문재인 케어의 전략과 도전

Moon Care: strategies and challenges

김윤

서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 서울대학교 의과대학 의료관리연구소

Yoon Kim

Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea.
Institute of Health Policy and Management, Seoul National University Medical Research Center, Seoul, Korea.

Received: September 10, 2018

Accepted: September 27, 2018

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Improving financial risk protection in National Health Insurance (NHI) is essential to ensure people's access to health care services and protect them from medical bankruptcy. The previous government 's initiatives to enhance the benefit coverage of the NHI and improve financial risk protection have not been successful due to the balloon effect of non-covered services. MoonCare's two key strategies for preventing the balloon effect were to introduce the preliminary benefit scheme (PBS) which converts all the medically essential non-covered services to be covered in a short period of time and to raise the fee of covered services to compensate financial loss of hospitals and clinics resulting from the benefit expansion.

In order for MoonCare to be successful, the PBS should be systematically designed and implemented considering that it has two components such as the coverage with evidence development (CED) and value-based insurance design (VBID). Also, the fee should be increased in a selective manner to reduce the reimbursement imbalance across clinical areas and to strengthen the delivery system.

Furthermore, the health policies closely aligned with the implementation of MoonCare should be reformed simultaneously. The existing claims review system should be transformed to peer review system based on the medical record review. Also, the delivery system should be strengthened so as to prevent the large hospitals from seeing more non-serious patients. To prevent the balloon effect, the use of non-covered services should be monitored and controlled and also, the new medical technology appraisal system should be also improved to systematically manage the PBS scheme.

Keywords: MoonCare, strategy, challenge

2017년 8월 문재인 대통령은 건강보험의 보장성을 획기적으로 강화하겠다는 이른 바 ‘문재인 케어(이하 문케어)’를 직접 발표했다. 이는 역대 정부의 보장성 강화정책 중 가장 획기적인 대책이다. 30.6조원이라는 보장성 강화 재정투자 규모 측면에서도 최대이지만, 비급여 풍선효과를 근본적으로 해소하기 위해 의학적으로 필요한 모든 비급여 진료에 건강보험을 적용하기로 한 것도 전략도 획기적이다. 문케어의 보장성 강화 정책의 전략과 규모가 획기적인 만큼 문케어에 대한 비판도 적지 않다. 이 글에서는 문케어의 등장 배경과 문케어의 보장성 강화 전략을 살펴보고자 한다. 이와 함께 문케어가 의료체계에 미치는 영향을 간략하게 살펴보고, 문케어가 성공하기 위해서는 이와 밀접하게 관련된 의료체계가 어떻게 개편되어야 하는지도 기술하고자 한다.

배경 : 지난 정부 보장성 강화 실패

정부가 건강보험 보장성 강화를 본격적으로 추진하기 시작한 것은 2005년 참여 정부 시절부터였다. 2005년부터 2016년까지 정부는 보장성을 강화하기 위해 누적 금액으로 약 20조원이 넘는 재정을 건강보험에 투자했다.¹⁾ 매년 적게는 수천억에서 많으면 조 단위의 재정을 투입했다. 하지만 보장성 강화 효과는 미미했다.

건강보험 보장성을 평가하는 주요 지표인 건강보험 보장률과 재난적 의료비 경험률을 바탕으로 살펴보면 지난 정부의 보장성 강화 정책의 성적표는 초라하기 그지없다. 건강보험 보장률은 건강보험의 평균적인 진료비 부담 수준을 의미하며, 전체 진료비 중 몇 퍼센트를 건강보험에서 부담하는가로 측정된다. 재난적 의료비 경험률은 과중한 병원비 부담으로부터 국민을 보호하는 능력을 측정하는 지표이다. 흔히 재난적 의료비는 한 가구의 가처분 소득 중 병원비로 40% 이상을 지출하는 경우로 정의한다. 재난적 의료비 경험률이 높으면 병원비 때문에 빈곤층으로 전락하는 가구가 많아진다.

본격적으로 보장성 강화 정책을 시행하기 직전인 2004년 61.3%였던 건강보험 보장률은 2016년에 이르러서도 62.6%로 큰 변화가 없었다. 2016년 건강보험 보장률은 2015년에 비해 오히려 0.8% 포인트 감소했다. 재난적 의료비 경험률은 자료원에 따라 값이 다르지만, 보장성 강화 정책이 추진되는 동안 오히려 증가했다. 가계동향조사에 따르면 2005년 2.4%였던 재난적 의료비 경험률은 2016년 2.9%로 증가했다[1]. 의료패널 조사결과에 의하면 2010년 3.7%였던 재난적 의료비 경험률은 2015년 4.5%로 늘어났다[2]. 재난적 의료비에서 더욱 심각한 문제는 재난적 의료비의 대부분이 저소득층에서 발생하고 있다는 것이다. 2014년 소득 하위 20%에서의 재난적 의료비 경험률은 13.5%로 소득 상위 20%의 0.3%에 비해 매우 높은 수준이었고 전체 재난적 의료비의 77.7%가 소득 하위 40% 이하에서 발생하였다[2].

지난 정부의 보장성 강화 정책이 성공하지 못한 이유는 이른바 비급여 풍선효과 때문인 것으로 추정된다. 비급여 풍선효과란 건강보험이 적용되는 진료행위를 늘리면 다른 한편에서 병의원이 보험이 적용되지 않는 비급여 진료비를 늘려나가는 현상을 말한다. 건강보험의 보장 범위가 확대되어도 비급여 진료비가 늘어나면 결국 국민의 주머니에서 나가는 병원비는 줄어들지 않게 된다. 2005년부터 2015년까지 건강보험 급여진료비에 비해 비급여 진료비는 더 빠른 속도로 늘어났다. 2005년~2015년까지 급여진료비는 2.15배 늘어난 반면 비급여 진료비는 2.72배 증가하였다. 이 기간 보장성 강화가 추진되어 기존 비급여가 지속적으로 급여로 전환된 것을 고려하면 이보다 훨씬 빠른 속도로 비급여 진료비가 늘

1) 1~3차 중기보장성 강화계획의 재정투자를 규모를 문케어가 시작되기 이전인 2016년까지의 건강보험 보장성 강화 재정투자 합산한 것이다. '14~'18년 중기보장성 강화계획의 누적투자는 약 24.1조원이며 이중 '17~'18년 투자 금액을 제외하면 약 10.6조원이다.

어났을 것으로 추정된다. 결론적으로 비급여 풍선효과로 인해 비급여 진료비가 더 빠른 속도로 늘어난 결과 건강보험의 보장률은 증가되지 않은 것이다.

비급여 풍선효과의 존재는 박근혜 정부 4대중증질환 보장성 강화정책의 결과에서도 드러난다. 비급여를 한꺼번에 급여화하는 보장성 강화 전략을 택했던 암을 비롯한 4대 중증질환에서는 건강보험의 보장률이 2012년 77.7%에서 2016년 80.3%로 개선되었지만, 나머지 질환에서는 2012년 58.3%에서 2016년 57.4%로 오히려 떨어졌다[3]. 박근혜 정부는 4대중증질환 보장성 강화에 집중적으로 재정을 투자했지만, 나머지 질환에서도 선택진료비와 상급병실료를 포함한 3대 비급여 해소와 응급의료 등의 영역에서 보장성을 강화하기 위해 재정을 투자했다.²⁾ 이는 한편으로 비급여 풍선효과의 존재를 뒷받침하며 다른 한편으로 비급여를 한꺼번에 급여로 전환하지 않으면 보장률을 높일 수 없음을 시사하고 있다.

비급여 풍선효과의 구조적 원인 : 건강보험 저수가

비급여 풍선효과가 생기는 근본적인 원인은 건강보험이 적용되는 진료행위의 가격인 건강보험 수가가 너무 낮기 때문이다. 병의원은 건강보험 수가가 낮아서 생기는 적자를 비급여 진료에서 생기는 흑자로 메꿔왔다. 건강보험이 가격을 정하는 급여행위의 수가와 달리 비급여 진료의 가격은 병의원이 통제받지 않고 높게 책정할 수 있고, 급여 진료와 달리 진료비 심사를 받지 않기 때문에 자유롭게 진료량을 늘릴 수 있다. 이 때문에 병의원은 비급여 진료에서 손쉽게 흑자를 낼 수 있었다. 정부가 보장성 강화를 본격적으로 추진하기 이전에 비급여 진료는 건강보험 수가가 낮아서 생기는 적자를 합법적으로 벌충할 수 있는 일종의 용인된 사각지대였던 것이다.

건강보험 보장성 강화 정책은 저수와 비급여 초과이익으로 이뤄진 병의원 재정수지 균형을 깨뜨린다. 보장성을 강화하기 위해 비급여 진료에 건강보험을 적용하면 병의원의 비급여 진료부터 얻는 초과수익이 줄어들게 된다. 건강보험 비급여가 급여로 전환되면서 높게 책정된 관행 수가가 원가 수준으로 낮아지기 때문이다. 병의원은 건강보험 급여확대로 인해 발생한 적자를 메꾸기 위해 새로운 비급여 진료를 만들어 내거나 비급여 진료를 더 많이 해서 적자를 메꾸는 현상이 벌어진다. 건강보험의 저수가 때문에 보장성 강화와 비급여 풍선효과 사이에 악순환 관계가 형성되는 것이다.

지난 정부는 보장성 강화정책을 추진하면서 비급여 풍선효과가 우리나라 건강보험의 저수가 체계에 기인한 구조적 문제라는 점을 간과했었다. 비급여를 급여로 전환한 결과 발생하는 비급여 진료비 수입 감소를 벌충할 수 있도록 급여 수가를 인상하지 않았다. 그 결과 비급여 풍선효과로 인해 건강보험 보장률이 정체되는 것을 막지 못했다. 물론 비급여 진료를 당연히 여기는 진료문화와 비급여 진료를 통제하는 기전이 거의 없는 것도 비급여 풍선효과를 부추겼을 것이다. 비급여 풍선효과를 없애지 않으면 건강보험의 보장률과 재난적 의료비 발생률 보장성을 강화할 수 없다는 것이 지난 10여 년 간 보장성 강화정책의 실패가 주는 교훈이다.

2) 선택진료비 1.17조원, 상급병실료 0.31조원, 4대중증질환 보장성 강화를 포함한 국정과제 이외에 보장성 강화에 재정투자는 약 1.3~1.5조원에 규모였다.

문케어 보장성 강화 전략

문케어에서 보장성 강화의 핵심 전략은 1) 비급여의 전면 급여화와 2) 건강보험 급여수가의 적정화이다. 의학적으로 필수적인 모든 비급여를 건강보험 급여로 전환함과 동시에 건강보험 급여수가를 적정 수준으로 인상함으로써, 비급여 풍선효과를 해소하겠다는 것이다. 이는 비급여 풍선효과가 건강보험 저수가 체계에 기인한 구조적인 문제라는 인식에 기반한 보장성 강화 전략으로 이해할 수 있다.

비급여의 진료비 유형과 규모

비급여는 성격에 따라 의학적 비급여, 선택비급여, 3대 비급여로 구분할 수 있으며, 유형별 정의와 사례를 아래와 같다. 이 중 문케어에서 보장성 확대의 대상은 선택비급여를 제외한 나머지가 의학적 비급여와 3대 비급여이다.

의학적 비급여

- 항목 비급여: 특정 의료행위 항목에 건강보험이 적용되지 않는 특정 의료행위 항목 예) 고가 항암제나 로봇수술
- 기준 비급여: 특정 의료행위 항목에 건강보험이 적용되지만, 명시적인 급여기준이 설정되어 있어 이를 초과하는 진료에 건강보험이 적용되지 않는 경우 예) 급여기준 횟수를 초과하는 MRI 촬영

선택 비급여: 미용 성형 등 비필수적인 건강문제와 의료행위에 대해 건강보험을 적용하지 않는 경우 (건강보험법 시행규칙 별표 2의 비급여 대상 참조)

3대 비급여: 선택진료비, 상급병실료, 간병비

보건복지부에 따르면 미용 성형과 같은 선택 비급여를 제외한 우리나라 비급여 진료비는 약 12.1조원으로 전체 건강보험 진료비 71.4조원 중 17%에 달한다[4]. 이중 항목 비급여는 2.5조원(4%), 기준 비급여 3.8조원(5%), 3대 비급여 5.8조원(8%)을 차지한다. 기준 비급여 중 MRI와 초음파 진료비가 약 2조원으로 대부분을 차지한다. 보건복지부는 3대 비급여 중 간병비를 약 2조원으로 추산하였다. 보건복지부는 12.1조원의 비급여 진료비 중 약 의과 영역의 진료비는 약 7.3조이며 보건복지부는 이 중 78%에 해당하는 약 5.7조원을 급여 또는 예비급여로 전환할 대상으로 추정하고 있다.

보건복지부는 비급여는 의학적 필요성과 경제성, 대체가능성 등을 기준으로 급여 또는 예비급여로 전환할 예정이다. 의학적 필요성이 없는 의료(예: 영양 주사)와 대체가능한 다른 치료법이 있으면서 비용 대비 효과가 낮은 의료(예: 라식, 로봇수술)는 예비급여로 전환되지 않고 비급여로 남길 예정이다. 경제성이 낮더라도 대체가능한 다른 진단 및 치료방법이 없는 경우(예: 고가 항암제)에는 점증적 비용효과비(Incremental cost-effectiveness ratio, ICER) 수준을 고려하여 급여로 전환할 예정이다. 하지만 점증적 비용효과비 기준을 완화하더라도 경제성이 너무 낮으면 예비급여로 전환하기 어려울 것이다.

예비급여를 통한 비급여의 전면 급여화

문케어는 비급여를 기존에 건강보험 급여 의료행위에 비해 본인부담률이 높은 예비급여로 전환함으로써 비급여의 대부분을 해소함과 동시에 비급여 풍선효과가 재발하지 않도록 하고자 한다. 이는 박근혜 정부에서 4대중증질환 보장성 강화를 위해 도입한 선별급여를 모든 질환으로 확대 적용한 것이다.³⁾ 예비급여에 비판은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 예비급여를 통해 비급여를 급여로 전환하는 것이 가능한가에 대한 비판이며, 다른 하나는 예비급여의 성격에 대한 비판이다. 예비급여제도를 통한 비급여 급여화가 가능하고 타당한 것인지 살펴보자.

예비급여를 통한 비급여의 급여화가 비현실적이라는 비판의 근거는 단기간에 3천 8백개에 달하는 비급여 항목이 단기간에 검토하여 급여로 전환하기 어렵다는 것이다. 예비급여 결정을 위해 개별 비급여 의료행위의 안전성, 효과, 경제성, 사회적 요구를 판단하는 과정에 많은 시간과 노력이 소요되기 때문이라는 것이다. 하지만, 이는 비급여 항목의 급여 결정에 필요한 기술평가에 얼마나 많은 시간과 노력이 소요되느냐에 따라 현실성은 달라진다. 3천 8백개 항목의 비급여 중 약 3천개가 치료재료이며, 대부분이 봉합사, 드레싱 재료, 카테터 등인 것으로 알려져 있다. 유사한 성격의 치료재료를 군으로 묶어서 기술평가가 가능할 것으로 판단된다. 또한 앞서 언급한 봉합사와 같은 치료재료는 복잡한 기술평가를 필요로 하지 않는 항목이다. 약 8개의 의료행위 중 신의료기술평가제도 도입 이후에 승인받은 것들은 기술평가가 이뤄져 있지만, 그 이전에 승인받은 약 5백개의 비급여에 대해서는 별도의 기술평가가 필요하다.

예비급여의 성격에 대해 많은 논란이 있다. 효과나 경제성이 불분명하거나 경제성이 낮은 의료행위에 건강보험을 적용하는 것은 건강보험의 급여결정 원칙에 맞지 않고, 건강보험 재정낭비로 인해 지속가능성 위협할 수 있고, 본인부담률이 너무 높아 '무늬만 급여'라는 비판이 있다. 예비급여에 대한 이 같은 비판은 예비급여라는 제도가 갖는 복합적 성격과 보장성 강화라는 정책적 맥락에서 도입되어 한시적인 제도라는 성격에 기인한다. 예비급여는 독특한 한국적인 제도이기도 하지만, 서구에서 보편적으로 사용되고 있는 여러 제도를 통합한 제도라는 성격도 가지고 있다.

첫째, 예비급여는 효과나 경제성에 대한 근거가 부족한 신의료기술에 대해 근거 생성을 전제로 건강보험을 적용하는 근거 생성 조건부 급여(Coverage with Evidence Development, CED)의 성격을 갖고 있다[5]. 신의료기술에 대한 신속한 접근성 보장하기 위한 제도로 미국과 캐나다, 스위스를 포함한 여러 북미와 유럽 국가가 사용하고 있다. 근거 생성 조건부 급여는 소수의 유망한 신의료기술에만 적용되는 제도인 것에 반해 예비급여는 근거가 부족한 다수의 비급여가 적용한다는 차이는 있다. 항목 비급여의 대부분과 기준 비급여 중 일부가 예비급여로 전환될 것으로 예상된다.

근거 생성 조건부 급여와 마찬가지로 예비급여제도가 성공하기 위해서는 명확한 급여결정 기준과 투명한 의사결정과 정, 명확한 의료결정 주체, 질 높은 평가연구 설계와 공적인 연구비 지원체계를 갖춰야 한다[6]. 전형적인 근거 생성 조건부 급여와 같이 전향적 연구를 통해 근거를 생성해야 하는 비급여 의료기술에 대한 관리체계도 미흡하다. 예비급여제도를 통해 근거에 기반한 급여결정을 내리기 위해서는 연구설계, 연구수행기관, 공적 연구재원 확보, 시술기관의 제한 등의 후속관리체계를 조속히 갖춰야 한다.

둘째, 예비급여는 건강보험에서 급여하는 의료서비스의 가치에 따라 본인부담금을 차등하는 가치 기반 급여설계(value-based insurance design)의 성격을 지니고 있다. 가치 기반 급여 설계는 높은 가치의 의료(high-value care)

3) 예비급여는 4대중증질환 보장성 강화를 위해 도입된 선별급여와 거의 같은 제도이다. 선별급여의 본인부담률이 50%, 70%, 80%였으나 예비급여에서는 약제 30%, 그 외 의료행위는 50%, 70%, 90%의 3단계로 구분한 것이 차이이다.

에 낮은 본인부담률을 적용하고 낮은 가치 의료(low-value care)에 높은 본인부담률을 적용하는 의료개혁 전략이다[7]. 높은 가치의 의료서비스를 이용하도록 유인함으로써 의료의 질과 의료체계의 효율성을 높이고자 하는 것이다. 의료개혁에서 지불제도와 전달체계의 개편이 공급 측면 전략(supply-side strategy)인데 반해 가치 기반 급여설계는 수요 측면 전략(demand-side strategy)이다. 여러 의료행위의 효과와 경제성은 연속적인 값을 갖는 점을 고려하면 특정한 단일 임계값을 기준으로 급여 여부를 결정하는 것은 합리적이지 않다. 효과와 경제성이 상응하는 다양한 본인부담률을 설정할 수 있다. 가치 기반 급여설계를 통해 높은 가치의 의료에서는 의료이용량이 늘어나고 환자의 치료순응도가 개선되었고, 낮은 가치의 의료에서는 의료이용량이 줄어들었다고 한다[8,9].

가치 기반 급여설계의 효과를 실현하기 위해서는 예비급여의 본인부담률을 합리적으로 설정해야 한다. 효과와 경제성, 대체가능성 등을 바탕으로 본인부담률 합리적으로 결정하는 지침을 만들고 이를 일관성 있게 지켜나가야 한다. 입원환자에서 정규급여의 본인부담률은 20%이지만, 예비급여는 효과와 경제성에 따라 본인부담률이 50%-70%-90% 중 어느 하나로 책정된다. 본인부담률은 비용 대비 효과를 고려해서 책정될 것이다. 이렇게 하면 정규급여에 비해 예비급여에 건강보험이 더 많은 비용을 부담해주는 경우를 최소화할 수 있다. 4대중증질환에서 선별급여를 도입하는 과정에서 급여결정기준과 의사결정과정의 개선되기는 했으나[10], 여전히 급여결정의 일관성이 부족하고 지금보다 충분한 숙의를 통해 의사결정이 이뤄져야 한다는 비판이 있다.

셋째, 예비급여는 비급여 풍선효과를 억제하고 환자 본인부담을 감소시키는 효과가 모두 있을 것으로 판단된다. 4대 중증질환 선별급여 전환 항목 중 전환 전후 이용량 비교가 가능한 것을 대상으로 분석한 결과에 따르면 이용량 증가한 것은 3개 항목, 변환하지 않은 것은 11개 항목, 감소한 것은 7개 항목으로 보고되었다[11]. 예비급여 전환으로 인한 기존 비급여 가격 인하로 인해 공급자 유인 수요가 줄어든 것으로 추정된다. 건강보험심사평가원 선별급여 담당자와의 면담에 따르면 선별급여 전환항목에 대해 심사를 통한 조정을 거의 없었다고 한다. 예비급여의 본인부담률 경감효과는 본인부담률 인하 효과와 비급여 수가의 인하 효과를 모두 고려해야 한다. 본인부담률이 높아도 관행수가에 비해 급여수가가 크게 낮아지면 본인부담금 경감효과는 더 커질 수 있다.

예비급여가 비급여 풍선효과를 억제하고 환자 본인부담을 감소시키는 효과는 4대중증질환에서는 건강보험의 보장률 개선을 통해 짐작할 수 있다. 선별급여 도입 전인 2014년 77.7%에서 2016년 80.3%로 증가하였다[12]. 같은 기간 전체 건강보험의 보장률은 선택진료비와 상급병실료 부담이 줄었음에도 불구하고 비급여 풍선효과로 인해 2014년 63.2%에서 2016년 62.6%로 오히려 감소하였다.

적정수가

건강보험 급여수가를 적정수준으로 인상하는 것은 예비급여와 함께 문케어 핵심적인 성공전략이다. 낮은 건강보험수가가 비급여 풍선효과의 구조적 원인이기 때문이다. 적정수가에 대한 중요한 논란은 어떤 방법으로 수가를 얼마나 인상해야 하는가와 적정수가를 위한 재원을 별도로 마련해야 하는가이다.

건강보험수가는 일괄 인상하는 것은 바람직하지 않다. 기존 건강보험수가의 영역별 수가 불균형을 해소하고, 건강보

험 보상의 사각지대를 해소하고, 의료전달체계 구축에 기여하는 방향으로 선별적으로 인상하는 것이 바람직하다. 먼저 원가보상률이 낮은 진료영역의 수가를 인상해야 한다. 우리나라 건강보험 수가는 검사비는 원가 대비 높고 의료진의 행위료는 원가 대비 낮은 매우 불균형한 구조를 갖고 있다. 진찰료, 입원료, 수술 및 처치료를 인상해서 영역 간 수가 수준의 불균형을 해소해야 한다. 둘째, 의료의 질과 효율성을 높이는 데 중요한 의료서비스이지만 기존에 건강보험에서 보상하지 않던 감염관리나 환자안전 영역에서의 행위나 재료에 대한 보상을 강화해야 한다. 셋째, 의료전달체계 구축에 기여할 수 있도록 의료기관 유형별 진료기능에 부합하는 수가에 대해 인상해야 한다. 이에 대해서는 이글의 ‘일차의료 강화와 의료전달체계 개편’ 부분에서 구체적으로 다룰 것이다. 넷째, 보장성 강화가 과잉진료로 귀결되지 않도록 적정진료에 대해 보상해야 한다. 예를 들어 의료질평가지원금과 의료질가산제도에 MRI와 초음파 검사비, 평균재원일수 등을 지표로 한 재정적 인센티브를 강화해야 한다.

비급여의 급여 전환으로 인해 발생하는 의료기관의 손실을 보전하기 위한 별도의 재정은 필요하지 않다. 이를 위한 재원은 문케어 소요재정 30.6조에 이미 포함되어 있다. 비급여 진료수가는 원가에 비해 높게 책정되어 있다. 비급여 진료수가는 원가의 약 1.5배 정도일 것으로 추정된다. 따라서 비급여를 예비급여로 전환하여 건강보험을 적용하려면 현재의 높은 관행수가를 원가 수준으로 낮춰야 한다. 예비급여의 가격이 비급여 가격의 2/3 수준으로 인하되면 예비급여의 진료비의 규모 역시 비급여 진료비 2/3 수준으로 축소된다. 나머지 비급여 진료비 1/3을 낮은 건강보험 정규급여의 가격을 적정수준으로 인상하는 데 활용할 수 있다.

적정수가를 위한 재정에 대한 논란은 적정수가를 어떻게 정의하는가와 관련되어 있다. 문케어에서 적정수가를 비급여 급여 전환으로 인해 발생하는 의료기관의 손실을 보전하기 위한 건강보험 급여수가에 인상으로 정의할 경우 앞서 언급한 바와 같이 추가적인 재정은 필요하지 않다. 하지만 건강보험 급여진료의 원가에 대한 적절한 보상으로 정의하면 논의 범위는 크게 달라진다. 건강보험 급여진료의 원가에 대한 적정수가를 책정하기 위해서는 원가조사에 기반한 근거 마련과 함께 적정수가에 대한 사회적 합의를 위해 상당한 시간이 필요할 것이기 때문이다. 먼저 보건복지부와 의료계 단체가 주장하는 현재 원가보상률 수준에 큰 차이가 있다. 이를 해소하기 위해서는 기존 원가조사에 비해 훨씬 규모가 크고 정밀한 의료기관 원가조사가 이뤄져야 한다. 이와 함께 합리적인 원가보상의 방법에 대해서도 가입자와 시민단체를 포함한 이해당사자 간 합의가 이뤄져야 한다. 예를 들어 의료기관의 과잉투자로 인한 높은 원가를 건강보험에서 보상하는 것이 바람직한 것인지에 대한 논의가 필요할 것이다.

비급여의 급여 전환으로 인한 의료기관의 손실을 보전하기 위한 재정이 추가적으로 필요하지는 않지만, 우리나라 의료체계의 질과 효율성을 개선하고 의료전달체계 구축을 위해서는 추가적인 재정투자가 필요하다. 감염관리와 환자안전 활동을 강화하기 위해서는 추가적인 자원투입이 필요하다. 일차의료에서 만성질환관리를 강화하기 위해서는 진찰료, 교육상담료, 환자관리료를 인상하거나 신설해야 한다. 비급여의 급여 전환으로 인한 의료기관의 손실을 보전하는 과정에서 감염관리나 환자안전에 포함한 보상의 사각지대에 대한 보상을 강화함으로써 문케어의 정치적 정당성을 강화할 수 있을 것이다. 이 같은 추가 재정소요는 기존 건강보험 중기보장성 강화계획에서 이미 추진되었던 것들이 상당부분이기 때문에 문케어로 인한 재정소요라기 보다는 의료체계 개선을 위한 재정투자로 간주하는 것이 바람직할 것이다.

문케어가 의료체계에 미치는 영향

문케어는 보장성 강화 정책이지만 우리나라 의료체계에 여러 영역에 적지 않은 영향일 미칠 것이다. 우리나라 의료체계는 건강보험 이외에 다른 체계가 허술해서 건강보험에 대한 정책의 영향을 크게 받는다. 문케어가 다른 의료체계에 미치는 영향이 크다는 것은 다른 의료정책과 정합성이 높아서 성공가능성이 높아진다는 의미이기도 하다. 문케어가 성공하기 위해서는 1) 진료비 심사체계의 개편, 2) 일차의료의 강화와 전달체계의 개편, 적정수가 보장, 3) 기술평가와 비급여 관리체계를 정비해야 한다.

진료비 심사체계 개편

문케어로 병원비 부담이 줄어들면 이용량이 늘어날 수 있다. 특히 모든 환자에서 횡수에 관계없이 건강보험이 적용될 초음파와 MRI 검사, 그리고 고가 항암제 비용이 크게 늘어날 수 있다. 기존 치료재료는 종류는 많지만 진료비는 크게 늘지 않을 것이다. 더구나 초음파와 MRI는 환자의 질병과 횡수를 기준으로 심사를 해왔는데⁴⁾, 이제 기존 방식으로 이용량을 관리할 수 없게 된다. 기존과 같은 환자의 질병과 의료행위 횡수를 기계적으로 적용하는 방식을 고수하면 병의원이 불합리한 진료비 삭감을 회피하기 위해 비급여 진료를 하는 것을 막을 수 없게 된다. 환자에게 의학적으로 필요한 진료를 삭감하면 비급여 진료에 도덕적 정당성이 부여되기 때문이다.

의료전문가의 진료의 자율성을 보장하면서 보장성 강화로 인한 과잉진료를 억제하기 위해서 기존에 급여기준을 기계적으로 적용하는 심사체계에서 진료경향 모니터링 기반 동료심사체계로 전환해야 한다. 주요 의료행위별로 의학적 적응증에 기반한 진료경향 모니터링 체계를 구축하고, 이를 바탕으로 통계적으로 정상범위에서 벗어나는 의료기관에 대해 의무기록 기반 동료심사를 시행하자는 것이다.

이를 위해서는 전문학회를 중심으로 초음파와 MRI 같은 주요 의료행위에 대해 의학적인 적응증을 반영한 모니터링 지표를 만들고 이를 근거로 병원별 예비급여 진료비 총량을 관리해야 한다. 지역별 및 전문분야별 동료심사위원회를 구성하고 이상기관에 대한 심사와 피드백, 방문 컨설팅, 진료비 조정 등 단계적 중재방안도 마련해야 한다. 합리적인 진료비 관리의 핵심은 의학적 근거에 따른 진료가 이뤄질 수 있도록 하는 기준과 체계를 만들 수 있느냐에 달려있다.

일차의료의 강화와 의료전달체계 개편

문케어로 환자의 병원비 부담이 줄어들면 수도권 큰 병원에 환자가 몰릴 가능성이 높다. 이는 의료체계의 거시적 효율

4) 예를 들어 현재 MRI 검사는 암과 뇌혈관 질환에서 1회만 건강보험을 적용해준다. 다른 질환으로 MRI 검사를 하거나 1회 이상 검사를 하면 건강보험을 적용받을 수 없다.

성을 떨어뜨리고 의원과 중소병원의 경영이 악화되어 문케어 반대와 건강보험 수가 인상을 요구하는 정치적 갈등이 증폭으로 이어질 가능성이 높다. 따라서 문케어 추진과 병행하여 일차의료 강화와 의료전달체계 개편을 추진해야 한다.

동네의원이 만성질환을 잘 관리할 수 있도록 진찰료와 교육상담료 등을 건강보험에서 보상해줘야 한다. 동네의원이 교육과 상담을 잘 해주고, 환자가 생활습관을 잘 관리할 수 있도록 도와주면 국민들도 굳이 멀고 복잡한 대학병원에 찾아가지 않을 것이다. 대학병원에 대해서는 중증환자 진료비는 올리는 대신 경증환자 진료비는 깎아 고난이도 진료에 집중하도록 해야 한다. 상급종합병원 지정기준을 개편하여 경증환자 진료를 억제하고 권역 내 병의원과 협진을 유도해야 한다. 종합병원은 급성기 진료기능을 강화할 수 있도록 입원료와 수술료를 인상해야 한다. 응급, 심뇌혈관, 소아응급과 같이 중증 필수의료 진료기능을 강화해야 한다. 급성기 진료기능이 취약한 소규모 종합병원과 병원은 회복기 병원, 재활병원, 호스피스, 요양병원으로 분화 발전할 수 있도록 수가체계를 개편해야 한다. 국민들도 단순한 고혈압이나 당뇨병으로 대학병원을 찾지 않도록 불합리한 의료이용에 대해서는 본인부담률을 높이는 방안을 고려해야 한다. 물론 고혈압이나 당뇨병도 심각한 동반 질환이 있거나 합병증이 있으면 대학병원에서 진료를 받을 수 있도록 정교한 체계를 짜야 한다. 최근 논의되고 있는 커뮤니티 케어도 의료전달체계의 개편의 틀과 연계하여 논의되어야 한다.

비급여 관리와 신의료기술평가

문케어 시행으로 의학적으로 필수적인 의료행위가 모두 건강보험 급여로 전환되더라도 여전히 비급여 풍선효과가 나타날 수 있다. 건강보험의 급여기준을 벗어나는 진료행위를 하고 진료비 삭감을 피하기 위해 환자에게 진료비 전액을 받는 비급여 진료가 이뤄질 수 있다. 대체가능한 건강보험 급여진료가 있음에도 불구하고 비급여 진료를 주로 하는 경우도 있을 수 있다.

하지만, 현재 우리나라 건강보험은 비급여 진료를 상시적으로 모니터링하거나 관리할 수 있는 기전을 가지고 있지 않다. 의학적으로 필수적인 모든 의료행위에 건강보험을 적용하더라도 비급여 진료를 관리할 수 있는 기전이 없으면 비급여 풍선효과를 해소하기 어렵다. 지난 정부에서 건강보험 보장성 강화정책이 비급여 풍선효과로 인해 실패한 이유도 비급여 진료에 대한 관리 기전이 없었기 때문이다. 건강보험에서 임의비급여를 금지하고 있음에도 불구하고 임의비급여가 여전히 해소되지 않고 있는 것도 문케어의 보장 범위 확대만으로 보장성 강화를 장담하기 어렵다는 것을 보여준다.

의학적으로 필수적인 의료기술에서 새로운 비급여를 만들어 내지 않는 것도 중요하다. 이를 위해서는 근거가 부족하거나 비용 대비 효과가 낮아서 예비급여 전환되는 의료행위를 관리하는 체계를 구축하는 것도 중요하다. 최근 의료기기 산업 육성을 위해 신의료기술 평가체계를 개선하기로 한 것도 보장성 강화와 연계되어 추진되어야 한다[13]. 의료기기와 치료재료, 의료행위기 시장에 먼저 진입한 후에 사후에 평가를 하도록 한 의료기기산업 규제혁신방안이 비급여를 양산하는 것으로 귀결되면 보장성 강화와 충돌할 것이기 때문이다.

맺는말

건강은 인간다운 삶을 보장하기 위한 중요한 전제조건이며 건강보험의 보장성 강화는 국민의 건강을 보장하기 위한 핵심적인 제도이다. 건강보험의 보장성을 강화해야 국민의 의료서비스에 대한 접근성을 보장하고 의료비 때문에 빈곤층으로 전락하지 않도록 보호할 수 있다. 지난 정부의 보장성 강화정책은 건강보험의 급여범위를 늘리면 동시에 비급여 진료비가 늘어나는 비급여 풍선효과로 성공하지 못했다.

문케어는 지난 정부의 실패 경험을 바탕으로 의학적으로 필수적인 모든 비급여를 급여로 전환함과 동시에 건강보험수의 수가를 적정수준으로 인상하는 전략을 택했다. 문케어가 성공하기 위해서는 문케어의 핵심 축인 예비급여와 적정수가를 성공적으로 시행하는 것과 함께 문케어를 둘러싼 의료체계를 함께 개편해나가야 한다. 문케어가 의료체계에 미치는 영향도 크지만, 다른 한편으로 문케어의 성공도 상응하는 의료체계의 개편에 달려있기 때문이다.

비급여 풍선효과는 역사적으로는 우리나라 건강보험제도의 저부담-저급여-저수가 전략에 근원을 두고 있다. 문케어는 우리나라 건강보험의 저부담-저급여-저수가 패러다임을 적정부담-적정급여-적정수가로 전환하기 위한 것이다. 문케어가 성공하면 우리나라 건강보험제도는 저부담-저급여-저수가 패러다임의 역사적 경로로부터 벗어날 수 있게 된다.

참고문헌

1. 최동우, 김우림, 박은철. 2016 재난적 의료비 경험률과 추이. 보건행정학회지. 2018;28(1):95-97
2. 서남규, 강태욱, 허순임, 이혜재, 김동수, 임병목 등. 보건의료지표를 중심으로 살펴본 한국보건의료제도. 2016.
3. 김양중, "2016년 건강보험 보장 비율 이전해보다 낮아져."한겨레신문 2018년 4월 25일. <http://www.hani.co.kr/arti/PRINT/842039.html>. 2018년 9월 6일
4. 보건복지부. 모든 의학적 비급여 건강보험이 보장한다. 2017년 8월 9일 보도자료.
5. Trueman P, Grainger DL, Downs KE. Coverage with Evidence Development: applications and issues. Int J Technol Assess Health Care. 2010;26(1):79-85.
6. Olberg B, Perleth M, Busse R. The new regulation to investigate potentially beneficial diagnostic and therapeutic methods in Germany: up to international standard? Health Policy. 2014;117(2):135-45.
7. Chernew M. Value-Based Insurance Design. Health Affairs. 2007;26(2):w195-w203.
8. Look, K. A. (2015). "Value-based insurance design and medication adherence: opportunities and challenges." Am J Manag Care 21(1): e78-90.
9. Gibson, T. B., R. J. Maclean, M. E. Chernew, A. M. Fendrick and C. Baigel (2015). "Value-based insurance design: benefits beyond cost and utilization." Am J Manag Care 21(1): 32-35.
10. 김윤, 배은영, 서혜선, 송현중, 이희영, 김민주. 선별급여 전환 항목 모니터링 및 평가방안 연구. 2015
11. 김윤, 민인순, 배은영, 정승은, 김태현, 박 경우, 김민선. 비급여 진료비 발생기전별 관리체계 구축방안 연구. 2018
12. 건강보험공단. 2016년 진료비 실태조사. 서울, 한국: 건강보험공단; 2018.
13. 김충현, "문재인 대통령, 의료기기 산업 규제혁신 방안 발표."MK증권 2018년 7월 20일. http://vip.mk.co.kr/newSt/news/news_view2.php?t_uid=6&c_uid=40592&sCode=12. 2018년 9월 6일