

필리핀 의료보험 역량강화사업

타당성조사 결과보고서

2013. 2.

KOICA 

한국국제협력단

목 차

보고서 요약

I. 서 론

1. 요청사업 개요
2. 사업의 배경 및 경위
3. 사전조사의 목적 및 필요성
4. 사전조사 방법

II. 의료보험의 이론과 현황

1. 의료보장제도의 구조
2. 의의와 한계
3. 요소별 주요 고려사항

III. 사업대상국의 관련 현황

1. 수원국의 현황분석
2. 필리핀 의료보장체계 현황

IV. 사업타당성 분석

1. 기술적 타당성
2. 경제적 타당성
3. 사회·문화적 타당성
4. 수원국의 추진의지
5. 기타 고려사항(젠더, 지속 가능성, 사업용이성 측면 등)
6. 이해관계자 분석
7. SWOT 분석
8. 위험관리 분석

V. 사업수행계획

1. 기본방향
2. 사업관리 및 수행체계
3. 추진전략
4. 사업구성요소 및 사업부문별 지원계획
5. 사업수행주체별 지원계획

6. 세부일정 및 예산계획

IX. 결론과 제언

1. 사업의 적절성
2. 사업의 위험요소
3. 사업의 성공을 위한 제언

첨부

보고서 요약

Philhealth에서 e-claim system 의 확산을 위한 인프라 및 기술지원을 요청하여 이의 타당성을 검토하였음. Philhealth에서는 2년 전 이미 web service를 위한 자체적인 interface를 구축한 바 있고, 4개월 전부터 병원에서 간편하게 web service와 연결할 수 있는 e-claim service를 구축하여 운영 중에 있음. 이에 이 두 시스템의 운영을 확산할 수 있는 hardware의 추가 구축과 이 hardware를 운영할 인력에 대한 기술지원을 요청한 것임.

현재 PhilHealth에서 개발하여 확산하고자 하고 있는 전자청구시스템에 대한 시설 및 인력 등 인프라 지원은 불가함. 다만, 다음 단계의 전자청구시스템의 개발에 대한 기술지원을 하고, 저소득층의 의료보험 참여를 확대하기 위하여 보험급여범위 확대를 통한 건강보험의 실제적인 보장성 강화 등을 위한 기술지원 및 정책자문 등 필요

I. 서론

1. 요청사업 개요

사업명	국문	PhilHealth E-Claim System강화를 통한 필리핀 의료보험체계 역량강화사업 (안)		
	영문	PhilHealth E-Claiming System Strengthening Project (To be confirmed)		
국명	필리핀		분야	보건
구분	내용			
사업목표	필리핀 국영의료보험기관인 PhilHealth의 전자청구시스템(E-Claiming System)의 개발과 인프라구축을 통한 필리핀 의료보험체계 역량강화 및 실질적 의료보험가입율과 이용률 증가를 통한 국민보건의료접근성 향상			
사업 내역	아국	기존 의료보험 IT 인프라 및 E-Claim System 진단	-기초인구, 의료인프라, 질병률, 소득수준, 지역의료보험 가입률, 의료서비스 이용률 등 기초 상황조사	
		의료서비스 제공 의료기관 네트워크 구축 및 IT 인프라 개발	-E-Claiming System, EMR, OCS 등 PhilHealth 업무 전산화를 위한 시스템 컨설팅, Technical Assistance -각 단계별 IT 시설, 인력 등 필요 인프라 구축	
		보험전문가 등 인적 역량강화	-의료보험가입자관리 및 이용률 확대를 위한 의료보험 경제전문가 교육 -의료보험실무담당자 및 전문인력 양성	
		의료보험 가입자 통계시스템 구축	-전체 의료보험가입자의 정보 관리 및 통계시스템 구축	
	수원국	전자청구시스템 인프라구축	-E-Claim System 확대를 위한 인프라구축 및 프로그램 이용확대	
		전문교육확대	- E-Claim System 확대 및 인프라구축을 위한 전문교육 실시	
사업대상지	PhilHealth			
규모/기간	300만불/2013-2015			
수혜자	PhilHealth 및 가입자(?)			
기대효과	필리핀 PhilHealth의 전자청구시스템의 강화를 통한 가입자의 편의성 증가 및 이용률 증가, PhilHealth가입 의료기관의 청구편의를 통한 의료기관의 이용률 증가 및 의료기관의 EMR, OCS 시스템 도입을 위한 IT 인프라 구축의 계기 마련			
시행 기관	아국	한국국제협력단 (KOICA)		
	수원국	필리핀 PhilHealth, DOH (Department of Health)		

2. 사업의 배경 및 경위

현재 Philhealth에 가입되어 있는 가입자는 총인구대비 등록된 회원 2,974만명, 피부양자 5,266만 명으로 총 8,241만 명임. 이는 총 인구 대비 약 86%의 가입율로 볼 수 있음. 다만, 이들 중 보험료 납입 여부에 따라 회원의 자격이 활성화 될 수 있고 불활성화 될 수 있어 가입율에 대한 통계가 조사시점에 따라 40%라는 보고도 있음. 서비스를 제공하고 있는 의료제공자는 전체 의료제공자의 약 90%인 1,000여개에 달하고 있으나, 이들 중 Philhealth가 개발한 e-claim service를 사용하고 있는 기관의 수는 소수에 불과하고, 자체적으로 개발하여 사용하는 경우가 82개, 보건부가 개발한 프로그램(HOMIS)을 사용하고 있거나 사용할 예정인 기관이 83개, 그리고 나머지 1,000여개의 대부분의 기관은 민간청구대행업체 (HITP, Health Information Technology Provider)들의 서비스를 이용할 것으로 보임.

Philhealth에서 e-claim system 의 확산을 위한 인프라 및 기술지원을 요청하여 이의 타당성을 검토하였음. Philhealth에서는 2년 전 이미 web service를 위한 자체적인 interface를 구축한 바 있고, 4개월 전부터 병원 에서 간편하게 web service와 연결할 수 있는 e-claim service를 구축하여 운영 중에 있음. 이에 이 두 시스템의 운영을 확산할 수 있는 hardware의 추가 구축과 이 hardware를 운영할 인력에 대한 기술지원을 요청한 것임.

3. 사전조사의 목적 및 필요성

필리핀 보건부가 요청한 “PhilHealth E-Claim System강화를 통한 필리핀 의료보험체계 역량강화사업”의 필요성 및 타당성 조사를 통하여 사업 지원여부 및 향후 사업의 방향을 결정하고자 함

4. 사전조사 방법

가. 타당성조사 기간: 2013. 2.19 (화) – 2013.2.23 (토)

나. 대상지역: Manila, Philippines

다. 실시협의단 구성

구분	성명	소속 및 지위	임무
KOICA	김영란	필리핀 사무소 부소장	사전조사 총괄
	채정원	동남아시아 1팀 직원	역할조율 및 조사활동 수행
	Eden	필리핀 사무소 직원	면담대상 기관간 일정조율 및 현지조사 수행
외부전문가	김소윤	연세대 보건대학원교수	경제적타당성 및 파급력 검토
	김대중	한국보건사회연구원 연구위원	현행 의료보험체계 효율성 및 보완가능성 검토
	김은미	MSH/Nicholas Hall 컨설턴트	현행 의료보험체계 역량강화사업 적정 수행방안검토

마. 활동일정

비고	활동내용
2.19 (화)	<ul style="list-style-type: none"> - GIZ 필리핀 사무소 방문 <li style="padding-left: 20px;">GIZ에서 수행한 PhilHealth의 사업에 대한 경험 공유 및 향후 계획 질의 - JICA 필리핀 사무소 방문 <li style="padding-left: 20px;">JICA의 PhilHealth지원사업 계획 및 향후 협력가능성 논의
2.20 (수)	<ul style="list-style-type: none"> - PhilHealth 본사 방문 <li style="padding-left: 20px;">PhilHealth의 E-Claim 사업에 대한소개 <li style="padding-left: 20px;">PhilHealth의 기존 보험청구절차 조사 - PhilHealth Branch Office 방문 <li style="padding-left: 20px;">현재 PhilHealth 가입자 및 가입의료기관의 가입, 이용, 청구 프로세스 관찰 -QMMC (Quirino Memorial Medical Center) 방문 <li style="padding-left: 20px;">DOH 의료기관의 전자의료정보관리 시스템 (HOMIS)을 이용한 전자의료보험청구 (E-Claim Module1) 프로세스 관찰
2.21 (목)	<ul style="list-style-type: none"> - WPRO 면담 <li style="padding-left: 20px;">PhilHealth의 리더쉽변경에 따른 정치적 수행능력 및 의지에 관한 조사 <li style="padding-left: 20px;">PhilHealth와 DOH와의 협력현황 및 향후E-Claim 사업에 대한 법률적, 행정적 지원에 대한 가능성 조사 <li style="padding-left: 20px;">전자청구대행업체조합인HITP (Health Information Technology Partners)에 대한 정확한 실체파악을 위한 지원 요청
2.22 (금)	<ul style="list-style-type: none"> - 필리핀 PhilHealth IT 담당자, 국제업무 담당자와 Wrap-Up 회의 및 향후 Follow-Up일정 조정 <li style="padding-left: 20px;">KOICA의 사업발굴 및 지원지침 소개 (CPS, PDP 부합여부) <li style="padding-left: 20px;">KOICA팀의 타당성 조사내용에 대한 확인 및 추가내용 질의 <li style="padding-left: 20px;">KOICA팀의 향후 적정수행방안 가능성 제안 및 토의 <li style="padding-left: 20px;">타당성조사를 위한 추가자료 요청
2.23 (토)	<ul style="list-style-type: none"> - 보고서 작성 - 인천공항도착 (04:00 am)

II. 의료보장의 이론과 현황

1. 의료보장제도의 구조

의료보장체계의 목적은 일차적으로 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 데 목적이 있다. 구조적으로 의료보장체계는 가입자와 관리자 그리고 보건의료서비스 제공자로 구성되어있으며, 관리자는 가입자와 보건의료서비스 제공자를 매개하는 역할을 하고 있다.

의료보장을 위한 재원은 조세를 통한 총당과 보험료 징수를 통한 의료보험방식으로 크게 대별할 수 있다. 독일을 비롯한 서유럽국가에서 자발적으로 시작한 현재의 보험제도의 기본 뿌리는 길드처럼 동종업종에 종사하는 종사자들이 질병발생으로 인한 소득감소에 대비하기 위한 필요에서 발생하였다. 특히 산업혁명이후 근대적 의미의 임금노동자들이 급증하면서 의료보험제도가 활발하게 확산되었는데 주로 노동자와 고용주가 기여(contribution)을 분담하고, 관리운영도 양자가 참여하여 자발적으로 운영하는 형태로 발전하였다. 한편, 영국을 비롯하여, 북유럽, 러시아 등의 국가에서 국가주도형으로 국가가 직접 운영하는 형태의 의료보장제도가 또 하나의 전통을 형성하고 있다. 병원을 포함한 의료서비스 제공기관의 기원이 빈민을 구제하는 목적으로 설립되어 발전하였고 스웨덴의 1928년 병원법(Hospital Act) 사례처럼 정부가 주민의 입원서비스를 담당할 법적 책임을 지게하고, 이를 위한 재원은 조세에서 총당하였다. 영국의 경우도 초기에는 독일을 모델로 하여 의료보험 방식으로 시작하였으나, 제2차 세계대전 발발로 재정측면에서 공인조합의 재정상황이 크게 악화되고, 건강보장 이용자의 요구를 충족할 수 없게 되자, 1948년 국가공영체계인 국가보건서비스(National Health Service, NHS)를 수립하였다. 국가공영체계가 되기 때문에 조세를 기반으로 무상진료를 보장하고 있다.

2. 의의와 한계

필리핀을 비롯한 개발도상국가들의 건강보장체계는 식민지 모국 또는 개발도상국가와 역사적인 유대관계가 깊은 선진국가의 체도가 결정적인 영향을 미친다는 것이 특징이다. 그러나 이들 선진국가들과 병원 등 의료기관 공급자수를 포함한 보건의료의 하부구조가 상이하기 때문에 개발도상국가에 맞는 의료보장체계의 개발이 필요하다. 일반적으로 개발도상국가들의 전략은 조세를 바탕으로 공공자원을 활용하여 국가나 보험자가 직접 시설 등 자원을 개발하는 전략이고, 또 다른 하나는 일부 대상자(예를 들면 도시 대기업 노동자) 우선 대상으로 하고, 이후 확대하는 점진적 전략을 취할 수 있다.

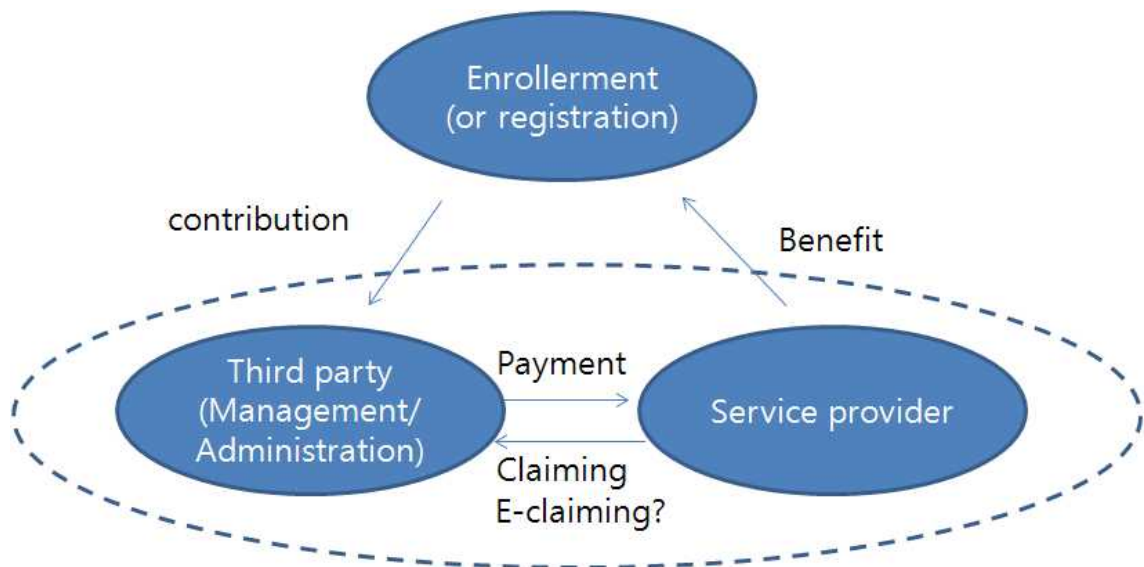
우리나라의 경우에도 1963년 의료보험법이 제정이 되었지만, 1977년까지 임의 적용방식으로 의료보장이 운영이 되다가, 1977년이 되어서야 정부가 500인 이상의 사업장을 대상으로 정부가 강제적용하면서 점진적으로 의료보장을 확대해 나갔다.

의료보장제도의 발생기원에서 살펴보았듯이, 의료보장제도는 농업노동의 감소, 도시화, 노동과 생산수단의 분리, 노동계급의 성장 등을 배경으로 발전하였다. 근본적으로 개인과 가족차원에서 가족관계가 느슨해지고, 전통적인 방식으로는 가족 구성원 또는 이웃으로부터 구호의 필요가 발생할 때 구제할 수 없는 한계와 어려움이 건강보장이 필요하게 된 이유라 할 수 있다. 또한 산업화가 효율적인 관료체제가 만들어지고, 조직화된 노동자와 관료체제 간의 의사소통이 활발해지면서 의료보장이 발전할 수 있는 토대가 마련이 되었다. 즉, 의료보장운영체제의 효율성, 조직화된 노동자의 존재 등이 의료보장제도가 발전할 수 있는 필요조건이 된다. 다음장에서 살펴볼 의료보장체계를 구성하는 각 요소들 간의 긴밀한 상호작용이 의료보장체계의 효과성, 효율성 그리고 형평성 등을 보장할 수 있을 것이라는 것은 분명한 사실이다.

3. 요소별 주요 고려사항

건강보장체제의 구성요소를 요약해보면 가입자(대상자), 관리자, 보건의료서비스 제공자로 나눌 수 있다(그림 1). 여기서 관리자는 정부나 보험자가 그 역할을 담당하며, 가입자와 보건의료제공자를 매개하고 체계의 운영전반을 책임진다.

<그림1> 의료보험체제의 구성요소



가입자(대상자)는 조세 또는 공공보험료의 형태로 재원을 제공한다. 이를 구분하여 기여금(contribution)과 보험료(premium)을 구분해서 쓰기도 하나 큰 차이는 없다. 급여(benefit)은 자격을 갖춘 대상자에게 돈이나 서비스의 형태로 혜택을 제공하는 것을 말하는 것으로 전자의 경우 현금급여, 후자의 경우 현물급여라 불린다. 상병수당이 대표적인 현금 급여이고, 의료서비스는 대표적인 현물급여이다.

가입자와 의료서비스를 매개하는 의료보장체제의 관리자는 서비스제공

자와 통합되어 있는 경우도 있으나 대부분의 경우 분리되어, 서비스제공자가 제공하는 서비스에 대한 대가를 관리자가 지불하게 된다. 이 관리자는 서비스제공자도 아니고 이용자도 아닌 제3자가 비용을 지불하기 때문에 '제3자 지불자(third party payer'라고도 불린다. 관리자의 중요한 역할은 가입자관리와 재정관리, 급여 관리 등으로 나눌 수 있다.

Ⅲ. 사업대상국의 관련 현황

1. 수원국의 보건 의료 현황

1.1 필리핀의 보건 의료 관련 환경 분석

1) 필리핀의 경제 및 정치 구조

○ 필리핀의 2011년 GDP규모는 경상수지 기준으로 약 224,753백만불로 인당 GDP로 환산하면 약 2,369달러에 이른다. 산업에서는 농업이 차지하는 비중이 전체 GDP의 약 12.79%, 제조업이 21.04%, 서비스업이 55.81%로 서비스업 중심의 산업구조를 갖추고 있음

○ 2011년 실업률은 7.4%이고, 인플레이션율도 4.65%로 비교적 거시 경제변수는 안정화되어 있는 것을 확인할 수 있다. 하루 수입이 1.25달러 미만인 인구는 전체 인구의 18.43%(2009년 기준), 하루 수입이 2달러 미만인 인구는 전체 인구의 41.53%로 빈곤층의 비중이 높은 편임

<표> 필리핀의 경제 개요

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
GDP (current US Million\$)	81,026	103,065	122,210	149,359	173,602	168,333	199,589	224,753
GDP per capita (current US\$)	1048.07	1204.80	1402.85	1684.78	1925.21	1835.64	2140.12	2369.52
Agriculture, value added (% of GDP)	13.97	12.66	12.37	12.50	13.24	13.08	12.31	12.79
Manufacturing, value added (% of GDP)	24.47	24.05	23.62	22.74	22.81	21.26	21.44	21.04
Services, etc., value added (% of GDP)	51.58	53.50	54.14	54.45	53.88	55.21	55.12	55.81
Urban population (% of total)	47.99	48.03	48.16	48.28	48.40	48.53	48.65	48.89
Unemployment, total (% of total labor force)	11.20	7.70	8.00	7.40	7.30	7.50	7.40	
Inflation, consumer	3.95	6.52	5.49	2.90	8.26	4.13	3.88	4.65

prices (annual %)								
Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	22.45		22.62			18.42		
Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population)	44.83		45.04			41.53		

자료: World bank 2012

2) 필리핀의 건강수준

○ 필리핀 국민의 건강수준을 가늠할 수 있는 변수로 출생시 기대여명, 사망률을 파악한 결과, 출생시 기대수명은 68.76세임

○ 여성 사망률은 여성 1000명당 144.8명, 남성사망율은 남성 1000명당 261명. 5세미만 아동의 사망률은 인구 천명당 25.4명.

<표> 필리핀의 건강지수

Indicator Name	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Life expectancy at birth, total (years)	66.80	67.45	67.60	67.78	67.99	68.23	68.48	68.76
Mortality rate, adult, female (per 1,000 female adults)	166.5	157.6	155.8	154.1	151.0	147.9	144.8	
Mortality rate, adult, male (per 1,000 male adults)	279.9	277.4	277.0	276.5	271.6	266.8	261.9	
Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)	38.8	32	30.7	29.5	28.5	27.4	26.4	25.4

자료: Worldbank 2012

3) 국민의료비 지출(health expenditure)

○ 필리핀의 인당 연간 의료비지출은 2010년 현재 77.33불에 달한다. GDP대비 국민의료비 비중은 3.61%이고, GDP 대비 민간의료비 비중은 2.34%, 공공의료비 비중은 1.28%로 의료서비스의 민간의존율이 높게 나타났다. 전체 의료비 지출중 본인부담금 비중은 54.03%로 의료보험 등에 의한 보장율이 저조하였다.

<표> 필리핀의 국민의료비 지출

Indicator Name	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health expenditure per capita (current US\$)	33.47	42.12	48.41	57.28	64.68	66.11	77.33
Health expenditure, private (% of GDP)	1.80	2.22	2.23	2.22	2.26	2.34	2.34
Health expenditure, public (% of GDP)	1.63	1.43	1.22	1.18	1.08	1.26	1.28
Health expenditure, total (% of GDP)	3.43	3.65	3.45	3.40	3.35	3.60	3.61
Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health)	40.50	49.17	52.26	54.35	56.41	54.21	54.03

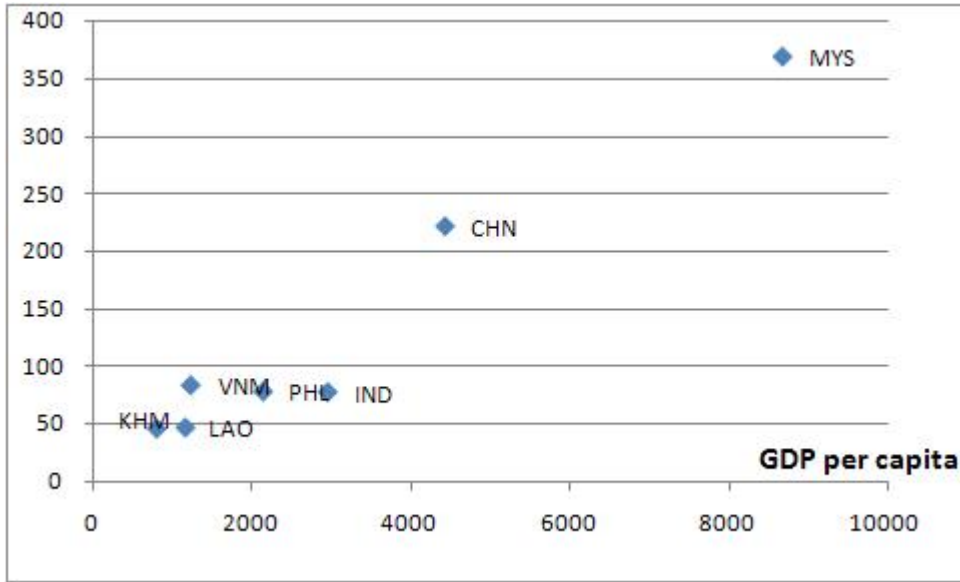
자료: Worldbank 2012

3) 주요국가와의 비교

○ 인당 의료비 지출은 GDP과 높은 상관관계를 보인다. 국민소득이외에 의료비지출에 영향을 미칠 수 있는 요소로 본 조사에서 다루고 있는 의료보장체계를 들 수 있다.

- 필리핀의 경우 아래의 표에서와 같이 인당 국민소득(GDP)은 2,140달러 (2010년 기준)였으며, 인당 의료비지출은 77달러로 GDP 대비 의료비 지출은 3.61%에 머물렀다.

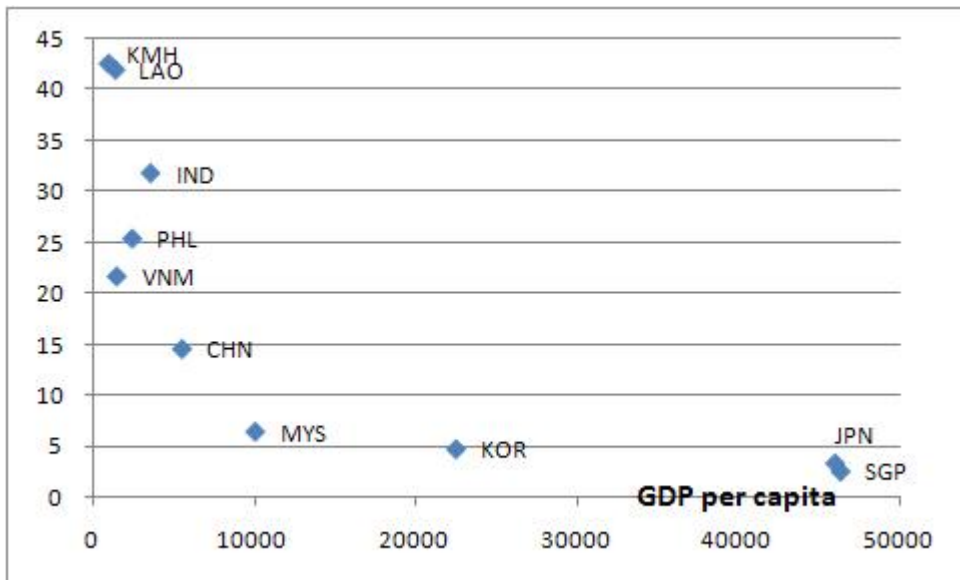
- ASEAN 국가 중 인도네시아는 2.61%, 라오스 3.99%, 싱가포르 4.13%, 말레이시아 4.23%, 캄보디아 5.68%, 베트남 6.77%여서 아세안 국가중 의료비지출 비중이 낮은 편에 속하였다. 참고로 중국은 4.98%, 우리나라 7.0%, 일본 9.44%로 나타났다.



<그림> 인당 국민소득 vs 인당 의료비지출

○ 5세 미만의 영아 사망률은 필리핀의 경우 인구 1000명당 25명수준으로 아세안 국가중 캄보디아(43명), 라오스(42명), 인도네시아(32명)에 비해 낮은 수준이지만 베트남(22명), 말레이시아(7명) 등에 비해 높게 나타났다. 5세 미만 영세사망율은 국민소득(GDP)과 역비례관계에 있지만, 의료보장체계, 의료공급체계에 의해 영향을 받을 수 있다.

<표> 인당 GDP vs 5세미만 영아사망율



2. 필리핀의 의료보장체계 현황

가. PhilHealth 배경, 조직 및 사업규모

1995년 국가 의료보험법령 (National Health Insurance Act of 1995, RA No. 7975)에 의거하여, 국민의료보험(National Health Insurance Program, NHIP)을 운영하는 PhilHealth를 설립하게 되었음.

PhilHealth는 필리핀 정부가 소유하고 경영하고 있는 정부기관이나, 독자적으로 운영되며 운영수입의 대부분을 가입자가 내는 의료보험료에 의존하고 있는 사회의료보험체계를 가지고 있음.

정부 및 지방정부가 재정지원을 한다고 PhilHealth에서 설명하였지만, Financial Statement 에는 반영되어 있지 않음.

현재 필리핀 전국에 약 100여개 이상의 PhilHealth local office사무소를 운영하고 있으며, 의료보험가입업무 및 의료보험가입자의 실질적 가입여부를 확인하는 업무를 수행하고 있다. 의료기관의 보험청구를 접수하는 기능을 수행하는 Branch Office는 마닐라광역시 3곳을 포함하여 전국에 9개가 운영되고 있다.

나. PhilHealth의 의료보험서비스 현황

필리핀연방정부법에 따라 전국민이 PhilHealth에 의무적으로 가입하도록 하고 있으나, 가입불이행에 따르는 법적제제나 불이익은 없음.

가입자는 크게 1) Employed Sector: 정부기관이나 사기업에 종사하는 formal sector에서 근무하는 임금노동자, 2) Individually Paying Sector: 자영업자 및 개인가입자, 3) Overseas Filipino Workers: 해외거주 해외노동자, 4) Lifetime Members: 은퇴자 및 연금수급자를 포함하는 종신가입자, 5) Sponsored Members: 무상의료 등 보험비를 지원받는 필리핀

원주민 가입자 (Indigent members)등 5개 그룹으로 나뉜다. PhilHealth의 2012년 9월 발표에 의하면, 아래 표와같이 현재 등록된 가입자수는 약 8,241만에 달하며 이는 전체 인구의 약 86%에 해당한다.

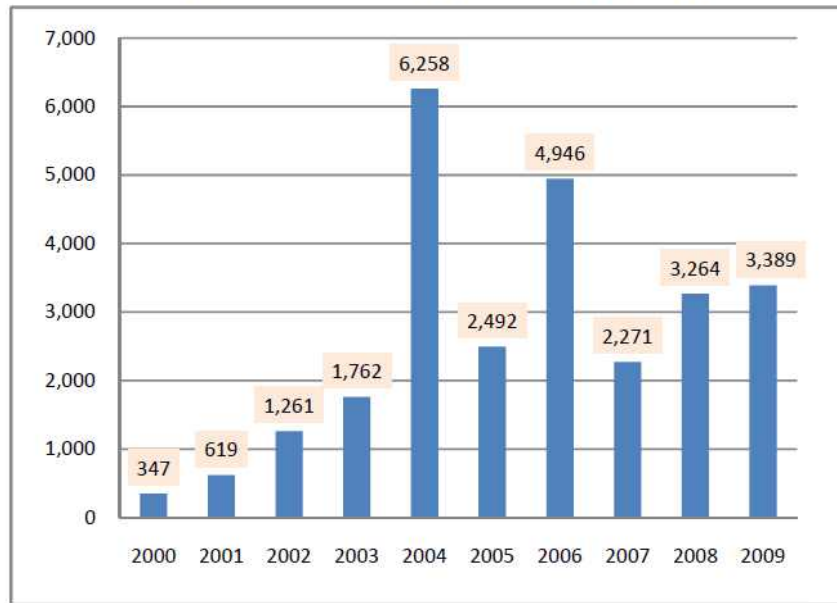
Sector	Registered Members	Dependents	Members and Dependents
Government-Employed	2.03	4.01	6.03
Private-Employed	9.43	9.75	19.18
Sponsored Program	9.97	29.69	39.66
<i>LGU/Regular</i>	5.25	14.14	19.39
<i>NHTS-PR</i>	4.72	15.55	20.27
Individually-Paying	4.86	6.16	11.03
Lifetime Members	0.64	0.44	1.07

(참조: PhilHealth Data)

그러나, 의료보험 혜택을 받을 수 있는 요건(최근 연속 3개월간 의료보험비를 납부)을 갖춘 실질적인 가입자의 숫자는 훨씬 적은 것으로 추정하고 있다.

필리핀 상원의원회(Senate of the Philippines)에서 발간한 “PhilHealth At a Glance”보고서에 의하면 중앙정부 혹은 지방정부의 재정으로 의료보험 혜택을 받을 수 있는 상태에 있는 Sponsored Program에 의한 가입 가족(Active Member Family)수는 3,389으로 전체 가입자의 약34%에 해당한다. 다만, 가족단위로 집계한 통계이므로 피부양자수에 따라 가입자수의 변동이 크므로, 피부양자수를 포함한 실질적 의료보험혜택이 가능한 가입자수의 파악이 필요하다.

Figure 2. Number of families actively enrolled in the Sponsored Program from 2000-2009 (in '000)



Source: PhilHealth Statistics and Charts. 2009.

(참조: “PhilHealth At a Glance”, 2009)

가입자관리는 가족 중 의료보험료를 납부하는 1인에 한해서 의료보험 가입자 관리번호를 부여하고 피부양자에 대해서는 따로 관리번호를 부여하지 않고 있음.

2012년 9월30일 기준, 가입자는 필리핀 전체 인구의 82.41%로 추정되나 이는 실제적용을 받을 수 있는 Active Member 뿐만 아니라 가입만 되어 있고, Inactive Member를 포함한 숫자로 연속 3개월 이상 의료보험비를 납부해서 의료보험 혜택을 실제로 받을 수 있는 Inactive Member의 숫자는 40-50%에 그칠 것으로 추정됨. 실제, 선거철에는 의료보험비를 대납하거나 의료보험비를 지원해주는 방식으로 의료보험가입률을 높여서 정치적으로 이용하고 있다고 함.

Table 5. Social health insurance in Asia and the Pacific

Country/Scheme	First Law/Decree	Year Started	Current Estimated Coverage	Comments
Australia Medicare (C)*	1972	1975	Universal	- All citizens and legal residents are eligible. Family as the unit of coverage.
China Urban workers Basic Insurance(C) RCMS (new) (V)*	1998 2003	1999 2003	23% of total Population	- Not yet law. Implementation in stages by region. Limited to urban workers only, mainly in public sector. - Individual coverage in rural and urban schemes.
India ESIS (C) CGHS (O) CBHI Schemes (V)	1948 1954 from 1950s		20% of total population	- Family members covered but scheme excludes higher-salaried workers, and small enterprises. Very different arrangements by location, occupation and benefits.
Indonesia ASKES Jamsostek (C) CBHI (V)	1968 1991	1968 1992	20% of total population	- Families covered. - Small enterprises excluded. Dependents limited to two children. - Very different schemes.
Japan Workers Community Elderly	1922 1938 1999	1927 1957 2000	Universal (from 1961)	- Extension in stages by population group. - Family coverage.
Republic of Korea National scheme merging existing schemes (C)	1976	1977	Universal	- Gradual extensions to different occupational sectors, family coverage.
Lao PDR CCS (C) SSO (C) CBHI (V)	1989 2000 2002	1989 2001 2002-2004	5% of total population	- All have family coverage. - Reimbursement very limited by fund capacity. - Still limited to capital city. - Controlled extension of pilot projects.
Mongolia National Scheme(C) (G)	1993	1994	78%	- Initial universal coverage dropped, new systems will register self-employed.
The Philippines PhilHealth (C) (G) CBHI (V)	1994	1995	55% of total population	- PhilHealth National Health Insurance Program combines previous systems
Singapore Medisave (C) Medishield (O) Medifund (G)	1983 1989 1992	1984 1990 1993	Universal	- Three layers enable universal coverage for hospital-based benefits, with low cost public primary health care.
Thailand SSO (C) CSMBS (Civil servants) "Universal Coverage" Initiative	1990	1991	13% 11% 76% Total 100%	- Dependents not covered. - Dependents covered in non-contributory scheme. - Rest of the population, completing universal access.
Viet Nam VSS (C) VSS (V) VSS-CBHI (V) HCFP (Scheme for the Poor) (G)	1992 1993 2002 2002	1992 1994 2003 2003	-9.60% -6.50% -0.40% -17.70% Total 34.20%	- Dependents not covered. - Predominantly Students, - Informal sector, - Acceleration of government programme to subsidize health insurance for the low-income populations. Includes family members.

(C)-Compulsory, (V)-Voluntary, (G)-Government funded programme, (O)-Individuals can opt out.
Source: Social Health Insurance-Selected Case Studies from Asia and the Pacific, WHO 2005.

(출처: WHO, Strategy on Health Care Financing for Countries of the Western Pacific and South East Asian Regions (2006-2010))

또한, 세계보건기구(WHO)의 2005년 보고서에서도 가입율을 55%로 추정하고 있으므로, 약 7년 사이에 특별한 재정 지원정책 없이 약 30% 가까이 가입률이 증가하였다고 보기에 는 무리가 있음.

다. PhilHealth의 의료보험료 및 의료보장성

의료보험가입비용 혹은 의료보험료 (premium)은 가입자의 income수준에 따라 차등 적용된다. 정부기관에 고용된 가입자의 경우에도 다른 보험료와 의료보장성 프로그램이 적용된다.

연간소득이 25,000페소(peso) 이상인 경우, 세금관련 소득증명서를 제출하면 그에 맞는 더 높은 보험료를 납입하도록 되어 있으나 자발적인 보고방식이므로 자영업자 중 고소득자의 의료보험료의 차등 납부는 거의 이루어지지 않고 있다.

Formal Sector의 피고용인의 경우, 임금에 따라 29단계로 차등부과하고 있다. 의료보험료의 50%는 본인이 부담하고, 고용자가 나머지 50%를 부담하도록 하고 있다.

Salary Bracket	Salary Range	Salary Base	Total Monthly Premium	Employee Share	Employer Share
*Employee share represents half of the total monthly premium while the other half is shouldered by the employer.					
1	7,999.99 and below	7,000.00	175.00	87.50	87.50
2	8,000.00 - 8,999.99	8,000.00	200.00	100.00	100.00
3	9,000.00 - 9,999.99	9,000.00	225.00	112.50	112.50
4	10,000.00 - 10,999.99	10,000.00	250.00	125.00	125.00
5	11,000.00 - 11,999.99	11,000.00	275.00	137.50	137.50
6	12,000.00 - 12,999.99	12,000.00	300.00	150.00	150.00
7	13,000.00 - 13,999.99	13,000.00	325.00	162.50	162.50
8	14,000.00 - 14,999.99	14,000.00	350.00	175.00	175.00
9	15,000.00 - 15,999.99	15,000.00	375.00	187.50	187.50
10	16,000.00 - 16,999.99	16,000.00	400.00	200.00	200.00
11	17,000.00 - 17,999.99	17,000.00	425.00	212.50	212.50
12	18,000.00 - 18,999.99	18,000.00	450.00	225.00	225.00
13	19,000.00 - 19,999.99	19,000.00	475.00	237.50	237.50
14	20,000.00 - 20,999.99	20,000.00	500.00	250.00	250.00
15	21,000.00 - 21,999.99	21,000.00	525.00	262.50	262.50
16	22,000.00 - 22,999.99	22,000.00	550.00	275.00	275.00
17	23,000.00 - 23,999.99	23,000.00	575.00	287.50	287.50
18	24,000.00 - 24,999.99	24,000.00	600.00	300.00	300.00
19	25,000.00 - 25,999.99	25,000.00	625.00	312.50	312.50
20	26,000.00 - 26,999.99	26,000.00	650.00	325.00	325.00
21	27,000.00 - 27,999.99	27,000.00	675.00	337.50	337.50
22	28,000.00 - 28,999.99	28,000.00	700.00	350.00	350.00
23	29,000.00 - 29,999.99	29,000.00	725.00	362.50	362.50
24	30,000.00 - 30,999.99	30,000.00	750.00	375.00	375.00
25	31,000.00 - 31,999.99	31,000.00	775.00	387.50	387.50
26	32,000.00 - 32,999.99	32,000.00	800.00	400.00	400.00
27	33,000.00 - 33,999.99	33,000.00	825.00	412.50	412.50
28	34,000.00 - 34,999.99	34,000.00	850.00	425.00	425.00
29	35,000.00 and up	35,000.00	875.00	437.50	437.50

(<http://www.philhealth.gov.ph/members/employed/registration.html>)

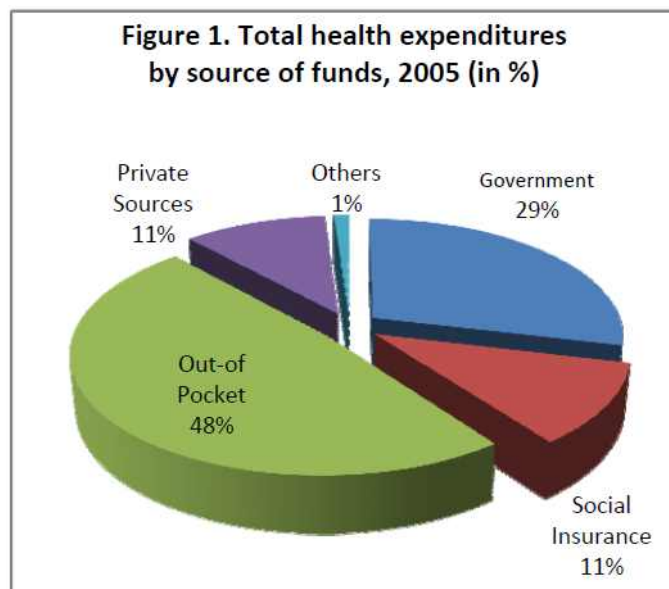
2013년 1월에 Formal Sector의 의료보험료가 인상되었다는 보고에 따르면, 월소득 7,000페소미만은 본인부담금이 105페소이며, 월소득 7,000이상50,000미만인 경우에는 월소득 1.5%를 본인부담하고 고용자가 1.5%를 부담하며, 월소득 50,000페소 이상인 경우에는 본인부담 월 750 페소로 의료보험료를 인상하였음.

Hence, effective **01 January 2013** premium contribution schedule for the formal sector employees and their employers is revised as follows:

Monthly Salary Range	Monthly Premium Rate	Personal Share	Employer Share
Php7,000.00 and below	210.00	105.00	105.00
Php7,000.00 up to Php50,000.00	3%	1.5%	1.5%
Php50,000.00 and above	1,500.00	750.00	750.00

(참조: 2013년 PhilHealth Formal Sector Premium Contribution 변경에 관한 공문)

PhilHealth의 의료보장성은 매우 기본적인 의료서비스와 입원치료비용만을 포함하고 있어 보장성은 매우 낮은 수준임. PhilHealth의 자료에 의하면, 연간 국가 의료비용지출 중 약11%정도를 PhilHealth의 의료보험이 차지하고 있음.



Source: Philippine National Health Accounts. 2005.

국가 총의료비지출 중 본인이 부담하는 Out-of-pocket payment가 48%와 private sources를 포함하면, 가정재정의 부담은 59%로 매우 높다고 볼 수 있다. 이로 인해 저임금계층의 과도한 의료비지출(catastrophic healthcare expenditure)로 인한 빈곤계층으로의 전락이 심각하게 발생하고 있어서 필리핀 국가경제발전 및 국민보건에 심각한 저해 요인이 되고 있다.

Table 3-12 Average OOP payments of households with & without PhilHealth coverage, 2006

Income decile group	Average medical OOP payments of households with at least one member who visited a health facility (Php)		
	With PhilHealth coverage	Without PhilHealth coverage	Share of PhilHealth- unsupported OOP to total bill
1 (poorest)	484	1865	94%
2	961	859	85%
3	1081	914	85%
4	1539	1106	83%
5	1605	1469	85%
6	2259	1769	84%
7	2435	2821	87%
8	3569	4882	88%
9	5368	6871	88%
10 (richest)	11 210	12 002	86%
ALL	4465	2763	82%

(표: PhilHealth가입자 및 비가입자의 의료비지출 중 평균 본인부담율, 출처: Health Systems in Transition 2011, "The Philippines Health System Review")

PhilHealth에서 보장하고 있는 기본의료보험보장 항목은 크게 case rate (DRG에 해당)로 관리하고 있는 23개 질병의 치료에 대한 보장 및 행위별수가제 (fee-for-service)로 제공하고 있는 의료보험서비스 항목에 해당한다.

라. PhilHealth의 재정 현황(Financial Status)

PhilHealth는 정부기관으로 2011년 기준 예산의 수입은 대부분 (33,294,148,623페소) 의료보험가입자들의 의료보험료로 구성되며, 이중 약20% 는 중앙정부와 지방정부의 지원 (6,674,796,444페소)으로 이루어져있다.

For the period January 1 - December 31, 2011
(In Philippine Peso)

	Note/ Sched.	2011	2010 (As Restated)	Increase / (Decrease) Current vs Prior Year
INCOME				
	Sch. I			
Premium Contributions	16	33,294,148,623	33,949,836,877	(655,688,254)
Interest and Other Income	17	6,674,796,444	6,273,280,445	401,515,999
Total Income		39,968,945,067	40,223,117,322	(254,172,255)

For the period January 1 - December 31, 2011
(In Philippine Peso)

	2011	2010 (As Restated)	Increase / (Decrease) Current vs Prior Year
Premium Contributions			
Members' Contributions	30,931,092,723	28,955,819,682	1,975,273,041
NG/LGU Counterpart for Indigent Program	2,363,055,900	4,994,017,195	(2,630,961,295)

	Sch. II	2011	2010 (As Restated)	Increase / (Decrease) Current vs Prior Year
EXPENSES				
Benefit Payments				
Private Sector		12,222,208,245	10,823,769,491	1,398,438,754
Government Sector		5,964,307,022	5,341,304,424	623,002,598
Indigent Program (In-Patient)		6,032,696,354	5,532,749,278	499,947,076
Indigent Program (Capitation)		1,305,360,584	1,008,057,516	297,303,068
Overseas Workers Program		1,221,969,910	920,261,637	301,708,273
Individually Paying Program		5,826,400,400	4,419,487,991	1,406,912,409
Non-paying Program		2,311,874,758	1,968,575,497	343,299,261
Total Benefit Payments		34,884,817,273	30,014,205,834	4,870,611,439
Operating Expenses				
Personal Services	18	2,683,521,901	2,478,603,923	204,917,978
Maintenance and Other Operating Expenses	19	1,454,001,494	1,306,156,831	147,844,663
Total Operating Expenses		4,137,523,395	3,784,760,754	352,762,641
Total Expenses		39,022,340,668	33,798,966,588	5,223,374,080
NET MARGIN (LOSS)	22	946,604,399	6,424,150,734	(5,477,546,335)

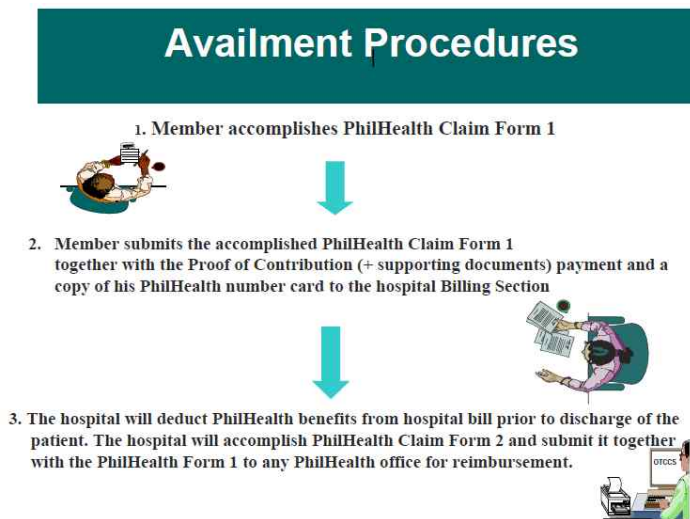
(표:2011년 PhilHealth 대차대조표,

출처: PhilHealth Annual Report, 2011)

PhilHealth의 재정상태는 양호하며 우선순위와 준비금 등에 대한 규정으로 인하여 IT서버구축을 위한 재정집행이 늦추어지기는 하지만, 재정능력이 없어서 구입하지 못하는 것은 아님.

마. PhilHealth의 의료보험이용시 절차

PhilHealth 가입자 및 피부양자가 의료기관을 이용하고자 할 때에는 PhilHealth사무소를 방문하여 의료보험의 실질적 가입여부 및 1년간 이용 가능한 의료보험혜택을 모두 소진하였는지 여부를 확인받아야 한다. 확인 받은 확인증을 첨부하여 의료기관에 접수할 경우, 의료보험 혜택을 받을 수 있다. 즉, 의료기관에서는 의료비 총액 중 의료보험혜택이 가능한 금액을 제외한 의료비를 환자에게 청구하고, 나머지는 PhilHealth에 60일 이내에 의료비내역을 징수증빙서류를 첨부하여 지정양식을 이용하여 청구하여야 한다. PhilHealth는 접수된 내역을 접수, 검토하여 60일 이내에 의료기관에 청구금액을 지불하여야 한다. 다만, 부적격의 경우에도 60일 이내에 그 이유를 확인하여 반송하여야 한다. 2012년 1월1일부터 9월30일까지 청구된 건 수는 총 3,655,273건으로, 이 중 약10%가 서류미비 등의 사유로 청구반송 혹은 거절되었음.



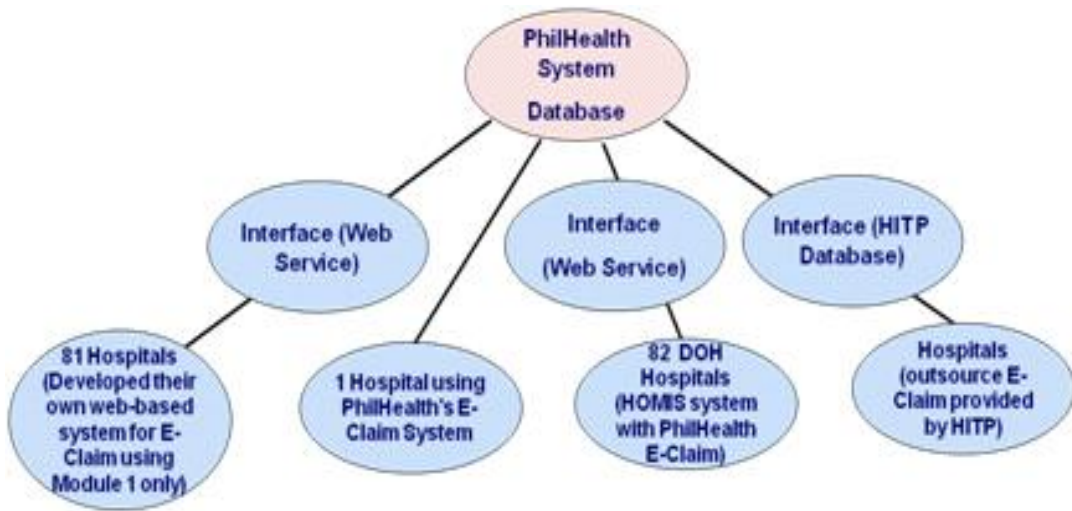
(그림: PhilHealth의 기존의 문서를 이용한 의료보험청구절차)
 의료보험청구내역의 의료적 적절성여부는 현재 총 4명의 의사가 서류로 심사하고 있으며, 이는 의료보험혜택의 범위가 매우 제한적이기 때문에 전수조사 방식으로 이루어지고 있다.

IV. 사업타당성 분석

1. 기술적 타당성

e-claim system을 활성화 시키는 것은 다음과 같은 효과가 예상됨. 첫째, 환자들의 편리성 증가. 환자들은 본인이 보험의 가입회원 또는 피부양자로서 보험료를 납입하여 활성화되어 있고, 보험급여 혜택을 받을 수 있는지 여부를 확인받기 위하여 매번 의료기관 방문 전 인근 보험 사무소를 찾아가서 확인증을 받아서 의료기관에 제출해야 했다. e-claim system이 확산되는 경우 환자들은 병원에 가서 바로 본인의 보험급여 상태를 확인할 수 있게 됨. 둘째, 의료기관들이 빠르고 정확하게 청구할 수 있고, 청구한 비용을 보험자에게서 받는 시기도 평균 두 달에서 한 달로 단축될 수 있음. 셋째, Philhealth 업무처리능력이 향상되고 통계처리능력이 향상됨.

현재 PhilHealth에서 도입하고자 하고 있는 전자청구시스템은 1) PhilHealth자체 개발 청구 프로그램을 이용하는 방식, 2) 필리핀 보건부에서 개발한 전자의료정보관리시스템(HOMIS)에 내장시킨 PhilHealth의 E-Claim Module 1, 2를 이용하는 방식, 3) HITP E-Claim대행업체에서 제공하는 아웃소싱을 이용하는 방법, 4) 병원들이 자체적으로 공동개발한 프로그램을 사용하여PhilHealth의 E-Claim Module 1 (St. Luke Hospital의 경우, Module2도 사용)하는 방법 등 4가지 방법을 허용하고 있음. 그러나, 기술적인 면에서 자체 전자청구 프로그램이 있음에도 불구하고 기존의 병원들이 사용하고 있는 전자의료정보관리시스템과의 호환성과 전자청구 대행업체(HITP)를 이용하는 등의 방법으로 다원화되어 있어 정보의 관리와 정보보호의 차원에서 문제점이 많아 이에 대한 전문적인 기술지원이 필요한 것으로 판단됨.


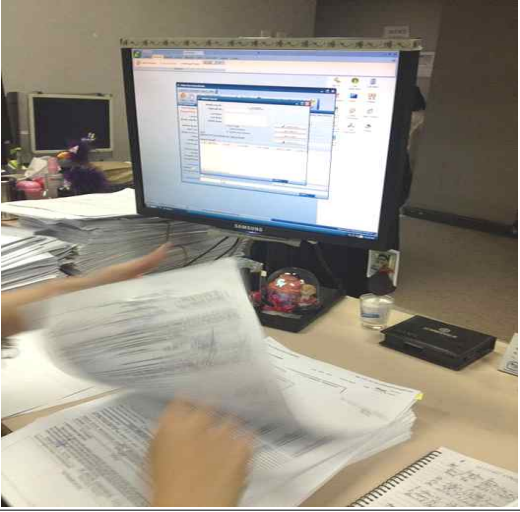



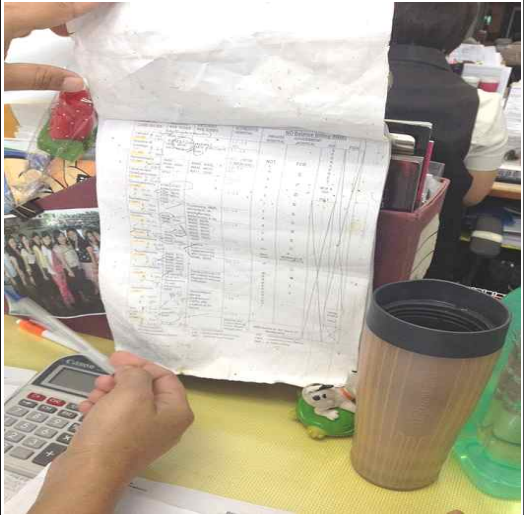


(그림: PhilHealth E-Claim시스템 이용 의료기관별 청구방식)

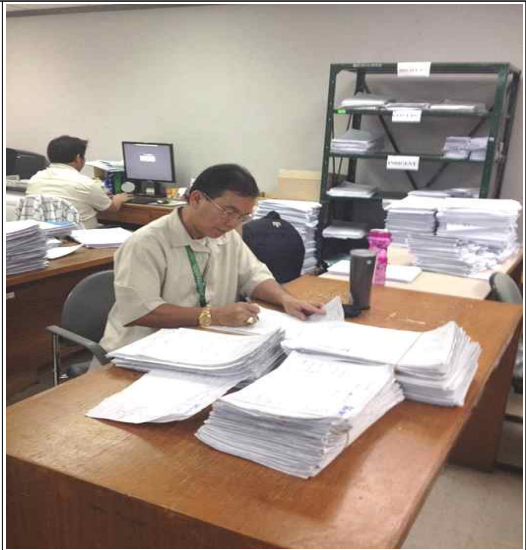
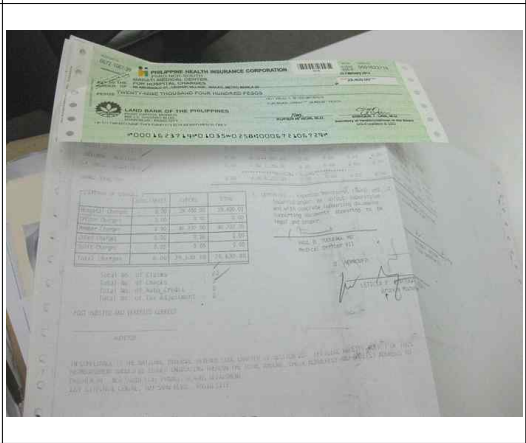

특히, HITP의 경우 자체 서버와 데이터베이스에 대행을 의뢰한 의료기관의 보험청구관련 정보를 보관, 관리하도록 되어 있어 개인정보의 보완과 관련하여 향후 문제가 발생할 우려가 큼.

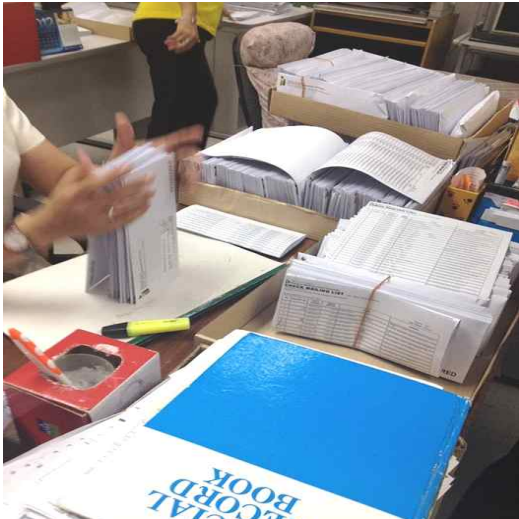
PhilHealth에서 자체 개발한 전자청구 프로그램의 경우, 무상공급에도 불구하고 단 1곳의 병원에서만 사용하고 있어 서버구축 등 데이터관리에 대한 책임을 의료기관에 전가하고 있는 실정임. 다원화된 기존의 전자청구 시스템의 정비와 관리에 대해서도 기술적 지원이 필요할 것으로 판단됨.

<표> 현행 청구(claiming)체계

진행순서	활동 내용	사진
1. Manual receiving	병원에서 제출한 청구서를 Philhealth에 소속된 드라이버들이 운송한 후, 2명의 접수인이 수령함. 수령시 stamping	
2. receiving encoding	수령한 청구서 중 환자정보 (patient information)를 전산에 입력함. 환자정보는 성, 이름, 주소, 멤버 ID, 부양가족 (dependent) 등에 대한 정보가 포함되어 있음	
3. medical evaluation	수령한 청구서 중 의사 4명이서 심사(validation)를 진행함	

<p>4. manual computation</p>	<p>수가표에 따라 지불(Payment) 금액을 계산함. 지불금액은 fee for service와 case rate로 구성됨</p>	
<p>5. posting</p>	<p>계산된 지불과 관련한 정보를 4명의 입력요원이 전산에 입력함. 입력정보는</p>	
<p>6. proof reading</p>	<p>4명의 검사원이 청구승인전 포스팅된 자료와 청구서를 비교하며, 입력오류가 있는지 등을 확인하는 작업</p>	

<p>7. payment approval</p>	<p>2명의 직원이 지불에 대한 승인을 함.</p>	
	<p>지불 승인이 이루어지면 voucher가 발행이 됨</p>	
<p>8. accounting review or voucher review</p>	<p>회계에 대한 심사와 voucher에 대한 심사 진행</p>	

<p>9. check 발송</p>	<p>수표와 함께 우편발송</p>	
--------------------	--------------------	--

2. 경제적 타당성

대부분의 의료기관에서는 Philhealth에서 개발한 e-claim system 보다는 HITP의 서비스를 이용할 것으로 예상됨. e-claim system을 이용하기 위해서는 병원 자체 인력을 들여 입력하여야 하고, 청구와 관련된 별도의 관리 인력이 추가적으로 필요하나, HITP에서는 청구 1건당 10 pesos만 으로 모든 입력과 청구 등을 대신해 주기 때문에 편리하고, 이 비용은 환자들에게 전가시켜 버리면 되므로 의료기관에서는 특별히 노력할 필요가 없음. 따라서, 현재 Philhealth가 요청한 바와 같은 방식으로 e-claim system에 대한 투자를 하는 것은 비용 대비 효과를 보기 어려울 수 있으므로, 향후 전반적인 e-claim system 향상을 위한 장기적인 기술자문을 포함한 투자를 하는 것이 바람직할 것으로 판단됨.

3. 사회·문화적 타당성

기존의 필리핀의료보험공단(PhilHealth)의 급여청구방식(Paper based reimbursement claim system)이 비용대비 경제적이지만, 향후 급여범위 확대와 사용편의성을 위해서 장기적 투자의 목적으로 전자청구시스템을

도입하는 것은 타당한 것으로 보임.

독자적으로 전자급여청구방식 (E-Claim system)을 사용하지 못하는 중소의료기관의 경우, 전자청구대행업체(HITP)를 통하여 업무를 위탁하게 되어 기존의 청구방식에 비해 추가 비용이 발생하게 되어 이를 의료서비스 이용자에게 부담을 전가할 것으로 예상됨. 따라서, 이에 대한 부담을 축소하고 개인정보를 안전하게 보호 관리하기 위한 기술적 자문이 필요한 것으로 판단됨.

필리핀의료보험공단(PhilHealth)의 의료보험가입자 중 빈곤계층에 해당하는 Sponsored Member에 해당하는 34% (약 3,939만명)의 경우, 환자 본인부담금이 경제적으로 부담 때문에 의료서비스를 이용하지 못하기 때문에 전자급여청구 시스템이 도입, 확대되더라도 그로 인한 빈곤계층의 이용률 증가는 매우 제한적일 것으로 예상됨.

PhilHealth가입자가 실제 의료시설을 이용하기 위해서 보험료납입증명 등의 필요한 서류를 일일이 따로 PhilHealth사무소에서 발급받지 않아도 되면, 이로 인한 경제활동시간이 절약되고 의료서비스의 이용률도 증가할 것으로 예상됨.

4. 수원국의 추진의지

현재 PhilHealth의 수장이 보건부 장관에 의해 경질되어 공식인 상태로 수원국의 사업추진 의지를 정확하게 판단하기 어려움.

5. 기타 고려사항(지속 가능성, 사업용이성 측면 등)

가. 사업추진여건

현재 필리핀의료보험공단인 PhilHealth의 E-Claim 프로젝트는 약 3년

전에 시작되어 자체 전자청구프로그램 (PhilHealth E-Claim Program)을 개발하여 약 3개월 전부터 1개 의료기관에서 파일럿 프로젝트를 진행 중에 있으며, 필리핀 보건부의 전자의료정보관리 프로그램인 HOMIS와도 연동이 가능한 프로그램을 개발하여 공공의료기관을 포함한 HOMIS 사용 의료기관 약 81개에서도 전자청구 프로그램 중 1단계인 실질적 의료보험가입여부를 확인할 수 있는 Module1은 이미 시행하고 있음.

나. 사업추진 용이성

현재 PhilHealth에서 전자청구프로그램의 개발은 거의 완료하였으며, 이에 따른 IT 인프라 구축과, 지방 중소병원 및 소규모 의료시설에서의 사용 확대를 위한 지원 사업이 필요한 정도임.

PhilHealth내에서의 전자청구처리를 위한 프로그램도 어느 정도 개발이 이루어져 있는 단계이나 review system, 정보 저장 및 처리를 위한 하드웨어 및 프로그램 개발이 필요한 단계임.

PhilHealth내에 자체 IT인력이 확보되어 있고, 중소병원들의 전자청구 대행업체연합 (HITP)와 협력하여 사용 확대도 어느 정도 용이할 것으로 예상됨.

실질적 의료보험가입자수를 늘이고, 의료보험료 부담의 형평성을 개선하고, 개인정보의 보호와 활용을 위해서는 필리핀 보건부와와의 협력이 매우 중요하나 협력가능성이 매우 낮음.

6. 이해관계자 분석

가. 보건부(Department of Health):

PhilHealth에서 전자청구시스템을 강화할 경우, 보건부의 전자의료기록관리시스템(E-Health)과 기존의 HOMIS프로그램과의 호환 등을 통해 전자의료기록관리를 확대하는 계기가 될 수도 있음. 다만, 개인정보관리 및 빈곤층 의료보험확대를 위한 정부차원의 중장기적 대책수립이 필요함.

나. 필리핀의료보험공단(PhilHealth):

PhilHealth는 전자청구시스템 도입과 확대를 통해 기존 문서청구방식을 전자화할 수 있어 업무의 선진화 및 향후 의료보험확대에 중장기적인 인프라를 구축할 수 있는 계기를 마련할 수 있음.

전자청구시스템의 확대에 의료가입률 및 이용률의 확대 효과를 기대할 수 있음.

다. 의료기관(Healthcare Service Providers):

의료보험혜택가능 여부를 실시간으로 확인할 수 있어 업무의 효율성이 증가하고 전자청구를 통하여 의료보험청구기간이 단축될 수 있어 이자 등 경제적 부담이 감소할 수 있음.

의료보험가입자들의 의료서비스 이용률이 증가하여 전체 환자비율 중 의료보험가입자의 비율이 증가할 수 있어 이에 대한 서비스를 강화할 가능성이 있음. 또한, 중장기적으로는 의료보험적용의 확대를 요구할 수 있는 중요한 정책결정의 이해관계자의 위치를 확보할 수도 있음.

라. 보건의료인(Healthcare Professionals):

의료서비스의 이용이 증가함에 따라 의료인의 적극적인 의료보험가입자의 관리와 의료서비스의 제공이 가능할 것으로 예상됨. 기존의 낮은 의료보험혜택과 fee-for-service체계에서는 의료인에 의한 induced demand가 증가할 수 있는 가능성도 있음.

마. 가입자(Enrollees):

의료기관을 이용하기 전에 의료보험가입자 여부를 확인하기 위해 PhilHealth사무소를 방문하는 번거로움이 줄어들어 의료서비스를 이용하는 데에 있어서 편이성과 이용률이 증가할 것으로 기대됨. 의료보험의 이용이 증가됨에 따라 중장기적으로는 보장성 강화에 대한 요구가 증가하고 이에 따른 정책결정의 중요한 이해관계자의 역할을 할 수 있음.

바. 청구대행업자(Health Information Technology Providers):

의료보험 전자청구대행업자의 경우, 이용 고객(중소 의료기관)을 확보하고 대행서비스에 대한 의존성이 커지고 이용건수가 증가하면 민감한 정보의 관리 등의 문제로 업체의 변경이 어려워 가격의 상승 등의 고객에 대한 우월한 위치를 확보할 수 있음.

사. 사보험회사(Private Health Insurance Providers):

PhilHealth와는 경쟁적관계에 있으므로, 기존 고소득 계층을 위주로 한 가입자들과 의료기관들에 대한 전자청구시스템을 더욱 강화하고 편의성을 향상시키기 위한 노력을 증가시킬 것으로 예상됨. 다만, PhilHealth가 기존의 낮은 의료보험혜택을 확대하지 않을 경우, 소득이 증가함에 따라 가입자가 더 증가할 것으로 예상됨.

7. SWOT 분석

가. 강점(Strength):

전자청구시스템을 확장시, 기존의 방식처럼 의료서비스 이용을 위하여 매년 PhilHealth 사무소에서 의료보험혜택가능여부를 확인할 필요가 없어 지므로 가입자들의 편의성이 증가하고 의료서비스 이용률이 증가할 것으로 예측됨.

전자청구시스템을 확장할 경우, 의료기관에서 실시간으로 이용환자들의 의료보험청구 가능여부를 확인할 수 있어 의료보험을 보다 적극적으로 활용하고, 임의로 본인부담의 의료비를 청구하여 환자본인부담을 증가시키는 기존의 청구형태를 줄일 수 있음.

나. 약점(Weakness):

현재 PhilHealth E-Claim System을 시행했을 때 HITP(HITP의 자체 서버를 이용)를 이용하도록 하고 있기 때문에 개인정보관리, 의료기관의 부정청구 등에 대한 문제점이 높음.

현재 PhilHealth E-Claim System의 경우, 중소병원의 경우 자체 전자청구관련 인프라 구축이나 직원교육에서 뒤처지게 되어 전자처방시스템 및 전자의료기록 관리 등 병원경영의 IT선진화에 뒤쳐질 가능성이 높음.

기존의 문서이용청구방식에 비해 비용이 높게 발생할 것으로 예상되며, 이에 대한 추가 비용의 부담이 Sponsored Program에 가입하고 있는 빈곤층 등에 전가될 가능성이 있음.

다. 기회(Opportunity):

전자청구시스템을 확대할 경우, 향후 가입자의 확대 등에 대비하여 IT 인프라를 구축하고 PhilHealth내 업무의 효율성을 제고하는 기회가 될 수 있음.

전자청구시스템 구축이라는 기회를 통하여 단순가입여부 확인이 아니라 업그레이드된 시스템의 도입을 통하여, 보다 체계적으로 가입자와 피부양자를 관리하여 (현재 주민등록시스템이 없는) 필리핀 전국민의 80~90%에 대한 최초의 인적데이터를 확보할 수 있는 기회가 될 수도 있음.

라. 위협(Threat)

기존 전자청구시스템 구축이 PhilHealth의 자체 프로그램의 확대보다는 외부의 청구대행업체나 병원자체프로그램과 인터페이스 및 서버를 이용하는 등의 다원화 (민간투자) 방식을 취하고 있어 체계적인 관리와 관련 법률의 정비와 시행이 제대로 이행되지 않을 경우, 민감한 개인정보관리의 문제가 더욱 커질 수 있음.

외부의 청구대행업체(HITP)를 적극 활용하는 기존 방식은 서비스의 가격을 PhilHealth에서 관리하는 등의 가격억제정책을 도입하고 있지만, 서비스의 사용이 증가하고 인건비 등 부담이 상승할 경우 자유시장경제의 논리에 의해 가격이 상승할 경우 가격억제정책의 가능성이 의심스러움.

8. 위험관리 분석

가. 시스템중단, 네트워크 마비 대비:

PhilHealth의 자체 시스템 강화 및 인프라 구축을 통해 시스템 중단이나 네트워크 마비에 대한 SOP개발 및 교육이 필요하며 이에 대한 기술자문이 요구됨.

기존의 전자청구대행업체(HITP)의 청구대행서비스 중단 등에 대처하여 자체 청구프로그램의 확대사용 등의 대안을 마련하는 것이 필요함.

보건부(DOH)의 전자처방시스템 및 전자의료기록 관리 등 병원경영의 IT선진화 정책과 발맞추어 통합적인 (holistic) 시스템관리 체계구축이 필

요함.

나. 개인정보관리:

보건부(DOH)와의 협력을 통하여 개인의료정보관리 시스템을 구축하고 정보누출로 인한 피해에 대비한 관련 법률을 정비하고 대책을 수립하는 것이 요구됨. 자연재해, 해킹 등의 사고를 대비하여 여분의 데이터저장 서버 구축하고 이의 관리에 대한 기술자문을 통해 개인정보관리를 강화하는 것이 필요함.

다. 가입자부담증가 대책:

기존의 전자청구대행업체를 이용한 전자청구가 증가할 경우, 서비스의 이용비용에 대한 부담이 의료서비스를 이용하는 PhilHealth가입자에 전가 될 가능성이 높으므로, PhilHealth자체 개발 청구프로그램의 사용을 확대하는 것이 필요함. 사용자 편이를 고려한 프로그램의 지속적인 업데이트와 관리 및 프로그램 이용자를 위한 교육의 제공을 통해 전자청구대행업체에 대한 의존성을 줄이고 중소의료기관의 자체적인 능력을 배양하는 것이 필요함.

라. 빈곤층의 이용률 감소 대안:

빈곤층의 경우, 본인부담이 증가하는 등의 원인으로 실질적인 혜택을 받는 가능성이 오히려 줄어들 수 있는 우려가 있으므로 의료보험혜택의 증가와 차별금지를 위한 장기적 대책이 필요함.

VI. 사업수행계획

1. 기본방향

현재 PhilHealth에서 개발하여 확산하고자 하고 있는 전자청구시스템에 대한 시설 및 인력 등 인프라 지원은 불가함. 다만, 다음 단계의 전자청구시스템의 개발에 대한 기술지원을 하고, 저소득층의 의료보험 참여를 확대하기 위하여 보험급여범위 확대를 통한 건강보험의 실제적인 보장성 강화 등을 위한 기술지원 및 정책자문 등 필요

2. 사업관리 및 수행체계

아국 : 한국국제협력단(KOICA)

- 건강보험공단, 건강보험심사평가원에서 실무적인 기술지원
- 민간 전문가의 건강보험 및 의료정보 관련 정책자문

수원국 : 필리핀 PhilHealth, DOH

3. 추진전략

금년에 시행예정인 국별 연수계획에 e-health 사업 및 건강보험 관련 사업을 포함하여 연수 시행

4. 사업구성요소 및 사업부문별 지원계획

사업 주체	사업명	내용	지원계획
아국	기존 의료보험 IT 인프라 및 E-Claim System 진단	-기초인구, 의료인프라, 질병률, 소득수준, 지역의료보험가입률, 의료서비스 이용률 등 기초 상 황조사	기술지원 및 자문 가능
	의료서비스 제공 의료기관 네트워크 구축 및 IT 인프라 개발	-E-Claiming System, EMR, OCS 등 PhilHealth 업무 전산화를 위 한 시스템 컨설팅, Technical Assistance	다음 단계 e-claim 시스템 개발에 대한 컨설팅 및 기술 지원 가능
		-각 단계별 IT 시설, 인력 등 필 요 인프라 구축	기술지원 및 자문 가능
	보험전문가 등 인적 역량강화	-의료보험가입자관리 및 이용률 확대를 위한 의료보험경제전문 가 교육 -의료보험실무담당자 및 전문인 력 양성	국별 연수에 포함하여 가급 적 금년부터 시행 가능
	의료보험 가입자 통계시스템 구축	-전체 의료보험가입자의 정보 관리 및 통계시스템 구축	기술지원 및 자문 가능
수원 국	전자청구시스템 인 프라구축	-E-Claim System 확대를 위한 인프라구축 및 프로그램 이용확 대	기술지원 및 자문 가능
	전문교육확대	- E-Claim System 확대 및 인프 라구축을 위한 전문교육실시	기술지원 및 자문 가능

6. 세부일정 및 예산계획(채정원)

IX. 결론과 제언

1. 사업의 적절성

사업의 목표로 제시하고 있는 “필리핀 국영의료보험기관인 PhilHealth의 전자청구시스템(E-Claiming System)의 개발과 인프라구축을 통한 필리핀 의료보험체계 역량강화 및 실질적 의료보험가입율과 이용률 증가를 통한 국민보건의료접근성 향상” 중 현재 이미 개발이 완료되어있는 전자청구시스템의 확산을 위한 사업비용 지원은 타당하지 않아 보임.

다만, 장기적으로 우리나라 건강보험의 경험을 서로 공유하기 위하여 다음 단계의 전자청구시스템의 개발에 대한 기술지원을 하고, 저소득층의 의료보험 참여를 확대하기 위하여 보험급여범위 확대를 통한 건강보험의 실제적인 보장성 강화 등을 위한 기술지원 및 정책자문 등 필요

2. 사업의 위험요소

향후 이 사업을 추진하기 위해서는 다음의 세 가지 영역에 대해서 충분한 검토가 필요함. 첫째, 정부와 Philhealth의 사업추진 의지에 대한 확인, 둘째, IT 인프라 환경에 대한 검토, 셋째, 용어 및 코드의 표준, 심사역량 강화, 급여범위확대 등에 따른 system 개선 필요시의 기술 지원.

3. 사업의 성공을 위한 제언

가입자 관리, 의료기관 관리능력, Philhealth 업무과정개혁 등의 조취에 대한 충분한 검토 및 자문을 할 수 있는 경험 있는 전문가의 투입이 필요함. 이를 위해서는 우리나라의 건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 직원 또는 경험 있는 전문가가 반드시 필요함