

보건의료단체연합 10주년 기념  
토론회

# 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회

일시 | 2011년 7월 2일(토) 오후 7시

장소 | 서울의대 동창회관 합춘회관

주최 | 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합

건강사회를 위한 약사회 / 건강사회를 위한 치과의사회

노동건강연대 / 인도주의실천의사협의회

참의료실현청년한의사회

# 토 론 회 식 순

시간	구분	내용
19:00 ~19:15	인사말	각 단체 대표자 인사말
19:15 ~20:50	<b>토론회 : 한국, 무상의료로 가는 길</b>	
	토론좌장	주영수 교수 _ 한림대 교수, 보건의료단체연합 운영위원
	1부 : 의료보장 강화와 공급체계 개혁	
	[패널토론2]	1_ 건강보험 보장성 강화 이은경 정책위원(참의료실현청년한의사회 정책국장)
		2_ 공공의료와 의료공급체계 공공성 강화 정형준 정책위원(인도주의실천의사협의회 정책국장)
		3_ 빈곤층 무상의료 실현 이상운 정책위원(노동건강연대 정책국장)
		4_ 의약품 제도 개혁과 무상의료 _ 신형근 정책위원(건강사회를위한약사회 부회장)
	2부 : 세부개혁내용 및 무상의료 논의의 방향	
	[패널토론4]	5_ 청소년 치과주치의 및 보장성강화 김형성 정책위원(건강사회를위한치과의사회 사업국장)
		6_ 한의학 공공성 강화와 무상의료를 위한 제언 이은경 정책위원(참의료실현청년한의사회 정책국장)
7_ 산재보험 개혁과 무상의료 이상운 정책위원(노동건강연대 정책국장)		
8_ 무상의료 논의 지형과 방향 우석균 정책위원 (보건의료단체연합 정책실장)		
휴식 시간 _ 10분		
21:00 ~22:00	3부 : 질의응답 및 종합토론	

# 목 차

	서문	5
	한국, 무상의료의 논의 지형과 방향	11
	건강보험 보장성 강화를 위한 정책과제	31
	보건의료공급체계 공공화를 통한 무상의료	55
	의료급여 제도 개혁 과제	75
자료	의약품 제도 개선과 공공성 강화 방안	81
	치과의료부문의 무상의료로 가는 길	101
	산재보험 개혁을 통한 무상의료 추가 재원 확보 방안	125
	한의학 무상의료 제도개선 방안과 제언	141
	국가가 책임지는 무상의료 재정조달 방향	161
	무상의료의 쟁취를 위하여 : 의료민영화 반대와 무상의료	169
부록		



## 서 문

“나는 배를 곯고 있는 사람이 영혼의 구원에 대해 생각하거나, 치통으로 고생하는 사람이 아름다움이나 선에 대해 생각할 수 있다고 단 한번도 생각한 적이 없습니다.”

이 말은 캐나다의 가장 가난하고 작은 주인 사스카툰에서 무상의료제도를 도입하였고 결국 캐나다 전체에 무상의료제도를 도입하도록 하는데 가장 큰 공헌을 한 토미 더글러스의 말이다. 그가 지금도 ‘가장 위대한 캐나다인’으로 캐나다 국민들의 존경을 받는 것은 그가 캐나다 무상의료제도를 도입한 사람이기 때문이다.

우리는 요즘 ‘정의’와 ‘공정사회’를 이야기하는 많은 정치인들을 본다. 그러나 한 사회에서 배를 곯고 있는 사람이 있고 또 치료받지 못해 아파하는 사람이 있다면 그 사회가 어떻게 정의로울 수 있는가? 무상급식과 무상의료는 바로 이를 위한 것이다. 가난한 집에서 태어났어도 점심은 굶지 않게 하자는 것, 아무리 돈이 없어도 최소한 아픈 사람은 치료를 받게 하자는 것, 그것이 무상급식이고 무상의료다. 사실 이러한 것 없이 한 사회가 정의와 공정함을 논한다는 것 자체가 부질 없는 것이다.

그러나 한 사회가 야만적인 사회에서 벗어나는 길인 무상의료로 가는 길은 결코 쉽지 않다. 토미 더글러스 자신도 무상의료제도에 대해 “다시는 겪고 싶지 않은 일이다. 나는 거의 죽을뻔 했다.”라고 회상했을 정도다.

가장 기본적인 가치, 인간의 생명과 건강이 돈보다 이윤보다 중요하다는 가장 기본적인 가치를 지키기 위해 무수히 많은 나라에서 무수히 많은 사람들이 싸워왔다. 프랑스 혁명에서부터 한국의 종로와 광화문을 메웠던 1987년과 2008년까지 수 많은 사람들이 거리와 광장을 메워야 했고, 칠레의 아옌데에서 쿠마의 체 게바라에 이르기까지 수 많은 사람들과 수많은 의료인들이 그들의 삶과 목숨을 바쳐야 했다. 오늘 우리가 이루고자 하는 무상의료로 가는 길 또한 이와 마찬가지로 쉽지 않은 길일 것이다.

우리는 바로 이러한 이유 때문에 한 사람이 아니라 수많은 사람의 노력이 필요하고, 작은 노력이 아니라 모두가 자신이 낼 수 있는 모든 힘을 모아야 한다고 생각한다. “법이 그냥 통과되어 무상의료제도가 이루어졌다고 생각하지 말라”고 토미 더글러스는 이야기한다. 사람들과 끊임없이 토론하고 설명하고 설득하는 과정과 투쟁이 필요하다고 그는 말한다. 오늘 우리의 토론회와 이 자료집도 그러한 노력의 하나다.

무상의료로 가는 길이 쉽지 않은 길이기 때문에 우리는 처음부터 그 방향을 잘 잡아나가는 것이 중요하다고 생각한다. 우리가 제시하는 무상의료로 가는 길이 보다 많은 사람들이 함께 할 수 있는 길이 되기를 바란다.

자료집에 실린 모든 글은 지난 3월부터 보건의료단체연합 정책기획위원회가 공동 기획 논의하고 토론하여 작성되었다. 글의 완결성을 더하기 위해 책임 집필자를 선정하였고 그 책임 집필자는 아래와 같다. 건강보험 보장성 강화 방안과 한방 무상의료 방향 제언은 이은경 정책위원(청한 정책국장), 공급개혁의 공공화 방안은 정형준 정책위원(인의협 정책국장), 빈곤층 및 의료급여 보장과 산재보험 개혁방안은 이상운 정책위원 (노건연 정책국장), 약가제도 개혁과 의약품 공공화 방안은 신형근 정책위원(건약 부회장), 치과부문 무상의료 로드맵은 김형성 정책위원 (건치 사업국장), 그리고 무상의료 논의 지형 및 총괄은 우석균 정책실장이, 부록으로 실린 의료민영화의 정책의 현재 쟁점은 김동근 인의협 회원이 대표 집필하였다.

마지막으로 모든 글들은 정책기획위원회의 토론을 거쳤고 여기에는 정책기획위원회의 모든 위원들 변혜진 기획국장, 최규진 기획부장, 리병도 정책위원이 참여하였다. 따라서 이 글에 실린 내용은 보건의료단체연합 정책기획위원들의 공동집필임을 밝혀둔다.

또한 이 글들은 각 분야별 검토 자문 의견을 받아 그 내용을 수렴하려 노력하였다. 김용진, 박용신, 배은영, 신영전, 유원섭, 이평수, 정세환, 주영수(가나다 순) 등 검토 자문에 응해주신 모든 선생님들께 감사드린다.

2011.6.30

건강권실현을 위한 보건의료단체연합 정책위원회





보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



### 한국, 무상의료의 논의 지형과 방향





## 한국, 무상의료의 논의 지형과 방향

‘무상의료’에 대한 논의가 활발하다. 최근 제 1야당인 민주당이 자신의 핵심구호로 ‘3+1 복지’를 내걸고 이 중 하나로 무상급식, 무상보육과 함께 ‘실질적 무상의료’를 내걸었다는 것은 그 내용여부를 벗어나 한국사회에서 무상의료에 대한 논의가 상당히 진척되었음을 뜻한다.

무상의료에 대한 논의가 활발해진 만큼 그 논의지형도 몇 년 전과 비교하여 상당히 복잡해졌다. 무상의료가 진보정당과 진보적 단체들의 주장으로 한정되었던 때 그 방안은 상당히 유사한 내용을 가지고 있었다. 그러나 지금은 주장하는 정당과 단체들이 다양해졌고 따라서 단체들의 성격과 내용에 따라 각자 말하는 ‘무상의료’와 정책의 내용과 의미가 서로 차이를 가지고 있다. 따라서 이러한 주장들의 다양성은 각 주장들의 유사함과 상이함을 분석할 필요를 낳는다.

그러나 우리가 여기서 무상의료에 대한 논의지형을 분석하고 방향을 잡고자 하는 것은 단지 그러한 정책들의 차이점을 논하기 위함은 아니다. 각각의 정책의 차이점을 밝히고 정책적 정합성을 논하는 것이 의미가 없는 것이 아니며 필요한 작업이지만, 우리가 이 글에서 보다 집중하고자 하는 것은 한국에서 무상의료의 방향이 무엇이고 또 어떻게 추구되어야 할 것인가이다.

무상의료는 보건의료단체연합과 여기에 포괄되어 있는 5개 단체는 물론이고 여러 보건의료단체와 건강권을 위한 사회단체들의 존립 목표와도 같다고 이야기할 수 있을 정도로 그것이 가지는 의미가 크다. 1987년 보건의료단체연합의 여러 조직들이 출범하면서 자신의 목표로 두었던 것은 한국사회의 건강권만이 아니라 한국사회 전체의 민주주의였다. 우리는 한국사회의 건강권의 상당부분이 ‘무상의료’를 통해서 해결될 수 있다고 믿어왔고 또 믿고 있으며, 또한 전체 한국의 사회운동 속에서 이러한 건강권 운동을 전개해나갈 때만 우리의 운동이 의미가 있다고 판단하고 있다. 이러한 점에서 우리는 현재 논의되고 있는 무상의료를 현실에서 이루고자 하는 ‘사회운동’의 차원에서 또 그 사회운동의 주체의 하나로서 이를 논의

하고자 한다.

우리가 무상의료를 단지 정책이 아니라 사회운동으로 다루고자 하는 것은 추후에도 다시 밝히겠지만 여러나라들에서 ‘무상의료’제도가 단지 정책적 정합성을 통해 이루어진 것이 아님을 알고 있기 때문이다. 실로 무상의료나 무상복지제도는 어떤 사회에서건 이해를 달리하는 사회집단간의 투쟁을 통해 이루어졌다. 유럽에서 일반화된 국가에 의한 건강보장이나 건강보험 그리고 무상의료제도는 프랑스혁명부터의 장구한 사회운동과 투쟁을 통해 이루어진 것이다.

바로 이러한 점에서 우리는 무상의료가 단지 정책이 아니라 운동으로 전망되고 또 그렇게 추구될 때에만 한국에서 실현 될 수 있으리라 믿는다. 이 글과 이어지는 무상의료에 대한 각 부분의 제안내용도 이러한 문제의식에서 이루어진 것이다. 이 때문에 우리들의 주장은 그 정책적 정교함이나 정합성에 초점을 두기 보다는 사회운동이 추구해야 할 방향에 대해 그 논의의 초점을 두었다는 점을 밝혀 둔다.

## 1. 한국의 무상의료 운동의 역사와 그 지형

유럽의 여러나라들에서는 무상의료제도나 무상의료에 가까운 제도들이 이미 수십 년 간 정착되어 있는 제도라는 것은 지금은 어느 정도 알려져 있지만, 그 무상의료제도가 지난한 사회운동과 투쟁 속에서 이루어진 것이라는 점은 의도적으로 생략되거나 강조되고 있지 못하다. 이런 이유로 ‘유럽은 잘 사는 나라이기 때문에 사회보장제도가 도입되어 있다’는 단선적 인식이나 ‘소득이 몇 만 달러 이상이면 사회보장제도가 도입될 수 있다’는 식의 단계적이고 평면적인 사고가 한국사회의 주된 인식이 되어 있다.

예를 들어 중·고등학교 교과서에서는 최초로 건강보험제도를 도입한 것은 독일의 철혈재상 비스마르크에 의한 것이었다고 가르친다. 하지만 비스마르크가 건강보험제도를 도입한 역사적 배경은 사상된 채다. 결국 청소년들은 독일의 건강보험제도 도입을 ‘비스마르크의 업적’만으로 이해하게 되는 식이다. 이러한 사실은 한국의 건강보험제도를 도입한 과정에 대한 설명에서도 마찬가지인데, 한국의 건강보험도입이 박정희의 업적으로만 소개되고 있는 것도 이와 같은 맥락이라 볼 수 있다.

하지만 세계최초의 의료보험도입으로 알려진 독일의 건강보험제도 역시, 프랑스혁명으로

대표되는 정치혁명과 사회혁명 속에서 나온 것이었다. 비스마르크가 ‘철혈(鐵血)재상’이라는 이름을 얻었던 그의 연설 즉 “이 시대의 중요한 문제들은 더 이상 언론이나 다수결에 의해 좌우되는 것이 아닌, 오로지 철과 피에 의해서만 해결될 수 있는 것”에서도 드러나듯이, 그는 프랑스혁명과 독일혁명을 군사적으로 진압한 지주와 자본가세력의 정치인으로서 ‘유럽의 반동’을 주도한 인물이었다. 비스마르크가 의료보험제도를 도입한 이유가 그가 해안을 갖춘 노동자에게 온정적인 세계적 위인이라서가 아니라 사회운동을 탄압하면서 당시 사회주의 운동의 일부 주장을 수용한 것뿐이었다는 사실은 역사적 맥락을 이해하면 쉽게 찾아볼 수 있다<sup>1)</sup>.

역사적으로도 그가 사회주의자 탄압법(1878)을 입법하면서 동시에 당시 사회주의자들의 요구를 일부분 수용하여 도입한 것이 건강보험제도(1881)와 연금제도(1891)등의 복지제도이다. 비스마르크 자신도 이를 인정하였는데 “만일 사회민주당이 없었더라면 그리고 아무도 그들에 대해 두려워하지 않았더라면 우리들이 사회개혁에서 행했던 적절한 진전은 존재하지 않았을 것이다”라고 말한 바 있다<sup>2)</sup>. 독일의 사회복지도입에 있어 가장 중요하게 작용했던 세력은 당시 1875년 고타강령을 채택하고 계급투쟁을 강력하게 추진하던 당시의 사회민주당과 급진적 노동운동이었다<sup>3)</sup>

한국의 건강보험제도도 마찬가지다. 한국의 건강보험제도 또한 박정희가 복지국가라는 꿈을 가지고 있었다기 보다는 당시 성장하고 있던 노동운동 등의 민중운동과 재야운동에 의해 강제된 것이라는 사실은 당시의 역사적 맥락을 살펴보아도 분명하다. 1975년 이후 노동운동을 비롯한 민중운동은 체제를 위협할 정도로 성장하였고 또 이러한 민중운동이 재야운동이나 학생운동과 맞물리는 것을 박정희체제는 극도로 두려워하였다<sup>4)</sup>. 그렇게 해서 등장한 것이 1977년 한국에서 건강보험의 도입이다. 그리고 실제로 박정희 정권은 두려워하던 민중운동과 학생운동의 결합에 의한 부마항쟁을 통해 무너졌다. 영웅주의적 역사관을 통해서 우리가 역사를 이해하는 것이 아니라 보다 객관적이고 역사적 사실을 추구하려 한다면 당시의 사회적 조건과 사회운동을 이해하는 것은 두말할 필요도 없다<sup>5)</sup>.

1989년의 전국민건강보험 도입의 상황도 마찬가지다. 1977년 도입된 한국의 건강보험제도는 노동자의 일부만을 포함하고 있었다. 또한 정부의 재정적 책임이 전무했기에 건강보장

1) 예를 들어 위키피디아 [http://ko.wikipedia.org/wiki/오토\\_폰\\_비스마르크](http://ko.wikipedia.org/wiki/오토_폰_비스마르크)

2) 1884.11.26 비스마르크 제국의회 연설

3) 한국사회과학연구소편, 복지국가의 형성 pp54-64, 민음사. 1983

4) 오마이뉴스. 2011.1.30 김종인 인터뷰

5) 르몽드 디플로마티크 <박정희가 건강보험의 아버지인가>. 2010.7.12

률이 매우 낮았다. 그리고 공급체계를 완전히 민간영역에 맡겨두면서 추진되었다는 점에서 의료제도의 개혁으로서는 그 한계가 분명했다. 이를 실질적인 건강보험제도로 바꾼 것은 1987년의 6월 민주항쟁과 이후 7월부터 9월까지 이어진 노동자대투쟁이었다. 전국민건강보험 도입은 노태우정권에 의해 ‘실시’ 되었지만, 그것이 실제로는 민주노총의 전신인 전노협과 농민단체와 빈민단체 그리고 보건의료단체와 시민단체들의 연대체로 상징되는 민중들의 투쟁에 의한 것이었다는 것을 우리가 경험하고 또한 알고 있는 사실이다.

이후에도 한국의 건강보험제도는 2001년 건강보험통합으로 중대한 변화를 겪는데 이는 김대중정부의 사회제도 개혁이라고 칭해지기도 하지만 다른 한편 “의료보장성 강화와 건강보험통합을 위한 연대회의”와 같은 민주노총과 전농을 비롯한 보건의료단체와 시민단체들로 대표되는 사회운동의 투쟁이 그 중심에 있었음을 그 누구도 부인할 수 없다.

이러한 과정에서 한국의 사회운동은 보건의료제도에 있어 몇가지 중요한 제도적 개혁을 성취했는데 그것은 박정희정권이 도입한 의료보험제도와는 달리 전국민에 대한 포괄, 정부의 일정한 재정책임, 국가가 통합적으로 운영하는 제도, 가입자들의 일정한 참여를 보장하는 제도, 일정수준 이상의 건강보험보장성 등이 그것이다.

그러나 이러한 제도개혁도 보다 근본적인 차원에서는 제대로 이루어지지 못했다. 공공적 의료공급체계와 의료공급체계의 공공성이 계속 퇴보하거나 잘 해야 담보상태에 머물렀다는 점이 가장 크게 지적될 수 있고, 의료보장성이 50%를 약간 웃도는 상태로 머물러 있다는 점, 빈곤층과 의료 사각지대의 존재 등이 그것이다.

한편 1997년 경제위기(IMF 구제금융) 이후 한국의 자본주의는 보다 노골적인 신자유주의적 형태를 띠기 시작하여 사회서비스분야에서도 이러한 시장화와 사유화분위기가 심각해졌다. 이는 김대중정부와 노무현 정부시기 심화되는데 사회서비스분야에서도 예외가 아니었다. 노무현 정부시기의 의료산업선진화위원회부터 시작된 민영보험활성화정책<sup>6)</sup>, 영리병원 허용 규제완화 시도<sup>7)</sup>가 대표적이다.

이 때부터 시작된 의료민영화 저지투쟁은 한미 FTA 반대투쟁과 더불어 노무현 정부시기를 특징짓는 투쟁이기도 하였다. 다른 한편 사회운동은 보장성 강화운동을 꾸준히 전개하였는데 그 대표적인 것이 ‘암부터 무상의료’ 투쟁이었다.

이명박 정부가 들어선후 의료를 시장에 맡기려는 자본의 운동은 더욱 노골화되었다. 영리병원 허용과 민영보험활성화 및 건강보험당연지정제 폐지등이 인수위 시절부터 논의되고 추

---

6) 2003년 실손형 보험 허용, 2005년 개인형 실손보험 허용 등

7) 경제자유구역 및 제주도 영리병원 허용과 허용된 병원의 규제완화 시도 등

진계획까지 작성되었다는 점에서 분명하다. 그러나 이러한 움직임은 처음부터 민중들의 거센 저항에 부딪혔다. 2008년 촛불운동의 주요 요구 중 하나였던 의료민영화 반대요구가 그것이다.

실제로 촛불운동은 단지 광우병위험소고기 수입반대운동이 아니라 87년 이후 최대규모의 대중운동으로서 대운하반대, 언론사유화반대, 의료민영화 반대, 미친교육반대, 공기업민영화 반대운동의 요구를 함께 내걸었다<sup>8)</sup>. 100일간에 걸쳐 전국에서 수백만명이 참여한 촛불운동은 반정부투쟁이었고 신자유주의 반대운동이었다. 사회운동으로서의 촛불운동은 한국의 사회운동이 반신자유주의 운동의 성격을 가지도록 각인하였는데 이 요구 중 하나가 의료부문의 민영화 반대운동이었다는 점은 매우 중요하다. 한국의 보건의료운동이 이전의 거의 10년 동안 성취하지 못했던 의료부문의 사유화, 시장화 반대요구의 대중화 (및 보건의료 의제의 대중화)가 이 촛불운동의 진전을 통해 이루어졌다.

이 때문에 이명박 정부 들어 급속히 추진되리라고 여겨졌던 제도적 의료민영화, 즉 영리병원 허용과 민영의료보험 활성화 조치들은 대중의 거센 저항에 부딪치게 되었고, 현재도 제도적 개악이 거의 이루어지지 못하고 있을 정도로 저항이 매우 크다. 촛불운동 당시 이루어졌던 반엠비(MB)·반신자유주의 전선이 지금도 유지되고 있다는 것이다.

하지만 촛불운동 이후 한국의 사회운동은 주되게는 정권의 물리적 탄압, 그리고 경제위기 상황과 운동 주체들의 문제로 인해 커다란 진전을 이루어내지 못하였다. 반면 신자유주의적 결정적인 승리가 있었던 것 또한 아닌 상황이 지속되었다. 한편으로는 대운하사업이 4대강 사업으로 이름만 바뀌어 진행되었고 조중동 방송진출 등 언론 사유화도 진행되었으며 의료부문의 비제도적 상업화도 끊임없이 진행되었으나, 다른 한편으로는 심화된 경제위기 속에서 6.2 지방선거를 통해 무상급식이라는 복지의 요구가 처음으로 대중적 지지를 얻는 정치적 상징이 되었다. 촛불운동이후 사회운동은 생활상의 기본적 요구와 더불어 무상급식, 등록금, 의료 등의 사회복지 문제에 대한 의제들을 자신의 긍정적인 대안으로 삼기에 이르렀다. 그리고 지금 우리는 무상의료와 무상교육, 무상복지를 주장하는 현재에 와 있다.

이렇게 한국 건강보험과 보건의료운동을 간략하게나마 살펴본 것은 현재의 무상의료운동이 어느날 하늘에서 떨어진 것이 아니라 사회운동 주체들의 끊임없는 노력과 대중운동이 확대되면서 이루어진 것이라는 점을 상기하고자 하는 것이고, 또 다른 한편으로는 지금까지 보건의료운동의 한계와 무상의료의 현실 가능성 또한 현재의 사회운동에 달려 있다는 것을 밝

8) '광우병위험 쇠고기수입반대 범국민운동본부' 상황실 일지

히기 위한 것이다.

여기서 분명히 해야 할 점은 한국의 건강보험 개혁이나 보건의료제도의 개혁 또는 개악 저지는 여러 가지 변수가 있었으나 분명히 대중운동의 세력에 의해 또 그 대중운동이 자기 지향을 어떻게 가지는가에 따라 좌우되어 왔다는 것이다. 이것은 매우 단순하지만 현재처럼 선거시기의 정치적 변화, 그것도 보수정당 사이의 정권 교체에 보건의료운동의 미래가 달려 있는 것처럼 말하는 논자들이 많을 때일수록 되새겨야 할 지점이라고 보인다.

여기서 몇가지 점을 더 지적하면 우선 현재 ‘무상의료운동’은 한국의 사회운동에서 의료공공성 강화와 건강보험 보장성 강화로 대표되는 보건의료운동의 연장선 위의 있는 운동이라는 점이다. 이는 전국민건강보험 도입부터 건강보험통합 등으로 대표되는 한국의 노동자운동과 농민·시민운동의 연대운동으로 대표되는 운동이었다. 이러한 운동은 자신의 정책적인 목표 등을 분명히 함으로서 지금까지의 보건의료부문의 운동의 ‘지도부’ 역할을 해왔다. 2000~2001년 건강보험통합을 성취한 이후에도 연대운동은 신자유주의 반대운동에 있어 일정한 역할을 해왔다. 보건의료단체연합의 경우 비교적 분명하게 신자유주의 반대를 명확히 했고 이 점에 있어 지난 10년간 보건의료운동의 성과 중 상당부분이 보건의료단체연합의 성과로 공유될 수 있다고 믿는다.

그러나 지난 10년간 즉 2000년 건강보험통합 이후 보건의료 연대운동은 다소 민주주의적이지만 신자유주의적인 정권 즉 민주당 정권과의 관계에서 명백한 자기정립을 하지 못한 결점을 드러냈다. 이는 보다 보수적이고 노골적인 신자유주의정권이 집권하자 더욱 문제점으로 부각되었다. 이는 신자유주의 반대운동에 있어 자기지표를 명확하게 설정하는데 한계를 지녔다는 점이다.

이러한 2008년 이후 한국의 사회운동이 지니는 한계를 보건의료부문운동도 지녔는데 운동의 분열과 목표설정의 불분명함, 기층 대중운동의 결합에 있어서의 소극성, 노동운동의 명확한 계급운동으로의 한계 등이 그러한 점일 것이다. 그럼에도 불구하고 현재의 무상의료운동은 반신자유주의 운동으로서의 촛불운동의 대안 요구를 확대하는 성격을 일정하게 가지고 있다고 보인다.

보건의료부문의 운동이 대중적인 기반을 가지게 되고 또한 반신자유주의적 성격을 분명하게 띠게 된 것도 이러한 촛불운동의 기반위에서이다. 오히려 지도적 역할을 해야 할 단체들의 연대운동은 분열하고 의기소침하였음에도 불구하고 대중적인 저항은 보다 거세어졌다고 표현할 수 있을 정도다.

그러나 촛불운동이 비록 대중들의 자발적인 힘은 거뒀고 진보적인 반신자유주의적인 성격



은 분명하게 자기정립을 했으나 정치적인 구심체를 형성하지 못하였고, 노동운동이 주도적으로 참여하지 못한 점등이 한계로 지적되듯이 이러한 한계를 현재의 무상의료운동 또한 가지고 있다. 여기에 더하여 촛불운동의 시기처럼 대중운동이 분출하는 시기가 아니라 점에서 현재의 무상의료운동은 대중운동과의 관계가 불분명하다는 점을 더하여 가지고 있다.

이와 더불어 더 중요하게 지적되어야 할 것은 현재 무상의료운동이 현재 대중들의 구체적인 고통을 어떻게 해결해주는지에 대한 구체적인 제시가 매우 부족하다는 점, 그리고 이를 해결하기 위한 노력이 부족하다는 점일 것이다. 스스로를 ‘촛불운동의 진화’라고 규정하는 복지국가를 둘러싼 혼란스러울 정도로 많은 여러 운동단체나 조직들의 논의가 다소 공허하게 들리는 것은 이러한 점 때문일 것이다. 또 그렇기에 그 중요성에도 비해 대중적 동력을 얻지 못하고 있기도 하다.

물론 현재 ‘무상의료’ 운동이 현재 정치권이나 사회운동내의 논의에만 머물러 있는 것을 운동주체들의 한계로만 인식할 수는 없다. 우리가 준비해야 할 것은 대중들이 불만에 머무르는 것이 아니라 행동으로 나서기 시작할 때 그들의 요구가 될 운동을 준비하고 또 그러한 운동을 만들어가는 것이다. 즉 무상의료운동이 진정 무상의료 ‘운동’으로 발전하려면 대중들의 고통에 기반한 구체적이고 대중적 요구들과 정치적 비전을 가져야만 한다는 것이다. 이를 위한 몇가지 논점들에 대한 논의를 해보도록 하겠다.

## 2. 몇가지 논점에 대한 논의

### 1) 경제위기와 의료비부담

2008년 전세계적 경제위기는 1930년대 대공황에 비견될 정도로 매우 심각한 위기다. 이 위기는 아직도 해결되지 못하고 있으며 2011년 현재 국면에 있어 전세계 사회운동에서 가장 중요하게 고려되어야 할 요인이다. 현재의 경제위기를 어떻게 바라볼 것인가에 대해 여기서 충분히 논의할 수는 없을 것이다. 다만 이 위기는 일시적 위기가 아니라 현재 진행형이고 구조적인 위기라는 점은 분명하게 인식하는 것은 필요하다.

클린턴 장관시절 노동부장관을 지냈던 로버트 라이히 버클리대 교수는 작년에 이렇게 말한 바 있다. “경제가 더블딥으로 빠져들고 있다고 생각하는 것은 넌센스다. 대부분의 미국인들이 첫 번째 불황으로부터 빠져나오고 있지도 못한 상황이다. 우리는 아직 길고 깊은 불황

의 한가운데 있다... 실업률이 줄어들지 않고 있다... 1933년 3월 대공황으로부터 경제가 ‘회복’될 때에도 일자리는 지금보다 빨리 늘었다. 물론 그 일자리 증가는 지속되지 못했다. 그 회복은 실제로 회복이 아니었다. 대공황은 지속됐다. 바로 이것이 내가 말하려는 요지다. 대불황(Great Recssion)은 지속되고 있다”. 이러한 그의 말은 작년보다 올해 더 잘 어울릴 듯 한데 미국정부가 2차 양적 완화를 시도한 후 미국의 실업률은 일시적으로 약간 감소하다가 2차 양적완화의 효과가 떨어지자 다시 실업률이 증가하여 10% 가까이 수준에서 줄지 않고 있는 것이 현재의 상황이다.

이러한 경제위기 상황에서 자본은 이 경제위기의 고통을 대중에게 전가하려 한다. 이는 현재 실업률의 증가와 고용불안, 전세대란과 공공요금 인상으로 대표되는 고물가, 그리고 임금 수준의 저하내지 정체, 긴축정책의 확대에 의한 복지재정의 삭감, 사회서비스나 공공부문에서의 민영화 등으로 나타난다.

전세계적으로 경기를 부양하기 위한 공공재정의 투입, 이러한 공공재정의 국민부담의 전가, 기업들에 대한 감세, 복지재정의 축소, 사유화 등이 나타나고 있으며 이는 식료품 및 생필품 물가 폭등으로 나타났고 이것은 유럽의 노동자 반란에 이은 아랍지역의 혁명으로 드러나고 있기도 하다.

이러한 상황은 한국도 예외가 아니다. 대기업중심의 경제정책으로 인한 고물가, 실업률의 증가, 정리해고, 복지재정의 삭감, 부자감세 등이 한국에서도 주된 정치적 불만의 요소다. 이러한 상황에서 보건의료 문제는 대중들에게 ‘의료비 부담’의 문제로 다가선다.

역전히 대중들에게 의료민영화로 인한 의료비 폭등의 문제제기가 호소력이 있고 현재의 의료비 부담 문제가 가장 절박한 이유는 현재의 경제위기시기에 더 분명하다. 이 때문에 현재 우리가 주장하는 무상의료문제는 우선적으로 의료비 부담 절감 문제가 되어야 한다고 보인다.

이 때문에 보장성 문제에 대한 제기가 우선적인 요구가 되는 것은 현 시기에도 유효하다. 다만 어떤 요구가 되어야 할 것인가의 문제는 보다 세심한 논의가 필요할 것으로 보인다.

예를 들어 ‘입원비 90% 보장요구나 외래 진료비 부담 70% 보장’의 요구가 먼저되어야 할 것인가, 또는 ‘100만원 의료비 상한제’가 보다 우선적인 요구가 될 것인가의 문제에서는 ‘100만원 의료비 상한제’ 요구가 우선적이어야 할 것으로 보인다. 현재 대중들의 구체적 지점이 과도한 의료비 부담으로 인한 가계파탄 문제에 와 있는 것을 보이기 때문이다.

물론 여기서도 ‘무상의료’라는 말 자체가 중요한데, 즉 ‘공짜의료’가 가지는 의미는 돈 안 내고 치료받을 수 있다는 의미에 있어 무엇보다 중요하다. 무상의료는 ‘공짜의료’가 아니라

는 점을 굳이 강조하는 글들도 있는데 이는 공짜의료가 주는 부정적 어감에 대한 반론으로  
는 유효할 수 있겠지만, 대중의 고통이 의료비에 있다는 점 때문에 우리의 구호가 ‘무상의  
료’라는 기본적인 지점을 간과하는 것으로 보인다.

## 2) 누가 재정을 부담할 것인가

현재의 논점 중 하나는 재정부담에 관한 문제다. 이는 정권과 지배계급이 무상복지에 가  
장 많이 사용하는 논리가 ‘세금폭탄론’이기 때문에 그러하다. 또한 사회운동 내부에서도 누  
가 돈을 더 낼 것이가에 대한 문제가 가장 두드러진 차이점으로 논쟁 되고 있다.

결론부터 말하자면 대중들의 재정부담에 대해서는 ‘더 이상의 재정부담 없는 무상의료’를  
주장하는 것이 올바른 방향이라고 본다. 이것이 정책적 정합성이 있는가 없는가 또 재정적으  
로 가능한가의 여부는 별도로 친다 하더라도 대부분의 서민들은 더 이상의 재정부담을 질  
형편이 아니다. 경제 위기의 경제적 부담을 고물가로 이미 대중에게 지우고 있기 때문에, 대  
중들에게 “무상복지=재정부담”이라는 인식을 가지게 하는 것은 복지를 우리돈이 더 드는  
것으로 인식하게 하여 지고 들어가는 싸움이 될 수 있다.

실제로 서구 복지국가들의 노동분배율(wage share, 임금 몫)을 보면 한국의 노동자 층이  
서구복지국가보다 10%~15% 이상 덜 받는 것으로 드러난다. (World Wage Report, 2011).  
한국의 중간층이 다른 나라보다 많은 점을 고려에 넣는다 하더라도 이 차이는 크게 줄지 않  
는다. 이 차이는 현재 한국의 GDP로 비교해보면 대략 120조에서 180조원쯤 되고 이는 노  
동자들이 자본가들의 몫에서 이만큼을 더 가져와야 서구 복지국가 수준과 맞는다는 것이다.  
이렇게 재분배가 아니라 분배영역에서 이미 노동자들에 대한 몫이 적은 상황에서 복지부담  
액을 또 다시 노동자들에게 또는 서민들에게 지우는 것은 정의롭지 못하다.

사회보험료 또는 건강보험료의 문제를 살펴보자. 사회보장기여율에 대한 기업과 노동자의  
부담을 보면 한국의 경우 사회보장률이 낮은 것은 기업들의 사회보장 기여율이 낮은 것이  
가장 주된 이유다. 예를 들어 홍헌호는 다음과 같이 주장한다<sup>9)</sup>. “OECD 자료에 비추어 볼  
때, 우리나라가 우선적으로 증세해야 하는 부분은 OECD 평균과의 격차가 가장 큰 소득세,  
기업 사회보장세 부분이어야 함. - 그래야 세목별로 증세 명분을 얻을 수 있고, 국민들을 설  
득할 수 있음.”

---

9) 민주노동당 “복지비용누가부담해야 하나” 중 홍헌호. 민주노동당 토론회 2011.3.24 그림도 같은 자료에서  
인용

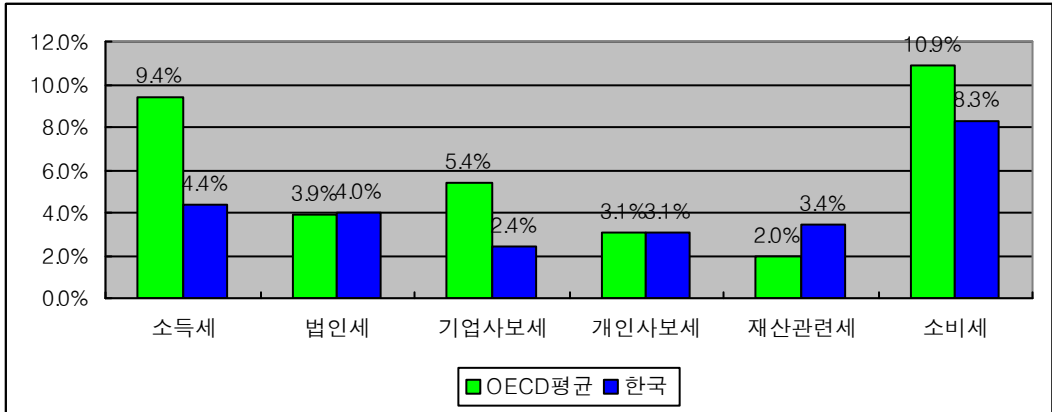


그림 3 우리나라 GDP 대비 세목별 세액 비율(2007)

(주-1) 기업 사보세 = 기업 사회보장세 = 기업 부담 사회보험료(우리나라의 4대 보험료)

(주-2) 개인 사보세 = 개인 사회보장세 = 개인 부담 사회보험료

(자료) : OECD

이미 사회보험료는 OECD 평균과 같은 정도로 부담하고 있는 상황이다. 흥헌호는 이 때문에 기업들에게 사회보장세 또는 사회보험료를 더 부과해야 한다고 말한다. 이러한 사회보장세는 여러 가지 형태로 나타날 수 있는데 진보신당이 주장하는 형태의 사회보장세나 또는 대기업의 매출액에 부과하는 사회연대부담금으로도 가능하다고 보인다. 또 다른 형태로는 현재의 보험료를 프랑스처럼 기업측이 7 노동자가 3 정도라든지 타이완처럼 기업측이 6 노동자가 3의 형태로 부과할 수도 있다고 보인다.

다음으로 국가예산 지원의 문제다. 사회보험료나 국가예산이나 국민들이 내는 돈이라는 점에서는 같다고 주장하는 논자들이 있으나 이는 누가 비용을 부담하는가라는 질문에 대한 답이 되지 못한다. 여러차례 밝힌 바 있듯이 현재 한국의 국가예산은 간접세 등이 많아 누진성이 약하기는 하지만 여전히 누진적이다. 반면 건강보험료는 역진적이라는 점에서 근본적인 차이가 있다. 이러한 점에서 건강보험에 대한 국고지원을 늘리는 것은 정당한 주장이다.

다른 한편 건강보험에 대한 국가예산 지원을 늘리면 다른데 쓸 돈이 적어진다는 주장도 있다. 이러한 주장을 펴는 것은 대표적으로 조선일보 등의 보수언론이다. 그러나 이러한 주장은 국가예산을 어떻게 걷고 또 어떻게 집행하는가에 대한 문제를 간과한 것이다. 법인세나 소득세 등을 통해 보다 누진적으로 걷는다면 국가예산의 누진적인 성격은 더욱 커질 것이다. 또한 예산 집행에서 불필요한 토건예산이나 무기구입에 쓰는 비용을 줄이는 것이 충분히 가

능하다. 4대강 반대운동이나 군비축소운동 등의 반전평화운동이 무상의료운동과 결합할 수 있는 지점도 이 지점이다.

예를 들어 ‘반값 등록금’ 요구에 대한 반론으로 조중동이 들고나오는 논리는 세금폭탄론 외에도 대학 등록금에 돈을 많이 쓰면 다른 곳에 지원할 돈이 없다는 논리다. “요즘에도 가난한 엄마들이…신생아를 버립니다…그런데 반값 등록금요?” ‘빈민운동의 대모’라는 한나라당 비례대표 1번 국회의원 강명순 씨의 <조선일보> 인터뷰다<sup>10)</sup>. 강명순 씨는 지난 5월에도 무상급식 하면 “아침·저녁 굶는 애들이나 성폭행당하는 애들에게 쓸 예산”이 부족해진다고 걱정하는 인터뷰를 <중앙일보>와 한 바 있다. “뭐가 중요한지, 뭐가 우선순위인지를 모르면 (정치인들이) 정신 나간 것 아니냐”는 것이다. 강명순의 주장대로 무엇이 우선순위인지를 따지는 것이 진보진영이 할 일이다. 국가예산의 우선순위가 부자감세, 토건사업이나 무기구입이 아니라 복지라는 주장을 진보진영이 해야 한다. 물론 가난한 사람들에게 가장 인색한 당은 강명순 씨가 비례대표 1번으로 들어간 한나라당이다.

그런데 이런 논리를 무상복지를 주장하는 사람들 일부도 받아들인다는 점이 문제다. 일부 논자들은 ‘무상의료에 국고지원을 늘리면 다른 복지예산이 줄어든다’는 주장을 한 바 있다. 이러한 주장은 예산이 한정돼 있어 한 곳에 돈을 많이 쓰면 다른 곳에 쓸 돈이 없다는 고정 관념에서 비롯한다. 이는 부자감세로 쓰는 돈이나 4대강 예산에 쓸 돈을 교육과 의료에 쓰라는 대중들의 인식에도 미치지 못하는 주장이다. 건강보험에 쓸 돈은 건강보험에서 나와야 한다는 이러한 부문주의적 사고로는 다른 운동과의 연대도 쉽지 않다.

다른 한편 국가예산에서 지원하는 부분을 늘리는 것은 건강보험의 재정에서 세금이 차지하는 비중을 늘리는 것 외에 또 다른 의미도 있다. 그것은 건강보험료 전체를 세금으로 바꾸는 운동의 시작이기도 하다는 것이다. 즉 다시말해 ‘국가가 책임지는 무상의료’ 체제로 바뀌어 가자는 것은 운동의 중요한 출발점이라 할 수 있다.

### 3) 공급체계 개혁

또 하나 매우 중요한 지점은 공공의료의 강화라든지 또는 의료공급체계의 공공성 문제다. 현재 한국의 공공의료는 병상수 12%, 기관수 7%로 OECD 평균의 1/10정도에 불과하다는 점은 잘 알려져 있다. 이러한 점에서 한국은 보장성과 의료공급체제로 볼 때 국가보장체제

---

10) 조선일보 2011.6.15

(NHS), 전국민건강보험체제(NHI), 자유주의체제로 분류하면 NHI 체제라기 보다는 전국민건강보험체제와 자유주의체제 사이의 과도기적 체제로 보는 것이 더 맞다고 보이기도 한다. 예를 들어 시장화 정도에 따른 Roemer의 분류<sup>11)</sup>로 보자면 한국은 자유기업형과 복지지방형의 과도기 정도에 해당한다고 볼 수도 있다.

이러한 공급체계의 과도한 민간의존성은 여러 논자가 지적하듯이 여러 가지 심각한 문제를 일으키고 있다. 보장성의 악화라든지, 의료비가 OECD 국가 중 가장 빠른 속도로의 증대한다든지, 과잉의료라든지 하는 문제들이 발생한다. 사회적으로 건강보장 개혁에 강력한 저항세력이라는 측면도 존재한다. 따라서 이 문제에 대한 관점과 정치적 비전을 제시하지 않으면 안된다.

이 부분에 대한 논점은 일단 보장성을 확보하면 병원자본에 대한 규제가 보다 쉬워진다는 논리와 공급체계 개혁과 보장성 강화가 동시에 행해져야 한다는 주장간의 대립이다. 간단히 말하면 공급체계 개혁이 병행되지 않으면 강화된 보장성을 유지하기 힘들다. 즉 공급체계 개혁은 병행되어야 한다.

모든 의료비의 건강보험 적용은 현재 수익 중 상당한 부분을 비급여에 의존하는 병원자본과의 사회적 대립을 통하지 않고서는 이루어낼 수 없다. 또한 현재 지역적으로 불균형하게 분포되어 있고 과잉되어 있는 민간병상을 규제하지 않고서는 과잉진료 탓에 보장성을 유지하기도 힘들다. 이 때문에 뒤 글에서 제시하는 것처럼 공공병상의 강화의 강력한 추진, 민간병상의 허가취소, 총액계약제의 실현 등을 통한 공공의료의 획기적 강화와 병원자본의 통제가 우리의 방향이어야 하고 또 실제로 그러할 때만 무상의료체제가 유지될 수 있다.

민영보험자본과 병원자본을 떼어놓고 전자만을 우선적인 대립상대로 판단하는 것은 한국의 대기업과 자본의 속성을 간과하는 것이다. 한국에서 가장 큰 민영보험은 삼성이지만 또한 가장 큰 병원도 삼성이다. 그리고 현재 의료민영화에서 가장 활동적으로 움직이는 자본은 병원자본이다. 이러한 점에서 병원자본과의 대립을 이후과제로 미루는 것이 현실적이라고 보는 일부 논자들의 주장은 비현실적이다.

또한 국공립병원의 강화가 지역주민들이나 비제도적 의료민영화에 분노하고 있는 수많은 대중들의 지지를 받을 수 있다는 점도 충분히 고려되어야만 한다. 이 때 중요한 것은 병원구조조정론일 수 있는데 이러한 병원구조조정론은 병원노동자들에게 직접적인 타격이 될 수 있으므로 이를 국공립화하거나 공공성을 강화하는 방향으로 해결해야 할 것이다.

---

11) Roemer MI, 1991

한편 의료공급체계의 공공성 강화는 다른 한편으로는 의료인력문제도 포괄해야 할 것이다. 이에 대해서는 보다 정교한 논의가 필요하겠지만 현재의 교육과정이 공공적으로 개혁되어야 하고 그 재정도 공공적으로 개혁되어야 할 것이다. 의과대학이나 약학대학, 치과 한의과대학과 간호대학의 국공립대학 정원의 50%를 무상교육으로 전환하고 이들 인원에 대해서는 국공립기관의 10년이상 근무를 의무화하는 것이 필요하다고 보인다. 또한 이러한 정책은 보건 의료인을 양성하는 전체대학에 적용하는 것이 필요하다. 예를 들어 방사선과, 위생사, 간호보조사 등을 포괄해야 하고 이는 국공립대학교의 교과과정의 신증설도 필요할 것이다.

#### 4) 의약품 및 의료기기

의약품 정책에 대해서는 많은 정당들이 이 부분을 제외하고 있을 정도로 논의의 사각지대이기도 하다. 현재 건강보험재정의 30%가 의약품관련 비용이고 의약품 비용의 증가율이 다른 어떤 부문보다 높다는 점을 보면 이 제약부문의 정책은 놓칠 수 없는 부분이다.

우선 의약품 부문에도 총액계약제 등의 비용절감책이 도입되어야 한다. 의약품 비용의 절감에 대해서는 다른 나라들의 경우 의약품 유통에 대한 각 부문의 이익상한제를 도입하는 등의 여러 가지 정책이 사용되고 있다. 이 분야에 대해서는 더 논의가 필요하겠으나 유통과정의 공공성을 높이거나 공공화하는 것이 대안이라고 보인다.

또한 의약품 공급체계 자체의 공공화가 진행되어야 한다. 현재 특허의약품에 대한 가장 강력한 견제책으로는 특허권 정부사용이나 공공특허사용(강제시행) 등이 존재하지만 이를 가능하게 하기 위해서는 국공립제약회사가 필요하다. 국공립제약회사는 이러한 면에서도 필요하지만 필수약품이지만 이윤이 남지 않아 퇴출되는 의약품을 위해서도 필요하다. 중장기적으로는 국가가 제약 부문에 있어서도 중요한 비중을 차지하는 정도로 국공립 부문의 비중이 커져야 할 것이다.

의료기기 또한 점차로 그 중요성이 커지는 분야다. 이미 고가 의료장비에 의한 과도한 진료와 치료는 심각한 문제가 되고 있다. 2009년 기준으로 다빈치 로봇수술기계는 아시아 전체에 32대여는데 한국이 29개를 보유하고 있는 기형적 상황이 지속되고 있다. 병상 뿐 아니라 의료기기 허가제 등의 강력한 대책이 필요하다.

아울러 신의료기술 등에 대한 규제가 필요하다. 최근 정부는 신의료기술 도입을 자유화하고 이를 건강보험적용에서 제외하는 방향의 정책을 수립하고 있다. 이는 건강보험보장성을

낮추는 일일뿐더러 사실상 임상시험에 가까운 치료비용을 환자에게 부담을 지우는 비윤리적인 일까지도 일어나고 있다. 최근에는 줄기세포 치료와 같이 아직 검증되지 않은 신의료기술이 충분한 임상시험 없이 또 윤리적 규제 없이 도입되어 그 비용뿐만 아니라 난자채취등의 심각한 윤리적 문제가 발생했다. 이 부분에 대해서는 충분한 검증과 기술 검증시 적합하면 곧바로 건강보험을 적용 하는 형태로 문제를 해결해야 할 것이고 신의료기술의 도입을 국공립대학 위주로 하는 등의 규제도 마련해야 할 것이다.

## 5) 빈곤층의 무상의료

대중들의 빈곤이 심각한 문제로 대두되고 있고 이는 경제위기이후 더욱 심각해지고 있다. 경제위기의 고통전가가 빈곤층의 증가로 직접적으로 드러나고 있는 것이다. 이럴 때 우리들의 무상의료논의는 빈곤층의 무상의료에 그 초점을 두지 않으면 안된다. 비정규직이 전체 노동자의 50%가 넘고 불안정 노동이 상시화되어 있는 상황에서 빈곤층은 더 이상 인구의 단지 3% 미만을 차지하는 문제가 결코 아니다. 당장 통계청 자료로 상대적 빈곤층은 소득기준으로는 인구의 19%에 이르며 가처분 소득기준으로도 15%에 이른다.

이러한 상황에서 단지 건강보험의 일부 재정을 늘리는 것만으로 빈곤층의 고통이 해결되지 않는다. 한국사회에서 최소 하위 15%의 빈곤층의 당장 시급한 의료문제를 해결하지 않는 어떠한 무상의료주장도 그 진정성이 담보될 수 없는 까닭이 여기에 있다.

이러한 빈곤층을 포괄하려면 국가의 예산지원이 필수적이고 또 당연한 논리적 귀결이 된다. 현재와 같은 심각한 시기에 ‘우리가 먼저 내자’는 일부 논자들의 주장은 중간층의 일부에게는 호소력이 있을지 몰라도 당장의 생활을 걱정하는 빈곤층에게는 호소력이 없다. 그리고 그 중간층마저 분해되고 있는 것이 지금의 현실이다.

## 6) 노동자 건강과 산재보험

노동자 건강의 문제를 빼 놓고 무상의료를 논할 수는 없을 것이다. 이러한 노동자 건강의 문제는 물론 생산과정에서 일어나는 문제들을 논해야 하겠지만 이 글의 성격상 여기서는 산재보험에 대한 논점들이 주된 것이다.

무상의료 운동은 노동자들의 산재와 직업병 즉 생산과정에서 일어나는 여러 가지 질병들에 대한 치료문제가 무상의료 운동과 정책의 일부라는 점을 명확히 해야 한다. 이는 노동자



들의 운동의 주체화에서도 중요한 문제이며 실제로 다수의 질병과 불건강의 원인이 생산과정에서 일어난다는 사실에 비추어보아도 그렇다.

또한 산재보험에 주목하는 것은 산재보험에서 감당해야 할 질병의 상당부분이 건강보험으로 치료되고 있다는 점이다. 우리는 그 질병의 원인이 직업성 질환이라면 이는 산재보험으로 처리하는 것이 옳바르다고 주장한다. 이것은 산재보험이 기업주가 100% 부담하는 사회보험인데 반해 건강보험은 노동자가 현재 상당부분을 노동자가 부담한다는 면에서 기업주가 자신의 부담을 노동자와 국민들에게 전가하는 것이다.

## 7) 그 외 논점 들

치과부문에 대한 정책도 긴급하다. 현재 치과정책은 거의 정책의 일부 들러리 모습으로만 등장하는데 치과부문의 예방 및 치료부문이 차지하는 비중이 점차 높아지고 있고 필수적인 치료부문이 많은 만큼 이 부분에 대해서 심도 깊은 논의가 요청된다.

이 자료집에서는 우선 치과아동 주치의와 노인틀니에 대한 건강보험적용으로부터 치과부문의 무상의료로 가는 길을 제시해보려 하였다. 특히 치과주치의는 현실적용가능성이 어느부문보다 높은 만큼 예방적이거나 치료적인 부문의 주치의 제도의 선발모델로 삼는 것이 용이하다고 보인다.

한의학정책에 대한 부분은 복잡한 부분이 많이 존재하지만 한의학의 공공성이 낮고 건강보험 적용부분도 매우 낮다는 점이 고려되어야 한다. 전통의학에 대한 접근 및 대중들의 요구에 대한 접근에서는 관점의 견지가 중요하다고 할 수 있다. 공공의료부문에서 한방의학의 수용부문 등에 대해서는 충분한 논의들이 거쳐지고 있고 이미 시행되고 있는 부분이 많다. 다만 한방의학의 약제 건강보험적용문제 들은 아직 충분히 다루어지지 않은 문제여서 이 부분에 대해서는 앞으로 충분한 논의를 기대해본다.

그 외 중요하게 다루어야 할 부분에서 빠진 부분들은 의료인력 문제와 의료교육 등 무상의료를 다루어야 할 부분에서 다룰 부분들이 있다. 또 민영의료보험의 규제에 대해서도 다루어야 할 부분들을 다 다루지 못했다. 이 부분들은 중요함에도 불구하고 보건의료단체연합 정책위의 역량문제로 다 다루지 못하였다. 이 부분들에 대해서도 정책위 차원의 논의는 있었고 논점을 몇가지 세울 부분이 있지만 다음 기회에 다루기로 한다.

### 3. 소결

현재 한국의 상황은 의료민영화가 제도적 비제도적으로 이미 심각하게 진행되어 있는 상황이다. 이미 10년 전부터 한국의 보건의료제도가 기로에 서있다고 세계보건기구가 한국의 의료제도를 평가한 바 있다. 그 이후 공공성의 강화에 대한 획기적인 제도적 변화 없이 10년이 흘렀다. 따라서 이 과정에서 한국의 사회운동이 의료민영화저지를 나름 성과 있게 수행해왔다고 하더라도 제도적인 의료민영화를 상당부분 막아냈을 뿐 시장과 자본에 의한 비제도적 상업화 경향 자체를 막는 것은 힘들었다.

물론 한국의 사회운동이 10년 전에도 의료공공성 강화와 사회보장제도 강화를 주장하지 않은 것은 아니다. 그러나 그 때와 지금이 다른 점은 신자유주의가 진행되어 한국의료의 상업화 민영화가 심각한 수준이라는 점이 그 하나이고 또 한편으로는 그에 대항한 대중들의 의식과 사회운동도 그만큼 발전했다는 것이다.

10년전 보건의료단체연합이 출범할 당시의 토론회는 “‘국민의 정부’와의 정책연합. 어떻게 할 것인가”라는 주제로 열렸다. 당시의 토론회의 결론은 그 당시의 많은 엔지오(NGO)들과는 달리 보건의료단체들은 신자유주의에 명확히 반대하는 방향으로 자신의 입장을 세워 나가야 하고 이러한 입장에서 ‘민주정부’라는 당시의 정부와도 신자유주의 반대라는 입장에서의 비판적인 입장을 유지하며 민중의 대안을 세워야 한다는 것이었다. 그리고 이를 위해 전문가들이 직능의 이해를 넘어 민중의 건강권을 위해 싸워나가자는 것이 당시의 결론이었다.

지금와서 돌이켜 보면 그러한 결정은 당시에는 급진적이라는 평가를 들었고 시민사회단체로서는 맞지 않는다는 내외의 세간의 평가도 일부 존재했다. 그러나 지금 되돌아보면 사회운동은 현실적인 상황에만 급급할 것이 아니라 사회운동의 대의와 원칙에 충실하는 것이 중요하다는 깨달음을 얻는다. 오늘 우리가 다시 무상의료를 말함에 있어, 우리들의 입장이 지금 현실과 거리가 멀고 지나치게 원칙적인 입장이라는 소리를 또 듣는다 해도 역사는 다시 한번 사회운동이 느리지만 뚜벅뚜벅 나아감을 확인하여 줄 것이라 믿어 의심치 않는다.

영국에서 무상의료제도가 도입된 것은 2차대전 이후 노동운동이 급진화하고 노동당이 최초로 단독 집권한 이후였다. 유럽의 마지막 민주화라고 불리는 남부유럽에서 무상의료제도가 도입되었을 당시 남부유럽은 프랑코 정권 등의 독재정권이 무너지면서 10년만에 정치적 민주화와 사회적 민주화를 이루어냈다. 이 당시는 또한 오일쇼크 등의 경제적 위기상태였다. 프랑스에서 무상교육제도의 도입은 1968년 이라는 전 세계적인 사회운동이 존재하는 것에

기반했다.

이처럼 다른 나라에서의 무상의료제도와 무상복지제도의 도입이 사회변혁이나 그에 준하는 거대한 사회적 운동의 과정에서 이루어졌음을 우리는 잘 알고 있다. 우리가 추구하는 것은 무상의료가 단지 정책이 아니라 운동으로서 존재해야 하고 또 그 운동은 보다 거대한 대중적 운동이어야 한다는 것이다. 한국의 무상의료의 길은 사회운동으로서의 길이다. 우리들이 오늘 주장하는 무상의료가 사회적 운동을 통해 하루빨리 쟁취될 수 있기를 바라는 것이 이 자료집에 작성에 참여한 모두의 바람일 것이다.



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



건강보험 보장성 강화를 위한  
정책과제





# 건강보험 보장성 강화를 위한 정책과제

## 1. 건강보험 무엇이 문제인가?

전국민 건강보험제도의 도입과 통합은 우리나라 건강보험의 보장성과 관리체계에 획기적인 진전이었으며 다른 나라에서도 배울 수 있는 것이 상당히 많은 모델로 거론이 되고있는 성과를 내었다. 다른 사회보험이 초보적 단계에 머물러 있는 것에 비해 건강보험은 사각지대가 비교적 적고 보장률도 꾸준히 상승해 왔다.

하지만 도입시기에 공공의료시스템의 강화, 민간의료전달시스템 중심의 의료공급체계 해소, 재정부담의 누진적 시스템 구축과 국가부담 확대, 의료사각지대 해소 등의 과제를 전혀 해결하지 않은 채 도입되었고 이후 그 확충시기에도 일부문제만을 해결하는데 그쳤기 때문에 현재 많은 문제점이 발생하고 있다.

건강보험과 한국의 보건의료제도의 문제점을 구조적으로 살펴보면, 재정을 공적으로 관리 지출하는 데 반해, 의료 공급의 사적 성격은 오히려 강화되고 있다는 점이 지적된다. 공적 재정으로 보장해주는 건강보험 보장률이 60%수준인데 반해 공공의료의 비율은 병상수 12%, 의료기관수 7% 수준으로 떨어졌고 이러한 공공의료기관의 공공성 역시 매우 취약하다. 또한 건강보험 도입시기에 지불제도 개혁, 의료전달체계 구축 등의 과제를 동시에 추진하지 못한 결과, 의료기관의 과도한 경쟁과 영리적 운영을 통제할 수단을 구축하지 못한 채 건강보험이 확대될수록 낭비적 의료비 지출이 증가하는 모순이 고착화되었다.

따라서 건강보험 보장성 확대는 의료의 공공성의 회복과 의료기관의 합리적 운영을 유도할 수 있는 정책과제를 포함해야 한다. 건강보험 개혁과 동시에 수반되어야 할 과제를 정리해 보면 다음과 같다.

- 
- 건강보험 보장성 강화를 통한 의료 접근성 제고
  - 공공의료와 의료 공공성 확충
  - 의료안전망 구축을 통한 의료사각지대 해소
  - 건강불평등의 해소
  - 의료비를 적정하게 유지할 수 있는 구조 구축
  - 기초의료연구에 대한 지원 및 ‘의료산업’에 대한 적절한 통제
- 

건강보험의 문제점을 구체적으로 살펴보자.

### 1) 낮은 보장률

우리나라의 건강보험제도 또는 의료체계의 가장 큰 문제점으로 들 수 있는 것은 낮은 의료보장성이다. 국민건강보험공단 「진료비 본인부담 실태조사」에 의하면 우리나라 건강보험의 보장성 수준은 2008년 기준 건강보험 급여율은 62.2%이다<sup>12)</sup>. OECD 자료에 의하면 국민의료비 지출 중 공공재원 비율이 동년 기준 55.3%로 OECD 평균 72.2%보다 거의 20% 가량 낮다.

우리나라의 본인부담비율은 매우 높은 수준으로 멕시코(51.1%)를 제외하고 35.7%로 그 다음으로 높다.(2007년 기준) 이는 우리나라와 비슷한 의료시스템을 갖고 있는 일본 15.1%, 미국 12.2%일 뿐만 아니라 소득수준이 한국 보다 낮은 필리핀이나 스리랑카와 비슷한 수준으로 본인부담금으로 인해 의료접근성의 수준은 매우 낮다고 할 수 있다.

#### ○ 서민 부담 증가 추세

건강보험의 낮은 보장률은 가계의 높은 의료비 지출로 이어진다. 2007년 우리나라 국민의료비 중 가계부문에서의 지출 비율은 35.7%로 OECD 수준인 18.3% 보다 높다.

---

12) 국민건강보험공단은 2009년 건강보험 보장률은 전년대비 1.8%포인트 상승한 64.0%로 집계됐다고 올해 4월 7일 밝혔다. 이 수치는 상당한 논란이 있다.



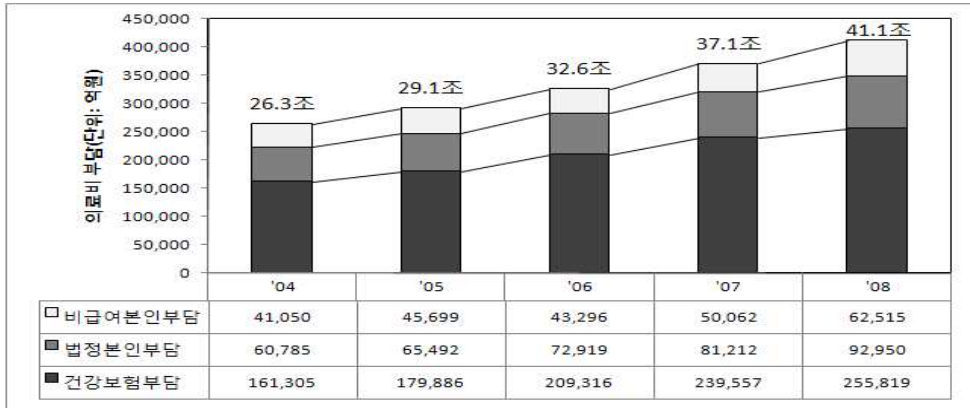


그림 1 의료비 본인부담 실태

자료 : 건강보험 하나로 시민회의, 건강보험공단 각 연도별 본인부담실태조사 결과 재분석

\* 건강보험부담: 건강보험요양급여지출

\*\* 본인부담: 건강보험요양급여비에 건강보험 본인부담 실태조사보장률 적용

사회보장기여금을 포함한 공적 자금 중에서 고용주의 비율이 가장 낮은 나라라는 통계는 실제 건강보험 재정을 주로 담당하는 주체가 일반 가계라는 것을 보여준다. 즉 건강보험료도 많이 내고도 병원에서 본인부담금도 많이 내고 있고 그 부담은 분산하기 위해 민간보험까지 가입하여, 막대한 돈을 의료비에 사용하고 있는 것이다.

표 1 OECD 국가 주요 직접세목 비교 (단위: GDP %, 2008년)

	소득세	법인세	사회보장기여금				총계
			고용주	피고용자	기타	계	
스웨덴	13.8	3.0	8.7	2.7	0.1	11.5	28.3
영국	10.7	3.6	3.9	2.6	0.3	6.8	21.1
독일	9.6	1.9	6.5	6.1	1.3	13.9	25.4
미국	9.9	1.8	3.3	2.9	0.3	6.5	18.3
룩셈부르크	7.7	5.1	4.3	4.6	1.2	10.1	22.9

일본	5.6	3.9	5.0	4.8	1.1	10.9	20.4
한국	<b>4.0</b> (3.6)	<b>4.2</b> (3.7)	<b>2.6</b> (2.6)	<b>2.4</b> (2.4)	<b>0.8</b> (0.8)	<b>5.8</b> (5.8)	<b>14.0</b> (13.1)
OECD 평균	9.0	3.5	5.2	3.3	0.5	9.0	21.5

자료: OECD Revenue Statistics (2010), OECD statistics(<http://stats.oecd.org/index.aspx>).

한국 괄호안은 2009년 수치. 기타에 자영자 및 국가 몫 등 포함

2006년 6월부터 2007년 5월 의료이용현황을 분석한 결과, 저소득층에 비해 고소득층이 더 많은 혜택을 받고 있었다. 이는 소득이 높은 사람들의 의료이용이 더 많으며, 이에 따라 본인부담상한제의 혜택도 더 큰 것으로 해석된다. 따라서 현재의 건강보험제도는 높은 본인부담금으로 인해 소득재분배효과가 매우 적은 것으로 볼 수 있다.

#### ○ 의료비로 가계파산

가계에서 지출하는 의료비 부담이 커지면서 발생하는 현상은 의료비로 인한 가계파산과 의료비부담으로 치료를 포기하는 경우가 증가하는 것이다. 특히 양극화가 심각해지고 빈곤층이 전체 국민의 19%에 육박할 정도로 증가하는 상황에서 의료비 부담은 “치료포기→ 중병으로 이환→ 근로능력상실→ 중병치료비 부담→ 극빈층으로 전락”이라는 최악의 시나리오로 이어진다.

---

#### 의료비부담에 관한 정의

○ 과부담의료비 : 한 가구의 의료비 지출이 일정 한계를 넘는 것을 뜻하며, 의료비가 일정 금액을 초과하거나, 소득이나 지출의 일정 비율 이상을 의료비로 사용하는 경우로 정의함.

'재난적 의료비 지출(catastrophic health expenditure)' : 세계보건기구(WHO) 보건의료 재정의 공평성(fairness in financial contribution) 지표 중

---

하나로 가용한 소득의 40% 이상을 본인부담 의료비로 지출하는 경우

- 일반적으로 가구소득에서 10%이상을 의료비로 지출하는 경우를 의료비 과부담 가구로 추정함

○ 과부담의료비 가구 및 재난적 의료비지출가구의 문제점

과부담의료비 가구는 의료비지출의 소득의 10%를 넘는 가구를 의미하는데 2008년 기준으로 전국민의 약 19%가 과부담 의료비 지출가구이다. 인구수로 하면 약 900만명에 해당하는 인구가 의료비부담으로 생계에 지장을 받고 있는 것이다. 한다. 그러다 보니 치료를 포기한 경험이 있는 가구가 12%, 소득의 40%이상을 의료비에 지출하여 재난적 상황에 빠진 가구가 2002년 1.9%에서 2005년 2.4%, 2007년 2.7%로 지속적으로 증가하고 있다.

표 2 의료비 과부담 가구비율

소득계층	1985 (n=3,854)	1990 (n=3,972)	1995 (n=4,689)	2000 (n=5,288)	2005 (n=6,257)
1분위	2.86	1.01	2.14	1.70	4.96
2분위	0.78	0.76	1.07	0.57	1.60
3분위	1.04	-	-	0.57	0.64
4분위	0.52	0.76	-	0.57	0.16
5분위	1.04	0.25*	-	-	0.64
6분위	0.78	-	0.21*	0.19*	0.16*
7분위	0.78	-	-	0.38	0.16*
8분위	0.26	-	0.21*	0.19*	0.32
9분위	0.78	-	-	-	-
10분위	-	-	-	-	-
전체평균	0.88	0.28	0.36	0.42	0.86

주: \* 이들은 가구수로는 하나임.

1) 출처 : 허순임, 소득계층 별 의료비 부담의 추이, 보건복지 포럼, 2009

표 3 월 평균 50만원 이상 의료비 지출 가구

소득계층	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.9%(12가구)	48.7%
2분위	1.8%(11가구)	35.3%
3분위	1.0%(6가구)	29.6%
4분위	0.8%(5가구)	25.8%
5분위	0.6%(4가구)	27.5%
6분위	1.0%(6가구)	24.9%
7분위	1.0%(6가구)	21.3%
8분위	1.3%(8가구)	21.1%
9분위	2.4%(15가구)	17.1%
10분위	2.6%(16가구)	11.3%
전체	1.4%(89가구)	25.5%

출처 : 허순임, 소득계층 별 의료비 부담의 추이, 보건복지 포럼, 2009

표 4 의료이용에 대한 가계부담 정도

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
전혀 부담되지 않았다	28.7	14.8	25.59	8.70	8.48	9.33	23.34	19.62
거의 부담되지 않았다	35.1	47.9	38.22	22.68	26.44	31.79	38.29	35.56
다소 부담되었다	20.2	23.0	19.92	33.45	35.55	33.90	26.27	28.12
많이 부담되었다	16.0	14.4	16.28	35.17	29.53	24.98	12.10	16.70

(단위: %)

출처 : 신현웅, 의료보장 사각지대 해소방안 연구, 보건사회포럼, 2009

표 5 치료를 포기한 경험이 있는 비율

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
				치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	23.5			

(단위: %)

출처 : 신현웅, 의료보장 사각지대 해소방안 연구, 보건사회포럼, 2009

의료비 과부담이 의료이용에 제약을 주어 미충족 의료를 발생시킬 확률이 1.37배가 되는 것으로 조사되었다. 즉 의료이용에 장애로 작용하는 것은 높은 본인부담금이라는 것이다. 이렇듯 빈곤층에게 집중되는 의료비 부담증가는 ① 의료비로 인한 가계부담과 파산증가 ② 의료이용 포기로 인한 건강상실 ③ 중병으로 이환되어 더 큰 의료비 부담과 빈곤의 덫에 빠질 위험도가 높아지는 결과를 야기한다.

그 결과 우리나라 저소득층의 삶의 질은 매우 열악하며 전세계적으로 매우 높은 자살률을 나타내는 원인 중 질병으로 인한 어려움이 가장 크게 나타나고 있다. 밀의 표를 보더라도 병고로 인한 자살의 비중이 매우 높으며 염세 비관 및 빈곤 역시 질병과 밀접히 연관되어 있어, 질병에 대한 적극적 대처가 사회적으로 매우 중요한 과제임을 알 수 있다.

표 6 원인별 자살현황 (단위: 명, %)

년도	계	정신 이상	병고	염세, 비관	빈곤	낙망	치정,실연, 부정	가정 불화	사업 실패	기타
총계	52,656 (100%)	2,706	11,001 (20.9%)	23,091 (43.9%)	2,046 (3.9%)	2,318 (4.4%)	3,901 (7.4%)	2,959 (5.6%)	1,570 (3.0%)	1,945 (3.7%)
2005	14,011 (26.6%)	923 (6.6%)	2808 (20.0%)	6,390 (45.6%)	659 (4.7%)	466 (3.3%)	1414 (10.1%)	882 (6.3%)	469 (3.3%)	-
2006	12,968 (24.6%)	848 (6.5%)	3,061 (23.6%)	5,967 (46.0%)	501 (3.9%)	331 (2.6%)	1,264 (9.7%)	643 (5.0%)	353 (2.7%)	-
2007	13,407 (25.5%)	935 (7.0%)	2,947 (22.0%)	6,619 (49.4%)	406 (3.0%)	666 (5.0%)	891 (6.6%)	648 (4.8%)	295 (2.2%)	-

2008	12,270 (23.3%)	2,185 (17.8%)	4,115 (33.5%)	480 (3.9%)	855 (7.0%)	332 (2.7%)	786 (6.4%)	453 (3.7%)	1,945 (15.9%)
------	-------------------	------------------	------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------------

\* 경찰청 제출자료 재구성, 09년은 분류체계가 달라져 별도 기재

\*\* 최영희 의원실 2010년 10월 8일 보도자료

## 2) 국민의료비 증가와 건강보험 지속가능성 위협

우리나라 의료비는 GDP대비 2007년에 6.8%(OECD 2009년)으로 우리나라 GDP가 2007년 1천조 원가량이었으니 국민의료비는 약 68조원으로 추정된다. OECD평균은 8.9%로 2%정도가 낮다고는 하지만 의료비 증가 속도를 고려하면 우리나라 의료비 증가 수준은 매우 우려할 만한 상황이다. 특히 적정 의료비 통제수단을 갖고 있지 못한 상황에서 고령화로 인한 의료수요의 증가가 현실화되면 의료비는 재난적 상황으로 확대될 수 있다.

### ○ 국민의료비 증가 추세

2008년도의 우리나라 국민의료비 규모는 약 67조 2천억원인 것으로 추산되고 있으며, 이는 1987년에 비해 16배 이상 증가한 것이다.

- 1987년 이후의 국민의료비 증가율은 일부연도를 제외하면 10%를 넘는 것으로 나타나고 있다.

OECD (Health Data 2009)에 의하면 2007년 우리나라 보장율은 64.3, OECD 평균은 81.7%에 이르고 있는데 보장율이 지속적으로 증가하다가 최초로 낮아지고 있는 상황이다. 반면 건강보험료와 급여비는 지속적으로 증가하고 있어 건강보험 수가는 지난 9년 동안 16.6% 인상되었지만 급여비는 123.46%가 증가했다.(소비자 물가는 27.06%인상)

○ 건강보험 지속가능성 위협

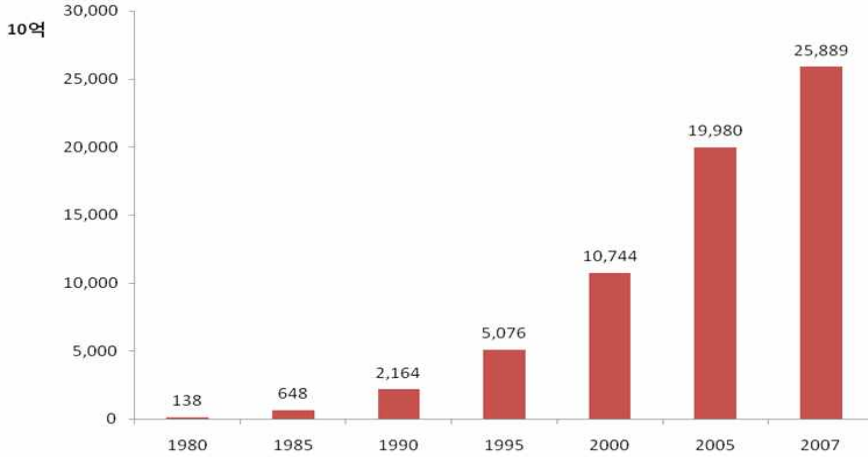


그림 3 연도별 건강보험 재정지출변화

표 7 건강보험 급여비 예상 추계

연도	국민의료비 (조원)	GDP대비 비율 (%)	건보 급여액 (조원)	건보 소요액 (관리운영 포함)
2010	77	7.10	33.57	34.68
2011	83	7.38	36.89	38.11
2012	89	7.66	40.36	41.69
2013	96	7.91	44.31	45.77
2014	103	8.07	48.85	50.46
2015	110	8.30	51.76	53.47
2016	118	8.49	57.35	59.24
2017	127	8.84	62.37	64.42
2018	136	9.11	68.00	70.24
2019	146	9.38	74.78	77.25
2020	156	9.60	80.40	83.05

주) 건강보험증장기 재정전망연구<sup>13)</sup> (가정 i. 2020년의 65세 이상 인구 비중 : 약 15%,

ii. 지출합리화정책의 지속적인 추진으로 급여비 증가율을 8% 이내로 억제)

13) 건강보험공단 건강보험정책연구원 2010-07 연구보고서. 건강보험 증장기 재정전망연구

우리나라의 의료비의 급격한 증가는 흔히 고령화 때문이라고 지적되지만 그 실제 원인을 살펴보면 인구의 고령화보다는 진료건수당 의료비의 증가가 더 중요한 원인이다. 문제는 앞으로 고령화 등 본격적인 의료수요확대가 예상되는 상황에서 의료비 적정화 기전이 구축되지 않은 상황에 놓여있다는 점이다.

이런 상황에서 무상의료는 두 가지 의미를 지닌다. 하나는 보장성을 확대하여 의료비 걱정 없는 세상을 만드는 것으로 크게 ① 건강보험으로 모든 의료비를 감당하기 ② 1년 총 의료비를 100만원 미만으로 라는 정책과제로 정리될 수 있다. 또 하나는 의료공급과 이용에 대한 합리적 규제의 과제로 ③ 지불제도 개선, ④ 의료공급 적정수준 규제 ⑤ 의료전달체계 개선 등이 요구된다. 이 두 바퀴가 동시에 굴러가지 않는 무상의료는 실현 불가능한 이상에 불과할 것이다.

이와 같은 상황을 극복하기 위해서는 건강보험 보장수준의 개혁, 수입구조의 개혁, 지출구조의 개혁이 동시에 추진되는 ‘국민건강보험의 대개혁’이 필요하다. 무엇보다 국민건강보험의 재정을 현재에 비해 대폭 확대하며, 국민건강보험의 보장수준을 빠르게 개선해야 할 필요가 있다.

## 2. 정책목표

### 1) 건강보험 보장성 강화

건강보험 보장성 강화의 목표는 어떤 상황에서도 고액의 진료비를 지출하지 않도록 상한선을 두는 것과 예방 및 건강증진, 치료, 재활, 요양에 이르는 건강서비스 전 영역을 적정한 본인부담수준으로 보장해주는 것이다. 여기에 취약계층에 대한 실질적 무상의료를 도입해 의료안전을 건강보험으로 튼튼하게 구축하는 것이 달성되면 실질적 의미의 보편적 건강보장이라고 할 수 있다.

(1) 우선적인 본인부담 연간 100만원 상한제 도입

- 비급여서비스를 포함한 전체 의료비의 100만원 상한제 도입이 필수적임
- 본인부담 비중의 기준을 질병→금액으로 전환해야함



(2) 보장인구 100% 달성과 아동 청소년, 빈곤층 실질적 무상의료 실현

- 의료급여 수급권자 확대를 통해 저소득층 무상의료 실현
- 상대빈곤층을 무상의료대상으로 포괄
- 2010년 기준으로 상대적 빈곤층 15% 포괄<sup>14)</sup>
- 주치의제도 도입을 통한 아동청소년 및 임산부 무상의료
- 보험료 체납가구 보험료 탕감

(3) 빠른 시일내에(예를 들어 2015년) 보장률 입원 90%, 외래 70% 보장

- 구체적인 수치와 일정을 합의하고 로드맵에 따라 시행해야 함

(4) 상병수당의 도입

- 상병수당이란 경제활동인구가 질병으로 인해 근로소득을 상실할 경우, 치료비 외의 생활비를 보조하는 개념으로 질병발생시, 치료비뿐만 아니라 소득상실로 인한 생계비위협에서 보호하기 위한 필수제도이다. 특히 우리나라의 경우, 비정규직이나 영세자영업자의 비율이 매우 높아 기업에서 제공하는 상병수당의 혜택을 받지 못하는 경우가 많고 이 때문에 민간보험에 가입하는 비율이 매우 높다. 상병수당까지 건강보험에서 포괄하지 않으면 민간보험 가입비율을 줄일 수 없다.
- ILO의 사회보장관련 협약 중 사회보장 최저기준에 관한 조약에서는 상병급여의 최저가입률을 피용자 기준 50% 이상으로 규정하고 있는데 우리나라의 경우, 공무원 및 사립학교원과 기업차원의 유급상병휴가를 포함해도 매우 낮은 수준이다.

---

## 상병수당 현황

### 독일

- 임금의 75%에 해당하는 금액을 질병금으로 지급받음

### 프랑스

- 노동자 및 이와 동일한 소득이 있는 경우(시간당 6.41 유로 기준, 시간당 약 9,922

---

14) 통계청 자료(2010)에 의하면 현재 평균소득 50% 미만의 상대빈곤층은 시장소득 기준으로 18%, 가처분소득기준으로 14.9%임

---

원)일 경우 최고 36개월까지 지급받음.

- 건강보험 전체 재정에서 7.8%가 상병수당 비용임(2004년 기준)

□ 일본

- 피보험자가 노동할 수 없는 경우 지급되며 최고 1년 6개월한도.
- 지급율은 60%, 장기화 경우 장애연금으로 전환됨

□ 스웨덴

- 노동자와 자영업자도 적용대상이며 상병이 종료되는 시점까지 지급함
- 1988년 기준으로 GDP의 2.79%가 상병급여로 지급됨

□ 영국

- 상병수당(Invalidity Allowance) : 상병으로 인하여 28주 미만 취업할 수 없는 자에게 지급
  - 법정 상병급여 또는 상병급여 수급 28주 이후에도 질병 및 장애가 계속
  - 주당 66.75파운드 (약11만 5천원) + 가급연금액(1인당 £39.95, 약 7만원)
- 상병연금(Invalidity Pension) : 상병으로 인하여 28주 이상 취업할 수 없는 자에게 지급
  - 60세(여자 55세) 미만인 상병연금 수급권자 / 상병발생 후 가입가능 기간이 6년 이상 남아 있을 경우/ 상병연금액에 추가로 지급
  - 40세 이하 주 £14.05/50세 이하 : 주 £8.90/51세 이상 : 주 £4.45

---

(5) 간병급여 건강보험적용

① 간병서비스 현황<sup>15)</sup>

- 간병서비스 요구도 증가
  - 2010년 전체 환자 중 가족간병 포함 간병 이용환자 53.1%
  - 간병서비스 이용환자 58%가 65세 이상, 혼자 살거나 부부만 사는 환자 61%, 가족 중 간병할 사람이 없는 환자 64%
- 비용부담증가
  - 이용환자의 97%가 개인간병
  - 간병이용환자의 월 소득은 200만원 미만이 69%
  - 간병인 이용환자의 85% 간병비용이 부담스럽다, 87% 간병비용이 가계에 부담이 된다고 응답

---

15) 2011 따끈따끈 캠페인 1차 워크숍 자료집

◦ 가구부담증가

- 가족간병 포함 간병 이용환자 53.1% 중 34.1%가 가족 간병
- 54.6%가 가족의 간병 위해 휴가(22.7%), 휴직(20.8%), 퇴직(11.1%)(원진노동건강연구소, 2008)
- 입원기간이 6개월인 이상인 경우 47.8%가, 입원기간이 1년 이상인 경우는 직장인 71.4%가 퇴직

② 간병서비스 제도화의 원칙

○ 병원의 책임성 강화

- 간병인력 양성, 고용, 서비스 질관리의 책임

○ 간호인력 확충과 병행

- 간호인력 대체가 아닌 간병서비스를 특화시켜 제공해야 함
- 간병인력의 간호행위 금지 및 법적 간호인력 확충을 위한 제도개선과 병행

○ 본인부담금 경감

- 중증도와 상관없는 본인부담금과 중증도에 연동한 간병수가

○ 간병, 요양노동자의 노동조건 강화

- 정규직 전환 및 동일노동 동일임금의 제도화

○ 단계적 보험적용 확대

**2) 모든의료비에 건강보험적용(비급여 전면급여화) 및 통제기전 마련**

모든 의료비에 건강보험적용(비급여서비스의 급여화)와 통제기전을 마련하지 않은 상황에서 보장성강화는 달성하기 어려운 과제이다. 대표적인 건강보험제외항목인 상급병실료나 특진비등, 건강보험제외 고가 검사, 치료항목의 비용이 현재 치료비의 대부분을 차지하는 것은 놀라운 일이 아니다. 이러한 건강보험적용이 되지 않는 항목을 전면적으로 건강보험을 적

용하지 않고서는 건강보험의 보장성 강화는 불가능하다.

‘모든 의료비에 대한 건강보험 적용’의 가장 큰 원칙은 안전성 유효성이 검증된 비급여에 대해서는 ‘재정부담의 과중’이라는 비급여 기준, 즉 돈이 많이 들어 안된다는 건강보험제의 기준을 삭제하고 재정부담이 있는 항목은 본인부담비율을 높여서라도 급여체계 내에서 관리하며, 그 외 필수적이라고 볼 수 없는 의료항목으로 판단되는 비급여항목은 엄격히 제한하는 것이다.

재정부담과는 상관없이 급여화를 실시하고 새로이 도입되는 신의료기술에 대해서도 같은 기준을 적용하여야 한다. 인정되지 않는 서비스는 진료자체가 금지되어야 하며 신기술도입의 이용이 필요하다고 판단되는 경우 이를 임상시험으로 간주하여 필요한 장소(예를 들어 국공립병원)에서 만 시행하고 이의 부담은 임상시험자나 국가가 부담해야 한다.

표 8 모든 의료비 건강보험적용 원칙(비급여 급여화 원칙)

구분	내역	관리방안
법정비급여 (최소화)	검사/치료/재료	안전성 유효성 검토 후 전면 급여화, 초기에 본인부담율을 높이다라도 급여화하여 관리하고 이후 본인부담율을 늘려나감
	병실료차액, 선택진료비 등	기준병실을 80%이상으로 확대, 선택진료는 폐지하고 일부 수가 전환, 나머지는 검사/치료 등과 같음
	예방 및 재활	건강검진 및 건강관리, 건강증진 및 예방, 영양 및 재활서비스를 주치의제도, 공공보건사업과 연계하여 서비스를 개발하고 건강증진기금과 연계하여 급여화
	비필수진료	안전성 유효성 검토 후 비급여 유지하고 혼합진료 금지
임의비급여 (폐지)	급여기준초과항목	급여기준의 재검토 및 유연화(경제성평가기준을 삭제)
	별도산정 불가항목	
	미신고 및 반려 신의료기술	연구목적 기술에 대한 허가(기술자 부담) 외 시술금지
추가 항목 (단계적 급여화)	상병수당 간병수당 치과 및 한방 서비스	일단 급여서비스로 포함(본인부담금 조정)하고 급여율과 적용범위는 점차적으로 확대함. 재정확충 대안과 보조

건강보험 적용항목을 확대하는 과정에서 본인부담금제도를 활용하여 높은 본인부담금을 적용하더라도 일단 급여서비스로 관리하고 점차 본인부담금을 낮추는 방향으로 진행할 필요가 있다. 연간 의료비 100만원 상한제의 기준을 적용하면 본인부담금이 낮춰지기 때문에 높은 부담을 갖지 않을 수 있으며 우선적으로 급여항목에 넣고 관리해야 무분별한 고가 비급여서비스를 규제할 수 있기 때문이다.

### 3) 건강보험 지출구조 개선<sup>16)</sup>

보장성 강화는 건강보험 지출구조 개선과 동시에 지출구조에 대한 개선을 동시에 추진해야 한다. 건강보험 지출에서 가장 큰 문제로 지적되는 것은 행위별수가제와 비급여진료의 무제한 공급으로 인한 낭비요인, 의료전달체계 미비로 인한 낭비요인, 1차의료와 예방 및 건강증진이 미활성화에 따른 낭비요인, 과도한 약제비로 인한 낭비요인 등이다.

따라서 지불제도를 개선하는 것과 동시에 의료 공공성의 회복, 일차의료 강화, 공급구조의 개선 등이 동반되어야 제도개선의 효과가 가능하다. 지금까지 건강보험 지출구조 개선 노력이 실효성을 갖지 못한 가장 큰 원인은 의료시스템의 공급 영역에서의 개혁이 동반되지 못한 채, 지불방식에서의 개선만을 진행했기 때문이다. 총액계약제 등의 지불제도 개선이 논의되는 상황에서 지불제도만의 개선이 갖는 한계를 주목할 필요가 있다. 반면, 주치의제도 도입과 공공의료 확충 등의 정책과제를 달성하는 과정에서 활용할 수 있는 정책적 수단으로 지불제도 개선을 활용하는 방식도 적극 검토해야 한다.

#### (1) 지불제도 개선

##### ○ 총액예산제 도입

- 공급자에 대한 진료비 총액규제 : 특정 의료기관별로 연간 진료비를 예산으로 지급하고, 그 예산의 범위 내에서 의료기관이 진료비를 충당하는 형태임(예산할당제)
- 진료의 가격과 양을 동시에 통제 및 조정함으로써 진료비지출 증가 속도를 조절하고 예측을 가능하게 함
- 연간 진료총액을 정하고 부문별로 총액 설정
- 지불방식 : 포괄수가를 근간으로 일부 행위별수가 적용
- 운영 : 보험자와 공급자 간 총액 계약 후 공급자 내부에서 배분

---

16) 건강보험 지출구조 개혁방안에서 매우 중요한 과제는 공급구조의 개혁이다. 이 과제에 대해서는 다른 장에서 다루기로 하고 여기에서는 지불제도와 심사평가기준을 중심으로 다루기로 한다.

- 약제비 총액제 도입

○ 행위별수가제 개혁

- 전체 지불제도로서의 행위별 수가제 폐지
- 신의료행위 및 기존 행위의 재평가 : 안전성, 유효성, 경제성
- 상대가치 점수의 균형 유지, 환산지수 산출 및 조정의 제도화

○ 포괄수가제 확대 등

- 입원, 장기요양 및 외래 등으로 확대(입원진료는 급성(질병군별), 만성요양(일당) 포괄수가 적용하고 외래진료는 통원수술(포괄), 일반외래(방문당) 함)
- 전국민주치의제도 시행 : 외래진료 영역의 의료비 지출을 적정화하는데 효과적이며 붕괴된 의료전달체계를 확립하는 핵심 요소. 인두제도입

(2) 심사평가제도 개선

보험료 절감을 위한 심사기능이 아닌 의료행위가 적정한지를 평가하는 의료서비스 질 평가에 기반한 지출구조 구축

○ 급여기준과 심사기준의 관리와 정비

- 보험적용 결과의 적정성을 심사해야 함

○ 심사평가방법과 기준의 정비

- 개별 항목에 대한 삭감이 아닌 총액 기준 가감
- 종별가산제 폐지 및 의료질평가 기준 재정립 등 심사기준 합리화

○ 신의료기술 심사 기능과 근거중심 의료 질평가 기능, 의료행위 평가의 통합

- 건강보험심사평가원과 한국보건의료연구원 기능 통합

(3) 급여 내용과 가격의 적정화

○ 의료행위 : 행위로서 적정성 평가 후 진입과 퇴출(기준 포함) 제도화

○ 상대가치 : 비용 요인의 변화 반영 제도화

- MRI나 CT의 가격은 변화 없거나 하락, 성능(촬영속도) 향상
- 흉부외과, 산부인과 : 과잉공급으로 자원활용도 저하(비용전가)

○ 약품과 재료 : 가격과 진입기준 마련

- 상대적 비용효과성에 따른 가격 조정
- 진입기준의 강화

#### 4) 건강보험 재정확충방안

건강보험 재정을 확충하는 것은 보장성 확대를 위한 재정마련의 필요성뿐만 아니라 사회연대와 사회형평을 실현하는 측면을 같이 고려해야 한다. 앞서 살펴보았듯이 우리나라의 분배구조는 매우 불평등하다. 노동시장을 중심으로 한 1차 분배영역의 불평등은 매우 심각하고 그를 보정하고 위험을 분산시켜야 할 사회보험과 공적지출의 2차 재분배 역시 제대로 기능하지 못하고 있다.

복지제도를 구축하기 위한 핵심은 ‘필요한 재정의 마련’이 아니라 ‘사회연대와 형평성 실현을 위한 분배구조 구축’이 되어야 한다. 우선적으로 필요한 것은 과도한 이윤을 내고 있는 자본과 부유층에 대한 세수부담 확대, 소득에 대한 정확한 조세 및 보험료 부담, 걷힌 세금의 올바른 사용 등 조세정의실현이 있어야 한다.

##### (1) 정부와 부유층 부담 강화

- 현재 고소득 자영업자와 소득이 100%노출되는 직장가입자, 저소득 지역가입자 사이의 불평등이 존재함
- 자영업자 소득 파악과 보험료 상한선의 폐지
- 기업과 노동자 기여율 변화 : 현행 5:5에서 6:4로 전환
- 국가 기여도 확대 : 지역 가입자에 대한 국고 보조 확대, 저소득층(상대빈곤층까지 포괄) 건강보험료 국가 대납, 정부지원금 확대 (20%를 30 또는 40% 수준까지 확대)

##### (2) 보험료 부과기반 확대

- 금융소득
- 부동산 보유 및 양도 차익 소득에 대한 조세 확보
- 부유세 or 대기업 사회보장 목적세
- 연금소득 : 향후 연금소득자가 급증할 것이라는 점을 감안할 때, 적극적 검토를 해야 함. 국민연금이 아닌 민간 퇴직연금의 합리적 조세 부담방안 모색

- 이상 부분에 대해 우선 소득 상위 10%부터 부과하여 서민부담을 줄이는 방향 강구

(3) 건강증진부담금 확대

- 건강위해기업(담배, 술, 도박사업 등)에 대한 건강증진기금 확대 : 소비자가격에 연동하는 기금부과가 아닌 기업매출에 대한 기금부과로 전환
- 건강관련 사업으로 매출을 올리는 기업(제약회사, 의료기기 회사, 대형병원 등)에 대한 건강증진 기금 확대 or 기업매출의 일정액이나 세제혜택의 일부를 건강증진기금으로 부과
- 건강증진기금의 목적에 맞는 사용
- 건강보험 국고지원이 아닌 건강증진, 예방에 맞는 기금활용

5) 건강보험 법제도 개선 및 거버넌스 구조 구축

이상의 제도개선 내용을 국민건강보험법에 포함시켜야 하며 현 ‘건강보험재정운영위원회’를 ‘가입자위원회’로 개편하여 보험료 결정권 등 실질적 권한을 부여해야 한다. 또한 의료소비자의 권한과 참여를 강화할 수 있는 방안을 모색해야 하며 환자-의료소비자 운동 활성화, 지역의료공동체 수립 등이 필요하다.

표 9 국민건강보험법 개정 핵심 내용

---

1. 국민부담 의료비 상한제 신설
2. 상병수당 급 의무화
3. 건강보험 재정관리에서 총액예산제 시행
4. 건강보험 진료 인정범위 설정 - 혼합진료 금지
5. 보험급여 확대를 위한 비급여 서비스 조사 권한 부여
6. 건강보험 재정 부담 확대
7. 보장수준 - 보험료 결정권을 가입자에게 부여
8. 급여제한 예외 기준, 대상, 예외 서비스 축소
9. 부당이득금 징수액 환불
10. 빈곤층 대한 의료비 면제 (차상위계층 보험료 면제 등)
11. 건강보험정책심의위원회 구성과 역할 재조정
12. 재정운영위원회를 ‘가입자위원회’로 변경

---



## 6) 민간의료보험 역할 재정립

### (1) 민간의료보험의 규모와 문제점

- 민간의료보험은 국민건강보험이 지닌 본인부담금에 대비하는 보충적 보험의 성격을 지녀야 한다. 그러나 2008년부터 생명보험회사들이 실손형 민간의료보험 시장에 참여하면서 민간의료보험 시장이 크게 늘어나고 있으며 민간의료보험 시장이 커짐에 따라 기존 보충형 역할을 넘어 공적 건강보험의 발전을 억제할 가능성이 높아지고 있다. 특히 실손형 민간의료보험은 본인부담금을 둘러싸고 건강보험과 상충관계를 가지게 되어 가계는 건강보험지출 + 본인부담금 지출+ 민간보험료 지출의 3중고에 시달리게 될 뿐 아니라 건강보험 강화의 근본적 장애가 될 수 있다.

표 10 연도별·유형별 민간의료보험 규모 - 수입보험료 기준(단위: 억원)

연도	정액형 보험		실손형 보험		전체	
	수입보험료	증가1)	수입보험료	증가1)	수입보험료	증가1)
2003년	55,102	100	8,351	100	63,453	100
2005년	72,648	131.8	12,317	147.5	84,965	133.9
2007년	90,146	163.6	21,732	260.2	111,878	176.3
2008년	95,000	172.4	25,000	299.4	120,000	189.1

1) 증가: 2003년을 100으로 할 때의 증가  
출처 : 복지국가소사이어티. 국민건강보험의 재정 확충 및 보장성 강화를 위한 전략 개발 연구.2009

- 최근 진보신당이 발표한 자료에 의하면 민영의료보험은 보장성 보험의 규모만 12조 원에 달했으며 저축성 규모까지 따지면 이미 건강보험재정의 연간규모를 넘어선 것으로 보인다. 또 같은 자료에 의하면 지급률은 당초 알려진대로의 60%에도 못미쳐 30% 정도에 그치는 것으로 드러났다.<sup>17)</sup>
- 생명보험협회 『Fact Book 2008』 과 손해보험협회 통계월보에 따르면 민간의료보험의 2009년 시장규모는 보험료 수입규모를 기준으로 약 12조원에 이르러 2007년 기준 국민건강보험료 수입(정부 부담금 제외)25억원의 절반에 이르는 규모이다. 특히

17) 2011.1.11 진보신당

국민건강보험공단 보고서에 따르면 건강보험료를 6개월 이상 체납한 지역가입자의 55.3%가 민간보험에 가입하고 있고 평균 2.5건에 가입해 월평균 민간보험료 19만원 을 내는 것으로 조사되어 저소득층에서 보험료의 이중부담이 발생하고 있는 것을 알 수 있다.

## (2) 민간의료보험과 건강보험의 역할 재정립

- 민간의료보험은 건강보험이 보장하지 않는 영역을 보충적으로 보장하는 역할에 국한 되어야 한다. 국민건강보험이 보장하는 보험급여 범위 이외 질병, 상해, 간병, 요양에 관한 급여를 보장하는 보험상품 및 보험사업자에 한정, 즉 한시적 비급여를 제외한 비급여 대상 서비스에 한정되어야 한다.
- 건강보험 확충계획과 수반하는 민간의료보험 역할 재정립 방안 마련
  - 현 민간의료보험 시장은 과도하게 확대되어 있는 상황으로 국민건강보험이 실질적인 무상의료에 해당하는 건강보장제도로 거듭나기 위해서는 민간의료보험시장의 축소가 반드시 수반되어야 한다.
  - 민간의료보험 가입자와 가입상품의 건강보험제도내로 편입
  - 민간의료보험의 공공성 강화

## (3) 민간보험 표준화와 정부책임 강화 및 소비자 보호

- 민간의료보험 역시 건강에 관한 서비스를 다루는 영역이기 때문에 일정수준의 표준화 된 약관을 가져야 함
  - 성, 연령, 질병, 장애 등을 이유로 보험 가입자격을 제한할 수 없음.
  - 가입자가 가입기간 연장을 원할 경우 거부할 수 없음.
  - 가입자가 계약 내용을 요구할 경우 보험사업자가 거부할 수 없음.
  - 보험사업자의 가입유도 금지.
  - 특정 의료기관과 선택적 계약 금지
  - 특정한 경우를 제외하고는 보험사업자는 계약을 강제로 해지할 수 없음.
- 지급률을 최소 80%로 규제한다. 이는 현재 지급률이 30~60%에 머물고 있는 민영의 료보험의 구조적인 약탈적 성격을 제한하고 보험으로서의 건전한 상품을 되찾기 위 함이다.
- 보충보험으로서의 성격을 명확히 하고 정부가 지정하는 상품을 반드시 포함하거나 또

는 유형별로 표준화된 상품만을 팔도록 하는 상품유형별 표준화를 시행

- 각 민영의료보험을 환자가 비교할 수 있도록 지급률 및 보장보험 표준화된 양식으로 명시하여 비교하도록 하고 관리감독기관은 각 보험상품의 비교를 정보제공을 하고 이를 위한 보험사의 자료제출 의무화
- 민간의료보험의 관리감독은 정부(보건복지부와 심사평가원)에서 담당해야 한다.



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



## 보건의료공급체계 공공화를 통한 무상의료

- 병원 이제 돈벌이는 그만, 시민이 주인이 되어야 -





# 보건의료공급체계 공공화를 통한 무상의료

- 병원 이제 돈벌이는 그만, 시민이 주인이 되어야 -

## 1. 개괄

### 1) 현황과 문제점

병원이 점차 대형화되고, 수익성 사업중심으로 재편되고 있다. 이미 ‘이른바’ 빅5병원(아산, 삼성, 성모, 세브란스, 서울대)들이 전체 암환자의 약 35%를 진료하고 있으며, 100병상 내외의 네트워크병원(우리들, 21세기, 힘찬, 튼튼 등등)이 우후죽순 생겨나면서 척추 및 관절수술의 총량이 비약적으로 증가하였다. 이와 함께 CT, MRI 같은 장비비율도 OECD 평균에 비해 인구대비 매우 과밀하다. 이 와중에 대형병원과 네트워크 병원등에서 각종 신의료기술을 건강보험 제외 영역에서 도입하여 수익성을 강화하는 방향으로 나아가고 있는 문제점이 이미 심각하고 더욱 더 심각해지고 있다.

의료서비스 전달체계속에서 그 역할이 달라야 할 대형병원과 동네의원이 같은 환자를 두고 경쟁하는 구조로 인하여, 최근 4년간 대형병원이 차지하는 전체 진료 비중은 증가하고 동네의원은 감소하는 추세이다. 이로 인해 동네의원은 피부, 미용, 비만치료등 또 다른 건강보험제외 영역에 치중하는 문제가 발생하고 있다. 이 때문에 총진료비는 가파르게 상승하고, 동네의원은 환자들로부터 외면받는 문제점이 발생하였다.

의료공급의 증가에도 불구하고 의료 수요의 불균형은 여전하며, 건강보험재정은 비약적으로 증가하였으나, 보장성은 여전히 답보상태다. 무엇보다 이는 기형적인 민영의료기관 중심의 의료시스템에 기인하는 바 크다

표 1 주요 병원의 진료수익 (2010년)

병원	진료수익(억원)
서울아산병원	1조 2,479억원
삼성의료원	1조 1,685억원
서울대병원 (분당,보라매포함)	1조 534억원
연세의료원	1조 300억원
카톨릭의료원	1조 2,793억원

단적으로 아산사회복지재단(아산중앙병원) 의료수익이 2010년 1조775억원에서 1조2,479억원으로 전년대비 1,500억원가량 늘었다. 실제 1조원 2000억원 이상의 매출을 올리는 기업은 상위 100개 기업 정도임을 고려할 때, 단일병원의 수익이 의료산업화를 강제하는 수준에 도달하였다고 볼 수 있을 정도다. 여기에 실제 수익은 부대사업인 검진센터, 장례식장, 지하식당 및 점포 임대수익 등을 포함한다. 삼성경제연구소에 따르면 대형병원의 진료수익율이 10%, 부대사업수익율이 30% 이상 될 것으로 추정되는 상황에서, 서울 아산병원의 총 매출은 상위 50개 기업에 들어갈 것으로 유추할 수 있다. 이런 매머드급 병원의 등장은 의료시장화를 가속화하고, 공공성확보에 가장 큰 장애물 중 하나가 된다.

병원의 대형화는 여러 가지 문제를 낳게 된다. 예를 들어 의료기관은 교육(수련)수련병원이기도 하다. 의사의 경우 교육병원에서 수련받은 전문의들 역시 개업과 취직 가운데서 갈등하게 되는데, 개업하게 될 경우 교육병원에서 수련한 내용과는 상이한 1차진료 부분에서 진료하게 되는 경우가 흔하다. 또한 입원환자를 보더라도 합병증이 비교적 적고, 단일 질환으로 치료받는 경우에 국한되므로 수련내용과 진료내용이 다른 비효율적인 수련-진료 행태가 나타나게 된다. 또한 교육병원에서는 인기과에만 전공의가 몰리고, 전문의 중심 입원치료가 아닌 전공의로 병원 당직등을 운영하는 행태가 계속 나타나고 있다. 이 때문에 흉부외과나 일반외과는 2009년 수가를 일부 100% 인상하였으나, 전공의 지원자는 늘지 않았다<sup>18)</sup>.

18) 흉부외과 등의 전공의 지원자가 적은 이유는 흉부외과적 시술에 대한 보상이 낮은데 문제가 있는 것이 아니라, 흉부외과 수련을 마친 후 갈 수 있는, 병원급의 흉부외과 전문의 수요 부족이 주된 이유로 보는 것이 타당할 듯하다. 실제 수가인상은 병원의 수익만 올려준다는 지적이 있었다.



또한 의학전문대학원은 의과대학의 등록금을 천정부지로 올려놓았다. 의전원의 경우 한학기 등록금이 1,000만원에 가깝다.(의학대학원 총 등록금은 약 8,000만원에 달한다) 치대나 약대도 사정이 크게 다르지 않다. 이런 높은 등록금은 지불능력이 있는 부유한 가정의 일원이 아니라면, 의대생들을 학자금대출의 멍에 놓아두었다. 따라서 향후 공급되는 의사들의 이윤추구 동기는 학생 때부터 더 강화된다하더라도 과언이 아니다. 그리고 가난한 집의 자녀들은 의사가 되는 것이 더 어려운 일이 되었다. 이런 학생시절부터 시작된 경제적인 경쟁과 편중의 왜곡은 의료공급자를 사회의 일원이 아닌, 전문직 이기주의로 몰아가고 있다.

## 2) 요구 및 대안

일차의료 영역에서는 환자진료 서비스의 효율성과 잘못된 의료정보의 교정을 위한 환자-의사 동반 관계의 복원 즉 **주치의제**의 도입이 필요하다. 반면 병원급에서는 외래가 아닌 입원환자 중심의 진료가 안착되어야 한다.

병원과 의원의 역할을 분리하고, 병원도 성격에 따라 다시 분류하여 진료성격에 따라 접근할 수 있는 의료체계로의 전환이 필요하다. 이를 위해 현재 형해화 되어있는 **의뢰시스템을 전면 복원**하여야 한다.

대형병원과 전문 네트워크 병원의 검사와 치료, 신의료기술 및 비보험영역확대, 검사장비의 과잉과 지역별 불균형을 해소하기 위해, **병원의 건강보험 제외 영역, 장비, 병상, 신의료기술에 대한통제와 규제**가 필요하다.

민간주도의 의료시스템을 변화시키기 위한 **공공병상 및 공공병원확충** 계획이 필요하다. 이를 위한 의원 및 중소병원의 질 관리에 기초한 병상관리 방안이 고안될 필요가 있다.

의사의 사회적 임무와 지역과 계층 분포를 고려하여 의과대학 및 의료공급자에 대한 우선적인 **무상교육 프로그램**을 즉시 도입해야 한다.

## 2. 주치의제 및 의료인력

### 1) 현황과 문제점:

가. 의사는 돈벌이만 한다는 의식이 사회적으로 팽배하다. 이러한 인식은 현재 민간주도 의료시스템에서 이윤추구 동기에 의한 의료시스템에 근본적인 원인이 있다. 따라서 의사-환

자 관계 구축이 왜곡되어 전국민 건강보험이 있음에도, 환자는 손님, 의사는 업주 같은 이미지가 고착화 되고 있다. 환자와 의사의 관계가 상업적관계로 전도되다 보니, 당자의 질병으로 제외한 부분에 대한 신뢰있는 고찰이 진행되지 못한다.

나. 질환이나 기타 증상의 발생전 예방 및 건강관리를 담당할 의료시스템이 부재하다. 따라서 검진 서비스와 같은 선택 진료를 전액 본인부담으로 환자들이 선택하고, 이러한 서비스가 시장에 맞겨지고 있어, 1차진료 영역에서 예방 및 건강관리가 배제되고 있다.

다. 현재 동네의원과 병원, 종합병원 사이의 전달체계는 본인부담금 차등화 같은 시장의존적 요소로만 구성되어 있다. 따라서 자본의 크기에 따라 힘이 작동하는 시장의 법칙에 따라, 그리고 정보의 불균형(asymmetry of information)이 존재하는 의료의 특성 때문에 의료시스템 전체를 의료공급자와 또 그 의료공급체계의 정점에 있는 대형병원이 주도하게 되며, 현재 대자본이 투자되어, 질적으로 우수함과 상관 없이, 잘 포장되어 있는 대형병원이 절대적으로 유리한 상황이다.

라. 현 상황에서 동네의원과 종합병원은 동일한 환자를 대상으로 시장에서 경쟁하는 상태이다. 이미 한국의 종합병원은 과도한 경쟁으로 각종 장비 및 병상 등 불변투자 부분에서는 대부분 과포화단계에 도달하였다.

마. 이에 반해 한국의 종합병원은 인력공급에서는 OECD 평균에 비추어 봐도 간호사, 의사등의 의료 인력이 절대적으로 부족한 상태다.

사. 동네의원과 종합병원의 무한경쟁은 전문의 제도를 상당부분 유명무실하게 만들었다. 전문의들은 수련기간 과정에서는 종합병원급 수련병원에서 교육 및 진료에 참여하면서 중증환자와 입원환자진료를 전문으로 하지만, 전문의자격 취득 후에는 대다수가 동네의원으로 돌아오는 구조이다. 따라서 한국에서는 전문과목을 고시하면서 일차진료를 행하고, 동네의원의 경우 전문과목이 의미가 없는 경우가 흔하다.

그러나 역으로 환자들도 전문과목에 따라 의원을 방문하기 때문에 종합병원과의 차이를 크게 느끼지 못하는 경향이 있다. 독일의 경우 전문의는 대부분 입원환자 진료만 하며, 2005년 기준으로 병원 소속 의사의 7%만이 사회의료보험(SHI) 환자에 대한 외래진료를 인

가받았다. 특수한 경우(응급의학 전문의, 안과전문의등)를 제외하면 전문의의 외래진료는 제한되어 있다.

아. 한국에서 환자-의사 관계는 의료가 시장경쟁에 내몰려 있는 상황에서 유명무실한 의료전달체계와 상업적 요소의 결합으로 와해되어 있다. 이 때문에 과잉진료로의 압박이 존재하고, 상대적으로 예방 및 건강관리는 과소진료 혹은 미충족 의료영역에 놓여 있다.

자. 또한 시장적 의료 환경에서 환자들의 의사고르기(이른바 닥터쇼핑)이 가능해, 환자 유인책으로 빠른 치료와 증상완화 중심의 진료양상이 고착화되어 있다. 즉 예방서비스나 생활태도 변화등을 환자들도 받아드리기가 불가능한 환경이다. 여기에 시간대비 효율등의 문제로 왕진등은 고려 대상에서 제외되고 있다.

차. 의료 인력의 지역 분포도 시장에 맡겨진 방식으로 이루어지고 있어 소득이 높고 인구밀도가 높은 수도권과 지방 대도시에 의료인력이 주로 편중되어 있다.

## 2) 요구 및 대안

가. **환자-의사 관계를 동반관계로 복원시켜야한다.** 따라서 환자와 의사가 기초진료에서 충분한 병력 및 가족력, 사회경제적 상태 등을 고려하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 주치의 제도의 도입이 시급히 필요하다. 또한 예방 및 건강관리에 대한 포괄수가 및 인두제를 부분 도입하여 주치의를 통해서만 서비스를 받을 수 있도록 설계하여야 한다.

나. 주치의제도는 단순히 종합병원 등으로의 환자의 이동을 막는 차단기체로서 기능하는 것이 아니라, 효과적인 의료정보와 환자정보의 연결을 위해 필요하다. 이를 위해 도입단계에서는 최근(2005년) 주치의제도를 도입한 프랑스처럼, 지정의사(주치의)를 둔 환자와 의사에게 경제적 인센티브를 주는 방식을 고려하여 주치의제도의 자연스러운 정착을 고려할 수 있다.

이후 주치의제도와 의료인력 교육 시스템이 개혁되면 인두제를 기반으로 하는 주치의제로의 전환도 고려해야 한다. 또한 인두제 도입은 소아청소년, 임산부의 경우 우선 도입하는 방

식을 고려할 수 있다.

다. 주치의제도는 그 도입목적에 걸맞게 자신에게 등록된 가입자에게 질병 예방, 교육 상담, 건강 증진, 전화 상담, 중점관리질환 서비스 등 특별한 서비스를 제공해야 한다. 특히 전화 상담과 왕진 등이 가능하고, 예방접종 및 건강증진, 교육/상담 등의 서비스를 받을 수 있도록 해 그간 국민들이 원하던 건강관리 서비스를 제공토록 한다.

라. 장기적으로 특정 의료부문을 특화해 수련을 받은 전문의의 경우 병원급에서 입원환자 중심의 치료 및 처치를 우선으로 하는 것이 효과적이다. 현재 대학병원의 교수 의료진도 외래와 강의, 연구를 병행하는 구조를 바꾸어 외래부담을 줄이고, 자신의 연구와 전문의 수련 같은 특성을 최대한 살리는 방향으로 변화해야 한다. 이를 통해 양질의 의료서비스가 가능하게 되며, 장기적으로 의원과 병원의 임무 분담에 기초해 프랑스, 독일, 영국의 경우에서처럼 전문의는 입원환자 중심으로, 주치의는 1차 외래 진료를 하는 방향으로 전환해야 한다.

마.. 그러나 한국의 1차의료는 상당수 전문의들에게 맡겨져 있기 때문에, 초기에는 지역에서 개업해 1차진료를 하고 있는 전문의에게 주치의 문호를 개방하고, 예방과 건강관리에 대한 보수교육 등으로 주치의제도에 참여시켜야 한다. 그리고 이 과정에서 병원급 인력 재배치와 더불어 병원급으로 전문의가 충원되도록 주치의제도를 설계해야 한다.

바. 한국의 의료인력은 대형병원급에서 조차도 병상 대비 의료인력이 부족한 상태다. 장비와 병상은 비대해졌으나, 그에 걸맞는 질적 요소인 인력공급이 따르지 못했다. 이를 충원해야 하며 병원, 의원의 질 평가에서 인력 수 및 질 평가가 가장 중요한 잣대가 되어야 한다. 병상당 기준의료인력을 정해 기준이하의 병상 및 병·의원의 병상은 축소 및 허가취소해야 한다.

아. 의료인력 수급은 의료의 공공성 확보를 위해서 공공적으로 수행될 필요가 있다. 또한 의료인력 분포를 환자분포에 따라 배치하려면 공공성을 가진 의료인력을 양성해야 한다. 국공립대 의과대학에 대한 무상교육 프로그램을 도입하여 일정정도(50%)의 의대 신입생을 국가장학생으로 받아 무상의학교육을 실시하고 약 10여년간 해당지역의 공공의료기관에서 근무하게 하는 등 의료인력공급 및 교육에서부터 공공성을 갖추도록 하는 수급계획을 도입해

야 한다. 국공립대학에서 이러한 제도를 먼저 시행할 수 있다. 또한 같은 취지에서 이러한 의료인력의 공공적 육성은 모든 보건의료계열의 학과에서 시행한다.

자. 의료인의 교육내용에는 지역보건, 공중보건, 예방서비스와 타 직능 및 타 전공과의 공동협업에 대한 내용이 포함되어야 한다. 현재의 기능중심의 일정시간 원외봉사 및 타기관 방문이 아닌, 지역의료에 대한 좀더 많은 교육이 필요하다. 그리고 이러한 지역의료는 지역주민의 참여를 골자로 설계할 필요가 있다. 이후 주치의제도가 안착되면, 주치의와 단일전문과목의 사이의 교육환경을 재편할 필요가 있다.

### 3. 의료서비스 전달체계 - 의뢰체계 재구축

#### 1) 현황과 문제점

세계보건기구(WHO) 일차보건의료 알마아타(Alma Ata) 선언(1979)의 정의에 의하면, 병원은 지역사회 주민의 예방, 치료 및 재활을 포함하는 포괄적 의료를 행하는 지역사회 의료체계의 중심기관이다. 또한, 지역사회 내 의료관계 종사자의 훈련과 생물·사회학적 연구를 수행하며, 지역사회 각급의 보건의료기관들이 효과적이고, 효율적으로 운영될 수 있도록 제반 지원을 수행하는 기관이다. 이는 효율적이고 효과적이며, 제공 가능하며, 평등한 서비스 제공을 위해서 병원을 지역보건의료체계에 통합시키는 것이 매우 중요하다는 점을 강조한다. 여기에, 이와 함께 병원에서 일차의뢰수준(first referral level)의 중요성이 매우 부각된다.

일차의뢰를 통해 병원의 외래는 의뢰받은 환자만을 진료하여 기본 보건의료기관과 불필요한 경쟁을 하지 않아야 한다는 것이다. 그러나 한국의 병원들은 외래중심의 입원치료를 하는 경쟁적인 병원들로, 소위 의뢰시스템은 이미 걸모습만 남았을 뿐이다. 한국에서는 의료전달체계는 환자의 선택권을 제한하고, 급여환자의 도덕적 해이를 최소화하기위한 장치로만 인식된다.

표 2 요양기관별 외래진료비 비중(%)

연도	2005	2009
상급종합병원	10.7	14.1
종합병원	11.4	12.8

병원	5.6	6.9
의원	52.5	47.9

출처 : 건강보험심사평가원

한국에서는 병원급 이상의 의료기관에서 이미 외래진료의 50%을 수행하고 있으며, 이러한 비율은 날로 증가하고 있다. 즉 병원급 의료기관에서 외래 및 입원을 동시에 수행하고 있는 것이다. 이는 의원은 외래, 병원은 의뢰에 기초한 입원이라는 기초에서 매우 벗어나 있음을 보여준다.

영국, 독일이나 프랑스 같은 대부분의 OECD 국가에서 병원 진료에서는 의뢰를 강조한 것은 병원과 지역의 의원(주치의)이 갖는 특성을 최적화 하고, 예방 및 치료, 재활까지의 포괄적 의료를 수행하기 위함이다. 의료시장의 특성상 ‘경쟁이 좋은 의료를 제공한다’는 주장은 전혀 사실이 아니다. 고비용의 미국식 영리시스템 의료가 계속 비판 받는 이유다. 자원공급의 공공적 배분이 중요하고, 의료의 공공적 성격에 걸맞는 체계적인 보건의료 공급시스템이 중요하다.

따라서 시장에 기초한 현재의 의료시스템에서 의료지식의 독점, 공급자의 도덕적 해이, 환자들의 의사고르기(닥터 쇼핑)등을 효과적으로 제한하기 위해서는 무엇보다 의료전달체계의 확립이 시급히 필요하다.

## 2) 요구 및 대안:

가. 병원급 의료기관에 대한 실질적인 의뢰시스템을 조속히 구축해야 한다<sup>19)</sup>. 병원급 의료기관의 외래 이용에 대한 통제와 1차의료기관의 의뢰를 기반으로 한 의료전달체계를 복원함으로써 1차의료의 기반을 형성해야한다.

나. 1차의료에서 지정의사제(주치의제)를 확립하는 기반으로 의뢰시스템을 복원하여 동네 의원과 병원이 외래환자에 대한 경쟁을 하는 상태를 개선해야 한다. 가입자는 지정의사(주치의)를 지정한 후 자신의 건강문제를 우선 그 의원에서 진료를 받아야 한다. 즉, 야간(오후 6시-익일 오전 9시)이나 응급, 특정 질환, 주치의의 휴무일 등을 제외하고는 지정의사(주치의)가 있는 의원을 우선 이용해야 한다.

19) 응급진료, 미용, 성형등은 제외하며, 응급진료시스템등은 지역에 충분한 거점네트워크를 만든다.

다. 의뢰시스템을 제외한 경로로의 상급병원 이용은 불가피한 경우를 제외하고는 환자부담 90~100%<sup>20)</sup> 등의 본인부담을 부여하는 등으로 이를 피하도록 하고, 지정의사제를 통한 의뢰경로에는 환자와 의사 모두에게 인센티브를 주는 방식으로 의뢰시스템에 안정화를 가져오도록 한다.

라. 의뢰시스템의 우선적용에 대한 부작용, 즉, 1차의료 의원들 및 의사에 대한 로비, 리베이트, 인맥 및 학벌 등에 의존한 폐쇄적 운용이 예상될 수 있으나, 현재의 이질적인 지역의료의 성격(일반의와 전문의가 섞여 있으며, 누가 더 1차진료를 행하고 있고, 잘 행할 수 있는지 구별도 안되는 상태)에서 1차의료 인력의 충분한 공급을 통한 지정의사제의 정착화를 기다리는 것은 사실상 너무 늦고, 불가능하다는 인식하에 의뢰시스템의 복원을 추구하는 것이 의원과 병원의 임무분담을 위해 가장 현실적이라고 판단된다.

표 3 의료전달체계전환 로드맵

	의뢰 시스템 복원	전문의 및 의료인력 재배치	의료인력공급
1단계	1. 의원급(주치의) 의뢰외병원진료 제한.(경로의 병원급 진료 본인부담90% 등) 2. 지정의사제(환자-의사 모두 인센티브부여) 도입 3. 예방 및 건강관리에 대한 포괄수가 혹은 인두제 도입	1. 의원급 진료 전문의 지정진료의(주치의)로의 자율적전환. 2. 의원급 병상(30병상이하)의 질평가 및 병상축소 및 허가취소. 3. 종합병원의 병상대비 인력요건 강화 및 의료인력 증원. (전문의의병원급으로의복귀)	1. 국공립대학 의료인력의 50% 전액장학생선발 2. 사립대 의학교육생증설 불허 3. 추가 필요 의료인력은 국공립대학만 허가 4. 의과대학 및 의료교육기관 질평가후 인원감축 및 허가취소(취소분 만큼은 국공립대에 재배정)
2단계	1. 의원급 지정의사제(주치의) 전면도입, (주치의제의 의원 본인부담 90%등 고려)	1. 전문의진료*는병원급이상으로전환 2. 수련병원은 전문의 입원환자 진료로 전환, 전공의등은 교육 및 수련중심으로 프로그램 전환. 3. 준종합병원(200병상이하)의 질평가 및 병상축소 및 허가취소**	1. 전액장학생의 공공의료 10년 근무실시 2. 추가필요인력의 공공병원우선 배치 3. 전공의 수련 프로그램평가 및 수련병원 퇴출
3단계	1. 지정의사제에 대한 인두제 고려도입	1. 연구중심의사등 병원급에서의 전문의 임무분담	1. 전문의 공공병원 우선 배치

20) 건강보험의 통제하에 디스인센티브를 준다는 의미이며 부담율은 조정할 수 있다.

		2. 종합병원 질 평가에서 인력공급을 중심으로 진행하고 조건미달시 병상축소 및 허가취소.	
--	--	---	--

\* 미용,성형등 특수 선택의료 영역 제외

\*\* 취소병상분 공공병원충원과 인력고용승계 프로그램 동반.

## 4. 병원급 병상과 장비규제

### 1) 현황과 문제점:

표 4 인구 1,000명당 급성기 병상수

	2002년	2007년
한국	5.7	7.1
일본	8.9	8.2
영국	3	2.6
프랑스	3.9	3.6
미국	2.9	2.7
OECD평균	4	3.8

출처 : OECD 2010

가. 현재 종합병원 이상 의료기관의 급성기 병상은 OECD 평균 보다 많은 인구대비 포화상태이고 증가속도도 가파르다. 최근 3년간 급속히 늘어난 요양병원으로 인해 요양병상도 급속히 충원되었으나, 병상이 대체로 100병상 미만의 의원과 병원을 포함하는 관계로 질적인 면에서는 충분하다 할 수 없다. 병상수가 포화이나, 대형병원의 병상은 다인병실이 적어 본인부담금이 비싼 1,2인 병상이 유지되고 있다. 또한 지역적으로 병상의 불균형이 심해 수도권에 대부분의 병상이 몰려 있으며, 지방으로 갈수록 전문치료가 가능한 규모의 병원과 병상은 충분치 않다. 즉 지역, 입원치료의 질 등에서는 여전히 부족하고 불균형이 심하다.

박형근(2006)은 병원 간 경쟁수준을 측정하여 전국 854개 병원 중 병원급 이상 의료기관의 입원환자를 대상으로 분석한 결과 병원 간 경쟁수준이 커질수록 재원일당 평균진료비가 증가한 것을 보고하였다. 즉 과도한 병상경쟁은 질 문제 뿐 아니라, 진료비증가를 가져오는 부작용을 나타낸다.



나. 비보험영역이 병원의 주된 수입원으로 변화해 초음파, MRI와 같은 건강보험제의 영역의 검사와 신기술처치(예를 들면 로봇치료, 자가혈장 주입술등)가 다른 나라에 비해 심각한 수준으로 남용되고 있다. 이 때문에 환자들의 부담이 늘어가고, 보장성이 악화된다.

건강보험제의 영역의 확대는 특히 임의비급여에서 심하게 드러난다. 임의비급여의 경우 병원마다 가격을 다르게 책정하기 때문에 병,의원사이의 가격경쟁의 한 축으로 자리 잡힌 상태이다. 예를 들면 대학병원, 수술전문 네트워크병원, 의원급에서 동일한 외과적 수술을 할 경우라도 총의료비용이 다른데, 이는 비보험 특히 임의비급여에 의존한 바가 매우 크다. 즉 대학병원급에서는 유명 대학교수의 시술임을 앞세워 검사나 처치에서 신기술이나, 비보험을 최대한 청구하고 이를 통해 수익을 극대화하는 식이다.

다. 또한 행위별 수가제로 인해 질환별 처치 금액이 날로 상승하고 있다. 입원시 부수적인 검사와 타 질환에 대한 불필요한 검사도 남용되고 있다. 이는 동네의원도 마찬가지이므로 동네의원을 방문할 이유가 점점 더 없어지고 있다.

라. 여기에 현재 선택진료비<sup>21)</sup> 수익이 한해 총1조원을 넘어섰다. 선택진료비와 같은 시장의존형 의료접근 통제방식은 현실에서는 의료전달체계를 확립하는데 효과가 거의없고, 환자 부담만 늘어나도록 만들고 있다.

마. 대형병원의 기타 부대사업은 비영리법인에 준하는 세율을 부여하고 있으나, 이는 진료영역의 적자에 대한 보존차원이라는 명분과 달리, 병원들을 숙박업, 요식업, 장례업에 집중하게끔 만들고 있다.

표 5 OECD 평균대비 국내 고가장비 보급율

장비	CT		MRI		유방촬영장치		PET	
	국내	OECD*	국내	OECD	국내	OECD	국내	OECD

21) 흔히 '특진비'로 불리는 비용으로, 대학교수등의 지도전문자에게 진료받을 경우 지불하는 추가금액을 말한다.

100만명당 보유대수	35.66	22.97	20.15	11.13	49.39	22.63	3.17	1.48
----------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

\* OECD 2008년 자료

바. 한국의 경우 OECD 평균과 비교하여 고가장비 보급율이 2배가 넘는 경우가 많다.(표 참조) 특히 의원급 및 100병상 미만 병원급 의료기관에도 CT가 상당수 보급되어 있다. 이 때문에 장비의 노후화 및 검사의 질도 유지되지 못하는 경우가 많다.

사. 의료 신기술에 경우 2007년부터 의료신기술도입허가 및 평가 제도가 도입되었으나, 이전에 도입된 임의비급여 신기술에 대해서는 소급 적용되지 않았고, 연구기술에 대해서도 본인부담으로 청구되는 문제가 있다.

## 2) 요구 및 대안

가. 병상의 지역불균형과 질적 불균등을 해소하기 위해서는 지역병상총량제 및 허가제를 시급히 도입해야 한다. 병상의 도입은 최소 광역시와 도 단위 지자체나 보건복지부등의 중앙정부가 허가 규제해야 한다. 그리고 질적으로 낮은 병상(의원 및 소규모 병원의 병상)들은 축소 및 퇴출해야 하며, 퇴거시에는 퇴거가 가능하도록 하는 구체적인 제도가 필요하다. 이와 함께 이후 필요 병상은 모두 공공병상으로 우선 배치하고 민간의 병상증설은 불허해야 한다.

민간의보의 천국 미국에서도 37개주에서 의료자원 과잉공급을 막기 위한 ‘병상 등 신증설 시 필요증명(CON, Certificate of Need)’을 받을 것을 요구한다. 미국의 경우 CON은 병원 뿐 아니라 진단센터, 호스피스 시설, 장기 가정간호 프로그램등 모든 의료서비스에 대해 해당된다. 이는 주 단위의 병원심사계획위원회(State Hospital Review and Planning Council) 등을 통해 수행된다.

나. 병상구조조정 및 퇴출과 관련해서는 개인병원의 비영리법인으로의 전환을 유도하는 방법도 포함될 수 있다. 그러나 이는 질관리에 우선하여 일정수준의 질(인력, 병상, 장비등)이 유지될 경우에 제한하여 시행하도록 설계할 필요가 있다.

다. 건강보험제의 영역처치에 대해서는 모든 의료비를 건강보험적용이라는 원칙위에서 비

급여항목을 삭제하는 방식이 주된 보장성 강화방안이다. 1단계로 비급여 항목은 법정 비급여 혹은 급여화를 통해 기존의 임의비급여 항목은 삭제해야 하며, 병원급에서는 조속한 총액계약제<sup>22)</sup>를 실시하여 입원치료에 대해 추가 지출되는 행위당 비용을 제한할 필요가 있다. 단기적으로 우선 선택진료비를 없애고, 주치의제 전환이나 동네의원 방문시의 환자-의사 인센티브를 주는 제도로 전환할 필요가 있고, 종합적으로는 총액계약제로 병원급 의료기관에 대한 지불제도를 전환해야한다.

표 6 병원규제 방안 로드맵

	수가,급여제도*	병상규제	장비규제
1단계	1. 종합병원급 총액계약제 실시 2. 의뢰시스템에 대한 인센티브와 경로외 본인부담 90%수행. 3. 동네의원의 지정진료에 따른 인센티브지급 4. 임의비급여, 선택진료비 삭제	1. 광역시도의 병상총량제 도입 2. 기준이하의 병상**퇴거방안마련(1단계의원급병상질평가및퇴거à 300병상이하 병상 질평가 실시)	1. 시군구의 장비총량제 도입 2. 연구용장비는 무상연구시에만 허가 3. 국공립병원에 우선 최신장비도입 및 위탁검사도입 4. 의료기관 장비평가 실시
2단계	1. 병원 총액계약제 완전 도입 2. 주치의제 도입 3. 비급여삭제	1. 300병상이하 병원 허가 불허. 2. 의원급 병상 퇴거 및 준종합병원급 병상 평가 및 퇴거준비	1. 공공병원에 국공립병원 도입 장비 사용우선권 부여. 2. 의원급 검사장비 평가 및 퇴거. 3. 광역시도 장비도입 및 평가기관도입
3단계	1. 1차진료에서 인두제고려	1. 상급병상 및 병상 차등수가 폐지***	1. 공공병원에 수술실등 수술장비 및 처치실 대여시스템 마련.

\* 수가급여제도는 앞에서 논의한 것으로 제도개혁수준에 맞는 병원규제안 로드맵을 위해 제시한 것임.

\*\* 적절한 질평가가 이루어 져야 하고, 앞에서 밝혔듯 인력부분에 대한 기준안이 필요함.

\*\*\* 격리환자 및 처치방식에 비추어 1,2인 및 다인병실 배정하고 수가차등화는 폐지함.

22) 총액계약제의 다양한 방식에 대해서는 논의와 합의가 필요하다. 또한 총액계약제의 조건으로 비보험의 최소화를 통한 병원지불액수의 투명한 공개가 전제되어야 한다.

라. 병원의 부대사업에 대해서는 영리법인에 준하는 세율적용을 고려해야 한다. 즉 병원에서 시행하는 불요불급한 검진 및 비급여항목(미용성형술 등)까지 수익에 대해서는 공개하고 세율에 대한 혜택을 주어서는 안된다. 연구와 환자진료 부분에만 세제혜택(비영리법인 세제)을 적용하여 비영리법인에 대한 세제혜택은 표준적인 의료행위에 대한 인센티브임을 명확히 할 필요가 있다.

마. 병상 및 인구대비로 각종 시술, 검사장비등도 지역별 총량 제한을 두고 대형병원의 장비를 단계적으로 소규모병원에서도 위탁을 받아 사용할 수 있도록 하는 방식을 추구해야 한다. 도입초기에는 민간병원에서는 힘들 가능성이 크므로, 공공병원에서 우선적으로 도입할 필요가 있다. 예를 들면 고해상도 MRI의 도입을 민간병원이 경쟁적으로 하는 것은 제한하고, 필요에 따라 지역공공병원등에서 우선 도입하여 검사위탁을 받고 민간도입은 총량관리를 통과하도록 하도록 해야 한다. 이는 추후 검사장비의 첨단화로 인해 지속적으로 증가할 의료비용증가분을 최소화하는 효과가 있을 것이다.

바. 의료 신기술에 대해서는 ‘연구기술’로 분류될 경우 환자부담이 아닌 연구자 부담으로 시술할 것을 원칙으로 해야 한다. ‘연구용 장비’ 사용도 연구자 및 의료제공자의 비용으로 검사되어야만 한다.

## 5. 공공의료 확대

한국은 2010년 병원수 기준 7.3%, 병상수 기준으로 11.8%로서 공공병상이 없다시피 하다. 외국의 경우를 보면 우선 독일의 경우 공공병원으로 갈수록 종합병원이 많고, 민간 영리병원은 단과병원이 많으며, 모든 대학병원은 주립 병원이다. 프랑스도 병상의 3/4이상이 공공병원에 집중되어 있고 환자입원과 비용지출 등도 공공병원에서 주로 이루어지고 있어 입원진료에서 공공병원의 역할이 크다. 그러나 한국은 서울에 있는 유수의 대형병원이 대부분 민간병원으로 국공립대학병원을 제외하면 집중치료 및 중증환자도 모조리 민간병원에서 치료받고 있는 셈이다. 이 때문에 이윤동기주도의 의료시스템이 개혁되기 힘든 상황이 연출되고 있다.

표 7 설립주체별 민간과 공공의 병원비율(2010년)

구분	국공립병원	민간병원	소계(%)
종합병원	60(19.2)	252(80.8)	312(100)
병원	64(5.1)	1219(94.5)	1284(100)
요양병원	49(6.3)	730(93.7)	779(100)
소계(백분율)	174(7.3)	2201(92.7)	2375(100)

자료 : 병원협회(2010년도)

### 1) 현황과 문제점

가. 한국은 OECD 국가들과 비교할 때 공공병상이 1/10 수준이다. 특히 영리의료의 천국인 미국의 30%와 비교해도 1/3도 안되는 부끄러운 상황이다. 한국 보건의료체제의 기형적인 구조(국민건강보험에 공공성의 대부분을 의존하는 구조)는 근본적으로 공공병원과 의원, 공공병상이 없는데서 기인한 바가 크다. 그러나 이러한 현실에도 급성기병상 공급과잉을 초가하는 현재병상의 10%에 가까운 수의 병상이 민간에서 더 신설될 예정이다<sup>23)</sup>.

나. 현재 지방의 인구 비밀집지역 의료는 보건소와 보건지소가 담당하고 있으며, 이는 공중보건의로 거의 충당되고 있다. 그러나 의료시장화 압력과 의료인력양성이 사적으로 되어 있어 이마저도 인력의 충원이 불안한 상황이다. 또한 3년 단위의 잦은 의료진의 교체가 문제가 되고 있다.

다. 지방의료원과 시립병원등은 낮은 경쟁력과 장비 등으로 인해 환자들의 외면을 받고 있으며, 국립대병원과 일부 시립병원(보라매병원)은 병상과 장비 등을 리모델링하였으나, 의료수익압력으로 타 민간대형병원과 비교해서 공공성을 특별히 관찰하기 어려운 상태이다. 또한 의원과 대형병원사이의 중소병원들이 대부분 민간병원인 관계로 아급성기 치료등의 분야에서 공공의료는 아예 없다고 봐야 한다.

23) 서울지역 5389병상, 인천,경기지역 6462병상 이상, 부산,경상지역 4209병상의 증설이 조만간 예정되어 있다. “대형병원 병상확대 전쟁” 입술, 메디칼업저버, 2010.3.16

라. 여기에 요양병원과 간병서비스등도 모조리 민간주도로 되어 있어, 서비스가 비용에 비해 질이 낮은 문제가 있다. 또한 요양병원은 포괄수과제(DRG) 모델이나 만성환자가 가지고 있는 중증질환등은 급성기 병원에서 행위별수가로 추가지출되고 있어, 건강보험에 이중의 부담이 되고 있다. 그리고 만성환자의 의료전달체계상의 역할을 수행할 지역별 3차 재활병원이 거의 없다.

## 2) 요구 및 대안

표 8 공공병상 및 공공의원 도입 로드맵

	1차의료 공공의원	급성기 공공병상	만성기(요양)공공병상
1단계	1. 도시형보건지소확충 2. 퇴거 동네의원의 공공화	1. 병상증설계획 총량제 도입 2. 추후 병상필요분 공공병상 우선배치 3. 300병상 미만 민간병상 질평가 실시 및 병상축소 및 허가 취소.	1. 민간요양병상증설 불허. 2. 광역 시도 300병상급의 권역별 공공요양병상건설 3. 상급병원부터 간병서비스*의포괄도입
2단계	1. 신규 동네의원에 공공부조도입 2. 의원급 병상퇴거완료	1. 병상평가 및 질 확보(간병 및 의료인력 확충)	1. 요양,재활치료 의료전달체계 구축 2. 100 병상이하 재활병상 질평가 및 퇴거.
3단계	1. 동네의원에 대한 광범한 공공화지원(부지, 인력등)	1. 공공병원중심의 의료전달체계구축	1, 공공 요양,재활 의료전달체계구축

\* 간병서비스의 경우 장기요양보험과 관련된 통합조율이 필요함.

가. 이제 양질의 공공병원을 확충하여 의료의 공익성과 의료서비스의 질을 같이 향상시켜야 할 필요가 있다. 이를 위해 지역별로 있는 국립대병원과 국공립병원 전체를 연계하여 통합 공공병원체계를 만들고, 추가되는 민간병상을 규제해야 하며, 지역별 병상부족분은 일정 병상(300병상)이상의 공공병원으로 확충하는 것을 확고한 방침으로 해야 한다. 이와 함께 의원급의 병상을 단계적으로 줄여가는 것이 필요하다. 의료서비스가 잘 조직되어 있는 영국의 병상수 규모를 살펴보면, 병상수의 80% 이상이 300병상 이상의 병원에 위치한다.

나. 국립대학병원, 국립의료원, 국립암센터를 주축으로 한 국가중양의료원 네트워크(또는 콘소시움)를 구축하여 명실상부한 질적으로 최고의 의료기관을 구축할 필요가 있다. 또한 이런 질적 기반을 공공의료시스템에 포함된 의원과 병원경유 환자가 우선 이용할 수 있도록 해야 한다.

다. 서울대병원 및 지역 국립대병원은 단일 법인화 하지 않고 전체 공공병원체계하에서 관리하여 연계성을 갖도록 해야 한다. 추가되는 공공병원을 협진등에서 우선 수용할 수 있는 체계를 가지고 신설공공병원을 지원하는 국공립병원 의료전달체계를 구축할 필요가 있다<sup>24)</sup>.

라. 공공병원 건설비용은 단기적으로는 국민건강보험과 국고에서 반반으로 출자하여 연간 1조원 정도를 전국적으로 투입하는 방법이 있다. 1조원을 3년간 지원할 경우 300 병상의 종합병원을 30개 정도 지을 수 있다. 향후 주치의제 및 병원의 입원치료중심방향이 정해지면 국고 100%로 병상 충원하여 공공병상비율을 높여나가야 한다.

마. 요양병원에 대해서는 요양, 재활치료를 위한 의료전달체계구축을 단계적으로 이루어야 한다. 경영에 어려움이 있는 병원의 요양병원 전환을 정부가 유도한 결과, 100병상 이하급 요양병원들의 난립으로 질 관리가 되지 않은 상황에서 요양병상만 급증하였다. 여기에 만성기 치료환자의 급성기 병원치료가 병행되면서 이중의 의료비용 부담이 발생되었다.

300병상 이상의 만성기, 재활 거점병원이 민간자본주도로 아직 충분히 도입되지 않은 상황이다. 이는 공공병상 도입계획의 관점에서는 급성기 병원보다는 재활병원 등에서 공공병상을 먼저 도입할 수 있는 환경이다<sup>25)</sup>. 현재 민간이 충분히 진출하지 않은 만성기병원(재활, 요양병원)과 병상의 공공성을 빠르게 확보하면서 만성기환자 의료전달시스템을 공공에서 우선적으로 구축해야한다.

바. 장기적으로 공공병상의 질 확보를 위해 간병서비스는 급성기와 만성기, 재택으로 구분하여 공공부문에서 확대해야 한다. 우선적으로 만성기 전달체계에서부터 간병서비스까지 포

24) 이는 서울대 및 지역의 국립대 병원이 가지고 있는 의료의 권위를 활용하는 것으로 공공병상 및 병원 확충에서 질과 수요를 일정수준이상 유지할 수 있는 기반이 될 것으로 판단된다

25) 현재 5개 권역에서 권역별 재활병원을 도입하였으나, 일부는 국립대 수탁이고, 일부는 지자체 수탁으로 전달체계 확립이 되지 않은 상황에서 지역 민간 재활병원과 경쟁하는 환경이 될 공산이 크다. 요양, 만성기 전달체계가 확립되어야 하고, 공공 재활병원이 만성환자치료의 주도권을 쥐도록 설계하는 것이 필요하다.

괄적으로 공공의료체계에서 제공하는 체계를 시범적으로 시행할 필요가 있다.

사. 공공병원과 지역보건소등의 정책 및 의사결정에는 국민들이 참여할 수 있어야 한다. 국공립병원 운영위원회등의 1/3은 지역 주민 혹은 환자들이 참여할 수 있도록 설계하고, 사립병원의 경우 개방형 이사제를 도입해야 한다. 이를 통해 지역사회에 한발 더 다가갈 수 있는 병원이 되어야 한다.



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



### 의료급여 제도 개혁 과제





# 의료급여 제도 개혁 과제

## 1. 저소득층 의료보장의 문제점

우리나라의 경우 저소득층은 의료급여 제도로 의료를 보장하고 있다. 그러나 의료급여 제도가 있음에도 불구하고 건강권의 제약이 존재한다. 2007년 통계상 의료급여 1종의 보장률은 94.1%, 의료급여 2종(근로 능력이 있는 대상자)의 보장률은 87.0% 수준이어서 의료급여 대상자도 본인부담 수준이 적지 않다. 2005년 국민건강영양조사 통계상 의료급여 대상자의 미치료 및 치료지연율이 27.3%에 달한 것으로 미루어볼 때, 실제로 미충족 의료 서비스는 더욱 많은 것으로 추정된다.

한편, 건강보험료 체납계층의 문제도 심각하다. 2008년 10월 기준으로 3개월 이상 건강보험료 체납 지역건강보험 세대는 205만 3천 세대에 이르고 있으며, 건강보험료 체납 사업장도 6만 2천개소에 이른다.

건강보험과 의료급여로 의료보장을 촘촘히 구성한다고 하지만, 실제로는 의료급여의 경우 의료의 질과 보장성 측면에서 문제점을 가지고 있고, 의료급여로 포괄되지 못하는 차상위계층은 보험료 체납으로 건강보험 혜택을 못받고 있는 계층이 광범위하게 존재한다.

표 1 3개월 이상 건강보험료 체납 현황

연 도		2006	2007	2008.10월
지역	체납가구수	209만3천	205만5천	205만3천
	체납금액(원)	1조3873억	1조5547억	1조5018억
직장	체납사업장수	4만6천	5만3천	6만2천
	체납금액(원)	1457억	1670억	2175억

\* 2008년 7월, 지역 체납 가구 중 약 70만 가구(약 4천억 원)에 대해 체납 보험료를 탕감 조치함. (자료: 국민건강보험공단, 2009)

## 2 의료급여제도의 현황 및 문제점

### 가. 수급권자 규모와 선정기준

수급권자, 비수급빈곤층 및 차상위 계층 이하 빈곤위험계층의 규모는 전체 인구의 약 10%-15%로 추정되지만, '09년 말 의료급여 수급권자는 167만 명으로 이는 우리나라 전체 인구의 3% 내외에 해당한다. 따라서 차상위계층 이하 빈곤인구의 약 1/5 ~ 1/3에게만 의료급여 수급권이 주어지고 있다. 국가가 의료를 책임지는 빈곤층 인구 비율이 너무 적다.

### 나. 종별 구분

의료급여 수급권자들은 종별(1종, 2종)에 관계없이 최저생계비 이하에 해당하는 이들에게도 불구하고, 단지 근로능력이 있다는 이유만으로 2종으로 분류되어 본인일부부담금이 면제되는 1종과 달리 본인일부부담제도(입원의 경우 총진료비의 15%, 외래의 경우 무료~1,500원)를 적용받고 있다.

### 다. 재원 및 재정 운용

의료급여의 재원은 국고보조금(일반회계), 자치단체 출연금 및 기타 재원으로 구성되며 국고와 지방비의 비율은 서울의 경우 국고 50%, 지방비 50%, 그 외 광역시와 도는 국고 80%, 지방비 20%이다 (표).

표 2 지방자치단체별 의료급여 재정 국고보조 비율

구 분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국 비	50%		80%		80%		
합 계	100%		100%		100%		

서울특별시 및 광역시 자치구의 경우 의료급여 비용을 분담하지 않아 적극적으로 의료급

여를 관리하기 위한 동기가 낮다. 또한 수급자의 지역별 분포 및 자치단체의 재정자립도에 차이가 있음에도 불구하고 일률적으로 재정분담율을 설정하고 있어 비용분담의 형평성에 문제가 있다. 예를 들어, 2004년 기준 재정자립도가 각각 21.1%, 25.9%로 가장 낮은 전남과 전북의 경우, 전체 인구 중 수급권자 비율은 각각 7.7%, 6.6%로 수급권자 비율과 그에 따른 의료급여 기금 부담액이 전국에서 가장 높은 수준이어서 지역간 의료급여 비용 부담의 역진성이 존재한다.

### 3. 개혁 과제

#### 가. 수급권자 확대 및 종별 구분 폐지

건강보험 보장성이 확대된다는 전제 하에 의료급여와 건강보험의 급여 및 재정 운용 시스템을 통합하고, 의료급여 수급권자의 보험료와 급여 비용, 본인부담금을 정부가 대납하는 형태로 제도를 개편한다. 이 때 보험료, 급여 비용, 본인부담금 대납 대상이 되는 의료급여 수급권자의 비율은 상대적 빈곤층 인구(중위소득 50% 이하) 모두를 포괄하도록 한다. 더불어 1종과 2종으로 나뉘어 있는 수급권자 구분을 폐지한다.

#### 나. 건강보험과 통합 운영, 재정은 정부가 지원

건강보험 보장성이 강화된다는 전제 하에, 의료 이용, 급여 제공, 급여 청구, 심사, 재정 운용 등 모든 절차를 건강보험 환자와 동일하게 운영하고, 관련 재정은 정부가 매년 예산년도 초에 건강보험공단에 위탁 관리를 맡기는 형식으로 운영한다.

#### 다. 의료급여비 예산 적립 제도 및 지자체간 재정자립도를 고려한 재정 지원 시행

의료급여 진료비로 소요될 예산 규모의 불확실성 및 추가경정예산 집행의 지연 등으로 인한 진료비 체불문제를 방지하기 위해서 매년 의료급여비 예산 중 일정 비율을 적립하도록 하여 예산 부족으로 인한 진료비 체불문제에 대처하도록 한다. 또한 지자체간 재정자립도의 차이로 인해 정작 의료급여 환자가 많은 지자체의 의료급여 예산이 적어지는 것을 예방하기 위해, 의료급여 지출이 상위 20%에 달하는 전구의 시군 단위 지자체에 국고 보조를 더 하는 방식을 고려한다.



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



**의약품 제도 개선과  
공공성 강화 방안**







# 의약품 제도 개선과 공공성 강화 방안

## 1. 보험약가제도와 의약품 공급방안의 현황

2006년 12월 약제비<sup>26)</sup> 적정화방안이 도입이 되었다. 그 배경에는 전체 진료비에서 차지하는 약제비가 30%정도이고 약제비 증가율이 13%에 이르는 등 OECD국가에서 약제비 증가율이 최고 수준이라는 문제의식이 있다. 국내 약제비 증가원인으로는 우선 신약의 약값 결정시 A7국가(미국, 독일, 영국, 프랑스, 스위스, 일본, 이태리)를 참조하여 높게 결정되는 방식이라는 점, 허가된 약물은 대부분 보험약으로 인정되는 방식이라(일명 네거티브 리스트) 정부의 약값 가격 협상력이 약하다는 점이 지적되고 있다. 즉 신약의 가격이 높게 설정되어서 이에 따라 제네릭 의약품 가격도 높게 설정되었기 때문이라는 점이다.

2006년 정부가 도입했던 약제비 적정화방안의 내용은 다음과 같다.

표 1 약제비 적정화 방안 주요내용

### 「약제비 적정화 방안」 주요 내용

- ① 원칙적으로 모든 의약품을 보험급여 대상으로 하는 네거티브리스트(Negative List) 방식에서 비용효과적인 약제만 선별·급여하는 포지티브리스트(Positive List)방식으로 전환
- \* 이미 등재<sup>27)</sup>된 의약품은 선별·등재된 것으로 보되, 2007년부터 2011년까지 앞으로 5년간 약효군별로 경제성을 평가하여 등재목록 정비

26) 문헌마다 표현하는 방법이 다르다. 어떤 문헌에서는 약제비를 조제료를 뺀 건강보험 약품비 + 본인부담금 으로 표현하는 가하면 어떤 문헌에서는 약국에 주는 조제료까지 포함해서 표현하기도 한다. 이 글에서는 조제료까지 포함한 형태의 약제비로 언급한다.

- ② 2007년 이후 특허가 만료되는 신약의 약가를 20% 인하, 최초 복제 약의 약가를 신약 대비 종전 80%에서 68% 수준으로 인하
  - \* 이미 특허 만료되어 복제약이 생산되고 있는 신약은 인하대상에서 제외
- ③ 건강보험심사평가원에서 경제성 평가를 통해 ‘보험급여 여부’만 결정하고, 국민건강보험공단에서 제약회사와 협상을 통해 약제 상한금액<sup>28)</sup> 결정
  - \* 종전에는 건강보험심사평가원(약제전문평가위원회)에서 보험급여 여부 및 약제 상한금액 결정
- ④ 약가 결정 당시 예상판매량을 초과하는 약제에 대한 약가인하 시스템 도입
- ⑤ 의약품 사용량 관리방안 마련

그러나 약제비 적정화방안이 도입되어 시행되고 있음에도 불구하고 약제비 총액, 외래 1인당 약품비 등은 계속 증가하고 있다. 정부는 약제비 적정화방안 도입시 총진료비 대비 약제비 비중 24%로 낮추겠다고 하였다. 그러나 2006년 29.4%였던 약제비 비중은 적정화 방안 시행 후로도, 총진료비에서 차지하는 비중이 2007년 29.5%, 2008년과 2009년 29.6%로 여전히 높은 상태이고 약품비도 계속 증가하고 있는 상황이다.



그림 1 건강보험 진료비 중 약제비 비율

27) 보험 약으로 인정되었다는 표현

28) 보험약값으로 인정해주는 최고금액. 실제 요양기관과 거래되는 가격과 차이가 나지만 현실적으로 원외처방을 통해 거래되는 의약품 가격은 대부분 상한금액으로 결정됨.

표 2 연도별 약제비증가율

연도	2006	2007	2008
총량기준 약제비증가율(%)	16.3	13.2	14

약제비 적정화방안이 실제 효과를 거두지 못한 이유는 정책목표를 가능하게 하는 추가적인 정책수단 및 근거마련이 부족했고, 이명박 정부 이후로 추진되어야 할 정책마저 이유없이 중단되는 상황이 발생하였기 때문이다.

보건복지부는 2010년 7월 기등재약 목록정비 사업을 일괄평가 사업방식으로 전환한다는 미명하에 사실상 폐기해버렸다. 이때는 고지혈증약과 편두통약 시범평가 사업이 끝나고 고혈압약을 비롯한 6개효능군의 연구 용역이 발주된 상황이었다. 정부에서는 일괄평가로 얻는 절감액이 8632억원 정도 된다면서 목록정비사업을 끝내버리는 방향, 즉 기존보험적용약제를 재평가하여 그 보험적용여부를 다시 결정하는 정책을 포기하는 것으로 최종결정을 내렸다.

당시의 상황은 고지혈증 약의 시범평가를 통해 제약기업측의 거센 저항에 부딪혔으나 건강보험 정책 심의위원회(이하 건정심)에서는 향후 기등재약 목록정비 본 평가는 목록정비 원칙에 따라 수행할 것을 결의하였던 상황이었다. 그러나 이러한 건정심 결정을 복지부가 내팽개쳐 버린 것이다.

복지부는 이후 채 한 달도 안되는 시간에 모든 것을 결정해 버렸다. 고지혈증 시범사업기간에 제약업체에 수차례의 이의신청기간을 주었던 사례에 비추어 보면 제약기업에 불리한 정책집행에는 이의제기를 허용하며 머뭇거리다가 제약기업에게 이익이 되는 결정은 단칼에 끝내버리는 상반된 결정이라고 볼 수 있다.

또한 복지부가 내놓은 절감액도 사실과 다르다. 실상 청구 상위 100대 품목 중 약가가 내려가는 품목은 26품목에 불과하며 최고가 기준으로 하여 80%까지 가격을 인하하는 조건때문에 대부분의 제너릭<sup>29)</sup> 의약품은 해당사항이 없어져 실제 절감되는 약품가격은 매우 미약하다.

더불어 보건복지부는 실효성이 없다는 이유로 약가재평가제도<sup>30)</sup>를 폐지하는 수순을 밟고

29) 원래 생산된 약품의 특허 기간이 끝난 뒤 다른 제약사가 공개된 기술과 원료 등을 이용해 만든 같은 약효·품질의 제품(통상 '카피약'으로 불림)

30) 최초로 약가를 결정한 이후 당초 약가 결정의 기준이 되었던 외국 약가 변화 등 여건 변화를 반영하기 위하여

있다. 선진 7개국의 가격을 비교하여 재평가하는 수준이어서 이미 한계가 있던 정책인데 정부는 이를 실효성있게 보완하기는 커녕 아예 유명무실한 제도로 전락시키고 있다. 이 때문에 국책기관인 보건사회연구원에서도 약가재평가를 폐지하는 것은 시기상조이고 오히려 대상국가 확대를 통해 제도를 보완할 것을 주문하고 있을 정도다.

둘째 정부의 정책은 고가약위주로 사용되는 현실에서 사용량을 규제할 의지와 수단을 가지고 있지 못하다. 최근 나온 연구 보고서들에 따르면 약제비 증가의 가장 큰 요인으로 고가약 위주의 약품 사용과 사용량 증가를 지적하고 있다. 하지만 정부는 이를 제어할 적절한 대책을 가지고 있지 못한 상황이다.

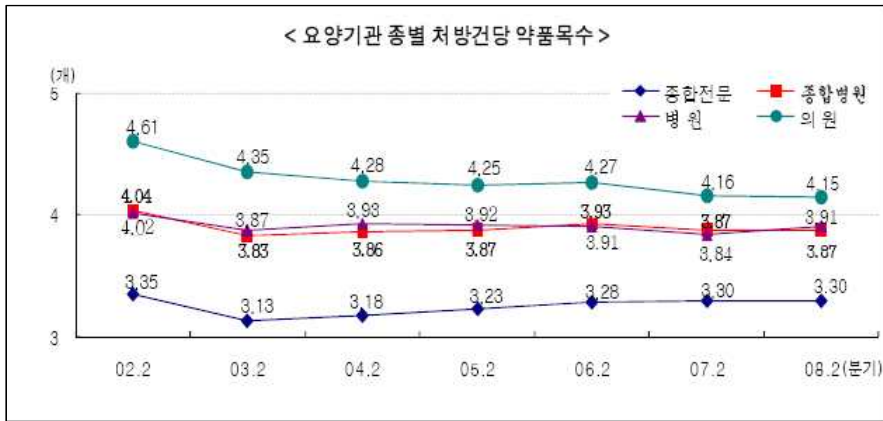


그림 2 요양기관 종별 처방건당 약 품목 수  
\* 자료 최상은, 약제비 증가요인과 대책

3년마다 약가를 다시 조정. 여기서 기준이 되는 약가는 A7 조정평균가로서 미국, 스위스, 독일 등 선진 7개국 약가

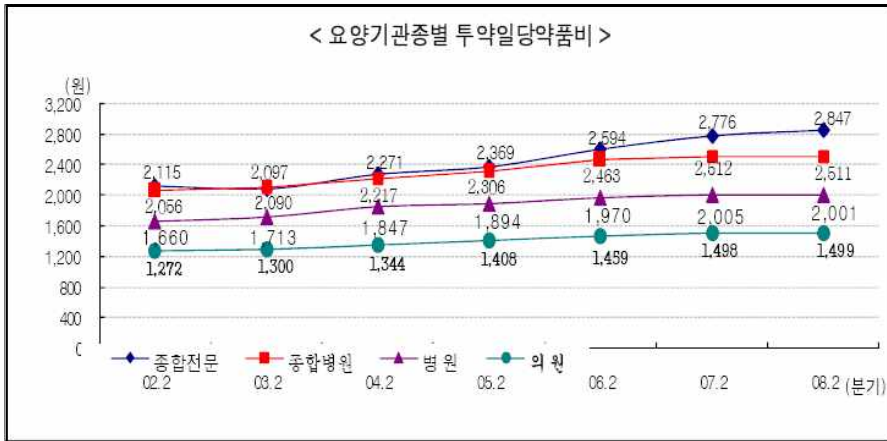


그림 3 요양기관 종별 투약일당 약품비

셋째, 정부는 실효성 없는 시장형 실거래가 제도에만 올인하는 정책을 펴고 있다. 고가의 제네릭 의약품이 상당수 사용될 만큼 특허만료 의약품과 제네릭 의약품의 가격산정 과정에도 개선할 과제가 산적해 있다. 이미 공단과 심평원 용역 연구에서는 국내의 제네릭 의약품 가격이 외국과 비교하여 높다는 사실이 밝혀졌다. 또한 사용량이 급증하면 가격을 인하할 수 있는 가격-사용량 연동 제도도 도입되었으나 실제 사용량 증가율은 68% - 487%로 증가폭이 매우 큰 반면, 약가조정률은 4.1%-8.3%에 불과할 정도로 가격인하나 사용량 조절에 한계를 보일 수밖에 없는 구조를 가지고 있다.

시장형 실거래가 제도도입이 다른 약제비 적정화방안 추진에 악영향을 끼친 것은 명백한 사실이다. 보건복지부는 2010년도 시장형 실거래가 제도 추진에 모든 역량을 쏟은 반면 다른 약제비 적정화방안 세부 정책안은 진행되지 못했다. 문제는 그러한 실거래가제도가 실효를 발휘하지 못하고 있다는 점이다. 요양기관에 대한 인센티브를 통해 실거래가를 파악, 보험약가를 인하한다는 것이 이 제도의 핵심이다.

하지만 현실은 병원 납품은 낮은 약가로 나가는 한편 약국으로 나가는 의약품은 원래 받았던 보험약값으로 나가고 있다. 병원에서 사용되는 보험 약(원내처방약)에 비해 처방전을 통해서 약국에서 구입하는 의약품(원외 처방약)의 훨씬 많은 상황(대체로 2:8)에서 대부분의 약은 기존 약가로 나가고 있다. 사용량을 기준으로 가격을 인하하는 제도의 설계로 볼 때 약가절감 효과가 미비할 것은 당연하다.

한편 보험약가 제도와 더불어 최근에 큰 문제점으로 나타나고 있는 사안이 필수/희귀 의약품의 공급 문제이다. 2001년 문제시 되었던 백혈병 치료제 글리백부터 시작하여 최근에 에이즈 치료제 푸제온, 혈우병 치료제 노보세븐 등은 제약회사가 요구하는 가격대로 인정해주거나, 아예 의약품이 공급이 되지 않는 사례가 발생하고 있다. 정부가 약가협상에서 의약품을 공급하지 않겠다는 제약회사의 압력에 밀린 것이다. 특히 최근에는 대체제가 없으면서 환자군이 적은 질환에 해당하는 의약품, 쉽게 말해 수요가 많지는 않으나 필수적인 의약품은 거의 약가협상이 결렬되고 있다. 따라서 제약회사가 요구하는 가격을 인정하지 않으면 의약품 공급이 거부되는 상황에 대한 강력한 정부의 대처방안이 요구된다.

그동안 한국 정부는 의약품 특허를 존중해야한다면서 실질적인 대책 마련을 하지 못해왔다. 전 세계를 공포로 몰아 넣은 신종플루의 위협으로 그나마 약간의 특허법 개정만이 이루어졌을 뿐이다. 필수적인 의약품의 약가문제나 공급문제는 시야를 넓혀 노력을 기울이면 충분히 해결가능한 문제이다. 그동안 수없이 많이 이야기 되어왔던 강제실시도 대안이 될 수 있고, 약가협상 과정에서 의무공급 방안 명기와 어길시 페널티 방안도 도입할 수 있다. 희귀 의약품 센터를 통한 저렴한 약제의 병행 수입, 국가나 공공기관이 운영하는 국영 공공제약사의 설립도 이와 함께 검토되어야 할 방안 중 하나이다.

## 2. 보험적용약품 가격결정 및 관리제도

### (1) 보험적용약품 결정과정(등재)과 가격협상의 문제점과 개선방안

#### 1) 문제점

① 신약은 급여평가위원회에서 경제성평가를 통해서 보험등재 유무를 결정하고 공단에서 약가협상을 통해서 보험 약을 최종 등재시킨다. 개량신약<sup>31)</sup>이나 제너릭 의약품의 경우에는 별도 협상을 벌이지 않고 복지부 고시를 통해서 바로 약값이 결정된다. 그러나 A7 기준이 아니어도 약제비 적정화방안 이전에 제대로 평가되지 않은 의약품을 비교가격으로 하여 평가 되기 때문에 최초 도입 가격이 여전히 높다. 따라서 경제성 있는 의약품 등록시 기존에 있는 기등재약중 열등한 품목은 급여목록에서 제외하거나

31) 신약의 주성분은 같으나 염기나 제형을 다르게 하거나 복용 방법 등을 개선하여 나온 약

가격을 내리거나 하는 개선 정책이 필요하다.

② 보험 약의 등재와 약값 결정시 경제성 평가와 약가협상을 하도록 되어있으나 국내의 경우 새로운 신약이 나오면 다른 국가에 비하여 신약이 너무 빨리 진입하는 경향이 있다. 이 때문에 가격을 비교할 국가가 부족하거나 충분한 근거가 불충분한 경우가 많다. 접근성 차원에서 급여목록에 포함시키더라도 추후에 평가할 수 있는 기준을 확보하여야 한다.

③ 약제급여 평가위원회나 약가협상 과정에서 가입자(국민)의 이해가 반영되는 구조가 취약하며 보험 약 등재과정과 약가협상과정이 이원화되어 있어서 협상력이 떨어진다는 지적이 있다.

## 2) 개선방안

① 새로 나온 신약의 엄격한 경제성 평가가 필요하다. 기존의 보험약보다 동등하거나 열등할 경우 보험 목록에서 제외하는 등 엄격한 기준적용이 필요하다.

② 의약품 보험 약 결정과정과 협상 관련 기준의 일관성과 투명성 장치를 마련하고 가입자의 이해를 반영할 수 있는 구조 개편이 필요하다.

③ 경제성 평가나 약가협상을 진행할 때 비교국가나 비교약제의 범위를 넓히거나 조정을 통한 합리적 약가를 도출하고, 보험 약 결정과정과 가격협상 과정을 동시에 진행해 협상력을 강화시켜야 한다.

### 외국의 급여목록 관리사례<sup>32)</sup>

#### 호주

- PBAC(의약품 급여 자문 위원회)에서 급여 여부에 대한 판단을 한 후 급여, 혹은 급여 필요성은 인정되나 가격은 좀 더 낮출 필요가 있다는 등의 권고안을 제시

- Pricing authority에서 기업이 제시한 비용(생산비용) 자료에 적정 마진율을 감안하여 협

### 상가적 도출

- 전반적으로 PBAC의 권고안이 Pricing authority의 의사결정에도 중요한 기준이 됨
- PBS(Pharmaceutical Benefit Scheme)에 기등재된 약품의 가격 재평가에도 경제성 평가 결과 활용

### 캐나다(온타리오 주 의약품 급여제도)

- 약품전문자문위원회(DQTC: Drug Quality and Therapeutics Committee)에서 경제성평가 결과 등을 참고하여 ODB 등재에 관한 권고안 제시
- 이 때, 혁신적 신약에 대해서는 비용/효과분석이 등재 여부 결정에 중요한 역할을 함 (Pausjenssen et al. 2003)

## (2) 보험 약 사후관리제도 문제점과 개선방안

### 1) 문제점

① 여러 가지 지표를 보정해서 다른 나라와 가격을 비교해보면 우리나라의 제너릭 의약품 가격은 상당히 높다.<sup>32)</sup> 보험등재 날짜만 같으면 대부분 퍼스트 제너릭<sup>34)</sup>으로 인정하여 높은 약값을 책정할 뿐만아니라 비싼 제너릭 의약품이 전체 제너릭 의약품 사용량의 대부분을 차지하고 있다.

② 약제비 적정화방안 이전에 보험 약으로 인정되었던 의약품을 다시 새로운 기준으로 평가하여 보험 약 목록을 합리화 하고자 하였던 정책방안이 기존 보험 약 목록정비(기등재약 목록정비)였다. 그러나 평가의 어려움을 이유로 일괄적인 가격인하만 추진하는 것은 제도 추진을 사실상 포기하는 것이다. 실제적으로 약가절감 효과가 있는지도 불분명하고 기존에 고평가 되어있던 보험 약을 그대로 방치하여 향후 들어오는 신약과의 가격비교시 제대로 된 평가를 하기 어렵게 만들고 있다.

32) 2009. 이태진 의약품 급여 및 가격결정과 경제성 평가의 활용

33) 2010년 5월20일 공단에서 발표한 국내외 제너릭 약가비교 연구용역 결과 참조

34) 특허가 만료된 의약품을 복제하여 맨 처음으로 보험 약으로 인정된 약 퍼스트 제너릭은 보험 약 등재날짜로 결정되기 때문에 여러 개의 의약품이 퍼스트 제너릭으로 인정되어 동일한 약값을 받을 수 있다.



③ 사용량-가격연동이 도입되어 약가인하 효과를 기대하였으나 사용량이 급증하였음에도 실질적으로 약가인하의 폭은 상당히 적은 상황이다. 사용량-약가 연동의 현재 기준으로는 가격인하나 사용량을 적절히 규제할 수단이 되지 못한다.

표 3 현행 사용량-가격 연동조항 및 현황

<p>- 사용량-가격 연동조항</p> <p>다음의 4가지 유형에 해당하는 약제는 협상을 통해 약가 조정</p> <p>신의료기술 등의 결정 및 조정 기준 제9조 제4항</p> <p><input type="checkbox"/> (유형1) 등재 후 매 1년마다의 사용량이 협상 당시 예상사용량보다 30%이상 증가한 약제에 대해 약가 조정</p> <p><input type="checkbox"/> (유형2) 사용범위 확대 후 6개월간의 사용량이 확대 전 6개월간의 사용량보다 30%이상 증가한 약제에 대해 약가 조정</p> <p><input type="checkbox"/> (유형3) '유형1'과 '유형2'에 의해 약가가 조정된 경우 조정된 다음해부터 매 1년마다의 사용량이 전년도 사용량보다 60%이상 증가한 약제의 경우 약가 조정</p> <p><input type="checkbox"/> (유형4) 협상에 의하지 않고 등재된 경우 등재 후 4차 년도부터 매 1년마다의 사용량이 전년도 사용량보다 60%이상 증가한 약제의 경우 약가 조정</p> <p>- 사용량-약가 연동 가격 조정 현황(복지부 국회 제출 자료, 2009. 10. 20)</p> <p><input type="checkbox"/> (유형1) 등재 후 매1년마다의 사용량이 협상 당시 예상사용량보다 30%이상 증가한 약제에 대해 약가 조정 - 토피솔밀크로손(예상사용량보다 243% 증가) 약가조정 완료 ('09.7.23 공단 협상 타결, 190원/g→181원/g,'09.8.24일 고시,'09.9.1 시행)</p> <p><input type="checkbox"/> (유형2) 사용범위 확대 후 6개월간의 사용량이 확대 전 6개월간의 사용량보다 30%이상 증가한 약제에 대해 약가 조정 - 케프라정 500mg 약가조정 완료('09.5.18 공단 협상 타결, 1,386원/정→1,340원/정,'09.5.25일 고시,'09.6.1일 시행)</p>
--

2) 개선방안

① 비용효과적인 약제가 나오면 열등한 기존의 약제의 경우, 가격인하나 보험적용 제외를 통해 보험 약을 관리해야 한다.

② 일괄평가 방식으로 결정된 기존 보험 약의 목록정비(기등계약 목록정비)를 다시 경제성 평가 방식을 통한 보험 약 목록의 평가와 정비로 복원하여야 한다.

③ 가격-사용량 연동기준의 개선이 필요하다. 실제로 예상 사용량 대비 실제사용량 증가율은 68% - 487%로 증가폭이 매우 크나 약가조정률은 4.1%-8.3%에 불과할 정도로 약가인하나 적절한 사용량 조절에 한계를 보일 수밖에 없는 구조이다.

④ 특허가 만료되어 제너릭 보험약이 나와도 계단식으로 구성되어 있는 제너릭 보험 약 산정기준으로 인하여 사용량의 대부분이 고가의 제너릭 보험 약에 편중되고 있다. 따라서 계단식으로 구성되어 있는 제너릭 약가산정의 개선이 필요하다.

## 가격-사용량 연동관련 외국 사례

### 호주

- 단위가격이 비교대상 의약품보다 상당히 높고 처방수량이 많을 가능성이 있거나 예상 처방량을 추정하는데 상당한 불확실성이 있을 경우에 활용.

사례) 제약사가 특정한 해에 2천만 달러를 초과하는 판매량을 달성할 경우 약가를 15% 인하하기로 합의

- 제약사가 주어진 연간 사용량 범위를 초과할 경우 약제비 증가비용을 다양한 형태로 환급하는 방안

### 사례)

① 합의한 연간 상한액을 초과한 경우 판매단위당 가격의 일정비율을 환급함 : 판매비용의 몇%만큼 환급

② 특정질병을 치료하는 모든 의약품의 총사용량을 규정하여 각제약사의 시장 점유율에 따른 초과분을 환급함 : 특정질병에 사용되는 의약품의 총 판매액의 합의가 8천만 달러인데 실제 사용된 판매량이 1억불일 경우, 각 제약사마다 시장 점유율에 따라 환급하는 방식

③ 대체가능 의약품에 근거하여 절대 환급액을 지불함 : 제약사는 합의된 금액만큼 공급하되 합의된 금액을 초과할 경우 가격이 낮은 대체의약품의 가격으로 환산하여 환급하는 방식

### 프랑스

- 프랑스 경제위원회(CEPS)와 제약회사간의 상호 합의된 협약에 따라 합의된 사용량을 초과할 경우 일정의 환급 조치를 수행하고 있음.

- 약가관련 계약은 신약과 고가약을 포함한 특정 의약품에 대한 개별계약과 실제 매출 성장률에 따라서 제품별로 모든 회사들이 해당되는 일반계약으로 나뉘어 진다. 특정의약품의 계약사항은 공개하지 않으며 일반계약에 대한 내용만이 알려져 있음. 대부분의 제약회사가 약물-치료 효능군별 환급협약에 참여하고 있음.

- 개별 환급은 고가, 혁신의약품의 경우 협의한 사용량보다 초과한 경우에 이루어지며 대상 및 규모에 대해서는 비공개, 표준조항(단위당 사용량, 범위별 일일 치료비용등)을 통해 실시된다.

- 일반 환급은 세이프가드 환급과 약물학-치료효능군별 2가지 방안을 적용하여 이루어짐. 세이프가드 환급은 전체의약품 목표 지출액 초과 시 초과분에 대한 환급의 형태로 실질 성장액에 대하여 세금을 적용하며 분담비율은 성장률 범위에 따라 다르게 설정한다. 약물학-치료효능군별 환급은 약물학-치료효능군별 집합에 따라 기준 역치비율이 제시되어 이에 따라 환급한다. 일반적으로 약물학-치료효능군별 환급이 세이프 가드 환급에 비하여 적게 환급이 되어서 대부분의 제약회사가 여기에 참여함. 약물학-치료효능군별 환급에 참여하게 되면 세이프가드 환급 적용이 유예됨.

다음 표는 제네릭 보험적용약품의 외국사례와 국내현황에 대한 내용이다.

표 4 제네릭 보험적용 약품의 외국 사례와 국내 현황

구 분	방 식	재조정 내용
독일	참조가격제	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1989년 최초 도입 후 2004년 동일계열<sup>주)</sup> 약물까지 범위를 확대</li> <li>• 가격이 아래부터 1/3선에 해당하는 가격 선에서 참조가격 결정</li> </ul>
프랑스		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2003년 제너릭 대체율이 45% 이하인 성분에 도입</li> <li>• 제너릭의 평균가격을 참조가격으로 결정</li> </ul>
이탈리아		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2001년 동일성분별로 최초 도입, 도입 시에는 판매량으로 가중한 평균가격이, 현재는 가장 싼 약의 가격이 참조가격이 됨</li> </ul>
스웨덴		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 특허가 만료되면 의사가 어떤 처방을 하더라도 약사는 최저가 제너릭을 처방하여야 함</li> </ul>

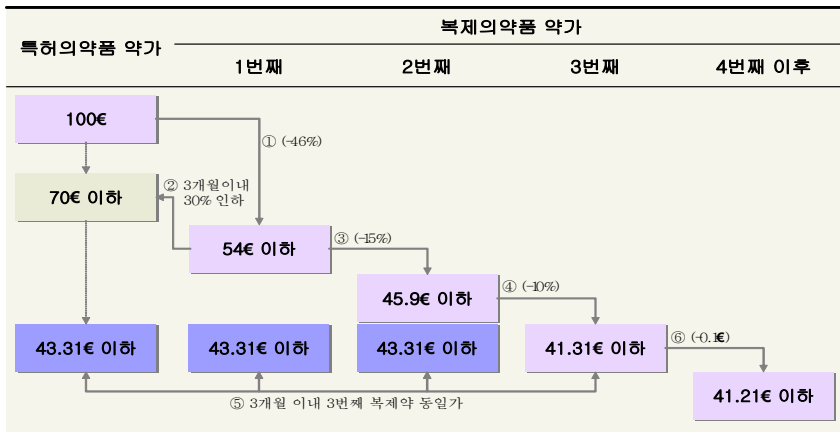
스위스	가격재평가	• 의약품이 특허 만료되면 최초 약가 산정 시 참조하였던 국가의 가격 비교를 통해 참조국보다 낮게 가격 인하재조정
일본		• 2년마다 실거래가 조사 결과에 따라 가격을 조정하고, 특허가 만료되어 제너릭이 등재되면 추가로 6~8% 인하
영국		• 실거래가에 대한 모니터링을 통해 가격을 조정

표 5 오스트리아의 제네릭 가격-약가 연동 인하

■ 오스트리아의 경우 제너릭 등재에 따라 특허만료 의약품의 가격을 연동하여 인하하고 있다.

- [그림 3]과 같이 세 번째 제너릭이 등재되면 특허만료 의약품을 포함하여 이미 등재된 모든 의약품의 약가가 세 번째 제너릭의 등재가격으로 인하

[그림 3] 특허만료 의약품의 약가 인하 시스템



자료: 감사대상기관 자료 재구성

한국과 외국 15개국 가격을 비교하면<sup>35)</sup> 우리나라 오리지널 의약품 대비 제너릭 의약품의 상대가격은 약 70%로 나타났으며(성분별 산술평균가 기준 69.6%, 가중평균가 기준 72.5%), 우리나라보다 제너릭 상대가격이 낮은 국가는 각각 7, 9개국이었다. (표 참조)

35) 국민건강보험공단. 국민건강보험 2010. 5월

표 6 한국과 15개국의 오리지널 의약품 대비 제네릭 의약품 가격 비교

	산술평균가 이용	가중평균가 이용
한국	69.5%	72.5%
15개 국가	33.8%~84.8%	26.1%~84.7%
한국보다 가격 낮은 나라	7개국	9개국

### (3) 시장형 실거래가 제도와 리베이트 약가인하

#### 1) 문제점

① 시장형 실거래가 제도는 약가절감효과가 미미하다. 이 제도는 2009년도 요양기관에게 합법적인 인센티브를 제공하여 보험 약의 실제거래를 파악하여 약값을 인하하고자 도입한 제도이다. 그러나 실제로 병원으로 공급하는 의약품은 저가로 납품되나 약국으로 공급되는 의약품은 처음 인정받은 보험약값으로 들어오고 있다. 병원에서 사용되는 보험 약(원내처방약), 처방전을 통해서 약국에서 구입하는 의약품(원외 처방약)의 비율이 2:8 정도로 원외처방약이 훨씬 많은 포지션을 차지하고 있어서 사용량을 기준으로 가격을 인하하는 제도의 설계로 볼 때 약가절감 효과 미미할 것으로 판단된다.

② 효과가 불분명한 제도를 도입하면서, 반대급부로 제약회사에게는 특혜를 주고 있다. 국내 R&D 투자수준이 높은 제약사는 약가 인하시 40% 또는 60% 면제(5년간 시행), R&D 투자가 필요한 개량신약 및 바이오시밀러(생물의약품 제너릭)의 약가상향 조정, 개량신약은 신약의 80%~90% 인정('09.1.13 시행), 국내생산 바이오시밀러는 특허만료전 오리지널 약가의 76% 인정(오리지널의 95%)하고 있다.

③ 리베이트 가격인하는 실적이 거의 없다. 정부는 리베이트로 적발된 보험 약은 최대 20% 가격을 직권 인하할 수 있고 연속으로 적발되면 최대 44%까지 가격을 인하할 수 있는 조치를 시행하고 있다. 그러나 2009년 시행된 리베이트 가격인하는 최근 약제급여평가위원회에서 논의될 만큼 실적이 거의 없는 상황이다.

## 2) 개선방안

- ① 시군구별, 유형별(위치, 인력, 규모 등)로 모니터링 약국을 선정하여 공단과 협약 체결(약국에 일정한 인센티브를 제공하고, 약국은 실거래가 등 약제비 정책 마련을 위한 적절한 정보를 제공)
- ② 리베이트 의약품 가격 인하 규정의 엄격한 적용과 연속 적발 시 보험 약에서 제외하는 방안 도입
- ③ 개량신약과 바이오시밀러의 약가도 포지티브 리스트제도에 부합되는 평가를 통해 보험 약 결정과 가격결정

## (4) 사용량 관리방안

### 1) 문제점

약제비 적정화방안 도입 시 약가인하정책은 구체적이었던 반면 사용량의 적절한 규제정책은 추상적인 정책안으로 제시되었고 현재까지도 사용량을 규제할 수 있는 대안이 제시되지 않고 있는 상황이다. 최근 약제비의 증가 추세가 줄어들지 않는 것의 중요한 이유는 사용량 급증이다.

### 2) 개선방안

- ① 약제비 총액 예산제 도입
- ② 고가약 사용 억제 정책 : 1, 2, 3차 약제(혹은 필수 의약품)로 구분하고, 순차적으로 사용 원칙 적용
- ③ 다제 처방 규제 : DUR을 통한 중복 투약, 과소량 복용, 금기 등 점검

## 3. 의약품 안정적 공급방안의 문제점과 개선방안

### (1) 필수약품, 희귀약품 공급방안의 문제점

- ① 대체제가 없으면서 고가인 필수약품의 경우, 최근 약가협상에서 대부분 결렬되면

서 약제 급여조정위원회에서 조정을 통해 해결되고 있다.

표 7 현 정부의 약가제도 투명화 방안 (2010.2)

① 리베이트 쌍벌죄

- 리베이트 수수자에 대한 형사처벌 규정 신설(1년 이하 징역 또는 3,000만원 이하 벌금형)

※ 대가성이 전제되지 않는 합법적인 리베이트 유형은 하위법령에 규정

- 수수금액 및 위반횟수에 따라 행정처분 강화(자격정지 2월 → 자격정지 1년)

- 수수금액의 5배 범위 내에서 과징금 징수

- 리베이트 적발 시 보험약가 최대 20%인하 조치('09.8.1 시행)

- 신고포상제도 신규 도입(최대 3억 원 포상금 지급)

② 시장형 실거래가 제도

- 요양기관이 의약품을 싸게 구매한 만큼 요양기관과 환자가 혜택을 공유하는

「시장형 실거래가제도」 시행(2010.10월)

- 우선 품목별 인하방식으로 시행하되 2~3년간의 모니터링을 통해 성분별 인하방식 도입 여부 추후 검토

③ 공급자에 대한 인센티브 조치

- 약제비 지출을 적게 하는 의사에게 인센티브 제공

- 제약사에 대한 인센티브

· 국내 R&D 투자수준이 높은 제약사는 약가 인하시 40% 또는 60% 면제(5년간 시행)

· R&D 투자가 필요한 개량신약 및 바이오시밀러(생물의약품 제너릭)의 약가상향 조정

- 개량신약은 개발목표 신약의 80%~90% 인정('09.1.13 시행)

- 국내생산 바이오시밀러는 특허만료전 오리지널 약가의 76% 인정(오리지널의 95%)

※ 현재 국내생산 바이오시밀러는 특허만료전 오리지널 약가의 72% 인정

· 혈장 분획 제제, 기초수액제 등 저가필수 의약품의 보험약가를 현실화하고 정기적인 인상 등 원가를 보전 할 수 있도록 제도화

· 미국, EU, 일본 등 선진국에서 품목허가를 득한 의약품(제너릭 포함)에 대한 약가우대 방안을 5년간 시행(동일품목의 최고가 수준으로 약가인상)

② 다국적 제약회사에서 의약품 가격에 불만을 갖고 공급을 거부할시 마땅한 대안이 없다.

③ 약제 급여 조정위원회에서 조정을 수행하는 과정에서도 합리적인 조정기준을 확보하지 못하고 다국적 제약회사의 요구를 대부분 수용하고 있다. 가격을 일부 조정한 글리벡의 경우에는 다국적 제약회사의 소송으로 인하여 패소하는 상황도 발생하고 있다.

④ 현 정부는 리펀드제도<sup>36)</sup>의 도입을 통해 필수약품의 공급을 안정화시키려고 하고 있다. 그러나 2009년 7월-2010년 7월 사이에 진행된 리펀드 관련 의약품이 거의 전무할 만큼 실제적인 효과가 별로 없었으며 의약품을 공급하는 제약회사에서도 리펀드 제도의 도입에 그다지 반응을 보이지 않고 있다. 외국의 경우에 리펀드제도는 재정절감을 위하여 도입한 제도로 우리나라는 의약품 공급안정을 위해 실시하고 있다. 하지만 현재까지는 효과가 없는 것으로 판단된다.

⑤ 신종플루 유행 이후에 정부의 공공적 사용실시에 대한 관심이 높아져서 특허법 제 106조 조항이 다소 완화된 형태로 개정되었으나 특허에 대한 사전조사 면제조항을 포함시키지 않아서 개정안의 취지를 반감시켰다. 향후 정부의 해석과 시행령의 절차 등이 어떻게 전개되는가에 따라 결과가 달라질 전망이다.

⑥ 통상 실시가 가능했던 푸제온의 경우, 실제로 생산능력이 확보되지 못해 통상 실시를 이끌어 내지 못한 면도 있다. 그리고 말라리아약이나 수면병 약처럼 제3세계 국가가 많이 갖고 있는 질환이나 소수의 환자만이 필요한 약의 경우는 의약품의 개발이나 생산이 중단되는 경우가 많다. 게다가 갑작스러운 비상사태로 인하여 대단위로 약의 공급이 필요한 경우 해결방안이 없다는 점에서 안정적인 공급을 관할할 수 있는 장치가 필요하다.

## (2) 의약품 안정적 공급방안의 개선방안

---

36) 의약품 상한가는 제약회사 요구대로 인정하는 대신 공단과의 협상가격과의 차액을 나중에 공단에 돌려주는 제도



① 제약회사에 필수약품, 희귀약품 안정적 공급에 대한 의무를 지우는 장치 마련  
- 협상과정에서 안정적 공급에 대한 법적인 효력을 가지는 약속을 담보하는 방안

- 해당 제약사 보험의약품 비급여처리등 패널티 부과

② 공공의 이익을 위한 정부사용의 활성화

제약회사가 일방적으로 의약품 공급을 중단하거나 신종플루 대유행과 같은 위급한 상황을 대처하기 위해 충분한 의약품 확보와 필수약품의 공급이 필요할 경우 정부가 적극적인 조치를 취해야한다.

③ 의약품 안정적 공급 및 체계구축

필수약품, 희귀약품등의 안정적 공급이 확보될 수 있도록 공공제약사의 설립이나 희귀약품 센터를 강화하는 등 공공 시스템의 개선이 요구된다.

## 최근 필수약품 관련 분쟁 사례

### 1) 글리벡

- 2001년 4월20일 노바티스가 제시한 1정당 25,000원 가격을 두고 2년 동안 제약회사, 정부, 환자단체간의 진통 끝에 노바티스 요구대로 선진7개국 기준으로 23,045원으로 가격결정했다. 환자의 본인부담을 30%에서 20%로 낮추고 20% 본인부담금 중에서 10%는 노바티스가 부담하는 방식이다.

- 2008년 6월 가입자단체가 약가조정 신청을 한 후 약가협상이 결렬된 후 2009년 약제급여 조정위원회는 14%인하된 19,818원으로 조정했으나 노바티스가 불복하여 약가인하처분 취소소송을 제기, 2010년 12월 현재 복지부가 2심까지 패소한 상태이다.

- 복지부가 명확한 근거 없이 약가를 인하함으로써 소송의 빌미를 제공하였고 재판부 역시 조정위원회의 역할과 위상, 복지부의 행정적 재량권을 인정하지 않은 아쉬운 결과가 도출된 것이다. 또한 글리벡 400mg을 출시하지 않음으로 약가를 유지한다는 비판이 존재한다.

## 2) 스프라이셀

- 글리벡 내성 백혈병 환자 치료제로 약가협상 결렬되고 약제급여 조정위원회에서 여러 번의 진통 끝에 55,000원의 약가(연간 4천만 원) 으로 결정되었다.

- 글리벡 100mg을 기준으로 하여 가격을 삼았기에 약가자체가 고평가 되었다는 비판과 더불어 우리나라 환자들이 감당할만한 수준을 넘어서는 가격으로 다국적 회사의 횡포라는 볼 수 있다.

## 3) 푸제온

- 2004년에 허가, 보험등재된 푸제온은 담당회사인 로슈의 공급거부와 약가재신청과 협상결렬의 반복이 이루어지고 있다. 필수약품이면서도 제약사의 공급거부로 난항을 겪은 대표적인 의약품이다.

- 충분히 통상 실시를 할 수 있는 사안임에도 통상마찰을 이유로 정부의 소극적인 대처와 실질적인 의약품 생산할 수 있는 조건이 되는 지에 대한 논란 끝에 결국 강제실시가 불발로 끝났다.

## 4) 노보세븐

- 대표적인 혈우병 치료제로 회사에서 가격을 자진 인하했다가 2008년 경제위기사 환율이 많이 올랐다는 이유로 약제 조정 신청을 내서 평균 35%의 가격인상이 이루어진 품목이다.

- 협상이 진행 중이던 2009년 3월부터 조정위의 인상 결정이 난 7월21일까지 공급을 중단했고 공급까지 중단된 상태에서 조정위가 제약사의 요구를 받아들일 수밖에 없었다.

보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



**치과의료부문의 무상의료로 가는 길**





## 치과의료부문의 무상의료로 가는 길

건강보험 보장성 강화 논의에서 항상 등장하는 치과의료부문의 딜레마는 ‘한정된 재원을 사용해야한다면 어느 정도 미룰 수 있는 문제 아닌가’ 라는 주장과 ‘그럼에도 불구하고 당장 치료가 필요한 곳에 재원을 사용하지 않을 수 없을 만큼 보장성은 미약하다’라는 사실사이에서 그것이다.

치과의료부문은 생명에 긴급한 영향을 줄 수 있다는 분야에 비해 상대적으로 중요성이 떨어진다는 오해를 받아 항상 보장성 우선순위에서 뒤로 밀려야 했다. 또한 정책집단은 예방에 의한 건강증진의 효과가 명백하고 높기 때문에 치료보다는 예방관리를 우선 보장하는 방향으로 정책주장을 펴온 반면, 국민의 대다수는 치과치료에 드는 비용부담으로 허리가 휘고 있음을 호소하는 현실에서 치과치료 영역에 대한 보장성 강화를 무시할 수도 없다.

치료 영역의 보장성을 강화하는 것은 충분한 자원과 관리 주체들의 합의만 이뤄지면 언제든 가능하다. 그러나 국가가 모든 연령과 계층에게 보철을 포함하는 치료까지 보장해주는 다른 나라의 예를 찾기는 쉽지 않다. 다만 선진국에서는 연령 또는 소득을 기준으로 위험집단을 규정하여 보장성을 크게 강화시키고 있어, 이러한 방식을 한국적 상황에 적용하는 것은 충분히 가능하다. 오히려 치과는 고가의 치료라는 막연한 인식이 치과의료의 보장성을 확대하는데 걸림돌이 되는 예가 많다. 예를 들어 치석제거나 노인틀니에 대한 보장성 강화를 위한 재정추계는 정당, 시민단체 등에 따라 제각각인데 그 속을 들여다보면 비현실적인 과다추계로 인해 오히려 국민들의 반감을 일으키는데 악용되는 경우도 있다.

추계된 소요재정을 정치적 입장에 따라 과대와 과소로 판단하기 보다는 현실적인 가치에 따른 판단이 중요하며, 그러한 측면에서 치과의료의 보장성확대는 충분히 현실화될 수 있는 과제라고 본다. 그러나 한편으로는 비급여 영역이 많은 치과의료부문의 각 항목을 얼마나 급여화하는 것에 무상의료의 수준이 정해진다는 인식은 경계해야 할 것이다. 즉 보장율이 낮은

우리의 경우 보장성을 강화하는 것이 무상의료의 기본 조건이겠지만, 제공되는 방식의 변화까지를 함께 고려할 필요성이 있다. 아동·청소년에서의 치과의료 보장성을 대폭 확대하는 과정에 치과주치의제도 도입을 병행하는 것이 대표적인 예이다. 이러한 제도 도입은 현재 우리나라 치과의료부문의 대표적인 개혁과제인 치과의료전달체계와 진료비지불제도 등의 해결을 위한 실마리를 제공하게 되는 의미도 지닌다.

치과의료부문의 현 상황에서의 무상의료 실현을 현재의 치료위주로 제공되는 모든 치과의료 서비스에 대한 진료비를 국가가 부담하는 형태로 이해해서는 안 된다. 이러한 방식은 현실적이지도 효과적이지도 못하다. 구강건강은 예방위주로 지속적인 관리에 의해서 증진된다는 명확한 근거가 있다. 치과의료부문의 무상화 과정은 이를 반영하여야 하고, 이럴 때만이 현실적이면서도 효과적일 수 있다. 그리고 무상의료 실현 과정을 통한 치과의료부문의 전면적인 개혁은 공공 구강보건의료의 선도적 실천이 뒷받침될 때에 실현 가능하므로, 공공 구강보건의료 강화는 무상의료 실현에 필수적 요소의 하나이다.

따라서, 치과의료부문의 무상의료 실현 정책은 다음의 세 가지 사항을 고려하여 개발하였다. 첫째, ‘현실적’으로 가능한 부분을 중심으로, 치과의료체계 개혁을 동반하는 방식으로 추진하고, 둘째, 한정적 재원을 감안하여 위험집단에 집중함으로써 효율성을 극대화하는 방식으로 접근하며, 셋째, 국가의 책임이 안정적이면서 지속적으로 강화될 수 있도록 공공의료의 강화가 병행되어야 한다는 점이다.

단기적 정책으로는 치석제거와 노인틀니 보험급여화를 통한 보장성 강화를, 중장기적 정책으로는 치과주치의제도를 매개로 한 아동·청소년의 예방중심 치과의료 전면보장 실현과 공공 구강보건의료 강화를 제시할 수 있었다. 아래에서는 각각의 정책을 구체적으로 소개하였다.

---

### <치과의료부문의 무상화 실현 정책>

---

- 정책 1. (단기)치석제거와 노인틀니 보험급여화를 통한 보장성 강화
  - 정책 2. (중장기)치과주치의제도 도입을 통한 아동·청소년의 예방중심
-

치과의료 전면보장 실현  
(단기) 초등학생 치과주치의제도 도입  
정책 3. (중장기)공공 구강보건의료 강화

## 정책 1. 치과건강보험 보장성 강화

### 1. 추진배경 및 필요성

#### 1) 국민건강보험의 치과의료 보장성 미비

- 전체 건강보험 보장성은 증가추세였다가 최근 다시 하락세이나, 치과건강보험 보장은 대부분의 보장성이 강화되던 2000~2005년 사이에도 34%에서 26%로 하락하는 등 보장성이 계속 악화되는 추세임

표 1 연도별 치과 의료수익중 보험급여 비율의 변화

연도	총수입	보험급여 총액	보험급여 비율	성장율
2000	2,282,936,203	776,198,309	0.34	
2001	2,746,440,332	933,789,713	0.34	1.2030
2002	2,702,258,926	918,768,035	0.34	0.9839
2003	2,792,616,138	949,489,487	0.34	1.0334
2004	3,197,866,561	991,338,634	0.31	1.1451
2005	3,966,197,058	1,031,211,235	0.26	1.2403

\* 비보험 치과의료서비스 시장의 규모는 2조9700억원(2005년)에 달하고 있음

- 틀니, 치아홈메우기, 불소도포를 비롯한 광중합형 복합레진, 치석제거 등 국민들과 전문가들이 급여를 요구하는 항목들이 여전히 비급여 항목으로 남아있는데 반해, 치과임플란트 등 새로운 비급여항목의 진료가 대폭 늘어남으로써 국민들의 부담이 가중되고 있음

※ 만성질병으로 인한 2주간 외래의료비 지출 비용(2005년 국민건강영양조사): 전체 평균-19,770원, 치과요양기관-101,820원

## 2) 치과의료이용 불평등의 심화

- 학력이 높고, 소득이 높고, 도시에 살수록 치과의료 이용회수가 증가하는 치과의료 이용의 불평등이 나타나고, 점차 심화되는 것으로 추정됨

표 2 도농 간 치과의료이용 불평등

구분	구강보건의료불평등지수	평균이용율(1000명당이용횟수)
합계	0.0457	1076.6
도시	0.0187	1111.9
농촌	0.0749	942.1

\*의료불평등지수: 0=불평등없음, (자료: 한국구강보건의료연구원, 2007)

## 3) 노인장애인 구강건강관련 삶의 질의 심각성

- 65세 노인의 29%가 위아래 치아 모두가 빠진 상태였고, 위쪽 치아만 혹은 아래쪽 치아만 모두 빠진 경우까지를 포함시킨다면 44%에 이를 정도로 심각한 수준에 놓여 있음

표 3 한국 노인의 전체치아 발거자 비율 (단위 : %, 명)

구분	전체치아 발거자	위아래 모두 빠짐	위쪽 치아만 모두 빠짐	아래쪽 치아만 모두 빠짐
전체	43.96	29.00	11.27	3.69
65-69세	32.72	19.65	9.29	3.78
70세 이상	50.88	34.76	12.49	3.64

(자료 : 2005년 국민건강영양조사)

- 지난 1년간 씹기 문제가 자주 혹은 가끔 있었다는 노인인구의 비율이 50%를 훌쩍 뛰어넘는 것으로 조사되어, 노인들의 전체적인 생존과 삶의 질 향상을 위해서라도 씹기 문제의 해결이 시급한 문제임을 확인할 수 있음



표 4 한국 노인의 지난 1년간 씹기 문제 호소율 (단위 : %, 명)

구 분	자주 있었음	가끔 있었음	거의 없었음	전혀 없었음
65-74세	22.83	28.37	16.34	32.47
75세 이상	33.87	28.30	16.05	21.78

(자료 : 2005년 국민건강영양조사)

- 장애인에게 활동제한을 주는 원인 질병의 다섯 번째가 치아 및 구강질환으로, 구강질환은 장애인의 삶의 질에 심각한 장애요인임을 확인할 수 있음
- ※ 장애인의 활동제한 원인질병 순위 : 1위-관절염, 류마티즘(39.6%), 2위-고혈압(19.7%), 3위-등, 목의 문제(14.6%), 4위-시력문제(13.7%), **5위-치아 및 구강질환(12.0%)**, 6위-당뇨병(10.2%), 7위-뇌졸중(10.1%), 8위-청각문제(10.0%) (자료 : 2005년 국민건강영양조사)

## 2. 세부과제

### 1) 치석제거(스켈링)의 건강보험급여 전면적 적용

- 성인기에 치석제거를 매개로 한 계속관리가 노년기에 급속히 진행되는 치아발거를 예방할 수 있는 실질적인 방법이므로, 치료목적을 넘어서 구강건강증진을 위해 정기적으로 실시하는 치석제거까지 건강보험급여를 적용하고자 함
- ※ 1999년 10월에 '구취제거, 치아착색물질제거, 치아교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강건강증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거'만을 비급여로 한정시킴으로써 치석제거의 급여범위를 부분적으로 확대하였으나, 2001년 7월에 '치주질환 처치의 전치치의 경우만' 급여를 인정하는 것으로 선회하여 치석제거의 급여범위가 대폭 축소되었음

### 2) 노인틀니 건강보험급여 제공

- 국민적 요구도가 가장 높은 65세 이상 노인의 틀니를 보험 급여화 하여, 노인들의 직접적인 경제적 부담을 대폭 감소시키고, 씹기 기능의 회복 등에 의한 삶의 질

개선에 기여하고자 함

### 3) 노인 장기요양보험 치과서비스 강화

○ 장기 요양자의 대다수는 치과적 문제를 지니고 있고, 이로 인해 씹기, 말하기 등 삶의 질에 상당한 지장을 받고 있음. 2008년도부터 실시되는 노인 장기요양보험의 급여내용에 대부분의 치과의료가 제외되어있어 이에 대한 보완이 필요한 상황임

※ 한국 보다 일찍 고령화가 진척 중에 있는 일본에서는 치과 장기요양서비스가 개발되어 운영되고 있음

## 3. 소요 재정추계

### 1) 치석제거 전면적 적용 재정

○ 치석제거의 전면적 적용을 위한 소요재정 추계식은 아래와 같고, 약 1,400억으로 추산됨<sup>37)</sup>

표 5 치석제거 건강보험적용 전면적용시 소요재정추계

연령 (세)	건강보험 적용인구수 (명)	치석제거 필요자 수 (명)	소요 재정(원)	
			공단부담율과 의료이용률적용	평균영구치수 고려 적용
계	38,113,097	28,418,422	158,864,667,409	140,194,497,532
12-19	5,339,050	2,475,661	13,839,439,571	13,839,439,571
20-64	29,754,613	23,297,455	130,237,437,517	119,733,789,712
65+	3,019,434	2,645,306	14,787,790,321	6,621,268,249

37) 치석제거 전면적 적용 소요재정 추계식

= 치석제거필요자율(연령군별) × 건강보험가입인구(연령군별) × 치석제거보험수가 × 보험자부담율(70%) × 치과병의원의료이용률(22%)

- 대상인구는 2000년 심평원 연보의 건강보험 가입수를 적용, 미가입연령은 통계청 총인구수 적용
- 치석제거 단가는 2005년 급여수가 1/3약당 6,050원을 적용
- 연령에 따라 평균영구치수에 따른 필요부위수를 적용

<고려사항>

- 이 추계는 치석제거 2000년 국민구강건강실태조사 지역사회 치주요양필요자수를 이용하여 산출하면서 한부위에만 치석이 존재해도 6부위 모두 계산한 것으로서 일부 과잉 추계가가 될 수 있음
- 의료이용율을 22%로 일률 적용하였으나 급여화가 될지라도 예방목적의 치석제거를 위한 이용율은 이보다 낮을 것으로 보임(참고: 2000년 실태조사 당시 예방목적의 치과이용율은 약 5%에 불과함)

2) 노인틀니 건강보험급여 재정

- 75세 이상부터 급여적용을 시작하여 5년 내 65세까지 대상자를 점진적으로 확대하는 방안이고, 급여적용 첫해에 5,349억~5,621억원, 5년간 1조 8,329억~ 2조 1,135억원으로 추산됨

표 6 노인틀니 건강보험급여재정 추계

수요추정	2006년 국민구강건강실태조사의 틀니 필요비율적용
적용수가	2006년 치협관행수가적용 1)전부틀니: 101만원(레진상) 2)부분틀니: 167만원(지대치2개포함)
의료이용률	건강보험 적용인구 중 의료이용률 75.7% 적용
대상자	75세 이상에서 시작하여 5년 내 65세 이상의 전체노인으로 확대
초기부담 조정방안	75세 이상에서 점차적 확대
재정총계	<급여적용 첫해> - 5,349억~5,621억원* <5년간 소요재정> - 1조 8,329억~ 2조 1,135억원**

\* 최소금액: 관행수가 80%, 최대금액: 관행수가 100%를 적용했을때의 적용 첫해 소요재정

\*\*최소금액: 관행수가 80%, 최대금액: 관행수가 100%를 적용했을때의 5년간 소요재정

<고려사항>

- 본인부담금: 30% 본인부담금적용 및 저소득층에 대한 추가적인 본인부담금 경감방안 필요
- 진료이용예측: 현재까지 국민구강건강실태조사의 노인틀니필요자율이 최선, 단 노인틀니 필요자의 의료이용률은 기존자료가 부재하므로 치과의료이용률(36%), 급여화로인한 치과의료이용률 증가예측치(50%), 노인의 예방접종률(75.7%), 만성병 의료이용률(80% 이상) 등의 자료를 활용함.

3) 노인장기요양보험 치과서비스 재정

- 노인장기요양보험의 치과의료서비스 개발 및 시범운영이 필요하고, 추정재정으로 는 대도시, 중소도시, 농촌 등에서 대표지역을 한 곳 설정하고 지역별로 10억원 소요예상

정책2. 아동·청소년의 예방중심 치과의료 전면 보장 실현

1. 추진배경 및 필요성

1) 아동·청소년 구강건강수준의 심각성

- 아동·청소년 시기에 가장 빈발하는 질병은 충치이고, 치통 등을 유발하여 삶의 질을 떨어뜨리는 대표적 이유로 작용
- ※ 충치 유병률 : 3세~7세(유치)-27~38%, 12세~16세(영구치)-24~30%
- 아동·청소년의 충치 경험도는 1990년대까지 급격히 증가하다가 2000년대 들어 다소 개선되었으나, 선진국과 비교할 때 여전히 미흡
- ※ 충치경험 영구치 수(12세) : OECD국가 평균 1.6개 vs. 한국 2.1개(2010년)

표7 주요 선진국과의 12세 청소년의 영구치 충치 경험도 비교

국가	조사년도	영구치 충치 경험자율(%)	1인 평균보유 충치경험 영구치수
한국	2006	61.0	2.16
호주	2000	35.1	0.8
덴마크	2005	36.1	0.8
독일	2005	27.6	0.7
네덜란드	2002	32.0	0.8
노르웨이	2000	52.0	1.2
영국	2002	53.7	1.5
일본	1999	-	2.4
미국	2002	-	1.8

(자료: WHO DATA BANK)

※ OECD 국가 평균 : 1.6개

- 건강한 치주조직(잇몸)을 가진 청소년의 비율이 62~71%에 불과하고, 치석을 제거해야 할 필요가 있는 비율이 18~28%수준이어서, 청소년 시기부터 적극적인 치주 병(잇몸병) 관리가 시작될 필요성이 있음(자료 : 2006년 국민구강건강실태조사)

## 2) 아동·청소년시기 구강병 예방의 높은 효과성

- 아동·청소년 시기는 치아가 입안에 나오는 최초의 시기이기에 충치의 신규 발생률이 높으므로, 불소도포, 치아홈메우기, 치석제거, 전문가 구강위생관리 등 효과적인 구강병 예방법을 적용할 경우, 성인에 비해 높은 예방률을 보임
- 주요 선진국에서는 아동·청소년시기 구강병 예방의 높은 효과성을 인정하고, 예방 위주의 치과의료로 전면 보장

표 8 주요 선진국의 아동·청소년 대상 공공재정 치과의료서비스 보장범위

국가명	공공재정의 치과의료서비스 보장 범위
영국, 잉글랜드	18세까지 무상으로 치과의료 서비스 보장
핀란드	18세까지 무상으로 치과의료 서비스 보장
프랑스	정기적인 구강관찰과 후속치료 보장, 틀니와 치열교정은 제외
독일	18세미만에 진료비 무료, 18세까지 치열교정 보장
네덜란드	22세 미만에 무상으로 치과의료 서비스 보장, 일부지역에 아동·청소년과 젊은이에 특화된 치과의료기관 설치
스페인	7-15세 아동청소년에게 무상으로 치과의료 서비스 보장
스웨덴	20세까지 무상으로 치과의료서비스 보장
뉴질랜드	학교에서 18세까지 무상으로 치과의료서비스 보장
호주	학교기반사업 (초등학교 ; 일부 주에서 중고등학교)
캐나다	일부 주 혹은 지방에서의 특화된 어린이 대상 사업

출처: 영국보건부, Coverage of publicly-funded dental services—an international perspective, 2009.

## 2. 세부과제

### 1) 아동·청소년 치과주치의제도 도입

- 0~18세 아동 청소년들이 지역 치과의원(혹은 보건소)에 등록하여 구강건강증진과 예방, 상담 중심의 포괄적인 치과의료서비스를 제공받도록 함으로써, 치료중심의 왜곡된 일차 치과의료를 정상화함

### 2) 아동·청소년 치과건강보험 보장성 확대

- 아동·청소년기에 급증하는 충치와 잇몸병 관리에 필수적인 불소도포, 치아홈메우기, 치석제거, 전문가 구강위생관리를 건강보험 급여 내용에 포함시켜, 치과주치의 제 도입을 위한 예방중심의 일차치과의료 확립의 토대구축

- 앞니의 충치치료에 필수적인 광중합 복합레진 수복까지 건강보험 급여 내용에 포함시켜, 보철, 교정을 제외한 모든 치과진료항목까지의 보장성 확보

### 3) 진료비 지불보상제도 개편: 인두제 도입

- 치과주치의제도와 보장성 확대에 따른 예방중심의 일차의료의가 제대로 정착되기 위해서는 행위별수가제에서 인두제로의 진료비 지불보상제도 개편이 반드시 요구되고, 효율성과 재정안정화를 도모하기 위해서는 치과위생사에 의한 서비스 제공을 권장
  - 구강검진과 상담, 식이와 구강위생지도, 구강병 예방서비스(불소도포, 치아홈메우기, 치석제거, 전문가구강위생관리), 충치와 잇몸병의 초기치료까지를 기본서비스로 규정하여 인두제 적용을 하고, 심층치료는 기존의 행위별 수가를 적용하고, 치아발거로 인한 보철과 교정, 심미치료 등은 비급여로 유지
  - 인두제 적용 항목 중에서 구강검진과 상담, 초기치료는 반드시 치과의사가 해야 하나, 식이와 구강위생지도, 구강병 예방서비스는 치과위생사가 제공하는 형태로 개발

### 4) 아동·청소년기 치과주치의제 기반의 치과의료 전달체계 확립

- 모든 치과의원과 보건소를 적정한 교육을 이수하게 한 후, 의무적으로 일차치과요양기관으로 참여시킴
- 0~18세 아동·청소년들은 자신이 원하는 일차치과요양기관을 택하여 등록하고, 인두제 적용을 받는 기본서비스는 반드시 등록된 곳에서 제공받고, 행위별 수가의 적용을 받는 심층치료는 필요에 따라 의뢰되어 타 기관에서 제공받도록 유도하나, 비급여인 보철, 교정 등은 별도의 계약을 두지 않음
- 기본서비스를 등록하지 않은 곳에서 제공받거나, 심층치료의 경우 의뢰되어 치료하는 것이 아닐 때에는 건강보험급여를 인정하지 않음으로써, 바람직한 전달체계를 구축

### 3. 소요재정 추계

- 전면 확대까지의 최초 5개년의 소요재정을 추정하였고, 전면적 실시에 따른 연간 재정은 8,800억원으로 추정

표 9 아동청소년 치과주치의제도 도입 소요재정추계

세부 추진내용	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
타당성 검증 용역연구	2억원 (연구용역)	-	-	-	-
전문 교육과정 개발/운영	5천만원 (연구용역)	1억원 (위탁운영)	1억원 (위탁운영)	1억원 (위탁운영)	1억원 (위탁운영)
시범사업 실시/평가	-	100억원	100억원		
전면적 확대실시	-	-	-	8,800억원	8,800억원

- 전면적 실시에 따른 연간 소요재정 추계의 세부내용:

- 미취학 아동(0-6세) 소요재원(100%등록 시) : 1,600억원
  - 0-1세 : 100만명 × 1만원 = 100억원
  - ※ 제공서비스 항목: 구강검진 및 상담, 부모교육, 전문가 구강위생관리
  - 2-6세 : 250만명 × 6만원 = 1,500억원
  - ※ 제공서비스 항목: 구강검진 및 상담, 부모교육, 전문가 구강위생관리, 식이 및 구강위생 지도, 불소도포, 치아홈메우기, 충치 초기치료(아말감, 글래스아이노머)
- 초·중·고 학생(7-18세) 소요재원(100%등록 시) : 7,200억원
  - 초등학생(7-12세) : 360만명 × 10만원 = 3,600억원
  - ※ 제공서비스 항목: 구강검진 및 상담, 전문가 구강위생관리, 식이 및 구강위생 지도, 불소도포, 치아홈메우기, 치석제거, 충치 초기치료(아말감, 글래스아이노머, 광중합형복합레진), 잇몸병 초기치료
  - 중고등학생(13-18세) : 360만명 × 10만원 = 3,600억원



※ 제공서비스 항목: 초등학생과 동일

○ 신규재원으로는 8,800억원에서 현재 건강보험급여비용으로 지출되는 1,800억원을 제외한 7,000억원 가량이 필요한 것으로 추산됨

※ 0-19세 아동·청소년의 치과외래이용에 따른 연간 건강보험 진료비(2008년도 건강보험 통계연보): 총액-2,667억원, 본인부담금을 제외-1,899억원

○ 적용대상의 범위는 소요재정을 고려하여 단계적으로 확대할 수 있으며, 초등학생, 중·고등학생, 영유아 순으로의 확대가 효과적임

### 정책 3. 공공 구강보건의료 강화

#### 1. 추진배경 및 필요성

##### 1) 공공 구강보건의료 인프라 미비

○ 치과의료는 치과의사에 의해 거의 전적으로 생산되므로, 공공 치과의료의 비중은 전체 활동치과의사 대비 공공 치과의료분야의 치과의사 비율로 확인해볼 수 있는데, 약 4.4%에 불과하였음(자료: 건강보험심사평가원 통계DB)

○ 보건소, 지방공사 의료원, 국립대학교 치과병원, 국립의료원 치과 등이 공공 치과의료 기관인데, 인력 시설 및 장비 등이 매우 취약한 실정이고, 각각의 역할과 기능이 제대로 정립되어 있지 못한 실정임

- 보건소 구강보건실 : 2005년도에 156곳에 설치되어 64.2%에 불과하고, 주로 대도시 보건소에 설치되어 있지 않았고, 아동대상의 예방중심 진료가 제공될 수 있는 최소한의 시설과 장비를 갖추고 있는 수준임. 2006년도부터 예방중심의 포괄적 진료 제공될 수 있는 인력, 시설, 장비를 갖춘 구강보건센터로의 전환을 유도하고 있으나, 아직까지 5곳에 불과함

- 지방공사의료원 치과 : 치과로 설치되어 대개 1명의 치과의사가 근무를 하고 주로 일차진료를 담당하고 있고, 34곳 지방공사의료원 중 일부에는 설치되어 있지 않기도 함

- 국립대학교 치과병원 : 2곳이 있고 치과대학이 있는 국립대병원의 치과진료부를

- 포함할 경우에 6곳이 되며, 의료수준이 높고 전문인력을 양성하나 주로 교육기능과 일반적인 진료에 중점을 두고 운영되어 공공성이 부족함
- 장애인 치과병원 : 서울특별시에서 설립한 이후, 광주 제주 충남천안에 각 1개소씩 설립되었으나, 운영 지원이 뒤따르지 않아 존립에 어려움 겪고 있음
- 국립의료원 치과 : 단일과 형태로 설치되어 3명의 치과의사가 근무를 하고 있으나, 연구, 진료, 관리 중 어느 것에서도 중추적 기능을 발휘하지 못함
- 우리나라 구강보건행정조직은 2007년도 현재 중앙 및 시도, 시군구 차원 모두 별도의 구강보건전담조직은 전무한 실정임
- 우리나라의 중앙구강보건행정전담부서는 1945년 이래 치무과 등의 형태로 설치와 폐지가 반복되다가 1975년 이래 폐지된 상태로 지속되었음. 1997년 치계의 노력으로 구강보건과가 설치되었으나 10년간 지속되어오다가 2007년 5월 폐지되어 구강생활위생팀으로 통합되었고, 최근에는 구강·가족건강과에서 해당 업무를 담당
- ※ 과거 보건복지부 구강보건팀의 인적 구성은 서기관 1인, 사무관 2인, 주무관 2인, 행정직 1인이었으나, 2007년 이후부터는 중앙정부의 실질적인 구강보건담당인력은 사무관 1인과 주무관 1인에 불과함
- 시도의 구강보건행정업무는 보건위생과에서 주로 담당하고 있고, 그 외에 보건정책과, 노인복지과, 건강도시추진반 등에서 담당하고 있음. 시군구 보건소의 구강보건업무의 경우는 보건행정계, 건강증진계, 가족보건계, 진료계, 건강관리계 등 30여개 부서에 분장되어 있어 역시 전문적 보건행정영역으로 정착되지 못하고 있음
- 질병관리본부 국립보건연구원의 20개 연구팀에 치의학 전공자가 단 한명도 포함되어 있지 않고, 국립한의학연구소와 같이 별도의 연구기관을 확보하지도 못한 상태에서, 만연해 있는 구강질병에 대한 연구 및 정책개발이 체계적으로 추진되고 있지 못함
- ※ 미국의 경우, NIH(국립보건원)내에 NIDCR(국립악안면치의학연구소)가 있음

## 2) 구강건강증진을 위한 환경구축 미비

- 바른 양치 습관은 충치와 잇몸병을 함께 관리할 수 있는 가장 적절한 건강증진 행

- 동이고, 아동·청소년시기에 이를 습득하는 것이 매우 중요한데, 이를 위한 주변 환경이 구축되어 있지 않음
- 영·유아 보육시설, 초·중·고등학교, 지역아동센터 등에 바른 양치를 실천할 수 있는 시설이 제대로 갖추어져 있지 않음
  - 아동·청소년시기에 바르게 양치하는 습관을 배우는 것이 중요한데, 이를 체계적으로 습득할 수 있는 실천 프로그램이 미약함
  - ※ 바른 양치 : 칫솔, 치실, 불소치약 등을 이용하여, 입안의 세균을 적절히 닦아내고 불소도포를 기대함으로써 충치와 잇몸병을 예방하는 건강증진 행위
  - 수돗물 불소농도조정사업은 안전하면서도 충치를 가장 효과적으로 예방할 수 있는 공중보건사업으로 알려져 있는데, 사업에 대한 일부 주민들의 불신과 이에 능동적으로 대처하지 못한 정부의 무능으로 인해 사업이 점차 위축되고 있음
  - ※ 수돗물 불소농도조정사업 추진경과 : 1981년-진해시에서 시범 실시, 2001년-38개 정수장 11%국민에게 제공, 2007년 이후-25개-30개 정수장 약 5-7%국민에게 제공

### 3) 지역 구강보건사업의 미흡

- 대표적인 구강보건사업으로 수불사업과 더불어 초등학교 불소용액양치사업을 지속적으로 추진하였으나, 2000년대 들어 점차 감소하는 양상을 보이고 있고, 2002년부터 치아홈메우기사업이 전국적으로 실시되어 2009년 말부터는 건강보험급여항목에 포함되는 성과를 거두었으나, 제1대구치에만 국한되어 적용되고 1만원 가량의 본인부담금으로 인해 접근성에 제한을 받음
- ※ 불소용액양치사업 실시 초등학교 비율은 60%수준에 머물러 있음
- 취약계층의 치과의료이용 불평등 개선사업으로 학교구강보건실설치운영사업이 지속적으로 시행되었으나, 필요수준에 비해 크게 미치지 못하고 있고, 2002년부터 저소득층노인의치보철사업이 전국적으로 실시되고 있으나, 상당수 노인이 저소득층이고 의치보철이 필요하다는 점을 고려하면 이 역시 필요수준에 크게 미치지 못함
- ※ 학교구강보건실설치운영사업은 전체초등학교수 대비 4%와 전체특수학교수 대비

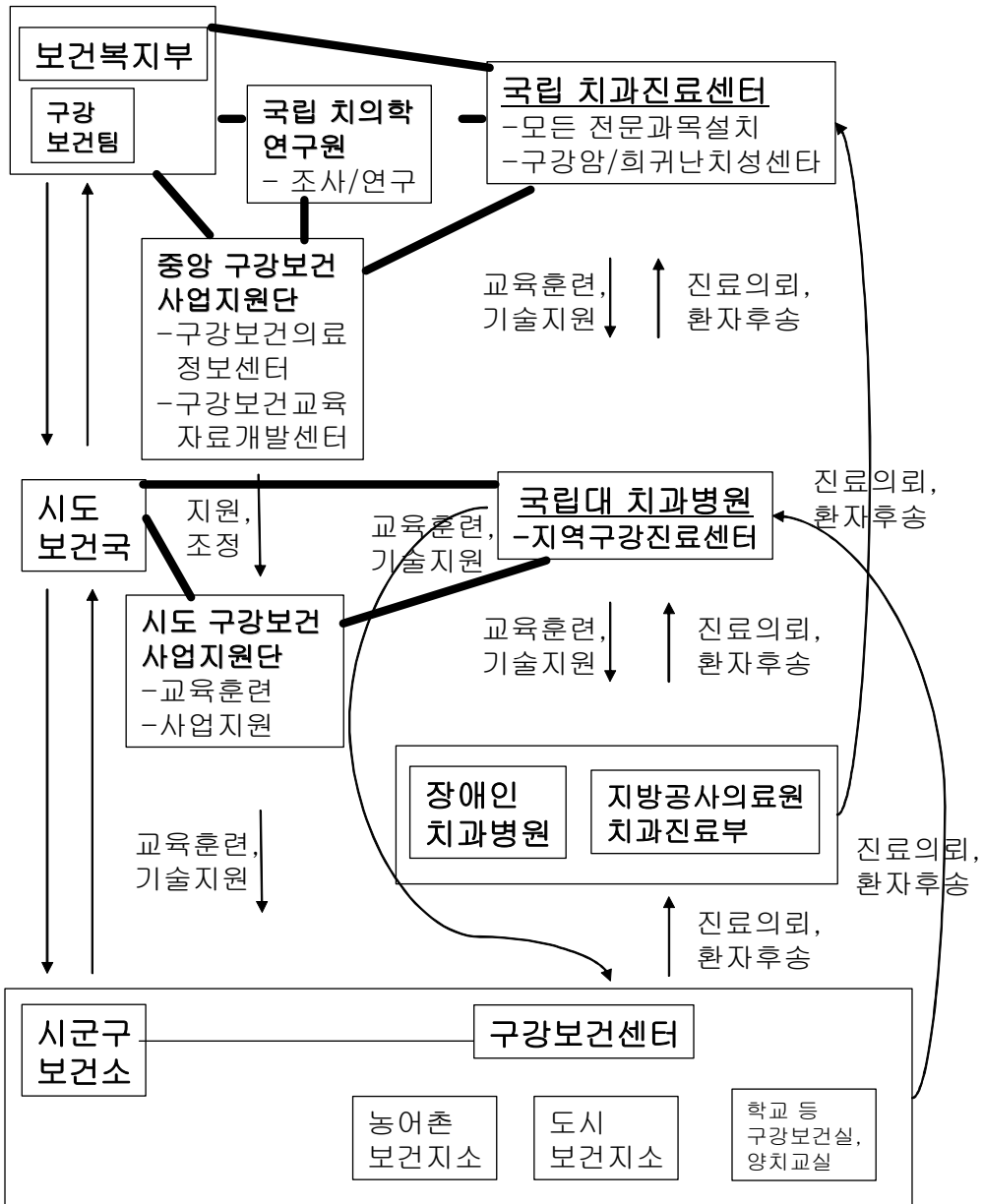
30%수준에서 실시중임(필요량은 각각 10%와 100%로 추정)

- ※ 노인의치보철사업은 70세이상 저소득층노인을 대상으로 2002년과 2003년에 5,000명씩 제공되다 2004년도부터 9,000명에게 제공되고 있으나, 70세이상 노인에서 완전틀니 수요량이 매년 50만~91만개라는 추정에 비하면 턱없이 부족한 실정임

## 2. 세부과제

### 1) 공공 구강보건의료 인프라 대폭 확충

- 중앙 및 지방정부에 구강보건행정 전담부서를 부활 및 신설함
  - 2007년 5월에 폐지된 보건복지부 구강보건팀을 부활시켜서, 아동·청소년 예방중심 치과의료 전면보장, 노인·장애인 구강건강관련 삶의질 대폭 확대, 구강건강증진환경과 지역 구강보건사업의 대폭 확대, 공공 구강보건의료 인프라 대폭 확충 등의 업무를 보다 효율적으로 다루고자 함. 그런데 새롭게 부여된 업무를 원활히 수행하기 위해서는 팀 수준을 넘어선 구강보건정책관이 설치될 필요성이 있음
  - 시·도 보건국과 시·군·구 보건소에 구강보건을 전담하는 행정부서를 신설하여, 지역의 구강건강증진환경과 구강보건사업의 대폭 확대 업무를 보다 효율적으로 다루고자 함
- 공공 구강보건의료체계의 적정화
  - 보건(지)소 구강보건센터 확대, 지방공사의료원 치과진료부 설치, 국립대학교 치과병원과 국공립병원의 지역구강진료센터 설치, 국립 치과진료센터 개설, 국립 치의학연구원 설립 등을 통하여 공공 구강보건의료체계를 적정화하고자 함
- 바람직한 치과의료정보체계 구축
  - 보건복지제도와 정보통신기술의 급속한 발전추세에 따라 국가보건의료정보체계 구축사업이 활발히 진행 중에 있는데, 그 일환으로 바람직한 치과의료정보체계를 구축함으로써 구강보건의료행정의 효율화와 국민에 대한 서비스 수준의 향상을 도모하고자 함



<그림> 공공 구강보건의료전달체계 모형(안)

## 2) 구강건강증진환경과 지역 구강보건사업 대폭 확대

- 온 국민의 바른 양치 생활화 운동 전개
  - 아동·청소년이 공동 생활하는 장소에 적절한 양치시설을 확보하고, 실천 프로그램을 개발하여 운영함으로써, 충치와 잇몸병을 함께 관리할 수 있는 가장 적절한 건강증진 행동인 바른 양치 습관을 아동·청소년시기부터 제대로 습득할 수 있도록 함
  - 정부가 추진 중인 건강증진사업과 방문건강관리사업의 주요 내용에 바른 양치를 포함시킴으로써, 온 국민이 바른 양치를 생활화하는 운동이 전개되도록 함
  - 해당 지역별로 민·학·관이 함께 참여하는 정책공동체를 활성화시켜 일회성 교육이 아니라, 실천 프로그램으로 정착될 수 있도록 함
- 수돗물 불소농도조정사업 대폭 확대
  - 수돗물 불소농도조정사업의 효과와 안전성에 대한 모니터링 체계를 구축하고, 해당 지역별로 민·학·관이 함께 참여하는 정책공동체를 활성화시켜 사업에 대한 일부 주민들의 불신을 극복함으로써, 안전하면서도 가장 효과적인 충치예방법인 수돗물 불소농도조정사업을 대폭 확대하고자 함
- 지역 구강보건사업 활성화
  - 보건소를 중심으로 추진해 온 생애주기별 구강보건사업을 보다 활성화하여, 지역 내 소외계층에게 구강건강증진과 구강질병 예방중심의 치과의를 보다 적절히 공급하고자 함
  - 지역의 건강증진사업과 방문건강관리사업과 연계하여 실시함으로써, 사업의 효과를 극대화하고자 함

## 3. 소요재정 추계

### 1) 공공 구강보건의료 인프라 확충 재정

- 향후 5년간 소요재정은 아래와 같이 산출됨

표 10 공공보건 인프라 소요재정추계

추진 내용	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
보건소 구강보건센터 설치 및 사업비 지원	-10억원 -2억5천	-50억원 -7억5천	-60억원 -32억5천	-60억원 -62억5천	-60억원 -92억5천
지방공사의료원 치과진료부 설치 및 사업비 지원	-	-10억원	-25억원 - 4억원	-25억원 -14억원	-25억원 -24억원
장애인 공공 치과병원 설치 운영	-	50억원	100억원	120억원	140억원
국립대치과병원 및 국공립병원 지역구강진료센터 설치 및 사업비 지원	-	-37억5천	-75억원	-100억원 - 15억원	-100억원 - 40억원
국립 치과진료센터 설치	-	-	-20억원	-550억원	-430억원
국립 치의학연구원 설립	-	-	-5억원	-10억원	-50억원
치과의료정보체계구축사업	1억원	1억원	1억원	5억원	5억원

○ 정책과제별 소요재정의 세부내용

- 보건소 구강보건센터 설치 및 사업비 지원: 국비와 지방비가 5:5비율이고, 1곳당 2억원의 설치비와 매년 1억원의 사업비를 적용
- 지방공사의료원 치과진료부 설치 및 사업비 지원: 국비와 지방비가 5:5비율이고, 1곳당 5억원의 설치비와 매년 2억원의 사업비를 적용
- 장애인 공공 치과병원 설치 운영: 국비와 지방비가 5:5비율이고, 1곳당 50억원의 설치비와 매년 10억원의 사업비를 적용. 설치기간이 2년이므로 1곳당 연간 설치비는 25억원임
- 국립대학교 치과병원 및 국공립병원 지역구강진료센터 설치 및 사업비 지원: 국비와 지방비가 5:5비율이고, 1곳당 50억원의 설치비와 매년 10억원의 사업비를 적

용하고, 설치기간을 2년으로 추진

- 국립 치과진료센터 설치 : 100% 국비 1,000억원
- 국립 치의학연구원 설립 : 100% 국비 65억원

## 2) 구강건강증진환경과 지역 구강보건사업 확대 재정

○ 향후 5년간 소요재정은 아래와 같이 산출됨

표 11 구강건강증진환경 및 지역 구강보건사업 확대 소요재정추계

추진내용		1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
아동 청소년의 집단시설 양치실 설치		5천만원 (기초조사)	56억2천5백 (1,125곳) 31억2천5백 (초등125곳)	56억2천5백 (1,125곳) 31억2천5백 (초등125곳)	56억2천5백 (1,125곳) 31억2천5백 (초등125곳)	56억2천5백 (1,125곳) 31억2천5백 (초등125곳)
아동 청소년 집단시설 양치실 천 프로그램 운영		5천만원 (사업개발)	49억원 (245개지역)	49억원 (245개지역)	49억원 (245개지역)	49억원 (245개지역)
바른양치 전문가교육프로그램 운영		1억원	1억원	1억원	1억원	1억원
장 별 계 속 구 강 보 건 사 업 의 확 대	초등학교	29억7천 (297개소)	33억7천 (337개소)	37억7천 (377개소)	41억7천 (417개소)	45억7천 (457개소)
	특수학교	4억6천 (46개소)	5억1천 (51개소)	5억6천 (56개소)	6억1천 (61개소)	6억6천 (66개소)
	보건(지)소	26억8천5백 (179개소)	36억6천5백 (245개소)	38억9천 (260개소)	41억1천5백 (275개소)	43억4천 (290개소)
	사업장	5천만원 (연구용역)	5천만원 (연구용역)	1억원 (시범사업)	1억원 (시범사업)	1억원 (시범사업)
찾아 가는 구 강 보 건 비 스 제 공 확 대	가구방문	5억원 (50개소)	10억원 (100개소)	15억원 (150개소)	20억원 (200개소)	24억5천 (245개소)
	시설방문	5억원 (50개소)	10억원 (100개소)	15억원 (150개소)	20억원 (200개소)	24억5천 (245개소)
	시도진료	1억5천	1억5천	1억5천	1억5천	1억5천



	차량보급	(2개소)	(2개소)	(2개소)	(2개소)	(2개소)
	시군구진료차량보급	4억8천 (32개소)	4억8천 (32개소)	4억8천 (32개소)	4억8천 (32개소)	4억8천 (32개소)

○ 정책과제별 소요재정의 세부내용

- 아동·청소년의 집단시설 양치실 설치: 2012년까지 지역아동센터 1,500개소(전체의 약 70%), 보육시설 3,000개소(전체의 약 10%), 초등학교 500개소(전체의 약 10%) 등 5,000개소의 시설에 양치실을 설치하는 것을 목표로 함
- 지역아동센터와 보육시설의 경우, 한 개의 양치실을 설치하고, 설치비용이 1천만원인데, 국비와 지방비의 비율을 5:5로 적용함
- 초등학교의 경우, 층별로 한 개의 양치실을 설치하고 한 학교당 평균 5개를 설치한다고 가정하여, 설치비용이 5천만원인데, 국비와 지방비의 비율을 5:5로 적용함
- 아동·청소년의 집단시설 양치 프로그램 운영: 245개 보건소 단위로 운영비를 지원하고, 보건소별로 2천만원을 지급함
- 불소침가기 설치 및 불소약품비 지원: 불소침가기 비용 1억5천만원을 전액 국비로 지원하고, 사업을 수행중인 정수장별로 매년 2천만원의 불소약품비를 지원함
- 계속구강보건사업 확대: 초등학교, 특수학교는 학교별로 1천만원을 지원하고, 보건(지)소는 1천5백만원을 지원함
- 찾아가는 구강보건서비스 제공 확대: 가구, 시설 방문사업을 하는 보건소당 각각 1천만원씩을 지원함. 시도 지원 진료차량은 대당 7천5백만원을 지원하고, 시군구 지원 진료차량은 대당 1천5백만원을 지원함



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



산재보험 개혁을 통한  
무상의료 추가 재원 확보 방안





# 산재보험 개혁을 통한 무상의료 추가 재원 확보 방안

## 1. 건강보험으로 치료받는 산재 환자

한국은 산재왕국이라는 오명을 좀처럼 벗어나지 못하고 있다. 사망만인율이 조금 떨어지고 있지만 OECD평균에 비해 3배나 높고, 여전히 2000명 이상의 노동자가 한 해 동안 사망하고 있다. 그런데 사망의 문제가 아니라 업무상 사고와 질병 전체를 볼 때는 선진외국에 비해 오히려 낮은 것으로 나타난다. 업무상 사고 또는 직업성 손상을만 보면 OECD 평균에 1/5 수준에 불과한 것으로 알려져 있다.

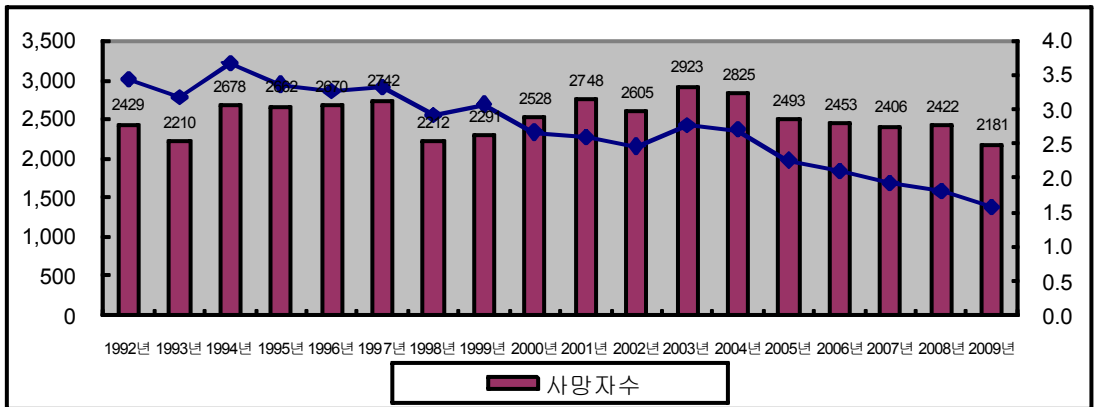


그림 1 산업재해로 인한 사망자수 및 사망만인율

자료: 노동부, 산업재해분석. 각 년도

전반적으로 재해율은 낮는데, 중대재해 또는 사망재해만 높다는 것은 불가능하다. 질병관리본부의 응급실 기반 감시체계 연구 등에서 산재 사망조차도 산재보험의 적용을 받지 못하는 경우가 있는 것으로 나타났지만, 최소한 사망은 상당부분 산재보험의 적용을 받는다고 할 때

사망재해가 아닌 일반 재해의 경우는 대부분 산재보험의 적용을 받지 못한다는 사실을 쉽게 유추해볼 수 있다.

임준 등(2007)의 연구에 의하면, 2006년 기준으로 일과 관련하여 손상을 입은 추정 환자 수는 284만 명 정도인데, 이 중에서 산재보험의 적용 대상이면서 건강보험에서 치료를 받은 추정 환자수가 107만 명 정도인 것으로 보고되었다. 응급실을 기반으로 한 신상도 등(2010)의 연구에서는 응급실을 통해 확인할 수 있는 직업성 손상자수가 1년 간 21만 명 정도인 것으로 추정하였다.

이러한 결과에 비추어볼 때 재해율이 낮다는 것은 실제 산재 발생이 적음을 의미하는 것이 아니라 산재보험 급여를 받지 못한 채 건강보험의 급여를 받고 있거나 의료기관에서 일반 환자로 처리가 되어 아예 건강보험이나 산재보험의 적용을 받지 못하는 노동자가 절대 다수라는 사실을 의미하는 것에 다름 아니라고 하겠다.

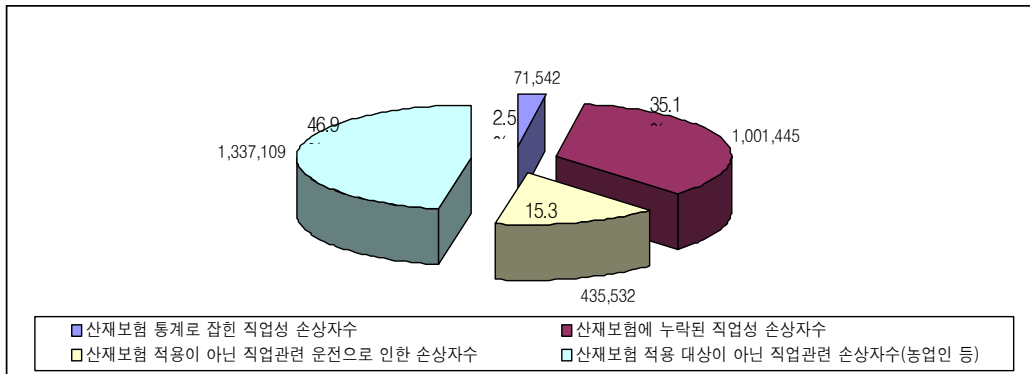


그림 2 건강보험 손상 환자 대상의 조사를 통해 추정된 직업성 손상자 분포(2006)

이처럼 산재보험의 적용을 마땅히 받아야 하는 업무상 재해 및 질병이 산재보험의 적용을 받지 못하고 노동자 개인 부담 비율이 훨씬 큰 건강보험으로 치료를 받게 되어 사업주에서 노동자로 부담이 전가되는 일이 발생하게 된다.

## 2. 건강보험의 낮은 보장성과 산재환자 치료의 장애

산재환자가 산재보험으로 치료를 받지 못하고 건강보험으로 치료를 받는 문제는 현행 법률 위반 사항이라는 점과 건강보험의 재정 건진성에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 점을 제외하더라도 노동자 건강에 치명적 영향을 미칠 수 있다. 산재보험으로 치료를 받지 못하여 발생하는 노동자 건강의 문제는 건강보험의 보장성 문제와 밀접하게 관련되어 있다.

한국의 건강보험의 역사를 보면, 1979년 최초의 공적 의료보험이 등장한 이래로 10년 만인 1989년에 전국민의료보험을 달성하고, 다시 9년 만인 1998년에 조합방식의 의료보험체계를 단일 보험자인 건강보험체계로 발전하는 등 급격한 성장을 거듭해왔다. 그러나 전체 국민을 대상으로 하는 적용범위의 급격한 확대 등 외형적 성장은 전 세계에 유례를 찾기 어려운 정도의 놀라운 것이었지만, 보장성 확대 등과 같은 질적 성장은 측면은 매우 미진하였다. 실제 보장성 측면만 보면 현행 건강보험제도를 엄밀한 의미에서 사회보험이라고 보기 어려운 점이 많다.

현행 건강보험은 적용 대상의 보편성 등을 제외하면 보장성 수준이 매우 낮아서 질병으로 인하여 발생하는 치료비 부담으로부터 가계를 보호하는 데에 심각한 장애를 갖고 있다. 그런데, 사실 질병으로 인하여 발생하는 환자의 부담이 어찌 치료비뿐이겠는가! 아파서 병원에 상당기간 입원하거나 진료를 받아야 하는 상황이 발생하면 당연히 직장에 다니기 어려워지고 별도의 보장을 하지 않는 직장에 근무할 경우는 임금을 받지 못해 소득의 손실이 발생할 수밖에 없다. 따라서 대부분의 나라는 산재보험과 같이 의료보험에서 소득보장을 해주는 것을 당연하게 받아들이고 있다. 한국처럼 건강보험에서 소득보장을 하지 않는 나라는 좀처럼 찾아보기 힘든데, 이러한 문제 때문에 한국의 건강보험제도는 진료비 할인제도에 불과하다는 평가절하도 가능하다.

이렇게 소득보장을 해주지 않기 때문에 동일한 질환에 대하여 소득보전이 필요한 대상군과 그렇지 않은 대상군 간에 의료이용에 차이가 발생하게 된다. 현재 임금노동자이고 기업에서 별도의 소득 손실에 대한 보장 규정이 없는 직장에 다니는 노동자들은 일정 기간 재활과 요양이 필요한 상황이라 하더라도 치료비 부담 뿐 아니라 소득손실에 대한 대안이 없기 때문에 중도에 치료를 포기하고 서둘러 직장으로 돌아가는 경우가 많다. 반면, 아예 직장에 돌아가기 어려운 상황이거나 노령인구와 같이 임금노동자가 아닌 대상군은 적극적인 재활 요양 체계가 없는 상황에서 일반 병원에서 장기간 요양하는 상황으로 빠져들게 된다.

표 1 2009년 건강보험 손상환자의 입원 및 외래 이용 양상

	입원			외래		
	입원환자수	입원일수	평균입원일수	외래환자수	진료일수	평균진료일수
계	790,101	12,050,800	15.3	13,528,684	112,808,717	8.3
20 - 29세	91,699	1,137,632	12.4	1,660,000	9,584,089	5.8
30 - 39세	109,438	1,449,432	13.2	1,953,450	13,192,484	6.8
40 - 49세	148,398	2,182,933	14.7	2,243,103	18,673,221	8.3
50 - 59세	141,171	2,304,750	16.3	1,898,347	20,036,075	10.6
60 - 64세	46,584	781,627	16.8	630,794	7,816,804	12.4
65 - 69세	45,812	791,472	17.3	592,202	8,510,941	14.4
70 - 74세	43,275	787,913	18.2	467,452	7,436,598	15.9
75세 이상	75,624	1,792,911	23.7	511,912	9,097,577	17.8

더욱이 직업관련성질환임에도 불구하고 산재보험의 적용을 받지 못하게 되는 경우 충분한 치료와 재활을 받지 못하고 직장으로 복귀되는 경우가 많다. 당연하게 상황이 더 악화될 수 밖에 없고, 결국 돌이킬 수 없는 상태에 도달하게 된다. 결국 산재보험으로 처리는 되었지만, 직장으로 돌아오지 못한 채 영구적인 장애로 고통스러운 삶을 살아가게 되는 것이다. 따라서 건강보험의 보장성 수준이 낮은 문제는 노동자의 건강과 무관한 것이 아니라 직업성 질환이라는 좁은 울타리를 보더라도 매우 밀접하게 관련되어 있는 것이다.

### 3. 산재환자를 구조적으로 배제하는 산재보험

일반적으로 사회보험은 노령, 질병, 산재, 실업 등의 사회적 위험에 의하여 발생한 손실에 대하여 국민 또는 그 사회 구성원에게 보험급여의 제공을 원칙으로 하고 있다. 이것은 사회 보험에서 규정하고 있는 급여 수급자격 조건만 만족하면 적용에 있어서 차별을 받지 않고 보편적으로 적용된다는 것을 의미한다. 그러나 산재보험은 이러한 원칙이 거의 적용되지 않



는 분야라 해도 과언이 아니다. 현행 산재보험은 사고성재해와 직업성질환으로 치료를 받게 된 노동자가 산재의 적용을 받기 위해서는 본인 또는 보호자가 산재보험 업무를 취급하고 있는 근로복지공단에 산재 신청을 하게 되는데, 실제 급여 혜택을 받으려면 사전에 승인 절차를 밟아야 한다. 즉, 재해가 업무 때문에 발생하였는지, 업무를 수행하는 중에 발생하였는지를 따져서 인과관계가 명확해야 산재로 인정을 해주고 있다. 이와 같이 사전승인 절차가 있다는 사실과 업무 관련성에 대한 입증은 재해노동자가 직접 해야 한다는 점 등 여러 이유로 인하여 재해를 입었음에도 불구하고 산재보험의 적용을 받지 못하는 사례가 다량 발생하고 있다.

이처럼 현행 산재보험은 재해노동자에게 업무관련성의 입증을 요구하고, 근로복지공단에 의한 사전승인 절차를 거치도록 하고 있다는 점에서 노동자의 권리를 보장해주는 사회보험이라 보기 어려운 제도다. 이런 제도 하에서는 산재 이후 긴급하고 적절한 치료 및 재활서비스를 받아야 할 재해노동자의 권리가 침해될 수밖에 없고, 결국 의료이용이 제한을 받을 수밖에 없다. 또한 사업주의 측면에서 보면 산재은폐를 유인하는 기전으로 작동한다는 점에서도 큰 문제라 하지 않을 수 없다. 정부와 보험자 입장에서 보면 단기적으로 보험 재정을 아낄 수 있다고 좋아할지 모르겠지만, 산재보험이 노동자의 건강 안전망으로서 제 기능을 하지 못함으로써 장기적으로는 사회 전체적으로 질병 부담을 증가시키고 보험 재정에 부정적 영향을 끼치는 요인으로 작용할 수밖에 없다.

#### 4. 산재보험 청구 및 급여 제공 절차 개선 방안

산재 요양을 받기 위해 근로복지공단으로부터 승인을 받는 사전승인절차를 없애고 별도의 절차 없이 재해노동자가 산재보험으로 치료를 받을 수 있도록 해야 한다. 이를 위해서는 재해노동자가 반드시 산재를 신청해야만 급여 절차가 시작되는 제도를 바꾸어야 한다. 즉, 건강보험처럼 의료기관에게 산재 환자의 청구를 대리하게 하면 문제를 쉽게 해결할 수 있다.

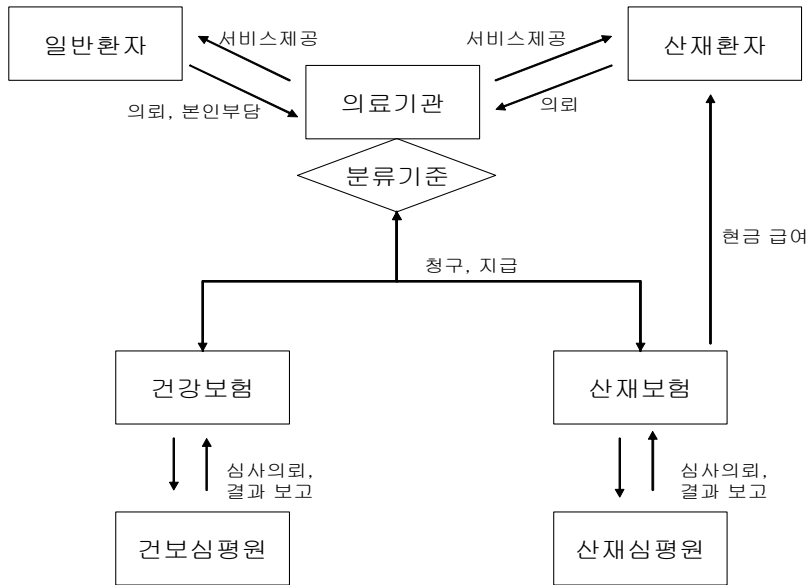


그림 3 제도 개선에 따른 산재보험 및 건강보험의 급여 제공 체계

즉, 의사가 직업관련성에 대한 평가가 요구되는 재해노동자를 진료실 또는 응급실에서 만나게 될 경우 ‘건강보험으로 적용을 받아야 하는지’, ‘산재보험으로 적용을 받아야 하는지’를 일정한 기준에 의거하여 분류하도록 만든다. 만약, 산재보험으로 분류될 경우 의료기관이 환자를 대신하여 근로복지공단에 청구를 대리하도록 하고, 분류와 동시에 산재보험으로 치료를 받을 수 있도록 하면 된다. 지금까지는 산재환자가 산재임을 입증하도록 하고 있는데, 제도 개선을 통해 근로복지공단 또는 제3기관에게 반증의 책임을 지우도록 한다. 단, 최초 분류에 대한 조정이 있을 수 있기 때문에 일차적으로 요양급여를 우선 제공하고 최종 판정이 난 후 휴업급여 등 현물급여가 제공될 수 있도록 한다.

이러한 제도가 되려면, 전제가 되어야 하는 것이 건강보험과 마찬가지로 모든 의료기관이 산재보험에 지정되는 당연지정제도를 실시할 필요가 있다. 이와 더불어 그동안 근로복지공단과 재해노동자 간에 주요한 갈등 요인이었던 현행 자문의제도와 업무상질병판정위원회제도 등이 함께 바뀌어야 한다. 요양기관 당연지정제도가 마련되면 산재보험의 청구와 수급 절차가 대폭 간소화하여 재해노동자의 접근성을 비약적으로 높일 수 있을 것이다.

## 5. 선진외국의 현황

이렇게 산재환자가 스스로 산재를 입증하고 산재보험에 직접 청구해야만 급여를 제공받는 국가는 미국처럼 민간보험에 의해 산재보험이 운영되는 국가나 한국처럼 보편적 복지제도의 기반이 취약한 국가에서 주로 이루어지는 방식이다. 복지제도가 발전해 있는 유럽의 경우는 건강보장제도가 통합되어 있어서 산재보험으로 별도의 치료를 받을 필요조차 없거나 조합주의 전통이 강하여 건강보험과 산재보험이 분리 운영되어 있지만 산재보험의 적용 대상을 확대하고 신청절차를 간소화하려는 방향으로 제도를 개선한 나라가 대부분이다.

대표적인 북유럽 복지국가의 하나인 스웨덴의 경우는 산재직업병이든 일반 질병이든 상관 없이 국가공영의료체계(National Health Service)에 의하여 무상으로 의료서비스를 제공하고 사회보험청에서 사업주에게 보험료를 거두어들여 치료 기간 동안의 소득손실에 대하여 평균임금의 80%에 해당하는 상병수당을 제공한다. 이렇게 건강보장제도가 통합되어 있고 소득손실에 대한 안전망이 구축되어 있는 국가의 경우 산재보험의 배제 문제가 원천적으로 해결되어 있다고 할 수 있다.

우리와 같은 사회보험 방식으로 산재보험을 운영하고 있지만, 국가가 단일보험자의 역할을 하는 우리와 달리 노-사 양측에 의해 운영되는 산재보험제도를 운영하고 있고 조합주의 전통이 강한 독일의 경우도 산재환자가 산재보험으로 양질의 치료를 용이하게 받을 수 있도록 산재전문 의사제도를 운영하는 등 산재청구절차를 간소화하고 있다. 실제 독일의 경우 건강보험(질병금고)의 보장성이 높고 상병수당을 제공하고 있기 때문에 산재보험으로 처리되어야 할 필요 정도가 우리보다 크지 않을 수 있지만, 산재보험의 경우 적극적인 재활을 통한 원직장복귀에 초점이 맞추어져 있어서 산재환자가 산재보험의 적용을 받을 수 있도록 제도적 장치를 마련하고 있는 것이다. 그런데 독일처럼 조합식 사회보험 방식을 채택한 국가들은 별도의 산재의료전달체계가 구축되어 있는 경우가 많아서 일반 병원에서 산재보험 청구를 대리하는 방식이 아니라 별도의 산재전문의사를 두어 청구를 대행하게 한다는 점에서 우리의 상황과 일정한 차이가 존재한다고 하겠다.

## 6. 산재보험제도 개선의 정책효과와 과제

지금까지 제안한 방향으로 산재보험제도가 개선될 경우 나타날 수 있는 정책효과를 의료이용의 접근성 측면, 재정 또는 국민의료비 측면, 제도 수용성 측면, 관리운영의 효율성 측면에서 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 치료비의 본인부담 경감을 통하여 재해노동자의 의료이용 접근성이 획기적으로 개선될 것으로 보인다. 건강보험에서 치료를 받던 산재환자가 산재보험의 적용을 받게 될 경우 휴업급여를 받게 되어 건강안전망이 획기적으로 강화될 것이 예상된다. ‘비급여의 급여화’로 요약될 수 있는 건강보험의 보장성 강화가 현실화되더라도 건강보험에서 상병수당 등이 도입되지 않는 한 현 체계로는 안정적인 치료와 재활이 힘들 수밖에 없는데, 산재보험제도가 개혁될 경우 휴업급여가 보장되어 재해노동자의 치료와 재활에 있어서 경제적 장벽이 상당부분 해소될 수 있을 것으로 판단된다.

둘째, 재정 또는 국민의료비 측면에서 나타날 수 있는 정책효과를 살펴보면, 먼저, 단기적으로 산재보험 재정 규모가 커지게 되어 사업주 부담이 증가하는 효과를 생각해볼 수 있다. 그런데, 이러한 효과는 산재보험제도 개혁을 통해 사업주 부담이 줄어드는 효과를 같이 고려해보아야 한다. 그동안 건강보험의 치료를 받았던 산재환자가 산재보험으로 제자리를 찾아가는 과정에서 건강보험의 재정이 줄어들 것으로 보이는데, 이 과정에서 건강보험의 사업주 부담이 줄어드는 효과가 발생한다. 또한, 건강보험에서 치료를 받더라도 개별 회사 규정에 의하여 일정 기간 동안 유급 병가가 있는 경우, 건강보험으로 처리하지 않더라도 사업주가 치료비를 직접 부담한 경우, 그리고 산재보험료는 산재보험료대로 부담하면서 별도의 민간보험을 들어 산재 부담을 해결했던 사업주의 경우 등에서 부담이 줄어드는 효과가 발생하게 된다. 따라서 산재보험제도 개혁이 산재보험 재정 부담 증가와 사업주 부담 증가로 이어지겠지만, 사업주의 건강보험 부담 감소와 직접 부담 감소 등을 고려할 때 총 사업주 부담의 증가폭이 산재보험의 재정 증가폭만큼은 아닐 것으로 보인다. 더욱이 사업주가 부담하는 산재보험료가 일종의 사회적 임금의 한 부분으로 해석할 수 있다는 점에서 개별 노동자와 가계에 전가되었던 비용이 전체 노동자의 집합적 방식으로 해결된 것으로도 생각해볼 수 있다.

다음으로, 산재가 발생할 경우 상당부분을 담당했던 개별 재해노동자와 가계의 재정적 부담은 획기적으로 줄어들 것으로 보인다. 반면, 산재보험료도 사회임금의 일부분이라고 할 때 개별 재해노동자의 경제적 부담이 전체 노동자의 산재보험료 증가로 나타나 수평적 이전이

이루어진 것으로 볼 수 있다. 그렇지만, 직접적인 보험료의 본인부담이 없다는 점에서 노동자의 직접적 부담은 줄어들 것으로 보인다. 특히, 산재보험제도 개선이 건강보험의 재정부담 완화 효과가 있어서 노동자들의 건강보험료 부담을 줄여주는 효과도 나타날 것으로 보인다.

이와 더불어 국민의료비는 단기간 증가하는 효과가 있을 것으로 보인다. 건강보험에서 산재보험으로 제자리를 찾아가는 과정에서 본인부담 때문에 미충족 상태에 있었던 서비스 요구도가 증가하여 과거 체계보다 총의료비는 증가할 것으로 보인다. 그렇지만, 산재보험제도 개혁이 산재보험의 입구만 넓히는 것이 아니라 원직장 복귀를 목표로 한 재활체계 강화를 통해 출구도 넓힐 수 있다는 점에서 중장기적으로는 제도의 효율성을 높여 직접 의료비 뿐 아니라 간접 의료비의 감소를 가져올 수 있을 것으로 보인다. 이와 더불어 사업주의 재정적 부담도 초기에 증가할 수 있지만, 제도의 효율성이 높아져서 중장기적으로 적정 부담으로 갈 수 있을 것으로 보인다.

셋째, 제도의 수용성 측면에서 살펴보면, 노동자의 경우는 산재보험제도에 대한 수용성이 좋아지고 권리의식이 확대될 것으로 보인다. 바야흐로 산재보험이 사회보험의 지위를 실질적으로 획득하는 계기가 될 것이다. 건강보험제도의 경우도 직접적인 효과는 아니겠지만 건강보험에 해당되는 환자만 건강보험제도에 포함되어 전체 국민들의 건강보험제도에 대한 수용성 제고에 보탬이 될 수 있을 것으로 보이며, 보험료 부담 완화 효과와 함께 건강보험 보장성 확대에 대한 수용성도 좋아지는 효과가 발생할 수 있다.

다음으로, 사업주의 경우는 산재보험제도에 대한 수용성에 있어서 업종과 사업장 규모 등에 따라 다른 양상을 보일 수 있다. 산재보험의 범위가 확대되고 보험료를 산정 등에서 사회보험적 성격을 강화할 경우 그동안 산재보험의 부담이 적었던 대기업과 비제조업 분야의 경우는 부담이 늘어나기 때문에 제도 변화에 대한 부정적 인식이 클 수 있다. 반면, 제조업과 중소기업업장의 경우는 그동안 산재보험료 부담이 컸을 뿐 아니라 별도의 부담을 했던 상황에서 부담이 산재보험으로 통합되고 부담의 크기도 상대적으로 줄어들 여지가 존재한다는 점에서 제도 변화에 대한 거부감이 상대적으로 적을 수 있다. 그렇지만, 전체적으로 총자본의 부담이 커진다는 점에서 제도에 대한 부정적 인식이 지배적일 것으로 예상된다.

정부는 경총 등 사업주 측의 반대 등을 이유로 제도 변화에 부정적일 것으로 보인다. 또한, 그동안 통계로 잡히지 않았던 재해가 통계로 잡히게 되어서 사회적으로 큰 부담을 안게 될 수 있다는 점에서 부정적일 것으로 보인다. 그러나 최소한 고용노동부의 경우 산재에 대한 사회적 심각성이 현실적인 무게로 등장할 수 있는 계기가 됨으로써 그동안 산재예방 정책에 대한 정책당국의 비협조 내지 우선순위 저하 문제를 해결할 수 있는 긍정적 정책 환경

이 조성될 수 있다는 점에서 반드시 부정적으로 볼 일은 아닐 것으로 생각된다.

그동안 의료공급자는 산재보험에서 부차적인 영역에 머물러 있었는데, 산재보험 청구 절차의 개선으로 직접적인 당사자로 부각되고 갈등의 소지가 될 수 있다는 점, 그리고 행정 행위의 위탁이 의료기관에게 부여된다는 점에서 부정적인 인식이 클 것으로 보인다. 다만, 질병의 직업성 판단이 의료행위과정과 떨어질 수 없는 문제이고 본질적으로 의료전문가의 업무 영역에 포함된다는 점에서 의료전문가의 권한을 일정부분 강화시키는 계기가 되는 현 제도에 대해 긍정적 인식이 형성될 여지가 존재한다고 하겠다.

넷째, 관리효율성 측면에서 정책 효과를 살펴보면, 먼저 그동안 근로복지공단에서 재해의 판정, 급여 심사 업무를 통합 운영했던 것을 별도의 산재심사평가원으로 독립하여 업무를 담당하게 하고 급여 절차를 개선함으로써 단기적으로는 관리 비용이 크게 증가할 것으로 보인다. 특히, 재해노동자에게 입증책임을 부과하지 않고 보험자에게 반증의 책임을 부과함으로써 별도의 전문인력 확보 등 관리 비용이 증가할 것으로 판단된다. 또한, 산재보험도 건강보험과 마찬가지로 의료기관의 분류와 청구에 의해 급여가 개시된다는 점에서 잘못 결정되어 지급된 급여에 대하여 재해노동자에게 부과하는 방식이 아니라 건강보험과 산재보험 당사자가 조정하여 해결하는 방식이 일반화되어야 한다. 그 과정이 과거에 없었거나 부분적으로 있었던 업무라는 점에서 업무량의 증가가 발생할 여지가 존재한다. 그렇지만, 전체적으로 기존 제도에 따른 사회적 갈등 비용이 매우 컸기 때문에 이러한 관리 비용을 고려할 때 관리비용의 증가를 부정적 문제로만 보기는 어려울 것으로 판단된다.

## 7. 남은 과제

### 가. 노동하는 모든 사람을 적용 대상으로!

산재보험이 노동자 건강을 위한 안전판 기능을 담당하려면 적용 대상의 협소함과 비어 있는 부분에 대한 개선이 요구된다. 실질적으로 산재보험의 적용에서 제외되어 있는 비정규 노동자, 이주노동자, 소규모사업장 노동자가 포함되는 방향으로 제도 변화가 필요하다. 지금과 같이 사업주의 자진 신고로 가입을 받고 보험료를 부과하는 방식이 아니라 사업체 등록이 되어 있는 모든 사업장이 자동적으로 가입될 수 있도록 하고, 세금과 유사한 방식으로 보험료를 징수하는 방안에도 생각해봐야 한다. 그 과정에서 보험료 부담이 어려운 사

업주에 대하여 세금 등 공공 재원을 지원할 수 있도록 제도적 보안책이 마련될 필요가 있다.

특수고용노동자 역시 사업주의 실효적 지배를 받아 업무를 수행하고 있기 때문에 사업자 등록증이 있다는 이유만으로 산재보험의 적용에서 제외하는 것은 타당하지 않다. 근로기준법의 개정이 필요하겠지만, 그 이전이라도 산재보상보험법의 개정을 통해 근로계약의 존재 유무와 상관없이 특수고용노동자에 대한 산재보험 적용을 확대할 필요가 있다. 그리고 그에 따른 보험료 부담은 실효적으로 지배하고 있는 사업주 부담으로 해야 한다.

또한, 현재 영세 자영업자의 경우도 산재보험의 적용 대상에서 제외되어 있고, 농작업 재해에 노출되어 있는 농민 등도 제외되어 있는 실정이다. 향후 이들 대상에 대한 적용 확대 방안을 마련하고 점차적으로 대상자를 전체 국민으로 확대하기 위한 노력이 필요하다.

## 나. 노동자의 실질 손실의 보상!

사회보험의 기본 원리인 사회연대성을 실현하고 정부가 추진하는 소득보장, 사회보장형 산재보험을 달성하려면 급여의 보장성이 선결 조건이 되어야 한다. 소규모사업장 및 비정규노동자에게 불리한 휴업급여 및 장해급여 수준과 취약한 요양급여 수준을 높였을 때만이 불형평성을 줄일 수 있고 위험분산효과를 발휘할 수 있다. 또한 실질적인 의미에서 재활급여를 신설하여 포괄적인 재활서비스가 제공될 수 있도록 급여 범위를 확대하는 것이 필요하다.

구체적인 내용을 살펴보면, 일차적으로 요양급여의 보장성을 강화할 필요가 있다. 산재로 인정되면 산재보험에서 진료비를 모두 부담한다고 하지만, 실제 진료비 중 비급여가 차지하는 비중이 커서 산재노동자의 경제적 부담이 크다. 필수불가결한 의료가 아닌 부분은 급여를 제공해주기 어렵다는 것이 비급여가 존재하는 논리이지만, 재해노동자가 진료의 내용을 선택할 권한이 없는 상황에서 재해노동자에게 비용을 부담시키는 것은 타당하지 않다. 따라서 미용 목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 치료와 상관없는 일부 항목만 비급여 항목으로 정해놓고 나머지는 모두 요양급여 범위로 포함시키는 방식으로 제도 개혁을 해야 한다. 예를 들어 현재는 의료재활의 요양급여 항목이 주로 통증의 제거에 맞추어져 있는데, 이러한 제도 변화가 있게 되면 재활과 관련된 모든 항목이 급여 범위에 포함되고 보장성 확대가 이루어질 수 있을 것이다.

다음으로 소득보장이 제대로 이루어져야 한다. 휴업급여의 경우 현행 평균임금의 70% 원칙을 탄력적으로 적용하여 임금 수준이 낮은 영세사업장 노동자, 비정규직 노동자가 생계 위협을 받지 않도록 소득보장이 강화되어야 한다. 예를 들어 휴업급여의 하한선을 대폭 인상하

고 일정 급여 이하의 경우는 평균임금을 모두 보장해주는 방향으로 휴업급여를 탄력적으로 제공하는 방식을 생각해볼 수 있다.

또한 중증장애, 저소득 산재노동자의 소득보장이 현실화되도록 보상체계를 개편해야 한다. 재해노동자의 기능 손실 정도를 전혀 파악할 수 없는 현행 장애등급판정 체계를 개편하고 장애급여비를 현실화해야 한다. 직장복귀가 거의 이루어지지 않고 장애인의 복지혜택이 매우 미약한 상황에서 산재노동자들은 소득의 대부분을 장애급여에 의존하고 있다. 특히 중증장애인과 산재이전 직장의 보수가 낮은 재해노동자의 경우는 산재 후에 급격한 소득 상실이 발생하기 때문에 이를 보전하기 위한 장치가 필요하다.

### **다. 치료부터 직장 및 사회복귀까지 전체를 포괄하는 재활체계의 구축!**

현재 산재보험의 핵심적 문제로 지적되고 있는 요양의 장기화 문제는 다른 요인도 작용하겠지만, 가장 핵심적인 문제가 재활 및 사후관리체계의 부재에 기인한다. 근본적으로 직장복귀가 이루어질 수 있도록 체계적인 직업재활 및 고용프로그램이 제공되어야 하고, 장애인에 대한 복지 수준이 OECD 국가 수준으로 확대 강화되어야만 요양의 장기화 문제 및 산재장애인의 빈곤화 문제 및 건강한 삶을 보장할 수 있다.

구체적인 방안으로 먼저, 산재노동자의 특성에 맞는 직업재활프로그램을 개발하고 실행에 옮겨야 한다. 둘째, 시설, 인력 등 기본 인프라를 갖추어야 한다. 우선적으로 산재의료관리원에 재활센터 기능을 신설 또는 강화하는 방안을 검토할 필요가 있다. 셋째, 원직장 복귀가 가능할 수 있도록 관련 제도적 장치가 마련되어야 한다.

결론적으로 산재노동자에 대해 산재발생 시점부터 직업복귀에 이르는 전 과정이 체계적으로 관리될 수 있도록 정책이 개발되어야 한다. 근로복지공단의 기능과 역량 강화를 통한다면 근로복지공단이 아닌 새로운 기관을 통하여 서비스가 제공되든 모든 산재노동자가 원직장 복귀, 재취업, 전직, 자영업 등으로 직업복귀가 이루어질 때까지 직업훈련과 취업알선, 취업후의 사후관리까지 1:1 서비스의 제공이 가능할 수 있도록 사후관리체계를 구축한다.

### **라. 근로복지공단을 서비스 제공기관으로 재편!**

산재보험이 ‘선보장후평가’ 체계로 바뀌려면, 근로복지공단의 조직체계에 대한 상당한 변화가 필요하다. 구체적으로 살펴보면, 근로복지공단은 보험자로서의 기본 기능인 징수업무



와 자격관리업무, 그리고 재활을 포함한 사후관리 및 복지서비스를 중심으로 체계를 재편해야 한다. 특히 산재인가업무를 중단하고 별도의 입증절차나 승인과정 없이 사업주 및 의료기관의 신고에 따라 자동적으로 급여가 제공될 수 있도록 해야 한다.

근로복지공단의 경우 체계 개편과 함께 가장 역점을 두어야 할 부분은 서비스의 강화다. 산재예방서비스에서부터 재활서비스에 이르기까지 포괄적인 서비스를 제공하는 기관으로 바뀌어야 한다. 예를 들어 외국에서 일반화되어 있는 질병 및 사례관리(Disease & Case Management)제도를 도입하여 지속적이고 포괄적인 서비스를 제공될 수 있도록 해야 한다. 또한, '선보장후평가' 체계 하에서 근로복지공단의 심사기능이 폐지되기 때문에 독립적 심사기구인 '산재보험심사평가원'을 구성하여 그 기능을 이전해야 한다. '산재보험심사평가원'은 청구된 진료비의 심사 기능과 함께 급여 제공의 타당성 평가를 수행하고, 진료의 적정성 평가 업무를 수행할 수 있을 것이다. 마지막으로 근로복지공단의 운영에 노동자 및 공익의 참여가 보장되어야 하고 중요 의사 결정에 노동자의 참여가 제도적으로 보장되어야 한다.



보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



### 한의학 무상의료 제도개선 방안과 제언





# 한의학 무상의료 제도개선 방안과 제언

## 1. 무상의료와 한의학

### 1) 필수적 의료의 보장

○ 한의학에서 필수적 의료는 무엇인가?

- 필수적 의료를 규정하는 과정에서 가장 강력한 기준은 전문가 모형이다. 특히 비용/효과성은 가장 강력한 근거로 작용해왔다. 그 과정에서 연구개발 수준이 낮은 한의학은 비용/효과성, 안전성, 유효성 등에 대한 근거(evidence)를 축적해오지 못했고 필수적 의료나 대체적 의료라기보다는 보완적 의료로 인정되어온 측면이 크다.
- 의료가 건강권의 보장이고 건강권이 적극적 인권의 측면, 당연한 권리의 측면, 다른 권리를 향유할 수 있는 기회와 역량(capability)의 의미를 포괄하는 개념으로의 확장이 요구되고 있다.
- 반면 건강에 영향을 미치는 효과로서의 보건의료의 역할은 근본적으로 제한적이다. 하지만 건강에 직접적 영향을 미치며 사람들이 건강권의 기본 요소로 보건의료를 요구하고 있다는 측면에서 건강권의 보장에 보건의료접근성은 매우 필수적이다.
- 무상의료와 건강권 실현의 요구는 필연적으로 어느 수준까지 보장할 것인지에 대한 논의를 포함한다. 필수적 의료를 규정하는 틀도 진화해야 한다.
- 전통의료에 대한 국민들의 요구도, 실제 건강에 기여하는 측면에 대한 전환적 사고가 필요하다.

○ 근거중심의학의 기준은 유효하다.

- 국가개입의 수준을 결정하고 근거를 마련하는 책임 역시 국가가 지녀야 한다. 즉 근거를 마련하고 기준을 세우는 역할로서의 국가책임이 요구된다.

## 2) 무상의료의 본질적 의미에 대한 검토

- 무상의료가 free service 만이 아닌 시장에서 거래되는 상품이 아니어야 한다는 개념으로 확장되어야 한다.
  - 무상의료의 가치는 보험보장성, 본인부담금 무료의 개념이 아닌 포괄적인 건강안전망의 구축, 합리적 의료시스템 구축, 건강불평등 해소, 의료 공공성의 확보의 가치를 포함해야 함
  - 한의 무상의료 역시 건강보장의 강화와 합리적 의료시스템의 구축을 통한 국민 건강권 구축과 건강불평등의 해소, 의료 공공성의 확대라는 무상의료의 가치를 추구해야 함
  
- 그런 측면에서 한의약 무상의료의 의미는
  - 포괄적, 전인적 접근법을 갖고 있는 한의 치료기술의 적극적 활용방안 모색
  - 다양하고 환경친화적인 치료기술 및 건강증진 기법의 개발과 적용
  - 국민들의 건강욕구 충족
  - 전통의약 지식, 기술 및 재료 활용의 공공성 회복
  - 전문화된 의료인력과 체계적 의료시스템 활용을 통한 적극적 건강접근성 확대
  - 현 한국 의료문제 해결에 기여한다는 내용을 포함해야 함

표 1 한의약을 둘러싼 지형

한의계	한의약 제도개선의 진보적 과제를 도출하지 못함 독자성, 민족의학, 이원화된 체계와 독립제도만을 주장함 안전성, 질관리, 국민건강문제, 한의학의 공적 활용 방안, 현 의료 시스템 등에 대한 고민 부재 첩약보험이외의 과제 도출 없음
정부	한의약에 대한 종합적인 발전계획 부재 문제 발생을 최소화하는 방향으로 접근 한의약 제도에 대한 책임 부재
보건의료계	한의약의 문제에 대한 관심부재 갈등 영역에 대한 무관심 전통의학의 발전방향과 진보적 가치의 결합은 보건의료연구의 중요한 과제

## 2. 한의학 무상의료 운동의 원칙

- 국민 건강권 확보, 무상의료 원칙과 부합
- 효율적인 의료시스템 개혁과 조응
- 세계적, 국가적 추세에 대한 적극적 대처
- 신사회위협(고령화, 양극화, 여성의 사회진출, 복지욕구 증대 등)에 대처할 수 있는 방향
- 전통의학의 공적 발전에 기여
- 민영화, 시장화 추세의 극복

핵심은 치료 및 예방의학으로의 발전, 제도화를 통한 접근성 강화를 달성하여 국민건강증진에 이바지할 수 있는 의료시스템을 구축하는 것이며 그를 위해 과학화와 표준화, 공공적 산업화가 요구된다.

- 무상의료 실현을 위한 의료시스템 개혁방안과 일치
  - 보장성 강화와 지불제도 개선
  - 한의약 공공의료 확충
  - 주치의 제도 및 의료전달체계 개선
  
- 제도화의 모색(갈등요인의 극복과 새로운 의료질서 구축)을 위한 제도
  - 새롭게 생산되는 천연물 관련 의약품의 활용방안과 의약분업
  - 통합의학 or 의료일원화 or 상호 업무범위에 대한 새로운 합의 도출
  - 보완대체의학의 활성화 및 합리적 규제
  
- 민영화 추세의 극복을 위한 제도개선
  - 대기업의 건강관련 산업진출에 대한 적극적 대응
  - 국가주도의 R&D와 산업화
  - 전통의약지식 및 재료의 공적 활용방안 모색

- 과학화와 표준화
- EBM
- R&D의 방향 재설정

### 3. 핵심 제도

#### 1) 한방 공공의료

##### (1) 한의약 공공보건의료의 의미

- 협진, 통합의학 등의 과제는 공공의료영역에서 가능함
  - 한의학이 치료의학으로 발전하고 국민 건강증진에 기여할 수 있는 기술이 개발되기 위해서는 국가 차원의 R&D와 임상기관에서 협진, 통합진료 등의 연구가 진행되어야 함
  - 한의과 대학과 병원은 부산대학교 한전원을 제외하고는 모두 사립대와 민간병원으로 실질적 연구개발과 임상연구가 진행되지 못하고 수익성 위주의 독자적 진료만 수행되는 상황이다.
  - 국립암센터, 서울대병원 등 공공의료를 선도하고 있는 국립의료기관에 한의약이 포함되지 못하고 있다.
- 한방건강증진사업 등 한의공공보건의료사업은 지역사회에서 많은 성과를 내고 있다.
  - 70개 보건소가 Hub 보건소로 지정이 되어 한방건강증진사업을 진행하고 있다.
  - 2009년 현재, 206개 보건소 및 588개 보건지소에서 1,041명의 공중보건한의사와 50여명의 한의사가 한방건강증진사업, 한의진료사업, 지역특화사업 등을 수행하고 있다.
  - 지역 주민의 만족도 등이 매우 높게 보고되고 있으며 지자체에서 허브(Hub) 보건소 확대에 대한 요구도 역시 높다.
  - 반면 한의공공보건의료 사업은 국가 공공보건의료사업의 체계내로 편입되지 못하고 사업을 수행하는 공중보건한의사 1-2인이 전체 보건소의 한방건강증진사업을 전담하는 수준이다.
  - 한의공공보건의료사업과 건강증진사업의 실질적 적용과 성과를 위해서는 한의공공보건의료



업이 국가 보건의료내에서, 국가 공공보건사업과 동시에 진행되어야 한다.

## (2) 개선방안

- 국립암센터, 서울대 병원 등 국립의료기관에 한의진료부 및 임상연구센터 설치
  - 협진, 통합진료에 대한 기술개발, 효과검증 등의 임상연구 수행
  - 한의임상기술에 대한 근거마련 연구수행
  - 암치료 등 치료기술개발이 필요한 영역의 한양방 동시 진료 및 연구를 통한 새로운 치료기술 개발
  
- 공공의료확충계획에 한의공공의료 확충방안 포함
  - 지방의료원 등에 한의과 설치
  - 지역거점병원확충방안에 한의과 설치
  - 취약계층 진료, 방문진료서비스, 한방건강증진사업 수행
  
- 보건소 한의과 설치 확대
  - 인구 5만명당 도시형 보건지소를 확충하고 한의과 설치
  - 한의건강증진사업, 지역보건사업을 수행할 수 있는 한의지역보건사업팀과 취약계층 한의진료를 담당할 진료팀으로 구성
  - 진료팀은 보건소 접근성이 떨어지는 독거노인, 장애인 등의 방문진료서비스, 지역주민 주치의 서비스 등을 수행
  - 지역보건사업팀은 기존 5대 한의건강증진사업과 지역특화사업 등을 기존 지역보건사업담당자들과 연계하여 수행
  
- 지역보건사업계획에 한의지역보건사업 포함
  - 지역보건사업계획은 국가 지역보건사업을 총괄 기획, 평가, 환류하는 제도이며 보건소를 중심으로 진행되는 지역보건 및 건강증진 사업을 전부 포괄함
  - 한의지역보건사업은 체계적인 지역사회진단, 보건사업기획 및 평가에서 제외되어 질적 성숙이 불가능한 구조를 갖고 있다.
  - 비슷한 대상자, 사업내용 등이 중복되거나 한의학의 장점을 살린 보건사업이 수행되지 못하고 불필요하거나 효과없는 사업이 진행되는 등 상당한 비효율이 발생하고 있다.

- 한의지역보건사업이 지역보건사업계획에 포함되는 것은 국가지역보건사업에 통합되기 위한 필수조건이다.
- 건강증진재단으로 통합 운영
  - 각종 건강증진사업지원단은 사업의 유기적 연계, 통합적 운영, 기획 조정 평가 정책기능 강화 등을 목표로 각 사업지원단이 건강증진재단으로 통합되었다. 물론 현재 지원 체계의 기술적 통합으로 건강증진사업의 활성화를 담보해내기 어려운 조건이기는 하지만 건강증진사업의 발전을 위한 첫걸음으로 평가된다. 한방공공의료평가단 역시 지역보건사업과 건강증진사업에 대한 기술지원을 수행하는 기관임에도 불구하고 다른 체계를 유지하고 있다.
  - 한방지역보건사업과 건강증진사업이 질적으로 전환하기 위한 가장 기초적인 수순으로 건강증진재단으로 통합운영되어야 한다.

## 2) 한의약 일차의료 강화

### (1) 한방 주치의제도의 필요성

- 일차의료 강화와 주치의 제도는 한국 의료시스템의 단점을 극복하고 국민건강증진을 실현하기 위한 필수적 제도임
- 정부에서는 의료전달체계 개편방안의 일환으로 만성질환 단골의사제도, 의료기관 본인 부담금 차등적용 등의 정책을 입안하고 있으나 실효성이 의심된다. 현 단골의사제도를 평가해보면 예방 및 건강증진 중심의 일차의료 강화라는 정책적 목표를 달성하고 있지 못한 것으로 평가된다. 질환별 단골의사제도는 과도한 치료중심 진료, 질병발생 후의 관리, 건강증진 생활양식 확산 미비, 3차 대형병원 집중 등의 문제를 해결하기 쉽지 않을 전망이다.
- 질환별 단골의사제도보다는 포괄적 방식의 주치의 도입이 필요하다. 특히 3차의료기관으로 가기 전에 일차의료기관에서 관리, 의뢰되는 시스템을 구축해야 할 필요가 있다. 또한 질병전 단계의 포괄적 관리라는 측면의 단골의사제도 본연의 목적을 살리기 위해서는 인구집단에 대한 주치의 제도가 필요하다. 전면적인 도입이 어려울 경우에 노인주치의, 소아주치의 등 건강취약계층에 대한 우선적 단골의사제도 도입을 검토해

볼 수 있을 것이다.

- 한방주치의제도는 한의학의 특성을 살려 국민건강증진에 기여할 수 있는 핵심제도이다.
- 한방주치의 제도는 위험군 및 초기단계의 고혈압, 당뇨병 질환자, 퇴행성 관절염, 노인 등의 건강관리와 위험요소 진단 및 관리, 지속적인 주치의서비스를 제공할 수 있을 뿐만 아니라 과도한 의료기기와 치료약을 사용하지 않고 대상자를 관리할 수 있는 장점이 있다. 이를 통해 한의계 뿐만아니라 국민과 정부 모두에게 긍정적인 기대효과를 나타낼 수 있다.
- 한방주치의는 유질환자는 물론 이환의 위험이 있는 대상자들이 이환상태로 진행되지 않도록 행태를 변화시키는 예방과 증진활동을 전개함으로써 진단과 치료를 포함하는 포괄적인 서비스를 제공하게 된다. 이러한 서비스는 개인의 신체적, 정신적 측면은 물론 행태를 포함한 사회적 측면을 고려한 맞춤형 서비스이다.
- 경제적인 측면에서 국민 개개인이 한의원 등 여러 의료기관을 필요 이상으로 이용하는 경제적 또는 시간적 낭비를 방지하고 한 한의사에 의한 지속적인 관리로 필요 이상의 투약, 검사 또는 치료 등의 행위를 최소화함으로써 개인의 부담을 덜어 줄 수 있다.
- 편의성 측면에서 건강 관련 문제가 발생하거나 의문이 생길 경우 전화상담 등이 가능하여 의료기관으로 직접 방문하는 번거로움을 줄일 수 있고 건강에 관한 문제가 복합적일 경우 단골한의사가 책임을 지고 조정함으로써 국민 개개인이 겪을 수 있는 갈등을 해소할 수 있다.
- 한의학의 기본 철학적 전제와 접근방법, 치료기술은 건강증진 이론과 유사하며 일상적 건강관리와 건강증진기법을 다수 보유하고 있다. 또한 일반 한방의료기관의 지리적 분포, 다빈도 관리 질환, 주 진료 내용 등은 상당부분 일차의료적 성격을 지니고 있다.

- 한방주치의 제도는 주치의 제도 도입을 달성할 수 있는 정책적 수단으로 고려해볼 수 있다.
- 특정 취약 연령대에 대한 단골한의사제도는 과도한 진단기기에 의존하지 않고도 건강 위험상태를 파악할 수 있는 등의 장점과 다양한 건강증진기법의 활용, 사상체질과 양생학 등에 근거한 건강관리프로그램의 적용가능성 등의 장점이 존재한다.
- 의료기관간 경쟁이 심화되고 한의사들간 양극화가 심화되는 상황에서 일차의료의사로서의 역할에 대한 한의사들의 선호도가 증가하고 있으며 이는 한방주치의제도 도입이 가능할 수 있는 전제조건이 된다.
- 하지만 정부의 시범사업에서 제외되고 있는 상황에서 명확한 효과검증이 되지 못하고 있는 것은 국민건강증진을 위해 반드시 필요한 연구가 진행되지 못하고 있다고 할 수 있다. 무엇보다 필요한 것은 단골한의사제도의 가능성을 검증할 수 있는 시범사업의 실시이다.

## (2) 정책대안

- 보건소 확대 및 도시형 보건지소 수립과 보건소 중심의 한방주치의 시범사업
  - 인구 5만명당 보건소 설치, 보건소 중심의 한방주치의 도입
  - 인두제 방식의 포괄수가제 도입과 <여러 과목(예를 들어 내과/소아과/가정의학과/치과)+ 한의과> 유형의 polyclinic 모형 검토
- 한방노인주치의 모델
- 주치의 단계에서의 통합진료 모형
  - 현 의료제도하에서 지나치게 엄격한 한-양방간 업무범위로 인해 국민의 치료접근권이 상당히 제한되고 있다. 일례로 진단과 치료경과 추적을 위한 핵심적 진단기기에 대한 의뢰권이 없음으로 인해 한방의료기관의 진단 및 치료 유효성이 증명되지 못하고 있는 문제, 다양한 한의 건강증진 기법이 개발되지 못하는 문제 등이 발생하고 있다.
  - 일차의료기관 및 주치의 차원에서 통합진료의 모형개발, 시범사업 등을 수행할 필요가 있다.

### 3) 한의약 건강보험 제도개선에 대한 제언<sup>38)</sup>

#### (1) 문제인식과 현황

##### ① 낮은 보장율

표 2 한양방 의료 건강보험 급여 수의 비교

구 분	수가항목		약 제	재료대
	기본항목	세부항목		
양 방	13	2,000여	12,000여	30,000여
한 방	3	35	68종 56처방	.

표 3 연도별 건강보험 한방진료비 중 약제비 추이

연도별	총 요양급여비용	약제비 현황	
		금 액(백만원)	점유율(%)
2002	795,643	39,146	4.92
2003	878,668	35,674	4.06
2004	983,032	31,165	3.17
2005	1,085,794	28,887	2.66
2006	1,214,910	19,439	1.60
2007	1,304,428	21,314	1.63
2008	1,361,831	20,053	<b>1.47</b>
2009	1,575,093	16,173	1.02

☞ 대만 중의건강보험진료비 중 약제비(2008년) : **28.97%**

##### ② 약제의 보험급여가 극히 저조함

- 허가약제와 보험급여 약제의 불일치로 보험급여 약제의 신뢰성 문제 우려

38) 이 부분의 글은 보건의료단체연합 정책위원회에서 충분한 논의가 이루어지지 못한 내용이며 청년한의사회 정책내용을 전제하였음. 특히 한의약 복합제제 등의 건강보험적용 방안에 대해서는 추후 심도깊은 논의가 필요하여 이를 <제언>을 제목으로 하여 실었음.

- 현재 보험급여 대상인 56종의 처방은 식품의약품안전청의 허가약제가 아님 (보험적용을 위하여 보건복지부가 별도로 고시한 약제임)
  - 반면 식품의약품안전청이 허가한 약제는 보험급여 대상에서 제외되어 있음 (2009년 현재 246처방 - 21제제)
  - o 시판 중인 복합제가 보험급여대상에서 제외되어 처방의 제한
  - 복합제는 현행 보험급여대상인 혼합엑스산제에 비해, 1회 복용량이 적고 복용이 편리하며 부작용이 최소화된 약제임
- 예) 오적산(한국신약)을 혼합엑스산제 대신 복합과립제로 투여할 경우, 1회 복용량이 약 1/3로 감소(1회 복용량 : 혼합엑스산제 9.46g → 복합과립제 3.0g)

표 4 약제 제형 종류에 따른 외국 사례와 비교

구분	단미제	복합과립제	혼합엑스산제	제형의 종류
한국	68종	-	56개 처방	엑스산제
일본	118종	148개 처방	-	한약제제(과립제/산제/캡슐) 및 첩약
대만	121종	200개 처방	-	한약제제(과립제/산제/정제) 및 첩약
중국	모든 한약제제 및 첩약			

- 복합과립제 등의 비급여는 국민 의료비 부담 증가와 낮은 건강보험 보장성의 원인으로 작용
- o 한약제제의 건강보험 적용 제한으로 한약제 효과적 활용 한계
- 건강보험 적용 중인 단미제 제한 : 408종(본초학) 중 68종(17%)
- 건강보험 한방약품비의 미미(2009년)
  - 총요양급여비용(39조 3,390억원)의 0.04%,
  - 한방요양급여비용(1조 5,751억원)의 1.02%인 162억원
- 한방약제비 변화 추세 : 총액과 비율이 2000년 이후 계속 감소 추세

· 총액(비율) : 2002년 390억(4.92%) → 2008년 205억(1.47%)→ 2009년 162억 (1.02%)

- 건강보험 적용 대상 제형의 제한 : 과립제 중심
- 환제, 산제, 정제, 시럽제 등 급여대상에서 제외
- 일본은 과립제/산제/캡슐, 대만은 과립제/산제/정제 급여

③ 한의약의 특징이 반영되지 못함

- 한방의료기관 진료행태와 맞지 않는 행위별수가제
- 상대가치체계의 문제점

(2) 개선방안

① 기본방향

- 식품의약품안전청 허가약제 중 건강보험 진료에 필요한 약제를 단계적으로 보험급여화
  - 양방(양약)의 경우 허가된 약제는 모두 급여여부 신청 (보험급여에 필요한 약제를 제약사가 신청하지 않을 경우 정부가 직권 등재)

② 급여 확대 방안

- 단미혼합엑스제 만을 보험급여 하는 현 조항의 삭제
  - 현재 : 한약 및 한약제제는 비급여, 단 56종 처방의 단미혼합엑스산제, 68종 단미엑스제에 한해 보험급여
  - 대안 : 한약제제 비급여 조항 삭제 후 급여한약제제 포지티브리스트 작성

○ 복합제의 보험급여화

- 식품의약품안전청장이 허가한 복합과립제의 보험 급여화(2009년 현재 재평가 대상 약품 1,752품목. 246처방, 21제제)

\* 복합과립제의 보험급여 확대 이유

혼합제제에 비하여 질 좋은 다양한 약제를 활용할 수 있게 함은 물론 저비용의 투약이 가능하게 하는 방법임(1일 복용량 기준 복합과립제의 가격이 혼합제제의 약 30~40%정도 수준)

현재 보험급여되고 있는 한약제제보다 훨씬 다용되고 있음.

표 5 혼합제제 vs 복합제제 약제비 비교 (단위: 원)

순위	처방명	혼합제제 고시가격(1일당)	비급여 과립제 판매가격(9g/1일당)		
			A제약	B제약	C제약
1	오적산	1,728	574	545	526
2	삼소음	1,802	634	644	616
3	반하백출천마탕	1,906	990	990	990
4	갈근탕	2,610	356	356	353
5	향사평위산	943	396	396	356
6	가미소요산	1,865	475	495	486
7	보중익기탕	1,313	594	594	594
8	인삼패독산	2,044	772	814	810
9	소청룡탕	1,331	653	693	640

\* 2009년기준 제약회사 확인 자료임.

○ 기존의 복합제 외의 다양한 제형의 복합제 보험급여화

**외국의 보험적용 사례**

- 일본 : 제약사가 생산한 148처방의 복합제를 보험 적용
- 대만 : GMP를 적용받는 제약사가 생산한 200처방(혼합제)을 중의사가 처방할 경우 보험적용. 첩약은 제외

○ 한약재를 주원료로 하는 생약제제 및 천연물신약의 급여화와 한의사에게 처방권 부여

③ 질환별, 대상자별 보험확대

- 만성질환관리, 노인주치의 등에 대한 한방치료 보험급여 확대



- ④ 한의약 신 치료기술의 보험급여 확대
  - 치료에 실질적 도움이 되는 의료기기 보험처방권(삭제)
- ⑤ 한의약 건강보험 지불시스템의 합리적 개선
  - 일당정액제 등 포괄적 지불제도 도입
  - 총액계약제 도입

<참고자료> **전통의학의 현황**

**1) 세계 전통의학 분류**

- ① 통합체계(Integrative system)
  - TM/CAM이 공인되어 국가보건의료체계에 편입
  - 해당 국가 : 한국, 북한, 중국, 대만, 베트남
- ② 포괄체계(Inclusive system)
  - TM/CAM을 인정하지만 보건의료체계에서 완전히 통합되지 않음
  - 개발도상국의 규제화 시도 : 기니, 나이지리아, 말리 등
  - 선진국의 안전성과 질 관리, 정규 교육 편입 등 시도 : 캐나다, 영국 등
    - 장기적으로 국가보건의료체계에 통합 가능
- ③ 일부 수용체계(Tolerant system)
  - 국가보건의료체계가 완전히 allopathic medicine에 기반
  - 극히 일부의 TM/CAM만 법적으로 인정
    - 예) 미국의 침과 카이로프라틱 등 인정

전통의학(Traditional Medicine), 보완대체의학(Complementary & alternative Medicine), 한의학(Oriental Medicine) 등의 개념이 섞여 있으며 전 세계적으로도 통일된 의료체계가 아닌 지역별, 국가별 다양한 시스템을 갖고 있다. 한국 한의학은 상대적으로 높은 수준의 자율성을 갖고 있으며, 서양의학과 다른 독자적 체계 및 특수성이 부각되어 왔고, 한의사들은 높은 사회경제적 지위를 누리고 있다. 반면, 제도화, 표준화, 통합화의 수준은 상당히 낮다고

평가된다.

## 2) 전통의학 관련 WHO 정책방향(2002)

표 6 전통의학 및 대체·보완의학 관련 WHO 정책방향

목표(Objectives)	정책요소(Components)
<p><b>정책(Policy)</b> 국가 수준에서 TM/CAM에 관한 정책과 사업을 개발하고 적용하여 TM/CAM을 국가보건의료 체계에 통합</p>	<p>1. TM/CAM에 대한 인증 - 각국이 TM/CAM에 대한 국가정책과 사업을 개발하도록 지원</p> <p>2. 보건의료와 관련된 토착적인 전통의료 지식을 보호하고 보존 - 각국이 토착적인 전통의료 지식을 보호하는 정책을 개발하도록 지원</p>
<p><b>안전성, 유효성과 질 (Safety, Efficacy, Quality)</b> TM/CAM에 대한 지식기반을 확장하고 규제와 질을 보증할 수 있는 표준을 제공하여 TM/CAM의 안전성, 유효성과 질 향상의 촉진</p>	<p>3. 근거에 기반한 TM/CAM - 말라리아와 에이즈 같은 우선적인 의료문제를 강조하여 TM/CAM의 안전성, 유효성과 질에 대한 지식의 확장과 접근성 제고</p> <p>4. 약초에 대한 규제 - 각국이 약초의 등록과 질 보증을 위한 효과적인 규제제도를 수립하도록 지원</p> <p>5. 안전성, 유효성과 질에 대한 지침 - 약초, TM/CAM관련 제품과 치료법에 대한 안전성, 유효성과 질 관리를 담보할 수 있는 기술적인 지침의 개발과 시행 지원</p>
<p><b>접근성(Access)</b> TM/CAM의 availability와 affordability 빈곤층에 대한 접근성 향상을 강조하여 TM/CAM의 유용성과 가용성 제고</p>	<p>6. 보건의료사업에서 TM/CAM 시술자의 역할 인정 - TM/CAM 시술자와 대증요법(allopathic) 시술자 간의 상호소통을 촉진하여 보건의료 분야에서 TM/CAM 시술자의 역할에 대한 인식도 제고</p> <p>7. 약초의 보호 - 약초의 지속적인 사용과 재배의 촉진</p>
<p><b>합리적 활용(Rational use)</b> 시술자와 환자들이 적절한 TM/CAM을 치료에 활용할 수 있도록 촉진</p>	<p>8. 제공자의 TM/CAM 사용 적절성 - 제공자들의 TM/CAM 제품과 치료법의 적절한 사용 능력 배양</p>

	<p>9. 소비자의 TM/CAM 사용 적절성</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소비자들의 정보에 의한 TM/CAM 제품과 치료법 사용 의사결정 능력 배양</li> </ul>
--	--

### 3) 전통의학 관련 이슈

- 안전성 유효성 질관리가 핵심적 과제로 제출됨
- 유럽의 경우, EMA는 2010년 10월에 천연물의약품/한약제제 품질관리에 관한 Q&A 문서 '41500/2010'을 발간하였다.

이 문서는 다음 분야에 대해 총 26개의 Q&A로 구성되어 있다.

- 완제의약품 설명서
- 시험
- 오염물질(Mycotoxins)
- 미생물학적 품질관리
- 혼증제(소독·살충에 이용, 유효성분을 가스화하여 해충방제)
- 제조업체
- 수질
- 안정성

그 중 안정성 분야가 총 12개의 Q&A로 가장 비중있게 다루어졌다.

- 효능이 인정된 전통의약 기술은 제도내로 편입시킴
- 천연물 시장은 새로운 신성장동력으로 부각됨
- 법적 지위는 식품, 식이보충제, 의약품등으로 다양하다.
- 안전성, 품질관리에 대한 기준이 강화됨
- 효과성 평가에 대한 연구개발 확대
- 안전감시체계(Safety Monitoring) 부재
- 각국 보건당국 관계자들의 전통의학, 천연물 제제에 대한 지식 부재 등이 장애로 작용함

표 7 전통의학관련 이슈와 현황

이슈	내용
<p><b>의약품 등록 및 허가 과정 간소화</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 미국: 2004년 FDA &lt;Guidance for Industry: Botanical Drug Products&gt; 규정 확정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 천연물 제제의 안전성, 유효성, 품질이 확보된 경우, 신약으로 등록 가능</li> <li>- 천연물 제제의 진입장벽을 낮춤. 미국의 세계 시장 주도 의지 반영.</li> </ul> </li> <li>○ 유럽: 2004년에 전통의약품에 관한 규정(Traditional Herbal Medicinal Products Directive 2004/24/EC) 발표               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료인의 처방 없이 일반인들이 쉽게 구매할 수 있는 일반의약품으로 판매되던 전통적인 천연물 제제를 규제.</li> <li>- 한편으로는 전통적 의약품의 등록을 위해 간단하고 명료한 체계를 도입했다고 평가됨. 즉, 장기간의 사용 경험에 의거하여 간소화된 안전성, 효과 입증 과정 제시.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>품질관리 강화</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 최근 천연물 제제의 GMP 규정 제정 (미국: 2007, 유럽: 2004)</li> <li>○ 일본: 1985년 한방 엑기스제제 품질관리 규정(지표성분의 정량)</li> </ul>
<p><b>안전성 관리</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 미국(마황, 2004), 영국(목통, 방기 등 아리스토토크산 함유 약재, 2001)</li> <li>○ 일본: 소시호탕 이후 시판 후 조사 강화(PMS)</li> </ul>
<p><b>효과성 평가</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 미국의 NCCAM, 영국의 NHS</li> <li>○ 일본 한방약 재평가 사업(8가지 쓰무라 제약회사 한약제제)</li> </ul>
<p><b>천연물 제제의 국가의료보험</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 독일: 일반 개업의 중 70% 이상이 천연물 제제를 처방, 의사에 의한 처방이면 천연물 제제에 대해 보험 적용. 2003년 독일 의료보험공단이 일부 천연물 제제에 보험급여한 금액은 \$278 million.</li> <li>○ 프랑스: 천연물 제제는 주로 일반의약품(OTC)로 규제받고 있으며, 2003년 프랑스 의료보험공단이 ginkgo, saw palmetto, pygeum에 지불한 보험급여 \$81 million.</li> <li>○ 대만: 국가 의료보험제도를 도입(1995년) 한 다음 해인 1996년부터 한약 엑기스제에 보험적용 시작.</li> <li>○ 일본: 현재 148종의 한약제제에 대해 보험급여 인정. 한약제제: 일반의약품(20%), 전문의약품(80%) 보험적용 이후 한약제제를 처방하는 의사들의 수 급증 (1976년 19%→2003년 72%)</li> </ul>

표 8 각국의 전통의학 관련 정책과 경향

<p><b>정책과제</b></p>	<p>질관리          - safety, quality, efficacy          국가정책개발          표준화 / 과학화          산업화          접근성</p>
<p><b>목표</b></p>	<p>새로운 치료기술 및 제품개발          시장선도          부족한 or 보완적 or 다양한 욕구 충족          존재하고 있는 비공식 영역의 공식화</p>
<p><b>경향</b></p>	<p>safety, quality, efficacy가 증명된 것부터 우선적 제도화          질관리 연구에 투자          안전성 취약한 영역의 배제 및 규제 강화          다양한 소비자 욕구 충족과 산업화 가능성에 투자</p>

#### 4) 전통의학의 세계적 추세가 갖는 함의

- 의료에 대한 다양한 욕구가 표출되고 있으며 다양한 욕구를 제도적으로 충족시키기 위한 노력을 전개함
  - 필수적 의료의 개념이 꾸준히 확장됨
  - 일정한 기준을 충족하는 기술 및 재료에 대해서는 보장의 범위를 확대함
  - 인정할 만한 기준을 만들기 위한 국가적 차원의 공적 R&D가 강화됨
- 기존 정통의학의 한계를 극복하기 위한 대안적 측면이 부각됨
  - 과도한 처치, 투약, 시술 위주의 의료관행에 대한 반성
  - 자연친화적인 치유법, 치료과정에 주체로 참여, 병의원과 의사의 모델 변화 등
- 건강에 기여할 수 있는 가능성이 있는 전통의학 기술 및 재료에 대한 R&D를 강화함

- 신자유주의 확대와 의료산업의 발달 측면이 강하게 부각됨
- 전통의약지식에 대한 특허권
- 신약개발과 원료 독점 경향
- 전통의약 분야의 산업화가 촉진되고 있으며 자본에 의한 독점이 시작되는 단계임

다양한 욕구 충족, 기존 의학의 한계 극복, 새로운 치료기술 개발이라는 과제와 과도한 산업화 및 무분별한 사용으로 인한 의료비증가와 과도한 시장독점이 충돌하는 상황.

보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



국가가 책임지는  
무상의료 재정조달의 방향







# 국가가 책임지는 무상의료 재정조달의 방향

이 글은 상세한 무상의료재정조달의 내용을 밝히는 글이 아니라 대강의 방향과 원칙을 제시하는 글이다. 애초에 이 자료집을 준비할 당시 보건의료단체연합 정책위원회는 재정추계에 대한 상세한 논의가 오히려 무상의료 논의 방향을 재정문제에만 집중하게 하는 분위기에 대한 우려가 있었고 이에 따라 재정추계 논의는 피하려 하였다.

하지만 글을 마무리 할 무렵 재정조달 방안과 추계에 대한 상세한 내용을 담지는 않더라도 그 대강의 방향과 원칙과 대략적인 내용은 밝히는 것이 타당하겠다는 의견이 모아졌다. 또한 그렇게 함으로써 우리들의 주장이 공상적 주장이 아님을 밝히는 것이 좋겠다는 의견이 있어 대략적인 재정조달의 방향과 추계의 간략한 내용을 서술하게 되었다.

우리는 무상의료논의가 재정추계 중심으로 되는 것에 대해 여전히 우려를 가지고 있는데 이는 재정조달은 우리가 달성할 수 있는 무상의료의 범위에 따라 사실상 그 재정조달의 내용이 정해지며 또한 그 재정조달은 원칙을 지키는 범위내에서 조절이 가능하다고 판단하기 때문이다. 또한 진보진영내에서 재정조달의 내용은 몇몇 부분들 즉 상병수당이나 그 외 초과 부분등의 몇가지 과장된 추산이외에는 대체로 큰 범위내에서의 재정추계는 일정 범위내에서 논의의 합의가 맞추어지고 있다.

따라서 이 글에서 서술할 내용은 재정조달의 원칙, 그리고 무상의료재원이 조달 불가능하다는 보수세력들의 공격에 대해 무상의료에 필요한 재정은 충분히 조달가능하다는 사실을 밝히는 정도의 내용으로 한정될 것이다.

## 1. 재원조달의 원칙

### 1) 재원확보의 원칙

- 가. 국가와 기업이 우선 부담
- 나. 소득수준에 따른 누진적용

다. 소득에 대한 부과 정의의 실현

## 2) 지출효율화 원칙

가. 지불제도 및 공급규제를 통한 의료공급 합리화

나. 제약자본 통제를 통한 약제비 적정화.

다. 주치의제등 의료전달체계 확립을 통한 필요의료에 대한 적정화

## 2. 개괄

### 1) 현황과 문제점

2010년 보험요율은 소득의 5.33% (노동자:기업=2.665:2.665) 에서 2011년 5.64%로 인상되었다. 기본적으로 건강보험에 가장 중요한 수입원은 노동자들이 내는 보험료다. 이 보험료는 비율로 정해져 있기 때문에, 임금인상에 연동된다.

지난 10년간 보험료율만으로도 65.9% 가 올랐다.

표 1 과거 10년간 보험요율 인상추이

연도	보험요율
2001	3.4
2002	3.63
2003	3.94
2004	4.21
2005	4.31
2006	4.48
2007	4.77
2008	5.08
2009	5.08
2010	5.33
2011	5.64

출처: 국민건강보험공단

보험료로 보면 건강보험 적용인구 1인당 월평균 보험료는 2001년 11,274원에서 2010년

30,717원으로 2.72배 즉 272.46%가 올랐다<sup>39)</sup>. 이것은 그 사이 평균임금 인상률을 훨씬 웃도는 보험료 인상은 물론 보험료율의 인상이 있었음을 보여준다.

반면 지난 10년간 국고지원 비중은 예산의 20%선에서 머물러 있었다. 보험료율의 인상과 더불어 국가가 부담한 것은 비중이 줄고 있는 지역보험 가입자 및 공무원, 교사의 보험료에 대한 분담금만 증가한 셈이다. 더구나 약속된 국고지원금조차 제대로 지급되지 않았다.

## 2) 요구 및 대안

국고지원 비율을 현실화하고, 예측치에 지불하는 방식이 아닌 사후 정산제를 도입하는 것이 필요하다. 또한 지난 10여년간 유지된 약 20%의 국고지원금을 30% 이상으로 확대해야 한다. 국가예산지원 금액을 늘리는 것은 국민건강에 대한 국가재정 우선순위의 중요성이란 측면에서 중요하고, 국고에서 지출한 만큼 더 공익적으로 관리할 수 있는 부분이 생긴다.

또한 노동자가 내는 보험료율의 인상이 아닌 다른 OECD국가들처럼 기업의 분담비율을 늘리는 것도 중요하다. 한국에서는 건강보험료를 노동자와 기업주가 1 : 1 비율로 분담해서 납부한다. 우리와 의료 제도가 가장 비슷한 대만을 보면 노동자와 기업주가 1 : 2 비율로 부담하고, 프랑스도 기업주가 노동자보다 3:7로 부담한다. 특히 한국은 병원의 상당수가 사립병원이고, 공공병원의 비율이 낮기 때문에, 기업에 보험료를 더 부담시키는 것이 가뜩이나 팽창하는 민간보험과 민간병원을 견제하는 역할을 수행할 수 있다.

또한 기업의 매출과 고소득자의 금융소득에 대한 일정 비율의 건강보험분담금 부과도 고려해야 한다. 특히 기업매출에 부과하는 방식은 최근 벌어지는 각종 논란에서 보듯이 기업의 사회적 책무라는 측면과 실제 매출이 높을수록 더 부담하는 방식으로 고용에 따른 보험료분담과 다른 형평성을 갖는다고 본다.

이런 비율조정에 따른 추계를 해보았다.

## 3) 재원 확보 방안추계

2012년 기준으로 기업대 노동자의 분담비율을 6:4로 조정하고, 국고지원금액을 예정치의 20%에서 30% 또는 40% 로 증액하는 것을 기본으로 하여 수입을 추계하였다. 2012년 기준으로 현재의 보험료율 5.64%에서 증가는 없다고 가정하였고, 여타 가정요소(임금인상추계, 직장가입자 및 지역가입자 인구변화 추계등)은 국민건강보험공단의 <건강보험 중장기 재정보험연구>에 기초하였다.

여기에 1000대 기업 총매출액에 사회연대부담금 0.1%를 부과하면 2010년 현재 약 2조

39) 출처: 국민건강보험공단 건강보험 정책연구원 2010

1100억원<sup>40)</sup>을 추가할 수 있을 것으로 추계된다<sup>41)</sup>.

표 2 2010년 재정수입기준 증액 산출추계(국고 30%, 분담비 4:6 조정시)

구분	항목	2012년 수입예정액 <sup>42)</sup>	국고30% 분담비조정 <sup>43)</sup>	증액분
급여비	합계	36조 1985 억원	43조 4961 억원	7조 2976 억원
	지역가입자	7조 80 억원	좌동	
	직장가입자	14조 5952 억원	좌동	
	사용주	14조 5952 억원	21조 8928 억원	7조 2976 억원
국고지원		7조 2397 억원	13조 488 억원	5조 8091 억원
기타		5082 억원	좌동	
1000대 기업 매출액 0.1%부가				2조 1100억원
수입 총계		43조 9464 억원	57조 531 억원	15조 2167 억원

표 3 2010년 재정수입기준 증액 산출추계(국고 40%, 분담비 4:6 조정시)

구분	항목	2012년 수입예정액 <sup>44)</sup>	국고40% 분담비조정 <sup>45)</sup>	증액분
급여비	합계	36조 1985 억원	43조 4961 억원	7조 2976 억원
	지역가입자	7조 80 억원	좌동	
	직장가입자	14조 5952 억원	좌동	

40) 2010년 1000대 기업매출액 2110조원으로 추정

41) 이 비율은 재정 필요정도에 따라 조정가능하다. 실제로 프랑스에서는 '사회연대각출금'의 %를 조정할 바 있다.

42) '국민건강보험공단, 건강보험 중, 장기 재정전망 연구, 2010'에서 2012년 전망치만 차용. 보험료율은 2010년 5.33% 대신 2011년의 5.64% 적용, 지역가입자는 직장가입자 보험료율인상비율을 적용함. 보험료 수입의 20%가 국고지원된다고 가정해서 산출함.(실제 07'~10'의 평균 국고지원 비율 : 17.0%)

43) 분담비는 현행 5:5에서 노동자분담금을 고정한 상태로 기업 : 노동자 비율을 6:4로 하였을 경우를 상정함.

	사용주	14조 5952 억원	21조 8928 억원	7조 2976 억원
국고지원		7조 2397 억원	17조 3985 억원	11조 5894 억원
기타		5082 억원	5082 억원	
1000대 기업 매출액 0.1%부가				2조 1100억원
수입 총계		43조 9464 억원	62조 8334 억원	20조 9970 억원

#### 4) 소요재정

소요재정은 건강보험 보장성을 올리기 위해 보험재정에 필요한 금액과 공공의료확충에 필요한 금액등의 국가예산에서 필요한 비용이 있다.

지금까지 보고된 각종 무상의료안에 따르면 우선 2011년 1월 발표된 민주당안은 8조원을 제시하고 있다. 2011년 5월 ‘건강보험하나로 시민회의’는 14.1조원을 제시하였고, 2005년 임준등의 연구<sup>46)</sup>에 따르면 2006년 기준으로 1단계 보장성 강화 비용에 6조 5000억원을 제시한 바 있다. 지금까지 무상의료 방안을 설계한 각각의 연구들은 성격이 다르지만 보장성을 늘리는 부분과 급여를 늘리고 공공병원을 늘리는 보건예산 증액부분 으로 나뉘어서 고려되었다.

전체적으로 보면 본인부담 상한제, 본인부담금 축소, 비보험수가의 폐지, 현금급여, 노인틀니 및 치석제거 급여화, 한방주치의제등이 건강보험 재정책대가 필요하고 공공병상확충, 급여환자폭 확대등에서 보건예산의 증액이 요구된다. 지불제도개선, 약가조정 및 제약자본통제, 질평가를 통한 서비스적정화등으로 지출이 절약되는 부분도 발생한다.

이러한 부분에 대해서는 구체적으로는 각각의 추가지출내역이 연동되기 때문에 대부분 추정계산치이지만, 이 자료집에 따른 요구안에 따라 산출하면 대략적으로 12조 - 20조 정도로 예측된다.

44) 주 3)과 상동

45) 주 4)와 상동

46) 임준외 2005 무상의료 로드맵에 따른 재정추계 및 자원조달 방안연구, 국회예산결산위원회

## 5) 무상의료실현을 위한 단기 소요재정 산출 내역

표 82 무상의료 실현을 위한 단기소요재정 추계 내역

무상의료내역	추가 소요재정 추계
입원진료 보장률 90%*	7.1조
100만원 본인부담상한제**	2.0조
빈곤층 무상의료 확대***	3조
현금급여비#	3조
노인틀니 급여화##	5,000억원
치석제거 급여 확대###	1,400억원
치과초등학생주치의제+	2,500억원
한방주치의제 일부 도입++	4,000억원
추가 소요재정 합계^	16조 3,900억원

\* 2012년 입원진료 보장성을 60%로 가정하고 이를 90%로 상향하는데 소요되는 비용을 추계함. 민주당의 경우 최대 3.9조

\*\* 민주당의 경우 0.7조

\*\*\* 의료급여를 현재 4.3%에서 15%까지 늘리는데 필요한 비용

# 현금급여를 경제활동인구 대비로 산출하여 평균입원기간 1개월을 대비하여 추계한 내용

## 노인틀니 : 70세 이상, 5년 1회 급여를 제공하는 것에 맞춰 추계 (치과부분 참조)

### 치석제거 : 급여확대로 인해 치주질환자의 이용률이 70%로 올라간다는 가정으로 산출

+ 초등학생 치과주치의제도 : 초등학생 치과주치의제도 도입 추계 3600억에서 현재 건강보험비용 900억원을 감액

++ 한방주치의제도 일부도입 : 간접적으로 추계

^ 간병급여 비용 등 일부 추계가 빠졌고 지출절감액(약제비 절감액 등)이 빠짐

보건의료단체연합 10주년 기념 토론회

---

## 한국, 무상의료로 가는 길

- 한국 보건의료 대개혁을 위한 정책 발표 토론회



**무상의료의 쟁취를 위하여 :  
의료민영화의 위협과 무상의료**







## 무상의료의 쟁취를 위하여 : 의료민영화의 위협과 무상의료

앞서 정리한 주제들은 사실상 한국 보건의료제도 개혁방안을 모두 포괄하고 있다. 무상의료라는 개념에 대한 정리에서부터 건강보험의 근본적 개혁방안, 의료전달체계 개혁방안, 보험약가제도와 의약품 공급방안, 의료급여제도 개혁방안, 산재보험 개혁과제, 구강보건 정책과제 등 모든 분야에 걸쳐 한국 보건의료체계의 문제점이 무엇인지, 또 개혁의 방향은 어떠해야 하는지를 보여준다.

하지만 정책대안은 말 그대로 정책대안이다. 우리 사회가 진정 머리를 맞대고 고민해야 할 과제는 이러한 정책대안을 현실화할 수 있는 방법과 경로이다. 여기서 그 방법을 모두 논의할 수는 없지만, 중요한 전제로 진정한 보건의료 개혁으로 가는 길을 가로막는 커다란 벽이 있다는 점을 놓쳐서는 안될 것이다. 바로 자본과 기업들이 힘을 모아 추진하고 있는 의료민영화 추진 정책들이다. 의료민영화는 직접적으로 우리의 보건의료제도를 무너뜨리고 건강권을 후퇴시킬 뿐 아니라, 건강한 방향으로의 보건의료개혁 자체를 가로막는 효과를 가진다. 따라서 부록 성격의 이 글은 아직 끝나지 않은 싸움으로의 ‘의료민영화’의 과거와 현재를 간략 정리한 글이다. 무상의료가 논의되고 있는 이 시점에서 의료민영화는 진행되고 있으며, 당분간 자본은 그 외연 확대를 위해 이 싸움을 멈추지 않을 것이다. 우리는 의료민영화를 반대하는 싸움을 무상의료로 가는 대중운동 건설에서 결코 놓치지 말아야 할 것이다.

### 의료민영화, 누가, 왜, 어떻게 추진하는가

2007년 2월 노무현 정부는 의료기관의 유인·알선 행위를 허용하고, 부대사업을 폭넓게 허용할 수 있도록 하며, 민간의료보험회사와 의료기관이 직접 계약을 맺을 수 있도록 하는 등의 내용이 포함된 의료법 개정안을 발의하였다. 당시 이 개정안은 의료민영화 정책패키지라는 평가와 함께 많은 논란을 불러일으켰으며 결국 격렬한 반대에 부딪치면서 무산되었다. 당시 보

건복지부는 ‘의료서비스를 국가발전의 성장 동력 산업으로 육성하기 위하여 의료인 및 의료기관 관련 규제를 완화할 필요성’이 있다는 것을 의료법 개정 사유로 제시했다.

사실 정부가 이렇게 의료‘산업’을 통해서 경제를 발전시켜야 한다는 의도를 내비치기 시작한 것은 2000년대 초반부터였다. 이전에는 현실이야 어떻든 간에 원칙적으로 정부의 입장은 ‘의료는 국민의 건강을 향상시키기 위해 존재한다’는 것이었는데, 2000년대 들어 ‘의료관광을 통한 국부 창출’, ‘신성장동력론’, ‘서비스산업 경쟁력강화’, ‘서비스산업 선진화’ 등의 담론과 함께 각종 정책과 제도를 구체화하기 시작한 것이다. 그런데 주목할 만한 것은 비슷한 시기 삼성, LG 등 재벌기업이 발간하는 보고서에서도 의료를 이윤을 창출하는 산업으로 만들어야 하며 이를 위해 보건의료에 관련한 정부의 과도한 규제를 없애야 한다는 내용이 나타난다는 점이다.

따라서 의료민영화를 단순히 정부의 정책과 제도를 중심으로만 파악할 수는 없다. 실제로 의료민영화는 정부의 정책과 기업의 움직임이 끊임없이 상호작용하면서 진행되었다. 이윤율이 떨어지면서 새로운 시장이 필요했던 재벌기업들이 병원산업에 진출하면서 병상이 확충되고 부대사업이 확장되는 등 의료를 매개로 한 돈벌이가 시작되었고, 이에 반응하여 정부는 지역별 병상총량제를 폐지하는 등 재벌병원의 확장을 뒷받침하는 정책을 실행하였다. 또한 재벌의 민간의료보험시장 진출은 정부의 민간의료보험 허용 정책과 조응하였고, 시장이 형성되는 상황에서 삼성생명은 민간의료보험을 점점 확장시켜 건강보험을 대신하도록 만들겠다는 계획을 내놓기도 하였다. 이명박 정권이 건강보험 당연지정제를 폐지하려고 시도했던 것은 이러한 자본의 전략과 무관하지 않을 것이다. 최근의 예로 삼성이 인천경제자유구역 내에 의료산업화를 추동할 허브 건설을 추진하는 것은, 정부가 경제자유구역을 폭넓게 지정하고 구역 내에서 영리병원을 허용하며 각종 세제 혜택도 주는 등으로 의료산업화가 용이하도록 토양을 마련한 결과로 볼 수 있다. 일련의 상황을 분석할 때, 의료민영화는 재벌기업을 중심으로 하는 민간자본이 보건의료체계를 주도하면서 이윤을 창출할 수 있도록 하는 각종 제도적 변화 및 자본의 전략으로 정의할 수 있다.

정부와 재벌기업들, 주류언론들은 의료민영화를 추진해야 하는 근거를 다양하게 제시한다. 그 근거들은 ‘의료도 이제는 산업이 되어야 한다’는 비교적 솔직한 주장부터 ‘의료서비스에도 경쟁의 원리를 도입해야 국민건강에 이롭다’, ‘민간의료보험을 통해서 건강보험의 부족한 부분을 보충해야 한다’, ‘의료산업을 통해서 외국환자를 유치해서 국부를 창출할 수 있다’, ‘의료산업화를 통해서 일자리를 창출할 수 있다’ 등으로 아주 다양하다.

이러한 주장들에 대한 평가는 이제껏 아주 풍부하게 이루어졌기 때문에 자세히 언급할 필요는 느끼지 못한다. 결론만 정리하자면, 의료가 산업이 되면 국민건강은 무너질 수밖에 없다. 의료서비스에 경쟁의 원리를 도입하면 의료비는 비싸지고 국민들은 올바른 치료를 받기보다는 과잉진료에 시달릴 것이며, 민간의료보험은 결코 국민건강보험보다 국민에게 더 많은 혜택을 줄 수 없다. 의료산업을 통해서 외국환자를 유치할 수 있다는 말은 우리나라의 조건과는 맞지 않는 꿈같은 이야기이며, 의료산업화를 통해서 창출되는 일자리는 사회에 크게 도움이 되지 않는 일자리일뿐더러 일자리의 안정성과 질도 확신할 수 없다. 일자리는 환자의 건강을 돌보는 보건의료인력을 확충함으로써 충분히 달성할 수 있고, 그렇게 되어야 국민건강의 향상과 함께 이루어질 수 있을 것이다.

의료민영화의 두 축은 ‘병원의 영리법인화’와 ‘포괄적·공적 의료보험의 무력화를 동반하는 민간의료보험의 확대’이다. 우리나라 보건의료체계를 지탱하는 두 축은 의료기관의 영리행위 금지와 전국민건강보험제도이다. 비영리병원과 공적 의료보험 하에서 의료서비스분야의 주체는 의료기관이고 보험제도는 의료비를 공적으로 집행하는 역할을 맡게 된다. 그러나 사적 보험사들이 의료영역을 주도하게 되면 의료서비스 영역은 보험사들의 이윤을 확보하기 위한 분야가 되고 의료기관이 그 집행기관으로서 역할하게 된다. 더 진행되면 원래 비영리적 목적을 가지고 있던 의료기관도 영리화되며 보험회사를 중심으로 병원, 요양소, 건강검진센터 등이 수직적으로 통합된다. 이것이 미국의 의료제도가 형성되어온 과정이다.

미국의 경우 공적 보험이 존재하지 않는 상황에서 민간보험회사가 주도적으로 의료보험제도를 형성하면서 병원이 영리화되었으나, 우리나라는 이미 전국민건강보험이 존재하고 있기 때문에 영리병원 허용과 민간의료보험 활성화 정책 모두가 변갈아가며 추진되어 왔다. 이상과 같은 경로는 이명박 정권이 들어서기 전까지의 상황이며, 이명박 정권에 들어서서도 이와 같은 기조는 꾸준히 유지되었다. 2008년 초부터 이명박 정부는 ‘영리병원을 허용할 것이며 건강보험 당연지정제 폐지까지 고려할 수 있다’는 발언을 하며 적극적으로 의료민영화를 추진하려 했던 것이다. 결국 정권의 위기로까지 이어진 촛불항쟁을 겪으며 정부는 ‘건강보험 당연지정제 폐지는 없을 것’이라 선언하며 한발 물러설 수밖에 없었다. 그러나 이것이 진정한 포기는 아니었으며, 2009년 초부터 다시 다각적인 의료민영화 정책들이 재추진되기 시작하였다. 의료채권법, 의료경영지원회사(MSO) 허용 등을 통해 우회적인 의료민영화가 추진되었고, 민간의료보험 시장 역시 폭발적으로 확대되었다.

2011년 현재 국민의 건강권을 위한 무상의료 논의가 한창인 시점에서 정부와 재벌기업들

은 전방위적으로 의료민영화를 추진하고 있다. 다만 영리병원화와 민간의료보험 활성화의 기본 기조에다 건강관리서비스와 원격의료라는 새로운 영역을 적극적으로 개척하는 방향으로 발전하고 있다는 점은 특기할 만하다. 덧붙여 올해 비준될 가능성이 제기되고 있는 한미 FTA 역시 중요한 쟁점이다. 의료민영화의 현재적 쟁점들을 중심으로 살펴보자.

## 영리병원 허용에 목숨거는 정부와 재벌기업들

삼성은 2020년까지 2조 1000천억원을 바이오산업에 투자하겠다고 발표하고 송도를 그 거점으로 삼고 있다. 삼성바이오로직스라는 회사를 통해 송도에 제약회사를 설립하고 송도국제병원 설립을 위한 컨소시엄에 참여하는 등 연구기관·제약회사·영리병원 설립에 본격 뛰어 들고 있다. 인천시는 존스홉킨스 병원과의 MOU 체결, 세브란스 송도영리병원 허용 등으로 장단을 맞추고 있다. 시민사회의 반대에도 요지부동이다. 송도국제병원은 지금까지는 외국인을 대상으로 하는 병원임을 공언하고 있지만 추진과정에서 적당한 시점에 내국인 진료를 추진하게 될 것이다. 외국인을 진료하는 것만으로는 수익을 기대할 수 없기 때문이다. 이것이 현재 정부가 제주도에서의 영리병원 허용을 강력히 추진하는 이유이다.

영리병원과 관련하여 그간 진행 상황은 2000년대 초반 경제자유구역 내 영리병원 허용 문제가 처음 제기될 때 우려했던 시나리오와 정확히 똑같다. 외국인이 설립하여 외국인만 진료하게 제한적으로 허용하겠다는 것이 지금은 내국인도 합작 형태로 참여할 수 있으며, 내국인도 진료가능하게 되었다. 제한된 지역이라던 경제자유구역은 현재 인천, 부산·진해, 광양만권, 황해권, 대구·경북, 만금·군산으로 끝도 없이 확대되고 있다. 정부가 절대 그럴 일 없다고 했던 것들이 모두 이루어지고 있다.

2000년대 초반부터 영리병원 허용이 문제가 될 때마다 시민들은 반대해왔다. 항상 국가와 기업들은 ‘의료도 산업이다’라는 기치를 내걸며 영리병원을 추진했고, 시민들이 반대하면 제한적으로 실시한 후에 결정하겠다고 한발씩 뺀 후 제대로 된 평가도 없이 재시도하는 식이었다. 이명박 정부 역시 2008년 촛불의 저항을 통해서 국민들이 영리병원을 결코 허용하지 않는다는 사실을 깨달았을 것이다. 그럼에도 불구하고 전혀 변화된 모습을 보이지 않는 것은 정부가 국민의 편이 아니라 재벌기업들의 편에 서 있기 때문이다.

정부가 국민들의 의견을 무시하고 있음을 보여주는 상징적인 예를 제주도에서 볼 수 있다.

2008년 제주도에서 영리병원을 허용하려는 이 명박 정권의 시도는 도민 여론조사까지 거친 끝에 실패로 돌아갔다. 하지만 이듬해 정부는 ‘투자개방형병원’<sup>47)</sup>이라는 신조어를 만들어내면서까지 영리병원 허용을 재추진하였다. 대형 병원, 보험회사 등 의료재벌들이 이를 원하기 때문이다. 그 시도는 아직도 끝나지 않았다.



## 자본의 돈벌이에 국민건강을 넘기려는 건강관리서비스법안

‘국민의 건강증진과 질병예방’이라는 국민건강관리서비스법안의 제정 이유는 한마디로 거짓말이다. 이 법의 실체는 공공적 원리에 따라 모든 국민이 누려야 할 건강관리서비스를 민간에 맡겨 돈벌이 대상으로 만들겠다는 것으로, 명백한 의료민영화 법안이다.

건강관리서비스를 민간에서 이윤을 추구하는 사업으로 만들면 어떤 일이 생길까. 소득수준이 높은 사람은 고급의 건강관리서비스를, 서민은 저급의 서비스를, 이마저도 받을 여력이 없는 사람들은 건강관리서비스를 전혀 받을 수 없게 될 것이다. 건강관리서비스는 원칙적으로 의료기관을 통해서 포괄적으로 이루어져야 하며, 현재 보건소 등 공공의료기관을 통해서 제한적이거나 이루어지고 있다. 민간에 맡겨진 건강관리서비스가 본격적으로 제공된다면 미약하나마 이루어지고 있던 이러한 시스템마저도 무너질 위험이 생긴다.

소득수준의 차이가 건강 수준의 차이를 낳는다는 너무나도 잘 알려진 사실이다. 따라서 스웨덴 등 선진국에서는 소득수준을 줄이는 것을 보건의료정책의 목표로 삼기도 하며, 소득수준에 따른 건강수준의 차이를 줄이기 위해 전 국민이 양질의 건강관리를 받을 수 있도록 노력을

47) 2008년 제주도에서 영리병원을 허용하려는 시도가 실패하자 정부는 그 원인을 ‘영리병원’이라는 용어가 주는 부정적 이미지 때문으로 평가하며 ‘투자개방형병원’이라는 긍정적인 이미지를 주는 단어를 만들어낸다. 이듬해 영리병원 허용을 재추진하는 과정에서는 ‘투자개방형병원’을 홍보하는데 제주도내 공무원들이 대거 동원되었다.

기울이고 있다. 정부의 정책은 국민의 건강을 위해서 당연히 행해져야 하는 흐름과 역행하는 잘못된 정책이다.

그렇다면 건강관리서비스법안이 누구를 위한 법안인지 살펴보자. 결론부터 말하자면 민간의료보험회사와 삼성, SK, LG와 같은 재벌기업들의 배를 불리게 될 것이다. 이들은 예전부터 U-Health(유헬스)<sup>48)</sup> 산업과 건강관리서비스 분야를 결합하여 새롭게 이윤을 창출하기 위하여 차근차근 준비해왔다. 삼성은 2007년 발간한 ‘유헬스의 경제적 효과와 성장전략’이라는 보고서에서 유헬스 활성화를 위한 선결조건으로 영리병원과 일반인이 운영하는 건강관리서비스회사가 필요하다고 주장했다. 또한 사업 파트너로 민간보험회사를 설정하고 있다. 이후 2009년 유헬스협회 창립기념세미나에서 복지부는 유헬스의 활성화를 위해서는 먼저 원격의료와 건강관리서비스를 활성화시켜야 한다고 언급한다. 현재 정부는 건강관리서비스산업과 유헬스산업을 육성하기 위해 국민의 세금을 들여서 스마트케어 시범사업을 추진하고 있는데, 이미 SKT 컨소시엄, LG컨소시엄 등이 구성되었으며, 여기에는 소위 BIG4라 불리는 대형병원들도 참여하고 있다. 정부와 자본 모두 일사분란하고 재빠르게 움직이고 있다. 민간보험회사들 역시 건강관리서비스법안이 통과되면 큰 이익을 보게 될 집단이다. 건강관리서비스를 포함한 보험상품을 마음껏 내놓을 수 있으며, 건강관리서비스회사를 자회사로 운영하면서 이중의 수익구조를 만들어낼 수도 있기 때문이다.

처음에 정부는 원격의료의 가능하도록 의료법을 개정하고, 건강관리서비스를 민간에 넘기는 건강관리서비스법안을 통과시켜서 본격적으로 돈벌이 의료의 영역을 열어주려는 시도를 했었다. 국민의 반대와 노력으로 의료법 개정은 무산되자 정부는 건강관리서비스법안부터 우선 통과시키려는 시도를 하고 있다. 반대여론에 떠밀려 법안 통과가 어려워지자 보건복지부는 몇 가지 조항을 수정한 안을 내놓고, 국회에서 법안이 긍정적으로 검토되기를 강력히 요구하고 있다. 사업에서 배제된 민간보험회사들은 벌써부터 자기네들도 끼워달라고 반발하고 있다.

---

48) 각종 정보기술(IT)을 활용하여 원격지에서 진료를 받거나 건강관리를 받을 수 있도록 하는 원격의료 서비스를 의미한다. 이러한 기술을 상용화하여 이윤을 창출하기 위해서는 수요를 대량으로 창출하는 것이 가장 중요하다. 따라서 경제력이 있는 모든 사람들이 대상이 될 수 있는 건강관리서비스를 유헬스와 접목시켜 시장을 형성하려는 것이다.

## 한미 FTA = 의료민영화 협정

2008년 한미 FTA 문제에서 국민의 관심을 가장 크게 끌었던 것은 미국산 쇠고기 수입에 관련한 문제였다. 그런데 보건의로 전반이라는 차원으로 시야를 넓혀보면 한미 FTA야말로 의료민영화와 관련하여 가장 중요한 사안이며, 반드시 막아내야 하는 잘못된 협정이다. 의료를 시장으로 만들어서 이윤을 창출하는 것을 가장 큰 목표로 삼는 초국적 제약기업, 민간보험회사의 이익을 더욱 확대시키며, 한번 무너진 보건의료제도는 다시 되돌릴 수 없게 만들기 때문이다.

우선 한미 FTA는 초국적 제약회사의 독점 권한을 강화해 약값을 인상시킨다. 의약품 가격을 선진국 수준으로 끌어올리는 조항을 포함하고 있으며, 의약품의 특허를 더욱 강화하여 특허를 인정받기 쉽도록 만들고 남한의 식약청이 제약회사의 특허를 지켜주는 역할까지 떠맡도록 만든다.

또한 한미 FTA 금융서비스장에서는 ‘(건전성 사유 외에는) 신금융서비스에 대한 규제를 할 수 없’도록 규정하고 있다. 협정이 타결된다면 이후부터 민간의료보험 상품에 대한 규제가 불가능하게 될 것임을 의미한다. 현재 남한의 민간의료보험은 폭발적인 성장을 거듭하면서 국민 건강보험을 위협하고 있는데다 보험상품에 대한 규제가 거의 없어 지금물이 선진국과 비교하여 턱없이 부족하다. 보험회사들이 폭리를 취하고 있음을 의미한다. 민간의료보험의 성장과 그로 인한 국민건강보험의 붕괴가 의료민영화의 가장 위험한 결과 중 하나임을 고려할 때 빠른 시일 내에 민간의료보험상품에 대한 규제방안이 만들어져야 한다. 한미 FTA가 타결되면 이러한 규제가 전혀 불가능하게 되는 것이다.

게다가 한미 FTA는 앞서 언급한 제주도와 경제자유구역에서 추진되고 있는 영리병원 허용을 고착화시키게 된다. 한미 FTA는 그 포괄범위에 있어서 보건의료서비스를 유보 항목으로 두었지만 ‘경제자유구역 및 제주특별자치도 특별법에 규정된 의료기관, 약국의 설치와 원격의료서비스 공급과 관련한 우대조치에 대하여는’ 예외로 하고 있다. 예외조항이라는 이름으로 들어가 있지만 앞서 언급한 바와 같이 현재 경제자유구역은 전국에 걸쳐 폭넓게 지정되어 있다. 따라서 경제자유구역을 중심으로 영리병원이 설립되는 것을 막을 수 없게 될 경우 이는 곧 전국적으로 영리병원이 확산될 것임을 의미한다. 의료비 증가와 의료 양극화의 부작용이 발생하더라도 한미 FTA를 폐기하지 않는 한 이를 되돌릴 수 없게 될 것이다.

구체적으로 규정된 위의 조항들보다 더 파괴적인, 한미 FTA에서 가장 핵심적인 조항은 역

진방지조항과 투자자정부제소조항이다. 한미 FTA가 타결되면 영리병원의 확산을 되돌릴 수 없게 될 뿐 아니라 공공의료를 지키거나 강화하기 위한 정부의 모든 조치를 취하기 힘들게 될 것이다. 이미 개방된 조치(영리병원 허용 등 위에서 언급한 조치들)를 다시 되돌릴 수 없게 될 뿐 아니라, 투자자가 정부의 정책으로 인해 자신의 이익이 침해될 경우 정부를 제소할 수 있게 될 것이기 때문이다. 만일 정부가 건강보험을 강화하거나 공공병원을 늘리기 위한 조치를 취하면, 미국의 보험회사 혹은 병원자본이 자신의 이윤을 침해하는 행위라고 손해배상 소송을 할 수 있게 되는 것이다. 한미 FTA가 통과되면, 경제자유구역과 제주특별자치도에서 허용된 영리병원에 관한 규제 조치는 어떤 부작용이 발생하더라도 되돌릴 수 없게 된다.

## 의료민영화로 갈 것인가, 무상의료로 갈 것인가

의료민영화는 의료의 질을 떨어뜨리고 의료비를 상승시키며 건강양극화를 심화시킨다. 미국의료에 대한 수많은 학자들의 분석을 통해서 입증되었으며, 식코의 사례를 통해서 모든 사람들이 구체적으로 느끼고 있다. 또한 건강은 돈이 많건 적건 관계없이 누구나 누려야 할 권리이며, 의료는 돈벌이의 수단이 되어서는 안된다. 모든 사람들이 알고 있는 당연한 사실이다. 그렇기 때문에 우리는 무상의료를 주장하는 것이다.

그러나 정부와 자본가들은 의료의 돈벌이가 되어서는 안된다는 당연한 원칙을 거부하고 있다. 그리고 그들은 의료민영화를 추진함으로써 무상의료를 무력화시킬 수 있음을 알고 있다. 의료민영화로 의료비가 급격히 상승하면 건강보험 보장성은 결코 높아질 수 없기 때문이다.

의료민영화가 진행될수록 건강보험재정은 재벌병원, 민간보험회사, 제약회사들의 배를 불려주는 공간이 될 것이다. 우리가 무상의료를 원한다면, 의료민영화를 막아내는 것을 무상의료를 위해 필수적인 과제이다.