
- Exploding Health Care Cost, mainly **affecting** elderly people (not caused by elderly people)



Though medical standard in Korea is world class, at the moment health expenditure appear at low level compared to other industrialized nations.

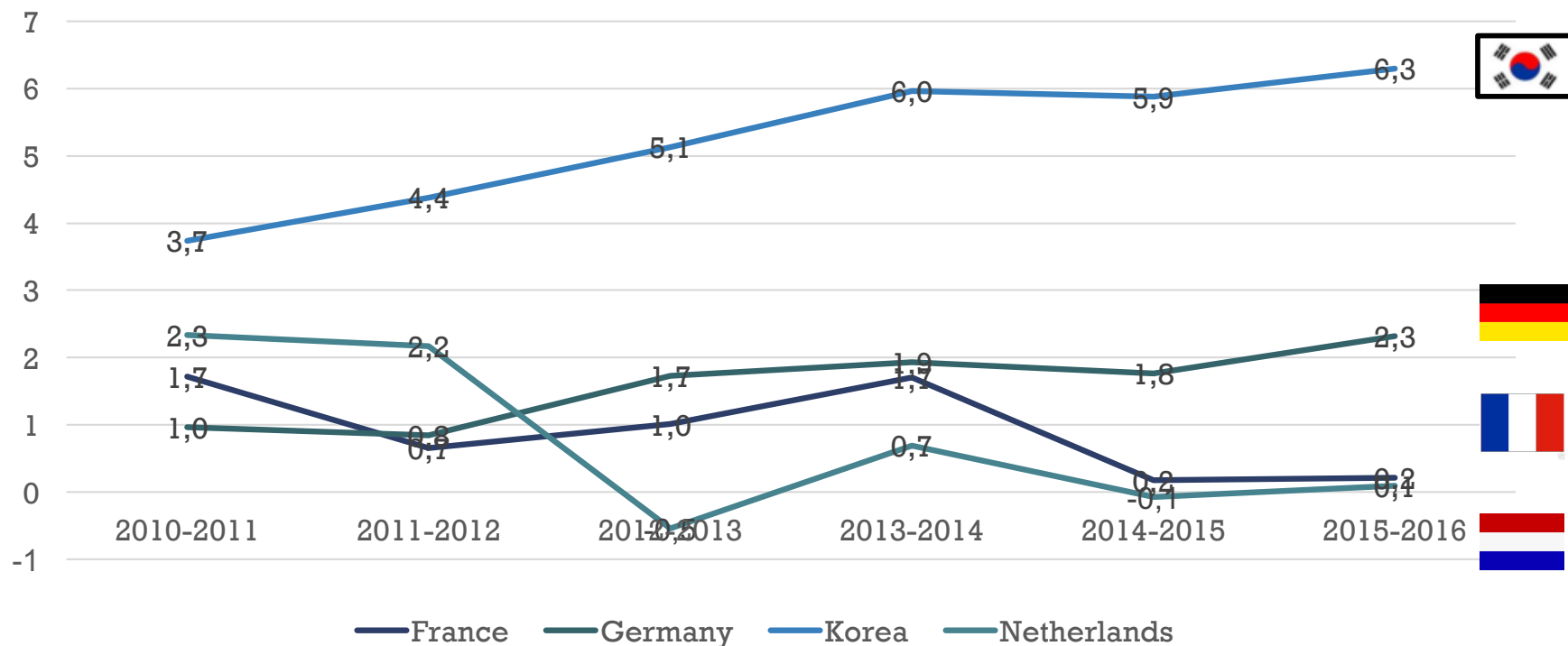


1. OECD estimate.
Source: OECD Health Statistics 2016.

✦ Korea's health care spending as share in GDP is still OK, but the far above OECD average growth rate is one of key challenges



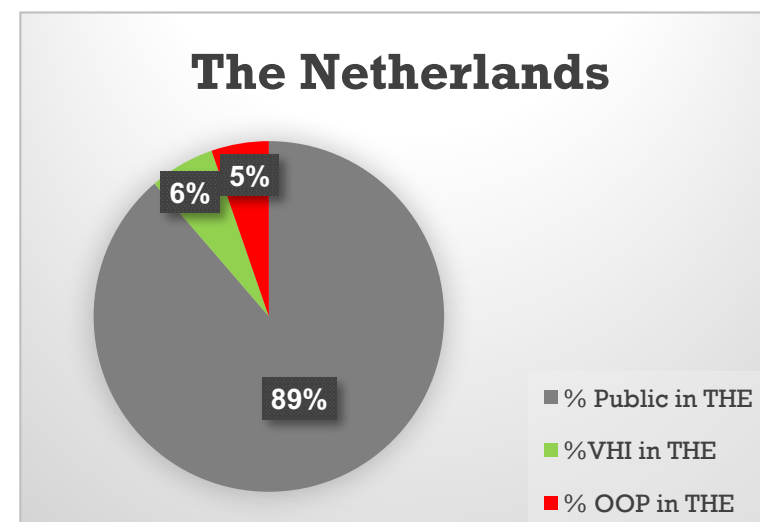
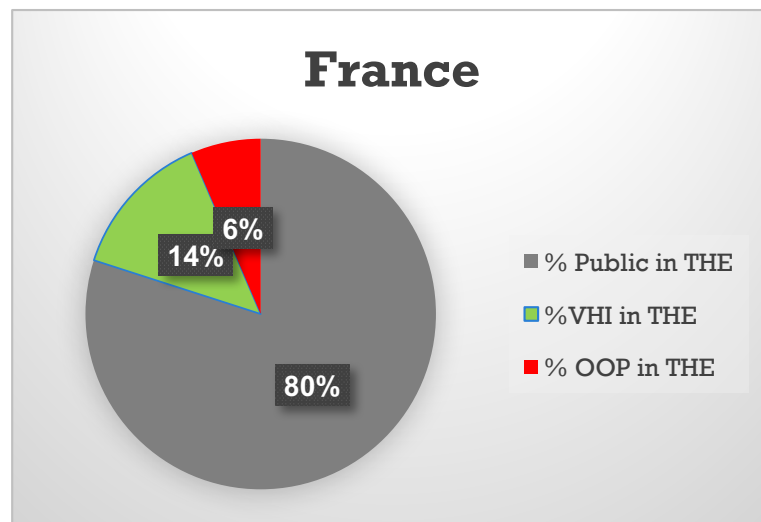
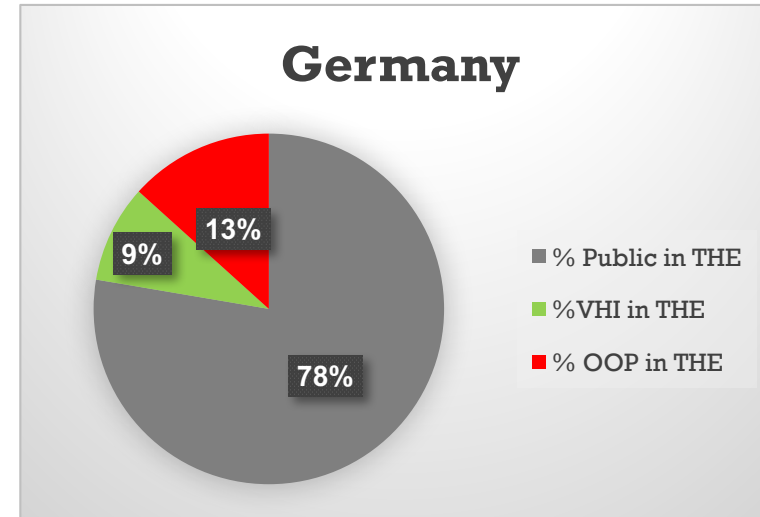
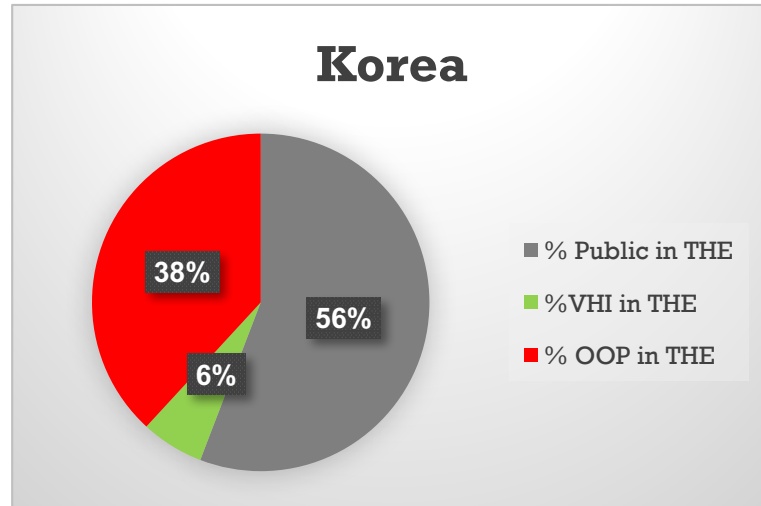
Growth Rate in Total Health Expenditure



The total outlay on medical examinations, hospitalisation and drug purchases rose by **9.2% on-year from January through June 2017.**



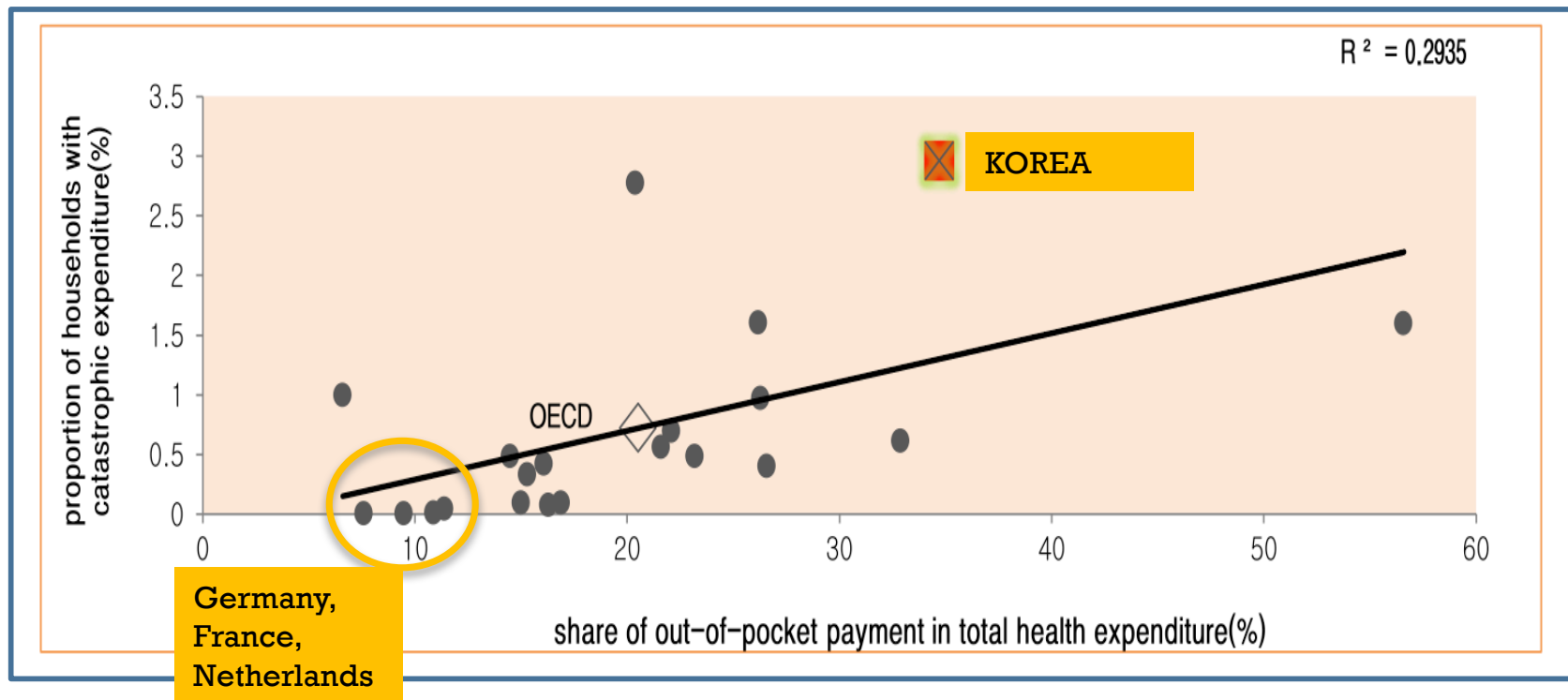
But more challenging are the **high individual out of pocket payments leading to extreme polarization**



+ Those High OOP result into a high level of Catastrophic Health Expenditure

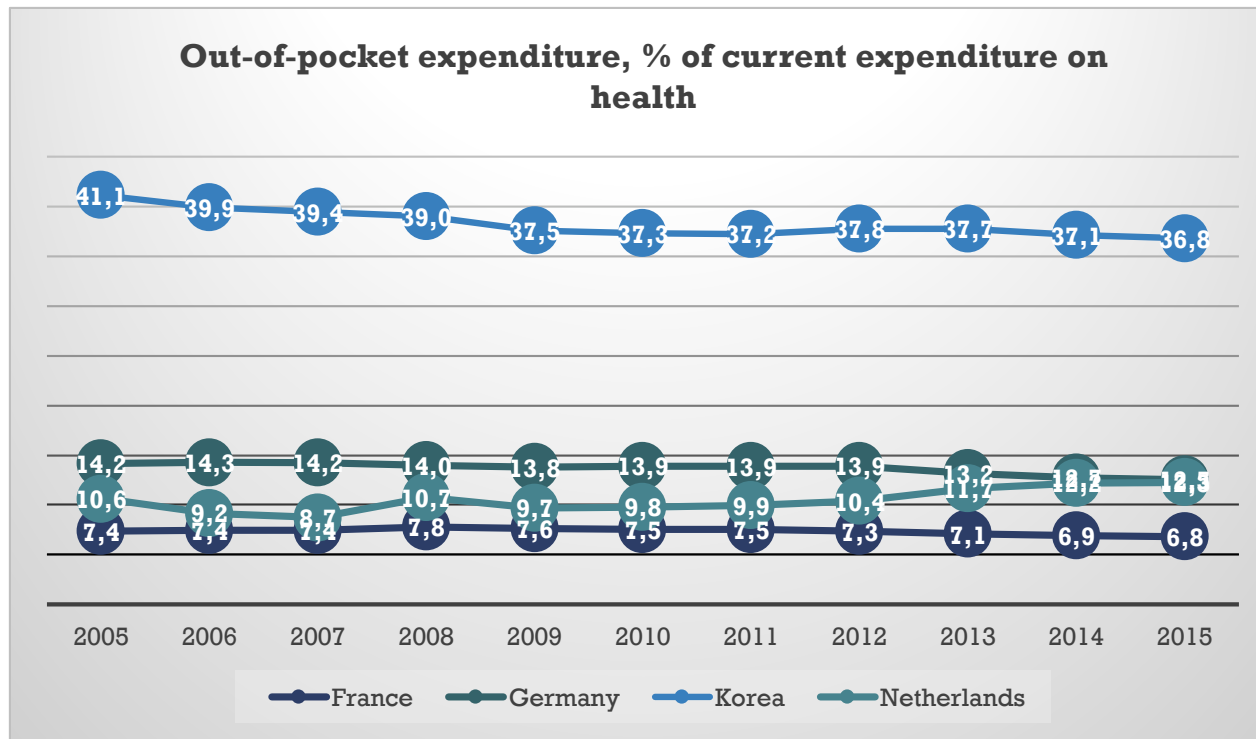


→ Universal Health Cover according to WHO definition could not yet be achieved



Source: KIHASA 2013 based on WHO Data 2010

+ Since 2003 Presidents had the improvement of health on the agenda ----small steps forward could be seen but no structural changes



President Moon announces more social responsibility for health care funding,

BUT:

Will New Government present **SUSTAINABLE** changes?

+ Those challenges are experienced in most countries to different extent and different stage of development



- No single HealthCare System is equal to the other
- There is no wrong and right
- **There is no perfect solution**
- The performance will always **depend on** the ethics and **priority goal settings** of a nation
- And it depends on what a nation is **willing or able to pay**



France, The Netherlands and Germany appear, most suitable PHI benchmark to give ideas for further development in Korea



- All Bismarck related systems (as Korea is)
- Countries with similar goal settings and ethics
- Countries with very good performing social systems
- Highest over all consumer satisfaction in Europe
- Traditionally the biggest private health insurance markets in Europe
- Sustainable solutions for 65+ people with no catastrophic health expenditure
- Regulatory Framework supporting access, sustainability and consumer satisfaction
- Functioning Public Private interaction

+ Let's have a look at differences between Korea and selected countries...



All residents
covered by
NHIC

National Health Insurance Corporation
with strict price regulation, but fee for service!
(rd. 55% of THE)

Private
User Charges

Private
Fees for services not covered
by NHIC and **not underlying pricing regulation**

+ **France:** Most social system with strong involvement of government, unions and employers



100 % of population
covered by
One single Social Health Insurance Funds (SHI)

Relatively high User charges

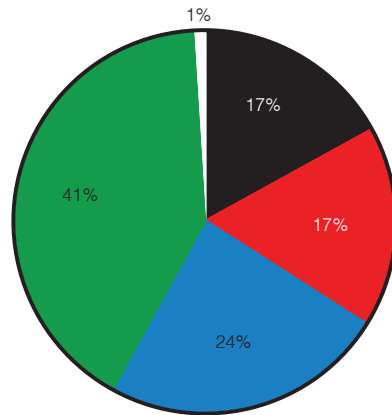
There Minimum Co-Payment which is not allowed to be covered by insurance

Private room, dental, drugs

France spends around 11% of GDP on health!



Social Insurance **covers nearly all services** but requires **high user charges** in all areas, leading to **need for voluntary insurance**



- Medical devices
- Hospital care
- Drugs
- Health professionals' fees
- Transport

Various rates, e.g. 40% eye glasses
20% plus 18€ catering fee/day
15 – 100% plus 50 cent/box
30% + 1€ deductible

Private room, dental, drugs

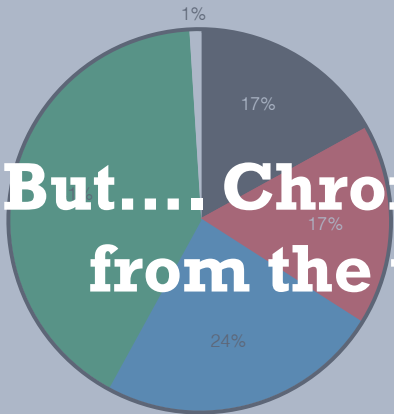
Relatively high User charges (Co Payments)

Minimum Co-Payment which is not allowed to be covered by insurance!



Social Insurance covers nearly all services but requires high co payment in all areas, leading to need for voluntary insurance **except for chronic diseases**





Medical devices	Various rates, e.g. 40% eye glasses
Hospital care	20% plus 18€ catering fee/day
Duty	5 - 100€ per day
Health professionals' fees	30% + 1€ deductible
Transport	

But.... Chronically ill people are exempted from the user charges for their chronic condition

Relatively high user charges (Co Payments)

Minimum Co-Payment which is not allowed to be covered by insurance!

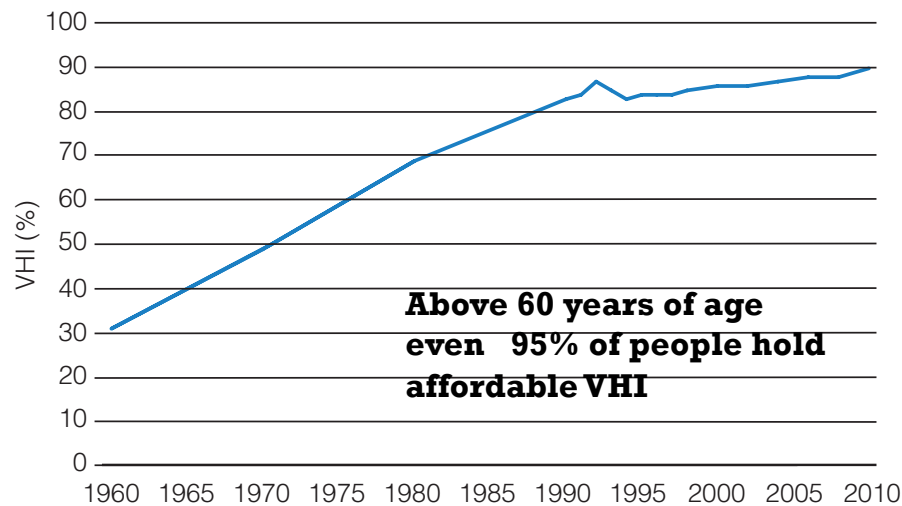
Private room, dental, drugs



The high user charges made **voluntary health insurance** in France **absolutely necessary**



Development of VHI enrolment



Sources: Insee (1960–2010), Insee-IRDES (1960–1991), IRDES (1992–2010).

- To support user charges, historically mutual and provident organizations were set up to support people
- Mostly operated like social funds (income related premium or capitation fees, open enrolment, non profit)
- More and more private insurer took up market share and have now 30% of market
- Important role taken up by employers -> 45% covered by corporate plans



France sees the social need for VHI to maintain equal universal health coverage and incentivizes accordingly ...



Incentives for Insurance

- Private organizations play significant role in political discussions and health care reforms
- Involved in cost control and provider negotiation
- Along some borderlines free to design their products – transparent competition encouraged

Incentives for individual and corporate clients

- Strong premium subsidies for low income people
- Tax incentives for individuals
- Tax incentives for employers for purchasing and subsidizing group policies

+ Contribution and premiums are high but do not limit access to insurance and care!



Employer's share in SHI	Residents earmarked tax for SHI	Annual Premium for additional VHI	Employers share in additional VHI premium
13,2% of wages	Avg. 6% of total income	Depending on age and cover e.g. €1000 to €2000 for a couple in their sixties	43 % of people are covered through group, where 30% of contracts are indexed on wages
		Subsidies for lower income people	Average 56% of premium paid by employer



Solutions to ensure that people in need have voluntary health insurance to get access to care....



The poorest households are exempted from user (6% of population entitled)

Household	Annual Income
One Person	€8,723
Two People	€13,085
Three People	€15,701
Four People	€18,418

The Governmental subsidies to people in need is - for biggest share - refinanced by putting tax on health insurer's income!

Low income families get premium subsidies for health insurance

Household	Annual Income
One Person	€11,682
Two People	€17,532
Three People	€21,207
Four People	€24,532
Each Add	€4,672

Age Group	Subsidy per person
Less than 16	€ 100
16 - 49	€ 200
50 - 59	€ 350
60 +	€ 550



Since decades, VHI plays a significant role in French health care system and will most probably get even more important in the future



Key Message

French Government is willing to provide good health care despite high budgets needed (>11% of GDP).

French government sees VHI as a necessary player on partnership level and actively involves VHI in all health system discussions.

French government supports VHI under precondition that VHI fulfills predefined requirements

French employers see their duty to support access to care and are willing to pay.



The Netherlands: Private companies operating a governmental defined scheme under regulated competition ----the “Best” in Europe



Tax Funded **AWBZ** – All Resident covered for highest risks which includes mental and physical disabilities, long term care, etc.

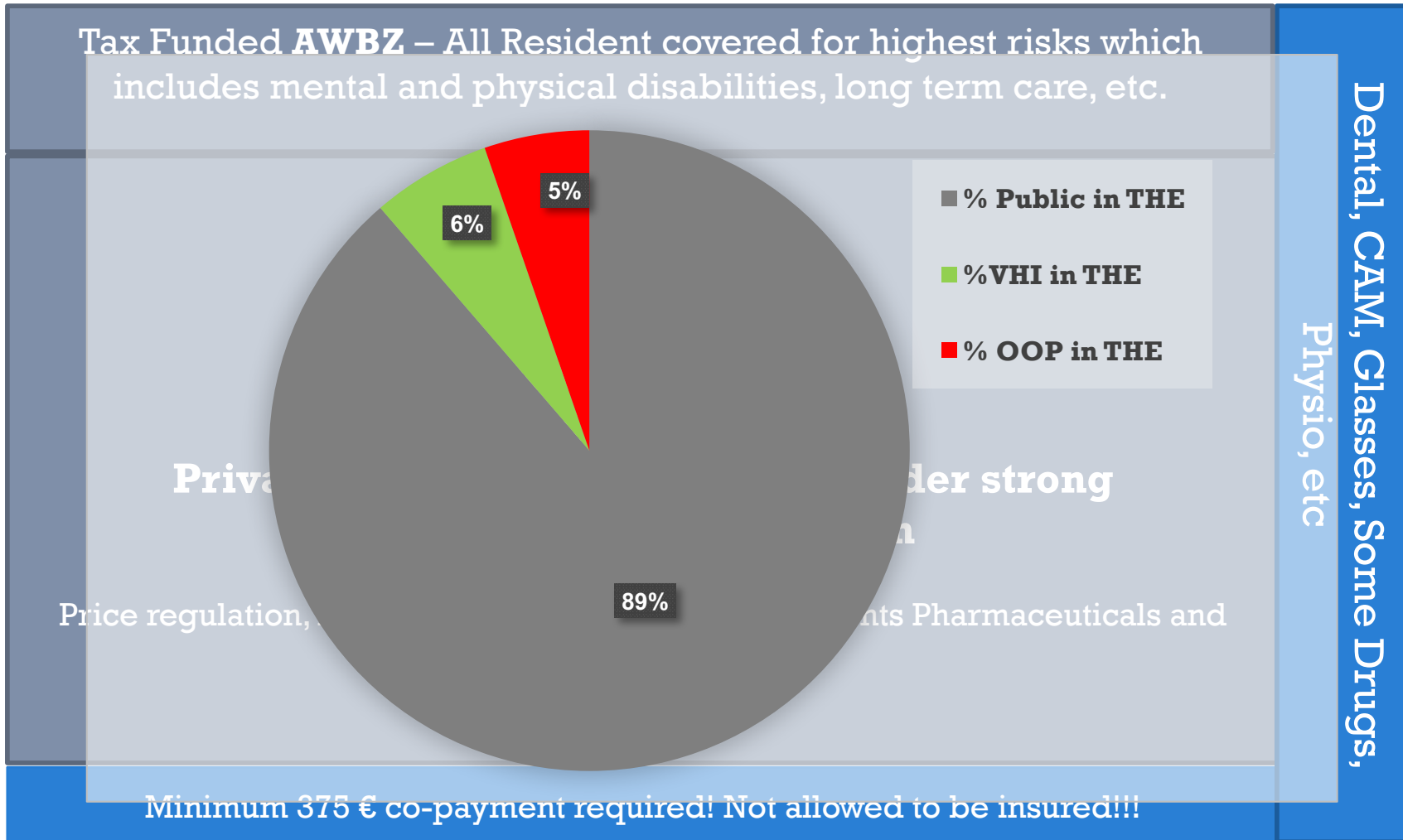
All residents
covered by competing
Private Health Insurance companies
Operate Fund Funds under strong Governmental
Regulation

Price regulation, Budgeting, DRG, Purchase Agreements Pharmaceuticals and Medical Aids,

Minimum 375 € co-payment required! Not allowed to be insured!!!

Dental, CAM, Glasses, Some Drugs,
Physio, etc

+ The Netherlands: Currently highest spending on health in European Union with lowest out of pocket share



The Netherlands spend over 11% of GDP on health!

+ Regulated competition – a short overview



- The **government defines** a currently very comprehensive basic benefit package in a clear way
- Former **social and private insurer operate the system** and have a duty to deliver care to patients
- The intention is that organizations compete on service and efficiency not on risk and health status
 - Provider negotiation
 - Health Service and Disease Management are key elements
- Mandatory insurance and voluntary insurance are operated by some organizations



Mandatory basic package and voluntary insurance are to highest extend integrated leading to high penetration and flexibility in public/private benefit changes



Role and organization of VHI

- 85% of insured hold VHI
 - Mainly covers extras like dental, glasses, extended physio, alternative medicine
- Reasons for high penetration
 - Basic Insurance (SHI) and Voluntary insurance are operated by same organization

Impact of political changes

- As insurer offer both business lines there are no difficulties to adopt to changes in the national benefit packages
- Book keeping differs, operations don't



Though Expenditure share in GDP is high, individual burden is extremely low due to low premium and strong employers involvement



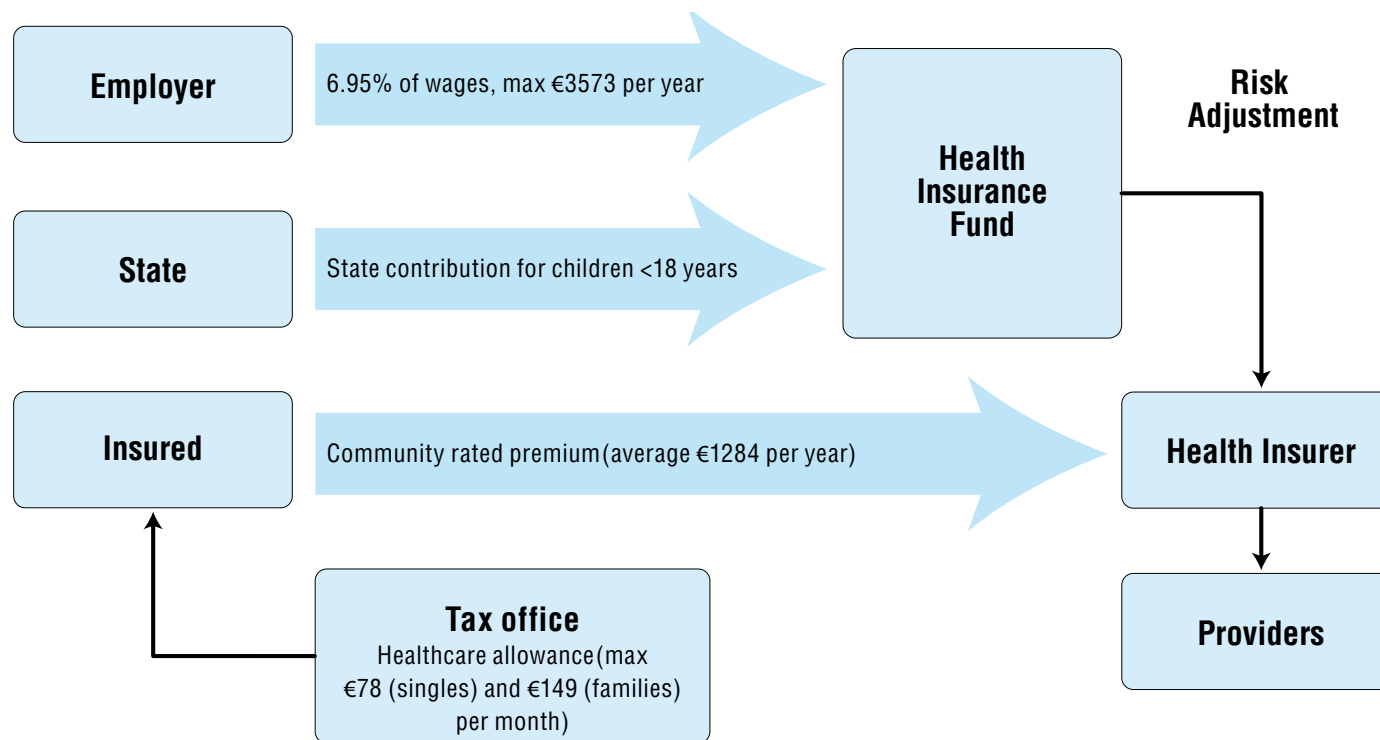
Employers Contribution	Capita fee by individuals/employee	Premium for additional VHI
6,95 % of wages	Average 1200 €/person/year	Average 313 €/year
Employers payments subject to corporate tax deduction	Tax subsidies paid to household depending in income . Government pays full premium for kids	

- The Netherlands is traditionally a strong group insurance market.
 - 68% of insured has a group contract.
 - Usually employers also offer and subsidize VHI leading to nearly 90% of group insured have VHI

+ Netherlands: Funding



Simplified depiction of financial flows under the Health Insurance Act (Zvw)



Source: Adapted from Schäfer et al., 2010.

+ Netherlands show highest extend of private operated health insurance

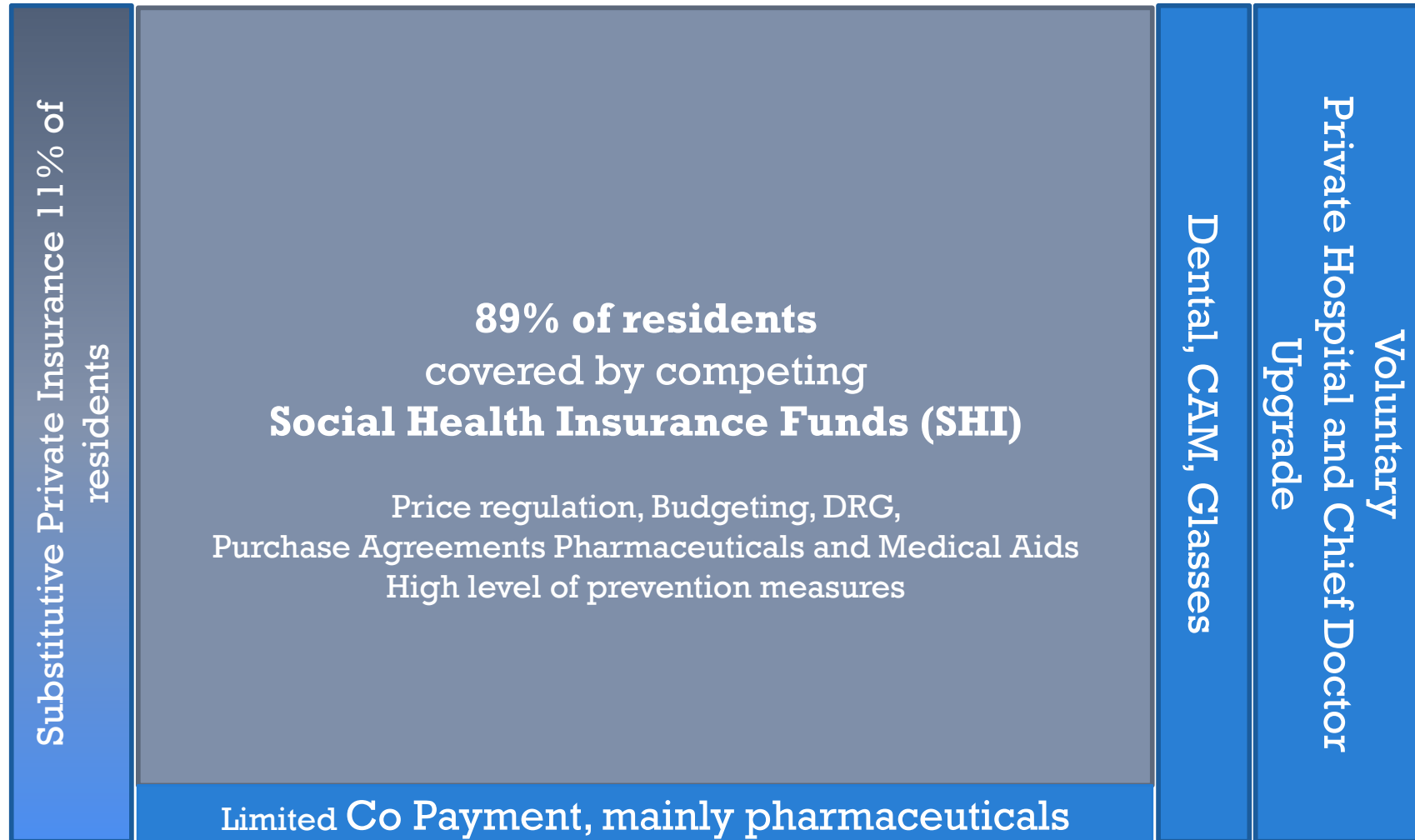


- Government sees its role in creating the level playing field for insurance operation
- Government responsible for affordability of health insurance
- Government to assure risk pooling
- Insurer compete for clients with service and efficiency
- Insurer responsible to deliver care
- Mandatory and Voluntary health insurance operationally integrated (yet different financial ledger)



Germany:

THE Origin for many of today's social health systems



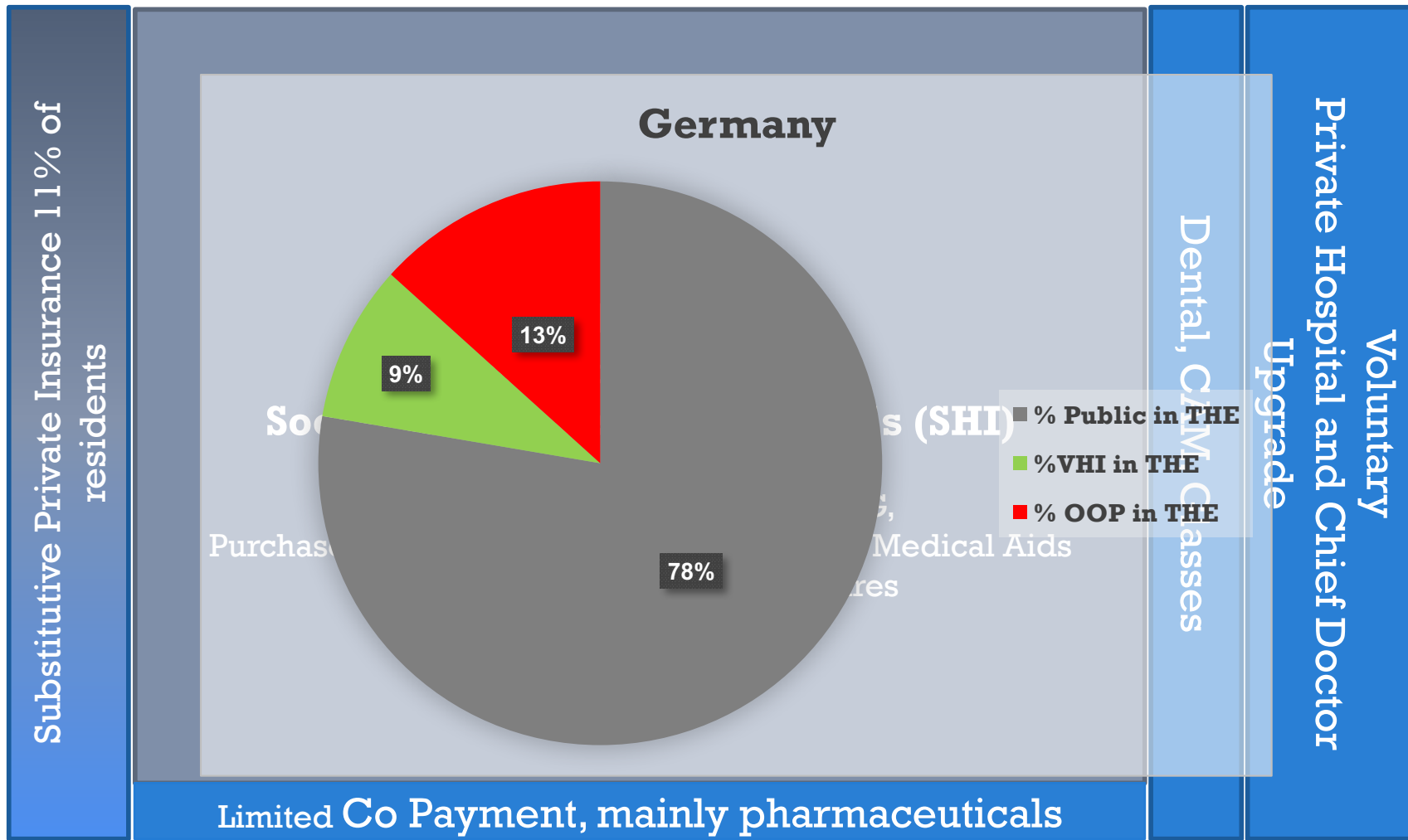


Germany:

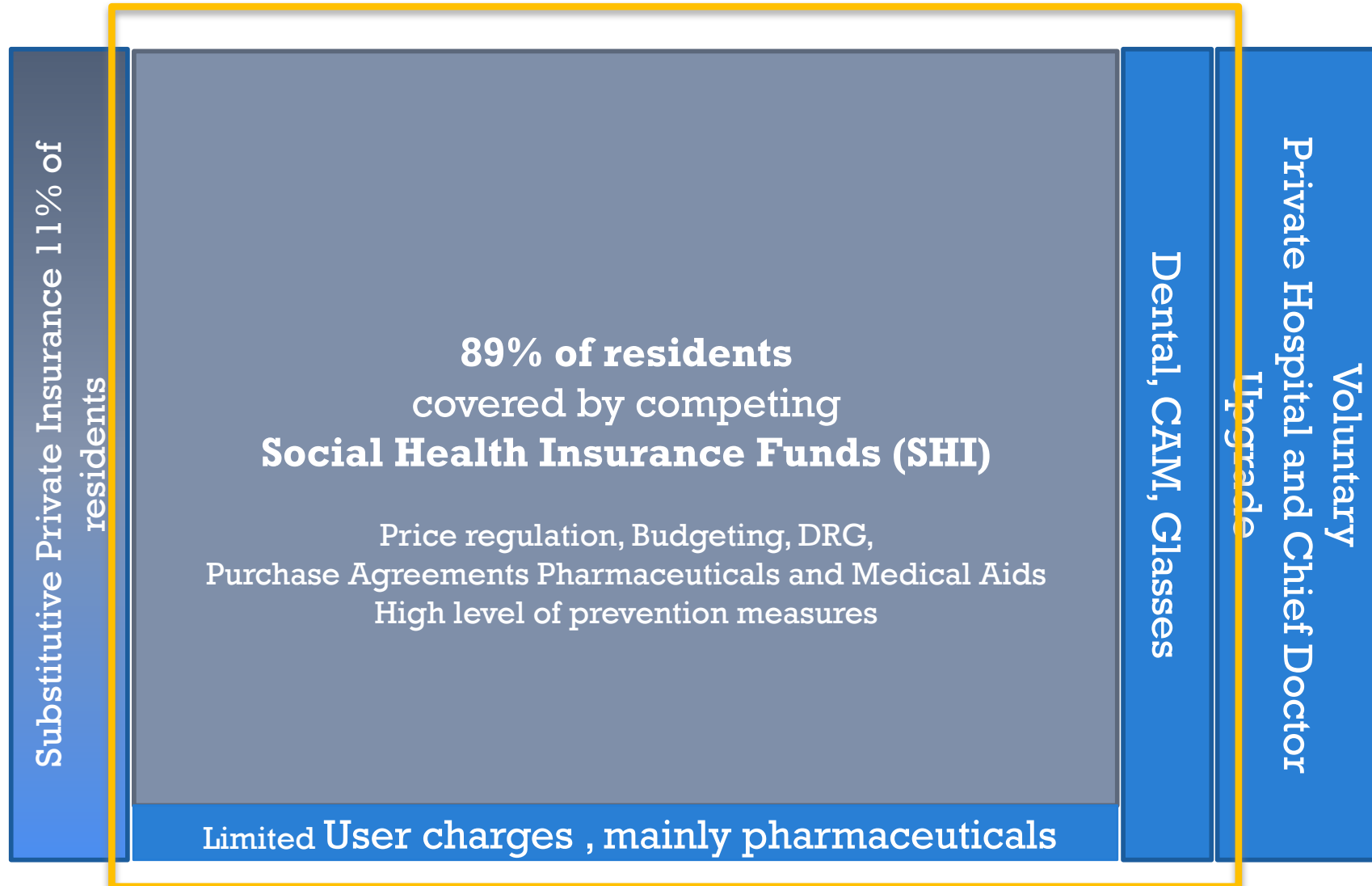
THE Origin for many of today's social health systems



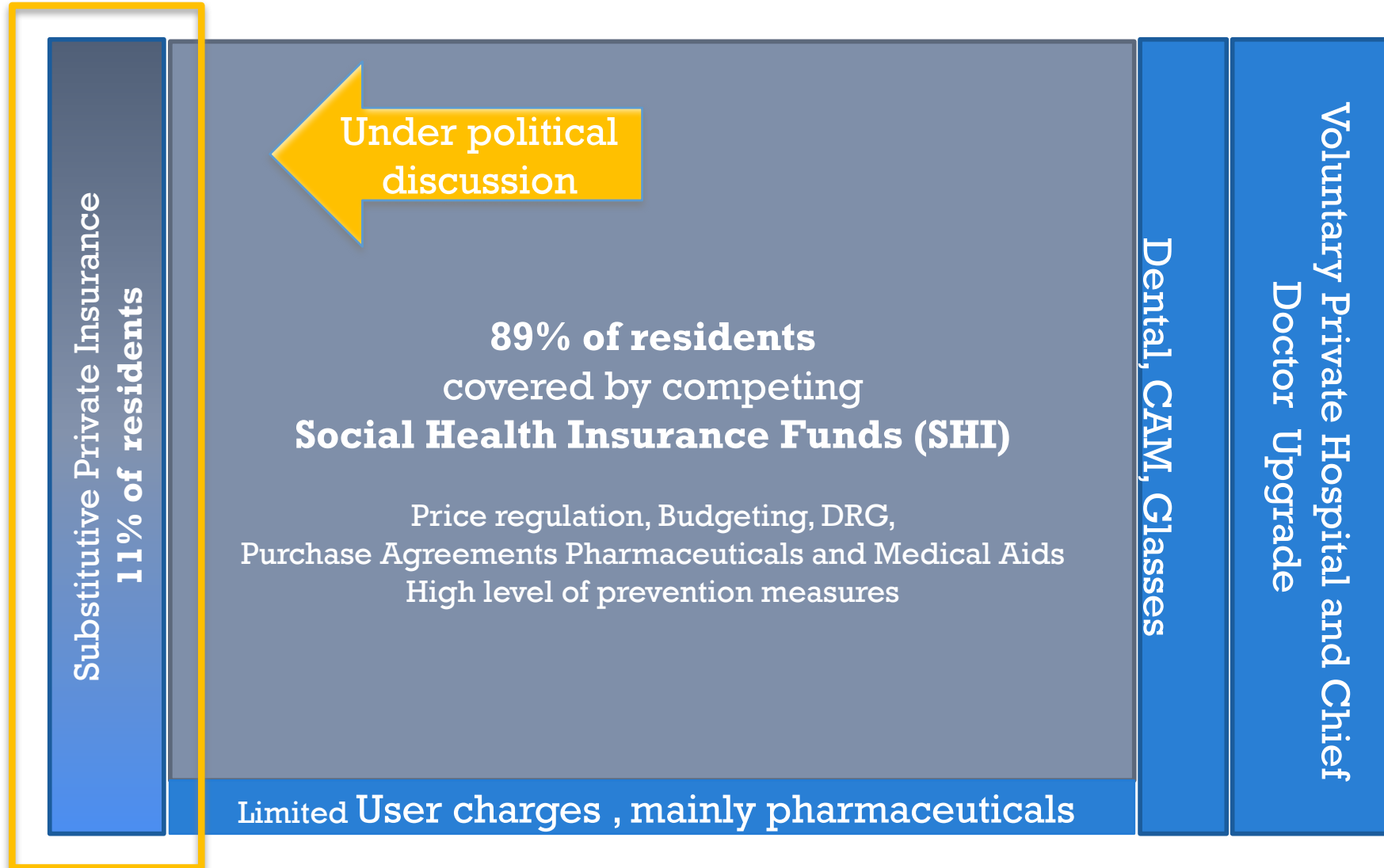
The financial news



+ SHI delivers already deep coverage and user charges are low and reduced to low risk



+ But Germany offers options for certain part of population to opt for full private insurance

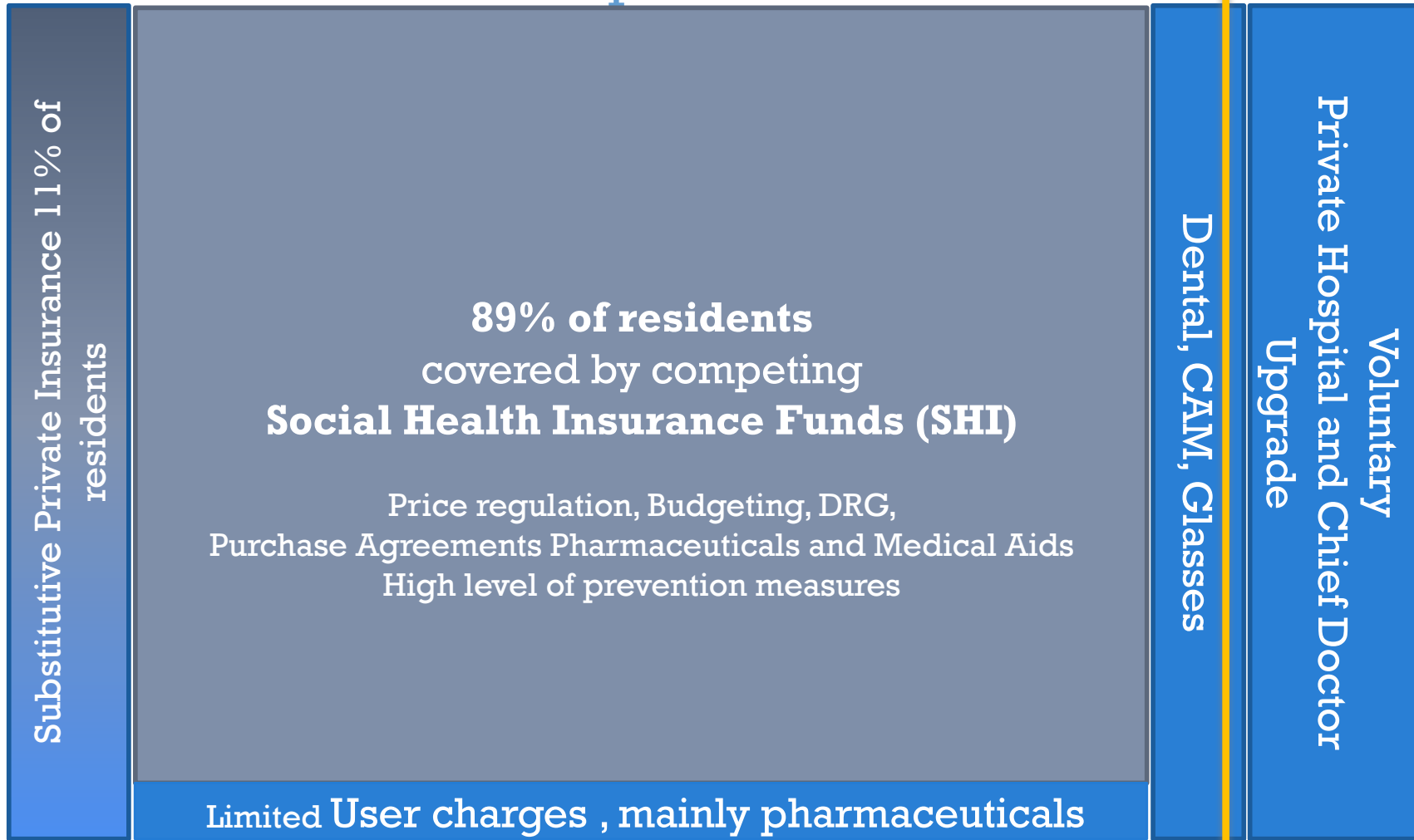




Also people can opt for the status of a private patient in the hospital covering better room and fees from the chief doctors of departments involved

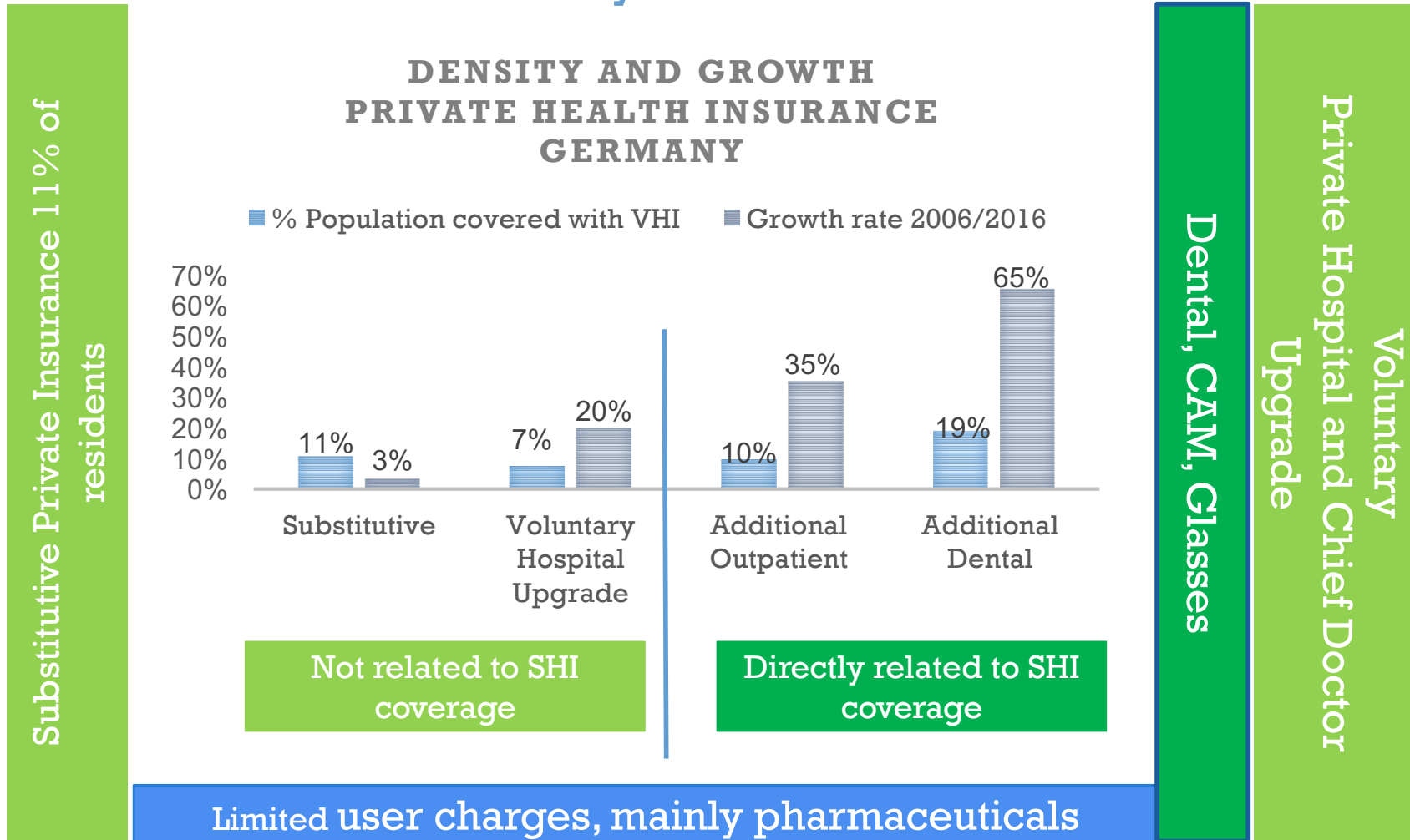


The financial news





We can see two types of VHI products depending on the overall role and see that the growth market is related to SHI voluntary add-ons



User charges are capped and usually not covered by VHI



Substitutive insurance played in the past a dominant role in German health care funding and needed to be set up in a way **NOT ALLOWED TO FAIL**



Key Product and Operational Elements

- Stand alone business
- Private operation by Mutual or Stock Companies (no difference!!)
- Unlimited (Inpatient) Cover
 - Time, diseases, treatment
- Aging Reserves to secure affordability at old age
 - Annual review of claims calculated and claims paid

Public Role

- Government fixes fee structure
 - Consumer protection!
- Government to define ways how to calculate premium always reflecting risk and cover which are subject to change
- Strong supervisory control to secure business sustainability

If people join at young age, there is no problem to afford when they are old!

+ Conclusion end
recommendation

+ Despite all three countries have strong social cover, VHI takes up an important and increasing role



- Regulation in all markets is set up to ensure market stability, consumer protection and affordable access to VHI
- In France we see that positive attitude towards VHI and active support helps to develop market
- In the Netherlands we see that integration of public and private operation makes it independent from coverage changes
- The Netherlands show that private operation in competitive environment leads to efficiency and patient satisfaction
- Due to its important role in substitutive health insurance, Germany shows most developed actuarial and regulatory environment for life - long protection and flexible adoption to changes

새 정부의 건강보험 보장성강화 정책과 과제

2017. 10. 187.

아주대학교 의과대학
허윤정

I. 환경 변화와 대응과제

한국 사회 구조적 변화 : 인구구조 변화

▶ 저출산·고령화

- ▶ 고령사회(14%) 2017년 → 초고령사회(20%) 2026년
- ▶ 생산가능인구 감소(2017년) → 총인구 감소 2030년
- ▶ 베이비붐 세대(55~66년생, 712만 명) 노인진입 시작 2020년


▶ 노인의료비 급증 → 건강보험 재정의 위기 요인

- ▶ 노인급여비 비율 38.6%(2016년) → 49.3%(2025년)

▶ 노인질환자 증가 → 의료수요 증가, 의료 특성 변화

- ▶ 연령이 증가할수록 만성질환, 복수 질환 보유

▶ Human Capital 개념에 근거한 건강의 중요성 강화


- ▶ 건강한 노령세대, 아동세대의 건강한 육성
-
- 

경제구조의 변화 : 저성장과 양극화

▶ 경제구조의 변화 개요

- ▶ 요소투입형 경제성장모델(대기업, 제조업 중심)에서, 지식기반 경제로 이행과정에서, 고용없는 성장, 대기업과 중소기업간의 격차, 저부가 가치 서비스산업(자영업) 확산, 비정규직 증가와 고용여건 악화 등 저성장과 양극화라는 부작용 증가
- ▶ 저성장 → 복지지출의 여력 감소, 미래첨단산업으로서의 기대 고조
- ▶ 양극화 → 의료보장 강화 요구와 의료빈곤층 지원 필요성 확대

▶ 사회경제적 변화를 야기하는 기타 환경변화

- ▶ 도시화(대도시화, 농어촌 공동화) : 수도권 집중, 취약지 등 의료접근성 논란
 - ▶ 가족구조 해체(핵가족화) : 간병, 요양 등 케어서비스 중요성 부각
 - ▶ 기후변화(지구온난화) : 전염병, out-break, 새로운 풍토병, 재해의료 등
-
- 

보건의료의 내적 변화 1

▶ 만성질병 중심의 질병구조 변화, 건강 불안과 개선욕구 심화

- ▶ 거시 건강지표는 200년대부터 OECD 평균을 넘어, 세계 상위권
 - ▶ 기대수명은 2007년 OECD 평균 이상, 영아사망률은 1989년 OECD 평균 추월
 - ▶ 반면 국민들이 느끼는 주관적 건강상태는 최하위, 건강에 대한 불안감이 극대
- ▶ 질병구조 급변 : 생활수준 개선, 고령화
 - ▶ 급증 : 암, 심, 뇌혈관 질환, 자살, 당뇨, 고혈압, 고지혈증
 - ▶ 증가 : 관절염, 폐쇄성질환, 알러지(천신, 아토피), 우울증
 - ▶ 감소 : 각종 전염병, B형 간염
- ▶ 미래 건강지도
 - ▶ 수명 증가, 질병을 가진 비건강인구 증가
 - ▶ 2개 이상의 복합질환을 가진 노인 인구의 증가
 - ▶ 건강에 대한 관심 증가로 개인들의 자가노력이 활성화되나, 소득계층에 따라 대응 노력도 양극화 될 위험



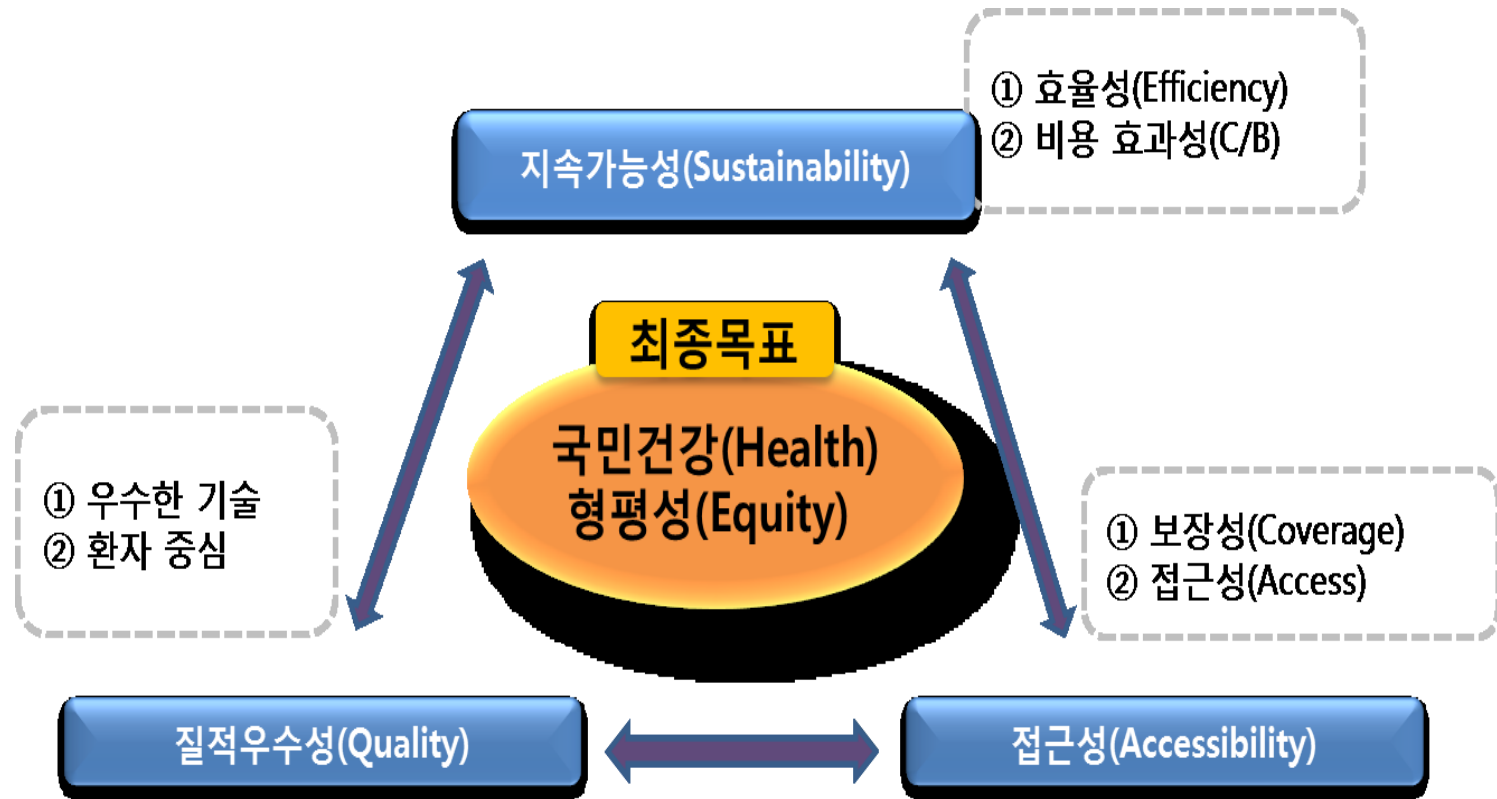
보건의료의 내적 변화 2

▶ 의료기술의 발달 : 기회와 위기

- ▶ BT, IT, NT, 융합기술 등의 발전, 새로운 패러다임의 신기술들이 도약 임계점
 - ▶ Paradigm-shift : 발전모형 이론(토마스 쿤)
- ▶ 신의료기술의 적절한 활용은 건강수명을 연장하고, 의료비를 절감할 가능성 존재
 - ▶ 질병의 예방, 조기 발견화 최소침습적 치료, 치료실적의 향상, 조기 회복 등의 기대효과 전망
- ▶ 반면, 충분한 준비와 체계적인 도입이 되지 않으면, 의료보장의 형평성 악화, 과도한 의료비 지출, 의료상업화 가속화 우려
 - ▶ 사회적 갈등과 논쟁 초래 위험



보건의료의 핵심목표와 가치의 상호대립



외적·내적 변화에 따라 제기되는 문제

▶ 보건의료의 다양한 가치의 충돌

- ▶ 건강보험, 의료급여 등의 급증에 대비한 **지속가능성 관리**
- ▶ 양극화, 의료빈곤 등에 대응한 의료보장의 **내실있는 관리**
- ▶ 새로운 기술의 효과적 도입, 산업 육성 등 보건의료의 **질적 수준 개선**
- ▶ 건강욕구 상승과 저출산·고령화, 양극화에 대응한 국민 **건강의 향상과 형평성 확보**



1. 국정과제 추진 개요

□ 추진 경과

- 국정기획자문위원회에서 201개 공약 및 국민제안 등을 기초로 100대 국정과제 선정·발표(문재인정부 국정운영 5개년 계획)

국정과제 체계도

국가비전	국민의 나라 정의로운 대한민국				
5대 국정목표	국민이 주인인정부	더불어 잘사는경제	내삶을 책임지는국가	고르게 발전하는지역	평화와 번영의 한반도
20대 국정전략	<ol style="list-style-type: none"> 1. 국민주권의 촛불 민주주의 실현 2. 소통으로 통합하는 광화문 대통령 3. 투명하고 유능한 정부 4. 권력기관의 민주적개혁 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 소득주도 성장을 위한 일자리경제 2. 활력이 넘치는 공정경제 3. 서민과 중산층을 위한 민생경제 4. 과학기술 발전이 선도하는 4차산업혁명 5. 중소벤처가 주도하는 창업과 혁신성장 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 모두가 누리는 포용적 복지국가 2. 국가가 책임지는 보육과교육 3. 국민안전과 생명을 지키는 안심사회 4. 노동존중·성평등을 포함한 차별없는 공정사회 5. 자유와 창의가 넘치는 문화국가 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 풀뿌리 민주주의를 실현하는 자치분권 2. 골고루 잘사는 균형발전 3. 사람이 돌아오는 농산어촌 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 강한안보와 책임국방 2. 남북간 화해협력과 한반도 비핵화 3. 국제협력을 주도하는 당당한외교
100대 국정과제 (487개 실천과제)	15개 과제 (71개 실천과제)	26개 과제 (129개 실천과제)	32개 과제 (163개 실천과제)	11개 과제 (53개 실천과제)	16개 과제 (71개 실천과제)

1. 국정과제 추진 개요

□ 보건복지부 국정과제

- 보건복지부 주관 국정과제는 6개*, 공동주관 국정과제는 1개**로서, 대부분 '모두가 누리는 포용적 복지국가' 전략에 포함

* 17.사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충, 42.국민의 기본생활을 보장하는 맞춤형 사회보장, 43.고령사회 대비, 건강하고 품위있는 노후생활 보장, 44.건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원, 45.의료공공성 확보 및 환자중심 의료서비스 제공, 48.미래세대 투자를 통한 저출산 극복

** 54.고부가가치 창출 미래형 신산업 발굴·육성 (산업·과기정통·국토·복지 공동주관)

- '교육·복지·노동 체계 혁신으로 인구절벽 해소'는 4대 복합과제로 선정

Ⅱ. 보건의료 주요 과제

보건의료 주요 쟁점 과제

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감
2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화
3. 의료의 공공성 강화
4. 예방적 건강관리 지원
5. 제약, 바이오, 의료기기 산업 육성
6. 국민 안전을 지키는 감염병 관리체계 구축

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

□ 공약 내용

- **(실질적인 본인부담 100만원 상한제)** 소득하위 50%까지 본인부담 상한액 100만원, 비보험 진료의 급여화
- **(비급여 축소, 건보 적용 대폭확대)** 3대 비급여(특진, 특실, 간병) 및 의료적 필요성이 인정되는 비급여의 급여화, 본인부담률 차등적용
- **(간호·간병통합서비스 확대)** 공공병원 의무화 및 민간병원 확대 지원, 간호인력 확충방안 다양화 및 재취업 활성화
- **(재난적 의료비 지원)** 입원환자 및 고액 외래진료 환자 대상, 소득수준별 차등 지원, 연간 2천만 원까지 지원
- **(민간보험)** 실손보험이 건강보험에서 받는 반사이익만큼 보험료 인하 유도
- **(건강보험 적용 확대)** 노인틀니·치과 임플란트 및 보청기, 한방 진료 등 보장 강화, 아동 입원진료비 본인부담 5%로 인하

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

□ 논의 경과(국정위 협의결과)

- 실질적 본인부담 100만원 상한제'는 건강보험 보장성 강화 및 본인부담상한제, 재난적 의료비 지원 등 종합적인 개선을 통해 달성
 - 선별급여 확대 적용(예비급여, 약제 선별급여 등), 선택진료 폐지, 1~3인실 단계적 급여화, 간호·간병서비스 확대 등 비급여 해소·관리
 - 본인부담상한제 저소득층의 상한액 인하, 재난적 의료비 지원 제도화 및 지원대상 확대, 아동(입원)·노인(틀니) 등 부담경감 등 가계부담 경감
- 민간보험은 공·사 의료보험 연계 관리를 위한 **연계법 제정 추진** 및 보험사 반사이익·손해율 실태조사 등 **국정과제에 포함**(국정위 브리핑, 6.21)
- **건강보험료 부과체계 개편, 사회보험 사각지대 해소**를 위한 자격관리·기준조정 등 연계 강화방안은 추가로 국정과제에 포함

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

참고1 건강보험 제도 개관

< 연혁 >

- (1977. 7월) 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 **의료보험 출범**
 - * 의료보험법 제정 : 1963.12월
- (1989. 7월) **전국민 건강보험 실시**(제도 시행후 12년)
 - * (1979년) 공무원·교직원→(1988년) 농어촌→(1989년) 도시지역
- (2000. 7월) **국민건강보험 통합**, 건보공단 및 심사평가원 설립
- (2003. 7월) 직장·지역 **재정 통합** 운영
- (2008. 7월) 노인장기요양보험 실시
- (2011. 1월) 4대 사회보험 징수업무를 일원화하여 건강보험공단에 위탁

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

< 제도 현황 >

□ 적용 대상 : **5,076만명**(전체 의료보장인구 5,227만명의 97.1%)

* 2016. 12월 말 기준

직장가입자	피부양자	지역가입자
1,634만명(32.2%)	2,034만명(40.1%)	1,409만명 (27.7%)
	. 직장가입자에게 주로 생계를 유지하는 자 (보험료 부담 없음)	. 직장 적용 사업장 확대 등에 따라 영세 자영자, 농어민, 은퇴자 등으로 구성

* 직장 적용사업장 : 500인이상('77) → 300인이상('79) → 5인이상('82) → 5인미만('01)

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

< 운영 체계 >

- ◆ (관리운영) 건보제도는 복지부 장관이 관장, 요양급여 및 보험료율 등 주요 정책사항은 건강보험정책심의위원회(위원장: 차관)에서 심의·의결
 - 가입자 자격관리, 보험료 부과징수, 급여 지출 등은 건강보험공단, 급여비용 심사 및 적정성 평가 등은 건강보험심사평가원에서 주관

□ 보건복지부 : 건강보험사업은 복지부장관이 맡아 주관(법 제2조)

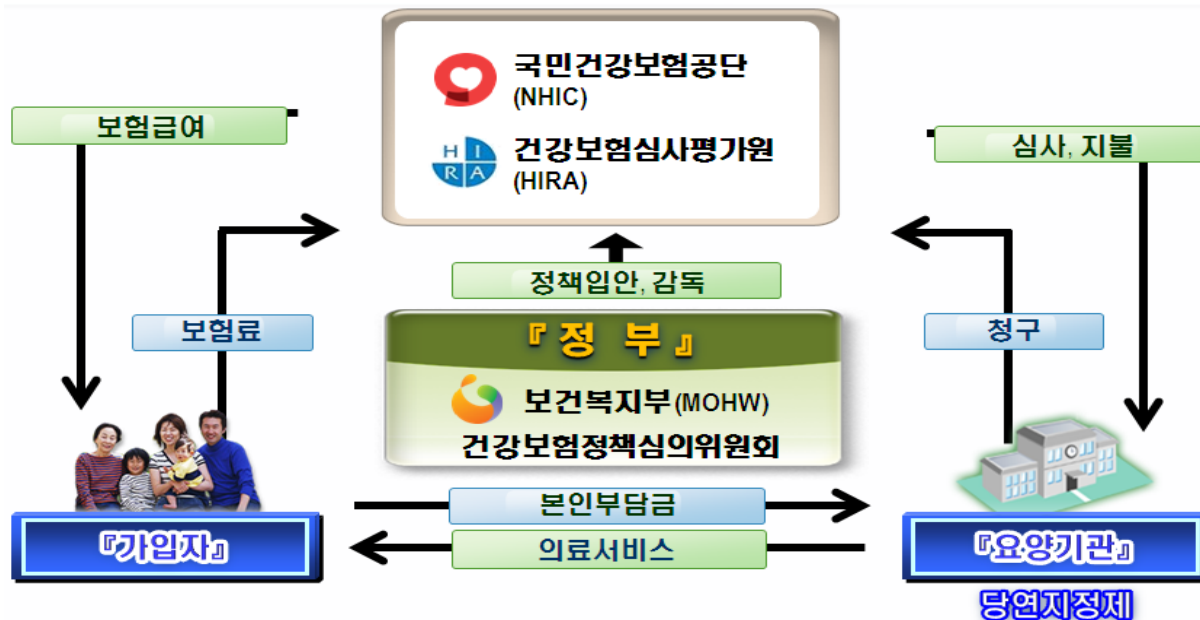
* 건강보험종합계획 수립(법 3조의2), 건강보험정책심의위원회 운영(법 4조) 등

□ 국민건강보험공단(보험자) : ①가입자·피부양자 자격관리 ②보험료 등 부과·징수 ③보험급여 관리 ④가입자·피부양자 예방사업 ⑤자산 관리·운영·증식사업 등 등(법 제14조) * 재정운영위원회 운영(법 33조) 등

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

□ 건강보험심사평가원 : ①요양급여비용 심사 ②요양급여 적정성 평가
③심사기준·평가기준 개발 등(법 제63조)

□ 요양기관 : 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술·그 밖의 치료,
예방·재활, 입원 등 요양급여(간호·이송 제외) 실시(법 제41, 42조)



1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

< 보험재정 현황 >

◆ (재원) 보험료 수입 + 국고지원(20%)

- '17년 직장가입자 보험료율 6.12% ('16년과 동일)
- 직장가입자는 보수월액에 보험료율을 곱하여 부과,
지역가입자는 소득(평가소득), 재산, 자동차를 점수화하여 부과

◆ (수지) '16년도 당기수지는 3조 856원 흑자, '17년 6,796억원 흑자 전망

- 누적적립금 ('16) 20조 656억원 → ('17) 20조 8,462억원

□ (수입) 최근 3년간 연평균 증가율은 7.1% 증가

○ 수입 증가율(%) : '14) 7.4 → '15) 8.0 → '16) 6.2 → '17e) 4.1

* 보험료율 인상 : 1.7%('14년) → 1.35%('15년) → 0.9%('16년) → 0%('17년)

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

□ 건강보험(지출) 보험급여비지출 등으로 전년 동기간 대비 9.0% 증가

○ 지출 증가율(%) : '14) 5.7 → '15) 9.8 → '16) 8.8 → '17e) 9.0

*수가 인상 : 2.36%('14년) → 2.2%('15년) → 1.99%('16년) → 2.37%('17년)

(현금흐름기준, 단위 : 억원, %)

구분		2016	2017(전망)	전년 대비 증감	
				금액	비율
수입	계	557,195	580,301	23,106	4.1%
	보험료수입	473,065	499,377	26,312	5.6%
	국고지원금	52,060	48,828	-3,232	-6.2%
	차상위지원	2,593	2,683	90	3.5%
	담배부담금	18,914	19,936	1,022	5.4%
	기타수입	10,563	9,477	-1,086	-10.3%
지출	계	526,339	573,505	47,166	9.0%
	보험급여비	510,541	555,920	45,379	8.9%
	관리운영비등	15,280	17,585	2,305	15.1%
수지	당기	30,856	6,796	-24,060	-78.0%
	누적	200,656	208,462	7,806	3.9%

* 국고지원금 : 과징금 포함 / 기타수입 : 연체금, 부당이득금, 이자수입 등

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

< 보험급여 체계 >

- **(보험급여)** 질병·부상·출산 등 진료비와 건강검진비 등 **현물급여** (98.2%)와 장애인 보장구 급여비 등 **현금급여**(1.8%)
- **(본인부담)** 입원은 진료비 총액의 20%, 외래는 요양기관 종별 30~60%(선별급여 항목은 입원 외래 관계 없이 50~80%) 차등 적용
 - 과도한 본인부담을 예방하고 중증질환에 대한 보장성 확대를 위해 **본인부담 상한제**^①와 **산정특례제도**^② 운영 중
 - * ①상한액(소득수준별로 연간 120~500만원)을 초과하는 본인부담액을 공단이 상환
 - ②암 등 중증질환(5%), 희귀 난치성 질환(10%) 본인부담 특례

1. 건강보험 보장성 강화 및 의료비 부담 경감

□ (지불제도) 행위별 수가제를 기본으로 하되, 포괄수가제 등 시행 중

- * (행위별 수가제) 의사가 하는 진찰, 검사, 처치, 입원, 약 등에 각각 가격을 매겨 놓고 행위 실시횟수에 따라 가격을 지불하는 제도
- * (포괄수가제) 치료과정이 비슷한 입원환자를 분류하여 일련의 치료행위를 모두 묶어 하나의 가격을 정하는 일종의 "입원비 정찰제"
- * 이 밖에, 일당정액제(요양병원), 성과지불제(질평가를 통한 가감지급) 등 운영

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

□ 공약 내용

- **(대형병원 외래제한 및 의뢰-회송체계 강화)** 대형병원이 중증질환, 입원진료 중심으로 운영되도록 기능별 수가구조 마련
 - 의료기관 간 환자 의뢰·회송 인센티브·페널티 도입
- **(동네의료기관 지원 강화)** 동네 의료기관이 만성질환 관리를 수행하도록 인센티브 도입, 이용자 본인부담률 감면 등
- **(보건의료인력 수급)** 종합계획 수립 및 보건의료인력지원법 제정
- **(의료인 면허체계 개편)** 환자 중심 보건의료 패러다임을 반영한 개편

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

□ 논의 경과(국정위)

- (의료체계) '의료전달체계 개선방안' 사회분과위원장 보고(6.9)
 - 다양한 이해 상충, 세부과제의 복잡성 등을 고려, 개선 필요성에 대한 대국민 메시지 개발 및 단계적 접근 필요성에 공감
 - 관련 공약은 국정과제로 추진하되, 종합 개선방안은 부내 심층검토 및 '의료전달체계 개선 협의체' 논의를 거쳐 발표 준비
- (인력 수급) 보건의료 인력 상황을 고려한 보건의료 공약 점검 토론회 개최(6.6, 사회분과위원장 주재)
- (면허체계 개편) 환자중심 보건의료 패러다임 구체화 요청(5.24, 국정위)
 - 환자의 합리적 의료기관 선택 지원을 위한 면허관리 정보시스템 구축

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

□ 향후 추진계획

○ '의료전달체계 개선방향' 마련

- 개선방향 장차관 보고, 세부 과제는 장관 주재 부내 토론회로 정리
- 그간 논의결과 및 부내검토를 토대로 권고문 작성, 토론 후 합의문 채택
 - * 개선과제 심층 검토 및 영향 분석, 권고문 발표 지원을 위해 전담조직 신설 필요

○ 보건의료인력 종합계획 수립 및 전문적·체계적 관리

- 별도 법률 제정 또는 기존법률* 개정 여부 검토, 법안 내용 정리
 - * 보건의료기본법 또는 의료법

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

3. 주요 논의 사항

- 의료기관의 **종별 기능 분화** 및 **유인구조** 마련
 - * (공급자) 건강보험 수가 조정 (이용자) 건강보험 진료비 본인부담률 차등
- **경증질환 외래 및 건강관리를 담당하는 일차의료 활성화**
- 지역사회 내 완결 가능한 양질의 입원 전문진료를 위한 **병원급 의료기관 역할 다양화 및 육성**
- **상급종합병원의 중증환자 입원진료 및 교육 연구기능 강화**
- **환자 의뢰·회송체계 및 진료정보 교류 활성화**, 소비자(환자) 대상 의료기관 **정보 제공 강화** 등을 통해 **환자 중심 의료이용체계 구축**
- **적정 인력 수급 및 유지관리**, 병상의 공공적 관리 강화 등 의료서비스 **인프라 선진화**
 - * 보건의료인력특별지원법 제정요구(보건의료인력노조)

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

4. 향후계획

- 협의체 논의 결과 및 부내 검토를 토대로 권고문 초안 작성 및 토론, 합의문 채택 (1~2회 회의)→공청회 후 권고문 발표, 후속조치 시행

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

참고3 동네의원 중심 만성질환 관리서비스 통합모형(안)

□ 추진목적

- 동네의원 중심으로 만성질환 등 관리체계를 구축하여 **일차 의료기관의 질환 관리 안내자(네비게이터) 역할 강화 필요**
 - 만성질환 수가 시범사업(비대면 지속관리 중심)와 지역사회 일차의료 시범사업(전문 교육·상담 대면 진료 강화)을 통합하여 포괄적 서비스 제공

□ 추진방향

- **의원에서 만성질환자에 대한 관리계획 수립 및 점검, 교육·상담, 지속 관찰 관리서비스, 결과평가 등 포괄적 질환 관리**
 - 보건교육·상담 등 전담인력을 활용하거나, 지역사회 자원(건강동행센터, 보건소 등)과 연계하여 생활습관 자기관리 지원할 수 있는 체계 구축

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

- 동네의원을 대상으로 복수의 단골의원*을 등록, 통합적 진료·관리

* 단골 의원 간 네트워크를 형성하고 필요시 진료·투약정보 공유하고, 만성질환 관리 대상 환자도 단골의원 등록 후 서비스 이용 가능

□ 추진일정

- 만성질환관리 통합 관리 서비스(안) 마련('17년 下.) 및 적용('18년)

* 건강보험정책심의위원회 추진방향 보고(9월) 및 수가(안) 마련

- 단골의원 등록제는 연구를 거쳐 모형 마련 후 시범적용('18년 下)

2. 지역사회 기반 환자중심 의료체계 강화

○ (지역거점확산) 지역 협진네트워크중심의 서비스 확산 지원

- '17년말까지 6개거점, 1,322개소 병의원간 정보교류 실시

* '17년6월말 현재 4개 거점, 155개소 병의원 정보교류 중

* 지역거점(분당서울대.세브란스.경북대.부산대.충남대.전남대병원)

- '19년까지 지역단위 거점을 19개소까지 확대 지원

* ('17) 6곳 → ('18)11 → ('19)19개소, '18년 예산(안) : 123.6억원

○ (인센티브) 건보수가.평가 등과 연계하여 의료기관의 참여 촉진

- (수가) 의뢰-회송 수가*와 연계하여 정보교류수가 지원방안 마련('17)

* 수가수준 : 병의원의 의뢰행위 1만원, 상급종합병원의 회송행위 4.2만원

- (평가) 의료질 평가 지표 반영, 전자의무기록시스템인증제 도입 등('19~)

3. 의료의 공공성 강화

□ 공약 내용

- (의료영리화 폐기) 재벌에게 특혜주고, 국민에게 부담주는 의료영리화 저지
- (지역 간 의료 격차 및 양극화 해소) 취약지 거점 종합병원 육성
- (의료의 공공성 강화) 공공의료기관 기능·역할 확대 및 확충, 의료취약지역 및 공공의료기관 인력확보 대책 마련, 신생아 치료시설 확보

□ 논의 경과 (국정위)

- (영리화) 의료영리화 관련 정부 입장 표명 계기 마련 필요성 논의
 - 또한, 필요 시 법령 개정을 통한 의지 표명 검토
- (공공성) 국정위 보고 결과(6.10.), 취약지 거점 종합병원 지정·육성, 취약지 의사 등 수급, 공공의료 착한 적자 보전방안 마련이 주요과제
 - 취약지역에 300병상 이상의 종합병원을 지정·신설하여 대학병원 연계·양질의 적정의료, 지역Hub기능으로 취약지 의료수준 제고

3. 의료의 공공성 강화

- **공중보건장학의제도*** 추진, 국립보건의료대학 설립 등을 검토
- * 의대, 간호대 학생에게 장학금 지급 후 취약지 의무복무, 국내외 연수기회 등 인센티브 부여
- 국정과제 외 **국립대병원 소관부처 이관**(교육부→복지부)에 대해서도 필요성 공감하여 국립대병원장 간담회 추진 (국정위, 6.21일)

3. 의료의 공공성 강화

□ (시·도) 대학병원이 권역 공공보건의를 총괄

- 대학병원은 선두적 의료를 제공하는 최상위 의료기관 역할 뿐만 아니라 권역 공공보건의를 총괄하는 공익적 역할 강화
- 거점 종합병원 등과 **EMR연동**(의료기록 상호교류), **협진, 의뢰·회송 및 교육·consulting**체계 구축하고, **의료진 파견, 감염·응급** 체계관리
- 공공의료정책 체계화 위해 **국립대병원 거버넌스 조정** (교육부→복지부)

□ (중진료권) 취약지 거점 종합병원, 지방의료원 등

- (일반진료) 우수한 거점종합병원(공공+민간) 지정·육성해 수행
 - 의료취약지 내 300병상 이상 종합병원을 지정·신설, 대학병원 연계·의료인력 순환, 지역Hub기능으로 취약지 의료수준 제고
- (필수의료) 지역 내 수요는 높으나 수익성이 낮아 민간에서 운영하기 어려운 영역(노인, 모자, 장애인 등)은 지방의료원 등이 특화

※ RI(자체의료충족률), 인구수, 지역간 거리 등을 감안하여, 56개 중진료권을 도출하였고, 이중 일정수준의 종합병원이 없는 25개 권역의 사망률이 높은 것으로 확인(서울대, 2016), 지역 관계전문가 의견을 수렴하여 최종 취약지 도출 필요

3. 의료의 공공성 강화

- (시·군·구) 보건소 등을 지방의료원과 연계하여 1차의료 내실화 등
 - 또한, 공공의료기관과 시·군·구(읍·면·동)청 간 공공의료복지연계망 운영, 장애인·저소득·노인 등 취약계층의 원활한 의료이용 지원

4. 예방적 건강관리 지원

□ 공약 내용

- 방문건강관리 사업을 독거 노인 중심에서 **노인 가구 등 취약계층**으로 확대(110만 →373만 가구)하고, **찾아가는 보건복지서비스** 강화를 위해 **건강생활지원센터 인프라 및 인력 확충**

* 담배세 인상분 중 개별소비세와 건강증진기금을 적극 활용하여 저소득층 금연사업 및 근로자·학생·교직원·군인 등을 위한 건강증진사업에 집중 투자

- 정신건강 서비스 전달체계*를 기반으로 **지역사회 중심 예방-사회복귀-인식 개선의 선순환**이 이루어지는 **정신건강 증진체계 강화**

* 정신의료기관, 정신요양·재활시설, 정신건강증진센터 및 중독관리센터 등

4. 예방적 건강관리 지원

□ 논의 경과

- 지역사회 중심 건강증진사업을 추진하여 왔으나, **현행 서비스 인프라로는 대상자 추가 확충이나 격차 해소에 한계**
 - **전담 공무원**을 신규 충원하여 지역사회에서 **상시적이고 안정적인 서비스**가 이루어질 수 있도록 **기반 확충 필요** (5.31, 6.8 국정위 보고)
- **정신건강도 보건-복지서비스 연계**라는 관점에서 접근하고, 정신건강 문제에 대한 **적극적 정책 개입**을 위해 **국정과제에 추가**
 - * 국제기준(UN)에 따라 입원 판정 절차를 강화한 「정신건강복지법」 시행(5.30)

4. 예방적 건강관리 지원

□ 향후 검토사항

- 건강증진사업의 확대 및 건강증진기금 지속가능성 확보를 위해서 담뱃값 인상으로 인한 개별소비세 재원의 기금 편입(연 1.6조원) 필요
- 지역사회 건강관리 체계 구축을 위해 간호·보건직 공무원(6,121명), 정신건강 전문인력(2천명) 충원, 건강생활지원센터(229개소) 확충
- 정신건강, 자살, 중독 등 관련 국민들의 수요에 적극적으로 대응할 수 있도록 부내 전담조직·인력 확대

* 10만명당 자살률이 26.5명으로 OECD 평균(12명)의 2배 수준, 12년째 1위

4. 예방적 건강관리 지원

참고2 (공약) 지역보건인프라 확충 세부 계획

□ 찾아가는 보건복지서비스 연계 강화

- (방문건강관리) 지역전담제로 서비스가 제공되도록 읍면동 맞춤형복지팀에 1명, 시군구 차원에서 기획·지원할 수 있도록 4명을 보건소에 배치 ⇨ **간호직 공무원 4,518명** 단계적 확충
- (건강생활지원센터) 일부 지역(53개소)에 한정된 건강생활지원센터를 전국으로 확충(229개소)하고, 개소 당 7명의 전담인력 배치 ⇨ **간호·보건직 공무원 1,603명** 단계적 확충
 - * 보건소의 여러 기능(진료, 의약무행정, 건강증진 등) 중 지역의 취약계층을 주요 대상으로 하여 건강증진 사업을 특화하여 추진하는 보건소 하부 기관
- (정신건강) 정신건강복지센터를 중심으로 보건-복지서비스 연계 제공, 1인당 **현행 75명에서 25명** 수준으로 관리할 수 있도록 센터 당 10명 배치 ⇨ **정신건강 전문인력 2천명** 단계적 확충

5. 제약 · 바이오 · 의료기기 산업 육성

□ 공약 내용

- 제약·바이오·의료기기 중장기 종합계획 설정, 보험약가 결정구조 개선, 신약개발 생태계 조성 및 한의약·치의약 산업 육성

□ 논의 경과

- (추진 체계) ① 신산업육성*(경제2분과, 산업부 총괄) 분야에 포함하고, ② 제약·바이오·의료기기 육성은 복지부가 주관부처**로 결정

* 친환경 스마트카 육성, 융복합 테스트베드 구축, 제약·바이오·의료기기, 자율협력주행시스템, 드론산업, 국가표준·인증 혁신 등

** 복지부 주관, 미래부·산업부·식약처 협조

- 보건의료 R&D 확대는 '의료 공공성 확보 및 환자중심 의료서비스 제공'(사회-6)의 실천과제*로 추진

* 공공백신 개발, 감염병 위기대응능력 강화 및 취약계층 돌봄·재활 등 공익적 가치 중심 의료 연구기반 확대

5. 제약 · 바이오 · 의료기기 산업 육성

- (주요 이행계획) 보건 의료 빅데이터 연계·활용 추진전략('17.8월), 보건 의료 R&D 중장기 투자계획('17.12월), 제약·의료기기·화장품 산업 발전 종합계획 수립('17.12월)
 - 오픈 이노베이션 기반 신약개발 R&D 협력 네트워크 강화('17~'22), 글로벌 혁신 신약에 대한 약가개선 등 보험약가 결정구조 개선, 한의약·치약 R&D 투자 및 관련 인프라 지원 확대
 - 바이오헬스 산업 활성화를 위해 연구중심병원, 의료창업, 첨단의료복합단지(대구·오송) 운영 활성화, 화장품·의료기기 산업 및 의료해외진출·외국인환자유치 등 추진

□ 향후 검토 사항

- 4차 산업혁명 위원회에 제약·바이오·의료기기 산업 육성이 포함되도록 분과위원회 설치 등 협의 필요(미래부)

5. 제약 · 바이오 · 의료기기 산업 육성

- (빅데이터) 보건의료 빅데이터 연계·활용 추진전략 수립('17. 8월) 및 정보공유 및 활용 확대를 위한 데이터 공유 플랫폼 구축('18~)
- (바이오헬스 생태계) 산·학·연·병 네트워크 구성, 혁신 의료기술 개발 투자 확대, 의료 창업* 촉진 및 첨단의료복합단지 운영 활성화

* 의약품·의료기기 등 기술거래·기술평가·창업컨설팅 등 전 주기 지원체계 신설

□ (의료기기) 로봇, 인공지능(AI), 3D프린팅, 사물인터넷(IoT) 등 유망분야에 대한 기술개발·임상시험 비용지원 확대

- (제도 개선) 「의료기기산업육성법」 제정*, 허가·신의료기술·보험등재 등 제도개선 추진**, 의료기기 산업 발전 종합계획 마련('17. 12월)

* (주요내용) 5년 단위 범부처 종합발전계획 수립, 혁신형 의료기기 기업제도 도입, R&D투자 및 해외진출 지원 등 산업육성 법적 기반 마련

** 「의료기기산업 종합지원센터」를 통해 컨설팅 제공, 제도개선사항 지속 발굴

□ (화장품) 항노화 등 기능성 화장품 개발, 수출 지원, 제도 개선 등 화장품 산업 육성 종합계획 수립('17. 12월)

6. 국민 안전을 지키는 감염병 관리체계 구축

□ 공약 내용

○ 방역체계 강화를 통해 제2의 메르스 사태 방지

* 중앙·권역 감염병 전문병원 건립, 질병관리본부 조직육성(역학조사관 충원) 및 전문성·독립성 보장, 질병관리본부 감염병대응센터 설치(지역별 설치)

6. 국민 안전을 지키는 감염병 관리체계 구축

□ 향후 추진계획

○ '23년까지 중앙·권역 감염병 전문병원 6개소 단계적 설치

- '17.2월, 국립중앙의료원을 중앙 감염병 전문병원으로 지정, '22년 개원을 목표로 설립 추진(100병상 규모, 총사업비 약 2,700억원)
- '23년까지 **충부/영남/호남**(36병상 규모, 개소당 약 460억원), **제주/인천**(25병상 규모, 개소당 410억 규모) **권역 감염병 전문병원 단계적 확충**

* '21년 1개소, '22년 2개소, '23년 2개소 설치

○ 질병관리청 승격 및 지역 감염병 대응본부 설치

- **감염병 위기 발생 시, 효율적 자원동원, 관계부처·지자체 협조 등을 통한 신속대응을 위해 질병관리청 신설* 및 위상 강화 추진**

* 정춘숙(민주당, 복지위), 「정부조직법」 개정안 발의('17.06.27.)

- 감염병의 확산 방지 및 **일사불란한 대응체계 구축을 위해 질병관리청 직속 지역 감염병 대응본부**(6개 권역) 설치 추진

6. 국민 안전을 지키는 감염병 관리체계 구축

참고2 국회 메르스 특위 활동결과보고서 8대 정책제언('15.8월)

1. 감염병 관련 조직의 위상 및 역량 강화

- 질병관리본부를 독립적 보건담당부처인 질병관리청의 격상
- 보건부를 분리, 신설하거나 보건복지부에 복수차관제 도입 검토
- 부처간, 국가-지자체 및 교육청 간 정부공유 및 의사전달체계 마련

2. 신종감염병 대응 관련 범정부 종합계획 수립

- 상시적 신종감염병 전담 조직을 정부 조직내 구축

3. 범정부 방역관리 대응 매뉴얼 작성 및 교육·훈련 실시

- 현 매뉴얼의 전면 개편 및 지속적 업데이트 필요

4. 감염병 확산 초기 단계부터 적극적 현장조치 추진 방안 마련

6. 국민 안전을 지키는 감염병 관리체계 구축

5. 감염병 예방관리 연구개발 강화, 인프라 확충, 국제공조체제 구축

- 공공병원 역할 설정, 감염병 연구병원과 권역별 전문공공병원 설립, 보건소 인력 등 지원확대, 진단장비, 음압시설 등 인프라 투자
- 감염관련 보건의료 R&D 투자 확대, 관련 전문인력 양성
- WHO 등과 네트워크 구축 및 상시 모니터링 체계 구축

6. 의료전달체계와 의료이용 문화 개선

- 신규병원 설립 요건 제한, 병원-의원 등 전달체계간 기능분화 유도
- 포괄간호서비스 확대 등을 통해 병동 방문을 줄이는 문화 조성

7. 메르스 사태로 인한 경제적 손실에 대한 국가책임 강화

8. 국무총리 직속 '범정부 감염병 대책위원회' 설치 권고

2. 주요 내용

1) 의료비 부담 경감 및 보건의료체계 구축

□ 의료비 부담 경감 및 건강보험료 부과체계 개편 (상세내용 11쪽 참조)

○ (비급여 해소) 치료에 필요한 비급여에 대한 건강보험 적용* 및 3대 비급여 해소를 통해 국민 의료비 부담 경감

* 우선 예비급여로 적용, 향후 평가 결과에 따라 급여 여부 검토

- 선택진료(특진) 폐지 및 상급병실(1~3인실) 건강보험 적용, 간호·간병서비스는 10만 병상까지 확대하고 간호인력 수급 개선과 연계 추진

○ (가계부담 경감) 소득하위 50%를 중심으로 본인부담상한액을 낮추고, 재난적 의료비 지원은 확대(4대 중증질환 → 모든 질환)

- 아동 입원진료비(본인부담 5%), 중증치매(본인부담 10%) 등 아동·노인·여성에 대한 의료비 부담 완화

○ (건강보험료 부과체계 개편) 평가소득 폐지, 보수 외 고소득 직장인 보험료 부담 강화, 피부양자 단계적 축소 등 추진

2. 주요 내용

□ 예방적 건강관리 및 감염병 관리 강화

- (예방적 건강관리) 40대 이상 진단 바우처 도입, 초·중·고 독감 예방접종 국가 지원 확대
 - 정신건강 관련 서비스 전달체계를 개편하고 전문 인력 충원과 근무조건 개선, 자살 예방 및 생명존중 문화 확산
- (감염병 관리체계) '22년까지 고위험 감염병 및 원인미상 질환 대응을 위한 시설·장비·인력을 갖춘 중앙·권역별 **감염병 전문병원** 설치

□ 의료의 공공성 강화

- (지역사회기반 의료체계) 1차 의료기관과 대형병원의 기능 정립을 위한 의료전달체계 확립 및 이를 유도할 수 있는 **수가 개편방안** 마련
 - * 1차 의료기관(동네의원 중심)은 만성질환 관리, 대형병원은 중증질환 및 입원진료
 - **환자 의뢰-회송 체계 활성화**(대상의료기관 확대, 수가 조정 등) 및 진료권역별 정보 교류시스템 구축

2. 주요 내용

□ 의료의 공공성 강화

- **(지역사회기반 의료체계) 1차 의료기관과 대형병원의 기능 정립을 위한 의료전달체계 확립 및 이를 유도할 수 있는 수가 개편방안 마련**
 - * 1차 의료기관(동네의원 중심)은 만성질환 관리, 대형병원은 중증질환 및 입원진료
 - **환자 의뢰-회송 체계 활성화**(대상의료기관 확대, 수가 조정 등) 및 진료권역별 정보 교류시스템 구축
- **(의료격차 해소) 의료 취약지에 300병상 이상 거점 종합병원을 확충(~'22) 하여 취약지 의료 수준 제고**
 - 공중보건장학제도 시범사업 실시('19) 및 취약지 공공의료기관 의사 파견지원 확대
- **(의료 공공성 강화) '22년까지 응급의료전용헬기, 소아 전문응급센터 및 재활병원 확대,**
 - 전국에 권역외상센터를 확대하고 심혈관센터 지정·설립하는 등 환자 중심 응급의료체계 구축

2. 주요 내용

- (공익적 의료 R&D) 치매 예방·진단, 백신 주권확보를 위한 공공백신 개발인프라 조성, 방역연계 감염병 R&D, 환자안전 연구 등 추진

□ 제약·바이오·의료기기 산업 육성

- (보건산업 육성) 신약·첨단의료기기 기술 개발, 규제 개선, 시장 진출과 창업을 집중 지원하여 양질의 일자리 창출
- (첨단의료 기반 강화) 4차 산업혁명의 핵심인 정밀·재생의료 기술개발 기반 조성, 보건의료 빅데이터 추진전략 수립(9월)
- (인프라) 한의약·치의약 산업 육성, 첨단의료복합단지(대구·오송), 연구중심병원을 활용한 글로벌 신약·의료기기 개발 지원 강화

Ⅲ. 건강보험 보장성 강화 대책

3. 건강보험 보장성 강화 대책

1) 추진배경

○ 건강보험 적용 확대 추진에도 불구하고 보장률*은 60% 수준에서 정체

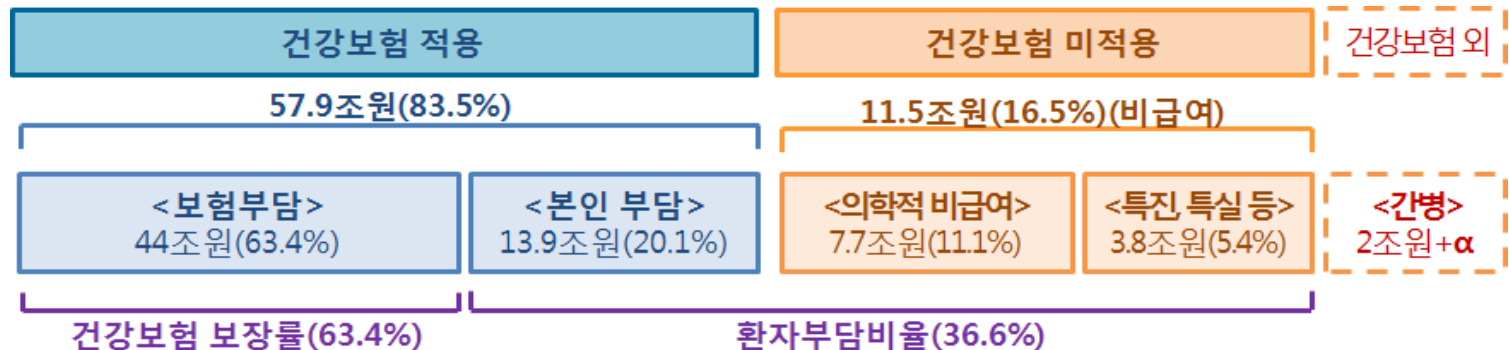
* ('08) 62.6% → ('11) 63.0% → ('15) 63.4% / OECD 평균 80% 수준

- 건강보험 적용 확대 효과를 상쇄하는 빠른 속도의 비급여 증가와 불충분한 재정 투입이 보장률 정체의 원인

<의료비 현황>

○ 총 의료비는 69.4조원, 간병포함 건강보험 미적용 의료비 13.5조원('15년)

- 이 중 건강보험 적용이 필요한 의료비는 미용·성형 등을 제외하고 간병포함 12.1조 규모



3. 건강보험 보장성 강화 대책

- 건강보험 적용항목도 본인부담이 높은 수준(입원 20%, 외래 30 ~ 60%)이며, 질환 간 형평성 문제도 발생(암 5%, 희귀난치질환 10%)
- 연간 개인 부담 상한액을 설정하고 있으나(120 ~ 500만원, 소득별 7단계), 여전히 저소득층에게는 큰 부담
 - 보완적 제도인 재난적 의료비 지원은 대상자 한정(4대 중증), 금년 종료
 - ⇒ 건강보험의 보장 수준을 획기적으로 높여 의료사각지대를 해소하고 국민이 체감할 수 있는 보장성 강화 필요

3. 건강보험 보장성 강화 대책

2) 주요내용

- ◆ (비급여 축소 → 해소) 기존 대책과 달리 의학적으로 필요한 비급여를 전면 급여화하는 보장성 강화 패러다임의 근본적 변화 추진
- ◆ (다층적 보장체계) 2중·3중의 보장강화 대책을 통해 건강보험의 사회안전망으로서 역할을 강화하고, 의료비로 인한 가계파탄을 원천 차단

목표 : 병원비 걱정 없는 든든한 나라



3. 건강보험 보장성 강화 대책

□ 치료에 필요한 모든 비급여는 건강보험 편입 : 예비급여 도입

○ (예비급여) 의학적 비급여*(미용·성형 등 제외)는 비용·효과성이 충분하지 않아도 예비적으로 건강보험 우선 적용, 평가(3~5년) 후 지속여부 결정

* (행위·치료재료) 약 3,800여개, (약제 기준비급여) 약 400여개 항목('17.6월 기준)

- 약제*는 약가협상 절차가 필요한 점 등을 고려하여 선별급여 도입

○ (사후관리) 평가를 통해 안전성이 없거나, 유효성이 현저히 떨어지는 경우 건강보험에서 퇴출 방안 마련*(실손보험 보장범위에서도 제외 권고)

* 의료법을 개정하여 사용불필요 권고 또는 사용금지 근거 마련(한국보건 의료연구원 평가)

□ 국민 부담이 큰 3대 비급여의 실질적 해소

○ (선택진료) 선택진료(특진 의사 약 5천명) 완전 폐지('18)하고, 이에 상응하는 적정 수가 보상

3. 건강보험 보장성 강화 대책

- (상급병실) 2~3인실 건강보험 적용('18), 1인실은 필요한 경우*에 건강보험 적용('19)

* 중증 호흡기 질환자, 산모 등

- (간호·간병) '22년 10만 병상까지 확대(現 2.3만 병상)하여 간병수요가 있는 환자에게 충분히 혜택 제공

□ 새로운 비급여 발생 차단 및 관리 강화

- (신포괄수가*) 적용 의료기관 대폭 확대(공공기관 42개→민간포함 200개 이상)
 - * 559개 질병군에 대해 입원 시 발생한 입원료·검사·처치 등 대부분의 의료행위(비급여 포함)를 묶어서 미리 가격을 정하는 제도로 비급여 관리에 효과적
 - * 신포괄수가 적용 의료기관의 비급여 수준(7.9%)은 未적용기관(17.1%)의 절반 이하
- (비급여 관리 강화) 공·사의료보험 연계법 제정, 비급여 실태조사 및 비급여 진료비용 공개 확대 등

3. 건강보험 보장성 강화 대책

□ 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화

- (노인) 중증 치매환자 산정특례 적용(부담률 20~60→10%, '17), 틀니('17)·임플란트('18) 부담률 완화(50→30%), 노인 외래 정액제 개선*('18)
 - * 총 진료비가 1만5천원 이하인 경우 정액(1,500원)만 부담하나 초과시 30% 부담
→ 경감구간을 추가하여 정률제 방식으로 개편(예:2만원 이하 10%, 2.5만원 이하 20%)
- (아동) 15세 이하 입원진료비 부담률 인하(10~20→5%, '17)
- (여성) 난임 시술('17) 및 부인과 초음파('18) 건강보험 적용

3. 건강보험 보장성 강화 대책

□ 의료비 부담 상한액 및 적정관리 및 제도 간 연계 강화

- (본인부담 상한제 개선) 소득하위 50%의 연간부담상한액을 연소득 10% 수준으로 인하('18)하여 소득수준에 비례한 본인부담상한 설정

* (1분위) 120→80만원, (2~3분위) 150→100만원, (4~5분위) 200→150만원

- 요양병원 장기 입원자는 의료이용 남용 방지를 위해 별도 기준 마련

- (재난적 의료비 지원 제도화) 4대 중증질환자 저소득 가구에 한정하던 것을 질환구분 없이 소득하위 50%까지 최대 2천만원 지원('18)

* 예비급여·비급여도 지원 대상에 포함하여 본인부담상한제 보완

- 복권기금, 민간기부금 등 다양한 재원의 안정적 확보 필요

- (복지제도 연계 강화) 공공병원·대형병원 등에 사회복지팀을 설치하여 위기환자 발굴 및 지원 강화, 퇴원 시에도 지역사회 복지체계와 연계

3. 건강보험 보장성 강화 대책

3) 향후 계획

- 국민건강보험법 시행령 개정(본인부담 완화, 본인부담상한제 개선, 하반기)
- 법률 제정(재난적 의료비 지원법, 공·사 의료보험 연계법) 국회 논의 추진(하반기)

IV. 공·사보험 연계 과제

국정기획자문위원회 “민간 실손보험료 인하 유도” 발표(6.21)

- 복지부·금융위 등 관계부처와 4차례 협의를 거쳐 건강-민간의료보험 연계법 제정, 실손보험료 인하 유도 등 이행방안 마련



국정기획자문위원회 “민간 실손보험료 인하 유도” 발표(6.21)

<국정기획위원회 발표내용(6.21)>

- 「(가칭) 건강보험과 민간보험 연계법」 연 내 제정 추진
 - **실손보험료 인하 유도**
 - ① 공·사보험 정책협의체 구성
 - ② 손해율 산정방식 표준화, 공·사의료보험 상호작용, 비급여 실태, 실손 손해율 현황 분석, 손해율 하락효과(반사이익) 통계적 산출·검증
 - ③ '18년 상반기, 추정된 통계에 기반하여 실손보험료 인하 유도
 - '18년 폐지 예정이던 **실손보험료 조정폭 규제**를 **±25%로 강화**
 - 실손 가입여부에 관계없이 적정 진료, 실손 가입자-비가입자 간 **급격한 차이가 나는 진료항목 공개** 등 방안 마련
 - 노후실손, 유병자 실손 등 활성화를 통해 실손의료보험 사각지대 해소, 끼워팔기 금지, 온라인 실손보험 확산
 - 병원급 비급여 공개 확대, 진료비 세부내역서 표준서식 확산, 손해율, 보험료 비교공시 확대 등 소비자 알 권리 강화
-



「공·사의료보험개선팀」 구성(6.21)·운영

- '건강보험과 민간의료보험 정책을 연계한 실손 보험료 인하 유도' 공약이행을 위해 복지부, 공단, 심평원, 보사연 등 참여
 - 공단, 심평원, 민간전문가 등이 참여한 3차례 협의를 거쳐 공·사 의료보험 개선과제, 정책협의체 구성 및 「국민건강보험과 민간의료보험 연계에 관한 법률」(안) 마련
 - * 1차회의(6.21) : 공단·심평원 업무 분담, 쟁점 및 향후 추진계획 논의
 - * 2차회의(6.30) : 반사이익·손해율 실태조사 방안, 연계법 초안 검토
 - * 3차회의(8.4) : 실태조사 실시 방안, 연계법률안 검토, 실손보험 상품 개편
-



V. 공·사의료보험 상생방안



실손보험 보험료 인하 추진

- 건강보험 보장성 강화에 따른 **민간실손보험의 반사이익 만큼 보험료를 인하**하는 시스템 마련
 - 실손보험의 손해율 산정방식 표준화 및 비교·공시 확대
 - 공·사의료보험 상호작용, 비급여 실태 등에 대한 실태조사를 통해 민간 의료보험의 **반사이익에 대한 정교한 조사체계** 마련
 - 계측 또는 확인된 반사이익에 대한 **실손보험료 인하 유도 방안 마련**
 - 금감원에서 **주기적 감리** 실시, 보험료의 적정성을 점검하고 보험업법위반사항 적발·**사후관리 강화**('18년~)
-



실손보험 상품 개편

- 민간보험의 과도한 보장으로 인해 지나친 의료 이용이 유발되지 않도록 **실손보험의 보장범위를 합리적으로 조정**
 - 건강보험 본인부담금에 대한 **실손보험의 보장범위를 축소하는 방안 검토**
 - 본인부담은 도덕적 해이 방지를 위한 건보의 장치이나, 실손보험이 본인부담을 90~100%까지 지원하고 있어 도덕적 해이 방지 효과 무력화



비급여 관리 강화

- **의학적 비급여는 급여로 전환**하고 실손보험 정보 연계를 통해 비급여 모니터링 체계 확대
 - **의학적 비급여**는 원칙적으로 **급여화**하고 비용·효과성이 부족한 경우 **예비급여**로 우선 지정·관리
 - 실손보험사 정보까지 포함하여 **비급여 실태조사 체계 확대**
 - **진료비 표준서식** 마련·확산
 - 의료기관별로 다양하게 사용되는 '비급여 의료행위'를 국민이 알기 쉽게 **표준화**하고 모든 병원급 의료기관의 **비급여 공개 확대**
 - 실손보험 가입자, 비가입자 간 **진료 차이가 큰 항목 공개** 및 의료계 자율 가이드라인 마련
-



의료 소비자 권익 강화

- 실손의료보험 사각지대 해소, 끼워팔기 금지, 정보 공개 확대로 **소비자의 선택권 강화**
 - 실손의료보험 사각지대 해소
 - 실손의료보험 끼워팔기 금지('18.4월)
 - 보험료가 저렴한 온라인 실손의료보험 확산
 - 소비자의 실질적 선택을 위한 정보 제공 확대



복지부-금융위 공동 관리

- 불필요한 의료비 상승 억제를 위한 건강보험-민간보험 연계를 위해 **복지부-금융위 공동 관리 강화 (법 제정 추진)**
- 건강보험과 민간의료보험 **정책 협의체(위원회) 구성. 운영**
 - 공.사보험 상호영향, 반사이익, 손해율 등 **실태조사 실시**
 - **비급여** 모니터링 체계 확대 및 **개선방안 논의**
 - **보험상품** 관련 정책 논의



건강보험 보장성 강화 -지속가능성 제고

- 건강보험과 민간의료보험의 선순환을 위한 상생방안 연구



Good Luck

yunjungheo@naver.com

우리나라 공사건강보험의 효과적인 협력 방안

이태열 선임연구위원

국제보험산업 심포지엄
2017.10.18(수)

목차

- I. 문재인케어
- II. 문재인케어 평가
- III. 공사 협력

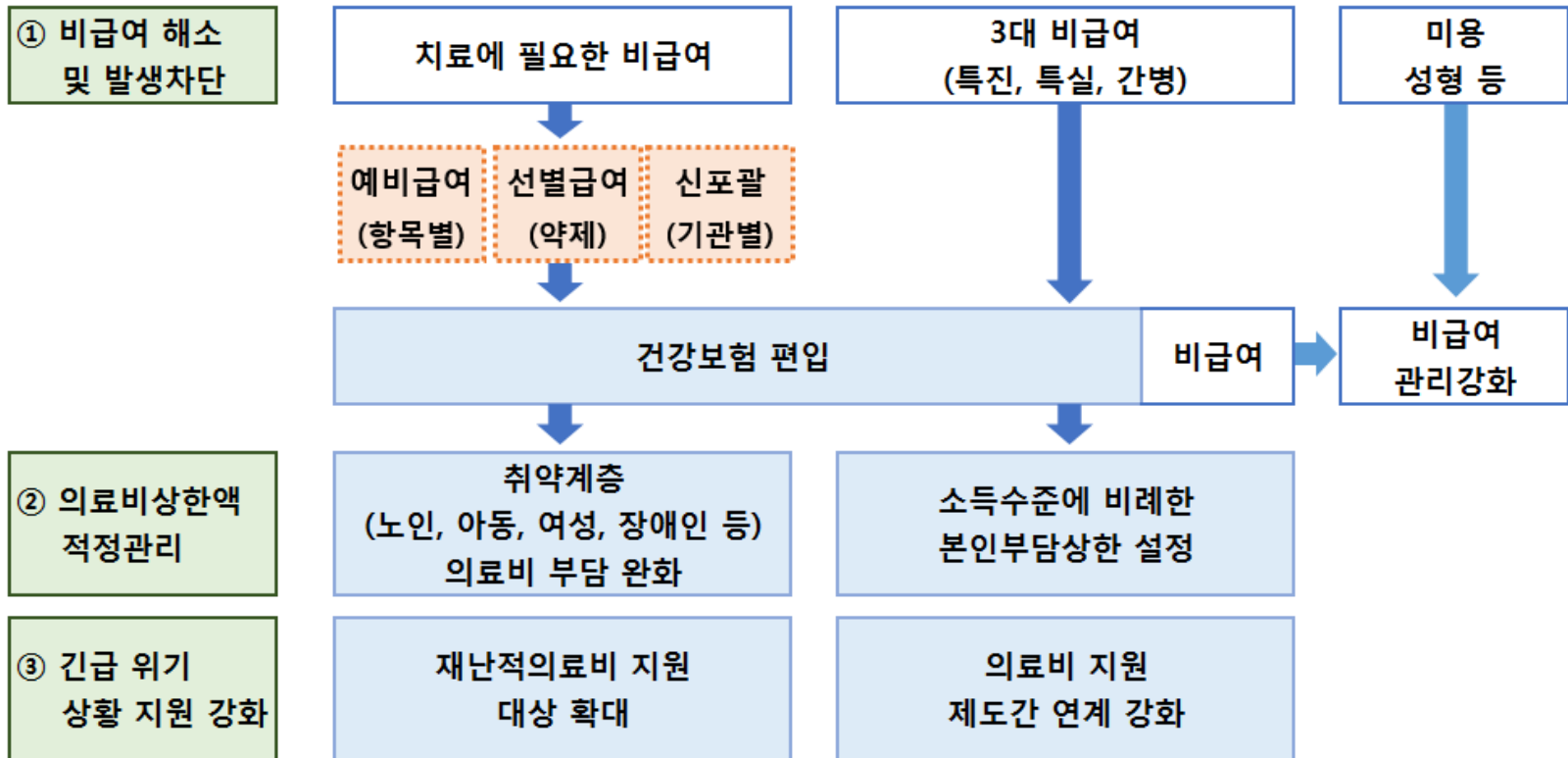
I. 문재인케어

1. 개요
2. 의료비 통제
3. 공적보장 확대
4. 재정 소요

1-1. 개요

의료비*를 통제하고 공적 보장을 확대

* 본고에서 의료비는 급여진료비와 비급여진료비를 합한 총진료비의 의미로 사용함



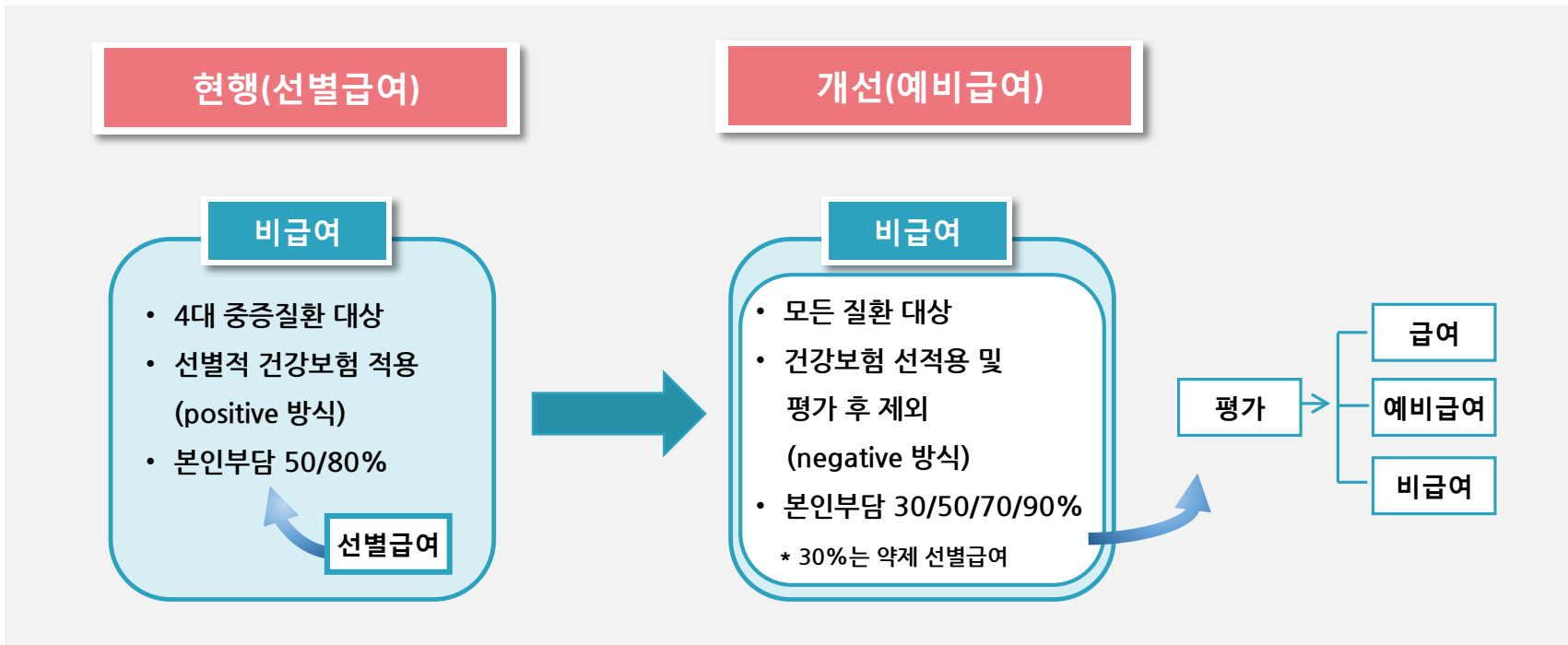
자료: 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), 건강보험 보장성 강화대책

- ‘의료비를 통제하고 공적 보장을 확대’ 한다는 정책의 핵심방향은 바람직하다고 판단됨

1-2. 의료비 통제

의료비를 통제하고 공적 보장을 확대

- 비급여를 한꺼번에 의료비 적정성 관리 대상에 포함 (선별 급여를 확대 → 예비급여)
 - * 의료수가의 적정한 보상 (비급여가 수익보전으로 활용되었던 현실 감안)
- 신포괄수가제를 확대하여 현행 행위별 수가제의 과잉 진료 유발 요인을 축소하고자 함
 - * 2013년 11개 상병에 대해 포괄수가제 시행, 현재 신포괄수가제 확대 중



자료: 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), 건강보험 보장성 강화대책

1-3. 공적보장 확대

의료비를 통제하고 공적 보장을 확대

- 급여 대상 의료비를 추가하여 전체 의료비 중 적정성 관리 대상 및 공적 보장 범위를 동시에 확대함
 - * 예비 급여 확대, 3대 비급여(특진, 특실, 간병비)의 급여화
- 저소득층의 본인부담상한을 인하하는 형태로 진료비 상한액을 관리하여 의료비 보장을 확대함
- 재난적 진료비에 대한 지원을 확대하여 관련 의료비의 보장을 강화함
- 보장 확대를 위해 대규모 자원 조달 계획을 수립함 (30조 6천억 원)
 - * 건보료 인상, 적립금의 활용, 정부 지원 확대

연도별 투입 자원

(단위: 억 원)

구분	총계	2017	2018	2019	2020	2021	2022
신규	65,635	4,834	32,018	9,658	6,915	6,305	5,905
누적	306,164	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441
목표 보장율		-	-	-	-	-	70.0%

주: 신규재정은 당해연도의 신규 급여 확대를 위한 재정

누적재정은 신규 재정 + 전년도까지 급여 확대한 의료의 당해 연도 재정

자료: 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), 건강보험 보장성 강화대책

1-4. 재정 소요

- 2022년 목표보장률 70%(추가보장 6.6%)와 누적재원 8조 1,441억 원을 바탕으로 급여비와 의료비를 단순추정하였음
- 신정부 의료정책은 급여를 위한 총비용이 2016년 48조 3천억 원에서 6년 후 2022년까지 연평균 9.0% 증가하여 86조 4천억 원 수준에 이르는 대규모 사업으로 추정됨
- 동기간 의료비(급여 + 비급여)도 연평균 7.4% 증가하여 2019년 100조 원을 돌파하고 2022년에는 123조 4천억 원에 이를 것으로 예상됨

연도별 급여비/의료비 추정

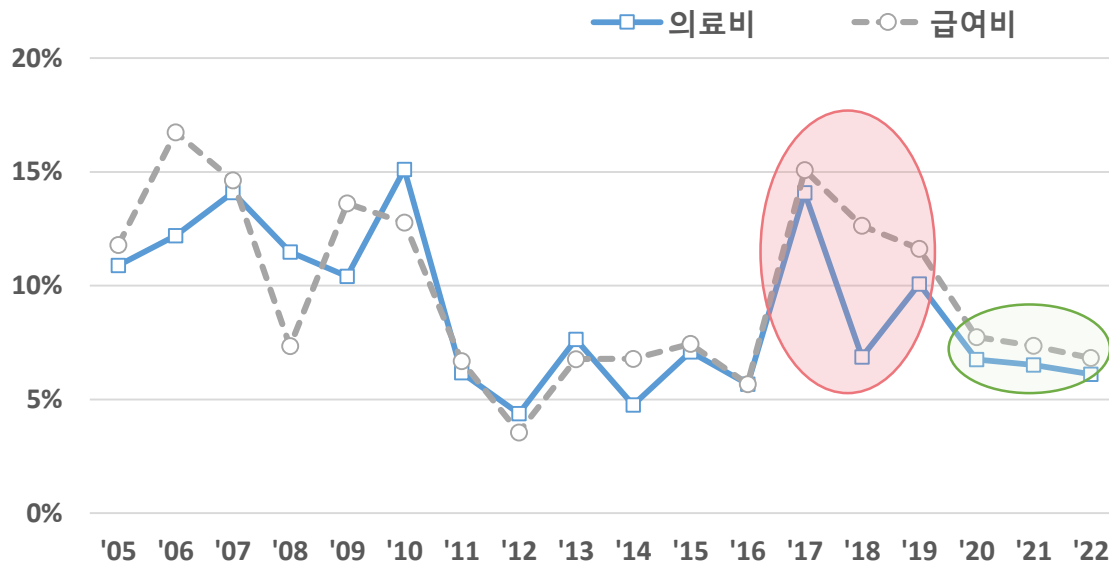
(단위: 조 원)

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
단순 역산에 의한 추정치	목표 보장률 (B) (급여비/의료비)	63.4%	64.0%	67.4%	68.3%	69.0%	69.5%	70.0%	
	추가 보장률 (C) (B - 63.4%)	0%	0.6%	4.0%	4.9%	5.6%	6.1%	6.6%	연평균증가율 (2016~2022)
	급여비 ((A / C) * B)	48.32	55.61	62.63	69.91	75.32	80.86	86.38	0.16%
	의료비 (A / C)	76.22	86.95	92.92	102.28	109.19	116.30	123.40	8.36%
	64.3%를 보장하기 위한 급여비	48.32	55.12	58.91	64.85	69.23	73.74	78.23	8.36%

1-4. 재정 요약

- 신정부 의료정책은 급여 증가가 집중되는 2018년에 의료비 증가를 어느 정도로 억제할 수 있는가에 정책의 성패가 결정될 것으로 예상됨
- 2017~19년 의료비증가율은 2005~10년 수준으로, 2020년 이후에는 2011~16년 수준으로 억제해야 보장을 인상에 성공할 것으로 판단됨

총진료비와 급여비 증가율 추이

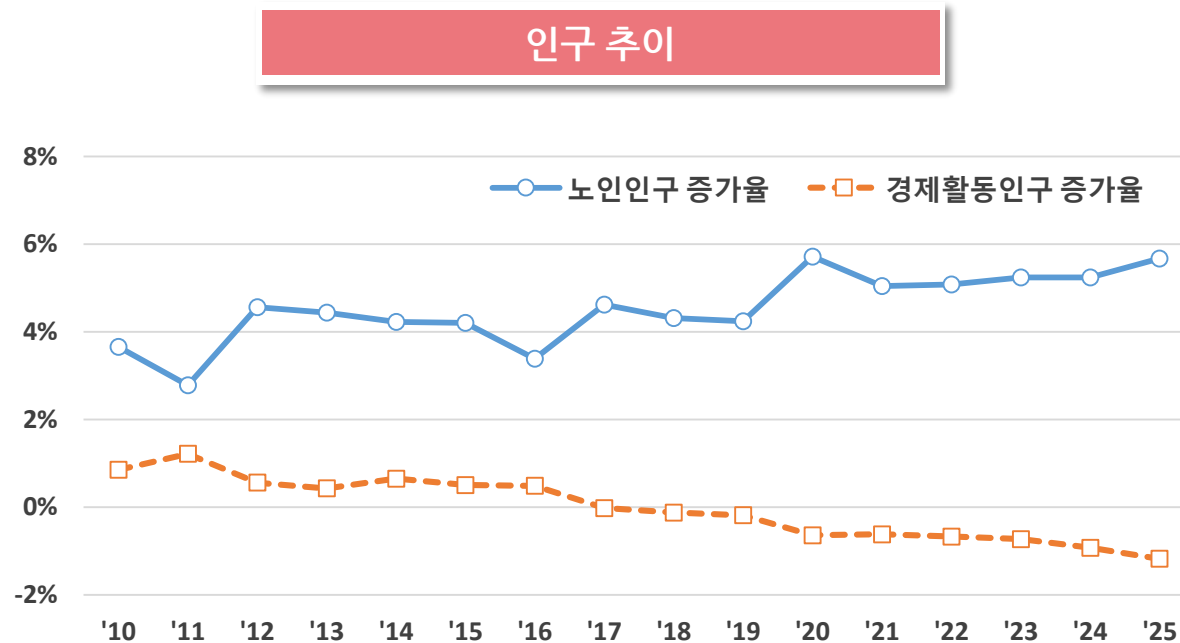


II. 문재인케어 평가

1. 의료비의 통제를 위한 고려사항
2. 자원 조달 여건을 위한 고려사항
3. 민영보험에 미치는 영향

2-1 의료비의 통제를 위한 고려사항 (1)

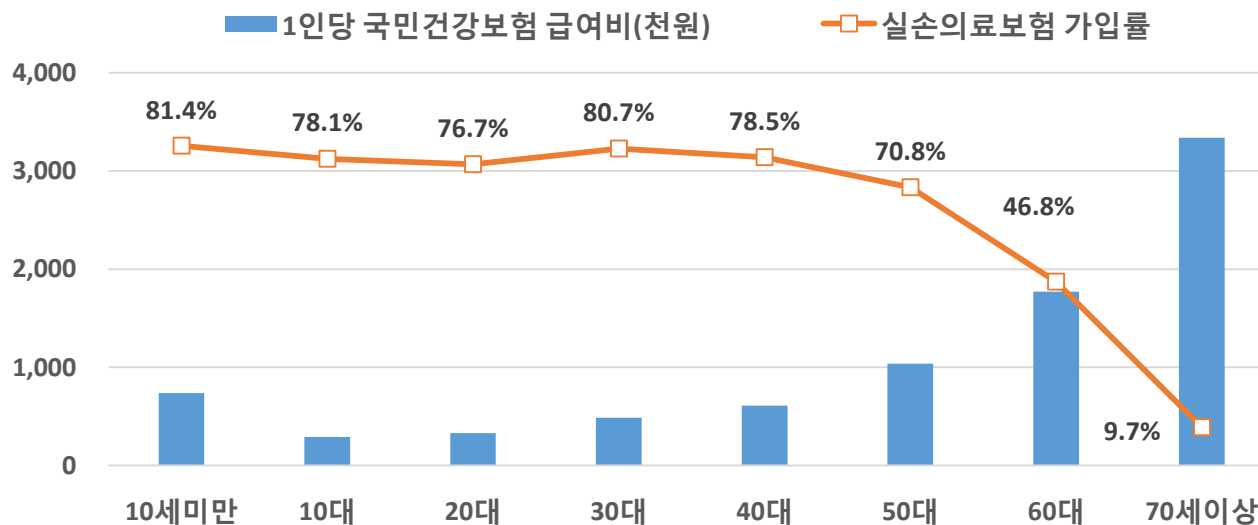
- 의료비의 효과적인 통제를 위해서는 비급여 관리 이외에 인구구조의 변화에도 주목할 필요가 있음
- 기본적으로 인구구조상 노인인구 증가가 빨라질 것으로 예상되어 의료비 통제가 쉽지 않은 것으로 예상됨
- 2020년에는 1차 베이비부머(55~63년생)가 노인 연령에 진입하면서 노인인구 증가율이 6%가까이 한단계 상승할 것으로 예상됨



2-1 의료비의 통제를 위한 고려사항 (2)

- 의료비 비중이 높은 노인 인구의 실손의료보험 가입률이 낮아 공적 보장 확대의 효과가 매우 직접적으로 나타날 수 있음
 - 소비자 입장에서 볼 때 기존 실손의료보험 가입자의 공적 보험의 보장 확대의 영향을 크게 받지 않을 것임
- 수가가 인상될 경우 그대로 의료비 증가로 반영될 수 있어 또 다른 불안 요인임

연령별 건강보험급여와 실손의료보험 가입률

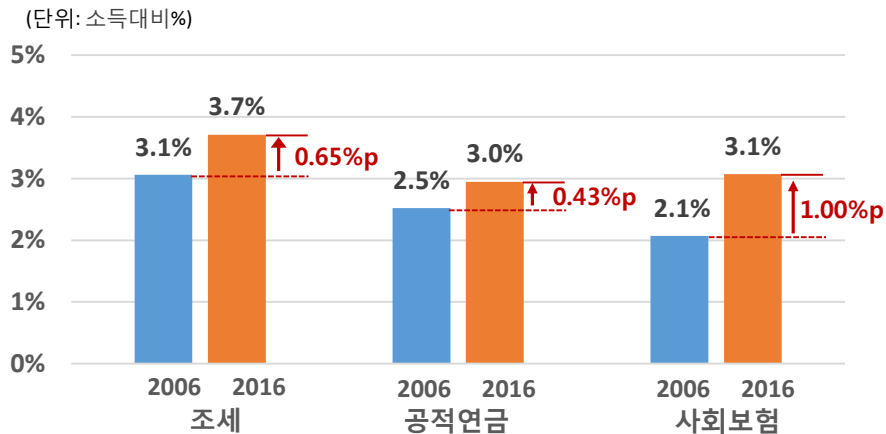


자료: 국민건강보험공단, 2016년 건강보험 주요통계
한국신용정보원(2016.11), 신용정보원 빅데이터 분석 결과

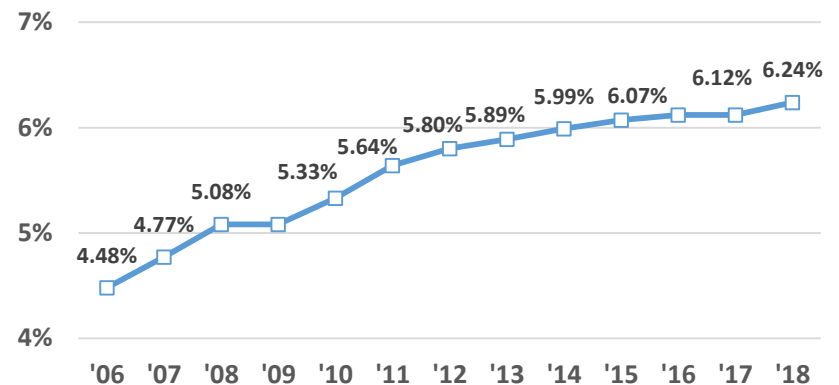
2-2. 자원 조달을 위한 고려사항 (1)

- 효과적인 자원조달을 위해서는 현 건강보험보험료 부과체계에 대한 국민적 공감대 형성 노력이 필요함
- 지난 10년 간 가계 경제에서 조세, 공적연금, 국민건강보험 중 가장 크게 상승한 가계 부담은 국민건강보험인 것으로 판단됨 (조세 0.65%p, 공적연금 0.43%p, 사회보험 1.00%p)
- 건강보험요율의 인상은 지속성있는 자원확보를 위해 필수적인 조건이나 요율 인상에 대한 국민적 부담감과 거부감은 이미 상당히 큰 수준일 가능성
- 우리나라 건강보험 보험요율이 주요 선진국 대비 낮은 것이 사실이나 노인인구의 비중도 낮아 상대비교가 어려움
 - * 노인인구 비중(2016년 기준): 우리나라 13.4%, 일본 26.6%, 독일 21.3%, 미국 15.0%, 영국 18.4%

비소비지출 비중 변화



연도별 국민건강보험 보험요율

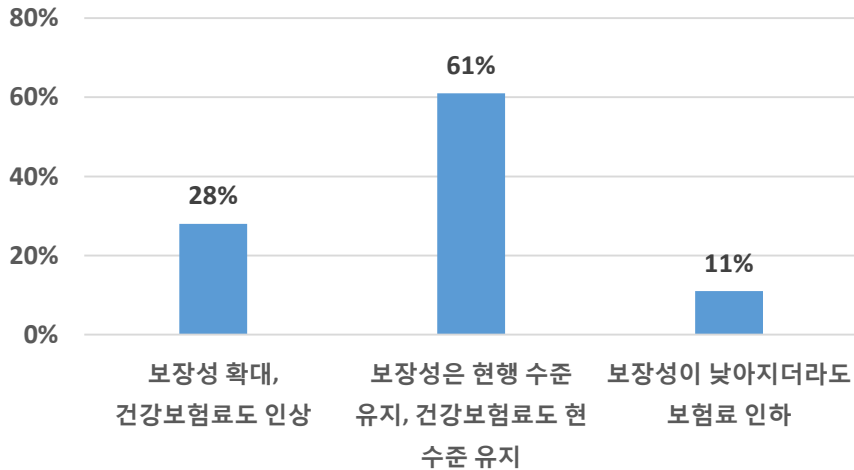


자료: 국민건강보험공단

2-2. 자원 조달을 위한 고려사항 (2)

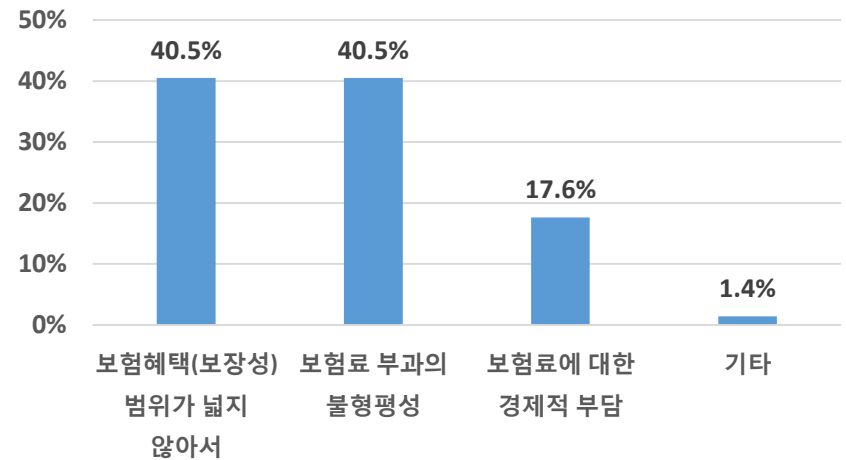
- 대국민 설문조사에서도 요율의 추가적 상승에 대한 국민적 부담감을 쉽게 발견할 수 있음
 - 보장성 확대보다는 보장은 현수준을 유지하더라도 보험료가 오르지 않는 것을 선호함
- 보험료에 대한 불만에 있어서도 경제적 부담에 대한 거부감도 있지만 불형평성에 대한 불만이 매우 높은 수준으로 나타남

국민건강보험의 역할



자료: 서남순 외(2015), 의료이용 합리화를 위한 실태분석과 개선방안

국민건강보험에 대한 불만족 사유



자료: 서남순 외(2015), 의료이용 합리화를 위한 실태분석과 개선방안

2-2. 자원 조달을 위한 고려사항 (3)

- 직장-지역 간 이중 부과체제, 피부양자 제도 등 국민적 불만을 해소하기 위해 2016년 야3당은 부과기준 단일화(안)을 제시함
- 2017년 최종적으로 채택된 개편안은 현재의 2중 부과체제를 사실상 유지함
- 보험료 부과 불합리성 해소가 미진한 상태에서 요율 인상은 한계가 있을 수 있음

국민건강보험료 부과 체계 개선안 비교

구분	정부(안) - 최종 단계 기준	민주당(안)	국민의당(안)
기본체계	직장-지역 가입자의 이원화된 체제	소득 단일 기준 적용 + 최소보험료	소득 단일 기준 적용 + 기본보험료
직장 가입자	근로소득 종합소득 (연2000만 원 초과)	통합 - 부과 대상 소득 : 모든 소득 - 소득이 있는 경우 : 소득보험료+ 최저보험료 - 소득이 없는 경우 : 최저보험료 ^{주1)} * 소득탈루가 의심되는 경우 별도 기준 적용 가능	통합 - 부과 대상 소득 : 모든 소득 (양도, 퇴직, 상속, 증여 제외) - 소득이 있는 경우 : 소득보험료와 기본 보험료 중 큰 금액 - 소득이 없는 경우 : 최저보험료 적용 ^{주2)}
피부양자	종합과세소득(2000만 원 초과)		
지역 가입자	- 평가소득(연500만 원 이하 적용) 폐지 - 최저보험료(연336만 원 이하) 적용 - 재산, 자동차 보험료 공제 확대 및 부과 대상 축소 - 재산에 대한 보험료 부과		
재정 지원	별도 언급 없음	재정 지원 20%로 확대	재정 지원 20%로 확대 * 재정 균형 방식 도입

주: 1) 최저 보험료는 소득이 없는 경우에 적용된다는 측면에서 정부 개편안의 연소득 336만 원 이하인 가입자에게 적용되는 최저보험료와 기능이 유사한 측면도 있음

2) 기본보험료는 재산, 자동차 등을 기준으로 산출되기 때문에 현행 재산 보험료와 유사한 측면이 있으나 소득보험료와 기본보험료 중 큰 금액을 납부하도록 하고 있기 때문에 최저보험료의 기능도 동시에 수행한다고 볼 수 있음

자료: 이태열 외(2017), 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제

2-2. 자원 조달을 위한 고려사항 (4)

- 2중 부과체제와 관련하여 국민적 불만이 가장 많았던 재산 보험료의 경우 최종 단계 이후에도 사실상 큰 변화를 기대하기 어려운 상황임
- 주요국 중 우리나라와 같이 재산에 획일적으로 건강보험료를 부과하는 경우는 없음
 - * 일본의 지역가입자의 경우 재산이 부과대상에 포함되나 재정이 독립되어 있고, 지역의 사정에 따라 3가지의 요율산출 옵션 중에서 선택할 수 있음

개편 후 체감 재산세(주택 기준) 변화 추정

(단위: 만 원/년, 배수)

재산과표		5천만 원	1억 원	3억 원	5억 원	7억 원
재산세		5.0	12.0	57.0	137.0	217.0
건강 보험료	현 행	57.8	94.6	146.8	175.0	195.0
	개편 후	0.0	57.8	137.3	169.2	188.1

자료: 이태열·최장훈(2017. 4), 건강보험료 부과체계 개편이 재산세 체감에 미치는 영향, 보험연구원

2-3. 민영보험에 미치는 영향 (1)

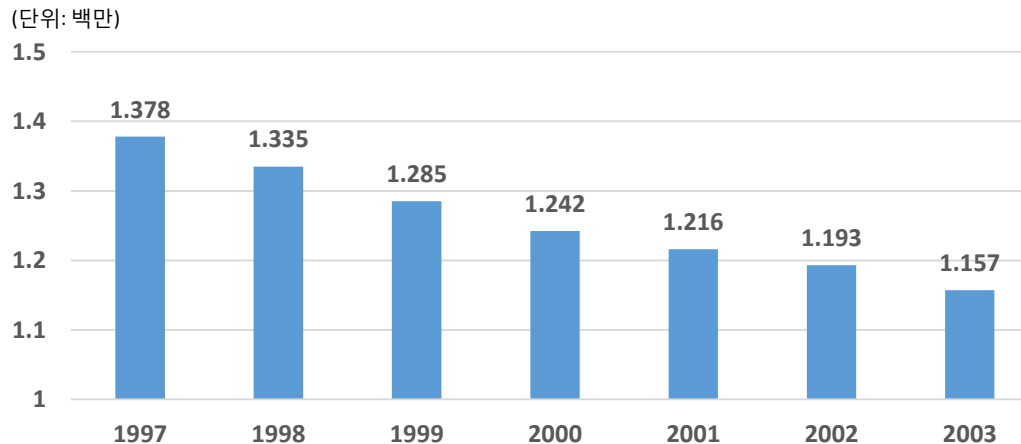
- 의료비에 대한 공적 보장 확대가 실손의료보험의 보험금에 미치는 1차적인 영향은 기존에 실손의료보험의 보장 정도가 어떠했느냐에 따라 다양하게 나타날 것으로 예상됨



2-3. 민영보험에 미치는 영향 (2)

- 의료비 지출이 많고 공적 보장 확대의 영향을 클 것으로 보이는 노인계층의 실손의료보험 가입률이 낮아 정책의 영향이 제한적일 수 있음.
- 공적 보장 강화가 실손의료보험에서 건강에 자신있는 계약자의 이탈을 초래할 경우 리스크풀(risk pool)의 건강위험도가 상승하고 이는 다시 보험료 인상 압박과 추가적인 계약이탈로 이어질 수 있음
 - 영국의 경우 NHS(National Health Service)의 개혁 효과로 개인형 민영건강보험의 계약자가 이탈하면서 시장이 크게 위축됨

영국의 개인형 민영건강보험 계약자 수



2-3. 민영보험에 미치는 영향 (3)

- 독일과 같이 공적 보장이 매우 발달된 국가에도 공적 보장의 범위 밖에 있는 비급여 의료비는 존재하며 일정한 계약 관계에 의해 민영건강보험이 이를 보장할 수 있음
- 상병 수당이 없는 우리나라의 경우 정액형 계약을 활용한 상품 개발의 여지가 큼
- 국민적 보장 수요보다 공적 보장이 부족한 영역을 찾아 리스크 관리가 가능한 범위에서 위험을 인수하는 것이 보완적 민영건강보험의 역할이 될 것임

독일 비급여 의료 IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen)

의학적 필요성이 부족하다고
판단되는 서비스

- 레저, 스포츠 및 여행을 위한 의사의 진단서 및 서비스
예) 스포츠 의학적 진찰, 장거리 여행 전 상담 및 예방 접종, 여행 후 진찰과 진단서
- 의료 미용 서비스
예) 성형수술, 문신 제거
- 상담치료 서비스
예) 부부 상담치료

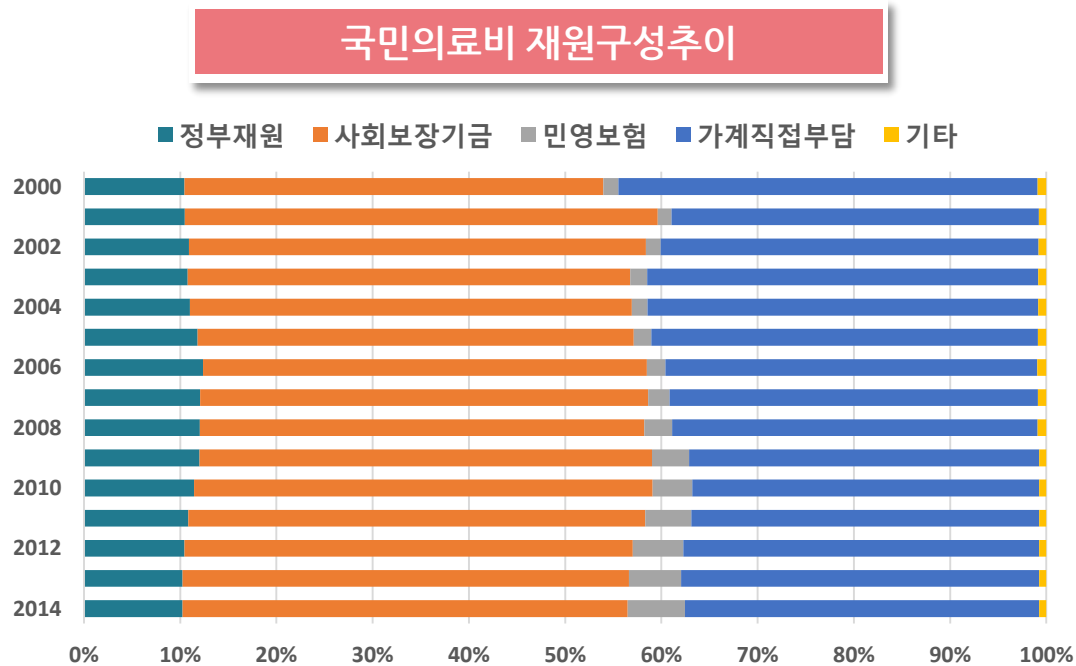
질병에 대한 근거가 충분치 않은
의심 또는 신기술로 인정되지 않은 혁신적
치료 방법에 의한 서비스

- 질병의 조기발견검사
예) 유방 초음파, 녹내장, 경동맥 초음파 등
- 예방 차원 검사 및 진료
예) 전문적 치아세정

III. 공사협력

3. 공사협력 (1)

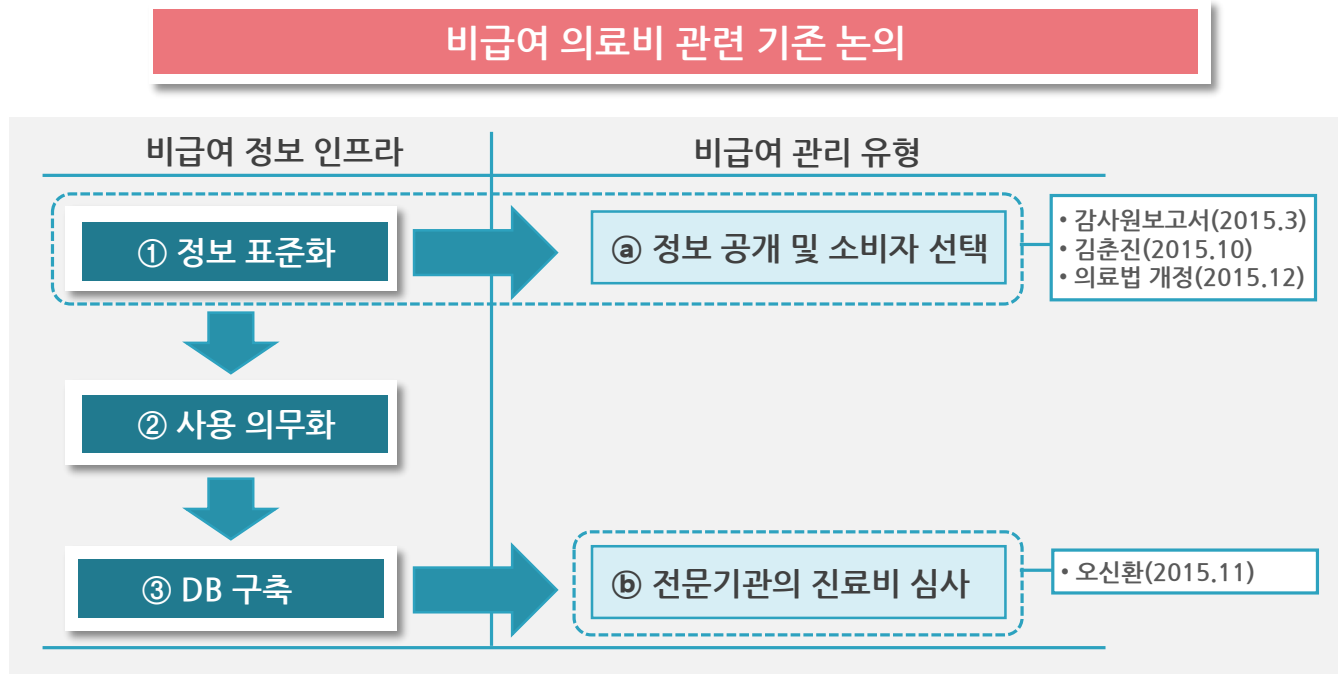
- 국민의료비*의 개념에서 볼 때 공적 보장과 실손의료보험의 보장을 합해도 전체 의료비에서의 보장률이 정체되어 있다는 점에 주목할 필요가 있음
 - * 국민의료비 = 경상의료비(개인의료비, 예방/공중보건, 보건행정관리 등) + 자본형성
- 상호 반목하기보다는 공사가 상호 협력할 여지가 많은 것으로 판단됨



자료: 보건복지부(2016), 2014년 국민보건계정

3. 공사협력 (2)

- 2015년 의료법 개정으로 현재 비급여 의료비 관련 정보 표준화가 진행 중에 있음
- 보험산업은 공사 협력을 통해 표준화된 정보가 실제 건별 비급여의료비 청구에 적용되고 이에 대한 DB가 구축되면 비급여 의료비의 적정성 관리가 가능해질 것으로 기대하고 있음
- 문재인 케어의 예비급여 적용은 이러한 모든 단계를 한번에 해결할 수 있는 공사협력이 될 수도 있음



주: ① 표준화된 기준(명칭, 코드)에 의한 의료기관의 비급여 진료비 조사 단계
 ② 표준화된 기준에 대한 의료기관의 비급여 진료비 청구 시 사용 의무화 단계
 ③ 표준화된 기준으로 의료건별 비급여 진료비의 DB화 단계
 ㉠ 소비자가 공개된 비급여 정보를 바탕으로 적정성을 판단하여 의료기관을 선택하는 유형
 ㉡ 전문심사기관이 의료건별 비급여 진비의 적정성을 심사하는 유형
 자료: 정성희·이태열(2016.9), 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점, CEO Report, 보험연구원

3. 공사협력 (3)

- 문재인케어의 핵심방향인 ‘의료비를 통제하고 공적보장을 확대’ 하려면 비급여의 특징을 제대로 이해해야 함
- 실제 보장 확대의 효과는 상병별, 환자별로 복잡하게 나타날 것임
- 표준화된 의료비 청구 서식의 사용 의무화를 통해 비급여 의료비의 특성을 파악하는데 공사협력을 서두를 필요가 있음
- 예비급여 포함의 우선 순위와 보장률 설정이 효과적으로 이루어져야 의료비를 효과적으로 통제하고 공적 보장을 실질적을 확대할 수 있을 것임

민영건강보험 입원일당 비수령자 대비 수령자의 의료이용량

(단위: 비수령자=100)

상병구분		1인당 입원기간	1인당 수술회수	1인당 총의료비
경증질환	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염	116.1	106.0	103.3
	협심증	148.2	82.2	86.7
	치질	111.6	99.4	103.2
	급성코인두염(감기)	95.9	44.6	142.3
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	101.1	43.2	88.7
	상세불명병원체의 폐렴	104.4	122.3	91.4
	급성충수염	102.9	100.4	100.5
	비노기계통의 기타장애	91.1	122.3	91.4
염좌관절증	무릎관절증	127.4	49.8	57.3
	손가락 및 발가락의 후천성 변형	170.1	104.8	125.0
	기타 추간판장애	143.4	63.1	99.6
	배통	141.7	47.2	117.1
	목부위에서의 관절 및 인대의 탈구,염좌	145.7	60.1	115.2
중증질환	허리뼈 및 골반의 관절 및 인대의 탈구	154.0	59.2	133.3
	위의 악성신생물	118.9	105.4	102.6
	간 및 간내 쓸개관의 악성신생물	128.7	108.2	121.0
	갑상샘의 악성신생물	122.3	98.1	101.2
	급성 심근경색증	105.8	100.3	96.9
	뇌내출혈	104.7	92.0	103.7
20개 합계		106.0	68.1	74.7

주: 1인당 총 의료비는 국민건강보험공단 급여와 본인부담금을 합한 값임.
 자료: 신기철 외(2014), 정액형 개인의료보험 개선방안

감사합니다

2017.10.18. 국제보험산업심포지움



독일 리스터연금의 성과와 시사점

고려대학교 김원섭



연구목적



- 독일리스터 연금의 성과와 한계: 사적연금 활성화와 사회보장제공
- 우리나라에 주는 시사점 제시함.



내 용



- 연구목적
- 독일 리스터연금제도의 도입 배경, 제도 특징
- 리스터연금의 성과와 한계
- 결론: 한국 적용가능성과 전제조건

독일의 리스터연금제도 도입배경

➤ 비스마르크형 공적연금 개혁

- 세계화와 생산기지 논쟁. 2006년 사회보험료율 41%, 연금보험료 19.5%, 세계 시장에서 경쟁력 유지 위해 사회보험료 인하에 대한 합의 (Seeleib-Kaiser, 2001).
- 보험료율 안정화를 목표. 급여수준 조정하는 수입재정중심 개혁

➤ 사적연금개혁

- 공적연금의 급여수준 삭감에 따른 연금부족분을 보충. 개인연금의 역할이 강조되고 이를 활성화하기 위한 정책

➔ 독일 연금제도의 패러다임 전환. 공적연금 위주에서 공사혼합



독일 국민연금의 보험료율 추이



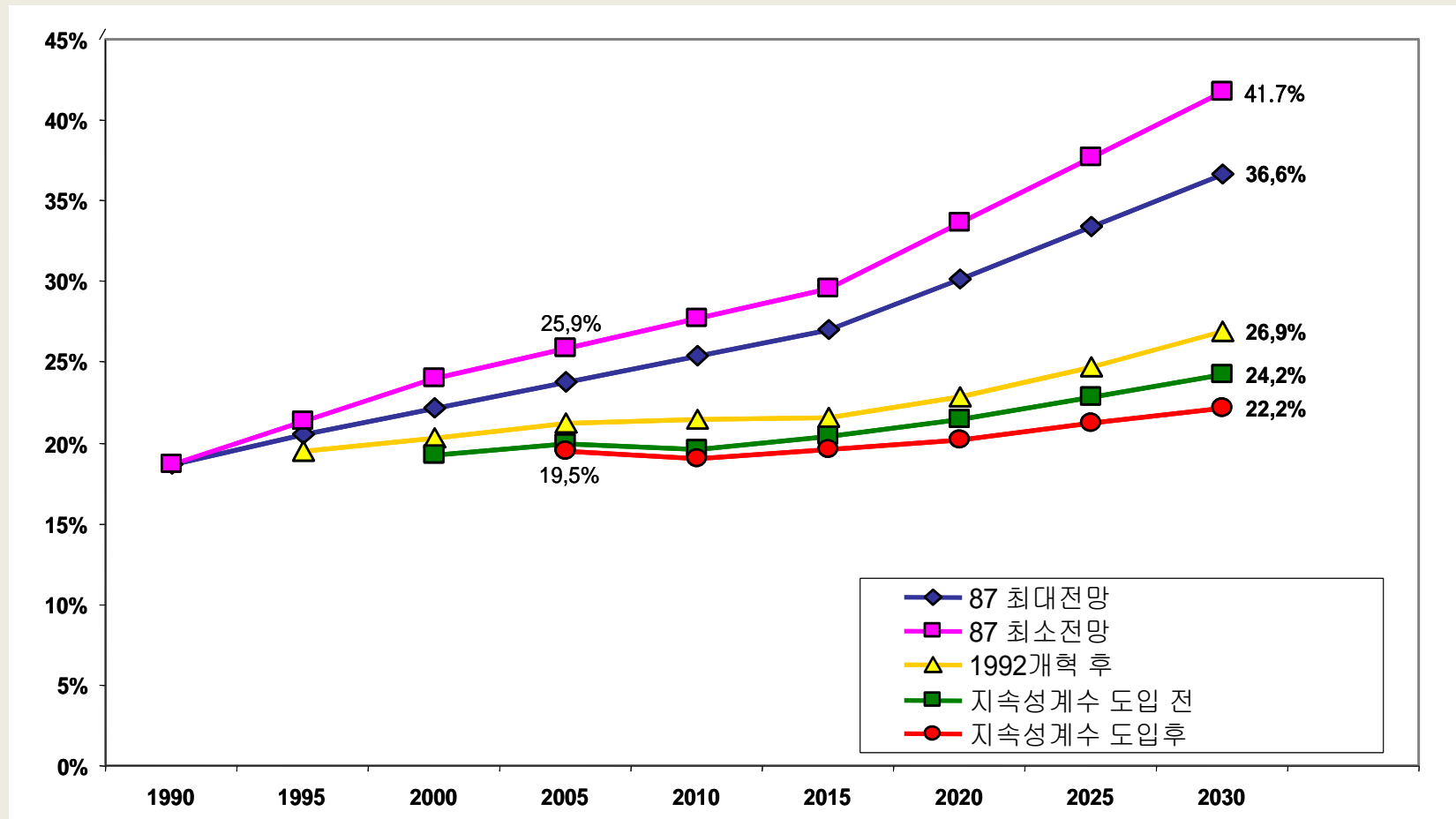
년도	사무직/생산자 근로자 연금	년도	사무직/생산자 근로자 연금
1957-1967	14.0	1994	19.2
1968	15.0	1995	18.6
1969	16.0	1996	19.2
1970-1972	17.0	1997	20.3
1973-1980	18.0	1998	20.3
1981	18.5	1999(1.1-3.31)	20.3
1982-1983(8.31)	18.0	(4.1부터)	19.5
1983(9.1)	18.5	2000	19.3
1984	18.5	2001-2002	19.1
1985	18.7	2003	19.5
1985(6.1)-1986	19.2	2011	19.90
1987-1991(3.31)	18.7	2012	19.60
1991(4.1) -1992	17.7	2013/2014	18.90
1993	17.5	2015	18.70



보험료율의 억제

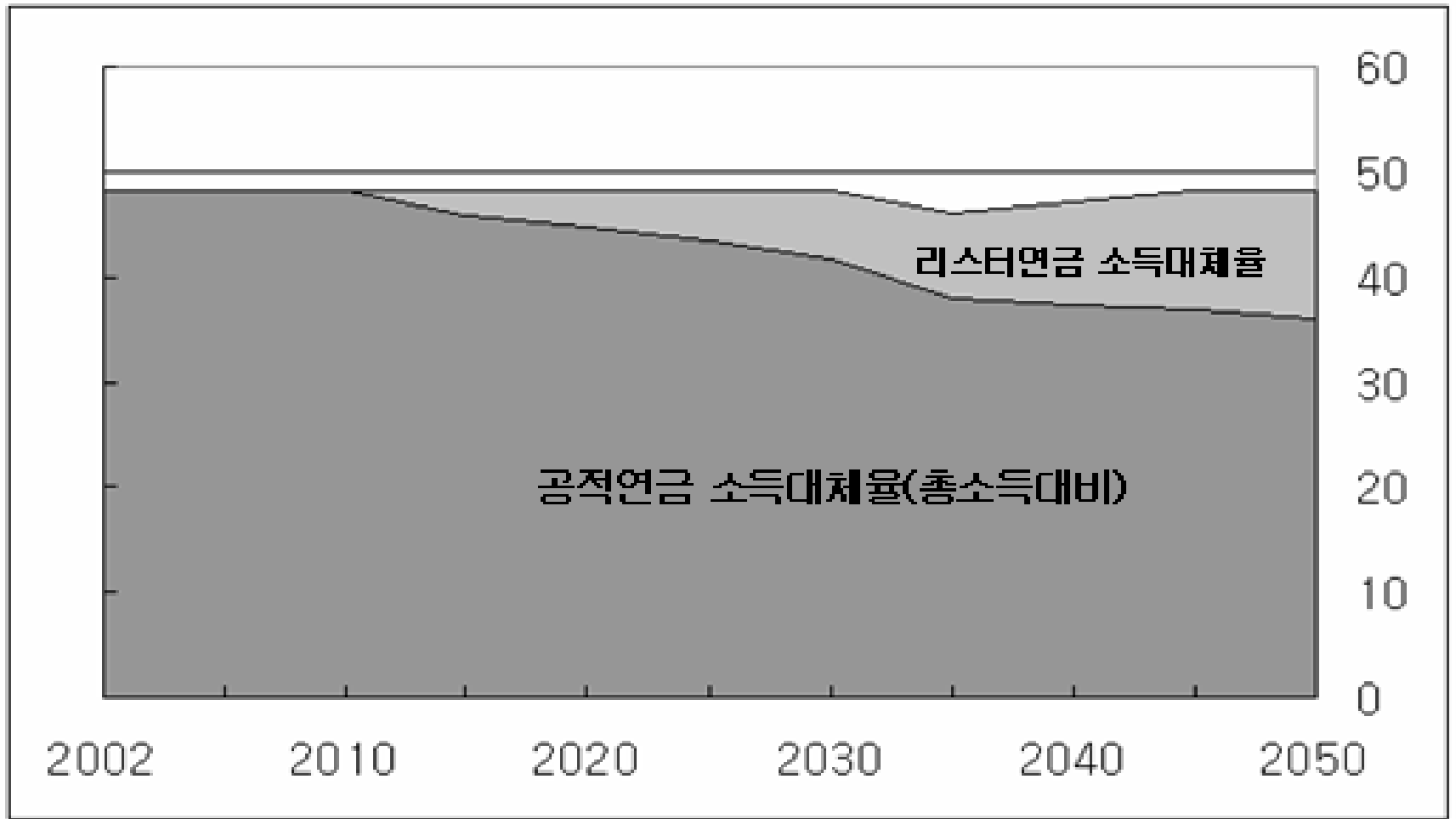


▶ 연금개혁이 보험료율에 미치는 영향





연금의 소득대체율



자료: Deutsche Bank(2005: 41)



2. 리스터연금의 성격: 자격

- **적용범위:** 자발적
- 연방금융감독원에서 인증을 받은 개인연금에 가입 시
- **가입:** **공적연금 당연가입자와 이에 해당하는 사람.** 공적연금 급여 삭감 보완
 - 공적연금 가입대상인 근로자, 자영업자, 공무원
 - 지원대상자의 배우자
 - 반면 **공적연금 적용제외된 자영업자, 사회부조급여대상자, 공적연금수급자 적용대상이 아님**
- **배우자는 본인 부담분을 납입할 필요 없이 정부보조금만으로 가입가능**



연금 종류

- 개인연금: 사적연금보험, 펀드형 연금보험, 은행 저축연금, 적립식 펀드
- 퇴직연금: 임금희생방식의 퇴직연금. 직접보험, 연금금고, 연금기금 방식. 인증기준 없음
- 2008년 주택리스터. 전부 또는 75%를 주택구입 위해 사용



리스터연금제도: 보조금

- ▶ 보조금과 세금공제 혜택, 정액보조금은 기본 보조금과 자녀수당
- ▶ 2008년 이후 154유로의 보조금, 총액 임금의 4%까지 보험료. 자녀보조금은 138유로, 2008년 이후 출생 300유로
- ▶ 보험료에서 보조금이 차감된 부분 납입. 예. 소득이 연 20,000유로로 한자녀를 가진 부부. 일년에 608유로 보조금(기본보조금 308유로와 1명의 자녀보조금 300유로). 보험료 800유로 중 192유로 본인 부담.

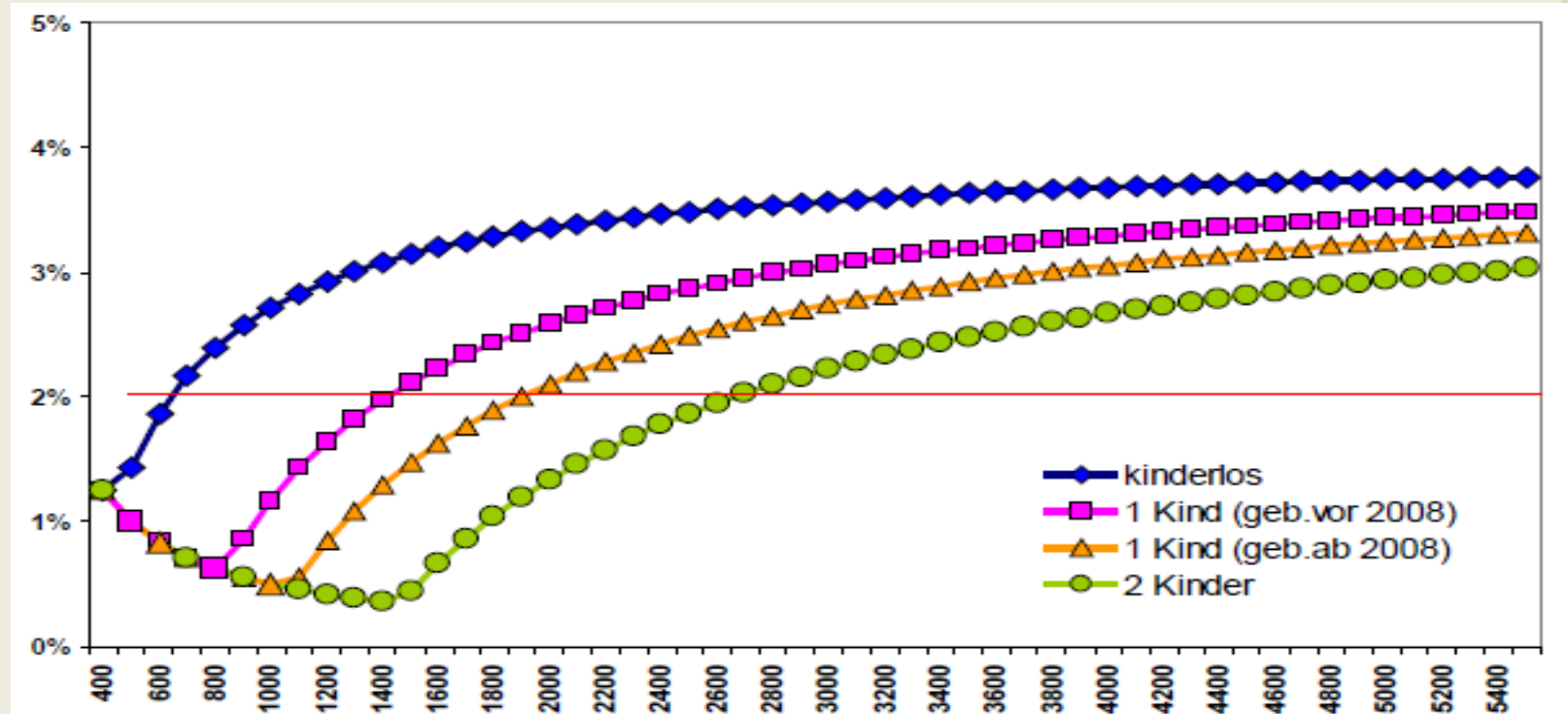


리스터연금제도: 보조금 가족, 저소득층지원

- **소득재분배** 기능: 리스터연금에서 소득이 낮은 가입자, 소득이 높은 가입자 보다 높은 보조금. 저소득층 지원
- **가족 지원**: 배우자와 자녀에게 보조금
- **자기책임성 강조**: 모든 경우 최소 **본인분담액 60유로**.
- 2008년 부터 25살 이하 신규노동시장진입자는 첫째 200 유로
- 리스터 연금은 **소득이 낮을수록, 가족 수가 많을수록, 더욱 많은 혜택**

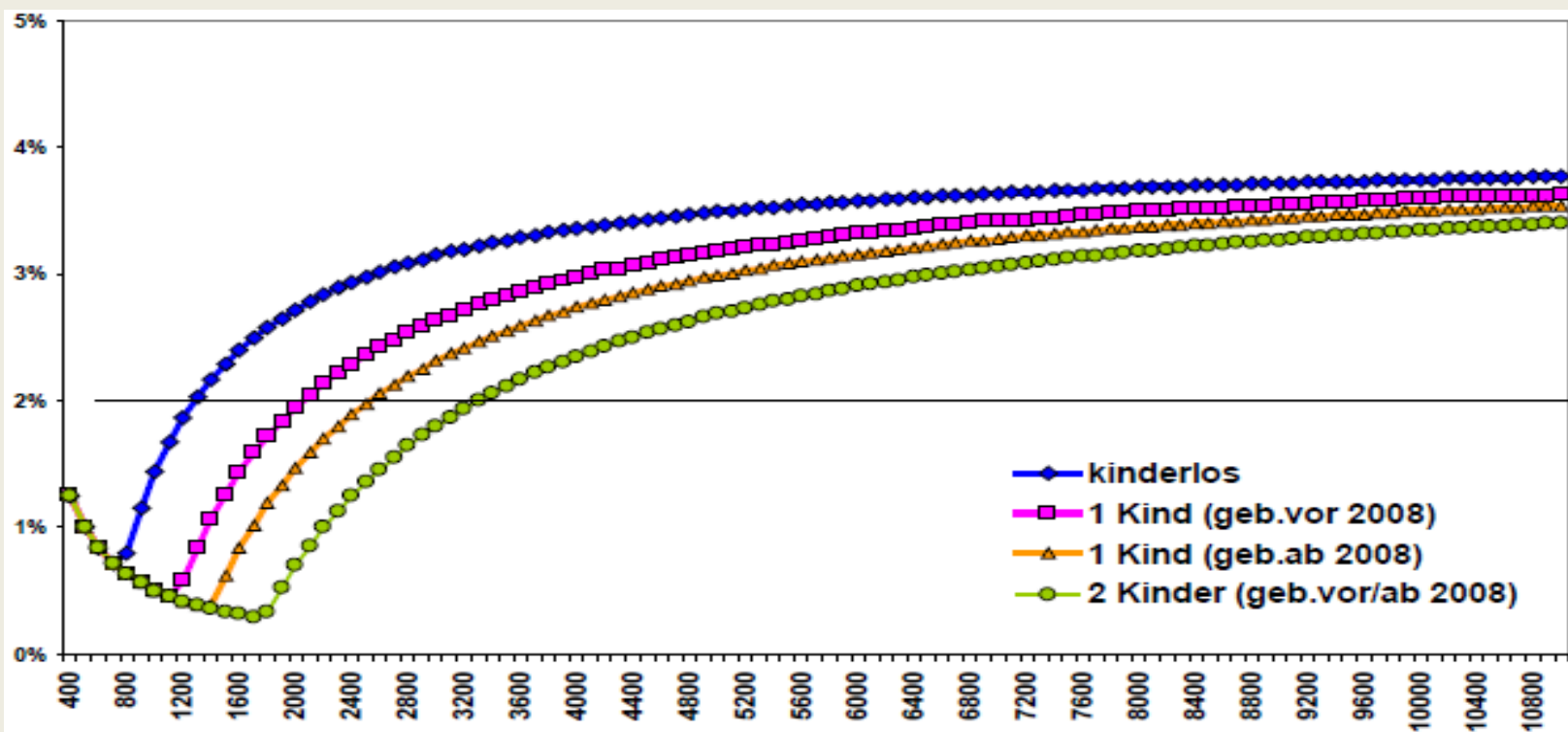


독신가구의 실질보험료율





부부가구의 실질보험료율





리스터연금제도: 소득공제. 저소득층 집중지원

- 리스터연금의 보험료 2,100유로 한도 소득공제.
- 고소득층은 보조금과 소득세 공제의 이중혜택 더 많은 혜택을 받게 될 수 있음. 이를 방지하기 위하여 리스터보조금에서는 소득세 감면액이 보조금의 액수를 넘을 경우, 전체 소득세 감면액에서 보조금만큼을 감한 액수만 환급. 결과적으로 고소득 가입자는 보조금의 혜택은 받지 못하고 소득 공제혜택만 받음.

리스터 연금제도: 저소득층 집중지원

- 고소득 가입자의 대부분은 나중에 연금을 받을 때는 소득세를 납부. 이런 점에서 이들은 비록 가입기간 동안에는 보험료의 소득공제혜택을 받지만, 이는 미래에 낼 세금을 미리 당겨 받는 것에 불과함. 이에 반해서 저소득층은 나중에 연금을 수령할 때도 급여수준(공적연금과 합한)이 면세점 이하일 가능성이 높기 때문에 세금을 내지 않아도 됨.
- 리스터 연금에서는 소득과 자산조사가 없이도 혜택이 저소득층에게 집중되는 효과.
- 리스터 보조금의 관리를 위해 새로운 기관을 구축한 것이 아니라 독일연금공단에 위임



리스터 연금의 주요 인증기준

- 연금수급개시연령. 62세 이후. 2012이전 60살. 남녀동일계정 .
- 원금보장원칙. 납입한 보험료와 정부보조금의 합 이상의 금액
- 종신연금 형태나 일시금과 85세 이후 연금형 혼합형태. 예측곤란.
- 계약체결비용과 운영비용은 최소 5년 환수.
- 보험상품에 대한 정보 제공 의무. 보험료의 사용, 적립금의 규모, 계약수수료와 행정비용, 투자수익율, 투자의 도덕적, 사회적 성격 등에 관해 정보. 위반시 인증을 박탈. 2004년 이후 2500유로까지의 벌금을 부과로 완화

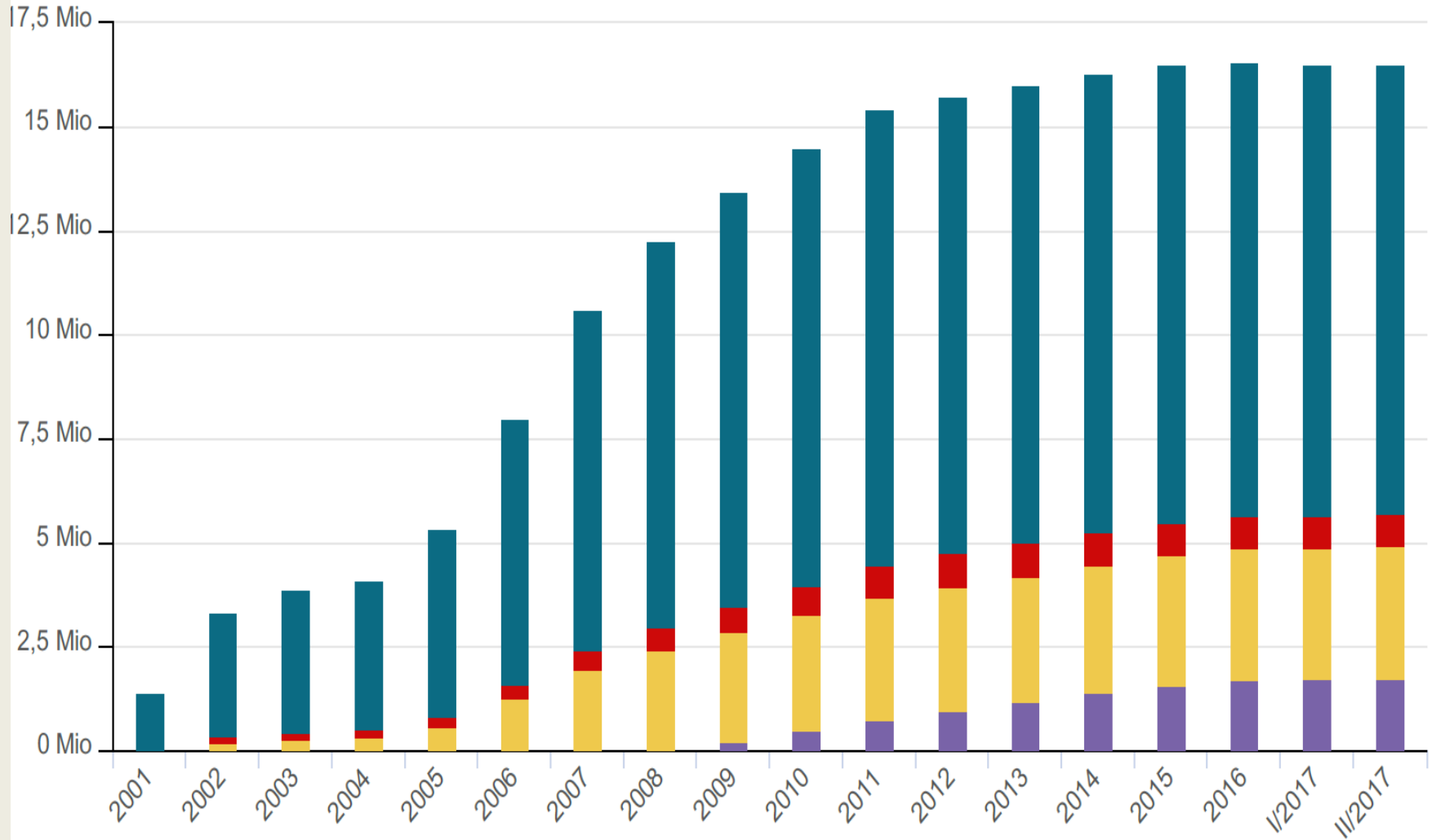


III. 리스터연금 성과

1. 가입추이 (계약 건수)

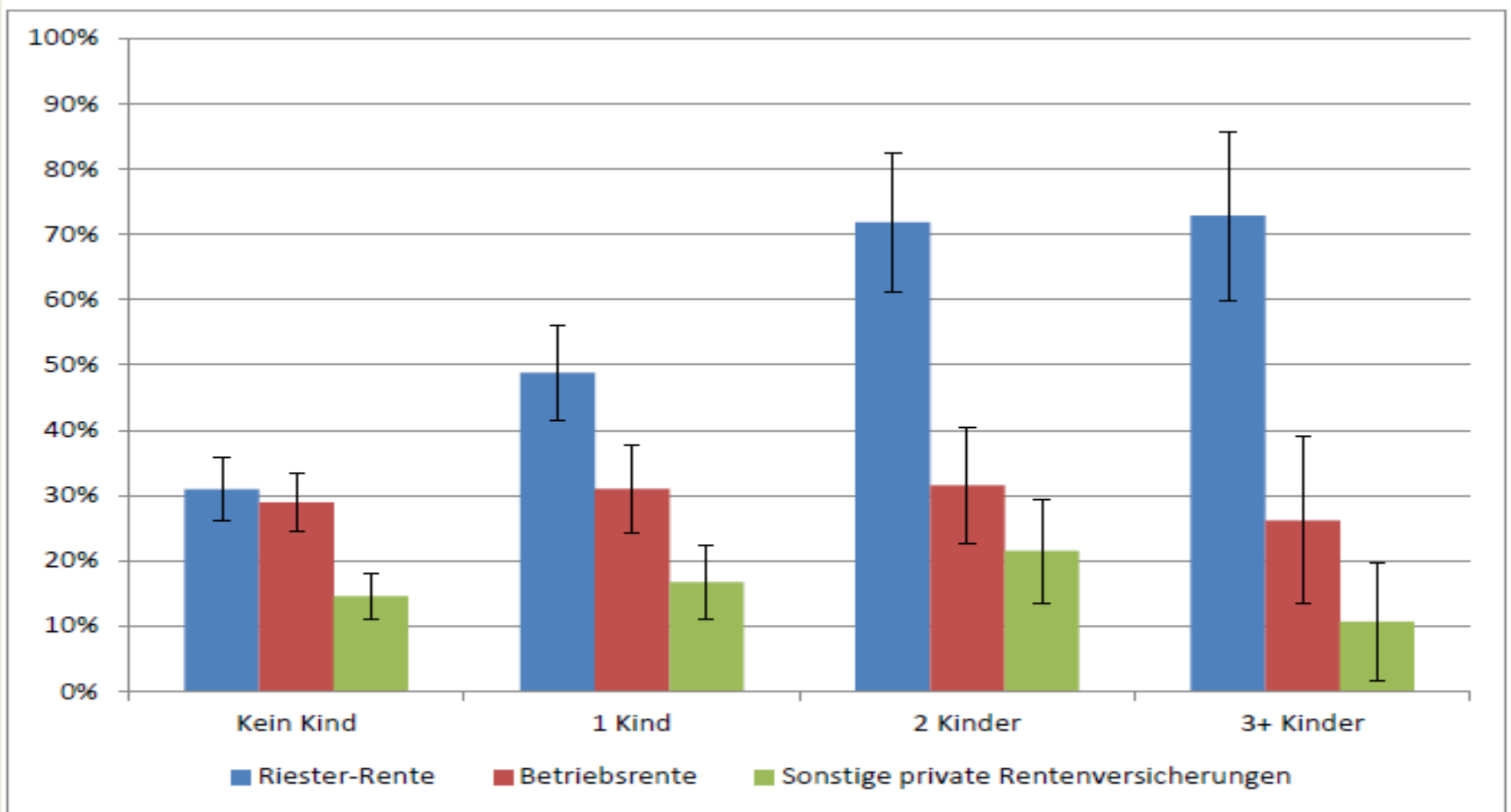


Entwicklung der privaten Altersvorsorge (Stand: 28.9.2017)





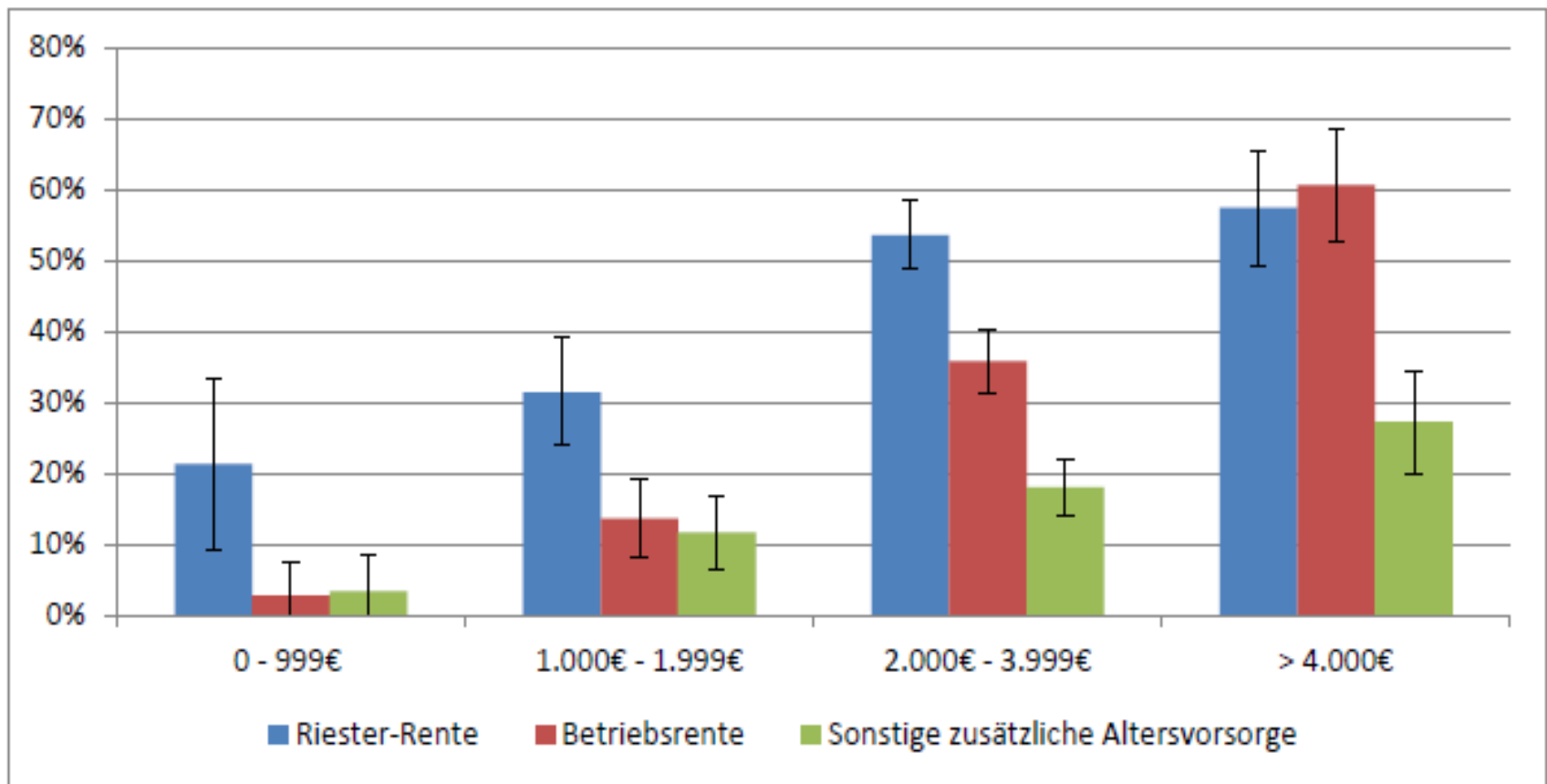
라스터 연금 아동수별 가입율 2012



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an.

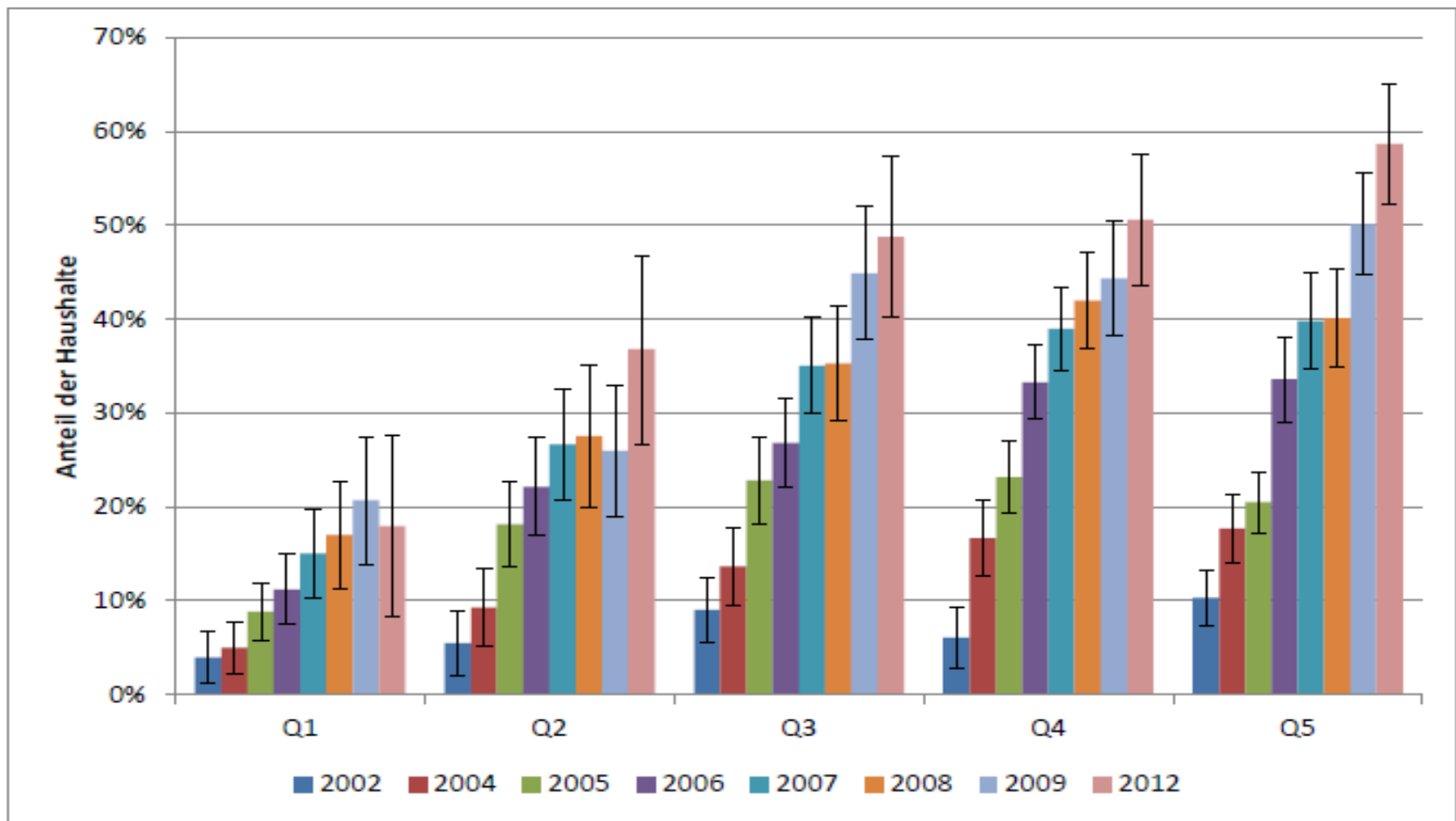


가구소득별 사적연금 가입율 2012



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an.

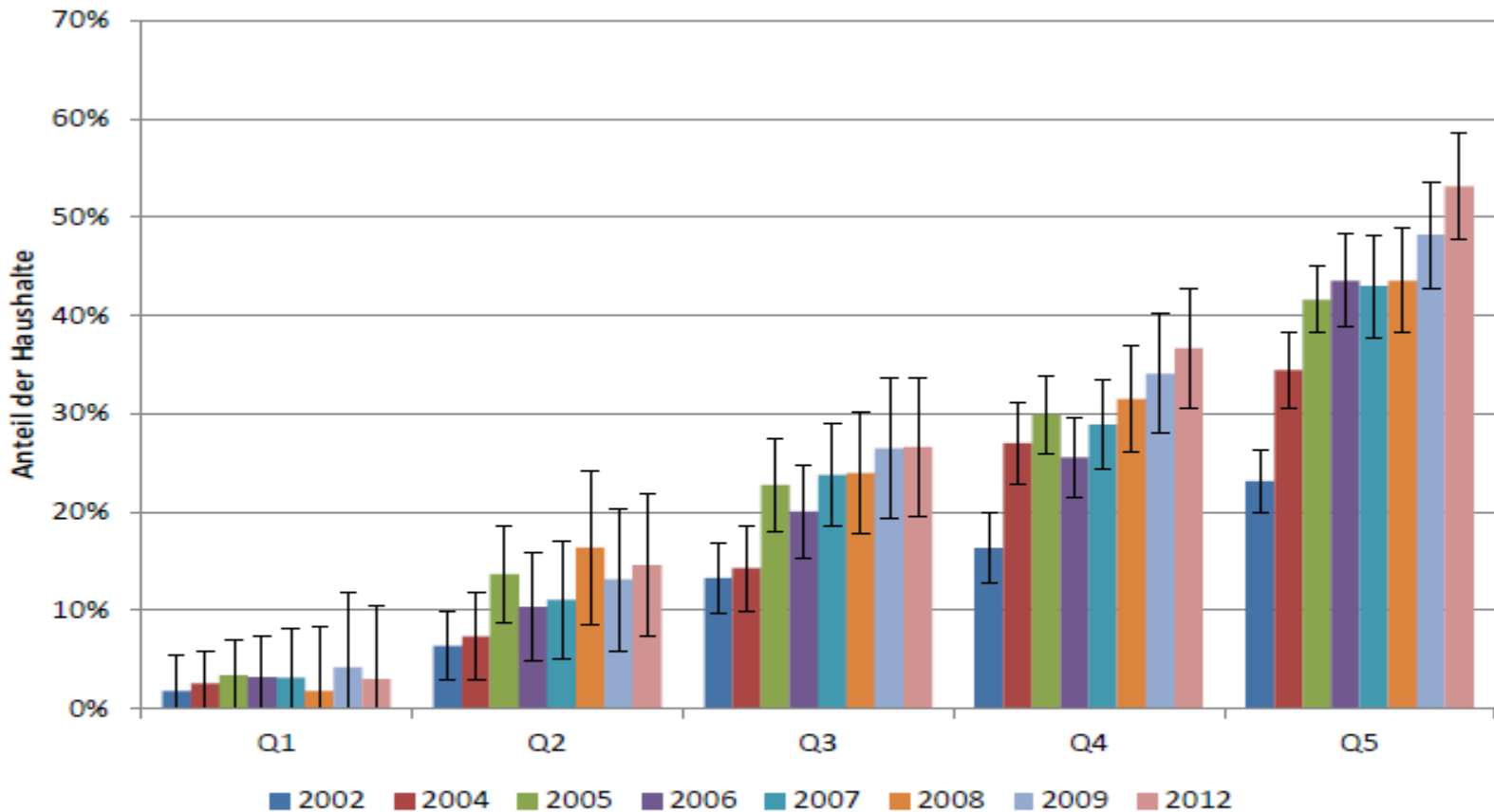
가구소득별 리스터연금가입율 추이



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an.



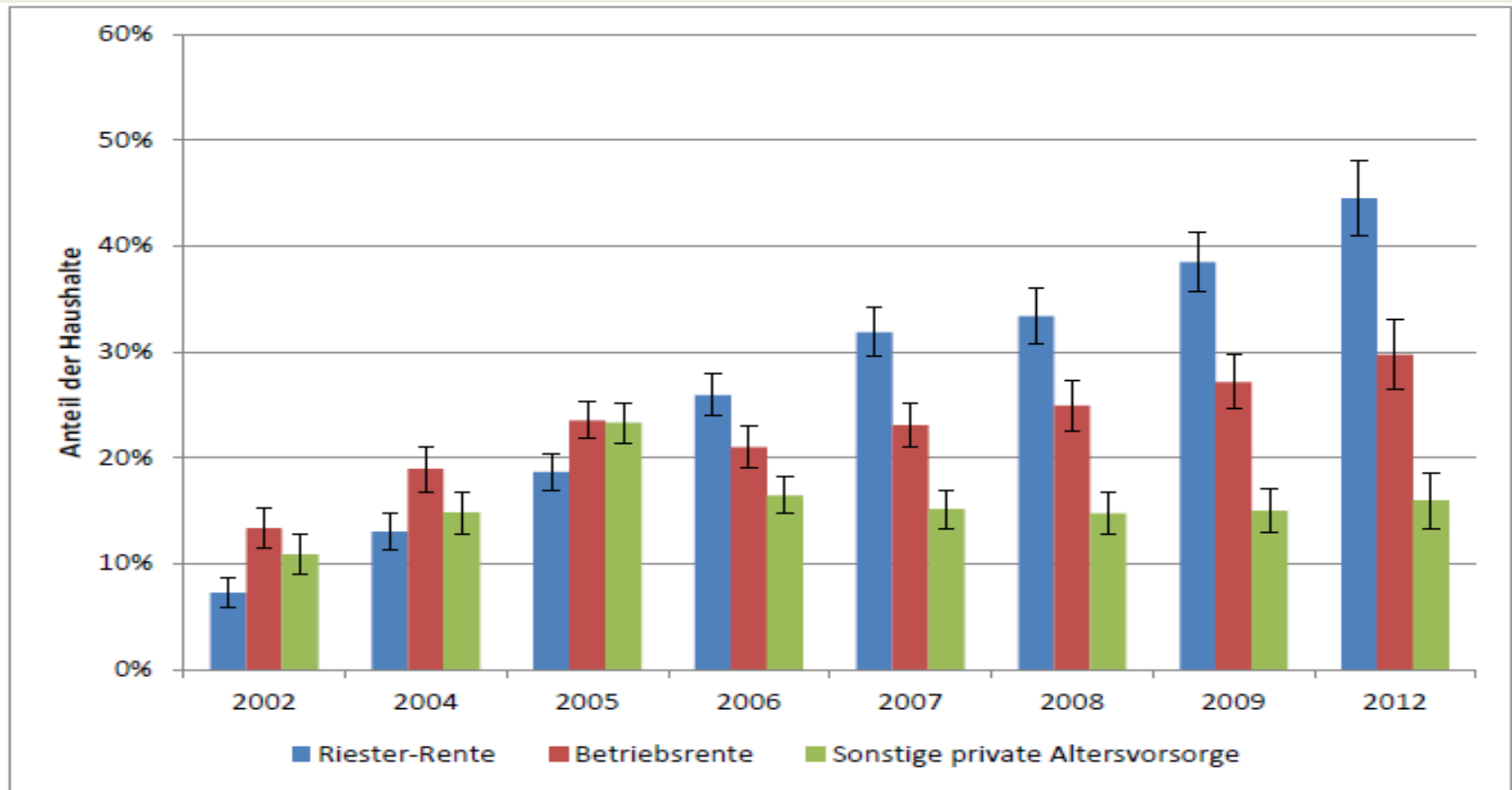
가구소득별 퇴직연금 가입율 추이



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an.

Quelle: SAVE 2003-2013, Börsch-Supan et al. (2015).

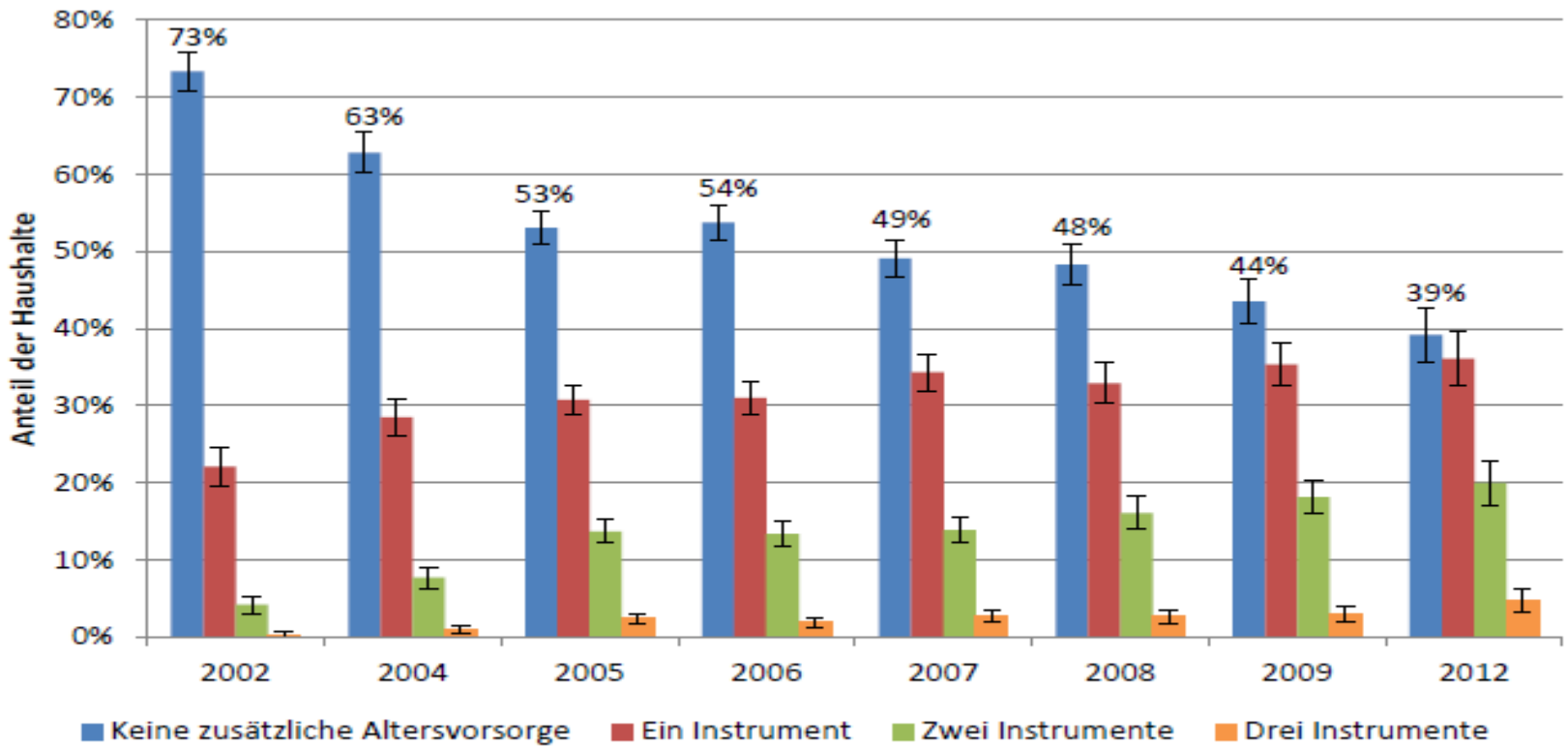
독일가구의 사적연금과 퇴직연금 포괄범위



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an



독일가구의 사적연금과 퇴직연금 보유수



Anmerkung: Klammern geben Konfidenzintervalle (95%) an.



2. 한계. 가입

- ▶ 여전히 다수의 국민연금가입자들이 리스터연금에 가입을 못함. 국민연금 급여삭감에 직접적인 영향.
- ▶ 특히 근로소득 취약자, 저소득자영업자, 장기실업자 등 문제 그룹들
- ▶ 가입하지 않는 이유: 정보부족. 저소득층은 자신들이 리스터 연금에 대한 신청자격이 있는 지에 대해 알지 못함. 소득이 낮아 가입여력이 없음.



가입자의 소득구조



년 소득 (유로)	2010	2011	2012
10000 미만	26.2	28.1	26.6
10000 ~ 20000	20.3	19.7	19.4
20000 ~ 30000	19.6	18.3	18.6
30000 ~ 40000	15.7	14.8	15.2
40000 ~ 50000	8.5	8.4	7.6
50000 이상	10.1	10.7	11.6

자료: Stolz und Rieckhoff(2013)



낮은 급여수준

- 전제. 45년 가입, 수익율 4.5%, 완전보조금
- 2011년 이후 급여수준 하락
 - 10년만에 절반수준
 - 자기가 낸 보험료 수급을 위한 기여기간
2001년 여 . 43.4, 남 44.8, 2011년 여 49.2, 남 49.2.



낮은 급여수준의 요인



- 2011년 이후 수익율이 여 3.5%, 남 2.0%
- 기대여명이 긴 생명표의 적용. 남여동일계
정에서 여성기준으로 맞춤
- 추가수익 배당규정: 90% 에서 75%

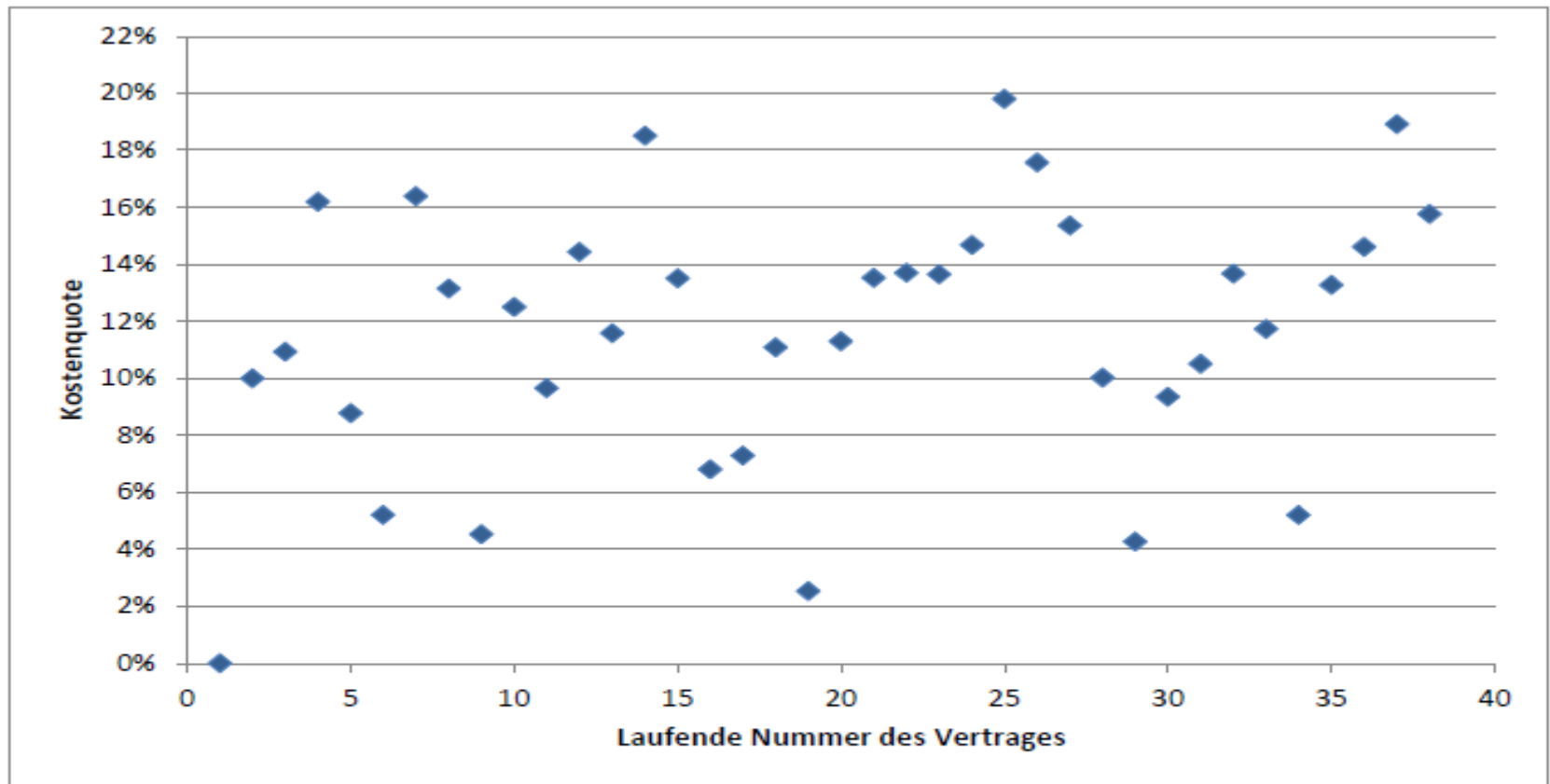


수수료와 급여수준의 불투명성

- ❑ 10%를 수수료로 제한
- ❑ 수수료 정보가 없음
- ❑ 수수료가 높고 기관별 차이가 큼. 10000유로 받는 사람의 수수료가 8500유로에서 10000유로까지
- ❑ 급여수준도 15년 수급시 4140유로 차이



36개 리스터연금기관의 cost rate



Anmerkung: Die Berechnungen beziehen sich auf das Szenario „Standard“ und eine Verzinsung von 1,75% p.a. Die laufende Nummer 1 stellt beispielhaft den Nullkostenvertrag dar, die laufende Nummer 2 den Vertrag mit einer Kostenquote von 10%.

Quelle: Gasche et al. (2013).



결론: 인증제 개인연금의 성과

- 개인연금의 중요성 증가. 조속한 정착이 필요
- 장점
 - 사적연금 활성화 효과가 뚜렷함
 - 자영업자의 이층보장으로 기능
 - 개인연금의 소득역진성 개선, 저소득층에서 개인연금의 확산.
 - 소득파악 문제의 부작용을 완화하면서 도입가능.
 - 노인층의 소득효과 뿐 아니라 출산율의 상향에 기여.
 - 자발적으로 가입.가입자가 스스로 노후생활을 대비.
 - 국민연금 가입 유인을 강화할 수 있음



리스터연금의 한계

- 효율적? 목적에 따라 다름
- 독일 연금개혁의 한계: 사적연금의 활성화를 통한 다층구조의 구축은 비록 보조금 지급을 통한 적극적 방식이라 할지라도 노인빈곤 문제 해결보다는 소득수준 유지를 위해 적합.
- 빈곤은 공적연금, 그 이상의 보장은 사적연금



한국에 리스터 연금의 전제조건

- 개인연금과 퇴직연금을 활성화시키는데 국가가 보다 **적극적인 재정적 조치**로 개입하는 것이 **효과적임**
- 보조금 지급과 인증제를 통한 **적극적인 규제적 조치**가 필요: 개인연금에서 노후소득보장적 성격을 강화하기 위한 조치들이 필요.



인증제 개인연금 도입의 전제 조건

- 공적연금(국민연금과 기초연금)의 정착
- 개인연금 시장에 대한 **접근성과 투명성**. 개인연금의 판매 및 중개수수료가 안정화, 금융 및 보험상품에 대한 이해도와 정보접근도 개선.
- 공적연금과 사적연금의 경쟁에서 **협력으로**. **공적연금과 사적연금의 상생관계를 위한 협력강화**. **공사연금 연금포탈 구축, 공동 홍보 등**

우리나라의 공사연금정책과 노후소득보장 강화 방안

- 사적연금을 중심으로

강성호 연구위원

국제보험산업심포지움
2017.10.18(수)

목차

- I. 고령화와 사적소득보장제고 필요성
- II. 공사 연금체계
- III. 사적연금 제반 문제점
- IV. 사적연금 역할 제고 방안

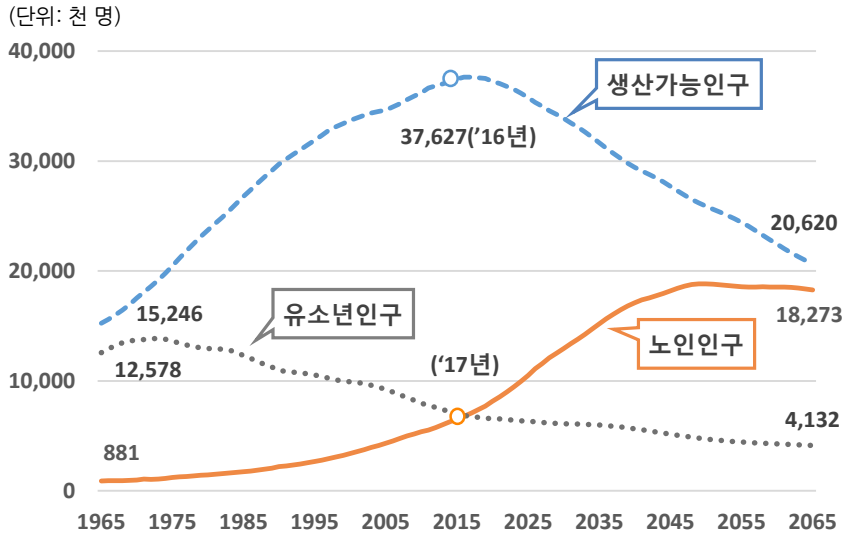
I. 고령화와 사적소득보장제도 필요성

1. 고령화와 노후빈곤 심화
2. 복지재정 및 공적연금 재정 악화
3. 잠재성장률 약화 및 노후준비 미흡
4. 연금을 통한 노후소득보장제도 필요 증대

1-1. 고령화와 노후빈곤 심화

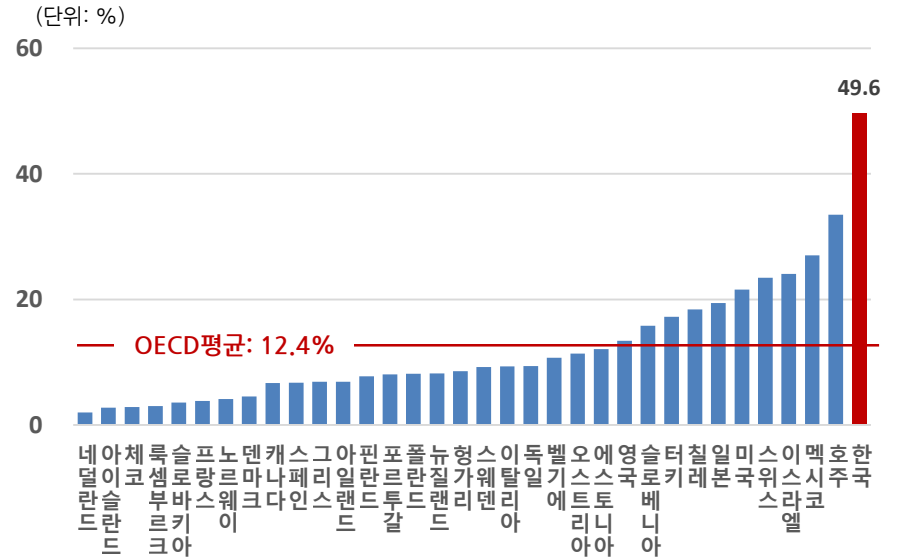
- 노인인구 비중 : 약 13.8% (2017년) → 24.5% (2030년) → 41.0% (2060년)
- 노인빈곤율은 49.6%(2013) 수준으로 OECD 국가 중 최고
 - 2007년 44.6%, 2009년 47.0%, 2011년 48.5%, 2013년 49.6%로 지속적으로 증가

고령층 중심의 인구구조로 전환



자료: 통계청 (2016)

노인빈곤율 국제비교



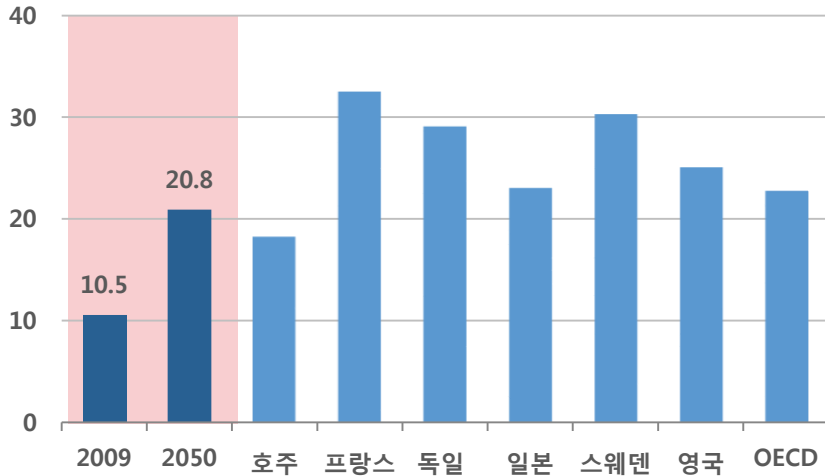
자료: OECD(2013), pension at a glance 2013

1-2. 복지재정 및 공적연금 재정 악화

- 노인빈곤 대응 및 복지욕구의 지속적 증가로 **사회복지지출 증가 예상**
 - 사회복지지출 규모 : 장기적으로 GDP 대비 20% 상회
- 국민연금 재정개혁(1998년, 2007년)으로 **노후소득보장은 악화되었으나, 재정문제 여전**
 - 소득대체율 대폭 인하 (60% → 40%), 수급개시연령 단계적 연기 (60세 → 65세)

GDP대비 사회복지지출 국제비교

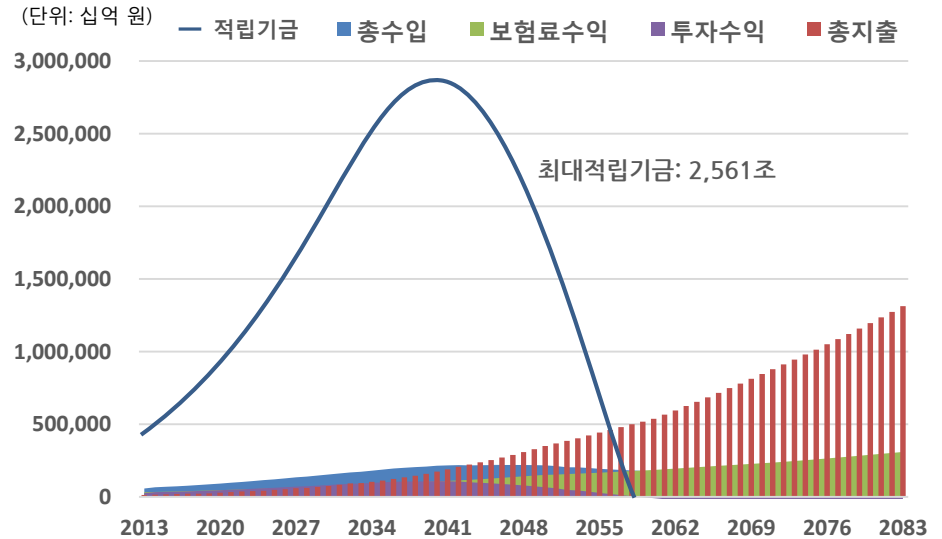
(단위: GDP대비%)



주: OECD 국가 2009년 기준
 자료: 박형수 외(2009), 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구, 보건복지부(2013), 2011년 기준 한국의 사회복지지출 추계

국민연금 제3차(2008년) 재정전망

(단위: 십억 원)

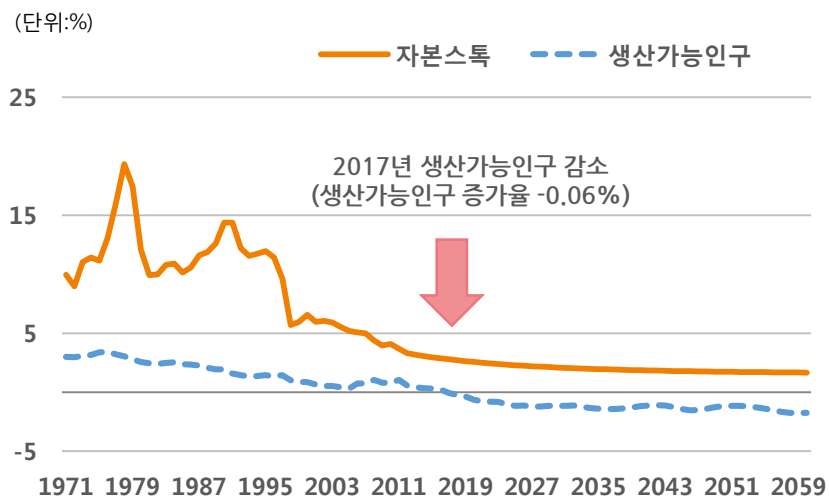


자료: 보건복지부 보도자료(2013.3.28)

1-3. 잠재성장률 약화 및 노후준비 미흡

- 그러나, 잠재성장률 감소로 미래를 위한 복지재원 마련에 한계 : **공적보장 확대 한계**
 - 장기적으로 1~2% 수준으로 하락
- 가계의 노후준비가 미흡하여 **미래 노후대비도 우려**되는 상황

주요 생산요소의 증가율 장기 전망



가계의 노후준비 실태

미흡한 노후준비

- 50대: 부정 42.6%, 54~59세: 부정 39.7% (보험연구원, 2015)
- 노후준비 안 되는 이유: 자녀교육비, 결혼비용 등

늦은 노후준비

- 이상적 은퇴준비 시기: 비은퇴자의 25.3% 취업직후 (삼성생명은퇴연구소, 2014)
- 현실적 은퇴준비 시기: 자녀대학 이후 자녀 독립기(50~60대)

노후준비 자산의 비유동성

- 50대에서 개인연금 및 저축 비중이 낮음
- 실물자산 구성비: 30대 61.0%, 40대 69.0%, 50대 74.1%, 60세 이상 82.4%

자료: 이태열·강성호·김유미(2014), 『공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안』

1-4. 연금을 통한 노후소득보장 필요 증대

노후소득 충분성 평가와 과제

- 적정노후소득 수준: 평균소득자의 소득대체율 기준으로 **70%** 내외 (OECD) ?
 - 국민연금 소득대체율 현재 **18%**, 미래 **25~30%** (무엇으로 채울 것인가?)

해결방향

- 왜 연금인가?
 - 연금소득은 **유동성이 크고** 퇴직 후 **지속적으로 발생**하므로 안정적 노후소득원임
 - * 실태조사에 의하면, 연금소득이 가장 중요한 노후소득원으로 조사됨
- 공적연금만으로 감당할 수 있는가?
 - 재정문제, 성장여력 고려시 공적연금 확대는 어려우므로 제도내실화(사각지대 개선, 재정문제 완화) 중심의 개혁 필요
 - 추가적인 노후소득보장은 **사적연금 역할 강화**를 통해 추진

II. 공사연금 체계

1. 노후소득보장 체계 및 현황
2. 공적연금제도
3. 사적연금제도

2-1. 노후소득보장 체계 및 현황

- 형식적 측면에서 제도화가 잘 갖추어져 있음.
 - 우리나라의 노후소득보장 체계는 연금, 비연금, 공공부조(조세재원)로 구성
- 실질적 측면에서는 사각지대, 재정문제, 급여수준의 문제 등 존재

우리나라의 노후소득보장 체계 및 현황

비연금	자산	5층	역모기지(주택, 농지), 자산담보 대출 등	
	소득	4층	은퇴 후 발생할 근로·자산소득, 사적이전 소득 등	
연금	사적 연금	3층	적격 개인연금('15.12월, 228만명)	
		2층	퇴직연금 ('15.9월 568만 명)	특수지역연금 ('17년, 약 150만 명)
	1층	국민연금 ('17.6월, 2,167만 명)		
	0층	기초연금(65세 이상 소득하위 70%) : 조세방식 ('17년 추계 482만 명)		
	공공부조(조세)	0층	기초생활보장 ('16년 163만 명) : 조세방식	
소득원	대상	근로자	자영자 등	공무원 등 직역가입자

2-2. 공적연금제도

- 특수직역연금에 비해 국민연금은 미성숙, 사각지대, 낮은 보장수준의 문제
 - 재정안정의 문제는 모든 공적연금에 존재
- 제도내실화를 통해 기본적 노후소득보장을 충실히 할 필요

우리나라 공적연금제도

구분	국민연금	특수직역연금		
		공무원연금	사학연금	군인연금
도입 년도	1988년	1960년	1975년	1963년
관장기관 (집행기관)	보건복지부 (국민연금공단)	행정안전부 (공무원연금공단)	교육부 (사학연금공단)	국방부 (복지보건관실연금과)
적용대상	18세 이상 ~ 60세 미만	국가·지방공무원, 법관, 경찰관	사립학교 교직원	하사 이상 직업군인
보험료	요율	기준소득월액의 9%		
	부담	노·사 각 1/2	국가·공무원 각 1/2	- 교사: 본인 9%, 법인 5.294%, 국가: 3.706% - 사무직: 각 1/2
급여수준	70% → 60% → 40% (40년 가입)	62.7% (33년 가입)		
지급방식	연금	연금과 일시금 선택 가능		

2-3. 사적연금제도

- 퇴직연금: DB, DC, IRP, 개인연금: 적격(연금저축), 비적격(연금보험)
 - 공적연금의 축소에 따른 소득보장을 보충할 수 있도록 활성화 정책 필요
 - 이를 위해 현재 사적연금의 문제점을 검토하고 이를 개선 방안 제시 필요

연금저축/퇴직연금(IRP) 제도

구분	연금저축	퇴직연금 / 개인형 IRP
납부한도	자기부담, 연간한도 1,800만 원(연금저축 포함)	
연금 지급조건	55세 이상, 가입기간 5년 이상, 지급기간 10년 이상	55세 이상(가입기간 조건없음), 지급기간 5년 이상
과세체계	- 납부액: 세액공제(400만 원까지 12% or 15%) - 개인연금계좌로 관리 - 중도인출시: 기타소득세 부과	- 납부액: 세액공제(700만 원까지 12%) - 퇴직연금계좌로 관리(연금소득은 종합소득과세) - 중도인출시: 퇴직소득세 혹은 기타소득세 부과
관련조항	소득세법	근퇴법 시행령 제18조 등
도입시기	1994년	2005년(퇴직연금), 2012년 7월(IRP)
취급운용사	은행, 보험, 투자회사(증권) 등	은행, 보험, 투자회사(증권), 근로복지공단 등
운용대상 자산	위험자산(예, 주식) 편입 제한없음	위험자산(예, 주식) 최대 70%까지 편입가능
수급권 보호	5천만 원 한도 보장(연금저축신탁, 보험)	5천만 원 한도 보장(DC, IRP) ※ DB는 별도

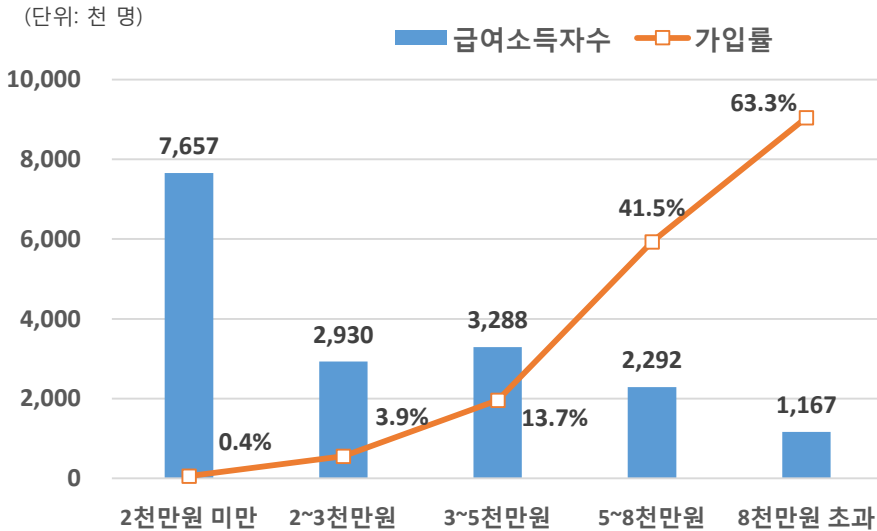
III. 사적연금 제반 문제점

1. 낮은 가입율과 유지율
2. 낮은 운용수익률
3. 낮은 세제지원 및 수급권 보호 기능 취약
4. 낮은 연금수령 및 연금화 유인 미흡

3-1. 낮은 가입률과 유지율

- 사적연금 가입률은 낮은 편(특히, 저소득층의 가입률 낮음)
 - 퇴직연금 가입률 53.5%(2016년 6월), 개인연금 가입률 13.2%(2015년 말)
 - 선진국에 비해 사적연금 가입률 낮은 편(생산가능인구 대비)
- 유지율 또한 낮아 연금저축 10년 유지율이 52.4%에 불과함(금융위원회, 2014)
 - 5년 이상 유지할 경우 특별한 규제가 없음(유지율이 낮을 경우 연금형태로 수령할 유인이 낮아짐)

소득계층별 개인연금(연금저축) 가입률 (2015년)



자료 : 국세청(2016), 2016국세통계연보

주요국의 사적연금 유형별 가입률

(단위: %)

국가		호주	독일	한국	네덜란드	영국	미국
강제 및 준강제	퇴직연금	68.5	n.a.	13.9	88	n.a.	n.a.
	임의/자발적						
	퇴직연금	n.a.	56.4	n.a.	n.a.	30	41.6
	개인연금	19.9	35.2	23.4	28.3	11.1	22
	소계	19.9	71.3	23.4	28.3	43.3	47.1

주: 생산활동인구(15~64세) 대비 가입률
 자료: OECD, pension at a glance(2015), p189

3-2. 낮은 운용수익률

• 원리금보장 상품위주의 자산운용

- (퇴직연금 투자형태) 퇴직연금 적립금의 89.0%('16년 말)가 원리금 상품에 투자(실적배당형은 6.8%)
- (퇴직연금 수익률 국제비교) 국내 퇴직연금 수익률은 2.6% (OECD 평균 9.9%)
- * ('16년 말) 연간수익률은 1.58%, 5년·8년 연환산 수익률은 각각 2.83% 및 3.68%

퇴직연금 제도유형별 적립금 현황

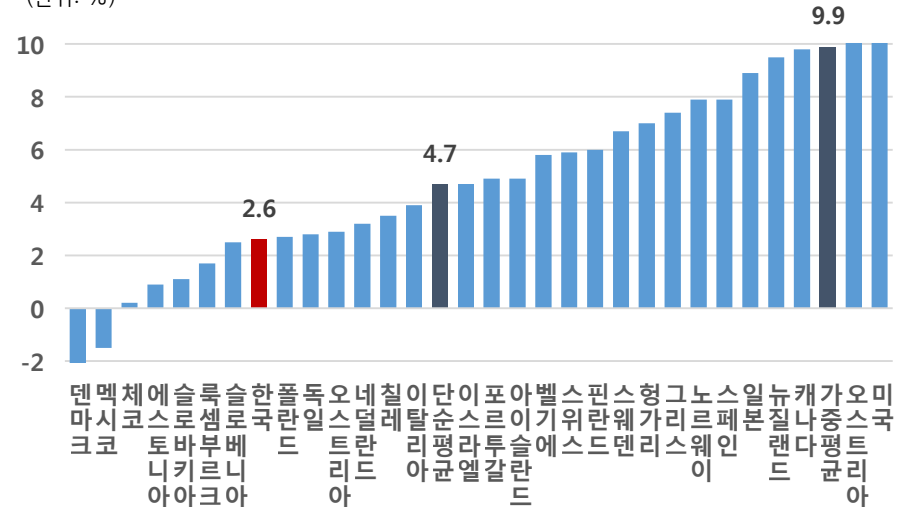
(단위: %, 조 원)

구분	DB	DC	기업형IRP	개인형 IRP	합계	
	비중	비중	비중	비중	비중	계
원리금보장형	95.0	78.9	85.8	69.2	89.0	130.9
실적배당형	2.0	16.7	8.7	17.8	6.8	10.0
기 타 ^{주)}	3.0	4.3	5.5	13.0	4.2	6.1
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	147.0

주: 운용을 위한 대기성 자금(고유계정대, 현금성 자산, MMF 등)
 자료: 금융감독원, 2016년도 퇴직연금 영업실적 분석결과

퇴직연금 수익률 국제비교

(단위: %)



주: 2012~2013년 기간 동안의 실질 투자수익률임
 자료: OECD(2014)

3-3. 낮은 세제지원 및 수급권 보호 기능 취약

• 연금세제 지원수준은 15.7% (OECD 21.5%)

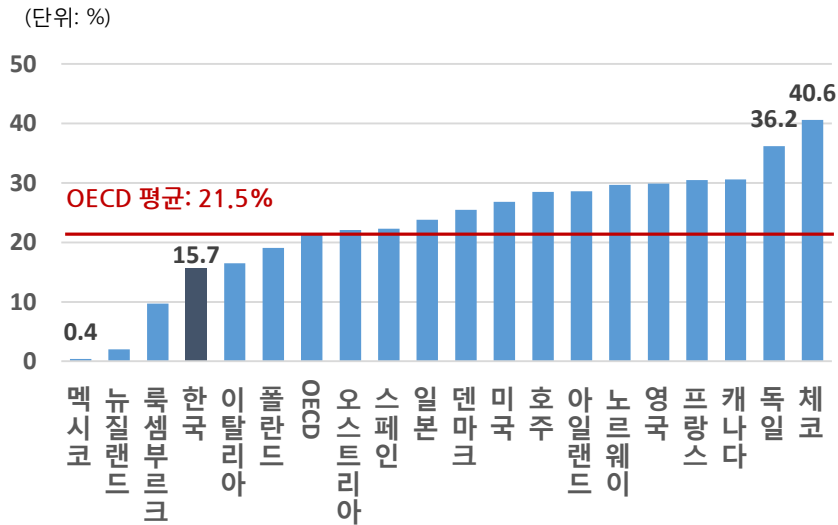
- 연금저축은 2014년부터 소득공제에서 세액공제로 전환

- 퇴직 직전세대에 대한 추가연금세제 無 (미국: Catch-up Policy, 영국: 한시적 특례연금정책, 아일랜드: PRSA)

• 퇴직연금의 수급권 보호 기능 취약

- 책임준비금 80%이상 적립해야 하나 60% 미만을 사외적립하는 기업 상당수

국가별 사적연금 세제지원 비율



주: 1) 사적연금에 퇴직연금 포함, 2) 기여금액 대비 비율

자료: OECD(2013), Pension at a glance 2013

퇴직연금의 수급권 보호

구분	한국	외국
사전적 수급권	부분 적립 (최소책임준비금의 80%이상)	완전적립 (최소책임준비금의 100%)
사후적 수급권	DB형	연금지급보증제도 (법적·제도적으로 전액보상)
	DC형	별도 5천만 원 예금자보호 1억 원 예금자보호 (미국, 일본, 캐나다 등)

3-4. 낮은 연금수령 및 연금화 유인 미흡

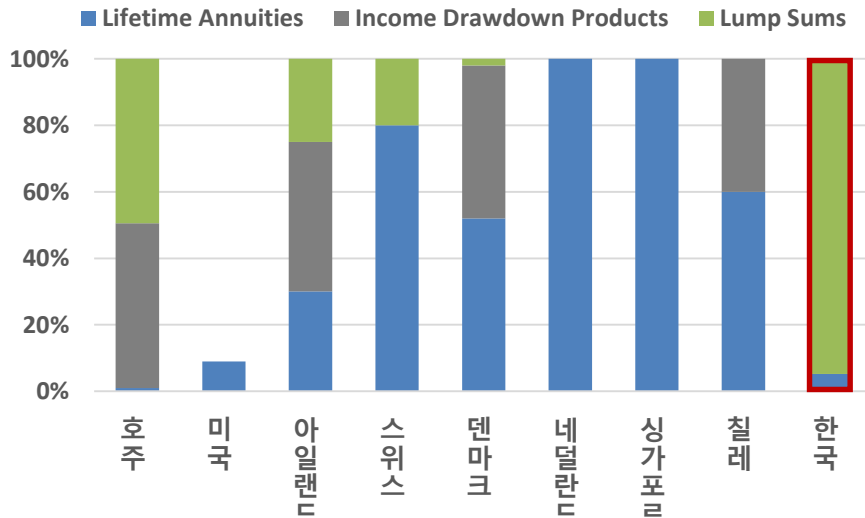
• 일시금 수령 현상 뚜렷

- '16년 상반기 중 연금 수급요건(55세 이상)을 갖춘 퇴직급여 계좌의 98.4%는 일시금 수령
 - * DC형: 네덜란드 100%, 스위스 80%, 칠레 60% 수준의 연금전환 추세, DB형: 최대 88% 연금전환
- 적격개인연금의 경우 10년 이상 연금형태로 수령해야 한다는 조건만 강제되어 연금화 유인 미흡

• 사적연금 노후소득보장 기능 취약

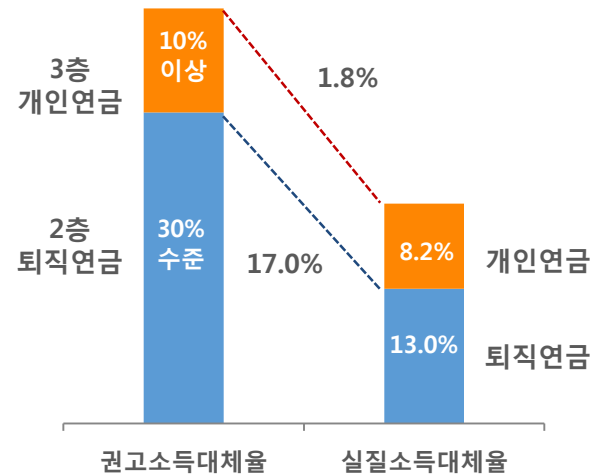
- (퇴직+개인)의 합산소득대체율은 장기적으로 21.2%(추정치)

DC형 퇴직연금의 연금수령 국제비교



주: 우리나라의 경우 DC형과 DB형 가입자 전체를 대상으로 한 실적임
 자료: Oxera(2015)

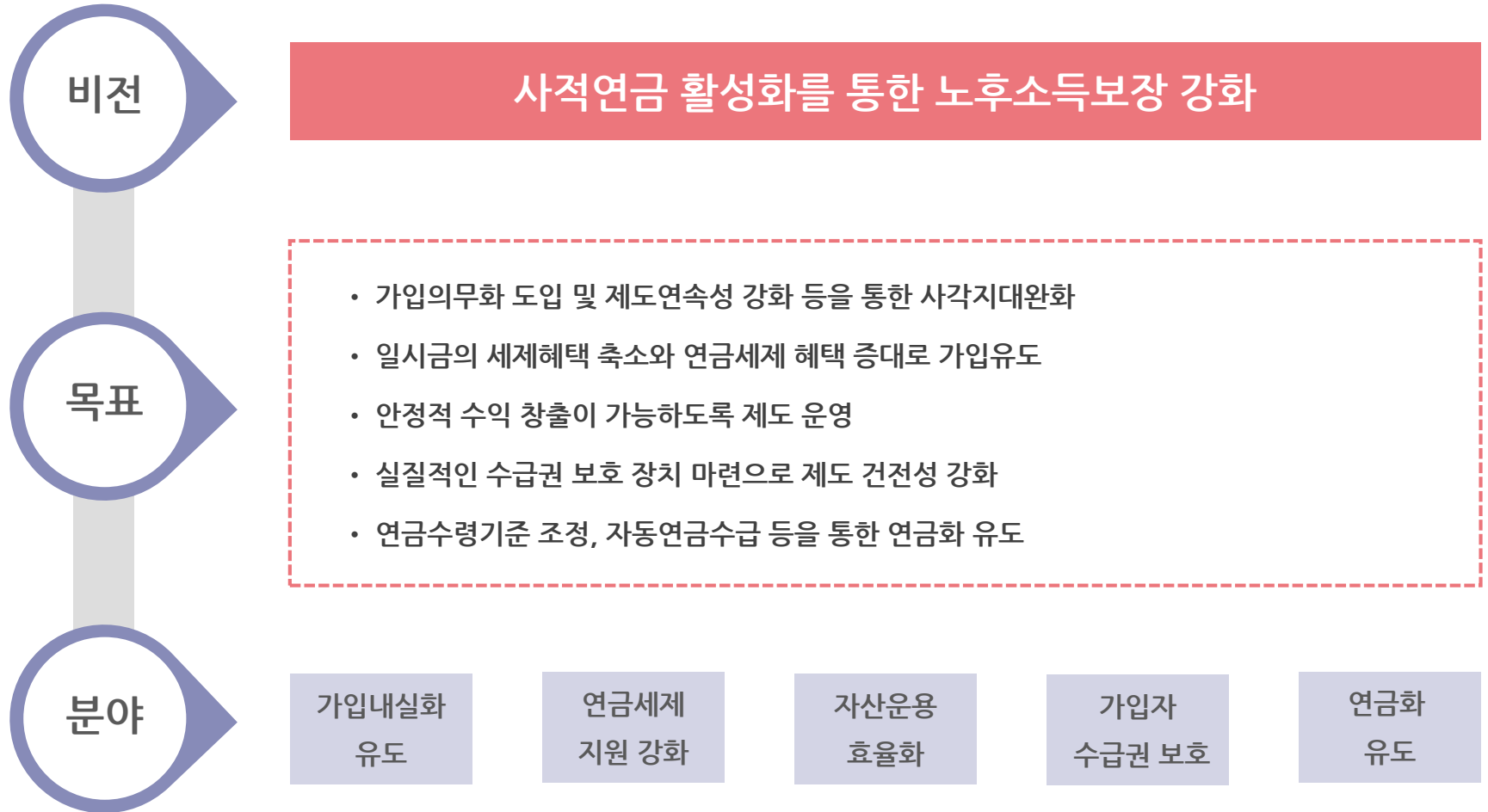
사적연금의 노후소득보장 수준



주: 1) 사적 연금 실질소득대체율은 2012년 기준(시나리오 2 기준)
 2) 개인연금과 퇴직연금수익률은 각 협회 홈페이지 참조
 자료: 류건식(2013); 이태열 외 (2014)

IV. 사적연금 역할 제고 방안

4. 역할제고 방안: 로드맵



4. 역할제고 방안

<p>가입내실화 유도</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴직연금 가입자 확대 실효성 제고 및 퇴직연금가입의무화 도입 - 가입확대시 자동가입제도(Opt-out형태, 영국 등) 시행 검토
<p>연금세제 지원 강화</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 세액공제 대상소득 및 세액공제율(예, 12% → 20%) 상향 • 퇴직일시금에 적용되는 퇴직소득공제 축소 및 연금화세제 지원 * 가입자 특성을 고려하여 차등지원 검토
<p>자산운용 효율화</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 디폴트옵션제도 도입(단, 투자손실 대응 위해 수탁자책임 기준 설정) • 투자지식 취약한 계층(저소득층, 자영자 등)에 대한 투자교육 강화
<p>가입자 수급권 보호</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 책임준비금 100% 적립(미적립채무에 대한 신용보험제 도입 검토) • 연금지급보증제도 도입(PBGC 참고), 예금자보호 한도 확대
<p>연금화 유도</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 정년의무화 연령(60세)를 고려하여 연령 조정 • 수급시 자동 연금수급(Opt-out) 제도화

감사합니다

주요국의 노후소득보장체계

재정복지정책연구부
이태석

October 18 , 2017

Korea's Leading Think Tank





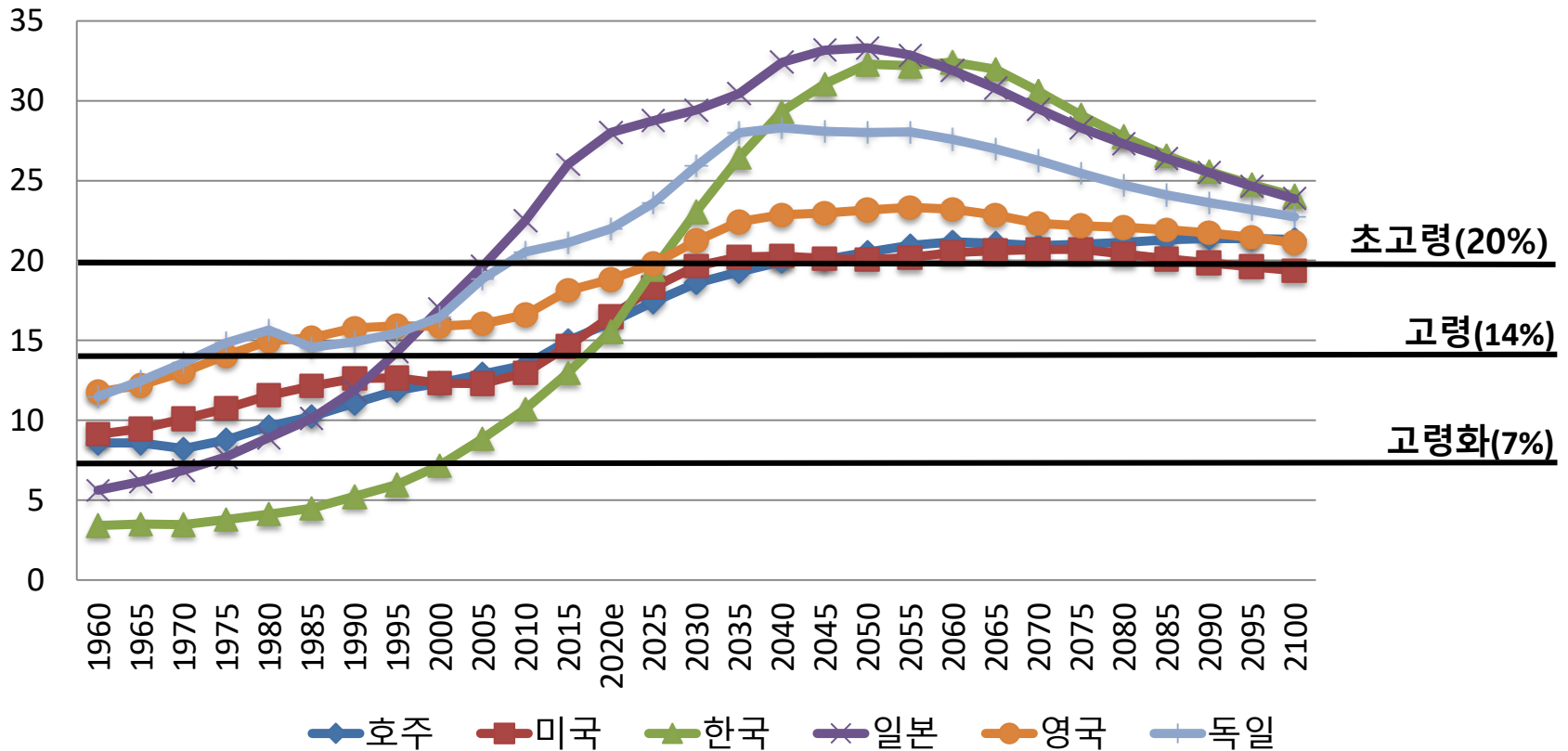
C O N T E N T S

1. 한국의 고령화 현황과 과제
2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계
3. 주요국 퇴직연금제도
4. 주요국 연금과세제도

1. 한국의 고령화 현황과 과제

65세 인구 비중 추이

□ 한국은 65세 이상 인구가 빠르게 증가하여 고령사회로 진입 (13.8% : 2017e)

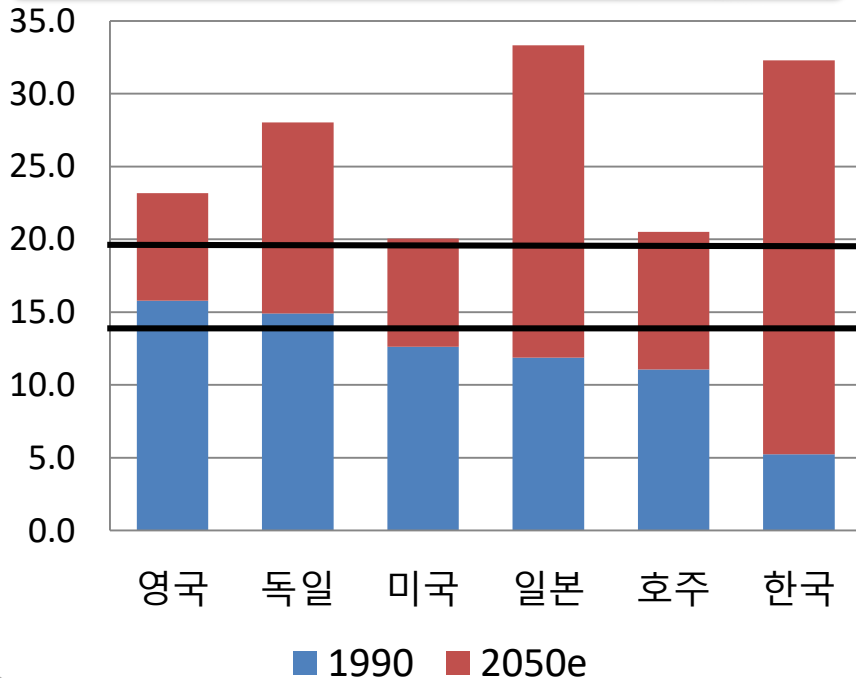


1. 한국의 고령화 현황과 과제

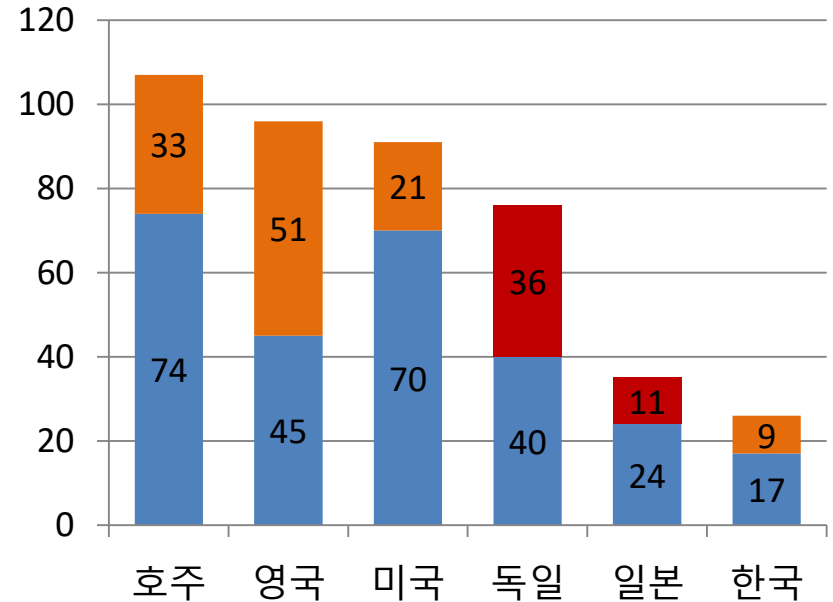
고령화 속도 비교

- 한국은 세계에서 가장 빠르게 초고령 사회로 진입하고 있으며, 2050년 일본 다음으로 세계에서 가장 높은 고령자 비중을 가질 것으로 예상됨.

65세 인구 비중 (%)

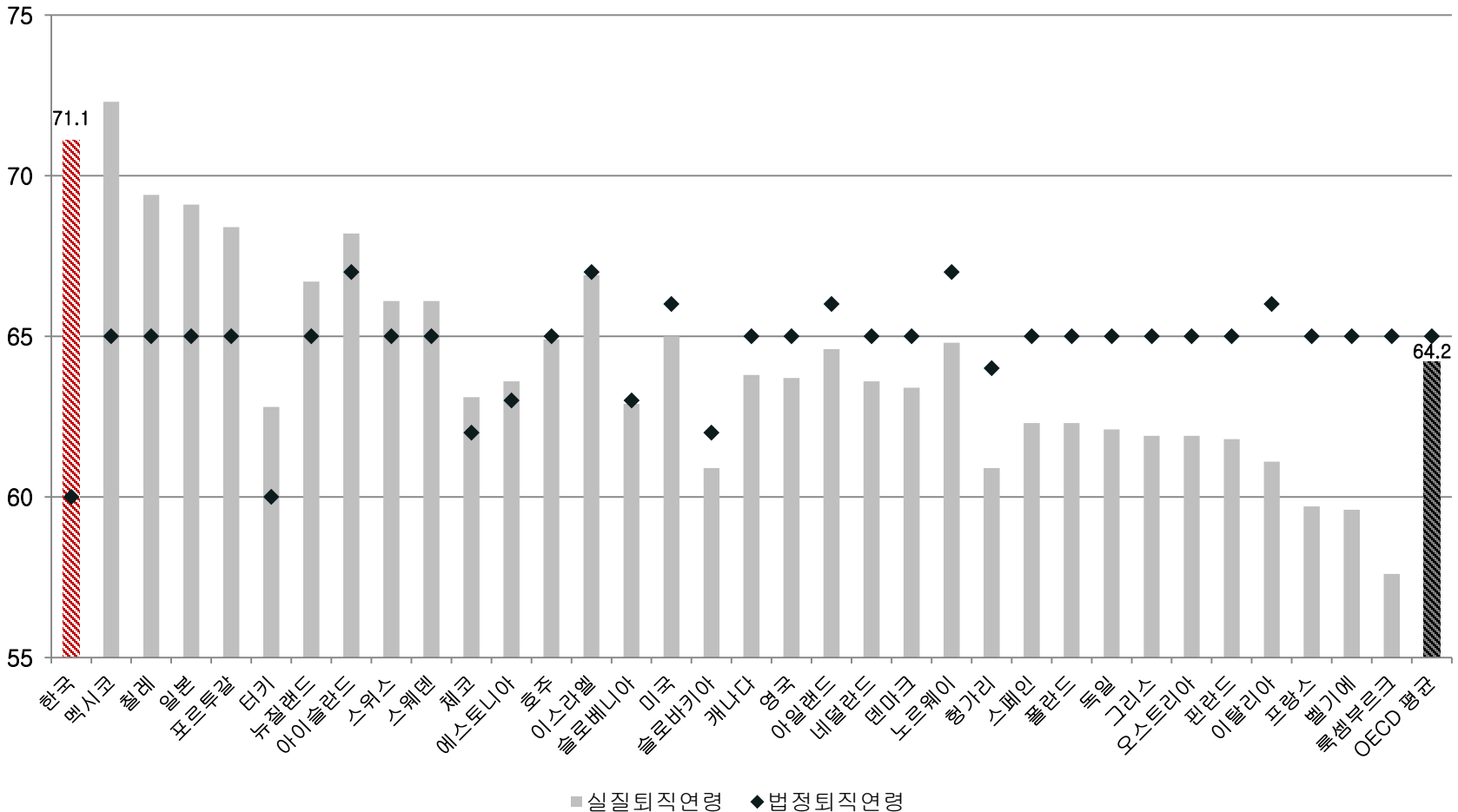


초고령 사회 진입 소요 기간 (년)



1. 한국의 고령화 현황과 과제

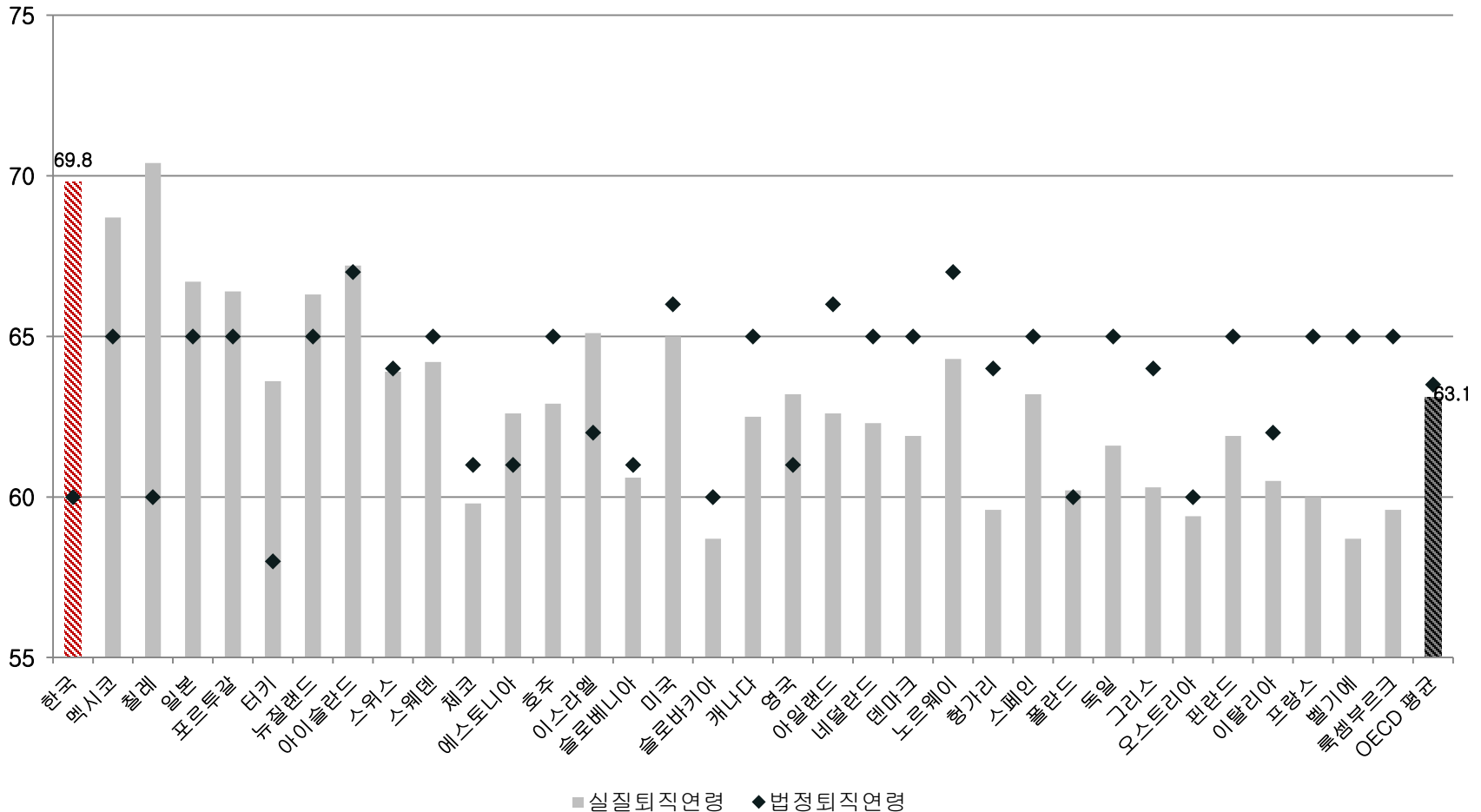
법정퇴직연령, 실질퇴직연령 (남: 2012년)



자료 : OECD (2014)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

법정퇴직연령, 실질퇴직연령 (여: 2012년)

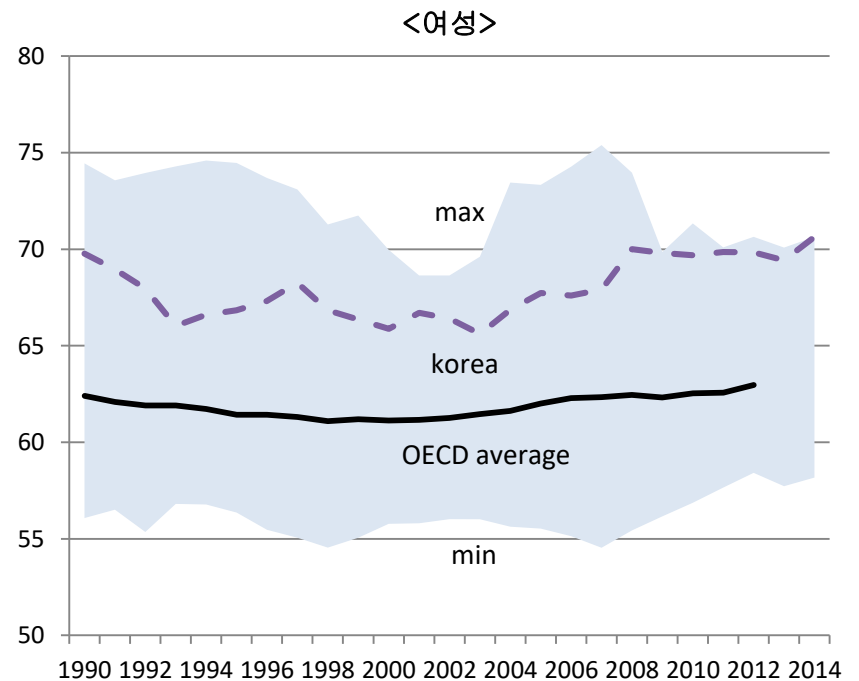
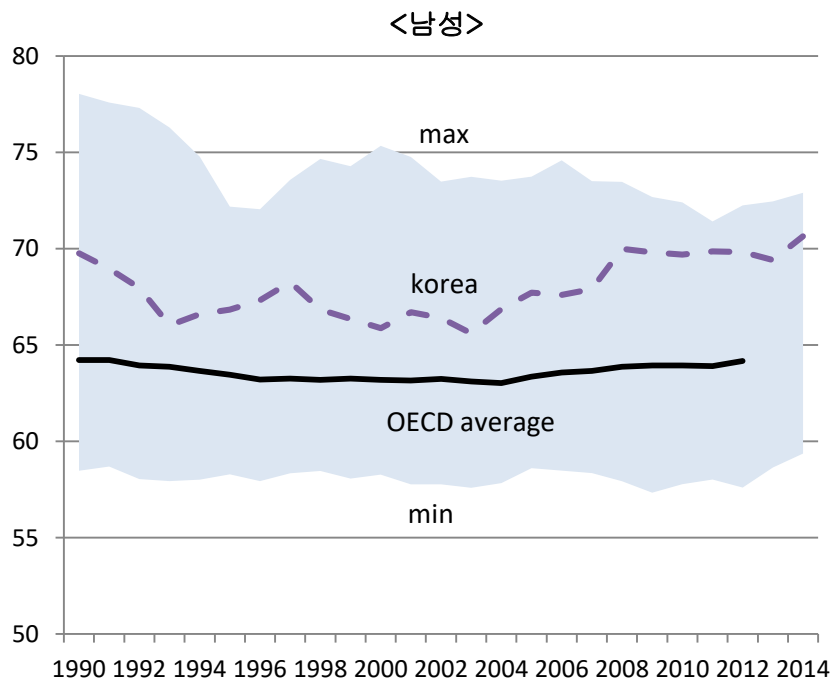


자료 : OECD (2014)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

남녀 은퇴 연령 비교

□ 한국의 경우 과거에 비해 유효 은퇴연령이 높아지고 있으며 OECD 평균보다 **높음**.

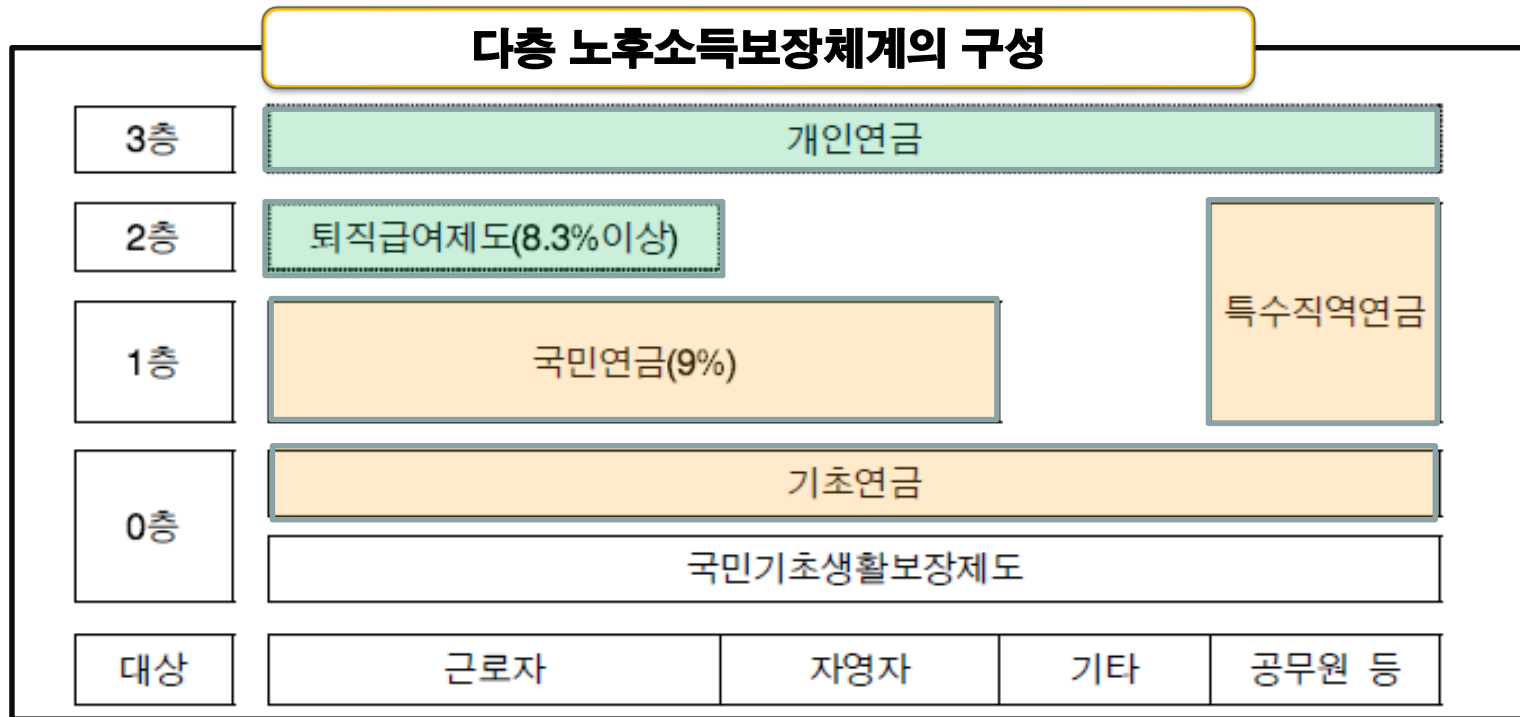


자료 : OECD(2015)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

한국의 노후소득보장체계

- 연금기여금에 기반을 둔 공무원연금, 군인연금, 사립학교교직원연금, 국민연금과 함께 일반재정에 기반을 둔 기초연금이 공적연금을 구성함.

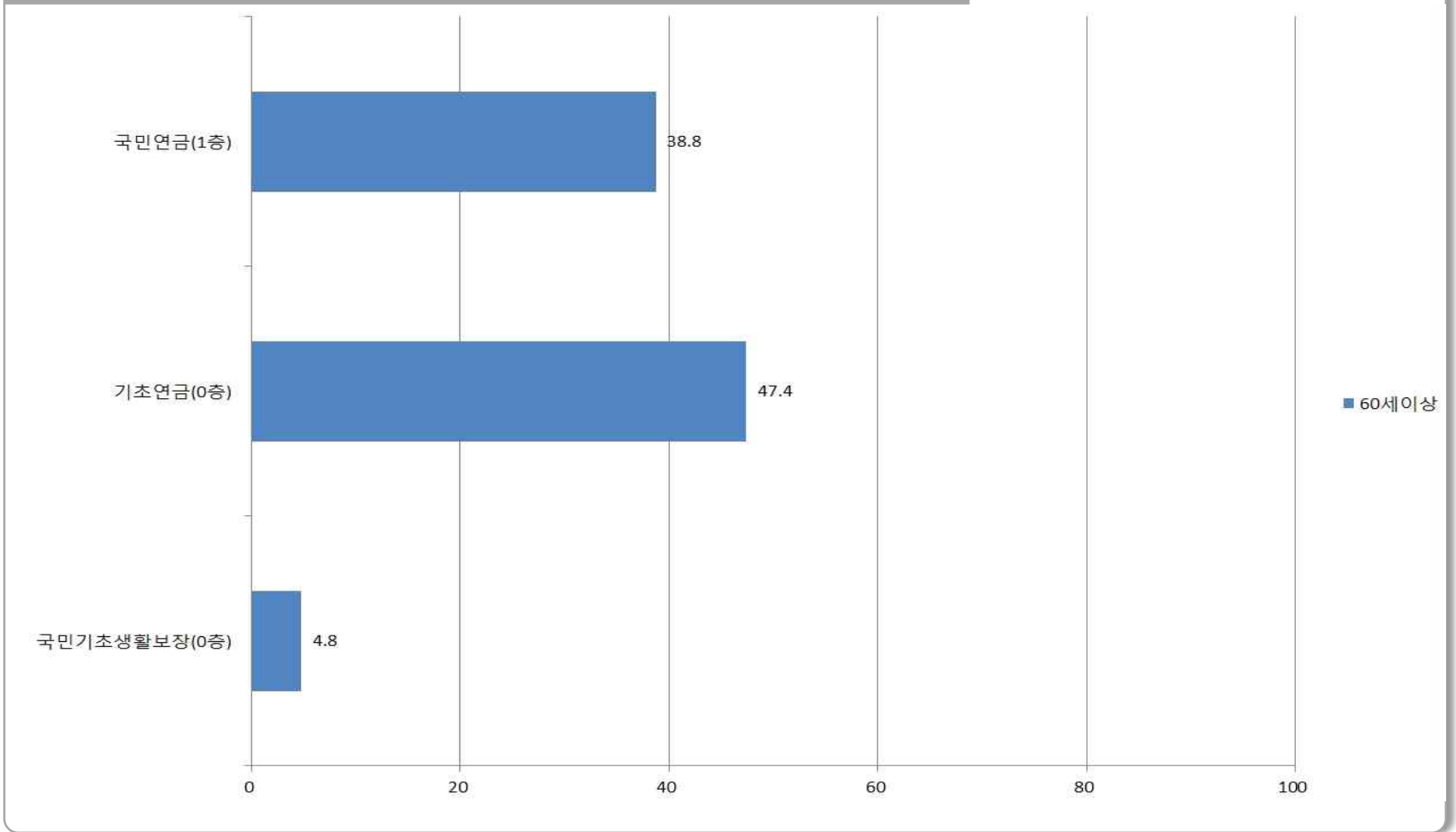


주: 괄호안의 숫자는 제도별 기여율.

자료 : KDI(2016)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

다층 노후소득보장체계의 포괄범위, 수급률 (2015년)



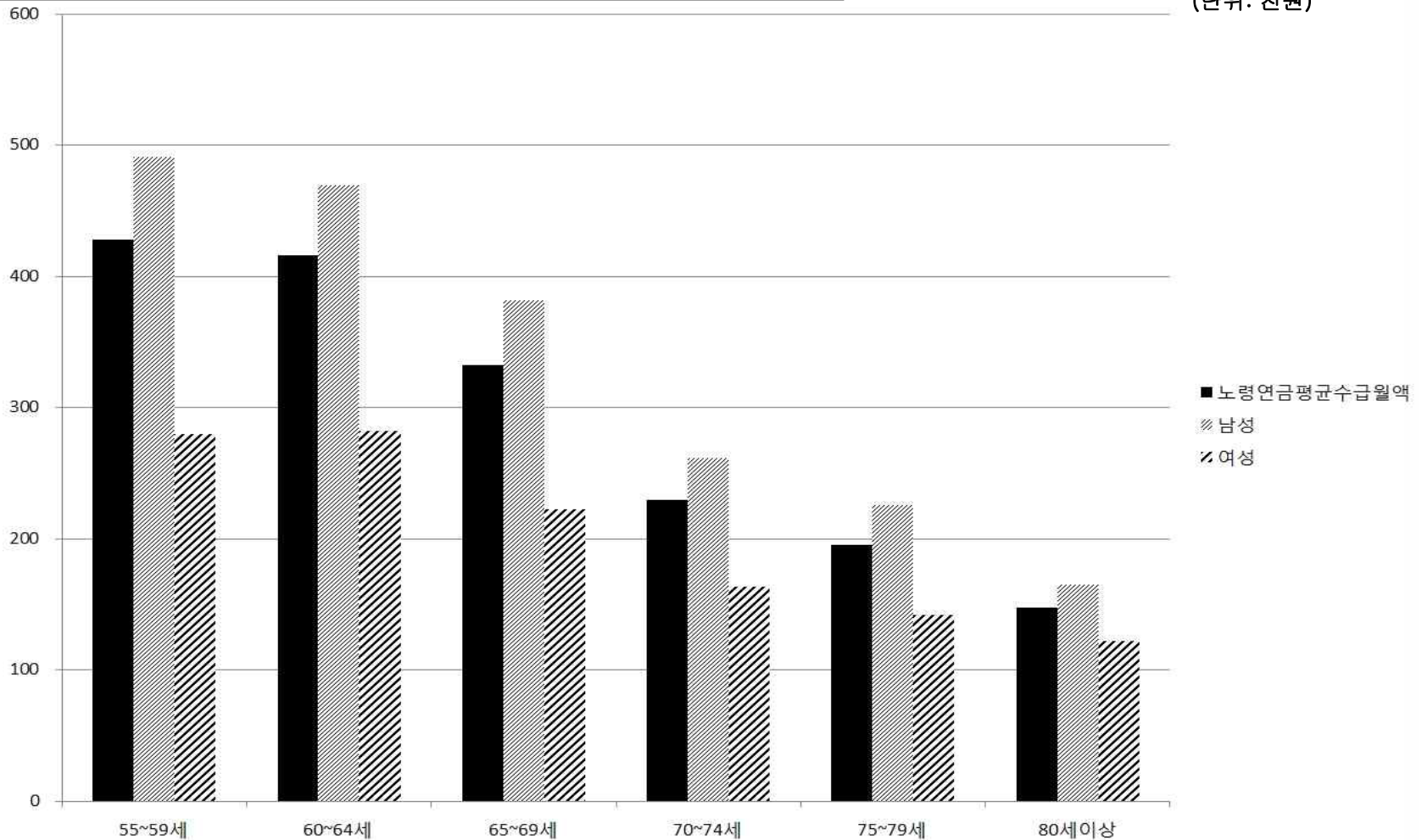
주: 숫자는 60세이상 인구 대비 %.

자료 : KDI(2016)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

연령별 국민연금 노령연금 수급월액 (2014년)

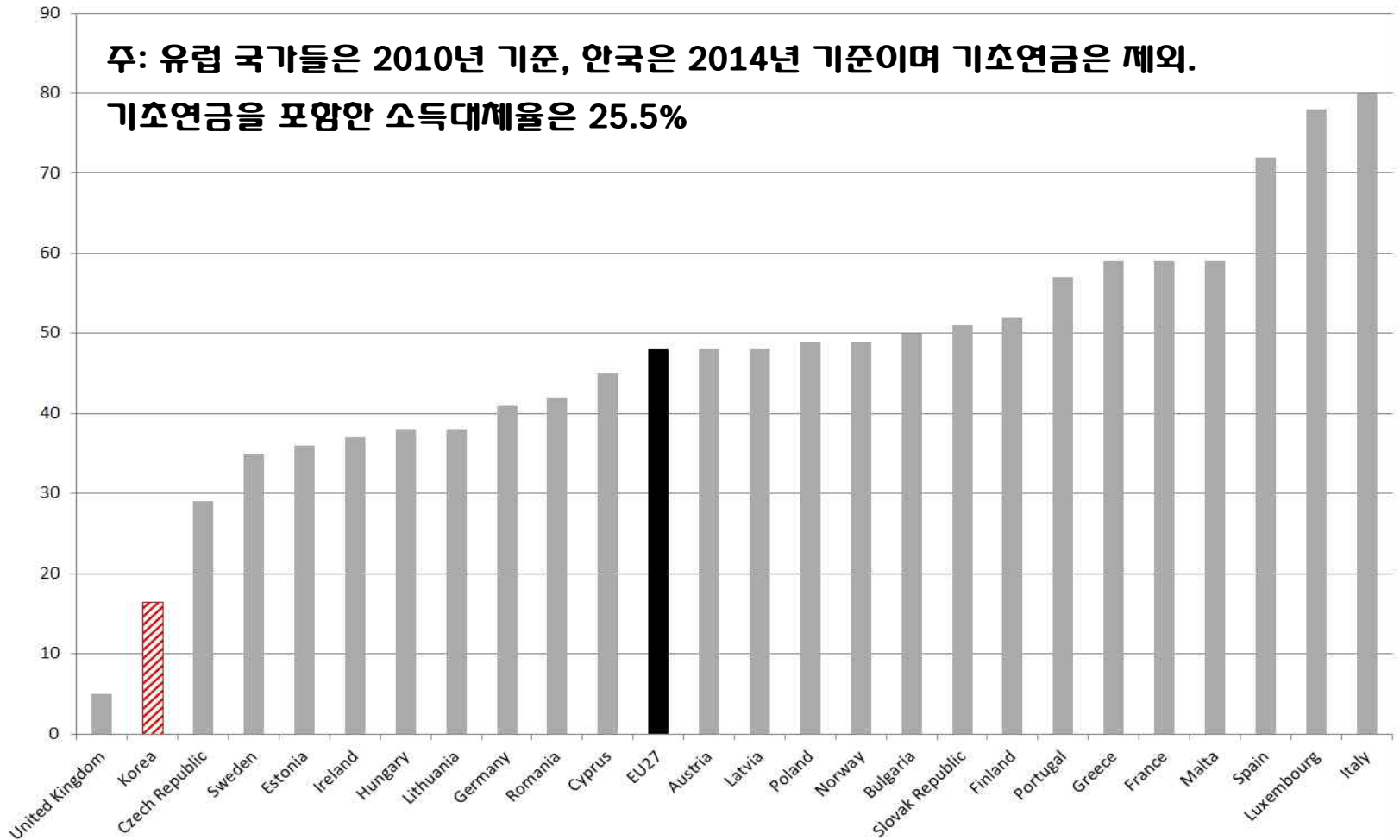
(단위: 천원)



1. 한국의 고령화 현황과 과제

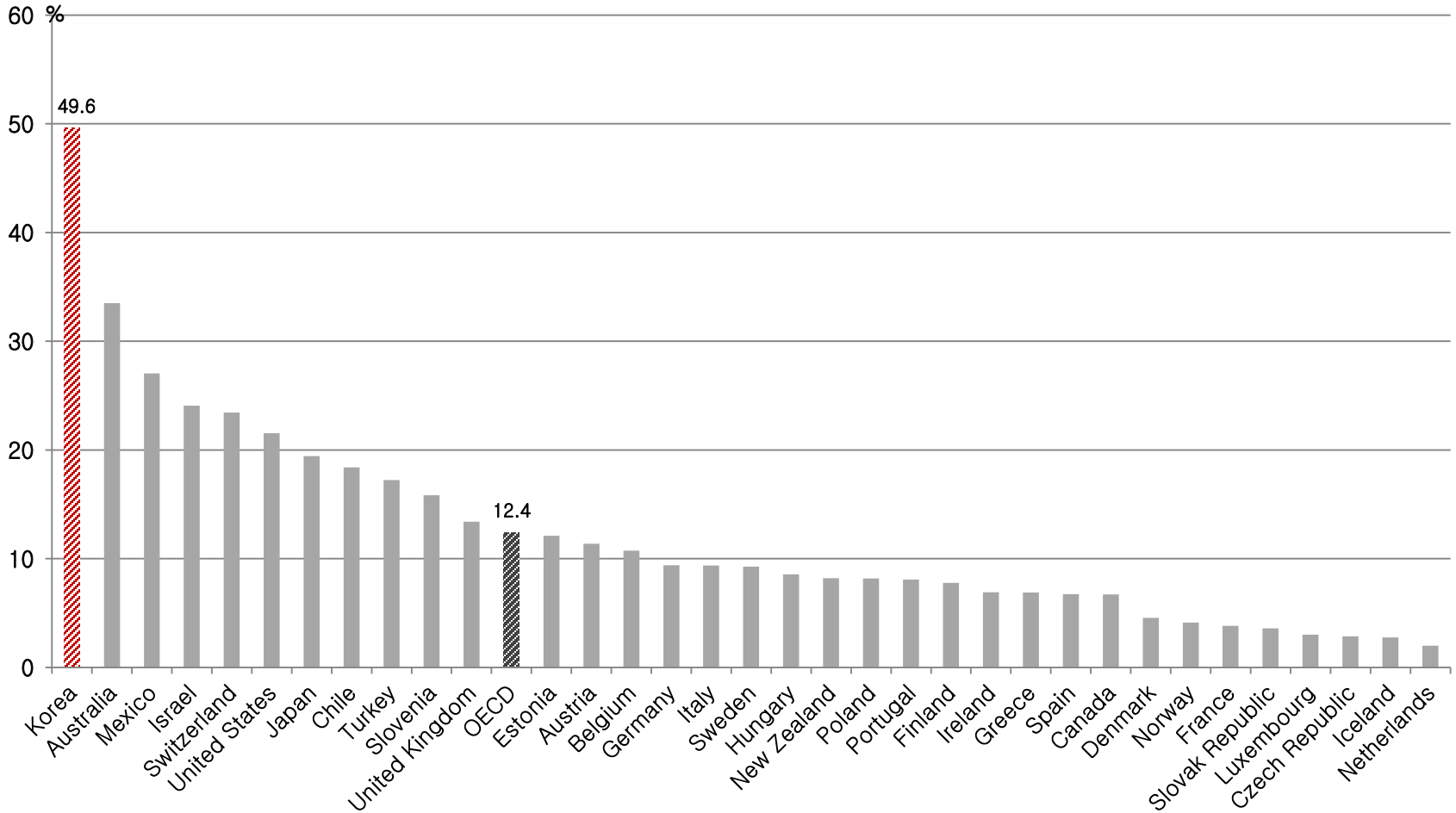
공적연금 실질 소득대체율

주: 유럽 국가들은 2010년 기준, 한국은 2014년 기준이며 기초연금은 제외.
 기초연금을 포함한 소득대체율은 25.5%



1. 한국의 고령화 현황과 과제

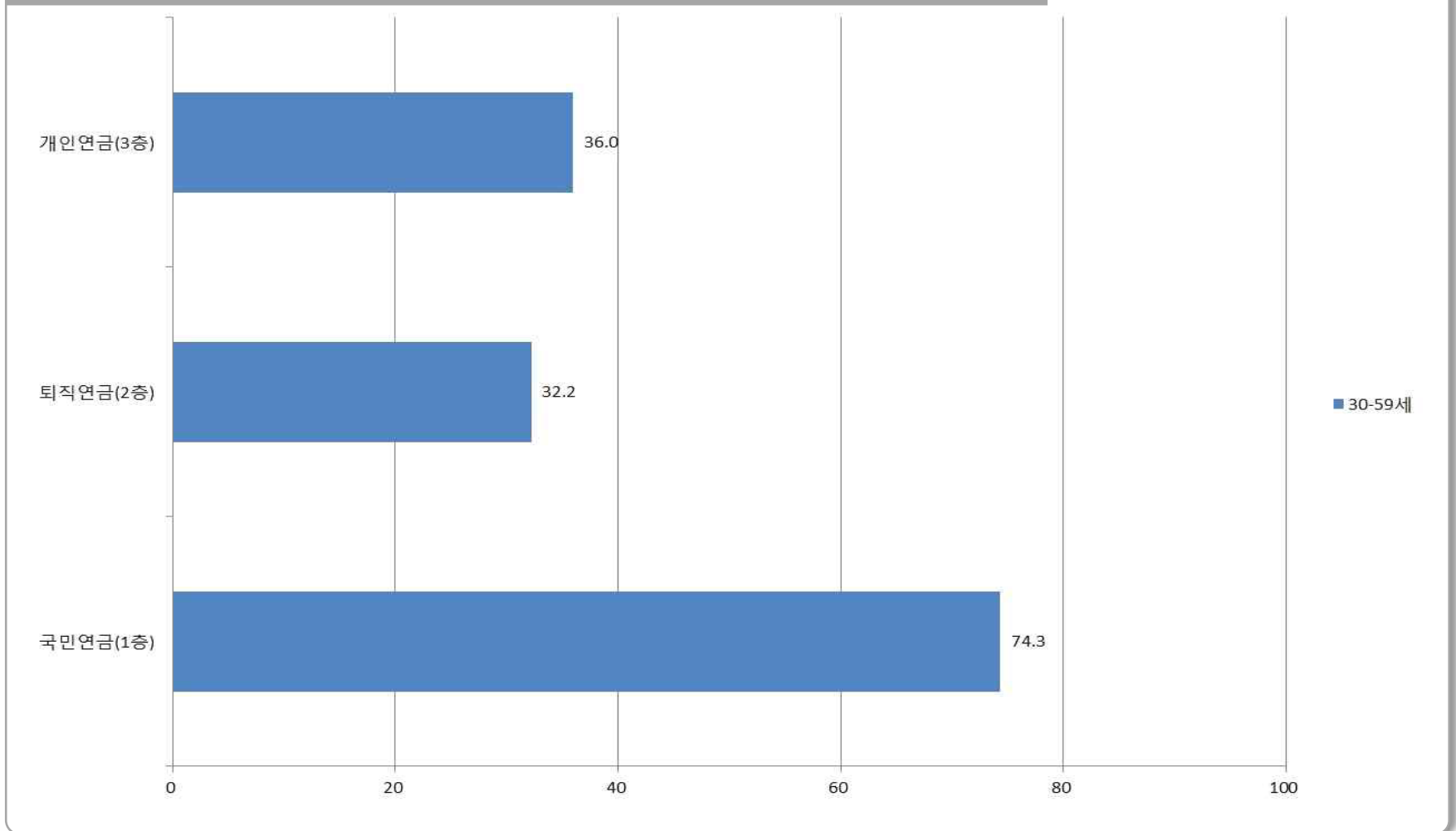
65세 이상 노인 빈곤율 (2015년)



자료 : OECD (2015)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

다층 노후소득보장체계의 포괄범위, 가입률 (2015년)



주: 숫자는 30~59세 경제활동인구 대비 %.

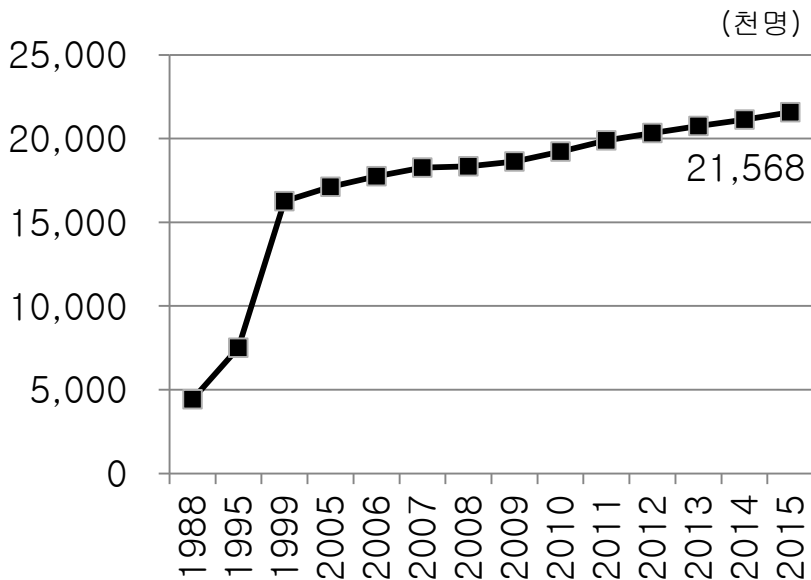
자료 : KDI(2016)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

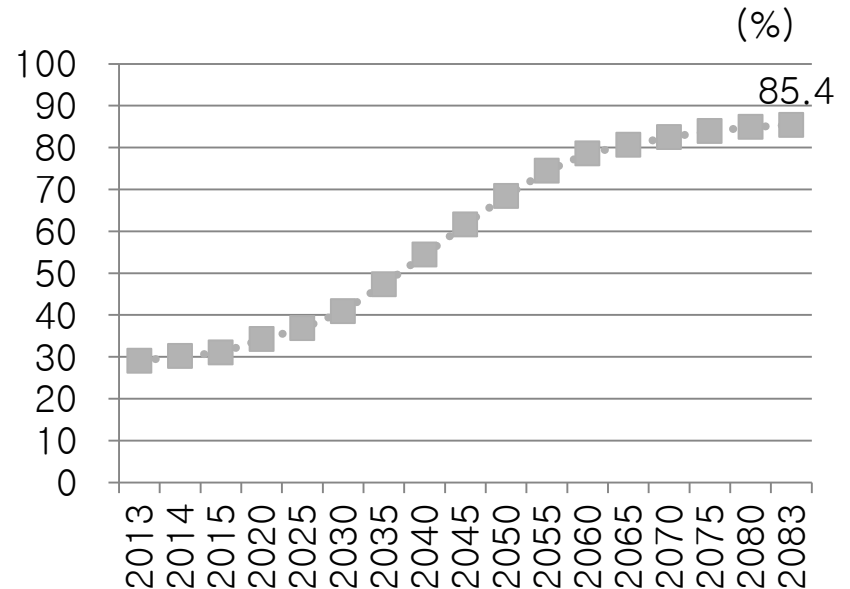
국민연금 적용대상, 수급률 추이 및 전망

- 국민연금을 비롯한 공적 연금은 고령화 시대에 주된 노후보장 수단으로 안정적 제도 확립이 요구됨

국민연금 적용대상인구

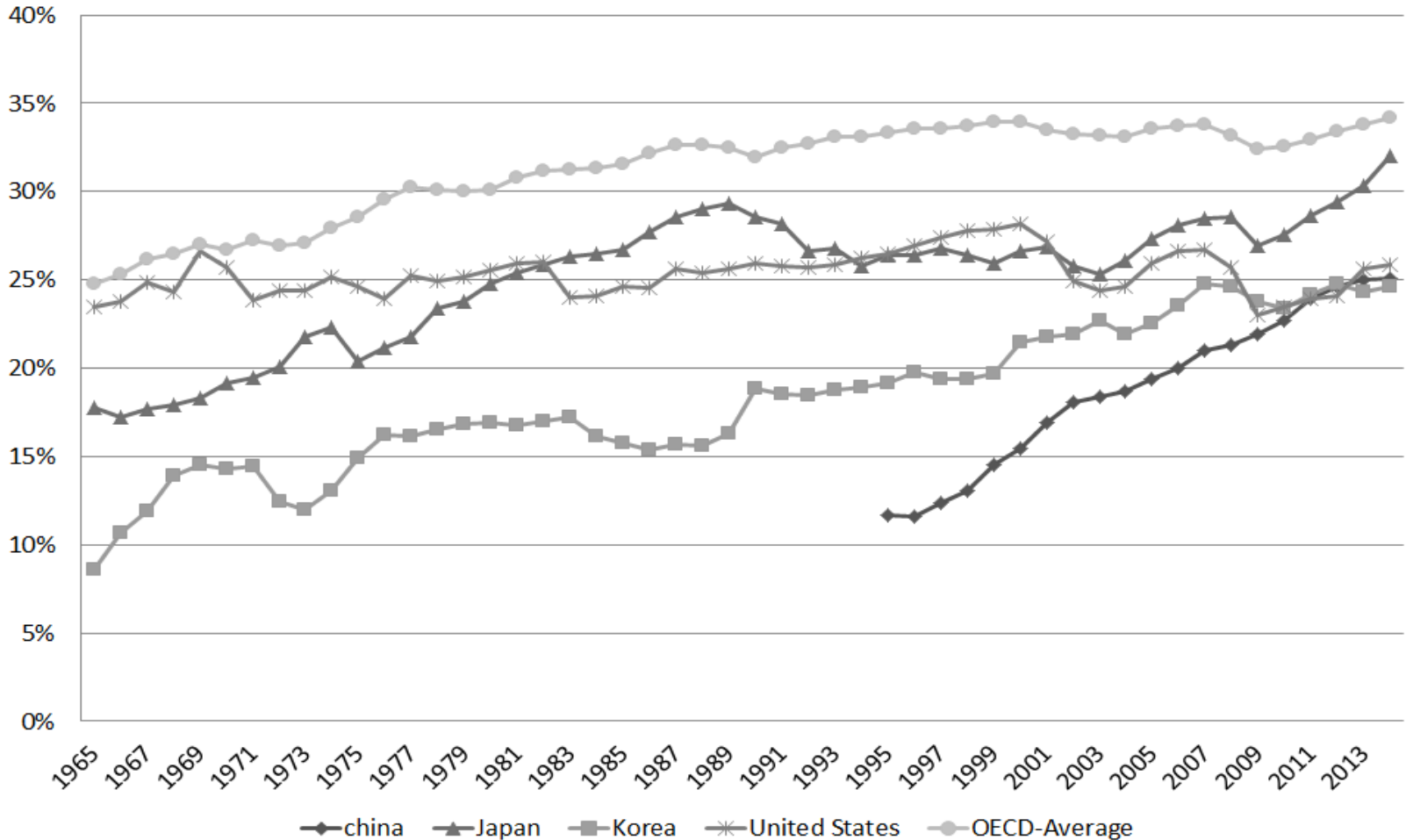


국민연금 65세 이상 수급률 전망



1. 한국의 고령화 현황과 과제

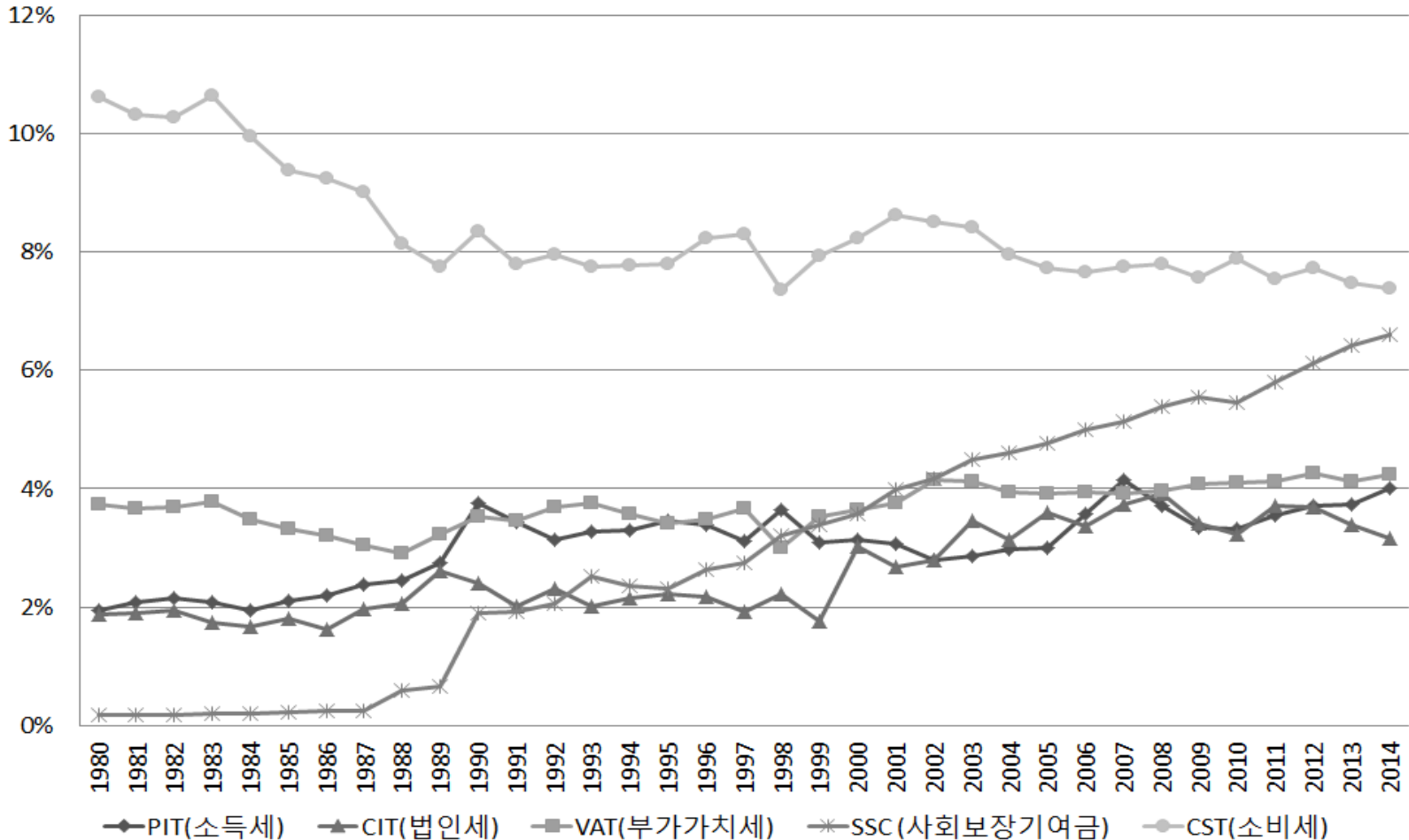
주요국 국민부담률 추이



자료 : KDI(2017)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

한국의 세목별 세수비중 및 사회보장기여금 비중 추이



자료 : KDI(2017)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

근로연령층 노후준비방법

[단위: %]

	준비하고 있음							준비하고 있지 않음	
	국민연금	기타 ¹⁾ 공적연금	사적연금	퇴직급여	예금, 적금, 저축성보험	부동산	운용	기타 ²⁾	
19 ~ 29 세	56.8	65.3	4.9	5.8	2.7	20.8	0.4	0.2	43.2
30 ~ 39 세	86.0	58.9	6.9	11.4	3.8	16.7	1.7	0.6	14.0
40 ~ 49 세	83.8	59.9	8.0	10.2	4.3	14.2	2.8	0.5	16.2
50 ~ 59 세	79.4	61.9	7.9	8.0	3.2	14.8	3.8	0.4	20.6
60 세 이상	56.1	38.3	11.6	7.4	4.7	24.5	12.4	1.1	43.9
65 세 이상	50.5	33.4	13.3	6.8	5.5	25.1	14.6	1.4	49.5

주 1) 공무원 연금, 군인 연금, 사립학교 교직원 연금 등

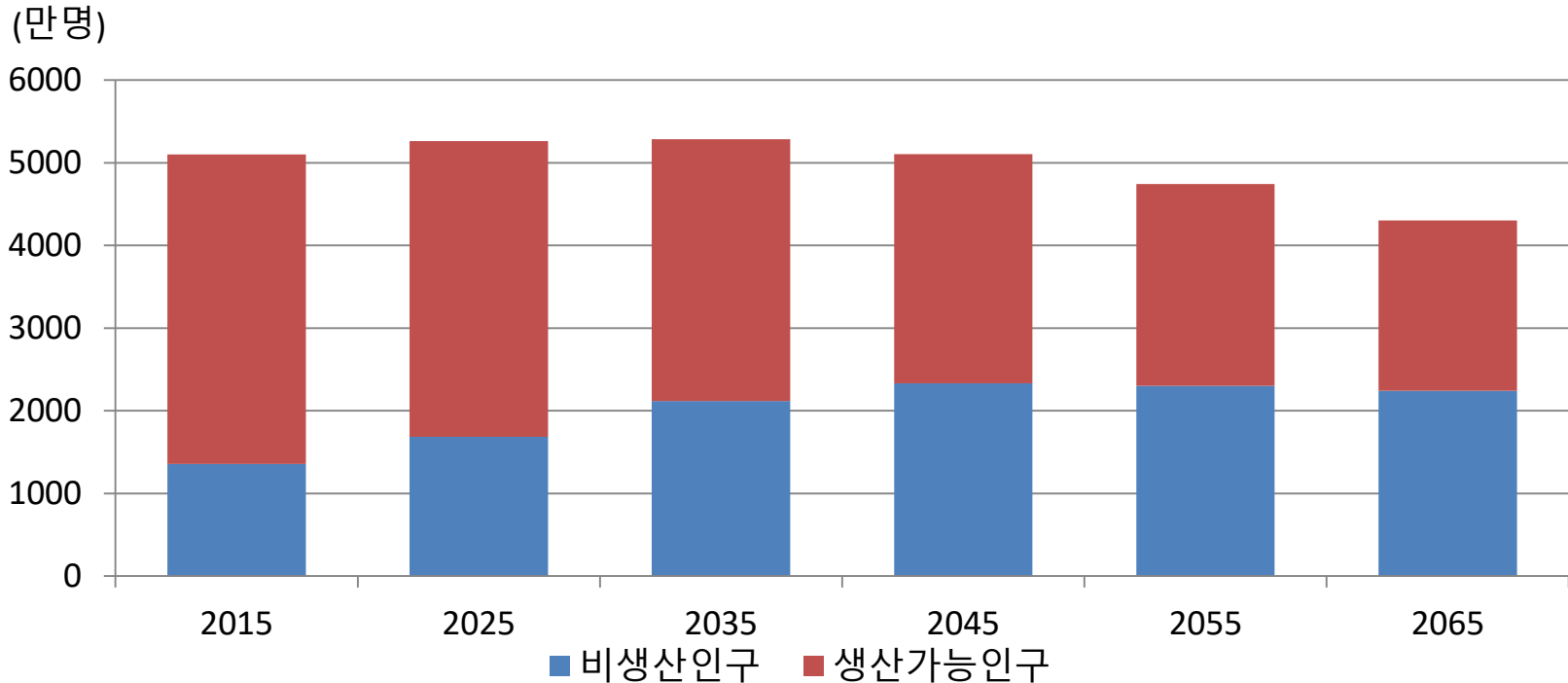
주 2) 주식, 채권 등 포함

자료 : 통계청, 2015년 사회조사

1. 한국의 고령화 현황과 과제

한국 생산가능 인구 전망

□ 인구고령화로 인해 2020년부터 생산가능인구가 연평균 34만명씩 감소할 것으로 예상됨.

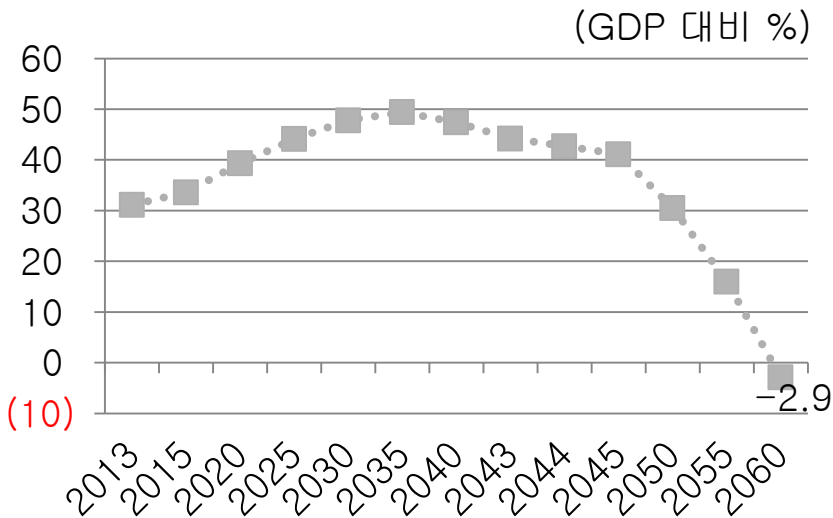


1. 한국의 고령화 현황과 과제

국민연금기금전망 및 공무원연금적자전망

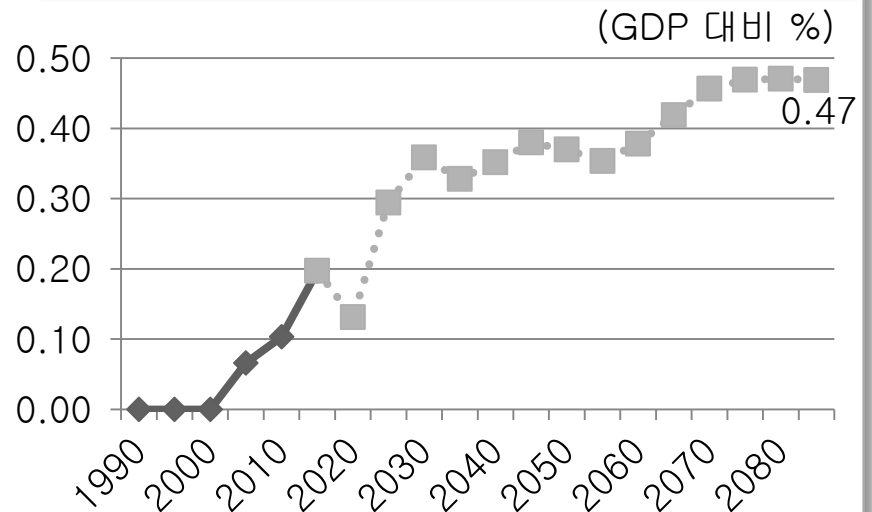
- 국민연금 재정의 장기지속성에 대한 우려가 불식되지 못하고 있으며, 공무원연금의 경우 기금이 고갈되어 부과식으로 운영됨.

국민연금 기금 전망



자료 : 제3차 국민연금장기재정전망

공무원연금 적자 전망



자료 : KDI(2016)

1. 한국의 고령화 현황과 과제

OECD 국가의 공적연금 기여율과 수입 규모

□ 한국의 경우 다른 국가들에 비해 연금기여율이 현저히 낮음.

국가	연금기여율(총소득 대비 %)					연금기여금 수입(revenues) (2011년)			
	1999	2004	2012	근로자 2012	고용주 2012	GDP 대비 %			총조세 대비 %
						근로자	고용주	합계	
호주	강제가입 사적연금 기여금만 존재					0.0	0.0	0.0	0.0
프랑스	16.7	16.7	16.7	6.8	9.9	-	-	-	-
독일	19.7	19.5	19.6	9.8	9.8	2.8	3.2	6.9	20.2
일본	17.4	13.9	16.8	8.4	8.4	3.2	3.1	6.3	22.8
한국	9.0	9.0	9.0	4.5	4.5	1.2	0.9	2.1	9.0
네덜란드	17.9	17.9	17.9	17.9	0.0	-	-	-	-
영국	별도의 연금기여금 없음					-	-	-	-
미국	12.4	12.4	10.4	4.2	6.2	2.1	2.1	4.2	18.5
OECD 34	19.3	20.0	19.6	8.4	11.2	1.8	3.0	5.2	15.8

*총조세(total taxes)는 조세수입과 사회보장기여금 등을 합한 것이며, 근로자가 아닌 사람들 (자영업자 등)의 연금납부액도 포함되었음

1. 한국의 고령화 현황과 과제

OECD 국가의 공적연금 기여율과 수입 규모

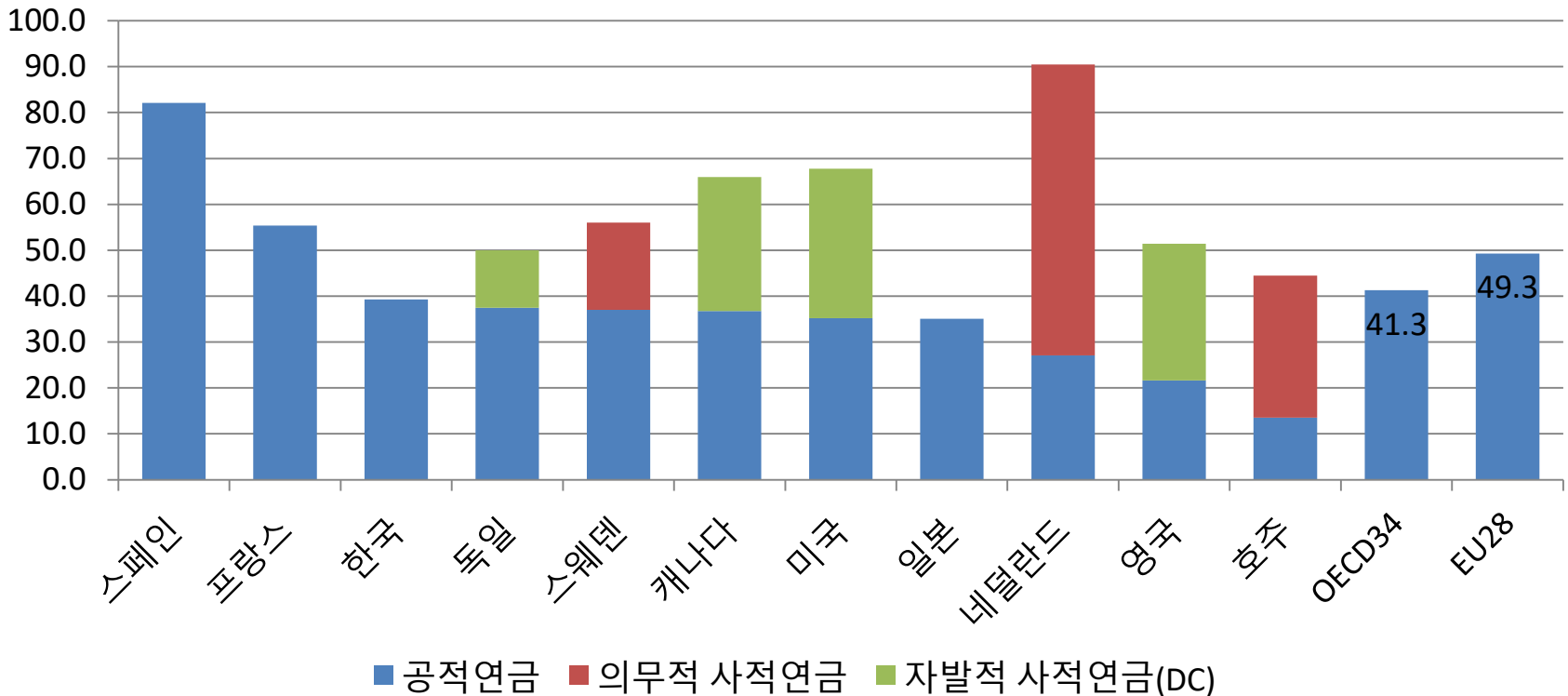
- **공적부문과 민간부문의 합인 총 연금 대체율과 공적 연금 대체율을 비교하면 사적 연금이 고령자를 위한 소득보장제도에서 큰 비중을 차지하고 있음을 확인할 수 있음.**

국가	공적연금			의무사적연금			임의가입 사적연금			총 연금		
	0.5	1	1.5	0.5	1	1.5	0.5	1	1.5	0.5	1	1.5
호주	48.4	13.5	1.9	30.9	30.9	30.9				79.3	44.5	32.9
캐나다	44.3	36.7	25.1				29.3	29.3	29.3	73.5	66.0	54.4
프랑스	56.8	55.4	48.2							56.8	55.4	48.2
독일	37.5	37.5	37.5				12.5	12.5	12.5	50.0	50.0	50.0
일본	48.8	35.1	30.5							48.8	35.1	30.5
한국	58.5	39.3	29.3							58.5	39.3	29.3
네덜란드	54.2	27.1	18.1	39.8	63.4	71.2				94.0	90.5	89.3
영국	43.3	21.6	14.4				29.8	29.8	29.8	73.1	51.4	44.2
미국	44.4	35.2	29.1				32.6	32.6	32.6	77.0	67.8	61.7
OECD34	52.9	41.3	36.0							69.1	57.6	52.4
EU28	60.8	49.3	43.7							73.0	62.1	57.4

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

연금 유형별 OECD 국가 비교

- 은퇴 후 안정적인 생활을 보장받기 위한 연금 소득대체율은 70~80% 수준으로
공적 연금 30%, 퇴직 연금 30%, 개인연금 10~20% 권고 (World bank, IMF, ILO 기준)



2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

연금 유형별 OECD 국가 비교

- 의무가입 사적연금제도를 운영하고 있는 12개 OECD 국가 중 7개 국가에서는 사적연금 소득대체율이 공적 연금보다 더 높은 수준임.
- 임의가입 사적연금을 도입한 국가 중 미국, 캐나다, 영국, 아일랜드의 사적연금 소득대체율이 30% 내외의 높은 수준을 보여 낮은 공적연금 소득대체율을 보완
- 공적연금 비중이 높은 국가들에서 다양한 총연금 소득대체율이 38%~82%의 다양한 수준을 보임.

	공적연금 비중이 높은 국가	의무가입 사적 연금 비중이 높은 국가	임의가입 사적 연금 비중이 높은 국가
국가	한국 일본 프랑스 등	호주 네덜란드 스웨덴 등	미국 영국 캐나다 등

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

일본 노후소득보장체계

- 자영업자, 근로자의 피부양 배우자 등에게는 기초연금만 적용하고, 모든 근로자에게는 기초연금+ 후생연금(비례연금) 이원형 연금체제를 동일 적용

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	개인연금		
2층	피용자연금 (후생연금보험)		
1층	국민연금 (기초연금)		

대상	자영업자 등	제2피보험자 외 피용자연금 피보험자	회사원	공무원
	제1피보험자	제3피보험자	제2피보험자	

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

독일 노후소득보장체계

- 독일은 농민, 전문직, 정규공무원, 군인 등은 일반 국민연금과 분리된 직역별 소득비례연금 적용함.

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	개인연금					
2층	농민 연금	전문직 연금	직역연금	부가 연금	공무원 연금	군인 연금
1층			국민연금			
0층	기초보장(노령기초연금, 장애기초연금)					
대상	농민, 전문직등	민간근로자	공기업종사자, 비정규직 공무원	연방, 주, 지방공무원	군인	

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

프랑스 노후소득보장체계

- 기본 사회보장제도 외 다양한 연금제도 존재(독일과 유사한 구조).
- 공무원 등 특수직역 연금은 단층구조

민간근로자 등은 국민연금과 부가연금의 다층구조 (Multi-Pillar System)로 구성

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	자영업자연금, 예술가연금, 전문직연금 등 *직업별로 독립운영	부가연금	부가연금	부가연금(의무가입)			
2층		부가연금	부가연금	국가 공무원 연금	지방 공무원 연금	비정규직 (생산직) 공무원 연금	비정규직 직원연금
1층		농민연금	(일반적)국민연금				국민연금
0층	기초보장(노령기초연금, 장애기초연금)						
대상	자영업자, 전문직 등	농민, 민간근로자		국가/지자체		공공기관	

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

네덜란드 노후소득보장체계

- 자영업자 등에게는 기초연금만 적용하고, 피고용자에게는 퇴직연금을 선택적 사항으로 적용함.

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	개인연금		
2층	퇴직연금((Occupational Pension)		
1층	국민연금 (기초연금)		
대상	근로자	자영업자	비경활

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

호주 노후소득보장체계

- 호주의 노후보장체계는 자산조사에 기초하는 기초연금제도(Age Pension), 의무가입의 퇴직연금제도, 개인저축 등이 공사연금 역할분담

다층 노후소득보장체계의 구성

	구분	대상
3층	임의퇴직연금, 개인연금	가입자
2층	퇴직연금(Superannuation Guarantee)	근로자
1층	기초연금	중저소득 노인

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

미국 노후소득보장체계

- 1935년 도입 사회보장연금(OASDI)을 근간으로 공적연금제도 발전
- OASDI를 기본으로 하되, 특수직역을 대상으로 철도연금, 군인연금, 연방공무원 및 각 州별 공무원연금제도 독립 운영

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	개인연금(보험사 등 금융기관 상품) 또는 IRA (개인퇴직계좌)/ TSP(연방공무원)				
2층	DB형, DCG형 기업연금	IRA형 (사용자 매칭)	FERS ((신)연방 공무원 연금)	CSRS ((구)연방 공무원연금)	주,지방 공무원연금 (약 220개)
1층	국민연금(OASDI)				
0층	노인장애인 기초보장(SSI)				
대상	자영업자	민간근로자	연방공무원	주,지방 공무원	

2. 연금유형별 주요국 노후소득보장체계

영국 노후소득보장체계

- 연금크레딧제도와 기초연금, 저소득 노동자를 위한 국민연금과 중위소득 노동자를 위한 스텍홀더 연금이 공적연금을 구성
- 2층과 3층 사이 개인계좌제도는 강제가입과 정부지원등을 가지고 있어 강한 공적성향

다층 노후소득보장체계의 구성

3층	개인연금 부가적 기여 (AVCs 혹은 FSAVCs)		
2.5층	개인계좌제도(NEST: National Employment Saving Trust)		
2층	개인연금/ 스텝홀더 (Stakeholder pension) 연금	퇴직연금/ 스텝홀더 퇴직연금	국민연금(S2P: State Second Pension)
1층	기초연금		
0층	연금크레딧 (보장크레딧+ 저축크레딧)		
대상	비경활인구	자영업자	근로자

3. 주요국 퇴직연금제도

한국 퇴직연금 사업장 규모별 도입 현황

□ 퇴직연금제도 도입 대상 사업장 1,11만개소 중, 27.2%에 해당하는 30만2천개소에서 퇴직연금 제도를 도입하여 운영 중 (2015년 기준)

- 종사자가 많은 사업장일수록 퇴직연금제도 도입률이 높게 나타났으며, 300인 이상은 78.3%, 100~299인은 75.6%가 도입
- 5인 미만인 사업장은 전체 도입 대상 중 47.6%를 차지하나 도입률은 12.0%로 저조하며, 5~9인 사업장은 28.6%가 도입

(단위 : 개소, %)

구분	종사자규모						
	계	5인 미만	5~9인	10~29인	30~99인	100~299인	300인 이상
도입대상 사업장(A) (구성비)	1,110,282 (100.0)	528,279 (47.6)	300,264 (27.0)	196,273 (17.7)	64,693 (5.8)	15,499 (1.4)	5,274 (0.5)
도입 사업장(B) (구성비)	301,991 (100.0)	63,570 (21.1)	85,909 (28.4)	93,484 (31.0)	43,176 (14.3)	11,720 (3.9)	4,132 (1.4)
도입률(100·B/A)	27.2	12.0	28.6	47.6	66.7	75.6	78.3

3. 주요국 퇴직연금제도

한국 퇴직연금 단계적 의무화 논의

- 정부는 사적연금 활성화 대책의 일환으로 2016년부터 사업장 규모별로 단계적으로 퇴직연금제도 도입을 의무화 하여 2022년부터 전면 시행을 계획한 바 있음.
 - 대규모 사업장이 우선 시행되고 중규모, 소규모 순으로 추진되어 2022년 모든 근로자가 퇴직연금을 가입하는 것으로 계획함.
 - 그러나 동 계획안은 19대 국회 회기 내에 처리되지 못하고 임기만료 폐기(2016.5)
 - 2017년 현재 퇴직연금 의무화 방안 및 시점에 대해 구체적 결정이 없음.

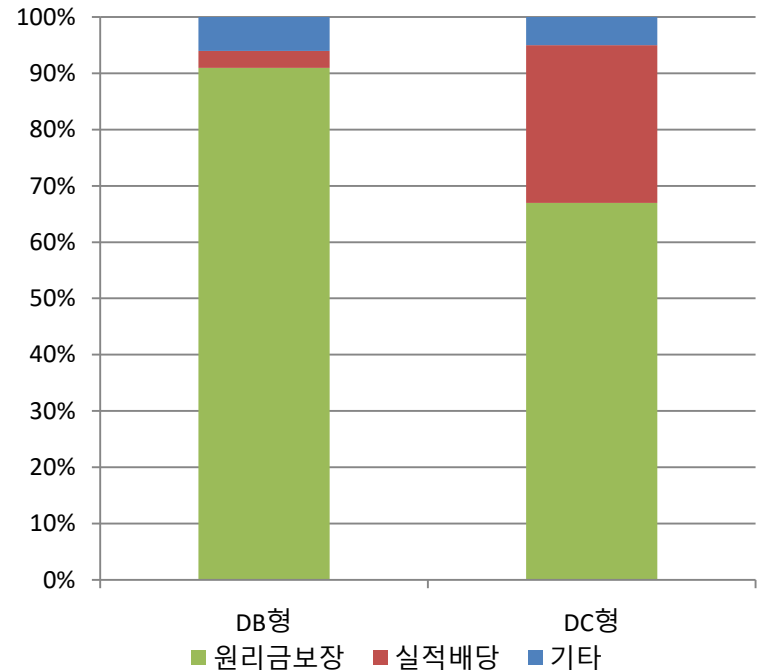
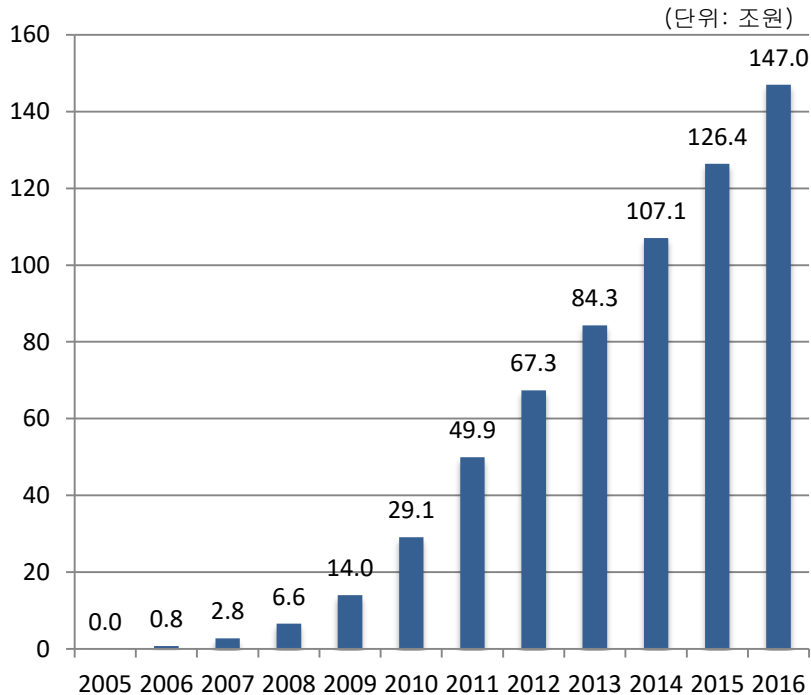
구분	종사자규모				
	2016.1.1	2017.1.1	2018.1.1	2019.1.1	2022.1.1
대상사업장	300인이상	300~100인	100~30인	30~10인	10인미만
[신규 적용대상 기업수]	672	4,936	30,609	112,227	1,296,659

자료 : 사적연금 활성화 대책 (2014)

3. 주요국 퇴직연금제도

한국 퇴직연금 적립금 운용현황

- 2016년 말 기준 전체 퇴직연금 적립금 규모는 147조원으로 전년 대비 16.3% 증가
- 퇴직연금 총 적립금의 89.0%인 130.9조원이 원리금보장상품에 투자되었고, 실적배당형상품 (10.0조원)에 대한 투자비중은 6.8%

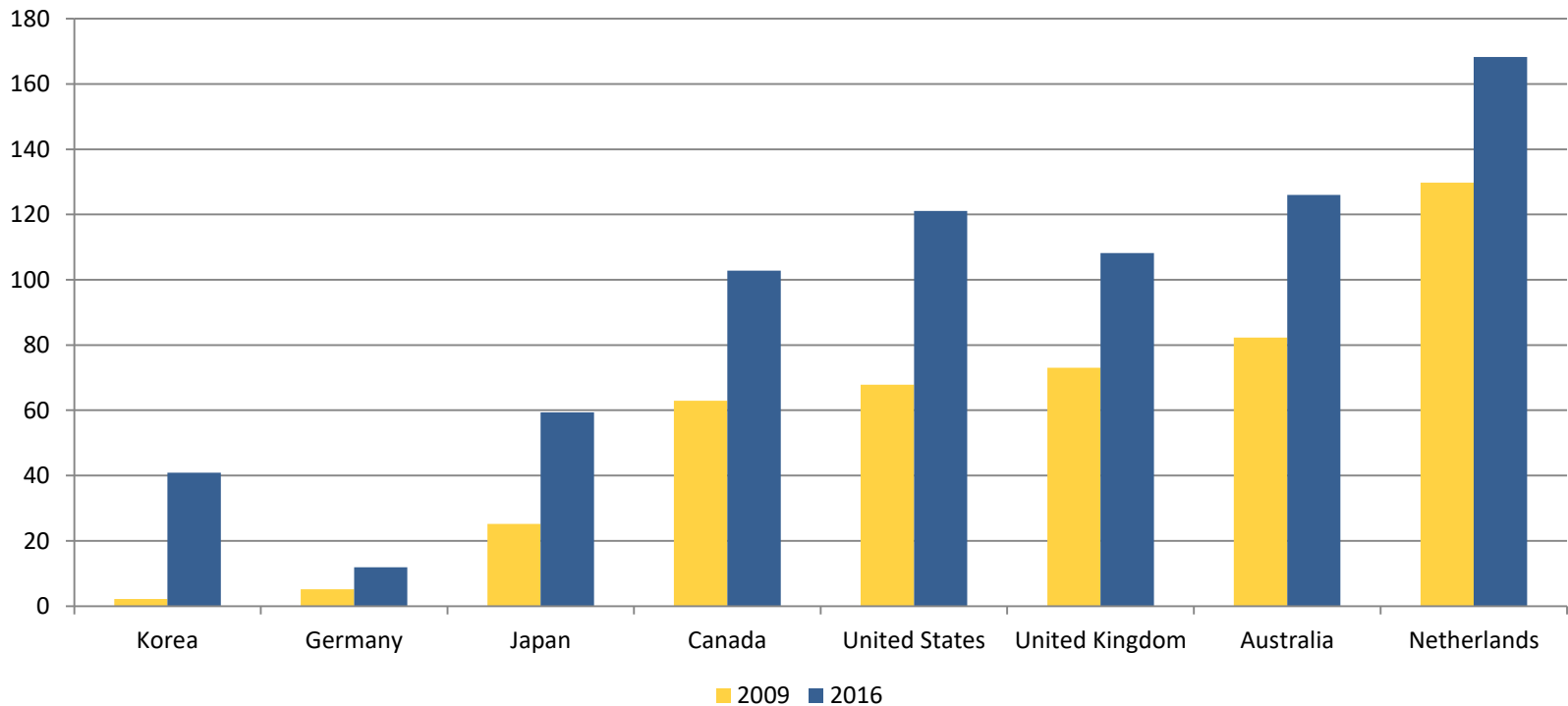


3. 주요국 퇴직연금제도

국가별 GDP 대비 퇴직연금 자산 비중

- 국내 퇴직연금자산은 선진국에 비해 40.9%로 낮은 수준임
- 2008년도 기준 3%에 불과해 50% 이상인 주요 선진국에 비해 현저히 낮았지만 현재 점차 증가하는 추세임.

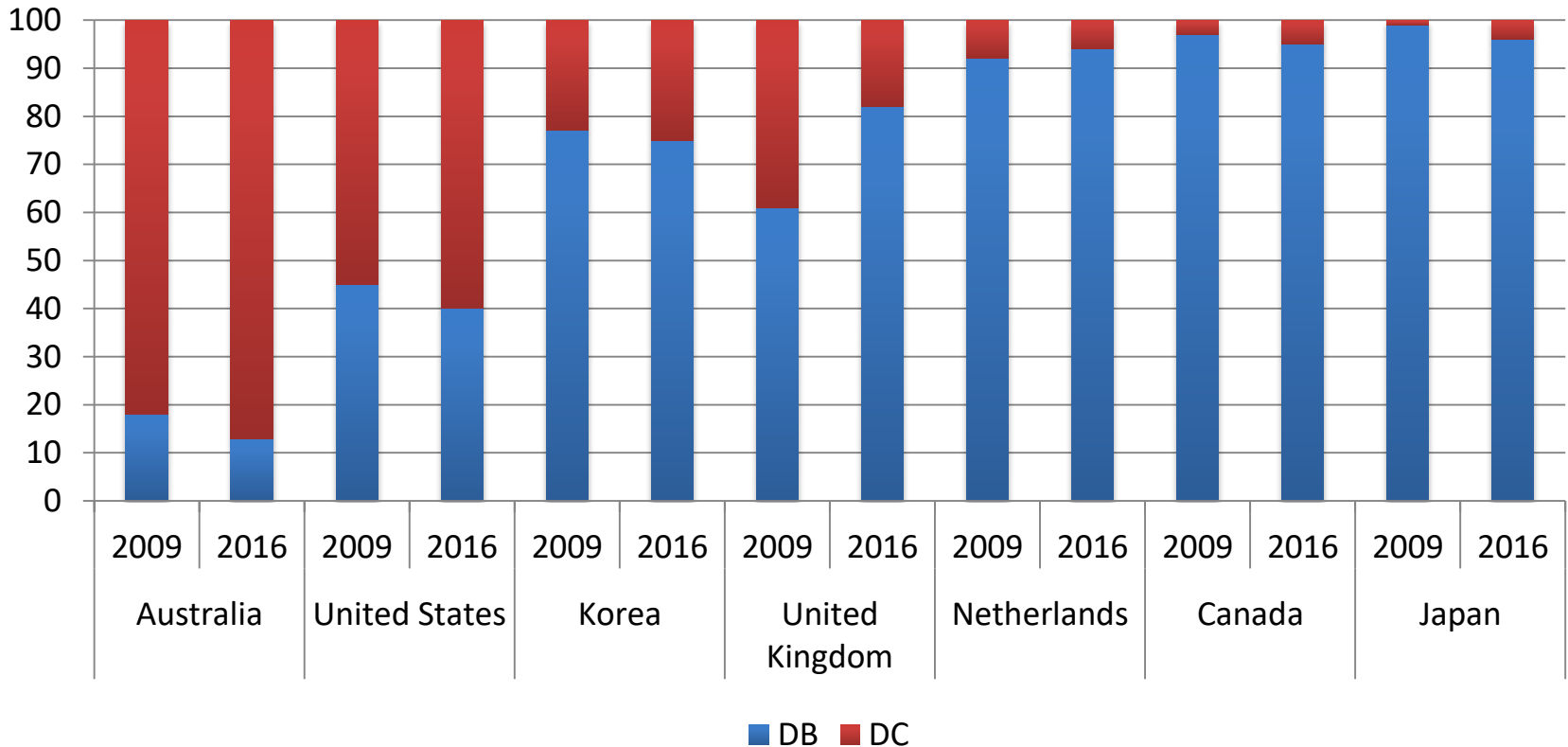
(단위: %)



3. 주요국 퇴직연금제도

국가별 DB/ DC 비율

□ DB/DC비율은 국가적 특성이 있으며 국내 DC 비중이 다소 증가하나 DB 비중이 높은 수준



자료 :willis towers waston and secondart sources, 금융감독원

3. 주요국 퇴직연금제도

일본 퇴직연금 연혁

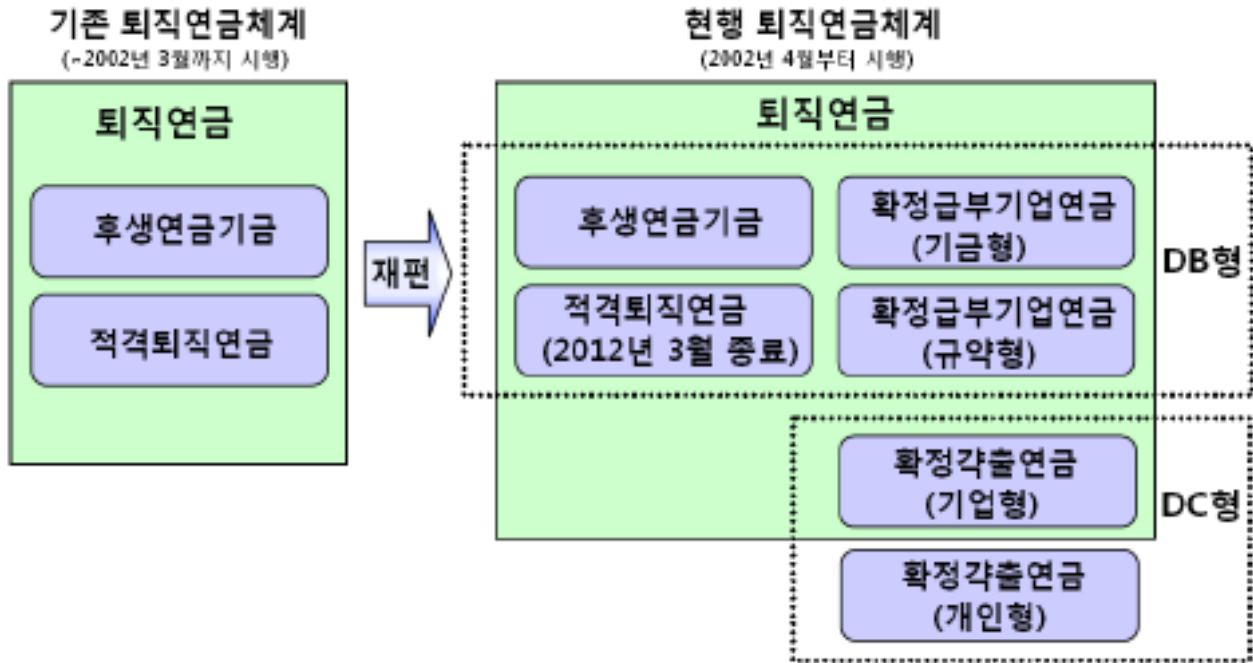
□ 일본의 경우 근본적 연금제도 개혁(structural reform) 없이 기존의 제도를 유지하면서 보험료와 급여 등의 주요 변수를 조정하는 모수적 개혁(parametric reform)을 추진함.

연도	주요 변천 내용
2001	확정급부기업연금법 제정(2002년 4월시행) 확정각출연금법 제정(2001년 10월 시행)
2002	퇴직급여총당금 폐지, 캐시밸런스 플랜 도입
2002	후생연금기금 대행제도 국가로 환원 -다수가 확정급여퇴직연금(기금형)으로 이행
2004	확정각출연금 부담금 한도 상향 조정
2010	일본연금기구 출범 -확정각출연금 부담금 한도 상향 조정
2012	적격퇴직연금제도 폐지, 확정각출연금 매칭기여 허용
2015	제3의 퇴직연금제도를 2016년말까지 실시 (리스크 부담형 퇴직연금: DB와DC 혼합)

3. 주요국 퇴직연금제도

일본 퇴직연금 연혁

- 일본의 경우 2012년 국가공무원, 지방공무원, 사학교 직원공제조합을 후생연금과 통합함으로써 피용자연금의 일원화 완성 (2015.10월 시행)



자료 : 佐川あぐり(2012)

3. 주요국 퇴직연금제도

독일 퇴직연금 연혁

□ 2000년대에 들어오면서 독일은 공적연금 급여수준을 낮추고 동시에 사적연금의 역할을 크게 강화하였음.

연도	주요 변천 내용
2000~2001년 연금개혁	<p>장애연금 및 조기노령연금 수급억제를 위한 조치(2000년)</p> <p>노인·장애인을 위한 기초보장제 도입(2001년)</p> <p>국고보조의 인증제 개인연금(리스터연금) 도입 및 퇴직연금의 활성화 조치 강구</p> <p>*리스터보조금은 보조금(기본+자녀)과 세금공제 형태로 구성, 보조금은 정액으로 지급</p>
2004년 연금개혁 (DB → 準DC로 전환)	<p>자동재정화장치 마련: 보험료율은 장기적으로 고정(2030년까지 22%), 인구고령화에 따라 연금수준을 자동으로 감축시키는 장치(지속가능성 계수)를 도입</p> <p>2030년까지 표준 소득대체율을 43%까지 유지</p>
2007년 연금개혁	<p>지급개시연령을 2012~2029년 동안 65세에서 67세로 조정</p>

3. 주요국 퇴직연금제도

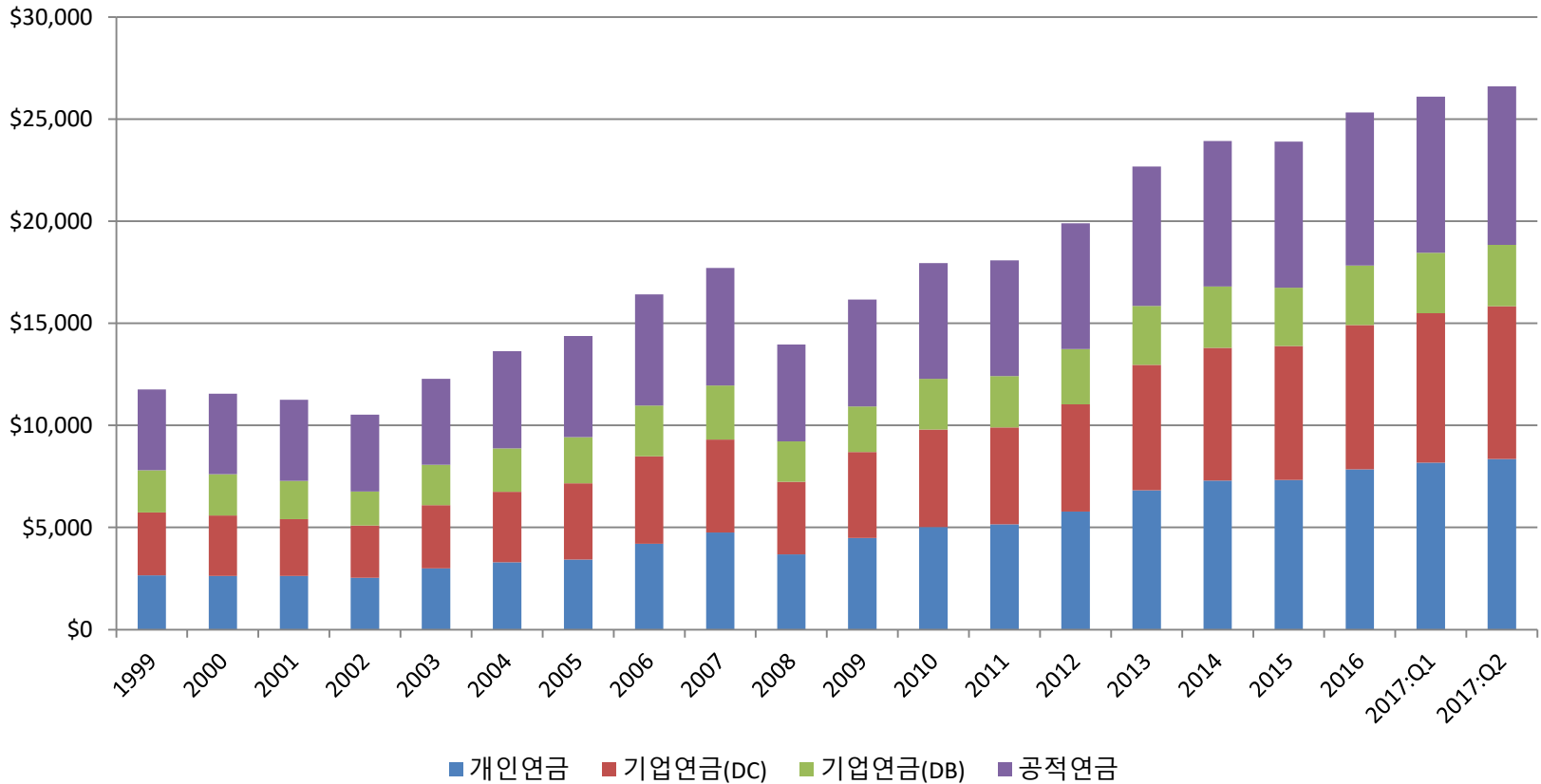
미국 퇴직연금 연혁

- 미국 퇴직연금시장은 1974년 ERISA(퇴직급여소득보장법)도입 이후 본격적 성장하게 됨.
- ERISA 이전에는 기업이 퇴직연금재정을 건정하게 운용하는 의무가 부여되지 않았지만 도입 이후 퇴직연금가입자의 수급권 보호의 기틀을 마련함.

연도	주요 변천 내용
1875	확정급여형 사적연금제도 최초 시행
1935	사회보장법 제정
1974	근로자퇴직소득보장법 제정
1978	401(k) 형태의 확정기여형 연금 도입
1983	401(k) 급속 성장
2005	확정기여형 연금이 주류로 정착
2006년 이후	연금보호법(PPA) 제정되어 자동가입제도 및 적격 디폴트옵션 (Qualified Default Investment Alternative)제도 도입

3. 주요국 퇴직연금제도

미국의 적립금 규모 추이



자료 : Investment Company Institute, Federal Reserve Board, Department of Labor, National Association of Government Defined Contribution Administrators, American Council of Life Insurers, and Internal Revenue Service Statistics of Income Division

3. 주요국 퇴직연금제도

호주 퇴직연금 연혁

- 호주의 경우 퇴직연금 개혁을 크게 4단계로 나누어 볼 수 있음.
- 슈퍼뉴에이션의 도입(1992년)으로 퇴직연금 시장이 빠르게 성장중임.

연도	주요 변천 내용
1단계 19세기중반~1940년대	19세기 중반 퇴직연금 도입, 일부 선택된 집단만 가입
2단계 1950년대~1970년대	사무직군으로 확대 임금근로자의 32%(남성40.8%, 여성16.5%) 가입 (1974년)
3단계 1970년대-1982년	생산정보상연금 도입 (1986년) 전문직, 관리직, 공공부문, 금융부문으로 확대 가입률: 40%('87) → 70%('91)
4단계 1992년 이후	제가입퇴직연금인 슈퍼에뉴에이션 도입 가입률: 70%('91) → 91%('99)

자료: 금융투자협회 (2012)

3. 주요국 퇴직연금제도

호주 퇴직연금 연혁

연도	주요변천내용
1991년	슈퍼에뉴에이션 기준법 제정
1990년대 초반	가입자의 투자선택권 도입
1996년	정부가 슈퍼에뉴에이션 기금을 선택할 권리를 가입자에게 줄 것을 제안
2000년대	컴플라이언스 부담 증가로 다수의 사용자들이 자사의 슈퍼에뉴에이션 기금을 마스터트러스트 또는 산업기금형으로 전환
2003년	금융부문개혁법 (Financial Sector Reform Act) 도입
2004년	수탁자 자격제도(Licensing) 도입 및 공시규정 강화 슈퍼에뉴에이션 기금 선택 관련 법률 통과
2005년	7월부터 슈퍼에뉴에이션 기금 선택 가능
2007년	7월 슈퍼에뉴에이션 개혁 실시
2014년	MY Super 제도 시행 (근로자가 선택한 기금이 없을 경우 수수료 및 투자전략을 단순화한 저비용 구조의 퇴직연금에 적용가능)

자료: 한국채권연구원 (2015)

4. 주요국 연금과세제도

주요국 연금기여단계 세제비교

- OECD 주요국 기준으로 거의 대부분 국가에서 공적연금과 사적연금 모두 소득공제혜택을 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 스웨덴의 경우에만 세액방식으로 공적연금에서 세제혜택을 제공하고 있음.

		사적연금		
		소득공제	세액공제	세제지원 없음
공적연금	소득공제	독일, 영국, 이탈리아, 핀란드, 스위스, 오스트리아, 캐나다, 네덜란드, 일본, 프랑스, 스페인, 덴마크, 룩셈부르크, 독일, 영국	-	
	세액공제	스웨덴		스웨덴
	세제지원 없음	노르웨이, 미국, 아일랜드	-	

주:1) 독일과 영국의 경우 보조금 방식의 개인연금인 Rister P(독일), NEST(영국)를 포함.

2) 스웨덴은 강제가입 개인연금(P.P)의 경우 세제지원이 없음.

4. 주요국 연금과세제도

국가별 사적연금 세제지원 현황

□ 다수의 국가에서 사적연금 과세지원 방식으로 EET형을 이용하고 있음.

EET	TEE	ETT	TET	TTE	TTT
캐나다, 칠레, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 일본, 슬로베니아, 스페인, 스위스, 영국, 미국, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈(고용주), 한국(고용주), 멕시코(고용주)	헝가리, 네덜란드(10만유로 초과분), 미국 (Roth 기여분)	덴마크, 이탈리아, 스웨덴	한국(근로자, 개인) 멕시코(근로자, 개인), 포르투갈(근로자, 개인), 프랑스(고용주)	뉴질랜드, 터키	프랑스(근로자)

자료: OECD (2015)

4. 주요국 연금과세제도

주요국 퇴직연금 세제비교

□ 퇴직연금의 세제지원은 퇴직연금종류별로 다양한 형태를 가지며, 지원효과가 다양

Country	Type of plan / contribution	Tax regime	Overall tax advantage			
			Contributions	Returns	Withdrawals	Total
Australia	Concessional contributions	ttE	22%	15%	0%	37%
	Non-concessional contributions	TtE + matching	0%	18%	0%	18%
Canada	All	EET	37%	25%	-39%	24%
Germany	Pension funds	EET	26%	14%	-20%	20%
	Direct commitments	EET	40%	14%	-39%	15%
	"Riester" plans	EET + subsidy	14%	14%	-9%	19%
	Private pension insurance	TEt	0%	14%	-3%	11%
Japan	Corporate DB plans	EEt	31%	15%	-21%	24%
	Corporate DC plans	EEt	31%	15%	-19%	26%
	Individual DC plans	EEt	31%	16%	-16%	31%
Korea	Occupational DB plans	EEt	18%	17%	-17%	17%
	Occupational DC plans	tEt (tax credit)	16%	17%	-18%	14%
Netherlands	Occupational DB plans	EET	48%	26%	-42%	32%
	Occupational DC plans	EET	49%	24%	-41%	32%
	Personal plans	EET	48%	26%	-46%	29%
United Kingdom	Occupational DB plans	EET	31%	26%	-28%	30%
	Occupational DC plans	EET	31%	26%	-23%	34%
	Auto-enrolment plans	EET + matching	46%	25%	-23%	48%
United States	401(k) plans	EET + tax credit	25%	21%	-22%	24%
	Individual retirement accounts	EET + tax credit	25%	22%	-21%	26%
	"Roth" contributions	TEE + tax credit	0%	22%	0%	22%

4. 주요국 연금과세제도

세제지원 효과 비교

- 한국 퇴직연금의 세제지원방식인 EEt (tEt) 방식은 다른 방식의 지원방식에 비해 중간 정도의 효과를 지니며, 보조금 방식을 통한 지원효과 및 재분배 효과 강화 모색 가능

