

진료비 증가요인 분석과 향후 과제

신영석 (한국보건사회연구원)

2014년 10월 22일

목차

- 1 그 동안의 성과
- 2 건강보험 재정추이
- 3 진료비 증가요인 분석
- 4 문제점
- 5 건강보험 재정 전망
- 6 정책과제

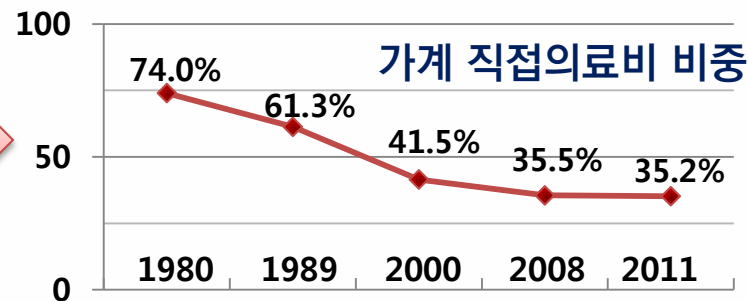
| 1. 그 동안의 성과

④ 최단기간 내 전국민 의료보장 제도 완결

- 1977년 건강보험제도 도입 이래, 12년만인 1989년 전국민 의료보장체계 완비

④ 의료보장을 지속 강화로 의료접근성 개선

- 가계 직접부담 의료비 비중 지속적 감소 →
(OECD Health Data, 2013)



④ 낮은 의료비 높은 건강지표

	미국	영국	프랑스	캐나다	일본	한국
건강성과지표 ¹	29(20위)	31(15위)	37(6위)	30(18위)	42(1위)	41(3위)
GDP대비 국민의료비 비중 ²	17.7%	9.4%	11.6%	11.2%	9.6% (2010년)	7.4%
기대수명(OECD 평균: 80.1세) ²	78.7세	81.1세	82.2세	81.0세	82.7세	81.1세
영아 사망률(OECD 평균: 4.1명) ²	6.1	4.3	3.5	4.9	2.3	3.0

1) 출처: 2012년 Canada Conference Board, 2) 출처: OECD Health Data 2013

“건강보험의 보장성 및 의료공급 확대에 따른 접근성 제고->국민의 건강수준 향상”

2. 건강보험 재정추이 (보건복지부 보도자료 2014년 6월 19일)

⑤ '03~'13 건강보험 재정현황

(단위: 억원, %)

구분	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013	연평균증가율
수입	168,231	203,325	252,697	311,817	335,605	379,774	418,192	451,733	10.4%
보험료	131,807	163,864	212,530	259,474	281,650	323,785	358,534	386,110	11.3%
정부지원	27,792	27,695	27,042	37,838	39,122	42,129	44,980	50,193	6.1%
(담배부담금)	6,446	9,253	9,676	10,262	10,631	9,567	10,073	9,986	4.5%
기타수입	2,186	2,513	3,449	4,243	4,242	4,293	4,605	5,444	9.6%
지출	157,437	191,537	255,544	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	10.2%
보험급여비	149,522	182,622	245,614	301,461	336,835	361,890	376,318	402,723	10.4%
관리운영비	7,085	8,535	9,734	9,724	11,077	11,040	11,387	12,179	5.6%
기타지출	830	380	610	664	687	836	330	385	-7.4%
당기수지	10,794	11,788	△2,847	△32	△12,994	6,008	30,157	36,446	
누적 재정수지	△14,922	12,545	8,951	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	

(출처: 보건복지부 보도자료 2014년 6월 19일)

| 2. 건강보험 재정추이 (보건복지부 보도자료 2014년 6월 19일)

⑤ 연도별 재정 현황

- 2001년 건강보험 재정 위기 이후 재정안정화 조치 등에 힘입어 2003년에 단기 수지가 **흑자로 전환**되었으나, 2004년 이후부터 보장성 확대가 실시되며 **흑자와 적자를 반복**하고 있음.
- 그러나 2011년 이후 최근 3년은 의료이용의 증가율 둔화로 **대규모 흑자**를 보이고 있음.
- 2013년말 **기준 약 8조 2천억의 누적 흑자**를 기록하고 있음.

⑤ 최근 10년간 보험급여비는 연평균 약 10.4%씩 증가하고 있으며, 보험료 인상율도 연평균 11.3%로 나타나고 있음.

- 전체 재정의 약 16.6%를 점하는 국고지원(담배부담금 포함)의 증가율이 상대적으로 낮아 보험료 인상율이 높을 수밖에 없었음.

| 3. 진료비 증가요인 분석

분석1

- 행위진료비(E)는 각 행위의 평균가격($\bar{P}$)과 진료량(V)의 곱으로 결정됨

$$E = V \times \bar{P}$$

- '진료량(V)'은 '행위코드수(N)'와 '행위코드의 평균빈도($\bar{Q}$)'의 곱이고,
- 행위의 '평균가격($\bar{P}$)'은 '환산지수(C)'와 '가중평균상대가치점수 등($\bar{R}$)'의 곱임.

$$E = V \times \bar{P} = (N \times \bar{Q}) \times (C \times \bar{R})$$

- '가중평균상대가치점수 등($\bar{R}$)'은 행위별 진료비의 총합을 행위 당 빈도수와 환산지수로 나누어준 값임.

$$\bar{R} \text{ 가중평균상대가치점수 등} = \frac{\sum Q \times R}{\sum Q}$$

- '가중평균상대가치점수 등($\bar{R}$)'은 가격과 관련된 요인 중에서 잔차의 개념에 해당함.

- 즉, '평균가격의 변화(ΔP)'에서 '환산지수의 변화(ΔC)'를 제외한 나머지 요인들(상대가치점수의 20% 단계적 변화, 행위구성의 변화에 의한 평균상대가치점수의 변화, 정책수가의 신설 및 폐지 등)이 모두 여기에 포함되게 됨.

3. 진료비 증가요인 분석

분석1

➤ 분석 자료

- 분석 대상 기간 : 2010년부터 2012년
- 분석 대상 : 의료급여를 제외한 건강보험자료로 상대가치총점 대상인 행위만 포함 [주: 2010년 5,750개이던 것이 2011년에는 5,806개로(신규코드 61개, 삭제코드 5개), 2012년에는 5,677개로(신규코드 34개, 삭제코드 163개)]

➤ 분석 결과 : 진료비 증가요인별 증가율 비교(유형별)

	진료비 (=V×P)	진료량			평균가격		
		진료량 (V=N× $\bar{Q}$)	행위코드수 (N)	행위코드의 평균빈도 ($\bar{Q}$)	평균가격 (P= $\bar{R}$ ×C)	환산지수 (C)	가중평균 상대가치점수 ($\bar{R}$)
병원 소계	7.3%	5.3%	-0.7%	6.1%	1.9%	1.3%	0.5%
-상급	5.9%	4.5%	-0.7%	5.2%	1.3%	1.3%	0.0%
-종합	6.3%	4.6%	-0.7%	5.3%	1.6%	1.3%	0.3%
-병원	10.8%	7.4%	-0.7%	8.1%	3.2%	1.3%	1.9%
의원	4.5%	0.6%	-0.7%	1.3%	3.9%	2.4%	1.4%
치과병의원	5.8%	-1.5%	4.6%	-5.8%	7.4%	3.1%	4.2%
한방병의원	5.0%	2.8%	0.0%	2.8%	2.2%	2.8%	-0.6%
약국	3.3%	1.7%	-21.2%	29.1%	1.6%	2.3%	-0.8%

| 3. 진료비 증가요인 분석

분석2

➤ 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 진료비

● 진료비 = 적용인구 × 수진율 × 건당진료비

● 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 입내원일당진료비

● 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 진료강도 × 환산지수

● 진료비 = 적용인구 × 적용인구 1인당 입내원일수(입내원율) × 진료당 행위수 × 상대가치 점수 × 환산지수

3. 진료비 증가요인 분석

분석2

➤ 분석 결과 (신현웅 외, 2013년 유형별 환산지수 연구)

● 진료비 증가 요소별 평균증가율 추이(2003~2011)

(단위: %)

연도	총진료비	적용인구	적용인구당 진료비	적용인구당 내원일수	입내원일당 진료비(A)	환산지수증가율 (B, 행위비보정)	1일진료강도 ($\frac{(1+A)}{(1+B)} - 1$)
전체	10.68	0.64	10.02	3.01	6.81	1.50	5.23
병원급	13.59	0.64	12.92	7.67	4.88	1.44	3.40
병원급	상급종합	0.64	11.03	4.93	5.81	1.31	4.44
	종합병원	0.64	10.00	3.87	5.91	1.44	4.41
	병원	0.64	19.31	12.06	6.47	1.62	4.78
의원	6.86	0.64	6.23	1.89	4.27	2.17	2.05
치과	5.81	0.64	5.19	0.82	4.34	2.88	1.42
한방	9.47	0.64	8.82	4.77	3.87	2.70	1.13
약국	10.62	0.64	9.97	2.33	7.47	0.63	6.80

- 2003년에서 2011년까지 8개년동안 전체 진료비는 10.68% 증가하였고, 이중 환산지수 인상으로 인한 증가는 1.50%에 그친 반면 1일진료강도 증가 5.23%와 내원일수 증가 3.01%가 진료비증가에 크게 기여 (신현웅 “건강보험 진료비 지출실태 및 재정지출의 안정적 운영방안”, 2012. 10의 사회정책연합 공동학술대회 자료집 인용)

현행 보건의료체계의 현황 및 문제점: 공적의료체계에서 민간 주도의 공급

➤ Profit Seeking을 하는 민간부분과 공공의 이익을 대변하는 정부정책과의 충돌

① 1. 의료공급체계

- 전체 공급의 90% 이상을 공급하는 민간부분은 이익이 창출될 수 있는 곳에 자본(인력, 시설, 장비 등) 투여
- ex) 신설병상의 수도권 집중
CT, MRI 등 고가의료장비 보유,
전공의의 흉부외과, 산부인과 대비 성형외과, 피부과, 안과 등 지원,
지방의 의사, 간호사 구인난
➡ 부문간, 지역간 불균형 심화

② 2. 의료전달체계

- 공급부분 : 경쟁(인력, 시설, 기기 등)을 통해 상급병원은 환자유치에 유리한 고지=>소비자의 고급의료선호와 맞물림.
: 외래부분에서도 상급병원의 점유율 확대
(2001~2011까지 상급종합병원의 외래비용은 7.5% 증가한 반면 의원원의 경우 21.9% 감소)
: 의료기관 종별기능 모호
- 수요부분 : 소득증가로 부담능력 향상=> 상급병원 선호, 단계적 이용에 따른 제약이 거의 없음

현행 보건의료체계의 현황 및 문제점: 공적의료체계에서 민간 주도의 공급

➤ Profit Seeking을 하는 민간부분과 공공의 이익을 대변하는 정부정책과의 충돌

● 3. 진료비지불제도: 행위별수가제(Fee For Service, FFS)

– FFS 하에서의 수가통제=> Profit Seeking 민간부분은

- 1) 빈도를 증가시켜 기대수익을 달성하거나 (2001~2011까지 48% 빈도증가, 그 결과 2011년 기준 OECD 평균에 비해 국민1인당 내원일수, 재원일수는 약 2배)
- 2) 수가가 통제되지 않는 비급여를 활용하거나(보장성 확대보다 비급여의 확대속도가 빠름)
- 3) 기타 비보험 파트의 수익 극대화에 몰입



**따라서 공급체계, 전달체계, 지불제도를 아울러
기존의 문제점들을 불식시킬 수 있는 새로운 보건의료체계 필요**

-(앞내용 중복)

⑤ 진료비 증가는 수가의 영향보다 내원일수의 증가와 내원일당 진료강도의 증가로 요약됨.

- 내원일수의 증가는 고령인구의 증가 및 소득 향상에 따른 수요 증대에 의한 요인이 있으나 그 외 설명되지 않은 요인에 의한 증가도 동반됨. - 공급자 유인 수요도 작지 않을 것으로 판단됨.
- 중증도가 보정된 상태에서 진료강도의 증가는 필요이상의 서비스가 제공될 수 있음을 시사하고 있음.
- 이러한 현상은 현행 우리나라 지불제도, 공급체계, 전달체계 등에서 종합적으로 파생되는 문제점으로 인식됨.
- 보다 근본적으로 공적의료체계에서 민간이 공급을 주도하는 데서 오는 문제점으로 파악됨.

⑥ 전체 공급의 90% 이상인 민간부분은 이익이 창출될 수 있는 곳에 자본(인력, 시설, 장비 등) 투여

- 신설병상의 수도권 집중
- CT, MRI 등 고가의료장비 보유
- 전공의의 흉부외과, 산부인과 대비 성형외과, 피부과, 안과 등 지원
- 지방의 의사, 간호사 등 구인난

⇒ 이러한 공급형태는 부문간, 지역간 불균형 심화

⑤ 전달체계의 비효율성 심화 : 상대가치 점수가 상대적으로 높은 행위의 빈도 증가 등

- 경쟁(인력, 시설, 기기 등)을 통해 상급병원은 환자유치에 유리한 고자:소비자의 고급의료선호와 맞물림
- 외래부분에서도 상급병원의 점유율 확대 : 지난 10년간 상급병원의 외래 점유율은 7.5% 증가한 반면 의원인 경우 21.9% 감소
- 소비자들은 부담능력이 향상되어 고급병원(상급)을 선호하나 단계적 이용에 따른 제도적 제약이 거의 없음

⑥ 현행 행위별 수가제 또한 진료비 증가에 기여

- 수가가 통제되는 행위별수가제하에서 이윤을 추구하는 민간공급자들은
 - 1) 빈도를 증가시켜 기대수익을 달성하거나
(지난 10년간 48% 증가, 그 결과 OECD 평균에 비해 국민 1인당 내원일수 및 재원일수는 2배 이상)
 - 2) 수가가 통제되지 않는 비급여를 활용하거나(보장성 확대보다 비급여의 확대속도가 빠름)
 - 3) 기타 비보험 파트의 수익 극대화에 몰입

➡ 따라서 공급체계, 전달체계, 지불제도를 아울러
기존의 문제점들을 불식시킬 수 있는 새로운 보건의료체계 필요

| 4. 문제점

④ 종합

Profit Seeking 민간주도의 의료공급

의료공급의 불균형 심화, 의료전달체계 왜곡, 지불제도로써 FFS 한계

제도의 비효율성 ↑, 비용 ↑, 의료의 질?

정책으로 공급control 가능?

의료기관 기능재정립으로 전달체계 정상화 가능?

비용유발적 진료비 지불제도 개편 가능?

⇒ 현행체계에서는
불가능

새로운 보건의료체계(공급체계, 전달체계, 지불제도가 아울러서 해결될 수 있는) 필요

HOW?

| 5. 건강보험 재정 전망

장기 재정 전망(건강보험공단)

➤ 의료비 지출 전망

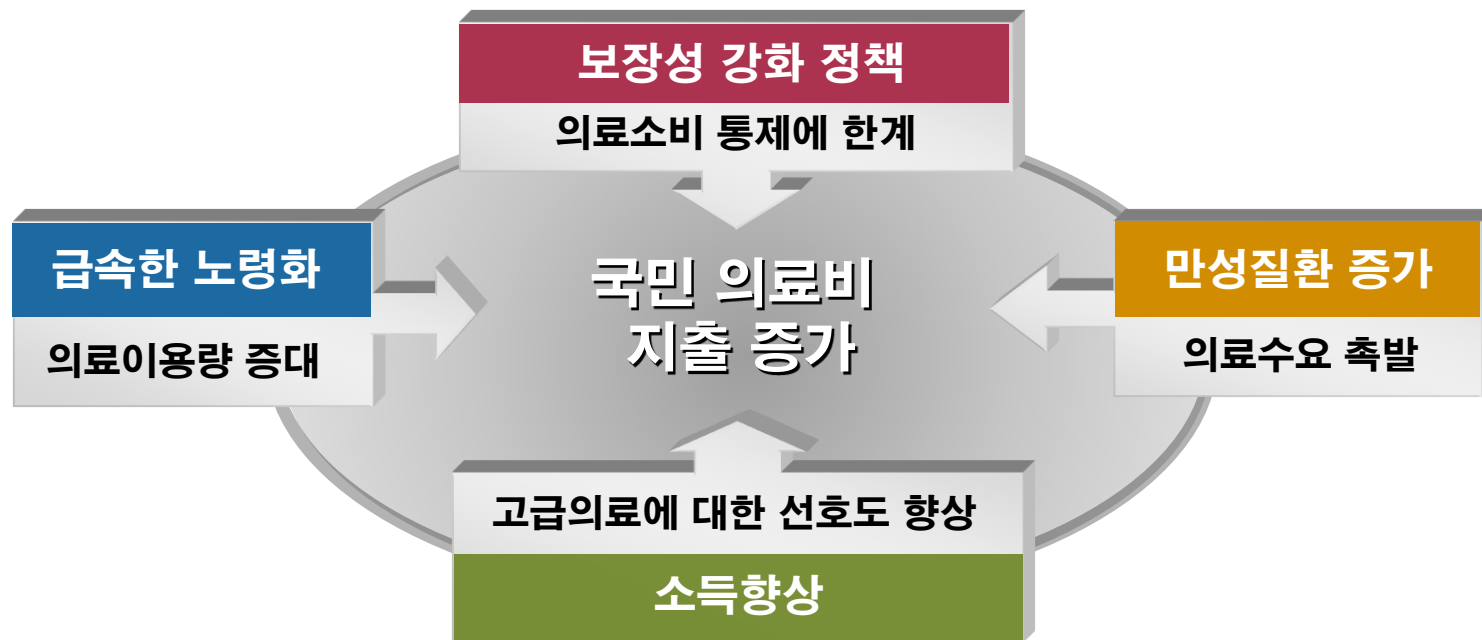
구분	인구(천명)		전체				1인당 금액	
	전체	65세 이상 인구	국민의료비		건강보험 지출		국민 의료비 (만원)	건강보험 지출 (만원)
			금액 (조원)	GDP대비 비중(%)	금액 (조원)	GDP대비 비중(%)		
2020	51,435	8,084	234.8	11.08	98.7	4.66	456.5	191.8
2030	52,160	12,691	556.8	15.64	249.3	7.00	1,067.4	477.9
2040	51,091	16,501	1,001.8	19.41	480.0	9.30	1,960.7	939.5

주) 소득탄력도 1.0, 잔차 3.53('12) → 1.0 수렴('48)

| 5. 건강보험 재정 전망

장기 재정 전망

⑤ 의료비 지출 전망



- 현행 행위별 수가제하에서 보장성 확대는 건강보험 재정을 폭발적으로 증가시킬 것임
- 전체 재정의 83.3%를 총당하는 국민의 보험료 부담은 인상에 한계

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료체계의 원칙

1 제도의 지속가능성을 최우선적으로 고민해야 함

- 미래의 부담능력을 측정하여 이에 걸맞는 체계로의 전환
- 전체 재정 규모가 예측 가능해야 하고, 이를 부담할 수 있는 체계

2 자원배분의 효율화를 최적화해야 하며, 공급자 스스로 Self-Control 가능해야 함

3 의료서비스의 질에 대한 고민이 동반되어야 함

- 고급의료에 대한 국민의 선호도를 반영
- 평가를 통해 질 높은 서비스를 제공하는 공급자에게는 더 많은 보상

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서

지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

➤ 개요 ; 미국의 ACO, CCO 방식을 우리나라 상황에 맞게 수정하여 도입
; Single payer - Multi-network 체계

➤ 공급자

- 지역별 자발성에 의해 Network 구성
- 서울소재 상급병원 중 최상위 7~10개는 제외
; 제외된 상급병원은 각 Network에서 의뢰된 중증환자 또는 민간부문의 환자 진료
- 지역별 구분; 서울, 경기, 강원, 대구·경북, 부산·울산·경남, 대전·충남·충북, 광주·전남·전북, 제주
- Network; 전문과목별 의원급 연합, 의원·병원, 상급병원·요양병원 등 수직체계
- 요양기관은 Network별 중복참여 가능
- 요양기관의 Network 참여 및 탈퇴는 1년마다 가능
- Network에 참여하지 않는 기관은 현행처럼 진료
- 건강상태에 따라 가입을 거부할 수 없음
- 중장기적으로 Network의 통합 허용

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

➤ 가입자

- 네트워크 가입여부는 가입자 선택
- Network에 가입하지 않은 환자는 현행처럼 이용
- 1년에 한번 Network 이동 허용

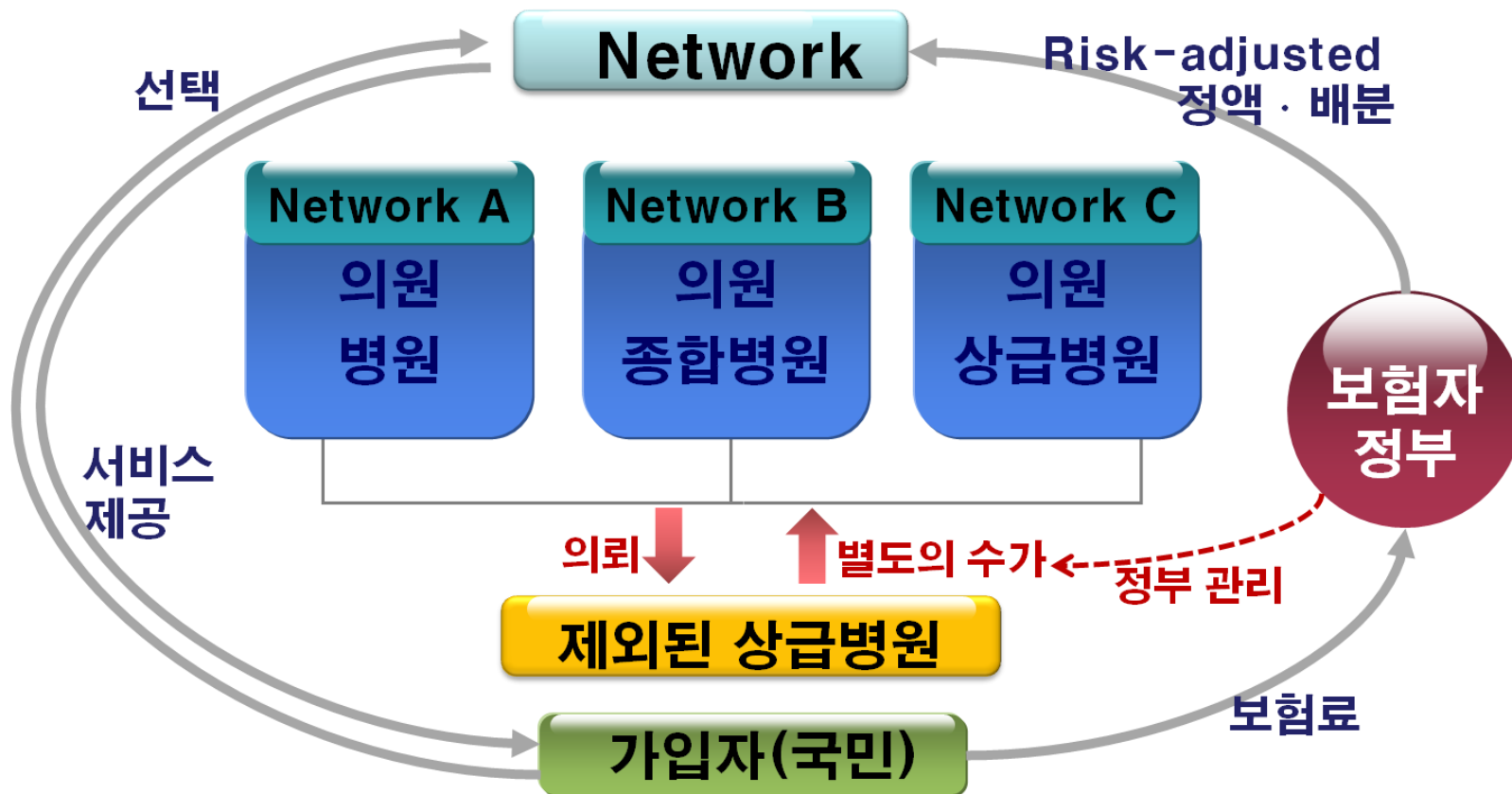
➤ 관리운영

- 공급자들이 Network를 구성할 수 있도록 법적, 재정적 지원
- 질 향상 및 비용억제를 위해 기술적 지원
- Network 내에 진료기록 공유 및 정보 유통을 위한 지원
- Quality-Performance standards를 구성하여 매년 평가 및 보상
- 평가는 심사평가원, 심사는 Network 자체적으로 시행하되 결과를 공개
- Network의 의뢰를 받아 상급병원에 이송된 경우,
수가는 정부가 관리하여 Network와 독립기관간 분쟁 예방

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

➤ Single payer-Multi Network 모형도



6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서

지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

➤ 급여 범위

- Network에 따라 급여범위 다각화 가능.
- 정부는 필수 급여 범위(예: 보장율 약 70%)를 설정하되, Network 자체적으로 추가 급여 Band(10% 범위 내) 허용
- 이용자는 Network 선택에 따라 보험료 수준 달라짐
- 추가 급여에 대한 보험료는 Network 별로 경쟁을 통해 임의 설정할 수 있음
- 본인부담은 현행체계 준용
 - 가입자들은 본인이 가입한 Network 내 요양기관 이용 시 법적으로 정해진 본인부담을 지불 하되, 그 외 요양기관을 이용할 때는 모든 비용의 50%를 본인이 부담

➤ 급여 범위 및 본인부담 관련 Network 가입자와 비가입자간 차별성

- 현재 보장율 63% 가정(2012년 기준 62.7%)
- 현재 비급여 중 일부(필수)를 Network 급여범위에 포함시키고 본인부담을 조정하여 보장율 70%로 확대

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

➤ 급여 범위 및 본인부담 관련 Network 가입자와 비가입자간 차별성

- 현재 보장율 63% 가정(2012년 기준 62.7%)
- 현재 비급여 중 일부(필수)를 Network 급여범위에 포함시키고 본인부담을 조정하여 보장율 70%로 확대

	Network 가입자	비가입자(현행체계 준용)
급여범위	동일	
본인부담	입원 50%, 외래 10%	입원 20%, 외래 30%
보장율	70%	63%

- 중장기적으로 Network 가입을 유도; 보장성을 확대하여 의료비 부담을 완화하되, 의료이용에 약간의 제약을 둠

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서

지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

새로운 보건의료 실행체계

⑤ 진료비 지불방식

- 가입자당 Risk-Adjusted 정액으로 함
- Network기관간 분담은 자발성 보장: 행위별 수가제 등
- 국가 전체적인 차원에서는 총 의료비용이 사전에 결정되는 구조를 갖게 되며, 수가조정기전을 마련하여 매년 1인당 정액수준을 조정함

⑤ 서비스 질관리 및 평가방안

- 서비스의 질은 국민에게 Network 선택권을 부여함으로써 관리 가능
- 매년 심사평가원이 Network를 평가하여 국민에게 결과를 알림으로써 더 높은 의료의 질 담보
- 평가를 통해 10% 범위 내에서 예산을 추가로 지급할 수 있으며, 이를 위해 각 Network는 심평원에서 요청한 자료를 의무적으로 제출하도록 법제화
- 심사는 Network 자체적으로 수행

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서

지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

기대효과

⑤ 시장원리에 의한 의료공급량 조절

- 기존에는 정부(보험자) 및 제도에 의해 의료공급량이 조절됨으로써 부분적으로 과잉 공급 또는 부족현상이 반복되었으나, 네트워크 방식에서는 시장의 원리에 의한 자동조절 가능
 - 과도한 고가장비 구입 및 입원·내원 일수의 적정화 도모

⑤ 의료이용체계 합리화

- 주어진 예산을 효율적으로 활용하기 위해, 최적의 의뢰와 회송 절차를 Network 내에서 자체적으로 강구하게 됨
- 1차 의료를 위해서는 의원별 주치의 방식이 적용될 것으로 예상됨
- 모든 체계는 Network 내에서 기관 간 합리적인 배분 방법에 대한 모색을 기반으로 함
 - 배분에 대한 구체적인 방법은 미국 오레곤주의 경험(한국보건사회연구원, 2012)참고
- 거시적 관점에서 지불제도는 연령이 보정된 인두제 형식이 될 것
- Network내에서 요양기관간 기능 재정립: Network 스스로 최적 진료체계를 갖추고 끊임없이 비용합리화 기전 마련(중복검사, 의료쇼핑 등 문제해결)

6. 정책과제 : 가치(Value)에 기반하여 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 보건의료체계 필요

기대효과

⑤ 정보공개에 의해 소비자 주권회복 및 의료시장의 투명성 제고

- Network에 대한 국민의 선택권 및 평가에 의한 정보 공개로, 의료시장의 투명성 제고
- Network에 참여하지 않는 기관은 독점적 전문성이 있거나 점진적으로 도태되어 시장에서 퇴출

⑥ Network 체계 확립 시 관리운영비 절감

- Network 스스로 자체적인 심사기법을 강구하게 되어 심사기능이 필요하지 않게 됨
- 독립적으로 운용되는 기관에 대해서는 심사가 필요하나,
중장기적으로 전문병원이 아닌 독립기관은 존속하기가 거의 불가능해짐.
- 심사기능이 없어지면서 공급자와 보험자간의 신뢰도 회복
- 대폭 축소된 심사기능은 평가기능으로 대체됨

감사합니다



The background of the slide features a photograph of a tall, modern building with a glass facade, likely a university or research facility. In the bottom left corner, there are green leaves. A blue curved line sweeps across the bottom of the image, separating the title from the presenter information.

국민건강보험의 의료비 관리 정책

고려대학교 의과대학 예방의학교실 교수 윤 석 준
건강보험심사평가원 심사평가연구소 소장

목 차

I

의료비 증가배경

II

건강보험에서의 의료비 관리

III

자동차보험 진료비 관리

IV

비급여 진료의 투명성확보

V

향후 방향

I **의료비 증가배경**

II 건강보험에서의 의료비 관리

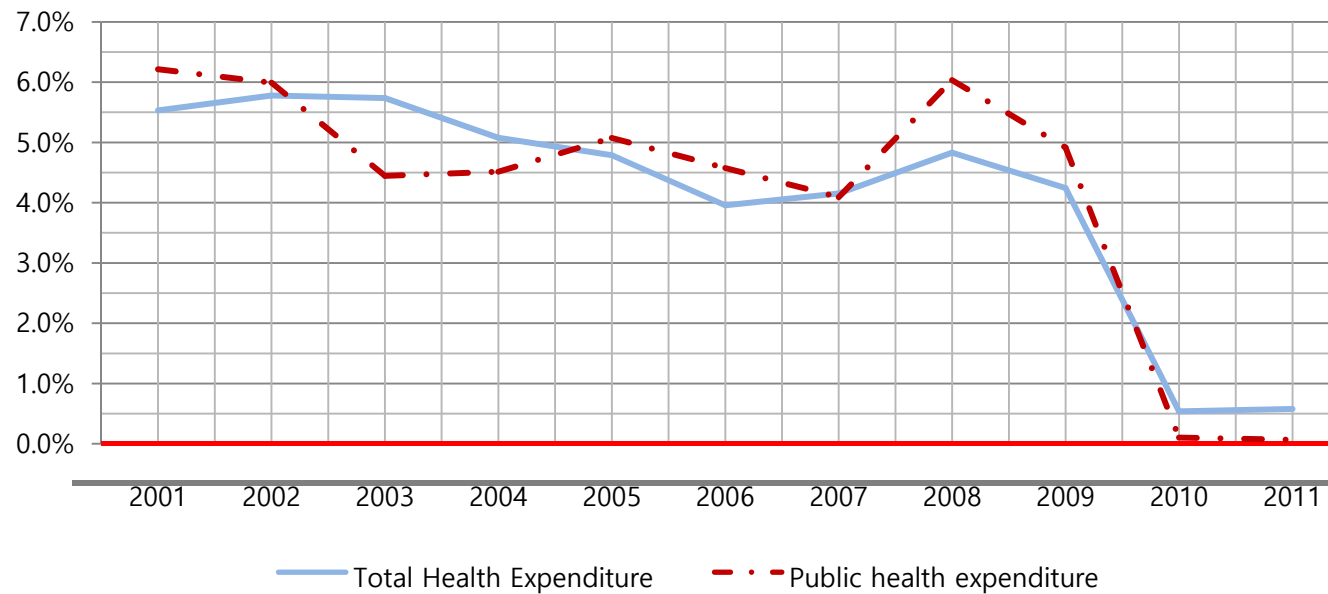
III 자동차보험 진료비 관리

IV 비급여 진료의 투명성확보

V 향후 방향

OECD 국가들의 의료비 지출 평균 증가율, 2001 - 2011

Total vs. Public

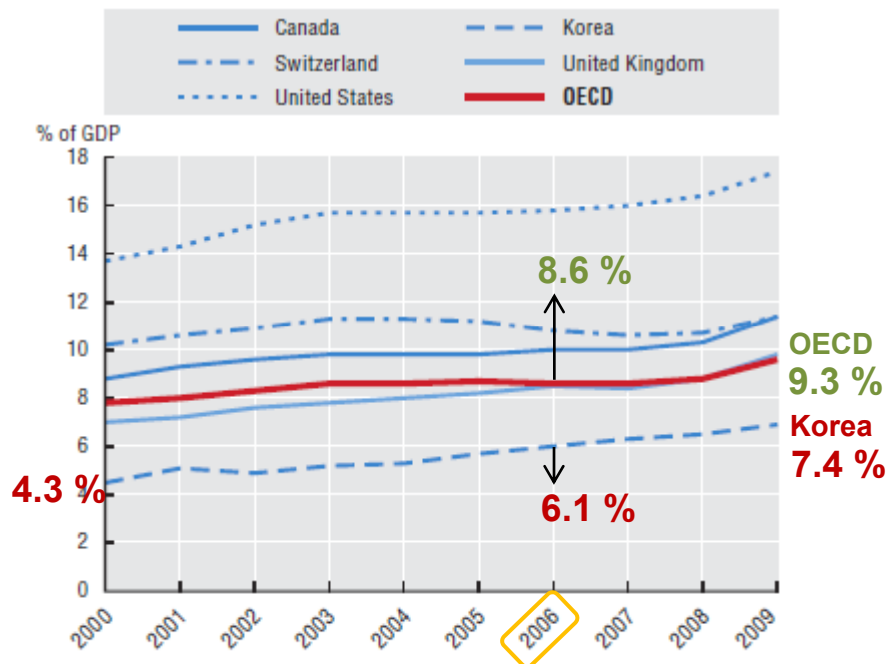


총 의료비 지출 증가율: 5.5 % (2001) - 4.0 % (2006) - 0.5 % (2010)

공공의료비 지출 증가율: 0 % (2010)

총 의료비 지출 비교, % of GDP

2000 - 2009



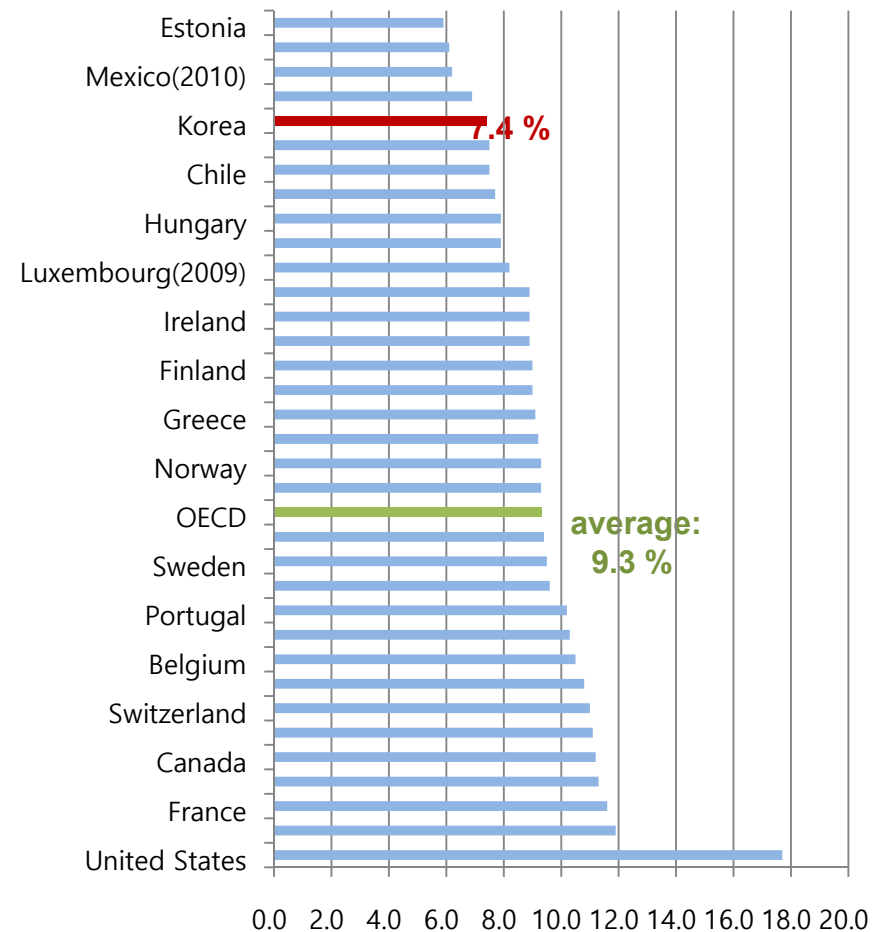
2006 vs. 2011

OECD: 8.6 % → 9.3 % (0.7 % ↑)

KOREA: 6.1 % → 7.4 % (1.3 % ↑)

- ▶ 2006-2011년 우리나라 GDP 대비 총 의료비 지출(%)이 OECD 평균에 비해 빠르게 증가하고 있음

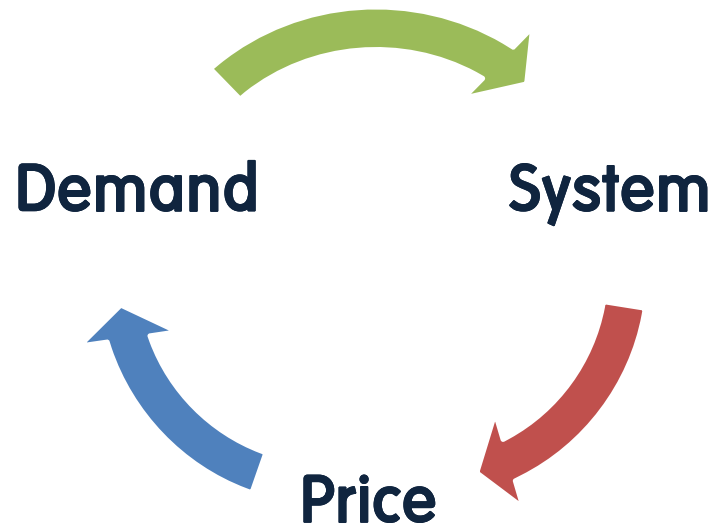
2011



Source: OECD Health Data 2013

국민의료비 증가 원인

- Aging population
- Per capita income
- Improvement in living-conditions
- Change in disease
- Patients' preference
- Moral Hazards
- Hospitalization for the long-term care
- Drug abuse

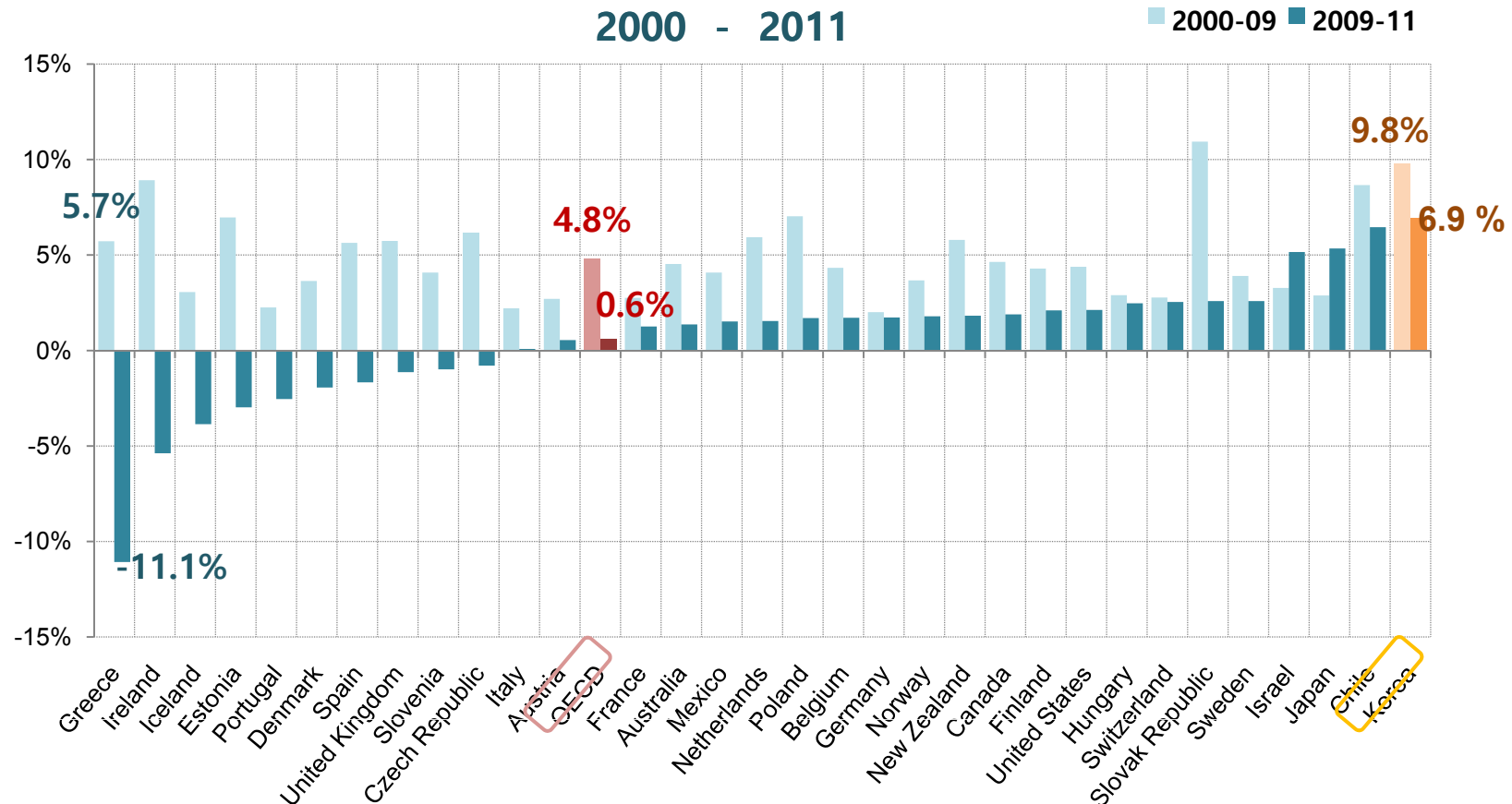


- Fee for service
- Insurance coverage expansion
- Beneficiary expansion
- Absence of a gatekeeper

- Technological progress
- Medical insurance fee

- ◆ 의료비가 GDP에서 차지하는 비중은 1990년 4.0%에서 2000년 4.5%, 2011년 7.4%로 급증함
- ◆ 2015년엔 8.8%로 현재 OECD 평균 수준에 도달하고 2020년에는 11.2%로 현재 세계 최상위권인 프랑스와 비슷해 질 것으로 전망

지난 12년간 (2000-2011) 의료비 지출의 평균 증가율



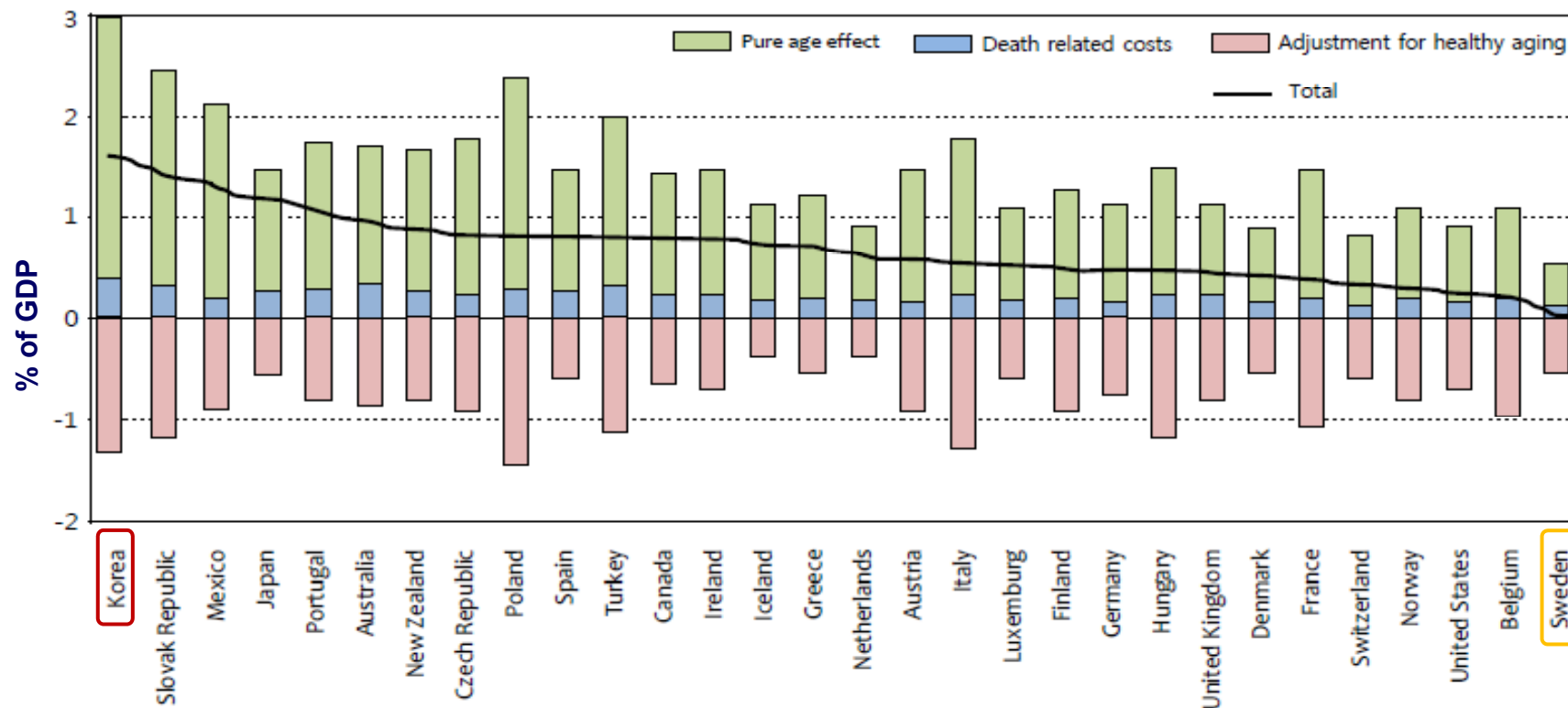
Note: Growth rates for Australia, Denmark, Japan, Mexico and Slovak Republic refer to 2009-10 instead of 2009-11; Growth rates for 2009-11 are not available for Luxembourg, and Turkey; Growth rates for Chile calculated using the Consumer Price Index (CPI).

우리나라의 의료비 지출의 평균 증가율은 2000-2009년 9.8%, 2009-2011년 6.9%로
최근 평균 증가율이 둔화된 듯 하지만, 같은 기간 OECD 국가 중 가장 높은 수치를 보임

“Healthy Aging” - 미래 의료비지출 예측

Demographic Effects on Health Care Expenditure, 2005 – 2050

- Increase in Public Health Care Expenditure -



▶ 건강한 노년층 형성으로 인하여 인구구조(고령화)는 더 이상 의료비 증가의 주요원인으로 작용하지 않을 전망

I

의료비 증가배경

II

건강보험에서의 의료비 관리

1. 의료비 관리 접근전략

- (1) 의료비 통제를 위한 접근
- (2) 비용절감과 효율성제고를 위한 전략적 접근
- (3) 총량적 이용량 통제를 위한 접근

2. 건강보험진료비 관리

- (1) 요양급여비용 심사
- (2) 적정성 평가

III

자동차보험 진료비 관리

IV

비급여 진료의 투명성확보

V

향후 방향

1. 의료비 관리 접근전략

(1) 의료비 통제를 위한 접근(Bodenheimer and Grumbach, 2008)

통제 방식	대안		
재정 통제 (Financing controls)	규제(Regulatory): 세금 또는 보험료에 대한 제한(limits)		
	경쟁적(competitive)		
진료비 지불 통제 (Reimbursement controls)	가격 통제 (Price controls)	규제(Regulatory)	
		경쟁적(competitive)	
	이용량 통제 (Utilization controls)	지불단위 포괄화 (Aggregate units of payment)	인두제(Capitation) 진단그룹(DRGs) 총액예산(Global budget)
		환자비용분담(patient cost sharing)	
		이용도 관리(Utilization management)	
		공급 제한(Supply limits)	
		혼합 통제(Mixed controls)	

1. 의료비 관리 접근전략

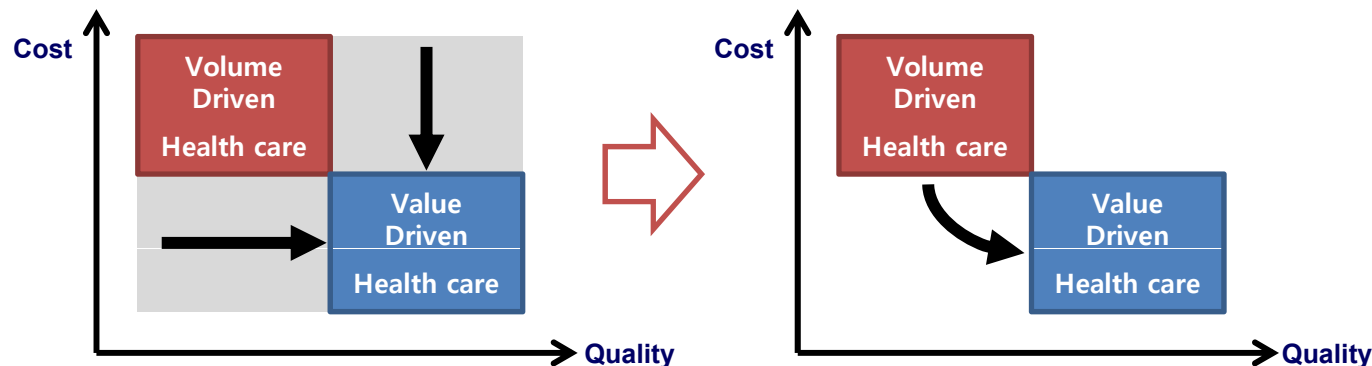
(2) 비용절감과 효율성 제고를 위한 전략적 접근

Ginsburg(2004), 의료비 지출추세 완화를 위한 선택

- 의료 제공에서의 효율성 증진
- 환자의 의료이용 감소에 대한 경제적 인센티브 확대
- 서비스 이용에 대한 행정적 통제 강화
- 의료시스템에서 사용될 수 있는 자원의 제한

양 지향(volume driven)에서 가치지향(value driven)으로 지불방식 변화

- 메디케어 행위별수가제에서 불필요한 진료비 지출의 감소 위한 지불방식의 변화
- 비용과 질을 고려한 기관단위 성과 측정을 통해 적극적인 진료비 절감 유도



1. 의료비 관리 접근전략

(3) 총량적 이용량 통제를 위한 접근

공급자의 경제적 동기에 의한 진료량 통제

- 공급자의 의도에 의한 진료량 증가가 질 향상에 기여하지 못하며, 불필요한 지출 증가
- 성과평가와 피드백을 통해 공급자 진료행태 변화를 유도하는 진료량 관리 확대

수진자 선호에 의한 이용량 통제

- 공급자에 대한 인센티브 강화 중심에서 환자들의 이용 감소에 대한 인센티브 확대
- 비용과 질을 고려한 기관단위 성과 측정을 통해 적극적인 진료비 절감 유도

수진자 이용량과 공급자 진료량 관리의 조화

- 전통적으로 이용량 통제는 공급자 중심
행위별수가제 하에서 진료량 관리의 총량적 진료비 관리에 있어서 중요한 영역
- 수요자 중심의 건강보험 운영 확대 – 수요측면의 억제 중요성 확대

2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '의의'

진료비용의 적정 여부를 심사

- 요양기관이 청구한 진료비용이 법령 등에서 정한 기준에 맞는지를 공정하고 객관적으로 심사
- 과다·과소진료, 불필요한 자원이용 등 부당 비용지출 방지
- 국민이 낸 보험료가 제대로 쓰여지는지를 관리



2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '필요성'

행위별수가제 (Fee-For-Service)

행위별수가제는 양질의 서비스가 가능한 반면
수입증대를 위한 행위량 증가가 수반될 수 있으므로
적정진료 여부에 대한 심사 필요

진료량의 증가가 수반될 가능성이 높기 때문에
균형적 시각에서 심사 필요



2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '기준'



정의: 요양기관에서 청구한 요양급여비용 심사 시, 내용적인 적합성 및 비용적인 적합성 여부를 확인함에 있어 그 판단기준이 되는 실체적인 내용을 의미

건강보험법상 심사 기준

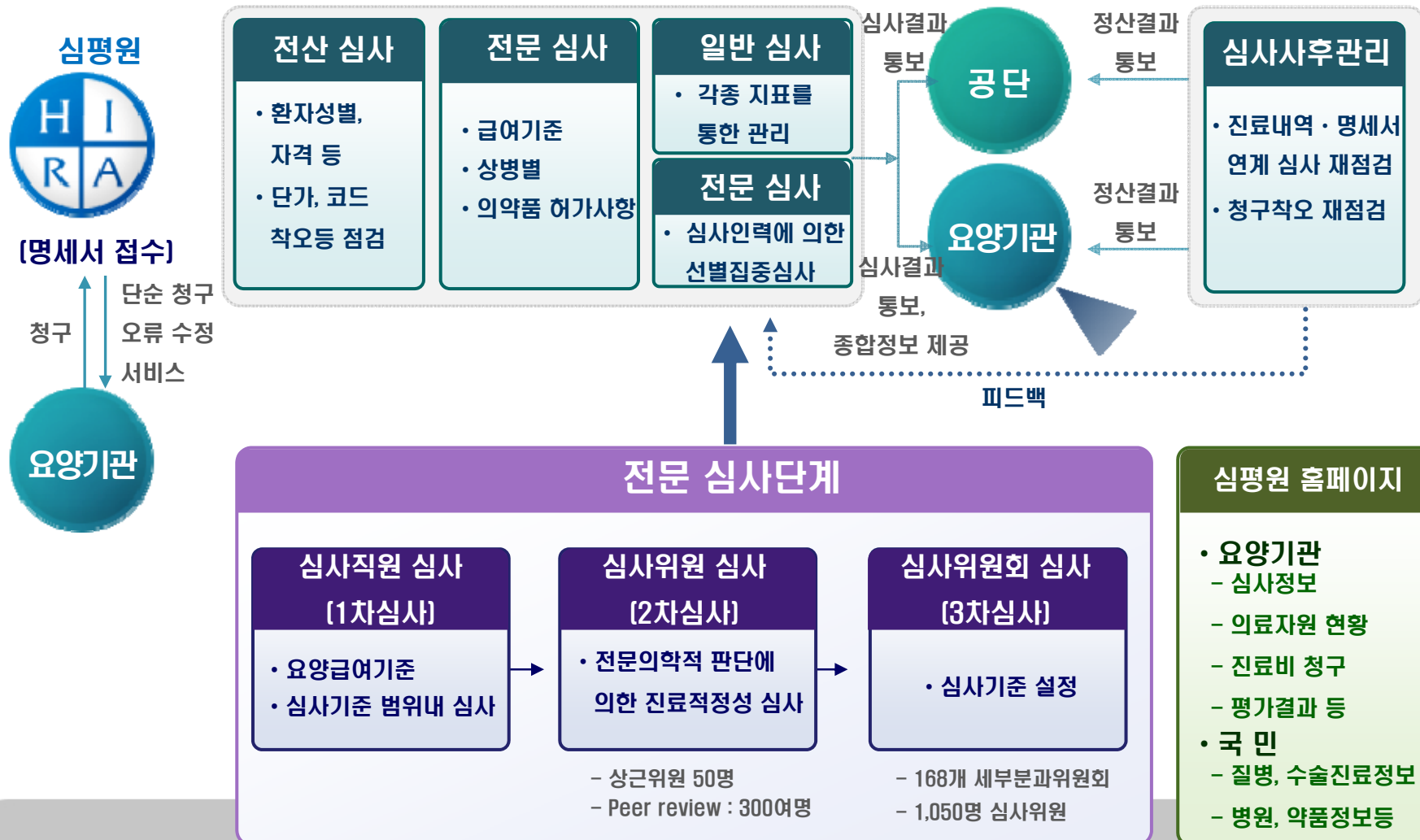
- 국민건강보험법, 시행령, 시행규칙
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
- 건강보험요양급여비용의 내역, 건강보험행위급여 · 비급여 목록표 및 급여상대가치점수
- 중증환자에게 처방 · 투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대해 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 심사평가원장이 공고한 요양급여기준 및 방법에 관한 세부사항 등

기타 심사기준

- 보건복지부 행정해석
- 심사평가원장이 진료심사평가위원회 회의 · 심의를 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준 (심사지침)

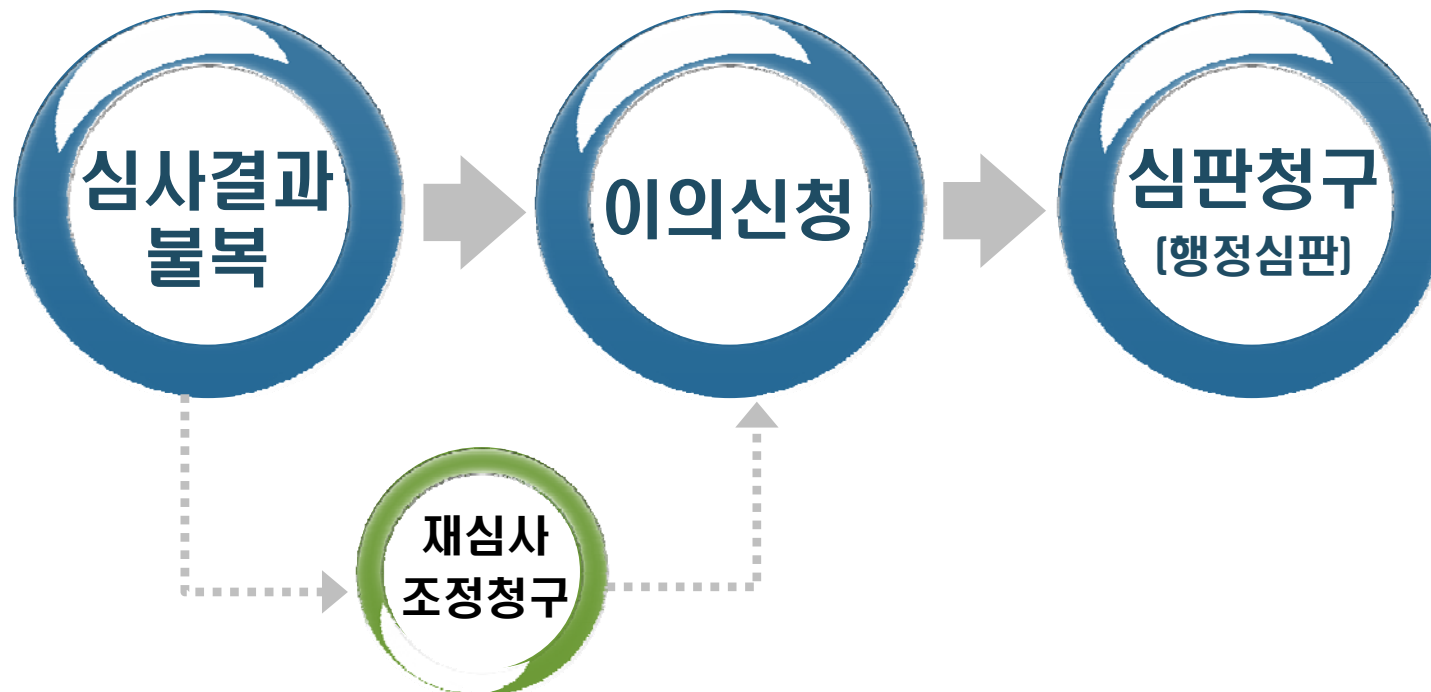
2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '처리절차'



2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '심사 결과에 대한 이의신청'



❖ 통보서를 받은 날로부터 90일 이내 신청

- 재심사조정청구 : 접수 후 30일 이내 처리 (30일 이내 연장 가능)
- 이의신청 : 접수 후 60일 이내 처리 (30일 이내 연장 가능)

2. 건강보험 진료비 관리

(1) 요양급여비용 심사 - '현황'

심사현황

1980

심사건수: 1,644 천건
총 진료비: 1,839 억원



2013

심사건수: 1,413,932천건
총 진료비: 567,384억원

요양기관 현황

1980

총 7,728개소

- 종합병원 : 74
- 병원 : 155
- 의원 : 5,289
- 치과 : 1,771



2014. 4

총 85,641개소

- 상급종합 : 43
- 종합병원 : 283
- 병원 : 1,451
- 요양병원 : 1,284
- 의원 : 28,559
- 치과 : 16,090
- 조산원 : 34
- 보건소 : 3,475
- 한방 : 13,446
- 약국 : 20,976



2. 건강보험 진료비 관리

(2) 적정성 평가 - '필요성 및 목적'

정 의

건강보험으로 제공하는 의료서비스 전반에 대하여 **의약학적 측면** 및 **비용효과적 측면에서** 적정하게 하였는지 평가하는 것

필요성

- 서비스 과다제공(Over-Use) 가능성
- 서비스 과소제공(Under-Use) 가능성
- 서비스 오용(Mis-Use) 가능성
- 의료서비스의 질적 수준 차이

목 적

의료의 질적 수준 향상 및 비용부담의 적정화 도모



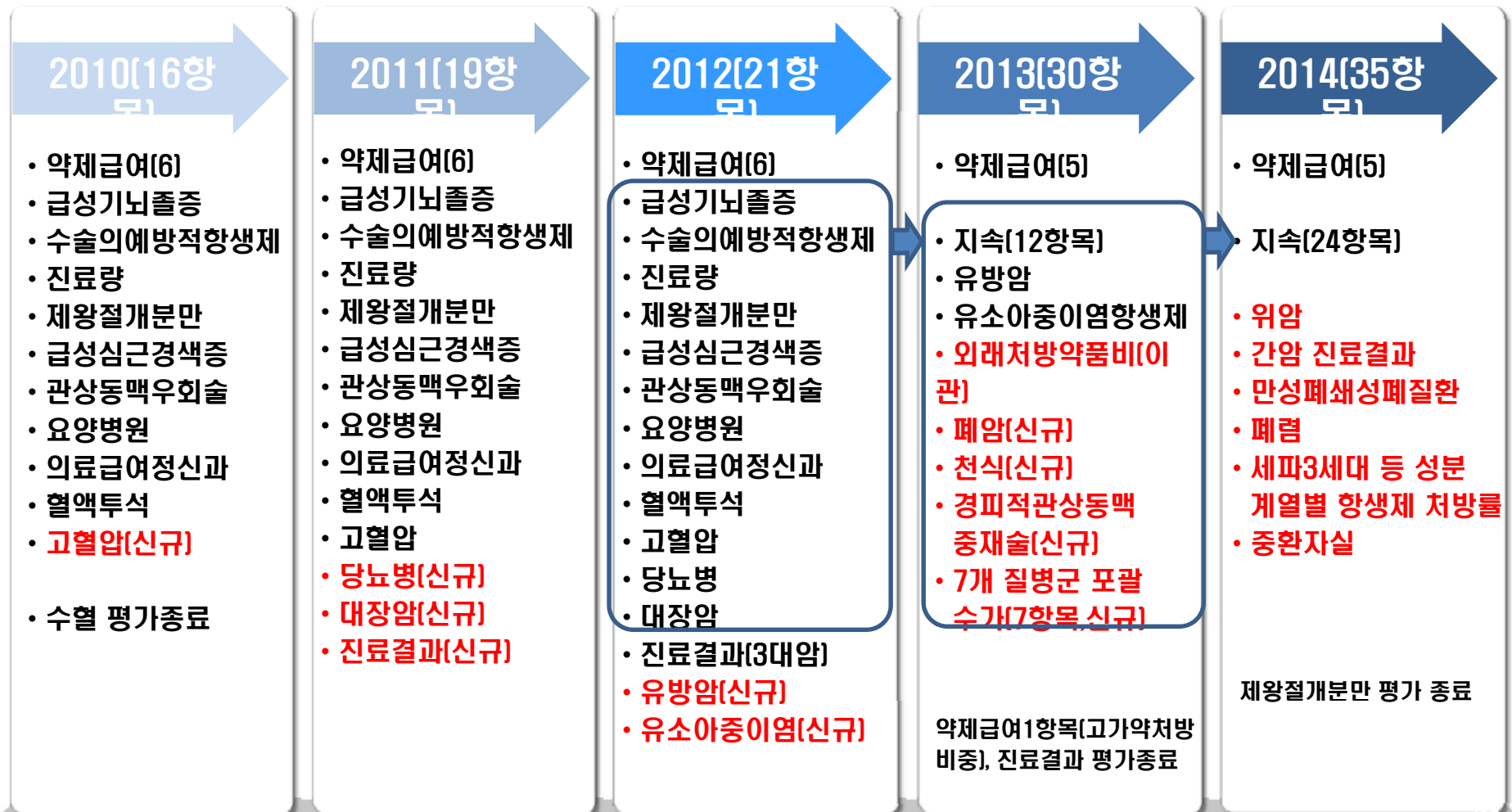
2. 건강보험 진료비 관리

(2) 적정성 평가 - '법적 근거 (국민건강보험 법령)'

법 제47조 요양급여비용의 청구와 지급	평가결과의 공단통보 / 그 결과에 따라 가산 또는 감액지급
법 제63조 심사평가원업무 등	요양급여의 적정성에 대한 평가 다른 법률 규정에 의해 의료의 적정성 평가에 관해 위탁받은 업무
법 제66조 진료심사평가위원회	심사평가원 업무를 효율적으로 수행하기 위해 진료심사평가위원회를 둠
법 제87조 이의신청	적정성평가 처분에 이의가 있는 자는 심평원에 이의신청할 수 있음
법 제96조 자료의 제공	요양기관 등에 건강보험사업을 위하여 필요한 자료를 요청할 수 있음
시행령 제28조 대통령령으로 정하는 업무	요양급여의 적정성평가 결과의 공개
시행규칙 제18조 요양급여비용의 가감지급기준	평가대상 요양기관의 전년도 심사결정 공단부담액의 100분의 10의 범위내에서 가감지급
시행규칙 제29조 요양급여 등의 적정성 평가	의약학적, 비용효과적 측면에서 평가

2. 건강보험 진료비 관리

(2) 적정성 평가 - '연도별 평가현황 (2010-2014)'

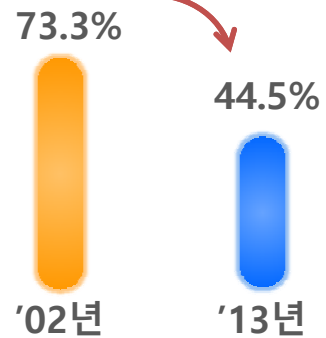


2. 건강보험 진료비 관리

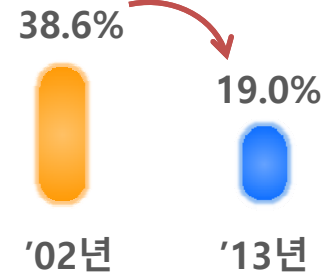
(2) 적정성 평가 - '효과'



✓ 감기 항생제
처방률 감소



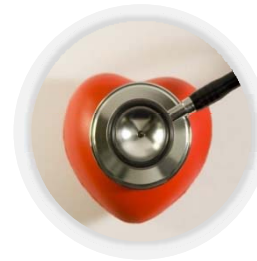
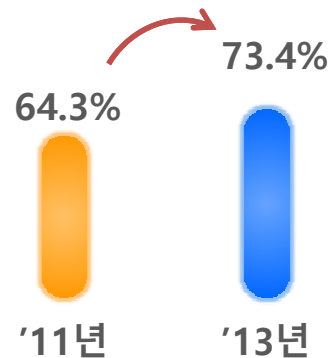
✓ 주사제 처방률
감소



✓ 처방건당
약품목수 감소

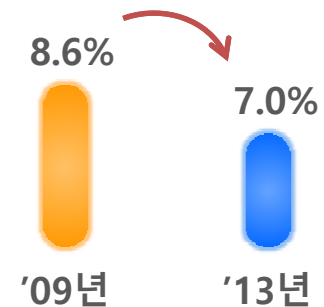


✓ 수술의 예방적 항생제
적정 사용률 향상



심근경색
사망률 감소

✓ 급성심근경색증으로
인한 사망률 감소



I

의료비 증가배경

II

건강보험에서의 의료비 관리

III

자동차보험 진료비 관리

IV

비급여 진료의 투명성확보

V

향후 방향

자동차보험 심사업무 위탁 수행

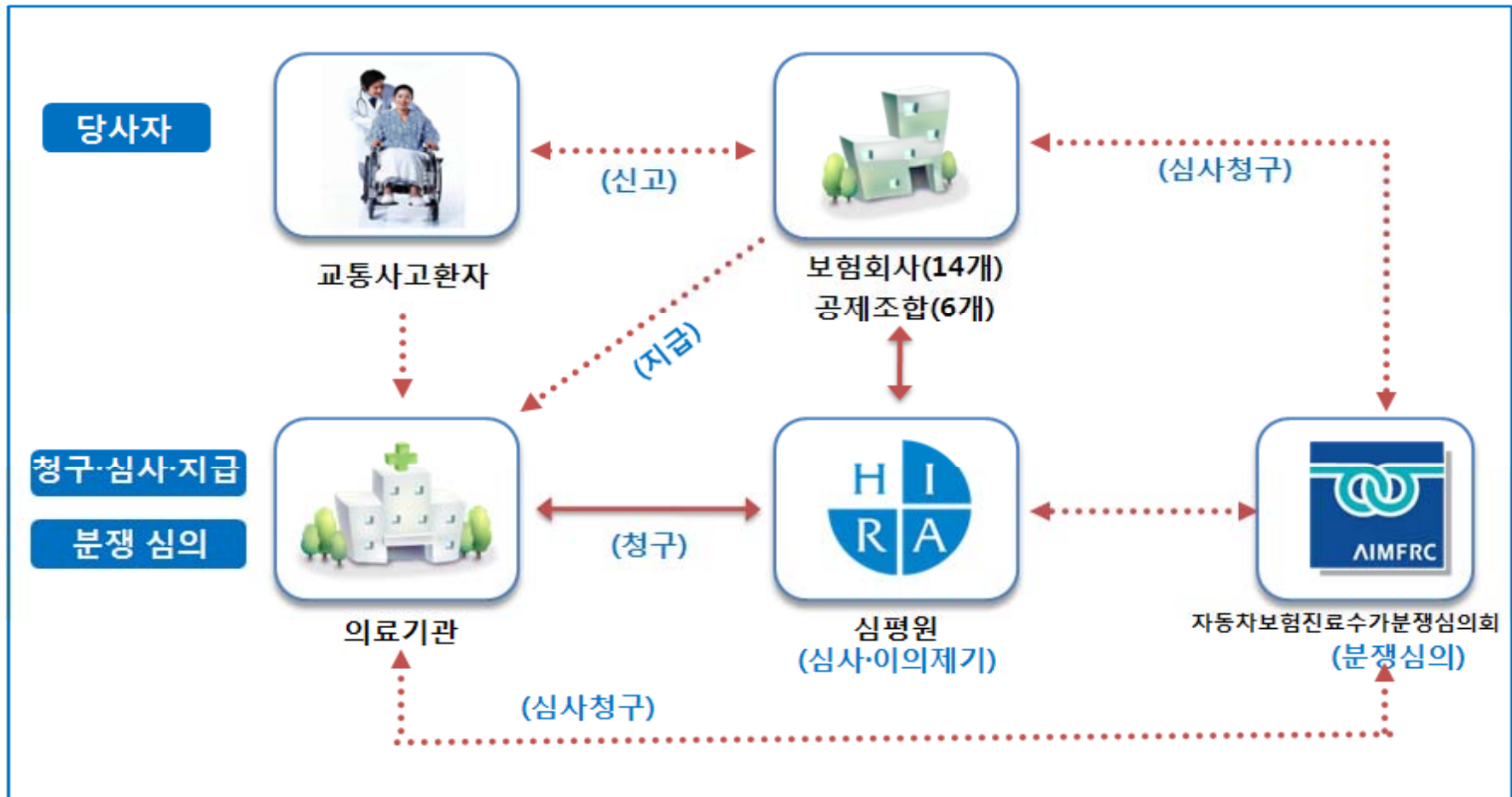
추진배경

- 허위·과잉진료 등에 의해 자동차보험금 누수 등
도덕적 해이가 사회적 문제로 대두
→ 자보환자 입원을 60.6%, 일본(6.4%)의 10배 등

추진경과

- ('09. 11) 권익위가 진료비 심사를 심사평가원에 위탁토록 권고
- ('10. 12) 6개 부처 합동, 심사평가원 심사위탁을 포함한
“공정사회를 향한 자동차보험 개선대책” 발표
- ('12. 02) 심사 위탁 관련 자동차손해배상보장법 개정

업무 흐름도



자동차보험 진료비 심사실적

심사결정 건수는 10,115천 건, 진료비는 1,083,118백만 원

(단위: 천 건, 백만 원, %)

구분	전체		입원		외래	
	건수	진료비	건수	진료비	건수	진료비
총합계	10,115 (100)	1,083,118 (100)	814 (8.0)	749,932 (69.2)	9,341 (92.0)	333,186 (30.8)
'13년 하반기	3,813 (100)	386,776 (100)	342 (9.0)	266,838 (69.0)	3,471 (91.0)	119,938 (31.0)
'14년 상반기	6,342 (100)	696,343 (100)	472 (7.4)	483,095 (69.4)	5,870 (92.6)	213,248 (30.6)

I

의료비 증가배경

II

건강보험에서의 의료비 관리

III

자동차보험 진료비 관리

IV

비급여 진료의 투명성확보

V

향후 방향

비급여 행위 표준화 및 코드 개발

추진배경

- 2010년부터 비급여 항목 고지·게시 의무가 법제화되어 운영되고 있으나, 동일 행위임에도 병원마다 자체 개발한 다양한 용어와 코드 사용으로 의료기관별 가격비교 및 관리에 한계
- 비급여 행위의 다양한 용어와 코드를 표준화하여 의료기관에 제공하여 사용을 유도함으로써, 국민의 비급여 효율적인 가격비교 환자의 알 권리 및 선택권을 보장

추진경과

- 의료법 제45조(비급여 진료비용 등의 고지) 전문 개정 -- 법률 제9386호, '10.1.31. 시행
- 비급여 행위·치료재료 코드 표준화 추진 ('12.12)
- 「비급여행위 항목별 분류체계의 표준화 및 행위정의 개발연구」 진행 중

추진실적

- 「건강보험요양급여비용」 제1편 제3부 행위 비급여 목록
 - ✓ '12년 715항목의 1,058개 세부분류 완료
 - ✓ '13년 이후 비급여 신설 26개 세부분류 및 표준코드 부여
 - ✓ '14년 한방 비급여 10개 행위에 표준화 코드 추가 부여
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 인정기준 외 비급여 대상 항목
 - ✓ '12년 10항목의 234개 세부분류 완료

비급여 행위 표준화 및 코드 개발(계속)

향후 계획

➤ 단계적 연구결과에 따라 점진적 표준화 확대 검토 진행

✓ '13년 한방, '14년 치과, 15년 의과

※ 비급여 표준화 확대 검토 흐름도('14년 하반기 치과 연구결과 연계 검토 예정)



비급여 진료비용 공개

목 적

- 국민 관심대상 비급여 항목에 대한 의료기관 가격비교 정보를 한 곳에서 검색할 수 있는 사이트를 만들어
 - ① 국민의 알권리 증대
 - ② 비급여 가격통제를 통한 서민생활 안정화
 - ③ 의료소비자의 진료선택권 강화를 도모하고자 함

비급여 진료비용 추진 현황

- 공개기관 : 153기관
 - 상급종합병원 43기관 및 300병상 초과 종합병원 110기관
- ※ 치과임플란트 비용은 153기관 외 상급종합병원 운영 치과병원 9기관의 진료비용 공개

공개 일자	공개 기관	공개 항목
'13. 1. 9.	상급종합병원(43기관)	6대 24항목(29개 세부항목)
'13. 9. 10.	상동(43기관)	10대 32항목(37개 세부항목)
'14. 2. 18.	300병상 초과 종합병원(110기관)	상 동

비급여 정보 공개항목 - 37개 항목 (2014.03.27 기준)

구분	분류	항목 (37)
'13.1월 공개	상급병실료차액	1인실, 2인실, 3인실, 4인실*, 5인실*
	초음파검사료	갑상선, 유방
	PET 진단료	전신, 전신+추가촬영, 토르소(몸통), 토르소+추가촬영, 뇌, 심근
	캡슐내시경검사료*	캡슐내시경검사(필캠), 캡슐내시경검사(미로캠)
	제증명수수료	일반진단서, 사망진단서, 출생증명서, 병사용진단서 상해진단서(3주미만), 상해진단서(3주이상) 장애진단서(읍·면·동사무소 제출용)(일반), 장애진단서(읍·면·동사무소 제출용)(정신 및 지체장애)
	교육상담료	고혈압교육, 심장질환교육 당뇨병교육(1회방문), 당뇨병교육(다회방문), 만성신부전증교육(1회방문), 만성신부전증교육(다회방문)
'13.9월 공개	MRI 진단료	뇌, 뇌혈관, 경추, 요천추
	치과임플란트료	치과임플란트
	다빈치로봇수술료	근치적 전립선 적출술(전립선암), 갑상선 악성종양 근치수술(갑상선암)
	양수염색체검사료	양수염색체검사

* 상급병실료차액 4, 5인실 및 캡슐내시경검사료 등 4항목은 '14. 9.1.부터 급여 전환됨(공개 제외)

I

의료비 증가배경

II

건강보험에서의 의료비 관리

III

자동차보험 진료비 관리

IV

비급여 진료의 투명성확보

V

향후 방향

심사평가 패러다임 전환

사후 건별심사

자율적
진료행태 개선

사전예방 및 자율적 진료개선

- 지표연동관리제 안정화
- 종합정보서비스 제공

심사조정·적발

정확한
청구 유도

투명성 · 예측가능성 제고

- 기준 변경 사전예고
- 청구착오 사전점검

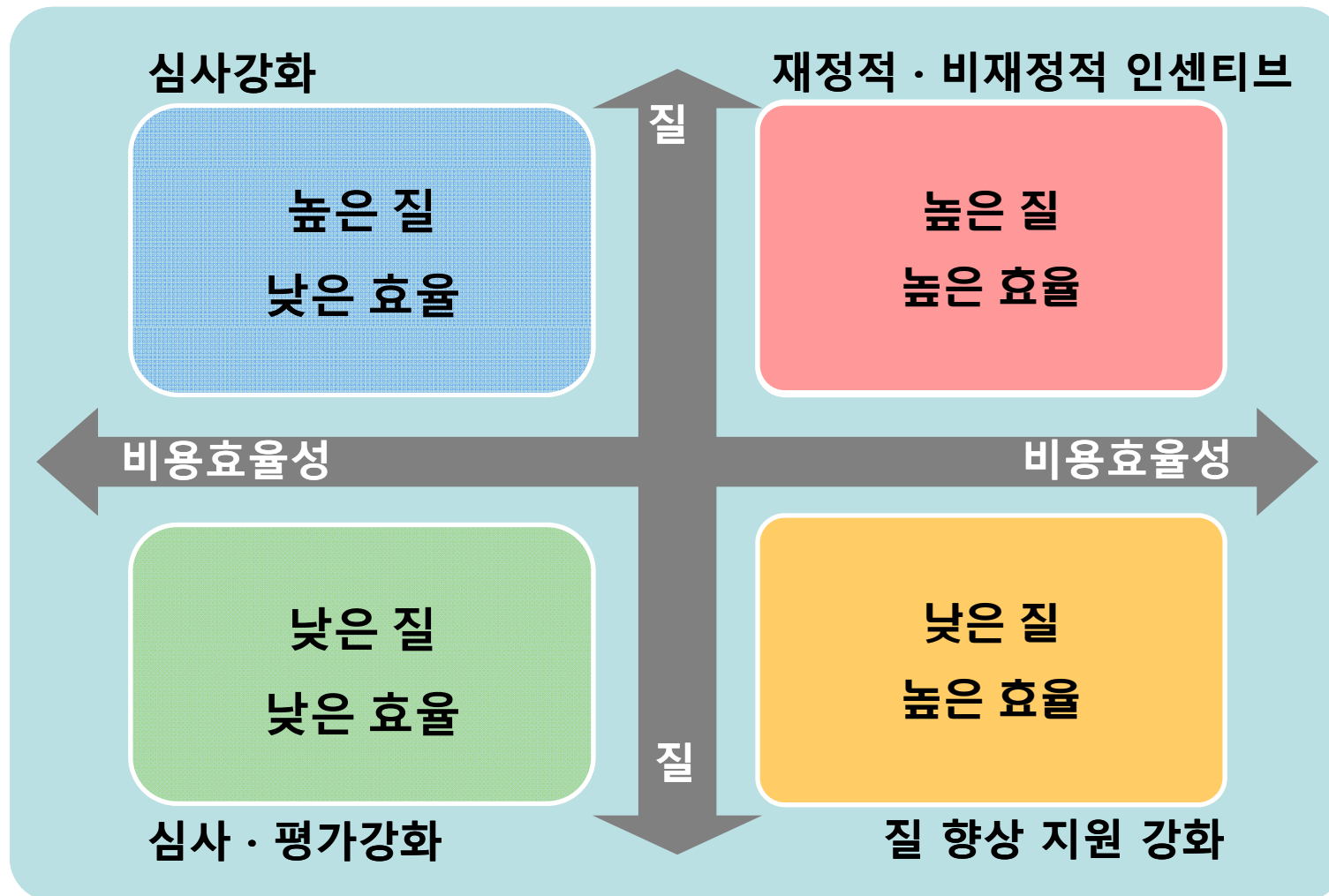
수직적 관계

수평적
관계

양방향 의사소통 강화

- 요양기관과의 파트너십
- 요양기관 간담회

비용과 질을 동시에 고려하여 심사와 평가를 연계



보건의료 지속 가능성을 위한 주체적 역할





감사합니다!

의료보장체계 합리화를 위한 공·사 건강보험 협력 방안

2014. 10. 22

kiri



조용은 보험연구원 연구위원

Contents

I

공사 건강보험의 협력적 제도 개선 3

- 문제 제기
- 의료서비스 공급체계, 보장내용, 진료비 산정

II

건강위험요인 관리를 위한 공사 협력 18

- 문제 제기
- 건강생활서비스 공급 현황 및 평가, 해외사례
- 건강생활서비스 공급모형(안), 기대효과





공·사 건강보험의 협력적 제도 개선



I -1. 문제제기

■ 국민의료비 지출 현황 : 빠른 증가

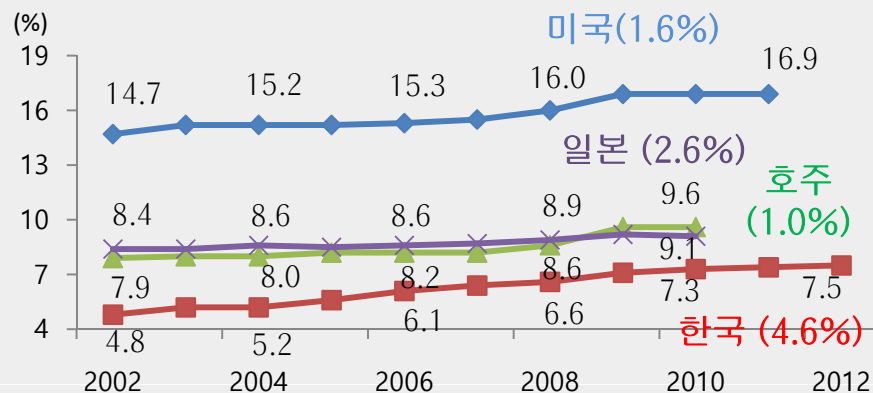
국민의료비 급증

- 국민의료비 증가율이 OECD 중 가장 높음
 - OECD 평균 3.9%, 한국 8.7%
- GDP 대비 의료비비중 증가율이 가장 높음
 - 일본 2.6%, 한국 4.6%

의료 수요공급 관리 필요

- 공급관리 : 병원분야가 의료비지출 증가에 기여
 - OECD 평균 36%, 한국 50%
- 수요관리 : 연간 1인당 의사진료건수 많음
 - OECD 평균 6.7회, 한국 14.3회

1인당 GDP 대비 의료비비중 및 연평균증가율



자료: OECD(2013)

병원분야의 보건의료비 지출증가 기여율

(단위: %)

병원분야 연평균 지출증가율 (2002-09년)	병원분야의 보건의료 지출증가 기여율 (2004-09년)
한국	50
OECD 평균	36

자료: 보건복지부(2012)

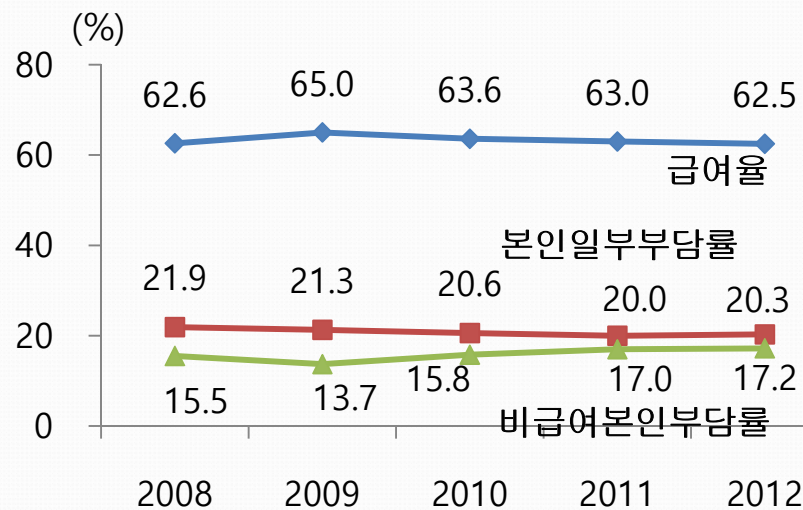
I -1. 문제제기

■ 국민건강보험 – 진료비 현황 : 급여율 제자리

- 최근 5년간 공보험 급여율 제자리
 - 중선효과 때문 : 비급여에 대한 규제 부재로

요양기관의 비급여 가격 및 공급 자율성

국민건강보험 진료비 구성비 추이



요양기관별 비급여대상 진료비 비교

분류	최저(A) (천원)	최고(B) (천원)	차이 (B/A)
수면내시경 관리행위	35	196	5.6
갑상선초음파	30	177	5.9
유방초음파	70	275	3.9
MRI(척추)	410	700	1.7
PET-CT	370	940	2.5

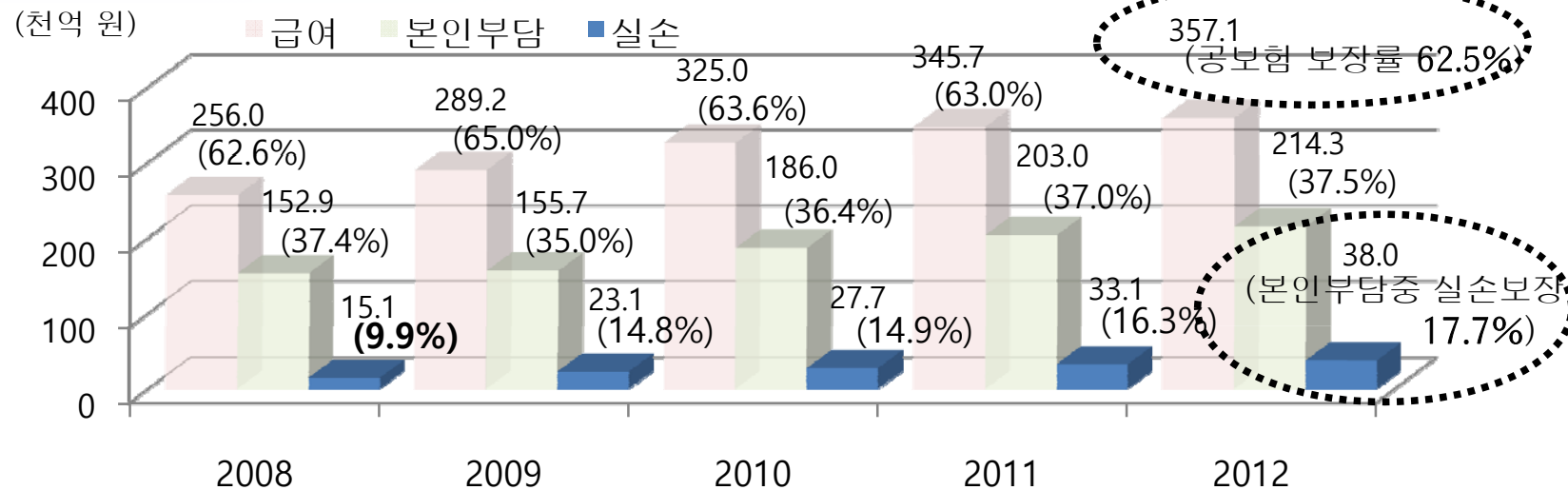
자료: 한국소비자원 2011.

I -1. 문제제기

■ 실손의료보험 - (1) 보장수준 현황 : 빠른 확대 추세

- 실손보험은 범 국민적 보험으로 성장
 - 2012년 가입자수 2,500만 명
 - 공보험 본인부담진료비의 17.7% 보장

공사건강보험 실적 및 보장률 추이



주 : 실손의료보험의 보험금의 비중은 국민건강보험 본인부담금에 대한 보장률임.
 자료 : 1) 서남규 외 6인 2013, 2) 조용운 2014.

I -1. 문제제기

■ 실손의료보험 - [2] 지급률 현황 : 지속적으로 높은 지급률

- 실손보험 보험금 지급률 110%대로 높은 수준:
 - 비급여 중심의 증선효과
 - 비급여 진료코드 미표준화로 면부책도 지급, 신기술 임의비급여 판정되도 지급
 - 공보험 본인부담 상한액 이상도 보장하는 경우 발생
(저소득층 상한액 120만 원, 고소득층 500만 원 이하만 보장하는 것이 약관)

실손의료보험 실적 추이 및 지급률

구분	지급보험금		위험보험료		지급률=지급보험금/위험보험료 (단위: 억 원, %)
	보험금	증가율	보험료	증가율	
FY2008	15,075	-	12,752	-	
FY2009	23,125	53.4	21,464	68.3	
FY2010	27,655	19.6	24,929	16.1	
FY2011	33,068	19.6	29,773	19.4	
FY2012	38,004	14.9	34,668	16.4	

자료: 조용운(2014)

I -2. 의료서비스 공급체계

■ 국민건강보험 의료서비스 공급체계 현황

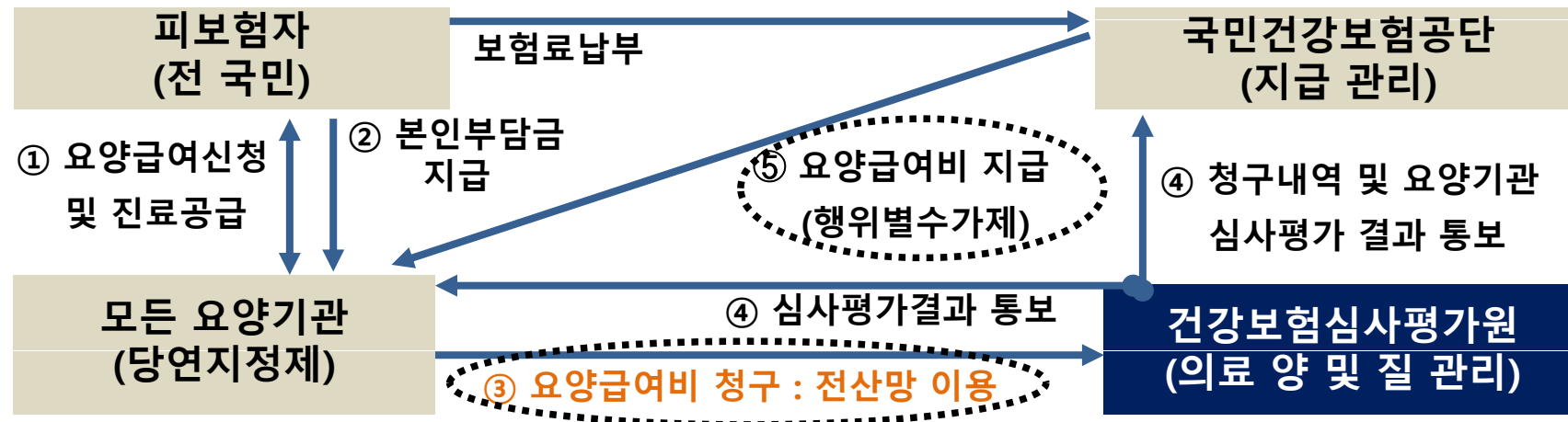
단일보험자 사회보험 시스템

- 보험자 : 공단과 심평원
- 피보험자 : 소득수준별 보험료
- 모든 요양기관이 진료공급 : 의료접근 용이

가입자 중심의 정비된 시스템

- 전국민 대상 : 98% 가입
- 제3자지급제 : 의료과잉수요공급 및 부당청구 가능 → 심사평가 기준 정비됨, 과오납 발생시 정산 후 환급
- 요양기관이 진료비 청구 : 미 청구건 비 발생

[국민건강보험 의료서비스 공급체계 (제3자지급제)]



I -2. 의료서비스 공급체계

■ 실손의료보험 - (1) 의료서비스 공급체계 현황

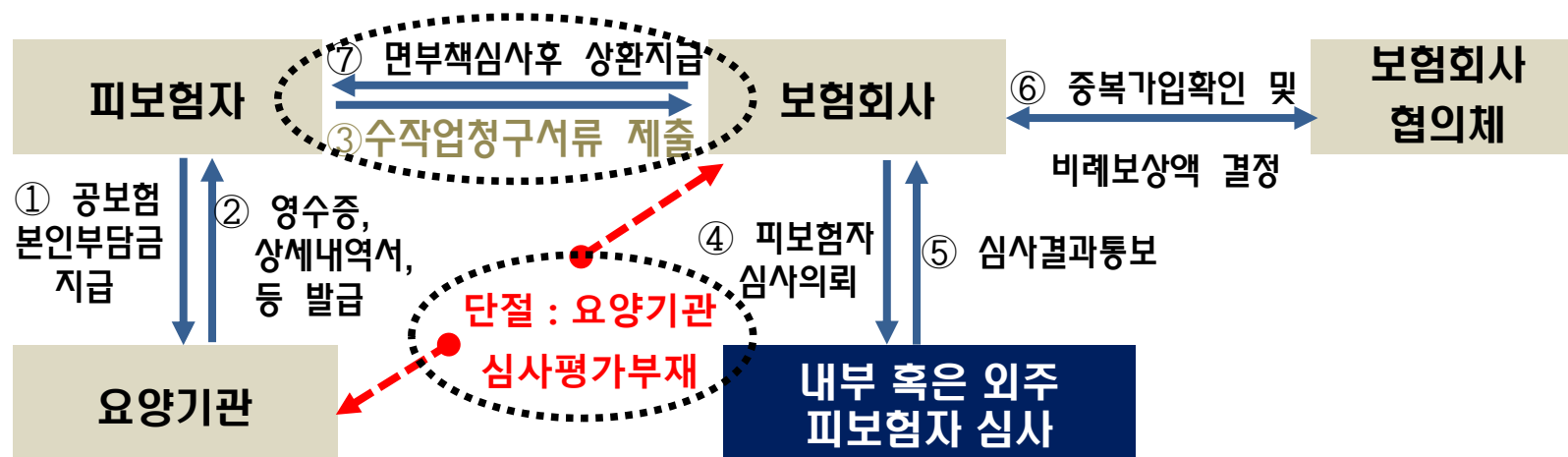
사적 의료보험 시스템

- 다수 보험자 : 다양한 상품 (2009년 표준화)
- 임의가입 피보험자 : 소득과 무관
- 모든 요양기관이 진료공급 : 의료접근 용이

제도정비 미흡

- 가입자가 보험금 수작업 청구 : 미청구건 다수 발생, 보험사 수작업 행정비용 과다 (방문(21%), 설계사(67%), 팩스(9.6%))
- 의료 양 및 질 관리 (심사평가) 부재 : 규제의 사각지대
- 진료코드 미표준화 면부책임사 곤란 → **표준화 필요(심평원 추진 중)**

[실손의료보험 의료서비스 공급체계 (상환제)]

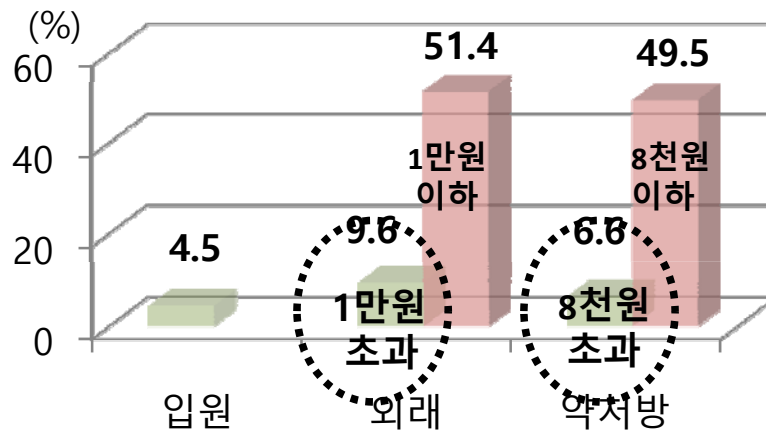


I -2. 의료서비스 공급체계

■ 실손의료보험 - (2) 보험금 청구실태

- 실손보험의 경우 미청구 건 다수 발생
 - 입원: 의료이용자의 4.5%,
 - 외래: 1만원(공제액) 초과건의 9.6%,
 - 약처방: 8천원 초과건의 6.6%

[의료이용자의 실손보험금 미청구율]
 (미청구율=미청구건수÷실손가입자 요양기관방문횟수)

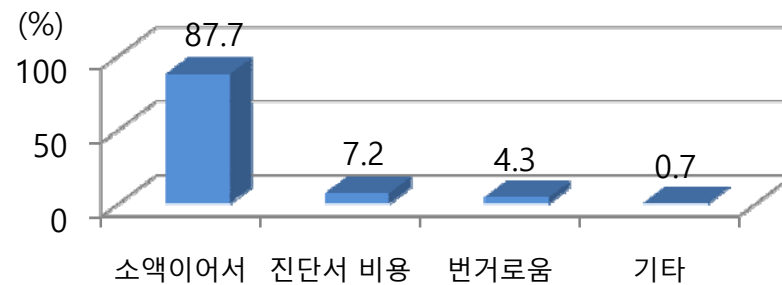


자료: 2013 보험소비자 설문조사, 보험연구원.

• 미청구 이유

- 소액이어서 (87.7%)
 - : 외래 20,584 원,
 - : 약처방 11,392 원

[보험금 미청구 사유]



[미청구건당 본인부담금] (단위 : 원)

입원	외래		약처방	
	1만 원 +	1만 원 -	8천 원 +	8천 원 -
325,000	20,584	4,240	11,392	3,283

I -2. 의료서비스 공급체계

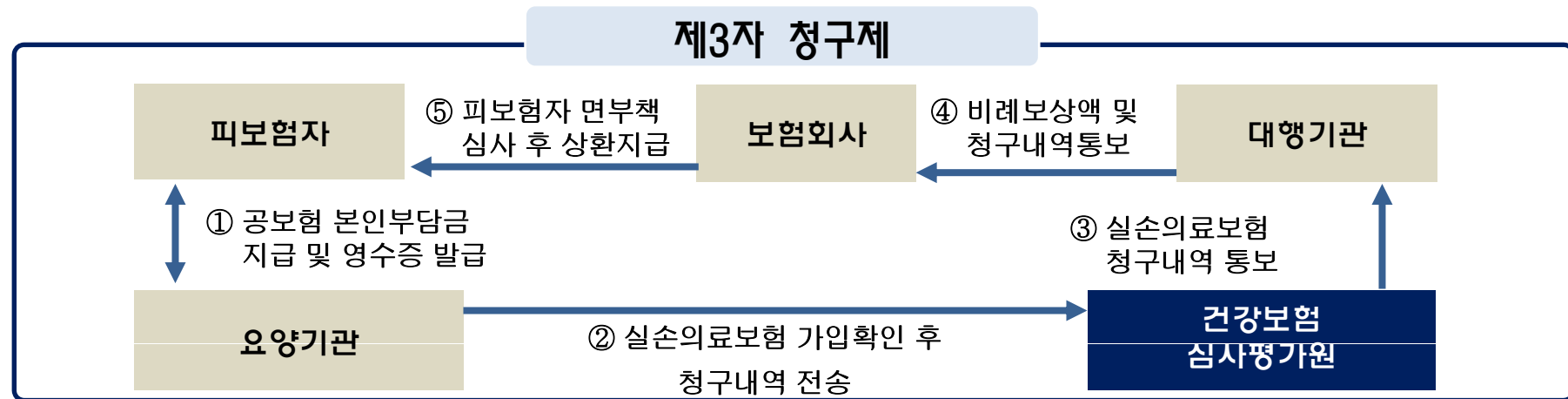
• 실손의료보험 공급체계 개선 : 제3자청구제 도입

실손 제3자(요양기관) 청구제(안)

- 1) 피보험자는 공보험본인부담금 지급 후 귀가
 - 2) 요양기관이 심평원 경유하여 실손보험자에
피보험자 대신 진료비 청구
 - 3) 실손보험자는 피보험자에 지급
- ➔ 상환제 문제 해결 : 미청구 비발생
(다만 상환제와 같이 공보험 본인부담금 마련)

구축 가능한 대안

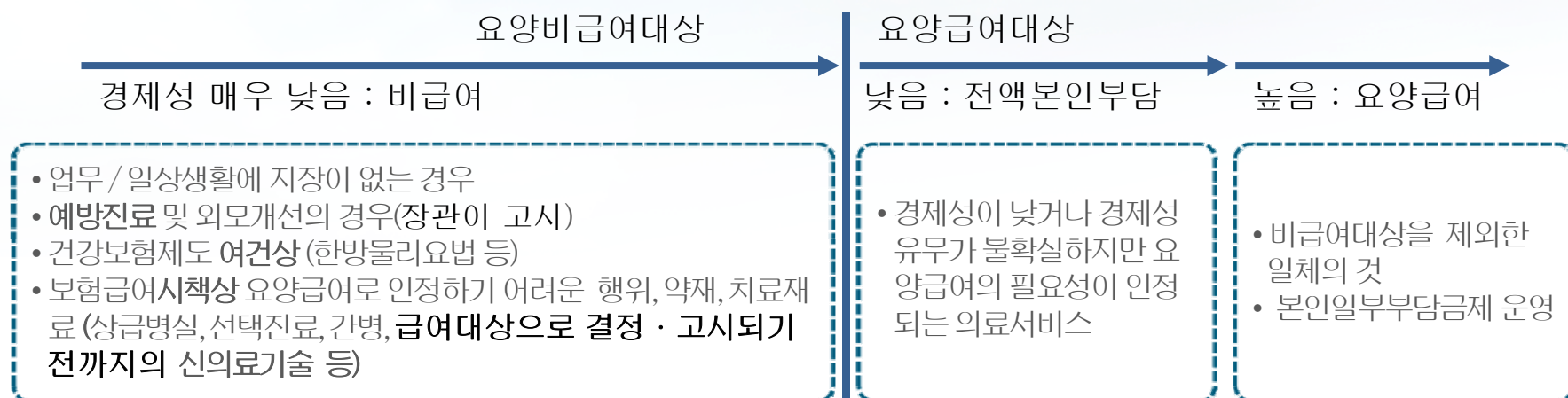
- 요양기관 : 1) 환자 도착 시점에 가입여부 확인 및 지급동의 불필요 2) 실시간 실손 본인부담금 산출 불필요 3) 요양기관이 환자와 분쟁 소지 없음
- 보험자 : 지급동의 수준 결정 기준 불필요
- 추가적 장점 : 1) 심사평가없이 운영 가능
2) 과오납처리 불필요 3) 공보험 재정에 영향 없음



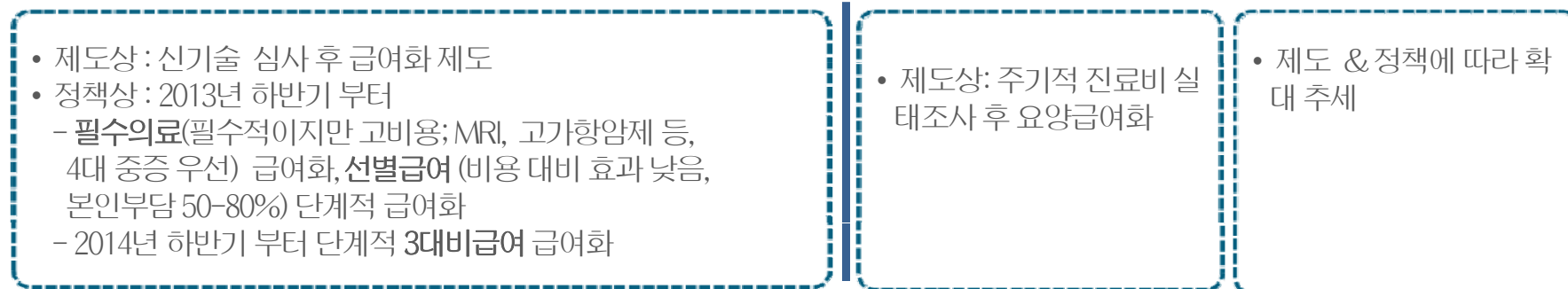
I -3. 보장내용

■ 국민건강보험 보장내용 현황 (1)

비용대비 치료효과가 높은 의료서비스 순서로 보장



경제성을 기준으로 보장항목 확대 추세



I -3. 보장내용

■ 국민건강보험 보장내용 현황 (2)

요양급여대상 본인일부부담제

- 입원: 모든 환자 20%,
- 외래: 1차 의원급 문지기 기능
 - 30%~60%: 대형병원일 수록 본인부담률 높음
- 출산, 중증환자 보장강화 예외 → 의료이용량과 무관

수요적정화 유도 강화 필요

- 과잉 의료수요 가능 → **차등본인일부부담률제 도입**
 - 장기입원, 외래횟수 증가에 따른 부담률체증제
 - 본인부담상한제로 중증환자 추가부담 없음
 - 사회통합 원칙 저해되지 않을 수 있음

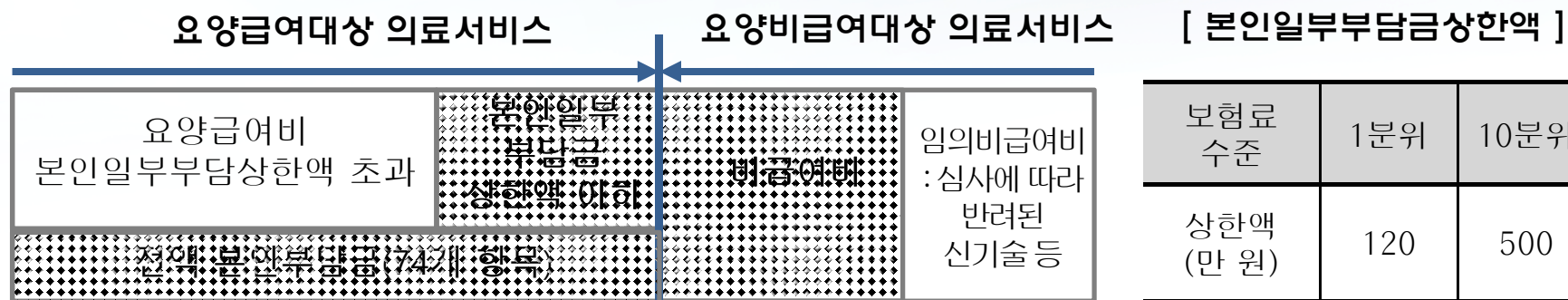
입원 본인일부부담률 예외

시행일	내용	본인부담	비고
2005.1.1	자연분만조산아, 저체중출생아 등	면제	출산장려
2005.9.1	암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2009.12.1	암환자	5%	
2010.1.1	뇌혈관질환자, 심장질환자	5%	
2006.1.1	6세 미만 소아	면제	출산장려 및 아동의료비용 경감
2008.1.1		10%	도덕적 해이로 본인부담률 상향조정
2009.7.1	희귀난치질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2010.7.1	중증화상 환자	5%	중증환자 의료비부담 경감

I -3. 보장내용

■ 실손의료보험 보장내용 현황

국민건강보험 진료비 분류체계 및 실손의료보험 보장영역(채색)



표준실손의료보험의 보장한도

입원	외래	약처방
·(질병/상해당) 5천만 원 ·실손본인부담률 20% - 해당액이 200만 원 이하까지 - 이후는 20% 적용 안함 ·공제액 없음	·방문 1회당 ·일부+비급여 합계에서 공제액 차감(연간 180회 한도) ·공제: 병의원 종별로 1, 1.5, 2만 원과 20% 중 큰 금액	·처방 1건당 ·일부+비급여 합계에서 공제액 차감(연간 180건 한도) ·공제: 8천 원(약국)과 20%중 큰 금액

I -3. 보장내용

• 보장내용 제도 개선 : 실손보험금 부당지급 방지

정책방향

주요 내용

본인부담 상한액 확인제 도입

- 실손의료보험은 본인부담 상한액을 알 수 없어 상한액 이상까지 부당 지급
 - 상한액 : 저소득층 120만 원, 고소득층 500만 원
 - 상한액 이상은 국민건강보험이 보장

임의비급여 신기술 보험금 부당지급 방지

- 건보규정은 요양급여 여부 심사 이전의 신의료기술 등을 비급여 대상으로 함
- 심사과정은 장기간 소요되고 임의비급여(실손보험 보장 없음)로 판정 가능
- 실손은 비급여대상을 3일 이내에 지급 → 부당지급 발생

진료비확인제 개선 : 보험자 신청가능 하게

- 보험회사는 심평원 ‘진료비확인제도’에 의존하여 보장여부 판단:
 - 가입자 신청으로 요양급여대상 여부 확인, 임의비급여인 경우 보험금 협상
 - 실손가입자 불편(민원)과 보험회사 행정력 소모

I -4. 진료비 산정

■ 국민건강보험과 실손의료보험의 진료비 산정 방법

- 국민건강보험 : 요양급여대상만 기준 규정
- 실손의료보험 : 국민건강보험과 동일기준 → 비급여대상 기준 부재

국민건강보험 진료비 산정기준

구분	요양급여대상	요양비급여대상
진료행위에 대한 기술료	· 행위별수가제의 상대가치 점수제 - 종별가산률제(대형병원 유리), 입원체감률제(모든 요양기관), 진찰료차등수가제(의원급, 약국에만 적용) · 행위별 한도 설정(물리치료 1일 1회) - 한도 초과는 임의비급여 · 질병/상해당 총량 한도는 없음	· 일반수가제 : 실제소요비용 - 관할지방자치단체에 신고한 가격 ➔ 공시강화 추세
약제비나 치료재료비	· 일반수가제 - 일일이 상대가치 정할 수 없어 상한금액 고시 - 고시금액 범위 내에서 요양기관 실제 소요비용	· 일반수가제 - 상한금액 없이 실제 소요비용

I -4. 진료비 산정

● 진료비 산정 제도 개선 : 의료자원이용 적정화

❖ 비급여 대상 비용 산정기준 마련

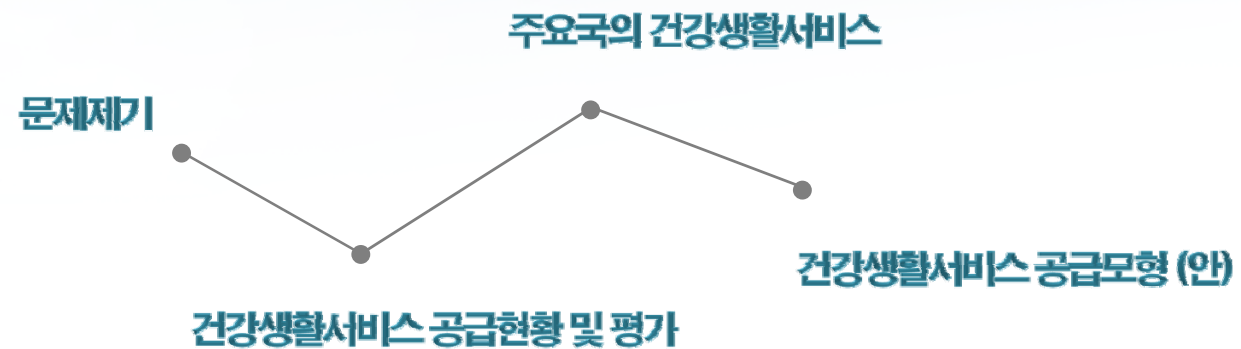
- 요양기관 : 자율성 보장
- 실손피보험자 : 고비용 비급여 서비스 선호
➔ 비급여 수요공급증대 가능 (시장왜곡)

❖ 총량 제한 없는 행위별수가제 개선

- 국민건강보험은 질병 · 상해당 총량 제한 없음
 - 요양기관이 제공한 서비스 전부에 대해 행위별수가제에 의한 금액의 상환을 보장
➔ 급여대상 진료비 증가, 본인일부부담금 증가, 실손보험금 지급 증가
- 실손의료보험은 총량제한 있음
 - 입원은 질병 · 상해당 본인부담률 부과하고 연간 한도액 설정 / 외래는 방문당 공제액 및 건수 한도 설정



건강위험요인 관리를 위한 공·사협력



II-1. 문제제기

현대 4대 건강위험 요인 (WHO) :

흡연, 신체활동 부족, 불량한 식습관, 음주

의료비 증가

- 미국 HERO 연구소
- 4대 요인 및 비만으로 의료비의 25% 지출

생산성 감소

- 운동 : 주당 1회 미만 운동 그룹의 결근율 46% 상회 (Jacobson, 2001)
- 흡연 : 연간 1인당 \$ 2,000 생산비용 초래 (Bunn, 2006)
- 스트레스 관리 : 주당 5.3시간의 평균생산시간 손실 (Burton et al. 1999)

해외: 건강생활서비스에 많은 투자 vs. 국내: 건강생활서비스 공급관련 규정 미비

※ 흡연, 신체활동, 영양, 음주, 스트레스 등에 관한 기획, 교육 및 상담, 정보제공서비스

II-2. 건강생활서비스 공급현황 및 평가

■ 민간의료기관 및 건강관리서비스 전문회사

민간의료기관 서비스공급 현황						전문기관 서비스 현황		법적 근거	
서비스제공 기관 비율		평가	상담	교육	기타	행정대행		급여인정범위	
흡연	24	35.6	46.6	39.7	8.2	• 진료예약, 중증환자 입퇴원 동행		• 고질적 만성질환자 대상 관리료	
음주	20	31.5	39.7	31.5	6.8	건강생활서비스		→ 너무 낮은 수가	
영양	24	38.4	45.2	41.1	8.8	• 건강위험도평가, 영양운동상담		비급여 인정 범위	
운동	23	39.7	42.5	37.0	8.2	질병관리(상담, 교육), 건강정보제공		• 일반 7가지 만성질환자대상 관리료	
스트레스	15	23.3	30.1	21.9	8.2	고령자대상 주택컨설팅, 간병상담		• 예방진료로 사용되는 행위/ 약제 및	
주: 중복응답 가능 자료: 이윤태 외 6인(2009)을 재구성						→ 금연,음주,스트레스프로그램 미흡		치료재료 (예방진료는 고시)	

- (평가) (1) 고질적/비고질적 7가지 만성질환 외에 대한 규정 부재, (2) 예방진료가 건강생활 관련인지 불분명, (3) 예방진료에 대한 비급여 인정 → 의료행위간주(위법소지), (4) 전문기관의 건강위험도 평가 가능 불분명
- (개선방향) (1) 건강생활서비스 법규 정비, (2) 만성 질병관리료 수가 현실화, (3) 건강생활서비스와 의료행위 구분

II-2. 건강생활서비스 공급현황 및 평가



■ 보험회사

제공서비스 내용 및 목적

위탁대상

- 종신보험 피보험자 (CI보험, 변액종신보험)

서비스 내용

- 건강정보, 도서제공 및 상담, 질환별 명의 찾기
- 중대질환자 안심케어 (이송서비스), 치매선별검사
- 6세 이하 성장발달 검사, 영양, 건강검진안내

위탁목적

- 피보험자 건강관리 편리성 제고 → 보험만족도 제고
- 마케팅 지원, 보험이미지 제고

위탁비용 현황

위탁비용

- 3280 (백만 원)

종신보험 가입자수 (2011년 기준)

- 8,973,760 (명)

총위탁자수

- 2,317,01 (명) – 종신보험가입자의 2.6%

1인당 위탁비용 (연간)

- 14,154 (원)

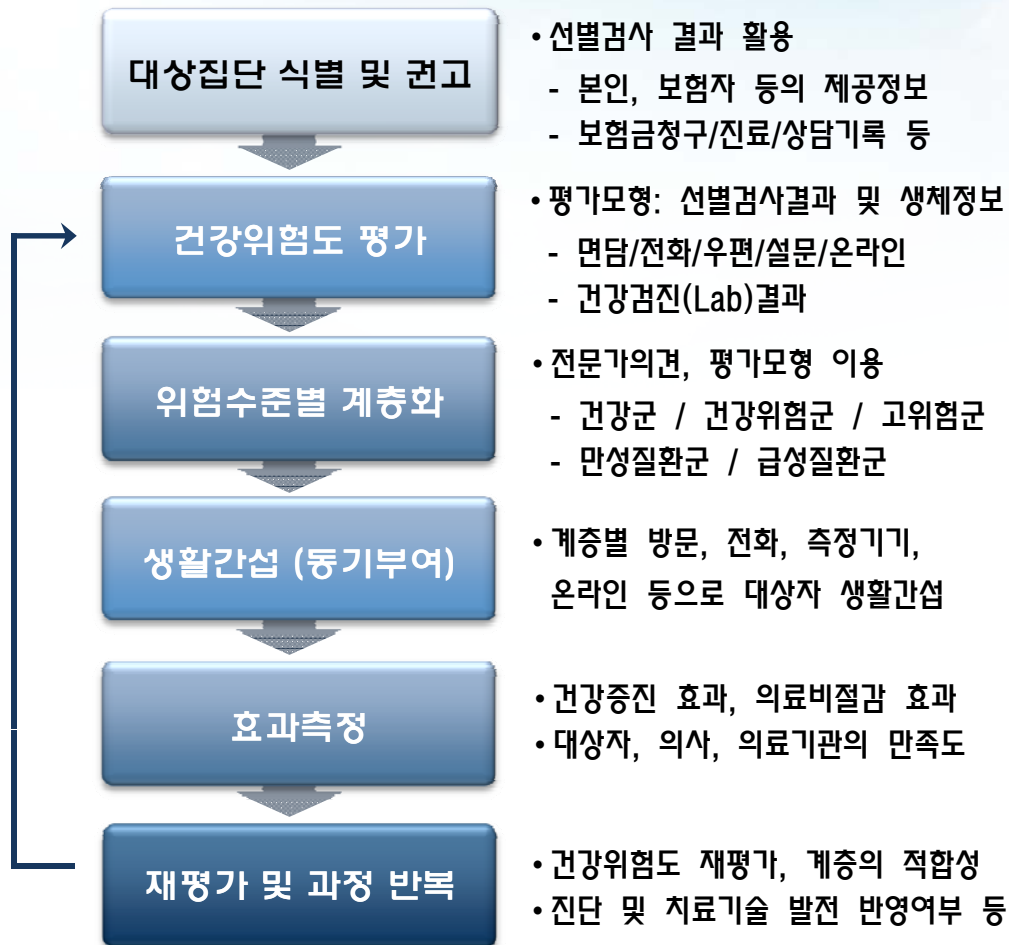
- (평가) (1) 주로 고액 종신보험가입자를 대상, (2)보험만족도 제공이 주목적, (3) 건강생활서비스 미제공
- (개선방향) (1) 건강 위험도가 높은 사람 관리 위탁하는 것이 바람직, (2) 건강증진 및 의료비 절감에 초점

II-3. 주요국의 건강생활서비스

	미국	일본	호주
민영보험 역할	민영의료보험 주도형 (민간이 정부를 대신하는 대체형)	공적 의료보험 주도형 (민영실손보험 미미, 공보험 유일형)	공·사의료보험 중복형 (공공병원 이용 시 무료, 민영보험가 입자가 민영병원 이용시 정부 보조)
서비스 공급자	보험회사, 전문회사, 의료기관	보험회사, 전문회사, 의료기관	정부투자영리보험사/비영리보험사, 전문회사(의료기관은 미온적) ※ 민영영리보험회사는 진입검토 중 (∵ 민영보험은 입원보장만 가능)
주요목적	의료비 절감		
서비스 내용	질병관리와 건강생활관리통합	건강생활관리 중심 (비만관리)	질병관리와 건강생활관리 통합
서비스 수요자	공보험자, 일반기업자가보험자, 의료보험회사, 개인	공보험자	정부, 의료보험회사, 일반기업
주요 특징	생활개입자 = 건강위험도 평가자 (정보수집)	생활개입자 ≡ 건강위험도 평가자 (공보험자가 민간기구에 정보 제공)	생활개입자 = 건강위험도 평가자 (미국식 제도 도입)

II-4. 건강생활서비스 공급모형(안)

● 공급과정



(해외) 최근 위험수준별 계층화 시스템 채택 :
적정 자원투입이 목적

(1안) 미국방식

- 한 기관이 위험도 평가 및 생활개입 수행
→ 많은 개인정보 보유 필요

(2안) 일본방식

- 위험수준별 계층화는 검진기관이 수행
- 생활간섭부터는 건강생활서비스기관이 수행



국내 : 정보보유 미흡, 위험수준별 계층화는
의료행위 → 2안이 적합 !

II-4. 건강생활서비스 공급모형(안)



• 서비스 내용 및 생활개입

서비스내용

■ 위험계층별 서비스 내용 차별화

- 건강체: 온라인 중심 상담, 교육, 정보제공
- 건강위험군: 온라인 및 전화병행 (맞춤형계획, 지침, 모니터링, 현물 등 전문서비스)

생활개입

■ 다양한 방법으로 습관 개선 유도

- (1) 금전적 인센티브(→외부통제 느낌을 주어 장기효과는 불분명), (2) 동아리 주선
- (3) 건강생활 접근이 용이하도록 지속적 피드백 (인터넷 활용 등)
- (예) 모니터링 장치(만보계, 스포츠시계) → 인터넷 앱에 개인건강기록 입력 → 전문가 접속 허용

인터넷 활용 사례

개인건강기록(PHR)
Application 은
HealthVault 등
200여 개

Microsoft

Atena 6백만 명
가입자 기록을
HealthVault로 이전

Dossia

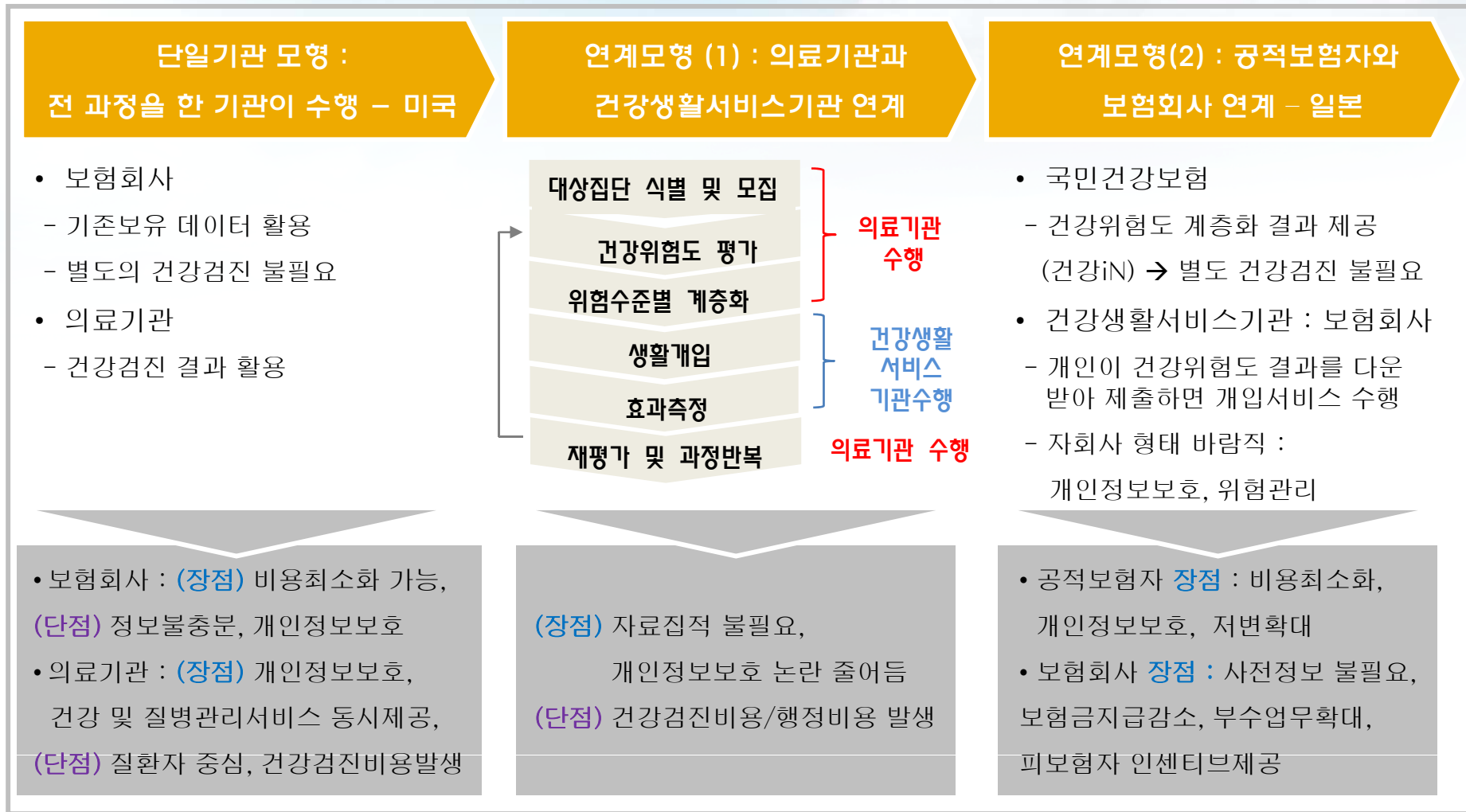
AT/T, Wall Mart
등의 건강기록 관리

CMS

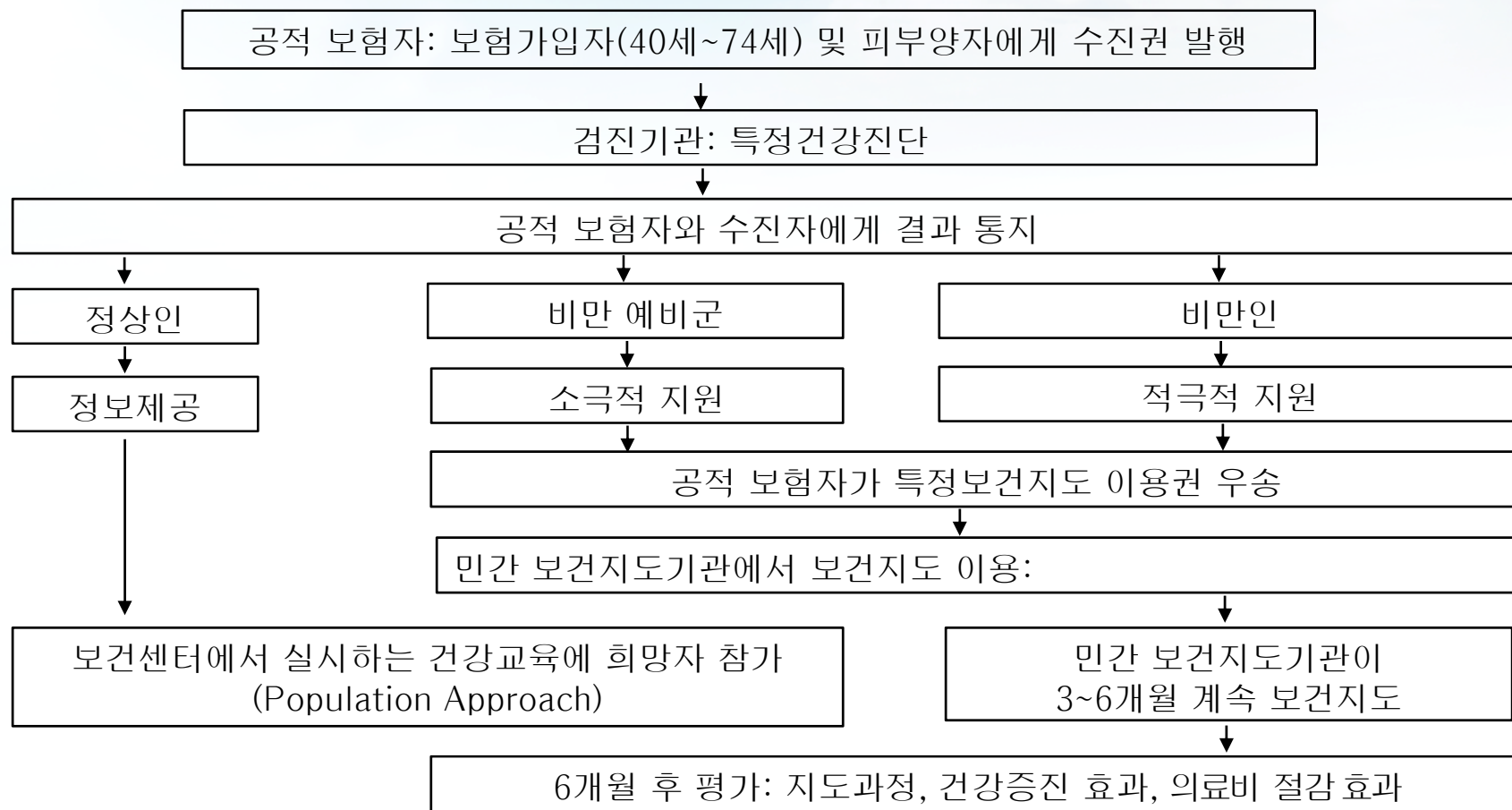
2008년 PHR를
자체개발 유료
서비스 제공

II-4. 건강생활서비스 공급모형(안)

● 공급주체



● 공적 보험자와 건강생활서비스기관 연계모형 (일본 예)



II-4. 건강생활서비스 공급모형(안)

• 공급모형 설계 시 고려사항



II-5. 기대효과



■ 성공사례

건강증진

- Rand Health(2013)
“Care Continuum Alliance”
 - 5년간 비만관리참여자 BMI 1.9 감소
 - 비참여자 0.5 증가
- 호주 정부
“Work Safe, Work Well”
 - 정상체중 근로자 비중 19% 증가,
 - 비만근로자 12%감소
 - 정상혈압 근로자 비중 4% 증가

의료비 절감

- Baicker(2010)
 - 비용 1\$당 3.27\$ 절감
- NBGH(2008) 기업 설문조사
 - 질병관리효과(8%), 생활관리효과(32%)
- CHVI 기업설문조사
 - 생활관리 도입기업 (3년)의료비증가율 4% (미국전체의 경우 8~10%)
- Rand(2013)
 - 기업 60% 의료비절감 경험

생산성 향상

- Leoppke(2007)
 - 57,666명 상근근로자 분석 :
건강악화로 인한 의료비 손실보다
생산성 손실(결근, 프리젠티즘)이 큼
- Chapman(2005)
 - 건강생활관리로 결근에 따른 비용
26.8% 감소

■ 실패사례

미국 Medicare Health Support Program

- 메디케어 행위별수가제 보험에 건강관리서비스 제공 → 효과불분명을 이유로 의회에산위원회는 헬스웨이즈와 재계약 철회

THANK YOU !

1kiri





Medical Expenses

Management experience and policy comparison in major countries

The 7th Global Insurance Symposium

Jerome Matrundola

22 Oct 2014

Content

- Medical expenses on the rise: Causes and Trends
- Controlling medical expenses
- Management system of medical expenses
- Cooperation between public & private health insurance
- Implication of health care policy in Korea

Medical expenses on the rise

How have health & health systems evolved over the past 50 years?

Remarkable gain in life expectancy:

Life Expectancy at birth:

- Total population 1960 67.9 years 2010 79.8 years

Life Expectancy at age 65:

- Males 1960 12.7 years 2010 17.3 years
- Females 1960 14.8 years 2010 20.8 years

Medical expenses on the rise

How have health & health systems evolved over the past 50 years?

Changing nature of risk factors to health (effect of lifestyle):

 Smoking: Reduction from over 40% in the 1960's to less than 20% in 2010.

  Alcohol Consumption: Mixed

 Obesity: Obesity rates have doubled or even tripled in many countries since 1980 e.g. USA obesity rate has increased from 15% in 1980 to 36% in 2008.

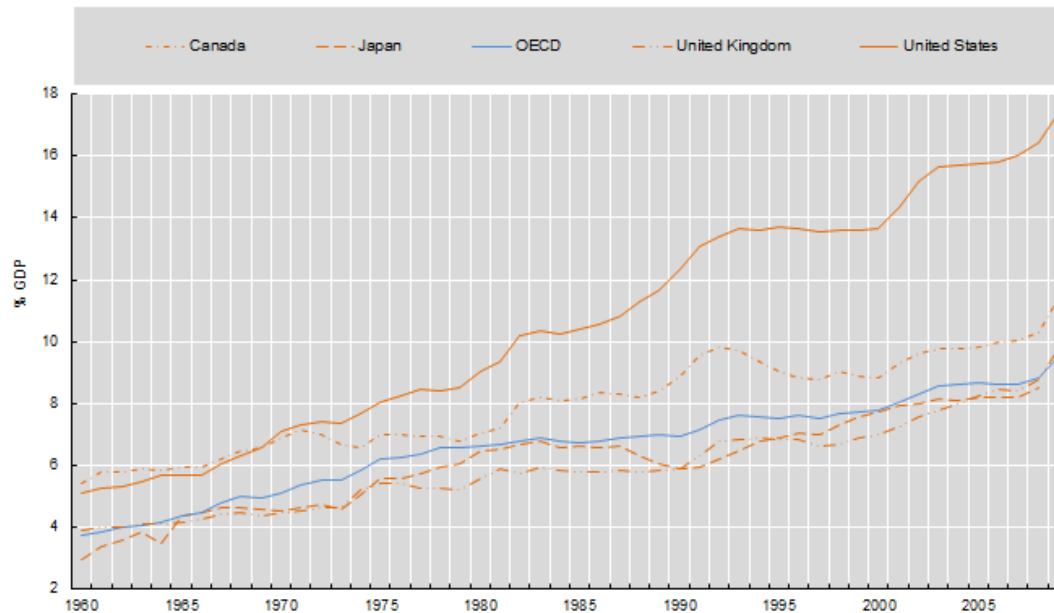
  Exercise: Mixed

Medical expenses continue to rise

Total health expenditure as a share of GDP

Rate of growth of healthcare spending has consistently exceeded GDP growth since 1960

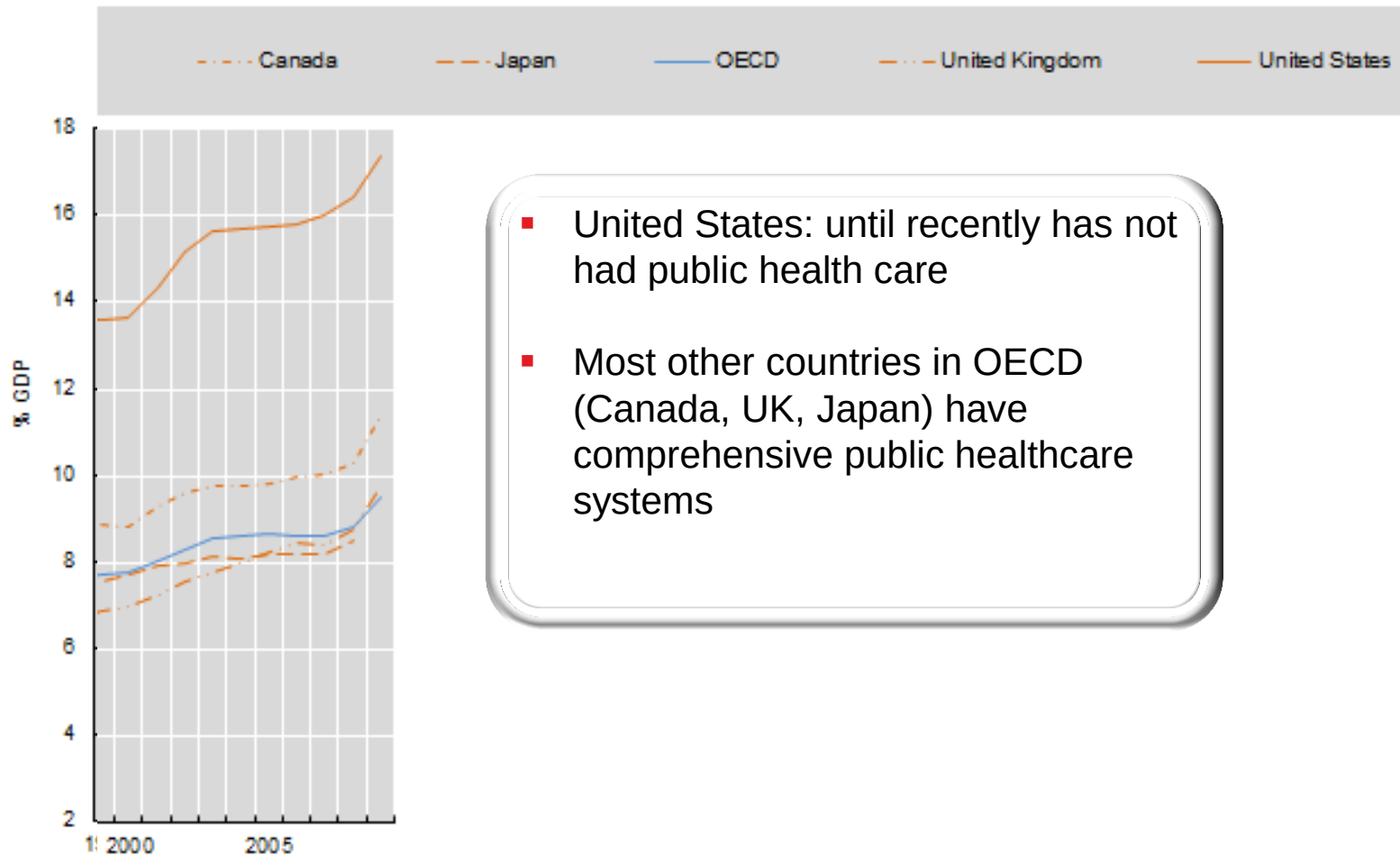
Figure 3. Total health expenditure as a share of GDP, 1960-2009, selected OECD countries



Source: OECD Health Data 2011.

**Relationship between higher health spending and higher life expectancy
BUT
That relationship is less pronounced as countries spend more on health**

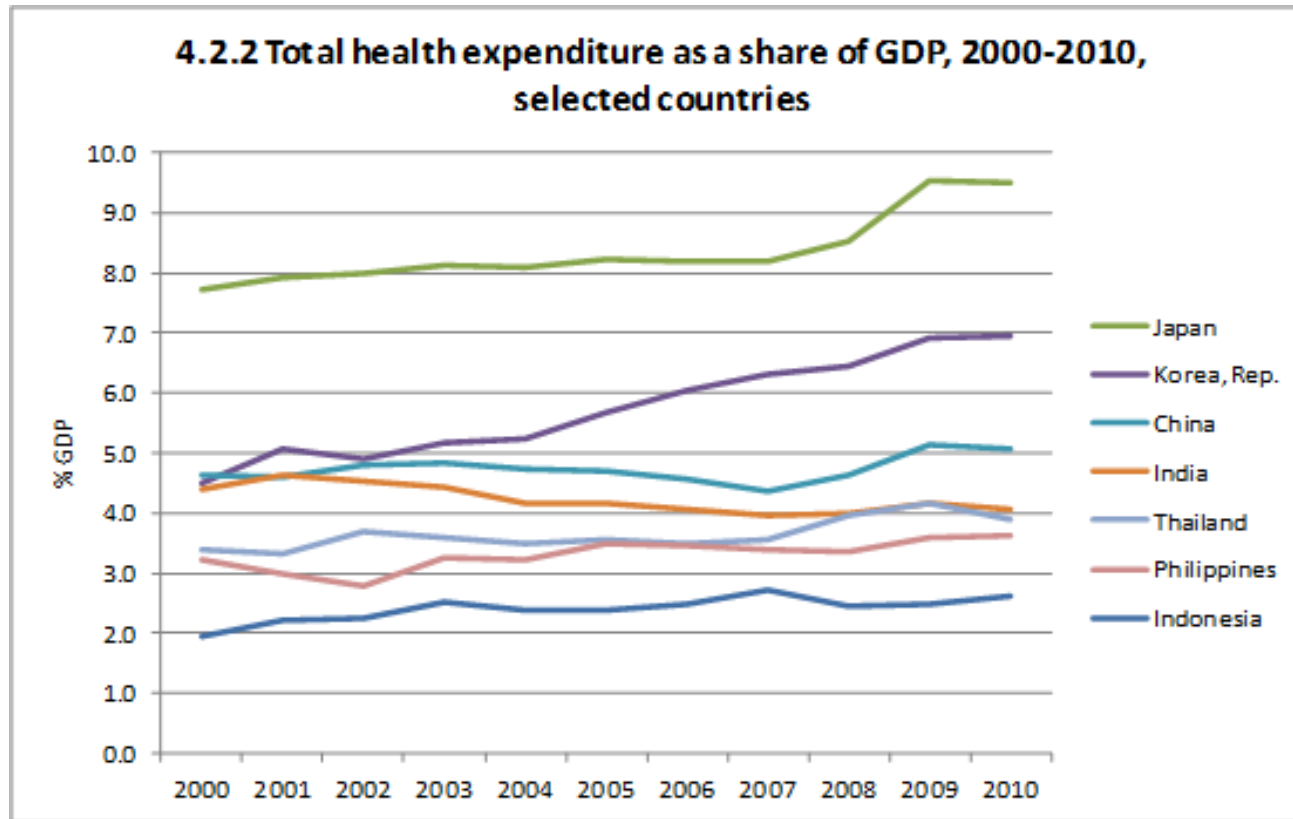
Medical expenses continue to rise



- United States: until recently has not had public health care
- Most other countries in OECD (Canada, UK, Japan) have comprehensive public healthcare systems

Medical expenses continue to rise

Similar situation in Asia



Wealthier countries have both higher expenditures and higher increases in costs year on year

Medical expenses continue to rise

Medical trend rising at double the rate of inflation

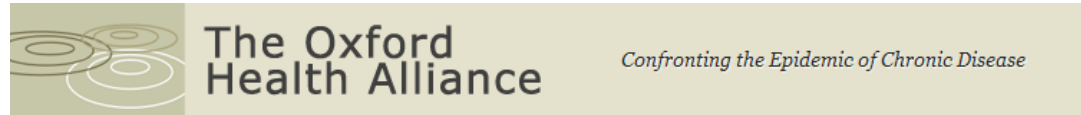
	Gross			Net of general inflation		
	2012	2013	2014*	2012	2013	2014*
Global	7.7%	7.9%	8.3%	3.8%	4.4%	4.8%
Americas	9.1%	9.1%	9.7%	5.3%	5.3%	5.8%
Asia Pacific	8.4%	8.8%	9.3%	4.3%	5.1%	5.5%
Europe	5.3%	5.2%	5.4%	2.5%	3.1%	3.5%
Middle East / Africa	8.8%	9.8%	10.0%	3.5%	4.5%	4.7%

* 2014 is Projected

Diseases causing highest claims

Globally	cardiovascular and cancer
Middle East / Africa	Respiratory conditions
Asia Pacific	Gastrointestinal conditions
Europe	Musculoskeletal conditions

The 3 – 4 – 50 Model



3 health behaviors lead to the incidence of **4** non-communicable diseases that together cause more than **50%** of deaths worldwide

Tobacco use
Unhealthy diet
Physical inactivity

Cancer
Diabetes
Heart disease
Lung disease



Wellness programs

Wellness programs to incentivize healthy behavior

The Korean Context

- BMI by age category is increasing
 - Being underweight also has implications on health & mortality
- Smoking is the leading cause of death in South Korea
- Increased alcoholism
- Total expenditure on healthcare is increasing

What's happening?

- Insurers providing incentives for policyholders to improve health via financial rewards e.g. discounted flights, mobile phones
- Insurers aligning themselves with health/fitness providers allowing access to services at reduced rates
- Some insurers offering renewal premium discounts, which also improves persistency

Wellness programs

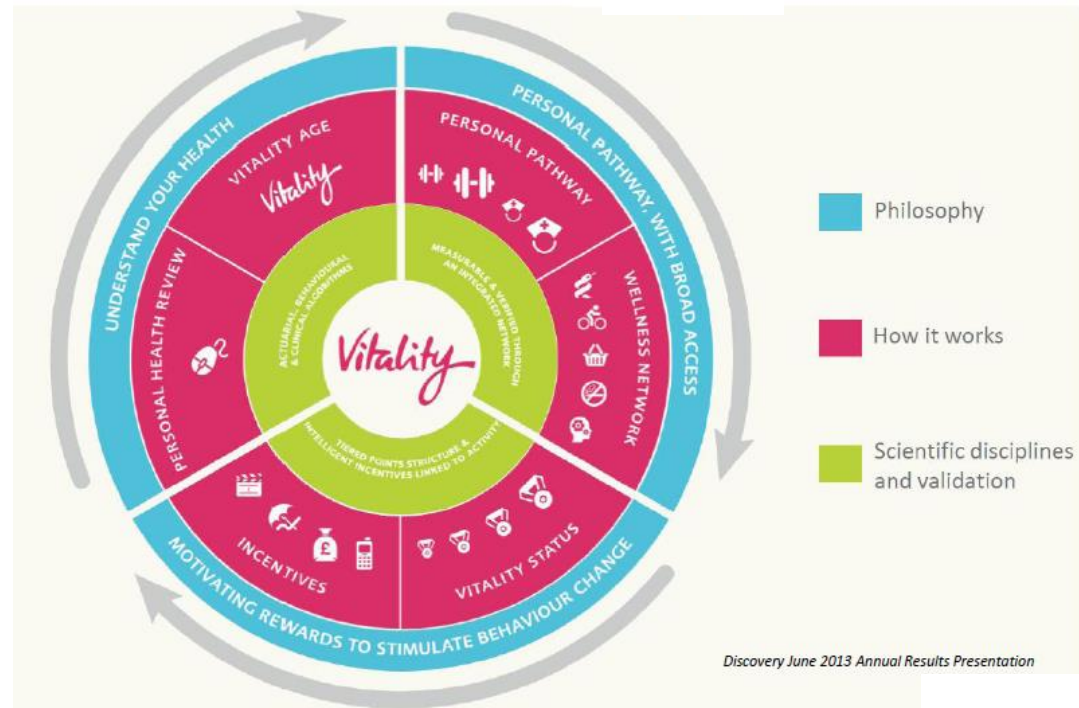
Wellness programs to incentivize healthy behavior

Discovery Vitality demonstrates:

- Lower claim incidence
- Lower average claim size
- Improve lapse rates

Studies demonstrate

- Engagement reduces the cost of managing chronic disease
- Fitter people spend less time in hospital & incur lower healthcare costs
 - Admission rates are 10% lower
 - Length of stay in hospital 25% lower
 - Hospital cost per patient 14% lower
 - *for highly engaged Vitality members relative to members not registered on Vitality*



The Trend on Spend

Medical trend is made up of:

- Medical Inflation
 - + all or some of
- Changing utilizations
- Technological advances
- Deductible leveraging
- Cost shifting

External factors driving medical inflation

- Higher costs due to new medical technologies
- Profit motives of providers
- Current or recent economic environment
- Plan design without any cost-sharing features
- Limited/Poor networks to effectively control costs

Human behaviors driving medical inflation

- Overuse of care through medical practitioners recommending too many services
- Overuse of care through insureds seeking inappropriate care
- Insureds' poor health habits
- Underuse of preventive services
- Poor quality or misuse of care because primary, specialty and facility care are not integrated

The Trend on Spend: Is there an end in sight?

Controlling the inflation

- Fundamental issue: cost of medical services are set by providers
 - Government or regulatory bodies can help limit costs
- What can insurers do?
 - Create networks and negotiate discounts for within those networks (size helps)
 - Invest in good systems and analyzing it on a regular basis
 - Data and analytics are critical to the ongoing successful management of a medical portfolio
 - Share financial responsibility with insured
 - Co-pays, deductibles, limits (higher co-pays if outside network)
 - Preapproval for schedule inpatient services / for diagnostic / advance tests
 - Wellness / Well-being features
 - Chronic condition or disease management programs

A tale of a health insurer entering a new market... and winning

Market Background

- Health spending as % of total national budget has more than doubled since the 1970s
- In 2005, health insurance was made compulsory for all non-nationals working in the country
- In 2008, extended to include nationals working in the private sector

Success Story

- Company XYZ is Top 3 in market
- Record net income growth of 218% in 2012 over 2011
- Has agreement with virtually every hospital and healthcare provider

How did they get market share and great profitability?

- Specialist health insurer – knowledge, brand, capabilities, systems
- Only covers claims using approved network of providers
- Data Excellence:
 - Insurer has detailed knowledge of every single cost and details of treatment of every provider it works with
 - Systems to capture data
 - People to analyze, create granular and timely management reports
- Providers are graded
- Ease of administration and payments:
 - Hospital sends bills monthly
 - Insurer pays 70% of the cost within 48h
- Negotiate deep discounts from all providers

Managing medical expenses and claims

- **Data! Data! Data!**
 - Real winners will be those who can collect and analyze data and make informed decisions
- **Benefits are standard with minor differences**
 - Quality of accommodation will impact charges
- **Growing trend toward straight through processing**
 - Requires a good system that can risk score every claim that comes in

Must have claims details at sufficient granularity

Data analytics in claims management

Fraudulent Claims Identification Model

Objectives

- Use existing and limited resources efficiently
- Triage claims
 - Identify which claims may require further investigation and a more experienced claims manager

Results

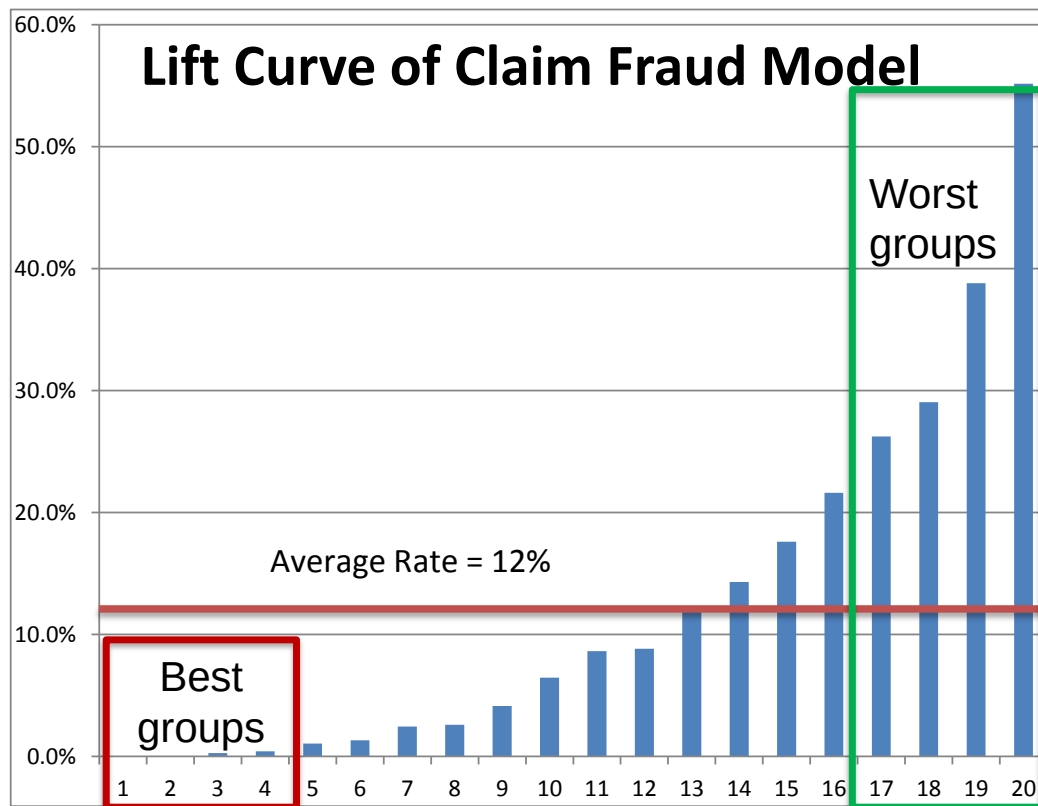
- Good model result:
 - Worst 20% have a 37% fraudulent claims rate and best 20% has 0.2% fraudulent claims rate.
- More problematic claims coming from agency vs bancassurance and D2C
 - Company changing claims practices by channel

Applicability

- Any office/unit/product with high frequency of claims
 - Life, Health, Accident, CI, Disability Income
- Claims triage
- Training

Data analytics in claims management

Fraudulent Claims Identification Model



Variable	Impact
Distribution Channel	Agency Other
Sum Assured	Higher
Just below NML	
ID Card inception length	Short time
Urban /Rural	Urban Rural

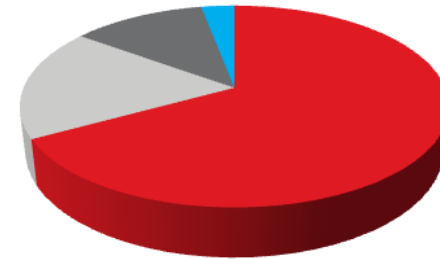
Co-operation between public-private health insurance

- In most markets, health insurers are at the periphery within the health care system
 - Canada has excellent social health care
 - Private plans covering pharmacy, vision, dental, chiropractic and physiotherapy, out of country cover
 - UK has excellent social health care
 - Can purchase complimentary cover and get same treatment but faster and better
 - 11-14% have private health insurance in UK over last 15 years
- US healthcare system
 - Basically 50/50 split between public/ private
 - Privates play a large role yet seen as the bad guys under the Obama reforms
 - Now forced to do community rating but the upside for them is close to 30-40 million new lives to cover
 - Who wins?

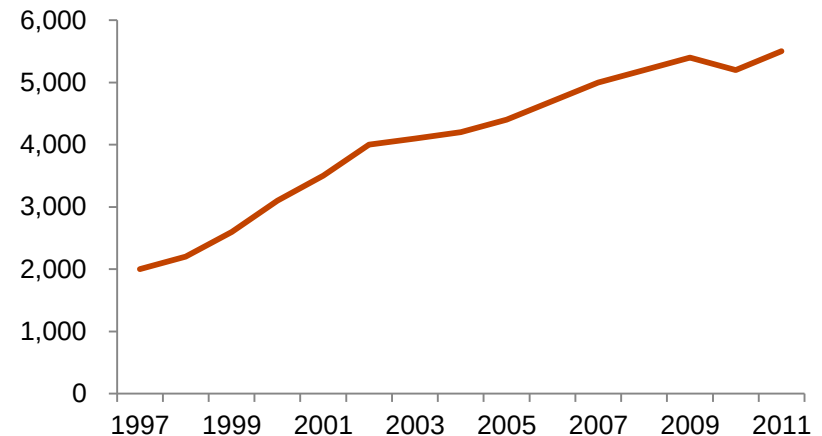
Shifting costs efficiently

Worksite marketing in the US

- Competitive pressure for employers to provide employee benefits
- High costs to provide employee benefits
- Typical package includes health, life, disability income, other
- Cost to provide health is increasing by 15-20% per annum
- Employers looking to shift costs to employees
- What is Worksite Marketing
 - Selling insurance products to employees at their place of work
 - Premiums collected through payroll
 - Reduced underwriting while leveraging information about individual
 - Employer negotiates discounts, provides access to employees and collects premiums
- Does it work?
- Life, disability, cancer and supplemental health are leading products
- Great engagement tool



**US WSM Sales
New Business Premium (millions)**



Implication of health care policy in Korea

- Challenges for Korea
 - Legally cannot contract with hospitals – limited control can be exerted
 - Few specialist health insurers – very difficult for multi line insurer to compete with specialist health insurers
 - Non-specialists are historically not good at controlling providers
- What is the role of health insurance industry in the Korea's healthcare system?
- Tax incentives for those who privatize

Closing thoughts

- Health costs continue to increase with no end in sight
 - Must be able to protect the elderly, young and less fortunate
- Private health care demand and insurance marketplace continue to grow globally
- Can fee for service mode should change to fee for performance?
- Specialist units should be managing health insurance
 - Business must be managed differently from life insurance
 - Guarantees are very dangerous for medical reimbursement products
 - Data capture and data management is paramount to success
- Use of wellness programs to drive healthy behaviour



Thank you for your attention.

주요국 의료비관리와 공·사협력 현황 – HTA를 중심으로

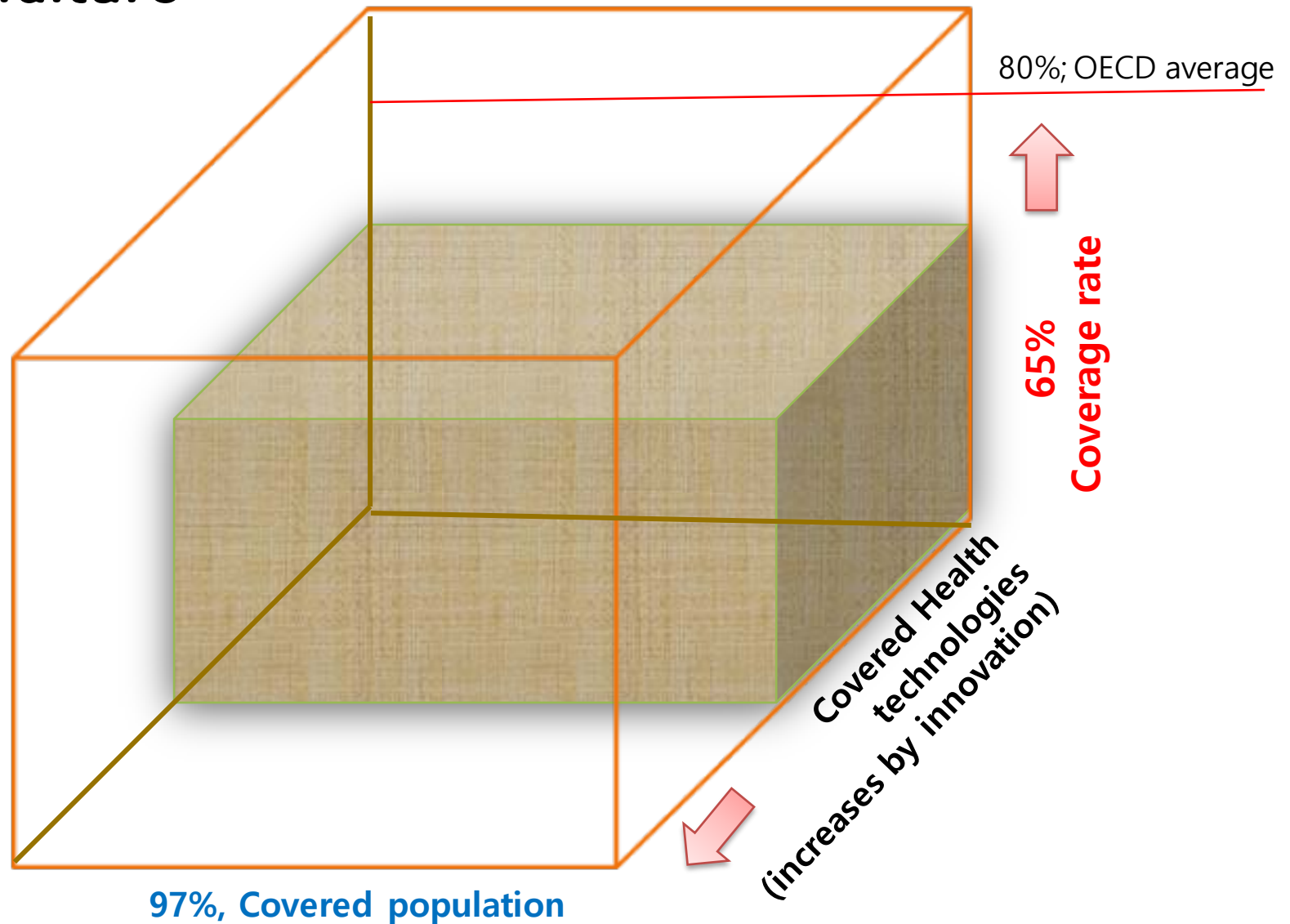
The 7th Global Insurance Symposium

Jeonghoon Ahn
NECA

Issues in Healthcare System in Korea

- Rising total healthcare expenditure
- Increasing out-of-pocket payment burden
- Expected financial deficit
- Rapid adoption of new health technology
- Irrational use of some technologies
- Early phase of evidence-based decision making system (since 2007)
 - Lack of system to deal with uncertainties

3 Dimensions of National Health Insurance Expenditure



Rapid diffusion of high cost, new technology

2009: OECD data

	Korea	OECD average	Korea/ OECD average
CT scan	37.1/million	20	1.9 x
MRI	16/million	9.9	1.6 x
ESWL (Extracorporeal shock wave lithotripsy)	12.4/million	2.9	4.3 x (ranked first)

*# of robot surgery units (Da Vinci): Top 3rd in the world

Early adoption of new technology even before the assessment & appraisal of it's value in our society

Some Covered Anticancer Target Agents in Korea

Indication	Agent
CML	imatinib
CML	dasatinib
ALL	dasatinib
CLL	rituximab
GIST	imatinib
GIST	sunitinib
Multiple Myeloma	bortezomib
Non small cell lung cancer	nilotinib
Non small cell lung cancer	gefitinib
Breast cancer	lapatinib
Breast cancer	trastuzumab
Renal cell cancer	sunitinib
Renal cell cancer	sorafenib
Pancreatic cancer	nilotinib

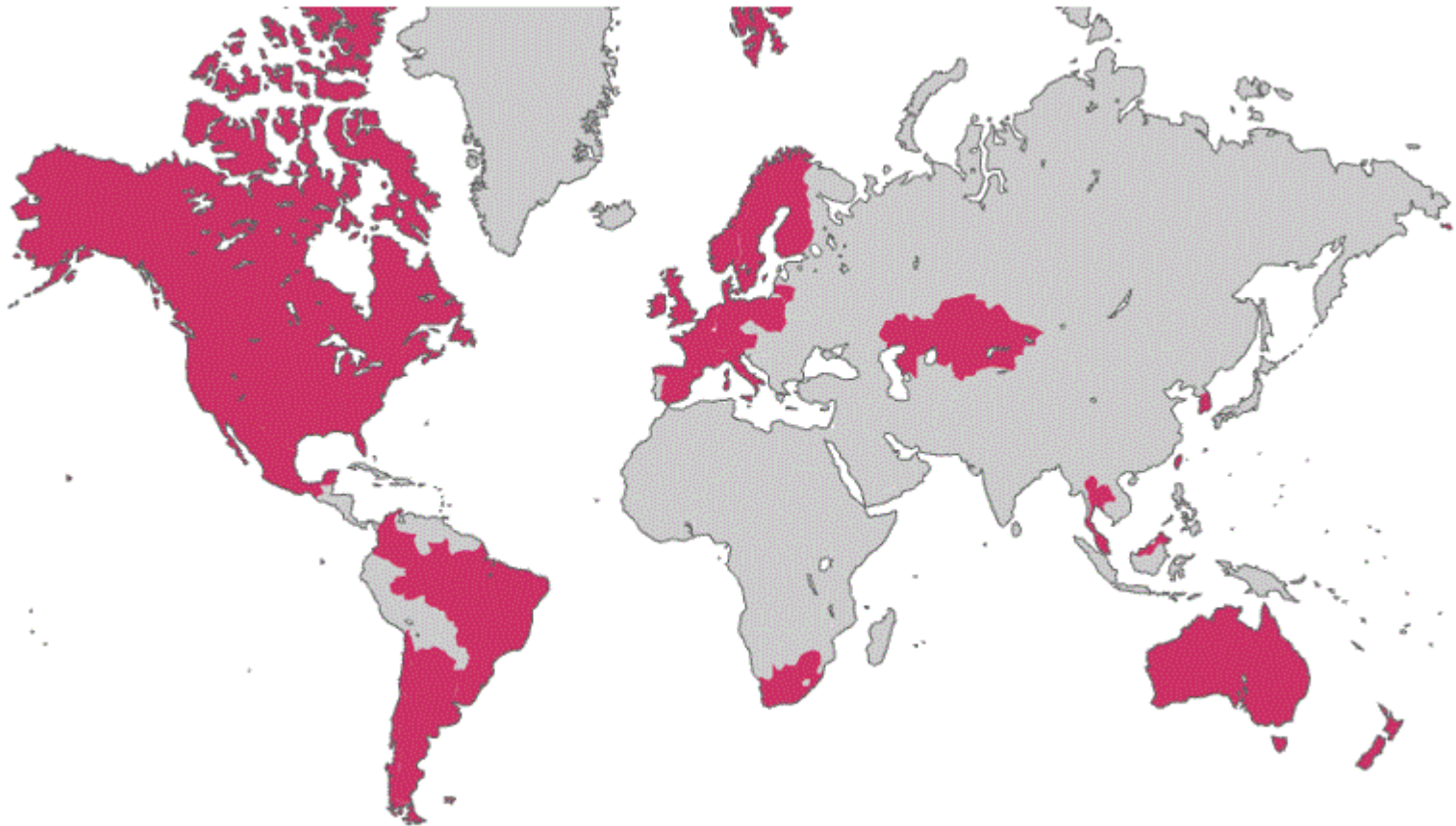
Health Technology Assessment

- Basically gate keeping for insured health technologies
 - HTA reports can be useful in other purposes such as pricing and clinical practice guidelines
- Examine each health technology for
 - Relative effectiveness
 - Safety
 - Efficiency (Cost-effectiveness)
- Full HTA vs. Partial HTA
 - Full HTA includes cost effectiveness while partial HTA does not



International Network of Agencies
for Health Technology Assessment
(www.inahta.org)

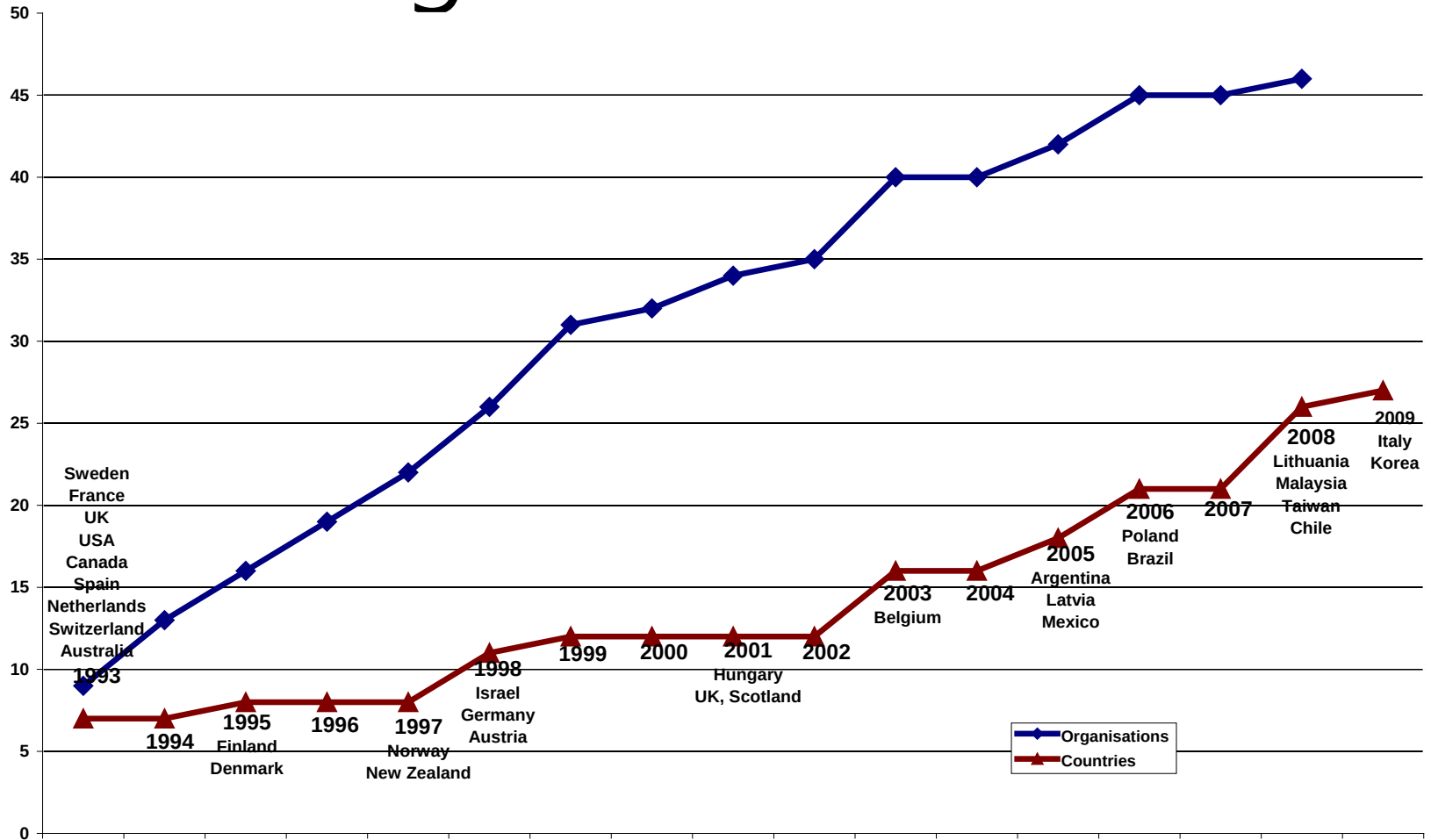
INAHTA was established in 1993 and now has **57 member agencies** from **32 countries**, across **North & Latin America, Europe, Africa, Asia, Australia & New Zealand**.



Asian Regional HTA network



HTA agencies in INAHTA



HTA flourishes in EU

Table 3.2.1 : Institutions and advisory bodies responsible for HTA activities in selected EU countries, 2009

1. Denmark	• Reimbursement Committee/Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment/ <i>Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering</i> (DACEHTA/CEMTV)
2. Finland	• Pharmaceuticals Pricing Board – PPB • Finnish Office of Health technology Assessment (FinOHTA)
3. France	• Economic Committee for the Health Products (CEPS) • Transparency Commission (CT) • Haute Autorité de Santé (HAS)
4. Germany	• Federal Joint Committee (FJC) • Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) • German Agency for Health Technology Assessment (DAHTA)
5. Italy	• Committee on Pharmaceuticals (<i>CIP Farmaci</i>) • Italian Medicines Agency (AIFA)
6. Netherlands	• National Health Insurance Board/Committee for Pharmaceutical Aid
7. Spain¹	• Spanish Agency for Health Technology Assessment • Catalan Agency for Health Technology Assessment (CaHTA) • Agency of Health Technology Assessment of Andalusia (AETSA)
8. Sweden	• Dental & Pharmaceutical Benefits Board (TLV) • Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)
9. UK ¹	• National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) • Scottish Medicines Consortium (SMC) • All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG) • National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)

WHO recommends HTA



World Health
Organization

SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY
Provisional agenda item 15.7

A67/33
14 March 2014

Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage

Report by the Secretariat

1. The Executive Board at its 134th session noted an earlier version of document EB134/30;¹ the Board also adopted resolution EB134.R14.² The information in paragraph 7 below has been updated.

ACTION BY THE HEALTH ASSEMBLY

2. The Health Assembly is invited to note the report and adopt the draft resolution recommended by the Executive Board in resolution EB134.R14.

¹ See the summary records of the Executive Board at its 134th session, ninth meeting, section 1 and twelfth meeting, section 2.

² See document EB134/2014/REC/1 for the resolution, and for the financial and administrative implications for the Secretariat of the adoption of the resolution.

KOREA

Impact of HTA

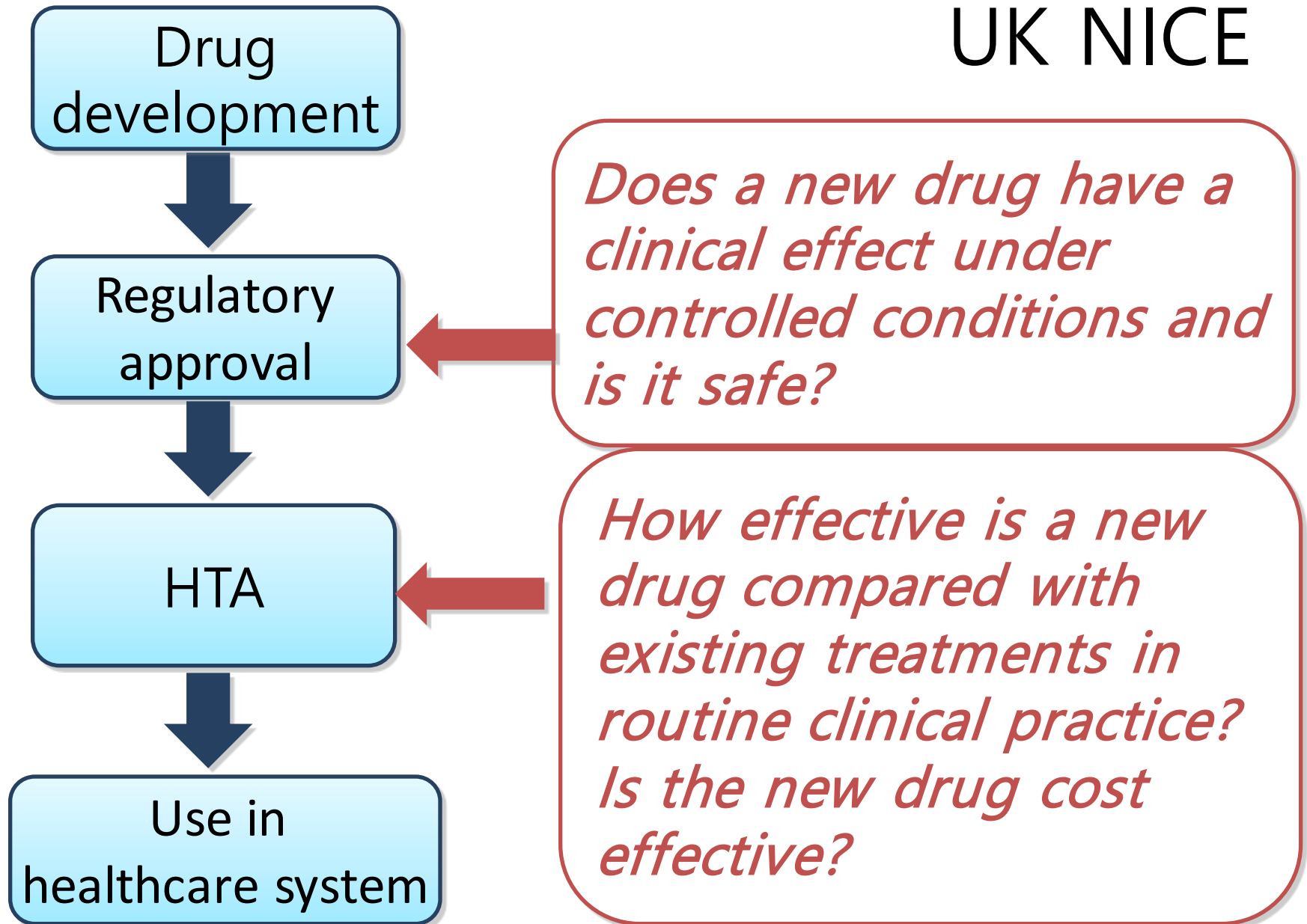
- NECA HTA report on glucosamine for osteoarthritis resulted delisting of the drug from the national formulary
 - Annual saving of 10 billion KRW for NHI
- Negative research findings from HTA report most likely to be used in resetting the price of insured technology

New Health Technology Assessment in Korea

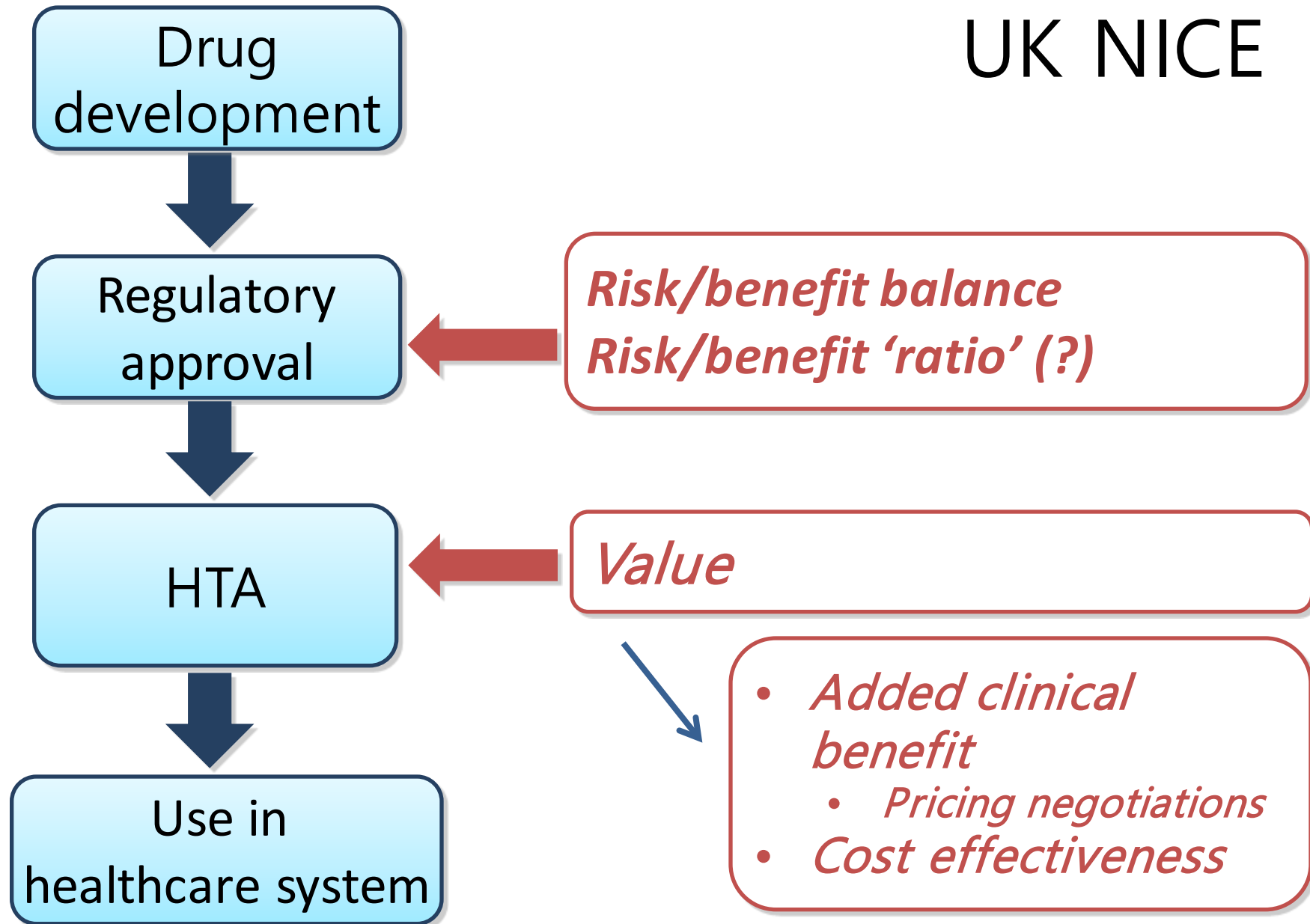
- Unique system to examine new medical procedures and diagnostic methods
- NECA has a research division to support the Committee for New Health Technology Assessment (before 2010, HIRA hosted NHTA division)
- Since 2007, about 1,600 applications were reviewed
- Most private health insurance products in Korea restricts the covered surgeries as NHTA approved ones

UNITED KINGDOM

UK NICE



UK NICE



What is a NICE Technology Appraisal?

- A review of clinical and economic evidence leading to recommendations on the appropriate use of new and existing technologies for the NHS
- Funding regulations (to ensure compliance with recommendation)
- Opportunity to challenge decision (formal appeal process)
- Payer (NHS) has to reimburse the recommended technology through technology appraisal in 3 months



CANADA

The Canadian Approach to HTA

Supporting evidence-informed decisions across the lifecycle of a technology



Canada CADTH

CADTH Common Drug Review and pan-Canadian Oncology Drug Review



- **National processes for:**
 - conducting objective, rigorous, and timely clinical and economic reviews of drugs, and
 - providing formulary listing recommendations to participating publicly funded drug plans

Drug Plan Listing Decision

Affordability (impact on budget and available financial resources)

Funding decision

Comparators

Local context and other factors
(ethical, legal, societal preferences etc.)

CADTH HTA and Optimal Use – Drugs

- **Drug therapeutic class reviews (examples)**
 - Biologics for rheumatoid arthritis
 - Drugs for pulmonary arterial hypertension
 - Direct acting antivirals for Hepatitis C
 - Management of relapsing-remitting Multiple Sclerosis
- **Optimal Use projects (examples)**
 - Proton pump inhibitors
 - 2nd and 3rd line therapies for Type II diabetes
 - Atypical antipsychotics for schizophrenia

USA

American HTA

- USA was one of the early adopters of HTA
 - National Center for Health Care Technology
 - Office of Technology Assessment
- Strong influence of industry and professional societies
- Large private health plans have their own HTA
 - BCBS, Kaiser Permanente, Aetna
- American style of HTA is now called Comparative Effectiveness Research (CER)
 - No use of cost effectiveness analysis
 - No mandate for payers (both public and private)
 - No negative use of research against elderly, disabled, or terminally ill
 - Heavily influenced by “death panel” argument

Characteristics of CER

- 1. CER has the objective of directly informing a specific clinical decision from the patient perspective or a health policy decision from the population perspective.**
- 2. CER compares at least two alternative interventions, each with the potential to be “best practice.”**
- 3. CER describes results at the population and subgroup levels.**
- 4. CER measures outcomes—both benefits and harms—that are important to patients.**
- 5. CER employs methods and data sources appropriate for the decision of interest.**
- 6. CER is conducted in settings that are similar to those in which the intervention will be used in practice.**

An Unprecedented Investment in Comparative Effectiveness Research

Allocations for the \$1.1 billion in comparative effectiveness research funding in the American Recovery and Reinvestment Act of 2009:



- | | |
|---|----------------|
| • Research | • \$681M (62%) |
| • Data Infrastructure | • \$268M (24%) |
| • Dissemination and Adoption | • \$132M (12%) |
| • Administrative support, inventory, evaluation | • \$19M (2%) |

Financing of CER

- Trust Fund for Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI)
- Private health insurance plans also pays fee (\$2 per capita) to PCORI trust fund
- Contribution can be adjusted by the growth rate of National Health Expenditure

OTHER COUNTRIES



Cost-effectiveness league table of selected interventions in Thailand

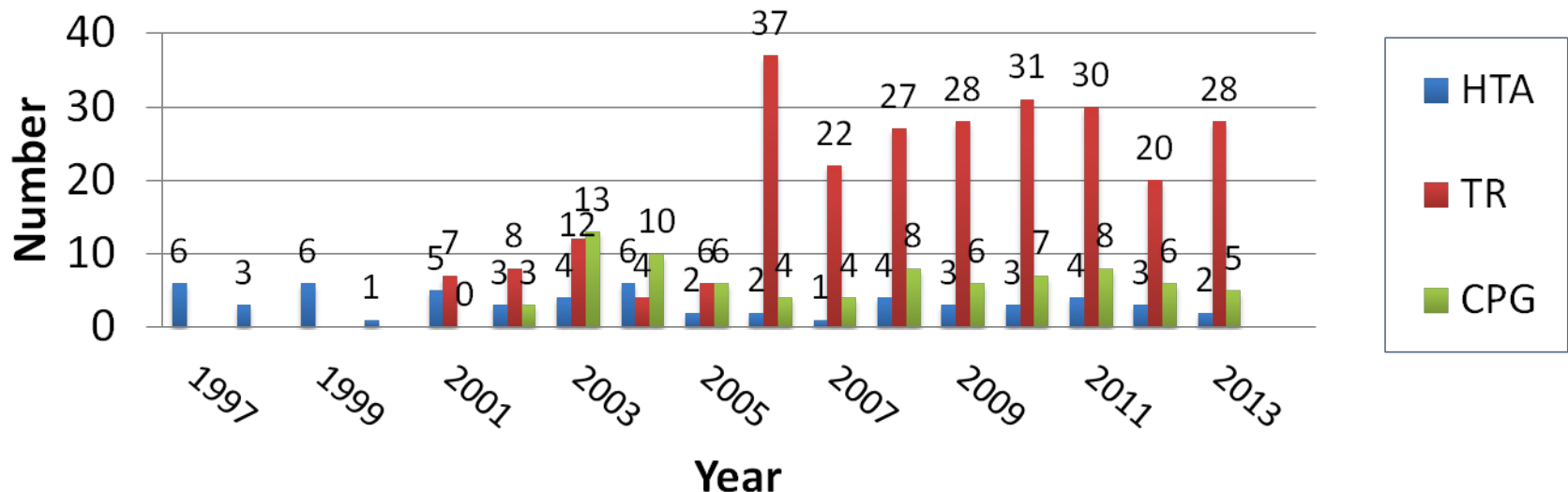
Health Interventions	comparators	Baht/QALY (2009)	Coverage decisions
AZT+3TC+LPV/r for PMTCT	AZT plus single dose NVP	cost-saving	Yes
Provider-initiated HIV testing	Voluntary HIV counseling-testing	70,000	Yes
statin in pop $\geq 30\%$ CVD risk	exercise & diet control	82,000	Yes
IV/OR form of gancyclovir for CMVR	Intraocular injection form	185,000	Yes
Pioglitazone for diabetes	Rosiglitazone	211,000	No
HPV vaccine for girls aged 15 years	Pap smear q 5 years aged 35-60	247,000	No
Alendronate or Residronate for osteoporosis	calcium + vitamin D	296,000 - 328,000	No
Cochlear implantation for profoundly deaf	training hand language	400,000	No
Fordable lens for cataract	Rigid intraocular lens	507,000	No
Atorvastatin in pop $\geq 30\%$ CVD risk	exercise & diet control	600,000	No
Peritoneal dialysis for ESRD	palliative care	435,000	Yes
Hemodialysis for ESRD	palliative care	449,000	Yes
Erythropoitin for anemia in cancer	blood transfusion	2,700,000	No

Malaysian HTA OUTPUT

TOTAL NO. OF PRODUCTS (1997-2013)

- Health Technology Assessment (HTA) reports – 58 in total
- Technology Review (Rapid assessment) reports – 260
- Clinical Practice Guidelines (CPGs) – 80
- Available at <http://www.moh.gov.my>

Number of HTA, TR and CPG produced from 1997-2013



Taiwan

- 2nd generation National Health Insurance Act introduced HTA before making decisions
- New HTA agency NIHTA is prepared
- Close relationship between NIHTA and the payer (NHIA)

PUBLIC/PRIVATE COLLABORATION

Summary

- HTA is used in many countries as the key institution to keep the sustainability of public health insurance
- In Korea, HTA plays a role in setting the coverage limit of private insurance for surgery
- In US, strong presence of private insurer's HTA and they also contribute to CER, American way of HTA, financially
- Better coordination between public health insurance and private health insurance is needed to keep more efficient healthcare system

호주의 의료보험제도; 공사의 연계 및 의료비 정책

임 혜선, Chief Product Actuary, 스위스재보험 한국지점,

SWISS RE
150
YEARS

Agenda

- Australian Health System: Overview
- Public health care와 Private Health Care와의 공생
- PHI: 정부정책
- 정부 및 업계 관련단체
- 보험사 및 마켓 현황
- 보험회사의 운영
- 직면 문제점

Australian Health System: Overview (1)

Public health care

- 국민의료시스템 Medicare
 - 호주정부는 각주의 공공의료기관에 기금 제공
 - 공공의료기관은 모든 호주국민/영주권자가 공공의료환자로 입원하는 경우, 입원치료를 무상으로 제공

Private Health Insurance (PHI)

- Medicare 에서 보장되지 않는 부분에 대한 보장.
 - 주로 사적의료환자로서 치료받는 경우에 발생하는 **out of pocket** 비용을 보장.
 - 사적의료환자로서 누릴 수 있는 혜택이 제공됨
- 전체 의료서비스의 11% 가 **PHI**에 의해 보장
- 전국민의 46% 이상이 **PHI**가입 (2012기준)

Australian Health System: Overview (2)

Medicare (public)	PHI (Private health insurance)
• 일반 가정의 MBS fee (100%) • 재택치료 MBS fee (85%) • 공공의료기관에서의 입원 및 지정된 의사로부터 치료비용 (100%) • 공공의료기관의 공공의료환자들에 대한 X-ray 및 병리학적 테스트 비용 (100%) • 의료기관에서의 치료 MBS fee (75%) 등	의료기관치료 • 사적의료기관에서의 입원실료, 공공의료기관에서 사적의료환자로 치료받는 경우 입원실료 • 수술실료, 중환자실, 분만실 이외 기타 병원비용 (비용이 부과되는 경우) • 외과수술의, 마취의 비용 등 의료기관치료비용 • 수술로 이식된 인공관절/인공기관의 비용 • 앰불런스비용, 재택치료비 부수적 치료 • 의료기관치료로 분류되지는 않으나, 질병또는 부상등의 예방 또는 상태악화를 방지하는 치료를 말함 • 대체치료서비스, 이동건강 서비스등 • Medicare에서 보장되지 않는 치과, 안과, 물리치료, 척추지압치료 등

MBS: Medicare Benefit Schedule. Medicare에서 보장하는 각 의료서비스에 대해 정부에서 정한 예정수수료

Australian Health System: Overview (3)

의료기관치료

Medicare (public)

- 공공의료기관에서 지정한 의사로부터 공공의료환자로서 치료받을 수 있음
- 담당의를 고를수 없고 입원시기를 정할 수 없음
- **PHI**에 가입되어 있다 할지라도 공공의료환자로서 치료받는 것을 선택할 수 있음.

- 공공의료환자로서 환자비용발생없음
- **Medicare**에서 보장되지 않는 비용
 - ✓ 사적의료환자로 치료받는 경우에 발생하는 병원비용 (예: 수술실사용비, 병실비)
 - ✓ 해외에서 발생한 의료비용
 - ✓ 임상적으로 필요하지 않은 의료서비스 또는 미용목적만을 위한 수술

PHI (Private health insurance)

- 공공의료기관이나 사적의료기관에서 사적의료환자로서 치료받는 것을 선택할 수 있음.
- 담당의를 고를수 있고, 의료기관 (공공 또는 사적)을 원하는 것으로 정할 수 있음. 입원시기를 정할 수 있음
- 사적의료환자로 치료받는 경우, 관련의료비용에 대해 **Medicare**에서 **MBS fee**의 **75%**를 보장함.

- **Medicare** 지급이외의 부분에 대해 일부 또는 전액 보장 (상품보장내용에 따라 다름)
- **Medicare**지급이외의 부분이란
 - ✓ **MBS fee**의 **25%**와 **MBS fee**를 초과하여 선정한 수수료 **plus**
 - ✓ 병실비, 수술실사용비, 중환자실비용,
 - ✓ 약, 드레싱 또는 이외의 소모품
 - ✓ 인공관절(기관):이식수술의 경우
 - ✓ 진단 테스트
 - ✓ 조제
 - ✓ 기타 추가적인 의사비용

Australian Health System: Overview (4)

부수적치료

종합병원 이외의 병원에서의 의료서비스에 대해 PHI가입여부에 관계없이 Medicare에서 다음과 같이 보상함
가정의 방문시 MBS fee의 100% /전문의 방문시 MBS fee의 85%

Medicare (public)

Medicare에서 보장되는 내용

- 의사진료비 (전문의 포함)
- 엑스레이, 병리학테스트 등 질병치료를 위해 필요한 의사의 검사비용.
- 안과 의사의 시력검사
- 의사가 집도한 수술 및 치료행위
- 인가된 치과 의사가 집도한 지정된 수술
- 기타 지정된 프로그램 등에서 정한 특수아이템

PHI (Private health insurance)

다음 항목들은 Medicare에서 보장되지 않으나 PHI에서 보장되도록 상품을 구성할 수 있음

- 대부분의 치과 검사 및 치료
- 대부분의 물리치료, 직업치료, 언어치료, 시력치료, 척추지압서비스, 심리치료
- 침
- 안경 및 렌즈
- 보청기 또는 다른 청력보조기구
- 재택간호

c.f. Broader Health Care (BHC): 2007년 정부에 의해 도입. PHI에서

- 입원 예방/대체프로그램,
- 만성질환 예방/유지 프로그램
- 을 운영하도록 허용

Australian Health System: Overview (5)

조제

조제보장제도(PBS:Pharmaceutical Benefits Scheme)에 따라 PHI가입여부에 관계없이, 부분적으로 PBS에서 보장됨. 약에 따라 환자가 부담하는 out of pocket cost는 달라질 수 있으나 표준최대한도가 적용됨.

Medicare (public)

PBS에 리스트되어 있지 않은 처방의 경우
PBS에서 보장하지 않음

PHI (Private health insurance)

PBS에 리스트되어 있지 않은 처방의 경우
PHI에서 보장되도록 상품을 구성할 수 있으나
환자부담비율이 적용되고 최대보장금액이
정해지는 것이 일반적임

구급서비스 (구급차포함)

주에 따라 무상 또는 유상으로 제공됨

Medicare (public)

Medicare는 응급 또는 기타 구급서비스를
보장하지 않음

PHI (Private health insurance)

PHI에서 보장되도록 상품을 구성할 수 있음

Public health care와 Private Health Care와의 공생

- 더 많은 사람들이 사적의료환자로 치료받는 것을 선택하는 경우, **Medicare**에서 부담하는 비용이 감소함
 - 우리나라의 경우, 실손의료보험의 가입으로 국가건강보험의 비용을 감소시키는 효과를 기대할 수 없음.
 - 오히려 환자부담비용의 감소로 더 오래 더 많은 치료를 받는 현상이 있어 국가건강보험비용을 증가시킬 수 있음
- 정부의 입장
 - 가능한 많은 사람들이 **PHI**를 가입하도록 유도해야 할 인센티브가 존재. 특히 **Medicare**에 부담이 많이 되는 노년층이 가입할 수 있는 **PHI**가 필요
 - 다양한 제도를 통해 **PHI**가입자를 늘리는 동시에 노년층의 보험료 부담을 줄여주는 제도를 마련.
 - **PHI**홍보에 적극참여
- 보험사의 입장
 - 정부정책에 지속적으로 크게 영향을 받음
 - 상품보장내용 및 가격 등 다른 보험분야와는 달리 엄격한 규제를 받음

PHI: 정부정책 (1)

정부정책으로 인한 호주 PHI만의 특징적 요소들;

- 보험료: 공동체율(**community rating**)
 - 나이, 성별, 건강상태, 인종, 성적취향, 종교적 믿음 또는 기타 위험인자들을 율산정에 반영하지 않음
 - 같은 상품의 경우, 피보험자그룹의 구성에 따라서만 보험료를 다르게 설정할 수 있음. 그룹은 모두 6개로 구분; 개인, 커플, 가족 (성인 2명과 종속아동), 편부/편모 가족 (성인 1명과 종속 아동), 2명 이상의 아동, 가족그룹 (성인 3인 이상)
- 가입보장 및 갱신보장
- 이동성
 - 가입자는 다른 보험상품, 다른 보험회사로 이동이 용이함. 부담보기간은 이동시 적용되지 않음 (단, 보장내용이 확대된 경우, 확대된 내용에 대해서는 적용)
- 위험 균등화 제도 (건강보험회사간의 재보험 제도)
 - 고위험군의 경험을 건강보험회사간 균등하게 나누는 제도
 - 공동체율을 유지하게 하는 기본 조건
 - 고연령 및 고액클레임군에서 발생하는 클레임을 **pooling**하여 보험회사간 분배함.

PHI: 정부정책 (2)

정부의 지원

- **Lifetime Health Cover (LHC):** 정부주도로 마련된 제도
 - 가입연령을 낮추고, 연령에 따른 역선택에 대해 보호하기 위해 마련된 제도.
 - 30세 이후에 가입하는 사람들은 30세를 초과하는 햇수에 대해 연간 2%의 초과 보험료가 설정됨. (예: 40세 가입자는 30세 가입자에 비해 20% 할증이 적용됨); 최대초과할증은 70%.
- **보험료 할인 제도 (PHI rebate)**
 - 연령대에 따라 30-40% 의 보험료를 정부에서 보조해주는 제도
 - 더 많은 이들이 PHI에 가입하도록 인센티브 제공
- **Medicare Levy Surcharge (Medicare 추가세금부담)**
 - 고액소득자가 PHI에 가입하도록 인센티브 제공
 - 가입가능한 PHI(의료기관치료)에 가입하지 않은 경우 그 기간동안의 과세소득의 1%가 추가세금부담으로 부과됨.
 - 과세소득이 일정금액 이상인 경우에만 부과 (개인의 경우 ASD73,000 in 2009/2010)

정부 및 업계 관련단체

정부

- Department of Health and Aging (DoHA)
 - PHI Act , 보험료의 변경
- Priavte Health Insurance Administration Council (PHIAC): 감독원
 - 분기마다 보험사로 부터 클레임 및 기타 통계자료와 재정정보를 보고받음.
 - 매년 업계 전체 및 각 회사의 통계적 재정적 내용을 포함하는 보고서마련
- Priavte Health Insurance Ombudsman (PHIO)
 - 소비자에게 PHI에 대한 객관적인 정보를 제공하고 PHI에 대한 불만을 접수 처리함.
 - 회사간 혹은 회사내 상품 보장내용비교, 가격비교정보 제공.

업계

- Australian Health Insurance Association (AHIA) : 업계대표단체
- Australian Health Services Alliance(AHSA), Australian Regional Health Group (ARHG)
 - 소형보험사들을 대표하여 사적의료기관과 계약

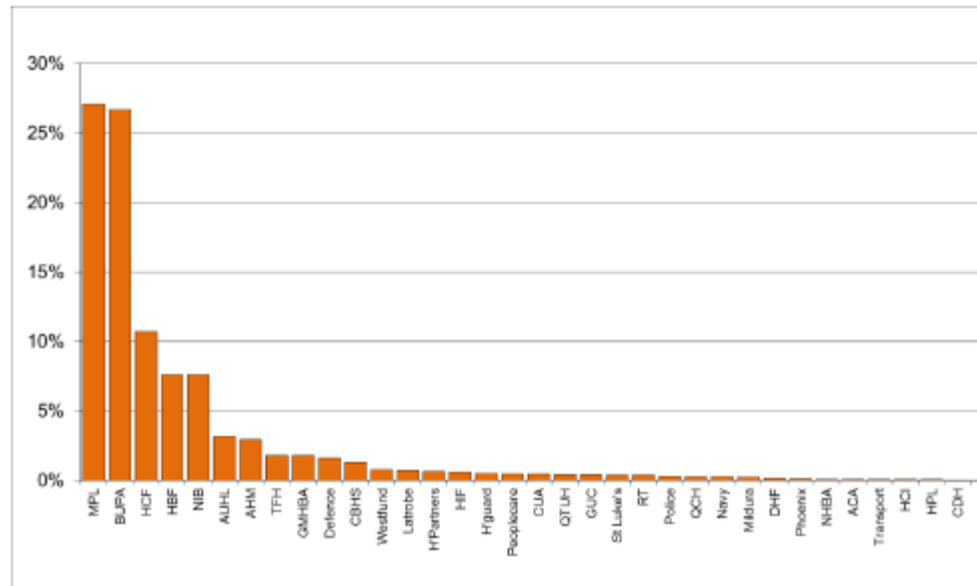
보험사 및 마켓 현황: general

- 보험사 갯수

Year	1995	2000	2005	2011
Number of insurers	49	44	40	34
Open access	32	29	26	21
For profit	2	4	5	7
For profit market share	0.4	12.5	15.9	68.6

Source: PHIAC (2011) Annual Report of the Operations of Private Health Insurers, 2010-11 and 1994-95.

- 마켓share



Source: PHIAC data

보험사 및 마켓 현황: 보험료의 예 (single)

Policies

The following 9 policies from Medibank Private Limited provide hospital cover for 1 adult in VIC:

[Standard Information Statements](#) provide basic information for the purposes of comparison only. For a full explanation of a policy contact a health fund. See the [disclaimer](#) for further details.

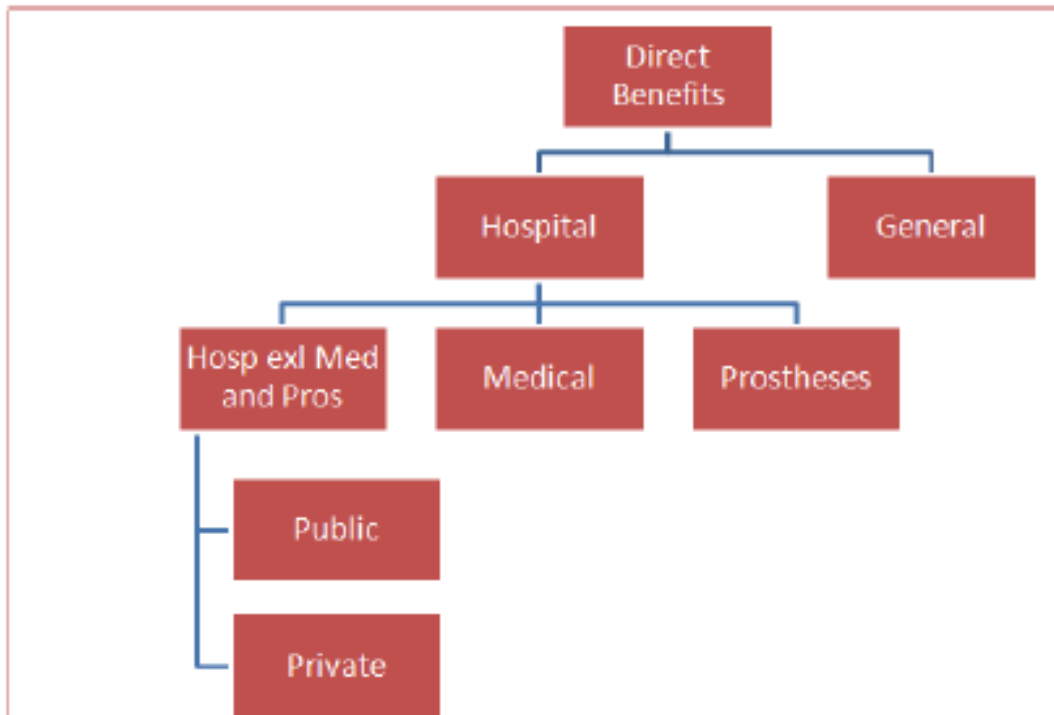
<u>Policy Name</u> (click on name to see details)	<u>Type</u>	<u>Category</u>	<u>Level of cover</u> <u>Hospital</u>	<u>Status</u>	<u>Monthly Premium</u>
 Accident Cover	Hospital	One adult	Basic	Open	\$85.00
 Basic Hospital \$250 Excess	Hospital	One adult	Basic	Open	\$130.00
 Basic Hospital \$500 Excess	Hospital	One adult	Basic	Open	\$112.85
 Standard Hospital 250 Excess	Hospital	One adult	Basic	Open	\$138.25
 Standard Hospital 500 Excess	Hospital	One adult	Basic	Open	\$128.50
 Top Hospital \$250 Excess	Hospital	One adult	Top	Open	\$192.65
 Top Hospital \$500 Excess	Hospital	One adult	Top	Open	\$171.55
 Top Hospital No Excess	Hospital	One adult	Top	Open	\$209.35
 Young Hospital	Hospital	One adult	Basic	Open	\$88.05

보험회사의 운영: 마케팅과 판매

- 고객군의 구성
 - 보험의 필요성을 느끼고 사고자하는 그룹
 - 역선택의 의도를 가진 그룹
 - 어쩔수없이 구매하는 그룹
 - LHC를 피하기 위해 구매하는 그룹
 - Medicare추가세금부담을 피하기위한 그룹
- 공동체율의 적용
 - 대부분의 보험사들이 좋은 위험체를 끌어들이는 것에 주력: 경쟁력있는 상품구조와 가격대의 형성이 중요 (2012년기준 25,700개의 다른 상품이 존재; 그중 17,700개가 판매중)
 - 정부의 비교사이트 운영으로 가격과 보장내용비교가 비교적 용이함
- 이동성
 - 보험사/상품을 옮기는 경우도 LHC가 계속 유지되고 부담보기간이 적용되지 않기때문에, 기존 고객을 유지하기 위한 프로그램을 운영; 로열티프로그램, 건강증진 프로그램 etc

보험회사의 운영:보험사와 사적의료기관의 연계 (1)

- 보험회사의 지급보험금 컨트롤은
 - 상품 디자인
 - 의료 서비스 제공자와 보험사 간의 배상협의 (benefit management)를 통해 이루어짐
- Benefit categories



보험회사의 운영 :보험사와 사적의료기관의 연계 (2)

- 병원비담보 (의료비와 인공기관제외)
 - 병실료, 수술실비, 분만실비, 기타병원비(약 및 소모품), 편의서비스 (이동비용 등)
 - 의료기관은 환자 입원전에 환자부담비용에 대해 알려주어야 함.
 - 공공의료기관의 경우 정부에서 정한 **Ministerial Default (MD)**에 가까운 가격에 설정되어있어 환자부담비용을 사전에 알수있음
 - 사적의료기관의 경우, 보험사와의 계약 (**Hospital Purchaser-Provider Agreement: HPPA**) 을 통해, 비용산정의 기준을 협의, 이에 따라 환자부담비용을 사전에 알수있음.
 - 보험사는 **HPPA**에 따라 의료기관에 클레임데이터를 요구하고 확인/분석 목적으로 사용할 수 있음. 이는 또한 주기적으로 환자자료를 감사하는 목적으로도 쓰임.
- 의료비담보
 - 의사들의 경우 **MBS**이상의 비용을 청구하는 것이 대부분
 - 계약을 통해 비용산정의 기준을 협의하고, 이에 따라 환자부담비용을 사전에 알수있음.
- 인공기관
 - **DoHA**에서 인공기관의 리스트를 작성하고 이에 따른 비용을 정함
 - 환자부담비용이 없는 리스트와 있는 리스트로 나뉨.

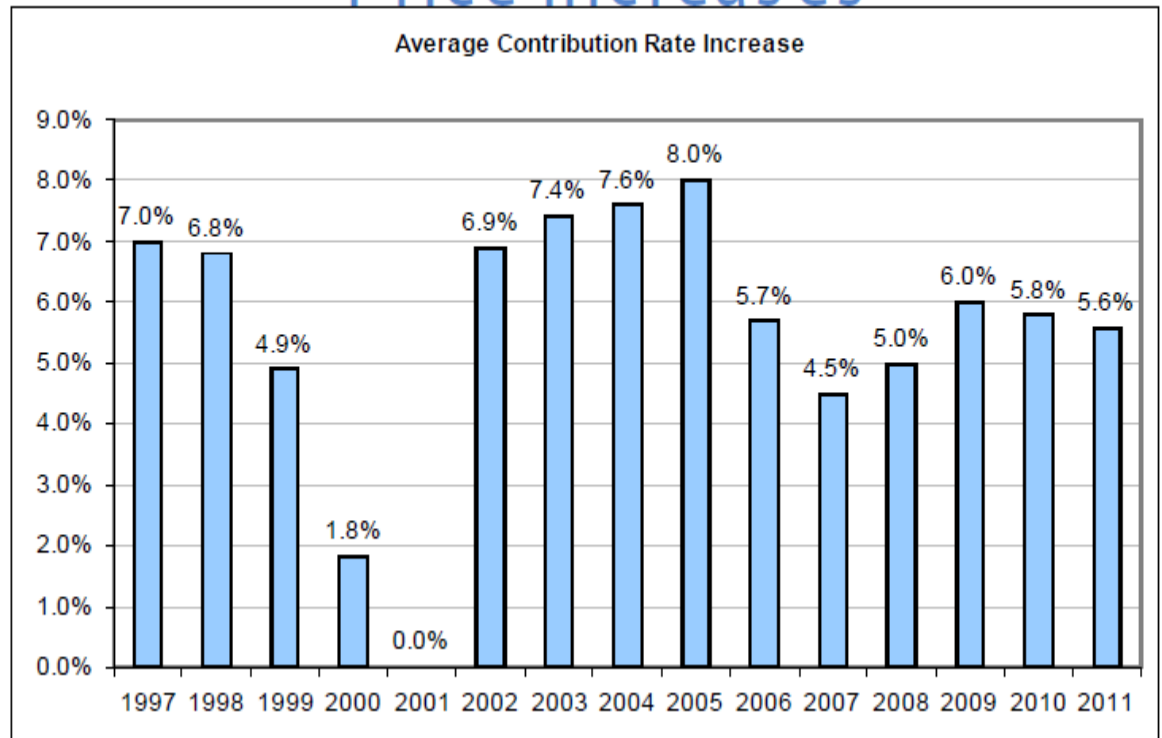
보험회사의 운영: 보험사의 데이터 source

- 분기별로 모든 보험사들이 **PHIAC**에 데이터 제출 (**PHIAC 1** 양식-부록참조)
- **PHIAC 1**을 베이스로 한
 - 공시자료 (**PHIAC A**)
 - 보험사에게만 공개되는 자료 (**PHIAC B**)
- **PHI**이외의 데이터
 - DoHA
 - Medicare
 - 호주 통계청
 - Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)
 - 계리인협회

직면 문제점 - 가격에 대한 압박

- 노령화
- 의료기술/시설 의 발전; 신약개발
- 보험 utilisation증가
- 가입자의 수준/기대치 향상
- 의료서비스 금액의 증가

Price Increases



직면 문제점 - 정부정책

- **Medicare 추가세금부담 (MLS)**
 - 지역에 상관없는 일괄적용
 - 상대적으로 의료시설에 대한 접근이 제한적인 지역사람들에게 공정치 않음
- **PHI에 대한 정부의 제약**
 - 보험료에 대한 제약으로 인해 보험사들이 상대적으로 규제가 약한 보장내용을 조정
 - 고위험급부를 보장하지 않음으로써 Medicare에 비용을 떠넘김
- **Broader Health Care (특히 Chronic Disease Management Program)에 대한 논란**
 - 미국식 **Managed Care**로 가는 길이라는 관점 (managed care에 대한 문제점이 그대로 쟁점이 됨)
 - **BHC**가 **PHI**에서만 제공되기 때문에 **PHI**에 가입하지 못한 환자들에 대한 불평등 증가시킴
 - 실제 **CDMP**를 통해 만성질환을 예방하고 유지하면서 절약한 보험사가 그 효과를 위험 균등화 제도로 인해 다른 보험사와 나누게 됨->인센티브의 감소

부록 - 데이터 제출: PHIAC 1(1)

PHIAC 1 Template (v2014)							Page 1
Quarter	Jun-14	FundID		State	VIC		
Name of health benefits fund	XXXXX						
Contact name	Mr Xyz			Contact phone			
Contact email	MrX@xyz.com.au			Fax			
Part 1 Policies and Insured Persons							
Total Hospital Treatment (includes Hospital Treatment Only and Hospital Treatment and General Treatment Combined)							
	Single	Family	Single parent	Couple	2+ persons no adults	3+ adults	Total
Policies							
Exclusionary policies							
Excess & co-payments	0	0	0	0	0	0	0
No excess & no co-payments	0	0	0	0	0	0	0
Total exclusionary policies	0	0	0	0	0	0	0
Non-exclusionary policies							
Excess & co-payments	0	0	0	0	0	0	0
No excess & no co-payments	0	0	0	0	0	0	0
Total non-exclusionary policies	0	0	0	0	0	0	0
Total policies	0	0	0	0	0	0	0
Insured persons							
Exclusionary policies							
Excess & co-payments	0	0	0	0	0	0	0
No excess & no co-payments	0	0	0	0	0	0	0
Total exclusionary policies	0	0	0	0	0	0	0
Non-exclusionary policies							
Excess & co-payments	0	0	0	0	0	0	0
No excess & no co-payments	0	0	0	0	0	0	0
Total non-exclusionary policies	0	0	0	0	0	0	0
Total insured persons	0	0	0	0	0	0	0

부록 - 데이터 제출: PHIAC 1 (2)

•

			Episodes	Days	Benefits paid
Day hospital			0	0	0
Public hospitals	Day only		0	0	0
	Overnight		0	0	0
Private hospitals	Day only		0	0	0
	Overnight		0	0	0
Hospital-Substitute		Day only	0	0	0
Treatment greater than one day			0	0	0
Total			0	0	0

Nursing Home Type Patients			Episodes	Days	Benefits paid
Public hospitals			0	0	0
Private hospitals			0	0	0
Total Nursing Home Type Patients			0	0	0

High Cost Claimants Pool

Number of HCCP Claimants (current quarter)	0
Gross Benefits for current and preceding 3 quarters (for current quarter HCCP claimants)	0
Net benefits for current and preceding 3 quarters for HCCP claimants - after ABP	0
Net benefits above threshold for current and preceding 3 quarters (for current quarter HCCP claimants)	0
Total benefits to be included in HCCP (current quarter)	0

부록 - 데이터 제출: PHIAC 1 (3)

XXXXXX		Jun 14			VIC			Page 4	
<u>Hospital Treatment by Age Category</u>									
<u>Males</u>	Age group	Insured persons	Episodes	Days	Other HT Benefits	Medical benefits	Prostheses benefits	Fees excluding medicare benefit	
	0-4	0	0	0	0	0	0	0	
	5-9	0	0	0	0	0	0	0	
	10-14	0	0	0	0	0	0	0	
	15-19	0	0	0	0	0	0	0	
	20-24	0	0	0	0	0	0	0	
	25-29	0	0	0	0	0	0	0	
	30-34	0	0	0	0	0	0	0	
	35-39	0	0	0	0	0	0	0	
	40-44	0	0	0	0	0	0	0	
	45-49	0	0	0	0	0	0	0	
	50-54	0	0	0	0	0	0	0	

부록 - 데이터 제출: PHIAC 1(4)

Lifetime Health Cover

Number of Adults with Hospital Cover

Certified age			Male LHC	Female LHC	LHC
at entry	Male	Female	loading removed	loading removed	loading%
30	0	0	0	0	0%
31	0	0	0	0	2%
32	0	0	0	0	4%
33	0	0	0	0	6%
34	0	0	0	0	8%
35	0	0	0	0	10%
36	0	0	0	0	12%
37	0	0	0	0	14%
38	0	0	0	0	16%
39	0	0	0	0	18%
40	0	0	0	0	20%
41	0	0	0	0	22%
42	0	0	0	0	24%

Fund Name	Jun 14					VIC		Page 12	
	1	2	3	4	5	6	7		
	Amount charged*	Medicare benefit	Fund benefit	Gap(d)	Number of services	% of services	Amount charged % of MBS		
Agreements									
No-gap(a) agreement									
<= MBS Fee	0	0	0	0	0	0%	0%		
>MBS to 125% MBS Fee	0	0	0	0	0	0%	0%		
>125% to 150% MBS Fee	0	0	0	0	0	0%	0%		
>150% to 200% MBS Fee	0	0	0	0	0	0%	0%		
>200% MBS Fee	0	0	0	0	0	0%	0%		
Total No-gap agreement	0	0	0	0	0	0%	0%		

부록 - 데이터 제출: PHIAC (5)

Reporting Document	Due Date	Templates and Guidance Notes
<i>Quarterly Reporting</i>		
PHIAC 1 Statistical data on memberships, claims, benefits paid and risk equalisation	28 April 28 July 28 October 28 January	XL Template XML Template XSD Schema for XML Validation Guidance for completion Data Definition PHIAC1 Cell Cross Check
PHIAC 2 Financial and Capital Data	28 April 28 July 28 October 28 January	XL Template XML Template XSD Schema for XML PHIAC 2 Guidance Note
PHIAC 3 Statistical data on prosthetic benefits	28 April 28 July 28 October 28 January	XL Template XML Template XSD Schema for XML
PHIAC 4 Medical specialty block grouping information	28 April 28 July 28 October 28 January	XL Template XML Template XSD Schema for XML

- 연간 리포팅은 따로 작성.



Legal notice

©2014 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.