

우리나라 공공의료의 쟁점과 해결책

이은혜

순천향대학교 의과대학 순천향대학교 부천병원 영상의학과

Issues Facing the National Health Insurance System in Korea and Their Solutions

Eun Hye Lee

Department of Radiology, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, Soonchunhyang University College of Medicine, Bucheon, Korea

South Korea is not a wasteland of publicly funded health care—instead, it has a good medical social security system known as the national health insurance (NHI). The NHI of Korea has three unique features; (1) low premiums, low insurance fees, and low coverage; (2) obligatory designation of medical institutions; (3) and allowance of non-benefit services. These features have made hospitals and doctors interested in profit-seeking. However, the commercialization of medical institutions has taken place in both private- and public-established sectors. A basic problem of commercialization is the co-existence of the obligatory designation of medical institutions and non-benefit services. The problem became worse in the Kim Dae-Jung government because it officially permitted non-benefit services. Since 2000, the Korean government has consistently pursued benefit extension policies, but the coverage rates of the NHI have stagnated. In addition, premiums and current medical expenses have markedly increased because policy-makers have emphasized accessibility to the NHI, while ignoring important principles of medical social security such as a needs-based approach and patient-referral system. In order to resolve the commercialization problem, the obligatory designation of medical institutions to the NHI should be changed to a contract system, and non-benefit services should be prohibited at NHI institutions. We must re-establish the patient-referral system via a needs-based approach. We also need to build a primary healthcare system and public health policies. We should make a long-term plan for healthcare reform.

Keywords: Medical institutions contract system, Medical social security, Non-benefit services, Publicly funded health care

Corresponding author

Eun Hye Lee
Department of Radiology,
Soonchunhyang University Bucheon
Hospital, Soonchunhyang University
College of Medicine, 170 Jomaru-ro,
Wonmi-gu, Bucheon 14584, Korea
Tel: +82-32-621-5851
Fax: +82-32-621-6950
E-mail: grace@schmc.ac.kr
https://orcid.org/0000-0002-8773-700X

Received: December 24, 2021
1st revised: January 27, 2022
2nd revised: February 15, 2022
Accepted: February 21, 2022

서론

코로나19 백신 2차접종 완료율이 2021년 10월 23일에 70%를 넘었는데, 2022년 2월 7일에는 86%에 도달했고 3차접종률도 55%다[1]. 그런데 같은 기간에 일일 신규 확진자 수는 1,395명에서 36,619명으로, 누적 사망자는 2,766명에서 6,886명으로 가파르게 증가했다. 확진자가 폭증함에 따라 재택치료 비율도 현저하게 증가했는데, 2021년 11월 첫 주에 22.3%이던 것이 12월 첫 주에는 45.1%, 2022년 1월 첫 주에는 59.7%, 2월 첫 주에는 78.7%까지 올라갔다[1].

코로나19 확진자를 위한 병상 부족 문제는 코로나19 사태 초기뿐만 아니라 최근까지도 계속되고 있다[1]. 일부 언론에서는 우리나라 전체 병상 수의 약 90%를 차지하는 민간병원이 영리만 추구하느라 병상을 내놓지 않아서 의료대응역량이 한계에 도달했다고 비난한다

[2,3]. 또한 이 문제를 해결하기 위해서 감염병전담병원(공공병원)과 공공의대(의학전문대학원 [의전원])를 신설하여 공공医료를 확충해야 한다고 주장한다.

이에 여당 대선 후보는 모든 지역에 공공병원을 확충하고, 국립보건의료전문대학원을 설립하겠다는 공약을 발표했다[4]. 공공병원을 확충하자는 주장은 보건복지부와 보건의료노조도 마찬가지다 [5]. 공공의대 신설에 대한 입장은 야당도 비슷한데, 20대 국회 당시 부산 수영구가 지역구인 국민의힘 의원이 국립 부경대학교에 공공방사선학대 설립안을 제출한 것을 비롯하여, 창원·포항·안동·구미의 국민의힘 지역구 의원들도 공공의대 유치 활동을 벌였다[6].

일부 학자들은 우리나라를 공공의료의 불모지라고 평가하고 있으며, 이런 인식하에서 2000년에 “공공보건의료에 관한 법률”을 제정했다. 그 후 우리나라 보건의료정책의 방향은 여당의 성향에 상관없이 일관되게 공공병원 확충을 통해 공공의료 공급을 확대하는

것이대[7-11]. 그런데 공공병원을 늘리면 코로나 병상이 확보되고 공공의료가 확충될까? 공공의대(의전원)를 신설하면 공공병원(특히 지방) 의사나 역학조사관 부족 문제가 해결될까?

이 글에서는 우리나라가 공공의료의 불모지인지, 의사들이 공공의료를 외면한 채 영리만 추구하고 있는지, 공공의료를 위해서 별도의 공공의대가 필요한지, 정부가 추구하는 공공의료정책이 과연 올바른지에 대해서 기술하고, 근본적인 해결책을 제시하고자 한다.

우리나라 공공의료의 현실

우리나라는 과연 공공의료의 불모지일까? 이것은 공공의료의 정의를 제대로 하느냐, 아니냐에 따라 답이 달라진다. 의사들뿐만 아니라 우리 국민의 상당수는 공공기관에서 제공하는 의료를 공공의료라고 알고 있으므로 ‘그렇다’라고 대답할 것이다. 그러나 대한민국은 공공의료 국가이며, 의료의 질과 반응성도 대체로 우수하다[6,12-14]. 그런데 대한민국에 ‘제대로 된’ 공공의료가 없는 것은 사실이다. 차별적인 절름발이 공공의료이기 때문이다.

우리나라는 1977년 의료보험을 시작하면서 정부가 의료보험법에 의거하여 재원을 조달하되, 모든 민간 및 공공설립 의료기관을 요양기관으로 강제 지정하여 의료서비스를 공급하는 방식을 채택했다[6,9,15]. 이것을 요양기관 강제지정제 또는 당연지정제라고 한다. 그런데 정부가 재정 역력이 없어서 공공설립 의료기관(공공병원)을 거의 확충하지 못하였으므로 민간설립 의료기관(민간병원)이 주된 공급자가 되었다. 그래서 공공병원의 비중이 낮다. 의료기관 수 기준으로는 약 5%, 병상 수 기준으로는 약 10%다[6,12,13]. 이를 두고 일각에서는 우리나라를 공공의료의 불모지라고 평가하고 있다.

우리나라가 공공의료의 불모지라는 주장은 공공의료에 대한 ‘한국식 정의’와 관련이 있다. 국제적으로 통용되는 공공의료의 정의는 ‘공적 재정으로 제공되는 의료서비스(publicly funded health care)’다[16]. 세계보건기구(World Health Organization) 유럽지역 본부가 발간한 자료에 의하면 공공의료를 ‘공적 재정으로 공급되는 의료(publicly funded health care)’라고 표현하고 있으며, 세계은행(World Bank)은 공공의료를 ‘공적 재정으로 공급되는 의료서비스(public funded services such as health care)’라고 표현하고 있다[17,18]. 영국은 National Health Service (NHS) 홈페이지에서 자국의 의료제도를 설명하면서 전 세계에서 가장 규모가 큰 publicly funded health care system이라고 소개하고 있다[16]. 이와 같이 전 세계가 보편적으로 사용하는 정의를 적용하면, 우리나라는 모든 의료기관이 건강보험료라는 공적 재정으로 건강보험서비스를 제공하므로 공공의료 국가라 부르는 것이 합당하다[6,15,16,19].

공적 재정으로 제공되는 의료가 공공의료인 이유는, 의료보장국가에서는 모든 국민이 의료를 기본권으로 보장받아 동일한 조건으로

이용하므로 경합적이지 않고(비경합성), 가격을 부담할 수 없는 국민도 이용에서 배제되지 않으므로(비배제성) 공공재의 정의에 부합하기 때문이다[18-20]. 따라서 국제사회에서는 의료보장국가에서 제공되는 기본권 의료를 공공재로 간주하므로 건강보험이나 공영제(영국의 NHS)를 통한 기본권 의료를 공공의료라고 부른다[18-20].

그런데 우리나라의 문제는 의료보험이 도입될 당시부터 의료기관의 수입원이 공공의료인 건강보험 급여수과와 비보험/비급여수과로 2원화되어 있었다는 점이다. 이로 인해 1990년대 말에는 건강보험 보장률이 40%에도 미치지 못했기 때문에 일부 학자들은 건강보험의료를 공공의료로 간주하지 않게 되었고[9], 이런 배경하에서 2000년 1월 “공공보건의료에 관한 법률”이 제정되었다[21]. 2000년 7월 의약분업 정책이 시행되면서 의료기관의 대부분을 차지하는 민간병원 의사들이 대거 파업에 참여하는 사상 초유의 사태가 발생하자 위기의식을 느낀 김대중 정부는 공공병원 확대를 강조하기 시작했다[9,15]. 그전까지 우리나라에는 공공의료라는 용어 자체가 없었는데, 2000년 이후부터 공공의료 논쟁이 시작된 것이다.

건강보험이나 공영제 같은 의료보장제도는 의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위하여 시장에서 거래되던 사적 재화인 의료서비스의 가격을 법률에 의하여 환자들이 인식할 수 없는 수준으로 제한함으로써 의료이용을 사회화한 것이대[6]. 그래서 의료보장국가에서 제공되는 기본권 의료를 ‘사회제’ 또는 ‘규범적 공공재’라고 부르기도 한다[6]. 의료보장국가들은 의료의 사회화를 통하여 수요자 시장은 없었지만, 의료서비스의 재생산을 위하여 공급자 시장은 여전히 존속시키고 있다. 즉 의료보장제도는 환자(의료소비자)들의 이용을 사회화하였을 뿐, 공급은 시장에 맡기기 때문에 자본주의 체제하에서 존재하는 제도다.

반면에 의료사회주의는 이용자 시장을 없앨 뿐만 아니라 공급자 시장도 정부가 장악하여 인력·시설·장비 등 의료에 관련된 모든 것을 국가가 소유하고 통제하면서 의료서비스를 획일적으로 배급하는 제도대[6]. 이는 구 소련에서 공산주의식 배급 경제를 뒷받침하는 수단으로 운영되었던 세마쉬코(Semashko) 모형을 토대로 한다[22]. 따라서 ‘의료의 사회화’와 ‘의료사회주의’는 명백하게 구분되어야 한다.

김대중 정부 시절 의료정책을 주도했던 학자들은 공공병원의 비중을 높임으로써 국가가 의료서비스 공급을 통제하기를 원했다. 따라서 국제적으로 통용되는 공공의료의 정의를 따르지 않고, 설립 주체를 기준으로 ‘공공기관과 보건기관에서 제공하는 의료서비스’를 공공의료라고 한국식으로 정의했고, 공공의료와 공중보건의 개념을 혼용하여 공공보건의료라는 용어를 만들었다[6,9,16,21]. 이처럼 공공의료의 개념을 잘못 설정했기 때문에 “공공보건의료에 관한 법률”은 의료분야의 여러 가지 문제에 제대로 대처할 수 없었고, 한국식 공공의료의 정의가 전 세계적인 흐름과 다르다고 판단하여 2012년에 전면 개정하게 되었다.

개정안은 공공보건의료의 정의를 “국가·지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”으로 수정하여 공공보건의료기관이라는 용어를 보건의료기관으로 바꾸었다[21]. 즉 ‘국민의 보편적인 의료이용을 보장’하는 건강보험의료가 공공의료라는 내용으로 올바르게 수정한 것이다. 그러나 그 이하 조항에서 ‘공공보건의료사업’과 ‘공공보건의료 수행기관’을 별도로 정의하면서 공공의료를 여전히 공공의료기관이나 보건(지)소가 제공하는 의료로 국한함에 따라 법률을 전면 개정했음에도 불구하고 근본적인 문제는 해결되지 않았다.

국제 기준을 적용하면 건강보험이 제공하는 기본권 의료는 공공의료다. 현실적으로도 우리나라는 공공병원과 민간병원이 동일하게 정부가 정한 보험수가에 의하여 통제 받고 있으며, 진료내역도 동일하게 심사 받고 있기 때문에 공공병원이 제공하는 의료만 공공의료라는 주장은 명백한 모순이다[6,9,22]. 따라서 법률 개정 후에도 여전히 의료분야의 여러 가지 문제를 제대로 대처하기가 어려웠다. 뿐만 아니라 보건소의 진료기능이 강조되면서 고유업무인 공중보건 및 예방관리사업이 공중 분해되어 버렸다[6,9,12]. 그 결과 메르스나 코로나19 등 해외유입 신종감염병이 유행할 때마다 전국의 보건소는 대혼란을 겪고 있다.

공공병원의료를 공공의료라고 주장하는 일부 학자들이 우리나라를 공공의료의 불모지라고 평가하는 것은 건강보험의 기본 이념에 대한 이해의 부족과 공공은 무조건 선하다는 이분법적 시각에 기인한다[6,15,16,22]. 그들은 민간병원은 영리를 추구하는 사악한 집단인 반면, 공공병원은 공익적인 활동을 하는 선한 집단이라고 사고한다. 여기에서 공공병원의 ‘착한 적자’ 프레임이 나온다. 우리나라의 공공병원은 대부분 의료취약지역이 아니라 도시지역에 위치하고 있으므로 주변의 민간병원과 달리 적자가 발생한다는 것은 병원 경영이 제대로 안 되어 주민들에게 외면 받기 때문이다[9]. 그런데도 현실을 직시하지 않고 ‘착한 적자’ 프레임으로 공공병원을 감싼다면 적자경영을 방치하여 사태를 악화시키는 결과만 초래한다.

공공병원과 민간병원의 진료지역이 비슷하고 건강보험 수가도 동일하게 적용받는데 공공병원만 적자가 발생하는 것은 경영상의 불합리성과 관련이 있다[6,9]. 감사원에 제출된 ‘공공보건의료체계 현황 및 정책과제 분석’ 보고서에 따르면, 공공병원의 보장률이 민간병원보다 입원은 약 8%, 외래는 약 3% 높았다[9]. 그러나 민간병원의 비급여 수입 중 상당 부분을 차지하는 상급병실차액이 공공병원에서는 미미한 수준임을 감안하면 실제적인 보장률은 큰 차이가 없으며, 중앙 및 지방정부의 보조금이 공공병원에만 투입된다는 점을 감안하면 공공병원의 보장률이 오히려 더 낮을 수도 있다[9]. 또한 간호등급이나 진료내용의 공공성은 공공병원과 민간병원 간에 큰 차이가 없는 반면, 공공병원은 민간병원과 달리 입원 수익이 적고 인건비 비중이 50%를 초과하는 등 경영상의 생산성과 안전성

이 낮았다[9,23,24]. 대체로 지방병원은 수익성이 높은 비급여서비스를 제공하는 것이 어렵고, 이런 상황은 공공병원이 민간병원보다 더 뚜렷하다. 그럼에도 불구하고 흑자를 내는 지방공공병원이 일부 존재하는데, 이런 곳은 원장의 경영방침이 제대로 정립된 것으로 추정된다[9].

병원이 건강보험 급여서비스만 제공한다면 초과이윤을 낼 수 없다. 병원이 초과이윤을 낼 수 있게 된 것은 2000년 건강보험을 통합하면서 비급여를 공식적으로 인정한 이후부터다[19,25]. 비급여서비스는 병원이 가격을 결정하기 때문에 가격을 원가 이상으로 책정하여 초과이윤을 낼 수 있다. 대형병원일수록 고가 장비를 구입하여 새로운 비급여서비스를 다양하게 개발할 수 있으므로 초과이윤을 내는 데 유리하다. 문제는 민간병원만 비급여서비스를 제공하는 것이 아니라 서울대병원을 비롯하여 우리나라의 거의 모든 공공병원도 비급여서비스를 제공하고 있다는 사실이다[6,9,19]. 그런데 초과이윤을 내는 민간병원들은 모두 비영리 법인병원이어서 설립자가 이윤을 가져갈 수 없으므로 병원시설을 개·보수하거나 새로운 고가장비를 구입하는 데 사용되는 등 모두 재투자된다[6]. 그런데도 공공병원의료만 공공의료라고 주장하는 사람들은 마치 민간병원만 이윤추구 활동을 하고 설립자가 이윤을 다 가져가는 것처럼 현실을 왜곡하면서, 중앙이나 지방정부의 보조금을 받는 공공병원도 비급여진료를 통해서 이윤을 추구하고 있다는 점을 무시한다. 경제정의실천시민연합(경실련)은 모 사립대학병원의 441억 초과이익을 강조하면서 민간병원들이 과도한 비급여 진료로 폭리를 취한다고 비난한 반면, 모 국립대학병원의 382억 초과이익에 대해서는 비급여 거품이 없다고 평가하면서 공공병원들은 비급여 진료를 통한 이윤 추구가 적다고 주장한다[26-28].

또한 공공병원의료만 공공의료라고 주장하는 일부 학자들은, 공공부문을 확충하여 민간병원의 잘못된 행태를 바로잡고 선도해야 한다고 생각한다[15]. 이것 역시 잘못된 선민의식이다. 앞에서 말했듯이 공공병원도 이윤을 추구하는 ‘잘못된 행태’를 하고 있으며, 민간병원을 선도할 역량도 없다. 선도는커녕 민간병원의 경영기법을 따라가기 바쁜 것이 현실이다. 공공부분이 민간부분보다 생산성이나 효율성이 낮은 것이 일반적인 현상이므로 민간병원과 경쟁해서 이기는 것은 쉽지 않다. 그러므로 공공병원만 공공의료 공급자라고 주장하기보다는 공공병원의 정체성(identity)을 찾아서 민간병원이 제공하기 어려운 서비스를 제공하는 것이 국민을 위하는 길이다 [9,12].

공공의료인데 왜 영리추구 현상이 나타나는가

우리나라 의사들이 영리만 추구한다는 것은 논리적으로 틀린 말이다. ‘의사’들이 문제가 아니라 ‘제도’ 자체가 모순적이기 때문이다. 의료보장의 원칙 중 하나인 ‘최소 수준(minimum level)의 원칙’에

따르면 건강보험 요양기관은 기본권 의료인 건강보험의료와 상품 의료인 비급여진료를 동시에 제공하면 안 된다[6,19]. 따라서 우리나라처럼 건강보험 요양기관이 비급여서비스를 제공하는 것은 의료보장의 원칙을 위반하는 것이다[6,15,16,22]. 그런데 우리나라는 의료보험제도를 도입할 때 ‘저부담-저수가-저보장’ 형태로 시작했고, 이후에도 저수가 기조를 계속 유지하기 위해서 비급여서비스 제공을 허용했다. 즉 건강보험 요양기관이 낮은 급여수가로 인한 손실을 보충할 수 있도록 선택진료와 상급병실 등 비급여서비스를 병행할 수 있게 만들었는데, 이것을 혼합진료라고 한다.

건강보험을 통합하기 전에는 비급여서비스를 제공하려면 장관의 허가를 받아야 했으므로 매우 제한적으로 시행되었으나, 김대중 정부 시절에 건강보험을 통합하면서 “건강보험법”에 비급여서비스를 명시함으로써 비급여서비스가 공인되었고, 그후부터는 거의 모든 의료기관이 일상적으로 비급여서비스를 제공하기 시작했다[22]. 즉 건강보험 통합 이후 제도적인 모순으로 인해 의사들의 영리추구 행태가 보편화된 것이다.

그런데 비급여서비스를 통한 이윤 추구는 의료기관 종별 구분에 상관없이 개원의, 봉직의, 의과대학 교수 등 모든 의사가 동일하며, 민간부분과 공공부분 상관없이 동일하다. 그러므로 공공병원과 민간병원을 선악이라는 이분법적 프레임으로 보는 것은 현실을 외면하고 왜곡하는 것이다. 평가르기를 할 것이 아니라 우리나라 의료가 거의 전부 영리화되었다는 현실을 인정하고 이를 개선하기 위해 노력해야 한다.

공공의료는 기본권 의료이고, 비급여진료는 상품 의료이므로 기본권 의료와 상품 의료의 공급자와 상품 의료의 공급자는 분리되어야 한다. 이것을 공급자 시장분리정책이라고 한다[6]. 일부를 제외하고 의료보장제도를 가진 거의 모든 국가들이 공급자 시장을 분리하고 있으므로 우리나라도 공급자 시장을 분리해야 한다. 즉 요양기관 당연지정제를 계약제로 전환하여 비계약 병원만 비급여 서비스를 제공하도록 제도를 정비해야 의료의 영리화 문제가 해결된다[6,19,22].

그런데 우리나라가 비급여서비스를 허용하여 의료가 영리화된 것은 아쉽지만, 그 덕분에 서구의 선진 의료기술을 스펀지처럼 흡수하여 의료기술의 발전을 따라잡고 세계적인 수준으로 도약할 수 있었다[6]. 만약 저수가 정책을 고수하면서 비급여진료를 허용하지 않았더라면 우리 국민이 지금과 같은 수준의 의료서비스를 누리는 것은 절대 불가능했을 것이다. 그런 점에서 과거의 일에 대하여 서로 비난할 것이 아니라 전후 상황을 이해하고 지금이라도 올바른 방향으로 전환하여 바람직한 미래를 향해서 나아가야 한다.

공공의료를 위해서 별도의 공공의대(의전원)가 필요할까?

여당의 공공의대(의전원) 설립안은 기존 의과대학(국립대 포함)을 차별하는 정책이다[6,12,13]. 기존 의과대학에서 공공의료를 제공할 의사를 교육하고 있으므로 기능적으로 이미 공공의대의 역할을 수행하고 있는데 공공의대를 별도로 만드는 것은 논리적 근거가 없다. 게다가 폐교된 서남대학교 의과대학(서남의대)의 49명 정원으로 5천만 국민의 공공의료를 커버하는 것은 절대적으로 불가능하다. 만약 공공의대 졸업생이 공공의료를 담당한다면 기존 의과대학 졸업생은 민간의료를 담당해야 한다. 그런데 우리나라는 공공의료인 건강보험이 유일한 의료제도이고 민간의료는 아예 존재하지 않는다. 즉 기존 의과대학 졸업생도 공공의료에 종사하고 있다는 점에서 공공의대를 별도로 만들 이유가 전혀 없다.

이처럼 논리적 근거도 없이 급조된 공공의대의 교육수준이 어떠한지는 서남의대 사례를 보면 예측이 가능하다. 김대중-노무현 정부는 의료계의 반발을 무시하고 다방면의 의학자를 양성한다는 취지로 의전원제도를 도입했고, 예산 지원과 법학전문대학원(로스쿨) 유치라는 혜택을 제공하여 기존 의과대학의 의전원 전환을 유도했다[6]. 그 결과 41개 의과대학 중 27개가 의전원으로 전환되었으나, 원래 목적과 달리 의학자는 양성되지 않았고 기초의학 부실은 오히려 심화되었다. 결국 거의 모든 의전원이 의과대학으로 회귀하였다. 그러므로 공공의대는 기존의 의전원처럼 실패가 예약된 정책이라 할 수 있다[6,13].

지방에서 근무할 의사나 1차의료 의사가 부족한 문제는 기존 의과대학에서 1차의료 교육과정을 강화하고, 일본처럼 퇴직의사를 활용하면 해결이 가능하다. 역학조사관의 부족은 공중보건의로사로 배치하기 전에 기본 교육과정으로 추가하면 된다. 비인기 진료과의 전공의 기피현상은 건강보험 급여수가를 정상화하면 해결된다. 의과대학 교육과정을 제대로 이해하는 정책입안자라면 감염내과나 중증외상 의사를 공공의대에서 별도로 양성하겠다는 발상은 불가능하다.

정책입안자들이 공공의료와 공공병원의료를 구분하지 못하기 때문에 이들이 제시하는 공공의대 설립안은 공공의료를 확충하기는 커녕, 건강보험을 더욱 심각하게 왜곡할 것이다. 같은 맥락에서 의과대학 정원 확대도 동일한 결과를 초래할 것이다. 비급여진료가 허용되고 환자의뢰체계가 무너진 현재의 상황을 그대로 둔 채 의사 수가 늘어나면 인구고령화와 의사 유인수요(doctor-induced demands)에 의해서 경상의료비가 견잡을 수 없는 수준으로 증가할 것이며, 의료자원의 수도권 집중과 비인기 진료과 기피 문제 역시 더욱 악화될 것이다[6,12,13].

정부의 공공의료정책에 대한 평가

정권에 따라 약간씩 차이는 있지만 2000년 이후 우리나라의 의료 정책은 일관되게 ‘공공의료’ 확충을 지향하고 있다[7-11]. 여기에서 말하는 공공의료는 건강보험의료가 아니라 공공병원의료다. 그런데 문제는 정책을 만들고 시행하는 보건복지부 공무원들도 ‘공공의료=공공병원의료’라고 생각한다는 점이다. 이처럼 관련 공무원들도 ‘공공의료=건강보험의료’라고 제대로 정의하지 않기 때문에 그동안 정부가 추구해온 공공의료정책은 올바른 방향으로 진행되기가 어려웠다.

정부는 의료의 지역 간 불균형 문제를 해소하기 위해서 공공병원 확충을 추진하고 있지만 정작 중요한 핵심을 놓치고 있다. 지역 간 불균형은 단순히 지방에 (공공)병원을 많이 짓는다고 해결되는 것이 아니라 환자의 의료이용이 지역화되어야 한다. 이를 위해서는 환자가 분산되어야 하므로 ‘진료권’과 ‘환자의뢰체계(referral system)’가 필수적이다. 그런데 1989년 7월 전국민의료보험 달성과 함께 도입되었던 ‘진료권’과 ‘환자의뢰체계’를 김대중 정부가 폐지해 버렸다. 즉 주민들이 불편하다는 이유로 1995년에 대진료권을 폐지했고, 지역의료보험을 통합하면서 1998년에 증진료권을 폐지함에 따라 환자분산정책이 모두 없어진 것이다. 여기에 더하여 KTX (Korea Train Express) 개통 등으로 전국이 1일생활권이 됨에 따라 지방의 환자들이 수도권으로 쉽게 이동하게 되었고, 수도권의 대형 병원들이 늘어나는 수요에 대응하여 병상을 늘리고 새 병원을 건립함으로써 지역 간 불균형은 더 심해지고 있다. 이런 상황에서 지방에 공공병원을 확충한다면 과연 병상을 채울 수 있을지, 간호사와 의사를 제대로 구할 수 있을지 의문이다.

게다가 김대중 정부 이후 비급여진료의 보편화로 인해서 건강보험료와 비급여 의료비는 증가했지만, 건강보험 보장률은 계속 담보 상태다[25] (Table 1). 문재인 대통령의 건강보험 보장성강화 정책 역시 건강보험 재정만 악화시킬 뿐 보장성 강화라는 원래의 목적은 달성하기 어렵다[6,16].

의료비는 증가하는데, 보장성이 그대로인 이유는 의료이용을 관리하지 않기 때문이다. 사회의료보험이란 환자가 의료수가(가격)를 인지할 수 없도록 하여 접근성을 보장하는 제도다[6,19,22]. 그러나

가격을 제로(0)로 만들면 환자들의 극심한 도덕적 해이로 인해 의료 이용이 무한대로 증가하게 된다. 이를 해결하기 위해서 약간의 본인 부담을 설정하지만, 환자 입장에서는 여전히 가격 기능이 없어진 상황이므로 수요가 급속히 증가하여 보험재정이 고갈된다. 따라서 유럽의 의료보장 국가들은 시장의 수요(demands)가 아니라 보험자가 설정하는 필요도(needs)에 따라 의료서비스를 배분한다[16, 19,25]. 즉 ‘수요’에 의한 접근이 아니라 ‘필요도’에 의한 접근으로 의료이용을 관리해야 공적 재정이 감당할 수 있다. 그런데 우리나라는 필요도 접근을 하지 않고 수요 접근을 방치함에 따라 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development) 국가 중에서 의료이용이 가장 많다(외래는 1위, 입원은 2위) [6,15,29].

공급자 입장에서는 의료서비스의 재생산을 위하여 급여수가(보수)가 매우 중요하다. 수가는 공급자와 보험자가 협상을 통하여 결정하는데, 수가 결정의 핵심은 자본비용을 반영하여 원가를 기준으로 하되, 의료를 통하여 초과이윤이 발생하지 않게 설계하는 것이다 [25]. 또한 협상으로 결정되는 수가에는 확대재생산을 위한 적정 이윤뿐만 아니라 의료의 질(안전 포함)을 보장하는 비용이 포함되어야 한다[6,25]. 유럽의 의료보장국가들은 이런 원칙에 충실하게 수가를 계약하기 때문에 의료 영리화가 문제되지 않는다.

필요도는 시장에서 결정하는 것이 아니라 보험자(건강보험공단)가 전문가의 자문을 통하여 결정되는데, 이때 고려되는 사항은 인구 구조, 상병구조, 의료기술, 경제상황 등이다[16,19,25]. 이런 이론적 접근에 더해서 환자단체나 시민단체는 물론 임상사들의 의견도 수렴한다. 필요도 접근을 위해서는 공급자 조직의 위계화와 환자의뢰체계가 필수적이며, 또한 의료계획(health planning)도 중요하다 [20].

그런데 우리나라는 의료보험을 시작할 때 의료보장이라는 개념이 없이 시혜적 차원에서 정책을 입안했기 때문에 필요도 접근이라는 원칙을 무시했다. 즉 의료이용을 국민들의 수요에 내맡긴 것이다. 소득 증가와 인구 고령화에 따라 의료이용이 자연적으로 늘어나게 되어 있는데, 의료이용을 관리하지 않은 결과가 바로 현재의 상황이다[6,15].

다행히 우리나라 의사들은 다른 의료보장 국가의 의사들과 달리

Table 1. Comparison of the coverage rate and premiums of NHI over time (unit: %)

Variable	Year							
	2006	2008	2009	2010	2012	2014	2016	2019
Coverage rate	64.5	62.6	65.0	63.6	62.5	63.2	62.6	64.2
Benefit out-of-pocket payment rate	22.1	21.9	21.3	20.6	20.3	19.7	20.2	19.7
Non-benefit self-payment rate	13.4	15.5	13.7	15.8	17.2	17.1	17.2	16.1
Premium rate of employees	4.48	5.08	5.08	5.33	5.80	5.99	6.12	6.46

Coverage rate=coverage of the NHI/(coverage of NHI+benefit out-of-pocket payment+non-benefit self-payment). From Lee KS. Development of NHI in Korea and future tasks. Seoul: Kyechukmoonhwasa; 2022 (Forthcoming) [25].

NHI, national health insurance.

공무원이 아니었기 때문에 일하는 시간을 늘리고 환자당 진료시간을 줄여서 증가하는 수요에 맞게 공급량을 늘렸다. 비급여서비스의 존재도 공급량 증가에 상당히 기여했다. 급여수가는 낮지만 비급여진료로 보충할 수 있었기 때문이다. 그렇게 유지되던 공급구조가 문제인 케어(비급여의 급여화)가 전면적으로 시행됨에 따라 심각하게 흔들리고 있다.

민간의료에 대한 우리 국민의 오해

의료기관의 영리화 문제를 해결하려면 요양기관 계약제로 전환하여 의료보장의 원칙에 충실해야 한다[6,19]. 그런데 대부분의 국민들은 요양기관 계약제와 의료민영화를 구별하지 못한다. 의료정책을 만드는 보건복지부 공무원들도 마찬가지다.

요양기관 계약제와 의료민영화는 완전히 다른 제도다. 요양기관 계약제는 독일처럼 전국민 의료보장을 시행하는 사회의료보험 국가들이 채택하는 방식이고, 의료민영화는 미국처럼 전국민 의료보장 제도가 없는 국가의 제도다. 그러므로 우리나라처럼 전 국민이 건강보험에 강제적용되는 의료보장국가에서는 의료영리화가 원칙적으로 불가능하다(Figure 1) [6]. 즉 요양기관 계약제로 전환한다고 해서 의료가 민영화되거나 취약계층이 제대로 된 진료를 받지 못하는 것이 아니다.

건강보험수가에 대한 오해도 해결해야 한다. 건강보험 급여수가는 무조건 낮다고 좋은 것이 아니다. 급여수가의 바람직한 수준은 첫째, 보험가입자들에게 의료서비스를 제공하는 공급자의 수가 충분할 수 있도록 높아야 하고, 둘째, 의료공급자가 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있도록 충분해야 하며, 셋째, 보험가입자들

이 불필요한 부담을 피할 수 있도록 충분히 낮아야 한다[30]. 이것 세 가지 중 한 두 가지만 충족하면 안 되고 세 가지를 모두 충족해야 한다.

보험가입자의 부담은 낮으면서 의료공급자에게 충분한 수준의 수가를 지급하려면 도덕적 해이가 발생하지 않도록 의료이용을 관리해야 한다. 즉 이용자의 수요가 아니라 전문가가 판단하는 의학적 필요도에 따라 의료이용 여부를 결정하고, 환자의퇴체계에 따라 상급기관 진료가 이루어져야 의료비와 의료의 질과 접근성이 모두 충족될 수 있다[6,19,22,30].

합리적인 대안 제시

공공병원 신설, 공공의대(의전원) 신설, 의과대학 정원 확대는 모두 공급 확대를 통해 공공의료의 문제점을 개선하려는 정책이다. 그러나 이러한 공급확대 정책은 현재의 공공의료 문제를 해결하기는 커녕 더 왜곡시킬 뿐이다. 특히 의사 공급을 확대하려면 최소한 10-13년이 걸리는데, 그동안 마냥 손 놓고 기다릴 수는 없다. 건강보험의 지속 가능성이 취약해지고 있기 때문이다. 그러므로 공급 확대보다 구조 개선을 먼저 해야 한다[6].

여당과 문재인 정부는 의료기관 영리화의 해결책이 공공의료 확충이라고 판단하고 공공병원 신설과 공공병상 확대를 시도하고 있다 [11]. 그러나 이것은 명백하게 잘못된 방향이다. 공공병원 수와 총 병상 수는 2004년 139곳 4만 7,815개에서 2018년 213곳 6만 3,611개로 증가했으며, 병원 수는 약 53%, 병상 수는 약 33% 증가했지만 같은 기간 동안 건강보험 보장률은 61.3%에서 63.8%로 겨우 2.5% 포인트 증가했을 뿐이다[6,12]. 즉 공공병원을 늘리는 것과 ‘공공의

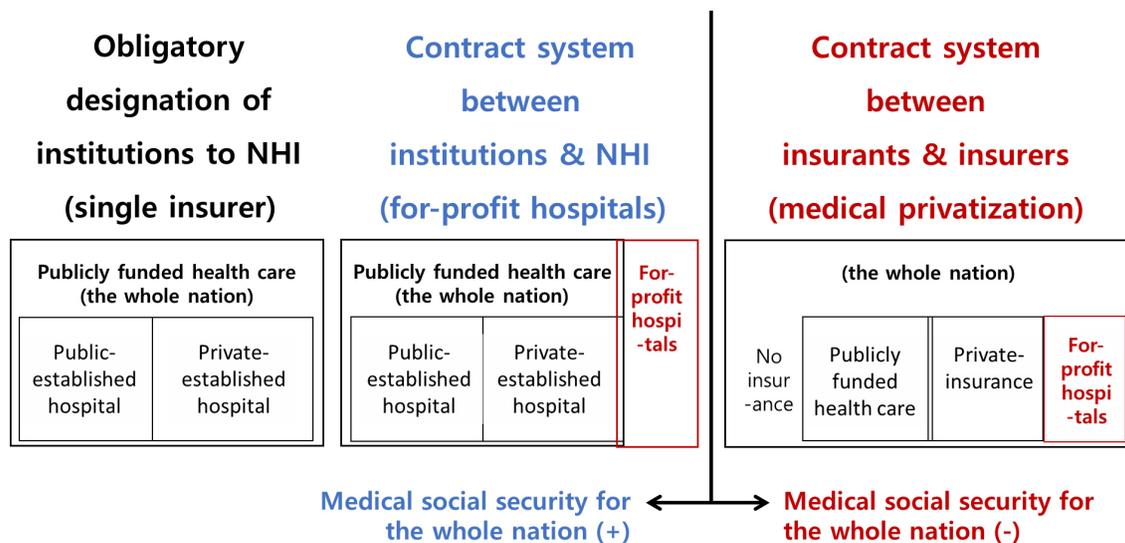


Figure 1. For-profit hospitals, which are not equivalent to medical privatization. From Lee EH. The blue bird called public healthcare. Seoul: Kiparang; 2021 [6]. NHI, national health insurance.

료 확충'은 별개다. 문제 인식이 잘못되었으니 의료기관의 영리화 문제도 해결되지 않는다.

현재의 공공의료 문제의 주요 원인은 (1) 국민소득 3만 달러 시대에 '저부담-저수가-저보장'이라는 40여 년 전의 '77 패러다임'을 고수하는 것, (2) 요양기관 당연지정제를 하면서 비급여진료를 허용하는 것, (3) 의학적 필요도에 따라 의료이용을 관리하지 않고 의료이용자의 수요에 맡겨 두는 것이다[6,16,25].

이를 해결하기 위한 가장 급선무는 “공공보건의료에 관한 법률” 폐지 및 공공의료에 대한 개념 정립이다[6,9,15,16,25]. 공공병원의료가 공공의료인 것이 아니라 건강보험 자체가 공공의료다. 그러므로 별도의 공공의대(의전원) 설립도 필요하지 않다. 또한 공공보건의료라는 용어를 없애고 공공의료와 공중보건을 분리해야 한다. 즉 공공의료정책과 공공병원정책을 분리해야 하며, 보건소는 진료가 아니라 공중보건과 건강증진사업을 해야 한다[6,9,15,16].

이러한 개념에 입각해서 요양기관 계약제 전환과 비급여진료 폐지를 동시에 진행해야 한다. 그리고 불필요한 의료이용을 줄여야 하는데, 이를 위해서 공중보건사업과 건강증진사업을 강화해야 하고, 필요도 접근과 환자의퇴체계를 통해 불필요한(수요에 의한) 의료이용을 제한해야 하며, 이를 통해서 병상 수 감축을 유도하는 방향으로 구조를 개선해야 한다[6]. 구조 개선을 위해서는 가장 먼저 보건의료 발전계획을 수립해야 한다[6,9,16,31].

2000년 제정된 “보건의료기본법” 제15조에 의하면 보건복지부장관이 5년마다 보건의료 발전계획을 수립하고 시행해야 한다. 그러나 지난 20년 동안 보건의료 발전계획을 한 번도 수립하지 않은 채, ‘공공보건의료 발전계획’에만 매달려 왔다[6,9,31]. 늦었지만 지금이라도 보건의료 발전계획을 수립해야 한다.

결론

대한민국은 국민건강보험이라는 우수한 공공의료체제를 보유하고 있다. 우리나라 건강보험의 세 가지 특징은 저부담-저수가-저보장, 요양기관 당연지정제, 그리고 비급여진료 허용이다. 요양기관의 절대 다수를 차지하는 민간병원은 2000년에 제정된 “공공보건의료에 관한 법률”에 의해서 요양기관으로서 정당한 대우를 받지 못한 채 차별 받고 있다. 공공의대(의전원) 신설은 공공의대의 역할을 수행하고 있는 기존 의대를 차별하는 정책이다.

제도적인 문제로 인해 우리나라의 의사들과 병원들이 영리추구 행태를 보여왔지만, 의료기관의 영리화는 공공병원도 크게 다르지 않다. 의료기관 영리화의 근본적인 원인은 요양기관 당연지정제와 비급여진료가 공존하는 제도상의 결함 때문이다. 그나마 의료보험 통합 전까지는 비급여진료가 최소한으로 관리되고 있었으나, 김대중 정부가 들어서면서 이를 법적으로 공인하여 현재의 사태를 초래하였다. 그후 보장성 강화를 위해서 계속 노력했지만 보험료 부담과

경상의료비만 증가했을 뿐 보장성은 여전히 정체되어 있다. 정책입안자들과 관련 공무원들이 필요도 접근과 환자의퇴체계를 무시했기 때문이다. 같은 이유로 문재인 케어 역시 뚜렷한 성과를 내지 못하고 있다.

의료기관 영리화의 근본적인 원인을 해결하고 지속 가능한 건강보험제도로 만들기 위해서 가장 먼저 할 일은 공공의료의 개념을 올바르게 재정립하는 것이다. 또한 요양기관 계약제로 전환하고 요양기관에서 비급여진료를 금지해야 한다. 이를 위해서 공중보건 및 건강증진사업과 1차의료를 강화하고, 필요도 접근과 환자의퇴체계를 통해서 의료이용을 관리해야 한다. 이 모든 작업을 위해서 지금이라도 장·단기 의료계획을 세우고 의료개혁을 준비해야 한다.

저자 기여

이은혜: 자료수집, 원고작성, 참고문헌 작성, 전반적인 논문작성 활동 수행

REFERENCES

1. Korea Disease Control and Prevention Agency. COVID-19 vaccinations and domestic occurrence status [Internet]. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2022 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501020000&bid=0015&cg_code=C01.
2. Kim Y. The lye that thanks to private hospitals. Hankyoreh [Internet]. 2020 Apr 13 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.hani.co.kr/arti/opinion/because/936877.html>.
3. Lee B. Although spending three trillion won... real reason about shortage of COVID-19 beds and health workers. OhmyNews [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Jan 15]. Available from: http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002791561&CMP_T_CD=P0001&utm_campaign=daum_news&utm_source=daum&utm_medium=daumnews.
4. Yoo OS. Jae-myung Lee “Expansion of public hospitals in all regions... establishment of national specialized graduate school for health and medical care”. Herald Economy [Internet]. 2021 Dec 31 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://news.heraldcorp.com/view.php?ud=20211231000408>.
5. Cho W. Only pay lip service to expansion of public hospitals in the COVID era?... “Department of Health and Welfare, I don't know”. Medipana [Internet]. 2021 Oct 15 [cited 2022 Jan 15]. Available from: http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=286481&MainKind=A&NewsKind=200&vCount=12&vKind=1.
6. Lee EH. The blue bird called public healthcare. Seoul: Kiparang; 2021.
7. Presidential Committee on Aging and Future Society. Reorganization plan of healthcare system for preparing aging society. Seoul: Presidential Committee on Aging and Future Society; 2004.
8. The government, confirm the expansion plan of public healthcare services. The Minjok Medicine News [Internet]. 2005 Dec 28 [cited

- 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=7902>.
9. Lee KS. The present condition and policy task analysis for public healthcare system. Korea Inst Health Welf Policy Issue Pap [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 15];(7):1-10. Available from: http://www.kihaw.org/bbs/board.php?bo_table=sub3_5&wr_id=7&page=4.
 10. Lee SY, Koo GY. Financial expansion plan for establishment of public hospital in post-corona era. Seoul Health Air. 2021;(29):1-7.
 11. Ministry of Health and Welfare. Second basic plan for public health care (21-25). Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021.
 12. Lee EH. Correct concept about publicly funded medical care and public hospital policy. Healthc Policy Forum [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 15];18(2):47-55. Available from: https://rihp.re.kr/doc/18_2/page_leh.pdf.
 13. Lee EH. Policies of higher medical education expansion and new public medical graduate school will distort publicly funded medical care system. Docdocdoc [Internet]. 2020 Aug 7 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2001558>.
 14. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. J Korean Med Assoc. 2012;55(10):932-9.
 15. Lee KS. The essentials of public healthcare issues. Korea Inst Health Welf Policy Issue Pap [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 15];(2):2-10. Available from: http://www.kihaw.org/bbs/board.php?bo_table=sub3_5&wr_id=2&page=4.
 16. Lee KS. Healthcare policies: paradigm of medical social security. 2nd ed. Seoul: Kyeuchukmoonhwasa; 2018.
 17. Ettelt S, McKee M, Nolte E, Mays N and Thomson S. Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. p. 47-66.
 18. Le Grand F. Foreword. In: Harding A, Preker AS, editors. Private participation in health services: human development network. Washington (DC): The World Bank; 2003. p. ix-xi.
 19. Lee KS. Medical social security and purchasing theory. Seoul: Kyeuchukmoonhwasa; 2021.
 20. Melhado EM. Economists, public provision, and the market: changing values in policy debate. J Health Polit Policy Law. 1998;23(2):215-63.
 21. Public Health and Medical Care Act, Law No. 6159 (Jan 12, 2000).
 22. Lee KS. Theory of medical social security. 2nd ed. Seoul: Kyeuchukmoonhwasa; 2019.
 23. Regional public hospitals alerts: important statistics of regional public hospitals [Internet]. Seoul: National Medical Center; c2022 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://rhs.mohw.go.kr/Main/Main.do>.
 24. Ministry of Health and Welfare. National status of public hospital [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited 2022 Jan 15]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0321&CONT_SEQ=349042&page=1.
 25. Lee KS. Development of NHI in Korea and future tasks. Seoul: Kyeuchukmoonhwasa; 2022 (Forthcoming).
 26. Choi HY. Gap of MRI costs, up to 700,000 won. Hankyoreh [Internet]. 2021 Jun 10 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://www.hani.co.kr/arti/society/health/998830.html>.
 27. Jang YJ. Non-benefit self-payment income of Severance Hospital, 2.2 times more than that of Seoul National University Hospital. Hankyoreh [Internet]. 2021 Nov 17 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1019686.html?_fr=mt2.
 28. Hwang HY. Hospitals recommend surgical operation instead of outpatient treatment... non-benefit self-payment income of hospitals upto hundreds billion won. Joongbooilbo [Internet]. 2022 Jan 11 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.joongboo.com/news/articleView.html?idxno=363521046>.
 29. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020 [cited 2022 Jan 15]. Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
 30. Park EC. Medical social security theory. Seoul: Yonsei University; 2021.
 31. Seo K. Alternative plans for activation of public healthcare system in Korea. Healthc Policy Forum [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 15]; 16(4):60-6. Available from: http://www.rihp.re.kr/publication_forum/2019/01/%EC%84%9C%EA%B2%BD%ED%99%94-1.pdf.