



■ 연구보고서 2013-04

보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리

윤강재 · 최지희 · 조병희

【책임연구자】

윤강재 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구
한국보건사회연구원, 2012(공저)

공생발전을 위한 보건복지분야의 정책방향
한국보건사회연구원, 2011(공저)

【공동연구진】

최지희 한국보건사회연구원 연구원

조병희 서울대학교 보건대학원 교수

연구보고서 2013-04

보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리

발 행 일 2013년
저 자 윤 강 재 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전 화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-035-2 93510

발간사 <<

과거 우리나라 보건의료 분야의 주요한 과제는 보건의료자원의 총량 확대와 접근성 개선이었으며, 이를 달성하기 위한 다양한 정책이 시도되었다. 그 과정에서 평균수명의 연장과 삶의 질 개선, 의료서비스 접근성 및 보장성 확대라는 가시적인 성과를 거둔 것으로 평가할 수 있다.

그러나 반대로 그동안의 양적 확충 위주의 보건의료정책으로 인해 공급자 부문의 개선에 비해 상대적으로 의료소비자의 권리에 대한 고려는 부족하였다. 특히 개인의 건강행태와 관리가 중시되는 만성질환으로의 질병구조 변화, 소비자 권리인식의 증대, IT기술 발전에 따른 의료정보에 대한 접근 장벽 완화 등 다른 어떤 분야보다 ‘전문직’의 권한과 자율성이 강하게 작용하는 보건의료 영역에서도 공급자와 소비자의 상호이해와 협력을 통한 거버넌스 구축 필요성이 높아졌다는 지적이 적지 않은 상황이다. 여러 선진국들의 보건의료 개혁방향 역시 의료소비자 권리를 포함한 의료서비스의 질적 수준 제고로 모아지고 있는 현상 역시 보건의료시장의 공급자-소비자 관계에서 주목해야 할 변화이다.

본 연구에서는 보건의료서비스 분야에서 소비자의 위상 변화와 현재 의료소비자 권리 증진 제도 현황을 살펴보았으며, 소비자 대상의 조사를 통해 우리나라에서의 의료소비자 권리 보장에 대한 인식을 조사하였다. 그리고 그 결과를 토대로 의료소비자 권리 증진 방향을 도출해 보고자 하였다.

바쁘신 중에도 귀중한 연구결과를 활용하도록 허락해 주신 서울대학교 보건대학원의 조병희 교수에게 특별히 감사드린다. 보론에 수록한 우리나라 의료전문직의 현황과 변화 양상은 앞으로 보건의료체계의 변화 방

향을 고민하는 데 있어서 ‘보건사회학’이라는 새로운 시각을 제공해 줄 것으로 기대된다. 또한 자문과 검독을 통해 도움을 아끼지 않으신 서울대학교 이진석 교수, 한국소비자원 송순영 박사, 가톨릭대학교 백혜란 박사
와 우리 원의 최은진 연구위원, 정영철 연구위원에게도 감사드린다.

2013년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	21
제1절 연구의 배경	21
제2절 연구의 목적 및 주요 연구내용	27
제2장 이론적 배경: 보건의료서비스와 소비자 위상	33
제1절 보건의료서비스의 특징과 소비자	33
제2절 보건의료서비스에서의 소비자 위상 변화	41
제3장 보건의료서비스 분야 소비자 권리 현황	59
제1절 보건의료서비스 분야 소비자 권리	59
제2절 보건의료서비스 분야 소비자 권리별 현황	73
제4장 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식조사	109
제1절 보건의료 소비자 관련 선행 조사·연구	111
제2절 조사개요	113
제3절 주요 조사결과	116
제4절 보건의료기본법상의 의료소비자 권리 보장 수준 인식	141
제5절 보건의료서비스 분야 소비자 인식조사의 시사점	147

제5장 결론: 보건의료서비스 소비자 권리제고를 위한 정책방향 153

제1절 보건의료서비스 분야 소비자종합계획 수립 157

제2절 소비자 역량 강화 방안 모색 162

제3절 실질적 선택권 강화를 위한 정보제공량 및 접근성 제고 169

제4절 의료소비자 피해구제 내실화 171

참고문헌 175

보론: 의료전문성-변화 양상과 우리나라 현황 187

부록: 소비자 대상 조사표 217

표 목차

〈표 1- 1〉 의료개혁위원회와 보건의료미래위원회 정책제안 비교	24
〈표 2- 1〉 생의학 모형의 특징	43
〈표 2- 2〉 미국 의료체계의 변화	53
〈표 2- 3〉 의료전문직-환자 관계의 세 가지 기본 모델	55
〈표 3- 1〉 국제소비자기구의 환자권리장전(Charters for Patients' Rights)	64
〈표 3- 2〉 보건의료기본법 상의 국민의 권리	68
〈표 3- 3〉 보건의료서비스 영역에서의 기능적 소비자보호 법령	73
〈표 3- 4〉 2011년 소득분위별 가구당 연간 의료비 부담	77
〈표 3- 5〉 급성기의료기관 인증 현황(2013년 7월 현재)	87
〈표 3- 6〉 요양급여 적정성 평가 현황(2013년 현재)	88
〈표 3- 7〉 각 국의 처방건당 약품목수	91
〈표 3- 8〉 선택진료제도에 대한 주요 입장	96
〈표 3- 9〉 의료분쟁 접수 현황(2000~2009)	98
〈표 3-10〉 의약품 안전성 정보 보고 현황(2010~2013 3/4분기)	101
〈표 3-11〉 개인의료정보의 유형	103
〈표 3-12〉 개인정보영향평가 심사 기준	105
〈표 4- 1〉 소비자 인식 조사 개요	114
〈표 4- 2〉 조사 대상자의 일반적 특성	117
〈표 4- 3〉 의료소비자 권리별 문항 설정	118
〈표 4- 4〉 보건의료서비스 분야 소비자 권리 보장에 대한 인식	120
〈표 4- 5〉 건강권 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식	121
〈표 4- 6〉 알권리 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식	122
〈표 4- 7〉 선택권 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식	123
〈표 4- 8〉 참여권에 대한 인구사회학적 변수별 인식	124
〈표 4- 9〉 환자안전 보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식	125
〈표 4-10〉 비밀보장권에 대한 인구사회학적 변수별 인식	127

〈표 4-11〉 불만제기권에 대한 인구사회학적 변수별 인식	128
〈표 4-12〉 본인 또는 가족의 미충족 의료 경험 여부	130
〈표 4-13〉 건강보험심사평가원·식품의약품안전처 제공 정보의 이용 경험과 도움정도	133
〈표 4-14〉 의료서비스 이용 과정에서의 불만 경험	138
〈표 4-15〉 보건의료기본법 규정 의료소비자 권리의 보장 수준	142
〈표 4-16〉 교육수준에 따른 보건의료소비자 권리 보장 수준 인식	143
〈표 4-17〉 직업군에 따른 보건의료소비자 권리 보장 수준 인식	144
〈표 4-18〉 의료소비자 권리 강화를 위해 필요한 점	146
〈표 5- 1〉 미국 의사국가시험에 반영된 의료인문학적 요인	166
〈표 5- 2〉 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가영역 확대계획	170

그림 목차

〔그림 2-1〕 질병 양상의 변화 추이	49
〔그림 3-1〕 의료법 시행규칙의 환자의 권리와 의무	70
〔그림 3-2〕 건강보험심사원 병원평가정보 홈페이지	89
〔그림 4-1〕 조사 대상자의 성별, 연령별 분포	116
〔그림 4-2〕 미충족의료 이유	131
〔그림 4-3〕 의료 정보원에 대한 신뢰	132
〔그림 4-4〕 건강보험심사평가원·식품의약품안전처 제공 정보를 이용하지 못한 이유	135
〔그림 4-5〕 제공받기를 원하는 보건의료 정보	137
〔그림 4-6〕 의료서비스 이용 과정에서의 주요 불만사항	139
〔그림 4-7〕 의료서비스에 대한 불만 경험시 해결방안	140
〔그림 5-1〕 의료소비자 권리 증진을 위한 종합계획 구성(안)	161
〔그림 5-2〕 REALM 66개 문항	163

Abstract <<

Consumer Rights in Healthcare Service

So far, the health care system has been mainly operated by service provider. However, claims for strengthening the rights of consumer and establishing the good governance to ensure the cooperation of providers and consumers are increasing.

The aim of this study is two fold: 1) to investigate the past and current status of health consumers, 2) to tease out the key messages for establishment of improved health consumer rights.

In order to achieve the objectives of this study, the followings have been addressed. First, there is considered the changes of stature of health consumers and health professionals in Korean health care system. Also “biomedicine model” was used to investigate the changes of the medical professionalism. In addition to, social changes were examined to understand the rising of health consumer’s rights.

Second, the eight basic rights of consumers presented by Consumer International were introduced. Also political attempts to protect consumer’s rights, specifically, right to health, right to know, right of self-determination, were studied.

Third, consumer’s awareness on consumer’s rights in health

care system was surveyed. According to the survey results, aspects of right to know and right to choose earned positive reviews, while aspects of right to health and right to file complaints earned negative reviews. Also there was little use of health information for guarantees the rights to choose.

Finally, several policy suggestions were presented to improve health consumer's right. We should put higher priority on making mid- and long- term plan for health consumer right, and reflecting health literacy on policy for consumer's capacity building. We also need focus on contents about improvements of doctor-patient relationships for training the health professionals. And we should make consumer possible to join the policy decision. In addition, we should prevent consumer damages by regulatory policies on the fatal adverse drug reaction and disclosing a patient's private information.

1. 연구의 배경 및 목적

- 단기간에 실현된 전국민 의료보험과 보건의료자원의 지속적인 확충으로 인한 의료서비스 접근성 개선을 통해 우리나라 국민들의 건강 수준은 빠르게 개선
- 보건의료자원의 총량 확충과 접근성 개선 및 사회적 보호망의 마련은 우리나라 보건의료체계의 시대적 과제였으나, 양적 확충 중심의 보건의료체계에 대한 근본적 변화 요구가 제기
 - 보건의료의 패러다임 전환 주장 가운데 그동안 단순히 보건의료 서비스의 대상으로 인식되어 왔던 소비자의 위상을 보다 적극적으로 해석하고 소비자에게 능동성을 부여함으로써 공급자와 소비자가 상호 신뢰하는 보건의료 거버넌스(governance)를 구축하는 제안이 대두
- 그동안 보건의료서비스 분야에서 소비자 권리를 증진시키기 위한 다양한 정책적 노력이 시도
 - 보건의료기본법은 ① 진료받을 권리 ② 알권리 ③ 선택할 권리 ④ 비밀보장을 받을 권리 규정을 통해 의료소비자 권리의 법적 토대 구성
 - 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 등은 소비자들에게 의료서비스의 질적 성과와 안전한 의약품 활용 정보 등을 제공

4 보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리

- 의료기관 역시 ‘환자중심의료(patient-oriented care)’를 표방하는 등 환자의 편의성과 만족도 제고를 경영의 중요한 목표로 설정하는 추세
- 법·제도적 보완과 정보 공개, 환자 만족도 제고 노력, 소비자의 권리 의식 상승에도 불구하고 여전히 우리나라 보건의료서비스 분야에서 소비자 위상과 권리는 취약한 것으로 평가
- 보건의료서비스 현장에서의 전문가주의(professionalism)가 여전히 강한 힘을 발휘하고 있는 우리 사회에서 의료소비자의 위상과 권리에 대한 논의는 이제 막 출발 단계를 지난 상황
- 당위론적으로 의료소비자의 권리 증진이 인정되고 있으나, 그 담론을 우리 현실에 맞게 실체화하고, 궁극적으로는 소비자와 공급자가 상호신뢰·협조하는 보건의료체계의 구축이 필요
- 이를 위해 보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리 영역의 구성요인들과 의료소비자 권리 증진 정책을 살펴보고, 향후 의료소비자 정책이 초점을 맞추어야 할 지향점을 고민할 시점

2. 보건의료서비스에서의 전문가주의와 소비자 위상

- 보건의료서비스는 그 속성상 정보비대칭, 불확실성, 공급 독점 등의 특성을 가지고 있으며, 이는 전문가의 강력한 권한과 소비자의 위상에 큰 영향을 미치는 요인
- 의료서비스 시장에서는 공급자(의료인)와 소비자(환자·가족·일반

인) 사이에서 ‘정보 비대칭(asymmetric information)’이 존재하며, 이는 의료소비자에게 소비자 무지(consumer ignorance)를 발생시키는 원인으로 작용

- 이 과정에서 의료전문가가 ‘선의의 대리인’으로서 역할을 담당하지 못하고 오히려 공급자 유인수요(provider induced demand)를 유발시키는 등의 부작용 발생

○ 의료수요의 불확실성과 치료효과의 모호성 역시 의료전문직의 임상적 자율성과 자율적인 규제에 근거로 활용

- 근거중심의학(evidence based medicine)의 발전에도 불구하고 여전히 의료 분야는 장기간의 전문적 교육과 경험에서 우러나는 직관적 지식의 효용성이 높은 영역

○ 의료서비스의 생산과 유통은 법률(의료법)에 의하여 규정된 일정한 자격과 면허를 보유한 사람에게만 허용되며, 이는 의료전문직의 독점적 지위 보장에 결정적 영향요인으로 작용

□ 서구 사회에서 근대 이전까지만 해도 그다지 높지 않던 의사의 위상은 생의학 모형(biomedicine model)으로 대표되는 의료의 과학화, 내부적으로는 의료윤리 및 의학교육체계의 확립으로 인해 ‘의료전문직’으로서의 위치를 획득

○ 의료전문직은 보건의료 영역 내에서 타직종에 대한 통제와 우월적 지위를 확보하였고, 전문직 지배(professional dominance) 및 의료화(medicalization)를 통해 배타적이고 독점적인 위치를 확보

□ 그러나 최근 들어 의료전문직의 위상은 지속적으로 도전받고 있는

반면, 반대 급부로 의료소비자 위상은 과거에 비해 상승

○ 현대 사회로 접어들면서 질병구조의 변화, 불평등한 의사-환자 관계 개선 요구 증대와 소비자 권리인식 증대, 권위주의와 전문직 지배에 대한 반발, 의료비 증가에 따른 의료서비스 관리의 필요성 등은 보건의료시장에서 의료전문직과 소비자의 위치에 변화를 가져오는 주요한 원인으로 작용

- 개인의 건강행태와 라이프 스타일 등이 발생 기전으로 작용하는 만성질환 증가는 소비자의 주체적인 건강증진 활동을 강조
- 정보통신기술 발달에 따른 불확실성의 감소와 ‘정보 비대칭’에 대한 소비자 차원에서의 대응(정보 네트워킹)
- 급증하는 의료비에 대한 적절한 통제 필요성이 높아짐에 따라 등장한 관리의료(managed care)는 의료전문직의 서비스 제공 행태에 대한 심사와 효과성을 평가
- 소비자 인식의 개선과 권한 강화 요구에 따라 전통적인 ‘능동-수동 모형’으로 설명되던 의사-환자 관계를 공동참여 모형으로 전환해야 한다는 요구 상승

3. 보건의료서비스 분야 소비자 권리 현황

□ 1962년 케네디 대통령의 「소비자이익의 보호에 관한 특별교서」에서 소비자의 안전권, 알권리, 선택권, 의견반영권이 제안된 이후 여러 영역에서 소비자의 권리가 주장

□ 국제소비자기구(CI: Consumer International)는 소비자들의 여

덟 가지 기본적인 권리와 다섯 가지 책무사항을 제시하고 있는데, 이는 의료서비스 분야의 소비자권리에도 중요한 근거로 활용

- 8대 기본 권리: 기본적 요구충족권, 안전권, 알권리, 선택권, 의견 반영권, 배상받을 권리, 교육권, 건전한 환경에 대한 권리
- 5대 책무: 비판적 인식, 참여 및 행동, 사회적 책무, 생태적 책무, 연대

□ WHO 유럽사무소는 환자의 권리로 ① 보건의료에서의 인권과 가치 (Human Rights and Values in Health Care) ② 정보권(Information) ③ 동의권(Consent) ④ 비밀보장권(Confidentiality and Privacy) ⑤ 의료서비스를 받을 권리(Care and Treatment) 등을 제시

□ 국제소비자기구(CI) 역시 환자권리장전(Charters for Patients' Rights)이라는 형태로 의료소비자의 권리를 일곱 가지로 제시

- 진료권: 최적의 의료서비스를 받을 권리, 연령·성별·인종 등을 이유로 의료접근성에 차별받지 않을 권리
- 정보접근권: 치료과정과 기타 관련 정보에 대해 충분한 설명을 듣고, 진료정보에 접근할 수 있는 권리
- 선택권: 의료인과 치료기관, 치료행위를 선택하거나 거절할 수 있는 권리
- 참여권: 의료정책의 계획과 평가 등 의사결정에 참여할 권리
- 존엄권: 차별없이 존중과 존엄으로 대우받을 권리
- 비밀보장권: 진료와 관련된 개인정보를 보호받을 권리

8 보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리

- 불만제기 및 보상: 의료서비스로 인한 손실이나 손해에 배상을 받고, 불만을 제기할 수 있는 권리
- 우리나라 역시 소비자기본법과 보건의료기본법 및 기타 법령을 통해 의료소비자의 권리를 규정
 - 소비자기본법은 안전권, 알 권리, 선택권, 참여권, 보상권, 교육권, 결사권, (총괄적)소비권을 규정하며, 보건의료기본법은 제10조에서 제13조까지 의료소비자의 4대 권리를 규정
 - 건강권: 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리, 성별·나이·종교·사회적신분·경제적 사정 등으로 건강에 대한 권리에 차별을 받지 않을 권리
 - 알권리: 보건의료시책에 관한 내용 공개 청구권, 본인 보건의료 기록의 열람 요구권
 - 자기결정권: 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관한 설명과 동의결정권
 - 비밀보장: 신체상·건강상의 비밀과 사생활을 보호받을 권리
 - 기타 위해 방지, 계량 및 규격 적정화, 표시 및 광고 적정화, 개인정보 보호, 피해 구제 등의 영역에서 다양한 보건의료 관련 법령을 통해 의료소비자의 권리 보호
- 건강권 증진 현황에 대한 평가와 과제
 - 보건의료자원의 양적 확충에 따른 성과에도 불구하고 여전히 의료자원의 지역적 편중과 경제적 원인으로 인한 미충족 의료 등 차별없는 서비스 향유라는 측면에서 문제점 상존

- 현재 과도한 의료비 부담을 완화하기 위한 본인부담 상한제 및 산정특례제도, 진료비대불제도 등이 운영되고 있으며, 지역적 비형평성의 개선을 위하여 공공의료기관을 중심으로 한 대응이 모색
- 경제 규모에 비해 여전히 미흡한 의료비 부담의 공적 책임(낮은 공공재원 비중과 높은 본인부담 비중)과 지역편중성의 심화는 건강권 보장을 위한 보다 많은 정책적 관심이 필요함을 보여줌.

□ 알 권리 증진 현황에 대한 평가와 과제

- 의료서비스에 대한 합리적 선택과 자기결정권 강화를 위해 정보제공이 양적·질적으로 확대되고 있는 것은 긍정적 신호
- 다만 요양급여 적정성 평가 결과를 비롯한 의료의 질 정보, 의약품안심서비스(DUR) 등에 대한 소비자의 실제 이용경험이 낮고, 비급여 가격정보 등 제공되는 정보에 한계가 있는 것으로 지적
- 의료기관평가인증제 대상 기관의 지속적인 확대와 기준 공개, 건강보험심사평가원 등이 제공하는 의료서비스 정보에 대한 접근성 강화 방안 마련, 의료의 질과 P4P(pay for performance) 등 진료비보상제도의 연계, DUR의 실효성 있는 활용방안 창출, 비급여 가격정보 공개범위 확대 등은 의료소비자의 알 권리 증진과 관련한 주요한 정책이슈

□ 자기결정권 증진 현황에 대한 평가와 과제

- 의료서비스 제공 과정을 의료전문직의 독점적 자율권 보장에서 소비자(환자)와의 동의와 협력을 중심으로 한 과정으로 점진적으로 전환하는 추세

- 자기결정권은 서비스 이용 과정에서의 불만사항을 제기와 소송(의료분쟁)의 합리적 진행과도 밀접한 연관성을 가짐

○ 의료소비자의 자기결정권을 증진하기 위한 여러 제도가 도입되었으나, 실질적인 성과를 거두었다고 보기에는 다소 미흡

- 환자의 선택권 제고, 양질의 의료서비스 제공, 환자집중현상 해소 등을 목적으로 도입된 선택진료제도는 의료기관의 수입 보전수단으로 운영되면서 오히려 의료소비자들의 선택권을 저해한다는 비판 존재
- 소비자 권리인식의 증진 등으로 인한 의료서비스 분야에서의 이의제기 및 불만제기 증가
- 의료의 질을 평가하는 중요한 요소인 환자 안전 분야에서의 미흡성

○ 소비자 부담 감소를 위한 선택진료제도의 개선, 의료전문직과 의료소비자의 이해관계가 상충하는 의료분쟁조정제도의 개선, 환자 안전 수준 개선을 위한 제도 정비 등을 통한 자기결정권 강화가 요구

□ 비밀보장권 증진 현황에 대한 평가와 과제

- 정보화사회의 급속한 발달에 따라 개인의 건강상태와 진료기록 등의 정보 유출 위험성도 증가하고 있으며, 실제 본인 동의없는 유출에 따른 사회적 문제도 발생
- 개인정보보호법 상에 규정된 개인정보영향평가(PIA)를 의료서비스 분야에도 도입하는 등 민감한 개인의료정보를 보호하기 위한 대책 마련 필요

4. 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식조사 결과

- 보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리에 대하여 실제 당사자인 소비자들의 인식 정도와 소비자 권리 장치들의 이용행태를 파악하고자 <표 1>과 같은 조사 실시

<표 1> 소비자 인식 조사 개요

구분	개 요
조사대상	• 전국 만19세 이상 성인 남녀 1,000명
완료건수	• 총 1,007건(남성 500명, 여성 507명)
표본추출	• 지역별·연령별 인구비례에 의한 무작위추출
조사기간	• 2013.8.22.~2013.8.30.
주요 조사내용	• 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식 - 소비자 권리 항목별 우리나라에서의 시행 정도 - 보건의료기본법 상 의료소비자 권리의 보장 수준 - 종합적인 우리나라 의료소비자 권리 보장 수준 • 보건의료서비스 분야 소비자 권리 관련 경험 - 미충족 의료(치료가 필요함에도 치료받지 못한 경험) - 의료서비스 정보원에 대한 신뢰도 - 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 등이 제공하는 정보 이용행태 및 정보의 도움 정도 - 향후 더 많이 제공받기 원하는 의료서비스 정보 - 의료서비스 이용과정에서의 불만 사항과 해결방법 • 보건의료서비스 분야 소비자 권리 강화를 위한 개선사항 • 조사대상자의 사회경제적 특성

- 보건의료서비스 분야에서 소비자 권리가 잘 구현되고 있는지에 대하여 건강권, 알권리, 선택권, 참여권, 환자안전, 비밀보장권, 불만 제기권 측면에서 조사

○ 건강권: ‘환자의 경제적 조건이나 사회적 지위에 따라 의료서비스

이용에 있어서 차별을 받는다'는 점에서 '그렇다'라는 응답이 58.2%로 조사되어 형평성 있는 의료서비스의 이용에 부정적 인식이 높음.

○ 알권리: '의료전문직이 병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 설명해 준다'는 긍정적 응답(67.8%)이 높음.

○ 선택권: '환자에게 필요한 의료서비스나 의료기관을 선택할 수 있도록 서비스의 질이나 의료비에 대한 충분한 정보를 제공한다'에 있어서도 '그렇다'라는 응답(63.1%)이 높음.

○ 참여권: '환자에게 중요한 의료정책의 결정 과정에 소비자의 의견이 충분히 반영되고 있다'에 대해서는 부정적 응답이 49.0%로 비교적 높았음.

○ 비밀보장권 및 불만제기권: 비밀보장에 대해서는 긍정적인 응답(54.4%)이 높았으나, 불만제기에 대해서는 부정적인 응답(52.1%)이 높게 나타났음.

○ 건강권, 참여권, 불만제기권에서 부정적인 응답비율이 상대적으로 높았음.

- 의료소비자들은 의료전문직으로부터 얻는 정보에 대한 만족도는 높되, 의사결정과정에서의 소외감과 부당하다고 생각되는 서비스에 대한 이의를 제기하기 어려운 구조에 대한 불만이 적지 않음.

□ 의료소비자의 권리보장에 대한 인식은 직업군과 가구소득 측면에서 유의한 차이가 있었는데, 대체로 관련 정보의 획득 기회와 건강정보

이해능력(health literacy)이 양호하다고 여겨지는 화이트칼라 및 고소득층에서 알권리와 선택권, 비밀보장 등에서 긍정적인 인식도가 높았음.

□ 건강보험심사평가원 등이 제공하는 의료서비스 질적 지표에 대한 이용경험과 도움 정도를 조사하였음.

○ 진료비 확인 서비스 이용률이 25.7%로 가장 높았으며, 식품·의약품 위해정보(13.5%), 병원평가 정보(11.1%) 등의 순으로 이용한 경험 이 많았으나, 전체적으로 이용 경험은 높지 않음.

○ 정보의 도움 정도는 ‘진료비 확인’ 정보가 도움이 된다는 응답이 74.5%로 매우 높았으나, 나머지 4개 정보제공 서비스 가운데 도움이 된다는 응답은 절반 이하로 조사되었음.

○ 정보 미이용 이유로 가장 높은 것은 ‘정보 제공 사실을 알지 못함’ 이 39.3%로 가장 높았고, ‘제공되는 정보의 양 부족(27.5%)’, ‘제공되는 정보가 너무 전문적(25.3%)’ 등도 지적

- 향후 소비자들의 이용률 제고와 도움 정도의 개선을 위해서는 정보제공에 대한 홍보와 정보 이용자들의 수준에 맞는 쉬운 정보 제공이 필요한 것으로 사료됨.

□ 향후 제공받기를 원하는 보건·의료정보로는 ‘진료를 위해 꼭 필요한 검사에 대한 정보’가 가장 높고, ‘의료기관별 진료실적 비교’, ‘진료비 내역’ 등의 순이었음.

□ 의료서비스 이용 과정에서의 불만·경험율은 60.9% 수준이었으며, ‘필요없는 처방이나 검사(25.6%)’, ‘비싼 진료비(25.0%)’, ‘권위적

이고 불친절한 의료인(14.0%)’ 등의 순이었음.

○ 의학지식의 전문성이라는 한계가 있으나, 소비자들에게 충분한 설명과 함께 동의를 얻는 기제를 강화하고, 소비자에 대한 효과적인 정보제공 확대 방안이 마련될 필요가 있음.

□ 의료소비자 권리 강화를 위해서는 ‘의료소비자의 권리를 침해한 의료기관에 대한 처벌 강화’가 가장 높았으며, ‘의료소비자의 권리 확대를 위한 법·제도 개선’, ‘의료소비자 권리보장을 위한 별도의 부처·기관 설립’, ‘의료소비자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 대한 인센티브 지급’이 뒤를 이었음.

5. 의료서비스 소비자 권리제고를 위한 정책 방향

□ 보건의료서비스 분야 소비자종합계획 수립

○ 여전히 전문직에 의한 서비스 공급독점이 강하게 남아 있는 보건의료 영역에서 소비자권리를 체계적으로 보장하기 위해서는 정책적으로 『의료소비자 권리 증진 종합계획(안)』을 구성하여 추진

○ 본 계획의 종합적인 비전은 “의료소비자 권리 증진”으로 설정하고, 하부의 정책 영역은 보건의료기본법이 규정하고 있는 4가지 영역인 ①건강권 ②알권리 및 선택권 ③자기결정권 ④비밀보장으로 구성

- 개별 정책 영역별로 추구할 목표와 목표 달성을 위한 세부 정책과제가 필요

- 예를 들어 건강권 영역에는 ‘차별없는 의료서비스 이용’을 정

책목표로 하고, 세부적인 과제로서 ①의료취약지에 대한 주기적인 모니터링 ②비급여제도 축소 ③취약계층에 대한 건강보험 본인부담 완화 ④환자 안전 보장정책 수립 등을 제안

□ 소비자 역량 강화를 위한 Health Literacy의 측정과 활용

○ 건강정보이해능력(health literacy)이란 각 개인들이 자신의 건강문제 해결에 적합한 결정을 내리는 데에 필요한 기본적인 정보와 서비스를 획득하고, 활용하며, 이해할 수 있도록 하는 능력의 수준을 의미

- 의료소비자의 정보이해능력 제고는 정보격차 감소와 합리적인 서비스 이용 유도를 통해 궁극적으로 의료소비자의 권리를 강화시키는 기능을 수행할 것으로 기대

○ 의료소비자의 권리 증진을 위한 역량 강화라는 차원에서 우리나라 상황에 적합한 건강정보이해능력 도구를 개발하고, 이를 측정하여 성과 평가에 활용하는 과정이 필요

□ 의사-환자 관계 개선을 위한 의료인 교육 및 관리제도 개선

○ 의료소비자의 권리의식이 높아지면서 의사-환자 관계에 있어서 기존의 능동-수동 모형이 지양되고 환자의 적극적 역할이 부각되는 상호 참여 모델로 이행되는 경향

○ 의사-환자 관계의 개선을 위해 의과대학 또는 의학전문대학원 선발 과정과 교육과정, 국가시험에 이르는 전체 양성 과정에서 의사-환자간 커뮤니케이션의 필요성과 방법 등을 비롯하여 의료윤리 등 인문학적 요소를 강화하여 적용할 필요가 높음.

- 미국의 경우 의사국가시험 각 단계별(STEP 1, 2, 3)로 임상적 지식 뿐만 아니라 환자와의 커뮤니케이션과 법적·윤리적 문제를 평가

□ 정책결정 과정에서 의료소비자 참여 강화

- 절차적 정당성은 보건의료 영역의 정책결정에서도 매우 중요한 기준으로 활용되고 있음. 즉, 보건의료정책의 수립·결정 과정에서 소비자가 직·간접적으로 참여할 수 있는 기회가 얼마나 보장되었느냐가 정당성 획득에 매우 중요한 과제
 - 정책 결정 과정에서의 시민 참여는 보건의료 거버넌스의 핵심적인 '책무(accountability)'로까지 증시
- 여전히 우리나라 보건의료 정책 분야에서 시민참여는 드물고 낮은 일이며, 형식적인 수준에서의 참여라는 비판 제기
 - 건강보험 급여 우선순위 결정 등 핵심적이면서도 의료소비자의 이해관계에 직결되는 문제들을 중심으로 소비자의 입장이 충분히 반영될 수 있도록 참여 제고 방안 강구 필요
 - 무엇보다 정책결정과정에서의 의료소비자 의견이 실제 정책에 어떻게 반영되는지가 모니터링되는 등 실효성 확보가 중요한 과제
- 보건복지부 또는 식품의약품안전처 등에 의료소비자의 권리 제고 관련 정책을 전담할 전담 부서의 설치 검토

□ 실질적 선택권 강화를 위한 정보제공량 및 접근성 제고

- 의료소비자의 올바른 선택권을 보장하기 위해 의료정보 제공량의

확대와 접근성 제고, 정확한 정보 제공 등 정보의 질적 수준 제고, 잘못된 정보 제공으로 인한 피해구제와 처벌 마련 등이 필요

- 현재 항생제 처방률 등 6개 항목의 약제급여와 수술의 예방적 항생제 사용 등 19개 영역에서 제공되고 있는 ‘요양급여 적정성 평가’의 대상 영역과 평가지표 확대
- 진료비 영수증에 기재 내용의 세분화 및 소비자의 부담이 큰 비급여 항목의 개선 범위를 확대

○ 의료서비스 및 가격 정보에 대한 편리한 접근방법과 가독성 높은 제시 방식 필요

- 병원평가정보와 의약품안심서비스(DUR) 등 정보의 질적 수준에 대한 신뢰는 높으면서도, 실제 이용자 비율이 10% 내외에 그치고 있음.

□ 의료소비자 피해구제 내실화

○ 2012년 제정된 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」과 ‘한국의료분쟁조정중재원’의 출범은 과거에 비해 의료소비자 피해구제 측면에서 한 단계 진전된 것으로 평가

○ 의료소비자의 피해구제는 앞으로 의료소비자 권리 제고와 관련하여 중요성이 더욱 높아질 전망이므로 새롭게 제기되는 주제들에 대해서도 피해구제 대책 마련이 필요

- 의료서비스에 비해 복잡한 과정을 거쳐 보상을 받을 수 있었던 약화사고의 피해구제 절차 간소화
- 국가기관과 의료기관이 보유한 개인의료정보 관리 강화
- 분절적, 단편적으로 관리되고 있는 개인의료정보 관리 현황을

18 보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리

극복하기 위해 의료기관이 표준화된 정보처리시스템을 활용
할 수 있도록 하고, 보상체계 설계

- 산재된 개인의료정보를 통합에 따른 일차적인 관리 권한과 사
용 동의 권한을 소비자에게 부여

*주요용어: 의료소비자권리, 의료전문직, 건강권, 알권리, 소비자선택



제1장 서론

제1절 연구의 배경

제2절 연구의 목적 및 주요 연구내용

제1절 연구의 배경

우리나라 국민들의 건강수준은 빠른 속도로 개선되어 왔다. 한 국가의 국민건강 수준을 보여주는 대표적인 지표로 흔히 활용되는 출생시 기대여명과 영아사망률을 예로 들자면, 1970년 61.9세였던 출생시 기대여명은 2010년 현재 80.7세로서 높아졌으며, 출생아 1,000명당 영아사망률 역시 1993년 9.9명에서 2010년에는 3.2명으로 감소하였다. 두 지표 모두 OECD 평균(2010년 79.8세 및 3.2명)을 상회하고 있다(보건복지부, 2012). 뿐만 아니라 최단기간(1977~1989년)에 실현된 전국민 의료보험과 보건의료자원의 지속적인 확충은 국민의 의료서비스 접근성 개선이라는 과제를 신속하게 달성하는데 크게 기여하였다.

부족한 보건의료자원의 총량 확충과 개인·가족의 부담을 가중시켰던 질병 위협에 대응하기 위한 접근성 개선 및 사회적 보호망의 마련은 우리나라 보건의료체계의 시대적 과제였다. 이러한 문제를 해결하여 달성한 국민의 건강수준과 서비스 접근성 및 보장성 확대는 우리나라 보건의료체계의 긍정적인 성과로 평가받을 수 있을 것이다. 그러나 이와 같은 양적 확충 중심의 보건의료체계는 변화하는 사회경제 환경에 보다 능동적으로 대응하기 위한 변화를 요구받고 있다. 세계 어느 나라보다 급속하게 진행되고 있는 인구고령화는 질병양상을 근본적으로 변화시키고 있을 뿐만 아니라, 현세대 및 미래세대가 짊어질 의료비 부담을 가중시키고 있다. 증가하는 부양부담과 노인의료비 및 국민의료비는 국가 재정과 건강보험 재정을 압박하는 요인으로 작용하면서 지속가능한 보건의료체계 운

영을 위해 반드시 해결해야 할 현안으로 등장하였다. 양적인 확충에 일차적인 목표를 두고 구성된 보건의료서비스 자원은 고비용-저효율 의료체계의 원인이 되었고, 지속적으로 증가하는 의료비를 억제할만한 효과적인 기전을 갖추고 있지 못한 상태에서 국민의료비의 불필요한 증가를 유발하고 있다는 지적이 제기되고 있다(양봉민, 2004).

보건의료서비스 시장은 전통적인 ‘합리적 소비자(rational consumer)’가 가정되기 어려운 여러 가지 특징을 가지고 있다(안상윤, 2011). 무엇보다 전문적인 성격이 강한 보건의료서비스 특성상 소비자는 정확하고 충분한 지식을 갖추기 어렵고, 따라서 소비자의 선택은 ‘의료인’이라는 대리인을 통해 이루어지는 경향이 강하다(양봉민, 2004; 배상수, 2008). 즉, 보건의료서비스 시장에서 소비자는 시장을 통해 해당 재화나 서비스 가격 및 관련 정보를 정확하게 알고 있으며, 그들의 요구를 명확하게 파악한 상태에서 의사결정이 이루어진다는 고전적인 합리적 수요결정 과정(문정숙 외, 2010)의 가정이 성립하지 않는 ‘정보의 비대칭’ 상황에 놓여 있는 것이다. 이로 인해 특히 행위별수가제(fee for service)를 지불제도로 운영하고 있는 경우 대리인인 의료인에 의하여 발생하는 ‘공급자 유인 수요(physician induced demand)’의 문제가 제기되어(Delattre & Dormont, 2003; Dranove, 2007), 이를 해결하기 위한 방편으로서 보건의료서비스에 대한 공공재(public goods) 성격 부여와 가격·수요를 통제하기 위한 국가(정부)의 개입이 정당화되기도 한다.

부족한 보건의료서비스의 확대라는 과제가 제기되었던 과거에도, 공급과잉에 따른 과도한 의료비 증가 억제와 지속가능한 보건의료체계 구축 과제가 제기되고 있는 현재에도 보건의료정책의 초점은 서비스 공급자에 맞추어져 있었다. 물론 보건의료서비스체계를 운영하는 과정에서 공급자 행태에 대한 분석과 공급자 역할에 대한 규명은 매우 중요한 문제임에 틀

림없지만, 민간 자원 중심의 양적 확대가 가져온 현재 보건의료체계의 한계를 극복하기 위해 정책의 패러다임과 대상을 보다 근본적으로 전환해야 한다는 요구가 높아지고 있다는 점(보건의료미래위원회, 2011) 역시 미래지향적인 보건의료체계의 구축을 위해 중요하게 고려되어야 할 초점임에 틀림없다. 즉, 지속가능성이 보장되지 않는 의료비 팽창구조는 지속가능한 의료체제로, 양적 공급위주의 정책은 질적·소비자 중심의 정책으로, 저부담·저수가·저급여의 보상체계는 적정 부담·적정 급여·적정 보상의 체계로, 무분별한 의료이용과 왜곡된 경쟁체계는 보건의료서비스 이용의 적정화 및 공정한 경쟁규칙(rule) 정립으로 바뀌어야 한다는 것이다(보건복지부, 2011; 보건의료미래위원회, 2011). 이러한 패러다임 전환 주장 가운데 그동안 단순히 보건의료서비스의 대상으로 인식되어 왔던 소비자의 위상을 보다 적극적으로 해석하고 소비자에게 능동성을 부여함으로써 공급자와 소비자가 상호 신뢰하는 보건의료 거버넌스(governance)를 구축하자는 제안이 설득력을 얻고 있다.

보건의료체계에서 소비자 위상 변화는 국가보건의료정책의 미래에 대비하기 위해 정부 및 전문가들이 제시하였던 우선 정책과제의 변화를 비교함으로써 확인할 수 있다. 1996년 국무총리 자문기구로 발족한 의료개혁위원회¹⁾는 21세기의 도약을 위한 의료정책 과제로서 ①의료체계의 합리적 개선 ②의료인력 양성과정의 개선 ③국민의료보장의 내실화 ④보건 의료산업의 발전 ⑤한의학 발전 등 5개 영역에 걸쳐 20개 세부과제를 제안하였다(의료개혁위원회, 1997). 그 후 약 15년이 지난 2011년 보건복지부가 학계 및 직능단체 전문가들로 구성한 ‘보건의료미래위원회’는 2020년 한국의료의 비전으로 ‘지속가능한 보건의료체계를 통한 국민건강 향상’을 상정하고, 이를 달성하기 위한 10대 정책제안을 발표한다(보

1) 의료개혁위원회는 1996년 11월 8일부터 1997년 12월 31일까지 운영되었음.

건의료미래위원회, 2011). 두 위원회의 정책제안은 유사한 점도 있으며, 의약분업제도와 같이 실제 시행되어진 제안도 존재한다. 다만 보건의료미래위원회의 10대 제안에는 의료개혁위원회에서는 고려되지 않았던 ‘의료소비자 권리 향상을 위한 정책 추진’을 명시하고, 이를 위해 알권리 및 선택할 권리, 보호받을 권리, 합리적 의료이용의 의무 및 참여라는 구체적인 정책과제들이 포함되었다는 점이 주목된다(표 1-1 참조).

〈표 1-1〉 의료개혁위원회와 보건의료미래위원회 정책제안 비교

의료개혁위원회(1997)		보건의료미래위원회(2011)
의료체계의 합리적 개선	- 장기 등 이식관련 제도 확립 - 응급의료체계 효율화 - 효과적 의료분쟁 조정제도 정립 - 의약분업 도입 - 보건·약 행정조직 효율화	① 비용부담이 높은 필수 의료 중심의 의료보장 강화 ② 보험료의 합리적 조정 및 국가재정 역할 강화 ③ 지역에 관계없이 공정한 보험료 부과시스템 구축 ④ 국민 건강수준 향상을 위한 예방적 건강정책 강화 ⑤ 의료소비자 권리 향상을 위한 정책 추진
의료인력 양성과정의 개선	- 국가시험의 효과적 관리 - 외국수학 의료인력의 자격관리 방안 - 보건의료인력 전문화 및 질적 관리 - 보건의료인력 공급적정화 방안	⑥ 보건의료체계의 공공성을 소유 중심에서 기능 중심으로 강화
국민의료보장의 내실화	- 의료보험 급여체계 개편 - 의료보험 수가체계 개편 - 의료보험 관리운영체계 효율화 - 의료보호제도 내실화	⑦ 의료의 질 제고를 위한 의료자원 관리체계 합리화
보건의료산업의 발전	- 보건의료산업 지원육성을 위한 체제 정비 - 의료기관 지원 및 육성방안 - 의약품 가격제도 및 유통구조 개선 - 노인보건의료서비스 공급체계 구축	⑧ 국민부담 경감 및 제약산업 발전을 위한 약가제도 개선 ⑨ 건강보험 지불제도 개편 ⑩ 양질의 일자리 창출과 기술발전에 기여하는 보건의료산업 육성
한의학 발전	- 한의학 세계화를 위한 연구지원 확대 - 한약재 유통구조 및 품질관리제도 개선 - 양한의료 상호교류 및 협진체계 구축	

자료: 의료개혁위원회(1997) 및 보건의료미래위원회(2011)

사회 전반의 탈권위주의 경향, 新사회운동²⁾으로서 소비자운동의 발전, IT 기술 발전, 서비스의 질적 수준을 강조하는 마케팅 이론 등은 과거에 비해 보건의료 분야에서 소비자의 위상을 높이는 데에 적지 않게 기여하였다. 소비자권리의 기본법이라 할 수 있는 소비자기본법의 소비자 권리는 보건의료 분야에서 보건의료기본법의 제정을 통해 ①진료받을 권리 ②알권리 ③선택할 권리 ④비밀보장을 받을 권리로 특화되어 규정되기에 이르러 의료소비자의 권리 향상을 위한 법적 토대를 구성하였다. 건강보험 심사평가원은 소비자들에게 의료서비스의 질적 성과를 판단하여 선택에 도움을 줄 수 있도록 다양한 의료의 질 관련 지표를, 식품의약품안전청은 안전한 의약품 활용 정보를 제공하고 있다. 의료기관 역시 과거의 경영형태를 벗어나 ‘환자중심의료(patient-oriented care)’를 표방하는 등 환자의 편의성과 만족도 제고를 경영의 중요한 목표로 설정하는 추세이다. 또한 앞서 살펴 본 바와 같이 정부의 공식적인 보건의료정책 우선순위에서 소비자 권리 향상이 제기되었다는 것은 격상된 소비자 위상과 권리를 보여주는 현상이라고 할 수 있을 것이다.

그러나 이와 같은 다양한 법·제도적 보완과 정보 공개, 공급자 측면에서의 환자 만족도 제고 노력, 소비자의 지식 수준 상승에도 불구하고 여전히 우리나라 보건의료서비스 분야는 공급자 중심으로 구축되어 소비자 위상과 권리는 취약하다는 주장이 제기된다. 여전히 많은 소비자들은 적절한 의료서비스를 적기에 받지 못하며, 정보비대칭 등에서 기인하는 정보접근권 제약이 존재한다(조병희, 2003b; 정영철 외, 2005). 의료서비

2) 기존의 사회운동이 계급적·경제적 불평등이나 노동, 복지 문제에 주목한 계급운동, 노동운동이었다면, 新사회운동은 과학기술 문명의 발달과 권위주의적·관료제적 지배에 따른 병폐와 시민적 자율성의 침해에 대한 저항, 탈물질주의적 삶의 질과 대안적 삶의 추구, 다양성과 정체성의 인정 등에 주목하면서 발생하였음. 환경운동, 여성운동, 평화운동, 소수자운동, 공동체 운동 등은 이러한 새로운 쟁점을 제기하는 新사회운동으로 분류됨(임희섭, 2001).

스의 전문성과 복잡성은 의료서비스 정보로부터 소비자를 소외시킴으로써 수동적인 존재에 머물게 한다(백혜란·이기춘, 2006). 정부의 중요한 보건의료정책 논의 및 결정 과정에서 소비자들의 참여가 이루어지고 있으나, 형식적인 수준에 그치고 있다는 비판 역시 만만치 않다(참여연대, 2007).

사실 소비자주의(consumerism)은 자본주의 대량생산이 본격화된 20세기 초의 상품 판매전략으로서의 마케팅과 1930년대 대공황시기 소비자의 생활수준 및 가계관리의 중요성에서 본격적으로 시작된 것으로서(문정숙 외, 2010) 그 역사가 100여년에 불과하여 길지 않다. 특히 보건의료 분야에서의 소비자 권리는 다른 분야에 비해 뒤늦게 수용된 개념이기도 하다. 이러한 가운데 서구 사회에 비해 시민사회의 경험이 상대적으로 일천하고 보건의료서비스 현장에서의 전문가주의(professionalism)가 여전히 강한 힘을 발휘하고 있는 우리 사회에서 보건의료 소비자의 위상과 권리에 대한 논의는 이제 막 출발 단계를 지난 상황으로 판단된다.

따라서 보건의료서비스의 양적 확충에서 질적 수준 개선이라는 패러다임 변화가 요구되는 상황에서 의료소비자의 위상을 어떻게 평가할 수 있을 것인지, 지속가능한 보건의료체계의 구축을 위하여 소비자가 기여해야 하는 부분이 무엇이며 소비자지향성을 제고하기 위한 정책의 방향은 어떻게 설정해야 할 것인지, 의료소비자의 권리 영역이 어떻게 구성되어 있으며 현재 진행되는 소비자 권리 증진 정책은 무엇인지, 권리 향상을 위한 정책의 효과는 어떻게 평가할 수 있을 것인지, 향후 의료소비자 정책이 초점을 맞추어야 할 지점은 어디이고, 어떻게 체계화하여야 할 것인지에 대한 고민이 필요한 시점이라고 할 것이다.

제2절 연구의 목적 및 주요 연구내용

앞서 살펴본 바와 같이 우리나라 보건의료체계는 짧은 기간 동안 적지 않은 성과를 거두어 왔다. 그러나 인구고령화에 따른 만성질환 증가 및 사회적 부담의 증가와 소비자들의 권리의식 변화 등은 양적 확충 중심-공급자 중심 체계의 변화를 요구하고 있다. 보건의료정책의 패러다임을 질적 수준 중심-소비자 중심 체계로 변화시키자는 주장은 이러한 요구에 대응하기 위한 것이다.

현재 소비자주의는 사회 전반적으로 광범위하게 받아들여지고 있는 당위적 가치가 되고 있다. 소위 ‘소비자는 왕’이라는 오래된 문구로 나타낼 수 있는 소비자 지향성은 소비자들의 선택이 이윤과 직결되는 기업 및 신뢰형성에 기반이 되는 정부 입장에서 간과할 수 없는 가치가 된 지 오래이다. 그러나 보건의료 영역은 그 재화의 특성상 서비스 전달에 있어서 공급자 역할이 적지 않은 비중을 차지하는 반면 ‘의료소비자 권리’는 여전히 생소하고 모호한 측면을 가지고 있는 분야인 것이 사실이다. 또한 의료소비자의 권리는 사회문화적 환경과 보건의료제도의 차이 등으로 인해 동서고금에 일관된 양태로 나타나는 것이 아니라 국가별·시대별로 차별성을 가지고 전개된다. 예를 들어 영국의 NHS체계의 GP와 같이 문지기 역할(gatekeeping)을 담당하는 일차의료 제공 기제가 미흡하고 행위별 수가라는 지불보상체계를 유지하고 있는 우리나라에서 환자들의 선택권 보장은 자칫 ‘공급자 유인 수요’와 맞물려 소위 ‘의료쇼핑(doctor shopping)’에 따른 도덕적 해이와 의료비 증가의 주범으로서 인식될 수 있는 여지를 가진다.

결국 현단계에서 필요한 것은 당위론적으로 인정되고 있는 의료소비자 권리 증진의 담론을 우리 의료현실에 맞게 실체화함으로써 소비자와 공

급자가 상호신뢰·협조하는 보건의료체제를 구축하는 것이다. 사실 ‘부권적 의료전문주의(조병희, 2003a)’라는 평가까지 듣고 있는 우리나라의 특수한 의료 세팅(setting)에서 존재하고 있는 과도한 전문가주의의 장벽과 습속화된 의료전문가-환자 관계를 개선하는 것은 쉽지 않은 과제이다.

본 연구에서는 의료소비자 권리 증진 요구가 입법적 주장 수준에서 머무르지 않고 우리나라 현실에 적합하면서도 적절한 서비스 전달과 연결되기 위해 현재 의료소비자의 위상과 권리 보장 수준을 명확하게 파악하는 한편, 실제적인 권리 향상이 이루어질 수 있도록 개선방안을 도출하는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 먼저 선행연구 검토를 통해 보건의료서비스 분야에서의 소비자 위상 변화를 고찰하였다. 그리고 우리나라에서 제기되고 있는 의료소비자 권리가 어떻게 구성되고 있는지를 살펴보았다. 보건의료 분야에서의 소비자운동 또는 소비자권리에 대한 인식과 경험이 적은 상황에서 어떠한 권리들이 제도화되어 운영되고 있는지 파악하는 것은 일차적인 과제로 사료되기 때문이다.

이와 같은 목적의 달성을 위하여 본 연구는 크게 네 부분으로 구성하였다. 우선 보건의료서비스 분야에서 소비자 권리가 어떻게 등장하였고, 그 위상이 어떻게 변화하였는지를 살펴보고자 한다. 보건의료서비스 분야에서 전문가주의(professionalism)가 어떻게 등장하였으며, 또 어떠한 도전들을 받아 쇠퇴하게 되었는지를 고찰하는 한편, 그 반대 급부 또는 상쇄권력(countervailing power)으로서 등장한 다양한 흐름들과 더불어 소비자주의가 보건의료 영역에서 수용되는 과정을 정리할 계획이다. 사실 소비자주의를 분석하는 내용들 가운데 상당 부분은 자본주의와 시민사회의 전통이 깊은 서구사회의 상황과 시각을 반영하여 구성된 것이라 할 수 있고, 이에 따라 소비자주의의 등장과 수용과정이 우리나라 보건의료체제의 특수성에 비춰 볼 때 다소 합치되지 않는 측면이 있을 수 있다. 그럼

에도 불구하고 소비자 권리에 대한 선행 사례들은 최근 우리 사회에서도 활발하게 전개되고 있는 소비자운동과 보건의료 분야에서의 소비자권리 증진 움직임을 파악하는 데 있어서 유용한 분석틀을 제공해 줄 수 있으리라 기대된다. 그리고 부록을 통해 이와 같은 경향이 우리나라에서는 어떻게 나타나고 있는지를 별도의 연구를 통해 제시하였다. 의료소비자 권리 증진과 관련하여 우리 사회에 보다 현실적합한 대안을 마련하는 데에 적지 않은 함의를 가질 것으로 기대된다.

다음으로 보건의료서비스 분야의 소비자 권리 현황을 검토한다. 이를 위해 국제소비자기구(CI: Consumer International)가 제시한 다양한 권리들을 일별한 후 보건의료기본법 상에 명시되어 있는 의료소비자의 4가지 권리(건강권, 알 권리, 자기결정권, 비밀보장)와 더불어 의료법에서의 환자의 권리와 기타 기능적 법률들을 검토하였다. 특히 보건의료기본법 상의 4대 권리 각각에 대해서는 쟁점과 이슈를 정리한 후, 각 권리별로 현재 우리나라에서 시행되고 있는 구체적인 정책들을 검토하였다.

다음 장은 보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리에 대한 당사자인 소비자들의 인식과 경험을 전국에서 표본추출된 1,007명을 대상으로 조사하고, 그 결과를 수록하였다. 본 조사는 크게 의료서비스 분야에서 소비자들이 경험하는 권리의 실제적 적용 문제와 권리 보장 수준에 대한 인식을 다루었는데, 소비자들이 필요로 하는 의료서비스의 이용가능성·접근성, 다양하게 제공되고 있는 의료서비스 관련 정보의 이용 경험과 유용성, 우리나라 보건의료체계에서의 소비자 권리 수준 등에 대한 소비자들의 인식 정도를 확인하는 근거자료로 활용될 수 있을 것이다.

마지막으로 결론 부분에서는 앞 부분에서 다루었던 논의의 주요 내용을 정리하고, 이를 바탕으로 보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리 제고를 위한 정책과제를 도출하여 제안하였다.



제2장 이론적 배경: 보건의료서비스와 소비자 위상

제1절 보건의료서비스의 특징과 소비자

제2절 보건의료서비스에서의 소비자 위상 변화

2

이론적 배경: 보건의료서비스와 << 소비자 위상

제1절 보건의료서비스의 특징과 소비자

1. 정보비대칭과 대리인

의료서비스 시장에서 공급자(의료인)와 소비자(환자·가족·일반인) 사이에서 ‘정보 비대칭(asymmetric information)’ 현상이 발생한다는 사실은 여러 연구에서 지적된다(Shmanske, 1996; Pauly, 1998; 정영호 외, 2004; 노종호 2008).

고전적인 합리적 수요결정 과정의 가정(문정숙 외, 2010)에 따르면 소비자는 시장을 통해 재화나 서비스 가격 및 관련 정보를 정확하게 알고 있으며, 그들의 요구를 명확하게 파악한 상태에서 구매/비구매 결정이 이루어진다. 그러나 인간의 생명과 건강을 대상으로 하는 의료서비스의 특성상 해당 정보를 정확히 이해하고 합리적인 가격을 결정하기 위해서는 다년간의 전문적인 교육과정과 임상실습 등의 과정이 필요하다. 엄격한 면허제도를 통해 수급이 관리되는 의료전문직을 고려할 때, 다수의 소비자들에게 의료서비스와 관련된 정보가 제공되기는 어려우며, 이는 의료서비스 시장에서의 ‘정보 비대칭’을 야기한다.

의료서비스를 둘러싼 공급자와 소비자 사이의 정보편향성은 의료서비스 시장에서 소비자를 합리적인 소비자(rational consumer)로 만들지 못하게 하며, 소비자 무지(consumer ignorance)를 발생시키는 원인으로 작용한다(안상윤, 2011). 앞서 언급한 고전적인 합리적 수요결정 과정

이 보건의료서비스 시장에서는 작동하지 않는 것이다. 자신 또는 가족에게 발현한 건강 문제의 원인과 해결방법에 관한 정확한 지식을 갖추고 있지 못한 의료소비자는 공급자인 전문가가 제공하는 정보에 절대적으로 의지할 수밖에 없는 처지에 놓인다. 특히 ‘질병’과 같이 고통과 급박함을 동반하는 비정상적인 상황은 소비자의 선택권을 더욱 제한한다.

자신이 받게 될 의료서비스가 양질의 것인지, 얼마나 효과적인지, 반드시 필요한 것인지, 지불해야 할 가격은 적절한 것인지에 대한 소비자의 무지는 반대로 전문가 결정의 절대성을 부각시킨다. 그리고 이는 대리인(agent)으로서 의료전문직의 위상 상승을 가져온다. 의료서비스에서 소위 ‘대리인 이론’이란 소비자는 의사-환자 관계에 있어서 전문적 지식과 정보를 보유한 의사에게 결정 권한을 위임하고, 대리인은 환자에게 가장 적절한 의사결정을 내림으로써 궁극적으로 소비자 편익을 극대화시킨다는 논리이다.

대리인 이론이 취지(소비자 편익 극대화)를 달성하기 위해서는 ‘선의의 대리인’이 전제되어야 한다. 즉, 의료서비스 제공자인 의료전문직은 자신의 이익이 아니라 환자의 이익을 위해 행동하여야 한다는 것이다(Mooney&Ryan, 1993). 그러나 현실에서는 의료전문가가 유용한 대리인(useful agency)로 기능하지 않는 경우가 발생한다. 정보가 집중되어 있는 대리인이 그 역할에 충실하지 않을 때, 보건의료서비스 전달체계에서 왜곡이 발생할 가능성이 높아진다. 정보 비대칭성과 대리인 관계의 부작용이 결합된 대표적인 사례가 공급자 유인수요(provider induced demand)라 할 수 있다.

보건의료 부문에서 공급자 유인수요는 의료전문직이 자신의 이익을 위해 환자의 선호를 변경하는 것을 의미한다. 예를 들어 서비스 빈도와 가격이 의료전문직의 수입에 큰 영향을 미칠 수밖에 없는 행위별수가제도

(fee for service)가 지불보상체제로 운영되는 경우 과잉진료를 둘러싼 논란이 빈번하게 발생하는데, 그 원인으로 흔히 지적되는 것이 낮은 수가와 아울러 의료전문직의 유인수요이다. 의료전문직에 의해 발생하는 유인수요에 대해서는 그 실재성 여부에서부터 발생 기전, 지불보상체계와 공급자 인력 추계 등 다양한 연구 성과가 축적되어 왔다. 그러나 대체적으로 현재까지의 연구 결과를 종합하면 보건의료 부문에서 공급자에 의한 유인수요 존재는 지지되는 경향으로 파악된다(정형선 외, 2011)

의료서비스 시장에서의 정보비대칭을 해소하고 소비자의 합리적인 선택을 돕기 위해서 성실한 대리인이라는 직업윤리가 강조되기도 하지만, 이에 못지않게 소비자를 대상으로 하는 실용적인 정보 생산·제공의 요구도가 높아진다. 이는 보건의료 영역에서 소비자들에게 건강과 삶의 질 개선을 위해 자신에게 가장 큰 도움이 되는 서비스가 무엇이며, 어디에서 그 서비스를 얻을 수 있는지, 서비스의 질적 수준과 가격 등은 어떠한지에 대한 정보를 제공하는 것이다. 즉, 세계보건기구가 강조하고 있는 바(WHO, 2012), 수용가능하고, 접근가능하며, 비용부담이 가능하고 활용가능한(acceptable, accessible, affordable and available) 의료서비스를 누릴 권리를 충족시키기 위한 정보제공 필요성이 높아졌다.

2. 불확실성

의료서비스와 관련한 불확실성은 일반적으로 의료수요에서의 불확실성과 치료효과에 관한 불확실성으로 구분된다(정영호 외, 2004). SARS, 신종플루 등 최근의 전염병 창궐 사례에서 볼 수 있듯이 어떤 종류의 질병이 어느 시점에서, 어느 정도의 규모를 가지고 발생할 것인지를 예측하는 것은 매우 어렵다. 질병 발생의 불확실성은 의료수요의 불확실성과 직

결되는데, 특히 실제 의료서비스를 이용하게 되는 유효수요(effective demand)를 측정하는 것은 더욱 어려운 문제이다. 여기에 무형성을 특징으로 하는 의료서비스 재화의 특징과 개별 수요자(환자)에게 제공되는 서비스의 차별성, 의료광고의 제한 등도 의료수요의 불확실성을 가중시키는 요인으로 작용한다(Arrow, 1963; 안상운, 2011).

치료효과에 대한 모호성 역시 중요한 주제인데, 특히 치료효과의 불확실성은 의료전문직의 자율성과 깊은 관련성을 가진다. 의료서비스에 내재한 불확실성과 모호성을 극복하기 위한 시도가 서비스 제공과정을 표준화한 근거중심의학(evidence based medicine)의 추진과 각 질병사례별로 제정되는 임상진료지침이라 할 수 있다. 그러나 구체적인 임상 사례에서 표준을 적용할 것인지의 결정은 의사에게 의존할 수밖에 없고, 이는 의사들에게 임상적 자율성과 자율적인 규제를 부여하는 근거로 활용된다(Armstrong, 2002; 김광점, 2009). 게다가 생명현상을 대상으로 삼는 의료서비스의 특성상 적절한 치료방식은 개인별로 상이할 수 있으며, 이는 치료효과의 개별성 및 특수성의 원인으로 작용한다³⁾.

수요의 불확실성과 치료효과의 불확실성은 의료전문직에 자율성(autonomy)을 부여하는 중요한 근거이며, 이 자율성의 수준은 보건의료 영역에서의 소비자 위상에 적지 않은 영향을 미친다. 일반적으로 전문직 종의 직업적 자율성은 불확실성과 기술성의 비율(indeterminacy technicality ratio)에 따라 결정된다고 알려져 있다(Traynor, 2009). 즉, 어떤 지식이 객관화·명문화되고, 그 결과가 외부로부터 평가되는 지식(기술성)이 아니라 장기간의 전문적 교육과 경험에서 우러나는 직관적 지식의

3) 치료효과의 모호성과 개인별 특수성은 역설적으로 최근 '개인맞춤형 의학(personalized medicine)'이라는 새로운 의료서비스 형태로 발전하고 있다. 개인맞춤형 의학은 기본적으로 개인별로 특화된 유전체 정보를 활용, 질병과 노화의 원인을 찾아내고 이를 예방·치료하는 서비스로 특징지을 수 있는데, 이는 치료효과의 불확실성을 해소하는 계기로 작용할 수 있다(삼성경제연구소, 2011).

효용성이 높을수록 자율성은 비례하여 높아지고, 그 반대의 경우에는 의료경영의 주체나 소비자의 권한이 증가하면서 전문직의 자율성은 상대적으로 침해될 가능성이 높아진다(Feinglass&Salmon, 1990; Salmon et al, 1990).

최근 들어 의료서비스의 특징이었던 불확실성이 때론 줄어들고, 때론 증가하는 현상이 혼재하고 있음에도 불구하고 의료전문직의 위상을 낮추는 결과로 나타나고 있음은 흥미롭다. 직관이나 비체계적인 임상경험이 아니라 임상연구에서 나온 근거를 강조하는 근거중심의학(evidence based medicine)은 과학성, 객관성, 보편성, 재현성이라는 원칙 하에 의사의 전권적인 처분 여지를 축소시킨다(김남순 외, 2012; 조병희, 2006). 또한 결정과정에 불확실성이 한층 증가한 문제들, 예를 들어 낙태나 배아줄기세포 연구, 연명 치료 등 윤리적·사회적 문제들이 의료 영역에서 등장하면서 철학, 윤리학, 법학, 사회학, 신학 등 다양한 영역이 의료 영역에 참여하는 비중이 증가하고 있다(권복규, 2012).

3. 공급 독점

일반적인 재화나 서비스의 공급과 달리 의료서비스의 생산과 유통은 법률(의료법)에 의하여 규정된 일정한 자격과 면허를 보유한 사람에게만 허용된다⁴⁾. 이와 같은 면허제도의 도입 취지는 인간의 생명을 대상으로 하는 의료서비스의 특징을 고려할 때, 일정 기간 이상의 교육기간과 실무능력을 갖춘 전문가를 통해 서비스를 독점적으로 제공하는 것이 무자격

4) 우리나라 현행 의료법(법률 제10387호) 제2조는 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사·간호사를 의료인으로 규정하고 있으며, 제27조에서는 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없다고 규정함으로써 '무면허 의료행위'를 금지하고 있다. 실령 의료인이라 할지라도 면허된 것 이외의 의료행위 역시 무면허 의료행위로서 허용되지 않는다.

자에 의한 소비자 피해를 차단하고 건강 보호·증진이라는 편익을 극대화할 것이라는 점에 있다(윤강재·김동수, 2013). 또한 교육·실습·시험 등의 과정을 거친 사람에게만 면허를 발급하고 배타적인 업무영역을 보장하는 것은 의료서비스의 품질을 확보하기 위한 기제이기도 하다.

반대로 이와 같은 진입장벽이 의료서비스산업의 발전을 저해하고 있다는 지적도 만만치 않다. 의료기관 설립 주체를 제한하고 의료인의 독점적 공급을 보장함으로써 의료서비스의 총량이 증가하고, 소비자가 부담해야 할 비보험 의료서비스의 가격이 높아졌다는 것이다. 따라서 보다 양질의 의료서비스가 적절한 가격에 제공됨으로써 소비자지향성을 강화하고, 의료서비스의 경쟁력을 강화하기 위하여 의료서비스 시장에도 ‘경쟁’을 보다 적극적으로 도입해야 한다고 주장한다. 이를 위한 구체적인 정책 방향이 영리의료법인을 허용하는 등 의료서비스 시장에서의 공급자 독점을 완화하고 진입장벽을 낮추는 것이다(삼성경제연구소, 2007; 윤희숙·고영선, 2009).

의료서비스 분야에서 공급 독점을 해소하는 것이 소비자지향성을 높이는 데 기여한다는 주장은 흥미롭다. 이와 같은 논리는 경제위기를 거치면서 서구 사회를 중심으로 대두된 ‘복지국가 개편’이 보건의료 분야에도 적용된 것이다. 국가 의료체계의 상징과도 같았던 영국의 NHS에서 엄격한 심사에 근거한 예산 배정, 자금운용한도 설정, 실적지표 도입, 입찰제도, 내부 경쟁시장체계 도입 등을 골자로 한 개혁 조치가 도입(박순우, 2006; Lister, 2008)된 것은 의료서비스의 가치중심이 공공재로부터 투자 비용 대비 효과성과 ‘경쟁’ 중심으로 이동하였음을 보여주는 사례라 할 것이다. 그리고 이러한 정책 변화에 정당성을 부여하기 위하여 대외적으로 표방되는 것이 질적으로 높은 수준의 서비스를 제공함으로써 소비자의 권리를 향상시켜야 한다는 것이었다.

향후 소비자의 선택권 제고라는 측면에서 의료전문직에 의한 공급 독

점을 해소하고, 다양한 서비스 제공 형태를 도입함으로써 의료서비스 시장의 효율성을 강화해야 한다는 주장은 찬반을 둘러싸고 많은 논란이 있을 것으로 예상된다. 특히 민간 중심의 의료서비스 공급체제와 국가가 주도하는 단일재정체제의 결합, 당연지정제 실행을 통한 보편적이고 형평적인 서비스 제공을 일차적으로 중시하는 우리나라 상황에서 소비자 권리가 곧 선택권 확장을 의미하는 것으로 확장될 수 있는지에 대해 적지 않은 논쟁이 있을 것으로 예상된다.

한편, 의료서비스 공급을 독점하고 있는 의료전문직의 질적 수준이 일정 수준으로 유지되고 있느냐의 문제도 중요한 주제이다. 특히 의료인에 대한 연수교육 및 보수교육이 매우 형식적이어서 질 관리 및 교육 프로그램이 미흡하여 전문성 강화를 위한 교육으로 기능하고 있지 못하다는 지적을 받고 있는(박인숙, 2005; 김 선 외, 2008; 윤희숙, 2010) 우리나라 상황에서 일정 수준 이상의 능력을 갖춘 전문직에게 공급을 독점시킨다는 면허제도의 도입 취지는 그 의미가 약화될 수밖에 없다.

의료서비스의 질적 수준은 단순한 치료 능력에만 국한되지 않는다. 최근 들어 공급자와 소비자의 관계, 즉, 의사-환자 관계에서 얼마나 환자들의 신뢰를 이끌어내고, '상호참여' 과정을 구축해 내어 만족도와 순응도를 제고하느냐로 확장되고 있다. 의사와 환자 간의 의사소통은 환자가 느끼는 만족도 뿐만 아니라 치료과정에 대한 순응도를 높여 치료결과에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있기 때문이다(Stewart, 1995; Street et al, 2007; 서판수, 2002; 윤종록 외, 2008).

4. 첨단기술과의 융합

현재 의료서비스 현장을 과거와 비교해 볼 때 가장 큰 변화 중의 하나

는 현대의료기기 활용의 증가와 IT, BT, NT 등 첨단 기술과의 융합이라 할 수 있다. 주지하다시피 우리나라의 인구 대비 고가의료기기 보유 현황은 OECD 국가 중에서도 상위권에 위치하고 있으며, CT와 MRI는 ‘고가’라는 명칭이 무색할 정도로 의원급 의료기관에 이르기까지 광범위한 보급 현황을 보이고 있다(이상규, 2012). 또한 전통적인 치료·진단이 ‘동일 질환·동일 치료’를 표방하는 표준화된 치료(gold therapy)에 집중되어 있었다면 생명공학 기술을 차용한 ‘개인형 맞춤치료진단(theranostics)’은 유전체가 보유하고 있는 정보 해독을 통해 개인별/질병단계별 맞춤서비스를 통해 부작용을 최소화하고 약효를 극대화하는 치료를 특징으로 한다(김대중 외, 2013). 전통적으로 의료는 다른 어떤 분야에 비해 당대 첨단기술의 활용에 적극적인 특징을 가지고 있는 데다가 우리나라는 의료기술과 정보통신기술 분야에서 선진국들과 격차가 크지 않거나 오히려 우수한 경쟁력을 갖추고 있어서 향후 기술 융합 등을 통한 ‘의료의 첨단화’는 더욱 가속화될 전망이다.

보건의료 부문의 의료전문직의 위상 및 소비자 권리와 관련하여 첨단 의료기술의 활용은 다음과 같은 몇 가지 의미를 가진다(조병희, 2010). 우선 의료전문직의 진료능력이 향상되고, 치료효과가 제고됨에 따라 공급자의 사회적 지위 향상에 긍정적으로 기여할 것이다. 그러나 정보화의 진전이 ‘정보 공개의 진전’으로 이어질 경우 정보비대칭에 근거하여 의사-환자 사이의 ‘능동-수동 모형(Kaba&Sooriakumaran, 2007)’ 하에서 구가하던 의사의 지배권이 약화될 가능성도 있다(조병희, 2010). 뿐만 아니라 전산화되어 남게 되는 의사의 진료 기록으로 인해 종래 보장받아 왔던 전문직의 자율성이 기술적 통제로 변화할 여지를 남기게 된다.

둘째로 의료의 첨단화를 통해 나타나는 신의료기술은 불가피하게 의료비 부담의 증가를 초래한다. 신약 및 첨단 의료기기의 개발은 특허를 통

해 독점권이 보장되며, 건강보험 급여 범위로 포함되기까지 적지 않은 기간이 소요되기 때문이기도 하거니와 대규모 투자를 회수하기 위해서는 제공되는 서비스에 높은 가격이 책정되기 때문이다. 소비자 입장에서는 가격 부담 능력에 따른 서비스 이용의 차별과 낙인(stigma)을 경험할 확률이 높아지고, 이용가능한 서비스가 제한되어지는 부작용을 감수해야 하는 상황을 맞게 된다.

제2절 보건의료서비스에서의 소비자 위상 변화

1. 의료전문가주의의 등장과 발달

질병은 어느 시대에도 고통과 불안의 대상이었고, 어느 사회에서나 질병에 대처하기 위한 사회제도로써 의료체계가 만들어졌다. 따라서 질병을 치료한다는 점에서 의사는 매우 오래된 직업군이라 할 수 있다.

그러나 19세기 서구 근대사회가 형성되던 시기까지 의사들의 사회적 지위는 그다지 높지 않았다. 의사들의 윤리적 규범이 마련된 것으로 알려진 히포크라테스(Hippocrates) 시대에도 의사라고 불릴만한 특정한 직업군이 없었으며(Jonsen, 2000; 최보문, 2011), 중세 유럽에서는 예리한 면도날을 사용한다는 기능적 공통점으로 인해 이발사가 외과 의사를 겸하였기 때문에 소위 ‘이발의사(barber-surgeon)’라는 용어가 통용되기도 하였다(송병건, 2012). 18세기까지 유럽과 미국에서 의사들의 수입 수준 역시 그다지 높지 못하여 대부분의 의사들은 의업으로만 생계를 유지하기 어려웠고, 목사, 교사, 공무원 등의 일을 하면서 부수적으로 의료 서비스를 제공하며 생계를 충당하였다(김옥주, 2005). 이와 같은 낮은 사

회적 지위는 전문적 교육과정이나 별도의 법적·제도적 규정이 존재하지 않았기 때문인데, 당시 미국 의사들은 스스로 의학에서 과학을 강조하는 것은 치료자로서의 의사의 정체성을 훼손하는 것이라는 주장까지 제기되기도 하였다(Warner, 1991).

근대 이전 시기까지 그다지 높다고 할 수 없었던 의사의 사회적 지위는 근대사회 형성과 함께 급속도로 높아지게 된다. 고도의 지식과 경험을 인정받게 된 의사는 ‘의료전문직’의 위치를 획득하여 전문가로서 자율성을 획득하였고, 자율성을 바탕으로 윤리적 기반을 갖추어 스스로에게 도덕성을 요구하는 전문가로서의 정체성을 확립했다(류화신, 2007). 이와 같은 ‘의료전문직’으로서의 지위 상승에는 다양한 요인들이 영향을 미쳤겠지만, 외부적으로는 생의학 모형(biomedicine model)으로 대표되는 의료의 과학화, 내부적으로는 의료윤리 및 의학교육체계의 확립이 중요하게 작용하였다.

의료전문직으로서의 지위 상승에는 다양한 요인들이 영향을 미쳤지만, 가장 중요하면서도 기본적인 원인은 의료가 과학화하면서 등장한 생의학 모형에 있다고 해야 할 것이다. 생의학 모형은 현대의학이 근거를 두고 있는 지배적 패러다임으로서, 그 특징은 대체로 <표 2-1>과 같이 일곱 가지로 정리할 수 있다(Nettleton, 1995; 조병희, 2006)

신체의 생물학적 구조와 과정에 개입하는 외부 질병을 강조하는 생의학 모형은 사회적·문화적·인간적(biographical) 설명을 배제한다. 따라서 환자는 질병이 발생하는 수동적인 ‘장소’에 지나지 않으며, 질병은 신체라는 기계의 고장으로 인식된다(조병희, 2006). 생의학 모형에서 전제하고 있는 기계로서의 신체, 기계의 고장이라는 질병, 기계 수리자로서 의사의 역할(Engel, 1977)이 수립된 것이다.

생의학의 모형의 또다른 특징은 의학적 정상성(normality)을 가동시

키고 있다는 점이다(조병희, 2006). 의학적 정상성은 생명체로서 가지고 있는 정상기능(normal function)을 생물통계학 이론(BST: bio-statistical theory)을 통해 측정하며(권복규, 2004), ‘정상값(대표값)들로부터의 의미있는 벗어남(sufficient deviation from normal represents)’을 질병으로 인식하는 것을 전제로 한다(Ludwig, 1975). 건강하다고 평가되는 사람들의 일반적인 평균값은 하나의 이상적인 상태(ideal type)로서 설정되며, 그 기준에서 벗어나는 것은 정상이 아닌 것, 이상한 것, 병리적인 것으로 사고된다. 따라서 이런 논리 하에서 몸이 나타내는 생리적 수치들의 중요성이 강조되었고, 그 수치들을 평균에 맞추기 위한 방법들이 강구되었다. 의철학자 캥길렘(Canguilhem)이 지적하고 있는 바와 같이 ‘건강은 인위성(facticité)의 의미를 가지게 되었으며, 계산의 대상이 되었다(Canguilhem, 1972)’.

〈표 2-1〉 생의학 모형의 특징

특징	내용
심신이원론 (mind-body dualism)	신체와 정신은 별도로 취급 가능
기계적 비유법 (mechanical mataphor)	- 신체는 기계처럼 수리 가능 - 기술자가 기계를 수리하듯 의사는 환자의 신체를 치료
기술만능주의 (technical imperative)	질병에 대한 기술적 개입의 장점이 극대화
환원주의 (reductionism)	- 질병의 사회적, 심리적 요인은 무시 - 질병의 원인으로 신체 외부의 병원균에 초점
특정 병인론 (doctrine of specific aetiology)	병원균 이론(germ theory): 모든 질병은 검출가능한 특정 질환체, 즉 기생충, 바이러스, 박테리아로 발생
생물학적 일탈 (biological deviation)	- 질병은 생물학적 정상성(normality)을 벗어난 것 - 건강은 신체 기능에 이상이 없고 질병이 없는 상태
의학적 전문가주의 (medical professionalism)	- 제도화된 환경에서 전문가(의사) 중심의 의료체계 구축 - 의료비 증가

자료: Nettleton(1995), 조병희(2006)

이와 같은 특징을 가지는 생의학 모형은 빠르게 지배적인 의학 패러다임으로 자리잡았으며⁵⁾, 이 모형을 임상 현장에서 실현할 수 있는 집단, 즉, 의사들을 ‘의료전문직’으로 격상시켰다. 이 과정에서 의료윤리와 의학교육은 의료전문직으로서의 정체성을 확립하는데 크게 기여하였다.

의료전문직의 높은 사회적 지위와 시장에서의 독점권 및 자율성 확보 과정은 이타심과 봉사 정신, 장기간의 대학 교육을 통한 전문 지식 등에 기초하여 설명되는 부분이 많은데(Cruess, 1997; Wynia, 1999), 그 중 한 가지가 전문직 구성원(의사)들이 준수해야 할 윤리 규범의 존재이다(백한주, 2012). 히포크라테스 선서 이후 근대의학이 우위를 점하게 되면서 의학을 교육받은 의사들이 전문가단체(의사협회)를 통해 사회와 환자들을 대상으로 규범을 지키겠다는 ‘윤리선언’을 수행함과 아울러 그 반대급부로 직업적 독립성과 자율성, 직업적 존엄성을 획득하게 된 것이다(권복규, 2012).

19세기 중반 미국의사협회(AMA: American Medical Association)가 마련한 의료윤리 규약(Code of Medical Ethics)은 ① 의사와 환자, ② 의사와 동료 의사, ③ 의사와 지역 사회라는 세 부분의 상호적인 의무사항으로 구성되어 있었다(Shortt, 1983). 예를 들어 환자와의 관계에 있어서 의사들은 ‘모든 환자들의 부름에 응할 준비가 되어 있어야 하며, 환자의 비밀을 엄수하고, 동정심을 가져야 할 의무를 진다. 반대로 의사와의 관계에 있어서 환자들은 ‘적절히 훈련된 의사만을 선택하고, 그들의 질병을 치료할 의사를 신뢰하고 그들의 상태를 솔직히 알려주는 한편, 의사의 처방에 대해 기꺼이, 전적으로 복종할 것’을 요구하고 있다(Baker et al, 1999; Wynia, 2008). AMA의 의료윤리 규약은 사회와의 암묵적 계약을 통해 의사전문직 지배를 정당화하는 계기가 되었고, 이를 실행한 AMA는

5) Engel은 ‘생의학 모형이 독단(dogma)의 지위를 얻고 있다’고 지적한다(Engel, 1977).

명실공히 미국 의사를 대표하는 기관으로 인정받게 되었다(최보문, 2011).

또 한 가지 의료전문직의 위상 정립에 기여한 것은 의학교육체계의 확립이다. 전문직이 가지고 있어야 할 속성에 대해서는 다양한 이론이 존재하지만(박종우, 1997), 대체로 ① 실무의 기초로 과학적 지식과 기술이 있어야 하며, ② 학문적 교육과 훈련체계를 통해 과학적 기술과 지식을 습득하고, ③ 직업적 활동을 자율적으로 통제할 수 있는 가치 및 윤리강령을 가지고 있어야 하며, ④ 자기조직적(전국적 조직의 결성)이면서, ⑤ 활동에 대해 독자적인 판단을 내릴 수 있는 자율성이 주어져 있어야 한다는 점은 공통된다고 할 수 있다.

이 가운데 특히 과학적 기술과 지식 습득을 위한 체계적인 교육훈련체계의 마련은 전문직의 정체성을 형성하는 핵심적인 요소이다. 보건의료분야에서도 과학적 근거와 임상경험을 학습할 교육체계와 장기간의 교육·수련 기간 설정은 매우 중요한 과제였다. 이러한 점에서 볼 때 미국의 의학교육을 기존의 경험적 의학에서 과학적 의학으로 전환시켰으며, 의학의 습득을 위한 교육여건의 조성을 강조한 플렉스너 보고서(Flexner Report)⁶⁾와 1904년 구성된 의학교육심의위원회(Council on Medical Education)에서의 의과대학 평가⁷⁾라 할 수 있다.

이와 같이 과학에 기반한 의학 교육과 교육기관에 대한 평가인정제도의 확립을 통한 제대로 된 실험시설 및 연구진 구성, 임상과 기초의학의 결합 등의 일련의 변화는 의료전문가주의 확립에 결정적인 동력을 제공

6) 플렉스너 보고서의 원제는 Medical Education in the United States and Canada임(Flexner, 1910). 한편 플렉스너 보고서가 의학교육 개혁 과정에 미친 영향력이 과장되어 논의되고 있다는 지적도 있음(황상익, 1994).

7) 당시 160개 의과대학에 대한 의학교육심의위원회의 종합 평가결과 절반에 가까운 78개 학교가 의심스럽거나(doubtful) 수용할 수 없다(nonacceptable)는 평가를 받았다. 즉, 평가는 A(acceptable), B(doubtful), C(nonacceptable) 등 세 가지 등급으로 매겨졌는데, A급이 82개 학교, B급과 C급이 각각 46개, 32개 학교였다(황상익, 1994).

하였으며, 과학으로 무장한 의료전문직의 권위를 세우는 방향으로 작용하였다. 뿐만 아니라, 이와 같은 교육체계와 평가제도는 의료전문직에 대한 진입장벽을 높이는 데에도 일조하였다. 즉, 플렉스너 보고서 등을 통해 확립된 소수 엘리트 중심의 의학교육은 의료전문직의 사회적 권위 향상과 동시에 소수인종, 여성, 빈민 등에 대한 의학교육 기회는 축소시키는 효과를 가져왔다(황상익, 1994; 조병희, 2006).

마지막으로 의료전문가주의의 등장에 영향을 미친 요인으로 사회경제적인 요인을 간단히 언급하고자 한다. 18세기 중후반에 시작된 산업혁명은 19세기에 들어와 사회적 생산력의 급속한 증대를 가져왔다. 근대 산업 사회의 생산력 증대에 필수적인 요소는 노동력이었기 때문에 당시의 노동윤리는 빈곤층으로 하여금 노동 과정에 참여하도록 하는 것에 초점이 맞추어져 있었다(김인호·김우택, 2000).

따라서 19세기 ‘건강한 상태’가 지칭하는 특성은 정형화되어 있었다. 즉, 공장 노동과 군복무가 요구하는 신체활동을 감당할 수 있는 남성의 건강이 건강의 본보기가 된 상황이었다. 반대로 신체의 질병이나 허약함, 정신질환 등은 부정적이고 일탈적인 ‘비정상’으로 인식되었고, 이들을 빨리 회복시켜 노동 현장에 복귀시키는 것이 사회적으로 중요한 문제로 대두되었다. 그리고 이러한 노력에도 불구하고 생산력 발달에 기여하지 못하는 불치의 병자, 정신질환자, 자발적으로 게으른 노동자는 일탈자로 구분하여 격리하거나 퇴출시키는 것이 당연히 되었다(Foucault, 1961; Bury, 1986; Bauman, 2005). 이 과정에서 노동력을 통한 생산력 발달을 저해하는 요인인 질병을 통제할 수 있고, 정상(건강)과 일탈(질병)의 기준을 구분할 수 있는 의료전문직 집단의 중요성이 더해진 것이다(Parsons, 1975). 즉, 의료전문직은 질병치료라는 기능을 통해 산업사회를 유지하고 통합시키는 기능을 수행하였다.

2. 보건의료서비스에서의 소비자 위상 변화

앞서 살펴본 바와 같이 정보비대칭이 발생하기 쉬운 보건의료 영역에서 공급자인 의료전문직의 위상과 소비자의 위상은 반비례적인 성격을 가지고 있다. 예를 들어 의료전문직의 위상이 높아지면서 형성되는 전문직 지배(professional dominance)와 의료화(medicalization)는 여러 가지 다양한 해석에도 불구하고 대체로 소비자의 선택권과 정보접근권, 의료사고 등 피해에 대한 합리적인 보상권, 불만제기권 등을 제한하는 요인으로 작용한다.

보건의료 영역 내의 타직종에 대한 통제와 우월적 지위의 확보를 ‘전문직 지배’의 속성이라 한다면(Freidson, 1970, Nettleton, 1995)⁸⁾, ‘의료화’는 의학적 문제로 여기지 않던 영역, 예를 들어 고령, 출산, 음주, 어린이 행동 등에까지 의학전문기술을 적용시킴으로서 과거에는 정상적으로 받아들여졌던 삶의 여러 측면들까지 의료문제로 만들거나 의학적으로 재정의하고, 이를 통해 일반인들은 신체의 변화에 대해 의료전문가에게 점점 더 의존하게 되는 경향을 의미한다(Zola, 1972; Conrad, 1992; Nettleton, 1995)⁹⁾. 게다가 타직종 및 소비자에 대한 의료전문직의 우월

8) 예를 들어 현대의학이 확립되기 이전에 서구에서 대부분 여성 산파에 의해 이루어지던 분만에 대해 남성 산부인과 의사들은 ‘정상분만’만 여성 산파들이 취급하고, 조금이라도 의심스러운 경우는 자신들이 분만겸자와 같은 기구를 써서 개입해야 한다고 주장하였음. 결국 산파는 ‘조산사’라는 명칭으로 전문직종화하여 부분적인 자율성을 확보할 수 있었으나, 교육과 시험 통과라는 자격은 많은 여성 산파들을 퇴출시켰고, 결국 산부인과 의사들의 지시를 받거나 업무를 보조하는 역할로 격하되었다(Nettleton, 1995).

9) 예를 들어 과거 가족의 영역에서 이루어지던 임신과 출산은 이제 의료기관에서 의사의 감독 하에 이루어지게 되었으며, 부지불식간에 임신부와 산모에게는 환자 역할이 부여된다. 뿐만 아니라 월경 전후의 감정변화, 월경불순 등 과거에는 정상적 삶의 과정이 의료화됨으로써 의료전문직의 지배하에 놓이게 되어 여성들의 자유로운 의사결정권은 침해된다(조영미, 2004). 자연스러운 노화 역시 노화된 몸을 수명이 다한 기계로 의미화 하고 측정 가능한 노화 지수를 만들어 그 기준에 미치지 못한 노년은 의료전문가의 도움이 필요함을 강조한다(김주미·한혜경, 2013).

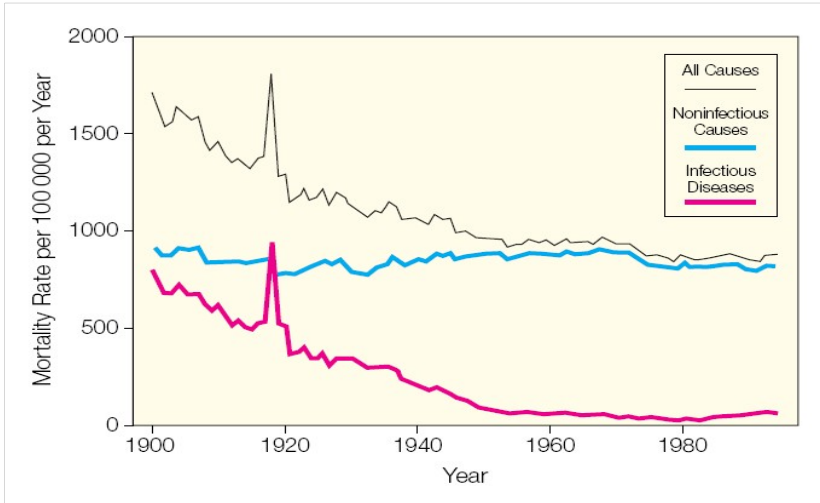
성은 의학지식의 객관성과 신뢰성을 과신하면서 ‘의사공동체’ 내에서의 평가만을 수용하는 반면, 자율성의 전제가 되는 자기통제를 소홀히 하여 도덕적·업무적으로 비난의 대상이 되는 행태로 나타나기도 한다(박호진, 2011)

그러나 20세기 중후반까지 전성기를 구가하던 의료전문직의 위상은 최근 들어 조금씩 변화하는 양상을 보이고 있다. 그리고 반대 급부로 소비자 위상은 과거에 비해 높아지고 있다. 전통적으로 의료전문직이 가지고 있는 높은 사회적 지위와 시장에서의 독점권, 자율성의 기초는 이타심과 봉사 정신, 장기간의 대학 교육을 통한 전문지식 보유 등의 요인으로 설명되었고(Wynia et al, 1999), 이와 같은 설명은 대체로 20세기 중반까지 받아들여졌다. 그러나 현대 사회로 접어들면서 질병구조의 변화, 불평등한 의사-환자 관계 개선 요구 증대와 소비자 권리인식 증대, 권위주의와 전문직 지배에 대한 반발, 의료비 증가에 따른 의료서비스 관리의 필요성 등은 보건의료시장에서 의료전문직과 소비자의 위치에 변화를 가져오는 주요한 원인으로 작용하고 있다.

가. 질병구조 변화와 건강증진 강조

의료전문직에 대한 사회의 반응이 달라진 데에는 의학의 대상이 되는 질병 양상의 변화가 적지 않은 영향을 미쳤다. 만성질환 중심의 질병구조 변화는 기존의 생의학 모형에 중요한 수정을 요구한다. 생의학 모형은 신체 외부에 존재하는 병원균으로 질병의 원인을 환원하고, 특정 병원균이 특정 질환의 원인이 된다는 ‘특정 병인론’에 근거한다. 그러나 만성질환은 질병의 원인 자체가 불분명하다. 병원균과 질병이 일대일 대응을 이루는 것이 아니라 사회환경적 요인, 개인의 건강행태나 라이프 스타일 등 다양한 요인들이 복합적으로 질병 발생의 기전에 작용한다.

[그림 2-1] 질병 양상의 변화 추이



자료: Armstrong et al(1999)

사망과 건강에서 다양한 사회경제적 조건에 따라 사망과 이환의 위험에 서로 다른 '확률'로 노출된다는(Mackenbach&Bakker, 2002) 건강의 사회적 불평등 문제 역시 생의학 모형은 설명하지 못한다(Nettleton, 1995). 개인이 처한 사회적 맥락에 따라 질병과 사망의 위험성이 변화한다는 점은 생의학 모형에서 상정하고 있는 바와 같이 신속한 치료수단을 마련하여 질병을 치료하거나, 표준화된 치료법을 통해 모든 사람의 질병을 동등하게 치료할 수 있다는 의학적 권위와 모순되기 때문이다.

다양한 질병 발생 기전과 불확실한 치료 효과가 특징인 만성질환 시대에는 개인의 건강증진 활동이 강조되고, 환자의 생애가 고려되는 전일적 의료(biographical and holistic medicine)가 부각된다(Armstrong, 1979). 예방에서부터 치료까지 모든 과정이 의료전문직에 의해서 통제되던 생의학 모형에 비교할 때 소비자 개개인에게 자신의 신체에 대해 통제권과 선택권이 적지 않게 부여된 것이다. 소비자의 주체적인 건강증진 활

동이 강조되면서 치료과정의 전권을 행사하였던 의료전문직의 역할은 환자를 도와주고 필요한 경우 전문적 상담에 응하는 것으로 이동하게 된다(조병희, 2003a)

나. 불확실성의 감소: 정보통신기술의 발달

앞서 지적한 바와 같이 전문직종의 직업적 자율성은 소위 불확실성과 기술성의 비율(indeterminacy technicality ratio)에 따라 결정된다. 즉, 의사결정과정에서 불확실성이 커질수록 형식적·암묵적 지식을 보유한 전문가의 영향력도 비례하여 커진다는 것이다.

그러나 20세기 후반 들어 급속히 발달하기 시작한 정보통신기술은 치료과정에서의 불확실성을 감소시키고 있다. EDI(건강보험전자청구시스템), PACS(영상정보저장전송시스템), EMR(전자의무기록) 등으로 대표되는 의료정보기술은 개인의 의료정보를 디지털화함으로써 공급자간 정보의 공유는 물론이고, 치료 과정과 치료 결과에 대한 객관적인 평가를 가능하게 하였다(김대중 외, 2013). 비록 평가자 역시 ‘동료 의사’라는 점에는 여전히 논란의 여지가 있지만, 그동안 별다른 이의없이 수용되던 의료전문직의 판단에 대해 제3자의 판정이 가능한 형태로 공개된다는 점은 매우 중요한 변화라 할 것이다.

정보통신기술은 의료정보에 대한 접근 장벽을 낮추고, 많은 사람들이 이를 공유할 수 있도록 네트워킹화 시켰다는 점에도 기여하였다. 보건의료시장에서 소비자가 합리적인 선택을 내리기 어렵도록 하는 가장 큰 이유는 ‘정보의 비대칭’으로서, 치료과정에서 환자를 의료전문직보다 열등한 위치에 놓이게 한다. 그러나 인터넷을 주축으로 한 e-Health는 공간과 시간과 지식의 한계를 극복하여 소비자에게 질병과 치료법, 의료서비스

스 공급자의 질적 수준 등에 대한 정보에 접근할 수 있는 길을 열었다. 소비자들은 인터넷을 통해 전세계적으로, 비용부담없이, 24시간 제공가능한 건강정보, 건강상담, 정서적인 지지 등을 제공받음으로써 자신들의 경험을 공유·교환하고, 동호회 등의 형태로 네트워크를 구축하여 국가와 의료전문직을 상대로 자신의 목소리를 높인다(정영철 외, 2005).

다. 의료의 시장화: 관리 의료의 등장

관점에 따라 다소 논란의 여지가 있으나, 전통적으로 보건의료는 공공재(public goods)로 인식되어 왔다. 소비의 비경쟁성(non-rivalness)과 비배제성(non-excludability)을 특징으로 하는 공공재의 속성상 보건의료서비스 역시 시장보다는 국가의 영향력이 큰 영역이었다.

그러나 고령인구가 증가하고 치료와 예방을 위해 지출되는 의료비가 크게 증가하면서 전세계 국가들은 급증하는 의료비를 적절히 통제하는 것이 중요한 의료정책의 과제로 대두되었다. 영국의 NHS에서 엄격한 심사예 예산 배정, 자금운용한도 설정, 실적지표 도입, 입찰제도, 내부 경쟁시장체계 도입 등을 골자로 한 개혁 조치가 도입(박순우, 2006; Lister, 2008)되었고, 유럽 국가들에 비해 상대적으로 시장의 힘이 강력했던 미국을 중심으로 관리 의료(managed care)의 등장을 촉발시켰다.

의료비 증가에 따른 의료경영에서의 효율성 가치의 중시와 의료전문직의 독점적 권한 약화가 결합하여 나타난 것이 관리 의료(managed care)로서 건강유지지구(HMO: Health Maintenance Organization) 및 전문가심사기구(PRO: Professional Review Organization) 등은 그 대표적인 사례이다. 관리 의료는 기본적으로 의료비 절감을 위한 의료규제 방안을 의미한다. 건강유지지구(HMO)에서는 의료비 절감을 위하여 유인

수요를 창출할 수 있는 의료전문직의 자의적인 행위가 제한되며, 보험자로 하여금 의료기관을 소유·운영하도록 함으로써 효과적인 행정관리가 이루어지도록 유도한다¹⁰⁾. 뿐만 아니라 보험자와 이익집단에서 추천한 의료의 질 심사위원으로 구성되는 전문심사기구(PRO)는 의료전문직에 의해 발생한 의료서비스의 적정성과 타당성을 심사(quality assurance)하고, 의료기관의 입원·재입원의 적정성을 심사(utilization assurance)함으로써 의료비 절감에 기여한다(최찬호, 2008).

영국 NHS 개혁과 미국의 관리의료 과정에서 소비자보호를 강조하고, 소비자권리를 주장할수록 보건의료영역에 대한 시장의 개입이 더 강화된다는 역설이 나타나는 것은 흥미로운 현상이다. 사람들은 환자가 아니라 ‘고객(customer)’으로 대우받아야 한다는 영국의 「환자헌장(Patient's Charter)」은 이를 뚜렷하게 보여준다(Department of Health, 1991). 즉, 소비자주의의 요체가 선택권을 확장하고, 적절한 정보를 제공하며, 서비스의 수준을 향상시키고, 소비자 만족도 등 소비자의 의견을 참작해서 서비스의 질을 보장하고, 소비자 요구를 측정하는 도구를 개발하고, 서비스에 만족하지 않을 경우 불만을 제기할 수 있는 것이라 할 때, 의료 영역은 여기에 민감하지 못했으며, 그로 인해 다양한 비효율과 낭비·중복, 환자불만, 의료소송, 장시간의 대기시간 등의 문제점을 야기했다는 것이다. 따라서 이러한 문제점을 해소하고 소비자의 권리를 진작시키면서 서비스 질을 높이기 위해서는 경쟁을 통한 효율화, 엄정한 심사를 통한 자원배분 등은 불가피하다. NHS 개혁과정에서 강조된 소비자주의는 피상적이며, 본질적인 측면을 숨기는 겉치레라는 비판(Nettleton, 1995)은 이러한 측면을 짚어내고 있다.

10) 연방 HMO법률이 제정된 후, 메디케어, 메디케이드 등 정부의 대부분의 의료보장 프로그램들의 HMO 가입이 강제되었음(최찬호, 2008).

〈표 2-2〉 미국 의료체계의 변화

	전문가 지배 (1945~1965)	연방정부 개입 (1966~1982)	경영통제와 시장기전 (1983~현재)
지배구조	이익집단모형 (미국의사협회)	국가모형 정부(구매자&통제자)	시장모형 소비자연합, 특화된 의료조직, 의료기업
논리	의료의 질	형평성과 접근성	의료비통제, 시장적 해결지향, 경영관리
관계자	의사, 전문가집단, 병원, 보험자	행정가, 사회학자, 경제학자	전문경영인, 경제학자, 법인, 소비자연합

자료: 조병희(2006)

라. 의사-환자 관계의 변화 요구

19세기에 들어서기까지 서구 사회에서 일반적인 의료서비스 형태는 이른바 ‘침상의료(bedside medicine)’로서, 이는 의사와 환자의 긴밀한 인간관계 및 의사의 후원자로서 환자를 특징으로 한다. 이와 같은 치료과정에서 의사들의 상대적 자율성은 낮을 수밖에 없었고, 환자는 치료방식 선택에 큰 영향력을 행사했다(Jewson, 2009). 그러나 생의학 모형이 정립되고 전문적인 의학교육이 실시되면서 치료과정에 환자가 개입해야 할 요소는 점차로 축소되었다. 이러한 변화 속에서 앞서 살펴본 바와 같은 의료화 과정을 통해 환자의 상식과 전문가(의사)의 과학적 정당화 사이의 상호관계는 급격히 후자 쪽으로 기울게 되었다.

의사-환자 관계를 3가지 기본형으로 구분한다고 할 때(지제근, 2004; 조병희, 2010), 의료전문직의 상대적 우월성을 인정하는 입장 하에서의 양자간의 관계는 부모가 자식을 대신하여 필요한 것을 준비하고 조달해주는 것처럼 의사가 환자를 대리하여 필요한 치료법을 선택하고 제공하면 환자는 이를 그대로 수용하는 방식인 ‘능동-수동 모형’에 가깝다¹¹⁾. 즉, 질병의 규정과 적절한 치료법의 선택은 물론이고 치료의 효과성 여부

까지 의료전문직이 판단하면서 환자가 자신의 증상이나 고통에 대하여 느끼는 감정이나 경험은 진료 과정에서 이차적인 요인으로 다루어지는 권위적인 의사-환자 관계가 형성된 것이다(조병희, 2003a).

그러나 앞서 지적한 바와 같이 질병의 양상이 만성질환 중심으로 변화하고 의료소비자의 권리의식 및 지식 수준이 높아지면서 의료전문직과 환자 관계에도 적지 않은 변화가 나타나기 시작하였다. 우선 급성기·전염성 질환의 치료에 효과적이었던 기존의 생의학 모형은 고령사회 및 만성질환에 대한 대처에서 한계를 보였다. ‘질병과 함께’ 평생을 보내야 할 만성질환의 특성상 환자의 질병 경험과 라이프 스타일의 변화를 위한 주체적인 역할이 매우 중요한 의미를 가지게 되었다.

특히 최근에는 인터넷으로 대표되는 지식정보화 추세가 보건의료 영역에서도 급격히 확산됨에 따라 과거에는 의료전문직이 독점하고 있던 의료정보에 대한 접근성이 일반 소비자들에게도 확대되고 있다. 의료정보화는 의료소비자들에게 질병 및 치료 방법에 대한 정보접근성을 높임으로써 정보의 비대칭성을 줄여주고 소비자의 권한 강화(empowerment) 및 적극적인 참여를 가능하게 한다(Goodyear-Smith&Buetow, 2001; 권순만, 2005).

이와 같은 변화 속에서 의료전문직-환자의 관계는 전통적인 능동-수동 모형에서 공동참여(mutual participation) 모형으로 변화하였다. 즉, 의료전문직의 역할에 전적으로 의존하면서 지시 사항에 순응해야 했던 환자들은 단순히 수동적인 수혜자로서가 아니라, 치료과정의 ‘또 다른 전문가’로서 공동으로 참여하고, 자신의 몸에 대한 결정권 행사를 강화하는

11) 의사-환자 관계(doctor-patient relationship)의 3가지 유형은 ①능동-수동 모형 ②지도와 협력 모형 ③상호참여 모형 등으로 구분할 수 있음. 지도와 협력 모형에서는 환자가 의사의 설명에 대해 자신의 의견을 제시할 수 있고, 의사는 전문적 식견을 바탕으로 환자가 최선의 선택을 하도록 도와주며, 상호참여 모형은 의사와 환자가 질병치료를 위해 공동으로 노력하고 협력하는 방식을 의미함(지제근, 2004; 조병희, 2010).

것이다. 자조 모임 등을 통해 강화된 네트워크는 환자의 지위 상승을 가속화시켰다. 뿐만 아니라 의료전문직과 환자의 커뮤니케이션 형태가 치료 효과 및 만족도에 적지 않은 영향을 미친다는 결과(Shaw et al, 2007) 역시 기존의 의료전문직-환자 관계를 변화시키는 데에 일조했다.

〈표 2-3〉 의료전문직-환자 관계의 세 가지 기본 모델

모델	의료전문직 역할	환자역할	모델의 임상적용	원형 모델
능동-수동	의료전문직이 환자에게 조치를 취함	지시에 따르기만 함	마취, 혼수상태, 섭망	부모-유아 관계
지도-협력	의료전문직이 환자에게 ... 하라고 말함	협력(지시에 순응)	급성 전염 등	부모-어린이 (청소년) 관계
공동참여	환자로 하여금 스스로 행동하도록 도움	파트너십으로 참여 (전문직 도움 이용)	거의 모든 만성질환, 정신분석	성인-성인 관계

자료: 제석봉(2007)

물론 최근의 의료정보화와 의료전문직-환자 관계에서의 커뮤니케이션 강조는 다양한 논란의 대상이기도 하다. 예를 들어 환자 위상의 향상이 일부 있다고는 하나, 의학 정보는 환자들이 적극적으로 활용하기에는 여전히 전문적 영역으로 남아 있기 때문에 의료전문직-환자의 관계는 본질적으로 불평등한 속성을 가진다는 비판이 있다. 또한 정보화의 진전에 따른 의학 정보의 난무는 비결정성¹²⁾의 문제를 야기하고, 이는 오히려 의료전문직-환자 관계에서 필수적인 신뢰성을 감소시키는 원인으로 작용할 수 있다는 지적(정연재, 2008) 역시 의료과정의 협력자로서 두 주체의 역할에 대한 다양한 고민이 필요함을 말해 준다.

12) 비결정성이란 사람들은 더 많은 정보를 제공받음에 따라 그들의 판단에서 확신이 증가하지만(과신), 정확성이 증가하지 않는다는 역설적인 상황을 의미함(정연재, 2008).



제3장 보건의료서비스 분야 소비자 권리 현황

제1절 보건의료서비스 분야 소비자 권리

제2절 보건의료서비스 분야 소비자 권리별 현황

3

보건의료서비스 분야 << 소비자 권리 현황

제1절 보건의료서비스 분야 소비자 권리

1. 소비자권리의 등장과 종류

자급자족 경제는 생산자와 소비자의 일치를 특징으로 한다. 그러나 생산력 발달에 따라 재화의 잉여가 발생하고 교환이 활발해지면서 생산자와 소비자의 구분이 분명해지기 시작하였다. 특히 생산방식이 생산자와 소비자의 합의적 거래를 특징으로 하는 가내수공업 방식을 벗어나 공장 생산에 의한 대량생산으로 발달함에 따라 소비자의 역할과 소비자문제에 대한 관심도 높아지게 되었다(문정숙 외, 2010).

전통적인 경제학에서 소비자 문제는 가격 결정에 영향을 미치는 한계 효용(marginal utility)과 소비자 선택 또는 소비자잉여(consumer surplus) 등에 국한되었으며, 생산된 상품의 판매 확대와 마케팅 전략 수립 차원에서 소비자 행동을 고려하는 '기업 입장'에서의 고려에 그쳤다. 흔히 자본주의 경제체제의 특징으로 소비자 선호의 중시와 소비자 주권(consumer sovereignty)의 실현을 지적하지만, 실제 현실에서는 정보의 비대칭성과 비조직화·파편화 등으로 인해 생산자에 비해 상대적으로 약자의 입장에 처해 있는 것이 소비자 위상이었다.

이와 같은 상황에서 소비자들의 권리를 보다 적극적으로 해석하고, 경제 및 사회활동 가운데 입을 수 있는 피해로부터 보호하기 위해 소비자 권리가 주창되기 시작하였다. 현대적 의미에서 소비자권리의 출발점은

1962년 케네디 대통령의 「소비자이익의 보호에 관한 특별교서(Special Message to the Congress on Protecting the Consumer Interest)」로 여겨진다(김성천, 2012). 이 교서에서는 소비자의 기본적인 권리로써 제품이나 서비스를 안전하게 소비하고(안전권; The right to safety), 그것에 대해 올바른 정보를 제공받으며(알권리; The right to be informed), 정보에 따라 상품을 자유롭게 선택할 수 있고(선택권; The right to choose), 소비과정에서 피해가 발생할 경우 온전하게 구제받을 권리(의견반영권; The right to be heard) 등 4대 권리를 제시하였다(안상윤, 2011)¹³⁾.

유럽공동체(EC) 역시 1975년 의결한 소비자보호와 정보에 관한 기본 계획에서 소비자들이 자신들의 생명과 건강을 침해당하지 않을 권리, 생산자로 하여금 적정한 표시를 행하게 할 권리, 부당한 거래조건에 강제당하지 않을 권리, 부당하게 입은 피해로부터 신속하게 구제될 권리, 정보를 신속하게 제공받을 권리 등 다섯 가지 권리를 규정하였으며¹⁴⁾, 일본도 1950년대에 발생한 모리나가 비소분유 사건, 가짜 쇠고기 통조림 사건 등을 계기로 소비자문제에 대한 관심이 높아진 후 1968년 ‘소비자보호기본법’이 제정되면서 소비자 이익의 옹호 및 증진에 관한 국가와 지방공공단체의 책무, 국가의 소비자교육 담당 책무 등이 도입되었다(안상윤, 2011).

소비자 권리의 유형은 각 국가가 처한 경제적, 사회적, 문화적 환경에 따라 다소간의 차이가 발견되나, 대부분 공통적인 특성을 공유하고 있다. 국제연합조직인 국제소비자기구(CI: Consumer International)는 소비자들의 여덟 가지 기본적인 권리와 다섯 가지 의무사항을 제시하고 있는

13) 케네디 대통령이 제시한 소비자의 4대 권리에 더하여 닉슨 대통령이 구제권을, 포드대통령이 교육권을, 클린턴 대통령이 서비스를 받을 권리를 추가하면서 소비자의 일곱 가지 기본권(Basic Rights of Consumer)이 확립되었음(김성천, 2012).

14) <http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=461866&cid=120&categoryId=256>

데, 현재까지 제시된 소비자권리의 종합적인 정리로 볼 수 있을 것이다¹⁵⁾. 또한 CI의 소비자권리는 의료서비스 분야의 소비자권리에도 중요한 근거로 활용되고 있다.

- ① 기본적 요구충족권(The right to satisfaction of basic needs):
기본적이고 필수불가결한 상품 및 서비스, 즉, 적당한 식량, 의복, 보건의료, 교육, 공공서비스, 식수와 위생 등에 접근할 권리
- ② 안전권(The right to safety): 건강 또는 생명에 위해를 주는 생산물, 생산과정, 서비스로부터 보호받을 권리
- ③ 알 권리(The right to be informed): 충분한 정보가 주어진 선택이 이루어지는 데에 필요한 사실이 주어져서, 정직하지 않거나 부정확한 광고 및 표시로부터 보호받을 권리
- ④ 선택권(The right to choose): 충분한 질적 수준이 보장된 가운데 일련의 상품이나 서비스를 적정한 가격으로 선택할 수 있는 권리
- ⑤ 의견반영권(The right to be heard): 정부정책의 수립 및 시행 과정, 상품과 서비스의 개발 과정에서 소비자의 이해가 대표될 수 있도록 하는 권리
- ⑥ 배상받을 권리(The right to redress): 허위정보, 저급한 상품, 불만족스러운 서비스에 대한 보상 등 배상청구에 대하여 정당한 결정을 받을 권리
- ⑦ 교육권(The right to consumer education): 상품과 서비스 이용에 대한 확실한 선택을 위해 필요한 지식과 기술을 습득할 수 있도록 하는 권리로서, 소비자의 권리와 책임을 인식시키고 이를 어떻게 활용할 것인지에 대한 내용을 포함
- ⑧ 건전한 환경에 대한 권리(The right to a healthy environment):

15) <http://www.consumersinternational.org/who-we-are/consumer-rights/>

현재와 미래 세대의 안녕에 비(非)위협적인 환경에서 생활하고 일할 권리

한편, 1980년대 CI의 의장이었던 Anwar Fazal이 소비자 권리에 대하여 다음과 같이 소비자 책무(consumer responsibility)를 보충적으로 제시한 바 있다.

- ① 비판적 인식(Critical awareness): 소비자는 상품과 서비스의 품질에 대하여 보다 많은 의문을 가질 수 있도록 각성하여야 한다.
- ② 참여 및 행동(Involvement or action): 소비자는 거래에서 정당한 대우를 받을 수 있도록 강력히 주장하고 행동해야 한다.
- ③ 사회적 책무(Social responsibility): 소비자는 사회적 책무를 가지고 행동해야 한다. 즉, 그들의 행동이 다른 소비자들에게 미치는 영향에 관심을 가져야 하며, 특히 지역사회 내의 취약한 집단과 관련성을 가진 행동에 유의해야 한다.
- ④ 생태적 책무(Ecological responsibility): 소비자의 결정이 환경에 미치는 영향에 보다 많은 관심을 가져야 한다. 자연 환경은 조화로운 방법을 통해 개발되어야 하며, 현재와 미래 세대의 삶의질을 발전시키는 데에 있어 가장 중요한 요인으로서 보호되어야 한다.
- ⑤ 연대(Solidarity): 가장 효과적인 방법은 소비자 및 시민단체들간의 협력을 통해 이루어진다. 이를 통해 소비자의 이익을 보다 적절하게 강화하고 보장할 수 있다.

많은 발전에도 불구하고 여전히 소비자는 생산자에 비해 취약한 위치에 처해 있는 것이 현실적인 한계이지만, CI의 소비자 권리 및 의무에서 볼 수 있는 바와 같이 최소한 법적·제도적으로는 소비자의 위상이 과거에

비해 상당히 높아졌다고 할 수 있다. 현재 대부분의 국가들은 경제사회정책에서 소비자 중심을 표방하고 있으며, 소비자들의 권리를 보장하기 위하여 다양한 권리를 명시하고 있기 때문이다.

2. 보건의료 분야에서의 소비자 권리

소비자의 권리가 가지는 중요성이 부각되면서 다양한 영역에서의 소비자 권리 증진 방안이 모색되기 시작하였다. 그러나 보건의료 분야에서의 소비자 권리에 대한 논의는 상대적으로 늦게 시작되었다고 할 수 있다. 이는 의료서비스가 가지는 강력한 지식전문성에서 기인한 소비자 선택의 근본적 한계, 명성재(reputation goods)로 일컬어질 정도로 전문가에 대한 신뢰에 바탕을 둔 서비스전달 방식 등이 작용하였기 때문이다.

보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리에 대한 본격적인 논의는 WHO 유럽사무소의 후원으로 1994년 네덜란드 암스테르담에서 개최된 ‘환자권리에 대한 유럽지역 회의(The European Consultation on the Rights of Patients)’의 결과 발표된 환자의 권리증진을 위한 선언(A Declaration on the Promotion of the Rights of Patients in Europe)에서 시작하였다. 여기서 WHO는 환자의 권리로서 ① 보건의료에서의 인권과 가치(Human Rights and Values in Health Care) ② 정보권(Information) ③ 동의권(Consent) ④ 비밀보장권(Confidentiality and Privacy) ⑤ 의료서비스를 받을 권리(Care and Treatment) 등 다섯 가지를 제시하고 있다(WHO, 1994)

한편 국제소비자기구(CI) 역시 환자권리장전(Charters for Patients' Rights)이라는 형태로 의료소비자의 권리를 일곱 가지로 나누어 발표한 바 있는데, 앞서 살펴본 소비자의 8대 권리에 기반을 두고, 보건의료서비스

스의 특징을 고려하였다는 특징을 가진다.

〈표 3-1〉 국제소비자기구의 환자권리장전(Charters for Patients' Rights)

권리	권리 내용
진료권 (The Right to Health Care)	- 모든 국민은 합리적이고 조건에 부합하는 의료서비스 수혜기준을 가져야 하며, 정부는 최적의 의료서비스를 제공할 의무를 가짐. - 비용이나 시설의 부족 등을 이유로 환자의 진료권 침해 금지 - 연령, 성별, 인종, 종교, 경제상황, 계급 등을 이유로 의료접근성에 대한 차별행위 금지
정보접근권 (Access to Information)	- 환자가 자신의 진료정보에 접근할 수 있는 권리는 건강증진을 위한 필수적인 권리 - 환자는 치료과정과 다른 치료대안에 대해, 그리고 그 과정에서 소요되는 시간과 비용에 대해 분명하고 충분한 설명을 들을 권리가 있으며, 이 때 환자가 이해가능한 쉬운 용어로 설명되어야 함. - 자신의 의료기록을 열람할 권리 - 모든 국민은 치료 뿐만 아니라 질병예방, 건강행위, 기본적인 의료에 대한 조언을 추구하고 얻을 권리를 가짐. - 환자에게 행해지는 진료의 내용과 부작용, 성공가능성, 대체가능한 치료 내용과 예측되는 결과 등에서 정보를 제공받을 권리
선택권 (Choice)	- 자신에게 치료를 제공할 의료인과 치료가 행해지는 장소, 제공되는 치료행위의 형태에 대해 선택할 권리 - 가능한 선택들에 대한 정보를 안 후, 환자들은 의학적 개입에 동의하거나 거절하거나 중지시킬 권리를 가짐. 또한 의료시스템은 환자들이 의료인과 시설을 선택할 권리를 행사하는 데에 유연해야 함.
참여권 (Participation)	환자들은 의료서비스 전달체계, 의료서비스의 질과 형태, 의료서비스가 전달되는 조건들에 대해 계획하고 평가함으로써 서비스 전달 체계에 대한 의사결정에 참여할 권리를 가짐.
존엄권 (Dignity and Human Care)	UN의 『세계인권선언』에서 천명한 바와 같이, 환자는 어떠한 차별도 받지 않고, 관심과 고려와 존중과 존엄으로서 다루어질 권리를 가짐.
비밀보장 (Confidentiality)	진료와 관련된 정보의 비밀보장은 환자와 의료인간의 성공적 관계를 위한 가장 중요한 전제조건으로서, 환자에 대한 개인정보는 본인의 동의가 있거나, 불가피한 의학·법적 이유가 있는 경우가 아니면 비밀이 보장되어야 함.
불만제기 및 보상 (Complaints and Redress)	- 의료인의 과실이나 치료 실패로 인해 초래된 손실 또는 악화된 질병과 손상에 대해 손해배상을 요구할 권리 - 설령 치료로 인해 손해를 입지 않았다고 하더라도 서비스의 질에 문제가 있을 때에는 불만을 제기할 권리를 가짐.

자료: 정영철 외(2005); 국가인권위원회(2009)

3. 우리나라의 보건의료 분야 소비자 권리 규정

가. 소비자기본법 및 보건의료기본법에서의 소비자 권리

우리나라 헌법은 소비자 권리를 직접적으로 보장하는 조항을 두고 있지 않으나, 제124조에서 “국가는 건전한 소비행위를 계도하고 생산품의 품질향상을 촉구하기 위한 소비자보호운동을 법률이 정하는 바에 의하여 보장한다”라고 규정함으로써 소비자의 권리를 간접적으로 인정하고 있다. 또한 보건 분야에서의 보호(제36조) 및 인간다운 생활과 사회보장·사회복지 증진(제34조)에 대해 국가의 의무를 명시하고 있어, 보건의료 분야에서 역시 소비자로서 국민의 권익을 보장하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

소비자의 권리를 분명하게 명시적으로 나타나고 있는 법률은 역시 소비자기본법(법률 제10678호)이라 할 것이다. 소비자기본법 제4조는 소비자는 기본적 권리로서 다음과 같은 8가지 권리를 가지고 있다고 규정하고 있다.

- 물품 또는 용역(이하 ‘물품등’이라 한다)으로 인한 생명·신체 또는 재산에 대한 위해로부터 보호받을 권리
- 물품 등을 선택함에 있어서 필요한 지식 및 정보를 제공받을 권리
- 물품 등을 사용함에 있어서 거래상대방·구입장소·가격 및 거래조건 등을 자유로이 선택할 권리
- 소비생활에 영향을 주는 국가 및 지방자치단체의 정책과 사업자의 사업활동 등에 대하여 의견을 반영시킬 권리
- 물품 등의 사용으로 인하여 입은 피해에 대하여 신속·공정한 절차에

따라 적절한 보상을 받을 권리

- 합리적인 소비생활을 위하여 필요한 교육을 받을 권리
- 소비자 스스로의 권익을 증진하기 위하여 단체를 조직하고 이를 통하여 활동할 수 있는 권리
- 안전하고 쾌적한 소비생활 환경에서 소비할 권리

소비자기본법에서 제안하고 있는 권리들은 안전권, 알 권리, 선택권, 참여권, 보상권, 교육권, 결사권, (총괄적)소비권으로 표현이 가능하다고 할 수 있다. 소비자기본법은 일종의 ‘기본법’으로서 추상적인 성격이 강하기 때문에 규범력의 문제를 보완하기 위하여 구체적인 분야별 특성에 부합하는 소비자권리 보장장치가 추가되어야 하며, 이들 개별적인 소비자보호 관련 법률들과의 연관성 등에 대한 보완이 필요하다는 지적(고형석, 2010)도 있으나, 소비자기본법이 종래의 ‘소비자보호’에서 한 단계 진전된 주체적 ‘권리’를 다루고 있다는 취지와 실제 법령에 보장된 권리들이 CI 등에서 규정한 국제적인 소비자권리 보장과 견주어 미흡함이 없다는 점에서 적지 않은 의미를 가진다고 할 수 있다.

또한 소비자기본법은 소비자권리 분야의 기본법으로서 보건의료 분야를 비롯한 각 분야에 준용되어 활용되고 있다. 소비자기본법이 규정하고 있는 바, 권리 보장을 위한 국가와 지방자치단체의 의무, 소비자정책에 관한 기본계획 수립, 소비자 안전조치의 시행, 소비자 분쟁의 해결 등 소비자의 권리를 실질적으로 증진시키기 위한 조치들은 보건의료 영역에서의 소비자 권리에 관한 중요한 정책적 지향점이 되었다.

보건의료 서비스 분야에 특화된 소비자 권리는 기본법이라 할 수 있는 보건의료기본법이 보장하고 있다. 보건의료기본법은 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고, 보건의료의

형평과 효율이 조화를 이루어 궁극적으로는 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 하고 있는데(제2조), 보건의료 소비자를 위한 국가와 지방자치단체의 책임(제4조) 및 보건의료인의 책임(제5조)을 명시하는 한편, “모든 환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 가진다(제6조제1항)”라는 환자 권리를 분명하게 명시하고 있다.

한편 보건의료기본법 제10조에서 제13조까지 의료소비자의 4대 권리를 규정한다. 그 첫 번째 권리는 건강권으로서, 모든 국민은 보건의료기본법 및 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·나이·종교·사회적신분·경제적 사정 등으로 건강에 대한 권리에 차별을 받지 않는다(제10조). 또한 국가와 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용 공개를 청구할 권리를 가지며, 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 본인의 보건의료 기록의 열람을 요구할 수 있다(제11조, 보건의료에 관한 알 권리). 의료소비자로서의 자기결정권과 관련해서는, 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 대해 동의를 결정할 수 있는 권리가 있으며(제12조), 보건의료와 관련, 자신의 신체상·건강상의 비밀과 사생활을 보호받을 권리를 가진다(제13조, 비밀보장).

아울러 모든 국민은 자신과 가족의 건강을 보호·증진하기 위하여 노력하는 한편, 건강을 보호·증진하는 데에 필요한 비용을 부담할 의무를 가지며, 보건의료인의 정당한 보건의료서비스와 지도에 협조해야 할 의무를 가진다(제14조, 보건의료에 관한 국민의 의무).

〈표 3-2〉 보건의료기본법 상의 국민의 권리

권리	권리 내용
건강권 (제10조)	• 모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가짐. • 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않음.
알 권리 (제11조)	• 모든 국민은 국가와 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가짐. • 모든 국민은 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있음.
자기결정권 (제12조)	• 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가짐.
비밀보장 (제13조)	• 모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 않음.

보건의료기본법 상의 소비자 권리 조항들이 ‘보건의료에 관한 국민의 권리 증진’이라는 입법목적을 달성할 수 있는 현실적이고 구체적인 실효성을 가지고 있는가에 대해서는 평가가 엇갈린다(조형원, 2001). 그러나 소비자 권리에 대한 인식이 최근에야 시작된 보건의료 분야에서 소비자 권리를 법률에 명시하였다는 점, 4대 권리를 비교적 분명하게 제시하고 있다는 점에서 보건의료기본법은 보건의료서비스 분야에서 소비자의 권리 현황을 분류하여 이해하기 위한 기본틀로 활용할 수 있을 것이다.

나. 의료법에서의 환자의 권리와 의무

의료서비스 영역을 집대성하여 규정하고 있는 의료법 역시 시행규칙을 통해 환자의 권리와 의무를 규정하고 있다. 의료기관의 장에게는 환자의 권리와 의무에 관한 내용을 접수창구나 대기실 등 환자 또는 환자의 보호

자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 게시하는 의무가 주어진다(의료법 시행규칙 제1조의2).

의료법 시행규칙에서의 환자의 권리는 크게 4가지로 규정된다. 먼저 진료받을 권리로서, 환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 갖고, 성별·나이·종교·신분 및 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하며, 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부하지 못한다. 또한 환자는 알 권리 및 자기결정권을 가지고 있는데, 담당 의사간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료 비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다. 환자는 또한 비밀을 보호받을 권리를 가지고 있어서 진료와 관련된 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니하며, 의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받거나 범죄 수사 등 법률에서 정한 경우 외에는 비밀을 누설·발표하지 못하며, 마지막으로 상담·조정을 신청할 권리를 통하여 의료서비스 관련 분쟁이 발생한 경우, 한국의료분쟁조정중재원 등에 상담 및 조정 신청을 할 수 있도록 규정하고 있다. 의료법 상의 환자의 권리는 보건의료기본법 제10조에서 제13조까지 규정된 권리들과 유사하게 규정되어 있다.

환자의 의무는 크게 두 가지로 제시되어 있는데, 첫째는 의료인에 대한 신뢰·존중 의무로서, 자신의 건강 관련 정보를 의료인에게 정확히 알리고, 의료인의 치료계획을 신뢰하고 존중하여야 하며, 둘째로 진료 전에 본인의 신분을 밝혀야 하고, 다른 사람의 명의로 진료를 받는 등 거짓이나 부정한 방법으로 진료를 받지 않는 등 부정한 방법으로 진료를 받지 않을 의무를 가진다.

[그림 3-1] 의료법 시행규칙의 환자의 권리와 의무

환자의 권리와 의무 (제1조의2제1항 관련)

1. 환자의 권리

가. 진료받을 권리

환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 갖고, 성별·나이·종교·신분 및 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하며, 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부하지 못한다.

나. 알권리 및 자기결정권

환자는 담당 의사간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료 비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

다. 비밀을 보호받을 권리

환자는 진료와 관련된 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니하며, 의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받거나 범죄 수사 등 법률에서 정한 경우 외에는 비밀을 누설·발표하지 못한다.

라. 상담·조정을 신청할 권리

환자는 의료서비스 관련 분쟁이 발생한 경우, 한국의료분쟁조정중재원 등에 상담 및 조정 신청을 할 수 있다.

2. 환자의 의무

가. 의료인에 대한 신뢰·존중 의무

환자는 자신의 건강 관련 정보를 의료인에게 정확히 알리고, 의료인의 치료계획을 신뢰하고 존중하여야 한다.

나. 부정한 방법으로 진료를 받지 않을 의무

환자는 진료 전에 본인의 신분을 밝혀야 하고, 다른 사람의 명의로 진료를 받는 등 거짓이나 부정한 방법으로 진료를 받지 아니한다.

다. 의료소비자 권리보호를 위한 기능적 법률

소비자 보호와 관련된 법령은 제정목적에 기준으로 하여 본래적 소비자보호법과 기능적 소비자보호법으로 구분할 수 있는데, 직접적인 소비자보호를 염두에 두고 제정된 법(예를 들어 소비자기본법)이 본래적 소비자보호법이라면, 관련 법률과 정책을 현장에서 적용하는 과정에서 간접적으로 소비자를 보호하고 권리를 증진하기 위한 내용이 추가되는 경우를 기능적 소비자보호법으로 구분한다¹⁶⁾.

보건의료의 경우 본래적 의미에서 의료소비자의 권리를 증진하기 위한 법령은 갖추어져 있지 않다고 할 것이다. 그러나 보건의료 영역이 다루는 제품과 서비스가 국민의 건강 및 생활에 미치는 밀접한 관련성을 고려할 때, 개별 법령에서 다양한 장치를 마련하여 소비자 권리를 보호하고 있다. 즉, 기능적 관점에서 소비자보호를 위한 장치를 마련하고 있는 셈인데, 이를 좀 더 세부적으로 분류하면 다음과 같다. 특히 보건의료서비스가 가지고 있는 특징에 따라 위해 방지와 표시 및 광고 적정화 분야에서 소비자 보호를 위한 규제가 집중되어 있다.

첫 번째는 위해 방지 분야이다. 보건의료 분야의 상품과 서비스는 본질적으로 생명 및 건강에 직접적인 영향을 미친다는 점에서 위해 방지는 ‘안전한 사용 권리’라는 측면에서 중요한 주제라 할 것이다. 예를 들어 식품위생법, 건강기능식품 등에 관한 법률, 공중위생관리법 등은 각종 식품과 공중위생 서비스의 안전성 확보를 위한 직접적 장치를 규정하고 있으며, 면허인에 의한 독점적인 의료서비스(의료법)와 전문가에 의한 약사(藥事) 관리와 위해의약품의 관리(약사법) 등도 결국 소비자의 안전을 위한 위해 방지를 관련 조항으로 포함하고 있다.

16) http://consumer.cbnu.ac.kr/user/saveDir/board/www20/282_1305512965_0.pdf

두 번째 영역은 계량 및 규격의 적정화 분야이다. 보건의료와 관련된 서비스의 거래 시 계량 또는 규격으로 인한 피해로부터 소비자를 보호하고, 재화의 표준화를 통한 품질개선을 도모함으로써 소비생활의 향상에 도 기여하기 위한 조항들이다. 예를 들어 약사법은 의약품의 제조, 포장, 유통 등의 과정을 표준화함으로써 소비자들의 피해를 예방하며, 의료기기법의 경우에는 규격과 잠재적 위해성 등을 고려하여 의료기기의 등급을 분류하여 지정하게 함으로써 안전한 관리가 이루어지도록 규정하고 있다. 의료법에 근거한 의료기관인증제도 및 농수산물품질관리법에 의거한 품질인증제도 역시 규격화를 유도함으로써 서비스와 제품의 질적 수준을 향상시키고 소비자를 보호하고자 하는 취지가 담겨 있다.

세 번째 영역은 표시 및 광고의 적정화 분야이다. 의료법은 의료광고에 대해 상당히 엄격한 규제사항을 담고 있고, 약사법 역시 의약품의 포장 등에 대한 표시기재를 세분화시켜 적용한다. 식품위생법, 공중위생관리법 등 관련 상품과 서비스가 건강에 미칠 수 있는 위해성을 감안하여 영양표시 등을 준수하도록 규정한다.

마지막으로 보건의료서비스의 개인정보 보호 및 적극적인 피해구제 분야 역시 최근에 들어와 그 중요성이 높아지고 있다. 예를 들어 건강검진 기본법은 개인의 건강검진 자료의 활용과정에서 사생활의 비밀 침해가 이루어지지 않도록 해야 함을 규정하며, 개인정보보호법은 건강에 관한 개인 정보를 ‘민감정보’로 분류하여(제23조) 매우 특별한 경우를 제외하고는 유출과 활용을 엄격히 제한한다. 의료법 역시 의료행위를 하는 과정에서 알게 된 환자의 비밀을 누설해서는 안되며, 환자 본인 이외의 사람에게 환자의 기록을 열람하는 것을 금지한다. 또한 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률은 정보비대칭성이 존재하는 의료서비스의 이용 과정에서 발생하는 피해에 대하여 소비자에게 공정한 판정과 구제

를 규정하고 있다.

〈표 3-3〉 보건의료서비스 영역에서의 기능적 소비자보호 법령

유형	해당 법령
위해 방지	의료법(면허제도), 약사법(면허제도, 복약지도, 위해의약품 회수), 식품안전기본법(위해성 평가), 식품위생법(위해식품 판매 금지), 건강기능식품 등에 관한 법률(위해 건강기능식품 판매 금지), 어린이식생활 안전관리 특별법, 화장품법(화장품 안전기준), 공중위생관리법(위생관리), 혈액관리법(혈액의 안전성 확보) 등
계량 및 규격의 적정화	의료법(의료기관인증제), 약사법(의약품 제조), 화장품법(화장품 제조), 의료기기법(의료기기 등급 분류), 농수산물품질관리법(품질인증제), 정신보건법(정신의료기관시설기준) 등
표시 및 광고의 적정화	의료법(의료광고), 약사법(의약품 표시기재), 식품위생법(영양표시, 허위표시 규제), 건강기능식품 등에 관한 법률(표시기준), 화장품법(화장품 표시기재), 공중위생관리법(위생등급), 국민건강증진법(건강위해물질 광고 제한, 경고문구 삽입) 등
개인정보 보호	의료법(환자비밀 누설 금지), 개인정보보호법(개인의료정보 보호), 건강검진기본법(개인 건강정보 활용 제한), 생명윤리 및 안전에 관한 법률(개인유전정보 등 보호), 장기 등 이식에 관한 법률(비밀유지), 정신보건법(비밀유지), 후천성면역결핍증 예방법 등
피해 구제	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률

자료: http://consumer.cbnu.ac.kr/user/saveDir/board/www20/282_1305512965_0.pdf의 내용을 바탕으로 법령별 작성

제2절 보건의료서비스 분야 소비자 권리별 현황

본 절에서는 우리나라에서 보건의료서비스 분야 소비자 권리가 구체적으로 어떤 정책의 형태로 나타나고 있는지에 대한 현황을 분석하고, 문제점을 제시하고자 한다. 의료서비스 분야의 소비자권리와 관련한 기본적인 분석 범주는 ‘보건의료기본법’ 상의 4대 권리인 건강권, 알 권리, 자기

결정권, 비밀보장 등으로 대별하였다.

1. 건강권

가. 건강권: 정의와 문제점

건강권을 어떻게 정의하느냐에 대해서는 다양한 논의가 있을 수 있으나, 대체로 건강에 영향을 미치는 환경적 위협에 평등하게 대처할 권리(right to health), 신분이나 재산에 관계없이 균등하게 보건의료자원에 접근할 수 있는 권리(right to health care), 보건의료전달체계 내에서 보건의료자원을 균등하게 향유하여 이용할 수 있는 권리(right in health care)로 구분할 수 있다(문창진, 1997). WHO의 목표였던 ‘Health for All’과 그 실행전략인 ‘일차의료 강화’는 결국 의료서비스에 대한 신체적·지역적·경제적 경계 없는 형평성있는 접근을 강조한 것이라 할 수 있다. 이러한 전통적인 건강권에 대한 논의는 우리나라 법령에도 반영되어 있다. 즉, 앞서 살펴본 바와 같이 보건의료기본법은 제10조에서 건강권을 정의함에 있어 ‘자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리’와 ‘성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 한 건강에 관한 권리를 침해 금지’를 내용으로 하고 있는 것이다. 또한 의료법 역시 이를 규정하고, 환자가 건강권을 가지고 있음을 의료기관에 제시하도록 의무화하고 있음은 앞서 살펴본 바와 같다.

건강권의 정의를 반대로 해석하면, 건강권을 저해할 가능성이 높은 요인들을 추출할 수 있다. 예를 들어 치료가 필요한 상황임에도 불구하고 경제적 어려움으로 인해 치료를 포기하는 사례가 있다면, 이는 경제적 사정을 이유로 한 건강권 침해에 해당한다. 또한 의료서비스를 받아야 할

필요가 있음에도 불구하고 이용가능한 서비스제공기관이나 인력이 부재하여 미충족의료가 발생한 경우 역시 건강권이 침해된 사례로 볼 수 있다. 따라서 건강권 보장을 위한 정부의 정책 목표는 일차적으로 이러한 저해 요인들을 최소화시키고, 중장기적으로는 건강권을 확보하기 위한 근본적인 요인(예를 들어 빈곤, 차별 등)을 완화하는 것에 초점을 맞추게 되는데, 이를 정리하면 다음과 같다.

① 의료접근성에서의 불평등성

의료서비스에 대한 평등한 접근을 수평적 형평과 수직적 형평으로 구분한다고 할 때, 수평적 형평성은 거주 지역에 관계없이 동등한 자원을 제공하여 동등한 접근성을 확보하는 것을 의미한다. 이러한 측면에서 우리나라 의료자원의 지역별 편중성이 문제점으로 지적된다. 예를 들어 우리나라의 경우 2009년 현재 특별시 및 광역시 지역과 군 지역간의 인구 1,000명당 병상 수는 8.3배의 격차가 있고, 지역별 자체충족율¹⁷⁾에 있어서도 특별시·광역시(76.6%)에 비해 군지역(25.6%)이 현저히 떨어지는 등 (박수경 외, 2011) 농어촌 지역을 중심으로 형평성 있는 의료서비스 접근에 의문이 제기되고 있는 상황이다. KTX를 비롯한 교통수단의 발달로 인해 지방거주자들의 대도시 의료기관 이용접근성이 개선되었다는 평가(이재희 외, 2011)도 있으나, 이는 결국 수도권 지역을 제외한 지역, 특히 농어촌 지역 의료기관의 역할을 약화시켜 의료서비스 공백을 심화시킴으로써 의료접근성을 더욱 악화시킬 가능성이 높은 현상이다.

경제적 상황에 따른 미충족 의료의 발생도 접근성을 평가하는 주요한 지표로 활용할 수 있다. 일반적으로 미충족 의료는 대체로 진료 또는 검사가 필요하다고 인지하는 상황에서 이를 실제로 이행하지 못한 비율로

17) 해당 지역내 의료기관을 이용하는 환자 비율

정의된다. 미충족 의료가 발생하는 원인으로는 여러 가지가 논의되나, 일반적으로 저학력계층과 만성질환 이환계층, 미취업자 및 빈곤계층, 임시직에서 높게 보고되고 있으며(양진영, 2010; 이상이 외, 2011), 2010년 현재 미충족 의료수준이 20.3%에 이른다는 분석(김혜련 외, 2012)은 여전히 경제적 문제에서 기인하는 의료서비스 사각지대가 상존하고 있음을 보여준다.

특히 우리나라의 경우 지금까지 지속적인 개선에도 불구하고 여전히 건강보험 보장률이 높지 않아 중증질환이 발생시키는 ‘과부담 의료비’ 또는 ‘재난적 의료비’로 인한 가구 부담이 상당히 크고, 이는 특히 저소득 가구일수록 더욱 심각한 것으로 알려져 있다(최정규 외, 2011; 이해재·이태진, 2012). 건강보험공단이 2011년 기준 건강보험 가입 가구 14,938,079가구(건강보험 가입대상 가구의 70.2%)를 대상으로 하여 ‘가구당 연평균소득의 10% 이상을 초과하여 의료비를 직접 지출하는 경우’를 재난적 의료비(catastrophic health expenditure)¹⁸⁾로 정의하여 분석한 결과(임승지 외, 2012)에 따르면, 가구균등화소득 대비 본인부담 의료비 부담률은 소득수준 하위 10% 가구가 17.9%인 반면, 상위 10% 가구에서는 8.2%로 나타났다. 즉, 소득수준이 낮을수록 의료비 본인부담이 과중하며, 이는 곧 건강권 확보 차원에서 취약한 보장성 수준을 가지고 있음을 의미한다(표 3-4 참조).

건강보험제도 및 의료급여제도의 일차적인 취지가 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 공평한 접근을 보장하는 것이라 할 때, 이를 실현하기 위한 경제적 부담의 완화는 건강권 확보 차원에서 매우 중요한 주제이다.

18) 이 때 재난적 의료비는 가구당 연평균소득의 10% 이상을 초과하여 의료비를 직접 지출한 경우로 정의되었음(임승지 외, 2012).

〈표 3-4〉 2011년 소득분위별 가구당 연간 의료비 부담

소득 분위	적용인구 (명)	가구 균등화소득 (원)	가구당 본인부담 의료비(원)			의료비 부담률 (%)
			보험료	본인부담	합계	
1	2,519,055	5,296,086	193,944	751,586	945,530	17.9
2	2,622,865	7,966,933	297,701	679,437	977,138	12.3
3	2,762,516	10,384,090	398,219	672,531	1,070,751	10.3
4	3,109,155	12,781,317	519,994	774,765	1,294,760	10.1
5	3,420,380	15,724,948	671,009	881,146	1,552,155	9.9
6	3,761,553	19,171,389	857,904	1,007,594	1,865,499	9.7
7	4,110,776	23,080,328	1,079,706	1,153,199	2,232,906	9.7
8	4,534,495	27,860,607	1,368,852	1,310,029	2,678,881	9.6
9	4,869,788	34,555,099	1,759,417	1,473,365	3,232,782	9.4
10	5,057,710	56,037,959	2,907,776	1,678,684	4,586,460	8.2
계	36,768,293	22,726,006	1,005,453	1,038,234	2,043,686	9.0

자료: 임승지 외(2012)

② 비용 부담에서의 공적 책임 미흡

의료서비스의 전달에 있어서 재원 조달이 소득의 차이에 따라 누진적으로 부담되는지, 지불보상 방법으로 인해 결과적으로 소비자 부담을 가중시키는 구조인지 여부도 건강권과 밀접한 관련성을 가지고 있다.

보건의료기본법의 건강권은 건강에 대한 국가의 보호를 받을 권리를 첫 번째로 규정하고 있는데, 이는 건강을 위한 정부 차원의 적극적인 투자를 의미하는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 우리나라 의료의 공공재원 비중이 OECD(경제개발협력기구) 국가들의 기대 수준에 비해 80%수준으로 낮은 58.2%에 불과하고, 본인부담 비중은 1.5배나 높아 의료 보장성이 크게 낮다는 지적(김혜련 외, 2012)은 ‘낮은 공공재원 비중과 높은 본인부담 비중’이라는 우리나라 의료서비스 전달체계의 문제점을 보여준다.

이러한 차원에서 4대 중증질환 보장성 강화 및 저소득층의 의료비 부담을 감소하기 위한 각종 보장성 강화정책은 건강권 제고 차원에서 의미 있는 시도라 평가할 수 있다. 그러나 의료계가 지적하고 있는 저수가·저급여의 문제점 및 정부와 시민사회계가 지적하고 있는 합리적 지불보상체계의 개편이 동시에 이루어지지 않을 경우 건강에 대한 개인과 가족의 높은 부담은 앞으로도 상당 기간 지속될 전망이다, 이는 ‘성별·나이·종교·사회적신분·경제적 사정 등으로 건강에 대한 권리에 차별을 받지 않는다’는 건강권의 기본 취지를 저해하는 요인으로 작용할 것이다.

나. 건강권 관련 제도

① 의료비부담 완화 제도: 본인부담 상한제 및 산정특례

중증질환자가 있는 저소득가구의 경우 과도한 의료비 부담은 가계파탄의 원인으로까지 지적되고 있는데, 이와 같은 의료비 부담을 완화하고 건강보험 보장성을 제고하기 위한 대표적인 제도가 본인부담 상한제도와 산정특례제도이다.

국민건강보험법 시행령 제22조에 의거하여 2004년 7월부터 시행되고 있는 본인부담 상한제는 법정본인부담금이 일정액을 초과하면 이를 상환해 주는 제도로써 고액·중증질환자의 과다한 진료비 지출로 인한 경제적 부담을 예방하는 것을 그 취지로 하고 있다. 도입 당시 법정본인부담액이 6개월간 300만원을 초과할 경우 초과금액을 건강보험공단이 부담하는 제도로 설계되었으나, 이후 본인부담 경감효과의 미흡, 고소득층이 저소득층에 비해 더 많은 상한제 혜택을 받는 역진적 구조 등이 문제점으로 지적됨에 따라 현재는 본인부담상한액을 보험료 수준별로 차등화하고(보험료 수준 하위 50% 200만원, 중위 30% 300만원, 상위 20% 400만원),

상한제 적용기간을 6개월에서 1년으로 확장한 제도가 시행되고 있다(임승지 외, 2012)¹⁹⁾.

또한 2005년 건강보험 보장성 강화대책으로 도입된 산정특례제도는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 의거하여 중증질환 대상자, 희귀난치성질환 대상자, 가정간호 대상자, 6세 미만 아동 및 자연분만 신생아를 대상으로 하여 외래 및 입원 진료 시 본인부담액을 경감하여 주는 제도이다.

본인부담상한제도와 산정특례제도를 위시한 진료비 경감 정책들은 중증질환자들을 중심으로 의료서비스 이용을 개선하고(배지영, 2010), 지불능력 대비 의료비부담을 감소시키는 효과가 있었던 것으로 보고되었다(최정규·정형선, 2012). 또한 심뇌혈관질환 산정특례 대상자들의 경우 비대상자들에 비해 전체 진료비 증가가 현저하여 미충족의료의 해결이라는 측면이 존재하는 등(최영순·태영희, 2012) 일정 정도 긍정적인 효과를 거두고 있는 것으로 평가된다. 그러나 전체적인 건강보험 보장성 제고와 중복 적용에 따른 문제점 해소를 위해 본인부담상한제도와 산정특례제도를 발전적으로 통합할 필요성이 검토되고(임승지 외, 2012), 4대 중증질환 등 특정 질환에 대한 선택적 보장성 강화정책은 오히려 고소득층에 더 많은 혜택이 돌아갈 가능성이 있다는 주장이 제기되는 등²⁰⁾ 의료비 부담의 완화를 통한 건강권 확보 차원에서의 제도개선안도 지속적으로 제기되고 있다.

19) 한편 2014년부터는 본인부담상한액 구간을 현행 3단계에서 7단계로 세분화하고, 소득 하위 10%의 상한액은 200만원에서 120만원으로, 소득 하위 20~30%의 상한액은 200만원에서 150만원으로 낮추는 반면, 소득 상위 10%의 상한액은 400만원에서 500만원으로 높여 저소득층 및 중산층의 의료비 부담을 경감하는 개정안이 시행될 예정임 (http://health.chosun.com/news/dailynews_view.jsp?mn_idx=61486).

20) <http://view.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2013100711115891838>

② 진료비대불제도

진료비 때문에 스스로 치료를 포기하거나, 진료비 체납 여부를 근거로 병원이 입원진료를 거부하는 등 저소득 계층의 진료 권익 침해가 심각한 실정이다. 실제 ‘국민 신문고’에 접수된 민원 사례에 따르면 대형병원으로부터 주택소유자, 직장인 등에 대해 연대 보증인을 요구하는 관행으로 입원 고충이 있다는 사례가 2009년 63건, 2010년 49건, 2011년 81건으로 매년 증가하는 것으로 파악된다(국민권익위원회, 2011).

이러한 저소득·취약계층의 의료접근성 제고를 위하여 진료비 대불제도가 운영되고 있다. 진료비 대불제이란 경제적 이유 등으로 환자가 부담해야 할 진료비를 납부할 수 없는 경우 공공기관(건강보험심사평가원 등)에서 이를 대신 납부하고 차후에 환자로부터 상환받는 제도를 의미하며, 현재 의료급여 대불제도, 응급의료비 미수금 대불제도 등이 시행되고 있다. 의료급여법 제20조 및 제21조에 근거한 의료급여 대불제도는 의료급여 대상자가 병원에 입원하여 발생한 진료비 가운데 급여항목의 본인부담금이 20만원을 초과한 경우, 이를 지자체가 대신 지불한 뒤 5년 이내에 상환하도록 하는 제도이며, 응급의료비 미수금 대불제도는 국가가 응급 의료비를 먼저 내주고 차후 환자가 상환하는 제도이다.

건강권을 저해하는 가장 큰 요인 중 하나가 진료비 부담이라는 점에서 대불제도는 매우 긍정적인 제도로 평가할 수 있으며, 표면적인 활용 실적 역시 높아지는 추세이다. 예를 들어 응급의료대불제도의 경우 2006년에 비해 2010년 청구건수는 78.9%, 심사건수는 53.0%가 증가하였다(국민권익위원회, 2011). 그러나 대불제도에 대한 개선 요구사항도 제기되고 있는데, 가장 개선이 시급한 점은 역시 제도의 실효성이 미흡하다는 점이다. 응급의료 대불의 경우 의료기관이 진료비를 건강보험심사평가원에 청구하여 지급받기까지 시일이 적지 않게 소요되며, 대불신청을 하더라도

도 지불불능 판정이 30% 이상에 이르러 일선 병원들이 수익성 악화를 이유로 제도 이용을 회피하고 있는 것이다(국회입법조사처, 2013). 또한 응급의료를 비롯한 진료비대불제도에 대한 국민의 인지도²¹⁾가 매우 낮게 나타나는 등 향후 제도 홍보 측면에서도 보다 많은 노력이 필요할 것으로 보인다.

③ 의료서비스 이용의 지역적 비형평성 개선

앞서 언급한 바와 같이 우리나라의 의료자원은 지역별 분포의 편중성을 특징으로 한다. 2009년 현재 특별시 및 광역시 지역과 군 지역간의 인구 1,000명당 병상 수는 8.3배의 격차가 있고, 지역별 자체충족율²²⁾에 있어서도 특별시·광역시(76.6%)에 비해 군지역(25.6%)이 현저히 떨어지는 상황이다(박수경 외, 2011). 따라서 보장성 강화정책을 시행함으로써 의료서비스에 대한 경제적 접근성을 개선하더라도, 이를 이용하기 위해 교통비 등 부가적인 직·간접 비용이 발생할 경우 취약계층 및 취약지 주민들의 의료서비스 이용은 제한받을 수밖에 없는 구조이다. 또한 보건의료자원의 지역간 불균형 분포는 의료이용의 격차를 발생시키고, 건강수준의 지역간 불평등성으로 나타난다(윤태호, 2010).

의료서비스 이용의 지역적 비형평성을 개선하기 위한 노력은 일차적으로 공공의료기능을 강화하는 방향으로 추진되었다고 할 수 있다. 지방 국립대학병원을 중심으로 권역별 전문질환센터와 심뇌혈관질환센터, 지역암센터 등을 거점의료기관으로 지정함으로써 서비스 제공을 위한 인프라를 구축하는 한편, 의료취약지를 지정하고 낙후된 보건기관 개선, 취약서비스(응급의료, 분만의료) 지원 사업을 추진하였다.

21) 2011년 현재 응급의료비 대불제도에 대한 국민의 인지도는 약 10%에 머무르고 있음(국회입법조사처, 2013).

22) 해당 지역내 의료기관을 이용하는 환자 비율

그러나 지역간 의료이용의 비형평성을 개선하기 위한 여러 가지 정책에도 불구하고 아직까지 그 성과는 여전히 불투명하다고 평가할 수 있다. 응급의료와 같이 수익성이 낮거나 취약지역, 취약대상에 대한 의료서비스는 민간 영역에서의 공급이 원활하지 못하여 지역편중성은 오히려 강화되는 추세이고, 농어촌 지역을 중심으로 급격한 고령화가 진행되고 있음에도 불구하고 주요 노인성 질환과 재활치료 등에 대한 대응체계 역시 여전히 보완할 지점이 남아 있다. 또한 지역간 의료이용의 격차에 대한 실증적 논거가 부족하며, 공공병상 등의 공급 확대를 통한 의료비 지출 억제 효과 등에 대해서도 합리적인 근거가 부족하다는 의견(윤희숙, 2007)이 제시되는 등 지역별 자원의 편중성이 의료이용의 형평성 및 건강권 제고에 미치는 영향에 대한 자료의 구축과 해석에 있어서도 이견이 존재하는 상황이다.

2. 알 권리

가. 알 권리: 정의와 문제점

의료서비스의 경우 시장에서 거래되는 다른 재화에 비해 ‘정보 비대칭성’의 특징을 가진다. 의료정보 자체가 매우 전문적인 성격을 가지고 있는데다가 관련된 지식을 습득하기 위해서는 장기간이 소요되는 전문적인 교육체계와 임상실습 과정을 필요로 하기 때문이다. 따라서 의료서비스 시장에서 소비자의 합리적 선택을 위한 판단은 제한되는 반면 의료전문직의 판단에 강한 의존성을 가지게 된다. 또한 정보우위자인 의료인들에 의한 ‘공급자 유인수요(provider induced demand)’로 인해 시장실패와 사회적 후생의 손실이 발생할 가능성도 상존한다(권순만, 1999). 물론

전반적인 사회적 변화와 소비자운동의 성장으로 인해 권리의식 수준이 향상되고 '능동-수동 모형'에 국한되어 있던 의사-환자의 관계가 '공동참여'로 변화함에 따라 그동안 접근이 제한되었던 의료정보의 영역으로도 소비자들의 참여 요구가 크게 증가하고 있는 것은 긍정적이다. 그러나 여전히 보건의료서비스 시장에서 소비자의 상대적 위치는 약자라 할 수 있으며, 여기에는 다양한 관련 정보에 대한 무지가 크게 작용하는 것으로 사료된다.

'알 권리'란 일반적으로 국민 개개인이 정치적·사회적 현실에 대한 정보를 자유롭게 알 수 있는 권리, 또는 이러한 정보에 대해 접근할 수 있는 권리를 통칭하는 개념²³⁾이며, 소비자의 합리적인 선택권 또는 자기결정권에도 결정적인 영향을 미치는 요인이다. 보건의료법 제11조와 제12조는 소비자의 알 권리와 자기결정권을 명시적으로 규정하고 있는데, 알 권리가 자신의 의료기록 및 국가 등의 보건의료시책에 관한 공개청구에 집중되어 있는 반면, 자기결정권은 의료전문직으로부터 질병 및 치료에 대한 정보를 충분히 듣고 동의 여부를 결정하는 권리에 집중되어 있다.

또한 알 권리는 의료서비스 소비자의 건강정보이해능력(health literacy)과도 밀접한 관련성을 가진다. 건강정보이해능력이란 각 개인들이 자신의 건강문제 해결에 적합한 결정을 내리는 데에 필요한 기본적인 정보와 서비스를 획득하고, 활용하며, 이해할 수 있도록 하는 능력의 수준을 의미하는데(AHRQ, 2010), 건강정보이해능력 보유 수준은 사망률 및 기능적 신체 상태, 만성질환에 대한 열악한 관리로 인한 과도한 의료비용 지출 등에 유의한 설명변수로 작용하고 있음이 보고되고 있다(Baker et al, 2007; Wolf et al, 2005; Weiss&Palmer, 2004). 따라서 소비자가

23) <http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1212343&cid=2000000000&categoryId=200002666>

본인의 건강수준 및 의료서비스, 국가의 보건의료정책에 대해 일정 수준 이상의 지식을 보유하도록 하는 것은 의료소비자 권리의 증진 측면에서도 의미있는 정책이 될 것이다.

의료소비자의 알 권리 충족을 위한 전통적인 방법은 ‘의사의 설명의무’로 대표되는 의료전문직의 정보제공이었다고 할 수 있다. 그러나 의사의 설명의무만으로 높아지는 소비자의 권리 인식 수준을 충족시키기에는 한계가 존재한다. 기본적으로 설명의무는 대리인(agent)으로서 의사에게 주어지는 일종의 의무사항이기 때문에 적극적인 알 권리 충족이라 보기 어렵기 때문이다. 또한 당위적인 필요성에도 불구하고 의료전문직의 설명은 현실적으로 치료방법, 부작용, 치료결과 등에 대한 일종의 ‘동의’로서의 역할을 하며, 실제 환자가 다양한 선택사항 중에 선택하는 방향으로 작용하지 못한다는 점도 지적된다. 마지막으로 가격정보를 비롯하여 소비자 입장에서 민감할 수 있는 정보의 제공에서 한계가 있다는 점 역시 지적되었다.

이에 따라 알 권리 증진은 소비자들로 하여금 의료기관과 의료서비스를 선택할 수 있도록 보다 실질적인 정보를 제공하는 방향으로 제도가 설계되고 있다. 이 과정에서 정부 및 공공기관이 관련 정보를 수집하여 소비자에게 제공하는 방식이 활용된다. 즉, 정부는 의료법 개정(2010)을 통해 의료기관에 대한 평가인증제를 도입하였고, 건강보험심사평가원 홈페이지를 통해 병원평가정보, 약제정보, 의약품안전서비스(DUR), 비급여 진료내역 정보를 소비자들에게 제공하고 있다. 또한 <표 3-3>에서 살펴본 바와 같이 ‘표시 및 광고의 적정화’라는 측면에서 의료서비스의 품질이나 가격, 가격 등을 표준화하도록 법령을 제정하거나 개정함으로써 일정한 질적 수준 이상을 갖춘 서비스가 제공될 수 있도록 하고 있다.

나. 알 권리 관련 제도

① 의료기관평가인증제

보건의료기본법 제52조는 보건복지부장관으로 하여금 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 서비스평가를 실시하도록 하고 있으며, 의료법 제58조에서 제58조의9에서는 의료의 질과 환자 안전의 수준을 높이기 위하여 병원급 의료기관에 대한 인증을 할 수 있도록 규정하고 있다. 이에 따라 의료기관평가인증제(이하 ‘인증제’)가 2011년부터 본격적으로 시행되고 있다.

의료기관이 제공하고 있는 서비스에 대한 평가는 인증제 이전에 ‘의료기관서비스평가’라는 형식으로 이미 존재하였다. 2002년에 종합병원 및 300병상 이상 병원급 의료기관을 대상으로 하여 본격 실시된 의료기관서비스평가는 의료서비스의 구성요소를 구조, 과정, 결과 등 3가지로 구분하고, 구조영역은 투입자원(인력, 시설, 장비)으로, 과정영역은 업무수행(서비스의 제공 절차 및 성과)으로, 결과영역은 만족도(환자만족도)로 정의한다. 그리고 환자의 권리에 대해서는 만족도를 기반으로 조사하여 평가하도록 하였다(보건복지가족부·한국보건산업진흥원, 2009). 의료기관서비스평가는 제도도입의 의의와 필요성 측면에서는 긍정적이었으나, 평가대상이 주요 대형종합병원에 한정되어 있는데다가, 병원제가 이를 자율성(autonomy)을 침해하는 규제로 받아들이는 경향이 강하였고(김선화·정주용, 2010), 평가 결과의 서열화, 의료기관의 비용 부담, 의료기관 간 과잉경쟁과 임시대응 등의 부작용이 지적되었다(석승한, 2013).

이와 같은 문제점을 해소하고 의료기관이 환자의 안전과 제공 서비스의 질 향상을 위해 노력하는 것을 유도하기 위하여 기존의 의료기관서비스평가를 ‘인증제’로 전환하게 되었다. 2010년 의료법 일부 개정을 통해

‘인증제’의 법적 근거가 마련되었으며, 공급자(대한의사협회, 대한병원협회, 치과병원협회, 한방병원협회)와 정부, 보건의료노조, 시민사회단체가 참여하는 ‘의료기관평가인증원’이 출범하여 2011년부터 본격적으로 제도 시행이 이루어지고 있다.

인증기준의 내용은 의료법 제58조의3에 명시한 바와 같이 ① 환자의 권리와 안전 ② 의료기관의 의료서비스 질 향상 활동 ③ 의료서비스의 제공과정 및 성과 ④ 의료기관의 조직·인력관리 및 운영 ⑤ 환자만족도 등이며, 조사기준은 환자 안전, 지속적 질 향상을 목표로 하는 국제인증기준을 따르고, 기존의 의료기관평가에서 문제되었던 기관의 시설 및 구조측면의 강조 보다는 진료과정을 중심으로 살펴볼 수 있도록 설계되었다(김재영, 2011). 소비자권리 측면에서 보았을 때, 과거의 의료기관평가제도가 서비스 이용의 편리성이나 의료기관의 경영평가에 집중했다면, 인증제는 환자의 권리와 안전, 만족도 등 소비자 관점의 조사기준을 마련하고자 한 제도라는 점에 의의가 있다. 이는 실제 소비자가 경험한 진료과정을 추적하면서 규정에 따라 서비스가 적절히 제공되었는지, 안전상의 문제가 없었는지를 판단하는 등 의료서비스의 제공 방식을 소비자 중심으로 전환하는 계기로 작용하게 되었다(이규식·신민경, 2012).

그러나 의료의 질 제고와 소비자 권리 증진을 위한 인증제도의 보완점 역시 존재한다. 가장 중요한 것은 인증제에 참여하는 기관이 제한점이라는 점이다. 이는 현재 상급종합병원과 전문병원, 요양병원, 정신병원은 인증이 필수적이지만, 그 외 의료기관들은 자율적 신청이 원칙인데다가 인증을 받기 위한 평가비용이 고액이기 때문이다. 2013년 7월 종합병원의 70% 이상, 병원의 97% 이상이 인증을 받지 않고 있는 상황으로서, 전체 인증대상 의료기관 가운데 인증참여율은 9.3%에 그치고 있다(석승한, 2013). 현대 사회에서 수요가 높아지고 있는 요양병원과 정신병원으로의

인증제 확대실시는 이러한 측면에서 긍정적인 변화방향으로 평가된다.

〈표 3-5〉 급성기의료기관 인증 현황(2013년 7월 현재)

(단위: 개, %)

구분	개설기관수	인증현황			
		2011년	2012년	2013년	계
상급종합병원	44	44	-	-	44(100.0)
종합병원	275	33	26	13	72(26.1)
병원	1,415	8	13	24	45(3.2)
개	1,734	85	39	37	161(9.3)

자료: 석승한(2013)

인증제도가 의료소비자의 알 권리 증진 차원에서 보완할 점이 있다는 지적도 있다. 현재 인증제 하에서는 조사 결과가 인증, 조건부인증, 불인증 등 3단계로 분류되는데²⁴⁾, 이 가운데 ‘조건부인증’은 의료기관 선택에 있어서 소비자의 혼란을 가져올 가능성이 있는 모호한 기준이다. 또한 의료기관간 과도한 경쟁을 유발할 수 있다는 부작용에도 불구하고 소비자의 알 권리 충족을 위해서는 인증의 기준이 되는 핵심적인 정보를 선별하여 공개할 필요성도 제기되고 있다(김재영, 2011; 이규식·신민경, 2012). 현재 환자나 가족들이 의료기관을 선택하는 데에 있어서 의료기관 인증 여부가 판단기준으로 작용하고 있지 않다는 지적(석승한, 2013)은 향후 소비자 권리 차원에서 의미있게 고려되어야 할 것으로 사료된다.

② 요양급여 적정성 평가(병원평가정보)

요양급여 적정성 평가는 건강보험으로 제공된 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대해 요양기관별, 상별별, 진료과목별로 구분하여 의·약·학적

24) ‘조건부인증’은 일부 영역에서 인증 수준에 다소 미치지 못하는 기관으로서, 향후 노력을 통해 인증을 받을 수 있는 가능성이 있는 기관임을 의미함.

측면과 비용효과적 측면에서 적정하게 제공되었는지를 평가하는 것이다 (김계숙, 2013). 약제급여의 이용도 평가로 시작한 적정성 평가는 2004년 허혈성심질환을 시작으로 임상 질 평가로 전환하였고, 2005년 주사제 처방률 양호기관 명단을 공개하면서 평가결과를 대국민 공개하기 시작하였다. 현재 <표 3-6>과 같이 총 7개 영역에 걸친 적정성 평가가 수행되고 있다.

<표 3-6> 요양급여 적정성 평가 현황(2013년 현재)

영역		적정성 평가항목		비고(예비평가) ¹⁾
		지속평가(19)	신규평가(10)	
입원	심뇌질환(급성기)	- 급성심근경색증, 관상동맥 우회술, 급성기뇌졸중	허혈성심질환 - 경피적관상동맥중재술	-
	암질환	- 대장암, 유방암	- 폐암	- 위암, 간암
	주요수술	- 수술예방적항생제 - 제왕절개분만 - 진료량(5개 수술)	-	-
외래	만성질환	- 고혈압, 당뇨병	- 천식	- 만성폐색성폐질환
	약제급여	- 주사제처방률 - 항생제처방률 - 약품목수 - 투약일당 약품비 - 골관절염해열진통소염제 중복처방률 - 유소아중이염 항생제	-	-
포괄수가		-	7개 질병군 포괄수가 - 수정체수술, 편도 및 아데노이드수술, 탈장수술, 충수절제술, 항문수술, 자궁 및 자궁부속기수술, 제왕절개분만	- 7개 질병군 포괄수가 (종합병원 이상) - 실포괄수가
기관단위		- 요양병원 - 의료급여 정신과 - 혈액투석	-	- 일반질지표 (상급종합)

주: 1) 예비평가는 평가지표 및 평가기준의 타당성과 유효성, 실행가능성 등을 검증하기 위해 일부 표본기관을 대상으로 실시하는 시범평가임.

자료: 김계숙(2013)

국민건강보험법은 건강보험심사평가원으로 하여금 요양급여에 대한 적정성을 평가하도록 하고 있고(시행규칙 제29조), 그 결과를 공개하도록 규정한다(시행령 제28조). 이에 따라 건강보험심사평가원 홈페이지의 ‘병원평가정보’를 통해 18개 항목의 요양기관별 종합 평가결과 및 평가등급, 지표값 등 비교정보를 공개함으로써 의료소비자들로 하여금 합리적인 의료서비스 선택이 가능하도록 돕고 있다.

[그림 3-2] 건강보험심사원 병원평가정보 홈페이지

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

통합검색

정보공개 | 민원 | 정보 | 참여 | 알림 | 기준법령

병원 약국찾기 | **병원평가정보** | 병원진료비정보 | 비급여진료비정보 | 건강정보 | 의료정보 | 진료비영수증실명 | 질병정보 | 약재정보 | 통계정보 | 의료연구정보

병원평가정보

병원에서 실시한 수술, 처치, 약제 등의 평가결과를 병원별로 찾아 비교해 볼 수 있는 서비스입니다

1 평가항목

☐ 질병

- ☒ 고혈압
- ☐ 급성기보충증
- ☐ 급성심근경색증
- ☐ 당뇨병

☐ 수술

- ☐ 관상동맥우회술
- ☐ 대장암
- ☐ 수술별 진료량
- ☐ 수술의 예방적 함성제

☐ 약

- ☐ 약품목수
- ☐ 유소아중이염 함성제
- ☒ 주사제 처방률
- ☐ 처방약품비

☐ 요양병원

☐ 요양병원

2 지역

서울 | 시/군/구 | 읍/면/동 | × 등 검색 시 대표동으로 설정하시기 바랍니다(예: 대치1동 - 대치동)

3 병원

상급종합병원 | 과목 | 병원명을 입력하세요. | 검색 >

· 고혈압, 당뇨병은 평가결과가 양호한 의원만 공개됩니다.
양호한 기관이란 단일기관 이용 환자 30명 이상으로, 지속관리가 우수하고 처방 및 검사가 일정 수준 이상인 기관을 말합니다.

선택한 병원 비교하기 | 평가등급 보기 | 총 17개의 병원이 검색되었습니다. | 을 누르시면, 상세내용을 볼 수 있습니다. | 10개씩 보기 | 확인

선택	병원명	고혈압	주사제 처방률	병원구분	소재지
☐	중앙대학교병원	-		상급종합	서울 동작구
☐	가톨릭대학교서울성모병원	-		상급종합	서울 서초구
☐	가톨릭대학교매곡성모병원	-		상급종합	서울 영등포구

소비자들의 알 권리를 제고한다는 효과와 함께 요양급여 적정성 평가는 2007년부터 시작된 가감지급사업을 통해 의료의 질 향상과 진료비 절감

이라는 효과를 기대하게 한다. 가감지급사업은 일종의 P4P(pay for performance)로서, 의료의 질을 평가하고 그 평가결과를 근거로 진료비를 보상하는 제도인데, 시범사업을 거쳐 2011년부터 급성심근경색증, 제왕절개 분만, 급성기 뇌졸중, 수술예방적 항생제, 고혈압, 당뇨병, 약제급여 등에 적용되고 있다. 가감지급사업의 효과에 대해서는 보다 장기적인 자료축적이 필요할 것이나, 2012년 4개 기관에서 최초로 감액이 발생하고(김계숙, 2013), 시범사업을 통해 보았을 때 임상적인 측면에서의 서비스 질 향상 효과와 경제적 측면에서의 비용-효과성 개선 효과가 나타나는 등(신숙연 외, 2010) 제도의 취지에 부합하는 효과가 기대되는 것으로 평가된다.

향후 요양급여 적정성 평가의 영역은 지속적으로 확대될 것으로 예상된다. 건강보험심사평가원은 2017년까지 10대 중증 및 만성질환, 30대 수술로 평가대상을 확대하여 입원 진료비의 83%, 외래 진료비의 42%까지 평가영역으로 포함할 계획이다(건강보험심사평가원, 2013)²⁵⁾. 이와 같은 평가 영역의 확대는 소비자들의 이용과 결합될 때 더 큰 성과를 기대할 수 있을 것이다. 예를 들어 서울, 경기 및 6대 광역시의 1,040명을

25) 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가영역 확대계획은 다음과 같다.

구분	대상질환 및 수술 등	선정사유
중증 및 만성질환 (10대 질환)	암(10대 암), 뇌혈관질환, 심장질환, 폐렴, 정신질환, 당뇨병, 만성하기도 질환(천식, 만성폐쇄성폐질환), 고혈압성질환, 간질환, 만성신부전	10대 사망원인, 단일상병기준 고비용 만성질환
주요 수술 (30개 수술)	위수술, 관절치환술, 편도수술, 유방절제술, 갑상선수술, 척추수술 등	수술항생제평가(26개 수술) 포괄수가(7개 수술), 다빈도·고비용 수술, 적응증 심사 적용 수술
중소병원 (10개 분야)	수지접합, 척추(신경외과), 재활의학과, 알코올, 화상, 소아청소년과, 이비인후과, 한방중풍, 한방척추	전문병원지정 분야 중 신규지표개발 필요 분야
전염성 질환	결핵	결핵예방법 제정 및 제1기 종합관리대책 수립
일반질환	전체 질환의 사망률, 재입원을	기관 전체 자원의 포괄적 평가지표 개발

자료: 건강보험심사평가원(2013), 김계숙(2013)에서 재인용

대상으로 한 조사에서 병원평가 정보를 이용한 경험이 있다는 소비자의 비율은 7.5%에 그치고 있으며, 정보를 이용하지 않은 가장 큰 이유 역시 ‘정보가 있는 것을 모르기 때문’이 84.1%로 나타나고 있는 결과(소비자 시민모임, 2012)는 적정성 평가 정보의 유용성 여부는 차치하고서라도 이용을 위한 적극적인 홍보가 필요함을 보여주는 것이라 하겠다.

③ 의약품 안심서비스(DUR)

‘의약품안심서비스’로 불리는 의약품 처방·조제 지원시스템(DUR: Drug Utilization Review)은 의약품 처방·조제 시 병용금기 등 의약품 안전성 관련 정보를 실시간으로 제공하여 부적절한 약물사용을 사전에 점검할 수 있도록 하는 시스템이다. 현재 한방진료 분야를 제외한 전국 요양기관에서의 처방 및 조제(의료기관: 외래 원외처방 및 원내조제, 약국: 처방 및 직접 조제)를 대상으로 하며, 건강보험심사평가원 홈페이지를 통해 공개되고 있다.

〈표 3-7〉 각 국의 처방건당 약품목수

(단위: 개, %)

구분		한국	호주	프랑스	독일	이탈리아	일본	스페인	스위스	영국	미국
처방건당 약품목수	전체	4.16	2.16	4.02	1.98	1.98	3.00	2.20	2.25	3.83	1.97
	단일상병	3.37	1.46	2.86	1.58	1.72	2.04	1.83	1.83	2.23	1.68
	복합상병	4.51	3.19	5.16	3.26	3.20	3.98	3.35	3.00	5.45	2.98
복합상병	비율	59.6	32.2	40.9	22.7	17.5	35.2	21.6	32.6	37.0	20.4

자료: 김동숙 외(2010), 약제심사제도 선진화방안 연구, 건강보험심사평가원

처방건당 약품목수가 상당히 많고, 주사제와 항생제 과다사용의 문제가 지적되고 있는 우리나라 상황에서 의약품 오·남용으로 인한 피해를 최

소화하기 위하여 공급자와 소비자에게 정확한 의약품 정보를 제공하는 것은 매우 중요한 과제라 판단되며, 소비자 안전의 제고라는 측면에서 의약품 안심서비스의 의의는 매우 크다고 할 수 있다. 또한 DUR은 이를 이용한 의료전문직(의사)들의 의약품 처방 의사결정에 유용한 도움을 주며(최종수, 2012), 의약품 비용 감소에 긍정적으로 기여하는 부분도 있는 것으로 제시되어(이의경, 2010) 공급자 입장에서든 사용에 따른 편익이 있는 것으로 여겨진다.

다만 2013년 국정감사에서 DUR의 실효성 제고를 위하여 의료기관에서의 법적 사용을 의무화해야 할 필요성이 있다는 지적이 있었으나, 의료계에서는 이를 반대하며 DUR 시스템 개선과 제도운영에 따른 편익(약제비 절감, 약제 오남용 방지 등에 따른 경제적 이익)을 의료기관에 인센티브로 부여하는 방안이 효율적이라는 입장을 보이고 있어²⁶⁾ 공급자간의 견조정과 효과성 제고를 위한 지속적인 보완이 필요할 것으로 보인다. 또한 앞서 요약급여 적정성 평가의 활용과 마찬가지로 의약품 안심서비스 역시 인지도가 25.1%로 낮게 나타나는 등(소비자시민모임, 2012) 교육과 홍보를 통한 소비자의 인지도 제고 역시 효과적인 DUR 운영의 방법이라 여겨진다.

④ 가격정보 공개: 비급여 가격정보 및 진료비 영수증 가격정보

소비자들이 의료서비스의 이용을 결정하는 데에 있어서 가격정보는 매우 중요한 요인이다(고수경 외, 2002). 이에 따라 현재 건강보험심사평가원에서는 의료기관에서 받은 진료와 치료내역에 대한 비용을 계산한 진료비 영수증의 구성 내용에 대한 설명자료를 제공하고 있다. 여기에는 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 개념과 가산율, 공휴일과 야간진료,

26) <http://www.yakup.com/news/index.html?mode=view&cat=11&nid=168401>

질병군 번호, 진찰료·입원료·처치 및 수술료·검사료·선택진료료 등의 보험적용 여부 내용 등이 포함된다.

그러나 의료서비스를 이용하는 소비자 입장에서 볼 때, 비교적 분명한 내역을 가지고 부과되는 건강보험 급여 해당항목보다 비급여 가격정보에 대한 관심이 높을 수밖에 없다. 정부는 2010년 의료법과 의료법 시행규칙을 개정하면서 의료기관별로 비급여 비용을 고지하도록 법제화하였으나, 고지내용이 표준화되어 있지 않고 기관별로 상이하여 정확한 가격비교에 어려움이 있고, 국민들의 이용률도 매우 낮은 문제점이 지적되고 있다(건강보험심사평가원·한국소비자원, 2012). 이에 따라 정부는 국민의 알 권리 증진을 위해 2014년 1월부터 300병상을 초과하는 종합병원 113개의 상급병실료 차액, 초음파 진단료, PET 진단료, 캡슐내시경검사료, 제증명 수수료, 교육 상담료, MRI 진단료, 치과임플란트료, 다빈치로봇수술료, 양수염색체검사료 등 총 32개 세부항목에 대한 비급여 진료비를 공개하기로 결정한 바 있다²⁷⁾.

3. 자기결정권

가. 자기결정권: 정의와 문제점

의료서비스는 고도의 전문성을 필요로 하는 영역이기 때문에 의료전문직에게 진단 및 치료과정에서의 자율성을 폭넓게 인정해 온 것이 과거의 특징이었다. 그러나 최근에는 의료전문직으로 하여금 충분한 설명을 통해 환자들의 동의를 확보할 의무를 부과하고, 이를 의료윤리 중 핵심적인 요소 중 하나로 인정하는 경향이 뚜렷하다. 앞서 살펴본 바와 같이 국제

27) 건강보험심사평가원 보도자료(2013. 11. 22)

소비자기구(CI)의 환자권리장전 및 의료법 시행규칙 상의 ‘환자의 권리’는 환자의 자기결정권을 명시하고 있으며, 대한의사협회의 『의사윤리지침』 역시 환자들의 자율적인 의사결정을 존중하고 그 결정이 충실하게 이루어질 수 있도록 하는 것을 의사들의 의무사항으로 부과한다. 의료인은 환자가 치료에 관한 자기결정권을 유효하게 행사할 수 있도록 환자에게 질병 및 치료에 관한 상세한 정보를 제공하여야 하고, 이에 기초한 환자의 의사결정에 반하는 치료행위를 하여서는 안된다는 것이 ‘의료행위의 적법성’을 구성하는 요인이라는 것이 우리 법원의 판례이기도 하다(이석배·이원상, 2010).

또한 의료소비자의 의료서비스 선택은 의료행위에 국한되는 것이 아니라 서비스 이용 전체 단계에서 이루어져야 한다는 것이 원칙이다. 즉, 선택은 의료이용 전 어떠한 의료진과 의료기관에서 서비스를 이용할 것인지에 대한 결정, 의료이용 단계에서는 어떠한 진단과 치료법을 이용할지에 대한 결정, 이용 후에는 이용 당시 불만족스러운 상황을 밝히고 이에 대한 보상을 요구하는 결정 등에 일관되게 관철되는 원칙이란 것이다.

그러나 실제 의료서비스가 이루어지는 현장에서 환자의 자기결정권이 구현되기에는 여러 가지 제약조건이 존재하는 것 역시 현실이다. 무엇보다 의료서비스 자체가 전문적 속성을 가지기 때문에 환자에게 이를 충실하게 설명하기에 근본적인 한계가 존재한다. 또한 최근 들어 연명치료 중단과 안락사, 낙태 허용의 범위 등 의학적 기술만으로 판단을 내리기 어려운 윤리적 문제가 제기됨에 따라 사회적 관점에서 자기결정권을 어디까지 허용할 것인가가 논쟁의 대상이 되고 있다.

마지막으로 환자의 자기결정권 보장의 문제는 의료소비자로서 불만을 제기할 권리 및 의료분쟁과도 밀접한 관련성을 가진다. 미국 법원의 ‘설명 후 동의(informed consent)’ 개념의 도입 이후 의료진의 설명의무와

환자의 유효한 동의 여부는 의료분쟁의 책임소재를 가리는 중요한 판단 기준으로 인정받고 있다(범경철, 2003). 우리나라 역시 국민들의 의료이용이 증가하면서 의료행위를 둘러싼 분쟁이 증가하고 있는데, 이의 효과적인 대응을 위해 전담기관으로서 한국의료분쟁조정중재원을 설립하고(2012년 4월) 「의료사고피해구제 및 의료분쟁조정등에관한법률」을 시행(2012년 4월) 하는 등의 대책을 마련하였다.

나. 자기결정권 관련 제도

① 선택진료제

의료법 제46조는 ‘환자나 환자의 보호자가 특정한 의사·치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있으며, 의료기관의 장은 특별한 사유 없으면 환자나 환자의 보호자가 요청한 의사·치과의사 또는 한의사가 진료하도록 하여야 한다’는 규정을 통해 선택진료제도를 규정하고 있다. 선택진료 의사의 자격 및 범위는 ①면허 취득 후 15년이 경과된 치과 의사, 한의사 ②전문의 자격 인정 후 10년 경과 의사 ③전문의 자격 취득 후 5년이 경과하고 대학병원, 부속한방병원의 조교수 이상인 의사·치과의사·한의사로서 선택진료 의료기관의 장이 유자격 재직의사의 80% 범위 이내에서 지정한다(선택진료에 관한 규칙 제4조). 이 때 선택 진료에 들어가는 추가적인 비용은 환자 본인이 부담한다.

2011년 4월말 현재 병원급 의료기관 2,942개소 중 선택진료를 실시하고 있는 기관은 10.4%인 305개소이며(상급종합병원 44개소는 모두 선택진료 실시), 추가비용징수자격을 갖춘 의사 12,570명 가운데 선택진료에 참여하는 의사는 73.8%인 9,279명에 이른다. 또한 선택진료비 규모는 2009년 말을 기준으로 1조 1,113억원에 이르는 것으로 추계되고

있는데, 이는 선택진료의료기관 총 진료비(17조 1,339억원)의 6.5%에 해당하는 금액이다²⁸⁾.

1960년대의 ‘특진제도’와 1990년대의 ‘지정진료제도’에 뿌리를 두고 있는 선택진료제도의 본래 취지는 환자의 선택권 제고, 동일 의료기관 내 의사간 선의의 경쟁 유발에 따른 양질의 의료서비스 제공 가능, 환자집중 현상의 해소 등이었다. 그러나 선택진료제도가 원래 목적과는 달리 의료기관의 수입보전수단으로 운영되면서 오히려 의료소비자들의 선택권을 저해받고 있으며, 과도한 선택진료비 부담에 따른 의료서비스 이용의 형평성 문제가 발생하는 등 명칭과 운영 현실 사이에 모순이 존재한다는 문제점이 제기되고 있다(이종인, 2007).

〈표 3-8〉 선택진료제도에 대한 주요 입장

견해	사유	입장
폐자부분 폐지	• 환자의 실질적 선택권이 없거나 제약 • 과도한 선택진료비 부담에 따른 저소득층 접근성 저해 • 3차 의료기관의 건강보험수가 가산 및 선택진료비 징수는 환자에게 이중부담	시민단체
존속유지	• 우수한 의료진에 대한 환자의 선택권 보장 • 의료서비스 수준을 진료비에 반영함으로써 시장원리에 부합 • 대형 의료기관에 대한 환자집중 억제 • 폐지 시 건강보험 재정에 악영향	의료계
문제점 보완	• 법에 따른 ‘환자의 의사선택권 보장’은 의료소비자의 기본 권리이며, 존속이 바람직함. 하지만 병원수의 증대를 위한 선택진료 유도, 과잉징수 등의 운영상의 문제점은 개선되어야 함. • 소비자의 선택권을 제한하는 불공정 거래행위에 대한 대응 필요	보건복지부 공정거래위원회

자료: 이종인(2007)

28) 보건복지부 보도자료(2011. 6. 14)

현재 선택진료제도에 대해서는 ‘국민행복의료기획단’에서 선택진료를 폐지하고 질을 평가하여 수가로 보전해 주는 안과, 선택진료제도는 존치 하되, 적용 과목과 선택의사의 비율을 대폭 축소하는 안 등 두 가지 개선 방안이 제기된 상황이다(국민행복의료기획단, 2013). 즉, 효과성, 안전성, 환자중심, 접근성, 효율성 등을 질 평가에 반영한 ‘(가칭)의료기관 질 평가 가산제’를 도입하여 선택진료에 따른 수익을 보전하는 안과 선택의사 지정율을 현행 80%에서 50% 이내로 축소하고, 환자의 선택이 어려운 검사, 영상진단, 마취 등은 선택진료 대상에서 제외하는 안이 제시된 것이다.

선택진료제도의 존폐는 이해당사자간 입장의 차이로 인해 단기간 내에 결정을 내리기 어려운 문제임에 틀림없으나, 제도의 본래 취지와 운영 현실 사이에 모순이 존재한다는 것 역시 분명한 사실이므로 어떤 형식으로든 개선될 가능성이 높다고 여겨진다. 다만 3대 비급여(선택진료제도, 상급병실료, 간병비) 개선의 일환으로 추진되는 선택진료제도의 개선은 어느 수준까지 건강보험에서 급여화하는 방향을 잡을 것인가에 따라 환자의 본인부담이 차이가 날 수밖에 없을 것이다. 아울러 선택진료제도가 존속하더라도 선택진료기관에 대한 의료서비스의 질적 수준, 의료평가 결과 등의 정보공개를 통해 실질적인 소비자의 선택권이 보장될 수 있도록 하는 ‘의료소비자 알권리 증진’ 정책이 뒤따라야 할 것이다.

② 불만제기와 의료분쟁조정제도

불만제기권은 의료행위와 관련하여 소비자가 이의 또는 불만을 제기하거나 법적으로 제소할 수 있는 권리를 의미한다. 이 권리는 보건의료서비스 분야의 다른 소비자 권리에 비해 한국에서 매우 취약한 것으로 평가되어 왔는데, 그 이유는 기본적으로 소비자들의 이의 및 불만을 제기할 수

있는 통로가 의료기관의 소비자상담실, 고충처리실 같은 부서에 국한하여 운영되었기 때문이었다. 이들 창구는 진료절차나 진료비 등 행정적인 문제들을 처리하는 데에는 유용하나, 의료의 질이나 의료행위의 적합성 등에 대해서는 큰 효용이 없다고 할 수 있다(조병희, 2003b).

소비자 권리인식의 증진 등으로 인해 보건의료서비스 분야에서 소비자들의 이의제기 및 불만제기는 점차 증가할 것으로 예상된다. 예를 들어 2000년부터 2009년까지 10년간 국내 주요 기관에 공식적으로 접수된 의료분쟁 건수는 1,674건에서 3,409건으로 2.2배 증가하였다. 실제 접수되지 않은 경우는 더 많을 것으로 추정되는데, 시민사회단체인 의료소비자시민연대의 의료사고 상담센터는 연간 의료분쟁이 5,000여건 이상으로 발생하는 것으로 추정하고 있다(이상영 외, 2012).

〈표 3-9〉 의료분쟁 접수 현황(2000~2009)

(단위: 건)

접수 기관	연도별 접수 건수					
	2000	2005	2006	2007	2008	2009
계	1,674	2,600	2,804	2,435	2,079	3,409
의료심사조정위원회	22	42	30	16	8	17
법원(민사소송)	519	867	979	766	748	911
한국소비자원	450	1,093	1,156	940	603	711
의사협회 공제회	485	598	639	713	720	804
치과협회	198	-	-	-	-	586
한의사협회	-	-	-	-	-	380

자료: 이상영 외(2012)

의료사고로 인한 분쟁이 지속적으로 증가하고 관련 소송기간 장기화(1심 평균 26.3개월)에 따라 환자 입장에서는 비용 과다와 전문지식 부족에 따른 부담감이, 의료인 입장에서는 경제적 부담과 진료환경의 어려움 등

이 지적되었고, 2012년 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」의 제정과 ‘한국의료분쟁조정중재원’의 출범으로 이와 같은 문제점을 해결하기 위한 제도적 개선을 시도하게 된다. 한국의료분쟁조정중재원은 의료분쟁조정제도의 실효성을 제고하기 위하여 몇 가지 주요한 제도를 운영하는데, 이를 간략히 소개하면 다음과 같다²⁹⁾.

- 손해배상금 대불제도: 의료분쟁 조정 성립 등으로 의료기관의 손해 배상 의무가 확정되었음에도 피해자가 손해배상금을 지급받지 못한 경우, 미지급금에 대하여 한국의료분쟁조정중재원이 대신 이를 지급하고 추후에 의료기관에 구상하는 제도
- 불가항력 의료사고 보상제도: 의료인이 충분한 주의의무를 다하였음에도 불구하고 분만에 따른 뇌성마비 및 분만과정의 산모 또는 신생아 사망이 발생한 경우 보상금 재원을 국가와 의료기관 개설자가 7:3의 비율로 분담하는 제도
- 형사처벌특례제도: 의료인의 업무상과실치상죄에 대하여 조정이 성립된 경우 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없도록 한 특례로서 의료인의 조정절차 참여 독려와 안정적인 진료환경 조성을 위해 인정하는 특례제도

한편 과거에 비해 한 단계 진전된 의료분쟁조정제도의 운영에도 불구하고 여전히 의료서비스 공급자와 소비자의 이해관계가 충돌하는 부분이 있어 이에 대한 보완과 조정은 지속적으로 필요할 것으로 보인다. 예를 들어 공급자인 의료계에서는 ①의료기관 난동 등에 대한 처벌 조항 ②강

29) 이하 손해배상금대불제도, 불가항력 의료사고 보상제도, 형사처벌특례제도 등의 내용은 한국의료분쟁조정중재원 홈페이지(<http://www.k-medi.or.kr/index.do>)의 내용을 정리한 것임.

제출석 및 현지조사 폐지 ③무과실 강제분담금 폐지 ④의료기관 요양급여에서이 대불금 원천징수 폐지 ⑤증거수집을 위한 자료제공 의무 관련 대책 마련 ⑥의료사고 감정부에 의료전문가 배정 확대 등을 요구하고 있는 반면, 소비자인 시민단체 등에서는 ①입증 책임 전환(의료인에게 자신의 무과실을 입증할 책임 부여) ②의료인이란 특정 직역에 부여된 예외적 형사특례의 문제점 ③실효성 있는 보상 도입 ④대불제도 대신 책임보험과 종합보험 형태의 보상체계 도입 등을 제도 개선사항으로 주장하고 있다(이상영 외, 2012).

③ 환자 안전

의료분쟁조정제도를 비롯한 피해구제제도가 사후적인 조치라면 환자 안전에 관련된 이슈들은 사전 예방적인 차원에서 소비자의 피해를 방지한다는 의미가 있다. 세계보건기구(WHO)는 환자 안전을 위하여 비밀이 보장되는 보고시스템과 환자안전기구(patient safety organizations) 지정·운영, 국가적인 환자안전 데이터베이스(national patient safety databases) 구축을 권고하였고(WHO, 2007), OECD는 한국의 보건의료의 질을 평가하는 보고서에서 가장 우려되는 문제점 중 하나를 환자 안전을 보장하기 위한 명확한 기전이 부족하다는 점을 지적하면서 환자 본인들이 보건의료서비스에 대한 경험을 피드백할 수 있는 방법을 제공하고 환자안전을 위한 국가 프로그램의 구축 노력을 권고하였다(OECD, 2012).

그러나 우리나라의 환자 안전에 대한 정책은 다른 분야에 비해 상당히 낮은 수준으로 평가된다. 예를 들어 우리나라는 ‘보건의료의 질’ 관련 지표들 가운데 환자 안전과 정신질환 지표들을 OECD에 제출하지 못하고 있으며³⁰⁾, 환자 안전 문제의 현황에 대한 실증적인 조사 연구도 이루어지

30) 보건의료의 질과 관련하여 OECD에 제출하는 자료 영역은 피할 수 있는 입원, 만성질

고 있지 못하여 문제의 규모조차 정확하게 파악하고 있지 못하는 상황이다(이상일, 2013). 따라서 먼저 환자 안전과 관련하여 발생할 가능성이 있었던 사건과 이미 발생한 사건 등을 파악하기 위한 보고시스템의 구축이 필요할 것으로 보여진다. 또한 예방 가능한 것이었고, 정확하게 측정할 수 있으며, 상당한 손실을 초래한 의료 과오에 대해서 미국 일부 의료기관에서 시행하고 있는 진료비 지급 거부(no pay for errors)의 도입 필요성도 제기되고 있으나(이상일, 2013), 진료비와 환자안전을 연동하는 제도 도입에 대해서는 공급자와의 신중한 검토가 있어야 할 것으로 여겨진다.

약물 부작용 등 약화 사고의 예방 역시 환자 안전에서 중요한 영역이 될 것이다. 현재 우리나라 약화 사고의 정확한 현황은 알려져 있지 않으나, 한국의약품안전관리원에 따르면, 의약품의 유통과 활용 등의 과정에서 안전성 관련 정보가 보고된 건수는 2010년 집계를 시작한 이후로 매년 증가하고 있다(한국의약품안전관리원, 2013).

〈표 3-10〉 의약품 안전성 정보 보고 현황(2010~2013 3/4분기)

(단위: 건)

연도	2010	2011	2012	2013 (3/4분기)
보고 건수	64,143	74,657	92,615	140,681

자료: 한국의약품안전관리원(2013)

선진국에서의 의약품 안전관리의 패러다임이 전통적인 사후 관리에서 예방을 강조하는 사전관리로 변화하고 있으며, 우리나라 역시 한국의약품안전관리원을 설립하여 이러한 변화에 부응하는 방향으로 체계 구축의 방향이 추진되는 것은 긍정적인 변화로 여겨진다. 향후 의약품 안전을 위

환의 급성진료, 환자 안전, 정신질환 진료, 암 진료, 예방접종률 등임(이상일, 2013).

한 보고체계의 효과적인 운영과 아울러 안전한 의약품 정보를 공급자(의사, 약사, 제약업계) 및 소비자에게 전달할 수 있는 효과적인 정보전달체계의 구축이 필요할 것이다.

4. 비밀보장권

가. 비밀보장권: 정의와 문제점

정보화사회가 급속히 발달하면서 긍정적 효과와 아울러 개인정보의 유출과 사생활 침해 등 역기능 역시 크게 증가하고 있다. 개인정보는 일반적인 인적사항(이름, 주민등록번호, 주소 등)에서부터 재산적 정보(소득, 금융, 계좌번호 등), 사회적 정보(학력, 범죄, 근로, 병역 등)에 이르기까지 다양한데, 여기에는 ‘신체적 정보’로 명명되는 의료 및 건강정보가 포함된다³¹⁾. 개인의 의료정보는 건강상태와 진료기록, 병력(病歷) 등이 해당하는데, 대부분 의료기관에서 생산, 보관, 관리되고 있으며 정보특성상 가장 민감하고 보호가 필요한 부분이라 할 수 있다. 개인의료정보의 손실이나 파손은 환자 안전에 직결되는 문제일 수 있으며, 개인식별정보를 담고 있어서 유출에 따른 차별과 보험 가입 등의 역선택 문제가 발생할 수 있고, 정보 보유기관 입장에서는 평판과 신뢰도 하락을 가져오는 직접적인 원인이 되기 때문이다(정영철 외, 2005). 특히 의료기관에서 문서 중심의 기록들이 전자처방전, 전자의무기록(EMR), 영상저장전송시스템(PACS) 등 전산화된 정보로 변경·축적되면서 개인의료건강정보의 유출이 대규모로 발생할 수 있는 위험성을 가지게 되었다.

31) <http://www.i-privacy.kr/intro/define1.jsp>

〈표 3-11〉 개인의료정보의 유형

구분	내용
환자기본 정보	성명, 연령, 생년월일, 주소, 전화번호, 연락처, 근무지, 호적등본, 배우자정보 등
건강보험 및 복지 정보	건강보험정보, 장애자수첩정보 등
진료관리 정보	진료정보, 내원일자, 입원 및 퇴원일자 등
생활 정보	흡연여부, 음주여부, 정신상태 정보
의학적 정보	출생시 체중, 임신분만 관련기록, 예방접종 관련기록, 수혈여부, 가족병력 등
진료기록 정보	진단, 진료계획, 현 병력 등
지시기록 정보	처방지시 기록, 수술기록, 처치 기록 등
진료정보 교환정보	진단서 등
진료설명 및 동의 정보	설명정보, 동의정보 등
요약 정보	진료요약, 입원요약 등
사망기록 정보	사망진단서, 부검기록 등

자료: 정영철 외(2013)

우리나라는 개인정보의 수집을 최소한으로 제한하고, 정보주체의 동의(개인정보의 자기결정권한), 개인정보의 처리 제한, 개인정보의 열람·청구·차단·삭제권한, 개인정보영향평가 등을 규정하는 「개인정보보호법」을 2011년에 제정하여 시행하고 있으며, 「의료법」 역시 의료인에게 비밀누설금지(제19조)와 환자 이외의 사람에게 진료기록 등의 열람 제한(제21조제1항) 의무를 부여하여 환자들의 개인의료정보를 보호하기 위한 틀을 갖추어 놓고 있다. 또한 「약사법」, 「의료기사 등에 관한 법률」, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」, 「건강검진 기본법」 「모자보건법」, 「국민건강보험법」, 「후천성면역결핍증 예방법」 등 여러 가지 보건의료 관련 법령에서도 비밀누설의 금지를 명문화하는 한편, 의료기관인증제도의 인증평가 항목에 ‘의료정보관리’ 항목을 두어 환자의 개인정보보호 및 보안을 중요

한 기준으로 설정한다. 그러나 법적 보호장치에도 불구하고 의료기관에서의 진료기록이 무단으로 유출되거나 치료 전후의 사진이 게재되는 등 현실에서 개인의료정보가 본인의 동의없이 사용되는 사례가 빈번하게 발생하여 사회문제화하는 상황이기도 하다.

나. 비밀보장권 관련 제도 개선: 개인정보영향평가(PIA)

의료소비자의 비밀보장권 침해 사례에 대하여 「개인정보보호법」 제33조에 규정되어 있는 개인정보영향평가(PIA: Privacy Impact Assessment)를 의료기관에서 개인의료정보를 보호하는 절차적 틀로 고려할 수 있다. 개인정보영향평가는 개인정보를 취급하는 사업이 국민의 프라이버시에 미치는 영향을 사전에 파악하고 개선방안을 모색하는 절차로서, 5만명 이상의 민감정보 또는 고유식별정보가 담긴 개인정보파일을 처리하는 경우, 공공기관 내·외부의 다른 개인정보파일과 연계하여 50만명 이상의 개인정보파일을 구축하는 경우, 개인정보파일이 100만명 이상인 경우 등이 그 대상에 포함된다³²⁾.

개인정보영향평가의 심사기준은 개인정보를 보호하기 위한 조직 및 보호계획의 수립에서부터 개인정보의 수집·보유·이용 등 처리단계에 이르기

32) 개인정보 보호법 시행령 제35조(개인정보 영향평가의 대상)

- ① 구축·운용 또는 변경하려는 개인정보파일로서 5만명 이상의 정보주체에 관한 법 제23조에 따른 민감정보(이하 "민감정보"라 한다) 또는 고유식별정보의 처리가 수반되는 개인정보파일
- ② 구축·운용하고 있는 개인정보파일을 해당 공공기관 내부 또는 외부에서 구축·운용하고 있는 다른 개인정보파일과 연계하려는 경우로서 연계 결과 50만명 이상의 정보주체에 관한 개인정보가 포함되는 개인정보파일
- ③ 구축·운용 또는 변경하려는 개인정보파일로서 100만명 이상의 정보주체에 관한 개인정보파일
- ④ 법 제33조제1항에 따른 개인정보 영향평가(이하 "영향평가"라 한다)를 받은 후에 개인정보 검색체계 등 개인정보파일의 운용체계를 변경하려는 경우 그 개인정보파일

까지 구성되어 있으며, 총 122개 항목에 대한 심사를 통해 사업 진행상 구축되는 개인정보의 이용상황을 점검할 수 있도록 하고 있다.

〈표 3-12〉 개인정보영향평가 심사 기준

분야	영역		상세내역	점검 항목수
계				122
대상기관의 개인정보보호 관리체계	1	개인정보 보호조직	개인정보 보호책임자 지정	2
			개인정보 취급자 지정	2
	2	개인정보 보호계획	개인정보 보호계획 수립	1
			개인정보 보호 교육계획 수립	1
	3	개인정보 처리방침	개인정보 처리방침 수립	7
	4	개인정보 파일관리	개인정보파일 관리·이용·제공 대장관리	5
			개인정보파일 파기사실관리	1
	5	개인정보 위탁 및 제공시 안전조치	개인정보 위탁시 안전조치	1
			개인정보 연계·제공시 안전조치	1
	6	개인정보 침해대응	침해사고 처리절차	4
대상시스템의 개인정보 보호관리체계	1	대상시스템의 개인정보관리	개인정보 취급자 지정	1
			개인정보 취급자 의무	1
	2	개인정보 취급내용 공개	개인정보 파일의 안내	1
			개인정보 위탁관리 안내	1
			개인정보 제공 및 목적외 사용사실의 안내	3
			개인정보 파기사실의 안내	1
개인정보 처리단계별 보호	1	수집단계	개인정보 수집의 적합성	2
			개인정보 수집동의의 적합성	4
			개인정보 수집사실의 안내	2
			개인정보 수집시 보호조치	4
	2	저장 및 보유단계	개인정보파일 보유의 적합성 평가	2
			개인정보 파일대장의 작성	1
			개인정보 저장 및 보유시 암호화	1

분야	영역		상세내역	점검 항목수
	3	이용 및 연계-제공 단계	이용 및 제공의 기본원칙	3
			타기관 연계-제공시 절차	5
			개인정보처리시스템 접근통제	10
			웹 및 애플리케이션 통제	7
			개인정보 처리단말기 보호조치	5
			개인정보 이용-제공 승인	2
			네트워크 접속통제	4
			웹사이트 개인정보 노출차단	1
			개인정보 처리내역 기록관리	3
	4	파기단계	보유기간 산정 및 안내	3
특정 IT기술 활용시 개인정보 보호	1	CCTV 활용	CCTV 설치시 의견수렴	1
			CCTV 설치 안내	1
			CCTV 사용제한	2
			CCTV 설치 및 관리에 대한 위탁	1
	2	RFID 활용	RFID 이용자 안내	4
			RFID 태그부착 및 제거	3
	3	바이오 정보활용	원본정보 보관시 보호조치	2
	4	위치정보 활용	개인위치정보 수집동의	1
			개인위치정보 제공시 안내사항	1

자료: 정영철 외(2013)

현재 우리나라의 의료기관 대부분이 공공기관이 아니라는 점에서 개인 정보영향평가를 의무적으로 적용하기에는 다소 무리가 따른다고 할 수 있다. 그러나 보건의료서비스는 일종의 공공재로서 공익적 성격을 강하게 가지고 있고, 서비스 이용 과정에서 산출되는 개인정보가 대단히 민감한 정보를 담고 있다는 점에서 개인정보영향평가제도를 활용한 의료기관의 자율적인 점검을 유도할 필요성은 높다고 보여진다.



제4장 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식조사

제1절 보건의료 소비자 관련 선행 조사연구

제2절 조사개요

제3절 주요 조사결과

제4절 보건의료기본법상의 의료소비자 권리 보장 수준 인식

제5절 보건의료서비스 분야 소비자 인식조사의 시사점

4

보건의료서비스 분야 << 소비자 권리에 대한 인식조사

보건의료서비스 공급 자원의 총량이 부족하고, 질병으로 인한 부담을 개인과 가족이 대부분 부담해야 했던 시기에 자원 확충과 접근성 개선은 보건의료정책의 우선순위였다. 그리고 이 문제를 해결하기 위해 국가는 직접 공공의료기관을 설립하고 민간자원을 확충함으로써 자원을 확보하는 한편, 전국민 의료보험 실시 등을 통해 의료서비스에 대한 접근성을 비약적으로 개선시켰다. 이러한 정책의 긍정적 성과는 OECD 수준을 상회할 정도로 높아진 출생시 기대여명 및 영아사망률 지표와 거의 모든 국민을 포괄하는 건강보험제도의 확장에서 찾아볼 수 있다.

그러나 양적 확충 중심의 보건의료체계는 인구고령화에 따른 만성질환 중심으로의 질병구조 변화와 국민의료비 부담 가중이라는 ‘거대한 전환(great transformation)’에 효과적으로 대응하기에는 효율적이지 못하다는 지적이 제기되고 있다(보건의료미래위원회, 2011). 민간자원 위주로 구성된 보건의료서비스 자원은 고비용-저효율 의료체계의 원인이 되었고, 지속적으로 증가하는 의료비를 억제할만한 효과적인 기전을 갖추고 있지 못한 상태에서 국민의료비의 불필요한 증가를 유발하고 있다는 것이다(양봉민, 2004).

보건의료 영역에서의 환경 변화에 능동적으로 대응하기 위하여 민간 자원 중심의 양적 확대를 특징으로 하는 현재 보건의료체계의 패러다임을 근본적으로 전환해야 한다는 목소리가 높아졌다. 즉, 지속가능성이 보장되지 않는 의료비 팽창구조는 지속가능한 의료체제로, 양적 공급위주의 정책은 질적·소비자 중심의 정책으로, 저부담·저수가·저급여의 보상체계는 적정 부담·적정 급여·적정 보상의 체계로, 무분별한 의료이용과 왜곡

된 경쟁체제는 보건의료서비스 이용의 적정화 및 공정한 경쟁규칙(rule) 정립으로 바뀌어야 한다는 것이다(보건복지부, 2011; 보건의료미래위원회, 2011). 이러한 체계 전환에서 단순히 서비스의 대상으로 인식되어 왔던 소비자의 위상을 적극적으로 해석함으로써 공급자와 소비자가 상호 신뢰하는 보건의료 거버넌스(governance)를 구축하자는 제안이 설득력을 얻고 있다.

그러나 보건의료기본법 등 각종 법률과 『환자 권리 헌장』 등을 통해 보건의료 영역에서의 소비자 권리가 명시되어 있음에도 불구하고 실제 현장에서의 보장 정도에는 한계가 상존한다. 무엇보다 보건의료서비스는 전통적인 합리적 소비자(rational consumer)가 가정되기 어려운 ‘정보 비대칭성’이 존재하는 영역으로서 공급자인 의료전문직의 판단에 크게 의존할 수밖에 없는 특징을 가지기 때문이다. 사회 전반의 탈권위주의 경향, 소비자운동의 발전, IT기술 발달로 인한 소비자의 의료정보 접근능력 향상과 지식 증가, 의사-환자 관계의 변화를 통해 그동안 상대적으로 취약하였던 소비자의 권리가 적지 않게 개선되었지만, 여전히 보건의료 분야에서 소비자 권리는 다른 분야에 비해 이제야 주목받기 시작한 것으로 판단할 수 있겠다.

이에 따라 본 연구에서는 보건의료서비스 분야에서의 소비자 권리에 대하여 실제 당사자인 소비자들의 인식 정도와 소비자 권리 장치들의 이용행태를 파악하고자 전국민을 대표하는 표본을 추출, 조사를 실시하였다. 설문내용과 관련해서는 그동안 국내에서 이루어진 보건의료소비자 권리 관련 선행 조사·연구를 파악하여 기존의 것과는 차별성을 가지면서, 실질적 정책 제언이 가능한 조사도구를 개발하고자 노력하였다.

제1절 보건의료 소비자 관련 선행 조사·연구

현재까지 이루어진 의료소비자 권리 관련 조사는 여러 권리 조항 가운데 일부의 조항만을 중점적으로 조사하거나, 특정 서비스 혹은 프로그램에 대한 만족도를 파악하는 것이 주를 이루었다. 특히 설문 응답자에게 가장 친숙한 권리이면서 동시에 대중적인 이슈가 될 수 있는 ‘알권리’ 관련 설문이 많았으며, 조사기관에서 제공하고 있는 제도의 경험여부와 이에 대한 개선의견을 수렴하기 위한 문항도 다수 포함되어 있었다.

1. 의료소비자의 알권리 및 의료기관 투명성에 대한 설문조사

2002년 의료소비자의 알권리 보장을 위한 제도와 의료기관 투명 경영에 대한 국민의 의견을 알아보기 위하여 일반 성인 1,000명을 대상으로 한 인식조사이다. 조사에서 제시된 알권리 보장 제도로는 처방전 2매 발행, 진료비·약제비 영수증 발행, 급여·비급여에 대한 의료기관 및 약국의 설명 여부, 약국의 복약지도, 조제 확인 여부 등으로, 구체적인 관련 사례를 근거로 알권리 보장 정도를 파악하고자 하였다(경제정의실천시민연합, 2002). 그러나 특정 권리에 초점이 맞춰진 조사로서 알권리를 제외한 다양한 측면에서의 소비자 권리 보장 파악이 어렵다는 제한점이 있다.

2. 의료기관 이용자 권리보호 실태 및 개선방안 연구

2008년 서울 및 수도권 전문요양기관 이용자를 대상으로 보건의료기본법 및 의료법에 명시된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식조사이다. 구체적으로는 진료받을 권리, 비밀을 보장받을 권리, 사생활을 보호받을 권

리, 정보를 열람할 권리, (진료계획 등을)설명받을 권리, 의료행위를 동의 받을 권리 등과 관련하여 해당 권리에 대한 인지, 권리를 침해받은 경험, 권리보장을 위한 개선과제 등을 묻고 있었다(조흥준 외, 2008).

의료소비자 권리 전반에 대해서 인식과 경험을 물었으며, 실제 소비자가 생각하고 있는 권리보장을 위한 우선순위를 알아보고자한 접근이 이루어졌으나 일부 지역·요양기관 이용자로만 조사대상자를 한정하고 있다는 것이 제한적이다. 또한 각 권리가 있다는 것을 알고 있는지 모르는지, 권리를 침해당한 경험이 있는지 없는지 등에 대해서만 간략하게 질문하는 등 비교적 설문문의 구성이 단순해 구체적인 권리보장 정도를 알기에는 무리가 있었다.

3. 보건의료 정책방향 관련 대국민 실태 조사

2011년 전국 성인 1,500명을 대상으로 한 보건의료정책 및 서비스에 대한 인식, 보건의료서비스 이용실태 및 만족·불만족 요인, 보건의료체계의 질과 보장성에 대한 인식 등에 대한 조사이다. 여기에서 알권리(의료기관·의약품 가격 및 질에 대한 양질의 정보제공), 치료과정에서의 의사 반영 권리(의사와 환자 간 수평적 관계)에 대한 의견을 묻는 문항을 확인할 수 있었다(보건의료미래위원회, 2011). 그러나 보건의료 소비자의 권리 보장에 초점을 맞추어 이루어진 조사가 아니기 때문에 국민의 의견을 파악할 수 있는 권리 항목이 제한적이다. 또한 현재의 권리보장 정도가 아닌, 권리가 보장되어야 한다고 생각하느냐는 의견에 대한 동의 정도를 묻고 있기 때문에 실제 보건의료소비자가 의료이용을 하는 과정에서 경험할 수 있는 권리의 보장 실태를 파악하기에는 어려움이 있다.

4. 의료소비자 권리에 대한 소비자 인식조사

2012년 의료소비자 권리에 대한 의식을 조사하기 위하여 전국 1,050명을 대상으로 수행한 조사이다. 구체적인 조사 항목으로는 의료소비자 권리 가운데 어떠한 것을 선호하고 있는지, 의료비가 적절하다고 생각하는지, 부당하게 의료비를 지불한 경험이 있는지, 선택권을 보장하기 위하여 어떠한 종류의 정보를 원하는지 등이 있었다. 특징적인 것은 설문내용이 소비자 권리의 각 조항을 대표하고 있기 보다는 비용 혹은 진료·진단의 적절성이나 강도(과잉진료인지, 제대로 된 시술인지)에 많은 비중을 두고 있다는 것이었다. 이는 조사를 주관한 기관의 속성과 관계가 높는데, 건강보험심사평가원의 주요 기능이 청구된 진료비에 대한 심사와 진료가 적정하게 이루어졌는지에 대한 평가를 수행하는 것이기 때문이다. 이와 관련하여 알권리와 관계된 제도에 대해서도 진료비 확인제도, 병원평가 정보공개 등 현재 건강보험심사평가원에서 진행하고 있는 대표적 제도를 이용하고 있는지, 그렇지 않다면 그 이유는 무엇인지에 대해서 확인하고 있었다(소비자시민모임, 2012).

제2절 조사개요

〈보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식 조사(이하 ‘인식 조사’)〉는 2013년 8월 22일부터 8월 30일까지 약 일주일동안 사전 교육을 받은 조사요원을 활용한 일대일 개별 면접조사로 진행되었다. ‘인식 조사’의 조사 대상자는 전국 만 19세 이상 성인으로서, 조사 결과의 대표성 확보를 위해 지역별·연령별로 비례할당된 1,000명을 표본으로 추출하여

구성하였다(무작위표본추출).

〈표 4-1〉 소비자 인식 조사 개요

구분	개 요
조사대상	• 전국 만19세 이상 성인 남녀 1,000명
완료건수	• 총 1,007건(남성 500명, 여성 507명)
표본추출	• 지역별·연령별 인구비례에 의한 무작위추출
조사기간	• 2013.8.22.~2013.8.30.
조사방법	• 구조화된 설문지 개발 • 조사요원을 활용한 일대일 개별 면접조사
주요 조사내용	• 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식 - 소비자 권리 항목별 우리나라에서의 시행 정도 - 보건의료기본법 상 의료소비자 권리의 보장 수준 - 종합적인 우리나라 의료소비자 권리 보장 수준 • 보건의료서비스 분야 소비자 권리 관련 경험 - 미충족 의료(치료가 필요함에도 치료받지 못한 경험) - 의료서비스 정보원에 대한 신뢰도 - 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 등이 제공하는 정보 이용행태 및 정보의 도움 정도 - 향후 더 많이 제공받기 원하는 의료서비스 정보 - 의료서비스 이용과정에서의 불만 사항과 해결방법 • 보건의료서비스 분야 소비자 권리 강화를 위한 개선사항 • 조사대상자의 사회경제적 특성

‘인식 조사’의 조사 내용은 조사대상자의 일반적인 사회경제적 특성을 제외하고 첫째, 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식, 둘째, 소비자 권리 관련 경험, 셋째, 소비자 권리 강화를 위한 개선사항 등 크게 세 부분으로 나누었으며, 이들 조사항목은 두 차례에 걸친 전문가 자문회의를 통하여 설문도구를 수정·보완하였다.

먼저 소비자 권리 인식에서는 CI가 제시한 의료 영역 소비자의 권리들이 우리나라에서 제대로 보장받고 있다고 생각하는지를 조사하였다. 여기서 소비자 권리는 건강권, 정보제공권, 참여권, 안전권, 정보보호권, 불

만제기관 등인데, 조사대상자들의 이해를 돕기 위하여 이들 권리를 구체적인 의료서비스 현실에서의 이슈로 전환하여 문항을 개발하였다. 이와 함께 보건의료기본법상에 보장되어 있는 5개 권리를 비롯하여 전체적인 우리나라 의료소비자 권리 보장 수준을 질문하였다.

실제 보건의료서비스 영역에서의 소비자 권리 경험 역시 위에서 언급한 권리들이 적용되는 사례 중심으로 문항을 구성하였다. 예를 들어 차별 없이 진료를 받을 수 있는 권리에 대해서는 ‘치료가 필요함에도 치료받지 못하는 경험(미충족 의료)’로, 정보를 제공받을 권리에 대해서는 현재 건강보험심사평가원 홈페이지에서 제공하는 진료비 정보 등을 이용하였거나 도움이 된 정도로 평가하는 방식이다. 또한 소비자가 의료서비스를 이용하는 과정에서 활용하는 정보원별로 신뢰도를 조사하였다.

분석은 소득수준, 교육수준, 그리고 직업별로 응답에 유의미한 차이가 있는지를 알아보기 위하여 카이제곱 검정을 수행하였으며, 모든 문항에 대해 응답 빈도와 백분율을 제시하였다.

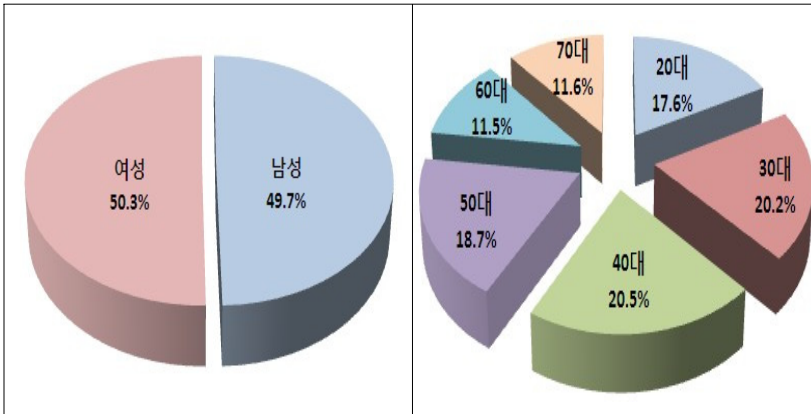
소득수준은 2013년 8월 정부 발표자료(중산층의 기준 참조)와 본 설문 조사의 문항을 종합하여 200만원 미만을 소득 1수준(저소득층), 201만원~499만원을 소득 2수준(중간소득층), 500만원 이상을 소득 3수준(고소득층)으로 구분하였다. 교육수준은 중졸이하, 고졸, 대졸, 대학원 졸 이상을 구분하였다. 직업은 관리자, 전문가 및 관련종사자, 사무종사자를 직업군 1(white), 농림어업 숙련종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 장치·기계조작 및 조립 종사자, 단순노무종사자를 직업군 2(blue), 서비스 종사자, 판매 종사자를 직업군 3(pink), 전업주부를 직업군 4, 학생 및 무직을 직업군 5, 군인 및 기타를 직업군 6으로 분류하였다. 이하 통계적 분석은 SAS 9.3을 이용하였다.

제3절 주요 조사결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

앞서 밝힌 바와 같이 ‘인식 조사’에서 최종적으로 응답을 완료한 대상자는 모두 1,007명이었다. 성별 분포는 남성 500명(49.7%), 여성 507명(50.3%)로 두 성별의 조사비율이 유사하였고, 연령별 분포는 40대 응답자가 206명(20.5%)으로 가장 많았고, 30대 203명(20.2%), 50대 188명(18.7%), 20대(19세 포함) 177명(17.6%), 60대 116명(11.5%), 70대 이상 117명(11.6%) 등으로 나타났다.

[그림 4-1] 조사 대상자의 성별, 연령별 분포



가구의 월평균 소득별로는 201~499만원의 중간소득층이 59.4%로 가장 많았으며, 500만원 이상의 고소득층이 29.9%, 200만원 이하 저소득층이 10.7%를 차지하였다³³⁾. 교육수준별로는 고졸 444명(44.1%), 대졸 392명(38.9%), 대학원 졸업 이상 9명(0.9%)로서 대부분 고졸 이상의 학

력을 가지고 있었고 중졸 이하 학력자는 162명(16.1%)이었다. 직업별로는 직업군 3(서비스 및 판매직)이 전체의 29.7%로 가장 높은 비중을 보였고, 직업군 1(비육체직)과 직업군 2(육체직)이 차지하는 비중은 각각 24.7% 및 14.3%였다. 한편 ‘주부’군은 228명으로 22.6%를 차지하였고, 학생 및 무직(4.9%), 기타(군인포함)(3.8%)의 분포였다.

〈표 4-2〉 조사 대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분	N(%)	구분	N(%)
전체	1,007(100.0)	전체	1,007(100.0)
성별		교육수준	
남성	500(49.7)	중졸 이하	162(16.1)
여성	507(50.3)	고졸	444(44.1)
		대졸 이상	401(38.9)
연령대		직업군	
20대	177(17.6)	비육체직	249(24.7)
30대	203(20.2)	육체직	144(14.3)
40대	206(20.5)	서비스·판매직	299(29.7)
50대	188(18.7)	전업주부	228(22.6)
60대	116(11.5)	학생·무직	49(4.9)
70대	117(11.6)	기타(군인 포함)	38(3.8)
월평균 소득수준			
200만원 이하	108(10.7)		
201~499만원	598(59.4)		
500만원 이상	301(29.9)		

주: 1) 무응답 1 case

33) 저소득층, 중간소득층, 고소득층은 본 조사에서 분석 편의를 위하여 임의로 구분한 범주임. 실제 조사에서 활용된 월평균 소득 범위는 6개 구간으로서, 200만원 이하, 201~299만원, 300~499만원, 500~699만원, 700~999만원, 1,000만원 이상 등임.

2. 보건의료서비스 분야 소비자 권리 인식

먼저 보건의료서비스 분야에서의 소비자권리가 우리나라에서 잘 구현되고 있는지에 대한 인식을 조사하였다. 의료소비자의 권리는 국제소비자기구(CI)에서 정의하고 있는 소비자권리와, 보건의료기본법에서 규정하고 있는 의료소비자 권리, 이슈가 되고 있는 사안 등으로 구성하였는데, 조사대상자가 일반 국민인 점을 감안하여 해당 권리를 다음과 같이 설정하여 조사하였다.

〈표 4-3〉 의료소비자 권리별 문항 설정

권리	문항 설정
건강권	우리나라에서는 환자의 경제적 조건이나 사회적 지위에 따라 의료서비스의 이용에 있어서 차별을 받는다.
알권리	의사는 병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명해 준다.
선택권&알권리	환자에게 필요한 의료서비스나 의료기관을 선택할 수 있도록 서비스의 질이나 의료비에 대한 충분한 정보가 제공되고 있다.
참여권	환자에게 중요한 의료정책의 결정 과정에 소비자의 의견이 충분히 반영되고 있다.
환자안전	병원에서의 감염 등 의료사고에 대비한 안전조치가 잘 시행되고 있다.
비밀보장권	우리나라의 의사와 의료기관은 환자의 개인정보를 잘 보호하며, 진료과정에서 사생활을 침해하지 않는다.
불만제기권	우리나라에는 진료과정과 치료결과에 불만이 있을 때, 이를 제기할 수 있는 구조가 잘 갖추어져 있다.

먼저 우리나라에서는 환자의 경제적 조건이나 사회적 지위에 따라 의료서비스 이용에 있어서 차별을 받는다(건강권)라는 점에 있어서는 ‘그렇

지 않다'라는 응답이 41.8%, '그렇다'라는 응답이 58.2%로 조사되어 형평성 있는 의료서비스의 이용이라는 측면에 있어서 부정적인 인식이 높은 것으로 나타났다³⁴⁾.

의료전문직이 병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 설명해 준다(알권리)라는 점은 반대로 긍정적인 인식이 많았다. 즉, 설명이 부족하다는 응답은 32.2%인 반면, 의사로부터 설명이 잘 이루어지고 있다는 의견은 67.8%로 조사되어, 환자-의사의 대면 접촉을 통해 직접 얻어지는 정보 제공에 대해 잘 제공받는다는 인식이 높은 것으로 파악되었다. 이러한 인식은 선택권에 대한 문항에서도 일관되게 나타나고 있는데, 환자에게 필요한 의료서비스나 의료기관을 선택할 수 있도록 서비스의 질이나 의료비에 대한 충분한 정보 제공 여부에 있어서도 '그렇다'라는 응답(63.1%)이 '그렇지 않다'라는 응답(36.9%)에 비해 높았다.

환자에게 중요한 의료정책의 결정 과정에 소비자의 의견이 충분히 반영되고 있는지(참여권)에 대해서는 '그렇지 않다'라는 응답이 49.0%, '그렇다'라는 응답이 49.9%로 조사되어 의견 차이가 크지 않았으며, 환자의 개인정보 보호 및 진료과정에서의 사생활 미침해(비밀보장권) 영역과 진료과정과 치료결과의 불만에 대한 제기 구조의 구축(불만제기권) 영역에서도 긍정적인 인식과 부정적인 인식 사이에 큰 격차가 나타나지 않았다.

다만 한 가지 특징적인 점은 참여권과 불만제기권이 보장되는 정도에 대하여 다른 권리들에 비해 '매우 그렇지 않다'의 비율이 상대적으로 높다는 점이다. 이를 통해 볼 때 소비자들은 의료기관으로부터 제공되는 서비스나 의료인으로부터 얻게 되는 정보의 만족도에 비해 의사결정과정

34) 건강권 관련 문항은 '우리나라에서는 환자의 경제적 조건이라 사회적 지위에 따라 의료서비스의 이용에 있어서 차별을 받는다'로서, YES응답이 부정적인 의견을 대표하도록 설계되어 있음.

서의 소외감과 전문성 등의 한계로 인해 부당하다고 생각되는 서비스에 대한 불만을 제대로 제기할 수 없다는 점을 중요한 문제로 인식하고 있다고 해석할 수 있다.

〈표 4-4〉 보건의료서비스 분야 소비자 권리 보장에 대한 인식

(단위: 명, %)

권리	N(%)	매우 그렇지않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
건강권	1,007 (100.0)	6.3	35.5	41.9	16.3
알권리	1,007 (100.0)	6.3	25.9	48.0	19.8
선택권	1,007 (100.0)	7.7	29.2	43.5	19.6
참여권	1,007 (100.0)	12.4	36.6	39.3	11.6
환자안전	1,007 (100.0)	9.1	39.0	43.6	8.2
비밀보장권	1,007 (100.0)	8.7	36.8	45.2	9.2
불만제기권	1,007 (100.0)	15.2	36.9	45.2	2.7

한편 〈표 4-5〉부터 〈표 4-11〉까지는 7가지 권리(건강권, 알권리, 선택권, 참여권, 환자안전, 비밀보장권, 불만제기권)이 보장되고 있는 수준을 인구사회학적 변수별 차이가 있는지 세분화하여 제시한 결과이다.

건강권과 관련해서는 소득수준에 따른 유의미한 인식 차이가 나타났다(표 4-5 참조). 즉, 중간소득층과 고소득층에 비해 저소득층에서 환자의 경제적 조건과 사회적 지위에 따라 의료서비스 이용의 차별이 있다고 인식하는 비율이 높았는데, 의료서비스 이용의 결정요인에서 가격과 소득이 차지하는 위치는 고려할 때, 진료비 부담 해소 등의 정책은 형평성 있는 의료서비스 이용을 통한 의료소비자 권리 증진에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것으로 해석된다.

〈표 4-5〉 건강권 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	건강권(경제적·사회적 지위에 따른 이용 차별)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	6.3	35.5	41.9	16.3	-
성별					
남성	5.8	38.4	39.8	16.0	>.05
여성	6.7	32.7	44.0	16.6	
연령					
20대	6.8	33.3	35.6	24.3	>.05
30대	3.4	36.9	42.4	17.2	
40대	7.3	34.0	46.1	12.6	
50대	6.4	35.1	45.2	13.3	
60대 이상	7.3	37.8	39.9	15.0	
교육					
중졸 이하	6.8	32.7	41.4	19.1	>.05
고졸	5.6	35.1	45.3	14.0	
대졸 이상	6.7	37.2	38.4	17.7	
직업					
직업군1(white)	4.4	36.5	42.6	16.5	>.05
직업군2(blue)	5.6	34.7	43.1	16.7	
직업군3(pink)	6.0	36.5	41.5	16.1	
직업군4(주부)	7.9	36.0	43.4	12.7	
직업군5(기타) ¹⁾	9.2	29.9	35.6	25.3	
가구소득수준					
저소득층	10.2	26.9	40.7	22.2	<.05
중간소득층	5.2	37.3	43.6	13.9	
고소득층	7.0	35.2	38.9	18.9	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

알권리 보장 측면에서는 직업과 가구소득수준에 따른 차이가 나타났다(표 4-6 참조). 직업에서는 직업군1(white)과 직업군 3(pink)에 비해 직업군2(blue) 계층에서 상대적으로 알권리 충족 수준이 낮은 것으로 조사되었고, 가구소득수준에서는 중간층-고소득층-저소득층의 순으로 알권리 보장 수준에 긍정적인 평가가 높았다. 대체로 사회경제적 지위가 높을

수록 긍정적인데, 이는 의료 관련 정보 획득 기회와 지위에 따른 건강정보 이해능력(health literacy)의 차이에서 기인하는 현상으로 여겨진다.

〈표 4-6〉 알권리 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	알권리(병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대한 충분한 설명)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	6.3	25.9	48.0	19.8	-
성별					
남성	6.0	25.4	47.6	21.0	>.05
여성	6.5	26.4	48.3	18.7	
연령					
20대	7.9	30.5	45.2	16.4	>.05
30대	6.4	28.6	46.8	18.2	
40대	5.3	27.2	48.1	19.4	
50대	5.9	23.9	47.3	22.9	
60대 이상	6.0	20.6	51.5	21.9	
교육					
중졸 이하	8.0	21.6	51.2	19.1	>.05
고졸	4.7	27.0	47.1	21.2	
대졸 이상	7.2	26.4	47.6	18.7	
직업					
직업군1(white)	5.2	26.9	47.0	20.9	<.05
직업군2(blue)	10.4	27.1	41.0	21.5	
직업군3(pink)	6.7	23.1	49.5	20.7	
직업군4(주부)	2.2	25.4	51.3	21.1	
직업군5(기타) ¹⁾	11.5	32.2	48.3	8.0	
가구소득수준					
저소득층	11.1	28.7	50.0	10.2	<.05
중간소득층	4.3	24.9	49.2	21.6	
고소득층	8.3	26.9	44.9	19.9	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

선택권의 보장은 연령과 직업, 가구소득수준에서 유의미한 차이를 보였다(표 4-7 참조). 직업과 가구소득은 알권리와 유사한 양상이었다. 즉,

상대적으로 사회경제적 지위가 낮을 것으로 예상되는 육체노동 중심의 블루칼라 직업군과 저소득층에서 충분한 정도의 제공이 이루어지고 있지 못하다는 응답이 낮게 나왔다. 이는 알권리와 마찬가지로 의료 관련 정보 획득 기회와 지위에 따른 건강정보 이해능력(health literacy)의 차이에 서 기인하는 현상으로 여겨진다.

〈표 4-7〉 선택권 권리보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	선택권(환자의 선택에 도움이 되는 충분한 정보의 제공)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	7.7	29.2	43.5	19.6	-
성별					
남성	8.2	26.0	43.4	22.4	>.05
여성	7.3	32.3	43.6	16.8	
연령					
20대	10.2	32.8	46.3	10.7	<.05
30대	4.4	31.0	38.4	26.1	
40대	8.3	27.7	41.3	22.8	
50대	10.6	25.0	43.6	20.7	
60대 이상	6.0	29.6	47.6	16.7	
교육					
중졸 이하	6.2	33.3	45.7	14.8	>.05
고졸	9.2	27.0	42.8	20.9	
대졸 이상	6.7	29.9	43.4	20.0	
직업					
직업군1(white)	4.8	27.3	47.4	20.5	<.05
직업군2(blue)	12.5	29.2	36.8	21.5	
직업군3(pink)	7.4	31.1	40.5	21.1	
직업군4(주부)	7.0	26.3	46.9	19.7	
직업군5(기타) ¹⁾	11.5	35.6	44.8	8.0	
가구소득수준					
저소득층	9.3	45.4	31.5	13.9	<.05
중간소득층	6.4	25.9	46.5	21.2	
고소득층	10.0	29.9	41.9	18.3	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

선택권과 관련하여 한 가지 특이한 점은 20대 연령층의 경우 다른 연령층보다 구현되고 있는 수준이 낮다고 판단하고 있다는 점이다. 앞서 알 권리 측면에서도 통계적 유의성은 없으나, 20대에서 긍정적인 평가가 낮은 수치를 보였다. 확정적인 근거로 보기에는 어려움이 있겠으나, 20대의 경우 본인 또는 자녀가 의료서비스의 수요자가 될 가능성이 상대적으로 낮기 때문에 관련된 정보습득과 이해의 요구가 작고, 이러한 특징이 알권리와 선택권 등 정보 관련 권리들에서 부족함을 느끼는 요인 중 하나로 작용한 것으로 추정해 볼 수 있다.

참여권 보장 정도의 인식에 대해서는 연령에 따른 차이가 유의한 것으로 나타났다(표 4-8 참조). 20대 연령층은 의료정책의 결정과정에 소비자의 의견이 충분히 반영되고 있지 못하다는 인식이 다른 연령층보다 강하다. 참여권과 관련하여 직업과 소득 등은 엇갈리는 양상을 보였으며, 통계적 유의성도 없었다.

〈표 4-8〉 참여권에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	참여권(의료정책 결정 과정에 소비자 의견 반영 정도)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	12.4	36.6	39.3	11.6	-
성별					
남성	14.4	35.0	39.0	11.6	>.05
여성	10.5	38.3	39.6	11.6	
연령					
20대	16.4	46.9	27.1	9.6	<.05
30대	10.8	25.1	49.8	14.3	
40대	11.2	38.8	36.9	13.1	
50대	10.1	40.4	40.4	9.0	
60대 이상	13.7	33.9	40.8	11.6	

구분	참여권(의료정책 결정 과정에 소비자 의견 반영 정도)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
교육					
중졸 이하	11.7	35.2	45.1	8.0	>.05
고졸	13.5	36.9	36.9	12.6	
대졸 이상	11.5	36.9	39.7	12.0	
직업					
직업군1(white)	10.0	36.9	40.6	12.4	>.05
직업군2(blue)	16.0	36.8	36.8	10.4	
직업군3(pink)	11.7	35.8	41.8	10.7	
직업군4(주부)	9.2	36.4	41.7	12.7	
직업군5(기타) ¹⁾	24.1	39.1	25.3	11.5	
가구소득수준					
저소득층	17.6	33.3	38.0	11.1	>.05
중간소득층	10.7	36.6	40.8	11.9	
고소득층	14.0	37.9	36.9	11.3	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

환자안전의 보장에 대해서는 본 조사에서 제시한 인구사회학적 변수별로 유의미한 차이를 보인 변수가 없었다(표 4-9 참조). 다만 중졸 이하의 교육수준을 가진 인구집단에서 환자안전을 위한 조치에 대해 부정적인 인식이 절반을 상회하였다.

〈표 4-9〉 환자안전 보장에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	환자안전(의료사고에 대비한 안전조치 시행 정도)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	9.1	39.0	43.6	8.2	-
성별					
남성	9.4	38.8	43.2	8.6	>.05
여성	8.9	39.3	44.0	7.9	

구분	환자안전(의료사고에 대비한 안전조치 시행 정도)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
연령					
20대	9.0	41.2	39.5	10.2	>.05
30대	8.4	40.9	42.9	7.9	
40대	9.2	37.4	45.1	8.3	
50대	8.0	38.8	44.1	9.0	
60대 이상	10.7	37.3	45.5	6.4	
교육					
중졸 이하	12.3	41.4	40.1	6.2	>.05
고졸	7.9	38.5	47.3	6.3	
대졸 이상	9.2	38.7	40.9	11.2	
직업					
직업군1(white)	8.0	40.6	40.2	11.2	>.05
직업군2(blue)	10.4	38.2	45.1	6.3	
직업군3(pink)	10.4	40.5	42.5	6.7	
직업군4(주부)	8.3	38.6	44.3	8.8	
직업군5(기타) ¹⁾	8.0	32.2	52.9	6.9	
가구소득수준					
저소득층	12.0	33.3	45.4	9.3	>.05
중간소득층	7.5	40.6	44.3	7.5	
고소득층	11.3	37.9	41.5	9.3	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

비밀보장권과 관련해서는 연령 및 직업군별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 4-10 참조). 30대와 60대 이상 연령층의 경우 진료과정에서의 개인정보와 사생활 침해 방지에 대해 절반 이상이 부정적인 인식을 가지고 있었으며, 직업군별로는 직업군2(blue)에 속한 응답자들이 환자의 비밀보장 정도에 대해 상당히 부정적인 의견(매우 보장되고 있지 못하다 15.3%)을 보였다. 통계적 유의성은 낮았으나, 교육 및 가구소득 수준에서도 저학력 및 저소득층의 경우 비밀보장에 대해 부정적인 의견이 높았다.

〈표 4-10〉 비밀보장권에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	비밀보장권(환자개인정보 보호와 사생활 미침해)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	8.7	36.8	45.2	9.2	-
성별					
남성	9.4	35.0	48.2	7.4	>.05
여성	8.1	38.7	42.2	11.0	
연령					
20대	10.7	29.9	53.7	5.6	<.05
30대	5.9	46.3	39.4	8.4	
40대	6.8	34.5	47.6	11.2	
50대	9.0	31.9	44.1	14.9	
60대 이상	11.2	39.9	42.5	6.4	
교육					
중졸 이하	14.2	40.7	38.3	6.8	>.05
고졸	8.1	35.4	46.4	10.1	
대졸 이상	7.2	36.9	46.6	9.2	
직업					
직업군1(white)	5.6	37.8	48.6	8.0	<.05
직업군2(blue)	15.3	34.0	41.7	9.0	
직업군3(pink)	7.7	39.5	44.5	8.4	
직업군4(주부)	6.1	37.7	43.9	12.3	
직업군5(기타) ¹⁾	17.2	27.6	47.1	8.0	
가구소득수준					
저소득층	13.9	36.1	40.7	9.3	>.05
중간소득층	7.0	35.5	48.5	9.0	
고소득층	10.3	39.9	40.2	9.6	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

우리나라에서의 불만제기권의 보장 정도는 다른 의료소비자 권리들에 비해 상당히 낮은 수준인 것으로 평가하고 있었다(표 4-11 참조). 참여권과 더불어 불만제기권은 부정적 인식이 매우 높았는데(매우 그렇지 않다 15.2%), 능동적 소비자로서 정책결정과정에서의 참여 및 이용과정에서의

불만과 피해를 제기할 통로의 부족을 큰 문제점으로 인식하고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-11〉 불만제기권에 대한 인구사회학적 변수별 인식

(단위: %)

구분	불만제기권(환자의 불만을 제기할 수 있는 구조 구축 정도)				
	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체	15.2	36.9	45.2	2.7	-
성별					
남성	16.0	35.6	46.2	2.2	>.05
여성	14.4	38.3	44.2	3.2	
연령					
20대	18.6	37.9	42.4	1.1	>.05
30대	11.3	36.5	49.3	3.0	
40대	12.6	39.3	45.6	2.4	
50대	16.5	37.2	45.2	1.1	
60대 이상	17.2	34.3	43.3	5.2	
교육					
중졸 이하	16.7	34.0	46.3	3.1	>.05
고졸	14.9	39.9	41.7	3.6	
대졸 이상	15.0	34.9	48.6	1.5	
직업					
직업군1(white)	13.7	32.9	51.4	2.0	<.05
직업군2(blue)	20.1	36.1	39.6	4.2	
직업군3(pink)	14.7	37.8	46.2	1.3	
직업군4(주부)	11.4	37.3	46.9	4.4	
직업군5(기타) ¹⁾	23.0	46.0	28.7	2.3	
가구소득수준					
저소득층	22.2	40.7	32.4	4.6	<.05
중간소득층	12.4	35.3	49.3	3.0	
고소득층	18.3	38.9	41.5	1.3	

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

한편 불만제기권 보장 정도에 대한 인구사회학적 변수별로는 직업과 소득에서 유의한 차이를 보였다. 직업별로는 직업군2(blue) 및 주부 집단에서 상대적으로 불만제기권의 보장 정도를 낮게 평가하고 있었으며, 가구소득수준에 있어서도 저소득층은 중간 및 고소득층에 비해 의료서비스 이용과정에서의 불만제기 구조 구축에 한계가 있다는 응답이 높았다.

3. 보건의료서비스 분야 소비자 권리 관련 경험

가. 미충족 의료

미충족 의료는 그 정의상³⁵⁾ 의료서비스의 접근성을 평가하고, 사회경제적 지위나 수준에 관계없이 누구나 필요에 따라 의료서비스를 이용할 수 있어야 한다는 ‘건강권’과 밀접한 연관성을 가진 지표로 해석된다.

본 조사에서 미충족 의료는 ‘지금까지 본인이나 가족이 몸이 아픔에도 불구하고 치료를 받지 못한 경험이 있습니까?’라는 문항으로 측정하였다. 조사 결과 미충족 의료 경험이 있었다는 응답은 275명(27.3%)이었으며, 경험이 없었다는 응답은 732명(72.7%)으로 나타나, 전체 조사 대상자의 약 1/4이 미충족 의료 경험이 있다고 응답하였다.

사회경제적 변수에 따른 미충족 의료 경험율의 차이 역시 기존의 연구 결과들과 마찬가지로 분명하게 나타나고 있었다. 교육수준이 낮아질수록, 소득수준이 낮아질수록 미충족 의료를 경험한 비율이 유의하게 높았으며, 직업군에서는 육체적 직업(직업군2, blue)이 사무직종 및 서비스직종에 비해 높게 나타났다. 또한 연령이 높아질수록 미충족 의료 경험율이

35) 미충족 의료는 일반적으로 의료서비스가 필요하다고 인지하였지만, 어떠한 이유로 인해 의료서비스를 제공받지 못한 경험을 의미함(김혜련 외, 2012).

높아지고 있어서, 일반적으로 의료서비스의 취약계층이라 할 수 있는 고령층, 저학력층, 저소득층의 건강권이 열악한 것으로 해석된다.

〈표 4-12〉 본인 또는 가족의 미충족 의료 경험 여부

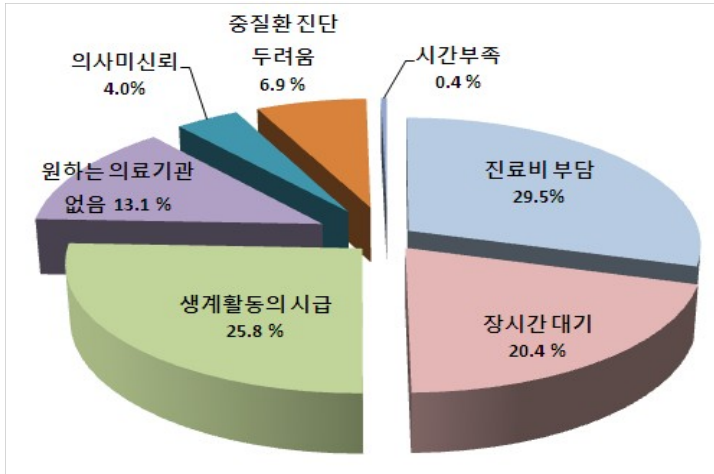
(단위: %)

구분	있음	없음	p	구분	있음	없음	p
전체	27.3	72.7	-	전체	27.3	72.7	-
성별				교육			
남성	26.2	73.8	>.05	중졸 이하	41.4	58.6	<.05
여성	28.4	71.6		고졸	28.4	71.6	
				대졸 이상	20.4	79.6	
연령대				직업			
20대	16.9	83.1	<.05	직업군1(white)	19.3	80.7	<.05
30대	25.1	74.9		직업군2(blue)	41.7	58.3	
40대	25.2	74.8		직업군3(pink)	26.8	73.2	
50대	33.0	67.0		직업군4(주부)	30.3	69.7	
60대 이상	34.3	65.7		직업군5(기타) ¹⁾	20.7	79.3	
월평균 소득수준							
저소득층	38.9	61.1	<.05				
중간소득층	28.4	71.6					
고소득층	20.9	79.1					

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

미충족 의료의 가장 큰 이유는 경제적인 이유인 것으로 조사되었다. 즉, 미충족 의료 경험 이유에 대해서 가장 많은 응답은 ‘진료비 부담 (29.5%)’이었고, 다음으로 ‘치료보다 생계활동이 더 급해서 치료시기를 놓쳤기 때문(25.8%)’으로 조사되어 경제적 이유가 미충족 의료 경험의 절반 이상을 차지하였다. 이 외에도 ‘치료입원을 위해 기다려야 하는 기간이 너무 길어서’라는 응답이 20.4%로 나타나, 질환에 따라 일부 대형 의료기관에서 진료를 받기 위해 장시간 대기해야 하는 문제 역시 소비자들에게 적지 않은 부담인 것으로 조사되었다.

[그림 4-2] 미충족의료 이유



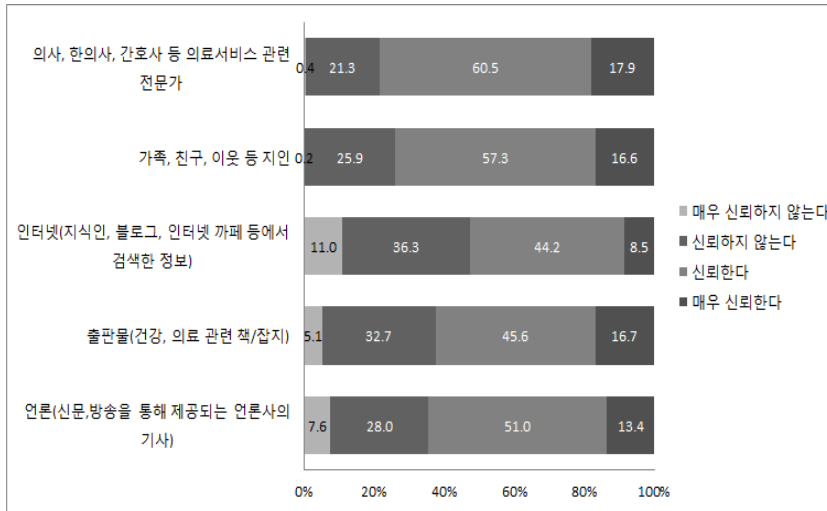
나. 보건의료 정보원에 대한 신뢰도

보건의료에 관련된 정보를 어디에서 얻으며, 그 정보원을 얼마나 신뢰하는가는 소비자의 알권리 증진을 위해 중요한 기초 자료가 될 수 있다는 점에서 본 조사에서는 1) 전문가(의사, 한의사, 간호사 등), 2) 지인(가족, 친구, 이웃 등), 3) 인터넷(블로그, 인터넷 카페 등), 4) 출판물(건강, 의료 관련 책 및 잡지), 5) 언론(신문, 방송 등)등으로 구분하여 각 정보원에 대한 신뢰 정도를 질문하였다.

조사 결과 신뢰도가 가장 높은 정보원은 의료전문가(78.4%)였으며, 지인(73.9), 언론(64.4%), 출판물(62.3%), 인터넷(52.7%) 순으로 신뢰도가 높게 나타났다. 전문가로서 의료인에 대한 신뢰도와 더불어 여전히 우리 사회에서 가족, 친구, 이웃 등 지인을 통해 취득한 정보의 신뢰도가 높다는 사실은 사회적 평판이나 개인적 경험에 기초한 의료서비스 선택이 이

루어질 가능성이 높음을 간접적으로 말해준다. 또한 정보화사회의 급속한 발전에 따라 인터넷을 통한 의료서비스 정보가 크게 증가하였으나, 허위·과장 정보에 대한 우려가 적지 않은 것으로 나타났다.

[그림 4-3] 의료 정보원에 대한 신뢰



주: 응답자 수 1007명

다. 건강보험심사평가원 등의 의료서비스 정보 이용과 도움 정도

앞서 제3장에서 살펴본 바와 같이 의료소비자의 알권리 보장 수준을 높이기 위하여 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 등 공공기관의 홈페이지를 통해 보건의료서비스에 대한 정보를 제공하고 있다. 본 조사에서는 이들 기관에서 공개하고 있는 의료서비스의 질적 수준 평가 결과, 의약품안전서비스(DUR) 정보, 식품·의약품 위해정보 등의 이용 경험과 해당 정도의 도움 정도를 조사하였다.

〈표 4-13〉 건강보험심사평가원·식품의약품안전처 제공 정보의 이용 경험과 도움정도

(단위: 명, %)

제공 정보	의견		해당 정보의 도움정도	
진료비 확인	경험있음	259(25.7)	매우 도움이 됨 약간 도움이 됨	7(2.7) 186(71.8)
	경험없음	748(74.3)	그저 그랬음 별로 도움이 되지 않음 전혀 도움이 되지 않음	60(23.2) 4(1.5) 2(0.8)
병원평가 정보	경험있음	112(11.1)	매우 도움이 됨 약간 도움이 됨	1(0.9) 43(38.4)
	경험없음	895(88.9)	그저 그랬음 별로 도움이 되지 않음 전혀 도움이 되지 않음	66(58.9) 2(1.8) -
약제기준급여정보	경험있음	65(6.4)	매우 도움이 됨 약간 도움이 됨	2(3.1) 30(46.2)
	경험없음	942(93.6)	그저 그랬음 별로 도움이 되지 않음 전혀 도움이 되지 않음	32(49.2) 1(1.5) -
의약품안전서비스	경험있음	81(8.0)	매우 도움이 됨 약간 도움이 됨	4(4.9) 31(38.3)
	경험없음	926(92.0)	그저 그랬음 별로 도움이 되지 않음 전혀 도움이 되지 않음	43(53.1) 3(3.7) -
식품·의약품 위해정보	경험있음	136(13.5)	매우 도움이 됨 약간 도움이 됨	3(2.2) 60(44.1)
	경험없음	871(86.5)	그저 그랬음 별로 도움이 되지 않음 전혀 도움이 되지 않음	69(50.7) 3(2.2) 1(0.7)

주: 응답자수 1,007명

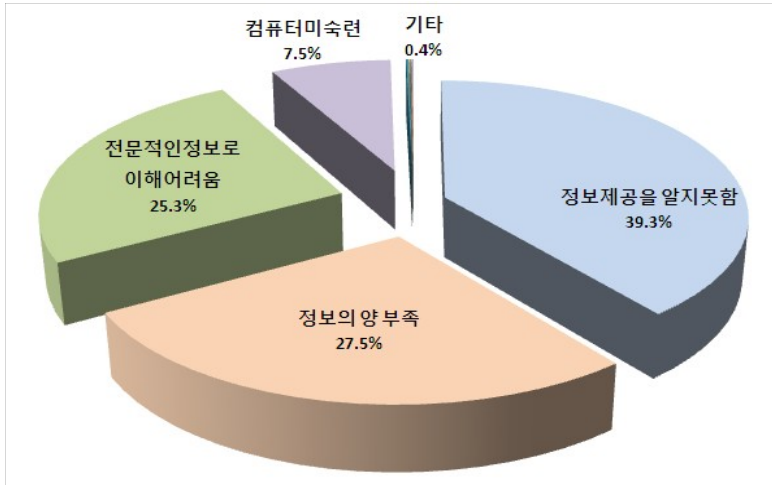
문항에 포함된 의료 정보에는 1) 의료기관에 ‘비급여 의료비’로 지불한 진료비가 건강보험에 적용되는지를 확인할 수 있는 “진료비 확인”, 2) 의료기관의 수술, 처치, 약제를 의료기관별로 비교하고 평가등급을 볼 수

있는 “병원평가 정보”, 3) 의료기관에서 처방되는 의약품의 가격 기준, 효능·효과에 대한 정보를 제공하고, 소비자가 조제료를 직접 계산해 볼 수 있는 약제비 계산 서비스를 제공하는 “약제기준급여정보”, 4) 현재 복용하고 있는 의약품의 사용상 주의사항, 중복 투여 등에 대한 정보를 제공하는 “의약품안심서비스”, 5) 주요 식품과 의약품의 건강위해 정보를 소비자에게 제공하여 안전한 선택을 할 수 있도록 돕는 “식품·의약품 위해 정보” 등이 있다.

분석 결과 진료비 확인 서비스 이용률이 25.7%로 가장 높았으며, 식품·의약품위해정보(13.5%), 병원평가 정보(11.1%) 등의 순으로 이용한 경험이 많았다. 그러나 전체적으로 건강보험심사평가원과 식품의약품안전처 등을 통해 제공되는 다섯 가지 정보의 이용 경험은 그다지 높지 않은 것으로 평가된다. 해당 정보의 도움 정도에 관한 문항에서도 ‘진료비 확인’ 정보의 경우 도움이 된다는 응답이 74.5%로 매우 높았으나, 나머지 4개 정보제공 서비스 가운데 도움이 된다는 응답은 절반을 밑돌고 있는 것으로 조사되었다(병원평가 정보: 39.3%, 약제기준급여정보: 49.3%, 의약품안심서비스: 43.2%, 식품·의약품위해정보: 46.3%).

이와 같은 의료서비스 관련 정보를 이용해보지 못한 경우 그 이유로는 ‘이와 같은 정보가 제공되고 있다는 사실을 알지 못함’이 39.3%로 가장 높았고, ‘제공되는 정보를 통해 비교·선택하기에는 정보의 양이 부족함’이 27.5%, ‘제공되는 정보가 너무 전문적이어서 이해하기 어려움’이 25.3%로 나타나는 등, 향후 소비자들의 이용률 제고와 도움 정도의 개선을 위해서는 정보제공에 대한 홍보와 정보 이용자의 수준에 맞는 쉬운 정보 제공이 필요한 것으로 나타났다.

[그림 4-4] 건강보험심사평가원·식품의약품안전처 제공 정보를 이용하지 못한 이유



의료소비자들의 권리 가운데 알권리의 증진과 관련하여 최근 많은 노력이 이루어지고 있는 분야 중 하나가 의료서비스의 질에 대한 정보제공의 확대이다. 이는 소비자들이 의료서비스를 선택하는 데에 있어서 원하는 정보를 얻기 어렵다는 문제점을 개선하려는 시도로 도입되었는데, 최근에는 병원평가와 의사의 수술, 약제처방 상황 등으로 검색의 범위를 확대하고³⁶⁾ 전문용어를 소비자들이 이해하기 쉽도록 순화하는³⁷⁾ 등의 개선방안을 추진하고 있다.

그러나 이러한 보건의료서비스에 대한 정보제공의 확대 노력에도 불구하고 여전히 소비자들의 실제 활용 정도는 낮은 것으로 나타나고 있다. 본 조사에서 제시한 5개 영역의 활용도 결과에서도 ‘진료비 확인’ 서비스가 25.7%로 나타나는 등 대부분 10% 내외의 서비스 활용율을 보였다.

36) <http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=227132>

37) <http://www.dailypharm.com/News/168312>

점이 이를 보여준다. 소비자시민모임과 건강보험심사평가원이 조사한 의약품안심서비스(DUR)에 대한 인지율이 25.1%에 수준에 머무르고 있다는 결과(소비자시민모임, 2012) 역시 이들 정보제공 서비스가 여전히 실제 의료서비스와 의료기관의 선택과정에 활용되고 있지 못한 현실을 보여준다고 하겠다.

또한 공공기관의 의료서비스 정보를 이용하지 못한 이유에 대한 문항에서도 정보제공 자체를 알지 못하거나(39.3%), 정보의 양이 부족하고(27.5%), 정보의 전문성으로 인해 이해가 어렵다(25.3%)는 의견이 대부분을 차지하고 있어서 향후 정보서비스 제공에 대한 홍보와 아울러 내용의 보완 및 일반 국민들에게 보다 이해하기 쉬운 전달 방법의 고민 등이 필요하다는 과제를 제기하고 있다.

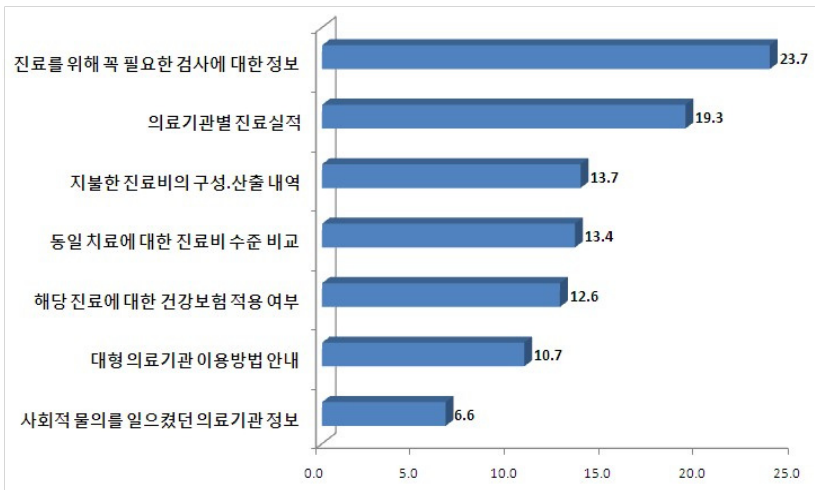
라. 제공받기를 원하는 보건의료 정보

앞으로 의료소비자에게 제공하는 정보를 확대할 경우 더 많이 제공받기 원하는 정보로는 '진료를 위해 꼭 필요한 검사에 대한 정보'가 응답자의 23.7%로 가장 높았다. 소비자들이 생각하기에 필요가 없거나 다른 검사와 중복된 것으로 보이는 검사가 이루어진다는 인식이 반영된 결과로 해석되는데, 이를 불식시키기 위해서는 의료기관 및 의료인에 대한 충분한 필요성 설득과 함께 과잉 진료가 이루어지는 의료기관의 실태 파악 등이 이루어져 그 정보가 소비자에게 제공되어야 할 것으로 보인다. 이는 또한 효율적이고 효과적으로 의료이용을 하겠다는 소비자의 욕구일 수 있지만, 한편으로는 현재 의료기관에서 제공받고 있는 의료서비스의 질과 양에 대한 불만족이 반영되었다고도 해석할 수 있다.

이 외에 치료율과 사망률 등 의료기관별 진료실적에 대한 추가 정보

(19.3%), 지불한 진료비의 구성·산출 내역(13.7%), 동일한 치료에 대한 진료비 수준 비교(13.4%) 정보 등의 순으로 정보 제공이 더 필요하다는 의견이 많이 제시되었다. 한편 소득수준, 교육수준, 직업별로 더 필요한 정보의 종류에 대한 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

[그림 4-5] 제공받기를 원하는 보건의료 정보



마. 의료서비스 이용 과정에서의 불만

앞서 <표 4-11>에서 제시한 바와 같이 우리나라 국민들은 보건의료소비자의 권리 가운데 정책에의 참여권과 불만제기권 보장 정도를 상대적으로 낮게 평가하고 있었다. 이러한 점은 의료서비스를 이용하는 과정에서 불만을 느껴본 경험이 있는지에 대한 응답에서도 나타나고 있는데, 실제 의료서비스 이용에서 불만을 경험한 경우는 전체의 60.9%로 응답자의 과반수 이상을 차지하였다.

불만 경험과 관련하여 연령과 소득수준에 따른 유의미한 차이가 나타

났다. 연령별로는 30대의 불만경험률이 67.0%로 가장 높은 반면, 20대(49.7%)와 60대(58.8%)는 상대적으로 낮았으며, 소득수준별로는 고소득층의 불만 경험률이 70.8%로 가장 높았다.

〈표 4-14〉 의료서비스 이용 과정에서의 불만 경험

(단위: %)

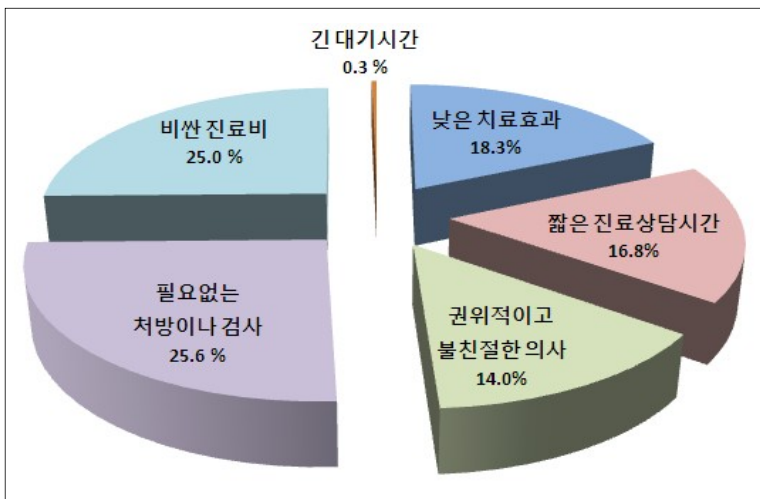
구분	있음	없음	p	구분	있음	없음	p
전체	60.9	39.1	-	전체	60.9	39.1	-
성별				교육			
남성	59.4	40.6	>.05	중졸 이하	60.5	39.5	>.05
여성	62.3	37.7		고졸	61.5	38.5	
				대졸 이상	60.3	39.7	
연령대				직업			
20대	49.7	50.3	<.05	직업군1(white)	59.0	41.0	>.05
30대	67.0	33.0		직업군2(blue)	66.7	33.3	
40대	63.6	36.4		직업군3(pink)	60.5	39.5	
50대	64.4	35.6		직업군4(주부)	59.6	40.4	
60대 이상	58.8	41.2		직업군5(기타) ¹⁾	60.9	39.1	
월평균 소득수준							
저소득층	62.0	38.0	<.05				
중간소득층	55.7	44.3					
고소득층	70.8	29.2					

주: 1) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

의료서비스에 대한 불만으로 가장 많이 지적된 것은 ‘필요없는 처방이나 검사를 함(25.6%)’이었다. 소비자들이 생각하기에 필요없을 것으로 여겨지는 처방·검사에 대한 불만이 높다는 결과는 앞서 ‘반드시 필요한 검사에 대한 정보’에 대한 요구가 가장 높았던 것(그림 4-5 참조)과 높은 관련성을 가지는 결과로 보인다. 즉, 의학적 전문지식을 가지지 못한 소비자 입장에서는 서비스 이용 과정에서 궁금한 사안에 대해 납득할만한

설명을 듣기는 원하고 있음에도 불구하고, 현실에서는 수동적으로 진료·수술동의서 등에 서명하거나 의료진이 지정하는 검사를 받기만 하고 있다는 의식이 반영된 결과로 해석된다. 물론 전문적인 의학 정보를 교육받지 못한 소비자들이 처방과 검사의 필요성을 판단하는 것에는 한계가 있을 수 있으나, 서비스의 대상이 되는 소비자들에게 충분한 설명과 함께 동의가 필요한 사안(informed consent)으로 접근할 때, 치료효과 및 상호신뢰가 강화된다는 측면에서 향후 소비자에 대한 효과적인 정보제공 확대 방안이 고민되어야 할 것이다.

[그림 4-6] 의료서비스 이용 과정에서의 주요 불만사항

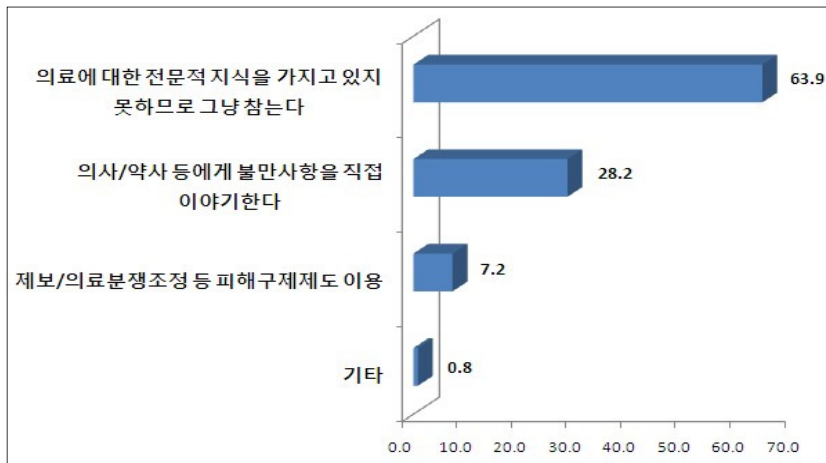


의료서비스에 대한 소비자들의 두 번째 불만사항은 ‘서비스에 비해 진료비가 비싸다(25.0%)’로 나타났다. 진료비에 대한 불만은 비급여 진료비 등으로 인해 일어나는 절대적인 액수의 문제이기도 하지만, 그 보다는 ‘서비스 대비 진료비’라는 측면이 강조되어야 한다. 앞에서 필요없는 처

방이나 검사를 하고 있다는 인식이 강한 것에서도 볼 수 있듯이 현재 우리나라 소비자들은 의료서비스 과정에 대한 불신감이 적지 않은 상황이기 때문이다. 이 외에 의료전문직에 대한 소비자의 전통적인 불만사항이라 할 수 있는 ‘권위적이고 불친절(14.0%)’, ‘짧은 진료·상담시간(16.8%)’ 등에 대한 불만도 여전히 남아 있는 것으로 나타났다.

한편 의료서비스 이용에서의 불만을 해결하는 방안으로 가장 많이 선택하는 것이 ‘의료에 대한 전문적 지식을 가지고 있지 못하므로 그냥 참는다(63.9%)’로 나타났으며, ‘의사나 약사 등에게 불만사항을 직접 이야기한다’는 응답은 28.2%, ‘소비자원이나 소비자단체에 제보하거나 피해구제제도를 이용한다’는 응답은 7.2%로 나타났다. 권리인식의 증가에 따라 적극적인 불만해결을 시도하는 소비자가 과거에 비해 증가한 것은 사실이나 여전히 적극적인 해결 방식보다는 불만제기에 따른 불이익을 우려하거나 번거롭다는 이유 등으로 인해 감수하는 편을 선택하는 경우가 많은 것으로 조사되었다.

[그림 4-7] 의료서비스에 대한 불만 경험시 해결방안



제4절 보건의료기본법상의 의료소비자 권리 보장 수준 인식

제2장에서 살펴본 바와 같이 우리나라의 보건의료기본법은 제10조에서 제13조까지 건강에 대한 차별을 받지 않을 권리(제10조), 보건의료정책 내용의 공개 청구 및 본인의 보건의료 기록 열람 권리(제11조), 질병 및 치료 등에 대한 충분한 설명을 듣고 동의를 결정할 수 있는 권리(제12조), 신체상·건강상의 비밀과 사생활을 보호받을 권리(제13조) 등 의료소비자의 4대 권리를 규정하고 있다.

보건의료기본법의 4대 권리는 건강권, 알 권리, 자기결정권, 비밀보장권 등으로 정리할 수 있는데, 본 조사에서는 여기에 불만제기권을 더하여 다섯 가지 권리가 우리나라에서 어느 정도 보장되고 있다고 생각하는지를 조사하였다³⁸⁾. 또한 마지막으로 향후 의료소비자 권리 강화를 위해 중요한 보완사항을 조사하였다.

1. 보건의료기본법 상의 권리에 대한 보장 정도

우리나라 보건의료기본법에서 규정하고 있는 1) 진료받을 권리, 2) 알 권리, 3) 선택할 권리, 4) 비밀보장 받을 권리, 5) 불만을 제기할 권리의 보장 정도를 질문한 결과, 모든 권리에 대해서 과반수를 넘는 응답자가 높은 수준(높은 수준, 매우 높은 수준을 동시에 고려함)의 권리보장이 이루어진다고 응답하였다.

다만, 불만을 제기할 권리에 대해서는 높은 수준에서 보장된다는 응답(50.8%)과 낮은 수준에서 보장된다는 응답(48.1%)이 큰 차이가 없는 것

38) 앞서 <표 4-3>~<표 4-10>은 국제소비자기구(CI)가 제시하고 있는 의료소비자의 권리를 우리나라 현실에 맞게 기술한 상황을 조사한 것이라면, 이 부분은 보건의료기본법 상에 명시된 소비자권리의 보장 수준을 보다 직접적으로 질의하였음.

으로 나타나, 다른 권리들에 비해 상대적으로 미흡한 점이 있다는 인식이 큰 것으로 나타났다. 이는 앞서 보건의료서비스 분야에서의 불만제기권 구현에 대한 상대적으로 낮은 긍정적 인식, 서비스 이용 과정에서 불만을 느껴본 경험 등과 일맥상통하는 면이 있는 결과이다.

〈표 4-15〉 보건의료기본법 규정 의료소비자 권리의 보장 수준

(단위: 명, %)

구분	의견	N (%)
1) 차별 없이 진료받을 권리	매우 낮은 수준	45 (4.5)
	낮은 수준	345 (34.3)
	높은 수준	453 (45.0)
	매우 높은 수준	151 (15.0)
	잘 모름	13 (1.3)
2) 질병, 치료과정 및 방법에 대한 정보를 의료인으로부터 설명을 듣고 알 권리	매우 낮은 수준	80 (7.9)
	낮은 수준	291 (28.9)
	높은 수준	353 (35.1)
	매우 높은 수준	238 (23.6)
	잘 모름	45 (4.5)
3) 자신에게 적합한 의료서비스를 선택할 수 있는 권리	매우 낮은 수준	99 (9.8)
	낮은 수준	281 (27.9)
	높은 수준	423 (42.0)
	매우 높은 수준	185 (18.4)
	잘 모름	19 (1.9)
4) 개인건강정보와 사생활의 비밀을 보장받을 권리	매우 낮은 수준	85 (8.4)
	낮은 수준	332 (33.0)
	높은 수준	422 (41.9)
	매우 높은 수준	148 (14.7)
	잘 모름	20 (2.0)
5) 의료서비스에 불만이 있는 경우 이의를 제기하고 피해구제를 받을 권리	매우 낮은 수준	173 (17.2)
	낮은 수준	311 (30.9)
	높은 수준	408 (40.5)
	매우 높은 수준	104 (10.3)
	잘 모름	11 (1.1)

〈표 4-16〉 교육수준에 따른 보건의료소비자 권리 보장 수준 인식

(단위: %)

구분	의견	중졸 이하	고졸	대졸 이상	P
차별 없이 진료 받을 권리	매우 낮음	4.3	4.1	5.0	>.05
	낮음	39.5	35.8	30.4	
	높음	38.9	44.8	47.6	
	매우 높음	16.7	13.5	16.0	
	잘모름	0.6	1.8	1.0	
알 권리	매우 낮음	10.5	10.8	3.7	<.05
	낮음	24.1	31.3	28.2	
	높음	38.3	31.3	37.9	
	매우 높음	21.6	21.6	26.7	
	잘모름	5.6	5.0	3.5	
의료 서비스 선택 권리	매우 낮음	7.4	14.2	6.0	<.05
	낮음	25.9	26.8	29.9	
	높음	46.3	41.4	40.9	
	매우 높음	18.5	14.9	22.2	
	잘모름	1.9	2.7	1.0	
개인정보 보장 권리	매우 낮음	10.5	9.0	7.0	>.05
	낮음	33.3	35.1	30.4	
	높음	43.8	38.7	44.6	
	매우 높음	12.3	14.6	15.7	
	잘모름	-	2.5	2.2	
불만 제기 및 피해 구제 권리	매우 낮음	14.8	20.3	14.7	<.05
	낮음	32.7	33.8	26.9	
	높음	41.4	33.6	47.9	
	매우 높음	11.1	10.6	9.7	
	잘모름	-	1.8	0.7	

인구사회학적 특성별로 이들 5개 권리에 대한 보장 정도를 조사한 결과는 교육수준과 직업군이 유의한 변수로 나타났다. 전체적으로 학력 수준이 높아질수록 의료소비자의 권리 보장 수준을 긍정적으로 평가하는 경향이 나타났고, 특히 알 권리, 선택할 권리, 불만제기 권리에 대해서는 통계적으로 유의미한 차이를 가지고 대졸 이상→고졸→중졸 이하 학력의 순으로 권리 보장 수준이 높다고 응답하였다(표 4-16 참조). 이와 같은

경향은 직업군에 따라서도 나타나고 있는데, 알권리, 선택할 권리, 불만 제기 권리에 대해서 사무직 근로자(White)에서 권리보장이 높은 수준이라고 응답한 비율이 가장 높았다(표 4-17 참조). 통계적으로 유의하지는 않았지만 소득수준에서도 경제적 지위에 따른 권리보장의 긍정적 평가 응답이 일관되게 나타나고 있었다.

〈표 4-17〉 직업군에 따른 보건의료소비자 권리 보장 수준 인식¹⁾

구분	의견	직업1 (WHITE)	직업2 (BLUE)	직업3 (PINK)	직업4 (주부)	직업5 (학생/ 무직)	P
차별없이 진료 받을 권리	매우 낮음	4.4	5.6	4.0	3.5	7.1	>.05
	낮음	30.1	43.8	34.1	31.1	39.3	
	높음	48.2	36.8	45.5	45.6	45.2	
	매우 높음	16.5	11.8	14.0	19.3	8.3	
	잘모름	0.8	2.1	2.3	0.4	-	
알 권리	매우 낮음	2.8	19.4	6.4	7.5	10.7	<.05
	낮음	27.3	25.0	33.4	26.8	29.8	
	높음	39.4	27.8	34.1	34.6	39.3	
	매우 높음	27.7	20.8	20.4	27.2	17.9	
	잘모름	2.8	6.9	5.7	3.9	2.4	
의료 서비스 선택 권리	매우 낮음	5.2	16.0	12.7	8.3	6.0	<.05
	낮음	28.5	29.9	26.4	27.6	29.8	
	높음	43.0	37.5	40.5	45.6	41.7	
	매우 높음	22.5	12.5	18.4	16.2	22.6	
	잘모름	0.8	4.2	2.0	2.2	-	
개인 정보 보장 권리	매우 낮음	6.4	8.3	8.4	9.6	10.7	>.05
	낮음	26.1	42.4	35.5	31.6	33.3	
	높음	47.0	34.0	42.5	42.1	39.3	
	매우 높음	17.3	13.2	12.4	14.9	15.5	
	잘모름	3.2	2.1	1.3	1.8	1.2	
불만제기 및 피해구제 권리	매우 낮음	14.1	17.4	15.7	18.0	28.6	<.05
	낮음	23.3	34.0	36.8	30.7	28.6	
	높음	48.6	34.7	36.5	42.5	35.7	
	매우 높음	14.1	11.8	9.4	7.9	7.1	
	잘모름	-	2.1	1.7	0.9	-	

주: 1) case가 적은 기타(군인 포함)의 응답은 제외

이와 같이 본 조사에서는 사회경제적 수준이 높아질수록 의료서비스에 대한 문제의식과 권리의식이 충족되면서 보장 수준에 대한 긍정적인 평가가 높아지는 결과를 보였다. 사회경제적 수준과 권리 보장 인식에 대한 차이는 의료와 관련된 정보 획득 기회와 건강정보 이해능력(health literacy)의 차이에서 기인하는 현상으로 여겨진다. 이는 일반 국민들에게 의료서비스에 대한 충분한 정보를 제공하고, 의료전문직-환자 관계를 개선하여 관계성을 개선한다면, 소비자들이 인식하는 권리 보장의 수준 역시 제고할 수 있음을 시사하는 결과라 하겠다.

2. 의료소비자 권리 강화를 위한 필요 사항

마지막으로 향후 의료소비자의 권리를 강화하기 위하여 정책적으로 필요한 사항들에 대한 의견을 조사하였다³⁹⁾.

의료소비자의 권리 강화를 위하여 필요한 것으로는 거의 모든 응답이 유사한 비율로 선택되었는데, 그 가운데 ‘의료소비자의 권리를 침해한 의료기관에 대한 처벌 강화’가 15.5%로 가장 높았으며, ‘의료소비자의 권리 확대를 위한 법·제도 개선’이 14.6%, ‘의료소비자 권리보장을 위한 별도의 부처·기관 설립’이 14.0%, ‘의료소비자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 대한 인센티브 지급’이 13.9%로 그 뒤를 이었다.

전체적으로 고른 응답률은 응답자들이 해당 항목들에 대하여 의료소비자 권리의 증진에 있어서 모두 일정한 중요성을 가지고 있는 것으로 파악한 것으로 해석된다. 특히 대체로 응답자들은 의료전문직이나 소비자를 대상으로 한 권리 교육이나 의식개선 활동 보다는 처벌이나 인센티브 등 의료기관이나 종사자에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 제도적 보완을 선호하

39) 본 문항은 9개의 보기 가운데 2가지씩을 선택하도록 설계하였음.

고 있었으며, 의료서비스 공급자의 자발적인 노력보다는 외부의 압력 또는 별도의 부처·기관을 통한 정책 추진을 좀 더 선호하는 것으로 나타났다.

〈표 4-18〉 의료소비자 권리 강화를 위해 필요한 점

(단위: %)

구분 ¹⁾	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
전체	14.6	15.5	13.9	14.0	10.9	11.1	9.7	10.3
성별								
남성	13.9	16.6	15.3	14.1	10.7	10.6	8.7	10.0
여성	15.2	14.5	12.4	13.9	11.1	11.6	10.7	10.6
연령								
20대	14.4	16.7	16.1	14.7	8.2	11.3	8.5	10.2
30대	17.5	14.8	13.3	13.3	12.6	9.1	10.9	8.4
40대	16.3	16.5	13.1	13.6	11.9	10.2	9.0	9.5
50대	12.5	13.6	14.9	13.8	10.9	12.5	9.6	12.2
60대 이상	12.2	16.1	12.4	14.6	10.7	12.4	10.3	11.2
교육								
중졸 이하	12.7	17.0	12.3	13.9	10.8	13.9	9.9	9.6
고졸	13.4	15.6	12.4	13.9	12.5	10.6	10.4	11.3
대졸 이상	16.6	15.0	16.1	14.2	9.2	10.6	8.9	9.5
직업								
직업군1(white)	17.3	13.7	18.5	11.4	11.2	10.0	8.8	9.0
직업군2(blue)	11.1	18.4	11.5	14.2	12.5	11.5	10.1	10.8
직업군3(pink)	14.7	15.7	11.9	14.7	10.9	12.7	9.5	9.7
직업군4(주부)	14.0	14.5	12.9	14.7	11.2	11.2	10.3	11.2
직업군5(기타) ²⁾	13.2	18.4	13.8	16.7	6.9	8.0	10.3	12.6
가구소득수준								
저소득층	13.4	16.7	11.6	9.7	12.0	9.7	13.9	13.0
중간소득층	14.4	16.3	12.7	15.4	11.7	10.5	9.3	9.6
고소득층	15.3	13.6	16.9	12.8	9.0	12.8	9.0	10.6

주: 1) ① 의료소비자의 권리 확대를 위한 법·제도 개선

② 의료소비자의 권리를 침해한 의료기관에 대한 처벌 강화

③ 의료소비자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 대한 인센티브 지급

④ 의료소비자 권리 보장을 위한 별도의 부처 및 기관 설립

⑤ 의료기관의 자발적 노력으로 의료인의 태도 개선

⑥ 의료소비자를 대상으로 한 의료소비자 권리 교육, 의식개선 활동

⑦ 의료서비스 제공자(의사, 의료기관)를 대상으로 한 의료소비자 권리 교육, 의식개선 활동

⑧ 의료소비자의 선택을 돕기 위한 다양하고 많은 정보 제공

2) 기타직업군: 군인, 학생, 무직, 기타

응답자들의 사회경제적 특성별로 응답에 차이가 나타나지는 않았으나, 남성들이 여성들에 비해 의료기관에 대한 처벌이나 인센티브 부여의 필요성을 보다 많이 인정한 반면, 여성들은 정보제공이나 권리 교육 등에 있어서 남성에 비해 상대적으로 높은 선호를 보였다. ‘의료소비자의 선택을 돕기 위한 다양하고 많은 정보 제공’ 항목이 여성, 50대 이상 고연령층, 고졸 이하 학력층, 주부 및 육체직업군, 저소득층 등 정보 획득에 취약한 층을 중심으로 상대적으로 높게 나타나고 있는 점도 주목되는 결과이다. 보건의료서비스 분야에서 일반적으로 나타나는 정보의 비대칭이 정보접근권에 따라 다르게 설정될 수 있다는 점과 합리적인 의료서비스의 선택과 이용에 있어서 정보의 중요성(백혜란·이기춘, 2006)을 고려할 때 이와 같은 ‘정보 획득 취약계층’을 대상으로 한 다양하고 평이한 정보의 제공은 의료소비자의 권리 강화 측면에서 매우 중요한 과제가 될 것이다.

제5절 보건의료서비스 분야 소비자 인식조사의 시사점

우리나라의 보건의료체계는 공급 확충을 통한 양적 성장을 통해 접근성 제고와 기대수명 증가 등의 성과를 거두었으나, 반대로 고비용-저효율 의료체계의 원인이라는 지적을 받아 왔다. 이러한 가운데 보건의료체계의 질적 전환 요구가 높아졌으며, 양적·공급위주의 보건의료정책을 질적·소비자 중심으로 전환함으로써 서비스 이용의 적정화와 공정한 경쟁규칙의 정립으로 바꾸어야 한다는 지적도 제기되었다.

일찍부터 소비자의 권리의식이 발달하여 왔던 선진국은 의료서비스 분야에서 건강권, 알권리, 선택권, 참여권, 안전권, 비밀보장권, 불만제기권 등 세분화된 소비자 권리를 제시하였으며, 이들 권리의 보장 정도를

평가함으로써 의료서비스의 질적 수준 개선에 활용하여 왔다. 이에 비해 우리나라의 의료소비자 권리가 보건의료정책에서 관심의 대상으로 포착된 것은 상대적으로 최근에 일이라 할 수 있다. 따라서 보건의료기본법을 비롯한 각종 법률과 의료계의 다양한 『환자 권리헌장』 등을 통해 소비자 권리가 명시되어 있음에도 불구하고 실제 현장에서는 의료전문직에 대한 ‘권위적이고 이기적’인 이미지, 환자를 대하는 태도에 대한 불만족, 짧은 상담·진료시간, 서비스 이용과정에서의 불만 등 여러 가지 부정적인 현상이 보고되어 왔다⁴⁰⁾.

이러한 상황에서 본 조사는 보건의료서비스 분야에서 대두되고 있는 의료소비자 권리에 대하여 당사자인 소비자들이 어떻게 인식하고 있으며, 보건의료기본법 상에 보장된 권리들이 어느 정도 보장되고 있다고 생각하는지, 실제 의료서비스 이용 과정에서 경험한 권리 보장 상황은 어떠한지를 파악하고자 시도되었다. 다만, 일반 국민들이 조사 대상자라는 점을 감안하여 조사도구는 실제 현장에서 나타날 수 있는 사례들로 풀어 조사함으로써 이해를 돕고자 설계하였다. 우리나라의 의료소비자 권리와 관련하여 조사 결과가 시사하는 점을 정리하면 다음과 같다.

우선 국제소비자기구(CI)의 내용을 바탕으로 설정한 7가지 소비자 권리(건강권, 알권리, 선택권, 참여권, 안전권, 비밀보장권, 불만제기권)별로 현실에서의 구현정도가 다르게 인식되고 있다는 점이다. 예를 들어 7가지 권리 가운데 알권리와 선택권의 상황에 대해서는 긍정적인 평가가 높은 반면(알권리 67.8%, 선택권: 63.1%), 참여권과 안전권과 비밀보장

40) 2012년 「청년 의사」의 조사결과에 따르면 의사에 대한 신뢰도는 비교적 높지만, 그 이미지는 ‘집단 이기적(53.7%)’, ‘권위적(48.2%)’이라는 응답이 높았으며, 의사의 진료수준·전문성에 대한 만족도(65.2%) 못지않게 환자를 대하는 태도에 대한 불만족도(56.1%) 역시 높게 조사되었음. 의사를 대할 때 가장 불편한 점은 ‘진료 및 상담시간이 짧음’이 52.1%로 가장 높았음(http://www.koreahealthlog.com/news/newsview.php?news_cd=2012070500016).

권은 긍정적 평가와 부정적 평가가 유사하였고, 건강권, 불만제기권 등은 오히려 부정적인 평가가 각각 58.2%⁴¹⁾, 52.1%로 높게 나타났다. 알권리와 선택권에 대한 긍정적 인식은 의료전문직의 인식 개선과 정보통신기술의 발달 등으로 인해 소비자들에게 주어지는 정보의 양이 지속적으로 증가하면서 개선된 것으로 보인다. 그러나 의료서비스의 질적인 측면이라 할 수 있는 환자안전과 정책에의 참여 보장 등은 여전히 개선의 여지가 있고, 특히 차별없이 형평적인 서비스 이용을 의미하는 건강권과 이용과정에서의 불만을 해소하기 위한 불만제기권 측면에서는 상대적으로 미흡한 점이 두드러지게 나타났다. 주로 경제적 이유로 발생하는 것으로 조사된 미충족 의료와 의료서비스 이용 과정에서 불만이 있어도 전문적 지식이 부족하여 그냥 참고 넘어간다는 응답이 많다는 점은 향후 의료소비자 권리 증진 방안의 방향을 제시해 주는 결과라 하겠다.

두 번째로 의료소비자들의 의료진 등으로부터 제공받는 정보에 대해서는 비교적 긍정적으로 평가할 수 있는 반면 소비자들이 선택권을 적극적으로 활용하는 데에 필요한 정보 제공 측면에서는 다소 미흡하다는 평가를 내릴 수 있겠다. 현재 건강보험심사평가원은 홈페이지를 통해 소비자의 선택권 강화를 위해 병원평가정보와 의약품안심서비스(DUR), 진료비 등의 정보를 제공하고 있다. 그러나 본 조사에서 이를 실제 이용한 응답자의 비율은 ‘진료비 확인’ 서비스가 25.7%에 머물고 있고, 대부분 10% 내외의 이용률을 보이고 있다(표 4-13 참조). 뿐만 아니라 각 정보가 도움이 된다는 비율 역시 진료비 확인 서비스를 제외하고는 모두 50%에 미치지 못하는 상황이다.

DUR을 비롯한 정보제공 이용률이 낮다는 것은 선행연구에서도 유사

41) 건강권 관련 문항은 ‘우리나라에서는 환자의 경제적 조건이라 사회적 지위에 따라 의료서비스의 이용에 있어서 차별을 받는다’로서, YES응답이 부정적인 의견을 대표하도록 설계되어 있음.

하게 나타나는데(소비자시민모임, 2012), 그 이유로 정보가 제공되고 있다는 사실 자체를 알지 못하거나, 제공되는 정보를 통해 서비스를 비교·선택하기에 정보의 양이 부족하고 정보가 너무 전문적이어서 이해하기 어렵다는 점이 지적되고 있다. 현재 건강보험심사평가원에서는 제공 정보의 범위를 확대하고 사용하는 용어를 소비자들이 이해하기 쉽도록 순화하는 개선작업을 추진하고 있으나, 지속적인 정보제공 홍보와 제공 정보 보강, 이용자 수준에 부합하는 정보 제공이 필요할 것으로 여겨진다.

세 번째로 소비자들이 제공받기 원하는 정보에 ‘꼭 필요한 검사에 대한 정보’ 요구가 가장 높고, 의료서비스 이용 과정에서의 가장 큰 불만사항 역시 ‘필요없는 처방이나 검사’에 있다는 점 역시 시사점 있는 결과라 할 수 있다. 이러한 결과는 기본적으로 의료전문직과 소비자 간의 관계와 소통 미흡에 따른 신뢰성 감소의 문제로 지적될 수 있다.

물론 전문성이 고도로 인정되는 의료의 영역에서 의료전문직과 환자의 관계는 본질적으로 불평등할 수밖에 없다는 지적도 있으나, 환자들이 단순히 수동적인 수혜자로서가 아니라 치료과정에 ‘또 다른 전문가’로서 공동으로 참여할 때 오히려 의료전문직에 대한 신뢰도가 높아지고 치료 효과 역시 제고된다는 연구 결과(Shaw et al, 2007)를 감안할 때, 치료과정의 협력자로서 의료전문직과 환자의 역할을 보다 전향적으로 설계하는 정책방향이 필요할 것으로 여겨진다.



제5장 결론: 보건의료서비스 소비자 권리제고를 위한 정책방향

제1절 보건의료서비스 분야 소비자종합계획 수립

제2절 소비자 역량 강화 방안 모색

제3절 실질적 선택권 강화를 위한 정보제공량 및 접근성 제고

제4절 의료소비자 피해구제 내실화

5

결론: 보건의료서비스 소비자 << 권리제고를 위한 정책방향

그동안 한국의 보건의료체계는 적지 않은 성과를 거두었다. 평균 수명 연장을 비롯하여 우리 국민의 건강 수준을 지시하는 지표들은 OECD 국가의 평균에 근접하거나 이미 상회하고 있으며, 전국민 건강보험 달성을 통해 개선된 접근성은 이제 과잉의료이용의 문제를 고민해야 하는 단계에 도달해 있을 정도이다. 그러나 이러한 성과에도 불구하고 인구고령화와 만성질환 등 질병구조의 변화, 의료비 증가에 따른 지속가능성에 대한 의문, 비효율적 의료전달체계에서 기인하는 공급자간 무분별한 경쟁과 낭비적 요소 등은 우리나라 보건의료체계에 대한 변화의 필요성을 높이고 있는 것 또한 사실이다.

이러한 변화의 한 방향으로 최근 주목받는 것이 공급자에 초점을 맞춘 정책에서 탈피하여 소비자의 위상을 보다 적극적으로 해석하고 소비자가 능동적으로 의료서비스를 이용하도록 함으로써 공급자와 소비자가 상호 신뢰하는 거버넌스(governance)를 구축하자는 것이다. 그리고 이를 뒷받침하기 위한 법적·제도적 조치가 활발하게 시행되고 있다. 예를 들어 보건의료 분야의 기본법이라 할 수 있는 보건의료기본법은 자신과 가족의 건강에 대한 국가의 보호를 받을 권리와 성별·나이·종교·사회적 신분·경제적 사정 등에 따른 건강권 차별 금지, 보건의료시책과 자신의 보건의료 정보에 대한 알 권리, 의료행위에 대해 충분한 설명을 듣고 동의하여 결정할 권리, 신체상·건강상의 비밀과 사생활을 보호받을 권리를 규정하고 있으며, 의료법을 비롯한 각종 법률들은 위해 방지, 건강 관련 정보의 제공, 개인정보 보호 및 적극적 피해 구제 등을 규정하고 있다.

법적 규정 뿐만 아니라 정책적으로도 건강권 보장을 위한 의료비 부담 완화를 위해 본인부담 상한제와 산정특례제도를 비롯하여 진료비 대불제도가 이미 시행중에 있으며, 특히 현정부는 4대 중증질환에 대한 보장성 강화와 3대 비급여(선택진료, 상급병실료, 간병비) 개선을 중요한 국정과제로 추진하여 의료서비스를 이용하는 소비자들의 부담을 덜어주고자 하고 있다. 또한 건강보험심사평가원 등을 통해 의료기관과 의료서비스의 질적 수준 공개 범위를 지속적으로 확장하는 한편, 의료소비자의 만족 정도와 안전을 지표에 포함한 의료기관 인증제도를 확대 실시함으로써 의료기관에 대한 소비자들의 선택권을 제고하고, 보다 안전한 의료서비스 이용을 달성할 수 있도록 하기 위한 정책을 시행 중이다. 한국의료분쟁조정중재원을 설립하고(2012년), 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」을 제정함으로써 과거에 비해 한 단계 진전된 소비자 피해구제체계를 마련하였다는 긍정적인 평가를 받기도 한다. 의과대학 교육과정 및 의료기관에서의 자체적인 교육 프로그램을 마련하여 의료소비자의 권리에 대해 의료전문직에게 교육하고 동기를 부여하는 등의 노력도 증가하고 있다.

그러나 이러한 법적·제도적 보완에도 불구하고 여전히 의료서비스 분야에서 소비자의 위상은 크게 높아지지 않았고, 권리 제고 측면에서도 제한이 많다는 비판 역시 적지 않다. OECD가 우리나라 의료의 질을 평가한 보고서를 통해 의료서비스 접근성과 평균수명 등 건강성과 향상을 높게 평가하면서도 향후 해결해야 할 과제 중 하나로서 ‘환자안전과 환자경험관리체계⁴²⁾의 부재’를 지적하고 있는 것(OECD, 2012)도 환자 권리 증진을 위한 법적 보장과 실제 의료서비스 현실에서의 간극을 보여주는

42) 환자경험관리체계는 단순한 만족도(patient satisfaction) 평가가 아니라 환자의 경험, 의사간호사와의 의사소통, 도움필요시 신속한 조치, 통증조절, 투약설명, 퇴원 후 생활에 대한 충분한 설명 등에 대한 내용을 구성요인으로 함.

현상이라 할 수 있다. 의사직군에 대해 신뢰도가 낮지 않으나, 그와 더불어 집단이기적이라거나 권위적이라는 소비자의 인식이 여전히 높고⁴³⁾, 소비자의 선택권 제고를 위해 제공되는 병원평가정보 등의 이용 경험은 낮다는 사실(소비자시민모임, 2012), 경제적·사회적 차별없이 의료서비스를 이용할 수 있는 권리와 서비스 이용과정에서의 불만을 제기할 권리 측면에서 취약한 점이 있다는 본 연구에서의 조사 결과 역시 의료소비자들의 권리 강화를 위한 정책들을 보다 세부적으로 보완해 나가야 함을 말해 준다.

물론 보건의료서비스는 앞서 제2장에서 살펴본 바와 같이 정보비대칭, 수요와 치료의 불확실성, 면허제도에 따른 공급독점과 전문지식에서 기인하는 자율성 보장과 같이 전통적인 ‘합리적 소비자(rational consumer)’가 가정되기 어려운 조건을 가지고 있는 것이 사실이다. 또한 자본주의 발전 과정에서 등장한 소비자주의(consumerism)가 우리나라의 의료체계 현실에서 적용가능할 것인지에 대한 논란도 있을 수 있다. 그러나 ‘부권적 의료전문주의’라는 평가까지 듣고 있는(조병희, 2003a) 과도한 의료전문가주의는 의료전문가-환자와의 관계를 악화시켜 신뢰도를 낮추고, 보건의료체계 전반을 왜곡시킬 수 있다. 또한 인구구조와 질병구조의 변화로 증가하고 있는 국민적 부담을 감소시키고 보건의료체계의 지속성을 제고하기 위해서도 소비자의 합리적 선택을 뒷받침하는 정보의 제공과 참여 확대, 의료서비스에 대한 소비자 불만 해소 방안의 마련이 필요하다.

사회 전반적인 현상인 소비자 권리의식 제고와 더불어 개인의 건강증진활동을 강조하는 만성질환으로의 질병구조 변화, 정보통신기술 발달에 따른 불확실성과 전문성에 대한 도전은 그동안 ‘소비자 권리’라는 측면에

43) <http://www.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newsid=2012070500016>

서 상대적으로 열악했던 분야인 보건의료 영역에서 의료소비자 권리 증진을 강조하는 요인으로 작용하고 있다. 향후 보건의료서비스 영역에서 소비자주의는 더욱 강한 정당성을 부여받게 될 것이다. 보건의료에서 소비자주의란 국제소비자기구의 환자권리장전(Charters for Patients' Right)에서도 나타나듯이 선택권을 제고하고, 적절한 정보에 보다 용이하게 접근할 수 있도록 하며, 소비자의 의견을 반영한 정책 및 의료서비스 질 보장조치를 취하고, 의료서비스에 만족하지 못할 경우 불만을 제기하여 정당한 보상을 받도록 하는 것이다.

그러나 의료서비스 영역에서 소비자의 선택권 확대가 오히려 건강권 보장과 모순되는 결과를 초래할 수 있다는 주장이 제기되기도 한다. 예를 들어 영국의 NHS에 요구되었고, 현재도 요구되고 있는 일련의 개혁조치들, 즉, 새로운 관리기구의 설정과 경영계획 강화, 자금운영한도의 설정과 실적지표 도입, 효율성 제고, 예산절감, 독립채산제 등 시장경쟁원리의 도입(Boyle, 2011)은 '소비자의 선택권을 강화'한다는 소비자주의와 밀접한 관련성을 가진다는 것이다. 우리나라의 경우에도 전국민 건강보험체계 강제가입 및 요양기관 당연지정제로 인해 독점적이고 관료적으로 운영될 소지를 가진 건강보험체계에 견제기전을 부여하고, 소비자 요구에 적극적으로 대처하기 위한 보험운영이 될 수 있도록 국가독점의 보험자제도를 개혁하여 보험자 경쟁시스템을 도입해야 한다는 주장이 제기되고 있다(이선희, 2008). 반대로 시민단체들은 보건의료체계에 대한 시장논리의 적용은 건강보험 당연지정제의 해제와 경제적 능력에 따른 차별적 의료이용 및 건강권 침해의 시도로 인식하는 경향이 있어 과연 소비자 선택권의 강화가 어떤 형태로, 어느 정도 수준에서 적용되어야 할 것인지가 앞으로 큰 논쟁지점으로 남을 것으로 보인다. 앞서 제3장에서 제기한 바 있는 '선택진료제도'에 대한 논쟁 역시 환자의 선택권을 어떻게 해

석하고 보장하는 것이 바람직한 것인가의 내용을 담고 있다.

이번 장에서는 의료소비자의 위상과 권리 제고에 대한 배경 및 필요성과 현재 우리나라의 의료소비자 권리 상황, 소비자 대상 조사 결과 등을 바탕으로 하여 의료서비스 분야에서의 소비자 권리 제고를 위한 정책 방향을 결론적으로 제시하고자 한다.

제1절 보건의료서비스 분야 소비자종합계획 수립

여전히 부족한 점이 지적되고는 있으나 우리나라의 보건의료체계가 적지 않은 성과를 거두어 왔다는 점에서는 이론이 거의 없다. 그리고 이 과정에서 국민의식수준의 발달에 따른 의료소비자 권리 의식 역시 과거에 비교할 때 상당한 발전을 이루었다.

그러나 여전히 우리나라의 의료소비자 권리는 개선점을 많이 가지고 있다. 예를 들어 소비자를 질병의 위협으로부터 보호하기 위한 가장 기본적인 권리 영역이라 할 수 있는 건강권이나 안전권은 국가와 사회의 정책적·적극적 개입보다는 공급자(의료인, 의료기관) 또는 환자 개인에게 1차적으로 책임을 지우는 한계가 여전히 존재한다. 가족 중 중증질환자가 발생할 경우 치료비로 인해 가계파탄의 위험성을 겪게 되는 사람들의 사례와 의료취약지의 존재, 정확한 실태 파악조차 미흡한 의료기관에서의 환자 안전문제는 건강권과 안전권에 대한 종합적이고 적극적인 접근을 필요로 한다.

또한 알권리와 선택권은 보건의료서비스가 가지는 ‘전문성’이라는 특성에 가려져 소비자가 서비스 대상으로만 제한되는 인식의 한계가 여전히 있다. 의료소비자의 권리를 증진시키기 위하여 도입된 제도가 그 성격이

변질되면서 소비자들로부터 반대로 폐지 요구를 받는 제도도 적지 않은 상황이다. 선택진료제도는 그 대표적인 사례로서, 소비자의 선택권을 보장하여 질높은 의료서비스를 제공한다는 당초 취지와는 달리 선택진료제도가 오히려 의료기관의 적자를 보전해 주는 제도로 기능하면서 소비자의 비용부담을 가중시키는 부정적인 영향을 미치고 있는 것이다.

여전히 전문직에 의한 서비스 공급독점이 강하게 남아 있는 보건의료 영역에서 소비자권리가 개인적 수준에서, 자연적으로 보장될 것이라는 기대는 요원한 일이다. 특히 의료소비자의 권리 보장이 이제 본격적으로 논의되고 있는 우리나라 상황에서는 공익적 제3자로서 정부 및 공공기관의 개입이 불가피할 것으로 사료된다.

현재 우리나라는 의료소비자의 권리 증진을 위하여 보건의료기본법에 근거를 마련하고, 의료서비스의 질 정보 제공, 권리구제제도, 보장성 강화 정책 등이 시행되고 있다. 그렇지만 향후 의료소비자의 권리를 보다 체계적으로 보장하기 위해 분절적으로 이루어지고 있는 의료소비자 권리 정책을 하나의 ‘종합계획’에 담아 추진할 필요성이 있다고 하겠다.

보건의료 분야의 기본법이라 할 수 있는 보건의료기본법은 5년마다 보건의료발전계획을 수립하도록 규정하고 있는데, 가장 최근인 2010년 수립된 『보건의료기본계획』은 최초로 ‘소비자 권익 강화’를 별도의 정책목표를 설정하고, 이를 위해 ①의료분쟁 조정제도의 개선 ②선택진료제도 개선 ③보호자없는 병원 ④완화의료 등 4개 과제를 제안하고 있다.

의료소비자의 권리가 비교적 일찍부터 보장되기 시작한 선진국에 비해 여전히 미흡한 점은 있지만, 국가 전체의 보건의료계획에 의료소비자 권리 증진을 정책목표로 규정하였다는 것은 매우 긍정적인 사실이다. 그러나 『보건의료기본계획』 상의 의료소비자 권리는 비전-목표-방향-세부와

제의 형식으로 체계화되어 중장기적인 발전 관점을 가지고 제시되기 보다는 현안 위주로 지나치게 세분화된 우선과제 나열에 머무르고 있었던 것으로 평가된다. 이로 인해 우선과제가 실제로 정책화하거나 일정 시점에 도달한 이후, 최초로 제시된 세부과제들을 대신하거나 후속화하는 추가적인 대안이 제시되지 못하고 있다.

예를 들어 『보건의료기본계획』은 ‘의료분쟁 조정제도의 개선’을 의료 소비자 권익 강화를 위한 과제로 제시하고 있는데, 앞서 제3장에서 살펴본 바와 같이 우리나라는 의료분쟁을 효과적으로 조정하기 위하여 별도의 법률(의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률)을 제정하고 한국의료분쟁조정중재원을 출범시키는 등 당초 『보건의료기본계획』이 제시한 목표를 달성하였다고 볼 수 있다. 그렇지만 의료분쟁 조정제도라는 커다란 성과 이후에 의료소비자의 불만제기권은 어떻게 발전되어야 하는지에 대한 논의는 산발적으로만 이루어지고 있다. 게다가 경제·사회적 환경이 변화하면서 소비자 권리와 관련한 주요 영역으로 부각되고 있는 의료보장, 의료기관 평가, DUR 등 위해요인에 대한 정보 제공, 취약계층 지원 등이 종합적인 접근보다 사업을 담당하는 기관 및 부서별로 산재되어 수행되면서 ‘의료소비자 권리 제고’라는 목표 달성을 위한 종합적이고 일관적인 체계를 갖추고 있지는 못한 상황으로 평가할 수 있다.

이와 같은 상황에서 의료소비자 권리 증진을 위한 종합계획(이하 ‘종합계획’)을 수립하기 위해 소비자기본법에 의거하여 공정거래위원회가 3년마다 수립하고 있는 『소비자정책에 관한 기본계획』을 벤치마킹할 수 있다⁴⁴⁾. 이 계획에는 경제사회 환경부터 영역별 소비자 정책의 목표, 소비

44) 소비자기본법 제21조는 공정거래위원회로 하여금 3년마다 소비자정책에 관한 기본계획을 수립할 의무를 규정하고 있으며, 이 계획에는 다음과 같은 사항들이 포함되어야 함.

1. 소비자정책과 관련된 경제·사회 환경의 변화
2. 소비자정책의 기본방향
3. 다음 각 목의 사항이 포함된 소비자정책의 목표

자정책 추진을 위한 재원조달 방안 등이 담기게 되는데, 이와 같은 구성은 의료소비자 권리 증진을 위한 종합계획에도 유사하게 적용할 수 있다.

[그림 5-1]은 종합계획의 수립에 있어서 구성할 수 있는 틀과 우선과제를 제안해 본 것이다. '종합계획'은 "의료소비자 권리 증진"을 종합적인 비전으로 설정하고, 하부의 정책 영역으로서 보건의료기본법이 규정하고 있는 4가지 영역 즉, ①건강권 ②알권리 및 선택권 ③자기결정권 ④비밀보장 등으로 구성하였다. 또한 각각의 정책 영역이 추구해야 할 목표를 제시한 후, 이를 달성하기 위한 세부적인 정책과제를 담았다. 또한 종합계획을 효과적으로 추진하기 위하여 예산, 인력, 거버넌스 등의 기반 조건에 관한 내용도 추가될 필요가 있다.

예를 들어 건강권의 보장 영역에는 보건의료기본법이 규정하고 있는 바, '차별없는 의료서비스 이용'을 정책목표로 하고, 이를 실천할 수 있는 우선적인 세부적인 과제로서 ①의료취약지에 대한 주기적인 모니터링 ②비급여제도 축소 ③취약계층에 대한 건강보험 본인부담 완화 ④환자 안전 보장정책 수립 등을 제시하였다. 각각의 세부과제들에는 성과를 평가하기 위한 3개년 또는 5개년의 단계적인 목표치를 가능한한 계량적으로 설정하여 향후 평가에 활용하도록 한다. 알권리 및 선택권, 자기결정권, 비밀보장 등 다른 영역의 정책목표와 세부과제도 유사한 형식으로 설정하되, 그 내용은 [그림 5-1]과 같다.

-
- 가. 소비자안전의 강화
 - 나. 소비자와 사업자 사이의 거래의 공정화 및 적정화
 - 다. 소비자교육 및 정보제공의 촉진
 - 라. 소비자피해의 원활한 구제
 - 마. 국제소비자문제에 대한 대응
 - 바. 그 밖에 소비자의 권익과 관련된 주요한 사항
 - 4. 소비자정책의 추진과 관련된 재원의 조달방법
 - 5. 어린이 위해방지를 위한 연령별 안전기준의 작성
 - 6. 그 밖에 소비자정책의 수립과 추진에 필요한 사항

[그림 5-1] 의료소비자 권리 증진을 위한 종합계획 구성(안)

비전	의료소비자 권리 증진			
영역	건강권	알권리 및 선택권	자기결정권	비밀보장
정책 목표	차별없는 의료서비스 이용 보장	의료서비스 선택을 위한 실질적 정보 제공	의료서비스의 소비자 중심성 강화	개인의료정보 보호
세부 과제	- 의료취약지에 대한 주기적 모니터링 - 비급여제도 축소 - 취약계층에 대한 건강보험 본인부담 완화 - 환자안전 보장정책 수립	- 의료기관평가 인증제도 개선 - 요양기관 적정성 평가 항목 확대 - 의료의 질 평가결과 공개 확대와 접근성 개선 - 의약품안심 서비스(DUR) 공개 확대와 접근성 개선	- 선택진료제도 개선 - 의료분쟁조정 제도 개선 및 다양한 불만 제기 통로 확보 - 정책결정 과정에 소비자 참여 확대 - 민간의료보험의 소비자 권리 강화	- 개인의료정보 유출 방지 - 개인정보 영향평가제도 도입 검토 - 개인의료 정보를 개인이 직접 관리하는 방안으로 전환
기반	- 의료소비자 권리 증진을 위한 자원 확보 - 정부 내 의료소비자 관련 정책 전담조직 운영 검토 - 공급자-소비자-정부의 협의체 운영			

제2절 소비자 역량 강화 방안 모색

1. Health Literacy의 측정과 활용

국가정책이나 의료서비스 공급자를 통한 의료소비자로서의 권리 확보도 중요하지만, 의료서비스를 합리적으로 이용할 수 있도록 소비자의 역량을 강화하는 것도 중요한 주제이다. 이러한 측면에서 최근 중요성이 부각되고 있는 주제 중 하나가 건강정보이해능력(health literacy)이라 할 수 있다. 건강정보이해능력이란 각 개인들이 자신의 건강문제 해결에 적합한 결정을 내리는 데에 필요한 기본적인 정보와 서비스를 획득하고, 활용하며, 이해할 수 있도록 하는 능력의 수준을 의미한다(AHRQ, 2010). 소비자에게 요구되는 의무 중 하나가 ‘합리적 의료이용의 의무’라 할 때, 건강정보이해능력은 이를 달성할 수 있는 전제조건인 것이다.

정보비대칭의 문제가 지적되는 보건의료서비스 영역에서 소비자의 정보이해능력을 제고하는 것은 정보격차를 감소시키고 합리적인 서비스 이용을 추동함으로써 궁극적으로 의료소비자의 권리를 강화시키는 기능을 수행할 것으로 기대된다. 반대로 건강정보를 이해하는 능력이 부족한 경우 의료서비스 이용에서 적시성을 잃어버리거나 왜곡된 형태의 서비스를 이용할 위험이 보다 높다. 예를 들어 건강정보이해능력 보유 수준은 사망률 및 기능적 신체 상태, 만성질환에 대한 열악한 관리로 인한 과다한 의료비용 지출 등에 유의한 설명변수로 작용하고 있는 것으로(Baker et al, 2007; Wolf et al, 2005; Weiss&Palmer, 2004) 보고되고 있다.

이에 따라 미국은 AHRQ를 중심으로 이미 건강정보이해능력의 측정과 적용을 위한 protocol이 마련되어 있으며, 소비자들의 기본적인 능력측정에서부터 각종 의료서비스의 선택과 건강증진 수준의 제고에 미치는

영향에 관한 연구성과가 축적되어 있다.

[그림 5-2] REALM 66개 문항¹⁾

fat(지방)	fatigue(피로)	allergic(알레르기성)
flu(유행성감기)	pelvic(골반)	menstrual(월경)
pill(알약)	jaundice(황달)	testicle(고환)
dose(복용량)	infection(감염)	colitis(대장염)
eye(안구)	exercise(운동)	emergency(응급)
stress(스트레스)	behavior(행동)	medication(투약)
smear(도말)	prescription(처방전)	occupation(직업)
nerves(신경 섬유)	notify(통보)	sexually(성적으로)
germs(병원균)	gallbladder(쓸개)	alcoholism(알콜중독)
meals(식사)	calories(칼로리)	irritation(초조)
disease(질병)	depression(우울증)	constipation(변비)
cancer(암)	miscarriage(유산)	gonorrhea(임질)
caffeine(카페인)	pregnancy(임신)	inflammatory(염증성)
attack(발병)	arthritis(관절염)	diabetes(당뇨병)
kidney(신장)	nutrition(영양)	hepatitis(간염)
hormones(호르몬)	menopause(폐경기)	antibiotics(항생제)
herpes(헤르페스)	appendix(맹장)	diagnosis(진단)
seizure(발작)	abnormal(비정상)	potassium(칼륨)
bowel(장자)	syphilis(매독)	anemia(빈혈증)
asthma(천식)	hemorrhoids(치질)	obesity(비만)
rectal(직장)	nausea(구역질)	osteoporosis(골다공증)
incest(근친상간)	directed(처방지시)	impetigo(농가진)

주: 1) REALM에서 사용된 용어의 우리말 번역은 김성수 외(2005) 및 이수현 외(2011)에서 개발한 ‘한국형 측정도구’의 내용임.

[그림 5-2]는 건강정보이해능력을 측정하기 위해 흔히 사용되는 REALM(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)의 66개 질문항을 제시한 것이다. 대체로 이들 가운데 61개 이상의 단어를 읽을 수 있고, 제대로 이해할 수 있다면 최소한 고등학교 수준의 건강정보이해능력을 가지고 있기 때문에 거의 대부분의 환자교육 관련 교재를 이해하는 데에 문제가 없다고 판정된다. 반면 45~60개 사이의 응답자는 환자교육

교재를 읽는 데에 어려움이 있는 경우, 19~44개 사이의 응답자는 처방전에 있는 간단한 내용도 이해하기 어려운 경우로 판정되며, 19개 이하의 단어를 이해하는 경우에는 매우 낮은 건강정보이해능력을 가지고 있어서 문자 형태의 정보전달은 효과적이지 않으며, 말이나 그림, 오디오·비디오 테이프를 통해 관련 정보를 전달해야 하는 수준으로 간주된다.

우리나라 건강정보이해능력 측정을 위해 흔히 활용되는 도구인 REALM(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)을 보완한 한국형 측정도구에 대한 예비연구가 시도된 바 있으나(김성수 외, 2005; 이수현 외, 2011), 건강수준 및 서비스 이용행태와의 연관성을 가진 결과 도출까지는 이르고 있지 못한 상황이다. 따라서 의료소비자의 권리 증진을 위한 역량 강화라는 차원에서 우리나라 상황에 적합한 건강정보이해능력 도구를 개발하고, 이를 측정하여 성과 평가에 활용하는 과정이 필요하다.

2. 의사-환자 관계 개선을 위한 의료인 교육 및 관리제도 개선

전문가에 의한 대면서비스를 특징으로 하는 보건의료서비스에서 ‘의사-환자 관계’는 매우 전통적이면서도, 각 시대적 상황에 따라 변화되어 온 주제라고 할 수 있다. 예를 들어 전문적인 의학교육을 수료한 전문가에 의해 질병의 규정과 적절한 치료법이 선정되는 체계인 생의학적 모형이 의학의 주도적인 양태였던 시기에 의사-환자 관계는 ‘능동-수동 모형’에 가깝게 정립되는 경향을 보인다(조병희, 2003a). 그러나, 최근 들어 의료소비자의 권리의식이 높아지고, 환자의 질병 경험과 라이프 스타일이 중시되는 만성질환으로 질병구조가 변화하면서 의사-환자 관계에서 공동참여(mutual participation)의 요구가 높아지는 형태로 변화되고 있다.

더욱이 급격하게 진전된 정보화는 의료전문직이 독점하던 의료정보에 대한 접근성을 소비자 측면에서 개선시킴으로써 환자 및 소비자의 역량강화(empowerment)와 더불어 전통적인 의사-환자 관계를 무너뜨리는 요인으로 작용하고 있다. '의사주도형의 가부장적 온정주의(paternalism) 모델이 급격히 쇠퇴하고, 환자의 적극적 역할이 부각되는 상호 참여 모델로 이행'되고 있는 것이다(정연재, 2008).

이러한 변화에 많은 의료기관에서 환자를 일종의 '고객'이나 '소비자'로 인식하여 시장친화적(market-oriented)인 서비스를 제공하여 경쟁력을 높이려 하는 노력을 보이기도 한다. 그러나 의료전문직의 경우에는 의사에 대한 환자 및 사회의 불신, 의학적 설명에 대한 환자의 이해 어려움, 환자의 부적절한 말과 태도를 어려워하는 반면, 환자들은 의사가 권위적이고 불친절한 것이 가장 큰 불만사항으로 나타나는 등(안서원 외, 2006) 여전히 의사-환자 관계에 있어서 간극이 존재하는 것이 현실이다.

변화하는 사회 환경과 의사-환자 관계의 개선을 제도적으로 지원하기 위해 이를 위해서는 의과대학 또는 의학전문대학원 선발 과정과 교육과정, 국가시험에 이르는 전체 양성 과정에서 의사-환자간 커뮤니케이션의 필요성과 방법 등을 비롯하여 의료윤리 등 인문학적 요소를 강화하여 적용할 필요가 높다고 하겠다. 예컨대 우리나라의 경우 의사 국가고시에서 의사-환자 관계와 관련해서는 실기시험에서 '환자와의 의사소통'을 통해 측정한다. 반면 미국의 의사국가시험에서는 각 단계별(STEP 1, 2, 3)로 임상적 지식 뿐만 아니라 환자와의 커뮤니케이션과 법적·윤리적 문제를 평가하도록 함으로써 의사-환자 관계에 대한 교육과 경험을 중시하는 체계이다(김정아, 2012).

물론 이러한 교육 및 관리제도의 개선이 단기간에 이루어지기에는 여러 가지 한계가 존재한다. 따라서 의과대학 교육과정과 국가고시 과정에

서 의사-환자 관계를 중심으로 한 인문학적, 의료윤리적 요인을 반영하기 위한 보건복지부, 교육부, 관련 전문가 단체, 협회의 공동논의가 필요하다고 할 수 있다.

〈표 5-1〉 미국 의사국가시험에 반영된 의료인문학적 요인

단계	분야	주요 평가사항
Step 1	(질병의 치료 및 예방에 영향을 미치는) 성별, 인종, 행동학적 고려사항	- 출생부터 노령기까지의 발달 주기 - 환자 행동에 영향을 미치는 심리사회적 요인 - 환자 면담, 상담, 가족과의 상호관계 - 의료윤리, 법제, 전문가적 행위 - 동의, 충분한 정보에 대한 동의, 의사-환자 관계, 죽음과 출생 관련 문제들, 환자의 연구 참여와 관련한 문제들, 환자 안전, 다른 보건의료전문직과의 상호작용 등
Step 2	의료윤리와 법제	- 충분한 정보에 의한 동의와 연구관련 문제 - 완전한 공개, 대안적 치료, 위험과 이익, 소생술, 사전의료지시서 - 의사-환자관계와 출산 관련 문제 - 진실말하기, 비밀유지, 프라이버시, 자율성 - 산전진단, 임신중절 등 - 죽음과 완화의료 - 사망진단, 장기기증, 안락사 - 호스피스, 통증조절, 가족상담, 정신사회적·영적 문제, 두려움과 외로움
Step 3	법·윤리 문제	의료서비스 제공과정에서의 법적, 윤리적 문제에 대한 대처방안

자료: 김정아(2012)의 내용을 정리

3. 정책결정 과정에서 의료소비자 참여 강화

현대사회에 들어와 과학적 지식에 대한 대중교육이 확장되고, 과학에 대한 사회적 관심이 확산되면서 전문가들의 ‘전문성’에 대한 권위가 도전받게 되었고, 과학적 지식의 지위가 전문가들뿐만 아니라 일반 대중들도

포함하는 이해 당사자들 간의 협상과 논쟁에 의존하는 특징을 강하게 가지게 되었다(비판사회학회, 2012). 즉, 전문지식의 권위를 부여하는 데에 있어서 ‘객관성’과 ‘합리성’이 전통적인 기준이었다면, 점차 사회적 해석과 사회 주체간 협상의 과정을 통해 성취되는 ‘절차적 정당성’, 다양한 사회적 가치와 영향을 고려한 ‘사회적 합리성’이 함께 중요하게 고려되고 있는 것이다.

절차적 정당성은 보건의료 영역의 정책결정에서도 매우 중요한 기준으로 활용되고 있다. 과거에는 환자의 질병을 치료하고 통증을 완화하며, 안전한 서비스 이용이 이루어질 수 있도록 환자를 존중하고 보호해야 하는 것이 ‘의료서비스’의 정당성을 획득하는 가장 중요한 요인이었다면, 이제는 보건의료정책의 수립·결정 과정에서 소비자가 직·간접적으로 참여할 수 있는 기회가 얼마나 보장되었느냐가 정당성 획득에 매우 중요한 과제가 된 것이다. 정책 결정 과정에서의 시민 참여는 보건의료 거버넌스의 핵심적인 ‘책무(accountability)’로까지 중시되는 상황이다.

현재 건강보험정책심의위원회를 비롯한 각종 보건의료 관련 정부 위원회에 이용자 또는 소비자 대표가 정책결정과 집행 모니터링 과정에 참여하는 사례가 적지 않고, 국민건강보험공단이나 건강보험심사평가원 등 주요 기관들 역시 시민단체 또는 소비자들과의 협력을 강화하려는 움직임이 뚜렷하다는 점⁴⁵⁾은 절차적 정당성 확보에 있어서 긍정적인 신호라 할 수 있다. 물론 여전히 우리나라 보건의료 정책 분야에서 시민참여는 드물고 낮은 일(권순만 외, 2012)이며, 형식적인 수준에서의 참여(참여연대, 2007)라는 비판도 만만치 않다.

의료소비자의 참여와 관련하여 대표적인 사례로 제기되는 것이 영국의

45) 국민건강보험공단의 경우 급여 보장성 의사결정 과정에 ‘국민위원회’를 열어 시민의 의견을 수렴하기 위한 노력을 기울였으며, 건강보험심사평가원의 경우 의료소비자 단체와의 협력을 강화하기 위해 소비자의 정책결정과정 확대를 공언하고 있음.

국립보건임상연구소(NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence)가 운영하는 시민위원회의 사례이다⁴⁶⁾. 1990년대 중반 노동당의 집권으로 본격화된 NHS의 ‘협력’ 및 ‘파트너십’ 강화 전략은 NICE에서도 배심원제도에 착안한 ‘시민위원회(citizen’s council)’의 운영으로 나타났다. NICE 시민위원회의 운영에서 주목할 만한 점은 첫째, 시민위원회에 NICE의 영향력 개입을 봉쇄하기 위해 제3자 위탁 운영 방식을 활용한다는 점, 둘째, 위원들을 공개적으로 모집하되, 연령, 성별, 사회경제적 위치, 인종, 장애, 지역을 고려하여 선발하고 그 과정에서 보건의료산업, 제약산업, 환자단체 소속 인사는 원천적으로 배제하여 순수한 시민의 의견을 듣고자 노력한다는 점, 셋째, 형식적이고 일시적인 의견 제시 수준에서 그치는 것이 아니라 시민위원회의 논의 결과가 실제 NICE의 의사결정 과정에서 어떻게 고려되었는지를 모니터링하는 체계를 갖추고 있다는 점 등이다(서혜선, 2013).

따라서 우리나라의 경우에도 향후 급여 우선순위 결정 등 핵심적이면 서도 의료소비자의 이해관계에 직결되는 문제들을 중심으로 소비자의 입장이 충분히 반영될 수 있도록 실효성있는 참여 제고 방안을 강구할 필요가 있다. 이를 위해서는 앞서 NICE의 사례에서 살펴본 바와 같이 우선 소비자 참여가 특정한 사안에 따라 일시적으로 이루어지는 것이 아니라 일상적이고 정례적으로 이루어져야 하며, 논의 주제 역시 단기적인 정책 결정에서 중장기적인 방향성의 정립까지 다양하게 선택되어야 할 것이다. 또한 ‘대표성’의 논란은 있을 수 있으나 정책 결정과정에 참여하는 소비자를 기존 시민단체나 환자단체 소속 인사 뿐만 아니라 일반 소비자들을 공개적으로 모집하여 구성하는 것도 시도해 볼 수 있다. 그리고 실효성있

46) 이하 영국 NICE 시민위원회의 사례는 이원영(2012), 권순만 외(2012), 서혜선(2013)을 참고로 작성하였음.

는 참여가 이루어지기 위해서는 의료소비자의 의견이 실제 정책에 어떻게 반영되는지가 모니터링되어야 할 것이다. 즉, 논의 결과 또는 소비자의 권고 사항이 해당 기관의 의사 결정에 어떻게 반영되었는지를 의무적으로 평가하고, 반영 정도를 높이기 위한 후속적인 대안이 필요하다.

마지막으로 보건복지부 또는 식품의약품안전처 등에 의료소비자의 권리 제고 관련 정책을 전담할 전담 부서의 설치 역시 긍정적으로 검토할 수 있으리라 사료된다.

제3절 실질적 선택권 강화를 위한 정보제공량 및 접근성 제고

앞서 거듭 지적한 바와 같이 보건의료 영역은 공급자와 소비자간의 정보비대칭 수준이 매우 높은 분야이고, 이에 따라 서비스의 질적 수준을 평가할 수 있는 정보의 양과 정보 문해력에서 소비자는 절대적인 열위에 처할 수밖에 없는 입장이다. 또한 의료기관의 선택에 있어서 소비자의 제한된 경험이나 제3자의 간접적인 경험정보에 의존하는 경우가 많고, 특히 최근정보화 진전에 따라 검증되지 않는 의료광고나 인터넷 의료정보 등으로 피해를 입는 경우도 적지 않다는 문제점을 가지고 있다. 따라서 의료소비자의 올바른 선택권을 보장하기 위해 제공되는 의료정보의 양적 확대와 접근성 제고, 정확한 정보 제공 등 정보의 질적 수준 제고, 잘못된 정보 제공으로 인한 피해구제와 처벌 마련 등이 필요하다.

먼저 의료소비자에게 제공되는 정보의 양적 확대와 관련해서는 현재 항생제 처방률 등 6개 항목의 약제급여와 수술의 예방적 항생제 사용 등 19개 영역에서 제공되고 있는 ‘요양급여 적정성 평가’의 대상 영역과 평

가지표의 확대가 검토되어야 한다. 이와 관련하여 건강보험심사평가원은 2017년까지 10대 중증 및 만성질환, 30대 수술로 평가대상을 확대하여 입원 진료비의 83%, 외래 진료비의 42%까지 평가 영역으로 포함할 계획을 발표하는 등 소비자의 의료서비스 선택을 돕기 위한 개선방안을 제시한 바 있다(표 5-2 참조).

〈표 5-2〉 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가영역 확대계획

구분	대상질환 및 수술 등	선정사유
중증 및 만성질환 (10대 질환)	암(10대 암), 뇌혈관질환, 심장질환, 폐렴, 정신질환, 당뇨병, 만성하기도질환(천식, 만성폐쇄성폐질환), 고혈압성질환, 간질환, 만성신부전	10대 사망원인, 단일상병기준 고비용 만성질환
주요 수술 (30개 수술)	위수술, 관절치환술, 편도수술, 유방절제술, 갑상선수술, 척추수술 등	수술항생제평가(26개 수술) 포괄수가(7개 수술), 다빈도·고비용 수술, 적응증 심사 적용 수술
중소병원 (10개 분야)	수지접합, 척추(신경외과), 재활의학과, 알코올, 화상, 소아청소년과, 이비인후과, 한방중풍, 한방척추	전문병원지정 분야 중 신규지표 개발 필요 분야
전염성 질환	결핵	결핵예방법 제정 및 제1기 종합관리대책 수립
일반질환	전체 질환의 사망률, 재입원을	기관 전체 차원의 포괄적 평가지표 개발

자료: 건강보험심사평가원(2013), 김계숙(2013)에서 재인용

의료의 질(요양급여 적정성) 정보와 더불어 의료소비자들이 얻고자 하는 정보로서 가장 수요가 높은 것 중 하나가 의료서비스 가격 정보라 할 수 있다. 가격 정보의 제공과 관련하여 중요한 개선사항은 진료비 영수증에 기재되는 내용을 보다 세분화하여 제공함으로써 의료소비자들이 공단 부담금, 본인부담금, 비급여 등을 분명하게 구분할 수 있도록 하는 것과

소비자의 부담이 큰 비급여 항목의 개선 범위를 확대함으로써 실질적인 가격 비교가 가능하도록 하는 것이다. 예를 들어 현재 건강보험심사평가원에서는 상급종합병원에 국한하여 상급병실료 등 비급여 항목에 대한 가격정보를 제공하고 있는데, 그 공개 대상을 종합병원 및 병원급 의료기관으로 확장하는 한편, 치과나 한방 등 상대적으로 비급여 항목이 많은 분야로의 확대가 고려되어야 한다⁴⁷⁾.

의료서비스 및 가격 정보 등에 대한 접근성 개선 역시 중요한 개선과제이다. 본 연구의 소비자 대상 조사에서도 건강보험심사평가원 등이 제공하고 있는 각종 의료서비스 정보의 활용도가 상당히 낮게 나타나고 있는데, 이는 콘텐츠의 확보 개선과 아울러 다양한 소비자들이 이용할 수 있도록 편리한 접근방법과 가독성 높은 제시 방식을 고민해야 한다는 것을 의미한다. 병원평가정보와 의약품안심서비스(DUR) 등 정보의 질적 수준에 대한 신뢰는 높으면서도, 실제 이용자 비율이 10% 내외에 그치고 있다는 점이 이를 반증하며, 이러한 문제점은 DUR을 비롯하여 소비자들이 필요로 하는 정보의 이용률이 낮은 이유가 정보제공량의 부족 뿐만 아니라 다양한 소비자들이 접근하기에 한계가 있는 점에서 기인한다는 조사 결과(소비자시민모임, 2012)에서도 유사하게 확인된다.

제4절 의료소비자 피해구제 내실화

의료서비스 이용 과정에서 소비자들이 입을 피해를 미리 예방하고, 이

47) 한국소비자원의 조사 결과에 따르면 우리나라의 의료소비자 10명중 7명은 의료서비스/진료비/약제비 등 알 권리가 부족하다고 느끼고 있으며, 의료기관이나 의료진을 선택하기 위한 비교정보가 부족하다고 인식하는 소비자도 67.1%에 이르는 등 전체적인 의료서비스 정보 제공량에 문제를 제기하고 있음(한국소비자원, 2013).

미 발생한 피해에 대해 적절하게 구제하는 제도적 장치를 마련하거나 보완하는 것 역시 중요한 의료소비자 권리 증진정책의 영역이다. 그러나 전통적으로 공급자에 비해 전문성 측면에서 약자의 위치에 설 수밖에 없는 소비자 입장에서는 의료서비스 이용과정에서 입은 피해를 규명하고 적절한 조치를 받기에 미흡한 점이 많았던 것이 사실이다.

이와 관련하여 2012년 제정된 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」과 ‘한국의료분쟁조정중재원’의 출범은 과거에 비해 의료소비자 피해구제 측면에서 한 단계 진전된 것으로 평가된다. 즉, 과거 의료분쟁조정제도의 한계로 지적되던 공급자와 소비자 간의 소송으로 인한 과다한 개인적·사회적 비용을 감소시키기 위해 조정 단계를 적극적으로 활용하고, 손해배상금 대불제도와 불가항력 의료사고 보상제도, 형사처벌특례제도 등을 통해 소비자에게는 실질적인 구제를, 공급자에게는 안정적인 진료환경을 조성하기 위한 제도적 틀을 마련했다는 점이 긍정적으로 평가된다.

의료소비자의 피해구제는 앞으로 의료소비자 권리 제고와 관련하여 중요성이 더욱 높아질 전망이다. 따라서 의료서비스 영역에서 발생하는 분쟁해결과 관련하여 여전히 공급자와 소비자 간의 쟁점으로 남아 있는 점들⁴⁸⁾을 보완하는 한편, 새롭게 제기되는 주제들에 대해서도 피해구제 대책을 마련해야 할 것으로 보인다.

우선 의료서비스에 비해 보다 복잡한 과정을 거쳐 보상을 받을 수 있었

48) 현재 의료계에서는 ① 의료기관 난동 등에 대한 처벌 조항 ② 강제출석 및 현지조사 폐지 ③ 무과실 강제분담금 폐지 ④ 의료기관 요양급여에서이 대불금 원천징수 폐지 ⑤ 증거수집을 위한 자료제공 의무 관련 대책 마련 ⑥ 의료사고 감정부에 의료전문가 배정 확대 등을 요구하고 있는 반면, 시민단체 등에서는 ① 입증 책임 전환(의료인에게 자신의 무과실을 입증할 책임 부여) ② 의료인이라 특정 직역에 부여된 예외적 형사특례의 문제점 ③ 실효성 있는 보상 도입 ④ 대불제도 대신 책임보험과 종합보험 형태의 보상 체계 도입 등을 제도 개선사항으로 주장하고 있음(이상영 외, 2012).

던 약화사고의 피해구제 절차를 간소화할 필요성이 있다. 그동안 의약품 복용과정에서 발생한 부작용 등 피해에 대해서는 소비자들이 개별적으로 소송 등을 통해 의약품과 부작용 사이의 인과관계를 입증하여야 했기 때문에 많은 시간과 노력, 번거로운 절차에도 불구하고 실제 약화사고에 대한 피해구제를 인정받는 경우가 많지 않았다. 따라서 현재 보건복지부와 식품의약품안전처가 추진하고 있는 약사법 개정을 통해 약화사고 피해구제에 대한 세부 근거와 사업주체를 지정한 후, 피해구제사업을 위한 부담금 징수방안 마련을 신속하게 진행시킬 필요가 있다. 이미 한국의약품안전관리원을 통해 약화사고와 의약품 간의 인과관계를 규명할 수 있는 전문조직이 마련되어 있으므로 법적 조치가 완료되면, 약화사고에 대한 종합적인 대응관리를 시작할 수 있을 것이다.

또한 국가기관과 의료기관이 보유한 개인의료정보의 관리를 강화하는 것도 피해구제의 선제적 대응이라는 점에서 매우 중요성이 높은 주제이다. 물론 개인의료정보에 대해서는 「개인정보보호법」과 보건의료 관련 법령 등에서 폭넓게 보호 의무를 규정하고 있지만, 본인도 알지 못하는 사이에 정보가 유출되는 사례가 발생하고 있다는 점에서 보다 실효성있는 정보보호조치가 필요하다. 이를 위해서 먼저 개인의료정보의 수집단계부터 정보 수집의 목적, 항목, 보유 및 이용기간, 거부권 및 불이익을 명확히 공지하고 각각 동의를 받도록 함으로써 소비자들로 하여금 어떤 개인 정보가 제공되고, 어떻게 활용될 것인지에 대한 정보를 가지도록 하는 것이 중요하다. 특히 개인의료정보의 경우에는 고유식별정보⁴⁹⁾와 아울러 건강상태와 질병경력 등 보다 민감한 개인정보가 포함되어 있으므로 정보제공의 범위와 활용계획에 대한 구체적인 정보가 의료소비자에게 전달되어야 할 것으로 사료된다.

49) 주민등록번호, 여권번호, 운전면허번호, 외국인등록번호 등

우리나라의 개인의료정보 관리와 관련하여 문제점 중 하나로 지적되는 것이 의료기관별로 분절적, 단편적으로 관리되고 있다는 점이다. 이미 진료정보교류시스템(EHR)을 기술적으로 구현하는 것은 큰 문제없이 가능한 수준에 와 있다(박지선 외, 2007). 따라서 의료기관별로 상이한 정보화 수준을 극복하기 위한 표준화된 시스템을 마련하고, 그 도입을 적극적으로 검토할 수 있도록 보상체계를 설계하는 것을 검토할 수 있다.

참고문헌 <<

- 경제정의실천시민연합(2002), 의료소비자의 알권리 및 의료기관 투명성에 관한 설문조사 결과 및 정책제언.
- 고수경·김지윤·양봉민(2002), 의료서비스의 가격이 의료이용량에 미치는 영향: 외래의료이용을 중심으로, 보건경제와정책연구, 8(1), pp.1~27.
- 고형석(2010), 소비자기본법의 평가와 과제: 소비자기본법 제정 30주년을 맞이 하여, 저스티스, 제120호, pp.5~47.
- 건강보험심사평가원(2013), 보도자료(2013. 11. 22).
- 건강보험심사평가원(2013), 의료심사평가 선진화 전략 실행 보고서.
- 건강보험심사평가원·한국소비자원(2012), 의료기관 비급여 비교정보 제공 추진현황과 향후 계획.
- 국가인권위원회(2009), 군대 의료 분야 인권교육교재, 국가인권위원회.
- 국민권익위원회(2011), 사회적 약자의 진료비용 대불제도 활성화 방안. 국민권익위원회.
- 국민의료행복기획단(2013), 선택진료제도 개선방안 모색을 위한 정책토론회 자료. 국민의료행복기획단.
- 국회입법조사처(2013), 국정감사 정책자료 III. 국회입법조사처.
- 권복규(2004), 서양근대의학의 의학론, 의사학, 13(1), pp.146~154.
- 권복규(2012), 전문직 윤리로서의 의료윤리-의사다움이란, 대한소화기학회지, 60(3), pp.135~139.
- 권순만(1999), 정보의 실패와 보건의료정책, 보건학논집, 36(1), pp.31~40.
- 권순만(2005), 지식정보사회의 보건의료체계의 패러다임 변화와 혁신, 정보통신정책연구원.
- 권순만·유명순·오주환·김수정·전보영(2012), 보건의료 정책 의사결정과 시민참여: 『건강보험 보장성 시민위원회』의 사례, 보건행정학회지, 22(4), pp.467~496.
- 김계숙(2013), 의료의 질 향상을 위한 건강보험 적정성평가 발전방안, 보건복지

- 포럼, 제202호, pp.48~60.
- 김광점(2009), 의료의 질 향상을 위한 조직학습, 여성과경영, 2(1), pp.25~42.
- 김남순·이희영·서현주·박은자·채수미·최지희(2012), 근거중심보건의료에 대한 정책 분석과 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 김대중·윤강재·이난희·정용업(2013), 보건의료 분야에서의 창조경제 구현방안, 한국보건사회연구원.
- 김동숙·장수현·배승진·이병란·최혜린(2010), 약제심사제도 선진화 방안 연구: DUR 제도 발전방안을 중심으로, 건강보험심사평가원.
- 김 선·신양식·김중훈(2008), 의사 연수교육 발전을 위한 실행 방안, 대한의사협회지, 51(6), pp.577~585.
- 김선희·정주용(2010), 의료기관평가제도에 대한 메타평가(meta-evaluation)와 정책적 함의: 문헌조사방법을 이용한 시론적 접근, 한국사회정책, 17(2), pp.7~41.
- 김성수·김상현·이상엽(2005), 의료정보이해능력: 한국형 측정도구 개발을 위한 예비연구, 보건교육·건강증진학회지, 22(4), pp.215~227.
- 김성천(2012), 소비자권리: 과거, 현재 그리고 미래, 소비자정책동향, 제33호, 한국소비자원.
- 김옥주(2005), 서양 근대 이후의 의사의 정체성, 의사학, 14(1), pp.51~66.
- 김인호·김우택(2000), 산업사회 노동과정과 노동소외에 대한 비판적 고찰: 현대 인본주의 윤리적 시각을 중심으로, 기업윤리연구, 2, pp.131~145.
- 김재영(2011), 의료기관평가인증제와 소비자, 소비자정책동향, 제20호, 한국소비자원.
- 김정아(2012), 윤리/전문직업성의 국가시험 반영 해외사례, 의료인 전문직업성 강화와 의료인문학 발전을 위한 공청회 자료, 국회 박은수 의원실.
- 김주미·한혜경(2013), TV 건강프로그램의 '노화의 의료화' 의미화 방식: KBS <비타민>의 텍스트 분석을 중심으로, 한국언론정보학보, 61, pp.159~179.
- 김혜란·여지영·강성욱·정영호·이수형(2012), OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의, 한국보건사회연구원.

- 김혜선(2006). 의료서비스 분야에서의 소비자주권 실현방안 연구, 소비자학연구, 17(2), pp.179-195.
- 노종호(2008), 비영리조직의 시장점유와 시장경쟁이 의료서비스의 질에 미치는 영향에 관한 연구, 한국행정학보, 42(1), pp.273~292.
- 류화신(2007), 의료전문가주의에 대한 법적 검토, 한국의료윤리교육학회지, 10(2), pp.175~188.
- 문정숙 외(2010), 소비자경제학, 교문사.
- 문창진(1997), 보건의료사회학, 신광출판사.
- 박인숙(2005), 의사의 질 관리에 대한 고찰과 의사면허제도에 대한 제안, 의학교육학회 합동학술대회 발표자료.
- 박수경 외(2011), 의료서비스 이용 및 공급 등에 대한 의료권 설정 연구, 한국보건산업진흥원.
- 박순우(2006), 이데올로기와 개별 복지정책의 관계에 관한 연구, 사회복지정책, 25(1), pp.363~391.
- 박종우(1997), 전문직이론에 관한 일 고찰: 사회사업을 중심으로, 사회과학연구, 제3집, pp.71~85.
- 박지선·이지선·조은영·윤종환·윤호일·황희·이학중·김종만·하규섭·제훈·김정훈·변남수·안순현(2007), 온라인 진료정보교류 시스템 확장에 따른 활용 사례, U HEALTHCARE WORLD 6, pp.78~81.
- 박호진(2011), 한국 개원의사들에서 의학전문직업성의 의미, 대한의사협회지, 54(11), pp.1154~1163.
- 배상수(2008), 의료서비스의 사회적 특성과 의료관리학.
- 배지영(2010), 건강보험 보장성 확대가 의료이용 및 건강수준에 미치는 영향, 사회복지연구, 41(2), pp.35~56.
- 백한주(2012), 신(新)의료전문가주의, 대한류마티스학회지, 19(6), pp.316~325.
- 백혜란·이기춘(2006), 의료소비자의 권리 증진을 위한 소비자 정보추구에 관한 연구, 대한가정학회지, 14(11), pp.1~16.
- 범경철(2003), 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권, 의료법학, 4(2), pp.348~376.

- 보건복지부·한국보건산업진흥원(2009), 2009 의료기관평가 지침서.
- 보건복지부(2011), 2012년 업무계획: 주요 정책 추진방향.
- 보건복지부(2011), 보도자료(2011. 6. 14).
- 보건복지부(2012), OECD Health Data 2012.
- 보건의료미래위원회(2011), 2020 한국 의료의 비전과 정책방향, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 비판사회학회(2012), 사회학, 한울아카데미.
- 삼성경제연구소(2007), 의료서비스산업 고도화와 과제.
- 삼성경제연구소(2011), 헬스케어 3.0: '건강수명' 시대의 도래.
- 서판수(2002), 의사의 커뮤니케이션 스타일이 환자만족에 미치는 영향에 관한 연구, 한국병원경영학회지, 7(4), pp.57~101.
- 서혜선(2013), 외국의 보건의료정책 의사결정에서 국민 참여 사례, HIRA정책동향, 7(5), pp.50~62.
- 석승한(2013), 의료의 질 향상을 위한 의료기관평가인증제 발전방안, 보건복지포럼, 제202호 pp.39~47.
- 소비자시민모임(2012), 의료소비자 권익보호 방안에 대한 소비자 의식조사, 의료소비자 권리확보를 위한 의료정책 개선방안 세미나 자료, 건강보험심사평가원
- 송병건(2012), “면도날에서 로봇 수술까지” 역사 속의 의사, 경제교육, 2012년 5월호 pp.18~19.
- 신숙연·김소영·임지혜·이지혜·윤원희(2010), 가감지급 시범사업 1차년도 효과 분석, 건강보험심사평가원.
- 안상운(2011), 의료소비자행동의 이해, 보문각.
- 안서원·이영미·안덕선(2006), 전공의와 환자의 의사-환자 관계에 대한 상호 인식 조사, 한국의학교육, 18(3), pp.279~287.
- 양봉민(2004), 보건경제학, 나남출판.
- 양진영(2010), 미충족의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인, 고려대학교 대학원 박사학위 논문.

- 윤강재·김동수(2013), 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색, 한국보건사회연구원.
- 윤종록·장재식·문상준(2008), 의료서비스의 질이 환자만족과 병원 재이용 의사에 미치는 영향, 인적자원개발연구, 11(2), pp.133~162.
- 윤태호(2010), 지역간 건강불평등의 현황과 정책과제, 상황과복지, 제30호, pp.49~77.
- 윤희숙(2007), 공공의료기관 양적 확대의 필요성에 관한 실증적 검토, KDI 정책 포럼 제182호.
- 윤희숙(2010), 의료서비스부문 규제환경의 문제점과 개선방안, KDI FOCUS.
- 윤희숙·고영선(2009), 의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제, 한국개발연구원.
- 의료개혁위원회(1997), 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제.
- 이규식·신민경(2012). 의료기관평가인증의 목표와 과제, 대한의사협회지. 55(1), pp.7-16.
- 이상규(2012), 우리나라 고가의료장비 현황과 정책대안, 대한의사협회지, 55(10), pp.950~958.
- 이상영·김여지·나 이수형·신정훈(2012), 의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책 과제와 대책, 한국보건사회연구원.
- 이상아·김철웅·강정희(2011), 경제활동상태와 종사자 지위에 따른 의료이용과 미충족의료경험
- 이상일(2013), 의료의 질과 환자 안전을 위한 정책과제, 한국보건행정학회 학술대회 논문집, pp.39~55.
- 이선희(2008), 의료소비자 정책, 대한병원협회지, 37(1), pp.41~49.
- 이석배·이원상(2010), 연명치료 중단에 있어서 환자의 자기결정권과 사전의료지시서에 관한 연구, 한국형사정책연구원.
- 이수현 외(2011), 한국형 건강정보이해능력 측정 도구의 비교 및 개선방안, 보건교육건강증진학회지, 28(3), pp.57~65.
- 이원영(2012), 영국 NICE 의료기술평가의 환자 및 시민참여 경험에 대한 고찰,

- 비판사회정책, 34, pp.47~75.
- 이의경(2010), 의약품처방조제지원시스템(DUR) 시범사업 현황과 평가: 2단계
고양시 시범사업의 평가와 정책 대안, 의약품정책연구, 5(1), pp.4~17.
- 이재화·이원재·정원용(2011), 서울지역으로의 원거리 의료이용에 대한 영향 요
인: KTX 이용자를 중심으로, 한국콘텐츠학회논문지, 11(7), pp.259~274.
- 이종인(2007), 선택진료제도의 문제점과 개선방안, 한국소비자원
- 이혜재·이태진(2011), 우리나라 가구 과부담의료비의 발생 및 재발과 관련된 요
인, 사회보장연구, 28(3), pp.39~62.
- 임승지·백수진·김승희(2012), 본인부담상한제와 산정특례제의 효율적 통합 방안,
건강보험정책연구원.
- 임희섭(2001), 집합행동과 사회운동의 이론, 고려대학교 출판부.
- 정연재(2008), 정보화사회에서의 의사-환자 관계, 의료정책포럼, 6(1),
pp.22~29.
- 정영철 외(2005), 국내 e-Health 발전에 따른 정책대응방안 연구, 한국보건사
회연구원.
- 정영철·이기호·이아리(2013), 의료기관의 개인정보 보호현황과 대책, 한국보건사
회연구원.
- 정영호 외(2004), 보건의료시장의 특성과 문제점 및 제도개선 방향, 한국보건사
회연구원.
- 정형선 외(2011), 적정 의사인력 및 전문분야별 전공의 수급추계 연구, 연세대학
교 의료복지연구소.
- 제석봉(2007), 교류분석(transactional analysis)을 토대로 한 맞춤형 의료 커
뮤니케이션 방안 모색, 의료커뮤니케이션, 2(1), pp.1~18.
- 조병희(2003a), 의료개혁과 의료권력, 나남출판.
- 조병희(2003b), 의료소비자 권리확보를 위한 정책과제, 월간소비자, 2003년6월호.
- 조병희(2006), 질병과 의료의 사회학, 집문당.
- 조병희(2010), 보건의료 제공자와 소비자 및 정부, 한국 사회와 국민건강, 신명출
판사.

- 조영미(2004), 출산의 의료화와 여성의 재생산권, *한국여성학*, 20(3), pp.67~97.
- 조형원(2001), 보건의료법의 입법 방향: 보건의료기본법을 중심으로, *의료법학*, 2(2), pp.257~282.
- 조흥준·주영수·박준규·이상윤(2008), 의료기관 이용자 권리 보호 실태 및 개선방안 연구, 국가인권위원회.
- 지제근(2004), 알기 쉬운 의학용어 풀이집, 고려의학.
- 참여연대(2007), 2007대통령선거 보건의료 정책과제.
- 최보문(2011), 현대 의학전문직업성: 역사적 배경, 개념변화, 선언문 비판, *대한의사협회지*, 54(11), pp.1124~1136.
- 최영순·태윤희(2011), 심뇌혈관질환 산정특례제 도입 영향 평가, 제48회 보건행정학회 정기학술대회 연제집, pp.208.
- 최정규·정형선(2012), 이중차이분석을 통해 본 산정특례제도의 의료비부담 완화 효과, *보건경제와정책연구*, 18(4), pp.1~19.
- 최정규·정형선·신정우·여지영(2011), 보장성 강화 정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향, *보건행정학회지*, 21(2), pp.159~178.
- 최종수(2012), 환자안전 제고를 위한 동시적 의약품처방조제지원시스템 도입에 따른 사용자 영향 분석, *승실대학교 박사학위 논문*.
- 최찬호(2008), 미국의 의료비규제 방안에 관한 소고(小考), *국제지역연구*, 11(4), pp.407~422.
- 한국소비자원(2013), 2013 한국의 소비생활지표, 한국소비자원.
- 한국의약품안전관리원(2013), 의약품 안전성 정보 보고 동향, 한국의약품안전관리원.
- 황상익(1994), 20세기초 미국 의학교육의 개혁과 플렉스너 보고서, *의사학*, 3(1), pp.1~19.
- Armstrong D(1979), The emancipation of biographical medicine, *Social Science and Medicine*, 13(1), 1-8.
- Armstrong D(2002), Clinical autonomy, individual and collective: the

- problem of changing doctor's behavior, *Social Science and Medicine*, 55(10), 1771-1777.
- Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW(1999), Trends in infectious disease in the United States during the 20th century, *Journal of the American Medical Association*, 281(1), 61-66.
- Arrow K(1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- AHRQ(2010), *Health Literacy Interventions and Outcome*.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J(2007), Health literacy and mortality among elderly persons, *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR(1999), *The American Medical Ethics Revolution: How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society*, Johns Hopkins University Press.
- Bauman Z(2005), *Work, Consumerism and the New Poor*, Open University Press(이수영 역(2010), 새로운 빈곤, 천지인).
- BMA(1992), *Alternative Medicine in Britain*, Clarendon Press.
- Boyle S(2011), *United Kingdom(England) Health System Review, Health Systems in Transition*, 13(1), 1-486.
- Bulger RJ, Barbato AL(2000), On the Hippocratic sources of western medical practice, *The Hastings Center Report*, 30(4), S4-S7.
- Bury MR(1986), Social constructionism and the development of medical sociology, *Sociology of Health and Illness*, 8(2), 137-169.
- Canguilhem G(1972), *Le normal et le Pathologique*, Presses Universitaires de France(이광래 역(1996), 정상과 병리, 한길사).
- Conrad P(1992), Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.

- Cruess RL, Cruess SR(1997), Teaching medicine as a profession in the service of healing, *Academic Medicine*, 72(11), 941-952.
- Delattre E, Dormont B(2003), Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians, *Health Economics*, Vol.12, 741-754.
- Department of Health(1991), *The Patient's Charter*.
- Dranove D(2007), Demand inducement and the Physician/patient relationship, *Economic Inquiry*, Vol.26, 281-298.
- Engel GL(1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196(4286), 129~136.
- Fabrega H(1997), *Evolution of Sickness and Healing*, University of California Press.
- Feinglass J, Salmon JW(1990), Corporation of medicine: The use of medical management information systems to increase the clinical productivity of physicians, *International Journal of Health Services*, 20(2), 233-252.
- Flexner A(1910), *Medical Education in the United States and Canada* (김 선 역(2005), 플렉스너 보고서-미국과 캐나다의 의학 교육, 한길사).
- Foucault M(1961), *Histoire dela folie a l'age classique*(이규현 역(2003), 광기의 역사, 나남).
- Freidson E(1970), *Professional Dominance*, Atherton.
- Goodyear-Smith F, Buetow S(2001), Power issue in the doctor-patient relationship, *Health Care Analysis*, 9(4), 449~462.
- Jonsen A(2000), *A Short History of Medical Ethics*, Oxford University Press.
- Jewson ND(2009), The disappearance of the sick man from medical cosmology, *International Journal of Epidemiology*, 38, 622~633.
- Kaba R, Sooriakumaran P(2007), The evolution of the doctor-patient

- relationship, *International Journal of Surgery*, 5, 57~65.
- Lister J(2008), *The NHS after 60: For patients or profits?*, Middlesex University Press.
- Ludwig AM(1975), The Psychiatrist as Physician, *The Journal of the American Medical Association*, 234(6), 603~604.
- Mackenbach J, Bakker M(2002), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*.
- Mooney G, Ryan M(1993), Agency in health care: getting beyond first principals, *Journal of Health Economics*, 12(2), 125~135.
- Nettleton S(1995), *The Sociology of Health and Illness*, Polity Press(조효제 역(1997), 건강과 질병의 사회학, 한울).
- OECD(2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea*, OECD(건강보험심사평가원 역(2012), OECD 보건의료의 질 평가: 한국편).
- Parsons T(1975), The sick role and the role of the physician reconsidered, *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 53(3), 257-278.
- Pauly M(1998), Managed care, market power and monopsony, *Health Services Research*, 33, 1439-1460.
- Salmon JW, White W, Feinglass J(1990), The futures of physicians: agency and autonomy reconsidered, *Theoretical Medicine*, 11(4), 261-274.
- Shmanske S(1996), Information asymmetries in health services, *The Independent Review*, 1(2), 191-200.
- Shaw BR, Han JY, Hawkins RP, Stewart J, McTavish F, Gustafson DH (2007), Doctor-patient relationship as motivation and outcome: examining uses of an Interactive Cancer Communication System, *International Journal of Medical Informatics*, 76(4), 274~282.

- Shortt SE(1983), Physicians, Science, and Status: Issue in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century, *Medical History*, 27(1), 51-68.
- Stewart MA(1995), Effective physician-patient communication and health outcomes: A review, *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Street RL, Gordon H, Haidet P(2007), Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?, *Social Science&Medicine*, 65, 586-598.
- Traynor M(2009), Indeterminacy and technicality revisited: how medicine and nursing have responded to the evidence based movement, *Sociology of Health&Illness*, 31(4), 494-507.
- Warner JH(1991), Science, healing, and the physicians' identity: a problem of professional character in nineteenth-century America, *Clio Medicine*, 22, 65-88.
- Weiss BD, Palmer R(2004), Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically need and indigent medicaid population, *The Journal of American Board Family Practice*, 17(1), 44-47.
- WHO(1994), *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*.
- WHO(2007), *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, World Health Organization Regional Office for Europe
- WHO(2012), *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific 2011-2020*.
- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW(2005), Health literacy and functional health status among elderly adults, *Archives of*

Internal Medicine, 165(17), 1946-1952.

Wynia MK et al(1999), Medical professionalism in society, *New England Journal of Medicine*, 341(21), 1612-1616.

Wynia MK(2008), The short history and tenuous future of medical professionalism, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 565-578.

Zola IK(1972), Medicine as an institution of social control, *Sociological Review*, 20(4), 487-504.

〈웹사이트〉

<http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=461866&cid=120&categoryId=256>

<http://www.consumersinternational.org/who-we-are/consumer-rights/>

http://consumer.cbnu.ac.kr/user/saveDir/board/www20/282_1305512965_0.pdf

http://health.chosun.com/news/dailynews_view.jsp?mn_idx=61486

<http://view.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2013100711115891838>

<http://www.yakup.com/news/index.html?mode=view&cat=11&nid=168401>

<http://www.k-medi.or.kr/Index.do>

<http://www.i-privacy.kr/intro/define1.jsp>

<http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=227132>

<http://www.dailypharm.com/News/168312>

<http://www.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newsCd=2012070500016>

보론: 의료전문성-변화 양상과 우리나라 현황 <<

1. 전문직업성의 개념

전문직이란 의사나 변호사처럼 전문지식을 근거로 직업 활동을 수행하는 집단을 말한다. 전문직은 흔히 높은 학력과 수입을 가지며, 업무 수행에서 상급자나 외부의 통제에서 비교적 자유로운 자율성을 갖는다. 이런 특성들로 인하여 전문직은 대중이 선호하는 직업군으로 선포의 대상이 된다. 그런데 사회학적으로는 전문지식과 함께 지식을 사용하는데 적용할 가치기준이 중요시된다. 오래 전에 사회학자 윌리엄 구드(Goode, 1960)는 전문직의 특성으로 전문화되고 추상적인 지식 습득을 위한 장기간의 교육훈련과 “서비스 제공 지향성”(an orientation toward providing a service)의 두 요건을 적시한 바 있다. 전문직에 대한 일반인들의 관심은 전문지식의 사용하는데 따른 사회경제적 위세나 보상에 관심이 있는데 반하여 사회학적으로는 전문지식 사용에 따른 업무수행에서의 자율성 구사와 환자의 복리와 공익을 위하여 의학지식의 사용이라는 직업정신 또는 직업가치에 관심을 갖는다.

전문직의 개념 또는 이론모형은 20세기 전반기, 특히 1930년대에서 1950년대 사이에 만들어졌다. 이 시기는 흔히 ‘의학의 황금기’(golden age of medicine)라고 불린다(McKinlay and Marceau, 2002; Burnham, 1982). 당시 주요 질환이었던 감염병을 새로 개발된 항생제를 이용하여 효과적으로 치료할 수 있게 되면서 의학이 질병을 퇴치 또는 박멸할 수 있을 것이라는 희망을 만들었고, 그에 따라 의사에 대한 사회

적 존경심은 극도로 높아졌다. 이러한 시대적 상황을 배경으로 사회학자 파슨즈(Talcott Parsons, 1951)는 의사의 전문가로서의 역할과 환자의 병 역할(sick role)의 상보적 관계를 이론적으로 체계화하였다. 즉, 의사는 환자의 행동을 통제하고 환자의 쾌유를 위해 헌신해야 하고, 환자는 이러한 의사에게 의지하고 복종하도록 동기화되어야 한다는 것이다. 또한 전근대 의료와 구분되는 근대의학의 내적 가치기준으로서 정서적 중립(affective neutrality), 보편주의(universalism), 성취 지향성(achievement), 관심의 특정화(specificity) 등의 행동유형을 제시하였다. 즉, 의사는 환자와 정서적 교류를 하지 말고 초연하게 진료만을 해야 하고, 환자의 빈부귀천을 따지지 말고 공평해야 하며, 의사의 지위는 의사로서의 성취 업적만으로 평가받아야 하고, 의사는 오로지 의학적 관심만으로 직업 활동을 해야 한다는 것이다. 이와 같이 오로지 의학적 탐구에만 관심을 갖고 직업 활동을 하고, 환자의 치료만을 위하여 헌신하는 것이 의사의 역할이기 때문에 의사를 존경하고 그의 자율적 시술권한을 인정하는 것은 마땅하다는 것이 파슨즈의 생각이었다.

이렇게 의사라는 직업을 중심으로 의료전문직 개념이 구성되었기 때문에 의사는 전문직의 이념형적 특징에 잘 부합된다. 의사가 되려면 수준 높고 체계적인 의학지식을 습득하기 위하여 다른 어느 직업보다 긴 시간의 교육훈련이 필요한 점, 그 과정에서 집단정체성과 직업가치를 체계적으로 습득하며 결과적으로 의사로서의 동일체감이 높은 점, 항상 새로운 지식을 추구하며 환자진료가 다시 연구와 연결되어 의학지식 생산에 기여하는 점, 직업자부심이 매우 강하며 과업수행에서 외부의 간섭을 배제하고 자율성을 지키려 하는 점 등은 전문직업성의 이념형적 특성을 잘 보여준다.

역사적으로 볼 때 전문직의 형성은 근대사회에 들어와 이루어졌다. 전

근대 사회에도 의학이나 법학 등이 존재했지만 지식의 축적 정도나 사회적 기여 및 영향력 측면에서 미미한 수준이었고 의사들도 높은 사회적 지위를 갖기 어려웠다. 전근대 사회에서 의사 또는 치료자는 사회계층적 지위에 따라 분화되어 존재했고, 하나로 통합된 직업집단도 아니었다. 치료능력을 인정받은 상급의 의사들은 정치권력(국가)이나 경제 권력을 가진 지배집단의 후원 또는 보호를 받을 수 있었다. 우리나라에서도 조선시대에 상급의 한의사들이 국가 관료로 임용되거나 귀족계층의 진료를 담당했던 사례가 있다. 이들은 당대 최고 수준의 의술을 보유하고 있었기 때문에 “전문가”라고 볼 수도 있지만 현대의 전문직과는 여러 가지 점에서 차이가 있다. 우선 진료에 대한 법적 권한, 즉 전문지식의 자율성을 확보하지 못하였다. 질병치료의 성과나 실패에 대한 궁극적인 판단을 ‘고객’이 하였기 때문에 왕이나 귀족을 치료하다 죽게 한 의사는 처벌을 받을 수도 있었다. 즉 의료행위의 법적 근거나 시술자에 대한 법적 보호 장치가 만들어져 있지 않았기 때문에 전문지식을 갖고 있다고 해도 시술행위에 대한 면책을 기대하기는 어려웠다. 근대사회에 들어와서 전문직이 형성되고 이들의 지위와 권한에 대한 법적 근거와 의료제도가 만들어진 이후에 의사는 환자의 기대나 요구 또는 환자의 사회적 신분이나 지위의 영향을 받지 않고 오로지 의학적 관점과 의학 지식에 의거해서만 질병을 판단하고 치료할 수 있게 되었고 치료행위에 대한 면책 특권도 가질 수 있게 되었다. 즉 권위구조 측면에서 볼 때 과거에는 유력한 고객에 대하여 의사가 종속되는 모습을 보였지만 근대사회에서는 환자가 의사에게 복종해야 하는 새로운 권위구조가 만들어졌다. 과거 사회에서는 경제력이나 정치권력 또는 무력에 의한 사회적 지배만이 존재하였고 지식이 독자성을 갖기는 어려웠다. 근대사회에서 전문직의 등장은 신분이나 재산 또는 사회적 지위와 같은 전통적인 권력 기반 이외에 지식이 새로운 권력

근거가 되었음을 의미한다(Freidson, 1970a).

그런데 전문직이 형성되는 과정이 순탄했던 것은 아니다. 근대사회는 (직업선택의) 자유와 (의사가 될) 기회와 평등을 기본 원리로 하는 사회이기 때문에 의사들에게만 면허제도를 도입하여 독점적 시술권한과 면책의 특권을 인정하는 것은 쉽지 않았다(Starr, 1982). 의사들은 한편으로는 의학적 원리를 달리하는 분파주의자나 의료사기꾼들(quackery)과 싸워서 이들을 시장에서 몰아내야 했고, 다른 한편 의사 내부적으로 치료능력의 부족을 개선하기 위하여 의학교육 제도를 혁신하고 의학지식의 수준을 높여서 치료역량을 제고해야 했다. 이와 함께 이러한 지식이 사적 이해관계의 충족보다는 공적 기여를 목적으로 사용될 것이라는 규범적 또는 이데올로기적 서약을 함으로써 독점적 면허와 같은 제도적 특권에 대한 사회적 인정을 받게 된다. 즉 의학교육 혁신과 면허제도 도입 및 근대 의료제도 확립은 의사의 사회적 지위를 상승시키고 또 높은 수준에서 안정화시키는 결과를 가져오게 된다. 이러한 집단적 사회이동 또는 권력상승은 이를 견제하는 장치, 즉 상쇄권력을 출현시킬 수 있다(Light, 1995). 정치적 집권자들이 선거제도를 통하여 권력행사의 정당성을 확보할 필요가 있듯이 의사들도 자신들의 지식권력을 정당화하기 위하여 사회적 동의를 얻는 과정이 필요하였고 여기서 ‘서비스 정신’이나 ‘직업윤리의 준수’를 서약하게 된다.

의료전문직의 등장은 의학지식의 전문화를 바탕으로 한 것이고, 전문화가 진행될수록 의사와 환자(대중)간의 지식격차는 더 크게 벌어지게 된다. 수요자인 대중은 의사가 제공하는 의료서비스의 품질에 대하여 제대로 평가하고 자신에게 적합한 것을 선택하기 어렵게 된다. 따라서 의사가 높은 수준의 윤리규범이나 직업의식을 갖고 대중의 이익을 위하여 봉사하지 않고 전문지식을 자신들의 사적 이익을 얻기 위한 수단으로 사용할

경우 의사에게 직업적 특권을 허용하는 제도에 대한 정당성 문제가 제기될 수 있다. 따라서 의사들이 중요하게 생각하는 자율성 확보와 대중의 이익에 봉사하는 사회적 책임(social accountability) 사이에는 일종의 견제와 균형의 관계가 성립된다. 의사의 업무수행에 있어서 자율성이 보호되어야 하지만 동시에 그러한 업무수행 자체가 대중의 이익을 실현하는 것이어야 한다는 사회적 합의가 만들어진 것이다.

기능주의적 시각에서 보면 의학의 전문화와 의사의 권위 상승은 환자를 잘 치료하여 사회에 복귀시켜 가정과 직장에서 원래의 역할을 잘 수행하도록 함으로써 사회통합에 기여하는 기능적 장치로서 생각할 수 있다. 그런데 갈등론의 시각에서 보면 의사의 권위는 의료라는 희귀한 자원에 대한 통제력을 확보하여 집단의 이익을 관철하고 다른 집단을 복속시키고 지배하기 위한 도구로 해석된다. Freidson(1970b)은 전문직업성의 특징을 통제와 지배로 요약한다. 의사는 자율성이라는 이름으로 자신의 업무에 대한 통제력을 행사하는 것은 물론이고 간호사나 의료기사 등 다른 직업군의 직무에 대한 통제력도 행사하면서 병원 또는 의료시스템 전반에 대한 지배적 지위를 확보하게 된다. 이를 ‘전문적 지배’(professional dominance)라고 부른다.

정치적 또는 권력구조적 측면에서 전문직업성을 분석하자면 위로는 의사의 특권을 보호해주는 국가와의 우호적 관계가 성립되고, 아래로는 의사-환자관계로 요약되는 환자의 절대복종 현상이 존재한다. 좌우로는 의료생산을 할 수 있는 시설인 병원에 대한 소유권 내지 지배권을 갖게 되고, 동시에 그 안에서 일하는 의료직업군에 대한 지휘통제권을 행사하게 되는 것이다. 이러한 권력구조가 확립된 것이 20세기 전반기이고 이를 의학의 황금기라고 부를 수 있다. 당시에 인구대비 의사 수는 그리 많지 않았고, 의사 양성 과정을 의사들 자신이 독점적으로 통제함으로써 의사 수

증가를 억제하여 시장독점 체제를 유지하였으며, 대다수 의사들이 전과 의(general practitioner) 형태로 일하였기 때문에 업무나 수입 및 지위가 유사하고 평등한 일종의 공동체와도 같았다. 시술의 윤리성을 강조하여 의사들간의 시장 경쟁을 억제하고, 비성원에게 시장 진입기회를 차단하고 독점하며 공동체적 질서를 유지한다는 측면에서는 중세시대의 길드와 유사한 점이 있다. 그러나 길드와 구분되는 것은 지식의 전문성을 추구한다는 점이다. 과거 길드에서는 제품이나 서비스의 내용과 질 및 가격을 획일화함으로써 시장경쟁을 불식하였고 그 결과 기술개발의 동기가 사라졌고, 오랫동안 의료기술은 답보상태에 머물렀다. 그런데 근대의 의료전문직은 의학의 전문화 또는 치료기술의 향상을 내세우면서 사회적 인정을 얻었기 때문에 의학연구와 기술개발은 존재의 당위적 소명과도 같았다. 의학지식과 기술의 전문화가 지속적으로 이루어지고 신기술이 시장의 확대를 통해서 보급되면서 의료는 거대한 산업으로 발전하게 되었다. 이러한 과정이 역설적으로 의사들에게는 의료체제와 의료시스템에 대한 독점적 통제력을 상실하게 만들고 기업조직과 시장원리에 예측되게 만드는 길이 되었다.

2. 탈전문화, 노동자화, 기업화와 자율성의 위축

전문직 모형은 19세기-20세기에 발전된 현상으로 대중의 교육수준이 낮고 또한 의학의 기술적 발전 또한 초기적 단계이던 시절에 만들어진 개념이다. 이러한 모형이 21세기에도 적합할까? 최근 사회학자들은 의사의 전문직 지배와 자율성의 쇠퇴를 주장하고 있다(Freidson, 1988; Mechanic, 1991; Light and Levine, 1988; McKinlay and Marceau, 2002; Timmermans and Oh, 2010). 탈전문화론은 Haug(1973)에 의

하여 처음 제기된 이론으로 전문가와 대중의 격차가 축소되는 현상을 말한다. 즉 전문직은 전문지식을 독점함으로써 자율성을 누려왔는데 지식 독점이 어려워지고 결과적으로 자율성을 상실하게 되었다는 것이다. 탈전문화가 발생하는 맥락은 다양하다(Rothman, 1984). 첫째로 대중의 교육수준이 높아지면서 전문가와 대중 사이의 지식격차가 좁혀졌다. 둘째로 전문지식의 일상화이다. 최근처럼 온라인 시스템에 의한 정보접근이 보편화되면서 과거 전문가들만이 접근하던 지식들이 이제는 모든 일반인에게 실시간으로 접근가능하게 바뀌었다. 셋째로 세부전문화의 역설이다. 의학지식은 일면에서는 전문화가 가속되어 이제 세부전문화 현상까지 나타나고 있다. 그런데 전문화가 지나치게 세부적으로 진행될 경우 이를 통합하는 과정이 필연적으로 있게 되고 세부 전문의는 다른 전문가에 동반해서만 시술을 할 수 있게 되면서 자율적으로 모든 상황을 통제할 수 없게 되었다. 넷째로 소비자주의의 발전이다. 소비자 만족이 중요해지면서 전문가들은 소비자의 권리를 존중하고 환자와 의사결정을 공유하게 되었다. 다섯째 인접 분야의 성장이다. 간호나 물리치료 등이 이론적으로 성장하고 care-giving 또는 wellness service 등 새로운 분야로 발전하면서 의사와 이들 직업군간의 권위지배구조가 변화되어 과거와 달리 보완적인 관계로 바뀌고 있다. 여섯째는 조직과 기업에 고용되게 된 점이다. 과거에 독자적으로 시술하던 상황에서는 자신의 지식에 기초하여 환자치료에서 자율성을 충분히 발휘할 수 있었지만 병원 기업에 고용되면 조직의 규범과 관행, 조직목표 등에 부합되게 업무를 수행하게 되면서 업무과정이 통제와 감시의 대상으로 변화하게 된다.

노동자화(proletarianization)나 기업화(corporatization)은 탈전문화 과정 중에서 의료서비스가 병원조직 또는 이보다 더 큰 규모의 병원 네트워크에 의해 제공되는 방식으로 변화하면서 개인개업(solo prac-

tice) 시대의 자율성은 사라지고 의사가 시장, 자본, 조직에 예속되어 자율성을 상실하게 되는 현상을 지적하고 있다. 그런데 의사의 경우 일반 노동자들의 경우와 같은 지위격하(de-skilling)를 경험하지는 않는다. 일반 노동자들은 새로운 생산기술이 도입되면서 자신이 보유했던 장인적 기술의 효용성이 사라지게 되고 기계기술에 예속되어 단지 기계를 돌리는 로봇과 유사한 지위로 격하되는 현상이 있다. 반면 의료신기술의 경우에는 상당한 전문지식을 바탕으로 이를 사용하게 되는 것이기 때문에 이를 곧바로 지위격하라고 하기는 어렵다. 이보다는 거시적 차원에서 의료기술이 환자의 복리보다는 자본의 이익에 더 기여하는 방향으로 개발되는 경향이 있다는 것, 역으로 구매력이 취약한 사람들의 질병을 치료할 약이나 기술은 개발되지도 않고, 기존의 기술조차 사장되는 경향이 있다는 것, 제약회사나 보험회사의 역할이 커지면서 의사들이 이들로 부터의 여러 가지 형태의 “지원”을 받게 되고 이들의 규제에 노출되게 된다는 점 등이 의사들의 변화된 모습을 말해준다.

탈전문화론은 대중의 지식수준 상승 등 여러 요인에 의하여 의료에 대한 대중의 신뢰가 감소하게 되었고 이에 따라 의료전문직의 의료행위에 대한 자율 또는 자기 규제(self-regulation)의 원칙에 의구심을 초래하게 되었다. 예를 들면 과거에도 의료사고가 존재했지만 의사의 권위에 절대 복종하였기 때문에 의료행위가 의심을 받지 않았지만 의사에 대한 신뢰가 하락하면서 의료행위도 의심의 대상이 되었고 결과적으로 의료사고에 대한 언론보도가 증가하는 현상을 목격할 수 있다.

노동자화 또는 기업화 이론은 전문직 업무의 과정이 점차 합리화되고 일상화된다는 의미로 해석할 수 있다. 개인 수준의 전문가가 단독으로 시술할 경우에는 시술의 편차가 상당히 크게 존재할 수 있다. 예를 들어 동일 증상에 대한 처방약의 종류와 구성이 상당히 다를 수 있다. 그런데 시

술단위가 병원 보다 큰 지역 병원 네트워크로 의료전달의 조직구조가 확장될 경우 어느 조직단위에서 이루어지는 시술일지라도 동일한 과정, 동일한 품질을 산출하도록 과정에 대한 경영관리적 통제가 필요하게 된다. 한 병원 내에서도 품질관리의 원리가 도입되면서 환자가 입원하는 순간부터 퇴원할 때까지 필요한 모든 시술을 정확하고 제공받을 수 있도록 시술과정이 표준화되면 임상진료지침 또는 clinical pathway가 만들어지게 되었다. 여기서 진료과정에 참여하는 의사나 간호사는 진료 시점에 무엇을 해야 하는지가 명확하게 제시되고 이를 시행하고 완료했음을 체크하는 방식의 업무표준화가 진행되고 있다. 이러한 업무표준화는 한편으로는 의료를 합리화 효율화하여 이윤을 창조하거나 비용을 절감하려는 경영적 이해관계를 반영하는 것이기도 하고 다른 한편 환자만족을 충족시키도록 요구하는 소비자주의의 성장의 결과이기도 하다.

영국에서 1975년 이후 진행된 의료행위에 대한 규제정책들은 다음과 같다(Harrison and Ahmad, 2000). 의료전문직의 자율성은 미시적 수준에서는 임상자율성을 의미한다. 임상자율성은 검사와 진단, 처방과 치료행위에서 개별 의사의 결정이 얼마나 존중되는가의 문제인데 ‘전형적인’ 의료관행에서 벗어난 일탈적 행위를 규제하는 것이다. 영국은 1999년에 “임상 우월성 연구소”(The National Institute for Clinical Excellence, NICE)를 설립하였는데 이 기관은 특정 치료법이 비용 효과적이고 사용할만한지를 정부에 권고하고, 증거 중심(evidence-based) 임상 가이드라인을 제공하고, 병원 의사들이 의무적으로 사용해야 하는 진료평가 모델을 승인하는 기능을 수행하였다. 각 지역 NHS 경영책임자들은 NICE에서 제시한 임상기준을 준수해야 했다. 표준화된 임상 절차가 만들어지면서 이러한 절차에 준수해야하는 의무가 생겼다는 것 자체가 의료전문직의 자율성의 위축으로 볼 수 있을 것이다.

이와 연관된 중요한 변화는 제도적 수준에서의 자율성이다. 과거에 면허제도의 운영이나 자격에 심사는 의사회에 맡겨진 상태였고 이들은 일단 의학교육을 마치고 의사가 되면 그 면허와 자격은 평생 유지되었다. 그런데 영국에서는 2008년에 “2008 건강 및 사회적 케어 법”(the 2008 Health and Social Care Act)이 만들어지면서 면허 및 자격관리에 중대한 변화가 초래되었다. 영국에서 의사면허의 등록관리 업무는 General Medical Council(GMC)라는 기구가 담당했다. 합법적인 의사들의 면허등록을 관리하는 업무와 면허등록에 적합한 자격조건을 규정하는 업무를 담당하였다. 그런데 2008년 이후 GMC의 위원의 절반 이상을 비의사가 차지하게 되었다. 즉 의사의 관점이 아닌 시민의 관점에서 의사의 덕목과 자격을 규정하게 되었다는 것이다. 다른 중요한 변화는 면허와 자격을 위한 구체적인 심사과정들이 만들어진 점이다. 이제 의사들은 매년 업적 평가를 받게 되었고, 5년 마다 면허갱신 심사를 받아야 하는데 여기서는 “기술 적합성”(fitness to practice)를 판정받게 되는데 이를 위하여 임상적 평가(clinical audit), 현장 관찰, 가상적 상황 검증(simulated tests), 지식 평가, 환자의 평가(patient's feedback) 등을 거쳐야 한다. 이제 의사들은 내가 기술할만한 능력과 지식을 갖추고 있음을 계속 입증해야할 책임을 갖게 된 것이다(Chamberlain, 2010a).

그런데 여기서 생각해볼 것은 이러한 새로운 규제의 제정이 경영자나 환자가 만든 것이 아니라 의사 자신이 만든다는 점이다. 경영자나 환자가 기존 의료에 대하여 불만을 제기하고 개혁의 필요성을 제기할 수는 있지만 의료는 여전히 전문적인 분야이기 때문에 이를 변화시키는 데는 의사들의 협력이나 참여가 불가피하다. 여기서 Chamberlain(2010b)은 의료전문직의 재제충화를 주장한다. 즉 의사가 규제를 만드는 엘리트 계층과 그 규제에 종속되는 일반 의사로 나뉜다는 것이다. 여러 지위로 나뉘

어 분열되었던 의사가 19세기말에 하나로 통합되고 내부적으로 평등화되면서 강력한 의료전문직으로 탄생되었지만 21세기가 되면서 다시 분화되어 외부적 감시와 규제에 노출되게 되었는데 그것이 외부의 힘에 의한 직접적 통제가 아니라 엘리트 의사들에 의한 간접적 통제방식으로 진행되고 있다는 점이다.

3. 새로운 전문직업성(new professionalism)

정부개입 및 규제의 증가와 의료지배구조의 변화는 단지 자율성이 위축되는 것으로 귀결된다고 보다는 전문직업성 자체를 새로운 내용으로 바꾸는 과정으로 볼 수 있다. 20세기 전반기에 만들어진 의학적 전문직업성의 원리도 환자의 복리를 위하여 최선을 다한다는 내용을 담고 있었다. 그런데 왜 의사들의 행동에 대한 비판적 견해나 대중적 불신이 초래되었는가? 그것은 전문직업성이 다분히 선언적인 것이었고 실제 행동화하는 데는 미치지 못했기 때문이다. 예를 들어 시술능력이 부족한 동료의사를 걸러내는 것이 자율적 규제에 해당되지만 실제 의사들이 자율규제로 퇴출되는 경우는 드물었다. “능력부족”이 범죄적 의도를 갖고 환자에게 위해를 끼치는 것이 아닌한 개개인 의사의 능력을 판단하고 걸러내려 하지 않았다. 이러한 와중에 의사에 대한 환자와 대중의 불만은 누적되었다. 대표적인 불만은 다음과 같았다(Irvine, 1999).

진료 상담과정에서 원활한 의사소통이 필요하다.

환자들은 질병 관리에서 할 수 있다면 치료의 선택을 하고자 한다.

의사가 교만한 행동을 하는 것은 용납할 수 없다.

의사들은 저질 의료를 밝혀내고 그와 연관된 비밀주의를 종식해야 한다.

의사들은 개인적으로나 집단적으로 사회적 책무성(accountability)을

가져야 한다.

의사들은 환자와의 성적 추문이나 환자 안전을 고려하지 않는 행위에 대해 엄격하게 규제해야 한다.

이러한 사회적 문제제기에 대하여 미국의 내과 의사와 유럽의 내과 의사들은 전문직업성의 내용을 논의하여 새롭게 규정하고 이를 바탕으로 의사들의 준수 의무를 규정하는 ‘의사헌장’(physician charter)을 2002년에 발표하였다(Lesser and Klukoff, 2009). 아울러 의사의 전문직업성의 개념을 구체화하기 위한 별도 기구로서 “미국내과의사회 의학전문직업성 기구”를 발족시켰다.⁵⁰⁾ 이 과정에서 만들어진 새로운 전문직업성의 핵심원리는 환자 복지의 우선 원칙, 환자 자율성의 원칙, 사회정의의 원칙 등 세 가지이다.⁵¹⁾ 환자복지 우선의 원칙은 환자 복지를 위해 최선을 다해야 한다는 원칙으로 시장 환경이나 사회적 압력, 행정적 고려 등에 의해서 훼손되지 않도록 해야 하는 가장 중요한 원칙으로 설정되었다. 다음으로 환자 자율성의 원칙은 환자에게 솔직해야 하고, 환자에게 능력을 북돋우어(empowering) 치료법 선택에서 숙지된 동의(informed consent)를 할 수 있게 도와야 한다는 원칙이다. 환자의 결정이 비윤리적이거나 부적절한 것이 아닌 한 이를 존중해야 한다. 끝으로 사회정의의 원칙은 의료자원의 공정한 배분을 위해 노력해야 하며 의사는 인종, 젠더, 사회경제적 지위, 민족, 종교 및 기타 사회적 범주에 따른 차별을 철폐하는데 앞장 서야 한다는 원칙이다.

의사 헌장에 10가지의 행동강령이 추가로 포함되었다. 첫째, 전문적 능력배양으로서 의사는 평생 최신의 의학지식을 배우는 노력을 해야 한다. 둘째, 솔직함으로서 의사는 환자가 치료법에 동의하기 이전에 완전하

50) <http://www.abimfoundation.org/Resource-Center/Bibliography/General-Materials-on-Professionalism.aspx>

51) <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>

게 솔직해야 한다. 셋째, 비밀 준수로서 의사는 환자의 정보를 노출할 때 엄격한 비밀보호 장치를 준수해야 한다. 만일 정보이용 등이 필요할 때에는 환자의 동의를 얻어야 한다. 넷째, 환자와의 적절한 관계유지로서 환자와의 성적 관계, 경제적 관계, 기타 사적 관계를 유지해서는 안된다. 다섯째, 질 향상으로서 의사는 항시 의료의 질을 향상시키려는 노력을 해야 한다. 개인적으로는 물론 다른 의사나 조직과 협력하여 의료과오를 줄이고, 환자안전을 높이며, 자원사용을 최소화하는데 필요한 조치들에 적극 참여해야 한다. 여섯째, 접근성 향상으로서 의사는 환자의 의료접근성 향상을 위하여 노력해야 한다. 의료형평성 제고의 장애물을 없애는데 노력해야 한다. 일곱째, 의사는 희소한 의료자원의 공정한 분배를 위해 노력해야 한다. 여덟째, 의사는 과학적 지식의 진흥을 위해 노력해야 한다. 아홉째, 의사는 개인적 집단적 이해를 잘 조정하여 신뢰를 얻도록 해야 한다. 열째, 의사는 전문직으로서의 책임을 준수해야 한다. 여기에는 환자 진료를 위한 다른 의사들과의 협력, 상호존중, 자기규제활동, 교육과 학습 의무, 내부적 감사와 외부적 평가 수용 등이 포함된다.

환자의 불만제기와 의사의 대응과정을 살펴보면 의사와 환자 사이에 전문직업성에 대한 새로운 협약이 만들어지고 있음을 알 수 있다. 과거에는 의사 중심의 협약이었다면 이제는 시민중심의 협약이라고 할 수 있을 것이다(Creuss and Creuss, 2000). 즉 과거의 의사-환자 관계가 의사의 절대적 권위에 바탕을 두고 개별의사와 개별환자 간의 사적 관계, 철저한 비밀보호의 특징을 갖고 있었던 반면 최근에는 시민 중심 개념에 근거하여 개방성, 투명성, 책무성을 지향한다. 또한 의사-환자는 흔히 1:1을 지향했던 반면에 최근에는 의사도 조직에 고용됨으로써 의사는 환자의 요구만이 아니라 그를 고용한 기업의 요구에 부응하면서 동시에 국가와 보험회사의 개입에 따른 규제에도 부응해야 하는 입장에 처하게 되었다.

〈부표 1〉 20세기 중반과 말기의 의사-환자 관계 차이

구분	20세기 중반	20세기 말
용어	의사-환자 관계	고객-공급자 관계
국가(정부)와 보험회사	관계의 신성성 인정	관계에 마구 개입
소유권	환자는 의사의 소유	고객은 공급자 고용주(의료회사)의 소유
reference group	개별의사와 개별환자	봉직의가 회사를 위해 일함.
관계의 지속기간	케어(관계)의 지속성	케어(관계)의 단속성
만남의 시간	15~20분	6~8분
권력	의사가 가짐(환자가 달리 도움 청할 곳이 없어서)	고객이 가짐 (의사를 쇼핑함으로써)
신뢰	의사 신뢰(credat emptor)	공급자 불신(caveat emptor)
치료 옵션	의사는 환자가 원하는 것을 제공함.	공급자는 회사가 허용하는 것을 제공함.
보상	의사는 치료를 많이 할수록 더많은 보상을 받음.	공급자는 적게 치료할수록 보상을 많이 받음.
비밀보호	위반하면 안됨.	많은 당사자들과 전자화된 의무기록이 노출 위험 초래

출처: McKinlay and Marceau, 2002.

20세기 중반의 의사-환자 관계에서 환자는 의사의 소유물로서 개념화되었고, 개별의사가 개별환자를 치료하는 1:1 관계 모형이 지배적이었고, 관계의 지속성이 강조되었고, 진료상담 시간이 20분 내외로 비교적 길었고, 신뢰의 원칙(credat emptor)이 작동했으며, 환자가 요구하는 것을 의사가 해결해주었고, 진료행위를 많이 할수록 더 많은 보상을 받았고, 비밀보호는 불가침의 원칙이었다. 반면 21세기말의 고객-공급자 관계는 국가와 보험회사가 개입하고, 고객은 공급자의 고용주(의료회사)에 의하여 소유되고, 의사는 환자가 아니라 고용주를 위해서 일하고, 관계의 불

연속성이 있고, 진료상담 시간은 짧으며, 권력은 고객이 갖고 있으며, 공급자의 말을 일단 의심하는 것이 좋고, 공급자는 기업/조직의 정책이 허용하는 것만을 제공하며, 공급자는 적게 일할수록 더 보상을 받는다. 환자의 비밀은 당사자 수가 많고 컴퓨터화된 의무기록이란 점 때문에 위험에 노출된다(McKinlay and Marceau, 2002).

그런데 새롭게 제정된 의사헌장이나 신 전문직업성에 대하여 일반 의사들은 어떻게 생각하고 있을까? 미국과 영국의 의사를 대상으로 실시한 한 조사연구에 의하면(Roland, M. et al., 2011) 비교적 전통적인 전문직 가치에 해당하는 명제에는 동의율이 높았다. 예를 들면 다음과 같다. “의사는 개인적 경제적 이익보다는 환자의 복지를 우선시 해야 한다”(미국 의사 78.7%, 영국 의사 82.3%), “의사는 인정받지 못한 개인에게 환자의 비밀을 노출해서는 안 된다”(미국 의사 91.1%, 영국 의사 96.3%), “의사는 환자에게 치료과정의 이득과 위험성을 충분히 알려야 한다”(미국 의사 88.4%, 영국 의사 73.8%), “임상진료지침에 따라 진료방식을 바꾼 적이 있다”(미국 의사 93.1%, 영국 의사 95.5%). “의사와 환자의 성적 접촉은 부적절하다”(미국 의사 92.1%, 영국 의사 91.7%), “의사는 환자의 인종, 젠더, 수입에 의한 불평등을 최소화하는데 노력해야 한다”(미국 의사 84.2%, 영국 의사 88.7%). 그런데 일부 적극적 참여나 행동을 요구하는 경우에는 동의율이 약간 떨어진다. “의사는 무능력한 동료의사를 보고해야 한다”(미국 의사 63.1%, 영국 의사 59.3%). “의사는 동료가 제공한 의료서비스의 질을 평가하는데 참여해야 한다”(미국 의사 54.9%, 영국 의사 68.4%).

그런데 일부 새로운 전문직 규범에 대해서는 동의율이 높지 않았다. “의사는 정기적으로 면허 재심사를 받아야 한다”(미국 의사 53.9%, 영국 의사 23.4%), “의사는 환자와 사업을 함께하는 것이 부적절하다”(미국의

사 46.7%, 영국의사 60.0%), “환자나 가족으로부터 작은 선물(modest gift)을 받는 것은 부적절하다”(미국의사 11.5%, 영국의사 7.2%).

다른 의사대상 조사연구에서도 유사한 결과가 도출되었다. 의료자원의 공정분배, 의료접근 기회 및 의료의 질적 향상, 이해관계의 조정, 전문가적 자기조절 등에 대해서는 90% 이상의 응답자가 동의하였다. 반면 면허의 주기적 재심사는 24%만이 동의하였다. 의사는 무능력한 동료로 보고해야한다는 규범에는 96%가 동의하였지만 그러한 의사와 만났던 응답자 중 46%는 그들을 보고하지 않았다(Cambell and Regan, et al., 2007). 전반적으로는 임상지침 준수, 무능력한 동료에 대한 보고의무, 환자의 선택 존중, 환자와의 부적절한 관계 금지 등 새로운 전문직의 가치 또는 규범에 대하여 동의하는 편인 것으로 나타났음을 알 수 있다. 따라서 사회적으로 합의할 수 있는 새로운 규범을 만드는 것도 중요하지만 동시에 실천할 수 있는 장치를 만드는 것도 중요하다. David Rothman(2000)은 의사현장 제정 등 전문직업성에 대한 의료계 논의에 대하여 과거에 의사회가 무능력한 의사에 대한 자기규제에 실패했던 점을 지적하면서 새로운 규범의 공적 선언으로 충분한 것이 아니라 실천할 수 있도록 해야 함을 역설하였다. 의사회나 전문분과학회가 새로운 행동기준을 권고하는 차원이 아니라 강제해야(require rather than recommend) 한다고 주장하였다. 또한 의사회는 이러한 규범을 달성하기 위하여 소비자 단체와 연대해야 하고, 의과대학과 전문의 수련병원에서는 전문직업성에 대한 강의와 함께 이를 실행할 수 있는 기술을 배양시켜야 한다고 주장했다. 그리고 무능력 의사를 고발하는 내부고발자를 보호하는 장치를 만들어야 하고, 전문가의 이익이 아닌 환자의 이익을 위하여 로비를 해야 하고, 제약회사의 영향력을 극소화하도록 노력해야 한다고 역설하였다. Rothman의 지적은 새로운 전문직업성에 대한 논의가 일련 환자와 사회

의 불만제기를 수용하는 자세를 보이기는 하지만 정작 중요한 실질적인 문제들을 외면하고 있음을 비판한 것이다. 자기규제의 실천이나 자본과 제약회사의 영향력 배제 등은 의사가 공익적 직업정체성을 세우는데 있어서는 핵심적인 사안이라고 할 수 있을 것이다. 하지만 이것이 “너무도 민감한” 사안이기 때문에 의사 사회에서는 제대로 논의되지 않고 있다. 실제로 한 조사에 의하면 제약회사와의 관계에서 78%가 약품 샘플을 받은 적이 있고, 83%가 직장에서 음식대접을 받은 적이 있으며, 26%가 학회비 지원을 받았고, 18%가 상담료를 받았다. 94%의 의사가 제약회사 어떤 형태로든지 향응을 받았음을 알 수 있었다(Cambell and Russel, et al., 2007). 제약회사라는 의료시장의 강자의 영향에서 어떻게 벗어날 것인가의 문제에 대해서는 의사들이 명쾌한 방안을 마련하고 있지 못하다. 그런데 의학교육에서는 새로운 전문직업성을 포함하려는 노력이 구체화되고 있다. 앞서 설명했던 영국의 GMC(2009)는 새로운 의학교육의 가이드라인으로 환자와의 소통능력, 사회과학적 지식, 환자안전에 대한 관심 등을 우수한 의료제공, 환자에 대한 존경심과 정직함 등의 가치와 함께 제시하였다. 즉 교육을 통한 새로운 의사상 정립에 나선 것이다. 물론 이러한 교육개혁이 향후 제약회사와의 관계나 무능력한 동료에 대한 내부고발 등 민감한 문제들에 대한 실질적 개혁실천으로 이어질지는 불확실하다. 그렇지만 미국이 영국의 의학자들이 과거의 권위주의의 모습을 버리고 새로운 전문직업성을 추구하려는 것은 분명해 보인다.

4. 한국의 의학 전문직업성⁵²⁾

그런데 서양사회에서 발전한 전문직업성의 개념이 한국사회에서도 적

52) 이절은 조병희(2011)의 내용을 요약하고 보완한 것이다.

합할지의 문제가 있다. 전문직업성의 이론은 시민사회의 배경이 강한 영미 사회에서 발전하였고, 반면 국가의 역할이 상대적으로 강했던 유럽대륙 지역에서는 발전하지 못하였다. 유럽대륙에서는 의사 중심의 전문직업성 이론보다는 Foucault 식의 지식권력 담론이 발전하였다 (Peterson and Bunton, 1997). 푸코의 지식담론에서는 의사의 행위양식보다는 의료의 사회적 기능이 중시되기 때문에 관심의 수준이 매우 다르다. 그런데 유럽의 의사들은 근대국가 건설(national building) 과정에서 집단의 이익보다는 국가적 관심사에 부응하는 방향으로 제도화한 반면 미국의 의사들은 유독 전문가들의 관심과 가치를 제도화하는 독특한 경험을 하였다. 한국의 경우에는 전통적으로 국가의 영향력이 강했기 때문에 의사들의 독자적 세력화나 지배담론의 개발이 어려웠다. 그러나 의료시장이 커지면서 국가의 영향력이 급격하게 축소되고 시장 또는 자본의 영향력이 강화되면서 의사들의 전문직업성 제고의 필요성이 높아지고 있지만 그 기반은 매우 취약한 것으로 보인다. 미국 의사는 높은 사회적 지위와 권위를 성공적으로 구축하면서 이를 정당화하기 위한 장치로 의사의 자율성을 절대적인 직업가치로 규정하였고, 자율성을 실질적으로 지켜낼 수 있는 조직 차원의 통제력을 확보하였다. 그러나 1970년대 이후 의료기업 같은 새로운 공급자들이 시장을 주도하게 되면서 의사들은 자율성의 감소를 경험하게 된다. 한국에서는 1980년대 초반까지는 국민들이 빈곤하여 의료시장이 제대로 형성되지 못하였다. 의료의 공급이 매우 값비싸고 소수의 환자만이 이를 이용하는 특권적 상황에서 정부의 간섭으로부터 자율성을 지킨다는 명제 자체가 성립되기 어려웠다. 1990년대 이후 의료시장이 급속하게 성장하였지만 개별 의사보다는 병원이 급성장하면서 기업화 현상에 따른 의사들의 자율성의 위축이 초래되었다. 1990년대에 의료시장이 급성장하는 상황에서 의사들은 환자와의 관계 개선이나 의사들

의 행동규범의 규제와 같은 전문직업성의 발전보다는 개별적으로 시장기회를 확보하고 경쟁적으로 병원을 확장하는데 주력하였다. 전문직업성은 경쟁보다는 협력을 필요로 하는 개념이다. 시장경쟁이 격화된 상황에서 공동체적 가치를 강조하는 전문직업성의 발전은 이루어지기 어려웠다.

의사의 자율성이란 근본적으로는 국가나 시장(자본)의 영향으로부터의 자유를 의미한다(Freidson, 2001). 그런데 국가, 자본, 환자의 간섭을 성공적으로 배제하기 위해서는 의사들 스스로의 경쟁을 차단할 필요가 있다. 의사들 스스로 서로 협력하는 체계를 만들지 않고서는 외부의 간섭에 효과적으로 대응하기 어렵다. 협력은 상호간의 위세의 차이가 크지 않을 때 가능성이 커진다. 미국의 경우에 의사들간의 경제력의 차이가 크지 않고, 동질적이고, 공통의 이해관계를 가질 때 가능했던 것으로 보인다. 그런데 한국의 경우 아직 종합병원이 성장하지 않았고, 의사 개인이 운영하던 ‘동네의원’이 의료서비스 생산의 주축을 이루던 1980년대 초반의 상황에서는 의사들간의 이해관계가 미분화되어 있었고 경제적 자산의 격차도 크지 않았던 것으로 생각할 수 있다. 그런데 이 당시의 의사들은 동질성은 높았지만 그것이 전문직업성으로 발전하는 데는 한계가 있었다. 그 이유는 생산구조에 있었다. 대부분의 의사들은 개원을 지향했고, 그들이 운영하던 ‘동네의원’은 서양 의사들의 집무실(clinic)의 개념을 넘어서 일부 수술이나 입원진료까지 실시하던 ‘작은 종합병원’이었다. 따라서 의사들은 의료기관을 ‘경영’하는 것이었고, 규모가 커질수록 ‘경영마인드’는 중요해졌다. 그런데 전문직업성은 지식공동체를 의미하는 것으로 상업적 동기로부터의 독립하여 의학적 가치의 실현만을 추구할 때 그 의미가 살아나게 된다. 의사들이 의료기관 경영의 부담을 지게 되면 의학적 가치의 실현을 추구하는 것이 어려워진다(조병희, 1994). 의사들이 병원의 확장 경쟁에 나서면서 의사들의 일탈적 행동을 규제하는 장치를 만들기는 어

려워진다. 미국의 경우에는 어떤 의사가 비의료적 행위를 하여 물의를 야기하면 병원 출장권이 박탈되어 환자를 다른 의사에게 의뢰하거나 출장 진료할 수 있는 권한이 상실될 수 있기 때문에 강력한 규제가 된다. 반면 한국에서는 의사회에서 어떤 규제를 한다고 하더라도 대부분의 의사들이 자기 병원에서 진료할 수 있기 때문에 실질적인 규제효과가 없다. 미국의 출장의사제도는 의사들이 병원경영의 부담을 직접적으로 지지는 않으면서 의사들이 의학적 관심만을 추구하도록 만들어주는 기능을 수행하였다. 한국의 경우는 의사들이 개별의료기관을 소유하면서 진료하였기 때문에 의료시장에서 병원간 경쟁에 그대로 노출될 수밖에 없었고 그럴수록 의학적 관심만을 추구하는 지식공동체의 형성은 멀어질 수밖에 없었다.

이러한 미국의사들도 1980년대 이후 자본의 개입에 의하여 의료체계가 수평적 수직적으로 통합되어 대규모 의료 기업이 만들어지면서 생산수단으로부터의 독립성을 상실하고 의료기업의 경영통제에 예속되는 현상이 나타났다(Robinson, 1999). 의료체계가 대규모화됨으로써 의사들이 이를 효과적으로 통제할 수 없게 된 점도 중요하다. 의료시장의 재조직화에 따라 의사들은 내부적으로 분화되고 이해관계를 달리하는 여러 집단으로 나뉘어 각자 새로 만들어지는 시장기회에 적응해나가면서 공동체적 동질성을 상실하였고, 집단적 자기규율의 관행을 포기하고 새로 만들어진 경영통제를 수용하게 되었다.

이러한 점을 고려할 때 한국 의사들이 시장경쟁에 적극적으로 적응하면서 성장해 온 현실에서, 그리고 병원이라는 생산수단에 묶여 있는 상황에서 의사들이 의학적 가치의 실현과 전문직업성의 발전을 실현하기는 어려울 수밖에 없다. 더욱이 1990년대 이후 진행된 국민건강보험의 전국민 확대와 대형병원의 등장으로 뒤 이은 의료시장의 구조변화는 전문직업성의 형성을 더욱 어렵게 만들고 있다(조병희, 1997, 2003, 2009). 수천

병상 규모를 갖는 대형병원의 등장으로 의료기관의 경쟁은 더욱 심화되었고, 다른 한편 건강보험제도가 전국민화 되면서 의료이용이 전체적으로 증가하는데 환자들이 골고루 분산되기보다는 일부 병의원에 집중되면서 의료계 내부에 ‘양극화’ 현상이 발생하게 되었다. 전문직업성의 가치에 근거하여 의료시장화에 저항하려는 움직임이 부재한 현실에서 대형병원의 시장진입은 오히려 ‘의료의 질적 수준 향상’을 이룩할 수 있는 방편으로 인식되었다. 또한 교통수단의 발전으로 대형병원들의 의료시장 지배력은 전국적으로 확대되었다. 그 결과 시장경쟁에서 탈락한 다수의 의사들은 중소병의원 경영을 포기하고 병원에 고용될 수밖에 없었다. 이와 같이 의사들간에 이해관계가 극단적으로 대립되고 정체성에서도 이질성이 증대하게 되면 전문직업성의 형성은 구조적으로 어렵게 된다.

의료의 시장화와 의료이용의 급격한 증가는 의료의 사회적 영향력을 확대시키게 된다. 국민들은 이제 1년에 16일을 병원을 이용할 정도로 의료는 우리의 일상생활의 한 부분이 되었다. 사회적으로도 의학의 관심범위는 지속적으로 확대되어 이제 질병치료는 물론 출생, 사망, 결혼, 취업, 휴직, 승진, 상속 등 많은 일상사에서 의학적 판단이 필요하게 되었다. 그런데 의학의 영향력이 확대가 전문직업성 형성에 반드시 긍정적인 영향을 주는 것으로 보이지는 않는다. 의료공급이 확대되어 대중의 의료욕구가 일차적으로 해결되면 의사에 대한 대중의 신뢰는 상승할 가능성이 높다. 대중의 신뢰가 높아지면 의사의 권위가 향상될 수 있다. 그런데 대중의 의료욕구 해결이 지나치게 되면 오히려 신뢰를 저하시킬 수 있다. 병역비리, 교통사고나 개인분쟁 시 상해진단의 부풀림, 모호한 업무상 재해판정, 정신병원 강제입원 등 의학적 판단이 고객의 요구에 의하여 남용되는 사례가 자주 발생하고 있는 것을 볼 수 있다. 의료이용이 증가하면서 환자들의 ‘이기적 요구’ 또한 증가할 가능성이 큰데 의사사회 차원의 일탈

적 의료행위에 대한 통제장치가 없이 의사 개개인의 양심과 도덕규범에 맡겨서 환자를 제어하도록 하는 것은 효과적인 방법이 되지 못한다. 이러한 비윤리적 행동들이 발생할 때 의료계에서는 흔히 문제의 실태를 축소하는 경향이 있고 ‘직업윤리’를 준수하지 않는 소수 의사들의 잘못으로 돌리는 경향이 있다. 여기서 중요한 것은 절대다수의 의사들은 ‘양심적으로’ 진료한다는 것을 반복하여 확인하는데 있는 것이 아니라 “소수의 비양심적 의사”들을 통제할 수 있는 자율규제 시스템을 의사들이 갖고 있지 못하다는 점이다. 전문직업성이란 의사 개개인을 윤리적 인간으로 만드는데 목적이 있는 것이 아니라 제도 또는 시스템으로 의학적 가치가 실현되도록 하는 것이 중요하다. 그리고 그러한 시스템은 국가나 시장이 아닌 의사들 스스로 만든다는데 중요한 의미가 있다. 최근 제약회사의 ‘리베이트’ 제공과 관련해서 수백 명의 의사가 적발되는 사건이 발생하였다(데일리메디, 2011.8.23). 관련된 수백명의 의사가 의사 전체에 비하여 소수이고, 개인적인 횡령이 아닐 경우에 리베이트의 불법성 여부가 불분명할 수도 있다. 그러나 이 문제는 오래 전에 알려진 사안임에도 불구하고 그 해결책이 자율적으로 만들어지지 못했다는 점에 주목할 필요가 있다. 의사들이 리베이트 문제에서 어떻게 행동해야하는지에 대한 명백한 기준을 만들지 못했거나 아니면 기준이 있더라도 위반자를 제재할 수 있는 규제 시스템을 갖추고 있지 못할 경우 전문직업성은 제대로 작동되지 않는다고 볼 수 있다.

전문직업성이 형성되는데 있어서는 의사 내부적 조건도 중요하지만 의사와 국가의 관계를 정립하는 것도 중요하다. 의료시장의 과도한 영향력을 제어하는 데는 국가의 힘을 활용할 수밖에 없다. 그런데 건강보험제도 실시 이후 의사들의 국가에 대한 의구심이나 거부감은 커진 것으로 보인다. 이것은 기본적으로 건강보험의 수가제도에 대한 불만에서 비롯되는

것으로 생각된다. 의사들은 의학이라는 과업에 대한 자부심이 강하고, 치료나 연구에 전문적인 지식과 끊임없는 노력이 들어가기 때문에 이에 대하여 높은 보상을 받는 것이 마땅하다고 생각한다. 그런데 현재의 의료수가는 의사들의 기대에 미치지 못한다고 생각하기 때문에 정부의 의료정책에 비판적인 태도를 갖게 된다. 그런데 전문직업성의 실현이라는 측면에서 생각할 때 중요한 요소는 과업의 수행과 그에 따르는 보상의 문제에 있기보다는 의학적 가치가 무엇이고 이것을 어떻게 과업으로 연결하여 실현하는가 하는 문제가 핵심 사안이 된다.

지금에 있어서 의학적 가치는 무엇이 될 수 있을까? ‘좋은 사회’(social quality)라는 개념에서 원용하여 ‘좋은 의료’라는 개념을 도입하면 공정성, 지속가능성, 역능성 같은 가치들이 그 구성요소가 될 수 있다(정진성 외, 2009). 공정성이란 약자(환자)의 의견을 경청하는지, 의료에서 부패를 방지하고 투명성을 어떻게 제고할 것인지 등에 대한 내용이 포함된다. 지속가능성은 현재의 의료자원 조달방식으로 앞으로 의료체계가 유지될 수 있는지 아니면 어떻게 해야 생태지향적 의료로 될 수 있는지에 대한 내용을 담을 수 있다. 역능성(empowerment) 같은 경우에 창의적인 의사양성이 되고 있는지, R&D가 의학발전을 위해 효율적으로 진행되고 있는지 등의 내용을 담을 수 있을 것이다. 여기서 전문직업성이 수행할 역할은 현 시점에서 한국사회에 필요한 의학적 가치는 무엇인지 끊임없이 반추하면서 의학적 가치를 새롭게 설정하고 다른 한편 이것이 의학연구나 의료계 일선에서 어떻게 얼마나 실천되는지에 관심을 가지면서 의학을 사회적으로 실천해나가야 한다는 것이다. 현재처럼 의학이 미시적 수준에서 과업의 수행과 보상의 관계에만 몰입하게 되면 보상을 관리하는 국가와의 관계가 계속 갈등적일 수밖에 없게 된다. 역으로 보상의 문제를 큰 틀에서 해결하기 위해서는 보상의 적절성에 대한 상위규범을 만들어

내야 한다. 우리가 의료부문에 있어 실현해야 할 가치가 형평성이나 공정성인지, 아니면 효율성이나 생산성인지에 따라서 의료행위의 값은 다르게 매겨질 수 있을 것이다. 지금까지 의사들은 국가의 의료정책에 불만을 가지면서 국가와 원만하지 못한 관계를 지속해왔지만 이러한 갈등상태를 넘어서서 국가나 국민에게 설득력 있는 대안적 가치체계를 제시한 적도 없다. 즉 의학적 가치가 저평가되는 것에 대하여 불만제기는 하였지만 자신들의 의료행위가 더욱 고급스럽게 평가되도록 할 수 있는 가치체계의 정립에는 거의 관심을 쓰지 않았다. 과거에는 의학이 생명을 구하는 학문이라는 명제만으로도 충분히 중요한 가치를 가질 수 있었다. 그러나 아무리 생명이 중요하다고 하더라도 그를 위해 사용하는 의료기술이 ‘지속가능하지 못하다면’ 그러한 의학은 가치가 떨어질 수밖에 없는 현실에 우리가 살고 있는 것이다.

국가와의 관계에서 중요한 또 다른 측면은 국가가 ‘의사의 적’은 아니라는 것이다. 만일 과업수행과 보상의 획득이 최고의 의학적 가치라고 한다면 국가는 그러한 가치의 실현의 ‘걸림돌’일 수도 있다. 그러나 의학적 가치를 더 높은 차원에서 규정하게 된다면 국가는 의학적 가치의 실현을 도와줄 동반자가 된다. 형평성이 중요한 가치라고 한다면 이것은 국가정책의 도움이 없이는 실현되기 어렵다. 역설적이게도 의료계 일부에서 주장하는 ‘영리법인병원’의 도입과 같은 의료산업화 정책 역시 국가의 도움이 절대적으로 필요하다. 현재의 의료시장의 대형병원 중심의 과점 상태를 해소하는 것 역시 국가의 정책영역이 된다. 중요한 것은 의사들이 자신들은 물론 국가나 대중 모두에게 이득이 될 수 있는 높은 수준의 의학적 가치와 정책담론을 제시함으로써 국가가 이를 수용하지 않을 수 없게 만드는 일일 것이다. 문제는 현재의 의사사회 내부 구조나 역량으로는 이러한 과제를 실현하기 어려울 것이란 점이다. 의사와 병원의 이해관가 미

분화되어 있고, 의사들 내부에서도 처한 위치에 따라 이해관계가 대립되는 형국이기 때문에 이를 조정할 수 있는 자체적인 권위구조나 리더십이 필요한데 이러한 여건이 충족되지 못하고 있는 것처럼 보인다.

5. 향후의 과제

의사의 전문직업성은 원론적으로는 국가는 물론 자본이나 기업으로부터도 독립될 수 있어야 하고 환자로부터도 독립될 수 있을 때 구축될 수 있다. 이러한 미국식 의료전문직이 우리나라 의사들이 추구하는 목표인지는 분명하지 않다. 의사들은 국가의 통제로부터 벗어나고자 하지만 국가통제가 약화되었을 때 개별 의료기관이나 의사에 대한 통제를 어떻게 할 수 있을 것인가에 대한 고민은 부족하다. 의사들은 또한 수가에 대한 정부규제에서 벗어나 제대로 된 ‘시장가격’을 받을 수 있기를 기대하지만 합리적 시장가격을 산정하기 위하여 필요한 정보들, 예를 들어 서비스 평가가 보다 구체적이어야 하고 그 결과는 속속들이 공표되어야 하며, 모든 의사와 병원의 시술수준은 물론 상품의 질이라 할 수 있는 의학적 실수도 밝혀야 하며, 소비자 불만을 체계적으로 처리할 수 있는 창구와 제도가 완벽하게 만들어져야 하고, 모든 의료행위에서 소비자가 충분히 알고 선택할 수 있도록 정보가 제공되어야 하는 점에 대해서는 크게 관심을 두지 않는다. 소비자를 만족시키지 못하는 의사가 시장에서 퇴출되는 것을 당연한 일로 간주하기는 더욱 어려워 보인다. 나아가 의료라는 상품을 디자인하고 설계하는 권한을 경영자들이 행사할 수 있어야 하고 의사들은 경영자를 기술적으로 보좌하고 그 권위에 복종할 수 있어야 한다. 그런데 의사들이 생각하는 시장 자유가 이런 차원까지 염두에 두는 것 같지는 않다. 의료계 일부의 기대처럼 의료의 시장화 또는 산업화가 본격적으로 추

진된다면 그것은 한편으로는 의사들에게 시술과 수가의 자유를 제공하겠지만 동시에 의사들을 더욱더 자본의 힘에 예속시켜 자율성을 상실케 할 가능성도 열려있다.

한국의사들은 시장 상황에 내몰리면서 상당히 어려운 조건 속에 있다. 그렇지만 직업가치를 보다 공고히 하고 내면화하는 작업은 의사들이 자구적 차원에서도 필요할 것으로 생각된다. 형평성, 공정성, 지속가능성 등 의료의 상위가치와 의사들의 직업적 이익을 가능한 한 일치시키려는 노력이 필요하다. 의사들의 직업적 관심과 이익을 의학적 가치에 부합되도록 만들지 못한다면 최소한도 수준에서의 전문직업성의 형성도 어렵게 되고 계속적으로 정당성의 위기에 직면하게 된다.

〈참고문헌〉

- 데일리메디. 2011. 의료계, 리베이트 혐의 의사 319명 구하기 나서. 2011.8.23.
- 정진성 외. 2009. 한국사회 트렌드를 읽는다. 서울대출판부.
- 조병희. 1994. 한국의사의 위기와 생존전력. 명경.
- 조병희. 1997. 재벌병원과 의료체계의 변화. 보건과 사회과학, 1: 65-87.
- 조병희. 2003. 의료개혁과 의료권력. 나남.
- 조병희. 2009. 국가개입과 한국 의료체계의 성격. 정무권 편. 한국복지국가 성격 논쟁, 753-786. 인간복지.
- 조병희. 2011. 한국 의학직업전문성의 사회적 시각. 대한의사협회지, 54(11): 1164-1171.
- Burnham, J. C. 1982. American medicine's golden age: what happened to it? Science, 215(19): 1474-1479.
- Cambell, E. G., Regan, S., et al. 2007. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. Annals of Internal

- Medicine, 147(11): 795-803.
- Cambell, E. G., Russell, L. G. et al., A national survey of physician-industry relationship. The New England Journal of Medicine, 356(17): 1742-1750.
- Chamberlain, J. M. 2010a. Regulating the Medical Profession: From Club Governance to Stakeholder Regulation. Sociology Compass, 4(12): 1035-1042.
- Chamberlain, J. M. 2010b. Governing medicine: medical autonomy in the United Kingdom and the restratification thesis. Ea, 1(3): 1-16.
- Creuss, S. R. and Creuss, R. L. 2000. Professionalism: a contact between medicine society. Canadian Medical Association Journal, 162(5): 668-669.
- Freidson E. 2001. Professionalism: the third logic on the practical knowledge. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. 1970a. Profession of Medicine. New York: Dodd, Mead, & Co.
- Freidson, E. 1970b. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. Piscataway, NJ: Transaction Publisher.
- Freidson, E. 1988. Profession of Medicine. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.
- General Medical Council. 2009. Tomorrow's Doctors: Education Outcomes and standards for undergraduate medical education.
- Goode, W. 1960. Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: psychology, sociology, and medicine. American Sociological Review, 25: 902-914.
- Harrison, S. and Ahmad, W. I.U. 2013. Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. Sociology, 34(1): 129-146.

- Haug, M. R. 1973. Deprofessionalism: An Alternative Hypothesis for the Future. *Sociological Review Monographs*, 20:195-211.
- Irvine, D. 1999. The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet*, 353: 1174-1177.
- Lesser, C. and Klukoff, S. 2009. Leveraging the power of medical professionalism to improve health care: a new platform for reform. Conference Report.
- Light D.W. 1995. Countervailing powers: a framework for profession in transition. In Johnson T, Larkin G, Saks M. eds. *Health professions and the state in Europe*, 24-41. London: Routledge.
- Light, D. W. and Levine, S. 1988. The changing character of the medical profession: a theoretical overview. *Milbank Memorial Quarterly*, 66:10-32.
- McKinlay, J.B. and Marceau, L. D. 2002. The end of golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32: 379-416.
- Mechanic, D. 1991. Sources of countervailing power in medicine. *Journal of Health Politics, Policy, & Law*, 16: 485-498.
- Parsons T. 1951. *The social system*. New York: Free Press.
- Peterson, A., and Bunton, R. 1997. *Foucault: Health and Medicine*. London: Routledge.
- Robinson, J. C. 1999. *The corporate practice of medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Roland, M. et al., 2011. Professional values and reported behaviors of doctors in the USA and UK: quantitative study. *British Medical Journal Qual Saf.*, 20:515-521.
- Rothman, D. J. 2000. Medical professionalism-focusing on real issues. *The New England Journal of Medicine*, 324: 1284-1286.
- Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine*. New

York: Basic Books.

Timmermans, S. and Oh, H. 2010. The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(s): s94-s106.

《부록》

소비자 대상 조사표

<보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식 조사>

조사표 일련번호 지역

--	--	--	--	--	--

안녕하십니까? 저희 한국보건사회연구원 국무총리실 산하 국책연구기관으로서, 보다 나은 의료서비스 공급체계를 구축하기 위하여 의료소비자의 권리 현황에 대한 연구를 수행하고 있습니다. 이 연구주제와 관련하여 선생님의 생각과 경험을 간단하게 여쭙보고자 합니다. 바쁘시겠지만 잠시만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다. 응답해 주신 내용은 익명으로 통계처리되므로 응답 내용이 외부에 노출되는 일은 절대 없을 것임을 약속드립니다. 감사합니다.

2013. 8 한국보건사회연구원장

1. 의료소비자의 권리와 관련된 다음 항목들에 대해서 어떻게 생각하십니까? 응답해 주십시오.

	①매우 그렇지 않다	②그렇지 않다	③그렇다	④매우 그렇다
1) 우리나라에서는 환자의 경제적 조건이나 사회적 지위에 따라 의료서비스의 이용에 있어서 차별을 받는다.	☐	☐	☐	☐
2) 의사는 병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명해 준다.	☐	☐	☐	☐
3) 환자에게 필요한 의료서비스나 의료기관을 선택할 수 있도록 서비스의 질이나 의료비에 대한 충분한 정보가 제공되고 있다.	☐	☐	☐	☐
4) 환자에게 중요한 의료정책의 결정 과정에 소비자의 의견이 충분히 반영되고 있다.	☐	☐	☐	☐
5) 병원에서의 감염 등 의료사고에 대비한 안전조치가 잘 시행되고 있다.	☐	☐	☐	☐
6) 우리나라의 의사와 의료기관은 환자의 개인정보를 잘 보호하며, 진료과정에서 사생활을 침해하지 않는다.	☐	☐	☐	☐
7) 우리나라에는 진료과정과 치료 결과에 불만이 있을 때, 이를 제기할 수 있는 구조가 잘 갖추어져 있다.	☐	☐	☐	☐

2. 지금까지 본인이나 가족이 몸이 아플 때도 불구하고 치료를 받지 못한 경험이 있었습니까?

☐ ① 있었음 ☐ ② 없었음

↓ (2-1번으로)

2-1. 치료를 받지 못한 가장 큰 이유는 무엇이었습니까?

- ☐ ① 진료비가 부담되었기 때문에
☐ ② 치료·입원을 위해 기다려야 하는 기간이 너무 길어서
☐ ③ 치료보다 생계활동이 더 급해서 치료시기를 놓침
☐ ④ 치료받기를 원하는 의료기관이 없거나 접근하기 어려워서(먼 거리, 교통편 문제)
☐ ⑤ 오진 등 의사를 믿지 못해서
☐ ⑥ 중절환으로 진단될 것이 두려워서
☐ ⑦ 기타()

3. 다음은 소비자들이 의료서비스를 이용하는 경우 관련된 정보를 얻는 방법들입니다. 각각의 방법으로 얻는 정보에 대해서 얼마나 신뢰하시는지 응답해 주십시오.

	①매우 신뢰하지 않는다	②신뢰하지 않는다	③신뢰한다	④매우 신뢰한다
1) 언론(신문, 방송을 통해 제공되는 언론사의 기사)	☐	☐	☐	☐
2) 출판물(건강·의료 관련 책, 잡지)	☐	☐	☐	☐
3) 인터넷(지식인, 블로그, 인터넷 카페 등에서 검색한 정보)	☐	☐	☐	☐
4) 가족, 친구, 이웃 등 지인	☐	☐	☐	☐
5) 의사, 한의사, 간호사 등 의료서비스 관련 전문가	☐	☐	☐	☐
6) 기타()	☐	☐	☐	☐

4. 다음은 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 홈페이지에서 의료소비자의 선택을 돕기 위해 제공하고 있는 정보들입니다. 이용해 보신 적이 있는 정보에 표시해 주시고, 어느 정도 도움이 되셨는지를 5점 만점으로 평가해 주십시오(1점-전혀 도움이 되지 않았음. 2점-별로 도움이 되지 않았음. 3점- 그저 그렇다. 4점-약간 도움이 됨. 5점-매우 큰 도움이 되었음)

제공 정보	이용 여부	도움 정도
1) 진료비 확인 ※의료기관에 '비급여 의료'로 지불한 진료비가 건강보험 진료비에 해당하는지를 확인할 수 있는 서비스	☐ ①경험 있음 ☐ ②경험 없음	1점 5점
2)병원평가 정보 ※의료기관의 수술, 처치, 약제(항생제, 주사제 처방율, 처방 약품비 등)를 의료기관별로 비교하고 평가등급을 볼 수 있는 서비스	☐ ①경험 있음 ☐ ②경험 없음	1점 5점
3)약제기준급여정보 ※의료기관에서 처방되는 의약품의 가격 기준, 효능·효과에 대한 정보를 제공하고, 소비자가 조제료를 직접 계산해 볼 수 있는 '약제비 계산' 서비스 제공	☐ ①경험 있음 ☐ ②경험 없음	1점 5점
4)의약품안전서비스 ※현재 복용하고 있는 의약품의 사용상 주의사항(금기, 사용 중지 경우), 중독 투여 등의 정보를 제공하는 서비스	☐ ①경험 있음 ☐ ②경험 없음	1점 5점
5)식품·의약품 위해정보 ※주요 식품과 의약품의 건강위해 정보를 소비자에게 제공 하여 안전한 선택을 할 수 있도록 돕는 서비스	☐ ①경험 있음 ☐ ②경험 없음	1점 5점

- 4.1. (위의 정보를 이용해 본 적이 없는 경우) 정보를 이용해 본 경험이 없다면 그 이유는 무엇이었습니까?

- ☐① 이와 같은 정보가 제공되고 있다는 사실을 알지 못함
☐② 제공되는 정보를 통해 비교·선택하기에는 정보의 양이 부족함
☐③ 제공되는 정보가 너무 전문적이어서 이해하기 어려움
☐④ 컴퓨터 활용에 익숙하지 못하여 인터넷으로 제공되는 정보 접근이 어려움
☐⑤ 기타()

5. 앞으로 의료소비자에게 제공하는 정보를 확대한다면, 더 많이 제공받기 원하시는 정보는 무엇입니까?

- ☐① 동일 치료에 대한 진료비 수준 비교 ☐② 의료기관별 진료실적(치료율, 사망률 등)
☐③ 해당 진료에 대한 건강보험 적용 여부 ☐④ 진료를 위해 꼭 필요한 검사에 대한 정보
☐⑤ 지불한 진료비의 구성·산출 내역 ☐⑥ 대형 의료기관 이용방법 안내(접수방법, 진료절차 등)
☐⑦ 사회적 물의를 일으켰던 의료기관 정보(과잉진료, 환자 개인정보 유출, 의료사고 발생 등)
☐⑧ 기타()

6. 의료서비스를 이용하는 과정에서 불만을 느껴보신 경험이 있었습니까?

- ☐① 있었음 ☐② 없었음

↓ (61번-62번으로)

6-1. 어떤 것에 대한 불만사항이었습니까? 가장 크게 느꼈던 불만사항 한 가지만 말씀해 주십시오.

- ☐① 기대했던 치료효과를 얻지 못함 ☐② 진료 및 상담시간이 너무 짧음
☐③ 의사들이 권위적이고 불친절함 ☐④ 필요없는 처방이나 검사를 하도록 함
☐⑤ 서비스에 비해 진료비가 비쌌 ☐⑥ 기타()

6-2. 의료서비스에 대해 불만을 경험하신 경우, 주로 어떻게 해결하셨습니까?

- ☐① 의료에 대한 전문적 지식을 가지고 있지 못하므로 그냥 참는다
☐② 의사 또는 약사 등에게 불만사항을 직접 이야기한다
☐③ 소비자지원이나 소비자단체에 제보하거나 의료분쟁조정 등 피해구제제도를 이용한다
☐④ 기타()

7. 우리나라의 <보건의료기본법>은 의료소비자의 권리로 진료받을 권리, 알 권리, 선택할 권리, 비밀보장을 받을 권리, 불만을 제기할 권리 등을 규정하고 있습니다. 선생님께서 생각하시기에 우리나라에서 이들 의료소비자의 권리는 어느 정도 보장되고 있다고 생각하십니까?

	①매우 낮은 수준	②낮은 수준	③높은 수준	④매우 높은 수준	⑤잘 모름
1) 차별없이 진료받을 권리	☐	☐	☐	☐	☐
2) 질병, 치료과정 및 방법에 대한 정보를 의료인으로 부터 설명을 듣고 알 권리	☐	☐	☐	☐	☐
3) 자신에게 적합한 의료서비스를 선택할 수 있는 권리	☐	☐	☐	☐	☐
4) 개인건강정보와 사생활의 비밀을 보장받을 권리	☐	☐	☐	☐	☐
5) 의료서비스에 불만이 있는 경우 이를 제기하고 피해구제를 받을 권리	☐	☐	☐	☐	☐

8. 위에서 언급한 권리들을 종합적으로 고려해 볼 때, 전체적으로 우리나라에서 의료소비자 권리의 보장 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?

- ☐① 매우 낮은 수준 ☐② 낮은 수준
☐③ 높은 수준 ☐④ 매우 높은 수준 ☐⑤ 잘 모르겠음

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건의정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용	감남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현웅
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박실바아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립	원종욱
연구 2013-13	소득분배 악화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순조세부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현금서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민인식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지패널 연계 질적 연구(3차: 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요-공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 사회복지재정 형평화 연구: 재정분담체계 재구조화를 중심으로	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근춘
연구 2013-29	의료기관의 개인정보보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산-보육 연계생산 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구 가족의 변동과 정책적 대응방안 연구	김유경
연구 2013-31-09	저출산 고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산 고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	통일한국의 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중·노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다층노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 노인일자리의 현황과 정책과제	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-31-24	저출산 고령사회 대응 국제공동연구	이삼식
연구 2013-32-1	자방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가(HWG)성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍성표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확충전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS_Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 일반의약품이용, 임신출산, 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상립