

2012년 보건의료정책의 변화와 전망

Changes and Prospect of Health Care in 2012



오영호 한국보건사회연구원 연구위원

보건의료는 국민의 건강을 보장하는 중요한 사회적 안전장치이다. 그러나 우리나라의 보건의료분야는 지금까지 기울여온 노력에도 불구하고 여전히 건강과 의료이용의 불평등과 보건의료체계의 비효율성의 문제가 지속적으로 제기되었다. 이로 인해 국민의 건강권을 보장해야 하는 보건의료체계의 지속가능성에 대한 의구심이 대두되고 있다. 이에 우리나라의 보건의료분야의 현황과 문제점을 파악하고 그리고 보건의료부문의 변화 및 전망을 통해서 2012년 우리나라 보건의료분야가 나아가야 할 정책방향을 제시하고자 한다.

1. 들어가는 말

현재 우리나라의 보건의료분야가 당면하고 있는 주요 문제는 인구의 고령화와 만성질환자의 증가 그리고 이로 인하여 국민 의료비가 급격하게 증가하고 있다는 점이다. 또한 의료이용량과 국민의료비의 증가와 더불어 의료이용과 건강의 불평등 문제가 제기되고 있으며, 특히 최근 유럽국가의 재정위기로 촉발된 세계 경제 위기는 우리나라의 경제전반에 악영향을 미칠 뿐만 아니라 보건의료분야에도 큰 영향을 미쳐 의료와 건강취약계층을 더욱 확대시킬 수 있다는 점이다. 우리나라의 비효율적인 보건의료체계는 의료비 증가와 건강과 의료이용의 형평성 문제를 해결하는 데 한계가 있을 뿐만 아니라 문제를 더욱 악화시키고 있다. 이러한 현상이

지속된다면 국민의 건강권을 확보할 수 없을 뿐만 아니라 보건의료체계의 지속가능성도 보장할 수 없을 것이다. 따라서 2012년 보건의료부문의 정책은 국민의 건강권을 보장하면서 보건의료체계의 지속성을 담보하기 위한 보건의료체계의 효율화방안에 중점을 두어야 할 것으로 보인다. 또한 보건의료부문의 시장개방에 따른 보건의료산업의 경쟁력을 제고하는 것 또한 중요한 정책적인 과제로 대두되고 있다. 이러한 문제의식 하에 본고에서는 2012년 보건의료부문의 변화를 살펴보고 이에 대응하기 위한 정책방향을 제시하고자 한다.

2. 현황과 전망

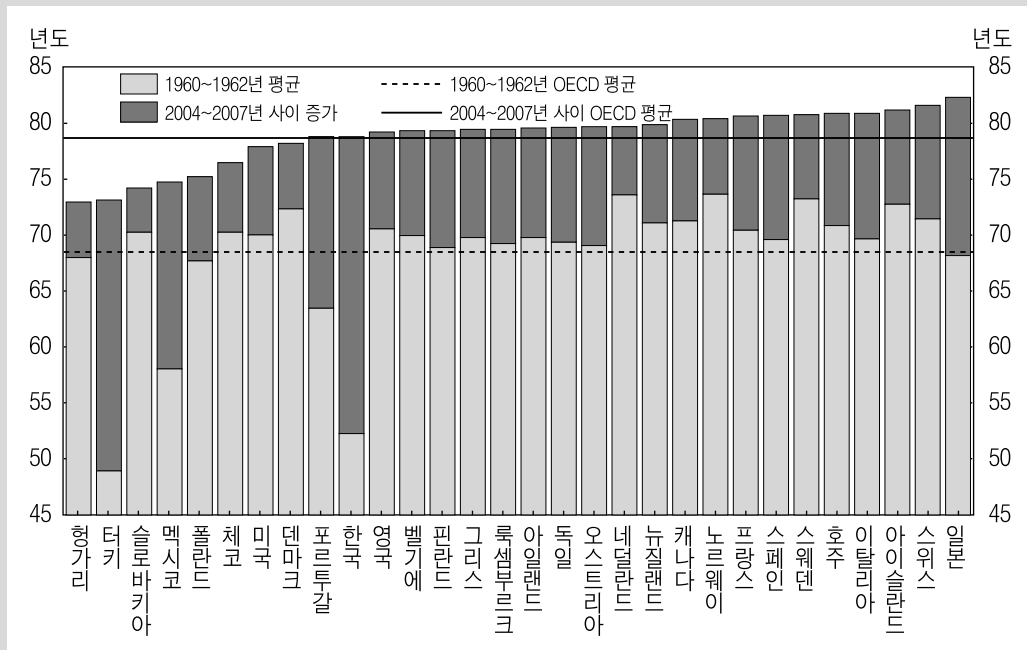
1) 국민의료비 급증과 낮은 수준의 건강보험 보장성

우리나라는 2010년 현재 65세 이상 고령인구 구성비가 11%를 차지하는 고령화 사회이며, 고령화 추세는 점점 빠르게 진행되어 통계청의 장래인구추계에서는 2030년에 고령인구 구성비가 24.3%에 이르며 기대수명 역시 2010년 현재 79.6세인 것이 2030년에는 83.1세로 증가할 것이라고 전망하였다. OECD에서 발간한 “한국의

보건의료개혁”에 따르면, 우리나라는 OECD 국가 중 평균 수명이 가장 많이 증가한 국가로 1960년 OECD 국가에서 두 번째로 낮았던 평균 수명은 28년 증가하여 OECD 평균과 비슷한 수준이 되었다.¹⁾

고령인구의 비중 증가는 통상적으로 의료이용량의 증대와 의료비 지출의 증대를 초래한다. 환자조사 결과, 전체 외래와 입원 의료이용이 1994년 대비 각각 18배와 21배 증가하였고, 65세 이상 연령층은 동 기간에 26배와 27배 증가하였다.²⁾ 65세 이상 인구의 진료비 비중은 2005년 25.5%, 2010년 32.4%로 크게 증가하였다.

그림 1. OECD 국가에서 평균수명이 가장 많이 증가한 한국



자료: Randall S. Jones(2010). 한국의 보건의료개혁, OECD 대한민국정책센터.

1) Randall S. Jones(2010). 한국의 보건의료개혁, OECD 대한민국정책센터.

2) 장영식(2010). 한국인의 사망수준, 보건·복지 Issue & Focus, 18호.

이와 같은 노인인구의 의료이용량 및 진료비 증가 원인은 고령화에 따른 만성퇴행성 질환자가 증가하고 있기 때문인 것으로 분석된다. 고혈압, 당뇨병, 뇌혈관질환, 심장질환, 갑상선장애 등 주요 만성질환 진료비는 전체 진료비의 10.9% 차지했다. 최근 5년간 가장 진료인원 증가율이 높은 것은 갑상선질환(57.4%)이었고, 뇌혈관질환(34.7%), 고혈압(29.1%), 당뇨병(23.4%), 심장질환(17.6%) 등 순이었다.³⁾ 약제비 상승의 원인은 주로 만성질환 증가로 인한 의료이용 증가, 고가 신약도입 증가, 저가 제네릭 사용의 미흡 등 다양하고 복합적이다. 전반적으로 인구성장 및 고령화 사회의 진전, 소득수준의 향상, 의료수요에 대한 다양한 욕구, 만성질환의 증가 등 수요측면과 의료전달체계 미비, 병상과 장비의 공급과잉 등 공급측면에 따라 의료이용량과 의료비 지출이 급증하고 있고, 2050년에는 국민의료비가 GDP의 15~20%에 이른다는 연구결과가 제시되고 있어⁴⁾ 이러한 현상이 지속된다면 보건의료체계의 지속성의 보장은 요원할 것이다.

국민의료비와 의료이용량이 급증하고 있음에도 우리나라의 보장성 수준은 낮은 편이다. 건강보험 보장성 확대를 위해 보건복지부는 2005년 「제1차 건강보험 보장성 강화 방안」과 2008년 「제2차 건강보험 보장성 강화계획(’09~’13)」을 발표하였다. 2005년 보장성 강화 방안에서는 2008년까지 3조 5천억원을 투

입하여 건강보험 보장성 수준을 선진국 평균인 70~80%로 끌어올린다는 정책목표를 설정하고, 암 등 고액중증질환자의 본인부담률 인하, 아동 등에 대해 본인부담 경감, 비급여 항목의 급여 전환(중증질환자 대상 PET) 등을 추진했다. 또한 제2차 건강보험 보장성 강화계획(’09~’13)에서는 3.1조원의 추가 재정을 투입하여 중증·고액질환자 및 저소득 취약계층 진료비 부담의 지속적 경감, 진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여전환(조음과 등), 저출산에 대응하는 보장성 강화 등을 목표로 하고 있다. 그 결과 한국의 보장성은 1980년 20%에서 2008년 55.3%까지 크게 상승하였으나 일본, 유럽 등 선진국에 비해서는 여전히 보장성 수준이 낮은 편이다. OECD Health Data(2010)에서 국가별 총 의료비지출 대비 공공의료비 지출 비중을 비교해보면 한국은 미국을 제외한 다른 선진국에 비해 현저히 낮은 수준에서 머무르고 있다.⁵⁾

2) 사회계층간 의료이용과 건강 불평등 및 의료안전망 취약

국민의료비의 증가에도 불구하고 낮은 수준의 건강보험 보장성과 함께 여전히 의료취약계층이 증가하고 있다는 점이 문제이다. 2008년 미국의 서브프라임 모기지 사태로 촉발된 세계 경제위기는 우리나라 경제전반에 영향을 미쳤

3) 국민건강보험공단(2011). 2010건강보험통계연보, 국민건강보험공단.

4) 김종면(2007). 보건·의료부문 장기재정모형 구축, 한국조세연구원.

5) 이은경(2010). 건강보험 보장성 강화를 위한 재원 조달 방안. 건강안전망 진단과 재구축을 위한 입법과제 세미나 자료, 국회 선진사회연구포럼·국회입법조사처.

을 뿐만 아니라 보건의료부문에 영향을 미쳐 의료이용 접근도에 영향을 받는 의료취약계층이 크게 증가하였다. 최근 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3~10%에 달하는 것으로 나타났으며, 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있다. 또한 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있으며, 자격측면에서는 약 74.7만 가구(약 233만명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만명으로 추산되는 주민등록 말소자가 의료소의 계층이다.⁶⁾ 이러한 의료서비스 접근에 제한을 받는 계층은 지역적으로는 농산어촌 거주자, 소득 측면에서는 빈곤 및 차상위계층, 수혜자 측면에서는 노인, 아동, 장애인 등에 집중되었고, 특히, 저소득 계층은 의료서비스 구매력 저하로 계층간 건강격차가 확대된 것으로 나타났다. 문제는 2008년에 시작된 글로벌 경제위기는 끝난 것이 아니라 최근에는 유럽국가들의 재정위기로 이어져 세계경제를 지속적으로 위협하고 있다는 점이다. 이는 우리나라의 경제전반에 악영향을 미칠 뿐만 아니라 의료와 건강취약계층을 더욱 확대시켜 의료와 건강의 불평등을 심화시킬 가능성이 높다.

보건의료체계는 의료취약계층에 대하여 최

소한의 의료안전망역할을 할 수 있어야 한다. 즉, 보건의료체계는 의료취약계층 뿐만 아니라 지역주민에게 최소한의 필수적인 의료서비스를 제공할 수 있도록 조직화되어야 한다. 그러나 우리나라의 보건의료기관은 93% 이상이 민간시설⁷⁾로 대부분 대도시나 중소도시에 위치하고 있다. 또한 농어촌의 경우에 인구감소에 따른 민간의료기관의 경영난으로 폐업이 증가하여 병의원이 없는 무의촌의 형태로 의료취약지역이 늘어나고 있는 실정이다. 특히 필수의료서비스 중 하나인 응급의료서비스의 경우, 34개 군의 농어촌 지역에는 응급 의료기관조차 없으며, 각종 응급의료 인프라(헬기 등 이송장비) 구축이 미흡한 상태이다. 종합병원급 이상에 해당하는 지역응급의료센터가 부족한 중진료권은 총 6개 지역으로, 경기도 북부지역, 강원도, 경남 서부 지역, 충남 서부지역이 해당하였고, 병원급에 해당하는 지역응급의료기관이 없어 응급의료서비스를 이용할 수 없는 지역은 총 43개로 모두 군지역이며, 경북이 가장 많고, 강원, 전남, 경남 등의 순서였다. 응급의학과 전문의가 없는 시군구는 총 93개로 이중 57개는 군지역이었다.⁸⁾ 이 밖에도 기본적으로 보편적인 의료서비스 제공과 의료취약계층을 위한 공공의료 자원이 부족하고 공공의료체계가 미확립된 상태이다.⁹⁾ 뿐만 아니라 OECD 나라들에 비해 공공의료부문이 차지하는 비중이 양적으로 취약

6) 신영석(2010). 의료 안전망 구축방안, 건강안정망 진단과 재축축을 위한 입법 과제 세미나 자료, 국회 선진사회연구포럼·국회입법조사처.

7) 박기수 외(2010). 의료취약지 선정기준에 관한 연구, 경상대학교.

8) 이신호 외(2008). 응급의료체계구축에 의한 사회적 비용편익분석, 한국보건산업진흥원.

9) 중앙응급의료센터(2009). 도시간지역의 응급의료현황분석 및 지원방안 모색, 국립중앙의료원.

할 뿐만 아니라 역할과 기능면에서도 미흡하다. 건강에 대한 관심 및 만성질환자 증대 현상은 만성질환 관련 공공의료기관의 내부역량과 연계 기반 취약 문제를 제기하고 있다. 암, 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환, 관절염, 결핵, 정신질환 등의 질환은 대부분 정밀검사와 다양한 의료서비스를 필요로 하나 현재 공공의료기관은 시설 장비가 낙후되어 있고 인력 역시 부족하다. 또한 보건소를 중심으로 추진되는 건강증진사업 체계에서, 만성질환 관리를 수행할 공공병원은 치료 이외의 서비스 모델이 제시되어 있지 않아 보건소 중심의 사업 체계에 연계할 고리를 찾기 어려운 실정이다. 농어촌 및 벽지에서는 보건(지)소 등 보건기관이 만성질환 관련 서비스를 제공한다고 하나 대다수의 인구가 거주하는 도시, 읍지역 등에서는 연계기반이 취약한 병의원이 주된 서비스 기관이라는 문제를 안고 있다. 이렇듯 응급의료를 포함한 필수의료서비스의 지역간 불평등은 근본적인 제도 개선이나 보완책이 마련되지 않는 한 여전히 존재할 것으로 전망된다.

3) 보건의료체계의 비효율성으로 인한 보건의료체계의 지속성 위협

국민의료비 증가의 주요 원인으로는 인구의 노령화, 만성질환자 증가, 그리고 비효율적인 의료체계 등을 들 수 있다. 일반적으로 인구가 노령화 되면서 의료이용량은 크게 증가하고 또한 만성퇴행성질환의 증가와 새로운 질환의 출현 또한 의료이용을 증가시키는 요인들이다. 이러한 수요요인에 의해서만 의료이용량과 국민

의료비가 증가한다면 우리의 경제규모에 비추어 볼 때 통제가능하고 큰 문제가 되지 않을 수도 있다. 그러나 문제는 우리의 보건의료체계가 비효율적인 측면이 너무 많다는 점이다. 일반적으로 보건의료체계는 양면성을 지니고 있는데, 효율적인 보건의료체계는 의료비를 감소시키거나 적정하게 유지하게 하는 반면 비효율적인 의료체계는 국민의료비를 증가시키고, 또한 의료서비스의 만족도를 감소시키는 원인이 된다.

보건의료체계에서 가장 비효율적인 부분 중의 하나는 의료기관의 기능과 역할이 제대로 정립되어 있지 않을 뿐만 아니라 의료전달체계가 확립되어 있지 않다는 점이다. 이로 인하여 의료기관간 상호경쟁에서 인력, 시설 및 장비에서 상대적으로 우위에 있는 대형종합병원으로 환자가 집중되어 1차 의료기관과 중소병원의 역할과 기능이 약화되는 모습을 보이고 있다. 2005년 7만 3,000개 요양기관 중 42개(0.2%)에 불과한 종합전문요양기관이 전체 건강보험 진료비에서 14.2%의 비중을 차지하고 있다. 외래진료비의 경우 종합병원급 이상의 경우 2001년에 비해 2008년에는 5.6%포인트 이상 증가하였지만, 의원급은 14.6%포인트 감소하였다. 2·3차 진료기관에서의 1차 진료가 증가하면서 2차 진료기관 이상에서 1차 의료기관에 적합한 질병의 외래환자 비율이 약 40% 이상으로, 1차 진료기관의 기능이 상대적으로 위축되는 추세이다. 수도권의 대형병원으로만 집중되는 현재의 의료이용량 증가 추세는 의료자원의 불균형과 국민의료비 관련 비용을 증대시키는 요인이다. 2007년 기준 300병상 미만 의료기관 도산율은 9%로, 중소병원은 심각한 경영난을 겪고 있

는 등 2차 진료기관으로서의 기능을 충실히 수행하지 못하고 있다.

보건의료체계의 효율성을 저해하는 또 다른 요인은 보건의료자원의 수급불균형과 지역간 불균형 문제이다. 우리나라는 전반적으로 보건의료자원의 공급과잉뿐만 아니라 의료자원 분포의 불균형 문제와 낮은 활용도 문제가 심각하다. 우리나라의 급성기병상수는 인구 1,000명당 7.1병상으로 OECD 국가의 3.8병상보다 1.8배 많고, 장기요양병상의 경우도 OECD 국가 평균에 비해 2.4배나 많다(OECD Health Data 2009). 특히 OECD 국가의 급성병상 공급 추세의 경우 감소되거나 정체되어 있지만 우리나라는 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 하지만 한국에서 병상이 충분하게 공급되는 것과는 대조적으로 의료 종사자수는 낮은 수준이다. 인구대비 간호사 수는 OECD 평균보다 낮고 의사 수는 인구 1000명당 1.7명으로 OECD 국가에서 최하위권이다. 또한 인구대비 의과대학 졸업생 수는 OECD 평균보다 낮다. 의사 진료횟수가 많은 것도 의사수급 불균형

문제를 더욱 심화시킬 수 있다. 일인당 평균 의사 방문횟수는 1978년 3.7회에서 거의 OECD 평균의 두 배에 가까운 12%로 늘어났다. 그 결과 2007년 의사 일인 당 진료횟수는 OECD 평균의 세 배 이상인 7,000건을 기록하여 의사들의 스트레스와 초과근무를 초래했다. 즉, 보건의료 인력의 지속적인 증가에도 불구하고 OECD 평균에 미치지 못하고, 지역간 불균형 및 전문과목간 의사인력 수급불균형 문제는 크게 개선되지 않고 있다.

고가의료장비의 경우도 MRI, CT, Mammographs, ESWL 등 주요 고가의료장비는 OECD에서 최상위 그룹에 속하며, OECD국가 평균보다 인구 100만 명당 MRI는 1.6배, CT는 2배, Mammographs는 2배, ESWL은 4배가 높은 것으로 나타났다. 이러한 병상과 장비의 공급과잉 등으로 의료이용량과 의료비 지출이 급증하고 있다. 또한 지역간 의료자원의 분포를 보면, 도시지역에 병·의원의 약 90%가 편재되어 지역간 불균형 문제가 심각하며, 인구 10만명당 의사수는 서울이 205.5명으로 가장 많고, 경북이

표 1. 2007년 보건의료 서비스의 국제적 비교

구분	병상 수 ¹⁾	평균재원일수	의사 수 ¹⁾	의과대학 졸업생 수 ²⁾	간호사 수 ¹⁾	간호대학 졸업생 수 ²⁾
한국	7.1	10.6	1.7	9.0	4.2	30.1
OECD 평균	3.9	6.6	3.1	9.9	9.6	35.5
상위권 국가	8.2	19.0	5.4	21.7	31.9	85.6
하위권 국가	1.0	3.5	1.5	5.5	2.0	8.6

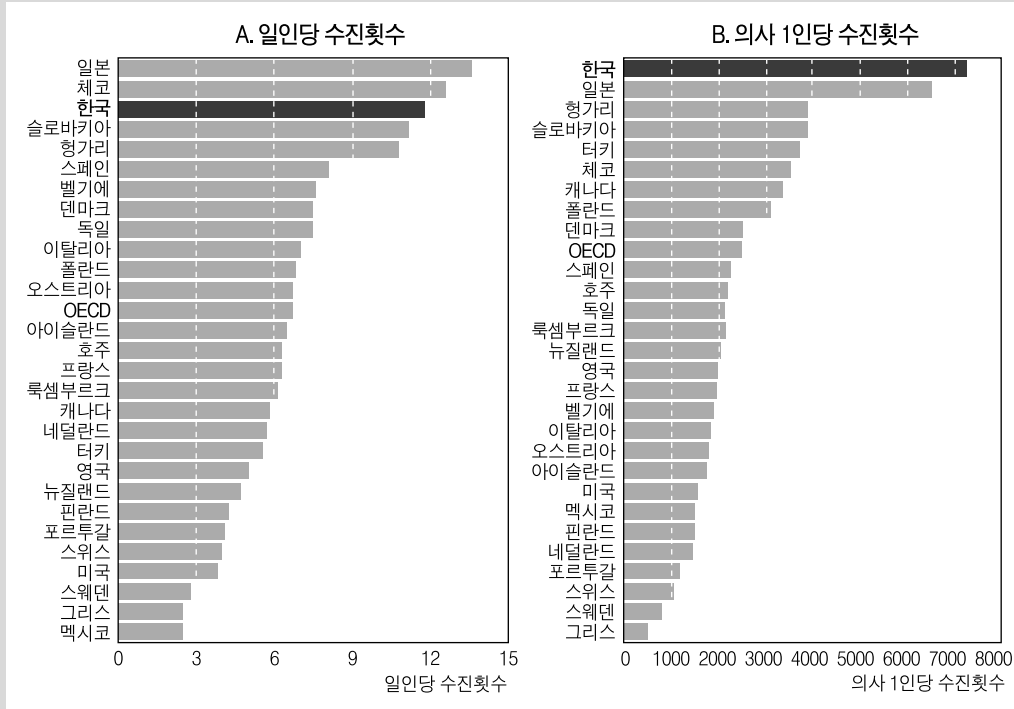
주: 2007년 또는 가용한 최근년도 자료(OECD Health Database 2009)

1) 인구 1000명당

2) 인구 10만명당

자료: Randall S. Jones(2010). 한국의 보건의료개혁, OECD 대한민국정책센터.

그림 2. 유난히 높은 한국의 의사 수진횟수



자료: Randall S. Jones(2010), 한국의 보건의료개혁, OECD 대한민국정책센터.

110.8명으로 가장 적어 두 지역이 1.86배의 차이를 보이고 있다. 이러한 지속적인 자원의 지역간 불균형은 국민들의 의료이용 접근도의 불평등과 의료자원활용의 비효율성을 초래하고 있다.

4) 보건의료시장 개방과 보건의료산업화 발전전략 미흡

고령화와 만성퇴행성질환 증가 등 보건의료 환경의 변화는 예방의학, 건강관리서비스, 한방 의료 서비스 등의 새로운 의료수요를 창출하고

있다. 이를테면 중풍, 치매 등의 만성퇴행성질환 예방 및 치료를 위한 한방의료 수요를, 건강에 대한 관심의 증대는 건강관리서비스에 대한 수요를 증대시키고 있다. 최근 이와 같은 건강관리 서비스에 대한 수요 증대는 국민 스스로 건강을 개선하고 질병을 사전에 예방하게 됨으로써 의료비 부담을 완화하는데 도움이 된다. 또한 정보화 및 세계화의 진전에 따라 보건의료 시장의 환경이 변화하고 있으며, 보건의료 서비스의 경쟁력 역시 변화하고 있다. 예를 들어, 정보통신 기술의 발전과 더불어 u-Health 서비스가 가능한 환경으로 변모하고 있는 것이

다. U-헬스는 시공간의 제약이 없는 능동적, 예방 중심적, 환자/소비자 중심적인 새로운 의료전달체계로써 병원 밖에서의 지속적이고 장기적인 사후관리가 가능하다. 이는 고령화 추세와 이에 따른 만성질환의 증가 및 의료비용의 증가 등의 문제를 해소할 수 있는 대안으로 떠오르고 있다. 진료의 연속선상에서 질병의 예방-조기발견-진단-치료-사후관리-호스피스에 이르는 다양한 목적의 U-헬스 서비스 역시 가능하기 때문이다. 그러나 기기와 통신 등 ubiquitous IT 분야에서의 기술개발 현황과는 달리, 이들 기술력이 실제로 u-Healthcare 산업 활성화로 연계되지 못하고 있고, 또한 그 간의 u-Health 정책이 관련 부처간 정책 조율이 부진한 상태에서 부처별로 비연계적, 산발적으로 추진되어 u-health 산업이 활성화되지 못한 측면도 존재한다. 2002년 3월 원격의료 개념이 의료법에 도입되었으나 u-Health를 활성화하는 데는 근본적 제약이 존재한다. 단순히 원격의료의 개념을 규정하고 IT기술을 이용한 전자처방이나 전자의무기록에 대한 규정을 두고 있을 뿐, 각종 원격의료 유형을 제대로 포괄하고 있지 못한 실정이고, 원격지의 환자에 대하여 직접 의료행위를 할 수 없으며 원격지의 의료인에 대해 의료지식이나 기술을 지원할 수만 있어 많은 유형의 원격의료서비스의 제공이 불가능한 실정이다.¹⁰⁾ 이렇듯 국내에서는 법제도적 제약, 생체신호 센싱의 부정확성, 의사들의 적극적인 참여를 위한 보험제도 기반 여

건의 미흡, 사용자 접근성 및 편리성의 문제, 정보보호의 문제 등의 장애요소로 아직 U-헬스 시장이 활성화되지 못하고 있다.

세계화에 의한 보건의료시장의 개방은 경쟁을 통한 경영체질 강화 및 선진 경영기술 습득, 부족한 의료시설의 공급 등의 효과 외에도, 해외원정 진료를 흡수할 수 있다는 긍정적 효과를 기대케 하고 있다. 전세계 글로벌 헬스케어(의료관광) 시장은 2009년 348억 달러(3400만 명)에서 2010년에는 400억 달러(4000만 명)로 높은 성장을 할 것으로 예측하고 있다. 특히 글로벌 헬스케어의 최대 시장인 미국의 경우 2009년에 환자 324만명이 미국 외 국가에서 진료받고 있으며, 2010년에는 675만 명의 환자가 타국으로 이동할 것으로 추정되고 있다.¹¹⁾ 따라서 정부에서는 2009년 글로벌 헬스케어 산업을 차세대 신성장 동력 산업으로 지정하여 집중 지원하고 있으며, 이를 위해 2009년 5월 1일 의료법을 개정하여 '외국인 환자 유치사업'을 활성화하였다. 그러나 현행 의료법을 비롯하여 위의 환경 변화에 적절하게 대응할 수 있는 관련 법제도가 미비하고, 추진 전략 및 전문가가 부족한 등의 문제점에 직면해 있다.

한편 현행 의료법의 입법취지와 달리 대부분의 비영리법인 의료기관이 운영 면에서 이윤을 추구하고 있으며, 영업이윤을 법인 대표에게 환원시키려는 과정에서 의료체계에 왜곡현상이 발생할 수 있다. 금융시장의 경우를 보면, 의료기관 회계의 불투명성, 의료기관에 대한 다양한

10) 이종화(2010), u-Health 동향 및 활성화를 위한 정책방향, KISDI 이슈리포트 10-09, 정보통신정책연구원.

11) Deloitte Center for Health Solutions(2008), Medical tourism consumers in search of value.

법적 규제, 의료 시장에 대한 전문성 부족으로 인해 의료기관에 대한 장기자금의 제공을 기피하고 있다. 해외환자 유치사업의 활성화, 제약·바이오산업과의 연계를 통한 의료산업의 신성장 동력화, 국민들의 눈높이에 맞는 다양한 수준의 서비스를 제공하기 위해서는 의료기관의 자본조달 방안을 다양화할 필요성이 대두되고 있다. 약가거품을 제거하고 의약품 거래와 유통을 투명화하기 위하여 정부는 2010년 10월부터 시장형 실거래가제도와 2010년 11월 28일부터 리베이트 쌍벌제를 실시하고 있다. 이 시장형 실거래가제도를 시행한 후부터 종합병원의 의약품 입찰에서 약가경쟁을 통해 약가가 인하되는 효과가 기대되고 있기는 하지만, 이는 입찰 제품에 한정되는 효과이기 때문에 장기적으로 산업 전반의 약가거품 제거에 대한 효과에 있어서는 회의적이다. 하지만 리베이트 쌍벌제의 경우는 의약품 사용과 관련하여 리베이트를 제공한 제약회사 뿐 만 아니라 제공받은 의료공급자도 처벌할 수 있는 규정으로 의약품 채택 및 사용과 관련된 리베이트를 감소시키는 데 긍정적인 작용을 할 것으로 기대되어진다.

한편 BT(생명공학기술), IT(정보통신기술), NT(나노기술)와의 융합으로 신기술 개발과 이에 따른 무한한 응용제품 창출이 기대되는 실정에서, 우리나라의 의료산업에 대한 국가차원의 투자는 미미한 수준이다. 국내 의료산업의 GDP 대비 비중은 6.9%('05년 기준)로 미국(6.5%)·일본(4.7%)에 비해 낮은 편이며, 연구개발투자 미흡 등의 이유로 선진국 대비 기술 수준은 약 60%로 취약한 편이다. 뿐만 아니라 국내 의료기기산업의 R&D 투자도 미비한 실정이다. 국

내 의료기기산업은 지난 2000년부터 2007년까지 매년 14% 이상의 성장세를 유지해왔다. 하지만 정작 국내 의료기기제조업체의 기술력은 선진국 대비 65.6%로 약 3~4년 정도의 기술 격차를 보이고 있으며, 특히 무역수지적자의 경우 지난 2004년부터 꾸준히 증가해 2008년에는 무려 9억 9000만 달러에 달한다. 이러한 원인은 무엇보다 국내 의료기기제조업체의 '영세성'에서 비롯된다. 특히 국내 의료기기 R&D 투자 규모는 해외 다국적 기업과 비교해 볼 때, 최대 1/20~1/50 수준에 불과하다. 또 기업 부설 연구소를 보유한 기업체 역시 약 50여개로 전체 기업의 약 3%에 불과하며, 연구시설과 인력부족으로 연구개발 역량이 절대적으로 부족한 상황이다. 특히 정부의 R&D 지원 자금은 중복 투자의 문제를 안고 있다. 첨단 융복합 의료기기와 u-Healthcare 등 이슈가 되고 있는 의료기기에만 투자가 집중돼 부처간 중복투자가 불가피한 상황이며, 수입제품의 국산화 등 국내 의료기기산업의 질적 성장을 유도할 연구개발지원에 대한 부분은 매우 미약하다. 이에 따른 정부의 다양한 대책 마련에도 불구하고 특정 지역 또는 기술에만 중복지원이 되거나 이익사업에만 투자가 집중된다면 국내의료기기산업은 원천핵심기술을 보유하지 못하고 수입에 의존해야 하는 상황을 벗어나기 힘들 것이다.

생명공학 기술의 획기적 발전과 더불어 이에 기반을 둔 첨단 의료기술의 상업적 이용 등 의료서비스 분야의 산업적 발전 가능성이 크게 주목받고 있다. 이 같은 경향은 향후 더욱 가속화되리라 예측된다.

3. 우리나라 보건의료정책의 발전방향 및 정책과제

1) 2012년 보건의료정책의 기본방향

2012년에 예견되는 보건의료 여건 변화 등을 고려해 볼 때 향후 보건의료정책의 기본방향은 다음과 같은 세 가지로 설정할 필요가 있다. 첫째, 건강과 의료취약계층에 대한 의료안전망 강화, 둘째, 효율적인 보건의료 체계 구축 방안 마련, 셋째, 신규의료서비스 시장 개척 및 산업의 경쟁력 강화를 위한 중장기 전략 마련이 그것이다. 먼저 형평성을 감지할 수 있는 국민건강권 확보와 관련해서, 경제위기 여파에 대응한 의료취약계층의 의료접근도 제고와 함께 모든 국민의 건강권 보장을 위한 건강보호망 및 의료안전망 구축 방안을 마련할 필요가 있다. 그리고 국민의료비의 적정수준 관리와 국민의 의료이용 접근도 향상을 위해 보건의료서비스 공급의 비효율성을 조장하는 등 제도 내적 요인을 개선하여 의료자원의 적정공급 및 효율적인 활용방안과 보건의료공급체계 효율성 증대 방안을 마련할 필요가 있다. 또한 세계화 및 정보화 등 급변하는 대내·외 보건의료 환경에 대응하여 의료서비스의 경쟁력 제고, 시장 확대 그리고 의료생산의 효율성 증대를 도모하기 위해 보건의료서비스 산업의 성장 잠재력 확보와 동력화 전략 역시 마련하여야 할 것이다.

2) 주요 정책과제

(1) 취약계층에 대한 의료안전망과 국민건강보호망 구축

경제위기에 대응한 취약계층 지원은 건강보험 보장성 강화와 본인부담 경감, 본인부담 의료비 지출에 대한 지원 확대를 통한 의료접근도 제고, 공공부문을 통한 필수 보건의료서비스 제공 확대 등의 3가지 방향으로 추진할 수 있다.

먼저, 건강보험 보장성 강화 및 본인부담 경감과 관련하여, 최근 경제위기 대응책으로써 급여 범위 확대, 본인부담 상한제 완화, 보험료 체납가구 지원 등의 대책이 제안되어 왔다. 그러나 이러한 형태의 지원은 건강보험 및 의료급여의 재정 여건을 고려하여 추진되어야 한다는 점에서 한계가 존재한다. 따라서 건강보험 재정을 최대한 효율적으로 활용하면서 취약계층에 대한 지원 효과를 극대화할 수 있는 방향으로 정책을 개발해야 할 것이다. 보장성 강화를 위한 정책 대안으로 비급여의 축소와 관리를 들 수 있다. 비급여의 확대에 의해 총 의료비가 지속적으로 팽창하고 있다. 따라서 본인부담률의 다원화, 비급여 가격의 공시, 비급여와 급여의 동시 제공제한 등을 통한 비급여의 관리가 이루어지지 않고서는 보장성의 강화는 매우 더딜 수밖에 없다. 보장성 강화를 위한 장기적 방안으로는 재원 확충과 의료비용 절감, 보장성 강화 정책 결정 과정의 개선이다. 국민은 보험료를 납부하고 의료서비스를 이용하는 소비자이지만, 지금까지 건강보험과 관련된 정책결정과정에서는 배제되어왔다. 일부 서구 국가들은 건강보

협정책에서 급여우선순위를 결정하는 등의 정책에 시민들을 적극적으로 참여시키면서 이들의 가치관과 의견을 적극 반영하고자 노력하고 있다. 우리나라에서도 시민위원회(Citizen Council)를 시도해 봄으로써 시민들의 참여의지의 증가, 수용성의 변화 등을 관찰할 수 있었고, 우리나라에서도 시민위원회가 활성화 되어 보건정책결정의 하나의 수단으로 자리매김할 가능성을 엿볼 수 있다.¹²⁾

다음으로 공공부문을 통한 필수 보건의료서비스 제공과 관련해서 살펴보면, 이와 같은 정책은 경제위기라는 시대적 상황뿐만 아니라 국가적 보건의료 안전망 확립을 위해서 반드시 필요한 과제라 할 수 있다. 따라서 임신에서부터 출산에 이르기까지 아동 및 모성에 대한 보건의료서비스 지원, 노인에 대한 건강관리 서비스 강화 등 다양한 대책이 강구되어야 한다. 이와 더불어, 농어촌의 응급의료 접근성 강화를 위해 응급의료시설의 인프라를 구축하고 서비스의 질 강화 방안이 마련되어야 한다. 또한 국민 건강권 확보와 전반적인 국민의 만성질환 관리를 위해 보건(지)소와 공공의료기관 및 병의원 간의 연계방안을 마련해야 할 것이다.

(2) 효율적인 보건의료체계 구축 방안 마련

국민의료비의 적정수준 관리와 국민의 의료이용 접근도 향상을 위해서는 의료자원의 적정 공급 및 효율적인 활용방안과 보건의료공급체

계 효율성 증대 방안을 마련해야 한다. 이를 위해서는 의료기관 간 기능 분화 강화 및 효율적인 보건의료체계 구축 방안이 마련되어야 한다. 특히 국민의료비 적정 지출을 위해서 단골의사 제도의 활성화(주치의제도 도입) 등 1차 진료 강화 방안 마련을 강구해야 한다. 이를테면 통합관리자로서의 일차보건의료의 강화가 필요하다. 왜냐하면 질병구조가 만성적인 형태로 바뀌고 인구구조가 노령화됨에 따라 의료서비스의 내용이나 전달방식의 변화가 요구되고 있지만 대부분 분절적인 의료서비스(fragmented health care system)가 제공되고 있어 비효율적일 뿐만 아니라, 의료서비스 제공자 중심의 의료전달 체계가 아니라 의료서비스 이용자 관점에서 의료서비스가 통합 제공될 필요성이 제기되어 통합의료의 관리자(coordinator)로서 일차의료 공급자의 역할이 증대될 필요가 있기 때문이다. 미국, 영국, 독일 등에서는 일차의료 공급자들에게 이런 권한을 부여하는 제도적 장치가 마련되고 있다. 뉴질랜드 사례에서 일차의료개혁을 통해 달성하려는 목표는 취약계층의 일차의료이용 활용증진과 이를 통한 건강결과의 향상 및 자원배분의 효율적 활용에 있었다.¹³⁾ 이에 반해 중소병원의 전문병원 전환 촉진 및 의료기관간 환자 의뢰 등 협력·연계 강화를 유도할 수 있는 제도 마련이 필요하다. 즉, 병원급 의료기관의 경우는 경증 및 중증도 환자의 입원 위주로 운영하고, 질병중심의 검사를 실시하며, 수술 등 전문적 진료를 수행하도록 하고, 상급 종합

12) 권순만(2010). 건강보험보장성 토론, 건강안정망 진단과 재촉축을 위한 입법 과제 세미나 자료, 국회 선진사회연구포럼·국회입법조사처.

13) 신호성(2009). 건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원.

병원의 경우는 신의료기술 연구 개발·확산 및 평가를 하고, 교육 및 훈련을 강화하며, 선도의료 등 3차 의료를 제공하는 방안으로 기능 정립을 하는 방안이 좋을 것이다. 의료전달체계의 확립과 강화는 우리나라가 가지고 있는 의료시설 및 인력의 지리적인 편재로 말미암아 모든 지역사회 주민들이 의료요구가 있을 때 균등한 의료의 기회가 부여되지 못하는 모순점을 시정하기 위하여 선행되어야 할 중요한 과제이다.

국민의료비에 대한 국가적 재정조달 능력 함양은 그 밖에도 가까운 장래에 고령사회를 맞이하게 될 우리나라로서는 시급한 과제 중 하나이다. 따라서 국민의료비 증가 추이를 지속적으로 분석하고 국민의료비 지출 및 국가적 재원조달과 관련한 민간건강보험의 역할에 대한 검토가 필요하다. 국민건강보험제도의 경우는 보장성 강화의 내실화, 지속가능한 지불보상제도의 정책, 현행수가제도인 상대가치점수제도와 수가계약(환산지수 계약)의 발전적 개선방안 모색이 필요하다.

또한 병상자원의 적정공급을 통한 서비스 공급의 효율성을 제고하고 국민의료비를 절감할 수 있는 제도적 방안을 강구할 필요가 있다. 뿐만 아니라 보건의료 인력 및 자원의 효율적 배분 정책이 필요하고, 이에 는 의료인력 간 구조조정, 자원배분공식의 도출, 자체 종족적 진료권의 재설정, 공공 보건의료부분 강화 등과 관련된 정책을 포함해야 하며, 단기적으로는 의료자원의 지역별 적정기준 등의 정책목표를 설정하여 시행하여야 할 것이다. 이를 위해 또한 인력수급 모니터링 시스템 구축 및 보건의료 자격취득자 데이터베이스 구축을 통해 보건의료인

력 적정배치를 위한 기초자료수집 및 모형을 개발하며, 전문과목간 의사인력 수급불균형 문제의 개선을 위한 전문과목간 합리적인 수가구조 개선 방안이 연구되어야 한다. 그 밖에도 보건의료인 면허관리체계 선진화 등 보건의료 인력의 활용성 및 생산성 제고 방안이 마련되어야 하고, 급성병상 및 장기요양병상에 대한 공급조절 및 그 밖의 보건의료장비 적정공급을 위한 건강보험급여정책의 변화를 검토해야 하고, 보건의료장비 품질관리체계 확립 및 품질검사대상 확대 방안이 마련되어야 한다.

(3) 신규의료서비스 시장 개척 및 산업의 경쟁력 강화를 위한 중장기 전략 마련

세계화와 정보화의 진전으로 인한 보건의료환경의 변화에 대응하기 위해, 글로벌 헬스케어 및 건강관리서비스 산업의 경쟁력 제고와 해외 시장 개척을 위한 전략 개발 그리고 의약을 비롯 의료산업의 투자 증대 등이 필요하며, 이를 위해서는 다음과 같은 다양한 정책 연구의 수행이 필요하다.

먼저 의료기술의 경쟁력 제고 전략이 마련되어야 한다. 생명공학 기술을 비롯 첨단 의료기술의 산업적 발전 가능성이 크게 주목받고 있는 가운데, 이들 분야가 지속적으로 발전하기 위해 선 생명과학의 소양을 갖춘 수준 높은 의료전문의의 공급이 필수적이다. 따라서 세계화, 정보화, 개방화 흐름 속에서 의생명 분야의 국제경쟁력 확보를 위해 적절한 의학교육의 발전 방안 모색이 필요하다. 그 밖에도 기술경쟁력 강화를 위한 R&D 투자 확대 방안 마련, 해외 환자 유치

지원 전략 강화 등이 마련될 수 있을 것이다. 또한 의료기관의 경쟁력 강화 및 자본조달의 다양화 방안이 마련되어야 한다. 이를 위해서는 의료기관의 외부 감사 의무화 등 의료기관의 회계구조 투명화 강화, 의료기관의 수익사업 범위 확대 등 사업다각화 도모, 병원경영지원업(MSO) 및 의료기관 합병의 법률적 근거 마련 등이 연구될 수 있을 것이다. 혹은 시범사업을 통한 단계적인 허용방안으로, 1단계는 제주특별자치도와 경제자유구역 내에서 자본조달방안 또는 영리법인 의료기관 설립을 허용하여 시범적으로 운영하고 2단계로 자본조달방안 또는 영리법인 운영성과를 평가한 후 전국적인 확대 여부를 결정하는 방안을 시도해 볼 수도 있다. 그러나 무엇보다도 의료산업의 국제경쟁력 향상을 위해 선행되어야 할 일은 의료를 글로벌 산업으로 발전시켜 수익모델을 극대화 할 방안을 찾는 것이 아니라 최고의 효용을 내면서도 안전성을 갖춘 치료기술을 표준화하는 방안을 마련하는 것이다. 이것이 이루어져야 한국의 어떠한 의료기관에 가더라도 일정 수준 이상의 질이 보장된 진료를 받을 수 있기 때문이다. 그리고 제약산업의 경쟁력 강화를 위해서는 의약품 유통 투명화와 제품력 향상이 필요하다. 2010년부터 실시한 시장형 실거래가제도의 경우 제도 시행 초기에 현장에서 발생하는 문제점을 신속히 파악하여 미흡한 부분 개선, 지속적으로 모니터링, 의료공급자의 합리적인 의약품 사용을 촉진하는 지불제도의 개선 등이 필요하다. 뿐만 아니라 약가의 거품 제거와 거래 투명화를 통해 궁극적으로 약제비 지출을 합리적으로 관리하고 우수한 제품의 사용을 활성화하기 위해

서는 의료공급자에 의한 합리적 의약품 사용을 촉진하는 지불제도의 개선도 마련해야 한다.

U-health 산업 육성 및 민간 건강관리서비스 시장 개척을 위해서는 관련 제도 개선이 이루어져야 한다. 이를 위해서는 각계의 법·제도 개선 요구사항을 수렴하고, 이를 기반으로 개선방안이 검토되어야 할 것이다. 특히 u-Health 활성화를 위한 지속적인 규제완화가 필요하다. 2010년 4월 국무회의를 통과한 의료법 개정안은 원격의료의 의료서비스 접근이 어려운 계층에만 허용되어 u-Health의 사회적·경제적 효과가 매우 제한적일 것이므로 대상을 전 국민으로 확대할 필요가 있다. u-Health는 의료서비스 효율화를 통한 비용절감, 신성장동력으로서 산업활성화, 의료소외계층에 양질의 의료서비스 제공기회 확대 등 긍정적인 효과가 크므로 의료법 개정 및 건강관리법 제정 등 u-Health 활성화 정책 추진이 필요할 것으로 판단된다. 이 밖에도 의료서비스의 질적 향상을 유도하는 제도적 장치를 마련하여, 국제 수준의 의료서비스를 제공할 수 있어야 한다. 이를 위해 인력양성 기관의 질적 수준을 제고할 방안을 마련하고, 보건의료인 면허제도 개선을 도모할 필요가 있다. 그리고 의료기기산업 및 의료산업의 강국을 만들기 위해서 먼저 연구개발 인력에 대한 육성 및 교육에 대해서도 체계적인 지원책을 마련하고, 이를 위한 R&D 지원 정책을 마련해야 한다. 또한 다양한 규제개혁과 자금 지원으로 R&D 투자가 상품화로 연결될 수 있는 정책을 마련해야 한다.

4. 나오는 말

국민의 건강수준에 영향을 미치는 요소로는 보건의료체계뿐만 아니라 환경위생, 생활습관과 같은 비의료적인 요인들이 있다. 국민의 건강수준을 증진시키기 위해서는 건강과 관련된 많은 요인들을 적절하게 관리하고, 의료이용의 접근성과 보건의료체계의 효율성을 저해하는 문제들을 개선하고 해결하여야 한다. 그동안 정부는 효율적이고 형평성 있는, 그리고 의료서비스 질을 향상시킬 수 있는 보건의료체계 구축을 위한 다양한 노력을 기울여 왔지만 여전히 많은 문제가 산적해 있다. 문제는 다양한

문제들을 한 번에 또는 한 해 동안에 해결하는 것이 현실적으로 불가능하다는 점이다. 바로 이러한 이유 때문에 보건의료 정책방향과 전략을 수립함에 있어서 선택과 집중이 중요하다. 2012년 보건의료분야에서는 의료취약계층에 대한 의료안전망을 내실화하는 것뿐만 아니라 보건의료의 선진화와 의료체계의 효율화에 초점을 두어야 한다. 특히 급증하는 국민의료비, 건강문제의 만성질환화 그리고 국가 간 보건의료 개방과 경쟁의 심화, 보건의료산업의 발전 등 다양화되고 증가하고 있는 보건의료문제에 적절히 대응할 수 있는 기반을 다지는 한 해가 되어야 할 것이다. 