

보건의료정책

정 상 혁(이화의대 예방의학교실)

1. 정책이란?

- 바람직한 사회상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대해 권위있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침(정정길, 1997)
- 공공정책이란?
공공복리에 영향을 미치는 정부의 행동(이강은, 2002)

2. 정책의 구성요소

- 목표
 - 정책목표 - 중간목표 - 하위목표
- 수단
 - 실질적 수단 : 정부의 각종사업과 세부사업
 - 실행적(집행) 수단 : 정부의 여러 활동 - 보고, 허가, 허가취소, 조사
필요한 인력, 예산, 조직
 - 순응확보수단: 형사처벌, 강제조치, 금전적 보상, 보조금, 세제상의 혜택, 벌금, 교육, 홍보
- 대상집단
 - 수혜집단
 - 비용부담자

표 1. 주요 연구자별 정책단계 분류

연구자	Dror (1968)		Lasswell (1975)	Anderson (1979)	Jones (1984)	
정책 세부 단계	정책문제, 가치, 자원확인, 확보	기본방침 결정단계 (Meta-policy-making stage)	정보조사 및 분석	정책의제 설정단계	정책문제 의식유발	정책의제 설정단계
	정책설계, 자원배분				이해자조직화와 요구	
	정책결정 전략수립				정책의제선정	
	자원의 세부정책 배분	정책결정 단계 (policy-making stage)	대안작성과 순위결정	정책대안 작성단계	정책대안작성	정부내 행동단계 (정책결정단계)
	세목목표와 순위결정		대안선택(처방)		대안 합법화	
	대안탐색, 예측, 평가후대안선택	정책시동, 지지확보	필요예산배정			
	정책집행 준비 (지지획득)	정책집행 단계 (post-policy-making stage)	적용(본격시행)	정책집행단계	정책집행	정책집행단계
	정책집행 (환류와 수정)		종결	정책 평가단계	평가	정책재검토와 보완단계
	정책평가 정책검토		평가		정책수정	
					종결	

3. 정책과정의 단계

- 정책의제형성(설정)단계(과정)
- 정책결정단계(과정)
- 정책집행단계(과정)
- 정책평가단계(과정)

가. 정책의제 형성 단계

1) 이론적 개요

① 정의

정부가 정책적 해결을 위하여 사회문제를 정책문제로 채택하는 과정 또는 행위. 사회문제가 정책문제로 전환되는 과정이나 행위(정정길, 1997)

② 정책문제의 의제형성과정

□ Cobb과 Elder(1972)은 사회에서 문제가 발생하여 정책문제로 채택되기까지의 과정을 다음과 같이 4단계로 구분

사회문제 → 사회적 이슈 → 공중의제 → 정부의제

□ Cobb 등(1976)은 의제형성의 주체에 따라 다음과 같이 3가지 유형을 제시

1. 외부주도형 (Outside Initiative Model) : 정부바깥의 이익집단 등이 자신들의 이해관계를 사회쟁점화하고 공중의제로 전환시켜 정부의제로 채택시키는 유형

2. 동원형 (Mobilization Model) : 정부내 정책결정자들에 의해 주도되는 의제 설정 유형

3. 내부접근형 (Inside Access Model) : 정부기관내 관료집단, 정책결정자에게 쉽게 접근할 수 있는 외부집단에 의해 주도되어 정부의제화하는 유형

2) 정책의제 형성과정에서 검토할 내용

① 정책의제 형성시기

② 정책의제화 과정

③ 정책의제 형성 주체

나. 정책결정 단계

정책결정 단계에 대한 분석과 논의는 정책결정과정 에 대한 검토와 결정산물로 서 정책내용에 대한 검토로 구분됨

1) 이론적 개요

① 정의 및 개념

□ Dror(1971)는 정책결정 단계를 다음과 같이 정의

『정책목표를 구체화하고 목표달성을 위한 대안의 탐색과 각 대안의 편익과 비용을 비교 평가하여 최적의 대안을 결정하는 단계』

□ 정책결정 단계에서 중요한 관심영역은 정책결정 과정의 유형.

② 정책결정과정의 유형

□ 정책결정과 집행은 정책목표와 정책수단을 결정해가는 일련의 의사결정단계

□ 정책결정을 보는 관점에 따라

- 정책참여자들의 권력유형에 따른 권력모형과 합리적 의사결정 정도에 따라 설명하는 경우로 구분

□ 정책참여자의 권력에 기초한 권력모형 개념(정정길, 1997)

- 정책과정에 주도적인 정책결정권을 행사하는 세력의 특성에 따라 다음과 같이 구분함.

- 공식적 권한을 가진 정부를 강조하는 경우 : 국가조합주의
- 각종 이해단체를 포함한 민간부문을 강조하는 경우 : 다원주의
- 공식적인 권한을 가진 정부부문과 민간부문이 정책결정권한을 공유한다고 파악하는 경우 : 신다원주의, 하위정부론, 정책네트워크

- 정책과정의 참여범위와 수에 따라 다음과 같이 구분
- 정책과정의 참여범위가 소수에 의해 이루어지는 소수지배 유형 : 엘리트론, 국가 조합주의
- 정책과정에 참여하는 세력이 매우 다양하고 광범위한 경우 : 다원주의론, 신다원주의론, 사회조합주의 모형, 하위정부 모형

■ 주요 모형들의 개념

주요 모형-1. 엘리트론

정책과정에 참여하는 세력들이 특정소수로서 사회를 지배하는 권력엘리트(예: 정부, 군, 기업체)에 국한되고 이들에 의해 정책이 결정되는 것으로 파악함(Mills CW, 1956).

주요 모형-2. 다원주의론

권력은 소수의 지배집단에 집중되어 있기보다 분산되어 있으며 관심을 가진 이해관계세력은 영향력 행사에 동일한 정도의 접근가능성을 가지는 것으로 파악함 (Truman D, 1971).

주요 모형-3. 하위정부 모형

하위정부는 특정 이익집단, 관료, 의회 위원회가 상호간 이해관계를 보호하기 위해 동일한 정책영역에 참여하여 영향력을 행사하게 될 때 이 과정에서 각 정책영역별로 독립적인 정치체제가 형성되는 것을 지칭하며 이들 3자 동맹인 철의 삼각관계가 정책의 주요내용과 특성에 결정적 영향을 미친다고 파악함(Pross AP, 1986). 특히 특정 정책문제에 이해관계를 가진 이익집단이 의회에서 위원회에 소속하여 영향력을 발휘하고 동일 업무를 담당하는 관료조직과 연계하여 자신들의 이해관계를 관철시킬 수 있는 정책을 결정함.

주요 모형-4. 사회조합주의 모형

국가와 이익단체간 상호공존하는 유형으로 국가는 이익단체(또는 특정집단)들

로부터 국가정책 결정의 지지를 구함으로서 그들에게 정책집행상의 협조와 부담을 지울 수 있는 반면, 이익집단은 이익 또는 가치를 보장받는 대신 국가목적과 체제의 지속을 도모할 수 있도록 정책수행에 협조함. 정부가 정책과정에서 능동적으로 이익집단을 이용한다는 점과 사회적 조화나 책임 등의 가치를 중시한다는 점에서 다른 모형과 구별됨(Schmitter, 1974).

주요 모형-5. 의사결정의 합리성 정도에 따른 모형분류

가. 합리모형 (Rational Model), 만족모형 (Satisfying Model)

· 인간의 이성과 합리성에 입각하여 정책을 결정한다는 이론으로서 정책 의사결정은 목표와 대안을 결정해가는 과정에서 객관적, 과학적 방법을 사용하고 그 결과를 예측하여 최선의 대안을 선택하는 과정으로 파악하는 입장임(Dye,1981).

· 이모형의 약점으로서 실질적인 의사결정이 습관, 직관 등에 의해서도 이루어진다는 점에서 현실을 설명하는데 제약이 있으며 실제로 의사결정에 반영할 수 있는 유용성도 떨어진다는 점이 지적되고 있음(Simon, 1982; Lindblom, 1969).

나. 점증주의 모형 (Incremental Model)

· 합리모형을 비판하고 정책의 실현가능성을 중시하는 입장으로서 정책결정은 기존의 정책이나 결정을 점진적으로 개선해나가는 것이며 인간의 능력과 시간, 정보는 제한되기 때문에 고려할 수 있는 대안중에서 부분적이고 연속적으로 개선해나가는 과정으로 파악함(Lindblom CE, 1969).

· 현실의 정책과정을 비교적 근접하게 설명할 수 있다는 장점이 있으나 이에 대한 비판적 견해(Etzioni A, 1967)로서 변동이 급격한 현대사회의 정책결정과정을 제대로 설명할 수 없는 측면이 있고, 보수적인 경향을 보이며 과거 정책의 합리성을 전제로 해야 한다는 제약점이 제시됨.

다. 혼합탐사모형 (Mixed Scanning Model)

· 합리모형의 비현실성과 점증주의 모형의 근시안적인 단점을 보완하고 합리모형의 포괄성과 점증주의 모형의 현실성을 결합하여 제시된 모형으로 정책결정중 근본적인 결정은 광범위한 대안들을 합리적으로 탐색하여 결정하되 세부 대안은 근본적 결정이 설정한 맥락내에서 점증적으로 해결해가는 과정을 제안함(Etzioni A, 1967).

· 합리모형을 부분적으로 개선하였다는 점에서 합리모형의 단점을 안고 있고 그의 새로운 내용을 갖지 못한다는 비판이 있음(정정길, 1988).

주요 모형-6. Allison 모형

· 정책결정중 여러 개인이 참여하여 이루어지는 집단적 의사결정을 설명하기 위해 Allison(1969)이 제안한 모형으로 정책결정에 참여 또는 관여하는 자들의 응집성에 따라 다음과 같이 3가지 모형으로 구분하고 있음.

가. 합리모형

개인단위의 합리모형 논리를 국가정책에 적용한 것으로서 정책결정은 국가이익을 극대화시키는 최선의 대안을 모색하고 결정하는 과정으로 파악하는 입장임. 특정 국가의 외교정책, 국방정책 등 일부분을 제외하고는 현실적인 정책결정과정과는 괴리가 있다고 지적되고 있음.

나. 조직과정모형

정부는 단일주체가 아니라 느슨하게 연결된 반독립적 하위조직들의 집합체로서 서로 다른 목표를 가진 하위조직간 갈등과 상호타협을 통해 정책이 결정된다고 파악하는 모형임. 이모형으로 설명되는 정책과정의 경우 결과적으로 정책결정의 일관성이 떨어지는 양상을 보임.

다. 정치모형

참여자 개인을 정책주체로 보고 참여자들간 타협, 갈등, 흥정 등의 정치적 결과로서 정책이 결정된다고 파악함.

- 실제 정책과정을 설명하는데 있어서는 세 모형을 종합적으로 활용하는 것이 설명의 타당성을 높일 수 있음.

주요 모형-7. 쓰레기통 모형 (Garbage Can Model)

· 구성원간 응집성이 아주 약한 혼란상태에서 이루어지는 불합리한 집단적 의사결정을 강조하는 모형으로(Cohen 등, 1972) 사회의 신념·가치체계가 바뀌거나 정치체계가 바뀌는 혼란상황에서의 의사결정 행태를 설명하는데 유용함.

2) 정책결정 단계에서 검토할 내용

- ① 정책결정 단계의 시기별 구분
- ② 정책결정 과정 개요
- ③ 정책결정 주체
- ④ 정책결정모형 평가
- ⑤ 정책결정과정의 타당성 평가

다. 정책집행 단계

1) 이론적 개요

① 정책집행의 의미

□ 정책집행(policy implementation)은 정책의 내용을 실현시키는 과정

□ 정책내용은 정책목표와 정책수단으로 구성됨으로 정책실행은 정책수단을 실현시키는 것이 핵심적인 과정임(Williams W, 1980).

□ 정책수단이 실현되었을 경우 정책집행이 이루어진 것으로 파악하며 정책집행 후 정책목표가 달성되지 못한 경우에는 불집행이 아니라 정책집행이 실패한 경우로 파악함.

② 정책집행의 중요성

- 정책집행은 다음과 같은 이유로 인해 정책과정 중 중요한 의미를 가짐.

첫째, 정책집행이 성공적으로 이루어져야 정책결정의 성과가 결실을 얻을 수 있음.

둘째, 정책결정 과정에서 마련된 내용이 일반적, 추상적으로 결정되는 경우가 많으며, 정책집행과정에서 보다 실질적이고 구체적으로 결정되는 경우가 많음.

셋째, 정부의 활동이 일반 국민에게 직접 영향을 미치는 단계로서 국민이 정책 성과를 체감하는 중요한 과정임.

③ 성공적 정책집행의 판단기준

□ 성공적 정책집행의 판단기준으로 주요 연구자들이 제시하고 있는 기준들을 예시하면 다음 표와 같음.

표 2. 성공적 정책집행의 판단기준에 대한 주요 연구결과

연구자		Rein 등(1978)	Nakamura 등 (1980)	Franklin 등(1986)
판단기준	실질적·내용적 기준	·정책의도 실현	·목표달성 ·능률성	·바람직한성과나 결과달성
	주체적·절차적 기준	·관료적 합리성 ·집행관련집단의 요구충족	·정책지지 및 관련집단 만족 ·고객대응도 ·체제유지	·집행관료의 순응 ·집행과정의원만성

□ 공통된 기준들을 중심으로 개념들을 요약하면 다음과 같음.

- 실질적·내용적 판단기준

i) 효과성 (Ripley & Franklin, 1986)

○ 정책집행에 의해 정책목표와 정책수단이 잘 구현된 경우를 성공적 집행이라고 판단함.

○ 효과성을 성공적 집행의 기준으로 삼는데 있어 다음과 같은 사항이 고려되어야 함.

· 효과적인 집행이라도 지나치게 많은 비용이나 희생이 소모되면 바람직한 집행으로 보기 어려운 점이 있으며 효율성과 함께 고려되어야 함.

· 정책수단이 충실히 수행되어도 정책목표가 달성되지 않는 경우가 있으며 이는 정책목표와 정책수단이 부합하지 않은 것에 기인하는 바, 이 경우에도 정책집행은 실패한 것으로 평가함.

· 결정된 정책목표가 불분명할 경우엔 효과성을 성공적 집행의 판단기준으로 고려하기 힘들.

ii) 효율성 (Nakamura 등, 1980)

- 정책의 효과를 극대화하고 정책비용을 최소화하는 집행을 성공적으로 평가함.
- 효과성과 마찬가지로 결정된 정책목표가 불분명할 경우엔 효율성을 성공적 집행의 판단기준으로 고려하기 힘들.

- 주체적 · 집행적 판단기준

i) 정책의도의 실현

○ 정책내용을 충실하게 실현하였을 경우 성공적 집행이라고 판단하는 것으로서 이 개념 속에는 효과성뿐만 아니라 정책수단과 방법을 충실히 실현시키는 의미를 모두 포괄함.

○ 실제 정책집행과정에서 다음과 같은 제약으로 정책의도를 살리기 힘든 경우가 많으며 이럴 경우 성공적 집행기준으로 고려하는데 한계가 있을 수 있음.

- 결정자들이 정책내용을 잘못 설계하는 등 정책결정이 잘못되어진 경우
- 정책내용에 대한 논란이 큰 경우, 정책결정과정의 폐쇄성으로 다양한 이해관계가 제대로 반영되지 못하였을 때

ii) 관료적 합리성

○ 집행관료들이 판단하는 주관적 기준으로서 집행관료들이 판단할 때, 집행이 도덕적으로 정당하고 행정적으로 실현가능성이 있고 지적 측면에서 누구에게든지 합리적이라고 주장할 수 있게 집행되면 성공적이라고 평가함.

· “관료적”이라는데 초점을 맞출 경우 실현가능성을 중요시하는데 이는 집행현장의 실정에 맞게 집행하는 것을 의미함.

· 합리성 측면에 초점을 맞출 경우 정책대상집단에 대해 공정하게 자원이 배분되었음을 뜻함.

iii) 집행관련단체의 요구충족

○ 정책의 영향을 받거나 정책에 관련된 민간집단들이 집행과정에서 요구하는 바를 충실히 집행과정에 반영한 정도를 성공적 집행기준으로 고려함.

○ 정책집행과정에서의 민주성을 의미하며 이는 관련집단의 요구를 받아들이는 것외에 이들의 집행과정에 대한 참여를 포함함.

2) 정책집행 과정에서 검토할 내용

- ① 정책집행 시기
- ② 정책집행 과정
- ③ 정책적 합의와 타당성평가
- ④ 효과성 측면
- ⑤ 효율성 측면
- ⑥ 정책의도의 실현 측면
- ⑦ 실행주체의 능력
- ⑧ 관료적 합리성
- ⑨ 관련 단체의 요구충족

라. 정책평가 단계

1) 이론적 개요

① 정책평가의 의미와 중요성

□ 정책평가의 의미

- 정책평가는 정책이 좋은지 나쁜지를 비판적으로 검토하는 활동으로서 평가대상은 정책이며 실제로 평가되는 것은 집행기관이 정책을 구체화시켜 수행한 사업임.

- 정책평가에는 정책목표나 수단의 합리성, 효과성외에도 과정의 합리성 등을 모두 포괄함.

□ 정책평가의 범위로는 총괄평가와 과정평가가 있음.

· 총괄평가 : 정책집행 이후 정책이 사회에 미친 영향을 추정하는 판단활동으로 효과성, 효율성, 공정성 등을 평가함.

· 과정평가 : 정책진행과정 및 목표와 정책대안간 인과관계를 평가함.

□ 평가의 목적 및 중요성

- 정책결정과 집행과정에서 나타난 정보들을 환류시켜 정책개선에 활용함(예: 정책 계속 추진여부 결정, 정책내용 수정, 집행전략 수립).

- 정책주체는 국민에게 책임을 져야한다는 민주주의 원칙에 입각하여 정책과정상의 책임성에 대한 소재를 확보하거나 밝히므로서 추후 책임있는 정책과정을 요구할 수 있음.

- 사례분석을 통한 이론검증과 학문적 체계 구축

② 바람직한 정책평가가 갖추어야 할 요건(Leviton 등,1981)

□ 타당성 (relevance)

: 정책평가의 목적과 요구하는 시기에 부합되어야 함.

□ 신뢰성 (reliability)

- 올바른 평가방법이 적용되고 정확한 자료가 이용되어 평가가 이루어져야 함.
- 평가과정에 이용자를 관여하도록 함.
- 이용자의 저항을 극복하고 의사전달상의 문제를 해결하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 함.
 - 자체(당사자)평가가 아니라 3자평가가 이루어져야 함.
 - 신뢰성있는 전문지식과 평가기능을 갖추어야 함.

2) 정책평가 과정에서 검토할 내용

- ① 평가단 구성과 운영의 적절성
- ② 소비자조사
 - 면접조사
 - 전화설문 조사
- ③ 공급자 행태 분석
- ④ 관련자료 분석
- ⑤ 정책적 함의와 평가

우리나라의 보건의료(보건복지부)

1. 현황

□ 그간 경제성장을 바탕으로 단기간에 큰 성과를 거둠

○ '77년 의료보험 도입 후 12년만인 '89년 전국민 의료보험 실시로 의료 이용의 보편성이 확립되었고

- 보건의료 인력·시설의 양적 확충으로 의료 접근성이 개선되어
- 상대적으로 적은 부담으로 양질의 의료서비스를 제공받고 있음

* 병원급 이상 의료기관 : 178개소('75년) → 1,234개소('02. 4월, 요양·한방·치과 포함)

* 면허 등록 의사수 : 22,183명('75년) → 106,647명('02. 4월)

□ 그러나, 21세기 보건의료 환경 변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 보건의료 시스템에 대한 끊임없는 재평가와 이에 따른 정책의 점검·보완이 요구

○ 의료전달체계 비효율성, 병원 경쟁력 약화 등의 문제를 개선·보완하고, 예방과 진료를 포괄하는 양질의 보건의료서비스를 국민에게 제공할 필요

○ WTO/DDA 의료시장 개방, 노인의료 수요 급증, 의료 정보화 등 급격한 환경 변화에 준비하고 대처해야 하는 중요한 시기

2. 보건의료체계의 평가

□ 기본적인 보건의료서비스 공급체계는 구축되었으나, 민간 우위 체계여서 공공보건의료부문은 양적·질적으로 취약

- 민간 중심 의료체계는 가용자원이 부족하던 경제성장기 예산상 부담 없이,
 - 단기간 내에 무의존을 없애고 국민의료수요에 부응하는 보건의료서비스체계를

이룩하는데 기여

* 영아사망률(1,000명당) : 45('70년) → 7.7('99년, OECD 6.7)

* 평균수명(남/여) : 51.1/53.7('60년) → 71.7/79.2('99년, OECD 72.9/78.8)

* 민간 vs. 공공의료기관('02. 6월) :

구 분	계		공공		민간	
	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율(%)
기관수	46,339	100	3,536	7.6	42,803	92.4
병상수	296,296	100	43,936	14.8	252,333	85.2

○ 진료를 위주로 하는 민간 중심 체계에서 부족하기 쉬운 예방·건강증진 기능, 저소득층 의료서비스 등을 공공보건의료 부문이 보완하고 있으나, 지극히 취약

* 공공보건의료 비율(병상수, %) : 미국 33, 영국 96, 일본 36, 한국 15

□ 의약분업의 실시로 의료기관과 약국 사이에는 기능적 분담이 이루어졌으나, 의료기관간의 역할 미정립으로 일부 중소병원 경영난 가중

○ 의약분업이 실시('00년)되어 진료와 조제행위를 각각 의사와 약사가 전담하게 되어, 고품질의 전문적인 의료서비스를 제공받을 기회가 열리게 됨

○ 1차-2차-3차 의료기관이 구분되어 있으나 각각의 서비스 내용이 크게 다르지 않아

- 의원에도 입원 병상이 많고 병원도 외래환자를 널리 받으며, 환자가 실질적으로 자유롭게 의료기관을 선택

* 중소병원의 경영난

○ 병원 도산율은 '99년 6.5%, '00년 7.4%, '01년 8.9%, '02년 상반기 5.1%로 추정되며, 전체 산업 도산율 0.23%('01년)에 비해 높은 수준(병원협회)

- 도산율 증가에도 불구하고 도산한 병원의 인수로 신규 개업 의료기관수는 오히려 증가(의원 15.4%, 병원 13.0%, 의약분업 이후)하여, 병원 경영 악화의 악순환 심화

○ 직접적인 원인은 의약분업과 뒤이은 수가 인상으로 병원 의사들이 상당수 개업해 나감에 따른 인력난 및 인건비 상승

- 의료기관 총지출중 인건비 비중은 40~50% 수준이며, 전문의 고용난으로 인한 병원의 휴(폐) 진료과가 19%인 것으로 조사 (대한병원협회)

○ 그러나 보다 근본적인 원인은 중소병원의 경쟁력 부족

- 의원·종합병원과의 기능적인 분화가 확실하지 않아 서로 경쟁하는 가운데, 경증 환자들은 의술 수준이 크게 향상된 동네 의원에, 중증 환자들은 종합병원·대학병원에 빼앗기는 데 따른 외래환자 부족

- 의약분업 실시 전 약가 마진과 (특히 지방 중소도시의 경우) 정부 지원에 의존하던 후진적인 경영 관행의 잔존

- 진취적인 자구노력이 부족한 가운데, 일부 병원의 경우 강성노조의 반발이 구조조정에 걸림돌이 됨

□ 인력·병상·장비 등 보건의료자원 공급 전반에 불균형·병목 현상 내재

○ 병·의원의 92.2%가 도시에 집중

○ 10만명당 활동 의사수는 공급 과잉 예상

- 의원 개설 의사중 90.3%가 전문의로 인력 활용이 비효율적이며

- 그나마 안과·피부과 등 인기과목에 편중

○ 10만명당 병상은 543개로 선진국에 비해 과도하나

- 도시에 90.3%가 몰려 있고

- 요양병상은 12개에 불과(노르웨이 970, 영국 420, 일본 170)

○ 고가장비(MRI) : 100만명당 7.8대(미국 7.6, 영국 4.5, 뉴질랜드 2.6)

○ 응급실의 예방가능한 사망률 50.4% (선진국 10~20%)

□ 국민의료비 부담이 경제수준에 비해 문제될 만한 정도는 아니나, 의료비 증가속도가 경제성장률을 크게 상회

* 1인당 의료비 지출('00년) : 110만원(\$893)

* GDP 대비 국민의료비(%) : 미국 13.0, 독일 10.6, 일본 7.8, 한국 5.4 ('02년 OECD Health Data)

○ GDP는 최근 5년간 연평균 5% 내외로 증가한 반면, 건강보험 급여지출은 연 18.5% 증가

- 노인인구 증가, 의료기술 발달 등 구조적 요인과 함께

* 노인인구 증가 : '02년 377만명(7.9%) → '19년 731만명(14.4%)

- 특히 의약분업 실시 이후 고가약의 과도한 사용이 환자 부담 증가와 건강보험 적자 요인으로 작용

* 고가약 처방률(%) : 36.2('00. 5월, 분업전) → 55.9('01. 7월) → 50.9('02. 3월)

* '02년도 총 보험급여비 13조7천억원 중 26.8%인 3조7천억원을 약품비로 지출(OECD 평균 약품비 지출은 보건의료비의 15.4%)

○ 만성적 수입·지출 불균형 요인, 의료보험 통합, 수가 인상 등으로 건강보험 재정 악화

* 당기수지 : △1조원('00년) → △4조2천억원('01년 추계, 재정대책 이전) → △2조4천억원('01년, 재정대책 결과) → △7,600억원('02년)

* 적립금 : 9,200억원('00년) → △1조8천억원('01년) → △2조6천억원('02년)

○ 저부담-저급여 체계를 유지해 온 결과, 건강보험료 수준이 선진국의 1/3~1/4에 불과하여, 급여범위와 수준도 낮았음

* 주요국의 보험료율 및 보험급여율(%) :

구분	한국	일본	프랑스	독일	벨기에	네덜란드
보험료율	3.94	8.5	13.5	14	10.8	17.6
급여율	52	88	73	91	88	76

3. 보건의료정책의 방향

1) 공공보건의료의 확충

□ 공공보건의료체계를 정비하고 시설·장비·인력 확충

○ (지역사회) 보건소·지소·진료소의 시설·장비·인력을 보강하여, 지역사회 중심보건기관으로 확대 개편

- 특히 대도시 지역에 건강증진센터형 보건지소를 신설하여 지역주민에게 포괄적·지속적인 보건의료서비스 제공

○ (지방) 지방공사의료원, 일부 시·도립병원 및 민간병원 등의 시설·장비를 개선하여 지역 거점병원화

○ (중앙) 분산된 공공병원 관리체계의 통합·조정기능 강화

- 공공의료기관에 보건사업 전담팀을 설치하여, 보건소→지역거점병원→광역단위 대학병원간 의뢰·회송 시스템 구축

- 국립의료원을 국가중앙병원으로 확대 개편하여, 국립한방병원, 중앙응급의료센터, 공공지원센터 등 건립

□ 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」의 지속 추진

- 운동·금연·절주 등 국민 건강생활 실천
 - 국민의료비를 절감하는 차원에서 적극 추진
- 모자·구강·정신보건 등 생애주기별 건강증진서비스 제공
 - * 미국 : 「Healthy People 2010」, 일본 : 「健康日本 21」

□ 국가 차원의 체계적 질병관리시스템 구축

- AIDS·결핵 등 전염병 퇴치를 위한 국가방역체계 강화
 - 홍역·BCG 등 13개 필수 예방접종 무상 실시
- 고혈압·당뇨 등 만성질환과 희귀·난치질환의 국가 책임관리
- 국가 암관리체계 강화 및 말기암환자 호스피스제도 도입

2) 의료기관 경영체계의 개선

□ 의료기관 역할의 재정립

- 서비스 내용이 서로 구분되지 않은 채 경쟁하고 있는 의원·병원·종합병원 등이 의료체계에서 각각 적절한 역할을 맡고 서로 협력하도록 함으로써, 서비스 수준을 높이고 제한된 의료자원을 효율적으로 활용
 - 도시지역 중소병원중 고혈압등 특정 진료과목·질병에 대하여 대학병원 수준의 의료기술을 갖춘 병원을 전문병원으로 전환 유도
 - 시범기관을 중심으로 개방병원 운영을 활성화하여 의료서비스 질적 수준 향상 및 시설·장비등 과잉투자 방지

□ 선진적 병원경영환경 조성을 위한 제도 개선

- 「의료기관 회계기준」 제정으로 회계 투명성 확보
 - 일정 규모 이상 병원에 우선 적용('03. 4월)하고, 운영 성과에 따라 확대

- 의료기관 평가제도 활성화('03. 4월부터 본평가 실시)
 - 서비스 평가 결과를 공표하여 환자의 의료기관 선택권 신장
 - 평가 결과를 건강보험 수가에 연계하고, 우수기관에 대하여 전공의를 우선 배정하는 등 인센티브 부여

○ 의료시장 개방 등 급격한 의료환경 변화에 대비하여 병원의 부분적 수익활동 허용 등 병원업무 다양화를 통한 경영개선 방안 검토

- 보건의료시스템의 전자화 추진
 - 「의료법」 개정('02. 3월)으로 도입된 전자처방전, 원격의료, 전자의무기록 등의 활성화 유도
 - 모든 요양기관에 EDI(Electronic Data Interchange) 청구 확대

3) 인력·병상 등 양질의 보건자원의 적정 공급

□ 의료인력의 적정 수급 및 질적 수준 제고

- 장기적인 의사인력의 적정 수급을 위하여 의대 입학정원 10% 감축 추진 ('04 ~ '06년)
- 전공의 정원을 단계적으로 감축하고 일차의료 담당 수련제도를 도입하는 등, 단과 전문의가 아닌 일차진료의 배출 확대

* 각국의 활동 의사 중 전문의 비율 :

구 분	한국 ('02년)	미국 ('98년)	영국 ('98년)	캐나다 ('98년)	독일 ('98년)	프랑스 ('98년)
전문의	86.0	65.1	51	49.4	68.9	50.7
일반의	14.0	34.9	49	50.6	31.1	49.3

* 개원의 가운데 전문의가 차지하는 비율 : 90.3%

- 전문과목간 불균형을 해소하기 위해 과목별 전공의 정원 및 건강보험 상대가치

수가를 조정

- 안과·피부과 등 공급 과잉과의 정원은 줄이고 병리과, 치료방사선과 등은 확대
- 진단방사선과·병리과·응급의학과 등 10여개 비인기과 전공의에 대한 수련보조수당 지급('03년, 국립·특수법인병원부터)

○ 전공의 확보가 어려운 중소병원의 인력난 완화 및 전공의 수련의 질적 수준 제고를 위하여 병원군별 총정원제 시범사업 실시

○ 의료인력의 질적 수준 향상을 위해 의과대학 인정평가제도, 다단계 의사면허시험제도 등 도입 추진

□ 병상의 합리적 배치, 고가의료장비의 품질관리

○ 과잉 공급된 병상의 합리적 배치를 위해 시·도별 병상수급계획 수립

- 부족 지역의 병상 신·증설 및 장비구입비를 용자(농특, 62억원) 지원하고, 급성기 병상의 요양병상 전환 지원(재특, 100억원)

○ CT, 유방촬영용장치(mammography) 등 고가 특수의료장비의 품질관리체계 수립

- 무분별한 장비 도입을 막고 정기적인 품질관리검사를 통해 기준에 미달하는 장비의 사용을 방지

□ 응급의료서비스의 획기적 확충

○ 권역 및 지역 응급의료센터를 재배치(122→80개소)하고 시설·장비를 지원(80억원)하는 등 집중 육성

○ 응급의학전문의·응급구조사를 양성하여 확대 배치

* 「응급의료에관한법률」 개정('02. 3월)으로 교통범칙금 수입의 20% 상당액을 정부가 응급의료기금에 출연하게 되어 연간 400여억원의 재원이 확보된 만큼, 우리 응급의료 수준을 한 차원 높이기 위한 종합적인 개선대책을 마련하고 있음('03년)

4) 건강보험의 건실한 운영

□ 건강보험재정의 안정 및 보장성 강화

○ '02년에는 강력한 재정안정대책 추진으로 당기적자 목표 7,600억원 수준을 달성하였으며

- 수가(3% 인상)·보험료율(8.5% 인상) 협상을 잘 마무리함으로써, '03년 당기수지 균형 달성을 위한 발판을 마련하고, 의·약계와의 협력에 의한 의료체계 발전의 선례가 됨

○ '03년에도 포괄수가제 확대, 표준진료지침 마련 등 적극적인 재정안정대책으로 당기수지 균형 목표를 달성하여, '06년까지 누적적자를 해소하기 위한 전기 마련

- 의약품 허가부터 최종 소비까지 각 단계의 의약품 급여관리체계에 대한 종합적인 개선방안을 마련, 비용효과적인 의약품 사용체계 구축

- 객관적인 연구·분석, 가입자단체 및 의·약계와의 적극적인 협의에 의하여 수가·보험료율 조정

○ 장기적으로는 건강보험의 보장성을 강화하여 적정부담-적정급여 체계를 실현함으로써

- 예기치 못한 거액의 의료비 지출로 인한 가계 파탄을 방지하는 보험 본연의 기능을 살릴 필요

□ 건강보험재정 통합 추진

○ 건강보험 통합은 지난 20여년간 논쟁의 결론으로, '99. 2월 여야합의 등 사회적 합의에 의하여 결정

○ 7월 건강보험 재정 통합을 치밀하게 준비, 차질 없이 시행하기 위하여 「건강보험통합발전기획단」 가동중

- 자영자 소득 파악 제고, 본인부담상한제 도입 등 국민이 납득할 수 있는 보다

공평한 보험료 부담방안 마련 추진

- 건강보험공단을 효율적인 서비스 기관으로 육성하고, 노사간 협력하는 새로운 조직 문화를 창출하여 책임성 제고

□ 수가구조의 개선

○ 의원 진찰료, 약국 조제료에 비하여 상대적으로 저평가되어 있던 입원료, 병원 약국 조제료 인상('03. 1월)

* '03년 수가 조정 : 의원 2.2% 인하, 약국 동결, 병원 5.4% 인상

○ 행위별 수가체계의 문제점을 보완하는 포괄수가제도를 확대 실시하고, 고령화 추세에 대비한 장기요양수가, 호스피스수가 도입 추진

○ 상대가치점수·환산지수에 대한 연구·활용 체계를 구축하고, 상대가치 전담 조직 상설화 및 전문인력 충원 등으로 지속적인 수가구조 개선 추진

5) 보건산업의 육성

□ 보건산업은 국민 건강 및 삶의 질 향상에 직결되고 국가경쟁력 향상에 기여하는 고부가가치의 지식산업으로, 적극 지원하고 있음

* 제조업 평균 부가가치율 29.2%, 의약품 41.3%

○ 특히 게놈프로젝트등 유전체 분야 연구성과를 바탕으로 의료기술의 새 지평을 여는 「바이오보건기술개발사업(BioHealth 21)」에 역량 집중

* 질병 관련 유전자와 한국인 특이 유전자를 발굴하고 연구하기 위하여, 연구능력이 확보된 대학부설병원 12개 연구센터를 선정, 10년간 매년 5~20억원씩 지원하는 「질환군별 유전체연구」 등

○ 국민연금기금을 활용하여 벤처투자조합을 결성, 벤처 창업·기술개발 촉진

* '02년에는 연금기금 910억원을 출자, 총 1,823억원 규모의 조합 결성

○ '06년까지 조성되는 오송생명과학단지 등 보건산업 인프라 확충

* 식약청·보건원 등 4개 국책기관이 이전하고, 보건과학기술원 및 부설 생명과학센터 등 연구지원시설이 건립되어, 바이오보건산업의 메카로서의 기능 수행

4. 맺음말

□ 참여정부의 복지이념은 '참여복지'

○ 한편으로 복지의 확대를 꾀하면서도 단순히 '퍼주기만 하는' 복지를 지양한다는 점에서 국민의 정부가 내세웠던 '생산적 복지' 이념을 계승하고 있으나

○ 다른 한편으로 모든 국민을 위한 복지를 지향하며, 국가의 책임을 강조하고 국민의 참여를 확대한다는 측면에서 국민의 정부 출범 때와 달라진 우리나라의 현실을 반영한 새로운 사고의 틀임

□ 참여정부는 국가가 국민에 대하여 보건·복지 공급의 책임을 진다고 하는 국가의 책임론을 강조

○ 보건복지에 대한 책임은 일차적으로 국가가 담당해야 하며, 외교·안보 등과 마찬가지로 국가가 당연히 공급해야 하는 인프라이자 공공재인 것으로 파악

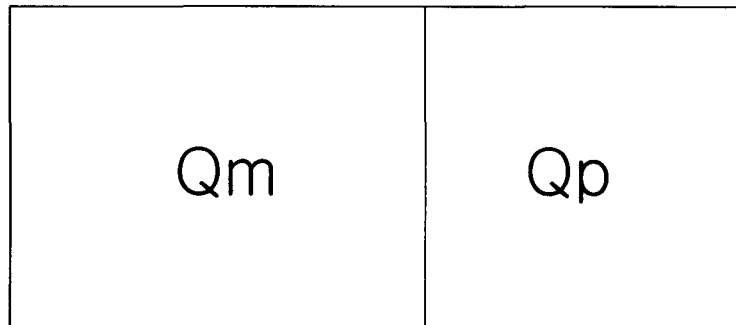
○ 참여정부는 "모든 국민의 건강 보장"을 위하여 공공의료를 확충하고 건강보험의 보장성을 확대하며, 보다 나은 보건서비스를 공급하기 위해 노력할 것

보건의료정책에 대한 논의 실례

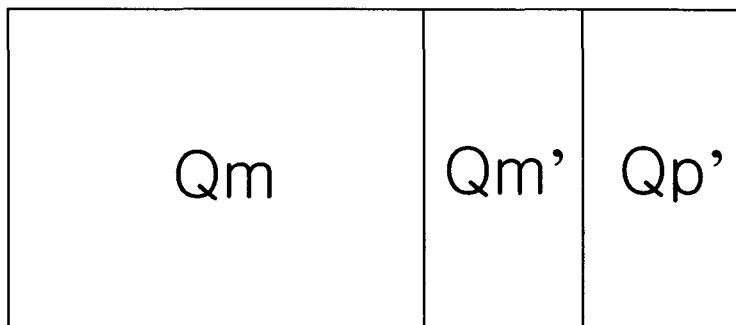
의약분업

1. 의약분업정책 도입과 의료이용 변화

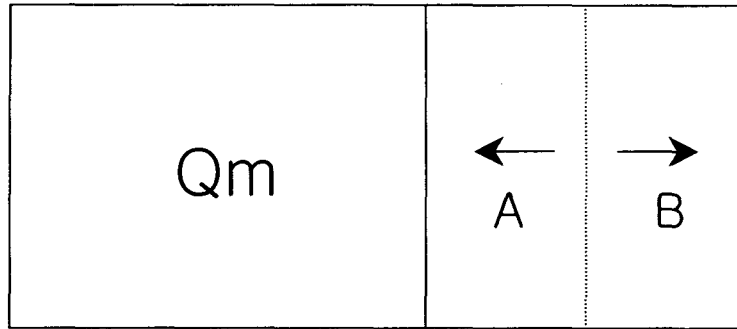
의약분업 정책 실시 전후의 의료기관 외래 의료이용 변화 모형을 개념적으로 정리하여 보면 그림 1, 그림 2와 같다. 의약분업정책 실시전의 약사들의 임의 조제건수(Q_p)는 1억 7천만건에 이른다. 의약분업이 순기능을 하였다면 의약분업 직후에는 Q_m' 만큼의 의료기관 외래 의료이용 증가가 존재하게 마련이다. 더 나아가 의약분업 시행 후 시간이 흐름에 따라 B 방향으로 의료기관 외래 의료이용이 증가한다면 이는 의약분업이 성공적으로 진행되는 것으로 평가할 수 있을 것이다.



가. 의약분업 이전의 의료이용 분포



나. 의약분업 직후의 의료이용 분포



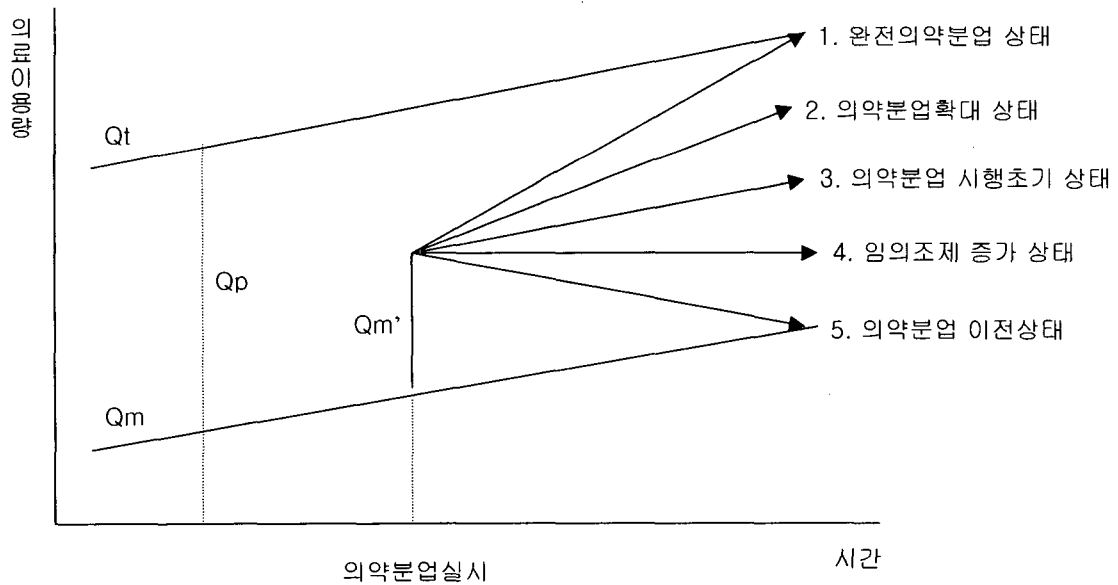
다. 의약분업 시행후 시간 경과에 따른 의료이용 분포 방향

Q_m : 의료기관 외래 의료 이용량, Q_p : 약국 이용량

Q_m' : 의약분업 직후 증가된 의료기관 외래의료이용량, Q_p' : 의약분업 직후 약국 이용량

A: 의약분업 정책의 실패방향, B: 의약분업정책의 성공방향

그림 1. 의약분업 정책시행 전후의 의료기관 외래 의료이용의 변화모형



Q_m : 의료기관 외래의료이용량, Q_p : 약국 이용량, $Q_t=(Q_m+Q_p)$,

Q_m' : 의약분업 직후 증가된 의료기관 외래의료이용량

그림 2. 의료기관 외래 이용량 변화방향에 따른 의약분업 상태

의약분업 정책 실시 이전의 의료기관 외래 의료이용량 증가곡선은 Q_m , 의약분업 정책 실시 직후의 의료기관 외래 의료이용량 증가량은 Q_m' 과 같다(그림 3). 의약분업 실시 후 시간흐름에 따라 의료이용량 변화의 방향을 가지고 의약분업의 성공과 실패를 해당 상태별로 분석한다면 그림 3에서 제시한 바와 같이 다섯 가지로 나눌 수 있을 것이다.

- ① 완전 의약분업 상태 : 모든 국민이 질병에 이환되었을 때 먼저 의료기관을 방문하고 약국에서 약을 조제받는 상태.
- ② 의약분업 확대상태 : 의약분업 직후의 혼란기에서 점차 의사는 '진료'에, 약사는 '조제'에 전념하여 직종간의 역할분담을 명확히 하기 위한 노력을 기울이는 상태.
- ③ 의약분업 시행초기상태 : 의약분업 직후의 혼란기의 행태가 지속되는 현상으로 약사의 역할분담이 모호한 상태로 계속 진행되는 상태.
- ④ 임의조제 증가상태 : 의약분업 직후의 혼란기에서 약사들이 과거의 '임의진단 및 처방에 따른 약의 조제, 판매' 행태가 다시 증가하는 상태.
- ⑤ 의약분업 이전상태 : 의약분업 이전과 같이 약사들의 '임의진단 및 처방에 따른 약의 조제, 판매' 행태가 그대로 존속하는 상태로, 의약분업제도를 통하여 의사들만 약의 조제권을 잃은 결과를 초래한 상태임.

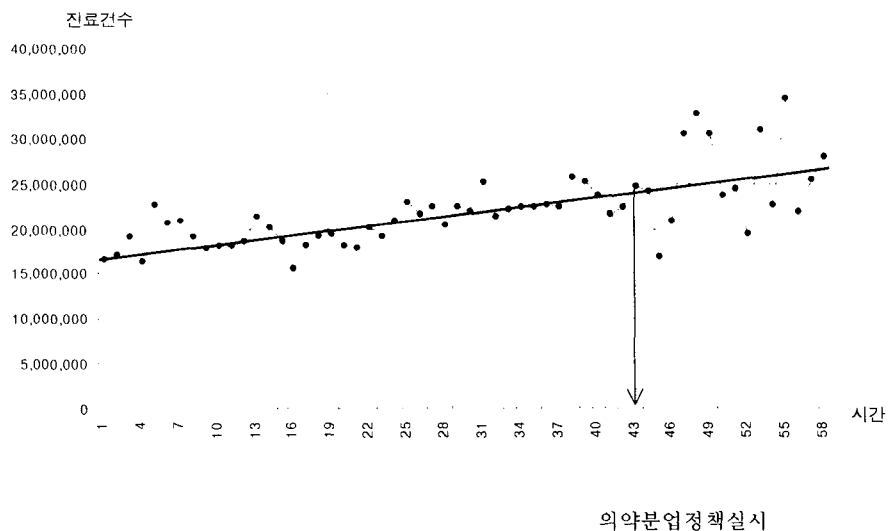


그림 3. 시간에 따른 진료건수 변화

의사인력정책

1. 의사인력의 배출에 국가가 관심을 가져야할 필요성

한 국가내에서 배출되는 인력중 어떤 인력은 많으면 많을수록 좋은 인력이 있는가 하면 어떤 인력은 적정한 수준을 넘지 말아야 하는 인력이 있다. 국가 발전을 위한 연구 인력은 전자에 속하나 의사인력은 후자에 속한다. 또한 의사인력의 양성에는 많은 시간이 소요되므로 현재의 배출규모는 향후 10년 정도 후에 그 영향을 미친다. 따라서 현재 시점만을 보지 말고 10년후 미래의 시점을 보고 정책을 가져가야 한다. 이 절에서는 의사인력의 배출에 국가가 관심을 가져야 하는 이유들에 대하여 정리하여 보고자 한다.

가. 국민의료비의 증가

의사수 증가에 따른 의료보험 청구액의 증가로 의료보험 재정에 직접적인 영향을 미칠 수 있으며, 비급여 부문에 대한 의료수요를 창출함으로써 불필요한 의료비용이 급격히 증가할 것이다. 또한 낭비적인 의사인력 양성을 위한 불필요한 의학교육 비용의 부담이 존재하게 된다. 사회에서 활동하게 될 의사 한명을 양성하는 데에는 보통 약 14년간의 시간을 필요로 하게 되는데 여기에 소요되는 비용이 적지 않을 것으로 판단되며, 의사 일인이 개업을 하는데 소요되는 비용을 최소 3억으로 잡고 매년 3,000명이 개업을 한다 하면 9,000억원이 소요되는데 이 비용도 만만치 않다.

공적체계로 주로 운영되는 서유럽의 나라들에서는 보통 의사 일인당 1,500명의 주민들을 대상으로 일차진료시스템을 구축하고 있다. 이를 역으로 환산하여 보면 우리나라에는 일차진료를 담당할 의사가 30,000명이면 가능하다는 이야기가 된다. 현재 우리나라에서 활동하고 있는 의사수를 70,000명 정도로 추정한다 하여도 의사의 양적인 면에서는 충분하다는 이야기가 된다. 현재와 같이 매년 3,500여명에 이르는 의사들이 양성되고 이들이 개업을 하고 개업에 투자한 비용을 환수하기 위하여 불필요한 의료를 공급하게 된다면 이는 분명 최악의 상태를 초래하고 말 것이

다.

보건경제학적으로 살펴볼 때 공급의 독점성을 문제 삼아 의사를 아무리 많이 양성한다 하여도 의료에 있어서 정보의 비대칭성은 계속적으로 존재할 수밖에 없기 때문에 유인수요는 존재할 수밖에 없다. 이는 결국 시장의 왜곡을 초래할 것이 분명하다. 이미 우리나라는 의사간의 경쟁을 유도할 만큼의 의사인력을 배출하였으며, 이는 더욱 더 심화될 것으로 판단된다. 따라서 불필요한 의료비의 급증으로 인하여 국가경제에 치명적인 영향을 미쳤던 멕시코 등 여러 나라의 경험들을 교훈으로 삼아 우리나라에서는 의사인력에 대한 감축 대책을 조속히 수립하여 실시하여야 할 것이다.

국가시스템으로 운영되는 독일의 의료공급체계에서는 최근 배출되는 의사인력들의 국가 채용이 힘들어 의사면허를 취득한 사람들에게 전산분야 등 다른 분야로 전공을 바꾸도록 권유하고 있으며, 많은 젊은 독일의사들이 실업상태에서 일자리를 찾지 못하여 해외로 이주하고 있는 실정이다. 물론 의과대학은 입학정원 미달 사태에 놓여 있다. 그러나 우리나라의 경우 민간시스템으로 의료체계가 운영되기 때문에 독일과 같은 형태의 사태가 일어나기 위해서는 어마어마한 사회적 혼란이 발생되고 나서야 이루어질 것으로 보이며, 이 과정에서 국가의 국민의료비는 급상승할 것이며 이는 필연적으로 국가 경제발전의 발목을 붙잡을 것으로 판단된다. 국가의 경제발전을 위하여 의과대학 입학정원 감축은 필연적 수순으로 판단된다.

나. 의료윤리의 붕괴

의사수의 증가에 따라 의료시장내의 경쟁을 치열해 질 것이 분명하다. 어느 조직 사회이든지 경쟁이 치열해지면 윤리의 부재가 반드시 동반된다. 생존이 우선시되는 상황에서 예의를 차리기 힘들기 때문이다. 그러나 의료분야는 누구나 인정하다시피 윤리에 대한 문제를 무척이나 중요시 여겨야 하는 분야라는 사실을 간과해서는 안될 것이다. 의료윤리의 붕괴가 우리가 맞이해야만 하는 미래의 의료라는 것에 국민 누구나 동의하지 않을 것임은 분명하다.

다. 의사 및 의학교육의 질 저하

의사 및 의학교육의 질 저하가 우려된다. 그동안 우수한 사람들을 교육하여 우수한 의사로 배출하여 온 덕분에 우리나라에서는 의료에 관한 한 현재 어느 나라에도 뒤지지 않는 첨단 의료상품을 국민들에게 되돌려 주고 있다. 그러나 지나친 의사인력의 양산은 우수한 인재를 영입하기 어려우며, 결국은 국민들에게 그 피해가 돌아가게 되는 악순환의 고리를 뚫게 될 것이다.

라. 낙오된 의사들의 퇴출과정의 복잡

경쟁에서 낙오된 의사들의 퇴출과정이 복잡해 질 것이다. 다른 직종과 달리 의사인력은 적정한 한도이상으로 배출이 될 경우 사회발전에 도움이 되는 순기능보다는 꼭 필요치 않은 의료서비스를 창출해 내는 역기능을 발휘할 수 있다. 이 경우 탈법, 불법, 비윤리적 행동 만연해질 수 있으며, 정부의 통제 불능상태(즉 탈법, 불법이 분명하다고 판정을 내릴 수 있는 근거규정을 마련하는 것의 어려움)에 빠질 수도 있으며 상당히 오랜 시간을 필요로 할 것이다. 또한 낙오된 의사인력이 퇴출되기 전에 기존 보건의료 인력들과의 직종간 분쟁이 발생될 것이다. 현재 한의사나 약사 인력과 법적, 정치적 갈등이 진행 중인데 이러한 것들이 그 증거가 될 수 있다.

이러한 이유들은 의사인력을 적정규모로 유지해야 한다는 당위성을 설명해 줄 수 있을 것이며 국가는 의사인력의 규모에 대하여 좀 더 적극적인 관심을 가져야 할 것이다. '악화가 양화를 구축한다'는 16세기 경제학자인 토머스 그레샴의 법칙(Gresham's law)이 있다. 이 법칙은 복본위제도 즉 몇가지의 금속화폐를 발행하여 사용할 경우 소재가치가 떨어지는 본위화폐만 유통이 되고 우량화폐는 녹여서 쓰게 됨으로써 결국 악화만 유통된다는 의미이다. 의사인력이 양산될 적정규모를 지나쳐 과다하게 양산될 경우 국민의료비의 증가와 더불어 의료제도는 왜곡되어 악화(저질의사)들이 양화(선량한 의사)를 몰아내는 현상이 올 것이다. 우리는 양화가 유통되는 사회에 살기를 원한다. 정부의 정책입안자들은 역사적 사명감을 갖고 올바른 국가를 이루기 위한 정책입안을 게을리 하지 말기 바란다.

표 1. 10% 감원 조정시 신규 및 면허등록 의사수 비교

연도	현재경우 면허등록 의사수	현재경우 신규등록 의사수	10%감원조정시 신규등록 의사수	10%감원조정시 면허등록 의사수	변동사항
2002	77,755	3161			
2003	81,036	3281			120 ¹⁾
2004	84,357	3321			40 ²⁾
2005	87,678	3321			
2006	90,999	3321			
2007	94,320	3321			
2008	97,641	3321			
2009	100,962	3321	2,991	100,632	-330 ³⁾
2010	104,283	3321	2,991	103,623	
2011	107,604	3321	2,991	106,614	
2012	110,925	3321	2,991	109,605	
2013	114,246	3321	2,991	112,596	
2014	117,567	3321	2,991	115,587	
2015	120,888	3321	2,991	118,578	
2016	124,209	3321	2,991	121,569	
2017	127,530	3321	2,991	124,560	
2018	130,851	3321	2,991	127,551	
2019	134,172	3321	2,991	130,542	
2020	137,493	3321	2,991	133,533	

1) 성균관의대, 포천중문의대, 을지의대의 신규졸업자수

2) 가천의대의 신규졸업자수

3) 2003년에 10% 감원 조정시 2009년 졸업자에 영향을 미침