

## 필수의료의 개념과 공공의료

박진규

대한의사협회 기획이사  
jinkyupark@hotmail.com



### 들어가며

필수의료의 범위를 정하고 확대방안을 논의하기 전에 필수의료가 무엇인지를 정의하는 것이 중요하다. 필수의료를 정의하는 것은 여러 가지 관점에서 고려되어야 하며, 역사적·정치적·사회 문화적·이념적 가치에 따라 달라질 수도 있다. 이상무(2019)는 필수 의료는 응급·외상·감염·분만 등으로 필수 불가결한 의료서비스 또는 어느 나라이든 최소한 인권의 차원에서 환자들에게 재정적 곤란을 일으키지

않고 제공되어야 할 의료서비스로서 ‘의학적으로 필요하며 현 사회경제적 관점에서 공적 의료보장에 우선시 되어야 할 의료서비스’라고 정의하였다[1]. 공공보건의료 발전 종합대책에서는 응급·외상·심, 뇌혈관 등 생명과 직결된 필수중증의료 강화, 산모·어린이·장애인 등 건강취약계층 의료서비스 확대, 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축은 국가가 개입해야 하는 보건의료서비스 영역으로서의 필수의료 범위로 규정하고 있다[2].

## 공공성(公共性)과 공공의료(公共醫療), 공공병원

국가가 필수의료를 제공하는 데 있어서 필연적으로 공공성 강화와 공공의료 강화, 그리고 공공병원 확충을 우선적으로 고려할 수 있다. 그러나 필수의료에서 이어지는 공공성과 공공의료, 공공병원의 의미를 하나로 연결하는 것은 사실 잘못된 것이다. 공공성과 공공의료, 공공병원이라는 3가지 단어 중에서 전적으로 국가와 정부, 관(官)이 관여해야 하는 것은 공공병원 뿐이다. 공공성과 공공의료는 시설과 같은 하드웨어 인프라가 아닌 이념적 가치이므로 공공성과 공공의료를 공공병원과 분리해서 바라볼 필요가 있으며, 필수 의료는 별도로 떼어내서 규정하여야 한다. 공공병원이 필수의료를 다룬다거나, 공공성을 위해 필수의료의 범위를 정하는 것은 당연하지만, 필수의료를 공공병원에서만 다루어야 한다는 것은 잘못된 것이며 민간의료 주도의 의료공급이 대부분인 우리나라의 경우는 더욱이 그렇다.

2020년 4월 7일 일부 개정된 공공보건의료에 관한 법률 2조 1항에서 “공공보건의료란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계 없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다.” 라고 규정하고 있다. 정의에 따르면 공공보건의료는 국가나 지방자치단체만이 아니라 보건의료기관에 의해 이행되는 것이다. 이는 공공보건의료의 주체가 민(民)과 관(官)이라는 것이며, 우리나라 의료 기관의 대다수가 민간에 의해 운영된다는 점을 감안한다면 민간 병원이 공공의료의 중심이라고 할 수 있다. 국제적으로 통용되는 공공의료는 ‘공공재정으로 생산하는 의

료’로 볼 수 있는데, 우리나라에서는 법률적으로 공공의료기관이 생산하는 의료 활동으로 정의하고 있다. 외국에서 통용되는 ‘정부 재정으로 제공되는 의료서비스’라고 정의할 경우 굳이 공공과 민간을 구분할 필요가 없어진다. 또한 이러한 정의대로라면 우리나라는 전국민 건강보험제도로 운영되고 있고 모든 의료기관이 당연지정제의 적용을 받고 있기 때문에 공공의료의 영역에 속하게 된다.

## 보장성 강화(保障性 強化)와 필수의료(必須醫療)의 범위

이른바 문재인케어로 알려진 보장성 강화 정책의 핵심은 비급여를 전면 급여화 하는 것이다. 문재인케어의 목적은 본인 부담률은 낮추고 보장률을 70% 이상으로 높여 공공성을 강화하는 것이다. 2년 넘게 진행 중인 보장성강화 정책은 답보상태에 놓여있으며, 투자한 비용에 비해 효과는 크지 않은 것처럼 보인다. 그리고 얼마나 많은 비용이 더 필요한지에 대해서도 가늠할 수조차 없다. 2019년 발표된 ‘2018년 건강보험환자 진료비 실태조사’에서 보장률은 겨우 1.1% 올라 63.8%로 확인되었다[3]. 문재인케어는 공공성을 강화하여 공공의료를 지향하는 것이지만, 여기에 해당하는 대상, 즉 병원들은 대부분 공공병원이 아닌 민간 의료기관이다. 공공성 강화는 언급한 것처럼 공공의료 체계 내에 있는 민간 의료기관과의 협의에 의해 도달되는 것이지, 관(官)의 일방적인 주도로 달성할 수 없는 것이다. ‘국가보건의료체계의 유형은 서비스 자원의 확보양상으로 반영된다’ 고 말할 정도로 의료체계를 형성하는 데는 의료서비스 자원의 구조가 깊숙이 관련되어 있

다. 여기에는 전문인력, 시설, 물자, 지식 등이 있으며 현재 우리나라에서 전문인력을 포함한 자원 대부분이 민간의 영역에 속하며, 이는 비용과 관계가 있다. 이런 구조는 결국 공공성을 강화하는 보장성 범위의 확대를 결정함에 있어 제한 요건이 된다. 보통 국가의 적극적 개입이 필요한 필수의료의 영역을 규정할 때, 민간의 비용이나 공공병원을 유지하는 데 소요되는 재원은 영역확대의 걸림돌이 된다. 무한한 재원으로는 모든 범위를 포함할 수 있지만, 한정된 재정으로는 우선순위를 정하여 일부만을 포함시킬 수밖에 없다.

법률이 구체적으로 정의한 필수의료는 없지만, 2020년 4월 7일 일부 개정된 공공보건의료에 관한 법률 제7조는 우선적으로 제공해야 하는 보건의료에 대해 명시하고 있어, 사실상 필수의료의 범위에 대해 기술하고 있다. 그 구체적 내용은 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료, 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료, 재난 및 감염병 등 신속한 대응이 필요한 공공보건의료, 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료, 교육·훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료 등을 포함하고 있다. Myers BA는 바람직한 보건의료를 접근성, 포괄성, 질, 지속성, 효율성으로 정의하였다[4]. 접근성은 재정적, 지리적, 사회문화적 관점을 모두 포함하며, 포괄성은 보건의료 서비스의 치료적 관점만이 아니라 건강증진, 질병예방, 재활을 포용하는 조율을 의미하고, 질은 서비스를 제공하는 의학적·사회적 최적화를 달성하는 것이고, 지속성은 시·공간적 의료서비스의 적절한 연결을 함의하는 것이고, 효율성은 보건의료의 목적을 달성하는 자원과 인력의 효율을 의미한다. 접근성과 효율성은 공공병원

에서 얻어지기 어렵고, 오히려 민간 의료기관에 어울리는 단어라고 할 수 있다. 포괄성과 지속성은 세대와 세대를 거쳐야 하는 개념이어서 민간보다는 관(官)주도 계획에 의해서 도달될 수 있는 개념이다. 접근성과 효율성의 관점, 특히 비용의 효율이라는 면에서 바라본다면 필수의료의 범위는 매우 제한적일 수밖에 없으며, 포괄성과 지속성의 관점에서라면 범위는 넓어져야 한다.

### 필수의료의 보장과 우선순위

이상무(2019)의 기술대로 필수医료를 의학적으로 필요하며 현 사회경제적 관점에서 공적 의료보장에 우선시 되어야 할 의료서비스라고 할 때, ‘사회·경제적’이라는 문구에 초점을 맞춘다면, 보장성 강화 정책이 지향하는 공공의료에 전주어 필수 의료 범위를 결정함에 참고할 수 있다. 이는 재정이 허락한다면 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익보장을 고려하여 범위를 넓힐 수 있다는 의미이다. 한정된 재원으로 정부가 보장성 범위를 넓히려 하는 것은 보험료 인상이나 증세 등의 재원마련이 필요하며 국민의 이해 충돌과 필수 의료 범위를 조정해야 하는 결과를 도출한다.

한정된 공적 재원을 사용하는 데 있어서 우선순위의 결정은 매우 중요하다

현행 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 ‘건강보험요양급여규칙’)에서는 요양급여 대상 여부의 결정에 대해 ‘보건복지부장관은 **의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익** 등을 고려하

여 영양급여대상의 여부를 결정해야 한다'고 규정하고 있다(제1조의 2 영양급여 대상의 여부 결정에 관한 원칙).

명확한 영양급여기준에 관한 규칙이 있음에도 불구하고 2-3인실 상급병실의 급여화, 추나요법, 한방첩약 등의 급여 혹은 시범사업의 결정은 급여기준의 원칙을 벗어나서 임의적으로 결정된 대표적으로 잘못된 사례라고 할 수 있다.

유럽이나 미국 등 선진국의 필수의료의 확대, 보장성 강화의 순위결정에 대한 사례를 보면, 주로 의료전문가로 구성된 독립된 심의기구에서 명백한 기준에 의거하여 공개적, 체계적이며 일관성 있게 결정하며 그 기준은 건강이득 즉 건강수명, 기회비용, 재정 및 비재정적 자원(의료인력, 병상, 의료장비 포함), 질병으로 인한 건강수명 손실 등을 고려하여 결정된다.

우리나라도 영양급여의 우선순위를 결정함에 있어서 의료전문가 중심의 독립된 심의결정기구가 필요하며 반드시 정해진 기준에 입각하여 공개적이며 체계적인 방법으로 진행되어야 한다.

## 필수의료와 비필수의료, 가치의료

필수의료라는 용어를 사용한다면, 반대되는 비필수의료라는 것이 존재할 것이다. 비필수의료를 상대적으로 정의한다면 생명이나 증증에 해당되지 않고 삶의 질에 제한적인 영향을 주거나 개인의 성향에 의하여 좌우하는 선택진료라고 할 수 있다. 대표적으로 미용과 성형이 포함될 수 있다. 그렇다면 필수와 비필수 사이의 중간적인 영역도 생각해 볼 수 있다. 가령 무릎, 어깨의 통증 같은 퇴행성 질환

과 급·만성 통증, 가벼운 감기, 복통 같은 증상을 보이는 경우 말이다. 이런 질환들은 근로 능력을 가진 노동자로서 사회 활동을 저해하는 원인이 되므로 한편으로 국가가 개입해야 할 근거를 가질 수 있다. 아직까지 이런 질환들에 대해 정의된 바는 없지만, 사회적으로 가치 있는 근로 활동에 영향을 미치므로 필수와 비필수 사이에 위치하는 가치의료라는 새로운 영역에 포함시킬 수 있다. 필수의료 체계에 국가가 적극적으로 개입하는 것은 당연하며 최우선 보장 범위에 포함해야 한다. 그러나 삶의 질에 영향을 끼치고, 사회적으로 가치 있는 근로 활동에 영향을 미치며, 인간의 건강권과 같은 존엄권을 침해할 수 있는 가치의료에 정부의 개입이 절대적일 필요는 없지만, 재원이 가능하다면 필수의료의 확대영역에 포함시킬 수 있다. 하지만 이 가치의료에 개입하는 재원의 사용에 대한 사회적 동의가 필요하다.

## 맺음말

보장성 강화라는 측면에서 바라볼 때, 의학적으로 필요한 치료적 의미의 의료는 국가가 개입할 수 있다. 그러나 보장성 강화가 공공 병원을 통해서만 이뤄지는 것이 아니라 건강보험이라는 공공의료라는 측면에서 접근해야 하고, 중증도, 응급성 등 필요성을 감안한 의료서비스의 다양성과 우선순위를 인정해야 한다. 즉, 필수의료, 응급·외상·감염·분만 등으로 필수불가결한 의료서비스의 영역도 있지만 개인의 선택과 선호도, 그리고 삶의 질과 가치에 기반한 치료영역도 있다. 모든 의료의 영역을 국가나 사회가 책임져야 한다면 막대한 비용과 도덕적 해이를 포함한 여러 가지 문제들이 발생한다. 민간병

원과 공공병원이 융합된 건강보험 체계 하에서 공공성을 강조하는 것은 당연할 수 있지만, 언급한 공공병원의 역할을 일방적으로 민간 의료기관에 강요, 희생을 요구하는 것은 결코 바람직하지 않으며, 민간의료에서 할 수 없는 일부의 공백을 공공병원이 메워야한다. 세계은행은 가능하다면 필수적인 의료서비스는 정부에서 모든 재원을 제공하고, 정

부가 이런 최소한의 의료서비스도 제공하지 못할 만큼 자원이 부족한 나라에 한해서만 사용자에게 비용을 부과할 것을 제안하고 있다.

이제 필수의료의 확대를 결정하기 전에 정부가 모든 비용을 제공할 수 있는지 고민해보고 확대 범위를 결정하여야 한다.

#### 참고문헌

- [1] 이상무. 필수의료. 대한의사협회지. 2019 April; 62(4): 231-237.
- [2] 보건복지부. 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책. 2018.
- [3] 조형원, 임대철, 박현아. 2018년 건강보험환자 진료비 실태조사. 통계청; 2019.
- [4] American Public Health Association. A guide to medical care administration: Concepts and principles. 1965.