

건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안

- 의원급을 중심으로

황도경

오수진·이수빈·최병호·김한성·김동진·김수진·이상영



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

| | | |
|-------|-----|--------------------------|
| 연구책임자 | 황도경 | 한국보건사회연구원 연구위원 |
| 공동연구진 | 오수진 | 한국보건사회연구원 전문연구원 |
| | 이수빈 | 한국보건사회연구원 연구원 |
| | 최병호 | 서울시립대학교 도시보건대학원 원장 |
| | 김한성 | 한국폴리텍대학 서울강서캠퍼스 의료정보과 교수 |
| | 김동진 | 한국보건사회연구원 연구위원 |
| | 김수진 | 한국보건사회연구원 부연구위원 |
| | 이상영 | 한국보건사회연구원 초빙연구위원 |

연구보고서 2021-48

건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안 : 의원급을 중심으로

발행일 2021년 12월
발행인 이태수
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (사)아름다운사람들복지회

© 한국보건사회연구원 2021
ISBN 978-89-6827-846-4 93330
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.48>

발|간|사

정부는 그간 보건의료 전달체계를 정립하기 위해 종별 의료기관이 담당해야 할 바람직한 기능을 제시하는 등 다각적인 노력을 기울여 왔다. 또한 그 기능이 의료현장에서 제대로 이루어지도록 유도하기 위해 효과적인 수단들을 마련해 오고 있다. 그럼에도 불구하고 지역사회에서 일차 의료를 담당하는 증추적 기관인 의원급 의료기관이 일차의료에 집중할 수 있도록 지원하는 제도적 장치의 개발은 미흡하였다. 이로 인해 의원급 의료기관에서는 지역적 의료수요의 분할과 수평적 경쟁 구도하에서 수입 보전을 위해 비급여가 증가하면서 외형적으로 의원급에서의 보장률이 낮아지는 현상이 나타나고 있다. 이러한 상황에서 앞으로 의원급의 기능을 활성화하기 위해 전달체계의 수직적 연계 및 역할 분담이 체계적으로 이루어지도록 제도적 장치를 강화하는 한편, 지역 내 다양한 보건의료 욕구를 폭넓게 흡수하여 새로운 서비스 및 전달 방식을 개발하는 것이 필요하다. 의원급 의료기관의 새로운 서비스 영역 개발·제공, 틈새 서비스 개발, 의료서비스 전달 방식 개선, 밀착형 서비스 제공, 포괄적 케어 제공 등 서비스의 질 및 공급방식 측면의 지평(horizon)을 확대하고, 의원급 의료기관이 지역사회 내의 중심기관의 기능을 담당하도록 할 필요가 있다. 특히 새로운 서비스의 개발·제공은 지역사회 일차의료를 강화하는 데 기여할 수 있는 방향으로 추진되어야 한다.

지금까지 건강보험 보장성 강화 정책 연구는 주로 상급종합병원 또는 중증질환 중심으로 이루어져 왔다. 이는 보장성 강화 정책이 의료비 부담이 큰 중증·고액질환 중심으로 확대되어 왔기 때문에 어쩌면 당연한 결과일지도 모른다. 그동안 건강보험 보장성을 확대하기 위해 막대한 재정을 투입하면서 일궈온 정부의 노력에도 불구하고, 아직도 획기적인 개선 효

과가 나타나지 않은 점은 안타까운 일이다. 하지만 보장성 확대 정책을 시행하기 이전보다 보장 범위와 급여 수준이 대폭 늘어난 것은 사실이다.

이 연구는 고액·중증질환 치료에 필요한 필수검사, 의료행위, 치료재료 등 병원급 이상 의료기관 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 우리나라 의료체계의 근간을 이루고 있는 의원급 의료기관의 역할과 나아갈 방향에 대한 의문에서 출발했다. 보장률 정체 현상의 근본 원인을 살펴보고, 그동안 건강보험 보장성 정책 테두리 밖에 놓여있던 의원급 의료기관을 둘러싼 보장성 정책의 현주소를 파악하고 했다. 특히 그동안 중증질환과 상급종합병원 중심으로 수행한 기존 연구들과는 달리 의원급 의료기관을 중심으로 보장 현황을 진단하고, 상급종합병원 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 의원급 의료기관의 바람직한 역할과 보장성 정책 방향을 모색해 보고자 하였다.

2021년 12월

한국보건사회연구원 원장

이 태 수



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



| | |
|---|-----------|
| Abstract | 1 |
| 요 약 | 3 |
| 제1장 서론 | 9 |
| 제1절 연구 배경 및 목적 | 11 |
| 제2절 연구 내용 및 방법 | 19 |
| 제2장 일차의료 역할에 대한 국내 선행연구 고찰 | 23 |
| 제1절 전통적인 일차의료 역할 | 26 |
| 제2절 뉴노멀 시대, 일차의료 역할 | 37 |
| 제3장 일차의료 역할에 대한 국외 사례 고찰 | 43 |
| 제1절 사례 고찰 개요 | 45 |
| 제2절 일차보건의료의 역사와 현황 | 46 |
| 제3절 일차보건의료 사례 | 60 |
| 제4절 주요국과 우리나라의 보건의료체계 차이 | 86 |
| 제5절 시사점 도출 | 91 |
| 제4장 건강보험 보장성 정책 현황 진단 | 99 |
| 제1절 현황 진단 개요 | 101 |
| 제2절 의원급 의료기관의 보장성 현황 진단 | 104 |
| 제3절 의원급 의료기관의 역할 진단 | 121 |
| 제4절 보장을 정체 현상의 근본 원인 진단 | 143 |

| | |
|---|------------|
| 제5장 의원급 의료기관 원가보상수준 | 157 |
| 제1절 의원급 비급여 진료 현황 | 159 |
| 제2절 의원급 급여 및 비급여 진료비 보상수준 | 167 |
| 제3절 소결 | 175 |
| | |
| 제6장 의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사 | 179 |
| 제1절 조사 개요 | 181 |
| 제2절 조사 결과 | 184 |
| 제3절 소결 | 217 |
| | |
| 제7장 의원급 의료기관의 지속가능성 제고를 위한 정책 방안 | 221 |
| | |
| 참고문헌 | 247 |
| | |
| 부 록 | 257 |
| 부록 1 대국민 인식조사 조사표 | 257 |

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



| | |
|--|-----|
| 〈표 1-1〉 제1차 건강보험 보장성 강화 정책('05~'08) 주요 내용 | 11 |
| 〈표 1-2〉 제2차 건강보험 보장성 강화 정책('09~'13) 주요 내용 | 12 |
| 〈표 1-3〉 건강보험 중기보장성 강화 계획('14~'18) 주요 내용 | 13 |
| 〈표 1-4〉 건강보험 보장성 강화 대책('17~'22) 주요 내용 | 14 |
| 〈표 1-5〉 보장성 강화 정책별 건강보험 보장률 증감 추이 | 15 |
| 〈표 1-6〉 4대 의료기관 종별 비급여 본인부담률 추이 | 17 |
| 〈표 1-7〉 보고서 장(Chapter) 구성 및 내용 | 21 |
| 〈표 2-1〉 과거~미래 일차의료의 역할 변화 | 25 |
| 〈표 2-2〉 선행연구 요약 정리 | 26 |
| 〈표 2-3〉 의료비 제공 및 이용 현황 추이 | 28 |
| 〈표 2-4〉 한국형 가치기반 성과보상 지불제도 모형 | 35 |
| 〈표 2-5〉 기능에 따른 의원급 의료기관 분포 | 36 |
| 〈표 2-6〉 한국판 뉴딜 종합계획 중 '스마트 의료 인프라' 구축 내용 | 40 |
| 〈표 2-7〉 포스트 코로나 시대, 일차의료의 역할 변화 | 41 |
| 〈표 3-1〉 서유럽 국가들의 일차의료 현황 | 49 |
| 〈표 3-2〉 OECD 국가의 일차의료 문지기 기능 | 50 |
| 〈표 3-3〉 OECD 국가와 비교한 한국의 보건의료 위치 | 89 |
| 〈표 4-1〉 건강보험 보장성 정책 현황 진단 틀 | 103 |
| 〈표 4-2〉 보장성 강화 정책별 건강보험 보장률 증감 추이 | 105 |
| 〈표 4-3〉 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이 | 108 |
| 〈표 4-4〉 요양기관 종별 비급여 본인부담률 추이 | 109 |
| 〈표 4-5〉 의원 진료과목별 건강보험 보장률 추이 | 110 |
| 〈표 4-6〉 4대 중증질환 건강보험 보장률 추이 | 111 |
| 〈표 4-7〉 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률 추이 | 112 |
| 〈표 4-8〉 1인당 고액진료비 상위 30(50)위 내 질환('19년 기준) | 112 |
| 〈표 4-9〉 100대 경증질환 건강보험 보장률 추이 | 114 |
| 〈표 4-10〉 만성질환 관련 건강보험 보장률 추이 | 115 |

| | |
|--|-----|
| 〈표 4-11〉 고액·중증질환 중심의 건강보험 보장성 정책 결과 | 117 |
| 〈표 4-12〉 안과·신경외과 의원의 건강보험 보장을 추이(2017~2019) | 118 |
| 〈표 4-13〉 2019년 연간 입원 다빈도 상병 현황(상위 10위) | 119 |
| 〈표 4-14〉 2019년 기준 의료기관 종별 비급여 진료 항목 구성비 | 120 |
| 〈표 4-15〉 건강보험 보장률을 활용해 추정한 의료기관 종별 총의료비 변화(2009~2019) .. | 121 |
| 〈표 4-16〉 요양기관 종별 진료비 점유율 추이: 전체 | 123 |
| 〈표 4-17〉 요양기관 종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별 | 124 |
| 〈표 4-18〉 요양기관 종별 입원진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 포함) | 125 |
| 〈표 4-19〉 요양기관 종별 입원진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 제외) | 126 |
| 〈표 4-20〉 요양기관 종별 외래진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 포함) | 126 |
| 〈표 4-21〉 요양기관 종별 외래진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 제외) | 127 |
| 〈표 4-22〉 요양기관 종별 진료형태별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별 | 131 |
| 〈표 4-23〉 요양기관 종별 진료내역 항별 진료비 구성비 변화 | 132 |
| 〈표 4-24〉 진료내역 항별 요양기관 종별 진료비 구성비 변화 | 134 |
| 〈표 4-25〉 종합병원급 이상 실입원환자수 증증/경증 분포 현황 | 140 |
| 〈표 4-26〉 병행보장을 지표에 포함되는 비급여 유형(예시) | 144 |
| 〈표 4-27〉 건강보험 보장성 강화 정책 평가를 위한 보장성 지표의 다양화 | 145 |
| 〈표 4-28〉 보장을 산출 항목 조정에 따른 건강보험 보장률 | 146 |
| 〈표 4-29〉 비급여 증가 요인 | 148 |
| 〈표 4-30〉 서울시내 안과의원 백내장 재료대 인상 사례(예시) | 150 |
| 〈표 5-1〉 의료기관 종별 건강보험 보장률 및 비급여 본인부담률 | 161 |
| 〈표 5-2〉 의원급 진료과별 주요 비급여 항목 | 163 |
| 〈표 5-3〉 의원급 진료비 수입 구성비(2019) | 164 |
| 〈표 5-4〉 의원급 진료과목별 기관당 연간 급여 및 비급여 수입 현황 | 166 |
| 〈표 5-5〉 진료과목별 분석대상 기관 수 | 168 |
| 〈표 5-6〉 A의원의 급여 및 비급여 비용 분리(예시) | 170 |
| 〈표 5-7〉 진료과목별 총원가보전율 | 171 |



| | |
|---|-----|
| 〈표 5-8〉 진료과목별 급여 및 비급여 원가보전율 비교 | 173 |
| 〈표 6-1〉 조사 설계 | 182 |
| 〈표 6-2〉 조사 내용 | 183 |
| 〈표 6-3〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성 | 185 |
| 〈표 6-4〉 지난 6개월간 병/의원 외래진료 경험: 거주지역 | 187 |
| 〈표 6-5〉 월평균 의료비 부담액: 연령, 거주지역, 의료보장 가입자격 | 188 |
| 〈표 6-6〉 병·의원 외래진료 횟수 및 입원 여부에 따른 월평균 의료비 | 189 |
| 〈표 6-7〉 주로 이용한 의료기관: 연령별 | 190 |
| 〈표 6-8〉 해당 의료기관 이용 이유 | 192 |
| 〈표 6-9〉 주로 이용하는 동네의원(단골의사) 유무: 연령별 | 193 |
| 〈표 6-10〉 만성질환 유무: 연령별 | 195 |
| 〈표 6-11〉 만성질환 유무에 따른 월평균 의료비 | 196 |
| 〈표 6-12〉 만성질환을 진단받은 의료기관과 관리받는 의료기관 변화 | 198 |
| 〈표 6-13〉 주 이용 의료기관 응답자별 경증질환으로 대형병원 이용 경험 또는 의향 | 203 |
| 〈표 6-14〉 지난 6개월간 비급여 진료 횟수 | 205 |
| 〈표 6-15〉 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준: 연령, 거주지역, 월소득 | 206 |
| 〈표 6-16〉 비급여 경험 유무에 따른 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준 | 208 |
| 〈표 6-17〉 의료기관 유형별 만족도 | 211 |
| 〈표 6-18〉 보장성 확대 우선 분야: 연령, 거주지역, 월소득 | 213 |
| 〈표 6-19〉 비대면 의료서비스 활성화 이용 의향: 연령, 권역, 거주지역 | 216 |
| 〈표 7-1〉 급여비중과 보상수준에 따른 보장률 강화방안 | 242 |

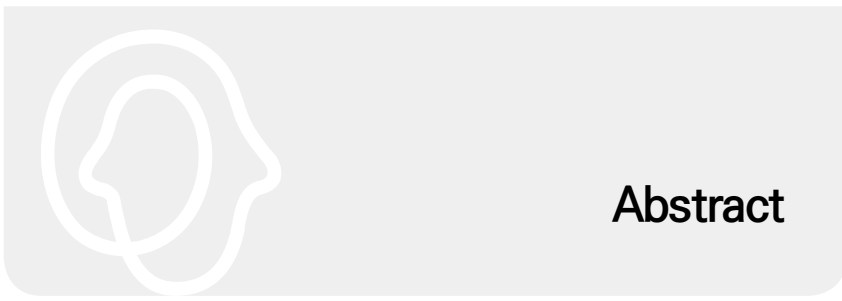
그림 목차

| | |
|--|-----|
| [그림 1-1] 4대 의료기관 종별 건강보험 보장률 추이 | 16 |
| [그림 2-1] 지역사회 중심, 플랫폼 기반의 스마트 의료 | 42 |
| [그림 3-1] OECD 국가들의 총 의사 중 GP의 비중 변화폭: 2000~2016년 | 54 |
| [그림 4-1] 건강보험 보장률 추이(2004~2019) | 104 |
| [그림 4-2] 연도별 건강보험 보장률 추이 | 106 |
| [그림 4-3] 진료형태별 건강보험 보장률 추이 | 107 |
| [그림 4-4] 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이 | 108 |
| [그림 4-5] 건강보험 진료비 구성별 지출 현황(2009~2019) | 116 |
| [그림 4-6] 안과·신경외과 의원의 건강보험 보장률 추이('18vs.'19) | 117 |
| [그림 4-7] 요양기관 종별 진료비 점유율 | 123 |
| [그림 4-8] 요양기관 종별·진료형태별 진료비 점유율 추이: 4개 종별 | 128 |
| [그림 4-9] 요양기관 종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별 | 130 |
| [그림 4-10] 요양기관 종별 외래 내원일수 점유율 추이 | 138 |
| [그림 4-11] 상급종합병원의 중증도별 입원비율 분포 상자그림 | 139 |
| [그림 4-12] 주요국 보건의료재원 및 자원(2018년 기준) | 149 |
| [그림 4-13] 실손의료보험 청구 추이 | 152 |
| [그림 4-14] 의료기관 종별 실손의료보험 청구 추이 | 152 |
| [그림 4-15] 실손의료보험 청구통계 분석 | 153 |
| [그림 4-16] 건강보험 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방안 | 155 |
| [그림 5-1] 의원급 보상수준 분석을 통한 보장성 강화 연구모형 | 160 |
| [그림 5-2] 의원급 공동 및 특정 비급여 항목 및 관리 (예시) | 162 |
| [그림 5-3] 건강보험 급여 및 비급여 수입비율의 추정방법 | 168 |
| [그림 5-4] 원가보전율에 의한 보상수준의 비교 방법 | 170 |
| [그림 5-5] 진료과별 급여 및 비급여 원가보전율 상관도표 | 174 |
| [그림 5-6] 의원급 공동 및 특정 비급여 관리방안 (예시) | 176 |
| [그림 6-1] 지난 6개월간 병/의원 외래진료 경험 | 186 |
| [그림 6-2] 지난 1년간 병/의원 입원 경험 | 187 |



| | |
|--|-----|
| [그림 6-3] 주로 이용한 의료기관 | 190 |
| [그림 6-4] 해당 의료기관 이용 이유 | 191 |
| [그림 6-5] 주로 이용하는 동네의원(단골의사) 유무 | 192 |
| [그림 6-6] 주로 이용하는 의료기관별 동네의원(단골의사) 유무 | 194 |
| [그림 6-7] 만성질환 유무 | 195 |
| [그림 6-8] 만성질환 진단받은 의료기관 | 196 |
| [그림 6-9] 만성질환 관리를 위해 이용하는 의료기관 | 197 |
| [그림 6-10] 동네의원 이용 후 1개월 이내 다른 동네의원 이용 경험 | 199 |
| [그림 6-11] 다른 동네의원 이용 이유 | 200 |
| [그림 6-12] 동네의원 이용 후 1개월 이내 대형대학병원/상급종합병원 이용 경험 | 200 |
| [그림 6-13] 대형대학병원/상급종합병원 이용 이유 | 201 |
| [그림 6-14] 경증질환으로 대형대학병원/상급종합병원 이용 경험/의향 | 202 |
| [그림 6-15] 동네의원에서 비급여 진료를 받은 경험 | 203 |
| [그림 6-16] 진료받은 비급여 항목(중복 응답) | 204 |
| [그림 6-17] 비급여 진료를 많이 받은 응답자의 비급여 항목(중복 응답) | 205 |
| [그림 6-18] 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준 | 206 |
| [그림 6-19] 실손보험 유무 | 208 |
| [그림 6-20] 실손보험을 통한 의료비 환급 감안 시 의료비 부담 수준 | 209 |
| [그림 6-21] 우리나라의 전반적인 의료서비스 만족도 | 209 |
| [그림 6-22] 동네의원 전반적 의료서비스 만족도 | 210 |
| [그림 6-23] 동네의원 이용 시 불만족 이유 | 210 |
| [그림 6-24] 의료기관 유형별 만족도 | 212 |
| [그림 6-25] 보장성 확대 우선 분야 | 213 |
| [그림 6-26] 동네의원 이용 시 가장 필요한 서비스 | 215 |
| [그림 6-27] 비대면 의료서비스 이용 의향 | 215 |
| [그림 6-28] 비대면 의료서비스 도입에 적절한 의료기관 | 217 |





Abstract

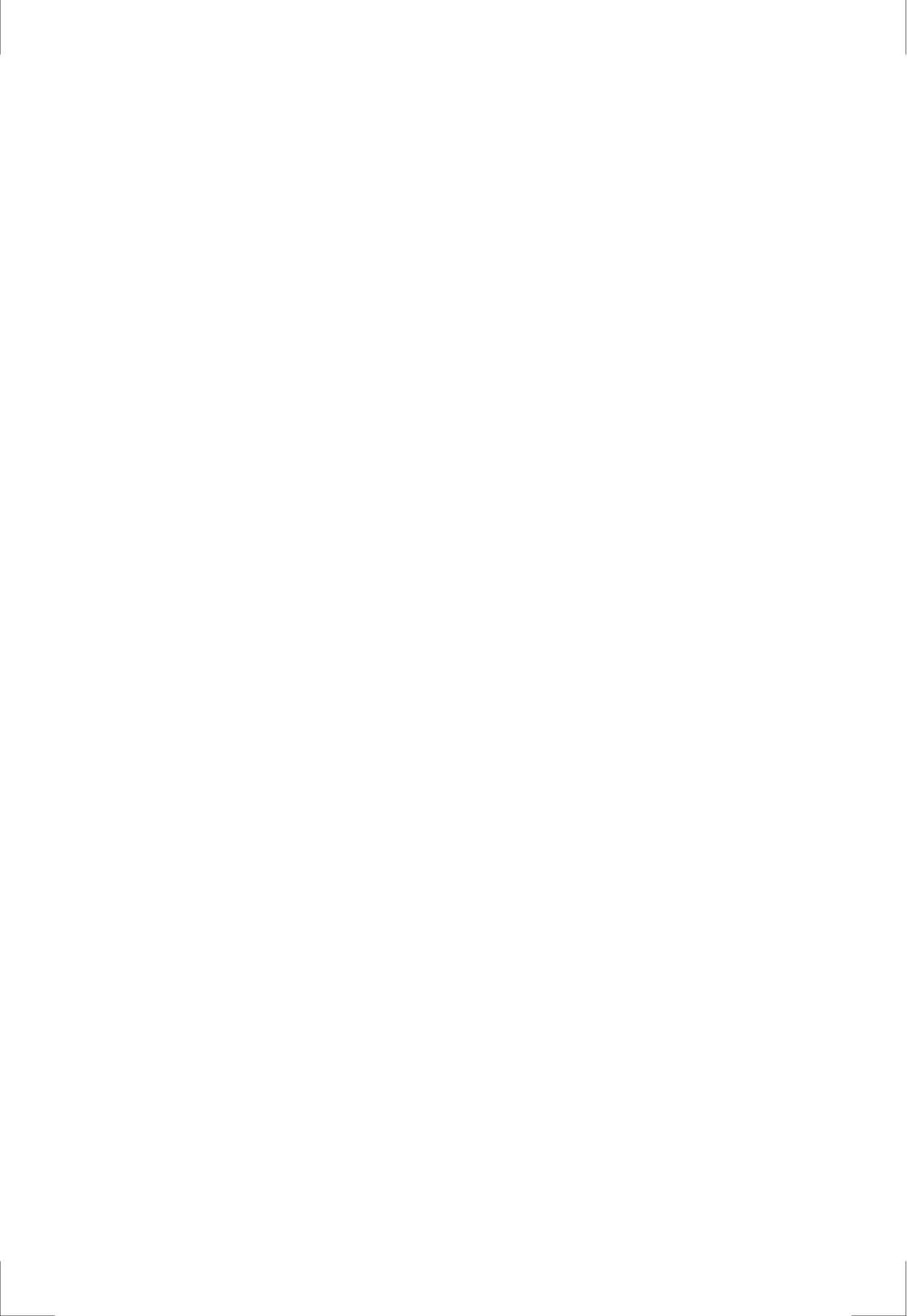
A Study on Strengthening of Health Care Coverage Expansion and Sustainability Plans: Focused on Primary Care

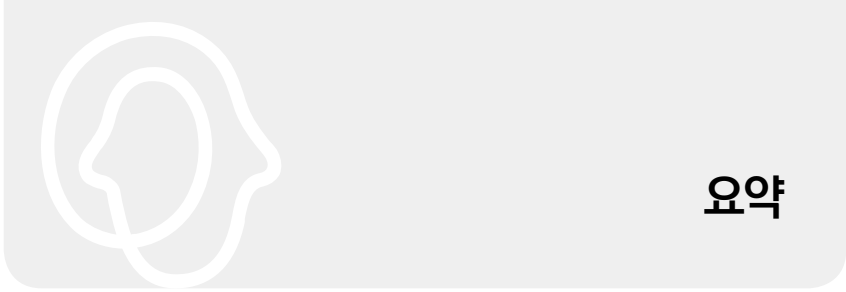
Project Head: Hwang, Dokyung

Korea Government announced the Benefit Expansion Plans of the National Health Insurance on August 7, 2017. The purpose of this plan was to increase the coverage rate up to 70% by decreasing the burden of medical cost. Between 2015 and 2019, the rate of overall health coverage increased by 0.8 percentage points to 64.2 percent but the rate of primary care clinic's health coverage decreased by 8.3 percentage points to 57.2 percent. Patients are preferring the general hospitals due to the benefit expansion plans centered on the tertiary cares, and the role of primary care has been reduced. Noncovered services at the primary care clinic increased in line with decrease of the total medical expense and the number of patients at the local clinics. This study was to find the cause of non-covered service increase in the primary care and to propose some strategies for improvement of Korea Healthcare Delivery and new roles of primary care units in the health care system in view of efficiency and finance.

Keyword : national health insurance, primary care, benefit expansion plan, benefit coverage rate, non-covered service, role of primary care, healthcare delivery

Co-Researchers: Oh, Sujin · Lee, Subin · Choi, Byeongho · Kim, Hansung · Kim, Dongjin · Kim, Sujin · Lee, Sangyoung





1. 연구의 배경 및 목적

건강보험제도 시행('77) 이후 가입 대상을 신속히 확대하여 단기간에 전 국민의 건강보험 가입이 달성되었다. 이후 단일 보험으로 통합했('00~'03) 재정 상황이 안정화되면서 2005년부터 본격적인 건강보험 급여 확대를 추진하였고, 진료비 부담이 큰 중증환자의 부담 경감에 중점을 두고 3차에 걸친 「건강보험 증기보장성 강화 계획('05~'18)」을 수립하였다. 정부는 2023년까지 건강보험 보장률 70% 달성을 목표로 국민들의 의료비 부담을 획기적으로 낮추고, 고액 의료비로 인한 가계 파탄을 방지하기 위해 “건강보험 보장성 강화대책”을 지속해서 추진 중이다. 치료와 관계된 필수적인 비급여 항목에 건강보험 적용, 선택진료비 폐지와 상급 병실료에 보험적용 확대 등 보장성 강화 대책을 통해 건강보험 보장률은 소폭 상승하였다. 그런데 병원급 이상의 보장률은 증가하였으나 의원급 의료기관의 보장률이 하락하여 전체 보장률 증가 정체가 일어났다. MRI, 초음파 등 정부의 보장성 강화 정책이 대형병원 중심으로 시행되면서 병원급 이상 의료기관의 보장률은 상승하는 효과가 있었으나, 상대적으로 보장성 확대 항목이 많지 않은 의원급 의료기관은 비급여가 빠르게 증가하면서 보장률이 오히려 하락한 것이다. 의원급 의료기관의 보장률 하락의 주요 원인은 비급여의 증가이며, 특히 주사제 등 치료 목적으로 분류하기 어려운 비급여 비중이 상당히 높은 것으로 지적되고 있다. 2017년 8월 발표한 「건강보험 보장성 강화 대책」은 치료에 필요한 항목은 급여화 하되, 필수적인 분야의 항목부터 단계적으로 추진하고 있어 향후 보장성 강화 계획에서도 의원급 의료기관의 보장성 확대 항목은 많지 않을 것으로 예상된다.

4 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

이 연구는 고액·중증질환 치료에 필요한 필수검사, 의료행위, 치료재료 등 병원급 이상 의료기관 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 우리나라 의료체계의 근간을 이루고 있는 의원급 의료기관의 역할과 나아갈 방향에 대한 의문에서 출발했다. 주로 경증·만성질환을 담당하고 있는 의원급 의료기관에서 비급여가 증가한 원인은 무엇인지, 현행 정책 기조 속에서 앞으로 의원급 의료기관의 바람직한 역할은 무엇인지 등 향후 우리나라의 의료체계 속에서 의원급 의료기관의 나아갈 방향을 모색해 보고자 하였다.

2. 주요 연구 결과

이 연구는 의원급 의료기관의 현황을 살펴보고, 보장률의 하락 원인 및 비급여 증가의 구조적 원인 등을 고찰하여 선행연구와 외국의 사례에서의 시사점, 의원급 의료기관의 바람직한 역할 모색을 위한 대국민 조사 결과를 근거로 의원급 의료기관의 지속가능성을 위한 정책 방안을 도출하였다.

의원급 의료기관의 역할을 정립하기 위한 근거자료로 활용하기 위해 우리나라 의료전달체계에서 일차의료의 역할에 관한 선행연구를 고찰했다. 동네의원의 위축과 대형병원의 무분별한 외래진료 확장으로 인한 국민들의 의료비 부담과 건강보험 재정 지출 증가 등 기존 의료전달체계의 현황 및 문제점, 의원급의 역할 강화를 위한 체계 개선, 의원급/병원급 기능 정립을 위한 상호 연계·협력 체계 구축, 주치의제도를 통한 일차의료 강화 및 활성화 등이 강조되었다.

일차의료 기능 및 역할과 관련해 외국의 사례를 검토했다. 일차의료의 사인 주치의 역할은 대부분 포괄화 추세를 보였으며, 일부 국가에서는 종합적인 의료정보 체계를 마련했는데, 정보 제공은 환자의 자율적 참여에

맡기고 본인부담금 감면 등 인센티브를 제공했다. 일차의료에서 질병관리프로그램, 특히 만성질환관리프로그램을 운영하는 것이 대세로, 의사와 환자 양자에게 인센티브를 부여하여 참여를 유인하는 경향이 있었다. 선진국 대부분이 분절화된 의료서비스를 연계하고 통합하며, 의료서비스와 사회서비스 간에도 통합된 서비스를 제공하는 방향으로 개혁을 추진하고 있다.

건강보험 보장성 정책 현황을 진단했다. 보장성 확대 정책 속에서 의원급 의료기관이 나아가야 할 방향을 정립하기에 앞서 미시적·거시적 관점에서 보장성 강화 정책의 현 실태를 진단해보고자 했다. 미시적인 관점에서는 연구에서 주로 중점을 두고 있는 의원급 의료기관의 보장성 현황과 의원급 의료기관의 역할을 진단해보았다. 거시적 관점에서는 우리나라 보장성 강화 정책의 실태를 진단했다. 즉, 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 왜 건강보험 보장률이 여전히 정체하고 있는지를 함께 파악해보고자 했다. 여기서는 보장률 지표의 한계와 보장률 정체 현상의 근본 원인으로 여겨지는 비급여 증가의 원인을 탐색했다.

의료기관의 비급여 증가에 구조적인 문제가 있는지를 검토해보기 위해 의원급 의료기관의 비급여 보상수준을 포함한 원가보상수준을 살펴보았다. 이를 위해 원가에 기반한 의원급 의료기관의 비용 및 수입 산출 자료를 활용하여 의원급 의료기관의 의료수가 수준이 원가 대비 적정한지, 적정한 보상이 이루어지고 있는지를 분석하였다. 또한 총원가보상수준을 건강보험 급여 대응 원가보전율과 비급여를 포함한 총원가보전율로 구분하여 비급여 증가의 구조적 원인을 파악해 보았다. 비급여 수입을 추정할 결과, 의원급 의료기관의 평균 비급여 수입 비중은 전체 수입의 약 34.8% 수준이었다. 의원급 의료기관의 총원가보전율은 107.3% 수준으로 이를 급여와 비급여 원가보전율로 구분하여 산출한 결과, 의원급 평균 급여 원

가보전율은 95.3%, 비급여 원가보전율은 189.0%로 비급여 원가보상수준이 더 높았다.

의원급 의료기관의 바람직한 역할 모색을 위한 대국민 조사를 시행했다. 응답자의 절반 정도는 주로 이용하는 동네의원이 있다고 응답하였고, 동네의원을 이용한 후 동일 질환으로 1개월 이내에 상급종합병원을 이용한 사람이 전체 응답자 중 16.9%이었으며, 특히 100명 중에 약 7명은 본인의 선택 또는 진료의뢰서 발급을 위해 동네의원을 방문한 것으로 나타났다. 일차의료기관에서 관리할 수 있는 만성질환임에도 불구하고 처음 진단받은 의료기관에서 치료 및 관리까지 이어지는 경향이 뚜렷하게 나타났다. 동네의원 이용 시 가장 필요하다고 생각하는 것으로 신뢰할 수 있는 의사, 충분한 진료나 상담, 지속적 진료를 위한 주치의 등의 응답이 많았다. 의원급 의료기관 이용자 10명 중 약 4명은 비급여 진료 경험이 있었으며 주로 도수치료, 체외충격파, 연골 주사 등 정형외과 진료 항목과 임플란트, 진단서 등 제증명 수수료, 미용·성형 등이 많았다.

3. 결론 및 시사점

의원급 의료기관은 의원-병원-종합병원-상급종합병원으로 이어지는 수직적 서비스 전달체계상의 진입 창구(entry point)로서 지역사회의 일차의료를 담당하는 중추적인 서비스 공급주체이다. 그간 정부는 의원급 의료기관은 외래진료, 병원·종합병원은 입원진료, 상급종합병원은 중증 질환·고난도 진료로 기능을 분화시킨다는 구도하에 이러한 기능 분화가 의료이용 현장에서 효과적으로 실현되도록 하기 위해 수요자 관리 측면의 규제와 공급자 관리 측면의 규제 등 양면적 접근을 시도해 왔다. 하지

만 가격 차등화를 통한 수요자 관리 측면의 규제 효과를 상쇄하는 실손보험, 형식적 진료의뢰서 발급이나 업코딩(up-coding), 환자이동이 상향으로만 이루어지고 하향으로는 이루어지지 않는 의뢰·회송 실태, 비급여 진료료가 증가하는 현상으로 외형적으로 의원급의 보장률이 낮아지는 결과가 나타나는 등 전달체계 개선 정책의 성과를 저해하는 다양한 교란 요인이 의원급의 고유한 기능인 일차의료의 기능을 위축시키는 결과를 가져왔다.

본 연구에서는 현행 의료체계 내에서 의원급 의료기관의 기능 및 역할 강화를 위한 제도적 방안 모색을 위해 일차의료기관의 역할, 의료전달체계 정상화를 위한 정책 과제 및 기반 마련을 위한 정책 방안들을 제시하였다. 의원급 의료기관의 역할과 발전과제로 일차의료 중심의 관리의사제 도입을 제안하였다. 현행 만성질환관리제 시범사업을 기반으로 대상 질환 확대와 소아, 임신부, 노인, 치과 등 인구집단별로 적용, 그리고 참여 의사 적정 보상을 위한 수가 개선, 환자에 대한 인센티브 개발 등을 제안하였다. 의료전달체계 정상화를 위한 정책과제로 일차의료 중심의 만성질환 관리 체계 강화와 환자의 무분별한 의료서비스 이용 억제 및 적정 진료를 도모하기 위한 경증질환자 진료의뢰서 locking system 구축, 환자 중심의 단절 없는(seamless) 의료공급체계 구축을 위한 중증질환자 대상 Transition of care 제공 등을 제안하였다. 마지막으로 의료전달체계 정상화를 위한 기반 조성을 위한 의원급 의료기관에 대한 적정 수가 보상과 비급여 관리, 보장성 강화정책을 다각적인 측면에서 평가하고 향후 정책을 보완·수립하기 위해 보장성 지표를 다양화하는 방안, 환자 중심의 전자건강기록(EHR: Electronic Health Record)정보체계 구축 등을 제안하였다.

주요 용어 : 건강보험 보장성 강화, 일차의료, 일차의료의 역할, 의료전달체계, 원가보전율, 비급여 관리



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

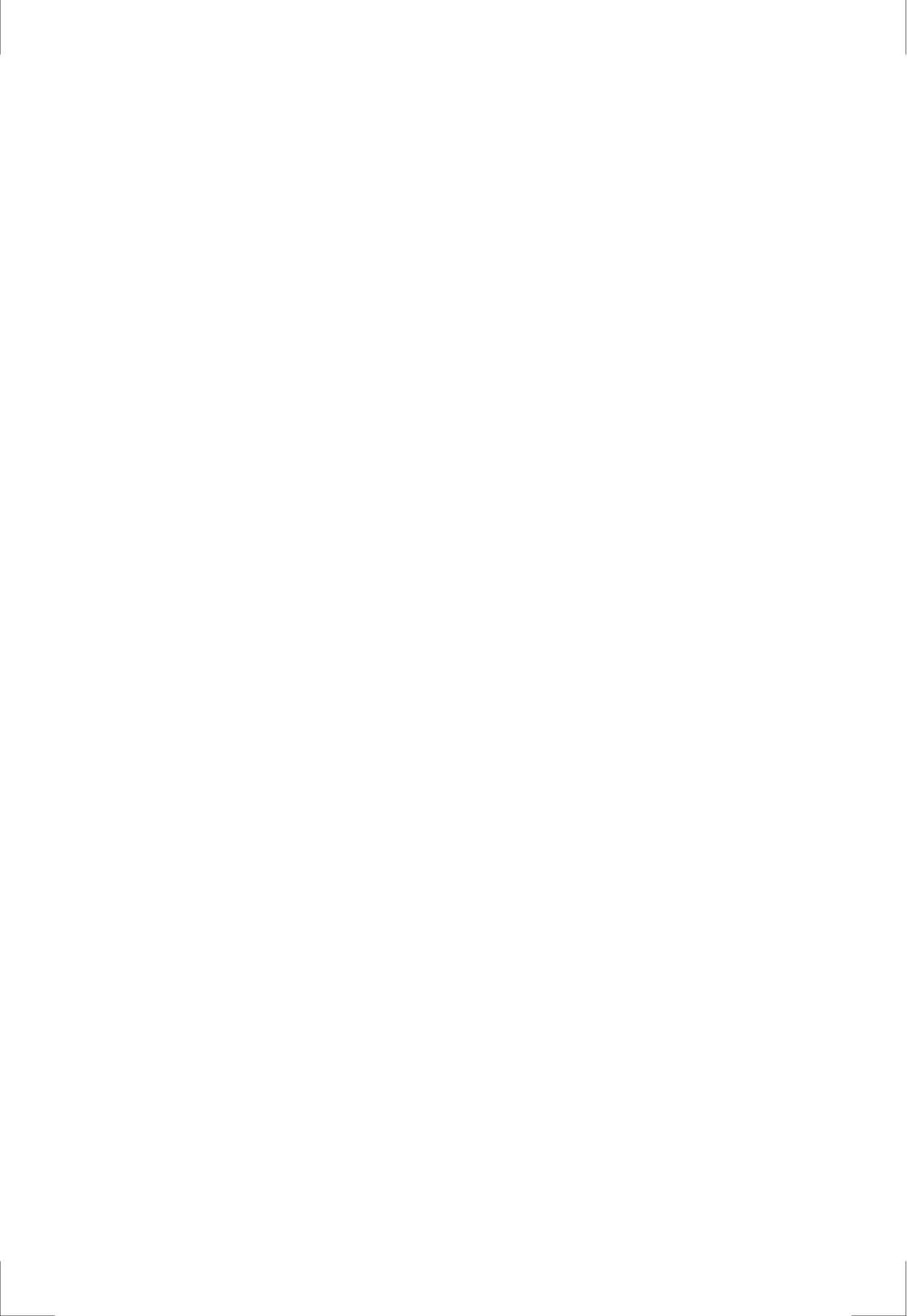


제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법



제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

우리나라는 건강보험제도 시행('77) 이후 가입 대상을 신속히 확대하여 단기간에 전 국민의 건강보험 가입을 달성('89)했다. 이후 단일 보험으로 통합했고('00~'03) 재정 상황이 안정화되면서 건강보험 보장성 강화를 위한 본격적인 정책을 시작했다. 2005년 참여정부 시절부터 시작된 「1차 보장성 강화 정책('05~'08)」은 고액·중증질환에 취약한 보장구조에서 벗어나기 위해 진료비 부담이 큰 중증환자의 부담 경감에 중점을 두고 추진했다. 대표적으로 중증질환에 대한 산정특례제도를 도입했으며, 이 외에 자기공명영상(MRI), 양전자 단층촬영(PET) 검사에 급여 적용을 확대하기 시작했다.

〈표 1-1〉 제1차 건강보험 보장성 강화 정책('05~'08) 주요 내용

| 제1차 건강보험 보장성 강화 정책('05~'08) 보장률 | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|
| 현재('04) | 목표 보장률('08) | 실제 보장률('08) |
| 61.3% | 71.5% | 62.6% |

| 제1차 건강보험 보장성 강화 정책('05~'08) 주요 내용 | | |
|-----------------------------------|----------------------------|---|
| 중증질환 | 고액진료비 | 보완적 안전망 |
| 중증질환 산정특례제도 도입 (입원 20% → 10%) | MRI 급여 적용 확대 (개두술, 개심술) | 본인부담상한액 하향 조정 (6개월간 300만 원 → 200만 원) |
| PET 급여화 (중증질환 대상) | 입원 식대 급여화 (본인부담 50%) | |

자료: 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안. 공청회 자료집; 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안. 보험연구원; 보건복지부. (2015). 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획; 보건복지부. (2017). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다!. 보건복지부 보험급여과 보도자료; 여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, p.25에서 재인용.

12 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

「2차 보장성 강화 정책(’09~’13)」은 1차 보장성 강화 정책을 확대 적용하는 방향으로 추진했으며, 약 3.1조억 원의 추가적인 재정을 투입해 궁극적으로 암 환자와 고액진료비 보장률을 강화하고자 했다. 결과적으로 중증질환 중심의 보장률이 상당 수준 개선되는 성과가 있었다. 하지만 비급여 영역이 더욱 빠른 속도로 팽창하면서 전체 보장률 상승효과가 상쇄되었다. 즉 1차 보장성 강화 정책 결과 비급여 본인부담률이 연평균 0.2% 감소한 반면, 2차 보장성 강화 정책에서는 3.0% 증가했다.

〈표 1-2〉 제2차 건강보험 보장성 강화 정책(’09~’13) 주요 내용

| 제2차 건강보험 보장성 강화 정책(’09~’13) 보장률 | | | |
|---------------------------------|---|--------------|--------------|
| 현재(’09) | ▶ | 목표 보장률(’13) | 실제 보장률(’13) |
| 65.0% | | 80.0% | 62.0% |

| 제2차 건강보험 보장성 강화 정책(’09~’13) 주요 내용 | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 중증질환 | 고액진료비 | 보완적 안전망 |
| 산정특례제도 본인부담 경감 확대 (10%→5%) | MRI 급여 적용 확대 (척추, 관절 등) | 소득 수준별 본인부담상한액 차등 적용 (3단계) |
| 초음파 급여화 (중증질환 대상) | 치과, 한방 급여화 (치석 제거, 틀니, 한방물리요법) | |

자료: 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안. 공청회 자료집; 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안. 보험연구원; 보건복지부. (2015). 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획; 보건복지부. (2017). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다!. 보건복지부 보험급여과 보도자료; 여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, p.25에서 재인용.

이에 정부는 고액 비급여의 적극 해소와 증가 억제를 위해 「건강보험 중기 보장성 강화 계획(’14~’18)」을 발표하면서 ‘3대 비급여 해소’와 ‘4대 중증질환 선별급여’ 제도를 도입했다. 보장성 강화 정책에 새로운 전환점을 맞이한 것이다. ‘4대 중증질환 선별급여(단계적 급여화)’, ‘3대 비급여 해소’, ‘노인 임플란트 보험 적용’, ‘본인부담상한제 개선’ 등 주로 비급여

관리에 중점을 둔 3차 보장성 강화 정책을 통해 비급여 본인부담률이 다시 연평균 1.3% 감소했지만, 획기적인 변화는 나타나지 않았다. 이와 같이 1~3차에 걸친 보장성 강화 정책은 고액·중증 질환의 보장성을 강화하고 3대 비급여를 축소하는 성과가 있었다. 하지만 비급여 관리의 실패로 인해 전체 건강보험 보장률이 정체되는 양상을 보였다(여나금, 2020, p.27).

〈표 1-3〉 건강보험 증기보장성 강화 계획('14~'18) 주요 내용

| 건강보험 증기보장성 강화 계획('14~'18) 보장률 | | | |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|
| 현재('14) | | 목표 보장률('18) | 실제 보장률('18) |
| 63.2% | ▶ | 68.0% | 63.8% |

| 건강보험 증기보장성 강화 계획('14~'18) 주요 내용 | | | |
|---|--|---|--|
| 중증질환 | 고액진료비 | 3대 비급여 | 보완적 안전망 |
| 선별급여 도입 (4대 중증질환 치료에 필요한 의학적 비급여의 단계적 급여화 추진) | MRI 급여 적용 확대 (근골격계 질환 등) 초음파 급여 적용 확대 (임산부, 간질환) | - 선택진료 단계적 축소 - 상급병실 축소 (건강보 험 적용 병상 확대) - 간호·간병통합서비스 건강보험 적용 | 본인부담상한액 소득 기준 세분화(7단계) + 재난적 의료비 도입 |

자료: 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안. 공청회 자료집; 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안. 보험연구원; 보건복지부. (2015). 2014~2018 건강보험 증기보장성 강화계획; 보건복지부. (2017). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다!. 보건복지부 보험급여과 보도자료; 여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, p.25에서 재인용.

정부는 건강보험 보장률 정체 현상의 근본적인 원인을 관리되지 않는 비급여의 문제로 보고, 지난 2017년 8월에 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’를 구축하기 위해 의학적으로 필요도가 높은 ‘비급여의 전면 급여화’, ‘취약계층 본인부담 완화’, ‘의료안전망 강화’의 세 가지를 축으로 한 「건강보험 보장성 강화대책(17~22)」을 발표했다(보건복지부, 2021a, p.1). 2022년까지 건강보험 보장률 70% 달성을 목표로, 국민들의 의료비 부담을 획기적으로 낮추고 고액의료비로 인한 가계 파탄을 방지하고

14 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

자 했다. 또한 더 적극적·근본적으로 국민의 비급여 부담을 완화하기 위해 행위, 치료재료에 대해 선별급여에서 예비급여로 전환하여 미용, 성형 등을 제외한 모든 의학적 비급여는 신속히 급여로 전환하고, 비용효과성이 다소 낮은 비급여는 본인부담을 차등 적용했다. 그리고 2019년에는 건강보험 보장성 강화대책의 후속 조치로 비뇨기·하복부 초음파 검사의 건강보험 적용을 확대했으며, 동네병원 2, 3인실과 응급실, 중환자실 분야, 난임치료시술 등에 건강보험 지원을 확대했다(국민건강보험공단 건강보험연구원, 2020, p.2).

〈표 1-4〉 건강보험 보장성 강화 대책('17~'22) 주요 내용

| 건강보험 보장성 강화 대책('17~'22) 보장률 | | | |
|-----------------------------|---|--------------|-------------|
| 현재('17) | | 목표 보장률('22) | 실제 보장률('22) |
| 62.7% | ▶ | 70.0% | ?? |

| 건강보험 보장성 강화 대책('17~'22) 주요 내용 | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--|----------------------|
| 중증질환 | 고액진료비 | 3대 비급여 | 보완적 안전망 |
| 예비급여 도입 | MRI 급여 적용 확대 (뇌·뇌혈관 등) | -선택진료 폐지 -상급병실: 병원 2·3 인실 보험 적용, 1인 실 불가피한 경우 제 한적 적용 -간호·간병통합서비스 확대 | 보완적 의료비 지원 제도 내실화 |
| | 초음파 급여 적용 확대 (상복부 등) | | |
| (치료에 필요한 모든 의학적 비급여의 급여화 추진) | | | |

자료: 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안. 공청회 자료집; 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안. 보험연구원; 보건복지부. (2015). 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획; 보건복지부. (2017). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다!. 보건복지부 보험급여과 보도자료; 여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, p.25에서 재인용.

이러한 정부의 지속적인 보장성 강화 정책으로 건강보험 보장성은 다소 확대되었다. 최근에 '건강보험 보장성 강화 대책' 시행 4주년을 맞아 그간의 주요 성과를 발표했는데, 2018년부터 2020년까지 약 3,700만

명의 국민이 9조 2,000억 원의 의료비 경감 혜택을 받은 것으로 나타났다(보건복지부, 2021a, p.3). 또한 지속적인 보장성 강화 정책으로 건강보험 보장률도 상당 수준 개선되었다. 문재인 케어 추진 이후 건강보험 보장률은 연평균 1.2% 증가하고, 비급여 본인부담률은 약 3.0% 감소했다. 즉 건강보험 보장률이 2017년 62.7%에서 2019년 64.2%로 증가했는데, 이전의 보장률 정체에 비하면 1~2년의 변화폭이 꽤 크다.

〈표 1-5〉 보장성 강화 정책별 건강보험 보장률 증감 추이

(단위: %)

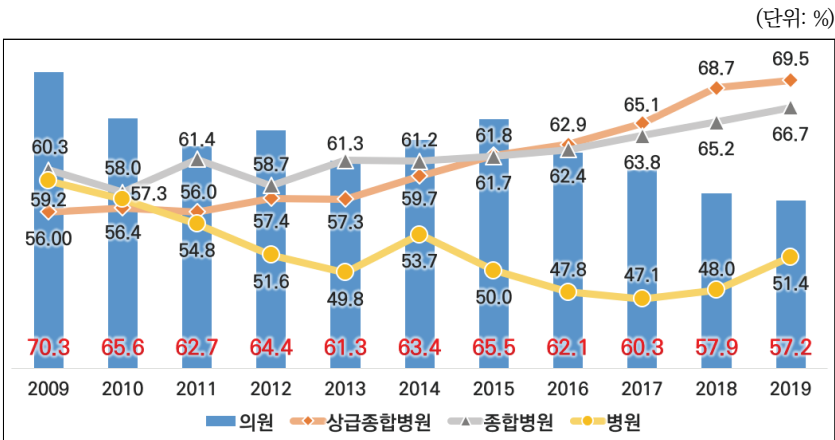
| 구분 | 건강보험 보장률 | | 법정 본인부담률 | | 비급여 본인부담률 | | 보장성 강화 정책 |
|-------------------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|-----------------------------|
| | % | 증감률 | % | 증감률 | % | 증감률 | |
| 2004년 | 61.3 | | 23.1 | | 15.6 | | 제1차 건강보험 보장성 강화대책 ('05~'08) |
| 2005년 | 61.8 | | 22.5 | | 15.7 | | |
| 2006년 | 64.5 | ▲0.5% | 22.1 | ▼1.3% | 13.4 | ▼0.2% | |
| 2007년 | 65.0 | | 21.3 | | 13.7 | | |
| 2008년 | 62.6 | | 21.9 | | 15.5 | | |
| 2009년 | 65.0 | | 21.3 | | 13.7 | | 제2차 건강보험 보장성 강화계획 ('09~'13) |
| 2010년 | 63.6 | | 20.6 | | 15.8 | | |
| 2011년 | 63.0 | ▼0.2% | 20.0 | ▼1.8% | 17.0 | ▲3.0% | |
| 2012년 | 62.5 | | 20.3 | | 17.2 | | |
| 2013년 | 62.0 | | 20.0 | | 18.0 | | 건강보험 중기보장성 강화계획 ('14~'18) |
| 2014년 | 63.2 | | 19.7 | | 17.1 | | |
| 2015년 | 63.4 | | 20.1 | | 16.5 | | |
| 2016년 | 62.6 | ▲0.3% | 20.2 | ▲0.2% | 17.2 | ▼1.3% | |
| 2017년 | 62.7 | | 20.2 | | 17.1 | | |
| 2018년 | 63.8 | | 19.6 | | 16.6 | | 문재인케어 ('17.8~) |
| 2019년 | 64.2 | ▲1.2% | 19.7 | ▼1.2% | 16.1 | ▼3.0% | |
| 연평균 증가율 ('04~'19) | ▲0.10% | | ▼0.50% | | ▲0.21% | | |
| 연평균 증가율 ('10~'19) | ▲0.31% | | ▼1.06% | | ▲0.21% | | |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.35; 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. (2006). 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단, p.76 자료를 활용하여 재구성.

16 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

그러나 건강보험 보장률은 의료기관 종별에 따라 차이를 보였다. 특히, 병원급 이상의 보장률은 증가했으나 의원급 의료기관의 보장률이 하락하여 전체 보장률은 정체하였다. 구체적으로, 의료비 부담이 큰 중증질환 중심으로 보장성이 강화되어 상급종합병원의 보장률은 2018년 68.7%에서 2019년 69.5%로 0.8%p 증가하고, 종합병원은 65.2%에서 66.7%로 1.5%p 증가했다. 병원도 마찬가지로 48.0%에서 51.4%로 3.4%p 상승한 반면, 의원급은 57.9%에서 57.2%로 0.7%p 하락했다. 특히 의원급 의료기관의 보장률은 2015년 65.5%에서 지속해서 하락하고 있다.

[그림 1-1] 4대 의료기관 종별 건강보험 보장률 추이



자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

세부적으로 살펴보면, 과도한 의료비로 인한 가계 파산을 막기 위해 정부가 고액·중증질환 중심으로 의료비 지원을 확대하면서 고액·중증환자가 많은 종합병원급 이상 의료기관의 보장률은 상승하는 효과가 있었으나, 상대적으로 보장성 확대 항목이 많지 않은 의원급 의료기관은 비급여 진료료가 빠르게 증가하면서 보장률이 오히려 하락했다. 2009년과 2019년

의 비급여 본인부담률을 비교해 보면 상급종합병원은 26.2%에서 10.0%로 큰 폭으로 감소했으나, 동네의원은 8.5%에서 23.8%로 연평균 10.8% 증가했다.

〈표 1-6〉 4대 의료기관 종별 비급여 본인부담률 추이

(단위: %)

| 구분 | 2009 | | | 2019년 | | | 비급여 연평균 증가율 ('09~'19) |
|--------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | |
| 상급종합병원 | 56.0 | 17.8 | 26.2 | 69.5 | 20.5 | 10.0 | ▼9.2% |
| 종합병원 | 60.3 | 24.5 | 15.2 | 66.7 | 22.0 | 11.3 | ▼2.9% |
| 병원 | 59.2 | 20.4 | 20.4 | 51.4 | 18.6 | 30.0 | ▲3.9% |
| 의원 | 70.3 | 21.2 | 8.5 | 57.2 | 19.0 | 23.8 | ▲10.8% |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

향후 보장성 강화 계획에서도 의원급 의료기관의 보장성 확대 항목은 많지 않을 것으로 예상된다. 2017년 8월에 발표한 「건강보험 보장성 강화 대책」은 치료에 필요한 항목은 급여화하되, 필수적인 분야 항목부터 단계적으로 추진하고 있다. 의원급 의료기관에서 주로 행해지는 비급여 항목은 주사제, 도수치료, 제증명발급, 인플루엔자 간이검사·증식치료·고주파 자극치료 등 대략 20여 개 수준이다. 급여화 대상은 '치료에 필요한' 의학적 비급여야 하는데, 의원급에서 주로 행해지는 비급여는 급여화의 우선순위와는 거리가 있다. 예를 들어, '독감 간이검사'도 급여화의 의학적 필요성은 인정되나 증증질환에 비해 우선순위가 낮은 실정이다. 따라서 현재 보장성 확대 기초 속에서 의원급 의료기관의 지속가능성과 바람직한 역할에 대한 사회적 합의가 필요하다. 그간의 보장성 강화 정책은 주로 고액·증증질환을 중심으로 이루어지면서 종합병원급 이상 의료기관의 보장률이 증가시켜왔다. 향후 보장성 확대 정책 방향을 모색함에 있어

한정된 건강보험 재정 내에서 1차 의료기관으로서 주로 경증·만성질환을 담당하고 있는 의원급 의료기관의 바람직한 역할에 대한 사회적 합의를 끌어낼 시점이다.

2. 연구 목적

이 연구는 고액·중증질환 치료에 필요한 필수검사, 의료행위, 치료재료 등 병원급 이상 의료기관 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 우리나라 의료체계의 근간을 이루고 있는 의원급 의료기관의 역할과 나아갈 방향에 대한 의문에서 출발했다.

지금까지의 건강보험 보장성 강화 정책 연구는 주로 상급종합병원 또는 중증질환 중심으로 이루어져 왔다. 이는 보장성 강화 정책이 의료비 부담이 큰 중증·고액질환 중심으로 확대되어 왔기 때문에 어쩌면 당연한 결과일지도 모른다. 그동안 건강보험 보장성을 확대하기 위해 막대한 재정을 투입하면서 일궈온 정부의 노력에도 불구하고, 아직도 획기적인 개선 효과가 나타나지 않은 것은 안타까운 일이다. 하지만 보장성 확대 정책 시행 이전보다 보장 범위와 급여 수준이 대폭 늘어난 것은 사실이다. 그럼에도 불구하고 왜 보장률이 여전히 정체하고 있는 것일까? 이 연구에서는 보장률 정체 현상의 원인을 의원급 의료기관의 보장률 하락과 비급여 증가로 보고, 그동안 건강보험 보장성 정책의 테두리 밖에 놓여있던 의원급 의료기관을 둘러싼 보장성 정책의 현주소를 파악하고자 했다. 특히 그동안 중증질환과 상급종합병원 중심으로 수행한 기존 연구들과는 달리 의원급 의료기관을 중심으로 보장 현황을 진단하고, 상급종합병원 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 바람직한 의원급 의료기관의 역할과 보장성 정책 방향을 모색했다는 점에서 차이점이 있다.

따라서 이 연구를 통해 주로 경증·만성질환을 담당하고 있는 의원급 의료기관의 보장률 하락의 구조적인 원인을 살펴보고 종합병원 중심의 보장성 강화, 이로 인한 대형병원으로의 환자 쏠림 등 의료체계의 환경변화 속에서 지속가능성을 확보하기 위한 의원급 의료기관의 바람직한 역할과 발전 방향을 모색해 보고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

이 연구는 의원급 의료기관의 현황을 살펴보고, 보장률의 하락 원인 및 비급여 증가의 구조적 원인 등을 고찰하여 선행연구와 외국의 사례에서의 시사점, 의원급 의료기관의 바람직한 역할 모색을 위한 대국민 조사 결과를 근거로 의원급 의료기관의 지속가능성을 위한 정책 방안을 도출하였다. 구체적으로 연구 목적을 달성하기 위해 여섯 가지의 세부 내용으로 구성했다.

첫째, 의원급 의료기관의 역할을 정립하기 위한 근거자료로 활용하기 위해 우리나라 의료전달체계에서 일차의료의 역할에 대한 선행연구를 고찰했다. 전통적으로 의료전달체계의 문제점을 파악하고, 급변하는 사회 환경 속에서 일차의료, 즉 의원급 의료기관의 역할과 방향을 살펴보았다.

둘째, 일차의료의 기능 및 역할과 관련한 외국의 사례를 검토했다. 주요국의 의료보장체계 안에서 일차의료기관의 기능과 역할, 그리고 실제 어떻게 작동하고 있는지를 살펴보고, 이들이 우리나라에 주는 시사점을 파악해보고자 했다.

셋째, 건강보험 보장성 정책 현황을 진단했다. 보장성 확대 정책 속에서 의원급 의료기관이 나아가야 할 방향을 정립하기에 앞서 미시적·거시

적 관점에서 보장성 강화 정책의 현 실태를 진단해보고자 했다. 미시적인 관점에서는 본 연구에서 주로 중점을 두고 있는 의원급 의료기관의 보장성 현황과 의원급 의료기관의 역할을 진단해보았다. 거시적 관점에서는 우리나라 보장성 강화 정책의 실태를 진단했다. 즉, 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 왜 건강보험 보장률이 여전히 정체하고 있는지를 함께 파악해보고자 했다. 여기서는 보장률 지표의 한계와 보장률 정체 현상의 근본 원인으로 여겨지는 ‘비급여 증가 원인’을 탐색했다.

넷째, 의료기관의 비급여 증가에 구조적인 문제가 있는지를 검토해보기 위해 의원급 의료기관의 비급여 보상수준을 포함한 원가보상수준을 살펴보았다. 이를 위해 총원가보상수준을 건강보험 급여 대응 원가보전율과 비급여를 포함한 총원가보전율로 구분하여 비급여 증가의 구조적 원인을 파악해 보았다. 또한 의원급 의료기관의 수가보상수준은 진료과목별로도 상당한 차이를 보이고 있어 의원급 의료기관의 진료과별 원가보상수준도 분석하여 원가 대비 적정 수가로 보상되고 있는지를 살펴보았다.

다섯째, 의원급 의료기관의 바람직한 역할 모색을 위한 대국민 조사를 시행했다. 이를 통해 의료이용 실태/경로, 비급여 진료 경험, 의료비 부담 수준, 의료이용 만족도, 보건의료 정책방향 등을 일차적으로 파악하고, 의원급 의료기관의 보장성 확대 방향 수립과 바람직한 역할 모색에 기초 자료로 활용하고자 했다.

마지막으로, 이들의 연구 내용을 바탕으로 고액·중증질환 중심의 보장성 확대 정책 기조에서 의원급 의료기관의 역할 및 나아갈 방향을 제시했다. 의원급 의료기관의 지속가능성 확보를 위한 정책 과제로 크게 의원급 의료기관의 역할과 발전 방향, 의료전달체계 정상화를 위한 정책 과제 및 기반 마련을 위한 정책 방안들을 제시하였다.

〈표 1-7〉 보고서 장(Chapter) 구성 및 내용

| 구분 | | 주요 내용 |
|-----|------------------------------|---|
| 제1장 | 서론 | 1) 연구 배경 및 목적 2) 연구 내용 및 방법 |
| 제2장 | 일차의료 역할에 대한 국내 선행연구 고찰 | 1) 전통적인 일차의료 역할 2) 뉴노멀 시대, 일차의료 역할 |
| 제3장 | 일차의료 역할에 대한 국외 사례 고찰 | 1) 사례 고찰 개요 2) 일차보건의료 역사와 현황 3) 일차보건의료 사례 4) 주요국-우리나라 보건의료체계 차이 5) 시사점 도출 |
| 제4장 | 건강보험 보장성 정책 현황 진단 | 1) 현황 진단 개요 2) 의원급 의료기관의 보장성 현황 진단 3) 의원급 의료기관의 역할 진단 4) 보장률 정책 현상의 근본 원인 진단 |
| 제5장 | 의원급 의료기관 원가보상수준 | 1) 의원급 비급여 진료 현황 2) 의원급 급여 및 비급여 진료비 보상수준 3) 소결 |
| 제6장 | 의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사 | 1) 조사 개요 2) 조사 결과 |
| 제7장 | 의원급 의료기관의 지속가능성 제고를 위한 정책 방안 | 1) 일차의료의 가치(value) 정립 2) 의원급 의료기관의 역할과 발전과제 3) 의료전달체계 정상화를 정책과제 4) 의료전달체계 정상화를 기반 조성 |

자료: 연구진이 작성함.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

일차의료 역할에 대한 국내 선행연구 고찰

제1절 전통적인 일차의료 역할

제2절 뉴노멀 시대, 일차의료 역할



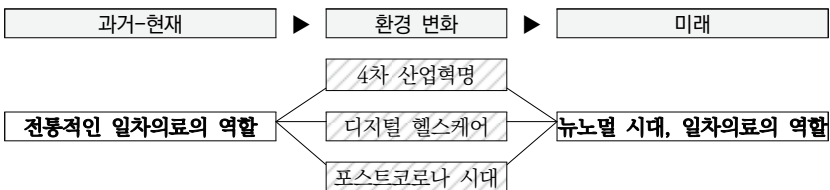
제 2 장

일차의료 역할에 대한 국내 선행연구 고찰

우리나라 의료전달체계는 환자가 적정 의료서비스를, 적절한 시기에, 적절한 장소에서 받을 수 있도록 보장하는 체계로, 일차-이차-삼차로 구분된다(보건복지부, 2019, p.2). 그리고 각각의 전달체계가 제공해야 할 의료서비스의 특성에 따라 의료기관에 역할과 기능이 부여된다(윤강재, 2020, p.38). 즉, 종합병원급 의료기관은 중증 치료·연구에 집중하고 동네의원은 만성·경증질환을 지속 관리하는 등 역할을 정립함으로써 의료기관마다 각 기능에 맞는 양질의 의료서비스를 제공토록 하고 있다(보건복지부, 2019, p.7).

한편, 우리 사회는 4차 산업혁명이 도래한 지 얼마 지나지 않아 코로나 19가 범유행하였으며, 이는 디지털 경제 전환을 가속화했다. 이로 인해 의료서비스 공급과 이용에도 많은 변화가 일어났고, 우리나라의 의료전달체계 왜곡 현상을 더욱 부각하는 계기가 되었다. 이 장에서는 선행연구를 통해 우리나라 의료전달체계의 고질적인 문제점을 파악하고, 격변하는 사회 환경 속에서 일차의료, 즉 의원급 의료기관의 역할과 방향을 살펴보고자 한다.

〈표 2-1〉 과거~미래 일차의료의 역할 변화



자료: 연구진이 작성함.

제1절 전통적인 일차의료 역할

기존 의료전달체계 내에서 의원급의 역할을 제시한 다수의 선행연구는 전달체계의 현황과 문제점을 진단하고, 현 상황에 맞춰서 의원급 의료기관이 나아가야 할 방향과 역할을 제시하는 방식으로 수행되었다. 이하에서는 기존 선행연구들이 지적한 의료전달체계의 현황과 문제점을 의원급 측면에서 파악한 후, 선행연구에서 제시한 의원급 의료기관의 역할과 방향을 검토하였다.

〈표 2-2〉 선행연구 요약 정리

| 제목 | 연구목적 | 연구 방법 | 주요 연구내용 |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|
| 김윤 외(2020) 의료 공급체계 개선 이행 전략 개발 연구 | 의료서비스 분야별 적절한 지역의료서비스 제공을 위한 이행 전략 제안 | 문헌고찰, FGI | - 의료공급체계 혁신을 위한 모형 및 이론 제시 - 의료서비스 영역(입원의료, 일차의료, 재활의료, 장기요양) 현황 검토 및 영역 간 통합 과제 제시 |
| 김영삼(2020). 한국의 의료전달체계 개편방향 | 의료전달체계 내용 검토 및 문제점, 현황 검토 | 건강보험 자료 분석, 전달체계 내용 고찰 | - 의료전달체계 현황 및 문제점을 건강보험 자료 분석을 통해 점검 - 정부의 전달체계 개선 단기대책과 이에 대한 의협의 개선 방안 등 검토 |
| 최재욱, 김계현(2016). 의료전달체계 확립을 위한 개선 과제 | 의료전달체계 내용 검토 및 개선 과제 제시 | 의료전달체계 내용 고찰 | - 의료기관 기능별 역할 강화를 위한 체계 개선, 의뢰-회송 체계, 의원 및 일차의료 활동 강화 등 전달체계 확립을 위한 세부 개선 과제 제시 |
| 조정진(2016). 일차의료 활성화 개편방향 | 일차의료 활성화를 위한 정책 방향 제시 | 문헌고찰 | - 일차의료 활성화를 위한 주치의 등록 의무제, 의료기관 중별 기능 분화, 일차의료 재정 강화 및 인력 양성에 대한 방향 제시 |

| 제목 | 연구목적 | 연구 방법 | 주요 연구내용 |
|---|---|------------------|---|
| 김준현(2016). 의료 전달체계 개선을 위한 전제조건 | 의료전달체계 특성 개관 검토 및 개선을 위한 전제조건 제시 | 의료전달체계 내용 고찰 | - 의료전달체계 개선 방향으로 병상 위주 공급 과잉 해결, 일차의료 통합 의료모형 계획, 성과 중심의 보상체계 등 제시 |
| 김계현(2015). 의료 전달체계 확립을 위한 의료기관 기능 정립 방안 | 의료기관 종별 기능 고찰 및 재정립의 필요성 고찰, 개선을 위한 정책과제 제시 | 건강보험 자료 분석, 문헌고찰 | - 의료기관별 기능별 역할에 대한 지원, 진료협력체계 구축 및 지원, 국가 차원 보건의료자원 관리체계 확립 등 의료전달체계 개선을 위한 정책 과제 제시 |
| 김계현, 이정찬 외(2015). 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안 | 의료전달체계 현황 및 문제점 검토, 개선을 위한 정책과제 제시 | 건강보험 자료 분석, 문헌고찰 | - 의료전달체계 개선방안으로 진료 의뢰 수가, 회송 수가, 의원급 의료기관 역점 질환 확대, 의원급 진료료 수가 정상화 등 방안 제시 |
| 윤강재 외(2014). 의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제 | 의료전달체계 문제점 진단 및 의료전달체계 발전방안 제시 | 문헌고찰, 외국사례 고찰 | - 한국 의료전달체계의 문제점 및 외국의 의료전달체계 개선 사례 검토 - 한국 의료전달체계 발전을 위한 제언, 특히 일차의료 강화를 위해 아동주치의제도 도입 제시 |
| 신현웅 외(2014). 건강보험 가치기반성과 보상 지불제도(VBP) 도입방안 | 한국형 가치기반 성과보상 지불제도 | 문헌고찰 | - 국내의 지불제도 현황 검토 - 한국형 가치기반 성과보상 지불제도 모형 제시 |
| 신영석, 윤장호, 황도경(2012). 보건의료체계의 New Paradigm 구축 연구 | 의료공급 및 전달체계 개선을 위한 체계 구축 방안 제시 | 통계자료 분석, 문헌고찰 | - 보건의료체계 환경 변화 전망, 현황 및 문제점 - 보건의료체계 New Paradigm 제시 |
| 조희숙(2012). 일차 의료의 발전방안 | 우리나라 일차의료 현황, 문제점 검토 및 발전방안 제시 | 통계자료 분석, 문헌고찰 | - 우리나라 일차의료 발전을 위해 한국 의료체계 특수성을 고려한 접근, 의료계 참여형 정책 개발, 일차의료 구조적/과정적/결과적 측면 개선 방안 제시 |

자료: 선행연구를 요약하여 연구진이 작성함.

1. 기존 의료전달체계의 현황 및 문제점

먼저, 선행연구를 통해 기존 의료전달체계의 현황을 살펴보고, 이후 전달체계의 문제점에 대한 세부 내용을 검토하였다. 선행연구에 따르면 기존 의료전달체계의 문제점은 동네의원 위축과 대형병원의 외래진료 확장, 상급병원의 외래 경증진료 증가, 의료기관 간 기능 중복, 대형병원 환자 쏠림, 의료자원의 공급 과잉 및 비효율성, 효과 검증을 거치지 않은 의원급 대상 제도 및 시범사업 시행(김영삼, 2020; 김계현, 2015; 김계현, 이정찬, 서경화, 김석영, 이진석, 2015; 윤강재 외, 2014; 신영석, 윤장호, 황도경, 2012; 조희숙, 2012) 등으로 세분화되었다. 기존 의료전달체계의 현황과 문제점을 고찰하는 것은 뉴노멀 시대에 맞는 일차의료의 방향을 설정하고, 근거를 구체화하는 것에 활용될 수 있다.

기존 연구에 따르면, 10년간 의료 제공 및 이용 현황에서 상급종합병원을 중심으로 의료이용이 증가하였고, 의원급의 의료이용은 낮아지고 있는데, 이와 같이 상급종합병원의 고유 기능과 맞지 않는 외래 경증진료가 여전히 계속되고 있는 것으로 보고된다(김영삼 2020, p.130). 진료비 점유율 추이를 살펴보면 상급종합병원은 2008년 24.6%에서 2018년 27.7%로 증가한 반면 의원급은 37.5%에서 31.4%로 감소하였다.

〈표 2-3〉 의료비 제공 및 이용 현황 추이

(단위: %)

| 구분 | 2008년 | | 2018년 | |
|--------------|----------|--------|----------|--------|
| | 진료비(조 원) | 점유율(%) | 진료비(조 원) | 점유율(%) |
| 상급종합병원(42개) | 5.5 | 24.6 | 13.5 | 27.7 |
| 종합병원(311개) | 5.5 | 24.6 | 12.9 | 26.6 |
| 일반병원(1,456개) | 3.0 | 13.4 | 6.9 | 14.2 |
| 의원(31,718개) | 8.3 | 37.5 | 15.3 | 31.4 |

주: 요양기관 수는 2018년 12월 말 기준

자료: 김영삼. (2020). 한국의 의료 전달체계 개편 방향. 대한내과학회지, 95(3), p.130 재구성.

이와 유사하게, 김계현(2015) 연구에서도 1차 의료기관은 외래진료, 2·3차 의료기관은 입원진료 중심의 기능을 수행해야 하지만, 실제로는 2·3차 의료기관에서 외래진료가 증가하고 있어, 의료기관 간 기능이 중복되므로 의원급 기능의 정립이 필요하다고 하였다(김계현 2015, p. 8; 박수경 2012; 오영호 2012에서 재인용).

한편 김계현, 이정찬 외(2015) 연구에서는 동네의원 위축과 대형병원의 외래진료 증가로 인해 의료비 부담 및 건강보험 재정의 지출 증가를 지적하였다. 특히 동네의원과 대형병원 간 진료 성과에 차이가 없는 경증 질환의 내원일당 진료비는 상급종합병원과 종합병원이 동네의원의 2~3배 수준인 점을 지적하였다(김계현, 이정찬 외 2015, p.6). 또한 상급종합병원에서 경증환자를 동네의원으로 회송하지 않는 현실과 동네의원의 기능과 중복되는 중소형 병원의 증가, 동네의원에게 불리한 건강보험 보상체제도 현 전달체계의 문제점으로 보았다.

또한 대형병원 쏠림화, 의료자원의 비효율적 이용을 의료전달체계의 주 문제점으로 보는 연구도 있다. 윤강재 외(2014) 연구에서는 대형병원으로 환자가 쏠리는 의료기관 양극화, 과당 경쟁으로 인한 의료자원 공급 과잉과 비효율성을 문제로 지적하였다. 신영석, 윤장호 외(2012) 연구에서도 대형병원 쏠림현상 심화, 의료기관 간 기능 및 역할 중복, 병상 자원의 비효율적 이용을 지적하였다. 특히 전체 건강보험 총급여액에서 차지하는 병원 및 의원의 비중을 살펴본 결과, 질병 중증도와 관계없이 규모가 큰 병원을 선호하는 경향이 나타났다(신영석, 윤장호 외 2012, p.83). 또한 총급여액에서 병원급과 의원급 요양급여 비용의 상대점유율을 살펴본 결과, 병원급은 매년 증가하고 의원급은 매년 감소하는 것으로 나타났다. 이는 의원급 의료기관 급여액 비중 감소로 인해 의원급 의료기관 간의 경쟁이 심화되고 있으며, 경영수지는 지속적으로 악화되고 있음을 나타낸다(신영석, 윤장호 외 2012, p.83).

일차의료 개선을 위한 제도나 시범사업이 지속해서 이루어지지 못한 원인을 지적한 연구도 있다. 조희숙(2012) 연구에서는 일차의료 개선을 위한 주치의제도 도입이나 만성질환 관리를 위한 다양한 시범사업이 시도되었으나 지속적으로 전개되지 못했다고 설명하고, 그 이유는 그간의 정책들이 증가하는 의료비 절감을 목적으로 추진되었고, 충분한 효과 검증이나 시범사업을 거치지 않고, 의원급을 대상으로 '전면 시행'이라는 표현을 사용하며 강압적으로 제도를 전환한 점을 원인으로 지적하였다(조희숙 2012, p.964).

2. 의원급 역할 강화를 위한 체계 개선

다수의 선행연구에서는 기존 전달체계 내에서 의원급 역할, 일차의료 재정 강화를 위한 체계 개선이 우선적으로 필요하다고 하였다(최재욱, 김계현, 2016; 김계현, 이정찬 외, 2015, 조정진, 2016).

최재욱, 김계현(2016) 연구에서는 의원급의 역할 강화를 위하여 의료기관 주된 기능에 해당하는 진찰료를 현실적인 수준으로 개선하는 것이 필요하다고 하였다. 특히 지역 주민에 대한 건강관리 및 증진 활동에 대한 보상 강화와 함께 만성질환 환자에 대한 교육·상담료 신설이 필요하다고 하였다. 김계현, 이정찬 외(2015) 연구 또한 의원급 진찰료 수가를 정상화하고, 고혈압과 당뇨병 같은 생활 습관병에 대한 관리를 동네의원급에서 주도적으로 수행할 수 있도록 재정 보상 기전이 마련되어야 한다고 하였다.

한편 조정진(2016) 연구에서는 일차의료 재정을 강화하기 위해 일차적으로 상대가치 수가제도 안에서 검사보다는 의사-환자 관계에 중점을 둔 의사의 상담, 즉 진료 시간에 대한 상대가치를 높이는 것이 필요하다고 제언하였다.

이 밖에도 일차의료 강화 및 활성화를 위해 주치의제도(선택의원제, 단골의사제)를 구체적으로 제안한 연구들도 있다. 윤강재 외(2014) 연구에서는 ‘소아청소년과’를 중심으로 아동주치의 제도 도입을 제시하였는데, 많은 진료과목 중 소아청소년과가 상대적으로 유리한 점을 다음과 같이 제시하였다. 소아청소년과는 일차의료 공급자와 이용자의 연계가 지속적이고 견고하며 생애 주기 출발점에 있는 소아의 건강관리부터 치료까지 연속 케어를 담당하는 ‘일반의’ 속성을 강하게 보유하고 있으며, 대형병원의 소아청소년과 이용과 비교하였을 때 동네 소아과 의원의 이용률이 낮지 않기 때문이다(윤강재 외 2014, p.175). 이 연구에서 주장하는 주치의제도 방안으로는 만성질환 관리 제도를 준용하여 설계하고, 아동이 동네 소아청소년과에 등록할 경우 이용자에게는 진찰료 일부를 감면해주고 의사에게는 등록관리비 등 인센티브를 지급하는 방안을 제안하였다(윤강재 외 2014, pp.175-176).

조정진(2016) 연구에서는 일차의료 주치의제를 도입하고 등록된 환자에게 혜택을 줄 것을 제안하였다. 다만, 일차의료 발달한 외국의 경우 주치의를 반드시 등록하고, 의사가 정해주는 의료기관을 선택하는 방식으로 운영되는데 의료는 그 나라의 문화이므로 우리나라의 경우 주치의제를 도입되기는 현실적으로 어렵다고 보았다. 이에 이 연구에서는 2014년에 시행된 ‘지역사회일차의료 시범사업’을 활용할 것을 제안하였다. 이 시범사업은 일차의료 의원급 의사가 고혈압, 당뇨병 환자에게 사업 참여를 권고한 후 동의할 경우 등록시켜 개인 건강생활 계획을 수립하고, 교육 및 상담을 하거나, 일차의료 지원센터에 교육을 의뢰하는 등 의사가 제공한 서비스에 대하여 수가로 보상하는 제도인데, 이 시범사업을 확대하여 발전시키는 것이 필요하다고 하였다. 고혈압, 당뇨병에 국한된 사업을 일차의료 특성에 적합한 질병이나 일차의료 영역에 필수적인 서비스

로 확대할 것을 권고하였다. 또한 이 연구에서는 질 높은 일차의료 인력을 양성하기 위하여 관련 제도 확립을 제안하였다. 단골의사를 대학병원이 아닌 동네의원 일차의료 전문의에게 맡기기 위해서는 동네에 신뢰받은 일차의료 전문의가 있어야 한다는 점을 지적하면서, 일차의료와 관련된 다양한 기능을 포괄하고, 지속적 관리, 인격적 진료, 원활한 커뮤니케이션에 대한 환자의 요구를 충족시키기 위해 일차의료와 관련된 별도의 전문적 교육 및 수련이 필요하다고 하였다. 이를 위해 1차 의사를 중심으로 간호사/영양사/운동처방사/보건교육사 등 관련 직종이 팀을 이루는 통합의료 모형 또는 질병관리 모형을 발전시키는 계획이 필요하다고 하였다.

3. 의원급/병원급 기능 정립을 위한 상호 연계·협력체계

한국 의료전달체계는 상급종합병원부터 일차의료기관까지 기능별 분화가 제대로 이루어지지 않아 기관 간 과당경쟁에 따른 자원 낭비, 중복이 발생하는 고질적인 문제를 가지고 있다(윤강재 외 2014, pp.178-179).

이러한 상황에서 각 의료기관이 기능에 맞는 역할을 수행할 수 있도록 상호 연계·협력하는 체계를 갖추는 것이 중요하다는 선행연구도 있다. 김계현(2015) 연구는 의료기관별 기능 정립을 위하여 우선적으로 재정투입을 통해 각 의료기관이 역할에 충실할 수 있도록 중별 기능에 대한 건강보험 수가 인상 및 재정 지원 정책을 시행할 필요가 있다고 하였다. 구체적으로 1차 의료기관은 외래진료, 질병 예방 및 상담에 대한 수가, 2차 의료기관은 입원진료 수가, 3차 의료기관은 중증질환에 대한 수가를 인상해야 한다고 제안하였고, 더불어 1차 의료기관은 일차의료 활성화를 위한 지원, 3차 의료기관은 교육 및 연구 기능 지원을 통해 기능별 역할 지

원을 강화할 필요가 있다고 하였다.

최재욱, 김계현(2016)은 권역별 의원급-상급병원 간 협력체계를 구축하여 권역별 의원급과 상급병원의 진료 프로토콜을 개발 및 적용하여 상호 간의 효율적인 진료 협력을 지원해야 한다고 하였다. 또한 상급종합병원뿐만 아니라 지역단위 의원급 의료기관 간 협력체계를 구축하여 지역 내 전문 과목 의원 간 의뢰와 회송을 활성화하고, 지역 내 의원들의 진료 현황 정보 체계를 구축·공유하여 의원급 간의 의뢰-회송도 뒷받침될 필요가 있다고 하였다.

신영석, 윤장호 외(2012) 연구에서도 진료 의뢰 및 회송 제도 개선의 필요성을 제시하였다. 환자의 지속적인 병원급 이용은 병원급의 외래 부문 증가의 원인이 되므로 병원급의 환자 회송 활성화를 위해 회송 수가를 신설, 적용하는 방안을 마련하고, 일부 병원급이 자체적으로 운영하는 진료의뢰와 회송 관련 센터에 대한 정부의 비용 지원과 지역단위 의뢰 회송 센터를 운영할 수 있도록 지원하는 방안이 고려되어야 한다고 보았다(신영석, 윤장호 외 2012, p.95).

4. 의료 공급, 전달, 지불제도 관련

의료 공급, 전달체계, 지불제도 측면에서 일차의료의 방향성을 제시한 선행연구들도 있다. 의료 공급과 관련하여 김윤 외(2020) 연구에서는 지역별 의료 공급 및 수요 현황을 파악하고, 일차의료·입원의료·재활의료·장기요양 분야별 중점 질병군과 대상군에 따른 의료공급체계 개선 이행 전략을 제안하였다. 일차의료와 입원医료를 중심으로 살펴보면, 먼저 일차의료는 다학제적 진료서비스 요구가 높은 노쇠 노령층과 복합다증 만성질환자를 위해 지역사회 내 특성화 의원과 기능적 일차의료 의원의 수

평적인 협력체계를 제시하였다. 입원의료는 급성기 의료기관 역할과 기능이 혼재된 문제를 개선하기 위해 기존 의료법상의 유형이 아닌 진료기능 중심으로 의료기관 유형을 분류하고, 22개 대진료권과 70개 진료권별로 의료공급 및 수요를 파악하여 의료기관의 기능과 지역 특성을 모두 고려한 전략을 세워야 한다고 하였다.

한편 윤강재 외(2014) 연구에서는 한국 의료전달체계의 발전을 위해 가치기반 지불제도(VBP, value based purchasing) 도입의 필요성을 제시하였다. 우리나라의 주요 지불제도인 행위별수가제와 포괄수가제는 각각 '비용 효율성'과 '의료의 질' 측면에서 단점을 가지고 있다. 이를 보완하기 위하여 최근 OECD 국가를 중심으로 가치기반 지불제 도입이 확산되는 추세로, 우리나라도 2001년 요양기관 적정성 평가, 가감지급 사업, 의료 질 향상 분담금 등 성과보상 지불제도가 도입되는 추세이다(윤강재 외, 2014, p.19). 이 연구에서는 가치기반 지불제도를 도입하기 위해서는 공급자의 참여, 자원 조달 방식, 질 지표 관리의 영역별 설계가 필요하며, 평가 대상을 종합병원 이상 의료기관부터 중장기적으로 의원급 의료기관까지 확대해야 한다고 하였다.

이와 유사하게 신현웅 외(2014) 연구에서도 효율적 의료비 운영과 의료 질 향상을 위한 한국형 가치기반 성과보상 지불제도 모형을 다음의 3가지 측면에서 제시하였다. 이 연구에서는 모형 개발 시 의료기관의 특성에 적합한 목표치를 설정한 후 지불제도와 연계해야 하며, 비용 측면의 효율성 및 의료 질 성과를 포함한 지표 영역을 포괄적으로 확대해야 하고, 재평가하는 과정이 필요하다고 하였다(신현웅 외, 2014, p.6).

(표 2-4) 한국형 가치기반 성과보상 지불제도 모형

| 구분 | 내용 | 예 |
|-----|-------------------------------------|--------------------------------|
| 대안1 | 현재 시행 중인 사업 확대 | 적정성 평가, 가감지급사업, 의료의 질 향상 분담금 |
| 대안2 | 특정 공급자 또는 전체 의료공급자를 대상으로 한 지불제도로 개편 | 의원 지불제도(VBPM) 병원 지불제도(HVBP) |
| 대안3 | 의료전달체제와 연계한 지불제도 설계 | ACO, CCO |

자료: 신현용, 황도경, 김보연, 정수경, 신동교, 여지영, ... 이슬기. (2014). 건강보험 가치기반 성과 보상 지불제도 (VBP) 도입방안. p.6 재구성.

신영석, 윤장호 외(2012) 연구에서는 의료전달체계, 의료공급체계, 진료비 지불제도를 아우르는 새로운 보건의료 패러다임의 원칙을 몇 가지 소개한다. 첫째, 새로운 패러다임에는 제도의 지속가능성이 담보되어야 한다(신영석, 윤장호 외 2012, p.215). 전체 의료비용이 예측 가능해야 하며, 국민이 부담 가능한 범위 내에서 비용이 통제되어야 한다. 비용의 예측 가능성을 위해서 이 연구에서는 행위별수가제 개편을 제시한다. 둘째, 필요 없는 자원 소모를 최소화하여 의료체계의 효율성을 극대화한다(신영석, 윤장호 외 2012, p.215). 자원 배분이 왜곡되면 국민 부담과 직결되므로 필요 없는 시설, 장비, 인력 등을 통제해야 한다. 규제에 의한 통제로는 효율성을 극대화하기 어렵지만, 이를 통해 자원이 배분될 수 있다면 현 상황보다는 효율성이 훨씬 높아질 것이다(신영석, 윤장호 외 2012, p.215). 셋째, 새로운 의료패러다임에는 의료서비스 질에 대한 국민이 포함되어야 한다(신영석, 윤장호 외 2012, pp.215-216). 소득이 증가하면서 국민은 질 높은 의료를 선호하게 되었고 질 높은 서비스를 제공하는 의료공급자가 더 많은 보상을 받을 수 있는 체계를 마련함으로써 현행보다는 나은 서비스 질을 획득할 수 있을 것이다(신영석, 윤장호 외 2012, p.216).

5. 환자 중심, 통합적 의료서비스 제공

박상민, 윤재문, 최슬기, 조유선(2020) 연구에 따르면, 최근 복합 만성 질환의 증가로 지역사회 내 통합적 의료서비스를 제공하는 ‘기능적 일차 의료 기관’ 확대가 필요한 상황이나, 이는 국내 의원 중 30.6%에 불과하고, 일부 영역을 전문으로 진료하는 ‘전문의원’은 54%를 차지한다. 또한 당뇨, 고혈압 환자가 단골 병원이 기능적 일차의료 기관인 경우, 의료이용의 지속성이 높으며, 향후 심뇌혈관 질환 발생위험도가 낮고, 전체 의료 비용 및 부담금이 낮은 것으로 보고되었다. 이 연구에서는 다학제적 진료서비스 요구가 높은 노인, 다중 만성질환자 등 환자 중심의 지역사회 내 ‘전문의원’과 ‘기능적 일차의료기관’ 간 수평적 의뢰-활성화 및 진료 협력체계 구축을 위한 제도 장치가 필요하다고 제언하였다(박상민 외 2020. p.40).

〈표 2-5〉 기능에 따른 의원급 의료기관 분포

(단위: 개소, %)

| 구분 | 기능적 일차의료기관 | | 전문의원 | | 경계성의원 | |
|----|------------|------|--------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 계 | 9,108 | 30.6 | 16,067 | 54.0 | 4,593 | 15.4 |
| 서울 | 1,870 | 25.2 | 4,373 | 58.9 | 1,184 | 15.9 |
| 부산 | 624 | 28.6 | 1,187 | 54.5 | 368 | 16.9 |
| 대구 | 469 | 28.3 | 872 | 52.5 | 319 | 19.2 |
| 인천 | 468 | 31.8 | 764 | 51.9 | 239 | 16.3 |
| 광주 | 243 | 27.1 | 509 | 56.7 | 145 | 16.2 |
| 대전 | 319 | 31.7 | 525 | 52.2 | 161 | 16.0 |
| 울산 | 173 | 29.9 | 305 | 52.7 | 101 | 17.4 |

자료: 박상민, 윤재문, 최슬기, 조유선(2020). 지속가능한 환자 중심 의료체계 구축방안 일차의료 분야 기자간담회 자료집. 국민건강보험공단. p.10 재구성.

제2절 뉴노멀 시대, 일차의료 역할

우리 사회가 봉착한 성장 잠재력 저하, 일자리 감소 등 사회적·경제적 과제 해결을 위한 새로운 모멘텀으로서 ‘4차 산업혁명’으로 대표되는 혁신적 기술 발전이 주목받아 왔다(윤강재 외, 2020, p.25). 특히 4차 산업혁명의 도래와 함께 화두가 되었던 비대면(un-tact)과 디지털 전환은 코로나19로 인해 크게 부각되었고, 비대면 활성화, 디지털 헬스케어 강화 등 경제, 산업의 패러다임을 급속하게 변화시키고 있다. 코로나19가 4차 산업혁명이 일으킨 디지털 전환과 맞물려 세계를 파괴적으로 재창조하고 있는 것이다(김승현, 2021. 3. 18., 4차 산업혁명 기술로 ‘포스트 코로나’ 준비하는 기업들, 조선비즈, https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2021/03/15/2021031501880.html에서 2021. 6. 6. 인출).

코로나19로 원격의료에 대한 수요가 전 세계적으로 급증하고 있다. 원격의료는 비대면 의료로서 의사가 ICT 기술을 이용해 환자에게 원격 진단과 치료를 하는 것을 말한다. 미국 맥킨지(McKinsey & Co.)에 따르면, 코로나19 이전의 원격의료 서비스 이용률이 전체 환자 중 11% 수준에 머물렀지만, 코로나19 이후 46%로 증가했다(Oleg, B., Greg, G., Alex H., & Jennifer, R., 2020; 박선재, 김나현, 2021. 1. 5., [신년기획] 비대면 의료 쾌속 질주, 우리는 어디쯤?, Medical Observer, <https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=300042>에서 2021. 6. 11. 인출, 재인용). 또한 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)에서는 80개 이상 원격의료서비스에 보험 적용을 확대하기도 했다(McKinsey, 2020; Shachar C, Engel J, Elwyn G., 2020; 최윤정, 2021, p.35에서 재인용). 인두제를 채택하고 있는 캐나다 온타리오 주에서도 코로나19 유행 시 일차의료에서의 만성질환 관리를 위해 화상 진료

를 별도의 행위별수가로 보상하는 등 긴급대책을 발표한 바 있다(조비룡, 2020). 우리나라에서도 원격의료 도입의 필요성이 지속해서 제기되고 있다. 감염병 확산 추세 속에서 고령, 기저질환자의 감염 예방을 위해서는 원격의료를 통한 의료 접근성 향상이 필요하다는 것이다. 세계보건기구는 2년 전부터 앞으로 공중보건 위기 상황을 야기할 수 있는 감염병의 하나로 미지의 질병, 'Disease X'를 경고하기도 했다(채수미 외, 2019). 일각에서는 원격의료가 언택트 시대 생존을 위한 선택이 아닌 필수사항이며, 특히 꾸준한 건강관리를 요하는 만성질환자에게 예방적 건강관리 서비스를 제공하는 데 필수적임을 강조하기도 했다(정지연, 2020, p.35).

한편, 우리나라도 코로나19로 뉴노멀 시대를 맞이하면서 전례 없던 비대면 의료가 의료접근성을 높이기 위한 방안으로 떠올랐다. 2020년 2월 24일부터 한시적으로 환자가 의료기관을 직접 방문하지 않고도 의사 판단하에 전화로 상담·처방할 수 있도록 허용한 바 있다(신대현, 2020. 5. 7., 디지털 헬스케어, 규제완화 위한 개선방안 모색해야, 메디포뉴스, <https://medifonews.com/news/article.html?no=152987>에서 2021. 6. 6. 인출). 2020년 2월 24일부터 8월 30일까지 약 6개월간 시행된 비대면 진료 건수는 총 68만 8,794건이었고, 청구된 진료비는 약 99억 6,258만 원에 이르렀다(더불어민주당, 2020, 코로나19 이후 비대면 진료 68만 8천 건, 진료비청구 99억 원, https://www.theminjoo.kr/board/view/inspection/337221?st=wrote_post&keyword=%EA%B0%95%EB%B3%91%EC%9B%90&page=3에서 2021. 6. 6. 인출). 의료기관 종별에 따라서는 종합병원급이 총이용건수의 약 37%를 차지한 반면, 의원급이 약 53% 차지해 비대면 진료 시행 당시 우려했던 3차 의료기관으로의 쏠림 현상은 크게 나타나지 않았다(더불어민주당, 2020, 코로나19 이후 비대면 진료 68만 8천 건, 진료비청구 99억 원, <https://www>.

theminjoo.kr/board/view/inspection/337221?st=wrote_post&keyword=%EA%B0%95%EB%B3%91%EC%9B%90&page=3에서 2021. 6. 6. 인출). 그러나 비대면 의료에 대한 만족도는 의료공급자와 이용자 간 온도 차가 크게 나타났다. 의료공급자는 전화상담·처방만으로는 의사가 환자의 상태를 확인하는 데 한계가 분명히 존재하고, 이는 검사가 필요한 환자의 진단을 지연시키거나 적절한 초기 치료의 기회를 놓치게 할 위험성이 있다는 측면에서 부정적이었다(신대현, 2020. 5. 7., 디지털 헬스케어, 규제완화 위한 개선방안 모색해야, 메디포뉴스, <https://medifonews.com/news/article.html?no=152987>에서 2021. 6. 6. 인출). 반면에 의료이용자는 전화상담·처방으로 감염 노출 위험이 감소한다는 점과 제도의 지속가능성을 긍정적으로 평가하는 등 만족도와 수용성이 모두 높았다(김은영, 2021. 1. 25., 코로나19로 떠오른 비대면의료, 지속 가능하려면?, 청년의사, <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2007043>에서 2021. 6. 6. 인출). 대면 의료서비스의 이용 여건이 악화된 환경에서 ICT 등을 활용해 안전한 재택의료, 왕진, 방문보건 제공체계를 구축함으로써 단절 없는(seamless) 서비스 제공이 중요해진 것이다(윤강재 외, 2020, p.42). 이에 따라, 2020년 7월 발표한 한국판 뉴딜 종합계획에서 정부는 10대 종합계획 중 ‘스마트 의료 인프라’를 안전에 포함했다. 감염병 위험에서 의료진과 환자를 보호하고 환자의 편의를 향상하기 위해 국비 총 2천억 원을 투입해 인프라를 구축할 예정이다(관계부처합동, 2020, p.62; 정지연, 2020, p.30에서 재인용). 구체적으로는 불충분한 인프라로 인한 비대면 의료서비스 활용의 한계를 극복하고 비대면 의료의 기반을 구축하기 위해 2025년까지 스마트병원 모델을 18개로 확대하고, 호흡기전담클리닉을 1천 개 확대, AI 기반 정밀의료 실현 등 단계적으로 확대해 나갈 방침이다(관계부처합동, 2020, p.62).

40 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

〈표 2-6〉 한국판 뉴딜 종합계획 중 '스마트 의료 인프라' 구축 내용

| 성과지표 | 현재 | 미래 | |
|------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2020년 | 2022년 | 2025년 |
| 신의료 모델 | 스마트병원 기반 미흡 | 스마트병원 모델 9개 | 스마트병원 모델 18개 |
| 감염병 대응 인프라 | 호흡기전담 진료체계 미비 | 호흡기전담클리닉 1천 개 | 호흡기전담클리닉 1천 개 |
| AI 기반 정밀의료 | AI 진단 기반 미흡 | 8개 질환 AI 진단 | 20개 질환 AI 진단 |

| | |
|---------------------------------|--|
| 불충분한 인프라로 비대면 의료서비스 활용 한계 | 스마트 의료 인프라 확충으로 비대면 의료서비스 기반 구축 |
|---------------------------------|--|

자료: 관계부처합동. (2020). 한국판 뉴딜 종합계획, p.62. 기획재정부 보도자료. https://www.moe.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?bbsId=MOSFBBS_000000000028&menuNo=4010100&searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028&pageIndex=1&searchNttId1=MOSF_000000000040637&searchNttId=MOSF_000000000040637에서 2021. 6. 6. 인출.; 정지연. (2020). 소비자 입장에서 본 일차의료와 원격의료. 한정에 의원실 국회토론회 자료집, p.30.에서 재인용.

코로나19의 장기화는 우리나라 보건의료체계에 지대한 영향을 미쳤다. 특히 고질적인 문제로 자리 잡고 있던 의료전달체계 왜곡 현상이 코로나19로 인해 더욱 심각해졌다. 코로나19 감염에 대한 공포는 의료이용량 감소를 부추겼고, 이는 영세한 중소병원과 의원급 의료기관에 타격을 입혔다. 실제 국회예산정책처에서 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화를 분석한 결과, 2020년 상반기 건강보험 진료비 증가율은 0.3%에 그쳤다. 이는 코로나19 유행 이전 3년 평균 증가율(9.5%) 대비 9.2%p 감소한 결과였다(김진이, 2020, p.3). 특히 이 감소폭은 의료기관 규모에 따라 차이가 있었다. 30병상 이하 중소병원과 의원급 의료기관, 보건기관의 감소폭이 상대적으로 컸던 것이다(김진이, 2020; 윤강재, 2020, p.38에서 재인용). 이렇듯 코로나19는 일차의료기관의 기능과 역할 변화에 중요한 함의를 주고 있다. 코로나19 유행의 가장 직접적인 타격을 받은 곳이 지역에서 일차의료로 담당하는 기관이었고, 이는 의료전달체계 기층 약화

를 우려하게 하는 지점이다(윤강재, 2020, p.39). 코로나19 장기화 속에서 더욱 부각되고 있는 의료전달체계 문제를 개선하기 위해 일차의료기관의 기능과 역할 변화를 심각하게 고민해야 할 때이다.

홍운철(2020)은 질병의 양상, 추세 변화에 따라 일차의료의 역할도 바뀌어야 한다는 새로운 패러다임을 제시했다. 불과 2년 전인 코로나19가 범유행하기 이전까지는 만성질환 시대로 질환의 예방 관리를 위한 식습관, 생활습관 개선에 중점을 두었다면, 코로나19 유행이 시작한 2020년부터는 신종감염병과 퇴행성 질환 관리를 위한 미래 지향적 의료로의 전환이 필요하다는 것이다. 즉, 기존의 ‘질병’ 중심에서 ‘사람’ 중심으로, ‘병원’ 중심에서 ‘지역사회’ 중심으로, 그리고 ‘의료전달체계’에서 ‘의료협력체계’로의 개편을 강조했다.

〈표 2-7〉 포스트 코로나 시대, 일차의료의 역할 변화

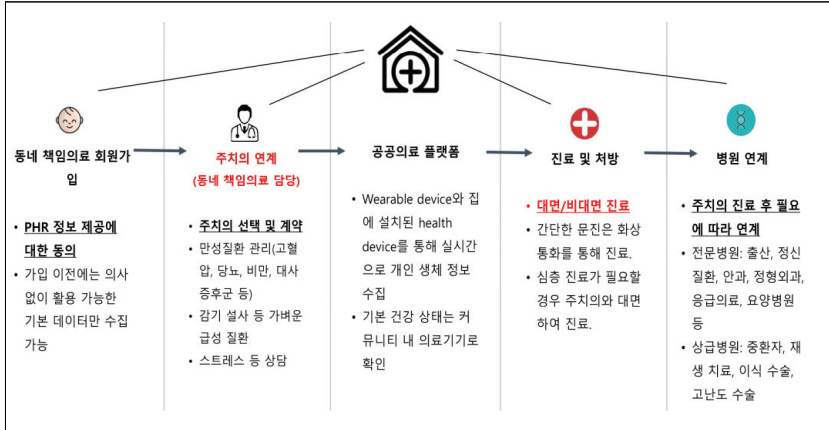
| Before COVID-19 | → | After COVID-19 |
|-----------------|---|-----------------|
| 질병 중심 | | 사람 중심 |
| 병원 중심 | | 지역사회 중심(홈케어 기반) |
| 의료전달체계 | | 의료협력체계 |

자료: 홍운철. (2020). 디지털 헬스케어를 활용한 일차의료 역량 강화. 한정에 의원실 국회토론회 자료집, p.47 재구성.

또 이 연구는 퇴행성질환, 정신질환, 감염성 질환 같이 단순히 해결하기 어려운 질환을 관리하기 위해서는 정보를 수집, 분석, 관리하기 용이한 의료 플랫폼을 구축하고 이를 통해 지역사회 의료체계를 강화해나가는 것이 필요하다고 보았다. 무엇보다 사람과 커뮤니티 중심의 체계를 구축함으로써 전인적 건강관리 시스템을 만들 필요가 있다고 제언했다(이지은, 홍운철, 2021, p.2). 의료전달체계를 보완하는 수준이 아닌, 지역사회 중심으로 의료 생태계가 개편되어야 한다고 강조했다.

42 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 2-1] 지역사회 중심, 플랫폼 기반의 스마트 의료



자료: 홍윤철. (2020). 디지털 헬스케어를 활용한 일차의료 역량 강화. 한정에 의원실 국회토론회 자료집, p.44.

코로나19 같은 감염병 시대에는 필수의료의 접근성을 높일 수 있는 의료체계 구축이 필요하다. 이는 특히 당뇨병, 고혈압 등 만성질환자나 거동이 불편한 노인에게는 필수적일 수 있다. 당뇨, 고혈압, 호흡기질환 등 만성질환을 앓고 있는 환자에게 꾸준한 치료제 복용은 만성질환 관리와 합병증을 예방할 수 있는 최선의 방법이기 때문이다. 그리고 이때 의원급 의료기관의 역할은 지역사회에서 경증·만성질환자에 대한 포괄적이고 꾸준한 건강관리를 제공하는 것이다. 코로나와 함께 살아야 하는 위드 코로나(with Corona) 시대에 만성질환자가 치료 공백 없이 건강관리를 할 수 있도록 비대면 의료에 대한 전향적인 논의가 필요하고, 이 논의의 중심에는 국민건강이 있어야 한다(김은영, 2021. 1. 25., 코로나19로 떠오른 비대면의료, 지속 가능하려면?, 청년의사, <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2007043>에서 2021. 6. 6. 인출).



제3장

일차의료 역할에 대한 국외 사례 고찰

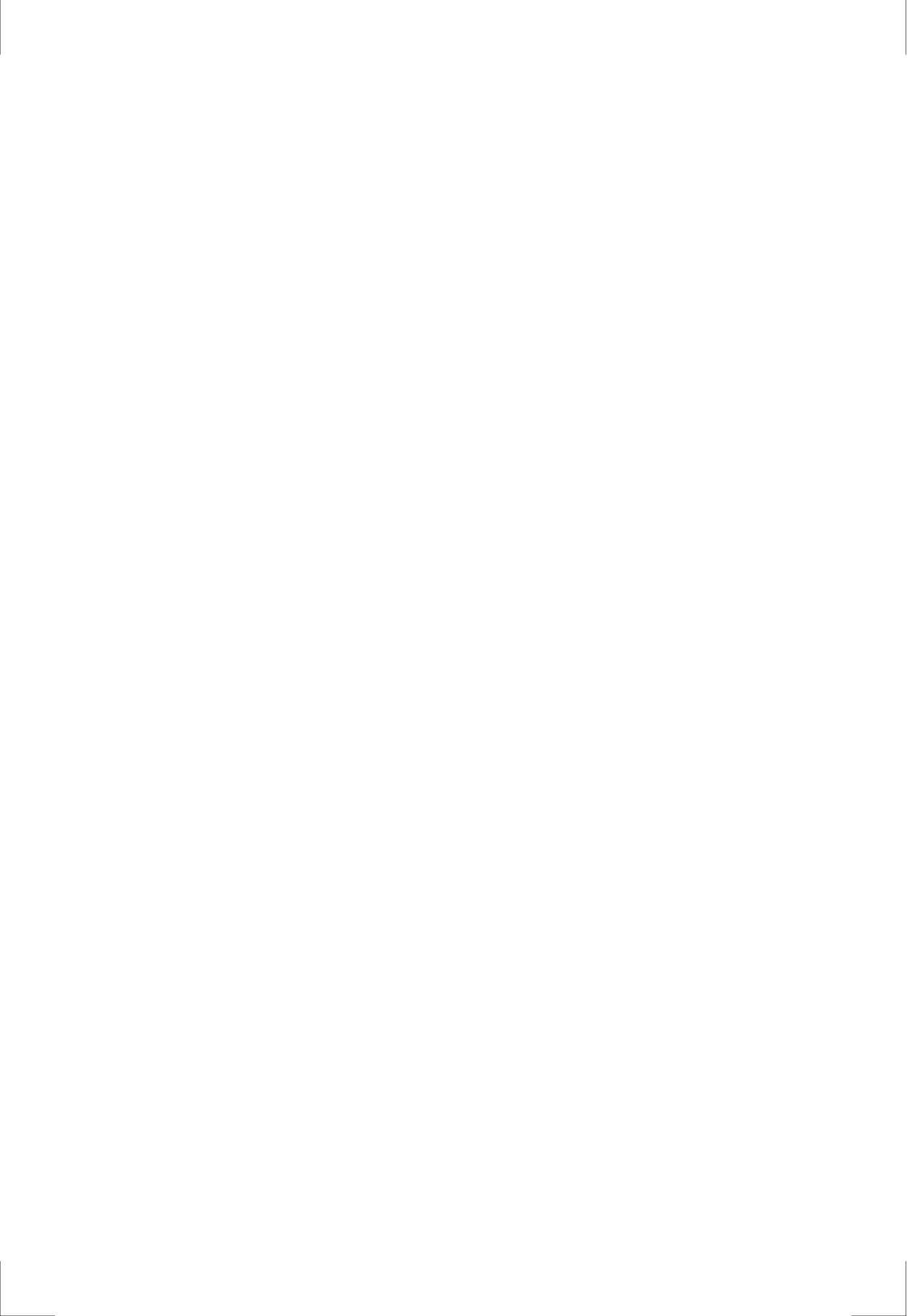
제1절 사례 고찰 개요

제2절 일차보건의료 역사와 현황

제3절 일차보건의료 사례

제4절 주요국과 우리나라의 보건의료체계 차이

제5절 시사점 도출



제 3 장

일차의료 역할에 대한 국외 사례 고찰

제1절 사례 고찰 개요

일차의료(primary care)란 치료와 예방을 위해 환자가 제일 처음 의료를 접촉하는 의료행위이다. 선진국 의료의 역사에서 일차의료는 의사가 환자의 모든 건강 문제에 대해서 일반의(generalist)로서 문지기(gatekeeper) 역할을 하고, 좀 더 전문적인 진료가 필요할 때 환자를 전문의(specialist)에게 의뢰하고 전문의 진료가 종결되면 다시 일반의에게 회송되어 건강을 관리하는 체계로 확립되어 왔다. 이러한 연속적이고 순환적인 과정은 대부분의 선진국 의료체계에 관행적으로 받아들여졌다. 다만, 국가별 상황에 따라 달리 형성되는 의료체계 속에서 일차의료도 그에 맞춰 변형되어 왔다.

일차医료를 담당하는 의사(주치의)에게 환자의 의무 등록을 강제하는 국가부터 주치의 등록을 선택하거나 임의화하는 국가에 이르기까지 다양하다. 일차의료의 범위를 치료 및 관리(주로 만성질환의 관리)부터 예방과 건강상담, 생활습관 교정 및 건강교육에 이르기까지 광범위하게 허용하는 국가가 있다. 일차의료의 제공자는 의사뿐 아니라 간호사 및 의료보조인력까지 포함하는 것이 관행이다.

의료의 역사에서 과거에는 의사가 주로 가정을 방문하여 진료하는 왕진이 일반적이었고 부유층이 이러한 혜택을 누려왔다. 당시는 대부분의 의사가 종합적인 진료를 하는 일반의였다. 그러나 근대화 과정에서 의학이 발전하고 대량 생산체계가 일반화되면서 의료의 혜택이 보편화되기 시작했고, 의사의 직능도 일반의에서 전문분야로 분화하기 시작했다. 다

양한 전문의로 구성된 대규모 병원이 발전하기 시작했다. 의료의 전문화 흐름에 따라 개인의원도 전문화되기 시작했다. 그럼에도 불구하고 의과 대학과 수련 병원에서 모든 질병에 대해 오랜 기간 교육받고 훈련받은 의사가 환자의 일차적인 진료를 담당하는 것이 합리적이라고 받아들여졌다. 환자의 입장에서 불편과 고통을 자가진단할 뿐이지 정확한 원인을 알 수 없기 때문에 일차 의사의 진단이 과학적임을 인정해야 했다(소위 '정보 비대칭'). 한편 고령화가 급격히 진행되는 최근에는 일차의료가 다시 중요시되기 시작했다. 고령화에 따른 복합만성질환이 증가하면서 여러 전문분야의 통합적인 제공과 예방 및 건강증진이 강조되면서 일차의료의 역할이 증시된 것이다. 일차의료의 충실한 제공은 질병의 악화에 의한 의료비용의 증가를 막을 수 있다는 점에서 비용·효과의 측면에서 긍정적으로 받아들여졌다. 본 장은 이러한 점에서 주요 선진국의 일차의료제도 운영 현황을 살펴보고 우리나라에 주는 시사점을 파악하고자 한다.

제2절 일차보건의료의 역사와 현황

1. 의료의 역사적 전개과정과 일차의료의 역할

의료의 역사는 전염병의 시대에서 급성질병기 시대로, 급성질병기에서 만성질병기 시대로 진화해 왔고, 최근에 다시 전염병의 시대로 회귀하는 것 아닌가 하는 우려가 제기되고 있다. 과거 전염병의 시대에는 현대식 일차의료의 개념은 탄생하지 못했다. 전염병의 원인을 파악하기조차 어려웠고, 그 원인이 세균임을 밝혀내기 시작한 세균의 시대에는 대부분의 의사가 예방접종을 하고 환자의 증상을 완화하고 보호 관찰하는 의료제

공자의 역할을 수행하였다. 이때는 1-2-3차 의료의 구분이 필요하지는 않았다.

전염병이 극복되면서 급성질병기 시대가 도래하였다. 급성기 질병이 지배적이던 시기에는 계층적 지역주의 모형(regional hierarchy)에 따라 일차의료는 문지기(gate keeper) 역할을 수행하였다. 일차의료 의사는 커뮤니티 내에서 쉽게 접근 가능한 환자들을 질병 발생 초기에 진단하고 치료하였다. 간편한 진단 장비를 가지고 진료하였기 때문에 더 전문적인 진료가 필요하다고 판단할 경우 2차적으로 전문의에게 의뢰하였다. 일차 의사는 모든 질환에 대한 보편적인 진단과 상담, 진료를 담당하는 전인적(holistic) 진료 담당자였다. 이러한 계층적 지역주의 모형에서 모든 사람이 일차 의사를 의무적인 문지기로 등록해야 하느냐 여부가 국가들의 논쟁점이었다. 일차 의사를 의무적 문지기로 등록하는 국가는 영국을 비롯한 의료공영제 국가들과 사회보험제 국가인 네덜란드가 대표적이다. 대부분의 사회보험제 국가는 환자에게 선택권을 부여하였다. 사회보험은 가입자(환자)와 의료공급자 간의 계약에 기초를 두므로 국가의 강제적 개입이 억제되기 때문이다.

급성기 질병의 시대에서 만성기 질병 시대로 전환되면서 다른 의미에서 일차의료의 중요성이 대두되었다. 의료기술의 발달로 급성기 질환이 상당 부분 극복되고, 소득수준의 향상, 근로행태의 변화(주로 좌식(sedentary) 중심의 사무직 근로의 증가)와 고령화가 진행되면서 생활습관병이 만연하게 되고 돌봄 서비스 수요가 증가하게 되었다. 또한 치료를 넘어서 예방과 건강증진, 건강 유지를 통한 삶의 질 향상에 관심을 두기 시작했다. 이러한 복합적이고 포괄적인 건강 수요에 대응하는 방식은 통합적이어야 하고 의료 외의 사회서비스와 연계되어야 했다. 또 현대화 과정에서 정신질환이 보편적인 질환으로 등장하면서 의료체계의 새로운 모

형이 요구되기에 이르렀다. 이에 따라 일차의료는 만성질환의 효과적 관리뿐만 아니라 생활습관 개선, 예방과 건강증진, 돌봄, 정신적인 건강에 이르기까지 통합적이고 연속적인 케어(integrated and continuous care)를 담당할 것을 요구받았다.

일차의료는 건강 거버넌스의 3가지 국제적 물결(three waves)에서도 강조되었다. 첫 번째 물결은 1978년 WHO가 채택한 Alma-Ata 선언으로, 여기서 일차의료(PHC, primary health care)의 개념이 등장하였다. 두 번째 물결은 일차의료의 개념이 확대되어 건강증진과 건강을 위한 공공정책(healthy public policy)까지 포함한 1986년 건강증진에 관한 오타와 헌장이다. 세 번째 물결은 근래에 전개되고 있는 HiAP(Health in All Policies)이다. HiAP는 건강의 사회적 결정요인에 바탕을 두고 있으며, 사실상 일차의료의 가장 확장된 개념으로 볼 수 있다.

서유럽 지역의 일차의료 현황에 대한 대표적인 조사는 PHAMEU project¹⁾이다. 그 결과를 요약하면 다음 <표 3-1>과 같다. 일차의료의 문지기 역할을 공식화하거나 문지기 역할에 인센티브를 부여하는 국가들이 있고, 문지기 제도를 의무화하지 않아도 대부분이 진료의뢰서를 사용하였다. 대면진료 외에 전화상담을 허용하였고, 대부분이 공동개원을 장려하였다. PHAMEU 연구에서 일차의료의 문제점으로 지적된 것은 일차 의사의 연봉이 전문의보다 적고, 일차 의사가 부족하여 일차의료의 접근이 제한적이라는 점이다. 이는 특히 농촌지역에서 더욱 심각하였다. 단독개원의 형태가 많아 팀 접근이나 다학제적 협력이 부족하고 특히 의로서

1) PHAMEU(Primary Health Care Activity Monitor for Europe) 프로젝트는 유럽공동체(European Community)에 의해 Public Health Action Programme (2003~2008)으로 지원되었다. 이 프로젝트는 Nivel(Netherlands Institute for Health Services Research)에 의해 운영되었으며 10개 회원국의 기관 및 조직 네트워크가 참여하였다. PHAMEU project는 27개 EU 회원국을 포함하며 후보 국가로 터키를 넣었다. 유럽자유 무역기구(EFTA)에 참여한 아이슬란드, 노르웨이, 스위스를 포함하였다.

비스와 공중보건 간의 협력이 부족하여 체계적인 예방서비스를 제공하기 어렵다는 것이다(Boerma et al., 2015; 이규식, 2018, p. 276에서 재인용). 또 일차의료 서비스의 효율성이나 의료의 질에 관한 지표가 여전히 부족하였다. 이러한 문제들은 아직도 해결되지 않고 있다.

〈표 3-1〉 서유럽 국가들의 일차의료 현황

(단위: %, 점)

| 국가 | GP단독 비율 (%) | 문지기 제도 | | | 진료의뢰서 | | 전화상담 | | 자영 GP 비율 (%) | 만족도(점) | | 평가 순위 |
|-------|-------------------|--------|----------|----|----------|-----|------|----|--------------------|--------|-----|----------|
| | | 공식화 | 인센 티브 | 없음 | 거의 항상 | 통상적 | 허용 | 안됨 | | 가격 | 접근성 | |
| 오스트리아 | 95 | | | 0 | | 가끔 | 0 | | 49.5 | 92 | 94 | 10 |
| 벨기에 | 76 | | | 0 | | 0 | 0 | | 99.7 | 86 | 97 | 11 |
| 덴마크 | 36 | | 0 | | 0 | | 0 | | 100 | 99 | 82 | 5 |
| 핀란드 | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 83 | 92 | 7 |
| 프랑스 | 46 | | 0 | | 0 | | 0 | | 60.0 | 92 | 93 | 13 |
| 독일 | 62 | | | 0 | 0 | | 0 | | 87.0 | 90 | 94 | 12 |
| 그리스 | 40 | | 0 | | | 안 함 | | 가끔 | 50.0 | 57 | 78 | 14 |
| 이탈리아 | 78 | 0 | | | 0 | | 0 | | 100 | 84 | 83 | 6 |
| 룩셈부르크 | 70 | | | 0 | | 0 | | 0 | 90.0 | 96 | 89 | 15 |
| 네덜란드 | 42 | 0 | | | 0 | | 0 | | 85.0 | 91 | 92 | 2 |
| 노르웨이 | - | 0 | | | 0 | | 0 | | 93.0 | - | - | 8 |
| 포르투갈 | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 63 | 67 | 4 |
| 스페인 | 0 | 0 | | | | 0 | 0 | | 20.0 | 93 | 94 | 3 |
| 스웨덴 | 3 | 0 | | | 0 | | 0 | | 소수 | 96 | 63 | 9 |
| 영국 | 21 | 0 | | | 0 | | 0 | | 73.0 | 96 | 86 | 1 |

자료: Kringos et al. (2015). Overview and future challenges for primary care; 이규식 (2018). 보건의료정책-의료보장 패러다임. 계축문화사. p. 275에서 재인용.

OECD 국가들에서 일차의료의 문지기 역할에 대해 정리한 것은 〈표 3-2〉와 같다. 거의 절반에 해당하는 국가에서 일차의료 등록과 2차 의료 의뢰가 제도화되어 있고, 2/3 이상의 국가에서 2차 의료 의뢰가 제도화되어 있다. 일차의료 등록이 제도화되지는 않더라도 일차의료의 주치의

50 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

를 이용하는 것이 거의 관행화되어 있음에 유의해야 한다. 일차의료 등록이나 2차 의료 의뢰가 제도화되어 있지 않더라도 현실적으로는 주치의 진료와 2차 의뢰 및 회송이 이루어지는 것이 관행화되어 있다. 일차의료 등록이나 2차 의료 의뢰가 강제되어 있지 않은 경우에는 보상을 통한 인센티브를 통하여 유인하고 있음을 알 수 있다. 대체로 많은 선진국에서 일차의료 등록 의무화는 완화되고, 2차 의료 의뢰 역시 환자의 선택에 맡기는 경향이 커지고 있다. 의사-환자 간의 관계에서 의사가 독점적인 권리를 갖던 방식에서 환자의 권리와 선택을 존중하는 방향으로 이행하고 있다. 또 정부가 공공재로서의 의료를 대중들에게 골고루 배분하는 (rationing) 방식에서 국민의 선택과 의료공급자의 자율을 존중하는 방향으로 변화하고 있다.

〈표 3-2〉 OECD 국가의 일차의료 문지기 기능

| 구분 | 일차 의사 등록 | | 이차의료 접근에 대한 의뢰 | | 유형 |
|-------|----------|-------|----------------|-------|--|
| | 강제 유무 | 보상 유무 | 강제 유무 | 보상 유무 | |
| 벨기에 | X | ● | X | ● | 1유형 일차의료 등록● & 이차의료 의뢰● |
| 덴마크 | ● | X | ● | X | |
| 독일 | X | ● | X | ● | |
| 헝가리 | X | ● | ● | X | |
| 이탈리아 | ● | X | ● | X | |
| 뉴질랜드 | X | ● | ● | X | |
| 노르웨이 | ● | X | ● | X | |
| 포르투갈 | ● | X | ● | X | |
| 스페인 | ● | X | ● | X | |
| 스위스 | X | ● | X | ● | |
| 영국 | X | ● | ● | X | |
| 프랑스 | X | ● | X | ● | |
| 네덜란드 | ● | X | ● | X | |
| 슬로바키아 | ● | X | ● | X | |

| 구분 | 일차 의사 등록 | | 일차의료 접근에 대한 의뢰 | | 유형 |
|-------|----------|-------|----------------|-------|----------------------------------|
| | 강제 유무 | 보상 유무 | 강제 유무 | 보상 유무 | |
| 호주 | X | X | X | ● | 2유형 |
| 캐나다 | X | X | ● | X | |
| 핀란드 | X | X | ● | X | 일차의료 등록● or 이차의료 의뢰● |
| 아일랜드 | X | X | X | ● | |
| 멕시코 | X | X | ● | X | 3유형 |
| 폴란드 | X | X | ● | X | |
| 룩셈부르크 | X | X | X | X | |
| 오스트리아 | X | X | X | X | |
| 체코 | X | X | X | X | |
| 아이슬랜드 | X | X | X | X | |
| 일본 | X | X | X | X | |
| 한국 | X | X | X | X | |
| 스웨덴 | X | X | X | X | |
| | | | | | |

자료: OECD. (2010). Health system institutional characteristics, p.42; 신현웅, 최병호, 이규식, 정형선, 이상영, 여나금, ... 심보람. (2015). 미래 보건의료발전계획 정책과제 개발 연구. 한국보건사회연구원. p.95에서 재인용.

Kringos. et al(2010)은 일차의료 강화를 위한 구조, 과정, 결과 지표들을 제시하였다. 구조는 거버넌스, 경제적 조건, 의료 인력의 개발을 포함하며, 과정은 접근성, 포괄성, 연결성, 일차의료의 조화를 포함한다. 결과는 의료의 질, 의료의 효율성, 건강형평성을 포함한다.

구조적 측면을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 거버넌스가 중요하다. 그중에서 비전과 목표의 설정이 중요하다. 일차의료의 비전은 우선 접근성을 높이는 것이고, 일차의료는 다학제적인 협력, 포괄적인 서비스 제공, 지속적인 의료, 잘 조정된 의료를 지향해야 한다. 의사가 문지기 역할을 담당하며 환자 중심이 되어야 한다. 일차의료는 제공하는 서비스는 예방, 보건교육 및 건강증진, 정신보건, 간호서비스, 의약품 처방을 포함한다. 일차의료는 주도하는 의료체계를 구축하고 계획을 수립해야 한다. 둘째, 경제적 조건으로는 국민 의료비에서 일차의료의 비중을 어느 정도로 하느냐의 문제, 환자의 본인부담이 접근성을 제한할 정도가 되어서는 안

된다는 것 등이 있다. 일차의료 의사의 고용 형태는 자유 개업을 허용하고 보험자 및 정부와 계약을 통하여 서비스를 제공하며, 지불보상 방식은 행위별수가, 인두제, 혹은 두 제도의 혼합, 월급제(의료공영제 국가)로 운영할 수 있다. 셋째, 일차의료 인력은 의사와 의사 외 인력으로 구분된다. 의사는 통상 일반의나 가정의가 되며, 전문의로인 산부인과, 소아과, 내과, 안과, 이비인후과, 심장병, 신경과, 외과가 될 수 있고, 치과의사도 될 수 있다. 의사 외 인력은 간호사, 전문간호사(NP, Nurse Practitioner), 방문간호사, 조산사, 물리치료사, 작업치료사, 언어 치료사가 될 수 있다. 대부분의 유럽 국가들은 일차 의사의 서비스 범위를 기술하고 있으며(job description), 일부 국가는 법에 명시하기도 한다. 간호사의 경우 지역사회 간호사나 일차의료 간호사를 전문화시키기도 한다.

유럽에서 일차의료를 강화하기 위한 과제는 다음과 같이 제안되었다. 첫째, 의료서비스 제공자들 간 협력이 잘 되도록 거버넌스를 개혁해야 한다. 둘째, 지불제도는 통합적인 의료와 지역사회 중심의 의료로 실행될 수 있도록 개편되어야 한다. 셋째, 서비스는 협력과 팀에 의한 제공이 장려되어야 한다. 넷째, 일차의료팀이 비교적 전문화된 진단 기법을 사용할 수 있도록 투자를 장려해야 한다. 다섯째, 새로운 기술의 혼합(new skill-mix)이 필요하다. 여섯째, 일차의료의 접근성을 높이고 환자의 편의를 위하여 원격의료를 도입해야 한다(Boerma et al., 2015; 이규식, 2018, p. 277에서 재인용).

2. 일차의료의 잠재력을 현실화하기 위한 최근 OECD의 제안

OECD 국가들은 일차의료의 인프라가 비교적 잘 갖추어져 있고 의료 시스템의 중심적인 역할을 담당하고 있음에도 불구하고 여전히 일차의료

의 역량과 가능성을 충분히 실현하지 못하고 있다고 판단한다. 이를 해결하기 위해 OECD 보건국(Health Division)에서 제안하는 세 가지 방안을 소개하면 다음과 같다(OECD, 2019).²⁾

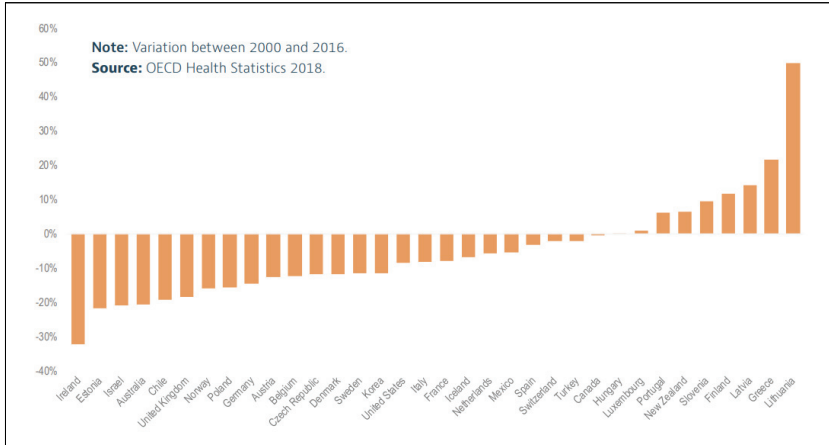
첫째, 일차의료를 위한 의료자원을 충분히 확보해야 한다. 일차의료 분야에 좀 더 많은 의사를 유인하여 확보하며, 지역 간 분포가 균형을 이룰 수 있도록 하는 새로운 전략이 필요하다. OECD 국가들의 전체 의사 중에서 GP의 비율은 하락하는 추세이다. [그림 3-1]과 같이 OECD 국가 대부분에서 GP의 비중이 하락하였다. 한국도 하락한 국가에 속했다. 독일은 전문의보다 일반의(GP)에 대한 보상을 증가시키고 일차의료의 근로조건을 개선하는 등 GP 의사 수를 유지하기 위한 여러 전략을 실행하였다. 많은 국가들이 농촌과 외딴 지역의 일차 진료 인력 유치에 어려움을 겪고 있다. 일본은 농촌 출신의 의대생 선발을 표적으로 삼았고, 독일은 일부 재정적 인센티브 제공과 함께 도시지역에 신참 의사의 개업을 제한하는 조치로 괜찮은 성과를 얻은 것으로 알려지고 있다. 그리고 일차의료팀에 참여하는 의료 인력들 간의 적절한 역할 조정도 중요하다. 주로 간호사에게 좀 더 전문화된 역할을 부여하는 것과 지역 약사들에게 만성질환 환자의 예방과 관리의 역할을 맡기는 것이다. 프랑스의 “Ma santé 2022”이 대표적인 프로그램이다. 특히 고령화에 따른 복합만성질환의 증가로 진료의 복잡성이 증가함에 따라 일차의료 시스템에 대한 투자가 필요하다. 일차의료팀은 영양, 중독, 정신건강, 건강한 고령화에 대한 전문성을 갖추어야 한다. 디지털 기술, 상담, 의사소통의 공유, 협력 및 파트너십 같은 “soft”하고 횡적인(transversal) 기술이 필요하다.

2) 본 제안은 2019년 5월 17-18일간 G7 보건장관회의의 토의자료로 만들어진 것이다.

54 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 3-1] OECD 국가들의 총 의사 중 GP의 비중 변화폭: 2000~2016년

(단위: %)



자료: OECD(2019). Realising the Full Potential of Primary Health Care. OECD Policy Brief. p. 8.

둘째, 일차의료를 환자 중심의 시스템으로 만들기 위한 조직화가 필요하다. 이를 위해서는 팀이나 네트워크에 기반한 새로운 모델을 도입해야 한다. 팀 및 네트워크를 기반으로 하는 일차의료 서비스는 복잡한 케어가 필요한 사람들에게 환자 중심이고, 잘 조정되어 단절 없는 관리를 제공하는 데 적합하다. 환자 중심의 일차의료 모델은 다음 네 가지 특성을 충족해야 한다.

- 일차의료 전문가들의 다양한 조합에 의한 다학제적 진료
- 커뮤니티에서 제공되는 포괄적인 보건 서비스
- 개인과 커뮤니티의 사전 예방적 관리를 실행하기 위한 위험의 계층화 (risk stratification)에 기반한 인구 기반의 건강관리
- 의사결정에 환자의 참여(shared decision making)

이러한 시스템을 도입한 사례로, 캐나다의 몇 개 주에서 시행하고 있는 “My Health Team”을 들 수 있다. 이 팀은 의사, 전문간호사(NP), 기타 의료전문인으로 구성되어 포괄적이고 조정된 진료를 제공한다. 위험의 계층화는 커뮤니티의 건강과 위험 프로파일을 이해하는 데 활용되고, 견고한 EHR(전자건강기록)이 이러한 모델을 잘 작동하게 하는 핵심적인 수단이다.

그리고 디지털 기술의 활용은 사전예방적인 진료와 원격지 진료를 가능하게 한다. 영국, 프랑스, 독일에서는 디지털 상담과 원격지 자문(tele-expertise)³⁾을 활용하여 낙후지역의 일차의료 접근성을 높였다. 그리고 캐나다와 미국에서는 홈모니터링과 e-patient portal⁴⁾을 활용하여, 환자들이 자신의 건강정보에 접근하고 환자의 건강상태를 담당 의사가 관리할 수 있게 한다.

셋째, 일차의료를 지원하는 적절한 인센티브를 제공해야 한다. 일차의료의 질을 향상하기 위해서는 보상이 따라야 하고, 의료제공자들 간의 원활한 협의가 권장되어야 한다. OECD 국가 중 13개국이 양질의 일차의료를 권장하기 위한 새로운 지불보상 방식을 운영하고 있다. 이러한 지불보상은 특정한 지역이나 분야에 적용되고, 시스템 전체에 적용되지는 않았다. 구체적으로, 네 가지 방식이 주로 도입되었다. 첫째, 진료조정(care co-ordination), 예방 혹은 질병관리를 포함한 특정한 활동에 대해 지불보상을 한다(일본, 이태리, 프랑스). 둘째, 양질의 진료에 대해 보상하는 성과기반보상이다(payment-for-performance: P4P). 최근에는 지역 약사

3) Tele-expertise는 환자의 의료기록에 대해 멀리 떨어져 있는 여러 동료 전문가들의 의견을 구하는 것이다.

4) e-patient portal은 스스로 자신의 건강관리를 할 수 있는 온라인 웹사이트이다. 포털을 통해 자신의 의료이용 이력(담당 의사, 검사결과, 청구내역, 처방 등)을 추적할 수 있고, 또한 포털을 통해 담당 의사에게 이메일로 질문할 수 있다. 자신이 계정을 만들고 패스워드로 관리함으로써 프라이버시와 안전성을 담보할 수 있다.

의 역할을 확대하였다(영국). 셋째, 묶음지불보상(bundled payment)이다. 즉 일정한 기간에 여러 의료제공자들에게 받은 서비스의 비용을 포괄하여 만성질환자 1인당 지불보상액을 정하는 것이다. 넷째, 인구 기반의 지불보상이다(population based-payment). 일정한 그룹의 인구집단에 대해 일차의료 의사, 전문의, 진료 네트워크 혹은 병원이 서비스를 제공하는 데 대해 지불보상하는 것이다(독일, 미국의 메디컬홈). 이 중에서 P4P가 가장 많이 채택되고, 다음으로 예방과 조정에 대한 지불보상, 묶음형 지불보상, 인구 기반 지불보상의 순이다.

그런데 일차의료의 질과 사람(환자) 중심성에 대한 올바른 측정이 중요한데, 이에 대해 알려진 바는 많지 않다. 대부분의 지표는 투입과 이용에 관한 것들이다. 결과 지표로는 회피가능입원율(avoidable hospitalization)과 적절한 처방 정도가 있다. 환자경험 지표인 PREMs(patient reported experience measures)는 환자의 욕구와 선호를 측정하지만, 단지 18개국 정도만 비교 가능하다. 그나마 영국과 미국만이 진료 현장에서의 PREMs 자료를 수집하고 있다(미국의 CAHPs(consumer assessment of health care providers and systems), 영국의 GP Patient Survey). 최근에 OECD에서 시작하는 PaRIS(Patient-reported Indicator Survey)는 만성질환자의 건강결과와 경험을 측정하는 데 유용할 것이다.

3. 코로나19의 대유행과 일차의료 영역에서 각국의 대응

2020년 초부터 코로나19가 발생한 상황에서 최근 OECD 국가들은 일차의료의 역할에 관심을 두고 대응하였다. OECD(2021)는 이러한 대응 상황을 정리하였다. 각국의 보건시스템은 코로나19 대유행에 대처하며 적응하고 있는데, 주로 위중증환자의 병원 수용력 확대에 초점이 맞춰져 왔다. 그러나 바이러스에 감염되지 않은 많은 사람들, 특히 만성질환 유병

자들은 코로나19 감염에 따른 합병증과 사망에 매우 취약할 뿐만 아니라 일상적이고 지속적인 진료를 받는 데 지장을 받고 있다. 따라서 예상하지 못한 공중보건의 위기에 대응하기 위해서 일차의료는 다학제팀으로 구성되고, 의료인력들 간의 혁신적인 역할 분담이 이루어지며, 커뮤니티 케어와 통합되어야 하고, 디지털 기술과 잘 설계된 인센티브를 활용해야 한다.

코로나19 대유행은 신체적, 정신적, 경제적, 사회적으로 큰 피해를 입히고 보건시스템에 엄청난 압박을 가하고 있다. 특히 만성질환자는 '이중적 위험'에 직면하게 되는데, 하나는 코로나19에 의한 합병증과 사망이고, 다른 하나는 의료시스템이 코로나 대응에 집중함으로써 필수진료를 제공하는 데에 차질을 빚게 되었고, 암질환의 진단, 화학요법 예약 및 병원 방문 횟수 등이 모두 줄게 된 것이다. 의료시스템이 바이러스 방역과 병원시스템의 효율적인 대응뿐 아니라 일차의료 영역에서의 위기에 탄력적으로 대처하려면 모든 의료시스템의 일선 현장에 해당하는 견고한 일차의료와 커뮤니티 케어가 필수적이다. 일차의료의 제대로 작동하면 전체 보건의료시스템이 겪는 압박을 완화하게 되고, 팬데믹의 위기 상황 전후에 걸쳐 포괄적이고 예방적인 관리가 가능해진다. OECD 국가별로 대응 사례를 보면 다음과 같다.

팀 기반의 진료와 커뮤니티 서비스와의 탄탄한 연계를 통해 일차의료 서비스의 제공체계를 재조직화한 국가는 프랑스, 아이슬란드, 아일랜드, 슬로베니아, 영국이다. 가정 기반의 프로그램을 확대하여 모든 환자의 진료 접근성을 향상시킨 국가는 캐나다, 스페인, 미국이고, 이들은 병원에 대한 압박을 완화하였다.

일차의료의 업무와 책임을 재배치한 유형이 있다. 특히 지역사회 약사들에게 만성질환자에 대한 의약품 처방 권한을 부여한 국가들로 프랑스, 아일랜드, 포르투갈, 미국이 있다.

e-Health 및 원격의료 같은 디지털 도구 및 시스템을 활용한 유형으로는 새로운 법률 제정(예, 에스토니아, 폴란드), 새로운 원격의료 서비스를 제공(예, 캐나다, 슬로바키아 공화국) 또는 새로운 지침과 규정을 마련(예, 벨기에, 프랑스, 일본)한 사례가 있다. 디지털 도구는 만성질환자에 대한 지속적인 진료 유지와 바이러스 확산을 억제하기 위한 원거리에서의 환자 분류, 환자 지원 및 치료에 도움이 되었다.

과로와 고위험에 직면한 일차의료 서비스 제공(원격 상담이나 가정 방문)을 위한 추가적인 보상(예, 네덜란드, 독일 또는 이탈리아) 또는 위생 및 안전 조치가 시행되었다(독일, 영국).

코로나19의 유행 기간에 지속적인 진료와 가장 취약한 사람들을 지원하기 위한 원격의료 및 디지털 도구의 개발이 이루어졌다(OECD, 2020). 코로나19 대유행 이전에는 OECD에서 디지털 기술의 전면적 사용이 일반적이지 않았지만 현재는 디지털 전환의 가속화가 두드러지고 있다. 많은 나라에서 가벼운 증상을 가진 사람들은 집에서 의료 상담을 받을 수 있고, 다른 사람들에게 감염되는 것을 피할 수 있으며, 의료시스템의 역량을 중증환자와 심각한 건강 상태에 있는 사람들을 위해 활용할 수 있도록 한다. 노르웨이에서는 일차의료 분야에서 디지털 상담 비중이 코로나19 발생 이전 5%에서 전염병 발생 기간에는 거의 60%로 증가했다. 이와 유사하게 프랑스에서도 원격 컨설팅이 2020년 3월 이전에는 주당 1만 건이었는데 4월에는 주당 1백만 건 가까이 실시되었다. 독일에서 3월에 약 19,500건의 원격 상담이 수행되었는데, 이는 1월과 2월 월평균 1,700건의 원격 상담과 비교되었다(OECD, 2020).

전체적으로 원격의료 서비스는 코로나19 전염병(2020년 6월 기준) 기간 동안 23개국에서 제공되었다(OECD, 2020). 코로나19 대유행의 첫 물결 동안 원격진료를 확대하기 위한 몇 가지 전략이 채택되었다. 새로운

법을 제정(코스타리카, 페루, 에스토니아, 폴란드), 원격의료 제공자에 대한 지불 확대(캐나다, 에스토니아, 슬로바키아, 폴란드, 일본, 벨기에, 호주), 새로운 지침과 규정 마련(벨기에, 캐나다, 캐나다, 프랑스, 미국, 일본), 새로운 원격의료 서비스 설계(캐나다, 슬로바키아, 이스라엘, 터키, 룩셈부르크, 브라질, 칠레, 스페인) 등이다.

프랑스에서 환자들은 과거에 그 의사와 직접 상담한 적이 있든 없든 원격진료를 하는 의사에게 원격진료를 받을 수 있는 권한이 있다. 독일은 전통적인 대면 외래진료와 같은 규제를 완화했다. 의사들이 처방전, 의뢰서, 진단서 등을 디지털이나 전화로 발급하거나 갱신하고, 영상 상담을 제공할 수 있도록 하는 임시 조항이 도입됐다. 어쨌든 원격진료를 확대하려면 높은 수준의 정치적 의지와 지지가 필요하다. 예를 들어, 캐나다 연방 정부는 디지털 플랫폼과 애플리케이션을 만들고, 가상적인 정신건강 지원에 대한 접근성을 개선하며, 취약한 지역주민에게 제공하는 프로젝트를 포함하여 의료서비스를 가상으로 제공할 수 있는 역량을 확장하기 위해 새로운 투자를 감행하였다. 가정용 모니터링, ePatient 포털 및 자가 관리 애플리케이션 같은 E-Health 애플리케이션은 전염병 발생 시 의료 연속성을 유지하고 주요 의료서비스를 제공하는 데 도움이 된다.

한국과 이스라엘은 웨어러블과 통신 기술을 활용해 가정에서 코로나 19 환자를 원격으로 모니터링해 악화 징후를 포착하고 질병의 발생 방식에 대한 연구자들의 이해를 돕는다(OECD, 2020). 독일에서는 사람들이 코로나19의 증상과 불확실성을 평가할 수 있도록 지원하는 온라인 도구를 활용하였다. 이는 초기 상황 발생 시 조기에 평가를 받을 수 있게 해준다. 프랑스에서, AP-HP 병원 그룹의 코로나19 의료 센터는 설문지를 통한 가정 기반 원격 모니터링의 혜택을 받을 수 있도록 e-Health 애플리케이션 Covidom을 개발하였다. 이는 입원이 필요 없는 환자에 대한 대

책으로 활용되고, 병원에 대한 압박을 완화하고, 의사들이 더 심각한 환자에 집중할 수 있도록 하였다(AP-HP, 2020). 정신건강 분야에서 캐나다는 웰니스 투게더(Wellness Together) 애플리케이션을 사용하여 정신건강 전문가와 함께 정신건강 및 물질적 지원과 상담을 제공하였다.

제3절 일차보건의료 사례

각국의 보건의료체계가 우리나라와 상이하기 때문에 외국의 일차의료 사례에서 우리가 시사점을 얻기는 쉽지 않다. 그렇지만 일차의료를 운영하는 구체적인 방법에서 우리가 참고할 점이 있을 것이다. 국가보건서비스 방식의 국가로는 영국, 캐나다, 호주, 스웨덴 등 북구유럽 국가들이 있다. 이들 국가는 재원조달을 조세에 의존한다. 이 중 캐나다, 호주, 스웨덴 등은 연방제를 채택하여 주 정부가 독자적으로 제도를 운영하는 특징이 있다. 사회보험 방식의 국가로는 독일, 프랑스, 벨기에, 네덜란드 등이 있다. 이들 국가군은 보험자와 공급자 간의 계약에 의해 제도가 운영되는 특징이 있다. 물론 양자 간의 계약은 지역 단위와 국가 단위로 이루어진다. 사회보험 방식의 국가들도 근래에 올수록 정부의 개입이 강화되고 있다. 동아시아 국가군으로 일본, 대만, 싱가포르가 있다. 일본과 대만은 사회보험 방식이고, 싱가포르는 국가보건서비스 방식과 의료저축 방식을 혼합한 방식이다. 이들 국가군은 유럽 국가군과의 의료공급 및 의료이용 체계가 다르고 동아시아 특유의 공통점을 가진다(황도경 외, 2016, p.269). 우리나라도 이러한 유형에 속한다. 동아시아 국가군의 공통 고민을 공유하면서 상호 교류하고 발전시켜나가는 것이 바람직할 것으로 본다. 마지막으로 미국은 사회보험 방식과 유사하며, 노인 대상 메디케어

제도와 민간건강보험 방식으로 이원화된 체제를 유지해 왔으나, 2010년 오바마 의료개혁법안이 통과되면서 민간 사회의료보험으로 변화하였다. 이러한 개혁에 의해 모든 근로자, 자영자, 지역주민은 의무적으로 민간보험사의 보험 상품에 가입하게 되었으며, 가입하지 않을 경우 벌금을 부과한다. 미국식 관리의료(managed care)는 ACO(accountable care organization)로 변화되었다(황도경 외, 2016, p.269).

다음으로 여러 국가의 일차의료 운영방식을 살펴보면서 우리나라가 참조하거나 우리에게 적용할 만한 사례를 보기로 한다.

1. 영국

영국은 거주지역 내의 일차 진료의(GP)를 주치의로 의무적으로 등록하는 의료전달체계를 가지고 있다. 우리나라에서 이러한 의무적인 제도를 따르는 것은 어렵지만, 주치의가 예방접종이나 금연 같은 포괄적 건강관리 서비스를 제공하는 방식으로 우리나라의 개원의에게도 유사한 역할을 부여할 수 있다(황도경 외, 2016, p.270). 영국의 일차 진료를 담당하는 GP는 통상 4~5명의 의사들로 구성되며, GP 자격은 의대 졸업 후 2년 기본 수련과 3년 전문훈련, 총 5년 수련 과정⁵⁾을 거쳐야 한다(황도경 외, 2016, p.270). 우리나라의 단과전문의 중심의 개원의에게 일차 진료의 역할을 부여하려면 자신의 전문의 자격 이외에 일차 진료에 필요한 교육을 이수하고 자격을 부여하는 것이 적절할 것이다. 또한 환자가 등록한 후 지속적으로 진료를 받는 일차 진료의사의 역할을 하게 될 경우 환자당

5) GPSTP(GP Specialty Training Program containing)는 산부인과, 소아과, 노인과, 사고 및 응급과, 정신과 같은 병원 전문과를 혼합하여 18개월 동안 Specialty Registrar (우리나라의 레지던트)로서 일하고, 이후 18개월은 일반의 진료소에서 GP Specialty Registrar로서 일함.

일정한 수가 보상이 수반되어야 한다.

영국의 GP는 인두제 이외에 만성질환에 대한 성과지불 방식(P4P)이 적용된다.⁶⁾ 우리나라에 주치의가 도입될 경우 성과지불 방식(P4P)에 의한 추가 보상이 필요하다. 일차의료에 대한 지불보상은 총액계약제를 기본으로 하며, 일차의료의 질에 기반한 보상제도(QOF)로 보완한다. QOF 지불이 총지불보상액의 30% 정도를 차지한다. 일차의료는 정부 소유의 244개의 병원 트러스트에서 제공하며, 병원의 진료 활동량에 비례하여 보상하는 비용-수량 계약 방식(PbR)을 적용한다.

지역별로 일차의료의 관리를 위해 임상 의사그룹(CCGs, Clinical Commissioning Groups)을 운영하고 있는데, 이는 일차의료 관리의 상당 부분을 임상 의사집단에게 맡긴 것이다. 특히 이 그룹에서는 공공보건, 의료, 장기요양 간 연계와 협력을 강화하고 있으며, 이를 위해 지자체에 보건복지위원회를 설립하였다. 위원회에는 지자체 공공보건 담당자, 임상 의사그룹, 장기요양담당자로 구성되며, 이들이 협의하여 운영한다. 우리나라의 경우 중앙정부 중심의 건강보험, 장기요양보험, 공공보건의 관리 권한과 책임을 광역지자체와 기초지자체에 위임하고 지자체 내에서 의료-장기요양-공공보건-사회서비스 등을 효과적으로 연계하여 일차의료 제공을 위한 방안을 고민해볼 수 있다(황도경 외, 2016, p. 272).

2. 캐나다

캐나다의 일차의료는 GP인 가정의(family doctor)에서 시작되며, 가정의는 지역보건소나 병원 또는 병원 외래부서와 제휴하여 진료한다. 지

6) 일반의(GP)의 수입 구성은 75% 인두제, 20%는 성과급(pay-for-performance, P4P), 5%는 특별서비스 제공에 대한 계약에 의한 수입임.

역보건소를 통해서 일차보건의료가 일부 행해지기도 한다. 다만, 지역보건소는 치료 중심이라기보다는 건강증진과 예방 서비스를 중심으로 지역주민의 건강을 관리한다. 주 정부는 건강센터(health center)를 설립하여 포괄적일 일차의료서비스를 제공하기 위한 다양한 사업을 수행하고 있으나, 캐나다의 일차의료는 여전히 민간의 개업의사(가정의 또는 일반의)가 담당한다. 캐나다의 공중보건(public health service)은 전염성 질환의 관리, 공중위생, 보건교육의 보급을 위해 설립되었으나 전염성 질환의 발생이 줄어들면서 근래에는 만성질환의 예방, 사고의 예방, 공중보건 위기 대처, 건강증진 및 예방접종에 중점을 두고 있다(황도경 외, 2016, p.273). 한편 정신과 진료는 과거 병원 중심이었으나 점차 일차의료에서 담당하고 있다.

건강증진 및 질병 예방 활동은 지역보건소의 고유한 영역이지만 일차의료에서 이러한 활동을 포함하기도 한다. 캐나다 역시 다른 국가들과 마찬가지로 일차 진료는 개별 GP 또는 GP팀을 기반으로 한다. 환자가 자유롭게 GP를 변경할 수 있지만 대부분은 한 의사 또는 의사 그룹과 지속적인 관계를 유지한다. GP에 대한 환자 등록 요건은 지역에 따라 다르지만, 엄격한 등록을 요구하지는 않는다. 그런데 주치의제도는 근래에 쇠퇴하는 경향이 있다.

한편 간호사가 주도하는 일차 진료는 북부 지역 및 원주민 커뮤니티의 주요 진료 모델이 되었는데, 예를 들어, 온타리오에는 주 정부가 자금을 지원하는 43개 간호소와 연방정부가 지원하는 29개 간호소가 있다.

캐나다에서도 의료전문가들 간의 팀 기반 관리를 지향하는 움직임이 있었지만 개인 또는 소규모 그룹의 진료 방식으로 일하는 GP가 지속적으로 지배하였다. 또한, 일차 진료에서 간호사, 조산사, 지역 약사의 비중이 증가했지만, 이들의 역할은 여전히 매우 제한적이다.

3. 호주

호주의 의료전달체계에서는 일차의료를 담당하는 GP가 전문의에게 진료 의뢰를 하는데, 입원 대기 기간이 길어짐에 따라 민간 환자(private patient)로서 대기 기간이 짧은 민간건강보험을 활성화하였다. 또한 공적 건강보험에 대한 재정적 압박으로 정부는 세금과 보조금을 지원해 민간건강보험 가입을 권장하고 있다. 민간보험은 환자가 자유롭게 진료를 받을 의사를 선택할 수 있고, 입원 시 개인 병실을 선택할 수 있다. 2012년 기준 공적 건강보험인 메디케어 가입자 중 46.5%가 민간건강보험에 가입되어 있으며, 이로 인해 의료이용에서 소득계층 간 격차가 벌어질 수밖에 없다(황도경 외, 2016, p.274). 민간보험이 활성화되면서 정부는 민간보험에 대한 통제를 강화하였다. 보험사가 가입자 위험도를 선별하거나 위험도에 비례해 보험료 차등을 두지 못하도록 규제하였다. 또한 정부는 공보험 재정 압박과 환자 대기 문제를 해결하기 위해 민간보험을 촉진하는 동시에 민간보험이 국민에게 미칠 부작용을 줄이기 위한 장치인 독립된 '민간건강보험 관리 위원회'를 설립하였다. 그럼에도 불구하고 민간건강보험 비중이 증가하면 의료이용에서 소득계층 간 격차가 발생하고, 민간건강보험을 보유하지 못하는 저소득층의 의료이용은 상당한 제한을 받게 될 것이다.

대부분 주에서 보건의료서비스 전달과 관련해 정부의 역할은 줄이고 비정부 부문과 민간 역할을 늘려 공공-민간 파트너십을 발전시키고 있다(황도경 외, 2016, p.274).

호주의 의료전달체계와 관련하여 몇 가지 시사하는 바는 다음과 같다. 첫 번째, 호주 국민이라면 누구나 진료와 처방기록, 의약품 부작용, 알러지 등 의료정보를 일반의, 전문의, 병원이 참고할 수 있도록 온라인 전자

의무기록시스템에 등록할지 여부를 선택할 수 있다(황도경 외, 2016, p.275). 만성질환 노인이 시스템에 등록하면 효율적인 질병관리가 가능하게 된다. 두 번째, 텔레헬스가 활성화되어 있다. 전화상담, 24시간 무료 건강상담 서비스(Health Direct Australian)를 제공하는데, 이를 통해 불필요한 방문을 줄일 수 있다. 전화상담을 통해 자가 건강관리를 지원하며, 인터넷을 통해 의료기관과 환자 주거지 간 의료정보를 교류할 수 있다. 이와 같이 호주는 일차의료를 강화하기 위해 일차의료기관들의 네트워크라고 할 수 있는 메디케어로컬을 조성하였다. GP 근무시간 이후에 진료상담이 필요한 경우에는 'After hours GP helpline'을 운영하고 있다(황도경 외, 2016, p.275). 대부분의 일차의료는 GP들의 집단개원 형태이다. 2000~2010년간 1인 GP가 운영하는 의원 수의 비중은 19%에서 9%로 감소한 반면에 10인 이상 GP들이 운영하는 의원 수의 비중은 10%에서 20%로 증가하여 대형화되고 있다(황도경 외, 2016, p.275). 한편 전문간호사 수는 2003년 3,300명에서 2009년 10,100명으로 증가하여 부족한 의사인력을 대체하는 역할을 강화하고 있다(황도경 외, 2016, p.275).

일차의료를 강화하기 위해 메디케어에서는 만성질환 관리를 강조하는데, 먼저 PIP(Practice Incentive Program)의 일환으로 인센티브를 제공해 행위수가제를 보완한다. PIP 프로그램을 통해 환자 정보 관리부터 학생 건강 교육, 농촌 진료, 야간 진료 등에 일정한 유인체계를 마련한다. 이와 더불어 SIP(Service Incentive Program)를 제공한다. 환자가 만성질환프로그램에 등록하고 자신의 정보를 제공했을 경우 환자당 정액(1A\$)을 지불하고, 매년 당뇨프로그램을 완수했을 경우 40A\$를 지원하며, 프로그램을 완수한 환자 수가 일정한 목표치를 달성했을 경우 20A\$를 지원한다(황도경 외, 2016, p.276). 이외에도 호주는 일차의료를 강화하기 위해

다른 선진국에서도 시행하는 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management) 과 GP 정신건강관리프로그램(GP Mental Health Treatment Program) 등을 운영하고 있다.

한편 일차의료 제공자인 GP, 지역사회 간호사, 완화의료 전문가에 의해 완화의료가 제공되는데, 호스피스 병동이나 환자 가정, 노인주거복지 시설 등에서 주로 제공되며 민간병원보다는 공공병원에서 제공되는 경우가 많다(황도경 외, 2016, p.276).

4. 스웨덴

스웨덴의 의료전달체계는 1, 2, 3차 의료기관으로 구분되어 있다. 일차의료 구성원은 약 4~6명 주치의와 간호사, 조산사, 물리치료사, 정신상담사, 산부인과 의사 등과 같은 의료전문인력들로 구성된다(황도경 외, 2016, p.277). 주치의 1인이 운영하는 일차의료는 매우 드물다. 이는 우리나라의 개원의가 일차의료의 역할을 하기에는 한계가 있음을 시사한다. 일차의료에서는 전문 의료장비가 필요하지 않은 진료를 보며, 건강검진 및 상담, 어린이 대상 예방접종 등을 수행한다. 스웨덴에서는 주치의 제도가 엄격하게 운영되지는 않는데, 환자가 주치의를 자유롭게 선택할 수 있으며, 의뢰서 없이도 2, 3차 의료기관에서 진료받을 수 있다. 다만, 2010년부터 스톡홀름을 제외한 지역의 경우 주치의 등록이 의무화되었다. 어린이는 통상 2차 병원 외래에서 소아과 전문의 또는 일차의료기관의 간호사에게 진료받는 것이 이채롭다.

일차의료기관은 전국에 1,100여 개가 있고 민영의료기관이 약 1/3을 차지한다. 금연, 절주, 신체활동, 영양 등 건강위험요인들을 증재하는 상담을 하도록 권장된다. 일부 광역자치단체에서는 사례관리 또는 질병관

리 같은 프로그램이 개발되고 있다. 한편 일차의료기관의 간호사에게는 일차의료 제공자로서 상당한 역할을 부여하고 있는데, 의사의 감독하에 제한적으로 처방전을 발행할 수 있고, 어린이에게는 제한적으로 진료 서비스를 제공하며, 노인에 대한 가정 간호 서비스를 제공하기도 한다. 스웨덴의 2차 의료기관은 2016년 기준 전국 약 70개로, 병원 수준의 전문 의료장비를 보유하고 있고 입원 및 외래진료, 응급진료를 제공한다(황도경 외, 2016, p.277).

3차 의료기관은 2016년 기준 6개 진료권에 7개의 대학병원이 있다(황도경 외, 2016, p.277). 스웨덴에서는 2, 3차 의료기관에서 당일 입·퇴원하는 비중이 높는데, 2008년 기준 전체 수술의 약 30% 비중이다. 비공식적 간병(informal care)은 가족이나 친척이 간병서비스를 제공하는 경우로, 기초자치단체가 관할하여 급여를 제공할 수 있다. 환자가 퇴원한 이후 재활이나 생활보조 등은 기초자치단체(commune)에서 담당하도록 되어 있는데, 스웨덴의 보건의료는 광역자치단체와 기초자치단체의 역할이 큰 것이 특징이다(황도경 외, 2016, pp.277-278).

스웨덴은 다른 유럽 국가와 유사하게 환자 대기시간이 문제가 되어 2005년에 '0-7-90-90'이라는 규칙을 만들었다. 의료서비스에 즉시 접근 가능하고(0일), 7일 이내에 주치의 진료를 받고, 이후 90일 이내에 전문의 진료, 다시 90일 이내에 치료를 받을 수 있는 규칙이다. 이에 따라 환자는 진료 대기 없이 치료를 원할 경우 직접 민영병원을 방문하여 본인 부담 또는 민영보험으로 진료를 받을 수 있다. 다만, 해당 민영보험 가입자는 일부 소수이다(황도경 외, 2016, p.278).

5. 독일

독일의 일차의료기관은 GP나 주치의, 병원 외래의사, 공공 외래의료기관이 해당하며, 2차 의료기관은 외래전문의나 병원, 3차 의료기관은 특정 종합병원과 센터가 해당한다(황도경 외, 2016, p.279). 진료 의뢰와 회송이 원활하게 이루어지지만, 강제적이지는 않다. 주치의는 건강보험조합과 계약관계이고, 환자에게 주치의 중심의 진료계획인 질병관리프로그램(DMP, Disease Management Program)을 제공할 의무를 지닌다(황도경 외, 2016, p. 280). 2002년 도입된 DMP는 만성질환 관리 통합 서비스를 제공하여 의료의 질 향상과 의료비용 절감을 목표로 하고, 연방보험청의 품질인증을 받아야 하며, 환자의 프로그램에 자유롭게 참여할 수 있다(황도경 외, 2016, p. 280). 주치의를 정하고 질병관리프로그램에 참여할 경우 가입자에게 일정액을 환급해주거나 보험료를 할인하는 인센티브를 부여한다. 그러나 산부인과, 안과에서는 주치의제도가 적용되지 않는다. 주치의들은 DMP 참여 여부를 결정하고, 참여할 경우 교육 이수 후 인센티브를 받는다. 이렇게 DMP에 참여하는 GP 비율은 지역에 따라 다르지만 통상 60~80%이다(황도경 외, 2016, p.280). 참여 시 보험의사협회에서 제공하는 임상진료지침과 교육프로그램을 따르며, 건강보험조합이 프로그램을 관리한다. DMP에는 당뇨병, 심혈관질환, 알레르기성 천식, 유방암, COPD 등이 포함된다. DMP 참여 의사는 환자 진료기록을 3개월 주기마다 보험의사협회에 보내고, 협회는 각 의사의 평가 보고서를 작성하여 피드백을 하는데, 여기에는 DMP 참여 의사와 비참여 의사 간의 진료성과 비교가 포함된다. 독일의 주치의제도와 환자 관리시스템은 강제성을 띠지 않고, 의사와 가입자 간에 인센티브를 부여하여 참여를 유도하며, 보험의사협회가 적극적인 역할을 한다는 점에서 시사하는 바가 크다.

한편 지역보험조합인 AOK에서는 환자를 대신하여 진료를 예약하고 환자를 의뢰하는 역할을 하며, 의사 진단에 대한 2차 소견(second opinion)을 제공하는 것과 함께 24시간 콜센터도 운영한다. 또한 전자건강기록(EHR, Electronic Health Record)을 통해 환자의 만족도, 수술 후 합병증이나 재발생률 등을 조사한다. 1995년부터 도입된 전자건강카드(EGK)는, 2013년 기준 95%가 카드를 사용하였고, 2014년부터 완전히 도입되었다(황도경 외, 2016, p.281).

독일의 건강보험은 사회보험(SHI)과 민영보험으로 이원화되어 있다. 사회보험은 일정 소득 이하의 근로자 및 자영자가 가입되어 있고, 민영보험에는 공무원과 고소득 자영자들이 가입한다. 일차 진료에서는 여전히 단독 개원 방식이 지배적이지만, 지난 10년 동안 다양한 전문분야를 아우르는 의료 센터에서 일하는 집단 진료 형태가 생겨났다.

독일은 GP에 접근할 수 있는 외래진료 체계가 잘 구축되어 있다. 대부분의 주민이 1.5km 이내의 GP에 접근할 수 있다. 환자들은 거의 무료로 개업의나 전문의를 선택할 수 있고 의뢰 없이 직접 접근할 수 있다. 일차 진료 의사가 진료를 주도해 왔지만, 최근에는 여러 진료 부문을 갖춘 의료센터 같은 더 협력적인 구조의 진료 형태를 지향하는 경향이 있다. 하지만 팀에서의 기술 혼합과 팀 조직력은 지금까지는 작은 역할을 해왔다.

독일은 전통적으로 외래 일차 진료와 전문 진료가 엄격하게 분리되어 있고, 다른 한편으로는 외래 및 입원진료가 분할되고 조정되지 않은 상태에서 서비스를 제공해왔다. 따라서 조정과 협업을 강화하기 위해 지난 20년 동안 인센티브를 제공했지만, 외래진료의 품질은 다른 유럽 국가들에 비해 여전히 중간 수준에 불과하다.

6. 프랑스

프랑스는 일차의료 중심의 의료체계를 개편하면서 통합적 의료서비스 제공체계를 강화하였고, 지역 특수성이 반영된 정책으로 개편하였다.

2005년 7월에 주치의제도를 전면 도입하였는데, 이것이 가입자가 자신이 선택한 주치의에게 진료를 받는 첫 시작이었다. 주치의는 예방의료와 건강증진에 기여하며, 환자의 개인의료기록부를 작성한다. 환자에게 의료기록을 모두 제공해야 한다. 2008년 기준, 가입자의 85%, 만성질환자의 96%가 주치의제도에 등록되어 있으며, 1년에 한 번에 한해 주치를 변경할 수 있다(최병호, 2016, p.17). 환자가 주치의에게 진료비용을 선불한 뒤 보험자로부터 공단협약수가의 70%를 환급받는다. 만약 주치의가 아닌 의사에게 진료를 받는 경우 해당 수가의 30%만 환급받으며, 산부인과 및 안과는 주치의 경로를 이탈할 수 있도록 예외를 두고 있다(황도경 외, 2016, p.282).⁷⁾ 주치의인 경우와 주치의가 아닌 경우에 환자 본인부담에 큰 차이가 발생하기 때문에 주치에게 등록할 유인은 매우 크고 강력하다. 우리나라의 경우, 진료비 선불제도와 주치의 진료비용 환급제도가 도입된다면 대부분 가입자들이 주치의 등록을 주저하지 않을 것이다. 프랑스 의사들이 어떻게 이런 제도 시행에 협조하였는지에 대한 면밀한 검토가 필요하다(황도경 외, 2016, pp.282-283).

통상 개원의 사무실에서 진료하지만 가정 방문도 개원의 업무의 약 15%를 차지한다. 의사의 업무 중 상담이 55%를 차지하며, 나머지는 진단 및 치료(특히 민간 영리 병원에서 수술)로 구성된다(김교현 외, 2016, p.87). 프랑스의 일차의료에서는 주치의가 문지기로서 환자 치료의 첫 단

7) 프랑스의 진료의사 유형은 두 가지로 나뉜다. 하나는 보험자와 의사단체가 체결한 협약수가를 준수해야 하는 의사로 전체 의사의 76%가 해당한다. 다른 하나는 의사가 자율적으로 수가를 정하는 경우로 전체 의사의 24%가 해당한다.

계를 담당할 뿐만 아니라 질병 예방, 지속적인 치료, 건강증진, 환자 의뢰, 환자 의료기록 작성 등 환자의 건강을 전반적으로 관리하고, 30가지 만성질환(affection de longue duree, ALD)에 해당하는 환자가 보험자에 등록된 경우 인두제를 시행하고 있다(김교현 외, 2016, p.88).

7. 벨기에

벨기에는 작은 나라이지만 다른 유럽 국가의 보건의료제도를 유연하게 받아들여 다양한 시스템을 독창적으로 운영하고 있다. 의료전달체계가 명확히 규율되어 있지 않고 환자가 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있지만, 현실에서는 1~2차 진료가 관행화되어 있다. 특히 일차 진료의 30%가 가정방문인 것이 특징이다. 일차 진료의 문지기 역할을 의무화하지는 않지만, 대부분(95%)이 단골 개원의를 통해 진료한다(황도경 외, 2016, p.285).

일차 진료를 강화하고자 1999년에 Global Medical File(이하 'GMF') 시스템을 구축하였다. GMF는 포괄적인 의료정보 파일이며, 환자 정보를 활용해 불필요하고 중복된 진료를 줄이고 모순된 처방을 방지한다. 환자가 GMF에 자율적으로 참여할 수 있고, 이때 정보관리료를 부담해야 하나 추후 보험공단에서 정보관리료를 상환받는다(황도경 외, 2016, p.285). GMF에 참여할 경우 본인부담금의 30%를 감면받고, 2차 진료를 의뢰할 경우 본인부담금이 더욱 경감된다. 전문의 진료는 본인부담률이 40%에서 15%로 경감되며, 외래 본인부담률은 개원의 25%, 왕진 35%, 전문의 40%로, 저소득자는 각각 10%, 15%, 20%를 지불한다. 선불상환제를 도입하여 환자의 잦은 방문을 억제하고 있으며, 일차의료가 부족한 지역의 개원의에게 기금을 지원해 의료사각지대를 해소하기 위해 노력하고 있다(황도경 외, 2016, pp.285-286).

일차 진료에서 통합재가서비스를 제공하는데, 만성질환자에게 다양한 정보를 제공하고 재가보호를 관리해준다. 2014년에 전자건강보험카드를 통합한 전자주민증은 사회보장제도의 자격 확인, 세금 및 진료 정보를 확인하는 log-in key 역할을 한다(황도경 외, 2016, p.286). 응급의료 부문에서는 100번의 응급콜을 통해 적절한 응급의료 가이드를 제공해주며, 특히 자동차 이동형 응급서비스(Mobile Urgency Group, 이하 'MUG')를 24시간 운영해 신속한 처치를 제공한다(최병호, 2016, p.16). MUG는 응급의료 전문간호사와 구급차 운전사가 Paramedical Intervention Team(이하 'PITs')을 구성한다. 2차 병원은 모든 직원에게 심폐소생술을 훈련할 책임을 갖고 있다(황도경 외, 2016, p.286).

“건강보험공단(NIHDI, 질병장애보험공단)에서 만성질환자추적센터(Observatory)를 설립하여 환자들을 모니터링한다(황도경 외, 2016, p.286).” 그리고 진료부문별 DB를 구축하여 진료행태와 처방의 패턴을 모니터링하며, 표준진료지침을 제공한다. 표준을 벗어난 진료를 한 의사나 병원에 소명을 요청하며 시정을 요구한다.

일차 진료를 담당하는 간호사의 약 3분의 2는 자영업자이고, 3분의 1은 가정간호 조직의 직원이다. 간호사들은 상처 처치와 당뇨병 관리 같은 만성질환이나 장애를 가진 사람들에게 서비스를 제공하고, 주입이나 튜브 급식을 제공하는 데 핵심적인 역할을 한다. 또한 약사는 의약품에 대한 조언을 제공하고, 처방전 없이 살 수 있는 제품을 알려주고, 환자를 의사에게 의뢰하는 첫 번째 연락 창구 역할을 할 수 있다.

집단 개원이 GP들 사이에서 인기를 끌고 있지만, 대부분의 GP들은 단독으로 개원한다. 또한 일부 GP는 네트워크에서 협업한다. 즉, 자신의 위치는 유지하지만 정기적인 연락을 취하며 의료 파일 공유와 관련한 합의를 맺고 있다.

환자가 직접 접근하고 의료전문가를 자유롭게 선택하는 것은 벨기에 일차 진료의 중요한 장점이다. 그러나 GP의 가용성이 고령화와 증가하는 복합만성질환에 대처하기에 충분한지에 대한 우려가 있다. 또한, GP의 평균 연령이 증가하고 있고 충분한 신규 GP가 공급되지 않는 문제가 있다.

8. 네덜란드

모든 국민은 주치의 등록을 의무적으로 해야 하며, 일차 주치의를 거쳐야 2차 진료를 받을 수 있다. 다만, 정신과, 산부인과, 직업병, 너싱홈 의사는 주치의제도의 예외로 인정된다. 국민은 의사(GP)를 자유롭게 선택할 수 있다. 일차 진료에 대해서는 기본적으로 인두제로 보상하며, 부가 서비스에 대해 행위별수가를 허용한다. 일차의료는 공동개원 형태가 많은데, 2012년 기준 2인 공동개원이 37.9%로 가장 많고, 3인 이상 공동개원 36.4%, 1인 개원 25.7% 순으로 나타난다. 주치의 1인당 등록환자 수는 평균 2,350명이다. 국민 1인당 연간 주치의 방문 수는 5회인데, 이는 우리나라에 비해 현저히 적은 수치이다. 일차의료 의사에게 매년 표준 임상지침을 제공하며 지속적인 교육이 이루어진다. 2차 전문의료서비스 기관으로는 일반병원, 대학병원, 특화병원(암센터 등), 중증외상센터가 있다. 특히 네덜란드의 특징으로 당일 입퇴원 진료를 전문으로 하는 외래 전문의료서비스(outpatient specialty clinics)가 특화되어 있다. 1994~2005년간 당일 입원진료 건이 두 배 증가하는 동안 평균 재원일수는 낮아졌고 입원 건수는 증가하지 않았다. 우리나라에서 주치의제도를 도입하기 위해서는 공동개원 형태가 많아져야 하고, 임상진료지침의 개발이 중요한 과제임을 네덜란드의 사례에서도 확인할 수 있다. 개원의와 병원의 중간 형태로서 당일 입퇴원을 전문으로 하는 의료기관의 활성화를 고려해볼 만하다(황도경 외, 2016. pp.287-288).

질병은 “예방(위험군), 진단(질병진행군), 치료(질환자), 관리(만성질환자), 고통 완화(의학 치료가 무의미한 경우)”의 다섯 가지로 구분된다. 질병관리프로그램(DMP)을 운영하며, 당뇨, 고혈압, 심부전, 천식, 만성폐쇄성폐질환, 만성관절장애, 뇌혈관질환, 요통을 대상 질환으로 정하고 있다. 예방서비스로는 영양, 금연, 교육, 운동 등이 있으며, 호스피스도 제공된다. 간호사가 큰 역할을 하는데, 퇴원 후 독립적인 생활이 어려운 환자를 관리하고 일정한 범위 내에서 약 처방을 변경할 권한까지 갖고 있다. 즉, 간호사가 병원과 지역사회 서비스를 잇는 가교 역할을 하는 것이다. 의사가 부족한 우리나라 상황을 고려하면, 의사가 부족한 지역이나 의사의 역할이 미비한 진료영역에서 간호사의 역할을 강화할 필요가 있겠다(황도경 외, 2016. p.288).

한편 건강검진, 예방접종, 환경보건, 건강증진 등 공중보건서비스는 지방자치단체의 책임으로 운영되고 있다. 일차의료에서 예방접종, 건강검진, 건강증진 등의 서비스를 제공하는 다른 국가들과는 달리 지방자치단체의 공중보건서비스 영역을 규정하고 있다(황도경 외, 2016. p.288).

네덜란드에서 GP는 의료시스템에서 중추적인 역할을 한다. 병원 치료 및 전문가 진료(응급 치료는 제외)는 대부분 GP의 의뢰를 받아야만 접근할 수 있다. GP는 환자를 거부할 권리가 있는데, 환자가 관행과 너무 동떨어져 있거나 GP가 이미 환자를 너무 많이 보유하고 있는 경우에 거부할 수 있다. 인구의 거의 100%가 집에서 15분 이내에 GP에 도달할 수 있다(Deuning, 2013). GP는 통상 당뇨병, COPD, 천식 및 심혈관 위험, 정신질환 같은 만성질환을 관리한다. 야간과 주말에는 대규모의 GP 협동조합(이하 ‘GP 포스트’)이 근무시간 외 GP 관리를 담당한다. GP 포스트에는 응급 치료를 위한 게이트키퍼 기능도 있다. 일부 응급 처치는 GP가 수행할 수 있으며 일부는 응급 병동에 문의한다.

네덜란드의 일차 진료 서비스는 다른 많은 유럽 국가의 일차 진료에 비해 매우 강하다. 최근 유럽의 일차 진료 품질 및 비용(QULICOPC) 연구에 따르면 네덜란드 GP는 다른 많은 국가의 GP에 비해 광범위한 서비스 프로파일을 가지고 있다. 국제 비교에서 네덜란드 환자들은 일반적으로 그들의 GP가 제공하는 관리에 만족하는 것으로 나타났는데, 이는 치료의 연속성과 접근성, GP와의 커뮤니케이션, 의사결정 관여도와 관련해 나타난 결과이다. 그러나 다른 많은 국가에서와 마찬가지로 GP와 협의하여 심리학 적 문제에 더 많은 관심을 가질 것을 희망한다(Schafer et al., 2015).

일차의료 제공자의 다른 예로는 물리치료사, 치과 의사, 조산사, 교정치료사, 심리학자 등이 있다. 치과 의사와 조산사들은 항상 직접 접근할 수 있었다. 물리치료사들은 2006년부터 직접 접근할 수 있게 되었지만, 환자들 중 절반은 GP의 의뢰를 받고 있고 나머지 절반은 의뢰 없이 물리치료사를 방문한다. 의뢰 없이 방문한 비율은 2010년 37%에서 2014년 47%로 증가하였다(Barten, Verberne & Koppes, 2015).

1990년대 후반부터 일차 진료에서 몇 가지 중요한 변화가 일어나고 있다. GP가 여전히 가장 중심적인 위치를 점하고 있지만, GP의 몇몇 업무가 다른 일차의료인력으로 옮겨졌다. 전문간호사가 중요한 새로운 전문가가 되었으며, 당뇨, COPD, 심혈관질환 환자 등 만성질환의 특정 범주를 돌보게 되었다. 게다가 GP는 더 이상 모든 형태의 관리에서 문지기가 아니다. 2006년에 물리치료사는 자유롭게 접근할 수 있게 되었고, 나중에 교정치료사들이 그 뒤를 따랐다. 2014년 이후에 더 많은 수의 정신질환이 GP의 책임이 되었다. 덜 심각한 정신질환은 종종 GP의 감독하에 정신 전문간호사가 처리한다. 간호사의 정신질환 부문에서의 역할은 2007년에 도입되었다. 2014년 네덜란드의 GP 진료의 중 88%는 정신질환 전문간호사를 두고 있었다(Magnee, Beurs & Verhaak, 2015).

가정간호치료(wikkverplegkundigen)는 지역 간호사가 제공한다. 지역 간호사는 고객의 요구를 평가하고 고객, 비공식 보호자, GP, 기타 의료전문가 및 고객 관리에 참여하는 사회복지사 간의 역할을 조정한다. 그들은 간병치료와 드레싱과 목욕 같은 개인적인 관리를 제공한다. 2015년부터 건강보험법에 따라 간병서비스를 제공하고 있다. 이전에는 장기요양서비스로 제공되었다.

9. 일본

주치의제도가 법제화되지는 않았지만 ‘단골의사’가 관행화되어 있다. 단골의사는 병원 내 의사, 진료소(개원의) 의사에서 정할 수 있으며 진료과목과 관계없이 운영된다. 2014년에 ‘지역포괄진료의사’라는 제도를 도입하고 지역포괄진료에 대해 수가를 가산하여 주치의사가 정착되기를 기대하고 있다. 일차의료를 담당하는 진료소의 의사는 예방접종, 건강진단 및 건강상담, 암검진, 모자보건, 학교 및 산업보건, 지역보건사업을 수행한다. 2차 의료기관으로 지역의 중핵병원을 두고 있다. 3차 의료는 대학병원과 센터 등이 해당한다. 지역의 중핵병원을 일차적인 주치의로 간주하는 환자들이 많은 것이 사실이다. 40세 이상의 65%가 주치의를 갖고 있고, 65~69세는 77.9%, 70~74세는 87.5%, 75세 이상은 88.6%가 주치의를 갖고 있다고 응답하여 실질적으로는 주치의가 상당 부분 생활화되어 있다.⁸⁾ 개호보험의 대상자로 인정받기 위해서는 주치의의 의견서가 필요하다.

8) 일본의사회 종합정책연구기구(2013). 단골의사 기능 강화를 위한 조사연구, 김도훈, 권진희, 유애정, 문용필(2014). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁 동향: 일본편. 국민건강보험공단 보고서에서 재인용.

일본은 의료와 장기요양을 연계하기 위해 노력을 기울여왔다. 2011년에는 사회보장·조세일체개혁법을 통해 가능한 한 오랜 시간 지역의 거주지에서 생활할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축하고자 했다. 2014년 6월 의료개호종합확보추진법에는 다음의 세 가지 내용을 포함했다. 첫째, 새로운 기금을 만들어 의료·개호의 연계를 강화한다. 둘째, 지역에서 효율적이고 효과적인 의료공급체계를 확보한다.⁹⁾ 셋째, 지역포괄케어시스템을 구축하고 비용부담을 형평화하도록 한다. 지역포괄케어시스템은 대상자 중심으로 일상생활권 내에서 주거, 예방, 의료, 개호 등의 연결이 지속되도록 지원하는 시스템이다. 이 시스템을 통해 분절화된 시스템에서 발생하는 중첩 비용을 줄여 재정부담을 완화하고자 했다(황도경 외, 2016, p.290).

일본의 ‘보건의료2035’ 정책비전에서는 지역 단골의사의 ‘가교(gate opener)’ 기능의 확립을 제시하였다(한국보건산업진흥원, 2016, p.14). 즉 의사는 환자가 자신의 상태나 가치관을 바탕으로 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 지원하는 ‘가교’ 기능을 해야 한다고 제시하였다. 이를 위해 향후 10년간 전 지역에서 종합적으로 진료하는 의사를 배치하는 체제를 구축하겠다고 밝혔다. 또 지역 단골의사의 진료를 포괄적으로 평가함으로써 단골의사의 진찰비용 부담에 대해 다른 의료기관 진찰과 차이를 두는 방안을 검토하였다. 재택 의료·간호는 사회적·경제적 부담이 크기 때문에 지역사회마다 시설입소와 임시간호¹⁰⁾ 관리, 주거환경 개선 등을 고려한 다양한 보건의료·간병서비스 방식을 검토하였다(한국보건산업진흥원, 2016, p.14).

9) “도지사는 지역의 의료수요에 대한 전망을 통해 2차 의료권별 의료기능의 장래 수요에 필요한 의료기능의 분화와 연계를 적절히 추진하기 위한 지역의료구상을 제출한다.”(황도경 외, 2016, p.290)

10) “중증 장애인을 돌보는 가족들이 잠시나마 휴식을 취할 수 있도록 간병인(caregiver)을 파견해주는 프로그램”(한국보건산업진흥원, 2016, p.14)

지역포괄진료 제도에 따라 거주자는 의뢰 절차 없이 저렴한 비용으로 전문가 서비스를 직접 이용할 수 있다. 이것은 지역 사람들에게 매우 편리한 시스템이며, 질병을 발견하고 전문가의 치료를 조기에 받을 수 있게 해주었다. 이 제도가 일본의 기대수명이 길어지게 하는 데 기여했을 것이다. 그러나 불필요한 의료서비스가 생성되어 의료비용이 크게 증가했을 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 전통적으로 일본의 GDP 대비 건강 지출은 상대적으로 낮았다는 점에 주목해야 한다.

그러나 일본은 여전히 유럽 국가들에 비해 일차의료의 짜임새가 조직화되어 있지 않고 관행화되어 있지도 않다. 여전히 전문의를 자유롭게 선택하여 의료서비스에 적시에 접근할 수 있는 치료 기회의 평등성이 특징이다. 이러한 장점에 반해 의료기관의 외래 방문은 혼잡하다. 치료를 받기 위한 공식적인 대기 행렬은 없지만 대기실에서 오랜 시간을 기다려야 한다. 하지만 그동안 대기시간 관련 민원이 거의 없었기 때문에 문제점으로 인식되지 않았다.

10. 대만

의원-지구병원(중소도시)-구역병원(대도시)-메디컬센터(대학병원)로 형식상 계층화되어 있으나, 계층 간 역할이 명확히 구분되어 있지는 않다(황도경 외, 2016, p.290). 환자가 자유롭게 의료기관을 선택할 수 있다. 일차의료기관 소속 의사의 의뢰제도가 있지만 유명무실하다. 의뢰하지 않을 경우 추가 부담해야 할 본인부담이 약 12달러(약 400원)에 불과하기 때문이다(황도경 외, 2016, pp.290-291).

일차의료를 강화하기 위해 사구(社區)의료군제도(PCCNs, Primary Community Care Networks)를 시작하였다. 2003년에 시범사업으로

도입한 가정의사제도로, 현재까지 실험을 계속하고 있다. 의원의 의사에게 주치의 역할을 부여하여 전인적인 건강관리를 하도록 한다. 가족구성원의 의료기록을 보관하고, 24시간 전화상담을 하며, 신속하게 상급기관에 진료 의뢰를 하며 상급기관에서 진료가 끝나면 다시 회송받는다. 주치의 등록자에게는 상급병원 진료 의뢰의 우선권을 준다. 지역 내 5개 이상 의원들이 지역사회 내 병원과 네트워크를 구축해 의료군을 형성할 수 있다. 인두제로 급여 총액을 계산하는데, 2013년 6월 기준 374개 의료군에 2,785개 의원이 참여하였다(전체 의원의 27.7%에 해당). 의사 수 기준으로는 3,343명이 참여하였으며, 이는 전체 의사 수의 23.3%에 해당한다. 등록환자 수는 200만 명 정도이며 계속해서 늘어나고 있다. 환자와 개원의는 가정의사제도에 자발적으로 참여할 수 있다(황도경 외, 2016, p.291).

11. 싱가포르

공공과 민간의 이원적인 의료공급체계를 이루고 있다. 일차의료의 80%는 민간의원(2,400개)에서 공급하고, 나머지 20%는 공공종합진료소(polyclinic) 18개가 담당한다. 2, 3차 의료의 대부분인 약 80%는 공공부문에서 공급하고(공공병원 7개, 공공전문센터 8개), 나머지 20%는 민간병원 10개가 담당한다(황도경 외, 2016, p.292).

일차의료에서 경증질환에 대한 비용은 환자가 전액 부담하는 것이 특징이다. 공공종합진료소를 통해 2차 공공병원을 이용할 경우 환자에게 보조금을 지원해준다. 종합진료소는 퇴원 후 팔로우업 케어, 예방접종, 건강검진, 보건교육, 약국 서비스를 제공한다. 종합진료소를 이용하면 비용의 50%를 감면받을 수 있고, 65세 이상 노인, 18세 미만 아동에게는 75%를 감면해주기 때문에 종합진료소 방문이 급격히 증가하였다. 종합

진료소에 대한 환자 쏠림을 해소하고 민간위원의 이용을 권장하기 위해 2012년에 거주지 기반 의료지원(Community Health Assist Scheme, 이하 'CHAS')을 도입하였다. 환자가 거주지 부근의 CHAS에 참여하는 GP와 치과의원에서 진료받는 경우에 정부가 보조금을 지급한다. 가구원 1인당 소득이 월 S\$1,800(약 150만 원) 이하인 가구에 보조금을 지급한다(황도경 외, 2016, pp.292-293).

통합의료시스템(Integrated Healthcare System)을 구축하였다. 싱가포르가 이 시스템을 구축한 것은 의사 수의 부족과 특수분야 전문의들이 증가함에 따른 문제를 해결하려는 의도가 크다. 의사 수가 부족하다 보니 의료자원 간 진료 연계를 통한 진료 수요가 늘어났고, 특수분야 전문의가 증가함에 따라 의료 분절화 현상이 심화하고, 비용도 증가하였기 때문이다(황도경 외, 2016, pp.294-295). “통합의료시스템은 연속형 의료공급시스템으로 권역별 종합병원을 중심으로 일차 진료소, 보건진료소, 급성병원, 너싱홈, 홈케어시설 등과 긴밀한 협조체제를 구축하고, 환자 진료기록(National Electronic Health Records, NEHR)을 공유한다”(황도경 외, 2016, p.295). 민간·공공병원 모두 이용할 수 있고, 환자와 의료종사자가 정보에 접근할 수 있다.

통합의료시스템은 만성질환자에게 유용한 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management Programs, 이하 'CDMPs')을 운영한다. CDMPs 참여 의료기관은 정부의 요구 자료를 정기적으로 제공해야 하며, 정부는 이러한 자료를 통해 근거 중심의 만성질환관리프로그램을 제공한다(황도경 외, 2016, p.295). “CDMPs의 대상 질환은 당뇨, 고혈압, 지질장애, 뇌졸중(2006년), 천식, 만성폐쇄성폐질환(2008년), 정신분열증, 우울증(2009년), 치매, 조울증(2011년)으로 확대되어 왔다”(황도경 외, 2016, p.295). 통합의료는 일차의료 강화에 중점을 두고 의

사 외 의료인력을 효율적으로 활용하고 있으며, 권역별 지역의료전달체계의 정립을 통해 구현되었다. 우리나라도 마찬가지로 의사 수가 부족하고 단과전문의 중심으로 개원의 시장이 형성된 분절적인 의료시스템을 갖고 있다. 통합의료의 필요성은 크지만, 이를 어떠한 방식으로 조직화할 것인가가 과제이다. CDMPs 참여 환자는 S\$30(약 2만 5천 원)의 기본 부담금을 내며, 그 외 금액의 15%가 본인부담이다(황도경 외, 2016, pp.295-296).

통합의료시스템에서 ACTION(Aged Care Transition)프로그램을 눈여겨볼 만하다. 노인이 병원에서 퇴원한 후 가정이나 지역사회에서 장기요양시설로 이행하는 과정을 지원하는 것이다. 먼저 환자에게 적합한 서비스를 구성한 후, 적합한 시설을 통해 환자의 삶의 질이 개선될 수 있도록 지원한다(황도경 외, 2016, p.296). ACTION팀은 간호사, 사회복지사, 보건전문인력 등 10명으로 구성되고, 권역별 중심병원에 상주한다. ACTION팀을 운영함으로써 이용자의 재입원율이 2009년 대비 2010년에 2.4%p 감소하였다(2009년 9.7%에서 2010년 7.3%로 감소). 재원일수는 43% 감소하였다(황도경 외, 2016, p.296).

종합진료소에서 CDMPs는 간호사, 전문간호사 혹은 케어매니저가 자가관리계획을 수립하면, 다학제팀으로 구성된 전문가들이 질환관리 프로토콜을 바탕으로 치료와 자가관리를 병행하는 방식으로 운영된다. 방문 예약부터 상담, 검사, 진단, 처방 등 일련의 상황을 정보시스템을 통해 ACTION팀이 치료 프로토콜과 건강관리의 방향을 설계한다(황도경 외, 2016, p.296).

싱가포르는 예방과 건강증진을 강조한다. 먼저 건강한 고령자 사업(Healthy Ageing)을 3단계에 걸쳐 추진하고 있다. 1단계는 건강한 삶을 유지하는 단계로 신체활동, 정신건강, 건강식단 및 체중관리 프로그램으로

짜여 있다. 2단계는 위험성 조기발견단계로 만성질환, 암, 신체기능성의 위험에 대한 선별검사를 수행한다. 3단계는 질병단계로 만성질환관리프로그램(CDMPs), 낙상 예방 등이 있다. 지역사회 기반 융합형 건강관리로서 지역사회 내 건강관리 프로그램을 통해 생활습관을 관리한다. 만성질환자는 민간의원, 종합진료소, 지역사회건강센터(Community Health Center, CHC)에서 진료를 받는다(황도경 외, 2016, p.297). 대상자가 종종 이용하는 쇼핑몰, 학교, 지역사회센터, 병원, 식당, 사업장 등과 파트너십을 맺어 건강을 관리하는 방안도 추진하고 있다(황도경 외, 2016, p.297).

12. 미국

미국의학회(IOM, Institute of Medicine)에서 정의하는 일차 진료란 가족 및 지역사회의 맥락에서 대부분의 개인 의료 요구를 책임지는 의료 전문가가 접근할 수 있는 통합 의료서비스의 제공과 환자와의 지속적인 파트너십으로 정의된다(IOM, 1996). 일차 진료의 4가지 요소로 (1) 의료 시스템과의 첫 접촉, (2) 시간에 따른 치료 지속성, (3) 질병이나 환자가 아닌 전체 환자에 대한 관심, (4) 관리 조정을 꼽는다(Starfield, 1998). 전문의 중심의 미국에서 일차 진료 분야는 통상 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과이다.

일차 진료 종사자에는 의사(MD 또는 DO), NP, PA, 간호사, 조산사가 포함된다. 2016년 미국 내 약 9억 건의 의사 방문건수 중 약 56%가 일차진료 의사 방문이었다. 전체 의사 방문 건수 중 일반 및 가족 담당의사 방문은 23%, 소아과 의사 방문은 15%, 내과 방문 9%, 산부인과 방문은 8%였다.

미국에서 일차 진료에 대한 의사 방문 비율은 1980년 이후 감소하여 2016년에는 전체 의사 방문의 66.2%가 되었다(NCHS: National Center for Health Statistics, 2016). 이는 일차 진료의사가 점진적으로 감소하는 경향을 반영한다. 그러나 일차 진료 부문에서 전문간호사(NP) 및 의사보조인력(PA) 같은 기타 일차 진료 제공자가 크게 증가하고 있어, 일차 진료 부문의 의료이용량이 감소하고 있는 것은 아니다. 즉 일차 의사 방문이 줄어드는 대신에 NP나 PA 방문 횟수는 증가하는 동향을 보이고 있다.

개인 클리닉에서 환자는 스크리닝, 진단, 만성 및 급성질환 치료, 건강 증진 및 교육 등 모든 유형의 일차 진료 서비스를 받는다. 그러나 2007년 조사에서 영양 및 체중 감량 카운슬링 같은 건강증진 서비스를 제공하는 의사는 1/3 정도였다. 일부 의사들은 건강증진을 위해 스마트폰 앱을 사용하였으며, 이러한 제품을 사용하는 환자의 건강 결과가 개선된 것으로 나타났다.

일차 진료 의료팀의 규모는 점차 커지고 있다. 2018년에는 의사 중 18%가 단독 진료에 참여했으며, 약 38%가 2~10명의 의사가 있는 의료에 종사했다(Hawkins, 2018). 독립 의사의 수는 급격히 감소하고 있다. 2018년에는 의사 중 31%만이 이 범주에 속했다. 이는 2012년의 48.5%에 비해 감소한 것이다. 진료 방식의 비용효율성을 개선하기 위해 진료실이 점점 더 커지고 통합되고 있다. 그리고 의사들은 병원이나 의료 그룹에 고용되는 경우가 증가하고 있다. 2012년 약 44%에서 2018년 약 49%로 증가했다(Hawkins, 2018).

미국에서 일차의료의 담당기관으로 커뮤니티의 보건센터(CHC: Community Health Center)와 소매클리닉을 언급할 필요가 있다. 먼저 CHC의 경우 2016년 미국의 거의 2,600만 명이 14,000개 도시 및 농

촌 지역의 연방 지원 지역사회 보건센터(CHC)에서 일차 진료를 받았다(Rosenbaum et al., 2018). CHC 방문자는 연방 빈곤수준 이하인 경향이 있고, 60%는 소수 인종이고, 23%는 보험 미가입자였고, 49%는 메디케어(Medicaid) 대상자였다. 개인의 지불 능력에 따라 무료 또는 적은 비용으로 진료한다. CHC의 재원은 연방, 주 및 지역(카운티), 메디케어, 메디케어, 어린이건강보험프로그램(CHIP, Childrens' Health Insurance Program), 민간보험 및 환자 부담금이며, 메디케이드가 가장 큰 재원이다(Rosenbaum et al., 2018). CHC는 팀 접근 방식을 사용하여 포괄적이고 조정된 일차 진료 서비스를 제공한다(Everett, Morgan & Jackson, 2016). 의사는 의료인력의 약 60%를 차지하고, NP, PA, 간호사, 조산사는 나머지 40%를 구성한다. CHCs는 치과의사, 치과 위생사, 치과 조무사들로 구성된 팀을 구성할 수도 있다. 약사, 사례관리자, 운송, 환자 교육, 통역 직원 및 지역사회 보건 종사자도 활용할 수 있다. CHC 방문 환자는 보건 교육 및 스크리닝, 만성 및 급성 질환 관리, 시력 관리, 수술 전/후 관리, 의약품 처방 등 다양한 일차 진료 서비스를 받을 수 있다. 일부 연구에 따르면 CHC는 다른 일차 진료 환경에 비해 더 우수하거나 더 나은 품질을 보였다.

다음으로 일차 진료를 대체하는 간편한 소매클리닉(retail clinics)은 약국, 잡화점, 백화점에 위치해 있다. 이러한 클리닉은 대부분 CVS Health 및 Walgreens와 같은 약국 체인점과 Target이나 Walmart 같은 백화점이 운영하지만, 병원과 대규모 의료시스템도 이러한 사이트에 의료서비스를 제공하기 시작했다(Hoff & Prout, 2019). 아마존과 애플 등 온라인 플랫폼 기업들도 소매클리닉 시장에 진출할 계획이다. 소매클리닉의 긍정적인 점은 방문이 간편하고, 일반 개원의보다 긴 진료시간, 편리한 접근성이다(Hoff & Prout, 2019). 이들은 NP나 PA 같은 비의사

인력(non-physicians)이 담당하며, 피부 상태, 인후통, 임신 테스트, 감염, 당뇨병 검사 및 예방접종 같은 비교적 제한된 범위 내의 진단과 진료를 담당한다(Hoff & Prout, 2019). 일부 연구에 의하면 비록 증거가 적고 일부 반대 결과가 있지만 소매클리닉의 품질은 다른 일차 진료 장소와 비슷하거나 더 나은 것으로 나타났다(Hoff & Prout, 2019). 그러나 환자에 대한 관리의 연속성은 떨어진다(Rohrer, Angstman, Garrison, Maxson, Furst, 2013; Hoff & Prout, 2019; 재인용). 소매클리닉의 방문에 따른 비용이 높다는 연구 결과도 있지만, 대부분의 연구는 소매클리닉에서 더 낮거나 유사한 수준을 보여준다(Hoff & Prout, 2019).

이상에서 미국 일차 진료의 개원의, 그룹의원, 보건소, 소매클리닉을 살펴보았다. 이번에는 미국 의료전달체계의 관점에서 일차 진료를 살펴본다. 미국의 일차의료를 대변하는 특징적인 점은 관리의료(managed care)이다. 이에 따르면 의사가 환자의 건강을 관리할수록 비용이 절감되는데, 이 절감된 비용이 보험자와 의사에게 분배하는 원리로 이뤄지고 있다. 환자의 보험료가 절감되면서도 의료의 질은 향상되기 때문에 의료공급자, 보험자, 환자 모두에게 이익이 되는 구조인 것이다. 관리의료의 원형은 일차의료기관이 문지기 역할을 하는 것이다. 고가의 검사, 수술의 적절성, 그리고 입원 기간의 적절성 등에 대해 보험자 승인 및 심사를 통해 의료공급자에게 비용이 지불된다. 보험자는 의료기관의 네트워크를 형성하고, 가입자는 네트워크 의료기관을 이용하도록 제한하였다. 이러한 방식은 보험자가 공급자와 가입자를 통제하는 결과로 이어져, 공급자와 가입자의 불만을 사게 되었다. 이러한 비판에서 관리의료는 다양한 형태로 발전하였다. 지난 40여 년간 보험자와 공급자 간 이익의 분배를 두고 갈등이 많았으며, 환자의 의료이용 통제기전에 대한 다양한 옵션이 생겨났다(황도경 외, 2016, p.298).

1983년 DRGs가 도입되면서 병원계는 관리의료 보험회사와 계약 협상에서 우위를 선점하기 위해 통합의료체계(IDS, Integrated Delivery System)를 탄생시켰다. 오바마 정부의 의료개혁은 ACO(Accountable Care Organization)를 출범시켰다. ACO는 개원의나 병원 등 지역사회 내에서 여러 공급자들이 제휴한 공급자 조직이며, 비용 절감분을 인센티브로 제공받는다. 기존 관리의료와 원리는 유사하지만 공급자들의 자율성이 강화되었다는 점에서 차이가 있다. 가입자는 ACO 내에서 주치를 자유롭게 선택한다. 또한 보험회사와 ACO는 수평적인 관계를 형성해 의료공급자 조직이 보험자 종속에서 벗어나도록 했다. 진료비용에 대해 의사에게 과도한 책임을 지우지 않고 가입자의 의료이용 제한도 완화하도록 하였다(황도경 외, 2016, pp.298-299).

제4절 주요국과 우리나라의 보건의료체계 차이

대부분의 선진국들은 1-2차 또는 1-2-3차 의료전달체계가 정립되어 있으며, 주치의제도가 관행화, 의무화되어 있다. 주치의제도 참여 여부는 의사와 환자가 자유롭게 선택하고 있다. 또한 주치의는 문지기로서 환자의 진단 및 검사, 건강상담, 예방접종, 예방의료, 간단한 치료부터 지역보건서비스까지 포괄적 서비스를 담당하고, 필요시 2차 및 3차 기관에 진료 의뢰를 하는 경향이 있다.

일차의료 형태는 GP 단독보다는 여러 GP들과 보조인력이 함께 팀을 이루는 경우가 많다. GP 주치의로서 환자 진료기록을 2-3차 기관에 제공하고, 2-3차 기관 역시 주치의에게 진료기록을 제공한다. 주치의와 환자에 대한 수가와 환자 본인부담은 인센티브를 부여하고 있다. 환자의 진료

정보를 공유하기 위해 전자건강기록(EHR, Electronic Health Record) 시스템을 구축하여, 의사와 환자의 접근을 보장하는 전자카드를 도입하는 국가들이 있다. 더불어 통합진료체계(Integrated Delivery System)의 정착을 추진하고 있는데, 이 체계의 목적은 지역단위 의료공급자들이 수직적 혹은 수평적으로 연계해 환자에게 연속적인 서비스를 제공함으로써 서비스 중복을 줄이고 의료 질 향상과 비용을 절감하는 데에 있다(최병호, 2016. p.14).

우리나라 의료서비스의 공급체계는 형식상 지역적 계층주의(regional hierarchy)의 형태를 띠고 있으나 실질적으로는 환자들이 지역의 범위를 뛰어넘어서 혹은 지역 내에서도 1-2-3차의 의료전달체계를 거치지 않고 의료공급자를 자유롭게 선택하여 이용하고 있다. 소비자의 자유 선택에 따라 형성되는 의료수요에 부응하여 의료공급 시장이 반응하고, 동시에 의료공급자는 소비자의 수요를 유인하여 공급을 창출하려 한다. 이에 따라 의료소비자와 공급자 쌍방이 큰 제약 없이 의료서비스를 구매하고 판매하는 거래의 게임을 하고, 그 게임의 형태는 계속 진화하고 있다. 이 때문에 의료서비스 체계가 어떻게 변화해나가는지를 예측하기 쉽지 않다. 그 가운데에서 의원급은 게임의 패자가 되어 가고, 전체 의료공급체계에서 차지하는 비중이 줄어드는 경향을 보이고 있다. 특히 의원급은 주로 단과전문의가 개원하므로 진료과목별로 의원급의 수입에 상당한 격차가 나타난다. 즉 의원급 내에서도 승자와 패자가 갈리는 지극히 상업적인 양상을 보인다. 그런데 문제는 이러한 경쟁이 가격을 매개로 나타나는 결과가 아니라는 점이다. 전 국민건강보험제도와 전체 의료기관의 당연지정제하에서 소비자가 의료서비스를 구매할 때에 서비스 가격의 일부만 부담할 뿐이기 때문이다. 소비자 입장에서는 자신이 지불하는 가격 대비 편익(소위 가성비)이 항상 크기 때문에 과잉 구매를 하려할 것이고, 공급자

입장에서도 환자의 부담을 생각할 필요가 없어 과잉 서비스를 권하게 된다. 또한 소비자의 직접 부담이 줄어드는 만큼 소비자에게는 부담의 여력이 생기기 때문에 공급자는 비급여를 권하게 된다. 이에 따라 첫째, 의료 서비스 이용의 증가로 야기되는 보험재정지출을 충당하기 위해 보험료를 인상할 수밖에 없게 되고, 둘째, 비급여 서비스의 이용 증가로 소비자의 본인부담도 증가하게 된다. 그 결과, 소비자의 보험료 부담이 증가할 뿐 아니라 직접 본인부담도 증가하게 된다. 따라서 의료비용 발생의 리스크에 공동 대처하는 건강보험제도의 원래의 취지를 왜곡하는 결과가 나타나게 된다.

의료는 이미 소비자가 선택하는 상품이 되고 있다. 문제는 소비자의 지식, 경험, 판단으로 의료공급자를 선택하기 때문에 잘못된 선택을 할 수 있고, 잘못된 선택에 따른 위험도 스스로 져야 한다. 소비자가 바른 선택을 할 수 있는 정보가 부재하다. 의원급끼리의 소비자 유인 경쟁 구도 속에서 의사들은 의학적으로 올바른 진료보다는 환자를 만족시키는 의료기술과 마케팅 기술에 의존하게 된다. 비싼 장비와 품격 높은 시설에 투자하게 된다. 이러한 투자비용을 회수하기 위해서는 환자를 위한 진료보다는 원가보전을 위한 진료에 매진할 수밖에 없다. 이 때문에 의원급은 미용성형, 피부미용, 비만관리 등 비의료적인 서비스를 개발하게 되고, 비의료적 시장은 계속 커지고 있다.

보건의료의 지표로 OECD 국가들과 한국을 비교해 보면 <표 3-3>과 같다. 한국은 의료 인력이 부족한 데에 비해 의료자본이 상대적으로 풍부하다. 의료자본은 주로 병원이 소유하고 있기 때문에 일차의료를 담당하는 의원급의 인력이 극히 부족하다는 점을 알 수 있다. 병원급이 일차의료의 제공기관으로서 역할을 담당할 수밖에 없는 구조이다. 적은 의료 인력에도 불구하고 의사 방문일수와 재원일수 모두 과다하다는 사실은 의

료 인력의 공급을 늘려야 함을 의미한다. 그러나 방문당 혹은 입원일당 수가 낮기 때문에 의료 인력의 공급을 늘릴 경우에 의사 1인당 방문일 수나 재원일수가 줄어들면 의사의 수입이 줄어들 것이란 우려 때문에 의사 면허자 수의 확대에 반대한다. 의료수가의 인상이 전제되지 않는 한 의대 정원의 확대에는 반대할 것이다.

일차의료의 질적 지표인 예방가능 입원 지표들을 보면 OECD 평균에 비해 저조하여 우리나라에서 일차의료의 역할이 강화될 필요가 있음을 시사한다. 그러나 다른 한편으로는 병원급이 일차의료의 역할을 담당하는 현실에서는 입원이 불필요한 환자 상태에 대해서도 남아도는 병상을 채우기 위해 입원을 중용하는 사례들이 많아 발생하였기 때문에 유추해볼 수 있다.

〈표 3-3〉 OECD 국가와 비교한 한국의 보건의료 위치

| 구분 | | 지표 | 한국 (순위) | 평균치 | 최대치 - 최소치 |
|----------|-------|--------------------------------|-----------|-------|------------------------|
| 의료 자원 | 인력 | 의사(천 명당) | 2.2 (31) | 3.3 | 6.3(그리스)-1.8(터키) |
| | | 간호사(천 명당) | 5.2 (29) | 9.1 | 17.4(스위스)-1.8(터키) |
| | 시설 | 병원(천 명당) | 68.7 (1) | 29.6 | 68.7(한국)-14.1(슬로바키아) |
| | | 병상(천 명당) | 11.0 (2) | 4.8 | 13.3(일본)-1.6 (멕시코) |
| | 장비 | CT(백만 명당) | 37.7 (6) | 24.6 | 101.3(일본)-5.3(멕시코) |
| | | MRI(백만 명당) | 24.5 (4) | 14.2 | 46.9(일본)-2.1(멕시코) |
| 의료 이용 | 의료서비스 | 의사방문(회/1인) | 14.6 (1) | 6.6 | 14.6(한국)-2.6(핀란드) |
| | | 재원일수(일/입원 1건) | 16.5 (2) | 7.3 | 17.2(일본)-3.9(터키) |
| | 진단서비스 | CT검사(천/천 명) | 145.3 (8) | 135.5 | 494.6(에스토니아)-31.7(핀란드) |
| | | MRI검사(천/천 명) | 25.9 (19) | 51.0 | 119.2(터키)-4.3(뉴질랜드) |
| | 수술/투약 | 제왕절개(건/신생아 천 명) | 360.0 (5) | 276.2 | 503.6(터키)-151.6(아이슬랜드) |
| | | 항생제(DDD) | 28.4 (5) | 20.4 | 34.9(그리스)-9.4(칠레) |
| 재정 | 보건의료비 | 보건의료비/GDP(%) | 6.9 (29) | 8.9 | 16.4(미국)-5.1(터키) |
| | | 1인당 의료비 연증가율(2005-2013년, %) | 7.2 (1) | 2.0 | 7.2(한국)-(-)2.3(그리스) |
| | 약제비 | 약제비 비중(%) | 20.6 (7) | 16.7 | 30.6(헝가리)-6.3(덴마크) |

90 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

| 구분 | | 지표 | 한국 (순위) | 평균치 | 최대치 - 최소치 |
|-------|----------------|--------------|-------------|--------|-------------------------|
| 보장 수준 | 보장성 | 공공재원 비중(%) | 55.9 (31) | 72.7 | 87.6(네덜란드)-46.6(칠레) |
| | 본인부담 | 본인부담 비중(%) | 36.9 (2) | 19.5 | 44.7(멕시코)-5.3(네덜란드) |
| 일차 의료 | 예방가능 입원 | 천식(10만 명당) | 98.5 (29) | 43.9 | 9.8(이탈리아)-109.5(슬로바키아) |
| | | COPD(10만 명당) | 212.1 (20) | 194.5 | 23.5(일본)-394.9(아일랜드) |
| | | 신부전(10만 명당) | 102.2 (3) | 244.4 | 74.0(멕시코)-547.5(폴란드) |
| | | 고혈압(10만 명당) | 158.4 (25) | 78.1 | 8.6(벨기에)-397.1(슬로바키아) |
| | | 당뇨(10만 명당) | 310.7 (30) | 149.6 | 43.5(이탈리아)-337.8(멕시코) |
| 급성 의료 | 입원 30일 내 원내사망률 | AMI(급성심근경색) | 8.3 (24) | 8.3 | 4.1(호주)-28.2(멕시코) |
| | | 출혈성뇌졸중 사망률 | 14.0 (3) | 24.3 | 11.8(일본)-40.5(헝가리) |
| | | 허혈성뇌졸중 사망률 | 3.2 (2) | 8.4 | 3.0(일본)-19.5(멕시코) |
| 암질환 | 암 생존율 | 유방암 생존율 | 85.9 (14) | 85.0 | 89.4(스웨덴)-74.2(에스토니아) |
| | | 자궁경부암 생존율 | 77.8 (2) | 60.7 | 81.2(노르웨이)-45.3(칠레) |
| | | 대장암 생존율 | 70.9 (1) | 60.2 | 70.9(한국)-50.2(폴란드) |
| 건강 수준 | 수명, 사망 | 기대수명 | 81.8 (11) | 80.5 | 83.4(일본)-74.6(멕시코) |
| | | 건강수명 | 70.2 (6) | 69.0 | 73.3(일본)-65.8(멕시코) |
| | | 조기사망 | 2940.1 (13) | 3388.6 | 2359.7(스위스)-6688.5(멕시코) |
| | | 영아사망 | 3.0 (12) | 4.1 | 1.8(핀란드)-13.0(멕시코) |
| | 자살 | 자살률 | 29.1 (34) | 12.0 | 2.6(터키)-29.1(한국) |
| | 건강상태 | 인지된 건강상태 | 35.1 (34) | 68.8 | 89.6(뉴질랜드)-35.1(한국) |

자료: OECD(2015), OECD Health Data; 신현웅, 최병호, 이규식, 정형선, 이상영, 여나금, ... 심보람. (2015). 미래 보건의료발전계획 정책과제 개발 연구. 한국보건사회연구원 자료를 활용하여 재구성.

건강수준의 지표들을 보면 수명과 사망의 지표는 우수한데, 이는 의료의 질적 성과라기보다 사회경제적 요인이 강하게 작용한 결과로 해석된다. 물론 수명을 연장하는 데 많은 비용을 투입함으로써 이러한 결과를 가져오는 데 기여한 점도 있다. 자살과 인지된 건강상태의 지표가 나쁜 것 역시 사회경제적 영향이 크게 작용했겠지만 환자와 지속적으로 접촉하면서 신체적, 정신적 건강을 상담하는 일차의료의 역할이 미흡한 데에서도 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

제5절 시사점 도출

1. 일차의료기관의 형태

외국의 경우 대부분의 일차의료기관은 GP로 구성된 집단개원의 형태가 많다. 호주의 경우 2000~2010년간 10인 이상 GP들이 운영하는 의원 수의 비중이 10%에서 20%로 증가하여 대형화되었다(황도경 외, 2016, p.331). 영국의 일차의료기관은 4~5명의 GP들로 구성되고, 스웨덴은 4~6명의 주치의와 간호사, 조산사, 물리치료사, 정신상담사, 산부인과 의사 등으로 구성된 경우가 많다. 네덜란드는 2012년 기준으로 3인 이상 공동개원이 36.4%, 2인 공동개원이 37.9%, 1인 개원이 25.7%이고, 싱가포르의 경우 단독 개원은 55%, 3인 이상 공동개원이 19% 수준이다(황도경 외, 2016, p.331). 일차의료기관에 병원의 외래의사를 포함할 것인지가 관건이 될 수 있는데, 대체로 병원 외래의사를 일차의료의사로 정하는 데에 별다른 제한은 없는 경향이 있다. 일본은 ‘단골의사’가 관행화되어 있고, 단골의사는 병원 내 의사도 할 수 있으며 진료과목과 관계없이 운영된다. 2014년에 ‘지역포괄진료의사제도’를 도입하면서, 지역포괄진료에 대한 수가 가산을 통해 주치의사의 정착을 기대하고 있다(황도경 외, 2016, p.331).

2. 일차의료의 역할

일차의료 의사인 주치의 역할은 대부분의 선진국에서 포괄화 추세를 보인다. 스웨덴의 경우 금연, 절주, 영양, 신체활동 등 건강위험요인들을 중재하고 상담하도록 권장되며, 일부 광역자치단체에서는 사례관리나 질병관리 같은 프로그램이 개발되고 있다. 벨기에의 경우 일차 진료에서 통

합재가서비스까지 제공하는 역할을 하며, 만성질환자에게는 다양한 정보 제공과 함께 재가보호 조정 및 관리도 해준다. 캐나다의 경우 가정의는 지역보건소, 병원 또는 병원 외래부서와 제휴하여 진료하며, 지역보건소도 일차의료의 역할을 일부 담당한다. 캐나다의 보건소는 공중보건(public health service), 즉 전염성 질환의 관리, 공중위생, 보건교육의 보급을 위해 설립되었으나 전염성 질환의 발생이 줄어들면서 근래에는 만성질환의 예방, 사고의 예방, 공중보건 위기 대처, 건강증진 및 예방접종에 중점을 두으로써 일차의료의 기능으로 역할을 넓혀가고 있다(황도경 외, 2016, p.332). 정신과 진료는 일차의료에서 담당하는 경향도 있는데, 호주에서는 GP 정신건강관리 프로그램(GP Mental Health Treatment Program)을 운영한다. 프랑스는 일차의료의 경우 선불제도를 운영하여 진료 후 보험자로부터 30%를 환급받는데, 주치의제도를 활성화하기 위해 주치의 등록자는 공단협약수가의 70%를 환급받도록 하였다(황도경 외, 2016, p.332). 우리나라의 경우, 진료비 선불제도와 주치의 진료비용의 환급제도가 도입된다면 대부분 가입자들이 주치의 등록을 주저하지 않을 것이다.

일차의료의 시작이 늦은 대만의 경우에도 사구(社區)의료군제도(PCCNs, Primary Community Care Networks)를 2003년에 시범사업으로 도입하여 실험을 계속하고 있다(황도경 외, 2016, p.332). 의원의 의사가 주치의로서 가족의 의료기록을 보관하고 24시간 전화상담을 하여 건강관리를 하도록 하며, 주치의 등록자에게는 상급병원에 진료 의뢰 우선권을 주었다(황도경 외, 2016, p.332). 싱가포르의 경우 종합진료소라는 공공 일차의료기관을 운영하고 있는데, 이를 통해 2차 진료기관의 공공병원을 이용하는 환자에게 보조금을 지원한다. 또한 종합진료소는 환자가 퇴원한 이후 follow-up care부터 예방접종, 건강검진, 교

육, 약국 서비스 등을 제공하는데, 종합진료소 이용 시 비용의 50%를 감면하고 65세 이상 노인이나 18세 미만 아동은 75%를 감면한다(황도경 외, 2016, p.333). 종합진료소에 환자들이 쏠리기 때문에 2012년 거주지기반의료지원(CHAS, Community Health Assist Scheme)을 도입하여 환자 거주지 근처의 CHAS에 참여하는 민간의원(치과의원)에서 진료받는 경우 정부 보조금을 지급한다(황도경 외, 2016, p.333). 일본의 경우 진료소의 의사는 예방접종부터 건강진단 및 상담, 암 검진, 모자보건, 학교 및 산업보건, 지역보건사업 등 지역포괄서비스를 수행한다. 호주는 일차의료에서 완화의료까지를 제공한다. 일차의료 제공자인 GP, 지역사회 간호사, 완화의료 전문가가 이를 담당한다. 완화의료는 호스피스 병동이나 환자 가정, 노인주거복지시설 등에서도 제공된다. 민간병원이 아닌 공공병원에서 제공되는 경우가 대부분이다. 우리나라도 공공병원에서의 완화의료 제공을 적극적으로 검토해볼 필요가 있다.

3. 일차의료에서 간호사 역할의 강화

대부분의 선진국에서는 의사 부족 현상을 겪고 있으며, 대안으로 간호사 역할을 강화하는 추세이다. 호주는 전문간호사 수를 2003년 3,300명에서 2009년 10,100명으로 증가시켰으며, 스웨덴의 경우 간호사가 제한적으로 처방전을 발행할 수 있고, 어린이에게 제한적으로 진료서비스를 제공하며, 노인에게 가정간호 서비스를 제공한다(황도경 외, 2016, p.333). 네덜란드의 경우 간호사가 퇴원 후 독립생활이 어려운 환자를 관리하고 약 처방을 변경할 권한까지 가진다. 싱가포르 역시 의사 수가 부족하여 의사 외 인력을 활용한다. 의학적으로 간단한 일은 간호 인력을 활용한다. 대표적으로 ACTION(Aged Care Transition) 프로그램을 들

수 있는데, 노인이 병원에서 퇴원한 후 가정이나 지역사회에 적합한 장기 요양시설로 효과적으로 이행하도록 지원한다(황도경 외, 2016, p.334). ACTION팀은 간호사, 사회복지사 등 10인 정도로 구성되고, 전국 6개 권역별 중심병원에서 상주한다. 한편 프랑스의 경우 개업 간호사가 제공하는 재택치료서비스가 있는데, 간호사의 의료행위로 주사, 상처처치, 욕창처치, 예방 등 상당한 영역의 보건위생적인 처치를 인정하고 있다(황도경 외, 2016, p.334).

4. 일차의료의 정보시스템 강화와 전자건강보험카드 도입

일차의료는 단순한 진단, 상담 기능에서 벗어나 환자의 종합적인 의료 정보를 바탕으로 정확한 진단을 내리고 가족력을 고려한 포괄적 진료서비스를 제공하는 시스템을 구축하도록 노력하는 추세이다(황도경 외, 2016, p.334). 벨기에의 경우, 환자에 대한 포괄적인 의료정보 파일인 GMF(Global Medical File) 시스템을 구축하여 불필요하고 중복된 진료를 줄이고 모순된 처방을 제거하고자 했다(황도경 외, 2016, p.333). GMF 시스템에 참여하는 환자는 본인부담금의 30%를 감면하고, 2차 진료 의뢰 시에는 본인부담금을 경감하였다. 즉 본인부담률이 40%에서 15%로 경감하였다. 벨기에에는 전자건강보험카드를 시행했으나 2014년에 전자주민증으로 통합되었다(황도경 외, 2016, p.334).

호주의 경우 국민 누구나 본인과 미성년 자녀의 진료와 처방기록, 의약품 부작용, 알러지 등 의료정보를 일반의, 전문의, 병원이 참고할 수 있도록 온라인 전자의료기록시스템에 등록할지 여부를 선택할 수 있고, 만성 질환이 있는 노인의 경우 시스템에 등록할 경우 효율적으로 질병 관리가 가능하다(황도경 외, 2016, pp.334-335).

5. 일차의료에서 질병관리프로그램 운영

일차의료에서 질병관리프로그램, 특히 만성질환관리프로그램을 운영하는 것이 대세이다. 이러한 프로그램은 의사와 환자 모두에게 인센티브를 부여함으로써 참여를 유인하는 경향이 있다. 독일의 DMP는 연방보험청의 품질인증까지 받아야 하며, 보험회사협회가 임상진료지침을 제공하고 의사를 대상으로 교육프로그램을 운영하는 등 적극적이다(황도경 외, 2016, p.335). DMP에 참여하는 의사는 환자의 진료기록을 보험회사협회에 보내고, 협회는 개별 의사에게 평가결과를 피드백해 주며, DMP 참여 의사와 비참여 의사 간의 진료성과를 비교한다(황도경 외, 2016, p.335). 또한 의사협회에서 365일 24시간 콜센터를 운영하는데, 결국 의사단체의 적극적인 관심이 중요하다고 할 수 있다. 한편 호주는 GP 연합체결성을 통하여 After-hour GP help line을 운영한다.

네덜란드의 질병관리프로그램(DMP)의 대상 질환은 고혈압, 당뇨, 심부전, 천식, 뇌혈관질환, 만성폐쇄성폐질환, 만성관절장애, 요통이며, 예방서비스로는 교육, 운동, 영양, 금연, 호스피스가 제공된다(황도경 외, 2016, p.335). 싱가포르의 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management Programs, CDMP)을 운영한다. CDMPs 프로그램에 참여하는 의료기관은 정부가 정기적으로 요구하는 자료를 제공해야 하며, 정부는 자료를 통한 근거 중심의 만성질환관리프로그램을 제공한다. CDMPs의 대상 질환을 당뇨, 고혈압, 지질장애, 뇌졸중(2006년), 천식, 만성폐쇄성폐질환(2008년), 정신분열증, 우울증(2009년), 치매, 조울증(2011년)으로 확대하고 있다(황도경 외, 2016, p.335).

6. 일차의료에서 보험자의 역할

일차의료는 주치의 역할이 중심적이기는 하나, 보험자가 일차의료의 활성화를 위해 적극적으로 개입하는 경향이 있다. 벨기에는 보험자가 만성질환자 추적센터(Observatory)를 운영하며 진료행태와 처방패턴을 모니터링하며, 표준진료지침에서 벗어나는 경우에 의사에게 소명하도록 하고 시정을 요구한다(황도경 외, 2016, p.286). 독일의 지역보험조합인 AOK는 환자를 대신해서 진료 예약과 환자를 의뢰하는 역할까지 하며, 의사의 진단에 대한 2차 소견(second opinion)을 내기도 한다(황도경 외, 2016, p.281).

7. 통합의료 및 통합의료사회서비스

선진국 대부분이 분절화된 의료서비스를 연계 및 통합하고, 의료서비스와 사회서비스 간 통합된 서비스를 제공하는 추세이다. 이는 환자 중심의 의료서비스를 제공하려는 것으로, 중앙정부와 지방정부, 의료와 복지의 공급자 조직이 복잡하게 얽혀 있고, 재정관계 또한 복잡하게 얽혀 있어 쉽지 않다(황도경 외, 2016, p.337). 그럼에도 불구하고 각국의 상황에 맞추어 노력을 전개하고 있는데, 우리나라도 예외는 아니며, 관련 분야의 실태를 분석하고 방안을 마련하기 위한 전문적 연구와 지원이 필요하다.

한편 영국은 보건의료와 사회서비스 간 통합서비스를 제공하여 의료 질 향상을 도모하고 있다. 최근 중앙의 규제 감독기구인 보건의료위원회(Healthcare Commission)와 사회서비스위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 통합하여 진료의 질 관리위원회

(CQC)를 설치하였다. 의료, 장기요양, 공공보건 간의 연계와 협력을 강화하기 위해서 지자체에 보건복지위원회를 설립하였고, 동 위원회에 공공보건 담당자, 장기요양담당자, 임상 의사그룹(CCGs)이 참여하여 협의한다(황도경 외, 2016, p.337). 우리나라도 중앙정부 중심의 건강보험과 장기요양보험, 공공보건의 관리 권한 및 책임에 대하여 광역지자체와 기초지자체의 역할을 고려해야 한다.

미국의 오바마 의료개혁 이후, 관리의료(managed care)는 새로운 형태의 ACO로 전환해나가고 있다. ACO는 개원의, 병원 등 지역 내 다양한 의료공급자들이 제휴한 조직으로 비용 절감분을 인센티브로 받는 것이다. 보험회사와 ACO는 수평적인 관계를 맺으며, ACO는 통합의료시스템을 운영하고 참여 의료기관들 간의 전자의무기록(EHRs)을 통해 정보를 공유한다(황도경 외, 2016, pp.337-338). 지불방식도 외래, 진단, 입원(수술), 퇴원 후 케어, 재활, 너싱홈 등 질병의 발생부터 종료까지 Bundled Payment를 도입하는 특징이 있다(황도경 외, 2016, p.338). 통합의료와 함께 지역사회 서비스도 연계한다.

네덜란드의 경우 당일 입퇴원 진료를 전문으로 하는 외래전문의료서비스(outpatient specialty clinics)를 특화하고 있다. 우리나라도 여러 유형의 전문병원들 외에 외래전문병원의 설립을 검토할 만하다. 복합만성 질환 노인의 경우 입원진료보다는 당일 퇴원하는 형태의 외래진료가 노인이나 가족에게 편리하고 비용 면에서도 효율적일 것이다. 다양한 전문 과목 의사들이 참여한 복합질환을 협진하는 외래전문병원 설립을 고려해 볼 수 있다(황도경 외, 2016, p.338).

싱가포르의 공공병원 통합의료서비스 시스템은 시사하는 바가 크다. 보건부 산하의 지주회사인 MOH Holdings가 공공병원을 총괄 관리하고 있으며, 모든 병원이 전자의무기록(Electronic Medical Records,

EMR)을 공유하고 있다. 전국을 6개 지역으로 나눠 거점 클러스터로서 종합병원을 중심으로 하여 전문센터부터 중소형 공공병원, 종합진료소, 기타 특수시설, 약국 등이 연계되도록 하였으며, 클러스터 간에 경쟁을 통해 효율성을 높였다. 특히 만성질환자 대상 통합의료서비스를 제공하는 통합의료기구(AIC, Agency for Integrated Care)¹¹⁾를 자회사로 두었다. AIC는 각 병원에 케어 코디네이터를 두어 환자의 진료계획을 상담한다. 우리나라의 경우 지방의료원연합회를 싱가포르의 지주회사 같은 형태로 발전시켜 공공병원의 역량을 혁신하는 역할을 부여할 필요가 있다(황도경 외, 2016, pp.338-339).

일본의 경우에도 의료와 장기요양을 연계하는데, 자신의 거주지에서 오랜 기간 생활할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축한다. 일상생활권 내 의료, 간호, 예방, 주거 등의 연속적 연결이 지속화되도록 종합적으로 지원한다.

11) “AIC는 환자가 가장 적절한 의료시설에서 가장 적절한 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 역할을 담당한다. 의사, 간호사, 연구원 등으로 구성되며 약 500명의 직원이 있다. 지역권역 병원에 파견된 간호사는 100명 정도이다. 2010년에 인력개발원(AIC Learning Institute)을 설립하여 아급성기 및 장기요양시설에 근무하는 인력의 역량을 향상시키기 위한 교육프로그램을 제공하고 있다.”(황도경 외, 2016, p.294)



제4장

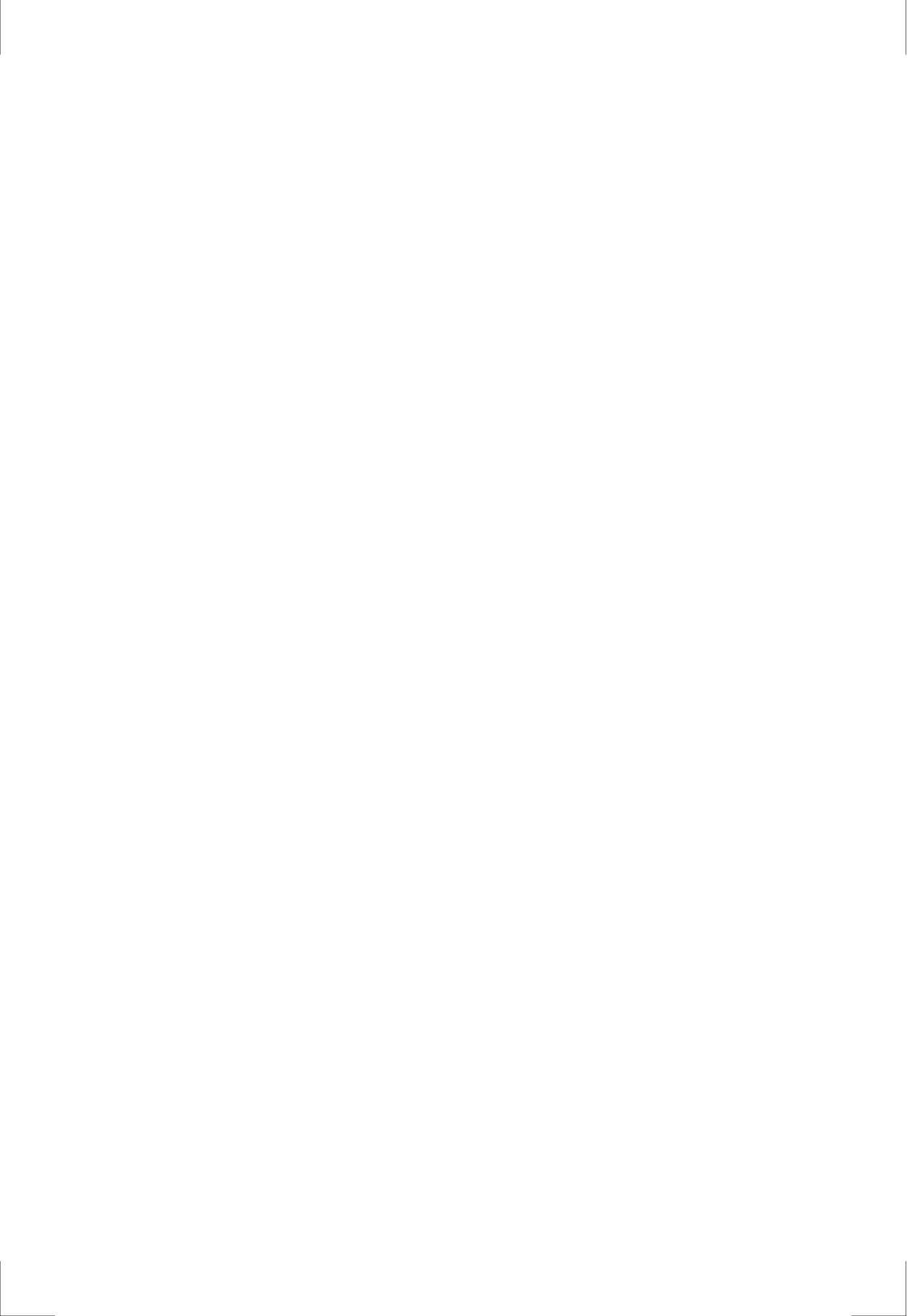
건강보험 보장성 정책 현황 진단

제1절 현황 진단 개요

제2절 의원급 의료기관의 보장성 현황 진단

제3절 의원급 의료기관의 역할 진단

제4절 보장률 정체 현상의 근본 원인 진단



제4장 건강보험 보장성 정책 현황 진단

제1절 현황 진단 개요

우리나라는 꽤 오래전부터 건강보험 보장성 강화 정책을 추진하고 있음에도 불구하고 건강보험 보장률이 정체되어 있다. 의료비 부담이 큰 중증질환 중심의 보장성 강화 정책을 꾸준히 펼쳐온 결과, 암 질환과 4대 중증질환 보장률은 80% 내외를 기록하며 상당 수준 개선되었다(여나금, 2020, p.23). 그러나 건강보험 전체 보장률은 2004년 61.3%에서 2019년 64.2%로 지난 15년간 2.9%p 증가에 그치는 등 담보 상태를 보이고 있다(여나금, 2020, p.24).

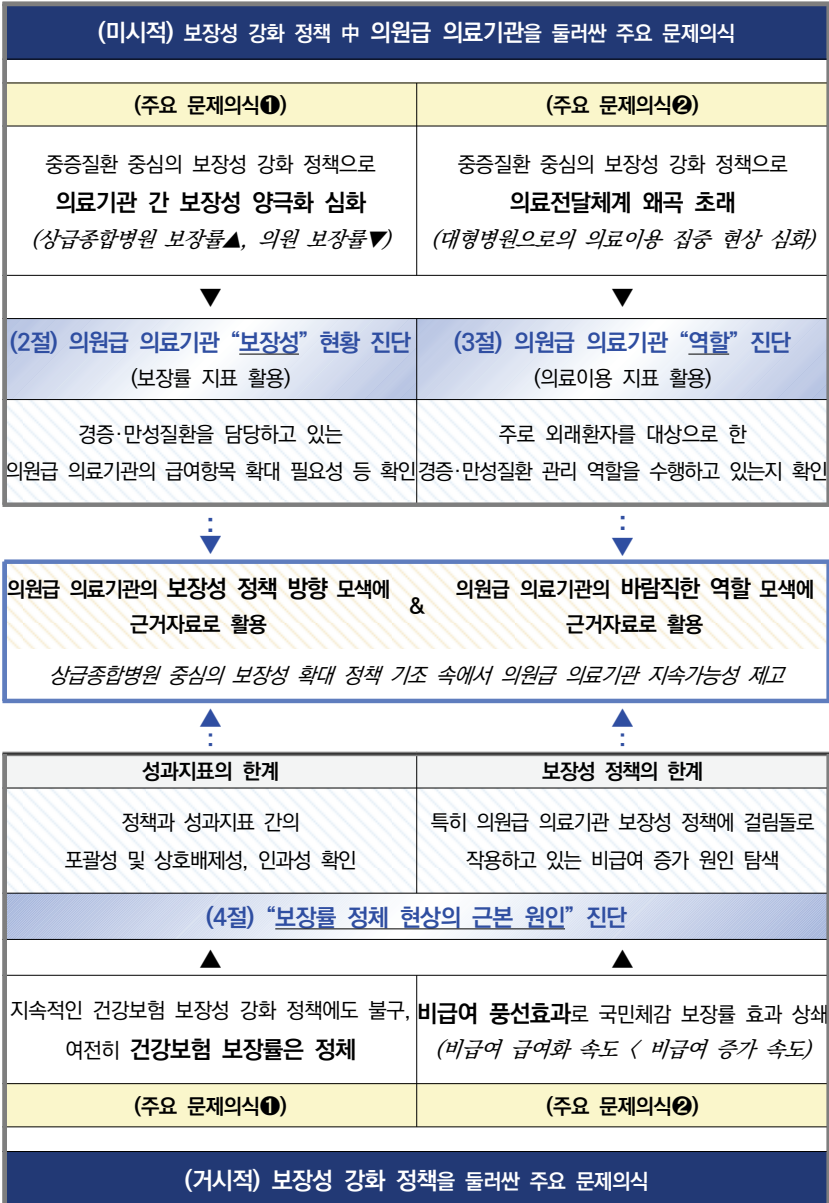
이러한 건강보험 보장성 강화 정책 기조 속에서 의원급 의료기관이 나아가야 할 방향을 정립하기에 앞서서 미시적·거시적 관점에서 건강보험 보장성 강화 정책의 현 실태를 진단했다. 미시적인 관점에서는 의원급 의료기관에 중점을 둔 '의원급 의료기관 보장성 현황'과 '의원급 의료기관의 역할'을 살펴보았다. 이때, 중증질환 중심의 보장성 강화 정책 기조에서 제기되고 있는 주요 문제의식에 비롯한 현황을 살펴보고자 했다. 첫째, 중증질환 중심의 보장성 강화 정책으로 인해 의료기관 종별 보장률 격차가 심화되었다는 문제의식에서 출발했다. 이는 국민건강보험공단에서 매년 산출하고 있는 다양한 보장률 지표를 통해 경증·만성질환을 담당하는 의원급 의료기관의 급여항목 확대가 필요한지를 확인하고자 한 것이다. 둘째, 상급종합병원 등 대형병원을 중심으로 한 중증질환 위주의 보장성 강화 정책이 의료이용의 비효율성과 의료전달체계 왜곡을 초래하는 수도권 집중, 대형병원 환자 쏠림 현상을 심화시켰다는 문제를 살펴보

고자 했다. 이에 의원급 의료기관이 1차 의료기관으로 역할을 잘 수행하고 있는지를 확인하고자 했다. 여기서 1차 의료기관의 역할은 주로 외래 환자를 대상으로 한 경증·만성질환 관리를 의미한다. 의원급 역할 진단은 연도별 건강보험 통계 연보와 선행연구, 보도자료 등에서 활용한 의료이용 지표를 바탕으로 살펴보았다.

다음으로 거시적인 관점에서 보장성 강화 정책의 실태를 진단했다. 먼저, 지속적인 보장성 강화 정책에도 불구하고 건강보험 보장률이 정체되어 있는 상황과 비급여의 급여화 속도보다 비급여의 팽창 속도가 빠르게 증가하는, 이른바 ‘비급여 풍선효과’로 국민체감 보장률 효과가 상쇄되고 있는 문제의식을 바탕으로 보장률 정체 현상의 근본 원인을 진단했다. 이는 다시 성과지표의 한계(=보장률 지표)와 보장성 정책의 한계(=비급여 관리) 원인으로 구분해 살펴보았다. 먼저 성과지표의 한계 원인으로 보장성 정책과 보장률 간의 포괄성 및 상호배제성, 인과성 등을 확인해보았다. 그리고 중증질환 중심의 보장성 강화 정책의 여파로 의원급 의료기관의 보장률 하락의 주요 요인으로 작동하고 있는 비급여 증가 원인을 탐색했다. 이러한 진단 결과를 총망라해 궁극적으로는 상급종합병원 중심의 보장성 확대 정책 기조 속에서 의원급 의료기관의 지속가능성 제고 방안을 마련하는 데 근거자료로 활용하고자 했다.

이처럼 미시적·거시적 관점으로 구분해 현황을 진단한 이유는 현행 건강보험 보장성 강화 정책 기조에서 발생한 문제(예, 보장률 정체)를 함께 다루지 않는다면, 문제가 발생한 근본 원인(예, 보장률 지표 한계, 비급여 증가 기인)을 파악하지 못할 가능성이 크고, 이는 결과적으로 의원급 의료기관의 역할을 정립하고 보장성 정책 방향을 수립·달성하는 데 제약으로 작용할 수 있기 때문이다.

〈표 4-1〉 건강보험 보장성 정책 현황 진단 틀



자료: 연구진이 작성함.

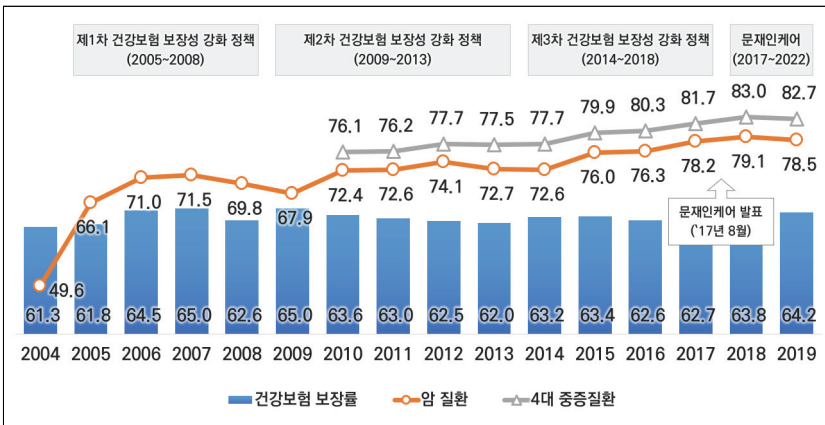
제2절 의원급 의료기관의 보장성 현황 진단

이 절에서는 국민건강보험공단에서 정례적으로 발간하고 있는 ‘건강보험환자 진료비 실태조사’ 결과를 바탕으로 건강보험 보장성 현황을 제시했다. 크게 건강보험 보장률, 요양기관 종별 보장률, 주요 상병별 보장률로 구분해 추이를 살펴보았으며, 의원급 의료기관의 보장 현황을 구체적으로 파악하기 위해 진료과목별로 제시했다.

1. 건강보험 보장성

2005년 참여정부 시절부터 지금까지 3차에 걸쳐 추진된 보장성 강화 정책에 따른 보장률 변화를 살펴보면, 각 보장성 강화 정책 초기에 반짝 반등했던 보장률은 시간이 지나면서 하락하는 추세를 보였다(여나금, 2020, p.24).

[그림 4-1] 건강보험 보장률 추이(2004-2019)



자료: 여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼. p.24. 재구성.

최근에 ‘건강보험 보장성 강화 대책’ 시행 4주년을 맞아 그간의 주요 성과를 발표했는데, 2018년부터 2020년까지 약 3,700만 명의 국민이 9조 2,000억 원의 의료비 경감 혜택을 받은 것으로 나타났다(보건복지부, 2021a, p.3). 또한 지속적인 보장성 강화 정책으로 건강보험 보장률도 상당 수준 개선되었다. 문재인 케어 추진 이후 건강보험 보장률은 연평균 1.2% 증가하고, 비급여 본인부담률은 약 3.0% 감소했다. 즉 건강보험 보장률이 2017년 62.7%에서 2019년 64.2%로 증가했는데, 이전의 보장률 정책에 비하면 1~2년의 변화폭으로 꽤 크다.

〈표 4-2〉 보장성 강화 정책별 건강보험 보장률 증감 추이

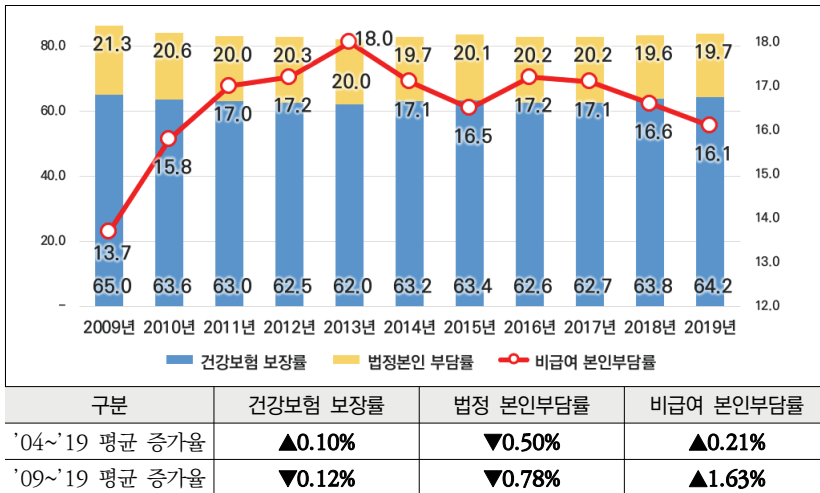
(단위: %)

| 구분 | 건강보험 보장률 | | 법정 본인부담률 | | 비급여 본인부담률 | | 보장성 강화 정책 |
|-------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|-----------------------------|
| | % | 증감률 | % | 증감률 | % | 증감률 | |
| 2004년 | 61.3 | | 23.1 | | 15.6 | | 제1차 건강보험 보장성 강화대책 ('05~'08) |
| 2005년 | 61.8 | | 22.5 | | 15.7 | | |
| 2006년 | 64.5 | ▲0.5% | 22.1 | ▼1.3% | 13.4 | ▼0.2% | |
| 2007년 | 65.0 | | 21.3 | | 13.7 | | |
| 2008년 | 62.6 | | 21.9 | | 15.5 | | |
| 2009년 | 65.0 | | 21.3 | | 13.7 | | 제2차 건강보험 보장성 강화계획 ('09~'13) |
| 2010년 | 63.6 | | 20.6 | | 15.8 | | |
| 2011년 | 63.0 | ▼0.2% | 20.0 | ▼1.8% | 17.0 | ▲3.0% | |
| 2012년 | 62.5 | | 20.3 | | 17.2 | | |
| 2013년 | 62.0 | | 20.0 | | 18.0 | | |
| 2014년 | 63.2 | | 19.7 | | 17.1 | | 건강보험 중기보장성 강화계획 ('14~'18) |
| 2015년 | 63.4 | ▲0.3% | 20.1 | ▲0.2% | 16.5 | ▼1.3% | |
| 2016년 | 62.6 | | 20.2 | | 17.2 | | |
| 2017년 | 62.7 | | 20.2 | | 17.1 | | |
| 2018년 | 63.8 | ▲1.2% | 19.6 | ▼1.2% | 16.6 | ▼3.0% | 문재인케어 ('17.8~) |
| 2019년 | 64.2 | | 19.7 | | 16.1 | | |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.35; 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. (2006). 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단, p.76 자료를 활용하여 재구성.

구체적으로 들어가 연도별 건강보험 보장률을 살펴보았다. 2019년 건강보험 보장률은 64.2%로 전년 대비 0.4%p 증가했다. 법정 본인부담률은 19.7%로 전년 대비 0.1%p가 증가한 반면, 비급여 본인부담률은 16.1%로 전년 대비 0.5%p 감소했다(이옥희 외, 2020, p.23). 지난 10년(2009~2019년) 평균 증가율은 건강보험 보장률이 0.12% 감소한 반면, 비급여 본인부담률은 1.63% 증가했다.

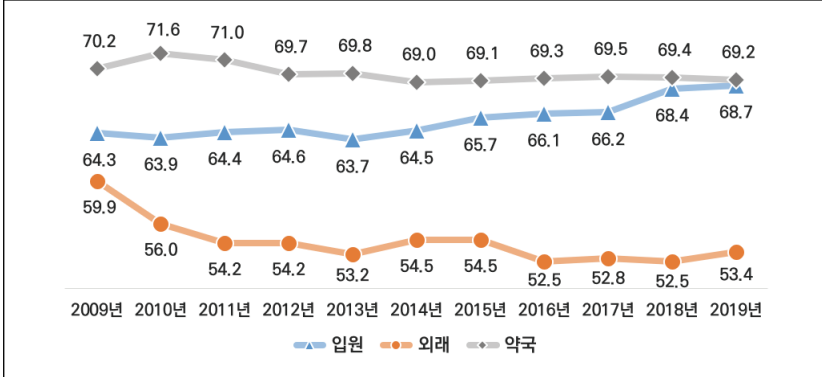
[그림 4-2] 연도별 건강보험 보장률 추이



자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.23에서 연평균('04~'19, '09~'19) 증가율 표를 추가함.

진료형태에 따라서는 2019년 기준 입원 보장률이 68.7%로 전년 대비 0.3%p 증가했고, 외래는 53.4%로 전년 대비 0.9%p 증가했다. 반면 약국 69.2%로 전년 대비 0.2%p 감소했다(이옥희 외, 2020, p.23).

[그림 4-3] 진료형태별 건강보험 보장률 추이



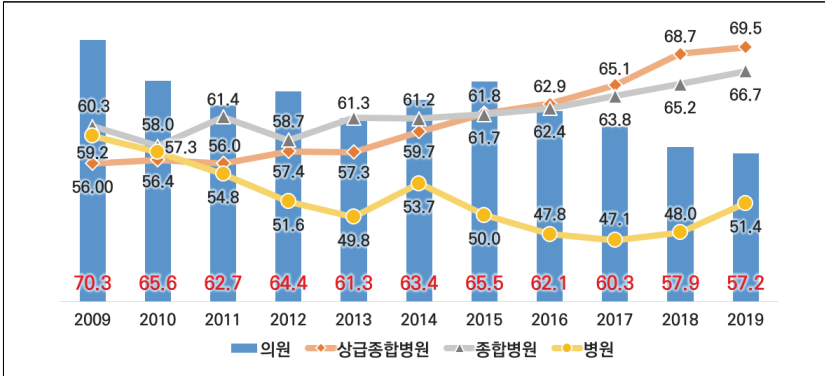
자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.24.

2. 요양기관 종별 보장성

건강보험 보장률은 2019년 기준 전년 대비 소폭 증가하였으나, 요양기관 종별에 따라서는 차이가 있었다. 즉, 병원급 이상 의료기관의 보장률은 증가한 반면 의원급 의료기관의 보장률은 감소했다. 세부적으로는 의료비 부담이 큰 중증질환 중심으로 보장성을 강화함에 따라 상급종합병원 보장률이 69.5%로 가장 높았고, 종합병원 66.7%, 의원 57.2%, 병원 51.4%의 순이었다. 전년 대비 증감률은 병원이 3.4%p 증가해 가장 높은 증가율을 보였고, 상급종합병원(0.8%p), 종합병원(1.5%p) 모두 전년 대비 증가했다. 반면에 의원은 전년 대비 0.7%p 감소했다. 2009년과 비교하면 그 폭은 더욱 크게 나타났다. 상급종합병원은 2009년 대비 13.5%p 증가한 반면, 의원은 13.1%p 감소했다.

지난 2009~2019년 연평균 건강보험 보장률의 경우, 상급종합병원은 연평균 2.2% 증가한 반면, 의원은 2.0% 감소했다.

[그림 4-4] 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이



자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

<표 4-3> 요양기관 종별 건강보험 보장률 추이

(단위: %, %p)

| 구분 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| 종합병원급 이상 | 58.0 | 57.2 | 58.7 | 58.0 | 59.2 | 60.5 | 61.8 | 62.6 | 64.4 | 67.1 | 68.1 (▲1.0) |
| 병원급 이상 (요양 제외) | 58.0 | 57.2 | 57.7 | 56.4 | 56.9 | 58.8 | 59.0 | 59.3 | 60.6 | 63.1 | 64.7 (▲1.6) |
| 상급종합 | 56.0 | 56.4 | 56.0 | 57.4 | 57.3 | 59.7 | 61.8 | 62.9 | 65.1 | 68.7 | 69.5 (▲0.8) |
| 종합병원 | 60.3 | 58.0 | 61.4 | 58.7 | 61.3 | 61.2 | 61.7 | 62.4 | 63.8 | 65.2 | 66.7 (▲1.5) |
| 병원 | 59.2 | 57.3 | 54.8 | 51.6 | 49.8 | 53.7 | 50.0 | 47.8 | 47.1 | 48.0 | 51.4 (▲3.4) |
| 의원 | 70.3 | 65.6 | 62.7 | 64.4 | 61.3 | 63.4 | 65.5 | 62.1 | 60.3 | 57.9 | 57.2 (▼0.7) |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

주: 괄호 안의 수치는 2018년 대비 2019년 보장률 차이(%p)를 나타냄.

의원급 의료기관의 건강보험 보장률이 하락한 것은 건강보험 급여화에 따른 혜택보다 비급여 진료비가 빠르게 증가해 나타난 현상으로 보인다. 2009년과 2019년의 비급여 본인부담률을 비교해 보면 상급종합병원은 26.2%에서 10.0%로 크게 감소했으나, 동네의원은 8.5%에서 23.8%로

15.3%p 증가했다. 비급여 본인부담률의 연평균 증가율(2009~2019년)도 마찬가지로 상급종합병원이 9.2% 감소한 반면, 의원은 10.8% 증가했다. 의원급 의료기관에서 비급여가 차지하는 비율이 증가한 것은 비급여를 늘려 수익을 보전·증대하려는 흐름이 존재하기 때문으로 볼 수 있다.

〈표 4-4〉 요양기관 종별 비급여 본인부담률 추이

(단위: %)

| 구분 | 2009 | | | 2019년 | | | 비급여 증가율 ('09~'19) |
|---------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | |
| 종합병원급 이상 | 58.0 | 21.0 | 21.0 | 68.1 | 21.3 | 10.6 | ▼6.6% |
| 병원급 이상 (요양병원 제외) | 58.0 | 20.6 | 21.4 | 64.7 | 20.7 | 14.6 | ▼3.8% |
| 상급종합병원 | 56.0 | 17.8 | 26.2 | 69.5 | 20.5 | 10.0 | ▼9.2% |
| 종합병원 | 60.3 | 24.5 | 15.2 | 66.7 | 22.0 | 11.3 | ▼2.9% |
| 병원 | 59.2 | 20.4 | 20.4 | 51.4 | 18.6 | 30.0 | ▲3.9% |
| 의원 | 70.3 | 21.2 | 8.5 | 57.2 | 19.0 | 23.8 | ▲10.8% |

자료: 이윤희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

3. 의원 진료과목별 보장성

앞에서 살펴본 것처럼 의원의 보장률은 하락한 반면, 비급여 본인부담률은 큰 폭으로 증가했다. 과연 어느 진료과목이 비급여 증가를 견인하고 있는지를 파악해보고자 진료과목별 보장률을 살펴보았다.

비급여 본인부담률의 2011~2019년 연평균 증가율을 보면, 산부인과, 비뇨기과, 이비인후과를 제외한 나머지 진료과목에서 모두 비급여가 증가했다. 그중에서도 특히 안과(46.0%), 신경과(40.0%)에서 큰 폭으로 증가했다.

110 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

〈표 4-5〉 의원 진료과목별 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

| 구분 | 2011년 | | | 2019년 | | | 비급여 증가율 (*11~*19) |
|-------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|----------------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정 본인부담률 | 비급여 본인부담률 | |
| 내과 | 61.4 | 20.0 | 18.6 | 62.0 | 18.7 | 19.2 | ▲0.4% |
| 신경과 | 78.0 | 20.5 | 1.5 | 56.6 | 21.3 | 22.1 | ▲40.0% |
| 정신과 | 68.5 | 27.4 | 4.1 | 73.1 | 20.6 | 6.3 | ▲5.5% |
| 일반외과 | 58.0 | 19.7 | 22.3 | 53.5 | 15.8 | 30.7 | ▲4.1% |
| 정형외과 | 67.4 | 24.3 | 8.3 | 55.1 | 20.3 | 24.7 | ▲14.6% |
| 신경외과 | 63.6 | 23.4 | 13.0 | 49.4 | 17.7 | 32.9 | ▲12.3% |
| 산부인과 | 39.2 | 12.1 | 48.7 | 52.1 | 15.6 | 32.3 | ▼5.0% |
| 소아과 | 67.6 | 21.1 | 11.3 | 63.0 | 16.5 | 20.5 | ▲7.7% |
| 안과 | 74.6 | 23.6 | 1.8 | 47.7 | 15.1 | 37.2 | ▲46.0% |
| 이비인후과 | 64.4 | 23.9 | 11.7 | 66.7 | 23.9 | 9.5 | ▼2.6% |
| 피부과 | 65.5 | 24.8 | 9.7 | 51.7 | 19.2 | 29.1 | ▲14.7% |
| 비뇨기과 | 49.4 | 18.1 | 32.5 | 59.5 | 23.4 | 17.0 | ▼7.8% |
| 재활의학과 | 67.5 | 22.6 | 9.9 | 42.2 | 16.0 | 41.8 | ▲19.7% |

주: 진료과목별 건강보험 보장률은 2011년부터 확인 가능함.

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.127-129.

4. 주요 상병별 보장성

4대 중증질환, 중증·고액진료비 상위 질환, 경증·만성질환 등 주요 상병별로 보장률을 살펴보았다. 다만, 이 중에서 의원급 의료기관에 중요한 지표로 작용할 만성·경증질환 보장률 지표는 최근 들어 산출하기 시작했으며,¹²⁾ 아직 초기 단계라 의료기관 종별에 따른 경증·만성질환 보장률 산출 결과가 공개되어 있지 않았다.

12) 국민건강보험공단에서는 건강보험 보장성 정책의 효과를 다양하게 파악할 수 있도록 보장률 지표 개선 연구를 수행하고 있음. 자세한 내용은 제4절을 참고하길 바람.

가. 4대 중증질환

의료비 부담이 큰 중증질환의 보장성 강화로 인해 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀·중증난치질환의 4대 중증질환 보장률은 2019년 기준 82.7%로 전년 대비 0.3%p 감소했으나, 2010년 대비 6.6%p 증가하는 등 상당 수준 개선되었다.

〈표 4-6〉 4대 중증질환 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

| 구분 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 전체 | 76.1 | 76.2 | 77.7 | 77.5 | 77.7 | 79.9 | 80.3 | 81.7 | 83.0 | 82.7 |
| 암질환 | 72.4 | 72.6 | 74.1 | 72.7 | 72.6 | 76.0 | 76.3 | 78.2 | 79.1 | 78.5 |
| 뇌혈관질환 | 72.2 | 70.2 | 73.8 | 74.4 | 76.3 | 77.1 | 79.6 | 81.4 | 86.5 | 86.7 |
| 심장질환 | 73.0 | 73.5 | 74.8 | 78.0 | 78.2 | 81.2 | 82.5 | 82.9 | 87.6 | 88.2 |
| 희귀·중증난치질환 | 85.2 | 84.9 | 85.3 | 86.1 | 86.2 | 86.1 | 86.2 | 87.6 | 88.2 | 88.4 |

주: 4대 중증질환별 건강보험 보장률은 2010년부터 확인 가능함.

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.68-69; 최성미, 이옥희, 최대성, 이민재, 박근희, 김주혜, ..., 서남규. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.50.

나. 중증·고액진료비 상위 질환

1인당 진료비가 높은 상위 30위 또는 50위 내 질환의 전체 진료비 중 공단부담금¹³⁾이 차지하는 비중을 의미한다. 여기서 1인당 중증·고액진료비 상위 질환은 ‘2019년도 건강보험통계연보’의 298상병을 기준으로 1인당 진료비¹⁴⁾가 높은 질환을 순서대로 정렬했을 때 상위 30위 또는 50

13) 본인부담상한제 사후 환급금을 포함함.

14) 보험자부담금과 법정본인부담금을 합산한 금액임.

112 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

위 내에 포함되는 질환을 나타낸다(〈표 4-8〉 참조)(이옥희 외, 2020, p.20). 2019년 기준 1인당 의료비 부담이 가장 높은 질환은 백혈병이었으며, 림프암, 췌장암, 뇌종양 순으로 나타났다.

1인당 중증·고액 진료비 상위 질환 보장률은 2013년을 제외하고는 꾸준히 증가하는 경향을 보였다. 상위 30개 질환의 보장률은 2011년 75.5%에서 2019년 81.3%로 5.8%p 증가했으며, 치매, 패혈증, 호흡기 결핵 등이 포함된 상위 50개 질환의 보장률은 이보다 낮은 4.0%p 증가한 수치를 기록했다.

〈표 4-7〉 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

| 구분 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 상위 30위 | 75.5 | 77.4 | 75.7 | 77.4 | 77.9 | 77.3 | 79.7 | 81.2 | 81.3 |
| 상위 50위 | 74.9 | 75.7 | 74.4 | 75.6 | 76.6 | 76.6 | 77.8 | 78.9 | 78.9 |

주: 1인당 중증·고액진료비에 대한 건강보험 보장률은 2011년부터 확인 가능함.

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. p.89.

〈표 4-8〉 1인당 고액진료비 상위 30(50)위 내 질환('19년 기준)

(단위: %)

| 순위 | 298 상병 | 상병명 | 상병기호 | 순위 | 298 상병 | 상병명 | 상병기호 |
|----|--------|--------------------------|--------------|----|--------|-----------------|----------|
| 1 | 087 | 백혈병 | C91-C95 | 26 | 061 | 결장의 악성신생물 | C18 |
| 2 | 088 | 기타 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물 | C88-C90, C96 | 27 | 273 | 대퇴골의 골절 | S72 |
| 3 | 064 | 췌장의 악성신생물 | C25 | 28 | 083 | 기타 중추신경계의 악성신생물 | C70, C72 |
| 4 | 082 | 뇌의 악성신생물 | C71 | 29 | 121 | 파킨슨병 | G20 |
| 5 | 128 | 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군 | G80-G83 | 30 | 066 | 후두의 악성신생물 | C32 |
| 6 | 067 | 기관, 기관지 및 폐의 악성신생물 | C33-C34 | 31 | 030 | 바이러스 뇌염 | A83-A86 |

| 순위 | 298 상병 | 상병명 | 상병기호 | 순위 | 298 상병 | 상병명 | 상병기호 |
|----|-----------|---|------------------|----|-----------|------------------------------|------------------|
| 7 | 246 | 태아 발육지연, 태아 영양실조와 단기임신 및 저체중 출산과 관련된 장애 | P05-P07 | 32 | 074 | 자궁경의 악성신생물 | C53 |
| 8 | 070 | 피부의 악성흑색종 | C43 | 33 | 112 | 치매 | F00-F03 |
| 9 | 039 | 인체 면역결핍 바이러스 질환 | B20-B24 | 34 | 279 | 기타 내부장기의 손상 | S26-S27, S36-S37 |
| 10 | 086 | 비호지킨 림프종 | C82-C86 | 35 | 080 | 기타 요도의 악성신생물 | C64-C66, C68 |
| 11 | 059 | 식도의 악성신생물 | C15 | 36 | 147 | 급성 심근경색증 | I21-I22 |
| 12 | 065 | 기타 소화기관의 악성신생물 | C17,C23-C24,C26 | 37 | 081 | 눈 및 눈부속기의 악성신생물 | C69 |
| 13 | 063 | 간 및 간내담관의 악성신생물 | C22 | 38 | 079 | 방광의 악성신생물 | C67 |
| 14 | 153 | 뇌내출혈 | I60-I62 | 39 | 017 | 패혈증 | A40-A41 |
| 15 | 214 | 신부전증 | N17-N19 | 40 | 250 | 선천성 감염 및 기생충성 질환 | P35-P37 |
| 16 | 072 | 중피성 및 연조직의 악성신생물 | C45-C49 | 41 | 060 | 위의 악성신생물 | C16 |
| 17 | 123 | 다발성 경화증 | G35 | 42 | 077 | 전립선의 악성신생물 | C61 |
| 18 | 058 | 입술, 구강 및 인두의 악성신생물 | C00-C14 | 43 | 154 | 뇌경색증 | I63 |
| 19 | 249 | 주산기에 기원한 기타 호흡기 장애 | P22-P28 | 44 | 075 | 기타 및 상세불명의 자궁부위의 악성신생물 | C54-C55 |
| 20 | 076 | 기타 여성생식기관의 악성신생물 | C51-C52, C56-C58 | 45 | 115 | 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애 | F20-F29 |
| 21 | 085 | 호지킨병 | C81 | 46 | 007 | 호흡기 결핵 | A15-A16 |
| 22 | 068 | 기타 호흡기와 흉곽 내 기관의 악성신생물 | C30-C31, C37-C39 | 47 | 160 | 기타 동맥, 소동맥 및 모세혈관의 질환 | I71-I72, I77-I79 |
| 23 | 069 | 뼈와 관절연골의 악성신생물 | C40-C41 | 48 | 008 | 기타 결핵 | A17-A19 |
| 24 | 062 | 직장S상결장 접합부, 직장, 항문과 항문관의 악성신생물 | C19-C21 | 49 | 032 | 기타 절지동물 매개의 바이러스열 및 바이러스 출혈열 | A90-A94, A96-A99 |
| 25 | 073 | 유방의 악성신생물 | C50 | 50 | 189 | 크론병 및 궤양성 대장염 | K50-K51 |

주: 1) 1인당 중증·고액진료비 상위질환은 「2019년도 건강보험통계연보」의 298상병을 기준으로 1인당 진료비(보협자부담금+법정 본인부담금)가 높은 질환을 순서대로 정렬하여 상위 30(50)위 내에 포함되는 질환을 나타냄.

2) 연간 1,000건 미만의 진료가 발생한 질환은 순위에서 제외하였음.

자료: 국민건강보험공단 건강보험연구원. (2020). 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%. 국민건강보험공단 건강보험연구원 보도자료, p.21. https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080205에서 2021. 10. 11. 인출.

다. 경증·만성질환

2018년 11월부터 경증질환을 기존 52개에서 100개 항목으로 확대해, 병원급 의료기관 외래진료 시 약제비, 진료비 본인부담 등 차등 적용 범위를 확대해 왔다. 따라서 경증질환에 대한 정책 효과를 파악하기 위해 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표6에서 정의하고 있는 질환을 대상으로 건강보험 보장률을 산출했다. 그 결과, 2019년 기준 100대 경증질환의 건강보험 보장률은 61.6%로 전년 대비 0.7%p 증가했으나, 중증질환 보장률(82.7%)에 비해서는 턱없이 낮았다(국민건강보험공단 건강보험연구원, 2020, p.11).

〈표 4-9〉 100대 경증질환 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

| 구분 | 100대 경증질환 | | | 100대 경증질환 외 | | |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인부담률 |
| 2018년 | 60.9% | 24.5% | 14.6% | 62.4% | 20.0% | 17.6% |
| 2019년 | 61.6% | 24.7% | 13.7% | 62.6% | 20.3% | 17.1% |

주: 100대 경증질환 보장률은 현금지급을 포함하지 않음.

자료: 국민건강보험공단 건강보험연구원 (2020). 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%. 국민건강보험공단 건강보험연구원 보도자료, p.11. https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080205에서 2021. 10. 11. 인출.

다음으로 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 대뇌혈관질환, 악성신생물, 간질환, 정신 및 행동장애, 호흡기결핵, 신경계질환, 갑상선 장애, 만성신부전증, 관절염 등 건강보험 통계연보에서 정의하고 있는 만성질환 12개를 대상으로 분석했다. 이 중 4대 중증질환인 악성신생물, 호흡기결핵, 만성신부전증, 심장질환 일부, 대뇌혈관질환 일부 등을 제외한 보장률도 산출했다(국민건강보험공단 건강보험연구원, 2020, p.11).

고혈압, 당뇨 등 만성질환 보장률은 2019년 기준 72.0%이었고, 4대 중증질환을 제외한 보장률은 66.2%로 그 격차가 컸다.

〈표 4-10〉 만성질환 관련 건강보험 보장률 추이

(단위: %)

| 구분 | 만성질환 | | | 만성질환 중 4대 중증질환 제외 | | |
|-------|--------------|--------------|-------------|-------------------|--------------|-------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정보인 부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정보인 부담률 | 비급여 본인부담률 |
| 2017년 | 70.9% | 19.6% | 9.5% | 65.4% | 26.4% | 8.2% |
| 2018년 | 71.7% | 19.9% | 8.4% | 65.6% | 26.8% | 7.6% |
| 2019년 | 72.0% | 20.2% | 7.8% | 66.2% | 26.6% | 7.2% |

주: 만성질환 보장률은 현금지급을 포함하지 않음.

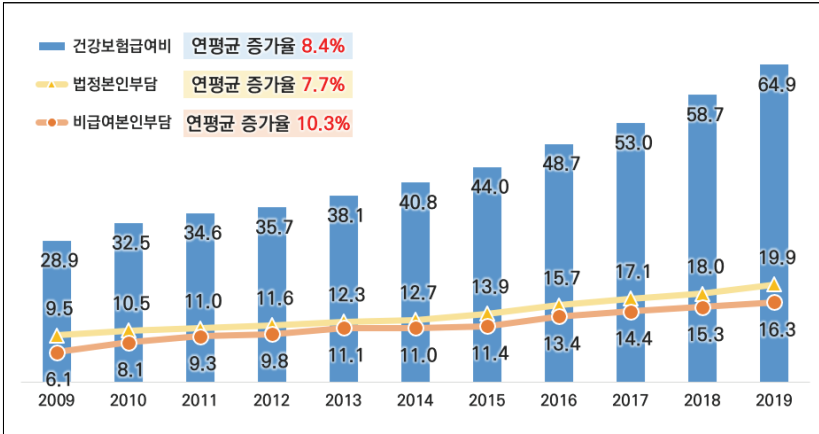
자료: 국민건강보험공단 건강보험연구원. (2020). 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%. 국민건강보험공단 건강보험연구원 보도자료, p.12. https://www.mohw.go.kr/react/gm/s_gm0701ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080205에서 2021. 10. 11. 인출.

5. 소결

의학적 비급여의 전면 급여화를 내세워 건강보험 보장성 강화 정책을 추진하고 있음에도 불구하고, 비급여를 해소하는 속도보다 새로운 비급여가 창출되는 속도가 더 빨라지면서 건강보험 보장성 강화 정책 효과가 상쇄되고 있다. 건강보험 급여비와 보장률 자료를 활용해 총의료비 규모를 추산해본 결과, 2019년 기준 법정 본인부담금은 19.9조 원으로 전년 대비 10.3%p(1.9조 원) 증가했고, 비급여 본인부담금은 16.3조 원으로 전년 대비 6.5%p(1.0조 원) 증가했다. 그리고 지난 10년간(2009~2019년) 건강보험 급여비는 8.4%, 법정보인부담금은 7.7% 증가한 반면, 비급여 본인부담은 10.3% 증가했다. 이처럼 비급여 진료비는 건강보험 진료비를 견인할 뿐만 아니라, 국민이 체감하는 보장률을 악화시키는 요인으로도 작동하고 있었다(여나금 외, 2020, p.24).

[그림 4-5] 건강보험 진료비 구성별 지출 현황(2009~2019)

(단위: 조 원)



주: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사. 건강보험 보장률/법정 본인부담률/비급여 본인부담률: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 급여비 자료를 활용하여 총 의료비 규모를 추정함.

자료: 여나금, 신현웅, 정형선, 지영진, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구용역. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, p.5에서 2019년 수치 업데이트함.

앞에서 살펴본 것처럼 2005년부터 고액·중증질환 중심으로 추진된 보장성 강화 정책은 의료기관 종별 보장률 격차를 넓혔다. 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀·중증난치질환의 4대 중증질환 보장률은 2010년 76.1%¹⁵⁾에서 2019년 82.7%로 6.6%p 증가했다. 이뿐만 아니라 백혈병, 림프암, 췌장암 등 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률도 2011년 대비 4.0~5.8%p 개선되었다. 이는 중증환자 이용이 많은 상급종합병원과 종합병원의 보장률 향상으로도 이어졌는데, 상급종합병원은 2010년 56.4%에서 2019년 69.5%로 13.1%p 증가했고, 종합병원은 2010년 58.0%에서 2019년 66.7%로 8.7%p 증가했다.

15) 4대 중증질환 보장률은 2010년부터 산출해 이전 연도 보장률 수치는 없음.

〈표 4-11〉 고액·중증질환 중심의 건강보험 보장성 정책 결과

(단위: %)

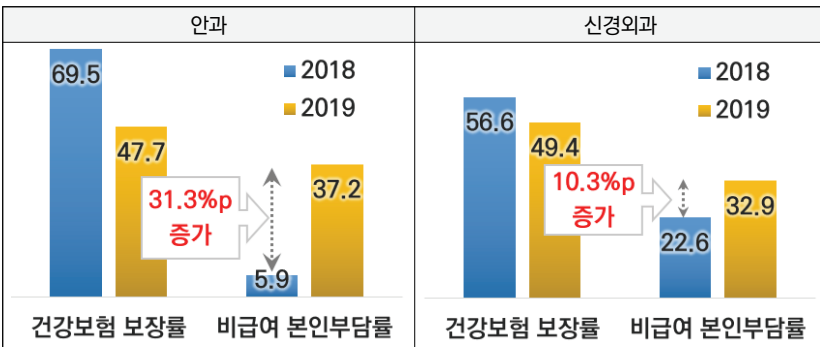
| 구분 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
|-----------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| 질환 | 4대 중증 | 76.1 | 76.2 | 77.7 | 77.5 | 77.7 | 79.9 | 80.3 | 81.7 | 83.0 | 82.7 |
| 고액 진료비 | 상위 30위 | - | 75.5 | 77.4 | 75.7 | 77.4 | 77.9 | 77.3 | 79.7 | 81.2 | 81.3 |
| | 상위 50위 | - | 74.9 | 75.7 | 74.4 | 75.6 | 76.6 | 76.6 | 77.8 | 78.9 | 78.9 |
| 종별 | 상급종합 | 56.4 | 56.0 | 57.4 | 57.3 | 59.7 | 61.8 | 62.9 | 65.1 | 68.7 | 69.5 |
| | 종합병원 | 58.0 | 61.4 | 58.7 | 61.3 | 61.2 | 61.7 | 62.4 | 63.8 | 65.2 | 66.7 |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39, 89를 참고해 연구자가 재정리함.

반면에 의원의 보장률은 2010년 65.6%에서 2019년 57.2%로 8.4%p 감소했으며, 2015년 이후부터는 해를 거듭할수록 감소하고 있다. 세부적으로 들여다보면, 안과, 신경외과 보장률이 1년 사이에 급격히 추락했다. 특히 안과의 경우 2019년 기준 전년 대비 21.8%p 줄었는데, 이 공백을 비급여 진료가 메우고 있었다('18년 대비 '19년 비급여 본인부담률 31.3%p 증가).

〈그림 4-6〉 안과·신경외과 의원의 건강보험 보장률 추이('18vs.'19)

(단위: %)



자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39. 재구성.

〈표 4-12〉 안과·신경외과 의원의 건강보험 보장을 추이(2017~2019)

(단위: %)

| 구분 | 2017년 | | | 2018년 | | | 2019년 | | |
|------|----------|----------|------------|-------------|----------|-------------|-------------|----------|-------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인 부담률 | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인 부담률 | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인 부담률 |
| 안과 | 67.7 | 22.9 | 9.4 | 69.5 | 24.6 | 5.9 | 47.7 | 15.1 | 37.2 |
| 신경외과 | 55.6 | 19.1 | 25.3 | 56.6 | 20.8 | 22.6 | 49.4 | 17.7 | 32.9 |
| 전체 | 60.3 | 20.1 | 19.6 | 57.9 | 19.3 | 22.8 | 57.2 | 19.0 | 23.8 |

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.36-39.

안과 의원에서는 이러한 보장률 추락을 두고 백내장 관련 검사와 노안 수술 등을 이유로 꼽았다(문성호, 2020. 12. 30., 롤러코스터 탄 의원급 비급여 시장... 안과·신경외과 주도. 메디칼타임즈. <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1137970&REFERER=NP>에서 2021. 11. 8. 인출). 실제 2020년 9월에 백내장, 녹내장 등 눈 질환에 대한 수술 전 초음파 검사를 건강보험 급여 항목으로 적용한 바 있다. 그 이전까지는 “금융소비자원이 직접 나서 백내장 수술이 비양심적 의료기관의 돈벌이 수단으로 악용되고 있다”며 주의를 당부했고 실손보험과 관련된 이슈가 적지 않았다(문성호, 2020. 12. 30., 롤러코스터 탄 의원급 비급여 시장... 안과·신경외과 주도. 메디칼타임즈. <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1137970&REFERER=NP>에서 2021. 11. 8. 인출). 이는 입원 다빈도 상병 분석 결과에서도 입증되었는데, 2019년 기준 연간 다발생 질병 1순위로 ‘노년 백내장’이 꼽혔다(국민건강보험공단 건강보험연구원, 2020). “백내장 수술에서 비급여 진료 항목이었던 계측검사, 초음파 검사, 다초점 인공수정체 등에서 실손보험과 연결된 상품이 일부 안과를 중심으로 활발하게 이뤄지면서 보장률 추락으로까지 연결된 것으로

해석이 가능”하다(문성호, 2020. 12. 30., 롤러코스터 탄 의원급 비급여 시장... 안과·신경외과 주도. 메디칼타임즈. <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1137970&REFERER=NP>에서 2021. 11. 8. 인출).

〈표 4-13〉 2019년 연간 입원 다빈도 상병 현황(상위 10위)

(단위: 명, 천 일, 백만 원)

| 순위 | 상병명 | 진료실인원 (명) | 내원일수 (천 일) | 급여일수 (천 일) | 진료비 (백만 원) | 급여비 (백만 원) |
|----|--------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | 노년백내장 | 349,423 | 554 | 767 | 495,587 | 397,480 |
| 2 | 상세불명 병원체의 폐렴 | 308,637 | 3,316 | 5,065 | 757,608 | 616,422 |
| 3 | 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염 | 301,128 | 1,244 | 2,646 | 254,506 | 200,869 |
| 4 | 출산장소에 따른 생존출생 | 263,382 | 1,232 | 1,235 | 108,977 | 107,671 |
| 5 | 기타 추간판장애 | 261,121 | 2,018 | 4,849 | 340,240 | 254,247 |
| 6 | 치핵 및 항문주위 정맥혈전증 | 160,944 | 431 | 722 | 189,233 | 148,424 |
| 7 | 무릎관절증 | 131,256 | 2,811 | 4,940 | 838,155 | 644,159 |
| 8 | 어깨병변 | 127,546 | 1,086 | 2,442 | 290,456 | 218,208 |
| 9 | 기타 척추병증 | 124,888 | 1,491 | 3,136 | 285,804 | 214,539 |
| 10 | 알츠하이머병에서의 치매 | 121,154 | 21,200 | 21,589 | 1,640,848 | 1,218,682 |

주: 수진 기준

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 (2020). 2019년 건강보험통계연보. 「제VI-4표. 질병 소분류별 입원 다빈도 상병 급여현황」, p.618.

한편, 안과보다는 보장률 감소폭이 작지만, 신경외과도 마찬가지로 2019년 기준 49.4%로, 전년 대비 7.2%p 감소했다. 비급여 본인부담률은 2018년 22.6%에서 2019년 32.9%로 10.3%p 증가했는데, 통증·영양주사 등 주사료, 재활·물리치료료 등 주로 선택적 속성이 강한 비급여가 증가해 보장률 상승효과를 상쇄한 것으로 나타났다(문성호, 2020. 12. 30., 롤러코스터 탄 의원급 비급여 시장... 안과·신경외과 주도. 메디칼타임즈.

<http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1137970&REFERER=NP>에서 2021. 11. 8. 인출).

〈표 4-14〉 2019년 기준 의료기관 종별 비급여 진료 항목 구성비

(단위: %)

| 구분 | 병실 차액 | 선택 진료비 | 식대 | 주사료 | 처치 및 수술료 | 검사료 | 치료 재료대 | MRI | 초음파 | 그 외 |
|------|----------|-----------|-----|-------------|-------------|------|-------------|------|-------------|-------------|
| 상급종합 | 10.7 | 0 | 0.5 | 11.7 | 13.5 | 10.9 | 16.9 | 8.4 | 17.2 | 10.2 |
| 종합병원 | 8.7 | 0 | 0.5 | 13.6 | 9.7 | 8.9 | 15.3 | 14.4 | 14.9 | 14.0 |
| 병원 | 6.7 | 0 | 0.4 | 17.0 | 13.0 | 8.3 | 12.7 | 11.8 | 9.5 | 20.7 |
| 의원 | 1.0 | - | 0 | 28.3 | 12.3 | 11.1 | 8.0 | 1.2 | 12.2 | 26.0 |

주: 그 외는 진찰료 투약 및 조제료 마취료 영상진단료 방사선치료료 재활 및 물리치료료 정신요법료, 전혈 및 혈액성분제료 진단료 진단료 보철교정료 한약첨약 기타 항목을 나타냄.

자료: 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원. pp.40, 51, 62.

급여화 항목이 적은 의원급 의료기관에서 비급여가 차지하는 비율이 증가하는 것은 비급여를 늘려 수익을 보전·증대하려는 흐름이 존재하기 때문으로 볼 수 있다. 건강보험 보장률을 활용해 비급여를 포함한 총의료비를 추산해보면 이를 방증하는 결과가 나타난다.

일례로, 건강보험 급여비를 기준으로 의료기관 종별 연평균 증가율(2009~2019년)을 살펴보면, 의원은 6.8%, 병원은 8.2%로, 종합병원 10.4%, 상급종합병원 9.7%보다 낮았다. 그러나 건강보험 보장률을 활용해 비급여를 포함한 총의료비를 추정한 값으로 보면, 의원은 9.0%, 병원은 9.8%로 종합병원 9.3%, 상급종합병원 7.3%보다 연평균 증가율이 더 높은 것을 확인할 수 있다. 즉, 건강보험 급여비만을 기준으로 할 경우 의원과 병원의 수입 증가율이 종합병원과 상급종합병원보다 상대적으로 낮지만, 비급여를 포함한 총의료비를 기준으로 할 경우, 의원과 병원의 수입 증가율이 종합병원과 상급종합병원을 상회하는 모습을 보였다(여나금, 2020, p.34).

〈표 4-15〉 건강보험 보장률을 활용해 추정한 의료기관 종별 총의료비 변화(2009~2019)

| 구분 | 총의료비 E(=C+D) | | | | | | | | | 총의료비 E(=C+D) | | |
|------------|------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| | 건강보험 진료비 C(=A+B) | | | | | | 비급여 D | | | | | |
| | 급여비 A | | | 법정본인부담 B | | | | | | | | |
| | 2009 (조 원) | 2019 (조 원) | 연평균 증가율 | 2009 (조 원) | 2019 (조 원) | 연평균 증가율 | 2009 (조 원) | 2019 (조 원) | 연평균 증가율 | 2009 (조 원) | 2019 (조 원) | 연평균 증가율 |
| 상급종합 | 4.7 | 11.9 | 9.7% | 1.5 | 3.5 | 8.9% | 2.2 | 1.7 | -2.5% | 8.4 | 17.2 | 7.3% |
| 종합 | 4.1 | 11.1 | 10.4% | 1.7 | 3.7 | 8.1% | 1.0 | 1.9 | 6.1% | 6.9 | 16.7 | 9.3% |
| 병원 | 2.6 | 5.6 | 8.2% | 0.9 | 2.0 | 8.8% | 0.9 | 3.3 | 14.1% | 4.3 | 11.0 | 9.8% |
| 요양 | 1.0 | 4.6 | 16.7% | 0.4 | 1.3 | 13.7% | 0.1 | 0.8 | 18.5% | 1.5 | 6.7 | 16.2% |
| 의원 | 6.6 | 12.8 | 6.8% | 2.0 | 4.3 | 7.8% | 0.8 | 5.3 | 20.9% | 9.4 | 22.4 | 9.0% |
| 의과 (전체) | 19.0 | 46.1 | 9.2% | 6.4 | 14.8 | 8.7% | 5.1 | 13.0 | 9.9% | 30.6 | 74.0 | 9.2% |

주: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사. 건강보험 보장률/법정 본인부담률/비급여 본인부담률: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 급여비 자료를 활용하여 총 의료비 규모를 추정함.

자료: 여나균. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, p.34. 에서 2019년 수치 업데이트함.

이처럼 상급종합병원 중심의 보장성 확대 정책으로 의원급 의료기관의 보장률은 하락했으며, 상급종합병원과 의원 간 발생한 보장률 격차는 결국 의원이 비급여 진료 항목을 늘려 수익을 보전하게 하는 기제로 작용하고 있었다.

제3절 의원급 의료기관의 역할 진단

2000년대 초부터 KTX 등 교통여건 개선, 건강보험 보장성 확대 정책에 따른 환자 진료비 본인부담 경감 등으로 수도권 소재 의료기관 또는 상급종합병원으로의 쏠림이 심화되었다. 그리고 최근 4대 중증질환 보장

성 강화부터 시작해 상급병실료 급여화, 선택진료비 폐지, 의학적 비급여의 전면 급여화 등 보장성이 대폭 확대되면서 대형병원으로 의료이용이 집중될 것에 우려가 제기되고 있다(김한상, 2018, p.2). 이 절에서는 연도별 건강보험 통계연보 자료를 바탕으로 지난 10년간(2009~2019년) 의료기관 종별 진료비 점유율, 입내원일수 점유율 등의 추이를 통해 일차적으로 의원급 의료기관의 역할을 파악했다. 아울러, 대형병원을 중심으로 한 중증질환 위주의 보장성 강화 정책이 의료이용의 비효율성과 의료전달체계 왜곡을 초래했는지를 점검하기 위해 환자의 중증도별 의료이용 현황을 살펴보았다.

1. 의료이용 현황

가. 총진료비 점유율

먼저 요양기관 종별 진료비 추이를 살펴보면, 약국을 포함한 전체 진료비는 지난 10년간(2009~2019년) 8.1%, 5년간(2014~2019년) 9.6% 증가했으며, 최근 들어 증가 속도가 더욱 빨라졌다. 지난 5년 평균 증가율 기준으로 보면, 상급종합병원과 종합병원의 진료비 증가율이 12.1%로 높게 나타났다. 특히 상급종합병원의 진료비는 2009년 대비 2019년 141.1% 증가했고, 의원은 2009년 11,592십억 원에서 2019년 24,121십억 원으로 약 108.1% 증가했다.

다음으로 요양기관 종별 진료비 점유율 추이를 살펴보았다. 2019년 총진료비 86조 1,109억 원 중에서 의원이 28.0%로 가장 많은 비중을 차지했으며, 약국 20.6%, 상급종합병원 17.5%, 종합병원 17.1%, 병원 9.7% 순으로 나타났다. 한편, 2009년 대비 2019년 진료비 점유율은 상급종합

병원이 1.6%p, 종합병원이 2.8%p, 병원이 0.4%p, 요양병원이 3.5%p 증가한 반면에 의원은 1.5%p 감소했다.

〈표 4-16〉 요양기관 종별 진료비 점유율 추이: 전체

(단위: 십억 원, %, %p)

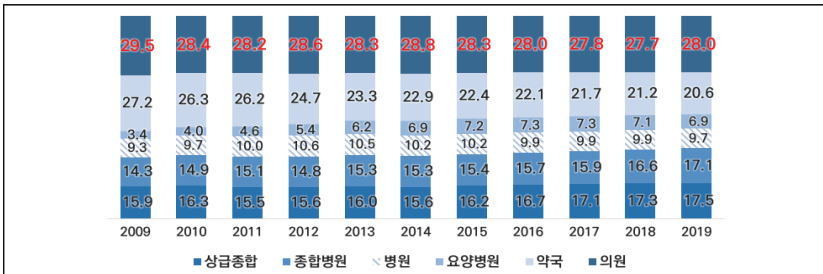
| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 진료비 증가율 | '14~'19 진료비 증가율 | '09~'19 점유율 차이 |
|------|---------------|-------------|---------------|-------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 진료비 | 점유율 | 진료비 | 점유율 | | | |
| 총계 | 39,339 | 100 | 86,111 | 100 | 8.1% | 9.6% | - |
| 상급종합 | 6,243 | 15.9 | 15,054 | 17.5 | 9.2% | 12.1% | 1.6%p |
| 종합병원 | 5,644 | 14.3 | 14,713 | 17.1 | 10.1% | 12.1% | 2.8%p |
| 병원 | 3,669 | 9.3 | 8,333 | 9.7 | 8.5% | 8.4% | 0.4%p |
| 요양병원 | 1,322 | 3.4 | 5,967 | 6.9 | 16.3% | 9.8% | 3.5%p |
| 의원 | 11,592 | 29.5 | 24,121 | 28.0 | 7.6% | 9.0% | -1.5%p |
| 기타 | 172 | 0.4 | 163 | 0.2 | -0.5% | -1.0% | -0.2%p |
| 약국 | 10,697 | 27.2 | 17,760 | 20.6 | 5.2% | 7.3% | -6.6%p |

주: '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함, '기타'는 조산원, 보건기관을 포함함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

〔그림 4-7〕 요양기관 종별 진료비 점유율

(단위: %)



주: 1) '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함함.

2) 기타(조산원, 보건기관)는 제외함(연도별 진료비 점유율 합계가 100% 아님).

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 4개 종별을 중심으로 진료비 점유율을 파악해보았다. 2019년 기준 진료비 점유율은 의원이 38.8%로 가

장 높았으나, 2009년 42.7% 대비 3.9%p 감소했다. 반면 상급종합병원과 종합병원은 각각 24.2%, 23.6%로 2009년 대비 각각 1.2%p, 2.8%p 증가했다.

한편, 상급종합병원 기관 수는 2009년 대비 2019년에 감소(0.95배)한 반면, 기관당 진료비는 2009년 141,897백만 원에서 2019년 358,434백만 원으로 약 2.53배 증가했다. 반면에 의원의 경우 기관 수는 1.22배 증가했고, 기관당 진료비는 2009년 218백만 원에서 2019년 371백만 원으로 약 1.70배가 증가했다. 단순히 진료비 기준으로 비교했을 때보다 격차가 더 크게 벌어진 것을 알 수 있다(진료비 기준 2009년 대비 2019년 상급종합병원 2.41배, 의원 2.08배 증가).

〈표 4-17〉 요양기관 종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별

(단위: 개소, 조 원, 백만 원, %, %p, 배)

| 구분 | 2009년 | | | | 2019년 | | | | '09년 대비 '19년 | | |
|----------|--------------|--------------|-------------------|----------------------|--------------|--------------|------------|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| | 기관 수 (개소) | 진료비 (조 원) | 진료비 점유율 (%) | 기관당 진료비 (백만 원) | 기관 수 (개소) | 진료비 (조 원) | 점유율 (%) | 기관당 진료비 (백만 원) | 진료비 점유율 (%p) | 기관 수 (배) | 기관당 진료비 (배) |
| 계 | 54,967 | 27.1 | 100 | 493 | 67,298 | 62.2 | 100 | 924 | - | 1.22 | 1.87 |
| 상급 종합 | 44 | 6.2 | 23.0 | 141,897 | 42 | 15.0 | 24.2 | 358,434 | 1.2 | 0.95 | 2.53 |
| 종합 병원 | 269 | 5.6 | 20.8 | 20,980 | 314 | 14.7 | 23.6 | 46,855 | 2.8 | 1.17 | 2.23 |
| 병원 | 1,603 | 3.6 | 13.5 | 2,288 | 2,080 | 8.3 | 13.4 | 4,006 | -0.1 | 1.30 | 1.75 |
| 의원 | 53,051 | 11.5 | 42.7 | 218 | 64,862 | 24.1 | 38.8 | 371 | -3.9 | 1.22 | 1.70 |

주: '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, 요양병원 미포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

나. 진료형태별 진료비 점유율

주요 4개 종별을 중심으로 진료형태(입원, 외래)에 따른 진료비 점유율 추이를 살펴보았다. 이때 4개 종별은 상급종합병원, 종합병원, 병원(치과, 한방 포함), 의원(치과, 한방 포함)으로 구분했다. 먼저, 2019년 입원진료비 26.3조 원 중에서 종합병원이 37.4%로 가장 큰 비중을 차지했고, 상급종합병원 37.1%, 병원 19.8%, 의원 5.7%의 순으로 나타났다. 2009년 대비 2019년 입원진료비 점유율 변화는 상급종합병원(1.6%p), 종합병원(5.3%p)에서 증가했고, 병원급(-2.0%p), 의원급(-4.9%p)은 감소했다.

〈표 4-18〉 요양기관 종별 입원진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 포함)

(단위: 십억 원, %, %p)

| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 진료비 증가율 | '14~'19 진료비 증가율 | '09~'19 점유율 차이 |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 진료비 | 점유율 | 진료비 | 점유율 | | | |
| 총계 | 11,132 | 100 | 26,316 | 100 | 9.0% | 11.3% | - |
| 상급종합 | 3,955 | 35.5% | 9,760 | 37.1% | 9.5% | 13.0% | 1.6%p |
| 종합병원 | 3,569 | 32.1% | 9,830 | 37.4% | 10.7% | 13.4% | 5.3%p |
| 병원급 | 2,428 | 21.8% | 5,220 | 19.8% | 8.0% | 7.6% | -2.0%p |
| 의원급 | 1,180 | 10.6% | 1,506 | 5.7% | 2.5% | 3.8% | -4.9%p |

주: '병원급'은 치과병원, 한방병원을 포함, '의원급'은 치과의원, 한의원을 포함함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도, 건강보험통계연보).

이번에는 병원급과 의원급 의료기관에서 치과, 한방을 제외하고 분석해보았다. 전반적으로 입원진료비에는 큰 변화가 없었으며, 의원을 제외한 나머지 종별에서 2009년 대비 2019년 점유율 차이 폭이 조금 늘어났다(상급종합병원 1.8%p, 종합병원 5.6%p, 병원 -2.5%p).

<표 4-19> 요양기관 종별 입원진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 제외)

(단위: 십억 원, %, %p)

| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 진료비 증가율 | '14~'19 진료비 증가율 | '09~'19 점유율 차이 |
|------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 진료비 | 점유율 | 진료비 | 점유율 | | | |
| 총계 | 11,059 | 100% | 25,982 | 100% | 8.9% | 11.3% | - |
| 상급종합 | 3,955 | 35.8% | 9,760 | 37.6% | 9.5% | 13.0% | 1.8%p |
| 종합병원 | 3,569 | 32.3% | 9,830 | 37.8% | 10.7% | 13.4% | 5.6%p |
| 병원 | 2,359 | 21.3% | 4,898 | 18.9% | 7.6% | 7.2% | -2.5%p |
| 의원 | 1,177 | 10.6% | 1,494 | 5.8% | 2.4% | 3.8% | -4.9%p |

주: '병원'과 '의원'은 치과, 한방을 모두 제외함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

치과, 한방을 포함한 4개 종별을 중심으로 외래진료비 점유율 추이를 살펴보았다. 2019년 기준 외래진료비(35.9조 원) 점유율은 의원급 의료기관(63.0%)이 압도적으로 높았고, 상급종합병원 14.7%, 종합병원 13.6%, 병원급 의료기관 8.7% 순으로 나타났다. 2009년 대비 2019년 외래진료비 점유율 변화를 살펴보면, 상급종합병원(0.5%p), 종합병원 (0.6%p), 병원급(0.9%p)에서 모두 증가했으나, 의원급 의료기관은 2.0%p 하락했다.

<표 4-20> 요양기관 종별 외래진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 포함)

(단위: 십억 원, %, %p)

| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 진료비 증가율 | '14~'19 진료비 증가율 | '09~'19 점유율 차이 |
|------|---------------|--------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 진료비 | 점유율 | 진료비 | 점유율 | | | |
| 총계 | 16,015 | 100% | 35,905 | 100% | 8.4% | 9.7% | - |
| 상급종합 | 2,288 | 14.3% | 5,294 | 14.7% | 8.7% | 10.6% | 0.5%p |
| 종합병원 | 2,075 | 13.0% | 4,883 | 13.6% | 8.9% | 9.7% | 0.6%p |
| 병원급 | 1,240 | 7.7% | 3,113 | 8.7% | 9.6% | 9.9% | 0.9%p |
| 의원급 | 10,412 | 65.0% | 22,615 | 63.0% | 8.1% | 9.4% | -2.0%p |

주: '병원급'은 치과병원, 한방병원을 포함, '의원급'은 치과의원, 한의원을 포함함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

이번에는 병원급과 의원급 의료기관에서 치과, 한방을 제외하고 분석해보았다. 2019년 외래진료비(28.3조 원)에서 의원이 차지하는 점유율은 54.6%로, 한방, 치과를 포함했을 때보다 다소 낮은 비중이었다. 특히, 4개 종별에서 2009년 대비 2019년 진료비 점유율 폭이 커졌는데, 상급종합병원이 1.4%p, 종합병원이 1.6%p, 병원이 1.1%p 증가한 반면, 의원은 4.1%p 하락했다. 입원과 달리 외래진료비에서 치과의원과 한의원이 일부 기여한 것으로 나타났다.

〈표 4-21〉 요양기관 종별 외래진료비 점유율 추이: 4개 종별(치과, 한방 제외)

(단위: 십억 원, %, %p)

| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 진료비 증가율 | '14~'19 진료비 증가율 | '09~'19 점유율 차이 |
|------|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | 진료비 | 점유율 | 진료비 | 점유율 | | | |
| 총계 | 13,276 | 100% | 28,340 | 100% | 7.9% | 9.4% | - |
| 상급종합 | 2,288 | 17.2% | 5,294 | 18.7% | 8.7% | 10.6% | 1.4%p |
| 종합병원 | 2,075 | 15.6% | 4,883 | 17.2% | 8.9% | 9.7% | 1.6%p |
| 병원 | 1,122 | 8.5% | 2,703 | 9.5% | 9.2% | 9.2% | 1.1%p |
| 의원 | 7,790 | 58.7% | 15,460 | 54.6% | 7.1% | 8.9% | -4.1%p |

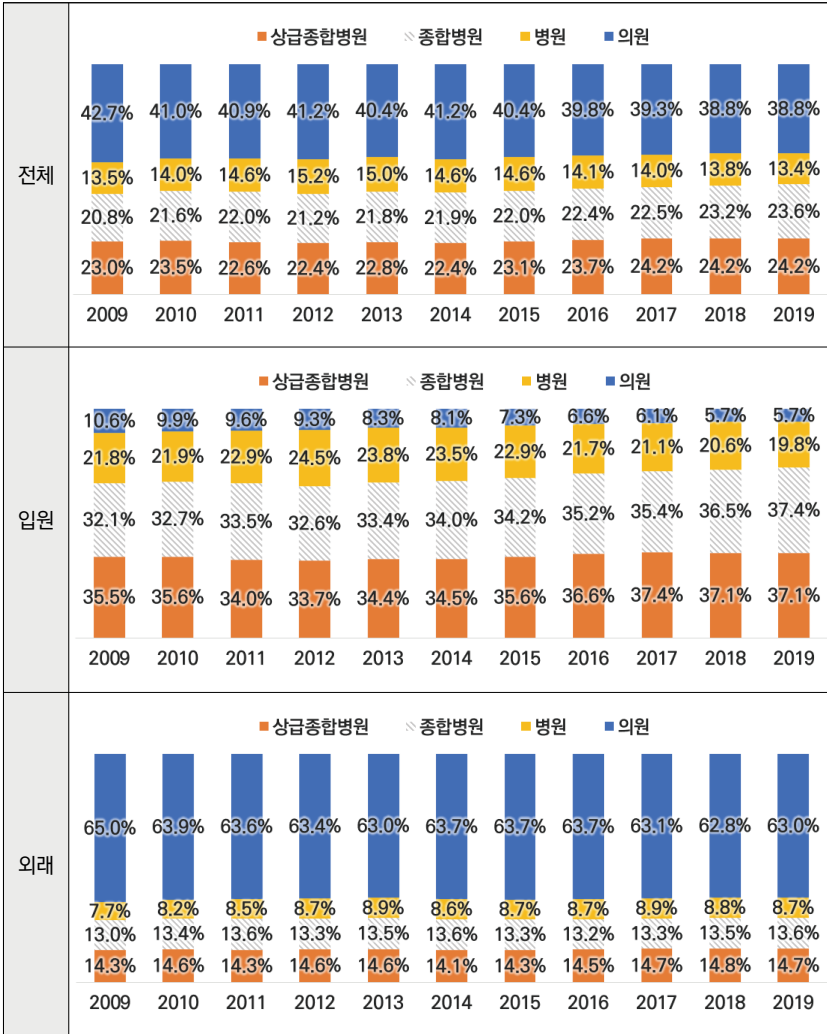
주: '병원'과 '의원'은 치과, 한방을 모두 제외함.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

128 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 4-8] 요양기관 종별·진료형태별 진료비 점유율 추이: 4개 종별

(단위: %)



주: '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, 요양병원 미포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함함.
 자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.

다. 입내원일수 점유율

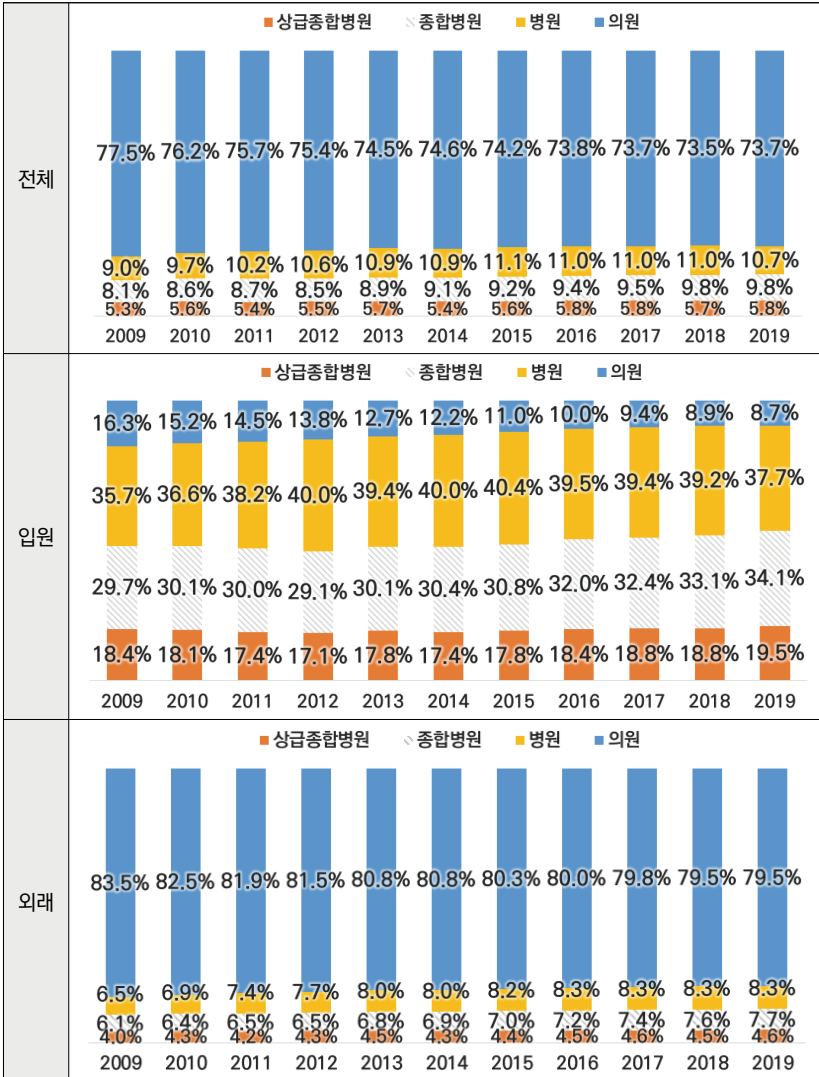
의료기관 종별 입내원일수 점유율 추이도 진료비 추이와 크게 다르지 않았다. 4개 종별 중심으로 살펴보면, 2019년 기준 입내원일수 점유율은 상급종합병원 5.8%, 종합병원 9.8%, 병원 10.7%, 의원 73.7%로 의원급이 가장 많은 점유율을 차지했다. 그러나 중증질환 등 입원환자의 수술, 치료를 중심으로 해야 할 병원급 이상 의료기관의 외래 내원일수 점유율은 2009년 대비 2019년에 증가한 반면, 주로 외래환자를 대상으로 의료 서비스를 제공해야 할 의원의 외래 내원일수는 4.0%나 줄었다. 지난 10년간(2009~2019년) 연평균 증가율에서도 유사한 경향을 보였는데, 상급종합병원(3.3%), 종합병원(4.3%), 병원(4.3%)의 외래 내원일수 증가율보다 의원(1.3%)의 증가율이 현저히 낮았다.

한편, 입원일수 점유율은 입원환자를 주로 대상으로 하는 상급종합병원(19.5%), 종합병원(34.1%), 병원(37.7%)에서 고루 높게 나타났다. 의원은 8.7%로 가장 낮았으며, 지속해서 감소하는 추세를 보였다.

130 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 4-9] 요양기관 종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별

(단위: %)



주: '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, 요양병원 미포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함함.
 자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도), 건강보험통계연보.

〈표 4-22〉 요양기관 종별·진료형태별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별

(단위: 천일, %, %p)

| 구분 | 2009 | | 2019 | | '09~'19 입내원일수 증가율 | '14~'19 입내원일수 증가율 | '09~'19 점유율 차이 | |
|----------------|-------|----------------|-------------|----------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|-------------|
| | 입내원일수 | 점유율 | 입내원일수 | 점유율 | | | | |
| 총계 | 소계 | 830,617 | 100 | 988,889 | 100 | 1.8% | 1.4% | - |
| | 입원 | 73,005 | 100 | 80,818 | 100 | 1.0% | -0.8% | - |
| | 외래 | 757,612 | 100 | 908,071 | 100 | 1.8% | 1.6% | - |
| 상급 종합 병원 | 소계 | 43,701 | 5.3 | 57,526 | 5.8 | 2.8% | 2.7% | 0.6 |
| | 입원 | 13,449 | 18.4 | 15,782 | 19.5 | 1.6% | 1.6% | 1.1 |
| | 외래 | 30,252 | 4.0 | 41,744 | 4.6 | 3.3% | 3.1% | 0.6 |
| 종합 병원 | 소계 | 67,644 | 8.1 | 97,320 | 9.8 | 3.7% | 3.1% | 1.7 |
| | 입원 | 21,654 | 29.7 | 27,530 | 34.1 | 2.4% | 1.5% | 4.4 |
| | 외래 | 45,989 | 6.1 | 69,791 | 7.7 | 4.3% | 3.7% | 1.6 |
| 병원 | 소계 | 75,169 | 9.0 | 105,495 | 10.7 | 3.4% | 0.9% | 1.6 |
| | 입원 | 26,027 | 35.7 | 30,440 | 37.7 | 1.6% | -2.0% | 2.0 |
| | 외래 | 49,142 | 6.5 | 75,055 | 8.3 | 4.3% | 2.2% | 1.8 |
| 의원 | 소계 | 644,104 | 77.5 | 728,547 | 73.7 | 1.2% | 1.1% | -3.9 |
| | 입원 | 11,874 | 16.3 | 7,066 | 8.7 | -5.1% | -7.2% | -7.5 |
| | 외래 | 632,229 | 83.5 | 721,481 | 79.5 | 1.3% | 1.2% | -4.0 |

주: '병원'은 치과병원, 한방병원을 포함, 요양병원 미포함, '의원'은 치과의원, 한의원을 포함함.
 자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도), 건강보험통계연보.

라. 진료내역 항별 점유율

4개 종별에 한정하여 2009년 대비 2019년 진료내역 항별로 살펴보면 다음과 같다. 상급종합병원은 2009년에 검사료 비중이 19.3%로 가장 높았으나, 2019년에 18.4%로 감소하였고, 처치 및 수술료(18.7%) 비중이 소폭 증가했다. 종합병원은 2009년과 2019년 모두 입원료, 처치 및 수술료 비중이 높았으며, 병원은 입원료의 점유율이 가장 높았다.

한편, 의원의 점유율이 눈에 띄게 변화했는데, 지난 10년간 진찰료 비중이 2009년 53.2%에서 2019년 38.4%로 급격히 감소했으며(-14.8%p),

132 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

이 감소분은 고스란히 처치 및 수술료와 검사료 항목으로 옮겨갔다. 2009년 전체의 15.3%를 구성하던 처치 및 수술료가 2019년 25.0%로 9.7%p 늘어났고, 검사료 역시 2009년 대비 2019년 6.1%p 증가했다. 처치 및 수술료의 경우 2009년에는 상급종합병원과 종합병원에서 17.4%로 높은 비중을 차지했는데 2019년에 의원이 역전한 것이다.

〈표 4-23〉 요양기관 종별 진료내역 항별 진료비 구성비 변화

(단위: %)

| 구분 | 2009년 | | | | 2019년 | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| | 상급 | 종합 | 병원 | 의원 | 상급 | 종합 | 병원 | 의원 | |
| 계 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| 진찰료 | 6.7 | 11.3 | 11.4 | 53.2 | 9.7 | 11.3 | 7.8 | 38.4 | |
| 입원료 | 11.9 | 17.4 | 24.3 | 5.0 | 12.7 | 19.4 | 22.6 | 1.1 | |
| 투약료 | 6.1 | 5.4 | 3.9 | 1.4 | 3.6 | 3.1 | 2.1 | 0.9 | |
| 주사료 | 17.6 | 13.9 | 7.3 | 5.2 | 15.0 | 9.9 | 4.4 | 4.0 | |
| 마취료 | 1.9 | 1.7 | 2.0 | 2.9 | 1.7 | 1.3 | 2.1 | 5.2 | |
| 이학요법료 | 0.7 | 1.3 | 5.4 | 4.6 | 0.5 | 1.1 | 6.2 | 2.9 | |
| 정신요법료 | 0.4 | 0.4 | 1.6 | 1.2 | 0.3 | 0.3 | 1.1 | 1.3 | |
| 처치·수술료 | 17.4 | 17.4 | 14.7 | 15.3 | 18.7 | 18.6 | 12.5 | 25.0 | |
| 검사료 | 19.3 | 17.3 | 7.6 | 7.4 | 18.4 | 17.5 | 8.1 | 13.5 | |
| 영상진단·방사선 치료료 | 7.7 | 6.0 | 3.2 | 3.3 | 7.3 | 5.2 | 2.2 | 3.2 | |
| 특수장비 | CT료 | 6.4 | 5.6 | 1.7 | 0.5 | 4.5 | 4.6 | 1.3 | 0.5 |
| | MRI료 | 2.1 | 1.5 | 0.2 | 0.1 | 2.5 | 3.1 | 0.8 | 0.3 |
| | PET료 | 1.9 | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 0.6 | 0.2 | 0.0 | 0.0 |
| 특수재료 | 장루·요루 치료재료 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | |
| 선별급여 | 본인부담 50% | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.4 | 1.5 | 0.9 | 0.1 |
| 정액수가 | 포괄수가 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.9 | 2.3 | 3.0 | 3.5 |
| | 요양병원 정액수가 등 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.5 | 24.9 | 0.1 |

주: 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원. (2011). 2009년 진료비 통계지표; 건강보험심사평가원. (2020). 2019년 진료비 심사실적.

이번에는 진료항목을 중심으로 4개 종별에 따라 2009년 대비 2019년 진료비 점유율의 변화를 살펴보았다. 먼저, 의원급의 주 수입원이라고 할

수 있는 진찰료의 비중이 2009년 대비 큰 폭으로 감소했다(-10.8%p). 입원료와 투약료도 마찬가지로 의원급 기관에서만 각각 11.8%p, 0.9%p 감소하는 경향을 나타냈다. 주사료의 경우 상급종합병원에서만 2009년 대비 3.7%p 증가했고, 종합병원(-0.1%p), 병원(-1.1%p), 의원(-2.5%p)에서는 감소했다. 마취료는 의원에서 큰 폭(12.1%p)으로 증가한 반면, 상급종합병원(-6.0%p)과 종합병원(-6.1%p)에서는 감소했다. 주목할 만한 점은 이학요법료였는데, 병원에서 2009년 대비 18.8%p로 대폭 증가한 반면, 의원은 18.9%p로 대폭 감소했다. 정신요법료는 종합병원(0.8%p), 의원(4.3%p)에서 증가한 반면, 상급종합(-1.3%p), 병원(-3.8%p)에서 감소했다. 처치 및 수술료는 의원(6.7%p)만 증가했고, 병원급(상급종합병원 -2.9%p, 종합병원 -1.0%p, 병원 -2.9%p) 의료기관에서 모두 감소했다. 검사료는 병원(0.8%p), 의원(8.2%p)에서 증가한 반면, 상급종합병원(-7.0%p), 종합병원(-2.1%p)은 감소했다. 영상진단 및 방사선 치료료는 상급종합병원(1.8%p), 종합병원(1.0%p)에서 증가한 반면, 병원(-1.2%p), 의원(-1.5%p)에서 소폭 감소했다. 특수장비료는 종합병원, 병원, 의원 모두 증가한 반면, 상급종합병원에서만 감소했는데, 특히 MRI료가 큰 폭(18.2%p)으로 감소했다.

요약하면, 의원급 의료기관에서는 진찰료, 입원료, 이학요법료 비중이 큰 폭으로 감소한 반면, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료의 세 가지 항목은 2009년 대비 2019년에 크게 증가했다.

134 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

〈표 4-24〉 진료내역 항별 요양기관 종별 진료비 구성비 변화

(단위: %, %p)

| 구분 | | 2009 | 2019 | '09~'19 차이 |
|-------|-----------|-------------|-------------|----------------|
| 진찰료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 6.0 | 11.7 | 5.7%p |
| | 종합병원 | 9.1 | 13.4 | 4.3%p |
| | 병원 | 7.9 | 8.7 | 0.8%p |
| | 의원 | 77.0 | 66.2 | -10.8%p |
| 입원료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 21.7 | 23.4 | 1.7%p |
| | 종합병원 | 28.8 | 35.2 | 6.4%p |
| | 병원 | 34.6 | 38.4 | 3.7%p |
| | 의원 | 14.9 | 3.0 | -11.8%p |
| 투약료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 37.4 | 36.8 | -0.6%p |
| | 종합병원 | 30.1 | 30.5 | 0.4%p |
| | 병원 | 18.6 | 19.6 | 1.1%p |
| | 의원 | 14.0 | 13.1 | -0.9%p |
| 주사료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 39.7 | 43.4 | 3.7%p |
| | 종합병원 | 28.3 | 28.2 | -0.1%p |
| | 병원 | 12.9 | 11.9 | -1.1%p |
| | 의원 | 19.1 | 16.6 | -2.5%p |
| 마취료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 19.6 | 13.6 | -6.0%p |
| | 종합병원 | 16.2 | 10.0 | -6.1%p |
| | 병원 | 16.0 | 16.1 | 0.1%p |
| | 의원 | 48.2 | 60.3 | 12.1%p |
| 이학요법료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 5.3 | 4.4 | -0.8%p |
| | 종합병원 | 8.7 | 9.6 | 0.9%p |
| | 병원 | 31.0 | 49.9 | 18.8%p |
| | 의원 | 55.0 | 36.1 | -18.9%p |

| 구분 | | 2009 | 2019 | '09~'19 차이 |
|----------------|-----------|-------------|-------------|---------------|
| 정신요법료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 9.3 | 8.0 | -1.3%p |
| | 종합병원 | 8.8 | 9.6 | 0.8%p |
| | 병원 | 32.5 | 28.7 | -3.8%p |
| | 의원 | 49.4 | 53.7 | 4.3%p |
| 처치 및 수술료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 25.1 | 22.2 | -2.9%p |
| | 종합병원 | 22.7 | 21.7 | -1.0%p |
| | 병원 | 16.5 | 13.6 | -2.9%p |
| | 의원 | 35.7 | 42.4 | 6.7%p |
| 검사료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 36.5 | 29.5 | -7.0%p |
| | 종합병원 | 29.6 | 27.5 | -2.1%p |
| | 병원 | 11.2 | 12.0 | 0.8%p |
| | 의원 | 22.7 | 30.9 | 8.2%p |
| 영상진단 및 방사선 치료료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 36.6 | 38.4 | 1.8%p |
| | 종합병원 | 25.7 | 26.7 | 1.0%p |
| | 병원 | 12.0 | 10.8 | -1.2%p |
| | 의원 | 25.7 | 24.1 | -1.5%p |
| 특수장비-ct료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 46.8 | 41.3 | -5.6%p |
| | 종합병원 | 37.3 | 41.5 | 4.2%p |
| | 병원 | 9.9 | 10.9 | 1.0%p |
| | 의원 | 6.0 | 6.4 | 0.4%p |
| 특수장비-MRI료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 55.4 | 37.2 | -18.2%p |
| | 종합병원 | 36.3 | 46.5 | 10.2%p |
| | 병원 | 4.4 | 10.8 | 6.5%p |
| | 의원 | 3.9 | 5.4 | 1.5%p |
| 특수장비-PET료 | 계 | 100 | 100 | - |
| | 상급종합 | 72.2 | 70.4 | -1.8%p |
| | 종합병원 | 27.2 | 28.5 | 1.3%p |
| | 병원 | 0.2 | 0.7 | 0.5%p |
| | 의원 | 0.3 | 0.3 | 0.0%p |

136 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

| 구분 | | 2009 | 2019 | '09~'19 차이 |
|---------------------|------|------|------|------------|
| 특수재료 | 계 | 0.0 | 100 | - |
| | 상급종합 | 0.0 | 76.4 | - |
| | 종합병원 | 0.0 | 20.8 | - |
| | 병원 | 0.0 | 2.3 | - |
| | 의원 | 0.0 | 0.5 | - |
| 선별급여 | 계 | 0.0 | 100 | - |
| | 상급종합 | 0.0 | 49.9 | - |
| | 종합병원 | 0.0 | 29.8 | - |
| | 병원 | 0.0 | 16.2 | - |
| | 의원 | 0.0 | 4.1 | - |
| 정액수가-포괄수가 | 계 | 0.0 | 100 | - |
| | 상급종합 | 0.0 | 15.9 | - |
| | 종합병원 | 0.0 | 19.2 | - |
| | 병원 | 0.0 | 23.0 | - |
| | 의원 | 0.0 | 41.8 | - |
| 정액수가-요양병원 정액수가 등 | 계 | 0.0 | 100 | - |
| | 상급종합 | 0.0 | 0.6 | - |
| | 종합병원 | 0.0 | 2.1 | - |
| | 병원 | 0.0 | 96.8 | - |
| | 의원 | 0.0 | 0.4 | - |

주: 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 실적이 포함되어 있음.
 2014년부터 정액수가(요양기관정액, 포괄수가)를 구분해 작성되어 2009년 자료는 부재함.
 자료: 건강보험심사평가원. (2011). 2009년 진료비 통계지표; 건강보험심사평가원. (2020). 2019년 진료비 심사실적.

2. 환자 중증도별 의료이용

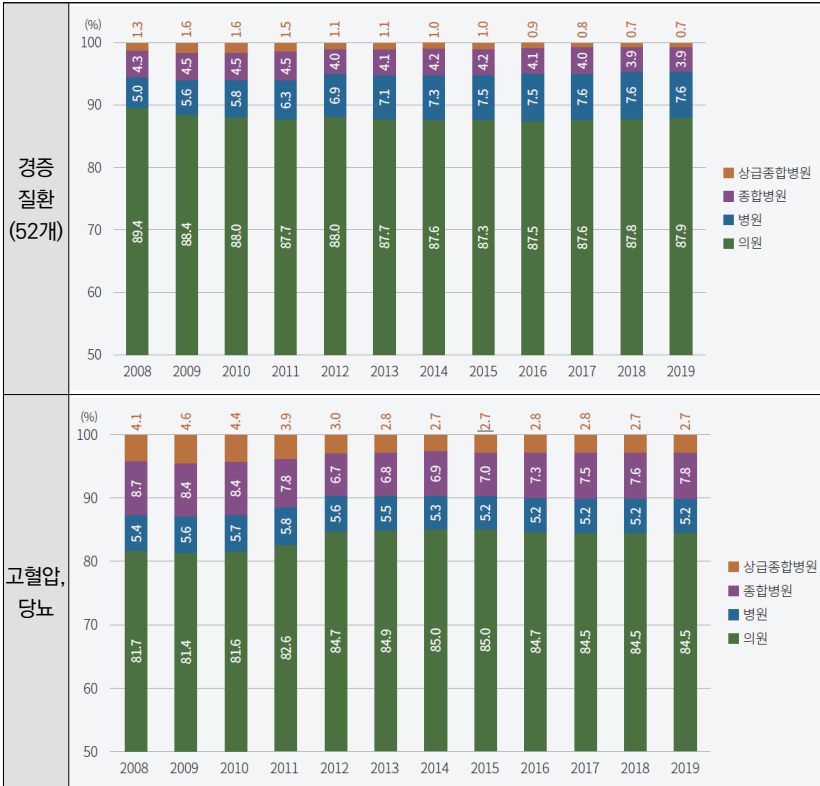
중증질환 중심의 건강보험 보장성 강화 정책이 추진됨에 따라 의료이용의 문턱이 낮아지면서 대형병원으로 환자 쏠림 현상이 심화될 것이라는 문제가 제기되고 있다. 이로 인해 환자의 질환이나 상태에 따른 적정 의료의 선택과 제공이 이루어지지 못하고 의료이용의 불균형과 비효율성이 나타나며 국민 의료비도 증가할 수 있다(한승진, 2020, p.41). 앞에서 의료기관 종별에 따라 살펴본 진료비, 입내원일수 점유율 추이에서 입원

환자의 수술, 치료를 중심으로 제공해야 할 병원급 이상에서 외래 내원일수 점유율이 증가하고, 주로 외래환자를 대상으로 의료를 제공해야 할 의원의 외래 내원일수가 감소하는 결과를 확인했다. 다만, 이 결과는 단순히 의료기관 종별에 따른 입내원일수의 증감만을 나타낸 것이지, 실제 환자가 의료적 필요도나 중증도에 따라 적절하게 이용했는지는 반영하지 못했다.

한승진(2020)은 부적절한 환자집중과 의학적 환자집중을 모니터링하기 위해 환자의 중증도별 의료이용을 분석했다. 여기서 의학적 환자집중은 의료적 필요에 따른 환자의 집중을 말하고, 부적절한 환자집중은 의료적 필요가 아닌 기타 요인에 의한 것을 의미한다. 대표적인 예로 경증질환자의 선호에 따른 상급종합병원 이용을 들 수 있다(한승진, 2020, p.42). 먼저, 52개 경증질환에 대한 외래 내원일수 점유율을 분석한 결과, 종합병원과 상급종합병원의 점유율이 2008년 이후 지속하여 감소하는 추세를 보였는데, 2011년 약제비 본인부담 차등제가 적용되기 시작하면서 감소폭이 더욱 커졌다. 또한, 고혈압, 당뇨의 외래 내원일수 점유율을 분석한 결과에서도 상급종합병원의 외래 점유율이 2008년 4.1%에서 2019년 2.7%로 지속해서 감소했다. 이 연구는 이 결과로 경증·만성질환의 대형병원 집중이 심화되었다고 보기는 어렵다고 했다(한승진, 2020, p.47).

[그림 4-10] 요양기관 종별 외래 내원일수 점유율 추이

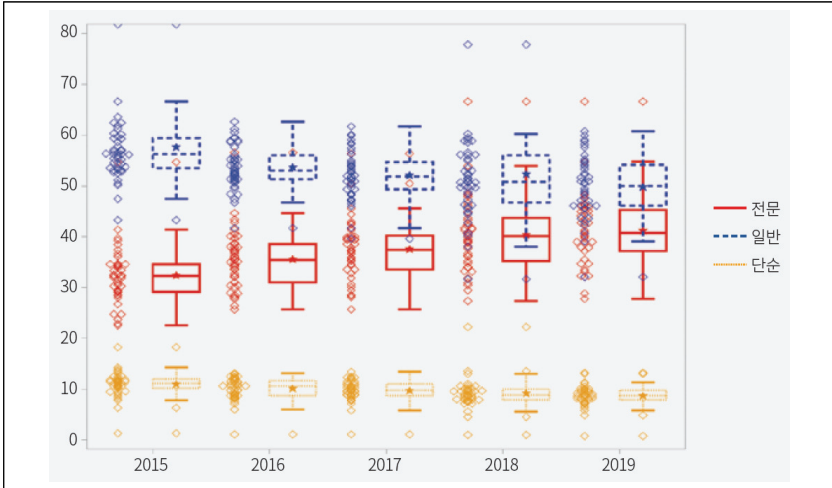
(단위: %)



자료: 한승진. (2020). 의료이용 추이 모니터링 현황 분석. 건강보험심사평가원 정책동향. 14(3):41-53, p.47.

중증질환의 경우, 상급종합병원의 전문 질병군 입원비율 평균값은 2015년 32.7%에서 2019년 41.1%로 상승한 반면, 단순·일반 질병군 비율은 지속해서 감소한 것으로 나타나 중증환자가 대형병원을 더 많이 찾은 것으로 보았다.

[그림 4-11] 상급종합병원의 중증도별 입원비율 분포 상자그림



자료: 한승진. (2020). 의료이용 추이 모니터링 현황 분석. 건강보험심사평가원 정책동향. 14(3):41-53, p.49.

한편, 최혜영 의원실에서는 건강보험 보장성 강화 정책 이후 상급종합병원의 실입원환자수 추세를 근거로 경증환자 쏠림 현상을 설명하기도 했다. 보장성 강화 정책 이후 상급종합병원 실환자수는 2018년 205.4만 명에서 2019년 206.1만 명으로 약 6천여 명이 증가했다. 이를 중증(전문질병군)과 경증(단순질병군)으로 구분해 보면, 중증환자 비율은 2018년 44.9%에서 2019년 46.6%로 1.7%p 증가한 반면, 경증환자는 2018년 8.9%에서 2019년 8.1%로 0.8%p 감소했다. 종합병원의 결과도 마찬가지였다. 2018년 대비 2019년의 중증환자 비율이 0.8%p 증가한 반면, 경증환자는 0.3%p 감소했다. 이를 통해 보장성 강화 정책 이후 상대적으로 고액 진료비가 소요되는 중증환자들이 더 많이 대형병원을 찾았음을 입증했다(안치영, 2020. 10. 20., 대형병원 경증환자 쏠림, 보장성 강화로 완화?, 의학신문, <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2136450>에서 2021. 11. 8. 인출).

140 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

〈표 4-25〉 종합병원급 이상 실입원환자수 증증/경증 분포 현황

(단위: 명, %)

| 구분 | 상급종합병원 | | | | | |
|------|--------|------------------|---------|---------|------------------|-------------------|
| | 기관 수 | 실환자 수 | | | 전체 대비 비율 | |
| | | 전체 ¹⁾ | 전문 | 단순 | 전문 | 단순 |
| 2018 | 42 | 2,054,340 | 922,939 | 182,900 | 44.9% | 8.9% |
| 2019 | 42 | 2,061,084 | 961,261 | 167,132 | 46.6% | 8.1% |
| 증감 | - | ▲6,744 | ▲38,322 | ▼15,768 | ▲3.8% (1.7%p) | ▼8.9% (-0.8%p) |
| 구분 | 종합병원 | | | | | |
| | 기관 수 | 실환자 수 | | | 전체 대비 비율 | |
| | | 전체 ¹⁾ | 전문 | 단순 | 전문 | 단순 |
| 2018 | 317 | 3,255,234 | 506,818 | 773,583 | 15.6% | 23.8% |
| 2019 | 318 | 3,274,929 | 537,106 | 769,995 | 16.4% | 23.5% |
| 증감 | ▲1 | ▲19,695 | ▲30,288 | ▼3,588 | ▲5.3% (0.8%p) | ▼1.1% (-0.3%p) |

주: 1) 전체에는 전문, 일반, 단순, 오류로 분류되는 환자들이 포함됨.
 2) 실환자수는 입원 에피소드 합산 기준으로 산출함(건강보험, 의료급여 진료분).
 3) 전문, 일반, 단순 질병군 중증분류는 「상급종합병원 지정 및 평가규정」 제3조 제3항에 따라 KDRG 4.2 ver 적용함.
 자료: 건강보험심사평가원 제출자료: 안치영. (2020. 10. 20.). 대형병원 경증환자 쏠림, 보장성 강화로 완화?. 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=213645>에서 2021. 11. 8. 인출.

의료기관 종별 표준업무규정에 따르면 “상급종합병원은 주로 중증질환을 대상으로 수술, 시술 등 고난이도 치료기술이 필요한 중한 질병의 진료 등을 담당한다. 종합병원과 병원은 주로 입원환자를 대상으로 일반적인 입원·수술, 그리고 장기치료가 필요한 만성질환 환자로서 입원이 필요한 환자 진료 등의 업무를 수행한다. 의원은 주로 외래환자를 대상으로 간단하고 흔한 질병에 대한 외래진료와 예방·상담 등 포괄적 의료서비스 등을 표준업무로 정하고 있다”(보건복지부 고시, 제2011-69호).

앞에서 살펴본 분석 결과에서 상급종합병원의 입원일수와 외래 내원일수 점유율이 모두 증가해¹⁶⁾ 의료전달체계의 왜곡과 부적절한 의료이용 양태가 나타난 듯했다. 그러나 이용 환자의 구성을 자세히 들여다본 결

과, 중증 입원환자의 비중이 늘어나 의료적 필요에 의한 환자집중이 발생하고 있었다. 반면에 경증질환으로 인한 외래와 입원 비중은 지속적으로 감소해 부적절한 환자 집중 현상이 완화되고 있었다. 즉, “2017년을 전후로 상급종합병원의 경증질환 외래진료 감소 추이와 중증 입원환자 비중 추이에 큰 변화가 발생하지 않았으므로 2017년 보장성 강화 정책 시행 이후 대형병원 환자집중 현상이 심화되었다고 보기 어려웠다”(한승진, 2020, p.53). 그럼에도 불구하고 대형병원으로의 환자 쏠림 문제가 지속적으로 제기되고 있는 것은 비단 보장성 강화 정책 때문만은 아니며, 그동안의 누적효과라는 의견도 있었다. “인구 고령화로 인한 수요 증가, 민간의료보험 가입 증가로 인한 본인부담 경감, 교통망 확대, 전 국민 건강검진 확대 등으로 인한 중증질환 발견 증가 등 복합적인 요인이 대형병원 의료이용에 영향을 미치는 원인으로 작용했다”는 것이다(정다연, 2019. 7. 20., 대형병원 환자 쏠림, 문제인케어 닷 야냐... 지난 10년간 상급종합병원 진료비 점유율 외래 5%, 입원 20% 유지, 메디게이트, <https://m.medigatenews.com/news/759386549>에서 2021. 11. 27. 인출). 다만, 보장성 강화 정책 이후 의원에서 외래 내원일수 점유율과 총진료비 점유율이 모두 감소하는 경향을 보였는데, 이는 대형병원으로 일부 이동이 있을 수는 있지만 쏠림 현상을 유발할 정도는 아닌 것으로 해석된다. 향후 의원급 의료기관의 총진료비와 내원일수 점유율이 감소한 원인을 구체적으로 파악하기 위한 추가적인 분석이 필요하며, 지속해서 제기되는 의료이용 불균형 현상을 정확히 진단하기 위한 의료이용의 미시적 행태와 거시적 양상의 체계적인 모니터링이 필요하겠다.

16) 상급종합병원의 입원일수 점유율은 2009년 18.4%에서 2019년 19.5%로 증가, 외래 내원일수 점유율은 2009년 4.0%에서 2019년 4.6%로 증가함.

지금까지 미시적 관점에서 살펴본 보장성 강화 정책의 현황을 종합적으로 진단해보면 다음과 같다. 의료비 부담이 큰 중증질환 중심의 보장성 확대 정책을 추진한 결과, 상급종합병원의 보장률은 2009년 대비 2019년에 13.5%p 증가한 반면, 의원은 13.1%p 감소했다. 또한 4대 중증질환, 고액진료비 상위질환의 보장률 역시 2019년에 80% 내외로 상당 수준을 차지했다. 즉, 상급종합병원, 고액·중증질환에 대한 보험 급여 확대가 건강보험 재정 악화를 야기하고, 이는 우리나라 건강보험 재정 지속가능성을 저해하는 요인으로 작용하고 있다는 뜻이기도 하다. 반면에 의원의 보장률은 하락했는데, 동일한 맥락에서 보면 의원에서는 보장성 확대 정책 이후 건강보험 재정을 위협하는 요소가 상대적으로 적다는 의미이다. 하지만 이러한 상급종합병원과 의원 간 보장률 격차는 결국 의원으로 하여금 비급여 진료를 늘려 수익을 보전하게 만들었고, 나아가 국민 의료비 증가를 견인하게 했다. 의료이용 측면에서도 의원의 진료비, 입내원일수 점유율이 모두 하락했는데, 특히 주로 외래환자를 대상으로 서비스를 제공해야 할 의원의 외래 내원일수가 2009년 대비 2019에 4.0%p 줄었다는 점은 주목할 만하다. 이러한 상황을 비추어볼 때 건강보험 보장성 확대에 따른 의원급 의료기관의 지속가능성을 확보하기 위해서는 의원급 의료기관의 바람직한 역할과 나아가야 할 방향을 모색할 필요가 있다. 건강보험에서 주로 사용되는 ‘지속가능성’이라는 개념은 일반적으로 “보험수지 상등의 원칙에 입각해 건강보험 재정 수입 대비 지출이 적정 수준을 유지함으로써 제도가 지속될 수 있어야 함”을 의미한다(국민건강보험공단, 2012, p.9). 그러나 지금까지의 분석 결과를 종합해볼 때, 건강보험 보장성 확대에 따른 ‘재정’의 지속가능성보다는 의원급의 ‘역할’과 ‘방향’ 측면에서 지속가능성을 높일 방안을 마련할 시점이다.

제4절 보장률 정체 현상의 근본 원인 진단

거시적인 측면에서 지속적인 보장성 강화 정책에도 불구하고 건강보험 보장률이 정체되어 있는 근본 원인을 크게 1) 건강보험 보장률 지표의 한계와 2) 건강보험 보장성 정책의 한계로 구분해 살펴보고자 한다.

1. 성과지표의 한계: 보장률 지표

먼저, 보장률 지표가 정체된 근본 원인으로 건강보험 보장률 지표의 한계를 검토해볼 수 있다. “건강보험 보장성 정책과 그 성과지표인 보장률 지표 간에 포괄성, 상호배제성, 인과성 등이 미흡하여 건강보험 보장성 정책의 성과를 현행 건강보험 보장률 지표가 민감하게 반영하지 못하고 있다는 문제점이 지적”되고 있다(여나금 외, 2020, p.182). 예를 들어, 현행 건강보험 보장률 지표에는 보장성 강화 정책과 무관한 비급여 항목인 식대, 특실, 1인실 등이 포함되어 있으며, 보장성 강화 정책 대상인 비급여 항목(예, 간병비)은 일부 누락되어 있어 정책과 성과지표 간 포괄성, 상호배제성, 인과성이 부족하다는 것이다(여나금 외, 2020, p.182). 결과적으로 보장률 산출을 위한 자료원의 표본 관리, 자료 수집 방식 등 자료원의 적합성 문제와 보장률 산출을 위한 분모값, 분자값 등 산출 방식의 적합성 문제, 보장률의 결과 제시 유형 등 산출 결과 제시의 적합성 문제 등의 다각적인 측면에서 현행 건강보험 보장률 지표의 적절성을 평가하는 것이 필요하다(여나금 외, 2020, p.182).

정형선(2020)은 보장률 지표의 크기와 변화는 의료비 부담에 대한 환자의 체감도를 반영할 수 있어야 한다고 강조했다. 이 연구는 국민건강보험공단에서 비급여 상세내역 자료를 바탕으로 비급여 항목을 분류하고,

보장성 지표의 산출방안을 제시한 바 있다. 필수적인 비급여를 제외한 ‘병행 보장률’ 지표, 취약계층 등 특정 집단을 대상으로 한 ‘세부 보장률’ 지표 등을 통해 다양한 관점에서 건강보험 보장성 강화 정책의 성과를 파악하겠다는 것이다(〈표 4-26〉, 〈표 4-27〉 참조).

〈표 4-26〉 병행보장률 지표에 포함되는 비급여 유형(예시)

| 진료유형 | 발생유형 | 세부 항목 | 現 보장률 | 세부 보장률 예시 |
|------------|-------|---|-------|-----------|
| 행위 | 기준비급여 | 검사료, 영상진단 및 방사선 치료 등 | | |
| | 등재비급여 | 치과행위, 이학요법료 등 | | |
| | | 도수치료 | | |
| | 선택비급여 | 행위(치과보철 65세 이상) | | |
| | | 행위(한방) | | |
| 영양주사(급여병행) | | | | |
| 치료재료 | 기준비급여 | 드레싱 품목류, 혈액·용액 주입용류 | | |
| | 등재비급여 | 골절고정용 재료 등 | | |
| | 선택비급여 | 수술 및 검사용 치료재료 | | |
| 의약품 | 기준비급여 | 신경계, 대사성 의약품 등 | | |
| | 선택비급여 | 신경계, 대사성 의약품, 한방 약제 등 | | |
| | | 영양주사(급여병행) | | |
| 병실 | 제도비급여 | 상급병실(1인실, 1인실 제외) | | |
| 기타 | 제도비급여 | 제증명 수수료 등 | | |
| 現보장률에서 제외 | 선택비급여 | 영양주사 미용/성형, 예방, 치과보철(65세 미만), 기타 ¹⁾ 등 | | |

주: 1) 진료유형 중 보장구, 간병비, 보호자 식대, 입원 관련 물품 등 치료외적인 부수적인 기타 항목
 2) 발생유형, 진료유형은 ‘2018년도 비급여 상세내역조사’ 분석 결과를 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 〈별표2. 비급여 대상〉을 기준으로 분류함.
 자료: 정형선. (2020). 건강보험보장률에 대한 평가 및 정책 대안. 건강보험심사평가원 정책동향 14(6):23-29, p.26.

〈표 4-27〉 건강보험 보장성 강화 정책 평가를 위한 보장성 지표의 다양화

| 구분 | 현재 | 지표 세분화(안) |
|-----|---|--|
| 공급자 | <ul style="list-style-type: none"> • 요양기관 종별 • 진료형태(입원·외래) • 주요 진료과목 등 | <ul style="list-style-type: none"> • 요양기관 종별 • 진료형태(입원·외래) • 주요 진료과목 등 • 신포괄수거제 참여기관 • 공공병원 지정기관 등 |
| 수요자 | <ul style="list-style-type: none"> • 성·연령 × 진료형태/진료과목 • 소득계층(직장/지역가입자) 등 | <ul style="list-style-type: none"> • 성·연령 × 진료형태/진료과목 • 소득계층(직장/지역가입자) 등 • 아동/청소년/여성/노인/저소득층 등 |
| 질환 | <ul style="list-style-type: none"> • 1인당 증증·고액진료비 주요 질환 • 4대 증증질환 | <ul style="list-style-type: none"> • 1인당 증증·고액진료비 주요 질환 • 4대 증증질환 • 100대 경증질환/52대 경증질환 • 만성질환/증증질환 외 만성질환 • 응급의료 • 감염병 등 |
| 정책 | | <ul style="list-style-type: none"> • 가계파탄방지 정책에 대한 국민의료비 절감효과 분석 등 |

자료: 정형선. (2020). 건강보험보장률에 대한 평가 및 정책 대안. 건강보험심사평가원 정책동향 14(6):23-29, p.26.

이 일환으로, 건강보험공단에서 2019년 보장성 강화 정책의 성과를 다각적인 측면에서 분석하고자 신포괄지불제도 참여기관의 보장률(70.5%), 100대 경증질환 보장률(61.6%), 만성질환 분야 보장률(72.0%) 등 영역별 보장률을 추가로 산출했다(국민건강보험공단 건강보험연구원, 2020, p.6). 더불어 보장률에 포함되는 항목 중 치료와 무관한 제증명 수수료 비용을 제외한 치료적 성격을 중심으로 한 보장률을 산출하기도 했다(2019년 기준 64.3%).

〈표 4-28〉 보장률 산출 항목 조정에 따른 건강보험 보장률

| 구분 | 2017년 | | | 2018년 | | | 2019년 | | |
|------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|
| | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인부담률 | 건강보험 보장률 | 법정본인 부담률 | 비급여 본인부담률 |
| 보장률 | 62.7% | 20.2% | 17.1% | 63.8% | 19.6% | 16.6% | 64.2% | 19.7% | 16.1% |
| 제증명 수수료 제외 | 62.8% (+0.1%p) | 20.2% (-) | 17.0% (-0.1%p) | 63.9% (+0.1%p) | 19.6% (-) | 16.5% (-0.1%p) | 64.3% (+0.1%p) | 19.7% (-) | 16.0% (-0.1%p) |

자료: 국민건강보험공단 건강보험연구원. (2020). 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%. 국민건강보험공단 건강보험연구원 보도자료, p.9. https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080205에서 2021. 10. 11. 인출.

비슷한 맥락에서 건강보험 보장률 논쟁에 있어 그 틀을 바꿔야 한다는 주장도 있었다. 윤석준(2019. 12. 23)은 건강보험 보장률 산출은 ‘표준급여 패키지’에 따라 달라져야 한다고 했다. 의료 선진국인 네덜란드의 경우 건강보험 보장범위에 해당하는 ‘표준급여 패키지’가 잘 정리되어 있으며, 이 외의 진료 행위는 민간보험 가입을 통해 보충적으로 보장받는다. 즉, 급여화해야 하는 필수의료 항목을 비용효과성이 낮아 굳이 건강보험 급여권으로 포함시키지 않아도 되는 항목과 구분해야 한다는 것이다. 치료에 필요한 필수의료서비스 외에는 보장률 추계 산식에서 제외하는 방안을 고민해야 할 필요가 있다. 예컨대 백옥주사, 마늘주사 등 영양제까지 사회 구성원이 부담하는 보험료를 주 재원으로 하는 건강보험에서 급여로 보장해줄 필요가 없는 것이다. 물론 비필수 비급여를 보장률 영역에서 제외하더라도 의료소비자가 적절한 정보를 가지고 선택, 이용할 수 있도록 관리방안을 마련할 필요가 있다고 제언했다(윤석준, 2019. 12. 23., [기고] 건강보험 보장률 논쟁, 그 프레임을 바꿔야 한다. 경향신문, <https://m.khan.co.kr/opinion/contribution/article/201912232057015>에서 2021. 10. 11. 인출).

한편, 최병호(2020)는 보장률은 급여 항목 확대와 재정 투입으로 달성

되는 정태적인 수치가 아니라, 의료공급자와 소비자의 행태에 따라 달라지는 동태적인 수치라고 했다(최병호, 2020, p.20). 따라서 다양한 보장률 지표를 개발함으로써 국민들에게 필수 의료서비스에 대한 보장률을 제시하는 방향으로 전환하는 것이 필요하다. 특히 중증질환뿐만 아니라, 가계 의료비가 많이 소요되는 장기적인 만성질환에 대한 보장률이 획기적으로 개선되는 지표, 그리고 저소득층의 재난적 의료비를 실질적으로 보장하는 지표에 정책적인 중점을 두는 것이 바람직하다(최병호, 2020, p.20). 따라서 결론적으로 현 정부에서 2022년까지 보장률 70% 달성을 목표로 제시했지만, 산술적 수치에 집착할 필요는 없다. 의료 필요에 대한 양적, 질적 접근성을 충족시키는 데 중점을 두어야 할 것이다. 아울러 건강보험 재정 지출과 비급여 본인부담 급증을 통제하고 민영보험의 급속한 팽창을 막기 위한 제도적 장치를 마련할 필요가 있다(최병호, 2020, pp.20-21).

2. 보장성 정책의 한계: 비급여 증가

정부가 막대한 자금을 투입해 건강보험 급여를 확대함에도 불구하고 보장률이 정체되어 있는 것은 비급여가 늘어났다는 것과 같은 맥락이다. ‘비급여의 풍선효과’는 ‘보장률 정체의 근본 원인’을 넘어 ‘보장률 정체 그 자체’라고 해도 과언이 아니다. 급여액과 비급여액이 모두 증가한다는 것은 결국 급여를 위한 보험료 부담과 비급여를 위한 가계직접부담 모두가 늘어나고 있다는 뜻이다(정형선, 2020, p.24). 이처럼 건강보험 보장률 정체 현상의 또 다른 근본 원인으로 건강보험 보장성 강화 정책의 한계를 검토해볼 수 있다. 건강보험 보장성 강화 정책은 꾸준히 추진되고 있지만, 비급여의 급여화를 통해 비급여를 해소하는 속도보다 새로운 비

급여가 창출되는 속도가 더 빠른, 이른바 ‘비급여 풍선효과’로 인해 건강보험 보장성 강화 정책 효과가 상쇄되고 있다(여나금 외, 2020, p.182). 결과적으로 보장률 정체의 원인이 기존 비급여 가격이 인상했기 때문인지(가격인상 효과), 기존 비급여 항목의 빈도가 증가했기 때문인지(볼륨 증가 효과), 새로운 비급여 항목의 창출로 인한 결과인지(항목 증가 효과)를 근본적인 차원에서 살펴볼 필요가 있다(여나금 외, 2020, p.183).

다만, 아직 현존하는 비급여의 규모와 현황을 정확히 파악할 수 있는 집적된 자료가 없어 분석에 한계가 있다. 따라서 이 연구에서는 비급여 진료비 증가 요인을 공급자 유인, 수요자 유인의 두 가지 측면에서 검토해보고자 한다.

〈표 4-29〉 비급여 증가 요인

| 공급자 유인 | 수요자 유인 |
|--|---|
| 의료 공급 측면에서 높은 민간 재원 의존도 & 적은 의사 수 → 공급자에 의한 비급여 유인 수요 발생 가능성 높음 | 정보의 비대칭성 및 높은 비급여 의료비 부담으로 실손보험에 의존하는 국민 증가 → 개인의 가격 체감을 낮춰 비급여 의료 수요 발생 유인 가능성 높음 |

▲ ▲

비급여 가격 및 제공량에 대한 사회적 통제기전 부재 ⇒ “비급여 관리기전 부재”

자료: 연구진이 작성함.

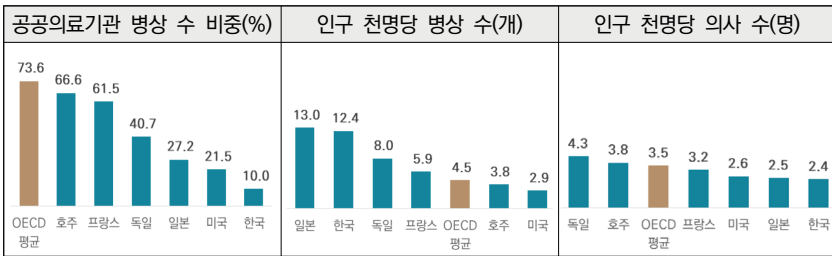
가. 공급자 유인

먼저, 우리나라 건강보험제도 특징을 살펴보면, 우리나라 건강보험은 단일보험자로서 운영·재정 관리가 중앙 집중되어 있다. 또한 의료 공급에서 민간 재원의 의존도는 높은 반면, 부적절한 의료 공급의 통제 제도는 미흡하다(정성희, 문혜정, 2021, p.18). 이러한 특징은 공급자 유인과도 밀접한 관련이 있다. 우리나라는 의료서비스 공급에 대한 민영 자원의 의

준도가 매우 높지만, 2018년 기준 인구 천 명당 의사 수는 2.4명으로 OECD 평균(3.5명)에 비해 적은 수준이다. 이는 공급자에 의한 유인 수요가 발생할 가능성이 존재함을 시사한다.

[그림 4-12] 주요국 보건의료자원 및 자원(2018년 기준)

(단위: %, 개, 명)



자료: OECD Health Statistics 홈페이지(<https://stats.oecd.org/>); 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). OECD Health Statistics 2020; 정성희, 문혜정. (2021). 우리나라의 건강보험제도 특징과 시사점. KIRI 리포트 이슈 분석, p.19에서 재인용.

건강보험제도를 운영하는 데 있어 부적절한 의료 수요와 공급에 대한 통제가 중요하지만, 특히 우리나라는 비급여에 대한 의료 공급의 통제 기전이 미흡한 실정이다. 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스 질과 비용에 영향을 미치는 우위적 위치에 있기 때문에 제도 효율성을 높이기 위해서는 의료 공급에 대한 효과적인 정책이 수립되어야 한다. 특히, 건강보험 수가의 통제를 받지 않는 고가의 의료서비스 등을 포함한 비급여를 더 많이 제공할수록 공급자 수익이 증대되는 유인 구조를 통제할 수 있는 기전이 구축되어야 한다(정성희, 문혜정, 2021, p.20).

일례로, 최근에 백내장 수술 시 비급여 검사로 시행되던 ‘안 초음파 및 눈의 계측검사’가 급여화된 바 있다. 백내장 수술 관련 검사가 급여 대상으로 전환되자 일부 안과에서는 수술재료인 다초점 렌즈의 가격을 인상해 소비자에게 비용을 전가하는 사례가 발생하기도 했다. 실제 “소비자권

익포럼이 2020년 9월 1~2일 양일간 서울시 소재 백내장 수술을 많이 시행하는 안과 의원을 중심으로 실태조사를 진행한 결과, 백내장 검사비 급여화 발표 이후 적게는 100만 원에서 많게는 150만 원 정도 치료대가 인상된 것으로 나타났다”(김은영, 2020. 9. 9., 백내장 검사 급여 전환 이후 다초점렌즈 가격 인상. 청년의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2002669>에서 2021. 11. 13. 인출.).

〈표 4-30〉 서울시내 안과의원 백내장 재료대 인상 사례(예시)

| 사례 | 항목 | 명칭 | 변경 전 ('20.6월) | 변경 후 ('20.8월) |
|---------|-------------------|-----------------------------|------------------|------------------|
| A 안과 | 검사 | A-scan | 500,000 | - |
| | | B-scan | 1,000,000 | 250,000 |
| | | IOL-master | 490,900 | 250,000 |
| | 재료대(다초점렌즈) | panoptix(BI0200EB) | 2,825,100 | 4,316,160 |
| | 합계 | | 4,816,000 | 4,816,160 |
| B 안과 | 검사 | B-scan | 400,000 | 400,000 |
| | | IOL-master | 400,000 | 400,000 |
| | 재료대(다초점렌즈) | liberty(BI0208EB) | 3,766,160 | 4,016,160 |
| | 합계 | | 4,566,160 | 4,816,160 |
| C 안과 | 검사 | A-scan | 766,200 | 566,200 |
| | | B-scan | 520,000 | 220,000 |
| | | 레이저간섭계측검사 | 1,980,000 | 1,480,000 |
| | 재료대(다초점렌즈) | lisa(BI0203OZ) | 1,300,000 | 2,300,000 |
| | 합계 | | 4,566,200 | 4,566,200 |
| D 안과 | 검사 | A-scan | 250,000 | 100,000 |
| | | B-scan | 250,000 | 120,000 |
| | | IOL-master | 316,160 | 96,160 |
| | 재료대(다초점렌즈) | 렌즈종류 불명 | 3,950,000 | 4,800,000 |
| | 합계 | | 5,316,160 | 5,866,160 |
| E 안과 | 검사 | A-scan | 175,500 | - |
| | | B-scan | 500,000 | - |
| | | IOL-master | 574,500 | - |
| | 재료대(다초점렌즈) | finevision(BI0201KU) | 3,566,160 | 4,816,160 |
| | 합계 | | 4,816,160 | 4,816,160 |

자료: 김은영. (2020. 9. 9.). 백내장 검사 급여 전환 이후 다초점렌즈 가격 인상. 청년의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2002669>에서 2021. 11. 13. 인출.

나. 수요자 유인

수요자 측면에서도 비급여 발생 유인이 존재한다. 의료소비자는 비급여 진료에 대한 의학적 정보도 불충분한데다가, 실손의료보험 보장으로 가격 의식마저 저하되어 합리적인 의료이용에 한계가 있을 수밖에 없다. 2019년 금융위원회 발표에 따르면, 우리나라 실손보험 가입자는 약 3,800만 명으로 인구 대비 약 73% 수준에 이르고 있다(보건복지부, 2020, p.8). 높은 비급여 의료비 부담으로 민간보험에 의존하는 소비자들이 증가하고 있는데, 이는 의료이용 당시 체감하는 본인부담 수준을 낮추게 되면서 필요 대비 과다 의료이용을 유발할 뿐만 아니라, 비급여 서비스에 대한 비용 부담이 낮아져 도리어 수요를 창출하는 기제로 작동할 가능성이 있다.

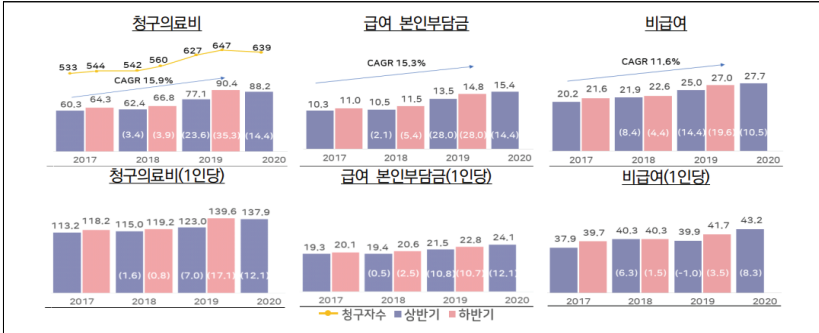
건강보험 보장성 강화 정책 초기인 2018년부터 2019년 상반기까지는 1인당 비급여 진료비 증가세가 정체 내지는 감소하는 추세였으나, 2019년 하반기부터 빠르게 증가하고 있다(정성희, 문혜정, 2020, p.11). 이는 실손보험 청구의료비로 확인되는데, 2020년 상반기 실손보험 청구의료비(건강보험 부담금, 법정 본인부담금, 비급여 본인부담금을 포함)는 코로나19 등으로 2019년 하반기에 비해 다소 감소했으나, 실손보험 청구금액(법정 본인부담금, 비급여 본인부담금)은 2019년 하반기 및 전년 동기 대비 모두 증가했다([그림 4-13] 참고)(정성희, 문혜정, 2020, p.11).

의료기관 종별에 따라서는 상급종합병원의 경우 최근 코로나19에 따른 실손 청구가 감소한 것과 더불어 건강보험 보장성 강화에 따른 비급여 진료 감소 효과가 발생한 반면, 의원외의 경우 코로나19와 건강보험 보장성 강화에도 불구하고 실손 청구와 비급여 증가가 지속되고 있다([그림 4-14] 참고)(정성희, 문혜정, 2020, p.12).

152 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 4-13] 실손의료보험 청구 추이

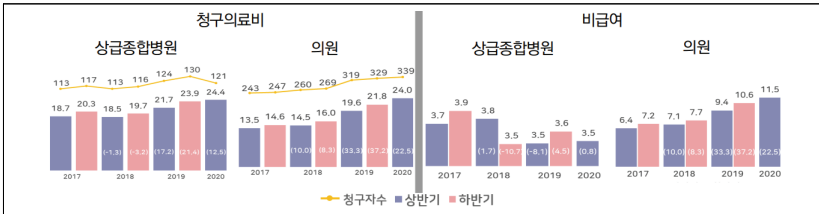
(단위: 만 명, 천억 원, 만 원, %)



주: 1) 청구의료비 = 급여 건강보험부담금 + 급여 본인부담금 + 비급여
 2) 괄호는 전년 동기 대비 증감률임
 자료: 손해보험 5개사, 「실손의료보험 청구통계」(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61% 차지함); 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. KIRI 리포트 이슈 분석, p.11.에서 재인용.

[그림 4-14] 의료기관 종별 실손의료보험 청구 추이

(단위: 만 명, 천억 원, %)



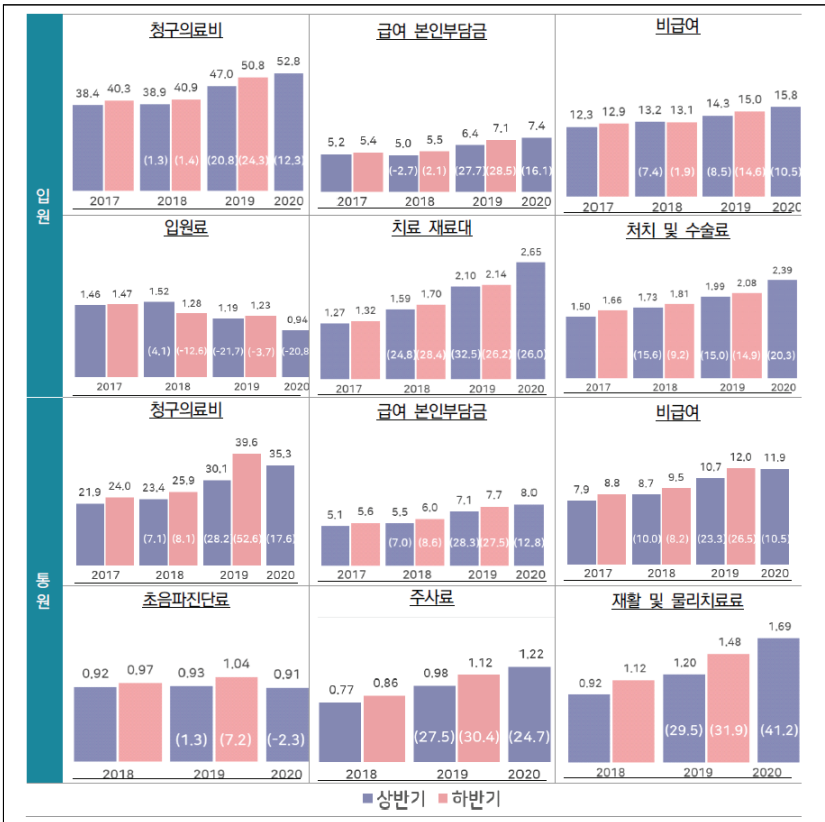
주: 1) 청구의료비 = 급여 건강보험부담금 + 급여 본인부담금 + 비급여
 2) 괄호는 전년 동기 대비 증감률임
 자료: 손해보험 5개사, 「실손의료보험 청구통계」(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61% 차지함); 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. KIRI 리포트 이슈 분석, p.12.에서 재인용.

한편 진료비 영수증에서 항목별 비급여 청구 추이를 보면, 건강보험 보장성 강화 정책과 연관성이 높은 항목에서는 감소 추세가 뚜렷한 반면, 과잉의료에 취약한 항목 중심으로 증가세가 지속되고 있다(정성희, 문혜정, 2020, p.12). 즉, 입원의 경우 상급병실 급여화, 아동 입원료 경감 등 입원료와

MRI·초음파 진단료가 급여화되면서 단계적으로 증가율이 둔화하고 있으나, 치료 재료대, 처치 및 수술료, 주사료, 재활 및 물리치료료 등 비급여 항목은 여전히 높은 증가세를 보이고 있다(정성희, 문혜정, 2020, p.12).

[그림 4-15] 실손의료보험 청구통계 분석

(단위: 천억 원, %)



주: 1) 청구의료비 = 급여 건강보험부담금 + 급여 본인부담금 + 비급여

2) 괄호는 전년 동기 대비 증감률임

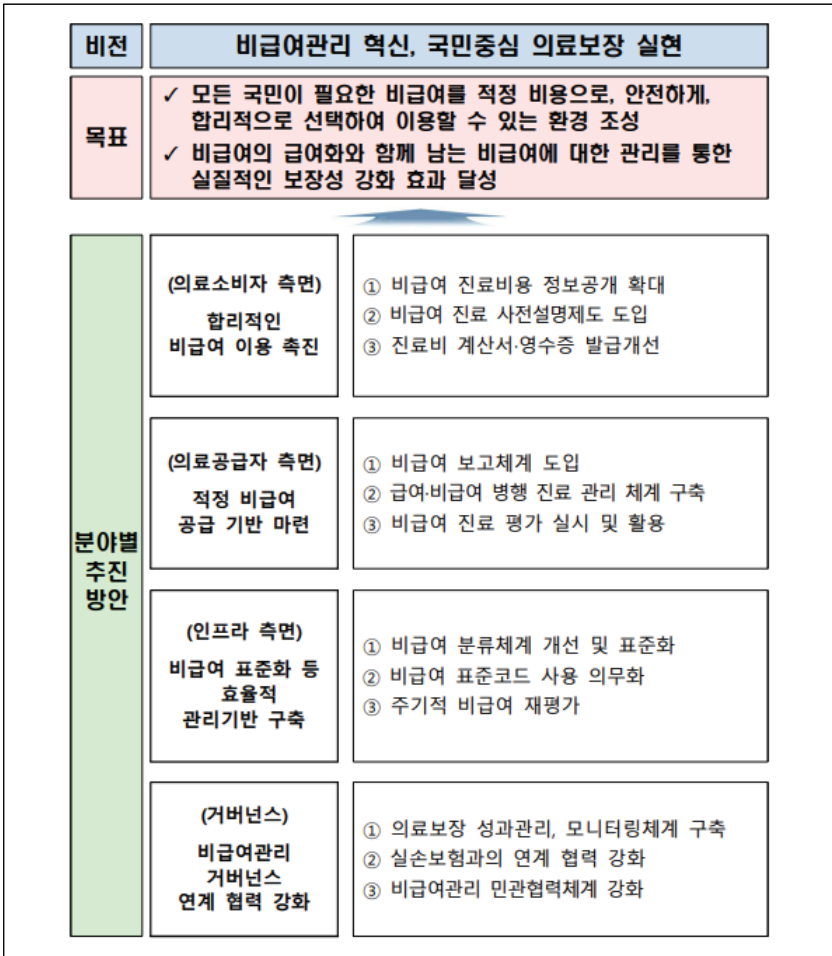
자료: 손해보험 5개사, 「실손의료보험 청구통계」(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61% 차지함); 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. KIRI 리포트 이슈 분석, p.13.에서 재인용.

건강보험 급여 서비스는 환자(소비자)를 대신해 정부(보험자)가 서비스 구매자로서 소비자의 권익을 보호하는 기전이 작동되고 있는 반면, 비급여는 환자뿐만 아니라 정부도 관리 기전을 전혀 확보하지 못하고 있는 실정이다. 따라서, 비급여에 대한 환자의 알 권리 증진을 통해 환자의 선택권과 결정권을 강화하는 것이 무엇보다 필요하다(여나금 외, 2020, p.196). 즉, 환자 스스로 건강보험에서 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스를 합리적으로 선택할 수 있도록 환자의 결정권과 선택권을 보장해야 한다(여나금 외, 2020, p.196).

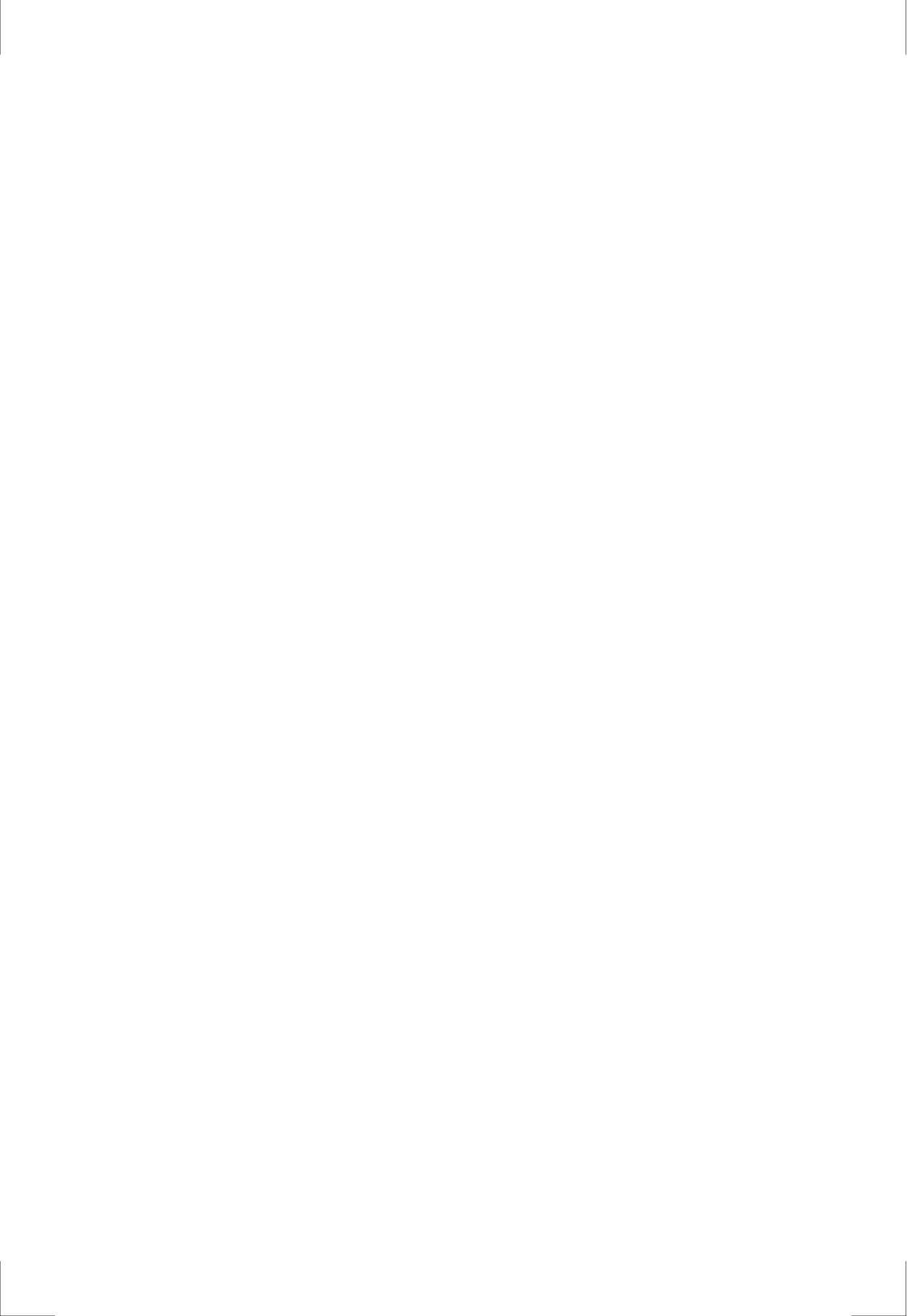
앞에서 살펴본 것처럼 공급자와 수요자 측에서 비급여를 발생시킬 유인이 존재함에도, 이를 직접적으로 제한할 수단은 충분하지 않다. 비급여는 신의료기술 도입 촉진 등 의료 발전에 기여하는 긍정적인 측면이 있으나, 급여와 달리 비급여 관리기전이 부재하다는 문제가 있다. 다시 말해 급여는 건강보험의 가격 설정, 급여기준 설정, 의료 질 평가 등 다양한 관리기전이 마련되어 있으나, 비급여는 가격이나 제공량에 대한 사회적 통제장치가 부족한 실정이다(보건복지부, 2020, p.3). 물론, 병원급 이상에 대해서는 비급여 진료비용 공개 등 일부 제도를 운영해왔지만, 우리나라 의료체계의 근간을 이루고 있는 의원급으로 확대해야 한다는 사회적 요구가 높다. 이러한 비급여 관리체계를 강화하기 위해 2020년 12월에 정부는 ‘건강보험 비급여관리강화 종합대책’을 수립한 바 있다. 종합대책은 ‘비급여 관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현’이라는 비전하에 합리적인 비급여 이용 촉진, 적정 비급여 공급 기반 마련, 비급여 표준화 등 효율적 관리 기반 구축, 비급여 관리 거버넌스 협력 강화라는 4대 분야와 12대 주요 추진과제로 구성되어 있다(보건복지부, 2021b, p.3). 이번 종합대책은 우리나라의 첫 번째 비급여 관리 종합대책이라는 점에서 큰 의의가 있다. 혁신적인 비급여 관리를 통해 지금까지 제기된 비급여 문제를 근본

적으로 해결하고, 나아가 공급자의 적절한 의료 제공과 수요자의 합리적인 의료이용이 이뤄지기를 기대해본다.

[그림 4-16] 건강보험 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방안



자료: 보건복지부. (2021b). “비급여관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현” 「건강보험 비급여관리강화 종합대책」 수립. 보건복지부 의료보장관리과 보도자료, p.13. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=362797에서 2021. 11. 8. 인출.





제5장

의원급 의료기관 원가보상수준

제1절 의원급 비급여 진료 현황

제2절 의원급 급여 및 비급여 진료비 보상수준

제3절 소결



제 5 장 의원급 의료기관 원가보상수준

제1절 의원급 비급여 진료 현황

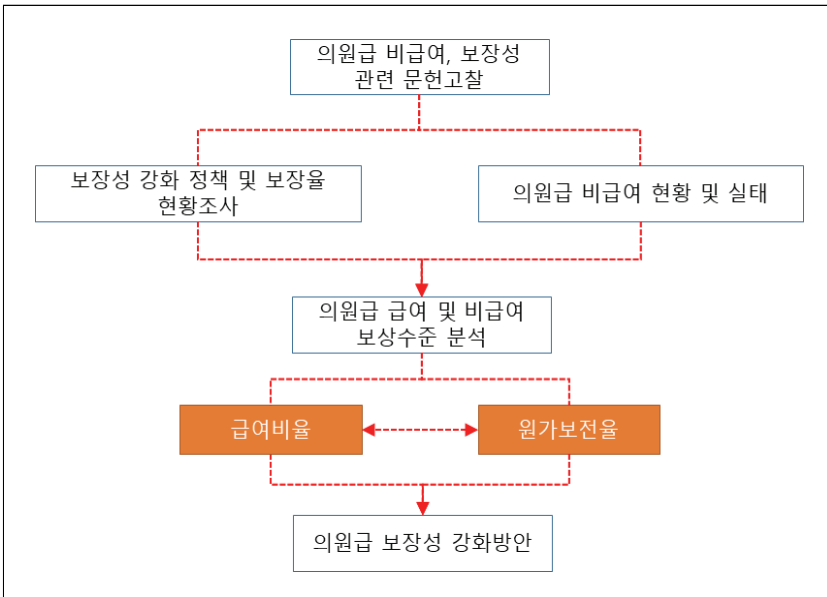
1. 의원급 비급여 진료 분석 개요

의원급 의료기관의 보장률은 최근 수년간 지속해서 하락하여 왔다. 보장률은 상대적인 개념으로 보장률의 하락은 건강보험 급여 보장률이 하락한 것일 수도 있으며, 반대로 급여 보장률보다 비급여를 포함한 본인부담률이 높아져서 발생할 수도 있는 것이다. 본 장에서는 의원급 의료기관의 비급여 증가에 구조적 문제가 있는지를 검토하기 위하여 의원급 의료기관의 비급여 보상수준을 포함한 원가보상수준을 살펴보았다. 이를 위해 먼저, 현행 보장성 강화정책에 따른 보장률의 추이를 살펴보고, 의원급 보장률의 수준을 검토하였다. 또한 보장률의 수준은 비급여 진료와 밀접한 관련이 있기 때문에 의원급을 대상으로 비급여의 현황 및 실태를 그간 연구 문헌을 통하여 살펴보았다.

다음으로, 원가에 기반한 의원급 의료기관의 비용 및 수입 산출 자료를 활용하여 의원급 의료기관의 의료수가 수준이 원가 대비 적정한지, 적절한 보상이 이루어지고 있는지를 검토하기 위하여 총원가보상수준을 건강보험 급여 대응 원가보전율과 비급여를 포함한 총원가보전율로 구분하여 비급여 증가의 구조적 원인을 파악해 보고자 하였다. 특히, 의원급 의료기관의 수가보상수준은 진료과목별로 상당한 차이를 보이고 있어 의원급 진료과목별로도 원가보상수준을 비교·검토하였다.

보장률의 수준을 높이기 위해서는 무엇보다도 전체 진료비에서 급여 서비스가 차지하는 비중이 상대적으로 높아져야 하는데 급여 서비스의 비중을 높이기 위해서는 급여 서비스 제공 원가와 비급여 서비스의 제공 원가의 차이가 작아야 한다. 예컨대 피부 미용과 성형 서비스 같은 비급여 서비스를 제공하는데 비급여에 대한 원가보상수준이 높다면 상대적으로 급여 서비스의 제공이 낮아질 수 있기 때문이다. 따라서 진료과목별로 급여 서비스의 비중을 분석하고 더불어 급여와 비급여 서비스의 원가보전율을 산출하여 진료과목 또는 진료계열에 따라 차이가 있는지를 분석하였다.

[그림 5-1] 의원급 보상수준 분석을 통한 보장성 강화 연구모형



자료: 연구진이 작성함.

2. 의원급 비급여 진료 현황

가. 의원급 의료기관의 주요 비급여 진료항목

건강보험공단의 2020년 진료비 실태조사에 따르면 의원급 2019년 건강보험 보장률은 57.2% 수준으로 나타났다. 의원급 건강보험 급여 본인 부담률이 타종별과 비교하여 가장 낮음에도 불구하고, 보장률의 수준이 낮다는 것은 결국 비급여 진료비에 대한 부담이 높기 때문이다. 2019년 의원급 비급여 부담비율은 상급종합병원 10.0%, 종합병원 11.3%와 비교하여 23.8%로 높은 수준이다. 더욱이 의원급의 비급여 부담비율의 추세를 살펴보면, 상급종합병원 연평균 비급여 부담 증가율은 $\Delta 9.2\%$ 감소했고 종합병원은 $\Delta 2.9\%$ 감소한 데 반해, 의원급 의료기관의 비급여 부담은 연평균 10.8% 증가하여 왔다.

〈표 5-1〉 의료기관 종별 건강보험 보장률 및 비급여 본인부담률

(단위: %)

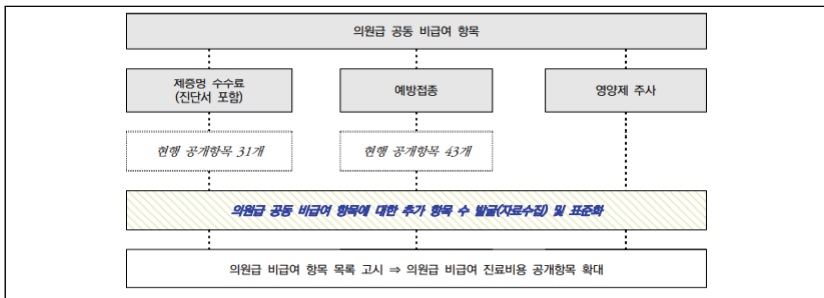
| 년도 | 전체 | | 상급 | | 종합 | | 병원 | | 의원 | |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 보장률 | 비급여 | 보장률 | 비급여 | 보장률 | 비급여 | 보장률 | 비급여 | 보장률 | 비급여 |
| 2009 | 65.0 | 13.7 | 56.0 | 26.2 | 60.3 | 15.2 | 59.2 | 20.4 | 70.3 | 8.5 |
| 2010 | 63.6 | 15.8 | 56.4 | 27.4 | 58.0 | 20.2 | 57.3 | 22.0 | 65.6 | 12.8 |
| 2011 | 63.0 | 17.0 | 56.0 | 28.7 | 61.4 | 19.9 | 54.8 | 26.5 | 62.7 | 15.9 |
| 2012 | 62.5 | 17.2 | 57.4 | 26.3 | 58.7 | 22.1 | 51.6 | 29.7 | 64.4 | 14.8 |
| 2013 | 62.0 | 18.0 | 57.3 | 25.2 | 61.3 | 18.3 | 49.8 | 32.8 | 61.3 | 18.4 |
| 2014 | 63.2 | 17.1 | 59.7 | 21.6 | 61.2 | 17.5 | 53.7 | 27.1 | 63.4 | 17.1 |
| 2015 | 63.4 | 16.5 | 61.8 | 18.9 | 61.7 | 17.3 | 50.0 | 31.2 | 65.5 | 14.8 |
| 2016 | 62.6 | 17.2 | 62.9 | 17.5 | 62.4 | 16.5 | 47.8 | 32.7 | 62.1 | 18.0 |
| 2017 | 62.7 | 17.1 | 65.1 | 14.0 | 63.8 | 15.5 | 47.1 | 34.9 | 60.3 | 19.6 |
| 2018 | 63.8 | 16.6 | 68.7 | 11.7 | 65.2 | 13.0 | 48.0 | 34.1 | 57.9 | 22.8 |
| 2019 | 64.2 | 16.1 | 69.5 | 10.0 | 66.7 | 11.3 | 51.4 | 30.0 | 57.2 | 23.8 |
| 연평균 증가율 | -0.1 | 1.6 | 2.2 | -9.2 | 1.0 | -2.9 | -1.4 | 3.9 | -2.0 | 10.8 |

주: 국민건강보험공단(2020). 2019년 건강보험진료비 실태조사 원자료 재분석.

비급여 진료비용과 항목에 대해서는 증증도가 높은 질환 혹은 희귀난치성 질환 등 대형병원 위주의 보장성 강화에 초점을 맞추고 있어 상대적으로 의원급 비급여에 대한 관심이 낮았던 것이 사실이다. 다만, 정부는 「의료법 시행규칙 제43조의2(비급여 진료비용 현황 조사)」 개정 및 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 고시를 일부 개정하여 2021년 3월부터 비급여 진료비용 공개를 의원급으로 확대 시행하고, 616개 비급여 항목에 대해 진료비용 자료를 제출하도록 한 바 있다(보건복지부 고시, 제2021-100호).

의원급 의료기관의 비급여 진료비용 공개 항목 확대 방안을 제시한 연구에서는 진료과별 구분 없이 전체 의원급에서 공통으로 발생하고 있는 비급여와 진료과별 특성을 반영한 비급여 항목으로 구분하였다(어나금 외, 2020). 먼저, 의원급 의료기관에서 공통적으로 발생하는 3대 비급여 항목은 크게 제증명 수수료, 예방접종, 영양제 주사 항목으로 구분하고 있는데, 제증명 수수료와 예방접종은 의원급 비급여 진료비용 공개항목에 포함되어 비급여 정보수집이 체계적으로 이루어지고 있으나 영양제 주사제의 경우 빈번히 처방되고 수행되는 대표적인 비급여 항목이지만 정보수집이 미흡한 상황이라고 지적하면서 비급여 목록 고시를 통해 국민들에게 비급여 정보를 제공하는 것이 중요하다고 지적하였다.

[그림 5-2] 의원급 공동 및 특정 비급여 항목 및 관리 (예시)



자료: 어나금, 신현용, 정형선, 지영진, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구용역. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, p.125.

제증명 수수료, 예방접종, 영양제 주사제의 공동 3대 비급여 이외 진료 과별로 수행되는 진료과별 주요 비급여 항목은 다음과 같이 <표 5-2>와 같이 구분하였다.

<표 5-2> 의원급 진료과별 주요 비급여 항목

| 진료과 | 비급여 항목 | |
|-----------|--|--|
| 정형외과 | 행위 - 도수치료, 체외충격, 증식치료, 신장분사치료, 유착박리제 등 | 치료재료 - 목발, 고무신발, 석고신발, 팔걸이, 쇠파밴드, 세라밴드, 발목밴드, 팔꿈치보호대, 손목보호대, 손가락보호대, 창상치유 촉진제, 말린대, 스트립, 복대, 교정패드 등 |
| 내과, 가정의학과 | - 영양제(영양수액): 멀티 비타민, 태반주사, 신데렐라주사, 감초주사, 마늘주사, 간장주사, 비타민D주사, 신데렐라주사 등 - 백신: 폐렴, 대상포진, 파상풍, 부스트릭스, A형간염, B형간염, 일본뇌염, 수막구균, 홍역·볼거리·풍진, 디프테리아·파상풍 등 | |
| 산부인과 | - 검사: 양수검사, 흉모막검사, 염색체검사, 중금속모발검사 등 - 수술: 처녀막 재생술, 질성형수술, 소음순성형술, 피임시술, 유두성형술 등 | |
| 소아청소년과 | - 예방접종: BCG, B형간염, DPT, 소아마비, 수두, A형 간염, 일본뇌염, 뇌수막염, 자궁경부암, Td, 로타바이러스장염, 장티푸스, 수막구균 등 - 진단서: 일반진단서, 어린이집검진, 예방접종증명서 등 - 검사: 성장판 검사, 선천성대사이상검사, 모발미네랄검사, 호흡기바이러스 PCR 등 | |
| 안과 | - 수술 및 처치: 인공수정체(난시교정), 인공수정체(노안교정), 라식, 라섹, 하이브리드 노안 레이저, 안내 렌즈삽입술, 눈 시원술, 눈 영양제 등 - 검사: DNA 검사, 각막두께검사, A-scan(초음파 안구길이 측정 및 분석 검사), 안내렌즈 삽입술 검사, 안구광학단층촬영, 눈의 계측검사 등 | |
| 이비인후과 | - 검사: 수면다원검사, 동적체평형검사, 회전검사, 비디오전기안진검사, 발음 및 발성검사, 후각기능 검사, 신경계기능검사, 호흡기능검사, 수면상기도내시경검사, 자동화 청성뇌간반응검사, 비음도 검사 등 - 수술: 코성형, 비밸브재건술, 고주파 설근부축소술, 비중격만곡증 교정술, 만성 비후성 비염 수술 등 | |
| 비뇨기과 | - 수술: 포경수술, 정관수술, 배부신경차단수술, 조루 필러술, 실리콘링수술, 음경 확대수술, 보형물 삽입술, 발기부전 수술 등 - 검사: 정액검사, 남성호르몬 측정 | |

자료 : 여나금, 신현웅, 정현선, 지영진, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구용역. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, p 126.

특정 비급여 항목은 진료과별 전문적 영역에서 수행되는 의료행위에 따라 차이가 발생하고, 이는 진료과별 비급여 본인부담의 차이를 발생시키는 것으로 추정된다. 전체 의원급 의료기관의 '19년도 보장률은 57.2% 였으나 진료과별 주요 비급여 의료행위에 따른 비급여 본인부담은 차이를 보였다. 재활의학과와 비급여 본인부담률은 41.8%에 이르고 있으며, 안과 37.2%, 신경외과 32.9%로 비급여 본인부담률이 높은 반면 정신건강의학과 6.3%, 이비인후과 9.5%로 진료과별로 비급여 본인부담률은 큰 차이를 보이고 있다.

〈표 5-3〉 의원급 진료비 수입 구성비(2019)

(단위: %)

| 진료과목 | 건강보험급여비 | 법정본인부담 | 비급여 본인부담 |
|---------|---------|--------|----------|
| 재활의학과 | 42.2 | 16.0 | 41.8 |
| 신경과 | 56.6 | 21.3 | 22.1 |
| 산부인과 | 52.1 | 15.6 | 32.3 |
| 피부과 | 51.7 | 19.2 | 29.1 |
| 일반외과 | 53.5 | 15.8 | 30.7 |
| 정형외과 | 55.1 | 20.3 | 24.7 |
| 신경외과 | 49.4 | 17.7 | 32.9 |
| 내과 | 62.0 | 18.7 | 19.2 |
| 소아청소년과 | 63.0 | 16.5 | 20.5 |
| 비뇨기과 | 59.5 | 23.4 | 17.0 |
| 이비인후과 | 66.7 | 23.9 | 9.5 |
| 안과 | 47.7 | 15.1 | 37.2 |
| 정신건강의학과 | 73.1 | 20.6 | 6.3 |

자료 : 국민건강보험공단(2020). 2019년 건강보험진료비 실태조사 원자료 재분석.

나. 의원급 의료기관의 비급여 진료 수입 규모 추정

환자가 의료기관에서 제공받는 의료서비스는 크게 비급여 진료와 급여 진료로 구분할 수 있다. 앞의 비급여의 주요항목에서 살펴본 바와 같이

예방 및 성형, 건강진단 목적 등으로 수행되는 비급여 진료는 환자가 전액 진료비를 부담하게 되는데 이때 환자가 전액 부담하는 비급여 진료료가 높을수록 건강보험의 보장률 수준은 낮아지게 된다.

급여 진료비의 경우 진료비 산정기준에 따라 행위료, 약제 및 재료비로 구분할 수 있는 반면 비급여 진료비의 경우 대부분 진료비 산정기준이나 가격이 책정되어 있지 않다. 비급여 진료비는 행위료, 재료비, 약제비를 구분하지 않고, 치료재료 또는 약제가격에 의료행위 진료비를 포함하는 등 행위, 진료재료, 약제를 구분하기 어렵다. 즉, 급여 진료비는 행위, 약제 및 치료재료로 분류할 수 있으나, 비급여 진료비의 경우 행위, 약제, 치료재료로 구분하지 못하였다.

본 연구에서는 의원급 의료기관의 수입에서 비급여 수입 규모를 살펴보기 위하여 기존 선행연구 자료들을 활용하여 의원급 의료기관의 비급여 수입비율을 추정해 보았다. 이를 위해 '3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구'(신영석 외, 2019)의 기관당 건강보험 급여 비용에 '유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구'(신영석, 신현웅 외 2012)의 원가보전율 및 비급여 비율을 반영하여 급여 및 비급여 수입을 추정하였다.

비급여 수입 추정 결과,¹⁷⁾ 의원급 의료기관의 기관당 급여 진료비 수입은 약 394,713천 원이었으며, 비급여 수입은 약 210,224천 원으로 의원급 의료기관 전체 수입의 34.8%는 비급여 진료비 수입이 차지하는 것으로 나타났다.

비급여 수입비율은 진료과별 특정 비급여의 차이로 인하여 비급여 수입비율도 진료과목별로 큰 차이를 보였다. 진료과목별 비급여 수입비율을 살펴보면, O 진료과 60.2%, F 진료과 48.5%, B 진료과 47.9%, N 진료과 45.0%로, 이들은 전체 수입에서 비급여 수입이 차지하는 비율이 높

17) 비급여 수입 추정 결과는 2017년 회계조사 기준임.

은 것으로 나타난 반면, L 진료과 16.4%, I 진료과 18.0%, M 진료과 18.8%, K 진료과 19.7%로, 이들은 비급여 수입이 상대적으로 적었다. 같은 의원급 의료기관이라 하더라도 진료과별로 비급여 수입비율 격차가 크게 나타났다.

〈표 5-4〉 의원급 진료과목별 기관당 연간 급여 및 비급여 수입 현황

(단위: 천 원, %)

| 진료과목 | 급여 진료비 수입 | | | 비급여 진료비 수입 | 수입비율 | |
|-------|-----------|---------|---------|------------|-------|-------|
| | 행위 | 약제 및 재료 | 전체 | | 급여 | 비급여 |
| A진료과 | 447,729 | 34,725 | 482,454 | 167,646 | 74.2% | 25.8% |
| B진료과 | 180,046 | 25,616 | 205,662 | 189,186 | 52.1% | 47.9% |
| C진료과 | 357,387 | 62,103 | 419,490 | 245,329 | 63.1% | 36.9% |
| D진료과 | 222,572 | 19,298 | 241,870 | 92,774 | 72.3% | 27.7% |
| E진료과 | 340,321 | 33,667 | 373,988 | 235,932 | 61.3% | 38.7% |
| F진료과 | 108,004 | 8,485 | 116,489 | 109,732 | 51.5% | 48.5% |
| G진료과 | 265,228 | 43,225 | 308,453 | 202,834 | 60.3% | 39.7% |
| H진료과 | 440,821 | 13,405 | 454,226 | 238,141 | 65.6% | 34.4% |
| I진료과 | 251,360 | 374 | 251,734 | 55,259 | 82.0% | 18.0% |
| J진료과 | 324,549 | 15,054 | 339,603 | 93,167 | 78.5% | 21.5% |
| K진료과 | 470,386 | 43,356 | 513,742 | 126,295 | 80.3% | 19.7% |
| L진료과 | 591,686 | 42,641 | 634,327 | 124,259 | 83.6% | 16.4% |
| M진료과 | 489,283 | 28,754 | 518,037 | 120,172 | 81.2% | 18.8% |
| N진료과 | 700,774 | 31,185 | 731,959 | 599,331 | 55.0% | 45.0% |
| O진료과 | 205,434 | 12,679 | 218,113 | 330,471 | 39.8% | 60.2% |
| 전체 평균 | 356,079 | 38,634 | 394,713 | 210,224 | 65.2% | 34.8% |

자료: 신영석 외(2019). 3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구 및 신영석, 신현웅 외(2012) 유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구에서 재산출.

제2절 의원급 급여 및 비급여 진료비 보상수준

1. 분석자료의 개요

의원급 의료기관의 수입 비중을 살펴본 결과, 전체 수입 중 비급여 진료 수입이 차지하는 비율이 상당히 높은 것을 알 수 있었다. 여기서는 의원급 의료기관에서 비급여 진료 발생 하는 구조적인 원인이 있는지를 검토하기 위하여 의원급 의료기관의 원가보상수준을 분석하였다. 또한 전체 원가보상수준은 급여와 비급여 진료비를 모두 포함하고 있기 때문에 비급여 증가 원인을 살펴보기 위해 급여 원가보상수준과 비급여 원가보상수준으로 분리하여 분석하였다. 한편 진료비 보상수준을 검토하기 위해 사용한 자료는 의원급 의료기관의 표시진료과목, 진료비 규모, 지역 등을 고려하여 표본 추출한 의원급 15개 진료과목, 200개 의원급 의료기관의 2017년 회계조사 자료이다. 이 자료는 대표성, 시의성 등의 한계가 있을 수 있으나, 의원급 의료기관의 대략적인 원가보상수준을 살펴보기에는 문제가 없을 것으로 판단된다.

의원급의 급여 및 비급여 진료비의 보상수준을 분석하기 위하여 ‘3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구’(신영석 외, 2019)와 ‘유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구’(신영석, 신현웅 외 2012)의 연구 결과 자료를 활용하였다. ‘3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구’에서는 진료과목별 기관당 건강보험 급여행위 비용 및 약제 재료비용, 건강보험 수입비율, 비급여 수가비율 등의 결과를 활용하였고 ‘유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구’에서는 의원급 진료과목별 원가보존율 분석 결과를 활용하였다.

〈표 5-5〉 진료과목별 분석대상 기관 수

(단위: 개소, %)

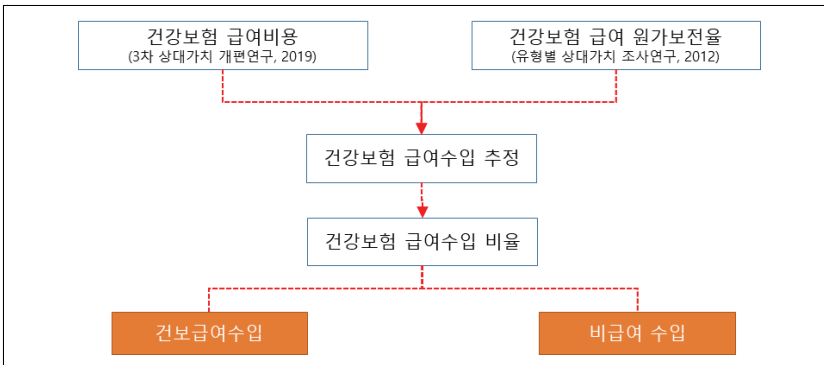
| 진료과목 | 분석대상 기관 수 | 구성비 | 진료과목 | 분석대상 기관 수 | 구성비 |
|---------|-----------|-------|---------|-----------|--------|
| 일반의 | 16 | 8.0% | 신경외과 | 2 | 1.0% |
| 가정의학과 | 4 | 2.0% | 안과 | 4 | 2.0% |
| 내과 | 28 | 14.0% | 외과 | 2 | 1.0% |
| 마취통증의학과 | 6 | 3.0% | 이비인후과 | 32 | 16.0% |
| 비뇨기과 | 13 | 6.5% | 정신건강의학과 | 4 | 2.0% |
| 산부인과 | 6 | 3.0% | 정형외과 | 14 | 7.0% |
| 소아청소년과 | 58 | 29.0% | 피부과 | 8 | 4.0% |
| 신경과 | 3 | 1.5% | 총합계 | 200 | 100.0% |

자료: 신영석 외(2019). 3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구. 한국보건사회연구원. p.103 재구성.

2. 보상수준 분석방법

의원급 급여 및 비급여 진료비 보상수준을 분석하기 위해서 먼저 기관 단위에서 집계된 총수입과 총비용을 급여와 비급여로 분리하였다. 건강보험 급여 및 비급여 수입비율 추정 방법은 다음과 같은 과정을 거쳐 도출하였다.

[그림 5-3] 건강보험 급여 및 비급여 수입비율의 추정방법



자료: 연구진이 작성함.

급여와 비급여 수입의 분리에서 급여 수입은 국민건강보험공단의 진료비 청구 자료를 활용해 집계 가능하기 때문에 총수입에서 급여 수입을 차감하는 방법으로 집계할 수 있다. 의료기관별 급여와 비급여 수입의 집계가 가능함에도 불구하고, 본 연구에서는 의료기관별 수입 자료 수집의 한계로 인하여 급여와 비급여 수입을 '3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구'(신영석 외, 2019)의 진료과목별 건강보험 급여행위 비용에 '유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구'(신영석, 신현웅 외, 2012)의 진료과목별 건강보험급여 원가보전율을 반영하여 건강보험급여 총수입의 규모를 추정하였다. 급여와 비급여 수입은 앞에서 산출한 건강보험 급여 수입에 '3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구'의 건강보험 수입비율을 적용하여 비급여 수입을 추정하였다.

급여 및 비급여 비용을 분리하려면 총비용을 다시 급여에 대응하는 비용과 비급여에 대응하는 비용으로 분리하여야 하는데, 이를 위하여 비용항목별 배부기준을 활용하여 분리하였다. 총비용을 급여와 비급여 비용으로 분리하기 위해서 진료과목별 비급여 수가비율을 활용하여 비용을 분리하였다. 진료과목별로 급여와 비급여 수가비율¹⁸⁾의 편차가 크기 때문에 진료과목별로 적용하였다. 비급여 수가비율은 동일 의료행위에 대해 급여의 수가와 비급여의 수가의 차이를 급여 수가 대비 비율로 산출한 지수로, 동일한 의료행위에 대해 비용의 차이는 없지만 수입의 차이가 존재하기 때문에 급여 대비 비급여 수가비율을 총비용에 적용하여 비용을 분리하는 방법이다. 예를 들어, 만약 A의원의 급여 대비 비급여 수가 비중이 평균 2배의 차이(수가비 2.0)가 난다고 가정하고 A의원의 연간 급여 수입과 비급여 수입이 각각 500만 원으로 집계되었고, 수익을 얻기 위해 연간 소요되는 비용이 1,000만 원이라고 가정한다면 1,000만 원에서 비

18) 의원급 진료과목별 급여와 비급여 수가비율은 신영석 외(2019). 3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구. 한국보건사회연구원 연구를 참조하였음.

170 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

급여 비용을 분리하기 위하여 수가비 2.0을 비급여 수입 500만 원에 적용하면 비급여 비용은 250만 원으로 추정할 수 있다. 이와 같이 총비용에서 급여 비용과 비급여 비용을 분리하면 급여와 비급여 보상수준을 비교할 수 있게 된다.

〈표 5-6〉 A의원의 급여 및 비급여 비용 분리(예시)

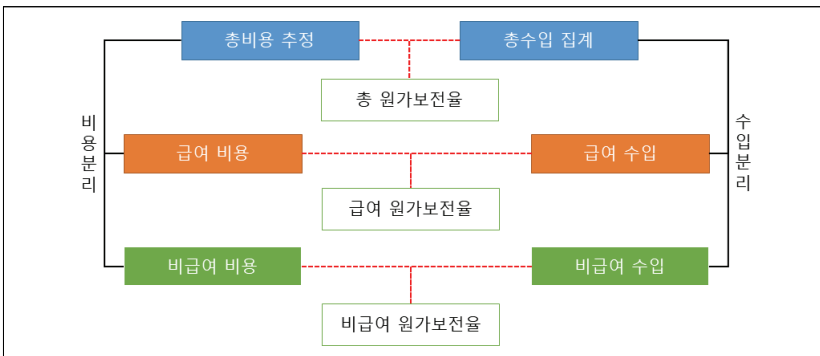
(단위 : 만 원, %)

| 구분 | 수입 | | 총비용 | 비용 | | 원가보전율(A/B) |
|-----|-------|------|-------|-------|------|------------|
| | 금액(A) | 구성비 | | 금액(B) | 구성비 | |
| 급여 | 500 | 50% | 1,000 | 750 | 75% | 67% |
| 비급여 | 500 | 50% | | 250 | 25% | 200% |
| 합계 | 1,000 | 100% | | 1,000 | 100% | 100% |

주: 비급여 수가비율 = 2.0 적용

이러한 과정을 통해 급여 수준과 비급여 수준에 대한 보상수준을 정리했는데, 원가보전율 지표는 각각 총원가보전율, 급여 원가보전율, 비급여 원가보전율로 산출하였으며, 각 보상수준은 조사 대상 의원의 진료과목별, 진료계열별로 구분하여 결과를 도출하였다.

〔그림 5-4〕 원가보전율에 의한 보상수준의 비교 방법



자료: 연구진이 작성함.

3. 의원급 의료기관 원가보상수준

가. 총진료비 보상수준

의원급 의료기관의 급여와 비급여를 포함한 총진료비 보상수준을 분석한 결과, 기관당 총수입은 평균 604,937천 원, 총비용은 563,978천 원으로 추정되었으며, 총원가보전율은 107.3% 수준으로 나타났다.

진료과목별 총원가보상수준을 살펴보면, A 진료과 132.5%, G 진료과 131.4%, N 진료과 125.8%, B 진료과 123.9%, I 진료과 122.2%, M 진료과 120.3%의 순으로 총원가보전율이 높게 나타났다. 반면, 일부 진료과들의 총원가보전율은 100% 이하로 나타났는데 C 진료과의 경우 84.5%, D 진료과 94.2%로 급여와 비급여를 포함한 총원가보전율이 100%보다 낮은 수준으로 분석되었다.

〈표 5-7〉 진료과목별 총원가보전율

(단위: 천 원, %)

| 진료과목 | 총비용(A) | 총수입(B) | 수익(B-A) | 총원가보전율(B/A) |
|------|---------|---------|----------|-------------|
| A진료과 | 490,648 | 650,101 | 159,453 | 132.5% |
| B진료과 | 318,567 | 394,848 | 76,281 | 123.9% |
| C진료과 | 786,543 | 664,819 | -121,724 | 84.5% |
| D진료과 | 355,090 | 334,644 | -20,446 | 94.2% |
| E진료과 | 531,086 | 609,920 | 78,834 | 114.8% |
| F진료과 | 209,544 | 226,221 | 16,677 | 108.0% |
| G진료과 | 389,228 | 511,288 | 122,060 | 131.4% |
| H진료과 | 591,961 | 692,367 | 100,406 | 117.0% |
| I진료과 | 251,180 | 306,993 | 55,813 | 122.2% |
| J진료과 | 366,519 | 432,769 | 66,250 | 118.1% |
| K진료과 | 610,645 | 640,036 | 29,391 | 104.8% |
| L진료과 | 758,663 | 758,586 | -77 | 100.0% |
| M진료과 | 530,435 | 638,209 | 107,774 | 120.3% |

| 진료과목 | 총비용(A) | 총수입(B) | 수익(B-A) | 총원가보전율(B/A) |
|-------|-----------|-----------|---------|-------------|
| N진료과 | 1,058,411 | 1,331,290 | 272,879 | 125.8% |
| O진료과 | 547,854 | 548,584 | 731 | 100.1% |
| 전체 평균 | 563,978 | 604,937 | 40,960 | 107.3% |

자료: 신영석 외(2019). 3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구, 한국보건사회연구원 및 신영석, 신현웅 외(2012). 유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구, 한국보건사회연구원에서 재산출

나. 급여 및 비급여 보상수준

총원가보전율로는 의원급 진료과목과별로 전체 수익성 규모를 판단할 수는 있으나, 급여 및 비급여의 보상수준을 가늠하기 어렵다는 한계가 있다. 따라서 총원가보전율을 분해하여 다시 급여에 대한 원가보전율과 비급여에 대한 원가보전율로 구분하여 급여와 비급여에 대한 보상수준을 추정하였다. 이를 위해 기존 회계조사 연구의 결과를 토대로 급여행위에 대한 수입과 비용을 추정하여 원가보전율을 산출한 결과에서 총수입과 총비용에 급여 수입과 급여 비용을 차감하여 비급여의 수입과 비용을 추정하였다.

회계조사 대상인 15개 의원급 의료기관의 원가보전율을 급여와 비급여로 구분하여 분석한 결과, 의원급의 평균 급여 원가보전율은 95.3% 수준으로 나타났으며, 비급여 원가보전율은 189.0%로 비급여 원가보전율이 월등히 높은 것으로 나타났다. 의료기관 원가조사의 불확실성, 조사 대상 기관의 대표성 등의 한계는 있으나, 분석 결과 급여 진료보다 비급여 진료의 수익이 더 큰 것으로 나타났다.

급여와 비급여 원가보전율을 진료과목별로 비교한 결과, 의원급 의료기관의 진료과목별로도 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다. 먼저 급여 원가보전율이 100% 이하인 진료과는 조사 대상 진료과 중 6개 진료과로 C 진료과 71.0%, O 진료과 80.5%, F 진료과 86.3%, D 진료과 90.7%, L 진료과 97.3%, H 진료과 98.1%이었다. 비급여 원가보전율은 모든 진료

과목에서 100% 이상으로 나타났으며 200%를 상회하는 진료과(H 진료과, K진료과, M 진료과)도 있는 것으로 분석되었다.

〈표 5-8〉 진료과목별 급여 및 비급여 원가보전율 비교

(단위: 천 원, %)

| 진료과목 | 급여 | | | 비급여 | | | 보전율 차이 |
|-------|---------|---------|--------|---------|---------|--------|--------|
| | 비용 | 수입 | 원가보전율 | 비용 | 수입 | 원가보전율 | |
| A진료과 | 401,946 | 482,454 | 131.4% | 88,702 | 167,646 | 189.0% | 57.6% |
| B진료과 | 222,044 | 205,662 | 104.7% | 96,523 | 189,186 | 196.0% | 91.3% |
| C진료과 | 653,212 | 419,490 | 71.0% | 133,331 | 245,329 | 184.0% | 113.0% |
| D진료과 | 285,856 | 241,870 | 90.7% | 69,234 | 92,774 | 134.0% | 43.3% |
| E진료과 | 402,862 | 373,988 | 101.3% | 128,224 | 235,932 | 184.0% | 82.7% |
| F진료과 | 143,440 | 116,489 | 86.3% | 66,104 | 109,732 | 166.0% | 79.7% |
| G진료과 | 280,760 | 308,453 | 129.9% | 108,468 | 202,834 | 187.0% | 57.1% |
| H진료과 | 476,358 | 454,226 | 98.1% | 115,603 | 238,141 | 206.0% | 107.9% |
| I진료과 | 222,987 | 251,734 | 113.1% | 28,193 | 55,259 | 196.0% | 82.9% |
| J진료과 | 309,710 | 339,603 | 115.3% | 56,809 | 93,167 | 164.0% | 48.7% |
| K진료과 | 549,337 | 513,742 | 101.5% | 61,308 | 126,295 | 206.0% | 104.5% |
| L진료과 | 694,280 | 634,327 | 97.3% | 64,383 | 124,259 | 193.0% | 95.7% |
| M진료과 | 472,099 | 518,037 | 116.8% | 58,336 | 120,172 | 206.0% | 89.2% |
| N진료과 | 732,688 | 731,959 | 104.3% | 325,723 | 599,331 | 184.0% | 79.7% |
| O진료과 | 283,477 | 218,113 | 80.5% | 264,377 | 330,471 | 125.0% | 44.5% |
| 전체 평균 | 452,748 | 394,713 | 95.3% | 111,230 | 210,224 | 189.0% | 93.7% |

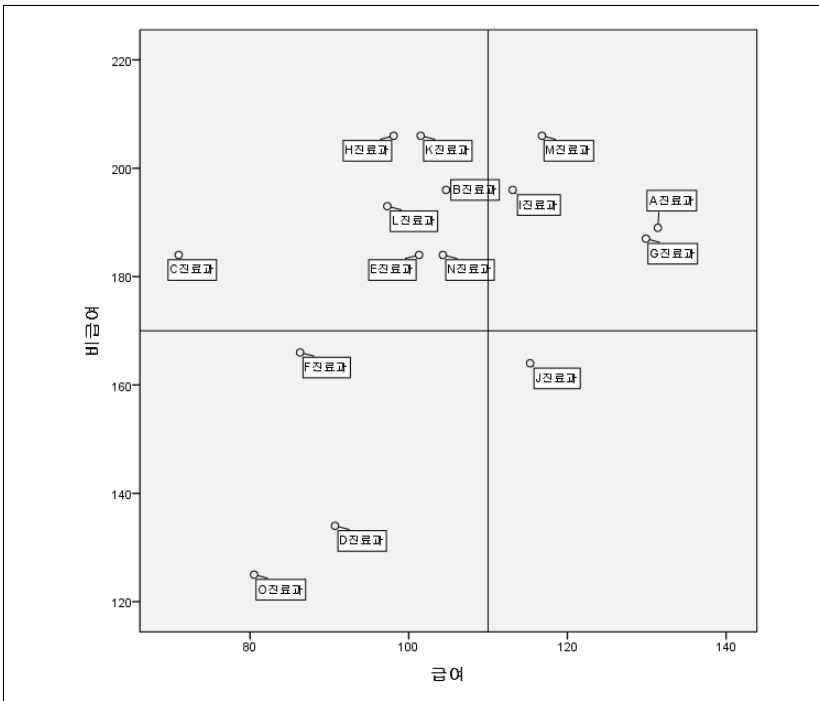
자료: 신영석 외(2019). 3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구, 한국보건사회연구원 및 신영석, 신현웅 외(2012). 유형별 상대가치 개편을 위한 의료기관 회계조사 연구, 한국보건사회연구원에서 수입과 비용을 분리하여 재산출.

급여 원가보전율과 비급여 원가보전율은 의원급 진료과목별로 상이하게 나타났다. 급여와 비급여 원가보전율의 특성을 4개로 분류해 보면, 급여와 비급여가 모두 높은 진료과, 급여 보상률은 높고 비급여 보상률은 낮은 진료과, 급여 보상률이 낮고 비급여 보상률이 높은 진료과, 급여와 비급여 보상률이 모두 낮은 진료과로 구분할 수 있다. 이를 상대적 중심선을 기준으로 각 진료과목을 분류하면 다음과 같다.

174 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

- 1) 급여와 비급여가 모두 높은 진료과 : I 진료과, A 진료과, M 진료과, G 진료과
- 2) 급여 보상률은 높지만, 상대적으로 비급여 보상률은 낮은 진료과 : J 진료과
- 3) 비급여 보상률은 높지만, 상대적으로 급여 보상률은 낮은 진료과 : H 진료과, K 진료과, B 진료과, L 진료과, C 진료과, E 진료과, N 진료과
- 4) 급여와 비급여가 모두 낮은 진료과 : F 진료과, D 진료과, O 진료과

[그림 5-5] 진료과별 급여 및 비급여 원가보전율 상관도표



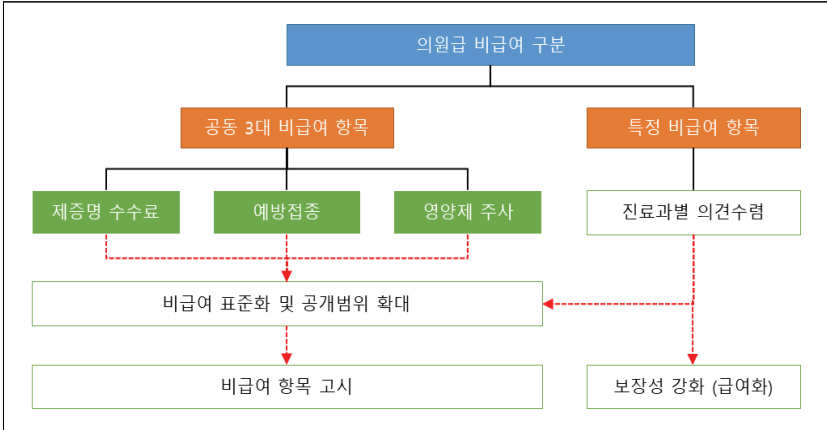
자료: 연구진이 작성함.

제3절 소결

보건의료 부문의 특성상 가격 결정 과정에서 정부의 개입은 필수적이지만 민간 의료기관이 90% 이상 점유하고 있는 상태에서 가격규제정책은 부정적 효과를 초래하기도 한다. 단순히 가격만 규제할 경우 불필요한 수요나 비급여 서비스가 증가할 수 있고, 서비스의 질이 저하될 수도 있기 때문이다(고든솔, 신영석, 이수빈, 2020. p.21). 의원급 의료기관에 대한 보상수준을 검토한 결과 비급여 원가보전율이 급여 원가보전율 보다 월등히 높아 비급여 진료 증가에 대한 유인이 발생할 수 있다. 또한 급여 원가보전율은 상대적으로 낮은 것으로 나타나 급여 원가보상수준의 현실화도 고려해야 할 것이다. 적정 수가 보장은 의료전달체계를 확립하는 데 중요한 요소라 할 수 있다. 진찰료, 입원료 등 기본진료료는 상대가치 하에서 현실과 괴리가 있다는 지적이 있는 만큼 일차의료의 정상화를 위해 기본진료료에 대한 적정 수가 보상이 필요하다고 할 수 있다.

급여 진료비 원가보전율의 현실화와 더불어 비급여 진료비 공개와 가격관리체계의 구축이 필요하다. 정부는 지난해 의료법 시행규칙을 개정하여 2021년 1월부터 615개 비급여 진료비용 공개 범위를 의원급까지 확대하였다. 비급여 진료비용 공개제도와 더불어 비급여 진료 전에 비급여 제공 항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도인 비급여 사전 설명제도를 함께 시행할 예정이다. 비급여 진료비용 관리체계를 구축하기 위해 우선 의원급 비급여를 공동 비급여와 특정 비급여로 구분하고 공동 비급여의 경우 예방 및 선택적 의료서비스를 비급여 항목으로 고시하고, 특정 비급여의 경우 진료과별 의견수렴을 통하여 최종 비급여 및 급여화를 고시하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

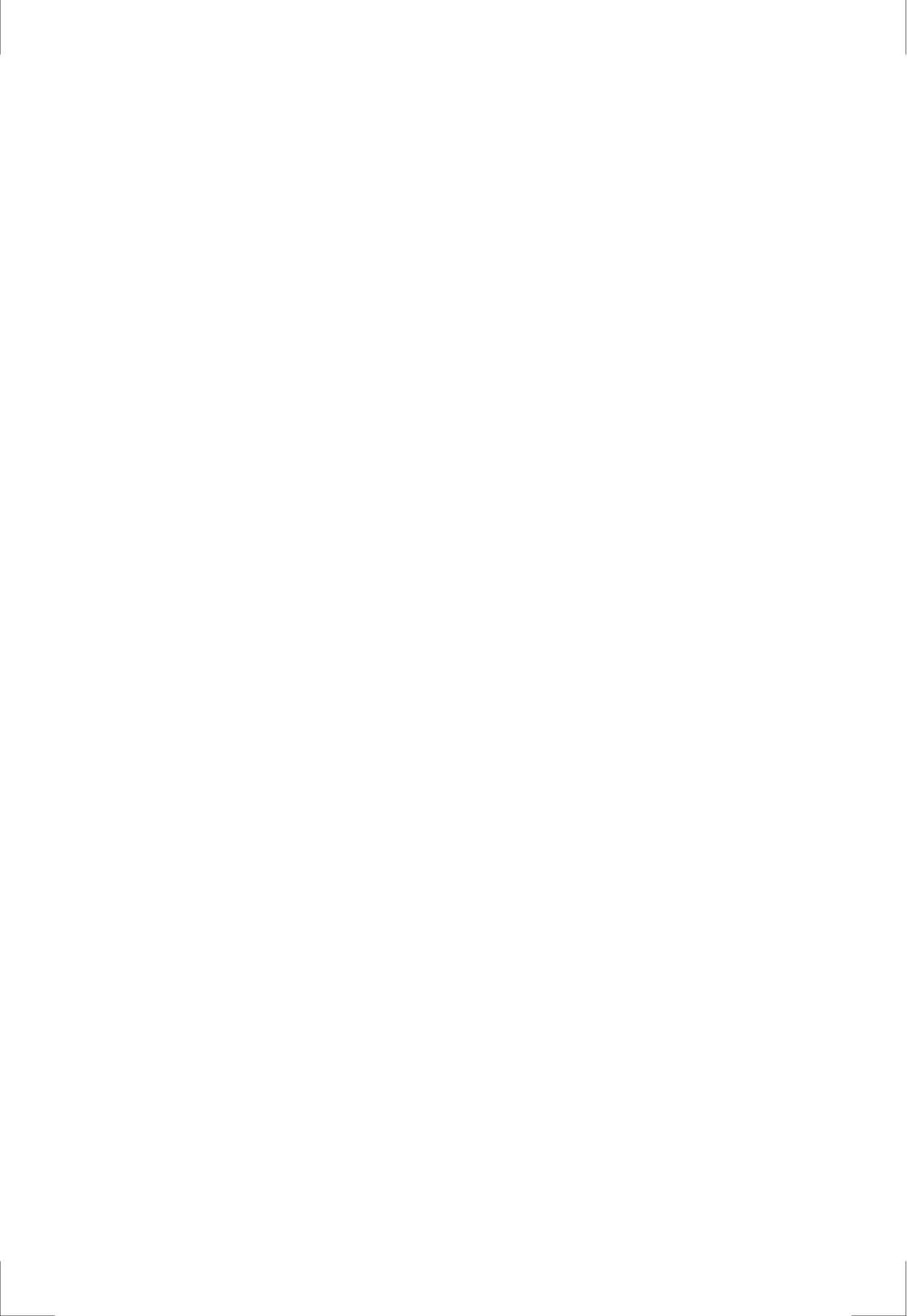
[그림 5-6] 의원급 공동 및 특정 비급여 관리방안 (예시)



자료: 연구진이 작성함.

본 연구는 의원급의 보장률 수준의 문제를 진단하기 위하여 급여 비중과 보상수준을 이차원적으로 분석하였으나, 분석 결과 해석에서 다음과 같은 구조적인 한계점이 존재한다. 의료기관 회계조사는 특정한 목적으로 부정기적으로 이루어지므로 시의성이 떨어질 수 있다. 본 연구에서 활용한 자료는 2019년 추가정책의 일환으로 수행된 2017년 기준 회계조사 자료로, 2021년의 급여수준과 보상수준의 현실을 반영하지 못할 수 있다. 또한 이 자료는 급여수준과 보상수준을 분석할 목적으로 수행된 것이 아닌 2차 자료를 바탕으로 분석한 결과로, 연구주제와 부합성이 낮아 더 구체적인 연구를 하기 위해서는 관련 연구주제에 대한 조사를 별도로 수행해야 할 것이다. 또 진료과목별 분석 결과를 해석할 때 표본의 대표성 문제가 존재할 수 있다. 수집된 표본 수가 적어 연구 결과를 일반화하는데 한계점이 존재하여 향후 적정 표본 수를 확보하여야 할 것이다. 분석 방법과 관련해서는 비급여 수입과 비용 추정 시 자료의 한계로 인하여 건강보험 수입비율 및 비급여 수가비율을 활용했다는 한계가 있다. 특히,

비급여 수가비율은 진료과목별 특성과 진료내용에 따라 차이가 크게 나타날 수 있어 결과를 해석할 때 주의가 필요하다. 마지막으로 연구 결과에서 제시한 산출방법론의 비급여 비용의 추정방법, 원장의사의 인건비 적용방법 등 연구방법론상의 한계점도 존재한다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



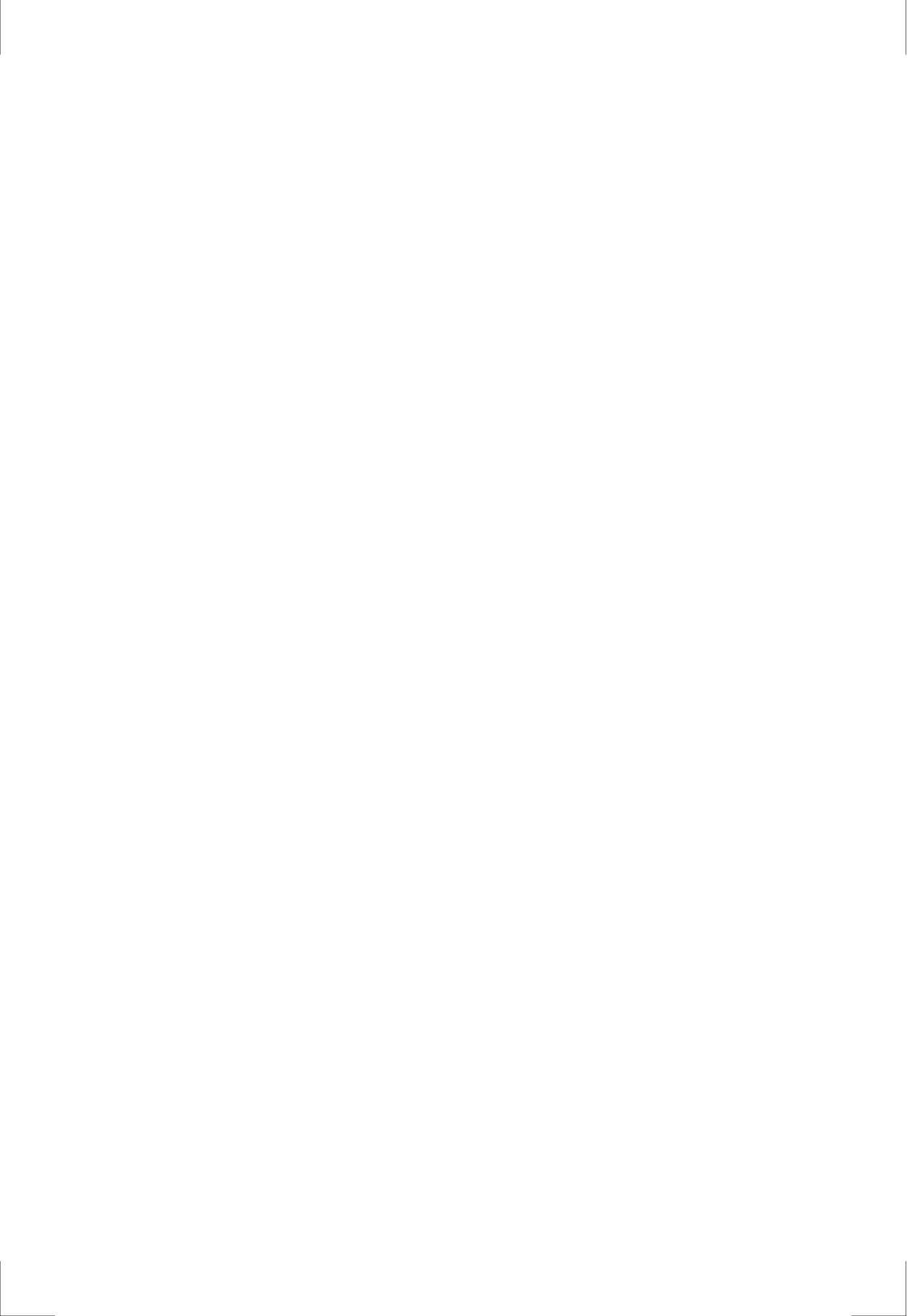
제6장

의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사

제1절 조사 개요

제2절 조사 결과

제3절 소결



제 6 장

의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사

제1절 조사 개요

1. 조사 목적

대국민 인식조사는 의원급 의료기관의 이용 현황, 의료이용, 의료비 부담, 만족도, 정책 방향에 대한 인식을 파악함으로써 의원급 의료기관의 보장성 확대 방향 수립 및 바람직한 역할 모색 등에 기초자료로 활용하고자 수행하였다.

2. 조사 설계

조사 대상은 전국 만 19세 이상 69세 미만의 성인 남녀를 대상으로 하였다. 만 18세 미만의 청소년과 초등학생, 만 69세 이상 노인은 조사의 정확성과 신뢰성을 고려하여 제외하였다. 표본은 총 2,000명이며, 표본 오차는 95% 신뢰수준을 기준으로 $\pm 2.19\%$ 로, 각 조사 결과값에 대해 대략적으로 2% 내외의 오차범위를 보인다고 볼 수 있다.

표본추출방법은 지역/성/연령별 비례할당(확률비례층화추출) 방법을 사용하였다. 지역은 전국 17개 시도를 기준으로, 연령은 10대 단위를 기준으로 모집단 비례 할당하였으며, 지역/성/연령 기준으로 비례 할당하였다.

자료수집방법은 조사업체에서 보유한 전 국민 개인 패널을 활용하여 온라인(이메일/문자)으로 조사로 진행하였다. 조사시기는 2021년 6월 9

일부 6월 14일까지 약 6일간 진행하였다. 조사는 한국보건사회연구원에 설치된 생명윤리위원회(IRB)로부터 승인을 받아 진행하였다(제2021-19호).

〈표 6-1〉 조사 설계

| 구분 | 내용 |
|----------|--|
| 조사 대상 | 전국 만 19세 이상 69세 이하 성인 남녀 |
| 표본크기 | 총 2,000명 - 지역/성/연령별 비례할당을 통한 무작위 조사 |
| 자료수집방법 | 전 국민 개인 패 널을 활용한 온라인(이메일/모바일) 조사 |
| 조사 시기 | 2021년 6월 9일~14일(6일간 진행) |
| 주요 조사 내용 | - 응답자 특성 및 일반사항 - 의료이용 실태/의료이용 경로/비급여 진료 경험/의료비 부담 만족도/보건의로 정책 방향 |

자료: 연구진이 작성함.

3. 조사 내용

조사 내용은 크게 7개 영역으로 구분했다. 첫째는 응답자 특성 및 일반 사항으로, 응답자의 성, 연령, 거주지, 가구주 여부, 가구원수, 가구소득이 이에 해당한다. 둘째는 의료이용 실태로 병/의원 이용 경험, 의료비 부담액, 주 이용 의료기관 및 이유, 주로 이용하는 동네의원 주치의가 있는지 여부 등이다. 셋째는 의료이용 경로로 지속적인 관리가 필요한 만성질환 여부 및 진단받은 의료기관, 타 동네의원 이용 경험과 이유, 대형대학병원 이용 경험과 이유가 해당한다. 넷째는 비급여 진료 경험으로 동네의원 비급여 진료 경험 및 항목/횟수이며, 다섯째는 의료비 부담 관련 내용으로 의료비 부담 수준과 실손보험이 있는지 여부가 해당한다. 여섯째는 의료이용에 대한 만족도로 우리나라의 전반적 의로서비스 만족도, 동네의원 의로서비스 만족도, 동네의원, 종합병원, 대학병원의 접근성, 의료

서비스의 질, 상담의 충분성, 의료비 경제적 부담 등에 대한 만족도이다. 마지막 일곱째는 보건의료 정책 방향으로 건강보험 보장 확대 시 우선적 확대 기관, 동네의원 이용 시 가장 필요한 서비스, 비대면 의료서비스 활성화 시 이용 의향, 비대면 의료서비스 이용 의향 기관 등에 대해 조사 항목을 구성하였다.

〈표 6-2〉 조사 내용

| 분야 | 내용 |
|---------------------------|--|
| 일반 현황 | 성별, 연령, 거주지/거주규모, 의보 가입자격, 가구주 여부, 가구원 수, 가구소득 등 |
| 의료이용 실태 | 병/의원에서 이용(외래/입원) 경험 여부 |
| | 의료비 부담액 |
| | 주 이용 의료기관 및 이유 |
| 의료이용 경로 | 주 이용 동네의원 상담 주치의 여부 |
| | 지속적 관리가 필요한 만성질환 여부 및 의료기관 |
| | 타 동네의원 이용 경험과 이유 |
| 비급여 진료 경험 | 대형대학병원 이용 경험과 이유 |
| | 동네의원 비급여 진료 경험 |
| | 동네의원 비급여 진료 항목 |
| 의료비 부담 | 동네의원 비급여 진료 횟수 |
| | 의료비 부담 수준 |
| 만족도 | 실손보험 여부 |
| | 전반적 의료서비스 만족도/불만족 이유 |
| | 동네의원 의료서비스 만족도 및 불만족 이유 |
| | 동네의원/종합병원/대학병원 접근성 |
| | 동네의원/종합병원/대학병원 의료서비스 질 |
| | 동네의원/종합병원/대학병원 상담의 충분성 |
| 동네의원/종합병원/대학병원 의료비 경제적 부담 | |
| 보건의료 정책 방향 | 건강보험 보장 확대 시 우선적 확대 기관 |
| | 동네의원 이용 시 가장 필요한 사항 |
| | 비대면 의료서비스 활성화 시 이용 의향 |
| | 비대면 의료서비스 이용 의향 기관 |

자료: 연구진이 작성함.

제2절 조사 결과

1. 응답자 특성 및 일반 현황

조사에 응답한 2,000명 중 남성(50.9%)과 여성(49.2%)의 비율은 비슷한 비중을 나타냈다. 연령별로는 50대가 22.7%로 가장 많았고, 40대 21.8%, 20대 19.3% 등의 순으로 나타났다.

권역별로는 '서울/경기/인천'이 51.4%로 절반 이상을 차지하였고, 다음으로 '부산/경남' 15.2%, '대전/충청' 10.5% 등의 순으로 나타났다.

조사 대상 가구의 주소지를 행정 주소지에 따라 광역시/대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분하였고, 대상자의 52.4%는 중소도시, 44%는 대도시, 3.6%는 군 지역에 거주하는 것으로 나타났다.

공적 의료보장 가입 자격은 직장가입자, 지역가입자, 직장가입자 피부양자로 구분하여 '직장가입자' 63.7%, '지역가입자' 23.2%, '직장가입자 피부양자' 13.2% 순으로 나타났다.

조사 대상 응답자의 가구 소득은 100만 원 단위로 11개 구간으로 나눠 분류한 결과 '400만 원 이상 500만 원 미만' 구간이 17.7%로 가장 많았고, 그다음은 '300만 원 이상 400만 원 미만' 등으로 나타났다(〈표 6-3〉 참조).

〈표 6-3〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

| 구분 | | 전체(n=2,000) | |
|-------------|-----------------|-------------|------|
| | | 수 | 비율 |
| 성별 | 남자 | 1017 | 50.9 |
| | 여자 | 983 | 49.2 |
| 연령 | 20대 | 385 | 19.3 |
| | 30대 | 359 | 18.0 |
| | 40대 | 435 | 21.8 |
| | 50대 | 454 | 22.7 |
| | 60대 | 367 | 18.4 |
| 권역 | 서울/경기/인천 | 1028 | 51.4 |
| | 부산/경남 | 303 | 15.2 |
| | 대구/경북 | 191 | 9.6 |
| | 대전/충청 | 209 | 10.5 |
| | 광주/전라 | 186 | 9.3 |
| | 강원/제주 | 83 | 4.2 |
| 거주지역 | 광역시/대도시 거주 | 880 | 44.0 |
| | 중소도시 거주 | 1048 | 52.4 |
| | 군지역 거주 | 72 | 3.6 |
| 의료보장 가입 자격 | 직장가입자 | 1273 | 63.7 |
| | 지역가입자 | 463 | 23.2 |
| | 직장가입자 피부양자 | 264 | 13.2 |
| 월소득 | 100만 원 미만 | 61 | 3.1 |
| | 100~200만 원 미만 | 150 | 7.5 |
| | 200~300만 원 미만 | 293 | 14.7 |
| | 300~400만 원 미만 | 331 | 16.6 |
| | 400~500만 원 미만 | 353 | 17.7 |
| | 500~600만 원 미만 | 243 | 12.2 |
| | 600~700만 원 미만 | 188 | 9.4 |
| | 700~800만 원 미만 | 140 | 7.0 |
| | 800~900만 원 미만 | 83 | 4.2 |
| | 900~1,000만 원 미만 | 56 | 2.8 |
| 1,000만 원 이상 | 95 | 4.8 | |
| | 소득 없음 | 7 | 0.4 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

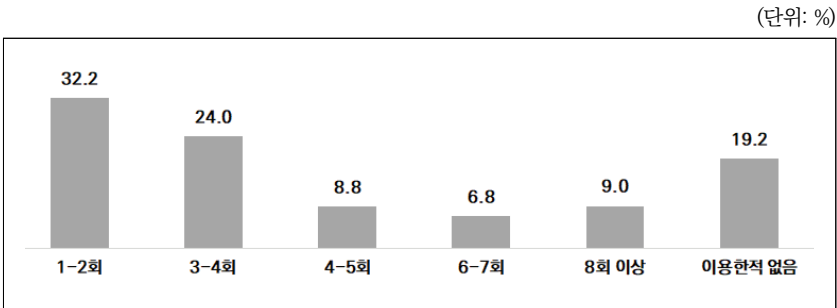
2. 의료이용 실태

조사 대상 응답자의 의료이용 실태를 파악하기 위하여 지난 6개월간 병·의원 외래진료 빈도와 지난 1년간 병·의원 입원 여부를 확인하였다.

분석 결과 응답자들의 지난 6개월간 병·의원 외래진료 경험은 ‘1~2회’가 32.2%로 가장 많았고, ‘3~4회’ 24.0%로, 응답자 절반 이상은 6개월간 외래진료를 위해 1~4회 병·의원을 방문했다. 그 외 ‘이용한 적 없음’ 19.2%, ‘8회 이상’ 9% 등의 순으로 나타났다.

거주지역별로는 광역시/대도시 응답자가 중소도시 또는 군지역보다 진료경험률이 높게 나타났다. 한편 군지역 응답자 중 36.1%가 지난 6개월간 병/의원 외래진료 경험을 이용한 적이 없다고 응답하여, 군지역의 병/의원 외래진료 경험이 현저히 낮은 것으로 보인다.

[그림 6-1] 지난 6개월간 병/의원 외래진료 경험



자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

〈표 6-4〉 지난 6개월간 병/의원 외래진료 경험: 거주지역

(단위: %)

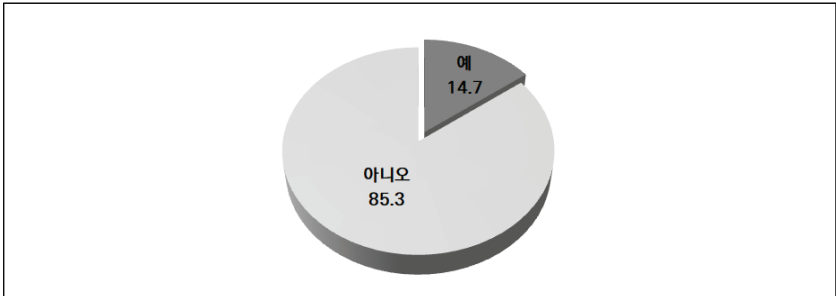
| 분류 | 구분 | 사례수 | 1-2회 | 3-4회 | 4-5회 | 6-7회 | 8회 이상 | 이용한적 없음 |
|------|------------|--------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | 전체 | (2000) | 32.2 | 24.0 | 8.8 | 6.8 | 9.0 | 19.2 |
| 거주지역 | 광역시/대도시 거주 | (880) | 32.3 | 23.5 | 9.1 | 7.5 | 10.1 | 17.5 |
| | 중소도시 거주 | (1048) | 32.9 | 24.4 | 8.7 | 6.3 | 8.2 | 19.5 |
| | 군지역 거주 | (72) | 20.8 | 23.6 | 6.9 | 5.6 | 6.9 | 36.1 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

또한 지난 1년간 병/의원 입원 경험 조사에서는 전체 응답자의 85.3%가 입원한 경험이 없다고 응답하였다.

〔그림 6-2〕 지난 1년간 병/의원 입원 경험

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

응답자들에게 지난 1년을 기준으로 입원 및 외래진료, 약처방(보약이나 건강보조식품 등은 제외) 등으로 직접 부담하는 월평균 의료비(본인부담 총액)의 대략적인 금액에 대해 질문하였다. 응답자들이 인식하는 월평균 의료비 부담액은 평균 47,147원으로 확인되었다.

특히 연령, 거주지역, 의료보장 가입자력에 따라 의료비 부담 정도에 차이가 나타났다. 20대의 월평균 의료비 부담액은 41,789원으로 평균과

비슷한 정도이고, 연령대가 높아질수록 월평균 의료비 부담액이 늘어나 60대의 부담액은 59,045원으로 가장 높았다.

거주지역별로는 광역시/대도시에 거주하는 응답자들의 의료비 부담액은 50,736원, 중소도시 거주자는 44,392원, 군지역 거주자 43,375원으로 광역시/대도시에 거주할수록 의료비 부담이 큰 것을 알 수 있다.

의료보장 가입자격별로는 직장가입자의 의료비 부담액은 52,149원으로 높은 편이었으나, 직장가입자 피부양자의 경우 33,434원으로 직장가입자와 약 19,000원 정도 차이가 나타났다.

〈표 6-5〉 월평균 의료비 부담액: 연령, 거주지역, 의료보장 가입자격

(단위: 원)

| 분류 | 구분 | 사례수 | [평균] |
|--------------|------------|--------|---------------|
| | 전체 | (2000) | 47,147 |
| 연령 | 20대 | (385) | 41,789 |
| | 30대 | (359) | 43,879 |
| | 40대 | (435) | 45,879 |
| | 50대 | (454) | 45,870 |
| | 60대 | (367) | 59,045 |
| 거주지역 | 광역시/대도시 거주 | (880) | 50,736 |
| | 중소도시 거주 | (1048) | 44,392 |
| | 군지역 거주 | (72) | 43,375 |
| 의료보장 가입자격 | 직장가입자 | (1273) | 52,149 |
| | 지역가입자 | (463) | 41,211 |
| | 직장가입자 피부양자 | (264) | 33,434 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

한편 앞의 질문에서 응답자들의 지난 6개월간 병·의원 외래진료 및 지난 1년간 병·의원 입원 여부에 따른 월평균 의료비에 차이가 있는지 살펴 보았다.

조사 결과 병·의원 외래진료 방문 횟수가 높을수록 월평균 의료비도 높아지는 경향이 나타났다. 지난 6개월간 1~2회 외래진료를 이용한 응답자의 월평균 의료비는 32,435원인 것에 비해 8회 이상 이용하는 응답자는 월평균 108,841원으로 약 3.4배 더 지출하는 것으로 나타났다.

또한 지난 1년간 병·의원 입원 경험이 없는 응답자는 월평균 의료비가 35,457원 수준이었으나, 입원 경험이 있는 응답자는 114,982원으로 약 3.2배 지출하는 것으로 나타났다.

〈표 6-6〉 병·의원 외래진료 횟수 및 입원 여부에 따른 월평균 의료비

(단위: 원, %)

| 분류 | 구분 | 평균값 | 사례수 | % |
|----------------------|----------|---------|--------|------|
| 병·의원 외래진료 이용횟수 | 1~2회 | 32,435 | (644) | 32.2 |
| | 3~4회 | 57,242 | (480) | 24.0 |
| | 4~5회 | 77,009 | (176) | 8.8 |
| | 6~7회 | 61,750 | (136) | 6.8 |
| | 8회 이상 | 108,841 | (180) | 9.0 |
| | 이용한 적 없음 | 11,424 | (384) | 19.2 |
| 병·입원 입원 여부 | 예 | 114,982 | (294) | 14.7 |
| | 아니오 | 35,457 | (1706) | 85.3 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

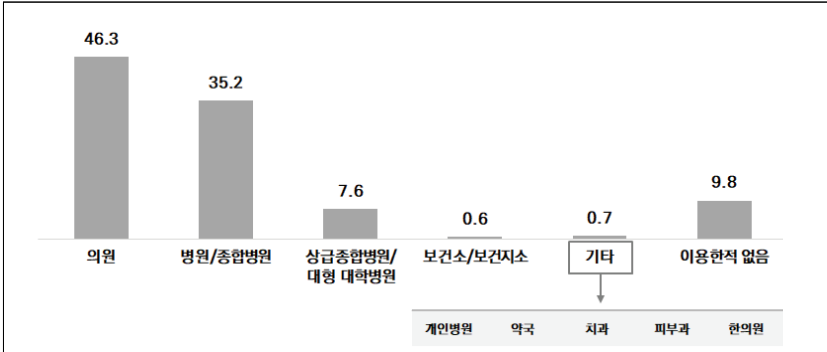
응답자들이 주로 이용하는 의료기관과 해당 의료기관을 이용하는 이유를 살펴보았다. 우선 응답자들이 가장 많이 이용하는 의료기관은 '의원' 46.3%로 가장 이용률이 높았다. 다음으로 '병원/종합병원' 35.2%, '상급 종합병원/대형대학병원' 7.6% 등의 순으로 나타났다.

연령별로 주 이용 의료기관을 살펴보면 40대(50.6%), 50대(54.4%), 60대(50.1%)에서 의원의 이용률이 높게 나타났다. 반면 병원/종합병원을 주로 이용하는 연령대는 20대(46.2%), 30대(40.7%)로 나타났다.

190 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 6-3] 주로 이용한 의료기관

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

<표 6-7> 주로 이용한 의료기관: 연령별

(단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례수 | 의원 | 병원/종합병원 | 상급종합/대형 대학병원 | 보건소/보건지소 | 기타 | 이용한적 없음 |
|----|-----|--------|------|---------|--------------|----------|-----|---------|
| 전체 | | (2000) | 46.3 | 35.2 | 7.6 | 0.6 | 0.7 | 9.8 |
| 연령 | 20대 | (385) | 33.2 | 46.2 | 8.6 | 1.3 | 0.3 | 10.4 |
| | 30대 | (359) | 40.9 | 40.7 | 7.2 | 0.0 | 0.3 | 10.9 |
| | 40대 | (435) | 50.6 | 32.6 | 6.2 | 0.5 | 0.5 | 9.7 |
| | 50대 | (454) | 54.4 | 27.1 | 6.8 | 0.4 | 0.9 | 10.4 |
| | 60대 | (367) | 50.1 | 31.3 | 9.3 | 0.5 | 1.4 | 7.4 |

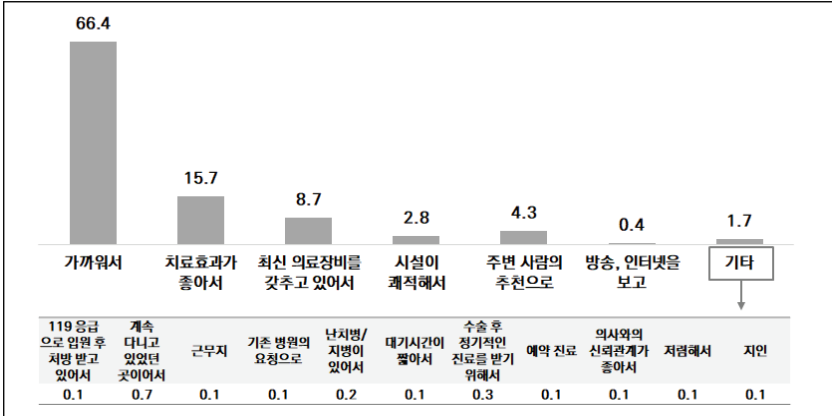
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

앞의 질문에서 선택한 의료기관을 이용하는 주된 이유로는 '가까워서'가 66.4%로 가장 높았고, '치료 효과가 좋아서' 15.7%, '최신 의료장비를 갖추고 있어서' 8.7%, '주변 사람의 추천으로' 4.3% 등의 순으로 나타났다.

응답자들은 의료기관 선택 시 접근성을 가장 중요하게 생각하며, 다음으로 치료 효과, 최신식 의료장비를 고려하는 것을 알 수 있다.

[그림 6-4] 해당 의료기관 이용 이유

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

다음은 의원급, 병원/종합병원, 상급종합병원/대형대학병원을 주로 이용하는 응답자별로 해당 의료기관을 이용하는 이유를 살펴보았다. 의원급의 경우 가까워서 이용한다는 답변이 대부분이었는데, 병원/종합병원급에서도 가까워서 이용한다는 답변이 54.3%로 과반수 이상이었고, 상급종합병원/대형대학병원급 역시 15.9%가 가까워서 이용한다고 답변하였다. 이는 의료전달체계가 정교하게 작동하지 않는 것으로 해석할 수 있다.

구체적으로 살펴보면, 의원급을 주로 이용하는 응답자의 경우에는 '가까워서' 이용한다는 답변이 84.3%로 대부분을 차지하였으며, '치료 효과가 좋아서' 9.4%, '주변 사람의 추천으로' 3.2% 등의 순으로 나타났다. 병원/종합병원을 주로 이용하는 응답자들 역시 '가까워서'가 54.3%로 절반 이상을 차지하였으며, 다음으로 '치료 효과가 좋아서' 21.9%, 최신 의료장비를 갖추고 있어서 12.2%, '주변 사람의 추천으로' 5.3% 등의 순으로 나타났다. 상급종합병원/대형대학병원의 경우에는 앞의 의원급, 병원급과 다르게 '최신 의료장비를 갖추고 있어서' 이용한다는 답변이 40.4%

192 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

로 가장 많았으며, 다음으로 ‘치료 효과가 좋아서’ 22.5%, ‘가까워서’ 15.9% 등의 순으로 나타났다. 또한 상급종합병원/대학병원 응답자에서는 ‘방송, 인터넷을 보고’ 해당 기관을 이용했다는 응답자가 없었다.

〈표 6-8〉 해당 의료기관 이용 이유

(단위: %)

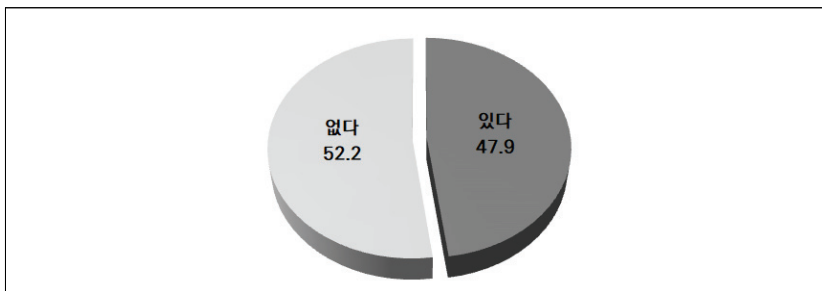
| 의료기관 이용 이유 | 의원급 의료기관 | 병원/종합병원 | 상급종합병원 (대학병원) |
|------------------|----------|---------|------------------|
| 가까워서 | 84.3 | 54.3 | 15.9 |
| 치료 효과가 좋아서 | 9.4 | 21.9 | 22.5 |
| 최신 의료장비를 갖추고 있어서 | 1.1 | 12.2 | 40.4 |
| 시설이 쾌적해서 | 0.9 | 4.8 | 5.3 |
| 주변 사람의 추천으로 | 3.2 | 5.3 | 6.6 |
| 방송, 인터넷을 보고 | 0.3 | 0.6 | - |
| 기타 | 0.7 | 1.0 | 9.3 |
| 계 | 100 | 100 | 100 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

한편 응답자가 아플 때나 검사 또는 치료 상담을 위해 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있는지에 대한 문항에서는 전체 응답자 중 47.9%가 있다고 응답하였다.

〔그림 6-5〕 주로 이용하는 동네의원(단골의사) 유무

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

연령별로는 60대 응답자 중 61.0%가 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있다고 응답하여 연령대 중 가장 높게 나타났으며, 다음은 50대 응답자 중 51.8%가 있다고 응답하였다.

전반적으로 연령이 높을수록 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있는 것으로 나타났다.

〈표 6-9〉 주로 이용하는 동네의원(단골의사) 유무: 연령별

(단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례수 | 있다 | 없다 |
|----|-----|--------|-------------|------|
| | 전체 | (2000) | 47.9 | 52.2 |
| 연령 | 20대 | (385) | 46.2 | 53.8 |
| | 30대 | (359) | 34.0 | 66.0 |
| | 40대 | (435) | 45.5 | 54.5 |
| | 50대 | (454) | 51.8 | 48.2 |
| | 60대 | (367) | 61.0 | 39.0 |

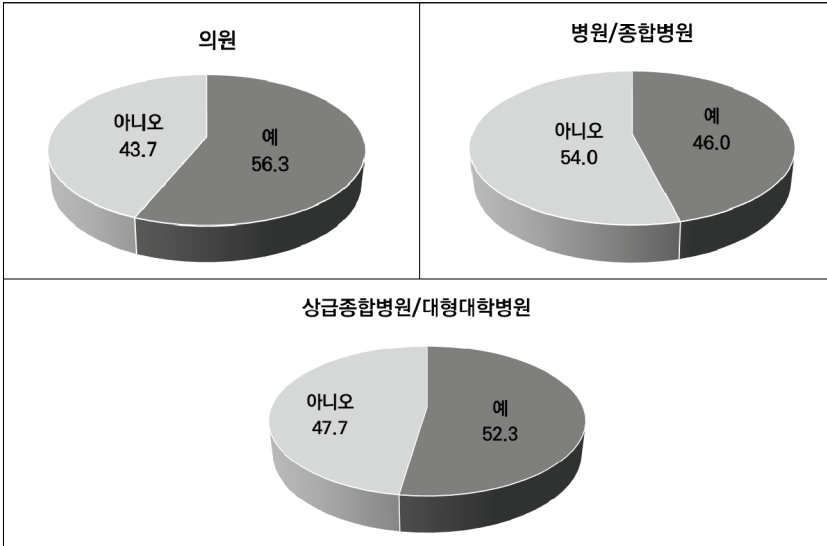
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

앞의 질문에서 주로 이용하는 의료기관 유형에 따른 동네의원 유무와의 상관관계를 알아보기 위하여, 의원, 병원/종합병원, 상급종합/대형대학병원 이용자별 단골의사 유무를 살펴보았다.

의원을 주로 이용하는 응답자 중 56.3%가 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있다고 하였다. 병원/종합병원 이용자의 경우 46.0%, 상급종합병원/대형대학병원 이용자의 경우 52.3%가 있다고 하였다.

[그림 6-6] 주로 이용하는 의료기관별 동네의원(단골의사) 유무

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

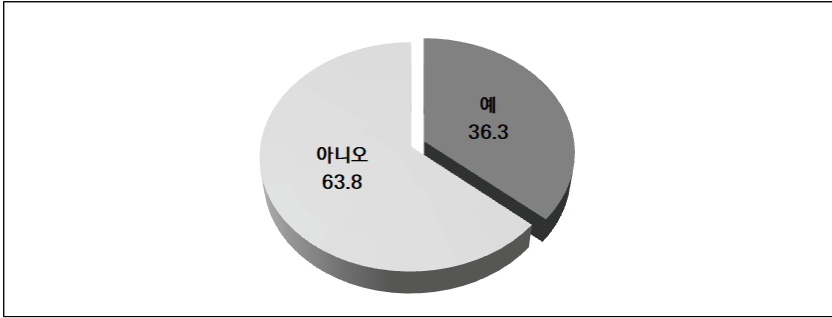
3. 의료이용 경로

의료이용 경로에서는 만성질환 유무, 해당 만성질환을 진단받은 의료기관, 만성질환 관리를 위해 이용하는 의료기관, 동네의원 이용 후 다른 동네의원 또는 대형대학병원/상급종합병원의 이용 경험을 알아보았다.

응답자 36.3%가 지속적인 관리가 필요한 만성질환이 있다고 응답하였고, 연령대가 높을수록 만성질환이 있는 것으로 나타났다. 전체 응답자 중 60대가 60.5%로 높은 비율을 차지하였으며, 만성질환 경험이 없는 응답자는 20대에서 76.1%, 30대에서 76%로 20~30대 응답자에서 상대적으로 높게 나타났다.

[그림 6-7] 만성질환 유무

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

<표 6-10> 만성질환 유무: 연령별

(단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례수 | 예 | 아니오 |
|----|-----|--------|-------------|------|
| | 전체 | (2000) | 36.3 | 63.8 |
| 연령 | 20대 | (385) | 23.9 | 76.1 |
| | 30대 | (359) | 24.0 | 76.0 |
| | 40대 | (435) | 33.6 | 66.4 |
| | 50대 | (454) | 39.4 | 60.6 |
| | 60대 | (367) | 60.5 | 39.5 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

한편 만성질환 유무에 따른 월평균 의료비 수준도 함께 살펴보았다. 지속적인 관리가 필요한 만성질환이 있는 응답자의 월평균 의료비 부담액은 74,951원으로, 만성질환이 없는 응답자의 월평균 의료비 31,337원보다 약 2.4배 높았다. 또 전체 응답자의 월평균 의료비 47,147원보다 약 1.6배 높은 수준이었다.

〈표 6-11〉 만성질환 유무에 따른 월평균 의료비

(단위: 원)

| 구분 | 사례수 | 월평균 의료비 |
|---------|--------|---------------|
| 만성질환 있음 | (725) | 74,951 |
| 만성질환 없음 | (1275) | 31,337 |
| 계/평균 | (2000) | 47,147 |

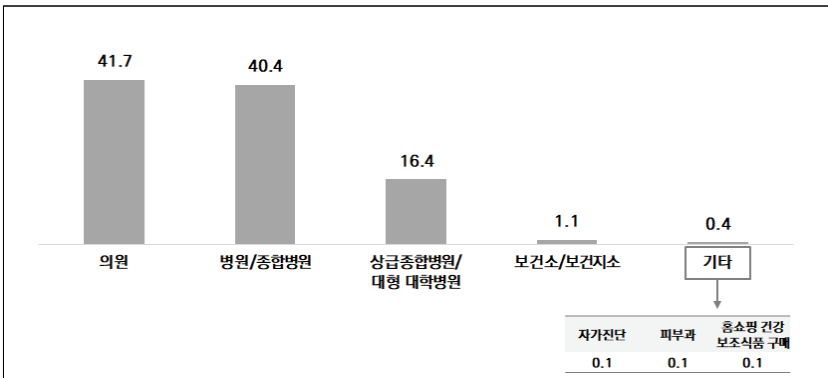
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

만성질환이 있는 응답자(36.3%) 중 해당 질환을 진단받은 의료기관은 어디인지 질문하였다. '의원' 41.7%, '병원/종합병원' 40.4%, '상급종합병원/대형대학병원' 16.4%, '보건소/보건지소' 1.1% 등의 순으로 나타났다.

해당 문항은 건강검진을 통해 진단받은 경우, 해당 검진을 받은 의료기관을 선택하도록 했기 때문에 건강검진을 시행하는 병원/종합병원이 반영되어 '의원'과 '병원/종합병원'의 비율이 비슷하게 나타난 것으로 보인다.

[그림 6-8] 만성질환 진단받은 의료기관

(단위: %)



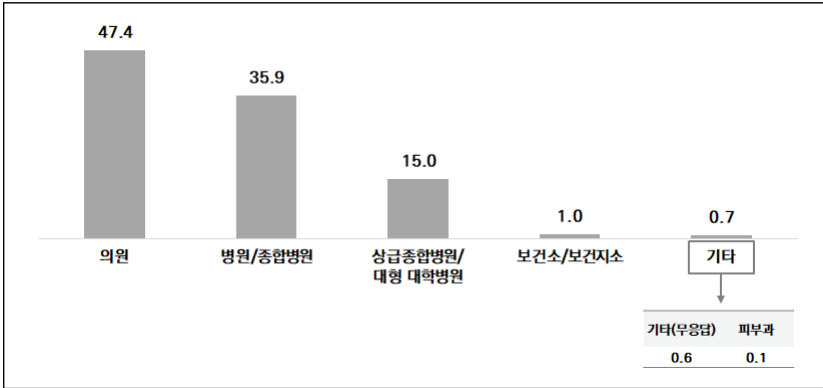
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

해당 만성질환을 진단받은 이후, 질환 관리를 위해 주로 이용하는 의료기관은 ‘의원’ 47.4%, ‘병원/종합병원’ 35.9%, ‘상급종합병원/대형대학병원’ 15.0%, ‘보건소/보건지소’ 1.0% 등의 순으로 나타났다.

앞의 만성질환을 진단받은 의료기관을 묻는 문항에서는 의원(41.7%)과 병원/종합병원(40.4%)의 비율이 비슷하였는데, 응답자들은 진단 이후 지속적인 질환 관리를 위해 의원을 주로 이용하는 것으로 보인다.

[그림 6-9] 만성질환 관리를 위해 이용하는 의료기관

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

앞에서 살펴본 문항에서 만성질환을 진단받은 의료기관과 해당 질환 관리를 위해 이용하는 의료기관의 유형에 변화가 있는지 알아보기 위해 의원, 병원/종합병원, 상급종합병원/대형대학병원을 중심으로 살펴보았다.

우선, 의원급에서 만성질환을 진단받은 응답자 중 91.4%는 이후 만성질환 관리를 위해 동일하게 의원을 이용하는 것으로 나타났다.

병원/종합병원에서 만성질환을 진단받은 응답자 중 78.5%는 동일하게 병원에서 만성질환을 관리하고, 15.4%는 의원을 이용한 것으로 나타났다. 또한 상급종합병원/대형대학병원에서 만성질환을 진단받은 응답자

중 70.6%가 동일한 기관에서 관리를 하였고, 나머지 16%는 의원, 11.8%는 병원/종합병원에서 질환을 관리하는 것으로 나타났다.

대체로 의원에서 만성질환을 진단받은 응답자들은 이후의 질환 관리도 의원을 이용하였으나, 병원/종합병원과 상급종합병원/대형대학병원에서 만성질환을 진단받은 응답자 약 6명 중 1명은 의원에서 질환을 관리하는 것으로 나타났다.

한편 병원/종합병원과 상급종합병원/대형대학병원에서 만성질환을 진단받은 응답자들이 지속해서 해당 기관에서 질환을 관리받는 비율이 상당히 높은 것으로 나타났다. 만성질환은 의원급에서 관리할 수 있는 질환이나, 상당수의 응답자가 병원급, 상급종합병원급을 이용하고 있어 전체적인 의료비 상승효과가 일어나고, 의원급과 병원급 간의 진료 의뢰 및 회송 체계가 제대로 작동하지 않는 것으로 보인다.

〈표 6-12〉 만성질환을 진단받은 의료기관과 관리받는 의료기관 변화

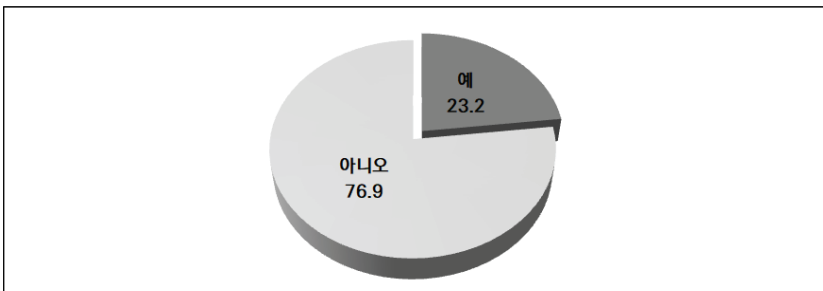
(단위: %)

| 초기 진단받은 의료기관 | 이후 관리받는 의료기관 | |
|---------------|------------------------|-------------|
| | 의원 | 91.4 |
| 의원 | ▶ 병원/종합병원 | 5.0 |
| | ▶ 상급종합병원/대형대학병원 | 3.3 |
| | ▶ 기타 | 0.3 |
| | ▶ 의원 | 15.4 |
| 병원/종합병원 | ▶ 병원/종합병원 | 78.5 |
| | ▶ 상급종합병원/대형대학병원 | 5.1 |
| | ▶ 기타 | 1.0 |
| | ▶ 의원 | 16.0 |
| 상급종합병원/대형대학병원 | ▶ 병원/종합병원 | 11.8 |
| | ▶ 상급종합병원/대형대학병원 | 70.6 |
| | ▶ 기타 | 1.7 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

동네의원 이용 경험을 알아보기 위하여, 응답자들에게 동네의원 이용 후 1개월 이내 동일 질환으로 다른 동네의원을 이용한 경험이 있는지 조사하였다. 응답자의 약 4명 중 1명(23.2%)은 동네의원 이용 후 1개월 이내 동일 질환으로 다른 동네의원을 이용한 경험이 있다고 응답하였다.

[그림 6-10] 동네의원 이용 후 1개월 이내 다른 동네의원 이용 경험 (단위: %)



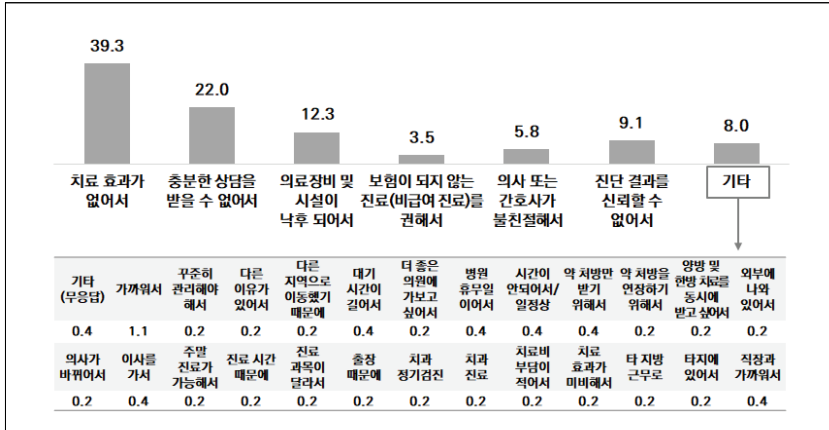
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

또한, 1개월 이내 동일 질환으로 다른 동네의원을 이용한 이유로는 '치료 효과가 없어서'가 39.3%로 가장 높았으며, '충분한 상담을 받을 수 없어서' 22.0%, '의료 장비 및 시설이 낙후되어서' 12.3%, '진단 결과를 신뢰할 수 없어서' 9.1%, '의사 또는 간호사가 불친절해서' 5.8%, '보험이 되지 않는 진료를 권해서' 3.5% 등으로 나타났으며, 이외에도 아래 그림과 같이 다양한 의견이 확인되었다.

200 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

[그림 6-11] 다른 동네의원 이용 이유

(단위: %)

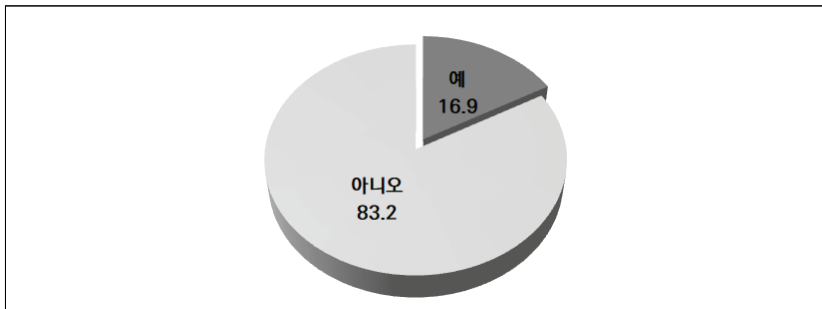


자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

한편 동네의원 이용 후 1개월 이내 대형대학병원/상급종합병원을 이용한 경험이 있는지에 대한 조사에서는 응답자 약 6명 중 1명이 이용한 경험이 있다고 응답했다.

[그림 6-12] 동네의원 이용 후 1개월 이내 대형대학병원/상급종합병원 이용 경험

(단위: %)



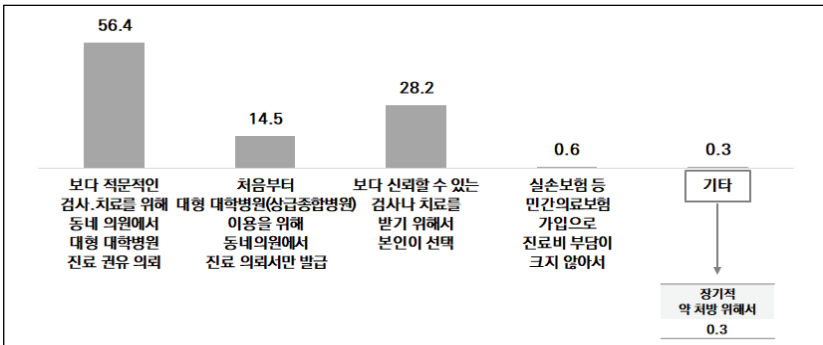
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

동네의원 이용 후 1개월 이내에 동일 질환으로 대형대학병원/상급종합 병원을 이용한 경험이 있다고 응답한 대상자의 56.4%는 그 이유로 ‘보다 전문적인 검사, 치료를 위해 동네의원에서 대형대학병원의 진료를 권유 의뢰’했다고 응답했다. 나머지 43.6%는 ‘보다 신뢰할 수 있는 검사나 치료를 받기 위해서 본인이 선택(28.2%)’하거나, ‘처음부터 대형대학병원 이용을 위해 동네의원에서 진료의뢰서만 발급(14.5%)’받는 등 본인의 선택으로 대형대학병원/상급종합병원을 이용한 것으로 나타났다.

동네의원을 이용한 후 동일 질환으로 1개월 이내에 상급종합병원을 이용한 사람이 전체 응답자 중 16.9%이었으며, 이 중 본인이 선택해서 이용 하였거나 진료의뢰서 발급을 위해 방문한 사람은 7.2%(16.9% × 42.7%) 이었다. 100명 중에 약 7명은 본인의 선택으로 상급종합병원에 가기 위해 진료의뢰서를 발급받을 목적으로 의원급을 이용하는 것으로 보인다.

[그림 6-13] 대형대학병원/상급종합병원 이용 이유

(단위: %)

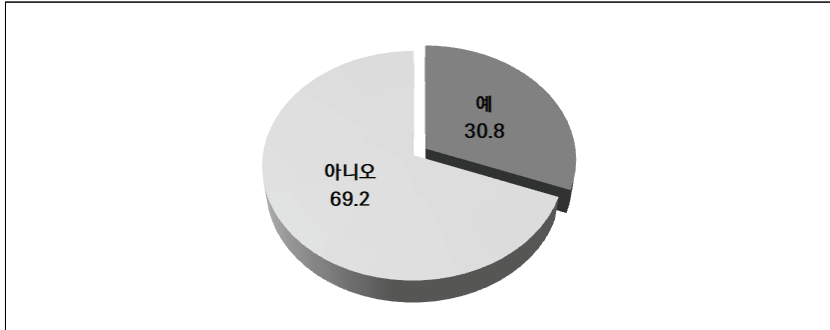


자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

경증질환(당뇨병, 고혈압, 결막염, 노년백내장, 비염 등)으로 대형대학 병원/상급종합병원을 이용한 경험이 있거나, 향후 이용할 의향이 있다고 응답한 대상자는 30.8%이었다.

[그림 6-14] 경증질환으로 대형대학병원/상급종합병원 이용 경험/의향

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

앞의 질문에서, 응답자들이 주로 이용하는 의료기관과 경증질환으로 대형대학병원/상급종합병원을 이용한 경험 또는 의향과의 상관관계를 살펴해보았다.

조사 결과, 의원을 주로 이용하는 응답자들이 경증질환으로 대형병원을 이용한 경험 또는 이용 의향은 27.3%로 낮은 편이었으며, 72.7%가 이용 경험이 없거나 향후 이용할 의향이 없다고 응답하였다.

병원/종합병원을 주로 이용하는 응답자 중 37.5%가 경증질환으로 대형병원을 이용한 경험 또는 의향이 있다고 응답하였고, 대형대학병원/상급종합병원을 주로 이용하는 대상자 중에서는 51.7%가 응답하였다. 그 외 보건소를 주로 이용하는 사람 중 27.3%, 주로 이용하는 의료기관이 없는 응답자 중 6.7%가 경증질환으로 대형병원을 이용한 경험이나 의향이 있다고 응답하였다.

전반적으로 의원을 주로 이용하는 응답자들은 경증질환으로 대형병원을 이용하려는 의도가 낮았으며, 주로 대형대학병원을 이용하던 이용자들은 경증질환이어도 대형병원을 이용하고자 하는 경향이 있는 것으로 보인다.

〈표 6-13〉 주 이용 의료기관 응답자별 경증질환으로 대형병원 이용 경험 또는 의향

(단위: %)

| 주 이용 의료기관 | 경증질환으로 대형병원 이용 경험 또는 의향 | |
|-----------------|-------------------------|------|
| | 예 | 아니오 |
| 의원 | 27.3 | 72.7 |
| 병원/종합병원 | 37.5 | 62.5 |
| 대형대학병원/상급종합병원 | 51.7 | 48.3 |
| 보건소 | 27.3 | 72.7 |
| 주로 이용하는 의료기관 없음 | 6.7 | 93.3 |

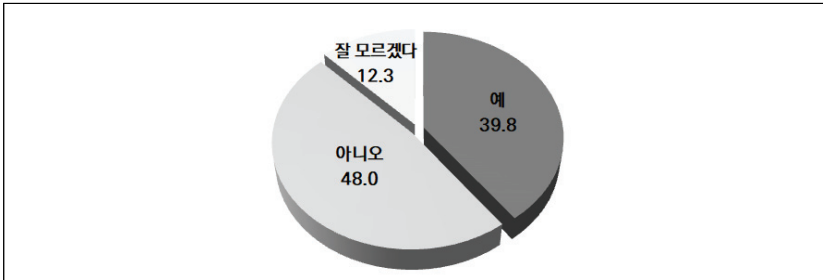
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

4. 비급여 진료 경험

동네의원에서 건강보험이 적용되지 않는 비급여 진료를 받은 경험과 항목 및 진료 횟수를 조사해보았다. 먼저 동네의원에서 비급여 진료를 받은 경험이 있다고 응답한 대상자는 39.8%이었다.

[그림 6-15] 동네의원에서 비급여 진료를 받은 경험

(단위: %)



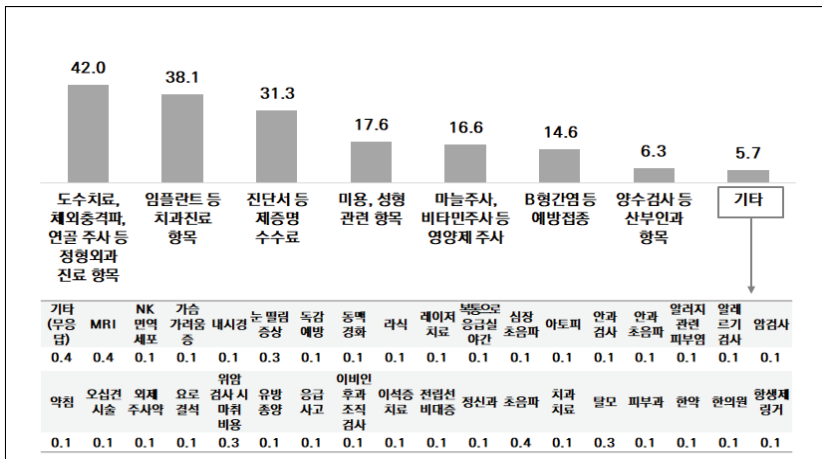
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

동네의원에서 비급여 진료를 받은 경험이 있는 응답자들이 진료받은 비급여 항목은 다음과 같다. '도수치료, 체외충격파, 연골 주사 등 정형외과 진료 항목'이 42.0%로 가장 많았고, '임플란트 등 치과 진료 항목'

38.1%, '진단서 등 제증명 수수료' 31.3% , '미용, 성형 관련 항목' 17.6%, '마늘주사, 비타민 주사 등 영양제 주사' 16.6%, 'B형간염 등 예방접종' 14.6% 등의 순으로 나타났다. 기타 비급여 항목으로도 MRI, 초음파 등 다양한 항목을 응답하였다.

[그림 6-16] 진료받은 비급여 항목(중복 응답)

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

응답자들이 주로 받은 비급여 진료 항목 중 정형외과, 치과 진료는 높은 비중을 차지하고 있었으나, 비필수 의료서비스인 제증명 수수료나 미용, 성형 관련 항목, 영양제 주사 등도 상당 부분을 차지하고 있는 것으로 보아 추후 의원의 보장률 논의에서 치료적/비치료적 성격의 비급여 항목 구별 또는 관리에 대한 고민도 필요해 보인다.

비급여 진료를 받은 경험이 있는 응답자들의 지난 6개월간 비급여 진료 횟수를 질문한 결과, 평균 횟수는 2.6회였으며, 최댓값 58회, 최솟값 1회로 나타났다.

〈표 6-14〉 지난 6개월간 비급여 진료 횟수

| 구분 | 평균값 | 최댓값 | 최솟값 |
|-----------|------|-----|-----|
| 비급여 진료 횟수 | 2.6회 | 58회 | 1회 |

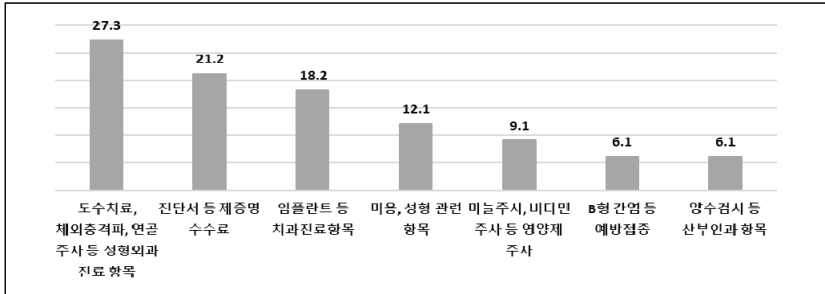
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

한편 월 2회 이상(지난 6개월간 총 12회 이상) 비급여 진료를 받은 대상자들을 중심으로 주로 진료받은 비급여 항목을 살펴보았다.

분석 결과, '도수치료, 체외충격파, 연골 주사 등 정형외과 진료 항목'이 27.3%로 가장 많았고, 다음으로 '진단서 등 제증명 수수료(21.2%)', '임플란트 등 치과진료(18.2%)', '미용, 성형 관련 항목(12.1%)', '마늘주사, 비타민 주사 등 영양제 주사(9.1%)'의 순이었으며, 'B형간염 등 예방접종'과 '양수검사 등 산부인과 항목'은 6.1%로 동일했다.

〔그림 6-17〕 비급여 진료를 많이 받은 응답자의 비급여 항목(중복 응답)

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

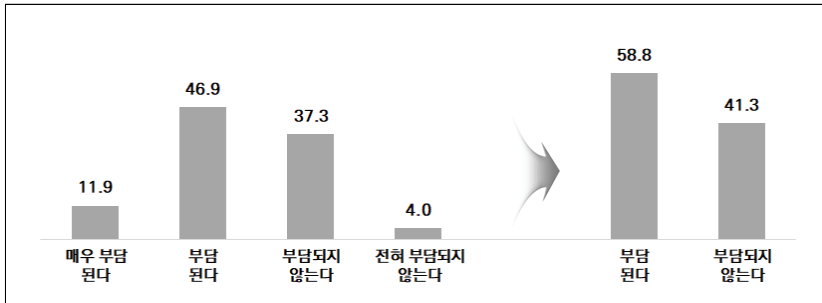
5. 의료비 부담(보장성)

동네의원 진료 시 지불하는 의료비 부담 수준에 대해서는 전체 응답자의 58.8%가 '부담된다'(매우 부담된다 11.9% + 부담된다 46.9%)고 응

답하였으며 ‘부담되지 않는다’는 41.3%(전혀 부담되지 않는다 4.0% + 부담되지 않는다 37.3%)로 나타났다.

[그림 6-18] 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

동네의원 진료 시 의료비가 ‘부담된다’고 응답한 대상자들의 특성을 살펴보면, 20대(63.9%), 30대(61.3%)에서 다른 연령대보다 의료비에 부담을 느끼는 정도가 높게 나타났으며, 거주지역별로는 광역시/대도시에 거주하는 대상자들이 군지역 거주 대상자보다 부담감이 큰 것으로 나타났다. 또한 월 소득이 낮을수록 의료비 부담을 느끼는 정도도 높아지는 것으로 확인되었다.

<표 6-15> 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준: 연령, 거주지역, 월소득

(단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례 수 | 부담되지 않는다 | 부담된다 |
|----|-----|--------|----------|-------------|
| | 전체 | (2000) | 41.3 | 58.8 |
| 연령 | 20대 | (385) | 36.1 | 63.9 |
| | 30대 | (359) | 38.7 | 61.3 |
| | 40대 | (435) | 42.1 | 57.9 |
| | 50대 | (454) | 45.4 | 54.6 |
| | 60대 | (367) | 43.1 | 56.9 |

| 분류 | 구분 | 사례 수 | 부담되지 않는다 | 부담된다 |
|------|---------------|--------|----------|-------------|
| 거주지역 | 광역시/대도시 거주 | (880) | 38.6 | 61.4 |
| | 중소도시 거주 | (1048) | 43.1 | 56.9 |
| | 군지역 거주 | (72) | 45.8 | 54.2 |
| 월소득 | 200만 원 미만 | (211) | 32.2 | 67.8 |
| | 200-300만 원 미만 | (293) | 41.0 | 59.0 |
| | 300-400만 원 미만 | (331) | 37.8 | 62.2 |
| | 400-500만 원 미만 | (353) | 41.1 | 58.9 |
| | 500-600만 원 미만 | (243) | 41.6 | 58.4 |
| | 600-700만 원 미만 | (188) | 41.0 | 59.0 |
| | 700-800만 원 미만 | (140) | 43.6 | 56.4 |
| | 800만 원 이상 | (234) | 53.0 | 47.0 |
| | 소득 없음 | (7) | 57.1 | 42.9 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

앞의 질문에서 조사한 동네의원 비급여 진료 경험 유무에 따른 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준을 함께 살펴보았다.

비급여 경험이 있는 응답자 중 76.4%가 의료비가 '부담된다'(매우 부담된다 20.4% + 부담된다 56.0%)고 응답하였고, '부담되지 않는다'는 23.6%(부담되지 않는다 22.1% + 전혀 부담되지 않는다 1.5%)로 나타났다. 비급여 경험이 없는 대상자들은 46.4%가 '부담된다'(매우 부담된다 6.5% + 부담된다 39.9%)고 응답하였고, '부담되지 않는다'는 53.6%(부담되지 않는다 47.8% + 전혀 부담되지 않는다 5.8%)로 나타났다.

구체적으로 비급여 경험이 있는 응답자는 동네의원 진료 시 의료비가 '매우 부담된다'는 응답이 20.4%로 비급여 경험이 없는 응답자의 6.5%에 비해 약 3배 정도 부담을 더 느끼는 것으로 나타났다.

전반적으로 동네의원원에서 비급여 진료를 받은 경험이 있는 응답자들이 동네의원 진료 시 의료비 부담을 느끼는 것으로 나타났다.

〈표 6-16〉 비급여 경험 유무에 따른 동네의원 진료 시 의료비 부담 수준 (단위: %)

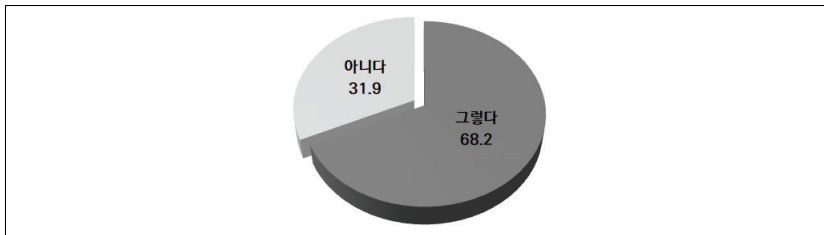
| 구분 | 매우 부담 | 다소 부담 | 거의 부담되지 않음 | 전혀 부담되지 않음 |
|-----------|-------|-------------|-------------|------------|
| 비급여 경험 있음 | 20.4 | 56.0 | 22.1 | 1.5 |
| 비급여 경험 없음 | 6.5 | 39.9 | 47.8 | 5.8 |
| 잘 모르겠음 | 5.3 | 44.7 | 45.1 | 4.9 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

한편 본인부담 의료비 중 일부를 환급받을 수 있는 실손보험을 가지고 있는지에 대한 질문에 대해서는 전체 응답자 중 68.2%가 실손보험을 가지고 있다고 응답하였다.

〔그림 6-19〕 실손보험 유무

(단위: %)



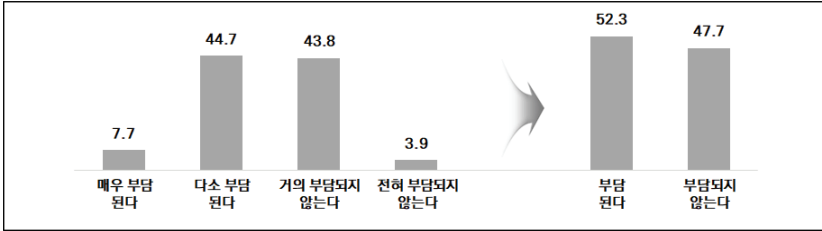
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

실손보험을 가지고 있다고 응답한 대상자 중 실손보험을 통해 본인부담 의료비가 환급되는 점을 고려하였을 때, 지불하는 의료비 부담 수준에 대해서는 '부담된다'는 응답이 52.3%(매우 부담된다 7.7% + 다소 부담된다 44.7%)로 나타났으며, '부담되지 않는다'는 47.7%(전혀 부담되지 않는다 3.9% + 거의 부담되지 않는다 43.8%) 수준으로 나타났다.

앞의 의료비 부담 수준의 문항과 비교하였을 때, 실손보험을 통해 의료비를 환급받을 경우 의료비로 부담을 느끼는 수준은 약간 낮아지는 것으로 보인다.

[그림 6-20] 실손보험을 통한 의료비 환급 감안 시 의료비 부담 수준

(단위: %)



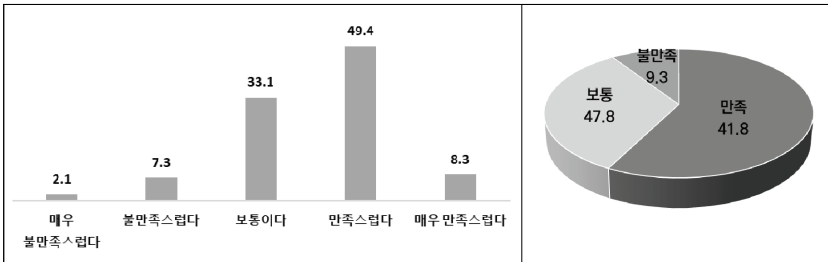
자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

6. 만족도

우리나라의 전반적인 의료서비스 만족도 수준에 대해서는 '만족스럽다'는 응답이 57.7%(매우 만족스럽다 8.3% + 만족스럽다 49.4%), '불만족스럽다'는 9.3%(매우 불만족스럽다 2.1% + 불만족스럽다 7.3%)로 나타났다. 대체적으로 응답자들은 우리나라 전반적인 의료서비스에 만족하는 경향이 있는 것으로 나타났다.

[그림 6-21] 우리나라의 전반적인 의료서비스 만족도

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

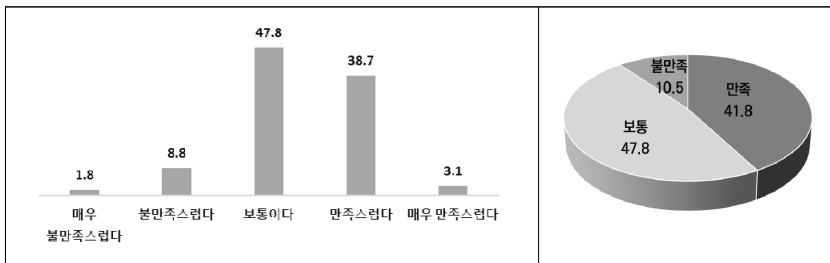
동네의원의 전반적인 의료서비스 만족도 수준에 대해서는 '만족스럽다'는 응답이 41.8%(매우 만족스럽다 3.1% + 만족스럽다 38.7%), '불만

210 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

족스럽다’는 10.5%(매우 불만족스럽다 1.8% + 불만족스럽다 8.8%)로 나타났다. 앞의 질문에서 우리나라의 전반적 의료서비스 만족도(57.7%)보다 동네의원의 의료서비스 만족도가 다소 낮게 나타났다.

[그림 6-22] 동네의원 전반적 의료서비스 만족도

(단위: %)

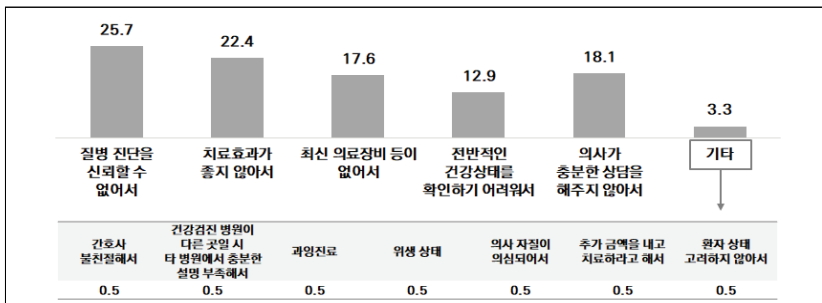


자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

한편 동네의원 이용 시 불만족하였다고 응답한 대상자(10.5%)의 불만족 이유로는 ‘질병 진단을 신뢰할 수 없어서’ 25.7%, ‘치료효과가 좋지 않아서’ 22.4%, ‘의사가 충분한 상담을 해주지 않아서’ 18.1%, ‘최신 의료장비 등이 없어서’ 17.6% 등의 순으로 나타났다.

[그림 6-23] 동네의원 이용 시 불만족 이유

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 ‘의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사’ 분석 결과임.

의료기관 유형별로 접근성, 의료서비스 질, 진료 시 상담의 충분성, 보장성(경제적 부담) 측면에서 응답자들이 생각하는 만족도를 10점 척도로 조사하였다.

필요시 언제든 찾아갈 수 있는 의료 만족도(접근성) 측면에서는 동네의원(7.2점)이 가장 높게 나타났고, 병원/종합병원(6.3점), 상급종합병원/대형대학병원(5.7점) 순으로 나타났다.

치료효과 등 전반적인 의료서비스의 질 관련 만족도는 상급종합병원/대형대학병원(7.0점)이 높게 나타났고, 다음은 병원/종합병원(6.6점), 동네의원(6.2점) 순으로 나타났다.

한편 진료 시 설명, 상담의 충분성과 관련해서는 동네의원이 6.5점으로 가장 높았으나, 병원/종합병원(6.4점) 및 상급종합/대형대학병원(6.4점)과 큰 차이는 없는 것으로 나타났다. 환자 대기가 많은 병원급과 의원급을 비교하였을 때 진료 시 상담의 충분성에서 큰 차이가 나지 않았다.

본인이 지불하는 의료비에 대한 경제적 부담은 동네의원이 6.2점으로 상대적으로 높게 나타났으며, 병원/종합병원(6.0점), 상급종합/대형대학병원(5.7점) 순으로 나타났다.

〈표 6-17〉 의료기관 유형별 만족도

(단위: 점)

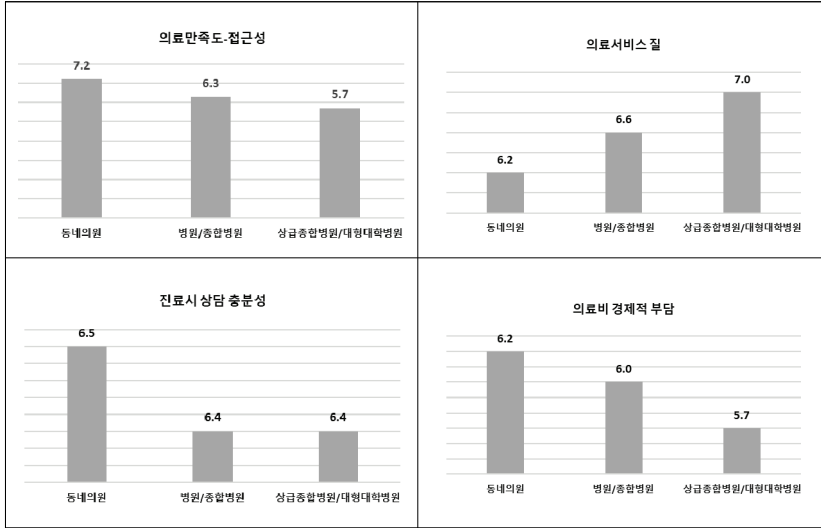
| 구분 | 필요시 언제든 찾아갈 수 있는 거리 (접근성) | 치료효과 등 전반적인 의료서비스의 질 | 진료 시 설명, 상담의 충분성 | 본인이 지불하는 의료비에 대한 경제적 부담 |
|---------------|---------------------------|----------------------|------------------|-------------------------|
| 동네의원 | 7.2 | 6.2 | 6.5 | 6.2 |
| 병원/종합병원 | 6.3 | 6.6 | 6.4 | 6.0 |
| 상급종합병원/대형대학병원 | 5.7 | 7.0 | 6.4 | 5.7 |

주: 평균값

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

[그림 6-24] 의료기관 유형별 만족도

(단위: 점)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

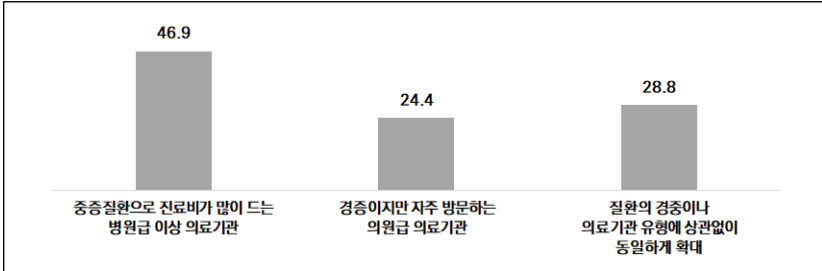
7. 보건의료 정책의 방향

보건의료정책의 방향에서는 대상자들이 생각하는 보장성 확대 우선 분야, 동네의원 이용 시 가장 필요한 서비스, 비대면 의료서비스 이용 의향 및 적절한 의료기관에 대하여 알아보았다.

먼저, 제한된 건강보험 재정 상황을 고려할 때 우선적으로 보장성 확대가 필요하다고 생각하는 분야는 전체 응답자 중 46.9%가 '중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관'이라고 응답하였다. 다음으로 '질환의 경중이나 의료기관 유형에 상관없이 동일하게 확대' 28.8%, '경증이지만 자주 방문하는 의원급 의료기관' 24.4% 순으로 나타났다.

[그림 6-25] 보장성 확대 우선 분야

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

보장성 확대 우선 분야가 '중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관'인 경우는 '50대(50~59)', '군지역 거주', '800만 원 이상' 고소득층에서 높게 나타났으며, '질환의 경중이나 의료기관 유형에 상관 없이 동일하게 확대'는 '60대(60~69)', '200만 원 미만', '200~300만 원 미만' 저소득층에서 상대적으로 높게 나타났다.

<표 6-18> 보장성 확대 우선 분야: 연령, 거주지역, 월소득

(단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례수 | 중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관 | 질환의 경중이나 의료기관 유형에 상관 없이 동일 확대 | 경증이지만 자주 방문하는 의원급 의료기관 |
|-------|------------|--------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| | 전체 | (2000) | 46.9 | 28.8 | 24.4 |
| 연령 | 20대 | (385) | 45.7 | 28.6 | 25.7 |
| | 30대 | (359) | 40.9 | 25.9 | 33.1 |
| | 40대 | (435) | 48.5 | 27.6 | 23.9 |
| | 50대 | (454) | 51.5 | 28.0 | 20.5 |
| | 60대 | (367) | 46.3 | 34.1 | 19.6 |
| 거주 지역 | 광역시/대도시 거주 | (880) | 47.0 | 28.2 | 24.8 |
| | 중소도시 거주 | (1048) | 46.5 | 29.3 | 24.2 |
| | 군지역 거주 | (72) | 51.4 | 27.8 | 20.8 |

214 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

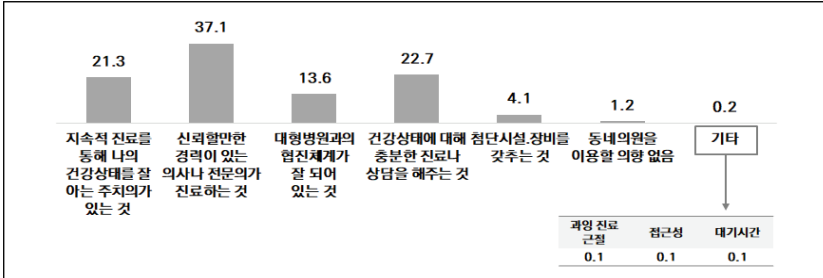
| 분류 | 구분 | 사례수 | 중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관 | 질환의 경중이나 의료기관 유형에 상관 없이 동일 확대 | 경증이지만 자주 방문하는 의원급 의료기관 |
|-----|---------------|-------|--|--|------------------------------|
| 월소득 | 200만 원 미만 | (211) | 38.9 | 34.6 | 26.5 |
| | 200-300만 원 미만 | (293) | 42.0 | 37.2 | 20.8 |
| | 300-400만 원 미만 | (331) | 50.8 | 26.6 | 22.7 |
| | 400-500만 원 미만 | (353) | 43.1 | 27.8 | 29.2 |
| | 500-600만 원 미만 | (243) | 49.4 | 26.3 | 24.3 |
| | 600-700만 원 미만 | (188) | 51.1 | 27.1 | 21.8 |
| | 700-800만 원 미만 | (140) | 45.7 | 26.4 | 27.9 |
| | 800만 원 이상 | (234) | 55.6 | 22.6 | 21.8 |
| | 소득 없음 | (7) | 42.9 | 28.6 | 28.6 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

동네의원 이용 시 가장 필요하다고 생각하는 서비스는 '신뢰할 만한 경력이 있는 의사나 전문가가 진료하는 것' 응답이 37.1%로 가장 높았고, '건강 상태에 대해 충분한 진료나 상담을 해주는 것' 22.7%, '지속적 진료를 통해 나의 건강 상태를 잘 아는 주치의가 있는 것' 21.3%, '대형병원과의 협진체계가 잘 되어 있는 것' 13.6% 등의 순으로 나타났다. 즉, 응답자들은 동네의원을 이용할 때, 의사의 신뢰할 만한 경력을 가장 중요하게 생각하며, 다음으로 충분한 진료 및 상담을 제공해주는 것, 즉 의사와 환자 간 소통, 담당 주치의가 환자의 건강 상태를 잘 알고 있는 것 등을 중요한 서비스로 생각하고 있었다.

[그림 6-26] 동네의원 이용 시 가장 필요한 서비스

(단위: %)

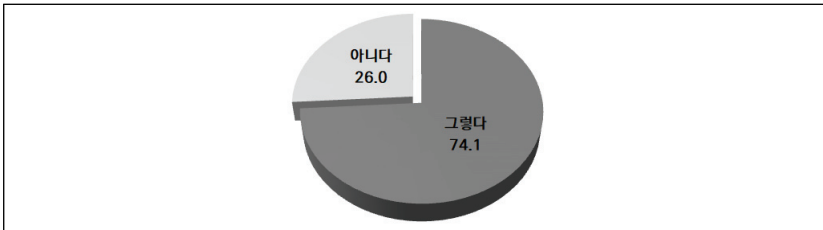


자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

기존에 방문하던 병·의원에 직접 방문하지 않고, 스마트폰을 활용한 건강관리, 처방전 발급 등 비대면 의료서비스가 활성화될 경우 이용할 의향이 있는지를 물어보았는데, 전체 응답자의 74.1%가 의향이 있다고 답했다.

[그림 6-27] 비대면 의료서비스 이용 의향

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

비대면 의료서비스를 이용할 의향이 있는 응답자 중 50대, 60대의 선호 비율이 전체 연령대 중에 가장 높은 것으로 보았을 때, 5060 세대가 2030 세대보다 오히려 비대면 의료서비스를 이용할 의향이 높은 것으로 나타났다. 반면 지역별(권역, 거주지역)로는 비대면 의료서비스 의용 의향에 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

〈표 6-19〉 비대면 의료서비스 활성화 이용 의향: 연령, 권역, 거주지역 (단위: %)

| 분류 | 구분 | 사례수 | 그렇다 | 아니다 |
|------|------------|--------|-------------|------|
| | 전체 | (2000) | 74.1 | 26.0 |
| 연령 | 20대 | (385) | 75.8 | 24.2 |
| | 30대 | (359) | 71.9 | 28.1 |
| | 40대 | (435) | 71.5 | 28.5 |
| | 50대 | (454) | 75.8 | 24.2 |
| | 60대 | (367) | 75.2 | 24.8 |
| 권역 | 서울/경기/인천 | (1028) | 74.5 | 25.5 |
| | 부산/경남 | (303) | 75.9 | 24.1 |
| | 대구/경북 | (191) | 74.9 | 25.1 |
| | 대전/충청 | (209) | 71.3 | 28.7 |
| | 광주/전라 | (186) | 71.0 | 29.0 |
| | 강원/제주 | (83) | 73.5 | 26.5 |
| 거주지역 | 광역시/대도시 거주 | (880) | 72.8 | 27.2 |
| | 중소도시 거주 | (1048) | 75.3 | 24.7 |
| | 군지역 거주 | (72) | 70.8 | 29.2 |

자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

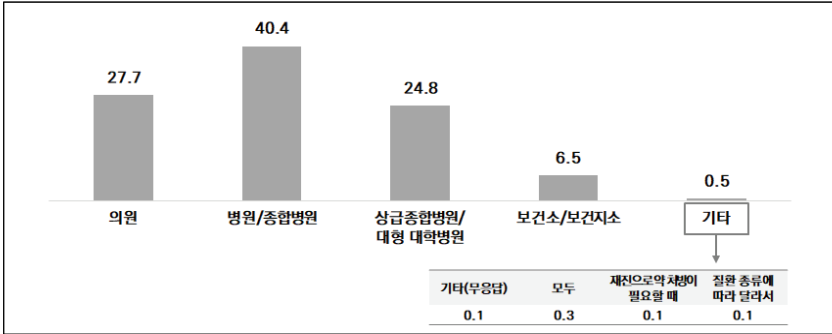
비대면 의료서비스 이용 의향이 있는 응답자(74.1%)들이 생각하는 비대면 의료서비스 도입에 적절한 의료기관으로는 '병원/종합병원'이 40.4%로 가장 높았고, '의원'이 27.7%, '상급종합병원/대형대학병원'이 24.8%, '보건소/보건지소' 6.5% 등의 순으로 나타났다.

이는 앞의 유형별 만족도 조사에서 의원급이 타 의료기관에 비해 언제든지 이용할 수 있는 접근성이 높게 나타난 것과 같은 맥락에서, 높은 접근성을 갖추고 있는 의원급보다는 접근성이 낮은 병원/종합병원에서 비대면 의료서비스를 도입하는 것이 적절하다고 인식한 결과로 보인다.

한편 상급종합병원/대형대학병원이 낮게 나타난 이유는 중증질환을 다루는 급성기 병원이므로 비대면 의료서비스보다 오히려 직접 방문을 통해 진료받는 것이 적절하다고 생각한 결과로 보인다.

[그림 6-28] 비대면 의료서비스 도입에 적절한 의료기관

(단위: %)



자료: 본 연구를 위하여 실시한 '의원급 의료기관 역할 모색을 위한 대국민 인식조사' 분석 결과임.

제3절 소결

의원급 의료기관의 바람직한 역할과 정책 방안을 모색해 보기 위하여 의원급 의료기관 이용 실태와 인식 등에 대한 대국민 인식조사를 실시하였다. 먼저 병·의원 이용 경험, 주로 이용하는 의료기관 및 이유, 단골의원 유무 등 의료이용 실태 결과, 조사 대상 응답자의 약 80% 이상은 지난 6개월간 병의원에서 외래진료 경험이 있는 것으로 나타났고, 주로 이용한 의료기관으로는 의원(46.3%)이 가장 많았는데, 물리적 접근성이 의원급 의료기관 이용의 가장 큰 요인으로 나타났다. 한편 조사 대상자의 약 절반 가까이는 검사, 치료 등을 위해 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있는 것으로 나타났다. 만성질환자의 의료이용 실태 및 경로를 분석한 결과에서는 만성질환을 처음 진단받은 의료기관에서 만성질환 치료 및 관리까지 이어지는 특성이 발견되었다. 만성질환은 지속적인 관리 및 관찰, 복약 지도가 필수적이며 대표적인 의원급 관리 질환이기도 하나 상급종합병원/대형대학병원에서 해당 만성질환을 진단받은 경우, 이후 관리

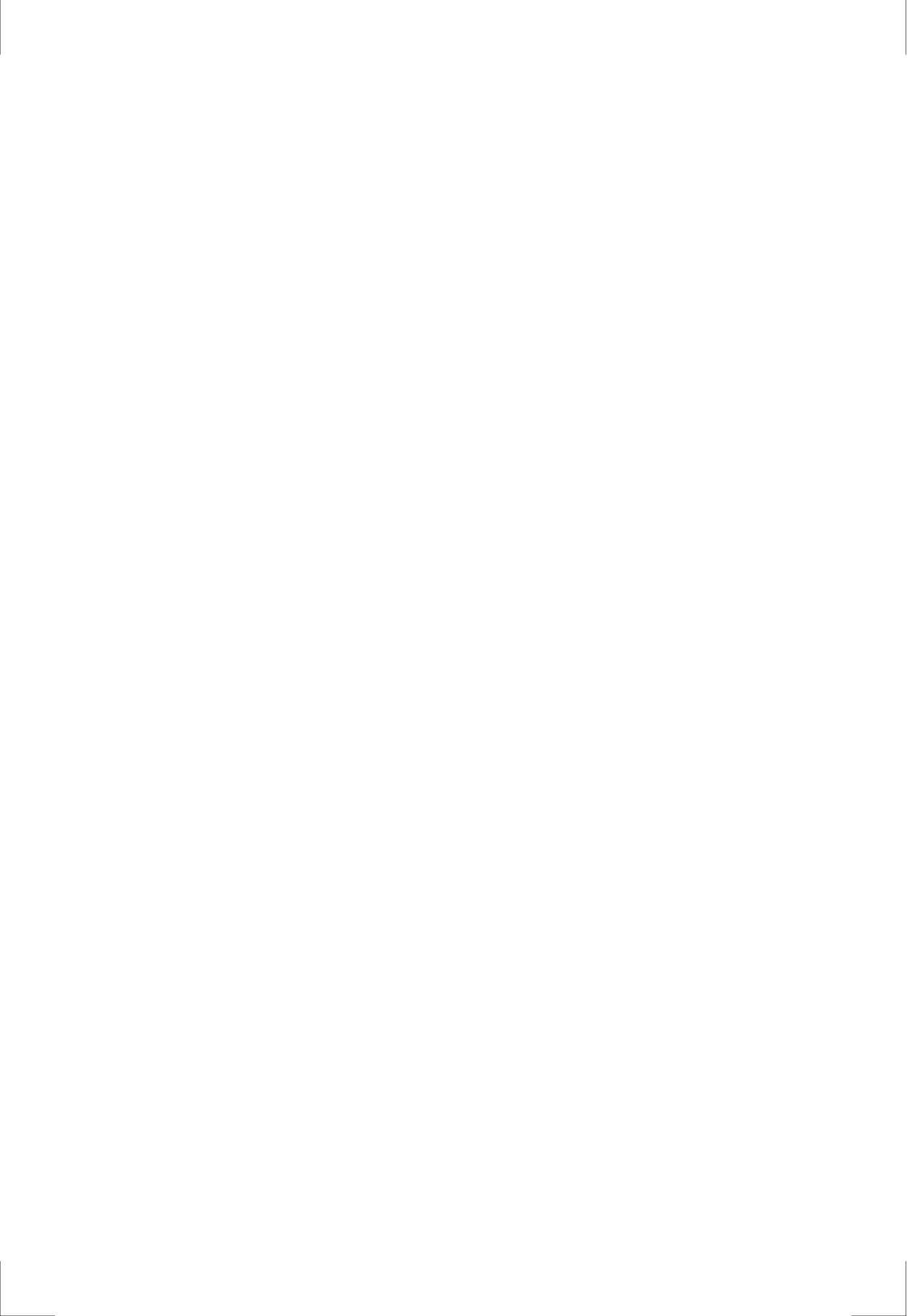
까지도 대형대학병원에서 하게 되는 비율이 상당히 높았으며, 이는 의료기관의 특성을 반영한 의료전달체계가 작동하지 않음을 보여준다고 할 수 있다. 이러한 기전이 작동할 수 있는 원인으로 대형대학병원에서의 건강검진, 진료의뢰서 없이 진료받을 수 있는 가정의학과 진료 등이 주요 원인으로 추정된다. 상급종합병원 또는 대형대학병원으로 의료이용 경로를 살펴보고자 동네의원 진료 후 1개 이내에 동일 질환으로 상급종합병원이나 대형대학병원으로 전원한 비율과 그 사유를 분석하였다. 그 결과 약 6명 중 1명은 동네의원 이용 후 1개월 이내에 대형대학병원/상급종합병원을 이용한 경험이 있었으며, 이 중 의사의 판단이 아닌 본인이 선택으로 상급종합병원을 이용한 대상자는 7.2%로, 100명 중에 약 7명은 본인의 선택으로 상급종합병원을 이용하는 것으로 나타났다. 다음으로, 의원급 의료기관에서의 비급여 진료 경험을 조사하였다. 전체 조사 대상자 10명 중 4명 정도는 비급여 진료 경험이 있었고, 주요 비급여 항목으로는 정형외과, 치과 진료가 많았으나, 필수 의료서비스로 보기 어려운 제증명 수수료, 미용, 성형 및 영양제 주사 등도 상당 부분 나타났다. 동네의원 이용 시 의료비 부담은 비급여 진료 경험이 있는 응답자가 비급여 진료를 받지 않은 응답자에 비해 30.0%p나 더 높게 나타나 비급여 진료가 의료비 부담에 상당한 영향을 미치고 있었다. 한편 조사 대상자 10명 중 7명 가량은 실손보험에 가입하고 있었으며 실손보험에 가입한 경우 의료비 부담이 다소 낮아지는 것으로 나타났다. 동네의원에 대해 10명 중 9명 정도는 보통 이상으로 만족하고 있는 것으로 나타났고, 불만족하는 이유로는 진단에 대한 신뢰 부족, 치료효과, 충분한 상담의이 이루어지지 않은 것 등이었다. 의료기관 유형별로 구분하여 접근성, 의료서비스의 질, 상담의 충분성, 경제적 부담 등을 비교한 결과 접근성과 경제적 부담에 대한 만족도는 동네의원이 가장 높았고, 의료서비스의 질은 상급종합병원

이 가장 높았다. 한편 진료 시 설명이나 상담의 충분성에 대한 만족도는 동네의원급과 병원급, 상급종합병원 간 큰 차이를 보이지 않아 향후 의원급 의료기관의 기능 및 역할 확대와 관련해 고려되어야 할 사안으로 보인다.

향후 의원급 의료기관의 보장성 확대에 대한 국민들의 인식은 어떻게? 제한된 건강보험 재정 상황을 고려할 때 우선적으로 보장성 확대가 필요하다고 생각하는 분야로 '중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관'이라는 응답이 가장 많은 반면 '경증이지만 자주 방문하는 의원급 의료기관'은 응답이 가장 적었다. 향후 보장성 확대 방향에서 경증질환 중심의 의원급 의료기관에 대한 요구도는 크지 않은 것으로 판단된다.

동네의원 이용 시 가장 필요하다고 생각하는 것으로는 신뢰할 만한 의사, 충분한 진료 상담, 지속적 진료를 통해 건강상태를 잘 아는 주치의, 대형병원과의 협진체계 등 일차의료에 대한 신뢰를 가장 중요하게 인식하고 있었다.

코로나19 등 감염병의 출현은 제한적이기는 하나 기존 대면진료에서 교차감염 방지를 위한 언택트(untact) 진료로 의료이용 형태가 변화하는 계기가 되었다. 병·의원에 직접 방문하지 않고, 스마트폰을 활용한 건강관리, 처방전 발급 등 비대면 의료서비스 이용 의향을 조사한 결과에서는 전체 응답자의 4명 중 3명은 비대면 의료서비스 이용 의향이 있는 것으로 나타났는데 적절한 비대면 의료서비스 제공 기관으로는 병원/종합병원이 가장 높았다. 접근성이 좋은 의원급 의료기관이나 중증질환 중심의 상급 종합병원보다는 병원/종합병원에서 비대면 의료서비스를 도입하는 것이 적절하다고 인식하는 것으로 볼 수 있다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제7장

의원급 의료기관의 지속가능성
제고를 위한 정책 방안



제 7 장

의원급 의료기관의 지속가능성 제고를 위한 정책 방안

의원급 의료기관은 의원-병원-종합병원-상급종합병원으로 이어지는 수직적 서비스 전달체계상의 진입 창구(entry point)로서 지역사회의 일차의료를 담당하는 중추적인 서비스 공급주체이다. 이와 관련하여 그간 정부는 의원급 의료기관은 외래진료, 병원·종합병원은 입원진료, 상급종합병원은 중증질환·고난도 진료로 기능을 분화시킨다는 구도하에 이러한 기능 분화가 의료이용 현장에서 효과적으로 실현되도록 하기 위해 수요자 관리 측면의 규제와 공급자 관리 측면의 규제 등 양면적 접근을 시도해 왔다. 수요자 관리 측면에서는 중별가산율 제도, 경증질환 상급종합병원 전액 본인부담, 경증질환 약제비 차등화, 진료의뢰서 미소지 환자에 대한 본인부담 가산 등 가격 차등화 전략을 사용해 왔으며, 공급자 관리 측면에서는 상급종합병원 지정 시 전문진료질병군, 단순진료질병군 환자 비율 반영 등의 직접적 규제전략을 채택해 왔다.

이러한 정책적 노력이 일정한 성과를 거두었음은 부인할 수 없지만 우리 사회에 잔존하고 있는 대형병원 선호 및 환자집중 현상은 가격요인이 환자의 의료기관 선택에 결정적인 요인으로 작용하는 데는 한계가 있다는 점을 보여주고 있다. 특히, 민간 실손보험의 존재는 가격 차등화를 통한 수요자 관리 측면의 규제 효과를 상쇄시키는 결과를 가져오고 있다. 민간 실손보험은 공보험을 보완하여 환자의 경제적 부담을 경감시키고 의료접근성을 높이는 긍정적 효과를 가져오기도 하지만, 급여 본인부담금과 비급여 본인부담금에 대한 실손보상이 이루어지면서 환자들의 가격부담에 대한 인식과 합리적 의료이용에 대한 유인동기를 약

화시키는 결과가 나타나고 있다. 이와 같이 민간 실손보험은 전체적인 진료량 증가와 비급여 진료 증가뿐만 아니라 서비스 전달체계 측면에서 의원급 의료기관에서 병원급 의료기관으로 환자이동을 증가시키는 데도 영향을 미친다.

이외에도 형식적 진료의뢰서 발급이나 업코딩(up-coding) 등 서비스 전달체계 개선 정책의 성과를 저해하는 다양한 교란요인도 존재하고 있는 것이 현실이다. 더욱이 의원급 의료기관과 상위 의료기관 간 환자 의뢰·회송은 쌍방향으로 이루어지는 것이 바람직하지만 환자이동이 상향으로만 이루어지고 하향으로는 이루어지지 않는 문제도 존재한다. 즉, 병원급 이상 건강검진 기관에서 건강검진을 받은 후 의원급에서 관리할 수 있는 만성질환임에도 불구하고 검진받은 기관에서 계속 관리를 받는다면, 의원급 의료기관에서 상위 진료기관으로 의뢰되었다가 이후 의원급 의료기관에서 지속적인 관리가 가능함에도 불구하고 의원급 의료기관으로 복귀하지 않는 경우가 있다. 현실적으로 많은 만성질환자들이 상위 의료기관에서 3개월 이상 단위로 장기 처방을 받으면서 진료받는 과정에서 의원급으로 복귀할 기회를 찾기가 쉽지 않다.

이러한 상황에서 지역사회의 의원급 의료기관에서 비급여 진료가 증가하는 현상이 나타나면서 외형적으로 의원급의 보장률이 낮아지는 결과가 나타나고 있다. 의원급 의료기관에서 증가하고 있는 주된 비급여 항목은 앞에서 언급한 바와 같이 도수치료, 제증명 수수료, 예방접종, 수액제제 주사 등으로, 예방접종을 제외하고는 필수의료라고 보기 어렵다. 이와 같이 지역사회의 일차의료기관에서 이러한 비필수 비급여 진료가 증가하는 것은 결코 바람직한 현상이라 할 수 없으며 여기에는 다양한 직·간접적인 요인들이 영향을 미치고 있다. 이들 비급여 항목의 경우 원가가 높지 않아 원가보전율이 급여항목에 비해 상대적으로 높다. 본 연구에서 급여 및

비급여 원가보상수준을 분석한 결과에서도 의원급의 평균 급여 원가보전율은 95.3%, 비급여 원가보전율은 189.0%로 비급여 원가보전율이 월등히 높은 것으로 나타났다. 또한 실손보험으로 비용부담이 크지 않은 환자들이 많다는 점 등은 의원급 의료기관에서 비급여 진료가 증가하는 요인으로 작용하고 있다.

이로 인해 의원급 의료기관 고유한 기능인 일차의료 기능이 위축될 가능성도 배제할 수 없다. 지역사회 내 다수의 의원급 및 병원급 의료기관들 간에 의료수요가 분할되는 경쟁적 구도하에서 각 의료기관이 비급여 진료를 확대하여 수익을 증대시키려는 것은 개별 의료기관 입장에서는 당연한 것일지도 모른다. 이 과정에서 일차의료 기능이 축소되지 않도록 의원급 의료기관이 급여 범위 내의 기본진료에 더 집중할 수 있는 제도적 환경이 조성되어야 한다. 더불어 현행 종합병원 이상의 중증질환 중심의 보장성 강화 정책 기초 속에서 대형병원으로의 환자 쏠림이 나타나는 등 의료전달체계가 악화되는 상황에서 현행 의료체계 내에서 의원급 의료기관의 기능 및 역할 강화를 위한 제도적 방안이 모색되어야 한다. 이 보고서에서는 우리나라 의료체계에 적합한 일차의료기관의 역할, 의료전달체계 정상화를 통한 의원급 의료기관의 발전 방향과 이를 위한 기반 마련 등 지향해야 할 지점들을 살펴보고 의원급 의료기관의 지속가능성을 위한 정책 방안을 제안하고자 한다.

1. 일차의료의 가치(value) 정립

OECD 국가들은 65세 이상의 인구 비율이 2050년까지 2020년의 거의 두 배인 28%까지 증가할 것으로 예측되는 가운데, 한국은 거의 40%에 가까워져 세계 최고의 고령화율을 기록할 것으로 전망된다. OECD 국

가들은 초고령사회에 대비하여 병원과 전문적인 서비스의 불필요한 사용을 피하면서 만성질환자에게 더 효과적이고 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 보건의료시스템을 재구성하지 않으면 안 된다고 판단한다. 일차의료는 환자, 특히 다양한 케어가 필요한 환자들에게 주요한 접촉 지점들을 제공함으로써 전반적인 의료시스템을 더 효율적이고 효과적이며 형평하게 만들 수 있다(OECD, 2020).

일차의료의 접근성과 의료 질이 높아지면 입원율과 응급실 방문이 줄어들게 된다. 일차의료는 불필요한 진료를 예방하고 응급실과 병원 같이 비용이 많이 드는 시설의 사용 필요성을 낮추는 역할을 한다. 견고한 일차의료는 만성질환의 초기 발생을 지연시키고 사망률을 낮출 수 있다. 금연을 장려하는 것에서부터 유방암과 대장암의 조기 발견에 이르기까지 예방은 환자의 삶에 매우 중요하고, 양질의 일차의료는 높은 환자 만족도와 연결된다(OECD, 2020).

견고한 일차의료는 건강 불평등을 개선하기도 한다. OECD와 EU 전체에서 최근 12개월 동안 일반의(GP)를 방문한 사람은 67%로 상위 소득층의 72%에 비해 5%p 정도의 차이에 불과했다(OECD, 2020). 이러한 소득 계층 간 의료접근성 격차는 전문의 방문의 경우 12%p의 격차, 유방암 검진을 받은 경우는 13%p 격차로 나타났다. 일차의료는 의료서비스에 접근하기 어려울 수 있는 취약 인구에 대한 접근을 보장하는 데에 유리한 시스템이다.

이상과 같은 일차의료의 가치를 한국에서 구현하기 위해서는 넘어야 할 장벽이 꽤 많다. 앞의 외국 사례에서 본 것처럼 많은 국가들이 지향하는 일차의료의 모습, 즉 팀이나 네트워크 방식의 일차의료, 다양한 전문의료인들 간의 효율적 역할 분담과 협업, 환자 중심이고 커뮤니티 중심의 케어, 의료와 커뮤니티 케어의 통합과 연계, 디지털 기술을 활용한 혁신적인 케

어 등을 한국에 그대로 적용하기는 쉽지 않다. 우리나라 특유의 의원급 의료시장과 병원급의 역동적인 외래진료 특징 속에서 한국에 적합한 혁신적인 일차의료 모델을 찾아내고 가치를 부여하는 작업이 이루어져야 한다.

2. 의원급 의료기관의 역할과 발전 과제

가. 일차의료 중심 관리의사제 도입

인구집단 중 노인층이 의료시장의 대세가 되는 것은 명약관화하다. 노인의 특성상 복합적인 만성질환(multiple morbidity)을 안고 있으면서 급성질환이 발생하거나 기능장애 상태에 빠질 가능성이 크므로 노인의 상태를 지속적으로 관찰하고 상담할 주치의는 환자 뿐 아니라 정부(보험자) 입장에서도 필요할 것이다.

주치의제도가 수십 년간 실행되지 못한 이유는 환자나 의사 모두 자유로운 의료이용 관행에 익숙해져 있기 때문이다. 주치의제도라는 인위적인 개입으로 시장에서 형성된 이해관계에 균열이 생기는 것을 원하지 않는다. 개원의는 일종의 자영업으로 인식되어 왔고, 경영의 성패도 개인의 책임으로 인식되고 있다. 다만, 낮은 수가 수준에서 비롯된 경영난을 정부의 탓으로 돌리는 경향이 있다. 정부도 선불리 주치의제도를 도입하는데 적극성을 띠지 않고 있다. 주치의제도 도입에 따른 이해관계의 균열이 자칫 정부 정책의 잘못으로 평가될 수 있기 때문이다. 그러나 개원의들의 상황이 갈수록 어려워지고 있고, 이대로 가면 개원의들이 공멸할 것이라는 위기의식이 점증하고 있다. 혹자는 개원의들이 최악의 위기상황에 빠질 때까지 기다려야 한다고 제언하기도 한다. 그러나 정부는 위기에 다다르기 전에 조정하고 합의를 끌어내어 좋지 않은 상황을 예방해야 한다.

어렵지만 주치의제도를 다시 추진해봐야 한다. 의사와 환자, 보험자 모두가 승자가 되는 방안을 개발해야 한다.

만성질환 진료에서 일차 진료단계에서는 가능한 한 예방하고 질환이 진행되지 않도록 관찰하는 것이 중요하다. 우리나라에서 일차 진료 의사로서 지속적인 진료, 교육 등을 수행할 수 있는 주치의 즉, 관리의사제도를 도입하기 위해서는 일차의료에 대한 환자의 신뢰와 의사의 책임 진료를 제도적으로 확보하는 것이 중요하다. 관리의사제도에 참여하는 의사들의 책임성, 조정성, 종합성 등 관리의사로서 필요한 지식과 소양뿐만 아니라 환자의 특성에 맞는 케어플랜을 수립할 수 있도록 지속적인 교육과 매뉴얼이 필요할 것이다.

본 연구의 조사 결과에서 검사나 치료를 위해 주로 이용하는 동네의원(단골의사)이 있다는 응답은 47.9%로, 응답자의 절반 가까이는 이미 주로 이용하고 있는 의원급 의료기관이 있는 것으로 나타났다. 한편 동네의원 이용 시 가장 필요하다고 생각하는 서비스로는, 신뢰할 만한 경력이 있는 의사나 전문의가 진료하는 것' 37.1%, '건강 상태에 대해 충분한 진료나 상담을 해주는 것' 22.7%, '지속적 진료를 통해 나의 건강 상태를 잘 아는 주치의가 있는 것' 21.3%, '대형병원과의 협진체계가 잘 되어 있는 것' 13.6% 등의 순으로 나타났다.

정부도 의원급 의료기관 중심의 지속적이고 포괄적인 관리체계를 마련하기 위해 일차의료 만성질환관리 시범사업을 추진하고 있다. 일차의료 만성질환관리 시범사업은 지역사회 일차의료 시범사업, 만성질환관리 수가 시범사업 등 기존 시범사업을 통합하여 2019년 1월부터 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 시행 중이다. 일차의료 만성질환관리 시범사업은 만성질환자에 대한 포괄적 관리모델인데, 의원급 의료기관을 이용하는 만성질환자에게는 자가 관리를 지원하고, 일차의료기관은 고혈압·당뇨병 등 환자를 대상으로 계획 수립, 환자 교육을 포함한 관리를 수행한다.

만성질환 관리의사제는 일차의료 만성질환 관리사업을 확장하는 형태로 시행하는 것이 바람직할 것이다. 의료서비스의 질 향상과 관리의사로서의 교육 과정 마련, 그리고 참여 의사 적정 보상을 위한 수가 개선, 환자에 대한 인센티브 개발 확대 등이 필요하다. 특히 현재 고혈압과 당뇨병으로 한정하는 대상 질환과 적용 대상자를 확대해야 한다. 한편 만성질환 관리의사계약 프로그램의 적응증은 만성질환을 중심으로 적응증을 확대해가며, 소아, 임신부, 노인, 치과 등 인구집단별로 적용을 검토할 수 있을 것이다(최병호, 2016, p.20).

관리의사제도는 강제적으로는 되지 않을 것이다. 강제적인 도입이 바람직하지도 않다. 개원의가 관리의사제도에 참여 여부를 선택하고, 개원의가 참여할 경우 보험자¹⁹⁾와 개원의가 관리의사 프로그램을 계약하고(이하 ‘계약 개원의’), 환자는 계약 개원의를 방문하여 환자-의사 간 일종의 주치의 계약을 맺고 의사가 제시하는 진료지침(care plan)을 준수하도록 한다. 진료지침은 의사협회와 정부, 보험자가 공동 개발하는 것이 바람직하다. 다만, 관리의사 계약은 환자가 자율적으로 선택하도록 한다. 계약 개원의에게도 의사-환자 간 관리의사 계약에 대한 선택권을 부여한다(최병호, 2016. p.20).

관리의사 계약을 맺은 개원의와 환자에 대해서는 인센티브를 주어 제도의 정착을 유인한다. 계약 개원의는 비계약 개원의에 비해 수가 가산을 받고 진료성과에 따라 추가적인 인센티브를 받도록 한다. 대신에 환자에 대해 포괄적 진료를 하도록 하고 비급여 진료를 최소화할 수 있도록 묶음형 수가지불(bundling payment) 방식도 검토해 볼 수 있다. 다만, 비급여

19) 보험자로서 누가 계약의 당사자가 될지는 검토가 필요하다. 실질적인 보험자인 보건복지부, 혹은 건강보험법상 보험자인공단, 방대한 진료정보를 바탕으로 프로그램 운영에 강점이 있는 심평원이 될 수 있다. 개원의협회나 의사협회가 계약에 간접적으로 개입할 수도 있을 것이다.

여 제공 시에는 보험자와 환자의 동의를 구하도록 하고 환자 진료기록을 청구 시에 함께 제출하도록 한다. 계약 환자에게는 본인부담률을 낮춰주고 모든 진료에 대해 보험급여의 혜택을 받도록 한다. 비계약 개원의에게는 수가 가산을 적용하지 않고, 비계약 환자는 현재보다 높은 본인부담을 하도록 한다. 처방약 값의 본인부담에 있어서도 계약 환자와 비계약 환자 간에 차등을 두도록 한다.

나. 케어 코디네이터로서의 일차의료기관

일차의료기관으로서 개원의가 노인의 의료와 요양을 담당하는 코디네이터(coordinator) 역할을 하도록 한다. 개원의는 한 곳에 거주하는 노인과 접근성이 가장 뛰어나다. 개원의는 노인이 거주하는 지역의 환경과 보건의료원 및 사회적 자원을 잘 알 수 있는 위치에 있다. 노인을 중심으로 주변의 가족, 이웃, 연계 가능한 의료기관, 읍면동의 복지서비스 등을 연결할 수 있는 최적의 위치에 있다.

개원의가 코디네이터로서 노인의 건강상태와 만성질환을 관리하고 필요할 경우 병원에 의뢰하여 진단을 받거나 치료를 하도록 한다. 수술 후 회복과 요양을 위해 요양병원에 입원시키거나 기능장애가 나타났을 때에 요양시설로 의뢰하는 역할을 수행한다. 코디네이터로서 개원의는 노인환자의 대리인으로서 가족, 개원의와 계약을 맺은 네트워크 의료기관 및 요양시설과 지속적으로 커뮤니케이션해야 한다.

케어 코디네이터로서 개원의가 상급 의료기관에 진료를 의뢰할 경우 환자 진료기록을 상급 기관에 전송하거나, 상급 의료기관이 보험자로부터 환자 진료기록을 받을 수 있도록 한다. 한편, 일차기관은 환자의 진료정보를 환자가 지정하는 개원약국(일종의 주치약국)과 공유하도록 한다. 개원약국은 환자의 진료정보를 환자의 동의하에 보험자로부터 받을 수

있도록 한다. 2차 기관이 진료 회송을 하지 않고 계속 진료해야 할 특별한 사정이 있을 경우에는 보험자에게 승인을 받도록 한다. 이 경우 2차 기관에 대한 수가의 종별가산율을 적용하지 않고 환자의 본인부담을 높이도록 한다.

개원의는 일차의료를 담당하는 의료기관의 역할과 더불어 이차-삼차 의료 및 장기요양, 사망 직전의 완화의료에 이르기까지 의료자원을 연계하고 상담하는 역할을 하도록 한다. 이러한 역할을 담당할 수 있으려면 필요한 교육을 이수하고 자격을 취득하도록 한다. 의사 1인이 단독 개원하는 형태의 개원의는 이러한 역할을 담당하기 어려울 것이다. 집단개원 형태의 종합의료원(polyclinic)이 현실적이다. 종합의료원의 명칭은 가칭 '의료센터'로 한다. 의료센터의 대표의사는 코디네이터 자격을 가져야 한다. 의료센터에는 내과, 가정의학과 같은 노인의 의료·요양에 적합한 전문의가 필요하다. 향후 전과의(全科醫) 같은 전문의가 양성된다면 의료센터에 적합한 인력이 될 것이다. 혹은 노인병전문의를(geriatrician)가 양성된다면 가장 적합한 인력이 된다. 의료센터에는 의사뿐만 아니라 간호사, 물리치료사, 사회복지사 등 관련 인력들이 함께 근무해야 할 것이다. 한의사도 일차의료기관에 참여하여 양·한방 협진이나 한방 일차의료를 제공하도록 한다. 환자를 병원으로 의뢰하고 병원 외래에서 처방한 약물은 단골약국에서 조제되어야 한다. 노인병전문 의과 더불어 노인전문약사 자격을 도입할 필요가 있다. 아울러 노인전문간호사도 필요할 것이다. 병원 입원 기간에 복용한 약물에 대한 정보는 병원으로부터 넘겨받거나 심사평가원으로부터 받을 수 있어야 한다.

환자는 의료센터에 등록하고 의료센터와 협력관계에 있는 의료기관이나 요양시설을 이용해야 한다. 네트워크를 벗어나는 의료기관을 이용할 경우 의료센터의 승인을 받도록 한다. 타 의료기관을 이용할 경우에도 환

자에 대한 치료정보와 투약정보는 의료센터에 전달되어야 한다. 약물의 조제는 환자가 지정하는 약국에서 이루어져야 한다.

보건소와 보건지소 등 보건기관도 ‘의료센터’와 유사한 역할을 하도록 한다. 다만, 보건기관 내 의료센터의 명칭은 ‘보건센터’로 하여 차별화한다. 공공의료원 외래에 대해 ‘보건센터’의 역할을 부여할 것도 검토한다. 보건센터는 노인 질환의 치료적 기능보다는 예방과 건강증진, 검진, 건강상담을 중심으로 하면서 노인의 의료·요양 서비스의 코디네이터 역할을 하도록 한다. 보건센터는 자신의 네트워크에 지역 내 의료센터를 포함할 수 있다. 다만, 이 경우 보건센터가 정보의 중심이 되어야 한다. 보건센터는 의료센터에 비해 읍면동의 사회복지서비스, 지역 내 민간 복지자원과 효과적으로 연계할 수 있는 장점이 있다. 건강보험공단의 장기요양서비스와 협조체계의 구축도 용이할 것이다.

3. 의료전달체계 정상화를 정책 과제

가. 만성·경증질환 전달체계 정상화

의원급 의료기관의 기능 강화는 전체적인 서비스 전달체계 틀 속에서 이루어져야 하는 만큼, 일차적으로는 서비스 전달체계를 교란시키고 비효율을 초래하는 요인에 대한 효과적 대책이 마련되어야 한다.

선진국의 의료시스템에서는 대체로 일차 진료에서 대처하기 어려운 전문적인 진료를 전문의에게 의뢰하거나 병원급에 의뢰하고 최종적으로 3차 병원(tertiary hospital)에 의뢰하게 된다. 상급 의료기관에서 진료가 종결되면 다시 일차의료기관으로 회송되는 절차를 거치게 된다. 우리나라의 경우 이러한 의뢰와 회송의 과정이 잘 작동하지 않는다.

본 연구에서 만성질환이 있다고 응답한 대상자에게 해당 질환을 진단 받은 의료기관과 진단 이후 만성질환 관리를 위해 이용하고 있는 의료기관을 조사한 결과, 일차의료기관에서 관리할 수 있는 만성질환임에도 불구하고 처음 진단받은 의료기관에서 치료 및 관리까지 이어지는 경향이 뚜렷하게 나타났다. 만성질환 진단을 의원급 의료기관에서 진단받은 대상자의 91.4%는 만성질환 관리를 위해 의원급 의료기관을 이용한 반면, 병원/종합병원에서 진단받은 대상자의 78.5%, 상급종합병원/대학병원에서 진단받은 대상자의 70.6%는 진단 이후 만성질환 관리를 동일한 의료기관에서 받고 있는 것으로 나타났다. 특히 만성질환자의 상급종합병원이나 대학병원 진료는 이들 기관에서 운영하고 있는 건강검진과 연관이 있다. 만성질환이나 경증질환은 의원급 의료기관에 진료받도록 해야 하지만 해당 의료기관에서 건강검진을 받은 경우 별도의 진료의뢰서 없이도 만성경증질환으로 상급종합병원을 이용할 수 있기 때문이다. 또한 상급종합병원이나 종합병원의 장기처방도 문제이다. 특히 고혈압, 당뇨병 등 만성질환은 지속적인 관리가 필수임에도 불구하고 상급 의료기관들의 장기처방 비중이 높아²⁰⁾ 환자에 대한 지속적 관리가 어렵다.

만성질환은 지속적 관리가 필요하고, 의원급 의료기관에서 적정 진료 가능성이 있음에도 불구하고 상급 의료기관을 이용함으로써 전체적인 의료비 증가요인으로 작용하게 된다. 의료전달체계 정상화를 위해서는 현행보다 더 강력한 디스인센티브와 인센티브가 필요하다.

정부는 의원급 의료기관에서 진료하는 질환들에 대해 상급 의료기관으로의 쏠림을 완화하고자 몇 가지 정책들을 시행하고 있는데 대표적으로

20) '18년 6개월 이상 장기처방 건수의 의료기관 종별 비율은 상급종합병원 70.6%, 종합병원 22.7%, 병원 2.3%, 의원 4.0%였음(김수연, 2019.10.21., 지난해 의약품 6개월 이상 장기처방 237만건..상급종합병원 70.6%, 디지털타임스 http://www.dt.co.kr/contents.html?article_no=2019102102109931102001&ref=naver에서 2021.11.1. 인출).

종합병원급 이상 외래 경증질환자에 대한 약제비 본인부담 차등(11.10), 100개 경증질환 전액 본인부담(20.10), 상급종합병원 지정 기준에서 경증질환자 비중 하향 조정²¹⁾ 등이 대표적이다.

첫째, 전액 본인부담 경증질환 확대와 약제비 본인부담률 추가 상향조정을 제안한다. 외래 경증질환 전액본인부담제는 종별 가산 미산정, 의료질 지원금 제외, 상급종합병원 지정 기준 등 공급자에게 통제 기전 성격이 강하다. 따라서 수요자 측면의 통제 기전으로 경증질환 약제비 차등 폭을 확대하는 것을 검토해 볼 수 있다. 현행 경증질환 약제비의 본인부담률은 상급종합병원 50%, 종합병원 40%를 적용 중이나 각각 60%, 50% 수준으로 상향하여 의원급 의료기관 이용 시 30%와의 차등 폭을 확대한다. 수요자로 하여금 동일한 의약품을 처방받았을 때, 체감 비용을 확대할 수 있을 것이다. 더불어 동일한 만성경증질환으로 상급 의료기관을 이용하는 경우, 진료비와 약제비 부담이 증가한다는 점을 국민에게 홍보하는 것도 필요하다.

둘째, 의료전달체계가 정상적으로 작동할 수 있도록 하는 인센티브도 필요하다. 서비스 전달체계에 대한 입체적 관점을 도입하여 의원급 의료기관의 기능을 재정립하는 방안으로 검토할 필요가 있다. 현행 의원급-병원·종합병원-상급종합병원 등의 서비스 전달체계는 치료서비스 중심의 전달체계로서, 종별 가산 등도 이러한 틀을 기초로 하고 있다. 이러한 치료서비스 중심 전달체계에서는 하위 의료기관에서 상위 의료기관으로의 의뢰, 그리고 상위 의료기관에서 적절한 처치가 끝난 후 하위 의료기관으로 회송이 이루어져야 한다. 경증·만성질환자에 대해서는 서비스의 전달이 반대 방향으로 이루어지는 체계를 고려하자는 것이다. 즉, 질병치료

21) 제4기 상급종합병원 지정 기준(21~23)에서 경증환자 비율은 입원 16% → 14%, 외래 17% → 11%로 하향 조정하였음.

영역에서는 증증도와 고난도 치료의 필요도가 높을수록 상향(의원→병원·종합병원·상급종합병원)으로 이동하는 전달체계의 틀을 유지하고, 평소 지속적 건강관리 필요도가 높은 환자는 하방(병원·종합병원·상급종합병원→의원)으로 의뢰되는 체계로 점차 이전해 나가는 방안을 검토해야 한다. 이러한 환자 의뢰는 전체적인 치료계획(critical pathway)에 따라 상위 의료기관의 필요에 의해 먼저 의뢰하는 체계를 말하는 것으로, 이에 대해 일정한 수가를 인정하면 상위 의료기관에 대한 유인동기도 부여될 것이다. 현행 시범사업에서는 의뢰받았던 의료기관으로 환자를 회송할 때만 회송료를 인정받지만, 그와 상관없이 상위 의료기관이 먼저 의원급 의료기관으로 환자를 의뢰하는 경우도 인정하고 여기에 일정한 보상을 해야 한다.

나. 경증질환자 일차의료이용 도모를 위한 진료의뢰서 조건부 발급

의료전달체계란 가용 의료자원을 좀 더 효율적으로 활용함으로써 필요할 때에 적시에, 적절한 의료기관에서, 적합한 의료인에게, 적정서비스를 받을 수 있도록 제도화하는 것(유승흠, 1988)으로 정의할 수 있다. 의료전달체계는 의료기관 선택의 자유에 일정 부분 제약을 두는 것으로, 진료의뢰서가 대표적이다.

앞에서 제안한 전액 본인부담 경증질환 확대와 약제비의 본인부담률 추가 상향조정이 만성·경증질환자가 상위 의료기관으로 유입되는 것을 억제하기 위한 방안이라면 진료의뢰서 조건부 발급은 의원급 의료기관에서 만성·경증질환자가 유출되는 것을 억제하는 방안이라 할 수 있다.

진료의뢰제도는 소비자의 의료서비스 이용을 합리적으로 통제함으로써 대형의료기관으로 환자 쏠림을 방지하고, 일차의료를 활성화함으로써

불필요한 의료비 지출 경감 및 적정 진료를 도모하기 위해 고안되었다. 즉, 진료 의뢰에 대한 요양급여의 차등을 규정함으로써 환자의 무분별한 의료서비스 이용을 제어하는 장치를 마련해 둔 것이다(윤강재 외, 2014, pp.52-53). 하지만 현행 의료전달체계 내에서 진료 의뢰는 사실상 유명 무실하다. 진료의뢰서 발급에 의사의 의무와 책임이 부여되지 않고 있으며, 환자가 요청할 경우 거부할 수 있는 근거도 없다. 진료 의뢰는 의사가 아닌 환자가 결정하는 경향마저 있다.

본 연구에서 동네의원 이용 후 동일 질환으로 1개월 이내에 대학병원/상급종합병원을 이용한 경험을 조사한 결과 약 6명 중 1명인 16.9%가 이용한 적이 있다고 응답하였고, 이 중 본인이 선택(28.2%)하거나 처음부터 상급종합병원 이용을 위해 진료의뢰서만 발급(14.5%)한 것으로 나타났다. 즉, 100명 중에 약 7명은 본인의 선택으로 진료의뢰서를 발급받아 상급종합병원을 이용한다는 것이다.

적정 진료를 도모하고 불필요한 의료비를 절감하기 위해 의사에게 진료의뢰서를 거부할 수 있는 제도를 만들 필요가 있다. 실제 일선 일차의료기관 의사는 진료의뢰서 발급을 거부하기도 어렵고 거부할 근거도 없는 실정이다.

경증질환에 대한 진료의뢰서 locking system 구축을 제안한다. 경증질환 같이 상급종합병원에 굳이 가지 않아도 되는 질병코드는 전산상으로 진료의뢰서를 발급할 수 없도록 시스템을 구축하고 일정 기간 해당 의원급 의료기관에서 진료를 받도록 한다. 해당 의원급 의료기관에서 일정 기간(예, 3개월) 진료를 받은 환자 중 일차의료기관 의사의 판단에 따라 상급종합병원의 진료가 필요한 경우 진료의뢰서를 발급할 수 있도록 하는 것이다.

의원급 의료기관에서 진료의뢰서를 발급하는 것은 현행 상급종합병원

외래 경증환자의 수가 및 본인부담률과 연동하여 시행할 수 있다. 현재 정부에서 지정한 외래 100대 경증질환으로 상급종합병원을 이용하는 경우, 진료비 전액 본인부담, 경증질환 약제비 본인부담 차등 적용을 시행하고 있는데, 이와 연동하여 기 지정된 경증질환 코드에 해당하는 환자는 상급종합병원 이용을 위한 진료의뢰서 발급을 일정 기간 제한한다.

일차의료기관에서 경증질환 진료의뢰서 발급을 제한하는 것은 경증질환 상급종합병원 전액 본인부담제도와 함께 시너지 효과를 발휘할 수 있을 것이다. 현재 시행하고 있는 상급종합병원 경증질환 전액 본인부담은 사실상 수요자(환자) 통제 기전이기보다 공급자(상급종합병원) 통제 기전의 성격이 강하다. 경증질환자가 상급종합병원을 이용하는 경우, 종별가산(30% → 0%)을 적용하지 않고, 의료 질 평가 지원금 산정에서 제외하고 있기 때문에 총진료비 수준이 낮아지고 이에 따라 환자가 부담하는 본인부담수준도 함께 낮아지기 때문이다. 따라서 수요자에 대한 통제 기전이 강화되어야 하며, 이를 위해 의원급 의료기관의 만성·경증질환자에 대한 진료의뢰서 조건부 발급 제도가 필요하다.

다. 중증질환자 진료의 연속성 확보를 위한 Transition of care 제공

암 같은 중증질환은 상급종합병원에서 진료받더라도 동일 환자에게 발생하는 경미한 질환은 의원급 의료기관에서 진료하게 된다. 중증질환으로 상급종합병원에서 진료를 받는 환자들은 통상 몇 개월 단위로 외래진료를 보는 경우가 많다. 상급종합병원을 이용 중인 중증환자들이 건강상태의 변화, 처방약 부작용 등이 발생할 경우, 별도의 사전 예약 없이 상위 의료기관 방문이 어렵기 때문에 의원급 의료기관에서 전환기 서비스를 제공하여 의료서비스의 연속성을 확보해야 한다.

중증질환자의 경우 상급종합병원에서 외래진료 사이의 간극을 메울 수 있어야 하며 이것이 환자 중심의 단절 없는(seamless) 의료 공급체계라 할 수 있다. 환자 치료를 위해 의료서비스를 제공하는 의료공급자가 바뀌는 것을 치료전환(transition of care)라 한다(신재규, 2021, p.75).

환자를 효과적으로 치료하기 위해서는 그 환자가 먼저 만났던 의사들이 어떤 진단을 내리고 치료했는지 또 어떤 약을 처방했는지를 알아야 한다. 그렇지 않을 경우 환자에게 필요한 치료가 지연되거나 놓칠 수도 있으며 서로 다른 의사들이 중복 치료나 처방을 할 수 있기 때문이다.

현재 환자에 대한 진료 연속성의 단절로 인해 중증환자나 보호자가 의원급 의료기관 방문 시 환자 또는 보호자가 직접 상급종합병원에서 행한 의료기록, 수술이력, 처방약까지 일일이 설명해야 한다. 이 과정에서 잘못된 의료정보가 제공될 수 있으며, 환자가 노인일 경우 더욱 그러하다. 안전하고 효과적인 치료를 위해서는 상급병원과 동네의원 간의 긴밀한 소통과 협조를 도모할 수 있는 시스템과 제도가 만들어져야 한다.

수술 후 암환자나 뇌·심혈관질환자 등 주기적으로 상급종합병원이나 종합병원에서 진료를 받아야 하는 중증질환자의 경우 의원급 의료기관에 중점관리 사항, 환자상태 등의 정보를 제공하여 그 사이의 기간 동안 건강관리를 수행하도록 할 수 있을 것이다.

이러한 치료전환(transition of care)을 동네의원에서 수행하도록 한다. 상위 의료기관(상종 등)에서 퇴원, 또는 외래로 진료를 받고 있는 중증질환자가 일차의료기관 방문 시 환자의 상태, 처방약 등을 확인하고 상담해서 의료서비스의 불연속을 공간을 메울 수 있도록 한다. 이 과정에서 환자의 진료정보에 대한 공유가 필수적이다. 일차의료기관은 환자의 동의를 받아 상급 의료기관의 환자 진료기록을 전송받을 수 있도록 한다.

특히 환자에게 처방된 모든 약물 정보도 알아야 한다. 의약품의 경우

DUR(Drug Utilization Review)이 활용되고 있으나 병용금기의약품에 한해 조회가 가능하고, 전체 처방약품에 대한 정보는 제공되지 않아 이러한 환자 진료기록의 공유가 더욱 필요하다. 이러한 치료전환(transition of care), 진료정보 교류에 대한 수가 보상도 수반되어야 한다.

4. 의료전달체계 정상화를 기반 조성

가. 의원급 의료기관에 대한 적정 수가 보상과 비급여 관리

종합병원 중심의 보장성 강화는 상급의료기관으로 환자 쏠림을 야기하면서 의원급 의료기관의 진료비 점유율, 내원일수 점유율은 상대적으로 하락한 결과를 보였다. 본 연구에서 회계조사 대상 15개 의원급 의료기관의 원가보전율을 급여와 비급여로 구분하여 분석한 결과, 의원급 평균 급여 원가보전율은 95.3% 수준으로 나타났으며, 비급여 원가보전율은 189.0%로 비급여 원가보전율이 월등히 높은 것으로 나타났다. 즉, 의원급 의료기관은 급여 원가보전율이 100% 이하로, 이러한 보전율의 부족분을 비급여 진료로 충당하는 것으로 추정된다. 더욱이 급여보다 비급여 진료의 수익이 훨씬 높기 때문에 의원급 의료기관에서 수익 확대를 위해서는 비급여를 증가시킬 유인이 발생할 수 있다. 다시 말해 급여화 항목이 적은 의원급 의료기관에서 비급여가 차지하는 비율이 증가하는 것은 비급여를 늘려 수익을 보전·증대하려는 흐름이 존재한다고 볼 수 있다. 한편 일부 진료과들의 총원가보전율은 100% 이하로 나타났는데 내과의 경우 84.5%, 마취통증의학과 94.2%로 급여와 비급여를 포함한 총원가보전율이 100%보다도 낮은 수준으로 나타나 내과 같이 필수 진료과에 대한 고려도 필요하다.

급여 원가보전율의 현실화와 더불어 비급여 진료비에 대한 관리가 필요하다. 급여 원가보상 현실화를 위해서는 우선적으로 기본진료료 상대 가치 조정을 검토해 볼 수 있다. 요양기관 종별 진료내역 항별 구성비에 서도 진찰료 비중이 2009년 53.2%에서 2019년 38.4%로, 지난 10년간 진찰료 비중은 -14.8%p 급격히 감소하였다. 더욱이 상급종합병원에서는 진찰료가 전체 진료비 구성에서 차지하는 비율이 미미한 반면, 의원급에서는 진찰료가 차지하는 비중이 굉장히 크다.²²⁾

제3차 상대가치 개편을 위해 시행된 회계조사에서 기본진료료(진찰 및 입원)는 여전히 다른 유형(수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사)의 평균에 비해 보상수준이 떨어지는 것으로 나타났으며 의료이용의 가장 핵심이자 기본인 진찰에 대한 보상이 전달체계 합리화 방향과 맞지 않는다는 지적도 계속되어 왔다. 특히 일차의료의 정상화를 위해 기본진료의 가치 및 적정성을 재평가할 필요성이 제기되고 있다(신영석 외, 2020 p.379). 일차의료의 정상화를 위해 기본진료의 가치 및 적정성을 재평가하고 적정 수가로 보상할 필요가 있다. 진찰은 의료행위의 기본이자 핵심적인 요소로, 의사의 무형적인 사고와 판단이 요구되는 전문적인 영역이나, 임상 현장에서 진찰의 중요성이 과소평가되고 있다(신영석 외, 2020, p.31).

우리나라의 의원급 지불보상 방식은 행위별수가제를 근간으로, 7개 질병군에 대해서는 포괄수가제가 시행 중이다. 행위별수가제하에서는 건강보험 보장률을 높이는 데 구조적인 한계가 발생할 수밖에 없다. 많은 국가에서 의원급에서 경증질환에 대해 인두제, 일당수가제 등의 묶음형 수가지불(bundling payment) 방식을 채택하고 있다. 묶음형 지불보상 방식을 채택하는 경우, 상대적으로 비급여 비율이 낮아져 보장률은 높아지

22) 2019년 상급종합병원의 진찰료 비중은 9.7%인 반면 의원은 38.4%였음. 자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2019년 진료비 심사실적.

게 된다. 비급여 수입비율을 분석한 결과에서도 묶음형 지불방식의 하나로 7개 질병군의 포괄수가제를 시행하고 있는 안과(78.5%), 외과(80.3%), 이비인후과(83.6%)의 경우 급여 수입비율이 높고, 상대적으로 비급여 수입비율의 비중이 낮은 수준으로 분석되었다. 따라서 의원급의 보장률을 높이기 위해서 현행 행위별수가제에서 입원환자의 경우 7개 질병군의 포괄수가제 외 신포괄수가제를, 외래환자의 경우 포괄방식인 인두제, 일당수가제, 진단명별 묶음형 지불보상 등의 수가제도의 개편이 필요할 것으로 보인다.

우리나라는 1989년 전 국민 건강보험이 도입된 이래 급여 서비스의 비중이 높아지는 등 의료기관을 경영하는 데 있어 급여 서비스의 보상수준이 핵심적인 역할을 수행하고 있다. 그럼에도 불구하고 급여 서비스 이외의 피부미용, 성형, 건강검진 등의 경우는 의료소비자의 욕구 충족과 시장수요에 따라 증가해 온 것도 사실이다. 급여 비중과 보상수준과 관련해서 본 연구에서는 급여 서비스의 비중과 보상수준이라는 분석 결과를 제시하였으며, 분석 결과를 토대로 다음과 같은 정책적 제언 방향을 설계할 수 있다.

우선 의원급 같이 특정 분야에 전문화되어 있는 의료서비스를 제공하는 경우 급여 서비스 비중과 보상수준에 따른 특징을 구별하여 급여정책을 수립하는 등의 노력을 통하여 보장률 수준을 개선할 필요성이 있다. 예컨대 의료서비스 중 급여 서비스 비중이 낮은 진료과에서 원가보전율이 높은 특성을 보인다면 이는 비급여에 대한 보상수준이 높기 때문으로 이러한 의료기관의 경우 비급여 서비스의 제공 내역이 무엇인지 파악하는 등의 관리가 필요하다. 반면, 의료서비스 중 급여 서비스 비중이 높고 원가보전율이 낮은 특성을 보이는 진료과가 있다면 이러한 진료과는 장기적으로 어려운 경영상황에 놓이게 될 것이며 의료기관 공급의 불균형

이 초래될 가능성이 있다. 따라서 급여 수가 인상 등 정책적 인센티브를 통하여 정상화될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

〈표 7-1〉 급여비중과 보상수준에 따른 보장률 강화방안

| 구분 | | | 정책개선(안) |
|----------|----------|----------|--|
| 급여 비중 | 고 (↑) | 보상 수준 | <ul style="list-style-type: none"> ○ (특징) 급여 중심의 의료서비스를 통해 적정 수익을 확보하고 있는 진료과 ○ (개선) 질 평가 지원 등 지속적 정책적 인센티브를 개발하여 비급여 서비스가 양산되지 않도록 유도 |
| | | 저(↓) | <ul style="list-style-type: none"> ○ (특징) 급여 중심 의료서비스를 제공하지만 보상수준이 낮아 경영수지의 어려움이 존재하는 진료과 ○ (개선) 급여 수가 인상 및 적극적인 인센티브 수가 정책을 통한 경영수지 개선 필요 |
| | 저 (↓) | 보상 수준 | <ul style="list-style-type: none"> ○ (특징) 시장수요가 높은 비급여 중심 의료서비스를 제공하는 진료과 ○ (개선) 비급여 실태조사 등 비급여 관리 정책을 수립하여 모니터링 |
| | | 저(↓) | <ul style="list-style-type: none"> ○ (특징) 공급자 간 경쟁, 수요가 적은 의료서비스 등 수익성이 좋지 못한 비급여 서비스를 제공하는 진료과 ○ (개선) 비급여의 급여 전환, 선별급여 시행 등 적극적인 급여 정책으로 급여 비중을 높일 수 있도록 유도 |

의원급 의료기관에 대한 수가 수준 현실화와 함께 비급여 관리가 필요하다. 의원급 의료기관의 건강보험 보장률이 하락한 것은 건강보험 급여화에 따른 혜택보다 비급여 진료이 빠르게 증가해 나타난 현상으로 보인다. 지난 10년간 요양기관 종별 비급여 본인부담률의 연평균 증가율을 보면 상급종합병원, 종합병원의 비급여 본인부담률은 모두 감소하였으나 의원급 의료기관의 비급여 본인부담률은 오히려 연평균 10.8%씩 증가하였다. 본 연구에서, 의원급 의료기관에서의 비급여 진료 경험을 조사한 결과, 약 10명 중 4명은 비급여 진료를 받은 경험이 있다고 응답하였고, 주된 비급여 항목은 ‘도수치료, 체외충격파, 연골 주사 등 정형외과 진료 항목’ 42.0%, ‘임플란트 등 치과 진료 항목’ 38.1%, ‘진단서 등 제증명 수

수료' 31.3%, '미용, 성형 관련 항목' 17.6%, '마늘주사, 비타민 주사 등 영양제 주사' 16.6%, 'B형간염 등 예방접종' 14.6% 등의 순이었다.

본 연구 결과에서 비급여로 발생하는 수익이 급여로 발생하는 수익 보다 약 2배가량 높게 나타났는데 이는 비급여 항목의 가격 관리의 필요성을 보여준다 할 수 있다. 우선적으로, 의료기관에서 발생하는 비급여 항목을 파악하고 표준코드를 부여하여 비급여 관리 기반을 마련하는 것이 필요하다. 예방접종, 제증명 수수료와 같이 의원급 비급여 진료비용 공개 항목에 포함되는 비급여 항목은 정보수집이 체계적으로 이루어지고 있으나 대표적인 비급여 항목인 영양제 주사제의 경우 비급여 정보수집과 관리가 되고 있지 않은 상황이다. 비급여 목록을 고시하여 국민들에게 비급여 정보를 제공하는 것이 중요하다.

정부도 합리적인 의료이용을 위해 비급여 관리를 위한 노력을 지속하고 있다. 최근 “건강보험 비급여 관리 강화 종합대책”을 수립하면서 2021년 1월부터 의원급 의료기관까지 비급여 가격정보 공개를 확대하였고, 진료상 필요한 비급여 진료의 항목가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 비급여 사전설명 제도도 함께 시행하고 있다. 또한 적정 비급여 공급관리 기반 마련과 의료기관마다 상이한 비급여 명칭 및 코드 표준화를 계획하고 있다. 비급여 관리 종합대책을 통해 비급여 기전을 마련하고, 제2차 건강보험 종합계획(’24~’28)을 통해 지속적인 비급여 관리를 구체화하는 방안을 마련해야 한다.

나. 비급여 개념적 재정의와 보장률 산출

현 보장성 정책의 효과평가는 건강보험 보장률을 활용하는 것이 지배적이나, 정책이 세부 대상에 대해 구체적으로 수립·집행되는 것에 비해

전체 보장률이라는 단일지표로 평가한다는 한계점이 있다. 보장성 강화 정책을 다각적인 측면에서 평가하고, 향후 정책을 보완·수립하기 위해 보장성 지표를 다양화하는 방안이 필요하다.

건강보험 보장률은 전체 의료비 중 건강보험공단이 부담하는 급여비가 차지하는 비율을 의미한다. 급여 본인부담금과 비급여의 경우 건강보험공단이 부담하는 급여비에서 제외되기 때문에 건강보험 보장률은 국민의 부담수준을 나타내는 지표라 할 수 있다. 의원급의 비급여 수준이 전체 수입의 34.6%를 차지하고 있어 보장률에 큰 영향을 미치는 것이 사실이다. 그럼에도 불구하고 의원급의 비급여 내역을 살펴보면 백신접종의 예방주사나 영양주사, 진단서 발급 등의 공통비 급여가 주를 이루고 있다. 이러한 필수 의료가 아닌 비급여 항목들로 인해 건강보장률을 산출할 때 상호배제성, 인과성이 부족하다. 보장률 산출을 위한 자료원의 표본 관리, 자료 수집 방식 등 자료원의 적합성 문제와 보장률 산출을 위한 분모 값, 분자값 등 산출 방식의 적합성 문제, 보장률의 결과 제시 유형 등 산출 결과 제시의 적합성 문제 등의 다각적인 측면에서 현행 건강보험 보장률 지표의 적절성을 평가하는 것이 필요하다(여나금 외, 2020, p.182).

최근 정부는 “건강보험 비급여관리강화 종합대책”을 수립하면서 체계적인 비급여 관리 기반 구축을 통해 의학적 비급여와 선택적 비급여로 재분류, 다양한 정책 지표 개발을 추진하고 있다. 국민건강보험공단에서도 세부 대상 및 질환 등에 대한 보장성 정책 효과를 다양하게 파악하기 위하여 새로운 지표 개발을 추진 중으로 ‘신포괄수가제 참여기관 보장률’, ‘100대 경증질환 보장률’, ‘만성질환 보장률’과 함께 치료와 무관한 ‘제증명 수수료’를 제외한 보장률을 산출한 바 있다.

현행 건강보험 보장률 산출 방식과 더불어 보장률을 더 다양하게 산출할 필요가 있다. 우선적으로, 치료에 필요한 필수의료 보장률을 산출하는 방

안이 필요하다. 치료목적으로 발생한 진료 영역에 포함되는 비급여를 분리하여 ‘필수의료 보장률’을 산출하는 방안을 우선적으로 검토해 볼 필요가 있다. 앞에서 비급여의 개념적 정의에서 기술한 바와 같이 비급여 중 건강회복과 기능 상실 및 유지를 위한 치료적 비급여를 제외한 비필수적 비급여로 분류될 수 있는 제증명 수수료, 주사제, 미용 및 성형의 선택적 비급여 등은 보장률 지표에서 제외하여 산출할 수 있을 것이다. 특정 진료항목(유형)에 대한 치료적 필수성의 높낮이는 의학전문 분야에 따라 달라지는 것으로 단순하게 규정하여 제시하기 어려움이 있어, 향후 비급여 진료의 필수성에 따른 평가지표는 공급자, 수요자 등 사회적 공론화 및 합의를 통해 정의되어야 할 것이다.

건강보험 보장성 강화 정책을 다각적인 측면에서 평가하고, 향후 정책을 보완·수립하기 위해 보장성 지표를 다양화하는 방안이 필요하다. 과거 보장성 정책효과에 대한 일관성 유지를 위해 건강보험 보장률은 계속 산출 관리하고, 세부 지표를 추가 제시하여 다양한 측면에서 활용할 수 있도록 해야 한다.

다. 전자건강기록(EHR: Electronic Health Record) 시스템과 전자 건강보험카드의 도입

일차의료 관리의사제, 케어 코디네이터로서의 일차의료 기능 확대, transition of care 등 진료 의뢰와 회송을 통해 의료서비스 전달의 효율성을 높이기 위해서는 이에 걸맞은 인프라가 구축되어야 한다. EHR은 환자에 대한 건강보험 자격뿐만 아니라 진료기록과 건강검진 자료를 담고 있어야 한다. 현재 보험자는 진료건별 청구 자료를 구축하고 있다. 자격 및 보험료 불입 정보는 공단이 보유하고 있고 진료상세내역은 심평원이

보유하고 있다. 건강검진자료는공단검진자료와 민간검진자료로 분리되어 있다. 이 모든 정보들이 통합되어 환자 중심의 정보가 구축되어야 한다. 청구자료뿐만 아니라 일차, 2차 진료기관의 환자 진료기록이 통합되어야 완전한 EHR이 구축된다. EHR을 구축하고 관리하는 '의료정보원' 같은 조직이 필요하다.

전자건강보험증은 자격 확인뿐만 아니라 환자의 의료기록에 접근할 수 있는 'log-in key'의 역할을 하도록 하는 방식이 바람직할 것이다. 전자건강보험증을 통해서 EHR에 접근할 수 있도록 한다. 전자건강보험증은 외국의 사례에서 보듯이 이미 거역할 수 없는 대세가 되었다. 다만, 건강보험 이외의 사회보험제도를 포함한 전자사회보험증이 될 수 있고, 공적 부조나 사회서비스까지 포함한 전자사회보장증으로 발전시킬 수 있다(최병호, 2016, p.22).



〈국내 문헌〉

- 고든솔, 신영석, 이수빈. (2020). 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석, 세종: 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단. (2012). “의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라”를 위한 실천적 건강복지플랜. 국민건강보험공단새신위원회 활동보고서.
- 김계현. (2015). 의료전달체계 확립을 위한 의료기관 기능정립 방안. HIRA 정책동향, 9(1), 5-15.
- 김계현, 이정찬, 서경화, 김석영, 이진석. (2015). 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 서울: 의료정책연구소.
- 김교현, 하랑경, 박지숙, 손강주, 조향령, 박미숙. (2016). 의과 의원의 외래 진료 질 담보 및 비용 관리를 위한 진찰료 수가모형. 원주: 건강보험심사평가원.
- 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화방안. 서울: 보험연구원.
- 김도훈, 권진희, 유애정, 문용필(2014). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁 동향: 일본편. 원주: 국민건강보험공단.
- 김영삼. (2020). 한국의 의료 전달체계 개편 방향. 대한내과학회지, 95(3), 129-133.
- 김윤, 김태현, 백지원, 박상민, 윤재문, 조유선, ..., 김지영.(2020). 의료공급체계 개선 이행전략 개발 연구 최종보고서. 서울: 서울대학교 산학협력단.
- 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. (2006). 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 원주: 국민건강보험공단.
- 김준현. (2016). 의료전달체계 개선을 위한 전제조건. HIRA 정책동향, 10(2), 32-37.
- 김진이. (2020). 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화와 시사점. 서울: 국회예산정책처. 제26호.

- 김한상. (2018). 환자 의료이용 쏠림 현상과 과제. HIRA ISSUE 통권 제4호 2018-4.
- 박상민, 윤재문, 최슬기, 조유선(2020). 지속가능한 환자 중심 의료체계 구축방안 일차의료 분야 기자간담회 자료집. 원주: 국민건강보험공단.
https://bktimes.net/data/board_notice/1596095540-70.pdf.에서 2021. 10.10. 인출.
- 박수경. (2012). 의료기관의 기능 재정립. 의료정책포럼. 10(3), 25-31.
- 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안, 공청회 자료집.
- 보건복지부. (2015). 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획.
- 보건복지부. (2019). 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2020). 적절한 의료공급과 합리적 의료이용을 위한 건강보험 비급여관리강화 종합대책.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). OECD Health Statistics 2020.
- 신영석, 강희정, 윤강재, 황도경, 이수형, 오미애, ... 김진호. (2019). 제3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구. 원주: 건강보험심사평가원·세종: 한국보건사회연구원.
- 신영석, 고든솔, 이수빈, 옹열여, 나종익, 김한성, 김미림. (2020) 3차 상대가치 개편을 위한 기본진료료 개선 방안 마련 및 상대가치 개발 연구. 원주: 건강보험.
- 신영석, 신현웅, 유근춘, 신호성, 김진현, 김진호, ... 김성재. (2012). 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 연구. 원주: 건강보험심사평가원·세종: 한국보건사회연구원.
- 신영석, 윤장호, 황도경(2012). 보건의료체계의 New Paradigm 구축 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 신재규. (2021). 한국인의 종합병원, 서울: 생각의 힘.
- 신현웅, 최병호, 이규식, 정형선, 이상영, 여나금, ... 심보람. (2015). 미래 보건 의료발전계획 정책과제 개발 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

- 신현웅, 황도경, 김보연, 정수경, 신동교, 여지영, ... 이슬기. (2014). 건강보험 가치기반 성과보상 지불제도 (VBP) 도입방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 어나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책방향 제언. 보건복지포럼 통권 제289호, 23-37.
- 어나금, 신현웅, 정형선, 지영진, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장관리체계 실행기반 마련 연구. 원주: 건강보험심사평가원·세종: 한국보건사회연구원.
- 오영호. (2012). 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼 통권 제189호, 50-67.
- 유승흠. (1988). 전국민의료보험제도하에서 의료전달체계와 병원관리, 대한병원협회지, 158호, 34-40.
- 윤강재. (2020). 코로나 19 유행 상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제. 보건복지포럼 통권 제12호, 34-49.
- 윤강재, 오영호, 이수형, 하솔잎, 여지영, 김진호, 이기주. (2014). 한국의료전달체계의 쟁점과 발전 방향. 세종: 한국보건사회연구원.
- 윤강재, 전진아, 채수미, 황도경, 이상영, 오수진, ... 최대승. (2020). 코로나 19 이후 보건방역 분야 정책과제 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 윤강재, 하솔잎, 여지영, 김진호, 신영석, 이수형. (2014). 의료전달체계 개선 논의의 경향과 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이규식. (2018). 보건의료정책-의료보장 패러다임, 서울: 계축문화사.
- 이옥희, 박근희, 김주혜, 여형기, 백지아, 김민지, ..., 서남규. (2020). 2019년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 원주: 국민건강보험 건강보험연구원.
- 이지은, 홍윤철. (2021). Post COVID-19, 미래 의료와 지역사회 의료역량 강화. 병원약사회지, 38(1), 1-5.
- 일본 의사회 종합정책연구기구(2013). 단골의사 기능 강화를 위한 조사연구
- 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. 서울: 보험연구원 KIRI 리포트.

- 정성희, 문혜정. (2021). 우리나라 건강보험제도 특징과 시사점. 서울: 보험연구원 KIRI 리포트.
- 정지연. (2020). 소비자 입장에서 본 일차의료와 원격의료. 한정에 의원실 국회 토론회 자료집. 24-36.
- 정형선. (2020). 건강보험보장률에 대한 평가 및 정책 대안. 원주: 건강보험심사평가원. HIRA 정책동향, 14(6), 23-29.
- 조정진. (2016). 일차의료 활성화 개편방향. 대한의사협회지. 59(7), 482-485.
- 조희숙. (2012). 일차의료의 발전방안. 대한의사협회지. 55(2), 959-968.
- 채수미, 윤강재, 서제희, 탁상후, 최지희, 이나경. (2019). 미래질병과 건강 아젠다 발굴 및 대응 방안 연구. 오송: 질병관리본부·세종: 한국보건사회연구원.
- 최병호. (2016). 외국의 의료전달체계로부터의 시사점. HIRA 정책동향, 10(2), 13-23.
- 최병호. (2020). 건강보험 보장률의 함의와 보장성 강화정책의 의의. 보건복지포럼 통권 제289호, 7-22.
- 최성미, 이옥희, 최대성, 이민재, 박근희, 김주혜, ..., 서남규. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험 건강보험연구원.
- 최윤정. (2021). 외국의 디지털 보건의료 기술 현황 및 방향-코로나 이후를 준비하며. HIRA 정책동향, 15(1), 29-39.
- 최재욱, 김계현. (2016). 의료전달체계 확립을 위한 개선 과제. HIRA 정책동향, 10(2), 7-12.
- 한국보건산업진흥원. (2016). 일본의 「보건의료2035」 정책비전 - 일본 후생노동성 「보건의료 2035」 정책간담회 제언서 -, 보건의료 글로벌 동향 및 이슈 조사, (원문 : 厚生労働省 (2015), 「保健医療 2035」策定懇談会, 출처 : http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150609.pdf에서 2021. 8. 5. 인출)
- 한승진. (2020). 의료이용 추이 모니터링 현황 분석. HIRA 정책동향. 14(3), 41-53.

- 홍윤철. (2020). 디지털 헬스케어를 활용한 일차의료 역량강화. 한정에 의원실
국회토론회 자료집. 38-50.
- 황도경, 신영석, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.

〈국외문헌〉

- Barten, D. J., Verberne, L., & Koppes, L. (2015). Zorg door de fysiotherapeut: jaarcijfers 2013 en trendcijfers 2009-2013.
- Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Kringos, D., & Kroneman, M. (2015). Overview and future challenges for primary care. Building primary care in a changing Europe, 119.
- Deuning CM. (2013). Reistijd (in minuten) tot dichtstbijzijnde huisartsen praktijk 2012, 2013.
- Everett, C. M., Morgan, P., & Jackson, G. L. (2016, December). Primary care physician assistant and advance practice nurses roles: patient healthcare utilization, unmet need, and satisfaction. In Healthcare (Vol. 4, No. 4, 327-333).
- Hawkins M. (2018). Survey of America's physicians: practice patterns and perspectives. Report prepared for Physician's Foundation, 2018.
- Hoff, T., & Prout, K. (2019). Comparing Retail Clinics With Other Sites of Care. Medical care, 57(9), 734-741.
- IOM(1996). Primary Care: America's Health in a New Era.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., ... & Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC family practice, 11(1), 1-8.

- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., ... & Pavli, D. R. (2015). Diversity of primary care systems analysed. *Building primary care in a changing Europe*, 38, 103.
- McKinsey & Company, (2020). *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?*
- Magnee, T., Beurs, D. D., & Verhaak, P. (2015). *Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014.*
- NCHS, Health, United States. (2016). *National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services. 2016.*
- OECD. (2010). *Health system institutional characteristics, 2010.*
- OECD. (2015). *OECD Health Data 2015.*
- OECD. (2019). *Realising the Full Potential of Primary Health Care, OECD Policy Brief, 2019.*
- OECD. (2020). *Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing.*
- OECD. (2021). *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic, 10 February 2021.*
- Oleg, B., Greg, G., Alex H., & Jennifer, R., (2020). *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?. mckinsey&co.*
- Rosenbaum, S., Tolbert, J., Sharac, J., Shin, P., Gunsalus, R., & Zur, J. (2018). *Community health centers: growing importance in a changing health care system. Kaiser Family Foundation.*
- Rohrer JE, Angstman KB, Garrison GM, Maxson JA, Furst JW. (2013). *Family medicine patients who use retail clinics have lower*

- continuity of care. *Journal of Primary Care and Community Health*, 4(2):150-3.
- Schafer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 161-168.
- Shachar C, Engel J, Elwyn G.. (2020). Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues. *JAMA*. 323 (23), 2375-2376.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, USA.

<웹페이지>

- 관계부처합동. (2020). 한국판 뉴딜 종합계획, 기획재정부 보도자료. https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?bbsId=MOSFBBS_000000000028&menuNo=4010100&searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028&pageIndex=1&searchNttId1=MOSF_000000000040637&searchNttId=MOSF_000000000040637에서 2021. 6. 6. 인출.
- 국민건강보험공단 건강보험연구원. (2020). 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%, 국민건강보험공단 건강보험연구원 보도자료. https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080205에서 2021. 10. 11. 인출.
- 김수연. (2019.10.21.), 지난해 의약품 6개월 이상 장기처방 237만건..상급종합병원 70.6%, 디지털타임스 http://www.dt.co.kr/contents.html?article_no=2019102102109931102001&ref=naver에서 2021. 11. 1. 인출.
- 김승현. (2021. 3. 18.). 4차 산업혁명 기술로 '포스트 코로나' 준비하는 기업들. 조선비즈. https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2021/03/15/2021031501880.html에서 2021. 6. 6. 인출.

- 김은영. (2020. 9. 9.). 백내장 검사 급여 전환 이후 다초점렌즈 가격 인상. 청년 의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2002669>에서 2021. 11. 13. 인출.
- 김은영. (2021. 1. 25.) 코로나19로 떠오른 비대면의료, 지속 가능하려면?. 청년 의사. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2007043>에서 2021. 6. 6. 인출.
- 더불어민주당. (2020). 코로나19 이후 비대면진료 68만8천건, 진료비청구 990억, 더불어민주당 보도자료, https://www.theminjoo.kr/board/view/inspection/337221?st=wrote_post&keyword=%EA%B0%95%EB%B3%91%EC%9B%90&page=3에서 2021. 6. 6. 인출.
- 문성호. (2020. 12. 30.). 롤러코스터 탄 의원급 비급여 시장... 안과·신경외과 주도. 메디칼타임즈. <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1137970&REFERER=NP>에서 2021. 11. 8. 인출.
- 박선재, 김나현. (2021. 1. 5.). [신년기획] 비대면 의료 쾌속 질주, 우리는 어디쯤?. Medical Observer. <https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=300042>에서 2021. 6. 11. 인출.
- 보건복지부. (2017). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다! 보건복지부 보험급여과 보도자료. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156219356>에서 2021. 8. 21. 인출.
- 보건복지부. (2021a). 국민 3,700만 명, 9조 2,000억 원 의료비 혜택받았다, 보건복지부 보험급여과 보도자료. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&SEARCHKEY=&SEARCHVALUE=&page=10&CONT_SEQ=366832에서 2021. 11. 8. 인출.
- 보건복지부. (2021b). “비급여관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현” 「건강보험 비급여관리강화 종합대책」 수립, 보건복지부 의료보장관리과 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&

- MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=362797에서 2021. 11. 8. 인출.
- 신대현. (2020. 5. 7.). 디지털 헬스케어, 규제완화 위한 개선방안 모색해야. 메디포뉴스. <https://medifonews.com/news/article.html?no=152987>에서 2021. 6. 6. 인출.
- 안치영. (2020. 10. 20.). 대형병원 경증환자 쏠림, 보장성 강화로 완화?. 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2136450>에서 2021. 11. 8. 인출.
- 윤석준. (2019. 12. 23.). [기고] 건강보험 보장률 논쟁, 그 프레임을 바꿔야 한다. 경향신문. <https://m.khan.co.kr/opinion/contribution/article/201912232057015>에서 2021. 10. 11. 인출.
- 정다연. (2019. 7. 20.). 대형병원 환자 쏠림, 문재인케어 탓 아냐... 지난 10년간 상급종합병원 진료비 점유율 외래 5%, 입원 20% 유지. 메디게이트. <https://m.medigatenews.com/news/759386549>에서 2021. 11. 27. 인출.
- 조비룡. (2020). 코로나19 이후 일차의료기관의 역할과 발전방향. 한국보건의료연구원 보건의료이슈. <https://blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=necahta&logNo=221932373624&parentCategoryNo=&categoryNo=10&viewDate=&isShowPopularPosts=false&from=postView>에서 2021.6. 6. 인출.
- AP-HP. (2020). Covidom: A home-based telemonitoring solution for Covid-19 patients and suspected carriers, co-constructed by AP-HP and Nouveal e-santé. <https://www.nouveal.com/en/pressreleases/covidom-a-home-based-telemonitoring-solution-for> 에서 2021. 8. 5. 인출

〈자료원〉

- 건강보험심사평가원. (2011). 2009년 진료비 통계지표.
건강보험심사평가원. (2020). 2019년 진료비 심사실적.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2010). 2009 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2011). 2010 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2012). 2011 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2013). 2012 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2014). 2013 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2015). 2014 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2016). 2015 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017). 2016 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2018). 2017 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018 건강보험통계연보.
건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2020). 2019 건강보험통계연보.
손해보험 5개사. (2020). 실손의료보험 청구통계.
OECD Health Statistics, <https://stats.oecd.org>

〈법령〉

- 보건복지부 고시 제2011-69호. “의료기관 종류별 표준업무규정”, 보건의료정책
과(2011. 6. 24.).
보건복지부 고시 제2021-100호. “「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 고
시 일부개정”, 의료보장관리과(2021.03.29.).
보건복지부 고시 제2021-170호, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”, 보험
급여과(2021. 7. 1.), 제6조.



[부록 1] 대국민 인식조사 조사표

의원급 의료기관의 바람직한 역할 모색을 위한 대국민 인식조사

안녕하십니까? 한국보건사회연구원입니다.

우리 연구원은 국무총리실 소속 보건복지정책 전문연구기관으로서, 현재 **의원급 의료기관을 중심으로 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안**을 모색하는 연구를 수행하고 있습니다.

이 연구의 일환으로 일반 국민을 대상으로 인식조사를 수행하여, **보장성 확대 정책 기조 속에서 앞으로 의원급 의료기관의 바람직한 역할과 보장성 확대 방향**을 도출하는 데 기초자료로 활용하고자 합니다.

조사는 전국 만 19세 이상 성인을 대상으로 하며, 약 20분 내외로 소요될 예정입니다. 이 조사를 통해 수집된 결과물은 공공데이터 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 개인정보 비식별화를 거친 이후 공개될 수 있으며, 개인정보는 철저히 보호될 것임을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 바쁘시더라도 조사에 적극 참여주시기를 부탁드립니다. 2021년 6월

- 연구책임자: 한국보건사회연구원 황도경 연구위원
- 담당연구원: 한국보건사회연구원 오수진 전문연구원/이수빈 연구원
- 조사기관: 한국고객만족경영학회 리서치센터

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인하였습니다.

2021년 6월 일

동의자 서명: (인)

260 건강보험 보장성 확대에 따른 지속가능성 제고 방안: 의원급을 중심으로

6-2. 진단 이후 만성질환 관리를 위해 이용하시는 의료기관은 어디입니까?

- ① 의원
- ② 병원/종합병원
- ③ 상급종합병원/대형 대학병원
- ④ 보건소/보건지소
- ⑤ 기타()

7. 귀하께서는 동네의원 이용 후 1개월 이내에 동일 질환으로 다른 동네의원을 이용한 경험이 있으십니까?

- ① 예 ☞ 문항 7-1로 이동
- ② 아니오 ☞ 문항 8로 이동

7-1. 그 이유는 무엇입니까?

- ① 치료 효과가 없어서
- ② 충분한 상담을 받을 수 없어서
- ③ 의료장비 및 시설이 낙후 되어서
- ④ 보험이 되지 않는 진료(비급여 진료)를 권해서
- ⑤ 의사 또는 간호사가 불친절해서
- ⑥ 진단 결과를 신뢰할 수 없어서
- ⑦ 기타()

8. 귀하께서는 동네의원 이용 후 1개월 이내에 동일 질환으로 대형 대학병원/상급종합병원을 이용한 경험이 있으십니까?

- ① 예 ☞ 문항 8-1로 이동
- ② 아니오 ☞ 문항 9로 이동

8-1. 그 이유는 무엇입니까?

- ① 보다 전문적인 검사·치료를 위해 동네 의원에서 대형 대학병원 진료 권유·의뢰
- ② 처음부터 대형 대학병원(상급종합병원) 이용을 위해 동네의원에서 진료 의뢰서만 발급
- ③ 보다 신뢰할 수 있는 검사나 치료를 받기 위해서 본인이 선택
- ④ 실손보험 등 민간의료보험 가입으로 진료비 부담이 크지 않아서
- ⑤ 기타()

PART 4. 의료비 부담(보장성)

11. 귀하께서 동네의원 진료 시 지불하는 의료비 부담 수준에 대해 어떻게 생각하십니까? 의료비는 비급여를 포함하여 본인이 부담하는 총비용입니다.
- ① 매우 부담 된다
 - ② 다소 부담 된다
 - ③ 거의 부담되지 않는다
 - ④ 전혀 부담되지 않는다
12. 귀하께서는 본인부담 의료비 중 일부를 환급받을 수 있는 실손보험을 갖고 계십니까?
- ① 그렇다
 - ② 아니다
- 12-1. 실손보험을 통한 본인부담 의료비 환급을 감안할 때, 지불하는 의료비 부담 수준에 대해 어떻게 생각하십니까?
- ① 매우 부담 된다
 - ② 다소 부담 된다
 - ③ 거의 부담되지 않는다
 - ④ 전혀 부담되지 않는다

PART 5. 만족도

13. 우리나라의 전반적인 의료 서비스에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 불만족스럽다
- ② 불만족스럽다
- ③ 보통이다
- ④ 만족스럽다
- ⑤ 매우 만족스럽다

14. 귀하께서는 동네의원의 전반적인 의료 서비스에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 불만족스럽다 ☞ 문항 14-1로 이동
- ② 불만족스럽다 ☞ 문항 14-1로 이동
- ③ 보통이다 ☞ 문항 15로 이동
- ④ 만족스럽다 ☞ 문항 15로 이동
- ⑤ 매우 만족스럽다 ☞ 문항 15로 이동

14-1. 귀하께서 동네의원 이용 시 불만족하시는 이유는 무엇입니까?

- ① 질병 진단을 신뢰할 수 없어서
- ② 치료효과가 좋지 않아서
- ③ 최신 의료장비 등이 없어서
- ④ 전반적인 건강상태를 확인하기 어려워서
- ⑤ 의사가 충분한 상담을 해주지 않아서
- ⑥ 기타(_____)

15. 귀하께서는 아래 제시된 각 의료기관에 대해서 어떻게 평가하십니까?

10점 만점으로 응답해 주시기 바랍니다.

☞ (10점-매우 만족, 0점-매우 불만족)

| | 필요 시 언제든지 찾아갈 수 있는 거리(접근성) | 치료효과 등 전반적인 의료서비스의 질 | 진료 시 설명, 상담의 충분성 | 본인이 지불하는 의료비에 대한 경제적 부담 |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 동네의원 | — | — | — | — |
| 병원/종합병원 | — | — | — | — |
| 상급종합병원/ 대형 대학병원 | — | — | — | — |

주) 상급종합병원이란 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 수행하는 종합병원 중 소정의 요건을 갖춘 곳으로 2021년 현재 전국 총 45개의 상급종합병원(서울아산병원, 세브란스병원, 충북대병원, 조선대 학교병원, 부산백병원 등)이 지정되었음.

PART6. 보건의료정책의 방향

16. 귀하께서는 제한된 건강보험 재정상황을 고려할 때, 보장성이 확대된다면, 우선적으로 어떤 부분부터 확대되어야 한다고 생각하십니까?

- ① 중증질환으로 진료비가 많이 드는 병원급 이상 의료기관
- ② 경증이지만 자주 방문하는 의원급 의료기관
- ③ 질환의 경중이나 의료기관 유형에 상관없이 동일하게 확대

17. 귀하께서 동네의원을 이용함에 있어 다음 중 어떤 것이 가장 필요하다고 생각하십니까?

- ① 지속적 진료를 통해 나의 건강상태를 잘 아는 주치의가 있는 것
- ② 신뢰할만한 경력이 있는 의사나 전문의가 진료하는 것
- ③ 대형병원과의 협진체계가 잘 되어 있는 것
- ④ 건강상태에 대해 충분한 진료나 상담을 해주는 것
- ⑤ 첨단시설·장비를 갖추는 것
- ⑥ 동네의원을 이용할 의향 없음
- ⑦ 기타(_____)

18. 귀하께서는 기존 방문하시던 병·의원에 직접 방문하지 않고 스마트폰을 활용한 건강관리, 처방전 발급 등 비대면 의료서비스가 활성화된다면 이용하실 의향이 있으십니까?

- ① 그렇다 ⇨ 문항 18-1로 이동
- ② 아니다

18-1. 비대면 의료서비스가 도입된다면, 어떤 의료기관이 가장 적절하다고 생각하십니까?

- ① 의원
- ② 병원/종합병원
- ③ 상급종합병원/대형 대학병원
- ④ 보건소/보건지소
- ⑤ 기타(_____)

[일반사항(DQ)]

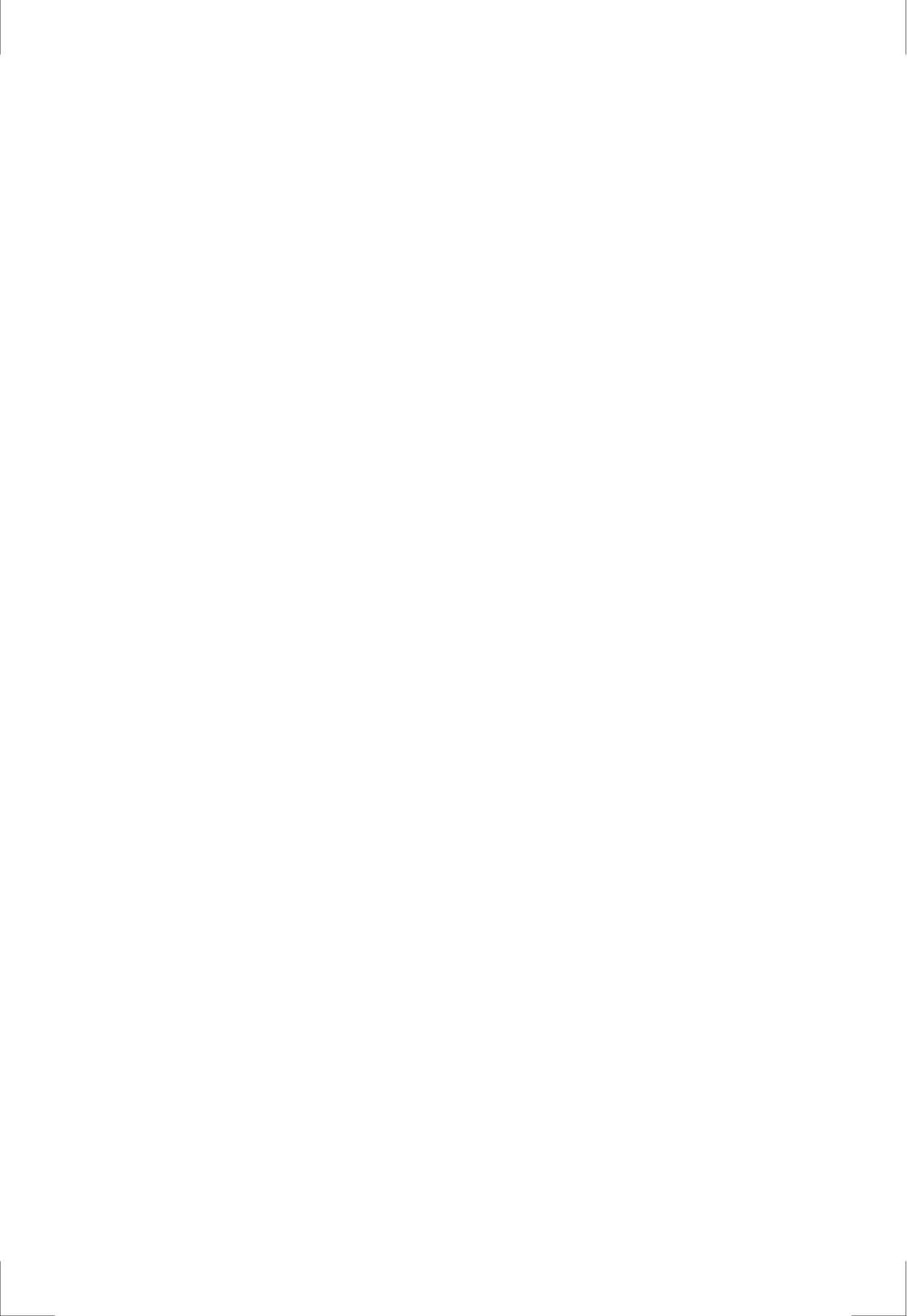
DQ1. 귀 가구의 대략적인 월평균 소득은 다음 중 어디에 해당되십니까?

(연봉이 아니며 월평균 기준 가구 소득을 뜻합니다)

(월평균 가구소득에는 근로소득 뿐 아니라 임대소득/사업소득 등 모두 포함)

- | | | |
|------------------|----------------|----------------|
| ① 100만원 미만 | ② 100~200만원 미만 | ③ 200~300만원 미만 |
| ④ 300~400만원 미만 | ⑤ 400~500만원 미만 | ⑥ 500~600만원 미만 |
| ⑦ 600~700만원 미만 | ⑧ 700~800만원 미만 | ⑨ 800~900만원 미만 |
| ⑩ 900~1,000만원 미만 | ⑪ 1,000만원 이상 | ⑫ 소득 전혀 없음 |

끝까지 응답해 주셔서 정말 감사드립니다. -



간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

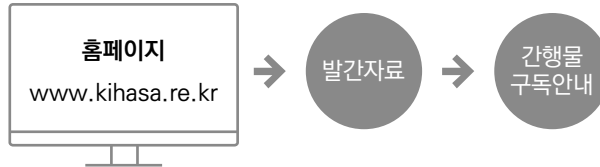
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>