

# 소비자 입장에서 바라본 정부의 보건 의료정책에 대한 평가

조 윤 미

(사)소비자권익포럼 운영위원장  
C&I 소비자연구소 대표  
cicri.consumer@gmail.com



## 들어가며

문재인 정부가 출범한지 1년이 넘어섰다. 대통령 탄핵이라는 초유의 사태에 이어 인수위원회도 없이 출범한 정부이지만 지난 1년간 새 정부의 틀을 갖추고 인적구성을 개편하였으며, 주변국과의 외교에 있어 중재적 지위를 확보함으로써 북핵문제와 경제

협력의 틀을 만들어 가고 있다는 점에서 보면 놀라울 만큼의 성과가 아닐 수 없다.

집권 2년차에 접어드는 현 정부는 이제 국민생활에 있어 구체적이고 눈에 보이는 삶의 질 향상을 보여줘야 할 때에 이르렀다. 최근 치러진 지방선거에서 유권자들은 압도적으로 문재인 정부를 지지하고 지방행정에 있어 실질적인 역할을 할 수 있는 권한

을 부여했다. 이것은 거대담론을 넘어 지역과 생활, 현장에서 국민들에게 어떤 실질적인 변화를 만들어 줄 것인가에 대한 기대와 요구이기도 하다. 복잡한 이해관계를 넘어 실질적인 국민의 삶의 질을 높이는 정책의 실현은 어떤 면에 보면 국방과 외교보다 더욱 지난한 과정이 될 것이다.

국민의 삶의 질에 핵심적으로 영향을 미치는 분야가 보건의료영역이다. 아직은 정부 출범 초기라서 문재인 정부의 보건의료정책을 평가하고 제언을 덧붙이는 것이 이른감이 있지만 현 정부의 보건의료정책이 우리나라 보건의료체계의 근본적인 변화를 가져올 수 있는 중요한 정치적, 사회적 변혁의 시기에 이루어지는 것이라는 점에서 보면 시기와 관계없이 더 많은 평가와 제언이 필요한 것이 아닌가 한다.

## 비급여의 급여화, 통제불능의 시장에 맡기기에는 한계에 이르렀다

문재인 정부의 보건의료정책의 대표주자는 비급여의 급여화 정책일 것이다. 전 국민이 국민건강보험에 강제적으로 가입해야 하는 우리나라의 국민건강보험 제도는 보편적인 방식은 아니다. 보건의료체계가 발달하지 못하고 공공 인프라도 부족한 시기에 의료이용에의 접근성을 높이기 위해 도입된 건강보험은 의료비를 전면적으로 해결해 주는 방식이 아니라 최소한 범위 내에서의 보험적용이다.

전면적인 의료비의 해결이라는 방향으로 갔다면 보험제도가 아니라 세금으로 공공의료를 운영하는 유럽식 방식을 선택했을 것이고, 아예 사적영역에서 의료이용을 해결하려고 했으면 최소한의 복지프로그램을 제외한 나머지는 시장에 맡기는 미국식

방식이어야 했을 것이다. 우리는 그 두 가지를 절묘하게 섞은 건강보험제도를 탄생시켰다.

국민건강보험제도는 강제가입, 보험이 적용되는 행위에 대해서만 가격통제, 의료행위에서의 비급여 인정으로 대표되는 제도이다. 그런데 의료시장의 경쟁이 늘어나고 기술이 발전해 가면서 비급여 시장은 통제불능 시장이 되어 버렸다. 국민들이 직접 부담하는 병원비의 약 절반이 비급여 진료비이다. 의학적으로 필수적인 검사나 처치도 비급여인 경우가 많다. 전국민이 보험에 가입되어 있는 나라에서 재난적 의료비 발생률은 4.5%(2015년), 전체 가구의 2.5%(44만 가구)가 상대적 빈곤층으로 전락하고 있는 현실이다. 건강보험 보장률을 높이려고 자금을 투입하지만 비급여 진료비가 더 많이 상승(1.6배)하면서 보장률은 제자리걸음이 되고 만다.

비급여 진료는 국민을 의료빈곤층으로 전락시키는 주범이 되고 말았다. 질병에 걸리면 국민건강보험을 가입해서 평생 보험료를 냈음에도 불구하고 집 팔고 땅 팔아도 안 된다는 두려움이 국민의 90%를 민간의료보험에 가입하게 했다. 한 가구가 지불하는 가구당 민간의료보험료는 국민건강보험료의 약 3배에 달한다. 그래도 비급여로 인해 받는 진료비 폭탄보다는 낫다.

의료행위에 있어 비급여를 지금과 같이 통제불능한 시장에 맡기는 것은 한계에 이르렀다고 보는 것이 타당하다. 더군다나 의료시장은 서비스 제공자인 의사에 의해 전적으로 서비스 내용과 질이 결정되는 시장이다. 실제 소비자는 서비스 선택을 위해 가져야 할 필수적인 지식이나 정보가 턱없이 부족한 상태에서 급여든, 비급여든 서비스 제공자의 권유에 의존할 수밖에 없다. 그렇다면 서비스 제공자가 의료소비자편에 서서 윤리적 결정을 하는가?

소비자의 재정적 부담을 생각해서 불필요한 의료행위는 최대한 자제하고 반드시 필요한 경우에도 급여범위 내에서 하고 비급여를 불가피하게 선택해야 할 때에는 다양한 옵션을 제시하고 충실하게 설명하고 선택할 수 있게 했는가? 답은 “아니다”이다.

비급여 의료행위는 의사와 소비자 간에 불신의 원인이 되고 있다. 의사가 환자인 자신의 건강이나 의료필요성에 기인하지 않고 기업인 병원의 수익만을 고려하여 의료행위를 선택하고 권유한다고 하는 불신을 단지 소비자들의 오해라고 주장하기는 어려울 것이다.

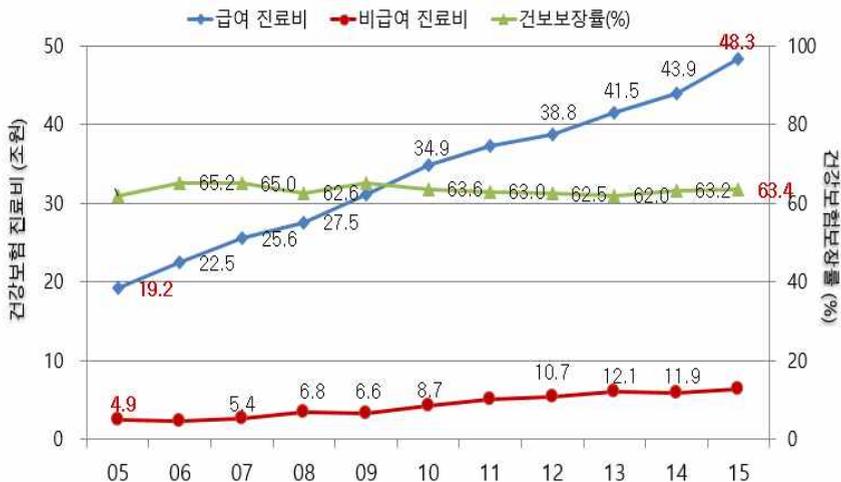
### 비급여의 급여화 정책의 핵심은 안전성, 유효성을 객관적으로 검증한 의료행위 평가

비급여 의료행위를 급여화하는 것에 대해 소비자들은 대환영이다. 설사 일정정도의 사회적 비용이 들어가더라도 지금과 같은 상태를 더 이상 견디는 것은 힘든 일이다.

그렇다면 비급여 의료행위를 급여화 하는 것의 목적은 무엇인가? 비급여의 급여화 정책에 대해 현 정부는 보장성 강화를 강조하고 있다. 실제 비급여 의료행위가 증가하면서 건강보험 보장률이 정체된 것은 사실이다. 지난 10년간 건강보험진료비는 215% 증가한 반면, 비급여 진료비 272% 증가하였고, 같은 기간 건강보험 보장률은 1.6% 증가하는데 그쳤다[그림 참조].

건강보험 보장률 확대는 그 자체가 목적이라기보다는 궁극적으로 의료이용자가 필요로 하는 서비스에 대해 안정적으로 접근할 수 있는가 하는 지표 중 하나이다. 재정적 안전성을 확보하는 방안으로 현재 가입가구가 90%에 육박하는 민간의료보험과의 관계 재설정을 통해 해결할 수도 있고, 복지프로그램을 강화함으로써 질병발생으로 인한 재난적 의료비 지출을 경감해주는 방안도 있다. 실제 문재인 정부에서는 재난적 의료비 지원제도를 강화하여 모든 질환을 대상으로 2천만 원까지, 본인부담금의 50~70%를 지원해 주는 방안을 마련하고 있다.

환자입장에서 보면 비급여 의료행위의 급여화는



■ 그림. 지난 10년간 건강보험보장률(2006~2015) ■

건강보험 보장성 강화라는 정책적인 이슈보다는 나에게 제공되는 의료행위의 안전성, 유효성에 대한 객관적인 검증 시스템의 작동이라고 하는 측면에서 더 큰 의미가 있다.

급여행위는 건강보험심사평가원에 의해 지속적으로 적정성, 안전성, 유효성에 대한 검토가 이루어지고 있고, 의료서비스 제공자에 의해 이루어지는 과잉, 과소 진료 등에 대해서도 평가가 이루어진다. 내가 낸 진료비용이 적정한지에 대한 재심사를 요청할 수도 있다. 즉 나를 대신해서 작동되는 공적감시기능이 존재한다는 사실이다. 그런데 비급여 의료행위는 어떠한가? 의사가 권해서 하기는 하지만 실손보험이 있느냐 없느냐에 따라 달라지고, 어디에다가 물어볼 곳도 없는 상황에서 매우 침습적인 의료기술이나 검사, 처치를 결정해야 한다.

비급여의 급여화의 원칙은 의료행위의 비급여 금지이며, 전제는 바로 적정하고 안전하며, 유효한 의료행위인가에 대한 객관적인 평가와 이에 대해 급여가 지급되는 시스템을 어떻게 새롭게 짤 것인가이다. 지금부터 새로 발생하는 비급여 의료행위에 대해 명확한 기준을 설정하고 의료기술의 안전성, 유효성을 어떻게 평가할 것인가에 대한 체계를 구축하는 일에 더 집중할 필요가 있다. 그렇게 새로운 그림을 그려놓고 나서 기존에 이루어지고 있는 비급여를 급여화하는 것이 맞는 순서가 아닌가?

## 무너진 의료이용체계, 소비자요구에 기반한 새로운 서비스의 창출이 관건

의료이용은 전달하는 것이 아니라 기관의 규모와

준비상태에 따라 자기 역할을 해내는 것이다. 의료전달이라고 하는 용어 자체가 얼마나 제공자 중심의 사고인지 생각해 볼 필요가 있다. 사회인구 구조의 변화, 질병의 양상변화, 소비자 요구의 변화 등 사회문화, 경제상황이 급변한 상태에서 우리 보건 의료시스템은 과거형 의료전달체계 논의를 벗어나지 못하고 있다. 이제는 의료전달이 아니라 전혀 새로운 형태의 의료이용체계를 다시 그려야 할 때가 아닌가 한다.

우리는 그 같은 기회를 한번 가졌으나 놓쳐버렸다. 의사들의 소소한 이해에 얽매어서 큰 새로운 그림의 시작조차 못하고 말았다. 지난 2016년 1월 15일 “의료전달체계 개선 협의체” 구성이후, 총 12차례에 걸친 논의와 워크숍을 통해 의료전달체계개선 방안을 마련하였으며, 합의문 형태로 완성하여 정부에 권고하고자 하였으나 불발로 끝나버린 것이다.

의료전달체계개선 협의회에서 마련한 원칙은 ▲기능중심 의료기관 개념 도입 ▲기능별 수가구조 재편 ▲의뢰·회송체계 강화로 요약할 수 있다. 정부의 보건의료정책에서는 일차 의료 중심의 만성 질환 관리 체계 강화, 동네 병의원과 약국 환자에 대한 본인 부담금 일부 감면, 야간 공휴일 진료에 대한 가산수가 적용 확대, 대형병원 외래 진료 축소 등의 내용을 담고 있다.

이해득실을 떠나 이 같은 변화는 멈출 수 없다. 이는 정부가 하려고 하는 정책이라기보다는 소비자들의 강력한 요구에 기반한 것이기 때문이다. 인구구조가 변화하고 있다. 60세 이후 90세까지 거의 40여 년간 대부분의 중년들은 경증의 만성질환을 가진 채 끊임없이 자기생활을 관리해 가면서 최대한 건강한 삶의 방식을 유지하는데 온 힘을 쏟아야 한다. 가장 큰 관심은 일상에서의 먹거리, 운동, 정기

적인 검진, 응급상황이 도래하지 않도록 지속적으로 자신의 만성질환을 관리하는 일이다.

현재의 노령인구는 여기에 비용을 쓸 여력이 없지만 향후 10년 이내에 60세 이상 노령인구는 우리나라 최대의 소비층으로 자리 잡게 될 것이다. 소비자의 요구에 의해서 새로운 시장이 비의료 영역에서 생겨날 것이며, 이는 의료계에도 좋지 않은 소식이다. 일차의료가 이 같은 기능을 해낼 준비를 하지 않으면, 국민의 건강증진, 삶의 질 향상은 요원한 이야기 가 된다.

문재인 정부의 보건의료정책에서 일차의료에 관한 부분은 개념 자체가 매우 협소하다. 의료영역에 국한하여 사고하고 있고 기존에 의료기관이 하고 있는 서비스에 제한되어 있다. 실제 일차의료 기능의 많은 부분은 지금까지 의료기관이 하지 않았지만 소비자는 원하는 서비스의 의료적 형태로의 발굴이다. 이것은 새로운 시장을 창출하는 것이기도 하다. 기능중심의 의료기관 개념의 의미이기도 하다.

### 정책의 중심을 소비자로, 새로운 거버넌스 구축해야

보건의료는 시장과 복지가 맞물려 있는 영역이다. 이전이나 현 정부나 시장과 복지사이에서 끊임 없는 정체성 시비에 휘말리고 있다. 의료의 공공성 얘기가 나오니 시장은 한발자국도 성장하지 못하게 되고 시장의 자율과 새로운 비즈니스 모델을 얘기 하자니 공공성을 해친다고 난리다. 그 사이에서 손해보고 비용만 부담하는 존재가 우리나라 의료소비자들이다.

보건의료서비스 영역에서 시장기능은 갈수록 증가하고 있다. 4차산업혁명 시대를 맞이하여 기술의 진보는 전통적인 보건의료서비스 기술과 접목하여 전혀 새로운 서비스를 창출하고 있으며, 과거에는 통제 불가능했던 많은 문제들을 기술적으로 해결해 나가고 있다. 이미 국내 시장을 넘어 글로벌 시장에서의 경쟁구도가 형성되어 있다. 반면 복지수요 또한 급속히 증가하고 있다. 부의 쏠림이 심해지고 계층간 격차가 심해지고 있다 사회, 경제적으로 취약한 계층에 대한 복지프로그램은 더욱 정교하고 과감해야 한다. 이 같은 상황에서 의료민영화 논란은 얼마나 공염불인가?

치매문제를 해결하려면 국가책임제를 할 것이 아니라 다양한 시장과 일자리, 서비스를 만들어야 한다. 왜냐하면 국가가 책임질 수 있는 한정된 것만 가지고는 치매 환자 문제를 해결할 수 없는 것이 뻔하기 때문이다. 경직된 서비스 유형으로는 치매 환자를 돌보고 있는 가정과 그 구성원의 고통을 해결할 수 없다. 정부주도적 사고에서 과감히 탈피하여 현장과 소비자 중심, 수요중심 정책 패러다임을 가졌으면 한다. 자문위원회에 이런 저런 소비자위원을 한둘 끼워 넣어주는 수준이 아니라 정책중심 자체가 옮겨가야 한다.

의료기관의 유형을 다양화 하고 서비스제공자의 자격이나 직능을 대폭 확대해 새로운 보건의료영역에의 일자리를 확대해야 한다. 전문직에 독점화 되어 있는 직능도 교육과정을 검증하여 자격을 부여 하도록 해야 할 것이다. 이 같은 노력은 의료계에 결코 손해가 되는 것이 아니다. 수요가 폭주하는 새로운 시장을 열어가는 일인 것이다.