

보건의료 선진화 비전 공개토론회

일 시 : 2005. 12. 20(화) 10:00~12:00
장 소 : 국회의원회관 소회의실(1층)
주 최 : (재)여의도연구소
주 관 : 국회의원 안명옥

보건의료 선진화 비전 공개토론회

진행순서

●
●

09:30~10:00 등 록

10:00~10:20 개 회 식

- 사 회 : **곽창규** (여의도연구소 정책연구실장)
- 인사말 : **김기춘** (여의도연구소 소장)
- 격려사 및 축사

10:20~12:10 토 론 회

좌 장 : **안명옥** (국회의원)

(10:20~11:00) - 주제발표 : 보건의료 선진화 비전
이규식 (연세대학교 보건행정학과 교수)

(11:00~12:00) - 지정토론
조재국 (한국보건사회연구원 보건정책실장)
이태한 (보건복지부 보건산업육성사업 단장)
권용진 (대한의사협회 사회참여이사)
신현창 (대한약사회 사무총장)
김철중 (조선일보 의학전문기자)

(12:00~12:10) - 종합토론

●
●

인사말

보건의료 선진화 비전 공개토론회

김기춘(여의도연구소 소장/국회의원)

안녕하십니까, 여의도연구소장 김기춘입니다.

연말연시를 앞두고 있는 바쁜 시간임에도 불구하고 오늘 안명욱 의원님께서 주관하시고 저희 여의도연구소가 주최하는 『보건의료 선진화 비전』 공개토론회에 참석해 주신 박근혜 대표님 이하 여러 내외 귀빈 여러분들께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

저희 한나라당은 그동안 『나라 선진화 프로젝트』의 일환으로 『촘촘한 복지, 그들 없는 세상』이라는 기치 하에 국민의 복지 선진화에 대한 밑그림을 제시하여왔으며, 이를 바탕으로 『복지 사각지대 해소방안』, 『보육선진화 정책』 등에 대해서도 끊임없이 연구해 왔습니다. 이러한 연계선상에서 오늘 토론할 『보건의료 선진화 정책』 역시 국가의 발전을 위해 반드시 짚고 넘어가야 할 보건의료의 현주소와 문제점, 그리고 그에 대한 중요한 정책적 비전을 주요 내용으로 하고 있습니다.

우리 모두는 사회복지가 국민의 건강한 삶의 질을 보장하기 위해 얼마나 필요한 영역인지 너무나도 잘 알고 있습니다. 탄탄한 복지가 전제되지 않는 한 국민의 안위는 생각할 수도 없습니다. 하지만, 대한민국의 현실은 어떠합니까? 인구의 저출산과 노령화가 가파르게 진행되고 있고, 국가경제는 저성장가도를 달리고 있으며, 민생경제의 실종 역시 희망의 빛을 찾기 힘든 상태입니다. 사회양극화의 골도 점점 더 깊어지고 있지 않습니까? 튼튼한 복지의 재구축이 시급한 상황이지만, 현 정부의 복지에는 일회성 정책들만 난무할 뿐 복지의 체질개선 문제는 요원하기만 합니다.

이제는 그 해법에 대해 적극 강구해 나가야 합니다. 특히, 국민의 건강을 책임지고 있고 건강 복지 예산의 증추를 담당하고 있는 보건의료 부문의 선진화는 더욱 시급하다고 생각합니다. 오늘 이 자리는 대한민국의 미래를 위해 이처럼 중요한 의미를 지니고 있는 선진 보건의료 체계의 탄탄한 초석을 놓아두는 데 있습니다. 우리 사회가 당면해 있는 보건의료 체계의 문제점에 대해 논의하고, 이에 대한 정책적 대안의 가능성을 찾아보는 자리입니다.

다시 한 번 대표님 이하 참석해주신 모든 분들께 진심어린 감사의 말씀을 드리면서, 대한민국의 보건의료가 선진화될 수 있도록 우리 모두의 소중한 뜻을 함께 나눌 수 있는 뜻 깊은 자리가 되길 간절히 기원합니다.

감사합니다.

보건의료 선진화 비전

발제 : 이 규 식(연세대 교수)



재단법인 여의도연구소

목 차

- I. 보건의료선진화와 새로운 패러다임의 필요성 9
 - 1. 21세기에 적합한 새로운 패러다임 9
 - 2. 21세기 의료 발전의 청사진 5
- II. 의료보장제도의 개혁 18
 - 1. 기본 원칙 8
 - 2. 보장성 강화 8
 - 3. 보험급여 관리체계의 개혁 23
 - 4. 재원조달의 안정성 제고 및 다양화 24
 - 5. 건강보험 지불체계 및 수가체계의 개선 25
 - 6. 건강보험 관리체계의 개혁과 경쟁원리의 도입 27
 - 7. 민간보험체계 정비 27
- III. 의료제공체계 개혁 29
 - 1. 공공의료 보안을 위한 민간의료 제공기반의 구축 29
 - 2. 통합의료 제공체계의 구축 32
 - 3. 의료환경 변화에 따른 제도의 합리화 33
 - 4. 보건의료 인력 양성의 합리화 34
 - 5. 의약분업제도 개선 35
- IV. 공공보건체계의 개혁 38
 - 1. 공공보건체계의 범주 38
 - 2. 공공보건체계의 개혁 기본 틀 38
 - 3. 공공보건체계의 개혁 방향 39
 - 4. 취약계층에 대한 공공보건서비스 제공 전략 43
- V. 보건의료산업 육성방안 49
 - 1. 기본 원칙 49
 - 2. 기술경쟁력 강화기반 구축 49
 - 3. 보건의료산업체계의 선진화 50
 - 4. 보건의료 산업체 육성기반 구축 52

I. 보건의료선진화와 새로운 패러다임의 필요성

1. 21세기에 적합한 새로운 패러다임

가. 새로운 패러다임이 필요한 이유

- 의료에 대한 복지적, 분배적 시각이 중심이 된 1977년 패러다임은 전국민의료보험 달성이라는 나름대로의 성과를 거두었음. 21세기를 맞이한 현 시점에서 새로운 패러다임에 의하여 의료에 대한 국민들의 반응성을 충족시킬 필요가 있음
- 1977년 사회보험 방식의 의료보험제도를 도입할 당시의 사회경제환경
 - 경제수준은 1인당 소득이 1,000달러를 겨우 상회하는 정도였으며 경제개발계획이라는 정부주도형 경제정책을 실시하던 시기
 - 정치적으로는 유신시대로 권력이 소수의 사람에게 집중되어 있었음
 - 상병구조는 급성질환 중심이었기 때문에 Fox가 주장한 계층적 지역주의의 의료체계 구축이 급하였음(1982년 의료전달체계에 대한 연구를 통하여 계층적인 지역주의 모형의 의료체계 구축에 노력하였음)
 - 당시 보건경제학의 시장실패 이론을 대부분의 학자들이 믿고 있었음
 - 미국과 같은 자유시장형 의료체계에서도 의료에 대해서는 정부 개입을 당연시하여, 1974년 HSA법을 제정하고 지역단위의 의료계획과 함께 고가장비 도입에 대해서는 필요면장(CON)을 발급하던 시기임
 - 이념이나 규범이 실증보다 강조되던 시대로 의료는 인간의 기본권으로 간주되어 사회보장제도가 확충되던 시기임
 - 이탈리아와 같이 사회보험제도(NHI)를 유지하고 있던 국가가 형평을 목적으로 1979년 국가공영제의료(NHS)로 개혁하는 등 세계적으로도 복지, 분배 등이 강조되고 있었음.
 - 출산율이 높아 사회보험에서 세대간 재분배가 가능하던 사회임
- 21 세기의 새로운 환경
 - 소득수준의 향상(1만불을 상회)과 시장경제의 틀이 확립되었음.
 - 민주정부에 의한 다양성이 강조되는 사회로 변함.
 - 이념이나 규범에 더하여 실용이나 실증이 강조됨에 따라 의료서비스 분야도 새로운 산업으로 주목받고 있음.
 - 정보기술, 생명과학, 의학이 급속히 발전하고 있음.

- 의료시장에도 정부개입과 경쟁의 조화가 모색되고 있음.
- 고령화와 상병구조의 변화로 새로운 의료공급체계가 요구되고 있음.
- 보건경제학에서도 정보의 비대칭성을 극복할 제도들이 고안되고 있음
- 세계화로 인하여 모든 나라들은 효율을 강조하고 있음

- 인구고령화와 저출산으로 사회보험제도의 지속 가능성 문제가 제기됨
 - 사회보험제도는 1880년대에 고안된 이래 지속적인 변화를 이루어 국민들에게 의료보장을 보장하는 수단이 되었음
 - 초기에는 근로자를 대상으로 상병수당 중심의 제도 운영이었으며
 - 점차 의료기술의 발전에 힘입어 의료서비스 중심의 제도로 되었고
 - 제2차 대전이후에는 근로자외에 전국민을 적용대상으로 확대 발전하였음
 - 고령화와 저출산으로 인하여 임금세(payroll tax) 중심의 재원조달 방법으로 는 제도 존속에 한계를 보일 것임
 - 현재의 사회보험 구조를 보면 보험료 부담층은 20-49세 층이 대종을 이루고 진료비 사용 인구층은 65세 이상 층인데 저출산으로 보험료 부담층이 계속 감소하고 고령화로 진료비 사용 인구층은 계속 증가할 전망으로 있어 2020년 경이 되면 제도가 지속되기 어려움

<표 1-1> 건강보험 보험료 부담자와 급여사용자의 연령분포

(단위 : %)

	19세 이하	20 ~ 49세	50 ~ 64세	65세 이상
보험료 부담자	0.6	74.0	19.0	6.4
적용자의 급여액	17.1	35.9	24.8	22.2

자료 : 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2003

<표 1-2> 노인인구비율과 노인의료비 비율

단위: %

연도	노인인구비율	노인의료비비율
2000	7.2	17.5
2010	10.7	29.6
2020	15.7	43.8

- 세계화의 가속으로 의료도 국가적인 경쟁의 대상이 되었으며, 의료시장도 개방을 통하여 국민소득을 제고할 수 있는 분야가 되고 있음. 따라서 더 이상 의료보장이 복지적, 재분배적인 시각에만 안주해서는 안 되며 산업적인 차원도 동시에 고려해야하는 상황으로 바뀌고 있음
 - 의료시장도 국가의 하부 구조에 속하기 때문에 경제 운영논리와 부합되는 경

쟁과 개방의 원리가 필요함.

- 그러나 국민의 기본적인 의료수요는 사회보험으로 충분하게 보장하는 보장성의 원칙을 유지하여 의료의 사각지대는 해소하도록 유의함.

나. 보건의료에 대한 새로운 패러다임

□ 보건의료에 대한 새로운 이념의 정립

- 지금까지 보건의료에 대하여 명시적인 이념 정립은 없었지만 많은 사람들은 공공재적 입장을 토대로 복지적, 재분배적 시각을 견지하였으며, 보건의료와 관련된 정책도 이러한 이념을 토대로 형성되었음.
- 21세기를 맞이하여 보건의료에 대한 이념은 공공재적 입장에서 공공재와 사유재가 혼재하는 입장으로, 분배중심의 복지적 시각에서 분배와 개인적 욕구 충족이 가능한 시장을 조화하는 입장으로 새롭게 정립되어야 함.
- 또한 21세기는 과거 이념이나 규범에 사로잡혀 의료를 기본권으로만 간주하던 시기에서 벗어나 사회보장의 범위에서 기본권을 유지하고 그 이상의 범위에서는 실용과 실증 차원에서 의료에서의 효율을 찾고 산업화하여 새로운 성장 동력의 하나로 활용

□ 형평과 효율의 조화

- 지금까지의 패러다임은 분배중심의 복지적 이념이 지배하여 형평의 실현에 매달려 의료수준은 하향 평준화되었고 의료소비자의 반응성은 매우 낮았음.
- 21세기 보건의료를 지탱할 패러다임은 형평과 효율을 중시하여 형평은 사회보장제도 내에서 공공재적(일반 재정 및 보험료)에 의하여 달성토록 하며, 효율은 경쟁과 외주 등의 다양한 방법을 동원하여 사회보장제도 내외를 막론하고 효율이 증시되어야 함.

□ 정부 개입과 경쟁이 조화를 이루는 의료시장으로의 발전

- 보건의료분야도 '80년대 이후 새로운 시각이 등장하여 정부와 시장의 균형을 추구하고 있음. 따라서 21세기에는 새로운 접근이 필요함.
- 시장실패는 자연독점, 외부효과, 공공재에서 나타남 : 외부효과나 공공재가 나타나는 대표적인 분야인 공중보건에 대해서는 정부가 적극적인 대처를 해야 할 것임.
- 의료서비스는 자연독점이 지배하기는 어려우며, 경제학적 측면에서 볼 때 공공재로 간주하기도 어렵기 때문에 정부 개입의 한계를 설정할 필요가 있음.
 - 소비의 외부효과가 지배하는 사회보험분야는 정부의 개입이 불가피하나 운영에서는 효율성 제고를 위하여 관리된 경쟁원리를 도입하여야 함.
 - 소비의 다양성을 보장하기 위하여 사회보험 분야외의 의료를 허용하고, 이

분야에서는 정부 개입을 최소화해야 함.

- 일반적으로 정부 개입의 범위는 사회보험의 운영, 경쟁을 위한 틀의 마련, 의료 질에 대한 표준 설정, 의료정보와 관련한 표준의 설정, 보건의료 통계의 생산 등으로 제한함이 타당할 것임.

□ 보건의료에 있어서 소비자의 반응성 제고

- 지금까지는 보건의료에 관하여 소비자의 반응성보다는 주로 형평이라는 대중적 성취에 초점을 두었음. 이러한 방식은 소비자들의 반응성을 맞추는데 한계가 있음.
- 의료를 실증적인 관점에서 접근함에 따라 소비자의 반응성이 강조되기 시작하였음.
- 반응성을 제고하기 위하여 다양한 욕구의 충족이 필요하며, 해외 의료외유를 하지 않고도 다양한 욕구가 국내에서 충족될 수 있도록 공급분야를 발전시켜야 함.

□ 의료의 질 향상을 위하여 새로운 의료 관리의 틀이 필요

- 의료 질을 유지하기 위한 현재의 서비스 평가제와 같은 정부 개입은 비용만 증가시키고 실효성은 제한적임.
- 의료 질의 향상을 위해서는 그에 상응하는 비용 부담이 요구됨.
- 서비스의 질과 비용을 trade-off 시킬 균형점을 정부가 판단하기보다는 소비자가 판단케 하는 것이 합리적임.
- 21세기에는 의료 질을 향상시키기 위하여 정부가 주도하는 평가 제도가 아니라 경쟁을 통하여 질과 비용의 균형점을 찾도록 새로운 방법을 모색. 다만 정부는 산출물 중심의 기준만 제시케 함

□ 의료에 관한 급속한 기술혁신과 정보화를 수용할 수 있는 의료체계의 모색

- 의료기술의 급속한 발전은 소비자의 만족도를 제고하는데 기여하지만 다른 측면에서는 의료비 증가라는 부담이 따름.
- 정보기술의 발전은 의료공급에서의 새로운 방식을 요구함. 종래와 같은 1, 2, 3차 방식의 전달체계로는 새로운 환경에 대처하지 못하고 비용부담만 증가시킬 것임.
- 소비자 만족과 비용부담을 trade-off 시킬 균형점을 찾기 보다는 소비자가 판단케 하는 대안적인 접근 방법이 필요.

□ 공공의료와 공중보건에 대한 구분을 통하여 정부는 공중보건서비스에서 완벽한 제공자 역할을 수행토록 하여야 함

- 현재와 같은 공중보건과 공공의료를 혼용한 공중보건의료라는 용어가 정책의 혼란을 초래.
- 보건소나 지소 등과 같은 보건기관에서 제공하는 공중보건서비스와 공공병원

이나 보건지소 등에서 제공하는 진료서비스는 구분함이 타당.

- 공공의료는 공공병원이던 민간병원이던 또는 보건기관이던 구분 없이 사회보험제정이나 정부재정(의료급여가 해당)으로 제공되는 의료는 모두 공공의료로 간주함이 타당.
- 공공병원은 민간병원과 진료행태에서 차이가 없음에도 불구하고, 자본비용을 진료수입이 아닌 외부에서 조달받기도 적자를 내고 있어 공공의료 확충을 명분으로 공공병원을 확충할 타당성은 없음(일본에서도 공공병원의 민영화를 위한 조치들이 취해지고 있음).
- 따라서 공공병원 확충을 통한 공공의료의 비중 제고는 의미가 없음.

□ 의료의 공공성 확보를 위한 새로운 패러다임의 설정

- 민간병원도 사회보험제도권의 의료를 제공하는 한 공공의료에 속하기 때문에 공공병원의 확충을 통하여 의료의 공공성을 제고하기 보다는 수요의 공공화(공공재정의 비중 제고)를 통하여 확보.
- 공급의 공공화가 사회적인 효율을 초래할 가능성이 없다면 공급의 공공화를 무리하게 추진하는 것은 비효율을 자초하는 결과가 될 것임.
- 국민의료의 전부를 공공화의 대상으로 둘 경우 의료의 하향 평준화를 초래하기 때문에 민영의료도 일부 허용하는 방향에서 공공의료와 조화가 필요.

□ 공중보건에서의 새로운 접근방식의 대두

- 인구구조나 상병구조의 변화는 종래의 위생-역학적인 접근방식의 공중보건으로는 한계가 있음.
- 선진국들은 공중보건에서도 새로운 개혁이 시도되고 있으며 그 내용은 이미 1986년 Ottawa 선언으로 표출된 New Public Health 차원의 건강증진임.
- 공중보건서비스에서는 정신보건, 재활서비스, 그리고 건강증진과 같이 병원시스템으로 제공하는데 한계가 있거나 외부효과가 큰 서비스를 대상으로 접근할 필요가 있음.
- 공중보건서비스라 하여 모두 보건기관이 직접 제공한다는 방식을 버리고 생산성 향상을 위하여 외주방식도 적극 모색되어야 할 것임.

□ 건강보험의 발전과 관련한 새로운 패러다임의 설정

- 현재의 통합시스템은 수요의 국가독점체계를 유지하여 보험재정에서의 문제를 파생시키거나 아니면 의료서비스의 질에서의 문제를 파생시킬 것임.
- 건강보험의 관리를 단일체계로 함에도 불구하고 보험료부과 방법의 단일화를 찾기 어려워 보험료 수입의 한계가 나타날 것임. 또한 근로자 계층의 불만이 계속될 것임.
- 현재의 임금세(payroll tax) 형태의 보험료로 충당하는 재원조달방법으로는

근로자 불만은 물론, 저출산으로 인하여 비용부담자의 절대수가 줄게 되어 지속 가능한 제도 고안을 위하여 재원조달에서의 새로운 발상을 요구

- 21세기에는 비록 재정통합이 이루어진 상황에서도 건강보험과 관련된 문제의 해결은 경쟁을 토대로 한다는 새로운 패러다임이 필요.

□ 재분배에 대한 다양한 접근책의 사용

- 지금까지 재분배는 저소득층에 대한 정부 지원이나 사회보험을 통한 지원 등의 직접적인 보조(direct subsidization) 방법만 추구.
- 21세기에는 병원의 자비부담 병상의 허용이나 고소득층에 대한 자비 부담 의료의 허용을 통하여 의료기관이 사회보험 밖에서 재원 조달이 가능토록 하여 사회보험 내의 의료의 질을 제고하는데 기여케 함. 이러한 교차보조(cross-subsidization)와 같은 간접보조 방법을 사용하여 저소득층도 보다 질 좋은 의료로 향유할 수 있게 함.

□ 의료서비스의 산업적 차원의 새로운 접근이 필요함

- 종래까지는 이념적 접근에 치중함에 따라 의료서비스는 배분적 가치에 치중하였음. 그 결과 형평성이 지배적 가치가 됨.
- 1990년대 이후부터는 의료분야도 실용적 접근이 강조됨에 따라 의료분야도 산업적 차원에서 접근하기 시작.
- 결과 의료서비스도 개방의 대상이 되면서 국제경쟁력이 중요한 과제로 등장.
- 의료서비스를 산업적 시각에서 경쟁력을 갖추기 위해서는 이념적 및 규범적 접근에 의한 배분적 가치 일반도에서 벗어나 시장접근적인 가치를 병행시키는 것이 중요.

□ 분권화와 자율성의 확립

- 지금까지 보건의료 분야는 중앙집중식인 의사구조의 틀을 유지하였음.
 - 공중보건사업도 중앙정부의 통제 속에 실시되었음.
 - 건강보험도 통합이라는 중앙집중식 관리 방식을 채택.
 - 의료도 1, 2, 3차의 단계적 전달체계라는 중앙집중식 방식을 채택.
- 21세기는 건강증진 중심의 공중보건도, 건강보험도, 의료체계도 분권화와 자율성을 토대로 경쟁이 가능케 하여 효율성 제고에 기여케 함.

2. 21세기 의료 발전의 청사진

- 의료급여제도와 공중보건사업을 충실히 수행하여 정부로부터 보호를 받아야 할 저소득층이나 취약인구계층에 대해서는 확실한 보장을 통하여 의료의 사각지대를 없애도록 함.
- 건강보험제도를 개혁하여 보장성을 제고하여 형평성을 개선하고 경쟁원리의 도입을 통하여 효율성을 높이고, 또한 저출산 고령사회에서도 존속 가능한 제도로 발전시키도록 함.
- 공중보건사업은 건강증진 중심으로 재편하여 만성질환에 대비함은 물론 수발수요를 근본적으로 줄이도록 함.
- 의료의 공급구조를 재편하여 모든 국민이 편리하고 수준 높은 의료를 이용할 수 있는 산업차원에서 발전할 기틀을 만들어 새로운 성장 동력으로 활용토록 함.

가. 공중보건사업

- 보건소는 다양한 제공 방법을 동원하여 다음과 같은 서비스를 제공함
 - 정신보건, 재활보건과 같은 일반 병의원에서 기피하는 분야의 보건 서비스를 제공
 - 고령자 및 저소득 세대에 대한 철저한 방문서비스(보건 및 돌봄)의 제공
 - 건강증진 중심의 보건사업을 전개
 - 신종전염병의 관리와 예방접종의 제공
 - 안전관리와 같은 건강위험요소의 철저한 관리
 - 불량식품의 철저한 관리
 - 취약지역의 보건지소를 제외하고는 진료서비스에 투입될 자원을 공중보건에 투입하여 공중보건수준을 향상시키도록 함.
- 사업운영방식은 보건소가 서비스를 직접 제공하는 방식과 외주를 통한 서비스 제공방식을 병행
- 보건소와 지역 내 의료기관과 협력관계를 유지
 - 보건소에서 진료서비스를 제공할 경우에는 의료수가나 본인부담 등을 개입의 원과 동일하게 하여 경쟁체제를 조성.
 - 이렇게 한다면 보건소가 진료서비스를 제공할 유인이 없어 질 것임.

나. 의료보장

- 의료급여의 적용인구를 차상위 계층까지 단계적으로 확대하며, 급여내용을 충실히 하여 저소득계층이 사각지대에 남아있지 않도록 유의
- 건강보험에 추가적인 재원투입을 통해 보험급여의 확대와 보장성 강화
 - 의료제정의 약 70% 수준까지 공공재정으로 하여 보장성을 강화
 - 보장성 강화는 재정측면에서하며, 공공의료기관의 비중 향상은 무의미함
- 급여확대와 재정운영의 연동을 통한 제도 운영
 - 급여구조 개편을 통한 급여체계의 효율성 제고를 병행
 - 의료비 특성에 부합되도록 지불제도를 다양화
- 건강보험의 안정적인 재정운영 시스템 정비
 - 목적과 취지에 부합하는 다양한 재원 조달
 - 고령화 저출산에도 지속 가능한 재원조달의 모색
- 건강보험관리의 효율화를 위하여 단기적으로는 지사간의 경쟁을 강화시키도록 하고 경쟁의 성과를 평가하여 장기적으로 지속 가능한 경쟁의 틀을 모색
- 민간의료보험의 적극 활용을 위하여 단기적으로는 보충보험 형태로, 중장기적으로는 경쟁형 보험이라는 단계적 과정을 검토

다. 의료제공체계

- 계층적 지역주의에 기초하는 1, 2, 3차의 단계적 전달체계는 폐지하고 새로운 공급체계를 형성
 - 1, 2, 3차 의료가 하나의 공급자에 의해 제공될 수 있는 공급자단(integrated care)을 형성.
 - 의료공급의 효율화를 위하여 '건강지원항상지원단'이라는 통합된 공급자단을 통하여 계약을 함
 - 개별 공급자가 독립적으로 서비스를 공급하여도 무방함.
 - 요양보험 시대를 대비하여 의료서비스와 복지서비스를 통합 제공하는 공급자단의 출현도 가능.
- 공공의료의 성격 재조명
 - 공공보건과 공공의료를 구분하여 공공의료는 설립주체를 중심으로 구분하는 것이 아니라 건강보험권내의 의료를 제공하느냐의 여부에 따라 성격을 규명
 - 공공병원은 민간병원이 하기 어려운 영역, 특히 외부효과가 큰 영역에 특화
 - 의료취약지의 건강보험의료를 제공하는 민간중소병원의 지원
- 보험의료는 계약을 통하여 제공하는 관계로 보험환자를 보지 않는 순수 민영의료를 허용하며, 민영의료만 제공하는 의료기관 가운데 희망하는 기관은

영리 병원으로 함.

- 응급의료체계를 개선하여 구할 수 있는 생명이 죽어가는 일이 없도록 유의
- 양한방 협력체계를 구축하여 국민의 의료이용의 편의성과 의료비 절감을 도모하며, 이를 위하여 의사 양성과정부터 상호 교류를 할 수 있도록 방안을 마련
- 의약분업을 합리적으로 개선하여 전문직능간의 갈등을 해소하고 국민에게 보다 효율적으로 의료서비스를 제공할 수 있는 여건을 조성

라. 보건의료의 산업화

- 21세기는 이념보다 실용화에 치중하는 시대가 될 것이기 때문에 의료는 기본권이면서도 의료서비스는 산업화의 대상도 됨에 유의
- 의료도 산업화가 가능하도록 새로운 패러다임을 도입. 건강보험권내의 의료는 기본권 충족에, 건강보험권밖의 의료는 산업차원에서 발전토록 지원. 의료서비스의 산업화는 중간재산업(의약산업, 의료기기산업)의 발전으로 연결되어 국가의 신산업으로 발전하여 새로운 성장 동력이 될 것임.

II. 의료보장제도의 개혁

1. 기본 원칙

- 의료급여제도의 충실화와 차상위 계층에 대한 단계적인 확대
- 지속가능한 건강보험체계의 지향
- 사회연대원리와 효율성 원칙의 조화
- 형평성 개념의 재정립
- 경쟁을 통한 제도 운영의 효율성 제고

2. 보장성 강화

- 건강보험 보장성 강화를 위한 전략
 - 보장성 취약시 상대적으로 어려움을 겪는 의료취약계층에 대해선 사회안전망 차원에서 건강보험체계와 별도로 의료급여제도를 확대
 - 건강보험에 추가적인 재원투입을 통해 보험급여의 확대와 보장성 강화
 - 급여구조 개편을 통한 급여체계의 효율성 제고를 병행

가. 저소득층의 실질적 보호를 위한 의료급여 확대

- 현재의 의료급여 수급자(2005년 기준, 3.1%)로는 보험료 부담능력이 결여된 저소득층을 모두 수용하는데 한계가 있기 때문에 대상자의 확대와 보장내용의 충실화가 필요

1) 차상위계층을 의료급여에 흡수

- ① 수급권자 선정기준 완화와 대상 확대
 - 기초생활보장제도 수급권자 선정기준을 개선하여 실제 생활수준이 기존 수급권자와 차이가 나지 않음에도 불구하고 수급권자 선정에서 탈락한 대상가구의 흡수
 - 이를 위해 우선적으로 개선되어야 할 사항은 부양자 의무기준의 완화, 최저생계비 기준의 현실화, 부양능력 평가의 정확성을 제고함

- ② 차상위계층에 대한 부분 급여제도 도입 및 기초보장 대상자로 단계적 확대
 - 수급자 선정기준으로 인해 탈락한 비수급 빈곤층의 경우, 의료급여만이라도 혜택을 받을 수 있도록 부분 급여제도를 활성화
 - 단계적으로 절대빈곤층에 이어 차상위 빈곤가구(2000년 기준, 전체 가구의 3.1%)를 포괄함으로써, 중장기적으로는 최소한 기초의료보장제도의 대상인구를 10% 수준으로 확대해나감
- ③ 보험료 체납세대 해결
 - 체납 세대들의 경제적 능력을 재평가하여, 부담능력이 떨어지는 한계계층들에 대한 의료급여 수급자로 전환시켜, 의료 사각지대에 놓이는 것을 방지
 - 단기적인 조치로는 보험료 경감을 하되 부정기적인 조치는 가입자간 갈등을 조장할 수 있으므로 상시적인 체납자 분석을 통해 구제하는 시스템으로 정비
- ④ 저소득 아동 및 임산부에 대한 의료급여 제도 확대
 - 아동 및 임산부의 경우엔 보건학적인 우선순위가 높은 계층이므로 차상위 계층에 해당하는 가구의 가구원중에서 아동 및 임산부 개인을 대상으로 하는 개인별 의료급여제도를 시행
- ⑤ 2종 수급권자의 본인부담 완화
 - 2종 수급권자들의 입원진료비에 대한 본인부담의 완화가 요구되며 단계적으로 현행의 20% 수준에서 15%, 10% 수준으로 줄여나감
 - 진료비 본인부담에 대하여 상한선을 설정하고, 고액진료비 보상의 최우선 대상으로 선정

2) 서비스 접근의 장애요인 제거

- ① 의료급여 수급권자에 대해 차별 진료를 초래할 수 있는 제도적 장애요인의 제거, 구체적으로는 건강보험의 75% 수준인 요양기관 중별가산율을 단계적으로 인상하여 건강보험과 동일한 수준으로 정비하고, 정액제 기준인 정신과 수가의 현실화를 통해 수급권자의 접근성이 저해되지 않도록 배려
- ② 노숙자의 경우, 의료기관에 대한 접근이 용이하지 않으므로 이들을 위한 별도의 의료지원체계(공공의료체계 활용)가 필요하며 노인과 장애인의 경우 타 복지제도에 의한 급여와 연계하여 종합적이고 유기적인 관리를 도모

3) 저소득계층에 대한 별도의 본인부담 완화방안 마련

- ① 보험료 부과 측면에서만 고려되고 있는 소득수준에 대한 고려를 보험급여에서도 본인부담 차등화 등을 통해 반영
- ② 행정비용이나 과도한 누진원리가 적용되지 않도록 하기 위해서 건강보험 대

상자중 보험료 부과기준 하위 5-10% 수준을 저소득층으로 구분하고 질병위험이 높으면서도 부담능력이 취약한 노인계층을 이에 포함하여 다른 집단과 차별적으로 본인부담을 경감하는 방안을 고려

나. 재원투입 증가를 통한 급여 확충

- 확충되어야 할 영역에 대해선 다양한 연구들을 통해 공감대가 형성된 바 있으며 이들 결과들을 정리하면 <표 2-1>과 같음. 향후 이들 급여항목들을 중심으로 단계적으로 급여를 확대해가도록 함

<표 2-1> 급여확대가 필요한 주요 항목

한시적 급여 제한 제거 등	소비자 요구사항	
	우선적 고려	기타
부정맥을 비롯한 심장질환에 대한 검사	사전풍진검사	배란촉진제
예방접종	제픽스 장기사용	체외인공수정
부정맥 치료법	헬리코박터 치료제	글리벡
초음파영상	불임치료	항암면역요법제
만성간염환자에 대한 b-DNA 유전자신호 증폭측정법에 의한 HBV-DNA정량검사	나팔관 조영술	하지정맥류 레이저수술
뇌종양화자에 대한 감마나이프수술	보조생식술에 필요한 사전 호르몬 검사	복수부위 PT요법
MRI	백혈병 치료	아리셉트
건강검진	척추측만증의 보조위	무통주사
유전성 질환 및 선천성 기형 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적 검사	인공와우 인플란트	체외충격파쇄기
치아우식증 예방	골감소증	수면중 모호흡증에 대한 수술
치과 광중합형 복합레진 충전 및 광중합형 글래스아이노머시멘트 충전	노인에 대한 의치,보철	턱관절치료 통합사
11	10	11

자료: 문옥륜. 건강보험의 급여범위와 수준. 미발표원고, 2004

다. 급여구조의 개편

- 급여구조의 개편은 보장성을 높이면서도 보험체계의 효율성을 떨어뜨리지 않도록 유의하며 이를 위해선, 건강보험의 본연의 역할에 충실할 수 있도록 경증 질환에 대한 부담을 높이는 반면, 중증 질환에 대한 부담을 줄이는 방향으로 개편토록 함. 세부적인 개편방향을 제시하면 다음과 같음

1) 중증 질환자의 본인부담 완화

① 본인부담금 상한선 개선 (소득, 연령별)

외래, 입원진료 포함하여 월 누적 본인부담금이 일정수준의 상한을 초과할 경우 본인부담금 일부를 보상하도록 하며 소득계층별로 상한선을 차등 설정함

- 예시)¹⁾

- 저소득자(건강보험료 기준 차상위 계층 ; 하위 5% 수준)와 일반 가입자로 분류하여 상한선을 차등 설정함. 이때 65세 노인인구는 저소득자에 준하여 적용²⁾
- 저소득자 : 누적 법정본인부담상한선을 월 60만원, 6개월기준으로는 120만원으로 설정하고 초과시 초과분의 75%보상
- 일반가입자 : 누적 법정본인부담금을 월 150만원, 6개월기준으로는 300만원으로 설정하고 초과시 초과분의 75%보상

□ 보완적 조치

- 소비자조사에서 중증질환에 대한 보장조차도 개인의 본인부담을 통해 해결하는 것이 좋겠다는 비율이 70%로 보고 되었는데(최병호 외 2003) 이는 대다수 소비자들이 수익자 부담원칙으로 운영되는 것을 선호하고 있기 때문에 급여구조 개편을 위해서는 그 타당성에 대한 대 국민홍보가 필요함

② 난치성 질환 본인부담금 경감과 상한제 도입

난치성 질환, 만성 정신 질환자의 본인부담을 현행수준보다 경감하는 동시에 누적액이 높을 경우 상한선을 설정하여 누적 초과액의 90%를 보상

2) 외래 본인부담 조정 (소득, 연령별)

- 역시 소득, 연령대를 고려하되 본인부담 정액제 (deductible)를 도입하고 본인

부담 상한선을 초과하는 초과 진료비에 대해선 정률제를 적용

- 예를 들면 1)항에서와 같이 노인계층 및 저소득자와 일반계층으로 구분하고 다음과 같은 수준으로 본인부담 상한을 정액으로 설정함
- 노인계층 및 저소득자 : 정액상한 3000원까지 본인이 부담
- 일반계층 : 정액상한 10,000원까지 본인이 부담
- 정액상한 초과 진료비에 대해선 15%를 정률로 본인이 부담(정액제와 정률제의 병용)

라. 급여의 충실성을 저해하는 규제 개선

1) 급여기준의 개선

- 외형상으로는 급여범위에 해당하나 세부 급여기준에서는 급여가 인정되지 않는 예외조항이나 횡수 제한, 투여량 제한을 통해 실제 환자진료에 필요한 행위조차도 제한하는 결과를 초래하고 있는 바, 이를 완화할 필요가 있음

2) 심사기준의 적정화

- 급여기준은 형식상의 보장성을 결정하는 틀인 반면, 급여기준의 적용과 심사 기준은 소비자에게 직접적으로 제공되는 건강보험 급여의 내용과 질을 결정하는 핵심요건이므로 보장성 강화를 위해선 심사기준 완화가 필수적임

3) 100분의 100제도 개선

- 100분의 100제도를 폐지하고 급여화의 필요성이 큰 항목들부터 단계적으로 급여화하고, 실제 급여비용이 지급되지 않은 항목들은 비급여 항목으로 인정

4) 급여대상과 의료행위간의 관계 정립

- 의학적으로 타당한 의료행위인데도 불구하고 건강보험 제정의 제한성 또는 비용-효과성 입증이라는 제약 때문에 급여화되지 못하여 최신 의학기술에 대한 소비자들의 접근성을 제한하고 의료개혁의 중요 지향점인 소비자 반응성을 떨어뜨리는 요인이 되고 있는 바, 포괄적인 보장성 측면에서 개선

5) 미결정 의료행위 관리과정의 합리적 개선

- 의약품, 고가장비, 신의료기술의 채택 등에서 합리적인 개선방안을 강구

마. 새로운 의료수요에 부응하는 급여내용 확충

- 의료수요의 다양화와 인구사회학적 특성 변화를 수용하기 위하여 건강보험

1) 적절한 수준에 대해선 실증적 분석을 통해 검증할 필요가 있음

- 급여 내용의 확충이 필요함
- 새롭게 정비되어야 할 분야들로서 다음의 서비스들에 대한 급여항목들을 새로이 추가하고 개발해나감: 재활, 외래수술 등
- 만성질환과 관련하여서는 수발보장제도와 급여의 연계성을 지니도록 유의: 만성질환 관리, 요양 및 간병서비스

3. 보험급여 관리체계의 개혁

가. 급여체계의 합리적 운영

1) 급여확대의 우선순위 선정을 체계적이고 합리적으로 정비

- 근거중심의 급여확대 정책이 될 수 있도록 합리적 근거자료를 정비하고 이를 토대로 우선순위를 산정해나감(정치적 결정을 최소화할 수 있음)
- 의결전 기초 자료생성과정에서 심도 깊은 논의와 의견수렴을 하는 가정 ‘급여 우선순위검토위원회’와 같은 전문소위원회를 상시적으로 운영하면서 다양한 기술적 변화와 소비자 욕구를 모니터링하고 반영해나감

2) 급여확대와 재정운영의 연동을 통한 재정안정

- 급여 확대시, 상응하는 보험료 부담증가를 함께 연계하는 등, 수지상등의 보험원리에 입각하여 급여를 관리함으로써 건강보험체계의 건전성을 확보해감
- 급여항목의 특성이나 내용을 검토하여, 보험원리에 부합하는 서비스와 외부효과 등으로 인해 공중보건학적 의미가 큰 서비스들을 구분하고 급여 확대시 그 취지에 부합되는 추가적 재원을 확보토록 함

나. 급여관리의 합리성을 높이기 위한 급여심사평가체계의 개선

1) 건강보험 심사제도의 개선

- 진료비 심사정책 방향의 합목적성을 제고하며 구체적으로는 의학적 적정성과 비용효과성을 균형 있게 추구하도록 재편함.
- 정책의 수용성을 높이고 불필요한 사회비용을 줄이기 위해 현행의 사후 집행된 진료비에 대한 개별 심사 중심의 방법에 의존하기보다 사전 예고를 통한 공급자 자율적 관리 방안을 병행시킴
- 시대에 맞지 않거나 의학적으로 타당하지 않는 심사기준을 정비하여 심사내용

- 의 합리성과 적정성을 제고함.
- 심사기준 개발과 적용과정에서 다양한 전문가단체의 의견들이 민주적으로 수렴되는 절차를 마련함

2) 건강보험 평가제도의 개선: 의료서비스 질 향상을 위하여

- 적정성 평가목표 및 기능을 현재와 같은 총량 중심에서 의학적 적정성에 초점을 두며, 이를 평가목적과 방향에 명시
- 평가방향과 평가원칙을 신뢰성, 공정성, 객관성, 전문성을 담보할 수 있도록 정하고, 특히 의료기관들이 자율적으로 질 관리를 해나갈 수 있는 동기 부여
- 단계적이고 중장기적 관점에서 평가방법과 절차를 수립
- 질 평가체계에 대한 각 이해주체들의 역할과 국가의 조정기능을 명시한 청사진 마련
- 관련 학회들과 공조하여 공급자 교육과 피드백 체계를 구축함으로써 사후 평가보다는 예방적 관리적 접근을 지향
- 평가결과 활용시 긍정적 유인방안을 적극적으로 활용하는 동시에 평가결과 공개의 파장을 고려하여 신중하고 타당한 정보공유방안을 마련
- 국내 현실에 부합된 실증자료 생산 및 질관리 정보체계를 구축해나감. 세계 사례들을 고려하여 가정 ‘종합질관리 정보센터’를 운영함
- 평가의 독립성과 전문성을 높이기 위해선 심사평가위원장의 임기를 보장하고 전문적인 식견을 가진 자료 자격을 정하여 평가조직의 위상을 정립

4. 재원조달의 안정성 제고 및 다양화

가. 건강보험의 안정적인 재정운영 시스템 정비

- 건강보험료는 가입자들의 저항을 감안하여 단계적으로 인상하되 급여확대와 연계함으로써 국민적 이해를 구함
 - 중장기적으로 보험료 수준이 최소 7-8%가 되도록 조정하되 이때의 보험급여율은 70% 수준으로 확대될 수 있도록 보험료 수준과 보험체계 급여의 내실화를 동시에 추구해야함
- 법정 준비금 적립에 대한 보험자 책임을 강화하는 한편, 추가적인 급여지출 확대는 보험료 인상분을 통해 해결하도록 보험료 수입과 지출을 연동시켜 결정하는 시스템을 법제화

나. 건강보험 재원 구성의 다양화

- 국민의 급여확대요구와 기대수준을 사회보험으로 모두 보장하는 데는 현실적 한계가 있음. 또한, 건강권 차원이나 비용-효율 측면에서도 국가가 국민의 건강을 향상시키기 위해 공중보건적인 영역에 직접 투자하는 것이 정당성을 가질 수 있다는 점에서 건강보험의 재원조달 범위를, 건강보험료 외에도 다른 세원으로 확대할 필요가 있음
- 직간접적으로 건강보험의 지출과 연관된 행위들에 건강보험 부담금 부과
 - 담배소비세외에도 외국의 사례들을 고려하여 술이나 화석연료 등에 대하여 건강부담금을 부과³⁾

다. 목적과 취지에 부합하는 재원조달

- 현재의 임금세 방식으로는 제도의 존속 가능성에 한계가 있음. 따라서 모든 국민이 비용을 부담할 수 있도록 소비를 기준으로 하는 의료보장제로 대체하는 방안을 강구
 - 소득기준으로 하는 데는 자영업자의 소득과악 문제가 제기됨
 - 소비를 기준으로 할 경우, 생활필수품은 부과 대상에서 제외 조치 함
- 지출항목은 재원이 마련된 취지와 부합할 때, 안정적인 재원확보 방안으로서 정당성을 갖는 만큼 향후 급여확대시 해당 서비스 특성에 재원마련의 취지가 부합되도록 연계하여 재원을 확충해나감
- 보장성 차원에서 확대되어야 할 급여영역과 재원들을 연계하면 다음과 같음
 - ① 외부효과가 크거나 분배차원의 사회안전망 구축 의미를 부여하는 서비스
 - 저소득층에 대한 의료보장, 희귀난치성 질환, 예방접종 : 일반조세
 - 건강검진, 교육상담서비스, 각종 건강증진 프로그램 : 건강증진기금
 - 응급의료서비스 : 일반조세
 - ② 보험의 원리에 따라 위험분산 효과를 기대하는 서비스
 - 일반 질병진단 및 치료: 사회보험료, 민간보험료
 - ③ 필수의료외에 부가적인 서비스나 최적의 질을 요구하는 소비자욕구 보장
 - 상급병실료, 첨단 기술 : 민간보험료, 개인부담
 - ④ 질병을 야기하는 원인행위에 부과하는 조세의 경우 일부를 건강부담금 차원에서 건강보험 재원으로 확보
 - 주세 : 알콜 관련 질환 진료비 지원, 알콜치료센터 건립기금 지원
무료 알콜 상담서비스
 - 연료세 : 사고성 응급질환 진료비 지원, 응급센터 운영자금 지원

3) 2004년 현재 주세 징수액이 2조 780억원, 교통세가 7조 256억원이므로 0.5%만 건강보험부담금으로 부가징수해도 연간 5천억원의 추가재원을 확보할 수 있음.

5. 건강보험 지불체계 및 수가체계의 개선

가. 의료비 특성에 부합하도록 지불체계의 다양화

의료비 특성에 부합하도록 영역별로 다양한 지불체계를 개발 적용하도록 하며 이를 위한 총괄적인 청사진 마련이 필요함.

- 의사 행위와 병원관리는 비용특성이나 관리방안이 달라질 수 있으므로 별도로 구분하여 보상. 의사진료비에는 행위별 수가를, 병원진료비의 경우엔 포괄수가제나, 입원의 경우 일당 진료비체계를 적용함
- 공공병원의 경우엔 포괄수가제를 기준으로 총액예산제를 적용하여 진료비 관리의 효율성을 기하도록 함
- 예방서비스나 건강증진 서비스에 대해선 인두제 방식

나. 의료수가체계의 정비

1) 수가계약제의 합리성 제고

- 각 부문(의과, 치과, 한방 등)의 규모와 특성이 다르므로 수가 세부 직능별로 계약되도록 현재 계약방식을 개선
- 수가계약의 중재 및 조정을 위한 조직을 정비하고 이를 법적으로 명문화
- 의료 행위간 기술적 특성에 따른 상대가치를 합리적으로 정비하고 균형을 유지하기 위해 전문가단체와 파트너십을 통해 기구를 운영

2) 수가수준의 정상화

- 지나친 가격통제로 인해 공급자의 행태를 왜곡시키고 의료체계의 정상적 운영을 저해하는 수가수준을 정상화시켜 급여의 적정성을 제고함
 - 특히 응급진료, 신생아 및 미숙아 진료, 중환자실 진료의 경우
- 진찰료 수가를 정상화시켜 장비 등과 같은 물적 서비스 제공에 대한 왜곡된 유인을 시정
- 현행 진료비 체감제는 반시장적인 정책으로 소비자의 이용에 대한 접근성을 저해하므로 철폐
- 의약분업이후 건강보험 재정난 때문에 조정된 야간가산 적용 시간대의 정상화

3) 의료비 증가 모니터링 및 국가적 관리

- 의료비 증가에 대한 소비자와 공급자 책임을 고취하기 위해 주요 증가요인별 목표치를 도출하고 증가요인에 따른 지출규모를 조정함

6. 건강보험 관리체계의 개혁과 경쟁원리의 도입

□ 필요성

- 현행 단일 보험자체계하에선 관리의 효율성을 기하기 어렵고 관료주의로 인한 경직성으로 소비자 민원이 급증하고 있음
- 건강보험 관리체계의 유연성과 소비자에 대한 반응성을 높이기 위해선 경쟁 원리 도입이 불가피함
- 우리나라의 국민건강보험제도는 민간의료기관에 의존하는 사회보험방식이면서 조직과 재정이 하나로 통합되어 있는 기이한 구조를 가지고 있으므로 이의 제약성 하에서 대안을 고려해야 함

□ 이러한 한계 속에서 경쟁을 통한 효율성 제고방안을 모색

- 단기적인 경쟁 방안으로는 현재의 지역단위로 설치되어 있는 지사들을 경쟁 시키는 내부경쟁(internal competition)을 유도
- 장기적으로는 네덜란드식의 관리하의 경쟁모형(managed competition)을 검토할 수 있음

7. 민간보험체계 정비

가. 민간의료보험의 발전방향

- 민간보험 도입의 긍정적 효과로서, 경쟁으로 인한 효율성과 서비스의 질 제고, 공보험 재정절감 효과 등을 고려할 때, 경쟁형 민간보험이 보충형 민간보험보다는 우월하다고 할 수 있으나 단기적인 수용성 측면에서는 보충보험의 형태로 정비되는 것이 타당
- 민간의료보험에 대한 정책적 접근은 다음과 같이 단기적으로는 보충보험 형태로, 중장기적으로는 경쟁형 보험 도입을 검토하는 순으로 단계적 과정을 거치는 것이 바람직함

1) 단기방안 : 보충형 보험으로서 공보험 보완

- 단기적으로는 공보험을 보충하는 역할을 중심으로 정책적으로 유도하며 민간보험이 분담해야할 영역으로는
 - 건강보험에서 급여하지 않고 있는 첨단 의료기술,
 - 비용효과에 대한 자료가 축적되지 못한 건강증진 및 예방서비스 분야,
 - 부가서비스 및 고급의료(상급병실 및 식대료, 침습성 의료기술을 대체할 수

있는 비침습성 기술 등) 등과 같은 영역들을 고려함

2) 중장기 방안 : 경쟁형 보험체계 도입

- 중장기적으로는 경쟁형 민간의료보험 체계의 도입을 검토하며 경쟁모형은 가능한 기존의 공보험체계와 공존하면서 상승효과를 거둘 수 있는 모형으로 설계함
- 세부적으로는 다음 사항들이 포함될 수 있겠음.
 - 의료급여 대상자를 제외한 전국민이 공보험에 의무적으로 가입하여 국민건강보험공단에 소득비례 보험료를 납부하게 하고, 보험급여에 있어 공보험과 민간보험을 자율적으로 선택하게 함.
 - 보험자는 민간보험 급여를 선택한 가입자에게 성과 연령에 따른 위험율을 보정한 1인당 평균보험료를 바우처로 지급하고, 공보험 급여를 선택하면 현행 체계를 유지하며 가입자가 민간보험 급여를 선택할 경우엔 보험자가 정한 보험료에서 바우처 지급액을 차감한 추가보험료를 납부한 후 민간보험 급여체계를 적용함.

나. 민간의료보험 활성화를 위한 지원정책

- 민간의료보험 가입시 세제혜택을 제공함(이때의 세제혜택은 위에서 언급한 민간보험의 역할 중 고급의료 및 부가의료에 대한 경우는 제외함).
- 기업이 근로자를 위한 단체보험 가입시 손비로 인정함
- 민간보험의 효율성을 극대화하기 위해 요양기관 계약제 실시와 다양한 공급 네트워크 구축을 위한 규제완화 등 의료체계 변화를 모색함

다. 소비자 보호를 위한 정책보완

- 의료기관 및 민간보험사에 대한 공시제도를 실시
- 가입자들이 민간의료보험 상품에 대한 비교가 가능하도록 관련 정보를 체계적으로 제공
- 정부는 민간보험사간, 민간보험사와 의료기관간 담합을 방지하는 역할을 수행

III. 의료제공체계 개혁

1. 공공의료 보완을 위한 민간의료 제공기반의 구축

가. 획일적 공공의료 제공의 문제점

- 우리나라는 민간이 설립한 의료기관에 대해서도 심한 통제를 하여 실질적으로 공공의료를 생산, 공급하는 역할을 강요하고 있음.
 - 공공부문에서 설립한 의료기관이나 민간이 소유 또는 개설한 민간의료기관에 대한 구분 없이 ① 요양기관 당연 지정제도, ② 수가의 실질적 정부 결정제도, ③ 영리 의료기관 불인정 등의 정책 시행
- 따라서, 현재 우리나라에는 순수한 민간의료(자율의료)는 없는 실정임. 민간의료기관도 모두 공공의료(통제의료)를 국민에게 제공하고 있음
- <그림 3-1>에서 볼 수 있듯이, 실질적 정의에 입각하여 민간의료를 영리를 목적으로 제공되는 의료 및 사회보험에 적용되는 환자를 진료하지 않는 의료라고 정의할 때 우리나라에는 현재 민간의료가 제공되고 있지 않음

<표 3-1> 현행 공공의료와 민간의료 제공주체

의료서비스 설립주체		공공의료 (통제의료)	민간의료 (자율의료)
		공공기관	○
민간기관	비영리	○	×
	영리	×	×

주: 현행 제도 하에서는 민간의 자율적 의료나 영리의료기관은 존재하지 않음

나. 공공의료기관의 역할 재정립

- 공공의료기관의 의료서비스 제공은 1차적으로 의료급여 대상자 등 극빈층을 목표로 하되, 그 외에도 다음과 같은 영역을 특성화하여 투자를 집중함
 - 연구개발사업과 같이 외부효과가 큰 공공재에 대한 투자, 비금전적 장벽(non-monetary barrier)으로 인해 민간 의료제공자의 공급부족이 장기간 발생하거나 발생할 가능성이 있는 지역(도서벽지 등의 의료 취약지).
- 공공의료기관의 경우 공익성을 담보하기 위해서는 경영 효율만 강조하는 정책 기조가 바뀌어야 하는 데, 공공의료기관의 확충은 비효율성 증대 및 욕구부응

의 비탄력성 등의 문제점을 동시에 고려하여 결정되어야 함

- 공공의료기관의 역할이 불요불급한 영역에서는 민간의료기관과의 대체성을 고려하여 확충을 신중히 결정

다. 민간의료 제공기반의 구축

- 공적 의료보장에서는 재정적인 제약으로 인하여 다양한 수요욕구를 충족할 수 없으며, 서비스의 질에서도 평준화를 기할 수 밖에 없어 국민들의 불만이 누적되며 이로 인하여 해외로의 의료 외유를 불가피하게 함
- 모든 국민에게 보편적이며, 포괄적인 서비스의 제공은 건강보험과 같은 공공의료의 영역으로 하고, 고가의 서비스 등은 민간의 영역으로 하는 역할분담을 통하여 다양한 의료 욕구를 개인의 필요와 지불능력에 따라 구입할 수 있게 선택권을 부여(표 3-2 참조)

<표 3-2> 개선된 공공의료와 민간의료 제공주체

의료서비스 설립주체		공공의료 (통제의료)	민간의료 (자율의료)
		공공기관	○
민간기관	비영리	○	△
	영리*	△	○

주: 현재 정부는 영리 의료기관제도의 도입을 긍정적으로 검토하고 있음

- 민간의료는 “건강보험과 요양급여 제공 계약을 맺지 않는 의료기관”으로 정의하고, 민간의료를 허용하되, 건강보험과 계약을 맺어 건강보험의료라는 공공의료를 위탁 제공하는 민간의료기관들에 대해서도 시설의 일부분은 비보험 의료를 제공케 허용(예 : 전액 본인부담 병상)
- 민간의료는 의료비 부담의 증가를 초래할 수 있으나 의료의 질, 다양성, 수가 결정의 자율성이 보장되는 영역으로 차세대 성장 동력으로서의 보건의료산업 발전을 견인하고 글로벌시대에 무한가치를 창출 할 수 있는 터전이 될 것임

1) 요양기관 자유계약제 실시

- 민간의료의 허용을 위한 전제 조건은 요양기관 당연 지정제도를 자유계약제도로의 전환으로, 일부 민간 의료기관은 건강보험과 계약을 맺지 않고 의료수가를 자율 책정하고, 진료비는 전액 환자에게 부담시키는 방식의 순수 민간의료가 등장 할 것임.

- 또한 자유계약제는 건강보험자로 하여금 부적절한 의료를 공급하는 의료기관을 건강보험에서 퇴출시킬 수 있는 권한을 부여하기 때문에 공공의료에서의 의료의 질 향상에도 기여할 것임

2) 기명식 의료구매권제도 시행

- 건강보험료를 내면서 공공보험의료 대신에 민간의료를 소비하는 계층에게는 연령별, 성별로 보정한 연평균 건강보험 급여 지출비에 해당하는 기명식 의료구매권(voucher)을 주어 민간의료 구입 시 이를 이용하여 지불하도록 하되 추가 의료비 금액은 전액 본인부담으로 하고 민간의료만을 이용하도록 조치

3) 민간 영리의료기관 허용

- 민간의료기관 가운데서 희망하는 경우에는 의료기관수익을 운영자가 가질 수 있게 하는 영리의료기관을 허용함으로써 투자재원조달 용이, 주식시장 상장을 통한 재정투명성 제고, 관리의 혁신, 의료소비자들의 다양한 욕구 충족과 신(新)의료기술의 개발에 기여
- 민간 영리의료기관을 이용하는 경우에, 제도 도입 초기에는 전액 자비부담을 원칙으로 하고 이후 민간 영리의료기관의 성숙이 이뤄지면 의료소비자의 기명식 의료구매권(voucher)의 이용을 허용

4) 의료취약지역의 중소병원 지원

- 의료취약지역 주민의 의료접근성과 응급의료의 확보를 위해 중소병원이 꼭 필요한 지역을 선별하고, 부족한 의료수요 하에서도 지역주민에게 의료를 제공할 수 있도록 자본비용의 일부 지원이나 '유리한 의료수가제도(favorable fee system)'를 도입

5) 개방형 병원제의 실시와 병원 전문화 지원

- 현재 의료기관은 설비·인력의 중복투자로 의료자원이 낭비되고 있음.
- 따라서, 의원에서는 일차적인 의료 수요를 충족시키는데 한정하고 고가의 자본계를 갖춘 전문 병원에서는 정밀진단과 수술 등을 시행하도록 개방형 병원제와 전문 병원화를 유도
 - 이를 위하여 개방형 병원 및 전문 병원화를 위한 보험수가체계를 개발하고, 설비·인력 규제를 개선 또는 완화

2. 통합의료 제공체계의 구축

가. 현행 의료제공체계의 문제점

- 현재 유명무실하게 실시되고 있는 1,2,3차 의료전달체계는 1920년대 급성질환 중심일 때 이동성이 취약한 상황에서 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)에 따라 구축된 구시대의 산물임
- 또한 우리나라는 의료서비스의 공급은 대부분 다양한 형태의 민간의료기관에 의해 이루어지고 있는 데 반해, 건강보험의 관리운영은 단일 주체인 국민건강보험공단이 담당하고 있어 의료공급시스템과 보험시스템이 상호 부조화의 상태에 있음
- 우리나라는 독일과 네덜란드의 체계와는 달리 경쟁을 통한 효율화 달성에 상당한 제약이 있음

나. 연속적인 서비스 제공을 위해 가칭 “건강향상지원단” 제도와 건강보험의 경쟁 틀의 조화 : 장기적인 방안

- 현재 우리나라 의료제공체계의 문제점을 해결할 수 있는 대안으로 독일이나 네덜란드의 관리 하의 경쟁(managed competition) 모형과 같이 먼저 보험자간의 경쟁과 공급자간의 경쟁 그리고 중국에는 보험자와 공급자가 경쟁하는 다차원의 틀을 고려할 수 있음
- 각 의료공급자는 자율적으로 수직-수평통합(vertical or horizontal integration)하여 독자적인 가칭 “건강향상지원단(health improvement assistance organization, HIAO)”을 구성
 - 건강향상지원단은 계약한 의료소비자의 치료-재활-장기요양-호스피스 등에 대한 포괄적 서비스를 공급하되 의료기관의 종별 구분이라는 전근대적 경직성을 탈피하여 서비스 중심의 연계(continuum of care) 체계로 실질적 내용의 통합모형 내지는 결합체(integrated delivery system)를 구성
 - 문지기 의사(gate-keeper) 및 사례관리자(case manager) 등의 역할을 누가 할 것인가는 건강향상지원단에 참여하는 의료공급자들이 자율적으로 결정
 - 또한 이 경우 양방과 한방의 협진체제로 건강향상지원단을 구성할 수 있으며 건강향상지원단은 지역 구분에 제한을 받지 않도록 함
 - 건강향상지원단은 보험급여만을 배타적으로 진료할 수도 있고 기타 보험급여에서 제외되는 의료도 제공 가능(이 경우는 전액본인부담이 됨)
 - 건강향상지원단이 건강보험 공단과 요양기관계약을 맺도록 함

- 의료소비자는 1년에 한번 건강보험공단에서 공표한 건강향상지원단에 대한 평가와 자체적으로 행한 건강향상 및 추가 비용 그리고 소비자만족도 평가결과를 감안해 건강향상지원단을 선택
 - 건강향상지원단의 과도한 시장독점화를 막기 위하여 그리고 건강향상지원단 간의 가격담합을 방지하기 위하여 의료시장에서의 불공정거래행위에 대한 내역을 구체화하고 공정거래법 등에 의거 공정거래위원회의 감시체계를 강화.
- 건강보험공단은 건강보험 가입자가 선택한 건강향상지원단과 계약을 체결하여 의료소비자에게 효율적인 서비스를 공급
 - 건강향상지원단의 선택은 보험가입자가 하되 계약주체는 공단이 됨.
 - 지불보상방식은 인두제, 행위별 수가제, 포괄수가제 등 다양한 방법을 적용.
 - 공단은 의료소비자에 대한 계약전후의 의료의 질 평가를 수행할 수 있도록 건강향상지원단과 계약.
 - 건강향상지원단의 건강관리 비용과 효과의 객관적 평가결과는 투명하게 공표.
- 이 제안은 통합 건강보험 하에서 '규제일변도의 관리방식' 대신 '계약에 근거한 시장 관리'에 의존하여 의료의 질, 비용, 성과를 관리하고 나아가 연계된 광범위한 건강관리를 기하도록 구조를 개선
 - 건강보험관리에서 장기적인 경쟁모형이 검토될 경우, 공급측면의 건강향상지원단과 연계하여 전면적인 경쟁이 가능할 수 있도록 구조를 설계

3. 의료환경 변화에 따른 제도의 합리화

가. 응급의료체계의 개선

- 응급의료는 보통 의료의 소비패턴과는 달리 소비자의 의료소비 의사와는 관계없이 의료제공자가 직접 방문해야 하는 바 무엇보다도 의료제공자에게 공급유인이 필요한데, 공급유인이 적다면 과소공급으로 위협한 생명을 구하기 어려움
- 정부는 민간 의료기관이 충분히 공급된 지역에 대해서는 응급의료행위를 합리적으로 규정하고 이에 관련된 수가를 적정화하여 민간부문의 과소 공급을 막고 응급의료 취약지역의 의료기관에 대해 응급의료 설비 및 인력을 정부가 지원
- 가격과 투입요소 지원으로도 민간부문의 공급이 과소한 지역의 경우, 응급의료설비와 인력을 갖춘 근접 공공의료기관이나 소방서에 긴급수송수단(예 : 헬리콥터)을 공급함으로써 응급의료의 접근성을 제고

나. 양방과 한방의 협력체계 구축

- 양방과 한방의 분절적 서비스 제공과 부단한 영역 갈등은 인구 고령화 및 양질의 의료에 대한 국민 욕구 증대와 함께 보건의료분야의 지속적인 문제를 야기
 - 상대 의료전문영역에 대한 이해부족과 치료영역의 중복에 기인하는 바, 이는 본질적으로는 통합적 의학교육 제공체계 부재에 기인한다고 볼 수 있음
- 이에 일반의 또는 전문의 양성제도 내에서 양방과 한방을 통합하는 의사양성제도로의 점진적 개혁이 요구됨
 - 양한방 통합교육과정을 만들어 이를 국공립대학교를 대상으로 시험사업을 실시하고 그 효과를 평가하는 것이 필요함.
 - 또한, 정부가 권장하고 있는 의학전문대학원에서 양한방 통합교육과정을 두고 이를 시행하는 경우 대폭적으로 의학교육연구비를 지원하는 방안도 고려할 수 있음.
- 또한 기존 양의와 한의에 대해서는 보수교육을 통해 양쪽의 행위영역을 공유하도록 추진

4. 보건의료 인력 양성의 합리화

가. 의사인력 정책

1) 현황 및 문제점

- 1977년 의료보험제도 도입이래 의사인력 증가정책을 실시하였으며, 1989년 전 국민 의료보험을 계기로 보다 적극적인 의사인력 증가 정책 실시. 그러나 최근 의사인력의 과잉 논란으로 의사 인력감축 정책 수립에 난항을 겪고 있음
- 다음과 같은 이유로 의사인력 배출에 국가가 관심을 가져야 할 필요성이 있음
 - 의사 및 의학교육의 질 저하 초래, 국민의료비의 증가, 의료 공급 행태의 왜곡 초래, 낙오된 의사들의 퇴출과정의 복잡

2) 의사 인력정책 개선 방향

- 의학교육과정에 대한 질 관리 강화를 위해 동일지역 내 의과대학의 의학교육

과정의 통합운영으로 점진적인 의과대학 입학 정원 감축 및 통폐합 유도하고, 대학 부속병원에 제공되는 감세정책의 전면적 개혁을 통한 의과대학 통폐합 유도

- 급변하는 의료 환경에 적응하기 위해 의학교육 과정 이전의 교육 강화전략에서 의학교육 후 전문교육 강화전략으로 전환하고, 부가가치를 창출할 수 있는 기초의학을 육성하기 위한 기반을 마련
- 전공의 수련교육과 직무보수교육 개선하고, 양의사와 한의사 의사인력 통합관리 추진
 - 2002년 12월 파리에서 열린 OECD 회의에서 우리나라의 한의사 수는 의사수에 포함시켜 인력을 산출할 것을 권고
- 의사인력이 의료산업 및 생명공학산업과 관련된 여러 산업으로 진출하여 국가 경쟁력을 높일 수 있는 의학 교육시스템으로의 개혁

나. 기타 보건의료 인력정책 개선방향

- 보건의료 전문 인력의 양성에는 노령화사회에 대비하여 노인의료 등 미래의 의료수요를 예측하고 이에 적절한 인력 정책을 미리 수립해야 하는 바, 보건의료 직종들의 업무영역을 전체 보건의료체계의 틀 속에서 재정립하고 협력관계를 유도하는 연계체계가 필요
- 구체적으로는, 개별적으로 논의되고 직종별 영역에 대한 법적 규정을 통합적으로 다룬 '보건의료인력기본법(가칭)'을 제정함. 동일 법률 내에서 각 인력들의 업무영역 및 범위를 명시하고 상호 협력범위를 규정함으로써 갈등을 미연에 방지함. 아울러 영역중복을 조정하는 기전을 명시

5. 의약분업제도 개선

가. 현황과 문제점

1) 의약분업에 대한 전문직능간의 갈등

- 의약분업에 대하여 약사회측은 대체적으로 긍정적으로 평가하고 있으나, 의사회측은 약국에서 질병에 대한 문진이나 임의처방에 따른 약제의 조제나 판매를 불법적인 행위로 간주하여 갈등의 소지가 큼

2) 항생제, 주사제 처방 감소실적 미흡

- 정부가 의약분업 정책목적 중의 하나로 제시한 것이 의약품의 오남용 감소였지만, 의약분업 실시 이후 오남용 감소 실적은 매우 미흡함
 - 의약품의 처방약품수 감소는 큰 차이가 없음.
 - 청구건당 항생제 처방률은 감소하였으나, 이는 의약분업보다는 2001년 하반기부터 실시된 약제적정성 평가가 더 큰 영향을 미친 결과로 해석됨.
 - 주사제 처방률은 감소하였으나 분업실시 전인 2000년 1월과 6월 사이에 가장 큰 감소가 있었던 점을 감안하면 분업과 상관없이 주사제 처방이 감소하는 추세의 반영이라는 해석이 더 타당.

3) 의약분업 실시로 보험의료비의 급격한 증가

- 의약분업은 3조원에 달하는 직접적인 보험진료비의 증가에도 불구하고 국민건강의 향상이나 국민의료비 절감, 의약사의 분업을 통한 생산성 향상이라는 정책목표의 달성은 실패하고 있음.
- 건강보험 연간 총 의료비는 분업 전 12조 2,866억원에서 분업 1년 후 16조 4,995억원으로 4조 2,129억원 증가

4) 의약분업의 후속조치로 인하여 의료체계 왜곡 초래

- 의약분업 정책의 목표 중의 하나였던 전체 의료비 중 약제비가 차지하는 비중을 감소시켜 궁극적으로 국민의료비를 절감하겠다는 목표는 효과를 거두지 못하였고, 건강보험 재정 압박에 대한 정부의 '제정안정화대책'은 우리나라 의료체계를 왜곡시키는 방향으로 몰아가고 있음

5) 의약분업에 대한 국민만족 저하

- 의약분업으로 인한 의료기관 외래에 대한 접근도 약 28% 감소하였고, 조제포기 비율이 의약분업 전 2.6%에서 분업 후 10.1~15.8%로 증가하였고, 국민들의 89.9%가 의약분업 제도가 수정되어야 한다고 응답(42.1% : 전면폐지, 47.9% : 수정, 보완)
- 의약분업제도에 대한 만족 응답은 11.7% 불과
 - 불만족 요인(비용 측면: 80.4%, 소요시간 측면: 77.0%, 절차 측면: 75.2%)
 - 한국보건사회연구원 : 80% 이상이 불편.
 - 한국갤럽 : 의약분업은 '잘못한 일'(76.9%).

나. 개선방안

1) 의약분업에 대한 엄정한 평가를 통한 개선방안 마련

- 의약분업 정책 평가를 객관적으로 실시하여야만 미래지향적인 국가정책을 수립하기 위해 행정부처 및 산하 기관에서 수행하는 내부평가보다는 국회 등의 외부평가를 수행
 - 의약분업정책평가에 행정부처의 영향력이 과도하게 지배하는 한 공정한 평가가 이루어질 수 없음
- 국민의 측면에서 비용효과성을 고려한 객관·공정한 평가 후 의약분업 전반에 대한 전면적 정책 개편방향을 논의함이 타당함

2) 가정상비약품의 슈퍼판매 허용

- 국민들의 불편을 해소하고, 가정상비약품에 대한 국민들의 저렴한 구매를 유도하기 위해서는 가정상비약품의 슈퍼판매 허용이 전격적으로 단행되어야 함
- 외래 본인부담금의 상향 조정과 함께 가정상비약품을 슈퍼에서 판매하게 한다면 국민들은 가벼운 질환을 스스로 자가 치료할 것이고, 그래도 낫지 않을 경우 의료기관을 방문하게 될 것임

3) 의약분업으로 인하여 불편이 많은 환자들에 대한 배려

- 노약자, 소아, 육체 및 정신장애인, 신체적 어려움을 동반한 만성질환자, 특수질환자 등 의약분업으로 인하여 많은 불편을 겪어야만 하는 국민들을 위한 능동적인 보완책이 마련되어야 함
- 주사제를 의약분업 예외 항목으로 설정하였듯이 환자들의 불편도를 감소시켜주기 위한 적극적인 정책이 추가적으로 마련되어야 할 것으로 판단됨

IV. 공공보건의체계의 개혁

1. 공공보건의체계의 범주

- 현 정부는 공공보건의료라는 모호한 개념을 사용하여 공공보건과 공공의료를 혼동시키고 있음
- 공급조직의 차원에서 구분하면 공공보건의료체계의 범주는 공공보건조직과 공공의료조직으로 나누어야 함
 - 공공보건조직에는 보건복지부 및 산하 보건기관, 광역자치단체의 보건업무 담당부서 및 보건시설, 기초자치단체의 보건소, 보건지소, 보건진료소가 속함.
 - 공공의료조직은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있는데 하나는 서울대학병원을 비롯한 국립의과대학부속병원과 국공립병원으로 나눌 수 있음.
 - 이 장에서는 공공의료조직은 제외하고 공공보건조직에 한정 함.
- 공급서비스의 차원에서 구분하면 공공보건의료서비스는 공공보건서비스와 공공의료서비스로 나눌 수 있음
 - 공공보건서비스는 집단을 대상으로 하는 보건서비스 영역과 개인을 대상으로 하는 보건서비스 영역으로 나눌 수 있음.
 - 집단을 대상으로 하는 공공 보건서비스 영역은 그동안 전통적으로 수행해 왔던 기획업무, 지도·감독 업무와 방역업무, 공중위생 관련업무가 해당.
 - 개인을 대상으로 하는 공공 보건서비스 영역은 최근 보건소의 주 업무가 되고 있는 방문보건사업, 건강증진사업 등이 해당.
 - 공공의료서비스는 주로 개인을 대상으로 하는 진료를 중심으로 하는 서비스 영역으로 이 장에서는 다루지 않음.

2. 공공보건의체계의 개혁 기본 틀

- 중앙통제적인 상명하달의 의사결정 및 재정 지원체계를 지양하고, 전문가적 집단 의사결정체계의 확립과 통합 사업비용 교부를 통한 지역특성화 사업 지향
- 공공 보건시설, 보건조직의 확대에서 실질적인 공공보건서비스 공급 확대 방향으로 전환
 - 민간과의 협력을 통한 공공보건서비스 공급을 바탕으로 효율적 시스템 구축.
 - 직접서비스 공급인력 확보에서 기획, 협력, 조정, 평가 수행을 위한 인력 확보.
 - 위탁사업의 활성화를 통한 공공보건조직의 경량화 추진.

- 전시행정적 나열형 공공보건서비스 공급을 지양하고, 현실적으로 수행 가능한 사업대상과 업무영역으로 국한.
 - 지역보건자원과 보건사업대상자의 유기적인 연계성을 확보하기 위한 획적 연대 방안 강구.
 - 취약계층에 대한 공공보건서비스 제공방법의 다양화.
 - 서비스 공급을 위한 아웃소싱 등 자원 활용의 다양한 모형 개발.

3. 공공보건체계의 개혁 방향

가. 보건행정 의사결정체계의 개혁: '보건협력운영단(가칭)' 체계 확립

- 현황 및 문제점
 - 보건체계 인력구조의 전문성 부재로 인한 기획, 협력, 조정, 평가 기능 수행의 한계.
 - 직원 재교육을 통한 전문성 제고의 한계.
 - 비전문적, 독단적 의사결정체제로 인한 낭비적 행정체계 개혁 시급.
- 개선방향
 - 보건행정조직의 독자적 의사결정 운영체계에서 민간 전문가 집단과 공공의 협력 운영체인 '보건협력운영단(가칭)' 체계 확립.
 - 공공보건업무 의사결정의 전문성 강화.
 - 보건관련 업무를 총괄하는 공공-민간 합동 집단의사결정 기구의 출범.
 - 보건관련 업무 의사결정 및 추진 체계에 민간 전문가 또는 단체가 적극적으로 참여.
 - 민간기관 및 공공기관이 함께 참여하는 보건사업체계 확립.
 - 각 부문별 '보건협력운영단'은 중앙, 광역자치단체의 공공보건 영역별 의사결정 부문에 설치하고, 기초자치단체에서는 지역 민간전문가 또는 관련 기관들과 함께 제반 업무 공동의사결정에 참여.
 - 비전문적, 독단적인 의사결정을 배제하여 합리적인 정책 수립.
 - 일부 엘리트 집단에 의해 주도되는 정책결정과정과 행정체계 개혁을 통하여 선진 한국 창조.
 - ※ 최근 미국의 공공부문에서 추진되고 있는 Turning Point Planning은 좋은 사례가 될 수 있음.

나. 중앙통제 업무 수행에서 지역 자율적 업무수행체제로 전환

- 현황 및 문제점
 - 보건복지부의 획일적인 중앙 보건행정업무 및 보건사업 업무 부여
 - 예산 활용에 대한 획일적 지침하달.
 - 지방자치단체의 추진과제와 보건복지부 추진과제의 상충 및 업무 가중.
- 개선방향
 - 보건복지부의 지역 보건사업 예산을 통합사업비용(block grant)으로 배정.
 - 중앙정부에서 원하는 사업의 목표와 이를 실천하기 위한 사업비용의 지원.
 - 수행방법은 각 지역의 실정에 따라 다양하게 시행될 수 있도록 예산 활용의 재량권 부여.
 - 필수적 공공보건서비스 이외의 불필요한 획일적 보건복지부 보건사업 추진 억제.
 - 지방자치단체에 적합한 특성화된 자율적 보건사업 실시 촉진 및 지원.

다. 보건기관 기능 개혁 : 직접적인 진료서비스 공급업무에서 공공보건 서비스의 기획, 협력, 조정, 평가 기능 수행으로

- 현황 및 문제점
 - 육구사정, 정책개발 및 보건기획, 평가 기능의 취약.
 - 직접 진료서비스에 치중된 인력구조 및 기능수행의 문제.
 - 도시지역에서는 민간의료기관과 보건소의 진료서비스와 경쟁 및 기능 중복
 - 보건소의 진료서비스제공에 대한 전문성 제고의 한계.
 - 기초자치단체장은 주민 표를 의식하여 보건소에서의 진료서비스 공급에 주력.
 - 현재 보건소 업무 중 상당부분을 차지하고 있는 개인대상 보건서비스 제공 기능은 현재 인력구조 하에서는 비전문적, 비효율적 업무가 되어 있음.
- 발전방향
 - 개발도상국형 보건소 기능을 선진국형 보건소 기능으로 전환.
 - 육구사정, 정책개발 및 보건기획, 평가 기능 강화.
 - 직접 서비스 기능의 위탁운영을 통하여 비전문적, 비효율적인 업무 감축.
 - 보건소 인력의 기획, 평가 기능 강화를 위한 위탁 및 재교육 강화.
 - 개별적으로 제공해야 할 직접 보건서비스 제공업무는 예산을 마련하여 위탁 서비스제도로 운영하는 것이 전문적, 효율성 강화의 방향이 될 것임.
 - 취약계층을 제외한 일반 인구집단에 대해서는 본인부담(보험)진료비를 민간 의료기관과 같게 하여 진료서비스 제공에 따른 보건소의 부담 경감.
 - 취약계층에 대한 진료서비스도 예산마련 후 전문화된 시설이 있는 곳으로 위탁하는 것이 바람직.

- 가능한 진료서비스를 보건소에서 지양하는 것이 바람직함.
- 공공보건서비스 업무 중 위탁 가능한 분야는 예산마련 후 위탁 운영하는 것이 보건소 조직을 경량화 하는 방향이 될 것임.

라. 공공보건조직 업무 영역의 새로운 정의 : 우리나라 보건소 업무의 개편 필요

- 현황 및 문제점
 - 우리나라 보건업무는 주로 기초 지방 자치단체의 보건기관인 보건소에 전적으로 의존하고 있는 형편.
 - 인력 부족과 취약한 전문성에도 불구하고 과다한 업무로 인하여 전시행정적인 업무 수행.
 - 사업실적을 위하여 불특정 다수 주민을 위한 사업시행.
 - 사업의 우선순위에야 할 취약계층이 서비스 받을 권리 상실.
 - 지방자치단체 보건소 인력에 비해 중앙정부의 과다한 업무 부여.
 - 상부로부터 하달된 직접 서비스 공급을 위한 인력의 부족.
- 개선방향
 - 집단을 대상으로 하는 공공보건서비스 경우 공공보건조직이 가능한 직접 시행하고, 개인을 대상으로 하는 경우 가능한 위탁 서비스를 제공하도록 함.
 - 진료서비스 기능은 민간 위탁 활성화를 통한 전문성과 효율성 제고.
 - 개인을 대상으로 하는 공공보건서비스의 경우 취약계층을 우선 사업대상으로 하며, 예산의 추가 확보에 따라 대상 인구를 확대.
 - 위탁 서비스에 대한 계약과 평가는 업무수행량 평가방법, 결과근거 평가방법 등 다양한 방법을 사용하여 계약, 평가함.
 - 공공보건서비스 제공의 우선순위 기본 원칙.
 - 공공보건서비스 제공의 우선순위를 정하기 위한 다양한 방법을 전문가 집단과 논의하여 정할 수 있음.
 - 논의되지 않은 경우 기본 원칙은 다음과 같이 정할 수 있음.
 - ① 집단 대상 공공보건서비스 우선제공 원칙 : 집단을 대상으로 하는 사업이 개인을 대상으로 하는 사업에 우선.
 - ② 취약계층 대상 공공보건서비스 우선제공 원칙 : 개인을 대상으로 하는 공공보건서비스의 경우 취약계층에 대한 다양한 서비스가 우선적으로 모두 제공된 후, 각 개별 사업에 있어서 대상인구 집단을 확대.
 - 보건 영역의 업무가 지역 내 보건기관과 민간병원 또는 기관에서 원활히 이루어질 수 있는 접근 방안의 개발과 구축.
 - 전염성 질병의 유행에 대한 관리.
 - 전염성 질병을 예방하기 위한 환경 및 식품위생 감시 및 평가.

- 만성질환의 예방을 위한 환경 및 행태 요인의 수정을 위한 보건교육.
- 응급, 재난 등을 대비한 보건의료자원 정보시스템의 운영.
- 지역사회 보건수준을 증진시킬 수 있는 교육 및 홍보.
- 공공보건업무의 성격에 따라 집중화와 분권화를 구분하여 추진
 - 사업단위의 규모를 증가시킴으로서 운영재원의 비용효율성과 실행능력의 향상을 제고할 수 있는 경우(규모의 경제에 따른 효율성)에는 집중화하는 것이 바람직함.
 - 서비스 특성상 수요의 개별화가 높아, 각 대상자별 수요의 특이성에 부응할 필요가 있을 경우엔 분권화를 통해 사업단위의 규모를 줄이고 유연하게 운영해가는 것이 바람직함.
- 공공보건업무의 성격에 따라 직접제공과 구매(위탁)제공을 구분하여 추진
 - 서비스를 제공하는데 필요한 기술적 전문성(기술수준 및 제공인력의 전문성 포함)의 수준이 높을수록, 이를 직접 개발 관리하는데 많은 노력이 소요되며, 고도의 전문성을 가진 책임인력 등을 충원하고 유지해야하는 어려움이 있으므로 외부 조직으로부터 서비스를 구매하는 것이 효율적일 수 있음.
 - 외부에 해당 서비스를 제공할 수 있는 공급자들이 많이 양성되어 있을 경우 (외부 자원의 대체가능성), 이들 공급자들로부터 서비스를 구매하는 것이 전체 사회 자원의 활용성을 높인다는 점에서 적절.

마. 인력과 예산 운영의 합리성 제고 : 사업내용 변화에 따른 합리적인 인력과 예산운영 방안마련

- 현황 및 문제점
 - 기초 지방 자치단체에 기본 운영권을 주면서도 인력 운영은 행정자치부의 관할 하에서 매우 경직되어 있고, 업무영역에 있어서는 보건복지부의 업무지침을 따라 수행.
 - 지방자치단체의 인력 감축에 있어서 우선순위 대상은 보건소 인력.
 - 지역보건법시행규칙 별표2의 최소 배치기준(6단계)에 의거한 불가피한 보건소 기본 인력 운영.
 - 비상근 인력 활용을 위한 예산 활용 계획 부재.
- 개선방향
 - 지방자치단체 사업대상 인구수 비례에 의한 인력 배정.
 - 보건복지업무가 개인 대상의 업무로 전환되어감에 따라 사업대상이 아닌 일반 인구수를 공공 행정인력 기준으로 배정하는 것은 불합리.
 - 지역인구수 비례에서 사업대상 인구수 비례의 공공 행정인력 배정.
 - 상근 인력을 줄이면서 사업내용에 따른 비상근 인력 활용을 위한 예산의 활용 방안 마련.

바. 보건지소 및 진료소 설치 검토 및 기능 개편

□ 현황 및 문제점

- 설치근거.
 - 보건지소 : 지역보건법 제10조.
 - 보건진료소 : 농어촌 등 보건의료를 위한특별조치법 제15조.
- 법적 실효성 및 효율성 결여.
 - 1980년 12월 31일 제정된 ‘농어촌 등 보건의료를 위한특별조치법’의 실효성에 대한 전반적 검토 필요.
 - 도로, 교통의 발달, 도시화 지역의 확대, 보건의료인력의 양적 급성장으로 인하여 일부지역을 제외한 보건의료취약지역의 타당성 결여.
 - 보건지소와 보건진료소의 생산성과 효율성 결여.
- 전문의 등 우수 의료 기술 인력을 3년간 기술적 계발을 막는 제도로 지역 면 단위 공중보건의 수료 후 기술적 재교육을 받아야 하는 실정.

□ 그럼에도 불구하고 현 정부는 '05년 9월부터 전국 6개 지역에 대하여 도시보건지소 시범사업을 향후 2년간 전개할 계획을 갖고 있음

□ 개선방향

- 보건지소 및 보건진료소의 생산성 및 성과에 대한 주기적 평가.
 - 과정과 결과에 근거한 평가가 바람직함.
- 보건지소 및 보건진료소의 합리적 운영에 대한 대안 마련.
 - 보건지소 및 보건진료소의 시설에 대한 새로운 대안 제시 필요.
 - 진료목표량을 설정 등을 기초로 한 위탁 또는 임대운영사업 가능.
 - 보건지소 및 보건진료소의 인력 활용에 대한 새로운 대안의 제시 필요.
 - 공공의료시설 또는 공공보건의료 연계사업 의료시설에 인력 임대사업 가능.

4. 취약계층에 대한 공공보건서비스 제공 전략

가. 보건의료 취약계층의 정의

- 경제적 취약계층 : 저소득빈곤층(기초생활보호대상자와 차상위계층).
- 노인 계층 : 노인.
- 장애인 계층 : 육체 장애인, 정신 장애인.
- 의료 취약계층은 서로 중복되어 있으므로 보건사업 실시에 있어서 포괄적으로 접근하는 것이 바람직함.

→ 인구의 몇 퍼센트를 의료취약계층으로 정의할 것인가는 국가의 경제력과 매우 밀접한 관계를 가질 수밖에 없음(장애인 출현율 : 한국(3.09%), 미국(20.6%), 호주(18.0%), 독일(8.4%)).

나. 취약계층 공공보건서비스 프로그램의 정의

- 공공보건서비스 프로그램의 의미.
 - 건강을 보전하기 위한 접근.
 - 필수적 요소 :
 - ① 적절한 영양의 공급
 - ② 환경위생에 대한 안전성 확보
 - ③ 일상생활 유지
 - ④ 필수 의료서비스 제공
- 따라서 각 기초자치단체는 보건과 사회복지서비스의 총괄적 접근을 공공보건서비스 프로그램의 기본방향으로 추진하여야 함.

다. 취약계층 공공보건서비스 프로그램 운영의 기본 방향

1) 대상자 중심의 포괄적인 접근 필요

- 취약계층이 안고 있는 복합적인 보건의료 수요에 부응하기 위해선 개별 사업 대상자들이 필요로 하는 복합적인 수요에 따라 사업간 유기적인 연계 필요.

2) 보건복지의 통합적 접근 필요

- 취약계층이 공통적으로 안고 있는 과제로서 빈곤완화와 사회적 지원은 보건 의료서비스 제공의 효과성을 높이고 건강의 질을 높이는데 중요한 관건이 되므로 지역 현장에서 이를 통합하여 접근.

3) 수요자 중심의 접근을 통한 반응성 제고

- 보건사업에도 고객중심의 철학과 사고를 도입. 변화하는 욕구에 적극적으로 부응하기 위한 고객만족도 조사, 고객중심의 제공방식 및 과정을 모색하여 취약계층의 반응성 제고.

4) 서비스 제공능력의 전문성 제고

- 정신보건, 재활보건, 만성질환관리 등의 경우, 실질적인 효과를 거두기 위해서는 서비스 제공의 기술적 수준을 높여야 하며, 이를 위해 효과적인 프로그램 개발 및 제공인력의 전문성 중요. 이를 해결하기 위한 가장 효율적인 접근은

해당 직접서비스를 민간에 위탁을 주고 보건기관은 기획, 평가하는 관리능력을 제고하는 것임.

5) 사업특성에 따라 사업주체와 사업방식을 다양화

- 취약계층을 위해 다양한 사업들이 수행되고 있는데 사업간 특성과 세부 대상자들의 요구에 차이가 있음. 사업효과를 높이기 위해서 사업특성에 따라 다양한 사업주체나 접근방식을 활용하여 사업 특이적 접근전략을 수립.

6) 실적기준에서 결과중심에 이르는 다양한 기획과 평가 실시

- 사업 기획과 평가가 주로 실적지표 중심으로 평가되고 있으나 사업의 효과성과 유연성을 높이기 위해선 결과중심의 평가가 필요. 이에 따라 다양한 기획 및 평가 방법이 도입되어야 함.

7) 집중화와 분권화의 조화

- 수요자의 변화하는 요구에 신속하게 부응하고 지역실정에 맞는 접근을 위해 기초 자치단체 수준의 특성화된 접근 필요. 또한 기술능력의 제고와 전체 사업의 효율성 및 효과성을 높이기 위해 광역단위에서의 중앙화된 접근과 지원 필요. 따라서 사업특성과 진행단계에 따라 적절히 집중화와 분권화가 이루어질 수 있는 로드맵 필요.

8) 핵심역량의 집중화와 다각화

- 지역보건법(제9조)에 명시된 기초단위 보건소의 역할은 16개 항목이며, 서비스 대상자 범위도 지역주민 모두에 해당. 제한된 인력과 예산을 고려할 때, 이들 기능을 제대로 수행하는 것은 현실적으로 불가능하여 전이행정적인 역할 수행. 취약계층에 대한 서비스 기능 역시 백화점식 나열보다는 지역사회진단을 통해 취약계층의 지역적 요구도가 높은 전략적 사업영역들을 선정하고, 핵심역량을 집중. 이후 지역단위별 독자적인 특성사업을 다각화해가는 전략 병행. 특성 사업영역들은 광역단위와 기초단위에서 각각 별도로 선정 가능.

9) 경쟁원리 도입을 통한 기관의 동기유발

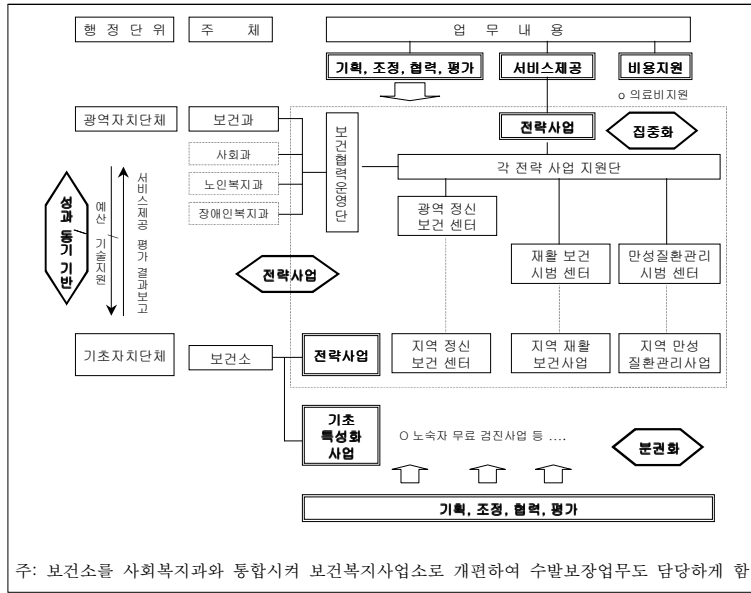
- 기초 자치단체 보건기관별로 보건사업에 대한 열의나 성과에 차이 존재. 따라서 성과와 동기부여가 높은 기관에 대한 인센티브 지원, 기관별 성과에 따라 차별적으로 예산과 사업비를 배분하여 후발 기관의 동기 진작.

라. 취약계층을 위한 보건의료서비스 프로그램 운영 방법

- ① 직접 서비스 프로그램 운영
- ② 현금 지원형 서비스 프로그램 운영
- ③ 민간 위탁형 서비스 제공 프로그램 운영

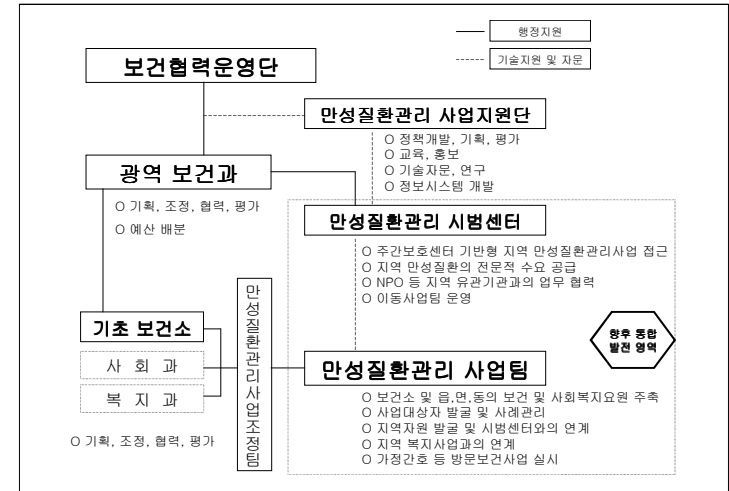
- 취약계층의 보건서비스 수요에 부응하기 위해 제공되어야 할 사업영역의 예
 - 의료비 지원사업(희귀난치성 질환자, 암검진 유소견자 치료비 지원, 저소득 선천성 대사이상자 지원).
 - 만성질환 관리사업.
 - 간병 및 요양서비스.
 - 방문서비스, 이동, 지지서비스.
 - 지역사회 기반 재활보건사업.
 - 지역사회 기반 정신보건사업.
 - 저소득층 건강행태 개선사업(알콜중독재활서비스, 금연사업).
 - 이동 보건서비스 (장애인, 정신질환자 대상).

마. 취약계층을 위한 공공보건사업 광역 및 지역 제공 체계(안)

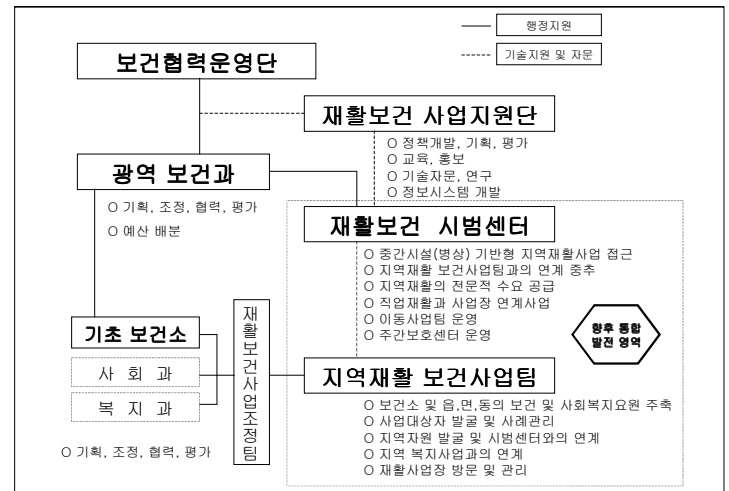


<그림 5-1> 취약계층을 위한 공공보건사업 제공체계(안)

바. 취약계층을 위한 만성질환 및 재활보건사업 제공 체계(안)



<그림 5-1> 취약계층을 위한 만성질환 제공체계(안)



<그림 5-3> 취약계층을 위한 재활보건사업제공체계(안)

V. 보건의료산업 육성방안

1. 기본 원칙

- 국내 보건의료산업의 특성과 강점을 고려하여 경쟁우위를 확보할 수 있는 핵심 역량과 영역들 중심으로 선택과 집중을 모색함
- 연관효과가 광범위한 인프라 지원과 법적 제도적 기반구축에 정책적 노력을 집중함

2. 기술경쟁력 강화기반 구축

가. 전략적 사업영역 설정과 영역별 발전전략에 대한 청사진 마련

- 보건의료 산업 주요 영역별 전략적 가치를 평가하여 국가적인 투자가치가 있는 주요 사업영역들을 설정하고, 분야별 발전전략에 대한 로드맵을 포함한 국가적인 청사진과 목표가 우선 수립되어야함. 아울러 추진과정을 점검하고 보완하는 정기적인 평가과정이 필요함
- 이러한 활동을 총괄적이고 체계적으로 지원할 수 있는 가칭 ‘보건의료산업 지원단’을 총리산하에 설치하거나 관련 부처가 포함된 협의체의 상설 조직으로 운영하는 방안을 검토해볼 수 있음

나. 보건의료기술 R&D 확대 및 R&D 네트워크 정비

- 정부 연구개발 예산 중 보건의료분야 연구개발비 비율을 단계적으로 상향조정하며, 건강증진부담금의 일정 비율을 보건의료기술개발 기금으로 확보하는 방안을 검토
- 중복투자를 피하고 투자의 효과성을 높이기 위한 조정기전을 제도적으로 정비할 필요가 있으며 이를 위해 보건복지부와 관련 부처들의 R&D 현황과 투자전략을 총괄 조율하는 협력체를 마련하여 매년 투자방향과 연구추진과정을 점검
- 민간부문의 R&D 투자를 활성화하기 위해 기업의 R&D 투자규모에 대응하는 방식으로 투자나 용자가 지원되는 방식의, 투자유인기전을 마련할 필요가 있음

- 현행의 나열식 연구사업과 연구비 배분방식에서, 중대형 과제중심, 중장기(5-10년) 연구기간 중심에 선택 집중하는 연구비 배분방향으로 전환
- 의과학 및 임상연구 분야에 대한 연구비 지원이 특히 강화되어야 하며 연구비 지원효과를 높이기 위해 핵심역량 중심으로 수개의 전문영역별 임상연구센터들을 발전시켜가는 내용의 연구지원 방안을 마련
- R&D 활성화와 기술확산을 위해 다음과 같은 지원인프라를 구축함
 - R&D 투자현황 및 기술현황, 해외정보 등에 대한 지식정보 공유와 확산을 위해 보건의료산업 지식정보시스템을 구축 운영
 - 보건의료 기술개발 및 각종 학술연구정보를 통합적으로 접근할 수 있는 통합 DB들과 정기적 자료수집과 관리를 담당하는 조사통계 기반을 구축, 운용
 - 연구결과물을 실용화하는 단계를 지원하고 보건의료기술이전을 촉진시킬 수 있도록 보건의료기술이전센터를 설립 운영

3. 보건의료산업체계의 선진화

가. 산업경쟁력을 저하시키는 규제완화와 경쟁력 제고방안

- 산업경쟁력을 저하시키는 규제완화
 - 의료기관의 시설·인력기준에 대한 규제들을 완화함.
 - 전문병·의원 활성화를 위해 필수 진료과목 및 시설기준을 완화
 - 의료광고에 대한 규제나 환자소개 및 알선 금지기준 등 의료법상 경쟁을 저해하는 기준들을 완화
 - 의약품 제형사제도의 현실화
 - 보건의약품 인허가 과정, 품목 및 업종허가과정의 규제 완화
- 영리병원 도입과 의료기관에 대한 자본참여를 허용
- 요양기관 강제지정제를 철폐하고 보험제도의에서 가격경쟁을 허용함으로써 경쟁을 통한 서비스 질과 가격효율화를 유도
- 서비스 평가체계의 민간공급시장을 활성화시켜 소비자의 알권리 충족과 기관선택의 합리성을 제고

나. e-health, 원격의료 등 디지털 산업기반에 부응하는 법적, 제도적 기반 정비

- 의료법에 부분적으로 포함되어 있는 원격의료 조항들을 포함한 관련 조항들을, e-health 구축단계에 부합하도록 재정비할 필요가 있음. 특히 법적 책임과

한계 명시, 다른 관련법체계(의료법, 약사법)와의 균형과 일관성을 확보

- 유통의 선진화를 위해 전자상거래를 활성화시켜야 하며 이러한 정책목표가 달성될 수 있도록 정보화 기반구축 비용지원, 보건산업 표준화체계를 구축

다. 특성화영역별 산학 협력체계 구축

- 주요 전략적 사업영역 선정과 기반구축시 대학의 연구기반, 병원의 임상실험 현장, 연구기반체계, 산업체가 유기적으로 연계되어 연구체(클러스터)들을 형성할 수 있도록 R&D 투자와 지원 자금을 집중
- 특성화 기술 클러스터는 지역의 균형발전을 유도하는 취지에서 지방의 지자체의 투자에 대응하는 방식을 도입하여 지역클러스터로 확산

라. 보건의료산업 특구지정

- 보건의료분야를 특별히 산업화 단지를 조성하여 육성코자 하는 지역에 대하여 특구지정
- 보건의료산업특구에서는 연구, 임상실험, 산업화를 연계시키는 클러스터가 자연스럽게 조성될 수 있음
- 일본 고베시(神戸市)는 보건의료산업특구로 하여 클러스터가 조성되고 있음

마. 소비자 보호강화 및 보건의료제품의 안전성 확보

- 웹기반의 보건의료 정보교류 활성화를 위해선 교류되는 정보의 신뢰성을 제고시키는 것이 관건이며, 이를 위해 전문가단체로 하여금 이들 정보들을 걸러내고 인증하는 활동을 촉진하는 기반을 마련할 필요가 있음.
- 소비자들이 보건의료산업제품들의 질과 안전성을 확인하고 비교할 수 있는 다양한 정보들을 포함한 웹기반의 정보체계를 운영
- 소비자 피해구제제도를 강화하고 리콜제도를 활성화

4. 보건의료 산업체 육성기반 구축

가. 보건의료산업 육성기금 설치

- 일본과 대만에서 운영하고 있는 공적금고와 유사한 형태로 '보건의료산업 육성기금'을 마련하고 시설장비 공동이용 지원, 중소병원에 대한 신용보증사업, 분야, 전문역량을 가진 기관 지원 등의 분야에 활용
- 경쟁력을 확보한 보건의료 산업 벤처 지원기금 마련
- 보건의료산업 부문의 안정적 투자를 확보하기 위해 투자를 촉진하고 투자재원과 산업을 연결시키는 등의 투자지원활동을 주관하는 투자기구를 민관 공동으로 설립

나. 보건의료산업 수출지원

- 국가차원에서 주요 보건의료산업 분야별 수출상품 선정과 개발전략 지원
- 품질에 대한 국가적 인증(MRA)을 통해 국제적 신뢰를 구축하고 개별 품목의 인증과정이 원활할 수 있도록 지원함.
- 수출지원기구를 설립하여 수출에 대한 대상국가별, 지역별 시장정보 및 법률정보 지원