정부의 건강보험 보장성 강화 정책이 나아가야 할 길 국민과 의사 모두가 만족하는 새로운 보장성 강화 정책 수립

Future Perspective of the government's policy to enhance health insurance coverage.

Establishing a new coverage-enhancing policy satisfying both the public and the Physician.

최대집

대한의사협회 회장

Dae Zip Choi

President of the Korean Medical Association

Received: July 18, 2018

Accepted: August 2, 2018

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

1. 들어가며

2017. 8. 9. 문재인 대통령은 모든 의학적 비급여의 건강보험 편입을 통하여 국민의 의료비를 줄인다는 내용의 '건강보험 보장성 강화 대책'을 발표한바 있다. 선택진료비 폐지, 상급병실 2·3인실 급여화, 포괄간호 확대, 신포괄수가제 도입, 현행 3,600개 비급여의 전면 급여화를 통해 건강보험 보장성을 현행 63%에서 70%까지 확대하겠다는 것이다.

사실 건강보험 보장성 강화는 정부의 숙원 사업이기도 하지만, 의료계 또한 반대하지 않는, 아니 어찌 보면 의료계 또한 반드시 이루어지기를 희망하는 사업이기도 하다. 그런데 의료계는 왜 정부의 건강보험 보장성 강화 정책을 이토록 반대한 것일까? 그것도 금번 건강보험 보장성 강화 정책에 대한 정부의 의지가 확고해서 만약 의료계가 힘을 보탠다면 더욱 성공가능성이 높아 질 수도 있음에도 의료계는 왜 굳이 얼굴을 붉혀 가면서까지 엇박자를 내고 있는 것일까?

어찌 보면 답은 간단하다. 금번 건강보험 보장성 강화 정책은 대단히 포퓰리즘적인 반면, 그 실현은 대단히 어렵고, 아울러 대폭적인 보험료 인상 없이는 건강보험제도의 생명이라 할 수 있는 지속가능성 또한 전혀 담보할 수 없기 때문이다. 그럼에도 불구하고 정부가 이와 같은 보장성 강화 정책의 비현실적인 부분에 대해서 국민에게 명확히 홍보하지 않고, 단지 장밋빛 청사진만을 제시하면서 그 추진을 강행하고, 또 하나의 당사자인 의료계와의 아무런 협의 과정 없이 일방적으로 밀어붙이고 있어, 자칫 우리나라 국민의 미래 건강권에 심각한 타격이 있을 수 있다고 의료계는 우려하기 때문이다. 이에 의료계가 왜 정부의 보장성 강화 정책을 왜 반대하고 있는지에 대해 자세히 논해 본다.

2. 우리나라 의료현실

의료계가 왜 정부의 보장성 강화 정책을 반대하고 있는지를 자세히 논하기 위해서는 우리나라의 의료현실을 짚고 넘어가야 한다.

익히 알려진 바와 같이 우리나라는 전체 의료공급의 93%를 민간의료기관이 담당한다. 그러나 국민건강보험법 제42조에 의거, 우리나라 모든 민간의료기관은 예외 없이 건강보험 환자를 당연히 진료해야 하는 기관으로 지정되어 있다. 한마디로 우리나라는 건강보험이라는 공보험 제도를 취하면서, 그 운영은 민간의료기관에 강제로 맡겨지고 있는 것이다.

문제는 여기서 그치지 않는다. 우리나라 건강보험은 태생부터 저수가-저급여-저부담 체계로 40여 년간 이어져 왔다. 각종 연구결과에 의하면 우리나라 건강보험 수가는 원가의 60~80% 정도 수준으로 보고되고 있으며, 2016년 기준으로 GDP대비 경상의료비 지출이 OECD 평균인 9.0%에도 못 미치는 7.7% 수준이다. 심지어 맹장수술 및 제왕절개 수술 등은 OECD 중에서도 가장 저렴하고, 미국의 10분의 1에 불과한 수준이다. 이러한 고질적인 저수가-저급여-저부담 체계로 인해 외과계 전공의 기피현상 및 진료왜곡 현상으로 몸살을 앓고 있는 것이 요즘 우리나라의 상황이다.

그러나 정부는 이에 대한 뚜렷한 대책은 내놓지 않고 각종 불합리한 급여기준을 내세워 지금까지 이어온 저수가-저급여-저부담 기초의 건강보험 체계를 유지하기에 급급하다. 아니 오히려 불합리한 급여기준을 만들어 의료기관을 옥죄고 있다. 민간의료기관이 경영난으로 폐업하건 의료인들이 불합리한 급여기준으로 최선의 진료를 하지 못하건 그들은 신경 쓰지 않는다.

결국 민간 의료기관은 정부에 의해 만들어진 불합리한 급여기준과 고질적인 저수가 구조로 인해 야기된 의료기관 운영난과 규격진료 문제를 탈피하기 위한 방법을 모색해야 했으며, 그것 중 하나가 바로 비급여 진료였다. 그런데 정부가 아무런 대책 없이 보장성 강화 정책이라 포장하며 이를 바꾸겠다는 것이다.

3. 정부의 보장성 강화 정책 수립 단계에서의 문제점

건강보험의 보장성을 63%에서 70%로 강화하겠다는 정부의 보장성 강화 정책의 문제는 무엇일까?

가. 정부는 애당초 비급여 제도가 왜곡되어 있다는 잘못된 시각에서 보장성 강화 정책에 접근하였다.

아이러니하게도 지난 40여 년간 이어져 온 저수가-저급여-저부담 기초의 고질적 의료체계에서, 93%에 이르는 민간 의료기관의 운영에 숨통의 틈워 국민의 건강권 보호라는 막중한 책임을 다할 수 있도록 도와주고, 신의료기술의 개발과 의료의 질 저하를 막아낼 수 있도록 방어막 역할을 하며, 또한 의학적 필요성이 있음에도 불구하고 한정된 보험재정과 규제 일변도의 보험제도로 인해 치료받기 어려운 환자에게 최선의 진료를 할 수 있는 버팀목 역할을 해왔던 것이 바로 비급여 제도였다. 그런데, 정부는 보장성 강화 정책을 내세워 이러한 비급여 진료가 마냥 나쁜 진료인양 매도하면서 전면 급여화를 하겠다는 것이다. 그에 대한 부작용은 전혀 고려도 없이 말이다.

그러나 반드시 짚고 넘어가야 할 것이 또 있다. 우리나라 건강보험법령상에서 보건복지부장관은 비급여 대상 의료행위 외의 모든 의료행위는 급여로 고시하도록 하고 있다. 하지만 정작 실상에서 보건복지부장관은 비급여 대상 의료행위 외의 모든 의료행위를 급여로 고시하는 것이 아니라, 그 중 일부의 의료행위만을 급여로 고시하고 있다. 이로 인해 현행 의료행위 중에는 비급여도 아닌 그렇다고 급여도 아닌 회색지대가 존재한다.

문제는 이와 같은 회색지대와 비급여를 만든 곳이 바로 정부라는 점이다. 그러한 정부가 스스로 만들었던 회색지대와 그리고 비급여를 없애겠다는 그에 따른 합당한 이유를 제시해야 하고, 그에 대한 합당한 대안을 마련해야 한다. 정부는 이러한 과정 없이 단지 자신들이 만든 비급여가 왜곡되었다고 생각하고, 표현하고 있는 것이다. 참 아이러니가 아닐 수 없다.

나. 정부는 비급여가 가격을 높게 받아 큰 이익을 낼 수 있기 때문에 의료계가 비급여가 의학적으로 효과가 모호하거나 비용효과성이 떨어짐에도 불구하고, 국민에게 강매하게 하여 국민의 의료비 부담을 가중시키고 있다고 착각하고 있다.

무릇 비급여는 정부를 위해 존재하는 것도 의료계를 위해 존재하는 것도 아니다. 오로지 환자의 건강권과 선택권을 높여주기 위해 존재하는 것이다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 건강보험법령상 의료행위 중에 비급여도 아닌 그렇다고 급여도 아닌 회색지대가 존재하고, 이와 같은 비급여와 회색지대를 만든 곳이 바로 정부라는 사실만 봐도 그렇다. 정부 자체

도 그 필요성을 느끼고 있었던 것이다. 그럼에도 불구하고 정부의 주장대로 비급여가 의학적으로 효과가 모호하거나 비용효과성이 떨어져 보험적용이 되지 않는 것이라면 의학적 효과가 모호한 비급여 행위를 굳이 전 국민의 보험료까지 올려가면서 급여화해야 하는 이유는 더더욱 없다.

또한 의료계가 국민에게 비급여를 강매한다고 느낀다면, 그것이 정말 의료기관 운영을 위해, 환자에 대한 최선의 진료를 위해, 의료종사자들의 생존권을 위해 급여 진료 외에 회색지대 진료, 그리고 비급여 진료까지 열심히 행한 의료인들의 잘못이 크지 아니면 비급여와, 급여도 비급여도 아닌 회색지대를 만들어 놓고 지난 40년간 이를 방치해 놓은 정부의 잘못이 더 크지 비교해 봐야 한다.

다. 정부는 비급여의 증가를 통해 의료비를 증가시키고 건강보험의 보장성을 약화시킨 주범을 의료계로 착각하고 있다.

우리나라는 전체 인구의 14%가 65세 이상으로 급속한 고령화가 진행되고 있으며, 이러한 고령화는 상대적으로 의료비 상승을 부추기고 있다. 또한 현재 전 세계적으로 헬스케어 관련 산업이 급성장하고 있으며 이에 따라 의료기술도 비약적으로 발전하고 있다. 그러나 이와 같이 급속도로 발전한 의료기술이 제도권에 있는 급여행위로 포함되기는 여간 어려운 일이 아니기에 이러한 비약적으로 발전한 의료기술은 비급여로서 국민에게 다가갈 수 밖에 없다. 비급여와 의료비가 증가한 것은 이와 같은 현상에 기인한 것이지 의료계가 그 원인은 아니다. 하지만 정부는 이를 의료계에서 찾는 것으로 보인다.

그러나 정부는 국민의 비급여와 의료비 부담 증가 원인을 의료계에서 찾기 보다는 과거 정부 시절에 어떠한 이유로 e 헬스 산업이나 헬스케어 산업 지원 정책을 주도적으로 추진했었는지, 과거 자신들이 추진해 온 인구정책에 문제가 없었는지 혹시나 저출산 고령화의 결과가 자신들의 잘못된 정책 적용의 산물은 아닌지부터 살펴봐야 할 것이다.

라. 정부는 비급여가 사라지면 환자의 선택권이 확대되고 의료의 질 수준도 제고되며 최선의 진료를 보장할 수 있다고 착각하고 있다.

우리나라 건강보험제도의 경우 그 태생 자체가 저부담·저수가를 기조로 하여 출발하였기에 그 방향성 또한 “최선의 진료”가 아닌 “적정진료”를 기본 방향성으로 잡고 있다. 또한 우리나라 건강보험법령상에서 보건복지부장관은 비급여 대상 의료행위 외의 모든 의료행위는 급여로서 고시하도록 하고 있으나, 정작 실상에서 보건복지부장관은 비급여 대상 의료행위 외의 모든 의료행위를 급여로 고시하는 것이 아니라, 그 중 일부의 의료행위만을 급여로 고시하고 있으며, 이에 현행 의료행위 중에는 비급여도 아닌 그렇다고 급여도 아닌 회색지대가 존재한다. 이 때문에 의료인과 환자는 “최선의 진료”를 받고 싶어도 복지부가 정해 놓은 “비급여”와 “회색지대” 즉, 적정진료를 기초로 한 “급여기준”이라는 멍에에 맞추지 않으면 안 되었고, 의료인은 그럼에도 불구하고 최선의 진료를 포기할 수 없어 “임의비급여” 치료를 행하다가, 가톨릭성모병원 백혈병 치료에 대한 임의비급여 소송 등 사회적인 문제가 발생하게 되었다.

이처럼 적정진료는 최선의 진료에 비해 상대적으로 환자의 선택권은 제한되고, 의료의 질은 떨어질 수 밖에 없다. 정부의 보장성 강화 정책은 이러한 적정진료를 전제로 하는 것이다.

마. 정부는 적정수가 등 손실 보상에 대한 로드맵을 구체적으로 세우지 않았다.

지난 40여 년간 이어져 온 저수가-저급여-저부담 기초의 고질적 의료체계에서 비급여 수익으로 급여의 손실을 보전하는 구조가 고착화된 것도 사실이다. 이러한 현실에서 비급여를 급여화 하려면 우선 적정 수가에 대한 합리적 보상이 전제되어야 한다. 그러나 정부는 적정수가 등 손실 보상에 대한 로드맵을 구체적으로 세우지 않았다. 또한 건강보험 지속가능성 또한 고려하지 않았다.

바. 보장성의 최종 목표는 100%가 아닌 80%를 기준으로 해야 한다.

정부는 각종 자료에서 우리나라의 보장성 수준이 100%를 기준으로 60%에 그치고 있다고 홍보한다. 그러나 보장성의 최종 목표는 100%가 아닌 80%를 기준으로 해야 한다. 이는 본인부담율 20%가 포함되어 있기 때문에 그렇다. 때문에 전 세계적으로도 보장성을 100%를 목표로 하는 나라는 없다. 그러한 관점에서 본다면 건강보험 보장성 63%는 그리 낮은 수치라고 볼 수는 없다. 그럼에도 정부는 보장성 100%를 기준으로 정책을 편성하고, 국민 홍보를 진행하는 오류를 범하였다.

4. 보장성 강화 정책 도입시 우려되는 부작용

그렇다면 의료계은 보장성 강화 정책의 도입으로 무엇을 걱정하고, 무엇을 우려하는 것일까?

가. 국민의 의료 이용 선택권이 제한되고, 의료의 질 저하가 불가피하다.

정부의 보장성 강화 정책으로 비급여가 전면 급여화될 경우 설사 의학적 필요성이 인정되고, 환자가 원하더라도 해당 의료행위가 급여기준 위반이라면 의료인은 해당 의료행위를 시행할 수 없는 사태가 발생할 수 있다. 또한 의학기술 발달에 따른 새로운 의료행위와 치료재료 등의 빠른 도입에 비급여 제도가 많은 도움을 주고, 우리나라 의료기술이 빠른 시간에 세계 최고 수준으로 도달한 이유 또한 '비급여 제도'에 그 원인을 찾을 수 있는 상황에서 비급여에 대한 무차별적 차단은 자칫 의료기술 발전의 저해는 물론 의료의 질 저하까지 발생시킬 수 있다.

나. 대형병원 쏠림현상이 가속화되고, 이로 인해 중소병의원 도산에 따른 의료 인프라 악화가 불가피하다.

정부의 보장성 강화 정책은 종별 의료기관 간에 가격 격차를 줄이는 것을 전제한다. 문제는 가격이 떨어지면 수요량은 자연히 증가한다는 것이며, 이에 대형병원과 중소병원, 의원 간에 가격 격차가 줄어들었다면 대형병원 쏠림 현상이 심화됨은 너무도 당연한 예상이다. 우리나라의 경우 현재 대형병원과 중소병원, 의원 종별 간에 본인부담금에 차이가 남에

도 대형병원 의료접근성이 너무 높아 이미 대형병원 쏠림현상이 큰 사회 문제가 되고 있는 상황에서 보건복지부가 아무런 대안 없이 보장성 강화 정책이라는 대형병원의 접근성을 더욱 높이는 정책을 시행할 경우 대형병원 쏠림현상과 이로 인한 의료전달체계 붕괴, 의료 인프라 악화는 불을 보듯 뻔하다 할 것이다. 참고로 얼마 전 국민의 의료비 절감이란 명목 하에 시행되었던 선택진료비 폐지가 오히려 상급종합병원 환자 쏠림현상을 심화시켰던 사실을 직시하여야 한다.

다. 정부의 보장성 강화 정책은 불합리한 급여기준 및 규제일변도 정책과 연계하여 오히려 다수의 의사들이 미용·성형 등 특정 진료영역으로의 내몰림을 심화시킬 것이며, 상대적으로 필수의료에 대한 국민의 의료접근성은 악화될 것이다.

라. 건강보험 재정 파탄 가능성에 따른 보험료 대폭 인상이 불가피하다.

현재 기존 정부의 보장성 강화 정책과 노인 의료비 급증 등으로 보험재정에 적신호가 켜진 상황이다. 실제 기획재정부는 2017.3.7. 사회보험 재정건전화 정책협의회에서 고령화에 따른 노인의료비 증가 등으로 2018년에는 당기적자 전환, 2023년경에는 적립금 소진, 2025년경에는 21.6조원의 누적 적자를 예상하고 있다. 보건사회연구원 또한 2017.7.20.에 발표한 인구구조 변화와 사회보험 장기 재정 전망에 의거 고령화 등 인구변화와 건강보험 보장성 강화 등으로 2020년에는 19조원, 2025년에는 55조원, 2030년에는 108조원 적자 발생을 예상하고 있다. 이러한 상황에서 필수의료의 아닌 비급여 진료의 급여권 편입으로 인해 국민의 남수진과, 이로 인해 남용되는 진료비의 전 국민 공동부담으로의 전가가 우려된다. 아울러 이는 결국 건강보험 재정파탄 가능성을 심화시킬 것이며, 이로 인해 국민의 건강보험료 대폭 인상이 불가피하고, 미래 청장년층 세대에 대한 막중한 부담으로 작용할 것이다.

마. 의사의 직업수행의 자유 및 생존권 침해가 우려된다.

비급여의 전면 급여화는 막대한 보험재정 소비를 전제한다. 정부는 막대한 보험재정 소비를 조금이라도 줄이기 위해 규격진료를 지속할 것이며, 자신들이 원하든 원치 않든(물론 지금은 안할 것이라고 하지만) 규제일변도의 불합리한 급여기준을 양산할 것이다. 이러한 정부의 보장성 강화 정책으로 인해 의료인들은 어떠한 목적으로도 의료행위의 값을 자신들이 자율적으로 결정하지도 못하는 시스템에 매몰되고, 이에 의학적 원칙과 양심에 따른 의료인의 진료의 자유는 침해되고, 더불어 고질적인 저수가와 불합리한 심사체제로 인해 병·의원 폐업, 도산은 심화될 것이다.

바. 의료체계의 왜곡 및 의료발전 기전 붕괴를 초래할 것이다.

정부의 보장성 강화 정책의 핵심은 비급여를 없애 의료수가를 제도권 내에서 통제하겠다는 것이다. 그러나 이를 위해서는 위에서 언급했던 정부 자신들이 비급여와 회색지대를 만들어 냈던 의료상황, 즉 저수가-저급여-저부담 기초의 건강보험 체계를 보다 근본적으로 성찰하고 이에 대한 개선이 선행되어야 한다. 이러한 저수가-저급여-저부담 기초의 개선이 동반되지 않는 의료수가 통제는 의료체계의 왜곡 및 의료발전 기전 자체의 붕괴를 초래할 수밖에 없다. 아울러 예

비급여나 신포괄수가제 등의 무리한 확대, 엄격한 가격 정책, 규격진료의 고착화는 신의료기술 발전 위축 및 의료 질 저하를 초래할 것이다.

5. 보장성 강화 정책의 새로운 방향

건강보험 재정을 투입해, 의학적 기준에 따른 최선의 진료와 의학적으로 검증된 최신 의료를 제공할 수 있는 건강보험 체계의 구축은 국민과 의사 모두에게 바람직한 체계라 할 것이다. 대한의사협회 회장으로서 보았을 때 정부의 보장성 강화 정책은 국민과 의사 모두가 만족할 수 없는 정책이다. 정부의 보장성 강화 정책은 전문가로서의 의사의 의견이 존중받는 것이 아닌, 의료인들이 소위 “심평의학”이라고 말하는 심평원의 심사기준이 국민 보다 더 존중받는 시스템이다.

국민과 의사 모두가 존중받기 위해서는 GDP대비 경상의료비 OECD 수준 상향, 건강보험 재정에 대한 국고지원 확대, 건강 유해요인에 대한 건강부담금 신설 등 정부가 건강보험에 대한 재정 투입을 확대하여 국민인 체감할 수 있도록 보장성을 확대하여야 한다.

금번 정부의 보장성 강화 정책처럼 필수, 비필수 구분하지 않고 모든 의료에 대해 보장성을 강화하는 것이 아니고, 필수 의료, 우선순위 의료부터 보장성을 강화해서 “심평의학”에 의해 사람의 생명권과 건강권이 좌지우지 되는 것이 아닌 사람의 생명권과 건강권을 위해 최선의 의료에 따라가는 시스템을 만들어 가는 것이 합리적이라 할 것이다.

또한 한 가지 분명히 집고 넘어가야 할 문제가 있다. 대한의사협회는 과연 보장성 강화에 반대하는 것인가이다. 그러나 서두에도 말한바와 같이 대한의사협회는 보장성 강화를 원한다. 그런데 왜 대한의사협회는 정부의 보장성 강화 정책을 반대하는가? 정부의 보장성 강화 정책은 보장성에 대한 접근방식이 틀렸고, 이에 실현이 불가능한 것이기 때문이다.

일례로 정부는 비급여가 나쁜 것이라고 표현한다. 그러나 의료계로서는 비급여가 과연 나쁜 제도인지 이해가 가질 않는다. 그런데 정부는 비급여가 왜 나쁜지에 대한 설명도 없다. 아무리 전세계적으로 인정받는 건강보험이라고는 하지만 구멍은 있기 마련이다. 우리나라 건강보험제도도 그렇다. 우리나라는 아쉽게도 소위 “심평의학”이라 불리는 건강보험 심사평가원의 불합리한 심사기준으로 인해 많은 의료인들은 필수진료 마저도 온전히 시행하기 어려우며, 아직 필수의료조차 완전한 급여화가 이루어 되지 않은 상황이다. 좀 좋은 말로 많은 사람들이 양적으로 보장받을 수는 있지만 질적 보장은 담보하기 어려운 한계에 있다. 비급여는 지금까지 이러한 국민 건강권에 대한 질적 보장 기능도 수행해 왔다. 심평의학에 치우쳐 버린 진료가 아닌 국민의 건강권만을 바라보는 최선의 진료가 비급여의 또 다른 단면인 것이다.

이제는 양적인 보장성 확대가 아닌 질적인 보장성 확대가 필요하다. 즉, 정부의 보장성 강화 정책과 같은 비급여의 전면 급여화를 통한 양적 보장성 강화가 아닌 “꼭 필수적인 치료에 대한 질적 보장성 강화”가 먼저 추진되어야 한다. 저소득, 취약계층에 대한 의료보장 강화 또한 비급여의 전면 급여화가 아닌 의료급여 등 기존 제도에 대한 보완을 통해 우선 검토되어야 한다.

보장성을 강화하되 기본적으로 ‘비급여’는 환자에 대한 최선의 진료와 환자의 진료 선택권 확보를 위해서는 필요한 제도이며, 오히려 급진적인 비급여의 급여화가 화를 부를 수 있음을 인식하고, 정부의 일방적인 추진이 아닌 의료계, 국민들과의 사회적 합의를 통해 우선 순위상 꼭 필요한 비급여의 급여화부터 점진적으로, 단계적으로 진행한다면 그 누구도 반대하지 않을 것이다.