

건강하고 지속 가능한 의료생태계 조성을 위한 건강보험심사평가원의 역할

정영호

대한병원협회

The Role of the Health Insurance Review and Assessment Service in Creating a Healthy and Sustainable Health Care Ecosystem

Young Ho Jeong

Korean Hospital Association, Seoul, Korea

Correspondence to:

Young Ho Jeong

Korean Hospital Association, 13F
Hyundai Bldg., 15 Mapo-daero, Mapo-
gu, Seoul 04165, Korea

Tel: +82-2-705-9200

Fax: +82-2-705-9285

E-mail: 1026yho@naver.com

Received: May 4, 2021

Revised: May 14, 2021

Accepted after revision: May 14, 2021

As part of the social security program in Korea, the national health insurance system has been adopted since 1989. In accordance with the constitution that “all citizens are protected by the state in health”, medical services funded by the national health care system are provided to all people in the nation. Due to an aging population and an increase in medical uses, reduction in total medical costs and paying medical service fees through proper evaluation have become important issues in the Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA). The value of HIRA could aim to keep the health insurance system sustainable in harmony with improving the quality of health care in healthcare institutions, increasing the convenience of people to use medical services, and operating proper review and assessment system.

Keywords: National health insurance system; Value; Health Insurance Review and Assessment Service

서론

우리나라는 국민건강보험법에 따라 전 국민이 건강보험 적용을 받는 사회보험시스템을 운영 중이다. 사회보험의 제공은 사회보장제도의 한 축으로 그 안에 의료보장을 위한 건강보험제도가 있다. 건강보험을 포함한 사회보장제도가 잘 갖춰진 국가를 복지국가의 척도로 삼는다.

이 글에서는 우리나라 건강보험제도 도입 및 변천과정을 살펴보고자 한다. 그 과정에서 사회보험으로서 건강보험 재정안정과 적정진료 유도를 위한 건강보험심사평가원(심사평가원)의 출범, 보건의료서비스 발전

© 2021 by Health Insurance Review & Assessment Service

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

에 따라 급증하는 의료행위에 대한 심사평가원의 적정성 평가 업무를 통해 역할을 조망해 보고 미래 의료서비스의 방향을 가늠해보고자 한다.

본 론

1. 복지국가가 추구하는 사회보장제도의 한 축인 의료보장과 건강보험제도

대한민국 헌법 제36조 제3항에 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 명시하고 있다. 국민의 건강권은 국가 책임임을 선언하고 있는 것이다. 복지국가를 표명하는 데에는 사회보장제도의 구성이 큰 역할을 한다. ‘사회보장’의 용어는 1930년 이후 보편화되어 사용되게 되었다[1]. 사회보장의 구성요소로는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스로 나뉜다. 그 중 사회보험에서 의료보장의 한 요소인 건강보험제도와 공공부조의 의료급여서비스가 현대 복지국가 이념의 일부를 이루는 사회보장제도에 해당한다(그림 1). 복지국가 평가의 바로미터가 되는 사회보장제도 내에서의 건강보험제도의 경우 우리나라는 전 국민 대상 사회보험으로 운용되고 있다.

2. 의료보장을 위한 건강보험제도 변천과 건강보험심사평가원의 출범

사회보험은 인간의 일상생활을 위협하는 위험에 대비하여 생활보장급여를 제공하는 것으로, 사회구성체에 전체에 대한 공적·경제적 성격과 사회적 부양성이 강한 제도라 할 수 있다[1]. 사회보험의 대표적인 것이 건강보험제도다. 우리나라의 경우 국민건강보험법을 통해 전 국민 보험가입을 의무화하는 사회보험이 제도화되어 있다.

건강보험제도 도입은 1963년 ‘의료보험법’에서 시작된다. 국내 경제발전과 함께 보건의료에 대한 국민의 관심이 증대되면서 1976년 12월 22일 의료보험법이 전면 개정되면서 ‘의료보험협의회’를 구성하여 500인 이상 사업장을 중심으로 ‘의료보험조합’을 설립하여 본격화된다. 1977년 10월 5일 ‘전국의료보험협의회’로 명칭을 변경하고 사단법인으로 등록한다. 이후 법정 보험자 단체의 설립이 추진되면서 1981년 10월 1일 ‘중앙의료보험조합연합회’가 발족된다. 1987년에는 진료비 심사기구의 독립논쟁과 더불어 12월 4일에 법률이 개정되면서 심사기구로 ‘의료보험연합회’로 통합·운영된다. 이후 1989년

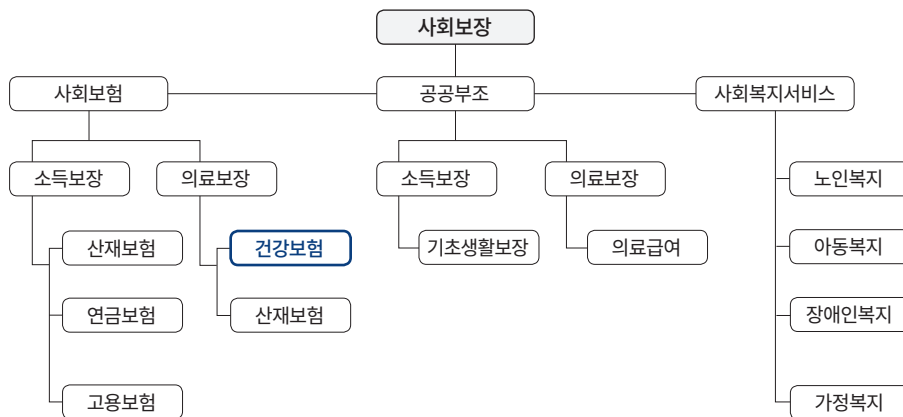


그림 1. 사회보장 구조도. 자료: 정홍기, 조정찬. 국민건강보험법. 세종: 한국법제연구원; 2003 [1].

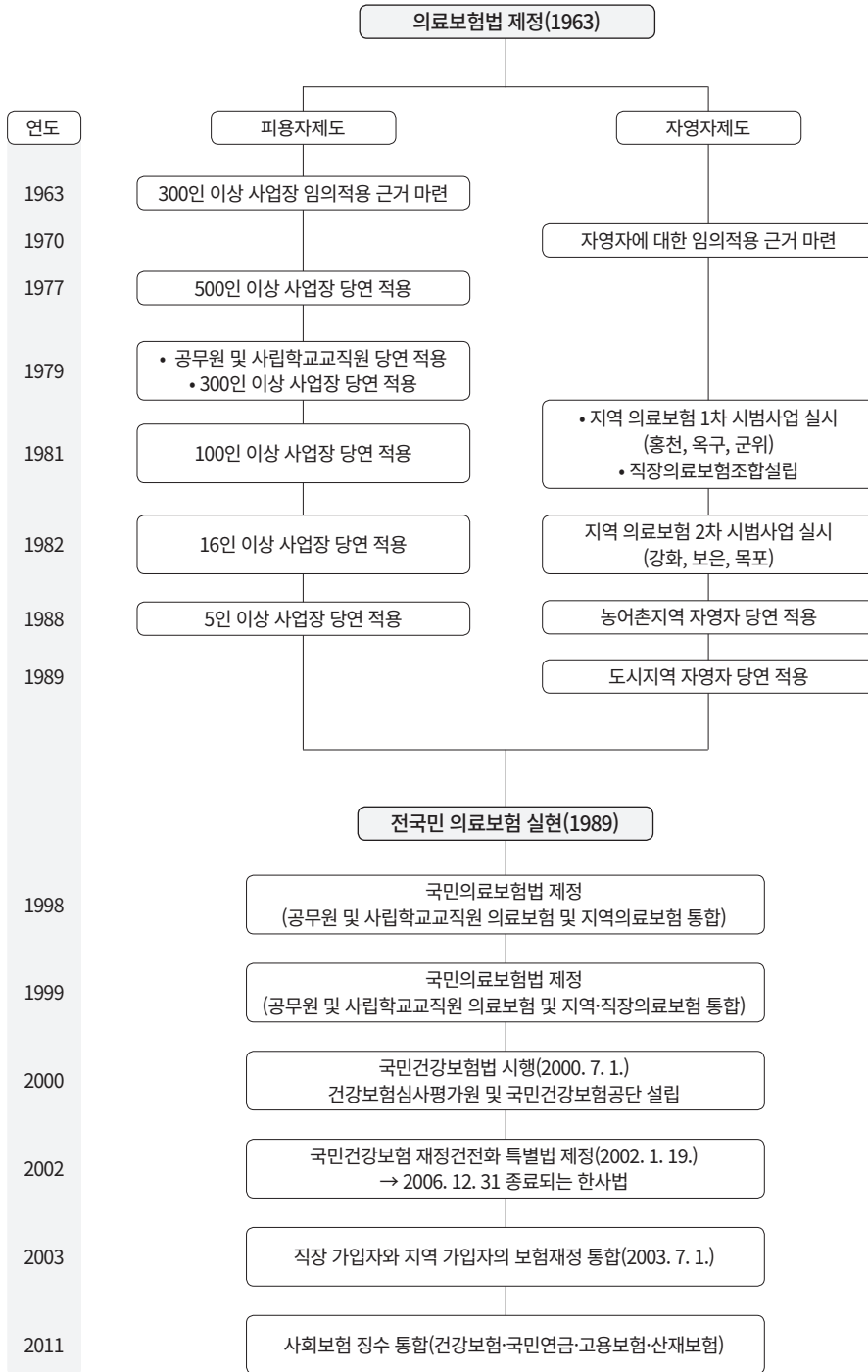


그림 2. 국민건강보험제도 연혁. 자료: 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원의 기능과 역할. 원주: 건강보험심사평가원; 2020 [2].

전 국민 의료보험 시대가 시작된다. 요양급여비용 청구에 대해 의료계와 정부의 갈등이 커지면서 공정하고 효율적인 독립된 심사기관을 주장하기에 이르렀고, 2000년 7월 ‘국민건강보험법’이 시행되면서 통합의료보험의 출발에 역사적인 ‘건강보험심사평가원’이 설립되기에 이른다[2] (그림 2).

3. 건강보험이용변화와 질 관리 필요성

전 국민 건강보험이 적용되고, 국민건강보험법이 전면 개정되어 시행된 2000년부터 2019년까지 20년 사이 주요 변화된 지표를 살펴보면, 건강보험 진료비는 2000년 13조 1,410억 원에서 2019년에는 552.9%가 증가한 85조 7,938억 원이 되었고(연평균 10.4% 증가), 건강보험 가입자 1인당 입·내원일수는 15.7일에서 31.0일로 96.8%가 증가하였다(연평균 3.6% 증가). 건강보험 가입자 수는 4,590만 명에서 5,139만 명으로 549만 명이 증가(연평균 12.0% 증가)하였고, 요양기관 수는 61,776개소에서 94,865개소가 되었다. 본인부담률은 31.8%에서 24.6%로 7.2%p 감소하였다.

연령대별 진료비 비율을 살펴보면, 10세 미만 진료비 비율이 15.1%에서 5.8%로 9.3%p 감소하였고, 25-34세 진료비 비율은 13.2%에서 6.1%로 7.1%p 감소, 65세 이상은 17.4%에서 40.5%로 23.1%p 증가하였다(표 1) [3].

정부는 건강보험 급여의 단계적 확대, 4대 중증질환 보장, 3대 비급여 개선, 전면적인 건강보험 보장성 강화정책 추진 등 지속적으로 건강보험 보장성 강화를 위해 노력해왔다.

의약분업 시행, 6세 미만 아동 입원 본인부담금 면제, 식대 요양급여 적용, 중증환자 및 암환자 진료비 부담경감, 아동 치아 홈메우기, 심·뇌혈관질환 본인부담 경감, 자기공명영상(magnetic resonance imaging) 급여확대 등의 요인이 있다. 그에 따라 진료비는 매년 지속적으로 증가해 왔다(그림 3) [3].

정부의 국민을 위한 보장성 강화정책의 지속추진 은 건강보험 지출을 급속하게 증가시키게 되었고, 재정수지 적자 증가를 우려하게 된다. 적립금이 2019년 16.5조 원에서 2024년에는 소진될 것으로 전망하기도 했다[4].

이에 따라 요양급여의 적정 지출을 가늠하기 위해서는 세세한 현미경심사(선별급여심사 등)가 필요하게 될 것이고, 평가를 통한 지원금 지급을 추진하게 될 것이다. 의료기관 입장에서는 국민 건강권 수호를 위해 최선의 진료를 행하고 적용되는 잣대에 따라 적정한 청구비용 보상을 받지 못하는 사례가 급증할 것이다. 곧 심사와 평가 방향에 따라 의료기관의 줄 세우기와 적용에 따른 왜곡된 진료행태가 우려될 수도 있는 것이다.

표 1. 최근 20년간 건강보험 진료비 등 주요 현황

연도	진료비(억 원)	본인부담률(%)	입·내원일수(일)	건강보험 가입자 수(만 명)	요양기관 수	의사 수
2000	131,410	31.8	15.7	4,590	61,776	78,653
2019	857,938	24.6	31.0	5,139	94,865	153,744
증감	+726,528	-7.2	+15.3	+549	+33,089	+75,091

자료: 최태환. 최근 20년간 건강보험 진료비 경향. HIRA 정책동향. 2020;14(4):53-8 [3].



그림 3. 전년 대비 건강보험 진료비 증가율. 자료: 최대한. 최근 20년간 건강보험 진료비 경향. HIRA 정책동향. 2020;14(4):53-8 [3].

4. 환경변화에 대한 심사평가원의 기능과 의료기관의 인식

지난 20년간 매년 진료비가 지속적으로 증가해 온 것을 확인했다. 출산율 감소 등의 영향으로 젊은 층 인구와 의료이용이 감소한 면도 보인다. 의료공급자인 의료기관의 입장에서는 진료비 증가율을 감안하면 의료수익의 증가를 기대할 수도 있겠으나, 기관 수의 증가와 보장성 강화정책 추진에 따른 국민 의료이용행태의 대형·대도시 병원으로의 선호 현상은 쏠림과 양극화 현상 심화로 불균형을 초래하고, 의료수익도 마찬가지로의 결과를 보이게 되었다. 의료서비스의 질도 서울·수도권 및 대도시 중심으로 발달하고 지방 의료취약지역 중심으로는 낙후되는 모습을 볼 수 있다.

심사평가원은 빠르게 진입하고 있는 고령화와 만성질환 증가로 인한 요양급여비 급증을 세밀하게 살펴 건강보험 재정 절감을 꾀해야 했고, 요양급여 적정성 평가(적정성 평가)를 통해 지속 가능한 건강보험제도를 유지하려는 방향으로 운영될 것으로 보여

진다. 심사평가원의 적정성 평가는 2001년부터 (1) 환자안전, (2) 효과적인 진료, (3) 환자 중심 의료서비스 제공, (4) 의료진달체계 구축, (5) 의료이용의 형평성, (6) 건강보험의 효율성 도모 여부를 기준으로 행하고 있다[5].

의료기관 입장에서는 일률적인 평가 적용기준과 충분한 인센티브 지급이 없는 데에 상당한 불만을 갖게 되는 것이 사실이다. 개별 평가제도 운영에 따른 평가 관련 업무가 과중하고 평가내용, 기준 공포가 지체됨에 의해 병원의 대응능력이 부족하며, 평가결과를 활용하여 병원을 개선할 수 있는 유인체계도 부족하다. 병원 자체적으로 대응할 수 있는 역량과 조직이 미비한 것도 한 원인이라고 지적하고 있다[6].

결론

우리 주변의 삶은 노인인구 비중 등 인구 구성의 변화, 소득수준의 변화에 따른 의료요구의 양태 변화, 환경 및 식생활 등에 의한 질환 양태의 변화, 기

술발달에 의한 진료환경의 변화, 재정능력에 따른 정책환경 변화 등에 의해 영향을 받을 것이다[7]. 이는 건강보험에도 직접적인 영향을 미칠 것이다. 심사평가원의 주된 업무방향이 지금까지는 의료접근성 개선에 주안점이 주어졌지만, 소득수준의 증가와 함께 국민들은 지금보다 진일보한 의료의 질을 요구할 것이다[7]. 적정성 평가의 세분화와 발전도 국민 니즈(needs)에 따라 진화해 가는 것으로 보여진다.

의료의 질은 비용과 상충관계에 있다. 적절한 비용 범위 내에서 의료의 질이 관리될 수 있는 방안에 대한 논란은 뜨거워질 전망이다[7]. 이를 합리적으로 증쇄해 나가면서 보험자의 재정문제까지 고려해야 하는 심사평가원의 비중이 더욱 커질 것으로 본다.

심사평가원의 인력과 조직도 커지고 있다. 그러나 피평가자인 의료기관의 역할은 환자 진료에 대한 평가 담당 업무에 대응해 나가기 위해 인력을 증원하는 것은 한계가 있으므로 평가항목 및 지표에 상한을 두어 의료기관에서도 수행 가능한 현실적인 평가를 해주어야 한다[8].

지속할 수 있는 건강보험제도의 유지와 의료기관의 의료서비스 질 향상, 국민의 의료이용 편의성 증대, 적정 심사와 평가제도의 운영 등 삼위일체가 맞아떨어져 상생할 수 있는 건강한 의료생태계 유지를 위한 조력자로서 심사평가원의 존재가치가 중요하다고 생각한다. 따라서 방대한 보건 의료 데이터를 활용한 의료 빅데이터 활용사업과 스마트병원 구축지원, 데이터 중심사업 등에도 적극적으로 참여하고 지원하여 국민들이 질병으로부터 안전하고 질 높은 의료 서비스를 제공받는 데 등대 같은 역할을 기대해본다.

ORCID

Young Ho Jeong: <https://orcid.org/0000-0002-7406-4184>

참고문헌

1. 정흥기, 조정찬. 국민건강보험법. 세종: 한국법제연구원; 2003.
2. 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원의 기능과역할. 원주: 건강보험심사평가원; 2020.
3. 최대환. 최근 20년간 건강보험 진료비 경향. HIRA 정책동향. 2020;14(4):53-8.
4. 정문종, 최미희, 윤성민, 한석현, 이진우, 김태규 등. 2019-2028년 8대 사회보험 재정전망. 서울: 국회예산정책처; 2019.
5. 국민의료 평가 발전위원회. 회의자료: 2040 평가체계 혁신방향. 원주: 건강보험심사평가원 국민의료 평가 발전위원회; 2021.
6. 신영석, 강희정, 황도경, 김수진, 이진형, 이근찬 등. 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민건강 성과향상 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원; 2019.
7. 신영석. 건강보험심사평가원의 미래비전. HIRA 정책동향. 2012;6(5):21-3.
8. 대한병원협회. 평가발전위원회 최종보고서 의견서. 서울: 대한병원협회; 2021.