

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

출장목적

- 각 국의 사회보험 운영 방식과 동향 파악, 국내 현황 공유를 통한 우리나라 사회보험 징수체계 개선 시사점 도출
- 국가별 건강보험정책 의사결정 기구와 역할 범위를 탐색하여 우리나라 건강보험 정책심의위원회 운영 효율화를 위한 시사점 도출

과제명

- (수탁) 사회보험 통합징수 개선방안 마련 연구
- (수탁) 건강보험정책심의위원회 운영 효율화 연구

출장기간

- 2019.11.03.~ 2019.11.10.(6박 8일)

출장국가(도시)

- 프랑스(파리), 독일(베를린)

출장자

- 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원 (총 3인)

일정요약

날짜	행선지	방문기관/면담자	활동사항
2019.11.04.(일)	프랑스/파리	한국/인천 -> 프랑스/파리	<ul style="list-style-type: none"> 출국 및 이동
2019.11.04.(월)	프랑스/파리	- OECD/ Dominique Polton, Guillaume Debet, Valérie Paris, Luca Lorenzoni, Isabelle Vallard, 신은경 사무관	(오전) <ul style="list-style-type: none"> 프랑스 건강보험 기금과 전문가 간 계약 건강보험 의사결정 체계 프랑스의 건강 데이터 공개 관련 논의
			(오후) <ul style="list-style-type: none"> OECD 국가들의 건강정책 의사결정 방안 프랑스의 건강정책 의사결정
2019.11.05.(화)	프랑스/파리	- 전국건강보험공단/Joel Dessaint, Gilles Calvet, Isabelle Freret, Anne-Marie, Pascale Jolion	<ul style="list-style-type: none"> 프랑스 건강보험 부과 시스템 일반사회보장기여금 등
2019.11.06.(수)	독일/베를린	프랑스/파리 -> 독일/베를린	<ul style="list-style-type: none"> 출장지 이동
2019.11.07.(목)	독일/베를린	- iGES Institut/Martin Albercht	<ul style="list-style-type: none"> 독일 보건분야의 의사결정 기구 및 과정 탐색 독일 건강보험의 운영 방안 파악
2019.11.08.(금)	독일/베를린	- AOK/Irmelind Kirchner, Matthias Gabriel, Dirk Becker	<ul style="list-style-type: none"> 독일의 건강보험 운영 및 보험료 부과 징수 방안 의사결정 시 법정 건강보험으로서의 역할 탐색
2019.11.09.(토) - 2019.11.10.(일)	한국/인천	한국/인천	<ul style="list-style-type: none"> 도착

1) OECD

○ 일시 : 2019. 11. 04. (월) 10:00~13:00

○ 주요 논의 내용:

- 건강보험 기금과 전문가 간 계약
- 프랑스의 건강보험 관련 의사결정 체계
- 프랑스의 건강 데이터(HEALTH DATA HUB)

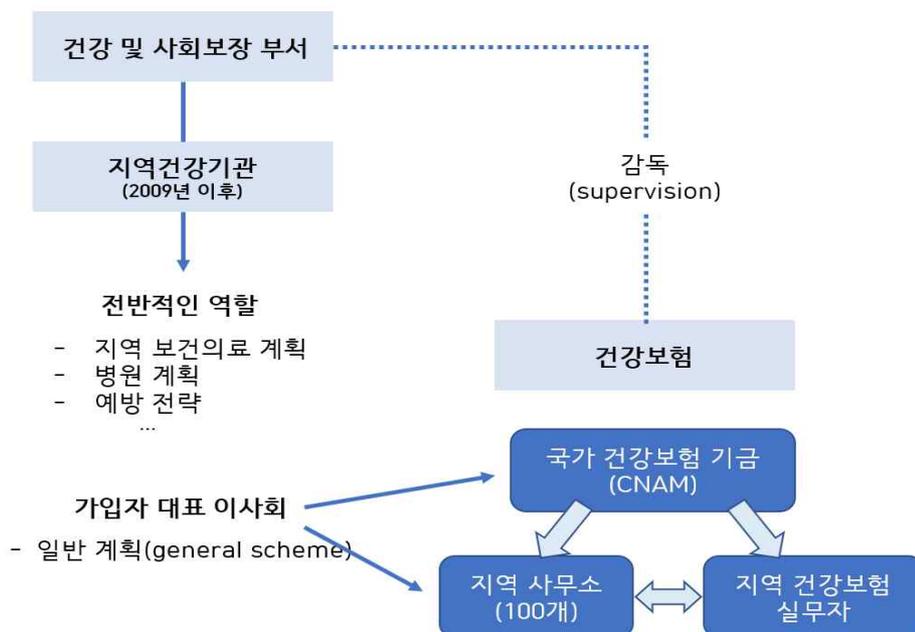
○ 회의 참석자:

- (OECD) Dominique Polton, Guillaume Debet, Valérie Paris, Luca Lorenzoni, Isabelle Vallard, 신은경 사무관
- (한국보건사회연구원) 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원

□ 프랑스 건강보험의 운영 구조 및 역할

○ 거버넌스

- 프랑스 건강보험 거버넌스 구조(그림)



○ 건강기금의 주요 임무

- 프랑스 건강기금의 주요 임무 중 하나는 공급자(의사, 간호사, 물리치료사 등)와의 계약 협상임
- 그 밖에도 새로운 의료 절차에 대한 평가와 가격 설정, 청구 관리, 저소득층 대상 사업 관리 등이 있으며 2004년부터는 ‘효율 프로그램(efficiency programs)’ (학술지원, 질병관리 프로그램, 환자에 대한 홍보 캠페인, 재정적 인센티브, e-건강도구 개발) 개발에 중점을 두고 있음

○ 2004년 이후 건강기금 관리 방식의 변화

- 국가 및 지역 차원의 이사회 권한을 대폭 축소하고 “이사회(executive boards)”라는 명칭 대신 “위원회(boards)”를 사용함. 예를 들어 이사회 회장이 더 이상 공급자들과의 협상을 주도하거나 계약서에 서명하지 않음
- 반대로 행정부의 역할은 강화함. 회장과 장관이 임명하는 사무총장은 의사 등 공급자들과의 협상을 포함하여 더 많은 결정권과 권한을 가짐
- 3개의 주요 건강보험 기금을 모아 국민건강보험기금(UNCAM)이 형성되었고, 국민건강보험기금 사무국장은 모든 보험기금을 대신하여 공급자들과 협상함

□ 보건의료 공급자와의 계약

- 보건의료 공급자와의 계약은 국가건강보험과 보건의료 공급자 노조 간 협상된 단체 계약으로, 기간은 일반적으로 5년임
 - 각 직업마다 협상을 담당하는 대리인 조직이 있으며, 여러 전문기관을 위한 특정 계약이 있음
- 주된 계약 내용은 수가 지불 방법이며, 과거 행위별 수가제에서부터 현재는 다양한 수가 지불 방식을 적용하고 있음
- 5년마다 이루어지는 계약 외에도 필요한 경우 보건의료비용에 대한 구체적인 계약을 맺을 수 있는데, 예를 들어 2018년에는 UNCAM과 개인 방사선 전문의 간 계약을 맺음(계약 이전에는 UNCAM이 일방적으로 수가를 낮추었음)
- 국민건강보험은 공급자와 협상 시 보건부와 재무부 감독 하에 상당한 자율권을 가지며, 보건부는 특정 문제 해결을 위해 CNAM에게 협상을 열도록 요청할 수 있음
- 협상에 실패하는 경우 다음 협상까지 가입자와 공급자 모두가 동의하는 1인이 중재하여 협상을 이끌어냄

□ 프랑스의 건강 데이터(Health Data Hub)

- 프랑스는 2005년부터 건강보험 정보 시스템을 구축
 - 진단명, 외래 횟수, 입원 기간 등
- 구축된 데이터는 공개되어 다양한 연구진, 기관에서 학술활동, 모니터링 등을 위한 자료로 활용되고 있음

- Health Data Hub는 전체 인구의 데이터이기 때문에 선택 바이어스가 없고 10년동안 동일한 코딩으로 축적된 데이터라는 장점이 있지만 매우 제한된 임상 데이터라는 단점도 존재함

2) OECD

○ 일시 : 2019. 11. 04. (월) 15:00~1800

○ 주요 논의 내용

- OECD 국가들의 건강정책 관련 의사결정
- 프랑스의 건강정책 의사결정

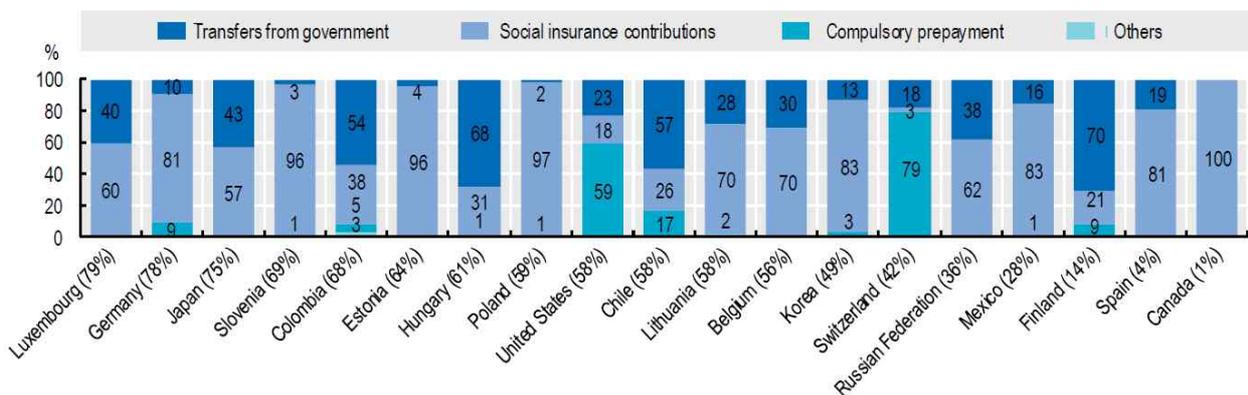
○ 회의 참석자:

- (OECD) Dominique Polton, Guillaume Debet, Valérie Paris, Luca Lorenzoni, Isabelle Vallard, 신은경 사무관
- (한국보건사회연구원) 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원

□ OECD 국가들의 건강정책 관련 의사결정

○ 의무 가입해야 하는 건강보험의 재원 구성

- 정부 재원(transfers from government)
- 사회보험 부담
- compulsory prepayment 예) 오바마케어에서의 프리미엄 구입
- 기타



○ 건강보험 관련 세금 관련 의사결정

- 2008 Health systems characteristics survey 조사 결과 대부분의 국가에서 의회나 중앙정부를

통해 의료에 사용될 세금의 수준을 결정, 사회보험의 건강보험 부담의 기준과 수준 결정, 건강 관련으로 사용될 총 공적재원의 예산을 결정함.

- 한국의 경우 사회보험의 건강보험 부담의 기준과 수준 결정에 공급자가 포함되며, 2008년 기준 한국이 유일하게 공급자를 포함하고 있음.
- 타 국가에서 의사결정 과정에 공급자가 직접 참여하지 않더라도 의뢰를 통한 로비는 항상 존재함.

○ 급여 보장 규정의 방식은 4가지로 분류됨.

- 포지티브형: 급여 보장이 되는 서비스와 상품 등을 설정
- 네가티브형: 급여 보장이 되지 않는 서비스와 상품 등을 설정
- 명시적: 행위와 상품 항목의 목록을 제시
- 암묵적: 포괄적인 용어를 사용 예) “모든 필수적인 의료 행위”

○ 급여 보장 규정은 국가별 건강보험 구조에 따라 다름.

- NHS 국가들은 급여 보장 범위 설정시 암묵적 정의를 이용하는 경향이 있으나, 의약품의 경우 포지티브 리스트를 제공하는 경우도 많음.
- 건강보험시스템을 운영하는 국가(한국 포함)들은 의료행위와 의약품 모두에서 급여 보장 규정 설정시 포지티브 리스트를 사용하는 경우가 많음. (한국은 의약품 급여 보장에서 포지티브와 네가티브 리스트 모두 사용)

○ 신기술의 급여 보장 규정

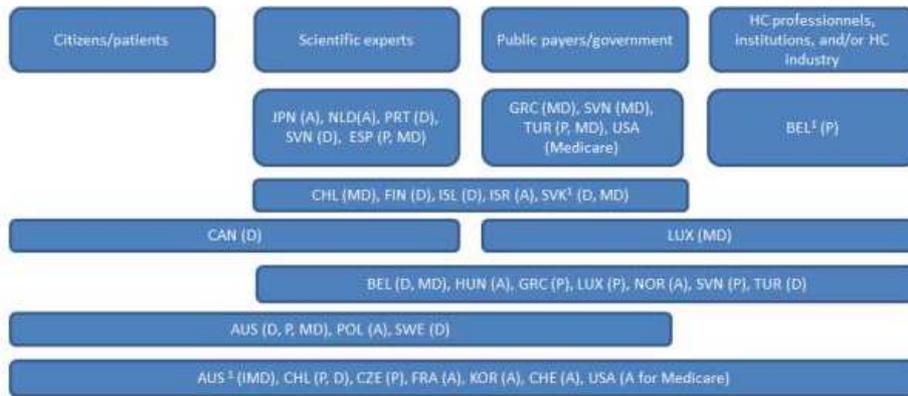
- 국가별, 종류별(의약품, 의료행위, 의료기기)로 신의료기술평가의 사용이 다름.
- 모든 종류에 있어서 급여 보장 설정을 위해 체계적 신의료기술평가를 하는 국가는 많지 않음.

○ 급여 보장의 평가와 결정 과정에 경제성 평가는 자주 이용되지만, 경제성 평가 결과만으로 결정이 이루어지지 않음.

- 국가에 따라 질병 부담, 시행 가능성, 사회적 가치 등을 결정 과정에 고려하기도 함.

○ OECD 국가들의 급여 보장의 평가와 결정 위원회 구조

- 국가마다, 의약품/의료행위/의료기기 등 종류에 따라 다르나 대부분의 국가들에서 학계 전문가가 위원회에 포함됨. 일본은 학계 전문가만이 위원회에 참여함.
- 위원회에 시민이나 환자를 포함하는 국가가 증가하고 있음.



Notes: A = all technologies; P = procedures; D = pharmaceuticals; MD = medical devices, IMD = Implantable medical devices; 1. Includes PHI, NLD: Other representatives are also represented in assessment/appraisal bodies.

○ OECD 국가들의 의사결정 구조

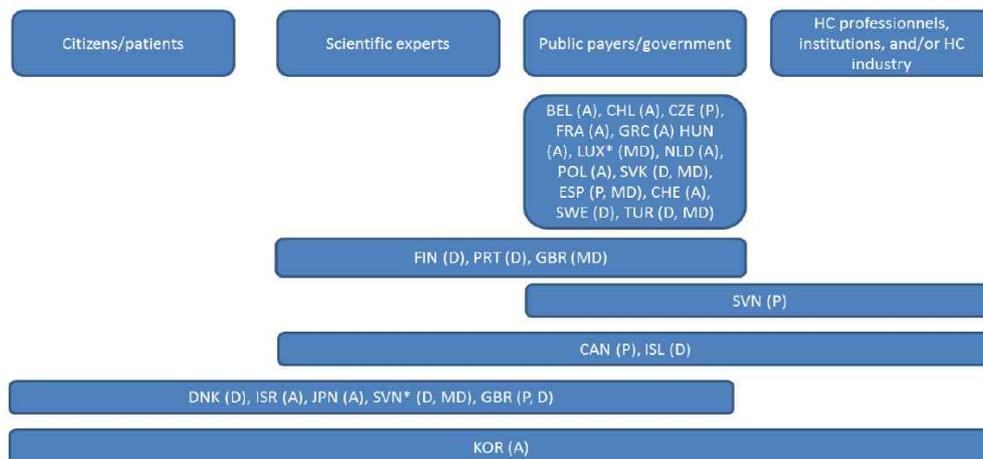
- 의사결정의 기준

- 법률에 따라, 정부 결정에 따라, 또는 법률과 정부 결정 모두 고려
 - * 대부분의 국가에서 공적지불자(public payer) 또는 정부가 최종 의사결정을 함.
- 평가 담당 위원회의 결정(예: NICE)

• 다양한 이해관계자를 포함한 특별위원회의 결정 (예: 노르웨이)

- 평가위원회 또는 의사결정에의 참여

- 환자, 시민의 평가 과정 참여 증가 추세임. 환자와 시민의 의견이 다르게 나타나는 경우도 있음.
- 조사대상 국가 중 12개의 평가위원회가 환자/시민 대표를 포함하고 있었으며, 투표권한을 부여함.
- 3개의 평가위원회는 환자 대표의 의견 수렴(consultation)을 평가 과정에 포함함.



Source: Notes: A = all technologies; P = procedures; D = pharmaceuticals; MD = medical devices; 1. Includes PHI; * the insured are represented through employees' representations. Source: 2014 OECD Health Benefit Basket Questionnaire

그림. 이해관계자의 급여 보장 결정과정 참여

○ 프랑스의 예: 건강보험기금과 공급자 단체계약(collective contract)

- HAS의 투명성 위원회(transparency committee) 구성

- 위원회의 구성은 법률에 명시되어 있음.
- 투표권 있는 회원 총 28명(21명 정회원, 7명 대리인)은 전문성에 의해 선정됨. 위원회에는 위원장과 부위원장(위원회 회원 중 정부가 임명하며, 3년 임기임), 방법론과 역학 전문가, 환자, 시민단체 회원 등이 포함됨.
- 21명 정회원의 구성: 의료제품가격위원회(French Healthcare products Pricing Committee: CEPS) 대표자 11인(각 1인이 의약품 가격, 지역사회 약국의 일반의약품 가격, 지역사회 약국의 신약 가격, 법률적 문의와 가격 인상 사례, 의약품 시작과 가격, 병원의약품 가격에 대해 담당. 위원장, 부위원장, 총서기장, 일반 조사위원, 부조사위원 각 1인 포함), CNAM 대표 3인, 주 정부 대표 4인(사회보장부, 보건부, 정책 경쟁, 소비자 복지, 사기관리 관련 부서[DCGGRF], 산업부 [DGE] 각 1인), UNOCAM(건강보험연합) 1인, 자문위원 2인(의료 공급 관련 부서[DGOS] 1인, 연구와 혁신 관련 부서[DGRI] 1인)
- 7명의 회원은 자문 역할을 함: 사회보장부서(보건부, 재무부), 보건부 건강총국, 보건부 의료공급 총국, 국가건강보험펀드, 프랑스 국립 의약품, 건강제품안전기관의 대표
- 투명성위원회 회원은 임명제로 3년 임기이며, 2번 재임명될 수 있음.

- 가격 협상 원리: 프랑스 내 가격 결정 과정에는 여러 단계의 규제가 있음. 회계감사원이 CEPS의 활동을 점검함.

- 법률, 규제 기반: 기본 가격의 기준은 사회보장법(social security code)에 정의되어 있음: 상대적 가치(comparators), 임상적으로 추가되는 가치(clinical added values: ASMR), 판매 예상(sales forecast), 의학경제성평가(medico-economic assessment)에 기반
- 정부 정책의 기원: 정부는 정책의 객관성, 정확한 가격의 기준, 기대 효과를 상기시켜야 함.
- CEPS 와 LEEM의 프레임워크 합의: CEPS는 제약산업계 대표자들과 구체적인 가격 규칙에 합의함. 해당 합의는 3년마다 갱신됨.
- CEPS와 각 산업체 간의 합의: 각 산업체는 가격 규제를 따른다는 의미로 CEPS와의 합의서에 서명을 함. 해당 합의는 4년마다 갱신됨.
- 제품 합의: 가격과 기밀 조항에 대한 합의는 제품마다 이루어짐.
- 공식 출판: 공적 가격과 지불보상의 조건에 대한 내용은 공식 출판물에 공개됨.

3) 프랑스 전국건강보험징수공단

- 일시 : 2019. 11. 05. (화) 14:30 ~ 18:00
- 주요 논의 내용
 - 프랑스 사회보장기여금, 보험료 부과 방식 등
- 회의 참석자:
 - (전국건강보험공단) Joel Dessaint, Gilles Calvet, Isabelle Freret, Anne-Marie, Pascale Jolion, Emmanuel Laurent
 - (한국보건사회연구원) 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원

□ 사회보장기여금(GSC)

- 가동소득에 대해 7.5%, 연금 6.6%, 실업수당 등 이전소득에 대해서 6.2%, 자산소득에 대해 8.2%, 투자이익에 대해 7.5%, 도박수익에 대해 9.5%를 부과하고 있음
- 가동소득과 이전소득은 사회보험기관이 징수하고 자산소득, 투자이익과 도박수익은 세무서 징수
- 징수된 일반사회기여금 수입은 가족수당과 노령연금보험에 투입
- 의료보험에는 사동소득, 자산소득, 투자이익 및 도박수익에 대한 수익의 5.1%, 사회보장급여에 대해 3.8% 부과

□ 보험료 부과

- 프랑스의 직업보험료
 - 피보험자인 피용자와 그 고용주가 부담하고 자영자제도의 경우 개별 자영업자가 단독으로 부담하는 보험료를 의미
 - 보험료는 주로 고용주가 부담, 근로자의 부담은 상대적으로 적은 편
- 보험료 부과 기준
 - 일반 보험제도의 경우 근로자 및 사업주가 부담하는 보험료 산정 기준이 수급자인 피보험자의 '노동의 대가로서 노동 시 노동자에게 지불된 금액'으로 정규임금소득(기본급) 이외에 유급휴가수당, 공사보험료, 각종 수당, 상여금 등 모든 소득 그리고 그 이외에 추가적으로 직접 또는 제3자의 개입으로 얻은 금액 등도 포함
 - 프랑스 임금 체계에서 각종 수당, 상여금 비중은 크지 않음
 - 연간 6600유로 이하의 소득자는 보험료를 납부하지 않아도 보험의 혜택을 받을 수 있음
 -

□ 프랑스 건강보험 재원별 구성비

- 프랑스의 전체 의료보장비에 소요되는 재원은 주로 노사가 부담하는 보험료에 의해 조달
- 일반적으로 보험료의 범주에 일반사회보장제(GSC)와 그 외의 여러 사회보장 목적세가 존재

4) iGES Institut

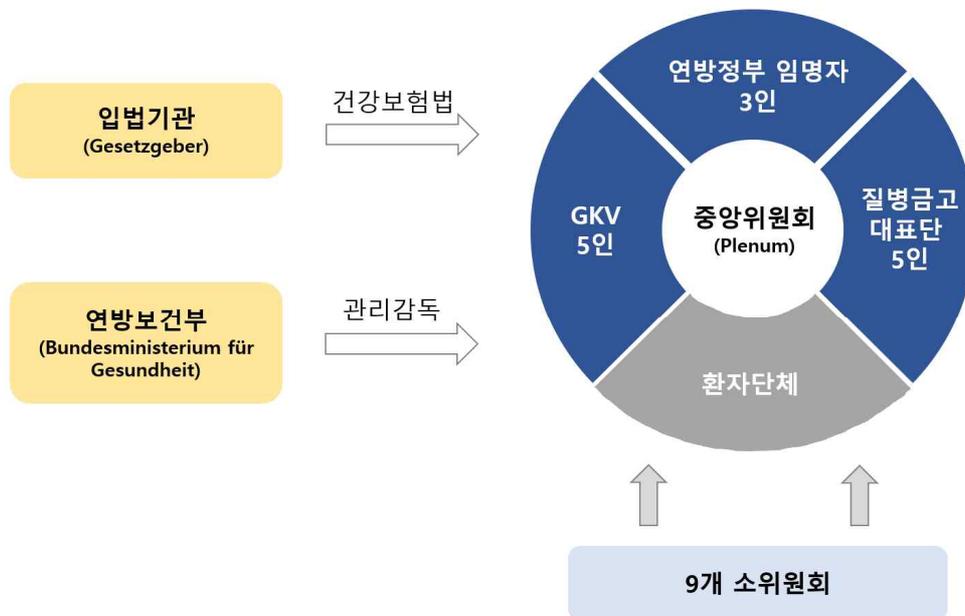
- 일시 : 2019. 11. 07. (목) 10:30 ~ 15:00
- 주요 논의 내용
 - 독일 보건분야의 의사결정
 - G-BA의 역할 및 구조
 - 독일 건강보험의 운영 방안(통합징수 등)
- 회의 참석자:
 - (iGES) Dr. Martin Albercht
 - (한국보건사회연구원) 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원
 - (기타) 봉지은 (통역)

□ 독일의 의사결정

- 건강보험 의사결정을 위한 고려 사항: 시장의 허가, 상환능력, 가격, 수량, 질 등 다양한 영역에 대해 다양한 기관이 의사결정을 함.
- 시장 허가
 - 의사: 연방 주에서 의사 면허에 대한 규정을 통해 모든 지역에 동일하게 규제함. 전문의 교육은 의사협회 소관. 연방합동위원회에서 의사 수요계획에 대한 지침을 설립하고 계약의사 수요 계획은 지역보험의 계약의사협의회 지역 허가위원회에서 설립함.
 - 병원: 연방 주의 병원계획, 법적 건강보험의 공급 계약, 병원 건축조례를 따름
 - 의약품: 독일 연방의약품 및 의료기기 연구소(BfArM)는 독일 내 허가, 유럽의약품국(EMA)의 규정은 유럽의 허가를 담당함. 주로 안전성 관련
 - 의료제품: EU 지침에 따른 기본 조건을 충족하는 제품에 CE마크 부여, 적합성 평가 시행, 4가지 등급 부여. 의약품보다는 규정이 까다롭지 않음. 2020년부터 새로운 EU 규정에 따라 의료기기 조건이 더욱 엄격해질 예정

□ 연방 합동 위원회(G-BA)

- G-BA는 독일 연방부 산하 독립기관으로 최고 의사결정기구임
- 법정 건강보험의 급여 범위를 결정하며, 적절하고 경제적인 건강보험 관리, 급여 결정에 대한 책임 및 고시, 새로운 진단 치료법에 대한 급여 결정 여부 등의 역할을 담당함
 - 의사 수요계획, 검사 방법 및 치료 방법 평가, 의약품·치료제·보장구에 대한 규제, 특수 치료 영역, 만성질환에 대한 구조화된 치료 프로그램, 치과 치료, 공급 품질 보증 등의 역할 담당
 - G-BA는 과학적 근거에 기반한 평가를 위해 전문평가기관인 보건의료품질경제성연구소(IQWiG)에 평가를 위임할 수 있으며, 평가 절차 및 협업에 대한 규칙은 G-BA의 규정에 따르게 되어 있음
 - 2017년 G-BA의 예산은 3.2밀리언 유로 정도였음(약 413억)
 - 각 외래 환자 치료 청구와 입원환자 치료 사례당 추가 요금을 책정하여 연간 재정으로 활용
- G-BA 구성



- G-BA는 건강보험연방중앙회(질병금고 대표단), 연방보험의사회(GKV 5인 중 2인), 연방보험치과 의사회(GKV 5인 중 1인), 독일병원협회(GKV 5인 중 2인)가 참여하고 있으며, 환자 대표는 자문위원으로 참여하여 발의권을 가짐(의사결정권은 없음)
- 연방정부 임명자는 관련 분야의 전문가이며 참여하는 3인 중 1인이 G-BA의 위원장이 됨. 임기는 5년이며 재임용이 가능함
- G-BA는 중앙위원회와 9개의 분과위원회(소위원회)로 이루어짐. 중앙위원회는 13인의 위원으로 구성되며, 매월 2회의 공개회의를 개최함
- 분과위원회에는 의약품, 치과, 외래 등의 영역 외에 질병관리사업, 의료 질, 방법론 등의 분야로 구성되어 있음

- 각 분과위원회에서 안건에 대한 의견을 결정한 뒤 서면으로 의견을 제출하면, 이에 대해 중앙위원회에서 심사, 의사결정을 내림

□ 급여보장

○ 외래진료, 의약품, 진단, 치료, 의료기기, 비의료적 치료 등에 대한 급여여부를 결정하여 고시

- 과학적 근거에 기반한 평가 수행을 위하여 위원회는 전문평가기관인 보건 의료 품질 경제성 연구소 (IQWiG)에 평가를 위임할 수 있음. 평가 절차 및 협업에 대한 규칙은 독일 연방 합동 위원회의 규정에 따름.
- 외래진료: 의약품을 제외한 의료기술은 선별급여목록(positive list)이 적용되므로 급여목록에 포함되기 위해 위원회의 결정이 필요함.
- 의약품: 의약품 시장 개혁법(AMNOG)의 시행으로 인해 위원회는 허가 1년 미만인 의약품에 대한 자료를 바탕으로 비교대상약에 대한 추가적 편익에 대한 평가를 수행함. 이러한 평가는 3개월 이내에 이루어져야 하며 보건 의료 품질 경제성 연구소(IQWiG)나 제 3자에게 이를 위임할 수 있음. 평가 결과는 인터넷에 공개되며, 결과에 대한 의견 개진의 기회가 주어진다. 위원회는 평가 결과와 의견들을 취합하여 최종 의사결정을 하고 이를 바탕으로 가격결정이 진행됨.
- 의료기기: 제조업체가 평가를 신청하면 의약품 분과위원회에서 평가를 실시하며, 이러한 의사결정은 대부분 90일 이내에 이루어짐. 선별급여대상이 되는 약 100개 목록은 위원회 홈페이지에 공개함.
- 새로운 검사 및 치료 방법 평가
 - 신청 허가의 적격성은 주요 서비스 제공 업체 최고 협회 (KBV보험 계약 의사 연방 협회, KZBV 연방 치과 연합, DKG 독일 병원협회), GKV-Spitzenverband(법정 건강 보험 최고 연합회), 환자 조직, 비 정당 G-BA 회원이 결정함.
 - 평가 절차: 의견 소명서를 받고, 사용자 측면에서의 평가 및 의료 요구 평가, 공급자 측면에서의 비용 효율성 및 필요성 평가를 수행함. G-BA 협력 연구기관(경제성 연구소 등)이 함께 평가를 수행함. 평가 결과를 바탕으로 9개 분과위원회의 전문가들이 결정 초안을 작성하여 서면으로 제출함. 그 후 위원회에서 결정 권고를 내림. G-BA의 결정을 연방보건부에서 반대한 사례도 있으나 갈등 사례는 드물고 대부분 G-BA의 의견을 따름.
 - 고위험 등급의 의료기기 - 입원 환자 치료: 병원에서는 금지가 되어 있지 않으면 신기술을 사용할 수 있음. 급여항목으로 등록되어 있지 않으면, InEK 병원의 NUB(새로운 검사 및 치료방법 요청)을 요청하고 G-BA로 정보를 전송함. G-BA는 관련 정보를 검토하여 경제성, 의료성을 평가하여 적절하면 새로운 기술로 인정을 함. G-BA에서 효과가 없다고 판단하면 해당 기술은 사용 금지됨.
 - Erprobung 테스트: 혜택이 입증되지 않았지만 필요한 치료 대안의 가능성이 있으면 제조업체가 평신청할 수 있음. 안전성 허가가 되어 있어야 사용 가능함. 해당 기술을 급여목록에 포함할지의 여부는 G-BA가 결정함.
- 가격: 외래 환자/입원환자 서비스
 - 각 서비스별로 EBM(평가 기준)에 맞춰서 점수가 부여되며, 점수를 돈으로 환산함. 계약의사연방

협회(KBV)와 법정 건강보험 최고연합회 대표 평가위원회가 함께 매년(8월 경) 점수별 가격에 대한 협상을 함. 각 지역별로 방향성 및 협상에 차이가 있음. 각 주별로 계약을 각각 하지만 전체적인 가격은 비슷하게 결정됨.

- 입원은 InEK에서 평가 가치(점수 당 가치)를 해마다 조사하지만 외래는 필요에 의해서만 평가함.
- 가격: 의료제품
- 의약품시장개혁법안 AMNPG (2011년 이후)의 조기 사용평가 과정: (1) 제약회사는 신약의 추가 가치를 입증하기 위해 시장 출시 직후 가능한 연구에 대한 (서면)평가를 함, (2) G-BA(보건의료품질경제연구소 IQWiG 포함)의 서면평가 및 G-BA에 의한 의사결정 과정, (3) 추가가치가 없는 의약품으로 분류된 경우, 유사한 의약품 수준으로 가격 결정, (4) 입증 가능한 추가가치가 있는 의약품으로 분류된 경우, 약가는 법정건강보험과 제조업체 간의 협상에 의해 결정됨.
- 해당 평가가 약 1년 정도 걸리는데 평가 과정 중에는 전체 가격을 지불해야 하기 때문에 보험과 갈등이 있을 수 있음.
- 정부 입장에서는 제약산업 육성보다는 법정 건강보험의 재정안정화가 최우선임.

□ 의료의 질 관리

○ G-BA에서 품질 보증 기준을 마련하고 평가

- 최소 자원, 최소 인력(정신의학), 기관 내 품질관리, 특정 치료에 대한 구조·과정·결과에 대한 최소 요구도 등
- 기준을 충족시키지 못하는 경우 페널티로 수가가 잠시 낮아짐
- G-BA는 평가 결과를 연방정부에 전달

○ 품질 보증 기준 마련은 입원, 외래 모두 G-BA가 담당하고 있으나 외래의 질 평가는 의사연합회에서 더 깊게 관여하고 있음. 개원의 의사 연합회에서 질 관리를 위한 개원의 대상 무작위 시험 등을 진행 중임

□ 보험료의 책정 및 징수

○ 법정 건강보험(GKV)는 사회보험(SGB IV)의 통합 징수처임

- 통합징수 대상이 되는 사회보험은 건강보험, 장기요양보험, 연금 및 실업 보험이 해당됨
- 통합징수처인 법정 건강보험은 각 기관에 징수한 보험료를 전달함
- 모든 보험료는 법으로 정해진 비율이 있으며, 전체 사회보험료를 모두 합쳐 소득의 40%가 넘지 않아야 한다는 사회적·정치적 기준이 존재함

2) AOK-BUNDESVERBAND

○ 일시 : 2019. 11.08. (금) 14:30 ~18:00

○ 주요 논의 내용

- 독일의 건강보험 운영 및 보험료 부과징수 방안
- 의사결정 시 법정 건강보험으로서의 역할

○ 회의 참석자:

- (AOK) Irmelind Kirchner, Matthias Gabriel, Dirk Becker, Markus Juhls
- (한국보건사회연구원) 신영석 선임연구위원, 최슬기 부연구위원, 강혜리 연구원
- (기타) 봉지은(통역)

□ 독일의 건강보험 운영

○ 보험료 부과 징수

- 각 사회보험별 위험 균등화를 위해 건강기금을 만들어 한꺼번에 보험료를 거둔 뒤 다시 한 번 조정하여 나누는 시스템
- 임금근로자의 경우 소득의 14.6%를 건강보험료로 부과하고 있음. 자영업자는 일정 기간이 되면 수입과 지출을 작성하여 제출하도록 하며, 이를 토대로 보험료를 산정함
 - 자영업자 수입과 지출에 대한 모니터링: 수입이 적어지는 등의 변동이 있을 시에는 당사자가 직접 신고할 것이라고 가정하고 있으며, 별다른 모니터링 체계는 갖추고 있지 않음
 - 자영업자의 수입이 작아져 보험료를 지불하지 못하는 경우가 다수 발생한 시기부터 최하보험료 제도, 가족보험(우리나라 피부양자 제도와 비슷) 제도를 운영
- 독일은 현재의 시스템으로 천천히 발전해왔기 때문에 행정 비용이나 각 보험별 비용 부담이 다른 것을 문제로 인식하지 않음. 보험료를 징수하고 분배하는 것이 질병금고의 당연한 역할로 인식하고 있음
- 우리나라는 보험료율이 자격별로 복잡하고 차이가 있어 투입되는 인력과 비용이 많이 발생하지만 독일의 경우 비교적 징수, 관리 체계가 단순하여 그 과정의 비용은 무시할만한 것으로 보여짐

□ 의사결정 시 법정 건강보험의 역할

○ G-BA에 참여하는 법정 건강보험으로서의 AOK의 역할

- 현재 AOK의 대표가 G-BA 중앙위원회 법정 건강보험(GKV) 대표 5인에 포함되어 있지 않으나 사전 협의를 통해 의견을 제시
- 법정 건강대표 5인 하에 각각 부대표가 3인씩 있어 대표가 참석이 어려운 경우 부대표가 대신 회의에 참석함. AOK의 대표도 부대표 중 한 사람임. 법정 건강보험들이 속해있는 위원회에서 G-BA에

참여할 5인을 결정함

- 각 5인은 통일된 의견을 가지고 G-BA에 참석. 의견이 사전에 통일되지 않는 경우에도 결국 협의를 해야 하며, 준비에 많은 시간이 소요되는 것도 이 때문임
- 우리나라는 의사협회가 건강보험정책심의위원회 회의에 불참하고 있는 상황. 이와 비슷한 독일의 경험: 건강보험측이 수적으로 우세하기는 하지만 늘 한 쪽의 의견만 승리하는 것은 아니기 때문에 큰 갈등이 없으며, 공급자 측은 불만의 표시로 보도자료를 내는 정도에 그침
- 법정건강보험대표 5인의 임기는 6년이며, 재임이 가능함
- 보건의료 분야의 주요 의사결정을 수행하는 G-BA를 '작은 입법자'로 명칭하기도 함