

건강보장 분야의 정책 과제와 추진 전략



Health Security: Policies and Implementation
Strategies

권순만 | 서울대학교 보건대학원 교수

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원

고숙자 | 한국보건사회연구원 연구위원

김수진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

건강보장제도는 대상 인구나 급여의 확대에 있어 그동안 매우 많은 성과를 거두었다. 하지만 여전히 낮은 보장성, 거버넌스와 재정에서의 취약성, 의료체계의 비효율성, 인구 고령화에 대응하는 건강관리 체계의 미흡함 등의 한계 역시 드러나고 있다. 건강보장제도는 국민이 지불 능력에 따라 비용을 지불하고 필요(need)에 따라 양질의 보건의료서비스(예방과 건강증진, 치료, 재활 등 포괄)를 경제적·지리적 장애 요인 없이 이용할 수 있도록 보장해야 하며, 제도의 재정적·정치적 지속가능성이 높아야 한다. 이러한 목표를 달성하기 위해 건강보장제도는 보장성 강화, 지속가능성 제고와 진료비 지불제도 개편, 의료 제공 체계의 효율성 제고 등의 시급한 과제를 해결해야 한다.

1. 들어가며

우리나라의 건강보장제도는 짧은 기간에 전 국민이 건강보험에 가입하고 보험급여가 비약적으로 확대되었으며 의료 제공 체계 역시 양적으로 큰 확장을 이루어 왔다. 하지만 건강보장제도

의 질적인 면에서, 국민들이 양질의 보건의료를 형평성 있게 이용하도록 경제적 장벽을 충분히 낮추고 있는가 그리고 재정적으로 지속 가능한가에 대해서는 여전히 많은 과제를 안고 있다. 이 글에서는 건강보장제도가 당면한 현재의 환경을 살펴보고, 그간의 주요 정책의 성과와 한계를 고

찰하며, 건강보장제도의 장기 비전과 목표를 제시한 후, 단·중기적으로 추진해야 할 주요 과제에 대해 논하고자 한다.

2. 환경 진단

가. 건강보험의 보장성

건강보험은 많은 성과에도 불구하고 보장성이 여전히 충분하지 않은 것이 현실이다. 예를 들어 경제협력개발기구(OECD) 회원국들과 비교할 때 우리나라의 총보건의료비용 중 공공재원의 비율이 매우 낮은 것은 잘 알려진 사실이다(본인부담의 비율이 높음). 그 결과, 재난적 의료비 발생률(가구 총소득 대비 총의료비)은 역치 기준을 5%, 10%, 15%, 20%로 하였을 때, 2011년에 각각 37.7%, 21%, 13.1%, 9.5%로 나타났다(김은경, 권순만, 2016). 또 식료품비 제외 총소비 대비 총의료비 지출의 비율 40%를 기준으로 할 경우, 재난적 의료비 발생률은 2011년 3.45%, 2012년 3.55%, 2013년 3.06%로 나타났다(김우림, 박은철 2017).

건강보험의 보장성이 낮은 것은 비급여서비스가 많아서(등재비급여/기준비급여 등, 의료서비스/약제/재료 등) 비급여서비스에 대한 의료비 지출의 부담이 높은 것과 깊이 관련되어 있는데, 이것은 건강보험 수가의 통제를 받지 않는 새로운 의료서비스와 기술을 선호하는 공급자의 유인, 행위별수가제의 왜곡된 유인 구조 등에 기인한다. 그 결과, 지금까지 정부가 건강보험의 급여

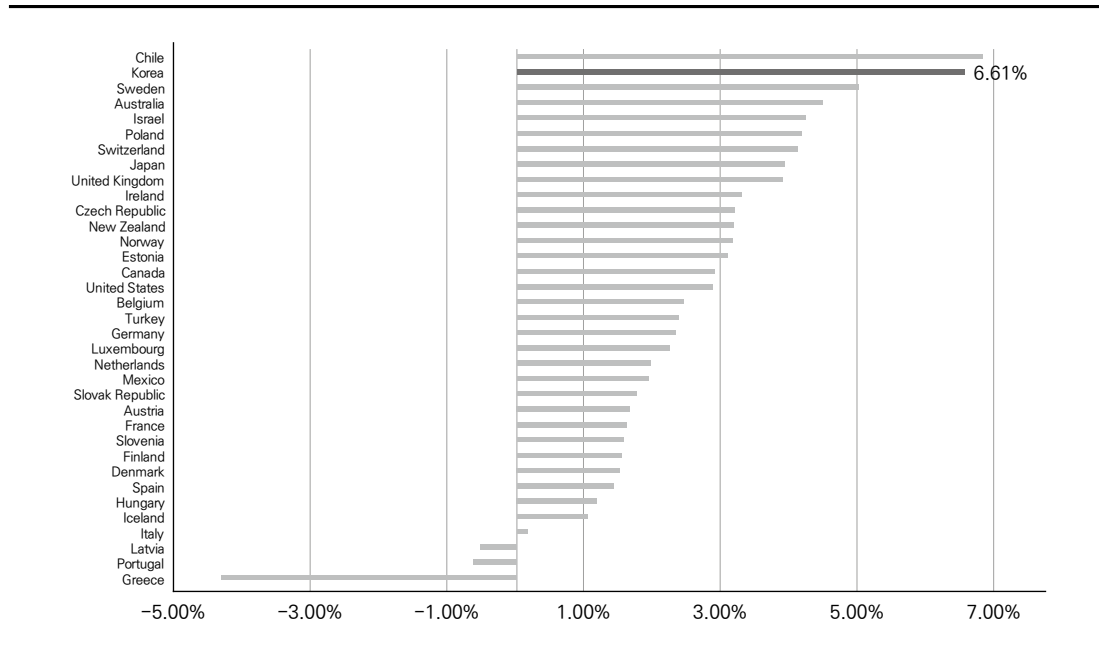
를 지속해서 확대해 왔으나 그보다 더 빨리 비급여가 양산되어 왔다. 이는 소비자의 재정 부담 문제와 함께 건강보험의 관리(심사와 평가) 밖에 존재하는 비급여의 특성상 의료의 질(안전성과 비용효과성)에서도 큰 문제를 야기한다.

나. 건강보장 거버넌스와 재정

현재 우리나라의 의료보장체계는 건강보험과 빈곤층만을 대상으로 하는 의료급여제도로 이원화되어 운영되고 있다. 의료급여제도는 전 국민을 대상으로 건강보험제도가 확대되기 이전에 빈곤층에 대한 우선적 지원을 위해 시행된 것으로, 건강보험제도와 제도 목적 및 운영·관리 체계가 크게 다르지 않다. 전 국민 건강보험제도가 정착되었음에도 이원화된 제도로 운영하는 것은 수급자 낙인효과, 공급자의 진료 기피, 재정 및 관리 부담 증대 등의 제도적 비효율성을 야기할 수 있다.

건강보험 재원은 건강보험료, 국고지원금 및 건강증진기금, 기타 이자 수입으로 구성된다. 2016년 기준 전체 건강보험 총수입 56조 4900억 원 중 건강보험료는 47조 5900억 원(84.3%), 국고지원금 5조 2000억 원(9.2%), 건강증진기금 1조 8900억 원(3.3%), 기타 수입은 1조 8000억 원(3.2%)으로 구성되어 있다(신영석, 정연, 김은아, 2018). OECD 회원국들과 비교할 때, 국내 총생산(GDP) 대비 국민 의료비의 규모가 아주 크지는 않지만 증가율이 매우 높아서 장기적인 관점에서 재정의 지속가능성을 고민해야 한다(그림 1).

그림 1. 최근 10년간(2007~2016년) 의료비 연평균 증가율



자료: OECD. (2018). OECD Health Statistics. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2019. 5. 11. 인출하여 저자 편집.

재원 조달의 관점에서 보면 여전히 지역과 직장가입자의 건강보험료 부과 체계가 다르고 (지역가입자의 경우 재산에 대해서도 보험료 부과), 근로소득 중심의 부과 체계라고 할 수 있다. 연소득 500만 원 이하 지역가입자에게는 성·연령, 소득, 재산, 자동차로 추정된 평가소득을 적용하였으나 이를 폐지하고, 대신 소득이 일정 기준 이하인 경우에는 최저 보험료를 부과하기로 하였다. 보수 외 소득에 대해서는 상한을 초과할 때에만 부과된다. 건강보험료 부과의 불형평성 외에도 인구 고령화에 따라 은퇴자가 늘어 가는 상황을 고려하면 근로소득 중심의 보험료 부과 체계는 재정적으로 지속가능성이 낮다는 한계가 있다.

다. 보건의료서비스 제공 체계와 진료비 지불 제도

서비스 제공 체계는 건강보장에 있어 의료의 질과 재정의 지속가능성에 큰 영향을 미친다. 우리나라의 경우 일차의료의 역할이 정립되어 있지 않고 의료기관 간 기능 분담이 미비해 서비스의 연속성이 낮다. 또 전체 건강보험 급여비용에서 의원급 의료기관이 차지하는 비중은 지속해서 감소하고 있다. 부적절한 일차의료체제로 인하여 만성질환 관리가 취약한 실정이며 그 결과, 일차의료에서 조절 가능한 만성질환으로 인한 입원율이 OECD 회원국 중에서 매우 높다.

OECD 회원국들과 비교하면 총의료비용의 수

준은 낮고(비록 의료비용이 가장 빠르게 증가하고 있기는 하지만), 의료 이용량은 많으며, 의사의 수는 적으나 평균 근로자 수입 대비 의사의 평균 수입이 높은 실정이다. 의료서비스의 양을 줄이고(유인 수요의 여지를 줄이고) 의료의 질을 높이고(의사 방문당 대면 시간을 늘리고) 의사의 수를 늘린다면, 의료서비스의 가격을 올리는 사회적 합의가 가능할 수도 있다. 우리나라 인구당 병상 수는 일본과 함께 OECD 회원국 중 가장 높은 수준이지만, 한편으로는 소규모 병상을 가진 병원의 비율이 높고, 또 이러한 소규모 병원이 제공하는 의료의 질이 낮은 것으로 보고되고 있다(서울대학교 의료관리학교실, 2018).

우리나라의 외래와 입원 의료이용은 비효율적으로 높는데, 행위별수가제 중심의 진료비 지불 제도가 이러한 비효율성에 상당 부분 기여한다. 예를 들어 환자 1인당 평균 의사 방문횟수가 연 17회에 이르고 입원 환자 1인당 평균 재원 일수가 18일을 초과한다(OECD, 2018). 현행 행위별수가제는 불필요한 의료제공을 통해 의료비를 상승시키고, 과다한 시설·장비 투자와 환자 쏠림 현상 등 자원의 배분을 왜곡하며 건강보험의 지속가능성을 위협하는 주된 요인으로 볼 수 있다. 그리고 서비스 제공 체계의 효율성을 높이고 일차의료의 역할을 강화하기 위해 만성질환 관리수가의 범위를 단계적으로 확대하여 일차의료 수준에서 인두제의 역할을 강화해야 할 것이다.

건강보험공단 일산병원과 공공의료기관을 대상으로 550여 개 질병군에 대해 실평수가제가 시

행되고 있으나, 이는 포괄수가제라기보다는 행위별수가제와 일당정액제가 혼합된 지불 제도이다. 실평수가제는 기준 재원 일수를 초과하는 재원 일수에 대해서도 일당 진료비를 여전히 지불하고, 고가 서비스와 의사의 행위에 대해서는 행위별수가제를 통해 별도로 지불하므로 재원 일수 감소 효과가 낮다. 실평수가제가 모형으로 삼은 일본 DPC(Diagnostic Procedure Combination)의 경우 지불 제도의 목적보다는 의료 제공 과정의 표준화와 임상 정보 획득을 목표로 한 것이다. 장기적으로는 진료비의 포괄화를 넘어 인구집단을 기반으로 외래와 입원을 포괄·통합하는 지불 제도(bundled payment)를 모색함으로써 서비스 제공의 연속성을 높이고 건강 향상에 기여할 수 있어야 할 것이다.

라. 건강관리 체계와 인구 고령화

건강보장제도가 추구하는 궁극적인 목표는 국민이 고루 건강한 것이다. 2016년 대한민국 국민의 기대수명은 남성 79.5세, 여성 85.6세로 1970년 남녀 전체의 기대수명인 61.9세보다 20년 가까이 연장됐지만, 질병이나 사고 등으로 아프지 않고 건강하게 사는 기간을 의미하는 건강수명은 평균 73년에 불과하다(WHO, 2018). 정부는 건강수명 연장 및 건강형평성 제고를 위해 노력하고 있으나 기대여명과 건강수명의 격차는 현저하여, 국민들은 생애의 약 10%를 건강하지 못한 상태로 살고 있다.

고령화에 따른 복합 만성질환자 수가 증가하

는 반면 만성질환 관리의 연속성이 부족하여 2차, 3차 예방으로 회피 가능한 질환의 발병률이 높고, 이는 질환의 중증화 또는 장애로 이어지고 있다. 예방, 건강증진, 진료, 재활, 시설요양, 재가요양, 복지서비스에 이르기까지 서비스의 연속성(continuum of care)이 노인에게는 특히 중요하다. 진료의 연계(coordination of care)를 강화하기 위해서는 예방과 건강증진, 재활치료, 호스피스에 대한 국가적 투자를 확대하고 질병의 연속 선상에서 나타나는 다양한 필요(요구도)에 부응하는 서비스 제공 체계를 마련해야 한다. 고령화가 의료비를 증가시키는 중요한 요인은 분명하지만 연령 그 자체보다는 사망 근접도(proximity of death) 등 생애 말기에 지출하는 의료비의 영향이 더 크므로(고숙자, 정영호, 2015) 생애 말기 의료이용, 의료와 요양의 조화, 죽음의 질 등에 대한 고민이 필요하다.

요양병원과 노인의료복지시설(이하 요양시설) 간 기능 분담이 제대로 되지 않은 결과, 요양병원 내 노인 환자들의 장기 입원이 지속되고 있다. 요양병원에 입원하는 환자의 40% 정도가 6개월 이상 입원하는 것으로 나타났는데(권순만, 김홍수 외, 2013) 이는 의료서비스를 제공하는 요양병원의 원래 설립 취지와 기능에 맞지 않는 것이다. 의료서비스보다 요양서비스를 제공받는 것이 더 적합한 노인들이 요양시설로 옮겨지지 않고 요양병원에 오래 입원하는 현상은, 요양병원과 요양시설 간, 나아가 건강보험과 장기요양보험 간 역할 분담을 저해하는 큰 요인이다.

3. 기존 정책의 성과와 한계

단기적 보장의 성격상 건강보장제도의 적용 인구는 다른 사회보장제도보다는 비교적 많은 편이지만 여전히 보험료 미납, 체납자 문제에 의한 사각지대가 존재한다. 나아가 의료이용에 있어 비재정적 장애 요인에 영향을 받는 인구집단(예: 장애인, 노인 등)이 내몰린 사각지대에 대한 정책적인 배려 역시 필요하다. 수급자 낙인효과 방지와 재정 및 운영 관리 효율화를 위해 건강보장과 의료급여제도를 통합하는 방안을 장기적으로 검토하여 현행 의료급여 대상 빈곤층(150만 명)을 포함하는 단일한 전 국민 건강보험제도를 구축하는 것을 검토해야 할 것이다.

그동안 정부는 보장성 강화를 위해 지속해서 제반 정책을 시행해 왔다. 산정특례제도를 통해 암, 뇌혈관, 심장질환 등의 중증 질환에 대해 본인부담률을 5%로 경감하였고, 본인부담상한제도를 통해 연간 일정 수준 이상의 본인부담금 발생액에 대해 보상해 주고 있으나 (소득에 따라 7개 구간의 상한 금액), 법정 본인부담금에만 적용되므로 발생한(비급여 포함) 총본인부담 의료비에 대해서는 여전히 보장이 취약한 상황이다. 최근 저소득층에 대해 본인부담상한제의 상한액이 추가로 인하되었다. 예를 들어, 소득 하위 50%에 대해 본인부담의 상한액이 소득의 약 10% 수준으로 하향 조정되었다. 본인부담상한제는 법정 본인부담금에만 적용되는 한계가 있으므로, 예를 들어 본인부담금에 대해서는 국고가 재원인 재난

적 의료비 지원 제도가 시행되고 있는데, 중위소득 100% 이하 대상자에게 일정액을 초과하는 금액에 대해 50%를 2000만 원 한도 내에서 지원하고 있다.

그동안 건강보험 비급여를 해소하기 위한 정책에서는 환자의 경제적 부담 크기에 초점을 맞추는 한계가 있었다[예: 3대 비급여(선택진료, 상급병실 차액, 간병)]. 하지만 비급여를 급여화하는 데도 우선순위에 대한 고민이 필요하고, 이는 단순히 비용의 크기만이 아니라 의료이용과 비용지출에서 소비자 선택이 가능한 서비스였는지 여부도 중요할 것이다. 또한, 전체 인구의 평균적 부담보다 취약계층의 경제적 부담에 더 초점을 맞추는 것이 바람직하다. 기존 건강보험 급여는 여전히 치료 중심으로 구성되어 있어서 예방, 호스피스 완화, 재활 등의 서비스가 부족하므로 인구 고령화, 만성질환 증가에 따른 변화에 맞추어 새롭게 증가하고 있는 필요에 대해 건강보험의 급여를 확대해야 한다.

그동안 건강보장제도의 주요 의사 결정 과정이 전문가 중심이어서 일반 국민의 참여가 부족한 것으로 평가된다(권순만 외, 2012). 현재의 건강보험정책심의위원회는 전문가와 관련 이해 당사자들이 참여하는 구조로서, 사회적 가치 판단에 적합한 구조는 아니다. 예를 들어 참여하는 소비자단체의 대표들은 전문가적 성격이 강하다. 건강보험공단의 국민참여위원회가 있으나 그 역할이 아직은 자문에 그치고, 위원회의 결정이 공식적인 효력을 가지지 못한다. 건강보험의 급여를

결정하는 데 있어 의사 결정 결과(outcome)의 정당성보다 의사 결정 과정의 정당성(procedural justice)을 담보하는 것이 현실적인 대안이 될 수 있다(Juhwan Oh, Young Ko, AB Alley, & Soonman Kwon, 2015). 건강보장 급여 의사 결정은 과학적 근거와 함께 사회적 가치 판단의 문제이므로 향후 건강보험 급여와 보장성 강화 그리고 제반 건강보장정책의 과정에서 일반 시민의 가치와 선호를 반영하는 기전을 적극적으로 도입하여야 할 것이다. 예를 들어 급여를 결정할 때 고려해야 할 질병의 중증도, 사회적 연대와 형평성, 환자의 경제적 부담과 환자 수, 의학적 필수성, 비용효과성 등의 기준에 대해 어떻게 그 기준들을 구체적으로 정의하고 측정할 것인지 그리고 각 원칙의 상대적 중요성을 어떻게 고려할 것인지 고민하여야 한다.

행위별수가제의 한계를 극복하기 위해 도입한 실폐괄수가제의 효과에 대해서는 여러 의견이 있다. 권순만, 유명순 외(2013)의 연구에서는 이중차이법(DID: Difference in difference) 분석 방법을 통해 일산병원과 4개 대조군 병원을 비교하고, 대구, 남원, 부산의료원과 10개 대조군 지방의료원을 비교하여 실폐괄수가제는 자원 일수의 감소나 고가 의료서비스의 감소와 같은 의료제공 행태의 효율화에 거의 영향이 없음을 보였다. 나아가 고가의의료장비(MRI, CT)의 처방이 증가하고, 포괄 영역에서 제외되는 단가 10만 원 이상 항목의 빈도와 진료비가 증가함을 보였다. 반면 일산병원에서 1차 시범사업 질병군(20개)

을 대상으로 평가한 결과, 비포괄진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비율은 1차 24.7%, 2차 25.4%, 3차 24.9%로 거의 증가하지 않았다고 보고되기도 하였고(강길원, 2018; 연세대학교, 2013), 공공병원의 비급여진료비도 2012년 6.9%, 2013년 6.4%로 증가하지 않았다(건강보험심사평가원, 2015).

우리나라 건강보장제도는 일차의료와 주치의 제도의 부재, 민간의료기관과 요양기관 중심의 서비스 제공 체계, 행위별수가제 등으로 인해 서비스의 연속성이 매우 낮다. 또 요양병원과 요양 시설 간의 연계도 부족한데, 본인부담상한제에 의해 요양병원 입원 환자의 본인부담금이 대폭 감소하는 것도 요양병원의 장기 입원에 영향을 줄 가능성이 매우 높다. 예를 들어 2013년 기준으로 요양병원 입원 환자의 40%가 본인부담상한제의 혜택을 받고 있으며, 전체 본인부담상한제 지원금의 52%가 요양병원에 입원한 환자들에게 지급되고 있다(연세대학교, 2013). 2016년 요양병원을 이용한 사람 중 본인부담상한제의 대상이 된 환자들의 평균 입원 일수는 255일이고 입원 일수의 중위값은 345일이다(임승지, 2017).

4. 건강보장제도의 장기 정책 목표

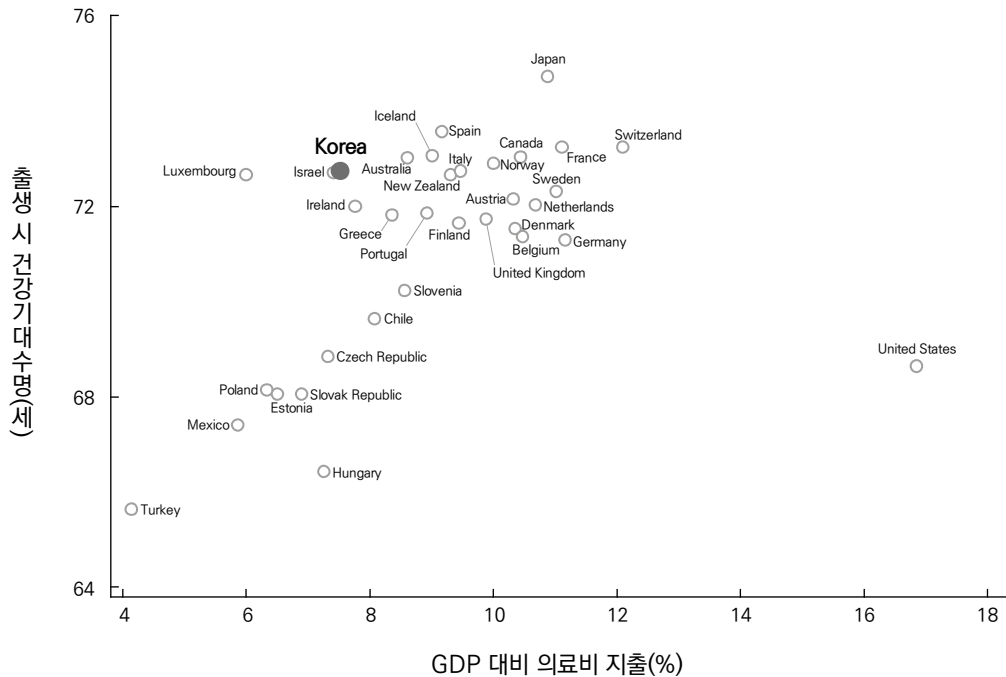
바람직한 건강보장제도는 다음의 모습을 갖추어야 한다. 즉 지불 능력에 기초하여 비용을 지불하고, 필요(need)에 기초하여 양질의 보건의료 서비스(예방과 건강증진, 치료, 재활 등 포괄)를

경제적·지리적 장애 요인 없이 이용할 수 있으며, 제도의 재정적·정치적 지속가능성이 높아야 한다.

이에 기반해 다음과 같은 건강보장제도 정책 지표를 제시할 수 있다. 첫째, 재정 위험으로부터의 보장(financial protection)을 위해 재정적 제약 없이 양질의 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하고 질병으로 인한 경제적 부담을 완화하는 것이다. 재난적 의료비(catastrophic health expenditure)를 경험하는 가구 비율과 질병으로 인한 빈곤화(impovertishment due to illness)를 경험하는 가구 비율을 최소화하는 것이 그 예가 될 수 있다. 둘째로, 건강기대수명(healthy life expectancy)의 확장이 있다. 건강기대수명의 최대화와 함께 다양한 인구 계층 간 건강기대수명 격차의 최소화를 추구해야 한다(그림 2).

건강보장체계의 지속가능성과 형평성을 높이기 위해 장기적으로 다음과 같은 방향으로 구체적인 제도 개선을 해야 할 것이다. 건강보장 재원에 있어 모든 형태의 소득에 부과하는 보험료와 사회보장세를 추구한다. 현행 근로소득 중심의 보험료 부과 체계는 특히 인구 고령화 시대에 재정적 지속가능성을 저해한다. 건강보장급여는 전 생애를 통해 포괄적인 양질의 보건의료서비스(예방, 증진, 치료, 재활, 요양, 생애 말기 서비스 등을 포괄하는)를 급여하여 보장성이 충분하고 비용효과적인 의료기술의 혜택이 국민에게 공평하게 돌아가도록 한다. 서비스 제공 체계는 의원급

그림 2. 2015년도 GDP 대비 의료비 지출과 건강기대수명(Healthy Life Expectancy)



자료: OECD. (2018). OECD Health Statistics. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2019. 5. 11. 인출하여 저자 편집.

의료기관, 병원급 의료기관, 아급성기(subacute care)와 재활치료 의료기관, 지역사회 의료기관(communitry-based care) 등이 유기적으로 연결되고 서비스의 연속성이 보장되어야 한다. 건강 수준과 삶의 질을 높이고 비용을 절감하되, 되도록 필수의료서비스에 대한 접근성은 보장하고 서비스공급자의 지역 간 분포의 형평성을 높인다. 의료공급자에 대한 진료비 지불 제도는 포괄수가제도, 의료의 질·성과·건강 향상에 따른 보상, 거시적 수준의 비용 총액 제한 등을 통해 의료의 질과 제도의 재정적 지속가능성을 높인다.

마지막으로, 국민이 의사 결정에 주도적으로 참여하여 책무성(accountability)이 높은 건강보장제도를 추구한다.

5. 주요 추진 과제

가. 건강보험 보장성 강화

정부는 2017년 8월 건강보험 보장성 강화 대책을 발표하고 치료에 필요한 의학적 비급여의 전면 급여화를 추진하기로 하였는데, 이러한 건강보험의 보장성 강화 정책은 장기적으로 추진되

어야 한다. 의학적 필요가 있으나 비용효과성이 낮은 의료서비스는 환자 본인부담을 기존보다 높게 차등 적용하는 ‘예비급여’ 제도를 활용하여 건강보험에 편입한다. 예비급여에 포함된 항목은 3~5년 후 적합성 평가를 통해 급여의 지속 여부를 결정하며, 새로 도입되는 의료행위는 최대한 급여 또는 예비급여로 편입하여 비급여 발생을 최소화할 예정이다. 이러한 획기적인 보장성 강화 정책은 비급여로 인한 국민의 경제적 부담을 줄이는 데 기여하리라 예상된다. 예비급여의 경우 여전히 본인부담률이 높으므로, 매우 고가인 의료기술은 설사 예비급여화한다고 해도 본인부담률이 높아 저소득층이 이용할 가능성은 낮을 수 있다. 따라서 예비급여와 보장성 강화 정책의 시행과 함께 저소득계층의 의료이용에 재정적 장벽이 남아 있는지 지속적으로 모니터링해야 한다.

보장성 강화 정책에 따라 급여가 확대되고 예비급여가 도입된다면 추가적인 재정 소요가 발생할 것으로 예상된다. 비급여가 급여화될 때 추가 재정의 크기와 더불어 총의료비용 관리의 용이성 또한 중요한 변수가 될 것이다. 추가로 급여에 포함되는 필수적인 의료의 경우 그간의 미충족 의료 요구가 해결되면서 이용이 증가하여 재정이 소요되는 것은 당연하다. 하지만 비필수적인 성격의 의료인 경우, 기존의 비급여가 제도권으로 들어오면 효율적인 재정 관리를 촉진하게 되지만, 수가가 높게 책정된다면 공급자 유인 수요 문제가 생길 수도 있다. 따라서 정부는 (예비)급여화 이후 의료 제공량 변화를 면밀히 분석하여 수

가를 지속적으로 조정해야 하고, 궁극적으로는 진료비 지불 제도의 포괄화를 통해 효율성을 높이고 비급여 양산을 억제해야 할 것이다.

현재 비교적 치료 중심인 건강보험의 급여를 확대할 필요가 있다. 인구 고령화와 질병 부담의 변화에 맞추어 급여 범위를 예방, 건강증진, 재활, 호스피스, 완화서비스 등까지 확대할 필요가 있다. 이를 통해 질환의 조기 발견, 건강 관리, 질환 발생 시 악화와 합병증 발생 예방, 높은 삶의 질과 죽음의 질 향상, 말기 질환을 앓는 환자와 그 가족이 겪는 고통 경감 등이 이루어질 것이다. 또 사후적 의료보장의 성격이 강한 본인부담상환제, 재난적 의료비 지원 사업 등과 4대 중증 질환에 대한 산정특례(본인부담 경감)를 비롯한 본인부담을 덜어주는 제도 간 연계(alignment)를 높여야 한다. 나아가 질병으로 인한 빈곤화를 방지하기 위해 상병수당 등의 추가적인 급여에 대한 사회적 논의를 시작해야 한다.

나. 지속가능성 제고와 진료비 지불 제도 개편

획기적인 급여 확대를 통해 보장성을 충분히 개선하여 국민의 신뢰를 얻는다면 국민도 보험료 인상을 수용할 것으로 기대된다. 동시에 보험료 부과 기반 소득을 확대해 부과의 형평성을 높여야 하고, 진료비 지불 제도 등의 개편을 통해 보험료 인상 수준을 최소화해야 하며, 보험료 부과 대상이 되는 기타 소득의 기준을 더욱 낮추고, 다양한 형태의 소득에 부과하는 소득 중심의 보

협료 부과 체계가 필요할 것이다.

정부가 예비급여제도와 같은 보장성 강화 정책을 통해 현재의 비급여를 최소화한다 해도, 비급여가 양산되는 보건의료체계의 구조적 문제와 공급자의 왜곡된 유인이 바뀌지 않으면 보장성이 정제될 가능성이 높다. 장기적으로 건강보장제도의 지속가능성을 높이기 위해서는 지불 단위의 포괄화 그리고 의료비 총액에 대한 관리와 통제를 주요 방향으로 진료비 지불제도를 개편해야 할 것이다. 또 새로운 고가의 치료 방법과 의료기술, 의약품이 빠르게 진입하는 현실에서 급여의 우선순위는 여전히 그리고 더욱 중요한 고민이 될 것이므로 급여와 정책의 우선순위 결정을 위한 거버넌스의 개선이 필요하다. 급여와 건강보험 의사 결정에서 국민의 참여를 높이는 것이 재정 안정과 함께 정치적 지속가능성을 높이는 데 기여할 것이다.

행위별수가제 중심의 지불 제도를 포괄적인 성과 기반 지불제도로 개편하여 건강보장제도의 지속가능성을 높이고 국민의 건강증진에 기여하기 위해 일차의료에 인두제를 점진적으로 도입하고, 입원서비스에서 포괄적인 지불 제도를 확대하는 것이 필요하다. 나아가 의료 투입 요소에 기반한 지불제도에서 의료의 질과 건강 성과에 기반한 지불제도로 개편하고, 의료서비스의 연속성을 높이기 위해 인구집단에 기반해 외래와 입원 의료비를 통합하는 지불 제도(bundled payment)의 도입을 모색해야 한다.

다. 의료 제공 체계의 효율성 제고

일차의료기관을 중심으로 지역사회 자원과 연계하여 만성질환을 통합적으로 관리할 수 있는 서비스 및 제공 체계의 구축이 필요하다. 특히 인구 고령화, 만성질환의 증가에 따라 예방, 포괄적 진료, 진료의 연속성이 중요해지므로 주치의등록제와 같이 국민의 건강을 관리하는 일차의료의 역할 강화가 더욱 중요해진다. 동네의원을 중심으로 환자를 지속 관찰하고 관리서비스를 제공하며 교육 및 상담 등을 통해 만성질환을 효과적으로 관리하는 것이 필요하다. 이를 위해 일차의료 활성화를 위한 법과 제도를 도입하고 예방서비스 급여화 등의 체계적 계획을 수립할 필요가 있다.

예방, 건강증진, 급성기 치료, 재활, 요양 등 다양한 서비스 간의 효과적인 연계를 통해 비용을 절감하고 삶의 질을 높이며 효과적으로 건강을 향상하는 방안을 모색해야 한다. 요양병원은 중증도와 상태 불안정성이 높은 노인 환자를 중심으로 서비스를 제공하고, 의료서비스 필요도가 낮고 상태 안정성이 높은 환자는 요양시설을 이용하도록 하기 위해서는 장기입원 기준 일수를 낮추고 장기 입원의 기준일 이후에는 요양병원에 대해 수가를 감산하는 것과 함께 환자에 대해서도 본인부담률을 높여야 한다. 나아가 지역사회의 역할을 강화해 요양병원 퇴원 후 돌봄서비스 제공의 효과성을 높여야 한다. 퇴원 환자를 대상으로 하는 평가도구를 개발하여 적용하고, 질병 관리 교육뿐 아니라 해당 질환의 관리를 위해 지역사회 내 병원과 복지서비스에 대한 정보를 제

공하고, 포괄적인 퇴원 환자 관리 체계를 마련하는 것이 필요하다.

분만, 응급, 외상, 저소득층 진료 등 민간 부문이 일반적으로 회피하는 분야에 대해서는 공공의료를 강화하거나 참여하는 민간의료기관에 대한 재정 지원이 필요하다. 응급·외상·중환자, 심뇌혈관질환, 분만·신생아·아동, 감염, 노인·재활 등 필수보건의료를 책임질 의료기관을 지정하고, 해당 권역 또는 지역 네트워크를 통해 필수보건의료에 대한 국가 보장이 실현될 수 있도록 기획, 연계, 조정, 서비스 제공 등의 기능을 수행해야 한다. 건강 취약계층에 대한 의료 접근성을 높이기 위해 아동과 취약지 대상 응급의료체계와 분만취약지 등의 지원을 통해 고위험 산모와 신생아에 대한 지원 체계를 강화해야 한다. 나아가 전반적인 병상 과다 문제를 해결하기 위해 신규 병상을 억제하고 기존 병원들의 입원서비스 질 관리를 철저히 해야 한다.

6. 나가며

건강보장제도는 효율성과 형평성을 높이기 위해 보장성 강화, 지속가능성 담보, 의료 제공 체계의 효율성 제고라는 과제를 안고 있는데, 이러한 목표를 달성하기 위해서는 이해 당사자 간의 합의가 중요하다. 재원 확보에 있어서 정부가 보건의료 부문에 투자를 높이려는 정치적 의지, 국민이 건강보험료 인상을 수용하는 것, 의료공급자들이 의료의 질을 높이고 의료체계의 효율성을

제고하기 위해 노력하는 것 등이 수반되어야 한다. 특히 의료공급자는 보건의료의 특성상 그 영향이 막대하므로 건강보장제도의 성과에 큰 영향을 미친다. 앞으로 건강보장제도가 정책 목표를 달성하기 위해서는 국민의 참여와 역할이 더욱 커지고 정책의 투명성이 높아지도록 거버넌스의 개혁이 수반되어야 할 것이다. ■

참고문헌

- 강길원. (2018). 건강보험 지불제도. 제1차 건강보험종합계획 수립 및 실천방안 연구에서.
- 건강보험심사평가원. (2015). 신포괄수가 시범사업의 운영 및 평가, 일산병원 심포지엄 자료집.
- 고속자, 정영호. (2015). 생애말기케어의 사회적 가치 측정. 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단. (2015). 2014년 건강보험환자 진료비 실태조사.
- 권순만, 유명순, 오인환, 서수경. (2013). 신포괄수가제도 모형 평가 및 개선 방안 연구. 서울: 보건복지부, 건강보험공단.
- 권순만, 김홍수, 이지운, 원장원, 김호. (2013). 실태조사를 통한 노인의료(요양) 서비스 제도 개선방안 연구. 서울: 보건복지부, 건강보험공단.
- 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영. (2012). 보건의료 정책 의사결정과 시민참여: 『건강보장 보장성 시민위원회』의 사례. 보건행정학회지, 22(4), 467-496.
- 김우림, 박은철. (2017). 2015 재난적 의료비 경험률과 추이. 보건행정학회지, 27(1), 84-87.

- 김은경, 권순만. (2016). 재난적 의료비 발생과 재발생이 빈곤화와 빈곤지속에 미치는 영향. 보건행정학회지, 26(3), 172-184.
- 서울대학교 의료관리학교실. (2018). 한국의 의료이용 아틀라스. 건강보험 의료이용지도 (KNHI-Atlas) 구축 3차 연구에서.
- 신영석, 정연, 김은아. (2018). 건강보험 재원조달 제1차 건강보험종합계획 수립 및 실천방안 연구에서.
- 연세대학교. (2013). 실폐괄지불제도 시범사업 (일산병원 3차, 공공병원 1단계) 평가 연구. 건강보험심사평가원.
- 임승지. (2017). 요양병원 환자의 별도 기준 본인부담상한제 개선방안. 건강보험정책 연구원.
- De Meijer, C. A., Koopmanschap, M. A., Bago, T., & van Doorslaer, E. (2011). Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability? *J of Health Economics*, 30, 425-438.
- OECD. (2018). OECD Health Statistics. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. updated on 8 November 2018. extracted on 11 May 2019.
- Juhwan Oh, Young Ko, AB Alley, & Soonman Kwon. (2015). Participation of the lay public in decision-making for benefit coverage of national health insurance in south korea. *Health Systems and Reform*, 1:1, 61-72.
- Soonman Kwon. (2009). Thirty years of national health insurance in south korea: lessons for achieving UHC. *Health Policy & Planning*, 24(1), 63-71.
- Soonman Kwon. (2018). Advancing universal health coverage: what developing countries can learn from the korean experience? *Universal Health Care Coverage Series No. 33*. Washington, DC: World Bank Group.
- WHO. (2018). Global Health Expenditure Database & Global Health Observatory.