

보건의료분야의 선진화를 위한 정책 방향

이 규 식
연세대학교 보건행정학과

<Abstract>

Policy Directions for Advancement in Health Care Sector

Kyu Sik Lee
Dept. of Health Administration, Yonsei University

In the shortest period of time, we achieved both industrialization and democratization. We also achieved good performance in health care sector. Whole population are covered by health insurance since 1989 and health outcomes, such as infant mortality, life expectancy show good level. However, health care system has several problems, rapidly increasing rate of health care expenditure, dissatisfaction of both consumers and suppliers. Current health care system does not reconcile with market competition principle. Causes of these problems originated from 1977 paradigm which was formed to expand health insurance to whole population within short period.

Dominant assumption of 1977 paradigm is to assure equitable access of health care by government's command and control. We urgently demand to reform the 1977 paradigm to suitable in 21th century. Our economy entered into a road to advancement. We have concerns how President Lee's administration reform health care system to harmonize with

† 교신저자 : 이규식(011-9718-6343, kslee02@yahoo.co.kr)

economic development and to achieve advancement in health care sector.

Key Words : Health care policy, Health care reform, Advancement

I. 머리말

정권이 교체되면 많은 분야의 국가 정책이 바뀌기 때문에 국민들은 새 정부가 어떠한 정책을 채택하여 국민들의 삶을 향상시킬까 하는데 대하여 관심을 기울이게 된다. 특히 이명박 정부에 대하여 국민들이 관심을 크게 기울이는 이유는 정치적으로 1987년 민주화 체제가 20년을 지속하여 정치적인 측면에서의 많은 발전을 기하였지만 경제성장에는 한계를 보여 성장잠재력이 잠식되고 이로 인한 고용불안과 같은 실제 생활에서의 어려움을 체감함에 따라 이제는 실용이라는 새로운 패러다임을 느꼈기 때문이다.

한편 보건의료측면에서도 이명박 정부의 등장은 큰 관심의 대상이 되고 있다. 우리나라의 보건의료체계는 1977년 의료보험제도의 도입으로 의료서비스의 접근성 확충에 초점이 주어져 의료이용도는 높아졌지만 국민의 건강관리에는 한계를 초래하고 있기 때문이다. 즉 의료서비스 위주의 보건의료정책의 결과 국민의료비는 지속적으로 증가하는데 건강의 형평성은 오히려 악화시키는 문제가 있다. 또한 의료분야는 전국민의료보험의 조기 달성을 목표로 하여 정부의 명령과 통제(command and control)를 운영원리로 하는 체계를 구축하여 오늘의 현실과 맞지 않는 문제가 있다. 즉 정부의 명령과 통제형 의료체계는 전국민의료보험을 조기에 달성하는 등의 성과를 거두었으나, 전국민의료보험이 달성된지 거의 20년이 가까워졌음에도 불구하고 여전히 1977년 패러다임을 그대로 지속시켜 시대의 변화에 부응하지 못하는 문제가 있다. 경제 분야를 위시하여 많은 분야는 이미 선진국의 대열을 넘보는 수준에 이르렀음에도 불구하고 보건의료분야는 여전히 낡은 틀에 얽매어 있어 국민들은 21세기에 부합하는 선진화를 요구하고 있다.

특히 이명박 정부는 선진화를 목표로 작은 정부를 지향하면서 시장경제와 글로벌시대를 역대 어느 정권에 비하여 강조하였기 때문에 국가의 하위체계로서 보건의료분야의 정책기조를 국가 전체의 정책기조와 어떻게 조화를 시키면서 선진화시킬 것인가가 관심의 대상이 되고 있다.

이 원고에서는 보건의료분야의 선진화를 위한 구체적인 정책내용을 제시하기 보다는 지난 30년간을 지속시킨 보건의료정책의 틀에서 벗어나 선진화의 방향을 제시하는 수준에 한정하기로 한다.

II. 현재까지의 보건의료정책에 대한 평가

1. 현재까지의 정책의 기초

현재까지의 보건의료정책의 기초는 1977년 의료보험제도가 도입되면서 설정된 1977년 패러다임¹⁾을 유지하는 것이었다(이규식, 2007b). 1977년 패러다임이란 전국민의료보험을 한시라도 빨리 달성하기 위하여 짜인 정책의 틀을 의미한다. 의료보험을 근로자에게만 적용하게 되자, 보험적용자들의 높은 의료이용률 때문에 의료수가가 상승하게 되어 보험 미적용 인구인 지역주민은 그만큼 불리해졌다. 이러한 불형평 문제를 해소하기 위하여 전국민의료보험의 달성이 조급할 수밖에 없었다.

소득을 파악하기 어려운 지역주민에게 보험료를 낮게 책정하여야만 의료보험의 확대가 용이해진다. 그리고 근로자 계층에 대해서도 보험료를 높게 책정하면 인건비 부담으로 기업의 국제경쟁력을 떨어뜨려 경제성장을 저해한다. 따라서 1977년 패러다임의 핵심은 저 보험료에 있었다(이규식, 2007b). 의료자원(의사, 병상 등)이 부족한 상태에서 의료보험을 도입하였으며, 전국민의료보험을 조기에 달성코자 하니 모든 의료기관은 의료보험 환자를 반드시 보아야 했기 때문에 강제지정제를 실시한 것이 또 다른 1977년 패러다임의 핵심이다. 저보험료에 저수가 그리고 요양기관²⁾ 강제지정제의 틀을 갖고 기본적인 의료수요만 충족시키는 제도 운영은 어느 결에 우리나라 의료체계 속에 획일적인 형평의 이념³⁾이 파리를 틀도록 하였다(이규식, 2007b).

의료공급 측면에서의 1977년 패러다임은 소위 전달체계라는 단계적인 진료체계의 도입과

- 1) 1977년 패러다임이란 1977년도에 형성된 정책만을 뜻하는 것은 아님. 전국민의료보험 달성을 위하여 1977년 이후 1989년까지 사용된 정책의 틀이 주 대상이지만 전국민의료보험 달성 이후에도 정책의 기초가 오늘날까지 지속되고 있기 때문에 지금까지의 정책 틀을 의미함.
- 2) 요양기관이란 보험환자를 보는 의료기관, 보건소, 약국 등을 총칭하여 부름.
- 3) 획일적 형평이념이란 모든 국민은 동일한 수준의 의료서비스를 항상 이용해야 한다는 생각을 말함.

보건기관의 진료서비스 제공이다(이규식, 2007b). 단계적인 진료체계는 이미 선진국에서 1920년대 상병구조가 급성기 중심일 때 계층적 지역주의⁴⁾를 기반으로 확립된 제도이다(Fox, 1998). 그리고 보건기관에 대한 진료기능의 부여는 의료보험을 단계적으로 확대하는 과정에서 불가피한 조치였다. 즉, 의료보험제도에서 소외된 농어촌 지역주민에 대한 의료 접근성을 해결하기 위하여 보건기관에 대하여 진료기능을 부여한 일시적인 조치가 이제는 도시지역 보건소까지 의료서비스를 제공하는 단계에 이르렀다. 1980년대 초반에는 의료보험에서 소외된 농어촌지역의 주민을 위하여 특별조치법(소위 농특법)을 제정하여 읍·면지역 보건지소에 공중보건 의사(공보의)와 오벽지 지역에는 보건진료원⁵⁾을 배치하여 기본적인 1차 진료에 대처하였다. 의료공급이 충분치 못하고 의료보험제도도 없어 응급적인 조치였던 보건소 및 보건지소에서 진료서비스 제공이 농어촌 주민의 호응을 얻게 되자 어느 결에 도시지역 보건소마저 공중보건사업보다는 진료서비스 제공에 더욱 많은 자원을 할당하기에 이르고 있다(이규식, 2007b).

2. 1977년 패러다임의 성과

지난 30년간 보건의료정책에서의 가장 큰 성과로는 전국민의료보장을 들 수 있다. 1977년에 의료보험제도를 도입하기 이전에 의료보호제도를 먼저 도입하여 저소득층의 의료문제에 접근하였으며, 1977년 근로자를 대상으로 시작한 사회의료보험은 만 12년만인 1989년에는 전국민의료보험을 달성하는 성과를 기록하였다.

전국민에게 의료의 접근성을 보장함에도 불구하고 2005년 기준으로 국민의료비는 GDP의 5.9% 수준으로 선진국에 비하여 상대적으로 매우 낮아 우리나라의 의료보장제도는 비교적 높은 평가를 받고 있다. 정부의 명령과 통제형 보건의료체계는 공중보건의 인프라를 잘 정비할 수 있어 평균수명이나 영아사망률 등의 보건지표도 선진국 수준으로 유지할 수 있도록 하였다. 건강수준의 향상은 의료보장에 의한 영향보다는 경제의 꾸준한 발전으로 생활하부기반이 개선되고, 공중보건사업이 활발하게 이루어진데 더욱 큰 영향을 받았다고 하겠다⁶⁾.

4) 1차 의료기관은 동네 단위, 2차 기관인 병원은 기초자치단위, 3차 기관인 대형병원은 광역자치단위로 설치하여 병이 나면 환자는 1차부터 단계를 거쳐 이용하는 시스템을 Fox(1998)는 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)로 칭함.

5) 간호대학을 졸업한 간호사를 6개월간 진료에 관한 초보적인 기술을 교육시켜 오벽지 지역이나 도시지역에 위치한 보건진료소에 배치된 인력을 말함.

6) 건강수준을 결정하는 데는 의료체계 요인보다는 환경, 개인의 관습, 유전적 요인이 더욱 크다는

3. 사회경제환경에 적합지 못한 1977년 패러다임

1977년 패러다임은 1인당 국민소득이 1,000달러 시대에 불과하던 저소득시대, 의료자원이 부족하고 기본족인 의료수요의 충족이 급급하던 시대, 급성질환이 주요 건강상의 문제점이던 시대에 적합한 정책의 틀로서 1989년 전국민의료보장시대의 개막으로 1977년 패러다임은 시대적인 소명을 끝내었어야 하였다.

특히 1인당 소득이 2만 달러를 넘어서고, 수출액 3,000억 달러를 상회하며, GDP 규모가 세계 13위 국가로 성장한 오늘날에도 1,000 달러 시대에 형성된 생의학적 모형에 의한 의료서비스의 확충이나 의료서비스 배분의 형평을 추구하는 1977년 패러다임은 오늘의 사회경제환경과 적합지 못한 문제가 있다. 오늘의 사회경제환경에 적합지 못한 1977년 패러다임을 지속시킬 경우 국민의료비라는 부담의 증가만 가속시킬 뿐 국민건강의 향상에는 크게 기여하지 못할 것이라는 점이 우려된다.

전국민의료보험이 완성되고 국민의 건강상의 문제가 급성질환이 아니라 만성질환 시대로 접어들어 생의학적인 의료서비스로 국민들의 건강상의 문제를 대처하기 보다는 생활관습의 변화나 예방보건서비스 등을 통하여 만성질환의 발생을 막는 것이 급한 시기로 접어들었음에도 불구하고 여전히 의료서비스의 확충에 정책의 초점이 주어져 국민의료비 증가를 부채질하는 문제가 있다. 비록 우리의 국민의료비가 선진국에 비하여 크게 낮지만 현재와 같이 빠른 속도로 증가한다면 장차 큰 문제가 될 수밖에 없다. 즉, 1995년의 GDP 대비 국민의료비의 비중이 4.2%이던 것이 5년 후인 2000년에는 4.8%로 불과 0.6%포인트 증가하는데 그쳤으나, 2005년도에는 5.9%로, 5년간 1.1%포인트가 증가하는 높은 증가추세를 보였다. 그런데 이때의 증가는 건강보험통합과 의약분업이라는 정책에 기인하였으나, 2010년에는 7.1%로 1.2%포인트의 증가가 예상되며, 2015년에는 9.3%로 2.2%포인트의 가파른 증가가 예상된다(건강보험미래전략위원회, 2007). 2005년 이후의 이러한 급격한 의료비 증가 추세는 인구고령화와 만성질환구조라는 환경 변화에도 불구하고 건강보험의 보장성 확대라는 생의학적 모형으로 인하여 신 의료기술을 지속적으로 수용해야 하는 현재의 패러다임을 지속시킬 것이라는 전제하에서 추계되는 의료비라는 데서 문제의 심각성이 있다.

문제는 의료비가 증가하여, 의료에서의 형평성은 이루어져도 건강의 형평성은 악화된다는 점이다. 즉, <표 1>에서 보면 1998년에서 2005년 사이에 GDP 대비 국민의료비의 비중은 1.5% 포인트나 크게 증가하였음에도 불구하고 소득 1분위 계층에서 건강이 양호하다는 사람

연구가 국내외에 걸쳐 있음(McGinnis et al., 2002, 손동국, 2007).

의 비율이 1998년에서 2005년 사이 7년간에 12.59% 포인트 줄었으며, 소득 2분위 계층에서도 2.76% 포인트 줄었다(한국보건사회연구원, 2006년). 국민의료비가 증가하였음에도 불구하고 건강 형평성이 악화되었다는 사실은 1977년 패러다임으로는 국민의 건강을 보장하기 어렵다는 점을 단적으로 설명한다. 건강의 불형평은 이렇게 커졌지만 의료이용의 형평성은 소득이나 교육수준에 따른 계층별로 볼 때 그렇게 심각하지 않다는 점이다(김혜련 등, 2004). 따라서 의료의 형평성이 이루어진다고 건강의 형평성으로 연결되지 않는다는 문제가 있다.

〈표 1〉 10분위 소득분위별 건강양호수준 (단위 : %)

년도	전체	1분위	2분위	10분위	GDP대비 국민의료비
1998	42.57	34.67	36.53	52.00	4.4
2005	46.52	22.08	33.76	56.18	5.9

주 : 보건복지부가 3년마다 실시한 ‘국민건강영양조사’ 결과를 인용한 자료임.
 자료 : 한국보건사회연구원, 사회양극화의 실태와 정책과제(2006. 12.) 116쪽.

III. 보건의료를 둘러싼 환경의 변화

1. 의료에 대한 이념의 변화

의료에 대한 이념이 경제제에서 공공재로 바뀌게 된 계기는 1942년 영국에서 발간된 Beveridge 보고서라 하겠다(이규식, 2007a). 그 이후 1948년 UN 인권선언에서 건강권이 명시되면서 의료는 기본권으로 자리를 잡아감에 따라 공공재로 인식되었다. 서구에서 1970년대 까지 복지국가론에 의하여 Democratic socialism이 지배함에 따라 의료란 필요도를 기준으로 모든 국민에게 평등하게 공급해야 한다는 이념에서 공공재라는 관점이 지배하였다(이규식, 2007a).

1970년대 후반부터 복지국가론이 쇠퇴하고 New right가 등장하면서 의료를 공공재로 간주하는 것은 가치개재적일 뿐 실증적인 관점에서 본다면 일반재화와 같다는 시각이 나타났으며(Melhado, 1998), 이러한 시각에 따라 서구의 일부 국가에서는 1990년대 이후 시장경쟁원

리를 의료체계에 도입하기 위한 의료개혁이 전개되었다. 의료에 대한 이념적인 시각의 변화는 우리에게도 사회보험이 제공하는 의료이외에 다양한 의료의 등장을 요구하고 있다.

2. 인구고령화와 만성질환으로 인한 건강증진의 필요성이 대두

저출산과 인구고령화의 지속으로 인하여 생산연령인구의 노인부양부담이 증가하여 임금세 (payroll tax) 중심의 사회보장제도의 유지에 많은 문제를 야기하고 있다. 2000년 생산연령인구 10명이 노인 1명을 부양하나, 2025년에는 3.4명이 노인 1명을 부양하는 시대로 바뀔 전망이다. 이 때문에 노인의 부양을 위한 복지 부담이 증가되어 노인부양부담이 경제성장을 제약하고 건강보험을 위시한 사회보험제도의 지속 가능성에 문제를 안겨주고 있다.

또한 경제성장으로 생활관습이 변화하고 고령화로 질병구조가 만성질환 중심으로 바뀌고 있다. 그런데 현재의 의료체계는 급성질환이 지배하던 시기에 병원이나 의원 중심체제로 구축되어 만성질환에 적합하지 못한 관계로 의료비 관리에 많은 한계를 노출하고 있다.

만성질환은 현재의 의료지식으로는 완치가 불가능하다. 따라서 만성질환에 걸리지 않도록 사전에 대비하는 것이 중요하다. 만성질환은 우리들의 생활관습이나 건강행태와 관련이 높다는 것은 알려진 사실이다. 만성질환에 대비하기 위해서는 신공중보건(new public health)으로서의 건강증진사업의 중요성이 대두하고 있지만 현재의 의료체계는 이러한 측면에서 한계를 지니고 있다. 그리고 만성병 중심으로 상병구조가 변화됨에 따라 1, 2, 3차로 연결되는 계층적 지역주의를 기반으로 하는 현재의 의료공급체계와는 다른 체계를 요구하기에 이르고 있다(이규식, 2007b).

3. 새로운 건강상의 위협요인 등장

경제구조의 변화, 세계화에 따른 외국과의 인적 물적 교류의 확대, 그리고 항생제의 장기적인 사용에 따른 병원균의 내성 등으로 새로운 건강상의 위협요인이 등장하고 있다. 수입식품으로서 유전자 조작식품, 방사선 조사식품, 농약오염 식품 등이 건강에 위협을 안겨주고 있다. 건강에 대한 위협은 식품만이 아니라 의약품이나 의료기기의 생산, 유통, 판매, 소비의 전 과정과 특히 의약품에 대한 생물학적 제재와 혈액제재의 안전관리 문제도 생명의 위협이 되고 있다.

또 다른 문제는 세계화의 진전으로 전 세계를 상대로 인적 및 물적 교류가 활발해 짐에 따라 AIDS나 SARS와 같은 신종 전염병이 건강에 새로운 위협요인으로 대두되고 있다. 그리고 인플루엔자의 변형이 등장하고 있으며, 항생제에 내성이 강한 슈퍼 박테리아의 등장, 약의 내성이 강해진 결핵균(multidrug-resistant tuberculosis)의 등장이 건강을 위협하고 있으며, 1990년대 후반부터 생물학적 테러(bioterrorism)의 위험성도 새로운 건강의 위협요인으로 등장하고 있다(Schneider, 2004).

물리적인 환경으로 화석연료나 프레온 가스 사용의 증가문제, 최근에는 조성된 환경(built environment)의 문제로 사고(작업장 안전사고, 교통사고, 화재), 전염성질환(위생, 지역, 주거), 및 환경관련위해(납 페인트, 석면, 독성물 방출) 등의 문제가 제기된다(Gostin, Boufford and Martinez, 2004). 특히 사회경제적인 환경도 중요한데 최근에 증가하는 10대의 임신이나, 폭력, 마약, 흡연과 음주 문제, 그리고 사회가 발전함에 따라 증가하는 정신질환 문제도 중요한 건강상의 위협요인이 되고 있어 새로운 보건의료체계가 필요한 시점이 되고 있다.

4. 소득증가와 기술의 발전에 따른 다양한 의료욕구의 분출

소득의 지속적인 증가와 평균수명의 증가로 국민들은 건강향상에 큰 관심을 보이고 있다(7). 또한 의료기술의 발전은 국민들로 하여금 의료에 대한 다양한 욕구를 분출토록 하고 있다. 특히 자산 소득이 높은 노인인구층의 의료욕구는 더욱 다양해질 전망이다. 이러한 다양한 욕구가 국내에서 충족되지 못하면 해외로의 의료외유도 서슴치 않는 문제가 있다. 이러한 다양한 의료욕구를 건강보험의 보장성 확대만으로 해결할 수 없는 시점에 이르렀다(이규식, 2007b).

5. 의료기술 및 정보기술의 발전에 따른 새로운 공급체계의 모색

의료기술과 정보기술의 발전으로 두 가지 기술의 융합이 이루어질 경우 의료서비스 제공 방법은 물론 의료관리(service management)의 방법을 획기적으로 바꿀 것이다(이규식, 2007b). 이미 병원에서 정보 기술의 변화에 따른 PACS 나 OCS 와 같은 방법은 의료관리의

7) 2007년 동아일보의 조사에 의하면 중산층 국민들의 가장 큰 관심사는 건강이었으며, 다음이 가족 관계, 돈의 순서로 나타났음.

모습을 바꾸었고 병의원 경영의 혁신을 초래하였다. 전자의무기록의 도입과 같은 정보기술의 발전은 의료공급체계의 구조 변화를 갖고 올 것이다. 또한 정보기술의 변화는 건강관리의 방법에도 획기적인 변화를 초래시킬 것이다. 즉 보험자가 갖고 있는 건강검진 정보나 진료정보가 가입자의 건강위험요인을 찾아내어 맞춤형 건강관리가 가능해지도록 하고 있으며, u-health에 대한 지식의 증가는 새로운 건강관리 기법을 개발할 것이다. 따라서 이러한 환경에서는 지금과는 전혀 다른 보건의료 공급체계를 모색하게 될 것이다.

6. 세계화와 개방에 대한 압력 가중

세계화의 바람을 타고 한미 FTA 협상을 완료하였으며, 이미 EU와도 FTA 협정을 위한 협상이 전개되고 있다. FTA를 통한 개방은 의료와 관련 산업의 개방을 촉구할 것이기 때문에 이 분야에서 경쟁력을 확보하지 못하면 일류 국가로의 진입은 불가능할 것이다(이규식, 2007b).

7. 의료의 생산적 측면에 대한 재조명

선진국의 경험을 볼 때, 경제발전은 제조업 위주의 산업구조를 서비스 위주로 전환시켰다. 우리나라는 중국과 인도와 같은 후발 국가들이 저임금을 토대로 우리의 제조업산업을 잠식하고 있어 서비스 산업으로의 구조 개혁이 불가피할 것이다(이규식, 2007b). 서비스산업으로 각광을 받을 수 있는 분야는 의료, 교육, 금융, 관광 등인데, 특히 의료분야는 현재 한국의 가장 우수한 인재들이 모여들고 있는 분야이다. 특히 제조업 분야가 지식기반구조로 전환됨에 따라 고용없는 성장이 이루어지는 반면에 의료분야는 기술집약적이면서 노동집약적인 산업으로 고용효과도 큰 이점⁸⁾이 있어(이규식, 2007b) 의료의 생산적 측면이 반영되는 정책 패러다임이 필요한 시점에 이르렀다.

8) 생산액 10억원을 기준으로 고용창출 효과를 보면 제조업은 4.0명, 산업전체 12.2명인데 반하여, 의료분야는 16.3명으로 고용효과가 가장 높음.

IV. 보건의료분야의 문제점⁹⁾

1. 보건의료정책의 우선순위에서의 문제점

우리나라를 위시하여 대부분의 선진국들이 저지르는 과오는 보건의료정책의 우선순위로 의료서비스의 확충이나 배분상의 형평성을 추구하는데 있다. 1990년대 이후 선진국에서는 의료개혁을 위하여 많은 자원을 투자하고 있다. 그런데 의료개혁이라 하면 의료서비스의 제공을 원활히 하기 위하여 의료체계와 재원조달을 개혁하는 것을 의미하고 있다(Heshmat, 2001). 의료서비스를 효율적으로 생산한다고 하여 건강수준이 향상된다고 말하기는 어렵다. 그 이유는 건강을 결정하는데는 의료서비스보다는 환경의 개선이나 생활관습의 개선이 더 큰 작용을 하기 때문이다. 각국의 보건의료정책의 궁극적인 목적은 건강수준을 향상시키고, 계층간의 건강 격차를 해소하는 것이다¹⁰⁾. 보건의료정책이 추구하는 이러한 목표는 의료개혁만으로 달성할 수 없다. 그럼에도 불구하고 우리나라를 위시하여 대부분의 국가들은 보건의료분야의 자원을 대부분 의료서비스의 확충에 사용하고 있다. 그런데 선진국들은 2005년 기준으로 전체 국민의료비의 3~6%를 예방/보건사업에 투자¹¹⁾하는데 반하여 우리나라는 겨우 1.7%정도 투자하여 다른 선진국들에 비하여 의료서비스 분야에 더욱 집중하는 편이다(OECD Health Data, 2007). 이것은 보건의료정책의 우선순위가 잘못되었음을 의미한다.

2. 공중보건에서의 문제점

공중보건사업에서의 가장 큰 문제는 보건기관의 진료기능이 점차 강화되는 데 있다. 1980년대 초반에는 농어촌지역에 의료보험이 도입되기 이전이라 농어촌주민의 의료접근성 보장을 위하여 보건기관의 진료기능은 불가피하였다. 그러나 의사인력이 충분히 배출되어 보건지소가 설립된 읍·면지역에는 민간의원이 진출하고 있음에도 불구하고 여전히 보건지소가 진료기능을 중심으로 활동하고 있으며, 심지어 도시지역의 보건소마저도 진료기능을 강화하고

9) 이 절의 일부내용은 이규식(2007b)을 수정·보완하였음.

10) 미국을 위시한 대부분 선진국들의 건강증진의 국가 목표로 건강수준향상과 건강형평성을 제시하고 있음.

11) 선진국들은 3~6%의 보건사업비 외에 보험급여에 예방이나 건강증진에 관한 서비스가 포함되어 있어 실질적으로는 예방/보건사업비의 비중이 3~6%보다 높을 것임.

있어 자원의 활용상에 많은 문제를 던지고 있다. 보건기관이 건강증진이나 만성질환의 예방 사업과 업무를 충실히 한 다음에 진료기능을 한다면 굳이 문제시 할 것은 없지만 주민의 건강관리와 같은 보건기관만이 배타적으로 할 수 있는 주 업무를 소홀히 하면서 민간의료기관이 할 수 있는 업무를 맡아 하는 것은 문제라 하겠다. 물론 주민의 호응이 있기 때문에 진료기능을 수행한다고 하지만, 이것은 보건기관에 대한 정부의 보조(중앙 및 지방자치단체 등)로 인하여 민간기관보다 가격이 싸기 때문에 나타난 현상으로 결코 합리적인 현상이라 할 수 없다. 특히 선진국들은 의료서비스 제공을 목적으로 설립된 의료기관으로 하여금 예방/보건 서비스를 제공하도록 의료기관의 영역을 확대하는데 반하여 우리나라는 선진국 동향과 역행하여 보건기관이 예방/보건서비스 제공업무보다 진료서비스에 치중하는 행태를 보이고 있어 주민의 건강관리에 큰 문제를 남기고 있다.

둘째는 보건기관의 사업방식이 구태의연하게 서비스를 직접 제공하는 방식을 택하여 사업의 효율성에 한계를 드러내고 있다. 인구가 적은 군 지역은 몰라도 도시 보건소의 경우 관할 인구가 20-30만 명을 초과하는데 보건소의 건강관리 전담 인력은 수 명에 불과하여 주민의 건강관리를 하는데 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 서비스를 직접 제공하려는 옛날 방식을 고수함으로써 주민들의 건강관리를 제대로 하지 못하고 있다. 그러한 결과 국민들의 평균수명과 건강수명의 차이가 10년이 되어 선진국들에 비하여 차이가 크며, 미래 세대인 청소년층의 건강상태가 나빠지는 징후가 나타나고 있다(청소년 자살률, 흡연율 등). 또한 사고예방이나 사고관리 기전이 미흡하여 살릴 수 있는 생명을 죽음으로 방치하는 문제도 심각하다.

3. 건강보험에서의 문제점

가장 큰 문제는 건강보험재정이 급격하게 증가하는 점이다. <표 2>에서 건강보험의 재정 증가 현황을 보면 1999년 9.6조원이던 것이 의약분업과 건보통합직후인 2001년에는 14.1조원으로 4.5조원이 증가하였으며, 2003년이후에는 매년 2~3조원의 증가가 이루어지고 있다.

<표 2>

건강보험재정지출의 증가 현황

단위 : 10억원

연 도	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
지 출	9,610	10,744	14,106	14,798	15,972	17,330	20,146	22,480	25,517
관리비	597	696	629	598	634	693	824	896	993

자료 : 국민건강보험공단.

이러한 건강보험재정 지출의 증가에 대비하여 보험료를 인상하고(2001년 22.5%, 2002년 23.4%, 2003년 25.7% 등), 국고지원을 증가시키고, 담배에 부과하는 건강증진부담금을 건강보험에 지원하는 등의 수입 증가정책과 보험수가 인상의 적극 억제, 진료비 심사 강화 등 의료에 대한 통제를 강력하기 실시하였음에도 불구하고 건강보험재정 지출은 매년 증가하여 재정불안을 야기하고 있다.

2008년에도 보험료는 6.4% 인상하는 대신에 수가는 1.94%만 인상하는 등으로 통제를 강력하게 실시하고 있으나, 건강보험재정지출이 28.5조원으로 추정되어 재정불안정이 예상되고 있다. 더구나 노인장기요양보험제도의 재원조달을 건강보험료를 토대로 일정 비율로 하도록 정해져 있어 건강보험의 재정을 더욱 위협하는 요인이 될 것이다. 건강보험재정이 불안정해지면 보험료를 인상하고 수가를 통제하거나 의료공급자를 통제하였지만 재정불안정은 여전하다. 따라서 기존의 재정위기극복 방법을 반복 사용하여 건강보험을 지속시키기는 어려운 문제가 있다.

둘째, 건강보험의 관리가 건강보험공단에 의하여 독점적으로 이루어짐에 따라 비효율이 발생하는 문제이다. 이미 앞의 <표 2>에서 살펴보면 관리비 지출이 건보통합직후에는 다소 줄었으나, 2004년 이후 급격히 증가하고 있다. 2005년도에는 전년보다 1,310억 원이 증가하였으며, 2006년도에 720억 원, 2007년도에 970억 원이 증가하였다. 관리비의 증가보다도 더 큰 문제는 건강보험에서 보험급여의 관리가 제대로 되지 못하고 있는 점이다. <표 3>에서 볼 때, 의료이용에 대한 여러 가지 통제에도 불구하고, 이용률이 매년 급격히 증가하고 있으며, 보험자는 책임의식의 약화로 보험료 체납액이 매년 증가하여 관리상의 문제가 노출되고 있다. 입원 이용률이 2002년 0.965회이던 것이 2006년도에는 1.320회로 4년 동안에 36.8%가 증가하였으며, 외래는 4년 동안에 13.2%가 증가하였다. 이미 외래 이용률은 우리나라가 OECD 국가 가운데 일본을 제외하고 가장 높음에도 불구하고 지속적으로 증가하는 문제가 있다. 의료이용은 증가하는데 반하여 보험료 체납액은 2002년에 7,488억 원에서 2006년에는 1조 5,330

<표 3> 의료이용의 증가와 보험료 체납액 현황

년 도	2002	2003	2004	2005	2006
입원회수(회)	0.965	1.095	1.129	1.193	1.320
외래방문회수(회)	12.972	13.584	13.769	14.129	14.690
체납보험료(억원)	7,488	9,588	12,936	12,633	15,330

자료: 국민건강보험공단.

억 원으로 2배 이상 증가하여 그만큼 건강보험재정운영에 문제가 있음을 보여주고 있다.

셋째, 건강보험을 통합하였음에도 불구하고 보험료 부과방법을 단일화시키지 못하여 근로자의 부담이 과중되는 문제가 있다. 즉 <표 4>에서 직장가입자와 지역가입자 1인당 순보험료를 비교하여 보면 직장과 지역의 격차가 2000년까지 점차 좁혀지다 건강보험 통합이후 격차가 다시 벌어지는 문제를 볼 수 있다. 보험료 부과체계와 관련해서 더욱 큰 문제는 보험재정을 단일재정으로 사용하면서 보험료 부과방법이 2원화 된 것은 위헌적인 소지가 있는¹²⁾ 점이다.

<표 4> 직장 지역간 적용인구 1인당 순보험료 부담의 차이

단위 : 원

	적용인구 1인당 순보험료		
	직 장	지 역	직장 : 지역
1990	6,173	2,495	2.5 : 1
1995	10,560	5,034	2.1 : 1
2000	18,429	12,464	1.5 : 1
2005	44,508	23,217	1.9 : 1

자료 : 미래의료정책연구회(2007).

넷째, 보험료와 본인부담이 어려운 차상위 계층을 건강보험에 편입시켜 의료보장의 사각지대를 이루고 있는 점이다. 최저생계비 이하의 절대빈곤 인구는 전국민의 약 10%로 추정(약 480만명)되고 있음¹³⁾에도 불구하고 의료급여에 적용되는 인구는 약 3.6%(약 176만명)로 많은 저소득층을 의료보장의 사각지대로 남겨두는 문제가 있다. 저소득 차상위 계층을 의료급여가 아닌 건강보험에 편입시킴에 따라 의료이용시 본인부담문제로 어려움이 있을 뿐만 아니라, 이들이 보험료를 체납하는 등의 행위로 보험재정의 안정에도 악영향을 미치는 문제가 있다(이규식, 2007b).

12) 현재는 2000년 6월 29일 판결에서 2원적인 보험료 부과체계가 위헌적인 요소가 있음을 적시하면서 두 가지의 전제조건이 있기 때문에 합헌이라는 이상한 판결을 내림. 즉 건강보험을 통합하면서 재정통합을 1년 6개월 뒤로 미룬 것은 그 동안에 단일 보험료 부과체계를 개발할 정부의 의도가 있다고 해석하고, 또한 재정운영위원회가 있어 보험료의 불형평을 조정할 가능성이 있다는 실천 불가능한 전제를 갖고 합헌 결정을 하였음. 그러나 두 가지 전제는 여전히 지켜지지 않고 있음.

13) 빈곤문제를 연구하는 학자들의 추계임.

4. 의료체계상의 문제점

1977년 패러다임의 부작용이 나타나는 영역은 주로 의료체계 분야이다. 가장 큰 문제는 저 보험료 - 저수가 - 저급여로 인한 의료체계에 참여하는 모든 참여자가 불만을 나타내는 점이다(이규식, 2007b). 이러한 참여자의 불만이 의료체계에 대한 낮은 신뢰로 나타난다. 환자는 진료시 의사와의 면담이 겨우 1-2분에 그쳐 자신의 질환에 대하여 제대로 알 수 없는 의료 환경에 불만이 가득하다¹⁴⁾. 그리고 공급자인 의사는 주어진 보험수가로 하루에 70~80명 이상의 환자를 진료해야만 겨우 경상수지를 맞출 수 있는 박리다매형 진료현실에 불만이 높다. 그럼에도 불구하고 의사는 이윤이나 추구하는 불량집단으로 간주되어 보험재정이 어려워지면 그 책임마저 져야하는 통제 일변도 정책에 대하여 억울해 하고 있다(이규식, 2007b).

둘째, 보건의료체계에 대한 정부의 독점적 관리로 효율성을 상실하는 문제가 있다. 정부는 의료분야는 시장실패라는 고전적인 이론에만 집착하여 정부의 명령과 통제에 의한 관리 방법을 고수하여 정부 실패가 낳는 부작용은 외면하고 있다. 의료가 시장실패라는 점만을 부각하다보니 의료서비스에 대한 관리를 정부의 통제 하에 두게 되어 비효율을 낳게 되었다. 예를 들어 정부 주도로 이루어지는 의료기관 평가를 보면 질 평가가 산출물 중심이 아니라 구조적인 측면¹⁵⁾이 강조되어 질의 향상이 이루어지는 측면보다는 평가 준비에 많은 시간과 예산이 투입되어 평가에 따른 비용이 편익보다 더 많이 소요되는 문제가 있다.

셋째, 요양기관 강제지정제를 고수하여 민영의료를 인정하지 않음에 따라 의료의 다양성을 상실하는 문제가 있다(이규식, 2007b). 지금까지 민간의료기관이 제공하는 의료를 민영의료로 잘못 정의하여 의료의 다양성을 유지할 수 없도록 만들었다. 민영의료란 정부의 가격통제나 심사에서 벗어난 의료를 의미하여야 하는데 우리는 민간병원이 제공하는 의료를 민영의료로 간주하였다. 민간 의료기관이라 하더라도 건강보험 환자를 보게 되면 정부가 고시한 수가를 지키고 진료행위를 심사받기 때문에 공공의료로 간주하여야 한다(이규식, 2007b). 그런데 지금까지 우리는 민간 의료기관이 제공하는 서비스는 민영의료로 간주하여 진정한 의미의 민영의료를 허용하지 않아 의료의 다양성을 허용하지 않았다. 민영의료가 존재할 수 없었으니 영리병원과 같은 형태는 생각할 수도 없었던 것이 지금까지의 문제점이라 하겠다.

14) 대통령자문 고령화및미래사회위원회(2004)가 발간한 보고서에서는 국민의 절반 정도가 의료서비스에 대하여 불만족을 표하며, 만족하는 사람은 7명중 1명으로 보고하고 있음.

15) 구조적 측면에서의 질 평가는 임상적 측면에서 질이 제대로 평가되지 못한다는 비판이 제기됨 (Weingarten, 2002).

넷째, 민간 의료기관에 대한 불신으로 급성기 병상이 과잉되고 있음에도 불구하고 공공병원의 확충을 서둘러 자원의 낭비를 초래하고 있다(이규식, 2007b). 같은 보험환자를 보는 보험지정병원 임에도 불구하고 민간병원은 영리나 추구하는 기관으로 치부하여 민간병원의 영리 행위를 바로 잡기 위하여 공공병원의 확충과 같은 정책을 추진하였다¹⁶⁾. 공공병원이라 하여도 경영에서 독립채산제를 강조함에 따라 진료행위는 민간병원과 차이가 없는 것이 오늘의 현실이다. 더구나 공공병원은 건립비용을 정부로부터 지원받고, 적자가 나면 정부가 적자를 보전해주고 있어 민간병원에 비하여 다소 경영에 여유가 있을 따름이다. 민간 의료기관이 자본비용마저 진료를 통하여 조달해야 함에 따라 생존 차원에서 공공병원과는 다른 경영 전략이 불가피하였음을 인식하여 이에 부응하는 적절한 대응책을 찾아야지 공공병원의 확충으로 대처함은 자원의 낭비만 초래하는 결과가 된다.

다섯째, 의료를 공공재로 보는 인식으로 인하여 보건의료에 대한 산업적 가치를 제대로 평가하지 못한 문제가 있다. 의료서비스는 노동 및 기술집약적 산업으로 고용 창출효과가 뛰어나, 21세기 신 성장동력으로 큰 기대를 모으고 있다. 그럼에도 불구하고 의료를 공공재로만 인식함에 따라 의료서비스에 대해서는 분배적인 수단만 강조되었다. 의료가 공공재라는 인식은 어디까지나 규범적인 판단이지 실증적 판단은 아니다(이규식, 2007a). 그럼에도 불구하고 지금까지는 규범적 판단만 중시되어 의료를 산업적 차원에서 제대로 활용하지 못한 문제가 있다.

여섯째, 의료와 보건서비스가 분절되어 제공됨으로써 국민의 건강관리에 한계를 던져주고 있다. 앞에서 이미 언급한 바와 같이 일부 선진국에서는 의료기관으로 하여금 예방/보건서비스를 제공하도록 체계를 바꾸고 있다. 미국의 경우는 HMO 형의 Managed Care에서 보건교육사, 간호사 등을 고용하여 보건교육이나 건강증진에 대한 교육을 통하여 생활관습의 변화를 유도하고 있다. 즉 미국의 Managed Care에서는 Medicare나 Medicaid와 진료비를 인두제로 계약을 하여 가입자들의 건강관리를 통하여 의료수요를 줄이려 노력하고 있다. 그런데 우리는 의료와 예방/보건서비스가 분절되어 제공되고 있는데, 수가가 낮아 박리다매형 서비스 구조를 의료기관이 유지하여야 하기 때문에 의료수요를 억제시키기 보다는 제진의 유도와 같이 수요를 증가시키는 방향의 인센티브 구조가 주어지는 문제가 있다.

16) 최근 건강보험공단이 직영병원을 확대하겠다는 발상은 의료공급에서의 비효율을 낳는 대표적인 사례로 여겨짐.

V. 보건의료분야의 선진화를 위한 정책 방향

1. 달성해야 할 정책목표

보건의료분야의 선진화를 이루기 위한 정책목표는 다음과 같이 설정할 수 있다.

첫째, 국민들이 가장 바라는 것은 건강의 유지에 있었다. 따라서 선진화를 위하여 정부가 보건의료정책에서 두어야 할 가장 우선되는 목표는 건강수명의 연장이다. 보다 구체적으로는 현재 건강수명이 평균수명에 비하여 10년이 짧은 것을 축소시켜 모든 국민이 죽을 때까지 건강을 누릴 수 있도록 보건정책을 수립하는 것이다.

둘째, 의료서비스의 효율과 질을 향상시켜 국민들의 의료비를 절감하고 소비자 만족도를 제고하는데 목표를 두어야 한다. 건강을 결정하는데 의료서비스의 기여도는 매우 낮다. 그러나 의료는 국민들을 고통에서 벗어나게 하고, 급성기 질환은 치료하지 않으면 사망으로 연결되기 때문에 의료서비스를 건강유지에 있어서 필수불가결의 요소가 된다. 이렇게 중요한 의료서비스의 생산에 질을 감안하지 않을 수 없다. 그런데 서비스의 질 제고는 비용부담과 연결된다(Weingarten, 2002). 따라서 의료서비스 생산에서의 효율성 제고는 국민 부담을 줄이는 길이 되기 때문에 매우 중요하다.

셋째, 의료보장의 지속가능성 확보와 의료보장의 사각지대 해소에 목표를 두어야 한다. 인구구조의 고령화와 저출산의 가속화는 의료비의 지출은 증가시키면서 재원조달은 제한하는 매우 어려운 과제를 안기고 있다. 또한 고령화가 될수록 의료보장은 더욱 필요해진다. 따라서 고령화시대에 부응하여 의료보장제도가 지속가능하도록 의료제도를 효율화시켜 비용을 절감하고 재원조달이 원활해지도록 구조를 조정하여야 한다. 또한 제도 운영에서 효율을 지나치게 강조하면 저소득층의 의료문제가 소홀해져 의료보장의 사각지대가 생길 수 있다. 이러한 사각지대의 해소에 정책의 목표를 두어야 한다.

넷째, 의료산업을 21세기의 신 성장동력으로 활용하는 것도 중요한 목표가 되어야 한다. 이명박 대통령도 당선인 시절에 보건의료도 산업으로 접근하면 성장동력이 될 것이라¹⁷⁾면서 의료의 산업적 가치를 강조하였다. 따라서 보건의료의 선진화는 바로 보건의료의 산업화로 나타날 수 있을 것이다.

17) 2008년 2월 5일 대통령직인수위원회의 국정과제 보고회의에서 보건의료(health care)를 바이오 산업이나 관광등과 연계된 산업으로 발전시킬 대책을 요청함.

2. 선진화를 위한 정책방향

보건의료분야의 선진화를 위한 보건의료정책의 방향은 매우 분명하게 정립할 수 있다. 먼저 큰 방향으로는 1977년 패러다임에서 벗어나 21세기에 부합하는 패러다임을 세우는 길이다. 21세기에 부합하는 패러다임이란 보건의료와 관련하여 다음과 같은 몇 가지 기본적인 사실을 정립하는데서 출발한다.

첫째, 보건의료정책의 기본 패러다임을 생의학적 모형을 토대로 하는 의료서비스 확충 위주의 정책에서 벗어나 국민들의 적극적인 건강관리체계를 위한 정책으로 전환하여야 한다. 보건의료정책을 의료서비스를 확충하는 생의학적 모형을 토대로 하는 패러다임을 지속한다면 국민들의 의료비 부담만 늘어날 뿐 건강수준의 향상에는 큰 기여를 하지 못하는 문제가 있다. 특히 인구고령화와 만성질환 구조라는, 인구학적 환경의 변화와 함께 신 의료기술의 발전으로 의료중심적인 접근을 할 경우, 향후 우리의 부담은 상상을 초월할 수 있다. 따라서 보건의료정책의 새로운 패러다임에서 가장 중요한 것은 생의학적 모형에서 과감하게 예방/보건적인 접근을 하도록 정책 패러다임을 전환하는 것이다.

둘째, 예방/보건적인 모형을 토대로 하는 보건의료정책 패러다임을 지향하기 위해서는 국민건강증진종합계획을 앞으로는 매 10년 단위로 수립하고 이를 실천하는 것이 중요하다. 국민건강증진종합계획은 보건복지가족부만이 아니라 정부의 여러 부처가 참여하여야 한다. 즉, 주무부처는 보건복지가족부로 하되 여러 부처가 협의하여 사업을 추진할 수 있도록 국무총리실 산하에 가칭 국민건강증진위원회(Health Promotion Council)를 설치하여야 할 것이다. 건강증진에서 중요한 것은 자기 건강에 대한 책임의식의 강조이다. 또한 국민들의 건강관리를 위해서는 위험요인에 대한 규제를 강화하는 것이다. 작은 정부를 지향하고 시장경제를 강조하다보면 단기적인 이윤에 눈이 멀어 국민들의 건강을 해치는 식품이나 의약품 등이 등장하고 위험적인 환경이 조성될 수 있다. 정부는 이 분야에 대한 규제만큼은 철저를 기할 필요가 있다. 건강증진에서 또한 중요한 영역은 사고 예방과 관리시스템이다. 그리고 일단 사고가 발생할 경우, 살릴 수 있는 생명이 죽음으로 방치되는 것은 방지할 수 있도록 응급의료체계 등을 제대로 구축하여야 한다.

셋째, 건강증진사업이 원활하게 추진되기 위해서는 담배에 부과하는 건강증진기금을 목적대로 사용할 수 있도록 기금관리의 거버넌스 구조를 바꾸도록 해야 한다. 현재처럼 건강증진기금에서 건강보험재정을 지원하는 편법적인 방법은 지양해야 한다. 건강증진기금을 제대로 집행하여 국민들의 건강이 향상되어 의료비 지출을 줄일 때 건강보험재정도 보호된다는 점

을 명심할 필요가 있다.

넷째, 공공보건의료정책에서 공중보건과 공공의료에 대한 접근 전략을 분리시켜야 한다. 공중보건은 1850년대 위생개혁이후 이미 공공재로 인식되어 어느 누구도 비판을 하지 않고 있다(이규식, 2007a). 따라서 신공중보건으로서의 건강증진이나 예방사업과 같은 공중보건서비스는 정부가 생산하고 배분하는 책임을 가져야 한다. 그리고 공공의료는 사회보험에서 제공하는 의료로 정의를 바꾸어야 한다. 민간이 설립한 의료기관도 사회보험료로 의료서비스를 공여하고 있다. 모두 사회보험료로 의료서비스를 공여하는데 공급자의 성격을 따져 공공의료, 민간의료로 구분하는 것은 잘못된 구분이다(이규식 2007b). 그렇다면 공공의료기관의 역할 문제가 제기될 것이다. 공공의료기관은 사회보험에서 제공하지 않는 서비스나 사회보험에서 제공하는 서비스라도 민간의료기관이 기피하는 서비스를 제공하는 기관으로 한다면 명쾌한 답을 얻을 수 있다. 왜냐하면 같은 사회보험서비스를 제공함에도 불구하고 공공기관은 자본비용(건축비, 고가장비 구입비 등)을 정부로부터 지원받고 적자가 나도 도산이 되지 않도록 적자분을 보전받지만 민간기관은 건축비를 위시하여 모든 자본비용을 직접 조달해야하며, 적자가 발생하면 도산되기 때문이다. 저소득층의 의료접근성 보장을 위하여 공공병원이 필요하다는 것은 잘못된 논리이다. 저소득층의 의료접근성 보장은 의료급여제도를 충실히 만들어 대처하여야지 공공병원 확충으로 대처하는 것은 잘못된 정책방향이 된다. 왜냐하면 저소득층이 밀집되어 거주하는 것이 아니기 때문에 공공병원 확충으로 대처하려면 전국적으로 공공병원을 골고루 분산 건립하여야 하는데 현실적으로 불가능하며, 의료급여제도의 충실화에 비하여 비용이 훨씬 많이 소요되는 잘못된 정책이다.

다섯째, 공중보건의 역할을 재정립하여야 한다. 공중보건은 건강증진 중심으로 기능을 재편하고, 건강보호와 같은 업무에 적극 나서야 한다. 건강증진을 위해서 캐나다의 Population Health(2005)에서 채택하고 있는 전략을 보면 국민을 교육하고 계몽하는 건강증진전략, 위생이나 안전을 위한 규제 중심의 건강보호전략, 그리고 임상적인 차원에서의 예방 전략이 있다. 우리나라도 캐나다의 전략을 모방할 필요가 있다. 공중보건을 책임져야할 보건소 및 지소에서의 진료기능은 건강증진을 위한 예방차원의 임상적인 접근이 필요할 경우로 1차적으로 한정하고, 보건기관이 여력이 남을 경우에 일반적인 진료에도 자원을 배분토록 하여야 할 것이다. 공중보건사업에서 진료기능을 확충하는 것보다는 후술되는 바와 같이 일반 의료기관에서 예방/보건서비스를 제공하는 것이 국민건강관리에 훨씬 타당한 방법이 된다.

여섯째, 공중보건사업을 주도하는 보건기관의 사업방법에 있어서도 일대 혁신을 기하여야 할 것이다. 종래와 같이 모든 서비스를 보건소가 직접 제공한다는 방식을 버리고 과감히 외

주와 같은 방법을 택하여야 한다. 2006년 세계보건기구 방콕회의에서 파트너십이 강조되었는데 여기서 파트너십은 보다 적극적인 외주까지를 포함하는 것으로 확대 해석할 필요가 있다. 공중보건서비스의 생산과 배분이 정부 책임이라 하여 정부가 직접 생산 한다는 것은 시대에 맞지 않다. 사회의료보험의 경우 정부가 의료서비스 생산에 책임이 있지만 민간 의료기관을 요양기관으로 계약하여 서비스를 생산하도록 하고 정부는 재원을 조달하여 배분에만 책임을 지고 있다. 공중보건사업도 이와 같은 방법을 도입한다면 공중보건서비스가 현재보다 훨씬 효율적으로 많은 국민에게 제공될 수 있을 것이다.

일곱째, 의료서비스는 경제재임이 실증적으로 입증된다. 의료가 공공재라는 인식은 어디까지나 규범적 입장이었지 실증적 입장은 아니었음을 유념할 필요가 있다. 의료가 공공재라는 인식이 규범적 차원이었기 때문에 영국과 같이 일반재정으로 의료의 생산과 배분을 책임지는 국가라 할지라도 실증적인 영역을 인정하여 민영의료로 인정하고 있다(이규식 2007a). 따라서 우리나라도 민영医료를 인정하는 것이 논리적으로 타당하다. 의료에서 실증적인 영역을 인정하여도 대부분의 국민은 규범적인 공공의료 영역에 있을 것이기 때문에 공공의료의 과탄을 우려할 필요는 없을 것이다. 이것은 이미 대만의 사례에서 충분히 입증되고 있다. 그리고 공공재 영역에 속하는 의료서비스라 하여도 정부가 직접 생산을 하는 경우는 영국과 같이 일반재정으로 하는 국가에 한정되고 있을 뿐이며 대부분의 사회보험 국가는 계약을 통하여 민간병원이나 공공병원에 생산을 위임하고 있기 때문에 공공병원의 확충 정책은 재고되어야 한다.

여덟째, 저출산·고령화시대를 맞아 건강보험의 지속 가능성에 항상 유의하여야 한다. 현재의 건강보험 재정구조를 보면 보험료를 부담하는 계층은 주로 20~49세 층으로 임금세 (payroll tax)를 위주로 하고 있다. 반면에 의료이용이 많은 계층은 65세 이상 연령층이다. 생산인구로 따지지 않고 보험료를 주로 부담하는 인구계층과 노인인구비를 따지면 2025년이면 젊은층 2인이 노인 1인의 보험의료비를 부담하는 시대가 되어 건강보험제도가 지속될 수 있을지 우려된다. 그럼에도 불구하고 인구고령화가 될수록 의료보장의 필요성은 더욱 강조되기 때문에 지속가능한 건강보험제도의 틀을 만드는 것이 매우 중요하다.

건강보험제도의 지속성을 유지하기 위하여 현재의 보험료 부과 불형평을 시정함과 동시에 임금세 위주의 재원조달을 보다 다양화할 필요가 있을 것이다. 현재 보험료 부담을 보면 근로자층이 지역주민의 거의 2배에 이르는 부담을 하고 있다. 이러한 구조로는 건강보험의 재정건전성을 담보하기 어렵다. 다음으로는 재원의 다양성이다. 현재 보건의료를 위하여 공적으로 조달되는 재원은 조세, 사회보험료, 담배부담금의 세 가지가 있다. 먼저 사회보험료는

다양한 의료욕구의 충족과 보장성의 강화를 위하여 경제성장에 맞추어 안정적으로 증가시키면서 조달되어야 한다. 그리고 조세의 부담비율을 현재보다 높이는 방안이 검토되어야 한다. 사회보험료는 임금세 형태가 되기 때문에 젊은 층의 부담이 높아 세대간에 소득재분배가 일어난다. 그런데 출산율이 낮은 우리나라에서 세대간 재분배가 일어나면 제도의 지속 가능성 문제가 생긴다. 따라서 조세의 비중을 점차 높이는 방향에서 재원조달체계가 재정립되어야 한다.

담배부담금에서 건강보험이나 R&D에 지원하는 재정은 점차 줄여 이명박정부가 끝나기 전에 지원을 없애도록 하여야 한다. 담배부담금은 원래의 목적에 따라 국민들의 건강증진을 위하여 사용되도록 하여야 한다. 그리고 건강보험과 민영보험의 급여 연계를 통하여 의료에 대한 재정지출이 중복적으로 사용되지 않도록 유의하여야 한다.

아홉째, 건강보험의 지속 가능성을 위해서는 재원조달구조의 변경도 중요하지만 지출을 줄이는 방법도 생각해야 한다. 가장 근본적인 대안은 미국의 Managed Care에서와 같이 의료서비스 위주의 보험정책에서 탈피하여 건강보험에서 예방/보건서비스가 가능하도록 시스템을 만드는 일이다. 다음으로는 의료보장의 급여체계의 재정비가 필요하다. 의료보장은 필수, 기본적 의료를 중심으로 강화하고 부가적인 서비스는 민영보험을 활용토록 유의하여야 한다. 모든 의료서비스를 건강보험을 통하여 제공하려고 할 경우 국민들의 보험료 부담이 높아져 사회보험에 대한 저항이 생길 뿐만 아니라 향후 고령화를 고려할 때 제도의 지속 가능성에도 문제가 생긴다. 따라서 보험급여의 원칙으로 중증질환이나 시장실패의 공익적 의료에 대해서는 공적보장을 강화하고 그렇지 않은 경우에는 민영보험과의 연계를 통하여 보장성을 높이는 것도 좋은 방안이 된다. 네덜란드는 2006년의 의료개혁을 통하여 사회보험과 민영보험의 연계를 이루어 보장성을 높이고 있다.

열째, 정부와 시장 역할의 재정립이 필요하다. 정부의 역할이나 시장의 역할에 대한 영구 불변의 진리는 없다. 사회제도의 변화는 과학의 우수성, 사회적 조건, 경제적 변형, 정치적 성숙도에 의하여 이루어진다(Torrens, 2002). 1970년대까지는 의료분야에서 시장실패가 지배하였지만 오늘날에는 정부의 실패도 논의되고 있다. 따라서 시장실패론에 지나치게 치우쳐 정부의 명령과 통제 중심의 의료관리에서 벗어나 의료체계가 규제보다는 경쟁을 통하여 작동될 수 있는 기전을 찾는 것도 중요하다. 정부는 소비자의 정보부족에 대응하여 보험자가 소비자를 대리해서, 의료시장에서 경쟁할 수 있도록 관리기전을 마련하고 또한 경쟁이 제대로 작동될 수 있도록 게임의 룰을 제시하고 경쟁을 저해하는 요인을 제거하는데 주력하여야 할 것이다.

그리고 정부 역할에서 빼놓을 수 없는 영역은 의료의 사각지대 해소이다. 전국민의료보장이 이루어진 우리나라에서도 의료급여에 속하지 못하는 저소득층이 전국민의 약 6% 내외에 이를 정도로 많다. 이들이 건강보험에 편입되어 보험료 지원을 받고 있지만 의료이용시 본인부담 등의 제약으로 의료사각지대에 놓여있는 실정이다. 이 문제를 해결하는 것이 바로 정부의 주요 역할이 된다.

열한째, 보건의료의 관리에서 분권화와 소비자 반응성을 제고하는 정책 방향을 설정하여야 한다. 현재와 같은 중앙집권화된 사업방식은 주민들의 의료요구도를 반영하는데 한계가 있을 뿐만 아니라 지방자치단체나 사업실행주체의 능동적인 참여 의욕을 저해한다. 따라서 보건사업의 수행을 분권화를 통하여 사업 기능을 활성화하는데 초점을 두도록 하여야 한다. 그리고 수요자를 대신하여 정부가 사전에 규제하고 공급하려는 자세를 지양하고 수요자가 결정하도록 선택을 확대하되 수요자의 선택에 따른 책임도 강조하여 모든 정책의 수립에서 소비자의 반응성 제고하도록 유의하여야 한다.

열두째, 의료의 생산성을 혁신하여 의료산업이 국민경제의 성장 동력이 될 수 있도록 유의하여야 한다. 의료서비스는 사회보험의 틀 안에서는 분배의 수단이 되지만 의료서비스의 생산과정은 많은 기술과 인력이 투입되기 때문에 의료의 생산적인 측면도 무시할 수 없다. 의료 생산적 기능을 제대로 하기 위해서는 의료 제도를 개혁하여 낭비적 요인을 제거하는 것이 중요하다. 그리고 고령화시대의 노인들의 수요는 의료와 복지서비스가 통합적으로 제공되는 것이다. 이러한 수요자의 반응성을 고려하여 서비스의 생산체계에서부터 의료와 복지서비스가 같이 제공될 수 있도록 하는 통합체계가 마련되어야 한다. 의료의 생산성을 제고하기 위해서는 중간재인 의약품에서의 낭비적 요인의 제거 또한 중요하다. 따라서 의약품의 생산과 유통, 소비에 이르는 전 과정의 거품 요인을 제거하는 조치들이 취해져야 한다. 한편으로 의료와 관련된 중간재인 의약품이나 의료기기는 세계 전체의 시장 규모가 확대되고 있다. 글로벌 경제 시대에 기술집약적 산업의 대표가 될 수 있는 이러한 영역에 대한 지원이 필요하다. 의약품과 의료기기는 BT나 IT 산업과 융합되어 발전할 수 있기 때문이 이 분야의 발전은 우리나라 경제 전체의 발전과 연관을 맺는다는 차원에서 육성책을 강구하여야 한다.

VI. 결 론

보건의료분야의 선진화가 무엇을 의미하는지 사람에 따라 정의가 달라질 것이다. 의료의 형평을 추구하는 사람들은 현재보다 의료이용을 전국민들이 골고루 이용하는 것을 선진화로 간주할 것이다. 그러나 여기에서는 선진화를 형평이 지배적 가치가 된 1977년의 패러다임에서 벗어나 21세기의 경제사회환경에 부합하게 보건의료체계를 재구성하여 국민들에게 보다 질 좋고, 편리한 서비스를 이용할 수 있도록 하며, 의료의 형평보다 건강의 형평을 추구할 수 있는 시스템으로 만드는 것으로 상정하였다.

이러한 시스템을 구축하기 위해서는 무엇보다 보건의료에 대한 기본적인 질서를 확립하는 것이 중요하다. 즉 의료보다는 건강을 중시하며, 형평의 개선 못지않게 효율성 제고도 중요하다. 의료를 규범적으로 판단한 공공재적 영역도 중요하지만 실증적 영역의 의료도 필요하다는 인식이 선진화의 토대가 될 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험미래전략위원회(2007), 『건강보장미래전략』, 공청회자료집, 7월 11일
- 김혜련 등(2004), 『건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향』, 한국보건사회연구원
- 대통령자문 고령화및미래사회위원회(2004), 「고령사회를 대비한 보건의료체계 개편방안 - 공
공의료 강화를 포함하여」
- 손동국(2007), 「일부 농촌지역 주민들의 건강결정요인 분석」, 연세대학교 대학원(박사학위 논문)
- 이규식(2007a), 의료에 대한 이념과 정책, 『보건행정학회지』, 17(3):106-128
- 이규식(2007b), 21세기 보건의료정책의 새로운 방향 모색, 「제32회 보건학 종합학술대회 기
조강연」, 대한보건협회, 서울대학교 보건대학원 강당, 11월 9일
- 한국보건사회연구원(2006), 『사회양극화의 실태와 정책과제』
- Canada, Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, Province of British
Columbia(2005), *A Framework for Core Functions in Public Health(Resource
Document)*, March
- Fox DM(1998), "Health Policy and the History of Welfare States: A Reinterpretation",
Journal of Policy History, 10(2):239-256

- Gostin LO, Boufford JI and Martinez(2004), "The Future of the Public's Health: Vision, Values and Strategies", *Health Affairs*, 23(4) July/August: 96-107
- Heshmat S(2001), *An Overview of Managerial Economics in the Health Care System*, New York: Delmar Thomson Learning
- McGinnis JM et al(2002), "The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion". *Health Affairs*;21:78-93
- Melhado EM(1998), "Economist, Public Provision, and the Market: Changing Values in Policy Debate", *Jour. of Health Politics, Policy and Law*, 223(2): 215-263
- Normand C and Weber A(1994). *Social Health Insurance*, Geneva: WHO & ILO
- Saltman RB, Busse R and Figueras J(2004), *Social Health Insurance in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire: Open University Press
- Schneider MJ(2004), *Introduction to Public Health*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers
- Torrens PR(2002), "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
- Weingarten S(2002), "Assessing and Improving Quality of Care", in *Introduction to Health Services*(6th ed.) edited by Williams SJ and Torrens PR, New York: Delmar Thomson Learning