

# 의료체계의 개선



글·송건용  
한국병원경영연구원 연구위원

## 1. 의료체계의 개념 및 목적

의료체계(health care system)의 목적은 좋은 건강(good health), 적은 비용(low cost), 의료의 질과 안전성, 소비자와 제공자의 만족 등을 실현하는데 둔다. 이를 실현하기 위하여 이 체계는 의료서비스 제공(service provision)과 재정(financing) 기능을 갖는다. 의료전달체계는 의료체계 중 서비스제공 기능을 주로 취급한다.

그러나 의료제공은 재정에 크게 영향을 받는다. 재정은 공공재정(public financing)과 민간재정(private financing)으로 구분된다. 공공재정에는 정부재정과 사회보험 재정이 포함된다. 민간재정에는 自費, 私保險 등이 포함된다. 의료제공도 공공부분과 민간부분으로 구분되는데, 우리나라의 경

우 민간부분이 의료제공 자원(시설 및 인력 등)의 대부분을 차지하고 있지만, 의료제공에 있어서 건강보험, 의료급여, 산재보험 등 공공재정으로 보상된다. 따라서 공공재정은 의료체계의 목적을 성취하는데 매우 중요한 역할을 한다.

따라서, 의료체계를 의료서비스 제공과 재정으로 구분하여 현황, 문제점 및 개선방안 등을 검토한다.

## 2. 의료제공system으로서의 의료전달 체계

### (1) 의료전달체계의 도입

의료전달체계는 의료서비스를 생산 및 소비하

는 체계로서 1989년에 정부시책으로 실시되었다. 1989년에 설정했던 의료전달체계의 실시 목적은 다음과 같다.

- ① 의료기관의 기능 구분, 1, 2, 3차 의료의 적절한 이용과 단계적 진료체계의 확립, 1차의료 공급기반 확립과 대형병원 외래환자 집중 완화
- ② 의료자원의 지역간 의료기관 종별 균형분포와 의료자원의 낭비 방지
- ③ 자원의 효율적 활용을 통한 의료공급의 효율 향상, 의료비 절감, 의료재정 안정

의료전달체계는 하나의 system으로 볼 수 있다. system은 여러 개의 하위 system인 subsystem으로 구성된다.

〈 subsystem의 종류 〉

- 의원, 보건소 등 보건기관(1차 의료기관)

- 병원, 요양병원(2차 의료기관)
- 종합병원(2차 의료기관)
- 종합전문요양기관(3차 의료기관)

이들 subsystem이 효율적으로 기능화되어야 system인 의료전달체계도 기능화할 수 있다. 이에 따라 의료전달체계의 목적도 성취 가능하다. 이와 같은 관점에서, 각 subsystem의 문제를 기능(진료한 환자의 casemix의 구성)과 투입요소(인력, 장비)로 구분하여 분석되었다.

(2) subsystem별 기능과 문제점

의료기관의 주기능(primary function)은 환자진료이다. 환자진료는 외래와 입원 진료로 구분할 수 있다. 의료기관 종류 즉 subsystem별로 의료시장에서의 환자점유율은 <표 1>과 같다.

〈표 1〉 의료기관 종별 진료실적(%), 2002년 1-6월

의료기관 종류	입원	외래
3차병원	24.1	3.6
종합병원	32.8	5.5
병원	26.7	4.4
의원	16.4	83.1
보건기관	-	3.4
계	100.0	100.0
(실수, 단위 1,000)	(20,616일)	(243,052회)

자료: 심사평가원, 의료기관 종별 심사실적  
보건기관에 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 포함.

전체 입원진료의 83.6%는 병원급 이상 의료기관이 점유하고, 의원은 16.4%를 점유한다. 의원의 입원진료 시장 점유율은 1997년의 12.3%보다 증

가한 것이다. 전체 외래진료의 83.1%는 의원에 의하여 점유되고 있고, 1997년의 82.9%와 비교하여 점유율은 증가하고 있다.

의료기관 종별 입원환자의 DRG분류 중증도의 분포는 <표 2>와 같다.

<표 2> 의료기관 종류별 DRG 구분에 의한 중증도 분포(%)

구 분(N)	3차 의료기관 (44)	중 합 병 원				병원 (50)	의원 (820)
		300병상 이상 (50)	299-160 병상 (50)	160병상 미만 (41)	전체 (141)		
단순진료	86.3	87.8	90.9	90.4	88.9	90.3	98.6
일반진료	10.2	8.6	6.3	7.0	7.8	5.3	1.2
전문진료	3.5	3.6	2.8	2.6	2.3	4.4	0.2

N = 의료기관 표본수(자료: 1996년 환자조사)

중증도는 단순진료, 일반진료, 전문진료 등으로 구분되는데, 의료기관 종류별로 진료한 환자의 중증도 분포는 3차 의료기관에서 일반진료 및 전문진료의 비율이 약간 높지만, 전체적으로 의료기관 종류로 유의한 차이가 없다. 특히 의원은 입원실만 있으면 병원에 적용되는 시설기준의 적용을

받지 않고 수술 및 입원진료가 가능함에도, 입원환자의 중증도의 분포는 병원과 중소 종합병원과 비교하여 유의한 차이가 없다.

의료기관 종류별 해당 의료기관의 기능에 적합한 외래환자 진료 비율은 <표 3>과 같다.

<표 3> 의료기관 종별 적합 외래 진료 구성비(%)

구 분	3차 의료기관	300병상+	299-160	-159	병원	의원
1차 적합질병	40.6	47.6	46.9	50.1	58.8	61.1
1,2차 적합	36.9	38.0	42.8	41.1	31.9	34.1
2차 적합	5.6	6.1	6.1	5.5	5.9	2.7
2,3차 적합	16.9	8.3	4.2	3.3	3.4	2.0
3차 적합	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료 : 서울대 보건대학원, 의료체계의 정립을 위한 요양기관별, 질병별 가산율 및 본인일부부담금 개선에 관한 연구, 1999

3 차의료기관에서 진료한 2, 3차 적합질병의 비율이, 그리고 의원에서 1차 적합환자의 비율이 큰 것을 제외하고, 의료기관 중별로 해당 의료기관에 기대되는 적합질병의 진료 비율은 낮다.

이와 같은 의료기관 중별로 진료한 입원환자의 중증도와 외래환자의 질병분포는 적정한 제공자(right provider)에 의한 적정한 의료(right care)제공 비율이 낮고, 의료자원의 낭비도 큼을 나타낸다.

**(3) subsystem별 투입요소**

투입요소는 환자진료를 위해 사용되는 주요 의료장비, 인력, 그리고 이들 투입요소를 이용하여 이루어지는 진료형태 등으로 구분할 수 있다.

subsystem 및 진료과목별 전문의수는 진료의 세분화 및 전문화 수준을 나타낼 수 있는데, 현황은 <표 4>와 같다.

진료과목별 전문의수는 3차 의료기관에서 비교

**<표 4> 의료기관 중별 및 진료과목별 의사 수**

진료과목	3차 의료기관	중 합 병 원			병 원	의 원
		300+	299-160	159-100		
<b>&lt;내과&gt;</b>						
전문의	25.0	7.4	2.9	2.3	1.5	1.2
전공의	35.6	8.4	0.7	-	-	-
계	60.6	15.8	3.6	2.3	1.5	1.2
<b>&lt;소아과&gt;</b>						
전문의	7.4	3.4	1.6	1.9	1.5	1.0
전공의	11.7	2.7	0.3	0.3	-	-
계	19.1	6.1	1.9	2.2	1.5	1.0
<b>&lt;일반외과&gt;</b>						
전문의	9.6	3.7	2.1	1.2	1.8	1.1
전공의	11.8	2.0	0.1	-	-	-
계	21.4	5.7	2.2	1.2	1.8	1.1
<b>&lt;산부인과&gt;</b>						
전문의	7.1	4.1	1.9	1.2	2.9	1.7
전공의	13.8	4.1	0.7	-	-	-
계	20.9	8.2	2.6	1.2	2.9	1.7
<b>&lt;진단방사선과&gt;</b>						
전문의	8.4	3.2	1.4	1.3	0.8	1.3
전공의	11.2	1.6	-	-	-	-
계	19.6	4.8	1.4	1.3	0.8	1.3

자 료: 보건복지부, 환자조사 자료, 1996

적 많고, 병상규모가 작아짐에 따라 전문의수는 적어지는 경향이 있으나, 299병상 이하 종합병원, 병원, 의원 간에 유의한 차이가 없다. 병상 규모가 크면 전공의수도 많아지며, 특히 3차 의료기관에서 각 진료과목별로 전공의수는 전문의수보다 많다. 이와 같은 의료기관 중별 전문의수 및 전공의

수는 특히 299병상 이하 종합병원, 병원, 의원간에 진료과목별로 의료의 전문화 수준을 유의하게 차별화하기에 어렵다는 것을 의미한다.

〈표 5〉는 전국 의료기관이 보유하고 있는 주요 검사 및 수술 처치 장비 중 의원이 보유하고 있는 비율을 나타낸다.

〈표 5〉 전국 의료기관이 보유한 의료장비 중 의원 보유율(%)

장비명	전국 장비수	의원 보유율(%)
〈검사장비〉		
형광현미경	3,281	76.0
식도경	2,852	81.8
위경	6,200	73.1
십이지장경	3,601	80.3
심장초음파영상기	1,264	58.8
CT(전신용)	1,370	40.6
MRI	374	13.1
〈수술 및 처치 장비〉		
전신마취기	7,402	60.4
LASER수술장비	4,221	79.8
수술용 현미경	3,279	67.7
체외충격파쇄석기	283	29.7
온열암치료기	302	31.5
인공신장기	6,586	50.2

자 료: 건강보험심사평가원, 2002년

의료기관의 종류에는 종합병원, 병원, 의원 외에 치과, 한방, 보건기관, 조산원 등 모든 의료기관이 포함되며, 이들 모든 의료기관이 보유한 의료장비 중 의원의 보유율을 나타내고 있다. 이들 검사, 수술, 및 처치 장비는 의료기관의 진료 범위와 기술 수준을 나타낸다.

〈표 6〉은 subsystem별 입원 및 외래 진료형태의 분포를 나타낸다.

입원진료의 경우 의료기관 종류별로 수혈, 검사, 방사선 진단 치료 등이 3차 의료기관과 종합병원에서 비교적 높고, 의원에서 마취, 처치, 수술 등 비율이 종합병원, 병원보다 현저히 높다. 외래진료의 경우 3차 의료기관과 종합병원에서 검사 및

방사선 진단 치료의 비율이 비교적 높지만, 투약, 처방 및 주사 비율은 의원에서 현저히 높다. 미국 (physician office)의 경우, 내원환자의 64.1%에게

투약처방, 34.7%에게 상담/교육 및 기타 치료 (other therapy), 16.8%에게 검사를 실시한다.

〈표 6〉 의료기관 종류별 진료 100건당 진료형태(%)

진료형태	3차병원	종합병원	병원	의원
〈입원〉				
투약, 처방	94.4	94.8	95.3	98.7
주사	96.3	96.7	90.1	93.1
마취	35.2	27.5	26.7	40.1
처치, 수술	68.0	58.3	52.8	74.6
수혈	14.9	6.9	4.3	0.2
검사	95.0	95.4	88.3	52.9
방사선진단 치료	77.2	78.9	67.6	25.1
〈외래〉				
투약, 처방	60.5	83.9	83.9	94.6*
주사	8.1	25.5	52.4	61.7
마취	19.4	4.6	10.6	6.0
처치, 수술	32.8	13.1	21.2	20.5
수혈	0.2	0.1	-	-
검사	26.5	26.9	18.4	10.3
방사선진단 치료	34.1	23.5	27.6	7.0

자료 : 의료보험연합회, 1997년 의료보험 진료내역 경향조사, 보고서 내용 자료 재집계.

\* = 치과의원의 투약, 처방 제외.

방문당 진료소비시간은 우리나라의 경우 3분 내 외이지만, 미국의 경우 방문당 평균 19.2분(최소 피부과 15.4분, 최대 정신과 38.9분)이며, 각 진료과목 별로 상담/교육에 특히 다이어트, 운동, 체중감소, 성장 발달, 콜레스테롤 감소, 상해예방 등 상담에 많은 시간을 할애한다. 우리나라는 GDP 대비 국민 의료비 부담은 선진국의 절반 수준(5%)이지만, 연

간 1인당 외래방문수는 세계 최고 수준이다(건강 보험적용자의 연간 1인당 외래방문회수는 13.1회이며, 자동차, 산재보험, 의료보호, 전액 자비 등 이용을 포함하면 2001년 14.7회로 추정됨).

**(4) 공공부문과 민간부문**

의료제공(service provision)을 공공부문과 민간부

문으로 구분할 수 있다. 1999년 보건복지부의 환자조사 자료를 이용하여 서비스제공 자원을 공공 부문과 민간부문으로 구분해 보면, 병상의 88.3%, 인력의 86.6%, 특히 전문의의 90.6%, 전공의의 77.6%가 민간부문에 의하여 점유되고 있다.

의료제공 실적을 보면, 외래진료의 92.6%, 입원진료의 89.6%가 민간부문에 의하여 제공되고 있다. 민간부문은 외래진료나 입원진료에 있어서, 상병분류별 또는 244개 시, 군, 구별로 차이없이 의료제공을 주도하고 있다. 특히 외상 및 중독, 임신 및 분만, 암, 결핵 등의 상병, 건강보험이나 의료급여, 산재보험 등 공공재정으로 지원되는 환자의 외래진료와 입원진료는 전적으로 민간부문에 의존한다. 행려환자 등 보상받지 못하는 진료에 있어서도, 민간부문은 외래진료의 70%, 입원진료의 52%를 점유한다.

공공부문은 의료제공에 있어서 자신의 역할과 기능을 차별화하여 수행하지 못하고 있다(민간부문에 대한 보완 기능 없이 대립 및 경쟁 관계에 있음). 이와 같은 공공부문의 자원 점유 및 서비스 제공 실적의 취약성은 의료체계의 공공성이 낮은 이유의 하나로 지적된다. 그러나 의료체계의 공공성은 모든 국민의 의료이용의 형평(equitable access) 실현을 통한 건강격차(health disparities) 해소 및 국민보건 향상으로 정의된다. 이에 따라 의료체계의 공공성을 강화하기 위하여 의료이용의 장애가 되는 재정적 및 지리적 장애를 제거 및 완화하여 형평적인 의료이용을 실현할 수 있는 정책수단이 제시되어야 한다. 우리나라의 경우 민간부문의 공공성 향상이 주요한 정책과제가 된다. 민간부문은 서비스의 질 향상, 주요 보건재와 서

비스의 공급 확대, 정부의 불필요한 부담 제거, 보건서비스의 이용 증가 등 잠재력을 갖고 있고 이러한 잠재력의 활용을 세계보건기구, 세계은행 등이 권장하고 있다.

의료제공에 있어서 민간부문은 지불능력이 있는 소비자에게 예방, 조기발견, 치료, 재활 등 서비스의 종류에 제한이 없이 제공이 가능하다. 이는 소비자의 지불부담을 덜어주는 공공재정(public financing)의 역할이 크면 민간부문의 잠재력이 크게 활용될 수 있음을 의미한다. 그러나 이러한 공공재정의 기능은 아주 취약하여 민간부문의 국민보건 향상 잠재력이 충분히 활용되지 못하고 있다.

### (5) 건강수준과 보건체계

세계보건기구가 190여개국을 대상으로 국민의 건강수준과 보건체계의 실적을 평가한 결과(2000년)를 보면, 우리나라의 의료체계에 문제가 많음을 알 수 있다. 세계보건기구가 평가한 우리나라의 건강수준 및 보건체계의 실적 순위는 <표 7>과 같다.

우리나라의 건강수준의 순위는 세계 51위, 보건체계의 실적 순위는 58위로서 일본, 프랑스 등 선진국가보다 열악하고, 미국의 경우 GDP 중 보건비 지출 비율이 가장 높음에도 건강수준이나 보건체계의 실적 순위는 높지 않다.

우리나라의 GDP 중 보건비의 비중은 일본보다 약간 낮지만 건강상태와 보건체계의 실적 순위는 일본보다 훨씬 열등한 위치에 있다. 보건지출 중 민간지출의 비중이 큰 것도 문제로 지적된다. 우리나라 보건체계와 재정(financing)이 비효율적임을 알 수 있다.

〈표 7〉 우리나라의 건강수준 및 보건체계 실적 순위

국가	GDP 중 보건비(%)	총보건비 지출 중 민간지출(%)	건강수준 순위	보건체계의 실적 순위
한국	6.7	62.3	51	58
일본	7.1	19.9	1	10
프랑스	9.8	23.1	3	1
미국	13.7	55.9	24	37

자료: WHO, the world health report 2,000.

GDP 중 보건비의 비중은 우리나라의 경우 6.7%로서 세계 191개 국가 중 51위에 해당한다. 우리나라와 유사한 건강수준을 나타내는 국가의

보건비 비중, 1인당 보건비, 보건체계의 실적 등의 비교 결과는 〈표 8〉과 같다. 이들 5개국과 비교하여 우리나라는 이들 중

〈표 8〉 우리나라와 건강수준이 유사한 국가의 보건비 및 보건체계 실적 비교

국가	보건비(%)	1인당 보건비(\$)	민간지출(%)	건강수준	보건체계 실적
베네주엘라	3.9	298	32.6	52	54
그레나다	6.3	298	53.4	49	85
멕시코	5.6	421	59.1	55	61
파나마	7.5	449	26.0	47	95
아랍에미레이트	4.2	816	64.6	50	27
한국	6.7	862	62.3	51	58

자료: WHO, the world health report 2,000.

GDP 중 보건비(%)와 1인당 GDP가 가장 큰 국가에 속하지만 건강수준이나 보건체계의 실적 순위는 크게 앞서지 않는다. 다만 우리나라와 아랍에미레이트는 1인당 보건비, 민간지출(%), 건강수준 등이 유사하지만 우리나라는 GDP 중 보건비의 비중은 높은 반면 보건체계의 실적 순위는 크게 떨어진다.

우리나라는 선진국으로 도약하고 있는 국가이

다. 우리나라는 다른 개발도상국가의 건강수준과 보건체계의 실적을 나타내고 있고 선진국과 비교하여 건강수준도 보건체계의 실적도 아주 낮은 수준에 있음을 알 수 있다. 보건체계의 효율과 국민건강 향상이 의료개혁의 주요 과제가 되어야 함을 알 수 있다.



### 3. subsystem의 기능 재정립 및 차별화

#### (1) subsystem별 문제

- 의원
  - 질병중심(disease centered) 치료에 치중하며, 질병예방 및 관리 등 건강 지향적 全人的 건강관리를 강조하는 1차 의료 공급 기능은 상실된 상태임.
  - 장비 및 시설 과투자, 국민의 높은 외래진료 및 높은 약제비 지불부담 등 자원 및 의료비의 낭비소지가 큼.
- 병원과 3차 의료기관
  - 3차 의료기관을 제외하고, subsystem은 환자 진료에 있어서 기능의 차별성이 결여되어 subsystem간 기능적으로 연계될 유인이 없고, 각각 독립적으로 존립한다.
- ▷ 의원과 병원간 입원진료의 전문화에 차별성 결여
- ▷ 병원과 종합병원간 입원진료 및 외래진료의 전문화에 차별성 결여.
- ▷ 3차 의료기관은 연구개발, 전문의 교육 등 기능 취약으로 선도의료의 개발 및 확산 기능의 제약성
- 따라서 의료전달체계는 효율적으로 기능화할 수 없고, 국민에게 적절한 의료(appropriate care)의 제공 기능 상실, 의료의 질과 안전성이 손상된 의료를 제공할 위험에 노출, 질병 예방 및 건강증진 기능의 취약성에 따른 치료

수요의 증가와 외래진료에서의 중복 검사 및 과이용(overuse) 경향에 기인한 의료비 낭비 등의 문제를 갖게 된다.

- 이들 현행 의료전달체계의 문제는 subsystem의 기능적 차별화와 차별화된 기능간 연계에서 찾을 수 있다.

#### (2) 기본방향

- 향후 의료수요는 인구의 고령화, 의료의 질과 안전성에 대한 국민의 기대상승 등에 따라 크게 변화할 것이며, 특히 WTO 의료시장 개방에 대처한 경쟁력 향상 등을 고려한 장기적 관점에서 종합적으로 접근방안을 강구해야 한다.
- 현행 subsystem 분류기준은 기능이 아닌 병상 규모에 두고 있는데, 이러한 분류기준을 선진국의 예를 참고로 하여 기능을 중심으로 재분류하여 subsystem의 기능적 차별화를 촉진한다.

#### (3) subsystem별 기능 재정립 및 설립기준

- 의원
  - <기능>
    - 1차 의료(예방, 건강증진, selfcare 능력 향상, 만성질환관리, 전인적 진료 등) 제공 장소(place)
    - 현행 입원진료 기능 제외, 질병중심의 전문적 진료(검사, 수술, 입원 등)는 병원에서 수행토록 함.

〈설립기준〉

- 無 병상을 원칙으로 하되, 회복 또는 검진을 위한 관찰 병상으로서 5병상 이하로 제한(보협급여는 48시간 이내로)

- 병원

〈분류〉

- 기능에 따라 일반병원(general hospital)과 전문병원(specialized hospital)으로 분류(subsystem에서 종합병원 제외), 진료과목별 전문화 촉진

〈일반병원〉

- 주 기능
  - ▷ 내과 및 외과계 진료과목의 선택 설치 및 이에 따른 질병별로 특화된 전문적 진료 제공
- 설립기준
  - ▷ 병상은 30병상 이상(미국 25병상 이상, 일본 20병상 이상)
  - ▷ 지역거점병원의 기능을 하는 병원의 병상수는 200병상 이상
  - ▷ 의료수요와 경쟁력을 고려하여 설치해야 할 진료과목은 내과계와 외과계로 하며, 진료과목은 지역의 의료수요를 고려하여 병원이 선택하여 설치 가능토록 함.

〈전문병원〉

- 주 기능
  - ▷ 전문과목을 중심으로 특화된 질병진료 기능(기능의 기술수준에 따라 전문병원의 기능은 다음과 같이 분류됨)

① 3차 의료를 제공하는 전문병원

② 2차 의료를 제공하는 전문병원

- ▷ 전문병원은 결핵, 정신, 안과, 산부인과, 아동, 척추 등 전문과목을 특화한 병원임.
- ▷ 현행 병상을 보유한 산부인과, 정형외과, 정신과 등 대부분 의원은 전문병원으로 분류되며, 병원의 시설기준이 적용됨.

• 설립기준:

- ▷ 병상수에는 제한을 두지 않음(진료과목의 특성과 지역의 병상수요에 따라 병원이 필요한 병상을 설치 가능토록함).
- ▷ 현행 병원 시설기준 적용

〈전문의료원〉

• 주 기능

- ▷ 의료기술의 연구, 개발 및 확산이며, 선도의료 등 3차 의료 제공
- ▷ 전문의료원은 현행 3차 의료기관을 改名한 것으로서 향후 일본의 특정 기능병원, 미국의 3차 의료시설(교육병원, trauma center)의 기능 등 고도 의료의 제공, 고도 의료기술의 개발 및 평가, 고도 의료에 관한 연수 등 특화된 기능 수행

• 설립기준

- ▷ 500병상 이상 교육병원
- ▷ 연구 개발과 교육 중심 병원으로서(일본의 경우에 의사와 간호사 등 인력을 병원의 2배 이상 확보토록 하고 있음) 결핵과, 핵의학과 등 10개 이상 전문과목 설치
- ▷ trauma center: 미국의 설치기준 및 인력기

준 고려

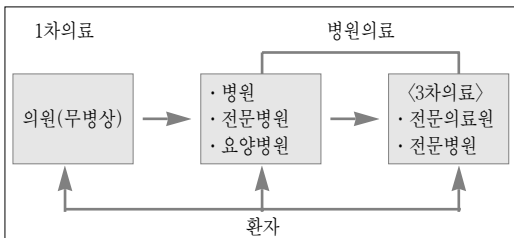
▷ 집중치료실: 미국 Society of Critical Care Medicine이 권장하는 Level IA의 인력 및 서비스 기준을 고려하여 특화(집중치료실은 Level I과 II로 구분, I은 전문과목 및 세부 전문과목별로 분리된 여러 개의 집중치료실을 갖고 sophisticated 장비, 전문간호사, critical care medicine의 훈련을 받은 의사 등의 지속적 활용이 가능해야함. Level I에 academic mission이 첨가된 것이 Level IA임)

〈요양병원〉

- 주 기능은 만성질환자(입원기간 30일 이상)의 요양임.
- 독립 의료기관 또는 병원 부설(unit)로 설치 가능토록 함.

**(4) 새로운 의료전달체계의 골격**

의료전달체계를 구성하는 subsystem의 기능 재정립, 재분류 및 차별화에 따라, 1차의료 기반구축, 병원의료의 진료과목별 전문화 및 경쟁력 향상 등을 기할 수 있도록 하고, subsystem간 기능적 연계 등에 근거를 둔 새로운 의료전달체계의 골격은 〈그림 1〉과 같다.



〈그림1〉 새로운 의료전달체계 기본골격

**4. 재정 및 정책과제**

의료체계의 다른 하나의 축은 재정이다. 의료제공은 재정의 방향에 따라 움직인다. 그만큼 재정의 역할은 크다. 새로운 의료전달체계가 subsystem별로 기능이 차별화 및 연계되어 의료체계의 목적인 좋은 건강, 적은 의료비, 의료의 질과 안전성, 소비자와 제공자의 만족 등을 효율적으로 성취할 수 있도록 재정 기능이 정립되어야 한다.

의료제공의 주요 재원은 사회보험과 정부재정 등 공공재정이다. 이들 중 건강보험 재정의 역할은 중요하다. 의료체계가 국민보건 향상에 효율적으로 기여 못하면 공공실패/시장실패가 일어난다고 한다. 시장실패의 주요 원인의 하나는 가격이 실제가격을 반영하지 못하는 것이다. 보험재정의 제약으로 보험수가가 실제가격을 반영하지 못하는 것이 현실이다. 현행 수가는 경상비(인건비, 재료비 등)도 보상하지 못하는 수준으로서 실제가격을 반영하지 못한다. 따라서 새로운 의료전달체계 및 subsystem의 기능화에 초점을 둔 수가체계의 개편과 재정기능을 강화한다.

- 전문병원의 활성화를 위하여, 진료의 전문화 수준에 따라 현행 종합병원의 수가와 3차 의료기관 수가로 이원화하여 진료과목별 전문화 및 기술경쟁력에 기준을 둔 수가체계를 확립하고, 수련병원 지정 등 지원책 강구
- 취약지 및 지역밀착 민간병원 특히 지역거점 병원의 기능을 수행하는 병원에 대한 시설장비 및 병원보조금 지급
- 3차 병원/대학병원에 특화된 난치병 등 질병의 예방 및 치료 등 연구개발 및 기술 확산의

지원(예: 일본의 특정기능병원)

- 민간 비영리병원은 공공부문 병원에 준하는 감세 및 면세
- 비영리병원의 재정안정을 위한 영리사업 범위 확대(예, 미국, 일본)

이외에도 의료체계의 목적을 효율적으로 성취하기 위하여, 정부재정의 역할이 커져야할 영역이 많다. 수가에 반영되지 않은 비용(자본비, 전공의 수련비, 의료사고, 질병예방 및 건강상담 등), 특정지역(농어촌, 벽지), 특정계층(저소득, 영·유아, 모성, 노인, 장애인 등), 특정대상(高額 및 慈善의 진료, 응급의료, 저체중아 집중치료, 선천기형 및 손상 등), 연구 개발 등에 대한 정부재정을 증가함으로써 공공재정(건강보험 및 정부재정)은 의료의 질 및 안전성 향상, 의료이용의 재정적 장애의 제거 및 완화에 기여함으로써 의료이용과 건강상태의 형평 실현에 기여할 수 있다.

한편, 개방형병원제의 활성화를 위한 대책이 강구되어야 한다. 의원에 취업한 전문의의 잠재능력 최대 활용, 의원의 시설 장비 투자 절약과 병원시설 및 기술 최대 활용, 환자에게 적절한 진료와 진료의 계속성 확보 등을 기한다. 개원의(attending physician)와 병원의 의사(house staff) 및 지원인력간 역할, 책임, 권리 등의 명확한 구분, 수가는 physician fee, hospital fee 등으로 분류된 수가체계가 개발 및 도입될 필요가 있다. 특히 병원 의사와 비의사서비스(non-physician services, 간호사 등 지원인력, 시설, 장비 등 지원) 비용에 근거한 病院酬價의 신설 등이 필요하다. 1차의료 기능수행(상담/교육, 환자등록 및 관리 등)에 따

른 환자당 진료시간의 증가와 외래진료량의 감소를 반영한 physician fee(현행 상대가치 점수에 의거한 의료행위료)의 상향조정도 고려되어야 한다.

특히 민간부문의 잠재력 활용의 극대화를 위한 관-민 제휴(public-private partnership)의 형성과 이를 위한 재정지원책이 강구되어야 한다. 의원은 보건소 등 보건기관의 예방적 기능과 연계되어야 하고, 지역 자치단체장의 책임 하에, 의원의 1차의료와 공공보건의료기관의 질병 예방, 조기발견, 건강증진, 만성질환관리 등 기능을 네트워크화하여 지역단위로 1차 의료 제공기능을 체계적으로 강화한다.

민간병원은 선진국의 경우와 같이 공익성을 강조하는 비영리 병원과 영리를 추구하는 병원으로 이원화하여 비영리 민간병원의 공공성을 강화한다. 한편, 영리를 추구하는 영리법인 병원을 허용한다. 