

보건의료체계의 발전과 성찰

2013.11.07

연세대학교 보건행정학과 명예교수
이규식

1. 서론

- 보건 의료 체계 발전을 위한 성찰의 중요성

2. 보건의료체계 발전의 결과

1) 밝은 면

- 영아사망률이나 평균수명 지표에서 선진국과 거의 같음
- 적은 국민의료비와 편리한 의료이용: 스웨덴 0-7-90-90진료보증제와 대비
- 병상 수는 일본에 이어 세계 2위
 - . 의사 및 간호사 수는 OECD 최하위, 배출 속도는 세계 2위
- 로봇수술 및 복강경이나 내시경을 이용한 수술 등에서 뛰어난 기술력
- 정보기술을 활용한 PACS 보급이나 OCS 도입으로 대기시간 단축
- 정보기술을 행정에 접목시킨 병원정보시스템에서의 발전
- 의료이용의 형평성 측면에서도 의료이용의 집중도 계수가 거의 0(zero) 값

2. 보건의료체계 발전의 결과

<표 1> 보건의료관련 지표의 변화

주요지표	단위	1950	1980	2010	
				한국	일본
1인당 GDP	(달러)	67('53)	1,660	20,759	42,325
NHE/GDP	(%)			7.1	9.5
평균수명	(세)	46.8('48)	65.7	80.55	82.7
합계출산율	(명)	6.0('60)	2.8	1.23	1.39
영아사망률	(천명당)	115('50-'55)	30('75-'80)	3.2	2.3
1인 1일 지방섭취량	g	13.1('62)	21.8	45.8	53.7
1인 1일 단백질 섭취량	g	53.2('62)	67.2	74.3	67.3
1인 연간 외래수진횟수	회	-	8.15('91)	12.9	13.1
환자 1인 평균재원 일수	일	-	11	14	18
의사 1인당 인구	(명)	5,651	1,690	513	455
병상 1개당 인구	(명)	2,515	1,001	92	80

2. 보건의료체계 발전의 결과

<표 2> 소득계층간 의료이용의 집중지수 분석

	1998	2001	2005	2009
2주간 외래이용	-0.0228	-0.1097	-0.0879	-0.0545
1년간 입원이용	-0.0564	-0.1857	-0.1212	-0.0251

2. 보건의료체계 발전의 결과

1) 어두운 면

- 국민의료비가 세계에서 가장 빨라: 건강보험제도의 존속 위협
- 의료이용과 관련된 도덕적 해이의 심각성
- 의료공급자들의 영리적 공급행태(민간병원이나 공공이냐를 불문)
- 응급의료체계가 제대로 구비되지 못하여 살릴 수 있는 환자를 죽음으로
- 돈이 안 되는 행위나 장치는 외면하다 보니 병원에서의 환자 안전 도외시
- 공중보건의 역량도 주민의 건강관리에서 많은 한계 간직

3. 보건의료체계의 성과

- 건국 이후의 보건의료체계의 성과를 4기로 구분하여 고찰

<표 3> 보건의료의 시대별 기대역할의 변화

기별	시기구분	정치사적 구분	보건의료측면 구분	보건의료의 기대역할
제1기	1948-60	건국의 시대	구료의료 시대	구호와 연명
제2기	1961-87	산업화의 시대	공중보건의 시대	전염병 퇴치와 가족계획
제3기	1988-07	민주화의 시대	의료보장의 시대	전국민의료보장과 보장성
제4기	08년 이후	선진화의 시대	선진의료의 시대	의료의 내실화와 산업화

주: 2009년 내용을 약간 수정하였음

자료: 이규식(2009), 보장성 강화와 산업화를 위한 의료개혁, 건강복지정책연구원

3. 보건의료체계의 성과

- 제1기: 건국 이후 1960년까지 - 건국의 시대였으며, 구료의료시대
 - 건국에 따른 보건의료의 행정체계를 정비하고, 법령을 구비
 - 광복과 6.25 전쟁으로 어려워진 민생의 구빈과 구료가 급하던 시기
- 제2기: 1961년부터 1987년까지 - 산업화 시대였으며, 공중보건의 시대
 - 공중보건사업의 체계화로 전염병의 퇴치와 급성질환이 완치되는 시기
 - 1977년 의료보험제도가 도입되어 전국민의료보장의 틀을 닦았음
 - 의료공급의 확충: 의료인력 및 시설의 확충
 - 1979년부터 공중보건의사 제도의 도입, 1983년 무의면 해소
 - 원조에만 의존하던 의약품을 국내에서 생산할 수 있는 기반을 갖추
 - KGMP 및 KGLP 제정

3. 보건의료체계의 성과

- 제3기: 1988년부터 2007년까지 - 민주화 시대였으며 전국민의료보장의 시대
 - 1989년 전국민의료보장 달성
 - 보장성 제고를 위한 노력: 1995년부터 진료일수 연장, 2005년 보장성 계획
 - 진료전달체계 실시와 함께 의료에 대한 정부 개입의 체계화
 - 2000년: 건강보험 통합과 의약분업 전면 실시
 - 보건의료정책의 내실화를 위한 입법 활동
 - 1997년 5월부터 담배에 대한 건강부담금 부과와 건강증진사업을 실시
 - 병원의 급속적인 성장
 - 의료산업화를 위한 기본 골격을 구축
 - 복제약 생산에서 신약 개발에 도전하여, 1999년부터 신약이 출시

3. 보건의료체계의 성과

- 제4기: 2008년 이후 현재: 선진화 및 선진의료시대
 - 의료분야 내실화를 통한 선진 의료의 구축을 위한 시도
 - 의료의 성과를 개선하기 위한 성과토대지불방식(P4P) 도입
 - 건강증진의 활성화를 위한 노력
 - 첨단의료복합단지 조성

4. 보건의료정책의 성찰

4.1. 성찰을 위한 환경의 변화

- 성찰을 위한 미래 환경 변화 분석의 필요성
- 인구고령화와 만성질환으로 인한 새로운 보건의료체계의 필요성 대두
 - 임금세(payroll tax) 중심의 의료보장제도 유지의 한계
 - 급성질환 중심 의료체계의 한계
- 소득 증가와 수명의 연장으로 국민들의 건강향상에 대한 관심 증대
 - 의료기술의 발전으로 의료에 대한 다양한 욕구 분출
 - 평균수명 증가로 자산소득이 많은 노인 인구층의 의료에 대한 욕구

4. 보건의료정책의 성찰

4.1. 성찰을 위한 환경의 변화

- 정보기술의 발전으로 공급시스템과 의료관리에서 새로운 거버넌스 구조를 요구
 - 정보 기술과 PACS, OCS, EMR의 등장으로 의료공급체계 변화 예상
 - 정보기술의 변화는 건강관리의 방법의 변화 예상
 - u- health나 IT 기술은 smart governance를 요구
- 세계화(globalization)는 의료체계에서도 많은 변혁을 예고
 - 관리의료(managed care)의 확산과 통합의료(integrated care)의 등장
 - 만성질환에 대응하는 질병관리프로그램(disease management program) 확산
 - 새로운 의료관리기법이 한 국가에 한정되지 않고 바로 이웃 나라로 확산

4. 보건의료정책의 성찰

4.1. 성찰을 위한 환경의 변화

- 세계화와 새로운 건강상의 위협요인 등장: 공중보건의 역할 재정립 요구
 - AIDS, SARS, 조류독감과 같은 신종 전염병 대두
 - 의료기기로 인한 방사선 피폭, 의약품 관련 문제, 혈액제제 문제 등
 - 조성된 환경(built environment)에 의한 사고, 생물학적 테러의 문제
 - 10대의 임신, 폭력, 마약, 음주 및 정신질환 문제와 공중보건의 역할문제
- 의료의 생산적 측면에 대한 새로운 조명
 - 독일과 같은 국가에서도 의료를 소비적 측면에서 생산적 측면을 강조하고
 - 의료를 투입비용 중심에서 산출물과 질 중심으로
 - 의료를 통한 고용 창출, 국민생산의 증가라는 생산적 측면이 강조되고 있음

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

1) 의료에 대한 이념 정립의 부재

- 사회의료보험을 도입하면서 보험의료에 대한 이념적 성격을 제대로 정립하지 못함에 따른 혼란과 쓸데없는 논쟁
 - Bismarck 시대는 의료는 개인적인 권리로 한정되어 경제재로 간주
 - 1942년 Beveridge 보고서 발간으로 의료는 사회적 재화로 간주되고, 의료를 개인적 권리가 아닌 기본권으로 접근하여 공공재로 간주
 - 실증적 차원에서 의료는 경제재이지만 규범적 차원에서 공공재로 간주
 - 기본권인 의료보장을 위하여 제2차 대전 이후 서구나 일본 전국민의료보장
 - 미국은 이러한 이념을 받아들이지 않았음: 의료는 경제재

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

1) 의료에 대한 이념 정립의 부재

- 1989년 전국민의료보험을 실시하면서도 의료에 대한 기본적인 시각을 정립하지 못하여 많은 혼란을 야기
 - 공공성이 강한 경제재 또는 정보가 비대칭적이라 정부 개입 필요하다는 식의 논리
 - 공공의료를 둘러싼 소모적 논쟁이나 민간분야에 대한 정부 규제의 타당성에 대한 이의 제기
 - 건강보험의료가 공공의료이며, 공공재이기 때문에 정부 개입의 타당 논거
- 공공병원의 역할은?
 - 건강보험의료가 비록 공공의료이지만, 민간병원의 입장에서 수요가 적은 의료의 공급은 기피하여 의료공백 발생 가능
 - 수요가 적어 의료공백이 생길 수 있는 서비스는 공공병원이 공급: 정책의료

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

2) 1977년 패러다임의 지배

- 의료와 관련된 많은 문제는 1977년 패러다임에서 벗어나지 못하는 데 연유
- 1977년 패러다임이란
 - 저보험료로 인한 저급여와 저수가 문제
 - 의료공급의 확충을 위하여 별도의 수익 창구허용: 보험급여의 부실화
 - 지역주민 소득 파악 문제로 재산에도 보험료를 부과하여 공평성 훼손
 - 고령화 시대에도 임금소득 보험료에 보험자원 조달을 의존
 - 농촌주민의 기본의료 욕구를 해소하기 위한 보건기관의 의료공급 지속
 - 요양기관 당연지정제 고수

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

2) 1977년 패러다임의 지배

- 소득 1,000 달러 시대의 패러다임을 20,000 달러 시대에도 유지
- 사회보험은 서비스는 포괄적으로 제공하되 수준은 최소수준 원칙을 제시
 - 최소수준 이상의 서비스를 원하는 사람들에게는 본인이 부담하여 누릴 수 있게 여백(room)을 남길 것을 권하였는데
 - 우리는 포괄적인 급여원칙도 최소수준의 원칙도 모두 없애고
 - 보험의료에 선택진료나 상급병실과 같은 최소 수준 이상의 서비스를 혼합시키고, 비급여를 허용
 - 혼합진료의 허용은 대형병원과 중소의료기관과의 격차 초래: 환자 쏠림문제, 보장성 문제와 함께 국민의료비 증가를 부채

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

2) 1977년 패러다임의 지배

- 농촌지역주민들의 기본적인 의료를 제공하기 위하여 시작된 보건기관의 의료서비스 제공은 도시지역까지 가담하는 문제
 - 보건소가 주민의 건강관리를 위한 배타적인 서비스는 외면
 - 주민의 건강관리 소홀로 건강 불형평 초래
 - . 건강관리를 스스로 하는 사람과 그렇지 못한 사람과의 건강 불형평 초래
 - 건강을 의료를 통하여 유지하는 것으로 국민들을 오도

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

3) 고령화 및 만성질환에 대한 대책 부재

- 1989년 전국민의료보장이 이루어지면서 진료권 설정과 진료전달체계 시행
 - 이러한 전달체계는 계층적 지역주의 모형으로 급성질병 중심일 때 적합
 - 만성질병과 부합하지 못하여 선진국들은 새로운 의료체계를 고안
 - 1차와 2차 의료가 단속적이 되어 환자의 불편은 물론 서비스의 중복 문제
 - 완치되지 않는 만성질환도 상급종합병원과 같은 자원집약적인 의료기관 이용
말기 암환자도 급성기 병상에 입원하여 의료비 지출만 늘리는 문제
. 생애 마지막 시간을 고통스럽게 보내는 문제

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

3) 고령화 및 만성질환에 대한 대책 부재

- 미국이나 서구국가들의 새로운 시스템 모색
 - 통합의료의 등장과 care coordinator 제도
 - 만성질환을 관리할 수 있는 질병관리프로그램(disease management program: DMP)
- 우리는 의료공급체계에 대해서도 큰 변화를 이루지 못하고 있음
 - 의료인력의 단순화: 의사, 간호사
 - 의료시설과 관련하여 병원의 역할이나 서비스 제공방법에 대한 고민도 없음
 - 미래 병원에 대한 전반적인 비전 없이 원격진료가 창조경제 차원에서 제기
 - 미래의 환경에 대비하는 의료공급구조에 대한 고민이 필요

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

4) 의료서비스 관리의 내실화 결여

- 소득의 증가와 의료기술의 발전은 의료에서의 질 향상을 요구
 - 의료의 질 향상을 위하여 진료 행위의 변이를 줄이고 행위의 표준화를 추구
 - 임상진료지침, 신의료기술에 대한 평가(HTA) 등의 노력 필요
 - 의료 질 향상에서 환자의 권리나 환자 안전이 중요하며, 의료비 절감에도 기여
- 인증제도, 신의료기술평가, P4P와 등 제도적 구색은 갖추었으나 운용은 초보단계
 - 의료와 관련된 소비자 반응성(responsiveness)은 거론도 하지 않음

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

5) 공중보건의 새로운 패러다임 부재

- 21세기 들어 건강을 위협하는 요인은 앞 세기와 다름
- 우리는 이러한 위협요인을 주도적으로 관리할 조직도 없음
 - 안전행정부로 명칭까지 바꾸었지만 새로운 건강상의 위협을 대비할 수 없음
- 새로운 건강상의 위협은 공중보건의 새 영역으로 받아들여야 함
 - 보건소는 1977년 패러다임에 빠져 안전이나 신종전염병과 같은 새로운 업무는 엄두도 내지 못함
 - 지자체 장들의 표를 의식한 보건소의 진료 문제
- 2013년 핀란드 헬싱키에서의 Health in All Policies(HiAP)와 우리의 대처

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

6) 보건의료의 거버넌스에 대한 외면

- 국민을 건강하게 만들기 위한 '빈틈없는 거버넌스'가 중요함
 - 건강을 위한 '빈틈없는 거버넌스(smart governance)'는 건강을 성공적인 사회, 역동적인 경제 달성의 핵심적인 요소로 간주
 - smart governance의 전략:
 - 협력(collaboration)
 - 참여(engagement)
 - 규제와 설득(a mixture of regulation and persuasion)
 - 상호연계적 기구와 전문가 조직(independent agencies and expert bodies)
 - 적응할 수 있는 정책, 탄력적인 구조와 통찰력(adaptive policies, resilient structure and foresight)
 - 사회발전이나 건강에 영향을 미치는 장기적인 추세로 세계화, 시장화, 비즈니스 분야의 영향력 증가, 그리고 IT의 역할, 시민의 참여 증대로 보고 있음

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

6) 보건의료의 거버넌스에 대한 외면

- 우리는 거버넌스에 대하여 고민하는 모습조차 볼 수 없음
 - HiAP에서 시민의 건강을 위하여 다부문의 협력을 강조하는데,
 - 정부 내에서조차 보건복지부와 다른 부처와의 협력은 찾아보기 어려우며,
 - 규제와 설득이 조화되지 못하고 관료주의 거버넌스 구조에 매몰되어 설득 보다는 규제로 문제를 해결하려고 함
- 건강보험의 거버넌스: 통합 이후 재정관리의 효율화를 위한 거버넌스 필요

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

7) 의료의 새로운 역할 외면

- 21세기 의료분야의 새로운 추세: 의료를 생산적 시각으로 보는 견해의 등장
- 의료분야의 창조적 혁신은
 - 의료기술, 제약 및 생의학기술 분야에서 매년 매출액의 증가로 연결되며,
 - 보건의료분야의 기술 혁신은 다른 영역으로 파급 효과도 크며
 - 의료기술의 향상은 사망률과 유병률을 낮추어 생산에 기여하고
 - 의료산업의 매출 증가: 국민총생산의 증가와 국민경제의 생산 잠재력 향상

4. 보건의료정책의 성찰

4.2. 보건의료정책의 성찰

7) 의료의 새로운 역할 외면

- <표 4>는 독일의 경제기술부에서 발간한 보고서 내용
- 21세기를 맞이하여 의료에 대한 새로운 역할을 외면해도 될 것인가?

<표 4> Healthcare Sector에 대한 전통적 시각과 새로운 시각

구분	전통적 시각	새로운 시각
영역	보건의료분야	보건의료산업
재원조달	공적재정이 지배	새로운 재원의 모색
비용/산출	투입물 중심	이윤 중심
기본성격	비용 요인만 고려	고성장 시장/새로운 일거리 창출
의료의 이용	의료는 소비재	의료는 건강에의 투자
경계	보건의료분야에 한정	사회의 모든 영역에서의 건강

5. 결론

- 보건의료체계가 새로운 패러다임을 만들기 어려운 이유
 - 이해집단이 많아 정책이 경직성을 갖게 됨
 - 의료에 대한 이념적 토대가 확립되지 못한 문제
 - 보건의료에 대한 거버넌스 구조가 계층제 관료주의에 젖어 있는 문제
- 성찰(省察)의 사전적 의미는 반성하고 살핀다는 뜻임
 - 보건의료체계의 성찰을 통하여 국민의 건강을 위한 거버넌스부터 새롭게 하여 21세기에 부합하는 정책 패러다임을 만드는데 중지를 모아야 할 것임

감사합니다!

이규식 (02kslee02@gmail.com)