건강을 위한 보건의료정책과 기본소득

김창보 서울시공공의료재단 대표이사

〈1부〉건강과 보건의료에 대한 이해

1. 건강권과 보건의료

- 건강정책에서 주요한 정책 목표: 건강권(right to health), 보건의료에 대한 접근권 (right to health care)
- 건강권(right to health): '도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 권리'(WHO)
 - 건강에 대한 정치, 경제, 사회, 문화적 모든 요인을 고려(social determinants of health)
 - '소득'을 포함한 경제적 요인은 '건강' 수준과 밀접한 연관이 있음을 여러 연구가 밝히고 있음.
 - 국가에서 건강수준에 대한 지표 조사, 평가, 대책 수립 (예: 국민건강영양조사 등)
- 보건의료서비스 이용권(right to health care)
 - 법률로 인정하는 의료의 범위(서양의료와 한의)에서
 - 의료서비스를 받기 위해 의료자원에 접근할 권리를 보장 (의료서비스를 이용할 권리, 치료받을 권리)
 - 모든 국민에게 이를 보장하기 위하여 자원의 배분, 경제적 지리적 접근성 보장 등

2. 건강정책과 보건의료정책

• 건강정책

- 건강정책은 뚜렷한 결과지표(사망률, 수명 등)를 가지고 있다는 특징이 있으나
- 건강에 미치는 요인은 복잡하고, 다양. 질병이나 건강하지 않은 상황에 대한 직접적인 원인을 찾기 쉽지 않음.
- 건강정책은 진행 과정에 대한 지표도 중요하게 고려함. 평균과 격차를 주목. 격차를 만드는 차별에 대해 민감(성, 연령, 인종, 경제수준, 교육수준, 종교 등)

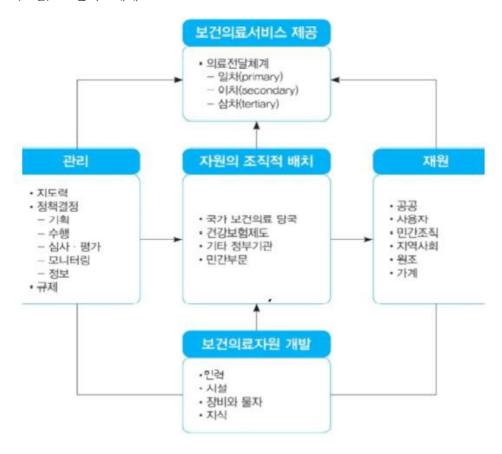
• 건강정책의 주요 원칙

- 건강형평성(Health Equity)
- 모든 정책에 건강을(Health in All Policies)
- 비례적 보편주의(proportionate Universalism) ※자원배분에서

• 보건의료정책

- 보건의료정책은 자원, 의료이용에 관한 지표를 중심으로 자원: 인구 10만명당 의사수, 병상수 등 의료이용: 미충족의료(unmet need), 건강보험 보장수준 등
- 자원의 공급, 배분 문제에서 '시장'과 충돌 발생
- 보건의료의 산물은 서비스와 재화(의약품, 의료기기 등)
- 건강위기(health risks, health threats)시 정부는 보건의료자원 동원
- 개인도 건강의 문제 발생하면 '보건의료서비스' 이용

〈그림〉 보건의료체계



• 의료보장

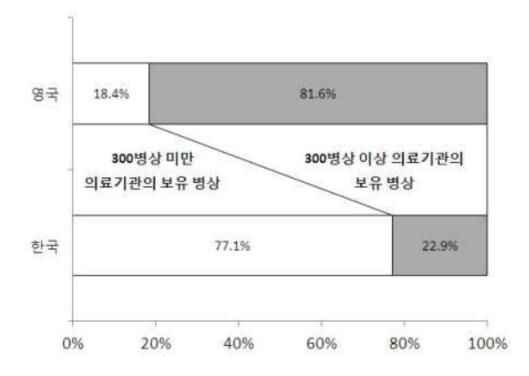
- 보건의료서비스에 접근할 권리에 대한 국가의 책무
- 경제적, 지리적 접근성을 보장 + 차별없이 모든 사람에 대한 접근권 보장
- 건강보험, 의료급여 (장기요양보험)

※ 의료보장에서 급여

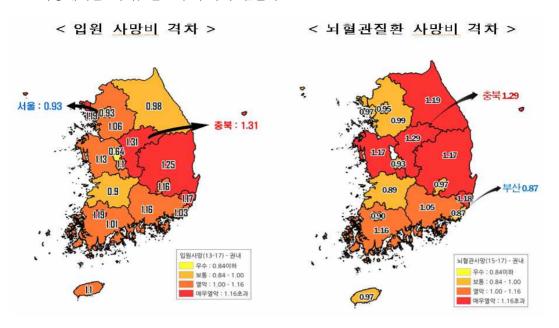
- 현금급여(cash benefit): 상병수당, 출산수당, 의료비공제 등
- 현물급여(service benefit) : 보건의료서비스
- 현물급여(service benefit)으로부터의 특징
 - 예방, 치료, 재활 등 보건의료서비스
 - 서비스 이용에 대한 문제와 함께 서비스의 질적 차이 문제 발생

3. 우리나라 보건의료서비스 제공 체계의 특징과 문제점

- 보건의료서비스 제공자의 대부분이 민간에 의존
 - 공공의료는 약 9%. 미국, 일본보다도...
 - 우리나라 병원의 70% 이상은 법인병원 아닌 '개인병원'
 - 정부는 공공보건의료 확충에 적극적이지 않음.
- 건강보험 체계가 있지만, 보장수준 낮고, 비급여 존재해 상업성 강함
 - 민간보험회사들이 이런 틈새를 파고 들고 있음 : 실손보험
 - 실손보험은 국민건강보험의 지출도 늘리고 있다
- 진료체계 허술, 무질서한 경쟁 체제
 - 대학병원이 외래환자 늘리기 위해 노력하는 반면, 의원급은 입원 늘리려...
 - 교통의 발달로 환자는 서울의 대형병원으로 몰리고...
- 효율성 낮고, 낭비적 요인 많은 의료체계
 - 병원급 의료기관의 경우 200병상 이하의 소규모가 많아 비효율적 구조
 - 이런 의료기관들이 비급여를 활용해 병원 유지



- 보건의료자원이 수도권, 대도시 주위로 집중. 전국적인 분포 문제
 - "동일한 상황에 처해도 사는 곳에 따라 생존할 확률이 다르다"
 - 지방에서는 의사, 간호사 구하기 힘들다



- 저출생, 고령화 → 인구감소, 지방소멸의 위기
 - "귀촌귀향 하지 않는 이유 '병원 없어서': '인구감소와 의료공백의 악순환'
- 결론: 보건의료서비스 제공 체계의 구조적 문제
 - → 민간과 시장의 주도성 강화

4. '보건의료'는 시장과 자본의 중심으로 이동

• 4차 산업혁명이 거론될 때 빠지지 않는 '헬스케어'

4차 산업혁명 기반 헬스케어 발전전략 주요 내용	
비전	세계 시장을 선도하는 우리 기술로 누구나 건강한 사회 구현
목표	 건강수명 [2015] 73세 → [2022] 76세 일자리 [2016] 13만명 → [2022] 18만명 기술수준 [2016] 77.5% → [2022] 80%
추진전략	● 헬스케어 빅데이터 생산·관리 시범체계 운영 ② 인공지능 활용 신약개발 ③ 스마트 임상시험 체계 구축 ④ 스마트 융복합 의료기기 개발 ⑤ 헬스케어 산업 혁신 생태계 조성

보건복지부(2018)

- 코로나19 경험에서도 정부는 '공공의료 강화'에 대하여 소극적
 - 백신, 원격의료 등 상업적 헬스케어산업 육성에 투자 의지
 - 코로나19 경험에서의 교훈이 왜곡

※ '한국형 뉴딜'(2020.7.14. 발표)

막대한 세금을 부어 창출되는 이윤을 국민에게 어떻게 돌려줄 것인지 사회협약의 내용이 없다. 게다가 디지털의 환상만 있고 디지털·플랫폼 자본주의의 디스토피아에 대한 대안은 없다.

그 결과, '사회적 뉴딜'이라는 중핵이 빠졌다. 고용보험 확대, 부양의무자 기준 폐지, 상병수당 등 몇몇 개혁안이 포함됐지만 공공보건의료·돌봄 확대, 노동시장 이중화 대응 책, 새로운 노동 형태의 보호 등 이 시대의 굵직한 의제들이 모두 빠졌다. 사회·노동정책 이 개혁의 기관차가 아니라, 체제전환 과정의 희생자를 받아서 시장에 재공급하는 그물 망 정도로 간주됐기 때문이다.

(한겨레 2020.07.21.일자, [세상읽기]사회적 뉴딜이 없다 / 신진욱 칼럼 중에서)

https://www.hani.co.kr/arti/opinion/column/954567.html#csidx8eecbe024fcdc0cb1fceeee398f275e

새로울 것 없는 2차 공공의료계획안, 공청회서 재탕 질 타

기자 (news@medicaltimes.com)

기사입력: 2021-04-26 17:32

|의료계·시민단체 "복지부 공공의료 개선 의지 있나" 문제제기 |이건세 교수 작심 발언 "기존 정책 엮은 수준, 뭘 토론하나"

〈2부〉기본소득과 의료개혁

5. 기본소득과 건강

- 소득수준이 건강에 미치는 영향에 대해서는 많은 연구에서 밝히고 있음.
- 우리나라에서는 시민건강연구소가 지난 2016년 '기본소득과 건강'이라는 제목의 칼럼에서 기본소득이 빈곤에 노출된 이들을 위험으로부터 구제하고 부정적 경험들을 최소화하며, 이 과정에서 건강수준이 개선되는 효과를 발생시킬 것이며, 구조적, 사회적 변화를통해 건강에 긍정적 영향을 미칠 것이라고 설명
- 2009년에는 김명희 등이 '1인가구의 건강생활 최저생계비'를 계산하여 제시한 바 있음. 이는 2000년 영국의 Morris가 제안한 건강생활을 위한 최저소득(Minimum Income for Healthy Living)의 경험을 바탕으로 한 것. 김명희 등은 건강을 위한 비용으로 보건의료비, 보건위생비, 건강행위비와 사회참여비를 포함하였음. 그 결과 202만 6880원 ~ 259만 1664원이었으며, 최저임금은 주40시간 노동을 기준으로 시급 9698원 ~ 1만 2400원이었음.

6. 기본소득과 보건의료정책

- '건강보험'은 보건의료서비스의 구매를 통해 서비스 이용의 권리를 보장하는 정책
 - 가격(수가)에 따라 보험자가 서비스를 구매, 이용자에게 서비스 제공
 - 예상할 수 없는 질병이나 사고로 의료비 발생이라는 경제적 위협에 대비하는 목적
 - 의료비가 과도하게 발생하여 생활을 위협할만큼 소득이 크게 감소할 것을 방지하는 현금급여도 부분적으로 포함 (본인부담상한제, 재난적의료비 지원 등)
 - 최소한의 생활을 보장하기 위하여 소득을 보충하는 등 보장하는 제도는 아님. (※ 상 병수당은 소득의 의미를 포함)

- 이러한 점에서 '기본소득'은 '건강보장제도'와 양립할 수 있으며, 공존해야 함.
 - 20세기형 사회보장도 소득보장과 의료보장의 양 축을 중심으로 설계됨.
 - 중첩이나 대체되는 제도가 아님.
 - 따라서 재원을 포함한 제도의 운영도 독립적
- 따라서 '기본소득'을 이유로 건강보험 해체를 주장하거나 건강보험 보장수준을 떨어뜨리는 것은 가능성이 낮을 것임.
 - 건강보험 재정에 대한 국가와 사용자(기업주, 자본)의 부담을 낮추려는 시도
 - '기본소득'을 겨냥한 민간보험 상품의 출현 가능성

7. 기본소득이 사회적 의료비 부담 규모에 미치는 영향이 관건

- 앞서 언급한 바와 같이 소득보장은 건강수준의 개선을 가져올 것이 비교적 분명한 반면,
- 사회적으로 부담해야 할 총의료비용에 미치는 영향은 단순하지 않음.
 - 의료에 대한 미충족 수요(unmet need) 해소 (+)
 - 의료수가 상승 (+) / 사회경제적으로 물가의 상승 영향
 - 유인수요 증가 (+) / 소득 증가에 따른 영향
 - 건강개선 효과 (-)
 - ※ 기본소득의 수준에 따라 각각의 영향의 크기가 달라질 수 있음.
- 사회적 의료비가 '증가'로 정리될 경우 '누가 부담할 것인가'의 문제로 연결
 - 사회고령화로 특징되는 인구구조의 변화가 배경이 되면 부정적 인식 커질 수도

8. 기본소득 도입과 의료개혁

- 기본소득 취지가 퇴색하지 않도록 하기 위한 전제
 - 건강과 의료이용에 대한 권리 강화, 국가의 책무 강화
 - 보건의료체계의 공공성 강화, 영리추구 의료체계 개선

- 의료개혁은 기본소득 제도의 도입과 정착에 밀접한 연관을 갖고 있음.
 - ※ 기초연금 지출 (2014년 보건복지부 설문조사 결과)
 - 기초연금 수령액의 44.2%를 의료비로 지출

