문재인 케어의 쟁점과 정책 방향

Issues and Policy Options for Moon Jae-in Care

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원

2018년은 지난해 발표된 건강보험 보장성 강화 대책, 이른바 '문재인 케어'(2017-2022)의 장기 계획을 본격적으로 실행하는 첫해로서 의미가 크다. 건강보험 보장성 강화 대책은 모든 비급여를 공적 통제 범위 내에 두고자 하는 접근이다. 문재인 케어를 통한 보편적 건강보장의 실현은 사람 중심의 거버넌스와 건강 정보 독해력에 대한 투자와 지원에 기반을 두어야 한다. 아울러 제도의 완결성을 높이는 차원에서 의료기술평가와 건강보험 급여 결정의 활성화, 일차의료 강화와 환자 중심 의료 연계를 장려하는 지불제도의 개편, 건강보험과 민간보험의 보충적 관계 정립, 비용 심사 중심에서 가치 기반 이용도 관리로의 지출 관리 패러다임 전환이 필요하다.

1. 들어가며

건강보험 보장성 강화를 위해서는 세계보건기구(WHO)가 제시하는 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)의 3가지 차원 즉, 대상 인구의 포괄성, 급여서비스 범위의 충분성, 비용 부담 수준의 적절성을 동시에 충족시키는 접근이 필요하다. 국내에 거주하는 모든 국민은 당연히 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 되므로,[1] 건강보험은 대상 인구의 포괄성을 달성했다고 할 수 있다. 따라서 건강보험 보장성 강화 대책의 성과는 건강보험이 급여하는 서비스의

1) 국민건강보험법 제5조 제1항은 의료급여 수급권자 또는 유공자 등 의료보호 대상자를 제외하고 국내에 거주하는 모든 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다고 규정하고 있음.

범위를 충분히 넓혀 비급여에 대한 국민의 부담을 해소하고 국민의 의료비 부담을 적정한 수준으로 낮추는 것에 있다.

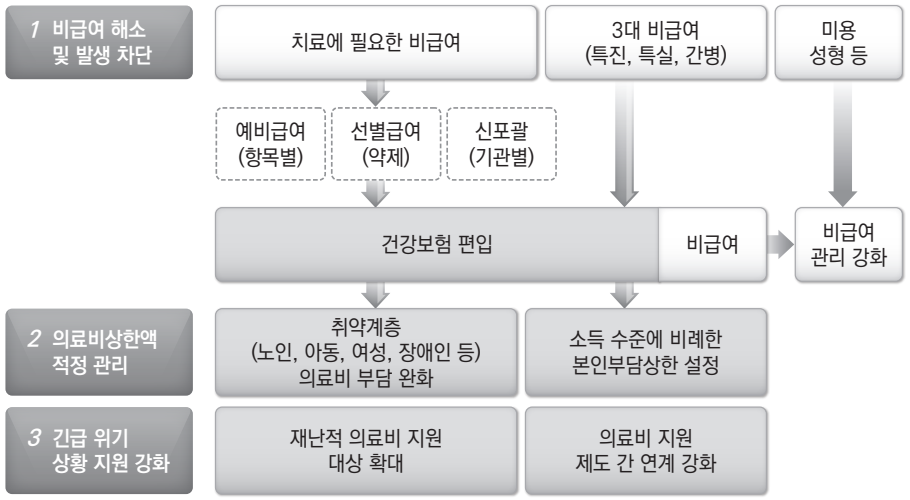
2017년 8월 9일, 정부가 2022년까지 건강보험 보장률을 70%까지 높이겠다는 건강보험 보장성 강화 대책, 이른바 '문재인 케어'를 발표했다. 문재인 케어는 보건의료 환경 전반의 변화를 예고하며 사회 전반에서 대책의 실효성을 높이기 위한 논의를 확대시켜 왔다.

2018년은 문재인 케어의 구체적 실행 방안을 마련하여 장기 계획(2017-2022)을 본격적으로 이행하는 첫해로서 의미가 크다. 이 글에서는 건강보험 보장성 강화 대책의 차질 없는 이행과 성과 달성을 위해 관련 세부 정책의 쟁점과 방향을 제안하고자 한다.

2. 건강보험 보장성 강화 대책[2)]

문재인 케어의 배경에는 비급여 증가를 통제하지 않고는 건강보험 보장성 확대가 불가하다는 지난 10년간의 성찰과 20조 원 이상의 건강보험 누적 적립금이 있다. 2004년 이후 매년 평균 5000억 원 이상이 보장성 강화를 위해 투입되어 왔으나, 건강보험 보장률은 2006년 64.5%에서 2015년 63.4%로 최근 10년간 60% 수준에서 정체되어 있었다. 의료비 중 가계직접부

그림 1. 건강보험 보장성 강화 대책 추진 방안 틀



자료: 보건복지부. (2017. 8. 11.). 건강보험 보장성 강화대책. p. 3.

2) 보건복지부(2017), 김윤희(2017, pp. 25-31)의 내용을 반영하여 정리함.

담 비율이 2015년 36.8%로 경제협력개발기구(OECD) 평균 20.3%보다 1.8배 높고(OECD, 2017) 의료비가 소득 수준의 40%가 넘는 재난적 의료비 발생 가구 비중이 2010년 3.68%에서 2014년 4.49%로 증가 추세에 있었다(서남규 등, 2016, p. 109). 다행히 건강보험 재정은 2011년 이후 지속적인 수지 흑자를 유지하여 2016년 기준 누적 적립금이 20조 656억 원이었다(김윤희, 2017, p. 17).

지난해 8월에 정부가 발표한 건강보험 보장성 강화 대책의 주요 내용은 ① 의료비 증가와 환자 부담의 주요 원인인 비급여 대상을 급여 항목으로 전환하는 비급여 해소 및 발생 차단 정책 ② 고액 비용 발생 방지를 위한 의료비 상한액 적정 관리 정책 ③ 의료 빈곤에 대한 긴급 위기 상황 지원 강화 정책으로 구성되어 있다(그림 1).

첫째, 비급여 해소 및 발생 차단 정책은 의료비 증가 및 환자 부담의 주요 원인으로 꼽히고 있었던 모든 비급여 항목을 제도권 내부에 두고자 하는 방안으로, 의학적 필요성이 있는 비급여를 건강보험 급여 항목으로 전환하고자 하는 것이다. 다만, 모든 비급여 항목이 동일한 급여 항목으로 전환되는 것은 아니다. 일부 효과가 있지만 비용효과성이 낮아 비급여 대상이 되었던 경우는 본인부담률을 차등 적용하는(50~90%) 예비급여로 분류되고, 3~5년 후 평가를 통해 건강보험 적용 여부(급여, 예비급여, 비급여)가 결정된다. 보건복지부에 따르면, 예비급여 대상은 3800여 개로 2022년까지 모두 건강보험 적용 여부가 결정될 것으로 계획되어 있다. 3대 비급여(선택진료, 상급병실, 간병)에 대해서는 2018년부터 선택진료제도가 전면 폐지되고, 상급병실료는 급여 항목으로 전환되며, 간병 대체를 위해 급여 항목인 간호간병통합서비스 제공 병상을 확대하는 방안을 제시하였다. 보건복지부에 따르면 2018년 하반기부터 2~3인실 전부를 건강보험 적용 대상에 포함하며, 1인실(특실 등 제외)은 중증호흡기질환, 출산 직후 산모 등에 한해 2019년부터 제한적으로 건강보험 적용 대상이 될 예정이다. 다만, 상급병실인 1~3인실의 본인부담률은 상급병원 쏠림 현상 등을 막기 위해 기존(20%)보다 높게 책정할 계획이라고 한다. 현재 간호간병통합서비스 제공병상은 2만 3000병상(급성기 병상 중 9.3%) 수준이나 2022년 10만 병상까지 확대하여 간병 부담을 줄일 계획이다.[3] 한편, 새로운 비급여 발생 차단과 비급여 남용 방지를 위해 현재 공공의료기관 42개 기관에서 시행되는 신포괄수가제를 2022년까지 200개 의료기관에 확대 적용하여 비급여 감축 인센티브를 도입하고, 신의료기술 관련 제도를 개선하며, 건강보험과 민간의료보험의 관계를 정립한다는 계획이 제시되었다.

둘째, 의료비 부담 상한액 적정 관리 방안은 15세 이하 아동의 입원 진료 시 본인부담률 5%로 인하, 난임 수술과 부인과 초음파 등의 급여 전환, 소득 하위 50%의 본인부담상한액을 연소

3) 개인 간병인을 고용할 경우 1일 7만~8만 원을 전액 환자가 부담해야 하나 간호간병통합서비스를 이용할 경우 1일 입원료로 1만~2만 원을 추가 부담하면 된다.

득의 10% 수준으로 낮춰 저소득층의 의료비 부담 경감을 포함하고 있다.

셋째, 긴급 위기 상황 지원 강화는 의료안전망으로서의 기능 강화를 위해 한시적으로 시행하던 '중증질환 재난적 의료비 지원 사업'을 소득 하위 50%까지 대상자를 확대하여 모든 질환에 대해 지원하는 '재난적 의료비 지원 사업'[4]으로 제도화하고, 위기 상황에 있는 환자에 대한 의료비 지원 사업 지원을 위해 공공 대형병원에 사회복지팀을 설치하여 퇴원 시에도 지역사회의 복지 자원과 연계되도록 할 계획이다.

보건복지부는 건강보험 보장성 강화 대책에 2017년부터 2022년까지 30조 6000억 원의 건강보험 재정이 소요될 것으로 추계하였다. 국회예산정책처가 보건복지부의 건강보험 보장성 강화 대책 및 보건복지부 자료를 바탕으로 재작성한 소요 재정 표는 다음과 같다.

표 1. 정부의 건강보험 보장성 강화 대책에 따른 소요 재정

(단위: 억 원)

	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	총계
신규	4,834	32,018	9,658	6,915	6,305	5,905	65,635
누적	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441	306,164
예비선별급여	2,098	11,952	16,733	21,774	26,818	31,123	110,498
3대 비급여	1,401	9,390	13,742	15,856	17,980	20,115	78,484
신포괄 등 수가체계	-	937	1,800	2,475	3,217	4,289	12,718
취약계층 부담 완화	1,335	9,997	12,858	14,740	16,403	18,341	73,673
소득 수준에 비례한 본인부담 상한 설정		3,860	4,374	4,957	5,617	6,369	25,177
재난적 의료비 지원 대상 확대		1,048	1,083	1,120	1,160	1,204	5,615

자료: 김윤희. (2017). 건강보험 보장성 강화대책 재정추계. p. 32.

4) 입원 환자와 고액 외래진료 환자를 대상으로 가구 소득 수준에 따라 의료비가 연간 소득의 일정 비율을 넘는 경우 비급여 등을 포함한 본인부담비용을 연간 2000만 원 범위 내에서 지원하는 사업.

3. 주요 쟁점과 과제

1) 급여 전환 결정의 거버넌스

문재인 케어의 핵심은 비급여의 급여화이다. 건강보험공단이 15개 종합병원의 2014년도 비급여 진료비 분석을 통해 제시한 비급여 유형은 크게 5가지로 구분된다(표 2). 이 중 급여 전환 대상인 의학적 비급여는 항목 비급여와 기준 초과 비급여에 해당되어 전체 비급여의 54.6%를 차지한다. 법정 비급여 중 절반 이상을 차지하는 선택진료비는 2018년부터 폐지되고 38%를 차지하는 상급병실료는 급여로 편입된다. 예비급여 또는 급여로 전환되는 의학적 비급여와 개편 대상인 법정비급여를 제외하면 합의 비급여 6.1%, 미분류 비급여 6.2%가 비급여로 남게 된다. 종합병원과 달리 병원과 의원에서는 의학적 비급여보다는 합의 비급여 비중이 더 높을 것으로 예측된다.

복지부는 올해 의학적 비급여 항목 약 3800개에 대해 어떤 행위를 제외하고 어떤 행위를 포함해 최종적으로 급여 전환 대상인 의학적 비급여의 대상으로 할지, 어떤 항목을 예비급여 대상으로 할지, 어떤 우선순위로 본인부담률을 차등 적용해야(50~90%) 할지를 결정해 급여 전환을 시행해야 한다. 우선순위에서 고려할 사항으로는 이용 빈도, 비용 부담, 대체 기술과의 비교 효과, 사회적 요구도 등이 있는데 세부 사항에 대해서는 관련 전문가와 이해관계자들의 합의 절차가 필요할 수도 있다(박종연, 2017, p. 51).

건강보험 거버넌스는 주로 국민건강보험의 보

표 2. 비급여 유형별 구성

분류	내용	예시	구성비
항목 비급여	비용 대비 효과가 확실하지 않아 보건복지부 고시로 의료행위, 치료 재료 목록에서 비급여로 정한 것(의·치과 항목 474개, 한방 비급여 항목 16개, 2017년 2월 1일 기준)	다빈치로봇수술료, 충치 치료료 등	21.9%
기준 초과 비급여	횟수와 용량 등 급여 기준을 초과한 경우	초음파검사료, MRI 등	32.7%
법정 비급여	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 별표 2에 제시된 사항 중 상급병실료, 선택진료비, 제 증명료 등	상급병실료(38.4%), 선택진료비(57.7%) 등	32.9%
합의 비급여	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 별표 2에 제시된 사항 중 일상생활에 지장 없는 경우, 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우 등	미용, 성형수술, 영양주사, 한방 물리요법 등	6.1%
미분류 비급여	현재까지 분류하지 못한 항목		6.2%
계			100%

자료: 서남규. (2017), 비급여 진료비의 구성과 현황, p. 9, 박종연. (2017), 의료기술의 평가와 급여 결정 방향, p. 43의 자료를 결합하여 재구성.

장 대상이 되는 급여 내용의 결정과 급여서비스의 수가를 결정하는 과정에서 실현된다. 따라서 비급여의 급여 전환은 급여 범위로 들어오는 비급여의 우선순위 결정과 전환되는 서비스의 수가를 결정하는 과정에서 이해 당사자의 참여와 과정의 투명성에 대한 적절성 논란을 지속적으로 야기할 수 있다. 두 가지 과제는 모두 국민의 보험료에 영향을 주는 결합된 문제이며, 최종 의결기구인 건강보험정책심의위원회(위원장, 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익 대표 8인)의 안건이 된다. 그럼에도 불구하고 그간의 경험에 의하면 전자는 가입자를 중심으로, 후자는 공급자를 중심으로 참여 수준과 논의 주제를 달리하여 진행되고 합의에 이르고서야 내용이 공개될 가능성이 높다. 결과에 따라 이해 당사자의 대표성 문제가 크게 제기될 수 있다.

2) 건강보험 급여 결정의 근거

환자 중심에서 비용효과성이 높은 서비스를 선별하여 급여를 결정하고, 상대적으로 경제성이 낮은 서비스에 대해 본인부담률을 높게 책정하여 의료인과 환자가 비용 대비 가치가 높은 의료서비스를 선택하도록 유도하는 가치 기반 급여 설계는 한정된 재원으로 보편적 건강보장을 실현하는 핵심 요소이다. 이를 위해서는 신의료기술뿐 아니라 기존 기술에 대해서도 의료기술평가를 기반으로 급여 결정이 이루어져야 한다. 유효성, 안전성, 경제성을 포괄하는 의료기술평가는 의학기술의 발전에 따라 건강보험 급여 결정을 위한 중요한 제도적 장치로 그 역할이 확대될 것이다.

우리나라는 새로운 의료기술에 대해 안전성, 유효성을 평가하는 신의료기술평가제도를 2007년에 도입하여 건강보험 급여 결정 신청의 전제조건으로 규정함으로써 가치 기반 건강보험 급여를 위한 제도적 기반을 마련했다. 또한 지난 정부의 선별급여제도는 급여 원칙에 부합하지 않으나 사회적 요구가 있거나 근거 자료 축적이 필요한 기술에 대해 본인부담률을 차등적으로 높여 급여하고(50~80%) 주기적으로 재평가하도록 했다. 또한 신기술이 아닌 기존 기술로서 로봇수술에 대한 안전성, 효과성 평가를 통해 전립선암에 한정하여 선별급여를 적용한 사례가 있다(박종연, 2017, p. 47). 결론적으로 의료기술평가와 건강보험 급여 결정을 연계하는 방법론적 기반은 갖추었다고 할 수 있다.

문재인 케어의 핵심인 비급여의 급여화는 신의료기술에 대해서만 이루어졌던 의료기술평가를 기존 기술에 대해서도 확대하는 절차적, 실무적 기반을 필요로 한다. 예를 들어, 전환 대상 비급여에 대해 급여와 예비급여 전환을 구분하고 본인부담률을 달리 적용하는 예비급여 항목을 선정하기 위해서는 유효성과 안전성뿐 아니라 경제성 평가 결과가 활용되어야 한다. 그러나 아직까지 의학적 비급여로 분류된 3800여 개의 항목에 대해 유효성, 안전성, 경제성 평가 근거의 현황이 어떠하며, 예비급여가 결정된 이후에도 2022년까지 급여 결정을 위해 모니터링과 평가를 어떻게 할지 구체적으로 공개된 바가 없다. 또

한 지속적으로 신의료기술이 개발되고 있는 상황에서 기존의 급여 또는 비급여의 이분법적 결정이 아니라, 예비급여 결정으로 인한 재평가 항목의 지속적 추가를 기존의 신의료기술평가 인력과 절차로 충당할 수 있을지 의문이다.

3) 적정 수가 및 손실 보상

정부는 비급여가 수익 보전으로 활용되었던 현실 등을 감안하여 의료계에 적정 수가 보상을 약속했다. 의료기관은 자율적으로 가격을 결정하던 비급여 항목에 대해 모니터링 및 진료비 심사의 공적 통제를 받게 되고, 급여 수가 전환으로 인한 수입 감소를 감당해야 한다. 의료계는 장외 집회를 통해 최대한 실리를 얻고자 하고 있으며, 이러한 과정에서 사실상 수가 인상이라는 약속을 받아 내기도 했다.

지난해 12월, 복지부는 2018년 선택진료제도 폐지에 대해 저평가 369개 항목에 대한 수가 인상 2천억 원, 의료질평가지원금 확대 2천억 원, 종별 입원율 수가 인상 1천억 원으로 총 5천억 원 규모의 의료기관 손실 보상 방안을 발표했다. 지난 1월 17일에는 '건강보험 종합계획 수립 및 비급여의 급여화 설명회'를 열어 문재인 케어의 세부 계획을 발표했다. 복지부는 진료비 실태조사와 비급여 상세 내역 조사 결과를 활용해 2017년 비급여 전체 규모를 12조 2000억 원으로 추정했고, 의과 비급여 7조 3천억 원 중 5조 7천억 원을 급여화 목표액으로 제시했다. 전체 3800여 개 중 의과 대상 항목은 3600여 개로 의료행위가 700여 개, 치료 재료가 2900여 개다. 2018년 600여 개, 2019년 240여 개, 2020년 1200여 개, 2022년 270여 개의 연차별 급여 전환 계획도 제시되었다.

수익 보전으로 활용되었던 비급여 가격에서 거품을 제거하고 급여 전환 시 적정 수가를 결정하는 문제, 수가체계 전반에서 수가 수준을 정상화하는 문제, 선택진료제 폐지 등 3대 비급여 개편의 손실 보상 방안 이행 문제는 모두 연관되어 있다. 2018년은 이러한 손실 보상 방안이 동시에 집행되고 본격적으로 비급여의 급여 전환이 시작되는 해이다. 결과적으로 계획의 이행을 위해서는 수가 보상이 관건이다. 자칫 수가 보상 과정에서 정치적 합의에 의해 의료 왜곡이 발생하지 않도록 보상의 원칙과 절차의 투명성을 지켜야 할 것이다.

4) 민간보험 가입에 따른 도덕적 해이

한국의료패널 2008~2014년 통합 자료를 분석한 결과, 가구의 민간의료보험 가입률은 2008년 71.6%에서 2014년 78.1%로 지속적으로 증가했고, 2014년 가입 가구의 평균 가입 개수는 4.85개로 월평균 28만 8402원을 납입하고 있다(서남규 등, 2016, p. 26). 금융위원회 보도자료에 따르면, 민간의료보험 중 국민건강보험의 급여 범위와 밀접한 관계에 있는 실손의료보험은 국민의 약 62%인 3200만 명가량이 가입하고 있다(최기춘, 이현복, 2017, p. 31). 민간의료보험이 공보험의 부족한 보장성을 보충하는 역할을

기대하지만 이는 가입자에 한정되고, 정작 보장성 보충이 필요한 취약계층은 가입 심사에서 배제될 수 있다. 또한 민간의료보험으로 인한 도덕적 해이는 가입자의 비급여 이용 증가뿐 아니라 의료공급자의 비급여 창출을 유도할 수 있다. 신기철, 권혁성(2014, pp. 136-138)의 연구에 따르면, 정액형 보험 중 입원 일당 등에 다수 가입한 사람의 경우 평균 입원 기간이 보험금 비수령자에 비해 2~3배 길고, 정액형과 실손의료보험에 중복 가입한 경우 그렇지 않은 경우에 비해 입원 비율이 약 22.9% 높다.

민간보험과 건강보험의 관계 정립이 불투명한 상태에서 건강보험 보장성을 확대하는 것은 주로 건강보험 비급여 부담에 대한 불안감으로 실손보험 등 민간보험에 가입하는 국민의 부담을 계속 유지시킬 뿐 아니라 민간보험 가입자의 도덕적 해이와 의료기관의 비급여 창출 동기를 유지시켜 의도된 보장성 확대 효과를 상쇄시킬 수 있다.

5) 보장성 확대에 대응하는 지출 관리

사회보험은 사회연대성 원리를 기반으로 한다. 더욱이 건강보험은 다른 보험과 달리 소멸성 단기보험이기 때문에 연대성 원리에 더욱 충실할 필요가 있다. 첫째, 재원이 허락하는 범위 내에서 보장을 충분히 해야 하고 둘째, 재원은 한정되어 있기 때문에 효율적으로 사용해야 한다. 즉, 필요 없는 누수, 남용의 여지를 원천적으로 제거해야 한다(입법정책연구회, 2011, p. 9). 하지만 현행 행위별 수가제는 공급자의 진료량에 따라 사후에 지불받으므로 항목별 가격만 통제하고 진료비 총액을 관리할 장치가 없다. 행위별 수가제는 청구 및 심사 업무를 증가시키고, 심사기구와 의료계 간 진료의 전문성과 자율성에 대한 마찰을 증가시킨다. 행위별 수가제 기반에서 비급여의 급여화는 의료비 심사 물량과 지출 증가를 가져온다. 따라서 비용 중심의 건 단위 심사로는 전 국민의 의료 접근을 격차 없이 보장하는 건강보험제도의 지속가능성을 유지하기 위한 지출 관리를 기대하기 어렵다. 아울러 보장성 강화 대책 추진 과정에서 적정 수가 보상, 손실 보상 방안의 이행으로 발생할 수 있는 누수를 총량적으로 관리해야 한다. 국민건강보험제도의 핵심 기능인 진료비 심사 체계 개편이 요구되고 있다. 보건복지부는 기관 단위 경향 심사로의 방향 전환을 제시하고 있지만, 오랜 기간 급성기 중심의 단절적 의료행태를 기반으로 행위별 수가제의 건 단위 심사에 최적화된 심사 운영 체계, 제도적·법적 기반을 변화시켜야 하는 과제가 따른다.

4. 정책 방향

1) 사람 중심의 정책 실현을 위한 의료 이용자의 참여 활성화

건강과 보건, 그리고 그 정책을 관통하는 사람 중심성은 최근의 세계적 화두이자 경향이다(시민건강증진연구소, 2017). 세계보건기구가 제안한 사람 중심 보건의료는 질병이 아닌 사람과 지

역사회를 보건의료체계의 중심에 두고, 사람들이 서비스 수혜자의 수동적 위치가 아니라 스스로 건강을 책임지는 역할을 하도록 역량을 강화하는 것이다(시민건강증진연구소, 2017). 2017년 1월에 개최된 OECD 보건장관회의도 '사람 중심'을 미래 보건의료체계의 방향으로 선언했다(강희정, 2017, p. 116). 보편적 건강보장에서 사람 중심의 접근은 이용자 중심에서 적정 서비스의 제공, 접근 장벽의 해소, 불평등의 감소와 평등의 향상을 보장하도록 보편적 건강보장 프로그램들을 설계하는 것이다(Quick et al., 2014, p. 1). 아울러 사람 중심의 정책은 정부가 국민을 더욱 공평하게 대변하여 정책을 수립함으로써 정부에 대한 국민의 신뢰를 회복하는 접근이라고 할 수 있다. 실제로 보건의료 분야 의사결정 구조에서 가입자, 환자, 이용자의 참여는 점차 확대되고 있다.

우리의 과제는 형식적 참여가 아니라 참여의 지속성과 수준을 높여야 한다는 것이다. 의사와 환자가 수직적이 아닌 수평적 관계에서 공동의 의사 결정을 하도록 하는 환자 중심성에 대한 인식이 확대되고 있지만, 여전히 의료 분야에서 전문가주의는 강한 힘을 발휘하고 있다(정영훈, 2017, p. 4). 정책의 필요성을 판단하고 내용을 결정하는 과정에서 비전문가인 환자의 위상은 상대적으로 낮고 적극적 참여의 기회보다 수용 여부를 결정하는 입장에 있기 쉽다. 참여의 지속성은 정책 수요를 파악하는 단계부터 내용을 설계하고 결정하고 교정하는 전 과정에서 이용자를 대표하는 이들을 참여시켜 정보의 공유 수준을 높이는 것이고, 결과적으로 참여 수준을 높이는 데도 기여할 것이다.

치료 결정을 위한 의사와 환자의 관계에서 환자 중심성, 정책 결정을 위한 정부와 국민의 관계에서 사람 중심성의 강조는 보편적 건강보장을 실현하는 거버넌스의 핵심 요소이다. 이러한 기조는 공급자 중심에서 이용자와 수요자 중심으로의 의료 패러다임 변화를 반영하고 있다.

현재 보건의료 분야 의사 결정 과정에 참여하는 이용자 대표는 시민사회단체, 환자단체, 가입자 대표 등이다. 의료계는 논의 주제에 따라 세부 분야와 역할이 세분되어 있는 반면, 이용자 대표는 주제에 대한 적합성보다는 참여 여건에 따라 선택되는 경향이 높다.

앞으로 보장성 확대와 연계된 급여 범위와 우선순위 결정에서는 투명한 절차와 대표성에 기초한 이해관계자의 참여가 중요한 이슈가 될 것이다. 이규식(2017, p. 111)은 건강보험의 구조개혁 요소로 정책의 비전과 목표를 설정하고 과거와 같은 정부의 명령과 통제가 아닌 다양한 이해집단의 참여 속에서 구매자의 적극적 노력으로 운영하는 간접적 방식의 새로운 스튜어드십/거버넌스의 확립을 강조했다.

보편적 건강보장 프로그램들의 수립, 집행, 교정 과정에서 이용자 대표의 참여 수준을 파악하여 선정의 투명성과 대표성을 제고하고, 참여의 지속성과 수준을 확대하는 방안을 견고히 할 필요가 있다. 일례로, 환자는 관련 의료서비스를 경험하는 중요한 정보원으로서 질환별 환자 단체의 역할을 활성화시킬 필요가 있다. 다만, 환자단

체가 제약회사 등과의 경제적 이해관계를 대변하지 않고 자발적 자조 단체로 역할을 하도록 적절한 자격 기준을 설정할 필요가 있다. 국내 환자 단체 실태 조사를 바탕으로 적정 자격 기준에 따른 등록과 지원제도를 운영함으로써 주제별 의사 결정에서 이용자 참여의 대표성과 참여 수준을 확대시키는 방안을 검토할 수 있을 것이다.

2) 건강 정보 독해력(literacy)에 대한 투자와 지원

많은 국가가 사람 중심의 가치 기반 의료를 확대하는 중요 요소로 건강 정보 독해력에 관심을 가지기 시작했다. 건강·보건의료 전반에 대한 이해가 부족한 사람들은 서비스 제공자와의 의사소통에서 어려움을 경험하며, 본인의 건강 수준 향상에서도 스스로의 역량을 강화할 수 없다. 따라서 정부와 보험자는 국민의 건강 정보 독해력을 높이기 위해 지속적으로 정보를 제공하고 환자의 선택권을 보장하는 지원을 해야 한다.

건강 정보 독해력 향상은 다양한 정책 수립과 결정에서 이용자 대표의 참여가 확대되고 공유 정보의 양과 질이 모두 높아져 국민의 선택권이 실질적으로 높아짐으로써 실현된다. 예를 들어, 단순히 비급여 가격을 공개하기보다 비급여 행위 분류를 비교 가능한 수준으로 표준화하여 조사하고, 분석된 가격 정보를 제공해야 환자의 선택에 유용하게 사용될 수 있다. 또는 비급여 등 선택적 의료서비스 이용을 지원하기 위해 의료기술평가기관에서 체계적인 검증 결과를 바탕으로 의료기술에 대한 권고안을 국민 눈높이에 맞춰 제공하는 활동을 확대해야 한다.

이러한 노력은 건강을 오로지 의료에 의존하는 국민의 의식 개선을 위해서도 필요하다. 건강 관리에 의료가 기여하는 정도는 불과 10%에 불과하며,[5] 건강 수준의 향상은 사회 결정 요인에 따라 접근되어야 한다. 국민의 건강 정보 독해력을 높이는 투자와 지원은 개인의 건강 관리에 대한 책임과 실천력을 강화시킬 것이다. 의료공급자와 환자 간 정보 공유의 확대는 불필요한 반복적 의료 이용을 감소하고 의료공급자 간 연계를 활성화할 것으로 기대된다(Banfield et al., 2013, p. 14). 의료시스템을 항해하는 환자가 정보에 기초하여 의료 이용을 결정할 때 시스템의 효율성과 반응성이 함께 높아질 것이다.

3) 의료기술평가와 건강보험 급여 결정의 활성화

신기술의 급여 결정에서 급여의 필요성은 있으나 비용효과성이 낮다고 판단될 경우 예비급여가 고려될 수 있으나 적절한 급여 결정을 위한 실질적 경제성 평가 정보가 제도적으로 미흡한 실정이다. 대부분 모니터링 체계를 두고 일정 시간 이후 재평가하여 급여 여부를 결정하게 될 것이다. 이 경우, 의료기술평가의 건강보험 급여 연

5) McGuinnis 등(2002, p. 83)은 미국 국민의 조기 사망에 미치는 여러 영역의 영향을 유전적 소인 30%, 사회적 환경 15%, 환경적 노출 5%, 행동 양식 40%, 의료적 부족 10%라고 추정했다.

계가 원활하게 작동하기 위해서는 유관 기관(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건의료연구원 등) 간의 역할과 기능을 강화하고 협력 체계를 확립하여 건강보험 급여 결정을 더욱 체계적으로 지원할 필요가 있다(박종연, 2017, p. 49).

현행 신의료기술평가 절차에 따르면 한국보건의료연구원은 유효성과 안전성을 평가하여 결정하고, 이를 근거로 급여 결정이 신청되면, 건강보험심사평가원은 급여 적정성과 비용효과성을 평가하여 급여 여부를 결정하도록 되어 있다. 유효성과 안전성을 평가하는 기관과 경제성을 평가하는 기관이 구분되어 있지만 경제성 평가 단계를 지원하기 위해 유효성과 안전성을 평가하는 기관에서 의료기술 관련 임상 연구를 수행하여 그 결과를 경제성 평가의 근거로 제공해야 할 필요성이 확대될 것이다. 이러한 기능의 확대와 정보 연계를 위해 유관 기관 간 협력이 활성화되도록 제도적 기반을 견고히 할 필요가 있다.

기존의 의료서비스에 대한 의료기술평가를 급여 결정에 적용하기 위한 법, 제도, 실무적 기반의 확립도 필요하다. 의료서비스에 적용되는 의료기술의 개발 단계부터 의료 현장에서의 적용, 새로운 기술과의 비교효과 분석을 통한 대체와 퇴출 등에 이르는 기술의 전 주기적 평가로 의료기술평가가 확장되면 가치 기반 급여 설계를 통한 건강보험 급여서비스의 효율화를 기대할 수 있을 것이다. 또한 신규 비급여 발생을 억제하면서 환자의 의료선택권과 의료산업 발전을 위한 의료기술 개발 동기를 육성할 수 있도록, 안전성이 확인되었으나 유효성 정보가 부족한 유망 기술 등을 승인된 의료기관에 한정하여 일정 기간 시행할 수 있도록 허용하고 재평가하는 제도를 빠르게 추진해야 한다. 이를 위해서는 의료기술평가와 건강보험 급여 결정의 연결이 활성화될 수 있도록 조직 간 협력 체계와 운영 인력에 대한 투자와 정비가 중요하다.

4) 일차의료 강화와 환자 중심 의료 연계를 장려하는 지불제도 개편

2018년에는 기본진료료 개선을 위한 3차 상대가치 개편이 본격적으로 추진되며, 3차 상대가치 개편에서는 그간 지적된 요양기관 비용 자료의 정확성과 신뢰성을 확보할 수 있는 원가자료 수집체계가 마련될 예정이다. 신뢰성 있는 원가자료의 확보는 2022년까지 단계적으로 확대되는 비급여의 급여 전환 항목에 대한 수가 결정을 위해서도 필요하다.

수가 수준 결정은 세 가지 측면에서 검토되어야 한다.

첫째, 비급여 부담의 증가는 제도 설계 당시 원가 이하의 건강보험 수가 책정에 기인한다. 의료 이용은 시장의 수요에 의존할 수 없으나 서비스 생산에서는 시장의 경쟁적인 자원을 사용하기 때문에 적정한 가격을 책정하여 필요한 이용을 위한 서비스 공급이 왜곡되지 않도록 유의해야 한다(이규식, 2017, p. 110).

둘째, 적정 수가의 보상이 한 번에 실현되기 어렵고, 의료 전달체계 확립 등 정책적 조정 수요

와 맞물려 있는 상황에서 단계적으로 다양한 목적에서 접근된 수가 조정의 결과가 충돌하여 발생시킬 수 있는 서비스 공급의 왜곡을 추가적으로 검토해야 한다. 수가 인상에서 그 영향은 안과, 이비인후과, 피부과 같은 특수 단과 의원과 내과, 소아청소년과, 가정의학과 등이 같을 수 없으며, 상대가치의 점수 균형이 맞지 않는 상황에서 정책적 목적의 행위별 수가 인상은 또 다른 의료 왜곡을 가져올 수 있다.

마지막으로 지불제도 개편의 중장기적 방향에서 검토해야 한다. 일차의료 강화와 환자 중심 의료 연계를 장려하는 정책적 수가 개발 재원과 행위별 수가를 가치 기반 지불로 대체하는 재원으로 구분하여 집행할 필요가 있다. 전자는 의료 전달체계 등 정책적 개입을 위한 수가의 신설, 영역 간 균형을 맞추기 위한 수준 조정 등 항목 단위 조정의 규모이다. 후자는 점증적으로 전체 지불보상 재원에서 행위별 수가 보상에 투입되는 재원을 줄이면서 인센티브 재원을 확대시켜 가치기반 지불제도 비중을 확대시키기 위한 총액 단위 접근이다.

가치 기반 지불제도로의 변화는 의료의 질과 비용에 대한 성과 측정을 기반으로 해야 한다. 일차의료 강화와 환자 중심 의료 연계를 목적으로 신설된 보상 항목은 의료 질 등의 성과를 평가하여 인센티브 보상과 연계하는 제도의 설계가 동시에 추진되어야 한다. 이는 향후 평가 정보 수집의 추가 부담을 방지하고 정책의 실효성을 높일 것이다.

5) 건강보험과 민간보험의 보충적 관계 정립[6]

민간의료보험의 높은 가입률은 국민건강보험의 낮은 보장성에 기인한다. OECD 한국경제보고서(2010)[7]에 따르면, 우리나라는 의료비용의 민간 지출이 이미 높은 상황으로, 증가하는 의료비 지출을 충당하기 위해 가입자만 의료비 부담이 감소되는 민간의료보험의 가입을 활성화시키기보다 전체 국민의 의료비 부담을 줄일 수 있는 건강보험의 보장성 확대가 필요하다고 권고하고 있다.

보편적 건강보장을 달성하려면 저소득 취약계층의 의료 접근도를 높이는 데 관심을 기울여야 하며, 민간보험이 건강보험과 보충적 관계를 갖게 하기 위해서는 가입 심사를 통해 필요한 사람들의 가입이 배제되지 않도록 해야 한다. 아울러 민간보험 가입자의 과다 의료 이용을 통제하기 위해 건강보험과의 보장 범위 중복을 없애고, 과다한 수준으로 입원 일당 보상금이 지급되는 실손보험 등과 같은 민간보험을 규제해야 한다. 또한 건강보험 보장성 확대로 인한 민간보험사의 보험금 지급 감소의 반사이익을 사회에 환원하는 방식에 대해서도 적극적으로 논의해야 한다(최기춘, 이현복, 2017, p. 39).

민간보험에 대한 가계 부담이 증가하고 있는

6) 최기춘, 이현복(2017), pp. 41-42의 주요 내용을 요약함.
7) 최기춘, 이현복(2017). p. 41.

상황에서 보장성 강화 대책의 실효성을 높이고 가계의 민간보험 가입 부담을 줄일 수 있도록 건강보험과 보충적 관계로서의 민간보험의 상품 개발 및 가입을 규제하는 법적 정비와 관련 논의가 속도를 낼 필요가 있다.

6) 건 단위 심사에서 가치 기반 이용도 관리로 전환

진료비 심사는 지불제도와 관계없이 후향적으로 청구 자료를 통합하여 질환군, 환자군, 서비스 영역에 따라 의료기관의 질 수준을 통제하고 서비스 총량을 비교할 수 있다. 예를 들어, 당뇨병 등 만성질환자에게 일정 기간 권고되는 서비스의 이용, 슬관절 전치환술(Total knee replacement) 등의 시술에 대한 입원과 퇴원 90일 내 합병증 및 재입원 관련 모든 청구 내용을 통합하여 질과 비용 성과를 연계하여 모니터링 할 수 있다.

비급여의 급여화 과정에서 항목 비급여와 기준 초과 비급여가 대부분 급여 항목으로 전환되면 기존 심사 방식에서 서비스와 항목 단위 기준을 적용하여 삭감했던 조정액이 대폭 감소하게 될 것이다. 또한 대부분 전산을 통해 기준을 확인하는 심사가 진행될 것이다. 지불제도의 변화가 없더라도 심사는 청구 진료비 데이터의 통합 수준을 의료의 질 평가 단위와 동일하게 맞추어 의료기관 단위로 비용효과성을 비교할 수 있다. 비용효과성이 높은 기관에 대해서는 일정 기간 심사를 면제하고 비용효과성이 낮은 의료기관에 대해서는 행정적, 경제적 디스인센티브를 줄 수 있도록 심사 조정의 근거 법을 개정해야 한다. 아울러 기준을 위반한 항목에 대한 지급 삭감이 아니라 기관 단위 총량 비교에서 상대적 과이용(over-utilization)으로 추정된 금액을 조정할 수 있도록 심사 조정의 법적 근거를 마련해야 한다. 다만, 이러한 근거의 변화를 위해서는 심사의 의학적 전문성과 자율성을 보장하는 차원에서 동료심사제도(peer-review system)를 동시에 구축해야 한다.

단기적으로 심사평가원의 상근 및 비상근 심사위원을 활용하여 의학적 심사의 전문성을 확대하고, 기존 심사인력은 의학 심사를 지원하도록 기관 단위 진료 경향 모니터링과 심사평가원이 보유한 다영역 정보를 융합하여 심사 정보로 제공하는 역량을 갖추어야 한다. 이를 위해서는 의미 있는 질병군, 환자군 등으로 조직의 부서 단위를 조정하고 정보인력, 심사인력, 현지조사인력이 하나의 팀에서 협력할 수 있도록 심사평가원의 조직 개편을 검토할 필요가 있다.

중장기적으로 거대한 청구 물량에 대한 효율성과 의료전문성을 제고하는 차원에서 의료기관 단위의 청구 경향 모니터링과 분석은 심사평가원이 하고, 이를 통해 선정된 의료기관에 대한 의학 심사는 동료 의료인이 하는 이원적 동료심사 체제로의 개편을 추진할 수 있다. 청구 경향을 분석하는 기준에 대해서는 심사평가원과 의료계가 합의를 통해 사전에 결정할 수 있으며, 동료심사를 위해 의사단체 등에 의학심사를 이관할 수도 있다.

5. 나가며

문재인 케어는 기본권 보장이라는 이념을 바탕으로 제도를 운영하는 전환점을 마련했다. 포괄적 급여를 위한 비급여의 급여 전환은 건강보험의료에 대해 '공공성이 강한 사적 재화'에서 '규범적 차원의 공공재'로 관점을 변화시키고 있으며(이규식, 2017, p. 109), 구매자로서의 정부와 보험자 역할을 확대하고 있다. 또한 전 세계적 이슈인 사람 중심의 정책 방향은 전문가주의와 의료공급자 중심이 아닌 이용자 중심에서 프로그램 설계를 보장하도록 건강보험의 거버넌스를 변화시킬 것이다. 이러한 변화에서 건강보험의 지속가능성을 위해서는 보건의료제도와의 관계 정립이 필요하다. 빠른 속도의 고령화와 만성질환 증가라는 역학적 변화는 물론 보장성 강화 등의 정책적 변화로 지출 압박이 심해지고 있다. 의료 공급과 수요 관리를 통한 의료정책의 장기적 발전 전략이 있어야 건강보험의 정책 성과를 제고할 수 있다.

사람 중심의 보편적 건강보장을 실현하기 위한 건강보험의 역할은 장기적인 보건의료계획과 연계하여 전체 국민이 필요한 의료에 경제적 어려움 없이 형평성 있게 접근할 수 있도록 보장하는 것이다. 앞에서 제시한 주요 과제들의 추진과 성과를 기대하기 위해서는 국가의 보건의료계획 수립을 바탕으로 형평성 있는 의료 접근성을 보장하고 비용 부담을 완화하는 건강보험 전략이 추진되어야 한다.

참고문헌

강희정. (2017). 제21차 OECD 보건위원회: 사람 중심의 보건의료제도. 국제사회보장리뷰, 2017년 가을호(통권 2호), 116-121.

국민건강보험법, 법률 제15343호 (2018).

김윤희. (2017). 건강보험 보장성 강화대책 재정 추계. 국회예산정책처.

박종연. (2017). 의료기술의 평가와 급여 결정 방향. 보건복지포럼, 2017년 6월호(통권 248호), 43-56.

보건복지부(2017. 8. 11.) 건강보험 보장성 강화 대책.

서남규, 강태욱, 허순임, 이혜재, 김동수, 임병묵 등. (2016). 2016년 한국의료패널 심층분석보고서. 국민건강보험, 한국보건사회연구원.

서남규. (2017). 비급여 진료비의 구성과 현황. 국민건강보험공단. 건강보장정책이슈, 2017년 1호, Vol 5. 국민건강보험 건강보험정책연구원.

시민건강증진연구소. (2017. 12. 18.). 서리풀 논평: 문재인 케어, 누구의 관점으로 어떤 범위에서? http://health.re.kr/?p=4198 에서 2017. 12. 30. 인출.

신기철, 권혁성. (2014). 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구: 20개 상병의 입원기간을 중심으로. 사회보장연구,

30(3), 121-149.
이규식. (2017). 건강보험 40년 성과와 과제. 보건행정학회지, 27(2), 103-113.
입법정책연구회. (2011). 국민건강 보장을 위한 건강보험 정책과제.
정영훈. (2017). 보건의료현장에서 환자의 권리와 의료소비자로서의 권리 비교. 보건행정학회지, 27(1), 3-17.
최기춘, 이현복. (2017). 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 정립을 위한 쟁점. 보건복지포럼, 2017년 6월호(통권 248호), 30-42.
Banfield, M., Gardner, K., McRae, I., Gillespie, J., Wells, R., & Yen, L. (2013). Unlocking information for coordination of care in Austria: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. BMC Family Practice 14:34.
McGuinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff*, 21(2), 78-93.
OECD Health Statistics 2017(updated on 10 November 2017). http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2017.pdf에서 2017. 12. 24. 인출.
Quick, J. D., Cnavan, C. R., & Jay, J. (2014). People-centered health systems for UHC. Strengthen Health Sys epub. DOI:10.7196/SHS.9, Editorial..