참여정부의 보건의료정책

글 · 정 의 화
국회의원
(한나라당, 부산 중 · 동구)

들어가면서

건강은 국민들의 삶의 질을 향상시키는데 중요한 요소이며, 이를 위해서는 효과적이고 효율적인 보건의료체계가 필수적이다. 이런 점에서 한국의 보건의료체계는 아직 개선의 여지가 많은 듯 하다.

최근 우리나라는 한편으로는 급격한 인구학적 변화를 경험하고 있으며, 다른 한편으로는 경제와 산업구조의 급격한 변화를 경험하고 있다. 그리고 이 과정에서 경제 · 사회적 양극화가 심화되는 양상이 나타나고 있다. 우리는 사회 양극화 심화가 저소득층의 건강과 질병관리에 매우 어려운 상황을 초래한다는 것에 주목해야 한다. 참여정부는 이와 같은 문제의식에서 저소득층 등 취약계층의 보건의료부문 사회안전망을 강화하기 위해 공공보건의료체계의 확충, 건강보험의 의료보장성 강화, 건강증진과 질병 프로그램 강화 등을 주요 아젠다로 설정하고 지난 2년간 여러 사업들을 추진해 왔다. 이 글에서는 이들 보건의료부문 주요 정책을 평가해 보았다.

아플 때 도움을 청할 곳이 없는 사람이 많은 나라

노 대통령은 취임 당시 "돈 없어 병원에 가지 못하는 일은 없게 만들겠다."고 천명함으로써 많은 국민들이 정부의 의료개혁에 대한 기대와 희망을 가지게 해주었다.

그러나 묘하게도 나는 이 모습에서 DJ정부 시절 개혁이라는 미명하에 성급하게 도입된 기형적 의약분업이 떠올랐다. 보건의료체계 개혁 방향은 세계적 추세, 국내 타 분야의 변화, 한국의 의료현실을 바탕으로 설정되어야 하고 항상 사실과 근거를 바탕으로 접근해야 한다는 게 나의 생각이었다. 그러나 DJ정부 시절의 기형적 의약분업은 소수의 이

참여정부는 의료부문에서 자본참여를 활성화시켜 의료를 국가전략산업으로 발전시키겠다는 의지를 표명했다. 그러나 이 같은 정책은 그렇지 않아도 과잉상태에 있는 한국의료를 폭발 직전의 상황으로 내몰게 될 가능성이 매우 큰 만큼 보다 신중하게 접근해야 할 것이다.

상을 위해 여론의 바람몰이로 성급하게 추진해 버렸고 이로 인해 국민 부담가중과 보건의료체계의 근간을 흔들어버리는 우를 범하게 되었다. 당시 의약분업을 주도했던 차흥봉 前장관은 지난 국정감사에서 "의약분업이 정착되려면 한 세대(30년)는 지나야 한다."는 답변을 해 그곳에 있던 이들을 당황스럽게 한 적이 있다.

참여정부는 이런 우를 범하지 않기 바란다. 참여정부는 의료부문에서 자본참여를 활성화시켜 의료를 국가전략산업으로 발전시키겠다는 의지를 표명했다. 그러나 이 같은 정책은 그렇지 않아도 과잉상태에 있는 한국의료를 폭발 직전의 상황으로 내몰게 될 가능성이 매우 큰 만큼 보다 신중하게 접근해야 할 것이다.

최근 어느 언론 보도에서 "대한민국은 아플 때 도움을 청할 곳이 없는 사람이 많은 나라"라는 기사를 접한 적이 있다. 노 대통령이 취임한지도 2년이 지난 지금 그 취임 일성은 오간데 없고 그 기대와 희망은 찾지 못할 수도 있다는 것이다.

실제, 2004년 한국종합사회조사(KGSS) 결과에 따르면 우리나라 저소득층(기초생활보호대상자, 차상위계층 등을 포함, 가계소득이 하위 25% 이하에 해당하는 계층)의 7.3%가 아플 때 도움을 청할 곳이 없는 것으로 조사됐다. 국제사회조사기구(ISSP)가 2001년 조사한 12개 나라와 이것을 비교해 보면 우리나라가 가장 높게 나타난다.

〈아플 때 도움을 요청할 곳이 없는 저소득층 비율〉

구 분	한 국	핀란드	호주 · 뉴질랜드 · 러시아	미국 · 영국	헝가리 · 폴란드 · 스페인 · 칠레	일 본
저소득층 비율	7.4%	3.7%	3% 초반	2%	1%	0.7%

현재 정부에서 의료비를 지원받는 저소득층은 기초생활보장 수급자와 차상위 계층 중 희귀 난치병환자와 12세 미만 아동을 합쳐 155만명 정도에 불과하다. 2004년 현재 건강보험료 체납으로 인해 의료 이용에 제한을 받는 건강보험 지역가입자가 전체의 23%에 이르다보니 도움을 청할 곳이 없다는 하소연이 나올 만 하다.

상황이 이렇다 보니, 복지부는 최근 저소득층 지원을 위해 건강보험료를 체납하더라도 2년간은 보험 적용을 해주고 생계형 체납자에 대해서는 한시적으로 체납 보험료를 결손처분해 주기로 했다. 그러나 이것은 땜질식 처방일 뿐 근본적인 대책은 될 수 없다. 보다 근본적인 대책을 세우는 노력이 있어야 한다.

의료와 건강의 양극화는 이해 당사자간의 갈등 유발 뿐만 아니라 갈등 구조를 고착화 시킨다는 점에서 우리가 주목해야 할 또 다른 위기의 한 측면이다.

공공보건의료 강화와 의료보장성의 확대 어디까지 왔나

무엇을 기준으로 평가하든 공공부문의 의료기관은 양적으로 질적으로 취약하다. 이런 점에서 참여정부가 설정한 공공의료의 강화라는 목표 설정은 바람직한 것이라 본다. 그러나 이를 위한 목표지표로 제시한 공공병상 확충 즉 ,현재 10% 수준인 공공병상의 비율을 30%까지 확대하겠다는 것은 현실을 도외시한 비현실적 구호에 불과하며, 참여정부 하에서 달성될 수 있는 목표도 아니다. 지난 2년을 되돌아보면 그 이유를 쉽게 알 수 있을 것이다.

공공의료기관수가 전체의 몇 %인지 공공병상 수가 몇 %인지 하는 소위 '공공보건의료기관' 의 규모보다는 '공공보건의료' 라는 기능을 수행하기 위한 인프라의 확보와 역할의 변경이 그 목표가 되어야 한다. 법적 소유주체가 공공인 의료기관이라 해서 그에 속하는 병상은 모두 '공공의료' 로 볼 수 없기 때문이다. 예를 들어 현재 국립대학병원의 경우 수련병원으로서의 역할 등이 다른 의료기관보다 강할 수는 있지만, 일반진료를 중심으로 보면 여타 민간병원과 구분이 되지 않는다. 또 민간병원이라 해서 저소득층에 대한 무료진료와 전염병 등 공공성을 띤 진료가 이루어지지 않는 것이 아니기 때문이다. 따라서 국립병원의 법적소유 주체가 국가라고 해서 이들이 보유한 병상이 포함된 '공공병상' 의 비율이 특별히 높아져야 할 목표가 되어야 할 필요는 없다.

이런 의미에서 『공공보건의료에관한법률 제2조(정의)』에서 제시된 '공공보건의료' 에 대한 정의는 수정되어야 한다. 공공보건의료의 확대와 공공의료기관의 확대가 동일한 것이 아니기 때문이다. 중요한 것은 공공보건의료기관에 공공보건의료기능을 보다 적극적으로 수행할 임무를 부여하고 이것을 제대로 수행하는데 필요한 여건을 갖추어야 한다. 이와 관련해 필자는 이번 금년 9월 정기국회 발의를 목표로 법안의 개정 작업을 추진하고 있다.

적정진료에 대한 저소득층의 접근성 제약은 '공공보건의료기관' 의 부족 때문이 아니고, '의료보장성' 의 부족 때문에 생긴다. 의료급여 등 취약계층에 대한 의료보장성이 높아지면 굳이 국공립의료기관이 이를 담당해야 할 이유가 없어진다. 오히려 국립보건의료기관 등에서 민간의료기관에서보다 못한 의료서비스를 의료급여 수급자에게 제공하게 되는 것이라면 이것은 더 차별적인 것이며 형평성을 저해하는 것이 될 수도 있다. 그렇다고 국공립의료기관의 필요성을 부정하는 것은 아니다.

민간자본의 의료기관이라도 공공성(의료급여환잔 진료, 예방/건강증진, 지역사회보건, 재활요양서비스, 만성질환 관리 등)을 실현하고 있다면, 정부는 이를 지원, 장려하는 방향으로 공공의료를 강화해

나가야 한다.

취약계층에 대한 적정진료를 위해서 가장 중요한 것은 재원조달을 중심으로 한 의료보장성의 확대이고, 이것이 불확실한 현실 하에서는 기존의 공공의료기관의 취약계층 진료기능 확대와 이를 위한 여건의 확보가 대안이 될 수 있을 것이다.

의료보장성 확대와 관련해서도 참여정부는 50% 수준인 보장범위를 70%로 끌어 올리겠다고 자신만만해 하고 있다. 그러나 현재 52% 수준인데, 보장성을 1% 끌어 올리는데는 현재의 화폐가치로 2조8천억원 정도의 재원이 필요하다. 현재 건강보험이 흑자상태이긴 하지만 올해부터 흑자재정을 모두 다 보장성 확대에 투입한다고 해도 우리의 건강보험 보장성 수준은 60%에 못 미친다. 현 정부 하에서 보장성을 70%로 올리겠다고 하는 것은 지금보다 5조원 정도를 더 보장성에 투입한다는 말이다. 그것도 매년 반복적으로 투입한다는 얘기다. 그러나 이를 실현할 수 있는 재원조달방법에 대해서는 아직도 시원한 대안조차 내놓지 못한 채 국민들을 현혹시키고 있는 것이다.

급여 확대를 위한 재원으로 우선 건보재정 흑자부분이 투입되어야 하나, 중장기적으로는 선진국에 비해 대단히 낮은 상태에 있는 건강보험료 수준을 어느 정도 끌어올릴 필요가 있다. 현재 우리나라의 GDP 대비 국민의료비는 OECD 국가 중 최저수준이다. 우리 국민의 건강수준과 우리의 의료보장 수준이 OECD의 평균 이상이라면 이러한 낮은 보험료와 낮은 국민의료비 규모가 자랑일 수 있지만, 우리의 현실은 그렇지 못하다. 이는 오히려 사회문제를 야기한다. '낮은 국민의료비에 따른 의료접근성의 제약' 이나 '낮은 보험료에 따른 불충분한 의료보장' 의 최대 피해자는 저소득층과 취약 계층이기 때문이다.

맺으며

참여정부는 국민의 삶의 질 향상을 목표로 빈곤층과 사회적 취약계층에 대한 보호를 강화함으로써 의료의 공공성 강화와 참여민주주의를 현실화해 가는데 더욱 노력해야 한다. 우선 정부가 나서서 공공의료의 강화가 과연 시설(소유주체)확충이냐, 재정지원의 확충이냐, 기능측면이냐 하는 해묵은 논쟁이 되풀이 되는 것을 막고 분명한 방향을 제시해야 하며, 건강보험의 보장성 확충을 위해 재원 조달 방안을 마련해 국민들을 안심시켜야 할 것이다.

공공의료 확충 과정에서 빈곤층, 저소득층의 일자리를 창출, 확대하여 생활에 안정을 기하게 함으로써 이들이 가정경제의 악화와 건강관리 소홀로 질병이 야기되어 이로 인한 진료비 부담증가와 생산성 하락으로 다시 빈곤층으로 전락하는 악순환의 고리를 차단할 수 있도록 정부는 사회적 후생을 증진시키는 방향으로 나아가는 것이 복지적이라는 점을 잊지 말아야 할 것이다. 2005