

토론자 원고

김명훈, PhD(의료관리학), MSW
연세대학교 강남세브란스병원 사회사업팀장/발전기금팀장
(사)한국사회복지사협회 자격제도위원장

의료제도와 의료복지제도의 문제점과 개선방안

1. 서론

국가의 의료제도는 국민을 위한 복지시스템의 한 영역으로 의료의 보장이라 함은 의료서비스 접근성, 의료비 보장, 좋은 치료를 받을 수 있는 의료 기술수준 등을 포괄한다. 국가의 제도에 의한 의료보장은 조세재정을 통해 의료비를 수급하는 국가의료보장제도이든 사회보험에 기반한 의료제도이든 제한된 재정으로 모든 국민의 의료를 보장하여야 하기 때문에 의료비사용에 대한 형평성 담보를 의료비 재정운영의 기본 원칙으로 한다.

본 토론에서는 우리나라 의료제도의 효율성, 의료비 부담수준, 의료자원의 이용 효율성, 의료기술 수준, 건강보험의 보장률, 의료기관의 경영여건, 의료비 지불제도와 의료경쟁력, 의료복지의 적정성, 의료의 연속성 등을 검토한다.

2. 우리나라 의료제도의 효율성 검토

한국의 의료와 의료복지제도는 짧은 기간에 비약적인 발전을 한 것이 사실이다. 우리나라의 의료제도는 사회보험으로 재정을 충당하면서 시장원리에 의해 의료서비스를 공급한다는 측면에서 사회주의적 속성과 시장경제의 조화를 이루고 있다. 현재우리나라의 건강보장은 공적부조인 의료급여가 3.4%, 사회보험인 건강보험이 전체인구의 96.6%에 대해 의료비를 보장하고 있다. 전체 병상수의 약 90%를 민간부분이 차지하고 있을 만큼 의료의 공급은 대부분 민간부문에서 담당하고 있다. 의료소비자의 입장에서는 의료서비스 이용에 있어서 공급자를 자유롭게 선택할 수 있는 반면, 의료공급자의 입장에서는 치열한 경쟁상황에 놓여있는 것이다. 우리나라 의료제도의 장점과 개선할 점은 <표1>과 같이 정리할 수 있다.

<표1> 우리나라 의료제도의 장점과 개선이 필요한 점>

장점	개선이 필요한 점
● 낮은 의료비 수준	● 건강보험의 낮은 보장성
● 양호한 의료서비스 접근성	● 의료기관의 지역적 편중
● 높은 의료수준	● 공공의료의 부족

<표1>에서 정리한 바와 같이 우리나라의료제도는 다른 나라들에 비해 좋은 점들도 많이 있지만 개선의 여지도 많이 안고 있다. 장점으로서는 첫째, 의료비가 낮다는 점이다. 의료비를 소비자 물가상승률 이하로 또는 보험료인상률과 비례하여 국가에서 통제해 온 결과이다.

우리나라의 의료제도는 1980년대 이래 의료비가 연평균 9% 증가하여 OECD회원국의 평균 4.5%에 비해 의료비 증가율이 높은 것으로 인식되고 있지만 의료제도의 기술적 효율성은 지속적으로 향상되어 보건자원 투입 대비 산출(건강지수로 평가)로 평가하는 의료제도 효율성은 우수한 것으로 평가되고 있다(국민건강보험공단, 2012). 우리나라의 의료제도는 보건의료시스템, 의료의질, 의료 접근성 등 평가지표 모든 분야에서 효율성이 우수한 것으로 평가되었다. 이는 낮은 의료비 부담수준으로 시장경쟁에 의한 의료의 질적개선 그리고 건강보험 도입초기 권역별 진료체계운영 등 전국의 의료형평성 추구의 결과로 해석할 수 있다.

3.의료비 수준

의료비의 국제비교를 통해 볼 때, 우리나라 국민 1인당 의료비 지출수준은 OECD 평균의 58%로 매우 낮은 수준이다¹. 의료비 재정수급을 사회보험제도에 의존하고 있는 일본, 프랑스, 독일, 캐나다와 등과 비교하여도 매우 낮고 조세에 기반하여 국가에서 의료비를 보장하는 영국, 스웨덴, 노르웨이 등에 비해서도 월등히 낮다.

이는 2012년 현대경제연구소에서 분석한 바와 같이 의료서비스 구매력지수가 OECD 평균 보다 48% 낮은 것으로 밝혀져 다른 품목에 비해 의료서비스 구매력 지수가 더욱 낮게 나타나고 있는 점을 통해 입증되고 있다. 따라서 우리나라의 현재 의료비가 GDP 대비 6.9% 수준으로 OECD평균에 비해 낮은 수준을 유지하고 있는 것도 같은 맥락에서 이해 할 수 있다.

<표2. 주요 국가별 경상의료비의 구성>

국가	정부	사회보장	사보험	개인부담
호주(2009)	69		8.2	19.4
뉴질랜드(2010)	74.8	8.4	4.9	10.5
프랑스(2010)	3.9	73.7	14.2	7.6
독일(2010)	6.7	70.5	9.6	12.4
일본(2009)	8.6	71.6	2.5	16.3
한국(2011)	11.8	46.7	6.3	34.5
스웨덴(2010)	81.1	0.3	17.8	0.2
노르웨이(2009)	72.3	12.1		15.3
미국(2010)	5.8	43.4	34.7	12.3

반면, 건강보험 보장률은 2010년을 기준으로 볼 때, 62.7%로 2007년 64.7%에 비해 악화되었다. 건강보험 급여율이 증가하였음에도 불구하고 비급여 본인부담율이 증가율이

2009년 우리나라의 국민 1인당 의료비(단위, US\$PPP)는 \$1,879였으며, 이는 OECD 회원국 평균 \$3,233의 58% 수준이다. 1인당 의료비 지출이 가장 많은 미국의 \$7,950의 23.6% 수준이며, 일본의 \$2,878의 65.2% 수준이다.

더 큰 폭으로 증가하였기 때문이다.

2011년을 기준으로 우리나라 경상의료비 중 정부(중앙과지방)의 재정 11.8%, 사회보장(건강보험) 재정 46.7%, 사보험재정 6.3%, 의료서비스 이용시 이용자 개인이 부담하는 본인부담 34.5%로 구성되어 있다.

4.의료기술의 수준

여러 가지의 건강지표를 통해 의료수준을 비교하는 것이 가능하겠으나 암환자치료의 의료수준을 가늠해 볼 수 있는 암환자 5년 생존율을 통해서 보면, <표3>에 나타나고 있는 바와 같이 대체로 모든 암종에서 의료 선진국인 미국과 유사한 수준이며 전립선암을 제외한 모든 암종에서 우리나라가 더 높은 생존율을 나타내고 있다².

<표3. 주요국가의 암환자 5년 생존율 비교>

암종	한국 (‘96-’00)	한국 (‘01-’05)	한국 (‘06-’10)	미국 (‘02-’08)	캐나다 (‘04-’06)	일본 (‘97-’99)
모든암	44	53.7	64.1	65.4	62	54.3
위	46.6	57.7	67	26.9	24	62.1
간	13.2	20.1	26.7	16	18	23.1
자궁경부	80	81.2	80.2	67.9	75	71.5
대장	58	66.6	72.6	64.3	63	65.2
갑상선	94.9	98.3	99.8	97.5	98	92.4
유방	83.2	88.5	91	88.9	88	85.5
폐	12.7	16.2	19.7	15.9	16	25.6
췌장	7.6	8	8	5.8	6	6.7
전립선	67.2	80.1	90.2	99.2	96	75.5

따라서, 우리나라의 의료는 의료비는 낮은 반면, 임상적인 의료 수준은 매우 양호한 상태로 평가할 수 있다.

5.건강보험 보장률

건강보험 보장률이 낮기 때문에 의료 이용시점에서 의료비에 대한 부담이 큰 것이 사실이다. 즉, 의료비를 마련하지 못해 치료를 제대로 받지 못하는 상황이 발생할 수 있다. 의료 이용시 본인 부담이 높은 이유는 지금까지 정책입안기관 및 연구자들이 지적해 온 바와 같이 의료비에 대한 본인부담율(coinsurance)이 여전히 높고(5%~20%), 비급여 의료비 수준이 높기 때문이다. 국민건강보험공단(2012)에 따르면, 비급여 본인부담금 중 병실차액과 선택진료비가 높은 비중을 차지하고 있고 초음파 진단료, 처치 및 수술료, MRI 영상진단 및 방사선치료도 등의 항목에 대한 본인부담금 증가에 기인하고 있다.

비교를 위한 데이터의 시차가 있기 때문에 정확한 비교를 위해서는 자료의 보정이 필요하다. 표에서 제시하는 2002~2008에 해당하는 data는 미국의 National Cancer Institute에서 제공하는 최근의 자료이다.

사회보험에 의한 의료비보장은 전국민을 급여대상으로 한다는 점에 있어서 매우 성공적으로 정착한 상태이다. 그러나 앞서 언급한 바와 같이 보험급여율 부족으로 보장성 문제가 지적되고 있어서 이를 보완하기 위해 산정특례제도를 운영하고 있다. 산정특례제도는 장기적인 치료를 필요로 하거나 의료비 발생규모가 큰 질환에 대해 보험급여율을 상향조정하는 것이다. 보험급여 대상 총진료비의 20%를 이용자 본인이 부담하고 있으나 산정특례제도에 의해 암환자는 5%³, 희귀난치성질환자는 10%, 중증화상환자는 5%, 심장 및 뇌혈관질환으로 수술받는 경우 최대 30일까지 5%만 부담하면 된다. 결과적으로 이러한 질환에 대해서는 보장률이 높아지게 된다. 상병별 보험급여율과 보장률은 <표4>에서 보는 바와 같다(국민건강보험공단, 2010).

<표4>주요 질환의 상병별 보험급여율과 보장률

상병구분	보험급여율(%)	보장률(%)
암	86.9	67.9
뇌혈관질환	73.5	60.9
심장질환	72.6	63.8
희귀난치성질환		68.4

암환자 산정특례제도는 2005년 9월1일부터 시행하여 건강보험급여비 중 10%만 본인이 부담하도록 다른 질환의 경우 본인부담율이 20%인데 비해 10%를 경감하는 조치이다. 이는 2009년 12월1일부로 5%만 부담하도록하여 건강보험급여율을 상향조정하였다. 건강보험의 의료비보장은 절대명제이다. 의료의 과소비를 막기위해 의료이용시 일부 본인부담제도를 운영하고있는 것은 보편화되어 있어서 국민의료비 전액을 국가에서 부담하는 영국의 경우에도 의료비 보장률이 85%수준에 머무는 것이다. 그러나 우리나라의 경우는 비급여 비중이 너무 크고 건강보험급여율도 80%수준이어서 전체의료비에 대한 보장률이 낮으므로 개선이 필요하다.

2012년 대선에서 박근혜 현대통령은 4대 중증질환에 대해서 비급여를 포함하여 의료비100%를 보장하는 것을 공약으로 제시하였다. 치료기간이 길고 치료비가 많이 발생하는 질환을 대상으로 선정한 것으로 보인다. 2009년 진료비총액(비급여제외)이 300만원 이상인 고액환자는 222만2,809명이었으며, 이들 고액환자의 건강보험 진료비는 건강보험재정급여비의 81.1%를 차지하고 있다. 고액진료비가 발생한 환자의 진료비분석결과 신생물(암)환자가 전체 고액환자 중 15.8%로 가장 많았고, 다음으로 뇌경색과 협심증 등 순환기계질환이 15.4%, 무릎관절증 등 근골격계 및 결합조직의 질환이 12.9% 순이었으며, 상위 3개 질병이 전체 고액환자의 44.1%를 차지하였다(국민건강보험공단 2010.12.28)

특정질환에 한해서 보험급여율을 차등화 하는 것은 재정적인 부담도 문제이지만 형평성의 문제를 야기한다는 점에서 보다 심도 깊은 검토가 필요하다. 건강보험재정으로 의료비를 급여하는 것과 복지차원에서 공적기금으로 지원하는 것은 구분하여 접근하는

암환자산정특례제도는 2005년 9월1일부터시행하여건강보험급여비중 10%만본인이부담하도록다른질환의경우본인부담율이 20%인데비해 10%를경감하는조치이다. 이는 2009년 12월1일부로 5%로만부담하도록하여건강보험급여율을상향조정하였다.

것이 바람직하다. <표5>에도 치료비의 성격과 복지적 지원이 혼합되어 있다. 복지적 성격의 의료비는 정부에서 별도의 예산을 편성하여야 할 것이다.

선택진료비의 경우 소비자가 공급자를 선택하는 대신 그에 상응하는 비용을 지불하도록 하여 의료서비스를 고급화 한다는 취지인데 사실상 병원입장에서 보면 낮은 의료비 수가를 보전하는 보조적수입으로 간주되어 왔으며 의사들로 하여금 보다 많은 환자를 진료하도록 하는 인센티브의 용도로 활용되어 온 것이 사실이다. 이러한 이유로 대한의사협회는 지난 2월 선택진료비를 폐지하고 대신 의료수가를 현실적으로 상향조정해 줄 것을 요구하였다. 선택진료비 부담을 경감시키기 위해 선택진료의사를 전체 진료의사의 80%로 제한하고 진료과목별로 최소 1인의 비선택 진료의사를 두도록 과거에 비해 선택진료 의사의 범위를 축소하고는 있으나 소비자입장에서는 비선택 진료의사를 찾아서 진료를 보기란 쉽지 않은 일이어서 선택진료제도를 전면폐지하고 대신 의료수가를 상향조정하는 것이 현실적인 대안이다.

간병비와 상급병실에 대한 보험급여가 타당한가에 대한 논의는 이러한 항목들이 의료에 해당하는가에서 출발하여야 한다. 우선 간병을 병원에서 전담하도록 하기 위해서는 간호사 1명당환자 4명을 담당하는 것으로 추계할 경우 3조275억원이 필요한 것으로 추산된다. 간병인이 따로 없는 선진국의 경우 간호사 1명당 미국의 경우 5.3명 노르웨이 5.4명수준이다(건강보험공단 2010년).

간병비용은 복지비용으로 간주되어야 하며 식대도 마찬가지다. 상급병실 이용에 따른 비용은 호텔서비스에 대한 선택이므로 이 또한 의료비용으로 볼 수 없다. 따라서 간병비와 식대 그리고 상급병실 이용료는 개인의 선택에 따른 것으로 사보험 또는 직접 지불하는 형태로 이용자가 부담하는 것이 합당하다. 건강보험은 의료행위에 대해 보험기능으로 비용을 보장하는 것이니만큼 복지비용과 의료비용은 구분하여야 한다. 간병비를 보험에서 급여한다면, 소아환자의 대부분은 친부모가 돌보게 되는데 자녀가 병이나서 병원에 입원하게 되면 부모는 오히려 건강보험으로부터 간병수당을 받아야하는 상황이 생기기도 한다.

고가장비사용에 대한 보험급여에 대해서는 건강보험재정사용의 형평성을 이유로 보험급여를 제한하고 있다. 예를 들어, 성인암환자가 양성자치료를 받는 경우 약 3,000만원정도를 내야 하지만, 18세미만의 소아암 환자는 이의 5%만 부담하면 되므로 형평에 어긋난다.

따라서 고가의 진단 및 치료장비 사용에 대해서는 비용구간별로 장비를구분하여 급여율을 차등화 하는 방법을 고려하는 것이 필요하다. 아울러, 고가장비의 남용을 막기 위해 사용적정성을 평가하여 적절한 사용에 한하여 보험급여를 인정하는 통제시스템을 마련해야 할 것이다.

건강보험의 보험재정의 확보를 통해 급여율은 점진적으로 높아가되 보험급여의 원칙상 형평성에 어긋나기 때문에 건강보험에서 급여하기 어려운 비용에 대해 미리 준비할 수 있도록 하기 위해 사회보험제도의 이층적(Two-tier)시스템의 운영도 고려할 수 있다. 현재 운영중인 보험체계는 의무보험으로 가입하도록 하고 의한 부가적 보험에 대해서는

연금형태로 자금을 관리하는 방법으로 이층적시스템을 운영하는 것이 바람직하다. 부가적 보험은 의료저축계정(Medical Saving Account, 이하 MSA)의 형태로 관리하여 재정사용 여부를 본인이 선택하고 재정을 MSA계정에서 지불한다. 당사자가 MSA계정의 재정은 가입자 당사자의 개인적인 자산에 속하므로 본인이 사용할 계획이 없거나 가입자가 사망한 경우에는 당사자가 인출하거나 상속이 가능하도록 운영하여 꼭 필요한 경우에 한해서 MSA계정을 사용하도록 자가통제의 기능이 작동된다.

6. 의료기관의 경영여건

반면, 의료기관들은 의료비 보상수준이 낮아 경영수지 악화로 매년 10% 정도의 의료기관들이 문을 닫는 실정이다⁴. 2001년을 기준으로 삼아 건강보험 수가인상률의 누적지수는 118.7%인데 비해 인금인상률 누적지수는 182%이며 소비자물가 인상률 누적지수는 137.6%이다. 한국병원경영연구원의 분석에 따르면 2009년 병원의 총자본순 이익률은 1.2% 수준이며 의료수익 순이익률은 0.6%에 그치고 있어서 규모의 경제를 유지하지 못하는 의료기관들은 생존하기 어려운 상황이다.

기업병원들의 병원산업 진입으로 의료기관간의 경쟁이 과열되고 있고, 경쟁의 양상은 시설과 서비스에서부터 고가의료장비 경쟁과 최근에는 환자와 가족의 심리·정서적인 돌봄에 이르기까지 전인적 치료의 관심으로까지 확대되고 있다. 이결과로 대형병원들이 건물을 신축하거나 리모델링으로 환자의 편의설비를 개선하고 있고 100억에 호가하는 첨단장비들도 앞 다투어 도입하고 있다.

의료기관들의 입장에서 경쟁에서 살아남기 위해 수익을 확보해야 하며 이를 위해 주차장사업이나 커피숍, 식당 등 부대사업과 임대업 등을 통해 경쟁비용을 보전하고 있다. 다른 한편으로는 의료수익 증대를 위해 과잉진료가 발생하는 것도 부인할 수 없을 것이다. 이로 인해 고가장비 사용으로 인한 본인부담이나 비급여 의료비가 늘어나게 되는 것이다. 의료기관의 입장에서 낮은 의료수익율을 보전하기 위해 발생하는 불가피한 양상이다.

7. 의료비 지불제도와 의료경쟁력

과잉진료가 있을 수 있는 것은 건강보험에서 의료기관에 의료수가를 보상하는 방식이 행위별수가제(fee for service/ per item compensation)를 기반으로 하기 때문에 가능한 것은 사실이다. 이를 막기 위해 몇몇 국가들의 경우 병원치료에 대해서는 사전진료비 지불제도를 통해 진료비를 보상하고 일차의료에 대해서는 총액계약제를 활용하고 있다. 그러나 이러한 방법은 시장기능의 통제를 수반해야만 가능한 방법이다. 그러므로 이러한 국가통제형 의료제도는 의료비를 줄이는 효과는 기대할 수 있지만 의료기관의 자율적인 의료기술 향상 의지를 약화시켜서 장기적으로는 의료산업의 위축을 초래할 수밖에 없다. 결과적으로 의료의 수준을 떨어뜨리게 되어 궁극적으로는 국민들이 양질의 의료서비스를 국내에서 받을 수 없게 되는 것이다. 지금 우리나라에서 의료로 국가의 전략적 산업으로 육성하려는 노력과 높은 의료수준이 맞물려 해외에서 환자들이 몰려오는 양상과는

2010년 의료기관 폐업율은 10.8%였다.

정반대로 우리나라 사람들이 해외의 의료 선진국으로 가서 진료를 받아야 하는 상황이 오게 될 수도 있다.

건강보험 보장성의 문제는 사회조정의 매카니즘(coordinating mechanism)⁵을 어디에 기초 할 것인가에 달려 있는 문제이지 보장성 그 자체가 아니다. 호주나 영국 등 전통적으로 국가에서 조세재정으로 국민의료비를 종합적으로 보장하던 국가들도 국가의 재정적인 부담으로 사보험 가입을 권장하고 이용자 본인부담을 확대하는 추세에 있다. 호주의 경우 사보험에 가입하면 보험료에 대해 소득세 감면혜택을 부여하여 사보험가입의 인센티브를 부여하고 있다.

각국의 의료제도는 보험재정 관리를 포함한 서비스 공급의 효율성을 추구하면서 각 제도의 장점을 적극적으로 수용하여 제도적 수렴현상이 진전되고 있다. 이러한 결과로 영국과 같이 전통적으로 국가통제형 의료제도에서 시장원리를 받아들여 유사시장(Quasi-market) 시스템이라는 용어가 생겨나기도 하고, 반대로 미국과 같이 전통적으로 시장주의 의료제도에서 통제적 관리시스템을 혼용하여 관리된 의료(managed care) 시스템이 등장하기도 하였다. 그런가 하면, 사회보험을 기반으로 하는 의료제도에서는 전통적으로 행위별수가제에 의거해 의료비를 보상해왔는데 1990년대 이후부터 진단명별 진료비보상제도(Diagnostic Related Group)와 같은 사전 진료비보상 방식(Prepayment system)의 포괄수가제도가 확대되고 있다. 현재 우리나라에서 진행되고 있는 포괄수가제 적용확대 움직임도 이와 같은 맥락이다.

문제는 현재 우리나라의 의료비 수준에서 이러한 적절한가이다. 포괄수가제는 의료비의 증가를 억제할 수 있으며 의료비 지급과 관련된 행정관리 비용을 줄일 수 있는 장점이 있지만 진료과정에 있어서 비용절감을 촉진하여 의료서비스 제공량의 최소화로 의료의 질적 저하를 초래할 수 있다. 무엇보다도 진료서비스의 규격화로 치료에 신기술을 적용할 동기를 위축시키고 새로운 의료기술의 개발이나 임상연구를 위축시킬 수 있다는 것을 경계해야 한다.

총액계약제(총액예산제)의 경우도 독일의 경우 1차 의료에서, 프랑스의 경우는 2차 의료의 공공병원에서 시행하고 있는데 의료공급의 시장원리를 기반으로 하고 있는 우리나라에서는 적용자체가 쉽지 않고, 도입하는 경우 사실상 이용자들에 대한 서비스 및 의료기술 향상의 인센티브가 약하기 때문에 장기적으로 의료의 발전을 저해할 것이 우려 된다.

이렇듯 포괄수가제는 의료비를 억제하는 장점은 있지만 의료의 발전을 막아 궁극적으로 국민건강 증진을 위해서는 좋은 제도로 볼 수 없으며, 향후 의료로 정보통신 기술과 융합하여 주요 산업분야로 발전시키기 위해서도 좋은 대안이 될 수 없다.

8.의료자원 이용 효율성

Hegner (1986)는 사회조정의 매카니즘을 왕정과 같이 국가가 전적으로 통제하는 hierarchy, 상호연대에 의한 solidarity, 그리고 시장원리에 의한 market exchange의 세 가지로 분류하고 있다. Hegner의 이론에 기초하여 의료제도를 국가별로 구분한다면 영국, 스웨덴, 노르웨이 등과 같은 국가의료보장제도, 독일, 프랑스, 일본, 한국 등과 같은 사회보험제도, 그리고 미국과 같은 시장주의제도 등으로 구분할 수 있다.

그보다는 현실적으로 불필요하게 의료비용을 유발하는 요인을 통제하는 것이 현명한 방법이다. 우리나라에서 의료비 증가를 촉진하는 주요 요인중의 하나가 의료병상수의 증가이다.

실제 우리나라 의병상수는 다른 나라에 비해 월등히 많으며 특히 전체 병상수의 대부분을 급성기 병상이 차지하고 있다. 또한 다른 나라에 비해 전체 의료비 중 약제비의 비중이 크다. 우리나라 의료기관의 총병상수는 인구 1,000명당 8.3병상으로 OECD회원국 평균 5.0병상보다 3.3병상 많으며, 이는 일본에 이어 두 번째로 높은 수준이다. 급성기 병상수는 인구 1,000명당 5.5 병상으로 OECD회원국 평균 3.5병상에 비해 2병상이 더 많은 수준이며, 일본, 독일, 오스트리아에 이어 OECD국가 중 네 번째로 많은 수준이다.

반면, 병상 이용율은 OECD회원국 평균에 비해 낮은 편이다.

건강보험심사평가원(2012)은 급성기 병상의 공급이 과잉상태이며, 병상 분포의 지역적 불균형과 병원과 의원급 병상 이용이 효율적이지 못함을 지적하고 있다. 상급종합병원의 경우 병상 이용율이 90%를 상회하고 있지만 종합병원과 요양병원의 경우 70~80% 수준이며, 병원과 의원급의 경우는 각각 60%와 20% 수준이다. 병상 이용율이 낮은 의료기관의 경우 환자의 재원기간 연장 등으로 인해 불필요한 의료비 지출요인이 될 수 있다⁶.

특히, 우리나라에서는 의료비 중 약제비의 비중이 유난히 높다. 2009년 우리나라 국민의료비 지출 중 의약품 지출비율은 21.6%로 OECD회원국 평균인 14.5%보다 6.6% 높은 수준이며, 이는 OECD회원국 중 슬로바키아, 에스토니아, 폴란드에 이어 네 번째로 높은 수준이고 의약품지출이 낮은 유럽국가들에 비해 두 배 가까운 수준이다⁷.

아울러, 고가장비의 도입과 사용을 통제해야 할여지가 있다. 전산화단층촬영(CT) 스캐너의 경우 100만병당 35.3대로 OECD회원국 평균 22.6대 보다 월등히 많고, 이는 일본, 호주에 이어 세 번째로 많은 수준이다. 자기공명영상(MRI)장비의 경우는 인구 100만명당 19.9대를 보유하고 있어서 OECD평균 12.5대 보다 많으며 이는 일본, 미국, 그리스, 아이슬란드, 이탈리아에 이어 다섯 번째로 많은 수준이다.

이들 고가영상장비는 진료비도 높을 뿐만 아니라 중복촬영으로 인한 낭비와 환자의 방사선 과다노출이 문제시 된다. 건강보험심사평가원에 따르면 CT촬영후 30일 이내에 재촬영 하는 경우가 전체 환자의 20% 수준에 달하고 있어 과잉진료가 의심된다.

9. 의료자원의 수도권 집중과 의료분야별 불균형

보건 및 사회서비스 분야는 국민의 건강과 복지를 책임지고 있는 중요한 산업이다. OECD 회원국들은 평균적으로 전체 고용의 약 9.9%를 차지하고 있으며 우리나라는 3.6% 수준에 머무르고 있어서 터키(2.8%)와 그리스(2.9%)에 이어 세 번째로 낮은

입원환자의 환자당 평균 재원일수는 36일이며, 상급종합병원 12일과 종합병원 16일에 비해 월등히 높은 수준이다. 지난 5년간 평균 재원일수가 상급종합병원과 종합병원에서는 감소하고 있는 반면 병원의 경우는 증가하고 있다.

의약품 지출이 가장 낮은 덴마크는 6.7%이며, 이어룩셈부르크 8.3%, 네덜란드 8.9%, 네덜란드 9.6%, 스위스 10.1%, 스웨덴 11.7%, 미국 11.9% 순이다.

위치에 있다. 보건 및 사회서비스 부문 고용율이 가장 높은 노르웨이의 경우 전체 고용인구의 20%를 차지하고 있고 영국은 12.4%, 미국은 12.5% 수준이다.

반면, 1995년부터 2008년까지 13년 동안의 보건의료 및 사회서비스 부문 고용 증가율 측면에서는 OECD 회원국 평균이 2.8% 였으며 우리나라는 8.1%가 증가하여 OECD 회원국 중에서 증가율이 가장 높은 것으로 나타났다.

우리나라 의료자원 인 의사수와 병상수 그리고 고가장비 보유 등 총량으로 볼 때 지속적으로 증가하고 있다. 의사수는 인구 천명당 활동의사 수는 2010년 기준으로 볼 때 2.0명으로 OECD 회원국 평균인 3.1명에 비해 낮은 수준이다. 미국은 2.4명, 영국은 2.7명, 일본은 2.2명수준이다. 인구 100,000당 의대졸업생 수는 OECD 회원국 평균이 10.3명이며 우리나라는 7.1명 수준으로 의사인력 배출에 있어서도 OECD 회원국 평균보다 낮은 수준이다.

인구 천명당 활동간호사 수에 있어서도 우리나라는 4.2명 수준으로 OECD 회원국 평균인 9.6명의 절반에도 미치지 못하는 수준이다.

반면, 연간 인구 1인당 의사진찰 건수로 보면, 우리나라의 경우 12.9회로 OECD 회원국 평균 6.4명의 두배 수준이다. 일본의 경우도 우리나라와 비슷한 수준으로 13.1회이며, 영국과 미국은 우리나라에 비해 월등히 낮아 각각 5.0회, 3.9회 수준이다.

병상자원 분포로 보면, 전체병상의 45%가 수도권에 집중되어 있다. 이는 수도권에 전체인구의 인구분포와도 일치하는 상태이니 병상분포 자체가 문제는 아니라고 본다.

문제의 핵심은 대규모 자본이 필요한 의료자원의 특성상 서울의 대형병원 중심으로 공급되고 있어 지방거주환자의 치료비부담이 가중되는 데 있다. 암수술의 경우 국립암센터와 4개 대형병원⁸이 30% 이상 점유하고 있고, 관상동맥우회술은 4개 대형병원이 45.5% 점유하는 반면 지방국립대병원의 점유율은 5.69%에 그치고 있다.

이러한 결과로 의료취약지역이 발생하고 있다. 병원급 의료기관의 경영학화 및 도산으로 농어촌지역을 중심으로 의료취약지가 계속발생하고 있어서 최근 진안, 정선과 같은 지역에서는 지역내 유일한 병원인 민간병원의 폐업으로 병원급 의료기관이 전무한 상황에까지 이르고 있다.

아울러, 수익성 낮은 전문 의료서비스 공급이 부족하여 적절한 의료서비스를 받기 어려운 상태에 이르고 있다. 특히, 중증질환신생아치료, 장애인재활치료, 어린이병원등과 같은 중요한 의료분야가 수익성이 낮아 공급이 부족한 상태이다. 뿐만 아니라, 늦은 결혼으로 고위험 산모가 증가⁹ 하고 있으나 개인 산부인과 의료기관에서는 의료사고의 위험과 수익성 부족으로 분만을 꺼리고 있다.

결국 자본과 기술의 집중을 요하는 의료의 특성상 시장의 실패가 드러나고 있는 것이다. 이를 보완하기 위해 의료의 시장기능을 공공의료자원의 확충을 통해 보완해야 할 것이다. 공공의료시설을 추가적으로 투입하기 보다는 민간의료기관을 지원하여 지역의 의료수요를 감당할 수 있도록 육성하는 것이 바람직하리라 본다.

기존의 국공립병원의 경쟁력저하로 이용을 꺼려 공공의료에 대한 부정적 인식이 일반화되어있는 상황이어서 공공병원의 운영효율성이 낮고 대부분의 국공립병원들이

4개 대형병원이라 함은 삼성서울병원, 서울대병원, 서울아산병원, 세브란스병원을 말한다.
35세 이후 출산 비율은 1981년 2.9%에서 2008년 6.8%로 134%증가함

만성적인 경영적자 상태에 있으므로 공공의료기관이 경쟁력을 가질 수 있도록 지원이 병행되어야 할 것이다.

10. 의료복지의 적정성 검토

우리나라 의료제도는 사회보험으로 전국민의 의료비를 보장하기는 하지만 보장률이 낮아 의료서비스 이용시에 부담이 큰 편이다. 보험자 입장에서는 의료재정 확보를 위해 징수하는 보험료가 낮기 때문에 보험급여를 제한 할 수 밖에 없는 상황이기 때문이다. 이로 인해 보험급여 항목의 의료행위에 대해서도 의료비의 일부를 이용자 본인이 부담하고 일부 항목은 보험급여에서 제외되기 때문에 이용자의 부담금액이 크다. 선행연구에 의하면, <표5>와 같이 진료비 부담 때문에 치료를 포기한 경험이 있는 경우가 약10% 정도로 파악되고 있다. 건강보험의 보장률이 의료수요를 충족하는 수준에 미치지 못하고 있음을 보여주고 있다.

이를 보완하기 위해 정부에서는 건강보험에서 급여하지 않는 다양한 항목에 대해 의료비를 지원하고 있고, 민간부문에서도 의료비 지원활동이 활발하게 전개되고 있다.

<표5> 미충족의료의 실태

연구	자료	미충족의료
김태일 등(2007)	국민건강영양조사 (2005)	미치료 경험률(경제적 원인) = 9.5% 1분위(빈곤층)=13.6% 5분위(고소득층)=1.6%
허순임 등(2007)	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 \times 0.495 = 8.46\%$
신현웅 등(2008)	차상위계층실태 분석(2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 \times 0.8438 = 10.2\%$
신영전 등(2009)	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%, 절대빈곤층=7.79%

자료출처: 신영전, 2009

<표6>의 내용과 같이 정부에서는 다양한 의료비지원제도를 운영하고 있다.

그러나, 지원내용 및 주무행정기관이 서로 달라서 대상자들이 이용하기에 쉽지 않아 행정절차를 통합적으로 운영하는 것이 바람직하겠다. 예를 들면, 희귀난치성질환자 의료비지원 사업의 경우 지원 내용은 1) 요양급여본인부담금, 2) 만성신부전요양비, 3) 보장구구입비, 4) 호흡보조기대여료 (연간총 40만원이내), 5) 기침유발기대여료 (월18만원이내), 6) 간병비 (월30만원), 7) 특수식이구입비 (월14만원이내)등을 지원 받는다. 시·군·구보건소에 신청하면 소득 및 자산조사를 통해 지원여부를 결정한다.

<표6> 정부의 의료비지원

관할 행정기관	의료비지원 항목
보건소	● 미숙아 선천선이상아 등록관리 및 의료비 등 지원 ● 소아·아동 암환자 의료비 지원사업 ● 노인 개안 수술지원 ● 성인 암환자 의료비지원 사업 ● 희귀난치성질환자 의료비지원 ● 한센인 의료비지원 ● 에이즈환자 의료비지원 ● 난임부부 시술비지원 ● 자가 진폐증환자 의료비지원 ● 치매환자 의료비지원
시군구청	● 긴급지원 ● 의료급여 대불금 ● 응급의료비 미수금 대불제도 ● 차상위계층 건강보험 전환 환자 본인부담금지원
건강보험심사평가원	● 장애인 의료비지원 ● 외국인 등 소외계층 의료서비스지원
원스톱지원센터 해바라기여성아동센터	● 성폭력 피해자 가족 의료비지원

정부의 지원프로그램 이외에도 경기도에서 운영하는 무한돌봄지원사업 등 공공재정으로 지원하는 의료비 지원활동이 있고, <표7>에서 제시하는 바와 같이 민간부문의 의료비지원사업이 후원단체 및 병원단위로 이루어지고 있다. 제시하고 있는 자료가 5년 전의 상황이고 자료에 포함되지 않았을 가능성이 있는 소규모 지원기관의 사업 그리고 대학병원들의 경우 대부분 모든 병원에서 자체적으로 치료비 후원사업이 이루어지고 있는 점을 감안한다면, 현재는 아래의 <표>에서 제시하고 있는 수준보다 대략2배 정도의 후원활동이 이루어지고 있지 않을까 추정한다(약 일천억 규모).

<표7> 민간부문의 의료비지원 (단위, 명, 백만원)

지원대상	질병구분	지원기관	인원	금액	비고
개인 지원	일반	저소득 일반	KT&G 복지재단	60	166
		저소득층 일반	사회복지공동모금회(지회)	26,645	12,669
		긴급의료비 지원	월드비전, 어린이재단		
		저소득 일반	아산사회복지재단	2,286	1,614
	저소득 환자	경북대병원, 한양대병원, 전북대병원, 전남대병원, 원광대병원, 순천향대병원, 카톨릭대성모병원	-	1,608	아산계열 병원 이용자 병원 이용자중 저소득, 취약계층의 수술비 및 진료비 지원
	아동	긴급의료비	굿네이버스, 어린이재단	264	2,527
		희귀난치성질환	남촌복지재단, 애린복지재단	32	71
		이른둥이(조출생아)	이름다운재단	129	207
		선천성기형, 소아암, 희귀난치, 기타질환	세이브더칠드런, 사회복지협의회	602	1,451

	여성 가장	저소득 여성가장	한국여성재단	27	45	치료비
		저소득 여성가장	아름다운재단	433	157	건강검진, 치료비
	환자	뇌질환, 호스피스	남촌복지재단, 애런복지재단	7	63	노인
		노인 백(녹)내장	귀뚜라미복지재단	122	33	노인
		간질환자	어린이재단	21	72	노인, 아동, 장애인
		심장병, 얼굴기형, 콩팥이식, 골수이식	한국심장재단	1,298	2,692	노인, 아동, 장애인
		안면기형수술비	정인옥복지재단	30	10	노인, 아동, 장애인
	소계				23,385	
기관 지원	병원 (의료 기관)	무의탁자, 행려자, 외국인노동자	한국타이어복지재단 외환은행나눔재단	5	200	- 병원운영비 지원 - 지원인원 240명
		외국인어린이 난치병	외환은행나눔재단	1	100	- 병원운영비 지원 - 지원인원 7명
	복지기 관	아동청소년, 장애인, 노인, 여성, 지역사회 분야 의료사업	사회복지공동모금회	-	27,870	- 의료사업비 지원, - 의료서비스 또는 의료비 지원 포함
	보건 기관	백혈병, 희귀난치질환	한국마사회	-	300	- 9개 보건기관 지원 - 의료비 지원사업
	소계			6	28,470	
	전체 계			31,962	51,855	

자료: 유원섭 외 (2008)

11. 치료의 연속성 개선을 통한 의료 및 복지자원 효율성 개선

대부분의 국가에서 의료 및 복지시스템을 이용자의 필요수준(needs)에 부합하게 이용하도록 하여 이용대상자의 건강상태 및 신체적 기능을 극대화하는 것을 추구하고 있다. 우리나라의 경우는 의료기관 차원에서 환자의 효율적인 입원관리를 위해 협력 의료기관들과 전원을 협력하는 정도의 연계시스템은 의료기관들이 자율적으로 운영하고 있으나 제도적인 차원에서 진료와 케어의 연속성 보장을 목적으로 운영하는 시스템은 없다.

미국의 경우, 연방정부의 의료보장 프로그램인 Medicare와 주정부의 의료보장 프로그램인 Medicaid에서 PACE(Program of All-inclusive for the Elderly)를 활용하고 있고, 이 프로그램의 효용성이 입증되어 최근에는 사보험에서도 이 프로그램을 도입하고 있다. 이 프로그램의 운영은 이용자의 건강상태를 관리하는 기관에서 환자의 건강상태를 평가하여 병원-요양시설-가정에서의 치료와 돌봄을 관리한다. 재가 돌봄 대상자에 대해서는 활동이 가능한 대상자들은 운동 등 activity 참여를 위해 기관에서는 다양한 프로그램을 운영하기도 한다. 이는 마치 일본에서 운영중인 지역포괄센터의 개념과도 흡사하다.

우리나라에서도 노인인구의 증가에 따른 의료비의 효율적인 활용을 위하여 노인성질환자에 대해서 노인요양보험에 의한 케어와 치료적인 의료 needs를 유기적으로 연계하고 노인성질환자의 신체 정신적 기능을 극대화하기 위해 이러한 프로그램의 도입이 유효하리라고 본다.

(참고문헌)

현대경제연구소경 제주평 12-19(통권제490호: 2012년 6월1일)

보건복지부 2011 OECD Health Data

OECD, 2012 OECD Health Data Online Database OECE.StatExtracts,
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT accessed 2. March
2013

한국병원경영연구원(2011), 2009 병원경영통계

Hegner, Friedhart (1986), Solidarity and hierarchy: Institutional arrangements for the coordination of actions, in Kaufmann, F. et. Al., (ed). Guidance, control, and evaluation in the public sector. New York: Walter de Gruyter.

이옥희 태윤희 서수라 서남규 (2012), 건강보험 보장성 강화이후 진료비 구성변화, 건강보험공단건 강보험정책연구원 연구보고서 2012-09

최영순 백수진 임은실 이호용 장혜정 (2010) 2009년 건강보험 환자 진료비실태 조사, 국민건강보험 건강보험정책연구원 연구보고서 201005

김옥희 전창배 김윤희 강민아 이현복 서수경 황연희 이주향 (2012)
보건의료체계성과분석: 효율성평가를중심으로, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
연구보고서 2012-03

유원섭(2009), 저소득층 의료비 지원사업, 보건복지포럼 2009년 9월호, pp.29-39.

홍재석(2012), 우리나라 병상자원분포 및 운영현황, 2012년도 제48회 한국보건행정학회
전기학술대회(연제집- 2012년 6월2일), pp.181-186

신영전(2009) 의료안전망 재구성과 정책과제, 보건복지포럼 2009년 9월호, pp.17-28

유원섭 외, 의료안전망기금 설치운영방안 연구, 을지대학교, 2008.