

# 필리핀 의료보장제도 현황과 과제

## - 보편적 건강보장을 중심으로



심보람 주임연구원  
건강보험심사평가원 국제협력개발팀

### 1. 들어가며

전 세계적으로 보편적 건강보장(Universal Health Coverage, 이하 'UHC')이 중요한 화두로 떠오름에 따라, 우리나라 건강보험제도에 대한 외국의 관심과 협력요청이 증가하고 있다. 최근에는 정부가 '신남방정책'을 위시한 국제협력 강화방안을 내놓으면서, 앞으로 필리핀·베트남·말레이시아 등 아세안 국가들에 대한 협력이 지속적으로 활성화될 전망이다.

따라서 본 고에서는 국내외 문헌과 심평원 국제협력단에서 수행했던 필리핀 현지조사 결과 등을 참고하여 필리핀의 의료보장제도 현황과 과제들을 소개하고자 한다. 이는 필리핀 건강보험제도에 대한 정보제공과 함께 향후 아세안국가 협력사업 수행을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

### 2. 필리핀 의료보장제도

필리핀은 1995년 「국민건강보험법(National Health Insurance Act)」을 제정하여 국민건강보험프로그램(NHIP, National Health Insurance Program, 이하 '건강보험')을 도입하였다. 필리핀은 인구보장률(population coverage)이 90%를 상회하여 UHC 달성에 있어 중저소득국(LMIC, Low and Middle Income Country)의 가장 앞서나가는 국가 중 하나로 평가되고 있다. 이러한 데에는

2010년, 필리핀 아키노 대통령<sup>1)</sup>의 보건아젠다(The Aquino Health Agenda)가 큰 기여를 하였다.<sup>2)</sup> 그는 UHC 달성을 임기 내 최고 우선순위 중 하나로 꼽았으며, 이는 필리핀 국민건강보험의 인구 및 서비스 보장 확장의 큰 성과를 이루어 냈다(Phily et al., 2014).

### 가. 건강보험 운영조직: 건강보험청(PhilHealth)

필리핀의 건강보험은 국민건강보험법에 따라 설립된 필리핀 건강보험청(Philippine Health Insurance Cooperation(PHIC) 또는 PhilHealth)에 의해 운영된다. 건강보험청은 필리핀 정부의 책임 하에 있는 공공기관으로, 운영수입의 대부분은 가입자가 지불하는 건강보험료로 충당된다(Oscar et al., 2015). 건강보험청장은 대통령이 임명하며, 건강보험청 운영 및 관리를 책임지는 최고경영자(CEO, Chief Executive Officer)의 역할을 한다. 또한 보건부문과의 정책적 조화를 위해 필리핀 보건부(Secretary of Department of Health(DOH))장관을 의장으로, 건강보험청장을 부의장으로 하는 이사회를 갖고 있다(COA, 2016).

건강보험청은 보험료 징수, 의료공급자 인증, 급여패키지 및 진료비지불제도 설계, 급여 서비스에 대한 청구 및 지급 업무 등 포괄적인 업무를 수행한다. 이는 분권화된 형태로 운영되며, 각 지역(region) 별 20개 지원(PRO, PhilHealth Regional Office)에서 해당 지역의 가입자와 의료공급자, 그리고 그들의 보험급여 청구·지급을 관리한다. 또한 각 주(province) 또는 시(Chartered city)마다 설립된 100여개의 지역사무소(LHIO, Local Health Insurance Office)를 통해 지방정부(LGU, Local Government Unit)와 협력하고, 지역주민들의 건강보험 가입, 보험료 수납, 자격 및 보장내역 확인 등을 지원하도록 하고 있다(건강보험심사평가원, 2018).<sup>3)</sup>

### 나. 건강보험 자격관리

필리핀의 인구보장률은 93%를 넘어서, 현재 약 96백 만 명이 건강보험에 등록되어 있는 것으로 나타났다(PhilHealth, 2017a). 여기에는 2010년, 아키노 대통령의 「보건아젠다 UHC 플랜(Health Agenda UHC Plan)」이 중요한 역할을 했다. 이는 국가 예산으로 소득분위 하위 1,2 위 계층 가구의 건강보험료를 지원하도록 하였으며(DOH, 2010), 이러한 빈곤가구 보조를

---

1) Benigno S. Aquino III (1960~), 필리핀 15대 대통령(2010.6.~2016.6.)

2) 보건아젠다는 보건부의 'Kalusugan Pangkalahatan (현지어로 UHC 의미)' 프로그램으로 구체화 되어 (1) 건강 관련 새천년개발목표 달성, (2) 빈곤층

3) 필리핀은 17개 지역(Region), 81개 주(Province), 145개 시(City) 및 1,489개 군(Municipality)으로 구성되어 있으며 (Philippine Statistics Authority, 2018.3.), 대도시 지역 또는 주의 경우 1개 이상의 지원 및 지역사무소를 두고 있음

확대하기 위해 주류·담배 등의 Sin-tax 수입을 건강보험에 사용할 수 있게 하였다.<sup>4)</sup>

건강보험 가입자는 고용상태 및 보험료 지불자에 따라 6가지 그룹으로 구분된다. 공식 부문에 종사하는 모든 근로자는 건강보험에 의무적으로 가입되며, 비공식 부문 근로자는 ‘Individual Paying Program(IPP)’ 또는 ‘iGroup Program<sup>5)</sup>’을 통해 직접 가입해야 한다. 저소득가구는 중앙정부 및 지방정부가 보험료를 지원하는 저소득가입자 및 후원대상가입자로서 보장받는다. 또한 모든 그룹 가입자의 배우자, 21세 미만이거나 장애가 있는 자녀, 60세 이상의 부모 등은 가입자의 피부양자로서 건강보험 급여를 받을 수 있다.

표 1. 필리핀 건강보험 가입자 유형

구분	가입자격	가입자 수(명, %)
공식부문 가입자 (Members in the formal economy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>정식계약으로 사용자-근로자의 고용관계가 맺어진 근로자</li> <li>사용자-근로자가 보험료를 50% 씩 부담</li> </ul>	14,903,502 (30.1)
비공식부문 가입자 (Members in the informal economy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>본인이 근로자이자 사용자인 경우(자영업자) 및 개인가입자(임금노동자, 해외근로자 등)</li> <li>보험료 자비 부담</li> </ul>	11,077,951 (22.3)
저소득가입자 (Indigent Members)	<ul style="list-style-type: none"> <li>생계수단이 없거나 가족이 생활할 만큼 소득이 충분하지 않은 자</li> <li>사회복지개발부(Department of Social Welfare and Development)의 자산평가를 통해 자동 가입</li> </ul>	14,329,442 (28.9)
후원대상가입자 (Sponsored Members)	<ul style="list-style-type: none"> <li>제3자(정부기관 또는 민간단체)가 보험료를 대신 지불하는 가입자</li> <li>예:저소득 가입자에 속하지 못하는 차상위 계층에 대한 지방정부(LGU, Local Government Unit) 지원</li> </ul>	1,127,692 (2.3)
종신가입자 (Lifetime Members)	<ul style="list-style-type: none"> <li>최소 120개월 이상 보험료를 납부한 가입자로서 법으로 규정한 은퇴연령 이상인 자</li> <li>건강보험료를 지불하지 않음</li> </ul>	1,245,993 (2.5)
노년가입자 (Senior Citizens)	<ul style="list-style-type: none"> <li>60세 이상이며, 위의 5가지 카테고리 중 어느 것에도 포함되지 않는 자(주로 저소득노인층)</li> <li>정부가 좌약세로 건강보험료 지원</li> </ul>	6,899,207 (13.9)
계		49,583,787 (100.0)

자료: 필리핀 건강보험청(www.philhealth.gov.ph)

이 중 전국민 의료보장을 저해하는 가장 큰 걸림돌은 자영업자와 임금노동자 등을 포함하는 비공식부문에서 비롯된다. 임금노동자 중에는 저소득층이면서도 아직 저소득가입자나 후원대상가입자로 가입되지 못한 인구들이 남아 있다. 이를 위해 건강보험청은 2013년

4) Sin-tax 개혁법(Sin-tax Reform Law of 2012)

5) 비공식부문 근로자 가입확대를 위한 노력 중 하나로, 2003년부터 소액금융기관(Microfinance Institution, MFI)과 협력하여 금융가입자를 필리핀 건강보험청으로 연결해주는 프로그램

공공병원에 내원한 빈곤층 환자들을 대상으로 병원이 보험료를 대신 지불하고, 건강보험청에 진료비를 청구하는 ‘Point of Care 등록 프로그램’을 시작했다(DOH, 2014). 반면, 도시의 자영업자나 농촌의 소규모 농장주들은 자발적으로 가입이 필요하나, 가입불이행에 따르는 법적 제재나 불이익이 없기 때문에 미가입 상태로 남아있는 경우가 많다. 이들을 대상으로는 소액금융기관(Microfinance Institution)과의 파트너십, 새로운 사업 인가 시 건강보험 가입의무화 등의 방법이 시행되고 있다(Phily et al., 2014).

#### 다. 보험료 부과체계

필리핀 국민건강보험법 28조는 비용을 지불할 수 있는 모든 가입자는 합리적이고 형평한 보험료 부과표(contribution schedule)에 따라, 보험료를 기금에 지불해야한다고 의무화하고 있다.

공식부문 가입자의 월 보험료는 월 기본급에 2.75%를 곱하여 산정되며, 최소 275페소(약 5,600원)에서 최대 1,100페소(22,000원)까지 부과된다.<sup>6)</sup> 나머지 가입자들에게 대해서는 연간 정액으로 보험료를 부과한다. 개인가입자(Individual Paying Program)의 경우, 2010년 이전에는 단일 정액이 부과되었지만(Rosario 2011), 현재는 월 소득이 25,000페소(약 51만원) 이상인 고소득자에게는 연간 3,600페소(약 7만원)를, 그 미만인 일반가입자에게는 연간 2,400페소(약 5만원)를 차등 부과하고 있다. 이 외 해외근로자나 후원대상가입자 등에 대한 보험료는 연간 2,400페소로 동일하며, 종신가입자의 경우 보험료를 부과하지 않는다. 2016년 기준, 건강보험청의 총 보험료 수입은 약 1,030억 페소(약 2조 1천억 원)로, 공식부문 가입자와 저소득가입자의 보험료가 각각 46%, 33%를 차지했다(PhilHealth, 2017a).

#### 라. 급여체계

필리핀 건강보험은 가입자의 자격에 따라 보장하는 급여패키지가 달라진다. 가장 기본적인 임원급여, 재난적의료비 방지를 위한 특정급여(Z-패키지), 새천년개발목표(MDGs, Millenium Development Goals) 달성과 관련되는 외래급여는 모든 가입자들에게 보장되나, 외래 일차의료급여는 저소득가입자 및 후원대상가입자, 노년가입자에게만 보장된다. 건강보험청은 2017년 기준, 약 1,147억 페소(약 2조 3천억원)를 급여비로 지출하였고, 총 보건의료비에서 건강보험이 보장하는 비율(support value)은 55% 수준이다(PhilHealth, 2017b).

---

6) PhilHealth Circular No. 2017-0024

표 2. 필리핀 건강보험 급여패키지

구분	가입자격
입원급여 (Inpatient benefits)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원진료에 해당하는 급여로 모든 가입자에게 보장</li> <li>• 연간 입원일수 제한(가입자 본인 45일, 피부양자 합산 45일)</li> </ul>
특정 급여 (Special benefits)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신장이식, 유방암과 같이 경제적·임상적으로 재난적 상태에 이를 수 있는 질환 및 수술에 적용되는 급여</li> <li>• 건강보험청의 사전승인 필요</li> </ul>
외래급여 (Outpatient Benefit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 말라리아, 결핵, 에이즈 등 새천년개발목표(MDG) 달성을 위해 설계된 외래급여</li> </ul>
외래수술급여 (Outpatient surgeries)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 당일 수술(예: 환자가 오전에 입원하여 오후에 퇴원하는)에 해당하는 급여</li> </ul>
일차의료급여 (Primary care package)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반적인 외래진료를 보장하는 패키지, 특정 가입자군만 보장</li> <li>• 공공 1차 의료기관을 내원하는 경우 급여 가능</li> </ul>

현재 필리핀의 급여체계는 여러 가지 한계점을 안고 있다. 먼저 건강보험청의 급여확대 노력에도 불구하고, 여전히 일반가입자의 급여는 대부분 입원서비스에 한정되어 있어 가입자의 편익이 매우 낮다(Phily et al., 2014). 또한 공식 및 비공식가입자의 경우, 직전 6개월간 최소 3개월 이상 보험료를 납부해야 해당 가입자 및 피부양자에게 급여가 제공되기 때문에 중도탈락자에 대한 문제가 발생한다. 마지막으로 본인의 건강보험 가입상태, 자격, 급여에 대한 가입자들의 인지도가 낮아, 인구보장 및 급여확대가 실제 의료이용으로 이어지지 못한다는 점이 있다. 특히 정부에 의해 자동으로 가입되는 저소득가입자의 경우 인지도가 더 낮은 경향이 있다(Oscar et al., 2015).

### 마. 의료공급자

필리핀 보건부의 면허를 받은 의료공급자가 건강보험 급여서비스를 제공하고 진료비를 상환받기 위해서는 건강보험청의 인증(Accreditation)을 받아야한다. 인증절차는 관할 지원(PhilHealth Regional Office)에서 자체적으로 진행하는데, 의료공급자가 해당 지원에 신청서를 제출하면 지원별 인증소위원회에서 적격여부를 심사한다. 만약 지원에서 인증불가 판정을 받는 경우, 본원(Head Office)의 중앙인증위원회에 재검토를 요청할 수 있다(PhilHealth, 2018). 2016년 기준, 총 1,895개소(공공 758개소, 민간 1,137개소)가 인증된 보건의료시설로 등록되어 있다(PhilHealth, 2017a).

2012년 이전 건강보험청은 인증 과정에서 보건부의 면허 교부요건과 상당히 중복되는 사전승인 조사(pre-accreditation survey)를 요구해 불필요한 지연을 가져온다는 비판을 받았었다. 그러나 이후에는 보건부가 건강보험청의 벤치북 인증기준(Benchbook accreditation standard)을 면허 교부요건으로 채택 및 포함하면서, 한 번의 사전 조사만 필요하게 되었다

건강보험  
 급여  
 확대

(Oscar et al., 2015). 이후 보건부의 면허를 받은 모든 의료공급자는 건강보험청에 필요한 서류를 제출하면 인증된 것으로 간주되며, 현재 보건부의 면허를 받은 모든 병원급 의료기관은 건강보험청의 인증의료기관으로 등록된 상태이다(PhilHealth, 2017a).

이러한 건강보험청 인증 확대는 양질의 보건의료서비스에 대한 접근성 향상과 직결된다. 필리핀은 지역별로 인증 의료기관 및 의료인력 분포가 불균형한 문제를 겪고 있다. 이를 위해 보건부는 지역농촌보건소(RHU, Rural Health Unit) 설립에 상당한 예산을 할당해왔으나, 이에 대한 기획 및 실행은 지방정부의 관할 하에 있어 난항을 겪고 있다(DOH, 2014). 현재 이런 상황은 점차 개선되어 최소 1개소 이상의 일차의료급여 시설을 갖춘 지방정부가 97%까지 확대되었다(PhilHealth, 2017a).

## 바. 진료비지불제도

필리핀 건강보험청은 2013년, 진료비지불제도를 행위별수가제에서 “All Case Rate(이하 ‘ACR’)”라는 이름의 포괄수가제도로 전환했다. 이는 입원환자에 대해 사전에 정의된 포괄수가를 지불하는 제도로서, 진단·검사·수술비용, 의약품 및 치료재료 비용 등을 포함한다(Michael 2016).

ACR은 ICD 10(International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)을 기반으로 하는 의료포괄수가(Medical Case Rate)와 상대가치점수(Relative Value Scale)를 기반으로 하는 행위포괄수가(Procedure Care Rate)를 합쳐 약 4,000개의 수가로 구성되어 있다. 의료공급자는 진료비 청구 시 환자의 질환과 이에 대해 제공된 행위를 ICD-10 또는 RVS코드로 모두 기재하고, 이 중 가장 자원소모량이 많은 질환(또는 행위) 하나를 청구코드(First Case Rate)로 기입해야 한다. 투석 등 몇 개의 제한된 질환(수술)에 대하여는 차상위코드(Second Case Rate)로 추가 기입할 수 있다. 이 경우, 주청구코드에 따른 수가는 100%, 부청구코드에 대해서는 50%를 상환한다. 각 포괄수가는 병원비용과 의사비용으로 구분된다.<sup>7)</sup>

단일금액을 적용하는 ACR의 도입으로 건강보험청은 저소득가입자 및 후원대상가입자가 본인부담금 없이 진료를 받을 수 있게 하는 ‘No Balance Billing(NBB)’ 정책을 도입할 수 있게 되었다(Michael 2016). 또한 급여처리 업무가 행위별수가제를 적용하던 당시보다 단순화되어 급여처리 소요기간(TAT, Turn-Around-Time)이 약 20일 가량 감축된 약 39일이 소요되고 있다(PhilHealth, 2017a).

---

7) PhilHealth Circular No.2013-0035.

한편, 건강보험청이 고시한 포괄수가는 의료공급자의 ‘권장가격’ 역할을 한다. 필리핀은 개방형 병원 형태로 운영되어, 의사들은 자신이 받을 의사비용에 대해 권장가격 이상 또는 이하의 가격을 책정할 수 있다. 따라서 전체 진료비에서 건강보험 수가를 제외한 모든 금액은 환자의 본인부담금으로 전가된다. 건강보험청은 모든 ACR 목록과 수가를 공개하여 가입자들이 진료비 수준을 예측하고 의료기관 별 비교함으로써 의료시장의 투명성을 높여려는 노력을 하고 있다. 그러나 환자의 본인부담금 상한선이 없기 때문에 재정적 보호기전이 취약한 실정이다(건강보험심사평가원, 2018).

### 3. 나가며

필리핀은 1995년 국가 단일의 건강보험체계를 도입한 이후, UHC를 달성하기 위한 여러 법안을 발의하고, 정책적 변화를 모색해왔다. 이에 따라 빈곤층을 건강보험으로 대거 편입시키며 인구보장률을 93%까지 끌어올린 성과를 이루어냈다. 그러나 이와 동시에 필리핀 정부가 투입한 엄청난 재원 대비, 실제 국민들의 편익으로 이어지지 못하고 있다는 평가도 받고 있다.

따라서 필리핀은 UHC 달성을 위해 주요 건강보험 정책들을 정교하게 다듬어나갈 필요가 있다. 먼저, 인구보장 측면에서는 미가입자, 특히 정부보조 대상임에도 아직 가입되어 있지 않은 저소득층을 찾아내는 것이 시급하며, 이미 가입된 가입자들의 자격관리 및 보험료 부담체계를 개선하여 중도탈락자를 방지하려는 노력이 필요하다. 서비스 보장측면에서는 제한적이고 분절적인 급여구조 개선이 시급하며, 이와 동시에 건강보험청 인증 의료기관을 확대하여 가입자들의 의료서비스 접근성을 향상시키고, 본인의 자격 및 급여항목에 대한 가입자들의 인지도를 향상시켜야 한다. 마지막으로 재정적 보호 측면에서는 환자의 과도한 본인부담금 부담을 방지하기 위한 본인부담상한제, 재난적의료비에 대한 급여확대, 의료공급자에 의한 진료비 결정구조 개선 등의 과제가 남아있다.

이를 위해서는 현재 정책실행을 평가 및 모니터링하는 기전이 중요하다. 특히 분권화되어있는 필리핀 거버넌스의 특성 상, 국가 정책이 지역사회 수준까지 내려가지 못하는 경우가 많다. 따라서 중앙정부 및 건강보험청의 노력과 더불어 지방정부(Local Government Unit)와의 파트너십도 매우 중요할 것이다. 이와 같은 전국가적인 노력이 필리핀 UHC를 최우선 순위로 두었던 아키노 대통령의 의지를 이어나가 필리핀 국민들의 의료보장을 한 단계 발전시킬 수 있을 것이라 기대한다. ✕

## 참고문헌

---

- 건강보험심사평가원 국제협력단. 필리핀 국외출장 결과보고서. 원주: 건강보험심사평가원; 2018.
- Commission on Audit. Philippine Health Insurance Cooperation Annual Audit Report: Executive summary. 2016.
- Department of Health. 5 Health Laws, 1 Administration. The DOH Files-Towards Quality Healthcare for All. 2014; 1(4).
- Department of Health. The Aquino Health Agenda: Achieving Universal Health Care. Administrative Order No.2010-0036.
- Michael RC. Health Financing for the Poor in the Philippines: Final Report. Philippine Institute for Development Studies. 2016; Discussion Paper Series No.2016-37.
- Oscar FP, Valerie GTU, Ida MP, Beverly LH. A Critical Analysis of Purchasing of Health Services in the Philippines: A Case Study of PhilHealth. Philippine Institute for Development Studies. 2015; Discussion Paper Series No.2015-54.
- PhilHealth. ACR Policy No.2 - Implementing Guidelines on Medical and Procedure Case Rate. PhilHealth Circular No.2013-0035.
- PhilHealth. Adjustment in the premium Contributions of the Employed Sector to Sustain the National Health Insurance Program(NHIP). PhilHealth Circular No.2017-0024.
- PhilHealth. Annual Report 2016. 2017a.
- PhilHealth. Health Finance and Policy Sector-Accreditation Department. 2018.
- PhilHealth. 2017 Stats & Charts. 2017b.
- PhilHealth Homepage([www.philhealth.gov.ph](http://www.philhealth.gov.ph))
- Philippine Statistics Authority. Provincial Summary: Number of Provinces, Cities, Municipalities and Barangays, by Region. March 2018.
- Phily C, Rajkotia Y, Matul M. Extending Universal Health Coverage for informal sector in Philippines. Think Well. 2014.
- Rosario GM. Expanding Social Health Insurance Coverage: New Issues and Challenges. Philippine Institute for Development Studies. 2011; Discussion Paper Series No.2011-21.