

선택진료제에 대한 주요 쟁점 및 문제점 개선방안

한국소비자원 정책연구본부 책임연구원 | 이종인

I. 서론

지난 2000년부터 선택진료제도가 시행되어 오고 있다. 즉, 환자로 하여금 특정의사를 선택하여 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하자는 취지에서 2000년 1월 '의료법' 개정을 통해 도입되었으며, 1963년에 도입된 '특진제도'가 1991년 '지정진료제도로, 다시 지정진료제도가 선택진료제도로 변경되어 온 것이다. 이 제도는 의료법 등에 따른 선택진료 환자 또는 그 보호자가 병원급 이상 의료기관¹⁾에서 특정 의사를 선택하여 진료를 받을 수 있는 제도를 의미하며, '선택진료에 관한 규칙'이 마련됨으로써 본격적으로 시행되었다. 이 제도 하에서는 원칙적으로 추가비용이 환자 측에 부과되지 않으나 일정요건을 갖춘 의사의 진료 시에는 추가비용이 발생되고, 이를 환자 측이 전액 부담하게 된다.

그러나 동 제도는 의료소비자의 의사선택권 보장이라는 본래의 취지와는 다르게 의료기관의 수입보전수단으로 운영되면서 이용환자들의 불만과 피해가 야기되어 왔다는 비판을 받고 있다. 실제로, 전문종합병원의 70% 이상이 선택진료 담당의사를 지정하여 환자의 일반진료의사를 선택할 수 있는 기회를 제한하고 있는 실정이다. 특히 선택진료 의사를 병원에서 임의로 지정하거나, 환자가 선택·신청하지 않은 경우에도 추가비용(선택진료비)을 부과한 경우도 있는 것으로 나타났다.

이 사안에 대해 2006년 7월 건강세상네트워크 등 건강관련 시민단체에서 제도 상의 여러 문제점을 제기한 바 있으며, 같은 해 10월 공정거래위원회의 국정감사에서도 제도의 문제점이 제기되기도 했다. 소관부처인 보건복지가족부에서 동 제도의 개선방안에 대해 검토 중인 것으로 파악되고 있으며, 공정거래위원회에서는 경쟁정책 차원에서 동 제도가 실제로 소비자의 선택권을 제한하고 있는지 여부를 검토할 필요가 있다는 관점을 갖고 있는 것으로 보인다.

선택진료제의 문제는 국민복지차원의 문제뿐만 아니라 여러 소비자정책 측면에서의 문제를 내포하고 있기 때문에 관련 대응에 있어서도 다소 상이한 접근이 필요하다고 판단된다. 즉, 제도의

1) 의료법에서는 의료기관의 종류를 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누고 있는데 (법 제3조), 이 중 병원급 이상이란 30명 이상의 병상을 갖춘 경우를 말한다.

운영현황과 관련 법제에 대한 검토뿐만 아니라 실제적인 제도의 운용상황과 소비자불만 등을 파악해 보아야 적절한 대안을 제시할 수 있을 것이다. 이에 덧붙여 동 제도가 시장경쟁 질서의 확립 차원에서 개선의 여지가 있을 수 있다.

이러한 배경 아래 본고는 제2절에서 관련 법제와 제도운용 현황을 살펴보고, 제3절에서는 선택진료제에 대한 주요 쟁점을 정리·검토한다. 이어 제4절에서는 이상의 고찰을 바탕으로 현안 쟁점에 관련된 제도운용 상의 문제점 개선을 위한 제 방안을 제시한다.

II. 선택진료제 관련 법제 및 제도운용 현황

선택진료제는 병원급 이상의 의료기관에서 환자 또는 보호자가 특정의사를 선택하여 진료를 받을 수 있도록 하는 제도로, 일정한 요건에 해당하는 경우는 환자 측에서 추가진료비를 부담하도록 하는 의료법(제46조, 환자의 진료의사의 선택 등) 상의 제도이다. 이때 추가진료비 내지 추가비용은 보건복지가족부 장관이 고시하는 국민건강보험 진료수가기준의 일정범위(20~100%) 내에서 환자 측이 추가로 부담하는 비용을 말한다.

선택진료제에 관련된 의료법 제46조 중 제3항은 의료기관의 정보제공의무에 관한 사항으로, 2006년 10월 법 개정을 통해 신설된 바 있다. 현행 의료법 및 의료법 시행규칙(선택진료에 관한 규칙) 등에 규정되어 있는 선택진료제 관련 법 규정을 종합하면 <표 1>과 같이 나타낼 수 있다.²⁾

<표 1> 선택진료제 관련 법 규정

구 분	내 용
대상 의료기관 (법 제46조 제1항)	종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원
선택진료 의사의 자격 및 지정범위 (규칙 제4조)	① 면허 취득 후 15년 경과 치과의사, 한의사 ② 전문의 자격 인정 후 10년 경과 의사 ③ 대학병원, 부속한방병원의 조교수 이상 선택진료 의료기관의 장이 유자격 재직의사의 80% 범위 내 지정
선택진료의 신청·해지 (규칙 제2조)	환자 또는 보호자가 신청서 또는 전화 등 통신매체를 이용 신청·해지
정보제공의무 (법 제46조 제3항, 규칙 제6조)	선택진료의 내용·절차·방법에 관한 정보(법) ① 진료과목별 선택진료 의사 명단 및 진료시간표 ② 선택진료 의사의 경력, 세부 전문분야 등 환자 또는 보호자가 선택할 수 있는 정보 ③ 선택진료비를 받는 진료항목과 선택진료비 금액
선택진료항목 (규칙 제5조 제3항 및 별표)	① 진찰(한방 포함) ② 의학관리(한방 포함) ③ 검사(한방 포함) ④ 영상진단비 및 방사선 치료 ⑤ 마취 ⑥ 정신요법 ⑦ 처치수술(한방 포함) ⑧ 침, 구 및 부항
선택진료비용	선택진료 항목별 국민건강보험 진료수가기준의 일정 범위 내
행정벌칙 (법 제92조 제1항 제3호)	선택진료정보 미제공시 3백만 원 이하의 과태료 부과

이러한 선택진료제도의 운용실태를 보면, 2008년 6월말 현재 선택진료 의사를 지정하고 선택진료시 선택진료비를 받는 병원은 선택진료가 가능한 2,377개의 '병원급 이상' 의료기관 중 8.9%인 212개로 나타났다. 이중 종합전문요양기관(총 43개소)은 전체가, 종합병원은 전체(272개소)의 29.8%인 81개소가 선택진료를 실시하고 있어, 병상 규모가 큰 3차 병원일수록 선택진료를 실시하는 비율이 높은 것으로 파악되었다.³⁾

한편, 선택진료 담당의사 배정현황의 경우, 관계부처에서 조사한 자료에 따르면 각 병원들이 전체 근무의사들 중 80%까지 선택진료를 할 수 있도록 함에 따라 많은 병원들이 선택진료 의사를 지정하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 재직의사 중 선택진료 지정의사비율은 30% 미만이었지만, 선택진료 유자격의사 중 선택진료 지정의사 비율은 74.9% 정도였다. 또한, 특정과의 경우에는 거의 모든 의사들을 선택진료 지정의사로 운영하여 사실상 환자들의 의사선택권을 제한하거나, 아예 박탈하는 경우도 상당 비율을 보이고 있었다. 다른 조사자료에 따르면,⁴⁾ 선택진료 담당의사 비율이 재직의사의 80%를 넘어 관련 규정을 위반하고 있는 경우도 적지 않으며 흉부외과, 비뇨기과, 신경외과, 정형외과, 안과, 외과, 산부인과, 신경과 등의 진료과목은 선택진료 의사만으로 운영되고 있는 병원의 비율이 매우 높았다.

선택진료는 당초 환자에게 특정 의사를 선택하여 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하는 취지에서 도입되었지만, 현실적으로 의료기관의 경영환경 보전기능 위주로 운영되어 왔다는 지적이 끊이지 않고 있다. 실제로 선택진료를 통해 지출되는 병원의 수익 내지 환자의 추가비용부담액은 2007년 기준으로 연간 8,977억 원에 달하며, 이 금액이 전체 진료비 중에서 차지하는 비중이 약 6.5% 수준에 해당하였다.

III. 선택진료제의 대한 주요 쟁점

선택진료제에 대한 논란은 제도 시행 초기에는 크게 부각되지 않았으나, 부당 청구된 선택진료비를 환자가 환급받는 사건들이 많이 발생했던 2004년부터 언론에 빈번하게 오르내리는 등 사회적으로 쟁점화 되고 있다. 지난 2005년 1월 현애자 의원의 발의로 동 제도를 폐지하는 의료법 개정안이 국회에 상정된 바 있다. 즉, 국회 보건복지위원회 소속인 현애자 의원(민주노동당)은 지난 2006년 1월 12일 보건분야 시민단체인 '건강세상네트워크'와 공동으로 '선택진료비 폐지 의료법 일부 개정안'을 기자회견을 통해 제안하고 2006년 1월 11일 선택진료제 폐지를 위한 의료법 일부 개정안을 국회에 상정하였다.

'선택진료비' 제도를 폐지하자는 논거로는 첫째, 우수한 의사의 유치 등에 필요한 비용을 환자에

2) 해당부처인 보건복지가족부에서는 그동안 논란이 되어왔던 선택진료기관의 정보제공의무 등이 반영된 '선택진료에 관한 규칙'의 개정안을 2008년 초에 입법예고하였으며, 관련 절차를 거쳐 2009년 3월 중 시행할 예정이다. 본고는 2008년 12월 1일 현재의 관련 규정들을 반영한 것이다.

3) 현행 선택진료제도는 과거의 '지정진료제도'와는 달리 보건복지가족부장관의 선택진료 대상기관 지정절차 없이 의료기관 자체적으로 그 실시 여부를 결정할 수 있게 되어 있어 정확한 현황 파악에 어려움이 있다.

4) 국회 김영수 의원실에서 2006년 7월 말~8월 말 한 달 동안 전문종합병원 중 인터넷 진료예약이 가능한 32개 병원을 대상으로 실시한 조사·분석 자료이다.

게 부담시키고 있으며 둘째, 선택진료제가 의료서비스에 대한 최소한의 질적 보장이 되어야 한다는 원칙을 위배하고 있을 뿐만 아니라 셋째, 지불능력이 떨어지는 저소득층에게 의료 이용의 접근성을 제한하는 등 형평성에 위배되어 국민의 건강권을 침해할 소지가 있으며 넷째, 사실상 환자에게 선택권을 제공하지 못하면서 의료비 부담을 가중시키는 제도라는 주장이다.

이러한 제도 폐지 견해에 대해, 의료계에서는 선택진료제가 법에서 규정한 취지와는 달리 일부 의료기관의 경영수지 보전수단으로 일부 활용되어 온 점을 인정하면서, 의료기관의 안정적 운영을 위한 적절한 대안 없이 선택진료제도를 폐지하자는 논의는 무의미하다는 입장을 보이고 있다. 즉, 선택진료제도의 모태가 되는 1990년대 이전의 특진제도와 이후의 지정진료제도가 의료보험제도 및 전국민의료보험제도 도입 당시 선진국들에 비해 낮게 책정된 대학병원의 진찰료를 보전하는 수단의 하나로 시행되었다는 점을 인정하면서도, 한편으로는 동 제도가 다수 환자의 의사선택권을 보장해주는 긍정적 효과도 매우 크다는 입장을 보이고 있다.

즉, 선택진료제도는 ① 국민의 건강권을 보장하는 취지로 도입되었으며 ② 동 제도로 인해 동일 병원내 의사간 선의의 경쟁이 유발되어 의료서비스가 개선되는 효과를 가져왔고 ③ 국민들이 양질의 의사에 대한 선호도가 높은 현실에서 선택진료비 지불을 폐지할 경우, 오히려 환자의 의사선택권이 제한될 수 있으며 ④ 선택진료제가 폐지될 경우 대형(대학)병원으로 환자집중이 심화되어 건강보험재정의 부담이 더욱 늘어나고, 의료전달체계의 혼란이 가중될 것이라는 입장을 보이고 있다.

이와 같은 제도의 폐지 및 손속 등 견해의 대립에 대해 소관부처인 보건복지가족부에서는 '환자의 의사선택권 보장'이라는 제도의 본래 취지를 훼손하지 않는 범위 내에서 제도운영과정 상의 문제점을 보완하겠다는 원론적 입장을 보여 왔다. 즉, 동 제도는 당초 환자에게 특정 의사를 선택할 수 있도록 하여 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하는 취지로 도입되었으므로, 제도의 폐지보다는 운영과정에서 나타나는 의료소비자의 경제적 부담 가중 등의 제반 문제점을 연구 분석을 통해 보완해 나가겠다는 입장을 고수하고 있다.

2006년 가을 행정당국에서는 국정감사에서 선택진료제 운영의 문제점들이 다소 있지만, 의료전달체계가 합리적이지 않은 상태에서 선택진료제가 환자 집중화를 완화하는 안전판 역할을 하는 측면이 있으므로 시간을 두고 검토할 문제라는 입장을 보였다. 그러나 최근 들어 그동안 논란이 되어 왔던 문제점을 일부 반영한 '선택진료에 관한 규칙' 개정안을 마련하여 입법예고하는 등 보다 적극적인 개선 의지를 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 '제도 상의 문제점 보완'이라는 정부당국의 원론적 입장에서 크게 벗어나지는 않는 것으로 보인다. 한편, 공정거래위원회에서는 선택진료제가 소비자의 선택권을 제한하는 불공정 거래행위로 간주할 수 있는지 여부에 관한 검토와 실태조사를 통한 개선방안 도출 입장을 보이고 있다.

5) 공정거래위원회에서는 2008년 6월, 45개 대학병원급을 대상으로 선택의료제 및 거래상 지위남용행위에 대한 서면실태조사를 실시하였으며, 같은 해 7~9월 기간동안에는 8개 대학병원에 대한 현장실태조사를 실시하였다.

IV. 선택진료제도의 문제점 및 개선방안

1. 환자의 의사선택권 제약 해소

상술하였듯이, 선택진료제는 원래 목적과는 달리 의료기관의 수입보전수단으로 운영되면서 이용환자들의 불만과 피해를 야기해 왔다는 비판을 받고 있는 실정이다. 즉, 현실적으로 이용환자들이 일반진료를 신청하는데 있어 다소의 제약이 있거나 배제되어 비자발적으로 선택진료를 이용할 수밖에 없는 현상은, 제도의 본래 취지인 환자의 의사선택권 보장에 제약이 있을 수밖에 없음을 잘 보여주고 있다.

이러한 문제점에 대해서는 선택진료 의사의 자격과 범위를 규정하고 있는 현행 선택진료에 관한 규칙 제4조를 일부 조정할 필요가 있다. 즉, '일정 요건을 갖춘 재직 의사 등의 80% 범위 안에서 선택진료를 담당하는 의사 등을 지정' 토록 하고 있는 현행 방식에 보완하여 소비자의 의사선택권 보장을 위해서 진료과목별로 최소한의 범위 내에서 비선택진료 의사비율을 할당하도록 제도화할 필요가 있다. 이 부분은 올해 상반기 중 시행 예정인 동 규칙개정안에 진료과목별로 최소한 1인 이상의 비선택진료 의사를 지정토록 함으로써 제도화 단계에 있다고 보여진다.

이러한 방안은 현행 80% 범위 안에서 적어도 일반진료 의사가 없어서 야기되는 의료소비자 불만문제가 상당부분 해소될 수 있을 것이다. 그러나 선택진료 의사비율 80% 범위가 과연 적절한지 여부에 대한 논란은 여전히 남아있게 된다. 이 문제에 대해서는 동 규칙 제4조에 규정된 현행 선택진료 의사의 범위 제한(80%)을 아예 없애거나 조정하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 그러나 이 경우 의료기관간, 의료기관과 의료정책당국간의 다양한 견해가 조율되어 합의를 도출해야 하기 때문에 적지 않은 비용이 수반될 것으로 보인다.

물론 '현행 80%'라는 선택진료 의사 범위 제한을 완화하여 해당 병원의 자율에 맡기는 방안도 하나의 대안이 될 수 있지만, '공적서비스'라는 의료서비스의 특성상 제도운영 상의 혼선으로 인한 비용과 의료소비자들의 불만이 만만치 않을 것으로 보인다.

2. 의료기관의 부당행위 억제

현행 의료법과 선택진료에 관한 규칙은 의료소비자가 '선택진료 의사를 선택한 경우'에 한해 추가비용(선택진료비)을 징수할 수 있도록 하고 있다(의료법 제46조 제5항, 선택진료에 관한 규칙 제5조). 이러한 규정은 해당 의사의 책임한계를 분명하게 함으로써 의료소비자의 의사선택권을 보장하는 장치의 하나로 도입된 것으로 보인다. 즉, 환자가 의사를 선택한 경우에 해당 환자는 해당 의사에게 선택진료의 시술대가로 추가비용을 지불하는 것이다.

그러나 현실적으로 환자가 직접 선택하지 않은 진료지원과목(예를 들어 각종 검사, 마취, 수술 등)의 의료행위에 대해 병원 측의 선택진료비 임의부과의 경우가 적지 않으며, 이에 대한 환자의 불만이 상당한 것으로 보인다. 이러한 진료지원과목 추가비용징수의 문제는 '선택진료에 관한 규칙' 제5조에 규정된 선택진료비 산정기준에 관련된 사항으로, 의료소비자들의 주된 불만사항의 하나이다.

진료지원과목의 선택진료 적용문제는 현행 '선택진료에 관한 규칙' 제5조에 따라 '직접 진료' 한 진료행위에 대해서만 추가비용을 징수할 수 있도록 하되, 의료절차상 의료소비자가 직접 선택하기 어려운 진료지원과목의 추가비용 징수문제는 의료계와 의료소비자 및 보건당국 간의 조화로운 의견 수렴이 선행되어야 할 것이다.

현실적으로 환자가 선택한 주치의가 진료계획에 따른 처방이나 시행결과에 대한 책임부담을 지게 되는 의료기관의 특성상 환자에게 전체 진료지원과목을 선택하도록 하는 데는 한계가 있다. 그러나 종합의료기관에서 적용하는 모든 검사나 마취, 수술과 같은 의료행위에 대해 임의적으로 선택진료를 적용하는 것은 공정거래법상 '끼워팔기(Tying)' 라고 하는 '거래강제' 의 한 유형으로 간주될 수도 있을 것이다. 만일 이러한 의료 상의 임의적 선택진료항목의 적용이 의료소비자의 선택의 폭을 제한하여 공정한 거래질서를 저해한다고 판단되는 경우에는 공정거래법에 의해서도 해당 부당행위의 규제가 가능할 것이며, 이에 대한 심층적인 법리검토가 필요하다.

3. 선택진료 관련 정보의 비대칭성 해소

의료기관과 의료소비자간 선택진료계약은 의료기관에서 제시하는 ('선택'진료신청서' 를 작성함으로써 이루어진다. 따라서 이 신청서에 포함되어 있는 계약내용이 약관으로서의 기능을 수행하게 된다. 그러나 현실적으로 이 신청서에는 인적사항의 기재 이외에 '참고사항' 형태의 간단한 설명만 제시하고 있는 실정이며, 의료소비자들은 이러한 참고사항조차 읽어보지 않고 서명하는 경우가 많다.

이는 대부분의 의료기관들이 '선택진료에 관한 규칙' 에서 제시하고 있는 '선택진료신청서(외래환자용 및 입원환자용)' 표준안을 그대로 준용하고 있는데, 이 표준신청서에 기재되어 있는 정보가 극히 제한되어 있을 뿐만 아니라 법령의 주요 내용만을 명시하고 있기 때문에 신청자들은 '선택진료 신청시 추가비용 전액을 부담' 한다는 것 이외에는 선택진료 신청에 따른 구체적인 추가비용부담 내용을 거의 알 수 없게 되어 있는데 기인한다. 또한, 병원의 진료신청서 접수담당자 역시 수납창구 등에서 선택진료 신청에 관한 환자의 비용부담 범위와 수준, 선택진료 의사에 관한 정보 등을 포함한 선택진료의 내용·절차·방법 등에 관해 구체적인 안내를 거의 하지 않고 있으며, 많은 의료기관들은 선택진료신청서를 환자에게는 교부해주지 않고 있는 실정이다.

이와 같은 선택진료정보 불충분문제에 따른 의료소비자의 선택권 제한문제 및 피해문제에 대해서는 다음과 같은 몇 가지 개선방안을 고려할 수 있다.

첫째, 일반 소비자거래에서와 같은 약관의 사용을 권장하고, 의료기관·협회 등에서 공정거래위원회와의 협의를 통해 표준약관을 마련하여 사용하도록 할 필요가 있다. 이 약관에는 선택진료 신청에 따른 의료소비자의 추가비용부담 내용을 구체적으로 기재하되, 가급적 이용자가 이해하기 쉽게 작성되어야 할 것이다. 동 약관에는 의료법(제46조 제3항, 제92조 제1항) 및 선택진료에 관한 규칙(제6조)에 규정되어 있는, 의료기관이 환자 등에게 의무적으로 제공해야 할 정보(선택진료·일반진료 의사의 명단, 진료시간표, 담당의사의 경력과 세부 전문분야 등 선택참고정보, 선택진료 대상항목, 추가비용의 산정기준 등)를 열거·제공하고, 기타 선택진료에 따른 의료소비자의 권리와 의무사항을 명시토록 한다. 또한, 이를 현행 선택진료신청서 하단에 첨부하여 계약내용으로 하되,

필히 신청자에게도 사본을 교부하도록 한다. 만일 이 신청서의 약관조항들이 계약으로 편입될 경우, 현재 실정과 같이 선택진료신청서를 환자에게 교부해주지 않게 되면 약관규제법에 따른 계약 무효사유에 해당될 수 있다.

둘째, 의료서비스의 특성상 선택진료신청서 내지 약관 등 서면을 통한 정보 제공은 계약이 따르므로 선택진료의 내용·절차·방법, 특히 추가비용징수에 관한 의료기관 측의 충분한 설명과 안내가 필요하다. 예를 들어, 환자가 선택진료를 받게 되면 어떤 장점과 단점이 있는지, 일반진료와의 비용 차이 수준 등에 관한 정보를 사전에 제공해야 한다. 이러한 정보 제공의 문제는 현행 규정(의료법 제46조 제3항 및 선택진료에 관한 규칙 제6조)에 명시되어 있는 정보 제공·명시의무를 의료기관들이 준수하면 될 것이다.

셋째, 선택진료에 따른 추가비용징수 등에 관한 정보의 사후적 제공수단으로 진료내역서, 진료비용 영수증 등에 선택진료에 따른 추가비용 사항을 명확하게 기재하도록 하여 의료소비자와의 분쟁을 줄이고, 이들의 알 권리를 충족시킬 필요가 있다.

4. 소비자불만·피해에 대한 의료기관의 적극적 대응

선택진료에 관련된 대부분의 소비자불만은 선택진료에 따른 추가비용부담에 관한 것이다. 한국소비자원에 접수된 사례의 경우도 진료서비스 자체의 불만보다는 선택진료비가 생각보다 많게 징수되거나 선택하지 않은 선택진료비가 부과되는 등 선택진료비에 관한 불만의 비중이 훨씬 높은 편이다.

이러한 소비자불만 내지 피해에 대해서는 해당 사안에 대해 가장 적은 비용으로 문제를 해결할 수 있는 주체(Least-cost Avoider)인 해당 의료기관들의 자율적이고 적극적인 대응을 필요로 한다. 선택진료의 개시부터 종료까지 전 과정에서 선택진료에 따른 소비자불만이 발생되지 않도록 예방하는 일뿐만 아니라 사후적으로 해결하는 일도 당사자인 의료기관에서 담당하는 것이 사회적으로 가장 효율적이다. 해당 의료기관에서는 의료소비자 고정 내지 분쟁전담조직을 두고, 이 조직에 전문가를 두어 선택진료분쟁을 담당하도록 할 필요가 있다. 물론 전문의료기관간 민원네트워크나 공동민원센터를 설치·운영하는 방안도 고려할 수 있겠다.

5. 적극적 행정을 통한 제도운영의 실효성 제고

의료소비자의 의사선택권은 국민의 기본 권리이며, 선택진료제는 이러한 의료소비자의 권리를 담보해주는 행정제도의 하나이다. 의료관련 기본권은 권리주체인 국민의 자발적인 행사와 대응이 우선되어야 하는 동시에 관련 제도의 원활한 시행을 위한 행정적인 뒷받침도 매우 중요하다.

따라서 보건복지가족부 등 소관부처에서 선택진료 시행에 대한 체계적인 조사·감시 시스템을 구축하여 운영하는 것이 바람직하다. 필요 시에는 전문기관, 관계전문가, 소비자단체 등과 의료기관의 선택진료제 운영현황을 정기적으로 모니터링을 할 수 있는 협력체를 운영하는 것도 가능할 것이다. 또한, 선택진료제 운영의 실효성을 제고하기 위한 방편의 하나로 의료기관을 대상으로 한 정부의 심사평가항목에 선택진료제에 관련된 사항을 포함하는 것을 고려할 수 있다. 예를 들어, 의

료보험심사평가원 등에 선택진료 관련 심사신청비율이 높은 병원에 대해서는 상대적으로 낮은 점수를 부여하는 방안이 가능하다.

V. 결론

상술하였듯이, 현행 선택진료제는 의료기관의 일방적인 선택진료 의사 지정 등의 수단을 통해 의료기관의 수입을 보전하게 됨으로써, 실질적인 소비자의 의사선택권을 제약한다는 문제점이 지적되고 있다. 또한, 제도의 취지 및 운영방식에 대한 의료소비자의 이해도가 여전히 낮은 수준이며, 의료기관의 선택의사에 관한 정보가 의료소비자에게 충분히 제공되고 있지 않음으로 인해 의료소비자의 불만과 금전적 피해를 야기하고 있다는 측면도 지속적으로 제기되고 있다.

한편으로는 소관부처인 보건복지가족부의 제도 개선 의지 및 구체적인 추진계획이 충분치 않음으로 인해 시민단체 등과의 제도운영에 대한 견해차가 좁혀지지 않고 있으며, 정책 추진의 사회적 비용을 야기하는 측면도 무시할 수 없다.

선택진료제를 둘러싼 이러한 쟁점들 중에서 추가진료징수비 청구로 인한 소비자불만·피해문제는 일견 시민단체, 국회(현애자 의원의 의료법개정안) 등에서의 주장과 같이 제도 자체의 폐지를 통해 해소될 수 있을 것이다. 그러나 동 제도는 현행 의료비 지불방식인 '행위별수가제'⁶⁾, 건강보험 심사평가방식 등 현행 의료체제와 서로 맞물려 있기 때문에 의료계의 반발 등 제도의 폐지에 따른 사회적 파장이 매우 클 것으로 예상된다. 따라서 이 문제는 의료수가, 건강보험평가방식 등 의료체제 전반의 제도 개선 관점에서 소관부처가 주도적으로 추진해야 할 과제라고 사료된다.

덧붙이자면, 이 문제는 선택진료제를 포함한 의료서비스에 대해 어느 수준까지 시장논리적 접근이 가능한지 여부에 대한 근본적인 문제 제기도 함께 검토되어야 한다. 다시 말해, 의료서비스는 전문성이 요구되는 분야라는 특성으로 인해 공공서비스로 분류되는 현실에서 시장에서 거래되는 일반 서비스에 대한 시장중심적 접근에 한계가 있을 수밖에 없다.

이러한 여건을 감안하여 본고에서는 제도 자체에 대해서는 소비자 권익 및 시장경쟁 확립 차원에서 제기되는 문제에 국한하되, 주로 제도 운영 상의 개선방향을 제시하는데 초점을 맞추었다. 따라서 현실적으로 동 제도 운영에 직접적으로 연관된 행위별 의료수가 등의 의료급여문제, 건강보험 심사평가방식의 문제 등 의료서비스 전반에 관한 일반적 쟁점들에 대해서는 구체적으로 검토하지 않았다. 그리고 어떠한 제도의 실효성에 관한 고찰을 위해서는 제도 운영에 관련된 의료소비자와 의료서비스 공급자들의 의견도 충분히 검토되어야 하지만, 본고에서는 (여건상) 이러한 선택진료의 수요·공급자를 대상으로 한 인식과 평가를 반영하지 못하였다.

향후, 이러한 의료소비자와 의료기관의 의견을 반영한 조사·분석이 요구되며, 선택진료제의 실효성 제고를 위해 현행 선택진료에 관한 규칙의 개정 필요성, 의료수가와 건강보험평가방식의 개선방안 마련 등 의료체제 전반에 대한 중·장기적 관점의 연구가 필요하다고 생각한다.

6) 행위별수가제란 의료행위에 대해 건강보험심사평가원에서 심사한 후 수가(보험수가)를 인정하는 제도로서, 과잉진료를 야기한다는 문제점이 지적되고 있다. 이에 대한 대체수단으로서 법으로 정해진 질병군에 대해 정액을 정하고, 그 비용 안에서 치료가 이루어지도록 유도하는 포괄수가제가 있다.