

21세기 초 한국의 보건의료체계

- 공급체계를 중심으로 -

한 달 선

한림대학교 의과대학

I. 머리말

미래를 전망하는 입장은 앞으로 나타날 모습을 예측하는 것일 수도 있겠고, 우리가 추구해야 할 모습과 접근방안을 구상해 보는 것일 수도 있겠는데 후자를 택할 것이다. 우리가 훗날 어떤 보건의료체계를 갖게 될 것인가는 주변 여건의 변화와 더불어 이에 대응하는 방안에 의해서 결정될 것이므로, 예측 자체 보다는 장래에 바람직스러운 상태가 되도록 하려면 지금부터 무엇을 어떻게 해야 할 것인가를 생각하는 일이 더 중요하다고 믿기 때문이다.

보건의료체계 분석의 틀이나 초점은 목적과 시각에 따라서 달리 설정할 수 있다. 보건의료체계는 종국적으로 보건의료기관에서 이루어지는 서비스의 생산과 이용을 통해서 그 기능을 발휘한다. 여기서는 이들 보건의료기관을 주된 구성요소로 하는 공급체계에 관심을 한정하고 논의과정에서 필요한 경우에만 다른 요소를 같이 고려할 것이다.

보건의료체계의 일반적 발전목표는 보건의료요구를 충족시킴에 있어서 형평과 사회적 효율을 달성하는 것이다. 이 목표를 전제로 하고 우리의 현실을 감안할 때 21세기 공급체계의 바람직한 모습은 다음과 같이 요약할 수 있을 것이다.

- 1) 필요한 의료를 이용함에 있어서 모든 사람에게 의료기관과의 거리나 비용이 큰 장애가 되지 않도록 한다.
- 2) 의료기관들이 환자의 편의와 진료의 질을 경영전략의 핵심으로 삼고, 환자를 위해서는 상호 원활한 협조관계를 유지함으로써 국민의 신뢰를 받도록 한다.
- 3) 비효과적 의료기술이 보급되는 것을 방지하고, 이미 실용되고 있는 의료기술이라 하더라도 지속적 효능평가를 통하여 선별하는 제도를 운영한다.
- 4) 예방서비스를 전염성질환과 특정계층의 인구에 대해서 뿐만 아니라, 예방효과를 얻을 수 있는 모든 질환과 전 국민을 대상으로 제공한다.
- 5) 올바른 내용의 건강정보를 쉽게 얻을 수 있도록 하는등 건강증진을 위하여 다각적 조치를 취한다.
- 6) 보건의료요구와 여건의 변화에 대응하여 신속히 공급체계의 구조와 기능을 조정한다.
- 7) 국민의료비를 사회의 발전단계에 적합한 수준으로 유지한다.

이들은 서로 완전히 독립적인 것이 아니고 부분적으로는 중복 또는 상치되는 것들도 있는데, 목표별 최적상태를 추구하기 보다는 조화를 이루어 전체적으로 보아서 대체로 만족스럽도록 해야 할 것이다. 뿐만 아니라 보건의료체계도 사회의 일부이므로 사회의 전체적 여건과도 균형을 이루어야 하는 것이다. 이러한 목표들을 기준으로 보건의료 공급체계의 실상과 앞으로의 변화추세를 살핀 연후에 바람직한 방향으로 발전시키기 위한 과제를 파악하고, 대응방안을 모색하기로 한다.

II. 실상과 동향

2.1 병·의원

1) 우리 나라 의료공급체계의 두드러진 특징의 하나는 환자진료에 있어서는 공공부문의 역할이 매우 적다는 점이다. 운영주체별 병원의 분포와(표 1) 개인의원이 전체 의료기관에서 차지하는 비중을 보면 알 수 있는 일이다(표 2).

표 1. 운영주체별 병원수와 병상수

	기 관 수(%)		병 상 수(%)	
	1988	1993	1988	1993
병원·종합병원	531(100.0)	621(100.0)	83,323(100.0)	115,519(100.0)
국 립	8 (1.5)	10 (1.6)	5,557 (6.7)	7,668 (6.6)
시도군립	8 (1.5)	15 (2.4)	1,815 (2.2)	2,498 (2.2)
공 사	34 (6.4)	35 (5.6)	4,367 (5.2)	5,837 (5.1)
국립대학	6 (1.1)	7 (1.1)	3,627 (4.4)	4,542 (3.9)
특수법인	23 (4.3)	25 (4.0)	5,526 (6.6)	6,918 (6.0)
사회복지법인	8 (1.5)	17 (2.7)	740 (0.9)	2,061 (1.8)
사단법인	4 (0.8)	4 (0.6)	182 (0.2)	282 (0.2)
재단법인	51 (9.6)	51 (8.2)	10,767 (12.9)	14,049 (12.2)
회사법인	3 (0.6)	2 (0.3)	958 (1.2)	435 (0.4)
학교법인	38 (7.2)	47 (7.6)	14,217 (17.1)	21,984 (19.0)
의료법인	79 (14.9)	113 (18.2)	16,374 (19.7)	25,343 (21.9)
개 인	269 (50.7)	295 (47.5)	19,193 (23.0)	23,902 (20.7)

자료 : 대한병원협회, 전국 회원병원현황, 1889, 전국병원명부, 1993.

2) 지난 10여년 간에 병의원부문이 빠른 속도로 성장하였는 바, 대형 종합병원이 가장 두드러짐으로써 중소규모의 병원은 병원의료에서 상대적으로 크게 위축되었고, 의원도 수와 보유병상이 모두 종합병원의 성장에 훨씬 뒤떨어졌다(표 2).

3) 한방 병·의원은 1980년의 2,328개소로부터 1992년에는 4,528개소로 거의 2배로 늘어났다.

4) 병·의원의 수와 병상이 큰 폭으로 증가하였지만 도·농 간의 분포는 개선되지 않았다(표 3).

표 2. 의료기관의 종류별 추이

		총 합 병원(지표)	병 원 (지표)	의 원 (지표)	한 방 병의원(지표)
병원수	1980	82 (100)	240 (100)	6,344 (100)	2,328 (100)
	1992	236 (288)	337 (140)	12,355 (195)	4,538 (195)
병상수	1980	20,386 (100)	17,269 (100)	24,876 (100)	
	1992	76,619 (376)	22,423 (130)	35,418 (142)	
상근의사	1980	9,831 (100)	1,471 (100)	8,512 (100)	
	1992	17,714 (180)	2,157 (147)	13,239 (156)	

자료 : 보사부, 보건사회통계연보

표 3. 시·군부별 병원병상과 의원수의 분포

	1985			1992		
	시	군	계(N)	시	군	계(N)
인 구	69.3	30.7	100.0	75.6	24.4	100.0
병원병상	90.5	9.5	100.0(67,359)	91.6	8.4	100.0(99,042)
의 원 수	75.9	24.1	100.0(23,861)	83.4	16.6	100.0(35,418)

자료 : 보사부, 보건사회통계연보

2.2 보건소체계 (보건소, 보건지소, 보건진료소)

1) 보건소와 보건지소는 의료보호와 의료보험의 시행, 그리고 공중보건의제도에 의하여 환자진료기능은 크게 활성화된 편이지만 예방보건서비스에 있어서는 전염병시대의 사업과 조직을 별 변화 없이 유지하고 있다.

2) 군지역의 보건지소에는 공중보건의사와 치과의사, 진료보조원, 치과위생사, 통합보건요원 등 5 - 6인이 근무하고 있으며, 전국적으로 2,039개소의 보건진료소가 설치되어 있어서 대부분의 면지역에는 1인이상의 보건진료원이 배치되어 있다. 그러나 현재의 조직구조는 통합보건요원, 여타 보건지소요원, 보건진료원의 3개 직군간의 횡적 연계를 통한 업무의 협조, 조정이 원활하게 이루어질 수 없도록 되어 있어서 면단위의 보건사업이 정상제도에 진입하지 못하고 있는 형편이다.

2.3 보건의료기관들의 상호관계

1) 각종 보건의료기관들은 구조적으로나 기능적으로 협동적 연계관계가 없이 운영되고 있어서 상호 갈등적 경쟁관계로 일관되어 있다.

2) 의료이용의 지역화와 3차기관 직접 방문의 억제를 위한 환자의퇴제도를 의료보험 급여체계와 연계해서 시행하고 있으나 성과가 기대에 못미치는 것으로 평가되고 있다.

2.4 보건의료자원

1) 인구대비 병상수와 의사수가 모두 빠른 속도로 증가하고 있다. 병상당 인구는 1970년에 1,901이던 것이 1980년에 982, 1990년에는 436이었고, 의사당 인구는 1970년에 2,105였으나 1980년에 1,658, 1990년에 1,022였다. 앞으로 20년내에 의사 1인당 인구가 500명 수준에 이르도록 의과대학 정원이 책정되어 있다. 한의사를 포함할 경우에는 1991년에 이미 인구 10,000명당 11.9인이었다.(보건사회통계연보의 자료를 이용하여 계산한 것임)

2) 의사의 숫적 증가에 관한 결정에는 보사부가 중요한 역할을 하지만, 전국 총정원 내에서의 의과대학의 신설 여부 또는 기존 의과대학의 정원 조정은 교육부가 관장하고 있어서 의과대학 부속병원의 지역적 분포, 의학교육의 질과 효율에 영향을 미칠 대학의 규모와 같은 보건의료적 측면이 정책의 집행과정에서는 무시되는 경향이 있음.

3) 대한 의학협회의 회원실태조사에 의하면 30대 의사의 81%, 40대 의사의 95%가 전문의를 취득한 것으로 보아서 거의 모든 임상 의사가 결국은 전문의과정을 거치고 있음을 알 수 있다. 그리고 1992년에 전문의사의 약 52%는 의원에 근무하고 있는 것으로 보고되어 우리 나라 의원의 대다수는 전문의에 의해서 운영되고 있음을 말해준다.

4) 고가 의료장비가 계속 개발, 보급되고 있는바 우리 나라에서는 앞서 지적한대로 의료기관들이 심한 경쟁관계에 있는 탓에 이들 장비의 설치가 주요 경쟁수단의 하나로 활용되고 있는 것으로 알려져 있다.

5) 현재 고가 의료장비에 의한 검사는 보험급여에서 제외되고 있어서 수가통제를 받지 않으므로 진료수익을 확보하는 방안으로서도 이 장비들이 이용된다.

6) 1990년에 OECD 국가들의 GDP 대비 의료비의 비율이 평균 7.6%였는데 우리 나라의 경우 5 - 6%로 추계되고 있다.

2.5 보건의료서비스

1) 의료보험의 실시로 의료이용이 대폭 증가하였고, 보험적용 이후에도 계속 증가하는 추세를 보이고 있음은 잘 알려져 있다.

2) 노령인구의 의료이용이 절대적, 상대적으로 빨리 증가하고 있다(표 4).

3) 전국민 의료보장이 시행된 후에도 의료이용이 필요하다고 생각하나 경제적 부담때문에 치료를 받지 못한 사람들이 상당수 있는 것으로 조사되었다(표 5).

표 4. 보험적용인구와 급여비에 대한 65세이상 인구의 점유율(%)

연 도	직 장		공 교	
	인 구	급여비	인 구	급여비
1980	2.8	3.1	4.8	4.5
1985	3.2	4.8	6.1	7.5
1991	4.8	9.6	7.9	13.6

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 각 년도
의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 각 년도

표 5. 미치료이유, 1992

(단위 : %)

	시	군	전 국
의료요구인지자 중 미치료이유 1)			
경 제 적 이 유	7.3	11.3	8.7
지 리 적 이 유	4.2	11.4	6.8
기 타	88.5	77.5	84.5
계	100.0	100.0	100.0
약국이용자 중 의사미치료이유 2)			
비 용 부 담	7.4	8.5	7.6
원 거 리	3.8	4.5	3.9
의 사 불 신	3.5	4.7	3.7
기 타	85.3	82.3	84.8
계	100.0	100.0	100.0

자료 : 1) 송 건용외. 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석. 한국보건사회연구원, 1993.

2) 송 건용외. 1992년도 국민건강 및 보건의식 행태 조사. 한국보건사회연구원, 1993.

4) 국민의 의료인과 의료서비스에 대한 불만이 큰 것으로 보인다. 통계청의 조사에 의하면 의료인이 믿을만하다는 응답률이 1983년에 75.7%, 1989년에는 67.5%였고, 의료서비스가 불만스럽다는 응답이 1989년 조사에서 38.3%였는데 그 이유로서는 비용과다가 32.2%, 불친절이 31.5%로서 가장 많았다.

5) 국민의 이러한 불만이 의료서비스의 개선을 위한 소비자운동의 강화로 나타나고 있는 것으로 생각된다.

6) 의료기관들의 경쟁양상, 의원의 전문화와 중소병원의 상대적 위축으로 인하여 의료이용을 시작할 때 적절한 의료기관의 선택이 용이하지 않고, 그럼으로써 선호하게된 대형 종합병원 이용시에 당하는 여러가지 불편이 의료서비스에 대한 불신과 불만의 중요한 원인이 되는 것으로 보인다.

7) 요양과 간호 서비스를 주된 기능으로 하는 기관이 현재 없는 형편이고, 가정간호 사업은 금년에 시범적으로 시작될 예정이다.

8) 이미 언급한 바와 같이 보건소와 보건지소는 예방접종, 모자보건, 가족계획, 결핵 관리를 주된 사업으로 하고 있어서, 일반 질환을 대상으로 하는 지역 보건의료사업은 극히 부진한 상태에 있다.

9) 보건의료서비스에 쓰이는 각종 의약품, 장비 및 기법들의 효능과 경제성을 평가하는 제도적 장치나 활동이 미흡한 상태이다.

III. 전망

3.1 기본가정

1) 전자공학, 분자생물학등의 발전을 바탕으로 의학과 의료기술이 질병관리에 혁신적 변화를 가져올 가능성은 있으나 인간은 질병과 죽음을 피할 수가 없을 것이다.

2) 남북통일이 예견되지만 고려하지 않을 것이다.

3) 정책변수의 큰 변화가 없이 현재 관찰되는 동향이 지속될 경우의 장래를 예견할 것이다.

3.2 보건의료요구

1) 인구의 노령화와 만성퇴행성 질환의 비중 증대로 보건의료필요의 내용이 변화함과 아울러서 양도 증가할 것이다. 65세이상 인구가 1990년에 전체의 5.0%였으나 2000년에 6.8%, 2010년에 9.4%, 2020년에 12.5%로 증가할 것으로 추계되며, 이미 살핀 바와 같이 노인의 의료이용이 다른 연령계층에 비하여 많을 뿐만 아니라 질병양상도 다름은 물론이다.

2) 의료보장 급여의 확대, 교통과 통신의 발달, 의료공급의 증가등도 의료이용도를 높일 것이다.

3) 소득수준이 향상되면 의료이용이 증가하고, 높은 질적 수준의 의료를 편리하게 이용할 수 있기를 바라는 바, 앞으로 이러한 성향이 더 강해질 것이다.

4) 핵가족과 여성취업의 증가로 가정에서 환자를 돌보기가 어려워짐으로써 노인환자의 요양을 위한 수용시설을 비롯하여 입원의료 전반에 대한 수요가 증가할 것이다.

5) 의료기술의 발전은 국민의 의료효과에 대한 기대수준을 높일 것이다.

3.3 보건의료기관

1) 의학과 의료기술이 혁신적으로 발전하여 적은 비용으로 일부 질병문제를 근본적으로 해결할 수 있는 진료기법들이 개발될 가능성에도 불구하고, 고가장비의 사용이 계속 증가할 것으로 내다 보인다.

2) 고도로 전문화된 의사와, 고가장비가 필요한 첨단의료를 경제적으로 공급하기 위해서는 의료기관의 대형화 또는 전문화가 불가피할 것이다.

3) 의료기관 설립의 투자소요, 의료기관의 소유형태별 분포실태, 보건정책의 동향등을 미루어 생각할 때, 정부가 운영하는 의료기관의 증가는 기대하기 어려우리라 판단된다.

4) 금융실명제, 조세제도의 변화추세등으로 인하여 많은 개인병원이 법인으로 전환될 가능성이 있다.

5) 의료기관이 조세등에서 공익기관으로서 간주되어야 한다는 요청이 강하게 제기되면서 그 수익을 의료이외의 목적에 투자하는 것을 제한할 가능성을 생각할 수 있다.

6) 의료서비스에 대한 불만에 대응하여 의료기관들이 경영전략을 바꾸는 한편, 새로운 전략에 적합한 경영여건의 조성을 위한 정책적 조치에 대한 요구와 지지가 강화될 것이다.

7) 공급체계가 구조변화 없이 성장한다면 의료이용에 따르는 불편은 크게 개선되기 어려울 것이다.

8) 지역보건의료에 대한 필요는 상존하고, 증가할 가능성도 있지만 적극적인 정책적 지원이 없이는 보건소체계가 획기적으로 발전하기는 어려울 것이다. 일반대중은 지역 보건의료의 가치를 올바르게 인식하기 어려운 것이다.

3.4 보건의료자원

1) 인구대비 의사수와 한의사수는 과다할 정도까지 계속 증가할 것이다.

2) 국민의 기대, 의료기관 간의 경쟁관계, 의료기술의 발전동향등에 비추어 의료시설과 장비에 대한 투자는 앞으로도 증가할 것이며, 시설은 계속 대형화, 고급화될 가능성이 크다.

3) 세계적 추세와 경험을 토대로 할 때 국민의료비는 절대적으로나 소득대비로나 앞으로 더 증가할 것이 확실하지만, 증가폭이 얼마나 될 것인가는 예측하기 어렵고 정책의 영향을 많이 받을 것이다.

IV. 과제와 대응

4.1 의료공급의 구조조정과 효과적 관리

1) 전과에 걸친 외래진료를 위주로 하는 의원과, 통상적 전문의료 중심의 중소병원의 질적수준과 수가 적절하도록 함으로써 최초로 이용할 의료기관 선택의 편의를 도모하는 한편, 첨단의료 중심의 대형 병원과 전문병원에 대한 수요를 감소시키는 것을 조정의 주된 목표로 삼고, 요양의료기관을 육성하여 노령인구의 증가에 대비한다.

2) 구조조정을 위해서는 보험수가체계의 개편, 의료기관 운영주체의 변화 유도, 의사양성제도의 수정등을 종합적으로 추진함과 아울러서 조세제도, 금융지원등도 수단으로 동원해야 할 것이다.

3) 한방의료를 포함한 의료서비스의 양적, 질적 적정성에 대한 평가체계를 의료보험과 연계하여 운영한다.

4) 의료공급의 관리를 효과적으로 지원하기 위한 정보체계를 발전시키는 한편, 지방정부 보건행정 능력의 향상을 도모한다.

4.2 보건소 체계의 개편과 육성

1) 지역보건사업의 대상을 만성퇴행성 질환을 포함하도록 확대하고, 이러한 사업의 수행에 적합하도록 조직을 개편한다.

2) 보건지소의 행정능력을 강화하여 면지역의 모든 보건요원의 활동을 지원하고 통합, 조정할 수 있도록 한다.

3) 지역보건사업의 효율을 높이고 주민의 건강관리를 체계화하기 위하여 전산정보체계를 설치, 운영한다.

4) 대상 인구에 대한 모든 예방보건서비스와 건강증진사업의 계획과 조정을 보건소체계의 기능으로 하고, 도시보건소는 관할구역내의 직장도 사업대상에 포함시키도록 한다.

4.3 보건의료공급의 자원기반 정비

1) 가정의 수를 대폭 증가시키는 방향으로 의과대학 졸업후의 수련제도를 개편한다.

2) 의료의 기술적 토대를 확립한다는 차원에서 의학, 약학, 한의학 및 한약학분야 대학교육의 철저한 검토와 개선을 추진한다.

3) 의료기술의 효능과 경제성을 철저히 검토, 분석하여 선별적으로 보급되도록 하는 기전을 발전시킨다.

4) 의료기관의 유형별 시설, 장비, 인력에 관한 기준을 의료공급의 구조조정 방향과 부합되도록 개정한다.

V. 맺는 말

약 30년을 내다 보면서 우리 나라 보건의료체계의 변화를 전망하고 바람직한 공급체계를 갖추려는 노력을 전개하는 과정에서 당면하게 될 주요 과제와 대응방안을 간추려 기술하였다. 장래는 언제나 불확실하지만 오늘날 우리가 경험하듯이 사회변동은 점차 더 여러 모로 엄청나게 빨리 진행되고 있어서 정확한 예견을 시도하는 것조차도 범인에게는 만용에 속할 것이다. 이와 같은 관점에서 여기서는 예측보다 우리가 원하는 보건의료공급체계를 언젠가 갖기 위해서 지금부터 무슨 일을 어떤 방향으로 추진해 갈 것인가를 이해하는데 초점을 맞추었다. 그러나 이것은 지극히 초보적이고 설익은 구상이다. 어디서부터 손을 써야 할지도 알 수 없을 만큼 얽혀 있는 우리 나라의 보건의료체계를 현실과 얼마쯤 거리를 두고 조망함으로써 우리가 갈 길을 찾아보기 위한 작업과 토론에 단편적 의견이나마 보태겠다는 마음으로 생각을 정리해 본 데 불과하다.