

의료계에서 바라는 차기 보건의료정책

서인석

대한병원협회

The Next Healthcare Policies from the Medical Perspective

Inseok Seo

Korean Hospital Association, Seoul, Korea

Correspondence to:

Inseok Seo

Korean Hospital Association, Hyundai

Building 13-14th Floor, 15 Mapo-daero,

Mapo-gu, Seoul 04165, Korea

Tel: +82-2-705-9200

Fax: +82-2-705-9229

E-mail: bluedoc910@gmail.com

Received: October 1, 2021

Revised: October 29, 2021

Accepted after revision: November 1, 2021

The current policy of health insurance coverage expansion is being completed. The previous policy has been expanded the coverage for four major conditions (cancers, cardiovascular, cerebrovascular, and rare diseases), the current policy is towards covering almost the previous non-covered medical services. The policy of health insurance coverage expansion is well promoted, but problems of the medical delivery system and the lack of medical personnel of avoidance department has not been resolved. Therefore, the next healthcare policy should focus on establishing a medical delivery system with providing medical personnel. To this end, the Resource-Based Relative Value Scale is needed for suitable each type of the hospital. The expanding coverage of the caregiver cost, chronic hospital, and nursing home is needed for an aged society. In order to restore trust in medical personnel, it is necessary to properly re-design the health insurance fee schedule and hospitals should take out medical professional liability insurance. In addition, it is necessary to define and manage health promotion areas using advancing medical technology.

Keywords: Healthcare policies; Health services need; Health insurance; Delivery system

서론

우리나라 건강보험 보장률은 수년째 63% - 64%대에 머물러 있다[1]. 이로 인한 총 가계소비 중 본인부담 의료비는 5.6%로 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 회원국 중 2위 (OECD 평균 3.3%)를 차지하고 있다[2]. 낮은 보장률로 인해 그간의 보건 의료정책은 보장성 강화 중심 정책이었다. 지난 정부가 4대 중증질환, 3대 비급여 중심의 보장성을 강화한 정책이었다면[3], 현 정부는 대상 질환을

© 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.

확대하고 magnetic resonance imaging (MRI), 초음파 등에 대해 급여 적용의 폭을 기존보다 확대한 정책이다. 이번 보장성 강화 정책은 5년간 30조 6,000억 원이 필요한데, 정부는 건강보험 흑자 21조 원 중 절반을 투입한다고 하였다[4]. 그 결과 일반 보장률은 64%대에 머물러 비판의 목소리가 있으나 중증고액진료비 상위 30위 내 질환에 대한 건강보험 보장률은 이미 2019년도에 81%를 초과하였다[1]. 2022년 현 정부의 보장성 강화 정책이 마무리 반영되면 중증질환 보장률은 85%에 근접할 것으로 예측된다. 법정본인부담률이 외래 30%~60%, 입원 20%인 것을 고려하면 최대치에 근접한 것으로 판단되며, 여기에는 본인부담상한제와 재난적 의료비 지원 사업이 과도한 의료비에 대한 경제적 부담을 덜어 줄 것으로 생각된다.

보장성 강화 정책과 사각지대

그간 선택진료비, 상급병실료, 초음파, MRI, 임플란트 등 다수의 국민에게 적용되는 비급여의 급여화가 추진되었다. 특히 최근의 보장성 강화 정책은 비급여가 급여화되면서 발생한 손실분을 가지고 기존 저평가된 급여행위를 적정 수가 수준으로 인상하는 보상 기전을 만들어 비급여의 급여화 논의에 의료계의 참여를 유도하였다. 일부에서 예측한 재정보다 초과하여 급여기준을 조정하는 경우도 있었으나[5], 대부분 안정되게 운영되고 있다.

하지만 희귀중증질환 같이 전문적인 진료가 필요하나 소수의 환자들에게 적용되는 의료영역은 여전히 공급 불균형이 있다. 대한외과학회 전문가의 인터뷰에 따르면, “외과를 전공하고도 1/3은 요양병원으로, 나머지 1/5은 미용 시술이나 점을 빼는 일을 하고 있다. 사망감을 가지고 외과에 들어온 젊은 수

련의들이 현실에 절망하여 고난도 수술을 포기하고 있는 것이다”라고 한 것처럼 전문성을 가지고 대기(standby)하는 것만으로 존재의 이유가 있는 진료과들은 정부가 약속한 수가 정상화만을 바라고 있기는 구체적 대안이 없었다[6]. 외과만이 아니다. 전문가들은 영아, 신생아, 소아를 전문의로 하는 소아마취, 소아 심질환을 진료하는 소아과, 관련 흉부외과 이외에 소아정형외과, 소아재활의학과 등은 이미 의료계에서 기피 과가 되어버렸고 그래서 인프라가 무너질 것이라고도 말한다. 이 외에도 취약층에서 주로 발생하는 절단으로 인한 수지접합 분야도 마찬가지다.

최근 흉부심장혈관외과학회 정책토론회에서는 치료재료 등재과정상 최신 기술이 반영된 신제품은 도입이 어려운 수준으로 보험수가가 낮게 설정되어 있기 때문에 국내 환자들은 오래된 제품을 사용하는 문제점을 지적하였다[7]. 또한 줄겐스마(성분명: 오나셈노진아베파르보백, 척수성 근위축증 치료제)라는 주사제는 1회 주사로 완치할 수 있는 약으로 알려졌다지만, 25억 원이라는 높은 약가로 치료받지 못한다는 내용이 보도되기도 하였다.

단일 공적 보험인 전국민 건강보험 재정은 엄격히 관리되어야 한다. 하지만 소수 환자를 위해 부족한 미충족 의료가 있는지에 대해 현장의 목소리를 듣고 이에 대한 보완책을 항시 준비해야 한다. 낮은 보장률을 높이기 위한 노력이 종합병원급 이상에서 발생하는 상대적 다빈도 고액의료비-중증질환 보장률을 높인 것이라면 향후 소수 환자의 미충족 의료에 대한 보완이 필요하다. 다만 이는 그간 보장성 강화 정책이 잘못되었다는 것은 아니고, 향후 보건의료정책 개선의 필요 영역에 대한 제언이다.

공급체계-전달체계 연계

보장성 강화 정책 추진과 달리 의료전달체계는 잘 이루어지지 않았다는 비판이 있다. 의료기관 설립현상의 기준으로 요양기관 중별 진료비 점유율은 2011년에 종합병원급 30.7%, 의원급 28.2%에서 2020년 34.8%, 27.7%로 변화하였다[8]. 이미 자유로운 의료기관 선택권을 경험한 국민들에게 유럽방식의 주치의제-문지기(gate keeper) 등은 도입하기 어렵다. 또한 외국과 달리 90% 이상이 민간의료기관인 우리나라에서는 찾아오는 환자를 돌려보내는 것도 현실적으로 쉽지 않다. 이를 해결하기 위해서는 의료공급체계와 연계된 전달체계 대책이 필요하다. 과도한 경쟁으로 인한 불필요한 비용을 줄여야 한다. 현재는 의원과 상급의료기관이 만성질환 환자를 대상으로 두고 경쟁하는 체계이다. 누가 잘못한 게 아니라 장벽 없이 환자를 진료하다 보니 발생한 결과이다. 이를 막기 위해서는 중별 공급체계에 맞는 차등화된 상대가치점수체계가 필요하다.

3차 상대가치점수체계 개편은 행위료, 기본진료료와 입원료, 가산제도가 주 대상이다. 이미 2020년 말에 기초연구가 마무리되었으며, 의료기관 중별 역할정립을 위한 정책요소 등을 반영하여 올해부터 추진할 예정이다. 중별 특성에 맞는 차등화된 상대가치점수체계가 필요하다. 의원급부터 상급종합병원이 동일한 환자를 대상으로 경쟁하는 체계는 더 이상 지속 가능하지 않다. 의원급 수가가 병원급 수가보다 높아지는 수가 역전현상도 해결해야 할 과제이다. 이는 동일한 상대가치점수와 중별 가산, 환산지수로 결정되는 수가체계가 너무 오래되었기 때문이다. 따라서 의료기관 중별에 맞는 행위(diagnosis-related group) A, B, C와 관련된 주요 행위에 충분한 가산을 함으로써 과도한 경쟁은 줄이고 분류된 행위료도

의료기관이 잘 운영될 수 있는 체계로 변화해야 한다. 추가적으로 휴일 야간진료에 대한 충분한 가산체계가 필요하다. 이는 응급의료기관 환자 집중 완화에도 도움이 될 것이다.

간병비

지난 정부에서 3대 비급여 항목의 급여화가 추진되어 선택진료비의 급여화와 1인실을 제외한 상급병실료가 급여화되었다. 하지만 간병비는 여전히 환자들의 큰 부담이다. 간병비 부담을 줄이기 위해 간호간병통합서비스가 시범사업 형태로 시행되었다. 2022년까지 10만 병상을 목표로 추진하였으나 목표를 달성하기 쉽지 않아 보인다. 기관을 지정하여 운영하는 형태인 간호간병통합서비스는 간호업무 중심으로 설계되어 급성기 병동 중심으로 도입되었고, 2017년 재활병동 모형도 도입되었으나 다양한 상황의 간병비 부담을 줄이기에는 부족하다. 특히 간호인력이 부족한 지역의 중소병원에는 현실적으로 도입이 어렵다.

일선 의료기관들은 지원하고 싶어도 지정기준이 엄격하여 사업을 도입하기 쉽지 않다고 한다. 현재 간호간병통합서비스는 일반병동의 간호등급차등제와 이원화되어 운영되고 있는데, 현재 간호관리차등제는 간호인력만 등급에 반영하기 때문에 의료기관은 간호조무사나 요양보호사를 고용하더라도 수가를 받을 수 있는 기전이 없다. 간병비는 간병인에게 직접 현금을 주는 형태로 본인부담상한제에서 환급받거나 세액소득공제도 받을 수 없는 지출이다. 간병인 보험에 가입하지 않은 경우도 많아 간병인으로 인한 사고는 보상받기도 쉽지 않다.

향후에는 기존의 간호관리차등제와 간호간병통합서비스를 통합하여 새로운 간호 및 간병서비스 급

여모형 도입이 필요하다. 간호관리차등제에 환자의 중증도와 간호필요도, 일상생활 수행능력(activities of daily living, ADLs) 필요도에 따라 국가 자격을 가진 간호조무사와 영양보호사를 투입하고, 이에 대한 적절한 수가를 보상해주는 모형 단순화가 필요하다. 이를 통해 국민들의 간병비 부담을 빠르게 줄일 수 있을 것이다.

건강보험-장기요양보험 연계, Community Hospital

건강보험 노인-만성의료와 장기요양보험 영역의 재정비가 필요하고 커뮤니티케어에 관한 법률개정이 필요하다. 요양병원과 요양시설의 공동시설 이용 등을 허용하는 복합체 전환을 유도해야 한다. 급성기 병원 퇴원 전 의학(medical)/간호(nursing)/ADLs care 영역 필요도에 따라 요양병원 입원과 장기요양시설 입소가 필요한 경우 단일 판정도구를 통한 기준이 있어야 한다.

현재는 요양병원 환자와 요양시설 입소 환자가 서로 역전되어 있다. 이는 요양시설에 대해 의료 사각지대라는 인식 때문에 보호자들이 환자들을 요양병원에 입원하도록 한다. 결국 장기요양보험에서 지불해야 하는 재정을 건강보험에서 지불하고 있는 것이다. 요양시설과 의료기관이 인접하여 의료인이 정기적으로 상태를 확인하게 한다면 보호자의 심적 부담과 요양시설의 의학적 부담이 줄어들 것이다. 이와 더불어 중소병원들이 지역 특성에 맞게 community hospital 기능을 할 수 있도록 유도해야 한다. 그간 우리나라의 의료전달체계는 상급종합병원과 의원급 관계만을 주로 논의해 왔다. 의료전달체계가 없다시피 한 우리나라에서 의원급과 중소병원의 기능 연결은 쏠림현상을 점진적으로 완화시킬 수 있을 것이다.

또 급성기 병원(acute hospital)에서 퇴원하는 노인 환자들은 2-3주만 bed ridden으로 누워있으면 근감소증(sarcopenia)로 인해 보행장애가 생기고 회복에 대한 재활이 필요하다. 고령화에 따른 인구구조의 변화로 community hospital의 역할이 더욱 필요해질 것이다. 앞에서 전술한 간호간병제도도 마찬가지로 연계-고려해야 한다.

신뢰받는 의료기관을 위한 노력

최근에 발의 개정된 의료법 중 의료계 반발이 많은 법들이 많다. 설명의무(의료법 제24조의2) 이외에도 소위 액자법(의료법 시행규칙 제1조의3), 명찰법(의료법 제4조 5항), 차트법(의료법 시행규칙 제14조), 예강이법(약칭 의료분쟁조정법 제27조 9항)에 이어 CCTV법(closed-circuit television법)이 최근에 통과되었다. 이 많은 법이 소수의 일탈과 의료진의 실수 등 다양한 사유로 개정되었겠지만 가장 큰 이유 중 하나는 국민들의 신뢰를 얻지 못하는 데 있다.

질병은 예고 없이 찾아오며, 그 순간 나와 가족은 건강을 의료인에게 오롯이 맡기고 기다려야 한다. 환자들은 갑작스러운 상황에서라도 질병이 잘 치료되면 그 기쁨을 가족 또는 의료진과 함께 나누겠지만, 결과가 좋지 않은 경우 왜 이런 일이 발생했는지에 대한 의문을 제기하게 된다. 더욱이 치료과정에서 설명을 충분히 듣지 못한 환자 또는 보호자는 좋지 않은 결과에 대해 1차적 원인을 의료진에게 전가하는 경우도 발생되는데 의료분쟁의 고통은 환자뿐 아니라 해당 의료진에게도 오랜 고통으로 작용한다.

그러나 자율에 맡겨야 하는 전문영역을 모든 의료인에게 적용하는 의료법 등의 개정으로는 문제를 근본적으로 해결할 수 없다. 그러한 해결은 오히려

의료진-환자 간 관계를 악화시키고 불신으로 인한 과도한 요구, 의료진의 방어진료 등으로 불필요한 비용만 증가시킨다. 이를 해결하기 위한 제도로 다양한 방법들이 있겠으나 저자는 다음과 같은 제도 개선이 도움이 될 것이라 생각한다.

첫째, 의사-환자 간 진료시간을 확보하는 노력이다. 의사를 만나기 위해 지방에서 2시간이나 걸려 외래를 방문한 환자가 1시간을 대기하고 3분 진료를 받는 게 우리의 현실이다. 병원에 입원한 환자가 의사의 설명을 듣기 위해 오랜 시간을 기다리다 보면 화가 나겠지만, 의료현장에서 의료진들의 과노동도 어제오늘의 일이 아니다. 수면이 부족하고 배고픈 의료진이 친절하기는 쉽지 않다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 종별에 맞는 기본진료료(외래진찰료, 입원료)를 포함한 상대가치제도 개편, 의료인의 인력수급, 전달체계 등 모든 문제가 걸려있다. 쉽지 않은 일이지만, 다른 문제를 막론하고 의사-환자 간 진료시간의 확보로 설명 시간을 늘리게 되면 의료진-환자 간 상호신뢰관계(rapport) 형성에도 도움이 될 것이다.

둘째, 의료분쟁에 대한 배상보험제도가 많은 도움이 될 것이라 생각한다. 갑자기 발생하는 교통사고도 마찬가지이나 요즘은 교통사고가 발생하더라도 치료비용에 대한 부담은 적은 편이다. 의무가입인 책임보험과 무보험자동차보험 등에서 치료 비용을 전담하고 종합보험에 가입되어 있는 경우 운전자 역시 12대 중과실이 아닌 이상 보험사에서 피해자에 대한 보상을 책임진다. 의료분쟁의 경우 아직까지 환자가 유리하지 않다고 생각하며, 소송으로 이어지면 오랜 시간이 걸리고 제대로 치료받지 못할 수 있다는 걱정이 앞선다.

우리나라의 모든 의료기관은 요양기관 당연지정제를 따른다. 이를 생각하면 불가항력적인 의료사고

는 일정 부분 국가에서 책임지거나 의료기관의 의료배상보험에 일정 부분 건강보험에서 기여하는 것이 옳다고 생각한다. 그래야 원치 않은 의료분쟁에 대해 환자도 걱정 없이 잘 치료받고, 의료진도 아픈 기억에서 빨리 회복할 수 있을 것이다.

새로운 건강증진영역 정의

최근 의료기술은 빠르게 발전하고 있다. 미국 식품의약국(Food and Drug Administration)은 digital health에 대해 비대면 진료를 포함한 AI with ML (artificial intelligence with machine learning), SaMD (software as medical device), wireless medical device, digital therapeutics 등에 대해 정의하였으며, 이를 이용한 임상현장 적용에 대해 활발히 연구하고 있다. 우리나라도 많은 회사들이 이에 대한 요청을 하고 있으나 엄격한 행위, 치료재료 등재로 인해 훌륭한 기술임에도 불구하고 의료현장에 도입하지 못한다는 불만을 토로한다. 하지만 임상 의사결정지원시스템(clinical decision support system), 디지털 치료제를 포함한 기술을 등재하기엔 기존 건강보험체계에서는 쉽지 않아 보인다. 그간 심의한 행위, 치료재료 등은 의료기관 내에서 행해지는 행위와 연관되었고, 이는 한정된 건강보험 재정 내에서 엄격히 관리되었다.

그러나 직접 치료목적의 건강보험 영역 이외에 건강증진을 위한 영역은 건강보험에서 지출하기에는 모호하나, 질병예방 관리 등 국민건강증진에 도움이 된다는 연구결과가 있지만 이는 법률 등으로 시판에 장벽이 있다. 이를 해결하기 위해 보건복지부는 재택의료 시범사업 등으로 활용하려 하지만 여전히 제한점이 있다. 또 이런 예방-건강증진영역에 장기적으로 건강보험료를 지출하는 것이 가능하나

는 사회적 합의도 필요하다. 따라서 이런 영역에 대한 설정과 향후 논의가 필요하다. 식품의약품안전처에서 관리하고는 있지만 무분별한 광고로 인해 비효율적인 비용지출 사례가 있어서 비판이 많았다. 이에 대한 영역 설정은 과도한 광고로 인한 비용지출은 줄이고 근거 있는 의료기술 도입으로 국민건강 수준 향상에 기여할 것이다.

결론

우리나라는 건강보험제도가 도입된 지 40년의 발전을 거듭해오면서 의료기술 또한 많이 성장해왔다. 하지만 아직도 우리나라 의료제도에 대한 환자, 의료진, 그리고 이를 관리하는 정부 모두가 만족하지 못하고 있다. 경제성장 둔화와 초고령사회를 앞둔 시점에 2020년 코로나19로 인해 변화하지 않으면 안 된다는 목소리가 크다. 더욱이 비급여의 전면급여화를 목표로 진행한 현 정부의 보장성 강화 정책도 막바지에 이르고 있다. 이제는 의료전달체계, 의료인 수급문제, 의료기관 중심의 치료에서 home care로의 전환, 의료와 장기요양보험의 연계, 커뮤니티케어 등 해결하지 못한 숙제도 있다. 여전히 환자-의료진 간의 신뢰회복 등은 어려운 문제다. 보건 의료 문제는 서로 영향을 주고 있어 단편적인 해결로는 좋은 결과를 가져오기 어렵다. 모든 것을 다 해결할 수는 없겠지만 근거에 따라 미해결 과제들의 접근은 차기 보건의료정책 설정에 도움이 될 것이다.

ORCID

Inseok Seo: <https://orcid.org/0000-0003-2688-9269>

참고문헌

1. 건강보험공단. 보도자료: 진료비 실태조사 결과 2019년 건강보험 보장률 64.2%. 원주: 건강보험공단; 2020.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2019.
3. 보건복지부. 보도자료: 4대 중증질환 보장성 강화 추진계획 보고 등. 세종: 보건복지부; 2013.
4. 대한민국 정부. 정책뉴스: 건강보험 보장 강화정책 발표문 [Internet]. 서울: 대한민국 정부; 2017 [cited 2021 Sep 6]. Available from: <https://www.gov.kr>.
5. 보건복지부. 2019년도 제25차 건강보험정책심의위원회 [Internet]. 세종: 보건복지부; 2019 [cited 2021 Sep 6]. Available from: <http://www.mohw.go.kr>.
6. 문영중. 대한외과학회, 비정상적 외과수가 '정상화' 절실. 후생신보. 2021 Jul 21.
7. 대한흉부심장혈관외과학회. 흉부외과 필수진료의 접근성과 선택권 제고를 위한 보험정책. 제35차 춘계학술대회 정책 토론회; 2021 Jun 18; 서울, 대한민국. 서울: 대한흉부심장혈관외과학회; 2021.
8. 건강보험공단. 2020년 건강보험 주요통계. 원주: 건강보험공단; 2021.