

한국과 미국의 보건의료정책 동향 및 개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States

일시: 2013년 7월 2일(화), 14:00~18:00

장소: 한국보건사회연구원 대회의실

주최: **KIHASA** 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

주관: 한국보건행정학회 Korean Academy of Health Policy
and Management

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs




Programs

14:00~14:10	Opening Session
	Welcoming message Byong ho, Tchoe (President, KiHASA)
14:10~15:30	Session I
	Chair Jin, Sakong (Dean, College of Business and Economics at Hanyang University)
	1. Health Care Reform in the United States :Implications of the Affordable Care Act at the National and Local Level Stephanie Bernell (Professor, Oregon State University)
	2. Health Care Payment Reforms in the United States : Approaches to Bending the Cost Curve Jeff Luck (Professor, Oregon State University)
15:30~15:50	Coffee Break
15:50-16:30	Session II
	3. Future Directions and Issues of Health Care Policies in Korea Young seok, Shin (Vice President, KiHASA)
	4. Payment System in Korea : Challenges and Future Directions Yoon, Kim (Executive Director, HIRA Research Institute)
16:30~18:00	Panel Discussion
Panelists	Hyun woung, Shin (Head, Research Center on Health Security, KiHASA) Jangho, Yoon (Professor, Oregon State University) Seok jun, Yoon (Professor, Korea University) Keun young, Lee (Professor, Hallym University) Byung wang, Jeon (Head, Division of Health Insurance Policy, Ministry of Health & Welfare) Hyoung sun, Jeong (Professor, Yonsei University)
18:00	Close

프로그램

14:00~14:10	개회식
	축 사 최병호 (한국보건사회연구원 원장)
14:10~15:30	Session I
	좌 장 사공진 (한양대학교 경상대학장) 1. Health Care Reform in the United States :Implications of the Affordable Care Act at the National and Local Level Stephanie Bernell (Professor, Oregon State University) 2. Health Care Payment Reforms in the United States : Approaches to Bending the Cost Curve Jeff Luck (Professor, Oregon State University)
15:30~15:50	Coffee Break
15:50~16:30	Session II
	3. 신정부의 보건의료정책 방향과 과제 신영석 (한국보건사회연구원 부원장) 4. 한국의 진료비 지불제도 현황 및 개혁방향 김 윤 (건강보험심사평가원 연구소장)
16:30~18:00	패널 토론
토론자 (가나다 순)	신현웅 (한국보건사회연구원 건강보장연구센터장) Jangho, Yoon (Professor, Oregon State University) 윤석준 (고려대학교 교수) 이근영 (한림대학교 교수) 전병왕 (보건복지부 보험정책과장) 정형선 (연세대학교 교수)
18:00	폐 회




한국과 미국의 보건의료정책 동향 및 개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States



- [Session I] Health Care Reform in the United States : Implications of the Affordable Care Act at the National and Local Level / 00**
• **Stephanie Bernell** (Professor, Oregon State University)
- Health Care Payment Reforms in the United States : Approaches to Bending the Cost Curve / 00**
• **Jeff Luck** (Professor, Oregon State University)
- [Session II] Future Directions and Issues of Health Care Policies in Korea / 00**
• **Young seok, Shin** (Vice President, KiHASA)
- Payment System in Korea : Challenges and Future Directions / 00**
• **Yoon, Kim** (Executive Director, HIRA Research Institute)



한국과 미국의
보건의료정책 동향 및
개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States

**Health Care Reform in the United States
: Implications of the Affordable Care
Act at the National and Local Level**

Stephanie Bernell

(Professor, Oregon State University)

Health Reform in the U.S.

Steph Bernell, PhD

Associate Professor and Director Health Management and Policy Programs

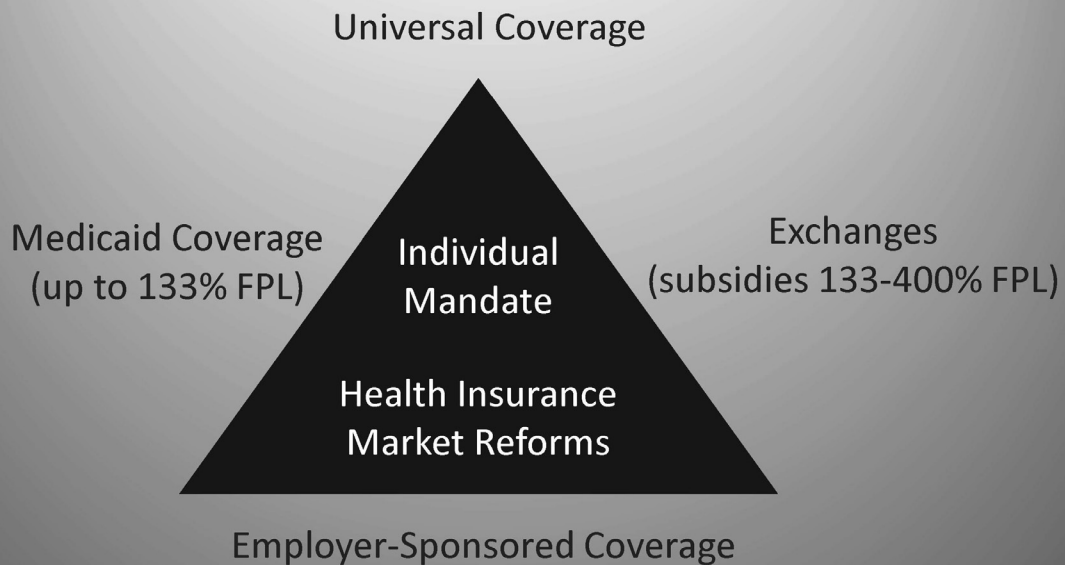
Oregon State University



Goals for Health Reform

- Expand health insurance coverage
- Improve coverage for those with health insurance
- Improve access to and quality of care
- Control rising health care costs

Promoting Health Coverage



Expanding Health Insurance Coverage— Early Actions

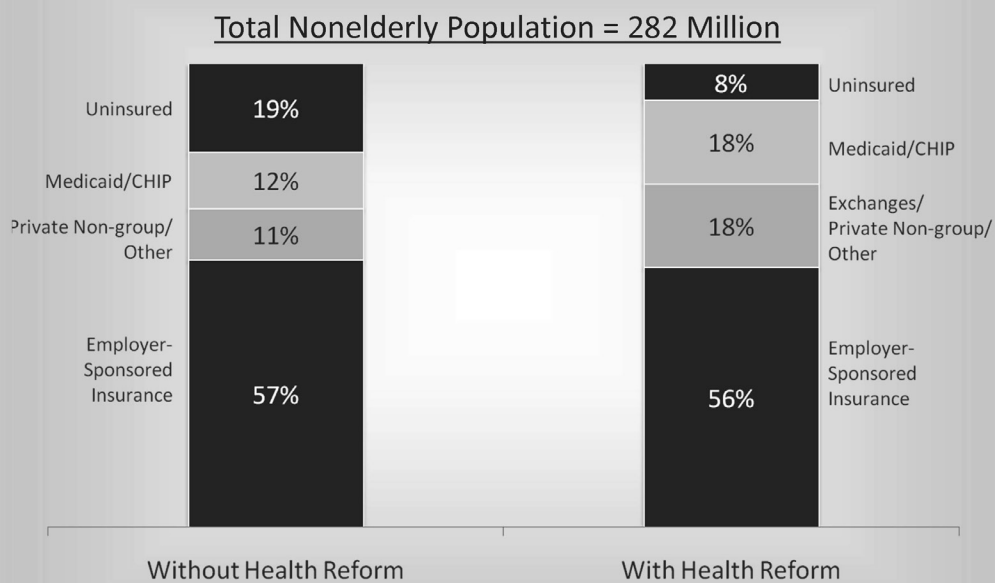
- Create temporary Pre-existing Condition Insurance Plan for people with medical conditions who are uninsured
 - To qualify, individuals must be uninsured for six months
 - Federally funded
 - Available in each state until 2014
- Allow adult children to remain on their parents' health insurance policy until age 26
 - Children do not have to live with parents, nor be students
 - May be married, but spouses and children not eligible

Expanding Health Insurance Coverage—in 2014

- Expand Medicaid to all individuals under age 65 with incomes up to 133% of the poverty level (\$14,400/individual or \$29,300/family of 4)
- Create new Health Insurance Exchanges where individuals and small employers can purchase coverage
- Provide premium subsidies to eligible individuals and families with incomes up to 400% of the poverty level (\$43,300/individual or \$88,200/family of 4) through the Exchanges

Figure 6

Estimated Health Insurance Coverage in 2019



Improving Health Insurance

- Reform the health insurance market
 - Prohibit insurers from denying coverage or charging people more because they are sick
 - Prohibit insurers from rescinding coverage or placing annual or lifetime limits on coverage
- Improve benefits for those with insurance
 - Ensure coverage of preventive services with no cost-sharing
 - Establish minimum benefit standards
 - Limit out-of-pocket spending for consumers

Employer Requirements and Incentives

- Larger employers that don't offer affordable coverage will face penalties of up to \$2,000 per full-time worker per year beginning in 2014
- Small employers with up to 50 employees will be exempt from penalties
- Tax credits available for some small businesses that offer health benefits

Individual Mandate

- Individuals will be required to have health coverage that meets minimum standards in 2014
- Individual mandate spreads costs among whole population
- Mandate enforced through the tax system
- Penalty for not having insurance: greater of \$695 (up to \$2085 for family) or 2.5% of family income
- Exemptions for certain groups and if people cannot find affordable health insurance

Some Uninsured Will Remain

- Congressional Budget Office (CBO) estimates 23 million uninsured in 2019
- Who are they?
 - Immigrants who are not legal residents
 - Eligible for Medicaid but unenrolled
 - Exempt from the mandate (most because can't find affordable coverage)
 - Choose to pay penalty in lieu of getting coverage
- Many remaining uninsured will be low-income

Health Reform and Delivery System Changes

- Promoting primary care and prevention
- Improving provider supply
- Developing new models for coordinating and delivering care
- Making use of information technology
- Reforming provider payments to promote quality

Promoting Primary and Preventive Care

- Increased Medicare and Medicaid payments for primary care providers
- Incentives for new doctors and other health professionals to practice primary care
- No cost-sharing in Medicare and new private plans for certain preventive services and incentives for states to do same in Medicaid
- Funding for population-based prevention activities

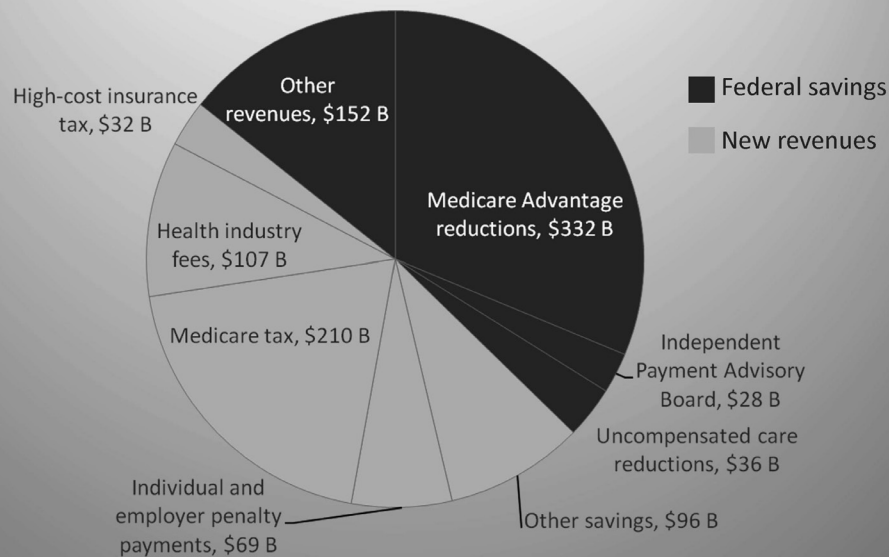
Improving Health Care Quality

- Development of a national quality strategy
- Coordinated care through medical homes and other models
- Quality-based payments for health care providers and improved information on provider quality
- Comparative effectiveness research to identify most effective treatments and interventions
- Enhanced data collection to address health care disparities

Containing Health Care Costs

- Greater oversight of health insurance premiums and insurer practices
- Increased competition and price transparency through Exchanges
- Provider payment reforms in Medicare
- Testing of new, more efficient delivery system models in Medicare and Medicaid

Financing Health Reform, 2010-2019



Total Cost = \$938 Billion
Savings to Federal Deficit = \$124 Billion

Future of Health Reform:

- Implementation will be challenging
 - Guidance and federal oversight needed
 - Resources for infrastructure and capacity building
 - Policy and political challenges
- Health reform provides opportunities to improve our health care system
 - Reduce the number of people who are uninsured
 - Make the health insurance system work better for all consumers
 - Transform delivery and payment systems to get better value
 - Reorient health care to focus on prevention and primary care

Applying Health Reform at the State Level

- 29 states and the District of Columbia support expanding Medicaid under Health Reform
 - anyone earning less than 133 percent of the federal poverty level (\$15,282 for a single person)
- Under health reform, the federal government will pay the full cost of the Medicaid expansion from 2014 through 2016
- After 2016 the federal share will gradually decline until it reaches 90 percent in 2022
- Currently, the federal government covers an average of 57 percent of Medicaid costs and the states pay the remainder

Consequences of Opting Out

- 14 states that have said they will opt out of the new Medicaid funds
- Rand study finds that the states will:
 - get \$8.4 billion less in federal funding
 - have to spend an extra \$1 billion in uncompensated care
 - have 3.6 million fewer insured residents

Health Reform in Oregon

- Oregon rolled out an ambitious makeover of its Medicaid system, based on Coordinated Care Organizations (CCO)
- Medicaid patients will now get all their care through a regional CCO
- The CCO brings together doctors, hospitals, mental-health workers, and managed-care insurers
- CCO has a single per-patient budget to coordinate care.

Thank you.

미국의 의료 개혁

Steph Bernell, PhD

Associate Professor and Director Health Management and Policy Programs

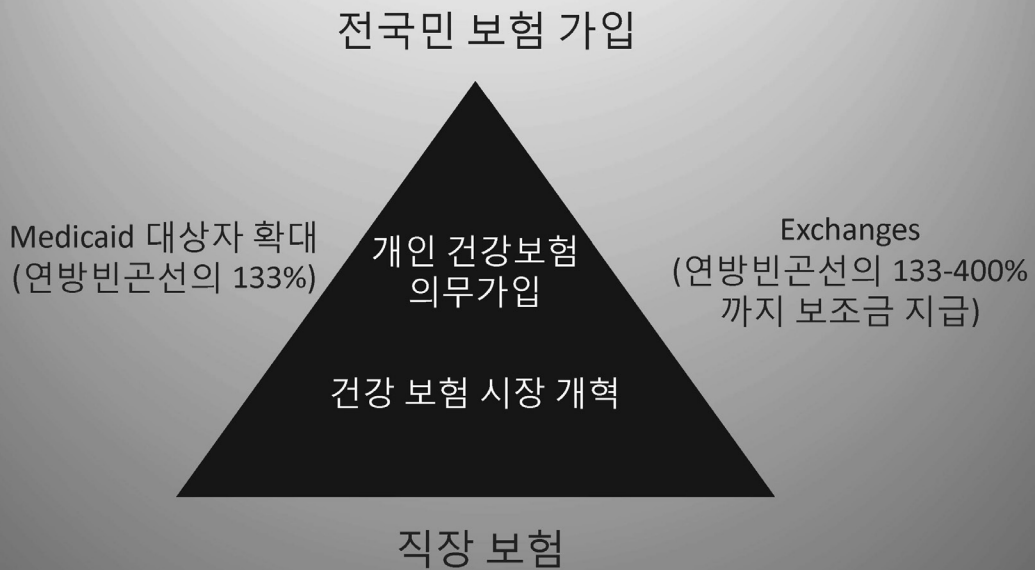
Oregon State University



의료 개혁의 목적

- 건강보험 가입 인구의 확대
- 건강보험 가입자의 급여범위 확대
- 의료 접근성과 의료의 질 향상
- 의료비 증가 통제

건강보험 가입 인구의 확대



건강보험 확대 : 초기(2014년 이전) 개혁

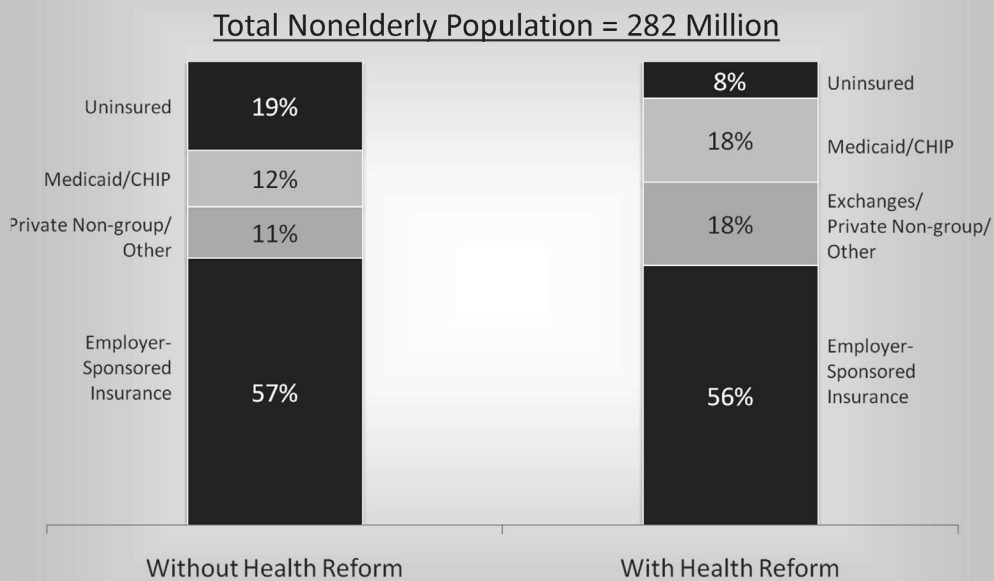
- 건강보험이 없는 기존 환자들을 위한 임시 보험제도 실시
 - 자격 기준 : 최소 6개월 이상 무보험 상태이어야 함.
 - 연방정부 사업
 - 2014년까지 시행
- 26세까지 부모의 보험에 가입할 수 있음.
 - 부모와 동거하거나, 학생이 아니어도 가능.
 - 기혼한 자녀도 가입 가능하나, 그 배우자나 자녀는 대상에서 제외됨.

건강보험 확대 : 2014년 이후

- Medicaid 적용범위를 65세 이하로 확대(연방빈곤선의 133%까지) (\$14,400/개인당 or \$29,300/4인 가족)
- 개인과 영세자영업자들을 대상으로 하는 Health Insurance Exchange 실시
- 빈곤선의 400%까지의 개인과 가구들을 대상으로 Exchange에서 건강보험료 보조(\$43,300/개인당 or \$88,200/4인 가족)

Figure 6

Estimated Health Insurance Coverage in 2019



건강보험 보장성 확대

- 건강보험 시장 개혁
 - 보험회사가 보험 신청자를 거부하거나 높은 건강 보험료를 부과하는 것을 금지
 - 보험회사가 보험 적용을 취소하거나 연간 또는 평생 급여 한도액을 설정하는 것을 금지
- 건강보험 가입자의 급여 범위 확대
 - 본인부담금 없이 예방의료를 이용
 - 최소 급여 항목 설정
 - 본인 부담금 한도액 설정

고용주 규제 및 유인

- 2014년부터, 대규모 사업장 고용주가 적정수준의 보장보험을 제공하지 않을 경우 정규직근로자 1인당 최고 \$2,000까지 벌금 부과
- 고용인 50인 이하의 소규모 사업장은 제외
- 소규모 사업장이 건강보험을 제공할 경우 세제 혜택

개인 건강보험 의무 가입

- 2014년 이후로 모든 개인은 특정 기준을 만족시키는 건강보험에 가입하도록 의무화
- 의무가입은 비용을 분산시킬 목적임.
- 의무가입은 조세제도를 통해 강제화함.
- 미가입 시 벌금 부과 : 개인당 \$695(가구당 \$2,085 까지)나 가구소득의 2.5% 중 큰 액수
- 특정 집단 및 보험료를 감당할 수 없는 개인은 면제

무보험자

- Congressional Budget Office(CBO)는 2019년에 2,300만명의 무보험자 추정
- 무보험자?
 - 불법 이민자
 - 메디케이드 수혜 대상자 중 무등록자
 - 보험의무 면제 대상자(대부분은 경제적인 이유로 보험이 없는 개인들)
 - 보험 가입 대신 벌금을 지불하는 개인들도 있을 것임.

의료 개혁과 전달체계의 변화

- 일차 의료와 예방 의료 증진
- 의료 공급자 증강
- 새로운 의료 전달 체계 구축
- IT체계 확대
- 의료의 질 향상을 위한 지불방식 개선

일차 의료 및 예방의료 증진

- 일차 의료 서비스에 대한 메디케어와 메디케이드 지불 증가
- 의사 및 기타 의료인력을 일차의료 인력으로 유인
- 메디케어와 메디케이드 수혜자에 대해 예방 의료 서비스 이용 시 본인부담 면제
- 국민대상 예방사업에 기금 투입

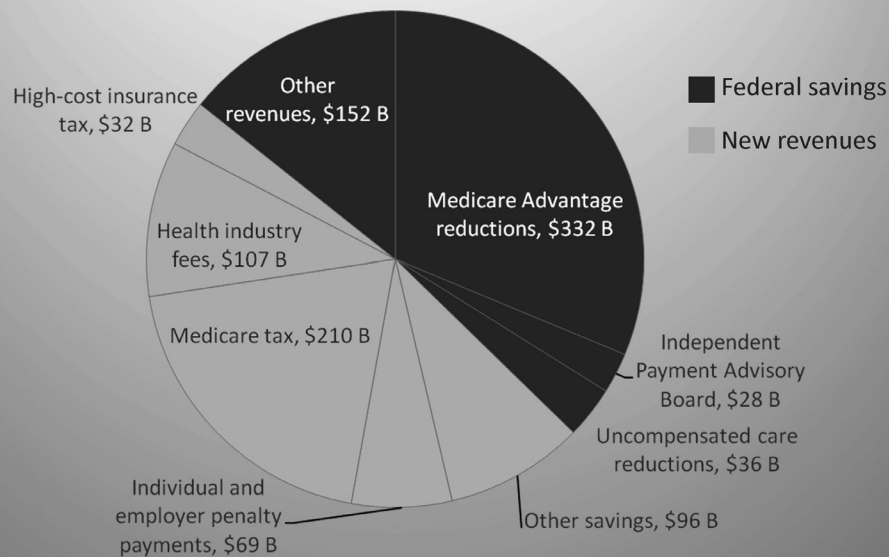
의료의 질 향상

- 국가 의료의 질 향상 전략 개발
- 메디컬 홈과 같은 의료 체계를 통한 통합적 의료서비스 제공
- 의료공급자를 위한 질기반 지불제도와 의료공급자 질에 대한 정보의 증진
- 비교-효과 연구를 통한 효과적인 치료 규명
- 의료 불평등을 해소하기 위한 데이터 수집 강화

의료 비용 통제

- 보험료 및 보험자 행태의 감독 강화
- Exchanges를 통한 공급자 경쟁 및 수가의 투명성 향상
- 메디케어의 공급자 지불 방식 개혁
- 메디케어와 메디케이드에서 효과적인 새로운 의료 전달체계 시범사업 실시

Financing Health Reform, 2010-2019



Total Cost = \$938 Billion
Savings to Federal Deficit = \$124 Billion

의료개혁의 향후 과제

- 계획의 수행이 쉽지 않을 것임.
 - 명확한 지침과 연방 정부의 통제가 필요
 - 제도의 기반 구축을 위한 자원 필요
 - 정책적, 정치적 과제
- 의료개혁은 미국 의료 체계 향상을 위한 기회 제공
 - 무보험자의 수 감소
 - 의료 체계의 전반적인 효율성 증진
 - 전달 및 지불 체계의 가치 증진
 - 예방 및 일차 의료를 강조하는 의료체계 발전

주 정부의 의료개혁

- 29개 주와 워싱턴 DC는 메디케이드의 확대를 지지
 - 연방 빈곤선의 133% 이하를 대상으로 함.
(\$15,282 for a single person)
- 2014-2016년의 기간 동안 연방정부는 메디케이드 확대에 따르는 모든 비용을 보조할 것임.
- 2016년 이후 연방 재정 지원율은 감소하여 2022년에는 90%까지 감소
- 현재는 연방정부가 평균 57%의 메디케이드 비용을 보조하고 있음.


메디케이드 확대 미참여의 결과

- 14개 주는 메디케이드 확대에 참여하지 않을 것임.
- RAND연구에 따르면, 미 참여 주들은:
 - 연방으로부터 84억 달러 정도 적게 재정을 수혜 받을 것임.
 - 미지급 의료에 10억 달러를 추가적으로 사용
 - 보험가입자는 360만명 정도 적음.

오레곤 주의 의료 개혁

- Coordinated Care Organization(CCO)를 근간으로 한 오레곤 메디케이드의 급진적인 개혁
- 오레곤 주의 메디케이드 환자는 현재 지역CCO를 통해 의료를 이용함.
- CCO는 의사, 병원, 정신 건강 의료인력과 관리의료 보험자를 통합
- CCO는 환자당 총액 예산 지불을 통해 의료 전달을 통합함.

Thank you.



한국과 미국의
보건의료정책 동향 및
개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States

**Health Care Payment Reforms
in the United States : Approaches to
Bending the Cost Curve**

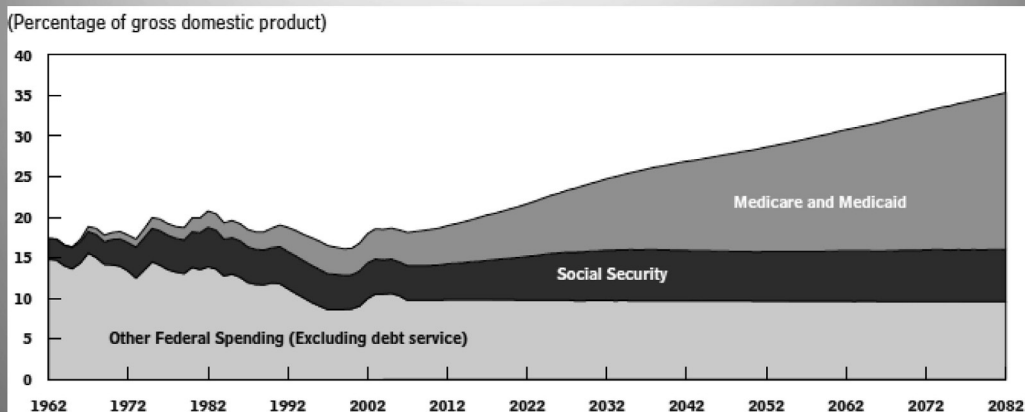
Jeff Luck (Professor, Oregon State University)

Health Care Payment Reforms in the United States: Approaches to Bending the Cost Curve

Jeff Luck, MBA, PhD
2 July 2013

Oregon State UNIVERSITY OSU College of Public Health and Human Sciences

Medicare spending is growing at an unsustainable rate



Source: US Congressional Budget Office, *Budget Options: Volume 1 Health Care*, December 2008, p 2

Oregon State UNIVERSITY OSU College of Public Health and Human Sciences

Major drivers of Medicare spending growth are broadly understood

Aging population

Rising prevalence of chronic health conditions and their complications

Growing use of costly medical technologies

Fee-for-Service (FFS) reimbursement policies

- Encourage volume over value

Key features of current Medicare reimbursement

Physicians are paid pure FFS for outpatient and inpatient care

- Specialty care and procedures are paid at much higher rates

Hospitals are paid: by DRGs for inpatient care

by procedure for outpatient care

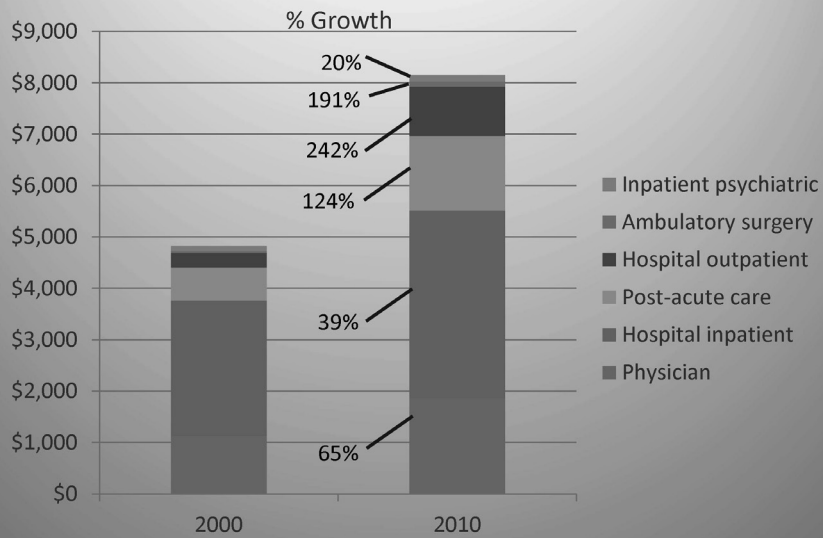
Supply side restrictions are very limited

- On physician specialty, facilities, or technology

Inpatient care utilization is low by OECD standards but very costly per discharge

Outpatient care utilization is rising rapidly in hospitals, physician offices, and other settings

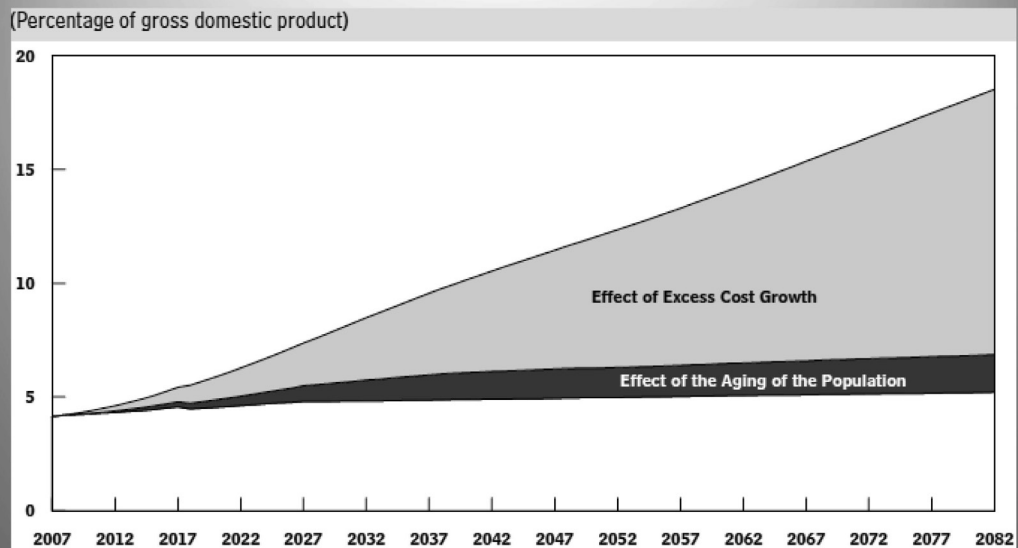
Per-capita Medicare spending growth, 2000-2010



Source: MEDPAC, *Data Book*, June 2012, p 4

Oregon State University OSU College of Public Health and Human Sciences

Population aging is not the major driver of projected Medicare spending growth



Source: US Congressional Budget Office, *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, November 2007, p 14

Oregon State University OSU College of Public Health and Human Sciences

Reducing wasteful utilization is a primary target of Medicare spending reform efforts

- Underuse of screening, primary and secondary prevention, self-management
- Limited use of midlevel practitioners
- Duplication of diagnostic tests
- Polypharmacy
- Fragmented specialty care
- Overuse of tests and procedures
- Avoidable emergency department visits and hospitalizations
- Overuse of costly devices and medications
- Readmissions after hospital discharge
- Intensive utilization near the end of life

Medicare spending reforms take several approaches to controlling utilization

1. Improve efficiency of episodes involving inpatient care
2. Expand primary care and care coordination
3. Provide global payments for defined populations of patients

1. Improving efficiency for episodes of care

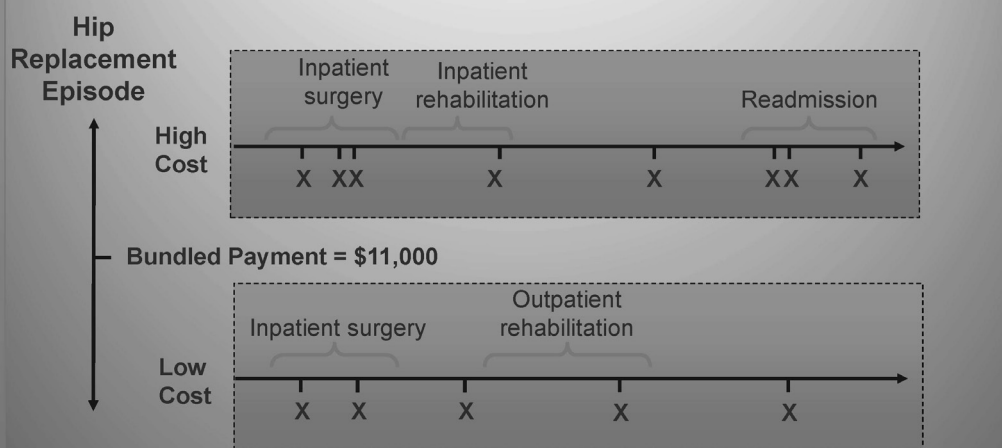
DRG payment provides clear incentives to shorten length of hospital stay

Recent policy changes provide modest financial incentives

- Value-Based Purchasing (VBP)
 - Pay-for-performance with bonuses based on Patient Satisfaction (8 measures, 70% of score) and Quality (12 measures, 30% of score)
 - Outcome and Efficiency measures will be added in future years
- Nonpayment for “never events” or hospital-acquired conditions
- Penalties for high risk-adjusted readmission rates

Bundled payments for episodes provide stronger incentives by allowing physicians and hospitals to share cost savings

Bundled payment rewards coordination and use of less costly types of care



Source: MEDPAC, *Moving toward bundled payments*, 2007

X = Physician Visit

2. Expanding primary care and care coordination

Disease management programs contact patients and encourage them to self manage their chronic conditions

- Cost savings are minimal

The Patient-Centered Medical Home (PCMH) expands the scope of primary care

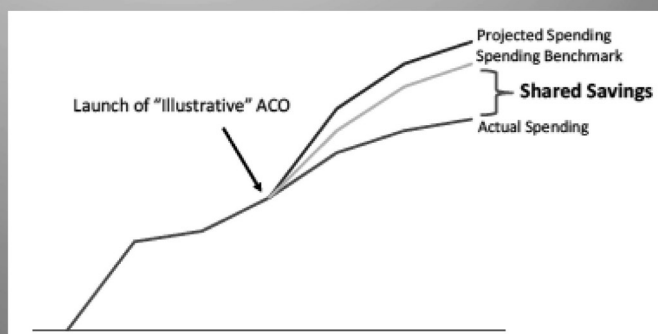
- Multidisciplinary care teams
- Electronic medical records and chronic disease registries
- Enhanced access—after hours, telephone
- Chronic disease self-management
- Care coordination
- Early adopters reduced specialist, emergency department, and inpatient utilization significantly—but widespread savings not yet demonstrated

ACOs allow hospitals and physicians to share savings from care coordination

An Accountable Care Organization is assigned a defined patient population

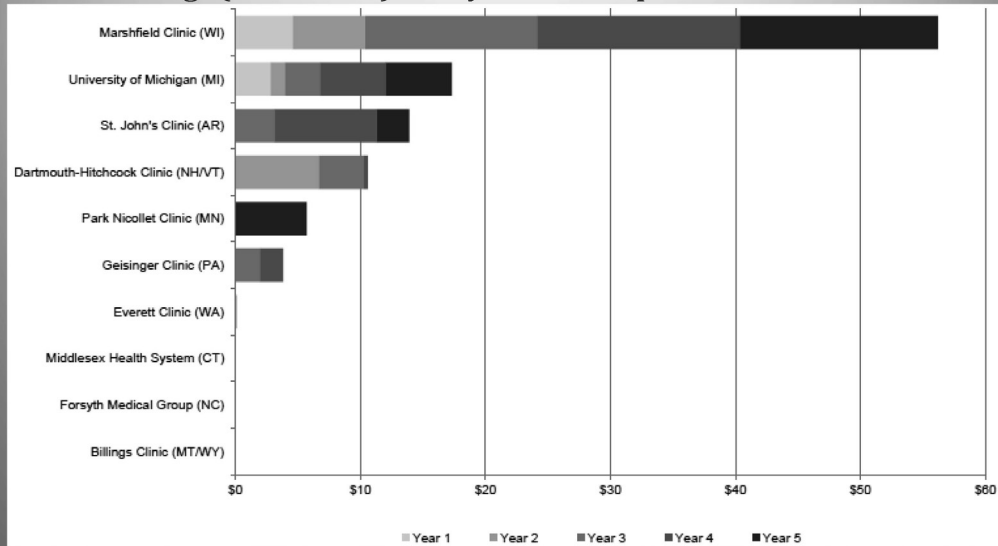
- Based on past utilization of physicians
- Patients are not “locked in” to the ACO’s providers

Hospitals and physicians share in savings compared to projected spending growth



Shared savings can vary widely across provider organizations

Shared savings (US\$million) in Physician Group Practice Demonstration



Source: Urban Institute, *ACOs in Medicare and the Private Sector*, November 2011

3. Medicare Advantage makes capitated global payments to health plans

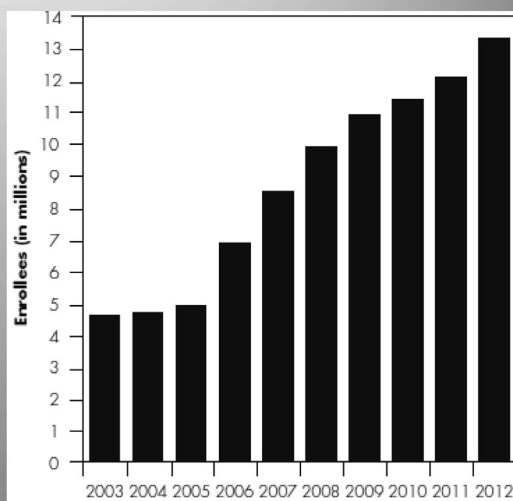
Health plan is required to provide full range of Medicare-covered services

- Plans contract with limited network of hospitals and physicians

Risk adjustment is used to limit favorable selection

Successful plans can reduce utilization of outpatient and inpatient care—and keep the full amount saved

Medicare Advantage enrollment has grown rapidly in recent years



Source: MEDPAC, *Medicare Payment Policy*, March 2013

Oregon CCOs receive global payments for Medicaid patients

A Coordinated Care Organization (CCO) is a consortium of hospitals, physicians, and health plans in a geographic region

- **Capitated payments cover all Medicaid-covered services, plus mental health and [in 2014] oral health services**
- **PCMH enrollment is required for ~all patients**
- **Significant savings are expected from care coordination**
 - **Especially for patients with high utilization**

Growth of future payments is constrained to 3% annually, compared to 5% annual growth in recent years

Bonuses can be earned for achieving performance targets on 17 quality measures

Impact of different approaches will be assessed in future years

Hospital VBP implementation will be complex

Bundled payments are at the demonstration stage

- **May be expanded to cover all care for a chronic condition**

PCMH model is compelling—but implementation is challenging for most primary care practices

ACO model is unproven

Medicare Advantage pricing must ensure that savings accrue to Medicare—not just to health plans—and quality must be assured

The federal government will hold Oregon accountable for reductions in CCO spending growth

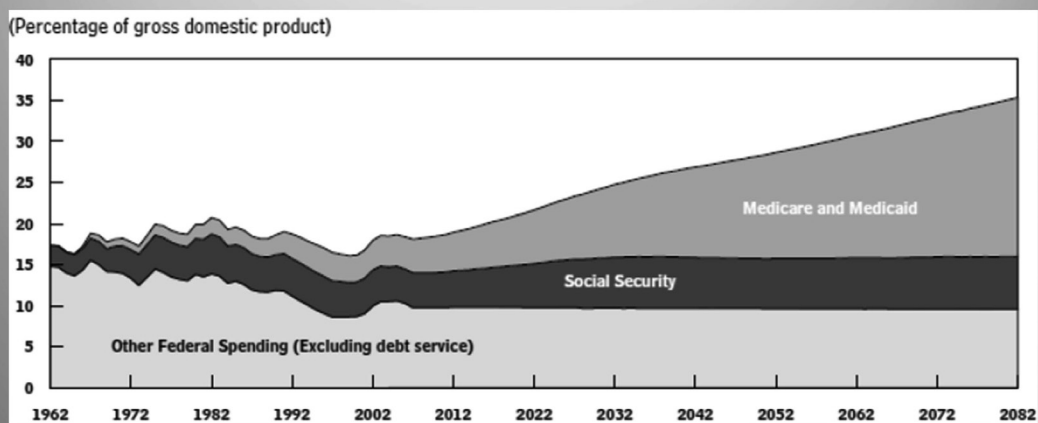
Thank you.

Oregon State
UNIVERSITY **OSU** College of Public Health
and Human Sciences

미국의 진료비 지불방식 개혁 : 비용 증가의 통제 방식

Jeff Luck, MBA, PhD
2 July 2013

메디케어 비용은 관리 가능한 수준 이상으로 증가



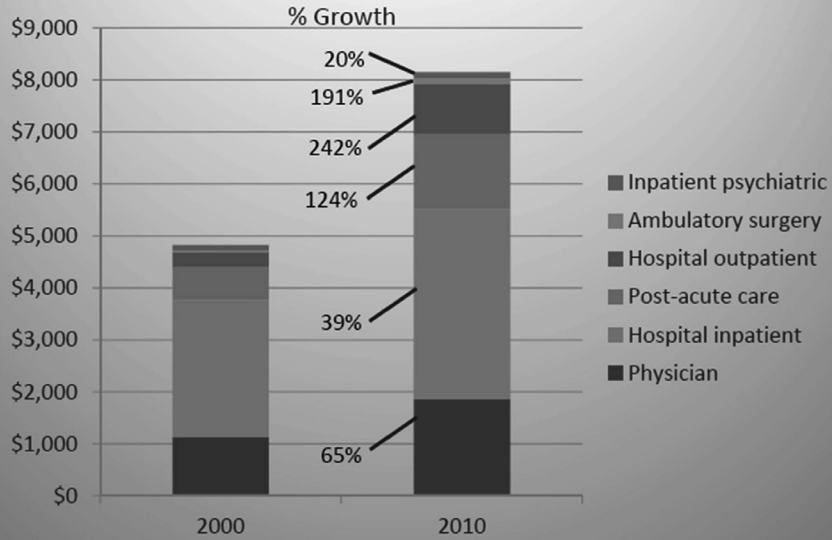
메디케어 비용의 주요 증가 요인들

- 인구 고령화
- 만성 질환 및 이환율 증가
- 고가 의료 장비 사용 증가
- 행위별 수가 지불 정책
 - 의료의 가치가 아닌 의료의 양에 중점을 둠

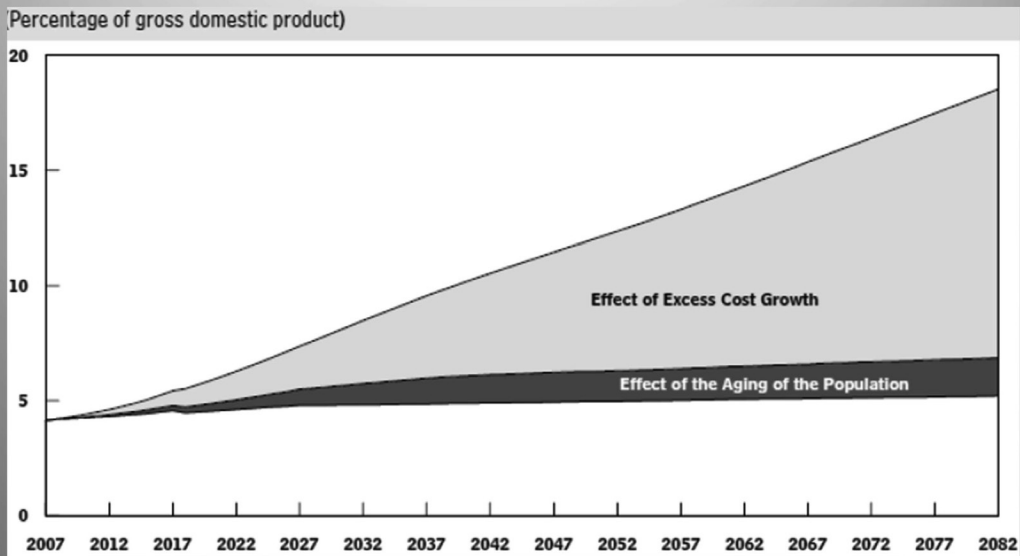
메디케어 지불 방식의 특성

- 의사 서비스는 외래 및 입원에 대해 행위별 수가제로 지급
- 병원 서비스에 있어, 입원은 DRG에 근거하여, 외래는 procedure별로 지불
- 공급자 통제가 매우 제한적임.
- 입원 이용은 OECD 평균보다 적지만 퇴원당 진료비는 매우 높음.
- 외래 이용은 병원, 의원 등에서 빠르게 증가하고 있음.

메디케어 수혜자당 의료비 증가 추세, 2000-2010



인구 고령화가 메디케어 비용 증가의 주요인은 아님



메디케어 비용 통제를 위한 개혁의 핵심 : 과다 이용의 억제

- 조기 검진, 일차 및 이차 예방, 자기 관리의 미흡
- 중간 수준 의료 공급자의 이용이 제한되어 있음.
- 이중 진단
- 과잉 투약
- 전문의료의 분산
- 과잉 진단 및 처치
- 불필요한 응급의료 이용 및 입원
- 고가 의료 장비와 의약품 남용
- 재입원
- 사망시기 근처에 집중적인 의료이용

메디케어 비용 통제 개혁의 다양한 의료 이용 통제방안

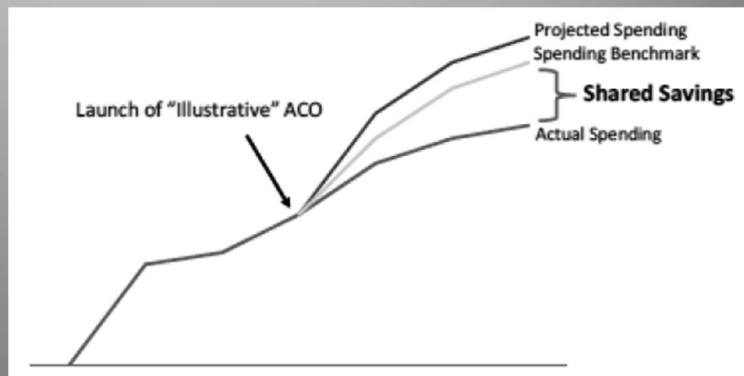
1. 입원 치료를 요하는 의료 이용 시 효율성 향상
2. 일차 의료와 의료의 통합적 제공
3. 특정 환자군에 대해 총액제와 유사한 지불 방식 도입

2. 일차의료와 통합적 의료 제공의 확대

- 질병관리 프로그램은 환자 자신이 만성질환을 관리할 수 있도록 함.
 - 비용 절감효과는 미미함.
- The Patient-Centered Medical Home(PCPM)은 일차의료의 범위를 확장함.
 - 다양한 전문 의료 과목으로 구성된 팀
 - 전자 의무 기록 및 만성 질환 등록 체계
 - 의료 접근성 향상 : 근로시간 이외에 서비스 제공, 전화 상담
 - 만성 질병의 자가 관리
 - 의료 조정(Care Coordination)
 - 초기의 PCPM모형을 채택한 공급자들 간에 전문의 수, 응급 의료 이용, 입원 의료 이용에 상당한 감소 효과를 보였으나, 대폭적인 비용 절감 효과는 아직 나타나지 않음.

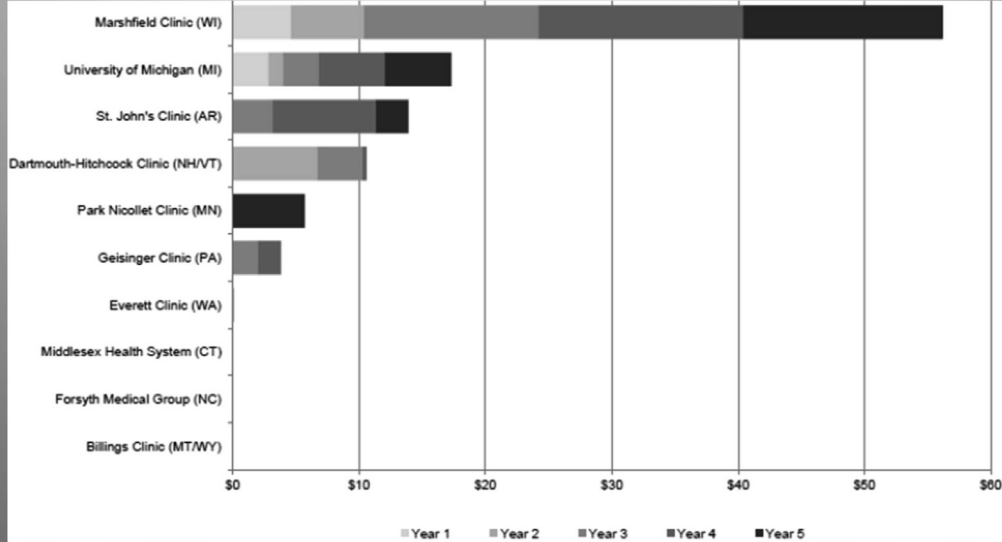
ACO는 병원과 의사가 의료 조정을 통한 비용 절감을 보상받도록 함.

- Accountable Care Organization(ACO)는 특정한 환자 집단에 적용
 - 과거 의사 이용 기록에 근거
 - 환자는 ACO를 선택할 수 있음.
- 병원과 의사가 발생시킨비용이 예상 의료비보다 적을 경우 절감액을 나누어 가질 수 있음.



절감액은 공급자에 따라 다를 수 있음

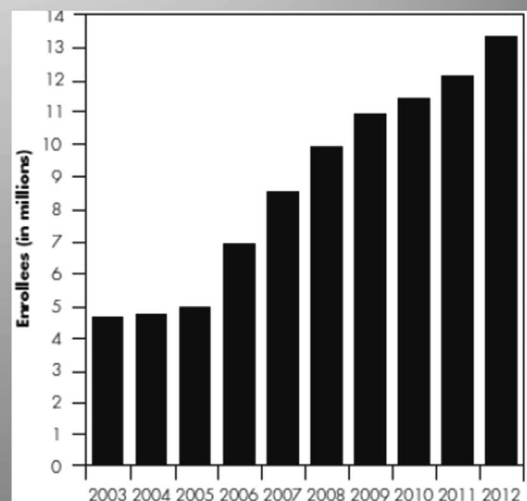
- 시범 사업에서의 절감액(단위 :US \$million)



Medicare Advantage(MA)는 가입자별 총액을 보험자에게 지급

- 보험자는 메디케어 가 제공하는 모든 서비스를 제공해야 함.
 - 보험자는 제한된 병원-의사 네트워크와 계약을 맺음
- 환자 선택과 관련된 문제를 제한하기 위해 위험율을 보정해 줌.
- 성공적인 보험자는 외래 및 입원 이용을 줄일 수 있고, 절감된 총금액을 보유할 수 있게 됨.

MA 등록 추이(최근 급격히 증가)




오레곤 CCO는 메디케이드 수혜자에 대해 총액을 지불 받음.

- CCO는 특정 지역을 커버하는 병원, 의사, 보험자의 통합체임.
 - 수혜자당 총액은 전체 메디케이드 서비스와 정신 의료, 그리고 2014년부터는 구강보건서비스를 커버함.
 - PCMH등록의 의무화
 - 의료 조정을 통해 상당한 비용 절감 효과가 기대됨.
- 총액은 매년 증가율을 3%로 통제.(최근 연간 증가율은 5%)
- 17개의 의료의 질 척도를 만족시킬 경우 보너스를 지불

다른 방식들도 평가될 것임.

- 병원 VBP는 시행하기가 쉽지 않음.
- 포괄수가 방식은 시범사업 중임.
 - 모든 만성질환으로 확대될 가능성이 있음.
- PCMH 모델은 주목할만함. - 그러나 대부분의 일차 의료 기관은 시행에 어려움을 겪고 있음.
- ACO모델의 효과는 아직 증명되지 않은 상태임.
- MA수가는 비용 절감 효과가 단지 사보험자만이 아닌 메디케어 프로그램에서도 발견되도록 하여야 하며, 의료의 질 또한 보장되도록 해야 함.
- 연방정부는 오레곤 정부가 CCO비용 증가의 감소에 대해 책임을 지도록 할 것임.

Thank you.

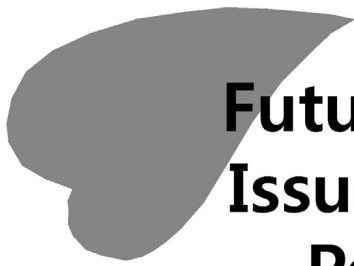


한국과 미국의
보건의료정책 동향 및
개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States

**Future Directions and Issues of
Health Care Policies in Korea**

Young seok, Shin (Vice President, KiHASA)



Future Directions and Issues of Health Care Policies in Korea

Young seok, Shin(Vice President, KiHASA)

2013. 7. 2

KI HASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

INDEX

- 01 Review of the Performance
- 02 Changes in Health Care Environment
- 03 International Status
- 04 New Government's Agenda
- 05 Diagnosis of the Current Situation
- 06 Future Directions
of the New Government

KI HASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

01 Review of the Performance

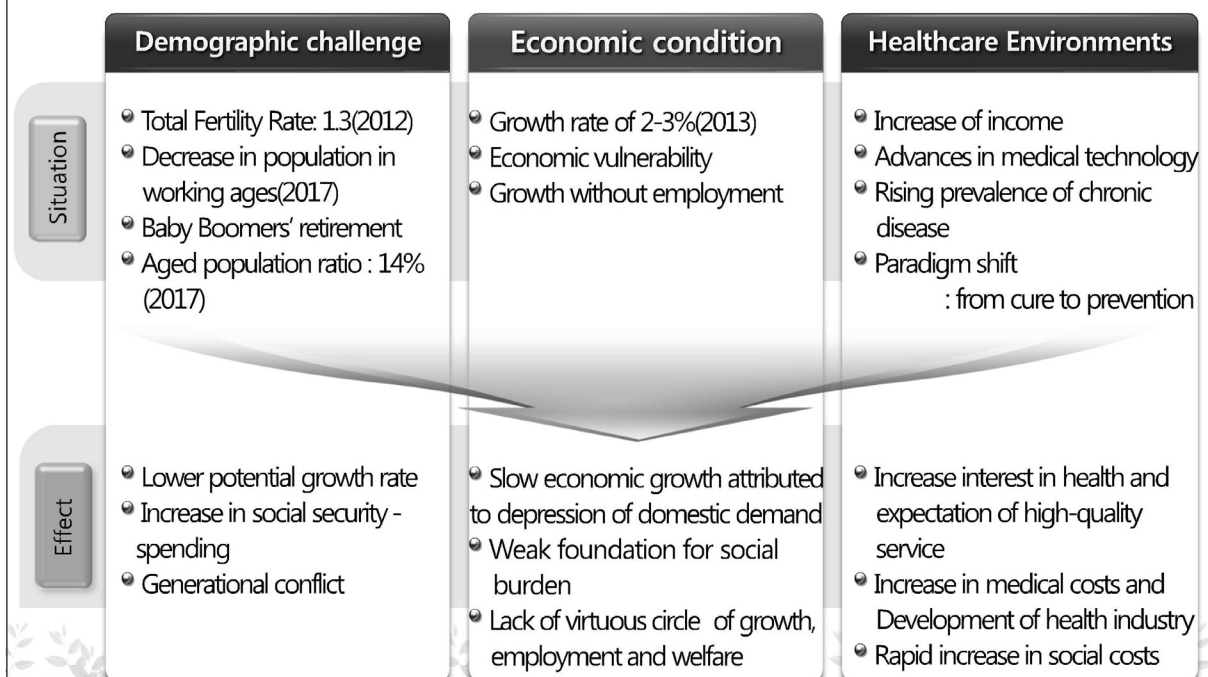
- Completion of the universal coverage system in the short term : completion in 12 years(1989) after introducing the system
- Improving the insurance coverage
 - OPH(Out of Pocket on Health expenditure):
74.0%('80)→61.3%('89)→41.5%('00) →34.7%('07) →31.4%('10)
- Low Expenditures & High Performance

	US	UK	France	Canada	Japan	Korea
Health care outcomes	22 (22nd)	29 (18th)	42 (3rd)	32 (11th)	45 (1st)	41 (5th)
Total expenditure on health, % GDP	17.6%	9.6%	11.6%	11.4%	9.5% ('09)	7.1%
Life expectancy	78.7	80.6	81.3	80.8	83.0	80.7

source: Conference Board of Canada(2006), OECD Health Data 2012
note : Life expectancy - OECD average: 79.8

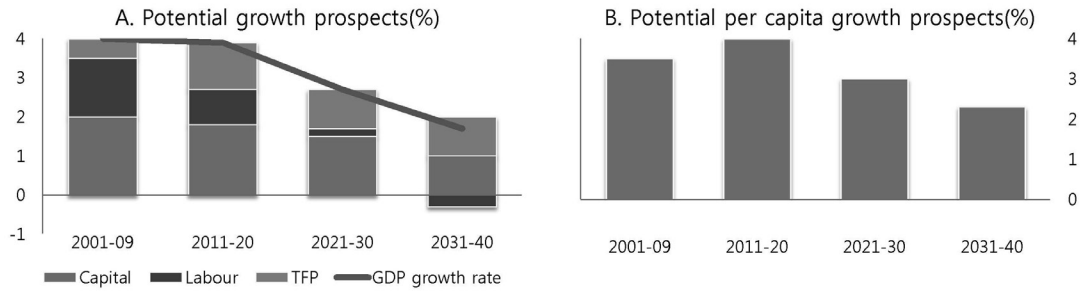


02 Changes in Health Care Environment



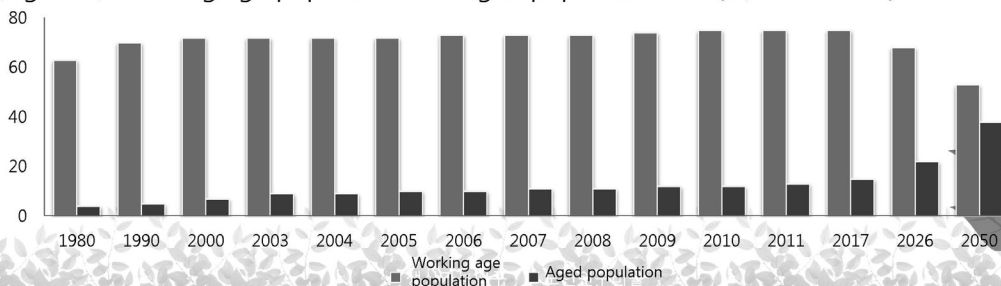
02 Changes in Health Care Environment

<Figure 1> Korea's potential growth prospects(2000~2040)



source: OECD, Economic Survey of Korea, 2012

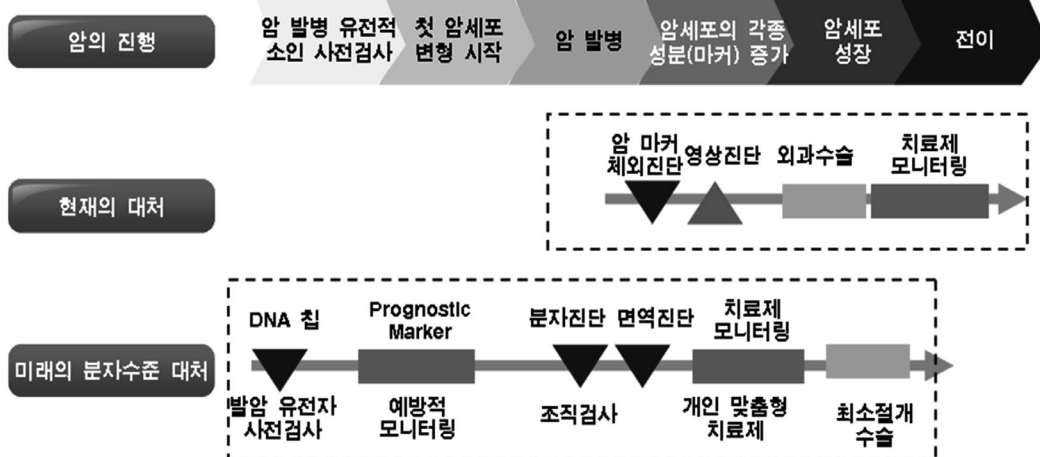
<Figure 2> Working age population and Aged population ratio(% , 1980~2050)



source: National Statistical Office

02 Changes in Health Care Environment

<Figure 3> The value chain of the tailored treatment



source : SERI, "Health care 3.0 the dawning of the Age of Healthy Life Expectancy", 2012.8.

03 International Status of Korean Health Care System

<Table 1> The Relative Performance among OECD members(2010)

	Life Expectancy (years)	Infant mortality rate, Deaths per 1,000 live births(%)	Respiratory disease mortality, Deaths per 100,000 population	Doctors consultations (per capita)	Average length of stay : in-patient	Total expenditure on health, % GDP	Public expenditure on health(%)
Korea	80.7	3.2	42.8	12.9	14.2	7.1	58.2
OECD Average	79.8	4.3	130.2	6.5	8.5	9.5	72.2
Highest	Japan	Mexico	Slovakia	Japan	Japan	U.S.	Netherlands
	83.0	14.1	404.4	13.1	32.5	17.6	85.7
Lowest	Turkey	Iceland	Japan	Sweden	Mexico	Turkey	Mexico
	74.3	2.2	39.7	2.9	3.9	6.1	47.3

source : OECD Health Data 2012



03 International Status of Korean Health Care System

<Table 2> The Relative Performance among OECD members(2010)

	Hospital beds, density per 1,000 population	Physicians, density per 1,000 population	Nurses per 1,000 population	CT scanners, per million population	MRI units per million population	Overweight or obese, (BMI >25kg/ m ²) (%)
Korea	8.8	2.0	4.6	35.3	19.9	30.2
OECD Average	4.9	3.1	9.3	23.3	12.5	56.7
Highest	Japan	Austria	Luxembourg	Japan	Japan	Japan
	13.6	4.8	16.3	97.3	43.1	25.3
Lowest	Mexico	Korea	Mexico	Mexico	Mexico	US
	1.6	2.0	2.5	4.8	2.0	69.2

source : OECD Health Data 2012



04 New Government's Agenda

Vision

'A New Era of Hope'

❖ Priorities

- Economic Revival
- Happiness for the People
- Cultural Renaissance
- Foundation for Peaceful Unification

5 Policy goals

1. job-oriented, creative economy
2. Tailored employment and welfare
3. Creative education and life rich in culture
4. Safe and cohesive society
5. Laying the foundation for national reunification

Health Care Agenda

- Nurturing the health industry
- Fostering senior-friendly industries
- Improving health care coverage and Enhancing sustainability
- Improving health care quality
- Happy Pregnancy & Delivery

Nat'l Task 47. Expanding health care coverage and Enhancing sustainability

- Improving national insurance coverage for 4 major serious diseases-cancer, cardiac, cerebrovascular disorders and rare and incurable diseases
- Improving coverage for other serious illnesses, Easing the patients' burden through the survey of upper-class room fees · optional medical fees, nursing fees, etc.
- Expanding coverage of dental implant surgeries for senior citizens
- Reforming out-of-pocket payment system(120~500 ten thousand won)
- Improving the contribution determinant mechanism
- Improving payment system(including Fee-For-Service reimbursement)
- Building National Dementia Management Project
- Care for senior citizens who live alone

04 New Government's Agenda

Nat'l Task 48. Developing health care system to improve health

- Precautions/Health Management: Smoking & alcohol regulation, lifetime transitional health examinations, the poison control system(alcohol, drugs, gambling, & internet), public health centers as health promotion hubs
- Medical Supply System Efficiency: redefining the roles of Clinics, hospitals & larger hospitals, health control services specifically for those with chronic illnesses
- Emergency medical service: automated external defibrillator, CPR education, expansion of HEMS, reorganization of emergency medical services, and equal disposition of major trauma centers
- Public Health: Establish a basic plan that aims to alleviate regional disparities in medical treatment
- Senior health care: Strengthening the recovery hospital system, Healthcare + Recuperation + Life integrated services, Hospice · Nursing homes, etc.
- Infrastructure: reasonable allocation of health care resources such as hospital beds, medical personnel, Training and management system for the medical personnel

Limit of the Health Promotion Policies



Limit of the Health Promotion Policies

Increase the number of patients with chronic diseases along with aging of the population → Need for a new paradigm

Lack of interest on Health Care Quality

- Improving the accessibility of health care, but relatively, there is a lack of interest in the expansion of protection in health care quality
- OECD Health Care Quality Indicators

Category	Indicator	Ranking
Care for Chronic Conditions	Asthma admission rate	28/28
	COPD admission rate	17/28
	Diabetes complications admission rate	22/24
Care for Acute Exacerbation of Chronic Conditions	Fatality rates of AMI	23/28
	Fatality rates of ischemic stroke	1/27
	Fatality rates of hemorrhagic stroke	3/27
Cancer Care-Screening and mortality	Cervical cancer screening rate	15/27
	Cervical cancer 5 year observed survival rate	2/20
	Mammography screening rate	21/29
	Breast cancer 5 year observed survival rate	13/20
	Colorectal cancer 5 year observed survival rate	5/20
	Colorectal cancer mortality	8/32
Care for communicable diseases	Vaccination rate against Pertussis	31/39
	Vaccination rate against measles	27/40
	Vaccination rate against hepatitis B	20/32
	Vaccination rate against influenza	5/29

05 Current Situation: Fiscal Sustainability

National Health Expenditure

- In the past decade, health expenditure rapidly increased by 4.2%, increasing more than twice as fast as the OECD average increase of 2% (OECD Health Care Quality Review: Korea, 2012)
- Because we expect that economic growth will continue to a slow growth of less than 3%, we see limits in affordability

Health Insurance

- We expect benefit in 2020 to exceed 80 trillion won, more than twice of what it was in 2011. (KIHASA 2011, KIPF 2011, NHIC 2013)

Future Challenges

- In order to increase the financial sustainability of the future health care system including health insurance, we need innovative measures for **funding** and **expenditure savings**.

05 Current Situation: Administrative Inefficiency



- Inefficient allocation of roles between medical institutions
- Deepening the focus on outpatients in general hospitals

- Retention rates of hospital beds, medical equipment are much higher than the OECD average.
- Relatively there's a lack of physicians, pharmacists, nurses, and medical personnel
- Regional distribution of health care resources are concentrated

- Ratio of drug expenditure to national health expenditure : 22.5%, OECD average 16.3%(2010)
- Prescription of high-priced drugs, excessive consumption, etc.

- Only the price is controlled currently. But there is no mechanism for controlling frequency.
- Consequently, the distortions in resource allocation brings about inefficiencies.

05 Current Situation : Low Coverage

- In 2010, ratio of overall healthcare expenditure to public health expenditure was about 58.2%, lower than the OECD average of 72.2%(2010).
 - Since 2004, Government has spent considerable resources in order to improve coverage, but there was a problem with coverage rate because of uncovered services.
 - Need explicit principles & a standard for improving coverage
- Raise equity: the lower the income, the higher the percentage of chronic diseases and the lower the health level
 - Proportion of households who have burden of disability and chronic illness by income level

(Unit: %)

	1	2	3	4	5
Cancer patients	6.29	5.98	4.06	4.86	5.59
Stroke patients	8.21	5.82	3.03	2.63	2.56
Diabetic patients	23.35	18.65	11.47	9.64	10.70
Hypertensive patients	54.74	41.59	28.21	24.14	26.68
Dementia patients	2.39	1.35	0.96	0.96	1.04
Disabled patients	24.22	16.02	9.64	8.21	6.55

Percentages: (Chronically ill households/total number of households)*100

- Households who have financial burden because of medical care:
low-income 10%: 26.2% / 15%: 16.7% / 20%: 11.6% / 25%: 8.4% / 30%: 6.6% (KiHASA, 2011).

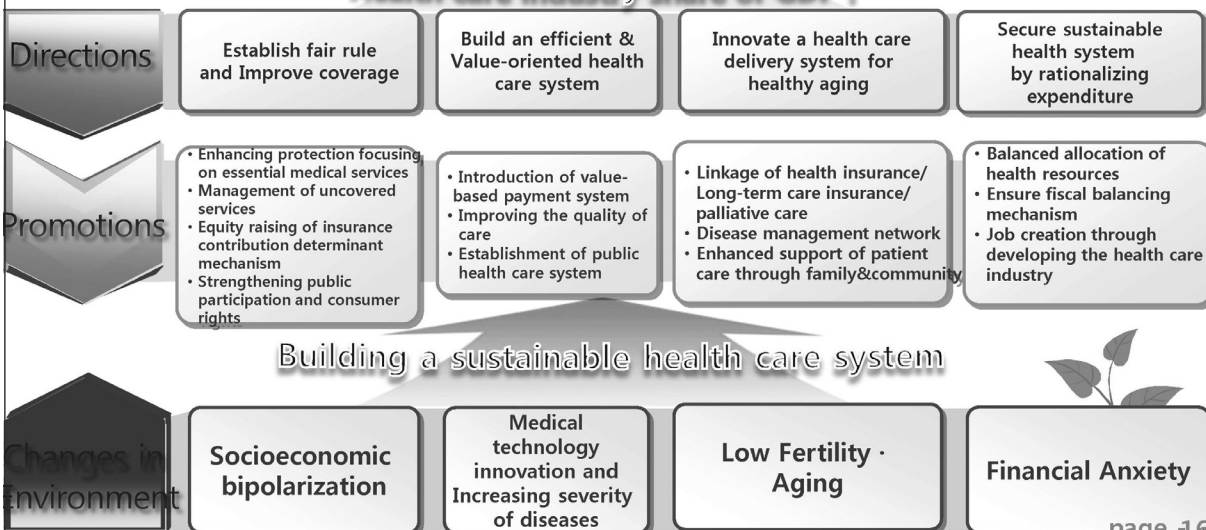
Because the coverage rate is low, the vulnerable groups show a conspicuous fall in the utilization rate even if the number of patients is high. So urgent introduction of a system to improve equity is necessary.

06 Future Directions of the New Government

Vision

HEALTHY PEOPLE, HAPPY KOREA

Percentage of household expenses paid ↓, Healthy life expectancy ↑,
Health care industry share of GDP ↑



4 Policy Directions for Healthy People, Happy Korea

- Improve coverage & establish a fair rule
- Build an efficient & value-oriented health care system
- Innovate a health care delivery system for healthy aging
- Secure sustainable health system by rationalizing expenditure

10
Initiatives

- Enhancing protection focusing on essential medical services
- Improvement of equity in the contribution determinant mechanism
- Strengthening public participation & consumer rights
- Quality of care improvement & the introduction of value-based payment systems
- Improvement of Public & emergency medical system
- Linking of Health insurance, long-term care insurance and palliative care
- Disease management network
- Efficient allocation of health care resources
- Ensure fiscal balancing mechanism
- Healthcare industry development & job creation

Improving Public Health through a Sustainable Health Care System

1. Insurance contribution determinant mechanism reform

➤ Time comparison for resolution of problems within the current contribution determinant mechanism

Issues		Solution time		Comments
		Short term	Long term	
System Duality	Workers & Self-Employees		◎	Unify the system through income and a fixed contribution
	Among S.E.	◎		Unify the determinant mechanism by basing on an income
Lack of Equity	Difference in determinant factors	◎	◎	In the short term, resolve the difference in factors among self-employees, and in the long term, resolve the difference between workers and self-employees
	Eligibility criteria		◎	In the long term, qualified acquisition for all subscribers
	Gap in contribution		◎	In the long term, achieve equity of insurance contribution under a unified system
	Criteria for income calculation		◎	It's possible to apply an income calculation system under a unified system providing the same standard to all
Regressivity of the determinant mechanism		◎	◎	In the long term, It's possible to resolve regressivity under a unified system considering their reception
Complexity		◎		Duality among self-employees, overlapping application problems of factors can be resolved in the short term

2. Enhancement of Korean public participation and consumer rights (Yongjin, Gwon)

Enhancing Security & Consumer Rights

- Establishment of the Patient Protection Act
- 'Consumer consent' for alternative medicines
- Building Infrastructure: The administrative system and the tentative 'National Council of Consumer Organizations'

Information Provision

- Development of Information Production Systems: Improvement of the data - acquisition system and Publication of Patient report
- Provide the public with information about drugs and prices (non-payment items)

3. Disease Management through network

Single payer-Multi Service-Network Construction

- An introduction to the Korean CCO (Coordinate Care Organization) method:
 - All CCOs are obligated to apply a basic benefit range (a security of about 70%) and through use of the supplementary benefit Band (10-15%), they can compete with one another
- All those who wish to join can join
 - But applying a different insurance rate according to their benefit level
 - The insured can change their CCO after one year
- A revenue of at least 20% more than the present is guaranteed to the network on a fixed basis per each insured ; preparing price adjustment mechanism
 - The CCOs can determine their own compensation methods (by acts, number, personnel)
- Agencies not joining a network provide services, caring for patients independently, and the insured also support the current system: but the insured will be induced to join a CCO given the differentiated copayments

Single payer-Multi Service Network
Quality Control Plan

- Quality Control through competition by offering a CCO option to the insured
- For the CCO appraisal, set 10% of the entire budget as an adjustable sum: through self-investigation and the audit at the HIRA (real-time submission of the required data to HIRA)

Single payer-Multi Service Network
Expected effect

- Supply: in the Mid- to long-term, supply according to the market principle (personnel, facilities, equipment, etc.) is automatically controlled
- Delivery system: expenses at CCOs are settled by themselves through cost-effective methods
- Payment system: Build a predictable system through a fixed rate per each insured for each network
- recovering trust and reduction in management costs by ending the audit function of the payer
- securing of healthcare quality and sustainability by strengthening the assessment

4. New Growth Engine : Health care industry(KHIDI)

Market

Creating new market and transition to exportation-oriented industry

1. New market creation support with new business model development
2. Strengthening foreign marketing for revitalization
3. Domestic market revitalization by advancing the healthcare industry

Enterprise

Extending global enterprise &
Reinforcing a mutual developing cooperation among enterprises

1. Producing a leading company and nurturing of global brands
2. Supporting the health care industry for achieving economy of scale

Technology

Focusing on a higher value-added technology

1. National R&D strategic extension and efficiency for technological development
2. Supporting the development of new technology and strengthening technology exchange

Infrastructure

Establishing better infrastructure
to promote the health care industry


1. High-quality human resources for future demand
2. Building an advanced statistical system providing customized information
3. Cooperation with international organizations and foreign agencies

Institutions

Elimination of conservative regulations
& achievement of innovation

1. Laying the legal groundwork for sustainable development of healthcare industry
2. Rationalization of regulation corresponding to global standards





신정부의 보건의료정책 방향과 과제

신영석(한국보건사회연구원)

2013. 7. 2



K HASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs



INDEX

01 그 동안의 성과

02 보건의료 환경 변화

03 보건의료 위상

04 신 정부 보건의료 국정과제

05 현 상황 진단

06 신 정부의 보건의료 정책 방향



K HASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

01 그 동안의 성과

- 최단기간 내 전국민 의료보장 제도 완결
: 제도 도입 12년만인 1989년 전국민 의료보장체계 완비
- 의료보장을 지속 강화:
 - 가계 직접부담 의료비 비중
: '80년 74.0% → '89년 61.3% → '00년 41.5% → '07년 34.7% → '10년 31.4%
- 낮은 의료비 높은 건강지표

	미국	영국	프랑스	캐나다	일본	한국
건강성과지표	22 (22위)	29 (18위)	42 (3위)	32 (11위)	45 (1위)	41 (5위)
GDP 대비 국민의료비 비중	17.6%	9.6%	11.6%	11.4%	9.5% (2009년)	7.1%
기대수명	78.7세	80.6세	81.3세	80.8세	83.0세	80.7세

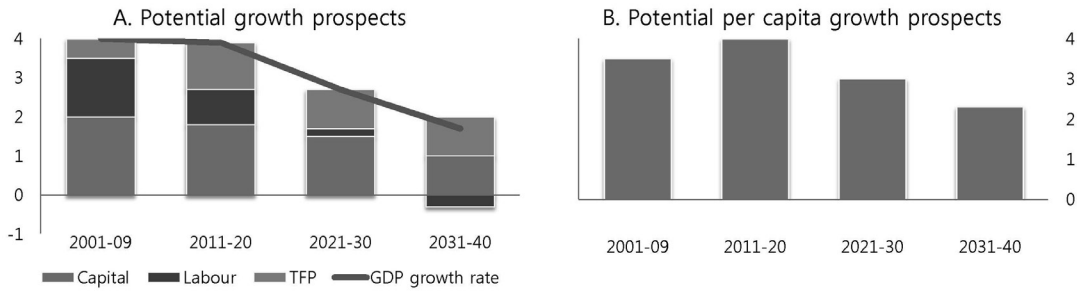
주: 건강성과지표는 2006년 Canada Conference Board에서, GDP 대비 국민의료비 비중과 기대수명은 OECD Health Data 2012에서 발췌
- OECD 국가의 평균 수명은 79.8세임.

02 보건의료 환경 변화



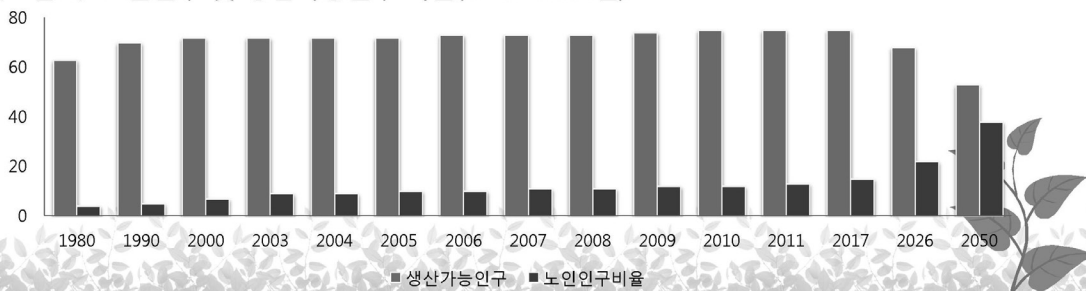
02 보건의료 환경 변화

〈그림 1〉 OECD의 한국 잠재성장률 전망(2000~2040년)



자료: OECD, Economic Survey Korea, 2012

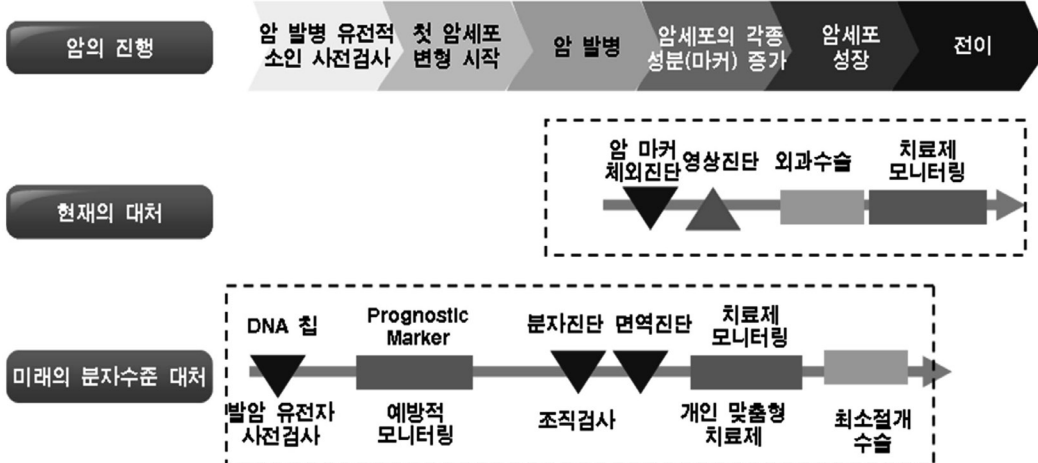
〈그림 2〉 노인인구 및 생산가능인구 비율(1980~2050년)



자료: 통계청, 국가통계포털(가정별 성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비, 노령화지수 중위연령, 평균연령 항목)

02 보건의료 환경 변화

〈그림 3〉 맞춤형치료의 가치사슬



자료 : 삼성경제연구소, "헬스케어 3.0 건강수명 시대의 도래", 2012.8.

〈표 1〉 OECD 국가 속에서 우리의 위상(2010년 기준)

	기대수명(년)	영아사망율(천명당%)	호흡기 질환에 의한 사망률, 10만명당	1인당 외래진료(회수)	환자 1인당 재원일수	GDP 대비 국민 의료비(%)	국민의료비 중 공공부문 지출(%)
한국	80.7	3.2	42.8	12.9	14.2	7.1	58.2
OECD 평균	79.8	4.3	130.2	6.5	8.5	9.5	72.2
최대	일본	멕시코	슬로바키아	일본	일본	미국	네덜란드
	83.0	14.1	404.4	13.1	32.5	17.6	85.7
최소	터키	아이슬란드	일본	스웨덴	멕시코	터키	멕시코
	74.3	2.2	39.7	2.9	3.9	6.1	47.3

자료 : OECD Health Data 2012



〈표 2〉 OECD 국가 속에서 우리의 위상(2010년 기준)

	병원 총 병상수(천명당)	활동의사(천명당)	활동간호사(천명당)	CT 스캐너(백만명당)	MRI 장비(백만명당)	비만(BMI) > 25kg(m ²)인구 비율(%)
한국	8.8	2.0	4.6	35.3	19.9	30.2
OECD 평균	4.9	3.1	9.3	23.3	12.5	56.7
최대	일본	오스트리아	룩셈부르크	일본	일본	일본
	13.6	4.8	16.3	97.3	43.1	25.3
최소	멕시코	한국	멕시코	멕시코	멕시코	미국
	1.6	2.0	2.5	4.8	2.0	69.2

자료 : OECD Health Data 2012



04 신정부 보건의료 국정과제

국정비전

- 국정비전: '국민행복, 희망의 새시대'
- 3대 국정운영 방향: 경제부흥, 국민행복, 문화융성
- ❖ **취임사 3대 키워드**
 - 창조
 - 행복
 - 희망

5대 국정목표

1. 일자리 중심의 창조경제
2. 맞춤형 고용복지
3. 창의교육과 문화가 있는 삶
4. 안전과 통합의 사회
5. 행복한 통일시대의 기반구축

보건의료분야 국정과제

- 보건산업을 미래성장산업으로 육성
- 고령친화사업 육성
- 의료보장성 강화 및 지속가능성 제고
- 건강의 질을 높이는 보건의료 서비스 체계 구축
- 행복한 임신과 출산

국정과제 47. 의료보장성 강화 및 지속가능성 제고

주요 추진계획

- 4대 중증질환 급여화(암, 심장·뇌혈관, 희귀난치성 질환): 의료보장추진본부 설치
- 나머지 고부담 중증질환 단계적 급여화, 상급병실료·선택진료비, 간병비 등 실태조사를 통해 환자부담 완화(국민행복의료기획단 구성)
- 어르신 임플란트 급여 적용
- 본인부담 상한제 개선(120만원~500만원)
- 보험료 부과체계 개선
- 수가 및 지불제도 개선(취약지, 필수의료지원을 위한 수가가산, 행위별수가제 보완, 약가제도 합리화)
- 국가치매 관리체계 확립(장기요양보험의 치매특별등급 신설)
- 독거노인 돌봄 강화

04 신정부 보건의료 국정과제

국정과제 48. 건강의 질을 높이는 보건의료서비스체계 구축

주요 추진계획

- 예방·건강관리: 담배·술 규제, 생애주기 맞춤 검진, 4대 중독(알코올, 마약, 도박 인터넷) 대응체계, 보건소 건강증진 허브화
- 의료공급체계 효율화: 의원-병원-대형병원간 기능 재정립, 만성질환(위험)자에게 맞춤 건강관리서비스(혁신형 건강 플랫폼)*
 - 병의원, 보건소, 체육시설, 공공기관, 기업체 등 공공·민간을 아우르는 지역사회자원이 만성질환 예방관리를 위해 영역·제도간 칸막이를 없애고 협업하는 혁신모형
- 응급의료: 자동세제동기, 심폐소생술 교육, 응급헬기 확충, 응급의료기관 개편, 중증외상센터 지역균형 배치
- 공공의료: 지역간 의료이용 격차 해소하는 공공보건의료 기본계획 수립, 기초→지역→권역별 체계적 의료 공급 기반 구축
- 노인의료: 회복병원 체계 강화, 의료+요양+생활 통합서비스, 호스피스·가정간호 등 노인의료체계 확충
- 인프라: 의료인력, 병상 등 의료자원의 합리적 수급, 미래 환경에 맞는 의료인력 양성시스템(의료취약지 근무인력, 일차의료인력 양성, 의사수련과정 개편, 간호인력체계 개편)

05 현 상황 진단: 건강증진 정책의 한계



보건의료 외 농업, 축산, 식품, 공업, 교육, 주거, 공공업무, 통신 등



정책, 경제, 사회, 문화, 환경, 생물학적 요인 등



“국민건강증진사업이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통한 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말함”
→ 다양한 사회·경제적 건강결정요인을 고려한 정책 수립·집행이 미흡
• 고혈압 유병율 24.6%(2007년) → 26.9%(2010년)로 증가
• 비만율 29.2%(2001년) → 30.8%(2010년)로 증가
• 신체활동율 68.5%(2005년) → 50.8%(2010년)로 감소

건강증진 정책의 한계

향후 고령사회의 도래와 함께 만성질환이 크게 증가할 것으로 전망됨에 따라 새로운 패러다임 시급

05 현 상황 진단: 의료의 질에 대한 관심 부족

- 그 동안 의료의 접근성 개선, 보장성 확대에 초점을 맞추어 의료의 질에 대한 관심이 상대적으로 부족
- OECD가 발표한 보건의료 질 지표

영역	지표	순위
만성질환 진료	천식입원율	28/28
	COPD 입원율	17/28
	당뇨합병증 입원율	22/24
만성질환의 급성진료	급성심근경색 치명률	23/28
	허혈성뇌졸중 치명률	1/27
	출혈성뇌졸중 치명률	3/27
암 진료	검진율: 자궁경부암	15/27
	5년 생존율: 자궁경부암	2/20
	검진율: 유방암	21/29
	5년 생존율: 유방암	13/20
	5년 생존율: 대장암	5/20
전염성질환 진료	사망률: 대장암	8/32
	예방접종률: 백일해	31/39
	예방접종률: 홍역	27/40
	예방접종률: B형감염	20/32
	예방접종률: 인플루엔자	5/29

05 현 상황 진단: 재정의 지속가능성에 대한 우려

국민의료비

- 국민의료비가 지난 10년간 연평균 4.2% 증가하여 OECD 평균인 2% 보다 2배 이상 빠른 속도로 증가 (OECD 보건의료의 질 평가, 2012)
- 경제성장률은 향후 3% 이하 수준의 저성장이 지속될 것으로 예측됨에 따라 부담능력은 한계가 있을 것으로 보임.

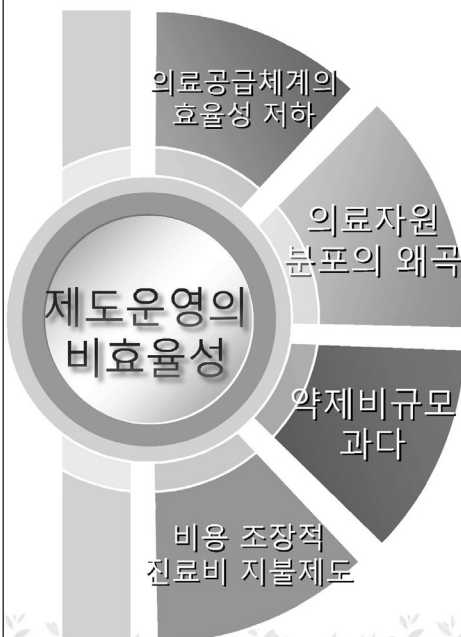
건강보험재정

- 2020년에 건강보험 급여비는 2011년보다 2배 이상 증가하여 80조원을 상회할 것으로 예측되고 있음.
(한국보건사회연구원 2011, 조세연구원 2011, 건강보험공단 2013)

향후 과제

- 향후 건강보험을 포함한 보건 의료체계의 재정적 지속가능성을 높이기 위해 **재원확보, 지출절감**을 위한 획기적 대책 필요

05 현 상황 진단: 제도운영의 비효율성



- 의료기관간 기능·역할 분담 미비
- 상급병원으로의 외래환자 집중화 심화

- 병상수, 고가의료장비 보유율이 OECD 평균에 비해 월등히 높음.
- 의사, 약사, 간호사 등 의료인력은 상대적으로 부족
- 지역별 편중된 의료자원 분포

- 우리나라의 국민의료비 대비 약제비 비중 22.5%, OECD 평균 16.3%(2010년기준)
- 고가약 중심의 처방, 사용량 과다, 높은 가격¹⁾ 등

¹⁾ 상대적으로 높은 가격을 인식한 정부는 2012년 4월부터 총액 기준 약 1조 4천억 원의 약제비를 인하함.

- 현재 수가수준만 통제되고 빈도에 대해서는 통제기전이 없음.
- 이는 자원배분의 왜곡을 초래하여 자원배분의 비효율성을 낳고 있음.

05 현 상황 진단: 낮은 보장성

- 2010년 기준 국민의료비 중 공공의료비 비중이 약 58.2%로 OECD 평균(2010년) 72.2%에 비해 낮음.
 - 2004 이후 보장성 확대를 위해 상당한 재원을 투입하였음에도 비급여 증가 때문에 보장률 지표는 정체
 - 보장성 확대를 위한 명시적 원칙과 기준 결여
 - 보장성 확대 항목을 정하는 기준과 원칙이 없어 절차적 정당성이 미흡하고, 보장률 산출방식에 대한 타당성과 대표성에 대해 논란 지속
- 형평성 제고 필요 : 소득이 낮을수록 만성질환 보유율이 높고, 건강수준은 낮음.
 - 가구 내 소득수준별 만성질환자 및 장애보유자 비중

(단위: %)

	1	2	3	4	5
암환자	6.29	5.98	4.06	4.86	5.59
뇌졸중환자	8.21	5.82	3.03	2.63	2.56
당뇨병환자	23.35	18.65	11.47	9.64	10.70
고혈압환자	54.74	41.59	28.21	24.14	26.68
치매환자	2.39	1.35	0.96	0.96	1.04
장애등급보유자	24.22	16.02	9.64	8.21	6.55

주: (만성질환자보유가구수/전체가구수)*100

- 균등화소득 대비 의료비 지출을 활용하여 과부담 의료비지출 가구 : 하위소득 10%: 26.2%, 기준선 15%: 16.7%, 기준선 20%: 11.6%, 기준선 25%: 8.4%, 기준선 30%: 6.6%로 나타남(보사연, 2011).

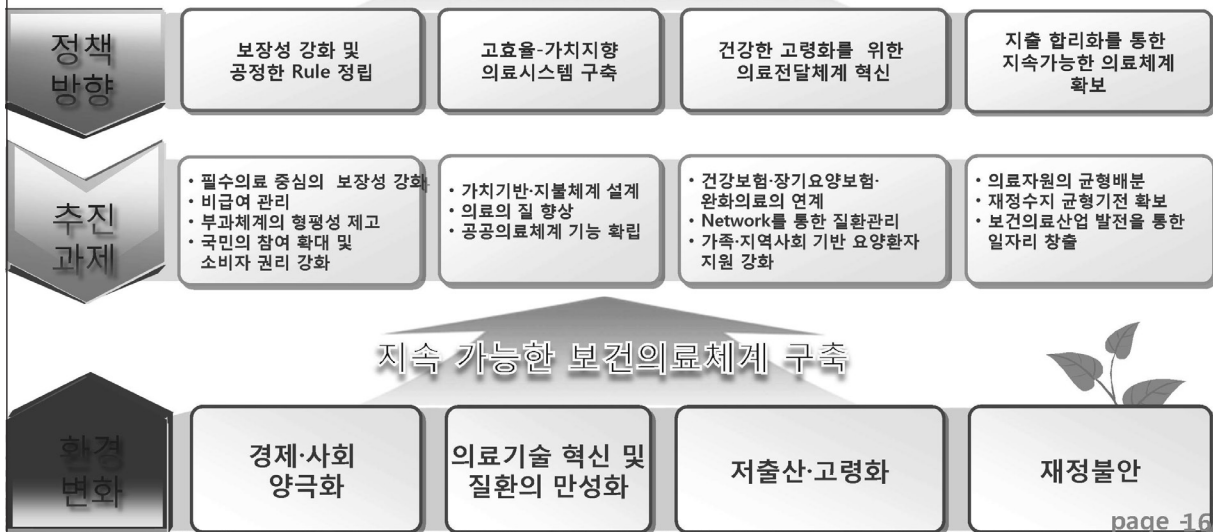
보장률이 낮아 저소득 취약계층은 질환에 이환 되어 있는 사람의 빈도가 많음에도 이용률은 현저하게 떨어지는 것으로 나타나 형평성 제고를 위한 제도 도입 시급

06 신 정부의 보건 의료 정책 방향

비전

건강한 국민, 행복한 대한민국

의료비 가계부담 비율 ↓, 건강수명 ↑, GDP 대비 보건 의료 산업 비중 ↑



건강한 국민, 행복한 대한민국을 위한 4대 정책 방향

- 보장성 강화 및 공정한 Rule 정립
- 고효율-가치지향 의료시스템 구축
- 건강한 고령화를 위한 의료전달체계 혁신
- 지출합리화를 통한 지속가능한 의료체계 확보

10대
추진과제

- 필수 의료중심의 보장성 강화 및 비급여 관리
- 건강보험 보험료 부과체계의 형평성 제고
- 국민의 참여 확대 및 소비자 권리 강화
- 의료의 질 향상 및 가치기반 지불체계 도입
- 공공 및 응급 의료체계 기능 정립
- 건강보험, 장기요양보험, 완화의료의 연계
- Network을 통한 질환 관리
- 의료자원의 효율적 배분
- 재정수지 균형기전 확보
- 보건의료산업 발전과 일자리 창출

지속 가능한 보건의료체계를 통한 국민건강 향상

※ 중장기적으로 4개 과제(●)로 수렴

1. 보험료 부과체계 개편

② 현행 부과체계 문제점별 해결 시점 비교

문제점		해결시기		비고
		단기	중장기	
부과체계의 이원화	직장과 지역간		◎	소득과 기본보험료로 단일 부과체계 설계
	지역내 이원화	◎		500만원 기준 이원화를 소득, 재산, 기본보험료로 단일화
형평성 결여	부과요소의 차이	◎	◎	단기에는 지역 내에서 부과요소의 차이를 해소하고 중장기에는 지역과 직장 간 차이 해결
	자격의 차이		◎	장기적으로 모든 가입자가 피보험자 자격 취득
	부담의무		◎	장기적으로 단일화된 부과체계에서 부담의무도 같아짐
	소득 산정기준		◎	소득, 기본보험료 형태의 단일부과체계에서는 모든 국민에게 똑같은 기준의 소득 산정체계 적용가능
부과체계의 역진성		◎	◎	단기적으로 일부 개선하나 수용성을 감안 단일부과체계에서 완전 해결
복잡함		◎		지역부과체계의 이원화, 부과요소 사용의 중복 등 문제를 단기방안에서 해결

06 신 정부의 보건의료 정책 방향

2. 국민 참여 확대 및 소비자 권리 강화(권용진)

소비자 권리보장과 강화

- 환자안전법의 제정
- 의약품 대체조제시 '소비자 사전동의' 의무화
- 인프라 구축:
행정체계 및 가칭
'소비자단체 협의회' 구축

적정 정보 제공

- 정보 생산 체계의 구축:
정보수집체계의 개선,
환자 리포트 발간
소비자 단체가 일정한 기준을 마련하여 소비자들의 주관적 진료성과, 서비스 만족도, 사후관리 등에 대한 정보를 수집하고 정기적으로 공표(예, 환자리포트(patient report) 할 수 있도록 지원하는 방안 고려
- 비급여 가격 및 의약품 가격정보의 공개와 제공

06 신 정부의 보건의료 정책 방향

3. 네트워크를 통한 질환 관리

단일보험자-Multi 공급네트워크 구축

- 한국적 CCO(Coordinate Care Organization) 방식 도입:
: 한 개의 CCO내에 상급, 종합, 병원, 의원 등으로 구성된 네트워크를 형성하여
피보험자 모집 (상급종합병원에 Head 역할 부여)
- 모든 CCO가 의무적으로 적용해야하는 필수 급여 범위(보장율 약 70%)를
설정하고 추가급여 Band(10-15%)를 이용 서로 경쟁할 수 있는 체계 도입
네트워크내에 분배기준은 자발성을 갖도록 하되 정부에 중재기구를 설치해 조정

- 가입을 원하는 피보험자에 대해서는 가입을 회피할 수 없음.
단 선택한 CCO의 급여수준에 따라 보험료를 차등화
- 피보험자는 1년 후에 CCO 변경 가능

- 피보험자당 정액기준으로 지불하되 네트워크에 현재보다 최소 20%이상의
수입보장: 또한 수가 조정기전을 마련하여 매년 수가 변동내역을 공급자가
예측 가능하도록 제도화
- CCO별 보상 방식(행위별, 포괄수가, 인두제 등)은 자체적으로 결정 가능

- 네트워크에 가입하지 않은 기관은 현행처럼 독립적인 지위에서 환자 돌봄 업무를 수행하고,
피보험자 역시 현행 체계 유지: 단 피보험자의 경우 본인부담 차등화를 통해 CCO에 가입 유도

단일보험자-Multi 공급네트워크 제도의 질(Quality) 관리 방안

- 피보험자에게 CCO 선택권을 부여함으로써 경쟁에 의한 Quality Control
 - 심평원이 매년 평가를 실시하고 그 결과를 국민에게 공개
- CCO별 평가를 통해 전체 예산의 10% 범위 내에서 가감 지급: 심사는 CCO별 자체적으로 수행하되 평가는 심사평가원에서 수행 (평가에 필요한 자료는 심평원에 실시간 제출)

단일보험자-Multi 공급네트워크 제도의 기대효과

- 공급: 중장기적으로 시장의 원리에 의해 공급량 (인력, 시설, 기기 등) 자동 조절
 - CCO에 참여하지 않는 기관은 독점적 전문성이 있거나 점진적으로 도태되어 시장에서 퇴출될 것
- 전달체계: CCO내에서 비용 효율적인 방법으로 자체 해결
- 지불제도: 네트워크별 1인당 정액 기준으로 보상됨으로 중장기적으로 예측 가능한 체계
- 보험자의 심사기능 폐지로 관리비용 감축 및 공급자와의 신뢰 회복
- 평가의 강화로 의료의 질을 담보함은 물론 중장기적으로 제도의 지속가능성 제고

4. 국가성장동력으로서의 보건의료산업(보건산업진흥원)

시장

新 시장 창출 및 수출 주도형 산업으로 전환

1. 뉴 비즈니스 모델 개발을 통한 新 시장 창출 지원
2. 해외 진출 활성화를 위한 마케팅 지원 강화
3. 보건산업 내실화를 통한 내수시장 활성화

기업

글로벌 기업을 확대하고 기업 간 상생기반 구축

1. 산업별 선도기업(Leading company) 배출 및 글로벌 브랜드 육성
2. 보건산업 규모의 경제 달성을 위한 산업체 지원 강화

기술

고부가가치형 미래 선도 기술분야에 집중

1. 핵심 기반기술 수준 향상을 위한 국가 R&D 전략적 확대 및 효율화
2. 보건산업 신기술 신제품 개발 및 기술거래 활성화 지원

인프라

산업육성 중심의 선진 지원 인프라 확보


1. 미래 수요에 부합하는 고급인력 양성 및 유치
2. 보건산업 지능형 통계 시스템 구축을 통한 맞춤형 정보 제공
3. 해외 인허가 기관 및 국제기구와의 협력 강화

제도

보수적 규제 탈피, 선진국 수준의 규제혁신 달성

1. 보건산업 지속발전을 위한 법적 기반 마련 및 제도 정비
2. 글로벌 스탠다드에 부합하는 시장친화형 규제 합리화 추진





한국과 미국의
보건의료정책 동향 및
개혁방안에 관한 국제워크숍

International Workshop on Health Care Reform
in Korea and the United States

**Payment System in Korea
: Challenges and Future Directions**

Yoon, Kim

(Executive Director, HIRA Research Institute)

Payment System in Korea: Challenges and Future Directions

July 2nd 2013

Executive Director, HIRA Research Institute
Professor, Dept. of Health Policy and Management,
Seoul National University College of Medicine

Yoon Kim, MD, PhD, MS

Contents

- Payment system in Korea
- Challenges
- Future directions

PAYMENT SYSTEM IN KOREA

National Health Insurance

- **Single-payer based Universal Health Insurance System**
 - Covering 97% of population
 - Medical Aid Program for lower income group (3% of Pop.)

Ministry of Health and Welfare

NHIS

- Contribution Collection
- Payment to Providers
- Fee schedule Negotiation with providers

Revenue collection
Risk pooling

HIRA

- Review Claims
- Quality Assessment
- Benefit Management

Purchasing

4

Payment system: Overview

- **Fee-for-Service**
 - Both for inpatient and outpatient service
 - Fee schedule determined by Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)
- **Per diem**
 - Psychiatric inpatient care in Medical Aid
 - Long-term inpatient care
- **DRG - for 7 common conditions**
 - Voluntary program since 2004
 - Mandatory program since 2012

5

Resource Based Relative Value Scale

- **Fee =**
 - Relative Value Score X Conversion Factor X Institutional Adjustment Rate
- **Relative Value (Score) =**
 - Physician work + practice expense + risk factor
 - Negotiation of Conversion Factor is between insurer(NHIC) and provider groups annually
 - Type Adjustment Rate is fixed value by type institution

Table 5.6. Adjustment factor per provider level⁷

	Adjustment rate
Tertiary hospital	1.30
General hospital	1.25
Hospital	1.20
Clinic	1.15

Source: HIRA, 2008b

DRG Payment

- **1st phase: Pilot project (1997~2003)**
 - Development of K-DRGs
 - 7 common DRGs
 - Demonstrated moderate performance – cost saving, quality change
- **2nd phase: voluntary program (2004~2011)**
 - Since 199? For 7 common DRGs
 - Cataract surgery, appendectomy, hemorrhoid etc.
- **3rd phase: Mandatory implementation**
 - July 2012: hospitals and clinics
 - July 2013: general and tertiary hospitals
 - Plan to expand DRG payment to all conditions till 2015
 - However, highly uncertain due to strong opposition of providers

7

New DRG payment demonstration

- **Modeled after Japanese DPC system**
 - Less bundled payment than traditional DRG payment
 - FFS based reimbursement for long LOS, some high cost services
- **Demonstration among public hospitals since 2012**
 - Expecting high acceptability from providers

8

CHALLENGES

9

Problems of Fee-for-service

- **Over-provision of health care services**
 - Increase in volume and intensity → Cost
 - **Over-provision of more profitable service**
 - High technology – CT, MRI
 - More favorable fee schedule
 - High profit margin - Lab and radiologic test
 - Imperfect fee schedule
 - Substitution of less profitable with more profitable
 - Uncovered service – Robot Surgery
 - Unregulated pricing and high profitability
- Low allocative efficiency

10

Problems of Fee-for-service

- **Under-provision of less profitable services**
 - Specialties such as General Surgery and Obstetrics
 - Services such as ICU, Delivery, Emergency
 - Disease management services
 - Behavior modification service – counseling and education for diet, smoking cessation, and exercise
 - Preventive services
 - Vaccinations – HPV
- **Poor quality due to strict price control**
 - Clinical areas where information asymmetry is dominant

11

FFS: Suggesting Evidence of overprovision

- **Rapid increase in health expenditure**
 - Annual average growth rate in health expenditure per capita ('00-09) – 8.6%
 - OECD average ('00-09) – 4.0%
- **Overprovision of hospital care**
 - High average LOS (length of stay) – 4.6 days
 - OECD average (2009) - 7.2 days
 - Combined with the oversupply of beds in Korea
- **Overprovision of outpatient service**
 - 13.0 visits/person-year (2009)
 - OECD average - 6.5 visits

• OECD Health at a Glance, 2011

12

Imbalance of Relative-based Value Scale

- **Increasing provision of more profitable services**
 - High profit – Lab and radiologic test
 - Low profit – consultation, procedures
 - Higher payment for to more intensive services
- **Distortions between different specialties**
 - Adjusting RBRVS and fees within a particular specialty (NOT across specialties)
 - Less payment leading to under-provision of specialties such as thoracic surgery and anesthesiology
- **Uniform RBRVS score – Fail to reflecting cost of rural areas**
 - Rural areas suffering from high labor cost and small number of services

13

Limited benefit coverage

- **Increase in non-covered service**
 - Unregulated Pricing
 - High profit margin
- **High out-of-pocket payment rate**
 - High percentage of households experiencing catastrophic health expenditure
- **Radical expansion of benefit coverage for 4 serious conditions**
 - Cancer, cardiac, cerebrovascular, rare diseases
 - Planned to implement from 2013 to 2017
 - 10~15% of OOP at the end of implementation

14

PAYMENT REFORM: FUTURE DIRECTION

15

Payment reform: future direction

- **Payment Bundling – prospective payment**
 - Inpatient – DRG payment
 - Outpatient – episode-based payment
- **Global payment / budget**
- **Value-based purchasing**
 - Rewarding quality
 - Rewarding efficiency
- **Payment reform aligned with change in delivery system**
 - Chronic disease management
 - Vertically integrated provider network

16

Strengthening strategic purchasing

- **Improve imbalance in Relative Value Score between**
 - Specialties and Type of services
 - Lab and radiology vs. consultation and procedures
- **Lower reimbursement for**
 - Over-concentrated area
 - Specialized services
- **Higher rates reimbursement and lower OOP for**
 - Medically disadvantaged area
 - Primary care and general medicine than specialist care
 - Preventive services with evidence
 - Disease management services
- **Higher rates reimbursement and lower OOP for**
 - Coordinated care

17

Prerequisite for success: Technical

- **Robust classification system for Fair reimbursement**
 - Inpatient – K-DRG
 - Outpatient – KOPG
- **Robust costing system for fee schedule adjustment**
 - Hospital and clinic panel based costing system
- **Robust Performance measurement**
 - Performance measures based on professional consensus
 - Information infrastructure for reliable and efficient data collection
- **Benefit coverage expansion**
 - To avoid ballooning effect – expansion of uncovered service responding to payment reform

18

Prerequisite for success: Political

- **Building sound policy process for payment reform**
 - Stakeholder participation
 - Transparent policy process
 - Trust building between stakeholders and government
- **Benefit coverage expansion**
 - To avoid ballooning effect – expansion of uncovered service responding to payment reform

19

Thank you

yoonkim@snu.ac.kr

한국의 진료비 지불제도의 과제와 개선방향

July 2nd 2013

Executive Director, HIRA Research Institute
Professor, Dept. of Health Policy and Management,
Seoul National University College of Medicine

Yoon Kim, MD, PhD, MS

목 차

- 한국의 진료비 지불제도
- 당면과제
- 개선 방향

한국의 진료비 지불제도

국민건강보험

- 단일 보험자 - 전국민 건강보험제도
 - 전체인구의 97% 가입
 - 저소득층을 위한 의료급여 제도(총인구의 3%)

보건복지부

국민건강보험공단

- 보험료 징수
- 공급자들에 대한 지불
- 공급자들 과의 수가 협상

Revenue collection
Risk pooling

건강보험심사평가원

- 심사 청구
- 질 평가
- 급여 관리

Purchasing

진료비 지불제도

- 행위별 수가제
 - 입원 및 외래 서비스에 적용
 - RBRVS에 의한 수가결정
- 정액 수가제
 - 정신과(입원) 의료급여 환자
 - 장기 요양
- 7개 질병군 포괄수가제(DRG)
 - 2004년부터 선택적 적용
 - 2012년부터 의무 적용

5

자원 기준 상대가치(RBRVS)

- 수가 =
 - 상대가치점수 X 환산지수 X 종별 가산율
- 상대가치(점수) =
 - 의사업무량 + 진료비용 + 위험도
 - 보험자(NHIC)와 공급자들 간 매년 환산지수 협상
 - 의료 기관 종별 가산율은 아래와 같음.

Table 5.6. Adjustment factor per provider level⁷

	Adjustment rate
Tertiary hospital	1.30
General hospital	1.25
Hospital	1.20
Clinic	1.15

Source: HIRA, 2008b

DRG Payment

- **1단계: 시범 사업(1997~2003)**
 - K-DRGs의 개발
 - 7개 질병군 DRGs
 - 성과 - 비용 절감, 의료의 질 변화
- **2단계: 자발적 참여(2004~2011)**
 - 7개 질병군 DRGs
 - 수정체 수술, 충수절제술, 항문수술 등
- **3단계: 의무 적용**
 - 2012년 7월: 병원 및 의원
 - 2013년 7월: 종합병원 및 상급종합병원
 - 2015년까지 DRG지불 체계를 모든 질환에 적용할 계획
 - 그러나, 공급자들의 반대로 적용가능여부가 불확실

7

새로운 DRG 지불체계

- **일본의 DPC system을 벤치마킹**
 - 전통적인 DRG지불체계 보다는 덜 포괄적임.
 - 장기 입원일수와 고비용 서비스에 대하여는 행위별 수가제에 기반한 지불체계
- **2012년부터 공공병원에 적용**
 - 공급자들의 높은 수용성 기대

8

당면 과제

9

행위별 수가제의 문제점

- 의료서비스의 과잉 공급
 - 양과 강도의 증가 → 비용
 - 수익성이 높은 서비스에 대한 과잉 공급
 - 첨단 기술 – CT, MRI
 - 좀 더 수익성 있는 수가 구조
 - 높은 이익률 - Lab and radiologic test
 - 불완전한 수가 구조
 - 좀 더 수익성 있는 항목으로 대체
 - 비급여 서비스 – Robot Surgery
 - 가격결정에 대한 규제가 없고, 수익성이 높음.
- 낮은 배분 효율성

10

행위별 수가제의 문제점

- 수익성이 낮은 서비스에 대한 과소 공급
 - 산과 및 일반외과
 - ICU, 분만, 응급 서비스 등
 - 질환 관리 서비스
 - 행동 수정 서비스- 식이요법, 금연, 운동과 같은 사안들에 대한 상담 및 교육
 - 예방 서비스
 - 예방 접종 - HPV
- 과도한 가격 통제로 인한 낮은 의료의 질
 - 정보의 비대칭성으로 인한 문제

11

FFS : 과잉공급

- 의료비 지출의 급격한 증가
 - 1인당 의료비 지출의 연평균 증가율('00-09) - 8.6%
 - OECD 평균('00-09) - 4.0%
- 병원 치료의 과잉 공급
 - 높은 평균재원일수 - 4.6일
 - OECD 평균(2009) - 7.2일
 - 병상의 과잉 공급
- 외래 서비스의 과잉 공급
 - 1인당 연간 외래방문횟수 - 13.0회(2009)
 - OECD 평균 - 6.5회

• OECD Health at a Glance, 2011

12

Relative-based Value Scale의 불균형

- 수익성이 높은 서비스의 공급 증가
 - 고수익 - Lab 및 radiologic test
 - 저수익 - 진찰 및 수술
 - 중증 치료에 대한 더 높은 수준의 지불
- 서로 다른 전공분야(specialities) 간의 왜곡
 - 특정 전공분야 내에서의 RBRVS와 수가 조정(NOT across specialties)
 - 흉부외과나 마취와 같은 서비스의 과소 공급을 유인하는 지불 체계
- **단일 RBRVS score - 비도시 지역의 비용을 반영하는 데 실패**
 - 비도시 지역은 높은 인건비와 서비스의 한계로 어려움을 겪고 있음.

13

제한된 급여 범위

- 비급여 서비스의 증가
 - 규제 되지 않은 가격 결정 구조
 - 높은 이익률
- 높은 본인부담률
 - 재난적 의료비 발생 가구의 비중이 높음.
- 4대 중증질환에 대한 급여 확대
 - 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환, 희귀난치성 질환
 - 2013년에서 2017년까지 급여 확대
 - 정책 시행 마지막 단계에서는 OOP 10~15%를 목표로 함.

14

지불제도의 개혁: 개선 방향

15

지불제도의 개혁: 향후 개선 방향

- **Payment Bundling – 사전적 지불제도**
 - 입원 – DRG 지불제도
 - 외래 – episode 기준 지불제도
- **Global payment / budget**
- **가치 기반 지불**
 - 의료의 질 보장
 - 효율성 보장
- **의료 전달 체계 개편을 통한 지불제도 개선**
 - 만성 질환 관리
 - 수직적 공급자 네트워크 통합

16

지불 제도의 전략적 개선

- **상대가치 점수의 형평성 개선**
 - 각 진료과 및 서비스 형태 간의 형평성 개선
 - Lab and radiology vs. consultation and procedures
- **낮은 지불 적용**
 - 과밀 지역
 - 전문 서비스
- **높은 지불 및 낮은 본인부담률 적용**
 - 의료 서비스 소외 지역
 - 일차의료 및 일반의약품 중심
 - 근거 기반 예방 서비스
 - 질환 관리 서비스
 - 통합 진료(Coordinated care)

17

전제 조건 : 기술적 요인

- **공정한 지불 제도를 위한 명확한 분류체계**
 - 입원 – K-DRG
 - 외래 – KOPG
- **수가 결정을 위한 원가 계산 시스템**
 - 병원 및 의원 패널
- **성과 측정**
 - Professional consensus에 기반한 성과 측정
 - 신뢰성 있고 효율적인 데이터 수집으로 정보 인프라 구축
- **급여 범위 확대**
 - 풍선효과를 방지-지불제도 개선에 따른 비급여 확대방지

18

전제 조건 : 정치적 요인

- **지불제도 개선을 위한 건전한 정책 과정 확립**
 - 이해관계자 참여
 - 투명한 정책 결정 과정
 - 이해관계자와 정부 사이의 신뢰 구축
- **급여 범위 확대**
 - 풍선 효과

19

감사합니다.

yoonkim@snu.ac.kr

