

출장복명서(국내 국외)

	팀 장	실장	연구기획 조정실장	원 장	결 재
	해당없음				
목 적	OECD본부(파리소재)와 프랑스 전국민건강보험공단, 벨기에 보건복지부를 방문하여 주요국가의 의료개혁 동향, 보험료 부담의 방향성 및 수가결정 관련 자료를 수집				
출장자(동반자)	임완섭				
출 장 지	프랑스 파리(OECD 본부, CNAMTS) 벨기에 브뤼셀(벨기에 NIHDI)				
기 간	2011.11.6 ~ 2011.11.13				
주요면담자 또는 참석자(기관)	OECD: Valerie Paris, Michael Schoenstein, Michael Borowitz, Minwon Lee CNAMTS : Gabriel Bacq, Galode Julie NIHD : Johan DE COCK, Michel VIGNEUL, Thomas Rousseau 등				
<p style="margin-left: 20px;"><u>주요활동사항</u></p> <p>○ 파리</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2011.11.06 : (현지 간담회 개최) 현지 사회보장 및 의료개혁 동향 파악 및 OECD 본부·CNAMTS 간담회 준비 - 2011.11.07 : (OECD 본부) 프랑스 및 OECD 주요국 건강보험개혁과 지속가능성 관련 자료 수집 - 2011.11.08 : (CNAMTS) 프랑스의 건강보험개혁 및 수가결정 그리고 지속가능성 관련 자료 수집 <p>○ 브뤼셀</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2011.11.09 : (벨기에 NIHD) 벨기에의 의료개혁과 수가결정 등의 동향 및 자료를 수집 - 2011.11.10 : (현지 간담회 개최) NIHDI와의 협조 및 연계방안, 벨기에 건강보험 개혁동향 파악 등 <p>첨부: 출장 보고서</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 복명일자 년 월 일 복 명 임완섭 자: </div>					

출장 보고서 : 파리(OECD, CNAMTS), 벨기에 브뤼셀(NIHD)

■ 출장자 : 임완섭

■ 출장기간 : 2011.11.06 ~ 2011.11.13

■ 주요일정

<파리>

□ 2011.11.06 : (현지 간담회 개최) 프랑스의 사회보장제도 및 건강보험 개혁 관련 논의, OECD 본부·CNAMTS 간담회 준비를 위한 간담회 개최

□ 2011.11.07 : (OECD 본부) 프랑스 등 OECD 주요국의 의료개혁과 재정의 지속가능성 등에 관련한 자료 수집 및 토론

○ 주요 면담자

- Valerie Paris(Administrator, Health Systems Characteristics & Efficiency)
- Michael Schoenstein(Health Economist, Health workforce policies)
- Michael Borowitz(Senior Health Policy Analyst, Health Systems)
- Minwon Lee(Seconded from Korea Social Policy Division)

□ 2011.11.08 : (CNAMTS) 프랑스의 건강보험개혁 및 수가결정 관련 동향 파악 그리고 지속가능성 관련 자료 수집

○ 주요 면담자

- Gabriel Bacq(Deputy Director, International Relations)
- Galode Julie(International Relations)

<브뤼셀>

□ 2011.11.09 : (벨기에 NIHD) 벨기에의 의료개혁과 수가결정 등 보험

료부담 제고방안과 관련한 동향 및 자료 수집

○ 주요 면담자

- Johan DE COCK(Chief Executive Officer)
- Michel VIGNEUL (Counsellor Actuary)
- Thomas Rousseau (International Relations)

- 2011.11.10 : (현지 간담회 개최) NIHDI와의 협조 및 연계방안, 벨기에 건강보험 개혁동향 파악 등을 위한 현지 간담회 개최

■ 출장 보고

<프랑스>

□ 사회보장제도의 지속가능성

- 주요 선진국들은 재정적자 문제 및 정부 부채의 증가에 당면하여 이에 대한 해결책을 찾기 위해 노력해 오고 있음.
- 사회보장제도가 차지하는 중요한 역할에 비추어 볼 때, 단순히 사회보장제도를 축소하는 주장이 힘을 얻었다고 말하기 힘들다는 것임. 이는 사회지출의 증가를 통해서도 확인할 수 있음.
- 문제의 초점은 기존 사회보장제도를 보다 효율적으로 개편함으로써 불필요하는 비용을 줄이고, 사회보장제도의 지출증가에 따라 새로운 재원조달방안을 마련하는 것임.
 - 공적연금과 의료보장 그리고 저출산문제에 대한 종합적 대처가 필요한 상황에서 단순히 지출을 줄여 문제를 악화시키기보다 그것을 해결하기 위한 사회적 합의의 모색이 필요함
- 마찬가지로 인구고령화로 인해 야기되는 문제를 해결하기 위해 저출산과 근로연령세대에 대한 투자를 활성화하였다는 점에 대해서도 주목할 필요가 있음.

□ 프랑스의 의료보장제도(CMU)

- 프랑스의 의료보장제도는 Securite Sociale을 통한 공적 의료보장제도와 민간 의료보험을 통한 의료보장으로 구분할 수 있음.
- 2008년 현재 전체 의료보장에서 각 주체가 담당하는 지출비중은 국가가 5.4%, Securite

Sociale이 72.6%, 민간보험이 13.6%를 차지하고 있으며, 일종의 재정적자에 해당되는 부분이 7.6%로 추정됨(Eco-Sante OCDE 2010, juin 2010).

– 그리고 프랑스의 의료보장 관련 지출은 OECD 국가 중 미국 다음으로 높은 수준을 보이고 있음. 참고로 2008년 프랑스 의료보장지출이 GDP에서 차지하는 비중은 약 11.2%에 이르고 있음.

○ 프랑스의 공적 의료보장제도는 <보편적 의료보장제도>(Couverture de la Maladie Universelle)라 불리며, 그것은 크게 두 가지 체계로 구성되어 있음.

– 하나는 기여금을 토대로 운영되는 통상적인 건강보험제도이고, 다른 하나는 저소득층이나 취약계층을 대상으로 재정에 기초한 의료급여제도임.

– 이는 하나의 제도로 구성되어 있지만, 재정측면에서 두 개의 제도가 결합된 형태라는 것을 의미함. 프랑스 의료보장제도 또한 1990년대 초반부터 재정적자 문제를 고민하여 왔으며, 이 문제를 해결하기 위해 1990년대 초반부터 수십 차례에 걸친 크고 작은 개혁을 추진하여 왔음. 그리고 2008년 11월 <사회보장재정법>에 의해 통합적으로 관리되기에 이룸.

□ 프랑스의 건강보험 특징으로는 가입자의 직업 구분에 따라 복수의 제도로 운영되고 있는데 즉, 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도라고 할 수 있음.

○ 따라서 사회보험 주관기관도 제도에 따라 독립적으로 존재하는데, 대표적인 사회보장제도의 운영주체로는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF)가 있음.

– CNAMTS은 건강보험, 산재보험, 임출산보험, 장애보험, 사망보험의 보험자이며, CNAV는 노령연금제도의 CNAF는 가족수당제도의 운영기관임.

○ 적용대상인구 기준으로 가장 비중이 큰 일반제도를 중심으로 운영되고 있으며, 2007년 현재 건강보험에서 피용자를 대상으로 하는 일반제도의 적용인구는 총인구의 86%임.

– 농업의 비중이 줄어들어 따른 농업종사인구의 감소는 농업제도 비중을 상당 부분 축소시키는 등 이러한 산업 구조의 변화는 특수제도를 소멸 혹은 해체시키고 일반제도에 흡수시키는 요인으로 작용됨.

○ 2000년부터 실시된 보편의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)는 법

정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편의료보장제로
이로 인해 전국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.

- 단, 의료급여(medical aid) 수급권자는 CMU제도에 가입하지 못함.

○ 이 밖에, 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료
부조제도(Aides Sociales)가 존재함.

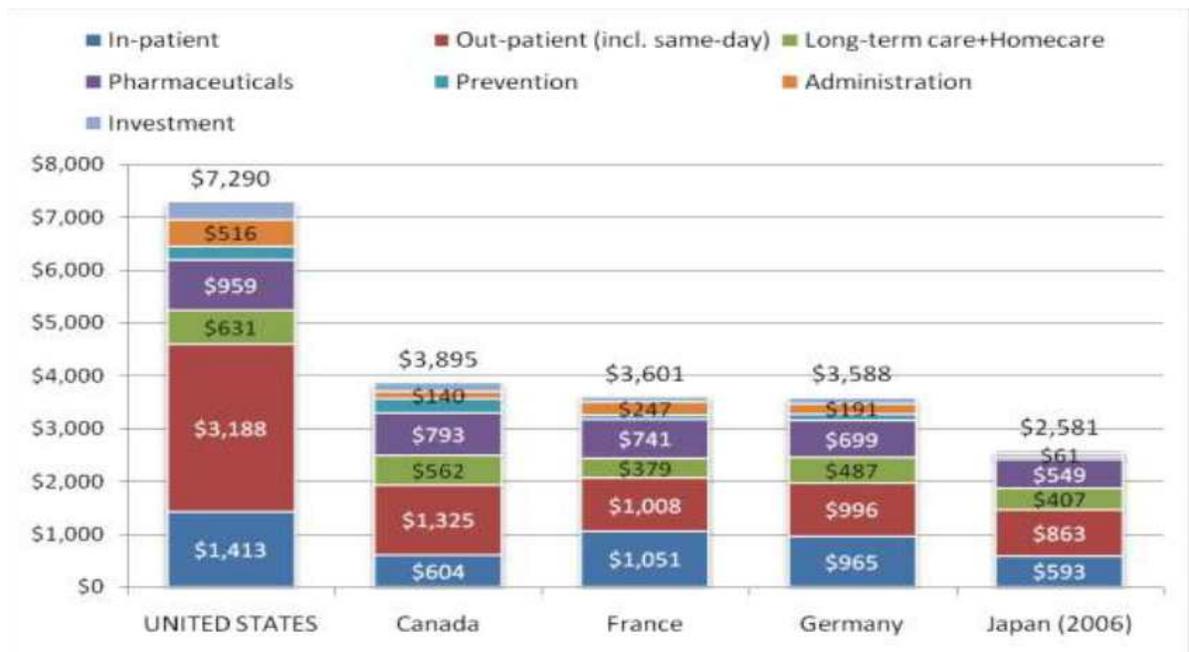
□ 보건의료비 지출은 2005년 기준 GDP의 약 11.1%정도이며 공공부문 지출이 차지하는
비중은 79.3%로 OECD 평균 72.5%보다 높은 비중을 차지하고 있음.

□ 프랑스는 높은 건강보험 보장성을 보이고 있음.

○ 희귀난치성 질환이나 암 등 30가지 질환에 대해서 진료, 수술, 검사비, 약값 등이
100% 급여가 가능하고, 입원의 경우 하루에 16유로 정도이며 31일 이상 입원했을
때부터는 100%급여가 가능하고 저소득층이나 일하는 과정에서 다친 경우에는 돈을
내지 않음.

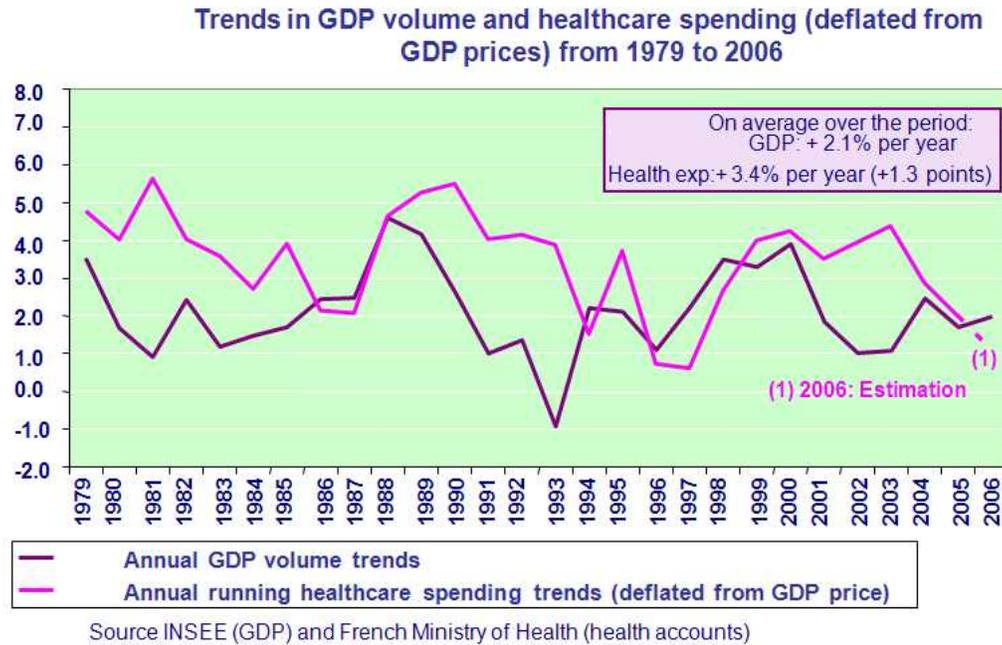
○ 이러한 높은 보장성으로 인해 프랑스 역시 건강보험 재정에 어려움을 겪고 있는 상
태임.

[그림 -1] 항목별 의료지출- 프랑스 및 주요 OECD 국가



자료: OECD and CNAMTS 발표자료, 프랑스 출장자료, 2011

[그림 -2] 프랑스 보건의료비 지출규모



자료 : CNAMTS, 프랑스 출장자료, 2011

- 프랑스의 공적 의무보험은 76.4%로 민간 보충보험이 12.5%이며 본인부담은 11.1%를 차지함.
 - 민간 보충보험(12.5%)은 비영리 상호부조조합(7.5%), 비영리 공제조합(2.5%), 민간 영리보험회사(2.5%)으로 구성되어 있음

- 2007년 기준 건강보험 보험요율은 13.85%로 이중 근로자(PS(1))는 0.75%, 사용자(PP)가 13.1%를 부담함.
 - 건강보험과 노령, 가족정책에 쓰이는 일반사회보장분담금(CSG)은 부과율이 7.5%이며, 사회보장적지해소분담금(CRDS)은 부과율이 0.5%이며 사회연대분담금(C3S)는 부과율이 매출액의 0.16%이며 부과대상은 일정매출규모 이상 기업임.
 - 또한 담배세, 알코올세, 자동차보험세, 의약품광고세를 증가시키는 상품에 대한 특별 세금(ITAF) 등 기타 다양한 목적세가 존재함.

[그림 -3] 프랑스 건강보험 보험료율

Sur la totalité du salaire				
Total	Maladie, maternité, invalidité, décès, solidarité		Allocations familiales	Vieillesse
	PP	PS (1)	PP	PP + PS
20,95	13,10	0,75	5,40	1,60 + 0,10
Sur le salaire limité au plafond (cf. rubrique plafond de la Sécurité sociale)				
Total	Vieillesse		FNAL	
	PP	PS	PP	
15,05	8,30	6,65	0,10	
Sur 97 % de l'ensemble des revenus d'activité ou de remplacement				
Contribution sociale généralisée (CSG)		Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)		
7,50		0,50		

자료 : Urssaf, CNAMTS, 프랑스 출장자료, 2011

- 프랑스의 수가제도는 병원, 의원으로 나누어 설명하면 다음과 같음.
 - 공공병원의 경우 입원은 포괄수가제로 운영되며, 외래는 의원과 같은 행위별수가제가 적용된다.
 - 민간병원의 경우 입원은 포괄수가제와 행위별 수가제로 운영되고 외래의 경우 의원과 같은 행위별수가제가 적용됨.
 - 포괄수과제는 정부(보건체육부)에서 결정하며, 총액예산제로 관리됨.
 - 공공병원, 민간병원 모두 입원치료를 시행한 후에, 병원은 환자에게 본인부담금만을 청구하게 되고, 포괄수가에 의거해서 건강보험공단에 청구하여 직접 지불받는 구조임.
 - 의원인 경우, 의료행위에 대해서는 행위가격목록에 따라 각 의료행위 당 수가를 청구하게 되고, 환자는 병원에 선지불하고, 후불로 건강보험공단으로부터 상환을 받는 체계임.
 - 약제에 대해서는 포지티브 목록에 등재된 경우에 환자는 의원에게 선지불하고 후불로 건강보험공단으로부터 상환을 받게 됨.
 - 의료기기, 보장구 등의 기타 치료재료도 목록(LPP)에 따라 후불 상환됨.
- 직장건강보험 보험자는 CNAMTS(전국건강보험공단)이며, 보험료 징수기관은 URSSAF임
 - CNAMTS는 사회보장정보제공기관에서 제공된 정보를 토대로 가입자를 관리하며, 급여 관리 및 지급, 수가 결정 및 요양급여비용을 지불함.
 - 또한, CNAMTS는 가입자 질병예방 사업을 벌리며, 보건의료 관련 각종 위원회의

당연직 위원으로 참가하여 가입자 이익을 대표하기도 함.

- 보건의료 관련 제도개선과 정책수립에 실무적 담당주체로써, 한국의 경우와는 달리 건강보험이외의 사업을 추진하기도 함.

- 보험료 징수기관인 URSSAF는 건강/산재보험료 노령보험료, 가족수당보험료 등 제반의 사회보험료 뿐만 아니라, 일반사회보장분담금(CSG), 사회보장적자해소분담금(CRDS)등 사회보장재원 확보를 위한 분담금과 목적세의 징수 업무도 담당하는 통합적 징수기관임.
 - 사회보험료징수연합의 기타 주요 기능으로는 비합법 고용, 미신고 고용에 대한 감찰, 통제 등이 있음.

- 외래진료비 과다로 인한 비용유발적인 수가제도와 의료전달체계의 문제에 직면했던 프랑스의 경우 포괄수가제를 전면시행하고 적정의료이용체계 정착을 위한 주치의제도를 도입하였음.
 - 환자의 비용의식 제고를 위해 전달체계 위반 환자에게 본인부담율을 높이고, 민간보충보험에서 패널티성격의 본인부담분을 보장하지 못하게 함.
 - 반면에 주치의의 기능을 원활히 수행하기 위한 핵심적 수단 중 하나인 전자의무기록체계가 성공적으로 진행되지 못하고 있음.

- 2000년부터 의료보장의 개혁을 지속적으로 진행하고 있는 프랑스는 저소득층의 의료보장을 위한 프로그램으로 CMU가 있음.
 - 2000년에 시행된 저소득층 의료보장제도로써 2007년 기준 170만명이 혜택을 받고 있으며, 이는 전체 인구 중 2.7%를 차지하고 있음.
 - CMU는 기본적인 건강보험 보험료를 지원하여 건강보험에 가입하도록 하는 CMU-B(CMU기본보험)과 건강보험을 이용할 때 발생하는 본인부담을 지원하는 CMU-C(CMU보충보험)이 있음.

－ CMU-B (CMU 기본보험)

- 2000년 프랑스 정부가 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험 가질 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 한 시스템으로, CMU 혜택은 건강보험 가입 자격이 없는 프랑스 거주자, 질병보험 가입기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주외국 노동자,

의료부조 수급자 등이 대상자임.

- 이들 중 상당수는 RMI 수급자이며 CMU 기본보험은 건강보험료를 지원하는 시스템으로 연간 가구 소득이 9,020 EURO 이하(2009년 10월 1일부터 2010년 9월 30일까지 소득 기준)인 경우는 보험료를 면제해 주고 9,020 EURO 이상인 경우 초과하는 금액의 8%를 보험료로 납부하도록 하고 있음.
- 예를 들어 1년 소득이 15,000 EURO인 가구의 경우 9,020 EURO를 공제한 5,980 EURO에 대해 8%에 대해 보험료를 부과하여 연간 478 EURO의 보험료를 납부함).
- CMU 가입은 기본적으로 프랑스에 3개월 이상 지속적이고 합법적으로 거주하는 모든 사람에게 적용되었으나, 최근 CMU 가입을 위해 EU지역에 거주자가 조기 퇴직하는 경우에 있어서는 최소 5년간 프랑스에 거주해야 자격을 주는 것으로 하였는데 단 EU 지역 이외의 외국인도 종전과 같이 가입할 수 있음.

– CMU-C (CMU 보충보험)

- CMU 보충급여는 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료에의 접근성의 제약을 받는 것을 줄이기 위한 본인부담 지원하는 체계인데 즉, CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공됨.
- 또한 제3자 지불방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에선 자유로운 편임.
- CMU 보충급여 대상자 선정은 자산조사를 통해 대상자가 선정되며, 1인가구 454.63 EURO 이하, 2인가구 778.32 EURO 이하(2010년 기준)의 경우 혜택을 받을 수 있다. 2009년 CMU-C 혜택을 받은 대상자는 프랑스 본토 3,579,141명(5.7%)와 프랑스 영토 거주자 577,886명(31.9%)로 전체 4,157,027명으로 전체인구 64,628,151명의 6.4%가 혜택을 보고 있음.
- 대상자 비율은 2006년 6.8%, 2007년 6.8% 그리고 2008년 6.5%보다 줄어드는 추세를 보임²⁾.

1) www.france-poverty.com 자료 참조(2010년 11월 29일 검색기준)

2) http://www.cmu.fr/userdocs/RSA_CMU.pdf 자료 참조

- 보험료는 과세소득 가구당 연간 8,644유로 이상인 경우, 초과금액에 대해 연간 8% 보험료가 부과되며, 8,644유로 이하인 자의 경우, RMI 최저생활 보장수급자, CMU 보충보험 수급자는 보험료가 면제됨.
- 보충보험이 없다면 근로자 일반 제도에서의 후불상환율과 동일함.

□ CMU 보충보험의 수혜자는 2007년 기준 489만명이며, 이는 전체 인구 중 7.7%를 차지하는 것이며 시행초기부터 약 480만명 정도였으며, RMI, 임시 혹은 시간제 근로자, 실업자, 16세 이상 탈선 청소년과 편부모 청소년이 주로 대상임.

<표-1> CMU 보충급여 대상자 연도별 추이

구분		2006년		2007년		2008년		2009년	
		대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율
프랑스 본토	CMU	3,826,760	6.1%	3,821,019	6.1%	3,637,333	5.8%	3,579,141	5.7%
	총인구	62,817,120		62,809,976		62,817,120		62,817,120	
프랑스 령	CMU	587,285	32.4%	590,048	32.6%	575,147	31.8%	577,886	31.9%
	총인구	1,811,031		1,811,031		1,811,031		1,811,031	
총합계	CMU	4,414,045	6.8%	4,411,067	6.8%	4,212,480	6.5%	4,157,027	6.4%
	총인구	64,628,151		64,621,007		64,628,151		64,628,151	

자료: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75>

□ CMU의 재정규모는 2009년 기준 연 1,870백만 유로이며, 재원은 2008년기준 술, 담배에 대한 세금, 기부금, 보험료수입을 들 수 있음.

<표-2> CMU 연도별 재정현황

(단위: 백만 EURO)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
수입	1047	1206	1532	1358	1530	1418	1524	1595	1452	1870
지출	1013	1371	1355	1475	1455	1374	1555	1559	1423	1851
당기수지	34	-165	177	117	75	44	-31	36	29	19
누적수지	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101

자료: http://www.cmu.fr/userdocs/231-1_2010.pdf

□ 건강보험의 수입구조는 보험료 약 41.7%, 조세 및 준조세 40.2%, 기타 18.1%로 총

156,903백만파운드 정도임.

<벨기에>

- 벨기에의 보건의료 시스템은 이해당사자간의 협상과 합의에 의해 이루어짐
 - 정부 당국과 질병금고, 가입자 대표들이 건강보험과 보험재정에 관한 문제들을 주로 결정하며 일부 중요한 문제는 국회에서 다루어지며 의료공급자와 질병금고 간의 합의를 통해 결정되기도 함.

- 의료정책의 책임은 연방정부와 지역정부와 커뮤니티가 공유하고 있는데 연방정부는 주로 건강보험에 대한 규제와 재정에 관한 문제, 지역정부와 커뮤니티는 건강증진과 예방, daltksqn 및 어린이 건강 관리 서비스, 노인요양서비스, Home care, 일차의료에 대한 조정과 협의, 시설 인증 기준에 대한 관리, 병원 투자에 대한 재정문제를 담당함.

- 건강보험은 6개의 사립 비영리 질병금고에 의하여 구성되며 단일한 국가차원의 공공 질병금고연합을 두고 있음.
 - 질병금고의 가장 중요한 역할은 의료 서비스 급여비를 지불하는 것이며 또한 건강 및 장애보험협회(NIHDI-RIZIV-INAMI, 이후 INAMI)에 질병금고 대표로서 참여하는 것임.

- INAMI는 1963년 Leburton's Law에 의해 질병상해금고를 대체하여 새롭게 설립된 기관으로 1993년과 1994년 재정적 책임에 대한 시스템의 도입과 관리방안을 개선시킨데 이어 2001년부터는 INAMI의 의료의 접근성과 재정 건정성에 대한 지속적인 개혁을 시도하고 있음.

- INAMI는 벨기에 건강보험의 실질적인 관리기능을 하는 정부산하기관으로 사회보장부의 감독을 받음.

- 벨기에의 건강보험은 환자가 의료서비스에 대해 우선적으로 지출하고 그 지출분에 대해 건강보험재정(Health insurance funds)에서 보상하는 진료비 상환제도(reimbursement

system)을 따르고 있으며, 벨기에 건강보험체제에 대한 규제는 연방정부와 연방정부 사회보장부로부터 권한을 위임받은 INAMI에서 담당하고 있음.

○ 연방정부의 사회보장부는 병원 및 의료공급자들의 예산 및 인가 등에 대한 병원법을 시행하고, 건강보험 법률 시행, 보건의료기술을 통제하는 등의 규제를 담당하고 있음.

– 즉, 사회보장부는 사회보장제도를 총괄하고 INAMI를 감독하는 기능을 함.

– 공공의료보험의 일반적인 조직과 재정 관리 및 데이터베이스 구축 관리는 INAMI에 의해 실질적으로 관리되고 있음.

□ 벨기에 건강보험체제의 실질적인 집행은 Mutualities에 의해 이루어지는데, 이들은 INAMI로부터 재정을 배분 받아 급여를 지급하고, 수가협상 참여, 가입자 대상 건강증진 정보 등을 제공하는 역할을 하며, 의료서비스가 실제로 이루어졌는지 과잉진료의 여부 및 행정적인 통제와 감시는 Mutualities와 INAMI에 의해 이루어짐.

□ 2008년 1월 1일부터는 자영업자를 포함한 모든 가입자에게 동일한 보험 급여 혜택을 주고 있음.

○ 자영업자의 경우 2007년까지는 중요 질병에 대해서만 보험이 적용되었음.

○ 사회보장 카드가 주어져 의료서비스를 제공받을 경우 기본 정보가 확인 가능함.

○ 한국의 경우에도 의료정보화 시스템의 도입을 논의 중에 있으나 개인정보 유출문제가 제기되고 있음. 안전한 정보망 시스템의 구축이 선행되어야 할 것임.

□ 벨기에 지불체제는 개별의사에게는 기본적으로 행위별수가제이며 병원에 대해서는 총액 예산제를 적용하고 있으며, 의사단체와 질병금고의 협상으로 수가를 결정하고 있음.

○ 병원에 대해서는 병원에서 일하는 전문의의 경우 행위별수가제로 개별 지급하며, 병원의 진료비용은 DRG를 기반으로 한 총액 예산제로 지급하고 자본투자 경상 운영 비용 등은 일정액의 총액 예산으로 보상하고 있음.

○ 총액예산은 보험자, 감독기구, 정부가 예산안을 도출하고 매년 공급자와 협상을 통해 결정되고 있으며 총액은 GDP증가율인 4.5%를 기준으로 인플레이션이나 기타 요소를 참조하여 결정되고 있으며, 특별한 경우를 제외하고는 공급자와 협상이 타결되고 있음.

- 의료시설 및 자원관리와 관련하여 1973년 필수적인 병원 관리 제도가 도입되어 병상수 급증에 따른 문제를 해결하였고 이후 병원에서 제공하는 서비스는 병원계획체계를 따라야 병원 인증을 받을 수 있도록 하였음.
 - 병원의 효율성을 높이기 위한 인센티브 부여의 일환으로 1994년 DRGs를 병원 영역에 도입하게 되었는데 1995년에는 성이나 연령과 같은 환자의 특성에 기반하여 병원예산을 결정하는 기전을 마련하였고 병원의 성과는 국가 전체의 평균 재원일수와 해당 병원의 것을 비교하여 이루어지게 되어 평균보다 재원일수가 많은 병원은 예산이 삭감되고 낮은 병원은 증가해주게 됨.

- 보건의료인력에 대해서 대략적으로 살펴보면 다음과 같음.
 - 2008년 기준 인구 1000명당 활동 의사 2.9명, 간호사 9.2명, 치과의사 0.72명, 약사 1.2명으로 나타났으며, 의사수의 경우 EU15평균인 3.5보다 다소 작은 수준임.
 - 벨기에의 의과대학은 2011년부터 6년 과정으로 개편되었으며, 기초 과학 등 학사학위를 취득 후에 전문 석사과정을 이수 6년의 과정후에 의사학위를 받게 되며 과거 15년 동안 연간 약 1,100명 정도가 의사학위를 받으며 약학대학과 치과대학은 5년 과정임.

- 벨기에는 적정 의료인력을 관리하기 위해 과잉공급 억제책으로 의과대학을 입학한다고 하더라도 모두 다 GP나 전문의 프로그램 이수할 수 없도록 하는 졸업정원제를 실시하게 되었는데 이는 치과의사의 경우도 마찬가지임. 이에 따라 원하는 사람은 모두 의과대학에 입학할 수 있으나 3년의 수업결과에 따라 추후 과정 진학가능 여부가 결정됨.

- 전체 병원수는 1980년 521개, 2000년 223개, 2008년 현재 207개로 지속적으로 감소하고 있는 추세이며, 인구 1000명당 전체 병상수는 6.6병상이며, 급성기 병상수는 4.8병상, 정신과 병상수는 1.5병상으로 OECD 평균보다 다소 높은 수준임.

- 고가의료장비도입은 지방정부의 허가사항으로 일정 기준을 충족시켜야 하며, 기준 미충족 시 해당 의료장비 사용으로 인한 급여비 지불은 거절됨.

- 보장성과 관련하여 벨기에는 예외적으로 높은 의료비 지출에 대한 추가적인 안전망체계 (protection mechanisms)를 가지고 있음.
 - 만성적인 질환을 앓는 환자의 경우 취약계층으로 전락하기 쉬우며 이들은 추가적인 의료보호가 필요할 수 있으며, 이에 벨기에 건강보험체제에서는 만성질환 등을 앓는 환자 등을 위한 시스템으로 the maximum billing(MAB), the Omio statute, the system of preferential treatment(BIM),the regulation on orphan drugs and the Special Solidarity Fund(FSS)가 운영되고 있음.

- 건강보험 재정(글로벌 매니지먼트, 예산 각출 방안)과 비용의 통제에 관해 주로 발표 및 토의가 이루어 짐.

<표-3> 벨기에 연령별 인구분포

	2003	2010	2020	2030
0-19	2.407.000	2.352.000	2.275.000	2.273.000
20-59	5.700.000	5.682.000	5.534.000	5.288.000
60+	2.261.000	2.486.000	2.904.000	3.327.000
Total	10.368.000	10.520.000	10.713.000	10.888.000

- 벨기에의 인구분포를 나이분포로 구별해서 보면, 2010년 기준 천만이 넘어서고 있으며 2003년에서 2030 예상인구분포를 살펴보면 0세에서 19세까지는 인구가 감소할 것으로 예상되는 반면 고령화와 관련되어 있는 60세 이상은 줄어들고 있음.
 - 이것은 세금을 각출할 수 있는 비율이 줄어들고 의료비 지출이 증가할 것을 의미함.
 - 일반적으로 고령화를 볼 때 65세 이상을 기준으로 하지만 발표자료에서 60세이상으로 나눈 이유는 56세부터 59세까지의 +4,-4까지가 다소 critical하게 나왔기 때문임. 또한, 56세부터 조기은퇴하는 경우가 많은 것을 고려함.
 - (배경택) 최근 한국도 전체인구 중 65세 이상인구가 10%를 넘어가는 등 벨기에와 동일한 문제점을 가지고 있음.
 - 벨기에는 출산율이 낮기 때문에 북아프리카 등에서 젊은 세대가 유입되어 노동력을 채우고 있다. 이러한 글로벌적인 노동유입을 건강보험 시스템에 적용함.

- 건강보험 재정의 경우, NSSO을 통한 사회보장기여금, 부가가치세 등의 세금 및 보험회

사나 제약회사의 기여금으로 이루어짐.

- 건강보험의 경우 근로자는 임금의 3.55%을 부담하고 사용자는 임금의 3.80%을 부담하고 있음.

<표-4> 벨기에 건강보험 재정 재원조달

Year 2010	In billions of €	In %
Global management	23.035	82.7
VAT/Excises	2.468	8.9
Contributions pensioners and others	864	3.1
Insurance companies	733	2.6
Taxes on pharmaceutical products	255	0.9
External transfers	479	1.7
Others	30	0.1
	27.864	100

- 글로벌 매니지먼트를 어떤 식으로 하는지 도표로 보면 알 수 있음.(회의자료 p8참조)
- 월급생활자와 자영업자가 같은 맥락으로 적용될 수 있으며, 개개인에게서 각출받는 재정, 대체재정, 국고지원에서 재정을 조달받으며, ONSS에서는 이 세 파트에서 조달받는 모든 재정을 모으는 역할을 하지만, 지출은 담당하지 않음.
 - ONSS가 재정을 끌어들이면 ONP에서는 연금만을, ONAFTS는 양육비만을 INAMI는 건강보험만을 지원함.
 - 이러한 글로벌 매니지먼트의 장점은 특정 파트의 재정적자를 줄일 수 있다는 것임.
 - ONAFTS에서 양육비 지원의 금액을 예측한 후 ONSS에게 필요한 재정할 지원을 규모를 알려줌.
 - 연금관리공단과 양육비지원관리공단에는 직접 국민들에게 지급하지만 건강보험관리 공단은 각각 지급하는 기관이 따로 있어서 각 기관에서 국민들에게 지급함.
- 건강보험에서 두 그룹으로 나뉘어 짐.
 - ONSS : 봉급생활자와 공무원을 포함한(3.623.000명) - 사회보장제가 통합되어 소득에서 원천징수하여 근로자가 소득의 13.07%를 부담하고 고용주가 소득의 24.77%를 납부함.
 - INASTIO : 자영업자(860.000 명) - 참조년도(3년전)의 소득에 따라 납부함.

- 본인부담금의 경우 정액, 정률 부담을 통해서 의료재원 분담하며 의원급의 경우 외래는 보통 25%를 본인부담함, 그러나 전체서비스 중 8.5%정도만 본인부담이 있고 나머지는 100% 상환하며 본인부담한도제로 연간본인부담금 한도 초과분은 면제함.
- 지급방식으로는 직접지급과 보험자 지급방식이 있음.
 - 직접지급은 환자가 일단 직접 모든 비용을 공급자에게 지불하고 질병금고로부터 해당 비용에 대하여 일정부분 환급받는 방식이며 GP와 전문의 등 개별의사에 적용가능함.
 - 보험자 지급방식은 질병금고가 공급자에게 직접 급여를 지급하고 환자는 환자본인부담금과 급여되지 않은 항목에 대한 비용만은 지불하는 방식이며 이는 병원에 적용됨.
- 벨기에의 경우, 월급생활자나 자영업자에게 거둬들일 수 있는 보험료가 2008년 기준 64.1% 밖에 지나지 않음.
 - 이 재정만으로는 지속성을 가질 수 없으며 이는 벨기에 뿐만 아니라 유럽권 전역에서 가진 문제점임.
 - 건강보험이 보장되는 부분, 연금, 양육비 지원의 지출을 보면 2008년 기준 660억 정도이며 이는 국고지원이 필요함을 의미하며 2008년 기준 국고지원 비율은 10.6% 정도임.
 - 나머지 필요한 재정을 채우는 대체재정으로 충당함.
- 대체재정에 대한 부과적 설명.
 - 2008년 기준으로 재정 중 보험료는 60.81%, 국고지원이 23.40%, 대체재정이 15.07%정도임.
 - 대체재정은 나라가 지원하는 것이 아닌 조세의 개념으로 이해할 수 있는데, 대다수의 국민들에게 일반적으로 작은 비율의 세금을 부과하는 방식이며, 벨기에의 경우 전국민 건강보험 가입으로 대체재정이 비교적 쉽게 이루어 질 수 있음.
 - 대체재정의 예를 들어 보자면, 건강과 관련된 조세를 생각해보자면 자동차 매연에 대체재정금을 부과하는 방안을 들 수 있음.
 - 자동차 매연이 건강에 악영향을 미치는 것 등 결국 건강문제과 밀접한 관련이 있

는데, 이 경우 자동차에 세금을 매겨 이 세금분은 정부로 가지 않고 ONSS로 하여금 직접 재정을 구축하게 함.

- 또한 건강과 관련해서 이익을 내는 의약업계에 세금을 내게 하는 방안도 도입중인데, 의약업체는 보험지급액이 많아 질 때 의약업체로부터 받는 이익도 많아지는 상호작용이 있음.
 - 우리나라도 담배세가 존재함. 벨기에의 경우 ONSS가 담배에 세금을 거둬서 연금, 양육비, 건강보험에 지출하기 때문에 순전히 담배세가 건강보험재정에 충당되는 것은 아님.
- 수가와 관련하여 개원의, 병원의 전문의에 대한 수가는 국가적으로 INAMI에서 의사대표와 질병금고간 대표간의 협상에 의하여 2년에 한번씩 결정되며 보건부장관의 최종 승낙을 거쳐 공표되게 됨.
- 이와 같은 합의사항에 대해서 영향을 받게 되는 의사의 40% 이상이 거부하거나 GP의 50%와 전문의의 50%이상이 거부하지 않는 한 시행에 들어가게 됨.
 - 협상결과가 거부될 때에는 정부는 세 가지의 옵션을 가지게 됨
 - 일방적으로 일부 또는 전체에 대하여 수가 결정
 - 새로운 협상안을 제시
 - 전체 총액을 제한하고, 의사들이 세부 항목에 대한 수가를 스스로 정하도록 함.
- 벨기에 건강보험개혁동향
- 의료서비스의 접근성을 강화하고 보장성을 넓히기 위한 방안을 지속적으로 마련하고 있음.
 - 중요 질병에 대해서만 보험이 적용되었던 자영업자들의 보장성을 강화함.
 - 일정 고정소득 이하의 사람에게 OMNIO 시스템의 적용범위를 확대함.
 - 2009년 5월부터 2인실 병실 공급수와 특정 환자에 대한 day hospitalization을 제한함. 2010년 1월에 2인실 병실 공급을 폐지함.
 - 만성질환을 가진 환자들에 대한 보장을 지속적으로 확대함.(Launch of the Plan for the Chronically III 2009-2010 참조)
 - 건강보험 체제의 지속적인 평가와 의료공급자로 하여금 책임감을 가지게 하는 등 의료보장성의 질을 개선하기 위한 방안이 마련되고 있음.
 - 보건의료 시스템의 평가에 대한 보고서를 지속적으로 제공하고 있음.(1st report

June 2010)

- 처방전에 대한 피드백이 이루어지게 하는 등 처방전 작성에 대한 개선방안이 마련되고 있으며, 의료행위에 대한 평가와 조사부서가 마련되어 체계적인 보건의료 시스템 평가가 가능하게 함.
- 건강보험 시스템의 지속가능성을 위하여 약가 정책에 대한 개혁을 진행 중임.
 - 총액관리방안의 수단으로, 약제비 예산제에 따른 환급제를 시행하고 있으며, 약제비 총액 예산제에 따라 예산 초과시 예산결손액의 일부를 제약사에서 환불하는 제도를 시행하고 있음.
 - 2007년부터 고령화사회에 대응하기 위한 재정 마련
 -

<NIHDI와의 향후 연계 방안>

- 한국과 벨기에 건강보험공단은 지속적인 유대관계를 쌓아오고 있음.
- 이제 단순히 방문 및 접촉횟수를 늘리는 것보다는 체계화되고 질적으로 제고된 상호협력의 필요함.
 - 최근 한국 대표단의 당기관에 대한 방문 사례가 늘어나고 있는 데 비해, 방문결과에 대한 feed back 부족, 유사한 목적의 방문요청 등 일회성으로 진행되고 있음.
 - 이와 관련한 개선방안에 대한 논의가 필요하며, 방문관련 접촉창구를 단일화시킬 필요가 있음.
- 벨기에 건강보험공단과의 MOU 체결등 구체적 협력방안 마련 필요
- 보건복지부 또는 한국보건사회연구원, 국민건강보험관리공단과의 MOU 체결을 검토할 수 있음
- 하지만, 보건복지부와 MOU 체결은 양기관의 격이 맞지 않으므로 한국보건사회연구원 또는 국민건강보험관리공단과의 MOU 체결을 검토할 필요가 있음.
- 향후 벨기에 건강보험공단에 대한 방문은 개별적 접촉으로 인한 방문보다는 한국대사관을 통한 방문을 통해 중복적인 소모적인 방문을 피하고 필요시 벨기에 건강보험공단관계자를 초청하여 양국제도에 대한 이해를 제고시킬 필요가 있음.