

보건의료정책 현황과 과제: 지속가능성 확보를 중심으로



Current Issues and Tasks in Health Policy

신현웅 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

2020년 보건의료정책의 가장 큰 화두는 지속가능성 확보가 될 전망이다. 보건의료제도는 국민의 건강을 최일선에서 지켜 주는 든든한 제도이다. 하지만 아무리 좋은 제도라고 해도 지속가능성이 확보되지 못한다면 국민이 마음 편히 믿고 의지할 수 있는 든든한 제도가 될 수 없을 것이다. 기존의 재정관리정책은 지출 효율화를 위한 재정 절감 방안에 중점을 둔 반면, 최근의 재정관리정책 기조는 꼭 필요한 분야의 투자는 확대 하되 불필요한 재정은 절감하는 스마트 지출(Smart Spending)을 추구하고 있다. 기존의 의료 이용 행태를 고려하지 않은 양적 확대 중심의 보장성 강화 정책에서 벗어나 앞으로의 보건의료정책은 꼭 필요한 분야의 보장성은 확대하되 불필요한 분야는 개선하는 정책 방향 전환이 요구된다. 이 글에서는 이러한 스마트 지출의 관점에서 지속 가능한 보건의료제도를 만들기 위해 2020년 추진이 필요한 주요 정책 과제들을 제시해 보고자 한다. 이를 통해 국민이 마음 편히 믿고 의지할 수 있는 보건의료제도를 만들기 위한 초석이 마련되고, 이러한 과실이 미래세대까지로 이어질 수 있길 기대해 본다.

1. 들어가며

2020년 보건의료정책의 가장 큰 화두는 지속가능성 확보가 될 전망이다. 최근의 보건의료정책 방향은 문재인 케어를 필두로 지출에 근거하여 수입을 결정하는 양출제입(量出制入) 방식으로

추진되어 왔다. 하지만 현재 보건의료정책을 둘러싼 정책적·환경적 변화를 고려했을 때, 2020년을 기점으로 수입에 근거하여 지출을 결정하는 양입제출(量入制出) 방식에서의 정책 방향 전환이 요구된다.

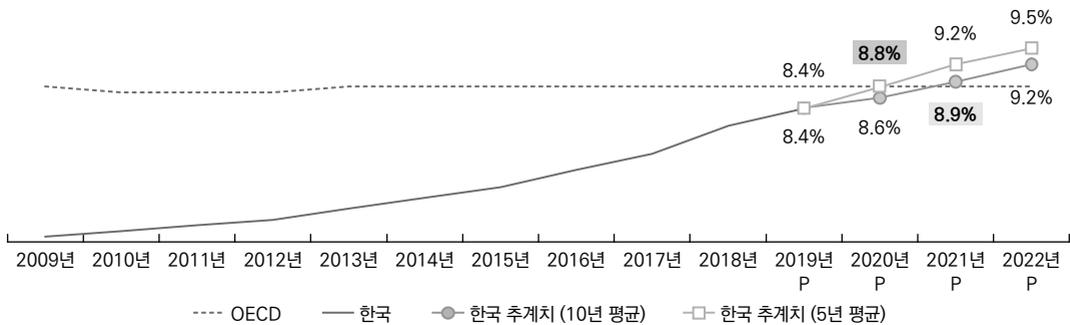
우리나라의 국내총생산(GDP) 대비 경상의료

비 비율은 지난 10년 동안 2.0%포인트 증가하여 의료비가 경제성장률을 상회하여 빠르게 증가하고 있다. 특히 우리나라의 GDP 대비 경상의료비 비율은 2009년에는 경제협력개발기구(OECD) 평균 대비 69.3% 수준에 불과하였지만, 2018년에는 92.0%까지 격차가 감소하였다(2018년 GDP 대비 경상의료비 비율: 우리나라 8.1% 대 OECD 평균 8.8%). 만약 현재와 같은 의료비 증

가 추이가 지속될 경우 2~3년 안에 우리나라의 GDP 대비 경상의료비 수준은 OECD 평균을 넘어설 전망이다.

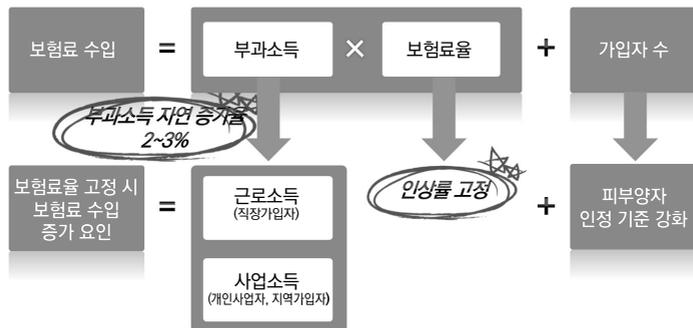
한편 현재 건강보험 보험료율은 1000분의 80의 범위에서 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 대통령령으로 결정하도록 명시하고 있는데, 현재의 고령화 및 보장성 강화 속도를 고려하면 2025~2026년 즈음에 건강보험 보험료율이

그림 1. GDP 대비 경상의료비 비율



자료: OECD, (2019). OECD Health Data를 활용하여 예측치를 추가함.

그림 2. 보건의료 수입 증가의 한계



자료: 저자가 작성함.

법적 상한선인 8% 수준에 도달할 것으로 예측된다. 건강보험 보험료율이 법적 상한선인 8%에 도달하여 보험료율 인상률이 고정될 경우 보건의료 분야의 주요 재원인 건강보험 수입은 부과소득 자연 증가율인 2~3% 수준에 머무르는 등 보건의료 수입 증가는 한계에 직면하게 될 것이다. 따라서 지출 관리를 통해 보건의료 재정의 균형 및 장기적 지속가능성을 확보하기 위한 노력이 필요하다.

보건의료제도는 국민의 건강을 최일선에서 지켜 주는 든든한 제도이다. 특히 우리나라 보건의료제도는 OECD 국가 중에서도 성과가 높은 것으로 인정받고 있다. 하지만 아무리 좋은 제도라고 해도 지속가능성이 확보되지 못한다면 국민이 마음 편히 믿고 의지할 수 없을 것이다. 이 글에서는 국민이 마음 편히 믿고 의지할 수 있는 지속가능한 보건의료제도를 만들기 위해 필요한 앞으

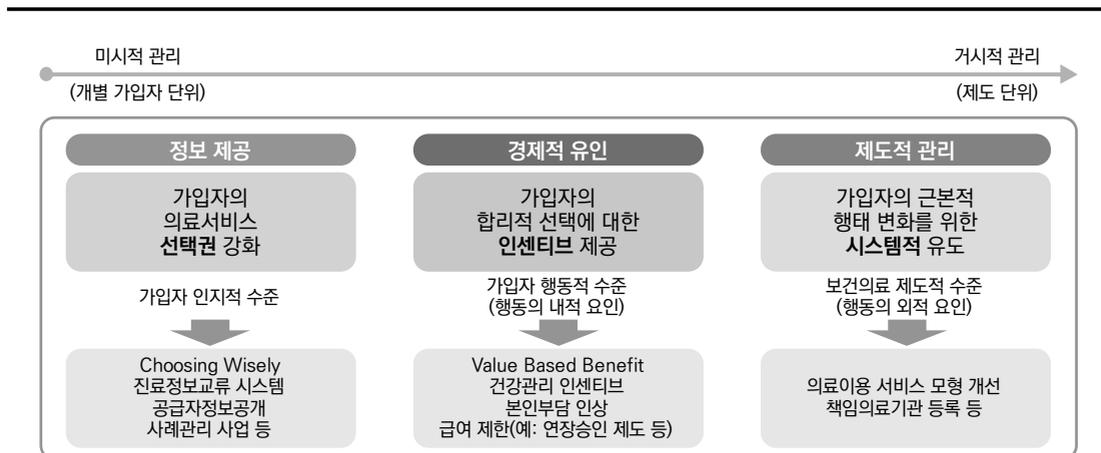
로의 보건의료정책 방향을 탐색해 보고, 특히 2020년 추진이 시급한 주요 정책 과제들을 제시해 보고자 한다.

2. 지속가능성 확보를 위한 보건의료 개선 과제

가. 국민이 합리적으로 의료 이용을 할 수 있는 제도적 환경 조성

우리나라는 의료자원 부족 문제를 걱정했던 시기를 지나 현재 국민 누구나 언제든 편하고 쉽게 의료 접근이 가능한 환경에서 살고 있다. 이와 같은 의료 접근성 개선은 건강 수준 향상이라는 긍정적인 결과에 기여한 반면, 방임에 가까운 자율적 의료 이용을 허용하고 있어 의료 이용의 남용, 이에 따른 자원 낭비를 초래한다는 문제점도 지적되고 있다. 향후 인구 고령화, 적극적 보장성 강화 정책, 소득 증가에 따른 건강에 대한 관심

그림 3. 합리적 의료 이용을 위한 단계적 접근 방식



자료: 신현웅, 여나금, 전진아, 최슬기, 이재은, 김혜윤, 김희년. (2019). 합리적 의료이용 유도방안. 보고서의 내용을 참고하여 작성함.

증가로 의료 수요 및 의료 이용량은 더욱 증가할 것으로 예측된다.

이 글에서는 국민이 합리적으로 의료 이용을 할 수 있는 제도적 환경을 조성하기 위해 1)정보 제공 단계, 2)경제적 유인 단계, 3)제도적 관리 단계로 구분하여 정책 과제를 제시해 보고자 한다.

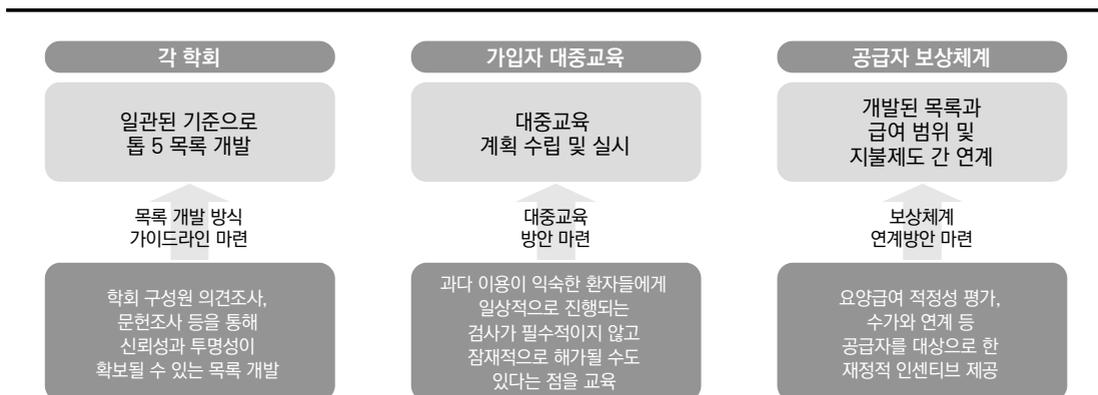
1) 정보 제공 단계: 가입자의 역량 강화 및 능동적 참여를 통한 합리적 선택권 보장

가입자의 합리적 선택권을 보장하기 위해서는 무엇보다 가입자의 건강정보 이해력(Health literacy)을 강화시키고 가입자에게 충분하고 체계적인 공급자, 의료기관 정보를 제공하는 지원 체계를 마련하는 것이 필요하다. 건강정보 이해력에 기반한 가입자의 선택을 촉진하는 것은 가입자 스스로가 자신의 건강관리 및 의료 이용 욕구를 가장 잘 충족시켜 줄 수 있는 공급자를 선택할 수 있는 기회를 제공한다는 측면에서 의의가 있다. 이는

가입자가 이용하는 보건의료서비스에 대한 가입자의 권리를 강화시키는 한편 공급자의 책임감을 증대시킴으로써 궁극적으로 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있는 지렛대로 작동 될 수 있다. 이를 위해서는 기본적으로 의료서비스 질에 대한 공식적 정보들이 가입자에게 풍부하게 제공되는 기전이 구축되어야 한다. 예를 들어 요양급여 적정성 평가 결과 의료기관 평가인증, 의료분쟁 통계 정보, 의료행위에 대한 과학적 근거, 의료기관 정보 및 의료 인력 정보 등 소비자 입장에서 합리적 선택에 필요한 정보를 가독성 있도록 재편하여 제공하는 것이 필요하다.

가입자의 건강정보 이해력이 증진된다는 것은 치료 의사결정 과정에서 기존의 가입자·의사 간 종속적인 관계에서 벗어나 가입자·의사 간 파트너십 관계를 형성할 수 있는 것을 의미하기도 한다. 예를 들어 ‘The Choosing Wisely®’ 캠페인은 가입자가 그들의 치료에 관한 올바른 의사

그림 4. 한국형 The Choosing Wisely® 캠페인 추진 방안(안)



자료: 신현웅, 여나금, 전진아, 최슬기, 이재은, 김혜윤, 김희년. (2019). 합리적 의료이용 유도방안. 보고서의 내용을 참고하여 작성함.

결정을 내릴 수 있게 가입자를 지원함으로써 가입자에게 권한을 부여하는 유용한 도구이다. 향후 우리나라에서도 The Choosing Wisely® 캠페인의 사례를 참고하여 가입자 진료 과정에서 가입자와 의사 간 파트너십 관계를 형성할 수 있도록 지원하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다.

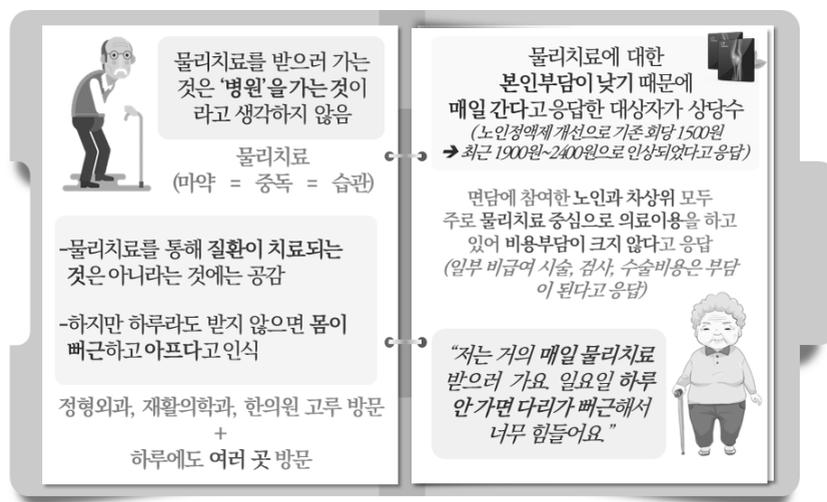
2) 경제적 유인 단계: 건강 성과와 무관한 부정적 과다 이용에 대한 개인의 책무성 강화

우리나라 의료 이용량은 OECD 국가 중 최고 수준이다. 하지만 일차의료 등 일부 의료의 질 지표는 OECD 평균보다 낮은 수준으로, 높은 의료 이용량이 의료의 질로 직접적으로 연결되지 못하고 있는 구조이다. 이와 같이 건강 성과와 무관한 부정적 과다 이용에 대해서는 개인의 책무성을

강화시키는 것에 대한 필요성이 제기되고 있다. 과다한 의료 쇼핑, 잦은 외래 방문 및 투약의 원인은 복합적이므로 단순한 건강 상담이나 의료 지식 제공만으로는 그 규모를 줄일 수 없다. 따라서 과다 이용 양상을 유형별로 구분하고 의료적 요구와 정서적 지원, 복지 차원의 지원을 동시에 제공해야 한다. 이를 위해서는 먼저 과다 이용의 유형과 규모, 양상을 파악하여 부정적 의료 이용의 원인을 규명하고 부정적 의료 이용 개선을 위한 지원 방안을 마련하는 것이 필요하다.

신현웅 외(2019) 연구에서 외래 방문 과다 이용자의 유형을 분석해 본 결과 외래 과다 이용자의 상당수가 물리치료 이용자인 것으로 나타났다. 2018년 기준 외래 방문 일수 70일 이상인 과다 이용자의 주요 상병을 분석해 본 결과 상위

그림 5. 물리치료 과다 이용자 질적 분석 사례



자료: 신현웅, 여나금, 전진아, 최슬기, 이재은, 김혜윤, 김희년. (2019). 합리적 의료이용 유도방안: 보고서의 내용을 참고하여 작성함.

10개 상병 중 근골격계 질환이 6개로 과반수 이상을 차지하고 있었으며, 2016년 기준 한국의료패널 분석 결과 외래 이용 상위 20명 중 물리치료로 인한 과다 이용자는 13명으로 65.0%를 차지하고 있었다. 물리치료 과다 이용자를 대상으로 질적 분석을 수행해 본 결과, 물리치료에 대해 병원에서 치료를 받는 것으로 인식하기보다는 통증 완화를 위해 습관적으로 마사지를 받는 행위 정도로 인식하는 경향이 높았다. 이로 인해 일요일을 제외하고 매일 물리치료를 받거나 하루에도 여러 의료기관을 방문하는 등 필요 대비 과다하게 물리치료를 받는 행태를 보였다.

이와 같이 물리치료 과다 이용자 등 필요 대비 과다하게 의료기관을 방문하는 과다 이용자를 관리하기 위해 급여 기준 조정 등 보완 대책을 마련하는 것이 필요하다. 예를 들어 의료 이용이 지나치게 높은 가입자를 대상으로 정보 제공 및 안내 → 사례 관리 → 본인부담 인상 또는 책임의료기관 등록(가칭) 등 단계적으로 체계적 관리 방법을 마련하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

3) 제도적 관리 단계: 합리적 의료 이용을 위한 의료 이용 체계 개선

우리나라의 높은 의료 이용량, 부적정 과다 의료 이용 행태는 단순히 개별 국민의 책임으로만 전가할 수 없다. 비합리적 의료 이용을 양산하는 정책 환경을 개선하는 정책이 동시에 추진되는 것이 필요하다. 하지만 전 국민을 대상으로 일시에 합리적 의료 이용 체계를 구축하는 것은 현실

적으로 많은 시간과 준비가 필요함에 따라 우선적으로 의료 수요가 높은 아동·청소년, 노인을 대상으로 합리적 의료 이용 체계를 마련하는 접근이 필요할 것이다.

먼저 아동·청소년을 대상으로 한 소아·청소년 일차의료 시범사업(가칭)을 추진하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 소아·청소년 시기는 건강관리 정보 욕구가 가장 강한 시기이며, 의료 수요 및 의료 이용량이 높은 시기 중의 하나이다. 따라서 현재 국가적 차원에서 소아·청소년을 위한 다양한 건강관리 사업이 추진되고 있다. 하지만 소아·청소년을 대상으로 한 영유아 검진 및 학생 검진, 예방접종, 건강관리 및 의료 이용 등이 산발적으로 운영되면서 소아·청소년들이 연속적이고 포괄적인 서비스를 제공받는 데 한계가 있는 상황이다. 현재 추진 중인 만성질환 일차의료 시범사업을 참고하여 등록된 의료기관에서 영유아 시절부터 청소년 시기까지 포괄적이고 체계적으로 건강관리를 추진하는 방안을 적극적으로 검토해 볼 수 있을 것이다. 더욱이 소아·청소년 시기에 형성된 건강관리 및 의료 이용 행태는 성인이 되어서도 이어지기 마련이다. 따라서 소아·청소년 시기부터 건강관리 및 의료 이용을 위한 체계적인 관리가 선행된다면 청장년기, 노년기가 되어서도 합리적 의료 이용을 위한 습관이 형성될 수 있는 기반이 마련되는 것이다. 이는 미래를 위한 선제적 투자로 작동하게 된다.

한편 노인을 대상으로 한 합리적 의료 이용 체계를 구축하기 위한 방안으로 우선 노인외래정책

제의 적용 연령, 대상 조건, 배제 기준 등의 개선을 통한 합리적 의료 이용 유도 방안을 검토해 볼 수 있다. 예를 들어 만성질환이 있는 노인의 경우 만성질환관리제에 참여하여 고혈압·당뇨병을 지속적으로 관리하는 노인에 대해서만 노인정액제를 적용하거나, 물리치료 등 통증 완화 행위 등 과다 이용이 발생하는 의료서비스를 이용한 경우 노인외래정액제 적용을 배제하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다.

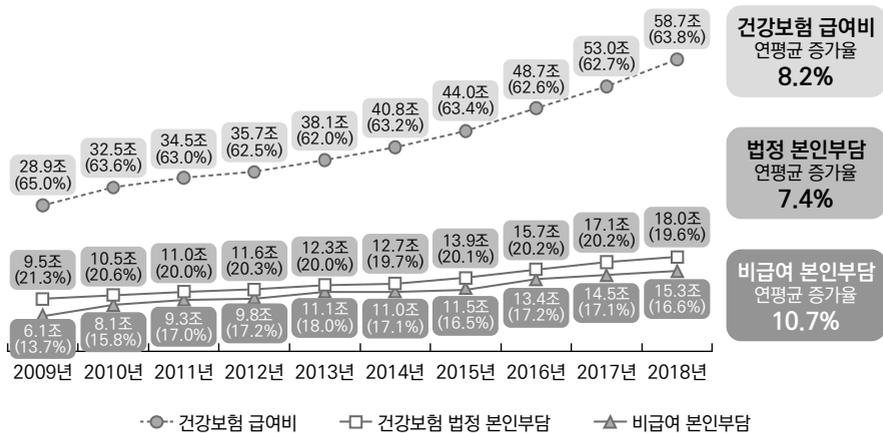
나. 비급여 관리 강화를 통한 보장률 향상 및 의료비 지출 효율성 달성

지난 10년간 건강보험 급여비는 8.2%, 건강보험 법정 본인부담은 7.4% 증가한 반면, 비급여 본인부담은 연평균 10.7% 증가하여 전체 의료비 증가를 비급여 증가가 견인하고 있다. 비급여는

보건의료제도가 최종적으로 추구하는 가치인 보장성, 의료의 질, 재정 효율성을 모두 악화시키는 연결 고리로 작동하고 있다. 보장성 측면에서는 환자의 의료비 부담을 증가시켜 지속적인 보장성 강화 정책에도 불구하고 환자가 체감하는 보장률을 정체시키고 있다. 또한 비급여는 제도권 밖에서 관리됨에 따라 급여와 달리 심사, 평가가 이루어지지 않아 의료의 질 관리 기전이 취약한 상황이다. 재정 효율성 측면에서는 높은 비급여 의료비 부담으로 민간 보험에 의존하는 국민들이 증가하면서 필요 대비 과다 의료 이용을 유발할 개연성이 있다(신현웅 외, 2017).

이와 같은 많은 문제점에도 불구하고 지금까지 비급여 문제는 공급자의 이익과 직접적으로 연결되어 있는 만큼 개선 정책을 추진하는 데 어려움이 있었다. 하지만 최근 비급여로 파생되는 문

그림 6. 건강보험 비급여 현황



자료: 1) 국민건강보험공단. (각 연도). 국민건강보험통계연보.
2) 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사.

제의 파급성 및 증대성을 고려했을 때 비급여 문제를 더 이상 간과해서는 안 된다. 보다 적극적으로 개선할 필요가 있다는 공감대가 형성되고 있다.

이 글에서는 그간 논의되었던 비급여 관리 방안 및 정부가 발표한 비급여 관리 대책(제1차 국민건강보험종합계획) 등을 토대로 비급여 관리 방안을 1)인프라 구축 단계, 2)관리 기반 단계, 3)제도 단계로 구분하여 정책 과제를 제시해 보고자 한다.

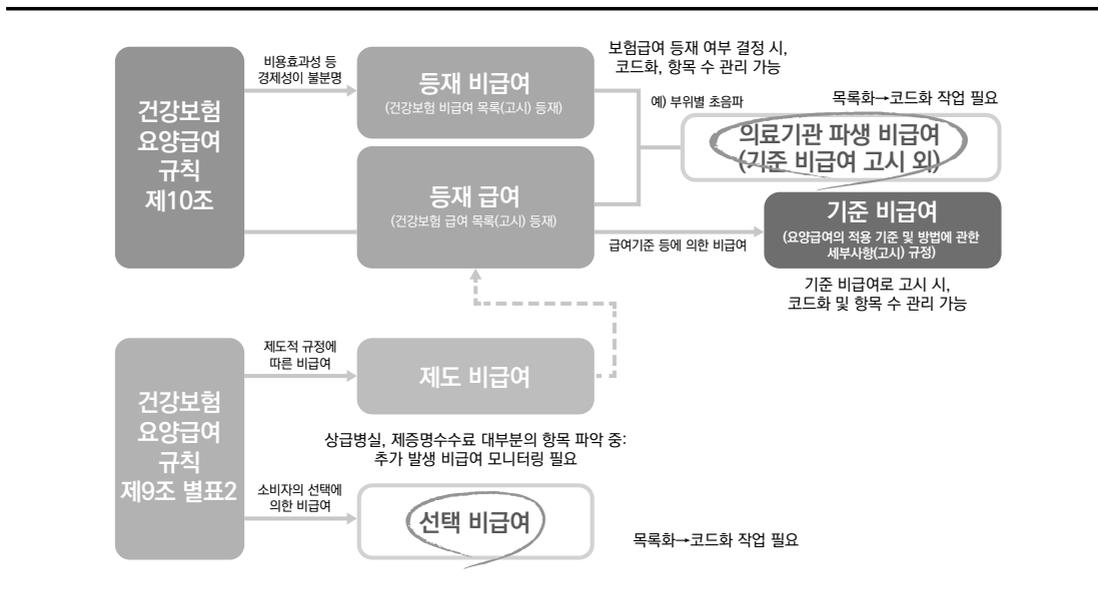
1) 인프라 구축 단계: 비급여 목록화 및 코드 표준화를 통한 비급여 관리 기반 마련

비급여 관리를 위해서는 먼저 비급여 코드 표준화, 비급여 정보 공개 확대, 그리고 비급여 관

련 법령체계 정비 등 비급여 관리를 위한 인프라를 구축하는 것이 필요하다. 현재 전체 비급여 항목 파악 및 이에 대한 목록화가 이루어지지 않으면서 코드가 없는 비급여가 존재하는 상황이다. 코드가 부여된 비급여의 경우에도 전체 공사 의료보장제도와 의료기관 단위에서 표준 코드를 사용하지 않음에 따라 관리의 어려움을 겪고 있다. 따라서 코드가 없는 비급여의 경우 파악 시 코드를 즉시 부여하고, 해당 비급여 목록과 표준 코드를 상시적으로 고시하여 전체 의료보장제도와 개별 의료기관이 동일한 비급여에 대해 동일한 코드를 사용할 수 있는 체계를 마련하는 것이 필요하다.

먼저 산재보험, 자동차보험, 보훈, 실손보험 등

그림 7. 비급여 코드 표준화 및 항목 수 관리의 시각지대 발생 기전



자료: 저자가 작성함.

타 의료보장제도에서는 건강보험 비급여 항목에 대해 상이한 코드를 사용하고 있는데, 건강보험에서 표준화한 비급여 항목에 대해서는 건강보험 코드 기준을 따르도록 기준을 개정하는 것이 필요하다. 또한 각 의료보장제도에서 새로운 비급여 발생 인지 시 건강보험심사평가원에 비급여 표준 코드 부여를 신청하고, 건강보험심사평가원에서 해당 비급여 항목에 대해 표준 코드 부여 후 전체 의료보장제도에 공유 및 적용하도록 하는 거버넌스를 구축하는 것이 필요하다.

또한 개별 의료기관에서 비급여 표준 코드 사용을 장려하기 위해 비급여 정보 공개 항목, 실평 및 전문병원 의료질평가지원금의 비급여 자료 제출 등에 대해 우선적으로 의료기관이 표준화된 비급여 코드를 사용하는 것을 의무화하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 이와 동시에 비급여 표준 코드를 잘 사용하고 있는 의료기관에 대해 인센티브를 지급하는 방식도 적극적으로 고려해 볼 수 있을 것이다(예: 의료질평가지원금 평가 지표에 반영하는 방식 등).

2) 관리 기반 단계: 비급여에 대한 환자의 선택권 강화 및 관리의 사각지대 해소

보건의료서비스는 정보의 비대칭성이 가장 강하게 발생하는 분야 중 하나이다. 급여서비스에 대해서는 환자(소비자)를 대신하여 정부(보험자)가 서비스 구매자로서 환자의 권익을 보호하는 기전이 어느 정도 작동하고 있다. 하지만 비급여 서비스의 경우 환자뿐만 아니라 정부도 관리 기전을 전혀 확보하지 못하고 있는 상황이다. 따라

서 비급여에 대한 환자의 알 권리 증진을 통해 환자의 선택권과 결정권을 강화하고, 비급여에 대한 정부의 관리 영역을 확대해 나가는 것이 필요하다.

먼저 비급여에 대한 환자의 결정권 및 선택권 보장을 통해 환자가 불필요한 비급여서비스를 이용하는 것을 방지함으로써 궁극적으로 환자의 의료비 부담을 완화하기 위한 접근이 필요하다. 비급여 정보 제공 시 비급여의 대안이 될 수 있는 급여 행위 및 약제 등에 대한 정보를 함께 제공하여 대안이 될 수 있는 급여서비스와 비급여에 대한 환자의 결정권을 보장해 주어야 한다. 이를 위해 대체 가능한 급여서비스, 비급여 진료의 필요성, 비급여 진료의 비용, 비급여 진료로 발생 가능한 부작용 및 합병증 등의 정보가 포함된 환자 사전 동의서를 만들고, 환자가 사전에 비급여서비스 이용에 동의하는 사전동의제에 대한 규정화를 추진하는 것이 필요하다.

또한 비급여서비스의 경우 환자의 의료비 부담뿐만 아니라 의료의 질 및 진료 적정성 측면에서 환자의 안전과도 직접적으로 연결되어 있는 만큼 정부가 관리의 사각지대에 놓여 있는 비급여를 관리하기 위한 기반을 확대해 나가는 것이 필요하다. 이를 위해 비급여 진료에 대한 표준화된 진료 기준 개발 및 적용, 의료 질 확보와 적정 진료 제공에 대한 평가를 위해 단계적으로 비급여 심사 청구 제도를 도입하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 정부는 2020년부터 급여 진료와 병행하는 비급여 진료항목에 대해 건강보험 청구 시

표 1. 제1차 국민건강보험계획-2020년 시행계획 수립: 비급여 관리 부문

| 분기별 세부 추진 일정(안) | | |
|-----------------|-------|---|
| 1분기 | 관리 체계 | - 급여 항목 병행 비급여 항목 자료 제출 방안 마련 및 의견 수렴(1~6월) |
| | 정보 공개 | - 병원급 비급여 진료비용 확대 공개(4월) |
| 2분기 | 관리 체계 | - 급여 항목 병행 비급여 항목 자료 제출 시범 실시 방안 마련 및 의견 수렴(1~6월) - 건강보험 비급여 표준화를 위한 법령 개정안 의견 수렴(4~6월) |
| | 정보 공개 | - 의료법 시행규칙 개정(~6월) |
| 3분기 | 관리 체계 | - 급여 항목 병행 비급여 항목 자료 제출 방안 실시 기반 마련(7~12월) - 건강보험 비급여 표준화를 위한 법령 개정 추진(7~12월) - 의원급 비급여 진료비용 공개 시범사업 시행(7~9월) |
| | 정보 공개 | - 급여 항목 병행 비급여 항목 자료 제출 방안 실시 기반 마련(7~12월) - 건강보험 비급여 표준화를 위한 법령 개정 추진(7~12월) |
| 4분기 | 관리 체계 | - 급여 항목 병행 비급여 항목 자료 제출 방안 실시 기반 마련(7~12월) - 건강보험 비급여 표준화를 위한 법령 개정 추진(7~12월) |
| | 정보 공개 | - 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 고시 개정(~12월) |

자료: 보건복지부. (2019b). 제1차 국민건강보험종합계획-2020년 시행계획 수립. 보도자료를 참고하여 작성함.

함께 자료를 제출하는 시범사업을 도입할 예정이다. 백내장 등 비급여 비율이 높은 항목에 대해 시범사업을 우선 적용하거나, 급여 병용 금지 비급여(예: 피로 해소 목적의 영양제 주사)의 경우 급여와 병행 청구 시에만 급여 행위(예: 진찰료, 검사료 등)에 대해 조건부로 급여로 인정해 주는 방식으로 시범사업을 적용하는 방안 등을 검토해 볼 수 있을 것이다.

3) 제도 단계: 실손보험과 연계한 비급여 관리 강화

정부는 비급여의 급여화를 통해 비급여 감소를 위해 노력하고 있지만, 이에 대응하여 의료기관은 새로운 비급여를 계속 만들어 냈으로써 비급여를 통한 수익을 유지 또는 확대하고 있다. 이때 의료기관이 창출하는 비급여를 환자가 경제적으로 감당하여 서비스를 구매할 수 있는 근간에는 실손보험이 존재하고 있다. 결과적으로 정부

의 적극적인 보장성 강화 정책에도 불구하고 비급여가 감소하는 속도보다 비급여 증가 속도가 더 빠른 원인 중 하나가 바로 실손보험일 것이다.

현재 건강보험뿐만 아니라 실손보험 또한 비급여 관리의 어려움으로 재정관리에 곤란을 겪고 있다. 도수치료, 영양제 주사 등 의학적 필요성이 낮은 비급여서비스에 대해서도 실손보험에서 보장해 줌으로써 환자는 경제적 부담 없이 비급여 서비스를 과도하게 이용하고 있다. 결국 비급여 서비스에 대한 소비가 증가하면서 실손보험의 손해율도 매년 증가하고 있는 상황이다.

건강보험과 실손보험 모두 재정건전성을 통해 지속가능성을 확보하기 위해서는 비급여 관리를 위한 상호 협력 체계를 구축하는 것이 무엇보다 우선시되어야 한다. 예를 들어 건강보험은 EDI 청구 시스템 및 급여 지급 시스템에 대한 노하우, 비급여 표준 코드 및 목록 등을 실손보험에 제공하고, 실손보험은 현재 종이 자료 중심의 비급여

데이터의 전산화를 통해 건강보험에 비급여 정보를 제공하는 방안을 우선적으로 추진하는 것이 필요하다.

다. 과도한 의사 인건비 상승 및 국민 의료비 부담 상승을 초래하는 의사 인력 부족 문제 해소

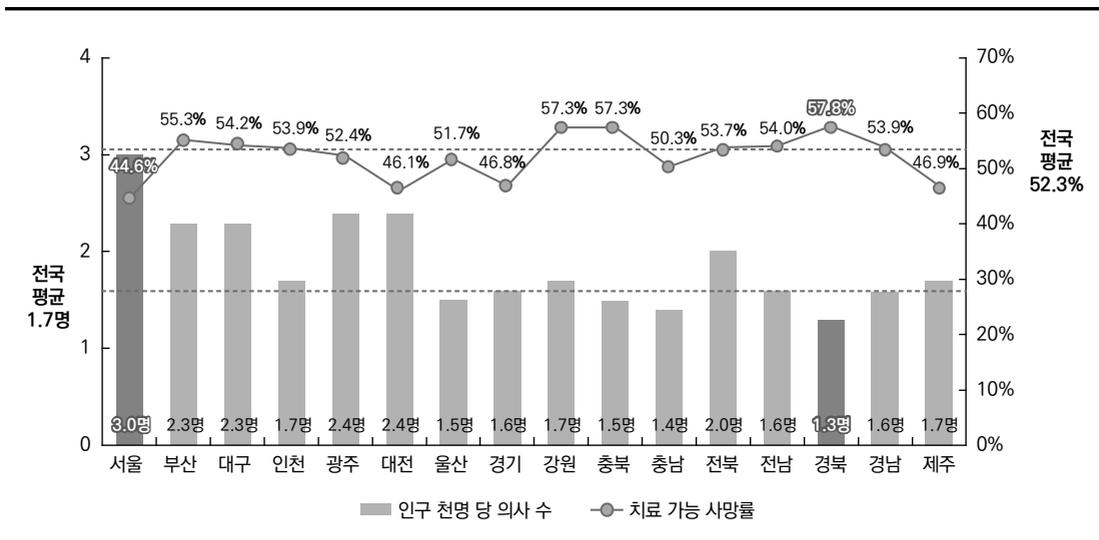
현재 우리나라의 의사 인력 총량을 바라보는 시선은 다양하다. 의사 인력 문제는 총량이 아닌 불균형 문제라는 시선도 있으며, 현재는 부족하지만 미래에는 걱정하거나 과잉이 될 것이라는 시선도 존재한다. 반면 의사 인력 부족 문제는 앞으로도 유지될 뿐만 아니라 더욱 심화될 것이라는 우려의 시선도 존재하고 있다.

의사 인력 총량 문제에 대한 객관적 근거 산

출에 한계가 있음에 따라 의사 인력의 부족, 적정, 과잉을 판단하는 것에는 제약이 있지만, 현재 의사 인력 수급 불균형으로 인한 다양한 문제가 확인되고 있는 상황이다. 예를 들어 의사들의 농어촌·중소도시 근무 기피, 환자들의 대도시 진료 선호로 인력 수급과 의료의 질이 함께 악화되고 있는데, 인구당 의사 수가 적은 지역이 치료 가능한 사망률이 높은 경향을 보이고 있다.

또한 지역별로 의사 인건비 격차가 발생하고 있는데, 특히 의사 인력이 적은 지역일수록 인건비가 높고, 의사 인력이 많은 지역일수록 인건비가 낮은 경향을 보이고 있다. 예를 들어 인구당 의사 인력이 많은 서울의 경우 월평균 임금이 1112만원인 반면, 의사 인력이 적은 전남은 1683만 원

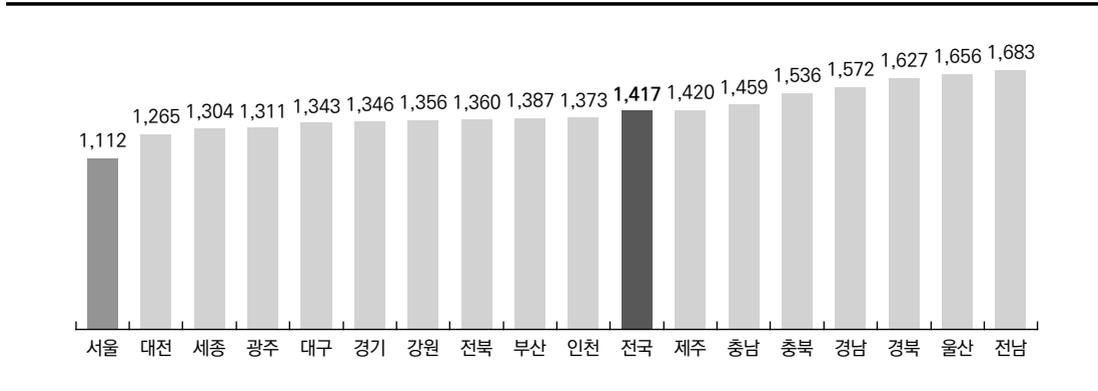
그림 8. 지역별 인구당 의사 수와 치료 가능한 사망률



자료: 보건복지부, (2019a). 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책. 보도자료를 참고하여 작성함.

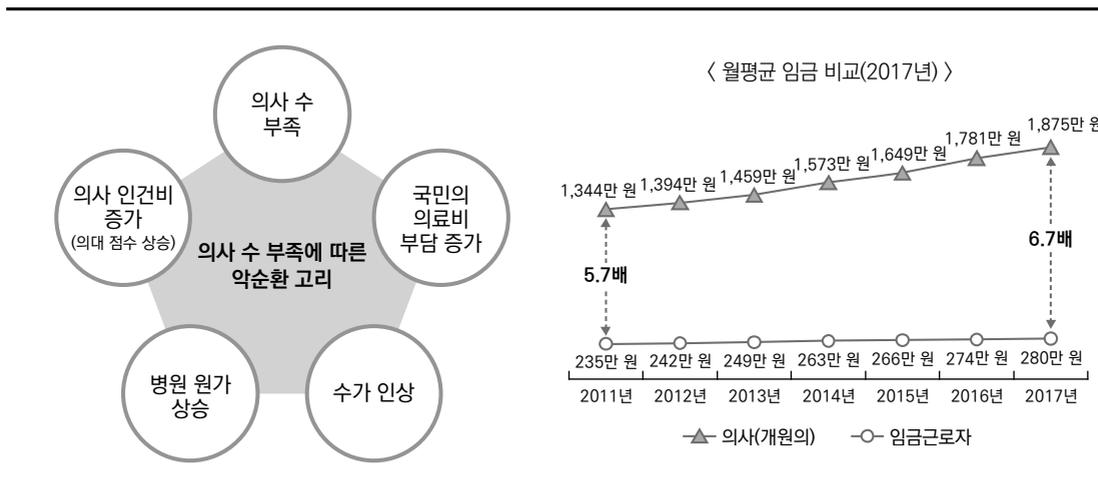
그림 9. 지역 간 솔림: 지역별 의사 월평균 임금(2017년 기준)

(단위: 만 원)



자료: 국민건강보험공단 내부 자료(2018).

그림 10. 의사 수 부족-의사 인건비 상승으로 이어지는 악순환 고리 작동



자료: 국민건강보험공단 내부 자료.

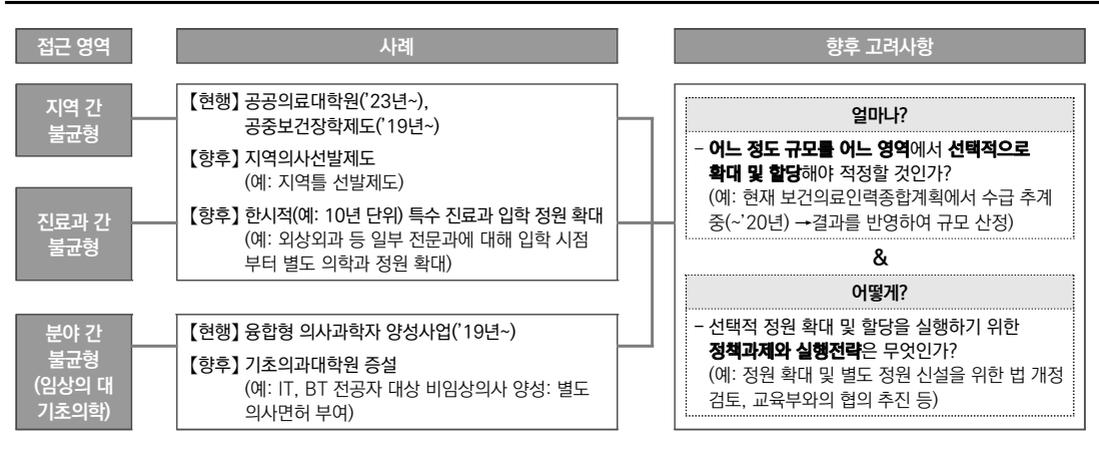
으로 약 1.5배까지 차이가 발생하고 있다.

결과적으로 의사 인력 부족은 의대 선호 현상으로 이어져 의사 인건비를 과도하게 증가시키고, 이는 또한 병원 원가 상승 및 수가 인상을 야기하는 등 궁극적으로 국민의 의료비 부담 및 보

건의료 지속가능성을 악화시키는 악순환으로 작동하고 있다(OECD 국가 근로자 임금 대비 의사 임금: 영국 3.5배, 독일 3.5배, 프랑스 2.2배, 핀란드 2.6배).

앞서 살펴본 바와 같이 의사 인력 총량에 대해

그림 11. 필요한 영역에 대한 선택적 정원 확대 및 할당을 위한 구체적 사례



자료: 저자가 작성함.

서는 이견이 있지만, 수급 불균형에 대해서는 공감대가 형성 중인 상황으로 의사 인력 확대 문제는 총량적 접근이 아닌 부족한 영역에 집중된 핀셋 대응 정책이 요구되고 있다. 또한 현시점의 의사 인력 부족 및 불균형 문제에는 공감하지만, 미래 시점의 수급 문제에 대해서는 이견이 존재하는 만큼 의사 인력 확대 문제는 미래 환경 변화를 반영한 한시적(예: 10년 단위) 정원 조정으로의 접근이 필요하다. 이러한 관점에서 볼 때, 의사 인력 수급 불균형을 해소하기 위해서는 크게 1) 의대 정원의 보편적 확대, 2)필요한 영역에 대한 선택적 정원 확대 및 할당, 3)의사 외 타 직종에 업무 위임 등의 접근 방식 중에 의사 부족으로 의료 공백이 발생하는 필수 영역에 대해서만 한시적으로 정원을 확대하는 두 번째 접근 방식이 필요하다.

구체적으로 살펴보면 지역 간 불균형 및 진료

과 간 불균형 해소를 위해 현재 추진 중인 공공의료대학원, 공중보건장학제도를 성공적으로 도입하는 것이 필요하다. 추가적으로 지역의사선발제도, 한시적으로 특성 의과대학 입학 정원 확대(예: 외상외과 등 일부 전문과에 대해 입학 시점부터 별도 의학과 입학 정원 확대) 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다. 또한 분야 간 불균형 해소(임상의 대 기초의학)를 위해 현재 추진 중인 융합형 의과학자 양성 사업 이외에 정보기술(IT), 바이오기술(BT) 전공자를 대상으로 비임상 의사를 양성하고, 별도의 의사면허를 부여하는 기초의과대학원 증설 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다.

3. 나가며

2020년에는 문재인 정부가 그동안 추진해 온 주요 보건의료정책에 대한 중간 평가가 이루어진

다. 이를 기반으로 그간의 정책 방향을 유지 또는 전환하는 중요한 터닝 포인트가 생길 것으로 전망된다. 이를 위해 보장성 강화 정책(문재인 케어) 중간 평가, 건강보험료 부과 체계 적정성 평가 등이 2020년에 추진될 예정이다.

기존의 재정관리정책은 지출 효율화를 위한 재정 절감 방안에 중점을 둔 반면, 최근의 재정관리정책 기조는 꼭 필요한 분야의 투자는 확대되 불필요한 재정은 절감하는 스마트 지출을 추구하고 있다. 즉 지출 효율화는 단순히 재정을 절감하는 목적이 아닌, 불필요한 지출 낭비가 발생하는 지점을 인식하고, 이를 효율적으로 개선하는 것을 목표로 하고 있다.

이러한 스마트 지출 관점에서 기존의 의료 이용 행태를 고려하지 않은 양적 확대 중심의 보장성 강화 정책에서 벗어나 꼭 필요한 분야의 보장성은 확대하되 불필요한 분야는 개선하는 방향으로 보건의료정책이 추진되는 것이 필요하다. 이를 통해 국민이 마음 편히 믿고 의지할 수 있는 지속 가능한 보건의료제도를 만들기 위한 초석이 마련되고, 이러한 과실이 미래세대까지로 이어질 수 있기를 기대해 본다. ㉮

보건복지부. (2019a). 믿고 이용할 수 있는 지역 의료 강화 대책. 보도자료.

보건복지부. (2019b). 제1차 국민건강보험종합계획-2020년 시행계획 수립. 보도자료.

신현웅, 노현홍, 신영석, 박실비아, 윤석근, 여나금,...안수인. (2017). 국민건강보험제도의 중장기 미래 발전전략 연구.

신현웅, 여나금, 전진아, 최슬기, 이재은, 김혜윤,...김희년. (2019). 합리적 의료이용 유도 방안.

참고문헌

OECD. (2019). OECD Health Data.

국민건강보험공단. (각 연도). 국민건강보험통계.

국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비

실태조사.

국민건강보험공단 내부 자료(2018).