

**의료전달체계 정립보다  
의료계획이 시급하다**

2015.09.19.

NO.15

**ISSUE PAPER**



**건강복지정책연구원**  
Korea Institute for Health & Welfare Policy

이 원고 내용의 일부라도 인용할 경우, 무단 전재하지 말고 반드시 출처를 명기하기 하여 주시기 바랍니다.

# 의료전달체계 정립보다 의료계획이 시급하다

## 1. 메르스 사태와 의료계획의 시급성

메르스 사태로 보건복지부 장관이 바뀌고 새로 취임한 정진엽 장관이 국감에서 의료전달체계를 제대로 확립하겠다는 의사를 표시하였다. 장관이 말한 의료전달체계란 지금과 같이 의료쇼핑이 만연한 상태를 방지하지 않겠다는 의미로 환자의뢰체계(referral pathway)를 바로 잡겠다는 뜻으로 받아들일 수 있겠다. 물론 환자의뢰체계를 바로 잡자는 의도는 충분히 알겠지만 이것은 그렇게 간단한 문제가 아니다. 필자는 환자의뢰체계를 바로 잡기 위해서라도 긴급한 것은 의료계획을 수립하여 시행하는 일이 선행되어야 한다고 생각된다.

## 2. 글로벌 경제와 의료계획의 중단

글로벌 시장경제 체계를 지향하는 우리나라에서 경제개발계획을 지속하는 것은 적합하지 못하다. 그래서 1995년 이후 경제사회발전5개년계획은 역사의 뒤안길로 사라지게 되면서 오늘에 이르고 있다. 시장경제가 뿌리를 내리기 이전에는 경제개발계획이 자본의 동원이나 유치산업의 발전을 위하여 중요한 역할을 하였던 것이다. 그래서 우리나라는 1962년부터 경제개발5개년계획을 통하여 오늘의 성장을 일구어내었던 것이다. 특히 우리나라는 개방경제를 통하여 교역량을 키우고 성장을 거듭하여 드디어 글로벌 경제 무대에 등장하게 되었다. 1964년 수출액이 겨우 1억 달러에 불과하였던 것이 1971년에 10억 달러, 1977년에 100억 달러를 달성하였으며, 1986년 경상수지에서 흑자를 기록하게 되었다. 이에 따라 1990년에는 GATT 11조 국가<sup>1)</sup>으로 이행되었으며 1995년에는 수출이 1,000억 달러를 달성하는 성과를 거두었고 이 시기에는 OECD 국가 수준의 자유화가 상품교역에서 이루어졌다 (한국개발연구원, 2011).

1986년부터 시작된 우루과이 라운드의 결과 1995년도에는 WTO체제가 출범하여 시장개방 확대, 서비스교역 자유화 등 개방화의 물결을 맞이하게 되었다. 이러한 세계적인 경제 상황을 감안하여 1992년 주식시장의 개방을 통하여 외국인들에 대하여 주식투자를 허용하였으며, 1993년 제3단계 금융자유화계획을 통하여 단계적으로 자본시장 자유화의 길로 들어섰다. 이와 같은 상황에서 더 이상 정부가 경제개발계획을 추진하여 시장에 개입한다는 것은 국가 경제발전에 저해될 것이라는 판단에서 YS 정부는 1995년 1월 세계화추진위원회를 출범시키면서 경제사회발전5개년계획을 중단하였다.



이 규 식

연세대 명예교수  
건강복지정책연구원장

1) 우리나라는 1967년 GATT 가입 이래 개도국 신분인 GATT 18조 B국으로서 무역 규제를 실시할 수 있었으나 GATT 11조 국가로 분류되면서 자유 무역으로 갈 수 밖에 없었음.

이러한 조치로 인하여 경제사회발전5개년계획에 포함되어 있던 보건의료분야 계획도 모두 중단되기에 이르렀다<sup>2)</sup>. 1995년 1인당 국민소득이 10,000 달러에 달하여 글로벌 경제를 지향하는 우리나라로서 정부가 경제에 관여하는 경제 계획보다는 시장의 자율에 맡기는 것이 경제 발전에 더욱 유리하다고 판단하여 계획을 폐지한 것은 당연한 조치였다. 시장경제란 시장의 수요와 공급에 의하여 가격과 거래량이 결정되며, 이렇게 결정되는 가격에 따라 자원 배분이 이루어지는 것이다. 특히 우리나라와 같이 글로벌 경제를 지향하는 국가로서는 국내 시장과 해외 시장을 구분하는 것은 의미가 없게 된 것이다. 이미 GATT 11조 국가로 분류되어 자유무역의 길을 따라야 하는 우리로서는 정부가 경제에 적극 개입하는 경제발전 계획을 버리고 시장에 모든 것을 위임하는 정책의 선택은 당연하다고 할 수 있다.

### 3. 그런데 보건의료계획은 왜 필요한가?

글로벌 경제에서 보건의료계획은 왜 필요한가? 그 이유는 의료보장제도 아래서 의료서비스의 가격이 의미를 상실하기 때문이다. 그래서 글로벌 경제를 지향하는 어떠한 산업화된 국가라도 의료보장제도를 갖고 있으면 모두 의료계획을 필요로 한다. 의료보장 제도에서 가격이 제 기능을 하지 못함에도 불구하고 보험수가를 가격으로 인지하여 우리나라는 보건의료계획을 폐지하고 시장형 의료체계와 유사하게 보건의료체계를 운영함에 따라 오늘날의 많은 문제가 파생되었다.

건강보험제도를 도입하여 전국민에게 의료를 보장하는 정책을 사용하면서도 의료에 대한 이념적인 성격을 정립하지 못하고 의료를 공공적 성격이 강한 사적재화로 간주하는 상황 (이규식, 2015)에서 보건의료계획마저 없어지고 보니 우리나라 의료체계는 자유방임형으로 흘러가게 되었던 것이다.

이러한 문제를 바로 잡기 위하여 정부는 2000년에 보건의료기본법을 제정하고, 제15조에 매 5년 단위로 보건의료발전계획을 수립하도록 규정하였다. 문제는 보건의료계획을 수립하도록 법령은 구비하였으나 왜 계획이 필요한지에 대한 논리를 정립하지 못하였기 때문에 의료계획에 관한 조항이 지금까지 거의 사문화되어 우리나라 보건의료체계는 시장형 의료체계와 유사하게 자유방임 상태가 된 것이다. 글로벌 시장 경제를 지향하는 국가라 하더라도 의료가 국민의 기본권이라는 관점에서 정부가 의료를 보장하고 있는 국가들은 다음과 같은 이유로 보건의료계획이 필요해 진다.

#### 1) 공영제형 의료체계와 의료계획

중앙정부 재정으로 의료를 보장하는 NHS(National Health Service) 형 국가나 지방정부 재정으로 의료를 보장하는 RHS(Regional Health Service) 형 국가들의 의료체계를 통칭하여 공영제 의료체계로 부를 수 있다.

2) 보건의료분야의 계획은 1977년부터 실시된 제4차 경제개발5개년계획에서 처음으로 포함되었음. 1977년은 사회보험 방식의 건강보험제도가 처음으로 도입된 해임.

이러한 의료체계에서는 정부가 직접 의료서비스를 생산하여 공급하기 때문에 가격이라는 개념 자체가 없다. 즉 정부가 구매자와 공급자 기능을 동시에 수행하여<sup>3)</sup> 병원에 대해서는 정부가 예산을 할당하는 방식으로 서비스를 생산하기 때문에 예산 개념만 있을 뿐 가격 개념은 없다. 그리고 의사에 대해서는 인두제나 월급제로 노력한 대가를 지불하기 때문에 가격 개념보다는 보상(remuneration) 개념만 있다.

이와 같은 공영제 의료체계를 운영하는 국가에서 의료 가격이 없고 소비자인 국민들은 의료이용을 할 때 거의 무상에 가까운 본인부담만 지불하기 때문에 의료이용에 대한 관리나 계획이 없으면 도덕적 해이로 인하여 의료이용이 과다해지는 문제가 발생한다. 그리하여 정부가 의료의 필요도를 설정하고 문지기 제도와 같은 환자의뢰체계를 설계하여 이용을 관리해야만 공영제 의료체계가 유지 가능한 것이다.

정부가 의료를 직접 생산하여 배분할 경우 의료체계가 관료화되어 비효율이 발생하거나 이용자들의 편의성 등이 무시되는 경우가 발생한다. 그래서 1990년대 의료개혁을 하는 과정에서 이용자들의 불만을 잠재우기 위해서 의료체계의 반응성(responsibility)을 주요 과제로 다루었고, 의료의 질 관리를 중요시 하게 되었다.

## 2) 사회보험형 의료체계와 의료계획

사회보험방식인 건강보험제도를 갖고 있는 국가는 공영제 방식과는 달리 의료서비스에 대한 가격이 설정된다. 이 가격은 시장경제체계와는 달리 보험자나 정부가 설정하거나 협상을 통하여 결정한다. 이렇게 설정된 가격에 따라 의료공급자인 의료기관은 서비스를 생산하여 보험자에게 판매하고 보험자는 이를 구매하여 보험가입자인 환자에게 제공한다. 그런데 이 가격은 의료공급자와 보험자에게만 해당될 뿐 의료 소비자인 환자에게는 큰 의미가 없다. 왜냐 하면 환자는 보험자가 구매해 놓은 의료를 약간의 본인부담만 내고 이용만 할 따름이기 때문이다. 즉 환자가 구매자가 아니라 이용자이기 때문에 건강보험제도 하에서 환자는 시장형 의료체계에서의 환자와는 전혀 다른 상황이 놓이게 되어 가격에 무관심해 진다 (이규식, 2015).

만약 정책 당국이 보험수가를 건강보험제도에서 환자에게 적용하는 가격이라고 믿고 시장형 의료체계와 같이 의료이용을 환자의 자출에 맡기면 의료의 남용은 불을 보듯 뻔해진다. 정해진 의료가격은 공급자에 대한 보상가격일 뿐 환자가 의료를 이용할 때 지불하는 가격이 아니기 때문에 의료이용을 할 때 도덕적 해이에 의한 남용은 당연하게 발생한다. Feldstein (2005)은 보험제도에서 환자의 의료 남용인 도덕적 해이는 환자의 지극히 합리적인 경제 행위로 간주하고 있다. 따라서 건강보험제도를 택하고 있는 국가로서는 의료의 남용을 방지하기 위하여 국민들의 의료 필요도(needs)를 먼저 정하고 이에 부합하도록 의료를 공급하는 계획이 필요해지는 것이다 (이규식, 2015).

3) 1990년대 이후 의료개혁을 하면서 영국을 위시한 일부 공영제 국가에서 구매자와 공급자를 분리하는 내부시장(internal market)을 형성하였으나 제대로 작동하지 못하였음.

사회보험형 국가 역시 의료체계를 수요 접근이 아니라 필요도 접근이라는 계획을 통하여 의료체계를 운영함에 따라 공영제형 의료체계에 비하여 문제가 다소 덜 심각하지만 의료의 관료화나 환자들의 불만 등의 문제가 생긴다. 그래서 사회보험형 국가들 역시 1990년대 이후 의료개혁을 하면서 의료체계의 반응성이나 의료의 질 향상과 같은 과제가 등장하였으며, 이와 같은 문제에 대처하는 수단으로 보험자의 구매기능을 적극 활용하는 전략적 구매(strategic purchasing)가 등장하게 되었다.

### 3) 우리나라의 현실

우리나라는 보험수가를 환자에게도 적용되는 가격으로 간주하여 의료이용에 아무런 제한을 두지 않고 방임하고 있다. 그러한 정책의 결과는 <표 1>에서 볼 수 있는 바와 같이 우리나라를 세계에서 의료이용도가 가장 높은 국가로 만들었다. 의료이용도가 높으니 병원과 병상수가 늘어날 수밖에 없었다. 그 결과 <표 2>에서 보면 OECD 국가들은 1990년대 이후 병상수를 모두 줄였는데 우리나라와 그리스만 병상수가 늘었다. 그리스는 병상수가 늘어도 소폭 증가하였지만 우리나라는 1990년대 이후 거의 3배 정도 늘어났다. 2011년 기준으로 우리나라의 병상수는 OECD 평균의 1.7배, 스웨덴의 거의 3배나 되는 과다 현상을 보이고 있다. 이와 같은 현상은 국민의료비 증가를 부채질하여 건강보험제도의 지속가능성을 위협하는 문제로 연결될 우려가 있다.

따라서 우리나라는 무엇보다도 시급한 것은 보건의료기본법에 의한 보건의료발전을 위한 계획을 수립하는 일이다. 그리고 이 계획에 따라 당면한 문제들에 대하여 체계적으로 접근해야지 새로 취임한 장관이 이야기하는 의료전달체계도 확립될 수 있을 것이다.

<표 1> 주요국들의 외래 진료 일수 및 평균재원일수(2011)

(단위: 일)

	외래 진료 일수	평균 병원재원일수
일본	13.1	32.0
한국	13.2	16.4
독일	9.7	9.3
OECD 평균	6.6	8.6
프랑스	6.8	12.6
네덜란드	6.6	5.3
미국	4.1	6.1
영국	5.0	7.3
스웨덴	3.0	5.5

자료: OECD Health Data

<표 2> 주요 국가의 인구 1,000명당 병상수(급성기)

(단위: 개)

국가	1990	2000	2005	2011(혹은 2010)
일본	12.3(1993)	9.6	8.2	8.0
한국	2.0	3.9	4.6	5.9
독일	7.1(1991)	6.1	5.6	5.3
그리스	3.9(1993)	3.7	3.9	4.1
프랑스	4.4(1997)	4.1	3.7	3.4
핀란드	3.1(1993)	3.5	3.3	3.0
<b>OECD 평균</b>	<b>4.6</b>	<b>4.1</b>	<b>3.7</b>	<b>3.4</b>
네덜란드	3.7	3.1	2.9	3.3
호주	4.4(1991)	3.6	3.5	3.4
덴마크	3.9(1997)	3.5	3.2	2.9
노르웨이	3.8	3.1	2.9	2.4
미국	3.7	3.0	2.7	2.6
영국	-	3.2	3.0	2.4
뉴질랜드	-	-	-	2.6
캐나다	4.1	3.2	2.5	1.7
스웨덴	4.1	2.5	2.2	2.0

자료: OECD Health Data

#### 4. 보건의료계획에서 무엇을 다룰 것인가?

보건의료계획을 수립하여 시행하기 위해서는 먼저 국민들에게 왜 계획이 필요한지 납득시키는 작업부터 수행하여야 한다. 그러기 위해서는 다음과 같은 내용들이 보건의료계획에 포함되어야 한다.

첫째, 건강보험제도를 통하여 제공되는 의료의 이념적인 성격을 명확히 규정하여야 보건의료계획이 실효성을 갖는다. 현재와 같이 의료의 공공성이 강한 사적재화로 규정하는 한 자유방임적 의료체계에서 벗어날 수 없다. 의료보장제도에서의 의료란 국민들의 기본권을 보장하는 규범적인 공공재라는 이념을 명확히 하여야 한다 (이규식, 2007). 그렇지 않고 공공성이 강한 사적재화라는 이념을 간직하는 한 의료는 시장에서 거래되는 상품과 같다는 신호로 국민들이나 의료계가 받아들여지게 되고 의료체계는 자유방임형이 될 수밖에 없다. 이렇게 되다 보니 진료권도, 환자의료체계도 국민들이 불편하다고 불평하게 되었고 공공재라는 규범적 이념이 없는 정부도 국민들의 불평을 받아들여 결국 전달체계가 정립될 수 없게 된 것이 오늘의 현실이다.

둘째, 건강보험이라는 의료보장제도에서는 소비자인 환자에게 적용시킬 가격이 없기 때문에 의료이용을 시장형 의료체계와 같이 수요를 토대로 자유롭게 허용할 수 없다는 점을 분명히 밝혀야 한다. 이점은 의료의 이념과도 결부된다. 환자에게 적용시킬 가격이 없다는 점에서 의료의 공공성이 강한 사적재화가 아니라 규범적인 공공재로 규정할 수밖에 없는 것이다. 의료 이용을 오늘날과 같이 자유방임형으로 시장에 맡길 경우, 환자들의

도덕적 해이로 인한 높은 의료이용으로 건강보험제도의 지속 가능성을 담보하기 어렵거나 보험료 부담이 천정부지로 높아진다는 점을 이해시켜야 한다. 의료공급자에게는 가격이 중요하지만 이 문제 때문에 의료의 공공성이 강한 사적 재화로 간주할 수는 없다.

셋째, 보건의료계획에서는 의료의 발전 방향을 명확히 하여야 한다. 서구 산업화 국가들의 의료체계 발전 과정을 보면 20세기 초 까지만 하여도 지역사회(가정) 중심이었다. 그러다 의료기술이 발전하면서 점차 병원 중심으로 바뀌었고 인구고령화와 만성질환이 중심이 됨에 따라 이제는 다시 지역사회 중심으로 회귀하고 있다. 이러한 발전방향에 따라 1990년대 이후 서구 국가들은 병상수를 감소시켜왔다 (이규식, 2015). 병원 중심에서 지역사회 중심으로 가기 위해서는 의사에 대한 교육 훈련 방법이 바뀌어야 하고, 방문간호를 위한 서비스 제공체계가 마련되어야 하며, 재가요양시설과의 연계 등의 조치들이 의료체계 내에서 마련되어야 한다. 미국에서는 이미 환자 중심의 Medical Home이 등장하고 있으며, WHO (2015)에서는 인간중심의 통합의료(population-centered integrated health system)가 제시되고 있다. 보건의료계획을 통하여 우리나라 의료의 발전 방향을 정립하지 못하면 국민들은 불편은 불편대로 겪게 되고 비용은 비용대로 치러야 하는 제약에 직면할 것이다.

넷째, 공중보건(public health)의 개념을 제대로 정립해야 한다. 공중보건은 대중을 대상으로 하는 것이며, 의료(medical care)는 개인을 대상으로 하는 것이다. 건강증진을 신공중보건으로 정의하면서 그 대상에 대하여 다소 헷갈리는 문제가 생겼다. 건강증진은 일반대중을 상대하지만 건강행태의 개선은 개인적인 문제가 되기 때문에 신공중보건이라는 용어의 정합성 문제가 생겼다. 캐나다에서는 이 문제를 인구보건(population health)라는 용어로 정리하였다. 공중보건은 어디까지나 대중(mass)를 대상으로 하며 신공중보건은 인구집단별로 접근하여 개인의 행동을 바꾸는 것으로 개인이 대상이 되는 의료와는 구분하게 된 것이다. 그런데 우리나라에서는 공공보건의료라는 한국형 용어를 사용하여 대상이 대중인지, 개인인지 헷갈리게 만들었다. 그 결과 전국의 보건소들이 사업효과가 당장 나타나지 않는 공중보건사업은 소홀히 하였고, 반면에 사업효과가 당장 가시화되는 의료만 강조하다 메르스 사태가 발생하자 우왕좌왕하여 보건소가 어디에 있는지 찾아보기도 어려웠다. 보건의료계획을 수립하면서 공중보건의 역할을 명확히 정립하고 공중보건사업에서 의료의 기여할 역할, 건강증진에서 의료의 기여할 수 있는 역할 등을 명확히 하는 것도 중요하다.

다섯째, 의료이용을 시장 수요에 맡길 수 없다는 것은 적정 이용량에 대한 필요도 추정이 요구된다는 것을 뜻한다. 보건의료계획에서 해야 할 가장 기초적인 작업은 전문가들의 힘을 빌려 필요도를 추정하는 작업이다. 그리고 필요도가 정해지면 이를 제공하기 위한 공급체계를 구축하고 공급계획을 수립해야 한다. 그래서 보건의료계획에는 의료 인력이나 시설 등에 대한 계획이 포함되어야 한다. 의료 인력이나 의료 시설 등에 대한 계획이 없으니 의과대학 설립이나 유명 대학병원 분원 설립이 정치인의 선거공약으로 등장하는 한심한 국가가 되고 있는 것이다.

여섯째, 필요도 추정과 함께 의료이용 체계에 대한 계획이 필요해진다. 즉 환자의뢰체계를 어떻게 설정할 것인지? 진료권은 어떻게 할 것인지 등에 대한 계획을 통하여 의료이용에 대해서도 일정한 규제가 보건의료계획에 포함되어야 한다. 당장은 어렵겠지만 진료권을 설정하고 1차 의료를 강화하는 등의 조치들이 계획을 통하여 이루어져야 한다. 1차 의료의 강화라 하면 우리는 주치의제도를 통한 문지기 제도만 생각하는데 이 제도는 너무 도식적이고 주민들도 외면하는 제도라 현실적으로 도입이 어려울 것이다. 그렇다면 새로운 접근 전략을 모색하여야 한다. 1차 의사를 중심으로 간호사, 영양사, 운동처방사, 보건교육사 등이 팀을 이루는 통합의료모형을 발전시키거나 질병관리모형(disease management program)으로 발전시키는 계획 등이 필요하다. 미국에서 등장하는 Medical Home 등에 대한 도입도 생각할 필요가 있다. 1차 의료를 팀으로 구성하여 현재의 의원과 다른 모습으로 주민에게 편익을 줄 때 진료의뢰체계는 실효성을 거둘 수 있을 것이다. 이와 같은 공급체계를 정립하기 위해서는 진료비 지불방법이 묶음형(bundled payment)으로 하는 연구도 병행시켜야 한다. 그리고 1차 의료에서 고려해야 할 사항은 지역사회 중심으로 의료공급체계가 회귀될 수 있도록 장기요양보험의 서비스 제공체계와 연계도 고려되어야 한다.

일곱째, 의료가격이 환자에게는 무의미하지만 공급자에게는 매우 중요하다는 점을 인식하여야 한다. 그렇다고 가격을 시장에서 찾을 수 없다. 이미 건강보험이라는 의료보장 제도가 도입됨에 따라 자유로운 의료시장은 사라졌다. 가격의 설정은 정부나 보험자가 하지만, 가격이 의료 질을 결정하는데 매우 중요함을 인식하여야 한다. 이번 메르스 사태에서 경험한 것은 병원에서 감염관리가 거의 안 된다는 점이다. 감염관리가 의료 질에서 중요한 요소인데 현재의 의료가격으로서는 우리나라의 어떠한 병원도 감염관리를 제대로 할 수 없다. 의료이용도가 세계에서 가장 높는데 GDP에서 차지하는 국민의료비의 비중은 서구의 산업화 국가보다도 훨씬 낮다는 것은 그만큼 보험수가가 낮고 이로 인하여 의료기관이 감염관리를 위시한 질 관리를 제대로 하기 어려운 상황을 만들었다는 반증이다. 특히 중환자실이나 응급실이 다인실로 되어 있는 것도 감염관리를 위한 수가 책정되어 있지 못하기 때문에 나타난 결과라 할 수 있다. 2014년 응급의료센터평가 결과 소위 빅 5 대학병원의 응급실이 최하위 성적을 받은 것으로 보도되었다<sup>4)</sup>. 이것이 우리나라 의료 현실이다. 의사의 손이 필요한 기술료는 상대가치가 낮고 고가 장비를 사용하는 검사료는 높은 것도 문제이다. 대형병원이라고 별도의 수익이 있는 것은 아니라 환자를 진료하고 얻은 수익이 거의 전부인데 우수 인력 확보를 위하여 높은 보수를 지불하려니 수익성이 높은 고가장비 도입에는 팔을 걷지만 응급실과 같은 기본적인 시설의 투자는 인색할 수밖에 없는 것이 오늘의 현실이다. 응급환자는 빅 5 병원의 명성만 듣고 몰려들지만 응급 수가가 낮으니 환자가 많이 올수록 응급실은 열악해지는 아이러니가 생긴다. 삼성병원 응급실에서 메르스가 대규모로 확산된 것도 우연한 일이 아니라 결국은 우리나라 의료의 민낯을 들어내었다고 하겠다. 수가 문제는 장기계획을 갖고 어느 부분부터 손대어야 할지 단계적으로 접근해야만 해결될 수 있는 과제이다.

4) 조선일보 2015년 9월 18일자 보도 내용임.

여덟째, 의료계획에서는 소프트웨어에 속하는 관리에 대한 계획도 중요하다. WHO (2000)가 세계 각국의 의료체계의 성과 향상을 위하여 제시한 의료체계 목표의 하나로 반응성(responsibility)을 제시한 것의 의미를 살펴보아야 한다<sup>5)</sup>. 의료를 필요도 접근으로 함에 따라 과거에는 정부의 명령과 통제(command and control) 방식으로 의료체계를 관리하였다. 반응성은 1996년 WHO가 뉴블라나 헌장(Ljubliana Charter)에서 인간 중심(people-centered)의 원칙을 제시<sup>6)</sup>하면서 등장하는 개념이다. 명령과 통제형의 필요도 접근에서 등장하는 의료체계의 관료화나 의료이용자들의 불만족 문제를 해결하기 위하여 반응성이 등장하였다. 반응성에는 의료체계에 대한 의료소비자의 참여, 시스템의 투명성, 의료소비자의 책임의식, 1차 의료의 기능과 역할, 시스템에 대한 만족도, 공급자의 반응성, 공급자 선택권, 접근성과 진료대기 등이 포함되어 있다. 보건의료계획을 수립함에 있어서 지금까지 우리나라에서는 거론도 안하고 있는 의료체계의 반응성도 반드시 고려해야만 보건의료계획으로 초래될 문제를 보완할 수 있을 것이다.

아홉째, 의료 질에 대한 관리 계획을 구체화하여야 한다. 의료기관간의 질적 차이로 인하여 환자들이 의료쇼핑을 하게 되고, 서울의 특정 대형병원으로 환자가 집중하는 문제를 초래하고 있다. 의료 질을 의료기관이 알아서 하도록 하는 시스템은 자유시장형 의료체계에서나 있을 수 있는 일이다. 의료분야에서 시장이 성립되지 못하여 필요도 접근을 하는 국가에서 의료기관에 질 관리를 알아서 하라는 식으로 말긴다는 것은 논리적으로 맞지 않는 정책이다. 정부는 의료기관의 질 관리에 대한 계획을 수립하여 장기적으로 의료기관간의 의료 질이 균등해 질 수 있도록 노력해야 할 것이다.

열째, 건강보험의 거버넌스 구조도 보건의료계획에 포함시켜야 한다. 앞에서 잠깐 언급하였지만 1990년대 이후 의료개혁 유럽 국가들은 보험자의 전략적 구매와 같은 간접적인 관리방법을 활용하고 있다. 전략적 구매에는 성과를 토대로 하는 지불(P4P)이라든가, 질 관리 등이 모두 포함된다. 보험자의 전략적 구매 기능을 원활하게 작동시키기 위해서는 보험의 급여 관리를 분권화시키는 거버넌스 문제도 보건의료계획에 포함시켜야 한다. 네덜란드나 독일을 보면 재정은 중앙기금(Central Fund)을 설립하여 통합 관리하지만 보험급여는 분권화시켜 경쟁원리를 도입하고 있다. 이와 같은 문제도 보건의료계획에서 다루어야 의료체계의 반응성을 높이면서 효율성도 제고시킬 수 있을 것이다.

## 5. 결어

현재까지 우리나라는 의료를 공공성이 강한 자유재라는 인식을 갖고 거의 자유 방임형 의료체계를 유지하여 왔다. 정부가 국민의 의료를 보장하는 건강보험제도에서는 환자에게 보험수가가 전혀 가격 기능을 하지 못한다는 점을 인식하여 시장접근이 아니라 필요도 접근에 의한 계획이 필요함을 인식하여야 한다. 그런데 공급자에게는 보험수가가 중요하다는 점만 인식하여 의료정책에서 의료를 자유재로 착각하도록 내보내는 신호가 오늘의 많은 문제를 만들어 내고 있다.

5) WHO (2010)에서는 의료체계의 목표로 건강(수준과 형평성), 반응성, 재정보호(부담의 형평성과 재정의 충분성)라는 3가지를 제시하고 있음.

6) Ljubliana Charter에서는 value-driven, health-focused, people-centered, quality based, financially sound and oriented towards primary health care를 제시하였음.

보건의료분야의 잘못된 개념으로 빚어진 많은 문제들을 해결하기 위해서는 미래를 내다보는 보건의료계획의 수립이 시급하다. 특히 건강보험제도로 의료를 보장하는 모든 국가들이 보건의료계획을 갖고 있음을 유의하여야 한다. 보건의료계획을 통하여 우리나라 의료체계가 지향해야 할 목표를 정하고, 목표를 달성할 수단을 구체화 한 다음에 장기적으로 접근해야 할 과제와 단기적으로 접근해야 할 과제를 구분하여 실천할 때 오늘의 문제를 해결할 수 있을 것이다.

### 참고문헌

- 이규식 (2007), 의료에 대한 이념과 정책, 『보건행정학회지』 17(30): 106-128.
- 이규식 (2015), 『보건의료정책- 뉴 패러다임』, 계축문화사.
- 한국개발연구원 (2011), 『한국경제 60년사』, 사회복지·보건편.
- Feldstein PJ (2005), *Health Care Economics*(6th ed.), New York; Thomson Delmar Learning.
- WHO (2000), *The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
- WHO (2015), *WHO Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services*, Interim Report, WHO/HIS/SDS/2015.6.

2015.09.19.

NO.15

# ISSUE PAPER



**건강복지정책연구원**  
Korea Institute for Health & Welfare Policy

서울시 서초구 반포대로110, 산우빌딩 801호

T: 02-598-5562 F: 02-598-5563

[www.kihaw.org](http://www.kihaw.org)