

정몽준 후보의 선진보건의료를 위한 정책대안



정몽준 후보
국민통합 21

I. 의료제도 현황과 문제점

1. 의료제도의 문제점

□ 의원과 병원의 기능 미분화

의원에서 수술, 입원, 특수검사 등 병원과 동일한 기능을 수행함으로써

고가장비 과다이용, 전문의 이직 및 수급 불균형, 의료전달체계 및 개방형 병원제 기능 와해, 보험제정의 낭비, 환경오염 증가, 적정진료상의 문제 등을 야기하고 있음.

□ 불합리한 수가체계

미국에서 개원의에 대한 지불수단으로 이용되는 상대가치수가 제도를 병원입원환자까지 확대

적용하고, 의원과 병원간 환자 본인부담액 및 의료기관 종별 가산률의 불균형이 심화 됨으로써 환자의 적정진료가 위협받고 진료의 왜곡 및 병원도산사태를 초래하고 있으며, 선진형 의료제도의 정착을 불가능하게 하고 있음.

□ 병원외래조제실 폐쇄 및 실구입가 상환제

의약분업의 목적과 상관없이 병원외래조제실을 폐쇄하고 의약품 실구입가 상환제를 실시함으로써 환자의 불편과 불만을 가중시키고, 시간적, 경제적 부담을 증가시키고 있음.

□ 기타 연행의료제도의 문제점

가. 의료전달체계 실패

의료자원의 효율적 활용을 위하여 도입했던 의

료전달체계 및 개방형 병원제는 소기의 성과를 거두지 못해 사실상 중단 되었음.

나. 적정진료체계 미흡

수술 및 입원진료의 경우에는 야간당직의사 및 간호인력 적정 배치가 필수적임에도 불구하고 소규모 의료시설은 당직의사와 간호인력배치가 제대로 이루어지지 않아 의료사고의 위험에 노출되어 있음.

다. 중소병원 경영난 심화

병원의 의사인력 및 경영난이 심화되어 병원 도산율은 2001년도 8.9%에 이어 2002년에는 10%를 상회할 것으로 분석됨.

〈2001년도 병원도산현황〉

	100병상이상	100~199	200~299	300이상	합계
전체병원	421개	195개	133개	192개	941개
도산병원	63개	14개	6개	1개	84개
도산율(%)	15.0%	7.2%	8.9%	0.5%	8.9%

참고1) 1999,2000년도 병원 도산율은 각각 6.5%, 7.4%임.

2. 건강보험제도의 문제점

□ 국민의 낮은 보험료와 높은 진료비 부담

현행 우리나라 건강보험료는 세계에서 가장 낮은 수준이나 환자들이 실제 부담하는 본인부담금은 높아 국민의 불만이 해소되지 않고 있음. 특히, 중증입원환자의 경우 진료비 부담액이 서민들의 부담한계를 초과함으로써 가정경제를 파탄으

로 몰아 넣고 있음.

□ 보험재정 적자 가중

의약분업 이후 수가인상 및 약제비 증가 등으로 보험재정수요가 급증하여 담배부담금 등 신설에도 불구하고 보험재정이 정상화되지 않고 있음.

3. 의약분업의 문제점

□ 의약분업으로 인한 국민불편과 가격상승

의약분업으로 불편을 호소하는 국민이 전체의 92%에 달하는 것으로 조사됨(2002. 한국보건사회연구원)

병원외래조제실 폐쇄 및 의약품 실거래가 상환제로 인해 의료가관 스스로 고가약품 사용을 억제할 수 있는 기전이 사라졌으며, 저렴한 가격으로 구입하려는 유인도 없어서 가격상승을 유발하고 있음.

병원외래조제실 폐쇄로 인해 병원외래환자들은 처방전료, 조제료 등이 포함되어 병원보다 2배 이상 비싼 원외약을 이용해야 하며, 원외약국 이용으로 인한 시간비용이 연간 2조원을 넘는 것으로 분석됨.

□ 국내제약산업의 기반붕괴

고가의 제약 선호성향으로 외자제약사의 국내시장점유율이 급속히 증가하고 있으며, 향후 수년간 현재의 추세가 지속될 경우 국내제약산업의 붕

괴가 우려됨.

□ 증소의료기관의 기반붕괴

의약분업 이후 각종 개원의에게 유리한 편중된 수가인상으로 병원 봉직전문의의 집단적 개원으로 인한 중소병원급 의료기관의 붕괴현상과 의료기관별 수익구조의 왜곡현상이 초래되고 있음.

II. 정책과제

1. 중장기 정책과제

□ 의료의 시장기능 도입

과거 의료를 '시장의 실패'이론에 기초한 '정부의 통제' 정책기조에서 벗어나 서구 선진국형의

〈의약분업 전후 국민건강보험료 비교표〉

구 분	'99년 7월~'00년 6월 (분업전)	'00년 7월~'01년 6월 (분업후)	증 감 액
1.총의료비	12조 2,866억원	16조 4,995억원	+4조 2,129억원(34.3%)
2.요양급여비	8조 1,943억원	11조 9,264억원	+3조 7,321억원(45.5%)
-의원	3조 1,703억원	4조 1,820억원	+1조 744억원(34.6%)
-병원	6,703억원	7,261억원	+588억원(8.3%)
-종합병원	1조 4,742억원	1조 5,080억원	+338억원(2.3%)
-대학병원	1조 7,795억원	1조 5,585억원	△2,210억원(12.4%)
-약국	2,102억원	2조 7,752억원	+2조 5,650억원(1220.3%)
-기타기관	9,525억원	1조 1,766억원	+2,241억원(23.5%)

자료: 의약분업 전후 건강보험 이용실태

구 분	내 과	일반외과	소아과인과	산부인과	정형외과	신경외과	정신과	성 형	안 과
종합전문,									
국·공립병원	17.7%	13.4%	21.2%	31.0%	14.4%	17.4%	15.9%	31.6%	18.8%
중소병원	37.2%	30.1%	47.2%	33.6%	28.5%	37.4%	28.6%	61.9%	10.8%
구 분	이비인후과	비뇨기과	마취과	진단방사선과	임상병리과	가정의학과	응급의학과	기 타	합 계
종합전문,									
국·공립병원	15.4%	17.1%	16.8%	17.8%	11.3%	29.5%	15.15	13.3%	16.5%
중소병원	30.9%	23.3%	35.0%	37.3%	22.9%	22.5%	34.6%	38.8%	34.0%

자료: 2001년도 전문의 이직율(자료출처: 병원협회)

‘시장기능 활성화’를 통한 의료정책의 기초전환
(참고 : 의료시스템의 2-Tier System)

▶ 의료보호 + 의료보험 ⇒ 국민건강보험 + 민간보험

□ 의원과 병원의 기능 재설정

의원과 병원의 의료제공기능의 재정립

의원 : 외래중심진료

병원 : 입원중심진료

※ 참고 : 미국과 일본의 경우 의원의 입원재원에 대한 보상기준을 48시간으로 제한하고 의원의 입원병상수 보유를 제한하고 있음(미국 : 6병상, 일본 19병상)

□ 의료수가의 원가기준 합리적 재조정

현재 원가에 못 미치는 의료수가를 단계적으로 조정하여 ‘적정수가, 적정진료’가 이루어질 수 있도록 의료수가를 원가를 기준으로 한 적정 보상함.

또한, 현재 단일수가체계를 원가구조가 다른 의원과 병원수가를 일본처럼 2원화하고 장기적으로 Hospitals Fee, Physician Fee의 분리함

□ 국민건강보험 재정의 확대

OECD 선진국의 국민의료비 GDP 8~10%인 수준을 감안할 때 현재 우리나라의 국민의료비 5%수준은 ‘적정수가, 적정진료’의 근본적인 한계가 있음. 따라서 점진적인 국민건강보험 재정확대를

위한 ‘국민공감대’를 형성을 위한 캠페인이 요망됨

2. 단기정책과제

가. 의료기관의 적정진료체계 구축

현재 22,000개에 이르는 의원의 수술 및 입원진료가 적정시설과 인력확보가 없이 이루어지고 있어 적정진료 및 환경오염에 심각한 문제를 야기하고 있음. 따라서 적정진료여건 및 환경오염방지시설을 갖춘 경우에 한하여 수술과 입원진료를 허용해야 함.

나. 지역 공공의료기관의 역할 재정립

현재 전체공급병상수 기준 15%에 해당하는 공공의료기관의 역할에 대한 역할정립과 현재 붕괴되고 있는 농어촌 지역사회의 ‘공공의료기관과 민간의료기관’의 기능재정립에 대한 체계적인 대안 개발을 통한 농어촌지역주민 ‘건강지킴이’ 역할이 요구됨.

다. 영리병원의 설립허용을 통한 의료서비스 향상

2004년도로 예정된 WTO/DDA에 의한 외국의료기관의 국내 진출 가능성 등과 관련하여 현재 국내의료기관의 경쟁력 강화가 요망되며, 이를 위한 현행 의료기관의 ‘영리추구’에 대한 규제를 철폐하여 희망의료기관에 대한 ‘합법적인 영리추구’를 허용하는 방안을 전향적으로 검토할 필요가 있음(미국 : 영리병원의 병상비율 15%)

III. 정책제언

□ 문제의 상호연관성

보건의료문제는 문제점들은 관련 이해당사자가 많고 이들의 이해관계가 상호 밀접하게 연관되어 있어 한 가지 문제를 해결하기 위한 정책집행은 또 다른 문제를 야기하게 되어 대책수립을 어렵게 하는 '복합성'을 가지고 있음(사례 : 의약분업 정책)

□ 문제의 핵심요인

따라서 급진적인 정책을 통한 일시적인 문제해결보다는 '의료의 시장기능 활성화'의 도입을 통한 정책실패(policy failure)에 의한 보건의료의 자원낭비를 예방하고 국민의 불편과 부담을 줄인다는 원칙이 요구됨. ¹²⁰⁰²

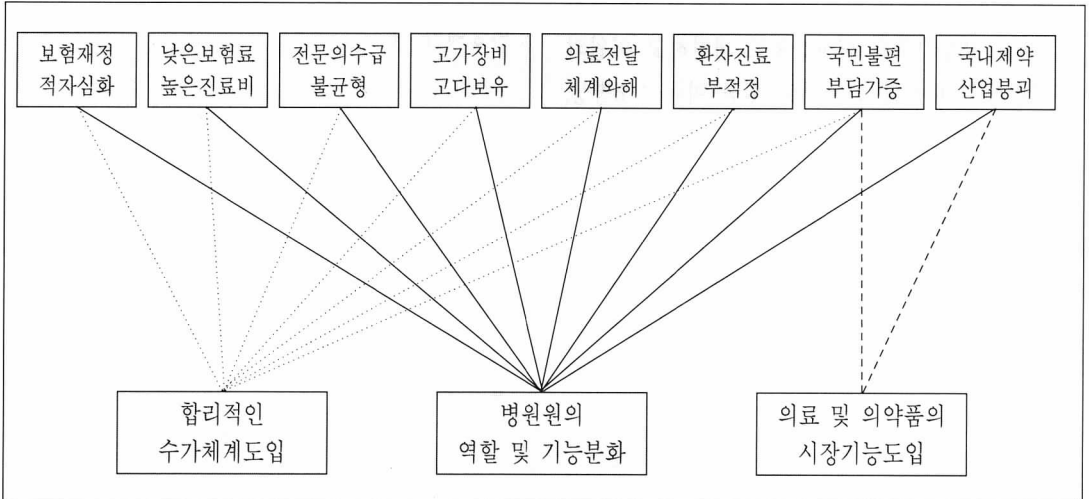


그림. 현재의 보건의료 정책실패연계와 정책안