



보건의료 효율화와 선진화를 위한 보건의료 개혁 정책

이 평 수

(한국보건의료관리 연구원 연구부장)

I. 목 적

‘국민의 정부’가 수행할 보건의료 개혁의 주요 정책을 개발하여 ‘새정치 국민회의’의 당론 설정을 위한 기초자료를 제공하는 것이 이번 정책기획단의 임무임.

보건의료 분야에서 “민주적 시장 경제”는 무엇인가?

국민의 정부가 지향하는 국정의 기본 지침은 ‘민주적 시장경제’라고 할 수 있음. 보건의료 분야에서 이 국정지침이 구현되기 위해서는 다음과 같은 노력이 필요할 것임.

1. 보건의료에서의 질서 있는 경쟁 :

무질서한 경쟁 → 질서 있는 경쟁

- 민간 부문의 자율성을 최대한 보장하되, 일정하게 질서가 잡힌 체계 내에서 제반 활동이 이루어져 전체적인 공정성이 구현되어야 함. 그러기 위해서는,
- 대형병원, 중소병원, 의원, 약국간의 무질서한 경쟁을 바로 잡아야
- 보험수가의 구조, 보험진료비 산정, 청

- 구, 심사에 관련된 무질서를 바로 잡아야
- 제약회사, 의약품 유통업체의 탈법적인 ‘판촉 방식’을 바로 잡아야
- 국민들의 무질서한 의료이용행태(healer shopping)을 바로 잡아야 함.

2. 보건의료에서의 민주적 절차와 참여

- 보건의료정책 결정 과정이 민주화되어야 함. 그러기 위해서는,
- 시민적 참여가 이루어 질 수 있는 제도적 기전을 확보하여야 함. 시민단체들은 보건의료에 대한 이해와 전문성을 높여 나가야
- 보건복지부가 대국민 및 대전문인 신뢰감을 높여야
- 국민과 전문인 사이, 보건의료 직종 사이의 갈등 관계를 해소시켜 주어야
- 보험료, 보험수가 결정, 보험진료비 심사 등에 공개성, 공정성을 부여하여야 함.

3. 작고 강한 보건복지부

- 작은 정부는 결코 약한 정부가 아님.

효율성을 극대화하여 작은 규모의 조직으로도 효과적인 활동을 하고자 하는 것임. 그러기 위해서는,

- 보건의료 정책이 추구하는 방향성이 명확히 설정되고, 그 방향으로 정책 역량이 집중되어야
- 시장의 ‘틀을 짜 주는’ 정책과 시장의 ‘규칙’에 관한 정책 수단은 강하게 보유하고 있어야
- 정책을 원활히 구현할 수 있는 수준으로 보건의료 재정이 확보되어야
- 투입과 과정에 대한 규제는 완화하되, 산출에 대한 평가와 이에 대한 환류의 수단은 강력해야
- 보건의료 정책의 과학성(정확한 정보가 특히 중요)과 정당성(민주적 과정을 통해)이 높아져야
- 지방정부(시도 보건국 및 보건소 등)와 공공보건의료체계를 육성하고 이들과 긴밀한 관계를 가져야 함.

4. 이를 요약하면,

- 혼란한 보건의료서비스 시장에 질서를 부여하고 의료제공체계를 효율화함. 보건의료비의 낭비요인을 제거하여, 의료보장 재정의 지출 증가를 억제함.
- 보건의료 서비스의 포괄성과 질적 수준을 높임. 효과성을 높이는 것이 전제되지 않으면 효율성도 높아질 수 없음.
- 보건의료 정책 과정에 민주적 참여 기전을 도입함. 국민, 보건의료전문인 및 정부 상호간의 신뢰 관계를 이룩함.
- 국가보건의료정책과 활동의 목표를 설정하고, 보건의료 정책을 과학화하며 정책이 효과적으로 집행될 수 있는 기반을 만듦.

II. 보건의료 개혁 방향의 설정

1. 장기적으로 추구해야 할 방향

- 국민의료비와 보험재정 증가의 억제, 자원 활용의 효율성 극대화: 효율성
- 국민 누구나 필요하면 쉽게 이용할 수 있는 보건의료: 접근성과 형평성
- 다양한 요구에 맞고 질적 수준이 높은 보건의료서비스의 제공: 포괄성과 질
→ 최종적으로 “평생건강관리 체계”를 구축하여 국민들의 건강 수준을 향상 시킴.

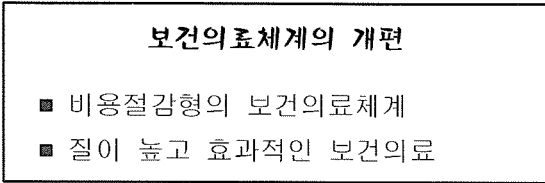
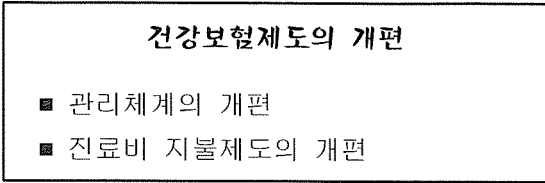
2. 당면 과제

현재 한국의 보건의료체계는 극도로 고비용, 저효율적인 구조를 가지고 있음.

- 3차 기관 중심←1, 2차 기관이 해결할 수 있는 것도
- 급성단기 병원 중심←요양병원, 방문보건으로 해결할 수 있는 것도
- 전문의, 세부전문의 중심←가정의가 해결할 수 있는 것도
- 고급·고가 장비 의존적←간단한 진찰로 해결할 수 있는 것도
- 환자의 의료행태←여러 의료기관을 돌아다니며 중복진료

최근 의료보장제도가 개편되고 있음. 그러나, 이것은 보건의료체계의 개혁이 동반되지 않으면, 실패할 가능성이 큼. 보건의료 생산체계의 효율성 개선이 이루어지지 않으면, 현재의 고비용 저효율 구조에서 의료보장제도는 상승하는 의료비를 감당할 수 없을 것임. 보건 예산 증액이나 의료보장 기금의 확충도 “밑 빠진 독에 물 붓기”임. 재원이 낭비되어 증액의 효과가 국민들

에게 전달되지 않을 것임.



또한, 국민들의 건강 수준을 향상시키기 위한 각종 보건의료서비스 및 보건사업 프로그램을 구성하고 이들을 효과적으로 실행하려면, 우선적으로 보건의료서비스의 공급체계 및 행정체계가 효과, 효율적으로 구성되어야 함.

따라서, 현재 한국의 경우 보건의료(생산)체계의 개편이 보건의료 개혁의 선차적 과제라 할 수 있으며, 그 방향은 보건의료체계 전체적인 차원에서 효율성을 대폭적으로 개선하는 것임. 이러한 취지에서 이번 정책 기획단이 다룰 정책 내용은 주로 보건의료체계의 효율성 개선에 초점이 맞추어져 있음. 그러나, 정부가 이들 정책을 추진하기 위해서는 먼저 정부의 정책 역량이 향상되어야 하기 때문에 이를 위한 방안도 아울러 제시하도록 하였음.

3. 개혁 과제의 선정

3.1 정책 과제의 선정

가. 중요할 것(우선순위가 높은 것)

모든 것을 다 할 수는 없기 때문에 지금 꼭 해야 할 일을 선택해서, 집중적으로 노

력하고자 함.

- ‘근간’이 되는 정책: 다른 정책들을 쉽게 풀 수 있는 실마리가 되는 정책
- 선진화에 관건이 되는 정책: 지금 상황에서 그 과제를 풀지 않으면 선진국형의 제도를 만들 수 없는 ‘필수적’인 정책

나. 예산 당국과 보건복지부에 부담이 크지 않은 것

- 가급적 추가 재정소요가 적으면서, ‘구조 조정’으로 풀어갈 수 있는 정책
- 정부에서 진행 중인 각종 정책과 협조 조율이 가능한 것

3.2 선정된 정책의 항목

보건의료 국정 목표 설정에서 보건정책 능력의 형상에 이르기까지 다음의 8개 정책 분야가 선정되었음.

목 표	재 원	전 달 체 계
국 정 목 표		시장질서 확립
중점관리 보건문제	보건복지 예산 건강보험	수가 차등화 단골의사 제도 의약분업
자 원	서 비 스	정 책 능 력
구 조 조 정		행 정 개 혁 · 정 보 화
중소병원·요양병원 보건의료인력	방문보건	공공보건의료 보건의료정보

- 보건의료의 국정 목표를 설정하는 방법에는 여러 가지가 있을 수 있으나, 여기서는 국가가 중점적으로 관리해야 할 보건문제를 몇 가지 선택하여 목표를 세우는 방법을 채택하였음.

- 보건의료 재정의 조직은 98년 상반기 중에 이미 개편되었고, 예산 및 의료재

정 등 재원 조달 및 활용의 문제는 다음 단계에서 다루어질 예정이므로 이번 기획단 활동에서는 제외되었음.

- 보건의료 조직에서는 1, 2, 3차 단계간 및 의약간의 기능분화를 다루었으며, 한양방간의 관계는 다음 단계에서 설정하고자 함.
- 보건의료 자원에서는 2차 병원과 의사 인력을 주로 다루고 있음. 1차와 3차의 자원 문제는 단골의사 제도와 공공보건의료체계에서 일부 다루어지고 있으며, 보건의료 인력 전반의 종합적인 정책개발은 후에 하고자 함.
- 보건의료서비스는 방문보건의료 서비스를 주로 다루었음. 일반적인 보건의료서비스의 문제는 수가차등화, 단골의사 제도, 의약분업, 요양병원, 공공보건의료체계 등에서 개선 방향이 잡힌 셈이며, 질적 수준의 제고는 건강보험심사평가원 설립에서 중요한 단초를 열 수 있을 것임.
- 보건의료 정책 능력의 배양을 위해서는 공공의료체계와 정보체계를 중점적으로 취급하였음.

4. 보건의료 분야 개혁의 틀 안에서 이번 과제의 위치

보건의료 개혁을 위해 필요한 정책 전체 중에서 이번 정책기획단의 성과물은 그 첫 부분에 해당한다고 할 수 있음. 다만, 의료보장 분야는 지난 상반기 중 이미 개편 작업이 이루어져 있으므로, 이 두 가지가 앞으로의 개혁 정책 개발에 기반이 될 것임.

의료보장 분야에서는 이미 다음과 같은 중요한 개혁 작업이 이루어졌음.

- 건강보험으로 방향을 설정하여 보건의

료 서비스의 포괄성을 도모함.

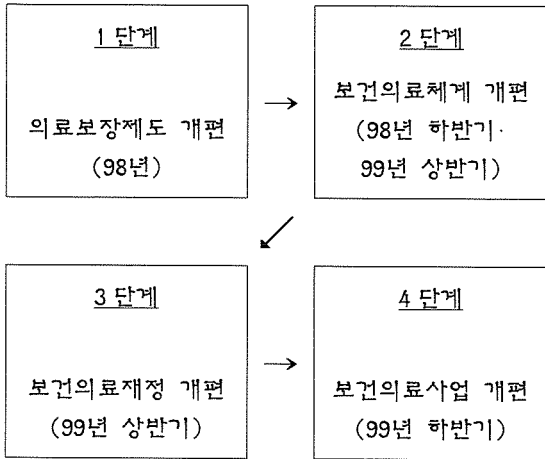
- 보험관리체계의 통합 일원화로 효율성을 개선함.
- 보험재정의 통합과 보험료 부과체계의 개편으로 형평성을 증진함.
- 심사평가원의 설치로 정부와 전문인간 갈등 관계 해소 및 의료서비스의 질적 수준 개선을 위한 기반을 마련함.
- 각종 위원회에 보험가입자 참여 보장으로 민주성을 확보함.

이번에 보건의료(생산)체계 개혁의 방향과 접근방법이 결정되고 추진되면, 다음 단계로 보건의료 재정 분야에 대한 전면적인 재검토가 있어야 할 것임. 이에선 다음이 포함되어야 할 것임. 추가적인 재정 소요는 최대한 억제하여야 하겠지만, 꼭 필요한 만큼의 재원은 예산 증액이나 보험료의 적정화를 통하여 확보되어야 할 것임.

- 보험급여 개선, 보험진료비 적정화 및 각종 정책 추진에 소요될 보건의료 예산 및 의료보장 재원의 소요액 산출
- 예산, 기금 및 의료보장 등에서의 재원 조달 방법
- 보험급여 구조 개편, 진료수가 항목 조절 및 진료비 지불제도의 개편, 보험료 수준 및 부과방식의 개편

그 다음 단계 또는 보건의료 재정에 대한 검토와 함께 정신보건, 구강보건, 한양방 관계 및 각종 보건사업의 제도와 내용에 대한 재검토가 있어야 함.

이번 보건의료 선진화 정책 기획단 활동은 보건의료 개혁의 1, 2 단계임. 이어서 3, 4단계가 이어져야 할 것임. 이를 다음과 같이 요약할 수 있음.



III. 정책 과제별 내용

1. 국가가 중점적으로 관리하여야 할 보건문제의 선정 및 관리

1.1 선정한 이유

- 지금까지는 ‘국민건강 수준의 향상’ 또는 ‘질병관리의 수준과 개선’과 같이 정책의 결과(output)를 목표로 설정하고 이를 달성하기 위한 정책을 추진한 전례가 없었음. 이 때문에 국가 전체의 보건의료 활동에 목적의식적인 노력이 없었음. 국가 보건정책에 일정한 목표를 부여하고, 국민들에게 실질적인 이익을 주기 위해서는 이러한 접근 방식이 필요함.
- 보건정책에 목표가 불명확한 것이 특히 공공보건의료체계에 큰 문제를 야기하고 있음. 국가가 수행할 정책이 명료하지 않기 때문에 국립병원, 지방공사 의료원, 보건소 등이 해야 할 사업내용이 불명확함. 이로 인해 공공의료분야의 자원이 낭비되고 있으며, 그 존재가치에 대해 의문이 제기되고 있음(특히, 예산 당국에서). 국가 보건정책에

목표를 설정하고 이에 준하여 공공보건의료기관에 명확한 임무를 부여하여야 그 ‘존재 이유(raison d’être)’를 가질 수 있을 것임.

1.2 정책 방향

- 국민 건강에 주는 위해와 부담의 정도가 크고, 지속적 관리(continuity of care)가 필수적이며, 더 큰 질환으로의 진전을 예방함으로써 비용·효과가 큰 보건문제를 몇 가지 선정함.
- 관리가 필요한 질환 및 보건행태를 포괄적으로 설정(comprehensive approach) 하지 않고, 선택적으로 설정한 것(selective approach)은 현재의 취약한 보건의료체계(공공 및 민간 모두)가 포괄적 접근 방법을 감당하기에는 짐이 너무 크다고 판단했기 때문임.
- 일단 선택적인 방법으로 시작하여 활동 과정을 통해 조직이 강화되면, 점차 포괄적인 방향으로 발전시키는 전략을 채택하고자 하는 것임. 이 부분은 향후의 정책 과제로 남겨둠.

1.3 내용

- 중점관리 보건문제로 다음의 10가지를 선정함.

〈중점관리 보건문제 10대과제〉

분 야	중점관리 보건문제
전염성 질환	1. 간염 2. 결핵
비전염성 질환	3. 차궁경부암 4. 고혈압 5. 당뇨병 6. 치아우식증
정신 질환	7. 정신분열증 및 양극성 정신질환 8. 치매
건강 관리	9. 산전, 분만 및 산후관리 10. 영유아 건강관리

- 이들 질환에 대해서는 건강증진, 질병 예방, 조기 발견과 치료 및 재활의 전 측면에 프로그램을 개발하여 노력함.
- 이들을 집중적으로 관리하기 위하여 인력 및 재원을 최대한 동원하고, 각종 조직과 제도를 정비하고자 함. 현재 이미 진행되고 있는 건강증진, 정신보건, 구강보건, 노인보건, 결핵관리, 암관리, 만성질환관리 등의 사업체계와 보건소 등 공공보건의료 체계는 이에 맞추어 전면 재정비함.
- ① 중앙의 국립보건원을 보건문제/질병관리를 위한 정책·행정·연구기관으로 개편함. 국립의료원, 암 센터, 국립 정신병원, 국립 결핵병원 등에 중점관리 보건문제를 다루는 기관으로서의 기능을 부여함.
- ② 광역과 기초자치단체의 보건행정기관(보건소 등 포함)에 이 분야의 업무를 강화함. 각 지방의 국립 대학병원, 지방공사 의료원 및 보건환경연구원에 중점관리 보건문제를 다루는 기관으로서의 기능을 부여함.
- ③ 이 정책제안서에 실리는 방문보건사업, 단골의사제도, 보건정보체계 등을 ‘중점관리 건강문제’의 관리체계로 활용함. 단골의사제도에 참여하는 의원을 중점관리 보건문제를 담당하는 민간 의료기관으로, 또한 질병 발생을 조기 발견하는 sentinel surveillance 체계의 일부분으로 활용함.
- 국민을 대상으로 대규모의 건강관리 캠페인과 보건교육 사업을 전개함.

1.4 보건복지부 담당자

- (미정)기획관리실장-보건증진국-건강증진과/지역보건과/질병관리과/방역과

- (미정)기획관리실장-보건정책국-정책총괄과

1.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 현 국가 예산, 지방자치 예산, 의료보험, 건강증진 기금 등을 목적의식적으로 활용함. 기존의 보건사업(예: 암관리사업 등)의 상당부분을 이에 포괄시킴. 일정액의 보건사업 예산의 증액이 필요할 것임.
- ‘보건의료기본법’, ‘공공보건의료법’ 등을 제정하고, 필요에 따라 관계법령도 개정함.

1.6 기대효과 및 활용 방안

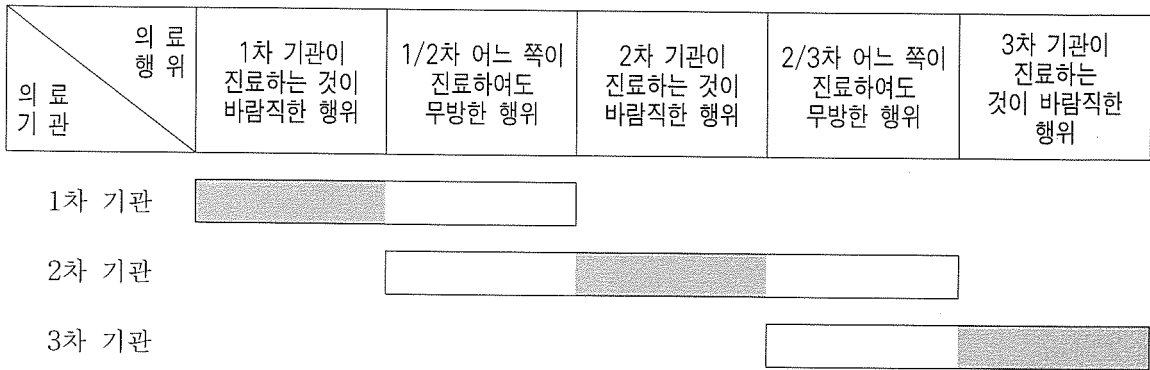
- 대상질환의 감소 또는 증가억제로 건강수준을 향상시키고 의료비를 절감함.
- 보건복지부 및 지방의 보건담당 부서에 일정한 목적 의식을 불어넣게 될 것임.
- 국민들의 정부 및 보건의료기관에 대한 신뢰감 회복에 기여할 것임.

2. 수가차등제를 통한 보건의료제공체계의 정비

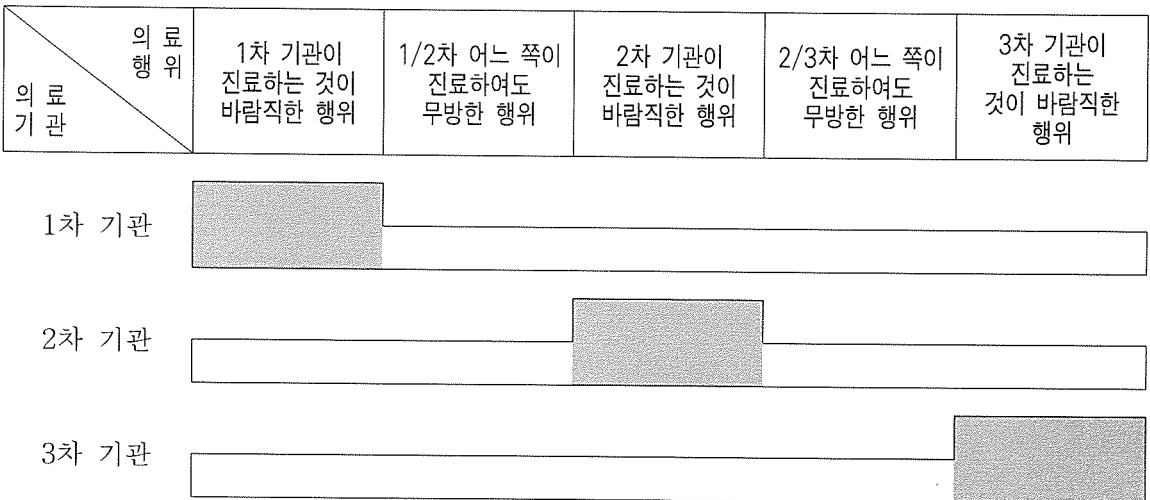
2.1 선정한 이유

- 보건의료 서비스의 제공 단계간의 기능분화(functional division)와 상호협조(cooperation)가 국가 보건의료체계의 운영을 위해 필수불가결함. 그러나, 현재 상태는
- 1, 2, 3차 의료기관이 무한 경쟁 상태에 있음. 그 결과 가장 경쟁력이 있는 3차 기관에 모든 종류의 환자가 집중되는 결과가 초래되고 있음.
- 1, 2차 의료기관이 몰락하는 반면, 3차 의료기관의 고급자원은 간단한 질병을

〈표 1〉 바람직한 진료 양상



〈표 2〉 현재의 진료 양상



진료하는 데 남용되고 있음. 보건의료 체계가 고비용, 저효율 구조로 가게 되는 가장 중요한 원인이 되고 있으며, 국민 의료비 부담을 가중시키고 있음.

- 이러한 상태가 장기간 지속된 결과, 모든 환자가 3차 기관에 가려는 의료이용의 관행이 정착되어 있음. 그러나, 이러한 국민들의 '요구와 선호도'를 그대로 존중해 주는 것이 국민들을 보호하는 것이 아님.
- 현재의 상태가 그대로 지속된다면, 향

후 노인인구의 증가, 만성퇴행성 질환의 증가 등으로 야기될 국민의료비 양등 추세를 감당할 도리가 없음. 국민 부담을 엄청나게 증가시킬 것임.

2.2 정책 방향

- 의료보장 수가를 정책 수단화하여 1/2/3차 기능을 분화하고, 상호 협조하는 체계를 이루고자 함.
- 이 제도에서 의료보장 수가는 단순히 진료 원가를 보전해 주는 의료서비스의 '가격'이라는 의미에 머무르는 것이

아니라, 그 위에 정부의 정책을 실현하기 위해 지불하는 보수라는 개념이 추가되는 것임.

2.3 내 용

- 1/2/3차 보건의료기관이 자기 급에 적합한 진료를 하는 경우에는 ‘이익 남는 수가’를, 적합하지 않은 진료를 하는 경우에는 ‘손해 보는 수가’를 지불함. 단, 초진의 경우에는 진단과정이 필요하므로 모두 원가를 넘는 수가를 지불함.

<예> 1차: 감기, 설사, 고혈압, 당뇨병 등
 2차: 단순골절, 위궤양 수술 등
 3차: 암, 뇌수술, 심장수술 등

- 환자도 자기 질병에 적합하지 않은 기관에서 진료하면 일정한 불이익을 줌. 진료비 전액을 본인이 부담하는 안 등을 포함하여 검토될 것임.
- 진료수가 산정 방식을 다음과 같이 변경함. 가산율의 설정 방식이 현재와 다름.

실제 지불되는 수가

= 진료한 질병의 행위별 진료수가 총액 × ‘가산율’

- ① ‘자기 급에서 진료해야 할 행위’→원가를 넘는 가산율(예, 1.5)
- ② ‘자기 급과 인접한 급 어느 쪽이 진료해도 무방한 행위’→위와 같음
- ③ ‘자기 급에서 진료해서는 안될 행위’→원가에 미친한 가산율(예, 0.7)
- 1, 2, 3차에 적합한 행위는 가능한 한 명확하게 나누고, 가산율도 기능 분화 효과가 확실히 나타날 수 있을 만큼의 차이를 두되, 가산율의 높낮이를 조정하여 1/2/3차 기관에 배분되는 총진료비

는 현재와 차이가 없도록 함. 기능 분화의 효과는 거두되, 각급 기관에 지불되는 진료비의 총액은 현재와 차이를 줄임으로써 제도의 수용성을 높이고자 하는 것임.

- 1, 2차 기관이라도 특화된 3차 진료 기능을 일부 수행하는 기관이 있을 수 있는 바, 이에 대한 대책은 별도로 수립함.
- 환자를 의뢰 받은 기관으로 회송하는 것을 장려하기 위하여 이 경우에는 의보에서 수가를 지불하도록 함.
- 이 정책은 다음과 같은 단계를 거쳐서 완성될 것임.

<제1단계> 새로운 수가 체계의 초안을 개발하는 연구. 내년 1/4분기까지

- 1, 2, 3차의 각급 단계가 담당할 질병 및 수가 항목의 분류
- 위의 분포와 현행 진료 행위 및 질병 분포의 비교
- 수가 항목별 수가 책정. RBRVS 및 DRG 연구의 성과가 최대한 반영되도록 함.
- 각 단계별 가산율 및 본인부담률 조정.
- 각급 기관 및 의료보험 수지의 변동을 분석하는 모의실험과 민감도 분석을 통한 각 단계별 가산율 및 본인부담률 추가 조정

<제2단계> 1, 2, 3차의 각급 단계로 분류될 수가 항목 및 단계별 가산율 등을 1, 2, 3차 단계 및 각 전문과목(치과 포함) 사이에 수직적, 수평적 조정하고 협상하는 과정이 있어야 함. 내년 상반기 중 완료.

<제3단계> 위의 연구 및 협상 결과를 중

합하여 의료보험 수가 고시를 개정함.
내년 하반기 중 완료.

2.4 보건복지부 담당자

- 사회복지정책실장-연금보험국-보험관리과

2.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 현 의료보험 재정을 재편성하여 사용하는 것이므로 추가 재정 소요는 많지 않을 것임. 단, 의료보험 수가 현실화와 1, 2, 3차 기능 분화에 필요한 일부 비용 증가분에 대하여는 조달방안이 강구되어야 함. 그 크기는 의료보험 재정에 대한 전면적 재검토가 있어야 알 수 있을 것임.
- ‘보건의료 기본법’에 1, 2, 3차 기관의 기능 분화와 상호 협력의 원칙을 규정함. ‘건강보험법’에 보험진료 급여의 근거를 명시함.

2.6 기대효과 및 활용 방안

- 1, 2, 3차 서비스의 시장을 분할하여 자기 급의 기관끼리만 경쟁을 하게 함으로써, 3차 대형병원에 환자가 집중되는 상태를 바로 잡을 수 있음.
- 의료기관 간에 의뢰 관계가 형성됨. 경쟁관계에서 보완관계로 전환됨.
- 1, 2차 의료기관은 필요한 시설, 장비만 갖추어도 되므로 이들의 경영 부담을 크게 덜어줄 수 있음.
- 3차 의료기관은 환자수가 줄지만, 난이도가 높은 고비용 환자만을 진료함으로써 자원 활용을 극대화할 수 있음. 연구와 교육을 위한 시간이 생겨 3차 기관 본연의 임무에 충실할 수 있음.
- 1, 2차 의료기관을 최대한 활용하여 의

료비와 보험재정 지출을 절감함.

- 국민들의 의료이용 행태를 교정하는 교육 효과를 보게 될 것임.

3. 단골의사 제도 도입

3.1 선정한 이유

- 국민들은 언제든지 믿고 찾아가 진료하고 상담할 수 있는, 그리고 자신의 병을 잘 알고 있는 의사를 원하고 있음.
- 현실은 그렇지 못하기 때문에 “의사장보기 현상”이 보편화되어 있음. 국민들의 의사 선택권(freedom of choice)이 보장되어 있어 외형상 장점으로 보이지만, 실제로는 단점이 더 큼. 지속성과 포괄성이 떨어져 보건의료 서비스의 질이 낮아지므로, 의료에 대한 만족도와 신뢰도도 낮아지며, 의료비가 낭비되어 국민 부담이 커지기 때문임.
- 의사의 입장에서 자기가 진료하는 환자가 다시 자기를 찾아올 지 확신할 수 없으며, 환자의 과거 병력(past history)을 파악할 방법이 없음. 의사로서 환자에 대한 진료의 책임성(accountability)을 가질 수 없음.
- 결국 현재의 보건의료체계는 환자 진료의 책임성, 지속성에 치명적인 결함을 가지고 있음. 이러한 의미에서 우리나라는 의료 서비스의 질이 낮은 수준으로 고착화되고 진료비를 앙등시키는 체계를 가지고 있는 것임.

3.2 정책 방향

- 신뢰성 있고, 지속적인 환자·의사 관계(patient-doctor relationship)를 복원해 주고자 하는 것이 단골의사 제도의 기본적인 취지임.

- 환자들이 개원의에게 등록하여 지속적인 진료를 받도록 함. 강제 실시나 전면 실시가 아니라, 원하는 의원과 원하는 국민들이 자발적으로 참여하게 함.
- ‘중점관리 건강문제’를 가지는 환자 및 임산부·영유아는 단골의사 등록을 더욱 적극적으로 유도하여 민간 의원들이 ‘중점관리 건강문제’의 관리 체계에 중요한 일원으로 역할하게 함.

3.3 내 용

- 참여를 원하는 개원의와 원하는 환자가 자발적으로 참여하는 프로그램임.
- 단골의사 제도에 참여하는 개원의에게 등록된 환자들은 병이 있을 경우 우선적으로 단골의사에게 진료·상담하여야 함. 의료보험증에 단골의사 등록 환자임을 표시하며, 다른 의료기관을 이용할 경우 단골의사의 진료의뢰를 받아야 함. 등록 기간은 1년으로 하고 이를 단위로 변경할 수 있음. 단, 산전·산후관리를 위한 등록은 해당 기간으로 함.
- 단골의사는 등록환자에게 상담, 건강위험 평가, 건강 및 질환관리 교육 및 전화상담 서비스를 제공함. 전화 상담의 경우 저녁 시간에는 700 서비스를 이용하여 유료로 운영하도록 함.
- ‘중점관리 보건문제’의 대상자는 정기적으로 단골의사를 방문하여 진료·상담을 하여야 함. 영유아 보건프로그램(Under 6 program, 학교보건으로 넘어가기 전까지의 기간)에는 성장·발육 점검, 예방접종, 시력·청력·언어능력·지능발달의 검사, 육아 상담 등이 포함됨. 임산부를 위한 산전·산후관리 프로그램을 개발하여 정기적으로 검진하고 교육, 상담함.
- 등록의사로서의 활동에 대한 교육 프로그램, 보건 및 질병관리 교육과 상담 등을 위한 각종 교육자료의 제작, 배포 등의 지원 사업이 병행되어야 함. 이는 건강증진 기금 등의 활용을 통해 가능할 것임.
- 단골의사 제도에 참여하는 의원 및 환자에 대해 의보수가에 새 항목을 신설하여 비용을 지불하는 등 지원 대책을 마련함. 집단개원을 장려하며, 농특·재특 자금 등 정부가 보유하고 있는 시설 지원 자금을 지원함.
- 지금부터 7년 후까지는 모든 개원의가 참여할 수 있음. 그 후에 참여할 수 있는 신규의사는 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과, 정신과, 치과의사로 함.

3.4 보건복지부 담당자

- 기획관리실장-보건정책국-의료정책과
- 사회복지정책실장-연금보험국-보험관리과

3.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 재정

- 단골의사에 대한 참여가 확대되도록 의보수가 등 의료보험의 지원이 필요함.
- 중점관리 보건문제의 관리에 대해서는 보건국의 예산 및 건강증진기금이 지원되어야 함.
- ‘보건의료 기본법’에 이 제도의 시행을 규정함.

3.6 기대효과 및 활용방안

- 진료의 책임성과 지속성의 개선으로 의료의 질 및 환자의 만족도를 높임.

- 건전한 환자-의사 관계가 수립될 것임.
- 등록하지 않은 국민들도 1차 의료를 먼저 이용하고 단골의사를 가져야 한다는 의식을 가지게 하는 교육효과가 있음.
- 1차에 환자를 잡아 두어 의보 재정을 보호하고, 의료비 앙등을 억제할 수 있음.
- 지금까지는 정부 보건활동의 집행조직이 보건소만으로 협소하게 제한되어 그 효과를 거둘 수 없었으나, 이 제도를 통해 국가보건사업의 하부구조(infrastructure)를 대폭 확대할 수 있음. 정부가 수행하여야 할 보건사업을 민간에 out-sourcing하는 것으로 볼 수 있음.
- 민간 부분의 공공성을 강화하고, 정부와 협조하는 관계를 맺게 할 수 있음. 장기적으로 ‘평생건강관리’체제로 가는 단초를 열 수 있음.

4. 의약분업의 실시

4.1 선정한 이유

- 의약분업은 보건의료체계를 조직하는 원칙의 한 부분으로써, 보건의료의 선진화에 필수 불가결한 요소임.
- 의약분업의 쟁점은 의약품 분류, 병원의 의약분업 포함 여부, 상품명/일반명 처방, 의약분업의 예외 조항 등이었으나, 의약품 분류를 제외한 나머지에 대하여는 최근 보건복지부의 의약분업추진위원회에서 합의가 이루어졌음. 이와 아울러 ①의약품 판매 이익의 적정화와 ②의료전달체계 구축을 동시에 추진하겠다는 결정이 있었던 바, 이 두 정책과 ③의약품 분류가 올바른 방향

으로 이루어지느냐의 3가지에 따라 ‘합의’의 정당성이 결정될 것임.

- 이 합의는 과거의 논쟁을 많이 정리하는 진일보한 것이나, 아직 추가적으로 정리하여야 할 것들이 남아 있음. 몇 가지 추가적인 조정이 이루어지지 않으면, 특히 의원이 큰 피해를 보게 될 가능성이 큼.

4.2 정책 방향

- 병원, 의원 및 약국 모두가 예외 없이 의약분업에 참여하는 완전한 의약분업을 이룩하도록 함.
- 병원, 의원 및 약국의 이해 관계가 엇비슷하게 조정하여야 함. 의보약가를 낮추어 그 절감분으로 기술료(처방료와 조제료)를 인상하여 주도록 함.

4.3 내 용

- 약국에서 의약분업에 예외가 될 가능성은 현재의 분류 초안에 일반의약품의 범위가 너무 넓게 설정되어 있는데서 발생함. 분류의 기준을 약사가 임의 처방 및 조제하려고 해도 일반의약품만으로는 ‘처방이 구성되지 않을 정도’로 조정하여 예외의 가능성을 없앴. 또한 약국에서 일반의약품의 ‘분할투약’을 중지하도록 함.
- 모든 의료기관의 외래처방전 원외 발행을 의무화하기 위해 병원의 외래조제실을 폐쇄함. 단, 3차 병원의 경우에는 여러 가지 무리가 있으므로 3-5년의 유예기간을 둔.
- 일반명 처방과 상품명 처방을 병용함. 일반명 처방을 했을 경우 및 생물학적

동등성 시험을 거쳤거나 이에 준하는 인정을 받은 의약품은 상품명 처방했을 경우에는 약사의 임의 대체조제를 허용함. 기타의 의약품은 상품명 처방했을 경우에 약사는 반드시 처방된 상품명으로 조제해야 하며, 단 의사의 동의가 있으면 대체조제 할 수 있음. 생물학적 동등성 시험의 공신력을 높이도록 함.

- 의보약가를 대폭 인하하여 보험재정 지출을 절감하고, 이를 기술료(처방료와 조제료)를 대폭 인상하여 의료기관의 손실된 수입을 보전하여 줌.
- 주사제를 예외조항에 포함함. 주사제 사용 증가를 억제하기 위해, 총 약제비 중 주사제 비중을 보험자가 통제하도록 하며, 주사제와 경구제가 같이 있을 경우 주사제 처방을 우선하도록 함. 약사가 약물 상호작용을 판단할 수 있도록 동일 환자에 대하여 주사제 처방과 다른 제형의 의약품 처방이 함께 이루어지는 경우, 하나의 처방전에 주사제를 포함하여 처방된 모든 약물의 처방내역을 함께 기재함. 주사제만 처방하는 경우에도 주사제 처방내역을 처방전에 기재하여 환자에게 발행함.
- 시군구 단위로 지역별 의약분업협력위원회를 구성하여 지역 내에서 사용할 약품리스트를 작성함.

4.4 보건복지부 담당자

- 기획관리실장-보건정책국-약무정책과
- 사회복지정책실장-연금보험국-보험관리과

4.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 의료보험 재정에서 보험약가를 대폭 인하하고, 그 절감분으로 기술료(의사의 처방료 및 약사의 조제료)를 인상하여 줌. 이렇게 하면 의료보험의 추가 재정 부담을 최소화할 수 있으며, 이것이 의사/약사 측과 의료보험 측 모두가 의약분업을 받아들일 수 있게 하는 유일한 방법임.

4.6 기대효과 및 활용 방안

- 의약품의 오남용을 방지할 수 있으며, 합리적인 처방과 복약 지도가 가능해지며, 조제와 투약이 철저하게 됨.
- 보건의료체계 및 제약산업의 질서를 바로 잡고, 의약품 부조리를 원칙적으로 근절할 수 있음. 제약산업의 구조조정을 촉발할 것임.
- 의료의 질적 수준과 의약품의 품질을 크게 높일 수 있음. 의약품 남용을 줄여 의료비를 억제하고, 효율성을 제고함.
- 의보재정의 운영이 정상화될 것임. 의보약가 결정과정이 공정해지고 약가인하 조치를 통하여 재원을 절감할 수 있을 것임. 통합의료보험의 운영에 큰 기여를 하게 될 것임. 나가서는 의보수가의 정상화로 이어지는 경로를 밟을 수 있을 것임.
- 그 동안 극도의 불신으로 악화되어 가던 국민과 의료인의 관계를 다시 신뢰관계로 복구시키는 실마리가 될 것임. 의사와 약사의 직종간 갈등 관계를 해소하고 협조 체계 구축함.
- 단순히 의사와 약사간의 기능분담 문제

가 아니라, 우리 나라 보건의료체계의 왜곡된 구조를 바로 잡는 중대한 계기로 작용할 것임.

5. 보건의료인력 양성의 적정화

5.1 선정한 이유

- 보건의료인력 직종간의 구성, 각 직종내 구성에 불균형 상태가 극심하여 이를 교정하여야 함.
- 특히 의사 인력의 구성이 가장 큰 문제가 되고 있음. 의사인력의 내적 구성은 의료시설의 구성과 일치하여야 하고(세부 전문의=3차 병원, 단과 전문의=2차 병원, 가정의 전문의=의원), 1, 2, 3차의 구성에 적합하게 분포하여야 함. 의사인력과 의료시설의 불일치는 과소수련(under-qualification), 과다수련(over-qualification), 과오수련(mis-qualification)의 제반 문제를 일으킴. 우리 나라에서는 단과 전문의가 너무 많이 배출되어 과다수련(over-qualification)의 문제가 심각함.

- 과다수련은 다수의 단과 전문의가 실질적으로는 일반의의 역할을 하게 함으로써 교육 투자를 낭비하고 있을 뿐 아니라(그 부담은 궁극적으로 국민에게 전가됨), 의사들의 직무만족도(job satisfaction)를 심각한 수준으로 저하시켜 의료계 전반을 불안정한 상태로 만들고 있음. (예) 일반외과 개원의가 개복 수술을 하는 비율은 10%가 채 안되는 것으로 알려지고 있음.
- 단과 전문의의 과다배출은 필연적으로 국민의료비의 양등을 초래하게 됨.
- 의사인력 문제에 대한 정책 방향이 확정되면, 다른 인력의 문제도 훨씬 쉽게 해결 방안을 찾아나갈 수 있음. 또한, 보건의료인력 문제 전반을 다루기에는 각종 인력간 구성의 비율과 그 타당성에 대해 면밀한 분석이 있어야 하는바, 현재로서는 기본자료가 너무 부족함. 인력 전반의 개편은 연구 작업이 선행되어야 하기에 이번에는 의사 인력을 먼저 다루고, 전반적인 문제는 추후에 종합적으로 다루고자 함.

〈표 3〉 개원의 및 전공의의 전문과목별 분포

전문과목	개원의 ¹⁾		전공의 ²⁾	
	개원의 수	백분율	전공의 수	백분율
가정의학과	1,127	8.4	236	7.4
단과 전문과목	12,292	91.6	2,962	92.6
총 계	13,419	100.0	3,198	100.0

자료 : 1) 전국회원실태보고서, 대한의사협회 기획연구실, 1997

2) 대한병원협회, '97병원표준화 심사 및 '98 수련병원(기관)지정 보고서, 1997년. 1년차 전공의 기준

5.2 정책 방향

- 보건의료인력 전반의 수급 계획을 수립하기 위한 연구를 시작하도록 함.
- 의사 인력 분야에서는 의과대학의 신설은 억제하고, 의사인력의 구성을 단과전문의 중심에서 가정의 중심으로 전환함.

5.3 내용

- 보건의료인력 전반의 수급 계획을 수립하기 위한 연구를 시작하도록 함.

- 의과대학의 신설은 억제함. 필요에 따라 의대 정원의 증감은 있을 수 있으나, 그 방법은 기존 의대의 정원을 조절하는 것으로 충분히 가능하기 때문임. 현재의 41개교가 정원 100명, 또는 120명씩을 충원될 때까지의 의대의 신설은 불필요함(총 4,100명 또는 4,920명, 현 3,314명). 의사 인력의 배출을 늘려야 한다는 의미가 아님. 교육부가 기준을 만들어 의대 교육의 질적 수준을 관리하게 함.
- 의사인력의 구성을 단과전문의 중심에서 가정의 전문의와의 비율을 유지하는 방향으로 전환함. 정부가 전공의 정원책정 중 가정의 전공자의 비율을 정하는 데에 개입함. 전문의 수련병원의 병상수 기준을 상향조정하고, 가정의 수련의의 비율을 연간 5-10%씩 증가시켜 최종적으로 전체 의사수의 약 50%선에 이르도록 함.
- 현재의 가정의 수련은 질적 수준을 대폭적으로 상향하여야 함. 중소병원 가정의 수련의 질적수준을 향상시키기 위하여 대학/대형 병원 가정의학과와 자매 관계를 맺게 하거나, 시도별 합동 교육 프로그램을 마련함.
- 가정의의 업무를 단과 전문의와 충돌하지 않는 범위로 한정함.
- 당사자 중 하나는 신규 배출 의사들임. 가정의 전공의의 자리가 늘어나도 이들이 선택하지 않으면, 가정의는 늘어날 수 없음. 이들에게는 두 가지 유인책이 필요함. 첫째, 수련의 질을 충분히 향상시켜야 함. 이는 가정의학회의 적극적인 준비가 필요하며, 가정의학회

가 수련교육의 질적 수준을 관리할 수 있도록 정부가 지원함. 둘째, 가정의 개원의의 사회적 지위와 수입을 단과 전문의와 비슷하게 유지하여야 함. 1, 2, 3차 수가 차등화 및 단골의사 제도가 유용한 기여를 할 수 있을 것임.

5.4 보건복지부 담당자

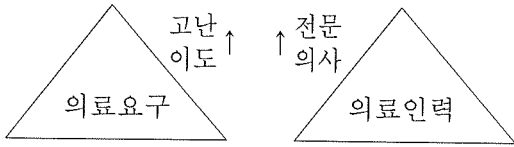
- 기획관리실장-보건자원관리국-보건자원과
- 교육부
 - 학술연구지원국
 - 대학제도과(보건의료계 대학의 정원 및 교육 내용)
 - 대학지원과(보건의료계 대학의 설립·해산)

5.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 재정소요는 없음. 단, 전공의 수련의 질을 향상시키는 지원을 한다면 이에 대한 예산 증액이 필요함.
- 현행 법령으로도 조정이 가능하나, 더 강력한 정책수단 확보를 위해 필요하다면 관련 법률을 제·개정함.

5.6 기대효과 및 활용 방안

- 더 필요하지만 과소 생산되고 있는 가정의와, 이미 과다 배출되어 있으면서도 스스로는 수를 줄이지 못하는 단과 전문의간의 비중을 조정하여 의료계의 불만 요인을 줄일 수 있음.
- 의사 양성 비용을 절감하고 의료비 양등을 억제함.
- 의료서비스의 수요와 의료인력 공급을 일치시킬 수 있음. 전문의가 일반의의 역할을 하는 현재의 과다수련의 상태를 줄일 수 있음.



성단기질환의 진료체계에서 이들의 비중을 감축시키는 것이 의료전달체계 수립의 한 방법이 될 수 있음.

6. 중소병원의 기능전환

6.1 선정한 이유

- 급성단기 병원에 입원하고 있는 환자의 약 1/3(재원일수 기준)이 요양병원에서 진료하는 것이 타당한 환자들이지만, 이러한 의료요구(요양병원 서비스의 병원 내 미충족 필요, unmet needs)를 충족시킬 의료시설이 아주 부족함. 환자와 의료보험 양측이 모두 불필요한 고가의 진료비를 부담하고 있음.
- 중소규모 병원(소위 '준종합병원'에 해당함)은 급성단기 병원으로서의 경쟁력이 부족하여 경영상 많은 어려움을 겪고 있음. 이에 대한 대책이 여러 차례 논의된 바 있으며, 전문병원, 개방병원 등이 그 예임. 그러나, 전문병원은 일부 병원에만 타당성이 있어 보편적인 대책이 될 수 없고, 개방병원은 현실 타당성이 부족하여 진척되지 못하였음.
- 의원이 외래진료를 담당하고 병원은 입원진료를 담당한다는 본연의 기능에 비추어 볼 때, 중소병원은 의원과 병원(입원진료 기능을 완전하게 갖춘 의료기관이라는 원래 의미에서의 병원)의 중간적 성격을 가질 수 밖에 없음. 이러한 중소병원이 지나치게 많은 것이 의원과 병원의 기능을 외래와 입원으로 분화시키기 어려운 이유의 하나임. 소규모 병원을 적절한 형태로 기능 전환시켜 급

6.2 정책 방향

- 소규모 병원을 지역중심병원으로 육성하던가(주로 농촌지역에서), 또는 요양병원으로 기능전환을 유도함(주로 도시지역에서). 요양병원은 의학적 난이도가 낮으면서 장기적 성격을 가지는 질환을 다루는 병원을 지칭함.
- 요양병원을 적극적 육성하되, 새로운 병원을 세우는 것보다 30-200 병상의 소규모 병원을 전환하는 방식을 취하는 것은 저비용으로 요양병원을 확보하고 소규모 병원의 비중을 축소하는 두 가지 효과를 동시에 거두고자 하는 것임.
- 노인인구가 증가하고 만성퇴행성질환 위주로 질병구조가 변화하여 현재 가정에 머물고 있는 장기 환자가 많음. 이는 요양 서비스의 지역사회 내 미충족 필요에 해당함. 마땅히 이를 충족시켜야 하겠으나, 자칫 감당하지 못할 정도의 의료보장비용 추가부담을 초래할 위험이 있음. 이번 정책 과제에서는 병원 내 잠재수요를 먼저 충족시키고, 지역사회 내 잠재수요는 재원조달에 대한 대비책과 함께 향후 추진하도록 단계화 하고자 함.

6.3 내 용

- 요양병원에 입원하는 환자는 당분간 급성단기 병원에 장기입원 중인 환자 중 급성 증상 시기의 초기 치료가 종료된 자로 한함. 기능저하 환자(중풍 등), 재

〈표 4〉 병상수별 의료기관 분포

규모별 분류	의료법의 분류	병상 규모	기관수(%)	병상수(%)
의 원	의 원	0	9,782(59.7)	0(0.0)
		1-29	5,829(35.6)	60,230(28.7)
소 형 병 원	병 원	30-99	376(2.3)	23,274(11.1)
중 형 병 원	중 합 병 원	100-199	135(0.8)	18,182(8.7)
		200-399	132(0.8)	34,176(16.3)
대 형 병 원	중 합 병 원	400이상	118(0.7)	73,943(35.2)
소 형 병 원 소 계		511(3.1)	41,456(19.8)	
의 료 기 관 총 계			16,372(100.0)	209,805(100.0)

활치료 환자(사고 후), 말기 환자(암 등) 등이 있을 것임. 입원 기간은 무한정 입원하는 수용시설화를 막기 위하여 일정기간으로 제한함. 외래진료는 입원 절차의 관리 및 퇴원 환자를 일정 기간 추구 진료하는 정도로 국한하며, 응급실은 설치하지 않음.

- 중소병원 중 요양병원으로 기능 전환을 희망하는 병원은 사업 계획서를 제출하고, 공정한 심사 과정을 거쳐 받아 농특·재특 자금을 지원 받음.
- 요양병원의 시설, 인력 기준을 적절히 (비용 절감과 질적 수준을 고려하여) 조정함. 의사 및 간호사 인력을 급성단기병원의 약 절반 정도로 줄이고, 반면 간병 인력을 늘이는 것으로 가능할 것으로 예상됨. 진단 및 치료 시설을 단순화하는 반면, 환자와 보호자 편의시설을 확충함. 새로운 원가구조에 기준하여 요양병원 수가를 책정함. 수가는 요양병원의 적정 이윤을 보장하되, 급성단기병원 수가보다는 낮은 수준이어

야 함.

- 요양병원에서 퇴원한 환자에 지속적인 보건의로 서비스를 제공하기 위해서 방문보건사업체제와 연결함.

6.4 보건복지부 담당자

- (미정)기획관리실장-보건자원관리국-의료정책과/보건자원과(요양병원)
- 기획관리실장-보건자원관리국-보건자원과(농특/재특자금)
- 사회복지정책실장-연금보험국-보험관리과(요양병원 수가)

6.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 재특 및 농특 자금을 요양병원 육성 자금으로 돌림.
- 의료보험의 요양병원 수가를 산정함. 급성단기 병원 수가보다 낮게 책정될 것이므로, 현재 병원에 입원하고 있는 환자의 전원만을 허용할 경우 재원소요는 오히려 줄어들 수 있음.
- 의료법에 요양병원 규정이 이미 만들어져 있음. 시행령 및 시행규칙 개정이 필

요함. 병원의시설 및 인력 기준은 자율화되었음.

6.6 기대효과 및 활용 방안

- 급증하는 요양병원 수요에 부응함. 일부분만이라도 우선 충족시켜 나가며 앞으로 추가적인 확충을 계속 도모해야 할 것임.
- 경영난을 겪고 있는 중소병원의 활성화 방안으로 기여할 것임.
- 급성단기병원 장기 체류로 발생하는 의료 재원의 낭비를 억제하고, 환자의 경제적 부담을 경감함.
- 의원과 ‘제대로 된 병원’ 사이에 낀 중소병원을 줄여, 의원과 병원 기능을 분화시킴으로써 의료전달체계의 정착에 기여할 수 있음.

7. 공공보건의료체계의 정비

7.1 선정한 이유

- 국립병원, 국립대학 병원, 지방공사 의료원, 보건소 등 공공보건의료체계는 보건정책 집행의 기본조직들임. 그 수는 국공립병원이 123개(40,028병상), 보건소 등 보건기관이 3,610개에 달하는 방대한 규모임. 그러나, 이들이 전반적으로 취약하고, 관리 주체가 중앙정부의 각 부처와 지방자치단체에 분산되어 있어 통일적인 활동이 불가능하게 되어 있음. 결과적으로 막대한 자원 투입에도 불구하고 보건정책의 집행 능력은 심각하게 저하된 상태를 벗어나지 못하고 있음.
- 이는 중앙 및 지방 정부의 정책적 과오와 함께 공공보건의료기관 및 인력

들 스스로의 잘못이 복합적으로 작용한 결과임.

- 현재 중앙 및 지방 행정체계 개혁이 진행중인 바, 공공보건기관도 대대적으로 개편되고 있음. 이 과정에서 국립병원, 지방공사 의료원, 보건소 등의 역할과 존재 가치에 대해 심각한 의문이 제기되고 있음. 또한, 기획예산위원회에서 암센터에 대한 대책을, 행자부에서 보건소와 지방공사 의료원의 개편 방안을, 교육부에서 국립대학 병원의 개편 방안을 마련 중임. 그러나, 관련 각 부처가 아무런 협의·조정 없이 추진하여 결과적으로 ‘파괴적’인 양상이 전개되고 있음. 특히 지방공사 의료원의 개편은 수익성 일변도로 추진되어 공공병원의 의미를 상실해 가고 있음.

7.2 정책 방향

- 공공보건의료체계 전반을 종합적으로 조정(coordination)할 수 있는 총괄책임을 보건복지부에 부여하도록 함. 광역 및 기초자치단체의 보건의료 기획, 집행, 평가 능력을 배양함.
- 행정 단계별, 기관의 특성별로 활동 목표를 명확히 부여하고, 구체적 활동은 지방자치 및 기관별 자율운영의 원칙에 따라 이루어지게 하되, 정책 수행의 정도에 따라 평가가 이루어지도록 함.
- 관료주의의 타파를 통해 시스템을 효율화되도록 조직을 개편하고, 공공보건의료 인력의 역량을 배양함.

7.3 내 용

- 중점관리 대상 질환의 선정 등을 통해 공공보건의료에 보건정책의 수행이라는

명료한 역할을 부여함. 공공보건의료 기관의 평가는 수익성이 아닌 국가 보건정책의 수행 성취도에 따르도록 하는 평가 지표와 방법을 제시함.

- ‘보건복지부- 시도보건과- 보건소’의 체계에 국립병원, 국립대학병원, 지방공사의료원을 포함시켜 보건복지부가 이를 총괄하게 함. 대학병원의 관할을 교육부에서 보건복지부로 옮기도록 하되(대학병원의 위상과 교수의 신분에는 변화가 없음), 교육 부분에 대하여는 교육부가 지도 감독하고, 광역자치단체에서도 예산을 지원하여 광역중심병원으로서의 역할을 수행하게 함. 보건복지부와 교육부 이외의 중앙 부처가 설립한 국립병원들은 이번 개편 작업에서 제외함.
- 지방공사 의료원은 각 병원의 역할과 상황에 따라, 광역병원, 지역병원, 요양병원, 전문병원 등으로 기능을 분화시키고, 지역병원의 경우 관할권을 기초자치단체로 이관하여 보건소와 기능을 연계하게 함.
- 국공립병원의 이사진 등에 각 지역의 시민사회단체, 종교단체 추천 인사를 포함 시켜 인사, 예산 운영의 공정성을 높이고, 병원의 보건의료서비스가 지역사회의 요구에 부응하도록 함.
- 보건소는 관료주의적 경직성을 깨기 위하여 시범사업을 거쳐 책임행정기관(agency)으로 전환시키도록 함. 보건복지사무소로 전환하는 것은 지역사회 사회복지 프로그램의 개발과 인력/조직 개발을 통한 적극적인 준비 단계를 거쳐 3-4년 후 ‘원활하게’ 통합하도록 함.

- 공중보건의 활용을 도시, 농촌이 모두 할 수 있게 하고, 각 시군구가 공보의 활용계획을 제출하여 공개 심사하여 경쟁방식으로 배분하는 방법을 고안함. 시도 보건과 등에도 공보의를 배치함.
- 지방자치단체의 보건의료 정책 수행 활동을 평가하여 상벌을 줄 수 있는 예산을 확보함.

7.4 보건복지부 담당자

- 기획관리실장
 - 보건증진국
 - 지역보건과(보건소, 치매요양병원)
 - 방역과(결핵병원·나병원)
 - 질병관리과(암센터)
 - 정신보건과(정신병원)
 - 보건자원관리국
 - 보건자원과(국립의료원)
- 사회복지정책실장
 - 사회복지심의관
 - 복지정책과(보건복지사무소)
- 행정자치부
 - 행정관리국
 - 조직정책과(책임경영행정기관)
 - 자치지원국
 - 자치제도과(보건소)
 - 지방재정경제국
 - 공기업과(지방공사 의료원)
- 교육부
 - 교육환경개선국
 - 고등교육재정과(대학 병원)

7.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령개정

- 기존 기관 개편의 경우에는 가급적 추가적인 재원 소요와 공무원 정원 증가

가 없도록 방안을 마련할 것임. 그러나, 암센터 등 신설기관의 경우에는 불가피할 수 있음.

- 공공보건의료체계 전반을 규정하는 새로운 법령이 필요하며, 지역보건법, 농어촌 보건의료 등을 위한 특별조치법 등을 포괄하여 ‘공공보건의료법’을 제정함. 보건의료기본법에 공공과 민간의 협조체계를 규정함.
- 지방자치단체의 보건의료 정책 수행 활동을 평가하여 상벌을 줄 수 있는 예산이 추가되면 더 큰 효과를 거둘 수 있을 것임.

7.6 기대효과 및 활용 방안

- 혼란스러운 행정체계가 정비되고, 관료주의가 타파되어 공공보건의료체계가 제 기능을 수행하게 될 것임.
- 공공보건의료를 통해 국가 보건정책을 원활히 수행할 수 있을 것임.

8. 보건정책의 과학화를 위한 국가보건복지 정보체계의 구축

8.1 선정한 이유

- 현재 보건의료정보는 정확도와 표준화 정도가 낮으며, 체계적인 관리가 이루어지지 않고 있음. OECD가 가입국가에 요구하는 보건관련 통계가 738개에 달하나, 현재는 34.9%인 268개를 보고할 수 있는 정도의 상황임. 기존 생산되고 있는 정보도 활용도가 낮음. 이 때문에 보건정책 결정의 상당수가 과학적인 자료에 기초하지 못하고 있음.
- 국가 보건정보체계의 기본틀이 형성되지 못하고 있으며, 이를 담당하여 추진

해 나갈 주체의 설정도 미흡함.

- 그러나, 최근 의료보험 통합 및 4대 보험의 통합 논의와 관련하여 전산정보체계의 개편이 추진되고 있고, 지역보건의료계획의 수립을 위한 작업등으로 보건의료 정보체계가 대대적인 개편기에 돌입하여, 이를 좋은 기회로 활용할 수 있을 것임.

8.2 정책 방향

- 종합적이고 개방적인 국가보건정보체계의 구축을 지향함. 정보 수집의 측면에서 보건복지부, 각종 공공보건의료기관, 건강보험 등은 물론 통계청, 국세청 등 관련 부처와 민간 전문인단체 등이 생산하는 정보를 종합함. 그 이용자도 보건복지부만으로 국한하는 것이 아니라 광역 및 기초자치단체, 병의원 및 제약 등 보건산업체, 교육연구기관, 일반 국민들이 이용할 수 있도록 하여야 함.

8.3 내 용

- 현재 각종 보건정보체계 구축 사업 및 건강보험 전산화, 지역보건의료계획을 위한 지역조사 등이 이미 진행되고 있어 이를 종합 조정하고, 보완하도록 함. 이를 활용하면 대규모 정보체계 구축이 가능할 수 있음.
- 전반적인 계획을 수립할 보건정보 심의위원회와 실질적인 업무를 담당할 보건정보센터를 설치함.
- 이런 정보들이 전국, 시도 및 시군구 단위로 정리되고, 모든 보건통계의 전국적인 ‘지도’가 그려질 수 있도록 함. 전산자료로 각급 지방자치단체, 보건산

업체 및 보건정책 연구자들에게 제공 되도록 함. 일반국민이 필요로 하는 자료는 모두 공개함.

8.4 보건복지부 담당자

- 기획관리실장
 - 정보화 담당관(OECD 정보)
- 기획관리실장
 - 보건증진국
 - 지역보건과(지역보건의료계획)
- 사회복지정책실장
 - 연금보험국장
 - 보험정책과(의료보험)
 - 연금제도과(국민연금)
- 정보통신부
 - 4대 보험 전산화 추진팀 및 한국전산원
- 행정자치부
 - 자치지원국
 - 주민과(주민등록 업무에 대한 지도감독권)
 - 시군구청(주민등록 업무)
- 통계청
 - 사회통계국장
 - 인구조사과, 인구분석과, 사회통계과
- 국세청

8.5 재정 소요와 조달 대책 및 법령 개정

- 의료보험 통합 및 4대 보험의 통합 논의와 관련하여 추진되는 전산정보체계 개발 및 기타 정보관련 예산을 활용함. 이들 사업의 내용을 상호 연계하여 충실히 하자는 것이므로 추가적인 예산 소요는 많지 않을 것임.
- 보건의료정보법을 제정함. 보건의료정보의 종류, 표준화, 정부 부처 상호간, 공공과 민간간 정보제공의 권리와 의

무의 범위, 정보의 비밀 유지와 공개의 원칙 등을 규정할 것임.

8.6 기대효과 및 활용 방안

- 보건정책의 질적 수준을 제고함.
- 지방자치단체의 보건정책 수립 능력을 제고함.

9. 방문보건사업을 통한 지역보건서비스 제공기반의 구축

9.1 선정한 이유

- 앞으로 예방, 재활, 요양, 건강증진, 복지 등의 수요가 다양한 인구집단에서 현재화할 것으로 예상됨. 특히 노인을 대상으로 한 서비스가 크게 증가할 것이고 지금까지는 비교적 비중이 낮았던 장애인, 불구 손상자, 경제적 약자, 정신질환 및 약물중독자 등에 대한 서비스 수요가 크게 증가될 것임.
- 이러한 수요에 대해 적절한 지역보건 서비스제공체계를 마련하지 못하는 경우, 의료비의 증가 및 자원의 비효율성은 의료보험제정의 큰 부담이 될 것임.
- 지역보건서비스 제공체계를 확립하기 위한 다양한 정책이 필요함. 그 중에서도 근간이 되는 보건소의 방문보건사업을 강화하기 위한 정책을 수립하여 기반을 구축하고자 하며, 단골의사제와의 연결고리를 열어 두고자 함.

9.2 정책 방향

- 병원 등의 시설 외부에서 제공되는 지역보건서비스를 재정비하여 보건의료 서비스 제공체계의 지속성과 포괄성을 높일 수 있는 토대를 이루도록 함.
- 이를 위하여 보건소를 중심으로 민간

부문과의 연계를 강화하고, 보건·의료·복지서비스를 통합적으로 제공하는 방문보건사업체계를 확립함.

- 새로이 추진되는 단골의사제도, 요양병원, 가정간호제도와 효과적으로 기능을 분담하며 장기적으로 지역사회 사회복지서비스와의 통합을 이루어가도록 함.

9.3 내 용

- 지역사회내에서 제공되는 보건·의료·복지서비스의 통합을 지향함. 보건소를 중심으로 지역사회내 민간의료기관, 사회복지관련기관, 사회단체들과 유기적 관계를 구축함.
- 대상자 및 서비스 제공기반을 단계적으로 확대해 나감.

-제1단계: 저소득층 노인 및 국가중점관리보건문제를 가진 환자를 대상으로 읍·면·동사무소 폐지후 설치되는 주민복지센터에 방문보건인력을 배치함. 단골의사제도 및 요양병원, 병원가정간호사업과의 연계체계를 구축함.

-제2단계: 65세이상 노인, 6세미만 아동, 거동제한 장애인, 모자가정으로 대상을 확대하며 보건복지사무소를 중심으로 보건·복지행정 및 서비스의 연계를 구축함.

-제3단계: 전체 지역주민을 대상으로 보건·의료·복지서비스를 포괄적으로 제공할 수 있는 새로운 형태의 공급자 유형을 고안하고 확충함.

- 대상자의 요구에 따라, 예를 들어 노인의 경우에는 건강노인, 일상생활장애노인, 만성질환노인, 와병 및 기능장애노인으로 구분하여 각 대상에게 경제적 지원, 우애방문, 가정봉사원(home

helper) 파견, 방문간호, 방문진료의 서비스를 제공하도록 함.

- 간호사와 사회복지요원을 주축으로 하되 의사, 물리치료사, 가정봉사원이 참여하는 방문보건팀을 구성하여 보건·의료서비스를 포괄적으로 제공함. 이를 위해 향후 7,000명의 총원이 필요함. 이의 확보를 위해 최대한 노력함. 신규인력을 채용하여 동사무소가 전화되는 '주민복지센터'에 배치함.
- 이를 위한 공공보건사업 예산을 확보하고, 가정간호수가를 제정함. 방문보건사업 평가체계를 개발함.

9.4 보건복지부 담당자

- 기획관리실장
 - 보건증진국
 - 지역보건과
- 사회복지정책실장
 - 연금보험국장
 - 보험관리과(의료보험 수가)

9.5 재정 소요와 조달대책 및 법령 개정

- 이를 위한 공공보건사업 예산을 확보하고, 가정간호수가를 제정함. 방문보건사업 평가체계를 개발함.
- 공공보건법을 제정하여 방문보건사업을 법제화함. 공무원교육훈련법(이하 훈련법), 지방공무원교육훈련법(이하 지방훈련법) 개정하여 이들 요원의 교육을 강화함.

9.6 기대효과 및 활용 방안

- 보건의료서비스 구성의 포괄성과 서비스 이용의 형평성을 높임.