

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

2023년 9월 18일(월) 09시 30분

국회의원회관 2층 제1세미나실

공동주최 |  국민의힘 국회의원 김미애

건미포럼(건강한 미래와 지속 가능한 의료환경을 위한 정책 포럼)

후 원 | 한반도 선진화재단 · (사)건강복지정책연구원

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

PROGRAM

10:00~10:15	개 회	사회 황 성 완 백석예대 교수
	<ul style="list-style-type: none">■ 개회선언■ 국민의례 및 내빈소개■ 개회사 김 미 애 국민의힘 국회의원 박 중 훈 건미포럼 상임대표■ 축 사 정 의 화 19대 국회의장 김 기 현 국민의힘 당 대표 박 재 완 한반도선진화재단 이사장■ 주요 내빈 및 연자 사진 촬영	
10:15~11:40	발제 및 토론	좌장 이규식 (사)건강복지정책연구원 원장
	<ul style="list-style-type: none">발 제 1 의료의 과다이용과 적정공급망 붕괴 지 영 건 차의과대학 교수발 제 2 적정 의료 이용을 위한 정책과제 이 은 혜 순천향대 교수토 론 김 양 균 경희대 교수 강 대 식 (전)부산시 의사회장 장 성 환 담헌 대표변호사 신 성 식 중앙일보 기자 손 호 준 보건복지부 보험정책 과장	
11:40~11:45	종합토론 및 폐회	

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

CONTENTS

개회사	김 미 애 국민의힘 국회의원	6
	박 종 훈 건미포럼 상임대표	8
축 사	정 의 화 19대 국회의장	10
	김 기 현 국민의힘 당 대표	12
	박 재 완 한반도선진화재단 이사장	14
발제 1	의료의 과다이용과 적정공급망 붕괴	17
	지 영 건 차의과대학 교수	
발제 2	적정 의료 이용을 위한 정책과제	33
	이 은 혜 순천향대 교수	
토 론	김 양 균 경희대 교수	43
	강 대 식 (전)부산시 의사회장	47
	장 성 환 담헌 대표변호사	55
	신 성 식 중앙일보 기자	59
	손 호 준 보건복지부 보험정책 과장	63

개 회 사



김미애 국민의힘 국회의원

반갑습니다.

부산 해운대를 국민의힘 국회의원 김미애입니다.

‘건강한 미래와 지속가능한 의료환경을 위한 정책 포럼’(이하 건미포럼) 출범식과 함께 지속가능한 의료생태계를 위한 연속토론회 첫 번째 순서로 과다의료 이용에 따른 문제점을 짚어 보는 정책토론회를 개최하게 되어 매우 뜻 깊게 생각합니다.

함께 해주신 건미포럼 박종훈 상임대표님, 이규식 고문님, 강대식·장성환·정준교·황성완 공동대표님을 비롯한 회원 여러분께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

우리는 세계가 부러워하는 국민건강보험 체계를 구축하고 있지만, 지속가능성에 대해서는 여러 의문이 제기되고 있습니다. 저출생고령화 등 급격한 인구구조 변화에 더해 무분별하고 급속도로 진행된 보장성 강화, 의료과다 이용 등이 건강보험 재정 악화의 직접적인 요인으로 꼽히고 있습니다.

실제로 2023 OECD 보건통계에 따르면 21년 기준 국민 1인당 외래 진료 횟수는 15.7회로 OECD 국가 중 1위이며, OECD 평균 5.9회보다 3배 가까이 많은 수준입니다.

의료 이용이 많다는 것은 의료 접근성이 높아 편리한 이용이 보장된다는 의미가 될 수 있지만, 다른 한편으로는 불필요한 진료행위로 재정 악화는 물론 의료 생태계를 전반을 병들게 한다는 주장도 설득력을 얻고 있습니다.

오늘 토론회가 의료과다 이용의 원인과 문제점을 분석하고, 지속가능성이 담보되며 건강한 미래 의료환경 조성을 위한 합리적인 대안이 논의되는 건설적인 자리가 되기를 바랍니다.

토론회 좌장을 맡아 주신 건강복지정책연구원 이규식 원장님을 비롯하여 주제발표 및 토론자로 참여해 주시는 전문가 여러분들의 고견을 기대하며, 가정에 행복과 행운이 함께하기를 기원합니다.

감사합니다.

2023년 9월 18일

국민의힘 국회의원 **김미애**

개 회 사



박 종 훈 건미포럼 상임대표

대한민국의 오늘을 사는 모든 의료인은 우리의 보건의료 서비스가 과연 지속 가능한 형태인지에 대한 깊은 고민이 있습니다. 모든 의료의 수도권 집중화 현상, 그로 인한 지방 의료의 붕괴와 같은 거시적인 문제부터 중증 의료의 기피, 제때 진료를 받지 못한 응급환자의 황당한 사망 사고 등등 이루 말할 수 없는 문제들을 일거에 해결하고자 정부가 내놓은 의대 정원 확충 같은 제안을 보면서 절망에 앞서 분노가 일기도 합니다.

애초에 대한민국의 의료정책이라는 것이 탄탄한 이론적 바탕이나 장기 발전계획도 없이 임기응변적으로 집행됨에 따라 건강보험제도나 공급체계의 지속 가능성에 대한 우려는 의료인만이 아니라 의료정책전문가들 사이에서 논란의 여지가 없는 이슈였던 것입니다. 사실 건강보험제도의 도입 단계에서부터 사회보험에 부합하는 이념도 제대로 설정하지 못한 채 성장하다 보니 발생한 문제라고 할 수 있습니다.

대학에 몸담고 있는 의료인의 한 사람으로서 제가 느끼는 것은 앞서 말씀드린 문제들에 더해서 만성화되고 있는 의료의 과다 이용과 과잉진료, 그리고 완전히 무너진 의료 전달 체계로 인해 대한민국 의료의 위기가 이미 코 앞으로 다가왔다는 것입니다. 아마도 현재 상황이 지속된다면 우리의 건강보험 체계는 조만간 붕괴를 맞을 것이라고 예상됩니다.

즉, 대부분의 일반 국민은 느끼지 못하겠지만 의료비의 증가 속도가 가파르게 증가하는 추세라 2030년이 되기 전에 건강보험제도의 붕괴 사태가 올 것으로 예측해 봅니다.

이와 같은 상황을 보면서 의료인이나 이 분야 전문가의 관점에서 닥쳐올 비극을 바라볼 수만 없어 ‘지속 가능하며 건강한 미래 의료환경’을 만들기 위한 정책 대안을 제시하기 위하여 자발적인 포럼(건강한 미래와 지속 가능한 의료 환경을 위한 포럼: 건미포럼)을 조직하였고, 첫 번째 발걸음으로 정책토론회를 개최하게 되었습니다.

아무쪼록 의료 정책 분야의 두뇌집단으로서 잘 성장할 수 있도록 많은 분의 관심과 참여를 부탁드립니다.

2023년 9월 18일

건미포럼 상임대표 **박종훈**

축 사



정 의 화 19대 국회의장

아무리 좋은 제도도 시대의 변화에 따라 적응력을 키워가지 않으면 실패하게 됩니다.

1977년에 도입된 의료보험제도가 1988년 전국민 의료보험으로 정착한 후 2000년에 건강보험으로 통합된 후 오늘에 이르렀습니다.

전세계가 부러워하는 의료제도로 평가받아 왔으나 거기에는 의사, 간호사등 의료공급자들의 피나는 희생 위에 가능했다는 사실을 외면하면서 지난 45년간 근본적인 제도의 변화 없이 오늘까지 개져왔습니다.

이를 줄 곳 외면해온 정치권과 정부의 무지로 인해 작금에 대한민국의 의료생태계의 붕괴와 건강보험의 재정파탄을 걱정하는 지경에 이르렀습니다.

다시말해 한치앞도 미래를 내다보지 못하고 인구 고령화와 3만불 시대가 주는 시대 변화에 따른 개혁은 커녕 역행하는 정책을 펼침으로써 건강보험재정 파탄과 의료생태계의 붕괴에 직면하고 있는 것입니다.

우리를 압담하게하는 더욱 큰 문제는 정치권과 의료복지 행정에 이것을 파악하고 있는 전문가가 없다는 점입니다.

마침 ‘지속 가능하며 건강한 미래 의료 환경’을 만들기 위한 정책 대안을 모색하려는 자발적인 건미포럼이 조직되고 첫 번째 포럼을 개최하게 되었다고 하니 매우 다행이라고 생각합니다.

건보재정파탄을 막고 의료붕괴를 막고자 전문가들이 모인 이 포럼이 지대한 역할을 해주기를 바라고 특히 후배 국회의원들이 관심을 갖고 함께 공부해주길 기대합니다.

2023년 9월 18일
19대 국회의장 정 의 화

축 사



김 기 현 국민의힘 당 대표

안녕하십니까. 국민의힘 당 대표 국회의원 김기현입니다.

'건강한 미래와 지속 가능한 의료 환경을 위한 정책 포럼(건미포럼)'의 출범과 국민 의료이용 빈도를 점검하기 위한 〈의료생태계를 망치는 과다 의료이용 정책토론회〉 개최를 진심으로 축하드립니다.

아울러 뜻깊은 자리를 마련해주신 김미애 의원님과 건미포럼 박종훈 상임대표님, 이규식 고문님, 강대식·장성환·정준교·황성완 공동대표님을 비롯한 관계자분들의 노고에 큰 격려와 감사의 말씀을 전합니다.

최근 전문 분야 의료인력 부족과 지방 의료 붕괴 등 우리 의료체계의 고질적인 문제들이 점점 심화 되고 있습니다. 또한 국민 의료비용의 증가 속도가 빠르게 가속되며, 2030년이 되기 전에 건강보험 제도가 붕괴될 지 모른다는 참혹한 미래까지 전망되는 실정입니다.

특히 오늘의 토론 주제인 만성화된 과잉 진료는 의료공급체계에 과부하를 발생시키고, 응급 의료망 붕괴를 일으키는 가장 근본적인 원인으로 지적되고 있습니다.

의료생태계 개선을 위한 정확한 진단과 문제 해결은 현장의 목소리를 경청하는 것에서부터 시작될 것입니다. 오늘 지속 가능한 의료 환경 조성과 발전을 모색하기 위한 다양한 고견을 적극 제안 해주시기 바라며, 저를 비롯한 국민의힘은 여러분의 담론에 귀를 기울여 대한민국 의료시스템 발전을 강구 하는 데 최선의 노력을 다하겠습니다.

다시 한번 의미 있는 토론회의 개최를 축하드리며, 귀한 시간 내어 참석해주신 모든 분들께 늘 건강과 행복이 가득하시길 기원합니다.

감사합니다.

2023년 9월 18일
국민의힘 당 대표 **김 기 현**

축 사



박 재 완 한반도선진화재단 이사장

존경하는 내외귀빈 여러분!

“건강한 미래와 지속 가능한 의료 환경을 위한 포럼” 창립과 정책토론회 개최를 축하드립니다.

포럼의 상임대표를 맡으신 박종훈 교수님, 오늘 행사를 함께 개최해주신 김미애 국회의원님, 포럼 고문직을 흔쾌히 수락하신 정의화 전 국회의장님과 이규식 건강복지정책 연구원장님께 감사드립니다.

포럼을 함께 이끌어가실 강대식 전 부산시 의사회 회장님을 비롯한 네 분의 공동대표님들과 열 분의 운영위원님들에게도 경의를 표합니다.

주지하시는 것처럼, 우리나라는 전국민 건강보험체계를 구축하여 의료서비스에 대한 접근성을 확대했습니다. 하지만 장기 비전이나 지속 가능성에 대한 면밀한 검토 없이 표심에 영합해 임기응변 방식으로 건강보험 통합이나 보장성 강화 등 한국형 의료정책을 강행하였습니다.

그 결과 의료 이용이 세계에서 가장 높아지면서 공급체계에 과부하가 걸렸습니다. 급격한 고령화로 의료비 부담이 기하급수로 늘어나고 있기도 합니다. 일각에선 2030년이 되기 전에 건강보험제도가 붕괴할 것이라는 잿빛 예견을 내놓습니다.

게다가 불합리한 가격체계가 자원 배분을 왜곡해 일부 전문과목과 지방의 의료인력 부족, 과잉 진료와 소비 등 문제점을 초래하고 있습니다.

의료체계를 바로잡는 일은 더 이상 미룰 수 없는 시급한 과제입니다.

오늘 발족하는 ‘건미포럼’이 우리 의료체계가 맞닥뜨린 위기를 슬기롭게 극복하고 지속 가능한 의료 환경과 건강한 사회로 나아가는 디딤돌과 나침반 역할을 하기를 기원합니다.

감사합니다.

2023년 9월 18일

한반도선진화재단 이사장 **박재완**

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

발 제 1

의료의 과다이용과 적정공급망 붕괴

지영건
차의과대학 교수

의료의 과다이용과 적정공급망 붕괴

건미포럼

2023. 9. 18.

차의과학대학교 예방의학교실
지영건

발제 내용

1. 최신 OECD 통계로 본 한국의 의료
2. 외국의 의료 제도
3. 우리나라 의료의 현황과 문제 원인

최신 OECD 통계로 본 한국의 의료

외래, 입원, 의사 수, 병상 수, 의료비 지출

3

외래 방문건 수 (1인당)

국가명	2019	2021	국가명	2019	2021
한국	17.2	15.7	크로아티아	6.5	6.0
일본	12.4	11.1	불가리아	6.3	5.7
슬로바키아	11.1	11.0	라트비아	6.1	6.0
헝가리	10.7	9.5	프랑스	5.9	5.5
이탈리아	10.4	5.3	룩셈부르크	5.6	4.8
러시아	9.9		에스토니아	5.5	4.1
독일	9.8	9.6	루마니아	5.3	4.9
터키	9.8	8.0	핀란드	4.4	4.1
리투아니아	9.5	6.5	노르웨이	4.4	3.9
네덜란드	8.8	8.6	포르투갈	4.1	3.5
이스라엘	8.1	7.2	덴마크	3.9	3.8
체코	7.9	7.8	미국	3.8	
폴란드	7.7	7.6	그리스	3.5	2.7
호주	7.3	6.1	칠레	2.9	2.6
벨기에	7.3	6.7	스웨덴	2.6	2.3
스페인	7.0	4.8	코스타리카	2.3	2.1
슬로베니아	6.7	5.9	멕시코	2.2	1.5
캐나다	6.6	4.7	브라질	2.0	1.6
오스트리아	6.6	6.5			

4

입원일 수 (10만명당)

전체 병원 입원일 수 (10만명당)					급성기 병원 입원일 수 (10만명당)				
국가	2019		2021		2019		2021		
일본	356,849	110	332,376	113	일본	195,435	165	180,528	162
한국	323,253	100	293,369	100	독일	172,176	145	148,909	134
독일	222,686	69	191,752	65	불가리아	143,139	121	132,719	119
오스트리아	202,058	63	177,795	61	오스트리아	141,526	119	121,670	110
헝가리	182,893	57	120,816	41	한국	118,786	100	111,110	100
불가리아	176,380	55	160,977	55	스위스	107,199	90	103,505	93
체코	167,455	52	150,363	51	포르투갈	99,705	84	94,448	85
프랑스	156,830	49	142,615	49	체코	99,219	84	89,703	81
스위스	138,404	43	134,016	46	노르웨이	90,323	76	83,710	75
노르웨이	101,125	31	94,078	32	헝가리	89,581	75	67,415	61
포르투갈	101,069	31	95,671	33	프랑스	82,480	69	76,208	69
이스라엘	93,785	29	86,509	29	아일랜드	79,783	67	83,773	75
이탈리아	88,339	27	79,285	27	영국	75,418	63	73,713	66
영국	87,800	27	73,858	25	스웨덴	73,126	62	67,863	61
아일랜드	83,232	26	89,997	31	이탈리아	70,590	59	65,198	59
스페인	82,229	25	78,179	27	스페인	68,228	57	65,451	59
스웨덴	77,313	24	71,568	24	이스라엘	68,101	57	64,946	58
터키	69,461	21	60,960	21	터키	67,623	57	60,872	55

Inpatient care discharges Per 100000 population 에 length of stay 를 곱하여 계산함

5

의사 수 (2021년, 1000명당)

국가	의사	국가	병원의사
오스트리아	5.4	스위스	3.5
노르웨이	5.2	오스트리아	2.9
독일	4.5	노르웨이	2.8
스페인	4.5	프랑스	2.7
스위스	4.4	체코	2.7
스웨덴	4.3	스페인	2.6
체코	4.3	독일	2.6
이탈리아	4.1	포르투갈	2.5
아일랜드	4.0	영국	2.4
네덜란드	3.9	이탈리아	2.3
이스라엘	3.4	이스라엘	2.1
헝가리	3.3	아일랜드	2.0
영국	3.2	터키	1.8
프랑스	3.2	헝가리	1.6
캐나다	2.8	네덜란드	1.4
미국	2.7	한국	1.3
일본	2.6	미국	1.1
한국	2.6	캐나다	1.0

의사 : Practising physicians, Density per 1000 population (head counts)

병원의사 : Physicians employed in hospitals, Density per 1 000 population (head counts)

6

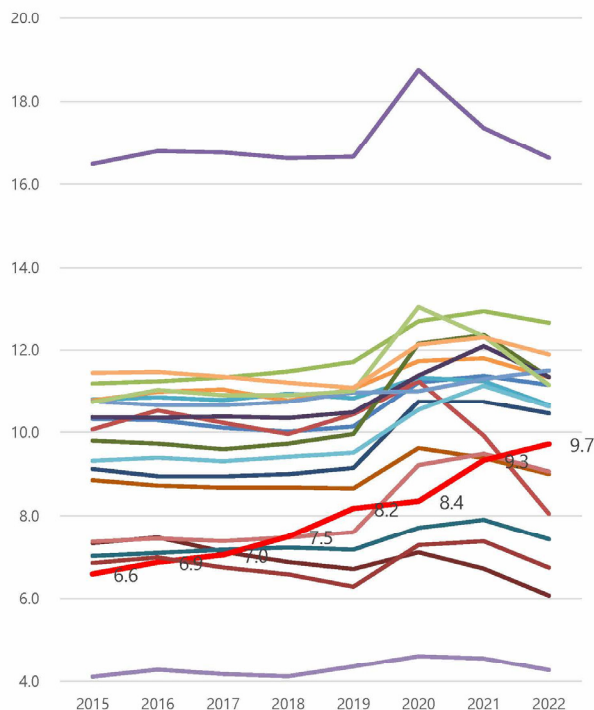
병상 수 (2021년, 1000명당)

국가	전체	국가	급성기	국가	요양
한국	12.8	한국	7.3	한국	32.3
일본	12.6	독일	5.8	체코	9.3
독일	7.8	오스트리아	5.0	헝가리	5.3
오스트리아	6.9	헝가리	4.3	네덜란드	3.2
헝가리	6.8	체코	4.2	이스라엘	3.0
체코	6.7	스위스	3.5	오스트리아	2.9
프랑스	5.7	포르투갈	3.3	캐나다	2.5
스위스	4.4	아일랜드	2.7	스페인	2.0
포르투갈	3.5	이탈리아	2.6	아일랜드	1.1
노르웨이	3.4	스페인	2.5	미국	0.9
이탈리아	3.1	미국	2.5	이탈리아	0.5
터키	3.0	네덜란드	2.2	스위스	0.5
스페인	3.0	이스라엘	2.0	독일	-
네덜란드	3.0	캐나다	2.0		
이스라엘	2.9				
아일랜드	2.9				
미국	2.8				
캐나다	2.6				
영국	2.4				
스웨덴	2.0				

전 체 : Total hospital beds Per 1000 population
 급성기 : Curative (acute) care beds Per 1000 population
 요 양 : Long-term care beds Per 1000 population aged 65 years old and over

7

GDP 대비 의료비 지출 (%)



2022년	
미국	16.6
독일	12.7
프랑스	11.9
일본	11.5
오스트리아	11.4
영국	11.3
스위스	11.3
네덜란드	11.2
캐나다	11.2
스웨덴	10.7
포르투갈	10.6
스페인	10.5
한국	9.7
체코	9.1
이탈리아	9.0
노르웨이	8.0
이스라엘	7.4
헝가리	6.7
아일랜드	6.1
터키	4.3

8

외국의 의료 제도

의료 보장의 역사 : 독일, 영국, 미국

9

의료보장의 역사

1. 자선(charity)
2. 공공 부조 (assistance): 남을 돕는 행위
 - 17세기 영국(잉글랜드)의 여왕 엘리자베스 1세에 의해 1601년 Elizabethan Act for the Relief of the Poor (엘리자베스 구빈법) 처음 제정. 구빈세 징수, 빈민의 취업알선, 무능력자의 구빈원 수용 등으로 도시 부랑자를 줄여 사회질서를 도모하려는 목적
3. 프러시아(독일) 비스마르크 시대에
 - 재해보험(산재보험 1871) 질병보험(1883)의 실시
 - 국가가 노동자 생활의 안전 보장 문제에 국가가 개입한 최초 형태의 사회보험
 - 비스마르크 의도는 노동자 집단 통제를 위한 정치적 목적이 컸음
 - 20세기 서구 복지국가의 기원

10

의료보장의 역사

3. 1871년과 1883년 프러시아(독일) 비스마르크 시대에
재해보험(산재보험 1871) 질병보험(1883)의 실시
 - 국가가 노동자 생활의 안전 보장 문제에 국가가 개입한 최초 형태의 사회보험
 - 국가가 재정을 부담하던 것으로부터 노동자 자신과 기업주 부담으로 전환
 - 비스마르크 의도는 노동자 집단 통제를 위한 정치적 목적이 컸음
 - 20세기 서구 복지국가의 기원

11

의료보장의 역사

1. 영국에서 1946년 NHS (National Health Service) 실시
 - *윌리엄 베버리지 : 영국의 자유주의 경제학자, 노동 차관
 - 참고) 미국 : 1933-38 뉴딜정책 (Keynesian Economics)
 - 병원의 국유화(nationalizaion)와 지역화(regionalization)
 - 당시 영국 병원의 대부분은 자선병원과 지방정부 운영병원
2. 미국에서 1965년 메디케어(medicare) 실시
 - 사회보장세를 10년이상 납부하고, 65세 이상자 (65세 미만자는 일정 장애 요건)는 Part A (병원 서비스) 혜택
 - Part B (의사 서비스) 는 65세 이상이라도 별도 보험료 납부 필요

12

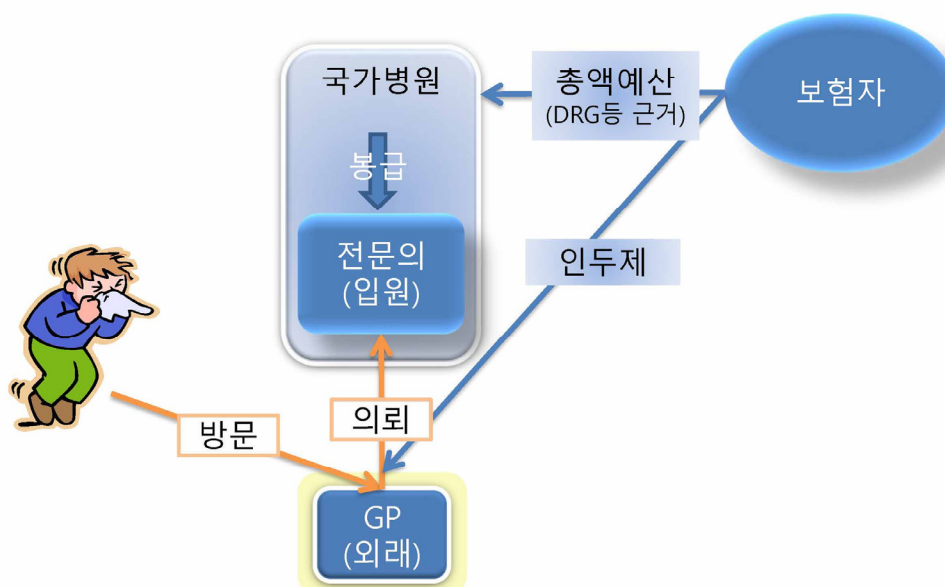
사회보장의 방법

	재원	소득보장	의료보장
사회보험(4대)	보험료	실업보험(고용보험) 연금보험(국민연금 등)	산재보험 (산업재해보상보험) 의료보험 (건강보험) 한국
공공부조 (빈곤층 대상)	조세	국민기초생활보장제도	의료급여
공공서비스	조세	사회복지서비스	국민보건서비스 영국 NHS

* NHS : National Health Service

13

영국의 의료이용 체계와 의료 보상



14

영국의 의료이용

1. 대상 : 모든 국민 (합법 체류 외국인 포함), 자원 : 세금 (NOT 보험료)
2. 본인부담 : 외래 & 입원 - 무료, 외래 약제 - 처방 건당 소정금액
3. GP의 등록자 1인당 1년 수입은 약 25만원 (National Price of £168)
4. 등록 1인당 외래진료는 연 평균 5건
 - * 우리나라는 16.6건
5. 영국인은 연 평균 3회 정도 주치의인 GP를 만난다
 - 대략적으로 보면, 주치의 진찰료 등은 35 파운드에서 50파운드 정도로 한화로 계산하면 약 5만원에서 8만원 사이에 해당되는 비용임을 추산

*자료인용: 2020.06.11 청년의사 칼럼

15

영국의 의료공급

1. 일차의료는 GP가 담당
 - 개원한 전문의는 거의 없다
2. 대부분의 병원은 국가소유
 - 대학 중 98%가 국/공립이며, 자연히 그 산하의 대학병원은 거의 전부 NHS 시스템에 들어있어 사실상 대학병원까지 무료
 - 전문의가 근무한다. 따라서 전문의는 공무원이다.

16

영국의료의 문제점 사례

1. 갑상선이나 전립선암처럼 '천천히' 죽는 병이면 천천히 진료해주며 전이암처럼 생존 가능성이 10% 정도로 떨어지면 치료를 잘 안 해주려고 한다
2. 임산부는 출산 때까지 초음파를 2번 시행해주며, 산부인과 전문의는 출산 1개월 전에 처음 만나게 된다. (고령임산부 등의 위험군이나 임신중독증 발생은 예외)
3. 또한 영국에서도 의료 시설의 수준이 지역마다 차이가 꽤 크지라 postcode lottery(복불복)이란 표현까지 있는 게 현실이다

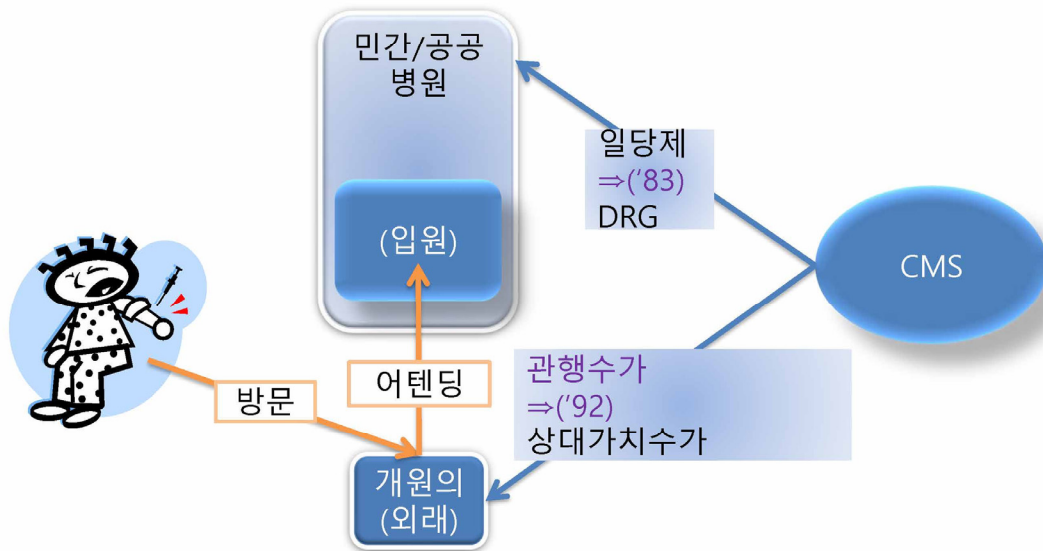
17

NHS가 自認하는 이유

1. 의료서비스 대상 인구증가율이 의료분야에 투입되는 예산증가율보다 빠르게 증가하였다.
2. 의료서비스 종사자의 수가 감소하였다.
3. 취약계층에서 악순환이 되풀이되고 있다.
4. 2016년 겨울부터 일명 NHS crisis라고 불리는 상황이 벌어지며 응급의료 시스템의 문제가 가시화되었다.
5. 의사가 공무원이라 근무의욕이 낮다.

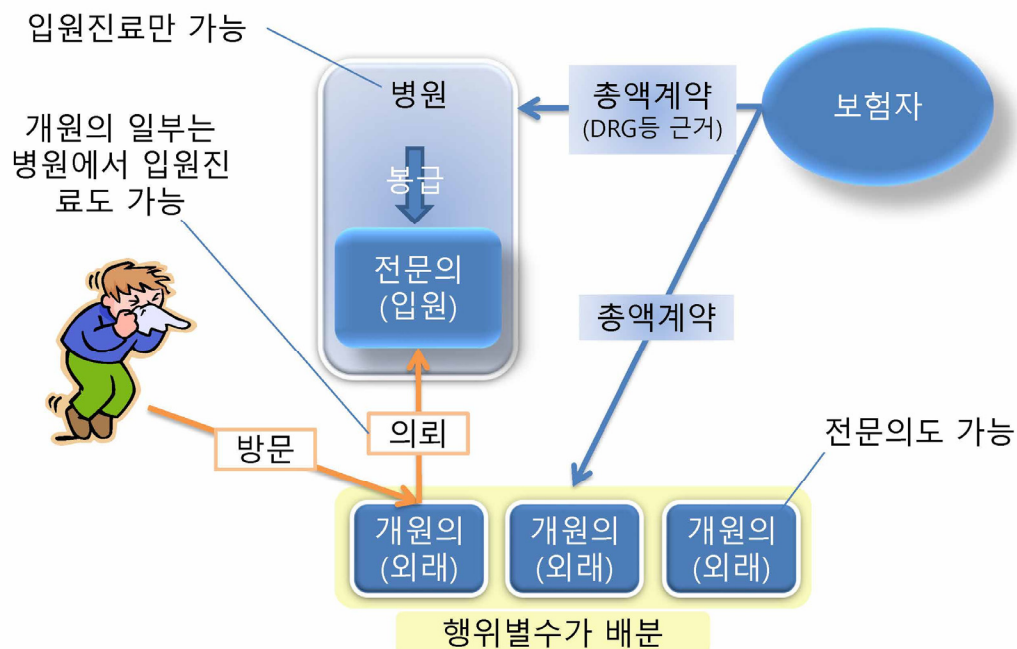
18

미국의 의료이용 체계와 의료 보상



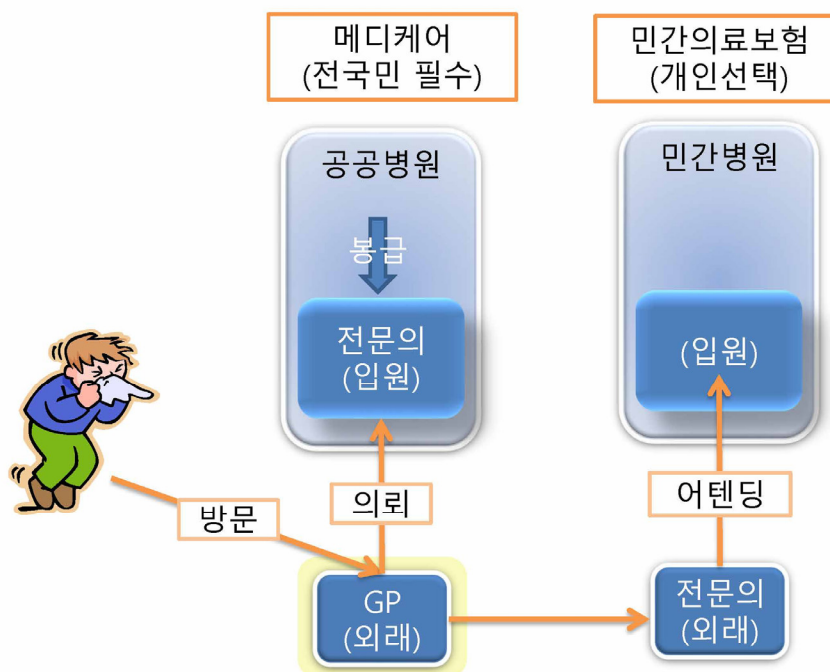
19

독일의 의료이용 체계와 의료 보상



20

호주의 의료이용 체계와 의료 보상

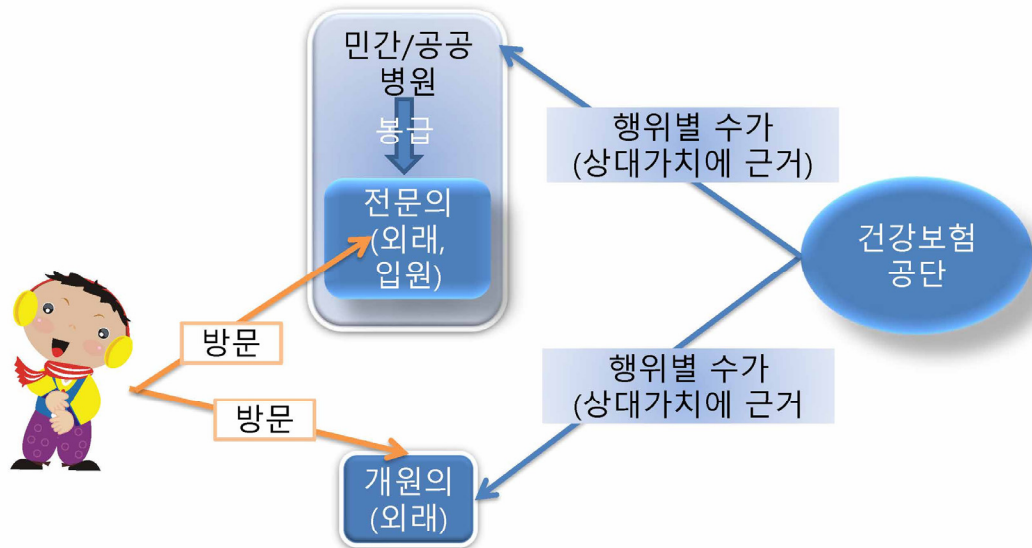


21

우리나라 의료의 현황과 문제 원인

22

한국의 의료이용 체계와 의료 보상



23

의료 전달체계의 붕괴

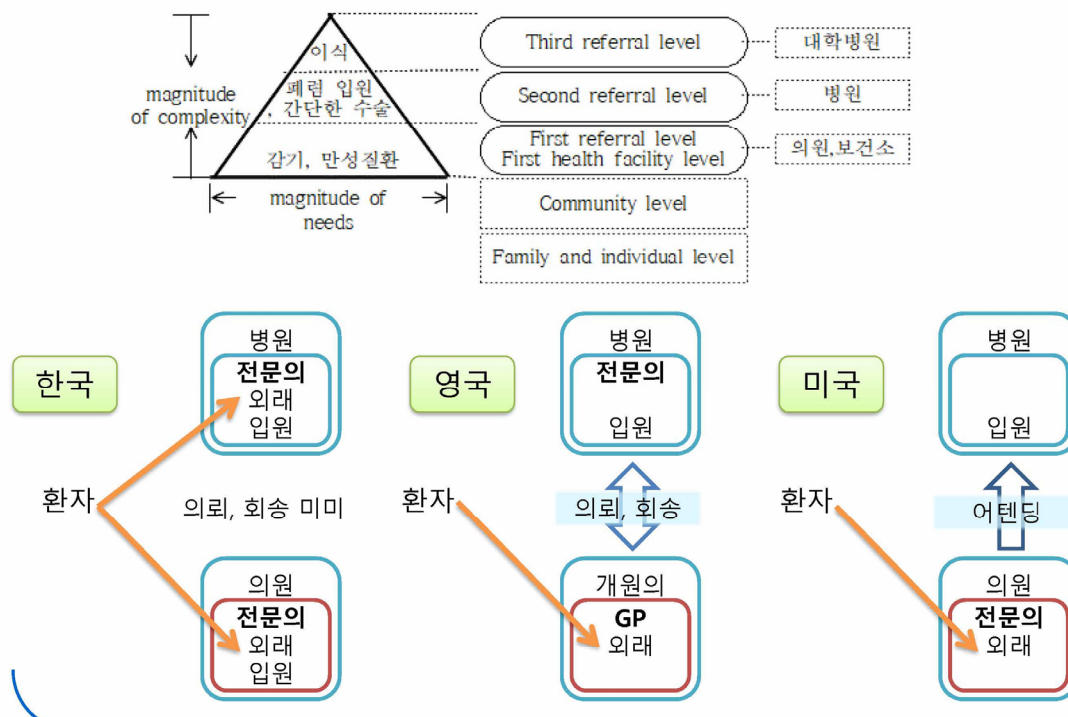
1. 1989년 전국민 의료보험제도 도입과 함께 행정구역과 생활권을 반영한 진료권 설정
 - 138개의 중진료권과 8개의 대진료
2. 1989년 진료권 개념 폐지
3. 2004년 KTX 서울-동대구 개통



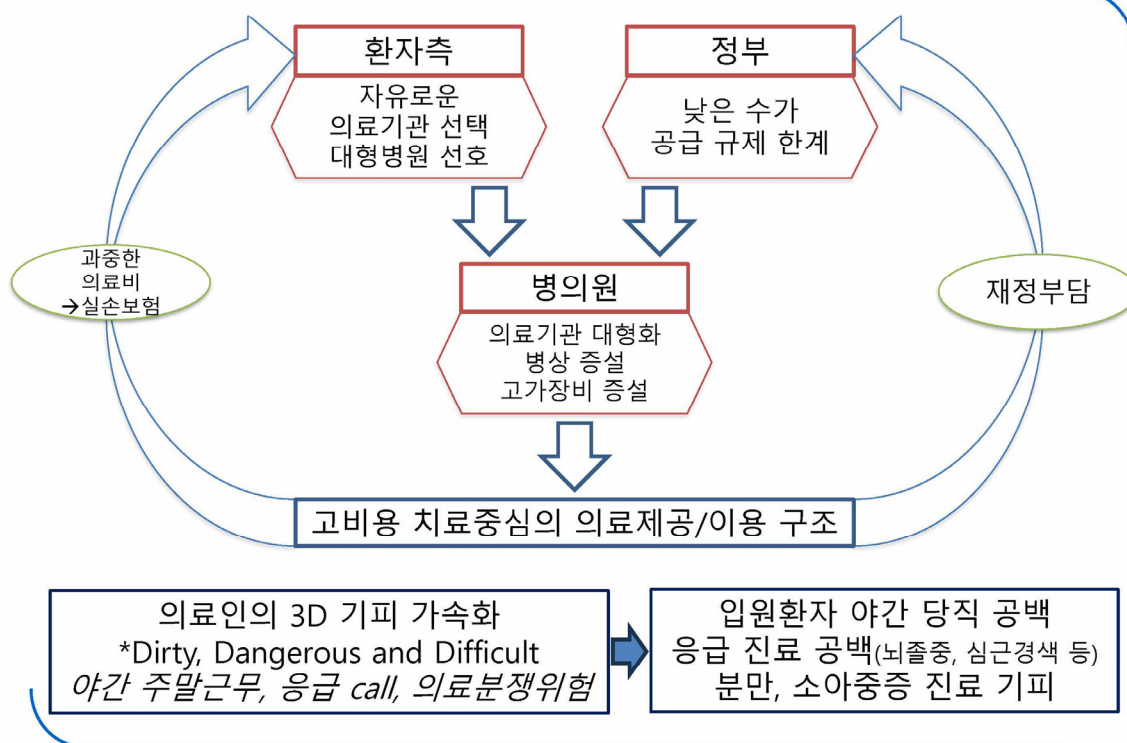
드라마 허준(1999-2000) 텔런트 임현식씨의 유행어 " 줄을 서시오 "

24

의료 이용(전달) 체계 차이



과다 의료이용, 의료공급망 붕괴



경청해 주셔서 감사합니다.

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

발 제 2

적정 의료 이용을 위한 정책과제

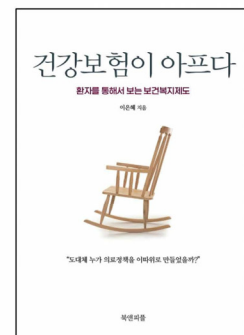
이 은 혜
순천향대 교수

건미포럼 제1회 2023.09.18.

적정 의료이용을 위한 정책 제안



순천향대학교 부천병원 영상의학과
이은혜



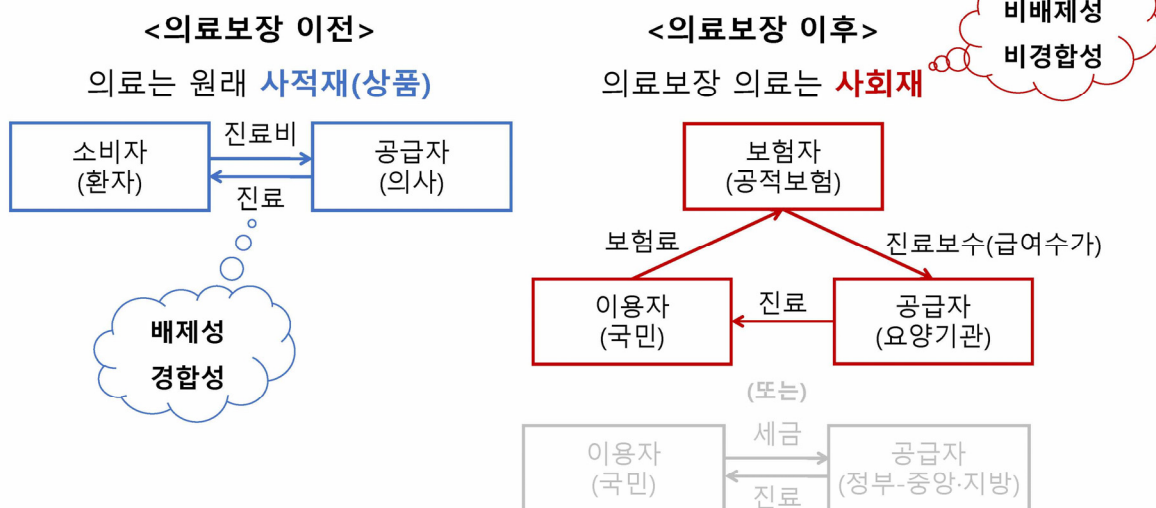
목차

1. 의료이용 과다의 근본 원인
2. 아드 폰테스(Ad Fontes): 기본으로 돌아가자(Back to basics)
3. 적정 의료이용을 위한 정책 제안
4. 요약

목차

1. 의료이용 과다의 근본 원인: 무지·무능한 보험자(보복부+공단)
 - 이용자의 만족극대화 허용: 의료이용관리 부재
 - 공급자의 이익극대화 허용: 영리추구행태 보편화
2. 아드 폰테스(Ad Fontes): 기본으로 돌아가자(Back to basics)
3. 적정 의료이용을 위한 정책 제안
4. 요약

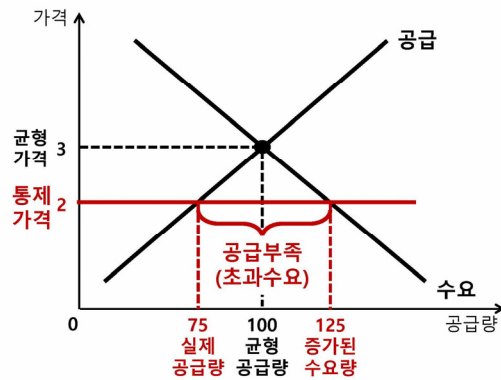
의료는 사적재 → 의료의 사회화



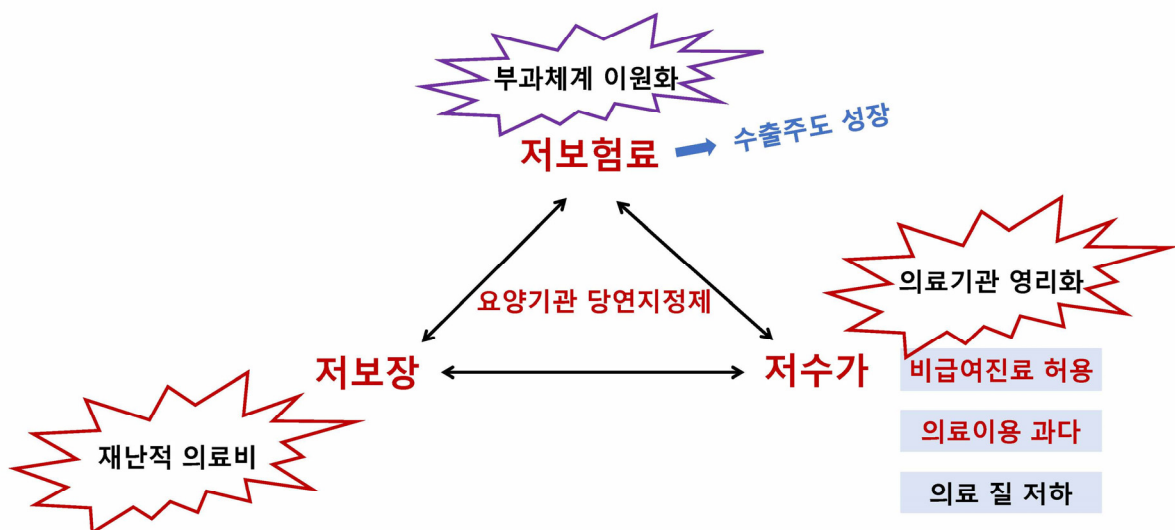
의료보장제도의 결점

• 도덕적 해이

- 원인: 인간은 불완전한 존재
- 행태: 만족극대화, 이익극대화
- 결과
 - 수요 증가 & 공급 감소
 - 진료대기 증가
 - 의료 질 저하



우리나라 건강보험 문제의 근본원인



목차

1. 의료이용 과다의 근본 원인
2. 아드 폰테스(Ad Fontes): 기본으로 돌아가자(Back to basics)
 - 의료보장의 4대 원칙
3. 적정 의료이용을 위한 정책 제안
4. 요약

의료보장의 원칙과 건강보험의 현실

의료보장의 4대 원칙	건강보험의 현실
1. 보편적 적용 - 모든 국민(+합법적 외국인 근로자)에게 기본권의료 보장	- 의료급여 수급자는 적용제외: 의료급여 별도운영 - 비(非)근로자 외국인도 적용: 지역가입자
2. 포괄적 제공 - 유효성·안전성 입증되면 재정범위 내에서 급여로 제공 - 의학적 필요도에 따라 환자의뢰체계 내에서 포괄적 제공	- 유효성·안전성 입증되어도 급여에 포함X: 저보장 - 의료이용 여부를 환자(수요)에게 맡김: 과다이용 - 환자의뢰체계 사실상 해체: 과다이용
3. 최소 수준 - 요양기관은 급여진료만 하고 고급서비스 배제	- 비급여진료 허용: 영리추구 허용, 의료비 증가 - 고급서비스 이용자도 건보 적용: 진료비 할인
4. 재정의 공정성과 운영의 효율성 - 공평한 부담: 모든 가입자가 단일기준(소득)으로 기여 - 형평적 배분: 동일한 급여패키지 제공 - 재난적 의료비 해결 - 보험조직 분권화 및 내부경쟁, 공급자 효율성 향상	- 보험료 부과기준 이원화 - 피부양자 무임승차 + 징벌적 보험료 - 무능력 가입자의 보험료를 정부가 대납하지 않음 - 재난적 의료비 가구비율이 OECD 평균의 2-4배 - 건보통합으로 공단이 공통화: 내부경쟁 불가

목차

1. 의료이용 과다의 근본 원인
2. 아드 폰테스(Ad Fontes): 기본으로 돌아가자(Back to basics)
3. 적정 의료이용을 위한 정책 제안
 - 보험자, 공급자, 이용자 측면
4. 요약

해결 방향: **Cost** = **Price** x **Quantity**

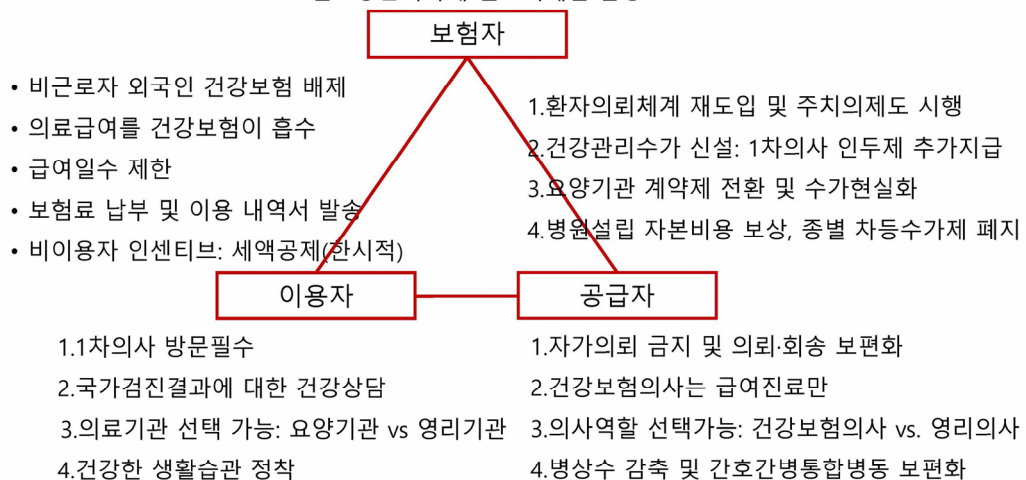
- 정책적 측면의 문제점과 해결 방향
 - 77패러다임 + 이용관리 X → **적정부담-적정수가-적정보장** + **이용관리**
 - 환자의뢰체계 붕괴 → **환자의뢰체계 및 진료권 설정 재도입**
 - 요양기관 당연지정제 + 혼합진료 → **요양기관 계약제** + **비급여 금지**
- 사회적 측면의 문제점과 해결 방향
 - 상병구조 변화 → **건강한 생활습관**
 - 인구고령화 → **올바른 커뮤니티 케어 도입, 의료저축제도 고려**

건강보험의 주요 문제별 거시적 해결방향

건강보험의 주요 문제	거시적 해결방향
과다이용 - 낮은 보장성 - 의료비 폭증	<ul style="list-style-type: none"> - 의료이용 관리: 환자의뢰체계 재도입 + 필요도 기반 의료서비스 제공 - 요양기관의 비급여진료 금지 + 급여수가 현실화(원가 보전) - 요양기관 계약제로 전환: 공급자시장 분리 + 의사 질관리 - 병상수 감축: 권역별 인구 감안하여 OECD 평균 수준으로 줄이기 - 적정부담-적정수가-적정보장 - 건강한 생활습관
의료자원 불균형	<ul style="list-style-type: none"> - 진료권 설정 재도입 - 급여수가 현실화 - 의료사고시 무/경과실이면 건강보험이 보상, 안되면 민사소송 - 지방 정주여건(특히 교육문제) 해결되어야
재정조달의 불공정성	<ul style="list-style-type: none"> - 소득기반의 단일 보험료부과체계 마련 : 건보 가입자 = 보험료 납부자 - 의료급여를 건강보험에서 흡수 + 기존 의료급여 재정을 건보 국고지원금에 추가 - 재난적 의료비 해결 - 비근로자 외국인을 건강보험에서 배제: 외국인 전용 민간의료영역 필요

적정 의료이용을 위한 건강보험 구성요소별 역할제안

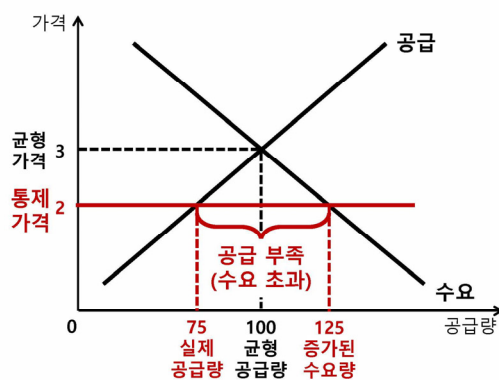
• 건보공단지사에 진료비예산 할당



목차

1. 의료이용 과다의 근본 원인
2. 아드 폰테스(Ad Fontes): 기본으로 돌아가자(Back to basics)
3. 적정 의료이용을 위한 정책 제안
4. 요약

이용자·공급자 관리 → 적정 의료이용

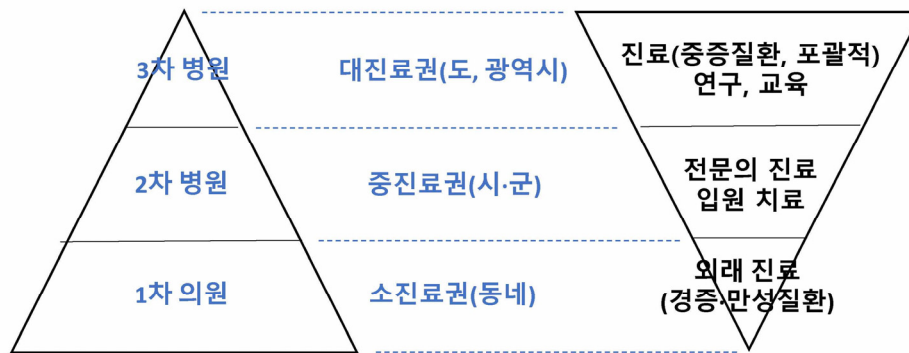


$$C = P \times Q$$

(의료비 = 가격 x 이용량)
접근성

Your health is your responsibility!

환자의뢰체계와 의료기관 종별 표준업무



경증환자가 3차병원 가는 것은 중증환자를 죽이는 것!

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

토론

김양균

경희대 교수

토론문

김 양 균 경희대 교수

두 분 교수님 발표 잘 들었습니다. 지영건 교수님께서서는 과다 의료 이용과 관련된 현황과 문제점을 잘 정리해 주셨고, 이은혜 교수님께서서는 대안을 잘 제시해 주셨습니다.

두 분의 발표를 듣고, 제가 느낀 부분은 1990년대 미국에서 유행했던 ‘관리된 의료(managed care)’였고, 우리나라의 의료도 ‘관리(manage)’가 필요하다는 것입니다. 이는 의료를 적정하게 이용하고 적정하게 공급하고, 적정하게 국민 의료비를 관리하는 것이라고 생각합니다.

이은혜 교수님의 내용 중 “기본으로 돌아가자”라는 말씀이 마음에 와닿습니다. 많은 국민은 많은 의료 이용이 건강을 지킬 수 있다는 믿음에서 벗어나서 자신의 건강 수준을 알고 건강을 유지하기 위한 노력이 건강을 지킬 수 있다는 믿음을 가져야 합니다. 또한 공급자는 의료서비스를 통한 이익의 창출보다는 재투자와 유지를 위한 적정 수익 수준을 판단해야 합니다. 또한 건강보험 재정관리자는 지출을 따라 수입을 확보하는 것(지출을 예상하고 수입(보험료 수입)을 통한 균형을 맞추는)에서 벗어나서, 수입에 따라 지출을 관리하는 방식(수입을 예상하고 지출을 관리함)으로의 전환이 필요합니다.

발표 내용중 우리나라의 의료는 너무 많은 문제와 이로 인해 너무 많은 대안이 존재할 수 밖에 없다는 생각을 하게 됩니다. 두 분의 의견에 동의합니다. 문제해결을 위한 대안을 로드맵으로 만들어서 실행에 대한 우선순위를 결정하기 위한 논의가 필요하다는 생각이 들었습니다. 또한 대안들간의 상충되는 문제는 없는지 살펴볼 필요도 있습니다.

제 의견을 조금 보충하자면, 의료서비스 이용에 대한 문지기(gatekeeper)가 필수적이라는 것입니다. 과다한 의료이용도 예방하면서, 적정 의료를 유지하지 위한 안내도 같이 할 수 있는 1차 의료인(primary care physician)과 사회서비스 지원인력(사회복지 + 운동 처방 + 상담)이 팀으로 움직일 수 있는 역할이 필요합니다.

진료권의 설정도 필요합니다. 오래전의 우리나라에서 실시했던 행정구역 중심의 진료권이 아니라 좀 더 지역적으로 포괄적이고 수요와 공급의 균형을 고려한 개념의 진료권 제도가 필요합니다. 이렇게 된다면, 설정된 진료권 내에서의 효과적인 의뢰·회송 제도를 설계할 수 있을 것으로 판단합니다. 물론 진료권 간의 의료의 질 수준을 차이를 해결할 필요도 있습니다. 새로운 의료지식과 기술을 확보하기 위한 재교육과 훈련도 함께 논의해야 할 과제라고 생각합니다.

제안한 자본 비용에 대한 보상의 경우에는 독일의 사례를 참조할 필요가 있다고 생각합니다. 시설 및 장비 투자의 경우, 장기 저리의 할부 금융을 지원하는 방안도 대안이 될 수 있을 것으로 판단합니다.

진료비 지불제도도 하나의 제도로 운영하는 것이 아니라, 몇 가지의 지불제도(행위별, DRG, 총액계약, 인두제, 혼합형)를 가지고 공급자들이 선택할 수 있게 하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것입니다. 이에 따라 국민건강보험 내에 다양한 의료 서비스를 제공하는 프로그램(체계)이 존재하고 이를 국민들이 선택하게 하는 방식도 고려해 볼 필요가 있습니다.

또한 여러 가지 이유로 의료에 접근할 수 없는 국민들에 대한 의료서비스 지원 방안도 함께 논의할 필요가 있습니다. 공급 부족지역이나 경제적 이유로 과소 의료이용자를 하는 국민들에 대한 방안이 필요합니다. 과소 의료이용자 질환이 더 깊어져서 과다 및 고비용 이용자가 될 확률이 높을 수 있기 때문입니다.

이상입니다. 감사합니다.

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

토론

강대식
(전)부산시 의사회장

토론문

강대식 (전)부산시 의사회장

대한민국은 1945년 건국 당시 1인당 국민소득 100달러로 세계 최빈국으로 시작하여 눈부신 경제와 사회 발전으로 국민소득 3만 불의 세계 10위권 무역 강국으로 발돋움하였다. 국가를 경영하는 여러 제반의 제도와 함께 대한민국은 어려운 여건 속에서도 비교적 이른 시기인 1977년 건강보험을 도입하고 1989년 지역과 직장의 건강보험을 통합해서 단일 보험자구조의 제도로 현재 운영 중이다. 도입 당시 경제 여건상 ‘저보장, 저수가, 저급여’의 시혜적 운영 기조로 시작되어 일부 점진적개선이 되었다고는 하지만 빠른 의료 기술의 발전과 소득증대에 따른 국민의 수요 증가로 그 규모가 경상 의료비 100조대에 이르며 적지 않은 문제가 도출되고 있는 실정이다.

건강보험 제도는 기본권과 사회적 연대의 이념을 바탕으로 하므로 자유민주주의 국가에서 시행되는 제도 중 대표적으로 공공성을 떨 수밖에 없는 한계가 있다. 다시 말하면 시장 경제적 접근으로 운영되는 제도가 아닌 것이다. 의료는 사적 재화이지만 건강보험 제도는 비 배제성, 비 경합성의 공공재인 것이다. 수요공급에서 소비자는 가격에 따른 인식이 없어지므로 적정수요와 적정공급을 위한 정교한 제도적 운영이 필요하다. 그러나 이용자 즉 국민의 요구에 부응하는 정치적 선택이 우선하면서 건강보험 제도가 위기에 빠져있다. 경상 의료비 증가율이 전 세계 1위라는 것이다. 이는 건강보험 재정의 고갈 즉 건강보험 제도의 빅뱅을 예견하게 한다. 한편 소득에 따른 건강보험료 징수가 이원화 되어있고 GDP 대비 경상 의료비 지출이 9.1%로 아직 OECD 기준이 못 미치고 있다.

각종 보건의료지표 (영아 사망률, 암 환자 생존율, 심혈관질환 치료 등)에서 대한민국의 의료수준은 세계 최상급임은 자명하다. 그러나 외래이용, 입원은 단연코 세계 1위이고 고가 장비 보유율이 세계 최상위 수준이라 한다. 이용자와 관리자 측면에서 이런 좋은 제도가 없다. 더욱이나 당연지정제이다. 우리 국민 정서에 부합되는 신속하고 확실한 진료가 가능한

시스템이다. 심지어 동일질환으로 여러 의료기관을 동시 이용할 수조차 있다. 의사들의 생산성 극대화로 여기까지 끌고 온 것이다. 하지만 작금에는 그동안의 땀질 대처에도 불구하고 여러 곳에서 문제들이 생겨나고 있다.

최근 소아 환자 응급실 뺑뺑이 사망사고처럼 적재적소에 의료가 제공되지 못하는 현상, 수도권과 지방 사이의 의료자원 불균형문제, 규모의 경쟁으로 인한 의료이용과 공급의 역피라미드 구도에 따른 혼란과 불만, 인구 고령화에 따른 의료비 폭증, 저출산에 따른 의사 인력 불균형, 국민의 의료인에 대한 불신 등등 왜 이렇게 문제들이 얹히고설킨 것일까? 그 해결책은 무엇일까? 고르디우스의 매듭을 풀기 위해 특단의 조치가 필요한 걸까?

우선 의료이용 행태를 살펴보자.

필자는 내과 개원의로 30년 가까이 1차 의료 일선에서 근무하고 있다. 내원하는 환자들의 질병 유형이 변했음을 절감하고 있다. 감기, 장염 등 급성기 질환보다 당뇨, 고혈압, 고지혈증 등 만성질환 환자가 대부분이다. 조금이라도 중증으로 생각된다든지 검사의 필요를 느끼는 환자는 이미 동네 내과를 선택하지 않는다.

얼마 전 단골 당뇨병 환자분이 건강 검진 상 우연히 담도 악성질환 의심소견이 있어 인근 종합병원으로 전원하려하니 채담도 소화기내과 진료는 안된다고 해서 대학병원으로 전원을 위해 알아보니 예약이 2개월 이상 밀려있었다. 황달이 점점 심해져 응급트랙으로 환자를 이송했다. 해당 대학병원은 채담도질환 진료 교수가 3인인데 한 사람은 과도한 업무에 사직할 예정이고 또 한 사람은 해외연수가 예정되어 곧 진료를 못 하고 남은 한 교수가 전담을 하니 신환을 받을 수가 없다고 한다. 얼마 전 수도권 유수의 병원에서 간호사가 뇌출혈로 사망한 사건이 떠 올랐다. 어지럼증과 두통으로 뇌혈관 동맥류가 발견된 환자분이 해당 지역에서 시술을 받으려니 불안하다고 속칭 잘하는 곳 소개를 해달라고 한다. 또 연일 의료급여환자가 초진으로 와서 진료의뢰서를 발급해달라고 필자와 실랑이를 벌이고 있다. 실손보험 진료확인서를 과다하게 요구를 해서 갈등도 자주 유발된다.

필자 인근 종합병원은 심혈관 명의가 있어 한꺼번에 예닐곱 환자를 동시에 보며 처방전에 90일에서 180일 처방을 한다고 한다. 필자는 코로나 유행 시기때 급성 알레르기 환자를 받아줄 응급실이 없어 뺑뺑이를 돌다가 결국 엠브란스 안에서 인근 병원장에 개인적으로 전화를 해서 이송한 적이 있다. 필자가 직접 타야 할 정도로 긴급상황이었다

의료공급의 측면에서 살펴보자.

필자는 2020년 공공의대 신설과 의사증원, 한방첩약 급여화, 원격의료에 대한 의료계의 이른바 4대 악 의료정책 저지 투쟁 후 의정 협상에 의협 측 단장으로 정부와 협상을 한 적이 있다. 정부의 정책이 공급자의 해법과 전혀 맞지 않아 파업투쟁까지 벌인 이후의 일이다. 협상은 절충의 결과를 도출해야 잘한 것이다. 결국, 이 협상은 계속 이어지지 못했다. 정부는 의료제도 전반에 대한 개선의지가 없었었다. 지금 현재도 보건의료 발전 기본법상에 규정된 5년 마다 보건의료 발전 계획안을 마련토록 되어있는 법을 준수하지 못하고 있다.

공공의료에 대한 정부의 인식에 큰 오류가 있어 자행된 정책인 것이었다. 공공의료는 법까지 제정해서 정부가 드라이브를 건 정책이다. 그러나 공공의료에 대한 정의는 대한민국에만 유일하게 있다. 공적자금으로 운영되는 공공기관에 행하는 의료가 공공의료라는 것이다. 의료보장을 국가 의료체계(NHS)를 시행하는 국가에서조차 이렇게 정의를 하지는 않는다. 건강보험을 시행하는 서구 선진국에서는 건강보험 의료가 공공의료이다. 그래서 의료기관을 유지하는데 필요한 경상 운영비의 자본비용 즉 시설, 장비에 대한 비용, 교육수련에 대한 비용은 건강보험 구매자가 공급자에게 지원한다. 독일, 일본 심지어 미국에서도 그렇게 한다.

정부가 공공의대 설립과 의사증원 정책을 제시한 근거는 전국을 300개 권역으로 나눠 응급, 중증 필수의료에 대응할 수 있는 의료시스템 구축으로 이에 필요한 인력과 시설을 마련한다는 곡학아세로 유명한 모 대학 연구용역 보고서였다. 또 부실교육으로 폐교된 지역의 정치적 배경에 따른 건 주지의 사실이다.

의료는 서비스산업이다. 지방 인구감소에 기인한 것을 병원만 설립한다고 해결되지는 않는데도 정부는 막무가내였다. 더욱이 아연실색하게 했던 건 그런 정책을 하는 와중에 수도권에 약 6000병상의 의과대학 분원들이 계획되고 일부 실행되고 있었다는 사실이다. 병원설립은 지자체가 병상 수는 복지부가 관리한다. 복지부 내에는 국장급 공공보건정책관 산하 공공의료과가 운영되고 있다. 민간의료와 공공의료로 별도 관리되고 있는 것이다. 수년 사이 필자가 근무하는 지역에 10층 클리닉센터가 2곳 더 지어져 성업 중이다. 그곳에 들어온 후배에게 뭐하러 이렇게 경쟁이 치열한 곳에 들어왔느냐 좀 더 경쟁이 덜한 지역을 알아보지 않고라고 얘기했더니 야간, 휴일 진료라도 해서 자리를 잡을 거라 했다. 이 지역 보건소는 만성질환을 필자보다 2배 이상 많이 진료하고 있다. 코로나 팬데믹 때 이들이 오는 바람에 잠시 호황을 누린 적도 있다.

필자가 거주하는 지역은 광역시임에도 불구하고 대학병원이 소아 응급환자를 못 받는다고 선언을 했다. 필자가 근무하는 구행정구역 내에 개원 소아청소년과가 단 한 곳 있다. 요즘 전공의 지원 인기과가 피안성(피부 안과 성형외과)에서 정재영(정신건강의학과 재활의학과 영상의학과)에 이어 마방진(마취통증이 아닌 마취과 방사선과 진단검사의학과)으로 힘들고 장래도 유망하지도 않는 개원과들 보다 직접 환자를 안보는 과로 바뀌었고 최근에는 수련조차받지 않으려 한다고 한다. 아는 선배나 유명 개원가에서 잠시 근무하며 필요한 것만 익혀서 손쉬운 일부과로 개원을 하려고 한다고 하고 있다고 한다. 격세지감을 느낀다.

바이탈을 다루는 분야 의사들의 자긍심과 보람은 사라진 지 오래다.

적정대우는 고사하고 나쁜 의료결과에 따른 소송과 법적인 인신구속이 점차 횡행하는 상황에서 의사들만 탓할 수는 없을 것이다. 최근 소아청소년과 폐업을 선언한 원장이 맘 카페 민원으로 더 이상 그 지역에서 개원을 할수 없었다고 연유를 밝혀 개원가에서 적잖은 공감을 얻었다

상급종합병원은 어떤가? 이제 빅5는 2000베드의 메머드급이다.

‘베드는 있으면 채워진다’라는 유명한 보건의료계의 격언이 있다. 이제 일본을 제치고 병상수가 전 세계 1위가 되었다고 한다. 인구 5천만의 나라에 아픈 사람이 이렇게나 많은 게 맞는지 이해가 어렵다. 수도권 환자 쏠림과 지방의 대형병원으로 환자 쏠림은 반드시 적절한 조정이 필요하다. 정부의 의료전달체계 단기 및 중장기 계획이 제대로 시행되고 있는지 궁금하다.

왜 이렇게 되었을까?

건강보험 제도를 제대로 운영하지 않기 때문이라 생각된다. 건강보험은 모든 니즈를 다 담을 수는 없다. 그래서 필요도에 입각한 의료이용을 위한 위계적 의료체계가 반드시 필요하다. 일차 의료에 필요한 서비스와 입원 위주인 2차의료 진료에 필요한 서비스 그리고 포괄적 진료가 필요한 3차의료 병원에 필요한 서비스가 구분 되어져야 한다. 현재처럼 자유 이용이 가능하고 전문의가 일차진료를 담당하는 체계로는 과다이용, 중복진료, 과잉진료가 불가피해진다. 그리고 인간의 욕망인 이익을 보장하는 시스템으로는 이럴 감당할 수가 없다고 생각된다.

비급여를 인정하는 혼합진료가 가능한 상황에서는 일차 의료뿐만 아니라 2차, 3차 의료기관조차 이런 유인을 막을 방법이 없다. 의료의 질을 잘 유지하고 현재처럼 편리한 시스템을 제공할 의료체계의 ‘파레트 최적’ Pareto optimum을 찾아내야 한다

독자적 한국형 건강보험 체계가 어렵다면 선진외국은 어떻게 운영하는지 살펴보는 방법도 있다. 가까운 일본은 우리가 건강보험 제도를 참고로 했던 나라이다. 어떤 측면에서는 우리나라보다 더 후진적 모습인데도 아직 큰 문제 없이 건강보험이 운영되고 있다.

건강보험 제도의 원조인 독일은 건강보험 부과율이 큰 차이 없이 강제 가입 후 상위소득 10%는 건강보험 외 영리병원 이용을 선택하도록 한다고 한다.

비록 나라 규모는 적지만 네덜란드는 전적으로 민간에 위탁 보험자들 간의 경쟁을 통해 적절한 의료이용과 공급이 이루어지는 개혁을 이루었다. 싱가포르도 독특한 의료제도를 유지하고 있다.

지금처럼 답이 보이지 않는 건강보험 제도 운영의 위험에도 불구하고 그 적신호를 인지하고 임시땜질 대책으로 두더지 게임을 유발하지 않는 근본적 제도 개선을 위해 계획을 세우고 점차적인 실행을 하기 위해 정부와 국민 그리고 의료계에 그 해법을 모색하고 정책 제안하고자 일부 공감하는 분들이 건미포럼을 창립하게 되었다.

의료보장 분야 석학이신 이규식 건강복지정책연구원장님을 필두로 박종훈 전 고대 병원장, 지영건 차의대 예방의학교수, 이은혜 순천향 의대 교수, 연준흠 마취통증의학회 회장 등 의료정책에 경험이 있는 분들과 법조계, 경제계 명망가와 더불어 ‘보건의료계 싱크 탱크’로 자리매김하고자 한다.

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

토론

장성환

담헌 대표변호사

토론문

장성환 담헌 대표변호사

1. 의료 과다이용 억제방안 마련 필요

의료 과다이용 억제책으로 연간 일정 규모 이상 이용시 본인부담금 확대 등 일종의 패널티를 부과하는 방안도 있겠으나, 가입자의 선택권 제한보다는 인센티브와 책임 강화를 적절하게 운용해 가입자가 합리적이고 자율적으로 선택하도록 유도하는 정책이 바람직하다.

가령, 의료 이용액이 연령대별로 평균보다 낮은 가입자에게는 보험료를 할인해 주는 방식으로 인센티브를 주는 방안을 도입할 필요가 있다.

2. 상급종합병원은 중증환자 진료로만 제한하고 연구 및 의학교육 담당해야

상급종합병원은 3차 의료기관 본연의 역할을 하여야 한다. 의료전달체계를 무너뜨리고 급격한 의료비 증가의 원인이 되는 대학병원 분원 설치를 제한하여야 하며 수도권 병상 총량제 도입과 대학병원 분원 설립의 인허가는 지자체장이 아닌 중앙정부가 종합적 의료 계획에 따라 결정해야 한다.

3. 건강보험 정부지원금 규정 지켜야 함

건보 정부 지원금은 국민건강보험법 제108조와 국민건강증진법 부칙 제2항에 따라 '해당연도 건강보험료 예상 수입액의 20%에 상당하는 금액'을 14%는 일반회계(국고)에서, 6%는 건강증진기금에서 지원해야 함에도, 정부는 보험료 예상수입액을 낮춰 잡아 계산하는 식으로 해당 규정을 제대로 지키지 않고 있다.

건보공단에 의하면 건보 보장성 강화 정책이 시작된 2017년부터 2021년까지 정부 건보 재정 지원 비중은 보험료 수입액의 13% ~ 14.8%에 불과했다.

2020년 정부 지원액은 보험료 수입(73조4185억원)의 14.8%인 9조2283억원이었다. 국고지원이 7조3482억원으로 보험료의 11.8%, 증진기금 1조8801억원(3%)이다. 2021년은 총수입 80조4921억원의 13.8%, 9조5720억원이 지원됐다. 법정 기준 13조2980억원에 한참 못 미친다.

우리나라와 같은 사회보험 방식의 건강보험 제도를 택한 일본과 프랑스는 국고지원이 큰 비중을 차지하고 있다. 2019년 기준 일본과 프랑스는 각각 총수입의 28.7%, 63.3%를 국고지원이 차지하고 있다.

4. 의료의 질 향상 도모 위해 효과와 안전성 검증된 신의료기술, 약제 적극적 도입하는 방안 마련 필요

과학의 발전과 더불어 현대 의학은 매우 빠른 속도로 발전하고 있으나, 인간의 질병 중에는 아직도 정복되지 않은 것이 너무나 많다. 따라서 현재의 진단법이나 치료법을 지속적으로 바꾸고 변화시키지 않는다면, 전세계의 발전된 의학 수준과 비교해 뒤처지는 결과로 이어져 결국 의료의 질 하락으로 이어진다.

국민들은 끊임없이 높은 수준의 의료를 원하고 있고, 보다 저렴하면서도 효과 좋은 약제나 치료법을 원하고 있다. 의료 시스템이 지속 가능하려면 의료의 질 향상은 필수불가결한 요소이며, 의료의 질 향상을 유도할 수 있는 제도는 반드시 필요하다.

효과와 안전성은 검증됐으나 비용효과성에서 보험 적용이 어려운 신의료기술과 약제 등은 비급여 항목으로 지정해서 관리해야 한다. 그리고 국민들로 하여금 해당 비급여 의료에 대해서 충분히 알 수 있는 정보를 주고, 비용을 개별 부담하게 하거나 비급여 의료 보험 등의 상품을 통해서 선택할 수 있도록 제도를 마련해야 한다.

고가의 약제나 치료법이라고 하더라도 일부 항암제와 같이 생명과 직결돼 있으면서도 적용 대상이 매우 제한적인 경우에는 비급여 항목이 아닌 필수의료의 영역이므로 건보에서 지원할 수 있도록 해야 한다.

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

토론

신성식
중앙일보 기자

MEMO

지속 가능한 의료 생태계를 위한 연속토론회 | 제1회

의료생태계를 망치는 과다 의료이용

토론

손호준

보건복지부 보험정책 과장

MEMO