

새 정부에 바라는 보건의료정책

박 윤 형

순천향대 의대 교수(예방의학)

‘국민행복 희망의 새 시대’를 여는 박근혜 정부가 2013년 2월25일 출범하였다. 새 정부는 고용 창출형 성장을 통해 중산층 70%사회를 재건하고, 이를 기반으로 내수를 증가시키면 다시 성장할 수 있다는 전략을 내놓았다. 아울러 일자리를 창출할 수 있는 근로유인형 복지를 통해 고용과 내수를 증가시킨다는 복지전략도 발표하였다.

새 정부의 명시된 보건의료공약은 ‘암, 심장병, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환에 대해 비급여를 포함한 진료비 전액을 국가에서 부담한다’는 것이 유일하다. 4대 중증질환 보장률을 현재 75%를 2013년 85%로 올리고 2016년에는 100%로 확대하겠다고 하였다. 그러나 대통령직 인수위원회 최종보고서에는 병실 차액료, 선택 진료비, 간병료의 3대 비급여는 제외하는 것으로 발표되고 있어 공약이 실효성이 의심받고 있다.

대통령 공약과 함께 새 정부가 임기 중 해결해야 할 중요한 이슈를 점검해 본다.

1. 건강보험 거버넌스(Governance)의 민주적 개혁

거버넌스(Governance)는 ‘정부, 준 정부를 비롯한 반관반민, 비영리 자원봉사 등의 조직이 수행하는 공공활동, 즉 공공서비스의 공급체계를 구성하는 다원적 조직체계 내지 조직 네트워크의 상호작용 패턴으로서 인간의 집단적 활동(김규정, 1999)’ 또는 ‘사회적 의사결정, 그리고 집행에서의 관련자들 혹은 구성 부문 의 적극적 참여(오수길, 2008)’ 등으로 정리된다.

건강보험 거버넌스란 ‘건강보험제도를 운영하는 수요, 공급 관련자가 참여하여 의사결정하고 집행하는 집단적 의사결정 활동과 이를 위한 게임의 규칙’ 정도로 정의할 수 있을 것이다. 건강보험 거버넌스의 구성원은 정부, 건강보험공단, 심사평가원, 의료기관(대학병원, 종합병원, 병원, 의원, 한방 의료기관, 치과 의료기관, 보건기관 등), 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 간호사 등)과 약사, 제약회사, 도매상, 의료기회사, 국민을 대표하는 각 단체 등이다.

거버넌스란 ‘정글의 법칙’을 극복하는 방법이다. 일정한 규칙을 가지고 모두 참여하며 합리적 결론을 맺고 실현하는 것을 말한다.

현재의 건강보험 거버넌스의 문제점으로는 서로간의 게임의 룰이 공정하지 않다고 생각하는 것이다.

첫째, 정부와 건강보험공단 간에 공정한 거버넌스가 없다.

건강보험법에 따라 보험자인 건강보험공단은 실제로는 정부가 정한 보험료에 따라 보험료만 징수하고 심사평가원에서 심사한 진료비를 지급한다. 공단은 'ATM' 기기라는 말도 있다. 심사결과를 입력하면 진료비를 지급하는 기계라고 생각한다. 공단의 이사장은 보건복지부 장관이 제청하며 대통령이 임명하고 상임이사들도 보건복지부 장관이 임명한다. 건강보험에 대한 장 단기재정추계와 전략 등은 보건복지부에서 담당하고 의료수가의 중요한 부분인 상대가치 점수도 보건복지부의 몫이다. 공단의 존립기반인 보험료를 내는 국민, 집단, 기업에서 해야 할 이사장 등 선출, 보험재정 운영, 보험료 부과기준, 지급기준 등의 역할을 정부가 대신하고 있다.

둘째, 보험가입자이며 보험료를 납부하는 국민과 건강보험공단 간에도 보험료 산정을 두고 민원이 끊이지 않는다. 아직도 공단 민원 중 상당수가 보험료 부과징수에 관한 사항이다. 주로 지역가입자에게서 오는 민원과 불만이다. 재산, 소득 등을 기본으로 하는 부과체계가 자신에게 불리하다고 호소하는 내용이다. 공단은 이를 소득에 기반한 부과체제로 일원화하겠다고 의지를 밝히고 있다. 그러나 연금생활자 등은 동의하지 않고 있다.

셋째, 의료기관과 건강보험공단간의 분쟁과 불편이다. 건강보험공단과 의료계는 매년 수가계약을 하도록 하고 있다. 그러나 건강보험공단이 일방적으로 통보하고 의료계가 받아들이지 않으면 대부분 결렬된다. 2001년 법개정 후 한번만 계약했을 뿐이다. 건강보험공단은 건강정책심의회에서 정할 것이므로 손해 볼 것이 없다는 속마음이고 의료계는 게임의 룰이 불공정하다고 늘 불평하고 불만이 폭발직전이다.

건강보험공단의 의료보험 급여비 지급에 관한 조사도 늘 분쟁거리가 되고 있다. 상호 협력 하에 정한 공정한 규정이 없으며, 자신의 편이에 따라 의료기관을 현지조사하고 국민에 알려 불신을 조장 한다는 것이다. 건강보험공단은 의료기관이 건강보험법령을 지키지 않고 '부당' 청구하고 급여를 받는다고 계속 의심의 눈초리를 가지고 있다.

넷째, 심사평가원과 의료계도 제대로 된 협력체계와 룰이 확립되어 있지 않다. 심사기준을 일부만 공개하고 특히 중요한 기준은 공개하지 않고 있으며 미 공개된 기준에 따라 진료비를 삭감한다. 심사평가원은 기본적으로 의료기관이 부당 청구할 준비가 되어 있다고 생각하고 있다. 의료계는 근거가 미약한 심사기준으로 의료행위를 간섭한다고 생각하고 분노하고 있다.

다섯째, 국민과 의료기관은 환자, 의사로서는 정상적인 관계를 유지하고 있다고 본다. 그러나 보험료와 보험수가 문제에 이르면 의견이 극명하게 갈린다. 국민은 현재도 의사들의 수입이 높으므로 보험료 인상은 필요 없으며, 현재로서 만족한다는 입장인 반면 의사들은 국민들이 값싼 의료비로 높은 질의 의료를 받으려 한다고 불만이다.

여섯째, 그 밖에도 정부와 공단, 정부와 의료계, 정부와 국민 등에서 불협화음이 있다. 내부적으로는 실제로 건강보험권력을 가지고 있는 정부에 모든 불만을 토로하고 있다.

전체적으로 건강보험 거버넌스가 작동한다고 보기 어려운 실정이다.

이규식교수(2010)는 그 원인을 건강보험이 시대에 맞게 패러다임을 변화시키지 못했기 때문이라고 하였다. 즉 우리나라가 의료보험제도를 도입한 1977년 당시의 경제사회여건은 1인당 소득 1,000달러, 연간 수출 100억 달러에 불과한 저 개발 국가였으나, 현재 1인당 소득이 2만 달러 수준, 수출액도 연간 4천억 달러를 상회하는 등 1977년과는 전혀 다른 상황을 맞이하고 있으나 건강보험의 틀은 예전 그대로 유지하고 있기 때문에 빨리 패러다임을 변화시키지 않으면 계속 문제가 발생하여 지속가능성이 불투명하다고 전망하였다.

거버넌스의 개혁 원칙은 제도의 민주화와 합리화이다. 제도관계자(stakeholder)의 참여를 보장하고 각 단계별 자율성을 높이고, 제도운영의 공정성과 투명성을 높이고 합리적인 근거에 기반하여 제도를 운영하는 방식으로 개혁해야 한다.

먼저, 건강보험공단에게 보험자로서의 역할을 부여해야 한다. 보험자로서 장단기 재정대책을 세우고 이에 따라 보험요율을 조정하고 수가계약에 임하도록 해야 한다. 아직도 정부가 가지고 있는 재정대책, 보험요율 조정, 임원 임명권 등은 공단에 돌려주어야 한다. 공단의 임원은 보험가입자 대표가 추천하고 정부에서 임명하도록 하는 것이 합리적인 것이다.

수가계약도 현재는 상대가치 점수별 단가인 환산지수만 계약하도록 하고 있어 반쪽 자리밖에 안된다. 상대가치 조정도 공단에 맡기되, 전문성을 고려하여 의료계와 공단, 정부가 함께 공동 심의기구를 구성하여 연구하고 개선안을 도출하고 수가계약에 포함시켜야 한다. 아울러 상대가치에 규정된 행위에 포함되는 의료행위의 종류도 심의기구의 연구를 거쳐 계약사항에 포함시켜야 한다. 이해관계가 있어 많은 시간이 필요할 것으로 생각되나 건강보험 대계를 위해 시작해야 할 일이다. 만약 계약이 성립되지 않으면 정부의 주도아래 중재위원회를 구성해 협의하고 그래도 안될때는 정부가 결정하는 방식이 합리적인 것이다. 현재처럼 건강보험정책위원회(건정심)은 정부가 결정하는 것

을 형식만 갖추었을 뿐이다. 건강보험공단이 보험료를 내는 국민을 대표하여 나서야 하며, 국민의 대표는 건강보험공단내의 재정운영위원회에서 보험요율을 조정해야한다. 정부는 예산을 이용한 재정지원자 및 조정자로서의 역할을 해야 한다.

두 번째는 건강보험 심사기준은 공개되어야 한다. 건강보험은 보험자가 의료비를 대신 지급하기로 주기로 약속하고(제3자 지불제도) 국민은 미리 진료받는 것이다. 기준이 투명하고 명확하지 않으면 이 기본 명제가 성립하지 않는다. 심사기준에 대해서도 정부의 주도하에 관련자가 연구하고 심의하는 상설기구가 있어야 한다. 최근에 많은 문제를 일으키고 있는 임의비급여 문제도 제도권 내에서 풀어나가야 한다. 대법원도 이를 의학적 타당성이 있다면 인정하되, 의료기관이 입증해야 한다고 판결하였다.

임의비급여에 대해 사전 심사제도를 도입하여 의료기관에서 미리 신청하고 심사평가가원이 심사하여 허용여부를 통보하도록 해야 한다. 단 이는 진료현장에서 발생하므로 신속히 심사하여 통보해야 한다.

세 번째는 건강보험환자 진료의료기관 지정을 신청하게 하는 지정 신청제로 전환해야 한다. 건강보험재원이 40조가 넘으면서 우리나라 전체 진료비의 60%이상을 차지하고 있다. 건강보험에 의한 진료를 하지 않으면 의료기관은 생존하기가 곤란한 시대가 되었다. 최근에는 진료과목별로 건강보험 급여에 포함시켜 달라고 요구하고 있는 실정이다. 우리나라를 제외한 일본, 대만, 싱가포르 등 이웃나라와 미국, 유럽 등 모든 나라가 건강보험제도 진료기관으로 신청하는 것을 의료기관에 맡기고 있다. 대부분 95%이상의 의료기관이 지정을 받고있다. 나머지 의료기관은 소위 의료서비스 산업화 대상이 되는 외국인 환자유치 진료, 특수진료 등을 전문으로 한다. 현재는 건강보험에서 정한 진료이외에 진료하는 것은 모두 불법으로 간주하고 있다. 의료산업화를 추진한다면 예제도부터 개선해야 한다. 국내에서 경쟁체계가 없으면 세계에서 절대 이길 수가 없다. 최근에 안과시술, 피부과 시술, 척추시술, 대장 항문 시술, 내시경 수술 등 특수전문 의료기관이 많아지고 있다. 이들을 영리추구의 동력으로 창의성을 더욱 발전시켜 세계로 나가게 해야 한다.

전반적으로 건강보험 거버넌스만 제대로 개혁하면 우리나라 의료와 건강보험제도는 급격히 도약할 수 있을 것이다.

2. 만성질환 관리강화와 4대 중증질환 보장

WHO에 의하면 전 세계 연간 사망자 5700만 명 중 63%에 해당하는 3600만 명이 만성질환으로 사망하고 있다. 서태평양 지역에서도 연간 사망의 75%가 만성질환으로

사망한다. 만성병에 의한 사망률은 인구 10만명당 약 420명으로 서태평양 지역의 고소득 국가인 일본(380), 호주(390), 뉴질랜드(405), 싱가포르(395)와 비교해 보아도 가장 높다. WHO에서 말하는 만성질환은 기본적으로 고혈압, 심장병을 포함한 심혈관 질환 (Cardio Vascular Disease: CVD), 당뇨병(Diabetes), 암(Cancer), 만성호흡기 질환 (Chronic respiratory Disease)을 말한다. 새누리당 선거공약인 100% 보장대상 4대 중증질환인 ‘암, 심장병, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환’ 중 희귀난치성 질환을 제외하면 같은 대상이나 보장대상은 합병증이 발생해 재활 또는 장기입원이 필요한 사람일 것이다. 만성질환은 이미 의원 또는 병원의 진료 환자 중 많은 부분을 차지하고 있고, 가장 많은 약을 소비하고 있으며, 건강기능식품, 각종 의료기기, 건강관련 서적 등에서 시장을 압도하고 있다. 국가에서는 최근 인구 노령화와 노인 진료비 폭증에 따라 노인층의 2/3가 질환자인 만성질환 예방관리에

관심을 기울이기 시작하였다. 선진국에선 이미 국가 만성질환 관리센터 등을 설치해 적극 대처해 오고 있는 것에 비해 상당히 늦은 편이다. 만성질환은 이제 세계적인 의제가 되어있다. UN은 2011년 9월 고위회담을 열어 “만성질환 예방 및 관리에 관한 정치적 선언(Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases)”을 결의하였다. 반기문 UN 사무총장은 “이 정상회담은 ... 만성질환을 개발 아젠다의 상위에 올려놓는 국제적 서약을 도출할 기회이다”라고 그 의의를 표현하였으며, 그 결의에 따라 2013년까지 각 국가들은 4가지 주요 만성질환, 즉 심혈관 질환, 암, 만성 호흡기 계 질환 및 당뇨병의 위험요인에 대한 대책을 수립할 것을 의결하였고 WHO는 이에 필요한 각 나라별 행동계획을 수립하고 있다.

최근에 정부에서 만성질환관리를 위한 본격적인 사업을 시작하였다. 지난해 4월부터 시작한 의원급 만성질환관리사업과 2011년부터 시작하여 지역을 확대하고 있는 고혈압 당뇨병 등록관리 사업이다. 두사업 모두 일차 관리자를 의원의 의사로 하고 있다.

의원급 만성질환 관리사업은 전국적으로 같은 의원을 2번이상 방문하는 고혈압 당뇨병 환자에게 본인부담금 30%중 10%에 해당하는 평균 920원을 감면해 준다. 주치의를 정해 만성질환관리를 하라는 정책이다. 그러나 64세 이하의 국민만 해당되기 때문에 인센티브의 영향력이 미약하고, 추가 프로그램이 거의 없어 현재까지의 추진성과는 미미하다. 전체 의원 중 40%정도의 의원에서 하루 1-2명이 해당되는 정도이다.

고혈압 당뇨병 등록관리 사업은 전국 19개 시군구에서 시행되고 있다. 해당 환자가 의원을 통해 등록하면 65세의 노인에게는 진료비 중 본인부담을 국가에서 보조해 주고

등록 후 전화 상담, 교육 등 부가 서비스를 제공해 준다. 1년에 한번 합병증 검사도 보조해 준다 의료기관에는 일정액의 등록관리비를 지원해 준다. 사업이 시행되는 시군구에는 의료기관, 노인 등에게 호응이 높은 편이다.

WHO는 만성질환 예방과 관리를 위해 위험요인인 흡연, 음주, 소금섭취 등 영양관리, 운동 등을 철저히 관리하고, 만성질환관리를 위해 공공과 민간이 협력하는 지역사회 기반 일차의료를 강화하면서 환자의 80%이상이 정기적인 약물치료를 받게 하며, 자궁암 예방을 위해 자궁경부암 스크리닝 검사를 권장하고 있다.

우리나라도 그동안 시행해 온 금연, 절주, 영양, 운동 등 건강증진사업과 환자를 대상으로 하는 만성질환 관리사업을 통합 조정하여야 한다. 지역사회를 기반으로 보건소 등 공공의료기관과 의원 등 민간의료기관을 모두 포함한 계획으로 재편하여 대응해야 한다. 병원도 계획에 포함시켜야 한다. 이를 위해서 보건복지부에 만성질환 관리조직을 신설해야 하며 질병관리본부에 센터가 있어야 한다. 지금부터 통합적으로 시행하면 5년 후에는 많은 성과를 올릴 수 있을 것이다. 이미 심각한 합병증에 걸려 고통받는 환자에 대한 보장에 그쳐서는 안되며 지금부터 질병을 예방하고 합병증 발생을 방지하는 대책을 강구해야 한다.

이를 위한 예산 투입은 WHO에서도 상당히 비용 효과적이라고 권장하고 있다. 현재는 건강보험재정과 담배부담금으로 징수 조성하는 건강증진기금으로 일부 지원하고 있으나 정부의 정규예산 중 지원을 늘려야 한다. 중앙예산과 함께 지방예산도 늘려야 한다. 담배 부담금과 함께 시군에서는 시군 담배세로 담배 1갑당 641원의 세금을 부과하고 있다. 전체 규모는 2조원 규모이고 시군구당 평균 약 80억원 규모이다. 시군에 따라 30억-200억 규모로 추산된다. 이 세금 중 일부는 건강증진사업에 쓰여야 함에도 명시적인 기준이 없어 실제로 투자되는지는 불명확하다. 이세금의 20%만 건강증진, 노인보건에 투자해도 시군구당 평균 16억원이 되어 건강증진 활동을 활발히 전개할 수 있는 재원이 될 수 있을 것이다. 따라서 명분과 재원이 충분히 있기 때문에 정책적 의지만 있다면 재원마련은 가능할 것으로 보인다.

지역사회에 일차진료를 담당할 의원, 교육 상담을 맡을 보건소, 응급환자와 합병증 후유증 환자에게 입원 재환을 담당할 병원 등 자원은 갖추어져 있으며, 그동안 심뇌혈관 센터 지정 및 지원, 건강증진사업 전개 등 인프라는 충분하기 때문에 이들을 조직화하여 업무를 분담하고, 의견을 조정해 나가면 충분히 할 수 있는 실정이다. 지역사회 참여를 같이 할 프로그램을 충분히 개발해야 하며, 근거를 확보할 연구도 진행해야 한다.

새 정부에 바라는 정책 중 시급하다고 생각되는 것을 모아 제안해 본다. 그중 얼마나 채택 될지는 미지수이며, 또 다른 방안에 대한 의견도 많을 것으로 생각된다. 앞으로 새 정부가 성공해서 국민의 경제상황도 좋아지고 모든 국민의 건강이 향상되며, 행복해 지기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 김규정(1999). 행정학원론. 법문사, 11-12
오수길(2008). 뉴거버넌스. 태영문화사, 20
건강복지정책연구원(2010). 건강보험 급여 및 수가제도의 문제점