

# 보건의료정책방향



글·김 태 섭 |  
보건복지부 보건정책국장

## I. 머리말

- 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 보건의료시스템에 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

## II. 보건의료체계의 평가

- 기본적인 보건의료서비스 공급체계는 구축되었으나, 민간 우위 체계여서 공공보건의료 부문은 양적·질적으로 취약
- 민간 중심 의료체계는 가용자원이 부족하던 경제성장기 예산상 부담 없이,

\* 민간 vs. 공공의료기관('02. 6월) :

구분	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

- 단기간 내에 무의촌을 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)

의료기관을 선택

- 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

\* 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

- \* 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 보건 의료비의 15.4%)
- 만성적 수입·지출 불균형 요인, 의료보험 통합, 수가 인상 등으로 건강보험 재정 악화
- \* 당기수지 : △ 1조원('00년) → △4조2천억원('01년 추계, 재정대책이전)→△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

### III. 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 보건소를 신설하여 지역주민에게 포괄적·지속적

인 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 개편하

여, 국립한방병원, 중앙응급의료센터, 희귀·난치성 질환센터 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 국가방역 체계 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 책정 공급

- 의료인력의 적정 수급 및 질적 수준 제고
- 장기적인 의사인력의 적정 수급을 위하여 의대 입학정원 10% 감축 추진 ('04~'06년)
- 전공의 정원을 단계적으로 감축하고 일차의

료 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 상대가치수가를 조정
- 안과 · 피부과 등 공급 과잉과의 정원은 줄이고 병리과, 치료방사선과 등은 확대
- 진단방사선과 · 병리과 · 응급의학과 등 10여 개 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, 단단계 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 장비구입비용자(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 4000여억원의 재원이 확보된 만큼, 우리 응급의료 수준을 한 차원 높이기 위한 종합적인 개선 대책을 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·보험료를 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, 병원약국 조제료 인상('03. 1월)
- \* '03년 수가 조정 : 의원 22% 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·활용체계를 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 지원하고는 「질환군별 유전체연구」등
- 국민연금기금을 활용하여 벤처투자조합을 결성, 벤처 창업·기술개발 촉진
- \* '02년에는 연금기금 910억원을 출자, 총 1,823억원 규모

의 조합 결성

- \* '06년까지 조성되는 오송생명과학단지 등 보건산업 인  
프라 확충
- \* 식약청·보건원 등 4개 국책기관이 이전하고, 보건과  
학기술원 및 부설 생명과학센터 등 연구지원시설이  
건립되어, 바이오보건산업의 메카로서의 기능 수행

#### IV. 맺음말

- 참여정부의 복지이념은 '참여복지'
  - 한편으로 복지의 확대를 피하면서도 단순히  
'피주기만 하는' 복지를 지양한다는 점에서  
국민의 정부가 내세웠던 '생산적 복지' 이념  
을 계승하고 있으나
  - 다른 한편으로 모든 국민을 위한 복지를 지  
향하며, 국가의 책임을 강조하고 국민의 참여  
를 확대한다는 측면에서 국민의 정부 출범  
때와 달라진 우리 나라의 현실을 반영한 새  
로운 사고의 틀임
- 참여정부는 국가가 국민에 대하여 보건·복  
지 공급의 책임을 진다고 하는 국가의 책임  
론을 강조
  - 보건복지에 대한 책임은 일차적으로 국가가  
담당해야 하며, 외교·안보 등과 마찬가지로  
국가가 당연히 공급해야 하는 인프라이자 공  
공재인 것으로 파악
  - 참여정부는 “모든 국민의 건강 보장”을 위하  
여 공공의료료를 확충하고 건강보험의 보장성  
을 확대하며, 보다 나은 보건서비스를 공급하  
기 위해 노력할 것 