



문재인케어의 환상

허 대 석 | 서울대학교 의과대학 내과학교실

The fantasy of a new healthcare policy in Korea

Dae Seog Heo, MD

Department of Internal Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

According to Organization of Economic Co-operation and Development health statistics data, out-of-pocket expenditures account for 36.8% of current health expenditures in Korea, in contrast to the Organization of Economic Co-operation and Development average of 20.3%. The government has announced the implementation of a new healthcare policy to reduce out-of-pocket expenditures. Korea already has a universal coverage system for most essential health care services. Even though health services based on out-of-pocket expenditures are usually optional, and are supported by lower levels of evidence, the National Health Insurance program has promised to cover all medical services except for cosmetic plastic surgery. This will drive more demand for optional health services and drain healthcare resources. Korea needs improvement of its quality care system instead of high-cost optional services, because of the rapid transition to an aging society.

Key Words: Health expenditures; Delivery of health care; Insurance coverage; Policy

서론

지난 8월 9일 정부가 발표한 건강보험 보장성 강화대책은 획기적이다. 비급여를 점진적으로 축소하겠다는 것이 아니라, 의학적으로 필요한 비급여를 완전히 해소하여, 2022년까지 미용성형을 제외한 모든 의료비를 건강보험에서 지원하여 병원비 걱정 없는 든든한 나라를 만들겠다는 것이다. 국민들이 듣기에 참으로 솔깃한 새 정부의 의료정책에 왜 의

사단체를 비롯한 많은 이들이 기대보다는 우려의 시선을 보내는 것일까?

문재인케어는 오바마케어와 다르다

모든 의학적 비급여를 급여화하여 국민들의 의료비를 줄이겠다는 건강보험 보장성 강화대책을 미국의 오바마케어를 본떠 ‘문재인케어’라고 부르고 있다. 그러나 오바마케어와 문재인케어는 본질적으로 다르다. 미국은 세계에서 제일 높은 수준의 의료비 부담에도 불구하고 국민의 15% 이상이 의료보험 미가입자였다. 보험이 없는 미국인은 비싼 앰بول런스 비용 때문에 길에서 쓰러지는 것이 제일 두려운 일이라고 한다. 오바마케어는 메디케이드, 메디케어 대상자도 아니고 민간 보험도 없는 사람들을 구제하기 위한 제도이다.

Received: November 10, 2017 Accepted: November 24, 2017

Corresponding author: Dae Seog Heo
E-mail: heo1013@snu.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1. Current expenditure on health (% of GDP)

	Current expenditure on health (% of GDP)	Coverage through insurance and/or tax (%)	Out-of-pocket expenditure (%)
Korea	7.7	4.9	2.8
USA	17.2	15.3	1.9
UK	9.7	8.3	1.4
OECD average	9.0	7.2	1.8

Values are based on OECD health statistics 2017 [1].

GDP, gross domestic product; OECD, Organization for Economic Co-operation and Development.

이에 반해 우리나라는 이미 전 국민이 건강보험의 적용 대상이며, 저소득층일수록 내는 돈에 비해 훨씬 더 많은 의료비 지원을 받고 있다. 지금 우리나라의 의료서비스 이용행태를 다른 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 국가들과 비교하면, 양적인 면에서는 공급과잉 상태이고 저수가 정책의 영향으로 국민들은 다른 선진국에 비해 과소비를 하고 있다. 한국에는 컴퓨터단층촬영, 자기공명영상촬영 등 고가의 의료장비의 보급 대수가 OECD 평균의 2배로 OECD국가 중 최상위에 속한다. 일인당 외래진료일수나 입원일수도 평균의 2배로 전체 순위로 1~2위이다. 한국인의 수명은 82세로 미국(78.9세), 영국(81세)보다 길다.

의료비로 인한 저소득층의 경제파탄은 기존 의료급여제도와 사회복지제도를 보완하는 것으로도 해결이 가능하다고 생각한다. 보장성 강화라는 이름으로 본인 부담금을 줄이면 어떤 현상이 발생하는지는 이미 여러 차례 검증되었다. 대표적인 예가 대부분의 의료비가 무료인 1종 의료급여 환자이다. 의료급여 환자에 특별히 중증환자가 더 많은 것이 아님에도 이들이 1년간 사용하는 의료비는 일인당 565만 원으로 건강보험환자가 사용하는 115만 원의 5배다. 본인부담을 일부라도 적용하는 2종 의료급여 환자의 경우, 전액무료인 1종의 1/4 수준으로 의료서비스를 이용한다. 비급여를 예비급여로 등록하여 정부가 관리하고 보험금으로 지원하게 되면, 본인 부담이 낮아지는 만큼 수요는 증가할 것이다. 모든 비급여를 급여화 하겠다는 문재인케어는 지금도 빠른 속도로 늘어나고 있는 의료수요를 더욱 증가시켜 의료재정을 파탄으로 몰고 갈 것이다.

비급여는 비급여인 이유가 있다

우리나라의 가계직접 부담 의료비 비율 36.8%는 OECD 평균 20.3%보다 현저히 높아 비급여를 급여화하여 가계직접 부담 의료비 비율을 낮춰야 한다는 것이 정부가 이러한 정책을 내놓은 배경이다. 2016년 OECD 통계를 기준으로 한 국내총생산 대비 의료비의 구성을 보면(Table 1) [1], 총의료비 중 비급여 비율이 상대적으로 높다는 것이다. 그러나, 본인 부담의 비급여 비용을 포함한 국내총생산 대비 총의료비는 한국은 7.7%로 OECD 평균 9%보다 낮다. 그동안 본인이 부담하던 비급여를 다른 선진국 수준으로 처리하겠다고 하면, 현재의 건강보험료보다 현저히 더 많은 부담금을 보험료나 세금으로 추가 납부해야 가능하다.

우리나라는 40년의 건강보험 역사를 거치면서, 근거가 있는 필수의료행위는 건강보험 급여 영역에 대부분 포함되어 있다. 비급여 영역으로 아직 남아 있는 의료행위는 대부분 효과가 있다는 근거가 부족하거나 없기 때문에 건강보험에서 지원하지 않는 것이다. 신기술이나 신약들이 비급여 단계를 거쳐 효용이 입증되면 급여화 하는 작업은 현재도 꾸준히 진행되고 있다.

비급여 행위 중 의학적 근거가 있다고 정부가 인정한 ‘등재 비급여’ 행위로 485개 의료행위가 이미 선정되어 있고 우선적으로 예비급여가 진행될 예정이다. 이중 내시경초음파, 수술 중 초음파 등은 근거가 있으나, 다른 의료행위는 아직 근거가 충분하지 못한 것이 대부분이다. 특히, 경피온열검사, 한방향기요법, 금침, 기공요법, 약침술 등 20가지의 한방요법도 포함되어 있는데, 이들은 어떤 의학적 근거로 등재되었는지 명확하지 않다.

우리나라 의료기관들은 국가에서 원가 이하로 공급하도록 정한 필수 의료행위의 적자를 보전하기 위해 비급여 의료행위를 계속 만들어내고 있다. 밥을 원가 이하로 만들어 공급하라고 하니 그 손실을 음료와 과자를 만들어 팔아서 보전하고 있는데 그것들을 모두 국가 보험에서 지원하겠다고 하면 소비자나 생산자 양쪽 다 도덕적 해이로 인한 과잉 소비가 일어날 수밖에 없다. 비급여 의료행위의 근거를 따져 효용이 입증된 것은 급여화하고 근거가 없는 비급여 의

료행위는 비급여로 남게 하는 것이 근거중심 의료정책이다. 대부분의 비급여 의료행위는 이유가 있기 때문에 비급여인 것이다.

비급여의 급여화, 누구를 위한 것인가?

우리나라 건강보험은 국민 일인당 소득이 우리의 2배가 넘는 선진국에서도 급여화하지 못한 고가 약제들을 급여화하여 비용을 지원하고 있다. 암환자는 실제 약가가 수백만원이 넘는 비싼 약들도 5%만 본인 부담하면 투약 받을 수 있다. 문제는 이렇게 비싼 신약들이 가격만큼 치료에 효능이 있는 것이 아니라 기존 약의 부작용을 조금 줄였거나 병의 진행을 일부 환자에서 지연시키는 정도라는 것이다. 근거중심의료의 원칙을 지키지 않고 충분히 효과가 입증되지 않은 신약들을 급여화 하기 시작하면 초고가의 약을 팔기 위해 언론매체를 동원한 광고성 뉴스와 정치인, 환자단체를 통한 로비도 불사하고 있는 다국적 제약회사들에게 ‘모든 의학적 비급여의 급여화’를 내세운 문재인케어의 나라 한국은 기회의 땅, 황금의 땅이 될 것이다.

국민 부담이 큰 3대 비급여 중 선택진료 폐지와 상급병실의 급여화는 대형병원 쏠림현상을 가속화함과 동시에 대형병원의 의료서비스의 질을 떨어뜨릴 것이다. 환자 입장에서 대형병원 입원이 더 힘들어질 수밖에 없다. 수도권 대학병원의 1인실이 무료라고 하면 우리나라 국민 중 몇 명이 그 병실에 입원할 수 있을까? 대부분의 중환자들은 한번 입원하면 죽을 때까지 퇴원하지 않을 것이다. 현재 본인 부담률이 높은 1인실과 2인실이 다인실보다 수가 적은데도 비어 있는 이유를 생각해보면 비용부담이 낮을수록 환자의 입원기간이 길어질 것이라는 것을 쉽게 예상할 수 있다.

우리나라 의료의 가장 큰 적폐는 원가 이하로 산정해 놓은 필수의료 수가이다. 그 중에서도 의료 인력의 노동에 대한 수가는 OECD 국가 평균의 1/3 수준에 불과하고 이것이 우리나라 의료의 질을 떨어뜨리는 가장 큰 요인이다. 사람 중심의 철학을 가진 정부라면 의료수가, 무엇보다 의료인력의 노동가치를 제대로 인정해주어야 한다. 환자들의 피와 오

물을 뒤집어쓰고, 온갖 병원균이 존재하는 위험 환경 속에서 일하고 있는 의료인, 특히 간호인력에 대한 수가를 정상화해야 한다. 그래서 대형병원이 간호인력을 더 많이 고용할 수 있도록 해야 간병문제도 해결이 가능하다.

원가 이하의 의료수가와 같은 근본적인 문제를 해결하여 의료의 질을 높이는 방안을 고민해야 할 시점에 과잉소비를 더욱 가속화 시키는 정책은 국민을 위한 것이 아니다. 오바마케어의 최대 수혜자가 보험이 없는 저소득층이었다면 문재인케어의 최대 수혜자는 고가 신약을 파는 다국적 제약회사, 신의료기술을 개발하는 벤처회사, 그리고 비급여 의료행위가 많은 한의원이 될 것이다.

문재인케어는 지속가능한 제도가 아니다

국민들은 병원비 적게 내게 해준다니 당장 좋지만 건강보험료를 더 내야하는 것이 아닌가하고 의료재정에 대해서는 걱정을 한다. 이에 대한 정부의 답은 명쾌하다. 2022년까지 추가로 필요한 재정요소는 30조 원인데 지금 적립해놓은 20조 원과 2017년 기준 6.9조 원 규모의 국가 보조금을 계속 확대하면 충분하다는 것이다. 2022년은 5년 후 다음 대선 때까지이다. 그러면 2022년 이후는 얼마가 더 필요하며 그 재원은 어떻게 마련할 것인지에 대해서는 구체적인 대안이 없다.

먼저 그 20조 원이 어떻게 적립된 것인지, 이렇게 쉽게 사용해도 되는 돈인지부터 생각해보아야 한다. 현재 우리나라 인구 5,000만 명 중 경제활동이 가능하다고 보는 25세에서 59세까지의 인구가 차지하는 비중은 약 50%이기 때문에 많은 의료비가 필요한 계층을 지원하고도, 20조 원의 적립이 가능했다.

2016년 건강보험 통계연보를 보면 전체 인구의 약 13%인 65세 이상 노인의 건강보험 진료비는 25조 원으로, 전체 건강보험 진료비 64조 원의 39%이다. 그리고 현재 우리나라 인구에서 제일 큰 부분을 차지하는 45세에서 59세 연령이 모두 고령화 되는 2040년에는 65세 이상 인구가 전체 인구의 33%에 근접할 것으로 예상하고 있다. 65세 이상 인구가 현재의 2배가 넘는 33%가 되면 현 수준의 급여지원도

불가능할 것이라는 것을 확인하는 데는 복잡한 계산이 필요하지 않다.

저출산으로 인해 전체인구의 13.5%밖에 되지 않는 15세 미만 인구 677만 명이 경제인구로 활동하는 2050년에는, 65세 이상 노인이 1,800만이 되어 전체인구의 39%, 현재의 3배가 된다. 지금 우리나라가 의료비 지출을 늘릴게 아니라 더 줄이고, 적립된 20조 원에 더해서 열심히 추가 적립을 해야 한다는 말이다.

전체인구의 3%인 의료급여 환자가 건강보험 급여비의 13.7%, 1인당 500만 원 초과 고액 환자 4%가 전체의료비의 40%를 쓰고 있으며, 매년 10% 이상 증가하고 있다는 점에도 주목할 필요가 있다. 고가의 비급여 의료행위가 급여화 되면 이들이 사용하는 의료비가 차지하는 비율은 더욱 증가할 것이다.

결론

사회보장정책의 한 축인 건강보험은 국민연금제도와도 유사한 점이 많다. 비용을 부담해야 할 다음 세대는 생각하지 않고, 적립해둔 기금을 짧은 시간에 당장 다 쓰고 보자는 발상은 위험천만이다. 문재인케어는 사람의 인생으로 보면 경

제활동이 가장 왕성한 때의 수입을 기준으로 지출 수준을 늘리고 노후를 위해 저축한 돈도 지금 꺼내 쓰자는 포퓰리즘 정책이다. ‘열린 사회와 그 적들’의 저자 칼포퍼는 말하고 있다. ‘지상에 천국을 건설하겠다는 시도가 늘 지옥을 만들어 낸다 (The attempt to make heaven on earth invariably produces hell)’ [2]. ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’라는 달콤한 말을 내세우지만, 문재인케어는 대한민국 의료복지시스템의 미래가 존재하지 않는 정책이라는 것을 전 국민이 알아야 한다.

찾아보기말: 의료비; 의료전달체계; 건강보험급여; 의료정책

ORCID

Dae Seog Heo, <http://orcid.org/0000-0001-5221-173X>

REFERENCES

1. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
2. Popper KR. The open society and its enemies. London: Karl Popper Library; 1945.