

보건의료정책

이화의대 예방의학교실 정 상 혁

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				정책대안작성	
	세목목표와 순위결정	정책결정 단계 (policy making stage)	대안선택(처방)	정책대안 작성단계	대안 합법화	정부내 행동단계 (정책결정단계)
	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 의제설정 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 정책결정과정에서 검토와 결정산물로써 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, 국가조합주의
 - 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)들로부터 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 그외 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 정책결정과 정과는 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 정책결정

의 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 의사 결정을 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 정책성과를 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 잘못되었던 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, 공평성 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

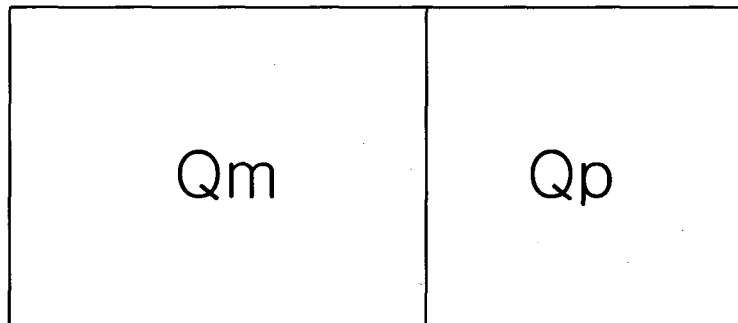
- ① 평가단 구성과 운영의 적절성
- ② 소비자조사
 - 면접조사
 - 전화설문 조사
- ③ 공급자 행태 분석
- ④ 관련자료 분석
- ⑤ 정책적 함의와 평가

보건의료정책에 대한 논의 실례

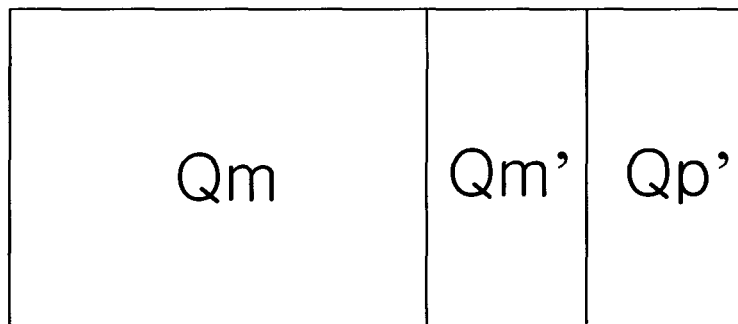
의약분업

1. 의약분업정책 도입과 의료이용 변화

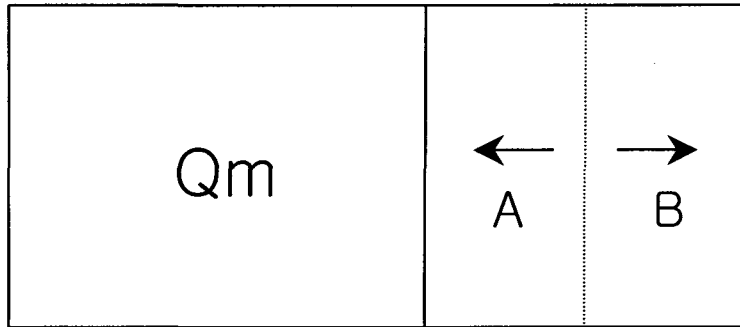
의약분업 정책 실시 전후의 의료기관 외래 의료이용 변화 모형을 개념적으로 정리하여 보면 그림 1, 그림 2와 같다. 의약분업정책 실시전의 약사들의 임의조제건수(Q_p)는 1억 7천만건에 이른다. 의약분업이 순기능을 하였다면 의약분업 직후에는 Q_m' 만큼의 의료기관 외래 의료이용 증가가 존재하게 마련이다. 더 나아가 의약분업 시행 후 시간이 흐름에 따라 B 방향으로 의료기관 외래 의료이용이 증가한다면 이는 의약분업이 성공적으로 진행되는 것으로 평가할 수 있을 것이다.



가. 의약분업 이전의 의료이용 분포



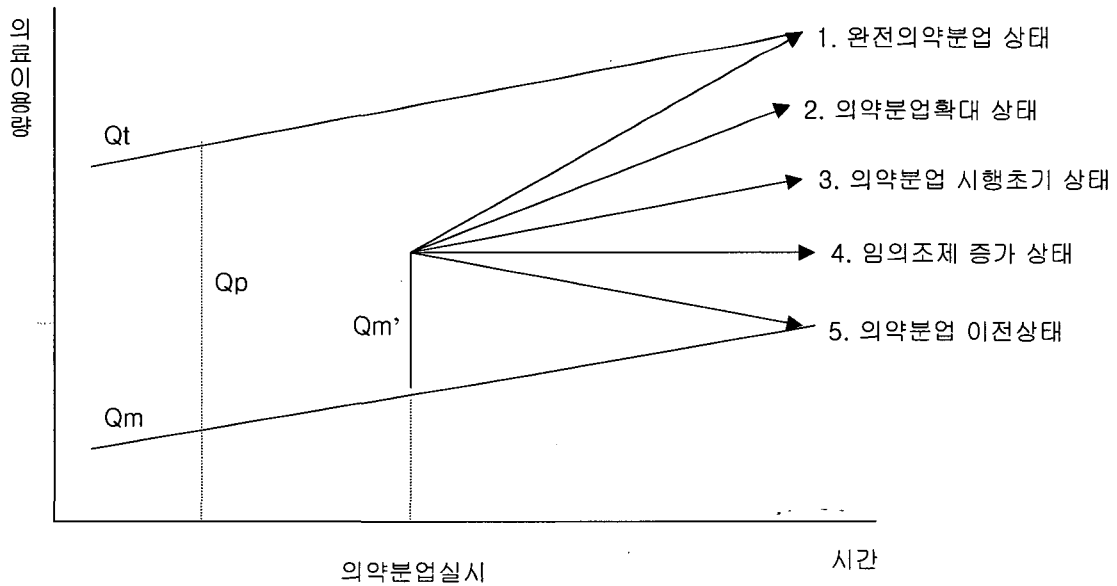
나. 의약분업 직후의 의료이용 분포



다. 의약분업 시행후 시간 경과에 따른 의료이용 분포 방향

Qm: 의료기관 외래 의료 이용량, Qp: 약국 이용량
 Qm': 의약분업 직후 증가된 의료기관 외래의료이용량, Qp': 의약분업 직후 약국 이용량
 A: 의약분업 정책의 실패방향, B: 의약분업정책의 성공방향

그림 1. 의약분업 정책시행 전후의 의료기관 외래 의료이용의 변화모형



Qm: 의료기관 외래의료이용량, Qp: 약국 이용량, $Qt=(Qm+Qp)$,
 Qm': 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 정책실시 직후의 의료기관 외래 의료이용량 증가량은 Q_m' 과 같다(그림 3). 의약분업 실시후 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.

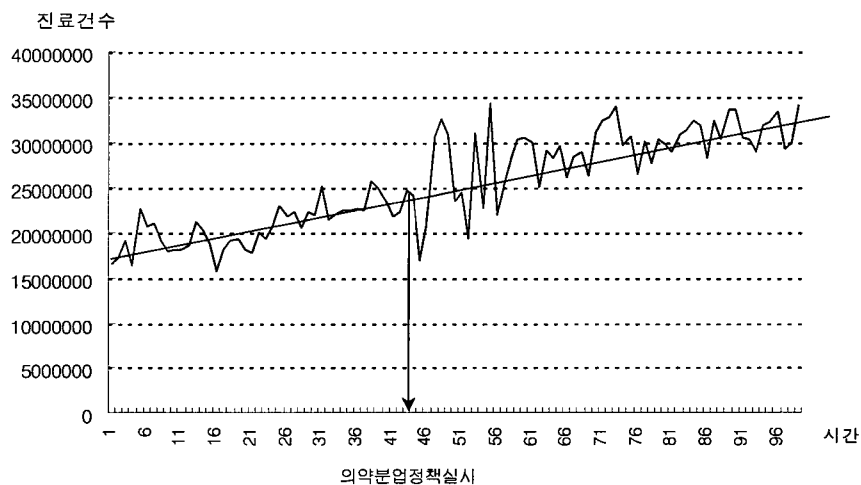


그림. 의약분업정책실시 이후 외래진료건수의 변화

외래진료 및 약제비

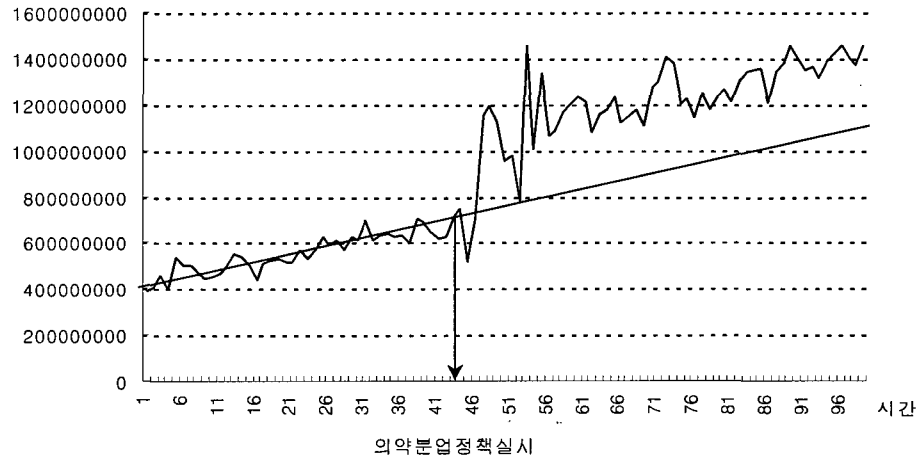


그림. 의약분업정책실시 전후 외래진료 및 약제비의 변화

2. 의약분업 현황과 문제점

1) 의료기관 외래부분의 약국 방문자 흡수 기능 미흡

- 의약분업이 실시되면서 많은 연구자들이 의료기관의 외래 의료이용이 증가할 것이라고 예측했으나, 의약분업 시행 1년여 후의 의료 이용률은 연간 자연증가율을 감안하여 볼 때 오히려 감소
 - 이는 의약분업 정책이 가져가야 할 중요한 정책의 순기능이 발현되지 않았다는 것을 의미

2) 약국에서의 임의 진단·처방에 따른 의약품 조제 및 판매 상존

- 민간 조사연구결과에 따르면, 약국에서 질병에 대한 불법적 진단이나 임의처방에 따른 약제의 조제나 판매가 여전히 만연
 - 건강연대(2001)의 조사 :
 - 처방전 없이 전문의약품(항생제:마이신)을 요구시 약사가 처방을 받아야 하는

약이라고 설명하며 병의원 방문을 권유한 경우는 53%에 불과, 문진을 한 경우는 22%

- 의약분업연구회(고광욱 등, 2002)의 조사 :

설사환자에 대해 병의원 진료를 권유한 경우는 6.6%에 불과, 59.2%의 약국에서 문진 실시

- 한국갤럽(2002)의 조사 :

약사의 진료를 받은 경험이 있는 사람이 52.7%, 약사의 임의조제를 경험한 사람이 15.7%, 처방전 없이 전문의약품 구입한 경험이 있는 사람이 6.1%

□ 약국에서 질병에 대한 불법적 진단이나 임의처방에 따른 약제의 조제나 판매를 할 수 없다는 것은 이미 법적으로 성문화 되어 있으나 여전히 이를 막지 못하는 것은 현행 의약분업 정책 자체에 약사의 의약품 오용을 제어할 수 있는 기전 또는 정책의지 부재

3) 항생제, 주사제 처방 감소실적 미흡

□ 정부가 의약분업 정책목적 중의 하나로 제시한 것이 의약품의 오남용 감소였지만, 의약분업 실시이후 오남용 감소 실적은 매우 미흡함.

- 의약품의 처방약품수 감소는 큰 차이가 없음

- 청구건당 항생제 처방률은 감소하였으나, 이는 의약분업보다는 2001년 하반기부터 실시된 약제적정성 평가가 더 큰 영향을 미친 결과로 해석됨

- 주사제 처방률은 감소하였으나 분업실시 전인 2000년 1월과 6월 사이에 가장 큰 감소가 있었던 점을 감안하면 분업과 상관없이 주사제 처방이 감소하는 추세의 반영이라는 해석이 더 타당

4) 의약분업 실시로 국민피해 및 불편 증가

□ 의약분업은 3조원에 달하는 직접적인 보험진료비의 증가에도 불구하고 국민건강의 향상이나 국민의료비 절감, 의약사의 분업을 통한 생산성 향상이라는 정책목표의 달성은 실패하고 있음

- 의약분업으로 보험급여비가 급증하여 보험료율의 인상이라는 부담 가중
- 의약분업은 병의원이 갖는 약가마진을 흡수하여 국민 부담을 줄이는 것이 목적이었는데 약가마진은 약국이나 도매상으로 이전되고 국민부담은 오히려 늘어났음
- 의약분업 이전에 병의원이 갖던 마진은 교차보조 기능을 하여 의료수가를 억제 시키는 데 기여하였으나, 오늘날 약국이나 도매상이 갖는 마진은 그러한 교차보조 기능도 갖지 못하게 하여 국민들 부담만 가중시켰음
- 의약분업을 통하여 약국에서 직접 구매하던 의약품을 보험급여로 전환시켰음에도 불구하고 가게의 의약품 구입비는 오히려 증가하여 국민부담은 2중으로 늘어 남

□ 병원 외래 약국 폐쇄로 처방전을 갖고 약국을 전전해야 하는 경우 발생

- 특히, 외과수술 후 환자나, 심신거동이 불편한 노인, 소아들과 함께 방문한 환자의 경우 조제 불편 여전

5) 건강보험재정 파탄 초래

□ 의약분업 정책으로 인한 추가 비용은 5년간 19조원 가량으로 추계됨

6) 의약분업의 후속조치로 인하여 의료체계 왜곡 초래

□ 의약분업 정책의 목표 중의 하나였던 전체 의료비 중 약제비가 차지하는 비중을 감소시켜 궁극적으로 국민의료비를 절감하겠다는 목표는 효과를 거두지 못함

□ 건강보험 재정 압박에 대한 정부의 '재정안정화대책'은 우리나라 의료체계를 왜곡시키는 방향으로 몰아가고 있음

- 약가마진에 의해 수입이 보전되던 병의원이 수입보전 시스템의 상실로 수가 인상을 초래
- 재정안정화 조치 후 의약분업으로 인한 수가인상분 반납
- 원가 이하의 의료보험수가((일반수가 87.5%, 응급의료수가 68.8%로 보건복지부 2005년 5월 26일 발표)로 인하여 경영압박 초래

- 의료시스템이 수익구조 개선을 위해 의료시스템의 왜곡 초래

7) 의약분업에 대한 국민만족 저하

- 의약분업으로 인한 의료기관 외래에 대한 접근도 약 28% 감소
- 조제포기 비율이 의약분업 전 2.6%에서 분업 후 10.1~15.8%로 증가
- 국민들의 89.9%가 의약분업 제도가 수정되어야 한다고 응답
(42.1%: 전면폐지, 47.9%: 수정, 보완)
- 의약분업제도에 대한 만족 응답은 11.7% 불과
 - 불만족 요인(비용 측면: 80.4%, 소요시간 측면: 77.0%, 절차 측면: 75.2%)
 - 한국보건사회연구원 : 80% 이상이 불편
 - 한국갤럽 : 의약분업은 '잘못한 일'(76.9%)
- 법으로 정해 놓은 의약분업을 국민들이 따르지 않는다는 것은 국민들이 범법자가 되지 않고서는 가능하지 않다는 점을 감안할 때, 의약분업 정책에 국민들이 적응해가고 있다는 평가(조재국과 이상호, 2001; 조병희, 2002)는 매우 위험한 생각임에 틀림없음

나. 개선방안

1) 약사법 개정을 통한 의약품 오용 근절

- 현재 약사법 상에서 조제나 판매라는 모호한 용어를 사용하여 범망을 피해가는 형태의 약사들의 불법적인 임의진단 및 처방에 따른 의약품 조제나 판매를 근절하지 않고는 의약분업이라는 제도의 실효성을 갖기 힘들
 - 따라서 약사법에 있는 기관 벌칙조항을 폐지하고 약사들의 불법 의료행위를 의료법에 준하여 관리 감독하여야 함

- 약국의 임의진단에 근거한 한약재 약물 처방과 판매가 매우 다양한 방법으로 이루어지고 있어 국민들의 건강을 위협하고 있음. 따라서 한약 및 생약제 부분도 아울러 의약분업의 차원에서 다루어야 할 것임
 - 고광욱 등(2002)의 조사에 의하면 약국에서 설사환자에게 주는 약품의 종류가 140가지나 되며, 대부분의 약들이 한방제제를 중심으로 처방 판매되었고, 전문의약품 성분이 포함된 한약제제도 다수 포함된 것으로 보고함
 - 약국이나 환자들 모두 어떤 질병에 어떤 약이 적합한 약인지를 잘 알지 못하므로 무분별한 임의진단과 처방에 따른 약제의 조제나 판매는 반드시 근절되어야 할 것임

2) 가정상비약품의 슈퍼판매 허용

- 국민들의 불편을 해소하고, 가정상비약품에 대한 국민들의 저렴한 구매를 유도하기 위해서는 가정상비약품의 슈퍼판매 허용이 전격적으로 단행되어야 함
 - 대부분의 선진국들에서 시행하고 있는 가정상비약품의 슈퍼판매 허용은 의약분업의 조속한 정착을 위해 필수적인 과정임
 - 가정상비약품들에 대한 재분류 작업을 거쳐 국민들이 손쉽게 가정상비약품을 구매할 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것임
 - 국민들이 가정상비약품들에 대한 가격과 성분을 비교 검토하여 살 수 있도록 슈퍼에서 진열 판매하여야 할 것임

- 의사단체에서는 국민들이 가정상비약품을 적절하게 이용할 수 있도록 적절한 지침서를 만들어 정부에 제출하여야 함
 - 정부에서는 이를 국민들에게 널리 알리어 가정상비약품이라 하더라도 오남용하지 않고 적절히 이용할 수 있는 행태를 갖도록 노력하여야 함
 - ‘국민들 스스로 건강지킴이’라는 책임의식을 국민들에게 갖게 하지 않는 한 국민들은 자신들의 건강문제에 대하여 점차 의존적으로 변하게 될 것이며, 이는 향후 국민의료비 증가에 심각한 영향을 줄 수 있음

□ 현재 우리 국민들은 가벼운 질병에 있어 의료기관 이용시 매우 낮은 의료비를 부담함에 따라 스스로 건강을 지키고자 하는 능동적인 행태가 낮아져 있음. 이 결과 우리나라의 의료이용률이 선진국인 미국의 2배에 이르고 있으며, 이로 인한 건강보험에 대한 재정지출이 심각한 지경에 이르고 있음

□ 외래 본인부담금의 상향 조정과 함께 가정상비약품을 슈퍼에서 판매하게 한다면 국민들은 가벼운 질환을 스스로 자가 치료할 것이고, 그래도 낫지 않을 경우 의료기관을 방문하게 될 것임

- 가정상비약품의 슈퍼판매는 일단 감기와 같은 가벼운 질병의 초창기에 겪을 수밖에 없는 발열이나 통증, 불편문제를 일차적으로 또한 즉각적으로 해결함으로써 국민 불편을 줄일 수 있을 것이며, 이차적으로 의료보험재정에 긍정적인 영향을 줄 수 있음

- 따라서 세계 여러 선진국들에서 대부분 실시하고 있는 가정상비약품 판매시스템을 국내에 조속히 도입하여야 할 것임

3) 의약분업으로 인하여 불편이 많은 환자들에 대한 배려

□ 의약분업 정책 평가를 위한 실태조사를 통하여 추가적으로 정책에 반영되어야 하는 내용으로는 노약자, 소아, 육체 및 정신장애인, 신체적 어려움을 동반한 만성질환자, 특수질환자 등 의약분업으로 인하여 많은 불편을 겪어야만 하는 국민들을 위한 능동적인 보완책이 마련되어야 할 것으로 판단됨

□ 주사제를 의약분업 예외 항목으로 설정하였듯이 환자들의 불편도를 감소시켜주기 위한 적극적인 정책이 추가적으로 마련되어야 할 것으로 판단됨

4) 공정하고 객관적인 국회차원의 의약분업정책 평가 실시

□ 의약분업 정책 평가를 객관적으로 실시하여야만 미래지향적인 국가정책을 수립할 수 있음

- 의약분업정책평가에 행정부처의 영향력이 과도하게 지배하는 한 공정한 평가

가 이루어질 수 없음

□ 공정한 평가 후 의약분업 전반에 대한 전면적 정책 개편방향을 논할 수 있음

의사인력정책

1. 의사인력 정책

1) 현황 및 문제점

□ 1977년 의료보험 도입으로 의료수요의 증가에 대비하여 의사인력 증가정책을 실시하다 1989년 전국민 의료보험 실시를 계기로 보다 적극적인 의사인력 증가 정책 실시

- 그러나, 의사인력의 과잉 증가 정책으로 인하여 최근 의사 인력감축 정책 수립에 난항을 겪고 있음

- 당시 의사인력 증대의 우선정책인 ‘기존 의과대학에 정원을 증가’시켜주는 방법을 사용했어야 함에도 불구하고, 정치적인 이유 등으로 인하여 차선책인 ‘의과대학 신설’ 정책을 수립하여 많은 질적 수준이 저하된 의사 배출과 사회적 낭비 초래

→ 의과대학 신설 정책은 매우 많은 사회적 비용을 필요로 할 뿐만 아니라 향후 의사인력의 잉여시 이를 줄이기가 수월하지 않기 때문

※ 의과대 신설 : 1981년 22개교 → 현재 41개

※ 한의과대학 신설 : 1981년도에 4개교 → 현재 11개(2002년 OECD에서 한의사는 의사인력으로 합산할 것을 권고함)

※ 인구대비 의사를 양성하는 교육기관의 수 : 세계최고

- 한국 : 인구 1000만명당 9.2개(한의과대학 포함시 11.7개)

- 미국 5.7개, 일본 6.5개, 캐나다 6.0개, 영국 5.1개

※ 인구 10만명당 우리나라 의과대학 입학정원은 7.8명

- 미국(6.5명), 일본(6.2명), 캐나다(6.3명)

□ 적정 의사인력 수에 대한 보고

- 국민소득 1만불 시점에서의 인구 10만명당 의사수의 비교

일본(127명), 미국(136명), 한국(159명)

- OECD에서 제안한 적정 의사수는 인구 10만명당 150명

- 미국 COGME의 8차 보고서에 근거한 21세기초 환자진료에 필요한 적정 의사수는 인구 10만명당 145-185명

- 우리나라는 2005년에는 184명으로 적정 목표치에 도달하며, 2007년에는 적정 의사수를 초과

□ 의사인력에 대한 연구 동향

- 1970년~1980년대 : 대부분의 보고서들에서 인력 부족 지적

- 1990년대 이후 : 의사인력 공급과잉, 의사인력 조정의 필요성 지적

※ 의사인력 잉여에 대한 감축 정책 부재 이유 :

기존의 대학운영과 관련된 기득권층에 대한 교육부의 손해 정책 실시 포기

□ 신설 의과대학의 의학 교육과정 부실 운영

- 적정수의 교수요원 미확보

- 기초의학 교수요원의 부족과 의학교육에 필요한 임상실습병원 부재 등 기본 교육시설의 미비 등으로 인한 부실 교육과정 운영에 대한 방관 등 국가의 책임의식 결여

□ 의사인력의 공급과잉은 국가의 경제발전에 매우 중요한 걸림돌

- 인구 10만명당 의사수가 200명을 넘을 경우 의사과잉에 따른 폐해 발생

□ 의사인력 양성의 비효율

- 입학정원이 40-50명인 신설 의과대학이 18개로서 전체 의과대학의 43%를 차지하여 의사인력 양성비용이 선진국에 비하여 비효율성을 면치 못함

2) 의사인력의 배출에 국가가 관심을 가져야 할 필요성

의사 및 의학교육의 질 저하 초래

국민의료비의 증가

- 의사수 증가에 따른 의료보험 청구액의 증가
- 비급여 부문에 대한 의료수요 창출로 불필요한 의료비용 증가
- 낭비적인 의사인력 양성을 위한 불필요한 의학교육 비용의 부담 존재

의료 공급 행태의 왜곡 초래

- 의사 과잉은 한계의사들의 생존을 위한 공급행태의 왜곡 문제를 제기
 - 특히 보험제도를 통한 수가고시와 강제지정제는 한계의사의 생존을 보장하는 수단이 되어 공급행태의 왜곡을 가능케 함
- 한계의사들의 공급행태 왜곡은 매우 위험한 결과 초래

낙오된 의사들의 퇴출과정의 복잡

- 경쟁에서 낙오된 의사들의 퇴출과정 복잡
- 다른 직종과 달리 의사인력은 적정한 한도이상으로 배출이 될 경우 사회발전에 도움이 되는 순기능 보다는 꼭 필요치 않은 의료를 창출해 내는 역기능을 발휘할 수 있음
- 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 것임
- 낙오된 의사인력이 퇴출되기 전에 기존 보건의료 인력들과의 직종간 분쟁 발생

3) 외국의 예

< 미국 >

미국의 GMENAC(Graduate Medical Education National Advisory Committee)에서는 장래 의사공급과잉에 대한 대처로서 의과대학 입학정원

의 삭감 제안

- 1984년부터 현재까지 316명을 감원
- 1995년에는 2개의 의과대학이 폐교

- 미국 의회가 장래 의사수급과 관련하여 1986~96년간 한시적으로 발족시킨 COGME (The Council in Graduate Medical Education)는 의사인력에 대한 공급추계를 통해 2020년의 인구 1만명당 의사수를 1995년과 같은 수준(24.2명)으로 유지하기 위해서 2020년까지 101,670명의 인력공급 감축 제안(U.S. DHHR, 1992)

< 영국 >

- 1970년 의사수는 78,649명으로 인구 10만명당 160명이지만, 2000년까지는 의사수가 20,400명이 더 늘어날 것으로 예상
 - 의사실업자가 매년 3,000명정도 될 것으로 추정하고 있으며, 의사의 고용 확보가 문제화 됨
 - 1984년 10월에 700명의 의사가 실업수당을 정부로부터 받음

- 현재 의과대학 의학부의 입학정원을 정부가 1970년에 설정한 4,080명의 목표 이내에서 억제하는 정책을 채택

< 프랑스 >

- 프랑스의 의사수 억제정책은 1970년대 후반부터 1980년대 초반까지 의대 입학정원을 감축시켜 1983년에는 5,900명 까지 감축

< 네덜란드 >

- 1984년 약 2,000명의 의사가 실업상태이고, 1995년에는 7,800명이 될 것으로 예측
 - 이런 의사들은 실업보험으로 생활
 - 의사의 실업문제에 대응해서 국외 이주를 소개하는 비영리단체 설립

- 정부는 의사의 실업을 무시할 수 없기 때문에 보건위원회(Gezondheidsraad) 안에 의사인력관리위원회를 설치
 - 이 위원회는 입학자수, 졸업자수, 각 전문 분야별 의사수, 비임상분야의 의사수를 검토하여 의과대학 입학정원을 1,200명으로 감축할 것을 제안

- 정부는 이 제안을 받아 1,980명이던 입학정원을 1984년부터 1,485명으로 줄임. 추후 감축규모를 다시 조정하고자 함

< 일본 >

- 1985년부터 의과대학의 입학정원을 감원 조정하기 시작
 - 1985년부터 1994년까지 의과대학 입학정원을 640명을 감원
 - 1995년부터 10년간에 걸쳐 다시 입학정원을 10%의 추가 감원 결정

4) 의사 인력정책 개선 방향

- 의과대학 입학정원의 감축 시행
 - 양적 측면에서는 거의 충족되었으므로 향후 질적 측면, 효율적인 활용측면의 문제가 중요
 - 의학교육과정에 대한 질관리 강화
 - 동일지역내 의과대학의 의학교육과정의 통합운영으로 점진적인 의과대학 입학 정원 감축 및 통폐합 유도
 - 대학 부속병원에 제공되는 감세정책의 전면적 개혁을 통한 의과대학 통폐합 유도
 - 기본적으로 의과대학 소유가 절세의 근거가 되어서는 안 됨
 - 의학교육을 담당하는 병원들에 대한 형평적 지원방안 마련

- 급변하는 의료 환경에 적응하기 위한 졸업 후 의학교육 강화 필요
 - 의학교육 과정 전의 교육 강화에서 의학교육 후 전문교육 강화가 더 중요
 - ‘4 +4 학제’ 실시 강요를 지양하고, 의사면허 취득 후 의료관련 산업분야의 전문화 교육과정 도입이 더 중요

- 부가가치를 창출할 수 있는 기초의학을 육성하기 위한 기반 마련

- 산·학·연 형태의 기초의학 분야 집중 투자

□ 전공의 수련교육과 직무보수교육 개선

- 전공의 수련교육은 대학과 병원이 공동으로 관장하는 것이 바람직함
- 지역의 각 대학을 중심으로 한 자매병원 체계의 전공의 수련 시스템 유도
- 졸업 후 직무보수 교육을 지역 의과대학에서 담당
- 수련교육에 대한 정부의 적극적 재정 지원방안 마련

□ 의사인력 통합관리 추진

- 2002년 12월 파리에서 열린 OECD 회의에서 우리나라의 한의사수는 의사수에 포함시켜 인력을 산출할 것을 권고
- 향후 공식적인 의사 수 산출에 있어서 의사 수에 한의사 수를 더한 수로 대외적으로 통계자료가 산출
- 의사인력에 대한 통합관리 필요
- ※ 의사인력 일원화 이전에 의료서비스 분야의 통합과정이 선행되어야 하며, 의학 및 한의학과정을 선택 분야 형태로 교육과정을 개편하여야 향후 의사인력 일원화 과정이 자연스럽게 이루어질 수 있을 것임

□ 의사인력에 대하여 향후 진료 분야로의 진출보다는 의료산업 및 생명공학산업과 관련된 여러 산업으로 진출하여 국가 경쟁력을 높일 수 있는 의학 교육 시스템으로의 개혁

- 단순한 의사 직무교육에서 다양한 산업분야를 창출해낼 수 있는 인력을 양성하기 위한 교육과정 개편 필요
- 입학정원을 어느 정도 감축시키면서 다른 한편으로는 우수한 인구집단을 국가 경제의 걸림돌로 키우지 말고 폭발적인 생산인력으로 양성하고자 하는 교육정책이 절실히 요구됨

5) 보건의료인력 해외 이주 프로그램의 활성화

최근 의사인력을 포함한 다양한 보건의료 인력의 과잉공급 초래

- 내수 의존적 인력 수급은 한계를 초과

보건의료서비스 시장은 가까운 장래에 WTO 하에서 전면 개방될 것으로 예측

우선 FTA 체결국간의 보건의료 인력의 해외 이주 프로그램을 활성화하기 위한 교육 프로그램 운영 등이 시급

선진국들만을 대상으로 하기보다는 동남아 등 다양한 지역으로 보건의료 인력의 해외 이주 프로그램을 개발하여야 할 것임

- 의사인력도 일차보건의료 인력의 양성 정책에서 고급 의료 인력의 양성정책으로 전환하여 해외 이주 유도

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

표 2. 10% 감원 조정 유무시 인구 10만명당 한의사 포함 총의사 지수 비교

산출과정	2005	2010	2020
면허등록의사수(A)	87,678	104,283	137,493
10% 감원 조정시 면허등록의사수(B)	87,678	103,623	133,533
환산지수 ¹⁾	0.9681	0.9673	0.9656
C(=A×환산지수)	84,881	100,873	132,763
D(=B×환산지수)	84,881	100,234	128,939
한의사수(E) ²⁾	15,253	18,745	25,707
F=(C+ E)	100,134	119,618	158,470
G=(D+ E)	100,134	118,979	154,646
인구수 ³⁾	48,460,590	49,594,482	50,650,260
인구10만명당 총의사 지수	206.6	241.2	312.9
10% 감원 조정시 인구 10만명당 총의사 지수	206.6	239.9	305.3

1) 환산지수: 은퇴율과 사망률(장현숙 등. 보건의료인력 수급 및 관리체계. 한국보건산업진흥원, 2000) 적용

2) 장현숙 등. 보건의료인력 수급 및 관리체계. 한국보건산업진흥원, 2000

3) 통계청. 인구추계(<http://www.nso.go.kr/>). 2002년 7월 18일 검색자료