

보건정책 및 관리

- 보건의료 이용, 보건의료 자원 및 조직, 의료보장

-

정 상 혁

관동의대 예방의학교실

1. 서 론

국민들의 건강을 지키고, 질병을 퇴치하기 위해서 질적 수준이 충실히 갖추어진 보건의료가 효과적, 효율적으로 모든 지역, 모든 계층의 국민들에게 공평하게 제공되고 있는지를 규명하며, 만일 그렇지 못하다면 그 원인이 무엇이며, 또 그렇게 될 수 있는 방법은 무엇인지를 찾아내어 실천하는 것이 보건관리 분야의 주된 임무로 볼 수 있다.

1981년 서울보건연구회가 처음으로 보건백서를 편찬한 이래 우리나라의 보건관리 부문은 민간차원에서 그 철학과 방향성을 재정리하지 못하고 지금까지 나름대로의 노력을 기울여 왔다. 이러한 각각의 노력은 상당히 발전적이며 진보적인 성향으로 우리나라 보건관리분야의 발전에 일익을 담당하였다. 하지만 한편으로는 보건의료의 현실을 직시하지 못하고 각자의 주관과 철학에 기초하여 연구하는 과정에서 보건의료의 균형적 발전을 외면한 채 보건관리의 발전만을 꾀하여 왔던 부분도 없지 않다.

이러한 이유에서인지는 몰라도 OECD가입(1996년 12월) 직전인 1996년 11월에 국무총리 직속 자문기구로 의료개혁위원회가 발족되었고 여기에서 의료의 기

본들을 재정립하고 있다. 이러한 위원회가 발족되었다는 점에서 기쁘기도 하지만 한편으로는 그동안 보건의료에 대한 관리가 잘못되어 기본들을 재정립하겠다고 하는 것 같아 부끄럽기도 하다.

한국 보건문제를 보건정책과 관리 측면에서 진단하고 처방하는 것은 현재 의료개혁위원회가 진행하고 있는 작업과 중복되는 것이 될 수도 있다. 여기에서는 제한적이거나 보건医료를 정상화한다는 기본입장에서 보건정책과 관리분야가 고민해야 할 주제들을 나열하고 전체적인 처방의 방향을 제시하고자 한다.

2. 보건문제의 진단

가. 보건의료이용

1) 의료이용률의 증가

1989년 전국민의료보험의 실시 이후 급속히 증가하기 시작한 의료이용률은 지속적인 증가일로에 있다. 표 1에서 보듯이 1986년 대비 1995년의 입원수진율은 1.26배, 외래수진율은 1.64배 증가하고 있다. 지역간 의료이용도 전국민 의료보험이 실시된 이후 군지역과 도시지역의 의료이용이 별 차이가 없거나 오히려 외래 의료이용의 경우 군지역이 더 높았다(표 2, 표 3). 이와 같은 의료이용의 증가와 형평성 제고는 전국민 의료보험이 이룩한 업적으로 평가되고 있다.

국민의료비를 결정짓는 가장 중요한 요소는 의료이용의 증가에 있다고 볼 수 있다. 1985년부터 1996년까지의 의료보험관리공단의 보험급여비 증가의 기여도를 보면 수진율 증가(39.0%), 대상자 증가(6.3%), 의료보험 수가인상(33.3%), 기타(21.4%)였다. 또한 보험급여비 지출증가에 대한 자료를 검토하면 1990년(19,314억원)에 비하여 1995년(40,209억원)에는 2.08배에 이르고 있다(의료보험연합회, 1995). 따라서 국민들의 의료이용 증가는 의료에 대한 접근도가 향상되었다는 점에서는 바람직한 현상으로 볼 수 있지만 국민의료비 절감 측면에서는 또 다른 과제가 될 수 있다.

표 1. 연도별 입원, 외래 수진율

단위: 건/명

구 분	1986	1990	1995
입 원	0.061 (1.00)	0.064 (1.05)	0.077 (1.26)
외 래	2,670 (1.00)	3,173 (1.19)	4,383 (1.64)

주 : ()은 1986년 대비 증가지수임

자료 : 의료보험연합회. 의료보험통계연보, 1986; 1990; 1995

표 2. 지역별 인구 1인당 연간 의사 방문횟수*

연도	시지역	군지역	계
1977	1.3	0.8	1.1
1987	5.7	5.7	5.7
1992	8.4	10.6	8.9

* 의원, 병원, 종합병원 및 보건(지)소 방문횟수임.

자료 : 문옥륜. 의료보험제도가 국민건강과 의료체계에 미친 영향.

대한의학협회, 의료보험과 국민건강에 관한 세미나, 1991.3

한국보건사회연구원. 1992 년도 국민건강 및 보건의식행태조사

-국민건강조사결과. 1993

표 3. 지역별 연도별 인구 1,000명당 입원 경험률

연도	시지역(A)	군지역(B)	비율(B/A × 100)
1981	35	21*	60.0
1987	46	39*	84.8
1989	44	47	106.8
1992	52	51	98.1

* 면지역 자료로서 읍지역은 1981년은 24, 1987 년은 46임

자료 : 한국인구보건연구원. 우리나라 의료이용실태에 관한 조사연구, 1988

한국보건사회연구원. 1989 년도 국민건강조사, 1990

한국보건사회연구원. 1992 년도 국민건강 및 보건의식행태조사-국민건강조사결과,

1993

2) 3차의료기관 의료이용 집중 현상

국민들의 3차 의료기관 집중현상은 의료에 대한 전반적인 불신과 고급의료를 선호하는 국민들의 의식속에서 일어나는 현상일 것이다. 이는 의료보험의 낮은 수가와 가산율 차이 등으로 인하여 3차 의료기관을 제외한 다른 의료기관들의 자발적인 시설투자가 어려워 1,2차 의료기관들이 영세성을 면치 못했기 때문으로도 해석해 볼 수 있다. 이러한 현상을 개선하기 위하여 1989년 의료전달체계를 실시하였는데 그 실효성을 입증하지 못하였다.

3) 의료전달체계의 검토

의료전달체계는 '첫째, 국민들의 의료이용 편의와 의료자원의 효율적 활용, 둘째, 지역간 의료기관간의 균형발전 유도, 셋째, 국민의료비 및 보험재정 안정도모'라는 세가지 목표아래 1989년 7월 1일부터 실시된 제도이다. 이러한 의료전달체계는 의료서비스의 생산에 있어서 의료조직 수준간의 기능분담을 꾀함으로써 의료자원을 효율적으로 활용하고자 함에 근본적인 목적이 있다. 그러나 실시 과정에 있어서 의료현실을 정확히 분석하지 못하고 서둘러 시행함에 따라 환자 의뢰체계에 불과한 제도로 자리매김을 하였음과 아울러 도입시 설정하였던 정책 목적을 달성할 수 없었다. 의료전달체계에 대한 진료비와 의료이용에 대한 시계열 분석결과에 따르면 소득수준이 낮은 계층의 3차 의료기관 접근도만을 낮추었을 뿐 의료비절감의 효과 등은 없었던 것으로 분석되었다(정상혁, 1995). 향후 이제도에 대한 효율성과 존속의 문제를 신중히 검토해야 할 것으로 판단된다.

4) 특정분야 의료이용의 한계

의료이용은 보건의료분야의 균형적인 발전과 적절한 공급에 의하여 이루어질 수 있다. 그러나 의료보험 수가 등과 같은 문제로 인하여 의료시설이나 장비가 제한적으로 공급될 때 이를 이용하고자 하는 사람들은 매우 큰 불편을 겪게 된다. 최근에도 소아과 인큐베이터의 부족으로 새로 태어나는 고위험군의 미숙아들이 인큐베이터가 있는 병원을 찾아 거리를 헤매는 경우가 있다. 이러한 특정분야 의료이용의 한계는 적절한 대책을 세워야 할 것으로 판단된다.

5) 약국 의료이용과 약국 의료보험의 문제점

최근 약료(藥療)라는 단어가 약사들 사이에서 만들어졌다. 약사들이 질병의 진단과 치료를 하기 위해서 만든 단어이다. 또한 약사회에서는 약료기능을 수행하기 위하여 '임상약학강좌', '질병별 치료전문 약사과정'을 개설하여 약사교육을 하고 있다. 또 어떤 약국에서는 소변분석기나 혈압측정기를 갖다 놓고 진료까지 하고 있는 실정이다.

약국의료보험은 전국민의료보험과 맞물려 1989년 10월 1일부터 실시되었으며, 이때부터 의약분업이 실시될 때까지 한시적으로 실시하겠다는 임의조제권이 라는 약국의 무면허 의료행위가 오늘에 이르기까지 허용되고 있다. 표 4를 보면 의료보험 급여중 의료기관 외래의 진료건수 증가율보다 약국의 진료건수 증가율이 4.3배이며 진료비 비도 3년사이에 3.8배 증가했다. 약국 의료보험의 급여규모가 이렇게 빠른 성장을 보이는 것은 의료보험연합회나 정부당국의 의료비 절감이라는 정책목표와 부합되기 때문이라는 해석도 있다.

물론 의료개혁위원회에서는 1999년 의약분업의 전면실시와 아울러 임의조제권도 전면폐지한다는 입장을 밝히고 있지만 지난 8년여 동안 이러한 보건정책이 국민보건에 어떠한 영향을 미쳤는지에 대하여 너무 쉽게 생각하고 있다. 약국의료보험이라는 것의 탄생부터 지금까지 우리는 무엇을 심각하게 생각하고 있었는가 돌아쳐보고 의약분업 실시까지 임의조제권을 계속 인정해 주어야 하는 이유가 무엇인지를 찾아보아야 할 것이다.

표 4. 의료보험급여중 의료기관 외래와 약국의 진료건수 및 진료비 변화 (천건, 억원)

연 도	진 료 건 수		진 료 비		
	의료기관(외래)	약국	의료기관(외래)(X)	약국(Y)	비(Y/X)
1992(A)	143,406	12,172	23,500	269	0.0114
1995(B)	191,562	59,657	38,244	1,666	0.0436
증가율(%)*	133.6	572.3	162.7	619.3	

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1992; 1995

* : (B/A)×100

나. 보건 의료 자원 및 조직

보건의료자원은 인력, 시설, 장비 및 물자, 지식과 같이 크게 4개의 주요 범주로 구분할 수 있다.

1) 인력

가) 의사인력의 증가

보건의료서비스 산업의 생산요소를 살펴보면 노동, 실물자본, 중간재로 나누어 볼 수 있는데 그중에서 노동 즉, 인력이 차지하는 비중이 약 65퍼센트에 이른다(Sorkin, 1978). 이 때문에 보건의료사업을 노동집약적인 사업이라고 하며 혹은 다양한 전문인력의 협동과 협조를 전제로 하기 때문에 다전문(multiprofessional)사업 또는 팀접근(team approach)을 전제로 하는 사업이라고 한다.

현재 의사 일인당 인구수를 선진국과 비교해 볼 때 다소 많은 것은 사실이다. 그러나 의과대학 입학생 일인당 인구수나 의과대학 일개교당 인구수를 산출해 보면 세계 최소이다. 현재의 의사부족현상은 과거에 배출되었던 의사총수가 부족하였기 때문이지 현재의 의사배출이 적기 때문은 아니며, 가까운 장래에 선진국의 의사대 인구비보다 더 낮은 수치를 기록할 것으로 전망된다.

표 5에서 보듯이 최근들어 의사 1인당 인구수가 급속히 감소하고 있다. 우리나라의 경우 다른 선진국들과 달리 한의사제도가 있으며 향후 의료일원화를 감안한다면 의사인력에 한의사수를 포함시켜야 할 것이다. 이러한 경우 의사 1인당 인구수는 더욱 감소하게 된다. 의사인력에 있어서의 또 하나의 문제는 현재 필리핀이나 중국 등 외국의 의과대학과 한의과대학에서 공부하고 있는 학생들의 자격관리에 대한 기준을 WTO체제 아래서 어떻게 통제할 수 있는가에 대한 문제이다.

표 5. 의료인력의 연도별 면허 자격등록 현황 단위 : 명

의료인력	1950	1970	1980	1990	1992	1994
의사	4,577 (4,406)	14,932 (2,159)	22,564 (1,658)	42,554 (1,007)	48,390 (902)	54,406 (817)
한의사	1,651 (12,215)	3,252 (9,914)	3,015 (1,2407)	5,792 (7,401)	6,839 (6,384)	8,179 (5,435)

()안의 숫자는 의료인력 1인당 인구수를 의미함.

자료 : 보건복지부. 보건복지통계연보, 1995

나) 의과대학의 신증설

의과대학의 신증설은 그동안 의료계의 거센 반대에도 불구하고 최근 계속 이루어져 왔으며 향후에도 그 앞날을 예측하기 어렵다. 어떤 신문에서 원로 의사분이 기고하셨던 내용중 일부분이 생각난다. ‘의과대학을 신설하자는 의료인이 있을 경우 이분을 의료계에서 추방하자’.

지금까지 의사인력의 과부족에 대하여 이를 전공하는 사람들의 연구보고서가 있었고 이를 근거로 선거공약의 실행이라는 측면에서 의과대학 신증설이 타당하게 이루어져 왔다. 의사인력의 수급 과부족은 단순하게 추계하기 어렵다. 그것은 각종 사회경제 여건과 의료적 요인 등에 따라 크게 달라질 수 있기 때문이다. 이 때문에 의사인력의 과부족에 대한 어떤 연구가 이루어지더라도 그다지 큰 반론을 제기하기가 어려울지 모른다. 그러나 향후에는 의사인력 수급추계와 관련된 가정과 추계방법의 타당성과 추계치의 정확도에 대하여 보건관리분야의 신중한 논의가 필요할 것으로 본다.

다) 의과대학생들의 선호 진료과에 대한 변화

최근들어 의과대학생들의 향후 전공과목에 대한 선호현상이 변화되고 있다. 일부 전공과목에서는 전공의 지원 미달이 일반화되어 있다. 근본원인을 정확히 따질 수는 없지만 의료보험수가로 인한 개업의들의 진료행태 변화가 상당히 작용한 것으로 풀이된다.

라) 전문의 양성과 일차진료의 취약성

현재의 전문의 양성제도가 여러 가지 문제점을 갖고 있다는 것은 익히 알려진 사실이다. 우리나라 일차진료의 취약성과 연계되어 있는 문제이다. 향후 의료기관의 경영합리화를 위한 방편으로 전문의 양성제도가 수립되어서는 안될 것이다.

마) 낮은 보건의료부문의 인건비

국민들은 양질의 의료를 원하고 있으나 이미 인술의 경지를 떠나 3D 업종으로 전락해버린 보건의료부문의 의사직을 제외하고는 누구도 하고 싶어하지 않는 노동분야이다. 낮은 인건비와 과중한 업무 앞에서 누구도 자부심을 갖고 친절해야 할 의무를 느끼지 않는다. 대학병원은 전공의들의 피나는 땀방울로 그 명맥을 유지하고 있을지도 모른다. 이들에게 사랑과 봉사의 인생을 살으라고만 요구할 수도 없다.

최근 항공사의 스튜디어스를 모집하는데 몇십대 일의 경쟁률을 가지고 우수 인력들이 지원을 했다고 한다. 이 직종의 근로자들은 항상 웃으면서 친절하게 고객을 대한다. 그 원인이 어디에 있는가? 하는 일의 내용이 특별히 전문적이고 자아성취도가 높기 때문으로 보기에 어렵다. 이들에게는 일한 만큼의 충분한 보수가 따르기 때문으로 해석하는 것이 나올 것이다. 향후 보건의료부문의 적절한 인건비를 확충하지 않고서는 국민들이 원하는 양질의 의료서비스를 제공하기 어려울 것으로 판단된다.

2) 시설

가) 의료기관의 대형화

앞서 언급한 바와 같이 국민들의 대형병원 선호현상은 매우 심각한 문제를 야기하고 있다. 1980년 부터 1991년 사이 우리나라 병원의 폐업률은 2-4% 정도였는데 80병상 미만의 병원들이 93.3%를 차지하였다(김영호, 1991). 표 6에서 보는 바와 같이 최근들어 대형병원들의 건립이 매우 가속화되고 있는 실정이다.

그러면 이러한 현상이 왜 일어나고 있는 것일까? 낮은 보험수가, 가산을 차

이 등으로 1,2차 의료기관은 투자욕이 상실되고 구태의연한 진료를 할 수 밖에 없다. 그러면 자연히 국민들은 자신들이 가장 소중히 여기는 건강을 지키기 위하여 시설, 장비가 뛰어난 대형병원을 찾게 되는 것이다. 이 결과 향후 국민들의 의료욕구를 충족시켜 줄 대형병원은 계속 생겨날 것으로 보이며, 1,2차 의료기관은 몰락하고 국민의료비 지출은 급속도로 증가할 것으로 보인다.

표 6. 병상규모별 병원 추이 단위 : 개소(%)

병상수	1977	1985	1994
~ 50	69(38.5)	197(39.6)	167(25.7)
51 ~ 100	37(20.7)	133(26.7)	187(28.8)
101 ~ 200	44(24.6)	67(13.5)	101(15.5)
201 ~ 300	13(7.3)	24(4.8)	64(9.8)
301 ~ 400	6(3.4)	40(8.0)	35(5.4)
401 ~ 500	7(3.9)	19(3.8)	42(6.5)
501 ~	3(1.7)	18(3.6)	54(8.3)
계	179(100.0)	498(100.0)	650(100.0)

자료 : 대한병원협회. 전국회원병원현황, 1977; 1985; 1994

나) 민간편중의 의료시설

우리나라의 의료시설이 민간위주로 되어 있다는 것과 이에 대한 문제점과 개선에 대한 지적은 어제 오늘의 일이 아니다. 표 7에서 보듯이 민간의료기관은 시간이 흐를수록 그 비중이 높아가고 있고 공공의료시설은 제자리걸음 또는 민영화시키는 쪽으로 가고 있다. 작은 정부를 구현한다는 의지인가, 국가복지분야의 지출을 줄이겠다는 의지인가 그 목적을 전혀 알 수 없다. 의료인들에게 보건 의료는 공공성이 강한 부문이므로 시장경제에 맡길 수 없고 정부가 주도해야 한다는 논리로 강력한 수가통제정책을 쓰고 있는데 반하여 정부가 공공의료시설은 수익성이 있어야 한다는 논리로 민영화시켜 나간다면 합당한 것일까?

최근의 국립의료원 매각문제도 상당히 많은 논란이 있는 것이 사실이다. 국가가 의료보호환자를 관리하지 않는다면 또는 소외계층들에 대한 배려를 하지 않는다면, 민간에서 수익성이 없어서 시행하지 않는 보건의료부문을 담당하지 않

는다면 누가 담당할 것인가? 일산에 의료보험관리공단이 병원을 짓고 있으며, 국립암센터를 짓고 있다. 누구를 위한 공공의료시설인지 무슨 목적에서인지 곰곰히 생각해 보아야 할 문제이다.

표 7. 설립주체별 병원분포 추이 단위 : 개소(%)

설립주체	1977	1985	1994
국립대학	6(3.4)	5(1.0)	5(0.8)
국립	10(5.6)	8(1.6)	10(1.5)
공립	45(25.1)	10(2.0)	10(1.5)
학교법인	16(8.9)	36(7.2)	47(7.2)
특수법인	13(7.3)	21(4.2)	28(4.3)
재단법인	48(26.8)	50(10.0)	52(8.0)
개인	29(16.2)	250(50.2)	307(47.3)
의료법인	6(3.4)	70(14.1)	125(19.2)
공사		32(6.4)	35(5.4)
기타	6(3.4)	16(3.2)	31(4.8)
계	179(100.0)	496(100.0)	650(100.0)

자료 : 대한병원협회, 전국회원병원현황, 1977; 1985; 1994

다) 보건소 기능전환의 방향

보건소법이 지방자치제에 걸맞게 지역보건법으로 바뀌어 지역의료계획을 수립하고 실천하도록 되어 상당수의 보건소들이 자발적으로 지역보건 의료계획을 수립하거나 관련되는 의과대학으로 지역보건 의료계획을 용역주는 일이 많아졌다. 그러나 보건소의 요구들을 보면 민간 의료기관과 같은 기능을 공공보건기관에서 수행해야겠다는 의지가 높은 경향이 많다. 그러나 공공성을 가진 방향으로 보건소의 기능이 재정립되어야 할 것으로 생각된다.

3) 장비 및 물자

낮은 의료보험 수가의 영향 때문에 우리나라 의료시설은 기형적인 형태로 발전해 나가고 있다. 신규자본에 대한 투자가 보험급여 항목보다 비급여 항목에 우선하여 배정되고 있는 실정이다. 예를 들면 고액의 건강진단을 위한 건강증진센터 운영, 고가의 비급여 의료장비의 도입 등이 해당된다고 볼 수 있다. 이 때문에 외국에 비해 많은 고가 의료장비가 도입되어 있으며 사용빈도 또한 높다. 이러한 의료부문의 남용은 결국 국민의료비의 상승을 가속화시키고 있으며 국민들의 본인부담금 증가와 의료이용 접근도를 떨어뜨리고 있다.

4) 지식

우리나라의 보건의료분야는 선진국들에 비하여 그 투자규모나 연구실적이 매우 떨어져 있는 것이 사실이다. 제약산업을 보더라도 자체개발은 거의 없고 외국에 거의 의존하고 있는 실정이며, 그외 기초의학 연구분야는 더더욱 낙후되어 있는 것이 사실이다. 우리나라 보건의료 연구의 공적 중추기능을 담당하고 있는 국립보건원의 위상을 보면 체면이 말이 아니다. 국립보건원은 168명 인력에 122억원의 예산이 책정되어 있으며 연구비는 이중 5억원밖에 안된다. 미국의 질병관리센터(CDC)의 경우 1993년 7천여명의 인력에 예산이 약 1조 8천억원과 비교할 때 아직도 가야할 길이 멀었음을 느낀다.

다. 의료보장

의료보장은 첫째, 필요에 따른 의료충족도의 계층간 격차를 줄이는 것이며, 둘째는 사회가 부담할 수 있는 범위 내에서 국민 의료비 수준을 적절하게 유지하는 것이다. 이러한 목표하에 1989년 7월 1일 도시 지역의료보험의 실시를 끝으로 전국민 의료보장이 실현되게 되었다.

그러나 1977년 의료보험제도의 도입 당시 국민들의 보험료 부담수준을 고려

하여 급여범위를 상당히 제한적으로 시행하였으며 이 이후에도 급여범위는 크게 확대되지 않았다. 보험급여일수는 연간 180일에서 1995년 210일, 1996년 240일(노인과 등록장애인은 급여일수 제한 폐지), 1997년 270일로 연장되는 등 다소간의 증가가 있었으나, 내용적인 측면에서 보면 1996년 전산화단층촬영(CT)과 장애인보장구가 보험급여범위에 포함되는 정도였다. 사용빈도가 매우 높은 초음파 촬영이나 자기공명영상장비(MRI) 등은 아직까지 보험급여범위에 포함되고 있지 못하다.

보험급여 범위의 내용적 제한으로 인하여 진료비중 본인부담분이 1/2에 달하는 것으로 추정됨으로써 환자부담이 과도하여 의료접근도에 많은 제한을 받고 있으며 저소득층의 경우에는 이러한 경향이 더욱 심화되고 있다. 따라서 의료에 대한 경제적 접근도를 제고시키기 위하여 보험급여의 범위나 의료보험제도의 운용방법에 변화가 있어야 할 것이라는 것이 현안과제로 대두되고 있다.

1) 의료보험

우리나라 의료보장은 공공의료보험에 전적으로 의존하고 있다. 이 때문에 의료보험 도입 당시부터 그래왔듯이 국민들의 보험료 부담수준을 고려하여 급여범위를 상당히 제한하고 있다. 그러나 급여범위의 제한내용이 의료의 중심부분에 해당하는 진단, 치료, 재활 부문에 있다면 이는 의료보장이 제대로 이루어진 것이라고 볼 수 없다. 그럼에도 불구하고 건강진단이나 여러 부가 보건의료서비스를 공공의료보험이라는 재원조달 방법을 통하여 해결하고자 하는 것은 상당히 모순이 있다.

따라서 의료의 중심부분에 해당하는 의료서비스는 공공의료보험으로 재원을 조달하고 부가 보건의료서비스는 민간의료보험으로 풀어가려는 노력이 기울여져야 한다. 최근 일본이나 영국에서도 민간 의료보험의 도입이 적극 추진되고 있음을 볼 때 의료보험제도 운영에 대한 새로운 시각들이 도입되어야 할 것이다.

의료보험 수가는 의료보험제도의 실시부터 매우 낮게 책정되었으며 인상을 또한 물가지수보다 낮아 결국 오늘날 우리 보건의료가 왜곡되게 발전된 점에 대해서는 보건관리를 전공하는 연구자들에게 많은 책임이 있을 것으로 생각한다.

최근 자원기준 상대가치제의 개발 등 여러 노력이 이루어지고 있으므로 많은 기대를 가져 본다.

또한 의료보장이라는 것은 사회가 부담할 수 있는 한도내에서 이루어져야 하는 것이므로 의료비 절감을 위한 여러 정책들이 제시되고 있다. 포괄수가제, 정액공제제 등 여러 대안이 의료개혁위원회에서 논의가 되고 있으나 보건의료가 위축되지 않는 방향에서 신중히 검토한 후 시행하여야 할 것이다.

2) 의료보호

의료보호대상자는 1987년 4,386천명을 최고로 이후 매년 감소되었으며, 1994년 의료부조제도가 폐지되면서 1995년 현재 1,2종 의료보호대상자를 합하여 1,990천명이다(표 8). 의료보호 대상자수의 감소는 국민소득의 증가가 주된 원인이 될 수 있지만 한편으로는 국가예산의 부족도 한 원인이 될 수 있다. 그러나 의료보장적 차원에서 볼 때 저소득층에 대한 국가부담은 적절한 선에서 반드시 이루어져야 할 것이다.

현재 의료보호환자의 의료기관에 대한 의료보호진료비 체불을 보면 1995년 542억원, 1996년도 867억원, 1997년 6월 현재 1,130억원으로 의료기관들의 경영에 상당한 지장을 초래하고 있다. 결국 의료기관들은 의료보호환자에 대해 기피하는 현상이 일어나 최근 상당수의 의료기관들이 의료보호 진료지정을 반납하는 시점에 이르고 있다. 이는 의료를 보장해 주어야 할 가장 소외된 계층에 더 많은 피해를 주는 것이다. 의료개혁위원회에서 1999년까지 의료보호수가를 의료보험수가와 동일한 수준으로 조정하며 1998년 예산에 의료보호진료비 체불액을 전액 반영하는 것을 골자로 정책을 세운다고 하니 그 시행을 기다려 보아야 할 것이다.

표 8. 의료보호대상자

단위 : 1,000명

연도	1종	2종	의료부조	계
1987	650	1,984	1,752	4,386
1995	620	1,370	-	1,990

3. 보건문제의 처방

오늘날 보건의료 관리의 주요문제는 의료에 대한 접근도, 의료비절감, 양질의 의료공급 문제를 얼마나 균형있게 해결하는가에 달려 있다고 볼 수 있다. 일반적인 의료의 발전과정을 보면 초기에는 의료에 대한 접근도를 제고하기 위한 정책이 주를 이루다가 개발 중간단계에는 접근도와 의료비 절감을 같이 고려하게 되고 성숙단계에서는 접근도, 의료비절감, 양질의 의료 문제를 동시에 고려하는 정책을 수립하게 된다. 우리나라의 경우 개발 중간단계에서 성숙단계로 접어드는 시점에 놓여 있다고 볼 수 있다.

그러나 우리나라의 경우 의료보험이라는 재원조달 기전이 합리적인 발전을 이루지 못함으로 인하여 보건의료 부문 전체에 왜곡을 가져 왔다. 이러한 왜곡은 의료의 발전되는 방향의 역으로 작용할 가능성도 없지 않다. 따라서 이러한 기형적인 보건의료 부문의 정상화는 의료의 발전과정에 있어서 해결해야 할 가장 시급한 문제로 판단된다. 앞서 검토한 여러 가지 보건정책 및 관리의 문제점들에 대하여 각각의 대안을 내기는 어렵지만 전반적인 해결방향을 제시하면 다음과 같다.

가. 보건관리 발전의 방향성 구축

1) 보건의료의 정상적인 발전을 전제로 한 보건관리 연구

보건의료의 현실을 직시하고 정상적인 발전이 이룩될 수 있는 방향으로 보건관리 분야의 연구가 진행되는 것이 바람직할 것으로 본다. 보건관리의 연구는 상당히 진보적 성향을 가지고 진행되는데 반하여 우리나라 보건의료계는 아직까지 보건관리 연구분야가 요구하는 수준에 다다르지 못하여 갈등을 느끼는 경우가 많다. 보건관리의 연구가 대학병원 수준을 목표로 진행된다면 1, 2차 의료기관은 그러한 내용을 수용하기 힘든 경우가 종종 있다. 따라서 이들이 처한 환경을 정확히 분석하고 이들이 수용할 수 있는 정책대안들이 개발되는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

2) 보건의료 정책 및 관리부문 의사결정의 공론화

지금까지 보건의료 정책 및 관리부문의 의사결정은 보건복지부와 몇몇 연구자들에 의하여 주도되어 온 바가 적지 않다. 이러한 경우 합리적인 의사결정을 위하여 연구결과에 대한 공청회 등을 통하여 각계의 의견을 수렴한 후 정책이 입안되는 것이 바람직할 것으로 본다. 특히 의사인력 수급이나 의과대학 신증설 등에 대한 연구는 상당히 중요한 문제가 될 수 있다.

3) 정기적 모임을 통한 보건정책 자문기구 필요

보건관리분야의 발전은 한 국가의 보건의료의 발전과 상당히 밀접한 관계가 있다. 보건의료의 발전을 위하여 정기적으로 보건관리 분야의 사람들이 모여 논의하고 새로운 방향을 정리해가는 정책자문집단이 필요하리라 생각된다. 시대적 변화나 환경적 변화를 능동적으로 수용하고 보건의료의 발전을 저해하지 않는 방향으로 보건정책이 수립될 수 있도록 자문해 줄 필요가 있으며, 만일 어떠한 왜곡이 있을 경우 이를 시정하기 위한 여러가지 노력을 기울여야 할 것이다.

나. 의료보험제도의 재정립

앞서 언급한 한국보건문제를 보건정책 및 관리적 측면에서 접근하면 상당히 많은 문제들이 의료보험제도와 관련하여 발생하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 이 제도에 대한 전반적인 재검토가 필요하리라 생각된다.

1) 의료보험정책

의료보험 정책이 국민의료비를 감소시키는 방향에서 수립되지 못하고 보험급여비를 감소시키는 방향으로 수립되는 한 보건의료부문의 왜곡은 심화될 것이고 결국 그 피해는 국민들에게 돌아갈 수밖에 없다. 비급여항목이 많아 보건의

료를 이용하는 사람들의 부담이 커진다면 이는 올바른 의료보험 정책이 될 수 없다. 보험료로 많이 내던, 본인부담금으로 많이 내던 이용자의 측면에서는 결국 마찬가지로이기 때문이다. 그러나 비급여항목에 대한 보건의료기관들의 과도한 시설, 장비투자는 의료의 남용을 조장하기 쉬우며 그만큼 국민의료비는 증가하게 된다.

2) 민간 의료보험제도 도입을 통한 의료보험제도의 이원화

의료비용은 크게 직접 의료비용과 부가 의료비용으로 크게 나눌 수 있을 것이다. 이 중 질병의 진단, 치료, 재활에 해당되는 직접 의료비용은 국민들이 사회보장의 성격으로 보장받아야 할 것이지만 부가 의료비용의 부분은 차별화하는 방향의 급여가 이루어져야 할 것으로 보인다. 이러한 부가 의료비용의 부분에는 민간의료보험을 도입하여 효율을 극대화하여야 할 것으로 판단된다.

외국의 사례를 검토해 볼 때 병원급식 및 병실료, 진단간호료 등의 부가 의료비용에 대해서는 민간보험에 위탁하는 것이 더 합리적일 것이라는 의견이 있다. 이 분야는 의료의 분야로 간주할 수 있지만 향후 이 분야에 대한 발전과 급여확대는 어떤 측면에서 보면 의료서비스의 질을 결정하는 상당히 중요한 위치를 차지할 수 있을 것이다. 현재와 같이 일률적으로 가격을 책정해 놓을 경우 6인실에 들어가야 할 저소득층의 환자가 2인실에 들어가 과중한 병실차액을 물게 되는 현상이 계속 빚어질 수 밖에 없다.

부가 의료비용이 계속 동일한 의료보험 수가로 책정된다면 이를 공급하는 기관에서는 원가 절감을 위해서라도 이에 대한 투자를 게을리 할 것은 당연할 것으로 보인다. 의료외적 분야에서 좋은 서비스를 받는 사람은 더 많은 부담을 해야 하고 그렇지 않은 사람은 더 적게 낼 수 있는 시장경제의 원리가 있어야 이 분야에 자원을 투입하는 민간기관이나 의료환경이 발전할 수 있을 것이다.

3) 기타

의료보험수가 문제, 의료보험 일원화 문제, 의료보험심사제도의 문제 등 산

제한 문제가 많다. 이에 대해서는 여러 연구 등을 통하여 제시된 안들이 많으므로 향후 보건관리분야 연구자들이 함께 모여 종합적으로 검토하여 적절한 방안을 제시하여야 할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- 김영호. 한국의 병원생존에 관한 연구. 연세대학교 대학원, 1991
- 대한병원협회. 전국회원병원현황, 1977; 1985; 1994
- 문옥륜. 의료보험제도가 국민건강과 의료체계에 미친 영향. 대한의학협회, 의료보험과 국민건강에 관한 세미나, 1991.3
- 박경숙, 박능후, 정미숙. 농어촌 의료보험제도가 의료서비스 이용에 미친 효과 분석. 한국보건사회연구원, 1990
- 보건복지부. 보건복지통계연보, 1995
- 대한예방의학회. 예방의학과 공중보건. 계축문화사, 1995
- 서창진, 정기택, 홍상진. 의료시장개방 대응전략 개발연구. 한국의료관리연구원, 1995
- 서울보건연구회. 보건백서. 서울보건연구회, 1981
- 신남진. 사회보장의 원리. 한국보험공사 보험연수원, 1986
- 유승흠. 보건기획과 관리. 수문사, 1995
- 유승흠, 정상혁. 의료수요자와 의료공급자의 비용의식고취를 통한 의료비절감방안. 의료보험관리공단, 1991
- 유승흠, 정상혁, 손태용. 의사인력수급정책. 대한의사협회, 1996
- 의료보험관리공단. 의료보험통계연보, 1990; 1992; 1995
- 의료보험연합회. 의료보험통계연보, 1986; 1990; 1992; 1995
- 의협신보, 1997, 3137호- 3148호
- 정상혁. 의료전달체계 정책효과 분석. 연세대학교 대학원, 1995
- 정상혁. 의료보험급여확대의 우선순위. 한국보건사회연구원, 1997(미발간)

한국보건사회연구원, 1989 년도 국민건강조사, 1990.

한국보건사회연구원, 1992 년도 국민건강 및 보건의식행태조사-국민건강조사결과, 1993.

한국인구보건연구원. 우리나라 의료이용실태에 관한 조사연구, 1988

Sorkin AL. Health Manpower: An economic perspective. Lexington Books: Toronto. 1978