

한국 보건의료체계의 도전과 기회

Focus

글·문옥륜 |
서울대학교 보건대학원 교수



I. 무엇이 문제인가?

우리나라에 제3자 지불형태를 갖춘 현대적 의미로서의 의료제도가 제대로 갖추어진지 벌써 한 세대가 지났다. 의료제도란 원래 말도 많고 탈도 많은 제도이지만, 이 제도는 한시도 멈추지 않고 진화해 가고 있다. 문제가 많기는 우리나라의 경우도 예외가 아니다.

여기서는 우리나라 보건의료제도의 문제점을 파악하고 이를 해결하기 위한 정책대안에 대하여 언급하기로 했다. 우선 우리나라 보건의료제도의 당면과제를 파악하기 위하여 주요 언론매체에 보도된 보도 내용을 조사하였다. 즉, 최근 3년간의 5대 일간지(사설과 기획 및 연재 기사)와 동기간 동안의 2대 보건의료 관련 신문(기획특집 기사)의 내용분석을 실시하였다. 그 결과 총 416건의 보건의료 사설 및 기획 기사를 수집하였고 이들을 체계적으로 분류하였다. 이들 주요기사 중에는 보건의료서비스 관련 기사가 가장 많아서 178건(42.8%), 보건의료자원 부문 87건(20.9%), 보건의료관리 부문 47건(11.3%), 보건의료재원조달 부문 17건(4.1%), 보수지불체계 부문이 4건(1.0%)이었으며 제반 사회환경 여건이 83건(19.9%)의 분포를 보였다.

일간지의 '사설'은 주로 공중보건 서비스의 강화와 인적 및 물적 자원 활용과 건강보험재정의 문제점을 다루고 있었다. 이에 비해서 '기획 및 연재 기사'는 대중적 관심을 끄는 비만관리와 암 조기 검진 서비스와 서비스 질 관리 등이 가장 많이 취급되고 있었다.

여기서는 우리나라 보건의료체계가 당면한 문제점과 위기를 도전의 계기로 삼아 이를 기회로 전환시키기 위한 업그레이드 방안에 대하여 고찰하였다. 문제점이 심각할수록 그리고 위기의 강도가 클수록 기회의 창 역시 열릴 가능성이 클 것이다. 근래 한미 FTA의 체결과 의료법의 개정에 대하여 논란이 많

〈표 1〉 일간지를 통해서본 최근 3년간 우리나라 보건의료제도의 당면과제

보건의료체계	개수	%	사실		기획기사, 이슈	
			사실	%	개수	%
재원조달	17	4.1	15	10.5	2	0.7
보수지불	4	1.0	0	0.0	1	1.5
관리	47	11.3	24	16.8	23	8.4
자원	87	20.9	4	2.8	83	30.4
서비스	178	42.8	53	37.1	125	45.8
사회의 제반 환경	83	19.9	47	32.9	35	13.2

은데 이들을 잘 이용함으로써 보다 합리적으로 자원을 배분할 수 있다면 그것은 우리에게 큰 기회가 될 것이 분명하므로 이에 대한 정책적 배려가 필요하다는 생각이다.

일간지에 가장 자주 보도된 사항은 특진제도의 불합리성에 관한 것이었다. 이 제도에 대한 불만과 개선을 요구하는 목소리가 그만큼 큼을 알 수 있으며 이것이 의료 선진화의 큰 걸림돌임을 알 수 있다. 또한 한국 보건의료의 주요 문제점의 하나로 의료비의 양극화현상을 지적하고 있으며 의료에 대한 국민의 만족도가 높지 못함을 지적하고 있다. 즉, 한국사회의 3대 가계부담 원인의 하나인 의료비에서도 양극화 현상을 보인다는 것이고, 국민의료비 부담을 줄이는 것은 양극화 현상을 극복하는데 도움이 되기 때문에 이 문제를 당면과제로 부각시키고 있다. 그러나 주지하는 바와 같이 우리나라의 국민의료비는 05년도 GDP의 6.0%로서 OECD국가 중에서 최하위 수준이므로 국민의료비를 절감하는 것만이 능사는 아닌 듯하다. 왜냐하면 국민의료비 최저부담 상황 하에서도 제거해야 할 낭비적 요소는 철저히 제거되어야 할 것이지만 국민의료의 비용 효과적 측면과 국민의 의료생활 만족도를 높이는 일 역시 못지않게 중요하기 때문이다. 만약 낭비적 요소를 철저히 제거할 수만 있다면 국민의료비 부담을 어느 수준까지 증가시키더라도 보다 질적으로 우수하고 비용효과적인 의료서비스 공급에 주력해야 한다는 데 대다수 국민들이 동의할 것으로 보이기 때문이다. 이러한 의미에서 우리의 경우에는 보건의료비로 지출할 잠재력이 아직은 좀 남아있는 셈이라 하겠다. 따라서 의료 낭비를 제거하는 것 이외에 보건의료비 지출 잠재력을 어떻게 의료서비스의 수준을 향상시키는데 사용할 수 있을 것인가? 이 질문에 대한 해답을 필자는 1)보건의료에 대한 접근성을 향상시키는 방안과 2)비용효과적인 정책수단을 모색하는 것과 3)보건의료의 질을 향상시키는 일 그리고 4)보건의료서비스의 형평성을 제고하는 방안 및 5)보건의료시스템 자체의 효율적 관리로 구분할 수 있는데 이들의 대부분이 국민의료에 대한 만족도를 높이는 접근수단이 될 수 있을 것이다.

II. 대안모색을 위한 제 접근

1) 보건의료 접근성 향상 방안

1989년 전국민의료보험이 실시됨으로써 보건의료접근성은 현저하게 향상되었다. 이는 건강보험제도 도입이 이룬 가장 큰 혁혁한 공로가 된다. 입원 보증금이나 보증인이 없기 때문에 병원에 입원하지 못하는 일은 보기 어렵게 되었기 때문이다. 이러한 의료서비스 이용의 보편화에도 불구하고 접근성에 차별을 받는 사람들은 대체로 특수직역 또는 특수 계층의 사람들이다. 이에 군인, 재소자들과 장애인 및 빈자 등이 속하는데 이들에 대한 접근성 차별을 시정함이 없이는 진정한 의미에서 의료서비스의 보편화가 이루어졌다고 말할 수는 없을 것이다. 군인과 재소자와 장애인에 대한 의료투자를 대폭 늘려서 일반인에 대한 의료와의 격차를 해소해야 할 것이며 일반인들이 이용하는 의료자원을 군인과 재소자와 장애인들도 차별 없이 이용할 수 있도록 개편되어야 할 것이다.

언론이 민감한 의료접근성의 또 다른 예는 분만과 관련되어 있다. 즉 저출산 및 저수가로 인해 산부인과 의 수가 갈수록 날로 줄어들고 있으며 분만 중 의료사고의 발생 우려 등으로 인하여 현재 운영중인 산부인과 의원들 중 분만 시술을 행하는 곳은 더욱 줄어들고 있는 바, 이 문제가 생각보다 심각하다는 보도이다. 이 문제는 산과 의사의 공급을 늘이는 것 만으로는 해결이 될 수 없다. 각 종 인센티브를 앞세운 국가나 지방자치단체의 강력한 저출산 대책이외에도 의료제도 상에서 의료분쟁조정법의 마련과 주치의등록제와 같은 1차보건의료 인력 배분정책의 재구조화로써 대응해 나가야 할 것이다. 분만은 지역사회 1차의료의 핵심 영역인 것이다.

선택진료(특진)가 서민의 의료접근성을 차별하는 주요인자가 된지 오래되었으나 이 문제에 대한 해결책은 아직도 마련되어 있지 않다. 선택진료 철폐를 모색하는 방안으로 가닥을 잡되, 의료기관의 이 제도 철폐에 따른 손실을 보험수가로써 확실하게 보전시켜 주는 방향으로 나아가야 할 것이다.

2) 비용효과성 향상 방안

사업의 우선순위는 낭비적 요소가 큰 의료기술부터 제거하는 것이 될 수 있다. 전문의가 전문의로서의 기능을 하기보다는 개원의로서의 1차의료에 종사하는 것은 사회적 낭비의 대표적 예가 된다. 우리나라의 경우 3차 의료기관에서 보는 단순진료의 비율이 86.3%로 너무 높으며, 전문 진료의 비율이 3.5%에 불과한 매우 낮은 수준(2003년)이라는 보고가 있다. 그 결과, 대학병원과 의원급 의료기관이 입원환자는 물론 외래환자를 두고 불필요한 경쟁을 하고 있는 셈이어서 사회적 낭비가 극심하다. 즉 3차기관의 외래진료기능이 필요이상으로 확대되어 있으며 의원의 입원진료기능 역시 필요이상으로 팽창되어

있다. 이러한 상황은 비용의 낭비에 못지않게 의료수준의 질 향상 저해의 원인이 되고 있다. 이처럼 의료전달체계 확립이 절실히 필요하지만 이 역시 의료계의 협력이 없이는 그 목적을 달성하기가 어렵다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 여러 가지 정책수단을 동시에 동원해야 하는데 그 중에서도 가장 중요한 것은 보험수가 정책이 된다. 의료전달체계를 확립하기 위한 수단으로 보험수가정책을 활용할 필요가 있다. 3차 기관에서의 입원 진료 수가를 현실화하는 대신, 수준에 맞지 않는 단순진료는 수가를 대폭 삭감시킴으로써 3차 진료기관의 외래진료기능에 대한 유인을 떨어뜨려야 할 것이다.

국가 만성질환 관리체계가 허술함으로 인하여 환자들이 단순 반복적으로 치료를 받는 현 상태에서 첨단의료기술의 하나인 IT를 활용함으로써 비용을 절감할 수 있다. 즉 만성병환자의 혈당, 혈압, 체중, 심전도, 콜레스테롤의 다섯가지 생체 정보를 무선 통신 기술과 무선 통신용 의료기기를 이용하여 측정하는 원격 환자모니터링을 통해 만성병 환자의 의료비를 27% 절감할 수 있다(삼성경제연구소, CEO Information, 유헤스시대의 도래, 2007.5.2(제602호)). 동 연구는 이러한 기술을 적용할 때 한국에서도 국민건강보험의 연간 노인의료비 5.6조원(2006년 기준)중 1.5조원을 절감할 수 있는 것으로 추산하고 있다. 이처럼 원격진료나 원격환자 모니터링이 만성질환시대에 순기능을 발휘하기 위해서는 원격진료 판독 수가를 결정해 주면 실마리가 풀릴 수 있다. 다시 말해서 전염병 시대의 백신과 같은 기능을 만성병시대에는 원격모니터링과 원격진료가 감당할 수 있다.

모든 첨단의료기술이 이상과 같은 효과를 발생하는 것은 아니다. 첨단기술일수록 엄격하게 규제를 받아서 비용효과성을 검증받아야 하는데 이러한 작업은 코크란 랩(Cochrane Lab.) 등과 같은 공신력 있는 검증 D/B를 이용한 비용효과성 평가나 건강영향평가 제도를 통한 검증을 받아야 할 것이다. 우리 사회에도 각종 의료기술평가에 대한 근거중심의학(Evidence-based medicine) 파일이 준비되고 이를 토대로 하여 근거중심 정책결정(Evidence-based health policy-making)이 이루어져야 할 것이며, 특히, 대형 공공/민간 프로젝트나 각종 법안의 실시에는 건강영향평가가 따라야 할 것이다.

3) 보건의료 질 향상 방안

보건의료인력에 대한 교육, 훈련의 질 향상을 도모함이 없이 보건의료의 질 향상은 불가능하다. 보건의료의 질 향상 없는 의학전문대학원의 교육기관 연장은 사회적 낭비를 극대화하는 셈이 된다. 이러한 잘못을 되풀이 하지 않으려면 의학전문대학원 교육, 훈련 평가 시스템을 확고히 정립하고 이를 의학전문대학원의 국고지원의 기준으로 활용할 뿐만이 아니라 의학전문대학원의 존폐를 결정짓는 질 평가 요소에 이를 포함시켜 지역사회가 필요로 하는 보건의료인력이 양성되도록 최선을 다해야 할 것이다. 이를 위해서는 교육기관 인정제 등의 강력한 집행이 뒤따라야 할 것이다. 그리고 보건의료인력 교육의 1차적 목표가 지역 주민의 건강증진과 유지에 있음을 확실하게 각인시켜 주민들이 원하는, 주민과 더불어 생활하는, 주민을 위하여 봉사할 수 있는 인력을 배출해야 할 것이다.

한편, 의료기관평가를 제대로 실시하기 위하여 현행 의료기관 규모 위주의 평가단위를 합리적으로 조정하고 비현실적인 평가척도를 과감히 정리해서 더 이상 의료기관평가가 불공정하고 비합리적이라는 평가가 나오지 않도록 개선되어야 한다. 뿐만 아니라 의료기관평가의 결과가 실질적으로 환자들이 의료기관을 선택하는데 도움을 줄 수 있도록 개선되어야 하며, 이러한 준비 과정에서 소요되는 최소한의 비용은 보험수가에 반영하여야 할 것이다. 중국적으로는 의료기술과 의료진 등 의료서비스 핵심에 대한 평가가 이루어져야 하고, 질환별 환자의 생존율과 사망률 등도 공개되어 의료기관평가가 본연의 임무를 다할 수 있도록 해야 할 것이다.

보건의료의 질은 보수지불형태와도 밀접한 관계가 있다. 따라서 현행 행위별 수가제를 서비스 질 향상의 측면에서 재검토 하도록 해야 한다. 의료계로 하여금 스스로 인두제와 총액계약제와 같은 새로운 보수지불형태를 도입할 것인지 아니면 과잉진료의 소지가 있는 현행제도를 허용하되 이를 보완하기 위한 급여가감제도(payment for performance, p4p)를 채택할 것인지 양자택일하도록 해야 할 것이다.

4) 보건의료서비스의 형평성 추구 방안

보건의료체계 수행의 목적은 국민의 건강수준을 향상시키고 동시에 사회구성원 간 건강수준의 격차를 해소하는 것이 된다. 지난 2005년 우리나라에서 건강불평등을 해소하기 위한 정책으로서 “새국민 건강증진종합계획”이 발표되었지만 보건의료서비스 형평성 추구 방안의 측정지표가 소득 계층별 사망률 차이와 건강행태의 차이(매일 흡연률, 적절한 운동실천률)에 국한되어 있어 사업의 범위가 좁을 뿐만 아니라 사회계층간의 건강행태 차이의 다양성을 파악하는데 한계가 있다. 뿐만 아니라 그 사업과제가 1) ‘저소득층에 대해 희귀난치성 질환에 소요되는 치료비 지원’, 2) ‘취약지역 중심의 도시보건지소 설치’, 3) ‘공공보건의료기관의 확대 및 기능 강화를 통해 취약계층에 보건서비스 지원 확대’ 등 의료서비스 중심의 매우 제한적인 내용들로 구성되어 있다. 또한 흡연, 음주, 운동, 영양 등 건강 행태적 요인에 맞춰진 그간의 건강증진사업은 사회경제적 취약 계층이 다른 계층에 비해서 개선 속도가 매우 느렸기 때문에 오히려 계층 간 건강수준의 격차를 더욱 심화시키기도 하였다. 따라서 사회경제적 취약 계층에 초점이 맞춰진 건강증진사업을 추진할 필요가 있으며 각종 지표도 이에 준하여 개발해야 할 것이다.

그러나 문제는 이런 보건의료제도의 개선만으로 건강수준의 격차를 충분히 제거할 수 없다는 것이다. 사회계층간 보건의료 수준의 격차를 해소하자면 고용과 소득과 교육과 거주조건 등의 제반 사회적 기능이 보건의료 기능과 조화를 이루어야 한다. 바꾸어 말한다면 보건복지부의 정책적 노력만이 아니라 재정경제부, 노동부, 교육인적자원부 등 다부처의 긴밀한 협조가 필수적이라고 할 수 있다. 임금 구조 및 조세 개혁 등을 통한 강력한 탈빈곤 정책, 취약노동 계층의 노동조건 개선과 노동과정에서의 자율적 통제력 강화, 교육 기회 보장 등은 형평적인 보건의료 자원 조달과 보건의료서비스의 이용과 같은 보건의료 제도와 함께 추진되어야 할 정책 과제라고 할 수 있다.

5) 보건의료 시스템 효율적 관리 측면의 개선 방안

우리의 반만년 역사는 한반도 안에 우리를 가두어 두었을 때보다 우리가 대륙으로 또는 해양으로 뻗어나갔을 때 더욱 융성했음을 보여주고 있다. 인적자원 이외엔 이렇다할 부존자원이 없는 우리가 세계 11위권의 경제대국이 된 것은 우리의 빗장을 열고 수출주도형 개방정책을 적극적으로 추구한 결과이다. 이러한 사실에 비추어 볼 때 국민 대다수가 만족하는 보건의료체계를 가까운 시일 내에 갖추기 위해서는 안정적 재정 토대 위에서 국가와 개인이 그리고 보험자와 의료공급자가 상호경쟁하면서 질병의 위험부담을 서로 분담할 수 있도록 보건의료체계를 구비해 나갈 필요가 있다. 국민의료비의 약 55%만을 건강보험을 통해 조달하고 서비스 제공은 민간의료가 80% 이상을 차지하는 상황에서는 보건의료정책을 효과적으로, 또는 효율적으로 추진하기가 대단히 어려울 수밖에 없다. 따라서 각종 규제를 남발하면서 오늘에 이르렀는데 이러한 상황을 극복하자면 공공의료의 비율을 현재보다는 약간 더 상향조정하는 것이 비용통제와 빈자의 의료수혜 제공에 보다 효과적이다. 그리고 단일재원보다는 복합재원이 더욱 안정적이므로 보험료와 조세가 보다 균형을 이루도록 조세의 비중을 현재보다 좀더 높여나갈 필요가 있다. 물론 이에는 보건의료의 우선순위에 대한 사회적 합의가 전제되어야 하겠지만, 지방자치제도가 성숙되어 가는 속도에 맞추어서 지방정부의 보건의료에 대한 역할이 현재보다 신장되는 방향으로 나아가는 것이 바람직하다.

한편, 보험관리적 측면에서는 현재까지 만족할만한 단일보험료부과체계 개발에 성공하지 못하여 지역보험과 직장보험간의 부담의 형평성이 심하게 왜곡되어 있으며 이것이 직장피보험자 불만의 주요요인으로 되어 있다. 뿐만 아니라 현행 단일보험자 체계는 피보험자의 보험자선택권을 허용하지 않으며 경쟁부재상태이므로 효율성을 추구하는데 한계가 있을 수밖에 없다. 그러나 개혁의 방향은 피보험자의 선택의 폭을 넓혀주는 방향으로 그리고 보험자간 경쟁이 살아나는 방향이 되어야 할 것이다. 이러한 방향을 추구하자면 단일보험자를 유지하면서 지부간 경쟁을 통해서 소기의 목적을 달성하는 방안과 만족할만한 단일보험료부과체계가 개발되기 이전까지에는 직장공단과 지역공단으로 이원화한 후 그 각각을 1공단, 2공단, 3공단으로 각기 독립시켜 발전시켜 나가는 정책대안을 비교 검토해야 할 것이다. 그 어느 방향이 되든지 간에 보험료 징수는 징수공단을 별도로 만들지 않고 국세청조직과 정통부조직(우정사업본부)을 활용하는 조직의 슬림화가 필수적이다. 그리고 건강보험심사원은 심사 및 평가 전문기관으로 육성하고 건강보험공단은 보험자로서의 제도 연구 및 관리기능전문기관으로 발전시켜 나아가야 할 것이다.

또한 현재와 같은 진료비 증가속도를 감안할 때 국민의 분출하는 보건의료요구를 사회보험 하나만으로 충당하는 것은 한계가 있으므로 민간보험의 영역과 사회보험의 영역을 분담시켜 나가야 할 것이다. 기본적 급여는 사회보험이, 보충적 또는 고급 급여는 민간보험이 담당하도록 하되, 사회보험의 급여 내 실화를 통해 본인일부부담금 수준이 20%를 초과하지 않도록 하고 이를 초과하는 부분은 민간보험으로

충당하는 방안을 검토해볼 필요가 있다.

의료공급자 조직 역시 현행의 폐쇄형(closed system) 보건의료체계에서 개방형(open system) 어텐딩 시스템의 이점을 접목시켜 나가는 것이 자원활용의 효율성 추구라는 측면에서 더욱 바람직하다. 우리의 경우 의료기관 소유와 경영이 덜 구분되어 있으며 의료기술료 개념이 희박하고 실제로 의료기술료(doctor's fee)가 별도로 책정되어 있지 않기 때문에 개방형 시스템을 도입하기 어려웠으나 의료시장의 개방과 국제화 추세는 어떤식으로든지 의료기관의 영리법인화를 허용하는 방향으로 나아가고 있어서 어텐딩 시스템도 고려의 대상에 포함되어야 할 것이다. 그러므로 폐쇄형과 개방형이 동시에 공존하는 형태의 의료시장 구조에 대한 연구와 대비가 필요하다. 싱가포르가 한 예가 될 수 있다.

III. 건의

21세기는 경쟁력이 없이는 누구도 살아남을 수 없는 격동의 시대가 될 전망이다. 이것은 선호의 문제가 아니고 우리를 둘러싸고 있는 주위 환경여건이 이러한 바탕으로 주어지게 됨을 의미한다. 우리나라의 의료제도가 21세기를 성공적으로 뚫고 나아가 주민의 의료제도로 정착되기 위해서는 제도의 한가운데 주민을 세워서 오로지 제도가 주민의 보건복지 증진에 봉사하도록 만들어야 할 것이다. 이러한 요건을 갖추기 위하여 다음을 건의하는 바이다.

첫째, 주민의 선택을 극대화하는 방향으로 제도를 발전시키기 위하여 가난한 사람들의 선택을 가로막는 선택진료는 보험수가에 의한 손실보전을 전제로 폐지를 검토하도록 한다.

둘째, 주치의 제도를 도입하여 1차의료를 담당하도록 하고 2~3차 환자의뢰체계가 기능을 발휘하도록 한다. 의뢰체계를 거치지 않는 환자에 대해서는 보험적용을 배제하고 1차진료기관은 외래진료위주로, 3차진료기관은 입원진료위주로 기능분화를 유도한다. 보험수가 정책을 의료전달체계 확립에 유리하도록 운용한다.

셋째, 의학전문대학원의 의료인 양성과정에서 의사가 지나치게 기술의존적 사고에 빠지지 않도록 교육하고 지역사회를 위해서 봉사할 1차 의료의사 양성을 의학교육의 목표로 하고 이 과정을 연구, 교육 및 임상 각과 전문의 훈련과정과 구분하여 양성하도록 한다.

넷째, 공공병원과 대학병원을 연계해서 공공병원의 기능이 살아나도록 환자후송체계 및 지도 감독 체계를 확립해서 각 지역의 대학병원을 정점으로 하는 지역단위 의료전달체계가 활성화되도록 한다. 그 결과, 우수한 의료인이 공공부문에서 일할 수 있는 풍토를 조성한다.

다섯째, 근거중심의학의 토대를 갖추어서 효과적인 의료서비스만이 제공될 수 있도록 하고 보건의료정책 역시 이러한 토대위에서 집행될 수 있도록 의료기술평가와 건강영향평가제도를 활성화 하고 정책실명제를 도입하여 정책의 일관성과 책임성을 유지하도록 한다.

여섯째, 주민에게 보험자 선택권을 돌려주고 보험자간의 제한된 경쟁을 유도해서 환자중심의료제도가 구축되도록 한다. 그리고 4대 사회보험의 보험료 징수기능을 기존의 행정조직(국세청 및 정통부의 우정사업본부 등)으로 이관해서 보험조직을 슬림화한다.

일곱째, 국민건강증진사업의 초점을 건강한 공공정책의 결정과 예방적 보건의료서비스의 확대와 건강생활체조의 보급 등 건강생활실천에 두어, 건강증진환경을 널리 조성한다.

여덟째, 원격의료 판독료를 신설하여 공공 및 민간부문에서 IT통신기술을 접목한 환자모니터링 및 원격진료 체계를 개발하여 만성병시대에 대응하도록 서비스를 업그레이드 한다.

아홉째, 건강보험제도 및 노인복지제도와 연계하여 시설위주가 아닌 방문보건서비스 위주의 실생활에 도움이 되는 비용절감형 노인장기요양보험제도를 확대 실시한다.

열째, 글로벌 시대에 맞추어 동북아 제국(한국,일본,대만)의 주민들이 이 지역권 어디에서나 편리하게 의료서비스를 이용할 수 있도록 상호간 건강보험협정체결을 유도하고, 동북아권 보건의료제도의 발전을 도모하기 위한 국가수준의 협력체제를 구축하도록 한다. **KHA**