

이달의 초점

2024년 보건복지분야 정책 전망

2024년 보건의료 정책 전망과 과제

|강희정|

2024년 소득보장 정책의 전망과 과제

|김태완·최준영|

2024년 사회서비스 정책의 전망과 과제

|안수란|

2024년 사회보장재정 데이터 관리 정책 현안과 과제

|신정우|

2024년 인구정책의 전망과 과제

|이소영·황남희·장인수|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2024년 보건의료 정책 전망과 과제

The 2024 Outlook for Health Care Policy

강희정 한국보건사회연구원 보건정책연구실 선임연구위원

초고령사회를 목전에 둔 2024년은 고령인구 증가가 가져올 재정압박이 본격화되고 코로나19 이후 경제 위기로 인한 건강 격차 확대가 우려된다. 한편 고령화와 만성질환 증가는 지역사회 주민 단위로 건강·의료·돌봄의 통합관리에 대한 사회적 수요를 증가시킬 것이다. 단기적으로 저소득층을 보호하고 장기적으로 미래 보건의료시스템의 지속 가능성을 제고하는 핵심 정책으로 ‘지역사회 일차 의료 혁신’의 추진이 필요하다. 초고령사회 진입이 주도하는 보건의료 정책 환경에서 일차의료 혁신은 더 이상 미룰 수 없는 최우선 과제이다. 국정 과제와 보건의료 환경 전망을 반영하여 함께 추진해야 할 세부 과제로 ① 지역 주민 대상 일차의료 가치 기반 지불 모형의 개발과 시범 운영, ② 의료비 지원 제도의 체계적 통합과 외연 확대, ③ 건강보험 의료 질 평가 체계 구조 개편, ④ 디지털 전환을 통한 혁신의 촉진을 제안한다. 이 과제들은 기타 정책 추진의 기반이 되고 일차의료 혁신에 공통으로 작용하기 때문에 상호 연관성과 전체 보건의료시스템으로의 확장성을 염두에 두고 추진할 필요가 있다.

1 들어가며

한국 보건의료시스템은 전 국민을 포괄하는 단일 공적 의료보장제도인 국민건강보험을 통해 접근성을 보장하고 있지만, 의료인력 양성, 의료기관 설립 등을 민간 자본에 의존하고 있다. 따라서 논란의 여지는 있지만, 공적 의료 보장의 공공성은 의로서

비스 제공의 주체(공공의료기관 또는 민간의료기관)를 통제하기보다 제공 주체와 관계없이 국민에게 서비스가 제공되기까지의 과정과 결과에 대한 공공성을 유지하는 보건의료 정책의 영향으로 달성되고 있다. 근원적 대응으로 공공이 소유한 의료기관의 증설이 주장되는 이유이다. 하지만 이러한 민간 자본 의존성은 단시간에 해소되기 어려운 문제

이다. 따라서 공적 개입의 통로로서 보건의료 정책의 영향은 국민의 건강과 안녕을 위해 더욱 중요해지고 있다.

보건의료 정책은 국가 보건의료시스템을 운영하기 위한 법, 규칙, 규정의 제정 및 실행과 관련된다. 보건의료시스템이 국민의 정신적·육체적 질환과 상해를 진단·치료·예방하기 위해 제공되는 모든 서비스를 포괄하므로 보건의료 정책은 공·사 보험, 제약, 건강정보 기술 등 광범위한 영역에 영향을 미치게 된다. 정부는 국민의 건강 증진을 위해 누구나 필요할 때 효과적인 보건의료서비스에 접근하여 최선의 건강 결과를 얻을 수 있도록 보건의료시스템의 접근성, 형평성, 효과성을 균형 있게 관리해야 한다. 아울러 환경 변화에 대응하여 비용을 절감하

며 효과성과 형평성을 높이기 위한 혁신을 지속해서 추구해야 한다.

이 글에서 보건의료 정책을 포괄적으로 다루기에는 한계가 있으므로 2024년 보건의료 정책 환경의 주요한 변화를 전망하고 현재의 대응뿐 아니라 미래 보건의료시스템의 지속가능성 제고를 위해 공통의 대응이 되는 핵심 과제를 선정하고 이와 관련해 세부 추진 과제를 제안하고자 한다.

2 2024년 보건의료 정책 환경 전망

가. 고령화에 따른 재정압박의 가속

유엔 인구 전망에 따르면 한국의 인구 대비 65세 이상 인구 비중은 2046년부터 경제협력개발기구

[표 1] 65세 이상 건강보험 적용 인구의 구성비와 진료비 변화

		2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
적용 인구 (천 명, %)	전체(천 명)	50,941	51,072	51,391	51,345	51,412	51,410
	65세 이상(천 명)	6,806	7,092	7,463	7,904	8,320	8,751
	65세 이상 비율(%)	13.4	13.9	14.5	15.4	16.2	17.0
총진료비 (억 원)	전체(억 원)	693,352	776,583	864,775	869,545	935,011	1,024,277
	65세 이상(억 원)	276,533	316,527	358,247	374,737	406,129	441,187
	65세 이상 비율(%)	39.9	40.8	41.4	43.1	43.4	43.1
1인당 월평균 진료비(원)	전체(원, A)	113,612	126,891	140,663	141,086	151,613	166,073
	65세 이상(원, B)	346,161	378,657	409,536	404,331	415,887	429,585
	B/A	3.0	3.0	2.9	2.9	2.7	2.6

주: 1) 지급 기준 적용 인구는 연도말 기준.

2) 1인당 월평균 진료비 = 진료비 ÷ 평균 적용인구 ÷ 해당 개월 수.

3) 평균 적용 인구는 연중 인구로 연도 말 기준과 차이가 있음. 2022년의 경우 전체 5139만 6852명, 65세 이상 855만 8395명 적용.

자료: 국민건강보험. (2023). 2022 건강보험 주요 통계. 주요 정보를 저자가 조합하여 작성.

(OECD) 국가 중 가장 높은 수준이 될 것이다(UN, 2022). 저출산 상황이 오랜 기간 지속된 인구구조에서 고령화의 심화는 고령인구의 사망률 감소와 생존율 증가의 영향이라고 할 수 있다(우해봉, 2023). 건강보험 적용 인구 중 65세 이상 인구의 1인당 월평균 진료비의 전체 평균 대비 수준은 매년 감소하여 2022년은 2017년 대비 0.36%포인트 감소했지만, 구성비는 2017년 13.4%에서 2022년 17%까지 3.6%포인트 증가했다. 총진료비에서 차지하는 비중도 유사한 수준(3.19%포인트)으로 증가하고 있다. 이는 당분간 사망률 감소와 생존율 증가의 영향이 지속되며, 의료비 지출은 고령인구 증가에 맞추어 확대될 수 있음을 보여 준다.

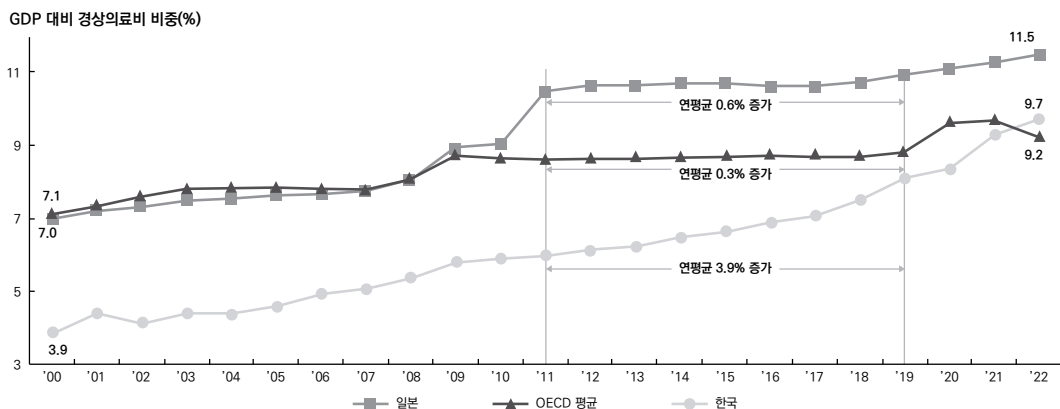
한편 OECD 통계의 2022년 잠정치 기준으로 한국의 의료비 지출 수준은 OECD 평균을 이미 초

월했다. 전 국민이 지출한 보건의료 비용인 '경상의료비'의 국내총생산(GDP) 대비 비율은 9.7%로 OECD 평균 9.2%를 초과했다. 이미 고령화가 진행 중인 일본과는 2.3%포인트(2000년 기준 3.1%포인트) 차이로 가까워졌다(그림 1).

코로나19 이전 2011년에서 2019년까지 OECD 회원국 평균은 연평균 0.3%, 일본은 0.6%로 통제되었지만, 한국은 연평균 3.9%의 증가를 지속한 영향이라고 할 수 있다. 급격한 인구 고령화 속도를 경험하는 한국적 특성을 참작할 때 의료비 증가 속도를 통제하기 위한 혁신적 접근이 필요하다.

2023년 기준 65세 이상 고령인구 비중은 18.4%로 2025년에는 20.6%까지 증가하여 5명 중 1명이 65세 이상 고령자가 될 것으로 전망된다(통계청, 2023). 2024년은 전체 인구 중 65세 이상 인

[그림 1] 한국의 GDP 대비 경상의료비 비중의 변화



자료: OECD Statistics: health expenditure and financing 2000-2022.

구가 차지하는 비율이 20%가 넘는 초고령사회를 목전에 두고 있다. 초고령사회는 서비스 제공과 지출 구조에서 혁신적 변화가 없다면 어느 때보다 건강관리에 적극적인 고령인구의 증가로 건강 증진 및 의료비 지출 증가에 대한 국가의 재정 부담을 증가시킬 수밖에 없다. 생산인구 감소와 맞물린 고령화가 건강보험 재정 부담에 미치는 영향을 본격적으로 체감하기 시작하며 필사적 혁신을 논의해야 한다.

나. 소득수준에 따른 건강 격차의 확대

건강에서 격차는 사회적 불리함으로 인해 발생하며, 결과 측면에서 관측되고, 해결 가능한 차이를 의미한다(강희정, 2019:19). 건강 격차는 사회적 결정요인과 상호 관련성을 갖기 때문에 결과적으로 빈곤, 낮은 교육수준, 나쁜 건강수준의 악순환을 초래하게 된다(Moy & Freeman, 2014:2).

2020년 1월 20일 코로나19 확진자가 처음 발생한 이후 2022년 4월 18일 사회적 거리 두기가 폐지

[표 2] 연도별 사망률의 상대격차 변화

(단위: 명, 10만 명당)

연도	균등화 개인소득 10분위 전체원인사망률(all-cause mortality)										상대격차 10분위/1분위
	1분위 (최소)	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위 (최대)	
2009	1,497	1,397	961	665	602	561	527	498	448	376	3.98
2010	1,645	1,379	994	673	586	539	517	489	451	378	4.36
2011	1,674	1,376	991	632	576	535	505	476	434	359	4.67
2012	1,795	1,479	943	617	573	545	501	472	412	354	5.07
2013	1,736	1,463	882	629	582	537	486	458	414	353	4.93
2014	1,852	1,482	812	595	561	512	463	431	396	327	5.67
2015	1,950	1,494	806	609	565	518	454	427	388	316	6.17
2016	2,029	1,490	794	610	564	500	448	414	377	318	6.38
2017	2,124	1,473	764	611	568	498	439	401	377	312	6.80
2018	2,277	1,481	785	637	587	496	443	413	376	320	7.12
2019	2,295	1,411	760	633	572	486	420	383	359	298	7.71
2020	2,425	1,407	781	661	582	475	416	372	346	282	8.61
2021	2,534	1,471	822	682	605	492	412	368	327	291	8.71
'21/'09	1.69	1.05	0.86	1.03	1.00	0.88	0.78	0.74	0.73	0.77	

주: 국민건강보험공단. (각 연도). 맞춤형 소득-재산 DB 원자료 분석, 균등화 개인소득은 주민등록을 기준으로 주소지가 다른 건강보험 피보험자 자녀만을 추가하여 가구를 정의하고 가구원 수가 10인 미만인 경우에 한하여 가구당 소득의 합산을 가구원 수의 제곱근으로 나누어 산출하였음. 1분위에는 무소득자를 포함하고 있음.

자료: 강신욱, 이원진, 강희정, 하은솔, 문석준, 이정민, ... 장호연. (2023, 발간예정). 국민건강보험공단 행정자료의 사회정책적 활용을 위한 심층 연구.

되기까지 코로나19 변이의 반복적인 재유행과 사회적 거리 두기의 시행은 모든 대면 활동을 제한했다. 비대면 전환의 가능성, 고용의 형태와 안정성, 가계·기업의 대응 능력 등에 따라 피해는 차별되었다(이승훈, 2022). 최근까지 저소득층의 가계근로소득이 상대적으로 더 많이 감소하여 저소득층 가구와 고소득층 가구의 소득 격차가 확대되는 문제가 제기되고 있다(이승훈, 2022; 이원진, 2023). 주요한 건강 결정 요인인 소득 격차의 확대는 건강 격차를 확대하는 악순환을 낳는다. 격차는 결과 측면에서 관측되므로 발생과 보고의 시차를 고려할 때 2024년에는 건강 격차 확대에 대한 문제 인식이 고조될 수 있다. 이에 대응하여 취약계층을 지원하고 계층 간 갈등을 최소화하는 노력을 강화하여야 한다.

국민건강보험공단의 ‘맞춤형 소득-재산 DB’ 원자료를 활용하여 균등화 개인소득 분위별로 인구 10만 명당 사망률의 변화를 2009년부터 2021년까지 비교하면 고소득층으로 분위가 상승할수록 사망률의 감소폭은 증가하는 데 반해 5분위에서 1분위로 소득이 낮아질수록 사망률은 더 큰 폭으로 증가하여 소득의 상대격차는 2009년 3.98에서 2021년 8.71까지 증가하고 있다(강신욱 외, 2023 발간 예정)(표 2).

다. 주민의 건강·의료·돌봄의 통합관리 수요 확대

인구 고령화와 만성질환 증가로 동시에 2개 이상

의 만성질환에 이환된 복합 만성질환자의 증가는 보편적 현상이 되었다. 만성질환의 악화는 개인의 삶의 질을 떨어뜨리고 이로 인한 사회적 부담을 가중시킨다는 인식이 확대되고 있다(서제희, 2021). 한국의료패널 2021년 연간 데이터 분석에 따르면 전체 인구에서 복합 만성질환자 비율은 19.4%였고, 만 65세 미만에서 9.4%, 만 65세 이상에서 57.9%로 추정된다(배재용, 오수진, 최소영, 윤강재, 고든솔, 이해정, ... 안현진, 2023).

약 1700만 명에 해당하는 베이비붐세대(1955~1974년)의 첫 세대인 1955년생이 2020년 65세에 진입한 이후 향후 20년간 매년 70만~90만 명의 고령인구가 증가할 것으로 예측된다(프레시안, 2022. 6. 29). 질병 치료에 지출되는 의료비용, 교통비용, 간병비용의 합계 금액이 2010년 약 68조 4000억 원에서 2019년 약 107조 8000억 원으로 연평균 6.5% 증가했다(고든솔, 오열여, 배재용, 이루겸, 정윤선, 천오벳, 김영은, 2022). 합계 금액 중 간병비용의 비중은 같은 기간 15.7%에서 14.1%로 감소했지만, 교통비용이 4.8%에서 3.0%로 감소한 것을 고려하면 환자 개인뿐 아니라 가족에게 간병비용은 상당한 부담으로 작용하고 있음을 알 수 있다. 향후 고령화 증가 속도를 고려하면 의료 이용과 관련된 간병서비스 욕구의 폭증에 대비해야 할 것이다.

결과적으로 간병 수요 급증의 예측은 지역사회에서 주민의 건강, 의료, 돌봄이 통합관리되는 체계 구축에 대한 수요를 증가시킬 것이다. 관련하여 초고령사회 진입과 함께 정신건강 및 사회병리 현상

에 관한 관심이 고조되는 상황에서 위기에 처한 이들의 최초 면접자가 될 수 있는 지역 일차의료기관의 역할 확대에 대한 사회적 관심도 또한 높아질 것이다. 신체적, 정신적, 사회적 요인이 복합적으로 작용하는 건강 증진 및 질환 관리를 위해 일차의료의사는 환자를 중심으로 다른 전문의, 다른 영역의 인력과 소통하고 협력해야 할 사회적 책임에 직면하지 않을 수 없다.

3 2024년 중점 추진 과제: 지역사회 일차의료 혁신

고령인구가 빠르게 증가하면서 치료 중심의 기술 발달과 비용 지출은 보건의료시스템의 지속 가능성을 위협하고 선제적 예방과 돌봄서비스 측면에서 보건의료시스템의 상대적 취약성을 드러냈다. 아울러 코로나19 이후 소득 격차 확대가 건강 격차의 확대로 이어지는 잠재성이 우려되고 있다. 지역 수준에서는 주민 단위로 건강·의료·돌봄의 통합관리 수요가 확대될 것이다. 이러한 보건의료 환경 변화에 대응하여 국정 과제를 중심으로 광범위한 보건의료 정책들이 동시에 집행되어야 한다. 그러나 제한된 자원으로 건강위험의 불확실성과 비용 압박의 위기에 대응하는 최우선 과제는 장기적 지속 가능성을 담보하기 위한 효율성 기반을 구축하는 것이다. 이에 2024년 중점 추진 과제로 '지역사회 일차의료 혁신'을 선정하고 관련 세부 추진 과제를 제안하고자 한다. 제1차 건강보험종합계획 수립 이후

보건의료시스템의 혁신 방향은 공급자 중심의 행위별 보상 기반에서 환자 중심의 가치 향상 기반으로 운영체제를 변화시키는 것에 있다. 즉 환자가 경험하는 편익의 향상 없이 공급자의 수입만 증대시키는 의료 이용을 막고, 환자 중심에서 최적의 건강 결과를 달성하기 위해 공급자들이 협력하고 의료의 질 향상과 비용 절감의 성과에 비례하여 보상을 확대하는 변화이다. 한국 의료 전달체계에서 환자 중심성을 높이는 핵심 기반으로 일차의료 체계의 기능과 역할 변화가 필요하다. 행위별 수가제에 최적화되어 있는 현재의 구조에서 일차의료 가치 기반 지불모형을 개발하여 기존의 행위별 지불 방식을 대체하는 것은 공급자의 혁신 동기를 유발하는 핵심 도구로서 중요하다. 아울러 보건의료시스템 전반에서 환자 중심성을 높이며, 가치 향상 중심으로 일차의료 혁신을 촉진하는 지원 정책으로 의료비 지원 제도의 체계적 통합과 외연 확대, 건강보험 의료 질 평가체계 구조 개편, 디지털 전환을 통한 혁신의 촉진을 함께 제안하고자 한다.

가. 지역 주민 대상 일차의료 가치 기반 지불모형의 개발과 시범 운영

국내 만성질환 관리 사업은 2019년 1월 14일 이전까지 ① 고혈압·당뇨병 등록 관리 사업 ② 의원급 만성질환 관리제 ③ 지역사회 일차의료 시범사업 ④ 만성질환 관리 수가 시범사업 등 4가지가 있었다. 2019년 1월 14일 이후부터 ③ 지역사회 일

차의료 시범사업과 ④ 만성질환 관리 수가 시범사업이 통합되어 ‘일차의료 만성질환 관리 시범사업’이 시행되고 있다. 일차의료 만성질환 관리 시범사업은 환자 관리의 지속성과 과정의 질을 제고하는 방식으로 수가 체계를 구성하고 신청 자격에서 지역 의사회 등록 의원 네트워크 구성을 강제함으로써 팀 기반 접근을 유도하는 사업으로서 의미가 있다. 그러나 행위별 수가를 기반으로 서비스를 추가하여 보상하는 한계, 팀 기반 접근이 실질적으로 작동하기 어렵다는 등의 비판이 있다.

예방적 효과를 통해 지출의 효율성을 높인다는 측면에서 고령화와 복합 만성질환의 증가에 대비한 고육구 고비용(high need high cost) 집단에 대한 일차의료 만성질환 관리 역량을 강화할 필요가 있다. 이를 위해 건강보험공단은 가입자 관리의 목적으로 최신의 건강검진 및 전년도 의료 이용 기록을 분석하여 개인별 건강 위험도를 정기적으로 분류하고 관련 사업에 활용하도록 제공해야 한다. 이는 사업에 참여하는 제공자에 대한 지불 보상의 형평성을 높일 뿐 아니라 고육구 고비용 환자가 소외되지 않도록 형평성을 높이는 접근이기도 하다.

근본적으로 보건의료시스템의 회복 탄력성과 지속 가능성의 핵심 역량으로서 일차의료를 강화하기 위해 ‘지역 주민 대상 일차의료 가치 기반 지불모형’의 개발과 시범 운영이 필요하다. 환자 중심의 가치 기반 의료 제공에 기초한 일차의료기관의 기능과 성과 제고를 위해서는 성과 측정 및 보고를 위한 정보기술(IT), 지원 인력 활용, 정보 시스템 운

영, 표준화된 전자의무기록 등 인프라 구축이 필요하다. 가치 기반 지불모형의 효과가 기대되는 핵심 대상은 일차의료임에도 한국에서 질 평가와 보상을 연계한 사업이 관련 역량을 갖춘 종합병원 이상으로 집중되어 온 이유이기도 하다. 이는 인프라 육성에 대한 장기 투자가 쉽지 않은 국내 보건의료 정책 환경에 기인한다. 일차의료 혁신을 하려면 인프라 육성과 참여 역량을 구축하는 데 상당한 금전적, 시간적 투자가 있어야 한다. 미국 공적 건강보험 체계인 메디케어 및 메디케이드관리청(CMS: center for medicare and medicaid services)은 행위별 수가로 보상받는 일차의료 제공자를 대상으로 20년의 장기간 일차의료 시범사업을 추진하고 있다. 올해 CMS 혁신센터는 그간의 일차의료 시범사업인 comprehensive primary care plus(2017~), primary care first(2019~)의 경험을 토대로 향후 10.5년간 새로운 일차의료 혁신 모형(Making Care Primary) 추진 계획을 발표했는데 2024년부터 시행된다.

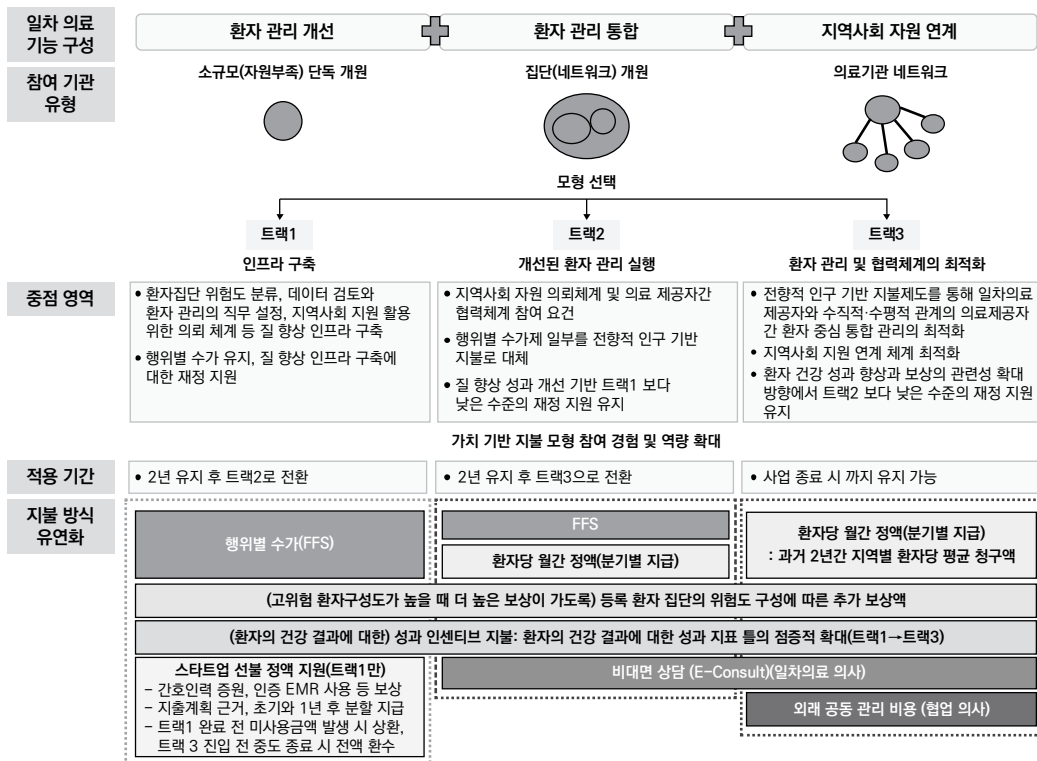
인력 채용, 정보 시스템 구축 등의 한계로 관련 시범사업에 참여할 수 없었던 소규모 의원급 의료기관을 대상으로 인프라 구축을 지원하는 모형을 설계하고 일정 기간 경험을 통해 참여 역량을 축적하면 다음 단계 모형으로의 전환을 의무화하는 단계적 운영을 구상할 수 있다(그림 2). 또한 차별적 모형을 동시에 운영함으로써 현 단계에서 일차의료기관의 역량 차이를 반영할 수 있고, 장기적으로 높은 단계 모형으로의 확산을 유도할 수 있다. 모형별

지불 방식을 다르게 조합하는 유연성은 질 향상과 비용 절감 성과에 대한 제공자의 책무성에 비례하여 지불 보상의 크기를 증가시키고 점증적으로 행위별 수가에 대한 의존도를 감소시킬 수 있다. 의료기관별 등록 환자에 대해서는 환자가 직접 선택하거나, 의사가 환자의 동의를 얻어 등록하거나, 가장 최근의 의료 이용기록을 바탕으로 건강보험공단이

임의 할당할 수 있다.

한편 인프라 구축 목적의 모형(트랙 1)에 참여하는 소규모 단독 개원 형태의 의료기관에 대해서는 선불 정액 보상의 재정 지원이 필요할 수 있다. 이를 위해 건강보험 재정 외 보건의료시스템 혁신을 위한 인프라 구축 재원으로 국가 예산 투입의 필요성을 검토할 필요가 있다.

[그림 2] 일차의료 가치 기반 지불의 복수 모형 운영 틀(안)



주: CMS. (2023). Medicare Care Primary 내용을 참고하여 저자가 국내 적용 가능한 틀로 재구성함.

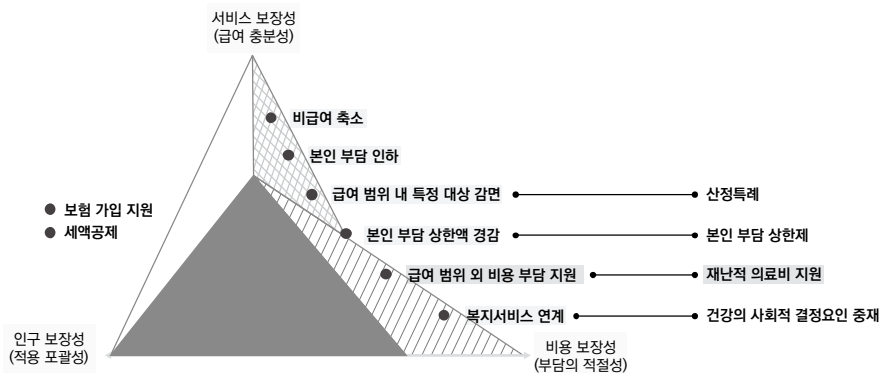
자료: 강희정, 윤강재, 고제이, 김수경, 이재은, 문석준, ... 김승욱. (2023, 발간 예정). 한국의료시스템의 혁신 성과 평가: 일차의료 만성질환 관리의 혁신 성과와 과제.

건강보험공단은 지사를 활용하여 지역 시범사업에 참여하는 제공자의 관리 활동을 지원하는 정보 시스템 운영 및 행정 지원 체계를 갖추어야 한다. 높은 단계의 모형에 대해서는 공단의 정보 시스템을 통해 의료 제공자가 지역사회 자원 연계를 신청할 경우 이를 지역사회 자원 네트워크로 전달하여 환자에게 안내하는 코디네이터 기능을 수행할 수도 있을 것이다. 이를 위해서는 현재 일차의료 만성질환 관리 시범사업에서 운영하는 지역 협의체 기능이 활성화되도록 지역사회 건강 증진 기능을 수행하는 보건소, 지역 복지서비스를 관할하는 지방자치단체 사무소, 지역 의사회 등이 상시 협력할 수 있는 정보 시스템 구축, 정보 접근성, 관련 역할에 대한 규정이 구체적으로 논의되고 마련되어야 한다.

나. 의료비 지원 제도의 체계적 통합과 외연 확대

보편적 건강 보장 틀에서 전 국민의 의료 접근성을 보장하기 위하여 단계와 범위를 달리하는 의료비 지원 제도를 운용하고 비급여 축소를 위한 별도 정책을 추진하고 있다. 급여 진료비에 한정하여 과부담 의료비 발생을 예방하기 위한 정책으로 진료 시점에서 본인부담금을 할인해 주는 산정특례제도와 연간 본인 부담 누적액이 소득수준별 상한을 초과한 경우 해당 초과분을 상환해 주는 본인부담 상한제도가 운영되고 있다. 의료비 부담의 재난적 영향을 추가로 보호하기 위해서는 기준중위소득 100% 이하(개별 심사에 의해 200%까지 적용) 저소득층 가구에 한정하여 비급여 부담을 추가로 지원하는 재난적 의료비 지원 사업을 보완적으로 운

[그림 3] 보편적 건강 보장 틀에서의 의료비 지원 정책 현황



자료: 강희정, 배재용, 백주하, 오수진, 이재은, 신정우, ... 백은미. (2023:190). 재난적의료비 지원사업의 실태분석 연구.

영하고 있다. 아울러 건강보험과 함께 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료 문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로 의료급여를 운영하고 있다. 코로나19 이후 건강 격차 확대가 우려되는 상황에 대비하여 의료비 지원망에 빈틈이 없도록 정비할 필요가 있다. 건강 격차가 주요한 사회적 결정요인인 소득 격차에 기인할 가능성이 크므로 이들에 대해서는 생활 안정을 위한 복지서비스 연계를 강화하는 구조적 정비도 필요하다.

가장 최근에 재난적 의료비를 지급받은 시점을 기준으로 전후 1년 동안 중앙정부가 운영하는 의료비 및 복지 지원 제도(국가 사업) 이용 경험을 조사한 결과 5명 중 1명(약 21.0%)이 정부가 주관하는 사업에서 지원을 받은 적이 있다고 응답했다. 본인 부담상한제(43.6%)가 가장 많은 비중을 차지했고, 긴급복지지원제도(의료비) 29.7%, 암환자 의료비 지원사업 27.3%로 나타났다(강희정 외, 2023:97).

대상자 중심으로 분산된 의료비 지원 사업의 지원을 통합하여 운영하는 구조 개편을 추진할 필요가 있다. 건강보험공단이 가입자에 대한 재난적 의료비 부담을 완화하려는 목적으로 산정특례, 본인 부담상한제, 재난적 의료비 지원, 기타비용 지원 사업들을 통합 운영함으로써 가입자 단위로 상황에 맞게 의료비 지원 사업을 연계하고, 지원 현황을 상시 관찰함으로써 관련 사업 간 내부 효율화와 가입자 단위의 보호 효과를 제고 할 뿐 아니라 필요할 때 국가 및 지역사회 복지서비스 연계를 지원하는 기능을 확대할 필요가 있다.

다. 건강보험 의료 질 평가체계 구조 개편

가치 기반 의료시스템으로의 전환을 지원하고, 의료기관의 행정 부담을 해소하며, 사업 간 효율적 연계를 위한 국가 단위 의료 질 평가 거버넌스 구축이 필요하다. 대표적인 국가 단위 의료 질 평가 사업은 건강보험 적정성 평가, 의료질평가지원금, 전문병원 지정 및 평가, 응급의료기관평가로 구분할 수 있다. 각 사업의 운영과 관련된 결정은 각각 의료평가조정위원회, 의료질평가심의위원회, 전문병원심의위원회, 응급의료평가위원회로 분산되어 있다. 의료 질 향상은 서비스 단위 개선이 아니라 궁극적으로 시스템 혁신을 기대하므로 국가 단위에서 체계적으로 연계 조정할 수 있는 통합 거버넌스 구축이 필요하다.

이를 위해서는 분야별, 영역별, 목적별로 사용되는 평가지표를 생애주기에 따라 통합관리하고 공유함으로써 평가지표의 표준적 사용과 이에 기반한 자율적 개선의 기회를 확장해야 한다. 현재 가장 기본적으로 사용되는 의료 질 또는 자원 사용에 대한 지표는 건강보험심사평가원의 적정성 평가지표이므로 이를 기반으로 사업별로 사용되는 모든 평가지표를 등록하고 인증을 받게 할 수 있다. 평가 포털 등 제공자, 환자, 보험자 등이 공유하는 인터페이스를 활성화함으로써 의료 공급자는 질과 비용에 대한 성과를 사전적으로 점검하거나 개별 피드백과 지원을 받을 수 있다. 환자로 원하는 방식으로 정보를 받을 수 있으며, 보험자는 수시로 질 평가 사업

현황을 점검함으로써 제도의 체계적 개선을 도모할 수 있다.

아울러 의료기관의 행태 변화에 미치는 관련성을 높이기 위하여 비교 동질성이 있는 그룹으로 평가체계를 재편할 필요가 있다. 의료 질 평가 사업의 영향이 종합병원과 상급종합병원에 집중되고 있으므로 병원과 의원에 대한 평가를 확대해야 한다. 이는 앞서 제안한 ‘일차의료 가치 기반 지불모형’과 연결성을 갖는다. 관련 모형 개발에서 성과 평가를 위한 질과 비용 지표가 개발되어야 하기 때문이다. 모형의 단계에 따라 성과 측정의 목적과 수준이 다르게 개발되어야 하므로 구조, 과정, 결과 지표의 구성은 달라질 수 있다. 병원급에 대해서도 중소병원 평가 모형을 기반으로 확대 적용하고 기존 가감 지급사업의 재원을 추가 활용하도록 해야 한다. 일차의료 모형 개발에서와 같이 단계적 모형을 동시에 운영할 수 있으나 어떠한 경우도 환자 중심성에 대한 환자 경험 평가는 포함시켜야 한다.

종합병원 이상 의료기관을 대상으로 하는 의료 질 평가지원금에 대해서도 상급종합병원과 종합병원에 대한 구분 운영을 추진해야 한다. 상급종합병원은 최상위 의료 질 수준을 경쟁하도록 하고, 종합병원은 상·하위 격차를 좁히며 평균을 상승시키도록 평가지표 구성을 재편해야 할 것이다. 최근까지 의료 질 평가지원금 지표의 구성은 중증질환에 대한 책임을 강화하는 방식으로 변화되고 있다. 이로 인해 의료 질 평가지원금이 상급종합병원의 주요한 경쟁 지표가 되고 기타의 다수 종합병원은 평가지

표와 의료 질 향상의 관련성을 공감하지 못하게 된다. 결과적으로 다수의 하위 등급 종합병원들은 평가 결과에 영향을 받지 않으며, 상위등급과 하위등급의 격차는 굳어질 수밖에 없다.

질 평가와 보상 체계의 재편은 자원 조달 계획과 연계되어야 한다. 2024년부터 3차 상대가치 개편의 추진과 환산지수 결정 방식의 체계적 연계에 대한 논의가 더욱 적극적으로 추진될 것으로 예상된다. 여기서 행위별 수가 인상 재원의 일부를 가치 기반 지불의 혁신 재원으로 할당하는 결단이 필요하다.

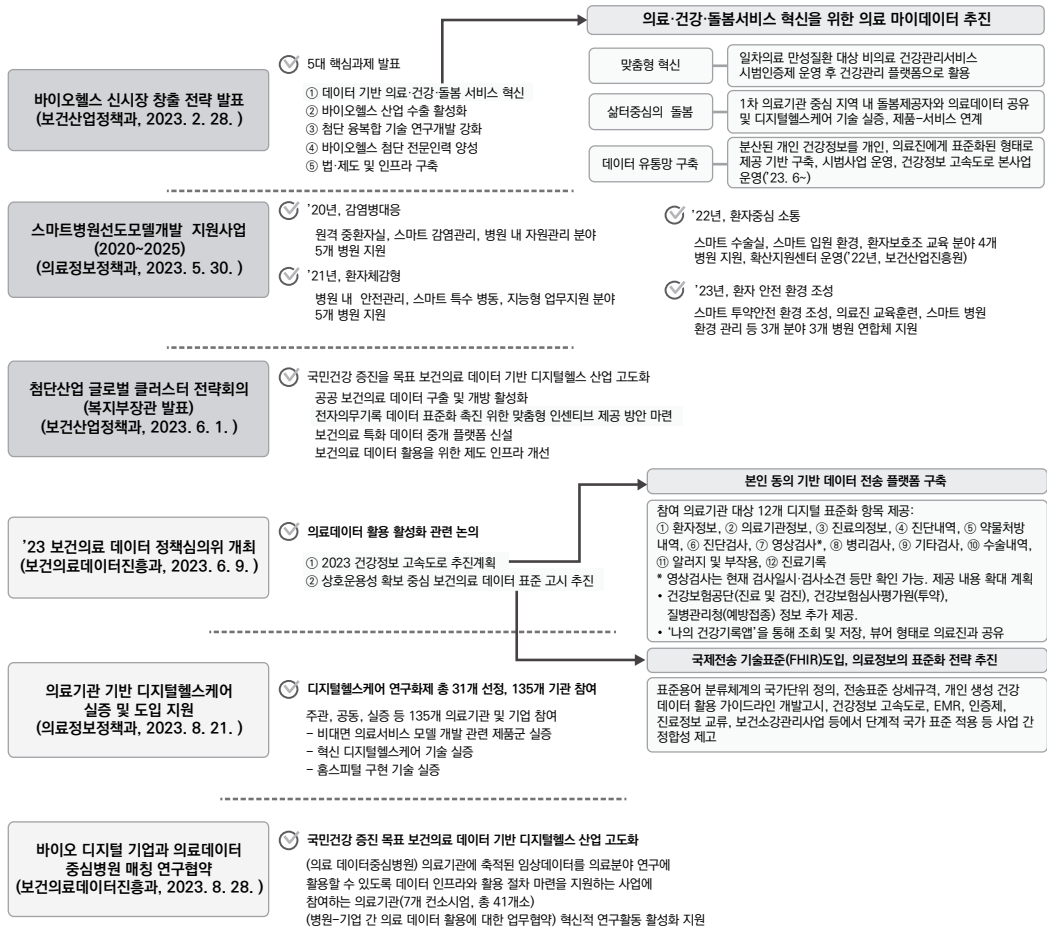
라. 디지털 전환을 통한 혁신의 촉진

보건의료시스템의 혁신은 행위별 수가 기반 의료에서 환자 중심 가치 기반 의료로의 전환이다. 이러한 혁신은 디지털 전환으로 촉진될 수 있다. 아날로그 정보를 디지털 형식으로 전환하는 디지털 자료화(Digitization)를 기반으로 디지털 기술을 활용해 사업 모형의 내용을 변경하는 디지털전환(Digital Transformation)을 촉진하고, 인공지능(AI) 기반 자동화를 통해 궁극적으로 환자의 건강 편익을 증대시켜 예방의 비용 절감 효과를 극대화하는 것이 혁신의 주요한 수단으로 디지털전환이 요구되는 이유일 것이다. 특히 일차의료 만성질환 관리 시범사업에서 비대면 환자 관리의 주요한 수단으로 원격 상담, 거동이 불편한 환자 등 필요할 때 원격 진료가 활용될 수 있을 것이다. 따라서 가

치 기반 지불모형은 개발 단계부터 디지털전환과 AI 자동화 계획을 반영하기 위해 보건복지부 내 부서 간 협의와 협력 구조를 마련해야 한다. 그러나 여전히 디지털전환은 알맹이 없는 수단으로서 독립적이고 분산된 방식으로 추진되고 있는 듯하다.

지난 1년간 발표된 디지털헬스 관련 보건복지부 정책 내용을 보면(그림 4) 표준화된 방식의 자료 수집 체계 구축, 정보 공유를 위한 마이데이터 플랫폼 운영, 보건의료 정책 목표에 맞춘 서비스 모형 개발에 주력하고 있다. 문제는 민간 자본이 주도하는 의

[그림 4] 디지털헬스 관련 국내 정책 동향



자료: 강희정. (2023. 11. 2.) 보건행정학회 추계학술대회 발표자료: 디지털 헬스의 접목.

료 환경에서 의료기관의 시스템 변화는 경제적 동기가 분명하지 않으면 순응하는 변화를 기대하기 어렵다는 것이다. 따라서 인프라 구축 사업은 상당한 규모의 투자적 자금 지원이 없다면 독립적으로 성과를 기대하기 어렵다. 따라서 일차의료 가치 기반 지불모형 개발에서 디지털전환을 위한 인프라 구축을 초기 단계 모형에 반영하여 단계적으로 참여 모형을 상향함으로써 디지털전환의 확산 효과를 기대할 수 있을 것이다.

디지털 데이터는 많은데, 환자 중심으로 필요한 정보의 공유는 어렵다. 이는 데이터가 표준화된 방식으로 기록 저장되지 않음에서 기인한다. 예를 들어 의료기관마다 환자의 나이, 키, 증상을 입력하는데 나이를 확인 또는 산정하는 기준이 다르고 입력 포맷 등이 다르다면 사후적으로 통일된 구조와 양식을 만들기 위해 시간과 비용을 들여야 한다. 정보통신기술 수준이 높다고 해도 표준화되지 않은 구조와 양식에 의한 데이터의 증가는 정보 공유를 통한 비용 효율성을 기대하기 어렵게 한다. 의료에는 상당히 복잡한 내용의 임상 기록이 존재한다. 사후적 표준화 작업은 한계가 있고 비용과 시간 투입을 반복적으로 발생시키므로 다른 시스템 또는 데이터와 공유하고 통합할 수 있는 역량인 상호운용성 전략을 가치 기반 지불 모형에 반드시 포함해야 한다.

표준화된 방식의 EMR(Electronic Medical Record) 시스템 사용을 인증하는 국내 사업이 성과를 거두지 못하고 있다. 종합병원 이상 의료기관에 적용되는 의료 질 평가지원금제도의 지표로 포

함되었지만, 병원급에서 EMR 인증을 받은 의료기관은 많지 않다. 그동안 의료의 질 관리 사각지대에 있었던 병원과 의원에 대한 가치 기반 지불의 필요성이 증가하고 있으므로 향후 '지역 주민 대상 일차의료 가치 기반 지불모형'을 개발할 때 인프라 구축 지원 조건으로 반드시 포함하여 추진할 필요가 있다. 이것은 가치 기반 의료 실현의 지속 가능한 인프라 구축 의미가 있어서뿐만이 아니다. 무엇보다 의료기관의 행정 부담을 해소하기 위해서 추진되어야 한다.

4 나가기

초고령사회를 목전에 둔 2024년은 고령인구 증가가 가져올 재정압박이 본격화되고 코로나19 이후 경제위기로 인한 건강 격차 확대가 우려된다. 고령화와 만성질환 증가는 지역사회 주민 단위로 건강·의료·돌봄의 통합관리에 대한 사회적 수요도 증가시킬 것이다. 단기적으로 저소득층을 보호하고 장기적으로 미래 보건의료시스템의 지속 가능성을 제고하는 핵심 정책으로 '지역사회 일차의료 혁신'의 추진이 필요하다.

최근까지 한국 보건의료 정책의 핵심 방향은 건강 성과 향상과 의료비 절감이 선순환하는 가치 기반 의료시스템으로의 전환이라고 할 수 있다. 시스템 전환을 통한 비용의 절감은 환자 중심에서 최적의 의료 결과를 달성하여 고비용 지출을 예방하는 혁신적 일차의료 모형을 기반으로 한다. 제1차 건

강보험 종합계획 수립에서 가치 기반 의료로 혁신의 방향성이 설정된 이후 의료 질 평가과 연결된 보상 비중이 당시 0.99%에서 2023년 1.8%까지 확대되었다.¹⁾ 그러나 가치 기반 지불제도의 인프라 확대를 추진하는 전략적 설계의 부족으로 일차의료의 혁신은 중요성에도 불구하고 정책적 관심의 중심에 있지 못했다.

초고령사회 진입이 주도하는 보건의료 정책 환경에서 일차의료 혁신은 더 이상 미룰 수 없는 최우선 과제이다. 국정 과제를 이행하는 보건복지부의 주요 보건의료 정책은 예방관리 및 돌봄서비스를 강화하는 건강보험 및 장기요양보험 운영체계 개편, 지역 완결적 필수의료체계 구축, 디지털 헬스케어 활용 촉진, 취약계층 지원 강화로 요약할 수 있다. 국정 과제와 보건의료 환경 전망을 반영하여 함께 추진해야 할 세부 과제로 ① 지역 주민 대상 일차의료 가치 기반 지불모형의 개발과 시범 운영, ② 의료비 지원 제도의 체계적 통합과 외연 확대, ③ 건강보험 의료 질 평가체계 구조 개편, ④ 디지털 전환을 통한 혁신의 촉진을 제안한다. 이 과제들은 기타 정책 추진의 기반이 되고 일차의료 혁신에 공통으로 작용하기 때문에 상호 연관성과 전체 보건의료시스템으로의 확장성을 염두에 두고 추진할 필요가 있다. ■

1) 건강보험심사평가원 내부자료.

참고문헌

- 강신욱, 이원진, 강희정, 하은솔, 문석준, 이정민, ... 장호연. (2023). **국민건강보험공단 행정자료의 사회정책적 활용을 위한 심층 연구**. 세종: 한국보건사회연구원. 발간 예정.
- 강희정. (2019). 의료 격차와 정책 과제. **보건복지포럼 제270호**.
- 강희정. (2023. 11. 2.) **보건행정학회 추계학술대회 발표자료: 디지털 헬스의 접목**.
- 강희정, 배재용, 백주하, 오수진, 이재은, 신정우, ... 백은미. (2023). **재난적의료비 지원사업의 실태분석 연구**. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강희정, 윤강재, 고제이, 김수경, 이재은, 문석준, ... 김승욱. (2023 발간 예정). **한국의료시스템의 혁신 성과 평가: 일차의료 만성질환 관리의 혁신 성과와 과제**. 세종: 한국 보건사회연구원.
- 고든솔, 웅열여, 배재용, 이루검, 정운선, 천오벳, 김영은. (2022). **지역별 사회경제적 질병부담 추이와 영향요인**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험. (2023). 2022 건강보험 주요 통계. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wb/haec06400m01.do?mode=view&articleNo=10839035&article.offset=0&articleLimit=10>. 2023. 12. 10.
- 배재용, 오수진, 최소영, 윤강재, 고든솔, 이해정, ... 안형진. (2023). **2021년 한국의료패널 기초분석보고서(II)**. 세종: 한국보건사회연구원. 발간예정.
- 서제희. (2021). 한국의료패널 자료를 활용한 복합만성질환자 유형과 의료비 분석. **보건복지포럼 제302호**.

- 우해봉. (2023). 인구 고령화와 인구학적 요인 분석. **보건의료연구** 43(1):50-68.
- 윤강재, 최지희, 조병희. (2013). **보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이승훈. (2022). 코로나19 이후 한국경제의 양극화 심화와 과제. *Korea Institute of Public Administration. Spring, 40*. 38-47.
- 이원진. (2023). 코로나19의 경제적 충격과 사회통합 인식. **보건복지포럼 제323호**.
- 통계청. (2023). **2023 고령자 통계**. https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=10820&act=view&list_no=427252.2023. 12. 10.
- 프레시안 (2022. 6. 29.). **베이비붐 세대 은퇴, 해결 없으면 한국 사회는 곧 붕괴된다**. <https://www.pressian.com/pages/articles/2022062816555855759>. 2023. 12. 10.
- CMS[Center for Medicare and Medicaid Services]. *Making care Primary(MCP)*. Retrieved from <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/making-care-primary>. 2023. 12. 10.
- Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate Racial/Ethnic Health-Care Disparities. *Public Health Rep.* 129 (Suppl 2):62-70. doi:10.1177/00333549141291S212. 2023. 12. 10.
- OECD Statistics: health expenditure and financing 2000-2022. <https://stats.oecd.org/>. 2022. 11.26 UTC(GMT).
- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022 [data file]*. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/>. 2023. 12. 10.

The 2024 Outlook for Health Care Policy

Kang, Hee-Chung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

In the year 2024, with Korea on the verge of becoming a super-aged society, concerns are growing over the financial strain resulting from the increase in the elderly population and the widening health disparities due to the economic crisis following COVID-19. Simultaneously, the aging population and the rise of chronic diseases will increase social demands for integrated management of health, medical care, and caregiving at the community level. As a key policy to protect the low-income population in the short term and enhance the sustainability of the future healthcare system in the long term, it is imperative to advance 'Innovation in Primary Healthcare at the Community Level.'

In the healthcare policy landscape in these times of a growing aging population, innovation in primary healthcare is no longer a task that can be postponed. Reflecting national tasks and the outlook of the healthcare environment, the following specific tasks need to be pursued collaboratively: ① Development and pilot operation of a value-based payment model for primary healthcare targeting local residents, ② Systematic integration and expansion of financial support systems for medical expenses, ③ Restructuring the quality assessment framework for healthcare in the health insurance system, and ④ Proposing innovation promotion through digital transformation. These tasks, as they serve as the foundation for various other policy initiatives and all facilitate innovation in primary care, should be pursued with consideration of their mutual interdependence and scalability to the entire healthcare system.