

건강보험제도의 현황과 정책과제



Current State and Challenges of
National Health Insurance

강희정

한국보건사회연구원 사회보험연구실장

국민건강보험제도는 세계에서 가장 빠른 속도의 저출산·고령화와 저성장·저금리의 뉴 노멀(New-Normal) 시대에 적응하기 위한 새로운 전환기를 맞고 있다. 2016년, 건강보험제도는 보장성 강화 정책의 차질없는 이행과 국민 체감도 향상을 위한 보완 정책을 추진하는 한편, 지속가능성을 제고하기 위한 재원조달방식과 의료 전달체계 개편에 속도를 내야 한다. 아울러, 가치기반 통합의료 제공체계 구축을 위한 다양한 혁신 정책들을 적극적으로 시도하고 평가하기 위한 파일럿(pilot) 시스템을 활성화시켜야 한다.

1. 들어가며

국민건강보험제도는 세계에서 가장 빠른 속도의 저출산·고령화와 저성장·저금리의 뉴 노멀(New-Normal)¹⁾ 시대에 적응해야 하는 과제에 직면하고 있다. 하지만, 위기를 극복하고 새롭게 약진할 수

있는 역량과 기회도 가지고 있다.

박근혜 정부 출범 이후 의료보장성 강화 정책의 추진은 건강보험이 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)²⁾ 제도로써 새롭게 도약하는 기틀을 마련했다. 4대 중증질환 보장성 강화는 임상적 필요 외에 사회적 요구도를 반영하여 현행 비급

1) 시대 변화에 따라 새롭게 부상하는 표준으로, 위기 이후 5년~10년 간 세계 경제를 특징 짓는 현상. 저성장, 저소비, 높은 실업률, 고위험, 규제 강화, 미 경제 역할 축소 등이 글로벌 경제 위기 이후 세계 경제에 나타날 뉴노멀로 논의되고 있음(사사경제용어사전, 기획재정부, 2010.11).

2) 모든 국민이 재정적 장애 없이 양질의 의료서비스에 접근하도록 보장(Issues Note - 5th Meeting of the Joint Network on Fiscal Sustainability of Health Systems(2016.2.4.-5), COM/DELSA/GOV(2016)

여 항목을 ‘필수급여’, ‘선별급여’, ‘비급여’ 항목으로 재분류하는 새로운 틀을 제시했고, 3대 비급여 개선 정책들(①선택진료의사 비율 축소, ②상급종합병원의 일반병상 확보 의무 강화, ③간병부담 완화를 위한 포괄간호서비스의 건강보험 시범 적용)은 가계 의료비 부담을 높이는 근원들을 통합적으로 해결하는 기회를 제공했다. 특히, 선택진료제도 개선에 따른 의료기관 손실 보전을 위해 도입되는 「의료의 질 평가 지원금」은 비용(cost)에서 의료의 질(quality) 중심으로 공급자 지불보상방식을 변화시키는 계기로서 큰 의미가 있다.

한편, 지난해 중증호흡기증후군(MERS, 메르스) 유행 사태는 한국 의료전달체계의 문제점을 여실히 드러내면서, 적극적으로 개편을 추진할 수 있는 정책의 창(policy window)을 열어주었다.

이 글에서는 건강보험제도가 직면하고 있는 정책 환경과 이에 대비되는 현황과 문제점을 짚어보고, 중장기적 관점에서 2016년에 중점적으로 추진해야 할 정책 과제들을 제시하고자 한다.

2. 건강보험 정책 환경

가. 저출산·고령화는 제도의 양적 성장에서 질적 성장으로 패러다임 변화 요구

우리나라는 출산율 1.3미만의 초저출산이 2001년부터 2013년까지 10년 동안 세계에서 가장 장

기간 지속된 국가인 반면, 기대수명은 1970년 62.1세에서 2013년 81.9세로 가장 단기간 80세에 도달한 국가이다. 결과적으로 인구고령화와 생산가능인구의 감소가 빠르게 진행되어 2026년 초고령사회(65세이상 인구 20%)에 진입하고 2030년을 정점으로 인구가 감소하는 것으로 전망되고 있다.³⁾ 생산가능인구의 부양부담이 가장 낮은 저부양기간(2000-2020년)동안⁴⁾ 지속가능한 건강보험제도로 변화해야 한다. 저출산·고령화는 인구자질(건강성) 향상과 건강한 고령화를 위한 예방적 의료서비스와 건강관리서비스 수요에 대응하여 개인의 건강 결과 향상을 기반으로 예방, 치료, 재활, 요양까지 급여서비스의 연계 범위를 확대시키고, 복합만성질환 수요에 대응하는 전문 영역 간 통합적 의료를 요구한다. 즉, 인구집단의 건강수준 향상과 연계하여 건강보험 급여서비스 제공의 효과와 효율을 높이는 질적 성장을 요구하고 있다.

나. 건강보험 보장성에 대한 국민의 높은 기대 수준과 공적 부담 확대 요구

저(底)부담에 익숙한 국민들은 단돈 몇 천원의 건강보험료 인상에도 매우 민감하게 반응하고 보험료 인상에 대해 부정적이지만⁵⁾, 건강보험제도가 의료시스템에서 기대하는 모든 의료수요를 포괄하여 보장하도록 요구하고 있다. 국민의 기대수준 증가는 저출산·고령화와 장기적 저성장의 영향에 따른 보험료 수입 감소에 대해 공적 부담 확

3) 통계청. 장래인구추계 시도편: 2013~2040. 보도자료 2014.12.11.

4) 김미곤(2016). 2016년 보건복지정책의 환경변화와 정책방향. Issue & Focus. 제302호.

5) 신영수(2007). 의료보험 도입 30년의 성과와 한계, 그리고 새로운 과제. J Korean Med Assoc, 50(7): 568-571, p.570.

대를 요구할 것이다. 2013년 기준으로 우리나라의 국민의료비 대비 공공의료비 비율은 55.9%로 OECD 국가 평균의 72.7%보다 16.8%포인트 낮다. 이는 어떤 방식으로든 건강보험에서 공적 재원의 증가 부담으로 작용할 것이다.

다. 환자 안전법과 웰다잉법 시행 등 의료 질 향상과 의료전달체계 정비 기회

환자안전법이 2016년 7월 29일부터 시행되고, 무의미한 연명의료 중단을 허용하는 웰다잉(well-dying)법이 2018년부터 시행된다. 아울러, 지난해 메르스 사태는 우리나라 의료전달체계의 문제점들을 여실히 보여주었다. 관련 하위법령 준비와 문제 해결 노력은 인구구조 변화와 새로운 의료욕구에 대응하도록 의료서비스의 질을 향상시키고 생애 주기적 욕구변화의 연속성을 갖도록 의료전달체계를 정비하는 계기가 될 것이다. 환자안전법은 환자안전관리에 대한 의료기관과 국가의 책무를 규정함으로써 건강보험에서 의료의 질을 중심으로 운영기전을 변화시키는 정책적 개입의 기회를 확대시킬 것이다. 아울러, 웰다잉법 시행에 대비해 요양병원, 장기요양시설, 호스피스, 완화의료 간 환자 연계 체계 등을 정비하는 기회가 마련될 것이다.

라. 빅데이터 분석과 정보통신기술(ICT)의 발달에 따른 개인 맞춤형 서비스 수요 증가

전 세계적으로 개인의 건강을 결정하는 복잡한

요소들을 포함하는 빅데이터 분석과 정보통신기술(ICT)의 결합은 의학, 의료서비스 제공, 정책 수립, 시스템 운영 전반에서 혁신과 발전을 유도하고 있다. 특히, 모바일 헬스케어 시장이 확대되고 있다. 최근 애플, 구글 등 글로벌 IT기업들은 보건·의료부문에 있어 모바일 기기 및 앱의 활용가치를 높이 평가하여, 다양한 계측기기, 웨어러블 기기와 함께 모바일 앱을 개발하여 배포하고 있다. 이는 실시간으로 정보를 갱신할 수 있는 ICT와 IOT(Internet of Things, 사물 인터넷)의 발달과 개인의 건강관리 욕구가 시장에서 반영된 결과이며, 건강보험에서도 ICT와 의료가 결합된 융합 서비스에 대한 급여 요구가 확대될 것이다.

3. 건강보험 현황과 문제점

최근까지 건강보험의 주된 쟁점은 보편적 건강보장제도로서 건강보험의 역할을 강화하는 동시에, 어떻게 제도의 지속가능성을 확보할 것인가에 대한 논의로 압축된다.⁶⁾ 이 글에서는 보장성 강화정책의 효과를 제한하고 건강보험제도의 지속가능성을 위협하는 문제들과 함께 의료의 질과 환자 안전을 위해 의료에서 ICT를 활용하는 등의 혁신을 제한하는 제도적 한계도 함께 논의하고자 한다.

가. 보장성 강화 효과를 제한하는 제도적 한계

1) 비급여 관리체계 부재

지속적 보장성 강화정책에도 불구하고 비급여

6) 신현웅(2015), 여지영. 건강보험정책의 현황과 과제. 보건복지포럼. p.6-19.

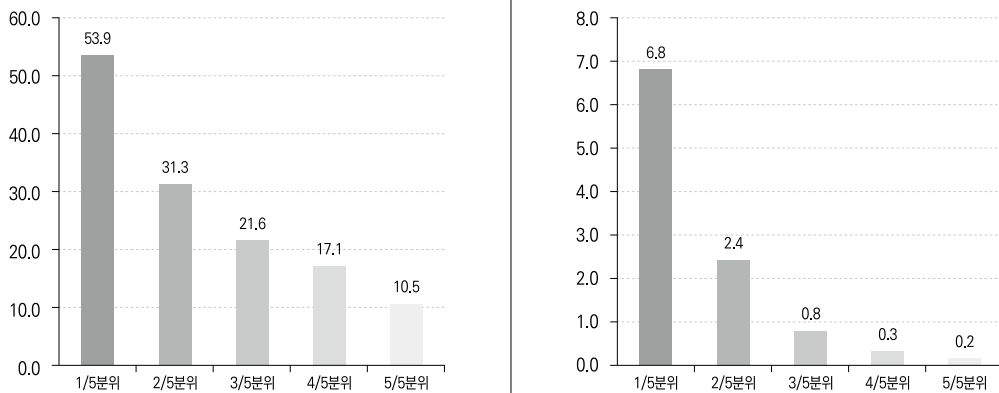
진료비의 빠른 증가는 건강보험 보장률을 정체시키고 있다. '08년 62.6%에서 '09년 65%로 증가한 이후 '10년 63.6%, '11년 63.0%, '12년 62.5%, '13년 62.0%로 계속 감소추세에 있다. 반면, 비급여 본인부담율은 '08년 15.5%에서 '09년 13.7%로 감소했다가 '10년부터 15.8%, 17.0%, 17.2%, 18.0%로 증가세를 유지하고 있다⁷⁾. 이는 무분별하게 증가하는 비급여 진료비 통제의 한계를 드러낸다. 하지만, 현행 제도 하에서는 건강보험 영역 밖에 있는 비급여 의료행위들을 적극적으로 관리하기 어렵다.

2) 의료 사각지대 존재

건강보험에서 의료가 필요하나 지불능력의 한계 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 사각지대가 여전히 존재한다. 2013년 국민건강통계에 의하면, 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률은 최저소득에서 5.0%로 최고소득에서 1.2%에 비해 4.2배 높았다⁸⁾. 아울러, 통계청의 가계동향조사자료에서 산출한 과부담 의료비 가구에 속하는 인구비율은 최저소득층에서 53.9%로 최고소득층 10.5%에 비해 5배 높았으며, 재난적 의료비 부담 가구 비율은 최저소득층에서 6.8%로 최고소득층에서 0.2%에 비해 34배 높았다(그림 1).⁹⁾ 경제위기는 의료필요

그림 1. 소득분위별 과부담 의료비 가구에 속하는 인구¹⁾ 비율(65세 이하)과 재난적 의료비²⁾ 가구 비율

(%, 2013년)



주: 1) 가구 총소득 대비 의료비(보험료 및 본인부담금)의 비율이 10% 이상인 가구에 속하는 인구의 비율
 2) 재난적 의료비: 가구지불능력 대비 보건 의료지출(건강보험료 제외)의 비중이 40% 이상인 가구의 비율(%)

자료: 1) 통계청, 가계동향조사(2013)
 2) 강희정 외(2015). 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제, 한국보건사회연구원.

7) 국민건강보험공단. 건강보험 진료비 실태조사. 각 연도.
 8) 보건복지부, 질병관리본부(2014). 2013년 국민건강통계.
 9) 강희정 외(2015). 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제. 한국보건사회연구원, pp.462~464.

도가 높은 저소득층에 대한 재정보호기능을 감소시켜 형평성을 악화시킬 잠재성이 높다.¹⁰⁾

나. 중장기적 지속가능성에 대한 위협

1) 불안한 건강보험 재정 기반

국회예산정책처(2014)는 장기적으로 잠재경제성장률이 지속적으로 감소하여 2060년에 1%에 달하는 저성장을 기록한다고 추정했다¹¹⁾. 경제성장 잠재력의 하락은 지속가능한 사회보험제도의 근간이 되는 보험료 수입과 공적 지원의 재정기반을 악화시킨다. 건강보험은 단기보험의 특성상 안정적 수입확보를 통한 당기수지 균형이 중요하다. 그런데, 국고지원이 없을 경우 만성적 단기 적자가 발생하는 등 불안한 재정구조를 보이고 있다(표 1).

아울러, 건강보험재정에서 임금기반 보험료에

대한 높은 의존도는 고용과 성장을 저해할 수 있다. 한국은 임금소득기반 보험료에 대한 의존도가 상당히 높은 구조(전체 보험료의 80%이상)로서, 보험료 인상은 기업과 근로소득자의 부담을 가중시켜 기업의 국제 경쟁력을 약화시키고, 장기적으로 임금소득기반의 확장성을 억제하여 안정적 재원조달을 위협할 수 있다(그림 2).¹²⁾

2) 건강보험료 부과체계의 불형평성

현행 보험료 부과체계는 직장가입자와 지역가입자 간 이원화 되어 있다. 부과체계의 이원화는 지역 간 부과요소, 자격, 소득 산정기준의 차이로 보험료 부담의 형평성 문제를 야기하고 있다. 직장가입자는 근로소득을 중심으로 보험료가 부과되고, 지역가입자는 재산과 자동차 외에 연소득 500만원을 기준으로 초과세대는 소득, 이하세대는 평가

표 1. 건강보험 재정수지 변화

(단위: 억원)

	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
수입(국고지원제외)	248,300	263,717	285,852	328,077	363,139	391,554	419,036
지출	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	436,793
국고지원 전 당기수지	-27,112	-48,132	-62,747	-45,689	-24,896	-23,733	-17,757
국고지원	40,779	48,100	49,753	51,697	55,053	60,179	65,956
국고지원 후 당기수지	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	36,446	48,199

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계: 연도별 건강보험재정현황, 각 연도

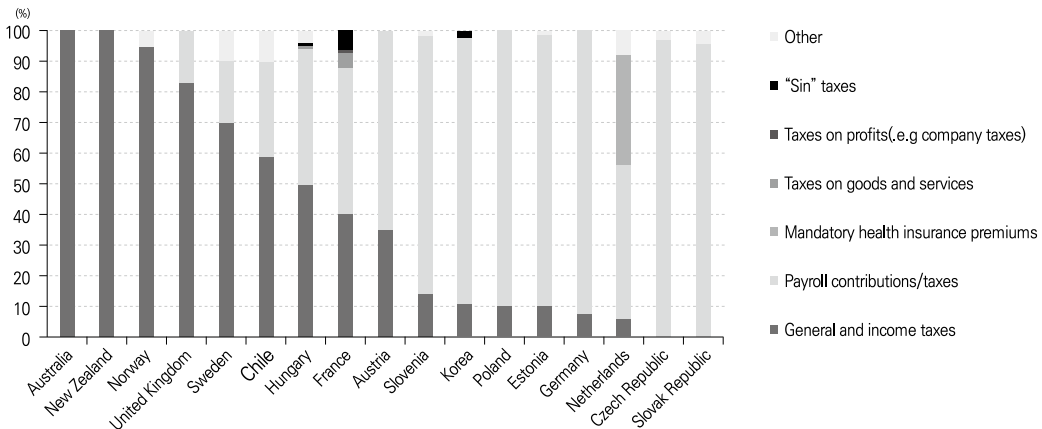
10) Huang J, Birkenmaier J, Kim Y(2014). Job loss and unmet health care needs in the economic recession: different associations by family income. Am J Public Health. 104(11), pp178-83.

11) 국회예산정책처(2014). 2014~2060년 장기 재정전망.

12) 신영석(2016). 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. Issue & Focus. 301.

그림 2. 정부 의료비 재정의 수입 자원 분포

(%, 2010년 또는 최신 연도)



자료: OECD Survey of Budget Officials on Budgeting Practices for Health, 2013.

소득에 대해 건강보험료가 부과되고 있다. 또한 직장가입자에게만 피부양자제도를 인정하고 있고, 지역 보험료의 부과체계가 지나치게 복잡하여 부과대상자가 이해하기 어려우며, 소득이나 재산의 증가 폭에 비해 부과 점수의 증가 폭이 적은 역진적 부과구조를 가지고 있다.¹³⁾

특히, 직장 퇴직자가 지역가입자로 전환된 후 소득 상실에도 불구하고 퇴직 전보다 높은 보험료를 부담해야 하는 등 직역간 보험료 부과체계의 이원화 때문에 민원이 지속적으로 제기되고 있다. 건강보험공단의 2014년 이의신청 현황 및 사례분석에 의하면, 전체 이의신청건수 3,694건 중 71.5%(2,641건)가 보험료 관련이고, 대부분이 지

역가입자의 보험료가 소득수준에 비해 과다하다는 내용이며, 신청인의 주장이 받아들여진 건이 1,155건으로 전체 신청 건 중 31.3%, 보험료 관련 신청 건의 44%에 이른다.¹⁴⁾ 이러한 보험료 부과체계 이원화는 부담능력에 비례한 보험료 부과 원칙에 위배되고 불필요한 갈등 비용을 초래하며 궁극적으로 건강보험 수입기반을 약화시키는 원인이 될 것이다.

3) 의료전달체계 미비로 인한 비효율

우리나라 국민은 사실상 큰 제약 없이 개인의 선호와 능력에 따라 의료기관을 선택할 수 있다. 국

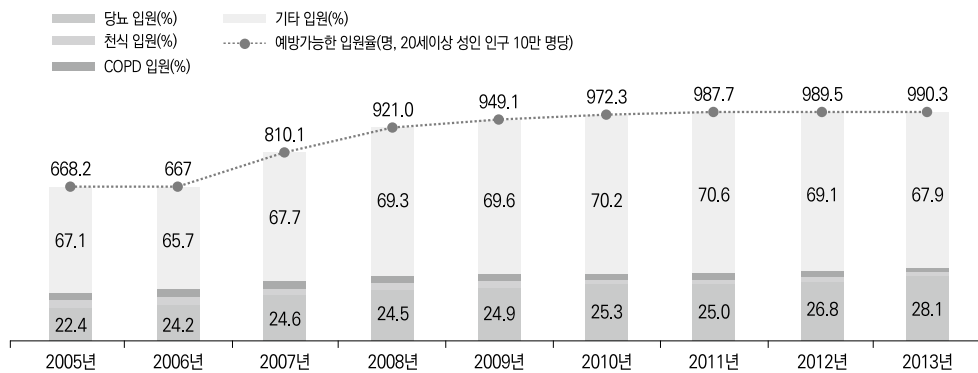
13) 600만원 과세소득자의 소득 등급별 점수가 380점이나 6000만원의 소득자의 점수는 1336점으로 소득은 10배 증가하였으나, 점수는 불과 3.5배 증가에 그침(신영석 외, 사회보장 5개년 계획, 2014)

14) 국민건강보험공단 보도자료(2015.4.8.). 2014년 건강보험 이의신청, 보험료 관련이 71.5% 차지

민건강보험 규칙에서 요양급여 이용단계를 2단계로 구분하고 있지만, 1단계 의료에서 환자가 요구하면 의사는 2단계 의료를 이용하기 위한 진료의뢰서 발급을 거부하기 어렵다. 따라서 법정 규정은 형식적 조건으로만 작용하고 있다. 단계적 의료 이용에 대한 제한이 없는 상황에서, 민간자본 중심의 공급 확대, 보장성 확대에 따른 환자의 비용부담 완화, 행위별수가제의 양적 수입증대기전의 결합은 종별 기능에 관계없이 의료기관 간 무한경쟁을 유도하여 국가적으로 중복투자를 초래하고 거대 투자 자본을 갖춘 수도권 대형병원으로 환자 쏠림 현상을 심화시키고 있다. OECD 국가 중 국민 일인당 외래방문횟수가 가장 높지만, 인구 1000

명당 의사 수는 2.2명으로 OECD 평균 3.3명에 비해 적고 회원국 중 가장 낮은 수준이다¹⁵⁾. 결과적으로 의사 일인당 외래 환자 수가 가장 많은 우리나라에서 일차의료의 질을 높이기 어렵다. 실제, 일차의료의 질 지표로 활용되는 예방 가능한 입원율이 2006년 이후 계속 증가하고 있으며 특히, 당뇨 입원이 차지하는 비중이 증가하고 있다¹⁶⁾. 예방 가능한 입원율이 높은 것은 입원 전 단계인 외래서비스가 부족했다는 것으로 해석되는데¹⁷⁾, 우리나라 상황에서 예방 가능한 입원율의 증가는 의료이용량의 부족보다는 의료의 질(quality)과 결과(outcomes) 향상에서 부진한 결과라고 할 수 있다(그림 3). 국민 일인당 의료비가 2000년 이후 지속

그림 3. 예방가능한 입원율¹⁾과 질환별 구성비의 변화



주: 1) 예방가능한 입원율: 20세이상 성인 중 19개 질환군으로 정의된 외래민감성 질환으로 입원한 성인의 수(인구 10만명당)

자료: 1) 국민건강보험공단. 표본코호트DB(2005-2010).

2) 강희정 외(2015). 2015 한국 의료 질 보고서, pp.424-435의 관련 표 재구성

15) OECD(2015). Health at a Glance.

16) 강희정 외(2015). 2015 한국 의료 질 보고서. 한국보건사회연구원. p.424.

17) Parchman M. L. & Culler S. D.,(1999). p.489.

적으로 증가하는 추세[그림 4]와 대비할 때, 예방 가능한 입원율이 감소하지 않고 증가하는 추세는 고비용 비효율 시스템의 결과를 보여준다고 할 수 있다.

4) 지출 통제 기전 부재

건강보험 수가는 매년 건강보험공단과 의료단체 간의 요양급여비용계약을 통해 물가수준에서 통제되고 있지만¹⁸⁾, 인구구조 변화와 개인의 삶의 질 향상 욕구 증가가 결합된 의료수요 급증은 적절히 통제되지 못하고 있다. OECD 통계에 따르면, 2013년 우리나라 국민의 1인당 외래 방문횟수는 14.6회로 OECD 평균 6.7회보다 2배 이상 많으며, 건강보험 진료비 증가가 경제성장 속도를 추월한지 오래다.¹⁹⁾ [그림 4]에서 2002년 대비 2013년

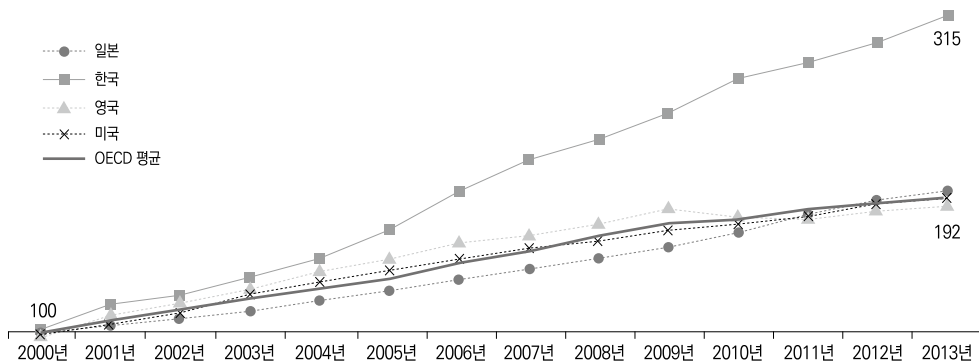
일인당 의료비 수준이 OECD 평균은 1.9배 증가한 데 비해, 한국은 3.2배로 증가 폭이 훨씬 크다. 이는 우리나라와 같이 고령화 속도가 빠른 일본을 포함하여 영국, 미국이 OECD 평균의 증가 속도와 비슷하게 변화하는 양상과 상반되는 결과이다. 건강보험 수가의 통제에도 불구하고 일인당 의료비가 빠르게 증가하는 것은 행위별수가제로 진료비 증가를 막을 수 없는 한계와 적절한 통제기전의 부재를 보여준다.

다. 의료수요 변화에 대응하는 건강보험 혁신 기전 부재

1) 환자중심 의료연계 활성화를 위한 지불보상 기전 부재

현행 건강보험제도에서 대부분의 의사들은 진료

그림 4. 국민 일인당 의료비¹⁾의 2000년 대비 증가율(%)



주: 1) 국민 일인당 의료비: Current expenditure on health, per capita, US\$ purchasing power parities
 자료: OECD Health Statistics(2015), <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>에서 2016.2.5. 인출. 2013년은 '13년 정보 또는 최근 연도 정보를 사용함.

18) 최성은(2015). 건강보험 진료비 지출 현황과 건강보험재정관리에 대한 시사점. 재정포럼, p.32.
 19) 강희정(2014). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼, 12. p.31-43.

시점에서 제공되는 서비스 량에 비례하여 진료비를 보상²⁰⁾받기 때문에 환자를 지속적으로 추적 관리하거나 지역사회 주민의 건강관리에 관심을 가질 동기가 없다. 게다가, 우리나라 65세 이상 노인의 60.5%가 3개 이상의 복합만성질환을 가지고 있음에도 불구하고²¹⁾, 우리나라 개원가의 지나친 전문화와 단독개원 형태는 복합만성질환자 증가와 인구고령화에 따른 새로운 의료 수요에 대응하기에 적합하지 않다. 이 문제는 의료전달체계, 지불 보상방식, 정보인프라 구축 등의 다양한 접근을 융합하는 혁신적 의료제공 모델과 지불 보상 방식의 결합을 요구하기 때문에 기존의 독립적 접근 방식으로는 해결이 어렵다.

2) 원격의료 등 ICT를 결합한 제공방식 또는 새로운 의료서비스 도입의 한계

최근 정보통신기술(ICT) 및 사물인터넷(IoT) 기술의 발전은 개인의 생활로그(life-log)²²⁾ 등과 같이 보다 방대하고 상세한 정보를 생성 및 수집할 수 있도록 해주며, 통합된 개인건강정보 활용이 가능하도록 인프라를 제공해주고 있다. 영국과 미국 등 주요 선진국들은 공적 건강보험제도에서 환자의 편익과 건강결과 향상을 목적으로 ICT를 적극적으로 활용하고 있다. 하지만, 건강보험에서 ICT를 결합한 정보 교류와 서비스 제공은 개인정보 보호, 의료 민영화와 산업화 방지 논리 등에 막혀 진전되지 못하고 있다. 새로운 건축 재정 시대에 변

화하는 의료수요에 대응하기 위해서는 필요(need)가 있는 대상(target)을 정확히 예측하고 정책의 효과성을 높여야 한다. 양질의 의료에 대한 보편적 접근을 보장하는 측면에서, 선별적으로 효과가 예측되는 부분에 대해서는 적극적으로 활용하는 기전을 마련해야 할 것이다.

4. 2016년 중점 추진 과제

현재 추진 중인 보장성 강화정책의 국민 체감도를 높이기 위한 과제와 향후 제도의 지속가능성 제고를 위해 시작해야 하는 중장기 추진 과제로서 안정적 건강보험 재정기반 구축과 가치기반 통합의료제공체계 구축을 제안하고자 한다. 가치기반 통합의료제공체계 구축은 건강보험의 합리적 지출 구조를 갖추기 위한 시스템적 대안이다.

가. 건강보험 보장성 강화정책의 체감도 제고

1) 비급여 증가 통제를 위한 「비급여 관리시스템」 구축

현재 62%로 정체되고 있는 건강보험 보장율을 증가시키기 위해서는 부적절한 비급여 증가의 통제가 필수적이다. 이를 위해, 건강보험 비급여 서비스에 대한 가격과 이용량에 대한 정보 파악이 중요하며, 정보 파악의 용이성과 정보의 활용성을 높이기 위해서는 비급여 분류체계의 표준화가 필요

20) 행위별수가제(Fee-for Service). 건강보험 진료비의 90% 이상이 행위별수가제로 지불되고 있음.

21) 정영호, 고숙자, 김은주(2013). 효과적인 만성질환 관리방안 연구. 한국보건사회연구원. p.79.

22) 개인의 일상을 인터넷 또는 스마트 기기로 기록하는 것

하다. 우선, 비급여 분류체계 표준화를 위해 공공 병원을 대상으로 비급여 조사를 시행하고 그동안 수집된 비급여 정보를 통합하여 한시적 표준 비급여 분류체계를 개발해야 한다. 다음으로, 개발된 표준분류체계를 공개하여 의료기관이 비급여 가격 고지에서 활용하도록 유도하고, 정기적으로 의료계 중심의 한국표준의료행위분류 개정 작업을 통해 비급여 분류체계를 갱신할 수 있도록 해야 한다. 비급여 관리시스템 구축은 비급여 정보 수집과 관리를 위한 표준분류체계의 개발과 개편, 지속적인 보완, 정보 수집과 관리, 정보 공개 등을 효율적으로 집행하도록 함으로써 비급여 증가를 보다 효과적으로 통제할 수 있을 것이다.

2) 저소득층 보호를 위한 안전망으로써 의료비 지원사업 예산의 통합 및 확충²³⁾

저소득층 보호를 위해 재난적 의료비 지원사업의 지속적 운영이 필요하다. 재난적 의료비 지원사업은 비급여를 포함해 환자가 실제로 부담하는 의료비 모두를 지원범위로 포함하고 있으며, 동일질환에 대해 재입원한 경우도 횡수 제한없이 2,000만원 한도 내에서 의료비를 지원하고 있다. 이는 기존 의료비 지원사업과 비교해 정책적으로 중요한 의미를 가진다. 첫째, 재원이 공적재원과 민간재원의 매칭펀드로 조성됨으로써 공공-민간 통합 의료비 지원사업의 기반을 마련하였고 둘째, 지원의 범위, 상한금액, 횡수 등 충분한 보장성을 담보

하여 수혜자의 의료비 부담 완화에 실질적으로 기여하는 구조이다. 따라서 저소득층을 보호하는 안전망으로서 4대중증질환 뿐 아니라 기타 고액 중증질환에도 확대하여 재난적 의료비 지원사업이 갖는 의미를 지속시켜야 한다. 현재 의료비 지원사업은 재원, 대상자, 지원범위 등이 상이하게 분절적으로 운영되고 있어 사업 간 누락, 중복, 단절의 비효율 문제가 제기되고 있다²⁴⁾. 아울러, 일부 의료비 지원 사업은 정부의 보장성 강화 정책 대상 질환으로 집중되어 있어 저소득층의 재난적 의료비 발생을 보호하는데 한계가 있다. 따라서 개별 의료비 지원사업의 예산을 재난적 의료비 지원 사업에 통합하여 운영하는 방안을 검토해야 한다.

3) 저소득층 중심의 형평적 보장성 확대 로드맵 추진

4대 중증질환 중심의 보장성 강화는 기타 고액 중증질환으로 인한 재난적 의료비 발생을 보호하는데 한계가 있다. 점진적으로 기타 중증 고액 질환을 추가하여 전체 질환으로 대상을 확대하고 본인부담상한제도의 역할을 통해 저소득층 가입자의 재난적 의료비 발생을 보호하도록 ‘전체 질환-저소득층 중심의 보장성 강화 로드맵’을 추진해야 한다.(그림 5).

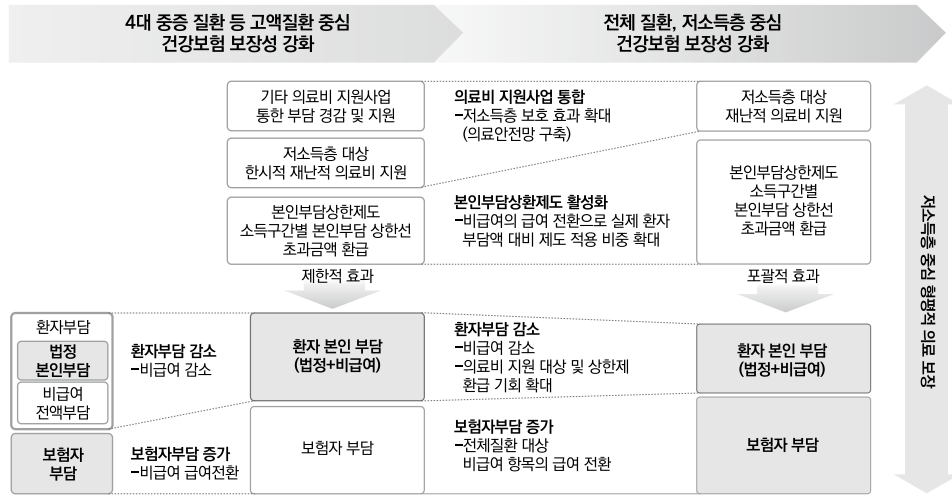
나. 안정적 건강보험 재정 기반 구축

1) 소득중심의 건강보험 부과체계 단일화 이행

23) 신현웅(2015), 여지영. 건강보험정책의 현황과 과제. 보건복지포럼. p.6-19.

24) 국회예산처(2015). 2014 회계연도 재정사업 성과평가. p.8.

그림 5. 저소득층 중심의 형평적 보장성 확대 틀



지역 간 부과체계 불형평성을 근본적으로 해결하기 위해서는 직장/지역 구분 없이 소득 중심의 단일 보험료 부과체계가 필요하다. 건강보험료 부과대상 소득범위를 '임금' 소득 외에 금융(이자배당), 사업, 연금, 기타 소득으로 확대하고 지역 가입자에 대해 재산, 자동차, 성, 연령 등에 부과해왔던 방식은 폐지하고 부과체계 단일화의 단계적 이행을 추진해야 한다. 우선, 지역가입자 대상 부과체계에서 연 소득 500만원 이하의 저소득 가입자에게만 적용되는 평가소득을 폐지하고 보험료 부과요소를 소득과 재산으로 일원화해야 한다. 직장 가입자에서는 연간 7200만원으로 설정된 보수의 소득기준을 합리적인 수준으로 낮추고, 피부양자 인정 기준을 강화하여 건강보험 무임승차를 방지해야 한다.

소득 중심의 건강보험료 부과체계 단일화는 능력비례 부담의 원칙을 강화시켜 보험료 부담의 형평성을 제고할 뿐 아니라 임금소득 기반의 보험료 의존도를 낮춤으로써 건강보험 재원조달 기반을 보다 안정적으로 변화시킬 수 있다.

2) 건강보험 국고지원의 안정적 유지 기반 마련

현재 건강보험 국고지원에 관한 근거는 한시적이며, 2016년에 종료될 예정인 상황에서 최근 국고지원 기간을 2017년 12월 31일로 1년간 늦추는 내용의 건강보험법이 개정되었다. 2018년 이전에 한시적 특례로 규정한 부분을 폐지하고 안정적 국고지원의 법적 근거를 마련해야 한다. 또한 지출요인이 증가하는 고령화시대에 건강보험 재

정을 안정적으로 가져가기 위해서는 단기적으로 ‘그해의 예상 수입액 20%’에서 전전년도 보험료 수입의 20%’로 규정을 명확히 함으로써 국고지원액의 불확실성을 제거하고²⁵⁾, 중장기적으로 긴축 재정 시기에 맞는 국고지원 결정 방식을 논의해야 한다.

3) 새로운 재원의 개발

장기적 저성장 기조에서 국고지원 규모를 의료비 재정 규모와 연동하기 어려우므로 보장성이 일정 수준에 이르면 국고지원 증가율을 경제성장률에 연동시키고 부족한 재원을 보충하기 위해 건강에 위해한 담배 및 주류에 대한 목적세(Sin Tax) 같은 새로운 재원을 개발하는 방안을 마련해야 한다²⁶⁾. 한편, 소득중심의 건강보험료 부과체계 단일화 이행에 점진적으로 새로운 재원 개발 논의도 진

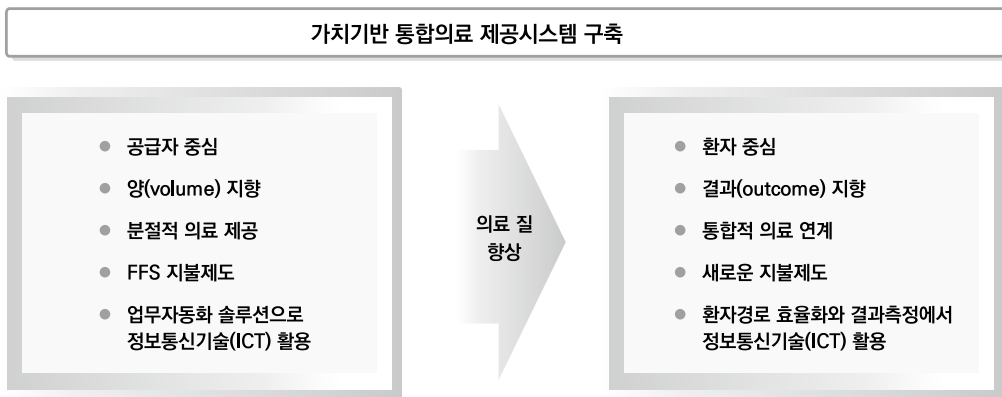
전시킬 것이다.

다. 합리적 지출관리를 위한 가치기반 통합의료 제공 체계 구축

건강보험의 모든 참여자들(환자, 정부, 의료기관)이 양(volume)이 아닌 환자의 가치(value)에 기반하여 의사결정하는 가치기반 건강보험시스템으로 전환을 추진해야 한다(그림 6).

의료의 비용은 낮추고 질(quality)과 결과(outcome)의 향상에 대해 이익이 증가하도록 지불보상방식을 개편하고, 개인의 가치 향상과 국민의 건강증진에 기여하도록 통합적 의료제공체계를 구축하며, 환자경로의 효율화와 결과측정에서 정보통신기술을 활용함으로써 지출의 합리성과 시스템의 지속가능성을 제고해야 할 것이다. 이러한 변화는 의료의 질에 대한 지속적인 모니터링과 평가를 기

그림 6. 가치기반 건강보험시스템 구축을 위한 전환 틀



25) 신영석(2016). 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. Issue & Focus. 301호.

26) 신영석(2016). 위의 책.

반으로 다양한 정책적 도구를 활용하여 유도해야 한다.

1) 의료전달체계 비효율 개선을 위한 단기 정책들의 시행

첫째, 경증질환으로 상급병원 이용 시 본인부담 확대 기준을 강화해야 한다. 현행 52개 경증질환의 대상을 확대하고 표준의뢰지침 개발을 통해 지침에 근거하지 않은 경증질환의 상급병원 이용에 대해서는 본인부담을 더욱 강화하는 방안을 검토할 수 있다. 다만, 본인부담 인상정책은 미충족 의료를 발생시킬 위험이 있으니 단기적으로만 활용해야 할 것이다.

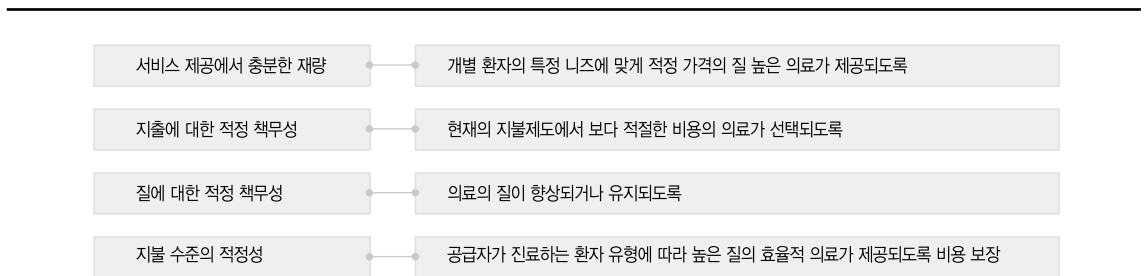
둘째, 일차의료기관과 상급종합병원 간 의뢰-회송을 활성화시키기 위한 경제적 동기 부여를 위해 적정 수가를 인정하고 관련 정보를 수집함으로써 환자 중심 의료연계 성과의 측정과 개선을 유도할 수 있을 것이다.

셋째, 종별 기능에 맞게 의료서비스 수가의 균형을 맞추어야 한다. 기능에 맞지 않는 서비스 제공이 확대되었을 때 경제적 손실이 발생하도록 병원급은 입원료 중심으로 의원급은 외래 진찰료 중심으로 보상을 강화하는 수가 구조 개편이 필요하다.

2) 포괄적 지불방식의 확대를 통한 가치기반 지불 제도로 변화 추진

현행 행위별 수가제 하에서는 환자에 대한 의료 공급자의 진료 연속성과 책무성을 강화시키는 접근으로 일부 질환이나 서비스 영역에 대해 행위별 수가 보상과 함께 추가 인센티브를 지급하는 성과 기반지불제도(Pay for Performance, P4P)를 활용하고, 점진적으로 지불단위를 포괄화(서비스 단위→기술 또는 질병 단위→환자단위)하거나 의미 있는 에피소드 단위로 행위별 수가의 합산에 기초한 통합지불(bundled payment) 등의 포괄적 지불방식을 확대해야 한다²⁷⁾. 이러한 방향성은 의료

그림 7. 가치기반 지불제도로 변화하기 위한 구성 요소



자료: 강희정(2015). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼에서 재인용

27) 강희정(2015). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼. 통권 제230호. p31-43의 일부 내용을 발췌하여 재정리함.

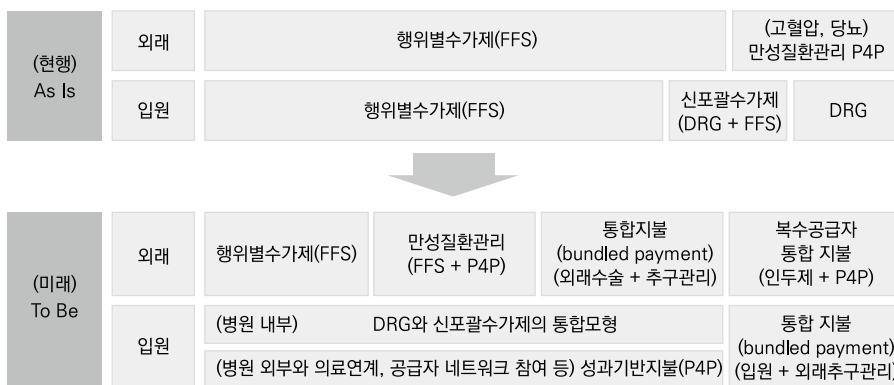
공급자로 하여금 환자와 인구집단에 대한 의료서비스의 책무성을 확대시키는 가치기반 지불제도(value-based payment system)로의 변화를 의미한다. 가치기반 지불제도로의 변화는 의료공급자에게 지불수준의 적정성과 서비스 제공과정에서 재량권을 인정하되 의료의 질과 지출에 대한 책무성을 요구하는 것이다(그림 7)²⁸⁾. 공급자는 보험자와 사전에 합의된 책무성(accountability)의 수준에 따라, 긍정적 성과에 대해서만 금전적 보너스(인센티브)를 받거나, 긍정적 성과에 대한 보너스뿐 아니라 부정적 성과에 대해서도 지급액 차감 등의 패널티를 감수해야하는 연속선에 있게 된다.

고령화시대 의료수요 증가에 대응하기 위한 건강보험 보장성 강화는 의료제공자가 양(volume)이 아닌 의료의 질(quality)과 결과(outcome)를 기준으로 의료를 제공하도록 비용을 보상해야 지

속가능하다. 예를 들어, 예방적 의료의 확대가 요구되는 지역사회 기반 일차의료의사 그룹(복수 공급자들)에게 외래서비스를 기준으로 등록 환자 당 포괄정액(인두제)과 건강결과에 기초한 P4P를 결합하여 지불함으로써, 그룹 내 의사들은 환자와 지역 인구의 적절한 의료이용과 건강수준 향상을 위해 협력할 것이다(그림 8).

입원서비스에 대해서는 현재 시범사업 중인 신포괄수가제를 점차 확대하여 7개 질병군에 대한 DRG와 통합한 모형을 개발하여 시행하고, 병원 외부와 의료연계 활동 또는 공급자 네트워크 참여 등의 성과에 기초한 인센티브를 추가로 지급할 수 있다. 아울러, 표준의료지침(clinical pathway) 또는 서비스 라인(service line)이 정비된 수술 또는 특정 질환에 대해서는 외래서비스, 입원서비스, 추구관리까지를 적절하게 조합하여 외래 또

그림 8. 가치기반 통합의료 제공시스템 구축을 위한 지불제도 개편 방향



28) AMA Center for healthcare quality & payment reform. Physician-Focused Alternative Payment Models. <http://www.chqpr.org/>에서 2015.12.1. 인출.

는 입원환자에 대해 적용할 수 있다. 예를 들어, 무릎치환술 등 특정 시술에 대해서 외래 방문부터 수술과 수술 이후 일정기간 재활서비스 제공까지 비용을 모두 포함하여 정액을 지불하는 통합지불(bundled payment)방식을 도입할 수 있다. 이러한 포괄적 지불방식으로의 확대를 위해서는 환자단위로 위험도를 보정하기 위한 분류체계 개발이 필요하고, 시술 또는 질환 별로 표준의료지침(clinical pathway)개발에 대한 연구와 지원을 확대해야 한다. 아울러 행위별수가 영역에 대해서는 총량을 통제하는 기전을 강화해야 하며, 합리적이고 투명한 급여수가 결정을 위하여 지속적으로 원가정보를 생산하는 기반으로 패널병원을 선정하여 운영하는 체계를 마련하여야 한다.

3) 한국형 통합·의료 연계체계 구축 유도 및 지원

동일한 환자에 대해 여러 전문과목 의료공급자들 간 적절한 의료연계와 조정이 발생하고 필요시 제휴된 상위단계 의료공급자에게 환자를 연계하는 의료공급자 진료 네트워크의 발생을 육성해야 한다. 이는 물리적인 조직통합이 아니라 의료결과 향상을 목적으로 환자의 진료 정보 공유를 촉진하는 차원에서 공급자들의 자발적 결합을 유도하는 것으로, 보험자는 공급자 네트워크 단위로 성과 목표와 보상방식을 계약하고, 네트워크는 사전에 합의된 규정에 따라 보험자로부터 받은 성과보상액을

개별 공급자에게 배분하게 된다. 이러한 연계체계의 구축은 적절한 의뢰·회송에 대한 보상, 환자단위의 포괄적 지불방식의 확대, 보험자와 공급자 네트워크 단위별 성과계약의 법적 근거 마련, ICT를 통한 정보교류의 법적·기술적 기반 마련 등의 환경조성과 연동하여 유도될 수 있다. 따라서 단기간에 전체적인 변화를 유도하기보다 별도 트랙의 시범사업 운영체계를 만들어 정책 추진의 근거를 생산하면서 단계적인 환경조성 로드맵을 수립하여 추진해야 한다.

4) 환자 경로 효율화와 결과측정에서 ICT의 활용

영국 보건부는 정보전략(2012)을 통해 개인의 건강 및 진료정보가 건강수준 향상을 위해 사용될 수 있도록 데이터의 접근성 향상, 의료 질 향상을 위한 데이터 활용성을 확대하고 있으며²⁹⁾, 미국은 비교효과연구(Comparative Effectiveness Research, CER)에 대한 R&D 투자 확대와 의료 질 향상 기반 EHR(Electronic Health Record)사업의 단계적 확대를 통해 의료 공급자 간에 환자정보를 공유하는 환경을 조성하고 있다³⁰⁾. 대부분의 선진국들은 미래 의료시스템 설계에 있어서 환자 중심 의료연계 활성화를 위한 기본 인프라로 EHR과 ICT를 활용한 정보교류 환경을 구축하고 있다³¹⁾. 건강보험에서도 EHR과 ICT의 활용을 통해 환자의 건강결과와 편익 향상이 기대되는 분야를 선

29) NHS England. The Power of Information. <http://www.england.nhs.uk/2012/05/>에서 2016.2.5. 인출.

30) Brennan N, Oelschlaeger A, Tavenner M(2014). Leveraging the big-data revolution: CMS is expanding capabilities to spur health system transformation. Health Affairs. 33(7). pp.1195-1202.

31) Roski J, Bo-linn GW, Andrews TA(2014). Creating value in health care through big data: opportunities and policy implication. 33(7). pp.1115-1122.

정하고, 관련 인프라 확대와 건강보험 급여를 연동하는 단계적 방안을 마련하여 추진해야 한다. 빅데이터 분석기술과 ICT 발전을 토대로 국민의 건강 증진과 의료이용 편의를 도모하는 세계적 흐름에 맞추어 건강보험제도에서도 빅데이터와 ICT 활용에 대한 국가 전략을 수립하고 관련 사업 개발에 대한 발전적 논의와 진전이 필요하다.

5) 보건복지부 혁신 센터 설치를 통한 파일럿(Pilot) 시스템 구축과 활성화

기존의 업무 체계와 틀을 깨는 다양한 혁신적 시범사업들을 시범적으로 운영하고 평가하는 전담조직으로 보건복지부에 혁신 센터를 설치하고 운영해야 한다. 다양한 혁신사업들은 기존의 부서 간 장벽을 초월하는 별도의 운영 방식을 요구하기 때문이다. 미국 보건부의 CMS는 혁신센터(Innovation Center)를 설치·운영하여 시범사업들의 시행을 위한 연구, 사업 운영, 평가를 수행함으로써 가치기반 지불제도의 단계적 확대 등 시스템 개편 추진의 핵심 역할을 담당하고 있다³²⁾. 가치기반 통합의료 제공체계의 지향은 공급자 네트워크 결합방식, 포괄적 지불방식에서의 대안적 모델, ICT등 인프라 활용 수준의 결합에 따라 다양한 사업모형들을 설계할 수 있다. 단일사업 중심의 평가와 추진보다 다양한 사업모델에 대한 시범사업을 동시에 추진하고 대안들을 비교 평가함으로써 근거에 기반을 둔 시스템 변화를 추진할 수

있다.

5. 나가며

2016년은 신(新) 건강보험시스템 구축의 원년이 되어야 한다. 그동안 논의된 소득중심 건강보험료 부과체계 단일화를 단계적으로 이행하여 저출산·고령화시대에 적합한 재정구조로 개편을 추진하고, 의료공급자가 환자중심으로 의료의 질(quality)과 조정(coordination)을 향상시키고 환자의 비용 부담을 적정하게 통제하도록 유도하는 가치기반 통합의료 제공체계(Value based Integrated Care System)³³⁾의 구축을 위해 현행 의료전달체계의 개편을 시작해야 한다. 2009년 12월, 보건복지부가 「일차의료 기능정립 TF」를 통해 공식적인 논의를 시작한 이후 지난 6년간 의료계, 학계, 정책 전문가, 환자 등 모든 이해관계자 입장에서 건강보험 의료전달체계의 비효율을 개선하기 위한 수많은 논의가 있어 왔다. 이제는 더 이상의 해답을 찾기보다 기존 시스템에 적용되어 있는 법과 제도, 공급자 지불보상 방식, 기술적 환경을 어떻게 바꾸어 가는가에 대한 현실적 설계가 필요하다. 이를 위해서는 무엇보다 혁신센터의 설치와 운영을 통해 복지부 내 부서 간 정보 공유와 협업체계를 마련하고 다양한 혁신 정책들을 적극적으로 시도하고 평가하기 위한 파일럿(pilot) 시스템을 활성화시켜야 한다. ■

32) The CMS Innovation Center. <https://innovation.cms.gov>에서 2016.2.15.인출.

33) 강희정(2014). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼, 12. p.31-43.