

# 한선 프리미엄 리포트 Hansun Premium Report

2,000원으로 내 마음같은 '정책후원' 하기

☒ 문자 한 통 #7079-4545

## 202회 공동체자유주의세미나 주요내용

주 제 : 의료시스템 개혁  
발제자 : 이규식 연세대학교 명예교수  
일 시 : 2015년 10월 22일 오전 7시30분  
장 소 : 국회의원회관 제3세미나실

### < 요약 >

☞ 10월 22일 202회 공동체자유주의 세미나는 이규식 연세대학교 교수를 연사로 초청해 의료시스템 개혁을 논의했습니다.

■ 우리나라 의료 체계는 자유방임형으로 의료가 남용되고 있다. 하지만, 언론에서는 건강보험공단 누적 흑자(13조원)를 거론하며 '미충족 의료'라고 의료 이용을 부추긴다. 자유방임형 의료체계이지만 우리나라의 보장성은 62%로 낮고 계속 떨어지고 있다. OECD 평균은 70~80%다.

■ 의료공급 체계의 왜곡도 문제다. 공급체계가 급성질병에 맞춰 있어 의료서비스가 분절적으로 제공되고 있다. 만성질병에 부적합한 분절적 서비스로 환자들은 의료기관을 자주 찾아야 한다. 또 병원은 감염관리 비용을 책정하지 않고 있다. 감염관리 부실은 메르스 사태의 경우가 재발할 수 있다는 것을 의미한다.

■ 의료기관이 영리에 몰들어 있다는 점 역시 문제다. 공공의료, 공공병원은 '착한 의료기관'이라고 얘기하지만 내용적으로는 영리병원과 같다. 공공보건, 공공병원은 어떤 일을 해야 하는지 정체성이 정립되어 있지 않다. 의료에만 의존하는 국민건강 관리 형태도 잘못이다. 의료는 건강에 기여하는 비중은 약 10%에 불과하다.

■ 우리나라 2013년도 외래일수는 14.6회로 OECD 국가 중 가장 많다. 우리 다음은 일본으로 12.9회다. 일본은 정책을 통해 줄어든다고 있지만 우리는 계속 늘어나고 있다. 건강 기대여명과 기대수명의 차이는 학력이 낮일수록 크다. 이는 중졸 이하 사람의 경우 생의 마지막 약 10년을 질병으로 산다. 건강관리를 의료에 의존하기 때문이다.

■ 우리의 현재 의료체계는 1977년 의료보험제도 도입 당시의 패러다임인 '77패러다임'이 아직까지 지속되고 있다. 1977년 1인당 GDP 1,000달러의 패러다임을 1인당 GDP 30,000달러 시대에 대처할 수 있는 변화가 필요하다. 당시 77패러다임은 저보험료, 저수가, 저급여 체계

였다. 우리나라의 의료이용도는 높지만 국민의료가 GDP에서 차지하는 비중은 7% 수준으로 다른 국가에 비해 낮다. 이는 효율적 운영이 아니라 값 싼 의료를 국민에게 제공하고 있음을 의미하는 것이다.

■ 1948년 UN인권선언에 건강권이 기본권이 되고, 의료에 대한 사회보장권이 생기면서 의료가 국민의 기본권리가 됐다. 하지만, 우리나라는 건강보험제도 도입에 따른 이념이 없는 상태다.

■ 보험 제공 서비스는 국민이 감당할 수 있는 수준의 최소한이어야 한다. 선택진료와 1인실을 이용하기 위해서는 시장을 따로 만들어야한다. 환자 한 명을 대상으로 두 개의 시장이 공존하기 때문에 환자의 70%가 2인실로 가고 있다. 이런 문제를 해결하기 위해 영리 병원과 비영리병원으로 분리해야한다.

■ 1990년도에 OECD국가들이 병상을 줄이는 이유는 인구구조가 고령화되고 만성질병 중심으로 되어 의료가 병원 중심에서 지역사회 중심으로 넘어갔기 때문이다. 지역사회 중심으로 넘어가서 지역단위로 포괄케어나 1차 의료강화되고 있다. 하지만 우리는 방치하고 있어 계속해 병원이 늘어난다.

■ 건강보험 의료시장에서의 공급자에게 중요한 것은 가격이다. 기술료가 상대적으로 저평가되어 1차 의료자리 잡지 못하고 있다. 1차 의료는 주로 의사 손이 들어가는 의료지만 저평가로 인해 1차 의료강화되고 병원이 번성할 수밖에 없는 구조다. 또 병원은 고가장비 사용이 보편화되고, 병원 중심 의료는 점점 가속화되고 있다.

■ 의료개혁은 먼저 77패러다임을 전환해 2020년대에 맞는 틀로 바꾸어야 한다. 모든 병원이 영리적 행태를 가고 있는데, 이를 없애기 위해서는 보험시장부터 분화시켜야 한다.

## **■ 우리 의료 ‘자유방임, 공급체계 왜곡, 영리화’ 문제점 갖고 있어** **: 의료가 건강 기여 비중은 10%에 불과하지만, 의료 의존도는 심화**

- 우리나라 의료에는 몇 가지 문제점이 있다. 우선 자유방임형 의료체계로 의료자 남용되고 있다. 언론에서는 ‘미충족 의료’라고 하면서 의료 이용을 부추기고 있다. 올해 건강보험공단의 누적 흑자가 13조 원 이상이라는 기사를 통해 병원을 제대로 이용하지 못해서 돈이 남았다고 주장한다. 하지만, 이는 잘못됐다. 자유방임형 의료체계지만 우리나라의 보장성은 62%로 낮다. 보장성은 계속 떨어지고 있다. OECD 평균은 70~80%이다.

- 또 의료 공급체계가 왜곡되어 있다. 만성질병에 대해서는 지속적, 연속적인 의료가 요구되지만 현재 대한민국 의료공급체계는 급성질병에 맞춰 있다. 그러다 보니 의료서비스가 분절적으로 제공되고 있다. 의료 이용이 높은 이유는 이러한 의료 공급체계의 문제점에서도 찾을 수 있다. 만성질병에 부적합한 분절적 서비스 공급으로 환자들은 의료기관을 자주 찾을 수밖에 없다. 여기에 의료서비스 관리가 안 되고 있다. 병원의 감염관리는 돈을 지불해야 가능한데 비용이 책정되어 있지 않다. 감염관리 부실은 전염병이 발생했을 때 메르스 사태가 재발할 수 있다는 것을 의미한다.

- 의료기관이 영리에 몰두하고 있다는 점 역시 문제다. 공공의료, 공공병원은 ‘착한 의료기관’이라고 얘기하지만 내용은 영리병원과 같다. 공공병원이나 민간병원, 서울대병원이나 세브란스병원이 돈 벌기 위한 건 똑같다. 공공보건, 공공병원은 어떤 일을 해야 하는

지 정체성이 정립되어 있지 않기 때문이다. 공공보건의료에 관한 법만 있고, 공중보건에 관한 법은 없다. 공중보건이 상실되었다. 이런 상황이다 보니 공공병원이나 민간병원에서 하는 역할이 같다. 같은 역할이지만 공공병원의 적자는 ‘착한 적자’라 해서 정부가 메꿔주고 있다. 공공병원의 적자보전은 민간병원에서 하지 못하는 특별한 일을 할 때 발생하는 적자에 국한해야 한다. 의료에만 의존하는 국민건강 관리 형태도 잘못이다. 의료가 건강에 기여하는 비중은 약 10%에 불과하지만 우리는 건강관리를 모두 의료에 의존하고 있다.

- 우리나라의 높은 의료이용으로 나타난 좋은 현상 중 하나는 소득계층 간 의료이용의 형평성이다. 완전한 형평성을 ‘제로(0)’라고 할 때 우리나라는 ‘마이너스(-)’다. 이는 저소득층이 고소득층보다 의료 이용이 더 많다는 것이다. 우리나라 2013년도 외래일수는 14.6회로 OECD 국가 중 가장 많았다. 우리 다음은 일본으로 12.9회다. 일본은 정책을 통해 줄어들고 있지만 우리는 계속 늘어나고 있다. 언론이 ‘미충족 의료’라 부추기기 때문에 앞으로 더 늘어날 것이다.

#### ◆ 의료이용 및 급성기 병상 수 비교(2013)

국가	외래일수	입원일수	병상수(1,000명당)
일본	12.9('12)	30.6	7.9
한국	14.6	16.5	6.2
독일	9.9	9.1	5.3
OECD 평균	6.8	8.3	3.3
프랑스	6.4	10.1('12)	3.4
네덜란드	6.2	5.3('11)	3.3('12)
미국	4.1('11)	6.1('11)	2.5('12)

- 건강수준은 교육수준별로 격차를 보인다. 30세에서의 기대여명은, 중졸 이하는 46세로 76세까지 살 수 있고 대졸 이상은 기대 여명이 51.7세로 82세까지 살 수 있다. 건강 기대여명과 기대수명의 차이를 보면, 학력이 낮일수록 차이가 크다. 이는 생의 마지막을 중졸 이하 사람의 경우 약 10년을 질병으로 산다는 것을 의미한다. 건강관리를 의료에 의존하기 때문으로, 이런 일은 앞으로도 고쳐지기 쉽지 않다.

#### ◆ 30세에서 교육수준별 건강수준(기대여명) 격차

학력	기대 여명(A)	건강기대여명(B)	B/A(%)	A - B (세)
중졸 이하	46.3	35.8	77.2	10.6
고졸 이하	50.7	44.0	86.7	6.7
대졸 이상	51.7	46.6	90.0	5.2

- 인구 1,000명 당 급성기 병상 수는 1990년대 이후 OECD 국가들은 모두 줄이는 정

책을 썼다. 일본은 1990년 12.3개에서 2013년 7.9개로 줄었다. 독일, 프랑스, 미국도 마찬가지다. 우리가 복지국가라 하는 스웨덴은 1.9개다. OECD 국가 평균도 3.3개다. 반면 우리나라는 1990년 2.0개에서 2013년 6.2로 계속해 증가하고 있다. 이대로 가면 2020년 이전에 일본보다 더 많아 질 것이다.

◆ 주요 국가의 급성기 병상 수 변화(인구 1,000명당)

국가	1990	2000	2013
일본	12.3('93)	9.6	7.9
한국	2.0	3.9	6.2
독일	7.1('91)	6.1	5.3
프랑스	4.4('97)	4.1	3.4
덴마크	3.9('97)	3.6	2.5
미국	3.7	3.0	2.5
캐나다	4.1	3.2	1.7('12)
스웨덴	4.1	2.5	1.9
OECD 평균	4.6	4.1	3.3

## ■ 77패러다임 구조에서 벗어나지 못하는 대한민국 의료체계

### : 저보험료, 저수가, 저급여 등 국민에게 값 싼 의료 제공

- 우리의 현재 의료체계는 1977년 의료보험제도를 도입 당시의 '77패러다임'이 지속되고 있다. 1977년 1인당 GDP 1,000달러의 패러다임에서 1인당 GDP 30,000달러 시대에 대처할 수 있는 변화가 필요하다. 당시 77패러다임은 저보험료, 저수가, 저급여였다. 의료이용도가 높지만 GDP에서 차지하는 국민의료 비중은 7%가 조금 넘는다. 다른 국가가 10%가 넘는 것에 비해 우리나라는 국민의료 비중이 낮다. 의료이용은 많지만 국민의료가 적다는 것에 사람들은 효율적인 운영이라고 평가할 수 있겠지만 이는 효율적 운영이 아닌 값 싼 의료로 국민에게 제공하고 있는 것이다. 우리는 병원에 대한, 의료관리에 대한 비용을 지불하고 있지 않다. 병원과 가정에서 치료를 받는 것의 차이는 병원은 감염관리가 되고, 가정에서는 감염관리가 안 되는 것이다. 그래서 우리가 병원을 가는 것이다. 고도의 기술이 필요해서 가는 경우가 있지만, 가정에서 관리해도 되는 내과계 질환인데도 병원에 입원하는 것은 의료 낭용이라 할 수 있다.

- 또 감염이나 응급실 등도 관리가 안 되고 있다. 예를 들어 베트남은 우리나라처럼 가족간호가 없고, 중환자실에는 아주 중증 환자만 1인실에 두어 관리를 한다. 우리나라는 응급실, 중환자실에 환자를 모아두고 관리를 한다. 제대로 된 의료를 하기 위해서는 바로 감염, 응급실, 중환자실 관리가 제대로 될 수 있는 가격 책정이 돼야 한다.

- 공중보건 업무에 치중해야 될 보건소, 보건지소가 진료에 신경 쓰고 있는 점도 문제다. 건강보험제도 도입에 따른 이념이 없는 상태다. 건강보험제도는 1977년 정부가 시혜적 차원에서 도입했다. 당시 우리나라도 이제 1,000달러 시대가 됐고, 근로자들이 병

때문에 결근하는 것은 없어야겠다는 취지였다. 산업화 된 국가들이 건강보험제도를 처음 도입한 것은 1880년대 비스마르크 시대다. 당시에는 근로자 복지차원으로 근로자들만 한정했다. 하지만 2차 세계대전 이후 모든 국가들이 건강보험의 틀을 바꾸었다. 1948년 UN인권선언에 건강권이 기본권이 되고, 의료에 대한 사회보장권이 생기면서 의료는 국민의 기본권리가 됐기 때문이다. 하지만 우리는 아직까지 의료는 기본권 보장 차원이 아니다.

- 그리고 건강보험 의료시장 성격을 잘못 이해하고 있다. 환자에게 의료가격은 무의미한 상태다. 본인 부담이 적기 때문에 가격에 대한 인식이 없다. 이런 상황에서 환자에게 자유방임형으로 의료서비스를 한다는 것은 도덕적 해이를 용인하는 것이다. 의료개혁 없이는 의료 이용은 계속해 올라가게 되어 있다. 공급자에게 가격은 자원배분의 문제로 중요하다. 의료수가가 제대로 책정되어있지 않은 외과계열에 의사가 모자란 것도 이런 이유다. 소비자에게 가격이 무의미한 실정과 공급자에게 가격이 중요한 의료시장의 현실에 대한 이해가 올바른 해결책을 만들 수 있다.

- 정책이 경직된 문제도 있다. 77패러다임이 그대로 유지되고 있다. 특히 모순된 정책일수록 근본적인 개혁을 도외시켰다. 전형적인 정책이 인구정책이다. 1980년대 초반 출산율이 2.3명으로 떨어질 때 출산율 수치가 같은 싱가포르의 이미 고령화를 대비해 국가 패러다임을 바꾸었다. 우리가 저출산 정책을 공식 폐지한 것은 노무현 정부 때였다.

## ■ 보험료 인상없는 보장성 제고는 ‘헛된 구호’ 에 불과

### : 의료기관 보험 대 비보험으로 이원화하고 있어...공중보건 부제도 문제

- 77패러다임의 긍정적인 측면도 있다. 수가가 낮고, 보험료가 낮아 전국민 의료보험을 최단기간인 12년 만에 달성했다. 만약 보험료가 높았다면 보험 확대가 어려웠을 것이다. 또 비급여, 선택진료, 상급병실 허용으로 정부 재정지원 없이 공급 확충이 가능해 전국민 의료보장이 용이했다. 그리고 보건소, 보건지소에서 진료기능을 허용해 무의면 해결이 가능했다. 면에 치과의사, 한의사까지 들어가게 됐다.

- 77패러다임 구조를 현재까지 유지하고 있어 보장성 제고가 어렵다. 국민들이 건강보험제도를 수가 할인제도로 인식하고 있고, 정치권의 포퓰리즘이 가세해 보험료 인상없이도 보장성 제고의 가능성을 언급하고 있다. 하지만 보험료의 인상없이 보장성 제고는 가능하지 않다.

- 의료서비스 관리의 부재와 감염, 응급실, 중환자실 관리에 대한 보상이 빈약하다. 수가를 올리지도 못하고 있다. 수가를 올리려하면 의사 소득을 따지기 때문에 힘들다. 하지만 의사 소득은 보험 의료로 통해 높아진 게 아니라 병원 수입을 통해 높아졌다.

- 비급여를 통한 공급자 보상 문제이다. 의료기관은 보험시장과 비보험시장으로 이원화된 문제가 있다. 환자는 인식하지 못하지만 공급자는 비보험시장에 수지를 맞춘다. 보험시장의 수가가 낮기 때문이다. 환자에게 시장을 이원화시킬 수 있는 의료기관은 보험수가가 낮아도 비보험을 통해 수지를 올릴 수 있어 의사들에게 높은 월급에 성과급까지 줄 수 있다. 이는 의료기관이 크면 더 용이하다. 비보험시장이 큰 병원과 작은 병원의



격차가 만드는 것이다. 비보험진료를 통해 적자가 나지 않기 때문에 비보험진료를 계속 개발한다. 보험시장을 강화할수록 비급여가 개발되어서 의료기관은 비보험시장을 찾을 것이다. 그리고 의료기관이 영리적 행태를 취하는 것 또한 문제다. 의료기관이 영리적 행태를 취하면 의료에 대한 불신이 생긴다.

- 또 다른 부작용은 기본권 개념과 건강보험 기본원칙의 부재다. 건강보험에서 기본원칙은 세 가지로 ▲보편적 적용 ▲포괄적인 서비스의 제공 ▲적용 서비스 수준의 최소화다. 우리나라에서 보편적 적용은 1989년에 전국민 의료보험으로 달성되었다. 포괄적인 서비스의 제공은 임상적으로 안전하고 유효한 서비스를 보험에 적용해주는 것이다. 의료기술이 발전하기 전에는 제한적이기 때문에 포괄적인 서비스의 제공이 쉬웠으나 의료기술이 발달한 지금은 새로 나온 기술에 전부 보험적용을 할 수가 없다. 보험을 적용하면 보험재정이 금방 바닥 날 것이다.

- 보험 제공 서비스는 국민이 감당할 수 있는 수준의 최소한이어야 한다. 즉, 상급병실 1인실은 보험에서 제공하지 말아야하고, 선택 진료를 하지 말아야한다. 선택 진료와 1인실을 이용하기 위해서는 시장을 따로 만들어야한다. 환자 한 명을 대상으로 두 개의 시장이 공존하기 때문에 환자의 70%가 2인실로 가고 있다. 이런 문제를 해결하기 위해 영리 병원과 비영리병원으로 분리해야한다. 우리나라 건강보험제도는 보편적 의료제공이라는 반쪽짜리 기능밖에 하지 못하고 있다.

- 보건기관이 진료를 하는 것에 대한 부작용도 있다. 보건기관이 본업인 공중보건보다 진료에 진력하여 공중보건 약화를 초래하고 있다. 공중보건은 우리가 쉽게 얘기하면 민방위 훈련을 하는 것과 같다. 공중보건은 전염병과 상황에 대비해 늘 훈련이 되어야 상황이 발생했을 때 대응 할 수 있다. 전염병이 터져 보건소에 환자신고가 들어오면 어느 병원에서 치료를 받아야하는지 알려줘야 하지만 메르스 사태가 발생했을 때 보건소에 신고가 들어오면 그 환자를 어디로 보내야하는지 전혀 정보가 없기 때문에 제대로 대처하지 못했다. 보건소에서 진료를 하는 건 주민들 눈에 띄어 성과가 바로 난다는 점 때문이다. 자연히 공중보건은 뒷전이 된다. 그리고 우리나라에서는 공공보건의료라는 한국형 용어가 탄생되어서 공공의료라고 부른다. 공공의료라는 용어는 외국에서 찾아볼 수가 없다. 공중보건이라는 용어는 있지만 공공보건이라는 용어는 없다. 공공의료는 공적으로 조달되는 재정으로 제공되는 서비스로 건강보험이 공공의료다. 예를 들어 세브란스 병원에서 건강보험환자를 보면 그것도 공공의료다. 공중보건은 대상이 일반대중이다. 두 용어는 다르기 때문에 혼합해 공공의료보건이라고 하는 것은 안 된다.

## ■ 의료, 병원 중심에서 지역사회 중심으로

### : 의료계획 없는 유일한 국가, 의료물 자유방임으로 방치해

- 건강보험 의료시장에서 가격에 대한 인식은 환자에게 무의미하다. 건강보험제도에서 구매자는 환자가 아니라 보험공단이다. 환자는 구매한 것을 이용하는 것이다. 그래서 구매자인 공단의 역할을 잘 활성화시키는 것이 올바른 정책이다. 건강보험제도를 도입한 나라 중 의료계획을 갖고 있지 않은 건 우리나라가 유일하다. 의료물 자유방임시장으로

방치한 결과, 의료의 장기발전 방향이 상실되었고, 필요 서비스 공급이 제한되었다. 1990년도에 OECD국가들이 병상을 줄이는 이유는 인구구조가 고령화되고 만성질환 중심으로 되어 의료의 병원에서 지역사회 중심으로 넘어갔기 때문이다. 지역사회 중심으로 넘어가서 지역단위로 포괄케어나 1차 의료의 강화되고 있다. 다른 나라는 1차 의료의 team approach를 통해 마지막을 병원보다 지역사회에서 보내도록 하면서 병상수를 줄이는 개혁을 했다. 하지만 우리는 방치하고 있기 때문에 계속해 병원이 늘어난다. 예를 들어 말기암환자가 병원에 가서 치료를 받지 못하고 있다면 환자 가족들이 병원에서 ‘병원에 왔는데 왜 의사가 손도 안대냐’고 따진다. 의사가 볼 때 3개월 뒤에 돌아가실 분에게 더 할 치료법이 없지만 환자 가족은 그 부분을 잘 모르기 때문에 치료를 요구한다. 항암치료부터 다른 치료를 받다보면 환자는 환자대로 괴롭고, 돈은 돈대로 쓰는 것이 현재 우리 실정이다.

- 건강보험 의료시장에서의 공급자에게는 가격이 중요하다. 균형적 자원배분을 결정하는 기능과 부족한 자원을 유인하는 기능을 가격이 하고 있다. 그런데 우리 보험의료의 상대가치는 기술료가 상대적으로 저평가되어있다. 사람이 머리를 쓰는 것은 값어치를 인정하지 않는다. 1970년대 자원이 부족하고 경제개발 초기에 기계가 중요했다. 이제는 사람이 중요하지만 사람에 대한 값은 제대로 인정하지 않고 있다. 의사 손이 들어가는 기술료는 상대적으로 저평가되어 중환자실, 응급실, 외과 등은 가격이 낮다. 기술료가 상대적으로 저평가되어 1차 의료의 자리 잡을 수 없다. 1차 의료는 주로 의사 손이 많이 들어가지만 의료기술에 대한 저평가로 인해 1차 의료의 황폐화되고 병원이 변형할 수밖에 없는 구조다. 또 병원은 고가장비 사용이 보편화되고, 병원 중심 의료는 점점 가속화된다.

- 의료서비스 관리에 대한 인식 부족도 문제다. 의료서비스 관리에는 환자 안전이나 의료의 질이 포함된다. 의료서비스 관리 가격이 입원료에 일부 반영되어있지만 부족하다. 환자 안전 관리를 위해서 의료기관인증제를 도입하고 있는데, 인증에 따른 비용이 높아 꼭 필요한 정도로 갖추고 있다. 예를 들어 이번 메르스 사태 때 나온 문제로, 미국이 제시하는 조건 하에 인증을 받으려면 음압병실을 갖춰야 한다. 하지만 음압 병실 설치비가 비싸 갖추고 있는 병원이 적다. 의료서비스 관리가 안 되는 것은 결국 국민 손해라는 걸 알아야 한다.

- 의사 양성방안도 변해야 한다. 1977년도 의사를 교육시키는 방법과 현재 교육 방법이 같다. 교과서는 발전되었는데 교육시키는 방법은 같다. 의과대를 갓 졸업해 라이선스를 갖고 개업할 수 있는 나라는 한국밖에 없다. 일본만 해도 임상경험 2년이 없으면 개업을 못한다. 영국은 일반의와 전문의가 의과대학을 졸업하고 훈련하는 기간이 같다. 그만큼 1차 의료의 중시한다는 것이다. 1차 의료 의사의 실력을 향상시키고 전달체계를 강화해야 한다. 1차 의료 강화하자고 하면 나오는 이야기가 주치의 제도다. 아직 1차 의료에 대해 국민들은 실력이 없다고 인식하고 있다.

## **■ 건강보험제도 이념부터 정책까지 신(新)패러다임 정립해야**

**: 1차 의료 강화, 공중보건 확립, 공공병원 정체성 등 필요**

- 앞서 지적인 문제를 해결하기 위해서는 의료개혁이 필요하다. 먼저 77패러다임을 전환해야 한다. 2010년대, 2020년대에 맞는 틀로 바꾸어야 한다. 건강보험제도 도입 이념도 정립해야 한다. 기본권 개념을 확실히 해야 한다. 기본권 개념이란 논리가 정립되어야 정부가 기본권 보장의 책임을 갖고 그에 따라 의료를 관리할 수 있다. 의료 가격이 환자에게 적용이 안됐다는 인식을 하고 필요도 접근에 의한 의료정책으로 전환해야 한다. 필요도 접근을 모든 계획에 전부 적용하자는 것은 아니다. 의료 공급자에게는 가격 기능이 중요하기 때문에 필요한 영역에 대해서만 개혁이 필요하다. 의료기관 안에서 환자를 대상으로 하는 이원화 된 시장구조는 없애도록 하되, 국가 차원의 시장구조 이원화는 허용해야 한다. 싱가포르처럼 보험환자와 비보험환자를 완전히 분리 시켜야 한다. 그래서 보험환자에게는 건강보험 제도의 이념을 확립하고, 비보험환자는 시장 자율에 맡겨야 한다. 국가 차원의 시장구조 이원화를 허용하지 않아서 모든 병원이 영리적 행태로 가고 있는 것이다. 이를 없애기 위해서는 보험시장부터 분화시켜야 한다.
- 의료의 미래지향적인 발전 방향을 정립해야 한다. 의료의 어떻게 갈지, ICT기술을 어떻게 접목시킬 것인지, 병원 중심에서 지역사회 중심으로 어떻게 할지에 대한 발전 비전을 정부가 갖고 있어야 한다. 하지만 정부는 구체적인 계획 없이 정책을 만들려고 한다.
- 공중보건을 확립하고 공공병원의 정체성을 확립해야 한다. 공공병원이 갖는 두 가지 이유가 있다. 첫째, 건강보험의 보장성이 높아져도 지역에 있는 의료기관들은 수요 면에서 채산성이 없는 곳이 있다. 예를 들어 대도시에는 소아과, 산부인과가 되지만 중소도시에는 소아과를 만들어도 환자가 없어 운영되지 않는다. 이 부분을 공공병원에서 해야 한다. 다른 한 가지는 전략적으로 필요하다. 메르스 같은 위급 상황 시 모든 민간 병원에서 하는 것보다 공공병원에서 그 역할을 해야 한다. 지난 번 아덴만 여명 작전에서 총상을 입은 석 선장 치료를 공공병원이 하지 못하고 아주대 병원에서 했다. 심한 외상 치료는 공공병원이 할 역할이다. 의료개혁은 하루아침에 이루어질 수 없다. 의료 이용에 대한 적절한 규제가 필요하고, 의료 발전 계획이 있어야 한다. 어떻게 지역사회 중심으로 의료개혁을 할 수 있을지, 의사 인력 개혁을 어떻게 수립할지 계획해야 한다. 의료제도 운영은 공급자들에게는 가격이 중요하기 때문에 공급자를 경쟁시키는 방법을 강구해야 한다. 지금의 공단 시스템을 개혁해 보험자들이 경쟁하는 식의 정책을 만들어 개혁을 할 부분과 시장을 활용할 부분에 대한 계획이 있어야 한다.
- 의료계획에 필요한 정책 목표를 정립해야 한다. 정책 목표로는 건강수준 향상과 건강형평성 제고를 우선시 하고, 의료체계의 반응성은 소비자들의 반응성을 높이는 것을 목표로 해야 한다. 의료 재정부담의 형평성을 높이고, 보장성 제고와 국민의료비의 합리적 관리가 필요하다.
- 정책목표 달성을 위한 직접적인 과제로는 ▲1차 의료의 강화 ▲복합만성 질병에 대처하는 공급체제로 전환 ▲병원중심에서 지역사회 중심으로 의료체계 전환 ▲건강보험 급여 구조개혁 ▲의료서비스 관리의 개혁 ▲공중보건 강화 ▲영리 위주 공급행태의 불식 등이 있다. 이를 달성하기 위해 의료 인력과 시설에 대한 기본 계획을 가져야 한다. 가정 및 지역사회 중심의 서비스 공급 방안을 설계하기 위해서는 지역 포괄케어나 홈케어를 개발해야 한다. 의료 인력 양성 방법을 위해서는 의사, 간호사의 교육 방법을 바꿔야 한



다. 재원조달의 합리화, 공급체계 개혁에 부합하는 지불제도의 고안이 필요하다. 의료 체계가 바뀌면 그에 따라 지불제도도 바뀌어야 한다. 가정 중심, 지역사회 중심이 되어야 하고, 홈케어가 개발되면 현재의 수가제도도 바꾸는 등 순차적인 개혁이 필요하다. 또 보건소의 기능 재정립, 공공병원의 정체성 확립을 통한 의료의 생산적 기능에 대한 사회적인 논의가 이루어져야 한다.

## 202회 공동체자유주의세미나 질의응답

**질문1** 의료개혁을 위해서는 가치, 리더십, 정책과 제도, 전문성, 국민적 합의, 헌신이 요구될 것 같은데, 어떻게 하면 좋을지

**답변** 이런 쪽의 방향이 있어야 개혁할 수 있고, 이념적인 문제 역시 그렇다. 우리가 건강보험제도를 운영할 때 건강보험제도가 지녀야 할 세 가지 기본 원칙, 이런 이념이 확실히 우리 머릿속에 다 들어가야 한다. 그러기 위해서는 개인이 주장해서는 안 되고, 사회적인 힘이 모아져야 한다. 일시적으로가 아닌 계획을 짜서 단계적으로 해야 된다.

**질문2** 의료개혁을 위해 우리가 벤치마킹할 가장 이상적인 국가가 있다면

**답변** 어느 나라 사회제도든지 만점은 없다. 유럽에 스톡홀름에 있는 Consumer power에서 각국의 의료, 제도, 만족도 등을 조사했는데, 국민 만족도나 성과가 가장 좋은 나라로 네덜란드였다. 네덜란드에도 문제가 많았지만 2006년에 근본적으로 탈바꿈하는 개혁을 했다. 물론 개혁은 하루아침에 한 것이 아니라 1989년에 데커(Dekker)보고서가 나오고, 이후 점차 시행하다가 2006년 근본적인 개혁을 했다. 미국과는 비교할 수가 없다. 미국은 시장체제로 하고 있고, 우리는 시장체제로 가서는 안 되는 시스템이다. 의료 정책에 관한 책에서 재미있는 이야기를 한다. 유엔 창설을 주도한 미국이 의료를 기본권으로 간주하는 세계인권선언을 안 지키는 유일한 나라라는 것이다. 이번 오바마 케어를 통해서 그런 우려가 불식이 될 것이다.

**질문3** 77퍼러다임의 저보험료, 저수가, 저급여 문제를 지적했는데, 재원의 부족분을 공공재정으로 50% 정도 보완해 주는 형태인데 문제가 되는 부분은 무엇인지? 또 지적한 의사인력 양성 문제가 의사 공급 양인지, 질의 문제인지? 더불어 포괄적인 서비스의 제공과 의료 남용은 소득수준 상승에 따른 수요 증가로 볼 수 없는 건지?

**답변** 지금 현재 재정은 전부 보험료로 하고, 보험료 예상 수입의 20% 범위 내에서 국가가 지원하게 되어있다. 결산 기준을 보면 실체는 14~15% 정도다. 하지만, 좀 더 나은 서비스를 받으려면 국고 지원과 관계없이 보험료가 더 높아져야 한다. 보장성이 높아지려면 보험료가 높아져야 한다는 얘기를 정치권에서 해야 한다. 보장성은 이야기하고 부담은 이야기 안하는 그런 모순은 없어야 한다.

포괄적인 서비스의 제공은 의료서비스 행위, 약, 소모품을 사용할 때 안전성과 유효성이 입증되면 다 제공해주자는 개념이다. 당연히 의사가 필요하면 의사가 들어가고, 의료 장

비 관련해서 기사도 들어가고, 의약품 투여하면 약사가 들어가는 것이다. 병원의 인적구조와 관련한 문제는 아니다.

앞서 보편적 적용은 잘되고 있으나, 포괄적인 서비스의 제공과 적용 서비스 수준의 최소화는 안 되고 있다고 말했다. 최저 국민수준은 보험제도 안에서 선택진료를 없애야 한다는 것이다. 그것은 특별진료가 되기 때문이다. 포괄적인 서비스를 지원해주고, 의료 관리에 대한 비용을 지불하려면 보험재정이 늘어야 한다.

의료 인력의 교육은 양적인 것을 계획하고 짜봐야 한다. 의학 교육 자체에 대한 근본적인 개혁이 필요하다는 것이다.

#### **질문4** 의료와 재정에서 반드시 개선해야 할 점 두 가지를 꼽자면

**답변** 반드시 고쳐야 할 규제는 요양기관 당연지정제이다. 모든 의료기관은 건강보험 환자를 봐야한다는 규정은 고쳐야 한다. 요양기관이 선택할 수 있어야 한다. 우리는 보험환자를 보겠다, 우리는 보험환자가 아닌 일반 환자를 보겠다는 식으로 말이다. 이 부분을 고쳐야 의료에서 발전이 나오고, 의료의 산업적 활용이 가능하다. 최근에 정부가 낸 의료 산업 발전 안 중에서, 예를 들어 MSO제나 병원의 자본조달을 의료 외에서 할 수 있다는 것은 사실 의료 영리화와 관계없는 것들이다. 그런 것들이 전부 의료영리화라는 명분으로 발목을 잡고 있다. 그런 문제들은 본질적 문제와 관계없다.

#### **질문5** 의료 체계의 개선방안으로 거론한 가정 중심 의료 서비스에 대한 구체적인 설명을 부탁드립니다.

**답변** 병원 중심에서 지역사회 중심으로 가는 것이 현재의 트렌드다. 두 가지 방안이 있다. 유럽쪽에서는 홈케어, 일본에서는 지역포괄케어라고 해서 의료와 복지서비스를 통합 제공하고 있다. 가급적이면 병원에 입원해서 말년을 보내는 것보다, 집으로 돌아가 보내는 것이 더 좋다고 생각하는 것이다. 가정에 아무 시스템이 안 되어 있으면 안 되니 사전에 개발해야 한다. 2025년을 대비한 일본의 지역포괄케어는 OECD국가 중에서 제일 많은 병상 수를 줄이고, 지역사회 중심으로 갈 수 있는 서비스 체계 개발을 시작하고 있다. 유럽, 특히 스웨덴에서는 홈케어가 상당히 발전되어 있는데 역시 핵심은 의료서비스와 돌봄서비스를 통합하는 것이다. 그래서 케어 기관들이 formal sector에 있으면 비용문제가 있는데, 지역사회의 자원봉사자라든가 informal 케어 기관을 활용해서 하는 쪽으로 개발하고 있다. 우리도 지금이라도 그쪽을 생각하고 개발에 나서야 한다.

#### **질문6** 민간주도의 의료개혁 사회적 논의를 구체적으로 어떻게 끌어가면 좋을지?

**답변** 사회적 힘이 모아져야 한다. 의료개혁이 의료계에 손해가 되는 것이 아니다. 지금 이대로 놔두면 의사들이 제대로 대접 받지 못한다. 지금 개업하는 1차 의료 기관 의사들은 아주 어렵다. 일부 의사들은 잘되지만, 안 되는 의사들은 보험수가만으로 생활하려니까 어렵다. 전문가로서 투입한 시간에 비해서 대접을 못 받고 있다. 그런데 이것을 그대로 놔두면 점점 더 1차 의료 의사들과 대형 병원 의사와의 격차가 심해질 것이다. 국민들은 의사들의 급여를 3차 대형병원의 과장 수준으로 본다. 3차 대형병원의 과장들은 성과급이 높고, 고액의 월급을 받는 것으로 알고 있다. 근본적인 개혁을 안 하면 의사들

도 굉장히 어려워진다. 의료단체, 의협도 본격적으로 나서줘야 한다. 그래야 네덜란드식 근본적인 개혁을 생각해볼 수 있지 않겠나 생각한다.

**질문7** 보건복지부를 보건부와 복지부로 분리하자는 의견에 대해 어떻게 생각하나?

**답변** 보건부와 복지부를 분리해서는 안 된다고 본다. 왜냐하면 건강보험제도 때문이다. 두 부처를 분리하면, 건강보험제도를 복지부가 가져갈 것이다. 보건부에 있는 사람들은 의사단체인데, 아마 그들의 집단 이기주의로 몰아갈 것이다. 대학마다 복지학과 없는 학교가 없기 때문에 복지부가 힘이 더 클 것이다. 건강보험제도가 전국민으로 확대되면서 사회보장 기능보다 오히려 의료제공 체계이기 때문에 보건부로 넘어가야 한다. 건강보험이 없는 보건부는 질병관리본부 밖에 남는 게 없다. 만약 보건부로 가져온다고 가정하면, 복지부가 할 게 없다. 그렇기 때문에 분리하기에는 어렵고, 분리하더라도 건강보험제도를 갖지 못한 부는 껍데기만 남을 것이다. 최근에 대만이 보건과 복지가 분리되었다가 다시 합쳤다.

※ 이 자료가 도움 되셨다면 수신번호 #7079-4545로 한 통 꼭~ 한선을 지지해주세요.  
(한 통 2,000원)