

2022년 보건의료 정책 전망과 과제

The 2022 Outlook for Health Care Policy

강희정 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

2022년 보건의료 정책은 코로나19 이전으로의 회귀가 아니라 반복되는 문제를 뿌리 뽑고 더 나은 미래를 앞당기는 업스트림 정책이어야 한다. 코로나19 충격의 단기적 대응뿐 아니라 미래 보건의료시스템의 기반을 확대하기 위해 '미래 감염병 X에 대응하는 공공보건의료체계 강화', '환자중심 가치기반 의료 확대', '건강안전망 확대' 정책들이 상보적 관계에서 추진되어야 할 것이다. 특히, 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위해 상급종합병원 중심에서 의원 중심으로 의료전달체계 개편의 방향을 전환하고 보건복지부 산하에 일차의료 혁신 센터를 설치하여 의원 중심의 일차의료 혁신 모형을 보다 적극적으로 개발하고 시범 시행 및 평가를 전담하도록 해야 할 것이다. 2022년은 제20대 대통령 선거와 새 정부의 정책과제 설정으로 새로운 정책의 기회가 열리는 시기이기도 하다. 이러한 기회를 살려 어떠한 보건의료 위기가 오더라도 자원을 동원하고 재정을 조달하며 효율적으로 집행할 수 있는 보건의료시스템의 역량과 거버넌스를 재정비하는 한 해가 되어야 할 것이다.

1. 들어가며

코로나바이러스감염증-19(이하, 코로나19) 범유행(pandemic)은 포괄적 의료서비스에 대한 접근이 우리의 삶과 웰빙(well-being)에 얼마나 중요한 영향을 미치는지 확인시켜 주었다. 필요를 기반으로 보편적 접근을 보장하는 보건의

료시스템의 존재는 감염병 위기 상황에서도 국민을 덜 불안하게 했고 정부의 효과적 초기 대응을 가능하게 했다. 그러나 유행의 장기화는 보건의료인력과 공공병상의 부족 등 우리나라 보건의료시스템의 뿌리 깊은 한계를 드러내었다. 코로나19 범유행 기간 반복된 '위중증 환자 입원 병상' 부족은 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 일본

다음으로 가장 많은 급성기 병상을 보유한 한국 보건 의료 시스템의 모순이 아닐 수 없다(윤강재, 2020).

2022년 보건 의료 정책은 팬데믹 이전으로의 회귀가 아니라 반복되는 문제를 뿌리 뽑고 더 나은 미래를 이끄는 업스트림(UPSTREAM) 정책으로 추진되어야 한다.¹⁾ 이 글은 2022년 보건 의료 정책을 전망하고 2021년 코로나19 대응을 넘어 국민의 건강 성과 향상을 목적으로 긴 호흡에서 중점을 두고 추진해야 할 보건 의료 정책과제를 제안하고자 한다.

2. 2022년 보건 의료 정책 전망

보건복지부의 2021년 업무계획 캐치프레이즈는 “일상 회복과 포용복지 구현으로 선도국가 도약”이었다(보건복지부, 2021. 1. 25.). 보건복지부의 2021년 소관 예산 및 기금운용계획에서 보건 의료 관련 주요 재정 투자 분야는 ‘보건 위기 대응 역량 강화’, ‘공공 의료 확충’, ‘미래 보건 의료 대응’이었다(보건복지부, 2021. 12. p. 1). 코로나19 이전과 비교할 때, 보건 위기 대응 역량 강화와 공공 의료 확충이 코로나19 대응의 근본적인 대책으로 그 중요성이 급부상한 것을 제외하면, 건강보험 보장성 강화 계획 추진²⁾을 통한 건강안전망 강화, 4차 산업혁명의 핵심 산업으로

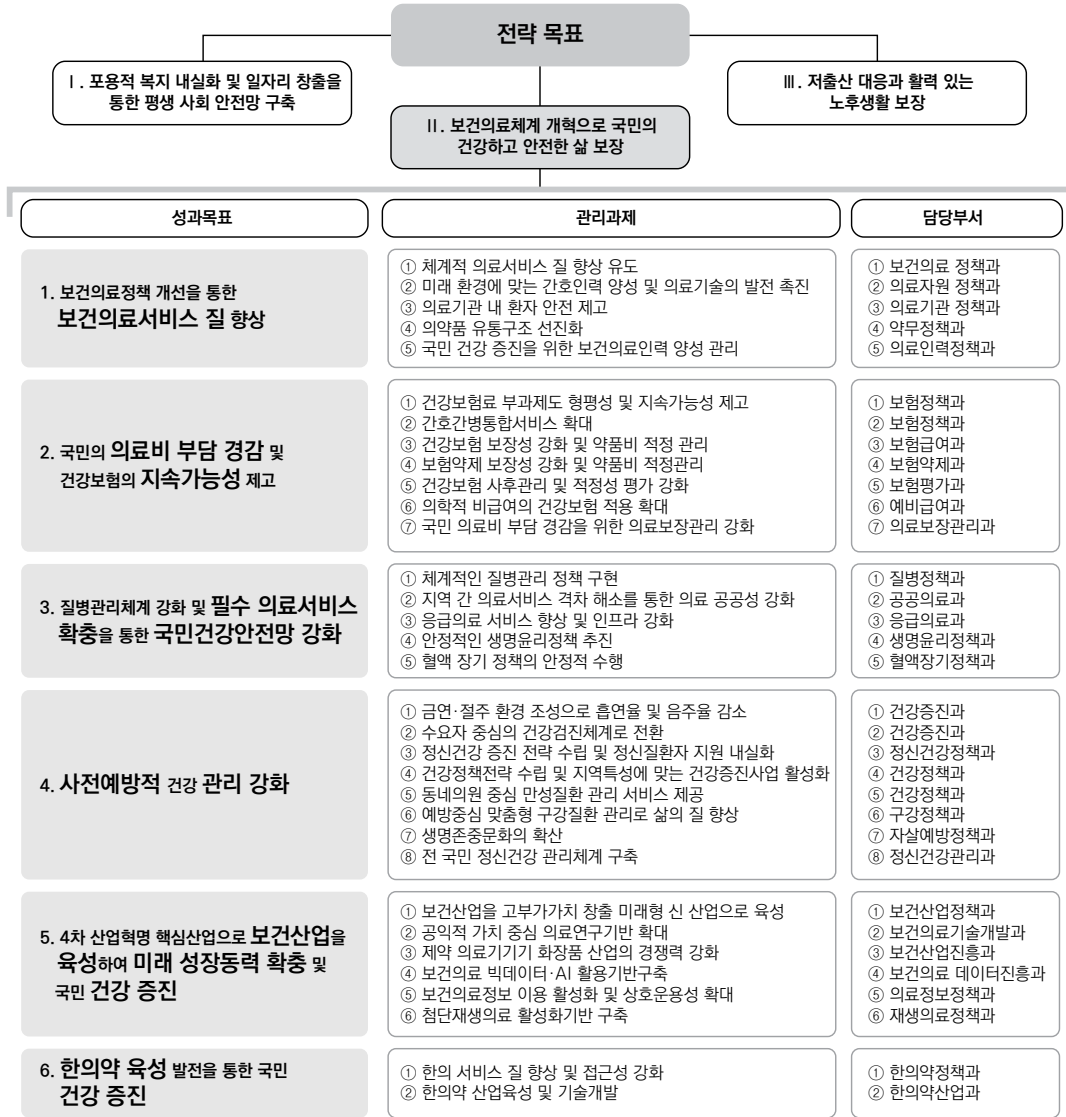
보건 산업 육성, 보건 의료 지출의 지속적인 증가에 대비한 보건 의료 체계의 구조 개선은 계속 추진되어 온 정책이다(보건복지부, 2019. 12. 3.). 2020년 일부 변화를 반영하여 수정되었지만, 보건복지부의 성과 관리 계획을 통해 지속 추진 과제의 방향을 확인할 수 있다(보건복지부, 2020. 1. 25.). 보건 의료 정책과 관련된 전략 목표 2(보건 의료 체계 개혁)의 하위 성과 목표에는 ① 보건 의료 정책 개선을 통한 보건 의료 서비스 질 향상, ② 국민의 의료비 부담 경감 및 지속가능성 제고, ③ 질병 관리 체계 강화 및 필수 의료 서비스 확충을 통한 국민 건강안전망 강화, ④ 사전 예방적 건강관리 강화, ⑤ 4차 산업혁명 핵심 산업으로 보건 산업을 육성하여 미래 성장동력 확충 및 국민 건강 증진, ⑥ 한의약 육성·발전을 통한 국민 건강 증진을 포함하고 있다(보건복지부, 2020. 1. 25.)(그림 1).

2022년 보건복지부 예산 및 기금운용계획의 총지출 규모는 97조 4,767억 원으로 2021년 본예산(89조 5,766억 원)보다 7조 9,001억 원(8.8%) 증가했다. 특히 보건 의료 예산 4조 9,041억 원은 2021년 3조 300억 원 대비 1조 8,741억 원이 증액된 것으로, 최근 5년간 변화 및 다른 분야와 비교해서도 가장 높은 증가율(61.9%)을 기록했다(표 1).

1) 행동경제학자 DAN HEATH(2021)는 그의 저서 『업스트림』에서 문제가 터지면 대응하는 다운스트림 접근의 반대 개념으로 선제적으로 대응하는 사고방식과 시스템을 의미하는 업스트림을 정의하고 예방 정책의 중요성을 강조했다.

2) 건강보험 보장성 강화 정책은 1차(2005~2008), 2차(2009~2013), 3차(2014~2018), 문재인 케어(2018~2022)로 구분되어 추진되었다.

그림 1. 보건복지부의 성과 관리 계획에서 보건의료체계 개혁 추진의 하위 성과 목표



자료: 보건복지부. (2020. 10.). 2020년도 보건복지부 성과관리 시행 계획, pp. 18-19의 내용을 정리하여 작성.

이는 공공의료 관련 예산이 증액된 결과로 2,858억 원), ② 지역거점병원 공공성 강화(신규
 ① 국립중앙의료원 현대화 지원 등(중앙감염병 설치 지방의료원(광주, 울산) 설계비 지원 및 신
 병원 및 본원, 중앙외상센터 설계를 위한 착수금 축·이전 신축 지방의료원 의료 운영 체계 연구용

표 1. 연도별 보건복지부 예산(2019~2022년)

(단위: 억 원)

구분	2019년	전년 대비(%)	2020년	전년 대비(%)	2021년	전년 대비(%)	2022년	전년 대비(%)
총지출(A+B)	725,148	14.7	825,269	13.8	895,766	8.5	974,767	8.8
◇예산(A)	450,879	19.7	515,094	14.2	559,035	8.5	622,729	11.4
◇기금(B)	274,268	7.6	310,175	13.1	336,731	8.6	352,038	4.5
◇사회복지	609,051	15.4	695,619	14.2	757,778	8.9	806,484	6.4
○ 기초생활보장	109,000	8.4	122,338	12.2	132,334	8.2	144,597	9.3
○ 취약계층 지원	28,737	16.3	33,837	17.7	37,800	11.7	41,482	9.7
○ 공적연금	237,583	8.6	274,111	15.4	300,026	9.5	314,921	5.0
○ 사회복지일반	12,690	15.6	13,915	9.7	13,326	-4.2	9,072	-31.9
○ 아동·보육	81,264	29.8	85,094	4.7	85,568	0.6	91,820	7.3
○ 노인	139,776	27.0	166,323	19	188,723	13.5	204,592	8.4
◇ 보건	116,097	11.8	129,650	11.7	137,988	6.4	168,283	22.0
○ 보건 의료	25,909	6.3	27,694	6.9	30,300	9.4	49,041	61.9
○ 건강보험	90,187	13.5	101,956	13	107,688	5.6	119,242	10.7

주: '2022년 사회복지일반' 분야 예산 감소(△ 31.9%)는 일부 사업의 사업 종료 및 지방이양에 따른 것이며, 지방이양은 재원도 함께 이전됨. 반올림으로 인해 총지출과 항목의 합계 값이 일치하지 않을 수 있음.

자료: 보건복지부. (2018). 2019년 보건복지부 예산 72조 5148억원으로 최종 확정; 보건복지부. (2019. 2. 3.). 2020년도 보건복지부 예산 82조5269억원으로 최종 확정; 보건복지부. (2020. 10. 14.). 2021년 보건복지부 예산안 90조 1536억원 편성; 보건복지부. (2021. 12. 3.). 2022년 보건복지부 예산 97조 4,767억원 최종 확정. 보도자료를 취합하여 작성.

역비 지원 등 1,703억 원, ③ 의료인력 양성 및 적정 수급 관리(보건의료인 적정 수급 관리 연구 및 통합 통계 시스템, 국공립 급성기 의료기관 교육 전담간호사 지원 337억 원) 예산을 포함하고 있다(보건복지부, 2021. 12. 3.).

보건복지부의 2022년 업무보고 자료에서 확인된 핵심 추진 과제는 '일상 회복을 위한 코로나 19 위기 극복 및 안전한 건강의료체계 구축', '포용적 복지국가 안착을 위한 소득 지원, 돌봄 보장 강화', '미래 선도국가 도약을 위한 바이오헬스 산업 혁신 및 인구 구조 변화 대응'이었다(보건복지부 2021. 12. 30.). 코로나19 피해 대응뿐 아니라 미래 위기에 대비한 회복탄력성을 높이는

건강보장 체계 강화와 그간의 건강보험 보장성 강화에서 추진이 미흡했던 돌봄 보장 강화를 추가한 것은 의미 있는 변화이다.

2022년은 코로나19로 드러난 취약성을 개선하기 위한 공공의료의 확충과 이를 추진하기 위한 근본적인 전략으로 보건의료인력 양성 및 적정 수급 정책의 방향을 결정하는 한 해가 될 것이다. 의·정 합의(2020. 9. 4.)에 따라 의사 증원 등 핵심 이슈들이 코로나19 안정화 이후로 논의가 미뤄졌지만, 2022년은 코로나19 안정화에 대한 기대와 더불어 제20대 대통령 선거(2021. 3. 9.)라는 정책 창문이 열리는 시기라는 점에서 현재 담보하고 있는 정책들이 일보후퇴(一步後退) 후

표 2. 보건의료 분야 주요 국정과제 추진 실적 및 향후 과제

	추진 실적	향후 과제
개요	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 건강보험 보장성 강화 대책 발표('17. 8.) ◇ 건강보험료 부과 체계 개편 시행('18. 7.) ◇ 제1차 국민건강보험 종합계획 수립('19. 5.) ◇ 제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020) ◇ 제2차 공공보건의료 기본계획(2021-2025) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 건강보험 보장성 강화 이행 완료('22) ◇ 건강보험료 부과 체계 2단계 개편('22) ◇ (보건의료기본법) 보건의료 발전계획 수립
건강보험 의료보장 강화	<ul style="list-style-type: none"> ○ 선택진료비 폐지('18. 1.), 종합병원 이상 2·3인실('18. 7.), 병원 2·3인실('19. 7.) 건강보험 적용 ○ 간호·간병통합서비스 제공 인력('18년 2.7만 명→'21년 4.9만 명) 및 병상 수 확대('18년 3.7만 개→'21년 6.4만 개) ○ 초음파 검사 건강보험 적용 확대 <ul style="list-style-type: none"> * 간·담낭 등 상복부('18. 4.), 하복부·비뇨기('19. 2.) 등 ○ MRI 검사 건강보험 적용 확대 <ul style="list-style-type: none"> * 뇌·뇌혈관·특수('18. 10.), 두경부('19. 5.) 등 ○ 치과 및 한방 건강보험 적용 확대 ○ 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담률 경감(10~20%→5%, '17. 10.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ '22년까지 MRI·초음파 건강보험 적용 확대 <ul style="list-style-type: none"> * 근골격계 MRI·초음파 등 ○ '22년까지 치료에 필요한 비급여(3,600여 개) 건강보험 적용 확대 <ul style="list-style-type: none"> * 근골격계 치료 재료, ENT 질환 진단검사 등 ○ 근관치료(C형 근관) 건강보험 수가 개선('22. 2분기) ○ 간호·간병통합서비스 300병상 이상 급성기 병원 전면 확대 로드맵 마련('22. 상)
재난적 의료비 지원 등 가계부담 경감	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 하위 50% 연간 본인부담 상한액 연 소득 10% 수준으로 인하('18. 1.) ○ 재난적 의료비 지원 사업 제도화('18. 7.) ○ 실손보험 상품 구조 개편 추진 계획 및 보급여 관리 강화 추진 계획 발표('19. 12.) ○ 공·사보험 연계를 위한 국민건강보험법·보험업법 개정안 국회 제출('21. 9.) ○ 재난적 의료비 지원 확대(본인부담 50%→최대 80~50%) 및 지원 한도 상향(2천만 원→3천만 원)('21. 11.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 공·사 의료보험 연계를 위한 건보법·보험업법 개정안 국회 통과 추진 ○ 재난적 의료비, 본인부담상한제 지속 지원
건강보험료 부과 체계 개편	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강보험료 부과 체계 개편(1단계, '18. 7.) <ul style="list-style-type: none"> * 저소득 568만 세대 인하, 고소득 피부양자 등 80만 세대 인상 ○ 임의계속가입 기간 연장(2→3년, '18. 1.) 및 대상 확대('18. 7.) ○ 분리과세 주택임대소득 및 금융소득에 대한 건강보험료 신규 부과 실시('20. 11.) ○ 공시지가 인상에 따른 지역가입자 건보료 부담 완화 위한 재산공제 확대('21. 11.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강보험료 부과 체계 2단계 개편안 마련 및 시행('22)
지역사회 기반 의료체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료전달체계 개선을 위한 수가 개선(약제비 본인부담 차등제 대상 질환 52→100개 확대 시행, '18. 11.~) ○ 의원급 의료기관에서 표준화된 교육 상담·심층 진찰 제공하여 환자의 자가 관리 역량 강화 ○ 동네의원 중심 고혈압·당뇨 등 통합 관리 서비스 제공(일차의료 만성질환 시범사업) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ '일차의료 만성질환 관리 시범사업' 개선 및 본사업 전환 추진('22~) ○ 의료전달체계 개선 중장기 대책 마련('22) ○ 보건의료인력 종합계획 수립('22)
지역 간 의료 서비스 격차 해소	<ul style="list-style-type: none"> ○ 책임의료기관 육성을 위한 기본계획 수립 및 관련 대책 마련 ○ 공공의료 협력 체계 구축을 위해 책임의료기관 지정 확대 및 상급종합병원 지정 기준 강화 ○ 공공의료인력 확충을 위해 공중 보건장학제도 제도입 및 국립의전원 설립 추진 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 권역·지역 책임의료기관 지정 확대('22, 권역 15개소, 지역 43개소) * 2025년까지 17개 권역, 70개 지역 지정 추진 ○ 국립의전원대학원 운영(의정 협의 필요)
의료 공공성 강화	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국가필수약품품목 확대, 공급 안정화 등 필수약품 공공적 공급 체계 정립 ○ 사무장병원 근절 종합대책('18. 7.), 환수를 제고 대책 마련('18. 12.) ○ 중앙· 시도 공공보건의료위원회 법제화('21. 하) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사무장병원 규제·단속·환수 지속 강화 ○ 지역공공병원 신·증축 단계적 추진('25) ○ 응급의료전달체계 재편('25) * 권역센터 38개소→중증센터 70개소

	추진 실적	향후 과제
감염병 관리체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> ○ 질병관리청 중앙행정 승격 등 감염병 전담조직 신설·강화('20. 9. 12.) ○ 권역별 질병대응센터 개소('20. 9.) 및 시·도 감염병관리지원단 추가 설치 ○ 42개 상급종합병원 등 대상 중증호흡기 감염병 감시 체계 기간 확대(8개월→12개월) ○ 중앙·권역 감염병 전문병원 지정 <ul style="list-style-type: none"> * 호남권역(조선대병원, '17. 8.), 충청(순천향대 천안병원) 및 경남권역(양산 부산대병원, '20. 7.) * 경북권역(칠곡경북대병원, '21. 7.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 호남, 충청, 경남권역 감염병전문병원 운영(2023년 목표) ○ 국립중앙의료원 이전과 함께 중앙감염병병원 운영(2026년 목표)

주: 2022년 보건복지부 업무계획 별첨 1. 국정과제 추진 현황 중 일부 관련 정책만 선별하여 재정리함.
 자료: 보건복지부. (2021.12. 30.). 2022 정부 업무보고 국민과 함께 만든 변화, 끝까지 책임 다하는 정부. 보도자료.

이보전진(二步前進)하는 한 해가 될 수도 있다. 국정과제 추진과 관련해서도 2022년은 많은 변화가 예측된다. 2022년은 문재인 케어로 추진 중인 제4차(2019~2022) 건강보험 보장성 강화가 완료되고, 건강보험료 부과 체계 2단계 개편이 예정되어 있다(보건복지부 2021. 12. 30.)(표 2). 2017년 소득 중심의 부과 체계로 전환하기 위한 단계별 개편 계획에 따라 2018년 7월부터 1단계 개편이 시행 중이며 2022년 7월 2단계 개편안이 시행될 예정이다. 그러나 최근까지 부동산 시장 변동과 공시가격의 상승을 고려할 때, 재산에 보험료가 부과되는 지역가입자의 부담을 최소화하기 위한 개편안 조정이 요구될 수 있다(문심명, 2021). 또한 공공의료 강화의 새로운 국면을 맞는 한 해가 될 것이다. 2020년 9월 4일 보건복지부는 대한의사협회와 의대 정원 확대, 공공의대 신설 추진을 중단하고 코로나19 안정화 이후 협의키로 하고, 의정협의체를 통해 의료진

단체 개선 등을 논의해 왔으나 현재는 논의가 중단된 상태이다(보건복지부, 2020. 12., 2021. 1. 20.). 한편, 2021년 9월 2일 보건복지부와 보건의료노조는 공공의료 인프라 확충과 공공병원·국립의학전문대학원 설립, 지역 의사제³⁾ 도입을 통한 의사 증원을 포함하여 보건의료인력 확충에 합의했다(청년 의사, 2020; 청년 의사, 2021). 최근 보건의료노조는 공공의료 인프라 확충의 시급성을 촉구하며 의사인력 확충 대책의 신속한 추진을 복지부에 촉구하고 있어 향후 의사협회와 시민사회단체의 갈등이 우려된다. 두 개의 합의 간 충돌은 복지부가 계속 추진해 온 보건의료 수급 정책 추진에 제동을 걸고 있으며, 이 문제를 필수 조건으로 다루고 있는 보건의료 발전계획과 보건의료인력 계획의 수립을 지연시킬 수 있다. 결과적으로 제2차 공공의료 기본계획 이행에도 차질이 빚어질 수 있다.

3) 지역의료체계 강화를 위해 지역에서 근무하는 의료인 배출을 위한 별도의 의사인력 양성 트랙으로 제안되고 있다(청년 의사, 2020).

3. 2022년 보건의료 정책 과제

2022년은 코로나19로 상흔을 입은 보건의료 시스템을 회복하고 근본적으로 혁신하기 위해 공보건의료체계 강화의 성공적 이행과 이와 연계한 지역 기반 의료전달체계 혁신, 모든 변화에서 누구도 배제되지 않도록 보호하는 포용적 건강안정망 강화가 균형 있게 추진되어야 하며, 모든 정책의 추진에서 데이터와 정보통신기술(ICT)의 결합 방식이 모색되어야 한다.

가. 미래 감염병 X에 대응하는 공공보건의료체계 강화

코로나19의 범유행에서 보건의료시스템의 대응 역량을 최적화하는 3개의 핵심 요소는 첫째, 인력의 빠른 동원 둘째, 진단 및 치료 장비의 신속한 공급 셋째, 공간 활용의 최적화이다(OECD, 2020). 우리나라도 의료 대응 능력을 확대하기 위해 은퇴, 휴직 상태의 의사, 간호사, 간호조무사 등 의료인력을 모집하여 코로나19 대응 인력을 보충했고, 개인 보호 장비와 진단 및 치료 장비를 확충했으며, 생활치료센터와 재택의료를 활용해 보건의료체계의 부담을 적정 수준에서 관리해 왔다(신정우, 2021). 하지만 범유행 과정에서 중환자 병상 가동 역량이 한계치를 초과하는 등 위험 수준의 변화를 반복적으로 경험하면서 공공소유의 병상·인력의 필요성이 대두되었다(보건복지부, 2021. 12. 30.). 정부는 행정명령을 통해 민간 상급종합병원의 중환자 병상을 동원하고 있

지만, 이것도 비(非)코로나 중환자의 치료 공백 문제가 수반되는 데다 기존 중환자의 감염 위험으로 인해 무한정 확대가 불가한 상황이므로 근본적인 대책이 요구된다.

우리나라는 급성기 병상 수가 인구 1천 명당 7.7개로 OECD 국가 중 일본 다음으로 많지만, 공공이 소유한 병상 비율은 9.7%로 공공병상 수를 보고하는 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이다(OECD, 2021a)(그림 2). 재난적 상황에서 안정적 병상 자원 동원을 보장하기 어려운 구조이다.

현재까지 공공보건의료체계 강화를 위한 접근 방식은 두 개의 관점으로 분화되고 있다. 첫째는 현행 공공보건의료에 관한 법률에 근거하여 이미 과잉 공급되고 있는 민간 병상 자원을 비상시에 활용할 수 있는 공익적 거버넌스를 구축하는 접근이고, 둘째는 공공의료기관과 인력을 확충하여 민간자본 중심에서 공공자본 중심으로 보건의료 시스템을 재편하는 것이다. 두 개의 관점이 양극단에 있다면 최소한의 수준으로 공공소유의 의료시설 및 인력을 충원하고 부족한 부분은 공익적 거버넌스를 활용하는 중립적 입장이 있을 수 있다.

공공병원이 부족한 현재 상황에서 민간병원의 자발적 참여와 행정명령을 통한 상급종합병원의 중환자 병상 활용 경험은 공익적 거버넌스 활용의 가능성을 보여 주었다. 하지만 민간자본을 활용하는 것은 그에 상응하는 보상비용을 감당해야 하며, 재난 상황 장기화는 민간병원의 지속적인 참여를 강제하기 어렵게 만든다. 대표적인 자유

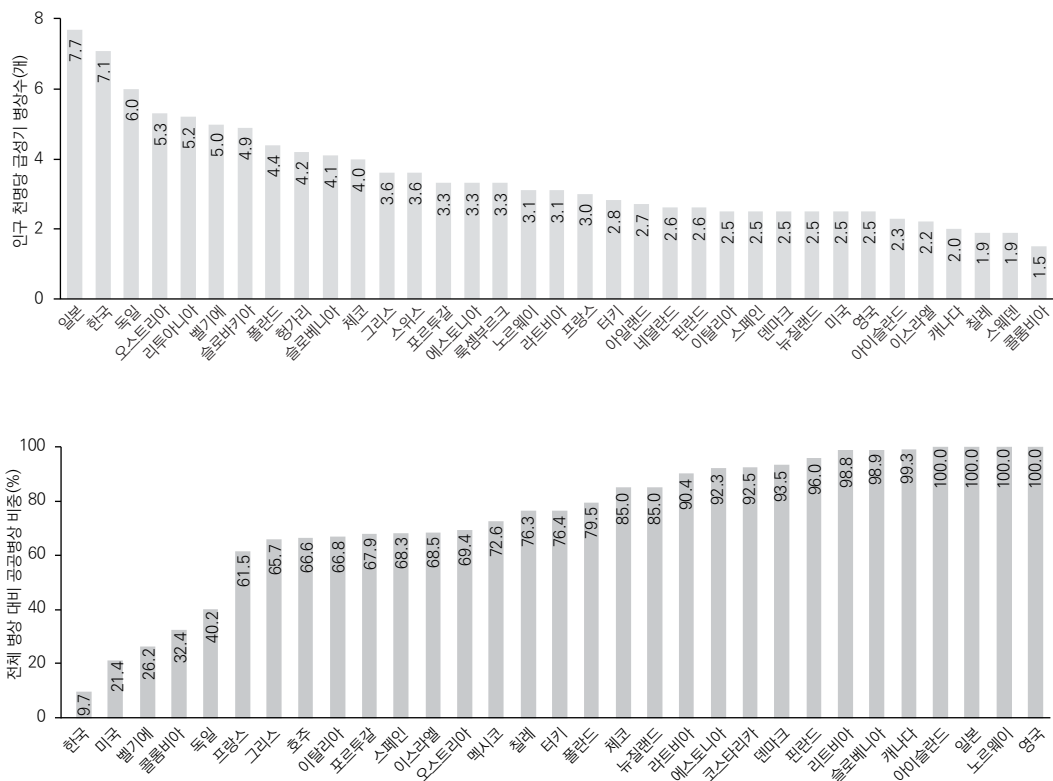
주의 의료시스템인 미국도 공공 소유 병상 비율이 약 21%이다(OECD, 2021a)(그림 2). 일정 수준까지 공공기관의 시설, 장비, 인력을 확충하고 현대화하는 조치는 필요할 것으로 보인다. 정부는 2021년 4월에 제2차 공공보건의료 기본계획을 발표해 지역 공공병원 20개소 이상 확충, 중앙 및 시·도에 공공보건의료 협력 거버넌스 운영 계획을 밝힌 바 있다(보건복지부, 2021. 4. 26.).

한편, 감염병 위기는 반복될 수 있지만 지속되는 문제는 아니므로 비재난 상황에서 감염병 대응 시설과 인력을 활용하는 방안도 함께 논의되어야 한다. 이러한 측면에서 공공 소유 기반의 시설과 인력 확충뿐 아니라 공익적 거버넌스의 구축도 중요하게 다루어져야 할 과제이다.

2022년은 공공보건의료체계 강화의 실체적 전환이 시작되는 원년이 되어야 할 것이다. 무엇보다

그림 2. OECD 국가의 급성기 병상 규모(인구 1천 명당)와 공공 소유 병상 비율

(단위: 개, %)



주: OECD Health Statistics (database) "Health care resources"에서 인구 천명당 급성기 병상(Curative(acute) care beds)을 추출하여 비교하고 (상단 그림), 국가별 공공 소유 병상, 비영리 병상, 영리 병상을 모두 합산한 전체 병상 수 대비 공공 소유 병상이 차지하는 비율을 산출하여 도표를 작성함(하단 그림).
 자료: OECD. (2021a). OECD Health Statistics (database) "Health care resources".

다 전체 보건의료시스템의 운영과 체계적 연결성을 갖고 공공보건의료체계의 역할과 기능이 논의되어야 한다는 것이 핵심이다. 제2차 공공보건의료 기본계획을 토대로 근본적인 해결은 물론 전체 보건의료체계의 공익적 자정 기능을 강화하는 측면에서 공공의료체계 강화가 논의되어야 한다.

나. 환자중심 가치기반 보건의료 정책

2022년 대선 경쟁에서 코로나19 충격에 대응하는 민생 회복 및 안정 정책이 최우선 과제로 논의될 것이므로 보건의료 정책의 다양성을 기대하는 어려울 것으로 보인다. 하지만 대규모 지원

정책의 설계에서 개인의 건강한 삶에 영향을 미치는 근본적인 변화를 이끄는 보건의료 정책 추진의 기회를 잃지 않도록 해야 할 것이다. 그중 하나가 가치 기반 보건의료 정책의 실현이다.

OECD 가입국에서 2005~2015년 경상의료비의 GDP 점유율 추세를 비교하면, 다른 국가들이 2009년과 2020년에 있었던 두 번의 증가를 제외하고 그 사이 전반적으로 비슷한 추세를 유지한 것과 달리 한국은 2005년 이후 15년 동안 4.6%에서 8.4%까지 매년 증가해 왔다(OECD, 2021b)(표 3). 인구고령화 등 의료비 증가 요인에 대비하여 선진국들은 국민의 건강 성과 향상과 연계하는 의료제공체계 혁신을 통해 재정 지

표 3. OECD 국가 연도별 경상의료비의 국내총생산(GDP) 점유율(%) 변화(2005~2020년)

연도	OECD23	영국	독일	포르투갈	한국	이탈리아
2005	7.8	8.4	10.3	9.7	4.6	8.3
2006	7.8	8.6	10.2	9.4	4.9	8.4
2007	7.8	8.8	10.1	9.3	5.1	8.1
2008	8.1	9.1	10.3	9.6	5.4	8.5
2009	8.8	9.9	11.2	10.1	5.8	9.0
2010	8.6	9.8	11.1	10.0	5.9	8.9
2011	8.6	9.8	10.8	9.7	6.0	8.8
2012	8.7	9.9	10.9	9.7	6.1	8.8
2013	8.8	10.0	11.0	9.4	6.2	8.8
2014	8.8	10.0	11.0	9.3	6.5	8.9
2015	8.7	9.9	11.2	9.3	6.7	8.9
2016	8.8	9.9	11.2	9.4	6.9	8.7
2017	8.7	9.8	11.3	9.3	7.1	8.7
2018	8.8	9.9	11.5	9.4	7.5	8.7
2019	8.9	10.2	11.7	9.5	8.2	8.7
2020	9.8	12.8	12.5	10.1	8.4	9.7

자료: OECD. (2021b). Health at a Glance 2021. Health expenditure - Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2005-20. Version 1 - Last updated: 09-Nov-2021.

출의 합리성을 높이고 있다(강희정, 2017). 물론 우리나라의 의료비 증가는 지나치게 낮았던 보장 수준의 증가를 정책적으로 견인한 부분도 반영되어 있다. 그러나 세계에서 가장 빠른 고령화 속도를 고려하면 합리적 지출을 위한 의료제공체계 혁신은 더 이상 미룰 수 없는 문제이다.

65세 이상 건강보험 대상자 비율은 2015년 12.3%에서 2020년 15.4%로 3.1%포인트 증가했는데 65세 이상 노인 요양급여비용의 비율은 2015년 37.6%에서 2020년 43.1%로 5.5%포인트 증가하며 노인의료비가 전체 의료비의 절반에 이른다(건강보험공단, 2021). 현재의 고령화와 보장성 강화 속도를 고려하면 2025~2026년 즈음에 건강보험 보험료율이 법적 상한선인 8% 수준에 도달할 것이며, 이후 건강보험 수입은 보험료 수입의 자연증가율인 2~3% 수준 증가만 기대할 수 있다(신현웅, 2020). 균형재정에서 수입 증가의 제한은 모든 참여자에게 고통스러운 지출 감축을 요구할 것이다.

지난 15년 동안 전 세계 의료시스템이 다양한 이유로 개혁을 추진하고 있으며 가치 기반 의료는 고비용 의료시스템을 변화시키는 새로운 패러다임으로 사용되어 왔다(Mjåset et al., 2020). 가치 기반 의료의 실현을 위한 주요한 정책적 수단은 의료전달체계와 지불보상 방식의 융합 혁신이다(강희정, 2017). 미국 공적 의료보장제도인 메디케어에서 혁신적 의료 제공과 지불을 연계한

가치 기반 지불의 중점 분야는 일차의료에서 환자 중심의 케어코디네이션(care coordination)을 향상시키는 것에 있으며 전 세계적으로 다양한 가치 기반 지불 모형의 확산은 결과적으로 보건의료시스템에서 혁신을 통한 지출의 효율을 기대하는 것이라고 할 수 있다(강희정, 2017). 이론적으로 가치 기반 의료는 보건의료시스템에서 환자에 대한 의미 없는 낭비적 지출의 감소를 전제한다. 의료공급자가 적절한 외래 관리를 통해 합병증 발생 등 중증화를 예방하면 환자는 더 적은 비용으로 더 나은 건강 수준을 유지하고, 의료공급자는 절감된 비용의 일부를 인센티브로 받게 되며, 보험자는 가입자의 건강 수준 제고와 재정 절감을 기대하는 구조이다(Porter and Lee, 2013). 그러나 국가별로 의료 환경에 차이가 있으므로 가치 기반 의료의 이론적 효과를 실현하기 위해서는 국가별 특성에 맞는 전략 수립과 중장기적 추진이 필요하다. 왜냐하면 가치 기반 의료는 참여자 모두가 이익을 기대하는 플러스섬(Plus Sum) 게임⁴⁾이므로 이익의 실현을 위해 전략 단계부터 모든 이해관계자가 참여해야 하고 상당한 기간의 인프라 구축이 필요하기 때문이다(Porter and Lee, 2013).

가치 기반 의료 실현을 위해서는 첫째, 환자에게 중요한 건강 결과를 체계적으로 표준화된 방식으로 측정할 수 있어야 하며 둘째, 인구집단의 의료비용을 정확히 측정할 수 있어야 하고 셋

4) 누군가의 이익이 누군가의 손해가 되는 제로섬(Zero Sum) 게임이 아니라 모두가 이익을 얻는다는 개념.

째, 보건의료체계가 달성해야 하는 성과 벤치마크를 설정할 수 있어야 하며 넷째, 특정 인구집단에 적합한 중재 활동을 개발할 수 있어야 한다. 따라서 인프라 구축 과정은 새로운 서비스 전달 모형의 실현을 위해 요구되는 보건의료 데이터와 ICT의 융합, 정보의 표준화와 수집, 측정의 방법론에서 투자를 요구한다. 의료적 개입 이후 건강 결과를 확인하기까지 충분한 시간이 필요하다는 점에서 가치 기반 의료는 만성질환 관리에서 활용의 의미가 크다. 만성질환 관리는 첫째, 환자의 전체 의료 경로를 효율화할 수 있는 일차의료 공급자의 역할 확대 둘째, 지역사회에서 의료와 돌봄의 통합이 요구되는 공통 대상으로서 지불제도, 전달체계, 기술 혁신이 모두 융합될 수 있는 분야이다. 코로나19를 겪으면서 심화된 건강 격차 문제는 일차의료 의사가 제일 먼저 대면할 수 있다. 지역사회 단위로 보건복지 인프라를 통합 관리하는 시스템을 구축하고 이를 활용할 수 있는 연계 기반에서 일차의료 의사의 역할이 확대 되면 수요자 중심에서 지역 완결형 맞춤 서비스가 효과적·효율적으로 제공될 수 있을 것이다.

1) 상급종합병원 중심에서 의원 중심으로 의료전달체계 개편 방향 전환

정부는 2019년 의료전달체계 개선 단기 대책 시행을 통해 상급종합병원이 중증 환자 위주로 진료하고 경증 환자 진료는 줄이도록 유도하는 평가 및 수가 보상 체계를 개선했다(보건복지부, 2019. 9. 4.). 의료전달체계 개편은 의료기관 개

설 및 허가 제도, 의료기관 인증 및 평가 제도, 지불보상제도 등 다양한 제도의 동시 변화를 통해 환자의 선택을 변화시키는 성과여야 한다. 하지만 보건의료인력의 적정 수급이 어려운 상황에서 환자 대비 간호인력과 의사인력 수준 같은 구조적 질 지표를 허가, 인증, 평가 기준에 적용하여 의료기관의 의무적 준수를 요구하기 어렵다. 특히 외래 진료에서 종별 기능 분화를 명확히 규정하기 어려운 상황에서 상급종합병원에 대한 중증 환자 진료 확대를 제외하고는 기타 의료기관의 역할 변화를 규정하기가 쉽지 않다. 이러한 이유로 지금까지 의료전달체계 개선 정책은 상급종합병원을 중심으로 중증 진료 역할을 강제하고 이에 대한 영향으로 일차의료기관의 역할이 확대되기를 기대하는 접근이었다.

그러나 연도별 건강보험 외래 요양급여비용과 외래 내원일수에서 종별 비중의 연도별 변화를 보면, 여전히 상급종합병원 쏠림 현상은 유지되고 있으며 의원의 역할은 확대되지 않고 있다. 지난 10년간 외래 요양급여비용과 외래 내원일수 비중에서 상급종합병원은 각각 1.7%포인트(17.6% → 19.3%)와 1.1%포인트(5.3% → 6.4%) 증가한 반면, 의원은 각각 3.7%포인트(57.6% → 53.9%)와 4.9%포인트(79.3% → 74.5%) 감소했다(표 4, 표5). 아울러, 2015년부터 2020년까지 상급종합병원의 외래 요양급여비용은 연평균 9.8% 증가, 외래 내원일수는 연평균 1.23% 증가한 것과 달리, 의원의 외래 요양급여비용은 연평균 7.7%로 상대적으로 그 증가율이 낮고 외래 내원

표 4. 연도별 건강보험 의료기관 종별 외래 요양급여비용의 변화

연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
연도별 종별 외래 요양급여비용(천억 원)												
상급종합	25	27	29	30	32	34	39	43	48	53	55	
종합병원	23	25	26	28	31	32	35	39	44	49	50	
병원	13	14	16	17	17	19	20	22	25	27	26	
의원	83	87	91	95	101	106	115	125	139	154	153	
계	145	153	162	170	182	191	209	228	255	283	284	
연도별 종별 외래 요양급여비용 비중(%)												'10~'20년
상급종합	17.62	17.62	17.96	17.80	17.77	18.03	18.46	18.63	18.69	18.69	19.33	+1.7%p
종합병원	15.89	16.23	16.13	16.68	16.97	16.85	16.78	16.97	17.07	17.23	17.48	+1.6%p
병원	8.86	9.29	9.65	9.76	9.59	9.68	9.65	9.79	9.67	9.54	9.29	+0.4%p
의원	57.63	56.86	56.26	55.76	55.68	55.43	55.11	54.62	54.58	54.55	53.90	-3.7%p
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
종별 외래 요양급여비용 연평균 증가율(CAGR)												
	'10~'15년					'15~'20년					'10~'20년	
상급종합	6.23%					9.79%					8.00%	
종합병원	7.00%					9.07%					8.03%	
병원	7.64%					7.38%					7.51%	
의원	4.93%					7.67%					6.29%	
계	5.75%					8.27%					7.00%	

주: 소수점 이하 1자리수 표기로 표시된 값의 합이 합계 값과 차이가 있을 수 있음

자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2020년 진료비 통계지표(진료일 기준)의 연도별 종별 외래 요양급여비용 정보를 이용하여 작성.

표 5. 연도별 건강보험 의료기관 종별 외래 내원일수의 변화

연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
연도별 외래 내원일수(십만일)												
상급종합	334	336	360	362	361	371	394	396	403	417	394	
종합병원	492	514	538	558	586	591	629	645	675	697	638	
병원	486	528	574	592	611	619	646	643	662	670	552	
의원	5,036	5,071	5,156	5,124	5,193	5,114	5,306	5,279	5,399	5,468	4,621	
계	6,348	6,450	6,628	6,636	6,752	6,694	6,975	6,963	7,139	7,252	6,205	
연도별 종별 외래 내원일수 비중(%)												'10~'20년
상급종합	5.26	5.21	5.43	5.46	5.35	5.54	5.65	5.69	5.64	5.76	6.36	+1.1%p
종합병원	7.76	7.97	8.11	8.41	8.68	8.82	9.02	9.26	9.46	9.61	10.28	+2.5%p
병원	7.65	8.19	8.67	8.92	9.05	9.25	9.26	9.23	9.27	9.23	8.89	+1.2%p
의원	79.34	78.63	77.79	77.21	76.92	76.39	76.07	75.82	75.63	75.40	74.47	-4.9%p
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
종별 외래 내원일수 연평균 증가율(CAGR)												
	'10~'15년					'15~'20년					'10~'20년	
상급종합	2.14%					1.23%					1.68%	
종합병원	3.71%					1.56%					2.63%	
병원	4.97%					-2.27%					1.29%	
의원	0.31%					-2.01%					-0.86%	
계	1.07%					-1.51%					-0.23%	

주: 소수점 이하 1자리수 표기로 표시된 값의 합이 합계 값과 차이가 있을 수 있음

자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2020년 진료비 통계지표(진료일 기준)의 연도별 종별 외래 내원일수 정보를 이용하여 작성.

일수는 연평균 2% 감소했다.

이제는 변화의 주체로 의원급을 중심에 두고 다양한 의료 제공 및 지불보상의 융합 혁신 프로그램들을 개발하고 활성화함으로써 그 영향으로 상급종합병원의 기능 변화를 견인하는 접근을 강화할 필요가 있다. 의원급 중심으로 추진되어야 하는 과제는 다음과 같다.

첫째, 의원급에 대한 일차의료 시범사업을 체계적으로 정비하고 단계화하여 변화 역량을 육성해야 한다. 의원급은 건강 결과와 의료비용에 대한 측정 인프라 수준이 낮아 환자 중심의 가치 기반 지불 사업에서 배제될 수밖에 없다. 보건복지부는 일차의료 만성질환 관리 시범사업을 본사업으로 전환하고 만성질환 관리 사업에서 스마트 기기를 지원하여 스마트 건강관리를 시도하고 있다(보건복지부, 2021. 1. 25.). 이상의 관련 사업들을 체계적으로 연계하여 의원의 역량을 지원하고 육성하는 인프라 구축 시범사업부터 서비스 시범사업까지 단계화하여 운영함으로써 가능한 많은 의원이 사업에 참여하여 단계적으로 역량을 확대하는 기회를 얻도록 해야 할 것이다.

둘째, 의원급 의료기관이 위치한 지역의 노인 만성 의료와 장기요양보험을 연계하는 모형 개발에서 역할을 할 수 있다. 일차의료 의사는 만성질환 환자의 의료 욕구뿐 아니라 복지 욕구를 제일 먼저 대면하는 역할을 하므로 지역사회 자원을 활용하는 다양한 보건복지 서비스 코디네이터로서 역할을 할 수 있을 것이다. 이와 관련하여 기존의 커뮤니티 케어 사업을 일차의료기관 중심의 사업

으로 재편하는 방안도 검토할 필요가 있다.

2) 건강한 삶과 의료이용의 가치를 향상시키는 일차의료 혁신 센터 설치 및 운영

2010년 미국 보험청(CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services) 혁신 센터(CMS Innovation Center, CMMI)가 새로운 서비스 전달 및 지불 모형들의 시범사업을 수행하고 평가 결과를 제공함으로써 그 결과를 기반으로 확산을 유도하는 전담기관으로 설립되었다. 2021년 11월 CMMI는 지난 10년간 혁신 모형 시범사업 50개 이상을 진행한 성과를 기반으로 2030년까지 모든 메디케어 행위별 서비스 대상 가입자가 의료의 질과 비용에 대해 책무성을 갖는 의료 모형에 포함되도록 새로운 전략 틀을 발표했다(CMMI, 2021). CMMI(2021)는 다음 10년의 비전을 “높은 질, 적정 비용, 사람 중심 의료를 통해 형평성 있는 건강 결과를 달성하는 보건의료시스템”으로 설정하고 5개 전략 목표로 ① 책임의료(accountable care) 확대, ② 형평성 개선, ③ 의료 혁신 지원, ④ 의료비용 적정화 ⑤ 시스템 전환의 파트너를 제시했다. 세부적으로 각 전략 목표는 책임의료조직의 지속적 확대, 모형 개발에서 형평성 개선 사항 반영, 환자 중심 통합의료 제공에서 필요한 데이터 및 기술 활용 지원, 합리적 지출을 위한 약가 조정, 환자 비용 분담 등 전략 개발, 이해관계자 참여 확대 계획을 반영하고 있다.

일차의료는 전체 시스템의 효율화뿐 아니라

초고령사회에서 국민의 삶의 질 개선을 위해 반드시 혁신되어야 하는 영역이다. 그런데 기존의 법과 제도, 분산된 업무 구조에서는 혁신적 모형이 개발되어도 기존 방식에 맞추어 다시 각색되므로 본래의 취지와 효과를 달성하기 어렵다. 미국 CMMI와 같은 전담기구를 설치하고 참여 기관을 확대하는 장기 전략 수립과 추진이 필요하다. 건강 증진과 보건의료의 관련성 제고 측면에서 건강보험 재정 및 건강증진기금의 건보 지원을 활용하여 국민건강보험법에 혁신기금을 조성하고 보건복지부에 (가칭) 건강보험 일차의료 혁신 센터를 설치하여 관련 모형의 시범사업 개발과 평가를 전담하도록 해야 할 것이다. 또한 건강보험심사평가원의 만성질환 적정성 평가, 일차의료기관 인센티브 사업, 건강보험공단의 일차의료 만성질환 관리 사업이 독립적으로 운영되지 않도록 역할 분담을 명확히 해야 한다. 건강보험심사평가원은 건강 결과와 비용의 측정 방법 개발 및 개선, 건강보험공단은 성과와 연계된 인센티브 지급 전략 개발로 역할을 분담하여 혁신 센터를 지원하도록 하고 보건복지부 혁신 센터가 전체 사업의 개발, 운영, 평가를 전담하도록 해야 한다.

한편, 온라인 플랫폼 등 정보기술(IT)을 기반으로 한 ‘디지털 경제’ 활동이 코로나19 여파로 그 범위와 속도가 빠르게 증가하고 있다(삼일회계법인, 2020). 지난 국정감사에서 비대면 진료의 시행 편의성, 재택 치료 필요성 등을 감안한 제도화의 필요성이 제기된 바 있다(보건복지부,

2021. 10. 14.). 비대면 의료는 질병 또는 장애를 예방, 관리, 치료하기 위해 환자에게 직접 적용되는 근거 기반의 소프트웨어 제품에서 의사가 ICT 기술을 활용하여 환자에게 제공하는 원격모니터링, 원격진료, 원격수술까지 광범위하게 적용될 수 있다(김지연, 2020). 일차의료 만성질환 관리에서 ICT 기술의 활용은 불가피한 선택이 될 것이므로 일차의료 혁신 서비스 모형에서 다양한 결합 형태의 보상 모형을 개발할 필요가 있다.

다. 다음 세대를 위한 건강안전망 확대

국민의 의료비 부담을 증가시키는 3대 비급여(상급병실료, 선택진료비, 간병비) 중 해결되지 않고 남아 있는 과제가 간병비 부담이다. 초고령사회에서 간병비는 현세대와 다음 세대 모두에게 경제적 부담을 주기 때문에 다음 정부가 반드시 해결해야 하는 과제 중 하나이다. 정부는 간병비 부담을 완화하기 위해 건강보험 급성기 병원을 대상으로 간호·간병통합서비스를 확대해 왔다. 그러나 요양병원, 시설, 재가 서비스를 이용하는 환자, 보호자의 간병 욕구는 해소되지 않고 있다. 이에 대응하여 건강보험 요양병원에 대해 간호·간병통합서비스 적용을 확대하고 장기요양보험에서 요양시설과 재택 환자에 대한 방문 간호·간병서비스 도입을 검토할 수 있다. 그러나 장기요양보험에서 등급 판정을 받지 못하는 노인의 돌봄 문제, 급성기 이후 요양병원과 요양시설 간 역할 관계, 간병서비스 제공 인력 확보 등의 문제와 재정 증가를 고려하여 신중한 검토와 접근이 필

요하다.

질병으로 인한 경제적 충격은 반드시 저소득층에만 국한된 위험이 아니므로 건강보험의 의료비 지원 사업들도 전체 의료비, 전체 국민으로 보장의 범위와 대상을 확대하는 개선 방안이 검토될 필요가 있다. 물론 도덕적 해이와 재정 부담을 고려하여 세부 기준을 통해 일부 제한을 둘 수 있다. 총의료비에 대한 환자 부담을 완화하기 위해 비급여를 포함하여 본인부담상한제를 적용하되 요양병원 및 비급여 금액에 대해서는 상한을 설정하거나 비급여 유형별 반영률을 차등화할 수 있다. 이와 관련하여 2021년 11월 1일부터 재난적 의료비 지원 방식이 본인부담 의료비의 50% 일괄 적용에서 소득 수준별 80~50% 차등 지원으로 일부 개선되었다(보건복지부, 2021. 10. 27.). 추가로 재난적 의료비 지원 사업의 대상을 전 국민으로 확대하고 신청주의 방식에서 의료기관 연계 방식으로 적용 기회를 확대하는 방안을 검토할 수 있다.

코로나19 범유행에서 우리는 아픈 근로자의 출근이 사업장과 지역사회 감염 확산을 초래할 수 있고 자격의 선별 없이 아프면 누구나 쉬고 의료에 접근하도록 권리를 보장하는 사회가 안전하다는 것을 체험했다. 아프면 쉬는 문화를 만들기 위해서는 우선, 사업장 근로자의 건강을 보호하는 고용주 책임을 새롭게 규정해야 한다. 아픈 근로자의 출근은 근로자 자신뿐 아니라 동료의 안전을 포함하는 사업장 안전의 문제로 연결되기 때문이다. 다음은 다양한 근로 형태로 일하는 개

인을 근로자의 범주에 포함하는 것이다. 고용주를 특정하기 어려운 이들을 근로자로 포괄하는 경우, 국가는 고용주 역할을 대신해야 한다. 건강이 더욱 중요하게 작용하는 미래 사회에서 국가의 노동생산성을 보호하고, 저출산·고령화 시대에 질적 측면의 개선을 통해 양적 투입의 한계를 극복하기 위해서는 자격 구분 없이 일하는 근로자를 모두 하나의 틀에서 보호하는 사회제도 구축이 필요하다. 이와 관련하여 2020년 7월 정부는 한국판 뉴딜 정책의 과제로 한국형 상병수당 추진을 발표했고, 보건복지부는 2022년 7월부터 시범사업을 3년간 시행하고 그 결과를 토대로 본 제도 설계를 구체화할 예정이다(보건복지부, 2020. 7. 20., 2021. 12. 30.). 상병수당은 취업자가 업무와 관련 없는 질병과 부상으로 아파서 일하기 어려운 경우 이로 인한 소득 상실의 일부를 지원해 주는 사회보장제도이다(보건복지부, 2020. 7. 20.). 건강 격차 해소가 코로나19의 충격을 완화하는 주요한 정책과제라는 점에서 상병수당 도입은 근로자가 아플 때 적시에 필요한 의료서비스에 접근하도록 보장할 뿐 아니라 건강을 결정하는 주요한 사회적 요인인 소득 보장을 병행하는 정책으로서 의미가 크다. 상병수당은 1883년 독일 사회보험에서 도입된 이후 100년이 넘는 역사를 갖는 제도이다(김근주, 남궁준, 2021). 제도 도입의 후발 국가로서 전통적 임금근로자뿐 아니라 노동시장의 변화를 반영하여 고용주를 특정하기 어려운 특수고용형태종사자(특고) 등 다양한 형태의 근로자를 모두 포괄하여 편견과 낙

인 없이 모든 근로자가 아프면 쉬는 문화를 만드는 것이 중요하다. 아울러 제도 설계에서 근로자 개인의 급여 수준 결정이 기여와 비례하는 정도를 강화해 제도의 지속가능성과 수용성을 제고할 필요가 있다. 2022년 7월부터 일부 지역에서 시행되는 시범사업 결과 분석을 통해 시범사업 모형의 개선뿐 아니라 본 제도의 구체적 설계를 위한 근거를 마련해야 할 것이다.

4. 나가며

2022년은 코로나19 위기 대응을 넘어 보건의료시스템을 근본적으로 변화시키는 전환의 해가 되어야 한다. 2020년 이후 감염병 재난 속에서 자의 또는 타의로 억제되었던 의료이용의 증가에 대응하면서 어떠한 보건의료 위기가 오더라도 자원을 동원하고 재정을 조달하며 효율적으로 집행할 수 있는 보건의료시스템의 역량과 거버넌스를 재정비하는 한 해가 되어야 할 것이다. 보건의료시스템이 재난적 위기에 탄력적으로 대응하기 위한 역량은 세 가지 관점에서 확보되어야 한다 (Thomas et al., 2020). 첫째, 장기적으로 안정적인 자원 공급의 역량이다. 둘째, 제한적인 자원에서도 전략적 우선순위와 보장성의 훼손 없이 효율적으로 대응할 수 있는 역량이다. 셋째, 새로운 목표와 우선순위에 신속하게 적응하고 주요 과제에 대응하도록 거버넌스를 강화하는 역량이다. 지금까지 건강보험 보장성 확대 정책은 재정 흑자 또는 적립금 사용을 기반으로 하는 추가 재정 투

입 정책의 성과였다고 할 수 있다. 앞으로의 재정 압박을 감당하기 위해서는 일차의료 중심의 가치 기반 의료 시스템으로 혁신을 가속화해야 한다. 2022년은 제20대 대통령 선거가 있는 해이다. 건강은 비교적 초당파적 이슈이지만 이를 실천하는 방식에 관계된 보건의료 정책은 정당별 기초에 따라 차이가 있을 수 있다. 대선 공약 경쟁이 더 나은 보건의료시스템으로 혁신을 배가할 정책의 창을 열어 주는 기회가 되기를 기대한다. ■

참고문헌

- 강희정. (2017). 가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향. 보건복지포럼, 248, 57-69.
- 건강보험심사평가원. (2021.6. 18). 2020년 진료비통계지표(진료일기준).
- 국민건강보험공단. (2021. 6.2). 2021년 1/4분기 건강보험 주요통계.
- 김근주, 남궁준. (2021). 상병수당제 도입은 사회보장시스템의 마지막 퍼즐을 맞추는 작업. KDI 경제정보센터 나라경제, pp.1-2.
- 김지연. (2020). 비대면 시대, 비대면 의료 국내외 현황과 발전 방향. KISTEP Issue Paper. 2020-10.
- 문심명. (2021. 12. 13.). 건강보험료 부과체계의 형평성 및 공정성 제고를 위한 개선방향. 국회입법조사처.
- 보건복지부. (2018. 12. 13.). 2019년 보건복지부 예산 72조5148억원으로 최종 확정. 보도자료.

- 보건복지부. (2019. 5.). 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023).
- 보건복지부. (2019. 9. 4.). 대형병원, 중증환자 중심으로 확 바뀐다. 보도자료.
- 보건복지부. (2019. 12. 10.). 2020년도 보건복지부 예산 82조5269억원으로 최종 확정. 보도자료.
- 보건복지부. (2020. 10.). 2020년도 보건복지부 성과관리 시행 계획(수정).
- 보건복지부. (2020. 12. 16.). 보건복지부-대한의사협회, 의정협의체 제1차 회의 개최. 보도자료.
- 보건복지부. (2020. 7. 20.). 포용적 사회안전망으로 한국판 뉴딜 기반 마련한다. 보도자료.
- 보건복지부. (2020. 9. 1.). 2021년 보건복지부 예산안 90조 1536억원 편성. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 1. 25.). 2021년 업무계획-일상 회복과 포용복지 구현으로 선도 국가 도약. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 12.). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
- 보건복지부. (2021. 12. 3.). 코로나19 특별방역 대책 추가 후속조치. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 10. 14.). 보건의료발전협의체, 비대면 진료, 리베이트 근절 등 국정감사 지적사항 후속조치 등 논의. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 12. 3.). 2022년 보건복지부 예산 97조 4,767억원 최종 확정. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 12. 30.). 2022 정부 업무보고 국민과 함께 만든 변화, 끝까지 책임 다하는 정부. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 1. 20.). 보건복지부-대한의사협회, 의정협의체 제6차 회의 개최. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 4. 26.). 제2차 공공보건의료 기본계획안('21~'25) 공청회 개최. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 4. 26.). 어디서든 믿고 이용할 수 있도록 공공보건의료 강화한다. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 10. 27.). 재난적 의료비 지원에 관한 법률 시행령 개정안 국무회의 의결. 보도자료.
- 보건복지부. (2021. 10. 14.). 보건의료발전협의체, 비대면 진료, 리베이트 근절 등 국정감사 지적사항 후속조치 등 논의. 보도자료.
- 삼일회계법인. (2020). 코로나19가 가져올 구조적 변화: 디지털 경제 가속화. https://www.pw.com/kr/ko/publications/research-insights/samilpwc_src_covid19_3.pdf.에서 2021. 12. 20. 인출.
- 신정우. (2021). 코로나19 대응을 위한 보건의료 자원의 확충: 세 개의 축. 보건복지 issue & focus, 2021. 8. 30.
- 신현웅. (2020). 보건의료정책 현황과 과제: 지속가능성 확보를 중심으로. 보건복지포럼, 279, 9-22.
- 윤강재. (2020). 코로나바이러스감염증-19 대응을 통해 살펴본 감염병과 공공보건의료. 보건복지 issue & focus, 2020. 3. 9.
- 참여연대. (2021. 11. 4.). 정책자료: 상생과 회복의 정책목표, 2022년 예산은 이를 반영하고 있는가? https://www.peoplepower21.org/PSPD_press/1836733.에서 2021. 12. 20. 인출.
- 청년 의사. (2020. 6. 22.). 코로나19이후 주목받는 지역 의사제 ... 실현 가능성은? <https://www.docdocdoc.co.kr/news/>

- articleView.html?idxno=2000229 에서 2021. 12. 20. 인출.
- 청년 의사. (2021. 12. 31.). [언저리뉴스⑨] 9월 보건의료인력 총파업 막은 노정합의문은? CMS(Center for Medicare and Medicaid Services) Innovation Center(CMMI). (2021). Retrieved from <https://innovation.cms.gov/about>. Accessed at Dec. 20, 2021.
- DAN HEATH. (2021). 업스트림 (박선령 옮김), 서울: 웅진지식하우스 출판.
- Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S., & Feeley, T. W. (2020). Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst*. November 10, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0530.
- OECD. (2020). Beyond containment: health systems responses to COVID-19 in the OECD. OECD publishing 2020. 4. 16. Retrieved from <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/> Accessed at Dec. 20, 2021.
- OECD. (2021a). Health care resources. OECD Health Statistics (database). Retrieved from <https://doi.org/10.1787/data-00541-en> 2021. 12. 31. Accessed at Dec. 20, 2021.
- OECD. (2021b). Health at a Glance 2021. Health expenditure - Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2005-20. Version 1 - Last updated: 09-Nov-2021. StatLink Retrieved from <https://stat.link/wknc80> Accessed at Dec. 20, 2021.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The Strategy that will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. October 2013. Retrieved from <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>. Accessed at Dec. 20, 2021.
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies, Policy Brief 26. European Observatory on Health Systems and Policies in WHO.

The 2022 Outlook for Health Care Policy

Kang, Hee-Chung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Health care policy in 2022 should not be a return to the pre-pandemic, but an upstream policy that will root out recurring problems and lead to a better future. In order to not only respond to the impact of COVID-19, but also enlarge the foundation for a better future health care system, the public owned health care resources to future infectious disease X should be expanded, patient-centered value-based health care policy should go forward, and National Health Insurance coverage and health safety net should be enhanced. In particular, in order to promote patient-centered, value-oriented health care policy, The reform for health care delivery system should be redirected from a tertiary hospital-centered to a clinic-centered, and the Primary Care Innovation Center should be established to develop and test innovative primary care models. This year should be a year to overhaul the health care system's capacity and governance to mobilize resources, finance, and efficiently execute under any health care crisis.