
저소득층 의료보장제도
해외출장 보고서

2008. 6.

건강보험연구팀

- 목 차 -

I. 출장개요	1
1. 출장 목적	1
2. 방문국가 및 기관	1
3. 기간	2
4. 참가자	2
II. 출장내용	3
1. 독일의 의료보장제도	3
가. 의료보장체계	3
나. 건강보험(법정보험) : '07년 제도개혁	4
다. 저소득층 의료보장	8
라. 독일 의료보장체계의 문제점(행위주체별 불만)	10
2. 네덜란드의 의료보장제도	11
가. 의료보장 체계	11
나. 네덜란드의 건강보험 개혁	11
다. 건강보험(제2영역)	12
라. 저소득층 의료보장	15
3. 시사점	17
<붙임> 기초의료보장제도 해외출장자 명단	19

I. 출장개요

1. 출장 목적

- 최근('07.7월) 의료급여 제도개선에도 불구하고 고령화, 만성 질환 증가 등 환경변화에 따라 의료급여 재정은 지속적으로 증가할 전망
 - 이는 국가재정 운영에 큰 부담으로 작용하며, 제도의 지속가능성을 약화시키는 요인이 되므로, 지출효율화 방안 마련이 필수적임
 - 이에 따라 진료비를 적정하게 관리하고 있는 선진 외국의 의료보장체계, 대상자 및 선정절차, 전달체계, 지방자치단체 및 관련기관의 역할 등 제도전반에 대한 운영실상을 직접 보고 비교하여 정책 결정에 참고자료로 활용

2. 방문국가 및 기관

방문기관	소재지	면담자
○ 독일 개인 의사 면담	쾰른	○ Dr. med. Michael G. Willems
○ 독일 연방 보건부 방문 (Bundesministerium für Gesundheit)	본	○ Hans-Walter Obert

방문기관	소재지	면담자
○ 독일 연방 AOK 방문	본	○ Cornelia Wanke ○ Peter Kulaß
○ 네덜란드 국세청 방문 (Belastingdienst Toeslagen)	위트레이트	○ John. J. F. van de Poll RA ○ drs. P. J. C. M. van Ruitenbeek ○ Beer Faasse ○ Edward Delfgou ○ Wim Huiskes
○ 네덜란드 보건복지체육부 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) 방문	헤이그	○ Frido Kraanen ○ Joens J. C. Visser
○ 네덜란드 치과 의사 면담	암스테르담	○ 정인섭

3. 기간

- 2008. 5. 18(일) ~ 5. 25(일)

II. 출장내용

1. 독일의 의료보장제도

가. 의료보장체계

- 법정보험(공보험)과 (대체형)민간보험, 공적부조 제도로 구성
 - 일정소득 이하의 국민은 법정보험 강제가입, 일정소득 이상 국민과 공무원은 민간보험 가입
 - 법정보험 가입자 약 91%(7천만 명), 민간보험 가입자 약 9%
 - 최저생계비 이하 국민은 정부의 보험료 지원을 통한 법정보험가입 또는 공적부조 대상으로 분류
- 의료비용(2007년 기준) : €2,400억(독일 전체 국민소득의 11%)
 - 법정보험 지출액 약 €1,400억
 - 병원에 대한 지출금액이 전체 지출금액의 약 33%
- 대기시간이 유럽 다른 나라에 비해 상대적으로 짧은 편임
- 독일 의료보장제도가 효율적으로 운영되고 있다는 평가 (WISO-Gutachten 2005)

나. 건강보험(법정보험) : '07년 제도개혁

○ 대상자 : 전국민 건강보험 체계 구축

- 소득수준, 직역에 따라 법정보험과 민간보험으로 분리
- 종전에는 법정보험은 강제가입, (대체형) 민간보험은 임의가입 체계였으나, '09년부터 전국민 강제가입 체계로 전환
 - 현재 건강보험 미가입자 중 종전 법정보험 가입자는 법정보험과 민간보험 중 선택, 종전 민간보험 가입자는 민간보험 가입 의무
- 공적부조 대상인 저소득층 중 일부(약 200만명 ~300만명)를 법정보험 가입자로 전환('06년)
 - 근로능력자와 과거 법정보험에 가입했던 근로무능력자 중 보험가입 희망자에게 정부가 보험료 지원

○ 재원 : 보험료와 조세

- '09년부터 보험료와 연방차원의 지원금으로 단일 기금 조성 (위험도에 따른 인두방식으로 지역별 총액분배) 예정
- 보험료 : 소득수준에 따라 보험료 부과('07년 평균 14.7% 수준)
 - 근로자와 사용자가 50%씩 부담(각각 6.9%)하고, 근로자는 특별보험료 추가부담(0.9%)
 - 현재는 각 조합마다 보험료를 차등적용, '09년부터 연방에서 보험료 결정(통일)

- 국고지원금

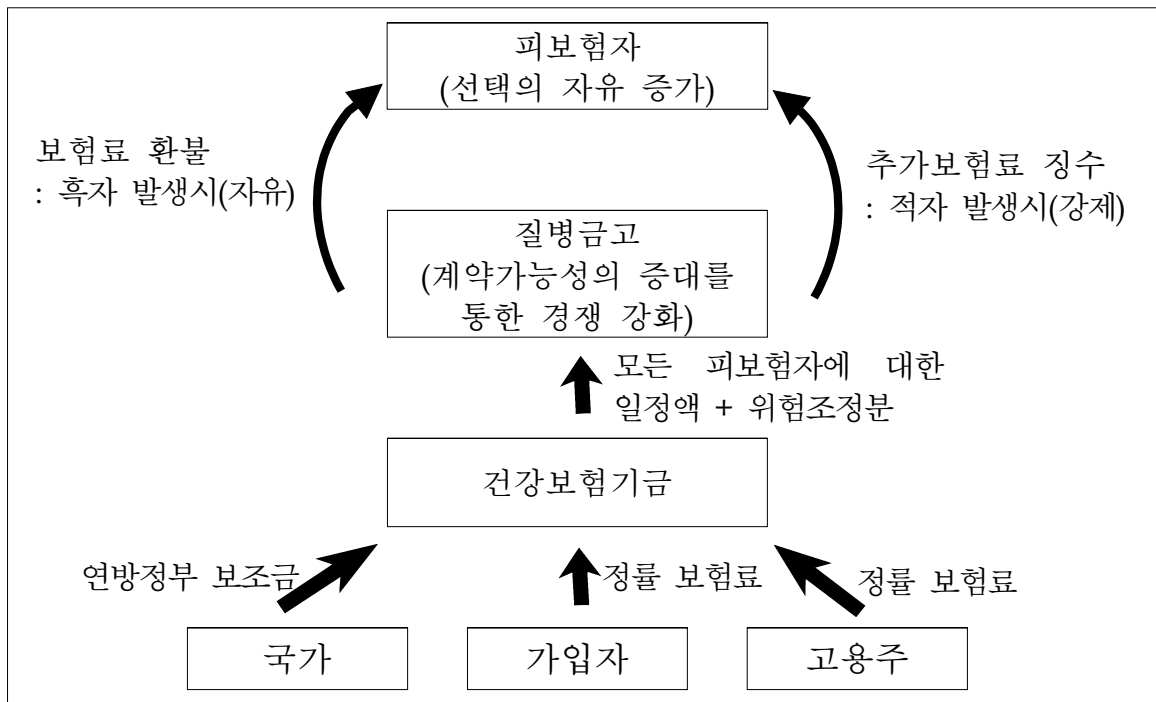
· 분만수당 등 연방차원의 지원금(€ 25억, '08년)

· 2014년까지 총 €140억 지원 예정

- 각 조합은 사전 배분된 총액 부족시 추가보험료(예산의 1% 이내)를 징수할 수 있으며, 반대로 분배된 총액 중 남은 금액은 가입자에게 상환 가능

· 추가보험료 징수시 가입자에게 보험자 변경권을 부여하여 재정관리에 대한 보험자 간 경쟁 유도

- 재원조달 · 운영체계



○ 본인부담

- 매 분기마다 최초로 개원의 방문시 €10 지불(등록), 등록된 기관 방문 또는 의뢰서 지참 타기관 방문시 본인부담 면제
 - 분기별 등록된 기관 이외의 기관 최초 방문시 €10 지불
- 병원 입원진료의 경우 매 28일마다 €10
- 본인부담 상한제 적용
 - 의료비가 연소득의 2%(만성질환자는 1%) 초과시 초과분은 본인부담 면제
 - * 사회보장급여를 받는 국민은 동 급여의 2%가 본인부담 상한 기준임
 - * 기준액 초과시 보험자의 확인 받아 사전면제

○ 지불제도

- 보험자와 보험의사협회(KV) 간 총액계약제(인두제 형식으로 지역별 총액분배)
 - * 총액 결정 방식 = (금년에 들어간 총 비용 / 보험 가입자 숫자) * (현재 가입자 숫자 + 임금 상승률 + 경제 성장률 + 의사소득을 다른 직업군의 소득으로 보정)
 - 지역내 비용지불은 개원의(외래)는 행위별수가제, 병원은 DRG 적용
 - * 개원의에 대한 비용분배 : 연방 차원의 단일평가척도(EBM)와 지역 KV 정관에 따른 진료비 분배기준(HVM)

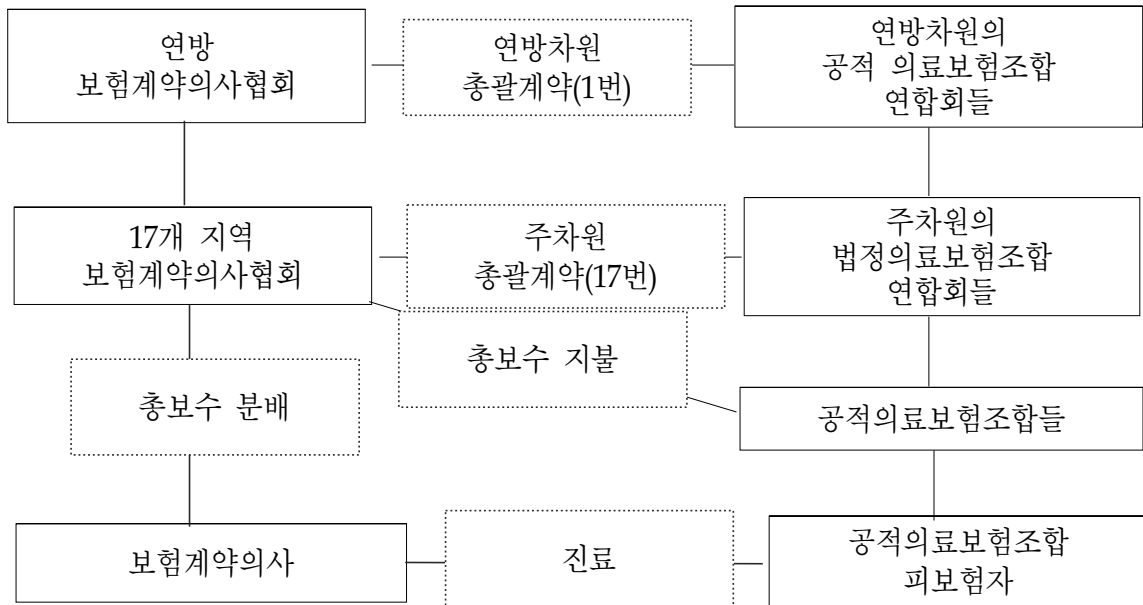
<총보수의 결정과 분배>

	결정주체 및 방식	결정 기준	결정방식	규모
결정	의료보험조합 + 보험의사협회(KV) 계약	가입자의 근로소득 증가율	인두제	지역별 17개
분배	보험계약의사협회, 보험계약의사협회의 정관	연방차원의 단일평가척도(EBM) 및 지역 차원의 진료비 분배기준(HVM)	행위별 수가제	지역별17개 + 환산지수(분기, 진료과목, 개업소재지)

- 보험의사협회(KV)가 진료비심사 및 지불 담당
 - 분기별 비용청구(환자 성명, 질병코드 등 기본정보만 전송)
 - 개원의의 경우 매월 전년도 월평균 진료비를 고려한 일정액 지불, 분기별로 실제 진료비와 정산
 - 전체 수입의 3.6%를 KV에서 행정경비로 공제(관리운영비)
- 총액계약제와 KV에 대한 공급자의 불만 강함(수입이 경제성장률을 따라가지 못하며, 의사에 대한 지나친 통제)

* 일반 보험의의 경우 1인당 연간 최고 €500까지만 진료비 인정, 1인당 3개월에 평균 €42
 - 현재까지 환자 진료비의 51%밖에 지불받지 못함(현지 개원의 사례)

○ 법정의료보험에서의 의료서비스제공 구조



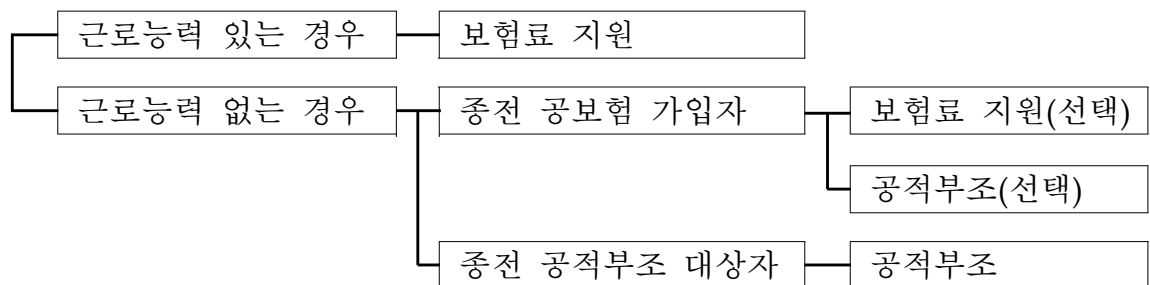
다. 저소득층 의료보장

○ 대상자 : 최저생계비 이하의 국민

○ 지원방식

- 원칙적으로 근로능력 여부에 따라 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상으로 분류

* 근로능력 여부는 의사가 판정



- 보험료 지원 대상자(약 200만~300만 명)
 - 저소득층 보험료는 일반 가입자 최저보험료의 70% 수준
 - 근로능력자 : 최저생계비(월 €800) 기준, 1달 보험료 €110
공제 후, 생계비로 €690 본인에게 지급
 - 근로무능력자 중 보험가입 선택 : 1달 보험료 €120
- 지원대상자 선정 및 관리 : 지방 사회보장국
 - 연방정부는 기준 결정, 주정부가 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행정소송 등 제기하여 처리
- 재원 : 지방 사회보장국이 전액 부담
 - * 연방정부는 기준만 결정할 뿐 재정지원 없음
- 공적부조 대상자 병의원 이용절차
 - 지방 사회보장국의 사전승인(응급질환 제외) → 병의원 진료
→ 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산
- 저소득층 건강보험 편입 정책에 대한 평가
 - 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정 보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고
 - 공적부조 대상자는 병의원 이용시 사전승인을 받아야 하나, 법정보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거
 - 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료를 인상 요인이므로 보험자·의료공급자·가입자 반대

라. 독일 의료보장체계의 문제점(행위주체별 불만)

- 정부 : 의료비 급증에 대한 적절한 통제방안 마련 필요
 - 의사의 허위청구 등 방지를 위한 강력한 조치 존재
 - 허위청구시 형사처벌, 징역형까지 부과, 보험의사 면허 취소(우리나라의 영업정지와 유사) 등
 - 환자의 도덕적 해이(moral hazard)는 의사가 통제하는 system
 - 총액예산제 하에서 필요진료 여부 의사 증명(불필요한 방문시 진료거부 가능) 등을 통해 의사들이 자율적으로 과잉진료 억제
 - 병의원을 불필요하게 자주 옮겨다니는 환자의 경우 KV에서 진료비 환수 가능
- 공급자 : 수입이 경제성장을 따라가지 못함. 제도의 지속 가능성 저하 주장
- 가입자 : 계속되는 보험료 인상에도 불구하고, 본인부담금 상향조정, 환자 대기시간 증가, 의사의 과소진료 불만
- 보험자 : 연방 차원의 보험료율 결정 등으로 인한 보험자의 자율성 상실에 대한 불만

2. 네덜란드의 의료보장제도

가. 의료보장 체계

- 전국민 건강보험 가입(3개 영역으로 구분)
 - 제1영역 : 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공, 전국민 강제가입(공보험), 재원은 세금과 같이 징수
 - 제2영역 : 일반질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공, 전국민 강제가입(민간보험), 재원은 정률·정액보험료 병행
 - * 정부는 저소득·취약계층에 대한 보건의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금 지원
 - 제3영역 : 보충형 민간보험으로 자율적 가입(전 국민의 90% 이상 가입)
- 일반 질병치료를 담당하는 제2영역에서의 의료비 지출통제가 중요한 문제로서, 2006년 개혁의 대상이 됨

나. 네덜란드 건강보험 개혁(목표 : 제도의 지속가능성 확보)

- 종전 시스템의 특징
 - 보험자격은 소득, 건강, 연령, 고용상태에 따라 결정(다층 시스템)
 - 소득, 건강상태, 고용주의 지원 등에 따라 보험료 차등
 - 예산, 요금, 보험료 등에 대한 강력한 정부 통제

○ 종전 시스템의 문제점(2001년의 상황)

- 거시 비용의 억제는 성공했으나, 대기시간이 길고, 공급자들의 효율성 저하
- 가입자들의 비용의식 부족
- 가격에 상응하는 서비스를 제공하기 위한 인센티브 미약
- 투명성 부족(질 관리 미흡)
- 보험자에 대한 통제 미약(고령자와 만성질환자 보호 미흡)

○ 네덜란드의 개혁 방향

- 종전 공적인 체계 내에 있던 전통적인 보험을 사적인 조직에서 “경쟁”을 통해 관리
 - 경쟁을 통해 가격에 상응하는 서비스 증가
 - 중앙정부가 제공을 주도하는 시스템보다 미래환경(고령화, 만성질환자 증가, 의료기술 발달 등)에 효과적으로 대응 가능

다. 건강보험(제2영역)

○ 대상자 : 민간보험에 대한 정부의 통제 하에 전국민 강제가입

- 민간보험사들은 급여, 서비스의 질(質), 보험료 등에 엄격한 통제를 받으며 보험상품 판매
 - 가입 희망자의 건강상태에 따른 보험료 차등, 가입거부 등 금지

- 단, 정률보험료로 구성된 위험균등화 기금에서 가입자의 위험도에 따른 재원배분을 통해 보험자 보호

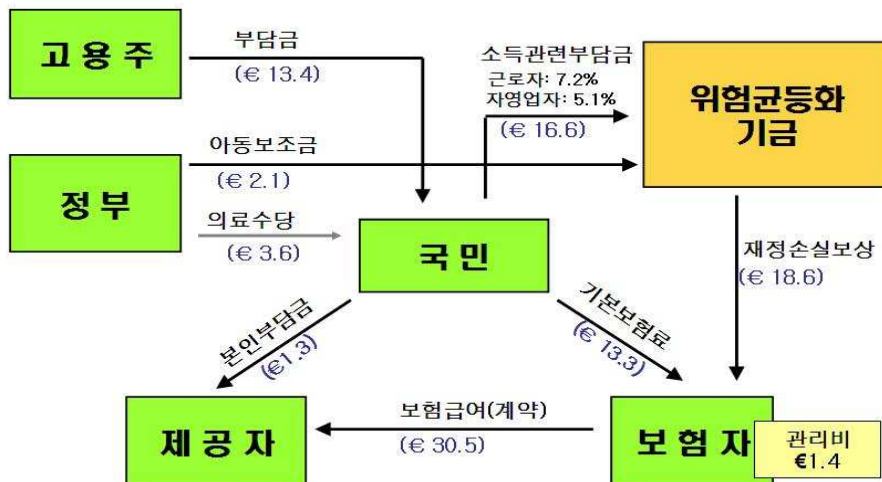
< 위험보정의 예시 (€/연) >

구분	40세 여성(A) 장애급여 수혜자 사회경제적수준 낮음 도시 지역 거주 PCG-당뇨-1 DCG-none	38세 남성(B) 정상 직업 사회경제적수준 높음 쾌적한 거주지 PCG-none DCG-none
성별/연령	1,182	946
수입원	965	- 63
사회경제적상태	51	- 67
지역	60	- 98
Pharma Cost Group(PCG)	3,117	- 213
Diagnosis Cost Group(DCG)	- 98	- 98
총 비용	5,277	407
기본 보험료	- 970	- 970
위험보정 후 지불액	4,307	- 563

※ 위험균등화기금에서 (A)가 속한 민영보험사에게 4,307€를 추가 지급하고, (B)가 속한 민영보험사에게는 563€를 삭감하여 지급

○ 재원 : 정액보험료, 정률보험료 및 정부기금

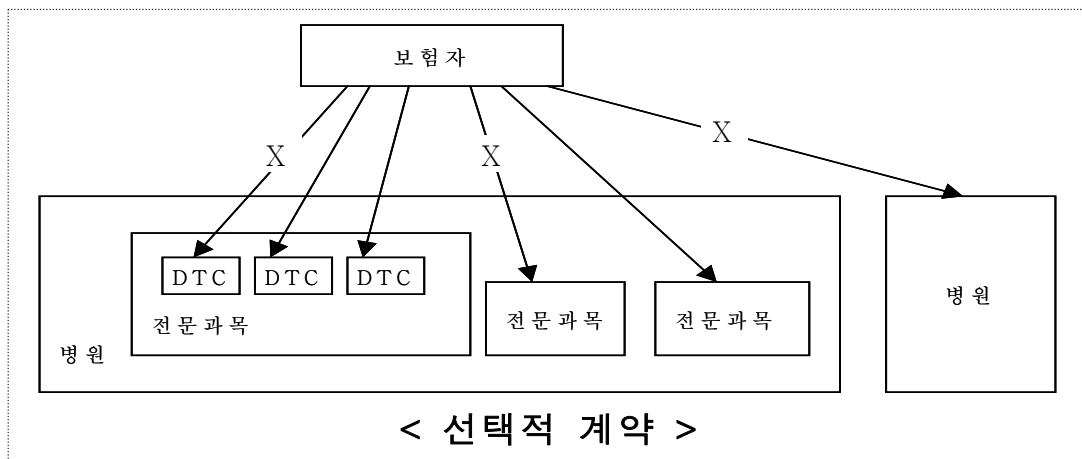
(단위 : € 10억)



- 정액보험료 : 매월 가입자가 민간보험사에 직접 납부(45%)
- 정률보험료 : 소득에 따라 차등부과되며, 고용주가 국가(위험균등화기금)에 납부(50%)
- 정부기금 : 18세 미만 아동의 보험료로 위험균등화기금 조성에 사용(5%)

○ 진료 전달체계 및 진료비 지불제도

- 보험사와 의료공급자간 계약
 - 병원·치과는 네덜란드형 수가제인 DTC, 가정의는 인두제 적용
 - * DTC : 행위별수가제와 DRG(포괄수가제)의 중간형태
 - 보험사와 공급자는 DTC 수가의 20% 범위 내에서 가격협상 가능(향후 70%까지 확대예정)



- 가족의(일반의)가 gatekeeper 역할 담당, 가족의의 의뢰가 있어야만 병원진료 가능
- 가입자는 보험자와 계약되지 않은 기관을 이용할 수 있으나, 보험자와의 계약에 따라 보장되는 금액 이외의 추가비용은 본인이 부담

○ 본인부담제

- 가입한 보험의 종류에 따라 deductible 설정
- 본인부담(deductible) 상한은 연간 €150이며, 만성질환자는 소득수준에 관계없이 보험회사에서 €47 지원('08년부터)

○ 지출효율화 노력

- 불필요한 의료이용을 감소시키기 위해 1년간 의료이용이 없는 경우(진료비 미청구) 환급제도를 운영했으나
 - 만성질환자에게 불리한 제도라는 지적에 따라 폐지('08년)
- 민간보험사들은 가입자의 건강관리 및 위험도가 높은 환자의 예방을 통한 비용절감 유도

라. 저소득층 의료보장

○ 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보험 체계 내에서 보호

- 다만, 저소득층에 대한 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을 통한 보험료 및 본인부담금 지원

* 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의 세금공제

○ 의료보장수당 지원대상

- 1인 가구 : 연소득 €29,069 이하
- 2인 이상 가구 : 연소득 €47,520 이하
- '07년 600만 가구 지원(전체 가구의 69%)

소득 : 근로소득(주거소득, 연금소득) + 재산투자소득 + 저축 등에 대한 과세소득

○ 의료보장수당 지원 수준

- 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium

* Standard premium : 1인가구 €1,200, 2인 이상 가구 €2,400

Norm premium

- 1인가구 : 기준소득(€18,496)의 3.5% + 초과소득의 5%

- 2인 이상 가구 : 기준소득(€18,496)의 5% + 초과소득의 5%

예시) 소득이 €22,000인 1인 가구

소득	€22,000	기준보험료	€1,200
- 기준소득	€18,496	- Normpremium	€ 822.56
= 초과소득	€ 3,504	= 의료보장수당	€ 377.44

* Normpremium(€822.56) = 기준소득의 3.5%(€647.36)

+ 초과소득의 5%(€175.20)

- 가구의 실제소득이 기준소득(€18,496) 이하인 경우 상한금액 (1인가구 €553, 2인 이상 가구 1,475) 지급

* '07년 상한금액 지급실적 : 100만 가구(전체 가구의 11%)

- 의료보장수당에는 본인부담(deductible) 지원금(연간 €103, 연평균 본인부담 수준)이 포함되며, 1년치 보험료와 본인부담금을 모두 cover하지는 못하는 수준임

· 수당을 다른 용도로 사용하는 것을 방지하기 위해 정부에서 보험사에 직접 지급하는 방법도 병행

○ 대상자 선정 및 관리

- 대상자의 신청에 의해 국세청이 선정 · 지급(단, 1000여개에 달하는 지역 사회복지 담당관청에 서류접수 가능)

- 연단위로 금액을 산정하여 매월 1회 지급하되, 소득변동분에 대해서는 다음 해에 정산

3. 시사점

◎ 의료전달체계, 급여수준, 보험자(저소득층 의료보장 관리자) 역할 등에 차이가 있으므로 외국의 사례를 그대로 국내에 도입하기는 어려우나 일부 긍정적인 측면 검토 필요

○ 저소득층 의료보장 방식

- 독일과 네덜란드 모두 저소득층이 일반 가입자와 차별없이 동일한 급여를 받을 수 있는 방향으로 제도 운영
- 특히, 독일의 경우 공적부조 대상자였던 저소득층을 건강보험 가입자로 전환함으로써 낙인을 제거
- 최근의 차상위계층 의료급여 수급권자 건강보험 전환 및 의료급여 대상자 확대 논의에서 이를 고려할 필요

○ 진료비 통제제도

- 만성질환자 증가, 고급의료수요 욕구 증대 등 새로운 환경에서 가입자(수급자)의 의료이용량 억제로는 진료비 통제에 한계
 - 특히, 정보불균형이 심한 의료영역에서는 공급자 유발 수요가 매우 큰 영향력을 발휘
- 이에 독일과 네덜란드 모두 의료전달체계 및 진료비 지불제도를 활용한 적극적인 공급자 통제책을 통해 진료비 관리
 - 총액예산제 하에서 행위별수가제 이외에 인두제와 DRG 등 다양한 지불체계 병행

- 우리나라의 경우에도 진료비 지불제도 다양화를 통한 적정 의료공급 유도가 필요하나, 고려사항 존재
- 현재 일반의 비율이 30% 이하인 상황에서 주치의제 도입에 대한 합의도출이 어려울 수 있음(전문과목에 따른 이해관계 상이, 병원급 기관 반발 등)
 - * 과거('02)에도 주치의 도입을 위한 시범사업을 추진하였으나 공급자 반발로 포기한 경험
- 행위별 수가제에 비해 공급자에 대한 통제가 강한 인두제 등을 도입하기 위해서는 지불체계 변경에 대한 합의가 선행될 필요

○ 기타 지출효율화 제도

- 의료공급자의 서비스 질(質) 등 다양한 정보제공을 통한 소비자의 선택권 제고 및 공급자 경쟁 강화(저렴한 비용으로 양질의 서비스 제공)
- 소비자의 비용의식 제고를 위해 의료비 사용금액을 통보
- 만성질환자, 고위험자의 평상시 건강관리를 위해 예방 관련 서비스 개발 및 평상시 건강관리에 대한 인센티브 제공
 - * 예시 : 치과보험의 경우 1년에 2회 이상 치과검진을 받아야 일반 치과진료에 보험적용

<붙임> 해외출장 동반자명단

번호	성명	근무처	직위
1	최병호	한국보건사회연구원	팀장
2	신현웅	한국보건사회연구원	부연구위원
3	정윤순	보건복지가족부 기초의료보장과	과장
4	김혜래	보건복지가족부 기초의료보장과	사무관
5	이상돈	국민건강보험공단 의료급여팀	팀장
6	김세라	건강보험심사평가원 심사평가팀	팀장