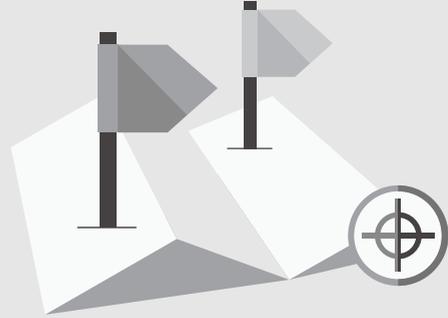


이달의 초점

2023년 보건복지분야 정책 방향



2023년 보건의료정책 전망과 과제
강희정

2023년 소득보장정책 전망과 과제
김태완

2023년 사회서비스 정책의 전망과 과제
강은나·안수란·이상정·이한나

2023년 인구정책의 전망과 과제
이소영

2023년 사회보장 분야 정책협의체도의 고찰 및 과제
함영진



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2023년 보건의료정책 전망과 과제

The 2023 Outlook for Health Care Policy

강희정 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

2023년은 코로나19 방역 완화와 일상 복귀에 대한 기대에도 불구하고 금리 인상과 고물가 지속으로 인해 가계 형편이 더 나빠질 것으로 전망된다. 정부는 2022~2026년 국가재정운용계획을 통해 재정 건전성 관리와 초고강도 지출구조 조정을 예고했다. 가계의 실질소득 하락은 건강에 유익한 지출 및 저소득층의 회복 탄력성을 감소시켜 국민의 평균적 건강 수준을 하락시키고 건강 불평등을 심화하는 전조가 될 수 있다. 대한민국은 전 국민에게 적용되는 단일 건강보험을 통해 보건의료체계의 질, 접근성, 비용을 통제하고 있다. 건강보험의 지출구조 개혁과 건강정책이 연동되지 않으면 그간의 건강증진 성과가 후퇴할 수 있다. 2023년 보건의료정책은 국민의 경제적 어려움에 더 민감하게 반응하며 지출 효율화를 달성하는 혁신이 필요하다. 보건의료체계의 관성적 저항에 부딪혀 담론에 머물렀던 가치(value) 기반 보건의료체계로의 혁신이 긴축 재정 환경에서 불필요한 지출을 통제할 뿐 아니라 보건의료체계의 건강성과까지 개선하는 양수겸장(兩手兼將)의 비법이 되기를 기대한다.

1. 들어가며

코로나19의 대유행이 시작된 이후, 걱정과 안도를 거듭한 3년이 지나고 있다. 한국에서 2020년 2월 18일부터 1차 대유행이 시작된 이후 2022년

12월 10일까지 확진자는 27,674,163명, 사망자는 31,029명¹⁾이지만 치명률은 0.11%로 전 세계에서 가장 낮은 수준이다(CoronaBoard, 2022. 12. 10.). 2020년 12월 영국에서 백신 접종이 시작되고 치명률이 하락하면서 많은 나라가

1) 통계청. 코로나바이러스 감염증-19 전국 상황판. https://kosis.kr/covid/covid_index.do에서 2022. 12. 11. 인출.

방역 조치를 완화하기 시작했다. 한국은 2021년 2월 26일부터 백신 접종을 시작한 이후 높은 수준의 생활방역수칙 준수, 백신 접종, 의료시스템 역량이 결합하여 세계에서 가장 낮은 치명률을 달성했다. 이러한 성과 이면에는 반복된 위기와 극복이 있었다. 2021년 12월 중순 이후부터 의료 역량을 초과하는 확진자 및 위중증 환자가 급증하여 2022년은 긴급한 대응으로 시작되었고, 다음의 위기에 대응하여 공공보건의료체계를 시급히 보강해야 하는 한 해가 되었다. 지난 8월에 확진자가 급증한 데 이어 최근 재확산 위기가 고조됨에 따라 다시 촉각을 곤두세우고 있지만, 그 간의 경험과 교훈으로 견고해진 정부의 대응은 우리가 이미 새로운 정상(new-normal)에 적응했음을 실감하게 한다.

2023년은 코로나19 방역 조치 완화로 민간 소비가 개선될 거라는 기대도 있지만, 금리 인상으로 인한 가계의 원리금 상환 부담과 고물가 현상 등으로 가계의 소비 여력이 축소될 거라는 우려도 있다(주원, 이부형, 이형석, 신지영, 노시연, 2022. p. 10). 가계의 실질구매력이 감소하면, 건강에 도움이 되는 지출을 줄이고 예방적 의료 이용을 미루게 되어 질병 발생과 조기 사망의 위험은 증가한다(Woolf et al., 2015). 예상하지 못한 질병 발생의 건강충격(health shock)은 회복 탄력성이 낮은 저소득층을 더욱 취약하게 하여 건강 불평등을 악화시킬 수 있다. 더구나 저출산과 인구 고령화를 수반하는 인구구조의 변화는 보건의료체계는 물론 지속가능한 사회 발전을 위

협하고 있으며 이에 대응하는 보건의료정책의 수립과 집행의 단계를 더욱 복잡하게 하고 있다. 정부는 2022~2026년 국가재정운용계획을 통해 재정 건전성 관리와 초고강도 지출구조 조정을 예고한 상황이다(기획재정부, 2022. 8.), 그 어느 때보다 지출요인이 증가하는 보건의료체계 전반에서 양수겸장(兩手兼將)의 비법을 찾아야 한다. 국민의 건강성고가 훼손되지 않고 지출도 절감하기 위한 절대적인 과제는 ‘혁신’이다.

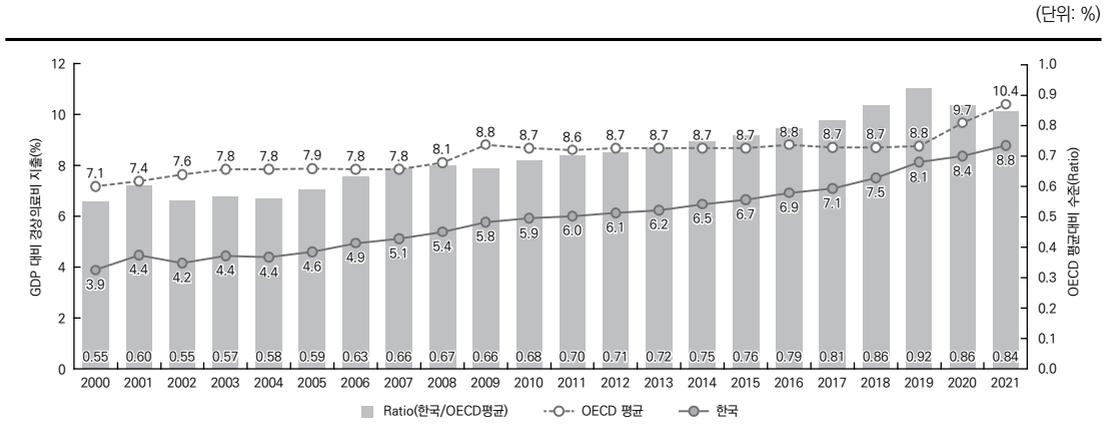
지난 2022년이 코로나19로 직격탄을 맞은 공공보건의료체계를 통합하고 코로나19 대응 과정에서 노출된 보건의료체계의 문제를 정비하는 한 해였다면, 2023년은 보건의료체계 본래의 목적인 보편적 건강보장의 성과를 공통의 목표로 설정하고 보건의료체계 전반에서 혁신의 역량과 지속성을 높이는 정책 추진이 필요한 해다. 다음에서는 보건의료정책 전반에서 공통으로 적용되어야 하는 가치 기반 보건의료시스템으로의 전환을 중심으로 두고, 현황진단을 바탕으로 2023년 보건의료정책의 방향을 전망하고 관련된 추진 과제를 제안하고자 한다.

2. 2023년 보건의료정책 전망과 과제

가. 사회적 부담이 가능한 범위 내로 의료비 지출 증가 속도 통제

경상의료비는 한 국가의 국민이 한 해 동안 보건의료 재화와 서비스를 구매하는 데 지출한 최종 소비를 의미한다(국가지표체계, 2022).²⁾

그림 1. 연도별 GDP 대비 경상의료비 비율



자료: OECD STATISTICS. (2022). Current expenditure on health (all functions, all providers, all financing schemes), 1999~2021년. Data extracted on 15 Dec 2022 14:18 UTC (GMT) from OECD.Stat.

2019년 기준 한국의 GDP 대비 경상의료비 지출은 8.1%로 경제협력개발기구(OECD)의 평균인 8.8%의 92% 수준까지 도달했다(그림 1). 한국의 GDP 대비 경상의료비는 2020년에 8.4%, 2021년에 8.8%까지 상승했다.

현재까지 보고된 OECD 22개국의 2021년 예측치인 평균 10.4%와 비교하면, 2021년 한국의 도달 수준은 84%까지 감소하겠지만 OECD의 평균이 지난해 수준(9.7%)을 유지한다면 90% 수준이고, 2019년 수준(8.8%)으로 회귀한다면

100% 도달이다(OECD STATISTICS, 2022).

한국의 GDP 대비 경상의료비 지출은 2000년에 3.9%로 OECD 평균의 절반 수준(0.55)이었지만 2021년에는 8.8%로 그 규모가 2배 이상 확대되었다. 이는 연평균 3.9% 증가한 것으로 같은 기간 OECD 평균의 연평균 증가율 1.4%보다 2배 이상 빠른 속도였고 OECD 국가 중 가장 빠른 증가였다.³⁾

2015년 기준 GDP 다플레이터를 이용하여 인플레이션 영향을 제외한 2000~2021년 1인당

2) 경상의료비는 크게 개인의료비와 집합보건의료비로 구성된다. 개인의료비는 개인에게 이루어지는 의료 서비스와 재화에 대한 지출이고, 집합보건의료비는 예방 등의 공중보건사업과 보건행정관리에 대한 지출이다(국가지표체계, 2022).

3) 2000년 이후 최신연도(2000년 또는 2001년)까지 OECD 38개 국가별 연평균 증가율의 평균값으로 2001년까지 반영된 국가는 호주(1.6%), 오스트리아(1.3%), 캐나다(1.7%), 칠레(1.2%), 덴마크(1.4%), 에스토니아(1.8%), 프랑스(1.2%), 독일(1.2%), 아이슬란드(0.4%), 아일랜드(0.6%), 이탈리아(1.1%), 한국(3.9%), 리투아니아(1.1%), 네덜란드(1.8%), 뉴질랜드(1.3%), 노르웨이(1.3%), 폴란드(1.1%), 포르투갈(1.3%), 슬로베니아(0.8%), 스웨덴(2.1%), 영국(2.4%), 미국(1.7%), 2000년까지 반영된 국가는 벨기에(1.6%), 콜롬비아(2.4%), 코스타리카(0.9%), 체코(2.4%), 핀란드(1.5%), 그리스(1.4%), 헝가리(0.3%), 이스라엘(1.0%), 일본(2.3%), 라트비아(1.6%), 룩셈부르크(-0.1%), 멕시코(1.7%), 슬로바키아(1.6%), 스페인(2.3%), 스위스(1.3%), 터키(0.0%)였음.

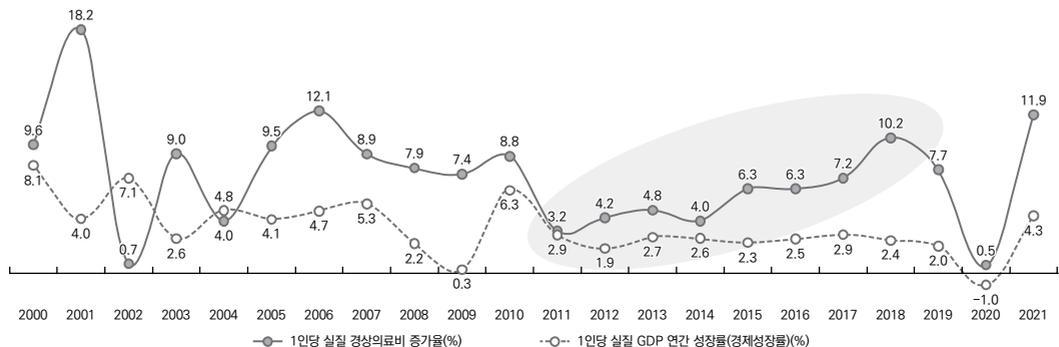
실질 경상의료비 증가율과 1인당 실질 GDP 연간 성장률을 비교했다. 2000년 건강보험 통합 이후 2001년 최대의 재정위기에 대응한 재정 절감의 영향으로 2002년과 2004년 경상의료비 증가율은 최저 수준으로 낮아졌지만 2006년까지 빠른 속도로 상승하여 전년 대비 증가율이 12.1%까지 높아졌다. 2007~2008년에는 세계 금융위기의 여파로 국내 경제 상황이 나빠지면서 의료비 지출의 증가세가 잠시 주춤했지만, 여전히 경제성장률을 상회하는 높은 수준의 의료비 증가율을 유지했다.

2009년 이후 건강보험 재정의 당기수지 적자가 2조 원까지 확대되면서 2001년과 같은 건강보험 재정위기가 다시 우려되었지만(청년 의사, 2010. 2. 3.), 관련 절감 정책의 영향으로 인해 지출 증가율은 2010년 8.8%에서 2011년 3.2%

로 급격히 감소했다. 2011년 이후, 대외경제 여건의 악화로 인해 낮은 경제성장률을 유지하는 상황에서도 1인당 의료비 지출은 OECD 국가 중 가장 빠른 속도로 상승했다. 2020년에는 코로나19 사태로 증가율이 0.5%까지 급격히 하락하였지만, 2021년에는 방역 조치 완화의 영향으로 전년도 대비 11.9%의 증가율을 기록했다(그림 2).

그러나 GDP 대비 경상의료비는 의료복지 지출의 규모라는 점에서 GDP 대비 경상의료비 지출 비율이 낮았던 우리나라에서 이러한 변화는 성과로 볼 수 있다. 적절한 수준의 의료비 지출 규모는 국민의 삶의 질 향상과 국가의 생산성을 보호하는 필수 기반이기 때문이다. 이는 경상의료비 지출의 60% 이상을 차지하는 건강보험의 보장성 강화 추진과 인구 고령화, 생활 수준의 향

그림 2. 2000~2021년 연도별 경제성장률과 1인당 경상의료비 증가율의 변화 비교



주: OECD statistics 2022에서 1인당 경상의료비(per capita, current price)를 인출하고 한국은행 국민계정 주요 경제지표에서 연도별 GDP 디플레이터로 나누어 1인당 실질 경상의료비 증가율을 산출하고, 한국은행 국민계정 주요 경제지표에서 연도별 1인당 명목 GDP 성장률을 연도별 GDP 디플레이터로 나누어 1인당 실질 GDP 연간 성장률(경제성장률)을 산출하여 그림을 작성함.

자료: OECD STATISTICS. (2022). Current expenditure on health (all functions, all providers, all financing schemes), 1999~2021년. Data extracted on 15 Dec 2022 14:18 UTC (GMT) from OECD.Stat. 통계청 KOSIS. 한국은행. 국민계정 주요지표. 1999~2021년. 2022.12.15. 인출.

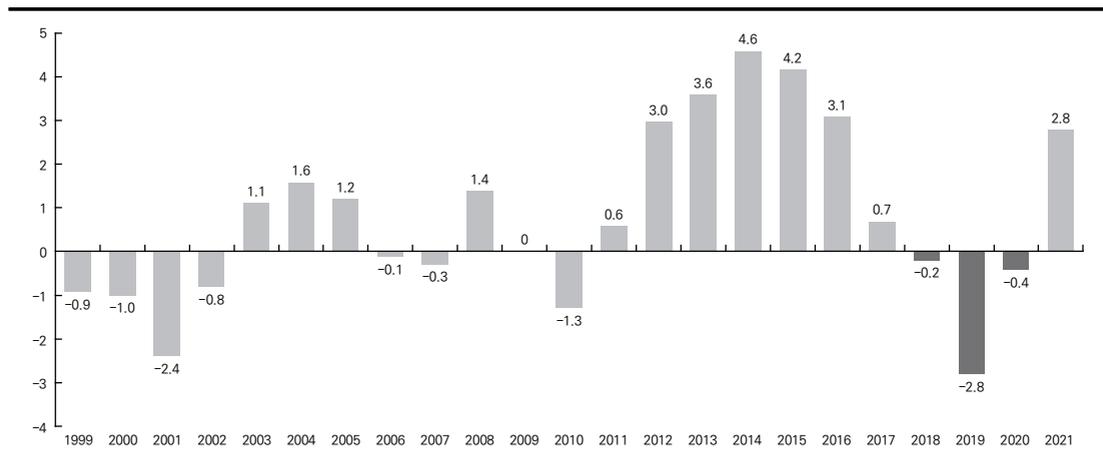
상, 의료기술의 발전이 복합적으로 작용하여 연도별 경상의료비 지출을 가파르게 증가시킨 결과이다(국가지표체계, 2022)(그림 2, 3). 다만, 빠른 속도의 지출 증가는 통제 가능성을 위협하므로 경계해야 한다. 당기수지 흑자 기반의 건강보험 지출 확대 정책이 종결되고 수입 감소와 지출 압박이 증가하는 상황에서, 기존의 증가 속도를 적절히 통제할 수 있을지 우려하지 않을 수 없다. 2021년에는 코로나19로 의료 이용이 급감하면서 재정수지가 흑자로 전환되었지만, 2018년부터 시작된 당기수지 적자가 2020년까지 3년 연속 지속되고 있었다(그림 3). 또한 정부가 재정 건전성 회복을 목적으로 긴축재정 계획을 발표한 것(기획재정부, 2022. 8.)은 보건의료 분야에서 정부의 개입과 지출을 줄이겠다는 의도이므로 GDP 대비 경상의료비 지출을 더 이상 증가시키

기는 어려울 것이다. 이제는 적정 수준(2021년 기준 GDP 대비 경상의료비의 비율인 8.8% 유지 등)에서 매년 경제성장률에 맞추어 목표 증가율을 설정함으로써 우리 사회가 부담할 수 있는 범위 내에서 의료비 증가를 통제해야 할 것이다.

문제는 선진국의 역사적 경험으로 볼 때, 경기 침체 등에 대응하여 정부가 보건의료 분야에서 시장 접근을 강화하고 정부 기능을 축소할 경우, 결과적으로 건강 충격에 따른 사회적 위험으로부터 국민의 회복력을 감소시키고 의료비 부담만 증가시키는 궤적을 따르지 않도록 경계해야 한다는 것이다(연하청, 2002, p. 222). 지출 감소 상황에서도 건강성과를 개선할 수 있는 구조적 혁신을 동반하는 의료비 관리가 필요하다.

그림 3. 연도별 건강보험 재정 당기수지

(단위: 조 원)



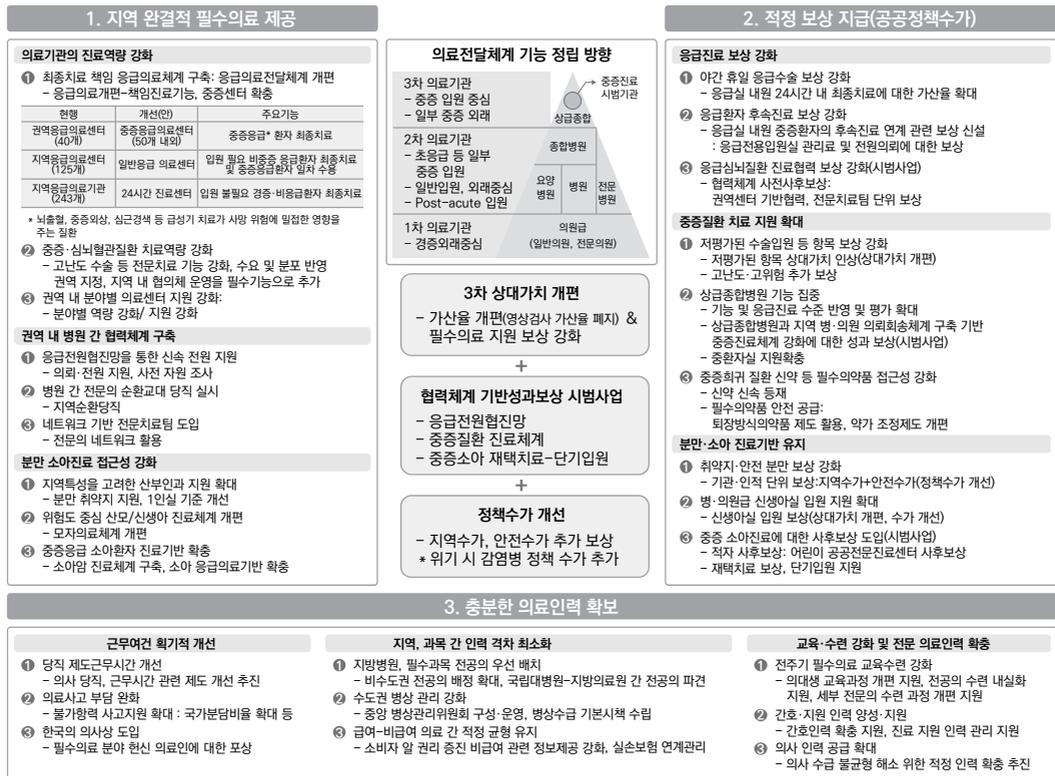
자료: 보건복지부 지표누리. https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763.

나. 인구 고령화와 비효율적 의료전달체계의 역풍을 막는 필수의료 제공체계 확립

지난 12월 8일, 보건복지부는 「건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 지원 대책(안)」에 대한 공청회를 개최했다. 보건복지부는 건강보험 지출구조 개혁으로 절감된 재원을 활용하여 국민 생명과 직결된 필수의료의 지역 완결적 접근성을 강화하는 추진계획을 발표했다. 보장성 강화가 접근성을 확대하는 순효과가 있지만, 건강보험에 대한 보충적 관계가 정립되지 않은 실손보험의

영향과 보장성 강화의 환자 부담 감소는 과이용과 도덕적 해이를 부추길 수 있었다. 이러한 문제에 대응하기 위하여 복지부는 금융위원회와 상품구조 개편 협의를 통해 실손보험의 보장 범위와 수준 조정을 추진하고, 중증·응급, 분만, 소아 진료를 필수의료 분야로 우선 선정하여 권역 내 서비스 제공의 완결성과 상시적 접근성을 보장하기 위한 과제로서 첫째, 지역 완결적 필수의료 제공 둘째, 적정 보상 지급(공공정책수가) 셋째, 충분한 의료인력 확보를 제시했다(보건복지부, 2012.

그림 4. 보건복지부 필수의료 지원 대책의 체계 및 구성



자료: 보건복지부(2012. 12. 8.)의 주요 내용을 요약 및 재구성하여 작성함.

12. 8.).

그간의 의료전달체계 개편 논의가 전체 의료기관을 포괄하여 의료기관 종별 역할을 단계화하는 접근이었다면, 이번 대책은 골든타임 내 접근성 확보가 필요한 의료 분야를 선정하여 권역 내에서 '중증 진료 기능'이 완결되도록 역할을 규정하고 적정 보상 방식을 제안함으로써 의료기관의 참여 동기를 높이는 보상 방식의 접근을 강화하고 있다. 이를 위해 영상 검사에 대한 가산율을 폐지하고 관련 재원을 활용하여 필수의료 지원 보상을 강화하는 3차 상대가치 개편⁴⁾, 권역 내 협력 네트워크 구축과 협업을 지원하는 새로운 성과 단위의 보상 시범사업과 공공사업 참여를 독려하는 정책 수가 보상 등이 여러 분야에 적용되어 추진될 것이다.

재정 호황기의 건강보험 보장성 강화, 의료전달체계 개편, 공공의료 강화 논의를 계속하기는 쉽지 않은 상황이다. 이번에 발표한 정부의 필수 의료 지원 대책은 재정 긴축기에 선택과 집중을 통한 지출 효율화 방향에서 관련 모든 정책을 재편하여 덮는 우산 정책이 되어야 할 것이다. 시스템 전환기에 시행할 다양한 시범사업들이 계획되고 있는바, 건강보험혁신센터 설립 등 일원화된 관리체계 구축을 통해 체계적인 성과 환류가 이루어지도록 하는 것이 바람직하다.

추가로 함께 병행되어야 할 과제를 제안하고

자 한다. 첫째, 이번 대책을 반영하여 기존의 관련 정책을 보완해야 한다. 우선 기존의 중증 진료 기능의 중심에 있었던 상급종합병원의 지정 기준 개선, 종합병원 이상 의료기관의 중환자 진료 자원과 치료성적을 평가하고 보상하는 의료 질 평가 지원금의 지표 개편, 권역 및 지역 책임의료기관 지정 등 기존의 관련 사업들이 필수의료 대책이라는 우산 아래로 재편되거나 관계가 정립될 필요가 있다. 둘째, 공공의료 강화 사업과 연결성을 구체화해야 한다. 필수의료 분야는 시장실패 영역으로 공공의료 기능 강화 분야이기도 하다. 공공정책수가 등을 활용하여 민간의료기관의 공익적 의료 활동을 보상하는 접근과 함께 수도권 상급종합병원과 협력체계에 참여하는 지역 공공의료기관의 확충·역할·지원방식도 구체적으로 마련되어야 한다. 필수의료 대책과 연계하여 지역 책임의료기관으로서 공공의료기관의 중증 진료 기능 강화, 공공의료 제공의 적자 기준을 보상하는 부분과 별도로 민간의료기관에 대한 경쟁력을 높이는 의료 질 평가 및 성과 보상 확대도 추진되어야 할 것이다.

아울러, 필수의료 대책의 실현 가능성을 높일 수 있도록 의사 인력 공급 확대가 빠르게 결정되어야 할 것이다. 정부는 2020년 9월 4일에 의료계와 코로나19 안정화 이후 의과대학의 정원 확대 추진을 협의기로 합의한 바 있다. 의대 정원

4) 건강보험에서 보험자가 공급자에게 진료비를 지급하는 방식은 행위별 수가제를 기본으로 하고 있으며, 행위별 수가는 행위별 상대가치점수에 환산지수와 종별가산지수를 곱하여 결정된다. 상대가치 점수제가 2001년에 도입된 이후 1차(2008년)와 2차(2017년) 개편이 있었지만 기본진료료(진찰료, 입원료)는 두 번의 개편에서 제외되어 상대가치점수제 도입 이전의 체계와 수준을 유지하고 있다. 제3차 상대가치 개편은 기본진료료 개편에 중점을 두고 있다(메디케이트 뉴스, 2019. 6. 24.).

확대 추진 시 현재의 의사 수급 불균형 문제를 해소하는 접근뿐 아니라 장기적으로 국민의 생명 보호와 의료인의 삶의 질 향상을 모두 고려하는 접근이 필요하다. 이러한 맥락에서 2023년은 이번에 발표한 필수의료 지원 대책을 구체화하고 법정계획인 국민건강보험 종합계획과 보건의료 계획에 이를 반영하는 분주한 한 해가 될 것이다.

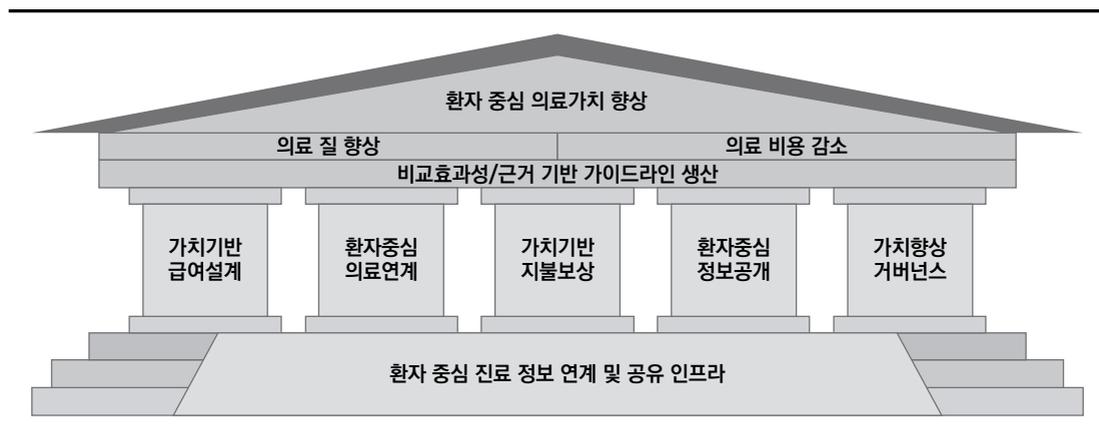
다. 건강성과 제고와 지출 효율화를 위한 가치 기반 보건의료체계로의 전환 가속

건강수명과 기대수명의 차이는 2000년 8.6년에서 2019년 10.2년으로 늘어나, 평생 질병이나 장애 상태로 살아야 하는 평균 기간이 약 2년 더 연장되었다(OECD Health Statistics, 2022). 이는 ‘건강 문제로 인한 삶의 질 하락’과 직결되며, 인구 고령화와 함께 보건의료 지출의 증가를 가속하고 있다. 예방적 의료와 건강 수준의 향상

은 이 기간을 단축하며 개인의 삶의 질과 국가의 지속가능성을 동시에 높이는 접근으로 이미 알려져 있다. 그러나 이윤을 추구하는 민간 의료 시장에서 지출 효율화를 위한 혁신 정책의 추진은 변화에 대한 저항과 관성을 극복하기 어렵다.

유엔 지속가능발전목표(SDGs: Sustainable Development Goals) 3 ‘건강하고 질 좋은 삶 (Good health and Well-being)’은 건강에서 사회적·경제적·환경적·문화적 요인을 고려하는 전체적 다분야 접근을 요구했으며, 이것이 반영된 개념이 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)이다. 빈곤은 건강의 결정요인이기도 하면서 결과이므로 보편적 건강보장을 통해 질병으로 인한 빈곤화를 감소시키려면 본인 부담 의료비뿐 아니라 소득 등 사회적 요인이 적절히 조절되어야 한다. 질병 치료 기간 소득의 손실은 필요한 의료 접근을 포기하게 하고 미래 투자와 건강에 도움이 되는 비용 지출을 감소시킴으로써

그림 5. 가치 기반 의료시스템의 구축 요소



자료: 강희정 외(2017, p. 394).

미래의 취약성을 증가시키기 때문이다. 따라서 보편적 건강보장은 국민의 회복 탄력성을 증가시키는 필수 기반이다. 하지만 의료는 인구집단의 건강 결과를 변화시키는 요인의 10~20%만 설명한다(Hood, Gennuso, Swain, & Catlin, 2016). 지금까지 건강보험 보장성은 주로 과부담 진료비를 낮추는 목적으로 치료 접근성 보장에 우선순위를 두어왔으나 전 세계적으로 코로나19의 영향이 저소득 집단에 집중되는 현상의 목도는 수요자 중심으로 의료와 사회적 지원을 통합하여 제공하고 건강 결과에 따라 성과를 보상하는 '가치 기반 지불모형'의 새로운 대안적 지불제도 개발의 필요성을 확산시켰다.

가치 기반 의료체제로의 전환은 환자 중심에서 의료의 질 향상과 비용 감소를 동시에 달성함으로써 그간의 건강성과를 훼손하지 않고 지출을 효율화할 수 있는 혁신이다. 비교효과성과 근거 기반 가이드라인은 의료의 질과 비용의 수준을 판단하거나 평가하는 기준이 된다. 가치 기반 의료는 ① 가치 기반 급여 설계, ② 환자 중심 의료 연계, ③ 가치 기반 지불 보상, ④ 환자 중심 정보 공개, ⑤ 가치 향상 거버넌스가 핵심 요소로 구성된다. 즉, 가치가 없거나 낮은 서비스는 급여 항목에서 삭제하거나 축소하여 가치가 높은 의료 이용을 유도하고, 환자 중심의 협력 의료에 대한 동기를 부여하며, 환자의 의료 경험과 건강 결과에 따라 보상 수준이 달라지고, 환자의 선택을 지원하는 정보의 공유와 공개가 보편적이며, 환자 참여와 공유된 의사결정이 조직의 운영원칙으로

활성화될 때 가치 기반 의료체제로의 전환 속도가 빨라진다(강희정 외, 2017).

가치 기반 지불제도의 도입이 그 자체로 가치 기반 의료의 실현을 의미하는 것은 아니다. 하지만 미국 메디케어의 대표적 가치 기반 지불모형인 책임의료기관(ACO: ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATION)의 대안적 지불 방식의 확대가 가치 기반 의료를 구성하는 다른 요소들의 작동을 촉진하고 행위별 수가제 중심에서 지불제도의 다변화를 가져온 성과는 되새겨 볼 만한 의미가 있다. 지난 2021년 미국 CMS 혁신센터(CMMI: Center for Medicare and Medicaid Innovation)는 혁신적 의료제공 모형과 성과 기반 보상을 결합한 다양한 조건의 대안적 지불모형(APM: Alternative Payment Models)들의 운영에 대해 지난 10년의 성과를 평가하면서, 거듭된 성공과 실패가 있었지만, 소액의 재정 절감 성과를 확인했다고 보고한 바 있다(Medicare Payment Advisory Commission [MedPac], 2021). 성공적인 대안적 지불모형들은 공통으로 의료공급자 간 협력 네트워크 구성, 환자의 건강 결과에 따른 보너스 또는 페널티 금액 결정, 환자 또는 기관 단위로 보상하는 공통 요소를 갖추고 있다(MedPac, 2021). 다음에서는 가치 기반 의료시스템으로의 전환을 촉진하는 가치 기반 지불 모형의 중요성과 확장성 측면에서 추가로 보완해야 할 과제를 제안하고자 한다.

1) 혁신의 지속가능성을 담보하기 위한 동네 의원과 중소병원 대상 가치 기반 지불모형 개발

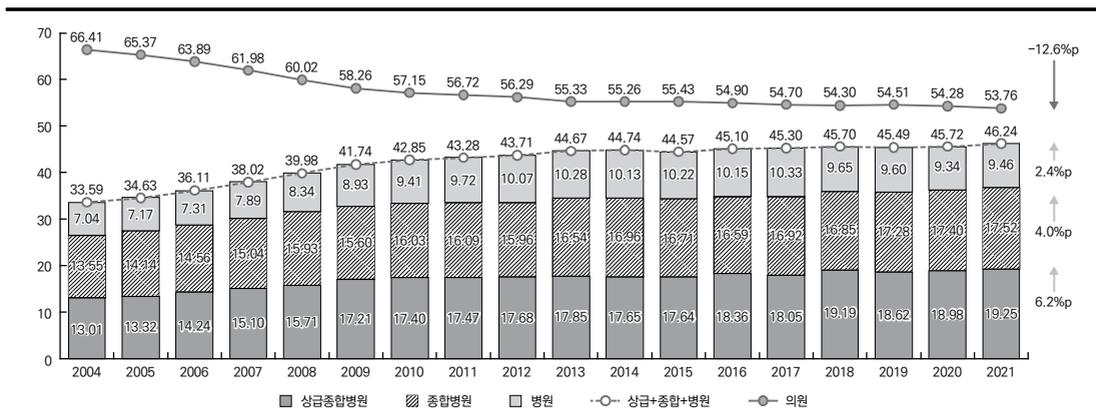
예방적 의료와 건강의 사회적 요인을 조절하는 지역사회 서비스 연계를 강화하기 위하여 환자가 의료를 이용하는 최초 접점 또는 만성화된 질병의 관리주치의로서 동네의원을 대상으로 하는 ‘가치 기반 일차의료 포괄모형’ 시범사업을 더욱 적극적으로 추진 또는 확대할 것을 제안한다. 아울러 중증 진료체계 정립에 대응하여 급성기 중증 진료가 종료된 입원 환자 관리를 책임지게 될 중소병원의 의료 질을 높이는 가치 기반 지불 보상 모형이 개발되고 추진되어야 한다.

2019년 이후 중증 진료 기능 정립을 중심으로 의료전달체계의 단기 개선 대책이 추진되고 있다. 상급종합병원의 경증환자 진료를 억제함으로써 경증 외래환자의 이동을 기대했지만 2004년

이후 2021년까지 17년간 외래 요양급여비용(건강보험 진료비)은 의과 의료기관 중 의원급에서 12.6%포인트(66.4%→53.8%) 감소하여 가장 많이 감소했다. 반면, 상급종합병원, 종합병원, 병원의 외래 건강보험 진료비는 같은 기간에 각각 6.2%포인트, 4.0%포인트, 2.4%포인트가 증가했다(그림 6).

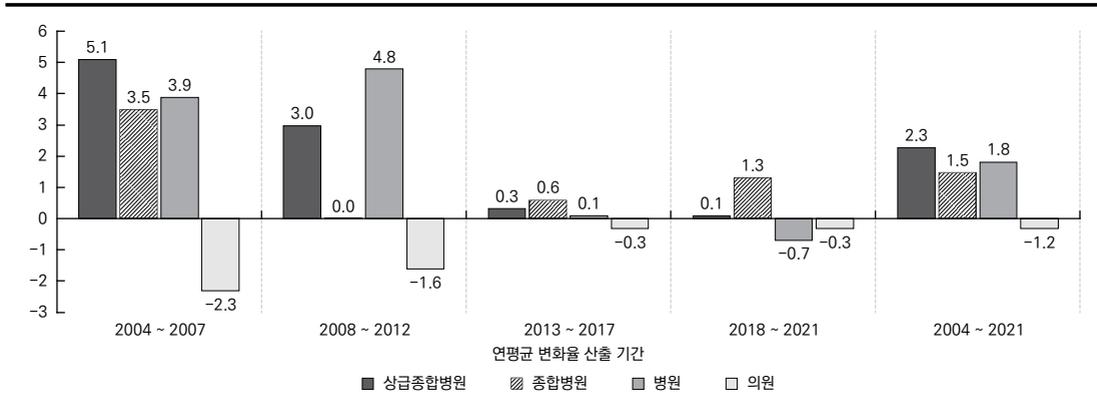
아울러, 2004년부터 2021년까지 4개 기간으로 구분하여 외래 요양급여비용 비율의 연평균 변화율을 비교하면, 2018~2021년 3년간 매년 병원은 0.7%, 의원은 0.3% 감소했지만, 상급종합병원과 종합병원은 각각 0.3%, 1.3% 증가했다. 2004~2009년 동안은 병원의 연평균 증가율이 가장 높았고 2018~2021년은 종합병원에서 연평균 증가율이 가장 높았다. 결과적으로 경증 외래 진료기능에서 의원급의 역할은 지속적으로 감소하고 있었다(그림 7). 이는 환자 중심에서 비

그림 6. 건강보험 외래 요양급여비용 중 주요 종별 비율의 연도별 변화



주: 통계는 건강보험심사평가원 심사실적으로 심사일 기준이며, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 연도별 외래 요양급여비용을 합산하여 종별 비율을 산출함. 자료: 통계청 KOSIS. 2004~2021년 요양기관종별 요양급여비용 심사실적. 건강보험통계.

그림 7. 기간별 외래 요양급여비용 중 종별 비율의 연평균 변화율



주: 통계는 건강보험심사평가원 심사실적으로 심사일 기준이며, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 연도별 외래 요양급여비용을 합산하여 종별 비율을 산출함.
 자료: 통계청 KOSIS. 2004~2021년 요양기관종별 요양급여비용 심사실적, 건강보험통계.

용 부담을 줄이고 건강 편익을 높이는 가치 향상을 기대하기 어려운 변화이다.

미래 보건의료시스템의 지속가능성은 의원, 중소병원의 혁신 역량을 높이는 데 있다고 해도 과언이 아니다. 초기 단계에는 인프라 구축을 목적으로 다양한 목적의 성과보상지불 프로그램을 개발하여 추진할 필요가 있다. 의원은 만성질환 관리 시범사업을 중심으로 권역 내 다분야 협진 체계 또는 지역사회 자원 연계를 결합하여 행위별 수가 외에 환자 등록과 기타 인프라 구축에 대한 정책적 성과 인센티브를 추가 지급하는 모형을 단계적으로 확대 운영할 수 있을 것이다. 중소병원도 의료 질과 안전, 환자 경험, 인프라 구축을 중심으로 단계적으로 성과평가의 범주를 확대하거나 성과지표의 수준(구조→과정→결과 또는 공급자중심지표→환자보고중심지표)을 높이는 모형 개발과 적용이 필요하다. 의원과 병원

은 건강보험심사평가원의 적정성 평가 대상에서 제외되어 있거나 일부만 참여하고 있을 수 있다. 따라서 초기에는 참여 기반의 인센티브 사업이 불가피하다. 다만 상호운용성 확보를 위한 인프라 구축은 결과적으로 의료 질 향상과 사업의 확장성을 결정하는 기반이므로 이에 대한 평가와 보상은 중요하게 다루어져야 할 것이다.

2) 의료시스템에서 환자 중심의 상호운용성 전략 수립과 추진

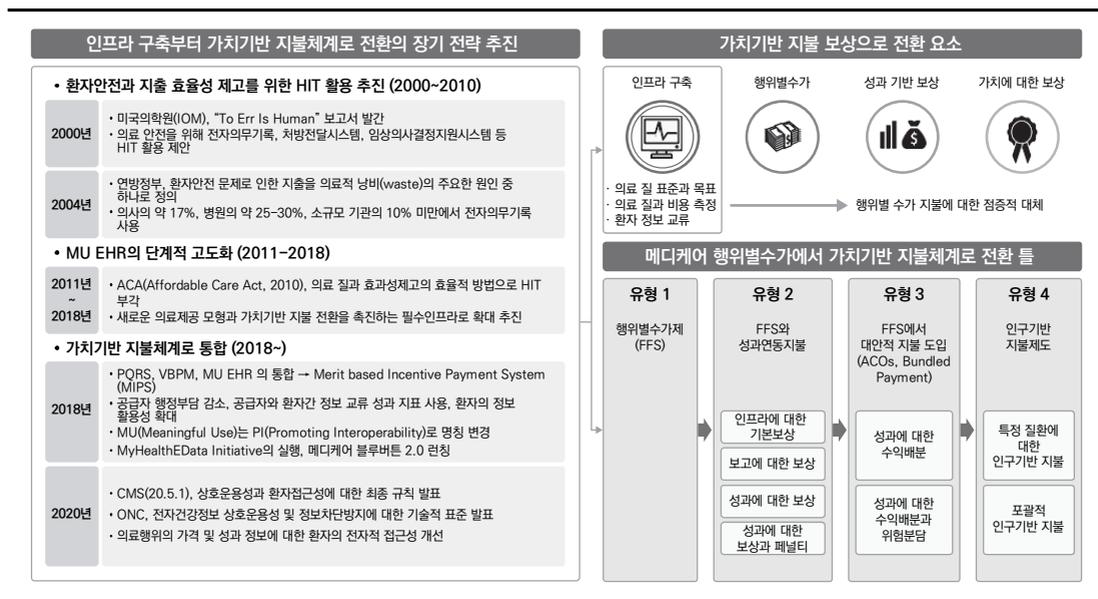
중증진료체계 정립에 대응하여 동네의원의 질적 수준을 높이는 적극적인 투자가 있어야 의료 시스템에서 환자의 선택권을 보장하며 가치 기반 의료 이용을 장려할 수 있다. 이러한 측면에서 가치 기반 의료의 핵심 요소로서 환자의 의료 및 건강 정보가 공유되는 상호운용성 확보에 대한 적극적인 전략 추진이 요구된다. 즉, 환자의 동의가

있다는 전제하에 장소와 시간에 관계없이 필요한 정보에 접근할 수 있고 의미 있는 정보 교류가 이루어질 수 있도록, 진료실에서 생산되는 의무기록데이터의 상호운용성을 확보하는 것이 의료현장에서 환자 중심의 협력과 연계 가능성을 높이기 때문이다. 한국의 의료기관별 정보화는 세계 수준이지만 각자가 가지고 있는 정보를 상호 교류하는 환경은 그렇지 못하다. 전체 의료시스템이 의료기관 간 표준화된 용어와 분류체계를 갖춘 전자의무기록(EMR: Electronic Medical Record) 시스템을 활용하여 상호운용성을 확보하는 변화가 가치 기반 의료로의 전환을 촉진하

는 절대적 조건이다. 가치 기반 의료는 질과 비용 등 성과의 측정과 평가에 기반하므로, 향후 성과 평가 데이터의 질을 높일 뿐 아니라 자료 제출에 대한 의료기관의 행정적 부담을 줄이기 위해 필요한 절대적 인프라이기도 하다. 의료시스템에서 상호운용성에 대한 투자가 동시에 이루어지지 않으면 보건의료체계에서 혁신의 지속가능성을 기대하기 어렵다.

미국 메디케어의 가치 기반 지불제도 전환 로드맵에서 MU EHR(Meaningful Use Electronic Health Record)⁵⁾이 초반의 성과보상 프로그램의 주요한 축이었음을 상기할 필요가 있다. 메

그림 8. 미국 메디케어에서의 가치 기반 지불제도 전환 전략과 이행 틀



자료: 강희정 외(2017, p. 402), 강희정 외(2022, p. 281)에서 관련 내용을 요약하고 재조합하여 재작성함.

5) 전자의무기록(Electronic Medical Record)은 의료공급자가 환자에 관한 정보를 전자적으로 기록한 것이고 전자건강기록(Electronic Health Record)은 개인의 건강 관련 정보를 전자적으로 기록한 것으로 정의되지만 사실상 개념의 차이보다는 EHR 시스템이 의료기관 간 표준화된 방식의 정보 공유가 가능하다는 점에서 의료기관 내에서만 사용되는 EMR 시스템과 차이가 있다. 정보공유가능성을 높이기 위해 EMR시스템을 기반으로 EHR시스템을 구축하게 되며, 정보의 속성 측면에서는 EMR과 EHR이 함께 사용될 수 있음.

디케어 파트 B(외래서비스)의 행위별 수가 보상을 가치 기반 지불 방식으로 전환을 이행하는 초기에는 대상별로 다양한 질 지불 프로그램(QPP: Quality Payment Program), 표준화된 전자건강기록의 의미 있는 활용 사업(MU EHR: Meaningful Use Electronic Health Record), 의사 질 지표 보고 프로그램(PQRS: Physician Quality Reporting System), 가치 기반 진료비 조정지수(VM: Value Modifier)가 개별적으로 운영되다가, 일정 기간 누적된 인프라 기반을 토대로 하여 하나의 성과 기반 지불체계(MIPS: Merit-Based Incentive Payment System)로 통합됐다. 2000년 이후 장기적으로 모든 의료공급자가 가치 기반 의료 제공의 역량을 향상시키는 전략이 추진된 결과이다.

여러 곳에 분산된 본인의 개인 의료데이터를 본인이 제공하고자 하는 곳 어디로든 통합·표준화된 형태로 쉽게 제공하도록 지원하는 국가적 개인건강기록(PHR: Personal Health Records) 중계시스템으로서, 2021년 2월부터 추진된 건강정보 고속도로(전 마이헬스웨이 시스템) 사업이 지난 8월에 시범 개통되었다(보건복지부, 2022. 8. 31.). 이 사업은 보건의료 분야의 마이데이터 생태계 도입을 위한 핵심 인프라이다. 진료실에서부터 공유 가능한 표준화된 의무기록데이터가 생산되어야 가치 기반 지불의 성과평가 데이터가 풍부해지고, 진료실에서 또는 가정에서 환자가 필요한 정보에 접근이 가능해져 정보에 기반한 공유 의사결정을 지원할 수 있다. 당장에

참여 가능한 공급자만을 대상으로 하는 시범사업 추진은 사업의 미래가치를 기대하기 어렵다.

한국 의료시스템에서도 환자 중심 상호운용성 전략하에, 상대적으로 자체적인 개발과 투자가 어려운 동네의원, 중소병원을 중심으로 공인된 기관에서 제공하는 표준화된 EMR 시스템을 활용하여 의료 질 평가 정보를 제출하고, 건강정보 고속도로 중계시스템을 활용하여 정보를 교류하는 활동에 대해 성과 보상을 하는 가치 기반 지불 모형을 개발하고, 자발적 참여를 기반으로 하여 실제 성과 개선에 대한 보상을 확대하는 정책사업을 단계적으로 시급히 추진해야 할 것이다. 아울러, 상호운용성 전략의 수립을 통해 분산된 사업들을 주기적으로 통합하고 체계화함으로써 국민의 의료 이용과 건강관리에 있어서 정보 활용의 체감도를 높여야 할 것이다.

3. 나가며

재정 건전화와 지속가능성은 불필요한 재정 누수를 줄이는 재정관리와 함께 장기적인 관점에서 건강성과를 제고하여 비용을 절감할 수 있는 혁신이 수반되어야 한다. 노인인구가 급증하면서 건강보험의 지출 압박은 증가하고, 수입원은 불안정해지고 있다. 2023년 기준 건강보험 보험료율은 7.09%로 법적 상한선인 8% 수준에 근접하고 있으며, 국고지원 규정의 유효기간은 연말이면 종료된다. 건강보험은 단기보험이어서 같은 해 수입과 지출이 균형을 이루어야 하므로, 국고

지원이 안정적으로 보장되지 않으면 이를 보충하기 위해 상당한 수준으로 보험료가 인상되거나 아니면 만성 적자에 허덕여야 할 것이다. 일몰을 얼마 남기지 않은 상황임에도 여전히 「국민건강보험법」 개정안은 논의 중이다.

대한민국은 전 국민에게 적용되는 단일 건강보험을 통해 보건의료체계의 질, 접근성, 비용을 통제하고 있다. 건강보험의 지출구조 개혁과 건강정책이 연동되지 않으면 그간의 건강증진 성과가 후퇴할 수 있다. 허리띠를 졸라매는 정책은 개인, 가구, 국가 모두에게 고난이다. 2023년 보건 의료정책은 국민의 경제적 어려움에 더 민감하게 반응하며 지출 효율화를 달성하는 혁신이 필요하다. 지난 3년간 코로나19 팬데믹의 경험은 건강보험을 통한 보편적 건강보장이 국가적 보건 위기에서 국민을 보호하고 국가의 성장잠재력을 유지하는 필수 인프라임을 확인시켜주었다. 건강보험 보장성은 의학발전에 맞추어 국민에게 효과적이고 효율적인 급여 패키지를 선택하는 사회적 합의 과정의 결과이다. 긴축을 목적으로 급여 목록을 축소하는 단편적 접근은 지양해야 하지만, 건강성과의 향상을 기대할 수 없는 불필요한 지출을 초래하는 급여 목록에 대한 평가와 갱신은 필요하다. 보건의료체계의 관성적 저항에 부딪혀 담론에 머물렀던 가치 기반 보건의료체계로의 혁신이 긴축 재정 환경에서 불필요한 지출을 통제할 뿐 아니라 보건의료체계의 건강성과를 개선하는 양수겸장(兩手兼將)의 비법이 되기를 기대한다. 醫

참고문헌

- 강희정. (2017). 2017년 건강보험 정책 방향: 혁신을 통한 형평과 효율의 조화. **보건복지포럼**, 1월호. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 김한성, 하솔잎, 고든솔, 문석준, 강혜리, 이재은. (2022, 발간 예정). **전자의무기록 시스템 인증 수가 시범사업 방안 연구**. 서울: 한국보건의료정보원, 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하솔잎, 김소은, 서은원, 홍재석, 박종현, 조해곤. (2017). **2017 한국 의료 질 보고서 - 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(II)**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 국가지표체계. (2022). 경상의료비비율(GDP 대비). <https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=4242>에서 2022. 12. 15. 인출.
- 기획재정부. (2022. 8.). **2022~2026년 국가재정운용계획 주요내용**. 세종: 기획재정부
- 보건복지부. (2022.12. 8.). 건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 지원 대책(안). 보도 자료. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2022. 8. 31.). 여러 의료기관에 흩어진 마이데이터 한눈에 내 손안으로! 건강정보 고속도로가 최초 개통됩니다! 보도 자료. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 지표누리. https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763에서 2022.12.11. 인출.
- 연하청. (2002). 국민건강보험의 개혁: 보험재정

- 의 정상화. **사회보장연구**, 18(2), pp. 211-230. 서울: 한국사회보장학회.
- 이은경. (2015.). 경기불황이 의료 이용 및 의료비 지출에 미치는 영향. 세종: 한국조세재정연구원.
- 임준. (2021. 3. 29.). 의료비 증가의 거시경제학적 분석과 시사점. KIRI 리포트 이슈 분석. <https://www.kiri.or.kr/report/downloadFile.do?docId=6168>에서 2022. 12. 15. 인출.
- 청년 의사. (2010. 2. 3.). '2001년 건강보험 재정 위기' 재현되나. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=82187>에서 2022.12.15. 인출.
- 메디게이트. (2019.6.24.). 심평원, 3차 상대가치 개편 핵심 '기본진료료(진찰료+입원료) 상대가치 개발' 돌입. <https://medigatenews.com/news/2341942552>에서 2022.12.15. 인출.
- CoronaBoard. (2022. 12. 10.). 코로나19 실시간 상황판. <https://coronaboard.kr>에서 2022. 12. 10. 인출.
- 통계청 KOSIS. 한국은행, 국민계정 주요지표. 1999~2021년. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=301&tblId=DT_200Y001&conn_path=I2에서 2022.12.15. 인출.
- 통계청 KOSIS. 2004~2021년 요양기관종별 요양급여비용 심사실적. **건강보험통계**. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_LEE_02&conn_path=I3에서 2022.12.15. 인출.
- 통계청. 코로나바이러스 감염증-19 전국 상황판. https://kosis.kr/covid/covid_index.do에서 2022. 12. 11. 인출.
- 주원, 이부형, 이형석, 신지영, 노시연. (2022). 2023년 한국 경제 전망 - 2023년 2.2%로 성장세 둔화. **경제주평**, 14호. 현대경제연구원. https://hri.co.kr/kor/report/report-view.html?mode=1&uid=97687&find_ordby=PubDATE__desc&find_field=total&find_word=%EA%B2%BD%EC%A0%9C%EC%A3%BC%ED%8F%89&page=1에서 2022.12.11. 인출.
- Medicare Payment Advisory Commission (MedPac). (2021). Report to the Congress: Medicare and the health care delivery system. Executive Summary Report. Washington, DC: MedPAC. Retrieved from https://www.medpac.gov/wp-content/uploads/import_data/scrape_files/docs/default-source/reports/jun21_executivesummary_medpac_report_to_congress_sec.pdf.
- Hood, C. M., Gennuso, K. P., Swain, G. R., & Catlin. B. B. (2016). County health rankings: Relationships between determinant factors and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), pp. 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.024>.
- OECD health statistics. Data extracted on 04 Jun 2022 13:17 UTC (GMT) from OECD.Stat.
- OECD STATISTICS. (2022). Current expenditure on health (all functions, all providers, all financing schemes), 1999~2021년. Data extracted on 15

Dec 2022 14:18 UTC (GMT) from
OECD.Stat.

OECD. (2019). Health at a Glance 2019:
OECD indicators. Retrieved from
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Wolf, H. F., Aron, L., Dubay, L., Simon, S.
M., Zimmerman, E., & Luk K. X.
(2015). How are income and wealth
linked to health and longevity ?
Urban Institute. p.1. Retrieved from
<https://www.urban.org/sites/default/files/publication/49116/2000178-How-are-Income-and-Wealth-Linked-to-Health-and-Longevity.pdf>.

The 2023 Outlook for Health Care Policy

Kang, Hee-Chung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

In 2023, despite the prospects of the easing of COVID-19 restrictions and returning to a normal way of life, the household situation is expected to worsen due to interest rate hikes and the continuing high inflation. The government announced in its 2022-2026 National Fiscal Management Plan that it would pursue fiscal soundness management and a highly intensive expenditure restructuring. A decline in household real income could lead to a lowering of the average health level of the people and a deepening of health inequality by reducing health-beneficial spending and the resilience of the low-income households. Korea controls the quality, accessibility, and cost of its health care system through a single health insurance system that applies to all citizens. If health insurance spending reform and health policy are not interconnected enough, the achievements of health promotion in the past may regress. Health care policy in 2023 needs innovation that is more responsive to the people's economic difficulties and achieves efficient spending. Innovation towards a value-based health care system, which has remained in the discourse in the face of inertial resistance from the health care system, is a dual-handed strategy that not only controls unnecessary expenditures in a government austerity but also improves the health performance of the health care system.