

문재인정부의 보건의료정책 평가와 차기 정부의 과제

최병호

서울시립대학교 도시보건대학원

Moon Jae-in Government Health Policy Evaluation and Next Government Tasks

Byongho Tchoe

Graduate School of Urban Public Health, University of Seoul, Seoul, Korea

Moon Jae-in Care can be seen as a 2.0 version of Roh Moo-Hyun Care. Just as Roh Care failed to achieve its coverage rate goal and 30% share of public beds, Moon Care also failed to achieve its expected goal. The reason is that it followed Roh Care's failed strategy. Failure to control non-covered services has led to a long way to achieve a 70% coverage rate and induced the expansion of voluntary indemnity insurance, resulting in increased public burden. The universal coverage of non-covered services caused an immediate backlash from doctors. And Moon government also failed to control the private insurance market. The expansion of publicly owned beds has not become realized and has not obtained public support. Above all, it failed to overcome the resistance of doctors and failed to obtain consent from budget power groups in the cabinet for public investment. It was also insufficient to win the support of civic groups. Communication with interested groups failed and the role of private health care providers was neglected. The next government should also continue to strengthen health care coverage, but it should prioritize preventing medical poor and create a consensus with both medical providers and consumers for the control of non-covered services. Ahead of the super-aged society, the establishment of linkage between medical services and long-term care and visiting health care or welfare services is an important task. All public and private provisions and resources should be utilized in the view of a comprehensive public health perspective, and public investment should be input in sectors where public medical institutions can perform more effective functions. The next government, which will be launched in 2022, should design a new paradigm for health care in the face of a period of transformation, such as the coming super-aged society in 2026 and the Fourth Industrial Revolution, and recognize that the capabilities of the health care system represent the nation's overall capacity.

Keywords: Moon Jae-in Care; Evaluation of health care reform; Health care coverage; Publicly owned public beds; Health politics

서 론

2017년 5월에 출범한 문재인정부는 2017년 8월 9일 대통령이 서울 성모병원 로비에서 건강보험 보장성 강화대책을 발표하였다. 역대 대통령 중에서 국민을 상대로 직접 소통한 최초의 상징적인 사건이었다. 그리고 정부는 2020년 7월 23일 '의과대학(의대) 정원 확대 및 공공의대 설립 추진방안'을 발표하였다. 문재인정부의 보건의료정책은 보장성과 공공성의 강화, 두 가지로 요약된다. 2021년 8월 12일 대통령은 건강보험 보장성 강화대책 시행 4주년을 맞아 그간의 성과를 대

국민 보고형식으로 발표하였다. 정부가 추진한 여러 국정과제들 중에서 가장 큰 성과를 내었다고 자평하였기 때문이다. 그러나 문재인 케어가 발표된 지 일주일 만인 2017년 8월 17일 대한의사협회는 문재인케어(‘문케어’)를 반대하는 가두시위를 벌였다. 비급여의 전면 급여화를 반대하고 나섰다. 그리고 2020년 7월 23일에는 의대 정원 확대와 공공의대 설립도 반대하고 나섰다. 이같이 문케어는 의료공급 당사자인 의사들의 강력한 저항에 부딪혀 정책을 추진하는 데에 한계를 보였다.

문케어는 사실상 노무현정부의 보건의료정책을 계승한 노무현계

Correspondence to: Byongho Tchoe
Graduate School of Urban Public Health, University of Seoul, 163 Seoulsiripdae-ro, Dongdaemungu, Seoul 02504, Korea
Tel: +82-2-6490-6750, Fax: +82-2-6490-6754, E-mail: choice1313@hanmail.net, choice1313@uos.ac.kr
Received: November 16, 2021, Revised: December 5, 2021, Accepted after revision: December 10, 2021

© Korean Academy of Health Policy and Management
© 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.

어 2.0에 해당한다고 볼 수 있다. 노무현정부의 보건정책은 보장성 73.5%의 확보, 공공병상 비중 30% 달성을 대표적인 국정과제로 내세웠다. 한편, 임기 후반기에 들어서는 보건산업 선진화를 추진하였다. 문케어 역시 보장성 70% 확보, 공공의료 강화와 공공의료체계 구축, 그리고 임기 중반을 넘어서 의료산업의 혁신을 추진하였다. 노무현 케어가 보장률이나 공공병상 비중 모두 목표를 달성하지 못했던 것과 마찬가지로 문케어 역시 당초의 목표에 미치지 못하였다. 그 이유는 문케어 역시 노무현케어의 접근방식을 그대로 답습했기 때문이라고 생각한다.

이 논문은 ‘문재인케어’로 불리는 정부의 보건의료정책에 대해 그 간의 성과를 평가하고 차기 정부의 과제를 제시하고자 한다. 2장에서 문재인정부의 보건의료 공약과 국정과제의 추진실적을 살펴보고, 3장에서 문케어의 성과에 대해 국정과제를 중심으로 평가한 뒤에 보건정책적 관점에서 평가해 보았다. 4장에서는 차기 정부의 보건정책의 과제를 제시하였고, 5장에서 결론을 맺고자 한다.

문재인정부의 보건의료정책 추진현황

1. 대선 공약과 국정과제

문케어의 추진실적을 살펴보기 위하여 문케어의 대선 공약과 국정과제를 먼저 살펴보기로 한다[1]. 대선 공약은 선거용이기 때문에 선거 이후에 다듬어진 국정과제를 중심으로 추진실적을 검토하는 것이 합리적일 것이다. 대선 공약에 나타난 문케어의 구호는 다음 다섯 가지이다. 첫째, ‘건강보험 하나로 의료비 문제 해결하고, 간병서비스 확대와 재난적 의료비 지원제도로 가계파탄을 막아내겠습니다.’ 둘째, ‘어린이 입원진료비, 학령기 청소년 독감 예방접종은 국가가 책임하겠습니다.’ 셋째, ‘지역 간 의료서비스 격차를 줄이고 의료 양극화를 해소하겠습니다.’ 넷째, ‘의료비 폭등을 야기하는 의료영리화를 막고, 공공성을 강화하겠습니다.’ 다섯째, ‘찾아가는 보건복지서비스를 강화하고 건강증진사업을 확대하겠습니다.’ 공약을 관통하는 핵심 키워드는 건강보험 하나로, 가계파탄, 국가책임, 격차 해소, 의료 영리화, 공공성 강화이다. 이는 진보 정당이 전통적으로 내세우는 보건의료정책의 기본 방향이다.

문케어의 국정과제를 살펴보자[2]. 정부가 지향하는 5대 국정목표 가운데 하나가 ‘내 삶을 책임지는 국가’이고, 5대 국정전략 중 하나는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’. 다른 하나는 ‘국민안전과 생명을 지키는 안심사회’이다. 이는 정부가 보건의료 문제에 책임지고 대응함을 의미한다. 국정목표를 실현하기 위한 국정과제들은 국정과제 44번(건강보험 보장성 강화 및 예방중심 건강관리 지원), 국정과제 45번

(의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공), 국정과제 43번(고령사회 대비 건강하고 품위 있는 노후생활 보장), 국정과제 17번(사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충), 국정과제 55번(안전사고 예방 및 재난 안전관리의 국가책임체계 구축), 국정과제 56번(통합적 재난관리체계 구축 및 현장 즉시 대응 역량 강화), 국정과제 57번(국민 건강을 지키는 생활안전 강화), 국정과제 58번(미세먼지 걱정 없는 쾌적한 대기환경 조성) 등에 산재되어 있다.

국정과제의 대략적 내용을 정리하면 다음과 같다. 국정과제 44번 보장성 강화는 5년간 30조 원을 투입하여 2022년 보장률 70%를 달성한다. 그 방법으로 3단계의 접근전략을 제시하였다. 1단계로 비급여를 전면 급여화하고, 2단계로 취약층(노인, 아동, 여성, 저소득층)에 대한 보장성을 강화하고, 3단계로 재난적 의료비를 보장한다. 이를 위해 선택진료를 폐지하고, 상급병실료를 단계적으로 급여화하고, 간호·간병통합서비스를 확대하는 등 3대 비급여 부담을 지속적으로 경감한다. 비급여의 풍선효과를 해소하기 위해 신포괄수가를 확대 적용한다. 민영 실손보험의 확대가 의료이용을 부추겨 국민건강보험 재정이 악화되는 것을 방지하기 위하여 실손보험을 효과적으로 관리한다. 40대 이상의 진단 바우처 도입 등 건강검진 사후관리를 강화하고, 초·중·고생 독감 예방접종에 대한 국가 지원을 확대한다. 건강보험 부과체계에서 평가소득을 폐지하고, 보수 외 고소득 직장인의 보험료 부담을 강화하고, 피부양자의 단계적 축소를 추진한다. 국정과제 45번(의료공공성 강화)에서는 지역사회 기반 의료체계를 구축하기 위해 2020년부터 동네의원은 만성질환을 관리하고, 대형병원은 중증질환 및 입원진료 중심으로 운영하도록 수가구조를 개편해 나간다. 더불어 2019년부터 환자 의료·회송 분 사업을 시행한다. 진료권역별 정보교류시스템을 구축하여 국가적 진료정보 교류 인프라를 구축한다. 의료격차 해소를 위해 2022년까지 의료 취약지에 300명 이상 거점 종합병원을 확충하도록 한다. 2022년까지 응급의료 전용 헬기를 보급하고, 소아 전문응급센터 및 재활병원을 확대하며, 전국에 권역외상센터를 확대하고 심혈관센터를 지정·설립하도록 한다. 감염병 관리체계 구축을 위해 2022년까지 고위험 감염병 및 원인 미상 질환 대응을 위한 중앙·권역별 감염병 전문병원을 설치하도록 한다.

국정과제 43번(고령사회 대비, 건강하고 품위 있는 노후생활 보장)에 ‘치매국가책임제’의 시행이 포함되었다. 2017년부터 전국 252개 시군구에 치매안심센터를 확충하고, 치매안심병원을 확충한다. 2018년부터 중증치매 환자의 본인부담률을 인하하고 고비용 진단검사를 급여화하고, 장기요양 치매수급자의 본인부담 경감을 확대하도록 한다. 국정과제 17번(사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충)에 ‘찾아가는 보건복지서비스’가 포함되어 있는데, 읍면동 주민센터의 ‘찾아가는 보건·복지서비스’를 강화하고 지방자치단체(지자체) 사

회복지 전담공무원을 대폭 확충하도록 한다. 방문건강관리를 수행하는 간호직 공무원을 2021년까지 확충하고, 0세아와 노인가구를 대상으로 보편적 방문건강관리서비스를 제공한다. 국정과제 55번(안전사고 예방 및 재난 안전관리의 국가책임체계 구축) 중에서 교통사고, 승강기 사고, 지진, 화재 등 각종 재난과 안전사고로부터 국민생명의 보호를 강화하도록 한다. 국정과제 56번(통합적 재난관리체계 구축 및 현장 즉시대응 역량 강화) 중에서 국가재난 컨트롤타워의 역할을 정립하고 소방·해경 등 현장대응 역량 강화를 통해 통합적 국가재난 관리체계를 구축한다. 그리고 재난에 대한 사전 예·경보시스템을 구축하고 사후 조사·치료를 강화한다. 국정과제 57번(국민건강을 지키는 생활안전 강화) 중에서 화학물질·제품에 대한 철저한 위해성 평가, 데이터베이스 구축, 정보공개·공유 등 선진적 안전관리체계 구축으로 안심사회를 실현한다. 지반침하, 층간소음 등 생활주변의 위해·불편요소 해소를 적극 추진한다. 전 주기(생산에서 소비)에 걸친 먹거리 안전 국가책임제를 실현하고, 생활환경 및 소비트렌드 변화에 대응하는 먹거리 복지를 구현한다. 국정과제 58번(미세먼지 걱정 없는 쾌적한 대기환경 조성)에서 미세먼지 발생량을 임기 내 30% 감축하고 민감 계층을 적극 보호한다.

건강의 사회적 결정요인에 비추어보면 국정과제 전반에 걸쳐 보건 의료 관련 정책들이 포진되어 있지만, 담당 부처들이 분산되어 있어 총괄적으로 보건의료 문제에 접근하지는 못하고 있다. 문케어의 특징은 보장성과 공공성의 강화 두 가지로 단순화해 볼 수 있고, 사실 이 두 가지를 추진하기 위해 정책적 역량을 쏟았다. 이하에서도 주로 보장성과 공공성의 관점에서 성과를 기술한다.

2. 국정과제의 추진실적

문케어는 정부 출범 이후 비급여의 전면 급여화를 위해 조직과 인력, 재정을 대거 투입하였는데, 2년 만에 지난 2020년 1월에 코로나19와 같이 예상하지 못한 재난이 발생함으로써 차질을 빚을 수밖에 없었다. 2020년 1월 이후부터는 팬데믹에 대응하는 보건의료체계의 성과도 살펴봐야 하게 되었다. 코로나19에 대한 대응실적은 다음 장에서 보기로 한다. 본 절에서는 보장성과 공공의료 두 측면에서의 실적을 정부의 보도자료를 통해 살펴본다[3].

1) 보장성

건강보험 보장률은 2016년 62.6%에서 2017년 62.7%, 2018년 63.8%, 2019년 64.7%로 목표로 했던 70%에 도달하기 어려우려라 전망된다. 그럼에도 불구하고 오랜 숙원이었던 선택진료비의 폐지, 상급병실료(2-3인실)의 급여화를 이루어내었다. 간호·간병통합 병상은 2017년 2만6,381병상에서 2019년 6만287병상으로 두 배 증가하였

으나 아직 갈 길이 멀어 보인다. 간호인력 확충과 간호수가 현실화가 만만치 않기 때문이다. 초음파·자기공명영상(magnetic resonance imaging) 검사는 단계적으로 보험급여화가 진행되고 있다. 이에 따라 상급종합병원의 보장률은 2017년 65.1%에서 2019년 69.5%로, 종합병원급의 보장률은 2017년 63.8%에서 2019년 66.7%로 강화되었다.

취약계층에 대한 보장실적을 살펴보면, 15세 이하 입원진료비의 본인부담률을 10%-20%에서 5%로 인하하였고, 1세 미만 외래 본인부담률을 21%-42%에서 5%-20%로 인하하였다. 중증치매 치료의 본인부담률을 20%-60%에서 10%로 인하하였고, 틀니·임플란트의 본인부담률을 50%에서 30%로 인하하였다. 장애인보장구의 급여대상자를 확대하고 급여수준도 인상하였다. 재난의료비 보장을 위해 본인 부담 상한을 소득 1분위(하위 10%) 122만 원에서 80만 원으로 경감했고, 소득 2-3분위는 153만 원에서 100만 원으로, 소득 4-5분위는 205만 원에서 150만 원으로 경감하였다. 재난의료비의 지원 상한은 2,000만 원에서 3,000만 원으로 인상하였다. 이에 따라 5세 이하의 건강보험 보장률은 2017년 66.8%에서 2019년 69.4%로, 65세 이상은 같은 기간 68.8%에서 70.7%로 증가했다[3]. 이러한 보장성 강화에 대한 국민의 긍정적인 응답비율은 39.7% (2017. 8)에서 94% (2020. 8)로 획기적으로 개선되었다고 보고하였다[3]. 이러한 보장성 확대에 따라 보험료율은 2016년 6.12%에서 2018년 6.24%, 2019년 6.46%, 2020년 6.67%, 2021년 6.86%, 2022년 6.99%로 매우 빠른 속도로 인상되었다.

2017년 9월에 치매국가책임제를 발표하였다[4]. 치매안심센터를 전국의 시군구마다 설치하는 성과를 거두었다. 그러나 치매안심센터의 성과는 아직 모호하고 내세울 만하지 않다. 2018년에 장기요양5개 등급 외에 장기요양인지지원 등급을 신설하여 치매를 장기요양체계에 포괄하였다. 중증치매의 본인부담을 경감하였고, 진단검사를 보험급여로 확대하였다. 노인장기요양보험제도는 급격히 확충되었다. 등급인정자가 2016년 52만 명(노인의 7.5%)에서 2019년 77만 명(노인의 9.6%)으로 증가하였다[5]. 이는 당초 2022년에 노인의 9.6%를 포괄하겠다는 목표를 앞당겨 달성하였다. 이에 따라 장기요양보험 재정지출은 2016년 4조4천억 원에서 2019년 7조7천억 원으로 연평균 22.8%씩 증가하였다. 이는 노인의 돌봄 수요가 폭증하고 있음을 의미하며 정부도 그 수요를 빠르게 흡수하고 있는데, 향후 고령화의 본격적인 진입 국면에서 상당한 어려움에 처할 것으로 예상된다. 장기요양보험료율은 건강보험료의 일정률로 부가되는데, 2010-2017년에 6.55%로 고정되었으나, 2018년 7.38%, 2019년 8.51%, 2020년 10.25%, 2021년 11.52%, 2022년 12.27%로 급증하고 있다.

한편, 지역사회 통합돌봄은 문케어가 초기부터 중점적으로 강조하지는 않았지만, 증가하는 돌봄 수요에 대처하기 위해 임기 중반에 적극적으로 추진한 정책이다. 정부는 2018년 11월에 노인커뮤니티케어

기본계획을 발표하였다[6]. 그 핵심 내용은 케어안심주택의 확충, 커뮤니티케어형 도시재생 뉴딜의 추진으로 마을 소멸에 대응, 거동 불편 노인을 위한 방문의료의 도입, 시군구 주민건강센터의 활성화, 병원의 지역연계실(사회복지팀) 설치로 환자의 퇴원계획 수립 및 돌봄 서비스 연계, 그리고 차세대 장기요양보험을 구축하여 노인의 약 11% 이상 수준으로 확대하는 등 포괄적이고 혁신적인 내용을 담았다. 동 사업은 2019년 4월부터 16개 지자체에서 2년간 선도사업을 추진하였고, 현재 일부 지자체에서 지역통합돌봄사업을 자체적으로 추진하는 등 지자체에 확산되는 실적을 거두고 있다[7].

2) 공공의료

공공의료체계의 구축을 위해 책임의료기관 지정을 2019년 권역 10개, 지역 9개에서 2021년 권역 15개, 지역 35개로 확대하였으나 책임의료기관들의 추진실적은 뚜렷이 내놓지 못하고 있다. 지방의료원의 신축에서 예비타당성 분석을 면제받은 실적이 2021년 현재 진주, 서부산, 대전 3곳이다. 공공병원 20개를 증축 및 개축할 예산을 확보하였다. 국정과제에 포함되었던 감염병 전문병원의 설립은 4개가 설립 추진 중에 있다[8]. 즉 호남권의 조선대학교, 영남권의 부산대학교, 중부권의 순천향대학교, 경북권의 경북대학교 칠곡병원에 설립이 예정되어 있다. 대부분의 공공병원은 코로나19의 대유행 중에 감염병 전담병원으로 지정되어 운영되고 있다. 다만, 위중증 환자는 민간 종합병원에 의존할 수밖에 없었다. 이와 같이 공공의료체계의 강화는 당초의 기대와는 달리 큰 진전을 보이지 못하였다. 다만, 코로나19의 발생으로 공공병원이 감염환자들을 전담하는 역할을 한 데에서 그 의의를 발견할 수 있다. 코로나19의 대유행 속에서 공공병원의 역할이 중요하게 대두되면서 공공병원의 확대와 대형화를 요구하는 목소리가 커졌으나, 그 요구가 현실화되지는 못하였다. 보장성 강화와 더불어 공공의료의 강화를 문케어2.0으로 부를 정도로 적극적으로 추진하는 움직임이 활발하였다. 2016년에 제1차 공공보건 의료 기본계획(2016-2020)이 수립되었으나[9], 정부 출범 이듬해인 2018년에 공공보건 의료발전종합대책을 수립하였고[10], 이어 2020년에 공공의료체계 강화방안을 수립하였다[11]. 2021년 6월에는 제2차 공공보건 의료 기본계획(2021-2025)을 수립하였다[12]. 상기 3차례의 계획은 유사한 내용이 반복되었고, 실제 추진은 지지부진하였다. 아무튼 2021년 6월의 공공보건 의료 기본계획이 문케어의 공공医료를 집대성한 것이기 때문에 간략히 소개한다. 현 정부가 차기에도 집권한다면 동 계획의 실천은 탄력을 받을 것이다. 첫째는 권역(17개 시·도) 및 지역(70개 진료권)별로 공공적 역할을 하는 책임의료기관을 확충한다. 2025년까지 지역 공공병원을 20개소 이상 개·증축하고 3개를 신축한다. 둘째, 공공전문진료센터(어린이, 호흡기, 류마티스·퇴행성 관절염, 노

인)를 확대한다. 셋째, 공공보건 의료기관별 역할을 정립한다. 즉 국립병원(필수 의료 중앙센터, 정책지원·교육·연구, 임상진료)—국립대학병원(권역책임)—지역 공공병원(지역책임)—특수 공공병원(군, 산재, 보훈, 원자력, 법무, 경찰, 교통재활)—보건소(건강관리 중점)로 이어지는 전달체계를 구축한다. 넷째, 지역완결적 필수중증의료를 보장한다. 다섯째, 중앙(국립중앙의료원) 및 권역(7개소) 감염병 전문병원을 지정·운영한다. 여섯째, 국립중앙의료원의 역할을 확대하여 국립중앙의료원은 국가중앙병원으로 한다. 국립대병원의 공공성을 강화한다. 일곱째, 중앙에 공공보건 의료정책심의위원회를, 시·도에 공공보건 의료위원회를 설치하며, 공공보건 의료개발원을 설립한다. 특히 2020년 7월 23일에 발표한 의대 정원 확대 및 공공의대 설립 방안은 의사들의 전국적인 파업에 밀려서 대한의사협회의 의정협 의체를 구성하여 다시 논의하도록 후퇴되었다.

문재인정부의 보건 의료 정책에 대한 평가

1. 국정과제의 추진 성과에 대한 평가

국정과제 44번(보장성 강화)은 3대 비급여인 선택진료, 상급병실료, 간호간병료를 보험급여화한 데에 의의를 둘 수 있으며, 이들 비급여의 급여화 과정에서 수가의 정교한 조정으로 의료기관들의 손익을 잘 조정하여 큰 저항 없이 마무리 지었다. 그러나 목표 보장률 70%의 달성에는 실패했다. 2016년 62.6%에서 2019년 64.2%로 소폭 상승하는 데에 그쳤다. 다만, 상급병원급 보장률은 69.5% (2017년 65.1%), 종합병원급은 65.1% (2017년 63.8%), 30대 중질환 보장률은 81.3% (2015년 77.9%)로, 중증질환 중심의 보장성이 강화되었다[13]. 당초 30조 원을 투입하여 보장률 70% 달성을 목표로 하였으나, 보장률 달성이 어려운 상황에서도 정부는 2022년까지 40조 원을 투입할 전망임을 밝히고 있다[13]. 보장성 강화에 따라 비급여가 늘어나는 풍선효과를 통제하려는 계획은 실패에 가깝다고 볼 수 있다. 비급여의 풍선효과를 통제한다는 전제하에서 보장률 목표를 세웠기 때문이다. 이 문제는 정부 출범 초기부터 지적되어온 문제였다[14]. 또한 공보험의 보장성이 강화되면 민영 실손보험이 축소될 수밖에 없고, 축소된 만큼 실손보험료를 인하해야 하는데, 실손보험료의 인하는 거의 이루어지지 못했다. 반대로 실손보험의 청구액이 늘어나 실손보험료가 치솟게 되었다. 결국 보장성의 강화로 공보험 재정이 기대 이상으로 늘어났지만 보장률을 달성하지 못했고, 비급여 통제에도 실패했다. 민영 실손보험의 관리도 여의치 않은 결과를 낳게 되었다.

보장률 지표에 대해서도 엄밀히 평가할 필요가 있다. Figure 1은 보험료율과 보장률의 인상 추이를 보여주고 있는데, 보험료율을 인상

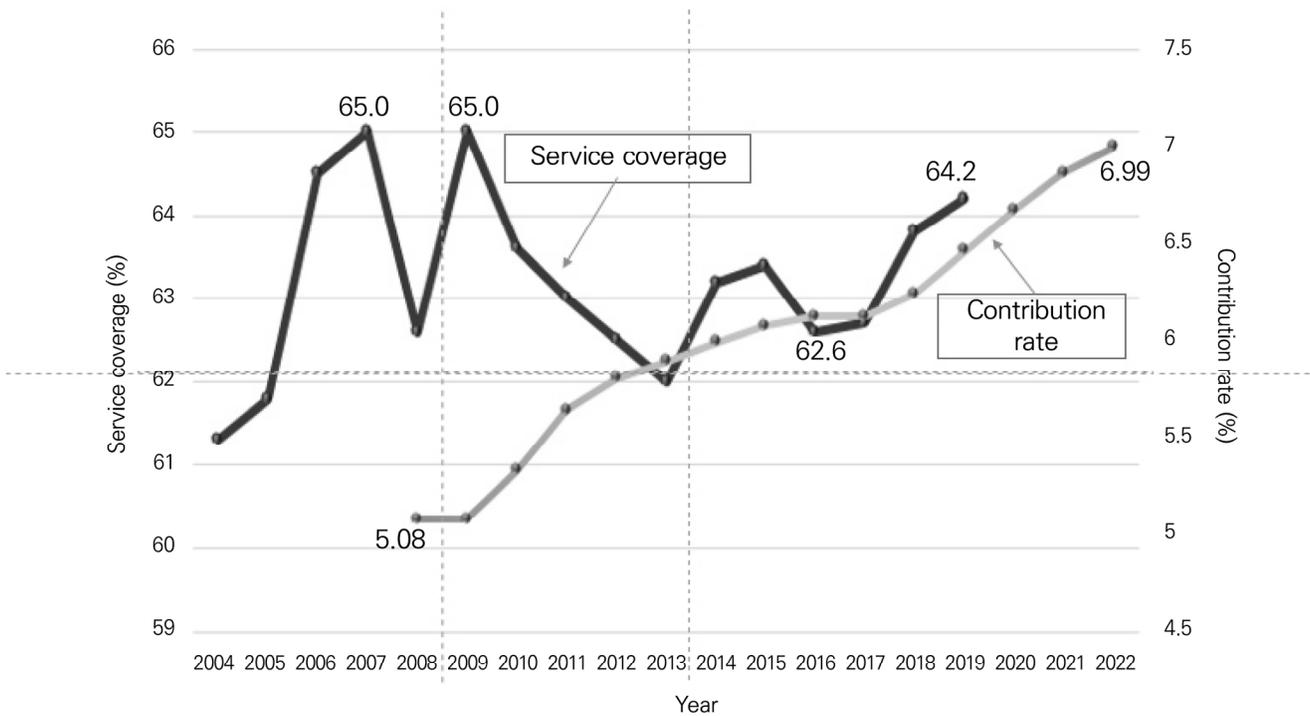


Figure 1. Trends of service coverage rates and contribution rates of the national health insurance.

하는 만큼 보장률이 상승하지 않음을 알 수 있다. 이는 보험료와 보장성 간에 비례관계가 성립하지 않아 보장률 지표는 불안정하다. 그 이유는 보장률 계산의 분모에 들어가는 비급여의 불안정성 때문이다. 특히 2010-2012년 사이 보험료율이 급격히 올라감에도 불구하고 보장률은 오히려 하락하였다. 보장률이 65%로 정점을 찍은 해는 2007년과 2009년인데, 전자는 노무현정부의 보장성 강화정책의 효과였고, 후자는 이명박정부 때인데 보장성을 획기적으로 강화한 정책은 없었다. 박근혜정부의 4대 중증질환 보장성 강화정책에 의해 2014-2015년에 보장률이 반짝 상승하였다. 문케어의 시작으로 보험료율의 가파른 상승과 함께 보장률도 오르는 양상을 보이고 있는데, 2019년 이후의 실적을 공개하지 않은 점은 아쉽다. 보장률 70% 달성을 목표로 하면서도 보장률 실적에 대한 모니터링을 제대로 하지 못하고 있다. 근원적으로는 보장률 계측의 타당도와 신뢰도에 문제가 있다고 생각한다.

한편, 건강보험 재정의 부담 증가와 함께 민영 실손보험의 부담도 커졌다(Figure 2). 실손보험 가입자는 2014년 3,000만 명에서 2018년 3,400만 명, 2019년 3,800만 명으로 늘어났고, 실손보험금 청구 규모는 2017년 4조8천억 원에서 불과 2년 만에 2019년 6조7천억 원으로 40% 증가하였다[15]. 그러한 증가의 근저에는 의원급의 비급여 진료 증가가 있었고, 근골격계와 안과 질환에서 청구액이 주로 집중되었

다. 의원급 비급여 진료 청구는 2017년(상) 6,417억 원에서 2020년(상) 1조 1,530억 원으로 79.7% 증가하였다. 근골격계 질환이 실손 청구의 41%를 차지하였다[15]. 이는 실손보험이 암 질환과 같은 중증에서 통상적 진료로 확산되고 있음을 의미한다. 즉 민영보험의 시장 확장(shifting 혹은 spillover) 지향성에 비추어 볼 때, 공보험이 중증질환에 대한 보장을 강화하게 되면서 민영보험은 나머지 영역의 시장으로 확장해 나가게 된 것이다. 즉 실손보험이 중증질환에서 근골격계와 백내장, 경증, 비의료적 서비스로 이동하게 되었다[16]. 한편, 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의 반사이익은 공사보험협의체에서 논의한 결과, 실손보험금 지급 감소는 2019년 0.60%, 2020년 감소는 2.42%에 불과하였다[17]. 이 반사이익 이상으로 실손보험금의 청구 규모는 늘어나 실손보험료의 급증을 초래하였다.

국정과제 45번(의료공공성 확보와 환자 중심 의료서비스)에서 지역사회 기반 의료체계를 구축하여 동네의원과 대형병원의 역할을 정립하고 환자 의뢰-회송사업을 시행하도록 하였으나, 대형병원 쏠림은 더욱 가속화되어 동네의원 비중은 지속적으로 축소되었다. 환자 의뢰-회송은 여전히 시범사업에 그치고 있다. 국가적 진료정보 교류 인프라를 구축하는 사업은 환자정보의 보안과 안전성 문제, 국가의 의료정보 독점화의 우려, 수가수준 문제로 본 사업에 이르지 못하고 있다. 권역별 의료정보의 교류체계를 구축하려 하였으나 병원 내 전

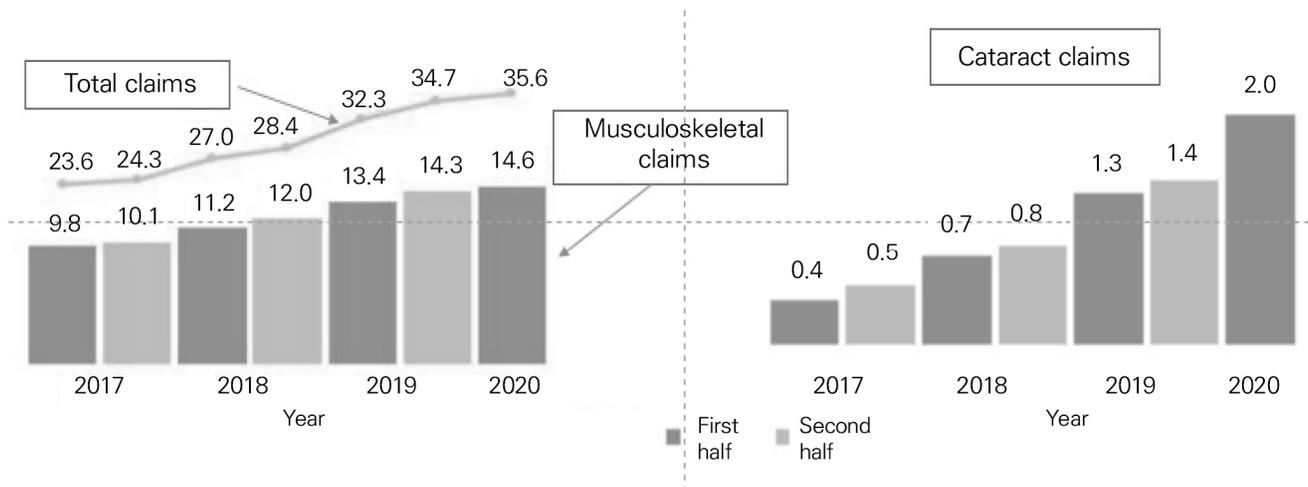


Figure 2. Indemnity insurance claims (unit: 100 billions Korean won). From Jung S, et al. KIRI Rep 2021;7:14-16 [16].

자의무기록(electronic health record)의 표준화를 위한 보건의료정보원을 설립하는 데에 그쳤다. 수도권 상급종합병원의 비수도권 환자의 비중은 입원의 경우 2010년 20.2%에서 2020년 24.3%로 증가했고, 외래의 경우에도 같은 기간 중에 12.2%에서 15.4%로 증가했다. 서울 BIG5 병원의 경우 입원은 30.9%에서 36.4%로 증가했고, 외래는 14.2%에서 18.9%로 증가했다. 2015-2020년 사이에 연 진료비 증가는 상급종합병원이 10.2%, 종합병원이 10.4%인 데에 비해 의원급은 7.4%였다[18]. 상급종합병원의 입원환자 수(실환자 기준)에서 전문질환 대 단순질환의 비율은 2018년 44.9% 대 8.9%에서 2020년 51.6% 대 6.6%로 전문질환 환자의 상급병원 쏠림이 가속화되었고, 외래환자 수에서 경증의 비율이 2018년 6.2%에서 2020년 3.0%로 감소했다[19]. 보장성 강화로 중증질환의 환자 부담이 감소함으로써 서울, 수도권, 상급병원으로 쏠리는 현상이 더욱 가속화되었다. 지방 환자의 수도권 대형병원 이용이 가속화되면서 수도권 3차병원의 지방분원의 설립이 활발해지고 있고, 동시에 지방에서는 환자 확보를 위해 지방종합병원의 병상도 확충하고 있다. 3차병원의 지방분원 설립은 보건복지부의 권한이고, 지방 종합병원의 병상 확충은 지자체의 권한임에 비추어보면, 중앙과 지방 모두 병원의 대형화에 가세하고 있는 셈이다.

공공의료 확충을 위해 취약지 300병상 병원 확충, 소외지역에 응급, 재활, 외상센터 등 필수의료서비스의 공급, 중앙-권역 감염병 전문병원 설치를 계획하였다[12]. 그러나 지역에 대규모의 공공병원 설립은 예산부처의 동의를 얻지 못하였고, 지방의료원 3곳의 신축에 예비타당성조사 면제를 받았을 뿐이다. 필수의료센터의 확충은 권역별로 추진 중에 있다. 중앙 감염병 전문병원은 국립중앙의료원에 설치하

게 되는데, 삼성의 기부금을 확보하였고, 권역 감염병 전문병원으로 호남-영남-중부-경북권 4곳에 설립을 추진 중에 있다. 공공보건의료의 확충을 위한 계획을 수차례 수립하였으나 그 계획의 실행을 위한 관련 정부 부처와 지자체의 협조와 재원을 확보하지 못하였다. 공공의료기관이 안고 있는 내재적인 문제에 대한 개선 조치 없이 양적인 확충에 치중한 데에서 한계를 보였다. 공공병원은 여러 부처로 소관이 분산되어 있고 협조체제가 잘 갖추어지지 않아 코로나19의 총체적인 대응에 미온적이었고, 평상시의 공공보건의료계획 수립과 집행에도 체계적으로 동원되지 못하였다. 2017년에 9개 부처가 참여한 공공보건의료발전협의체(국가공중보건위기 대응 및 국가균형적 의료발전)를 구성하였고[20]. 2019년에 10개 부처가 참여하여 범부처 공공병원협의체 제1차 회의를 개최하였다[21]. 그러나 2020년에 막상 코로나19가 유행하였음에도 효과적으로 대응하지 못했다. 근본적으로는 소비자의 공공병원에 대한 저조한 인식이 근거에 깔려 있다. 공공병원은 본인부담이 다소 저렴하지만 질적으로 저하되어 있고, 저소득층이 주로 이용하는 병원으로 인식하게 됨으로써 지역의 신설 민간병원과 대도시 대형병원에 비해 경쟁력을 상실하고 있다[22,23]. 공공의료발전계획의 기본 구상에는 지역적 계층주의(regional hierarchy)에 의거하여 지역의료격차를 해소하고 필수의료 보장을 확보하려 했다. 즉 공공의료체계의 정점에 국립중앙의료원을 두고, 권역별 국립대병원, 지역별 지방의료원 및 책임의료기관으로 민간병원을 지정하고, 시군구에 보건소, 정신건강복지센터, 치매안심센터 등을 두고, 읍면동에 건강생활지원센터와 주민건강센터, 보건지소 등을 두어 주민의 건강관리와 진료의 형평성과 효율성을 확보하겠다는 구상이다. 그러나 현실적으로는 소비자들의 수용성을 얻지 못하고 있다. 특히

정점에 있는 국립중앙의료원의 리더십과 역량이 부족하다고 인식되는데, 예산 투입만으로 이러한 문제를 해결할 수 있을지 의문시된다. 국립대학교 병원은 사립대학교 병원과 환자 확보 경쟁에 몰입하고 있어 공공보건의료에 대한 책임성이 희박하고, 지방의료원은 의료의 질적 수준이 낮아 외면되고 있다. 보건소와 각종 센터들은 진료 역량이 떨어져 주민 인지도가 낮고 주변의 주민들만 이용하는 경향이 있다. 더구나 전문인력이 부족하고 계약직 위주의 인력으로 질적 수준이 낮다는 인식이 있다. 공공의료기관에 의사와 간호사 인력을 확충해주고, 공공의대를 설립하여 인력을 공급해주면 질적인 우수성을 확보할 수 있을지에 대해 면밀한 검토가 필요하다. 감염병, 응급의료, 외상, 소아재활, 정신질환, 의과학 등 공공성이 강한 진료 부문에 종사할 의사 및 간호사 인력의 부족을 해결하는 데에 의대와 간호대학의 정원 확충이나 공공의대의 신설이 가장 유효한 정책수단인지에 대해 공감대를 형성해야 한다. 민간 병상이 과잉인 상황에서 공공의료기관(병상)의 신·증축이 병상의 과잉 공급을 발생시킬 수 있고, 공공병원의 적자 해소를 위한 과도한 재정지원의 우려가 있다. 궁극적으로 공공투자를 통해 공공의료기관 주도의 의료전달체계를 구축하였는데 소비자의 선택을 받지 못하게 되면 재정이 낭비되고 필수진료 제공에도 차질을 빚을 수 있다. 민간의료 공급이 주류인 상황에서 공공의료기관 주도의 의료전달체계 구축이 과연 가능할지 회의적인 시각이 지배적이다.

국정과제 43번의 치매국가책임제, 국정과제 17번의 방문건강관리 서비스, 국정과제 55, 56, 57, 58번의 안전사고 예방, 재난안전 국가책임, 국가재난 컨트롤타워, 통합적 국가재난관리체계, 생활안전 강화, 미세먼지 30% 감축에 대해 평가해 보자. 치매에 대한 국가책임상을 강조하면서 노인장기요양보험에 인지도등급이 2018년 1월에 신설되었고, 시군구별로 치매안심센터가 설립되고 중증치매에 대한 부담도 경감되었다[13]. 그 여파로 노인장기요양 등급인정자가 2016년 52만 명에서 2019년 77만 명으로 늘어나 노인의 9.6%가 수급이 가능하게 되었다[5]. 이는 2022년에 달성하려던 수급자 확대 목표를 2년 앞당겨 달성하는 결과를 가져왔다. 보험급여비도 2016년 5조 원에서 2019년 8조5천억 원으로 연평균 19.6%의 급속한 증가를 보였다. 보험료율도 2017년 건강보험료의 6.55%였던 것이 2022년 12.27%로 급격히 상승하였다. 치매와 더불어 노인장기요양 비용의 급속한 증가는 2026년에 고령화율이 20%를 넘는 초고령사회로 진입하게 됨에 따라 암울한 재정 전망을 예고한다. 0세와 노인에 대한 방문보건서비스 과정은 읍면동의 찾아가는 보건복지서비스와 연계하여 추진하였으며, 2018년 11월에 지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계 노인커뮤니티케어)을 수립하여 추진하는 방향으로 활성화하였다. 동 계획은 다음과 같다. 첫째, 각종 건강관리, 돌봄서비스를 제공하는 ‘케어안심주택’을

대폭 확충한다. 둘째, 노인 독립생활 시 낙상 예방을 위한 대대적인 집수리 사업을 실시한다. 셋째, ‘커뮤니티케어형 도시재생뉴딜’ 추진으로 마을 소멸에 대응한다. 넷째, 거동이 불편한 노인을 위해 집으로 찾아가는 방문의료를 본격 제공한다. 다섯째, 시군구 ‘주민건강센터’를 설치하여 노인을 위한 방문건강관리서비스를 확충한다, 여섯째, 병원 ‘지역연계실’(사회복지팀)을 설치하여 환자 퇴원계획을 수립하고 돌봄서비스와 연계한다. 일곱째, 차세대 장기요양보험을 구축하여 노인의 약 11% 이상 수준으로의 확대를 목표로 한다. 동 계획은 2019년 6월부터 2년간 16개 지자체에서 ‘지역사회 중심의 통합돌봄’ 모델 마련을 위한 선도사업을 실시하였고, 선도사업 지자체 이외에도 통합돌봄의 취지에 적극적으로 공감하여 자체적으로 통합돌봄사업을 추진하거나 준비하는 지역으로 다수 확산되었다. 지역 통합돌봄사업은 당초 국정과제에서는 그다지 강조되지는 않았으나, 보건과 복지 양 측면에서 각각 방문서비스를 추진하면서 결국 통합적인 제공이 보다 효과적이고 비용을 절감할 수 있다는 점에서 소위 ‘커뮤니티케어’로 발전하게 되었다. 그런데 국민건강보험공단이 관장하는 노인장기요양서비스와 지자체 및 보건소가 제공하는 방문의료서비스와 장애인 돌봄 및 각종 사회서비스들 간에 연계 문제가 대두되고 있다. 아직까지는 이 문제에 대한 해법을 찾지 못하고 있다. 마지막으로 재난, 안전 이슈는 코로나19 대유행에 묻혀 버린 사항이며 재난 컨트롤타워는 기존의 총리 중심의 중앙재해대책본부 체제를 유지하고 있다. 다만, 질병관리본부가 질병관리청으로 승격되어 방역대책본부를 운영하고 있고, 보건복지부가 중앙사고수습본부를 맡아 운영하고 있다.

2. 보건정책적 관점에서의 문케어 평가

1) 보건정치와 거버넌스 측면에서의 평가

문케어는 대통령 자신이 깊은 관심을 가지고 강력한 의지를 가지고 추진했다. 많은 국정 현안이 있음에도 불구하고 정부가 출범 초기에 건강보험의 보장성 강화에 우선적인 방점을 두어 병원비 걱정 없는 나라를 만들겠다고 시민들 앞에서 공언하였다. 이는 오바마 대통령이 전 국민건강보험을 실현하기 위해 여러 차례에 걸쳐 타운홀 미팅을 하고 반대하는 의원들을 설득하기 위해 개인적으로 접촉한 사례와 유사하다. 오바마케어는 이해관계 집단과 협상하는 과정에서 많이 후퇴하면서 누더기 법안이 되었다는 비판을 감수해야 했다[24]. 반면에 문케어의 메시지는 일방적이었고 이해관계자들과의 소통은 부족하였다. 그럼에도 불구하고 역대 정부 중에서 가장 구체적인 실천계획을 제시하고 추진하였다. 그러나 문케어는 노무현정부의 보장성 강화 전략을 그대로 답습함으로써 결국 목표를 이루는 데에 실패했다. 즉 현존하는 비급여 행위 항목들을 급여화하면 보장률을 달성할

수 있을 것이라는 간단한 산술에 의존하였다. 그러나 보험 적용에서 제외되는 비급여는 성장하였고, 새로운 비급여도 계속 생성되었다. 정부가 비급여에 대한 완전한 통제력을 가지지 못한다면 의료공급자의 협조가 불가피한데, 보장성 강화대책을 발표한 지 일주일 만에 의사들의 반대에 부딪혔다. 더구나 시민단체의 지지를 획득하는 데에도 성공적이지 않았다. 의대 정원 확대와 공공의대 설립도 코로나19의 유행상황 속에서 추진되면서 의사들의 반발을 극복하지 못했고, 정부는 의정협의체를 구성하여 논의한다는 선에서 추진이 중단되었다.

공공의료의 확충은 민간 중심의 의료공급체제로 운영되는 우리나라에서 의료단체들의 반대에 봉착하기도 하였지만, 여당과 청와대, 행정부 내부의 예산 권력의 지지를 획득하는 데에 실패한 것이 가장 큰 약점이었다. 노무현정부와 마찬가지로 문재인정부도 보건의료산업의 육성에 적극적 관심을 가졌다. 공공의료를 옹호하는 세력은 의료산업을 옹호하는 세력들과 대치하는 상황을 만들었다. 소위 데이터3법(개인정보보호법, 신용정보법, 정보통신망법)을 제정하여 가명 정보의 상업적 이용과 금융 빅데이터의 이용, 정보 주체의 동의 없이 이용 및 제공할 수 있도록 하였고, 의료영리화 3법(혁신의료기기법안과 체외진단기기법안, 첨단재생의료법안)을 제정하여 의료산업의 혁신을 추진하였다. 이는 의료의 공공성을 훼손한다는 시민단체들의 반발에 부딪혔다. 한편, 건강보험제도의 운영을 담당하는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원 두 조직은 문케어 추진과정에서 확대되면서 기능도 중첩되는 현상이 나타났다. 보험급여와 약제관리 업무가 커지면서 업무의 세분화가 이루어지고 그 업무를 양 기관에서 복잡하게 분담하는 양상이 나타났다. 양 기관의 직원 수는 2016~2021년 2/4분기 사이에 국민건강보험공단은 13,541명에서 16,321명, 건강보험심사평가원은 2,529명에서 3,971명으로 급격히 증원되었다.

2) 경제학적 측면에서의 평가

건강보험의 보장성 강화는 통상 경제적 후생을 증가시키는데, 문케어의 경우 공보험 재정의 증가와 함께 민영보험의 규모도 급격히 성장하였고, 비급여 확대에 의한 도덕적 해이도 증가하였다. 공보험 혜택의 확대에 의한 편익의 증가, 민영보험의 보완적 역할의 확대에 따른 편익을 계산하여 투입된 비용과 비교해 봐야 하지만, 비용이 편익을 능가하였을 것으로 추정된다. 보편적인 보장성의 확대에 저소득자의 소득 대비 본인부담 비율이 줄어들어서 저소득층의 가처분소득이 고소득자의 그것에 능가했을 것으로 추정된다. 노동시장에서는 보장성 강화로 인한 소비자의 의료이용 증가로 의료인력의 고용이 늘어났을 것으로 본다. 그러나 의료이용의 대형병원 쏠림으로 대도시

지역의 의료인력의 고용이 늘어나고, 시골지역의 구인난이 발생하였다. 보장성 강화로 늘어나는 의료수요는 적정 이상으로 초과하였을 것이고 공급 또한 수요에 부응하여 초과 공급되었을 것이다. 비급여 또한 꾸준히 창출됨으로써 의료비용은 크게 증가하였다. 의료자원의 배분에 있어서 대형병원 쏠림이 가속화되었고, 상대적으로 경영난을 겪는 병원의 도덕적 해이가 발생하였을 것이다. 의료시장의 확장과 함께 초과 이윤이 발생함으로써 비의료인이 의료시장에 뛰어들어 사무장 병원이 활성화되는 조짐도 보였다. 보건산업에 있어서 민영보험이 성장하고, 대형병원이 활성화되며, 제약과 기기 매출이 증가하였을 것으로 추정된다. 상기의 추정들은 저자의 경제학적 직관에 의한 판단이며, 근거를 생산하기 위한 노력이 이루어지지 못한 아쉬움이 있다.

3) 보건결과 측면에서의 평가

접근성(access) 향상으로 사망률이 감소하고, 기대여명이 연장되었을 것으로 추정된다. 그러나 근거 생산을 하지 못하고 있다. 의료취약층의 접근성 향상으로 의료이용 및 건강수준의 격차 감소에 기여하였을 것으로 생각되지만, 이 역시 문케어의 성과로 측정되지는 못하고 있다. 자원(시설, 인력, 장비)의 대도시 쏠림으로 지역 간 의료자원 격차가 의료이용 격차에 기여하였을 것이다. 의료의 질적 격차가 소득 계층 간, 지역 간에 어떻게 발생하는지 규명할 필요가 있지만, 이 부분에 대한 규명이 되지 못하고 있다. 비용 대비 효과도 불분명한 상태이다. 근본적으로 문케어의 성과를 제대로 측정하는 데에 미흡하였다.

3. 코로나19 대응에 대한 평가

코로나19는 아직 진행 중이기 때문에 정부의 대응을 평가하기에 아직 이르다. 각국의 코로나19에 대한 대응 평가는 여러 가지가 있겠지만, 블룸버그(Bloomberg)의 평가순위를 통해서 우리나라의 대응수준을 보기로 한다. 블룸버그에서 평가하는 두 가지 순위를 보자[25]. 첫 번째는 2020년 기준의 보건의료체계의 효율성 순위(efficiency ranking)이고, 두 번째는 2021년 기준의 코로나19에 대한 회복탄력성 순위(COVID-19 resilience ranking)이다. 블룸버그 2020년 효율성 순위는 기대수명과 의료비(국민의료비 대비 국내총생산[gross domestic product, GDP], 1인당 의료비), 코로나19의 확진자수와 사망률, 그리고 GDP 예상 성장률을 종합하여 계측한다. 여기에서 한국은 4위였고, 1-3위는 싱가포르, 홍콩, 대만이었다. 의료비 대비 기대수명이 길고 코로나19의 확진자와 사망자 수가 적었기 때문이다. 노르웨이가 11위인 것을 제외하고는 대부분 유럽 국가들은 후순위로 밀려났다. 블룸버그 2021년 회복탄력성 순위로 보면) 한국은 2021년 11월 기준

으로 16위를 기록하였다. 2020년에 비교적 좋은 순위를 유지하다가 2021년 5월 이후에 백신 확보 경쟁에서 뒤지면서 순위가 떨어져 9월에는 26위까지 밀렸었다[25]. 11월 현재 한국은 백신접종률은 양호하지만 항공 탑승객 규모가 적고 항공편 제한이 많은 편이고, 일상생활 제한은 보통수준이다. 확진자와 사망자수에서 양호하고 양성판정률도 낮게 나타났다. 그러나 경제회복 속도가 느린 편이다. 지역사회에서 일상활동 제한은 보통 수준이고, 보편적 의료보장과 인간개발지수가 높다. 결국 블룸버그 지수는 일상생활로 돌아가 경제적 활력을 되찾으면서도 코로나19의 방역 실적이 양호하여야 함을 의미한다. 우리나라는 11월에 들어 일상생활 회복을 선언한 이후로 12월에 확진자 수와 위중증 환자가 급증하면서 병상 확보와 의료인력 확보에 비상이 걸렸다. 외국의 사례에 비추어보면 방역을 완화하면 코로나19가 다시 재유행하는 상황을 수차례 반복하였다. 이 때문에 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development)는 급증하는 환자에 대응하는 보건의료체계를 강화하고 자원 배분을 최적화해야 한다고 강조했다[26]. 우리나라는 처음 시도하는 실험이기 때문에 방역 역량과 의료시스템의 대응이 시험대에 올랐다. ‘Our World in Data’를 통해서 우리나라의 방역수준을 보면, 12월 7일 기준으로 백신의 완전접종률은 세계 3위였고, 백신 부스터샷은 아직 접종률이 10% 정도의 낮은 편이나 빠르게 추격하고 있다. 한국은 코로나19 발생 이후, 확진자 수가 낮은 상태를 유지하였는데, 12월 8일 현재 확진자 수와 사망자수에서 일본과 대만을 훨씬 능가하는 양상을 보인다. 코로나 발생 이후, 누적 사망자수에서 미국과 서구 유럽에 비해 항상 좋은 성과를 보였고, 한국은 초과사망률²⁾에서 꾸준히 양호한 성과를 거두고 있어 의료대응시스템이 잘 작동하고 있다는 평가를 받았다. 그러나 85세 이상 연령층에서는 미국이나 영국, 스웨덴에 비해 초과사망률이 오히려 높게 나타나 코로나19로부터 고령 노인을 보호하는 대책이 취약함을 알 수 있다. 요양병원이나 요양원에서 대치가 부실함을 의미한다. 2021년 11월의 위드코로나 선언 이후에 12월 현재 한국의 의료대응 역량이 시험대에 올랐다.

차기 정부의 과제

차기 정부의 과제는 세계보건기구(World Health Organization)가 제안하는 보건의료체계의 틀에 기초하여 재정운영, 의료공급과 자

원, 거버넌스 측면에서 살펴보기로 한다.

1. 보건의료 재정운영

건강보험 보장성은 멈출 수 없는 과제이다. 보편적 의료보장(Universal Health Coverage)의 지향성은 국제적인 표준이 되고 있다. 의료서비스의 보험적용 확대와 본인부담 인하를 위한 보장성 강화의 접근전략과 방식을 다시 검토해야 한다. 행위수가제를 유지하는 한 항목 확대를 통해 보장성을 강화할 수밖에 없는데, 비급여의 통제 기전이 제대로 작동하지 않고 있다. 비급여의 통제는 의료공급자 단체의 자율적인 협조 혹은 보험자와 공급자 간 협의-조정이 필요하다. 포괄수가제 지불방식이나 가치기반의 지불보상으로 대전환하는 빅딜이 필요할 것이다[27]. 보험자와 공급자 간 협의가 여의치 않을 경우에는 가입자와 공급자 간 협의 기전을 마련해야 한다.

한편, 현재의 보장률 지표를 대체하는 새로운 지표의 개발을 적극 검토해야 한다[28]. 국제적으로 통용되는 표준 지표를 권고한다. 예를 들면, 가계 본인부담률이나 의료빈곤화율, 재난적 의료비 부담 가구비율 등을 들 수 있다[29]. 그리고 의료보장성—재정건전성—보건 의료성과 지표 3자를 모니터링하는 지표의 빠른 산출이 중요하다. 2021년 11월 현재, 대부분의 지표들이 2019년 수치에 머물고 있어 보장성 강화의 성과를 제대로 평가할 수 없다.

근원적으로는 의료서비스에 대한 상업적인 거래 관행(의식)에 변화가 필요하다. 보험급여 항목의 확대로 소비자 가격이 인하되면서 소비자의 비급여 서비스에 대한 지불 여력이 증가하게 되고, 비급여 부담이 늘어나면서 민영보험 가입이 증가하게 된다. 결과적으로 공보보험료, 비급여 비용, 민영보험료 3자 모두 증가하는 악순환의 고리에 빠지게 되었다. 민영보험이 제2의 건강보험화될 우려가 점증하고 있다. 나아가 민영보험이 제2의 장기요양보험화되거나 제2의 상병급여화될 가능성에도 대비해야 한다.

재정운영의 효율성과 질적 향상에 정책적 중점을 두어야 한다. 지금은 의료비 급증의 초입에 들어섰음을 인식해야 한다. 보편적인 보장률 지표보다는 의료빈곤화율 해소에 우선을 두어야 하고, 양적 보장에서 질적 보장으로 넘어가는 단계임을 인식해야 한다. 그리고 의료-요양-사회서비스 간 연계조정의 기전과 거버넌스가 갈수록 중요해지고 있다. 국민건강보험공단 중심의 장기요양서비스와 관련된 방문의료 및 약료서비스가 확대되고 있으며, 지자체와 보건소의 방문 의료 및 사회서비스가 확대되면서 영역 간에 서비스의 연계를 통한

1) 회복탄력성 순위는 세 부분으로 구성된다. 첫째는 일상생활 재개 수준(백신접종인구, 목다운의 엄격성, 항공수송 정도, 백신에 의한 여행 정도), 둘째는 코로나 상황(인구 10만당 1개월 확진자 수, 인구 10만당 3개월 사망자 수, 인구 백만당 사망자 수, 양성판정률), 셋째는 삶의 질(지역 내 이동수준, 2021년 예상 경제성장률, 보편적 의료보장 범위, 인간개발지수)이다.

2) 초과사망률(excess mortality)은 평상시와 비교하여 코로나 유행 시에 얼마나 많은 사망자가 발생하였느냐를 계속하는 지표로, 코로나 유행 시에 방역 및 의료시스템이 얼마나 잘 대응하였느냐를 가늠하는 정도가 된다.

재정효율화가 필요하다. 보건소와 시군구(읍면동)에 걸쳐 있는 각종 센터의 난립을 정리해야 한다. 즉 치매안심센터, 정신복지센터, 읍면동 건강생활지원센터(78개), 보건소의 주민건강센터(156개) 등이 관리하는 대상자가 중복되고 있는데, 대상자 중심의 서비스 연계를 효율화하거나 각종 센터들을 통폐합하는 조치도 강구해야 한다.

마지막으로 보건의료 재정에 대한 국가책임의 정도에 대해 검토가 필요하다. 보건복지 분야에서 지방분권과 균형발전을 도모하면서 대부분의 프로그램은 국가의 재정책임이 강화되는 방향으로 운영되어 왔다. 대표적으로 치매국가책임제는 장기적으로 지속되기는 어려울 것이다. 국가중앙의료원을 정점으로 공공의료기관 중심으로 전달체계를 구축하는 사업도 막대한 국가재정이 소요될 것으로 전망된다.

2. 의료공급 및 자원

전 국민건강보험제도와 의료기관의 당연지정제하에서 민간의료의 공공성 준수를 위한 규율이 확립되어야 한다. 공중보건위기 상황에서 의료자원의 동원이 가능한 체계의 구축이 중요하다. 공공병원의 확충만으로 보건위기 상황에 충분히 대처하기 어려울 뿐 아니라 공공병원 중심으로 대처하는 것은 자원의 낭비를 야기할 수 있다. 민간병원의 공공적 역할을 강화해야 할 것이다. 보건위기 상황에서는 공중보건의 의무 이행(public health mandate)을 부여해야 한다. 공공보건의료 기본계획에서 제시하는 지역완결형 의료공급체계의 구축을 위해서 공공병원을 신설, 확대해 나가는 재정투자는 위험성을 내포한다. 민간 병상이 포화상태에 있는 상황에서 공공병원이 환자의 신호를 받지 못할 경우에 ‘나쁜 적자’의 함정에 빠질 것이다. 필수의료의 사각지대 해소를 위한 목적이라면 공공병원의 설립 이외의 다른 효과적인 대안도 강구해야 할 것이다.

공익적 필수의료와 공중보건위기에 체계적으로 대처하는 중앙-광역-기초 지자체에서의 책임의료기관에 대한 근본적인 재검토가 필요하다. 국립중앙의료원, 국립대병원, 지방의료원 등의 리더십과 역할을 면밀히 검토하고, 공공병원에 대한 재정투자가 역량 강화의 본질적 조건인지 검토해야 한다. 특히 국공립 병원의 관리 거버넌스를 혁신하지 않으면 안 된다. 여러 부처(특히 보건복지부 vs. 교육부)와 지자체로 분산된 관리의 효율성을 검토해야 한다. 경영방식에 대한 재검토가 필요하며, 공공병원의 관리 자율성과 책임성을 부여하는 영국의 ‘Foundation Trust Hospital’의 운영방식을 참조할 수 있다. 그리고 향후에 의료서비스의 과다 공급을 제공할 유인이 크고 의료자원 시장을 교란시킬 가능성이 큰 상업화된(commercialized) 의료공급과 수요시스템을 어떻게 유지·발전시킬 것인지, 혹은 어떤 규제가 필요할 것인지에 대해 사회적 합의가 필요하다.

3. 보건의료체계의 거버넌스

2022년 차기 정부는 새로운 보건의료의 틀 구축을 고민해야 한다. 1977년에 건강보험을 도입했고, 1989년에 전 국민건강보험을 달성했다. 2000년에 단일보험자 체제를 구축했고, 의약분업도 시행했다. 현재 한국은 1인당 소득 3만 달러를 초과하여 선진국에 진입했고, 2026년에는 고령화율 20.83%로 초고령사회에 진입할 것이다. 4차 산업혁명도 급속히 진행되고 있다. 이러한 변화에 걸맞은 보건의료 패러다임이 준비되어야 한다. 차제에 우리나라의 실정에 맞는 한국형 보건의료체계의 정체성(identity) 정립이 중요하다. 예컨대, 1977년 패러다임에서 2000년 패러다임을 거쳐 2025년 패러다임으로의 혁신이 필요하다. 보건의료는 코로나19를 경험하면서 더욱더 모든 정책에서 고려해야 할 부문(Health in All Policies)으로 등장했다. 보건의료시스템의 대응 역량은 비보건 분야를 포함해야 한다. 정부의 총체적 역량과 경제적, 사회적 회복탄력성, 문화적인 수준 등 복합적 요인이 보건역량에 영향을 미친다. 보건의료체계를 운영함에 있어서 국제적으로 표준화된 성과지표 달성을 보건정책의 목표로 삼도록 해야 한다. 보장률이나 공공병상 확충과 같은 지표보다는 건강수준, 의료의 질, 반응성, 접근성, 효율성, 형평성 지표에 중점을 두고, 보건을 국가안보와 국가경쟁력의 인프라로 간주하여 국가안전보장회의(National Security Council)와 같은 국가보건회의(National Health Council) 운영을 적극 검토해야 한다.

결론

보장성과 공공의료 확충을 전면에 내세운 문재인케어는 노무현케어의 2.0 버전이라 볼 수 있다. 노무현케어가 목표로 했던 보장률과 공공병상 30% 확보를 달성하지 못했듯이 문재인케어 역시 기대했던 목표를 성취하지 못했다. 그 이유는 노무현케어의 실패한 전략을 그대로 답습했기 때문이다. 버전 2.0에서는 전략의 수정이 필요했는데, 전략의 변화 없이 일방적으로 추진한 결과이다. 보장성 강화에 의해 보험재정이 기대 이상으로 증가했음에도 보장률 70%의 달성은 요원해졌고, 비급여 통제도 실패하여 민영 실손보험의 팽창을 가져와 국민 부담은 크게 늘어났다. 비급여의 전면 급여화는 의사단체의 즉각적인 반발을 불러왔고, 민영보험시장을 의도한 대로 통제하지 못했다. 그나마 코로나19의 발생으로 일부 진료영역에서 의료이용이 감소하여 보험재정의 악화를 다소 완화하였다. 공공의료의 확충을 위해 수차례의 계획을 세웠으나 현실화되지는 못하였고 사회적 동의를 얻지도 못하였다. 무엇보다도 의사단체의 저항을 극복하지 못하고, 공공

의료 투자를 위한 예산권력의 동의를 얻어내지 못했다. 시민단체의 지지를 얻는 데에도 미흡하였다. 진보성향의 정부가 넓은 의미에서 의료의 공공성을 강화하려는 방향은 옳지만, 여러 이해관계 집단들과의 소통을 통한 협의에는 인색하였고, 공공이 소유하는 의료기관만을 공공의료로 간주하고 민간 중심의 의료공급체제를 가진 우리나라에서 민영 의료기관의 공공적 역할을 경원시하였다.

차기 정부 역시 보장성 강화는 계속해서 추진해야 할 과제이지만, 재난적 의료비로 의료빈곤화에 빠지지 않는 데에 우선순위를 두고 비급여 관리를 위한 의료공급자 및 소비자와의 협의 기전을 만들어야 한다. 비급여 관리가 실손보험의 정상화를 위한 핵심 기제이기도 하다. 초고령사회를 앞두고 의료보장과 함께 장기요양(돌봄) 및 방문보건의료-복지서비스의 효율적 연계체계의 구축이 중대한 과제로 떠올랐다. 의료공급 및 자원체계의 구축에 있어서 공공 소유와 민간 소유를 가리지 않고 모든 의료공급 및 자원을 포괄적인 공공의료(public health)의 관점에서 접근해야 할 것이다. 공공의료기관이 더 효과적인 기능을 수행할 수 있는 부문에 공공투자를 지원해야 할 것이다. 2022년에 출범할 차기 정부는 2026년 초고령사회와 4차 산업혁명의 급진전 등 시대적 변환기를 맞아 보건의료의 새로운 패러다임을 설계하고, 보건의료체계의 역량이 국가의 총체적인 역량을 대변한다는 인식을 가져야 한다.

ORCID

Byongho Tchoe: <https://orcid.org/0000-0003-3115-534X>

REFERENCES

1. Democratic Party. 19th Presidential Election Policy Promises [Internet]. Seoul: Democratic Party; 2017 [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://theminjoo.kr/board/view/policyreference/90440>.
2. National Planning Committee. 5 Year management plan of Moon Jae-in Government [Internet]. Seoul: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2017 [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37595>.
3. Ministry of Health and Welfare. Performances of Moon Jae-in health care during 4 years [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021 [cited 2021 Nov 9]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=366832.
4. Ministry of Health and Welfare. Dementia, now Government's responsibility. [Internet]. Sejong: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2017 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=148842645>.
5. National Health Insurance Corporation. Notice of 2019 long-term care insurance statistics publication [Internet]. Seoul: Korea Insurance Research Institute; 2020 [cited 2021 Nov 7]. Available from: https://kiri.or.kr/PDF/%EC%A3%BC%EA%B0%84%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%8F%99%ED%96%A5/20200914/trend20200914_2.pdf.
6. Ministry of Health and Welfare. Planning of integrated community care: community care for the elderly as the first step [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [cited 2021 Nov 5]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=346683&page=1.
7. Policy Wiki. Community care [Internet]. Sejong: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2020 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>.
8. Park SM. Korea Disease Control and Prevention Agency considers the establishment of the fifth infection hospital. Doctor's Times [Internet]. 2021 Sep 13 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=216236>.
9. Ministry of Health and Welfare. The First Public Health Plan (2016-2020) [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016 [cited 2021 Nov 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0319&CONT_SEQ=330502&page=1.
10. Ministry of Health and Welfare. The comprehensive measures of strengthening public health [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [cited 2021 Nov 3]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346233.
11. Ministry of Health and Welfare. Strengthening public health for the protection from infectious diseases and the essential care [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020 [cited 2021 Nov 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=361639.
12. Ministry of Health and Welfare. The Second Public Health Plan

- (2021-2025) [Internet]. Seoul: Korea Insurance Research Institute; 2021 [cited 2021 Nov 5]. Available from: https://kiri.or.kr/PDF/%EC%A3%BC%EA%B0%84%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%8F%99%ED%96%A5/20210607/trend20210607_5.pdf.
13. Ministry of Health and Welfare. Achievements of two-years' Moon Jae-in Care [Internet]. Sejong: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2021 [cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156339318>.
 14. Shin SS. Election pledge and policy tasks of president Moon Jae-in in healthcare sector. *Health Policy Manag* 2017;27(2):97-102. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.97>.
 15. Jung S, Moon H. Claims of indemnity insurance and its issues. *KIRI Rep* 2020;12:1-7.
 16. Jung S, Moon H. Claims of cataract indemnity insurance and its issues. *KIRI Rep* 2021;7:14-16.
 17. Financial Services Commission. Containment of non-covered medical services and revamping indemnity insurance [Internet]. Sejong: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2020 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156429066>.
 18. Oh MH. Congress man, Kim Sung-Ju, concerned the concentration of patients toward tertiary hospitals. *Korean Hospital Press* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2021 Nov 12]. Available from: <https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=213844>.
 19. Choi ET. Mega hospitals: patients up with major diseases and patients down with minor diseases. *The Voice for Healthcare* [Internet]. 2021 Oct 18 [cited 2021 Nov 12]. Available from: <http://www.newsthevoice.com/news/articleView.html?idxno=23006>.
 20. Ko SJ. Connected cooperation among departments for the consolidated public health. *Medical Observer* [Internet]. 2017 Sep 21 [cited 2021 Nov 6]. Available from: <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=105884>.
 21. Prime Minister's Secretariat. Convening trans-departments public hospitals consortium [Internet]. Sejong: Office for Government Policy Coordination, Prime Minister's Secretariat; 2019 [cited 2021 Nov 7]. Available from: <https://www.opm.go.kr/flexer/view.do?ftype=hwp&attachNo=93687>.
 22. Kim C. Health as a public service and public health. Bucheon: Hanul Academy; 2019.
 23. Kim J, Lee J, Lee Y. The need and strategy for enforcing public health. Wonju: National Health Insurance Research Institute; 2020.
 24. Tchoe B. The political economy of US health care reform. *Korean J Health Econ Policy* 2011;17(1):71-101.
 25. Bloomberg. The COVID resilience ranking: the best and worst places to be as winter meets omicron [Internet]. New York (NY): Bloomberg; 2021 [cited 2021 Dec 9]. Available from: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/>.
 26. Organization for Economic Cooperation and Development. Beyond containment: health systems responses to COVID-19 in the OECD. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2020.
 27. Zaki MM, Jena AB, Chandra A. Supporting value-based health care: aligning financial and legal accountability. *N Engl J Med* 2021; 385(11):965-967. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2105625>.
 28. Kwon S. Policy issues in the coverage of the national health insurance. *Health Welf Forum* 2019;(272):5-14.
 29. Tchoe B. Policy implications for the national health insurance coverage expansion. *Health Welf Forum* 2020;(289):7-22.