

의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부

19대 대통령 선거 정책 요구

순서

I. 4대 핵심 요구

II. 8대 과제 및 39대 세부 과제

III. 8대 과제 및 39대 세부 과제 내용

IV. 기타 사업 요구사항

1. 4대 핵심 요구

1. 박근혜-최순실 보건의로 적폐 청산: 영리병원과 박근혜 표 의료민영화 정책 폐기
2. 병원비 가계부담 경감 위해 국고지원 2배 확대.
3. 건강보험 20조 흑자로 모든 치료에 건강보험 적용
4. 150만 생계형 건강보험 체납자 및 빈곤층의 건강불평등 해소

1. 4대 핵심 요구 설명 및 내용

1. 지난 박근혜 정부 5년은 역사상 유례 없는 의료민영화, 영리화 광풍이 불었음. 우선 역사상 최초로 공공병원이 강제 폐원되었음.(진주의료원) 그리고 역사상 최초의 국내영리병원이 허가되었음(제주도 녹지국제병원). 또한 부대사업 확대, 영리자회사 허용, 메디텔 허가, 개인건강정보 산업화, 신의료기술 허가 간소화, 임상시험 규제완화 등 수많은 규제완화와 의료민영화 시책을 시행함. 또한 원격의료, 의료법인 인수합병, 건강관리서비스 도입 등은 아직 시행하지 못했으나, 계속 추진하려 함.

또한 기재부가 이상의 정책을 마음대로 하게끔 하는 서비스산업발전기본법(기재부독재법)과 각 지자체 별로 창조경제를 빌미로 임상시험, 의료기기 허가, 부대사업을 임의로 허가하는 규제프리 존특별법(최순실법)을 국정외 핵심과제로 밀어 붙였음. 이러한 시도는 모조리 의료를 돈벌이 수단으로 전락시켜 투자자(주주)의 배를 불러주기 위한 것이었음. 따라서 **박근혜 표 의료민영화 정책은 전면 철회되어야 함.**

2. 현재 한국의 건강보험 보장성은 60% 남짓이고, 여기에 간병비 등은 통계에 포함되지도 않음. 실제 간병비 및 통계에 잡히지 않는 민간보험료 등을 포함하면 거의 50%수준까지 떨어질 것임. 이런 상황에서도 박근혜 정부는 중기 보장성 강화안을 무려 2년 가까이 지연시켜 발표하고, 그 내용도 몇몇 질환과 항목에만 국한시킨 누더기 선별 보장안을 선보였음. 또한 병원비로 빈곤층으로 추락하는 가구가 많음에도 병원비 상한제 등을 실질적 수준으로 개선하기는커녕 7개 구간으로 세분화시켰고, 민간보험 규제완화를 통해 비급여 영역의 확대를 부추겨 왔음.

이에 현재의 건강보험 총재정(약 50조) 중 6조 원에 지나지 않는 국고지원액을 13조 원(기대 수익의 일반회계 지원분을 24%로 상향, 총 국고지원액은 기대수익의 30%로 할 시)으로 증액하여, 법정본인부담금 및 비급여진료비로 나가는 가계지출을 7조 원 가량 절감시켜 실제 가계 부담을 20% 경감시켜야 함. **증액된 국고지원금으로 당장 법정본인부담금 부담 비율을 경감시키고, 노인,**

어린이 무상의료를 실시할 수 있음.

3. 박근혜 정부는 연속 5년 간 건강보험 흑자 재정 운영을 한 정권임. 건강보험은 한 해 수입과 지출을 일치시키는 보험으로 20조 원 이상의 건강보험 흑자의 의미는 건강보험 보장성의 약화와 의료 이용과 접근권의 총체적 실패를 보여주는 것임. 이런 막대한 흑자에도 박근혜 정부는 누더기 보장성 강화안, 허울뿐인 공공의료 강화계획을 제시하고, 흑자를 도리어 돈놀이(고수익 금융상품 투자 등)에 사용하려 하고 있음.

건강보험 흑자는 국민들이 낸 보험료를 의료서비스로 충분히 돌려받고 있지 못하다는 반증으로 즉각 의료서비스로 국민들이 모두 돌려받아야 마땅함. 이는 현재의 비급여 진료 중 초음파 등의 필수 의료부분의 조속한 급여화를 할 수 있는 금액이며, 이를 통해 유럽과 일본 등 선진국에서 시행중인 모든 근거있는 의료행위의 건강보험화를 할 수 있음. 이렇게 되면, 앞으로 한국도 대부분 선진국처럼 비급여가 없는 나라가 가능함. **비급여 없는 나라를 위해 건강보험 20조 원을 즉각 사용해야 함.**

4. 건강보험 흑자 행진에도 저소득층에 대한 건강보험 체납은 계속 늘어나고 있음. 이는 국가가 마땅히 보호해야 하는 기초생활수급권자 등을 모두 건강보험의 가입자로 떠넘겼기 때문임. 한국은 건강보험 영역의 국가 공공부조(의료급여)가 전체인구의 고작 2.7%로 이는 이명박, 박근혜 정부 들어 계속 줄어왔음. 이는 의료민영화의 천국인 미국의 14%선에도 훨씬 못 미치는 것이고, KDI가 추정한 한국의 극빈층 14.7%에도 턱도 없는 수준임.

따라서 건강보험 150만 생계형 체납자는 모두 국가가 책임을 져야 할 대상을 건강보험에 떠넘긴 결과인 만큼, 이들의 보험료는 전액 국고에서 지원되어야 함. 또한 이들의 의료비 본인부담도 **공공부조 영역에서 보장하는 것이 옳음.** 이 외에도 이주노동자, 노숙인 등 건강보험이 보장해 주지 못하는 영역도 **모조리 건강보험과 국가지원으로 보장하는 것이 옳음.**

II. 8대 과제 및 39대 세부 과제

<무상의료운동본부 2017년 대선 보건의료 정책과제>

- 8대 과제 및 39대 세부과제

1) 병원비 걱정 없는 사회 실현

- 1-1. 국민건강보험 보장성 강화
 - 보장률을 80%-90%까지 확대
 - 어린이, 노인 병원비부터 무상의료 실시
 - 법정분인부담금 비율을 보편적으로 인하
- 1-2. 환자의 연간 본인부담금은 100만 원(상급병실료 등 모든 비급여 포함, 입원 외래 포함)까지
- 1-3. 간호간병통합서비스의 올바른 제도화 및 전면 확대
 - 입원환자 간병 급여화 및 간호인력 확충
- 1-4. 상병수당 도입
- 1-5. 산재보험 산재보상 절차를 개선하여 모든 산재환자는 산재보험의 적용을 받도록 한다
- 1-6. 노인장기요양보험의 개편 (급여 및 대상 확대, 공급 공공화 등)

2) 건강보험 흑자 20조를 국민에게

- 2-1. 의료비는 총액 관리로
- 2-2. 낭비없고 안정적인 건강재정 운영
- 2-2. 건강보험 국가부담을 2배로 확대(건강보험재정의 국고지원 30% 법제화)
- 2-4. 건강보험료 기업분담률 60%로 확대 (영세 사업장은 국고지원으로 충원)
- 2-5. 가입자 중심의 건강보험 관리운영을 위한 보험자 역할 강화
- 2-6. 공평성, 형평성, 지속성을 확보하는 건강보험 부과체계 개편

3) 박근혜 정권 적폐 해소와 의료민영화 중단

- 3-1. 의료영리화 정책 추진 철회
 - 서비스산업발전기본법, 규제프리존특별법 등 의료민영화법 폐기
 - 국내 첫 영리병원인 제주녹지국제병원 허가 취소(비영리법인화)
 - 원격의료, 개인건강정보 산업화 등 의료산업화 추진 철회
- 3-2. 실손형 민간의료보험 폐지
- 3-3. 민간의료보험 규제 및 소비자 보호 강화
 - 민간보험회사의 의료기관 설립과 해외환자 유치 금지
 - 민간보험사에 국민건강보험 정보제공 금지
 - 민간보험사의 직접심사 거부 및 심사기능 불허
 - 민간보험사의 빅데이터 의료정보 이용(집적, 활용) 규제

4) 공공의료기관 강화

4-1. 양질의 공공병원 확충

- 상급병실료 등 비급여 없는 병원, 간병 걱정 없는 병원
- 공공의료 병상 대비 30% 이상 확대 : 신설 및 민간병원의 공공 인수
- 지역거점 공공(기능)병원 확충: 10만~30만 명 당 최소 1개

4-2. 공공부문 보건의료 인력 육성 : 공공보건의료기관 인력 지원 및 교육 방안 마련

4-3. 민간에 위탁한 공공병원을 공공적으로 운영할 수 있는 방안을 마련

4-4. 민간의료기관의 공공성 강화

4-5. 도시형 보건지소 확충

4-6. 의약품 생산 및 공급에 있어 공공성 강화

5) 누구나 차별 없는 건강 안전망 만들기

5-1. 의료급여 하위 10%까지 확대(부양의무자 기준 폐지)

5-2. 국고 부담을 전제로 한 의료급여와 건강보험 통합

5-3. 저소득층에 대하여 건강보험 감면을 실시하고 생계형 체납자 구제 대책을 마련

5-4. 이주노동자, 노숙자 등 건강보장 사각지대 해소

5-5. 특수고용직 등의 산재보험 적용 대상자 확대

6) 국민이 안심하고 신뢰할 수 있는 보건의료체계

6-1. 1차 의료체계 확립 :

- 전국민주치의제 실시 (아동 청소년 치과 주치의 도입 포함)

6-2. 의료공급의 과잉을 해소하고 의료기관의 기능을 단계별로 정립

- 병원은 입원 중심으로, 의원은 외래 중심으로

6-3. 지역 병상총량제 실시

6-4. 안전하고 질 높은 의료 서비스를 위해 병원인력을 확충

6-5. 수련 및 전공의 인력 수급 정부 직접 관리

6-6. 지역 정신보건사업 확대 및 감금형 정신보건시설의 사회화

6-7. 요양 및 재활 서비스 규제 강화 및 질 제고

7) 국민참여에 의한 보건의료 정책 추진 및 건강한 사회정책

7-1. 건강영향평가 도입

7-2. 각종 정책위원회와 공공병의원/비영리병원의 국민 참여 강화

7-3. 건강검진체계의 질 향상 및 평생건강관리체계의 구축

7-4. 인증평가제도의 전면 개편

8) 보건의료부문 국제 연대와 한반도 평화 정착

8-1. 국제보건의료협력 기금 확대설치 운영

8-2. 남북한 보건의료협력기금설치 운영

III. 8대 과제 및 38대 세부 과제 내용

1. 병원비 걱정 없는 사회 실현

1. 현황과 문제점

- 현재 의료비 중 건강보험 적용 비율은 64% 정도임. 여기에는 간병비, 일부 민간보험료 등이 포함되지 않아, 실제 체감 적용 비율은 더욱 떨어짐.
- 2014년 한 해 동안 우리나라 국민이 병의원을 방문하면서 사용한 의료비와 각종 의료지출 총액은 105조 원임(2014 국민보건계정, OECD Health date 2016). 이 중에서 정부 의무가입제도 등으로 지출한 금액이 59.3조 원, 환자가 직접 부담한 본인부담액과 민간보험료 등을 합산한 민간의료비는 45.7조 원으로 한국의 공적보험의 보장률은 56.5%임.
- 이는 비슷한 국민소득인 나라들에서의 보장률 70-80% 정도임에 비해 한참 뒤떨어진 것임. 국민건강보험의 보장성이 취약하다보니 중증질환에 걸릴 경우 가계가 파탄지경에 이르게 됨.
- 특히 건강보험의 부실함 외에도 병실료, 특진비, 고가 진단 및 치료장비 등 건강보험 비적용 항목이 많아 의료비 부담의 주된 원인이 되고 있음. 또한 이 비급여 항목이 계속 늘어나고 있는 상황임.
- ILO의 사회보장관련 협약 중 사회보장 최저기준에 관한 조약에서는 상병급여의 최저 가입률을 피용자 기준 50% 이상으로 규정하고 있는데 우리나라의 경우, 공무원 및 사립학교원과 기업차원의 유급상병휴가를 포함해도 매우 낮은 수준이다.
- 급격한 노령화가 진행되면서 많은 노인건강문제가 발생하고 있음. 특히 현재 65세 이상 노인들 중 노인인구의 29%가 위아래 치아 모두가 빠진 상태였고, 위쪽 치아만 혹은 아래쪽 치아만 모두 빠진 경우까지를 포함시킨다면 44%에 이를 정도로 치아 문제가 심각한 수준에 놓여 있음.
- 한국의 산재는 중대재해가 계속 빈발하고 있고 매우 축소된 것으로 평가되는 통계만으로도 산재 및 직업병 사망자 발생률이 OECD 국가 중 최고 수준임.
- 사업주의 책임이 근로기준법상의 노동자 사용자 관계에 제약되어 있음으로 인해 하청 및 용역 노동자 등은 원청 사업자가 책임을 져야함에도 근로기준법상 사용자가 아니기 때문에 실질적으로 산재를 책임져야 할 사업자는 이 문제를 책임지지 않고 있음

과제 1. 국민건강보험 보장성 강화

- 보장률을 80%-90%까지 확대
- 어린이, 노인 병원비부터 무상의료 실시
- 법정본인부담금 비율을 보편적으로 인하

미용성형술 등 필수적이지 않은 의료비를 제외한 모든 의료비를 건강보험으로 적용하도록 건강보험법을 전면 개정해야 함. 특히 3대 비급여 라고 일컬어지는 선택진료비, 상급병실료, 간병비는 조속히 해결해야 함. 이외에도 초음파 등의 필수 비급여도 건강보험으로 즉각 포함시켜야 함. 고가진단 및 치료장비의 경우 신의료기술평가 시 국민건강에 도움이 된다고 판단되면 허가와 동시

에 건강보험을 적용해야 함.

우선 노동능력이 없는 어린이와 노인에 대해서는 법정본인부담을 없애는 것이 필요함. 또한 4대 중증질환 뿐 아니라 모든 질환에 대해서도 법정본인부담금을 인하해야 함(현행 입원 20% → 5%, 0%). 이는 현재 비급여와 법정본인부담금 모두에서 과도한 부담을 하고 있는 현실을 교정하기 위한 최소한의 조치임.

과제 2. 환자의 연간 본인부담금은 100만 원(모든 비급여 포함, 입원 외래 포함)까지

현재 연간 가계지출 중 의료비 부담이 10% 이상인 가정이 25.1%에 달하고 빈곤가구는 57.5%임. 따라서 건강보험이 있음에도 불구하고 가구원 중 한 사람이라도 중병에 걸리면 의료비 걱정에서 시달리고 민영의료보험에 들어야 하는 상황임. 이 상황을 해결하기 위해서는 100만 원 이상의 의료비는 정부가 부담해야 함.

또한 연간 진료비 상한선에는 상급병실료를 비롯한 각종 비급여 진료비와 입원, 외래 진료비가 모두 포함되어야 함. 이를 통해 국민건강보험이 명실상부한 건강보장의 기능을 하게 될 것이며, 이를 통해 공적 건강보장의 원칙중 하나인 가계파탄 방지를 수행할 수 있음.

과제 3. 간호간병통합서비스의 올바른 제도화 및 전면 확대

- 입원환자 간병 급여화 및 간호인력 확충

집안에 환자가 생기면 한국은 간병 때문에 추가적인 막대한 비용을 지불하거나, 가족 중 한 명이 일을 그만둬야 함. 때문에 치료비뿐 아니라 간병비와 소득의 감소 때문에 국민들이 민간보험상품에 다양하게 가입하게 됨.

현재 한국의 의료 인력은 간호사의 경우 인구 1000명 당 활동 간호사 수가 OECD 평균인 8.6명의 반 정도인 4.6명으로 34개국 중 31위에 머물러 있음. 의료인력 부족은 간호사들의 업무를 간병인이나 보호자가 대신하여야 하는 문제를 발생시키는 등 적정진료가 이루어 질 수 없는 환경을 만들고 있음. 입원환자 간병을 해결하기 위한 간호간병통합서비스는 전면 실시되어야 함. 현재의 시범사업 중인 간호간병통합서비스는 제대로 된 간병을 제공하기에는 인력기준이 턱없이 모자람. 또한 간호지원인력 등에 대한 제대로 된 고용전략이 전무함. 이를 모두 올바르게 교정해야 함.

또한 정부는 안정된 고용을 창출하기 위해 공공병원을 늘리고 공공병원의 공공고용을 창출하여야 함. 또한 민간의료기관의 적정 의료인력을 법적으로 규정하여 의료의 질을 담보해야 함.

과제 4. 상병수당 도입

대부분 나라들이 소득의 70~80%를 상병질병수당으로 보전해주고 있음. 소득을 보전하지 못하는 보험은 보장의 기능을 다 한다고 볼 수가 없음. 노동자들은 아파도 돈을 벌어야 하기 때문에 충분한 치료를 받지 못하는 경우가 허다함. 우선 서민층(소득하위 60%)부터 평소 소득 70%를 보전하도록 건강보험법을 개정하여 상병수당을 신설하고 직장인의 경우 질병으로 인한 해고를 금지하여 산재보험의 상병수당(휴업급여)을 받을 수 있도록 해야 함.

과제 5. 산재보험 산재보상절차를 개선하여 모든 산재환자는 산재보험의 적용을 받도록 한다

현재 한국의 산재사망률은 OECD 국가 중 1위이지만 이를 예방하기 위한 행정 인프라는 부족한 실정임. 한편 실제 산재, 직업병 중 산재보험으로 치료받는 이들은 전체 산재, 직업병 환자의 10% 정도에 불과하여 문제의 심각성을 과소평가하게 할 뿐 아니라, 산재 환자 당사자 및 건강보험 재정에 큰 부담을 주고 있음. 이에 모든 산재, 직업병을 산재보험으로 처리할 수 있도록 산재보험 이용 절차를 개선하여야 함.

과제 6. 노인장기요양보험의 전면개편 (급여 및 대상 확대 등)

현재의 노인장기요양보험은 등급 산정과 더불어 제한된 간병 및 요양서비스만을 제공하고 있어, 실질적인 재택서비스가 많이 부족함. 또한 본인부담금도 시설은 20%, 재가는 15%로 높은 수준임. 특히 보장 범위와 나이에 제한이 있음. 이에 보장 범위를 넓혀야 함. 치과영역의 경우만 봐도 장기 요양자의 대다수는 치과적 문제를 지니고 있고, 이로 인해 씹기, 말하기 등 삶의 질에 상당한 지장을 받고 있음. 2008년도부터 실시된 노인장기요양보험의 급여 내용에 대부분의 치과 의료가 제외되어 있어, 이에 대한 보완이 꼭 필요한 상황임

2. 건강보험 흑자 20조를 국민에게

1. 현황과 문제점

- 현재의 행위별수가제 하에서 한국의 의료비 증가속도는 OECD 국가 중에 가장 빠름. 의료비 증가속도는 빠르는데 비해 보장성이 담보상태인 점은 비급여도 행위별수가제 하에서 빠르게 증가하기 때문임.
- 특히 3차병원 이상의 급격한 확산은 입원뿐만 아니라 외래환자 진료비율에서도 두드러짐.
- 현재 의료보장에서 공적 재원이 부담하는 비중은 56.5%로 OECD 최저 수준임.(OECD 2016 health data)
- 건강보험에 대한 정부 지원은 1988년 전 국민의료보험 시행과정에서 취약계층을 포함한 전 국민에 대해 건강보험을 강제 적용하는 과정에서 정부가 약속한 것임. 또한 건강보험에 대한 국고 지원의 근거는 국민건강보험법에 명시되어 있음.
- 그러나 정부는 지난 17년간 약속된 금액도 지원하지 않음. 거기에 한 술 더 떠 2017년 예산으로는 역사상 최초로 전년 대비 2,200억을 줄이는 탈법적 행위를 벌임.
- 고령화 가속, 의료기술 발전, 국민의 의료욕구 증가, 장기노인요양보험의 도입 등으로 재정 건전성을 위해 국고지원은 확충되고, 기업부담이 상향될 필요가 있음.
- 외국의 경우도 사용주가 적정 수준의 사회보험료를 부담하고 있음. 한국과 비슷한 대만의 경우도 60%를 기업주가 부담하고 있음.
- 건강보험재정을 관리하는 공단에서 심사평가원에 대한 통제 기전이 없기 때문에, 사실상 보험자로서 지출통제를 제대로 하고 있지 못한 상황임.
- 건강보험 급여 확대, 정책개발, 재정지출관리 등에 따른 주체별 역할과 책임, 권한이 불분명하

기 때문에 책임 있는 정책집행이 이루어지기 어려움.

- 현재의 건강보험 부과체계는 과거 직장의료보험조합과 지역의료보험조합이 분리되어 있던 조합주의의 산물로, 지역가입자와 직장가입자 사이의 형평성 문제가 계속 제기된 바 있음. 또한 직장가입자의 경우는 소득에 지역가입자의 경우는 소득 파악률이 낮고, 자산소득이 높은 관계로 자산에 대한 부과가 있어왔으나, 양쪽 모두 누진적이기는커녕 역진적인 부과체계가 고수되었음.(대표적으로 30억 자산점수의 반값이 3억 7천만 원 자산임.)

과제 7. 의료비는 총액관리로

현재의 비급여로 대표되는 과잉의료로 인한 의료비 증가는 OECD 국가 중 1위를 차지하고 있음. 이러한 의료비증가 추세는 꼭 필요한 의료를 제공하지 못하게 하고 불필요한 의료비 낭비를 초래하고 있음. 포괄수가제 도입은 물론 의료비 및 약제비 총액상한제를 도입하여 불필요한 의료비 낭비를 억제하여야 함. 우선적으로 병원 및 그 약제비의 총액상한제를 도입하여야 함.

과제 8. 낭비 없고 안정적인 건강재정 운영

현재 건강보험재정은 20조 원의 흑자에도 불구하고, 제대로 된 기전이 없어 보장성 강화에는 전혀 흑자를 사용하지 못하고 있음. 또한 흑자에 대한 고수익금융상품 투자 등이 거론되고 있을 만큼 재정 전망에 대한 불확실성을 돈놀이로 대체하려는 상황임. 이는 비급여를 제대로 통제하고 건강보험이 전체 총 의료비를 규모 있게 관리할 수 있는 체계의 부재에서 비롯함. 따라서 건강보험 재정운영위원회 혹은 가입자위원회가 안정적인 재정운영의 주체가 되어야 함. 또한 건강보험의 역할이 이와 함께 강화되어야 안정적인 재정운용이 가능함.

과제 9. 건강보험 국가부담을 2배로 확대(건강보험재정의 국고지원 30% 법제화)

현재 의료보장에서 공적 재원이 부담하는 비중은 56.5%로 OECD 최저 수준임. 의료 보장률을 높이기 위한 재원을 평등과 정의에 기반한 재정확충을 하기 위해서는 우선 현재 총액 대비 13%에 불과한 정부부담을 25%(기대수익의 30%)로 증가시켜야 함. 이는 현재의 일반회계 대비 국고지원 법정부담금 14% 상당을 사후정산을 포함하는 24%로 증대하면 됨.

과제 10. 건강보험료 기업분담률 60%로 확대 (영세사업장은 국고지원으로 충원)

현재 기업의 사회보장 기여금이 낮은 상태에서 기업의 건강보험 부담을 증가시킴. 이를 위해 현재 5:5인 기업주와 노동자의 부담 비율을 6:4로 하고 영세자영업자의 경우 부담 증가분을 정부가 부담한다.

과제 11. 가입자 중심의 건강보험 관리운영을 위한 보험자 역할 강화

건강보험 관리운영에 가입자들의 참여와 통제권한을 강화하여 보험자의 역할과 책임성을 보다 강화하는 데 기여해야 함. 건강보험 재정지출 관리 기전이 제대로 작동하여 가입자 중심의 건강보험 관리운영을 위해서는, 보험자 책임 하에 국민의 부담능력과 수용성을 고려하여 급여결정을 하고, 진료비 지출을 결정할 수 있는 건강보험제도 관리운영시스템으로의 개선이 필요함.

또한 가입자들의 참여 통로를 다양화하여 국민들이 보다 필요로 하는 급여를 개발하고 서비스를 제공할 수 있도록 해야 함.

과제 12. 공평성, 형평성, 지속성을 확보하는 건강보험 부과체계 개편

건강보험 부과체계는 국가, 기업, 국민 각각이 얼마만큼 재정적 기여를 할 것인지, 포괄적으로 논의하는 과정에서 개편되어야 함. 직장가입자와 지역가입자와 같은 수익자 중심의 부과체계 개편은 반쪽짜리에 지나지 않음. 또한 향후 지속가능성을 위해서는 국고지원의 확충이 뒷받침되어야 하며, 기업의 보험료 부담비율이 증가해야 함.

개별 국민들은 부담능력이 높을수록 많이 부담하는 구조가 되어야 함. 이를 위해서 현재의 건강보험 상한선은 없어야 하며, 기본보험료로 대표되는 최저 보험부과구간은 공적부조(보험료부과 면제자) 대상자가 전 국민의 10%이상이 되기 전까지는 도입되어서는 안됨.

3. 박근혜, 최순실 적폐 해소와 의료영리화 반대

1. 현황과 문제점

- 박근혜 정부는 건강보험과 공공의료를 지운 자리에 상업적 의료를 채워 넣었음. 의료를 돈벌이 '산업'으로 보고 영리화하는 정책이 급격히 추진됨.
- 박근혜 대통령은 자신과 측근들이 바로 피부미용·성형 뿐 아니라 주사치료 등 의학적 근거가 없는 상업적 진료의 단골 고객이었음. 이들은 1%를 위한 초호화 의료서비스(차움의원 등)를 누리고, 대다수 서민들을 위한 의료 규제들은 '단두대'로 부르며 없애려 했음.
- 영리병원은 박근혜-최순실에 뇌물을 바친 전경련이 정부에 요구해온 핵심 사안이었음.(전경련이 밝힌 갈라과고스 규제의 2번째 항목이 영리병원규제임.) 중국 자본이 투자한 '제주 녹지병원'은 박근혜 대통령이 사랑한 피부미용, 성형을 전문으로 하는 병원이었음. 각종 시민사회의 문제제기에 정부는 사업계획을 '영업비밀'이라며 숨기고 밀실에서 수많은 반대를 무릅쓰고 허용했고 올해 하반기 완공을 앞두고 있음. 이는 한국 역사 최초의 영리병원임.
- 영리병원을 당장 전국에 허용하는 것이 쉽지 않자 '꼼수 영리병원'도 추진했음. 병원 영리자회사 허용과 부대사업 확대로, 부대사업을 담당하는 자회사가 외부 투자를 받고 이익 배당을 하게 되면 병원은 영리병원과 다름없게 되는 것이었음. 이는 삼성이 낸 아이디어를 충실히 따른 것으로 삼성은 이미 2007년에 '의료서비스산업 고도화와 과제'라는 보고서에서 "영리의료법인 허용의 전단계로 부대사업의 범위를 확대할 필요"가 있다고 조언한 바 있음.
- 병원 영리화뿐 아니라 박근혜 정부의 의료민영화 정책들은 재벌기업과 최순실의 커넥션과 밀접한 연관이 있었음. 재벌들이 미르재단(2015년 10월 26일)과 K스포츠재단(2016년 1월 12일)에 입금한 다음날이면 어김없이 박근혜 대통령은 연설을 해(2015년 10월 27일, 2016년 1월 13일) 노동개악과 규제완화법을 통과시키라고 주문한 바 있음. 의료 및 공공서비스 민영화법 '서비스산업발전기본법', 생명·안전·환경 등의 규제를 전면 폐기하는 '규제프리존특별법', 원격의료 '의료법'

과 의료민영화 종합세트인 ‘국제의료사업지원법’ 등이 이에 해당됨. 이는 모두 최순실-박근혜 국정농단 법률들로 모두 전면 철회되어야 함.

- 원격의료는 박근혜 정부 ‘창조경제’의 핵심 과제로 추진되었음. 정부는 원격医료를 600만명 이상을 대상으로 시행하겠다는 계획을 세우고 의료법 개정을 시도했으나 원격의료는 전 세계적으로 안전과 효과가 입증되지 않은 기술이며, 공공의료에 대한 보충적 기능을 담당하고 있을 뿐 한국에서 추진되듯 전면 시행되려는 나라는 없음.

- 원격의료에 대한 반대가 크자, 우선 원격医료를 활용한 건강관리 영역의 민영화라 할 수 있는 ‘건강관리서비스’를 가이드라인으로 처리한다는 방침도 내놓았음. 원격의료에 필요한 제외진단기기에 대한 의료기술평가 축소도 계속해서 이뤄져 왔음.

- 개인건강정보를 민간기업이 활용하는 것은 원격医료를 위한 전제조건임. 정부는 환자가 병의원과 약국에 진료를 받으며 제공한 건강정보에 대한 민영화도 추진해왔음. 급기야 지난해 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단은 건강보험 데이터를 민간에 제공, 상업적 활용을 허용하겠다고 밝히기도 했음. ‘민감정보’인 의료정보를 영리기업에 넘겨주는 것은 법 위반이며, 개인에게 심각한 피해를 줄 수 있음. 개인의료정보 공유는 민간보험회사들의 오랜 숙원사업이기도 하기도 함.

- 이외에도 줄기세포치료제 등 의약품 규제완화를 시행했음. 줄기세포와 유전자치료의 경우 아직 안전과 효과가 충분히 검증되어 보편적으로 활용되고 있지 못하고, 충분한 연구와 검토가 필요함에도 정부는 이러한 의약품의 연구·개발의 기준과 절차를 축소해서 제약회사의 이익을 보장하고 검증되지 못한 의약품을 내놓아 환자들의 건강을 위협했음.

- 특히 소위 ‘생명공학’ 분야의 규제를 완화하는 것은 기업의 투기 붐을 일으키기 위한 조치로도 볼 수 있음. 안전하고 효과적인 치료 개발보다는 제약 및 관련업계의 주식투자 가치를 높이는 방안이 박근혜정부의 노선이었음.

- 또한 효과가 입증되지 않은 의료기술을 환자가 비급여로 치료받도록 하는 일명 ‘제한적 의료기술평가제도’를 도입했고, 신의료기술평가를 면제받을 수도 있는 대상을 확대했음. 가장 심각한 규제완화는 신의료기술에 대한 평가를 1년간 유보하고 환자에게 적용할 수 있게 한 것으로 적절한 평가도 없이 의료 현장에 사용하게 한 후 환자가 사망하거나 건강상의 문제가 발생하면 그 다음에 판단을 하고 사용중단 여부를 결정하도록 한 것임. 사람에게 문제가 생긴 후 사후 조치하겠다는 것은 무책임의 극치이자 이윤논리에 매몰된 비상식적인 정책임.

- 집권여당인 새누리당은 의료관광과 해외진출을 내세우며 ‘국제의료사업지원법’을 발의했는데, 이는 국내병원의 해외 영리병원 진출, 민간보험사 해외환자 유치, 의료광고 규제완화, 해외 원격의료 허용 등을 담은 의료민영화 종합세트였음. 이 중 민간의료보험 활성화가 핵심 중 하나였음. 시민사회의 항의 운동으로 민간의료보험 활성화 정책 등 주요 내용이 상당 부분 삭제된 채 ‘의료 해외진출 및 외국인환자 유치에 관한 법’이란 이름으로 제정되었으나, 이 또한 향후 의료관광을 빌미로 한 의료민영화에 계속해 법적 근거를 제공할 악법으로 남게 되었음.

과제 13. 의료영리화 정책 추진 철회

- 서비스산업발전기본법, 규제프리존특별법 등 의료민영화법 폐기

- 국내 첫 영리병원인 제주녹지국제병원 허가 취소(비영리법인화)

- 원격의료, 개인건강정보 산업화 등 의료산업화 추진 철회

서비스법과 규제프리존특별법은 여전히 국회에 계류돼 있고 언제든 통과 가능성이 열려 있음. 특히 규제프리존특별법은 야당인 국민의당 의원들이 새누리당과 공동발의했고, 더불어민주당 출신 시도지사들도 통과를 요구하고 있어 안심하기 어려운 상황임. 향후 정권은 1순위로 서비스법과 규제프리존특별법에 대한 반대를 분명히 해야 함.

현재도 상업적인 진료를 행하고 있는 사립병원 중심 체계에서 영리병원을 허용하면 수익중심 의료는 견잡을 수 없이 확산될 것임(뱀파이어효과). 현재 경제자유구역과 제주도에서 추진되고 있는 영리병원은 처음에는 외국인 편의시설로 계획되었으나 지속적인 규제완화로 현재 국내자본에 의한 내국인 진료 중심의 영리병원으로 허용되려 하고 있음. 경제자유구역법 및 제주특별자치도법을 개정하여 영리병원을 금지하여야 함. 또한 병원경영지원사업의 허용, 병원 채권 발행, 건강관리기관 영리화 등의 간접적, 우회적 영리병원 허용도 추진되어서는 안됨.

박근혜 정부가 역사상 최초로 허용한 제주녹지병원은 우선적으로 비영리병원으로 전환되거나 허가취소되어 마땅함. 또한 MB정부때부터 줄기차게 시도되었던 건강관리서비스법, 원격의료법, 병원인수합병법 등은 의료를 시장에 더욱 의존하게 하는 법임과 동시에 합법적으로 의료를 통해 이윤을 분배할 수 있도록 하는 편법으로 정책추진이 모두 폐기되어야 함.

박근혜 정부는 임기 내내 의료 해외진출을 내세우며 의료민영화를 추진했음. 그러나 ‘의료관광’ 국가들의 경험은 이것이 필연적으로 국내 공공의료체계를 파괴한다는 것을 보여준 바 있음. 상업적일 수밖에 없는 의료관광에 인프라가 집중됨에 따라 지역주민에게 필요한 1차 의료나 예방 의료가 위축되고, 국내 의료진이 외국 환자 진료를 위해 떠나면서 공공병원을 인력난을 겪게 되었음. 영리적 의료가 확산되어 의료비부담만 증가시켰음. 따라서 공공의료도 지키고 의료수출도 하자는 주장은 철회되어야 함.

과제 14. 실손형 민간의료보험 폐지

현재 전체 가구의 80% 이상이 한 개 이상 들고 있는 민영의료보험의 경우 그 규모가 지나치게 비대함. 특히 재벌보험사들이 실손형 의료보험 중심으로 민영의료보험을 주도하면서 국가의 개인 질병정보를 민영의료보험에 넘기고 민영의료보험이 병원의 진료내용을 관리하려 하고 있어 국민 건강보험체계를 위협하고 있음. 실손형 의료보험은 보험료 갱신 시 1년마다 20-30%의 보험료 인상을 주도하여 폭리를 취하여 실손형 의료보험 가입을 지속하는 것을 불가능하게 하고 있음. 정부는 실손형 의료보험을 판매 금지시키고 기존 가입자들에게 적절한 보상책을 취하여야 함.

과제 15. 민간의료보험 규제 및 소비자 보호 강화

- 민간보험회사의 의료기관 설립과 해외환자 유치 금지(현 의료법 개정안 중 해당 내용 폐기)

- 민간보험사에 국민건강보험 정보제공 금지

- 민간보험사의 직접심사 거부 및 심사기능 불허

- 민간보험사의 빅데이터 의료정보 이용(집적, 활용) 규제

민간보험회사들이 판매하는 실손형 보험 외에도 기타 정액형 의료보험상품도 지급률과 그 보장성

이 매우 낮아 큰 문제가 되고 있음. 이에 정부가 나서 보험상품의 적정한 지급률을 규정할 필요가 있음. (지급률을 최소 80%로 규제한다. 이는 현재 지급률이 30~60%에 머물고 있는 민영의료보험의 구조적인 약탈적 성격을 제한하고 보험으로서의 건전한 상품을 되찾기 위함임).

최근 민간보험회사가 외국인을 대상으로 한 해외환자 유치 알선을 할 수 있는 법안이 19대 국회 때 재차 상정된 바 있음. 해외환자를 보험회사가 유치, 알선할 수 있게 되면 사실상 병원과 보험회사의 영업상 이익이 공유되며, 이는 미국식 보험회사가 세운 영리병원의 모델과 다름없음. 외국인을 대상으로는 영리적인 의료 행위를 해도 된다는 것은 윤리적으로도 잘못되었으며 이러한 시도 역시 즉시 폐기되어야 함.

또한 민간보험회사가 건강보험의 정보를 획득하거나, 자신만의 심사평가를 도입하려는 시도를 하고 있음. 이 역시 건강보험체계를 위협하고 수탈적 민영보험의 확대를 초래할 것으로, 건강보험보장성을 강화하여 이 같은 시도를 불식시키는 물론 민간보험의 이런 시도를 사전에 차단해야 함.

4. 공공의료기관 강화

1. 현황과 문제점

- 현재 한국의 공공의료는 5%(기관 수)에 불과하여 유럽이 80~90% 이상의 공공의료기관 중심인 것과 비교하여 정부의 의료에 대한 책임이 극히 낮음
- 민영의료의 천국인 미국도 공공의료기관이 전체의 35%임
- 사립의료기관 비중이 93%이다 보니 돈벌이 중심의 상업적 의료가 중심이 되어도 정부가 이를 규제하기가 거의 불가능하고 적정진료의 기준을 세울 수 없음
- 특히 사립의료기관이 돈이 되는 대도시, 특히 서울 중심으로 몰려있어 지방에 살면 중병 치료를 위해 서울로 올라와 치료를 해야 하는 상황이며 많은 지역이 응급의료기관이나 출산 시설이 전무함.
- 상업적 의료의 폐해를 막고 적정진료를 하기 위해, 지역 차별적 의료를 막고 지역 균형적 의료공급을 위해 공공의료의 대대적 확충이 필요함
- 한국은 전체 의료기관의 약 93%가 영리추구적인 민간 병의원임. 2000년 전후로 인구 당 병상수가 OECD 평균을 넘어섰고 공급이 수요를 초과했지만 병상 증가세는 지속되고 있음. 또한 각종 고가 의료장비(CT, MRI, PET)의 단위 인구 당 보유 대수는 OECD 평균 2배 수준 과잉상태를 보이고 있음. 그러나 공공병원과 공공병상은 날로 줄어들고 있음.
- 민간 의료기관 간의 경쟁 격화 및 영리추구 경향 심화
- 더욱이 행위별수가제, 무분별한 비급여 서비스, 의료전달체계의 붕괴로 인한 의료기관 간의 과당 경쟁, 수도권 대형병원 쏠림 현상 등이 과잉진료와 진료왜곡을 야기해 국민의 병원비 부담을 더욱 가중시키고 있음. 이를 제어할 공공병원과 병상은 수도권의 경우는 더욱 부족한 상황임. 이 때문에 적정진료에 대한 표준이 제공되지 못하고, 민간의료기관의 경쟁 격화와 영리추구 경향을 막아내지 못함.

과제 16. 우리 마을 공공병원 확충

- 선택진료비, 상급병실료 등 비급여 없는 병원, 간병 걱정 없는 보호자 없는 병원
- 공공의료 병상 대비 30% 이상 확대
- 지역거점 공공(기능)병원 확충: 10만~30만 명 당 최소 1개

현재 상업적 의료의 폐해를 막고 적정 진료를 받기 위해, 또한 서울 중심의 대형병원 체제에서 지역주민들이 사는 곳에서 의료문제를 해결할 수 있도록 공공의료기관을 대폭 확충하도록 함. 이를 위해 지역거점병원을 시군구 지방자치단체 당(인구 10만~30만 명 당) 1개씩 만들어 공공병원 비중이 최소 30% 이상이 되도록 해야 함.

이러한 공공의료 기관은 주민이 참여하고 높은 질을 유지할 수 있는 ‘우리 마을 공공병원’이 되어야 함. 우리 마을 공공병원은 선택진료비, 상급병실료 등 비급여가 없고, 간병비 걱정이 없는 보호자 없는 병원으로 명실상부한 높은 질의 의료기관이 되어야 함. 이를 통해 공공병원으로 적정 진료와 지역의료의 질을 선도해 주민들이 신뢰하는 의료기관이 되도록 해야 함.

과제 17. 공공부문 보건의료 인력 육성 : 공공보건의료기관 인력지원 및 교육 방안 마련

현재 의과대학의 경우 일부 대학교는 1학기 등록금이 1,000만 원에 달하는 등 다른 계열에 비해 학비부담이 지나치게 높음. 다른 보건의료계열도 마찬가지임. 의료인력 양성과정의 높은 개인부담은 특정계층만이 의료계열에 진학할 수 있는 상황을 만들며, 졸업 후 의료인들이 이익 추구에 몰두하게 만드는 원인 중 하나가 되고 있음. 지금도 공공의료기관은 예산 부족으로 적절한 의료인력을 구할 수 없으며 앞으로 공공병원이 늘어나면 공공의료기관 구인난은 심각한 문제가 될 것임. 국립의과대학을 포함한 국공립 보건의료계열의 50%를 무상교육으로 전환하고 이들을 최소 10년간 공공의료기관에서 의무적으로 근무하게 하여 무상교육과 공공의료를 동시에 해결하는 것이 필요함.

과제 18. 민간에 위탁한 공공병원을 공공적으로 운영할 수 있는 방안을 마련

현재 일부 공공의료기관은 사립대학교나 사립재단에 위탁운영되고 있음. 이러한 병원들은 공공병원임에도 사실상 독립채산제의 압력과 영리적 운영의 압박을 받아 공공병원의 기능을 제대로 하지 못함. 모든 공공병원을 일단 정부나 지자체가 직접 운영하는 것을 원칙으로 해야 하며, 최소한 공공적으로 운영할 수 있는 장치들을 마련해야 함.

과제 19. 민간의료기관의 공공성 강화

현재 한국의 병상은 OECD 평균을 2배 이상 뛰어넘는 과잉공급 상태임. 이러한 과잉공급 상태의 사립병원 중심의 한국의료체계는 과잉의료공급을 초래하여 OECD 국가 1위의 의료비 증가를 초래하고 있음. 따라서 적절한 진료를 제공하지 못하고 있는 부실 사립병원의 경우 국가가 이를 매입하여 공립병원화 하거나 퇴출하도록 유도하여 서울 중심으로 과잉공급된 의료체계를 바로잡고 공공의료 중심으로 개편함. 또한 부실하지 않은 민간의료기관도 비영리법인 병의원의 경우 공공의료에 준하는 평가 등을 통해 영리적 경영에 제한을 가할 필요가 있음.

과제 20. 도시형 보건지소 확충

현재 한국의 예방의료는 개인의 결정에 의존하거나, 비급여 건강검진 같은 시장 의존적 구조임. 또한 급성기 치료 후의 재활도 개인이 가족들에 의존하거나 영리적 요양시설에서 해결하면서 지역사회로 복귀하기 힘든 구조임. 이는 정신보건의료체계에서도 유사한 상황임. 치료하지 않고 방치되거나 요양시설에 입소하여야 하는 이종의 극단적 선택만 가능한 상황임. 또 요양시설에 입소했다가 다시 지역사회로 복귀할 수 있는 지역사회의 복귀 중간단계의 시설이 필요함. 이에 지역사회 예방체계를 확립해야 하고 낮 병원 등 지역사회 재활시설 및 지역사회 정신보건 의료시설을 확충해야 함.

또한 치료만이 아닌 예방부터 만성질환 관리 및 재활까지의 포괄적 의료제공을 위해 도시형 보건지소를 인구 5만 명당 1개소씩 설립해야 함.

과제 21. 의약품 생산 및 공급에 있어 공공성 강화

민간 의존적인 생산 및 공급 상황은 불안정한 의약품 수급의 문제와 의약품의 질 저하 등과 같은 본질적인 문제점을 지니고 있음. 퇴장방지 의약품이나 결핵 치료제 등 채산성이 낮으나 보건의료적 측면에서 필수적인 의약품의 생산이 저조하거나 불안정한 실정임. 더구나 이러한 약에 대한 가격을 지속적으로 인상시켜주고 있어 생산 및 공급에서의 주도권이 민간제약사에 있음. 따라서 이러한 의약품의 생산 및 공급에서 정부 주도권 확보와 이로 인한 공공성 강화를 위해 공공제약사(생산시설, 아웃소싱 등 여러 형태를 활용) 설립의 필요성이 큼.

5. 누구나 차별 없는 건강안전망 만들기

1. 현황과 문제점

- 2011년 의료급여 1종, 2종은 전체 인구의 3.2%에 지나지 않았음.
- 2007년 통계상 의료급여 1종의 보장률은 94.1%, 의료급여 2종(근로 능력이 있는 대상자)의 보장률은 87.0% 수준이어서 의료급여 대상자도 본인부담 수준이 적지 않음.
- 한편, 건강보험료 체납 계층의 문제도 심각하다. 2008년 10월 기준으로 3개월 이상 건강보험료 체납 지역건강보험 세대는 205만 3천 세대에 이르고 있으며, 건강보험료 체납 사업장도 6만 2천 개소에 다다름.
- 건강보험과 의료급여로 의료보장을 촘촘히 구성한다고 하지만, 실제로는 의료급여의 경우 의료의 질과 보장성 측면에서 문제점을 가지고 있고, 의료급여로 포괄되지 못하는 차상위계층은 보험료 체납으로 건강보험 혜택을 못받고 있는 계층이 광범위하게 존재함.
- 현재 한국사회는 출생률 저하를 심각하게 고민하고 있으나 정작 어린이들의 건강문제에 대해서는 특별한 대책이 없음. 이에 따른 어린이들의 건강증진 및 보장 대책이 중요함.

과제 22. 의료급여 하위 10%까지 확대(부양의무자 기준 폐지)

현재 의료비가 면제되는 의료급여를 받는 사람은 160만 명으로 전체 인구의 3.2%에 불과함. 그러나 정부 추산 빈곤층 통계만 보아도 상대빈곤층이 12%이고 절대빈곤층이 7.1%임. 따라서 의료급여 대상에 포함되지 않는 빈곤층의 경우는 질병에 걸리면 아예 치료를 포기하여야 하며 빈곤에서 벗어날 수도 없음. 이에 하위 10%까지 의료급여를 확대해야 하고 종별 구별을 없애야 함. 또한 이 기준에서 빈곤층의 축소가 되는 부양의무자 기준은 폐지되어야 함.

과제 23. 국고부담을 전제로 한 의료급여와 건강보험 통합

의료급여 환자는 정부의 각종 규제와 사회적 편견에 의해 의료기관을 이용하거나, 의료서비스를 받는 데 차별이 있었음. 따라서 의료급여는 급여재정과 보험재정 부분을 제외하면 건강보험과 차별이 드러나지 않게 하는 것이 필요함. 관련 재정은 정부가 매년 예산년도 초에 건강보험공단에 위탁 관리를 맡기는 형식으로 운영하며, 이를 통해 건강보험과 통합 운영하도록 해야 함.

과제 24. 저소득층에 대하여 건강보험 감면을 실시하고 생계형 체납자 구제 대책을 마련

의료급여의 확대에도 불구하고 발생하는 건강보험료 체납 계층은 가처분 소득을 고려하여 건강보험 감면을 실시해야 함. 2008년 10월 기준으로 3개월 이상 건강보험료 체납 지역건강보험 세대는 205만 3천 세대에 이르고 있다는 점에서 고액재산 소유자 등의 악질 체납자를 제외한, 실제 일하고 있으나 금융비용 등으로 가처분 소득이 없어 건강보험을 내지 못하는 사람들에 대한 구제 대책이 필요함.

과제 25. 이주노동자, 노숙자 등 건강보장 사각지대 해소

이주노동자, 국제결혼 여성, 노숙자 등 사회적 배제 계층에 대한 건강보장 및 의료이용 실태를 정확히 진단하여 그 대책을 강구해야 함. 특히 노숙인의 경우 정신보건 사정, 상담, 치료 및 재활프로그램 제공으로 사회적 복귀를 도울 수 있는 시스템 구축이 필요. 이주노동자와 국제결혼 여성에 대해서는 보건소 등에서 지원센터를 두고 문화적 거리감을 줄일 수 있는 방안을 마련할 필요가 있음.

과제 26. 특수고용직 등의 산재보험 적용 대상자 확대

현행 산업안전보건법 상 단시간 노동자, 기간제 노동자, 파견직 노동자 등은 정규직 노동자와 동일하게 원청 사업주가 안전보건 상의 의무를 지게 되어 있으나, 용역 노동자의 경우에는 동일한 장소에서 행하여지는 사업의 일부를 도급을 주어 행하는 원청 사업주에게만 일부 의무를 지우고 있을 뿐, 대부분의 의무를 하청 사업주에게 지우고 있음. 따라서 특례 조항을 폐지하고, 산재보험 법상 '근로자' 개념을 확대해야 함. 또한 소규모 건설업 노동자, 상시 노동자 수가 1명 미만인 사업장 노동자, 5인 미만 농림어업 및 수렵업 사업장 노동자 등은 당장 산재보험의 적용을 받을 수 있도록 해야 함.

6. 국민이 안심하고 신뢰할 수 있는 보건의료체계

1. 현황과 문제점

- 현재 한국은 질환이나 기타 증상의 발생 전의 예방 및 건강관리를 담당할 의료시스템이 부재. 따라서 검진 서비스와 같은 선택 진료를 전액 본인부담으로 환자들이 선택하고, 이러한 서비스가 시장에 맡겨지고 있어, 1차 진료 영역에서 예방 및 건강관리가 배제되고 있음.
- 또한 동네의원과 병원, 종합병원 사이의 전달체계는 본인부담금 차등화 같은 시장 의존적 요소로 구성되어 자본의 크기에 따라 힘이 작동하는 시장의 법칙과 정보의 불균형(asymmetry of information)이 존재하는 의료의 특성 때문에 의료시스템 전체를 의료공급체계의 정점에 있는 대형병원이 주도하게 됨. 현재 대자본이 투자되어 질적 우수함과 상관없이, 실제로 잘 포장되어 있는 대형병원이 절대적으로 유리한 상황임.
- 동네의원과 종합병원은 동일한 환자를 대상으로 시장에서 경쟁. 동네의원과의 무한경쟁은 전문의 제도를 상당부분 유명무실화 함. 한국에서는 전문과목을 고시하면서 일차 진료를 행하고, 동네의원의 경우 전문과목이 의미가 없는 경우가 흔함.
- 그러나 역으로 환자들도 전문과목에 따라 의원을 방문하기 때문에 종합병원과의 차이를 크게 느끼지 못함. 독일의 경우 전문의는 대부분 입원환자 진료만 하며, 2005년 기준으로 병원 소속 의사의 7%만이 사회의료보험(SHI) 환자에 대한 외래진료를 인가받음. 특수한 경우(응급의학 전문의, 안과 전문의 등)를 제외하면 전문의의 외래진료는 제한됨. 의료 인력의 지역 분포도 시장에 맡겨진 방식으로 이루어지고 있어 소득이 높고 인구밀도가 높은 수도권과 지방 대도시에서 의료인력이 주로 편중됨.
- 최근 치과 의료산업 발전 육성, 의료전달체계 등의 제도적 문제, 전문치과의사제도 및 불법 네트워크치과 논란 등과 관련하여 구강보건에 관한 사안이 점차 복잡해지고 다른 분야에까지 영향을 미치고 있으나 전문성을 담보로 한 업무조정 능력이 부족한 실정임
- 전 세계적으로 정신보건사업은 감금시설로 인한 격리모델에서 사회복귀 및 지역사회 치료모델로 바뀌고 있음. 각종 격리시설의 문제들이 계속 들어나고 있고, 이러한 격리로 인해 사회적 관용도가 낮아진다는 지적이 있음. 또한 격리시설의 질 관리가 되지 않아, 학대 및 방치되는 대상이 계속 보고되고 있는 상황임.
- 정부의 노인의료에 대한 무책임과 중소병원의 경영타계 방안 등이 결합되어 현재 요양병원이 무분별하게 증가하고 있음. 요양병원 및 재활병원은 아직 수요에 비해 병상이 충분하지 않음. 따라서 공공부분에서 우선적으로 공급을 확대해야 할 부분임. 또한 충분한 질 관리가 되지 않아, 사각지대로써 박근혜 정부 하에서는 장성요양병원 화재사건, 강화도 OO요양병원의 노숙인 입원알선건등 방만한 운영과 안전대응 미숙 등이 드러난 바 있음.

과제 27. 1차 의료체계 확립 :

- 전 국민 주치의제 실시 (아동 청소년 치과 주치의 도입 포함)

1차 의료는 포괄적인 예방, 진료, 재활 등의 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해 강화되어야 함.

이를 위해서는 환자에 대한 책임성을 높일 주치의 제도의 도입이 필수적임. 특히 아동청소년이나 노인들의 경우 예방과 만성질환관리를 위한 주치의제도 도입의 필요성이 매우 크고 이 아동청소년과 노인 주치의제도는 치과계, 한의계 등에서는 의료인들이 먼저 요구를 하고 있는 사안임. 또한 현재 지나치게 병원 중심의 의료로 구조화되어 있는 의료체계를 1차 의료 중심으로 개편하는데도 주치의제도는 그 문지기 역할로 필수적임. 이에 따라 환자들이 6개월 혹은 1년마다 선택의 주치의를 교체할 기회를 가지는 주치의제도의 도입이 시급한 상황임. 이는 우선적으로 주치의 선택에 따른 의료인과 환자에 대한 강력한 인센티브 제도의 도입으로 이를 수 있음.

과제 28. 의료공급의 과잉을 해소하고 의료기관의 기능을 단계별로 정립

- 병원은 입원 중심으로, 의원은 외래 중심으로

병원급 의료기관에 대한 실질적인 의뢰시스템을 조속히 구축해야 함. 병원급 의료기관의 외래 이용에 대한 통제와 1차 의료기관의 의뢰를 기반으로 한 의료전달체계를 복원함으로써 1차 의료의 기반을 동시에 형성할 필요가 있음. 이를 위해 병원의 외래와 의원의 입원에는 의뢰시스템을 제외한 경로로의 상급병원 이용은 불가피한 경우를 제외하고는 환자부담 90~100% 등의 본인부담을 부여하는 등으로 이를 피하도록 하고, 지정 의사제를 통한 의뢰경로에는 환자와 의사 모두에게 인센티브를 주는 방식으로 의뢰시스템에 안정화를 가져오도록 하는 방안을 고려할 수 있음.

과제 29. 지역 병상총량제 실시

현재 사립병원들의 병상 수가 지나치게 많고 서울 중심으로 몰려있어 과잉의료의 원인이 되고 있음. 서울 지역의 병상 편중은 과잉의료로 인한 건강 피해를 낳고, 지방에는 병원 공백 상태를 초래하고 있음. 현재 의료법을 개정하여 지역 병상총량제를 시행하고 적절한 진료를 제공하지 못하고 있는 병원들을 퇴출시켜야 함. 또한 이러한 사립병원들은 불필요한 고가 진단 및 치료기기를 과잉 도입하여 과잉의료 및 의료비 상승을 초래하고 있음. 의료기기 도입허가제도가 즉시 필요함

과제 30. 양질의 의료 서비스 제공을 위해 병원인력을 확충

현재 한국의 의료인력은 간호사의 경우 인구 1000명 당 활동 간호사 수가 OECD 평균인 8.6명의 반 정도인 4.6 명으로 34개국 중 31위에 머물러 있음. 의료인력 부족은 간호사들의 업무를 간병인이나 보호자가 대신하여야 하는 문제를 발생시키는 등 적정진료가 이루어 질 수 없는 환경을 만들고 있음. 병원들이 상업적 수익을 추구하면서 미숙련 의료인력이나 비정규직 인력을 더 많이 고용하여 의료의 질은 더욱 더 저하됨. 정부는 안정된 고용을 창출하기 위해 공공병원을 늘리고 공공병원의 공공고용을 창출하여야 함. 또한 사립대병원의 적정 의료인력을 법적으로 규정하여 의료의 질을 담보하고 안정적 일자리를 늘려야 함

과제 31. 수련 및 전공의 인력수급 정부 직접 관리

현재의 한국의 전문의 양성은 사회적 필요보다는 대형수련병원의 필요에 예속되어 있음. 이 때문에 실제로 전문의의 불균형이 가속화됨. 또한 대형병원에서 수련, 전공의는 낮은 임금으로 진료를 행하는 의사로 치부되고 있음. 따라서 전체 사회적으로 필요한 전문의 배분 원칙에 맞추어 전문

의 수급을 관리할 필요가 있음. 이를 위해 정부에서 직접 수련 전공의 인력수급 관리를 해야 함.

과제 32. 지역 정신보건사업 확대 및 감금형 정신보건시설의 사회화

지역사회 보건사업을 통해 현재의 격리형, 폐쇄모델의 정신병원을 지양해야 함. 이를 위해 점진적인 정신병동 줄이기 프로그램과 동시에 지역사회 정신보건체계 확립을 위한 방향이 제시될 필요가 있음. 지역사회 정신보건시설은 우선적으로 공공에서 시범적으로 공급하여, 성공적인 시범모델을 제공할 필요가 있음.

과제 33. 요양 및 재활 서비스 규제 강화 및 서비스 질 제고

현재 지역별로 필요한 요양 및 재활병동에 대한 즉각적인 공공인프라 추가가 필요함. 이를 통해 기본적인 서비스 질 관리 및 지표가 제공 가능한 모델병원이 지역에 존재함으로써 민간병원 등을 선도할 수 있게 될 것임. 또한 재활병원을 현재의 권역별 체계 하 의료전달체계 모델이 가능한 세부 지역별로도 확대할 필요가 있음.

입원이 필요하지 않고 사회에서 재활 및 주간보호 등으로 보장이 가능한 대상에 대해서는 적극적인 외래이용 및 주간보험시설 등이 공공서비스에서 충분히 공급되어야 함. 서비스 질 관리와 관련해서도 인력관리 및 인력규제를 장비 및 시설에 우선해서 실시해야 함.

7. 국민 참여에 의한 보건의료 정책 추진 및 건강한 사회정책

1. 현황과 문제점

- 한국의 병원은 개인병원이 아닌 법인병원의 경우도 모두 비영리법인으로 지정되어 세제혜택을 받고 있고 또 건강보험료로 운영되고 있음에도 사외이사 선임이나 대외적 감시를 받는 통로에 대한 법적 규정이 없어 원래 비영리법인의 설립 목적인 공익적 사업수행의 달성을 독려하고 또한 감시할 시민들의 참여통로가 원천적으로 제한되어 있음
- 또한 지역사회에서의 필요한 의료시설이나 의료서비스 등에 대해 시민들의 의견전달 통로가 없거나 제한적임.
- 여기에 더해 의료부문은 매우 전문적인 영역이지만 이를 일반 시민들이 충분한 정보를 제공받는 상황에서 참여할 수 있는 통로가 없어 한국의 모든 사회영역 중 가장 폐쇄적인 영역으로 평가 받고 있음
- 이 때문에 시민들이 적게는 의료기관의 의료서비스 제공이나 불만 사항에 대한 민원해결에서부터 병원의 공익적 사업수행 여부의 감시와 평가, 지역사회 의료정책 참여를 가능하게 할 참여, 감시, 평가 기전이 매우 긴급함
- 현재 한국 의료에서 재활의료 전달체계 및 지역 정신보건체계는 거의 전무하다고 볼 수 있어 경증 장애인들조차 방치되거나 아니면 역으로 시설에 입소하여야 하여 정상적인 생활이 불가능한 상황임. 이에 따라 지역사회에 예방 및 재활, 정신보건사업이 필요함.

과제 34. 건강영향평가 도입

주요 선진국들은 이미 고용, 교육, 주택, 교통, 소득, 환경, 경제, 범죄, 생활습관 등 보다 근본적인 건강결정요인에 영향을 미치는 정부 또는 지방정부의 정책, 사업, 프로그램에 대하여 건강영향평가를 실시함으로써 건강에 미치는 긍정적인 요소를 극대화 하고, 부정적인 영향을 회피 또는 최소화하려는 노력을 하고 있음. 한국에서도 건강영향평가의 시행에 관한 영향평가법 등을 도입하여 건강영향평가 지침에 따라 조속히 건강의 결정요인에 대한 개입을 시작해야 함.

과제 35. 각종 정책위원회와 공공병의원/비영리병의원의 국민 참여 강화

현재 한국의 병원은 비영리법인 병원들의 경우 세제혜택을 받고 있고 병원 수익의 대부분이 국민들의 세금과 보험료로 운영되는 국민건강보험에 의존하고 있으나 실제로 그 공익적 목적을 수행하는지에 대한 시민들의 감시 감독 기능은 보험자인 공단과 심사평가원 외에 직접 참여 기전이 없음. 실제 병원경영 등은 법인의 재단이사회를 좌지우지하는 자본을 출자한 모기업에서 결정하고 있음. 이는 외국의 비영리병원과는 전혀 다른 구조임. 오히려 병원은 사립학교보다 더 큰 문제를 가지고 있다고 보임. 이에 시민이사제 같은 사외이사 제도를 통해 비영리법인에 대한 사회적 관리와 시민참여구조를 확립할 필요가 있음. 또한 병원의 질과 환경을 시민들이 평가할 통로가 없었음. 공공병원부터 시민평가제도를 도입하여 병원의 질과 병원경영이 수익성 중심이 아니라, 시민들과 환자, 지역주민들을 위한 시설이 될 수 있도록 하여야 함

또한 한국의 병원이 폐쇄적인 만큼 의료정책 또한 폐쇄적임. 건강보험제도가 국민의 세금과 보험료로 운영되는 만큼 지역사회의 참여가 의료정책의 결정과정에서부터 보장되어야 함. 현재는 지역사회나 여러 수준의 의료체계에서 의료 이용자인 주민들의 의견이 반영될 수 있는 구조가 없음. 따라서 ‘공공의료 지역시민위원회’를 각 지자체와 필요 시 그 하부단위에 설립하고 그 지역의 병원의 진료형태나 필요한 예방 및 재활체계에 대한 지역사회의 요구를 수렴하고 실행할 수 있는 구조가 절실히 필요함.

과제 36. 건강검진체계의 질 향상 및 평생 건강관리체계의 구축

현재 한국은 국민건강검진의 주기별, 생애 전환기별 검진서비스 등이 있으나, 실제로 민간이 주도한 비급여 검진상품이 계속 확대됨. 이는 검진의 연속성과 검사내용과 생활습관 개선 등을 연결할 수 있는 구조적 장치가 미흡해 발생한 것임. 따라서 국민건강보험의 검진의 질과 수준을 평가하여 상향하고 이후의 추적관리시스템이 개선되어야 함. 또한 영유아부터 노인까지의 ‘전 국민 평생건강관리체계’와 같은 생애주기별 관리시스템을 도입할 필요가 있음.

과제 37. 인증 평가제도의 전면 개편

현재의 인증평가제도는 요양병원에 대해서는 필수, 종합병원 등에 대해서는 선택임. 그러나 주요 인력기준에 대한 인증평가 기준의 잣대가 장비 및 시설에 비해 미약하여, 주로 소방시설, 이동시설, 안전시설 등에 대한 기준에 집중되어 있음. 이는 ‘의료의 질이 인력’이라는 기본적인 전제를 망각하는 것으로 인증 평가제도는 인력기준의 강화 및 실질적인 인력수급이 작동하는지 확인하는

모델로 전면 개편되어야 함.

8. 보건의료부문 국제 연대와 한반도 평화 정착

1. 현황과 문제점

- 한국은 국제원조에 대한 조정기구가 부재하여 조정 및 통합기능이 취약함. 중장기 원조정책 수립, 나라별 지원 계획 수립 등에 대한 협의, 조정이 거의 안되고 있음. 또한 국민들의 국제개발협력의 중요성과 국제적 역할에 대한 이해 부족과 NGO, 대학, 민간기업 등과의 파트너십 체계구축 미흡 등의 운영상 문제점이 지적됨.
- 북한은 1995년 대홍수 이후 식량난을 겪으면서 국제사회의 구호에도 불구하고 북한주민들의 영양실조가 심각함. 또한 위생상태가 불량하고 예방접종이 제대로 이루어지지 못하였음. 또한 지속적인 경기침체로 북한의 보건의료시스템은 정상적으로 작동되지 못하여 어려움이 가중되었음.
- 이런 상황에서도 지난 MB정부 5년간 인도적 의료지원에 대한 제한이 커져, 실제로 북으로 가려고 모아둔 의약품이 가지 못한 경우도 있었음.

과제 38. 국제보건의료 협력기금 확대 설치 운영

인도주의적, 범지구적인 빈곤 문제 해결, 국제개발협력을 통한 개도국 시장진출 여건 개선 등을 통해 국제적 영향력을 확대하고, 국가 이미지 개선을 위해 UN 특별정상회의에서 권고한 바와 같이 2020년까지 국민 총소득(GNI) 대비 0.7%의 국제개발협력 예산을 확대할 필요가 있음. 또한 보건복지부를 통한 국제보건의료 지원 활동을 강화하도록 해야 함.

과제 39. 남북한 보건의료협력기금 설치 운영

북한에 필요한 약품과 의료기기 등의 인도적 지원을 원활히 하기 위한 보건의료 협력기금 등의 설치 운영이 절실함. 이를 위해 보건복지부 내 별도의 대북지원 전담팀 등을 구성할 필요가 있으며, 인도적인 지원에 대한 정치적 고려를 최소화 시킬 필요가 있음. 또한 민간NGO를 통한 대북 교류사업은 다양한 요구에 응할 수 있고 새로운 지원 프로그램을 창출하면서도 인도적인 목적이 있으므로 제한 없이 허용되어야 함.

IV. 기타 사업 요구사항

1. 상병수당 도입

1. 한국의 상병수당 관련 상황

- 국민건강보험법 제50조 (부가급여) 조항에 대통령령으로 상병수당을 부가급여로 실시할 수 있다고 명시함. 그러나 대통령령에는 상병수당 지급을 제시하지 않고 있음(제23조).
- 1995년 ‘의료보험 통합일원화와 보험급여 확대를 위한 범국민연대회의’(의료연대회의)는 상병수당 도입을 장기과제로 상정함.¹⁾
- 지난 2006년 국가인권위원회는 사회보장권 강화 측면에서 상병수당의 의무급여화를 통한 건강보험 개선을 권고함.

2. 상병수당 도입의 필요성

- 현재는 의료비로 인한 재난적 상황 뿐 아니라, 와병으로 인한 소득감소로 인한 빈곤층 추락을 막을 수가 없음 (소득손실에 대한 안정망이 현재 부재함). 대표적으로 온 가족이 자살했던 ‘세모녀’의 경우에 보더라도, 가장의 와병으로 빈곤층으로 추락한 경우임.
- 소득보존이 없다면 안정적인 치료와 재활이 어려움. 때문에 충분한 치료를 받을 수 있는 환자군을 결정하는 요인에 치료비를 제외한 소득이 주된 결정요인이 됨. 이는 의료접근성만큼 중요한 요소가 되고 있음. 즉 소득보존이 가능한 계층과 아닌 계층의 건강불평등이 상병수당이 없음으로 인해 필수적으로 발생.
- 여기에 소득보전이 안되는 관계로 빠른 치료, 수술적 치료 등이 발달하고, 재활 및 사회복지 프로그램이 왜곡됨. 특히 ‘병가’사용이 가능하고 노동조건이 상대적으로 우월한 정규직 노동자를 제외한 자영업자, 비정규직 노동자, 일용직 등이 모두 빠른 치료결과에 집중하게 됨. 결국 적정진료 및 근거중심의학이 자리 잡지 못하는 기형적 의료구조를 낳게 됨.
- 또한 민간보험 특히 소득보존을 목적으로 하는 정액보험(암보험, 질병상해보험 등)에 국민들을 과다 노출시켜, 가계부담을 가중시키는 효과가 나타남(상병수당까지 건강보험에서 포괄하지

1) 당시 추계 결과, 실시 비용은 4천 7백 97억 원(93년 기준) 당시 전체 의료보험 급여비 2조 7천억 원의 17.7% 수준이었음. 상병수당 급여율은 피부양자가 2명 이상일 경우 60%, 그 미만이면 40%, 최대 급여기간은 6개월 정도로 의견 제시.

않으면 민간보험 가입비율 등을 줄일 수 없음). 천연하면 실손형 의료보험의 경우 건강보험 보장성을 올린다면 비중을 줄일 수 있으나, 정액보험의 경우 질병 시 상병수당과 같은 소득보전 기전이 공적 보험에 없다면, 시장 축소를 기대할 수 있음.

3. 해외의 경우

○ OECD 34개 국가 중 스위스, 미국, 한국만이 공적 상병수당 제도가 없음(스위스는 선택적 보험, 미국과 한국은 제도 없음).

○ 상병수당의 형식으로써 건강보험 현금급여(독일, 프랑스, 일본 등)는 NHI에서 사회복지 프로그램(영국, 스웨덴, 캐나다, 스페인 등)에서의 지급은 NHS에서 주로 이루어짐.

○ 주요국 상병수당 현황

- 독일 : 임금의 75%에 해당하는 금액을 질병금으로 지급받음.
- 프랑스 : 노동자 및 이와 동일한 소득이 있는 경우(시간당 6.41 유로 기준, 시간당 약 9,922 원)일 경우 최고 36개월까지 지급받음 --> 건강보험 전체 재정에서 7.8%가 상병수당 비용임 (2004년 기준).
- 일본 : 피보험자가 노동할 수 없는 경우 지급되며 최고 1년 6개월 한도 --> 지급률은 60%, 장기화 경우 장애연금으로 전환됨.
- 스웨덴 : 노동자와 자영업자도 적용대상이며 상병이 종료되는 시점까지 지급함 --> 1988년 기준으로 GDP의 2.79%가 상병급여로 지급됨.
- 영국
 - 상병수당(Invalidity Allowance) : 상병으로 인하여 28주 미만 취업할 수 없는 자에게 지급, 법정 상병급여 또는 상병급여 수급 28주 이후에도 질병 및 장애가 계속, 주당 66.75파운드(약 11만 5천 원) + 가급연금액(1인당 £39.95, 약 7만 원).
 - 상병연금(Invalidity Pension) : 상병으로 인하여 28주 이상 취업할 수 없는 자에게 지급, 60세 (여자 55세) 미만인 상병연금 수급권자 / 상병발생 후 가입가능 기간이 6년 이상 남아 있을 경우 / 상병연금액에 추가로 지급, 40세 이하 주 £14.05/50세 이하 : 주 £8.90/51세 이상 : 주 £4.45

4. 비용

○ 2011년 당시 경제활동인구 대비로 산출하여 평균입원기간 1개월을 대비하여 추계한 내용은 3조 원이었음.

○ 2016년 12월 경제활동인구 2,616만 명임. 2012년 기준 총 입원기간 중 31일이상은 31만 건으로 전체의 4.4%임. 도덕적 해이로 인한 증가를 고려하더라도 나이 등에 따라 장기입원 등이

현격하게 낮은 경제활동인구의 특성을 고려하면, 경제활동인구 중 1개월 이상 입원환자는 많 아도 100만 명(4.4%는 115만 명)을 넘지 않을 것으로 사료됨. 여기에 직장인 월평균소득 260 만 원의 80%선인 207만 원을 지급한다고 하면 2조(1개월 이상 1개월 입원 시) 정도의 예산 이 필요하며, 2개월 이상 유병률 등을 고려하면 약 3-4조 원가량의 재원이 필요할 것으로 사 료됨. 월평균소득의 60%선으로 설계하면 비용은 더욱 줄어들 수 있음.

- 1995년 당시 ‘의료연대회의’의 추계 결과는, 실시비용은 4천7백97억 원(93년 기준) 당시 전체 의료보험 급여비 2조7천억 원의 17.7% 수준이었음. 상병수당 급여율은 피부양자가 2명 이상 일 경우 60%, 그 미만이면 40%, 최대급여기간은 6개월 정도로 의견제시.

5. 소결

- 현재 20조 원이 넘는 건강보험 흑자는 전적으로 가입자의 부담강화 및 보장성 악화에 따른 결과로 조속히 의료비 절감에 사용되어야 함. 이를 위한 여러 가지 방안이 있으나, 그간 건강 보험 적자 및 재정부담을 핑계로 차일피일 미루어진 상병수당의 도입이 이제는 가능함.
- 또한 상병수당의 도입을 통해, 건강보험의 공적기능 강화 및 여타 사회복지서비스에서의 사회 적 수용성도 높일 수 있음.

2. 법정 본인부담금 인하 당장 시행

급여 내 보장성강화를 우선해야 할 이유를 정리하면 다음과 같음.

- 1) 급여 내 본인부담금도 국민들에게 큰 부담이 되고 있다는 점
- 2) 급여범위 내 진료행위가 비급여보다 비용효과성에서 우수하다는 점
- 3) 급여범위 내 본인부담금 경감책등은 예측이 가능하고 목표 보장성을 이루기 손쉽다는 점
- 4) 법정본인부담금의 불필요한 의료이용자제효과는 실손보험 출시로 없어졌다는 점

- 급여 내 보장성강화도 외래와 입원을 분리해서 재정추계 및 예측치를 맞출 수 있음. 우선 중병 에 처한 경우 보장성을 우선 높인다는 관점에서는 입원부터 본인부담금을 경감하는 방식을 고려 할 수 있음.

입원 본인부담금	연간 소요재원(2014년 기준)
15%	8634억 원
10%	1조 7369억 원
5%	2조 5903억 원
0%	3조 4537억 원

<표1> 2014년 건강보험 지출 재정을 기초로 본 급여 내 입원 본인부담금 경감시의 소요재원

- <표1>을 보면 입원부터 20%인 본인 부담금을 질환에 상관없이 없앨 경우, 보장성 강화의 목

적과 목표에 단기에 도달 가능함. 2012년 기준으로 입원 총 급여비용은 15조 6038억 원이며, 본인부담금은 3조 4537억 원임. 따라서 입원 본인부담금을 없앨 경우 2014년 기준으로 가격 탄력성이 없다고 볼 때 약 3조 5천억 원이 필요함.

- 이를 통해 사실상 보편적인 입원질환의 보장성 강화와 입원 시 평균 보장성에 근거해 약 40%의 본인부담금중 반인 20%를 경감 가능함.

노인치료비 급여 본인부담금 경감비율	연간 소요재원(2014년 기준)	2014년 국고지원금액 총액
25%	1조 6214억 원	6조 3149억 원
50%	3조 2429억 원	
75%	4조 8643억 원	
100%	6조 4858억 원	

<표2> 2012년 건강보험 지출재정을 기초로 본 노인치료비의 급여 내 본인부담금 경감 시의 소요재원

- 2014년 기준으로 만 65세 이상 진료비 총액은 19조 9686억 원임. 이를 2012년 평균 보장성 62.5%를 넣고 역산하면 약 11조 9812억 원이 대략적인 비보험 포함 본인 부담금임. 특히 법정 본인부담금이 20.3%였으므로, 법정 본인부담금을 0%로 하는 데에는 약 6조 4858억 원만 있으면 됨.(급여 외래, 입원, 약제비 포함)

- 여기에 이 재원을 전액 국고지원금으로 한다는 가정을 해보면, 2014년 건강보험의 정부지원금이 실제로는 6조 3148억 원(담배세 몫 1조 191억 원 포함)이었으나, 법정정산 기준을 사후기준(20%)으로 하면 정부지원금은 8조 3187억 원이 되어야 함.(2조 37억 원 정부지원이 사후 정산되지 못했음.) 따라서 정부지원금만 사후 정산으로 제대로 들어온다면 매년 약 2조 원의 추가 재원이 마련되는 것임.

만 20세 미만 건강보험금 경감 시 재정추계

나이대별	진료비	급여비
0세	610,730,555	570,835,281
1-4세	1,837,781,761	1,452,762,191
5-9세	1,389,865,074	1,008,647,129
10-14세	984,977,810	693,144,348
15-19세	1,098,477,962	784,978,050
0세-19세	5,921,833,162	4,510,367,000

<표3> 2015년 건강보험 통계연보(2014년 자료), 0세에서 19세까지 총 진료비와 급여비(단위 천 원)

- 만 20세 미만 진료비의 법정본인부담금을 전액 경감하는 데에도 약 1조 4110억 원만 있으면 가능함.2)

3. 비급여 없는 병원 시범사업

현재 비급여의 철회시킬 수 있는 근거는 다음과 같음

- 1) 현재 남아있는 비급여의 상당수가 효용성이 의심되는 행위 및 약제임. 혹은 신의료기술 등에 해당됨
- 2) 일부 비용문제와 대체제가 존재하지 않는 비급여는 조속히 급여화할 수 있는 재정 여력이 있음
- 3) 비급여 철회는 건강보험의 보장성 강화 뿐 아니라, 병의원의 적정진료확립에도 도움이 됨.(즉 불필요한 행위 및 약제에 국민들이 노출되는 수준이 줄어듦)

- 비급여 철회 전략은 일본식의 ‘혼합진료 금지’ 방식과 비급여 없애기 운동 등으로 전개할 수 있을 것으로 사료됨. 특히 비급여 없애기 운동은 의협과 의사들에게 비급여 중에 효과가 있는 것은 급여화 하는데 동참하도록 요구하는 운동도 포함 할 수 있음.
- 재정적으로는 어느 정도까지 비급여를 급여화하느냐가 관건이나, 이를 통해 피부비용에 중복되고 있는 급여지원 비용과 여타 불필요한 급여소요 비용이 절감될 수도 있어 재정전망은 가변적임.
- 일본식 혼합진료 금지에 대해서는 점차 고려사항으로 제시되는 추세임(국정조사에서 문제제기된 바 있음.)

개편방안 1): 비급여의 전면 급여화

□ ‘네거티브 리스트’로 급여 방식 전면 전환

- 비급여 대상(국민건강보험요양급여기준에 관한 규칙, 별표 2)을 제외한 모든 진료 항목 급여화
- ‘비급여 목록표에 등재된 행위, 치료재료’와 ‘기준초과 비급여’,의 경우도 급여 전환

□ 진료비 보상방식

- 비급여 일체를 급여 전환: 비급여 관행 가격 중 이상치 제거 후 평균가격 적용하여 보상수준 결정
- 지불제도는 총액 방식으로 전환: 정부 및 보험자는 총액 규모만 결정하여 수가계약, 재정배분의 방식(의료기관, 진료과)은 의료계 내부에서 기준과 원칙 결정
- ‘기준초과 비급여’ 나 신규 진입된 비급여의 실제 사용여부도 의료계가 별도 시스템(동료 평가

-
- 2) 2014년 기준으로 만 20세 미만 급여비총액은 4조 5103억 원임. 이를 2012년 평균보장성 62.5%를 넣고 역산하면 약 7조 2164억 원 가량이 20세 미만 총 의료비로 추정됨. 따라서 비보험 포함 2조 7061억 원만 있으면 전액무료의료가 가능함.<표3>, - 만약 14세까지만 무상의료를 실시하려 한다면 비보험 포함해서 약 2조 2353억 원 가량이 필요하고, 법정본인부담금을 전액 경당하는 데는 1조 980억 원 가량만 있으면 됨. - 이상의 추정에서 비급여 중 간병비는 제외됨. 무상의료로 인한 가격탄력성은 고려하지 않음. 이는 무상의료를 실시함에 따르는 지불제도 및 의료전달체계개편으로 인한 인하분도 고려하지 않은 순수 예측치일 뿐임. - 다만 현재 건강보험구조에서 가격탄력성 및 이용율 증가는 미비할 것으로 예상됨.

등)을 마련하여 관리

- 진료내역 등 기관별 평가에 대해서는 정부 개입(정기적 평가, 총액 설정의 인센티브 적용)

개편방안 2): 단계적 급여전환(포지티브 방식)

□ 진료비 보상방식

- 신포괄수가제 활용
 - * 기존 7개 질병군에 비해 의료계의 수용성을 높인 모형(의사서비스의 차별성 수용 등)
 - * 신포괄수가 비용=포괄수가+ 피포괄수가+ 가산비용
- 비급여 →급여전환 항목을 포함하여 적용(별도 가산수가 산정 등 인센티브 부여)
- 신포괄내역과 대체 가능한 비급여 행위는 병용 금지

정책 제안: '비급여 없는 병원' 시범사업 운영

□ 비급여 해소에 따른 재정 소요(가계부담 완화)

- 건강보험 영역에서 발생하는 비급여 부문은 약 11조 원으로 추정(보장률로 역산)
- 비급여 발생 유형 중 `비급여 행위 항목`과 `기준초과 비급여`가 54.6%를 차지, 급여 전환 시 최대 6조 원의 가계부담 완화(건보재정 소요액)
- 선택진료와 상급병실료는 비급여 발생 유형 중 32.9%(3조 6천억 원), 비용부담이 여전히 큰 영역이나 현재 진행되고 있는 보장성 정책으로(단계적 축소 및 폐지, 기준병상 상향조정)해소

□ 비급여 없는 병원 시범사업 운영

- 공공병원 대상으로 실행(지역거점 공공병원 대상)
- 건강보험공단일산병원, 지역거점 의료원 등을 중심으로 현재 진행되고 있는 신포괄수가제를 활용하거나 진료비 총액 계약을 기반으로 시범사업 운영