문재인 케어의 성공을 바라며

Wishing for the success of 'Moon Jae-in Care '.

김명성

대한의사협회 수석자문위원, 성남 김안과 원장

Myung Sung Kim

Senior of Advisory, Korean Medical Association

Received: August 2, 2018

Accepted: August 25, 2018

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

우리나라의 국민건강보험제도는 최단시간에 전 국민 의료보험 실현으로 세계 모든 나라가 부러워한다. 저렴한 의료비용과 수준 높은 의료서비스에다 접근성까지 뛰어나기 때문이다.

1980년대 말까지 우리 정부는 외화유출 방지와 공산권국가 주민과의 접촉을 이유로 자국민의 출국을 제한했었다. 일반인은 유학목적, 해외취업이나 출장의 합당한 이유가 있어야 여권발급이 가능했지만 1988년 올림픽을 계기로 1989년 1월 1일부터 해외여행 자유화가 실시되었다. 올해 해외여행객은 2500만 명을 넘을 것으로 예상되고 수많은 국민들이 취업, 출장, 유학 등의 이유로 해외에 장기체류하는 상황이다.

필자의 동네 안과의원에도 일본에서 취업하면서 몇 달마다 입국 시 내원하여 녹내장 치료를 받는 환자, 여름 방학 때면 학생들 시력검사를 위해 내원하는 말레이시아와 싱가포르 교포 자녀들이 있다. 얼마 전에는 남편의 대장용종을 단돈 20만원에 해결했다고 본인의 시력검사를 받으러 오신 미국교포 분은 비행기 값을 빼고도 남은 것 같다. 중국 들어갈 때마다 여유 있게 안약을 받아 가시는 중국교포 분들과 해외여행을 위해 미리 안약을 받아 가시는 분들은 부지기수다. 심지어 우리나라에 있는 모든 외국인들조차 한국의 병원비가 싸고 쉽게 찾을 수 있으며 그 수준이 높다고 이구동성으로 말한다.

이규식은 의료보장성의 개념으로 의료보장을 위해 재원조달을 원활히 하는 것 외에도 의료자원의 원활한 확보를 통하여 서비스를 제공하는 의료 체계가 필요하다는 점에서 양자는 밀접한 관계가 있다고 하였다[1]. 윤희숙 등은 의료서비스 선진화란 '국민들이 양질의 서비스를 적은 부담으로 이용하여 후생을 최대화하고, 국민들의 필요나 요구에 신속하게 반응(responsive)하도록 시스템을 개선하는 것'을 의미한다고 하였다[2].

여러 학자들의 견해를 종합해 보면 의료보장성 강화는 첫째, 의료비용 부담감소, 둘째, 의료 서비스의 질 향상, 셋째, 의료서비스의 접근성 강화로 동네의원을 운영하는 필자가 느끼는 체감으로는 세 가지의 모든 부분이 세계 어느 나라 보다 나은 수준이다. 특히 경증질환으로 동네의원에서 전문의를 예약 없이 쉽게 만날 수 있고 그 비용이 저렴하여 어르신 의 경우 교통비가 더 부담이 된다고 하는 나라는 아마 지구상에 없을 것 같다. 최근에는 30분 이내 버스환승 시 편도요금 1200원만 부담하므로 귀가 시 다른 노선버스를 타면 환승으로 한 번만 부담하면 되기에 진료로 인해 30분이 경과하면 왕복요금 2400원으로 진료비 본인부담금 1500원보다 더 든다고 불평하시는 분들도 있다.

2017년 8월 9일 정부는 2022년까지 건강보험 보장률을 70%까지 높이겠다는 건강보험 보장성 확대방안 일명 '문재인 케어'를 발표하였다. 건강보험 보장성 확대방안의 주요 내용은 크게 3가지로 비급여 해소 및 발생 차단, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리, 긴급 위기상황 지원 강화다. 먼저 1) 비급여 해소 및 발생 차단을 위한 세부 방안은 ① 모든 의학 적 비급여는 건강보험으로 편입, ② 국민부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소, ③ 새로운 비급여 발생 차단이고, 2) 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리를 위한 추진 방안은 ① 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화, ② 소득수준에 비례한 본인 부담 상한액 설정이며, 3) 긴급 위기상황 지원강화를 위한 추진 방안은 ① 재난적 의료비 지원 제도화, ② 제도간 연계 강화로 발표하였다.

정부가 밝힌 금번 보장성 확대방안의 배경은 그간 건강보험 보장률 확대를 위해 노력해 왔으나 60% 초반에 보장률이 정체되어 있고, 우리나라의 경우 건강보험이 적용되지 않는 비급여 비중이 높고, 가계직접부담 의료비 비율이 높으며, 이는 결국 고액의료비 발생 위험 대비가 개인에게 맡겨진 것을 의미하므로 저소득층에 대한 보호 장치 마련이 시급하다는 것이다. 특히 '병원비 걱정 없는 든든한 나라'를 위해 30.6조 원을 투입하여 의료비 부담에 대한 국가책임을 강화하겠다고 밝혔다.

국민 촛불혁명으로 출범한 문재인 정부의 국민건강을 위한 보장성 강화정책이 빈부의 격차나 사회적 지위와 무관하

게 누구든지 국민의 건강권을 지킬 수 있도록 의료비 부담을 덜어주려는 방안으로 가히 손색이 없다.

아쉬운 것은 의료보장성의 개념 중 의료비용 못지않게 중요한 의료서비스 부분이다. 52개에 불과한 경증질환의 3차 의료기관 진료역제나 케어코디네이터 같은 새로운 일자리 창출이 만성질환관리를 완벽하게 해서 의료전달체계 확립에 도움이 되고 의료서비스의 질을 높일 것이라고 믿는 임상 의사들은 거의 없다. 참고로 52개 경증질환 중 신경정신과 질환은 단 하나도 없으며, 1차 의료기관 진료의사들의 실력이나 수준이 낮아서 52개 경증질환 환자만 진료해야 적합하다면 3차 의료기관에서 중증환자를 진료하던 의사들도 퇴직 후 개업가에서 52개 경증환자만 진료해야 이치에 맞는 일이다(52개 경증질환: 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 보건복지부 고시 2017-171호 [별표6] 참고).

의료서비스는 질 평가나 일부 인센티브로 그 서비스의 질을 유지할 수 있다는 주장에 대해서는 한 경제학자의 책 내용 중 '시장에 대한 폭력적 간섭의 경제학' 일부를 인용하는 것으로 같음하고 문케어의 중점인 의료비용에 관해서 살펴보기로 한다.

가격통제의 예를 들면, 아무도 어떤 제품을 1킬로그램에 X원 이상으로 팔아야 하거나 살 수 없다는 정부에 의한 행정 명령(government decree)을 들 수 있다. 가격 통제는 어떤 재화가 특정가격 이상으로 거래되는 것을 금지한다. 이러한 가격 통제의 효과는 인위적 공급부족을 만들어낸다. 공급이 더 '탄력적'일수록, 즉 생산으로부터 더 많은 자원이 이전될수록 그 부족사태는 더 악화될 것이다. 만약 가격통제가 '선별적'(selective)이라면, 그 경제는 일반적 최고 가격제 아래에서만은 혼란에 빠지지 않겠지만, 특정 부문에 창출된 인위적 공급부족사태는 오히려 더 심할 것이다. 왜냐하면 기업가들과 생산요소들이 다른 제품들(대체품들)의 생산과 판매 쪽으로 이동할 수 있기 때문이다. '초과수요'가 흘러들어와 최고가격 통제를 받는 제품의 대체품 가격은 상승할 것이다[3].

우리나라의 의료현실은 이러한 가격통제뿐만 아니라 수많은 평가와 규제로 인해 의료서비스가 더 '탄력적'으로 대응하여 진료의 왜곡을 부추기고 있다. 2018년 4월부터 예비급여 제도로 전환한 상복부 초음파 수가(일반: 9만 5000원, 정밀: 14만 2000원)가 대학병원 기준 관행수가 20~30만원의 절반 이하로 큰 손실이 발생하고 있다. 이로 인해 각 대학병원들은 손실 보전을 위해 다양한 방법을 강구('탄력적' 대응에 해당)하고 CT, MRI 등 영상검사가 늘고 있는 상황이다[4].

〈그림 1〉 지난 10년간 건강보험보장률(2006~2015)

〈그림 1〉은 지난 10년간 우리나라의 건강보험 보장률이 60% 초반에 머무르고 있는 것을 보여주고 있으며 2022년까지 70% 수준으로 높이는 것이 문재인 케어의 핵심이다[5]. 비급여 의료행위가 의료기관의 수익보전으로 활용되고 있는 현실을 무시할 수는 없지만 환자진료에 필요하지만 보험재정을 이유로 급여화 하지 못하는 부분이 크다.

일반적으로(미용이나 성형은 제외) 비급여라는 것을 자동차 구입 시 옵션에 비유하면 쉽게 이해할 수 있다. 이전에는 수동변속기가 기본이고 자동변속기가 옵션이었지만 이제는 거의 모든 차량에 자동변속기가 기본으로 달려있다. 현재는 반 자율 주행 같은 첨단 편의장치가 옵션이지만 머지않아 대중화되어 기본사양이 될 것이다. 의료행위도 마찬가지로 새로운 진단기술이나 치료방법이 하루가 다르게 발달하므로 그 부분을 모두(선택적이지 아닌) 급여화 하는 것은 현실적으로 불가능하다. 자동차의 새로운 편의장치를 옵션으로 선택하지 못하게 한다면 그 편의장치는 영원히 사용하지 못할 수 있듯이 의학의 발전이 정체될 것은 불을 보듯이 뻔한 일이다.

참고로 우리나라 건강보험 보장률은 건강보험 급여비용(공단부담금 + 본인부담금)과 비급여본인부담을 분모로 하고 분자에 보험자부담액(공단부담금)을 넣은 비율로 '건강보험 실효급여율'을 의미한다.

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{\text{보험자 부담액(공단부담금)}}{\text{보험급여비용 (공단부담금 + 본인부담금) + 비급여}}$$

정형선[6]은 개인의료비에 있어서 '비급여 본인부담'의 산출을 위해 2002년 도시가계조사 자료와 2001년 국민건강영양조사의 의료이용조사 자료를 이용했다. OECD 다른나라의 비급여 산출을 위한 방법은 찾아보았지만, 안타깝게도 상세한 그 세부내용을 알 수 있는 자료가 없었다.

〈표 1〉 경상의료비 중 공공재원 비율
(공공재원: 정부, 의무가입보험재원)

(단위: %)

	2010	2016(잠정치)
호주	68.6	67.8
오스트리아	76.1	75.7
벨기에	77.4	77.3
캐나다	69.8	70.0
칠레	45.5	60.7
체코	83.3	83.4
덴마크	84.6	84.1
에스토니아	76.4	76.1
핀란드	74.3	74.2
프랑스	78.4	78.8
독일	83.5	84.6
그리스	69.1	59.3
헝가리	67.1	68.3
아이슬란드	80.4	82.1
아일랜드	76.2	70.2
이스라엘	62.9	61.3
이탈리아	78.5	75.0
일본	81.9	84.1
한국	57.9	56.4
라트비아	60.2	56.4
룩셈부르크	84.9	83.0
멕시코	48.6	51.7
네덜란드	82.6	80.8
뉴질랜드	80.6	80.2
노르웨이	84.7	85.2
폴란드	71.7	69.0
포르투갈	69.8	66.2
슬로바키아	71.9	79.8
슬로베니아	73.3	71.8
스페인	74.8	70.6
스웨덴	81.9	83.9
스위스	62.5	63.6
터키	78.0	79.4
영국	83.1	79.2
미국	48.4	49.1
평균 ¹⁾ (35)	72.8	72.5

〈표 2〉 경상의료비 중 가계직접부담 비중

(단위: %)

	2010	2015
호주	19.7	19.6
오스트리아	17.7	17.9
벨기에	18.3	17.6
캐나다	15.5	14.6
칠레	35.0	32.2
체코	15.3	13.7
덴마크	13.7	13.7
에스토니아	21.9	22.8
핀란드	20.0	19.9
프랑스	7.5	6.8
독일	13.9	12.5
그리스	28.1	35.5
헝가리	27.4	29.0
아이슬란드	18.2	17.0
아일랜드	13.8	15.2
이스라엘	23.7	24.4
이탈리아	20.5	22.8
일본	14.6	13.1
한국	37.3	36.8
라트비아	37.2	41.6
룩셈부르크	10.2	10.6
멕시코	45.7	41.4
네덜란드	9.8	12.3
뉴질랜드	12.6	12.6
노르웨이	15.0	14.3
폴란드	23.7	23.2
포르투갈	24.6	27.7
슬로바키아	22.8	18.4
슬로베니아	12.7	12.5
스페인	20.7	24.2
스웨덴	16.9	15.2
스위스	28.0	28.3
터키	16.9	16.9
영국	9.7	14.8
미국	12.2	11.1
평균 ¹⁾ (35)	20.0	20.3

1) 2010년과 2016년 잠정치 통계가 모두 있는 회원국의 평균임
*출처: OECD Health Statistics 2017 요약표 : 2015년 기준.

1) 2010년과 2015년(혹은 인접년도) 통계가 모두 있는 회원국의 평균임
*출처: OECD Health Statistics 2017 요약표 : 2015년 기준.

〈표 1〉은 2017년 OECD Health Statistics로 2015년 경상의료비 중 공공재원 비율, 〈표 2〉는 경상의료비 중 가계직접부담 비중을 비교한 내용이다.

2014년 OECD Health Data에서는 ‘국민의료비 중 공공재원 비율’이라는 명칭을 사용하였지만, 2015년부터 ‘경상의료비 중 공공재원 비율’이라는 명칭을 사용하고 있다. 경상의료비는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 국민 전체의 1년간 지출 총액으로 정의되며 개인의료비와 집합보건의료비로 구성된다.

· **개인의료비**: 개인에게 직접 주어지는 서비스 내지 재화에 대한 지출을 의미하며, 병원 등의 의료기관이나 약국에서 발생한 지출을 의미함.

· **집합보건의료비**: 예방 및 공중보건사업이나 보건행정관리를 위한 지출로 공중을 대상으로 발생한 비용.

공공재원의 범위는 정부, 의무가입제도로, 여기에 정부, 의무가입(건강)보험 재원이 포함되며, 우리나라 제도에서의 지출 주체로 구분하면 다음과 같다.

· **정부**: 중앙정부 및 지방정부

· **의무가입(건강)보험**: 국민건강보험, 노인장기 요양보험, 산재보험, 자동차보험국민 1인당 경상의료비(2016년 기준)

$$\text{경상의료비 중 공공재원 비율} = \frac{\text{공공재원 (정부 + 의무가입보험 재원)}}{\text{경상의료비 (개인의료비 + 집합보건의료비)}}$$
$$\text{경상의료비 중 가계직접부담 비중} = \frac{\text{가계직접부담 비용}}{\text{경상의료비 (개인의료비 + 집합보건의료비)}}$$

우리나라는 경상의료비 중 공공재원의 비율이 너무 낮아 가계직접부담 비중이 높다. 2016년 우리나라의 GDP대비 경상의료비 비율이 7.7%로 OECD 평균 9% 보다 낮으며 미국은 무려 17.2%이다(표 3). 우리나라는 공공재원의 비율, 특히 정부재원을 대폭 늘려야 한다. 국민 1인당 경상의료비(2016년 기준)도 우리나라는 2,729 US\$로 OECD 35개국 평균 3,997 US\$의 68%에 불과하다(표 4).

〈표 3〉 GDP 대비 경상의료비

(단위: %)

	2010	2016(잠정치)
호주	8.5	9.6
오스트리아	10.1	10.4
벨기에	9.9	10.4
캐나다	10.6	10.3
칠레	6.7	8.5
체코	6.9	7.2
덴마크	10.4	10.4
에스토니아	6.3	6.7
핀란드	8.9	9.4
프랑스	10.7	11.0
독일	11.0	11.3
그리스	9.6	8.2
헝가리	7.6	7.6
아이슬란드	8.8	8.6
아일랜드	10.5	7.8
이스라엘	7.0	7.3
이탈리아	9.0	8.9
일본	9.2	10.9
한국	6.5	7.7
라트비아	6.1	5.7
룩셈부르크	7.0	6.3
멕시코	6.0	5.8
네덜란드	10.4	10.5
뉴질랜드	9.7	9.2
노르웨이	8.9	10.5
폴란드	6.4	6.4
포르투갈	9.8	8.9
슬로바키아	7.8	6.9
슬로베니아	8.6	8.6
스페인	9.0	9.0
스웨덴	8.5	11.0
스위스	10.7	12.4
터키	5.1	4.3
영국	8.5	9.7
미국	16.4	17.2
평균 ¹⁾ (35)	8.8	9.0

1) 2010년과 2016년 잠정치 통계가 모두 있는 회원국의 평균임
*출처: OECD Health Statistics 2017 요약표 : 2015년 기준.

〈표 4〉 국민 1인당 경상의료비

(단위: US\$ PPP)

	2010	2016(잠정치)
호주	3,607	4,708
오스트리아	4,238	5,227
벨기에	3,980	4,840
캐나다	4,228	4,644
칠레	1,220	1,977
체코	1,921	2,515
덴마크	4,470	5,199
에스토니아	1,370	1,989
핀란드	3,442	4,062
프랑스	3,872	4,600
독일	4,413	5,551
그리스	2,696	2,187
헝가리	1,623	2,101
아이슬란드	3,383	4,376
아일랜드	4,556	5,528
이스라엘	2,034	2,776
이탈리아	3,141	3,391
일본	3,205	4,519
한국	1,976	2,729
라트비아	1,082	1,466
룩셈부르크	6,387	7,463
멕시코	911	1,080
네덜란드	4,638	5,385
뉴질랜드	3,020	3,590
노르웨이	5,168	6,647
폴란드	1,354	1,798
포르투갈	2,687	2,734
슬로바키아	1,951	2,150
슬로베니아	2,380	2,835
스페인	2,886	3,248
스웨덴	3,536	5,488
스위스	5,686	7,919
터키	873	1,088
영국	3,041	4,192
미국	7,932	9,892
평균 ¹⁾ (35)	3,226	3,997

1) 2010년과 2016년 잠정치 통계가 모두 있는 회원국의 평균임
*출처: OECD Health Statistics 2017 요약표 : 2015년 기준.

이상의 자료를 종합해보면, 우리나라의 건강보험보장율과 OECD 통계와는 아무런 상관이 없다. OECD 통계에서 가계직접부담 비용에 비급여가 얼마나 포함 되어있는지, 각국의 비급여 기준이 어떠한 지, 비급여 자료를 얼마나 수집하고 자료의 신빙성이 어느 정도인지 없다. 각 나라의 보험제도와 지불방법이 모두 상이할 뿐만 아니라 자료의 불충분함으로 인해 OECD 통계의 세부사항을 다른 나라와 비교하는 것 자체가 의미가 없다. 심지어 OECD는 회원국이 자료를 제출하지 않아도 기존의 자료를 근거로 자체적으로 수정하여 제시하기도 한다.

이제 우리나라에서 저 비용으로 높은 질의 의료서비스를 받는 것도 한계에 도달한 느낌이다. 보험급여의 수가가 낮아 비급여 진료를 많이 한다는 말이 나오기 전에 정책당국에서는 당연히 적정수가부터 먼저 보장해서 엉뚱하게 비급여 진료가 기형적으로 증가하지 않도록 해야 마땅할 것이다. 의료보장의 한 축인 의료비용에 고집하다가 다른 한 축인 의료서비스를 놓치는 우를 범하지 않으려면 최우선적으로 현 저수가 개선과 필수진료에 필요한 비급여의 점진적인 급여화가 답이다.

문재인 케어의 성공을 위해.

참고문헌

1. 이규식, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2002.
2. 윤희숙, 고영선, 의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제, 2009.
3. 머레이 N. 라스바드, 인간 경제. 국가, 나남출판 2006
4. 메디칼타임즈 기사, “초음파 급여화 후폭풍…대학병원 CT·MRI 검사 폭증” 2018.7.30
5. 조윤미, 소비자 입장에서 바라본 정부의 보건의료정책에 대한 평가, [의료정책포럼], 제16권, 2호, 2018
6. 정형선, 의료보장성 및 의료보장 실효급여율에 관한 연구, [보건경제와 정책연구] 제10권 제1호, 2004