

# 2017년 건강보험 정책 방향: 혁신을 통한 형평과 효율의 조화



Policy Directions for the National Health Insurance for 2017: Harmonizing Equity and Efficiency through Innovation

강희정 | 한국보건사회연구원 사회보험연구실장

2017년은 그간의 성과를 토대로 건강보험의 전환기 개혁 기반을 견고히 하는 한 해가 되어야 한다. 지속 가능한 건강보험은 자원 조달의 안정성뿐 아니라 개인의 가치(value= $\Delta$ quality/ $\Delta$ cost)와 국민 건강(population health) 향상을 모두 기대할 수 있는 고(高)효율·고(高)성과 시스템을 요구한다. 또한 보편적 의료보장(Universal Health Coverage)의 달성은 혁신의 확산과 형평성 있는 접근의 보장에 대한 지속적인 준비를 필요로 한다. 이 글에서는 4차 산업혁명으로 융합과 연결의 시대를 맞이하는 건강보험이 혁신을 기반으로 형평과 효율의 조화로운 성과 향상을 달성하도록 하기 위한 주요 정책 방향을 제안하고자 한다.

## 1. 들어가며

건강보험 보장성 확대는 국민 개개인의 삶의 질에 관계되는 공통의 관심사이다. 덕분에 선거 때마다 복지 공약의 기본 메뉴로 등장하고 있다. 정치 포퓰리즘에 대한 비판적 시각에도 불구하고 그동안 국가 경영의 의사결정 구조에서 보건

복지 분야의 비중과 위상이 높지 않았기 때문에 정책 변화를 추진하는 선거 공약의 영향력은 컸다고 할 수 있다.

김대중 정부(1998~2003년), 노무현 정부(2003~2008년 2월), 이명박 정부(2008~2013년), 박근혜 정부(2013년~)에 이르기까지 선거 공약으로서 보건복지 분야 위상이 높아졌고, 이

와 비례해 사회 전반에서 관련 논의와 정책 경향이 확대됐다. 따라서 건강보험 관련 선거 공약은 오랜 기간 형성된 논의의 틀에서 벗어나는 새로운 이슈보다는 큰 틀을 이행하는 접근 방식과 대상 타기팅(targeting)에서 정당별 기조가 반영된 차이를 보일 것으로 예상된다. 작금의 상황에서 이러한 고민 없이 글을 쓰기 어렵고, 결과적으로 이 글은 지속 가능한 건강보험시스템 구축을 목표로 예측을 벗어나는 정치적 상황에서도 미래 패러다임 변화를 준비하는 기반을 갖추기 위해 추가적으로 검토되기를 희망하는 건강보험 정책 방향을 제시하고자 하였다. 이에 보건복지부 업무보고에서 밝히고 있는 건강보험료 부과 체계 개편 등 크게 이견이 없는 지속적인 이슈들은 다루지 않았다.

## 2. SDG 3의 UHC 목표 달성을 위한 건강보험 보장성 강화 체계 정비

우리나라 보건의료시스템은 공적 기반으로 운영되지만 의료시설과 장비의 90% 이상은 민간이 개설하거나 투자한 것으로, 공급 측면에서 공적 개입의 실효성이 높지 않다. 반면 건강보험에서의 급여서비스 범위와 공급자 지불 방식 결정은 의료서비스 제공 과정에서 국민이 이용하는

의료서비스에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 보건 의료시스템의 (질, 접근도, 비용 측면) 성과 향상에 있어 건강보험 보장성 확대는 매우 중요한 역할을 하게 된다. 건강보험 보장성 확대에 대해서는 세계보건기구(WHO)가 제시하는 보편적 의료보장(Universal Health Coverage, UHC)의 3가지 차원, 즉 대상 인구, 급여 서비스 범위, 비용 부담 수준을 모두 포괄하는 접근이 필요하다. 한편, 유엔이 설정한 지속가능발전목표(Sustainable Development Goal: SDG) 3<sup>1)</sup>의 “생애 전 단계에서 모든 사람의 건강과 웰빙 보장”을 달성하기 위해서는 의료의 질(quality of care)을 중요한 과제로 다루어야 한다. 질 낮은 의료는 보장성 강화를 통한 편익을 제한하기 때문이다. 국민이 체감하는 보장성 확대를 위해서는 의료의 질 수준을 지속적으로 확인하고 점검하는 기전을 갖춰야 한다. 결과적으로 유엔 SDG 3에서의 UHC 달성은 모든 사람이 재정적 어려움 없이 질 높은 필수 의료서비스에 접근하는 것을 의미한다.<sup>2)</sup>

### 가. ‘전체 질환-비용 중심의 형평적 보장성 확대’로 목표 전환

4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌질환, 희귀난치성질환) 중심의 보장성 확대는 보편적 보장성 강화 원칙에 위배되며, 기타 중증질환으로 인한 재난적 의료비 발생 가구를 보호하지 못하는 형평

1) 지속가능발전목표(SDGs)는 2016-2030년 모든 나라가 공동으로 추진해 나갈 목표로 새천년개발목표(Millennium Development Goals: MDGs)의 후속 사업이며, 주제별로 17개 목표를 설정하고 있음. SDG 3는 보건 관련 목표로 생애 전 단계에서 모든 사람의 건강과 웰빙을 보장하는 것임(to ensure health and well-being for all at every stage of life).

2) Bull World Health Organ 2016; 94:160 - 160A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170605>에서 2017. 1. 5. 인출.

성 문제를 초래한다. 4대 중증질환 등 일부 질환에만 한정하지 않고 전체 질환을 대상으로 환자와 가족의 의료비 부담을 덜어 주도록 보장성 강화 정책의 목표를 수정해야 한다. 이러한 목표 전환은 적어도 의학적으로 필요한 대부분의 의료행위가 건강보험에서 급여되도록 서비스 보장범위를 확대해야 하며, 부적절한 비급여 발생을 통제하는 비급여 관리체계 구축 및 부담 능력과 연계된 본인부담상한제도의 통합적 설계를 필요로 한다.

그간의 보장성 확대 노력에도 불구하고 건강보험 보장률<sup>3)</sup>은 2005년 61.8%, 2006년 64.3%, 2007년 65.0%, 2008년 62.6%, 2009년 65.0%까지 소폭의 상승 추세를 보이다가 2010년 63.6%로 감소한 이후 2011년 63.0%, 2012년 62.5%, 2013년 62.0%, 2014년 63.2%로 유의미한 변화 없이 비슷한 수준을 유지하고 있다. 중증질환의 건강보험 보장률도 2010년 76.0%, 2011년 76.1%, 2012년 77.8%까지 증가한 이후 2013년 77.5%, 2014년 77.7%로 변화가 거의 없다. 한편 비급여 본인 부담률은 2006년 13.4%에서 2011년 17.0%까지 증가세를 보이다가 2012년 17.2%, 2013년 18.0%, 2014년 17.1%로 비슷한 수준을 유지하고 있다. 또한 재난적 의료비 부담 가구 비율<sup>4)</sup>은 2009년 2.0%에서 2010년 1.95%, 2011년 1.81%, 2012년 1.59%까지

감소하다가 2013년 2.11%로 증가한 이후 2014년 2.01%, 2015년 2.4% 수준을 유지하고 있다. 결과적으로 그간의 보장성 확대 정책은 비급여 확대의 풍선 효과를 통제하지 못해 건강보험 보장률을 올리지 못했다. 특히 4대 중증질환 보장성 확대 정책은 특정 질환에만 혜택을 줌으로써 동일한 고액의 질병을 앓는 저소득층보다 특정 질환을 앓는 고소득층에게 더 많은 혜택을 주는 불형평적 결과를 초래하고 있다.

국민건강보험공단의 자료에 의하면 2015년 기준으로 환자당 진료비가 연평균 1000만 원 이상인 질환자 중 4대 중증질환에 포함되지 않는 환자가 43.3%에 달했으며, 4대 중증질환 대상자 비율은 저소득층인 건강보험료 1분위 대상에서 4.2%(15만 798명)로 고소득층인 10분위 대상에서의 6.4%(46만 1625명)보다 낮았다.<sup>5)</sup>

#### 나. 3대 비급여 제도 개선의 이행과 비급여 관리 시스템 구축

정부는 4대 중증질환의 보장성을 강화하기 위해 건강보험 비급여 부담 중 가장 높은 비중을 차지하는 선택진료비, 상급병실료, 간병비의 3대 비급여 문제를 최우선 과제로 설정해 제도 개선을 추진하고 있다. 선택진료제도에 대해서는 2014년부터 2017년까지 4년에 걸쳐 추가 비용과 선택진료의사 규모를 단계적으로 축소

3) 건강보험공단(2015), 2014년도 건강보험 진료비실태조사.

4) 강희정 등(2016), 2017 한국 의료 질 보고서, p.397; Ke Xu(2005)의 연구에 따라 의료비 지출(인상과 영양보조제 구입 비용을 제외한 보건지출)이 40% 이상인 가구를 재난적 의료비 부담 가구로 정의해 건강보험공단 맞춤형 데이터를 이용하여 규모 추정.

5) 정춘숙 의원실 국정감사 보도자료(2016. 9. 22.), "8천 억 쏟아부었는데" ...4대중증보장을 제자리걸음.

해(2014년 항목별 선택진료비 감소 20~100% →15~50%, 선택진료의사 지정 비율 2015년 80%, 2016년 66.7%, 2016년 33.4%) 환자의 비용 부담을 줄이고 일반진료 선택 기회를 확대해 왔다. 올해는 남아 있는 33.4%의 선택진료의사를 건강보험제도권으로 편입시키는 전문진료의사제도 도입을 계획하고 있다. 이 문제에 대해서는 결단과 선택이 필요하다. 의료계는 저수가 보전의 일환으로 선택진료제도가 도입됐다고 인식하기 때문에 손실 보전을 전제로 제도 개선을 요구하고 있다. 환자는 의미 있는 전문 분야에서 질 좋은 의사를 선택할 수 있는 실용적 제도 도입을 기대하고 있다. 문제는 의사별로 의료서비스 성과를 분리해 평가할 수 있는 정보 인프라가 구축돼 있지 않다는 것이다. 결과적으로 모두를 만족시키는 제도 설계가 기술적으로 어렵고, 단계에 제도 도입의 효과를 기대하기도 어려운 상황이다.

선택진료제도 개선은 의료기관의 손실 보전을 위해 「의료의 질 평가 지원금」을 도입함으로써 비용(cost)에서 의료의 질(quality) 중심으로 의료기관에 대한 지불보상 방식을 변화시키는 이정표로서 큰 의미가 있다. 전문진료의사제도의 도입도 의사 단위로 성과 평가와 지불보상을 구체화하는 차이가 있지만, 현실적으로 의료의 질을 반영해 지불보상 방식을 변화시키는 공통의 지향성을 담고 있다.<sup>6)</sup>

따라서 우리는 크게 두 가지 틀에서 결단과 선택이 필요할 것이다. 첫째, 기술적으로 실현이 어려운 상황에서 무리하게 추진하기보다 원칙적으로 불합리한 구조를 갖는 선택진료제도는 폐지하고, 전문진료의사제도 도입은 관련 평가 인프라가 구축될 때까지 유보하는 것이다. 이 경우 제도 폐지에 따른 손실 보전에 대해서는 기관 단위 의료질평가지원금의 재원을 추가 확대함으로써 변화의 지향성을 강화하는 현실적인 선택을 할 수 있다. 둘째, 전문진료의사제도를 도입하되 당장은 전문의 경력 기준과 병원장의 재량권을 통해 병원별로 자격 의사의 33.4%를 전문진료의사로 지정해 현행 수입 규모를 유지하도록 하고 단계적으로 의료기관-진료 과목(특정 분야)-의사 단위로 질 평가 인프라를 확대해 전문진료의사 지정 방식을 변화시키는 것이다. 사실상 제도적 기반이 있을 때, 정보 제출에 대한 의무를 부과해 인프라를 확대할 수 있음을 고려할 때 정책 도입에 대한 강력한 의지가 있다면 도입을 전제로 제도의 단계적 내실화를 유도하는 접근이 발전적일 수 있다. 또한 의료공급자에게 충분히 준비할 수 있는 시간을 주어 자발적 질 향상을 유도하는 전향적 제도 설계의 효과를 기대할 수 있을 것이다. 이 경우 의미 있는 전문 분야를 선정하는 연구가 추가로 수행되도록 하고, 전문진료의사 선정 기준을 개발하고 관리하는 자율적 회원 관리 활동과 건강보험제도 운영에 대한 관련 임상학

6) 강희정(2016), 건강보험제도의 현황과 과제, 보건복지포럼 1월호, p.16.

회의 참여를 활성화하는 정책적·재정적 노력이 필요하다.

이와 함께 국민의 간병 부담 완화 및 입원진료 서비스 향상을 위한 간호간병통합서비스제도가 도입돼 의료기관의 참여가 확대되고 있으며, 상급 병실 이용 부담 완화를 위해 보험 적용 병상을 6인실에서 4인실까지 확대하고 상급 병실 비율을 축소하는 정책이 추진돼 왔다. 복지부는 지난 4년간(2012~16년) 3대 비급여에 대한 보장성 강화로 국민 의료비 부담이 2조 6000억 원 감소했다고 발표했다.<sup>7)</sup> 하지만 간병 급여화를 위한 간호간병통합서비스제도는 궁극적으로 간호인력의 질과 연관된 문제이므로 중장기적으로 간호인력 공급 문제를 적극적으로 해결해 나가야 한다. 다행스럽게도 복지부는 2017년 업무보고에서 관련 계획을 발표한 바 있다.

3대 비급여 제도의 개선은 건강보험 급여서비스 범위를 대폭 확대해 보장성 강화 효과를 제고하는 직접적 효과뿐 아니라 양에서 질 중심으로 건강보험 운영 방식을 변화시키고 비급여 관리 시스템 구축을 유도하며, 간호인력의 공급 문제 해결 등 시스템 전반의 효율성을 제고하는 긍정적인 역할을 하고 있다고 할 수 있다. 특히 건강보험 보장성 확대에서 비급여 풍선 효과를 통제하기 위한 비급여 관리체계 구축은 매우 중요하다. 최근에 발의된 법안들을 종합하면, 비급여 관리체계 구축은 비급여 관리 전담 기구 신설, 의료

기관의 자료 제출 의무화를 통한 실시간 공개, 의원급까지 관리 대상을 확대하는 내용을 담고 있다.<sup>8)</sup> 전반적으로 논의 동향에 동의하지만 비급여 관리 시스템은 정보의 비교 가능성을 제고하는 차원에서 한국표준의료행위분류체계의 정기적 개편을 중심으로 제안된 요소들이 강화돼야 한다고 생각한다. 의학단체가 중심이 돼 한국표준의료행위분류를 정기적으로 개정하고 이를 기반으로 구분된 비급여행위에 대해 표준화된 관리가 가능하도록 협력적 기반을 갖추는 노력이 무엇보다 중요하다.

#### 다. 건강증진과 보건의 서비스에 대한 급여 확대

치료서비스뿐 아니라 건강증진과 보건의 서비스를 확충하는 것도 중점적으로 추진돼야 할 사항이다. 질병 치료 외에 전염병, 만성질환, 주요 암, 구강보건사업 등은 국민들의 기초적 건강보장과 건강한 고령화를 위한 핵심 정책이며 의료비 지출의 효율성과 국민의 삶의 질 향상을 위해서도 필요한 접근이다. 특히 건강한 고령화를 위한 구강 건강의 중요성에 비해 예방서비스에 대한 보장성 확대는 상대적으로 낮은 수준이다. 건강보험 보장성 확대 추진에서 고비용 치료서비스의 급여화는 반드시 관련된 예방서비스의 급여화를 함께 추진해 지출의 효율성을 제고하는 노력이 필요하다.

7) 보건복지부 보도자료(2017. 1. 4.), 정진엽 장관, 의료계 약업계와 대화와 소통 강조.

8) 정성희(2016), 비급여 관리 관련 논쟁, 보험연구원, pp.7-9.



**라. 도움이 필요한 저소득층을 위한 상시 의료안전망 구축**

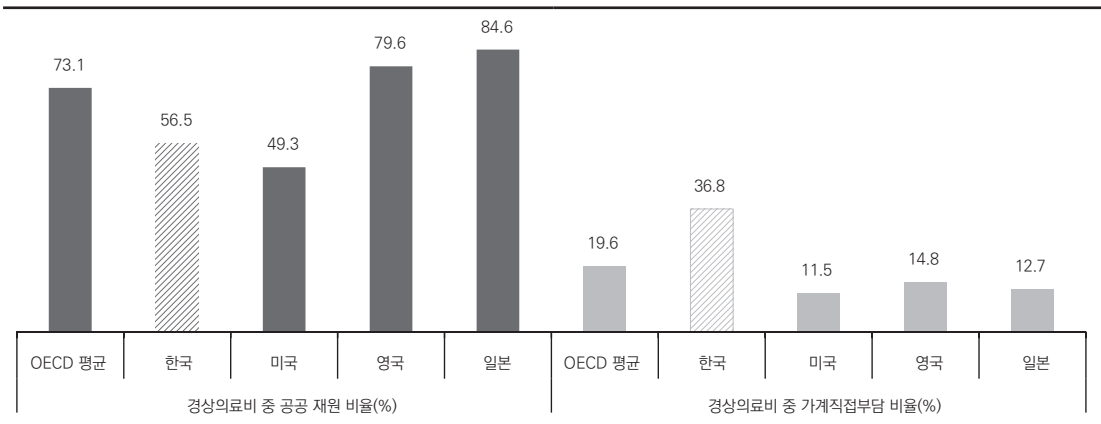
현재 소득 하위 20%인 저소득층이 4대 중증질환으로 입원한 경우 2000만 원 한도 내에서 본인 부담금의 50% 이상을 지원해 주는 ‘중증질환 재난적 의료비 지원 사업’이 운영되고 있다. 이 사업은 급여서비스뿐 아니라 비급여서비스를 포함하는 전체 진료비에 대한 본인부담금 규모에 따라 초과 금액 전액 또는 50~70%를 지원해 주는 것이다. 비급여를 포함하는 지원 구조는 수혜자의 의료비 부담 완화에 실질적으로 기여할 수 있다. 이 사업은 2013년 8월부터 2~3년 동안 한시적으로만 운영될 계획이었다. 다행히 보건복지부는 2017년 업무보고에서 건강보험 운용 수익, 제약사 환급금 등 공적 재원을 활용하는 법적 근거를 마련해 재난적 의료비 지원을 제도화

한다고 발표했다. 다만, 4대 중증질환에 한정하지 않고 전체 질환을 대상으로 재난적 의료비 지원을 제도화할 필요가 있다. 급여 항목의 부족과 비급여 통제의 한계는 전체 질환에서 재난적 의료비 발생을 초래할 수 있기 때문이다. 저소득층에 대한 의료안전망을 강화하는 것은 보장성 확대의 형평성을 제고하는 바람직한 방향이다.

**마. 건강보험 보장성 확대 효과에 대한 모니터링 체계 구축**

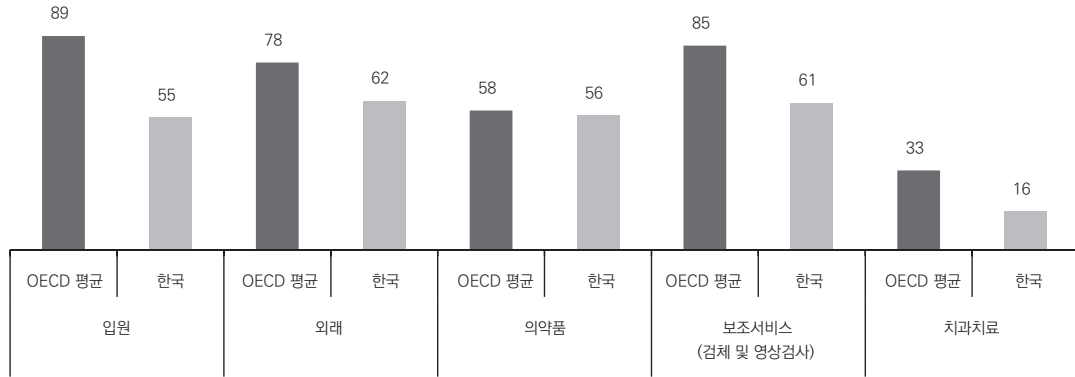
경제협력개발기구(OECD, 2016)<sup>9)</sup> 자료를 기반으로 경상의료비 중 공공 자원 비율과 가계 직접부담 비율을 비교하면 우리나라는 2014년 현재 OECD 평균 수준과 비교해 보장성을 확대(56.5% vs. 73.1%)하고 가계 부담을 경감(36.8% vs. 19.6%)해야 할 부분이 많다.

**그림 1. OECD 회원국의 경상의료비 중 공공 자원 비율과 가계직접부담 비율(2014년, %)**



9) OECD Health Statistics, <http://stats.oecd.org/index.aspx?Datasetcode=HEALTH.STAT> 2016, 2016. 10. 1. 인출.

그림2. OECD 회원국의 서비스 분야별 경상의료비 중 공공 자원 비율(2012년, %)



자료: OECD(2016. 5.), p.63, Figure 9. 재정리.

OECD 자료에서 서비스 분야별 보장률<sup>10)</sup>을 비교하면 2012년 기준, 우리나라는 모든 서비스 분야별로 보장률이 OECD 회원국의 평균 수준에 못 미친다. 상대적으로 비슷한 수준을 유지하고 있는 의약품을 제외하고 기타 서비스 분야에서 보장률 확대의 필요성이 확인된다. 지속적인 보장성 확대 과정에서 국내 시계열적 변화뿐 아니라 국제적 비교 관점에서 보장성 강화 효과를 점검하고 방향성을 점검하는 모니터링 체계 구축이 필요하다.

### 3. 의료시스템 효율성 제고를 위한 혁신 기반 구축

유엔의 보건 SDG 3는 생애 모든 단계에서 모든 사람의 건강(health)과 안녕(well-being)을 보장하는 것이다. 이러한 목적은 양적으로 보장 범위를 확대하는 것뿐만 아니라 질 좋은 의료서비스 제공을 통해 국가별로 건강 위험 감소와 관리 역량을 높이는 노력을 요구한다. 아울러 지속적인 질 향상은 의료시스템 전반에서 혁신적인 서비스의 개발 및 확산을 요구하기 때문에 새로운 지향성을 수용할 수 있는 의료시스템으로의 개혁을 유도하고 있다.

10) OECD(2016), Health care coverage in OECD countries in 2012. OECD health working papers, p.63.

### 가. 일차의료의 질 향상을 위한 지불보상 방식의 혁신

고령화로 인한 고비용 구조의 공적 건강보장체계에서 비용 대비 가치(value for money)를 높이는 의료제공시스템으로의 개혁은 중요한 당면 과제이다. 개념적으로 가치(value) 기반 시스템 개혁은 전통적 행위별 보상 방식에서는 기대할 수 없으며, 환자 입장에서 다양한 의료욕구를 충족시키는 의료제공자를 연계하고 조정함으로써 과정을 효율화하고 더 높은 질의 의료 결과를 가져온 공급자가 더 많이 보상받도록 하는 혁신적 지불보상 방식의 도입을 확산시켜야 한다. 특히 단계적 의료를 통한 의료전달체계의 효율화 측면에서 지나치게 전문화되고 의료공급자 간 진료 교류가 단절된 일차의료기관을 중심으로 혁신적인 지불보상 방식을 우선적으로 도입해야 한다.

현실적으로 종합병원 이상은 다양한 평가 사업을 통해 의료 질 평가 기제를 구축했지만 의원과 병원은 질 평가 기반의 관리 기제를 갖추지 못하고 있다. 다양한 혁신적 지불보상 모형을 도입해 일차의료 단계에서 외래와 입원 서비스의 효율적 연계가 이뤄지도록 하고, 전문적 의료서비스가 필요한 환자에 대해 2차 진료를 의뢰하고 회송받는 역량을 강화하는 일차의료 네트워크 사업을 활성화해야 한다. 혁신 사업들은 전향적인 장기 로드맵을 통해 단계적으로 일차의료의 질에 대한 국민의 인식과 공급자의 참여를 확대하고 관련 정보 인프라를 확대하는 기반이 될 것이다.

우리나라와 같이 의료공급자에 대한 선택에 제한이 없는 경우 일차의료 네트워크를 강제적으로 규정하는 것은 실현 가능성이 없다. 오히려 현재 만성질환 관리 사업에 참여하는 의료기관을 중심으로 기존의 보상 방식과 별도로 다양한 혁신적 서비스 제공을 설계하고 사전 협약을 통해 성과에 따라 추가적 보상을 하는 기전을 확대함으로써 의료 질 향상을 위한 의료 제공 기회를 확산하는 접근이 바람직하다.

### 나. 건강보험에서 혁신을 장려하는 거버넌스 재구축

양(volume) 중심에서 질(quality) 중심으로의 패러다임 변화 필요성에 대해서는 의료시스템 전반에서 공감대가 형성됐다고 할 수 있다. 이제는 지속 가능한 운영 기반을 갖추기 위해 혁신을 장려하고 선도하는 건강보험 거버넌스의 재구축이 필요하다.

4차 산업혁명은 빅데이터, 인공지능, 정보통신기술(ICT)이 결합된 정보의 융합과 시공간을 초월한 연결의 시대로 우리를 이동시키고 있다. 변화된 환경에서는 지리적 원격 지역에 대한 물리적 투자보다 혁신적 기술을 활용한 접근성 보장이 시스템 전반의 효율성과 형평성을 제고하는 바람직한 의사결정일 수 있다. ICT와 빅데이터를 활용한 혁신적 기술의 활용이 공적 건강보험시스템의 효율성과 형평성을 제고하는 발전적 관점에서 적극적으로 논의되기를 기대한다. 이를 위해서는 공적 건강보험에서 공적 데이터 관



리와 빅데이터 활용에 대해 의료서비스의 질과 혁신을 유도하는 지표 관리 및 평가 관련 이해관계자의 참여를 확대하는 구조들이 관련법에 근거를 두고 제도화돼야 한다.

### 1) 보건의료 빅데이터 구축과 활용 촉진을 위한 국가적 거버넌스 구축<sup>11)</sup>

현재 추진되고 있는 정밀의료(precision medicine) 사업은 공익적 관점에서 암 등 난치 질병을 목적으로 공공 및 민간 보건의료 데이터의 연계와 공유의 필요성 논의를 응집시킴으로써 개인정보보호법을 우회하는 예외적 경로에 대한 사회적 공감대를 형성하는 전략적 접근의 대표 사례라고 할 수 있다. 하지만 응집된 주제에 대해 법적 근거를 마련한다고 해도 실제 데이터의 보안, 개인정보 보호, 활용 지원 및 사후 관리 전반을 책임지고 관리하는 의사결정 구조가 마련되어야 사업의 집행력과 안정성을 갖출 수 있다. 보건복지부 내에 ‘(가칭) 보건의료 데이터 전략 위원회’를 구성해 데이터 연계 활용의 공익성을 심의하도록 하고, 위원회 실무 지원을 위해 ‘(가칭) 보건의료 데이터 전략 센터’의 설치를 검토할 수 있다. 또한 ‘보건의료데이터 연계 플랫폼’을 구축해 심의 결정된 건에 한해 기관과 장소를 초월해 분산된 데이터를 연계하고 통합 데이터를 수요자에게 제공하는 서비스가 필요하다.

### 2) 의료의 질 평가와 지표 관리를 위한 국가적 거버넌스 구축

2015년에 도입된 의료질평가지원금제도는 의료기관의 질 수준을 평가하기 위해 5개 영역(의료 질과 환자안전, 의료전달체계, 공공성, 교육수련, 연구개발)에 대해 59개 지표가 사용되고 있으며, 지표를 산출하는 자료원도 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가와 상급종합병원 지정 평가, 대한병원협회의 병원신임평가, 중앙응급의료센터(국립의료원)의 응급의료기관 평가, 의료기관평가인증원의 인증평가, 한국보건사업진흥원의 연구중심병원 평가 및 관리 자료가 사용되는 다기관 자료 수집 구조를 갖추고 있다. 건강보험에서 질 평가 기반 지불보상체계가 확대될수록 의료 질 평가에 대한 이해관계가 복잡해지고, 자료 수집의 안정성이 더욱 강하게 요구될 수 있다. 또한 의료 질 평가의 효과를 높이기 위해 관계 기관 간 평가 주기와 대상의 중복을 해소하고 포괄성을 높이기 위한 조율이 필요할 수 있다. 문제는 평가별로 복지부 소관 부서가 다르고 업무를 담당하는 기관도 증가한다는 것이다. 따라서 가치 기반 건강보험 시스템 구축을 위해 복지부 산하 의료 질 평가 관련 기관의 역할을 통합하고 조정하는 거버넌스 구축이 필요하다.

현재 종합병원 이상에 대한 의료질평가지원금은 복지부고시(제2016-170호)에 근거를 두고 있으며, 연도별 의료 질 평가 세부 시행 계획 수립 및 변경, 평가 영역과 평가 지표, 기타 관련 주

11) 강희정(2016), 보건의료 빅데이터의 정책 현황과 과제, 보건복지포럼 8:55-71, pp.67-68.

요 시책에 대한 심의를 위해 '의료질평가심의위원회'를 두고 있다. 하지만 여러 다른 법에 근거한 의료기관 평가 업무를 조율하는 조정자로서의 집행력을 기대하기에는 한계가 있다. 따라서 법적 근거 마련과 제도화를 통해 국가 수준에서 의료의 질 향상 전략을 수립하고 관련 사항들을 결정할 수 있는 심의 및 결정 기구를 설치·운영하고 관계 기관 워킹그룹(interagency working group)을 운영해 기관 간 상호 협의하는 기전을 구축해야 한다.

### 3) 신의료기술평가제도와 급여 결정의 관련성을 높이는 협력 기반

대부분의 공적 의료시스템에서 혁신은 궁극적으로 지불 방식에 의해 규제된다. 하지만 결정의 근거가 되는 데이터는 대부분 제도권에서 인정되기 전까지 이용이 불가능하기 때문에 혁신적 서비스에 대한 공적 보상의 결정은 중요하고 장기적인 위험을 초래할 수도 있다.<sup>12)</sup> 이러한 이유로 공적 의료보장제도에서의 신의료기술평가 제도는 의료에서 혁신을 도입하는 중요한 기제로 발전해 왔다. 공적 건강보험제도의 지속 가능성을 높이기 위해서는 신의료기술평가제도를 통한 혁신적 서비스의 빠른 급여화와 신의료기술 평가와 급여 범위 결정 간의 관련성을 높이는 협력적 관계를 강화할 필요가 있다. 우리나라는 신

의료기술의 허가 결정, 의료기술평가 연구, 급여 결정의 기능이 식품의약품안전처, 한국보건 의료연구원, 심평원/공단/정부로 구분돼 있다. 신의료기술평가 원스톱 서비스를 통해 혁신적 서비스의 보험 등재 결정 기간을 단축하는 기전을 갖추고 있지만, 가치 기반 구매(value based purchasing) 관점에서 급여 범위 결정을 위한 근거로서 신의료기술의 활용성은 높지 않다고 판단된다. 보장성 확대와 연계해 국민 중심에서 가치 기반 급여 결정이 이뤄지도록 신의료기술 평가 대상과 급여 결정 대상이 더욱 밀접한 관련성을 갖게끔 사전 협의와 협력 관계가 강화되기를 기대한다.

## 4. 나가며

새천년개발목표(MDGs)에서 지속가능발전목표(SDG)로의 변화는 보편적 건강보장 달성을 위해 양적 보장 범위의 확대뿐 아니라 의료서비스의 질과 제공체계의 효율성에 대한 정책적 노력을 요구한다. 세계경제포럼(2013)은 2040년 미래 보건시스템의 지속 가능성 제고를 위해 건강과 의료 개혁을 위한 데이터와 정보의 활용, 혁신적 의료전달체계, 미래의 건강도시 및 국가 구축이라는 3가지 전략 방향을 제시했다.<sup>13)</sup>

12) Porzsolt F, Ghosh AK, Kaplan RM(2009), Qualitative assessment of innovations in healthcare provision. BMC health service research 9:50 doi:10.1186/1472-6963-9-50, p.2.

13) World Economic Forum(2013. 1.), Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios, p.12.

보건의료에서 혁신은 양질의 의료에 대한 접근성을 보장하는 형평성과 효율성을 조화시키는 측면에서 적극적인 여론 형성과 논의가 필요하다. 이와 함께 보건의료시스템의 다양한 수준에서 의료의 질과 가치 향상, 주요 계층 간 의료 이용과 결과에서 격차를 지속적으로 추적해 성과를 점검하고 시스템 전반에서 혁신을 장려하는 조직적 기반을 갖추어야 한다.

우리나라 의료서비스 공급체계는 90% 이상이 민간 소유이므로 자본을 투자한 의료기관과 공익적 제도 운영이 수익 창출 및 보건의료산업 발전

과 관련해 언제든지 충돌할 가능성이 있다.<sup>14)</sup> 따라서 공익적 관점에서의 거버넌스 구축은 이러한 충돌로 인한 낭비적 논쟁을 예방하고 가치 기반 의료시스템으로의 변화를 가속화할 것이다.

공적 개입의 가능성과 보편적 건강보장 관점에서 혁신을 기반으로 형평성과 효율성을 동시에 제고하는 전략 추진이 필요하다. 올해는 그동안 분절적으로 집행돼 온 건강보험사업들을 동일한 전략적 틀 아래에서 체계화하고 지속 가능한 기반을 갖추는 한 해가 되기를 희망한다. ■

---

14) Kaist 문술미래전략대학원(2016), 대한민국 국가미래전략: 보건의료전략, p.450.