

# 보건의료체계의 발전과 성찰

이규식

연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

## Development and Reconsideration of Korea Healthcare System

Kyu Sik Lee

Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Sciences, Wonju, Korea

During last 65 years, Korea has achieved very rapid economic growth and social reformation including healthcare system. Many foreigners have praised that Korea healthcare system is very good in the respect of ease accessibility to healthcare under the lowest cost among the industrialized countries. Whole population are covered by the National Health Insurance. Also utilizations of healthcare among different income classes are even. However Korea healthcare system faced with several challenges, in terms of the an aging population and a rise in chronic disease problem, new threats of communicable disease due to globalization, the rapid increase of healthcare expenditure and high financial burden of patients even though they are insured. To cope with these challenges, we need reconsider the healthcare system as followings; to set up ideology of healthcare as normative public goods, to rebuild paradigm of healthcare for 21 century, to reform public health for strengthening health promotion, to develop new method for healthcare management including quality improvement and consumer responsiveness, to build new governance for health and to view new perspective on healthcare as a kind of industry.

**Keywords:** Delivery of health care; Development of healthcare; Reconsideration of healthcare; Aging; Chronic disease; Governance; Health industry

### 서 론

우리나라는 건국 이후 오늘에 이르기까지 경제의 압축 성장에 힘입어 보건의료체계에서도 괄목할만한 발전을 이루었다. 그러나 발전은 새로운 과제를 잉태하는 것이 사회법칙이다. 따라서 발전과정에서 파생되는 과제를 해결하면서 나아갈 때 발전은 지속될 수 있지만, 발전된 성과에 안주할 경우 그 체계는 붕괴되는 것이 역사의 법칙이었다.

필자는 2008년 11월 보건행정학회에서 ‘우리나라 보건의료정책의 새로운 패러다임’이라는 제목의 발제를 통하여 우리의 보건의료체계의 발전을 위한 18개의 과제를 제시하였다. 그러나 5년이 지난 오늘의 시점에서 볼 때 당시 제시하였던 과제들이 거의 변화하지 않고 있어 새로운 패러다임은 요원한 것 같다. 5년 전에 제시하였

던 과제가 거의 해결을 보지 못하고 있는 점은 우리나라 보건의료체계의 발전과정에서 잉태된 구조적 문제들에 대한 근본적인 성찰 없이 개혁을 주장하였기 때문이 아닌가 여겨진다. 따라서 미래발전을 위하여 오늘의 성찰은 의미가 있을 것이다. 이제 건국 이후 65년간의 우리나라 보건의료체계의 발전을 더듬어보고, 어디에 문제가 있는지를 성찰해 본다는 것은 앞날의 발전을 위하여 매우 의미가 있다고 본다.

### 보건의료체계 발전의 결과

#### 1. 밝은 면

한 나라의 보건의료체계를 평가하는데 영아사망률이나 평균수명을 지표로 흔히 인용하는데, 이러한 지표로 보면 우리나라는 선

Correspondence to: Kyu Sik Lee

Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Sciences, 1 Yeonsedae-gil, Heungeop-myeon, Wonju 220-710, Korea

Tel: +82-10-8718-6343, Fax: +82-2-598-5563, E-mail: 02kslee02@gmail.com

\*이 논문은 2013년 11월 7일 한국보건행정학회에서 발표한 원고를 수정한 것임.

Received: November 12, 2013 / Accepted after revision: November 30, 2013

© Korean Academy of Health Policy and Management

진국과 비교하여 큰 손색이 없다. 물론 이러한 지표의 개선은 보건 의료분야의 노력만으로 이루어지는 것이 아니라 생활하부구조의 개선이나 국민의 생활습관 등이 어우러져 나타나는 결과라는 점에 유의해야 한다.

의료이용 측면을 보면 우리나라는 선진국들에 비하여 낮은 국민 의료비를 사용하면서 의료의 접근성이 용이하여 선진국들에 비하여 이용률이 훨씬 높다. 복지국가라는 스웨덴의 경우를 보면 2010년 국민의료비를 gross domestic product (GDP)의 9.6%나 사용하면서 환자의 의료에 대한 접근성이 용이하지 않아 2005년 0-7-90-90 룰이라는 진료보장제<sup>1)</sup>를 제정하여 정부가 의료접근성을 유지하려 노력하고 있다[1]. 스웨덴이 아니라 하더라도 대부분 유럽 국가들을 보면 국민의료비는 GDP의 10% 내외를 사용하면서 병원의 입원대기나 진료대기는 심각한 수준이다. 그런데 우리나라는 국민의료비가 GDP의 7.1%에 불과하지만(Table 1) 상급종합병원을 제외하면 당일료 의료이용을 할 수 있어 세계에서 가장 값싸고 편리하게 의료를 이용할 수 있는 국가라 하겠다. 특히 의료자원에서 병상수는 일본에 이어 세계 2위 수준이다.

의료기술 측면에서도 우리나라는 그렇게 나쁜 수준이 아니다. 그동안 건강보험에서 비급여가 용인되었고 심지어는 의료현장에서 임의비급여가 제공된 까닭에 복강경이나 내시경을 이용한 수술과 로봇수술 등에서 어느 국가보다 뛰어난 기술력을 보이고 있다. 그리고 정보기술을 활용한 picture archiving communication system (PACS) 보급이나 order communication system (OCS)시스템의 도입으로 검사를 받고 난 직후에 바로 의사의 진찰에서 검사결과를 볼 수 있어 병원에서의 대기시간을 줄이고 있으며, 정보기술을 행정에 접목시킨 병원정보시스템에서의 발전은 어느 국가나 부

러워하는 수준에 있다. 의료기술의 발전으로 많은 국가의 의사들이 우리의 의료기술을 배우기 위하여 찾아오고 있으며, 병원정보시스템의 발전은 사우디아라비아를 위시한 중동 국가들이 우리나라 병원정보시스템을 도입하겠다고 나서도록 만들었다.

의료이용의 형평성 측면에서도 우리나라는 다른 어떤 국가에 비하여 형평성이 보장되는 국가이다. 의료이용의 집중도계수를 소득 수준별로 볼 때 거의 0 (zero) 값에 접근하고 있어 완전한 형평성<sup>2)</sup>이 이루어지고 있다(Table 2).

## 2. 어두운 면

값싸고 수준 높은 의료를 모든 국민이 이용하고 전 국민이 의료보장권 속에 있어 미국의 오바마 대통령을 비롯한 외국의 많은 사람들이 우리나라 의료체계를 부러워하고 있다. 그러나 내면을 들여다보면 그렇게 자랑만 할 수는 없다.

국민의료비가 현재는 낮은 수준이지만 세계에서 가장 빠르게 증가하여 이러한 추세를 방치하면 의료비 부담이 건강보험제도의 존속을 위협할 것이다. 의료체계 내부를 살펴보면 의료이용과 관련된 도덕적 해이가 심각하며 중병이라 생각되면 무조건 서울의 대형병원으로 가보자는 생각도 문제가 많다. 건강관리를 운동과 같은 생활습관의 개선으로 하지 않고 큰 병원만 찾겠다는 소비자의식도 문제가 많다. 그러다 보니 의료이용의 형평성은 거의 세계 최고 수준인데 건강형평성은 갈수록 악화되는 문제가 있다.

이용자행태만 문제가 되는 것이 아니라 의료공급자들도 민간이냐 공공이냐를 불문하고 영리적 공급행태에서 벗어나지 못하는 심각성이 있다. 보험수가가 낮은 것을 빌미로 돈이 되는 비급여서비스나 수가가 원가보다 높은 검사나 영상 촬영과 같은 행위는 과잉 공급이 이루어지고 돈이 되지 않는 응급의료나 중환자실서비스 등은 충분히 제공되지 못하는 문제가 제기된다. 자동차 사고의 경우 가짜 환자가 버젓이 보험청구의 대상이 되고 있으며, 회복이 불가능한 말기 암환자를 급성기 병상에 입원시키고는 computed tomography를 위시한 각종 검사에, 심지어 항암 치료까지 곁들여 3-4개월 생명을 연장시키기 위하여 환자 생을 고통스럽게 마감시키는 것을 흔하게 볼 수 있다. 병원마다 건강검진을 남발하여 한번에 100만 원을 상회하는 검진을 받으면 질병을 조기 예방할 수 있는 양 국민

**Table 1.** Changes of indicators in healthcare

Indicators	1950	1980	2010	
			Korea	Japan
Per capita GDP (dollars)	67 ('53)	1,660	20,759	42,325
NHE/GDP (%)	-	3.7	7.1	9.5
Life expectancy (yr)	46.8 ('48)	65.7	80.55	82.7
TFR	6.0 ('60)	2.8	1.23	1.39
IMR	115 ('50-'55)	30 ('75-'80)	3.2	2.3
No. of outpatient visits/person/year	-	8.15 ('91)	12.9	13.1
No. of inpatient days/person/year (day)	-	11	14	18
Persons/physician (persons)	5,651	1,690	513	455
persons/bed (persons)	2,515	1,001	92	80

Data from Korea Statistics. KOSIS [3]; Japan Statistics. Japan Statistical Yearbook [4]. GDP, gross domestic product; NHE, national health expenditure.

**Table 2.** Le Grand Index of medical service utilization by income classes

	1998	2001	2005	2009
outpatient visits last two weeks	-0.0228	-0.1097	-0.0879	-0.0545
hospitalization last one year	-0.0564	-0.1857	-0.1212	-0.0251

Data from Lee YJ, Park CW. Soc Health Policy 2011;38(1):33-55 [5].

1) 0-7-90-90 룰이란 병이 나면 의료체계와의 접촉은 당일료 하고, 1차 의사와의 상담은 7일 이내로, 전문의 상담은 90일 이내로, 진단과 치료 사이의 간격은 90일 이내로 보증한다는 것으로 그만큼 의료공급자와의 접촉에 시일이 많이 소요됨.  
2) 지역별로 이용의 형평성을 다룬 Lee[2] 연구에서도 Le Grand 집중도 계수는 zero에 가까운 수치를 보여 의료이용이 완전 형평적임을 보여줌.

들을 오도하는 문제도 심각하다. 입원하게 되면 환자 가족이 간병을 해야 하는 현실을 볼 때 과연 우리가 소득 2만 달러 시대에 살고 있는지의 의심이 될 정도이다.

응급의료체계가 제대로 구비되지 못하니 살릴 수 있는 환자를 죽음으로 내모는 일이라든가, 병원이 돈이 안되는 의료행위나 시설 투자는 외면하다 보니 병원에서 환자 안전은 도외시 되는 실정이다. 공중보건의 역량도 주민의 건강관리에서 많은 한계를 갖는 문제도 있다. 의료인력 면에서 인구 1,000명당 활동 의사와 활동 간호사 수가 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 국가 가운데서 꼴찌에 속하고 있다. 다만 증가 속도가 OECD 국가 가운데 의사, 간호사 공히 두 번째 순서에 있어 마음이 놓이고 있다.

인구고령화 속도는 세계 어느 나라보다 심각하며 질병구조도 만성질환구조로 바뀐 지 오래임에도 불구하고 의료공급구조는 여전히 급성질환에 부합하는 구조로 되어 국민들은 많은 의료비를 사용하면서도 필요한 공급자를 찾기 어려운 문제에 부닥치고 있다. 당뇨와 같은 질병을 갖는 사람들이 의료체계의 미비로 동네 의사를 외면하고 상급종합병원을 찾아가니 의료비는 많이 지출하지만 만성질환이 제대로 관리되지 못하고 악화되는 문제를 보이고 있다. 그 외에도 보건의료체계 안에서의 어두운 이야기를 하자면 끝도 없을 것이다.

### 보건의료체계의 성과

보건의료정책은 공중보건에 관한 정책과 의료서비스에 관한 정책으로 구분할 수 있다. 그리고 공중보건이나 의료와 관련된 의약품, 치료재료, 의료인력, 의료시설 등과 중간재와 관련된 정책이 있다. 여기서는 중간재에 속하는 의약품 등은 의료정책의 범주로 설

명하고자 한다.

우리나라의 근대적인 보건의료는 1879년 지식영에 의한 중두법 소개와 1885년 미국인 선교사 알렌에 의한 광혜원의 개설에 의한 서양의학의 전래로 시작되었으나 현대적인 의료가 체계적으로 안착하게 된 것은 1948년 8월 대한민국 정부가 수립된 이후로 간주할 수 있다. 건국 이후의 보건의료체계의 성과를 살펴보기 위하여 오늘에 이르기까지의 시대를 Table 3과 같이 4기로 구분하여 살펴보기로 한다.

제1기는 건국이후 1960년까지로 구분하였다. 이 시대는 정치사적으로 건국의 시대로 보건의료 측면에서는 구료의료시대로 명명할 수 있겠다. 당시의 보건의료정책은 건국에 따라 보건의료의 행정체계를 정비하고 법령을 구비하던 시기라 하겠다. 오늘날의 상황에서 볼 때 당시 보건의료정책은 정책이라 하기도 어렵겠지만, 광복과 6.25 전쟁으로 어려워진 민생의 구빈과 구료가 급하던 시기라 보건 의료정책도 이러한 측면에 초점을 두었다. 미국으로부터 받은 원조 물품으로 겨우 생계를 유지하였고, 국내에서는 활명수나 고약 정도가 생산되었기 때문에 의약품도 원조로 받아 기생충 박멸과 전염병의 예방 및 질병 치료에 노력하던 시기<sup>3)</sup>였다. 이 기간 중에 미국 식의 전문의제도가 도입되어 개업이 허용<sup>4)</sup>되었다.

제2기는 1961년부터 1987년까지로 구분하였다. 이 시대는 경제개발 5개년계획을 통하여 고도 경제성장을 유지하여 정치사적으로는 산업화시대로, 보건의료 측면에서는 공중보건의 시대로 명명할 수 있겠다. 물론 이 시기에 건강보험제도가 도입되는 등의 의료보장에서 획기적인 변화를 맞이하지만 공중보건사업의 체계화로 전염병은 퇴치되고, 웬만한 급성질환은 거의 완치되는 시기로 특징 지을 수 있겠다.

먼저 1962년 보건소법의 전면 개정을 통하여 시·군·구 단위로 보건소를 설립하고 보건요원을 배치하여 방역사업이나 모자보건 사업을 위시한 공중보건사업이 체계적으로 시행되었다. 이 기간 중에 달성한 경제성장에 따른 생활하부구조 개선과 체계화된 공중 보건사업이 어우러져 급성전염병은 거의 퇴치할 수 있었으며 영아 사망률이 획기적으로 개선되어 평균수명도 증가<sup>5)</sup>하게 되었다. 특히 경제개발계획과 병행하여 시행된 가족계획사업 5개년계획으로 출산율을 낮추어 자본축적기반을 조성한 것도 보건의료정책의 성과라 할 수 있겠다. 이 기간 중에 의료보장제도가 도입되어 전 국민 의료보장의 틀을 닦았다. 의료보장제도의 도입은 의료공급이 뒷받침되어야 했기 때문에 의과대학을 위시한 보건의료분야 대학이 대폭 신설되어<sup>6)</sup> 의료 인력이 늘어났으며, 또한 의료시설의 확충<sup>7)</sup>도

**Table 3.** Changes of expected roles of healthcare

Phase	Period	Political phase	Healthcare phase	Expected roles of healthcare
1	1948-1960	State establishment	Relief healthcare	Aid and subsistence
2	1961-1987	Industrialization	Public health	Epidemic control and FP
3	1988-2007	Democratization	Medical security	National health insurance
4	≥ 2008	Advanced period	Advanced healthcare	Sustainability and industrialization

Data from Lee KS. Healthcare reform for enhancing security of health insurance and industrialization of healthcare. Seoul: Korea Institute for Health and Welfare Policy; 2009 [6].

3) 1946-76년 동안 미국으로부터의 원조액은 군사원조를 포함하여 총 126억 달러였으며, 원조액이 가장 많았던 해는 1957년으로 그해 GDP의 22.5%에 달하던 3.8억 달러였음[7]. 전후 미국이 마셜플랜으로 유럽에 원조한 금액이 120억 달러였던 것과 비교하면 우리나라에 대한 원조 규모를 짐작할 수 있음.  
 4) 전문의제도는 1952년 전문 과목 표방 자격 심사제도가 도입되어 10명이 등록하면서 출발을 봄.  
 5) 전염병 퇴치, 영아사망의 감소 등은 공중보건사업만으로는 달성할 수 없으며, 안전 수 공급, 하수시설, 오물처리시설 등의 생활하부구조의 개선이 이루어져야 가능함.  
 6) 1960년까지 의과대학 수는 전국에 8개교에 불과하였으나, 1979년까지 19개 대학으로 그리고 1987년까지는 28개 의과대학이 설립되어 의사를 양성하였음.  
 7) 1959년에 병상 수가 불과 9,894개이던 것이 1987년에는 114,511개로 무려 11.6배가 증가되었음.



본격적으로 이루어졌다. 의과대학의 증설로 군의관 요원이 남게 됨에 따라 1979년부터 공중보건의사제도를 도입하여 보건지소<sup>8)</sup>에 배치함으로써 1983년에는 무의면을 해소하는 성과도 거두었다. 1981년부터 보건진료원제도를 도입하여 오지지역의 1차 의료문제에 대처하기도 하였다.

미국의 원조에만 의존하던 의약품을 국내에서 생산할 수 있는 기반을 갖추기 시작하여 비록 원료는 수입을 하더라도 국내 생산품이 나오게 되었다. 제1차 경제개발 5개년계획기간 중 방역약품의 대량생산과 의약품의 국내생산이 장려<sup>9)</sup>되었다. 그리고 의약품 제조의 질적 수준을 강화하고 안전성을 높이기 위하여 1977년 우수 의약품 제조관리기준인 Korea Good Manufacturing Practice의 제정과 1986년 의약품 안전성 관리기준인 Korea Good Laboratory Practice도 제정되었다.

제3기는 1988년부터 2007년까지로 구분하였다. 이 기간 중에 직선 대통령이 선출되고, 야당으로의 정권 교체가 이루어지면서 민주화가 본격화된 시기로 보건으로 측면에서는 전 국민 의료보장과 보장성 제고를 위한 노력이 이루어지던 시기라 하겠다. 그동안에 직장 근로자에게만 적용되던 의료보장제도가 1988년에는 농어촌지역 주민에게, 1989년에는 도시지역 주민에게도 당연 적용되어 전 국민 의료보장이 달성되었다. 저보험료임에도 불구하고 보험재정이 안정되어 흑자를 보임에 따라 1995년부터 진료일수를 매년 30일씩 연장하여 연간 진료일수가 180일로 제한되던 것을 2000년에는 진료일수 제한을 없앴다. 그리고 2005년부터는 보장성을 제고하기 위한 계획을 수립하여 추진한 결과 오늘날에는 60%대의 보장률을 달성할 수 있는 계기를 만들었다. 전 국민 의료보장과 함께 진료권 제도와 전달체계가 실시되어 의료서비스 제공에 대한 정부 개입이 보다 체계화되기 시작하였다. 2000년에는 비록 재원조달의 형평적 장치를 마련하지 못함에도 불구하고 건강보험을 통합하였고, 의약분업을 실시하여 의료이용의 관행을 고치도록 하였다.

1995년부터는 보건의료와 관련된 여러 가지 법률이 제정되거나 전면 개정되어 보건의료정책이 보다 내실화되도록 하였다. 1995년 국민건강증진법의 제정을 필두로 정신보건법이 제정되었고, 보건소법이 지역보건법으로 바뀌었으며, 2001년에는 보건의료기본법이 제정되는 등 법적인 측면에서도 많은 변화가 일어났다.

1995년에 제정된 국민건강증진법은 공중보건에서의 획기적인 변화를 예고하였다. 이미 1986년 캐나다 오타와에서 건강증진이 신공중보건으로 선포됨에 따라 우리나라는 국민건강증진법 제정을 제정하고 1997년 5월부터 담배에 대한 건강부담금을 부과하여 건

강증진기금을 조성하고, 1998년부터 이 기금으로 금연사업을 위시한 건강증진사업을 실시하여 공중보건의 방향을 바꾸는 계기가 되었다. 뒤이어 담배부담금을 높여 건강증진기금이 많아짐에 따라 2002년에 건강증진종합계획을 수립하였고 2005년에는 수정계획을 수립함으로써 건강증진사업이 체계적으로 실시될 수 있도록 하였다.

이 기간에는 병원의 급속적인 성장<sup>10)</sup>을 볼 수 있다. 전 국민 의료보장으로 의료수요의 급증과 2001년 이후 상대가치수가제도가 도입되면서 보험급여항목이 증가됨과 함께 법정 비급여가 허용되고, 의료현장에는 임의비급여가 이루어짐에 따라 병원이 급속히 성장할 수 있는 계기가 마련되었다. 그리고 이 기간에는 의료산업화를 위한 기본 골격을 만들었다. 1995년 보건의료기술진흥법과 1999년 한국보건산업진흥원법을 제정하여 보건산업을 위한 발걸음을 뗀 이후 2005년에는 국무총리실에 의료산업화를 위한 위원회를 구성하여 의료서비스는 물론 의약품 및 의료기기 산업의 발전에도 노력<sup>11)</sup>을 기울였다. 이러한 노력에 힘입어 종래 복제약의 생산에 만족하던 것에서 벗어나 신약 개발에도 도전하여 1999년부터 신약이 출시되어 2007년까지 13개 제품<sup>12)</sup>이 특허를 얻기도 하였다.

제4기는 2008년 이후 현재까지로 구분하였다. 이 기간에는 우리나라도 선진국의 대열에 가까이 다가서는 시기로 분류할 수 있으며 보건의료분야도 역시 선진의료로 향할 노력의 시기로 구분할 수 있겠다. 2012년에는 우리나라가 세계 무역 7대국에 진입하였으며 또한 세계에서 7번째로 20-50클럽(소득 2만 달러, 인구 5천만 명)에의 진입으로 선진국 대열에 성큼 다가서는 성과를 보였다. 이와 같은 경제적인 성취에 부합하게 보건의료분야도 내실화를 위한 정책들이 추진되었다.

의료분야 내실화를 위한 가장 기본적인 정책으로는 환자의 안전을 위한 의료기관인증제도의 도입과 환자 권리를 위한 의료분쟁기구의 설치를 들 수 있다. 인증제도는 2010년 '의료법' 개정을 통하여 도입하였으며, 의료분쟁조정제도는 2011년 '의료사고피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률'의 제정을 통하여 도입하였다. 이와 같은 제도에 앞서 2008년 '보건의료기술진흥법'의 전부 개정을 통하여 근거기반 의료의 진흥을 위한 노력도 함께 하고 있다.

의료보장분야에서는 의료의 성과를 개선하기 위하여 성과도대 지불방식(pay-for-performance, P4P)을 도입하고 건강보험에서 건강증진사업의 활성화를 통한 의료비 절감과 같은 정책을 펴고 있다. 그리고 의료산업화를 촉진하기 위하여 신약이나 의료기기의 개발을 위한 첨단의료복합단지가 조성되었다. 의료서비스분야는 산

8) 당시는 면 단위에 공중보건의사가 근무하던 곳을 편의상 보건지소라 명명하였으나, 1991년 보건소법을 개정하여 보건지소에 대한 법적 지위를 부여하였음.

9) 의약품의 국내생산 증가를 보면 1960년 138억 원에 불과하던 것이 1990년에는 3조 3,731억 원이나 되었음.

10) 2007년도의 급성기 병상 수는 383,392개로 1987년에 비하여 3.35배 증가하여 인구 1,000명당 병상 수는 일본에 이어 세계 제2위의 수준이 되었음.

11) 2011년 의약품 생산액은 15조 4,403억 원이나, 의료기기는 2011년 생산액이 3조 3,664억 원에 그치고 있음.

12) 1999년 국산 신약 1호로 SK케미칼의 선폴라주(항암제)가 출시된 지 14년만인 2013년에 20번째 신약인 중근당의 듀비에정(당뇨병치료제)이 생산되었음. 그러나 아직은 상업적 성공의 길은 먼 것 같음.

업화에 대한 논쟁이 아직도 그치지 않아 성과는 미진하지만 병원 시스템의 수출과 같은 분야는 활기를 띠고 있는 실정이다.

## 보건의료정책의 성찰

### 1. 성찰을 위한 환경의 변화

보건의료정책을 성찰하기 위해서 앞 절에서 성과로 거론된 정책이라도 반성의 여지가 있는 정책은 다루도록 한다. 우리나라 보건의료정책에 대한 성찰은 과거의 정책을 비판하기 위한 목적이 아니라 앞날의 발전을 위한 것이기 때문에 현재 전개되고 있거나 앞으로 닥쳐올 의료체계를 둘러싼 환경의 변화부터 살펴볼 필요가 있겠다. 이제 의료체계를 둘러싼 변화하는 환경은 다음과 같이 정리할 수 있다[8,9].

첫째, 인구고령화와 만성질환으로 인한 새로운 보건의료체계의 필요성이다. 저출산과 인구고령화의 지속으로 인하여 생산연령인구의 노인부양부담이 증가하여 임금세(payroll tax) 중심의 의료보장제도를 유지하는데 한계가 있음은 물론 급성질환이 지배하던 시기에 병원이나 의원 중심체제로 구축된 현재의 의료체계로는 의료비관리에서의 한계에 직면하게 될 것이다.

둘째, 소득 증가와 수명의 연장으로 국민들은 건강향상에 큰 관심<sup>13)</sup>을 보이고 있다. 또한 의료기술의 발전은 국민들로 하여금 의료에 대한 다양한 욕구를 분출토록 하고 있다. 평균수명의 증가와 함께 자산소득이 많은 노인인구 층의 의료에 대한 욕구는 건강보험의 보장성 확대에 어려움으로 작용하게 될 것이다.

셋째, 정보기술의 발전이 새로운 공급시스템과 의료관리에서 새로운 거버넌스 구조를 요구하고 있다. 정보기술의 발전에 따라 PACS나 OCS와 같은 방법이 병원에 도입되어 의료관리의 모습을 바꾸었고 병의원 경영의 혁신을 초래하였다. 전자의무기록(electronic medical record)의 도입과 같은 정보기술의 발전은 의료공급체계의 구조 변화를 갖고 올 것이다. 또한 정보기술의 변화는 건강관리의 방법에도 획기적인 변화를 초래시킬 것이다. u-health에 대한 지식의 증가는 새로운 건강관리기법을 개발할 것이다. 정보기술의 발전은 보건의료의 거버넌스에도 영향을 미쳐 빈틈없는 거버넌스(smart governance)로 발전이 예상된다.

넷째, 세계화(globalization)는 교역의 확대만이 아니라 우리 생활의 모든 면에 영향을 미쳐 의료체계 면에서도 많은 변혁을 예고할 것이다. 의료관리에서 경쟁을 강조하는 관리의료(managed care)가 미국에서 시작되었으나 어느덧 유럽으로 퍼져 나가고 관리의료의 한 형태로 등장한 통합의료(integrated care)라든가, 만성질환에 대응하는 질병관리프로그램(disease management program)이나, 의료비 지불을 성과와 연동시키는 P4P제도와 같은 관리기법이 한 국가에 한정되지 않고 바로 이웃 나라로 확산되는 환경에 놓

여있다.

다섯째, 세계화의 여파와 새로운 건강상의 위협요인이 등장함에 따라 공중보건에서의 새로운 역할이 요구되고 있다. 세계화로 인적 및 물질 교류가 활발해 짐에 따라 acquired immune deficiency syndrome (AIDS), severe acute respiratory syndrome (SARS), 조류독감과 같은 신종 전염병이 건강에 위협요인이 되고 있으며, 인플루엔자의 변형이나 항생제에 내성이 강한 슈퍼 박테리아의 등장, 약의 내성이 강해진 결핵균(multi-drug resistant tuberculosis)의 등장이 새로운 건강상의 위협요인이 등장하고 있다. 유전자 조작식품, 방사선 오염식품, 농약 오염식품 등이 건강에 위해를 안겨주고 있다. 건강에 대한 위협은 의약품이나 의료기기의 생산, 유통, 판매, 소비의 전 과정에서 안전관리문제, 영상촬영기 이용에 따른 방사선 피폭문제, 혈액제제도 생명의 위협이 되고 있다. 화석연료나 프레온 가스 사용의 증가문제, 최근에는 조성된 환경(built environment)의 문제로 사고(작업장 안전사고, 교통사고, 화재), 전염성질환(위생, 지역, 주거), 및 환경 관련 위해(납 페인트, 석면, 독성물 방출) 등의 문제가 제기된다[10]. 1990년대 후반부터 생물학적 테러(bioterrorism)의 위험성도 새로운 건강의 위협요인으로 등장하고 있다[11]. 특히 사회경제적인 환경도 중요한데 최근에 증가하는 10대의 임신이나, 폭력, 마약, 음주, 그리고 사회가 발전함에 따라 증가하는 정신질환문제도 중요한 건강상의 위협요인이 되고 있어 공중보건의 새로운 역할이 요구되고 있다.

여섯째, 의료의 생산적 측면이 새로운 조명을 받고 있다. 이미 독일과 같은 국가에서도 의료를 더 이상 소비적 측면만 강조하지 말고 생산적 측면을 강조하고, 의료를 투입비용 중심에서 산출물과 질 중심으로, 그리고 의료를 통한 고용 창출, 국민생산의 증가라는 생산적 측면이 강조되고 있다.

### 2. 보건의료정책의 성찰

#### 1) 의료에 대한 이념 정립의 부재

우리는 사회의료보험을 도입하면서 건강보험에서 제공하는 보험의료에 대한 이념적 성격을 제대로 정립하지 못함에 따라 여러 가지 혼란과 함께 쓸데없는 논쟁에 휘말리고 있다. Bismarck가 건강보험을 도입할 당시만 하여도 근로자들의 소득보장을 주목적으로 상병수당 중심의 제도를 도입하였기 때문에 질병을 사회적 위험으로 간주하지는 않았다. Bismarck 모형을 토대로 한 영국의 George형 국민건강보험 역시 보험급여는 1차 개원의사(general practitioner) 서비스에 한정되었으며 의료를 개인적인 권리로 간주하고 있었다[12].

의료가 사회적 재화로서 간주되기 시작한 것은 1942년 Beveridge 보고서 발간이 계기가 되었다. Beveridge 보고서는 의료는 지불능력에 관계없이 예방에서부터 재활에 이르기까지 포괄적인

13) 2007년 5월 25일자 동아일보 발표에 의하면 중산층 국민들의 가장 큰 관심사는 건강이었으며, 다음이 가족관계, 돈의 순서로 나타났음(동아일보의 조사결과임).

서비스가 제공되어야 함을 주장함으로써 의료가 인간의 기본권으로 자리를 잡게 되었다[13]. Beveridge 보고서가 이론적인 토대가 되어 영국은 전 국민 의료보장을 위하여 국민보건서비스제도(National Health Service, NHS)를 택하였고 의료를 개인적 권리가 아닌 공공재로 간주하여 의료서비스 제공에 집단주의 접근법을 강조하게 되었다[12].

뒤이어 1948년 12월 10일에 발표된 유엔 인권선언 제25항에서 의료를 인간의 기본 권리의 하나라는 내용[14]을 발표하여 국제적으로 의료를 사회적 재화로 공식화시키게 된다[15]. 이러한 일련의 과정을 거치면서 미국과 남아공화국을 제외한 대부분 산업화 국가들은 의료서비스를 인간의 권리로 인정[16]하여 의료를 규범적 공공재로 간주하게 되었다. 이와 같은 규범적인 판단 외에 일부 보건 의료 기획자들은 의료에 관한 소비자의 무지(정보의 비대칭성에 기인)로 의료서비스를 시장에 맡길 수 없기 때문에 정부 기획에 의한 생산이나 배분의 중요성을 강조하여 공공재적 성격을 부여하기도 하였다[17]. 의료가 갖는 정보의 비대칭적 특성 외에도 의료기관의 비이윤성, 진입장벽, 차별가격, 병원의 시혜적 진료 등과 같은 특성으로 의료서비스를 시장에 맡겨 둘 수 없기 때문에 공공재적인 성격을 부여하였다는 것이다[17].

그러나 Melhado [17]는 의료를 공공재로 간주한 것은 단지 규범적인 판단에 기초한 것이지 실증인 판단에 근거한 것은 아니라는 점을 강조하고 있다. 즉 의료서비스가 공공재라는 시각은 규범경제학 입장(normative economics)에서만 타당하며, 가치를 배제하고 실증경제학 시각(positive economics)에서 본다면 의료란 다른 재화와 차이가 없는 경제재에 속한다고 하겠다. 즉 의료는 실증적인 입장에서는 경제재에 속하지만 규범적 차원에서는 공공재로 간주된다는 것이다[18].

전 국민이 의료보장권 속에 있는 유럽이나 일본에서는 이러한 이념에 암묵적으로 동의하여 의료를 규범적 공공재로 간주하여 정부의 규제를 당연한 것으로 받아들였는데 전 국민의료보장이 안된 미국은 이러한 이념을 받아들이기 어려워 의료체계도 지금까지는 유럽 국가와 달랐던 것<sup>14)</sup>이다. 우리나라는 1977년 사회의료보험을 도입할 때나 그리고 1989년 전 국민을 의료보장권속에 포함시키고 진료권을 설정하고 진료전달체계를 실시할 때도 의료에 대한 기본적인 시각을 정립하지 못하였기 때문에 민간의료기관은 정부의 규제를 수긍하지 못하는 문제를 남겼고 공공병원이 생산하는 의료만 공공의료라는 식의 주장을 하여 오늘과 같은 공공의료를 둘러

싼 소모적 논쟁을 야기하게 되었다.

의료가 국민의 기본권이기에 때문에 헌법에 기본권 보장이 명기되었고, 따라서 건강보험의료는 규범적 차원에서 공공재가 된다는 논리를 정립하였다면, 공공의료에 관한 논쟁도 불식할 수 있었으며 정부가 민간의료기관에 대한 규제의 타당한 근거도 제시할 수 있을 것이다. 건강보험의료가 공공의료이며, 정부는 공공의료인 건강보험의료를 민간의료기관에 위탁하여 외주방식으로 조달<sup>15)</sup>하였다는 논리를 정립하였다면 민간의료기관이 생산하는 의료도 건강보험의료일 경우는 공공의료가 되는 것<sup>16)</sup>이다. 유럽의 사회보험국가에서도 공공병원이나 민간병원이나와 같은 병원의 소유권이 중요한 것이 아니라 건강보험조직과 계약을 맺어 건강보험 환자를 진료하고 있느냐 여부로 공공의료를 따지는 것<sup>17)</sup>은 바로 건강보험의료가 규범적 공공재이기 때문이다[19]. 네덜란드는 1998년을 마지막으로 공공병원을 전부 민영화시켰지만[20] 건강보험 환자를 진료하는 병원의 역할은 전혀 변동이 없기 때문에 병원 소유권은 중요하지 않게 생각하고 있다.

건강보험의료가 공공의료이지만 민간병원의 입장에서 수요가 적은 의료를 공급하다 적자가 발생하면 도산이 되기 때문에 이러한 서비스의 공급은 기피할 수밖에 없는 문제가 생긴다. 이와 같은 수요가 적어 의료공백이 생길 수 있는 서비스는 공공병원이 정책적으로 공급하는 정책의료<sup>18)</sup>로 규정하였다면 공공병원의 역할을 둘러싼 논쟁도 필요 없었을 것이다. 그리고 건강보험의료가 규범적 공공재라면 실증적 영역의 경제재로서의 의료를 인정<sup>19)</sup>할 수도 있으며, 만약 의료의 실증적 영역을 인정한다면 요양기관 계약제도 큰 논란 없이 도입할 수 있을 것이다.

의료의 기본성격에 관한 이념적 구명을 하지 않고 단순히 의료는 정보가 비대칭적이며, 비영리적으로 공급되어야 하는 공공적 성격을 지니기 때문에 정부가 규제해야 한다는 식의 논리로 접근하다 보니 공공의료기관이 생산하는 의료만 공공의료로 정의하게 되었다. 공공의료기관의 의료만 공공의료로 정의하게 됨에 따라 많은 모순이 제기되었다. 그렇다면 왜 민간의료기관에 대해 정부가 요양기관으로 강제로 지정하고, 수가를 고시하고, 진료행위를 심사하는 등의 규제를 하느냐? 하는 등이 문제에 합당한 근거를 찾기 어려운 근본문제에 봉착하게 된다. 의료에 관한 기본적인 이념을 명확히 하였더라면 오늘의 혼란도 없었을 것이며, 민간의료기관에 대한 정부규제의 합리적 논리도 정립할 수 있었을 것이다.

14) 미국의 전 국민 의료보험정책은 유럽 국가들과 다름. 따라서 오바마의 의료개혁이란 모든 국민들에게 민간이 운영하는 의료보험에 반드시 가입하도록 규정하는 것으로서 유럽 국가의 사회보험과는 전혀 다른 모습임. 따라서 보험의료라 하더라도 규범적 공공재로 간주하지 않기 때문에 정부가 의료수가를 고시하고, 진료보수지불방향을 정하고, 의료기관을 직접 통제하는 정책이 아니라, 보험회사와 공급자 간의 계약으로 수가를 정하고, 진료보수지불방법도 결정함.

15) OECD에서는 이러한 형태를 public contract 모형으로 칭함[21].

16) 이것은 사립학교 교육을 공교육으로 간주하는 것과 같은 논리임.

17) 건강보험과 계약을 맺게 되면 지역의료계획, 규제, 진료보수지불 등에서 공공병원, 민간병원 구분 없이 동일하게 취급되기 때문에 소유권은 중요하지 않음. 건강보험과 계약을 하면 민간영리병원도 공공병원과 같은 취급을 받음.

18) 정책의료에 관한 개념은 건강복지정책연구원 이슈 페이퍼 7호에서 정의하였음[22].

19) 실증적 영역의 경제재로서의 의료를 인정하느냐 여부는 국가의 정책 판단에 맡겨야 하는데, 필자는 경제재 영역의 의료를 인정하는 것이 자본주의 경제체제와 부합한다고 믿음.



2) 1977년 패러다임의 지배

오늘날 의료와 관련된 많은 문제는 정책의 경직성으로 인하여 사회의료보험제도가 도입되면서 만들어진 정책 틀인 1977년 패러다임에서 벗어나지 못하고 이를 계속 유지<sup>20)</sup>하는데 연유한다. 1977년 패러다임의 하나인 저보험료정책이 전 국민을 단기간에 의료보장권 속에 포함시킨 성과도 있었지만 시대 변화에 부응하지 못하여 여러 가지 문제를 낳고 있다.

전 국민 의료보장을 달성하고 건강보험을 통합한 이후에도 지배하는 1977년 패러다임의 내용은 다음과 같다. 첫째, 저보험료로 인한 저급여와 저수가 문제이다. 둘째, 저수가임에도 불구하고 의료공급의 확충을 위하여 공급자가 건강보험 급여서비스 밖에서 별도의 수익을 창출할 수 있도록 허용되어 의료공급구조를 왜곡시키고 보장성 제고를 어렵게 만들고 있다. 셋째, 지역주민의 소득 파악 문제로 재산 등에 보험료를 부과하던 것을 재정통합 이후에도 존속시켜 직장가입자와의 형평문제를 만들었고, 고령화가 가속됨에도 불구하고 보험료 수입을 임금소득에 의존함으로써 건강보험의 지속가능성을 위협하는 요인의 하나가 되고 있다. 넷째, 농촌주민의 기본적인 의료욕구를 해소하기 위하여 1979년부터 공보의가 배출되면서 보건지소에서 의료서비스를 제공하던 것이 이제는 도시지역 보건소까지 의료서비스를 제공하여 보건기관의 주 업무처럼 자리 잡도록 하였다. 다섯째, 모든 의료기관을 건강보험의료를 당연히 제공하는 요양기관으로 강제 지정함으로써 실증적 차원의 경제재로서의 의료를 없앴다.

사회의료보험제도가 도입되던 1977년은 1인당 소득이 1,000달러, 수출 100억 달러로 절대빈곤에서 겨우 벗어난 시점으로 국민들의 기본적인 의료수요 충족이 어렵던 시기였으며 수출을 통한 경제성장이 절대적으로 필요하던 시기였다. 그러나 근로자의 생산성 향상을 위해서 의료보험은 필요하였기 때문에 보험제도를 도입하되 수출에 지장을 주지 않을 정도의 보험료를 고려하다 보니 임금의 3% 수준이 되었다. 이렇게 보험료가 낮다 보니 수가를 낮게 책정하고 급여범위를 제한할 수밖에 없었다. 그리고 당시의 경제 여건으로 농촌지역에 보험이 언제 확대될지도 모르는데 농민들의 의료욕구를 외면하기 어려웠는데, 의사의 부족으로 무의면이 많아 공중보건조사제도를 만들어 보건지소에서 기본적인 의료서비스를 제공하는 것<sup>21)</sup>은 불가피하였다.

그런데 1인당 국민소득이 20,000달러를 넘어서고, 의료자원의 확충으로 농촌지역에도 의원이 진출하는 21세기에도 1977년 패러

다임을 계속 유지하는 것은 문제가 많다. 소득 20,000달러 시대에도 저보험료를 유지하여 비급여가 허용되는 구조는 많은 문제를 남긴다. 특히 저보험료에 따른 저수가 구조에서 의료공급자가 성장할 수 있도록 보험급여 수입 이외 별도의 수익 창출 장구를 허용함에 따라 신의료기술을 이용하여 비급여서비스를 개발하고, 선택진료나 상급병실을 활용하기 용이한 대형병원은 급성장하는 반면에 중소병원과 같이 별도의 수익을 창출하기 어려운 병원들은 생존도 어려워 의료기관의 양극화를 초래하는 문제도 남기고 있다.

1942년에 발간된 베버리지 보고서는 사회보험에서 제공하는 의료서비스는 포괄적으로 하되 제공하는 서비스의 수준은 최소수준(national minimum)으로 하는 것을 원칙으로 하고 있다. 이 의미는 건강보험에서는 안전성과 유효성이 입증되는 서비스는 원칙적으로 포괄적으로 제공하되 그 수준은 최소여야 한다는 것이다. 이러한 원칙에 따르면, 비급여서비스, 선택진료, 상급병실 등을 용인하는 것은 사회보험의 원칙에서 벗어나는 문제가 있다.

베버리지 보고서는 최소수준 이상의 서비스를 원하는 사람들을 위해서는 보다 좋은 서비스를 누릴 수 있는 여백(room)을 남길 것을 권하였는데<sup>22)</sup> 우리는 요양기관 당연지정제로 이와 같은 별도의 여백은 모두 없애고 대신에 최소수준 원칙을 지켜야 할 건강보험의료에 선택진료나 상급병실과 같은 최소수준 이상의 서비스를 혼합시켜 모든 국민이 울며 겨자 먹기 식으로 여백을 누려야 하는 모순된 제도를 만들었다. 이와 같은 혼합진료의 허용은 대형병원과 중소의료기관과의 격차를 초래시켜 환자들이 대형병원으로 쏠리게<sup>23)</sup> 만들었으며, 저소득층의 의료비 부담을 높이고, 이것이 국민의료비 증가를 부채질 하는 문제마저 야기하고 있다.

3) 고령화 및 만성질환에 대한 대책 부재

우리는 1989년 전국민의료보장이 이루어지면서 진료권이 설정되고 진료전달체계가 시행되었다. 이와 같은 전달체계는 Fox [23]가 말하는 계층적 지역주의 모형으로 급성질병 중심일 때 적합하다. 계층적 지역주의 모형을 토대로 하는 오늘날의 의료체계는 1920년대 급성질병이 중심적일 때 고안된 것으로서 만성질환과 부합하지 못하는 문제가 있어 선진국들은 새로운 의료체계를 고안하려는 노력을 기울이고 있다[24]. 그런데 우리는 급성질병에 부합한 계층적 지역주의 모형에 의한 전달체계를 고수하려고 하여 오늘날의 만성질환구조와 맞지 않는 문제가 있다.

계층적 지역주의 모형에 의한 진료전달체계는 1차 의료와 2차 의

20) 정책의 경직성은 선거 때 표를 잃지 않기 위하여 보험료의 과감한 인상을 하지 못하여 건강보험의 패러다임을 바꾸지 못한 것도 포함됨.  
 21) 공보의 제도는 보험제도 도입으로 의과대학의 증설이 불가피하였고, 이로 인하여 의과대학 졸업생이 모두 군의관으로 갈 수 없는 문제를 해결하기 위하여 등장하였음.  
 22) 베버리지 보고서는 다음과 같이 기술하면서 사회보험에서는 최소수준의 서비스를 제공하되 최소수준 이상을 제공할 room을 들 것을 권하며 영국은 베버리지 보고서 원리에 따라 NHS 병원에 자비부담병상(pay bed)을 허용하고, 민영병원을 인정하여 최소수준 이상의 의료를 제공하는 장치를 두고 있음. The State in organizing security should not stifle incentive, opportunity, responsibility; in establishing a national minimum, it should leave room and encouragement for voluntary action by each individual to provide more than that minimum for himself and his family [14].  
 23) 중소병원은 혼합진료를 하는 것이 어려우며, 혼합진료를 하더라도 대형병원처럼 높은 수가를 받기 어려워, 대형병원과의 수지 격차가 심해짐. 이로 인하여 시설이나 의료장비에 서 격차가 심해지게 되어 환자는 점점 대형병원으로 쏠림이 일어나고 있음.

료가 단속적이 되어 환자의 불편은 물론 의료서비스 제공의 중복으로 인한 낭비문제가 제기되기도 한다[25]. 미국이나 유럽에서 고안하려는 모형은 통합의료로서 의료서비스의 연속성을 보장하고 낭비를 막기 위한 care coordinator 제도의 도입 등을 생각할 수 있다. 이와 같은 통합의료모형(integrated care)은 질 향상과 비용 효과 면에서 큰 잠재력으로 평가받고 있다[26].

다른 한 가지는 만성질환을 급성기 병원으로 가지 않고 관리할 수 있는 질병관리프로그램(disease management program, DMP)의 도입이다. 유럽에서는 DMP와 통합의료가 혼합되어 개발되며, DMP 도입을 위한 임상진료지침서 개발, DMP의 진료비 지불을 위한 bundled payment가 도입되고 있으나[27] 우리는 1-2건의 연구모형<sup>24)</sup>의 정책적으로 거론조차되지 못하고 있는 실정이다.

#### 4) 의료공급체계의 단순화와 비효율화

의료공급체계에 있어서도 1977년 패러다임에서 크게 벗어나지 못하고 있는 점도 우리가 반성해야 할 일이다. 인력에서는 일반의와 전문의로, 간호인력은 간호사로, 시설에서는 의원, 병원, 종합병원의 구조로 단순화되어 있다. 의료기술의 발전으로 전문화가 가속되면서 의사부족문제가 제기되는데도 의사만 고집하고, 간호등급제의 실시와 보호자 없는 병원에 대한 사회적 요구가 높아짐에도 불구하고 간호사로만 대처하는 방식에는 변화가 없다. 의료인력 부족문제를 해결하고 전문화에 대비하기 위하여 외국에서 도입하고 있는 보조의사(physician assistant)나 간호보조인력의 활용과 같은 문제는 이익집단의 반대로 제도화되기 어려운 현실이다.

그리고 의료시설과 관련하여 병원의 역할이나 서비스 제공방법에 대한 고민도 없는 것 같다. 미래 병원의 역할이나 구조의 발전방향에 대한 전반적인 비전을 제시하지 않고 원격진료가 느닷없이 고용창출이나 창조경제니 하는 차원에서 제기됨에 따라 의료공급자들의 반발을 싸고 있다. 현재와 같이 질병치료가 단속적으로 이루어지는 시스템은 문제가 많으니, 연속적인 서비스 제공체제로 가야 한다는가, 환자가 수동적으로 치료를 받는 입장에서 자신의 건강을 관리하는 적극적인 건강의 공동 생산자로서 참여하는 위치로 바뀔 것이라든가, 전문적 치료를 하는 병원 중심에서 지역사회 가정을 토대로 하는 IT를 통한 모니터링이나 전화나 이 메일 등이 등장하는 돌봄의 방법으로 바뀔 것이라든가, 입원 중심의 돌봄에서 사회적 돌봄이나 자원조직 등의 다양한 서비스조직이 참여하는 돌봄으로 바뀔 것이라든가 등과 같이 미래에 대한 변화를 전망[28]하면서 병원의 역할이나 구조를 고민해야 하는 시점이다. 그런데 미래 병원의 역할 등에 대한 비전 없이 환자만 있다면 급성기 병상을 늘려 이미 과잉된 병상은 어떻게 처리해야 할지 문제는 심각하다. 현실이 이렇다보니 요양병원의 경우 제도만 등장하였지 호스피스 병상의 보험급여화가 안되어 완치되지 않는 만성질환도 상급

종합병원과 같은 자원집약적인 의료기관을 이용하고 말기 암환자도 급성기 병상에 입원하여 의료비 지출만 늘리는 문제를 남기고 있다.

의료공급의 효율성에서도 많은 한계가 있다. 의료체계에서 미시적 효율성이라고 볼 수 있는데 미시적 효율성이라면 기술적 효율성(technical efficiency), 배합의 효율성(allocative efficiency), 사회적 효율성(social efficiency)로 나눌 수 있다[29]. 기술적 효율성은 생산의 효율성으로 최소비용으로 최대 산출량을 생산하는 것을 의미하며, 배합의 효율성은 제공되는 의료서비스(1차 및 2, 3차 의료 등)의 배합과 관련된 것이며, 사회적 효율성은 이용과 관련된 것으로써 우리는 효율성이라 하면 기술적 효율성의 일부에 속하는 경영수지상의 흑자여부만을 따지는 문제가 있다[30].

사회적 효율성은 이미 의료이용의 형평성이 확보되고 있으니 큰 문제가 없으며, 병원 경영수지로 따지는 효율성 문제도 공공병원을 제하면 큰 문제가 없다. 그러나 배합의 효율성을 거의 고려하지 못하여 수도권으로의 환자 쏠림문제나, 말기 암환자가 급성기 병상에서 돈은 돈대로 내고 고통에 시달리는 현상과 같은 문제가 생기고 있다. 배합의 효율성을 높이기 위해서는 의료체계의 개혁과 함께 공급구조에서의 개혁이 이루어져야 한다.

#### 5) 의료서비스 관리의 내실화 결여

소득의 증가와 의료기술의 발전은 의료에서의 질 향상을 요구한다. 그리고 세계화의 확산은 의료서비스관리에서도 새로운 패러다임을 요구하고 있다. 어느 국가에서 성과를 거두면 바로 이웃 국가가 이를 벤치마킹하여 의료서비스의 관리에서도 세계적인 표준을 추구하는 시대로 접어들고 있다.

의료의 질 향상을 위하여 요구되는 것은 진료행위의 변이에 따른 낭비를 줄이고 행위의 표준화를 추구한다는 점이다. 이를 위하여 임상진료지침을 마련하고, 신의료기술평가(health technology assessment)를 강화하며, 진료비 지불을 성과를 토대로 하는 방식의 도입을 위한 노력을 기울이고 있다[25]. 의료 질 향상에서 환자의 권리나 환자 안전은 어느 때보다 중요시되며 궁극적으로는 의료비 절감에도 도움이 된다[25].

우리나라는 의료의 질 향상을 위한 제도적인 장치로 인증제도, 신의료기술평가, P4P의 도입과 같이 어느 정도 구색을 갖추었다고 하겠다. 그러나 제도 운용은 아직 초보 단계이거나 이해단체의 압력에 눌러 엄두를 내지 못하는 상태이다. 임상진료지침을 의료계는 공급자의 자율성 침해로 간주하고 있으며, 신의료기술의 평가나 환자의 권리 향상을 위한 분쟁조정제도, 환자 안전을 위한 인증제도 등에 대하여 첫발을 내딛는 수준이나 의료계의 인식이나 정책 당국자의 인식이 그렇게 호의적이지 못한 상태에 있어 의료서비스의 관리 내실화는 아직 멀었다.

24) 새로운 의료체계에 관한 연구로는 Lee 등[30], Lee 등[31], Shin 등[32]이 있음.



의료관리 내실화를 위한 또 다른 측면은 소비자의 반응성이다. 소비자의 반응성이란 소비자와 의료체계 간의 질적 관계를 다루는 것으로써 의료체계의 자율성(autonomy), 선택(choice), 비밀성(confidentiality), 존엄성(dignity)과 같은 지표로 소비자 만족도와는 차이가 있다[33]. 세계보건기구는 The World Health Report 2000에서 각국 의료체계의 성과를 국민들의 건강(health), 국민기대에 대한 반응성(responsiveness), 재원조달의 공정성(financing fairness)이라는 3가지 지표를 제시하여 고전적인 패러다임인 효율성과 형평성에서 한 단계 나아가 다른 시각의 개혁을 제시하고 있다[33]. 그런데 우리는 소비자의 반응성에 대해서는 용어조차 거론하지 않고 있는 실정이다.

### 6) 공중보건의 새로운 패러다임 부재

21세기에 들어 건강을 위협하는 요인은 앞 절의 환경의 변화에서 본 것처럼 다양해졌다. 국가 간의 인적 및 물질 교류의 확대에 따른 새로운 전염병문제, 생물학적 테러문제, 새로운 환경과 안전문제, 화학제품과 독성물 방출문제, 최근에 증가하는 10대의 임신이나 폭력, 마약, 흡연과 음주문제, 그리고 증가하는 정신질환문제 등이 중요한 건강상의 위협요인이 되고 있다.

그러나 우리는 이러한 위협요인을 제대로 관리할 조직도 제대로 없다. 보건소는 전통적인 공중보건에 주민의 건강행태를 바꾸는 건강증진에만 힘을 쏟을 뿐 건강에 대한 새로운 위협이나 주민생활 안전과 관련되는 문제는 거의 외면하고 있다. 박근혜 정부는 안전을 중시하여 행정안전부를 안전행정부로 명칭까지 바꾸었으나 이것은 어디까지나 재해와 같은 대형사고에 대한 대비이지 앞에서 열거한 건강상의 새로운 위협에 대한 대비는 아니다.

새로운 건강상의 위협에 대한 관리를 공중보건의 업무영역으로 받아들이는데 21세기 공중보건의 패러다임이 있다. 그런데 우리의 보건소는 1977년 패러다임에 빠져 안전을 비롯한 새로운 건강상 위협에 대처해야 하는 업무는 외면하고 보건소가 아니더라도 제공할 수 있는 의료서비스 제공에 노력하고 있어 답답하다. 공중보건의 측면에서 1977년 패러다임보다 발전한 것이라면 건강증진사업이 추가된 것을 손꼽을 수 있는데 이것도 여전히 금연, 절주와 같은 업무에 머무르고 있는 실정이다.

농촌지역주민에 대하여 의료보장이 언제 도입될지도 모르고 의사가 부족하여 무의면이 많던 시기에 기본적인 의료를 제공하기 위한 농촌지역 보건기관의 의료서비스 제공은 불가피하였으나, 의료자원이 넘쳐나는 도시 보건소마저 의료서비스 제공에 가담하는 것은 시대변화를 읽지 못하는 어리석은 정책이라 안타깝기 그지없

다. 보건소의 의료서비스 제공은 민간자원이 충분함에도 보건소가 진료료 위한 자원을 별도로 투입하고 있어 의료자원의 중복 투자라는 문제<sup>25)</sup>가 있다. 이 문제보다 더욱 심각한 문제는 보건소가 진료업무를 함에 따라 많은 국민들로 하여금 건강관리는 의료를 통하여 해야 하는 것처럼 오도<sup>26)</sup>한다는 점이다. 그러다 보니 소득이 낮은 주민일수록 금연이나 절주, 운동과 같은 건강한 생활습관을 지키려 하기보다는 자신의 건강관리를 의료에 의존하게 되고, 비싼 건강검진을 받으면 모든 질병을 조기에 예방하여 건강을 유지할 수 있는 양 민도록 하여, 의료비 지출을 높이고 병원들이 비싼 건강검진서비스 제공을 통하여 수익을 창출할 수 있는 기반 조성에 기여하고 있다. 건강관리를 의료에 의존한 결과 의료이용은 완전한 형평성을 유지하지만 국민들의 건강 불평등은 심화되는 문제마저 노출하고 있다.

2013년 핀란드 헬싱키에서 개최된 제8차 건강증진을 위한 국제 컨퍼런스에서 주제는 Health in All Policies (HiAP)<sup>27)</sup>로 하여 건강을 향상시키고 불평등을 개선하기 위해서는 모든 공공정책에서 건강에 위협이 되는 정책이나 행동을 배제하고, 건강이나 참살이(well-being)가 모든 분야의 정책에 반영되어야 함을 강조하는데 우리는 건강의 위협요인에 대처해야 할 보건소가 본연의 업무는 포기하고 건강보험에서 충분히 다룰 의료를 제공하는 문제가 있다. 다만 정신보건문제는 정부가 심각성을 인식하고 보건소 단위로 지역사회정신보건센터를 설립하여 외주방식으로 운영하는데 합리적인 사업운영 모형이 없어 임상 의사가 주도하면 정신보건을 주로 정신질환자만 대상으로 하여 지역사회주민의 정신보건문제가 소홀해지는 문제도 있다.

### 7) 보건 의료의 거버넌스에 대한 외면

보건 의료정책의 궁극적인 목적은 국민의 건강을 통하여 참살이를 누리게 하는 것이라고 할 수 있다. 많은 선진국들이 국민들의 건강 향상을 위하여 정부기구만이 아니라 지역사회조직과 민간부문의 역량을 동원하기 위하여 조직화하고, 활발한 활동이 이루어질 수 있도록 거버넌스를 만드는 노력을 하고 있다. 건강을 위한 거버넌스는 건강을 성공적인 사회 및 역동적인 경제를 달성하는 핵심적 요소로 간주하고, 건강을 인권이나 평등과 대등한 가치로 설정하고 있다[37].

건강을 위한 ‘빈틈없는 거버넌스(smart governance)’를 위하여 정부가 전략적으로 갖추어야 할 요소로는 협력(collaboration), 참여(engagement), 규제와 설득(a mixture of regulation and persuasion), 독립 기구와 전문적 조직(independent agencies and expert

25) 중복 투자문제 외에도 보건소는 정부의 재정지원(시설투자, 의사 및 간호사 인건비 지원 등)에 힘입어 본인부담 진료비를 개업 의원보다 낮게 책정하여 환자를 유인하는 문제가 있음.

26) 의료가 건강에 기여하는 정도는 10% 정도에 불과하다는 이론이 이미 많은 보고서에서 등장하고 있음[34,35].

27) HiAP는 이미 2006년 핀란드가 EU 이사회 의장국(EU Presidency)을 담당할 당시의 보건분야 중심 주제였음. 핀란드는 이미 40년간 보건부가 다른 부처 및 다른 분야와 협력 속에 모든 분야에서 시민의 건강이나 안녕(well-being)이 고려되는 정책을 추진하여 많은 성과를 얻었음[36].

bodies), 적응성 있는 정책, 탄력적인 구조와 통찰력(adaptive policies, resilient structure and foresight)이라 할 수 있다[37]. 건강을 위하여 변화를 주도할 핵심적인 단어로는 상호의존성(interdependence), 복잡성(complexity), 공동생산(co-production)이며, 사회발전이나 건강에 영향을 미치는 장기적인 추세는 세계화(globalization), 시장화(marketization), 비즈니스 분야의 증가하는 영향력, 그리고 IT의 역할, 시민의 참여 증대라 하겠다.

우리는 이러한 거버넌스에 대하여 고민하는 모습조차 볼 수 없는 것 같다. 앞에서 언급한 HiAP에서도 시민의 건강 향상과 참살이를 위해서 다부문의 협력을 강조하는데 우리는 정부 내에서조차 보건복지부와 다른 부처와의 협력은 찾아보기 어려우며 규제와 설득이 조화되지 못하여 정부와 민간단체간의 갈등으로 새로운 개혁은 시도하기 어려운 현실이다. 여전히 계층제 관료주의 거버넌스 구조에 매몰되어 있고, 설득보다는 명령이나 규제로 문제를 해결하려고 함에 따라 현대의 지식사회에 부합하지 못하는 구조가 되어 있다.

건강보험의 경우는 재정통합을 하였으나 그것이 끝이 아니라 재정관리의 효율화를 위하여 재정 사용을 위한 분권화<sup>28)</sup>와 같은 새로운 거버넌스 구조가 도입되어야 하는데, 이러한 측면은 아무도 관심을 갖지 않고 가격의 통제나 심사의 강화와 같은 관료적인 거버넌스에만 의존하고 있다.

8) 의료의 새로운 역할 외면

21세기 의료분야의 새로운 추세는 의료를 소비재적 시각에서 생산적 시각으로 보는 견해의 등장이다. Table 4는 독일의 경제기술부에서 발간한 보고서[38]에 수록된 내용으로 독일에서 의료산업은 총부가가치 생산에서 매년 10% 이상 기여하는 중요한 상업영역으로 간주되고 있다. 의료산업은 소비적인 측면도 있겠지만 병원이나 의사의 의료서비스영역 외에 공명보험, 제약, 의료기기, 치료재료 및 의료소모품, e-health와 관련된 IT 산업, 건강기능식품, 의료관광, 노인 주거시설 등의 영역에 걸쳐 새로운 수요가 등장하고 고용이 창출되는 생산적 측면이 있다.

의료분야의 창조적 혁신은 의료기술, 제약 및 생의학기술 분야에

Table 4. Traditional and new perspectives on the healthcare sector

Traditional view	Extended to include/new view
Healthcare sector	Healthcare industry
Predominantly public financing	New sources of financing
Input orientation	Profit orientation
Cost factor	High-growth marker/new occupation areas
Use of services/consumption	Investments in health
Delimited healthcare sector	Health in all sectors of society

Data from Henke KD, et al. Creation of satellite account for the healthcare industry in Germany. Bonn: Federal Ministry of Economics and Technology; 2010 [39].

28) 1990년대 이후 서구 국가들의 의료개혁의 중요한 흐름은 Ham [40]의 수렴가설에 입각하여 재정은 통합하여 중앙기금을 만들어 전 국민이 공동으로 사용하여 형평을 기하고, 중앙기금을 질병금고에 배분하여 금고 간의 경쟁을 유도하는 등의 분권화를 통하여 재정사용의 효율화를 기하고 있음[30].

서 매년 매출액의 증가로 연결되며 의료분야의 기술혁신은 다른 영역으로 파급 효과도 크다는 점이다. 그리고 의료기술의 향상은 사망률과 유병률을 낮추어 생산에 기여하고 의료산업의 매출액 증가는 국민총생산을 증가시키고 국민경제의 생산잠재력을 향상시켜 최대의 산출을 이끈다는 것이다.

우리도 노무현 정부에서 의료산업화를 위한 위원회까지 구성하여 제약산업이나 의료기기 같은 분야의 육성에 노력을 기울인 결과 이제 성과를 거두기 시작하려는 단계에 있는 것 같다. 그러나 의료서비스와 관련하여서는 여러 가지 반대로 큰 성과를 얻지 못하고 있는 실정이다. 21세기를 맞이하여 의료에 대한 새로운 역할을 외면해도 될 것인가에 대한 성찰이 필요하다.

결론

건국 이후 우리나라의 보건의료정책은 그 시대가 요구하는 역할을 대체로 수용하면서 발전함에 따라 세계가 부러워하는 성과를 거두기도 하였으나 내면적으로 볼 때 많은 문제점도 간직하고 있다. 우리나라의 경제구조나 보건의료에 대한 욕구가 단순할 때는 보건 의료정책의 수립이 용이하였으나 이제는 우리의 경제규모가 세계적 수준으로 발전하였고, 세계화와 인구 고령화, 의료기술의 빠른 발전 등으로 사회분화가 빨라지고 인구계층간의 이해도 달라져 종래의 정책 패러다임으로는 21세기를 맞이하기 어렵다.

특히 보건의료문제는 이해집단이 많아 정책이 경직성을 갖게 됨에 따라 새로운 패러다임 창출을 어렵게 하고 있다. 환경 변화에 부응하여 의료체계의 지엽적인 하부구조에 속하는 변화는 그런대로 수용이 이루어졌지만 의료체계의 패러다임을 바꿀 근본적 개혁은 엄두도 내지 못하고 있다. 건강보험급여의 포괄성 결여, 급여 서비스의 최소수준 원칙 결여, 공급체계의 다양성 결여, 상병구조와 의료체계의 불합치 문제, 새로운 건강상의 위협에 대처할 공중보건체계의 미비와 같은 문제가 산적되어 있다. 이러한 문제를 개혁하여 새로운 패러다임을 만들지 못한다면 건강보험제도는 지속가능성을 담보하기 어려워질 것이다. 의료체계 전반의 패러다임 변화가 어려워지는 것은 이해집단 간의 이해상충문제가 아니라 하더라도 의료에 대한 이념적 토대가 확립되지 못한 문제나, 보건의료에 대한 거버넌스 구조가 계층제 관료주의에 젖어 있는 문제도 개혁에 대한 중론을 쉽게 모으지 못하도록 하고 있다.

성찰(省察)의 사전적 의미는 반성하고 살핀다는 뜻이다. 우리가 갖고 있는 문제의 원인이 어디에 있는지 알면서도 공개적인 거론을 꺼려왔다. 이제 국민의 건강을 위한 거버넌스부터 새롭게 하여 21세기에 부합하는 정책 패러다임을 만드는데 중지를 모아야 할 것이다.

## REFERENCES

1. Anell A, Glennard AH, Merkur S. Sweden, health system review, health systems in transition, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
2. Lee YJ. Regional analysis of the equity in utilization of the national health insurance. *Korean Soc Policy Rev* 2008;15(1):5-38.
3. KOSIS
4. Japan Statistical Yearbook
5. Lee YJ, Park CW. An equity changes in health care utilization according to health status. *Soc Health Policy* 2011;38(1):33-55.
6. Lee KS. Healthcare reform for enhancing security of health insurance and industrialization of healthcare, Seoul: Korea Institute for Health and Welfare Policy; 2009
7. The Committee for the Sixty-Year History of Korean Economy. The Korean economy, six decades of growth and development. Seoul: Korea Development Institute; 2010.
8. Lee KS. Paradigm shift in health policy. *Korean Public Health Res* 2007a;33(Suppl): 21-43.
9. Lee KS. Policy directions for advancement in health care sector. *Korean J Hosp Manag* 2008a;13(1):1-23.
10. Gostin LO, Boufford JI, Martinez RM. The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Aff (Millwood)* 2004;23(4):96-107.
11. Schneider MJ. Introduction to public health. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
12. Klein R(1995), *The New Politics of the National Health Service*. 3rd ed. London: Longman
13. Beveridge WH. Social insurance and allied services. New York: Macmillan Co.; 1942.
14. United Nations, Department of Public Information. Universal declaration of human rights. New York: United Nations, Department of Public Information; 1948.
15. Blendon RJ, Benson JM and Roches CM(2003), "Americans' View of the Uninsured: an Era for Hybrid Proposals", *Health Affairs Web Exclusive* August 27: 405-414
16. Patel K and Rushefsky ME(1995), *Health Care Politics and Policy in America*, New York: M.E. Sharpe, Inc.
17. Melhado EM(1998), "Economist, Public Provision, and the Market: Changing Values in Policy Debate", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 223(2): 215-263.
18. Lee KS. Ideology and reality in health policy. *Korean J Health Policy Adm* 2007b;17(30):106-128.
19. Busse R, Grinten T, Svensson PG. "Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice," in *regulating entrepreneurial behaviour in European Health Care Systems*. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, editors. *European Observatory on Health Care Systems*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2002.
20. Saltman RB, Busse R, Figueras J. Social health insurance in Western Europe: *European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2004.
21. Organization for Economic Cooperation and Development. The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 1992.
22. Lee KS. Public hospital and health policy. Seoul: Korea Institute for Health and Welfare Policy; 2013a.
23. Fox DM. Health policies health politics: the British and American experience 1911-1965. Princeton: Princeton University Press; 1986.
24. Torrens PR, "Historical Evolution and Overview of Health Services in the United States," in *Introduction to Health Services(6th ed.)* edited by Williams SJ and Torrens PR, New York: Delmar Thomson Learning; 2002.
25. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
26. Busse R, Schlette S. Health policy development. Berlin: Bertelmann Foundation Publishers; 2013.
27. Lee KS. Evaluation of integration of Korean health insurance and its reform. Seoul: Gyechuk Munhwa Co.; 2012.
28. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future: *European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2009.
29. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1997.
30. Lee KS, Kang JK, Seo WS, Jung KT, Jung SH, and Hwang SW. Efficiency and public interest in health care suppliers. Seoul: National Health Insurance Services; 2012.
31. Lee HB, Chung HJ, Suh NG, Moon SW, Koh Y. Integrated care model applied to Korea. Seoul: National Health Insurance Services; 2010.
32. Shin YS, Yoon JH, Hwang DK. Establishing a new paradigm for health-care. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012.
33. Lee KS. Financing and delivering in health care. 3rd ed. Seoul: Gyechuk Munhwa Co.; 2013b.
34. Institute of Medicine, Committee for the Study of the Future of Public Health. The future of public's health in the twenty-first century. Washington (DC): National Academy Press; 2002.
35. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)* 2002; 21(2):78-93.
36. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
37. World Health Organization. Governance for health in the 21st century. Co.
38. Federal Ministry of Economics and Technology. Stimuli to innovation in the healthcare industry. Berlin: Germany; 2012.
39. Henke KD, Neuman K, Schneider M. Creation of satellite account for the healthcare industry in Germany. Research Project on Behalf of the Federal Ministry of Economics and Technology. Bonn: Federal Ministry of Economics and Technology; 2010.
40. Ham C. Management and competition in the new NHS. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997.