

보건의료 선진화를 위한 제도개선방안

2008. 11

한국보건사회연구원
보건복지가족부

목 차

제1장 보건의료 현황과 문제점	5
제1절 보건의료의 접근성과 건강수준	5
제2절 참여정부의 보건의료정책 평가	9
제3절 건강투자정책에 대한 평가	21
제4절 OECD 국가 비교를 통한 우리나라 보건의료의 위상	25
제2장 보건의료 정책방향	30
제1절 정책 여건과 정책적 시사점	30
제2절 보건의료선진화를 위한 비전과 추진전략	32
제3장 분야별 제도개선 과제	42
제1절 건강보장제도의 개선	42
I. 건강보장제도의 평가와 발전방향	42
II. 의료급여 확대를 포함한 저소득층의 보장성 강화방안	59
III. 건강보험 재정안정화 대책	73
IV. 건강보험 급여우선순위 및 급여체계 개선방안	115
V. 개인의료보험의 표준모형 개발 및 소비자 보호방안	128

제2절 보건의료제도의 규제개혁	141
I. 보건의료 규제 완화를 위한 의료법 개정	141
II. 의료기관 자본조달 경로 다양화 방안	148
III. 의료 질 향상 체계 정비를 통한 서비스 질제고	164
IV. 의료분쟁조정 제도화 및 재원대책	173
제3절 공공보건의료의 효율화	195
I. 공공보건의료 정책방향의 재정립	195
II. 공공보건의료기관의 기능개편 및 경영개선	204
III. 민간을 활용한 효율적 공중보건서비스사업 추진	223
IV. 응급의료 선진화 정책 추진	240
V. 장기, 혈액의 공급활성화 정책 추진	250
제4절 보건의료산업의 육성	254
I. 보건의료 R&D 발전방안	254
II. 의약품 및 의료기기 산업 육성	262
III. 해외환자 유치	270
VI. U-Healthcare 활성화 방안	287
참 고 문 헌	295
부 록	296
부록1 -관련 ‘의료법’과 ‘의료법 시행령’ 내용	297
부록2 - 역대 추진 법안 주요내용 비교 및 쟁점사항	299
부록3 - 의료분쟁과 처리비용의 각국 비교표	301

제1장 보건의료 현황과 문제점

제1절 보건의료의 접근성과 건강수준

- 우리나라는 그동안 민간중심의 서비스 공급확대, 건강보험을 통한 자원 조달 등을 통해 서비스 공급의 양적 성장과 의료에 대한 국민의 기본적 접근성을 확보해 왔음.
 - 민간의료자원 중심의 공급체계 확대, 국민건강보험 실시 등을 통해 전반적인 국민 의료이용이 양적으로 크게 성장
 - 의료급여 등 기초의료의 국가 보장, 국가적 필수 보건의료체계 구축 등을 통해 의료에 대한 전 국민의 보편적 접근성을 확보
- 그러나 외환위기를 계기로 실직자 등 新빈곤층의 건강문제가 대두되고 사회 계층간 건강 격차 확대
 - 전반적인 사회 양극화 추세와 함께 소득계층간 만성질환 유병률 등의 건강 격차가 확대됨으로써 건강부문에서도 양극화 현상 대두
 - 1998~2001년 기간 중 65세 이상 노인 가구 중 월평균 소득 1분위 가구 및 2~5분위 가구간의 만성질환유병률 격차 확대

< 65세이상 노인의 소득계층별 만성질환 유병률(%) >

연 도	소득분위	남 자	여 자
2001년	1분위	86.1	93.0
	2~5분위	79.4	89.5
1998년	1분위	84.7	93.4
	2~5분위	83.4	89.9

주: 연령을 보정한 결과치임.

자료: 김혜련 외, 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향, 한국보건사회연구원, 2004

- 1999~2003년 기간 동안 사망자 중 월가구소득 100만원 미만 가구의 사망자 수가 200만원 이상 가구의 2.3배

< 65세이상 노인의 소득계층별 사망률 비교 >

월가구소득	사망자수의 상대비 ¹⁾
200만원 이상	1.00
100~199만원	1.81
100만원 미만	2.33

주: 1) 200만 이상 가구의 사망자수에 대비한 사망자수 비율

2) 연령을 보정한 결과치임

자료: 김혜련 외, 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향, 한국보건사회연구원, 2004

- 이에 따라 질병으로 인한 빈곤계층으로 전락 예방과 의료안전망의 구축은 사회 양극화를 완화시키는 주요 정책과제로 대두

□ 고령화·저출산 시대의 도래와 함께 급성질환에서 만성질환 중심으로 질병구조가 변화되고 있어 급성질환 치료를 중심으로 하는 현행 보건의료체계로는 한계에 직면

시 기	보 건 환 경	보 건 문 제
1960년대	→ 높은 출산율과 영유아 비율, 가난, 영양실조, 불결한 생활환경	→ 임신, 분만, 영아사망, 전염병
1990년대 이후	→ 노령인구의 증가, 수명연장, 경제적 풍요, 영양불균형과 비만	→ 만성퇴행성 질환 (생활습관 질환)

－ 주요 건강문제가 임신·분만 영아사망, 전염병 등에서 생활습관·환경 등 복합적 병인에 의한 만성퇴행성 질환으로 이전

- 뇌혈관질환·암·고혈압·당뇨병·치매 등 만성퇴행성질환 증가로 장기요양, 장기이식 등 새로운 보건의료서비스 욕구가 다양하게 표출
- 특히 산업화·도시화 등 급격한 사회 환경 변화와 생활구조의 복잡·다양화에 따라 건강위해 요인이 증가하면서 정신질환 및 재해·사고·중독 등 응급의료서비스 욕구 증가

－ 그러나 모자보건, 학교보건, 산업보건, 노인요양 등 생애주기별 보건의료 욕구를 적절히 수용할 수 있는 건강관리체계 미흡

□ 고령화·저출산, 지식기반경제 이행 등 여건변화에 대응하여 국가의 성장원동력을 확보하기 위한 양질의 인적자본 확보와 이를 위한 건강투자의 중요성이 대두되었음

－ 건강은 양질의 인적자본 형성을 위한 기본요소로, 국민의 건강수준이 높을수록 경제성장의 가능성은 높아짐 (Jeffrey D. Sachs)

※ 건강 향상 → 교육성과 향상, 노동력 보존, 임금(소득) 향상, 저축 증대 등 경제효과 발생 (EU 보고서, 「경제에 대한 건강의 기여」, 2005)

※ 기대수명이 1년 증가하면 GDP가 4% 증가 (David.E.Bloom, Harvard)

- 선진국에 비해 건강보험 본인부담률이 과다하고 저소득층을 대상으로 한 공공보건의료서비스 및 경제적 지원 미흡 등 의료의 보장성 취약
 - 건강보험 보험료율이 2008년 기준 5.1%로서 OECD 국가 중 가장 낮고(독일 14.4%, 프랑스 13.55%, 일본 8.85%), 본인부담률은 48.0%로서 멕시코(51.5%)를 제외하고는 가장 높은 수준

제2절 참여정부의 보건의료정책 평가

I. 보건의료정책의 목표

- 참여정부는 초기에 김대중 정부의 보건의료정책의 기초를 승계하고 유지 발전시켜나갔으나, 후기에 들어서 건강위험에 대한 선제적 관리와 미래에 대한 건강투자의 확대를 추진하는 방향으로 정책기조를 전환
- 참여정부는 건강수명의 연장과 건강형평성 제고라는 비전하에 전국민의 건강 수준 향상, 소득 및 지역에 따른 건강격차의 해소, 국민의료비 증가 적정관리를 목표로 설정
 - 이를 위해 건강위험의 선제적 관리를 위한 국가의 책임과 역할을 강화하고, 경제성장과 건강투자가 선순환 할 수 있도록 미래 건강투자 확대 및 의료시장 활성화
- 아동·청소년·청장년·노인 등 생애주기별 사회계층에 대한 예방적·연속적 건강관리를 강화하고 건강투자를 위한 거버넌스 혁신 추진
 - 임신전 단계부터 출산 후까지 Total care 제공, 아동에 대한 의료 지원확대 등을 통해 미래의 건강한 인적 자본 형성
 - 비용효과적인 질환관리체계를 구축하기 위하여 혁신적 만성질환관리(ICCC) 및 취약지역 방문 보건사업 확대
 - 취약계층 노인에 대한 건강·영양 및 운동 지원, 직장인에 대한 운동지원 프로그램 개발 등을 위한 국가적 투자 확대
 - 의료서비스 경쟁력 강화를 위한 제도 개선 및 해외환자 적극 유치 등을 통한 의료시장 활성화
 - 응급의료체계 개선, 신종전염병 위기 대응 강화 등을 위한 국가중심의 필수인프라 구축

- 건강정책의 총괄·조정 기능 강화, 지방자치단체 재정지원방식 개선, 민간기반의 건강관리 서비스 개발, 건강관련 통계인프라 혁신 등 추진
- 건강하고 보호받는 노후생활 보장을 위해 노인장기요양보험제도 도입 등 노인요양보호 기반 확충
 - 노인장기요양보험제도 법제화 및 관련 요양시설 인프라 확충, 전문인력 양성·배출 추진
 - 국가의 부양부담 분담을 통해 가족의 부양부담 감소
 - ※ 요양시설의 경우 100~200만원/월 → 30~50만원/월
- 건강보험 급여범위 확대 및 본인부담 경감, 공공보건의료체계를 통한 저소득층 건강관리 강화 등을 통해 의료의 보장성 강화 추진
 - 건강보험 급여 범위 확대 및 본인부담률 경감 등을 통해 전국민을 대상으로 한 의료 보장성 및 경제적 접근성 제고
 - 보험급여율을 2003년 52%에서 2008년 70%로 목표 설정
 - 건강보험 보장성 강화 로드맵은 2005년 64%, 2006년 68%, 2007년 70%, 2008년 71.5%
 - 보험료 3개월 이상 체납가구 비중을 2003년 8.2%(152만세대)에서 2008년 3.2%(56만세대)로 낮출 것을 추진
 - 건강보험 누적재정수지 적자를 2008년 흑자 전환 목표로 설정(보험료율을 2003년 3.94%에서 2008년까지 6.05%로 인상)
- 희귀·난치성 질환자에 대한 지원 강화, 의료취약지역에 대한 방문보건사업 확대, 도시보건지소 설치·운영 등 취약계층의 보건의료서비스 접근도 제고
 - 이를 위해 건강보험 전액 본인부담 항목의 급여 전환(2005.8), 입원환자 식

대 보험급여화(2006. 6) 등 급여범위 확대와 중증환자 본인부담 경감(2005.9), 6세미만 입원아동 본인부담 면제(2006.1) 등 추진

II. 보건의료정책의 실적

□ 의료의 보장성 확대

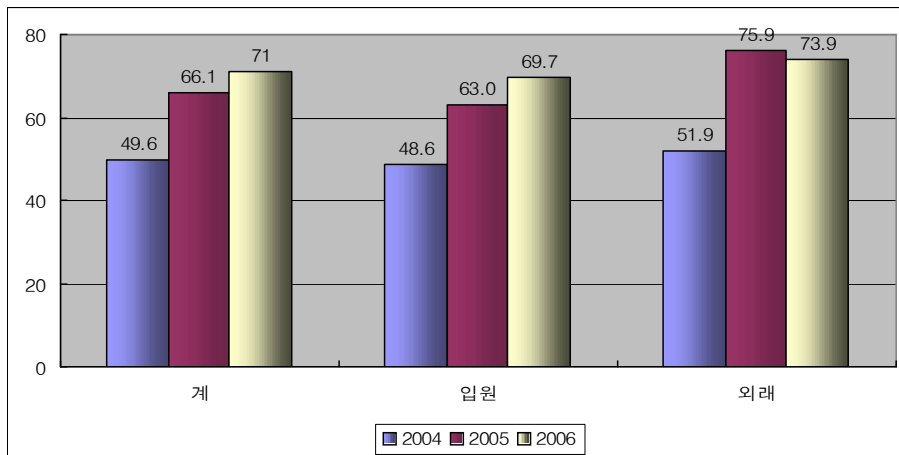
- 2006년 기준으로 건강보험 급여율은 64.3%로 목표에 다소 미달(약국 포함, 건강보험공단 조사)
- 암, 뇌질환, 심장질환 등 중증질환의 보장성을 강화하였으며, 2006년 기준으로 암환자에 대한 보장율은 71%를 달성(2005년 9월 암 등 중증질환자의 법정 본인부담율을 10%로 완화)

< 국민건강보험 급여 보장률 >

구 분		2004	2005	2006
중질환 보장	암환자	49.6%	66.1%	71%
	뇌혈관수술환자	50.7%	60.8%	-
	심장질환수술환자	52.7%	66.9%	-
고액진료비 보장	500만원 이상	49.0%	59.6%	64.7%
	2000만원 이상	46.8%	66.0%	69.5%

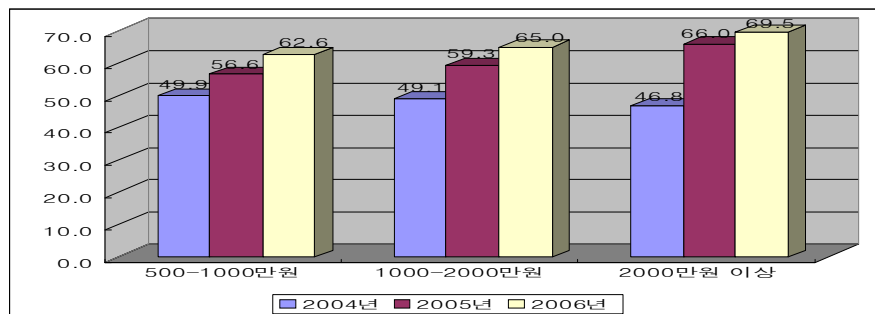
- 암환자 보장률이 49.6%('04년)에서 71%('06년)로 21.4%p 향상되어 목표보장률을 상회하였고 입원환자 보장률은 외래환자 보장률보다 높아짐

< 암환자 건강보험 보장률 추이 >



- 고액진료비 환자(입원건당 진료비가 500만원이상) 보장률도 지속적으로 향상되었고 고액진료비 환자일수록 진료비 부담 경감 효과가 더 컸음

< 고액진료비 환자의 진료비 구간별 보장률 추이 >



- 한편 요양급여비용 중 건강보험 재정에서 부담하는 비중은 지속적으로 향상되어 '06년 9월말 현재 74% 수준 육박

< 요양급여비용 중 환자본인부담금액 비중 >

연 도	'03년	'04년	'05년	'06년(9월)
계	100%	100%	100%	100%
본인부담율	28.4%	27.99%	27.36%	26.05%
건보공단부담금	71.6%	72.01%	72.66%	73.98%

자료: 건강보험심사평가원, 건강보험 심사 통계지표, 각 년도

- 출산력 제고 및 건강투자를 강조하면서 출산 및 아동 관련 급여를 강화
(2005년 자연분만 본인부담 면제, 2006년 6세미만 아동 입원 본인부담 면제)
- 본인부담상한제를 강화(6개월 300만원에서 200만원으로 상한을 하향조정)하여 고액진료비 부담 완화

< 보장성 강화 추진실적(억원) >

시행일	보장성 강화 항목 (현금급여 포함)	연도별 계획		지급내역		
		2005년	2006년	2005년	2006년	2007년(상)
'05.1	MRI 보험급여	2,290		392	1,006	661
'05.1	자연분만 본인부담 면제	210		262	305	169
'05.1	정신질환 외래 본인부담 경감	226		135	194	104
'05.1/'06.1	희귀난치질환 외래 본인부담 경감	24	12	12	40	25
'05.1/'06.1	조산아/6세미만 입원 본인부담 면제	120/1,100		97	643	457
'05.1	연골무형성증 급여기준 확대	11		-	-	-
'05.1	인도싸이아닌그린검사 보험급여	14		1	4	2
'05.1	두개강내신경자극기 보험급여	28		35	34	18
'05.1	미주신경자극기 보험급여	6		7	4	-
'05.1	인공와우 보험급여	115		103	43	-
'05.1	조혈모세포수집용KIT 보험급여	23		1	2	1
'05.2	성장호르몬주사제 급여 확대	13		0.2	0.1	0.06
'05.4	장애인보장구 급여 확대	145		108	247	193
'05.5	만성신부전환자 조혈제 기준 완화	62		12	30	18
'05.5	골다공증치료제 급여기간 연장	388		32	164	109
'05.7/'05.9	급여기준 확대(1차/2차)	200/400		40	197	113
'05.9	암환자 본인부담 경감	5,700		585	3,819	2,258
'05.9/'06.1	뇌혈관,심장질환자 본인부담 경감	400/761		32	491	311

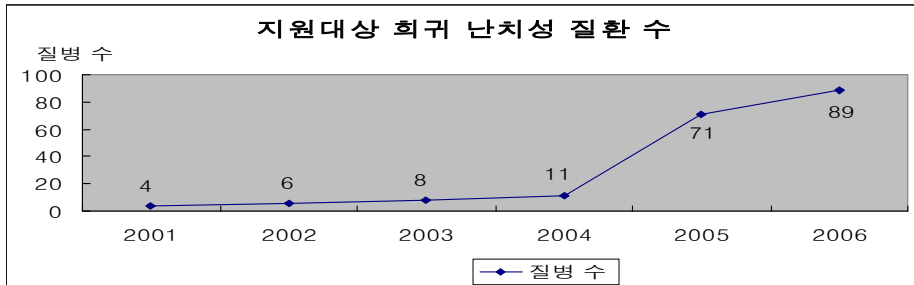
시행일	보장성 강화 항목 (현금급여 포함)	연도별 계획		지급내역		
		2005년	2006년	2005년	2006년	2007년(상)
'05.8/'06.1	100/100 보험급여(1차/2차)	895	567	100	1,199	518
'05.9	의약분업 예외 본인부담 경감	146		28	199	114
'05.10	희귀난치성 약제 급여 확대	165		5	20	10
'05.11	엔브렐주사제 급여 확대	46		-	46	25
'05.12	만성B형간염치료제 급여 확대	196		-	77	61
'06.6	내시경수술재료 보험급여	430		-	135	96
'06.1	특정암검사 본인부담 경감		192		450	288
'06.1	장기이식술 보험급여		50	-	66	33
'06.1	소이·무이증 보험급여		15	-	3	1
'06.2	야간가산료 시간대 환원		800	-	756	464
'06.6	식대 보험급여		5,000	-	2,086	2,687
'06.6	PET 보험급여		630	-	162	192
'06.11	가정에서의 산소치료 보험급여		100	-	0.3	4
'06.11	출산요양비 인상(7.1만원→25만원)		3	-	0	0.3
	계	14,114	7,369	1,986.5	12,424.2	8,932.36

□ 희귀·난치성 질환자의 고액 치료비로 인한 가계 부담 완화를 통하여 환자와 가족의 삶의 질 향상

－ 희귀·난치성 질환 지원대상을 점진적으로 확대 : 2004년 68개 질환 → 2006년 103개 질환)

※ ('02년) 연인원 31만명, 806억원 → ('06년) 231만명, 1천 851억원 경감 효과

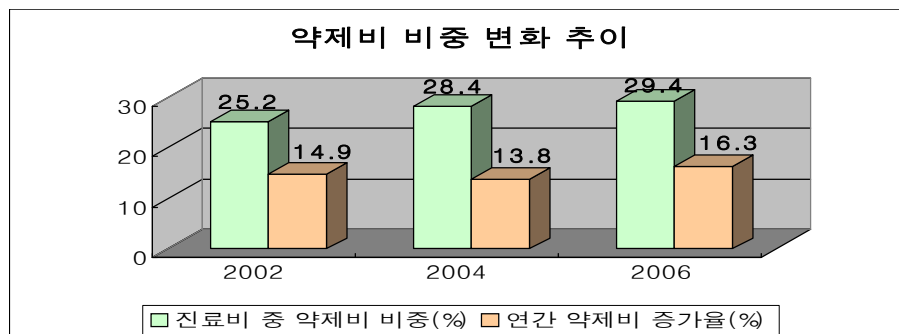
－ 건강보험 적용이 되지 않는 수입 희귀·난치성 질환 치료 약제(총 103종)에 대한 건강보험 급여 혜택



□ 건강보험 총진료비 중 약제비가 지속적으로 증가함에 따라 약제비 지출구조 효율화를 위한 「약제비 적정화 방안」('06.5.3) 마련

－ Positive list system 및 약가협상절차 도입, 약가 사후관리 및 관련 위원회 설치근거규정 마련('06.12.29)

구분	적정화 방안 시행 이전	적정화 방안 시행 이후
등재방식	의무적 등재신청, 네거티브 방식	자율적 등재신청, 포지티브 방식
보험등재기간	150일	240 ~ 270일
신약 가격	혁신적 신약(A7조정평균가), 일반신약(상대비교가)	국민건강보험공단과 제약사간 협상
재평가	등재 3년후 약가 재평가	3년 약가재평가 외 사용량과 연계한 약가 재평가 시스템 도입
특허만료시	<ul style="list-style-type: none"> 신약 가격조정 없음 최초 복제약은 신약 가격의 80% 	<ul style="list-style-type: none"> 신약 가격인하(20%) 최초 복제약 가격수준 조정 (기존 신약의 80%→68%)



□ 진료비 지불제도 개선

- 2003-06년간 상대가치 재평가 작업을 완료하였고 2008년부터 단계적으로 시행하기로 합의
- 요양병원 일당제 시범사업을 거쳐 2008년 1월 시행하기로 결정
- 요양급여적정성 종합관리제를 시행하여 진료비 낭비요인을 제거
- 보험약가의 포지티브 리스트 제도가 도입되고, 약가는 공단과 의료계간의 협상으로 결정

□ 건강보험 재정안정화 추진

- 2002년말 2조 6천억원의 누적적자를 2006년까지 해소한다는 목표를 설정 하였으나 2004년에 누적 적자 해소, 2007년말까지 흑자 상태를 유지
- 건강보험법 개정(2006년 12월)을 통해 국고지원의 기준을 지역 재정지출의 50%에서 보험료 수입의 20%로 변경하여 국고지원금이 축소됨.
- 보험료 예상수입액의 14%를 국고에서 지원하고, 6%를 국민건강증진기금에서 지원하도록 함.

< 건강보험 재정수지 현황 및 국고지원 현황(억원) >

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
수 입	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876
보험료수입	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567
국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698
담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664
기타수입	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947
지 출	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623
보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893
관리운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966
기타지출	963	949	830	831	380	764
당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747
누적수지	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798
국고지원율	38.4	42.7	46.0	45.2	45.3	42.4

□ 전반적으로 건강보험의 보장성 목표치 달성을 통하여 사회안전망으로서의 역할을 충실히 이행하고 있는 것으로 판단되나, 향후 이의 유지 및 확대를 위해 건강보험료 인상, 국고지원 확대, 건강보험수가 조정 등 사회적 합의 도출 등 어려움 예상

－ 건강보험제도 시행 30주년을 맞이하여 관련 조직의 통폐합, 진료비지불보상제도, 보완적인 민간보험 도입 등 전반적인 제도 개선방안 마련 필요

□ 의료급여 보장성 강화 등 제도개선

－ 차상위계층에 대한 의료급여 지원('04)으로 인한 의료급여 수급자 수 급증
※ 145만명('03) → 153만명('04) → 176만명('05) → 183만명('06)

□ 기초생활보장제도의 사각지대 해소를 위한 각종 노력과 차상위계층에 대한 의료급여 확대·지원 등을 통해 빈곤층으로 전락 예방에 상당한 효과를 거둔 것으로 평가

－ 기초생활보장수급자 선정시 부양의무자 소득기준 완화(최저생계비 120%→130%), 차상위계층의 의료급여 2종 진료비의 본인부담률 인하(15%→10%) 및 본인부담상한제 실시 등과 관련한 지속적인 제도 개선 노력

< 국민기초생활보장제도 확대 추이 >

구 분	참여정부 이전 (~'02년 말)	참여정부 중간과정 ('03~'05년)	참여정부 4년 후 (~'06년 말)
수급자 추이(명)	1,351,185('02년 말)	1,374,405('03년 말)	1,513,352('05년 말)
최저생계비액(4인가구)	99만원('02년)	1,019,411('03년)	1,170,422('06년)
의료급여수급자 추이(명)	142만명('02년)	145만명('03년)	176만명('05년 말)
차상위 자활사업참여현황	－	1만명('04년)	3만명('06년)

－ '04년부터 소득인정액이 최저생계비의 120%미만 가구원 중 희귀난치성 질환자(1종), 만성 질환자(2종) 및 18세 미만자 등 200,848명에게 의료급여 지급

□ 치매·중풍 등으로 고통 받는 노인들과 수발로 고생하는 가족을 위해 노인장기요양보험제도 도입

－ 노인장기요양보험제도를 도입하기 위한 노인장기요양보험법 제정('07. 4) 및 시행령·시행규칙 제정 추진

－ 노인장기요양시설 및 재가시설 확충

※ 재가복지시설 수: 368개소('02)→1,045개소('06)→1,185개소('07)

※ 재가복지시설 이용자 수: 18천명('02)→51천명('06)→71천명('07)

< 장기요양시설 및 재가보호시설 확충 현황 >

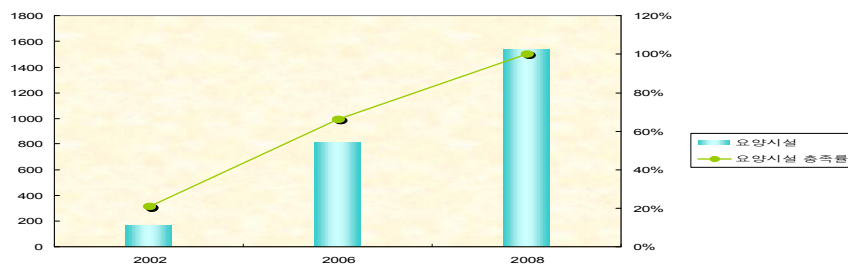
구 분		2004	2005	2006	2007	2008
노인요양시설	개소	109	72	87	104	73
	예산	953	825	757	954	669
노인 그룹홈	개소	-	-	98	55	50
	예산	-	-	98	56	56
소규모 요양시설	개소	-	-	96	65	60
	예산	-	-	183	143	142
농어촌 재가복지시설	개소	-	56	16	14	13
	예산	-	12	28	26	26
종합재가지원센터	개소	-	-	-	49	54
	예산	-	-	-	287	144

< 연도별 노인요양보호서비스 인프라 현황 >

년도	재가노인복지시설					요양시설
	계	가정봉사 원 파견시설	주간 보호시설	실비주간 보호시설	단기 보호시설	
2002	317	120	116	50	31	296
2003	505	228	178	33	66	351
2004	662	300	237	41	82	382
2005	851	399	346	-	103	583
2006	1,049	523	409	-	113	898

- 2006년말 현재 장기요양보험제도의 노인요양시설 수요 대비 충족률은 66% 수준이며, 2008년까지 100% 확충 계획

< 요양시설 충족률 >



- 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률은 2003년 19.5%, 2004년 29.1%, 2005년 34.3%로 참여정부 시작년도인 2003년부터 큰 폭으로 증가
- 그러나 향후 고령화율의 증가속도와 노인장기요양보험제도의 도입 등을 고려할 때 치매·중풍노인요양시설의 지속적 확충 필요

< 치매·중풍노인요양시설 수요충족률 >

(단위 : 개소, 명)

구분	2003	2004	2005
전문요양시설 수용가능 병상수	6512	10,203	12,634
필요대상노인수	33,393	35,127	36,819
치매·중풍노인요양시설 수요충족률	19.5	29.1	34.3

주 : 치매·중풍노인요양시설의 필요 대상 노인은 65세 이상 추정인구에 공적노인요양보 장추진기 획단보건복지부(2004)에서 적용한 0.84%를 적용하여 산출한 수치임.

자료 : 1) 통계청, 「시도별 장래인구추계」, 2005. 4.

2) 공적노인요양보장추진기획단·보건복지부, 『공적노인요양보장체계 개발연구(Ⅰ)』, 2004.

3) 보건복지부, 「노인복지시설현황」, 2005.

□ 중증장애인에 대한 활동보조인 제도 신규 도입(2007년)

- '07.4월부터 활동보조인이 22천명의 중증장애인의 자립생활 및 경제활동 지원
- 권역별 재활센터 확대 및 지역사회중심재활(CBR) 거점보건소 확충
 - ※ 거점보건소 확충계획 : 45개소('06)→100개소('09)→250개소('11)
 - ※ '공공의료확충종합계획'('05.12)의 일환으로 6대 권역(경기, 강원, 제주, 충청, 영·호남)에 '09년까지 재활전문병원(900병상 규모) 건립 지원

제3절 건강투자정책에 대한 평가

- 국가적 건강투자 전략계획을 본격적으로 수립·시행한 것은 2007년으로서 아직은 그 성과가 가시화되지 않은 상태이며, 향후 건강투자 계획의 차질 없는 추진과 이를 위한 인프라 구축 및 재원 확보가 관건

〈건강투자 전략의 중점 추진과제〉

- 임신부터 출산, 성장기에 대한 종합적 건강투자
 - 임신·출산 Total Care
 - 영유아 필수예방접종의 접근성 및 편의성 제고('08)
 - 취약계층 영양불량 아동에 대한 영양지원프로그램 도입('08)
 - 영유아 발달이상을 평가하는 영유아 건강검진 도입('07.10)
 - 아동 치아우식증 예방을 위한 치아홈메우기 확대
 - 건강교육, 스트레스 등 학교 건강증진 지원체계 강화
- 청장년기(근로계층) 건강투자 확대
 - 질병 조기발견을 위한 건강검진의 획기적 강화
 - 만성질환 등록·관리 시스템 도입 ('08년 1개 시·도 시범사업)
 - 천식/아토피질환 예방관리 프로그램 추진
 - 자살위기자를 위한 자살 위기대응센터 시범사업 추진
 - 지역산업보건센터 설립 및 단계적 확대 (중소기업 밀집 공단 중심)
- 건강한 노인을 위한 투자 확대
 - 찾아가는 맞춤형 방문보건사업 강화 ('07~'09)
 - 노인 운동증진을 위한 프로그램 제공
 - 66세 노인에 대한 생애주기별 맞춤형 건강검진 실시
- 건강투자를 위한 거버넌스 혁신
 - 건강 관련 통계체계의 혁신 및 정보제공 강화
 - 범정부적인 건강투자 강화를 위한 정책 총괄·조정체계 구축
 - 자치단체의 건강투자 활성화를 위한 평가, 차등지원체계 도입
 - 민간 기반의 건강관리서비스 공급기반 조성
 - 사회협약, 민·관 협동의 캠페인 등 다양한 사회동참방안 추진

□ 국민건강증진기금에서 순수 건강증진사업비는 국민건강증진기금 전체의 14.2%에 불과하는(2006년) 등 건강투자의 효과적 추진을 위한 충분한 재원 조달이 절실

- 국민건강증진기금 규모는 2003년 736,277백만원, 2005년 1,537,768백만원 2006년 1,907,628백만원 등이며 이중 국민건강보험에 지원되는 금액의 비율이 각각 87.5%, 60.2%, 56.2%로서 보건의료사업에 사용되는 예산에 한계 존재
- 최근 담배가 추가인상이 지연되면서 보건의료사업을 위한 재원확보에 어려움 대두

< 국민건강증진기금 사용액 >

주요사업	예산(백만원, %)		
	2003	2005	2006
총 계	736,277	1,537,768	1,907,628
건강증진사업, 공공보건의료 확충 등	30,522	350,927	632,984
국민건강보험 지원	644,588 (87.5) ²⁾	925,385 (60.2) ²⁾	1,071,219 (56.2) ²⁾
기타 ¹⁾	61,167	261,456	203,425

□ 2002년 「국민건강증진종합계획」을 발표한 뒤, 현실적인 여건변화와 함께 목표와 전략을 수정하여 2005년 12월 「새국민건강증진종합계획」 수립·발표

- 「새국민건강증진종합계획」에서는 건강생활실천 확산, 예방중심의 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경 조성 등 4개 분야에서 2010년까지의 사업목표 제시
- coverage 측면
 - 세계보건기구의 ‘모든 이에게 건강을(Health for All)’이라는 이념의 정

립 이후 건강증진사업은 ‘전체 인구집단’이라는 다소 포괄적이면서도 모호한 집단을 대상으로 상정하였으며, 건강증진사업의 영역 역시 건강생활실천, 질병예방, 영양개선 등 주로 보건의료적인 부분에 국한(국민건강증진법, 1995)

- 그러나 2005년 수립된 「새국민건강증진종합계획」에 따르면, 사업대상자를 포괄적인 일반국민에서 청소년, 노인, 모성, 영유아 등으로 구체화하면서 건강증진사업의 성과가 계층과 사회경제적 수준에 관계없이 미치도록 대상자의 외연을 확장
- 건강증진사업 영역 역시 사업장 및 학교 등 생활단위에서의 건강환경조성 지원, 노인과 여성, 영유아를 대상으로 하는 사업목표 추가
- 특히 2005년 계획에는 과거에는 고려되지 않았던 ‘건강형평성 확보’를 건강증진사업의 영역 속으로 끌어들이으로써 사회적 양극화에서 비롯되는 건강양극화를 해소하고자 하는 적극적인 의지 표명

－ 전달체계 측면

- 도시보건지소 설치, 취약계층에 대한 방문보건사업 확대 등을 통하여 전달체계를 보완함으로써 외환위기 이후 발생한 각종 사각지대에 건강증진사업이 적용되는 기틀을 마련
- 2003년~2006년까지 총 645개 보건(지)소, 보건진료소 신·증축, 장비 현대화를 지원하고 어린이병원과 노인보건의료센터 건립을 지원함으로써 취약계층의 건강증진과 공공보건의료조직 확충
- 건강증진사업을 원활하게 추진하기 위해서는 하부구조가 확립되어야 하는데, 일선 보건소에서조차도 전담 인력의 부족 등 조직화가 미흡함. 이에 따라 보건소-보건지소의 공공보건조직이 단위사업의 관리에 머무르는 수준
- 건강증진사업의 효과를 극대화기 위해서는 민간 자원의 활용이 필수적인데, 관련된 민간단체의 숫자가 부족하고 그 역할이 미흡

－ 사업효과 측면

- 질병예방 및 건강증진사업의 효과는 국민의 건강수준 및 질병·사망 수준으로 가시화되는 데 장기간이 소요되는 특성이 있으며, 계획의 목표시한이 2010년이어서 중간단계에서의 사업성과를 측정하는 데는 한계
- 그러나 「국민건강증진종합계획」 상의 목표를 기준으로 할 때 건강수명은 목표를 초과하였으나 각종 암사망률과 금연 등 건강생활실천 분야는 전체적으로 2005년의 목표에 미달한 것으로 평가

< 국민건강증진종합계획 상 목표 대비 달성도 >

목표 지표	2002년 기준	2010년 목표	2005년목표	2005년 현재	2005년목표-현재
건강수명(세)	66.0	75.1	67.1 ²⁾	67.8 ²⁾	0.7
건강수명 ¹⁾ (세)	66.0	72.0	66.8 ²⁾	67.8 ²⁾	1.1
성인 남자 흡연율(%)	67.8	30.0	53.6	50.3	-3.3
성인 여자 흡연율(%)	4.6	4.0	4.4	3.1	-1.3
고3 남학생 흡연율(%)	37.9	5.0	17.3	13.2	-4.1
고3 여학생 흡연율(%)	10.5	2.0	7.3	5.9	-1.4
1인당 알코올 소비량(ℓ)	8.7	7.0	8.3 ³⁾	8.3 ³⁾	0.0
남자 고도위험음주자비율 ¹⁾ (%)	17.4	13	15.4	14.9	-0.5
여자 고도위험음주자비율 ¹⁾ (%)	1.2	2	1.6	2.5	0.9
성인의 주 3회 이상 규칙적 운동실천율(%)	8.6	17.2	14.0	32.2	18.2
적정체중 인구비율(%)	68.7	75.0	72.6	63.3	-9.3
적정체중 인구비율 ¹⁾ (%)	64.7 ⁴⁾	67.0	66.0	63.3	-2.7
제왕절개 분만율(%)	37.7	20.0	31.1	37.5	6.4
100명당 스트레스 인지율(%)	36.7	32.7	35.2	35.1	-0.1
10만명당 자살사망률	19.9	15.9	18.4	26.1	7.7
10만명당 당뇨병사망률	22.0	19.0	20.9	24.2	3.3
10만명당 위암사망률(남자)	31.3	20.0	27.1	29.4	2.3
10만명당 위암사망률(여자)	17.2	14.0	16.0	15.7	-0.3
10만명당 간암사망률(남자)	32.5	20.0	27.8	33.8	6.0
10만명당 간암사망률(여자)	10.0	6.0	8.5	11.2	2.7
10만명당 폐암사망률(남자)	36.1	35.0	35.7	41.6	5.9
10만명당 폐암사망률(여자)	12.6	12.0	12.4	15	2.6
10만명당 유방암사망률	4.9	4.5	4.8	3.3	-1.5
10만명당 자궁암사망률	5.6	2.5	4.4	4.4	0.0

자료: 서미경 외, 건강증진정책의 평가 및 실천방향, 한국보건사회연구원, 2006.

제4절 OECD 국가 비교를 통한 우리나라 보건의료의 위상

□ 국민의 건강위험과 건강수준과 관련하여 우리의 현위치를 OECD 국가들과 비교

□ 우선 국민의료비에서 차지하는 공공의료비의 비중이 취약

- 환자가 호주머니에서 직접 부담해야 하는 의료비용이 과다함. 특히 큰 돈이 드는 입원을 했을 경우에 본인부담이 과중
- 이 때문에 질병에 걸렸을 때에 가난한 사람들의 의료서비스에 대한 접근은 떨어질 것이고, 이는 건강상의 위험에 처했을 때에 빈부간에 심각한 불공평을 야기

<표 > 의료비 본인부담율과 공공재정 비중(2005)

지 표	OECD	한국
본인부담율, % (2005)	19.3	37.7
입 원*	15.78	33.62
외 래*	35.85	50.72
국민의료비 대 공공지출비중, %(2005)	72.5	53.0

자료: OECD Health Data 2007

□ 국민의료비의 수준이 OECD 국가에 비해 낮은데, 이는 소득수준이나 고령화수준이 낮은 데에 원인이 있음.

- 건강보장 미래전략위원회의 전망에 의하면 2010년 7.1%, 2015년 9.3%로 OECD 평균에 접근
 - 이는 건강보험 보장률(OECD 기준)을 2005년 53%에서 2015년 70%까지 확대할 것을 전제한 것임

- 의료인력이 부족하며, 인력의 부족을 자본(급성병상수, 병원수)과 기술(고급검사장비 등), 의약품이 메꾸고 있음.
 - 이는 환자가 의사와 간호사의 서비스를 충분히 받지 못함을 의미
 - 입원을 할 경우에 환자 가족들이 환자를 간병하는 관행은 간호사의 부족이 하나의 원인으로 작용
- 의사수는 OECD 평균의 1/2 에 불과한데, 국민의료비는 평균의 2/3 가까이 됨.
 - 이러한 지표들로 볼 때에 의사 1인당 돌봐야할 환자수는 매우 많아 의료인력이 혹사하는 (혹은 의사의 생산성은 매우 높고) 한편 의사에 대한 보상수준은 상대적으로 높은 편일 것으로 추정됨.
 - 그러나 의사의 배출 속도는 OECD 평균과 유사하여 향후 의사부족은 그다지 심각하지는 않을 것으로 예상됨.¹⁾
 - 그러나 일반의수가 극히 적어 형식적으로는 일차의료이 취약한 구조로 되어 있음. 그러나 일차의료를 전문의가 담당하는 한국의 의료시장이 왜곡되었다고 단정하기는 어려움.
- 약사수는 국민의료비 수준에 비해 그리고 의사수에 비해 상대적으로 과도한 양상이며, 의약분업을 도입하고 시행하는 과정에서 갈등이 나타날 수 밖에 없는 하나의 원인으로 작용함.

1) 한국 의사수에는 한의사가 포함되어 있다고 하나 의사수가 전반적으로 아직 낮은 수준이다. 그런데 의대 졸업자에는 한의사가 포함되었는지 아직 확인되지 않았다. 만약 한의사가 제외되었다면 의사의 배출속도가 과다할 것이다.

<표 2> 국민의료비 수준과 의료 인프라(2005)

지 표	OECD	한국
국민의료비 대 GDP, %	9.0	6.0
소득수준	3만불	1만6천불
고령화	15.0	9.1
국민의료비 대 의약품지출 비율, %	17.2	27.3
병상수(천명당)	5.6	7.9
활동의사수(천명당)	3.0	1.6
약사수(천명당)*	0.72	0.6
간호사수(천명당)*	8.4	1.8
CT 스캐너(백만명당)	20.6	32.2
MRI 대수(“)	9.8	12.1

자료: OECD Health Data 2007

□ 의료에 대한 평균적인 접근수준은 평균 이상으로 성공적이며, 오히려 과열과 왜곡의 양상을 띠고 있음.

- 공적의료보장의 적용은 모든 국민에게 제도적으로 보장되고 있음.
- 그리고 국민 1인당 입원일수나 외래일수도 평균을 상회하여 의사를 방문하거나 병상에서 충분히 진료를 받는 데에 제한을 받지 않고 있음.
- 그러나 지나치게 자주 의사를 방문하거나 필요 이상으로 병상에 누워있어 의료자원을 낭비한다는 비판에 처해 있음.
- 입원은 평균에 비해 높은 데다가 대도시의 대형병원과 유명의사를 선호하는, 즉 최고를 지향하는 국민의 의식이 의료에도 반영되어 의료이용이 상당히 왜곡되는 양상을 띠고 있음.
- 더구나 최고를 지향하는 과열된 행태로 인해 과도한 의료비 지출을 불러오고, 이는 질적인 측면에서 의료접근의 격차를 낳게 됨.
- 그 밖에 비만클리닉, 성형, 통증클리닉, 물리요법 등 전통적인 의료서비스가

아닌 영역에 대해 무절제하게 수요가 몰리고 있음. 이에 대한 실태 파악이 안 되고 있으나 의료자원의 낭비는 심각할 것으로 추정됨.

- 의료보장의 적용율은 100%로서 공식적인 안전망과 최소한의 접근의 형평은 이미 갖춘 셈이지만, 현실적으로 존재하는 사각지대에 대한 실태와 개선노력이 요구됨.
- 보험료 체납인구가 200만명을 넘어 제도 적용상의 심각한 문제를 안고 있다.

<표 3> 의료보장의 적용율과 의료접근성 지표(2005)

지 표	OECD	한 국
의료보장적용율, %*	95.65	100.00
1인당 입원일수	9.9	13.5
1인당 외래방문일수	6.8	11.8

자료: OECD Health Data 2007

□ 건강수준은 낮은 보장성과 취약한 인프라에 비견하면 괜찮은 성과를 나타내고 있음.

- 그러나 만성질환의 사망률은 고령화 수준과 비례하기 때문에 고령화 수준을 보정한 평가가 필요함.
- 질적인 측면의 건강수준인 자기판단건강상태는 상대적으로 낮게 평가되고 있어 국민들의 건강에 대한 자신감과 건강보장에 대한 신뢰를 제고하는 노력이 필요함.
- 희망적인 것은 건강행태가 양호한 편임. 국민들의 웰빙에 대한 관심과 노력은 건강행태를 개선하는 데에 기여할 것임.

<표 4> 건강수준과 건강행태의 지표

부 문	지 표	OECD	한국
건강 수준	사망률	652	719
	PYLL	4062	4397
	평균수명	78.6	78.5
	영아사망률	5.4	5.3
	암질환 사망률	170.6	162.3
	뇌혈관질환 사망률	60.4	95.8
	허혈성심질환 사망률	101.8	34.9
	자기판단건강상태	68.6	47.4
건강 행태	주류 소비량	9.5	8.1
	흡연인구비율	24.3	25.3
	과체중과 비만인구 비율	47.6	30.5

자료: OECD Health Data 2007

제2장 보건의료 정책방향

제1절 정책 여건과 정책적 시사점

□ 보건의료를 둘러싼 대내외적인 환경은 급속한 변화 양상을 겪고 있음. 향후 보건의료 분야 정책수립에 있어서 고려해야 할 주요한 여건 변화는 다음과 같음.

－ 저출산고령화의 진행

- 저출산의 심화는 생산가능인구의 감소에 따른 국가발전을 위한 인적자본의 중요성을 증대시키며, 차세대 인구자질 향상을 위한 정책적 노력의 필요성을 높이고 있음.
- 고령화에 따른 노인인구 증가는 노인의료비의 증가와 부양비의 증가로 연결되어 가계와 사회의 부담을 가중시킴.

－ 세계화, 지식기반경제와 양극화 심화

- 세계화의 진전은 보건의료 분야에서도 시장개방과 무한경쟁의 시대를 의미함. 이에 따라 우리나라 보건의료산업의 경쟁력 제고와 고부가가치 성장주도 산업으로서의 보건의료산업 육성이 중요한 과제도 대두됨.
- 경제위기 이후 심화된 양극화와 빈곤율 증가는 의료취약계층의 증가를 유발하는 핵심요인이 될 수 있으며, 2008년부터 본격화되고 있는 세계경제 침체의 여파가 우리나라에 미칠 경우 이와 같은 양극화 및 빈곤화는 보건의료 부문의 중요한 변화가 될 전망이다.

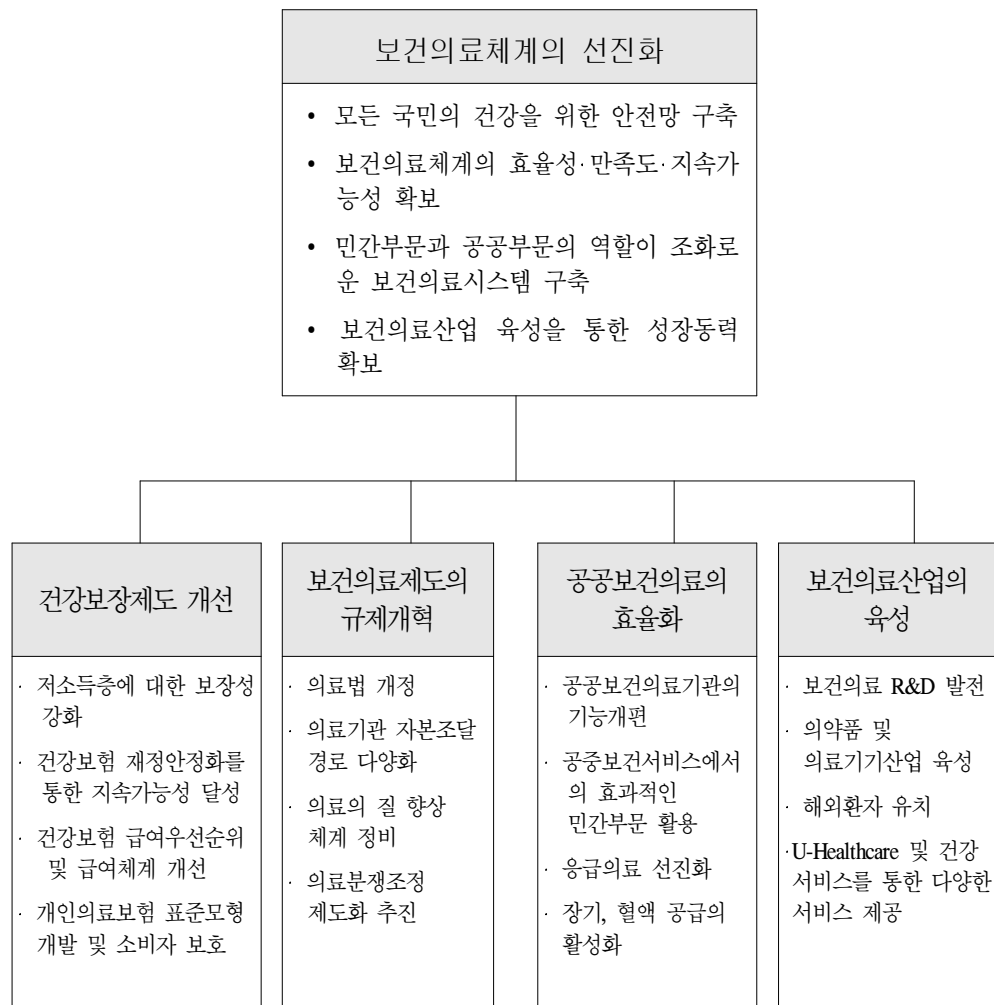
－ 저성장 기조

- 경기 침체에 따른 성장률의 저하는 재정조달 애로점이 될 전망이다. 따라서 고비용비효율적인 재정구조에 대한 개선과 아울러 지속가능성에 대한 요구가 증대할 것임.

- 차세대 유망산업 분야라 할 수 있는 보건의료산업을 통하여 고용과 성장에 기여하고 고부가가치를 창출함으로써 궁극적으로는 국민의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 역할 필요
- 만성질환 중심으로 질병구조 변화
- 노인인구 및 후기 고령인구의 증가는 만성질환의 유병율을 높이며, 급성질환 치료를 중심으로 하는 현행 보건의료체계로는 한계에 직면
 - 국민들의 주요 건강문제 역시 생활습관과 환경 등 복합적 요인에 의한 만성 퇴행성 질환으로 전환하고 있으므로 장기요양과 같은 새로운 보건의료서비스 욕구가 다양하게 표출될 것이며, 생애주기에 따른 적절한 건강관리체계의 필요성이 증대함.
 - 아울러 질병의 예방 및 조기 발견, 관리를 위한 사전예방적 건강증진정책의 수립 및 시행이 지속적으로 중시될 것임.

제2절 보건의료선진화를 위한 비전과 추진전략

가. 비전



나. 추진전략

1) 건강보장제도 개선

□ 저소득층 보장성 강화(의료급여 제도)

－ 의료급여 대상자 확대

- 의료급여 대상자 확대의 필요성은 인정되나, 급격한 수급권자 확대는 국가재정 및 기타 사회복지 제도에 영향을 미치는 사안이므로 부양의무자 기준 완화 등을 통해 점진적으로 확대를 추진하되, 저소득층 건강보험 가입자에 대한 비용지원(보험료, 본인부담금) 방안을 함께 추진

－ 의료안전망기금

- 재원 발굴 없이 국가재정법의 적용을 받는 “기금” 신설이 어려우므로, 기존 재원을 효율적으로 활용할 수 있는 방안을 우선 실시하면서 기금설치는 추후에 검토

－ 의료급여 관리효율성 제고방안

- 단기적으로는 기초자치단체에 대한 인센티브 강화를 지속적으로 추진하되, 장기적으로는 광역자치단체가 책임성 있게 의료급여 사업을 운영할 수 있도록 재정 자율성(위험도에 따른 사전 총액 배분)과 성과평가를 통한 인센티브 제공 방안에 대한 면밀한 검토 및 시범사업 방안 연구 필요

□ 건강보험 재정안정화

－ 건강보험 재원확보 방안 강구

- 일반회계 국고지원과 담배부담금 지원은 지원의 논리적 근거를 마련하여 지원항목을 명시하는 방안 강구
- 의료저축계정(MSA) 도입방안 검토
- 공적연금에 대한 보험료 부과를 검토하되, 연금이 최저생계비 이하의 소액 연금수급자에 대해서는 보험료를 부과하지 않을 것을 검토하는 등 공적연금

의 유형별로 각각 검토

- 국고지원과 담배부담금 재원은 현재 복지부 일반회계의 12개 사업(희귀난치성질환, 장애인의료지원 등)과 통합하여 의료안전망기금으로 전환하는 방안을 검토

－ 건강보험 재정 지출 효율화 방안 강구

- 건강보험 재정안정을 위해서 의료이용량을 통제하는 방안을 검토함. 예를 들어, 환자 스스로 self-care 할 수 있는 여건의 마련(운동이나 OTC 슈퍼판매 등). 의약분업이 잉태한 재정문제, 신기술이 의료이용을 과도하게 유인하는 문제, 질환별 진료 가이드라인을 정하고 이를 벗어나는 경우 본인부담하는 방안 등을 검토

□ 건강보험 급여우선순위 및 급여체계 개선

－ 급여범위 및 내용의 충실성과 효과성 제고

- 급여범위 확충과 본인부담 감소: 고액진료건에 대한 본인부담 완화를 전연령대에 확대하고, 취약계층에 대해서는 본인부담을 경감하는 방안을 지속적으로 검토
- 새로운 의료수요에 부응하는 급여내용 확충: 향후 계속 증가할 것으로 예상되는 만성퇴행성 질환과 노인 의료수요 증가에 대비한 급여항목 등 건강보험체계 정비
- 급여서비스 제공 인프라 개선을 통한 서비스 질제고: 필수 진료영역에 대해서는 수가수준을 정상화하고 급여심사 기준 역시 양질의 서비스 보장 및 치료기술 발전의 유인하는 방향으로 개선해 나가도록 함.

－ 급여결정 과정의 합리성 제고

- 급여 확대의 우선순위 선정과정에서 임의성을 지양하고 합리적인 기준에 따른 근거중심의 급여 확대 정책 수립
- 급여 확대와 재정수지를 연동함으로써 재정안정 확보

- 급여서비스의 특성에 따른 정부책임 강화
 - 구체적인 급여항목을 검토하여 보험원리에 부합하는 서비스와 외부효과 등으로 인해 공중보건학적 의미가 큰 서비스를 구분하고, 급여 확대시 그 취지에 부합되는 재원을 연계하여 조달하는 방안 검토

□ 개인의료보험 표준모형 개발 및 소비자 보호

- 공-사보험간 정보 공유
 - 공-사보험간 정보공유는 건보공단 소유의 개인정보 공유는 허용하지 않도록 하되, 2차적인 질병정보를 공유하는 방향을 검토
- 표준약관 제정 등 상품 표준화 추진
 - 금융위원회 등과의 협의를 통해 소비자가 보험료와 보장내용을 쉽게 이해하고 보험에 가입할 수 있도록 상품 표준화(표준약관 제정) 추진
 - 보험상품의 비교공시 강화, 개인보험상품의 허위·과장광고에 대한 금지행위 및 제재를 제도화 하는 방안 검토
- 상품표준화 과정에서 보건당국 참여
 - ‘개인의료보험 표준약관심의위원회’를 구성하여 표준약관의 제·개정시 보건당국 참여
- 실손형 상품의 보장범위 규정
 - 개인의료보험이 건강보험 재정에 미치는 영향을 예방하되, 민간보험사의 보험상품 개발의 어려움을 고려하여 건강보험의 법정본인부담금 중 일부를 보장하도록 허용하는 방안을 검토함. 단, 도덕적 해이 방지를 위해 총 본인부담금(법정 본인부담금 + 비급여) 중에서 환자가 일부를 부담하는 본인부담제도(Co-payment)와 공제액제도(deductible)를 함께 도입하는 방안 검토
- 소비자 보호 강화
 - 상품표준화의 형태는 필수급여는 모든 상품에 기본적인 패키지로 포함되고 부가적인 급여인 특약을 표준약관 심의 위원회를 통하여 중증고액 질환, 간

병, 만성질환, 상해, 기타 등 몇 개의 유형으로 표준화하도록 유도

2) 보건의료제도 규제개혁

□ 의료법 개정

- 의료기관의 경영에 불필요한 규제 완화, 의료의 공익성을 침해하지 않는 수준에서 의료서비스의 경쟁력을 높이고 국민편익을 증진하는데 기여하기 위한 의료법 개정 방안 검토
 - 시장변화에 맞게 우리 의료기관의 경쟁력 제고를 방안을 의료법 상에 반영
 - 성형수술이나 치아보철, 피부과 진료 등 건강보험의 혜택을 받지 못하는 고가 진료비용 사전 공개
 - 거동이 어려운 노인, 장애인 등의 처방전을 보호자가 대신 수령할 수 있도록 허용하고 환자의 진료정보를 보호하기 위한 안전장치를 강화
 - 병원에서 감염되는 두려움 완화
 - 의원 입원 및 응급환자의 안정적인 진료 여건 마련
 - 한 개의 의료기관에서 양·한방 의료서비스 제공
 - 의료인이 좀 더 안정적으로 진료할 수 있는 여건 마련
 - 의료인은 특정 의료기관에 소속되지 않아도 프리랜서 형태의 진료가 가능
 - 의료법인의 경영합리화를 유도

□ 의료기관 자본조달 경로 다양화

- 투자의료법인 도입
 - 현행 의료법은 의료기관 개설권을 의료인 또는 비영리법인(의료법인, 사회복지법인, 민법상 법인 등)으로 제한되어 있어 다양한 자본조달 경로가 제한됨.
 - 투자의료법인의 도입과 관련하여서는 지역적 제한의 문제, 법인 성격에 따른 장단점 등이 고려되어야 함.
- 의료채권 발행 검토

- 국내 의료기관의 안정적인 자금조달을 위한 자본조달 수단의 다양화 측면에서 의료채권 발행의 허용을 검토함.
- 다만 의료채권 발행이 허용될 경우, 비영리법인인 의료법인이 발행하는 것을 고려한 특별법 제정이 선행되어야 함.

□ 의료 질 향상 체계 정비를 통한 서비스 질제고

- 각종 의료기관 평가를 통하여 보건의료서비스에 대한 질 평가를 해오고 있으나, 국민들의 알권리 충족과 효과적인 평가제도의 운용을 위해서는 다음과 같은 점들을 개선할 필요가 있음.
 - 평가 급증에 따른 중복평가와 행정의 비효율성
 - 다양한 평가내용들의 연계 및 평가의 예측성, 평가항목의 타당성 개선
 - 평가결과 활용의 적절성

□ 의료분쟁조정 제도화

- 각종 의료분쟁에 관해 종합적 판단을 내릴 수 있는 전문 기구 구성
 - 과실 여부 불문한 각종 의료분쟁 및 의료 관련 제반 분쟁에 관해 1심 법원 판결에 갈음하는 결정을 내릴 수 있는 전문 기구 설립
 - 전문적이고 공정한 제3자적 지위의 전문 기구 운영으로 분쟁당사자 모두의 신뢰성 및 공정성 담보
- 기존 위험도 상대가치 비용 일부 또는 전부의 기금화
 - 의료분쟁 조정결과에 따른 배상금으로 활용하여 의료분쟁으로 인한 사회적 비용 절감
 - 의료분쟁 전문기구 설립 및 운영 위한 기초자금으로 활용

3) 공공보건의료 효율화

□ 공공보건기관의 기능개편 및 경영개선

－ 국립의료원

- 변화하는 보건의료 환경에 적응하고 새로운 기능과 역할을 수행하기 위해서는 우수한 의료 인력 충원을 위한 유연한 조직체계, 정부 지원 뿐 아니라 다양한 재원과 투자처 확보가 필수적임. 이를 위해서 공공기관의 특성을 유지하면서 더 넓은 자율성과 효율성 도모가 가능한 특수법인으로 전환 필요함.

－ 지방의료원

- 공공성 강화 추진을 위하여 민간과 차별되는 서비스, 예를 들어 응급의료, 재활, 장기요양, 호스피스 등의 서비스를 지역 주민에게 제공하도록 계획함.
- 도시지역 지방의료원의 국가 운영 목적 재정립 및 지방의료원 사업의 최우선 수혜대상자로 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자들을 상정
- 혁신적 개혁과 효율성을 높이기 위한 자체 노력 경주

－ 기타 공공병원

- 민간병원과의 차별화를 통한 공공병원의 특성에 부합하는 역할 재정립 노력
- 필수공익의료 및 공중보건서비스 등 공공보건의료사업을 강화하되, 재무구조 개선을 위한 경영 혁신 필요
- 공공병원의 공공성 및 효율성에 대한 평가체계 개발

－ 보건소 등 보건기관 기능개편

- 인력, 업무, 예산 운영 등에서 합리성을 제고
- 소외계층에 대한 통합적인 보건복지서비스 제공기관으로의 방향 전환
- 보건소 핵심역량의 집중화와 다각화

□ 민간을 활용한 효율적 공중보건서비스사업

－ 건강증진사업

- 임신부 및 영유아 보충영양관리사업: 사업 시행 보건소를 전국적으로 확대하

고, 수혜대상자는 우선 취약계층으로 하되, 점차 대상을 확대함. 식품지급방식은 현행 식료품의 직접 배달체계에서 ‘전자바우처’ 방식으로의 전환을 검토함.

- 12세 이하 국가필수예방접종: 12세 이하 아동을 대상으로 국가 필수예방접종 8종 백신의 민간 병·의원 접종비를 국가가 지원함.

－ 질병관리사업

- 암환자토털케어시스템: 취약계층의 정보접근성 향상을 통해 계층간 암 관련 의료이용 격차를 해소하기 위하여 암환자 토털케어 서비스 정보를 제공

□ 응급의료 선진화

－ 응급의료의 단계별 질적 수준 개선

- 현장·이송단계에서는 응급인력의 적정 배치 및 인력의 응급처치 숙련도 향상을 위한 교육 기회 확대 실시
- 응급실에서의 진료 단계에서는 응급환자 진료 의사의 전문성을 강화하고, 안전한 차세대 응급실 모델 개발
- 중증응급질환에 대해서는 지역별 진료체계를 구축하여 접근성 제고 및 응급증상별 전문치료 제공을 위한 특성화 추진

－ 사회안전망으로서 응급의료의 공공기능 확충

- 응급 상황에 대한 국민의 대응력 강화를 위한 교육과 홍보 실시
- 구급차 기준 및 등록, 이송기관에 대한 인증·지원을 통한 응급의료의 부실화 차단

－ 응급의료 운영·관리체계의 리모델링

- 응급기금 규모 확대를 통한 응급의료의 기반 강화
- 응급의료 질평가 및 인센티브 확대

□ 장기, 혈액의 공급활성화

- － 장기기증과 이식을 활성화 하고 뇌사자 이송에 따른 장기훼손 등 부작용을 해

소하기 위한 「장기 등 이식에 관한 법률 시행규칙」 개정

- 뇌사판정대상자관리전문기관 지정기준 완화 및 의료기관간 시설·장비와 백혈구항원검사 전문인력 공동 사용 규정
- 적극적인 장기구득활동 지원을 위한 사업을 추진하고, 능동적인 장기구득기관을 확대
- 적십자사의 혈액사업조직을 분리하여 국가가 직접 관리·감독하는 ‘국립혈액관리원(특수법인)’ 설립 검토

4) 보건의료산업 육성

☐ 보건의료 R&D 발전

- 안정적인 보건의료 R&D 예산 확보를 위한 보건의료기술연구개발사업의 일반회계 전환 추진 필요
- 보건의료 R&D 자원의 통합 조정·관리체계 정비
 - 주무부처인 보건복지가족부의 역할 재정립
 - 복지부 내의 R&D 통합 조정·관리기능 강화
- 선택과 집중에 의한 R&D 투자전략 추진

☐ 의약품 및 의료기기산업 육성

- 신약 및 의료기기 개발 역량강화를 위하여 산업인프라 개선, 의약품 특허 정보 제공, 임상시험의 인적·물적 인프라 구축 등을 추진
- 의약품 및 의료기기산업을 비롯한 보건의료산업 분야의 글로벌 기업 육성을 목표로 다양한 지원방안 수립
- 의약품 및 의료기기의 품질안전 관리 강화를 통한 신뢰성 제고

□ 해외환자 유치

- 해외환자 유치를 위하여 의료법을 비롯한 각종 규제조치들의 개선을 추진하고 의료기관에 대한 평가제도 선진화와 의료사고 관련 분쟁에 대한 예방체계를 구축하여 신뢰도를 제고함.
- ‘한국국제의료서비스협의회’의 기능과 역할을 강화하고, 관계기관 간의 협력체계를 강화함으로써 해외환자 유치를 위한 국내외 인프라·네트워크 구축
- 차별화된 전략수립과 다양한 방법을 통한 홍보 실시

□ U-Healthcare 활성화와 건강서비스시장 형성 등을 통하여 보건의료서비스에 대한 국민의 접근도와 편리성을 제고하는 한편, 민간부문의 자원을 활용할 수 있는 계기를 마련

제3장 분야별 제도개선 과제

제1절 건강보장제도의 개선

I. 건강보장제도의 평가와 발전방향

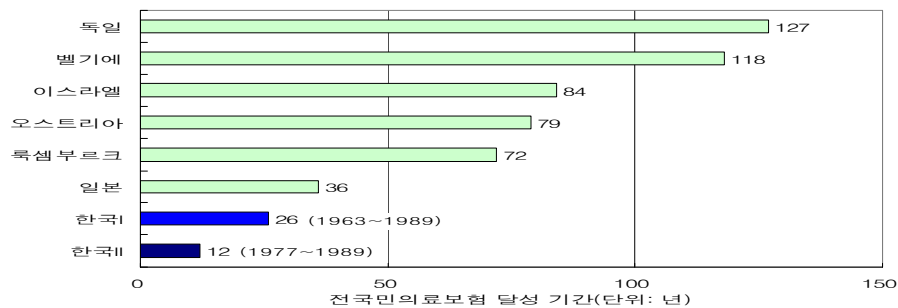
가. 건강보장제도의 평가와 발전방향

1) 우리나라 건강보장제도의 평가

□ 우리나라는 세계적으로 가장 빠른 전 국민 의료보험을 정착시킨 성공사례로 평가받고 있음.

- 의료보험법 제정을 기준으로 할 경우에는 26년, 직장의료보험 실시를 기준으로 할 경우에는 불과 12년 만에 전 국민 의료보험을 달성하였음.

[그림 3-1] 주요 국가별 전 국민의료보험 달성 기간

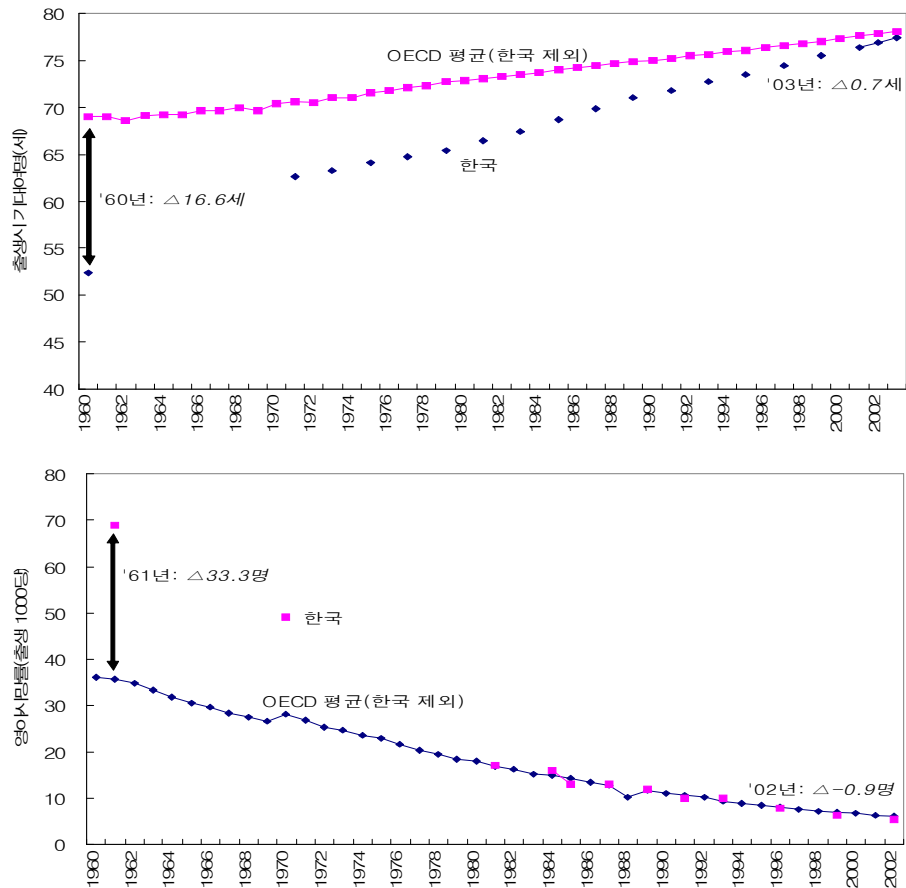


자료: 건강보장 미래전략위원회, “건강보장 미래전략”, 2007.7

□ 전 국민 의료보험제도의 실시는 국민들의 의료서비스 접근도와 건강수준 향상에 크게 기여한 것으로 평가되고 있음.

- 1977년 의료보험 출범과 1989년 전 국민 달성 이후, 국민의 의료이용량은 폭발적으로 증가하여 1975년 40%에 이르던 질환자 중 미치료자 비율은 2006년 현재 7%로 감소하였음.
- 1977년 의료보험 시작 당시, 의료보험 적용 대상자 1인당 0.1일에 불과하던 입원 내원일수는 2006년 현재 1.32일로 증가하였으며, 외래 내원일수 역시 0.7일에서 14.7일로 증가하였음.
- 여러 가지 사회경제적 변수의 영향도 있지만 이러한 의료접근도의 향상은 출생시 기대여명이나 영아사망률 등의 건강지표를 개선시키는데 크게 기여하였음.

[그림 3-2] 1960년대 이후 우리나라 국민의 건강수준 변화



□ 그러나 이러한 성과에도 불구하고 현재 우리나라 건강보장제도는 사각지대의 존재 등 많은 문제점을 가진 것으로 평가되고 있음.

가) 건강보장의 사각지대 존재

□ 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험을 처음 시작할 당시에는 건강 - 보험 적용인구가 320만 명에 불과했으나 전 국민 건강보험 실시 다음 해인 1990년에

는 건강보험 적용인구가 4,411만 명으로 증가하였고, 2005년 현재 건강보험 적용인구는 4,739만 명에 이르고 있음.

〈표 3-1〉 연도별 건강보장 적용인구 현황

구 분	1980	1985	1990	1995	2000	2005
총인구(천명)	38,124	40,806	42,869	45,093	47,008	48,294
건강보장	11,368,055	21,253,682	44,110,412	45,429,041	47,465,758	49,153,617
계	9,226,365	17,994,913	40,180,023	44,015,900	45,895,749	47,392,052
소계	9,160,998	16,424,491	20,758,592	21,559,210	22,403,872	27,233,298
직장근로자	5,380,968	12,214,830	16,155,231	16,744,064	17,577,672	22,561,285
건강보험공교	3,780,030	4,209,661	4,603,361	4,815,145	4,826,200	4,672,013
지역	-	375,242	19,421,431	22,456,690	23,491,877	20,158,754
직종	-	954,108	-	-	-	-
임의	65,367	241,072	-	-	-	-
계	2,141,890	3,258,769	3,930,389	1,413,141	1,570,009	1,761,565
의료급여 1종	641,732	642,434	695,000	498,399	810,684	996,449
2종	1,499,958	2,616,335	1,958,920	914,742	759,325	765,116
부조	-	-	1,276,469	-	-	-

□ 그러나 현재에도 건강보장의 혜택을 받지 못하고 있는 건강보장의 사각지대가 존재하고 있음.

- 건강보험료 체납 세대는 2002년 일시적으로 감소하였으나 이후 지속적으로 증가하여 2006년 현재 전체 지역가입 세대의 25%에 달하고 있음.
- 국민건강보험공단이 보험료 체납세대를 대상으로 실시한 2004년 조사에 따르면, 이들의 약 68%가 ‘경제적 어려움’ 때문에 보험료를 내지 못했다고 응답한 것으로 나타났다.

- 건강보험 체납세대의 대부분은 의료이용을 포기하거나(34.1%), 일반진료로 전액 본인부담을 하는 것(25.5%)으로 나타났다.

〈표 3-2〉 건강보험 지역가입자 체납가구

구 분	2001	2002	2003	2004	2005	2006
가구수(천가구)	1,616 (19%)	1,361 (15%)	1,563 (18%)	1,919 (23%)	1,952 (24%)	1,987 (25%)
체납 총보험료(억원)	7,640	7,237	9,060	12,006	11,566	12,449
가구당 체납 보험료 (천원)	47	53	58	62	59	63

() 안은 전체 지역가입자 가구 중의 %임

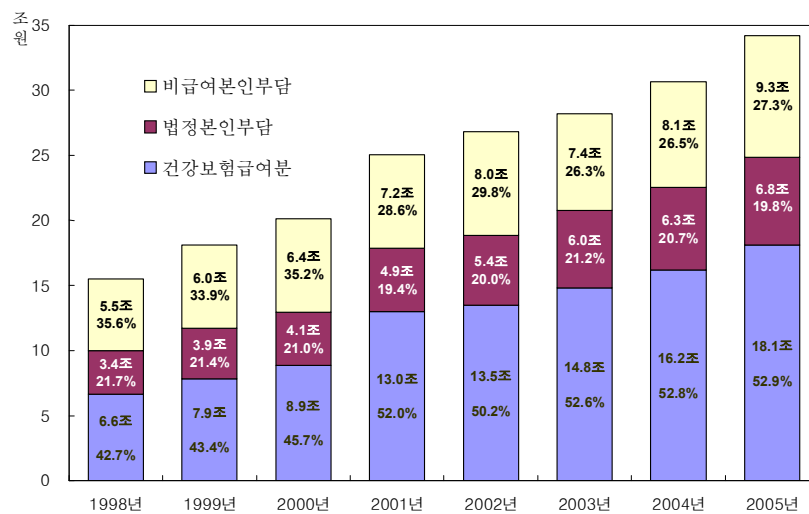
- 아울러 현행 건강보장의 사각지대는 건강보험 자체의 제도적 결함보다는 지나치게 협소한 의료급여 수급 대상범위에서 기인하고 있음.
- 의료급여 수급권자는 2005년 현재 전체 국민의 3.6%로 정부가 추정한 잠재적 빈곤층을 포함한 전체 빈곤층의 43.9%에 불과함.
- 한국보건사회연구원의 차상위계층 실태조사 결과에 따르면, 차상위세대의 22~33%가 필요한 치료를 포기했던 경험이 있으며, 이들의 67~88%가 진료비 부담 때문에 치료를 포기했다고 응답하였음.
- 차상위세대의 57~67%가 건강보험료와 의료비를 합친 의료지출액이 소득의 10%가 넘는 것으로 나타났다.

나) 급여범위의 제한과 과도한 본인부담

- 건강보장제도의 보장성 확대는 1989년 전 국민 건강보험 실시 이후에도 급여항목의 확대, 급여일수의 확대 등을 통해 지속적으로 추진되어 왔음.
- OECD 통계를 기준으로 우리나라 건강보험의 급여율을 시계열적으로 분석한 결과에

따르면, 1995년 31.6%이던 건강보험 급여율은 2001년에는 52.0%로 대폭 증가하였으며 2005년 52.9%까지 지속적으로 상승하고 있는 추세임.

[그림 3-3] 건강보험 급여율의 시계열적 변화 (1998-2005)



□ 그러나 이와 같은 보장성의 점진적 확대에도 불구하고 급여 범위의 제한과 과다한 본인부담이 지속적인 문제점으로 지적되어 왔음.

□ 특히 고액의 의료비 지출을 동반하는 중증질환에 대한 취약한 보장성은 현행 건강보장 제도가 사회적 안전망으로 기능하지 못하게 만드는 중대한 결함이 되고 있음.

- 2005년 암 환자와 일부 심장 및 뇌혈관계 환자의 법정본인부담을 경감하는 고액 중증질환 보장성 확대 방안이 시행되었으나, 비급여 영역에서 발생하는 비용 부담이 여전히 과중할 뿐 아니라 집중지원대상 상병에서 제외된 고액 중증질환들이 다수 존재하고 있음.

□ 의료보장성의 한계는 우리나라 가구의 소비지출 중 높은 의료비 비중으로 나타나고 있음.

- 2005년 한국보건사회연구원의 조사에 따르면, 경상소득이 최저생계비의 180% 이상인 가구 중에서 건강보험료와 의료비 지출액을 합친 의료지출액이 소득의 10%를 넘는 가구의 비율이 15.6%에 이르는 것으로 나타났다.
- 국제적으로 기초생계지출을 제외한 가구 총 소비지출에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40% 이상인 경우를 '과부담 의료비 지출'로 정의하는데, 2004년 현재 우리나라의 '과부담 의료비 지출' 가구는 1.65~2.18%에 이르고 있음.

□ 2005년 이후 중증질환에 대한 건강보장제도의 보장성 확대에 의해 '의료 영역'의 본인 부담은 감소하고 있음.

- 특히 법정 본인부담금은 과거의 절반 이하 수준으로 줄어들었으며, 그조차도 6개월에 300만원을 상회할 경우에는 본인부담상한제의 적용을 받아 300만원을 상회하는 금액 전부를 건강보장제도에서 부담하고 있음.
- 그러나 '의료 영역'의 비급여 본인부담은 여전히 적지 않은 비중을 차지하고 있으며, '의료 이외 영역'의 본인부담은 과거와 동일한 수준을 유지하고 있음.

다) 재원조달의 안정성 미흡

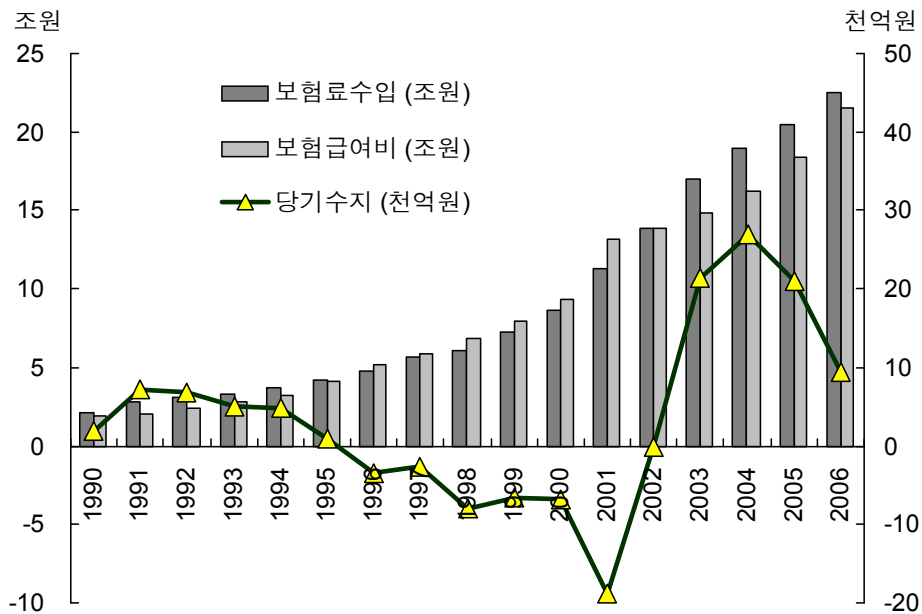
□ 건강보험 재정은 1990년대 중반까지 계속적으로 흑자를 기록하고 1995년 말 적립금이 약 4조원에 이르던 건강보장재정이 1996년부터 적자로 반전되었음.

- 그 원인은 소득 향상과 이에 따른 건강과 의료에 대한 관심과 기대수준의 증가, 인구고령화, 유인수요력을 가지는 의사인력의 증가 등에 따른 의료수요의 확대도 일정한 영향을 미쳤지만, 보다 직접적으로는 건강보장 급여 범위가 계속 확대된 데에서 기인한 것임.

□ 그러나 건강보장 급여가 확대되고 당기적자가 계속되고 있음에도 불구하고, 동 기간 중 보험료 수입은 건강보장 급여비 지출을 충당할 만큼 원활히 이루어지지 않았고 이것은 다시 건강보장 적자구조를 심화시켰음.

- 2001년에는 1.9조원의 당기적자가 발생하여 과거의 누적적립금이 소진되고 단기차입에 의존하는 사태에 이르게 되었으며 이를 해결하기 위해 2001년과 2002년에는 보험재정을 위한 각종 긴급처방책이 나왔고 정부지원금이 확대되었음.
- 이에 힘입어 건강보장은 일시 흑자재정을 유지하기도 했지만 순수한 의미의 당기수지 즉, '순수보험료 대비 보험급여비'는 항상 적자를 면치 못하고 있음.

[그림 3-4] 건강보장 재정의 연도별 추이

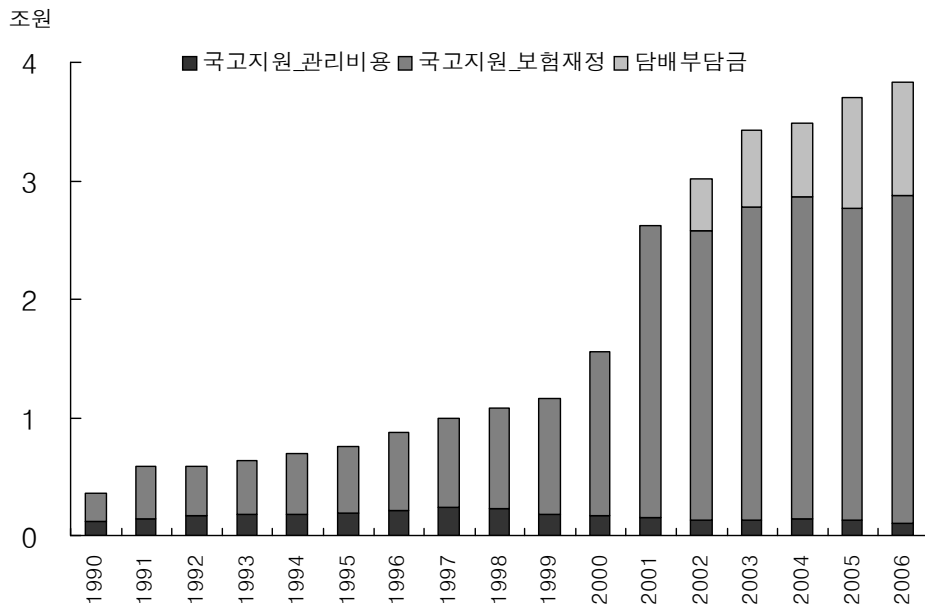


주: 여기서의 보험료수입에는 '순수보험료' 외에 '국고지원'과 '담배부담금지원'이 포함되어 있음

- 우리나라는 보험료 수입만으로 부족한 건강보장 재원을 정부지원금으로 충당해 왔으며, 2000년 이후 정부 일반회계를 통한 국고지원 규모는 비교적 일정한 수준을 유지하고 있음.

- ‘국고지원’과 ‘담배부담금지원’을 포함한 전체 건강보장재정 수입은 꾸준히 증가해 왔음.
- 전체 재정규모의 평균 증가율은 2000년대에 17.8%로 1990년대의 평균증가율 14.8%를 상회하고 있으나 직장 및 지역 가입자가 보험료로 납부하는 순수보험료율은 OECD 국가 중 가장 낮은 편임.

〔그림 3-5〕 연도별 건강보장재정 구성 현황



2) 건강보장제도의 발전방향

- 건강보장제도는 국민 누구나 큰 부담 없이 질병치료를 할 수 있고 건강수준을 향상시킬 수 있는 “적극적 의료안전망의 구축”을 정책목표로 설정해야 함.
- 모든 국민의 기본적이고 필수적인 의료 필요가 충족될 수 있도록 건강보장 적용의 포괄성과 급여의 충분성을 지속적으로 향상시켜야 함.

- 특히, 고액 중증질환으로 인한 가계의 경제적 파탄을 막는 사회안전망의 역할을 내실 있게 담당할 수 있도록 해야 함.

□ “사회적 연대와 형평성에 기초한 재정운영의 건전성과 지속가능성 확보”를 정책목표로 설정해야 함.

- 비용 부담의 수직적 형평성과 수평적 형평성을 제고하고, 국민의 수용성과 적용의 편의성을 적극 고려하되, 건강보장재정이 안정적으로 확충될 수 있는 재정체계를 구축해야 함.

□ “건강보장 지출 합리화와 의료서비스의 질 향상”을 지속적으로 도모해야 함.

- 건강보장재정의 지속가능성을 제고하기 위해서는 의료자원과 건강보장재정을 효율적으로 활용하는 체계가 마련되어야 함.
- 이를 위해 건강보장제도는 국민의 건강 요구를 민감하게 반영하되, 건강보장재정을 포함한 전체 국민의료비를 효과적으로 관리하기 위한 방안을 강구하고, 지출구조의 합리화를 위하여 진료비 지불보상체계를 개선하며, 건강보장제도 외부 영역에서 건강보장제도와 국민의 부담을 가중시키고 있는 비급여에 대한 관리방안을 제도적으로 확립하여야 함.
- 이와 함께 의료서비스의 질적 향상을 촉진함으로써 건강보장의 효과성을 향상시키고, 국내 의료의 기술경쟁력을 제고하는데 기여해야 함.

□ “의료보장”에서 “건강보장”으로 건강보장제도의 서비스 영역을 확대해야 함.

- 지금까지의 건강보장제도는 질병 치료를 중심으로 서비스 영역을 확대해왔음.
- 그러나 앞으로는 예방, 급여 사후관리, 건강증진, 재활 등 서비스 영역을 적극적으로 보장하여 명실상부한 ‘건강보장’이 이루어질 수 있는 체계로 전환해야 함.

□ “건강보장 정책결정과 관리의 책임성과 국민 참여 강화”를 지향해야 함.

- 의사결정 과정에 대한 국민의 참여 강화와 다양한 행위주체 간의 합리적이고 협력

적인 관계 정립은 건강보장제도의 안정적인 발전을 가능하게 할 뿐 아니라 건강보장에 대한 사회 구성원의 공동 책임의식을 제고하는데도 크게 기여할 것임.

가) 사회안전망으로서 기능 확대

- 건강보장제도는 건강과 질병에 대한 1차 안전망에 해당되며, 삶의 주기에 따라 누구에게나 나타날 수 있는 각종 건강 위협으로 인해 일반국민이 빈곤 상태로 떨어지지 않도록 건강보장 적용의 포괄성과 급여의 충분성을 갖추어야 함.
- 건강보장 적용의 포괄성은 건강보장제도가 보호해야 할 대상집단을 충분히 포함하고 있는지 여부에 대한 것이며, 건강보장 급여의 충분성은 건강보장제도의 급여 수준이 질병으로부터 비롯된 경제적 위협을 회피할 수 있을 만큼 충분한 지에 대한 것임.
 - 전자가 건강보장제도의 폭(width)에 해당한다면, 후자는 깊이(depth)에 해당하며, 대다수 국민의 건강 위협은 1차 안전망에 해당하는 건강보장제도를 통해 충분히 회피할 수 있어야 함.

나) 건강보장제도의 보장성 강화

- 보장성 강화는 다음과 같은 방향으로 추진되어야 함.
 - 건강증진, 질병예방, 질병관리, 재활 등으로 보장 영역을 확장하여, 국민의 자가 건강관리 능력을 배양하도록 해야 함.
 - 고액 의료비 지출을 적극적으로 보장하여 질병으로 인한 가계 파탄을 예방하는 사회안전망 역할을 강화해야 함.
 - 건강보장의 효과성과 재정 활용의 효율성 증진을 위해 보장성 강화의 목표집단을 명확히 해야 함.
 - 건강보장의 사각지대를 적극적으로 해소하는 역할을 담당해야 함.
 - 개인의료보험의 적정 역할 설정을 통해 국민 건강보장의 완결성을 제고해야 함.

- 건강보장의 급여 관리체계를 합리적으로 개편해야 함.

(1) 건강증진, 예방, 질병관리, 재활의 영역의 보장 확대

- ☐ 인구 고령화와 생활습관의 변화로 인한 질병 양상의 변화는 우리나라 국민에게 새로운 건강 위협을 초래하고 있으며, 이에 대한 우리나라 건강보장제도의 대응력을 높여야 함.
- ☐ 향후 국민의 자기 건강관리 능력을 배양하고, 신속하고 원활한 질병 회복과 사회복귀를 지원하기 위해 건강보장제도의 보장 영역을 확대하고, 이 같은 서비스 제공을 지원하기 위한 건강관리 지원체계를 구축하여야 함.

(2) 고액 의료비 지출을 적극적으로 보장하는 방식의 급여 확대 체계

- ☐ 우리나라의 경우 건강보장 급여로 포함되어야 함에도 불구하고, 비급여로 남아 있는 많은 필수적 의료서비스들을 어떻게 급여화할 것인가가 문제임.
- ☐ 본인부담상한제와 같은 의료비용 접근방식은 상병의 종류나 의료 항목에 관계없이, 과도한 의료비 지출로 인한 경제적 부담을 덜어줌으로써 재난성 의료비용을 방지하는데 매우 효과적임.
- ☐ 사후적으로 일정 규모 이상의 총(누적) 의료비용을 상환해주는 것은 사회안전망이라는 측면에서 이론적 타당성이 높고 환자의 실질적 의료비 부담을 경감시킬 수 있음.
- ☐ 따라서 향후 건강보장의 보장성 강화는 항목별 혹은 질환별 접근이 아닌 비용접근을 중심으로 이루어져야 함.
- ☐ 항목별 접근과 질환별 접근은 의료수가와 본인부담률을 통해 의료제공 및 이용 행태에 정책적으로 개입하기가 용이할 수 있음.
- ☐ 이에 반해 비용접근은 의료수가와 본인부담 결정에 소요되는 과정을 생략할 수 있으나, 그 대신 의료공급자의 행태에 영향을 미치기 어렵다는 제한점이 있음.

- 비용접근이 가지는 이러한 한계를 극복하기 위해서는, 보장성 확대와 동시에 효과적인 건강보장 급여 관리 체계를 구축해야 함.

(3) 취약집단에 대한 경제적 보호기능 강화

- 본인부담상한제가 의료이용 시점의 일률적인 본인부담률 감소보다 더 높은 효과를 거두기 위해서는 비용 상환의 기준이 되는 의료비용의 상한을 소득과 연계하는 것이 필요함.
- 즉 동일한 수준의 의료비라 하더라도 실제 부담은 소득 수준에 따라 달라지기 때문에 소득이 낮은 사람에게는 더 낮은 의료비 상한 기준액을 적용하여 이들의 의료비 부담을 실질적으로 줄여야 함.
- 의료를 이용하는 시점에서의 본인부담률을 소득에 따라 차별화하는 것에 비해 사후적으로 본인부담 상한 기준액을 차등 적용하는 것이 행정관리의 측면에서도 용이할 것임.
- 현행 본인부담상한제는 법정본인부담금만을 상한 기준액 산정에 포함하기 때문에 비급여 본인부담을 포함한 전체 의료비 부담을 덜어주는 데에는 한계가 있음.
- 따라서 상한 기준액을 소득과 연계하는 것과 함께 상한 기준액을 현재보다 낮추는 보완 조치가 병행될 필요가 있음

(4) 건강보장제도의 급여 관리체계 구축

- 국민건강 향상과 국내 의료산업 발전을 위해 신의료기술의 개발과 활용을 촉진하되, 국민의 과중한 의료비 부담으로 귀결되지 않고, 전체 국민의료비 지출의 적정화를 저해하지 않도록 신의료기술의 개발과 활용에 대한 합리적 관리 구조를 마련하는 것이 중요함.
- 현행 건강보장 급여 관리체계에서는 보장성 강화를 위해 건강보장의 급여를 확대해도, 이와 동시에 이루어지는 비급여 서비스 영역의 팽창으로 인해 궁극적인 국민의 경제적

부담 경감 효과는 미진한 실정임.

- 이 같은 문제를 해결하기 위해서는 건강보장의 급여 범위에서 명백하게 제외되어야 할 서비스 항목을 정하고, 나머지 서비스 항목은 모두 건강보장 급여 대상으로 포함하는 방식으로 급여 관리체계를 개편해야 함.
- 이 같은 방식으로 비급여 서비스 항목을 공적 모니터링 영역으로 포괄하지 않는다면, 비급여 서비스 항목에 대한 합리적인 관리는 사실상 불가능하다. 다만 의학적 타당성이 인정된 다수의 비급여 서비스 항목들이 건강보장의 급여 대상으로 포함되더라도 서비스 항목별로 다양한 본인부담금을 설정하여 건강보장 재정 부담을 적정화할 필요는 있음. 이를 통해 건강보장 재정의 큰 증가 없이 비급여 서비스 항목을 공적 영역으로 인입하여 비급여 서비스 항목의 가격과 환자 부담을 관리하는 한편, 건강보장의 보장성 강화와 거시적인 국민의료비 관리의 기반을 마련해야 함. 그 외에도 정보의 비대칭으로부터 비롯되는 환자의 불합리한 의료이용을 억제하고, 비급여 서비스에 대한 관리의 합리성과 투명성을 증진시키기 위해 일본과 같이 건강보장의 급여와 비급여 서비스를 동시에 제공하는 것을 금지하는 방안을 장기 과제로 고려할 수 있음.
- 급여 구조 합리화의 방편으로 고액 의료비 지출을 야기하는 질병 치료에 대한 보장성을 높이고, 그 대신 비용 부담이 크지 않은 경미한 질환의 보장성은 낮추는 방안을 고려할 수 있음
 - 고액 의료비 지출을 야기하는 입원이나 중증 질환은 발생 빈도가 높지 않은 반면 비용 부담이 적은 질환은 상대적으로 발생 빈도가 높음.
 - 따라서 이 같은 형태의 급여 구조 개편은 비교적 소액의 보험료 인상만으로도 가능함.

(5) 건강보장의 사각지대 해소

- 건강보장의 사각지대 해소를 위한 궁극적인 해결책은 2차 사회안전망에 해당하는 의료급여제도와 긴급·특수 상황에 대한 지원에 해당하는 3차 사회안전망을 내실화하는 것임.

□ 그러나 이 같은 2차, 3차 사회안전망 내실화에는 적지 않은 자원과 시간이 소요될 것으로 예상됨.

□ 따라서 2차, 3차 사회안전망의 단계적인 내실화 과정에서 잔존하게 되는 건강보장의 사각지대를 완화하기 위해 건강보험이 나름의 역할을 할 필요가 있음.

- 우선 건강보험료 체납 세대에 대한 구제 방안을 보다 적극적으로 시행해야 함.

- 3개월 이상 건강보험료를 체납한 세대는 의료급여 수급권 의무심사 대상자로 분류하여 의료급여 수급권 부여 여부를 신속하게 결정하도록 하며, 이를 통해 이들이 건강보장의 ‘시각지대’에 방치되는 기간을 최소화해야 함.

(6) 개인의료보험의 적정 역할 설정

□ 향후 개인의료보험은 건강보험의 공백을 적극적으로 보완하는 역할을 담당하는 것이 바람직함.

□ 또한 상품 표준화를 통해 개인의료보험이 국민의 필요를 실질적으로 반영하는 급여 내역을 설정하도록 해야 함,

- 상품 표준화는 보험업계 간의 과도한 출혈 경쟁은 억제하고, 적절한 수준의 가격 경쟁은 촉진함으로써 개인의료보험 시장의 합리적 발전에도 기여할 것으로 예상됨.

□ 향후 건강보험의 발전이 개인의료보험의 합리적 시장 확대로 이어지고, 이것이 다시 건강보장의 완결성과 재정적 지속 가능성을 향상시키는 선순환 관계가 형성되어야 함.

□ 그리고 이 과정에서 개인의료보험 시장의 불확실성이 증가한다면, 이를 해소하기 위한 지원방안도 함께 강구되어야 함.

나) 건강보장재정의 지속 가능성 향상

□ 2010년 건강보험 지출은 약 43.6조원에 이를 것으로 전망되며, 이를 충당하기 위해서는 35.8조원의 보험료 수입이 확보되어야 함.

□ 부과기반(임금인상률 등)²⁾이 약 7% 증가한다는 전제 하에 우리나라 국민은 2010년에 소득의 약 5.53%를 보험료로 납부해야 하며, 보험료율은 2010년까지 연평균 5.0%가 인상되어야 함.

□ 2015년에는 약 63.6조원의 건강보험 재정이 소요되고, 이 중에서 보험료 수입으로 52.2조원을 충당해야 하며, 이를 위한 보험료율은 6.21%가 되어야 할 것으로 전망됨.

〈표 23-3〉 건강보험 재정 전망

(단위 : 조원, %)

국 민 의 비	건강보험 재정 총 지출	총 수입				예상 보험료율	
		보험료	국고지원	담배부담금		부과기반7%	부가기반8%
2005	48.1	21.1	16.9	2.8	0.9		
2006	54.0	22.4	18.3	2.9	1.0	4.47	4.47
2007	63.2	28.4	23.3	3.8	1.3	4.77	4.77
2008	70.5	32.1	26.4	4.3	1.4	5.04	4.99
2009	78.9	36.4	29.9	4.9	1.6	5.33	5.23
2010	86.4	40.4	33.1	5.4	1.8	5.53	5.37
2011	92.4	43.6	35.8	5.9	2.0	5.59	5.38
2012	101.1	48.4	39.7	8.7		5.78	5.52
2013	108.6	52.5	43.1	9.4		5.87	5.55
2014	117.2	57.4	47.1	10.3		5.99	5.62
2015	128.4	63.6	52.2	11.4		6.21	5.76

주) 1. 건강보험의 보장성을 확대하여, 2005년 현재 52.9%인 건강보험 급여율이 2030년까지 70%로 점진적으로 높아지는 것으로 가정함. 2005년과 2006년의 건강보험재정 관련 수치는 실제의 총지출액과 총수입액을 사용하고, 2007년 이후에는 총지출 예상액에 따라서 총수입액을 재원별로 배분하여 산출된 수치를 적용함.

2. 지역가입자의 2007년 보험료율도 직장가입자의 실제치인 4.77%로 가정하여 추계함.

3. 담배부담금은 2011년까지 한시법이므로 그 때까지 부담하고 그 이후는 보험료 수입의 20%를 국고지원으로 충당하는 것으로 가정함.

4. 보험료 부과기반은 매년 평균 약 7%와 8% 인상되는 두 가지 안으로 나누어 추정함. 참고

2) 총보험료 수입은 부과기반에 보험료율을 곱하여 얻어질 수 있음. 부과기반은 피보험자수와 임금인상률에 의해 영향을 받게 된다.

로, KDI의 추정에서는 경제성장률이 경상 기준으로 향후 2015년까지 매년 약 6.9%에서 7.5%까지 증가하는 것으로 되어있음. 2006년도 부과기반이 약 8.8%로 증가한 것을 참고할 때 이와 같은 가정에 큰 무리는 없는 것으로 판단됨.

- ☐ 국고지원 규모를 현행 비율대로 유지해도 보험료는 지속적으로 인상되어야 함.
- ☐ 건강보장 운영에 필요한 재원은 우선 가입자의 보험료로 충당하는 것이 원칙이지만 가입자들이 감내할 수 있는 수준 이상의 보험료 인상은 제도의 존립 자체를 위협할 수 있음.
- ☐ 따라서 보험료와 국고지원 외에 별도의 재원확보 방안도 고려할 필요가 있음.
- ☐ 우선 현행 보험료 부과체계에서 누락된 소득에 대해 보험료를 부과하는 방안을 고려해야 함.
- ☐ 대표적인 것이 주로 고소득자에게서 발생하는 금융소득과 양도소득으로서 현행 보험료 부과체계에서 누락된 금융소득과 양도소득에 대해 세제 형식의 보험료를 부과하는 것은 소득에 비례한 보험료 형평 부과 원칙에도 부합할 뿐 아니라 건강보장재정 안정화에도 기여할 것으로 전망됨.
- ☐ 또한 알코올, 담배 같은 건강위해상품의 소비에 건강부담금을 부과하는 방안도 고려할 필요가 있음.
 - 건강부담금은 건강위해 물질의 소비가 장기적으로 의료비를 증가시키기 때문에 의료비 증가의 원인제공자에게 수익자 부담의 원칙에 따라 비용을 부과하는 제도임.
 - 이 같은 건강부담금 부과는 건강위해 물질의 소비를 줄여 의료비 지출을 감소시키는 동시에 건강보장재정을 확보하는 이중의 편익을 발생시킬 수 있음.

Ⅱ. 의료급여 확대를 포함한 저소득층의 보장성 강화방안

1. 현황

가. 배경

- 최근의 소비자물가 상승, 세계적인 경기 침체 등으로 저소득층 부담 증가가 심해지고 있음.
- 이로 인해 건강보험과 의료급여를 통한 전 국민 의료보장 체계에도 불구하고, 저소득층의 과도한 본인부담 진료비, 건강보험 체납 등에 따른 의료보장 사각지대가 발생

나. 현황

- 2002년에 136만이었던 건강보험료 체납자가 2005년도에는 199만, 2006년도에는 216만 세대에 이르렀고 2007년도에 3회 이상 보험료를 체납한 세대는 206만 세대
- 국민보건계정에 따르면 2007년 건강보험 본인부담(비급여 포함)은 총진료비의 43.2%, 의료급여 본인부담은 총진료비(비급여 포함)의 10.8% 수준
- 부양능력이 있는 부양의무자 등으로 인해 의료급여 수급권자로 선정되지 못한 비수급빈곤층의 21%가 경제적 이유로 진료를 포기한 경험을 가지고 있음(차상위계층 실태분석 및 정책제안, 보사연, '05년)
- 의료급여 수급권자 및 저소득층 건강보험 가입자 중 암환자, 희귀난치성질환자 등을 대상으로 여러 가지 의료비 지원사업이 시행되고 있으나, 선정기준 및 지원방식이 다양하여 대상자 중복되거나 누락될 가능성이 있음.
- 의료보장 사각지대를 해소하기 위해 새 정부 국정과제로 의료급여 대상자 확대 및 의료안전망기금 설치가 선정(효율적인 국민건강안전망 개혁)되었으나, 최근 기획재정부의 국정과제 전면 재검토 결과 각각 “재검토”, “장기검토” 대상으로 분류되어

과제 달성이 쉽지 않은 상황

- 의료급여 재정을 효율적으로 관리하면서 사각지대를 해소할 수 있는 방안 검토 필요

2. 문제점

가. 현행 의료급여 제도의 문제점

- 현재 재정구조가 수입보다 지출이 많은 상태로써 구조적 미지급금이 발생되게 되어 있으며 매년 실제 지출금액(진료비)이 사전 편성된 예산보다 많아 구조적인 미지급금 발생
 - 현행 의료시스템 하에서는 막대한 예산 투입에도 불구하고 지출이 초과할 수밖에 없는 구조적 한계를 내재하고 있고, 의료수요는 급증하나 의료공급·이용 통제 기전이 미흡한 상태

〈표 1〉 연도별 미지급금 발생 현황(억원)

구 분	‘02년	‘03년	‘04년	‘05년	‘06년	‘07년
예 산 액	22,119	23,073	24,631	29,057	34,885	46,752
국비	16,901	17,612	18,807	22,145	26,621	35,766
지방비	5,218	5,461	5,824	6,912	8,264	10,986
미지급액 (국고)	902 (722)	239 (166)	1,069 (823)	4,255 (3,277)	8,570 (6,599)	3,738 (2,878)

* 의료계 : 미지급금에 대한 지연이자 지급 요구(의원입법 추진 계획)

- 현행 체계를 유지할 경우 여러 외부 환경의 변화로 인해 지출은 급속하게 증가할 것으로 예상됨
 - 인구의 고령화로 인한 노인의료비 증가(현재 의료급여 수급권자 중 65세 이상 노인 비중은 25~26%, 진료비는 전체 의료급여 진료비의 38%대), 만성질환자 수의 증가, 소비자의 고급 의료수요 욕구 및 신의료기술 발달 등

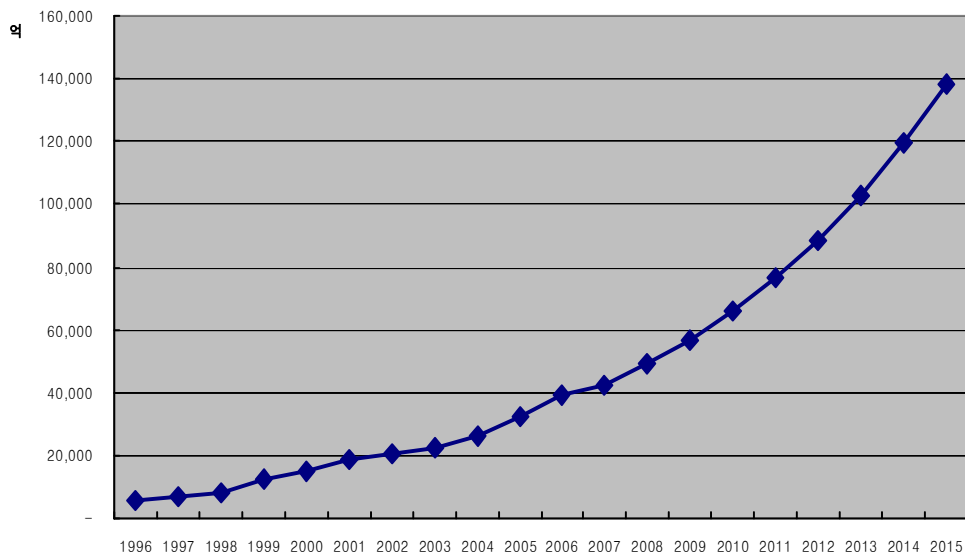
〈표 2〉 연도별 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황

(단위 : 명, 천원)

구 분	2004	2005	2006	2007
수급자수	415,346	452,480	469,152	486,055
(비중)	(27.2%)	(25.7%)	(25.7%)	(26.2%)
총진료비	994,317,947	1,242,688,287	1,525,492,496	1,629,068,360
(비중)	(38.1%)	(38.4%)	(38.9%)	(38.6%)

- 현행 행위별 수가제 하에서 공급자의 자율적인 의료공급량 통제가 어려우므로, 다양한 지불보상제도 도입 검토 필요
- 수급자에 대한 비용의식(소액 본인부담제 등) 고양과 함께 개인별 사례관리 강화 필요

〔그림 1〕 의료급여 재정 추이와 전망



주) '07년까지 실제진료비, '08년 이후 최근 5년간 평균진료비 증가율(16%) 적용

- 현행 행위별 수가제 하에서 공급자에 대한 통제수단이 없으므로, 진료비를 제어하기

위한 직접적인 방법은 본인부담 부과 등 수급권자에 대한 가격정책이 유일

- 이러한 의료이용량 제어가 미흡이 의료급여 재정증가에 큰 영향을 미침. 물론 간접 방안으로 사례관리가 있으나, 수급권자에 한정되며 개인별로 대응하는 접근법이라는 측면에서 효과에 비해 에너지 소모가 과다하다고 볼 수 있음.

나. 의료안전망기금 설치 운영의 문제점

- 현재 보건복지가족부 내에서 저소득층을 대상으로 하는 의료비 지원 사업은 11개로, 여러 재원에서 염출되고 있음.
 - 해당 사업들이 각 대상자의 필요에 따라 신설, 운영됨에 따라 사업재원(예: 건강증진기금에서 노인개안 및 망막증 수술비, 암환자 지원 등), 대상자 선정기준 및 지원 방식 등이 달라 통합관리를 통한 효율성 제고 필요

〈표 3〉 의료비지원사업

재원명	사업 개수
건강증진기금	5개 사업
응급의료기금	1개 사업
일반회계	5개 사업
총계	11개

- 그러나 사업통합 시 추가재원 없이는 기존 대상자 탈락, 지원금액 축소 등으로 인한 사각지대 및 민원 발생 우려

〈표 4〉 사업별 지원대상 및 지원범위 예시

구 분	미숙아 지원사업	장애인 의료비 지원사업
지원 대상	도시근로자가구 평균소득의 130% (건강보험료 기준)	의료급여 2종 수급권자 중 등록장애인(차상위 포함)
지원 범위	○ 본인부담금 100만원 미만 전액 + 100~500만원 금액의 80% + 500만원 초과금액의 90% - 예시 : 진료비 1,000만원 => 100만원 + 400만원 * 80% + 500만원 * 90% = 870만원 ○ 비급여 진료비 포함	○ 1차 의료기관 본인부담금 일부(750원) ○ 2, 3차 의료기관 및 장애인보장구 본인부담금 전액 - 입원, 외래, 보장구 비용의 15% ○ 법정급여 본인부담금에 한함

주: 지원대상 기준 및 지원범위를 낮은 수준으로 통일할 경우 사각지대 발생, 높은 수준으로 통일할 경우 추가재원 필요

- 기존 의료비 지원 사업들은 특정 질환 보유여부 등(암환자, 희귀난치성질환자, 장애인)을 기준으로 대상자를 선정하므로, 일시적으로 비용이 많이 소요되는 부상, 질병 등에 대한 지원이 미비

3. 정책방향

가. 쟁점

1) 의료급여 대상자 확대

- 국정과제로써 검토되고 있는 안은 의료급여 대상자를 확대하는 것으로써 현재 전 국민의 3.8% 수준인 의료급여 대상자를 매년 0.5%씩(약 24만 명, 2009년에는 차상위계층 20만 명 건보 전환으로 44만 명 확대 필요) 확대하여 장기적으로 7% 수준(345만 명)으로 확대한다는 것임
 - 이 경우 추가로 확대할 대상자의 우선순위는 사회적 합의가 필요한 사항이나, 부양 의무자로 인해 의료급여가 적용되지 않는 비수급 빈곤층을 우선적으로 고려*하는

방안 검토

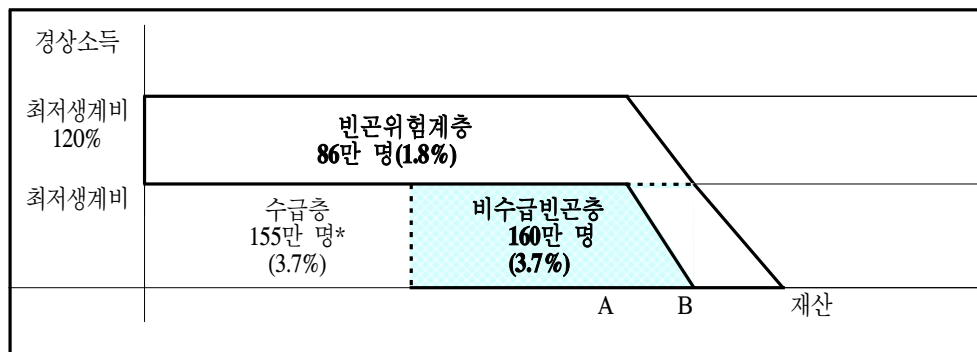
- * 부양의무자의 부양능력 없음 판정을 위한 월 소득 판정기준 금액을 상향조정하여 부양의무자 기준 완화

* 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

$$\begin{aligned} &= (재산 - 기초공제액 - 부채) \times 소득환산율 \\ &= 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제 \end{aligned}$$

* 부양의무자 : 1촌의 직계혈족 및 그 배우자

[그림 3] 2005년 차상위계층 실태조사 결과('03년 기준)



* 연구결과를 바탕으로 추계한 것으로 실제와는 차이가 있음

- 이 경우 추가 소요재정은 지원방식(비수급 빈곤층 대상, 종별구분 여부)에 따라 3,824억원 ~ 9,103억원('09년, 국고), 건보로 전환된 차상위계층을 포함해서 확대할 경우 7,960억원 ~ 10,338억원('09년, 국고)으로 추정됨

□ 기획재정부는 건강보험 가입자를 의료급여 수급자로 전환하는 것은 의료서비스 질 저하, 낙인 등 부작용이 우려되며, 의료급여 대상자 확대는 기초생활보장급여의 “개별급여” 전환과 연계하여 검토할 사항이므로 장기검토 과제라는 입장임.

- 이에 대해 복지부는 의료급여 재정안정을 지속 추진하면서 점차 대상자를 확대해 나간다는 입장임

2) 의료안전망기금 설치

- 국정과제로써 검토되고 있는 안은 자발적 기부금 등을 활성화하여 안전망기금을 설치하고, 저소득층의 의료비부담 완화를 추진하는 것임.
 - 이에 따라, 보건복지가족부 내 의료비지원 사업들을 통합 관리하여 대상자 중복 방지 등 관리를 효율화하고, 사업별로 달리 정하고 있는 지원대상 선정기준 및 지원범위의 합리적인 조정과 안정적인 추가재원 확보를 통해 유형별 지원대상자를 발굴, 지원함으로써 질병으로 인한 빈곤추락을 방지한다는 것임.
- 그러나 “기금” 설치를 위해서는 안정적 추가재원(부담금 등) 확보, 사업 목적의 특수성 등 일정 요건이 필요하나, 현재 보건복지가족부 내 의료비지원 사업 재원인 기존 기금, 일반회계 등의 통합운영으로는 기금 신설 요건을 충족시키기 어려움.
- 기획재정부는 의료안전망기금은 추진여부·시기·방법 등에 대한 면밀한 검토가 필요한 사항으로 2010년 이후 추진할 필요가 있다는 입장이며,
- 복지부는 우선 사업 효율화를 위한 시스템 구축과 통합 관리를 선행하고, 안정적인 추가재원확보 방안 마련 후 단계적 대상자 범위 조정 등과 함께 기금 설치를 추진한다는 입장임

나. 정책대안

1) 의료급여 관리운영체계 개선

- 현행 의료급여 체계 내에서 대상자 확대 등을 실시할 경우 재정 부담 및 기타 복지사업 확충에 제약이 있으므로 추가재원 확보가 어려운 상황 하에서 의료급여 대상자 확

대 등 국정과제 달성을 위해서는 재정안정 지속 추진이 필요

- 따라서 건보공단, 심평원 자료를 활용한 시군구의 사례관리 강화 등 단기과제와 더불어 관리운영체계 개편 등 중장기과제 검토를 병행

□ 의료급여 관리운영체계 개선 방안을 3개로 제시

- 단기적으로 현 체계에서 재정안정화를 추진하는 방안과 중장기적으로 건강보험과 연계하여 관리운영체계 및 지불체계를 개편하는 방안, 건강보험과 의료급여를 통합하는 방안 제시 가능
- 이러한 방안들에 대하여 각각의 장점과 단점을 알아보고 어떤 방안이 현 국내 실정에 잘 맞는지를 검토

의료급여 관리운영체계 개선 대안

- 대안 1(단기방안): 현 체계 내에서 재정안정화 추진
 - 대안 2(중장기방안): 관리운영체계, 지불체계 개편 등
 - 대안 3 : 의료급여를 건보에 통합
-

가) 대안 1(단기방안): 현 체계 내에서 재정안정화 추진

- 1인당 진료비 증가율 등 재정상황 관련 정보를 보장기관(시·군·구)에 적기에 제공(월별통보)하여 재정증가에 대한 경각심 고취
- 수급자별 의료기관 및 약국 이용현황, 의약품 사용현황을 보장기관(시·군·구)에 제공하여 사례관리에 활용할 수 있으며 폐업한 의료기관 현황 조회시스템을 구축하여 과징금 및 부당이득금 부과 시 불필요한 행정절차 낭비를 예방
- 의료급여 사업에 대한 보장기관(시·군·구)의 관심도를 높이기 위해 수급권자 선정·조사의 정확성 등에 대한 연중 현장점검 실시, 자격관리, 급여일수 관리 우수기관에 대한 인센티브 강화, 지방자치단체 재정 부담율을 재조정하는 등 재정에 대한

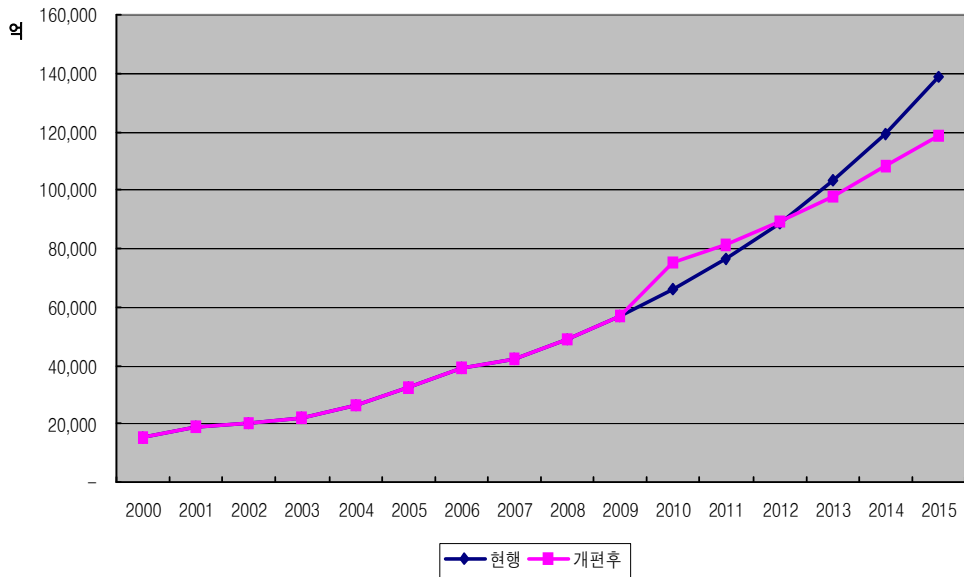
책임성 제고방안을 마련

- 입원환자 실태조사 및 개인별 입원일수 등에 대한 D/B를 구축, 지자체-공단-심평원 간 정보공유, 사례관리 등을 통해 부적절 장기 입원자 퇴원 유도 및 필요시 요양시설 등에 입소할 수 있도록 관련 제도와 연계

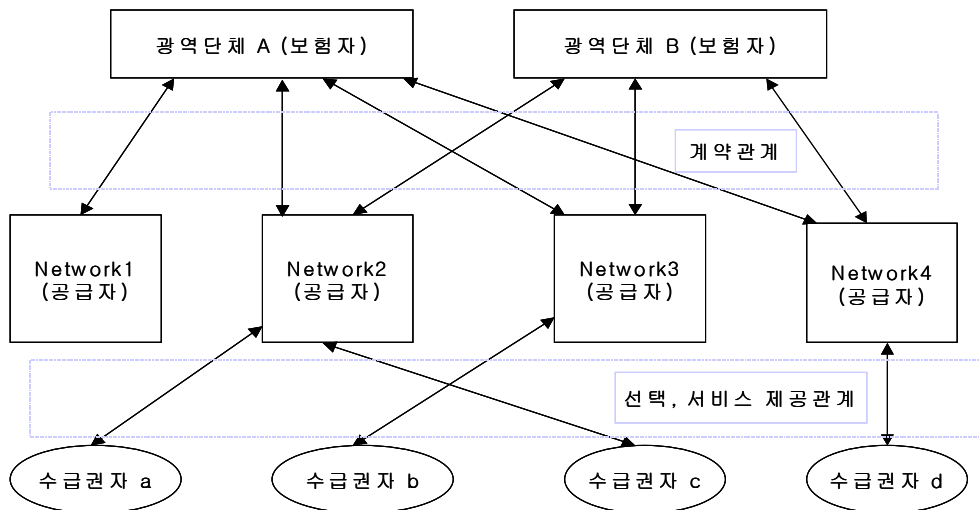
나) 대안 2(중장기방안): 관리운영체계, 지불체계 개편 등

- 보장기관 측면 : 광역지자체가 실질적인 운영주체가 될 수 있도록 재정에 대한 자율과 책임을 부여하고, 보장기관 간 경쟁을 도입하며, 광역지자체에 공급자와의 계약권을 부여하여 비용절감(수가인하) 및 서비스 질 향상 유도
- 공급자 측면 : 현행 행위별 수가제 이외에 인두제(의원급)·총액계약제(병원급) 등 다양한 지불보상제도 도입을 통한 의료공급량 통제방안을 마련하고 일반의의 gatekeeper 역할 유도 및 수급권자 건강에 대한 종합적인 관리를 위한 주치의 제도를 도입하되, 자율적인 수직·수평통합에 의한 독자적인 network를 구성하여 기능별 적정 의료서비스 제공이 가능하도록 함
- 수요자 측면 : 보장기관과 계약된 공급자 network 중 한 곳을 선택하여 해당 network에서만 의료를 이용하도록 함.

[그림 4] 의료급여 진료비 절감의 기대효과



[그림 5] 의료서비스 이용·공급 체계도



〈표 5〉 현행 제도와 비교표

구 분	현 행	개 혁 안
의료급여기관	당연지정제	계약제(다자계약 가능)
지불보상제도	행위별수가제	행위별수가제 인두제 총액계약제
의료전달체계	3단계(1차->2차->3차)	계약된 공급자 network (기능별 서비스 가능) 주치의제
재 원	전년도 진료비와 진료비 증가율 적용, 예상비용 산출·분배	수급권자 특성에 따라 광역지자체별 분배
급여범위	전국이 동일한 서비스 제공	광역지자체별 부가급여 가능

- 다만, 이를 위해서는 역할주체별 유인체계 마련 등 사전 정지작업이 필요
 - 보장기관(광역지자체) : 지자체간 경쟁 유발을 위해 수급권자 확대, 비용절감 또는 부가급여 제공 등에 대한 평가를 통한 강력한 인센티브를 마련하고, 의료기관에 대한 서비스 질 평가, 적정 수가결정, 부가급여 제공, 추가 대상자 선정 등을 위한 전담조직이 필요(시도별 전담인력이 1~2인에 불과한 현 상태에서는 공급자 통제 및 새로운 서비스 제공방안 마련 등 적정관리 역할을 위한 역량 부족)
 - 공급자(의사) : 지불체계 변경에 대한 합의가 선행되지 않으면, 공급자에 대한 통제가 강한 인두제, 총액계약제 도입 시 공급자들이 참여를 거부할 가능성이 있는데, 의료급여 수급권자 비중이 높은 일부 시군구를 제외하면 의료기관에서 의료급여만의 개혁에 동참할 유인 부재

다) 대안 3 : 의료급여를 건보에 통합

- 건강보험의 현행 이용도관리 수준을 유지하되, 의료급여 제도를 폐지하고 저소득계층(차상위계층 포함)에 대한 건강보험료 및 본인부담 지원 확대(독일, 네덜란드 등

사례)하는 방안

- 대대적인 정책의 변경이 불필요하지만 건강보험료 및 본인부담 지원을 받은 계층의 의료 남용으로 인해 지원을 받지 못하는 계층이 보험료를 더 내야 하는 현상이 발생할 수 있음
- 대상자들의 의료이용도 관리 미흡 및 도덕적 해이로 과도한 국고 부담이 발생 할 수 있으므로, 건보체제에 독일 등 수준의 이용도 관리 및 건강관리 체제가 정착된 후 시행이 가능한 대안임

2) 대상자 확대 방안

가) 대안 1 : 의료급여 수급권자 단순 확대

- 의료급여 관리운영체계 내에서 수급권자를 확대하되, 확대 우선순위(비수급빈곤층 또는 특정 질병 등을 가진 차상위계층) 및 규모에 대한 사회적 합의가 선행될 필요
- 재원마련 및 대상자 선정, 관리를 위한 인력과 조직 확충이 병행되어야 함

나) 대안 2 : 저소득층 건강보험 가입자 지원

- 의료급여 수급권자를 확대하는 대신 저소득(차상위계층 포함) 건강보험 가입자에 대한 건강보험료 및 본인부담 지원 확대
- 이 방안은 대대적 정책 변경이 불필요하며, 급격한 재정증가나 인력확충 없이 저소득층의 의료보장을 강화할 수 있다는 장점이 있음

3) 의료안전망기금 설치 운영방안

가) 대안 1 : “의료안전망기금”을 설치하여 현재 산재되어 있는 의료비 지원사업 통합 관리

- 의료비 지원사업 대상자 선정기준의 단순화, 대상자 중복·누락 방지 등을 통한 효율성 제고 효과가 기대되나,
- 추가 재원 마련을 통한 사업 내용의 조정(대상자 및 지원범위 확대 등)을 통한 보장성 확대가 수반되지 않는다면 기금 신설의 타당성 확보가 어려움

나) 대안 2 : 의료안전망기금 신설 대신 기존 의료보장제도의 역할 및 기능 재정립 후 현행 의료비 지원사업 분산 배치

- 국민건강보험, 의료급여, 건강증진사업 등 기존 사업을 제도의 목적에 따라 역할, 재원 등을 명확히 분리하되, 각 의료비 지원사업은 관련 내용에 따라 해당 제도에 포함시켜 운영하도록 재조정

다. 향후 정책 방향

1) 의료안전망기금

- 독자적인 재원 발굴 없이는 국가재정법의 적용을 받는 “기금” 신설이 어려우므로, 통합관리를 위한 전산시스템 구축 등 기존 재원을 효율적으로 활용할 수 있는 방안을 우선 실시하면서 기금설치 추후 검토
- 기금 신설요건 : 안정적 재원, 재원과 목적사업과의 연계성, 사업 목적의 특수성 등(국가재정법 제14조)
- 건강보험 중증질환 보장성 확대에 연동하여 의료비 지원을 조정하고, 학계의 공감대 형성, 여론을 활용한 분위기 조성 전략 필요

2) 의료급여 대상자 확대

- 저소득층의 의료보장을 위해 의료급여 수급권자를 확대할 필요는 있으나, 이는 기타 사회복지 제도에도 영향을 미치는 사항임
- 따라서 수급권자를 급격히 확대하기보다 부양의무자 기준 완화 등을 통해 점진적으로 의료급여 수급권자를 확대해 나가면서
 - 건강보험과 의료급여를 통합운영하고 있는 선진국 사례에 비추어 저소득층 건강보험 가입자에 대한 비용지원(보험료, 본인부담금) 방안을 함께 추진할 필요

3) 의료급여 관리효율성 제고방안

- 단기적으로 현행 체계 내에서 보장기관(시·군·구)에서 건보공단, 심평원의 자료를 활용하여 사례관리의 효과성을 높이고, 자격관리 등에 관심을 가질 수 있도록 인센티브 강화 지속 추진
- 장기적으로 광역지자체가 책임성 있게 의료급여 사업을 운영할 수 있도록 재정 자율성(위험도에 따른 사전 총액 배분)과 성과평가를 통한 인센티브 제공 방안에 대한 면밀한 검토 및 시범사업 방안 연구 필요

Ⅲ. 건강보험 재정안정화 대책

1. 건강보험재정 현황 및 전망

□ 단기보험인 건강보험은 그 성격상 매년 급여비 등 지출 규모를 예측하고, 이를 감당할 수 있도록 보험료 인상 및 국고 지원금 등 수입 확보를 통해 당기수지 균형을 유지하는 방식을 취하고 있음.

- 단, 외부적 충격 등에 따른 상황 대처를 위해 일정액의 누적적립금을 유지토록 하고 있음.

□ 지난 10년간의 건강보험 재정 추이

- 전체 재정 규모는 5~6년을 주기로 두 배씩 커지고 있는 상황임. 총 수입이 98년도 7.9조에서 2003년에 16.8조, 2008년에는 28.6조가 예상되고 있으며, 총 지출의 경우 98년도 8.7조에서 2003년에 15.7조, 2008년에는 28.9조가 예상됨.
- '97년 건보재정 통합 발표 이후 계속 적자가 발생하였고 '01년에 누적적립금까지 적자로 돌아섰으나 재정안정대책을 통해 '04년에 다시 흑자로 전환되었다. 이후 보장성 확대 등의 조치로 인해 급여비가 급증하여 '06년부터 적자가 다시 발생하고 있음.

〈표 1〉 재정추이

(단위 : 억원)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수 입	78,508	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,878	252,697
지 출	87,157	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544
당 기	△8,649	△8,691	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847
누 적	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951

- 지난 10년간 보험급여비는 연평균 17.4% 늘어남.
- 2001년 재정안정화대책 시행('02~'04), 보장성 강화 시행('05~'07) 등의 외

부효과를 제외하더라도 평균 12~13% 정도 증가하는 추세

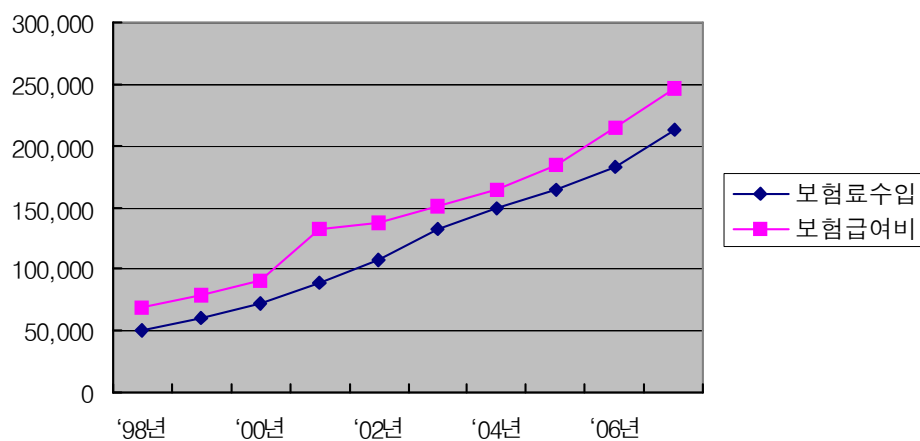
〈표 2〉 보험급여비 지출

(단위 : 억원)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
급여비	68,115	78,860	90,418	131,654	136,696	150,278	164,293	183,659	214,392	245,614
증가율	15.4%	15.8%	14.7%	45.6%	3.8%	9.9%	9.3%	11.8%	16.7%	14.6%

* 지급기준, 2007년은 현금기준

〔그림 1〕 보험료 수입 및 보험급여비 증가 추이



- 이러한 지출 증가세를 감당하기 위한 보험료 수입의 증가율도 지난 10년간 연평균 15.3%였으며 소득 증가 등으로 인한 증가분을 제외한 순수 보험료 인상률도 매년 6~8% 수준을 유지하고 있음.

〈표 3〉 보험료 수입(억원)

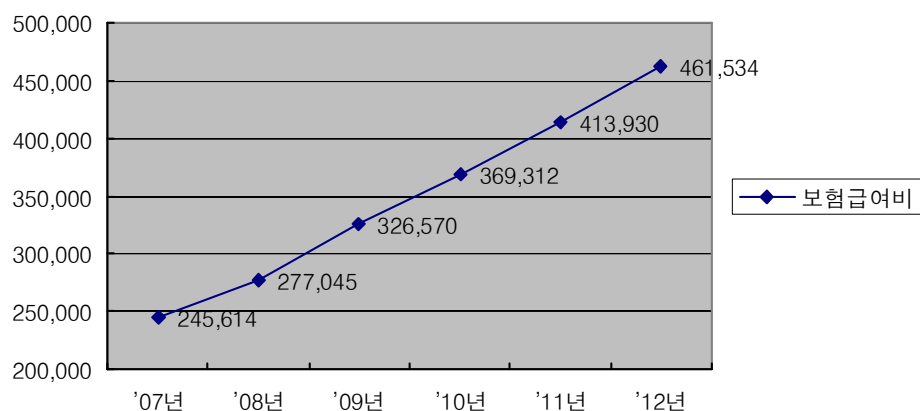
구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
보험료수입	50,063	61,054	71,846	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,569	212,530
증가율	4.4%	22.0%	17.7%	23.2%	20.3%	23.8%	12.9%	10.2%	11.4%	16.4%
인상률				20%	6.7%	8.5%	6.75%	2.38%	3.9%	6.5%

주: 현금기준('97~'99년은 결산기준), 2000년 이전은 조합별로 보험료가 다름

□ 중장기 재정전망

- 본격적 고령사회 진입, 고혈압, 당뇨 등 만성질환 증가 등으로 12~13% 정도의 급여비 증가세는 앞으로도 계속 될 것으로 전망
- 더욱이 우리나라의 전체 국민의료비는 외국과 비교할 때 제일 낮은 수준으로 앞으로 계속 늘어날 것으로 전망되므로 이에 따라 건강보험 지출도 계속 늘어날 수밖에 없는 상황
- 이에 따라 '07년 약 25조원인 보험급여비는 별도의 보장성 확대 없이도 5년 뒤인 '12년에는 최소 88% 늘어난 46조원에 이를 것으로 예상

[그림 2] 건강보험 중장기 재정 전망



- 이에 따라 보험료도 매년 평균 5% 이상 인상되어야 하지만, 제한적인 국가 재정 여건으로 국고(일반회계) 및 건강증진기금 수입이 매년 12~13%씩 증액되지 않는 경우, 그 차액만큼 보험료 인상이 더 되어야 매년 당기균형 유지 가능
- 이론적으로는 급여비 증가율을 6~7% 대로 안정적으로 유지할 수 있다면 보험료 인상 없이도 재정 건전성 유지 가능. 따라서 현재의 12~13% 수준인 급여비 증가율을 어떤 방법으로 낮게 유지할 것이냐가 재정 안정화의 관건

〈표 4〉 향후 5년간 건강보험 재정 전망(억원)

구 분	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
수입						
계	252,697	286,334	337,980	386,401	438,654	495,959
보험료수입	212,530	241,987	282,779	324,484	369,583	418,981
국고지원금 ¹	27,042	30,425	41,250	47,687	54,540	62,121
담배부담금	9,676	10,239	10,009	10,009	10,009	10,009
기타수입	3,449	3,683	3,942	4,221	4,522	4,848
지출						
계	255,544	287,767	337,828	381,133	426,341	474,565
보험급여비	245,614	277,045	326,570	369,312	413,930	461,534
관리운영비	9,734	10,099	10,604	11,134	11,690	12,274
기타지출	196	623	654	687	721	757
당기수지	△2,847	△1,433	152	5,268	12,313	21,394
누적수지	8,951	7,518	7,670	12,938	25,251	46,645
▶ 보험료 인상	6.5%	6.4%	8.3%	5.0%	5.0%	4.5%
▶ 수가 인상	2.3%	1.94%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%

주: 국고지원금 법정 기준 준수를 가정한 것으로, 실제 국고지원금이 이에 미치지 못할 경우 보험료가 그 차액만큼 더 인상되어야 당기수지 균형 유지가 가능함. 동 국고지원금에는 차상위 지원금이 포함되어 있음

2. 건강보험재정의 수입 및 지출의 문제점

- 수가 인상, 급여 확대, 정부지원금 규모, 보험료 인상률 등 일시적인 수지 변동요인보다는 매년 꾸준하게 늘어나고 있는 급여비 증가추세를 안정적으로 낮게 유지하는 방안에 논의를 집중할 필요가 있음.

가. 지출 측면

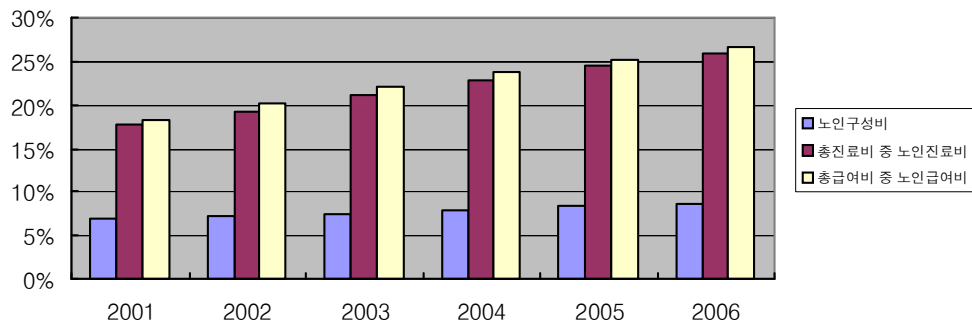
1) 노인 의료비 증가

- 일반적으로 의료비를 많이 사용하는 노인 인구 비중이 커짐에 따라 전체 급여비 중 노인급여비의 비중도 계속 커지는 추세
- 2006년을 기준으로 하였을 때 8.6%의 노인이 진료비의 25.9%, 급여비의 26.7%를 사용

〈표 5〉 노인 의료비 증가

구 분	(단위 : %)						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
노인 구성비	6.9	7.2	7.5	7.9	8.3	8.6	9.2
총진료비 중 노인	17.7	19.3	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2
총급여비 중 노인	18.2	20.2	22.2	23.8	25.3	26.7	--

1」 노인은 본인부담률이 낮아 진료비 중 비중보다 급여비 중 비중이 높게 나타남



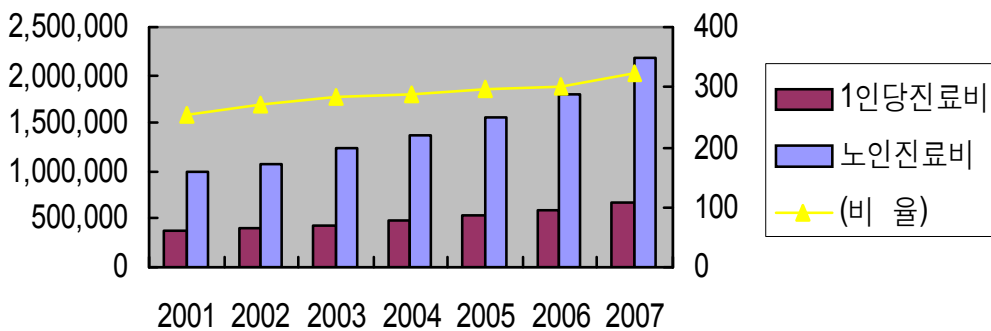
- 더 큰 문제는 노인 1인당 진료비가 전체 인구 1인당 진료비보다 증가속도가 훨씬 빠름

〈표 6〉 인구1인당 진료비와 노인1인당 진료비의 비교

(단위 : 원, %)

구 분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
인구1인당진료비	384,727	403,598	440,356	475,092	524,593	599,260	677,319
노인1인당진료비	983,368	1,086,971	1,242,751	1,370,487	1,549,492	1,804,583	2,182,101
노인1인/인구1인	255.6	269.3	282.2	288.5	295.4	301.1	322.2

1」 지수란 인구 1인당 진료비를 100으로 봤을 때, 노인 1인당 진료비를 의미



- 노인인구 증가는 요양병원 증가에도 영향을 미쳐 최근 요양병원 수와 요양병원에 지급하는 급여비가 급증하는 추세

〈표 7〉 2003~2006 요양병원 증가 추이

(괄호 안은 전년 대비 증가율)

구 분	2003	2004	2005	2006	2007
기관수	69	112(62.3)	202(80.4)	360(78.2)	591(64.2)
병상수	7,455	13,255(77.8)	23,976(80.9)	36,043(50.3)	66,346(84.1)
총진료비(억원)	518	827(59.7)	1,540(86.2)	3,098(100.1)	6,723(117.1)

- 요양병원은 사회복지시설인 요양시설에 비해 의료 접근성이 높고 사회적 인식도 양호하여 요양병원 급여비는 향후 더욱 늘어날 가능성 상존
- 노인 및 만성질환자 본인부담 특례(10%), 연금 수급으로 경제적 여유 확대, 요양보험에서의 요양병원 간병비 지원 등의 요인으로 인해 소비자 입장에서 요양병원 이용에 대한 수요가 늘어날 수밖에 없는 구조

2) 만성질환자 수 증가

- 고령인구의 증가, 생활양식의 변화 등으로 만성질환자가 증가하고 있으며, 이는 또한 약제비 증가의 주요요인이기도 하다. 만성질환자 진료비가 총 진료비의 32%(’05년 기준)를 차지하며 매년 17% 이상의 높은 증가율을 보임

<표 8> 만성질환자 진료비 추이

(단위 : 억원, %)					
구 분	'01	'02	'03	'04	'05
합 계	42,158(100.0)	47,355(100.0)	55,990(100.0)	64,862(100.0)	79,374(100.0)
총진료비 중 비율	23.7%	24.8%	27.3%	29.0%	32.0%
고혈압	17,088(40.5)	19,350(40.9)	23,107(41.3)	27,449(42.3)	32,439(40.9)
당뇨병	9,005(21.4)	10,312(21.8)	12,207(21.8)	14,145(21.8)	17,120(21.6)
암	8,764(20.8)	9,610(20.3)	11,158(19.8)	12,827(19.8)	16,578(20.9)
심혈관질환	3,333(7.9)	3,760(7.9)	4,437(7.1)	4,580(7.1)	6,140(7.7)
뇌혈관질환	3,968(9.4)	4,323(9.1)	5,081(9.0)	5,861(9.0)	7,097(8.9)

- 아래 표와 같이 '02~'05 3년간 고혈압 환자수 35.3~38.5%, 약제비는 무려 150.3~158.5%가 증가하여 약제비가 15.5% 줄어든 감기에 비해 엄청난 증가가 있었음. 이러한 사실은 만성질환의 증가가 외래 의료이용의 주 원인으로 작용했음을 보여줌.

<표 9> 외래 원외 처방 약품비 경향('02~'05)

연 도	환자수, 천명(%)	건당처방일수, 일(%)	처방일당약제비, 원(%)	처방약제비, 억원(%)
전 체 질 환	'02 40,666 (100.0)	5.97 (100.0)	1,295 (100.0)	30,381 (100.0)
	'05 42,151 (103.7)	7.82 (130.9)	1,598 (123.4)	50,844 (167.4)
본태성 고혈압	'02 2,449 (100.0)	23.73 (100.0)	760 (100.0)	2,958 (100.0)
	'05 3,392 (138.5)	26.92 (113.4)	1,108 (145.7)	7,405 (250.3)
인슐린 ·비의존 당뇨병	'02 959 (100.0)	21.89 (100.0)	1,058 (100.0)	1,479 (100.0)
	'05 1,298 (135.3)	25.78 (117.8)	1,660 (156.9)	3,824 (258.5)
급성 코인두염	'02 5,768 (100.0)	2.73 (100.0)	967 (100.0)	334 (100.0)
	'05 4,504 (78.1)	3.13 (114.5)	1,108 (114.5)	283 (84.5)

3) 의료기관 이용량 세계 최고 수준

- 노인인구와 만성질환자의 증가 등의 이유에 더하여 기본적으로 행위별 수가제를 유지, 의료이용량 관리가 어려운 것이 문제임
- 특히 우리나라의 연간 외래 방문일수는 세계최고수준

<표 10> 국민 1인당 외래 진료량(2005)

(단위 : 회/년)											
평균	스웨덴	스위스	미국	영국	캐나다	호주	프랑스	독일	스페인	한국	일본
6.8	2.8	3.4	3.8	5.1	6.0	6.1	6.6	7.0	9.5	11.8	13.8

1」 OECD Health Data 2007

<표 11> 입원환자 1인당 평균 입원일수(2005)

(단위 : 회/년)										
평균	스웨덴	미국	영국	스페인	독일	스위스	프랑스	한국	호주	일본
9.9	6.1	6.5	7.0	8.5	10.2	11.7	13.4	13.5	16.7	35.7

1」 OECD Health Data 2007, 한국은 2003년 통계

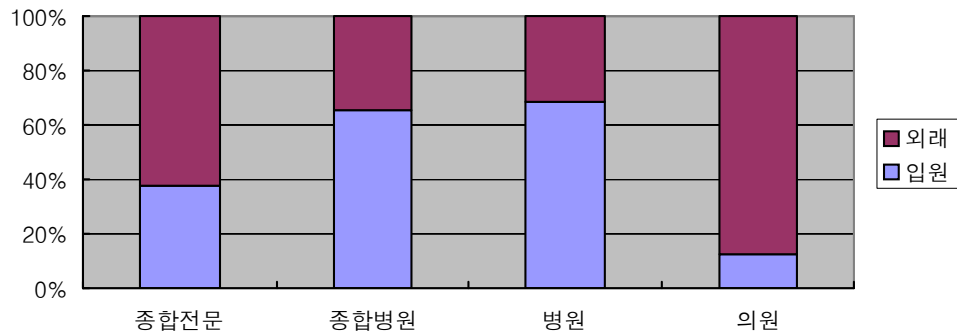
<표 12> 연도별 1인당 내원일수(수진횟수)

(단위 : 일/명)									
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
총 계	8.23	10.96	13.59	13.24	13.97	14.71	14.93	15.35	16.08
의료기관	7.91	9.50	11.63	13.16	13.94	14.68	14.90	15.32	16.05
약 국	0.31	1.46	3.76	8.52	8.32	8.10	8.23	8.43	8.81

1」 건강보험통계, 지급기준(수진횟수 = 연간내원일수/연평균적용인구)

2」 약국의 처방조제 수진횟수 총계에서 제외

- 전달체계 실종 및 기능 미분화로 각급 의료기관이 상호 경쟁



4) 급격한 급여확대로 소비자들의 도덕적 해이 증가

- 최근 보장성 강화정책은 입원수요 증대 (입원율, 재원일수 증가, 입원> 외래)와 수요자의 수량효과 증대, 입원 및 검사에 대한 가수요를 촉발시키는 고가검사 증대, 대형병원, 서울 및 수도권 집중현상 가속화(특히 중증질환)로 인하여 수요가 증가

5) 매우 높은 약제비 증가율

- 국민 1인당 약제비 수준은 OECD 평균의 84%이나, 1인당 의료비 수준에 비해서는 훨씬 높아 의료비 중 약제비 비중이 높고 5년간('98~'03) 증가율은 OECD 평균의 2.1배에 달함

〈표 13〉 약제비 증가 국가 비교

	OECD평균	한 국	미 국	프랑스	독 일	일 본
약제비 증가율('98~'03, %)	6.1	12.7	9.6	5.8	3.5	2.2
1인당 약제비('03, USD PPP)	366	309	728	606	436	393
보건의료비 중 약제비('03, %)	17.8	28.8	12.9	20.9	14.6	18.4
1인당 의료비('03, USD PPP)	2,308	1,074	5,635	2,903	2,996	2,139

1) OECD Health Data 2005

<표 14> 약제비 증가율 및 비중 추이

(단위 : 억원, %)

구 분	'01년	'02년	'03년	'04년	'05년	'06년
총진료비(전년대비 증가율)	178,195	190,606 (7.0)	205,336 (7.7)	223,559 (8.9)	247,968 (10.9)	285,580 (15.2)
총약제비(전년대비 증가율)	41,804	48,014 (14.9)	55,831 (16.3)	63,535 (13.8)	72,289 (13.8)	84,041 (16.3)
약제비 비중	23.5	25.2	27.2	28.4	29.2	29.4

- 또한, 건당 처방품목수가 매우 높아 사용량 관리가 절실

<표 15> 처방전당 약품목수 현황

(단위 : 개)

구 분	한국	외국	평균	미국	독일	이태리	호주	스페인	스위스	일본	영국	프랑스
평균 처방약품목수	4.16	2.60	1.97	1.98	1.98	2.16	2.20	2.25	3.00	3.83	1.02	
상병별 단일상병	3.37	1.91	1.68	1.58	1.72	1.46	1.83	1.83	2.04	2.23	2.86	
처방품목수 복합상병	4.51	3.73	2.98	3.26	3.20	3.19	3.35	3.00	3.98	5.45	5.16	
연령별 0~17세	4.56	1.87	1.64	1.85	1.64	1.31	1.61	1.77	2.02	1.90	3.08	
18~64세	3.95	2.27	1.91	1.77	1.75	1.95	2.03	2.04	2.15	3.22	3.59	
65세 이상	3.99	3.02	2.34	2.21	2.27	2.64	2.65	2.65	3.08	4.51	4.82	

* 참고 : 급여(보장성) 확대

- '05년부터 '07년까지 3년간 확대된 보장성이 전체 급여비의 8%를 차지

<표 16> 보험급여비 보장성

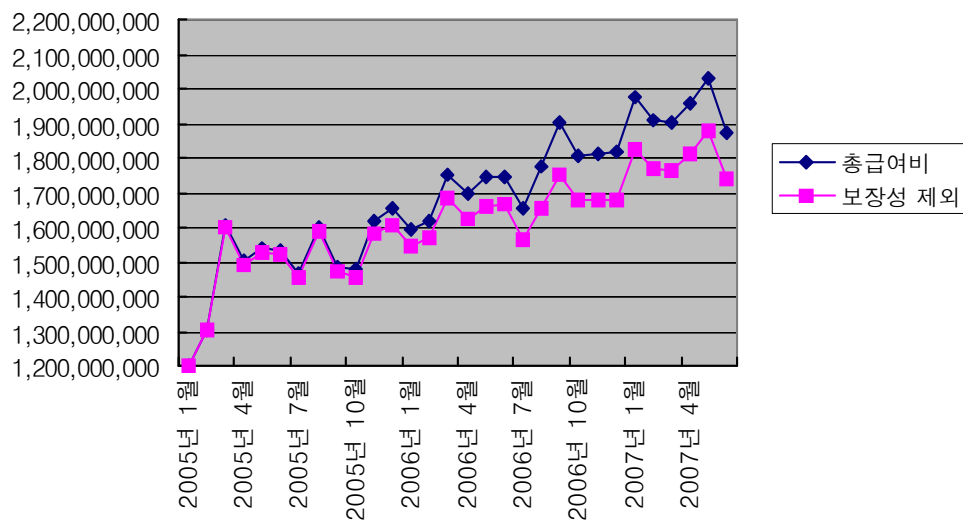
(단위 : 억원)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
보험급여비	136,696	150,278	164,293	183,659	214,392	245,614
보 장 성				1,987	12,424	19,503
(비 중)				1.08%	5.79%	7.94%
기 타	136,696	150,278	164,293	181,672	201,968	226,111

1) 지급 기준(보장성 금액은 확정분은 아님)

- 이러한 보장성 확대는 건강보험 지출구조가 경증보다는 중증질환 위주로 변화하고 있음을 의미하나 수입 확보에 대한 사회적 공감대 형성과 예상치 못한 간접효과의 적절한 관리기전 마련이 병행되어야 함을 보여줌

〔그림 3〕 연도별 총급여비 대비 보장성



나. 수입 측면

1) 보험료 체납자 지속 증가 : 건강보험의 적용 범위

- 체납전담팀(공단) 구성 및 납부 독려, 지자체 및 사회복지기관 연계 보험료 지원사업, 의료급여 수급권자 전환, 결손처분 등에도 불구하고 매년 2백만 세대가 체납(체납금액 약 1조 7천억 원). 이러한 지원 등을 고려 시 오히려 최근 들어 체납이 늘어나는 추세

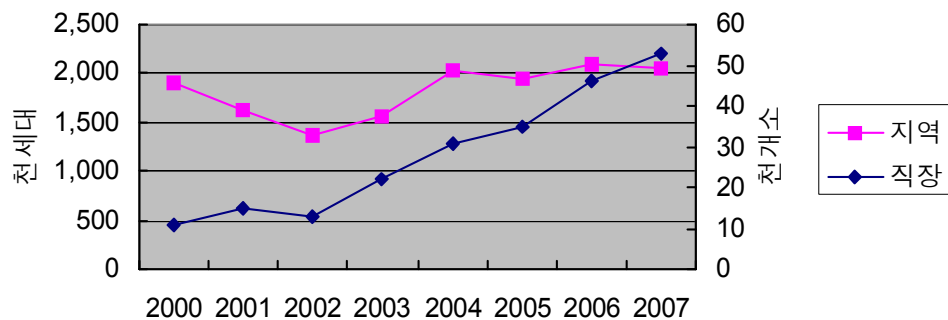
〈표 17〉 보험료 체납

(단위 : 천건, 억원)

구 분		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
합계	세대(사업장)수	1,912	1,631	1,374	1,585	2,069	1,987	2,139	2,109
	체납금액	7,550	7,964	7,488	9,593	12,936	12,633	15,330	17,168
지역	세대수	1,901	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,056
	체납금액	7,312	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	13,873	15,547
	세대당체납액	38	47	53	58	59	59	66	74
	사업장수	11	15	13	22	31	35	46	53
직장	체납금액	238	324	251	533	929	1,067	1,457	1,621
	사업장당체납액	216	216	193	242	299	305	319	306

- 직장의 경우에도 5인 미만 사업장 확대 이후 체납 사업장 및 금액이 크게 늘어나고 있는 추세

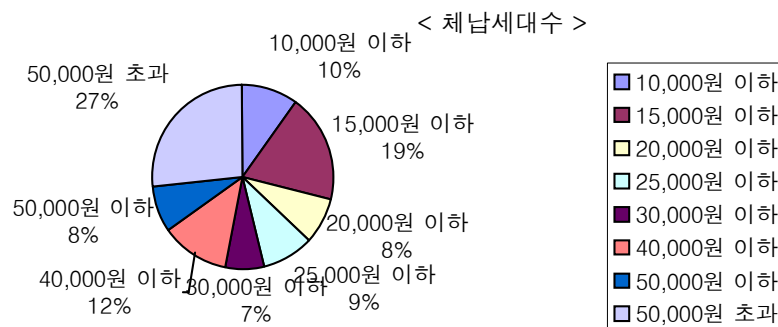
[그림 4] 연도별 지역 · 직장 체납세대수 추이



- 3개월 이상 체납시 급여 제한 대상이 되므로 이들은 의료보장의 사각지대에 있고, 이러한 사각지대 문제는 차상위 의료급여자 건강보험 전환시 문제가 더 커질 것임.
- 차상위 전환 대상자는 보험료 징수 가능성은 거의 없고, 체납시에도 급여제한하지 않기로 함으로써 재정에는 부담요인으로 작용
- 특히 이들 체납자의 약 40%는 소위 생계형 체납에 해당하는데 소득 수준으로 볼

때 월 보험료 2만원 이하의 저소득세대가 전체 체납세대의 37%(76만 세대 2,989억 원, 전체 체납액의 19.2%)에 이르고, 이들 저소득세대 총 체납액의 70.3%인 2,102억 원이 2년 이상의 장기 체납에 해당

[그림 5] 금액별 체납세대수



- 소득·재산이 없거나 소득 없이 전월세만 있는 세대가 지역 체납세대의 41%인 862천세대에 이룸(체납액 3,932억원).

<표 18> 부과요소별 체납보험료 현황

(’08. 1. 10기준, 단위 : 천세대, 억원)

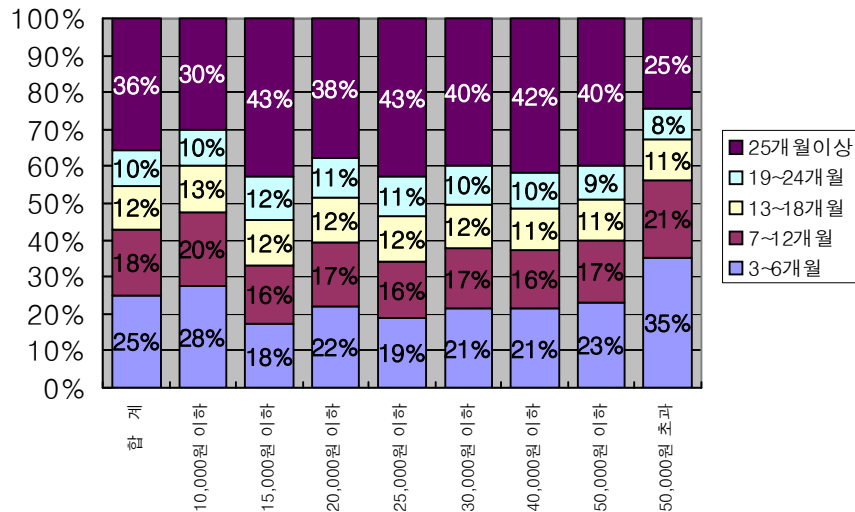
구분	계		무자료		전월세		자동차		재산+자동차		소득, 재산	
	체납	비율	체납	비율	체납	비율	체납	비율	체납	비율	체납	비율
세대	2,056	100	133	6.46	729	35.47	70	3.40	479	23.30	645	31.37
금액	15,547	100	468	3.01	3,464	22.28	590	3.80	5,441	35.00	5,584	35.91

※ 자격유지자 중 3개월 이상 체납기준

※ 소득, 재산 : 소득, 재산, 소득+재산, 소득+자동차, 소득+재산+자동차

- 2년 이상의 장기 체납세대는 전체 체납세대의 35.7%인 73만 세대로 체납액도 전체 체납금액의 65.3%인 1조 147억원에 이룸

[그림 6] 보험료 금액별 체납기간별 분포도

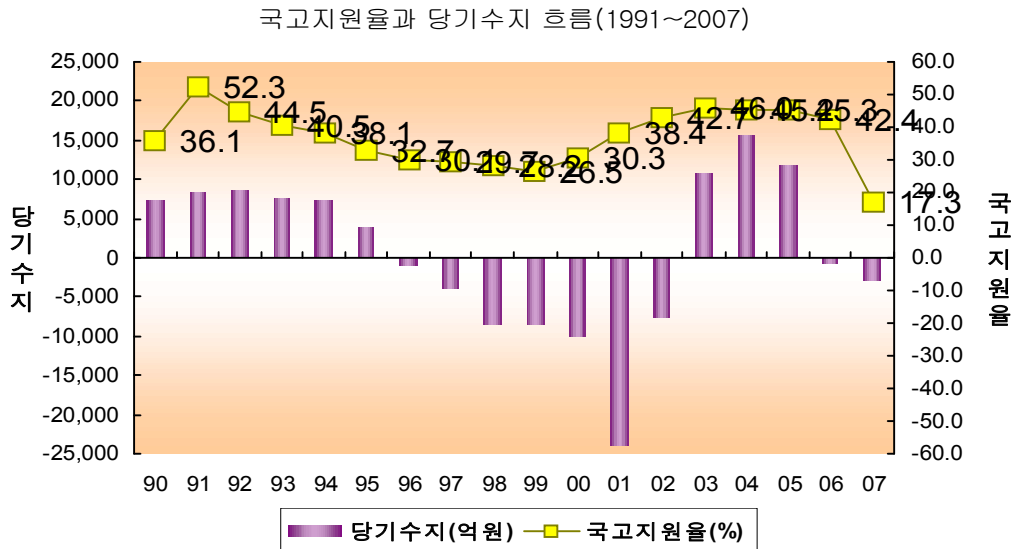


- 따라서 건강보험과 의료급여의 영역 설정, 국가 책임의 범위 등에 대한 사회적 합의가 우선되어야 하며 보험료 납부능력이 없는 빈곤층까지 사회보험체제로 포섭하여 의료비 부담, 보험료 체납, 급여 제한에 따른 사각지대 방치의 문제를 어떻게 해결할 것인가 고민해야 함

2) 국고 및 건강증진기금 과소 지원

- 현행법상 당해연도 보험료 예상수입액의 20%를 국고로 지원(일반회계 14%, 증진기금 6%)함. 이는 총수입의 약 17%에 이르는 큰 비중을 차지하며, 국고 지원율은 재정 수지에 직접적인 영향을 미침.

[그림 7] 국고지원율과 당기수지 흐름(1991~2007)



1」 법정 기준 : 2002~2006은 지역재정의 50%, 2007은 보험료 예상수입액의 20%

- 이러한 국고 지원금이 매년 15% 가량 늘어나는 급여비 추세를 따라갈 수 없는 상황에 있어 매년 과소 지원

<표 19> 법정지원기준 대비 실제 국고지원금 추이

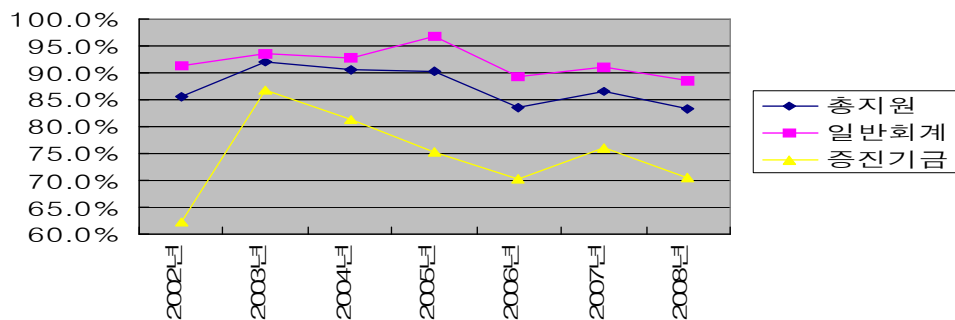
		(단위 : 억원, %)						
구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008(예상)	
지역재정	70,525	74,370	77,019	81,844	91,781	212,530	241,987	
총 지원	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,262	
지역대비	42.7	46.0	45.2	45.1	42.5	17.3	16.6	
부족액	5,124	2,947	3,680	3,974	7,529	5,788	8,135	
일반회계	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,023	
지역대비	36.5	37.4	37.1	33.8	31.3	12.7	12.4	
부족액	2,463	1,956	2,241	950	3,425	2,712	3,855	
담배부담금	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	
지역대비	6.2	8.7	8.1	11.3	10.5	4.6	4.2	
부족액	2,661	991	1,439	3,024	4,103	3,076	4,280	

1」 법정 : '02~'04는 일반회계 40%, 기금 10%, '05~'06은 일반회계 35%, 기금 15%

2」 '07은 지역재정이 아닌 당해연도 보험료 예상수입액 대비 20%(일반회계 14%, 기금 6%)

- 이에 따라 균형 재정 확보를 위해서는 가입자들의 보험료 부담이 국고 과소지원액 만큼 더 커질 수밖에 없고, 가입자 및 공급자의 반발의 원인이 됨.
- 국고 미확보(직무유기)를 이유로 복지부 장 · 차관, 공단 이사장 등이 가입자대표들로부터 검찰에 고발된 바 있고('06. 12), '07. 11. 건강심에서는 공급자 · 가입자 대표들의 공동 결의문(법정 지원금 확보) 채택이 있었음.

[그림 8] 법정지원기준 대비 실제지원금 비율 추이



1」 법정지원기준을 100으로 볼 때 실제 지원금의 비율

- 또한, 건강증진기금은 “담배부담금 수입의 65% 내”라는 상한에 묶여 더 이상 금액이 늘어나지 않을 뿐 아니라 2011년까지만 한시적으로 지원토록 하고 있음. 따라서 담배값 인상 등의 특별한 조치가 없는 한 동 65% 상한으로 인해 “당해연도 보험료 예상 수입액의 6%”라는 증진기금 지원금의 법정 기준은 점차 무의미해질 것임.

<표 20> 법정지원기준 대비 담배부담금 예상수입액

(단위 : 억원)

	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
보험료 수입	212,530	241,987	282,779	324,484	369,583	418,981
담배 부담금	9,676	10,239	10,009	10,009	10,009	10,009
보험료 대비	4.6%	4.2%	3.5%	3.1%	2.7%	2.4%
법정기준대비	75.9%	70.5%	59.0%	51.4%	45.1%	39.8%

1」 '08~'12 중기재정계획

다. 건강보험 제도적 · 구조적 측면

1) 건강보험의 정체성 혼란

- 다수에 의한 위험분산의 보험원리를 벗어나 너무 과도한 기능부가, 건보재정에 대한 무원칙적인 정부기능 부가(공공보건사업, 건강증진, 재난성질환), 특히 보건의료 서비스 특성에 따라 보험원리나 국가보장의 당위성이 달라짐에도 불구하고 이를 구분하지 않은 채 건강보험체계에 포함시킴으로서 건강보험체계의 효율성을 저하시키는 결과를 초래

2) 공보험 중심의 보장성 확대방안의 실효성과 자원효율성의 문제

- 공공독점적 의료재 공급이나 민간독점적 의료재 공급에 비해 공공-민간 협력체제가 의료재 양과 질적 다양성을 높여 소비자 효용을 증가시킨다는 주장(Jofre-Bonet, 2000)이나, 공보험과 민간보험의 협력체계가 주는 긍정적 효과에 대한 논의들(정기택, 1997; 최병호, 1997; 2003; 권순원, 1998; 김한중, 2003)을 고려할 때³⁾ 공보험만을 중심으로 보장성을 평가하고 기능을 확대하는 것은 전체 사회차원에서 자원효율성의 문제를 야기할 수 있음.

3) 건강보험의 왜곡으로 공급구조 왜곡

- 임의비급여 문제로 건보재정의 한계를 공급자와 소비자 갈등으로 전가시키며, 필수 의료에 대한 기피(응급진료, 중환자진료, 산부인과 외과진료 등)와 상업적 의료 비대, 중소병원 등 건전한 공급기반 위축을 일으킴.

4) 비효율적이고 관료적인 건강보험 운영방식

3) 공보험과 민간보험의 장단점 및 협력체계의 필요성에 대한 자세한 논의는 다음 보고서들을 참조할 것
최병호 외. 국민건강보험과 개인의료보험의 보완적 발전방안 연구. 2000
김한중 외. 건강보험 장기발전모델에 관한 연구. 2003. 9

- 보험자, 심평원의 비효율성, 기능중복 및 주도권 경쟁으로 전국민보험체계하에서 의료체계의 효율화를 견인할 역량, 책임과 권한이 부재한 상태

5) 임의적 운영으로 지속적인 재정불안초래

- 임의적 급여확대와 축소, 이해집단의 지나친 개입과 정치화된 의사 결정 구조로 신뢰를 잃어버림.

3. 건강보험재정안정화를 위한 정책방향

가. 쟁점

- ☐ 재정지출 증가에 대해 기존의 정책수단들로 계속 대응할 것인지, 혹은 구조적인 개편을 통한 새로운 정책수단으로 대응할 것인지에 대한 판단이 필요
- ☐ 재정안정화와 보장성 확대, 두 가지 정책의 우선순위에 대한 판단이 필요함. 혹은 중질환에 대한 보장성 우선 확대와 경질환의 보장성 축소에 대한 판단이 중요
- ☐ 국민의료비의 적정수준, 이에 따른 보험재정규모의 적정수준에 대한 사회적 합의가 관건임. 즉 보험료의 적정수준과 국고지원의 적정수준에 대한 판단도 쟁점사항임.
- ☐ 보험재정안정을 위한 정책수단의 선택의 문제 대두함. 예를 들면,
 - 지불보상제도의 개편: DRG, 인두제, 총액계약제 등 포괄수가제의 도입
 - 관리운영체계의 개편: 지역단위 보험관리자의 재정운용 책임의 강화
 - 보험료의 인상과 국고지원의 확대(건강세와 같은 추가 재원의 조달)
 - 보험급여의 구조조정: 중질환과 경질환의 보장 우선순위 조정

나. 정책대안

1) 기본방향

가) 건강보험의 정체성 확립과 서비스 특성에 부합하도록 재원연계

- 보장성의 개념을 포괄적으로 이해하고 보장 범위를 확대시키게 될 경우, 다양한 특성의 서비스들을 모두 보험으로 보장하는 것이 물리적으로도 힘들지만 재원이 마련된 취지와도 부합되지 않을 수 있음.
- 국민수요에 부응하는 재원확대를 위해선 다양한 재원조합이 고려되어야 하며 향후 급여확대시 해당 서비스 특성에 부합되는 재원을 확충해나가는 것이 타당함.
- 서비스 특성에 따른 재원의 연계는 다음의 틀을 토대로 구분
 - 첫째, 외부효과가 크거나 분배차원의 안전망 구축 의미를 부여하는 서비스
 - ⇒ 일반조세 (예: 저소득층에 대한 의료보장, 필수예방접종, 희귀난치성 질환, 고액재난성 질환)
 - ⇒ 건강증진기금 (예: 건강검진, 교육상담서비스, 각종 건강증진 프로그램)

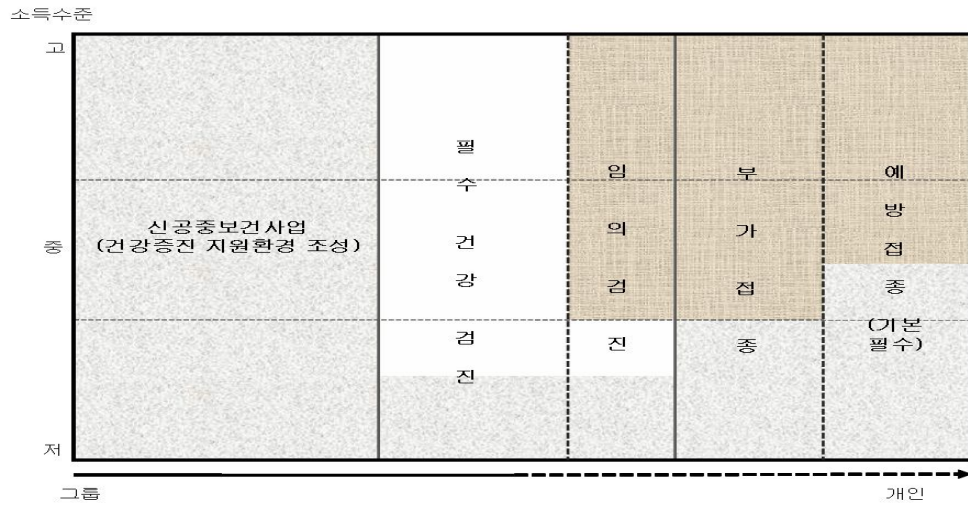


그림 1. 예방 및 공중보건 영역

- 둘째, 보험의 원리에 따라 위험분산 효과를 기대하는 서비스
- ⇒ 사회보험료, 민간보험료 (일반 질병진단 및 치료)

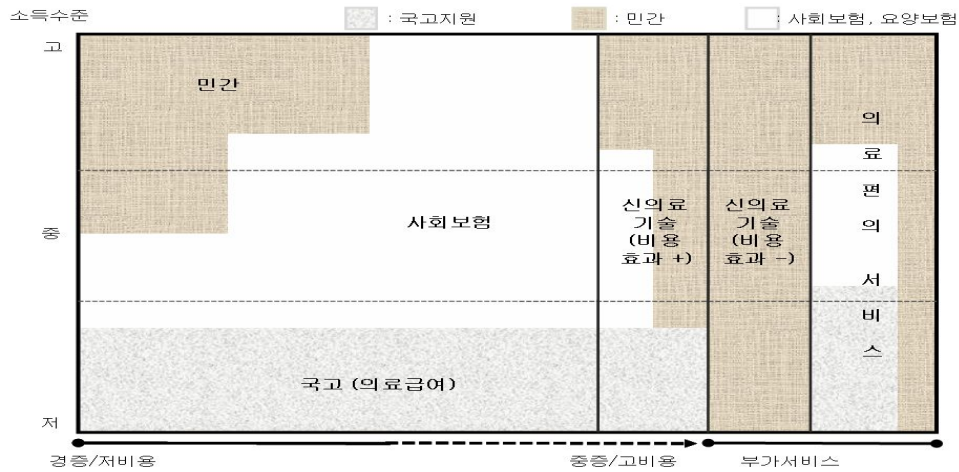


그림 2. 진단 및 치료 영역

- 셋째, 필수의료 외에 부가적인 서비스나 최적의 질을 요구하는 소비자욕구 보장
- ⇒ 민간보험료, 개인부담 (상급병실료, 첨단 기술)

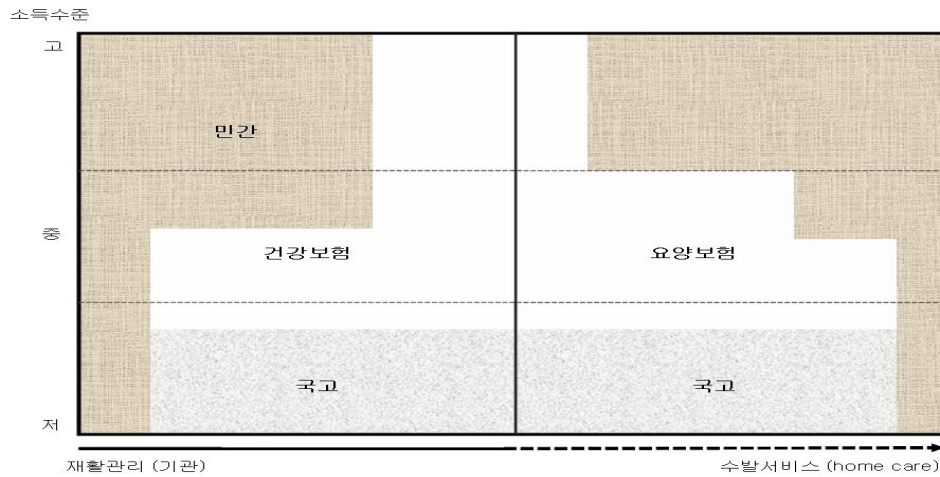


그림 3. 요양 및 재활 영역

- 서비스 특성에 따른 재원연계의 기대효과
 - 건보재정의 책임으로 넘긴 질환 및 취약계층을 국고로 전환시킴으로서 건보재정의 여유자원 확보, 도덕적 해이 초래하는 영역에 대한 본인부담 강화로 고액중증 질환 중심의 보장성 내실화
 - 그러나 시행에 앞서 안전망 차원의 국고지원을 의료안전망 기금과 연계하여 정책수용성을 검토하고, 건보에 지원하는 건강증진기금과 국고지원분과 서비스 매칭하여 지원근거를 확보하며, 추가 지원이 필요한 규모를 평가해야 함.

나) 건강보험의 유연성을 확보하기 위한 전제로 사회안전망 강화

- 다양한 수요를 보장하는 방향으로 건강보험의 급여구조를 개편하기 위해선 기본적으로 국가가 건강권 차원에서 보장해야할 집단에 대한 보호망 강화가 전제되어야 함.
- 이를 위해선 다음의 2가지 접근을 고려
 - 첫째, 의료부조 계층이 차상위계층을 포함하여 현재수준보다 확대되어야 함
 - 둘째, 보험료 부과측면에서만 고려되고 있는 소득수준에 대한 고려가 보험급여 설계시 본인부담 차등화 등을 통해 반영되어야 함. 이는 의료안전망 기금을 통해

확보를 하고 의료급여 예산을 확대시켜야 함.

다) 보장성 강화의 합리적 개선을 통한 소비자의 도덕적 해이 방지

- 보장성 강화의 방향을 도덕적 해이를 보완할 수 있는 구조로 변화시키는 것으로써 무차별 중증질환중심의 확대에서 소득수준별, 의료비 크기별 지원구조로 변경하여 환자의 미충족의료를 유발시키지 않는 수준에서 소비자 본인부담 수준 환원(예: 6세미만, 65세 이상 노인)
- 외래 약제부담 조정으로는 일반약을 확대하고 비급여 점진적 확대
- 대형병원, 고급의료에 대한 환자부담의 점진적 확대

라) 건강보험 의사결정구조 개편

- 양입제출의 원칙이 구현될 수 있는 의사결정 시스템으로 개편

마) 보험관리운영체계 효율화

- 보험자 경쟁방식, 심평원과의 기능중복해소, 역할분담 및 조직개편을 통하여 해당 조직 중심으로 개선방안을 마련

바) 급여확대의 원칙수립 및 일관성을 유지하는 시스템 구축

- 급여 우선순위 리스트를 확립하고, 지출과 수입과의 자연연동시스템 및 의사결정구조를 개편. 또한 급여확대 시 포지티브 시스템을 시행하고 급여적용 시 임의적 기준적용을 철폐

사) 진료비 총액관리

- 단기재정을 유발하는 포괄수가제보다 현행 행위별 수가제 유지함과 동시에 진료비

목표관리제와 기관별 모니터링제(현재의 종합관리제 발전)를 함께 시행

아) 건강보험으로 해소하지 못하는 고급의료 및 비급여 의료에 대한 소비자 재원조달 지원 민간보험 연계 및 의료저축계정을 도입

2) 재원조달방안

가) 기본원칙

- 보험료를 조달하는 원칙은 기본적으로 능력에 따른 공평한 부담, 재원조달의 안정성 확보, 수용성의 확보, 보험료부담에 따르는 고통이 최소화되는 부과체계 설계, 미래 수입의 안정성 및 지속성이 바탕으로 이루어져야 함.
- 능력에 따른 공평한 부담은 우리의 정서상 매우 중요하며 이 원칙이 확보되지 않으면 보험료부과에 대한 신뢰가 깨어지고 보험료 징수에 대한 수용성이 떨어짐.
- 재원조달의 안정성 확보는 안정적으로 발생하는 재원에 대해 부과하여야 수입의 안정성이 확보가 됨을 의미하며 수용성의 확보는 공평하다는 느낌이 들어야 하고, 편리하게 납부할 수 있게 하여 국민으로 하여금 쉽게 납득할 수 있어야 한다는 것을 의미
- 마지막으로 보험료가 재원을 다양화하여 부담의 고통을 분산시켜 보험료부담에 따르는 고통이 최소화되는 부과체계 설계가 이루어져야 하며 미래에도 보험료 수입이 안정적이고 지속적으로 발생할 수 있어야 함.
- 기본적으로 재원은 보험료 중심으로 조달하며, 이를 위해서는 소득비례 보험료의 정착이 필수적인데 이는 국세청의 소득과악능력에 달려 있음.
- 연금수급자는 연금소득을 부과대상으로 해야 하며, 지역가입자에 대한 부과체계는 단순하고 수용성이 큰 부과체계를 재개발할 필요성이 있음. 만약 소득에만 보험료를 부과하기에 아직 한계가 있다면 보험료의 부과대상을 넓히는 방안을 검토

나) 보험료부담의 적정 수준 검토 필요

- 보험료부담의 수준은 2008년 현재 임금소득의 5.08%이며, 미래전략위원회(2007. 6)의 전망에 의하면 2015년 보장성 70%를 목표로 할 때에 보험료는 8.13%가 될 것임.
- 2002년 주요 국가의 보험료 수준을 보면 일본이 8% 약간 상회하고, 벨기에는 7.4%, 오스트리아는 6.4-9.1, 프랑스는 13.6% 이다. 사회 보험료의 총체적인 부담을 고려하여 장기적 방향을 세운다면 아래 표와 같음.

〈표 22〉 사회보험료의 장기적 방향

사회보험료 계	국민연금	퇴직연금	건강보험 (의료급여+장기요양)	산재, 고용보험
30%	9%	9%	9%	3%

다) 보험료 부과체계의 개편

- 재원 확보를 위해 보험료부과체계를 성공적으로 개편하지 못하면 보장성 확대 정책의 추진은 불가능
- 우선 농어민·저소득 취약계층·영세 자영업자 등 현행 부과체계의 적용이 효과적이지 않은 계층에 대해서는 별도의 부과체계를 적용시켜 지역가입자의 부과체계를 단순화
- 또한 모든 국민이 피보험자로 되도록 하여 1인 1보험카드를 지급하고 보험료의 면제대상을 제외하고는 모든 가입자가 기본적인 보험료를 부담하게 함으로써 보험료의 부과단위를 가구 단위에서 개인단위로 전환
- 소득과악의 개선도 어렵고, 보험료 부과체계의 개혁도 어렵다면 보장성을 강화를 포기 하거나 다른 간접세를 찾을 수밖에 없기 때문에 조세방식을 검토하되, 부과대상은 소득, 재산, 자동차, 세대원 등 기존의 부과요소들을 활용하고, 그 외에 소비세

나 건강위해행위에 대한 건강세를 검토.

라) 국고지원방식

- 포괄지원방식의 경우 포괄보조금 범위내에서 유연한 지원이 가능한 장점이 있는 반면에 확보된 보조금의 쓰임새에 대한 고민이 해이해지는 단점이 있음.
- 항목별 지원방식은 필요한 곳에 합목적으로 지원되는 장점이 있는 반면에 재정운용이 경직화되고 행정이 복잡해지는 단점이 있음.
- 따라서 포괄지원 하되, 총지원금의 구체적인 집행은 보험자가 항목별로 선택적이고 전략적으로 지원할 것을 검토
- 국고지원의 준칙(‘Rule’)
 - 첫째, 보험료부담분과 국고지원분의 비중을 결정하고,
 - 둘째, 비중이 결정되면 사후정산으로 수지균형을 맞춤.
 - 셋째, 주어진 국고지원금으로 지원효과를 최대화함으로써 보험료체납층을 최소화하거나 의료보장성이 취약한 계층을 지원하는 등 정책목표를 분명히 함.
 - 넷째, 일반회계 국고와 기금회계 국고는 용도에 맞는 지원방식을 개발
- 일반회계 국고지원은 부담능력 취약계층(지역가입자중 임시일용직이나 영세자영자)의 보험료감면하고 보험료체납의 사각지대 최소화하는 데에 지원
 - 장애인보장구 급여 등 복지성 급여, 관리운영비⁴⁾, 본인부담금의 감면⁵⁾ 등에 사용

4) 과거에는 지역조합의 관리운영비는 국고로 지원하였고, 직장조합의 관리운영비는 직장조합의 보험료로 충당하였음. 지역과 직장이 통합운영되는 체제하에서는 과거의 재원분담방식이 적절하지 않음. 따라서 관리운영비는 보험료 혹은 국고로 조달되어야 하는데, 보험료는 가능한 보험급여로 사용하는 것이 원칙적으로 타당하다고 판단함.

5) 본인부담의 감면은 몇 가지 경우로 나누어 접근하는 것이 타당할 것임. 먼저 본인부담상한제에 소요되는 재원은 보험료로 충당하는 것이 타당할 것으로 판단됨. 그러나 희귀난치성질환 등 선천적인 질환으로 인하여 발생하는 본인부담분에 대해서는 국고로 지원하는 것이 타당할 것으로 사료됨. 그리고 저소득층이 지방공사의료원 등 국공립병원을 이용하였을 때에 발생하는 비급여 본인부담을 포함한 본인부담에 대해 국고로 지원하는 방안을 검토할 필요가 있음.

- 건강증진부담금 지원은 건강위해행위와 관련한 질환(예, 폐질환, 간질환, 관련 만성 질환 등)의 치료, 예방 및 재활에 소요되는 보험급여로써 건강위해행위와 관련한 질환자 본인 및 가구의 보험료 및 본인부담의 지원하고 건강보험가입자의 건강검진 사업, 건강보험가입자중 만성질환의 위험에 노출된 자에 대한 건강정보 제공 및 건강관리지원 사업 등을 지원

마) 건강위해 행위(소비)에 대한 건강세

- 건강위해행위는 그 행위를 하는 소비자 자신 뿐아니라 소비하지 않는 사람에게 까지 부정적인 영향을 미치는 외부성(externality)을 가짐.
- 건강위해요인으로부터 발생하는 사회적 비용은 세가지 임.
 - 첫째, 건강위해요인과 관련된 질병의 예방과 진단, 치료를 위한 직접적인 의료비용
 - 둘째, 건강위해요인과 관련된 질병으로 인한 소득손실의 간접비용
 - 셋째, 조기사망으로 인한 미래소득손실의 간접비용
- 건강위해소비를 줄임으로써 사회적 비용 절감하고, 건강위해소비의 경제적인 기회비용을 세금을 통하여 반영
 - 건강위해소비는 중독성이 있어 합리적인 소비행위를 일탈하게 되므로 세금으로 교정 하여 세금부과의 정당성을 가지게 됨.
- 건강위해행위에 대한 세금은 형평의 문제를 야기시키기도 하는데 빈곤층에서 더 많은 소비로 저소득층이 세금을 더 많이 부담하게 되지만 반면에 건강위해에 노출된 빈곤층에게 많은 혜택이 돌아간다면 수혜자에게 많이 과세되는 것은 합당함.
 - 다만, 유병률이 높아져 수명이 짧아지면 연금급여액이 줄어들어 일정 부분 상쇄된다는 주장도 있음. 이와 같이 형평성 문제에서는 지불능력의 원칙과 수혜의 원칙, 어느 것을 택하느냐에 따라 달라지게 됨.

- 건강위해행위로부터의 재원을 확보하기 위해서는 담배세, 주류세, 유류세, 로또, gambling(가블링)세, 청량음료, 스낵, 패스트푸드 등에 부과하는 세금등 목적세를 고려

3) 건강보험급여의 구조조정 방안

가) 건강보험급여의 구조조정 목적

- 고위험을 보장하는 보험원칙에 충실('back to the principle')하고, 질병으로 인해 가계 파탄에 이르지 않도록 사회연대 공고화하며, 도덕적 해이를 최소화하고 비용효과성을 제고하여 형평과 효율을 이루는 것임.

나) 실태

- 중증고액질환 중심으로 보험급여가 확대되고 있으나, 여전히 미흡하여 아직 환자 부담이 과도함.
- 암 환자의 급여율이 2004년 50%에서 2006년 71%로 강화되었고, 고액질환도 획기적으로 강화되었으나, 아직까지 환자 부담은 여전히 과다하다는 인식이 팽배

〈표 23〉 국민건강보험 급여 보장률

구 분		2004	2005	2006
중질환 보장	암환자	49.6%	66.1%	71%
	뇌혈관수술환자	50.7%	60.8%	-
	심장질환수술환자	52.7%	66.9%	-
고액진료비 보장	500만원 이상	49.0%	59.6%	64.7%
	2000만원 이상	46.8%	66.0%	69.5%

자료: 국민건강보험공단

- 중증질환 영역에서 비보험 혹은 임의비급여 형태로 신기술(시술, 검사, 약, 재료 등)을 계속 도입하고 있고, 상급병실료와 선택진료료 등으로 환자부담이 줄기 어려운 구조임.
 - 보험이든 비보험이든 환자가 서비스를 선택할 수 없기 때문에 본인부담의 크기는 의사가 결정함에 따라 본인부담이 과다하게 발생하는 경향이 있음.
- 소액경질환 영역은 상대적으로 보장성이 잘 확보되나 문턱이 낮아지니 과도한 외래방문, 의료쇼핑이 문제가 됨.
 - 동네의원은 진찰과 처방 중심의 진료를 함으로써 주어진 시간 내에 가급적 많은 환자를 진료하려 하지만 주사와 검사 등은 많은 인력과 시간이 소요되어 비용투자 대비 수익이 낮은 것이 현실임.
 - 병원 외래의 경우, 환자들이 동네의원에 비해 질적인 우위에 있고 각종 검사 장비가 갖추어져 있는 곳에 몰리는 경향이 있으며, 병원 외래는 진료시간은 짧게, 각종 검사는 가능한 많이 함으로써 낭비를 초래
- ※ 2005년 기준 소액경증질환의 도덕적 해이를 나타내는 사례:
 - 감기환자 진료비가 1조2천억원인 반면에 암 환자 진료비가 1조3천억원
 - 연간 70일 이상 외래 진료를 받은 환자는 55만 명, 외래로 10개 이상의 서로 다른 의료기관을 이용한 환자는 176만 명, 연간 500일 이상 투약 받은 환자 126만 명
- 약제비 과다 또한 문제가 됨. 의사는 약제비 절감의 유인이 없어 고가·장기 처방으로 약제비 낭비를 하게 되고 환자는 의료쇼핑으로 반복 처방을 받게 됨. 그러나 동일 질환에 동일 처방의 반복을 확인하고 통제하는 장치가 없어 낭비가 초래됨.

다) 구조조정의 방향

- 기본적으로 가격탄력성에 비례하여 본인부담을 조정함. 가격비탄력적인 중증질환은 본인부담을 대폭 인하하고, 가격탄력성이 높은 소액경증질환은 본인부담을 인상
- 또한 비용효과성 높은 예방적 혹은 투자적 서비스는 본인부담을 낮게 조정하고, 환자의 건강관리 책임을 요하는 진료는 본인부담을 높게 조정함.
- 목표집단의 특성(저소득층, 빈곤노인, 장애인 등)에 따라 본인부담을 조정하고, 의학 적 필수진료는 본인부담 낮게, 비의료적·사치성·편의성 진료는 본인부담 높게 조정하며, 공공의료기관의 본인부담은 낮게 조정

라) 구조조정방안의 설계

(1) 중증고액질환의 본인부담의 인하

- 대표적 중증질환의 진료에 소요되는 비급여 항목을 정리하여 대부분을 급여화 하고, 비보험 항목은 예외적으로 인정하는 ‘negative system’을 철저히 운영하여 중증 고액질환의 본인부담의 인하를 기본적 바탕으로 설계
- 본인부담은 정률제(20%, 암질환 등 10%)에서 질환 중심(episode based)의 정액제 전환을 검토하고 질환별로 본인부담률을 차등화 함. 즉 가격 비탄력적인 치명적 질환 일수록 진료비 대비 본인부담 비율을 낮게 하고, 비교적 예상가능한 질환은 진료비 대비 본인부담 비율을 높게 하는 것임.

(2) 동네의원 외래의 본인부담 인상

- 동네의원 외래 방문시 30% 정률제에 부분적으로 ‘deductible’을 도입하여 본인부담을 인상
 - 예) 1안: 방문당 5천원 까지 전액부담(deductible)하고 5천원 초과시 30% 내게 하는 방법
 - 2안: 방문당 1만5천원 까지 5천원 정액부담하고 초과시 1/3 부담 시키는 방법

(3) 단순 입원진료의 본인부담 상향 조정

- 비교적 단순한 시술을 요하는 단순 입원진료의 경우 본인부담을 20~30%로 상향하여 조정하거나 질환 중심(episode based)의 정액제로 전환을 검토해야 함.

(4) 병원 외래의 본인부담 상향조정

- 병원 외래의 경우 동네의원의 본인부담 상향조정에 따라 병원 외래 본인부담도 상향 조정 하는데 동네의원의 본인부담의 규칙과 유사한 'deductible' 방식을 적용

(5) 약제비의 과다 처방 억제

- 과다 처방을 억제하기 위해서는 의사의 처방에 인센티브 시스템을 도입
- 진찰료에는 처방료가 포함되어 있기 때문에 질환별 표준적 처방에 비추어 고가약 처방, 약품목수 과다, 지나친 장기처방을 하는 경우에 진찰료 중 일부 삭감하고, 질환별 표준처방을 준수할 경우에는 진찰료에 인센티브를 부여하여 보상
- 따라서 진찰료와 인센티브 보상, 현행 진찰료 보상, 진찰료와 디스인센티브 보상(3단계)로 나누어 볼 수 있음.

(6) 성분명 처방에 인센티브를 부여하는 방안도 검토

- 환자가 동일 질환으로 여러번 처방을 받는 것을 방지하는 실시간 제어 장치를 구축하고 실시간 제어장치를 구축하기 전 까지는 불이익에 대한 사전 홍보차원으로 환자에게 반복 투약에 따른 비용을 부담

4) 건강보험 지출구조의 합리화 방안

가) 지출구조 합리화의 틀



수요 및 공급 안정화	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 평생건강관리체계 구축 ◦ 적정병상 공급 관리, 적정의료이용 관리 ◦ 공공의료 확충 및 건강보험 보장성 강화
서비스 제공 적정화	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 표준진료지침 개발 및 정보 제공 ◦ 요양급여 적정성 평가 확대 ◦ 질 평가에 근거한 가감지급 실시 등
건강보험 지출 효율화	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 진료비 지불체계의 합리적 개선 ◦ 약제비의 획기적 절감 ◦ 보험 진료비 사후관리·평가 강화

나) 지출구조 합리화를 통한 건강보험의 지속가능발전 구조

비 전	건강보험의 지속가능한 발전	
과 제	단기 방안	중장기 방안
약제비 관리	○보험의약품 가격의 적정관리 ○의약품 사용량의 적정관리 ○저가약 처방유도	○delisting 제도 도입 ○사용량연동 가격조정 ○적정성 평가 다빈도 상병중심으로 전환
지불제도 개편	○DRG 시범방안 마련 ○1차의료 강화를 위한 단골 의사제 설계	○국공립병원 DRG 적용→전면실시 ○단골의사제도 시범실시→전면실시
사후관리 평가 강화	○부당허위청구 조사 강화 ○적정성평가 결과 공개 ○가감지급방안 마련	○부당허위청구시 처벌조항 강화 ○적정성평가 결과 가감지급 실시 ○고난이도 시술 관리
적정이용 유도	○개인단위 의료이용관리방안 마련	○개인단위 의료이용관리(외래과다 이용, 장기입원, 중복검사 등) ○부적절한 이용시 지도 및 불이익
의료자원 적정관리	○적정병상 관리방안 마련 ○고가의료장비 사전승인제추진	○병상 및 고가의료장비 사전승인제 실시

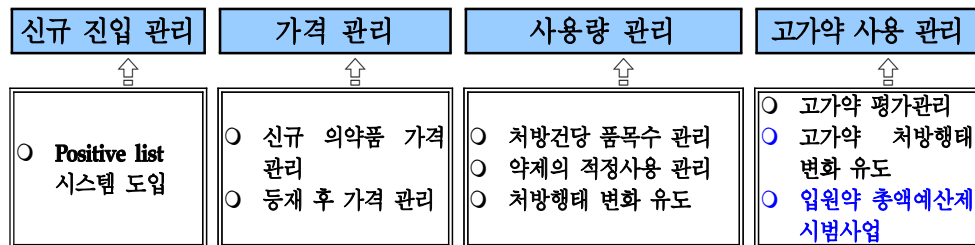
다) 약제비 관리

(1) 추진방향

- 치료적, 경제적 가치가 우수한 의약품의 선별 등재
- 적정 약가를 위한 약가산정 기준의 합리화 및 사후관리 강화
- 의약품 적정 사용 유도를 위한 효율적 관리기전 마련

(2) 추진전략

- Positive list 전환을 통해 약제비 지출구조 합리화의 기반조성
- 유통투명화 및 사후관리 강화를 통한 등재 후 가격관리
- 약제비증가의 주요원인인 사용량 및 처방행태를 적극적으로 관리



(3) 추진방법

(가) 경제성 평가를 기반으로 한 선별 등재시스템(Positive list) 활성화

- 치료적·경제적 가치가 우수한 약품을 선별하여 보험 급여함으로써 약제의 비용효과성 극대화
 - WHO essential drug list를 참조한 국내필수의약품 목록 마련
- 치료보조제적 성격이거나 경미한 증상에 자가 치료가 가능한 일반의약품을 단계적 비급여 전환
 - 고가약으로 처방전환 우려가 적은 치료보조제적 성격의 일반의약품 먼저 비급여 전환 검토
 - 고가의 전문의약품으로 처방전환 우려가 있는 일반의약품은 기등재의약품 목록정비 시 비급여 전환 검토

(나) 보험의약품 가격의 적정 관리 추진

□ 기등재 의약품의 가격 관리 방안

- 특허 만료 의약품에 대한 약가 재평가
 - 특허만료 후 복제약 신청시 특허의약품 가격을 20% 인하하고 이에 연동하여 복제약가 인하
- 약가 재평가 방안 합리화 검토
 - 등재시 객관적 기준에 의해 예상 사용량을 설정하고, 이를 초과하여 사용된 품목에 대하여는 약가 재평가 및 조정
 - 재평가지 극단적으로 높거나 낮은 국가의 약가를 제외하거나, 우리나라와 소득수준이 비슷한 국가의 약가를 포함하는 방안 검토
- 기등재 의약품 목록정비
 - Positive list 시스템 도입 이전 보험 적용되던 기등재 의약품은 경제성 평가를 거쳐 순차적으로 보험급여여부 및 약가조정 추진
- 저가 구매 요양기관에 대한 인센티브 부여
 - 경쟁 입찰, 전자상거래 등 실거래가가 파악되는 투명한 방식에 의해 의약품을 저가 구매할 경우 상한가와 차액의 일정 부분을 인센티브로 지급
 - 파악된 실거래가의 약가 반영 여부는 의약품 공급에 미치는 영향과 관련업계의 의견 수렴을 거쳐 검토
- 실거래가 사후관리 강화
 - 요양기관 청구내역과 거래명세서 중심의 현지조사를 의약품 품목 중심의 의약품 유통 계통조사로 강화
 - 요양기관 뿐만 아니라 의약품 제조업자, 도매상 등 의약품 공급자도 실거래가 조사대상에 포함하여 실거래가 조사의 실효성 확보

- 비용효과성이 떨어지는 기등제 의약품의 퇴출기전 마련
 - 동일성분, 동일효능군 내 보다 비용효과적인 약품 신규 등재시 고가 의약품의 가격 재협상 추진
 - 가격인하 유도 또는 퇴출

(다) 의약품 사용량의 적정 관리 추진

- 의료계의 처방행태 변화 유도
 - 고가약 처방 및 사용량 감소를 위한 자율적인 처방행태 개선을 위해 의료계, 공단, 심평원 합동 TF 구성
 - 고가약 처방 감소, 장기처방 개선, 처방 품목수 감축 등 추진 및 모니터링
 - 2006년도 수가 계약시 합의한 약제비 절감을 위해 세부 방안 수립 및 실행
 - 처방행태 변화 유도를 위한 인센티브 부여
 - 의료계가 자율적 처방행태 개선을 위한 노력을 강화하고, 보험자가 이를 평가하여 절감되는 약제비의 일정분을 수가에 반영 추진
- 입원약 총액예산제 시범사업 실시
 - 보험공단과 병원간에 입원약에 대한 예산을 미리 협상하고, 병원은 예산의 범위안에서 약제비를 스스로 통제·관리할 수 있는 기전 마련
 - 우선 국·공립 병원부터 시범사업을 실시
- 의약품 적정 사용을 위한 관리 기전 강화
 - 처방율 및 다빈도 질환별 처방건당 약품목수에 대한 관리 강화
 - 약제급여 적정성 평가 대상 확대 및 결과 공개
 - 문제기관에 대한 지속적 모니터링, 교육 및 홍보를 강화하고, 가감지급 등 제정

적 인센티브와의 연계 검토

- 보다 적극적인 처방행태 변화를 유도하기 위하여 처방지침 개발, 제공
- 의약품 적정사용에 대한 투약전 점검을 통해 부적정 사용의 사전예방 및 1일 최대/최소 투여량, 상호작용, 연령대별 의약품 투여량에 대한 정보를 제공하여 자율시정 유도

(라) 고가약 처방 집중 관리를 통한 저가약 처방 유도

□ 고가약 처방 비중에 대한 적정성 평가

- 고가약 처방비중에 대한 적정성 평가 및 그 결과를 요양기관에 통보하여 처방행태 변화 유도(인센티브와의 연계 검토)
- 대체조제 가능품목(2,914 품목, 보험의약품의 13.5%)의 목록을 전산프로그램으로 제공하여 저가약 처방 및 대체조제 원활화

□ 투약일당 약품비에 대한 관리

- 목표 금액을 정하고 이를 벗어난 의료기관에 대한 결과 환류
- 평균수준을 벗어나 지속적으로 투약일당 약품비 관리가 되지 않는 의료기관의 경우, 정밀 심사를 거쳐 재정적 불이익을 주는 방안도 고려

라) 진료비지불제도의 개편

(1) 추진방향

- 가격규제방식이 아닌 총액관리방식으로 전환
- 요양기관종별과 진료의 특성을 고려한 진료비 지불제도의 다양화

(2) 추진전략

- 입원부문은 전면 DRG, 의원 외래부문은 1차 의료 중심의 단골의사제도 도입
- 의료계와의 신뢰관계 구축을 통한 단계적, 전략적 추진
- 공공보건의료확충, 보장성강화 등 동시 추진

(3) 추진방법

(가) 입원부문 DRG 적용의 단계적 추진

- 입원 전체부문 DRG 적용방안 개발 및 simulation
- 국공립 병원 시범적용 및 평가
- 국공립 병원 전면적용 후 개인의료기관 적용 확대
- DRG별 수가는 병원별로 달리 적용 후 점진적으로 병상규모 등 특성을 고려한 전국 단위 일원화(독일 방식)

(나) 의원 외래부문 단골의사제도 도입

- 적용범위, 참여 진료과, 지불액 결정 등 제도 설계와 모의운영
- 의료급여, 소아, 노인, 만성질환자 대상의 시범적용
- 1차의료기관 중심으로 선택적인 참여 방식을 통해 점진적 확대 추진
- 이해당사자간의 토론을 통한 사회적 합의 도출

(다) 요양병원형 건강보험수가의 안정적 도입

- 장기요양병원과 요양시설과의 합리적 수가 설계로 대상 환자에 따른 차별화를 도모

하고 자원의 낭비요인 배제

- 요양병원과 시설 환자군별 일당정액제 시행
- 총액계약제 개발 및 시범적용 후 총액계약제 시행

(라) 공공의료기관 확충 및 보장성강화

- 민간위주의 의료체계는 제도 개편실행 시 위협요인으로 작용
- 건강보험의 낮은 보장성은 제도 개혁의 최대 걸림돌
 - 비급여부문이 그대로 남아있을 경우 제도개혁의 실효성이 떨어지거나(주치의제도), 제도설계가 어려움(DRG)
- 보장성강화 정책의 지속적 추진

(마) 호스피스 제도를 통한 말기 암환자 진료비 절감 방안 검토

- 호스피스 제도를 활용하여 임종 직전의 3개월간 1년간 진료비의 70%가 투입되는 말기암환자의 비효율적 재정사용 절감 유도

마) 진료비 사후관리·평가 강화

(1) 추진방향

- 요양기관의 부당·허위청구에 대한 관리는 철저히 하되,
- 적절한 의료서비스 제공 유도를 위해 정보 제공 및 평가 강화
- 적정성평가결과 가감지급으로 자율적 적정진료 유도
- 고난이도 시술 관리로 장기적 진료비 절감

(2) 추진방법

(가) 보험재정 누수 방지를 위한 요양기관 정기조사 및 기획조사 강화

- 부당청구가 의심되는 요양기관에 대한 조사 강화 및 요양기관 내부종사자 공익신고 및 포상금제도 활성화 추진

(나) 요양급여 적정성 평가 항목 및 결과 공개 확대

- 이용도 중심의 평가에서 진료과정 및 결과의 적정성 등 임상진료의 질을 평가하는 방향으로 확대
- 양호한 상위 25%의 요양기관 공개방식에서 하위까지 공개범위를 확대하는 방안 검토

(다) 평가결과에 따른 가감지급 실시 방안 마련

- 평가 결과가 의료서비스 제공 행태와 연결되도록 평가연동 가감지급 추진

(라) 고난이도 시술의 관리로 장기적인 진료비 절감방안 마련

- 고난이도 시술의 경우 일정기준 미충족 의료기관에서 실시할 경우 숙련도 등의 문제로 합병증, 실패확률이 높아져 재수술 등으로 진료비 증가요인 ⇒ 일정기준 미충족 의료기관은 진료비 차등적용

바) 적정 의료이용 유도

(1) 추진방향

- 가입자의 과다 의료이용 규제 및 적정의료이용 유도

(2) 추진전략

- 개인단위 모니터링 시스템 구축
- 과다 이용시 불이익 부과
- 적정의료이용 유도를 위한 사례관리 활성화

(3) 추진방법

(가) 개인단위 의료이용 모니터링 체계 구축을 통한 개인별 과다의료이용 관리

- 보장성강화에 따라 특히 입원부문의 과다 의료이용 가능성이 있으나 의료기관을 달리하는 경우 현재의 시스템(요양기관 단위 관리방식)으로는 관리의 어려움이 있음
- 장기간에 걸친 급여기준 관리 시스템 개발(Stent 등)

(나) 과다 장기입원, 불필요한 의료이용 시 사례관리 및 불이익 부과방안 마련

- 과다 이용자에 대해 적정의료이용을 위한 사례관리 및 이용자를 위한 가이드라인 제공
- 환자의 질병특성에 따라 비용효과적 진료 제공
 - 말기 암환자에 대한 호스피스 도입, 장기입원환자에 대한 요양병원 대체 이용 권고(불응 시 본인부담 상향 또는 급여제한)
- 급성기 병상은 입원기간에 따른 본인부담률 차등 적용
 - 예) 대만의 경우 입원기간이 길어질수록 본인부담률 상향적용

병상구분	본인부담률			
	5%	10%	20%	30%
응급실	-	30일 이내	31~60일	61일 이후
일반병상	30일 이내	31~90일	91~180일	181일 이후

다. 향후 정책 방향

1) 재원확보 방안

- 의료비 재원의 구성, 즉 보험료, 국고지원, 담배부담금, 혹은 본인부담의 구성비중은 향후 연구과정에서 실제 비용을 추정하여 적절한 비중을 제시하도록 함.
- 일반회계 국고지원과 담배부담금 지원은 지원의 논리적 근거를 마련하여 지원항목을 명시하는 방안을 강구함. 지원 항목별 재정지출소요액을 계산할 필요가 있음. 다만, 항목별로 정확한 계산이 가능한 것과 정확한 계산이 어려운 것이 있음. 후자의 경우는 추정이 필요함.
- 공적연금에 대해 보험료를 부과하는 방안을 적극 검토해야 함. 다만, 연금이 최저생계비 이하의 소액 연금수급자에 대해서는 보험료를 부과하지 않을 것을 검토하는 등 공적연금의 유형별로 각각 검토함.
- 지역가입자의 보험료부과체계를 수용가능성을 높이는 방향으로 재검토하고, 직장간 지역의 보험료부과단위를 가구단위에서 개인단위로 전환하고 개인별로 일인당 정액 보험료를 부과하는 방안을 고려함.
- 건강세 부과대상을 담배 이외에 술, 화석연료 등으로 확대하는 방안에 대한 논리적 근거를 지속적으로 개발하고 추진할 필요가 있음.
- 국고지원의 과소 문제는 보험료수입의 20%를 지원하는 방식 그 자체에 대한 문제 보다는 보험료의 예상수입액을 산정하는 방식을 개선하는 문제에 초점을 맞추도록 함.

2) 건강보험 재정 지출 효율화 방안

- 보험료율의 향후 전망치를 제시하기 보다는 보험재정지출의 적절한 통제수준을 제시하는 것이 타당함.
- 추가 재원을 확보하는 것은 서민의 부담을 더 가중 시킬 수 있으므로 현재 실행되

고 있는 부분에 대한 효율화 방안이 우선적으로 이루어 져야 함.

- 재원 사용 원칙 설정: 어떤 항목을 어떤 목적으로 어떻게 지출할 것인지에 대한 역할을 명확히 제시하는 것이 필요하다. 그 후에 어떻게 재정을 확보할 것인가를 계산해야함.
- 재정안정을 위해서 의료이용량을 통제하는 방안을 전향적으로 검토하도록 함. 예를 들어, 환자 스스로 self-care 할 수 있는 여건의 마련. 약분업이 잉태한 재정문제, 신기술이 의료이용을 과도하게 유인하는 문제, 질환별 진료 가이드라인을 정하고 이를 벗어나는 경우 본인부담하는 방안 등을 검토

3) 관리시스템 측면의 원칙

- 공단의 분권화를 통하여 지역본부간의 경쟁체제를 만들어 내부경쟁을 통한 효율성을 향상 시킨다는 기본 방향 설정 필요.

IV. 건강보험 급여우선순위 및 급여체계 개선방안

1. 현황

- 최근 국내 건강보험 급여현황과 추이를 고려할때 급여와 관련하여 해결해야할 다음의 당면과제들을 안고 있음.
 - 환경변화 및 구조적 요인으로 인해 보험급여비 증가
 - 노인인구 및 만성퇴행성 질환 증가 등 의료필요적 측면에 따른 보험급여비 증가가 예상됨.
 - 외국과 비교하여 급여내용이 포괄적이지 못하고 필수, 중증 영역에 대한 급여보장이 취약하여 지속적인 급여확대가 필요한 실정이며, 특히 입원진료나 고액진료비분야에서의 과중한 본인부담을 해소하기 위한 보장성 강화로 급여비 지출이 불가피함.
 - OECD 가입으로 표현되는 경제 및 생활수준 향상과 교육수준의 증대, 그리고 삶의 질에 대한 관심 증가는 의료 및 건강에 대한 기대수준을 높이고 있으며 이로 인한 보험급여비의 지출이 불가피함.
 - 의사수와 의료기관수 증대는 “목표소득가설”에 따라 의료비를 증가시킬 소지가 있다는 점에서 현재의 공급량 증가는 보험급여비의 지속적 증가를 유발하는 구조적 원인이 될 것임.

2. 문제점

- 의료수요 변화에 대한 대처 미흡
 - 노인인구 증가나 만성 퇴행성 질병구조가 정착됨에 따라 의료수요의 특성이 변화하고 있는데 반해, 현행 급여체계는 급성 질환에 대한 치료중심의 항목이 중심을 이

두고 있어, 수요변화에 부응하기 위해선 급여체계 정비가 필요함.

- 의료비 절감에 기여하거나 건강을 향상시킬 수 있는 건강증진 및 예방행위들이 급여체계 내에서 제대로 수용되지 못하고 있음.
- 신의료 기술의 발달에 따른 편익이 급여체계에 제대로 반영되지 못함으로서 환자 본인부담의 비중을 높이고 있음.

□ 급여체계 운영의 경직성으로 이해주체의 선택권 제약 및 의료의 질 저하

- 건강보험의 양적 성장을 추구하는 과정에서 외형상 급여범위에 포함되어 있음에도 불구하고 급여기준의 엄격한 적용으로 실제 환자진료에 필요한 행위조차도 제한되고 있음(최병호 등, 2000; 이선희 등, 2002). 그 결과 의료공급자의 진료재량권 침해에 대한 불만이 높고 환자 역시, 비공식적인 진료비를 부담하는 과정에서 정책당국과 의료공급자를 불신하는 주요 원인이 되고 있음.
- 환자편익을 높일 수 있음에도 불구하고 건강보험 재정규모의 제약으로 보험급여에 포함시키지 못한 신의료기술이나 약제들에 대해 원천적으로 사용이 허용되지 않음으로서 환자의 의료이용 선택권이 제약되는 문제가 있음.

□ 의료소비자의 비효율적인 이용행태에 따른 보험급여비 지출

- 의료소비자들의 대형기관 선호도나 고급 의료이용 추구행태는 급여비 지출의 효율성을 떨어뜨리고 있으며 보험급여비 증가의 주요 요인이 되고 있음.
- “의사장보기”로 대표되는 의료소비자의 중복 의료이용과 수진남용으로 인해 보험급여비가 부적절하게 지출되고 있으며, 이러한 현상은 상대적으로 질병중증도가 경한 외래이용 부문에서 뚜렷하게 나타나고 있음.

□ 의료공급체계의 비효율로 인한 보험급여비 지출의 효율성 저하

- 의료기관 종별 기능이 분화되어 있지 않아 의료서비스 제공이 중복되고 있음.

- 전문의 중심의 인력구조와 물적 요소에 대한 의료수가 유인 등으로 인해 고가장비 선호도가 높고 이로 인한 보험급여비 지출이 과다한 실정임.
- 의료공급자의 진료효율성에 대한 인식이 약하고 고급의료에 대한 선호도가 높아 보험급여비 지출의 증가요인이 되고 있음.
- 국민건강과 직결되는 필수 진료영역의 낮은 수가수준으로 인해, 의료공급자가 이들 진료행위들을 기피하는 한편, 비급여 행위량 증대를 통해 수익을 보전하려는 방향으로 진료행태가 왜곡되고 있으며 이로 인해 급여체계의 효과성을 떨어뜨리고 있음.
- 의사와 약사, 의사와 한의사 등 직능간 미분화와 중복, 직능 난립 등은 중복 의료이용, 효과·효능이 불분명한 진료제공과 의료의 질 저하를 초래하여 보험급여비를 증가시킬 것으로 전망됨.

□ 급여확대의 청사진 부재와 임의적인 급여체계 운영으로 재정불안 심화

- 급여확대시, 객관적인 근거에 기반하거나 사회적 합의에 의해 도출된 우선순위 등을 포함하는 급여정책의 청사진이 부재한 가운데 임의적으로 급여확대가 이루어지다 보니, 급여 확대영역의 타당성에 대한 논란이 야기되거나 정치적 논리에 휘둘려서 보험의 원칙을 훼손하게 되는 등(예: 식대급여화) 급여정책의 신뢰성을 떨어뜨리고 있음.
- 급여확대가 보험재정 및 공급자와 소비자의 행태에 미치는 영향을 신중하게 고려하지 못하고 확대되거나 양입제출의 보험재정 운영의 틀을 지키지 못하므로써 재정불안을 초래하고 되고 결과적으로 보장성 강화정책을 일관성있고 계획성있게 추진하는데 걸림돌이 되고 있음.

3. 건강보험 급여체계의 정책방향

가. 쟁점

- 이상에서 제시한 문제점들을 해결해 가는데 있어 향후 급여체계 개선의 주요 방향으로 다음 사항들이 고려되어야 함.
- 변화하는 국민 의료수요의 양과 질에 부응하는 방향으로 급여범위와 내용이 설정되어야 함.
- 건강보장이 시급한 영역들에 대한 급여를 확충하되 급여의 범위와 내용을 충실화하여 건강보장의 질과 제공 서비스의 질을 높여야 함.
- 급여지출이 건강보험의 주요 지출요소임을 고려할 때, 의료소비자 및 공급자의 비효율적 행태를 개선시키는 방향으로 설계하여 재정지출의 효율성과 효과성을 높여야 함.
- 양질의 의료에 대한 국민의 기대수준이 높아지고 있음을 고려할 때, 보험재정적 지원과 무관하게 국민은 자신의 편익을 높일 수 있는 의료서비스에 대해 제공받을 권리가 있고, 의료공급자는 의학적으로 타당한 의료행위를 전문가적 책임 하에 환자에게 제공해줄 의무와 권리가 있으며, 이러한 이해주체들의 선택권이 침해되지 않도록 급여체계가 유연하게 운영되어야 함.
- 급여관리체계에 경쟁원리를 도입하여 서비스 반응성과 효율성을 제고하여야 함.
- 과학적 근거와 합의에 의해 도출된 급여확대 청사진을 통해 급여체계를 운영함으로써 자원 배분의 공정성과 예측가능성을 높임.

나. 정책대안

1) 급여범위 및 내용의 충실성과 효과성 제고

가) 급여범위 확충과 본인부담 감소

□ 필수 의료영역 중심의 급여확대 원칙 정비

- 건강보험 본연의 기능인 보장성을 높이기 위해서는 지속적인 급여확대가 필요하며 참여정부에서 집중적으로 추진해온 보장성 강화정책은 이러한 정책취지에 부응하려는 측면이 있으나, 보장성 강화내용의 타당성이나 과정의 적절성에 있어 문제점이 지적된 바 있으므로⁶⁾ 급여확대 방향에 대한 정책보완이 필요함.
- 급여범위 확대를 위한 접근방안으로써 현재 고려되는 질병별 접근은 형평성의 문제가 야기될 수 있고 위험부담 감소의 취지에도 부합되지 않으므로 재고되어야 하며, 질병의 중증도 및 경제적 부담크기에 따라 급여 확대의 우선순위를 조정할 필요가 있음.
- 식대급여나 인적 자본투자에 대한 명목으로 지원되는 항목 등, 현재 확대 항목들의 타당성에 대한 재평가와 보완이 필요함.
- 제한된 재원으로 보장성을 강화하는데 있어 일단 건강에 필수적인 의료영역, 그리고 진료비 부담이 큰 영역중심으로 확대해야 하며 근거자료에 의거한 단계적 급여 확대 청사진이 우선적으로 마련될 필요가 있겠으며 이에 대해선 뒤에서 추가로 논의하기로 함.

□ 고액진료비에 대한 본인부담금 보상방안

- 보험의 원리나 건강권 보장의 취지를 고려하는 한편, 고액진료비 진료건수가 증가하고 있는 상태에서 국내의 높은 본인부담 수준을 감안한다면, 고액진료건에 대한 본인부담 보상액을 현실화할 필요가 있음. 현재 연령대에 따라 부분적으로 확대하

6) 윤희숙. 보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점. KDI 정책포럼 2007

이선희. 건강보험 보장성 강화정책 타당성 평가. 한국보건행정학회 춘계학술대회 연제집, 2008

고 있는 본인부담금 완화를 단계적으로 전 연령대에 확대하도록 함.

- 본인부담 보상방법에는 진료건수를 기준으로 하는 방안과 개인 혹은 가구별 연간건수를 기준으로 하는 방안이 가능한데, 후자의 경우에는 행정적으로 복잡하고 재정 부담이 크다는 단점이 있을 수 있음. 따라서 단기적으로는 진료건수 기준으로 본인부담 보상수준을 높이되, 보장성을 확보한다는 본래적 취지를 살리기 위해선 후자의 방안을 지향할 필요가 있음.
- 다만 장기입원을 하는 경우, 재원기간 감축에 대한 동기를 소비자와 공급자에게 부여하기 위하여 본인부담을 늘리는 방안을 병행하는 국가들이 많음을 고려할 때⁷⁾ 장기 환자들에 대한 본인 부담방안을 별도로 검토할 필요가 있음.

□ 취약계층의 본인부담을 경감하는 방안

- 불필요한 의료이용을 줄이기 위해 본인부담제를 실시하는 국가들에서는 취약계층의 의료이용 장애를 최소화하기 위한 노력으로 본인부담 감면규칙을 활용하고 있음.
- 최근 보장성 강화정책의 일환으로 65세 이상 노인과 만6세 미만의 영유아 집단에 대해 본인부담을 면제하였으나 최소한의 본인부담을 유지하는 경우와 아예 없애는 경우 도덕적 해이에 대한 당사자들의 반응이 달라질 수 있으므로 전액면제보다는 의료이용의 장애를 야기하지 않는 수준으로 경감하는 조치가 보다 타당함. 본인부담 경감조치는 연령범주 외에도 난치성 질환 등에 대해서도 검토되어야함.

나) 새로운 의료수요에 부응하는 급여내용 확충

□ 만성 퇴행성 질환에 적합한 급여항목 정비

- 만성 퇴행성 질환의 경우 환자 스스로의 생활행태 개선이 중요한 치료방법이 되기 때문에 의사-환자간의 긴밀하고 지속적인 관계유지와 행태개선 교육이 무엇보다도 중요하다. 따라서 이러한 수요특성을 감안하여 다음의 급여항목들을 추가할 필요

7) 프랑스와 벨기에의 경우 입원기간이 90일 초과할 경우 본인부담분을 늘리고 있으며 캐나다 퀘벡이나 스웨덴의 경우에도 입원 상한기간을 초과하는 경우에 개인부담을 적용시키고 있음(전계서 참고).

가 있겠다.

- 만성질환 관리료: 고혈압, 당뇨 등에 대해 지속적인 추구관리를 통해 합병증을 최소화하고 자가 행태개선을 감독, 지원할 필요가 있으며 이러한 관리서비스 제공동기를 촉진시키기 위해 현재 형식적인 수준에 머물고 있는 급여수준과 내용을 현실화함.
- 교육 상담료: 환자생활행태 개선에 대한 개별상담과 환자교육 서비스를 포함함.
- 그 외 방문서비스와 관련된 행위들을 확대하고 수가를 현실화함.

□ 노인 의료수요 증가에 대한 대비 - 노인요양 급여체계의 정비

- 현행 급여체계는 단기성 급성 질환중심으로 운영되고 있는데 반해, 빠른 증가세를 보이고 있는 노인의료이용의 특성은 장기적이고 집중적인 치료보다는 지지요법 또는 간병서비스 등에 대한 요구도가 높다는 특성이 있음.
- 따라서 이러한 서비스 행위들을 기존 급여체계에 추가하거나 별도의 보험체계를 통해 급여 관리할 필요가 있음. 전자의 방안으로 접근할 경우 요양급여 기간 적용이나 급여원칙, 운용기준에 차이가 있기 때문에 급여체계가 복잡해질 수 있으므로 일본, 독일의 예에서와 같이 별도의 요양보험체계 설계가 필요함.
- 요양급여의 특성상 가정과 시설 중 수혜자의 선호에 따라 서비스 이용과 범위를 선택할 수 있도록 현물급여 외에 현금급여를 대안적으로 선택하는 방안이 고려되어야 함(독일의 경우에 요양급여 신청자 대부분이 현금급여를 선호하고 있음을 참고할 필요가 있음).

다) 급여서비스 제공 인프라 개선을 통한 서비스 질제고

□ 필수 진료영역에 대한 수가수준의 정상화로 진료왜곡 시정

- 보험급여 행위들의 저평가된 수가수준은 의료공급자들로 하여금 비급여 행위를 확대하도록 조장하고 보험급여 영역의 서비스 질 저하를 초래한 바 있음. 나아가 앞

서 언급한 개념의 필수 영역에 속하는 진료서비스 제공을 기피하도록 하여(분만, 응급진료, 중환자 진료 등) 의료의 접근성 측면에서 심각한 문제를 야기하고 있는 실정임.

- 따라서 국민건강권 보장을 위한 필수 진료영역의 급여행위에 대한 수가수준을 재평가하여 우선적으로 정상화함으로써 ‘보험급여를 통한 양질의 의료서비스 제공’이라는 본래 취지가 훼손되지 않도록 개선해나갈 필요가 있음.

□ 건강보험 급여심사 기준 개선

- 외형상으로는 급여범위에 해당하나 급여기준을 적용하는 과정에서 급여를 제외함으로써 결과적으로는 환자부담으로 전가되거나, 요양기관이 삭감으로 인한 경제적 손실을 피하기 위해 서비스 제공을 회피하고 있는 행위들에 대해 급여기준을 정상화시킬 필요가 있음. 구체적으로는 명시적인 급여항목으로 인정된 경우, 허위·부당 청구사례를 제외하고 합당한 진료기록 첨부률 전제로 하여 급여로 인정하도록 하며 횟수나 사용량 제한은 철폐하도록 함.
- 별도로 인정되지 않는 고가재료 및 약제에 대해서는 원가분석을 통해 별도 인정하여 소비자에게는 양질의 서비스 이용기회를 보장하고 의료산업 측면에서는 치료기술 및 치료재료 발전의 유인을 제공할 필요가 있음.
- 공급자의 도덕적 해이로 인한 진료량 증가분에 대한 관리는 다단계 심사, 즉 경향심사를 통한 표본 설정과 심층심사를 통해 해결해나감에 현재 시행중인 종합관리제 등을 합리적으로 발전시켜 보완하도록 함.
- 건강보험 혜택이 절대적으로 필요한 중증 질환자이거나 고액진료비 부담자들이 이에 속하는 경우가 많으므로 급여체계 조정대안 중 가장 우선적으로 개선되어야 할 사항이라고 할 수 있음.
- 또한 급여범위에 제외되어 있는 부분은 공개적인 문제인식을 통해 합리적인 개선을 도모할 수 있지만, 정작 급여범위에 포함되어 있음에도 불구하고 보험자가 임의로 급여제한을 하는 경우에는 급여운용과정의 불합리성이 의료소비자와 공급자간 갈등

과 불신으로 은폐되고 문제해결의 기회를 갖기도 어렵다는 점에서 건강보험 급여의 정상화를 위해 심사평가제도의 합리적 운영이 시급히 모색되어야 함.

- 그 외에도 급여심사기준의 운용방향을 건강보험 재정 보호에 두기 보다는 의학적 적정성과 비용효과성, 비용효율성의 균형점에서 최적의 자원배분을 하는 기전으로 활용하는 패러다임 전환이 절대적으로 필요함.

□ 급여대상과 의료행위간의 관계 정립

- 현재 시술 가능한 의료행위 허용과정은 건강보험체계 내에서 국가가 관리하여 의학 적 타당성외에, 사회적 비용부담 가능여부가 의료행위 허용의 주요 판단기준이 되고 있음.
- 따라서 의학적으로 타당한 의료행위인데도 불구하고 건강보험 재정의 제한성 또는 비용-효과성 입증이라는 제약 때문에 허용되지 않아 최신 의학기술에 대한 소비자 들의 접근성을 원천적으로 제한하고, 의료개혁의 중요 지향점인 소비자 반응성을 떨어뜨리는 요인이 되고 있는바, 포괄적인 보장성 측면에서 다음과 같은 개선이 필요함.
- 현재와 같은 건강보험 중심의 관점으로 의료행위를 관리하는 방식을 개선할 필요가 있는데 미국과 같이 의료전문가와 환자가 스스로 선택하고 책임질 수 있도록 하게 하거나⁸⁾, 복지부 장관이 관장하는 독립적인 의료행위전문위원회를 구성하여 과학적 근거에 기반한 의료행위 를 논의하고 의료정책과가 행정지원을 관장하되, 인정된 의료행위에 대한 급여 수혜여부 및 방식에 대한 논의는 보험급여과에서 관장하는 방식으로 전환할 필요가 있음.
- 아울러 한방 의료 행위들을 함께 포괄 관리하여 영역별 의료행위 관리의 난맥상(동 일한 목적과 효능을 가진 행위가 양방분야에서는 의료행위로 채택되지 않는 반면, 한방에서는 채택되어 시술되는 경우들이 있음)을 개선시켜갈 필요가 있음.

8) 미국 메디케어 관련 법령에서는 메디케어에서 급여가 되지 않지만 의사가 필요하다고 판단하는 의료행위에 대해 환자에게 설명하고 동의를 얻어 일정한 서식에 기록하고 시행하면 의사에게 책임을 묻지 않고 있음(이를 Waiver of Liability 또는 beneficiary notice, ABN 라고 함)(AMA. Health Care Fraud and Abuse, 2001)

- 최근 개정된 보건의료기본법에는 신의료기술 인정평가 조항이 포함되어 있으나 세부 규칙에서 의료행위(의료법)와 급여행위(건강보험법)의 분리가 제대로 이루어지지 못하도록 개악된 부분이 수정되어야 함.

□ 급여의 질 평가체계 개선

- 급여의 질을 높이기 위해 질 평가를 시도하고 있으나 정부가 주도하는 평가가 지나치게 많고 평가기준이 비용에 초점이 맞춰져 있거나 질 평가도구에 대한 타당성에 논란이 제기되고 있는 실정임.
- 적정성 평가업무는 진료비 심사가 지나치게 비용중심의 평가로 편향되지 않고 질과의 균형성을 맞추기 위한 정책으로 발전시켜 나가되 단기적 실적위주보다 근본적인 질 개선에 초점을 두고 평가인프라를 구축해갈 필요가 있음.
- 아울러 평가영역의 중복을 피하기 위해 난맥상을 보이는 평가체계를 통합하고 평가항목을 현실적인 수준으로 축소시키되 내실있는 평가가 이루어지도록 개선되어야 함.

나) 급여결정과정의 합리성 제고

□ 급여 확대의 우선순위 선정과정의 합리적 정비

- 그간 급여확대 과정이 정치적 고려 하에 임의적으로 결정되어왔다는 논란을 최소화하기 위하여 합리적으로 근거자료를 정비하고 이를 토대로 급여 확대의 우선순위들과 기준을 도출함으로써 근거중심의 급여 확대 정책을 수립하고 시행해나가도록 함.
- 급여의 우선순위 결정은 선진국가들에서도 재원의 합리적 배분차원에서 많은 노력을 기울이고 있으나 각 국가와 사회에서 지향하는 가치 등에 따라 달라질 수 있으므로 국내 실정에 맞는 우선순위 도출 작업이 필요하며 작업의 방대함을 고려할 때, 중기적 목표 하에 단계적이고 지속적인 작업이 진행될 수 있는 기구가 마련될

필요가 있음.

- 단기적으로는 현재 급여범위를 최종적으로 결정하는 건강보험정책심의위원회 산하에 의결 전 기초 자료생산과정에서 심도 깊은 논의와 의견수렴을 하는 가칭 ‘급여 우선순위검토위원회’와 같은 전문소위원회를 상시적으로 운영하면서 다양한 기술적 변화와 소비자 욕구를 모니터링하고 반영할 필요가 있다고 판단됨(오리건 주의 사례나 영국의 priority setting working group, 노르웨이의 LØnning Committee, 스웨덴의 Health Care and Medical Priorities Commission, 네덜란드의 Dunning Committee 운영 참고)⁹⁾

□ 급여 확대와 재정수지를 연동하여 재정안정 확보

- 그간 급여 확대가 안정된 재정기반을 전제로 시행되었다기 보다 사회적 요구에 급급한채 운영되다보니, 급여확대가 재정불안을 야기시키고 재정불안은 급여축소로 이어져 지속적이고 신뢰성있는 급여확대를 추진하는데 걸림돌이 되어왔음.
- 오리건 주의 경우 이러한 문제를 막기 위해 보험재정에 변동이 생길 경우 급여범위 조정을 통해 이를 해결하고 있으며 이에 대해서는 각 국가별 의료체계의 특성에 따라 달라질 수 있는바 이에 대해선 사회적 합의를 모으는 과정과 원칙이 필요함.
- 무엇보다도 시급하게 정비되어야 할 사항으로서, 급여확대는 보험재정의 안정을 훼손하지 않는 범위내에서 검토되어야 한다는 원칙을 수립하는 것이며, 최소한의 적립금을 확보하는 수준내에서 급여를 확대하되 기본적으로는, 재정수입 확대를 전제로 급여가 확대되도록 재정수지 상태와 급여확대를 연동시키는 의사결정 체계를 갖추어 급여확대가 재정불안으로 이어지는 악순환의 고리를 예방하는 노력이 필요함.
- 특히 현재 우리나라 건강보험의 낮은 급여율을 거론할 경우에는 반드시 낮은 보험료 부담률을 함께 거론하여야 하며, 급여 확대 시, 상응하는 보험료 부담증가를 함께 검토하는 등, 수지상등의 보험원리에 입각한 급여 관리를 통해 건강보험체계의

9) 활동내역에 대해선 [정형선 외. 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구, 2004]를 참조할 것

건전성을 확보해야 할 것임.

다) 급여서비스의 특성에 따른 정부책임의 강화

- 그간 건강보험 급여속에는 희귀난치성 질환, 재난성 질환 등 정부가 공적 재원으로 감당해야 할 사회안전망 차원의 사업이 상당수 포함되어 있으며 이를 피보험자 부담의 보험 원리하에 운영되는 건강보험에서 계속 유지해가기엔 규모가 커지고 있고 적절하지도 않다는 지적이 높음.
- 따라서 이에 해당하는 사업재원은 피보험자의 보험료가 아닌 조세에서 충당하도록 원칙이 수립되든지 복지부의 일반회계에 의한 사업으로 분리하고 공단에 위탁운영 하든지 한계를 명확히 할 필요가 있겠다.
- 피보험자의 보험료는 보험 특성에 부합되는 급여에만 충당되어야 하며 건강보험료의 현실적 조정을 견인하기 위해서라도 정부가 해야 할 역할과 부담을 명확히 하고 지원하는 것은 필수적인 전제로서 검토되어야 함.
- 구체적으로는 급여항목의 특성이나 내용을 검토하여 보험원리에 부합되는 서비스와 외부효과 등으로 인해 공중보건학적 의미가 큰 서비스들을 구분하고, 급여 확대 시 그 취지에 부합되는 재원을 연계하여 조달할 필요가 있음(예를 들면, 예방접종 등을 건강보험에서 보험료 부담분으로 해결하는 것이 타당한지에 대해선 논란이 있을 수 있으며 특성상 공중보건학적 의미가 크다면 국고지원분으로 급여 확충을 하는 것이 타당할 것임)¹⁰⁾

라) 공급체계 개선을 통한 급여 건전화 토대 마련

□ 의료전달체계 확립

- 의료기관 종별 기능을 조정하여 대학병원인 입원중심으로, 의원급 의료기관은 외래

10) 재정은 국고지원과 보험료를 건보공단에서 통합관리하고 지출하지만 재원조달 설계 시 이를 구분해야 보험원리에 입각하여 피보험자에게 합당한 보험료 인상분을 요구할 수 있을 것임.

중심으로 전환함으로서 의료기관간 유기적 협조관계를 구축하는 방안이 모색되어야 함.

□ 개방형병원 체계

- 전문의 중심의 인력구조를 활용하기 위하여 지역병원과 장비나 시설을 공유하는 개방형 병원을 활성화시킴으로서 시설·장비의 효율성을 높일 필요가 있음.

□ 의약분업 보완

- 건강보험 재정규모가 감당할 수 있는 수준으로 의약분업의 범위와 내용이 조정되어야 함.

V. 개인의료보험의 표준모형 개발 및 소비자 보호방안

1. 현황

가. 필요성

- 공사보험간의 보완적 관계가 설정되기 위해서 민영보험에 따른 도덕적 해이의 조절과 소비자를 보호하기위한 실손형 보험의 상품표준화 그리고 민영보험의 공보험의 보완성을 끌어내기 위한 법의 제도화가 잘 이루어져야 실손형 민간보험의 제도가 잘 정착될 것임.
- 장기적으로는 이전부터 많이 의논이 되어왔던 진료비 심사개선 문제, 비급여 가격 계약 및 보험 가입자에 대한 정보를 어떻게 공유할 것인지가 협상을 통해 개선되어야 함.

나. 개인의료보험의 현황

- 손해보험사는 '98년부터, 생명보험사는 '05. 5월부터 실손형 상품을 판매할 수 있도록 허용(보험업법 '03.5.29)
 - '08.8.30.부터 보험설계사가 생명보험, 손해보험 상품을 교차 판매할 수 있음에 따라 ('06.8월 보험업법 부칙 개정), '08.5월에 생명보험사에서 실손형 상품 출시
 - 개인의료보험 규모는 2007년 보험료 기준 10조원(생보 8.3조원, 손보 1.7조원)으로 건강보험 수입(25조원)의 40% 수준

〈표 1〉 개인의료보험 상품의 예시

손해보험 실손형 상품	OO생명 실손형 상품
<ul style="list-style-type: none"> - (입원의료비) 100% 보장, 질병당 3,000만원 한도 - (통원의료비) 5천원 초과금의 100% 보장, 1회당 10만원 한도 	<ul style="list-style-type: none"> - (입원의료비) 80% 보장, 연간 3,000만원 한도 - (외래의료비) 5천원 초과금의 80% 보장, 1회당 10만원 한도 - (처방조제비) 3천원 초과금의 80% 보장, 처방건당 5만원 한도

2. 문제점

- 개인의료보험은 지난 5년간 2배가 성장하였으나, 상품정보 미흡, 엄격한 보험금 지급 요건 등 소비자 보호 기능이 취약한 상태
 - 그리고 현행 실손형 상품은 공보험에 미치는 영향에 대한 고려 없이 설계되어 소액의 외래진료, 약값까지 보장해 줌으로 의료전달체계 혼란, 의료수요 증가 등 영향을 클 것으로 예상
 - 또한, 개인의료보험에 대한 설명 또는 이해부족 등으로 예상과는 달리 보험금을 받을 수 없는 사례가 빈번히 발생하고 있고,
 - 금융상품이지만 보건의료적 특성을 지니고 있고, 공보험 재정에 미치는 영향 등을 고려할 때 보건의료계의 참여가 불가피
- 노령화, 만성질환 등으로 급증하는 의료비를 건강보험 재정으로 대처하기에는 한계를 가지고 있음. 또한, '06년부터 건강보험은 당기수지 적자로 돌아섰고, 인구 고령화, 소득수준 증가, 신의료기술 발전 등으로 재정 지출은 지속적으로 증가할 전망
 - 따라서 국민들의 건강증진에 기여할 수 있도록 공보험과 개인의료보험 간의 역할 정립 필요

3. 정책방향

가. 쟁점

- 공 - 사 보험 간에 개인진료정보 및 기초통계 정보를 공유하는 문제.
- 소비자 보호차원에서 소비자의 상품선택이 용이하도록 표준약관 제정 등 상품을 표준화하는 문제
- 표준약관 제·개정과정에서 보건의당국 참여 할지에 대한 문제
 - 이는 금융당국 중심의 관리체계에서 보건·의료적 특성을 반영하고 공보험 재정에 미치는 영향을 사전에 심의할 수 있도록 보건의당국 참여 기전 마련이 필요.
- 실손형 상품의 보장범위 설정에 관한 문제가 있으며, 이에 따르는 상품개발의 어려움이 존재.
 - 이러한 일련의 사항들과 기존 보험시장의 축소가능성으로 민간보험업계의 반발이 일어날 수 있음으로 경제부처, 민간보험업계를 중심으로 재논의가 요구됨.

나. 정책대안

1) 공사보험간 역할정립에 대한 논의

- 전국민 의료보장체계의 기본 틀은 유지(보충형 개인의료보험)하면서 개인의료보험은 활성화하되, 건강보험 재정에 미치는 영향이 최소화 되도록 추진
 - 민간보험 활성화로 의료비 지출이 늘어나고, 의료비지출 증가가 공보험 재정의 증가로 나타나 건강보험료가 인상되는 경우 민간보험 가입자의 의료비 일부를 미가입자가 부담하게 되기 때문임.
- 개인의료보험이 국민들의 건강증진에 기여할 수 있기 위해서는 소비자 보호 기능을

강화 시켜야 하는 기본원칙을 세워야 함.

- 이를 위해서는 민영보험에 국민들이 자발적으로 납부하고 있는 10조원을 국민건강 보장 제고를 위해 활용하는 방안을 모색할 필요가 있음. 예를 들어, 민영보험 가입자의 90%가 내고 있는 9조원에 달하는 정액형 가입자들을 실손형으로 전환시키는 대안도 고려

□ 의료기관에서 보험회사에 보험금을 청구하는 양식을 통일하고 전산화하는 제안이 있으며 이에 따르면 보험회사가 병원에 보험금을 지불보상하게 됨. 그러나 이 제안에 대해 반대하는 입장이 다수임.

- 보험회사가 병원에 지불하는 방식이 채택되면 환자는 진료 당시에 직접 부담해야 할 비용이 크게 줄어들게 되고 병원은 과도하게 비용을 청구할 우려가 있음.
- 따라서 현행과 같은 환자의 先 본인부담-後보상과 같은 보험회사와 환자간의 비용 청산을 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

□ 민간 의료보험 활성화를 위한 기본방향은 건강보험에 재정 중립적인 방향으로 실손형 상품의 보장범위 설정하되 기존 시장의 충격을 최소화하는 방향으로 추진

□ 합리적인 보험상품 개발, 국민의료비 과약 등을 위한 공-사 보험의 기초통계 정보 공유 뿐만 아니라 시장의 충격을 최소화하되, 건강보험 재정에 미치는 영향도 최소화 할 수 있도록 실손형 상품의 보장범위를 설정(보험업법 시행령 개정)이 필요

- 실손형 상품의 보장범위의 경우 법정본인부담금의 보상을 원칙적으로 허용하되, 의료소비자와 공급자의 도덕적해이를 억제할 수 있는 deductible 이나 coinsurance 등의 제도적 장치를 마련하도록 해야 함.
- 다만, 외래의 법정본인부담금은 보상범위에서 제외하도록 함(단, 검사비 등 고액진료비가 소요되는 경우에는 예외적 포함)

[그림 1] 공사보험간 역할 정립 대안

1) 이미 납부한 민간보험료를 활용한 방안 모색

- 실손형 민영보험에 대한 규제완화 및 공사보험 연계
- 민영건강보험의 주종인 특정질환에 대한 정액형 보험을 실손형으로 전환할 수 있도록 방안을 마련



→ 본인부담이 40%에 달하는
의료보장시스템의 허점 개선
→ 납부된 수 조원 규모의
정액형 보험료 재원의 효과적 활용

2) 국민건강보험제도와 민영보험의 역할 정립

국민건강보험

- 공보험의 보장범위는 필수적 의료서비스(GHCP) 대상
- GHCP 범위 외 서비스에 대해서는 환자의 선택을 존중
- 경질환에 대한 보충보험은 관리의료(Managed Care) 및 의료저축계정(MSA) 도입 적극 권장

민영보험

- 민영보험은 서비스의 질 확보를 위한 모니터링 등 방안 강구, 의료성과에 비례한 지불보상(P4P)의 동기부여 요구
- 고소득 자영업자는 민영보험의 가입을 허용하는 대체형 민영보험을 도입, 공무원이나 사립교원은 각각의 공보험 혹은 민영보험을 운영

→ 민영보험은 의료환경 소비자의 욕구 변화에 신속한 대처 가능, 경쟁을 통한 경영효율화로 생산성 향상
따라서, 공보험의 관리운영 시스템을 민영보험에 위탁, 공보험과 민영보험 공동보험사업 방안강구

- 公 - 私보험 간 정보공유의 경우 합리적인 상품개발이 가능하도록 「개인질병정보」를 제외한 건강보험의 기초통계를 제하는 것이 바람직함.
 - 단, 공·사 보험 간 기초통계 공유범위 결정, 자료제공 방식 및 기간, 자료 활용범위 설정 등을 논의하여 개인정보 등에 대한 유출 문제 등이 일어나지 않도록 철저한 준비가 필요
 - 즉, 공사보험간 정보공유는 개인정보의 공유는 허용하지 않도록 하되, 2차적인 질병정보를 공유하도록 함.
 - 또한 국민의료비 내에서 공공과 민간채원 간의 분담규모 파악, 보험가입자를 위한 정보 제공 등을 위한 민간보험 통계정보도 공유가 필요
 - 이를 위해 건보공단, 심평원, 보험개발원 간 기초통계 공유 관련 MOU를 체결함

2) 소비자 보호를 위한 상품표준화

- 소비자 보호를 강화하기 위해서는 소비자가 보험료와 보장내용을 쉽게 이해하고 개인 의료보험에 가입할 수 있도록 상품 표준화를 추진
- 실손형 보험이 국민의 건강권 보장에 기여할 수 있도록 관리감독체계에 개선이 필요
 - 그러기 위해선 표준약관 제정 등 상품 표준화 추진이 필요
- 표준약관은 기본적으로 주계약에 입원보장비 등 실손 보장으로 한정하고 특약은 소비자의 선택에 따라 가입 결정을 내리도록 하는 방안을 제시함.
 - 여기서 외래진료는 실손 대상에서 제외하되, 검사비 등 고액진료비가 소요되는 경우에 예외적으로 포함하고 특약으로 되어 있지만 사실상 강제사항인 종속특약은 폐지시킴.
 - 특약은 중증고액질환, 간병, 만성질환, 상해, 기타 등 4~5개의 카테고리로 구분(공신력 있는 기관에서 제시)하며 성, 연령, 건강상태에 따른 가입거부 금지 및 급여지급을 하한 기준 등을 설정
- 합리적인 상품표준화 방안은 소비자에게 그들이 가입하고자 하는 보험 상품에 대한 이해를 돕고 자유로운 선택을 위해 충분한 정보를 제공하도록 하기 위함.
- 민영건강보험 상품의 종류를 제한하는 것은 선택할 수 있는 보험 상품의 개수가 줄어들게 되어 소비자 선택권을 제한하게 됨으로써 제한된 보험 상품으로 인해 보험사들의 상품개발 경쟁력이 약화될 수 있음.
 - 그러므로 상품의 종류를 제한하는 것이 아니라 소비자들이 원하는 보험을 선택할 수 있도록 필요한 정보를 이해하기 쉽게 전달할 수 있는 방안을 모색
 - 상품표준화가 가장 적극적으로 추진되어왔던 호주 사례를 예를 들면 서로 다른 민영건강보험 상품에 대한 국민의 이해를 돕고 보다 많은 정보를 전달해주기 위해서 정책이 입안되고 추진. 이를 통해 국민들은 자신들에게 가장 적합한 민간보험 상품을 구매할 것으로 기대

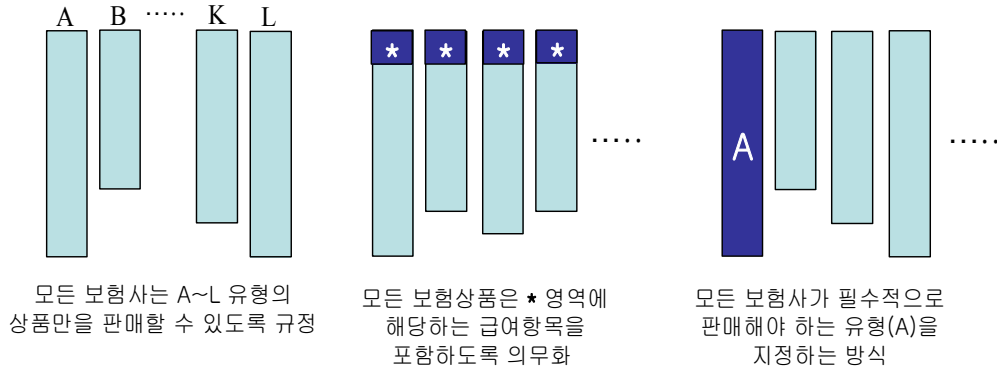
〈표 2〉 호주의 보험상품 표준화

기관	역할
정부	-2007년 4월 민영건강보험 상품에 대한 비교를 돕기 위해 민간보험사들에게 자사 보험 상품의 보험료, 대기시간, 보험금 지급 제외 사유, 의료기관 이용 시 발생 가능한 본인 부담들을 홈페이지에 게재하도록 함 -관련 자료를 출간하기 위하여 Private Health Insurance Ombudsman에 자료를 제출하도록 권고함
Private Health Insurance Ombudsman	-국민들이 민영건강보험 상품 및 정부건강보험에 관한 정보를 제공 -민영건강보험사들의 잘못된 정보를 감시하는 역할을 수행하기도 함 -콜 센터를 통해서 정보를 필요로 하는 사람들에게 정보를 제공하는 역할
보험업계	-정부가 요구하는 주요 보험 상품 정보를 제공하기 위하여 어떠한 포맷으로 전달할지 컨설팅을 받기도 함

- 상품표준화의 형태는 필수급여는 모든 상품에 기본적인 패키지로 포함되고 부가적인 급여인 특약을 표준약관 심의 위원회를 통하여 중증고액 질환, 간병, 만성질환, 상해, 기타 등 몇 개의 유형으로 표준화하도록 함.
- 상품표준화는 실손형 상품에만 한정하지 않고 정액형 상품의 경우에도 검토해야 하며 실손형과 정액형을 혼합하는 상품이 개발되는 경우가 많을 것이므로 상품표준화는 민간보험상품 전반에 걸쳐 검토
- 실손형 상품은 1개만 가입 가능하고 특약(정액형 상품)은 소비자의 선택에 따라 결정하며 중복가입 가능도록 해야 함. 이를 위해서 실손형 상품을 1개만 가입할 수 있는 제도적 장치 마련 필요

[그림 6] 외국의 사례

〈가장 엄격한 표준화: 미국〉 〈필수급여 항목 지정 방식〉 〈필수판매 유형 지정 방식〉



- 표준화된 상품에 대해 세제혜택을 부여하는 것은 세제혜택의 대상이 주로 고소득계층이 되는 형평의 문제가 있기 때문에 유보하도록 함.
- 급여지급을 하한기준의 설정에 대해서는 찬반 의견이 있으므로 향후 복지부와 금감위 간의 협의에 따르도록 함.
- 상품표준화 과정에 보건당국의 참여 형태는 금감위 산하에 개인의료보험위원회를 설치하되, 동 위원회에 표준약관심의위원회를 구성, 운영하도록 함.
 - 또한 소비자원 산하에 개인의료보험 피해구제위원회와 같은 소비자보호 조직이 설립되어야 하며 소비자의 알권리를 보장하기 위해 보험 상품의 비교공시를 강화할 필요가 있음.

3) 기타 소비자 보호 방안

- 보험 상품의 비교공시 강화 외에도 민간 보험 상품의 허위·과장광고에 대한 금지행위 및 제재를 법규화(보험업법 개정)등이 필요
- 근본적인 소비자 보호를 위해서는 상품표준화 과정에 보건당국이 참여하는 것이 필요

한데 상품표준화 과정에서 의료적 특성 및 건강보험 재정 영향을 사전에 검토할 수 있도록 보건당국의 참여 기전을 마련해야 함.

- 보건 당국이 상품표준화 과정에 참여 하는 첫 번째 안은 금융위 산하 “개인의료보험위원회 설치”(금융감독기구 설치 등에 관한 법률 개정)를 하는 것임.
- 이는 개인의료보험위원회에 위원 중 일부를 복지부에서 추천하도록 함.
- 두 번째 안으로는 표준약관 제·개정시 “표준약관심의위원회”를 구성·운영(보험업법 또는 보험업법 감독규정 개정)하는 것임.
 - 표준약관심의위원회에 기재부, 복지부, 금융위, 금감원, 보험개발원, 건보공단, 심평원, 한국소비자원, 보험업계, 의약계가 참여하는 방법으로써 별도기구의 신설 부담은 줄어 들 수 있지만 보건당국의 정책적 개입이 제한적일 수 있음.
- 세 번째 안은 표준약관 제·개정시 금융위원장이 보건복지가족부장관과 협의 절차를 마련(보험업법 또는 보험업감독규정 개정)하는 것임.
 - 「자동차배상보장법」 제24조는 보험료와 보험약관에 대해서는 금융위가 국토해양수산부장관과 협의해 결정하도록(책임보험의 경우) 하고 있음.
 - 또한 「약관의 규제에 관한 법률」 제17조의2에서도 공정위가 표준약관 제정시 관계부처의 협의를 거치도록 하고 있음으로 시행 가능한 안이며 현행 관리감독체계의 큰 변화 없이 시행 가능 하다는 장점이 있지만 이 또한 보건당국의 정책적 개입은 매우 제한적일 수밖에 없을 것임.
- 이와 관련한 국내 사례: 자동차 보험
 - 국내 자동차 보험의 보험상품 개발은 보험업법에 따르나 관리감독은 국토해양수산부에서 행사(자동차손해배상보장법). 즉, 보험료와 보험약관에 대해서는 금융위원회가 국토해양수산부 장관과 협의해 결정
- 외국의 개인의료보험 관리감독 현황
 - 미국은 단체보험의 경우 노동부/ 금융상품이며, 작동관련은 재무부가 담당하고

상품표준화, 지급률 하한선 설정, 소비자 지침서 발간 등은 보건부가 담당

- 호주와 아일랜드의 경우 보건부 산하에 개인의료보험사업 감독기구 설치되어 있음
- 네덜란드는 보건부 산하에 건강보험감독원 설치

다. 향후 정책 방향

1) 소비자보호를 위한 개인의료보험 규제의 방향

가) 기본방향

- 공보험의 근간을 무너뜨릴 수 있는 대체형 개인의료보험 상품은 도입 불가
- 개인의료보험은 공보험 재정에 중립적이 되도록 설계
 - 본인부담을 100% 보장하는 실손형 상품의 판매를 금지
- 실손형 상품의 보장범위 뿐만 아니라 개인정보 공유불가, 상품표준화 등 소비자 보호방안도 패키지로 개선
 - 개인의료보험은 국민들의 의료비 부담 경감에 실질적으로 기여할 수 있도록 함

나) 정책방안

(1) 공-사보험 간 정보공유

- 건보공단 소유의 개인의 진료정보는 민간보험사에 제공하지 못하도록 하되,
- 공사보험간 정보공유는 개인정보의 공유는 허용하지 않도록 하되, 2차적인 질병정보를 공유하도록 함.
- 각종 질병, 개인의료보험 가입규모 등 기초통계 공유할 수 있도록 건보공단, 심평원, 보험개발원 간 기초통계 공유 관련 MOU 체결

(2) 표준약관 제정 등 상품 표준화 추진

- 소비자가 보험료와 보장내용을 쉽게 이해하고 보험에 가입할 수 있도록 상품 표준화(표준약관 제정) 추진
- 금융위와 복지부는 상호 협의하여, 상품유형별 최소보장(면책범위) 범위, 특약의 카테고리 등 결정
- 보험상품의 비교공시 강화, 개인보험상품의 허위·과장광고에 대한 금지행위 및 제재를 법규화(보험업법 개정)

(3) 상품표준화 과정에서 보건당국 참여

- “개인의료보험 표준약관심의위원회”를 구성하여 표준약관의 제·개정시 보건당국 참여
- ※ 금감원, 보험개발원, 건보공단, 심평원, 한국소비자원, 복지부, 금융위에서 추천하는 자

(4) 실손형 상품의 보장범위

- 개인의료보험이 건강보험 재정에 미치는 영향을 예방하되, 민간보험사의 보험상품 개발의 어려움을 고려하여 건강보험의 법정본인부담금 중 일부를 보장하도록 허용
- 다만, 도덕적 해이 방지를 위해 총 본인부담금(법정 본인부담금 + 비급여) 중에서 환자가 일부를 부담하는 본인부담제도(Co-payment)와 공제액제도(deductible) 도입. 외래의 법정본인부담금은 보상범위에서 제외하도록 함(단, 검사비 등 고액진료비가 소요되는 경우에는 예외적 포함).
- 본인부담제도 도입시 신규로 판매되는 개인보험상품에 대해 同 제도를 의무화하고, 이를 우선 표준약관에 반영

- 보험업법 및 동 시행령 개정시 본인부담제도에 대한 근거규정 마련

(5) 소비자 보호 강화

- 상품표준화의 형태는 필수급여는 모든 상품에 기본적인 패키지로 포함되고 부가적인 급여인 특약을 표준약관 심의 위원회를 통하여 중증고액 질환, 간병, 만성질환, 상해, 기타 등 몇 개의 유형으로 표준화하도록 함.
- 상품표준화는 실손형 상품에만 한정하지 않고 정액형 상품의 경우에도 검토함. 실손형과 정액형을 혼합하는 상품이 개발되는 경우가 많을 것이므로 상품표준화는 민간보험상품 전반에 걸쳐 검토되어야 함.
- 실손형 상품은 1개만 가입 가능하고 특약(정액형 상품)은 소비자의 선택에 따라 결정하며 중복가입 가능도록 함. 이를 위해서 실손형 상품을 1개만 가입할 수 있는 제도적 장치 마련 필요.
- 표준화된 상품에 대해 세제혜택을 부여하는 것은 유보하도록 함. 세제혜택의 대상이 주로 고소득계층이 되는 형평의 문제가 있기 때문임.
- 급여지급을 하한기준의 설정에 대해서는 찬반 의견이 있음. 향후 복지부와 금감위 간의 협의에 따르도록 함.
- 상품표준화 과정에 보건당국의 참여 형태는 금감위 산하에 개인의료보험위원회를 설치하되, 동 위원회에 표준약관심의위원회를 구성, 운영하도록 함.
- 소비자원 산하에 개인의료보험 피해구제위원회와 같은 소비자보호 조직이 설립되어야 함.
- 보험 상품의 비교공시 강화 필요

(6) 보완대책

□ 건강보험 보장성 강화 로드맵 제시

- 의료민영화의 논란을 해소하기 위해서는 무엇보다 공보험의 보장성을 강화하기 위한 비전 및 단계적 추진 전략 제시 필요

□ 저소득층 보호대책 병행 추진

- 의료급여 확대, 의료안전망기금 설치 등을 병행 추진하여 계층간 통합을 도모할 필요

□ 보험금 지급방식

- 의료기관에서 보험회사에 보험금을 청구하는 양식을 통일하고 전산화하자는 제안이 있었음. 이에 따르면 보험회사가 병원에 보험금을 지불보상하게 됨.
- 그러나 이 제안에 대해 반대하는 입장이 다수임. 즉 보험회사가 병원에 직불하는 방식이 채택되면 환자는 진료 당시에 직접 부담해야 할 비용이 크게 줄어들게 되고 병원은 과도하게 비용을 청구할 우려가 있음. 따라서 현행과 같은 환자의 先 본인 부담-後보상과 같은 보험회사와 환자간의 비용청산을 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

제2절 보건의료제도의 규제개혁

I. 보건의료 규제 완화를 위한 의료법 개정

1. 배경 및 필요성

- ☐ 진료 환경을 개선하고 경쟁력을 갖춘 의료서비스 제공 기반을 마련하기 위하여, 보건의료제도를 규제하는 의료법 개정이 필요함.
 - 의료법은 법 자체가 복잡하고 일관성이 부족하여 리모델링이 요구되고 있으나, 그동안 부분적인 개편만 이루어졌음.
 - 의료서비스 이용에 환자의 선택권과 정보 접근이 제한적이며, 또한 개인 의 무기록 정보를 보호할 필요가 있음.
 - 병원감염 등의 안전문제를 위하여 의료기관의 안전관리기준을 보완해야 함.
 - 규제를 완화하여 의료인과 의료기관이 변화된 환경에 유연하게 대처하도록 해야 함.

- ☐ 의료서비스 경쟁력을 강화하고, 국민의 의료이용이 용이하도록 규제를 완화해야 함.
 - 양방과 한방 진료를 함께 받고자 할 때 두 개의 의료기관을 각각 방문해야 함.
 - 건강보험이 적용되지 않는 진료비를 미리 알지 못하기 때문에, 의료기관 선택시 진료비용 부담을 고려할 수 없음.
 - 반복적으로 같은 처방을 받을 경우, 거동이 불편해도 직접 의료기관에 방문하여 처방전을 받아야함.
 - 병원의 감염관리가 미흡하여, 새로운 병에 노출되기 쉬움.
 - 환자의 진료정보가 안전하게 보호되지 못하여, 사생활 침해 가능성이 있음.

- 의원에 야간 의료 인력이 부족하여 입원 및 응급환자에 대해 대처하기가 어려움.

□ 병원의 경쟁력 강화를 위해 의료법 개정이 요구됨.

- 경영능력이 부족한 의료법인이 퇴출되지 않아, 서비스의 질이 저하됨.
- 환자 유인·알선이 원천적으로 금지되고 있어, 외국인 환자 유치에 어려움.
- 의료기관의 종류를 병상수에 따라 구분하고 있어, 전문적인 병원을 육성하기 어려움.
- 매년 의사가 4,000~5,000명씩 배출되고 있으나 진출할 수 있는 분야가 제한적임.

□ 의료법의 체계적 개정이 필요함.

- 조문들 사이 ‘몇 조의 몇’과 같이 세부 조문이 복잡하게 구성되어 있음.
- 전문의, 전문간호사 등 의료인 규정이 의료법의 뒷부분인 보칙에 포함되는 등 의료법의 체 구성을 개선해야 할 필요가 있음.

□ 의료법 개정을 통하여 국민들의 의료이용을 보다 편리하고 안전하게 하고, 권익을 보호받도록 하며, 불합리한 규제를 완화하거나 폐지함으로써 의료서비스 경쟁력을 높이도록 해야 함.

2. 규제 개혁방안

- 의료기관의 경영에 불필요한 규제 완화, 의료의 공익성을 침해하지 않는 수준에서 의료서비스의 경쟁력을 높이고 국민편익을 증진
- 예를 들어 주차장, 장례식장 등 의료기관 부대사업의 경우 시대에 따라 분야가 계속 변하고 있으므로 환경에 맞도록 조정해야 함.

□ 시장변화에 맞게 의료기관의 경쟁력 제고

- 건강보험심사평가원 등이 가지고 있는 의료서비스 관련 정보 공개를 확대하고, 건강정보보호법 제정을 추진하며, 의료기관 평가를 추진하는 등 소비자의 권리를 지속적으로 확대해 나감.
- 의료법 개정으로 규제완화를 하는 동시에 법인 의료기관에 대한 외부 회계 감사제도 도입하여, 투명성과 효율성을 강화함.
- 보험업법령 개정 등을 통해 민간보험의 보장영역을 설정하고, 표준약관 제정 등 소비자 보호 장치를 마련함.

□ 성형수술이나 치아보철, 피부과 진료 등 건강보험에 적용 받지 않는 고가 진료비용 사전 공개

- 의료기관이 건강보험의 적용을 받지 못하는 진료비용을 보건소에 신고하도록 되어있으나, 환자는 그 진료비용을 알 수 없는 실정임.
- 앞으로 건강보험이 적용되지 않는 진료비용을 병원에 게시하거나 책자를 만들어 비치함으로써, 환자의 선택권을 보장하고 가격을 투명화해야 함.

□ 거동이 어려운 노인, 장애인 등의 처방전을 보호자가 대신 수령

- 반복적으로 똑같은 처방을 받는 환자가 거동이 불편해도 처방전을 받기 위해서는 직접 병원을 방문해야 함.
- 당뇨, 고혈압 등 만성질환을 앓고 있는 노인환자나 중증장애인 또는 정신질환자가 동일한 처방전을 받기 위해 불편한 몸으로 병원에 가지 않도록 해야 함.

□ 안전장치 강화를 통하여 환자의 진료정보를 보호

- 민간보험자가 보험금 지급과정에서 진료기록을 열람하여 환자 정보가 누설될 우려가 있음.

- 가족이 기록열람을 요구할 경우에 구체적인 절차를 정해두지 않음.
- 진료정보 누설금지 의무가 의료인에게만 적용되어, 의료인이 아닌 의료기관 종사자가 환자 비밀을 누설할 경우 의료기관장이 처벌받는 사례가 있음.
- 진료기록 열람 조건을 정하여 제한하고, 의료기관 종사자가 진료정보를 누설하지 못하도록 하여 환자의 사생활이 침해되지 않도록 해야 함.

□ 병원 감염 관리 강화

- 현재 300병상 이상 종합병원에서만만 감염대책위원회를 두도록 하고 있으며, 감염관리 인력 기준은 아예 없는 실정임.
 - 대한병원감염관리협회가 16개 대학병원의 중환자실 환자 기록을 분석 (2004년)한 결과 내과 중환자실에 입원했던 환자의 11%, 외과중환자실에 입원했던 환자의 7.2%가 병원 내에서 다른 병에 감염됐던 것으로 나타나 심각한 실정임.
- 병원감염 관리기준을 강화하여, 일정규모 이상의 병원급 의료기관에 감염대책위원회를 설치하고, 종합병원에는 감염관리 전담인력을 반드시 배치하도록 해야 함.

□ 의원의 입원 및 응급환자의 안정적인 진료 여건 마련

- 현재는 당직의료를 병원에만 두고 있으며, 일부 동네의원에서는 환자가 입원해 있어도 야간에 의사는 물론 간호사조차 근무하지 않아 응급상황이 발생해도 제대로 대처할 수 없어 환자가 위급한 상황에 처할 수 있음.
- 병상을 갖춘 의원에 일정한 배치기준에 따라 당직의료를 두도록 의무화하여 의사나 간호사의 적절한 도움을 받게 함.
- 다만, 의원에 일정한 배치기준에 따라 당직의료를 두도록 의무화하여 의사나 간호사의 적절한 도움을 받게 함.

□ 한 개의 의료기관에서 양·한방 의료서비스 제공

- 현재는 양방진료와 한방진료를 함께 받기 위해서 두개의 의료기관을 각각 방문해야하는 불편이 있고, 초진비용도 두 번(양방 12,670원 / 한방 9,420원) 내야 했음.
- 병원급 의료기관에서는 의사, 한의사, 치과의사가 같이 진료할 수 있게 되므로 환자가 편리하고 저렴하게 양·한방 의료서비스를 받을 수 있도록 함.

□ 의료인의 진료환경 개선

- 의료인의 불안정한 진료 여건들은 다음과 같음.
 - 응급실에서 의료인에게 폭행하고 난동을 부려도 아무런 제재가 없음.
 - 의료인 면허시험에 합격하여도 면허증 발급받기까지 합법적으로 의료행위를 할 수 없음.
 - 의무기록 기재사항이 의료현장을 반영하지 못하며 의료인에게 부담이 가중됨.
 - 태아 성감별 행위에 대해 형사벌(3년 이하의 징역 또는 1천만원이하의 벌금형)을 부과하고 있음.
 - 의료기관이 폐업할 때 진료기록을 보건소에 이관하도록 하고 있어 이관과 보관의 어려움이 따름.
- 따라서, 다음과 같은 안정적인 진료여건을 조성함.
 - 의료인과 의료기관 종사자를 폭행·협박하는 행위에 대하여 강한 처벌을 부과함.
 - 면허시험에 합격하면 면허증을 교부받기 전이라도 의료행위를 할 수 있게 함.
 - 의무기록을 필수 기재사항과 임의 기재사항으로 구분하여 임의 기재사항을 누락해도 처벌을 받지 않도록 함.
 - 성감별 행위를 하다가 적발되면 형벌대신 과태료로 변경함.
 - 의료기관 폐업시 의무기록을 전자문서 형태로 보건소에 이관할 수 있도록 하고, 의료기관 양도시 의무기록도 함께 인계할 수 있게 함.

□ 의료인의 프리랜서 형태의 진료 허용

- 현재는 개설하거나 소속된 의료기관에서 진료가 가능함.
 - 매년 4,000명~5,000명 정도 배출되는 의사들은 진입분야가 제한되어 있어 취업난이 심각함.
 - 특히 수요가 적은 진료과목은 의료기관이 전속 의료인을 두기에 경제적인 부담이 큼.
- 따라서 병원에 소속되지 않은 의사가 여러 병원들을 순회하면서 의료행위를 할 수 있도록 함.

□ 의료기관의 자율성과 경쟁력 강화

- 의료기관의 자율성과 경쟁력을 떨어뜨리는 규제들은 다음과 같음.
 - 교통편의 제공 등 환자를 유치하기 위한 행위가 원천적으로 금지되어 외국인 환자 유치가 어려우며, 의료서비스의 국제경쟁력을 약화시키고 민간 보험의 발달된 현실을 전혀 반영하지 못하고 있음.

※ 의료서비스 국제경쟁력 강화를 위한 싱가포르의 사례 : “Singapore Medicine”

- ▷ 외국과의 의료교류 증진과 홍보를 통해 환자 유치를 위한 네트워크 구축
- ▷ 병원별 진료비를 보건부 웹상에 공개하여 가격투명성 강화
- ▷ 외국인환자 유치병원에 대해 세제 혜택
- ▷ 입국절차 간소화

- 자원의 효율적 활용을 위한 개방병원제도가 있기는 하나 병원의 시설·장비를 공동으로 이용하는 것이 활발하지 못한 실정임.
- 의료기관 명칭사용을 지나치게 제한하여 홍보를 할 수 없고, 대외 경쟁력을 떨어뜨림.
- 의료기관의 종류를 주로 병상수 규모에 따라 의원, 병원, 종합병원으로 구분하고 있으며 이는 다양한 형태의 의료서비스 제공을 제한하고 있음.
- 따라서 다음과 같은 방향으로 규제를 완화해야 함.

- 외국인 환자 유치를 위한 유인·알선을 가능하게 하고, 보험자·가입자·의료기관간 비급여 가격계약을 허용하도록 함.
- 의료기관의 종류를 의원급과 병원급으로 대분류하고, 일정한 요건을 갖춘 병원을 특수기능병원으로 지정하여 전문병원을 활성화함.

□ 의료법인의 경영합리화를 유도

- 경쟁력이 약한 의료기관이 퇴출될 수 있는 방법이 없어 부실경영이 되풀이되고 있음.
- 따라서, 의료기관 합병을 허용하고, 부대사업 규제를 완화하며, 회계투명성 확보를 위하여 외부회계 감사 제도를 도입하도록 해야 함.

II. 의료기관 자본조달 경로 다양화 방안

1. 투자의료법인의 도입

가. 우리나라의 비영리법인 운영실태 및 문제점

- ☐ 비영리법인 의료기관의 경우 기본재산(자기자본)만으로 운영하는데 한계가 있어 대다수가 상당액의 차입(타인자본)을 통해 투자 및 운영 자본을 조달함.
- ☐ 이익을 이자를 갚는데 충당하는 행위는 영리법인이 이익을 주주에게 배당하는데 사용하는 것과 실질적으로 별다른 차이가 없음.

<표 1> 의료기관의 타인자본 의존도(부채/총자본) 현황

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006
전체병원	60.9%	62.9%	65.1%	65.3%	62.9%	60.6%
민간병원	61.9%	64.5%	68.6%	67.7%	66.5%	64.2%
제조업	64.6%	57.5%	55.2%	51.0%	50.2%	49.7%
전문서비스업	60.2%	48.8%	44.8%	50.9%	60.9%	63.5%

<표 2> 자기자본비율

구분	2000년	2001년	2002년	2003년
의료기관	40.6%	43.8%	40.6%	33.9%
서비스업	-	-	35.0%	37.0%
제조업	32.2%	35.4%	42.5%	44.8%

*병원경영분석 2003. 기업경영분석 각 년도

- ☐ 비영리법인 의료기관이라 하더라도 세법상 기업으로 간주해져 법인세를 부과함.
- ☐ 비영리법인의 경우 법인 설립자에 대한 지분권과 투자금 회수(이익금 분배)가 법률적으로 불가능하여 투자요인 억제요소로 작용함.
- ☐ 의료기관이 외부자본을 들여올 경우 담보제공의무가 있는 금융기관 차입에 의존하고 있어 자본조달에 어려움이 있고, 높은 이자율로 금융비용부담이 가중됨.

<표3. 금융비용부담율(지급이자와할인료/의료수익(매출액)>

구분	1999	2000	2001	2002	2003
전체병원	3.5%	2.7%	2.8%	2.1%	2.1%
민간병원	3.8%	2.9%	3.0%	2.3%	2.3%
제조업	6.9%	4.7%	4.2%	2.6%	1.9%
전문서비스업	0.8%	0.6%	0.7%	1.3%	0.7%

나. 현행 의료법

- ☐ 현행 의료법은 의료기관 개설권을 의료인 또는 비영리법인(의료법인, 사회복지법인, 민법상 법인 등)으로 제한되어 있어 다양한 자본조달 경로가 제한됨.
- ☐ 영리법인/비영리법인의 구분의 기준은 ①의료업으로 얻어진 이익을 구성원(주주)에게 배분이 가능한지, ②법인에 대한 지분권의 보유 가능 여부에 따른 차이임.

의료법 제33조(개설)
<p>② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 다만, 제1호의 의료인은 하나의 의료기관 만을 개설할 수 있으며, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사 2. 국가나 지방자치단체 3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 "의료법인"이라 한다) 4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인 5. 「정부투자기관 관리기본법」에 따른 정부투자기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단

<영리법인과 비영리법인의 차이 >

구 분	영리법인	비영리법인
설립 목적	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 이윤 극대화 ▪ 투자자 부(富)증가 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 고유의 공익적 설립 목적 ▪ 고유사업을 위한 수익사업
이윤 배분	가능	불가능
세제 혜택	없음	출연재산은 고유목적사업 사용시 상속세·증여세 등 면제
지분권 보유 여부	있음(주식)	없음(출연재산의 소유권은 법인)

다. 투자의료법인 허용의 장단점과 외국 사례

- ☐ 공공보험제도 실시 국가의 영리법인 의료기관 개설 허용 여부
- 일본 : 영리법인 병원 개설 금지, 우리나라 병원의 일반적인 자본조달방식처럼 금융기관 차입 및 이익잉여금 등을 통해 자금 조달

- 네덜란드 : 영리법인 병원 금지하다가, 최근 허용
- 독일 : 영리법인 허용, 영리법인 병원 개설 규모는 병상수 기준 7.4%(2000년 기준)
- 프랑스 : 영리법인 허용(정부의 강력한 통제 하)하되, 보건사회부장부가 연간 최대 지출목표량을 설정함. 이 목표량을 초과할 경우 요금을 낮추게 됨. 전체 입원 병상의 20%정도(2002년)
- 대만 : 영리법인 제한적 허용 (MRI clinics, 진료센터, 민간 실험실 운영에만 한정하여 허용), 전체 법인의 2% 정도

라. 투자의료법인의 도입방안 검토

1) 논의의 전제

- ☐ 요양기관 당연지정제 등 현행 의료체계 기본 유지
- ☐ 비영리법인의 투자의료법인으로의 전환 불인정

2) 논의 방향

- ☐ 투자의료법인의 형태를 전문가 법인 또는 상법상 법인(주식회사)할 것인지 여부 및 의료체계에 미치는 영향을 고려하여 지역적 제한을 두어 단계적으로 도입하는 방안에 대한 검토

	지역적 제한 설정	전국적 실시
전문가 법인	TYPE A	TYPE B
상법상 회사 (주식회사)	TYPE C	TYPE D

3) 투자의료법인 도입의 지역적 제한 설정 여부 검토

☐ < 1안 > 제주특별자치도·경제자유구역으로 제한하는 방안

- 장점

- 투자의료법인 도입으로 의료시장에 미치는 부정적 영향을 최소화할 수 있고, 문제점을 보완할 수 있는 기회가 있으며, 시민단체의 반대를 완화

- 단점

- 투자의료법인에 대한 당연지정제를 유지할 경우 진출분야가 비급여 진료과목에 집중될 것으로 예상되어, 인천 경제자유구역을 제외한 나머지 지역에서는 투자 의료법인 설립이 사실상 어려워 정책적 효과를 거두기 어려울 것으로 예상
- 기존의 외국영리법인과는 형평성 야기(당연지정제 제외)하며, 도입과정에서 지출한 사회적 비용에 비하여 얻어지는 정책적 효과가 미비하며, 경제자유구역의 경우 외국자본유치라는 특수목적에 위하여 설치되어 국내자본 유입에 부정적

☐ < 2안 > 전국적으로 허용

- 장점

- 의료에 투자되는 재원조달 경로 다양화라는 도입취지를 살려 정책적 효과를 극대화

- 단점

- 투자의료법인 도입의 부정적 효과가 전국적으로 나타날 수 있음
- 투자개방형 법인의 진출분야가 비급여 진료과목에 집중될 것으로 예상됨에 따라 인천경제자유구역을 제외한 나머지 지역에서는 정책적 효과를 거두기 어려울 수 있음
- 투자개방형법인 도입은 당연지정제 유지됨을 전제로 함에 따라 의료체계에 미치는 영향이 크지 않을 것이나, 보건의료에 대한 이념논쟁 촉발이 우려됨.

<표> 지역제한에 따른 정책효과 분석

구 분	의료체계에 미치는 영향	산업 활성화 기여
제1안 (경제자유구역 등에 제한 시행)	<ul style="list-style-type: none"> · 지역적으로 제한되므로 부정적 영향은 완화 가능 · 국내병원의 형평성 논란 초래 · 외국병원의 원활한 유치에 장애요인으로 작용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 자본 유입이 제한됨에 따라 산업 활성화 효과 미흡 · 경제자유구역은 외국병원 우선 유치 입장을 가지고 있으므로 부지확보 등이 곤란하여 국내 대형병원 설립가능성 낮음
제2안 (전국적 시행)	<ul style="list-style-type: none"> · 투자개방형 법인에 대해 일정한 규제를 도입할 경우 부작용에 대한 우려 완화 가능 · 투자개방형 법인의 수익창출을 위해 규제완화 요구가 강화될 것으로 예상 	<ul style="list-style-type: none"> · 다양한 형태의 의료업 출현 및 다양한 서비스제공 가능 · 의료수요가 있는 곳을 중심으로 경쟁력 있는 규모의 병원 설립 가능

4) 투자의료법인의 형태

가) 전문가 법인

- ☐ 법무법인, 회계법인 등과 유사한 전문가 법인 수준에서 허용하는 안
- 의사 등 의료인만으로 구성되는 의사법인 또는 일정 지분 이상을 의료인이 보유하도록 하는 의무법인의 형태

<표> 주요 전문가 법인의 개요

	법무법인	특허법인	회계법인
근거법률	변호사법	변리사법	공인회계사법
구성원의 수	5인 이상 변호사 이 중 1인은 10년 이상 법조 경력	5인 이상의 변리 사	이사중 3인 이상, 임직원중 10인 이상 이 공인회계사
인가권자	법무부 장관	특허청장	재경부 장관
설립형태	합명회사, 유한회사	합명회사	유한회사

□ 전문가 법인의 장·단점

- 법무법인 등 기존 전문가 법인과 동일한 형태로 의료의 전문성을 조화하면서 과도한 이윤추구 욕구 배제 가능
- 주주가 의사로 한정되거나, 주주의 수가 제한되어 있어 대규모 외부자금 유입에 한계, 자금의 부족, 타산업과의 연계 부족 등으로 인한 연관효과 미비

□ 비의료인의 법인 참여 문제

- 현행법상 비영리법인 의료기관의 경우 설립을 위한 출자에 의사 등과 같은 의료인만이 출자가 가능하다는 제한 규정이 없으므로 투자의료법인을 도입할 경우 특별하게 의료인만이 출자가 가능하다는 제한 규정을 둘 필요성은 없음.
- 일반인이 투자의료법인 병원을 개설할 수 있게 될 경우에 생길 무질서와 그로 인한 보건상의 위험 등에 대한 우려는 과장
 - 의료기관의 개설자가 누구이든 의료행위를 하는 사람이 의사이기만 하면 국민보건상 크게 문제될 것은 없을 것이기 때문임.
- “지식과 자본의 공개적인 결합”을 통하여 개인의 기업활동 영역과 경쟁력을 확대하고, 일반 국민에게는 더 많은 투자와 고용의 기회를 제공하며, 의사에게는 더 많은 일자리와 연구 활동의 기회를 제공

나) 상법상 주식회사

□ 상법상 인정되는 회사의 종류는 합명회사, 합자회사, 유한회사, 주식회사의 네 가지

- 합명회사와 합자회사는 인적 회사에 속하고, 주식회사와 유한회사는 물적 회사
- 인적회사는 회사의 대외적 신용의 기초를 사원이라는 인적 요소에 중점
- 물적회사는 회사의 재산이라는 물적 요소에 중점
 - 회사의 사원(주식회사의 경우 주주)은 투자지분에 관계없이 무한한 책임을

지는 무한책임사원과 투자지분 범위내에서만 책임을 지는 유한책임사원으로 구분

<참고 : 상법상 회사의 특성 비교>

	합명회사	합자회사	유한회사	주식회사
조직	무한책임사원	무한책임사원 유한책임사원	사원	주주
사원의 책임	직접·무한·연대 (對, 회사채권자) (212조)	무한책임사원 (직접·무한·연대) 유한책임사원 (직접·유한·연대) (279조)	출자금액을 한도 (553조)	인수가액을 한도 (331조)
설립절차	정관작성 설립등기	정관작성 설립등기	정관작성 출자이행 설립등기	정관작성 출자이행 검사절차 (창립총회) 설립등기
소유·경영 의관계	일치(200조)	일치(무한책임사원) 분리(유한책임사원) (278조)	분리	분리 (단, 자격 주) (387조)
지분양도 의 요건	타사원의 동의 (197조)	무한책임사원 (타사원의 동의) 유한책임사원 (무한책임사원의 동의) (276조)	사원총회의 특별결의(556조)	자유 (335조 1항 본문)
청산	임의청산 법정청산	임의청산 법정청산	법정청산	법정청산
적용 사례	법무법인(변호사 법 제58조), 변리 사법인(변리사법 제6조10), 법무사 합동법인(법무사 법 제47조) 등		회계법인(공인회 계사법 제40조) 세무법인(세무사 법 제16조의3 내 지 제16조의 16)	

□ 상법상 회사의 장단점 비교

- 합명회사

- (장점) 무한책임사원으로만 구성되므로 대외적인 책임성이 제고되며, 개인 기업과 유사하여 기존 개인병원의 전환이 용이
- (단점) 무한책임을 진다는 점에서 투자자에게 큰 부담이 되므로, 투자유치 목적을 위해서는 적합하지 않은 형태

- 합자회사

- (장점) 실질적으로 회사를 운영하는 무한책임사원과 투자만 하고 투자금액 내에서만 책임을 지는 유한책임사원으로 구성되는 회사
- (단점) 기존 사무장 병원을 합법화하는 통로 기능을 할 우려가 있으며, 대규모 투자유치 목적을 위해서는 적합하지 않은 형태

- 유한회사

- (장점) 출자자의 제한으로 외부적 압력없이 안정적인 경영 가능
- (단점) 사원(주주)의 수를 50인 이하로 하고 있어(상법 제545조 제1항), 대규모의 투자자를 모집하기에는 적합하지 않은 측면

- 주식회사

- 출자한 지분 한도 내에서 책임을 지는 유한책임회사
- (장점) 유한회사와 달리 사원(주주)수에 제한이 없어 대규모 투자를 유치하는 데 유리
- (단점) 대규모 자본조달에 적합한 주식회사를 인정한 것에 대한 시민단체 등의 반발

□ 상법상 회사 중 투자의료법인에 적합한 형태를 판단하는 기준으로는 소비자 보호의 측면과 경쟁력 강화의 측면 두 가지가 있을 수 있음.

- 회사의 사원(개설자) 입장에서는 합명회사 형태로 법인을 개설하는 것이 유한회사나 주식회사 등의 물적 회사 형태로 개설하는 것보다 불리

- ※ 회사의 채무에 대해 무한책임을 져야 하고, 이러한 무한책임 때문에 투자를 널리 모으기가 어려워 대형화, 전문화 등에 제약이 있기 때문
- 현실적으로 이미 경제자유구역, 제주특별자치도의 경우 상법상 주식회사까지 투자의료법인 설립이 허용되어 있어, 기존 외국영리법인과 비교하여 형평성이 문제될 수 있음.
- 병원산업 발전을 위한 산업적 고려를 강조하면 합명회사나 합자회사 보다는 물적 회사인 주식회사나 유한회사 형태가 더 적합함.
- 이러한 점을 종합적으로 고려하면, 투자의료법인 병원 개설시 법인 형태의 문제는 소비자 보호를 우선할 것이냐 아니면 산업의 합리성 및 발전을 우선할 것이냐 하는 입법정책적 문제임/
- 소비자 보호와 병원산업의 발전, 두 가지 과제 모두를 모두 포용하는 입법이 바람직함.

- 유한회사나 주식회사 등 물적 회사 개설도 허용하되, 소비자보호에 충실하도록 최저 자본금을 상법에 비해 상향하여 규정하는 방안
- 상법상 주식회사는 자본금이 5천만원 이상일 것을 요구하고 있으며(제329조 제1항),
- 변호사법상 법무법인(유한)의 자본 총액은 10억원 이상일 것이 요구되고 있고(제58조의7 제1항)
- 공인회계사법상 회계법인의 자본금은 5억원 이상일 것이 요구되고 있는 등(제27조 제1항)
- 각 개별법에서 최저자본금 요건을 규정하고 있는 것은 그 법인의 성격에 비추어 최소한의 자본 충실성을 요구하는 것이라 할 것이며, 어떤 획일적인 기준이 있는 것이 아니라 입법적인 판단
- 병원 역시 자본이 부실할 경우에는 충분한 병원서비스가 가능하기 어렵고, 대외적인 책임 부담이 어려우므로 최저 자본금 요건을 강화할 필요

<표 4. 주요법인 형태별 장단점 개요>

	의사법인	의무법인	상법상 주식회사
논리	<ul style="list-style-type: none"> · 법무법인 등 기존 전문가 법인과 동일한 형태 · 의료의 전문성 확보 및 과도한 이윤논리 배제 가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 전문가 법인의 형태 	<ul style="list-style-type: none"> · 상행위 등 기타 영리를 목적으로 사업 수행 · 이익을 주주에게 배분
장점	<ul style="list-style-type: none"> · 의료인 중심의 의료체계 유지 	<ul style="list-style-type: none"> · 전문가 법인의 장점을 유지하면서 외부자금 유입 효과를 확대 · 전문성과 자본력의 조화 가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 타산업과의 연계를 통한 새로운 수익기회 및 연관효과 가능 · 외부자본의 활용을 통한 진료외 서비스 분야 수준 제고
단점	<ul style="list-style-type: none"> · 주주가 의사로 한정되어 외부자금 유입에 한계 · 투자의료법인 도입의 취지 미약 · 자금의 부족, 타산업과의 연계 부족 등으로 인한 연관효과 미비 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사의 지분이 과반수 이상으로 의사의 의사결정권 독점 · 경영권 확보가 어려움에 따른 외부자금 유입의 한계 	<ul style="list-style-type: none"> · 과도한 이윤추구에 대한 우려 · 시민단체등의 반대 예상 · 대기업의 참여에 따른 독과점 등에 의한 의료체계의 왜곡 가능성 · 의료비 부담의 증가 및 양극화 부담

<표> 투자의료법인 형태 및 지역적 제한도입에 따른 장·단점

	장점	단점
TYPE A (전문가법인/ 지역제한)	<ul style="list-style-type: none"> · 투자의료법인 도입으로 인한 부정적 효과의 최소화 · 기존의 개인병원의 전환 용이 · 의료전문가와 외부자본의 결합 용이 · 지역의 효과를 검토하여 전국확대 여부를 결정할 수 있는 시간적 여유 	<ul style="list-style-type: none"> · 투자의료법인 도입취지가 극히 미약 · 도입과정에서 치룬 사회적 비용에 비하여 얻어지는 정책적 효과 미약 · 건강보험(당연지정제 등)에 대한 압박 가능성 · 경제자유구역의 도입취지에 부합하지 않으며, 인천경제자유구역을 제외한 나머지 지역에 투자의료법인 설립 가능성 미약

TYPE B (전문가법 인/ 전국실시)	<ul style="list-style-type: none"> · 기존의 개인병원의 전환 용이 · 의료전문가와 외부자본의 결합 용이 	<ul style="list-style-type: none"> · 대규모 투자자본 조달이라는 제도 도입의 목적을 달성하기 어려움 · 건강보험(당연지정제 등)에 대한 압박 가능성
TYPE C (주식회사/ 지역제한)	<ul style="list-style-type: none"> · 투자자금 유입이 원활 · 지역의 효과를 검토하여 전국확대 여부를 결정할 수 있는 시간적 여유 · 투자의료법인 도입으로 인한 부정적 효과를 지역적으로 억제 	<ul style="list-style-type: none"> · 시민단체 및 일부 의료계의 반발 · 경제자유구역의 도입취지에 부합하지 않으며, 인천경제자유구역을 제외한 나머지 지역에 투자의료법인 설립 가능성 미약
TYPE D (주식회사/ 전국실시)	<ul style="list-style-type: none"> · 투자의료법인 도입취지 극대화 	<ul style="list-style-type: none"> · 투자의료법인의 부정적 효과가 전국적으로 나타날 우려가 있음 · 시민단체 및 일부 의료계의 반발

2. 의료채권 발행 검토

가. 의료기관 채권발행 필요성

- ☐ 국내 의료기관의 경우 금융권 차입 외에 제도화된 자금조달 수단이 거의 없어 안정적인 자금조달에 어려움이 있어 자본조달 수단의 다양화가 필요함.

<표> 민간의료기관 장단기 부채 현황

구 분	'01	'02	'03	'04	'05	'06
단기차입(1년미만)	33.8%	35.2%	36.9%	34.3%	34.2%	36.1%
장기차입(1년이상)	66.2%	64.8%	63.1%	65.7%	65.8%	63.9%

자료원: 한국보건산업진흥원, 병원경영분석

- ☐ 국내 의료기관은 운영 자본 조달을 위해 상당액을 타인자본에 의존하고 있음.
- 제조업의 경우 타인자본 의존도가 2001~2003년 사이 50% 이상이었으나, 점차 의존도가 낮아져서 2006년 43.2%였음, 반면 전체의료기관 타인자본 의존도는 2006년 현재 60.6%로 연도별 감소 추세를 보이지 않고 있음.

나. 채권발행 입법 필요성

- ☐ '의료채권'은 상법상 주식회사 등 영리법인이 발행하는 회사채와 성격은 유사하게, 비영리법인이 발행하는 무보증사채로 규정하고,
- 의료채권의 발행주체, 발행 등 의사결정과정(의결정족수), 발행자금 사용용도 제한 등의 특수성이 있으므로 별도 법률로 제정함.

구 분	의료채권법안	상법
발행주체	비영리법인	영리법인(주식회사)
이사회 결의 방법	정관으로 정한 이사 정수 과반수 찬성, 이 경우 정관에서 이사 정수의 상한과 하한을 정한 경우에는 그 범위에서 정한 이사 정수 과반수가 찬성(안 제6조)	이사 과반수의 출석과 출석이 사 과반수로 함(제391조)
사용용도	의료기관 개설, 의료장비·의료시설의 확충, 의료인과 직원의 임금, 의학에 관한 조사· 연구 등(안 제5조)	관련규정 없음

□ 의료업을 수행하는 비영리법인 일반에게 적용되는 것으로 별도의 특별법 형
태로 통합 법률제정 추진이 필요함.

- 의료기관 설립주체의 근거법이 다양(민법, 사회복지사업법, 의료법, 사립학
교법 등)하여 각 법률에 규정하는 것은 법 성격에 맞지 않아 별도 법률 제
정이 필요함.

다. 의료채권법안 주요내용

□ 의료채권의 발행에 대해서는 법령에서 규정하고 있는 바가 없어 발행 여부가
불명확하므로 별도 법령을 제정해야 할 것임. 다만, 사채발행에 대하여 규정
하고 있는 상법의 조항을 준용할 필요가 있음.

- 채권발행절차와 채권자 권리·의무, 채권자집회에 관한 규정은 상법을 원용
하여도 무방할 것으로 사료됨.
- 또한, 의료채권이 채권시장에서 원활하게 유통될 수 있도록 증권거래법에
명시되어 있는 유가증권에 포함시키고, 그 발행과 관련한 의무조항(예. 유
가증권신고서 제출, 사업신고서 작성 의무 등)을 준수해야 할 것임.
- 최근에는 「공사채등록법」에 따라 채권을 증권예탁원에 등록하여 실물발행
하지 않는 경우가 많으므로, 의료채권도 동 법률의 적용을 받아야 할 것임.

- 금융위원회에서 공포한 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」(이하 자본시장통합법)에는 자본시장을 규율하고 있는 「증권거래법」, 「선물거래법」, 「간접투자자산 운용업법」 등의 법률을 통합하여 창의적인 금융상품의 개발, 투자자 보호장치 보완 등의 내용을 포함하고 있으며 '09.2.4일 그 시행을 앞두고 있음.
- 의료채권법의 시행시기를 맞추어 의료채권이 자본시장통합법 적용을 받을 수 있게 해야 함.

☐ 의료채권 발행과 관련하여 그 발행기관, 발행총액, 자금 사용용도 등에 대해 규정하여 발행이 필요한 비영리법인에서 의료채권발행이 가능하도록 하되, 그 발행총액과 자금 사용용도를 법률에서 제한함으로써 바람직한 방향으로 의료서비스산업이 육성될 수 있도록 하여야 함.

1) 발행기관

- ☐ 채권발행기관은 주로 민간의료기관인 의료법인 또는 의료기관을 운영하는 비영리법인이 될 것으로 예상됨.
- ☐ 국공립병원 등 공공보건의료기관의 경우 정부나 지방자치단체로부터 예산 지원을 받고 있고, 필요시 국공채 발행을 통해 필요한 재원을 조달받을 수 있으므로 채권발행 대상기관에서 제외 가능할 것으로 판단됨.

2) 발행총액

- ☐ 발행총액을 순자산액의 4배 이내로 제한하는 규정을 마련하여 의료채권자의 이익을 보호할 필요가 있음(상법 준용).
- ☐ 상법에서는 사채권자의 담보가 되는 회사의 순자산액의 4배 이상으로 사채를 발행하지 못하게 한 것인데, 이는 사채발행시의 제한에 불과하여 회사가 그

후에 개별적으로 차입하여 많은 채무를 부담하면 사채권자의 보호에 의미가 없어 그 실효성은 의문이 있음.

- 1995년 이전 상법에는 자본과 준비금의 총액의 2배 초과, 현존하는 순자산액의 2배 초과하여 발행하지 못하도록 규정하였으나, 1995년 개정이후 회사의 타인자본조달을 원활히 하기 위해 제한을 완화함.

3) 자금 사용용도

- ☐ 일반 회사와 달리, 의료기관에서 제공하는 의료서비스는 공공재의 성격이 강하므로, 채권발행을 통해 조달된 자금을 일정용도(예. 의료기관에서 의료장비 및 시설 확충, 의료나 의학에 관한 조사·연구 등)에만 사용하도록 제한하여 의료업의 발전과 의료서비스 확충에 제한할 필요가 있음.

라. 의료채권 발행 기대효과

- ☐ 제도적으로 비영리법인의 의료채권발행을 허용함으로써 신규자금 수요 및 유동성 위기 등에 효율적으로 대응하고 자금을 안정적으로 조달할 수 있도록 하여 의료기관의 경쟁력을 높이고 의료서비스를 개선할 수 있을 것임.
- ☐ 또한, 채권발행을 위해서는 신용평가(또는 외부감사 수감, 재무정보 공개)를 거쳐야 하므로, 의료기관의 회계 투명성을 확보할 수 있을 것임.

Ⅲ. 의료 질 향상 체계 정비를 통한 서비스 질제고

1. 현황 및 문제점

가. 현황

- ☐ 보건복지가족부 주관으로 의료서비스 수준향상을 도모하며 소비자의 알권리 증진 등을 목적으로 2004년부터 의료기관 평가 제도를 실시해오고 있음.
- ☐ 2000년 건강보험심사평가원이 설립된 이래 적정성 평가를 실시해오고 있으며 최근에는 임상의료 영역의 질 평가 부문으로 적정성 평가를 확대해가고 있음.
- ☐ 최근 정부 내에 질 평가에 대한 관심이 높아지면서 각 부서별로 다양한 병원의 질 평가를 실시 중이거나 계획 중임.

<표.1> 각종 병원대상 평가 현황 : 보건복지가족부 주관

구 분	도입 시기	평가대상	평가주체
응급의료기관평가	2002	응급의료기관 (총 446개소)	보건복지가족부, 중앙응급의료센터, 지방자치단체
요양병원적정성평가	2003	전체 요양기관	보건복지가족부, 건강보험심사평가원
의료기관평가	2004	종합병원 및 300병상 이상의 병원	보건복지가족부, 한국보건산업진흥원, 대한병원협회
지역거점공공병원운영평가	2006	지역거점공공병원 (총 40개소)	보건복지가족부, 한국보건산업진흥원
암검진의료기관평가	2008	암조기검진 실시 의료기관 (총 2,893개소)	보건복지가족부, 국립암센터
한방의료기관평가	2010	70병상 이상 한방병원	보건복지가족부, 한국보건산업진흥원
치과의료기관평가	2010	치과의료기관	보건복지가족부, 한국보건사회연구원
암전문의료기관평가	2010	암전문 의료기관	보건복지가족부, 국립암센터
종합전문요양기관		종합전문요양기관 지원대	보건복지가족부, 진흥원

구 분	도입 시기	평가대상	평가주체
인정평가		상병원	
만성질환평가	예정	종합병원급	보건복지부,질병관리본부

- 이러한 정부의 질평가 관련 정책의 도입은 국내 의료기관들에게 질에 대한 관심을 높이는 계기가 되는 한편, 소비자들에게도 의료기관을 선택할 수 있는 정보를 제공하는 단초를 마련했다는 점에서 정책적 의미를 부여할 수 있음.
- 그러나 의료기관 평가를 중심으로 제도 시행 4년째 접어들면서 지속적인 질 향상을 위해 오히려 걸림돌이 되는 현안 과제들이 제기되고 있어 정책개선이 요구되고 있음.

나. 문제점

1) 질 평가 정책이 급증하면서 정부 내 중복 및 행정의 비효율성 제기

- 각종 정부평가들이 늘어나면서 의료기관들의 평가에 대한 준비부담이 가중되어 각종 민원이 제기되고 있는 실정임.
- 질 평가는 전문성을 갖추고 체계적으로 발전되어야 하는데 반해 각종 정부평가가 난립될 경우 질 평가의 타당성을 도모하기 어렵고 정책 간 조율도 어려울 수 있음.
- 대표적인 예로서 의료기관 평가의 임상 질지표 평가와 심사평가원의 적정성 평가 중복을 들 수 있으며,정부의 중복평가를 일원화하고 불필요한 평가를 줄여갈 필요가 있음.

2) 타 정책 부문과의 연계 미흡

- ☐ 현재 질 평가 기준들에 대해 건강보험 수가에서 보상받지 못하는 기준이 존재하고 평가기준과 보험심사기준과 불일치하는 경우들이 있어 세부 질평가 기준이 정부의 권장기준에 부합하는지 재검토가 필요함.
- ☐ 평가결과에 따라 구조적으로 질적 수준이 낮은 영역에 대한 정책개선 노력이 미흡함.
(예: 응급실, 중환자실 문제, 감염관리 문제)

3) 평가정책의 예측성과 체계성 정비 필요

- ☐ 의료기관 평가의 단계적 발전방안과 청사진이 제시되지 않은 채 주기별로 정책변경과 실행이 추진됨으로써 의료기관 단위에서는 충분한 시간을 소요하여 기준을 개발하고 점검하는 것이 불가능하며, 정책의 예측성을 확보하지 못하여 결과적으로 제도의 신뢰성을 저하시키는 원인이 됨.
- ☐ 평가체계 내 각 이해주체들의 역할, 즉 평가위원회나 실무위원회, 사무국 등의 역할과 회의개최 요건, 업무수행 과정에서 실무주체인 보건산업진흥원과 병협의 세부 역할분담 등이 논의되고 이를 명시하는 규정들을 마련하는 것이 체계적인 운영의 기본 전제조건이 되어야 하나, 이러한 규정이 미흡하며 평가체계에 대한 절차가 체계적으로 정비되지 못함.
- ☐ 평가도구 등을 평가시기 공지가 임박하여 제시함으로써 기관의 근본적 질 개선 노력을 어렵게 하는 주요 요인이 되는 한편, 기관의 행정부담 과다와 임시대응을 유발할 수 있으므로 개선이 필요함.

4) 평가내용(항목)의 타당성에 대한 개선 필요

- ☐ 평가기준과 항목이 책정된 예산 및 평가기간과 평가요원의 역량에 비추어 과다하여 내실 있는 평가가 이뤄지지 못하고 있어 개선이 필요함.
- ☐ 평가기준 및 항목이 비현실적이거나 이상적이어서 현장과 괴리가 있어 정비가 필요함.
- ☐ 지속적인 개선이 진행되고 있음에도 불구하고 비용유발적인 항목이 과다함.
- ☐ 임상 질 지표에 대해 다음의 문제점들이 제기되고 있는바 개선이 필요함.
 - 국내 질적 문제의 우선순위와 기관의 요구도를 제대로 반영하지 못하고 있음.
 - 본래 차용한 기준 셀의 타당성을 유지하지 못함으로써 기준의 타당성에 대한 논란이 제기되고 있음.
 - 건강보험수가 등 다른 정책여건과의 조율이 미비함.
- ☐ 환자만족도 조사 포함의 적절성
 - 조사목적과 특성을 고려할 때, 국가가 보증해야 할 최소 영역에 속하는지에 대한 논란이 제기되고 있음.

5) 평가운영체계의 질제고 필요성

- ☐ 평가요원 교육의 질 문제
 - 교육내용이 이론적이고 요원 간 변이를 줄이거나 현지조사에서 예견되는 문제점을 대응하는 실습과정이 부재하여 평가요원 교육프로그램 정비가 필요함.
- ☐ 비현실적인 조사일정과 조사비용
 - 조사일정은 1박2일인데도 불구하고 평가문항이 많아 현실적으로 조사수행

의 타당성을 확보하기 어려움.

- 조사요원의 숙식 지원 예산 등이 미흡하여 경험된 평가 요원 풀 확보를 어렵게 하고 구조적으로 조사기관의 지원에 의존할 수밖에 없는 현실이 초래되고 있음.

6) 질평가체계의 기술적 노하우를 체계적으로 발전시켜나갈 구심점 부재

- ☐ 실무업무 담당이 보건산업진흥원과 병협으로 이분되어 있는 반면 이분화 된 구조를 통합적으로 주도해가는 구심점이 부재하고 제도의 기술적 발전을 도모할 전문적인 리더십이 미약함.

7) 평가결과 활용의 적절성 문제

- ☐ 순위공개와 개별 기관대상 보고서가 배포되고 있으나 대외적으로는 순위공개에 초점이 모아져 기관들이 자료들을 내실 있게 내부 개선에 활용할 수 없는 현실적 제약이 있음.
- ☐ 평가결과와 세부 내용에 대해 대상 기관들이 벤치마킹할 수 있는 정보지원이 미흡함.
- ☐ 평가요건에 포함되어 있는 각종 지침마련 등은 개별 기관들이 마련하기 어려운 자료들임에도 불구하고 평가만 있을 뿐, 기관들이 질 개선이나 평가기준에 대비하기 위한 지원 자료는 미흡할 실정임.
- ☐ 여건이 취약한 기관들에 대한 기술적 지원체계가 부재함.

2. 향후 개선방안

가. 정책의 예측성과 투명성 확보를 위한 기반마련

☐ 질 향상이라는 포괄적 정책 목표 하에 정부정책의 청사진이 마련되고 제안되어야 함.

☐ 단계별 정책목표 제시와 이에 대한 유연한 접근전략이 수립되어야 함.

- (예)

1단계 : 질 개선의 필요성과 인지도 제고 : 법에 따른 강제평가

(1~2주기 평가 운영에 따른 효과가 이에 해당함 :그간의 제도운영의 효과)

2단계 : 질 개선을 위한 제도의 유연화

- 이원화된 체계:

• 정부는 국가가 보장해야할 최소 기준에 의거한 평가

• best quality 에 대해선 시장의 다양한 평가기전이 작동하도록 개방

• 정부와 민간의 다양한 평가정보를 소비자들이 쉽게 접근할 수 있는 정보 제공과 지원

☐ 정부 내 주무과 중심으로 중복해소 및 협조체계 마련

- 현재는 관련 과간 명시된 의무규정이나 협조체계 없음.

- 의료기관 평가 결과에 대한 공유, 보험체계 지원을 정기적으로 논의할 수 있는 공식회의체와 일정명시

☐ 가칭 질 향상 촉진법 제정을 통해 질 평가의 남발을 막고 각종 정보생산에 따른 보호 장치 마련, 정부의 지원 근거 마련

나. 평가주체 정비

□ 단기 방안(1-2년) : 평가주체의 구심점 확보

- (가칭) 의료기관 평가사업단 구성
- 전문가 중심의 사업운영 주체 : 체계적인 사업계획과 진행, 사업에 대한 기술지원
정부 주무과는 행정감독 중심의 역할
- 의료기관평가위원회의 의사결정 지원자료 제공
- 전담조직 구성 준비와 진행

□ 중기방안 (3-5년) : 전담조직 구성

- 평가전담조직 설립을 검토함.
- 설립주체의 ownership :
 - 1안 - 정부와 민간의 공동 재원조달
 - 2안 - 정부가 설립비용 지원, 이후 운영비용은 자체 조달
(인증신청시 일부 비용을 피평가기관이 부담)
→ 평가의 질을 높이고 궁극적으로 피평가기관에 대한 지원서비스를 강화하여 기관의 질 개선을 견인할 수 있는 장점이 있음.
- 독립성과 전문성 확보를 위한 조직의 위상 확보가 성공의 최대 관건
프랑스 경우처럼 행정부와 국회의 중간 지점.
조직의 장과 governing body에 대한 고정 임기
- 현재 심사평가원의 평가기능과 통합하여 명실상부한 질 평가 전문조직으로 확대발전
- 정부 주요 과들이 시행하는 기관평가 위탁사업자로서 역할

다. 평가내용과 도구 정비 (조우현 등, 2007 참조)

- ☐ 역량에 맞게 평가내용 정비
 - 환자만족도 조사 폐지
 - 임상 질 지표는 심평원의 평가로 일원화
 - 임상 질 지표 관리활동에 대한 총괄 평가만 담당
- ☐ 평가기준 현실화
- ☐ 비본질적이고 논란이 많은 항목을 축소

라. 평가요원 교육과 운영체계 정비 (조우현 등, 2007 참조)

- ☐ 단기 방안
 - 조사과정의 효율성 제고
 - 조사항목에 대해 특정 영역의 평가요원을 명시하지 않고 조사요원이 다양한 영역을 평가하게 함으로써 개별 조사요원의 시간을 탄력적으로 활용하고 기능(function) 및 과정(process)평가체계를 위한 인프라를 구축함.
 - 팀별 조사요원수와 조사항목을 축소하여 1박2일의 제한된 시간에 내실 있는 평가가 이루어지도록 함.
 - 불필요하거나 덜 중요한 항목을 줄이고 중요한 평가항목 중심으로 축소함.
 - 교육예산 투자를 통한 교육 질 개선
- ☐ 중기 방안
 - 중장기적으로 사이버 교육과 평가요원 풀 확보를 모색함.
 - 평가요원 인증프로그램 운영함.

마. 평가결과 활용

☐ 단기방안

- 피 평가 기관 중심의 벤치마킹 보고서 내용을 정비함.
- 결과공개 방식을 현재의 세부영역별 공개해서 포괄적 등급에 따른 인증유무로 변경함.

☐ 중기방안

- 피평가기관에게 웹기반 벤치마킹 데이터를 제공함.
- 평가기준에 제시된 지침자료를 표준화하고 지원함.
- 질관리 기술지원서비스를 제공함.
- 소비자에 대한 상설 정보제공 사이트를 개설, 운영하여 상시접근이 가능하게 함.

IV. 의료분쟁조정 제도화 및 재원대책

1. 논의배경

- 의료인과 환자 사이에 발생하는 의료분쟁을 합리적으로 해결하기 위한 조정 제도를 마련함으로써 국민의 피해를 신속·공정하게 구제하고 의료인 등의 안정적인 진료환경을 조성하기 위함.

가. 의료사고 비용 증가

- 의료사고 증가에 따른 국민의료비 증가 추세
 - 2004년 국내 GDP 대비 국민의료비 지출 비율은 5.6%로 OECD 국가들 중 가장 낮으나, 1991년부터 2004년까지 OECD 국가들의 연평균 약 1.55% 증가율보다 높은 연평균 2.06%의 증가율로 조사됨
 - 2007년 기준 국민 의료비는 GDP 대비 6.2%(약 60조)로 추산되고, 주요 선진국 의료비가 매년 1% 증가하는 데 비해 우리는 약 13%정도 증가하고 있어 3~4년 내 주요 선진국 수준에 이를 것으로 예상
 - Harvard Medical Practice Study의 의료 과오(Adverse Events) 발생비율 산출 방법을 적용하면, 2007년 기준 국민의료비 60조의 3.7%인 의료사고비용 약 2조 2200억 원 중 58%인 1조 2880억 원의 절감 가능

나. 의료사고로 인한 손실

- 의료사고 후유장애로 인한 노동능력 일부상실 등 의료과오로 인한 국가 경제적 손해 발생
 - 의료사고 후유장애로 고령화 사회에서의 가족의 생계부담 가중 및 자녀의 교육기회 상실 등 장기적 파급효과 발생하여 국가적 문제로 대두

- 현재 65세 이상 인구비율이 7%를 넘는 '고령화 사회'이며 2019년에는 그 비중이 14% 이상인 '고령사회', 2026년에는 20% 이상인 '초고령화 사회'로 진입 전망
- 경제인 한 명이 노인 한 명을 부양해야 하는데, 의료과오로 인한 노동력 상실 건수의 증가는 당장 가족의 부담이 가중되고, 장기적으로 국가적인 문제임.

다. 의료분쟁의 해결 필요성

☐ 의료분쟁으로 인한 진료환경의 불안

- 환자 입장에서는 의료소송이 계란으로 바위 치기라는 불신감으로 소송보다는 농성, 폭행, 협박 형사고소 등으로 해결하려는 경향이 있음.
- 의료소비자는 합리적인 해결방법을 찾지 못해 정당한 배상을 받지 못하고 의료인은 대의적 위신 추락과 의권의 침해를 당해 안전한 진료환경이 조성되지 못하고 의료인은 능력을 충분히 발휘할 능력을 차단당하여 결국, 의료의 비효율화 및 환자의 경제적 손실로 이어짐.
- 합리적 해결방법 부재로 인한 정당한 배상 기회 박탈이 안전한 진료환경에 위협 요소로 작용하여 이에 대한 조치가 시급함.

☐ 사고다발 전문과목의 인력부족 현상 해소

- 사고다발 전문과목의 전공의 부족현상 및 의료인의 능력 차단 유발 등 의료의 비효율화 및 환자의 경제적 손실 유발 해소가 필요함.

☐ 의료사고 위험으로 인한 방어진료 및 의료비 증가

- 의료사고 유발에 대한 불안감으로 진단을 위한 불필요한 검사와 과잉진료 유발 및 구급진료 기피는 환자 생명에 대한 위협과 의료의 신뢰 실추를 유발할 수 있음.

- 의료분쟁으로 인한 소송비용 및 배상책임보험 관련 비용 증가는 의료비 상승 요인으로 작용함.
- 1983년 대한의학협회공제회에서 실시한 “개원의 분쟁관련의식조사” 결과에서 의료분쟁에 대한 “부담감을 느끼지 않는다”는 응답은 6.3%(168명)에 불과하고 “많이 느낀다”가 53.1%(1,425명), “보통이다”가 40.4%로 집계됨.

- 의료분쟁은 분쟁당사자인 환자와 의료인이 지출하는 직접비용뿐만 아니라 분쟁해결에 소용되는 시간 비용 등 사회적 비용 유발
- 2005년 건강보험 진료위험도 상대가치연구개발 최종보고서에서 전체 의료분쟁 해결의 총비용이 우리나라 전체의료비용의 약 1%에 해당하는 약 1,850억원으로 추계됨.
- 특히 고령화 사회에서 경제인의 노동능력 상실은 노인부양문제에 지장을 초래하여 전체 국민경제에 타격을 유발할 수 있음.

라. 현 제도의 문제점

- 의료분쟁은 급증하고 있으나 현행 의료법에 의한 분쟁해결절차로는 이와 같은 분쟁이 효과적으로 해결될 수 없으며, 의료분쟁의 전문성으로 일반 민사소송을 통한 법원의 문제해결에만 의존할 수 없음.
- <의료분쟁조정법>은 지난 1980년대 의료단체의 입법 요구를 시작으로 지난 1990년대부터 본격적으로 제기되었으나 의료분쟁 조정과 관련된 수많은 입법시도와 의견이 분분하여 각 계의 참여한 이해대립과 기금확보의 문제로 현재까지 약 20년째 표류하고 있는 실정임.

2. 기존법률

- 아직까지 의료분쟁의 해결은 <의료분쟁조정법>의 부재로 인하여 민사상 불법행위로 인한 손해배상청구나 채무불이행청구에 의하여 해결하고 있음(형사사

건별도).

- 현행 의료법상의 ‘의료심사조정위원회’는 법제도적 정비가 미비하여 현실적 분쟁해결에 실효성을 갖지 못함.

* 부록1 -관련 ‘의료법’과 ‘의료법 시행령’ 내용

- 기존의 <의료분쟁조정법안>은 여러 가지 쟁점사항이 있고 이에 따라 각 당사자간에 이해관계가 첨예하게 대립됨.

* 부록2 - 역대 추진 법안 주요내용 비교 및 쟁점사항

- 가장 논쟁이 되는 부분인 ‘재원조달’의 문제는 기존의 법안들이 책임보험이나 공제조합을 통하여 해결하고자 하였으나 이것 또한 의료인들의 자발적 참여를 유도하기 어렵고 비용이 많이 드는 문제점을 내포하고 있음.
- 따라서 재원조달에 대한 새로운 기전이 필요함.

3. 외국의 현황

가. 의료분쟁

1) 영국

□ 기관

- 국립환자안전청 (National Patient Safety Agency, NPSA) : 연간 의료사고 발생 건수를 공식 발표
- 닥터포스터 (독립적인 의료서비스 조사기관) : 공식적인 의료사고 통계를 발표
- ‘국민건강서비스(NHS)’ : 의료사고가 났을 때, 조사 분석을 통해 보상 여부를 판단
- NHS Litigation Authority (NHSLA) : 의료과오 소송에 대한 보상 기관
 - 소송에 관하여 지속적으로 책임짐.

- 소송과 관련된 재정적인 결과 관리 및 미래 예측 비용을 보건부(the Department of Health)에 권고
- NHS 소송범위 이외에 발생하는 여러 가지 문제에 대하여 보건부에 권고
- NHS를 통해 위험관리기준을 만들고 관리
- 관련 판례법 개발에 대한 핵심정보 제공 및 the Human Right Act 이행을 위하여 NHS를 지원
- NHS 일차의료조직 간의 논쟁을 해결하기 위하여 적절하고 즉각적이며 비용-효과적인 기전 제공 하고 환자들을 위한 서비스를 찾아 제공
- NHS기관의 equal pay와 관련된 소송에 대한 지원과 권고
- 의사방어기구(Medical Defence Union, MDU) - 회원인 의사가 과실이 있다면 그 책임을 떠맡아 손해배상액을 지불
- 의사와 환자 사이에 발생하는 갈등을 상담 및 해결
- 법의학영역에서 훈련된 의사들이 고용되어 24시간 일함.
- 비영리 상호부조기관이며, 재정적으로 독립되어 있음.

□ NHSLA의 구조와 그 역할

- 임상 의료과오청구와 비임상 체계 하에서의 청구에 대한 소송을 처리하기 위해서 변호사인 두 명의 전문위원을 임명
 - Lane Clark & Peacock - 보험료와 관련하여 보험회계 조언
 - Det Norske Neritas(DNV) - 임상·비임상 조직의 표준에 대해 모든 트러스트에 대한 평가를 포함한 위험관리 조언
- 두 개의 자문기구 보유
 - The Professional Advisory Panel(PAP) - NHSLA에 의해 이루어지는 연구에 대한 조언을 하며, 임상문제에 대해 전문지식을 제공하는 Royal Colleges와 다른 기관들이 책임을 짐.
 - The Policy Advisory Group(PAG) - NHSLA의 업무에 대해 구성원들의 관점에 영향을 미치는 NHS기관의 책임자들로 구성

□ 분쟁해결

- MDU 가입한 의사는 개인 상담서비스로 도움을 받고, 환자와 의사간의 갈등을 대화로 해결하는 방법이 주로 권장됨.
- 실제로 접수된 분쟁건수 중 95% 가량이 환자에 의해 철회되거나 법정 밖에서 해결
- 영국의 의료체계상 의료실수로 입은 손상도 환자의 부담이 아닌, 무상치료로 처리되므로 소송에의 동기부여가 작음.
- 이러한 요인들에 의해 영국에서의 의료분쟁이 법정시비로 비화되는 비율이 매우 낮고 MDU 가 갈등해결의 큰 몫을 담당하고 있음.

2) 미국

□ 1970년대와 1980년대 두 차례에 걸쳐 의료소송 위기를 겪으면서 의료분쟁이 증가하고 손해배상액이 폭등하면서 상대적으로 의사의 부담도 커짐.

- 이러한 의사들의 부담은 의사들이 진료 이외에 부담을 갖게 함으로써 의료서비스의 질을 낮추고, 또 의료비용의 증가로 이어져 궁극적으로 의료소비자에게 피해가 돌아감.
- 따라서 의사들의 의료소송의 위협으로부터 보호하기 위한 노력들이 있어왔는데 미국의 각주들이 불법행위법에 대한 개혁입법으로 여러 조치들을 내놓았고 또 다른 한편으로 미국의 공적 의료보험의 일종인 메디케어와 메디케이드(Medicare & Medicaid)에서의 위험도 비용산정을 들 수 있음.

□ 절차

- 소송전치주의 - 법원 제소에 앞서 중재위원회 또는 심사위원회의 사전 심사를 거침.
- 피해자는 변호사와 함께 의사에게 이의제기를 하고 의사는 이에 대하여 보험사에 이의 제기사실을 알리고 해결비용을 청구함.

- 비용부담
 - 상호보험(mutual insurance) - 의사들끼리 운영
 - 공동계약조합(joint underwriting association) - 의사와 병원이 소유주
 - 환자보상기금(patient compensation fund) - 의사책임보험제도를 보완하기 위하여 주정부차원에서 만든 것으로 의료사고 배상책임보험이 담보하는 배상액을 넘는 배상액에 대하여 주정부가 2차적으로 보상

□ 각 주들에서 이루어진 불법행위법 개혁의 주요 내용

- 의료소송의 제소기간을 단축
- 무분별한 소송을 방지하기 위해 소송비용의 증가
- 손해배상액을 제한
- 입증책임이론에서 일응추정이론(res ipsa loquitur)에 따른 과실추정을 금지하는 주증가
- 손해배상책임의 상한을 설정
- 표준임상기준에 따른 진료행위를 한 경우 과실책임을 묻지 않는 방법을 택하기도 함.

□ 미국은 의료체계에 있어서도 사회보험보다는 자유주의적 경향이 지배하고 있어서 공적 의료보험인 메디케어와 메디케이드에 참가하여 의료서비스를 제공할지 여부도 의료기관의 자율적 선택에 맡겨져 있음.

- 이에 따라 의료기관이 공적 의료체계에 편입을 유도하기 위해 의료소송으로 인한 손해배상액을 보전해주기 위한 조치로서 의료행위 위험비용을 의료수가에 반영하고 있음.
- 공공보험 medicare & medicaid에서는 MP(Medical Malpractive) RVU(Relative Value Units) 라는 형태로 의료사고 발생시에 발생하는 비용의 일부를 보험자가 미리 지급함.
- 미국의 경우에 의료과오로 인한 손해배상책임의 조정 및 제한은 법률적인

이론에 의해서라기보다는 정책적인 요구 내지 사회현상과 관련이 깊음 .

3) 일본

□ 의료소송은 민사조정법에 의한 유과실 배상책임으로 이루어지며, 분쟁조정은 의사배상책임보험을 매개로 한 보험자조사위원회, 배상책임심사회를 통해 의사 측과 환자 측 사이에서 이루어짐.

- 한편 이러한 의사배상책임보험 외에 의사배상상업보험도 존재하며, 의약품 부작용 피해구제제도와 예방접종 부작용에 따른 배상제도는 별도로 운영함.

□ 일본 의사배상책임보험(의배책보험)의 사업 현황

- 일본의사회가 보험계약자로 직접 보험회사와 계약을 체결, 판매수수료 등은 받지 않음.
- 의배책보험은 보험회사가 금융청(당시, 대장성)에 제도와 보험료 등의 인가 신청을 해서 인가를 취득한 1973년 7월에 제도가 발족, 운영은 보험회사가 공동으로 운영하는 형태로 동경해상이 간사회사가 되고, 손해보험Japan, 산정주우해상보험, 일본홍아손해보험에 의해 운영함.
- 의료배상보상기전에서 배상책임심사회의 성격은 일본의사회에 소속된 조직이고, 여기서 심사를 하는 의사과외 판단에 대한 심사기준은 공개하지 않음
- 각 과별로 보험요율은 단일 보험요율이 적용되고 보험요율을 산정하는 기준은 보험료 + 배상금을 기준으로 정해지며, 보험자는 일본의사회와 보험상품 중의 하나로만 계약되고 의사회와는 서로 도움을 주고받음.

□ 의배책보험에서 소송사안의 처리

- 사고접수는 도도부현 의사회나 일본의사회 사무국이며 도도부현에서 100만엔 이상의 사건에 대해서는 일본의사회로 사건을 의뢰
- 사고조사는 보험회사의 조사위원회에서 담당하고, 여기서 배상심사를 요청

하여 소집

- 이후 일본의사회에 소속된 배상책임심사회에서 책임에 대한 유무 및 배상액을 결정하여 보험회사의 조사위원회에 결과 통보
- 조사위원회는 일본의사회에 접수시킨 후, 보험회사에서 보험금 지급
- 재판 외 교섭은 심회의 판정을 기준으로 교섭하고, 해결
 - 재판과 조정은 재판소에서 제시한 해결금액을 검토해서 해결
- 일본의 일부지역의 지방재판소에서는 의료집중부가 있어서 재판소에서 선발하는 중립적인 전문의 3명(동경지방법원)을 채용하여 의견을 제시하도록 함.

□ 배상과정과 기준

- 재판 외 분쟁해결 과정에 소요되는 제반비용의 반영 방법으로 의배상책임보험은 배상한도액이 1사고 당 1억 엔이고 변호사비용 등은 별도로 구성
 - 변호사비용 (보수금액)은 재판 외 교섭, 민사조정, 재판의 순으로 많아짐.

□ 의사의 과실에 의한 것이 아닌 사고에 대한 보상제도

- 의약품부작용피해구제제도: 의약품을 적정하게 사용했음에도 불구하고 발생한 작용에 대해 건강피해를 구제받을 수 있는 제도로 기금은 제약회사와 의약품 수입회사에서 배상을 위한 기금을 마련하고 국가는 행정운영비용의 50%만을 보조
- 예방접종건강피해구제제도: 법정예방접종을 받은 경우에 발생한 부작용에 대한 피해구제
- 생물유래제품감염등피해구제제도: 2004년 4월 1일에 ‘생물유래제품감염등피해구제제도’구축, 이는 생물유래제품을 적정하게 사용했음에도 불구하고 그 제품으로 인해 감염이 되서 입원이 필요한 정도의 질병이나 장해 등의 건강피해에 대해 구제급부를 하는 제도
 - 감염후의 증병을 예방하기 위한 치료나 2차감염자 등도 구제의 대상, 운영은 의약품부작용피해구제제도와 동일함.

- 산부인과의료보상제도: 출산에 수반하여 발생한 뇌성마비아를 구제하기 위한 제도로 창설 준비가 진행 중임.

4) 스웨덴

☐ 위험한 활동에 대하여 보험에 가입하는 것이 스웨덴 삶의 오랜 전통

- 1974년 산재보험, 1975년 의료사고보험, 1978년 약화사고보험

☐ 환자보험제도

- 의료기관을 실질적으로 책임지고 있는 광역의회 상호간의 동의에 의해 성립, 단체협약의 성격
- 민간부문에서 종사하고 있는 의사들의 보험료의 비중이 낮아 그 역할이 미미하여, 운영은 4~5개의 민간보험회사가 연합체를 조직하여 별도의 조직과 사무실을 두고 보상업무 담당

☐ 절차

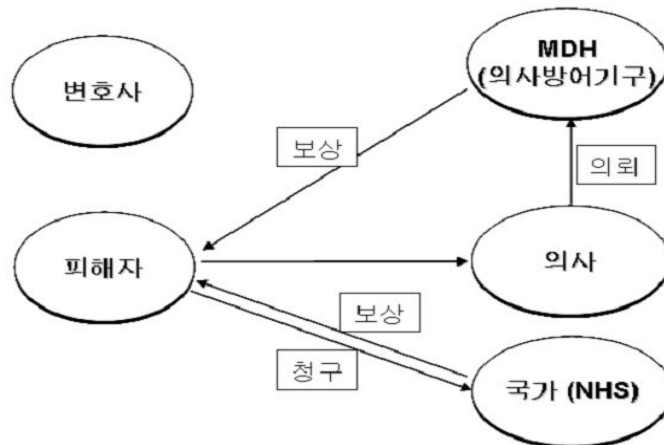
- 환자가 보상에 대하여 병원에 신청하면 이를 조사하고 보상해줌.
- 불복하면 환자상해위원회에 청원
- 위원회의 조정안에도 불복하면 중재위원회에 항소 가능
- 급여의 대부분이 병원에서 이루어지고 있고, 모든 절차가 무료로 행해지므로 환자는 법정에 소제기가 가능
- 정부의 세금으로 재원을 조달하지만 그 운영은 민간보험회사연합기구를 활용하며, 동시에 공공·민간조직 간 협의체를 효율적으로 운영함으로써 환자 보험제도에 많은 경비가 들어가지 않음.

5) 뉴질랜드

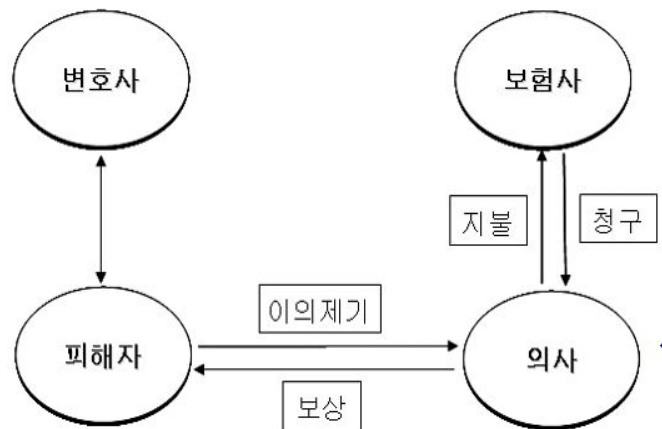
- ☐ 1974년 모든 국민을 대상으로 한 사회복지제도와는 별개로 운영되는 특유의 사회보험조직인 사고보상공사(Accident Compensation Corporation, ACC) 설립
 - 지역사회의 공동책임, 포괄적인 자격부여, 완전한 재활추구, 현실적인 보상, 행정적 효율성
- ☐ 절차
 - 환자가 ACC에 보상 청구
 - 불복하면 재심청구 가능
 - 재심의 대상은 환자의 손상이 의료사고에 의한 것인지의 여부, 보험료 납부의 의무 확인 및 보험료액의 적정성 여부, 재활보조실시의 여부, 기타 보상에 관한 사항 등
 - ACC의 재심결과에 불복하면 사고보상항소원(Accident Compensation Appeal Authority, ACAA)에 항소 가능
 - ACAA 와 ACC는 별개의 기구로서 사법부의 지원으로 운영되며, 2명의 판사로 구성
 - ACAA 의 결정에 불만족스러우면 재항소권을 행사하여 고등법원과 대법원에 소송제기 가능
 - 사회보험방식으로 소요비용을 조달
 - 소득이 있는 사람에 있어서는 연간급여를 기준으로 하는 사용자 부담분과 자영자의 소득을 기준으로 하는 자영자부담을 부과하고, 무소득자의 경우에는 정부의 지원금으로 충당

나. 의료 분쟁 처리 절차(부록3 참조)

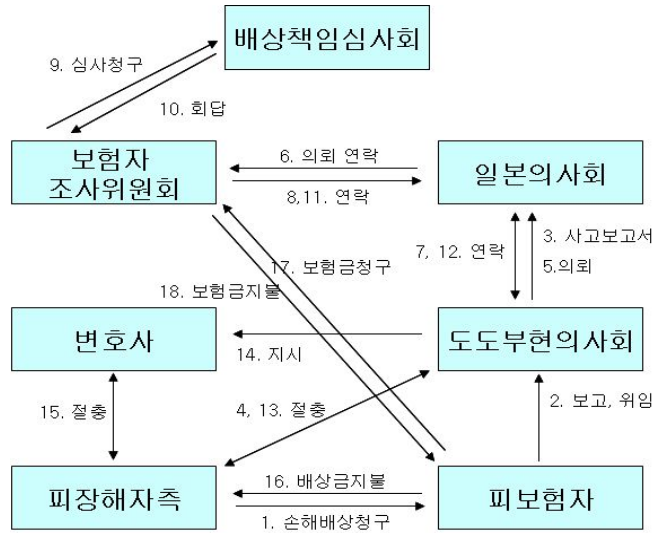
(1) 영국 분쟁처리흐름도



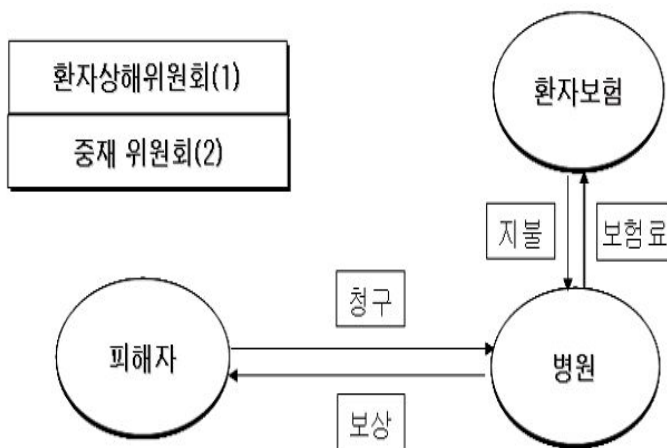
(2) 미국 분쟁처리흐름도



(3) 일본 분쟁처리흐름도



(4) 스웨덴 분쟁처리흐름도



(5) 뉴질랜드 분쟁처리흐름도



4. 정책방향

가. 추진방향

- ☐ 각종 의료분쟁에 관해 종합적 판단을 내릴 수 있는 전문 기구 구성
 - 과실 여부 불문한 각종 의료분쟁 및 의료 관련 제반 분쟁에 관해 1심 법원 판결에 갈음하는 결정을 내릴 수 있는 전문 기구 설립
 - 전문적이고 공정한 제3자적 지위의 전문 기구 운영으로 분쟁당사자 모두의 신뢰성 및 공정성 담보
- ☐ 기존 위험도 상대가치 비용 일부 또는 전부의 기금화
 - 의료분쟁 조정결과에 따른 배상금으로 활용하여 의료분쟁으로 인한 사회적 비용 절감
 - 의료분쟁 전문기구 설립 및 운영 위한 기초자금으로 활용

나. 주요 추진내용

- ☐ 효과적인 의료분쟁 조정을 위해서는 의료분쟁조정위원회를 구성하여 운영하고, 의료분쟁조정을 위한 재원조달방안 등의 내용을 담은 의료분쟁조정법을 제정해야 함.

1) 의료분쟁조정위원회 설립

가) 설립목적 및 필요성

- ☐ 의료 고도화 및 의료기관 증대, 의료소비자 주권에 대한 인식 고양으로 의료 분쟁이 급증하고 있으나,
 - 현직 의료인의 자문에 의존한 법원의 의료분쟁 판결에 대해 전문성 및 공정성에 의문
 - 관련 소송 제기 시 과도한 비용과 시간이 소요되어 분쟁 당사자 간 갈등이 격화되는 등 합리적 해결이 어려움.
 - 의료분쟁 조정기구 단일화를 통한 국민 편익 증진 및 전문성과 공신력 갖춘 분쟁 조정 유도

나) 추진계획

- ☐ 의료사고 및 의료 전반에 관한 분쟁 해결 위한 『의료분쟁조정위원회』 설립·운영
 - 의료과실에 의한 의료분쟁 및 무과실 의료사고, 기타 의료행위와 관련된 각종 분쟁해결 위한 조정·중재 전문 기구 신설

- 보건복지가족부 산하 독립기구로 운영

□ 의료분쟁 해결 위한 전문성 및 공정성, 실효성 확보

- 의료분쟁의 전문가로 구성된 자체 의료분쟁조사관을 확보하여 분쟁해결에 전문성 및 공정성 보장
- 조정·중재 결정에 대해 ‘재판상화해’와 동일한 효력 부여하고 필수적조정 전치주의 채택하여 제도의 실효성 확보

다) 세부추진계획

(1) 구성

- ‘중앙의료분쟁조정위원회’를 서울에 ‘지역의료분쟁조정위원회’를 부산, 대전, 대구, 광주에 각각 설치
- 위원회는 30인 이상 600인 이하의 조정위원으로 구성
- 조정위원의 자격은 의료인, 법조인, 공무원과 시민단체 중 의료분쟁관련업무에 10년 이상 종사한 자 중에서 법률이 정한 바에 따라 위촉됨.
- 조정위원 5인과 조사관 2인으로 구성된 ‘분쟁조정부’가 각 위원회에 설치되어 실질적인 의료사고의 조사와 조정업무를 수행함.

(2) 신분보장

- 조정위원 및 의료분쟁조사관등은 신분보장 등을 통해 전문성과 공정성 담보

(3) 주요 기능

- 의료 관련 분쟁에 대한 조정·중재 및 조직 운영

- ☐ 필수적 조정전치주의 통한 분쟁 당사자 합의 유도
- ☐ 의료사고에 의한 분쟁 발생시 의료과오 여부 감정 및 피해보상금 지급 결정
- ☐ 무과실 의료사고 발생시 의료인의 면책 범위 판단
- ☐ 의료사고로 인한 장애발생 등 배상범위 결정
- ☐ 위험도 상대가치 기금 운영 등 예산 집행
- ☐ 기타 의료인 간의 분쟁 및 의료자원 이용에 관한 분쟁 심사

(4) 기타

- ☐ 의료사고 피해구제 정책 수립 및 신뢰성 있는 의료 환경 구축 위한 교육 실시
- ☐ 무과실 의료사고로 인한 의료사고 피해보상금 제공 심사
- ☐ 의료분쟁 피해자에 대상 온·오프라인 법률 상담
- ☐ 현직 의료인 및 의과대학생 대상 의료법·의료윤리 현장 강의
- ☐ 합리적 의료분쟁 해결 위한 관련 연구 및 해외 동향 조사·분석

(5) 기대효과

- ☐ 공신력 있는 전문 분쟁해결 기구를 통해 의료분쟁의 신속하고 합리적 해결 유도
- ☐ 각종 의료분쟁으로 인한 사회적 비용 절감 및 의료의 질 향상 등 의료산업의 발전 유도
- ☐ 의료자원 공급 주체인 정부에 의한 의료자원의 효율적 분배 및 의료 피해보장 등 의료의 질 담보

2) 의료분쟁조정 재원조달 방안

가) 추진목적 및 필요성

- ☐ 현행 위험도 상대가치 비용의 사전 배분방식으로 인해 효율성 및 공평성이 저해되고 의료인의 책임 있는 의료행위에 대한 동기부여의 역할에 미흡
- ☐ 높은 위험도의 의료행위일수록 고도의 전문성과 주의의무를 통해 의료사고를 미연에 방지해야 함에도 장래 발생 가능한 의료사고에 대해 그 비용을 미리 지급한다는 점에서 논리적 설득력 부족

나) 국내 유사 제도 현황

- ☐ 국내에서 실시하고 있는 유사한 제도는 농림수산식품부 소관의 ‘농작물재해보험법’이 있음.
- ☐ ‘농산물재해보험법’은 자연재해로 인하여 발생하는 농작물의 피해 손해를 보상하기 위한 농작물재해보험에 관한 사항을 규정함으로써 농업경영의 안정과 농업생산성의 향상에 이바지함을 목적으로 함.
- ☐ ‘79~’80 농업재해보험제도 도입 타당성 검토를 시작으로 시험사업기간을 거쳐, ‘01. 1 ‘농작물재해보험법’이 제정됨.
- ☐ ‘03. 3 사과, 배에 대하여 본사업이 실시되었으며, ‘04. 3 복숭아, 포도, 단감, 감귤 본사업이 실시되었음. ‘07. 09 밤, 참다래, 자두의 시범사업 실시가 예정되어 있음.
- ☐ 농업재해보험의 의의와 필요성은 다음과 같음.
 - 농업재해보험은 농업경영 과정에서의 다양한 위험으로 인한 농가의 경제적 손실을 보험의 원리를 이용하여 보전함으로써 농가가 경제적 충격에서 벗어나 생산 활동을 재개할 수 있도록 하는 제도임.
 - WTO 협정으로 가격정책에 의한 농가 지원은 한계에 달한 상황에서 최근들

어 기상이변으로 인한 농산물 생산의 변동이 심하여 농가는 이중으로 어려움을 겪고 있어 WTO 협정에서도 허용하는 농업재해지원을 통한 농가 지원이 유용한 정책수단으로 등장함.

- 중앙재난안전대책본부(소방방재청)는 우리나라 사유재산 피해에 대한 지원 방향을 『재난구호+재해보험』의 이원구조로 설정하고, 각종 재난으로 인한 농림어업인의 재산 피해를 재해보험을 통해 보전하는 것으로 추진하고 있음.
- 전업화 될수록 농가의 경영위험은 증가함.

□ 대상농가

- 해당 품목을 1,500m² 이상 재배하거나 또는 가입금액이 300만원 이상인 농가

□ 보험사업자

- 2001년부터 농협중앙회가 보험사업자로서 보험 모집과 손해평가를 주관
 - 농작물재해보험법에는 민영보험사도 사업 참여가 가능하도록 규정
 - 국내 민영보험사는 현재 재보험에 참여

□ 책임분담 체계

- 자기책임 비율
 - 자기책임 비율은 20%와 30% 중에서 농가가 선택함, 즉 보장수준은 보험 가입금액의 70%와 80% 중에서 농가가 선택
- 재보험 체계
 - 농작물재해보험사업 안정기반 구축 및 활성화를 위해 국가재보험제도를 도입하고 기금을 설치하였음.('05)
 - 거대재해 위험(손해율 180%초과 부분)을 국가가 인수함으로써 민영보험사의 재보험 참여 등 보험사업 활성화, '06. 12월 현재 농작물재해보험기금 조성액이 약 435억원임.
 - 재보험 책임분담은 손해율 180% 초과 손해(거대재해)의 경우 정부가 국가재보험으로 인수하고, 손해율 180% 이하 손해(통상재해)의 경우 농협

(25%), 민영보험사(75%)인수함.

□ 정부지원

- 보험료 지원율: '01년 30% → '02~'03년 50% → '04년 50% → '05년 61.2% → '06년 58.4% → '07년 55.6%
- 운영비 지원율: '01 50% → '02년 70% → '03년 80% → '04년 90% → '05년 이후 100%
- 영업보험료(보험료+운영비) 농가부담율: '01년 50% → '02년 41% → '03년 39% → '04년 38% → '05년 29% → '06년 32% → '07년 34%

□ 농작물재해보험의 시사점

- 현재 재배되고 있는 품목들에 비하면 농작물재해보험 대상 품목은 매우 제한적이며, 특히 모두 과수분야에 편중되어 있음. 앞으로 보험 대상 품목 결정시 정치적 판단보다는 보험 실시 타당성 검토 결과를 토대로 해야 함.
- 그러나 2007. 7월 현재 본사업 품목 6개, 시범사업 품목 1개, 도상연습 품목 1개로써 농작물재해보험 도입 7년 만에 7개 품목으로 확대된 것은 제반 여건이 어려운 상황을 감안하면 적지 않은 성과임.
- 또한 누구의 책임도 아닌 자연재해로 인한 농작물 피해를 농민과 국가가 공동으로 책임짐으로써, 갑작스러운 피해로부터 농민의 경제적 부담을 덜어 주고자 하였음.

다) 추진계획

□ 현행 진료 위험도 상대가치 비용의 전부 또는 일부의 기금화

- 현재 의료분쟁에 관한 법률은 없으나 '의사 및 병원 배상책임보험'에 일부 병원과 개원의들이 보험에 가입함.
- 앞으로 의료사고 관련 공제제도 또는 보험을 합리적으로 개선하고, 법제화 하여 의료인의 가입을 활발히 함으로써 조정제도의 실효성을 제고해야 함.
- 2007년 의료사고 및 소송 등의 비용보전을 위해 건강보험에 반영된 약

2,000억원의 위험도 상대가치 비용과 함께 의사 및 의료기관의 책임보험 가입비용을 기금으로 조성하도록 함.

- 이는 앞서 살펴본 ‘농작물재해보험’의 사례에서 자연재해로 인한 피해를 농민과 국가가 공동 부담하는 것과 같이, 의료사고에 대한 책임을 의료 제공자와 이용자가 함께 부담하도록 함.
- 이로써 의료인에게는 책임 있는 의료행위에 대한 동기부여뿐만 아니라 막대한 의료사고에 대한 경제적 부담을 완화할 수 있음, 환자에게는 의료사고에 대한 안정적인 보상이 가능할 것임.

□ 의료분쟁 해결 비용 및 의료분쟁 전담기구의 운영

- 조성된 기금을 통해 의료분쟁 해결을 위한 제반 비용 및 의료분쟁 합의금, 의료사고 피해구제 등 합리적 의료분쟁 해결 환경 조성
- 의료분쟁 전담기구(의료분쟁조정위원회)의 운영 및 의료인에 대한 의료윤리 교육, 법률상담, 사고다발 분과에 의료인에 대한 경제적 지원 등 다각도의 의료인 지원

3) <의료분쟁조정법>제정 이전의 의료분쟁조정방안

□ 의료법에 명시된 ‘의료심사조정위원회’ 활성화

	소속	역할
중앙의료심사조정위원회	보건복지가족부장관 소속	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의료분쟁 조정 및 지역의료분쟁조정 에 대한 이의 조정 및 심의 1. 의료행위의 범위 2. 의료인의 종류에 따른 업무 한계 3. 그 밖에 의료에 관한 사항
지방의료심사조정위원회	시·도지사 소속	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 담당지역의 의료분쟁조정

--	--	--

- ☐ ‘의료심사조정위원회’ 활성화에 대한 재원 마련 방안 모색 필요
 - 기존 위험도 상대가치, 2000억(2007년)의 일부 또는 전부를 기금화하여 중재 결과에 따른 배상금으로 활용
 - 기금 책정시, 전년도 금액 대비 매년 “수가인상율”을 반영
- ☐ 환자안전 정보시스템의 개발, 지원책 마련이 우선적으로 실시되어야 함.
- ☐ 문제의 심각성을 알려 범국민적 국가 사회적 관심 제고, 사회적 합의 (consensus)를 마련해야 함.

제3절 공공보건의료의 효율화

I. 공공보건의료 정책방향의 재정립

1. 기존 공공보건의료 정책 현황 및 문제점

- 공공보건의료 확충 종합대책은 참여정부의 공공보건의료 정책의 핵심 추진 계획임. 2005년 12월 참여정부는 지속가능한 보건의료체계 구축을 위해 관계부처와 합동으로 「공공보건의료 확충 종합대책」을 수립하였음.
- 고령화와 만성질환 확대에 의한 국민의료비 합리적 관리와 비시장성 필수 보건 의료 공급 기반을 확대함. 대책의 효율적 수행을 위해 “4대 전략 및 11개 주요정책과제”로 구분하고, 2005년부터 2009년까지 5년간 약 4조 3천억 원 규모를 투자하기로 하였음.
- 공공보건의료 확충 4대 전략은 “공공보건의료체계 개편 및 효율화”, “고령사회 대비 공공보건의료 역할·투자 확대”, “예방중심의 질병관리체계 확립”, “필수보건 의료 안전망 확충”임.
- 한편, 새정부 출범 등 대·내외 정책환경 변화에 적극 대처하고, 기존 추진 정책사항을 점검하기 위한 필요성이 제기됨.
- 공공보건의료확충 종합대책에 대한 평가는 다음과 같음.
 - 수도권 및 민간 의료기관에 비하여 낙후된 지방 공공의료기관의 시설·장비 현대화를 추진한 것은 주요한 성과임. 다만, 참여정부의 ‘공공보건의료 확충대책’은 환자진료 중심의 시설·병상 확충에 치중하였던 점에서 부족함.
 - 민간병상이 계속 증가하는 추세에서 공공병상 30% 확충은 현실적으로 목표달성이 불가능함. 공공의료를 공공병상으로 정의하는 것은 기능·역할이 아닌 하드웨어적인 측면만 고려한 것임.
 - 소유·운영 주체에 따른 공공의료 접근으로 공공의료의 영역을 축소해야 함.

- 민간의료기관의 공공 기능에 대한 관심 및 지원이 미비하여 민간 의료기관의 공공성은 위축되어 있는 실정임.
 - 최초의 어린이 전문병원인 소화아동병원(1946년 설립)은 경영난으로 신생아 집중치료실 축소(30병상 → 20병상)
- 국공립의료기관은 진료행태, 독립채산제, 의료인의 의식 측면에서 수익성을 고려하는 민간의료기관과 운영 행태의 차이가 없음. 국립의료원, 지방의료원이 민간병원보다 의료급여환자 진료 비중이 높으나 결국 정부의 예산지원 때문임.

2. 공공보건의료의 역할과 기능 재정립

가. 패러다임의 변화

공급자의 설립·소유 주체 중심	➡	서비스 내용과 기능 중심
질병 치료 중심의 시설·병상 확충	➡	질병예방, 건강증진 기능 강화
공공보건의료기관 중심	➡	공공기관과 민간기관 연계/협력

□ 공공보건의료의 종합계획 점검 및 장기계획 재설정

- 공공의료기관의 운영 혁신, 내실화 및 의료서비스의 질 향상 필요가 있음.
- 의료시장 활성화에 따른 부작용을 최소화하기 위하여 공공보건의료 역할을 규정하고 기능을 강화할 필요가 있음.
- 공공보건의료기관에 대한 지원은 공공보건의료서비스 기능 강화와 연계하여 시설과 장비를 보강해야 함.

□ 필수 공공 보건의료서비스의 기능 확대

- 공공보건의료기관의 시설 확충보다는 국민에게 필수적이지만 미흡한 필수 공공보건의료서비스를 정부가 직접 공급하거나 재정지원을 통해 공급하며, 시설·장비 중심의 공공보건의료 확충대책을 기능과 역할 강화 사업 중심으로 사업비, 운영비를 지원함.
- 해당 분야로는 응급의료, 재난관리, 장기이식, 혈액관리와 취약계층, 취약지역 의료 지원 등의 분야가 있음.

□ 주요 질환 중점 관리

- 민간이 기피하거나 하기 힘든 주요 질환, 예를 들어 결핵, 감염병, 희귀난치성 질환, 암·심뇌혈관질환 등 만성질환, 어린이 및 노인 질환을 중점 관리 대상으로 정하여 국가의 예방관리정책 강화 필요

나. 정책방향

1) 개념정립





- ‘공공보건의료’라는 용어의 모호성으로 인하여 정책의 방향이 정립되지 못함.
- 의료는 공공재의 성격을 갖지 못하고, 보건의 공공재의 성격을 가질 수 있으므로 보건과 의료를 분리하여 접근하여야 함.
- 공공보건의료라는 용어는 적절한 용어가 아니므로 공중보건서비스와 의료의 개념으로 분리하여 접근하는 것이 정책 수립에 방향을 설정하기 용이함.
- 의료는 현재의 기관소유 개념의 공공과 민간 구분을 없애고, 공적 자금 또는 사회보험 등 사회연대책임으로 재원을 조달하고 관리하는 것은 ‘공공의료’라는 용어를 사용하고, 민간보험이나 개인 책임에 의하여 공급되는 의료는 ‘민간의료’라는 용어를 사용하여 사적재산 보호에 대한 국가의 헌법수호 책임을 준수

해야 함.

- 현재 우리나라에는 의료분야도 대부분이 공공의료의 영역에서 공급되고 있는 상황이며, 이는 의료의 산업화를 저해하는 가장 중요한 요소로 지적됨.

2) 정책의 기본방향

< 중 전 >

- 국가 주도, 획일적 정책 개발 
- 공공기관 중심 전달체계 
- 분산, 고립적 정책 
- 새로운 정책 여건 대두 

< 미 래 >

- 지역사회 중심, 분권형 정책
- 시장친화적 전달체계 개편
- 중앙의 총괄·조정·평가 강화
- 신규 정책수요에 적극 대응

가) 목표

- ☐ 지속가능하고 효율적인 국민건강 체계를 구축하여 국민의 건강을 증진시킴.
- ☐ 세계화시대에 부합하는 질병관리시스템을 구축하여 국가건강안전망을 확보함.

나) 건강증진 사업을 위한 적절한 기금활용

- ☐ 건강증진은 새로운 건강관리의 패러다임이며 신공중보건 시대에서의 주요 전략으로 자리매김을 하고 있음을 상기할 때 향후 국민들의 건강 기대여명을 높이고 삶의 질을 향상하기 위한 주요 접근 전략임.
- ☐ 일선 보건소에 건강증진 사업 체계를 마련하고 주민의 높은 기대수준에 부합할 수 있는 양질의 건강증진 사업을 전개하기 위하여 건강증진 기금의 확대가 절대적으로 필요함.
- ☐ 현재 건강보험 지원을 위해 소요되는 기금과 국가 공중보건시설 확충정책을 지원하기 위한 예산 및 과거 일반회계에서 지원되는 보건의료 비용 중 기금으로 전환되어 운용되는 부분의 경우 정부 예산 사업으로 환원되어야 하며

기금을 통한 사업의 내용이 재구성되어야 함.

- 보건소뿐만 아닌 민간기관의 참여를 유도할 수 있는 기금의 배정이 병행되어야 하며 사업의 효과조사와 관련 연구를 수행할 수 있는 연구 개발 비용의 지원이 요구됨. 2005년 현재 건강증진 연구개발 사업에 배정된 예산은 90억원 수준이었으나 순수한 연구 지원은 이보다 적은 규모이며 오히려 점차 감소하는 추세임.
- 건강증진 사업의 중요한 시책 중의 하나가 근거 중심의 건강증진 사업전개여야 함을 고려할 때 사업의 근거를 평가하고 질적 수준을 제고 할 수 있는 연구 개발 지원이 절대적으로 필요함.

다) 건강증진 사업 수행체계 강화

- 보건소 건강증진사업이 크게 확대되는데 비하여 건강증진을 전담하는 부서가 보건소 내에 없는 경우가 상당수 존재함. 각 지방자치단체에서는 건강증진 사업 업무 전담부서를 설치하고 기존의 인력을 적절히 재배치하여 건강증진 사업 수행 인프라의 틀을 마련해야 함.
- 한편, 중앙의 건강증진 사업지원단의 기능과 역할을 강화하여 행정 업무 지원의 기능을 탈피하고 정책결정의 근거자료를 개발, 사회적 마케팅과 대중 교육 홍보 추진활동의 핵심이 될 수 있는 역량을 강화하는 것이 필요함.
- 또한 광역 및 지방자치단체의 건강증진 사업 수행체계의 정비 및 강화가 필요함.
 - 광역자치단체에도 기존의 건강증진 사업 지원단의 기능을 강화하여 광역 단위의 지역진단과 우선순위 설정, 기획 평가 기능을 원활히 수행하고 시군 보건소의 사업 수행에 기술적 지원을 할 수 있는 조직의 강화와 인력 보강이 필요함.

라) 사회적 건강결정요인을 고려한 포괄적 건강증진 서비스 제공

- 현재 제공되는 국가 건강증진 사업의 경우 개인별 접근에 의한 행태개선과 교육상담 프로그램 제공이 주를 이루고 있음. 보건소에서 제공되는 건강증진 사업 역시 금연 클리닉, 비만 클리닉과 같은 개인 접근 방법이 접근되고 있으며, 점차 확대되고 있는 맞춤형 방문보건 서비스 등도 역시 개인별 접근이 주를 이루고 있음. 그러나 대상자 선별 등의 문제 등으로 인하여 소득역진적인 공중보건서비스 제공 등의 문제가 발생하므로 개인별 접근에는 상당한 주의를 요함.
- 오타와 현장에서 제시하고 있는바와 같이 건강증진의 주요 접근 전략으로 건강한 환경 조성 및 정책의 개발은 반드시 병행되어 추진되어야 함.
 - 오타와 현장의 기본 이념을 따르며 인구집단에 대한 다각적 전략을 적용하는 예로 캐나다의 건강증진 정책을 들 수 있음.
 - 캐나다는 1994년 the Canadian Institute for Health Information(CIHI)과 1999년 설립된 The Canadian Population Health Initiative (CPHI)와의 파트너십을 통하여 개인접근을 지양하고 인구집단에 대한 건강증진에 있어서 교육, 환경, 소득 및 일자리 등의 사회적 건강결정요인에 따른 건강불평등의 조사 결과를 발표하고 있음.
 - 이에 따라 건강 취약계층에 대한 건강증진 서비스 제공, 인구 집단에 대한 교육 및 사회적 물리적 건강지원 환경을 조성하기 위한 전략을 개발함.
- 향후 정부에서 지원하고 추진되는 시범사업, 국가 건강증진 프로그램의 자원 투자에 있어 개인별 접근 프로그램 개발을 지양하고 인구 집단에 대한 접근이 선행되어야 하며 접근 방법에 있어서 장(setting) 중심의 사업 투자와 함께 국가, 광역 차원의 사회적 마케팅, 대중 교육 홍보 사업에 많은 노력과 투자가 있어야 할 것임.
- 지속적인 교육 활동과 이에 대한 모니터링, 평가 활동의 병행을 통하여 주민의 역량을 강화하고 건강한 환경 조성을 구축하는 것이 본연의 역할로 기대됨.

마) 국가주도형 정책과 민간주도형 정책의 명확성 확립

- 사회안전망 차원과 사회연대 책임성 차원의 건강증진 영역 설정
 - 개인책임 영역의 건강증진 영역 설정
 - 국가 책임과 개인 책임의 명확히 하고, 조화를 통하여 국가적 국민건강증진 전략 수립
 - 건강투자국가론에 입각한 정책의 전면적 검토와 수정 필요

- 국민건강증진의 전략적 접근
 - 국가책임과 개인책임 영역의 조화를 통한 건강증진 접근방법
 - 집단 보건교육을 통한 ‘스스로 건강돌보기’ 접근 전략 수립
 - ⇒ 인책임의 중요성 강화 교육을 통하여 개인책임의 영역 확대 유도
 - 연대책임에 근거한 비용 지출구조의 당위성, 우선순위 계획 수립
 - ⇒ 저소득층을 대상으로 한 효율적인 국가적 접근

- 대중 및 집단 보건교육 영역의 국가예산 지원 확대
 - 대중 홍보 전략을 이용한 전 국민 보건교육
 - 교육적 효과 및 효율이 높은 학교 보건교육의 강화
 - 지역사회 단위의 보건교육 통합 및 일원화
 - : 보건소 중심의 전문화된 보건교육 체계 수립
 - 중앙, 광역, 지역별 보건교육자료센터의 구축
 - : 중앙과 광역은 온라인 중심의 자료제공, 지역은 오프라인 중심의 자료 제공
 - 일반 대중매체들의 좋은 동영상 콘텐츠를 국가가 구매, 가공하여 필요에 적합한 교육 자료로 사용할 수 있는 환경 제공
 - ⇒ 국책 산하기관에 전담팀의 구축과 예산의 지원

□ 민간 기관의 참여 및 공급 주체의 다양화

- 건강증진 사업과 관련된 지역사회 민간기관의 참여 기회를 확대할 수 있는 제도적, 경제적 지원이 필요함.
- 지역 건강증진 기획과 평가의 주요 업무는 국가기관에 두되, 서비스 수행에 대하여는 지역 보건의료기관에 위탁할 수 있는 제도로 개선하고 재정적 지원을 하는 것이 필요함.
 - 건강증진 서비스 중 민간위탁, 프랜차이즈, 보조금 형식으로 가능한 서비스를 유형화 하여 각 서비스에 대하여 주민이 가장 효과적이고 효율적으로 이용할 수 있는 제공 방안을 강구할 필요가 있음.
- 현재는 주민 교육이나 교육자료 출판 등의 역할을 전문적으로 수행해 줄 건강증진 관련 민간 기업들이 매우 적은 상태이나 국외의 경우를 살펴 볼 때 향후 그 수요 증가에 따라 공급업체도 증가할 전망이다. 초기 단계의 육성 지원을 위하여 세제혜택과 같은 정책지원도 고려할 필요가 있음.
 - 파트너십 구축의 시범사례를 개발하여 운영할 수 있도록 예산을 배정
 - 민간참여 활성화를 위한 법적, 제도적 지원방안의 마련
 - 민간의 성과평가 및 계약 기준의 마련
 - 건강증진 사업구조 및 운영주체의 혁신

□ 민간중심의 건강증진사업 장려

- 스스로 건강돌보기'의 실천을 위한 비용에 대한 세제 혜택
- 민간의 접근이 용이한 보건교육시스템의 마련
 - 보건교육사업을 제공할 수 있는 민간업체의 설립 촉진과 지원

바) 공중보건서비스에 대한 기본적 책무 강화를 통한 국가건강안전망 확립

□ 국가 안전망 차원의 전염성 질병관리 대책 수립

- 전염성 질병을 예방하기 위한 환경 및 식품위생 감시 및 평가

- 세계화, 개방화 시대에 부합하는 방역시스템 구축
 - 전 세계와 연계되는 전염성 질병 정보관리체계 구축
 - : 전염성 질병에 대한 상시 관리체계 구축
 - 법정 전염병 발생 시 대응에 대한 국가 및 지역보건체계가 상시 운영되고 있어야 함.
 - 광역단위의 전문 인력 고용과 유사시를 위한 기초 자치단체 수준의 교육 및 훈련과 이를 위한 예산의 마련해야 함.
 - 법정 전염병 발생 억제 및 대응을 위한 충분한 예산을 마련해야 함.

☐ 만성 질병에 대한 접근

- 국가에서 필요한 통계는 표본조사를 통하여 접근하는 것을 원칙으로 함
- 저소득층에 대한 주요 만성질환 관리는 무상으로 국가에서 지원하고, 국가가 지정하는 병의원에서 서비스하는 것을 원칙으로 접근
- 저소득층을 제외한 일반 인구집단은 보건교육시스템의 활성화를 통하여 스스로 만성질환 예방활동을 하도록 유도

☐ 만성질환의 예방을 위한 환경 및 행태 요인의 수정을 위한 보건교육

☐ 응급, 재난 등을 대비한 보건의료시스템에 대한 훈련 및 정보시스템 운영

- 뱀 물림, 벌 쏘임에 대한 전국적 응급시스템 구축
 - (항독소 보급, 응급처치약 비축, 응급처치법 교육)
- 심장마비에 대한 전국적 응급시스템 구축
 - (심폐소생술에 대한 교육, 응급후송시스템 구축)

☐ 지역사회 보건수준을 증진시킬 수 있는 지역 보건교육 및 홍보 강화

II. 공공보건의료기관의 기능개편 및 경영개선

1. 총괄방향

- ☐ 1970년대 까지 국내 민간의료기관이 부족한 상태에서 공공보건의료기관은 보건의료의 주축을 담당하여 왔음.
- ☐ 1970년대 후반 의료보험의 도입과 민간의료기관의 확충으로 인하여 공공보건의료기관의 기능과 역할의 재정립에 대한 논의가 제기되기 시작하였음.
- ☐ 이때 의료기관의 양적인 확충과 경제성을 우선하는 정책으로 인하여 공공보건의료기관에 대한 근본적인 논의가 활성화 되지 못하였음.
- ☐ 전국민의료보험 도입 이후 민간의료기관들이 의료공급을 주도적으로 담당하게 되면서 소수로 존재하던 공공보건의료기관들도 공공성을 상실하게 되어 민간형 공급체계의 지배적 현상이 나타남.
- ☐ 민간 주도의 의료시장이 형성됨으로써 공공보건의료기관이 담당해야할 역할과 기능이 축소되어 부작용이 나타나고 있다는 지적이 있음.
- ☐ 한편 공공보건의료기관은 일반적인 정부부문 혹은 공공부문이 직접 보건의료를 제공하는 경우에 관찰되는 관료주의와 관련된 문제점을 지적받고 있음.
- ☐ 공공부문 보건의료제공자들은 일반적으로 비효율적이며 기술 혁신에 소극적이고 환자의 필요와 요구에 부응하기보다는 자신들의 후생에 더 큰 관심을 갖고 있다고 비판 받음.
- ☐ 또한 변화에 대한 유인이 적으므로 기왕에 적응한 업무 패턴에 고착되는 경향이 큼.
- ☐ 한편 정부 자체 또한 공익을 위하여 공적인 영역이라기보다는 그 자체로서 또 하나의 사적인 이익을 추구하는 행태를 보인다는 비판이 있음.
- ☐ 예를 들어 낙하산 인사를 비롯한 자리다툼, 낮은 업무효율성이 지적되고 있음.
- ☐ 이에 대한 해결방안은 공공보건의료기관의 역할과 기능을 일정 수준올리고

관료주의와 비효율적 요소를 제거하여 공공보건의료기관을 합리적이고 효율적인 것으로 개선하며 민간부문이 공공성을 유지하여 활력을 발휘할 수 있도록 해야 함.

2. 공공병원 의료체계의 효율화 방안

- ☐ 공공의료기관과 보건소, 보건지소, 보건진료소는 설립목적과 소관부처가 각기 달라 기관 간 연계체계가 부족함.
- ☐ 환자 진료 의뢰·회송 이외의 기관 간 연계를 통한 공공보건의료사업 발전이나 교육·훈련, 진료정보의 제공, 기술지원외에는 기여하지 못하는 실정임.
- ☐ 모든 공공보건의료기관의 사업계획 수립 및 평가, 예산 편성을 국가 전체 차원에서 종합·조정하도록 제도 보완이 필요함.
- ☐ 주요 공공의료기관으로는 국립의료원, 특수질환에 대한 국립병원, 지방의료원, 국립대병원, 기타 시·도립 병원 등이 있음.

가. 국립의료원

- ☐ 국립의료원은 1958년 스칸디나비아 3국의 후원으로 설립된 후 1968년 정부가 인수함으로써 국가 유일의 국립 3차 의료기관 역할을 수행함.
- ☐ 지난 10여 년간 국립의료원 발전 방안에 대하여 다양한 논의가 있었으나 진전 없이 현재에 이르렀으며 더불어 체계적인 지원이 전무하였음.
- ☐ 변화하는 보건의료 환경에 적응하고 새로운 기능과 역할을 수행하기 위해서는 우수한 의료 인력 충원을 위한 유연한 조직체계, 정부 지원 뿐 아니라 다양한 재원과 투자처 확보가 필수적임.
- ☐ 이를 위해서 공공기관의 특성을 유지하면서 더 넓은 자율성과 효율성 도모가 가능한 특수법인으로 전환 필요함.

1) 문제점

- ☐ 공무원보수규정의 적용으로 인한 낮은 보수로 우수 의료 인력의 확보가 곤란함.
- ☐ 공무원 조직의 관료주의와 순환 보직으로 인해 전문성이 낮음.
- ☐ 비효율적인 운영과 정부의 지원 부족으로 시설·장비가 노후함.
- ☐ 유일한 국립 3차 의료기관으로서 장점을 살리지 못하고 진료기능에 치우쳐 민간의료기관과의 차별성이 없음.

2) 특수법인화 필요성

- ☐ 효율적인 경영 체계, 필수 공공의료 기능 수행, 공공의료체계 내 주도적 역할 부여를 위하여 국립의료원을 특수법인으로 전환해야 함.

3) 추진 현황

- ☐ 국가중앙의료원 부지 이전을 검토하되, 이전비용은 現 부지 매각대금 내 충당함.
- ☐ 2006년 8월 「국립중앙의료원법」 제정 통한 국립의료원의 특수법인 전환 및 행정도시 신축·이전 등 기능개편을 추진하기로 함. 2007년 11월 관련 법률안 국회 보건복지위원회 전체회의를 상정함.

4) 법안 주요내용

- ☐ 기본진료 기능 외에 만성질환, 전염병, 희귀난치질환 관리, 임상진료지침 개발·보급 등 국가 특별관리 필요영역에 대한 업무수행
- ☐ 국립의료원 소관 부지와 부속건물은 공공보건의료계정으로 관리
- ☐ 국립중앙의료원 신축·이전·운영에 관한 비용으로 사용
- ☐ 공무원 잔류 희망자는 공무원 정원 조정에 최대한 반영, 법인 직원 전환자는 공무원 연금을 허용

나. 지방의료원

- ☐ 지방의료원은 '05. 7월 '지방의료원 운영 및 설립에 관한 법률' 제정에 의하여 지방의료원의 관리권이 행정자치부에서 보건복지부로 이관함.
- ☐ 지역의 중산·서민층 및 농어촌 등 의료취약지역의 의료접근성을 제고하고 건강격차를 완화하고자 지방의료원은 지역거점 공공병원으로 육성하는 정책을 추진해옴.
- ☐ 이에 따라 지방의료원이 일정 수준에 도달하도록 병상을 증축하고 의료장비를 지원하며 국립대 병원과 인력을 교류하는 등의 사업을 수행함.
- ☐ 향후 공공성 강화 추진을 위하여 민간과 차별되는 서비스, 예를 들어 응급의료, 재활, 장기요양, 호스피스 등의 서비스를 지역 주민에게 제공하도록 계획함.

1) 운영현황

(1) 2007년 지방의료원 경영수지분석 결과

- ☐ 34개 지방의료원 중 5곳(서울, 대구, 청주, 충주, 안동)을 제외한 29곳이 적자임.
 - 5개 흑자 의료원의 경우 의료수익에서는 손실을 보았으나 의료 외 부대사업(장례식장, 매점 운영수입) 등에서 이익을 보아 흑자 달성함.
- ☐ 경상보조금 : 연간 약 134억 원(기관 당 지원액 분포 : 33억 원 - 5천만 원)
 - 의료수익 대비 의료이익률 : 지방의료원 -23.98%, 민간비교병원 4.8%
 - 의료수익대비 순이익률 : 지방의료원 -11.97%, 민간비교병원 4.8%
- ☐ 인건비 지출 비율 : 지방의료원 66.5%, 민간비교병원 43.7%
 - 지방의료원과 유사한 규모의 병원과 비교하여 볼 때 의사 수는 비슷하나 간호사·약사·의료기사는 적으나 행정·관리·시설관련 직원 수가 많음.
 - 의사직은 공중보건의가 주된 인력임(2곳은 공중보건의 인력이 60% 이상임).
: 값싼 의사인건비에도 불구하고 인건비 지출이 과다함

- ☐ 관리비 비율 : 지방의료원 30.5%, 민간 23.7%
- ☐ 만성적자로 결손이 누적되고 자율적 발전 여력이 상실됨. 50%이상의 자본잠식이 이루어진 곳이 34개중 15개소이며, 100%이상의 자본이 잠식된 곳도 3개소(상법 제306조에 따르면 법인의 경우 파산이 이루어져야 할 곳)에 이름.

(2) 경영적자의 이유로 제시하고 있는 내용

- ☐ 적자를 감수한 공공의료 서비스 제공
 - 의료급여 수가 기준 : 정신질환자의 경우 지방의료원이 민간 수가의 87.3%
 - 의료급여 환자의 평균진료비 차이 (민간병원의 입원 62.8%, 외래 79.0% 수준)
 - 의료급여 환자비율 : 민간 15.8%, 지방의료원 27.3%
- ☐ 비수익을 감안한 공공보건의료 사업
 - 홍성의료원 : 사업비 7억6천만 원 중, 국·도비지원 9천만 원(자부담유율 : 88%)
 - 대구의료원 : 사업비 11억 원 중, 국·도비지원 4억 원(자부담유율 : 64%)
- ☐ 가산율의 차이로 인하여 민간병원에서 의료급여환자를 꺼림
 - 예) 전문종합요양기관의 경우 보험 가산율 30%, 의료급여 가산율 22%

(3) 지방의료원의 의료서비스 제공 능력

- ☐ 의료기술범위 : ADRG(Adjacent Diagnosis Related Group)
 - 종합병원급 : 민간 56.8%, 지방의료원 63.8%
 - 병원급 : 민간 20%, 지방의료원 55.4%
- ☐ 진료실적
 - 100병상 당 외래 환자 수 : 민간비교병원 52,248명 < 지방의료원 58,265명
 - 100병상 당 조정 환자 수 : 민간비교병원 51,100명 < 지방의료원 64,583명

- 평균재원일수 : 민간비교병원 13일 < 지방의료원 19일

2) 문제점

- ☐ 지방의료원의 정체성 부재
 - 민간기관과의 차별성을 가진 서비스 공급 노력 부재
- ☐ 공공기관의 비효율적 경영
 - 조직원들의 동기 부족
 - 조직문화의 관료화
 - 이용자 중심의 서비스 제공체계 미흡
 - 서비스 수준이 최하위 권에 분포(2004년 의료기관 평가 결과)

3) 개혁의 필요성

- ☐ 도시지역 지방의료원을 국가가 운영해야 하는 이유가 불명확함
 - 예외적인 몇 곳을 제외하고는 대도시나 중소도시에 소재함. 이 지역들은 민간의료기관의 공급이 충분한 지역들임.
 - 공공이 해야 할 필수 업무 수행을 위한 기관으로 재편성 하던가 민간위탁 또는 매각 사유가 존재함.
 - 국내 의료기관은 모두 건강보험 수가적용을 받고 있으므로 공공의료 업무를 수행하는 것으로 보는 것이 합리적임.
 - 국가 또는 지방자치단체 운영의 타당한 이유가 반드시 제시되어야 할 것임.
- ☐ 국가예산을 수반하는 지방의료원 사업의 수혜대상자는 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자들에게 최우선권이 주어져야 함.
 - 누구를 위한 국고 지원인가에 대한 고민이 필요함.
 - 불특정 지역주민들을 위한 보건사업을 지방의료원에서 실시할 이유 없음.

- 공공의료의 개념이 변화되어야 함.
 - 소유권의 주체 → 공공 재원의 지출이 누구에게 이루어지는가?
 - 시설의 공공화에서 서비스공급의 공공화로 전환되어야 함
- 매각 등의 방법을 통하여 기금을 마련 후 이를 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자에 대한 추가 지원의 재원으로 활용하는 것도 한 방법이 될 수 있음.
 - 민간과의 비교에서 차이가 나는 부분들을 계량화하여 과연 공공의료사업의 의미가 존재하는가를 비교해 볼 필요 있음.
 - 급여수가와 가산율의 차이로 인한 적자 발생분을 어차피 국고로 지원해야 하는 것이라면 애당초 급여수가와 가산율의 차이를 둘 필요가 없는 정책을 국가가 수행하고 있는 것임.

- ☐ 공기업 혁신에 따라 지방의료원도 혁신적 개혁과 효율성을 높이기 위한 사회적 요구를 무시할 수 없음.
 - 서비스 제공 능력(ADRG)이 민간보다 좋음에도 불구하고 재정적자가 발생한다는 것은 경영적 측면(인건비지출이 시장의 노동시장 가격과 합치하지 않는다는 등)에 문제가 있음을 의미함.
 - 수익에서 흑자가 나는 경우에도 민간에게 위탁이나 매각의 사유가 존재함. 국가가 흑자를 올릴 수 있는 사업 영역을 민간에게 넘기지 않는다는 것도 국가운영의 특별한 사유가 존재하지 않는다면 문제가 될 수 있음.

4) 정책방향

(1) 지방의료원을 비롯한 공공의료기관 목표의 명확성 제고

- ☐ 의료서비스 제공은 의료급여 대상자, 장애인, 정신질환자 등 소외계층을 일차적 목표로 함.

□ 소외계층에 대한 의료서비스 제공 이외에도 국가가 마땅히 해야 할 의료서비스 영역을 선정하고 시설투자 또는 민간 위탁에 대한 효율적인 재원 활용계획을 추진함.

- 비금전적 장벽(non-monetary barrier)으로 인해 민간 의료제공자의 공급부족이 장기간 발생하거나 발생할 가능성이 있는 지역에 대한 의료공급

<사례> 도서벽지 등의 의료 취약지

- 국가안보와 보훈적 차원의 의료서비스사업

<사례>

- ① 보훈병원: 한 지역의 시설 확충보다 전국적인 위탁 의료공급자 선정으로 보훈 대상자의 불편을 감소시킴.
- ② 국군병원: 야전병원급의 의무시설과 장비 현대화 및 질 향상을 위한 민간연계 시스템 구축, 충격전, 화생방전 등 전시관련 의료 기술 강화프로그램 운영, 보급하고 중증질환자는 조기전역시스템을 적용함. 국군중앙의료원의 신축은 비효율적임.

- 예측 불가능한 사업영역에 대한 시설투자와 재정지원

<사례>

지역 전염병발생시 우선적 환자 수용 계획을 마련함.
국가재난 위기관리시스템 마련, 운영함.

- 민간회피 영역에 대한 보완적 기능으로 운영

<사례>

- ① SARS, AIDS, 조류독감 등 특수 전염병 관리 병상 확보, 민간병상 확보 등 기본 병상관리운영계획을 마련함.
- ② 별도의 보상체계를 통하여 비상시 민간 참여율을 높이는 계획의 마련
 - 공공의료기관은 국가비상시를 대비한 준비된 연계체계를 마련하고, 항상 훈련되어 있어야 하며, 국가는 평시 훈련과 운영에 대한 적극적인 예산을 책정해야 함.

(2) 지방의료원을 비롯한 공공의료기관 경영평가 방법의 전환과 시설투자의 신중

- ☐ 공공의료기관의 경우 공익성을 담보하기 위해서는 경영 효율만 강조하는 정책 기조가 바뀌어야 하며, 공공의료기관의 확충은 비효율성 증대 및 욕구 충족의 비탄력성 등의 문제점을 동시에 고려하여 결정되어야 함.
 - 공공의료기관의 역할에 부합하는 평가 제도를 마련하고 이에 대한 정부 재정 지원이 필요함.
 - 공공의료기관이 건강보험 적용자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 경우에는 민간의료기관과 동일하게 경영수익성을 따져 비효율적 운영을 방지해야 함.
- 도시지역 지방의료원의 매각 또는 위탁경영 결정

- ☐ 공공의료기관의 역할이 불요불급한 영역에서는 민간의료기관과의 대체성을 고려하여 확충을 신중히 결정해야 함.

(3) 지방의료원을 비롯한 공공의료기관과 민간의료기관과의 연계시스템 마련

- ☐ 의료의 영역은 매우 전문화된 분야들이 많아서 모든 진료영역의 문제를 공공

의료기관에서 해결할 수 없음.

- 민간위탁을 통하여 흔치 않은 질병들에 대한 진료문제를 해결할 수 있는 연계체계를 마련하고, 이를 예산에 미리 반영해야 함.

다. 기타 공공병원

1) 추진배경

(1) 공공병원의 운영혁신에 대한 사회적 요구 증대

- ☐ 공공병원은 민간이 기피하는 의료급여 환자 등 저소득층 진료와 공공보건의료사업 수행을 통해 의료안전망 역할을 담당해야 함. 실제로 의료급여환자 비율을 살펴보면 민간병원이 10.4%, 공공병원이 17%를 차지함.
- ☐ 공공병원은 그동안 수익성 부족으로 민간이 공급하지 못하는 필수 의료서비스를 제공하고 합리적 공급자로서 의료비 억제기능을 수행해야 함. 그러나 이러한 순기능에도 불구하고 만성적인 재정적자 등으로 인해 공공병원 혁신에 대한 사회적 요구는 계속 증대되고 있음.

(2) 공공병원의 역할 재정립을 위한 운영혁신 필요

- ☐ 공공병원은 그 규모, 특성 및 소관부처가 다양하여 공공병원에 일률적으로 적용할 수 있는 운영혁신방안의 수립·시행은 곤란함. 다만, 사회적 요구에 부응하여 국민의 이용 빈도가 높은 종합병원 급의 공공병원을 중심으로 역할의 재정립을 통한 단계적 운영혁신이 필요함.

2) 현황 및 문제점

(1) 민간병원과의 차별화 부족

- ☐ 공공병원은 공공보건의료사업 수행을 위해 정부나 지자체의 지원을 받고 있으나, 대부분이 운영비를 자체 수입으로 충당하는 특별법인으로 운영됨에 따라 민간병원과 진료행태가 유사함. 따라서 공공병원의 장기발전을 위해서는 형태나 규모에 따라 민간병원과 차별화 할 수 있는 역할 및 기능의 재정립이 필요함.

(2) 공공보건의료사업의 형식적 수행

- ☐ 공보건의료사업은 국민들에게 공공병원의 필요성을 설명할 수 있는 중요한 사업임에도 불구하고, 현재 공공병원의 공공보건의료사업은 수익성 부족 등으로 인해 형식적인 수준에서 실시되고 있음.
- ☐ 특히, 사업시행주체에 따라 사업 형태가 달라져야 하나 현재는 대형병원과 중소병원간 사업 내용이나 규모의 차이가 없음.
- ☐ 공공병원의 공공보건의료사업 강화와 함께 병원의 규모, 지역적 위치에 맞는 사업개발이 요구됨.

(3) 재정적자의 지속 및 운영의 비효율성

- ☐ 수익성이 낮은 의료서비스 제공, 의료급여 환자 진료 및 높은 인건비율 등으로 인해 의료수지의 적자가 지속되고 있음. 특히, 일부 공공병원은 퇴직금 중간정산비용 등 운영자금 차입과 이에 따른 이자부담으로 재무구조가 부실함. 2006년 지방의료원 경영수지를 살펴보면, 순이익이 8개소인 반면 순손실은 26개소를 차지하여 평균 적자가 10억인 것으로 나타났음.

- ☐ 또한 민간병원에 비해 조직의 경직성, 구조조정의 곤란 및 관료적 운영행태 등으로 인한 운영의 비효율성 상존하고 있음.

(4) 지방 공공병원의 의료인력 부족

- ☐ 의사 등의 대도시 선호 경향으로 지방 중소도시 등에 소재한 공공병원은 전문의 확보에 애로가 발생하고 있음. 지방 중소도시·군 소재 공공병원의 공중보건의 비율은 33.8% 이상이며, 지방 중소도시 전문의 연봉은 대도시 전문의 연봉의 1.5배 이상을 차지함.

3) 향후 추진계획

(1) 공공병원의 특성에 맞는 역할 재정립

- ☐ 획일화된 공공병원의 기능을 명확히 하기 위해 공공병원의 규모와 특성에 맞게 역할을 재정립해야 함.
- 국립의료원은 국가 공공의료기관의 중심역할과 필수공익 의료 기능 수행
 - 국립대병원은 광역단위 지역내 필수공익의료 및 공중보건서비스 등에 대한 교육
 - 기술지원 등 담당
 - 지방의료원은 지역 필수공익의료 및 공중보건서비스의 주도적 실행 및 보건소에 대한 교육

(2) 공공보건의료사업의 강화

- ☐ 공공보건의료사업을 강화하기 위하여 병원 규모와 지역특성을 고려한 “필수공익의료 및 공중보건서비스 모델” 개발·보급함.

- ☐ 필수공익의료 및 공중보건서비스의 체계적 수행을 위해 공공병원의 전담부서 설치 및 프로그램 사업비를 지원함.
- ☐ 사업의 실효성을 확보하기 위해 공공보건의료사업 시행결과에 따라 인센티브를 제공함.
- ☐ 국립대병원의 간, 우울증 및 불안장애, 외상 등 전문질환센터 설치, 지방의료원의 기능보강 등 국고지원 사업과 연계하여 사업비를 우선·차등 지원함.

(3) 재무구조 개선을 위한 경영 혁신 및 홍보 강화

- ☐ 재무구조 개선을 위한 경영 혁신 및 홍보 강화를 위하여 공공의료정책에 기반 하여 병원별 중장기 경영전략과 연간 경영계획 수립함.
- ☐ 경영전략과 계획의 효율적 관리를 위해 전략관리시스템(BSC)을 도입하고, 병원경영의 전문성과 책임성을 강화함.
- ☐ 능력과 경험을 갖춘 경영 전문가를 영입함.
- ☐ 의료진 등 계약직제에 대한 실적 성과급을 전면 실시하며, 민주적 운영을 통한 자발적 참여를 유도함.
- ☐ 공공병원의 이미지 개선을 위하여 적극적으로 홍보를 실시함.

(4) 지방 공공병원의 의료인력 유치

- ☐ 지방 공공병원의 의료 인력을 유치하기 위하여 전문의 확보를 위한 국립대병원 등과의 인력교류 및 퇴직의사 유치를 추진하며, 국립대병원 교수의 겸임·겸직제도, 기금교수 등을 활용함.
- ☐ 장기적으로는 오지지역 소재 공공병원부터 단계적으로 의료인력 인건비 보조를 추진함.
- ☐ 향후 예상되는 공중보건의 감소를 고려할 때 지방 공공병원의 의료인력 부족 및 임금 상승에 따른 인건비 지원은 불가피하며, 지방 중소병원의 공중보건

의 비율 50%이상 지원함.

(5) 공공병원의 평가체계 확립

- ☐ 공공병원에 대해서는 기관별로 다양한 평가가 이루어지고 있으나, 공공병원으로서 공공성과 효율성을 측정하는 평가는 일부만 실시함.
- ☐ 2006년부터 실시된 “지역거점공공병원 운영평가”는 공공성과 효율성을 기초로 공공의료기관으로서 기능과 역할을 평가함.
- ☐ 공공병원으로서의 역할 수행여부를 파악하고, 문제점을 보완하기 위해 공공병원에 대한 운영평가를 도입. 공공병원별 성격이 상이한 점을 고려하여 광역·지역거점병원, 특수질환중심병원, 보훈산재병원의 3그룹으로 나누어 평가체계 개발 및 시행함.

3. 보건소 등 보건기관 기능개편 추진

가. 추진배경

- ☐ 보건기관 기능개편 추진 배경은 고령화, 만성질환 증가 등 보건의료 환경 및 건강증진에 대한 국민의 욕구가 크게 증가함.
- ☐ 보건소를 비롯한 보건지소, 보건진료소는 환경변화와 국민의 욕구증가에 맞는 기능전환이 부재함.
- ☐ 내소자 위주의 진료서비스 중심에서 건강증진, 질병예방 기능 강화 및 이에 따른 조직구성·운영의 혁신이 필요함.

나. 정책방향

- ☐ 공공보건기관의 업무 재편 및 구체화
 - 사업의 선택과 집중에 따른 핵심사업을 선정함. 이를 위하여보건복지가족부의 인력, 재정 등의 지원을 핵심기능 위주로 재편하고, 부가기능의 경우 지역여건별로 선택적으로 시행하며, 민간위탁운영 및 연계체계를 활성화함.
 - 서비스 제공기능과 행정기능의 분리하여, 보건소 기획 및 정책평가 기능을 강화시킴.
- ☐ 서비스 제공지역의 특수성 반영
 - 지역유형별(도시 : 특별시형, 광역시형, 일반시형 등/농촌 : 일반형, 벽오지형) 특성을 반영하여 사업(진료 비중·대상, 건강증진·질병예방·관리사업 방향, 민간자원 활용방안 등) 추진, 조직 모델안을 마련함.
- ☐ 지역주민의 참여기전 마련

다. 보건소의 기능개편 방안

1) 업무 및 재정 교부체계의 개선

- ☐ 보건복지부의 지역 보건사업 예산을 통합 사업비용(block grant)으로 배정
 - ※ 저소득층에 대한 지원 사업이 정부 각 부처별로 시행되면서 지원을 받는 계층은 여러 부처에서 지원을 받고 실제 지원을 받아야 할 대상들은 소외되는 현상 발생
 - ⇒ 중앙정부의 실적주의에서 탈피하여 민생에 직접적인 도움이 될 수 있도록 저소득층에 관련된 비용과 보건복지비용은 통합하여 교부함.
 - ⇒ 지방자치단체에서 사업대상과 지원영역 등의 우선순위를 정하여 실시할 수 있도록 하는 것이 바람직한 방향임.
- ☐ 중앙정부에서 원하는 사업의 목표와 이를 실천하기 위한 사업비용의 전액 지원
- ☐ 수행방법은 각 지역의 실정에 따라 다양하게 시행될 수 있도록 예산 활용의 재량권 부여
- ☐ 필수적 공중보건서비스 이외의 불필요한 획일적 보건복지부 보건사업 추진 억제
- ☐ 기초자치단체에 적합한 특성화된 자율적 보건사업 실시 촉진 및 지원
- ☐ 기초 자치단체 보건기관별로 보건사업에 대한 열의나 성과에 차이 존재하므로 성과와 동기부여가 높은 기관에 대한 인센티브 지원
 - 기관별 성과에 따라 차별적으로 예산과 사업비를 배분하여 후발 기관의 동기를 진작시키는 방향으로의 전개가 필요함.

2) 인력과 예산 운영의 합리성 제고

- ☐ 지방자치단체 사업대상 인구수 비례에 의한 인원 배정
 - 보건복지업무가 개인 대상의 업무로 전환되어감에 따라 사업대상이 아닌

일반 인구수를 행정인력 기준으로 배정하는 것은 불합리함.

⇒ 지역인구수 비례에서 사업대상 인구수 비례로 행정인력 배정해야 함.

- 상근 인력을 줄이면서 사업내용에 따른 비상근 인력 활용을 위한 예산의 활용 방안 마련

3) 보건소의 기획, 평가 기능 강화

□ 욕구사정, 정책개발 및 보건기획, 평가 기능 강화 필요하며 이를 위한 보건소 인력의 기획, 평가 기능 강화를 위한 위탁 및 재교육 강화가 필요

- 국외의 경우 보건대학원에 위탁하여 학위 프로그램을 운영하게 하고 이를 일정부분 지원하는 제도가 운영되고 있는바 단기적인 교육 프로그램을 따로 개발하기 보다는 직원들의 지속교육 동기부여를 강화하는 차원에서도 이와 같은 체계적인 학위 프로그램의 연계가 적극적으로 검토 될 수 있음.
- 사업 기획과 평가가 주로 실적지표 중심으로 평가되고 있으나 사업의 효과성과 유연성을 높이기 위해서는 결과중심의 평가가 필요하고 이에 따라 다양한 기획 및 평가 방법이 도입되어야 함.

4) 소외계층에 대한 통합 보건복지서비스로의 방향 전환

□ 소외 계층에 대한 보건과 사회복지서비스의 총괄적 접근을 통합 보건복지서비스 프로그램의 기본방향으로 추진하여야 함.

- 소외계층이 안고 있는 복합적인 보건의료 수요에 부응하기 위해서는 개별 사업대상자들이 필요로 하는 복합적인 수요에 따라 사업간 유기적인 연계가 필요함.
- 소외계층이 공통적으로 안고 있는 과제인 빈곤 문제의 해결과 사회적 지원을 위해서는 보건의료서비스 제공의 효과성을 높이고 건강의 질을 높이는 데 중요한 관건이 되므로 지역 현장에서 이를 통합하여 접근하는 것이 바람직함.

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

5) 보건소 핵심역량의 집중화와 다각화

- 지역보건법(제9조)에 명시된 기초단위 보건소의 역할은 16개 항목이며, 서비스 대상자 범위도 지역주민 모두에 해당됨.
 - 지역보건법을 개정하여 필수항목과 선택항목으로 나누어 지역 특성에 부합하는 사업을 추진함.
 - 제한된 인력과 예산을 고려할 때 이들 기능을 제대로 수행하는 것은 현실적으로 불가능하여 전시행정적인 역할 수행에 머무르게 됨.
 - 소외계층에 대한 서비스 기능 역시 백화점식 나열보다는 지역사회진단을 통해 소외계층의 지역적 요구도가 높은 전략적 사업영역들을 선정하고, 핵심역량을 집중함.
 - 핵심역량에 집중한 후 지역단위별 독자적인 특성사업을 다각화해가는 전략이 병행되어야 할 것임.
- 소외계층을 제외한 일반 인구집단에 대해서는 본인부담(보험)진료비를 민간 의료기관과 같게 하여 진료서비스 제공에 따른 보건소의 부담을 경감하고, 취약계층에 대한 진료서비스도 예산마련 후 전문화된 시설이 있는 곳으로 위탁하는 것이 바람직함.
- 정신보건, 재활보건, 만성질환관리 등의 경우 실질적인 효과를 거두기 위해서는 서비스 제공의 기술적 수준을 높여야 하며, 이를 위해 효과적인 프로그램 개발 및 제공인력의 전문성이 중요함.
 - 이를 해결하기 위한 가장 효율적인 접근은 해당 직접서비스를 민간에 위탁하고 보건기관은 기획, 평가하는 관리능력을 제고하는 것임.

6) 공중보건시설, 보건조직의 확대에서 실질적인 공중보건서비스의 공급으로 확대

- ☐ 서비스 대상자에게 실질적인 서비스가 공급되어야 함.
- ☐ 시설이나 조직이 아닌 서비스 공급에 재정지출을 집중함.
- ☐ 민간과의 협력을 통한 공중보건서비스 공급을 바탕으로 효율적 시스템을 구축함.
 - 지역 보건자원과 보건사업대상자의 유기적인 연계성을 확보하기 위한 횡적 연대 방안을 강구함.
 - 보건 영역의 업무가 지역 내 보건기관과 민간병원 또는 기관에서 원활히 이루어질 수 있는 접근 방안을 개발, 구축함.
- ☐ 위탁사업의 활성화를 통한 공중보건조직의 경량화를 추진함.
 - 소외계층에 대한 공중보건서비스 제공방법을 다양화함.
 - 서비스 공급을 위한 아웃소싱 등 자원 활용의 다양한 모형을 개발함.
 - 개별적으로 제공해야 할 직접 보건서비스 제공업무는 예산을 마련하여 위탁서비스체도로 운영하는 것이 전문적, 효율성 강화의 방향이 될 것임.
- ☐ 집단을 대상으로 하는 보건서비스일 경우 공중보건조직이 가능한 직접 수행하고, 개인을 대상으로 하는 서비스일 경우 가능한 위탁 서비스를 제공하도록 함.
 - 진료서비스 기능은 민간 위탁 활성화를 통해 전문성과 효율성을 제고함.
 - 개인을 대상으로 하는 공중보건서비스의 경우 소외계층을 우선 사업대상으로 하며, 예산의 추가 확보에 따라 대상 인구를 확대함.
 - 위탁 서비스에 대한 계약과 평가는 업무 수행량 평가방법, 결과근거평가계약 등 다양한 방법을 사용하여 계약, 평가함.

Ⅲ. 민간을 활용한 효율적 공중보건서비스사업 추진

1. 건강증진 및 질병관리 사업 현황

가. 건강증진사업 현황 및 문제점

- ☐ 생활습관 서구화로 만성질환(고혈압·당뇨·암) 급증 등 질병 양상이 변화되어 질병부담 증가와 국민 건강이 악화
 - 고혈압 '02. 348만 → '05. 463만(33% 증가), 당뇨 '02. 173만 → '05. 214만(23%)으로 증가함.
 - 고혈압·당뇨병 진료비는 10년간 9배, 8배 증가, 총진료비의 25%, 암의 4배에 달함.
- ☐ 건강보험 재정이 급속도로 증가, 재정위기에 대한 근본대응 필요
 - 건강보험 재정지출은: '01. 17.8조원 → '06. 28.6조원, 5년간 60% 증가
- ☐ 생산가능인구 감소(저출산), 노인 증가 등 인구구조 변화는 국가 발전을 위해 인적자본의 질, 국민 개개인의 건강이 중요함을 시사
 - 건강수준이 높을수록 경제성장의 가능성은 높아짐(Jeffrey. D. Sachs, 하바드, 2000).
- ☐ 그간 건강정책을 지속 강화하였으나, 중앙정부 및 보건소 중심의 정책개발로 인한 한계도 커지고 있는 상황
 - 광역·기초자치단체 참여 기제 부재로 지역실정에 맞는 정책 개발이 미비
 - 과도한 단위사업이 경쟁적으로 개발, 시행되고 있어 보건소의 만성적 업무 과다 및 형식적 사업추진
 - 보건소 이외 민간서비스기관 등 민간의 참여 및 활용 부족
- ☐ 학생(교육부), 근로자(노동부), 체육시설(문광부) 등 건강정책은 부처별로 분산되어 있으나, 범정부적인 통합 기획·조정이 부재

- 건강에 대한 국민의 욕구 증가에도 불구하고, 정부의 건강정책 및 프로그램에 대한 접근성 및 체감도 저하

나. 질병관리사업 현황 및 계획

1) 현황 및 문제점

- 최근 우리나라의 질병발생 양상을 보면 서구화된 주거환경과 영양상태의 개선, 신체활동 저하 등으로 인한 만성질환의 사망률이 급격히 증가하고 있는 추세임
 - '07년 사망원인 분석결과, 1위가 암, 2,3,4,9위가 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 고혈압성 질환으로 전체 사망원인에서 차지하는 정도가 27.6%로서 암과 함께 사망원인 1위임.

<표> 심뇌혈관질환으로 인한 사망률 현황(통계청, 2007)

1위	2위	3위	4위	9위
암 (27.6%)	뇌혈관질환 (12.0%)	심장질환 (8.8%)	당뇨병 (4.6%)	고혈압성 질환 (2.2%)

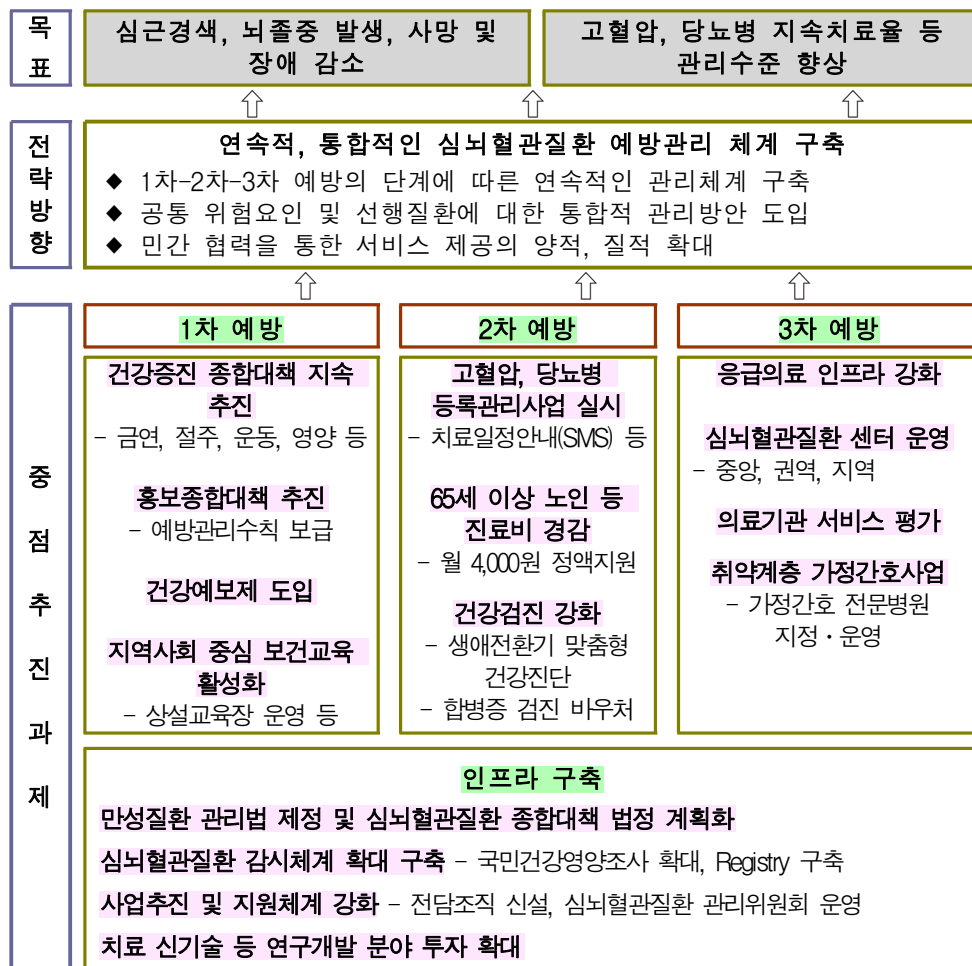
* 허혈성심장질환 사망률은 최근 10년간 2배 이상 증가('95년 13.1명→ '05년 27.5명)

- 심뇌혈관질환으로 인한 사회경제적 비용은 5.39조로 악성종양으로 인한 사회경제적 비용인 5.53조와 비슷한 수준임.
 - 특히 뇌졸중과 허혈성 심장질환의 남녀 전체 장애보정 생존년수(DALY)는 5대 악성 종양의 장애보정 생존년수보다 2.7배나 많은 것으로 나타남.
- 이러한 추세는 앞으로도 인구구조의 노령화, 식생활습관의 변화, 높은 흡연율의 증가 및 육체적 활동의 감소 등으로 더욱 심화될 것으로 전망됨.
- 따라서 만성질환으로 인한 사회경제적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해서는 만성질환의 사전예방 및 관리 사업을 더욱 강화하는데 중점을 두어야 함.

□ '06.6월부터 국가차원의 심뇌혈관질환 예방관리를 위해 「심뇌혈관질환 종합대책」을 수립하여 시행함으로써 연속적이며 통합적인 심뇌혈관질환 예방관리 체계구축함.

- 국민인식 제고 및 건강생활 실천을 향상(1차 예방), 고위험군 대상 질병위험요인 예방관리(2차예방)와, 뇌졸중 심근경색 등 중점관리 질병관리(3차예방), 만성질환관리 인프라 구축함.

심뇌혈관질환 종합대책 개요



□ 종합대책의 중점추진 4대 과제

- 첫째, 체계적인 홍보전략 수립과 건강예보제 도입, 지역사회 중심 보건교육 활성화 추진을 통한 1차 예방
- 둘째, 고혈압·당뇨병의 지속치료를 향상을 위한 민간협력모형의 고혈압·당뇨병 등록관리사업과 취약계층에 대한 본인부담금 일부감면, 자가관리능력 향상을 위한 다양한 교육제공 등으로 포괄적인 2차 예방서비스 제공
- 셋째, 응급후송체계 등 응급의료 인프라 강화와 심뇌혈관질환관리센터 지정·운영 등에 의한 뇌졸중, 심근경색 등 중점관리대상 질환에 대한 관리를 통한 3차 예방서비스 제공
- 넷째, 국가 주요 만성질환 감시체계 확대와 만성질환관리에 대한 근거 법률 제정 추진 등 법 제도적 인프라 구축

□ 그간 TV 등 다양한 매체를 활용한 심뇌혈관질환 예방관리 홍보사업 추진과 민간협력 모형의 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업을 시작하여 지역사회 중심의 사업추진 기반을 조성

- 고혈압, 당뇨병 환자의 지속치료를 향상을 위한 등록관리 시범사업에 환자와 의료기관의 참여를 활성화 시킬 수 있는 제도적 보완책이 필요
- 현재 시행중인 고혈압·당뇨병 등록관리 사업과 관련하여 검진이나 진료정보와 같은 건강보험공단 등의 정보를 활용하여 고위험군을 추출·집중 관리할 수 있는 시스템을 구축하는 방안을 강구할 필요
- 만성질환 등록관리 사업은 향후 고혈압, 당뇨병 외 질병의 추가, 전국으로 사업지역 확대 등을 고려할 때, 등록대상자가 전인구의 40% 이상이 될 정도로 큰 집단이므로 사업타당성과 실효성에 대한 세밀한 검토가 필요

□ 사회경제적 성장과 더불어 증가하고 있는 천식 등 아토피 질환에 대한 국가 차원의 대책 마련이 시급하여 '07.5월 아토피·천식 예방관리 종합대책을 수립

- 아토피·천식 교육정보센터 설치·운영 등을 통한 올바른 예방관리 교육 및 홍보(1차예방), 보건소 아토피·천식 예방관리센터 및 천식 친화학교 시범은

영 등을 통한 지역사회 네트워크 구축(2차예방), 표준진료지침 개발 및 보급, 저소득층 지원 등을 통한 적정치료 및 관리(3차예방), 원인규명을 위한 조사감시 연구 및 감시체계 구축

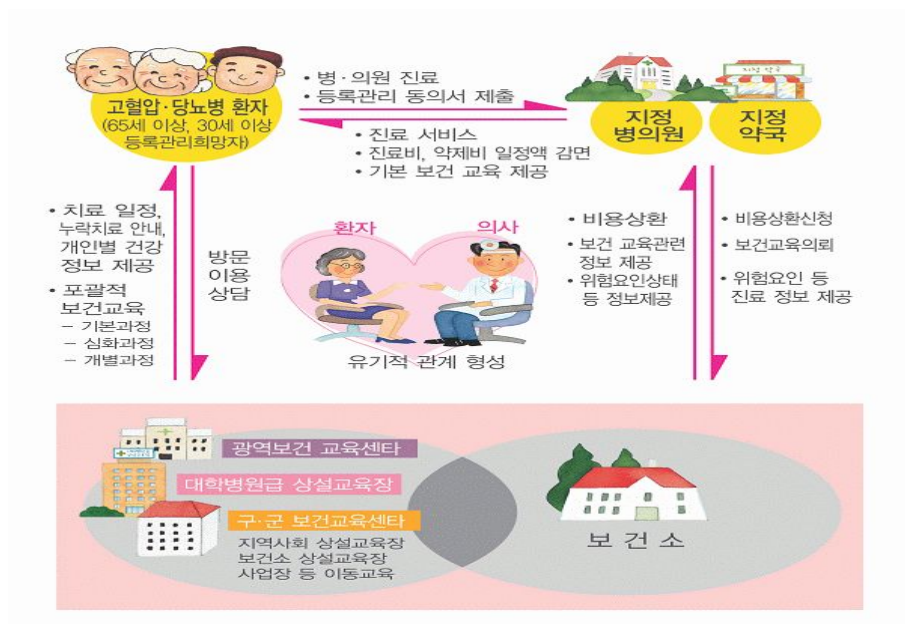
아토피·천식 예방관리 종합대책 주요 전략과제



2) 정책 및 사업추진 전략

- 환자와 의료기관에 대하여 고혈압·당뇨병 등 특정 만성질환 적정관리 성과에 따른 인센티브를 제공
- 사회경제적 부담이 높은 뇌졸중, 심근경색증, 만성 신부전 등 중증 합병증 예방을 위해 선행질환인 고혈압, 당뇨병 등에 대한 지속적인 치료 및 관리가 필요

- 지속치료를 향상을 위한 보건 프로그램에 의료기관을 적극 참여시키고 서비스 질 향상을 위하여 환자 등록, 지속치료율, 표준 진료지침 준수 등에 따른 IT 기반 전산평가를 통한 성과연동지불제도(P4P) 도입 검토
- 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 등록환자에 대해 자가관리실적(정기치료, 지속투약, 교육이수, 합병증 검사 등)에 따른 건강포인트를 부여하고, 적립실적에 비례하여 합병증 검진, 진료비용 지원 등 인센티브를 제공



- 등록관리, 인센티브 재원 등은 합병증 예방에 따른 건강보험지출 절감효과를 고려하여 건강보험과 연계하는 방안을 검토
- 권역별 심뇌혈관센터 지정 및 육성
 - 심근경색, 뇌졸중 등 심뇌혈관질환 전문치료관리센터를 통하여 환자 이송, 응급치료에서 입원 후 치료 및 재활에 이르는 포괄적 환자관리서비스 제공
 - 수도권 의료집중현상 및 지역간 의료서비스 편차를 완화하기 위하여 지방 국립대학병원 등 비수도권 지역에 심뇌혈관센터를 설치하여 전국 어디서나

3시간 이내 진료, 24시간 전문의 상주, 권역내 재활병상 네트워크 구축, 환자 및 전문인력에 대한 교육 등 필수사업 수행을 추진

□ 보건소 아토피·천식 예방관리사업 수행, 아토피·천식 교육정보센터 설치·운영

- 지역사회 중심의 아토피·천식 관리체계 구축하여 보건소와 함께 유치원 및 어린이집, 학교 등을 중심으로 보육교사 및 보건교사, 학부모 등에 대한 교육을 통하여 근거 없는 불필요한 치료법을 근절하고, 적정관리를 유도하여 환자 및 보호자의 삶의 질 개선
- 민간 전문기관에 의해 위탁 운영되는 아토피·천식 교육정보센터를 통해 잘못된 건강정보, 무분별한 상업적 광고로부터 국민을 보호하고, 온라인 또는 방문 상담, 집단 교육 등 다양한 상담 및 교육기회를 제공하여 질병에 대한 올바른 지식과 자기관리능력을 향상

2. 건강증진사업 세부정책과제

가. 임산부 및 영유아 보충영양관리사업

1) 현황 및 문제점

- 임산부와 영유아는 생물학적으로 질병에 걸리기 쉽고, 임신 중 질병은 유산, 사산, 기형아를 유발할 수 있어, 이 시기의 건강문제를 간단히 예방하면 매우 비용-효과적임.
- 본 사업의 벤치마킹 모델인 미국의 WIC(Women, Infants, Children) 프로그램의 의료비절감은 \$1 투자로 \$3~5의 효과가 있음.
- 모든 연령층에서 저소득층은 영양섭취 부족 현상 발생
 - 하위소득수준(최저생계비이하) 1~2세 영유아의 에너지 섭취는 상위 소득수준(최저생계비 200~300%)의 75% 수준

- 최저소득수준 가구 6세 미만 학령 전 아동의 주요 미량 영양소의 평균 섭취수준이 권장량의 60~80%에 불과
- 가임기여성의 철 결핍성 빈혈 유병율 20-29세(9.5%), 30-39세(12.1%)로 나타남.
- ☐ 건강의 취약계층인 임산부 및 영유아에게 스스로의 식생활 능력을 배양할 수 있는 보충영양관리사업 확대 실시
 - 1,404명('05) → 6,908명('06) → 11,162명('07) → 52,000명('08)으로 확대해 나갈 예정
- ☐ 보건소를 통하여 취약계층 임산부·영유아에게 영양평가를 실시하여 위험요인이 발견된 대상자에게 영양교육 및 식품패키지 제공
 - 빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취상태불량은 영양위험인요인임. 대상자 및 보호자에게 월 2회 이상의 영양교육 및 상담 실시하며, 필수 영양소가 포함된 식품패키지를 일정기간 제공함.
 - 쌀, 국수, 당근, 우유, 달걀, 미역, 김, 씨리얼, 꿀(또는 오렌지쥬스: 완전모유수유부만), 참치통조림(완전모유수유부만) 제공
 - 사업 후 영양상태, 영양지식 재평가 실시, 개선된 대상자는 지원 중단(졸업)
- ☐ '05년 ~ 현재까지의 시범사업을 통하여, 빈혈유병율, 영양섭취적정도 개선에서 뚜렷한 효과를 보였음.

지 표 \ 구 분	사업 참여 전	사업 참여 후
빈혈유병율(%)	51.7%	29.6%
평균 영양섭취적정도	1점 만점에 0.74점	1점 만점에 0.87점

- ☐ 앞으로 영양불균형 해소를 위한 영양 취약계층인 저소득 임산부 및 영유아가 골고루 영양사업 수혜를 받을 수 있도록 사업을 확대해야 함.
- ☐ 투자대비 효과가 큰 보건사업이라는 평가('06년도 국정감사)에도 불구하고 적정 예산확보에 애로를 겪고 있음.

- ☐ 식품 지원품목의 일률적 선정으로 수혜대상자별 요구충족 미흡

2) 정책 방향

- ☐ 사업 시행한 보건소를 전국적으로 확대함.
- ☐ 수혜대상자를 취약계층으로 하며, 점차 대상을 확대함.
- ☐ 식품지급방식을 현행 식료품의 직접 배달체계에서 ‘전자바우처’ 방식으로 전환 검토함.
- ☐ 전국확대를 위한 보건소 내 인프라 구축 보완이 필요함.
- ☐ 전문성을 가진 영양관리 전문 담당자 및 안정적 업무환경을 확보해야 함.

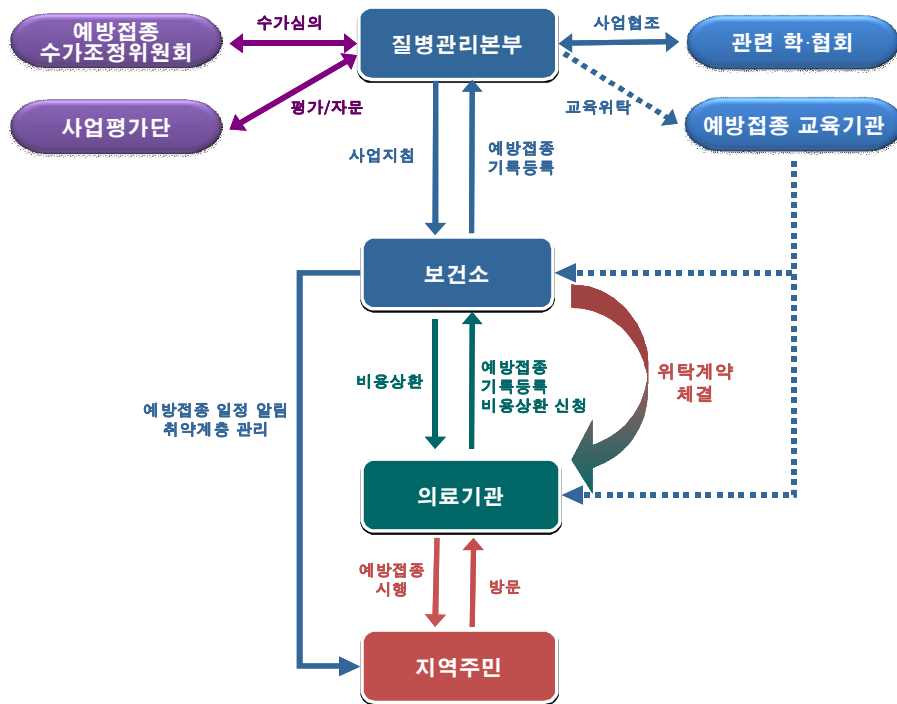
나. 12세 이하 국가필수예방접종 비용 국가부담

1) 현황 및 문제점

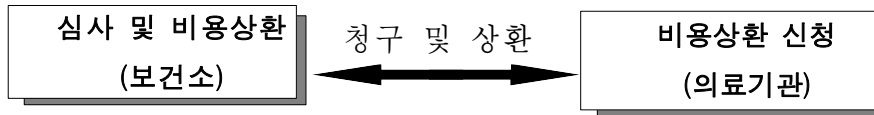
- ☐ 2005년 병의원 예방접종비 지원 시범사업 실시, 접종비용의 경제적 부담 해소로 수요자의 접근성을 제고함.
 - 12세까지 국가필수예방접종 시 1인당 약 45만원 소요
- ☐ 2006년부터 2007년까지 전염병예방법 개정 등 관련규정 정비함.
- ☐ 2006년 전염병예방법·시행령을 개정하고, 2007년 예방접종업무의 위탁에 관한 고시를 제정함.
- ☐ 보건소에서 국가필수예방접종을 무상으로 실시 중이나, 각 지역간 접근성 미흡 등의 이유로 접종률 향상에 한계가 있음.

2) 정책 방향

- 12세 이하 아동을 대상으로 국가 필수예방접종 8종 백신의 민간 병·의원 접종비를 국가가 지원함.
 - 0~12세 아동 대상, 대상백신은 국가필수예방접종대상 전염병(11종)에 대한 8종백신
 - 8종백신은 B형간염, 결핵(BCG), 디프테리아/파상풍/백일해(DTaP), 폴리오(IPV), 홍역/유행성이하선염/풍진(MMR), 일본뇌염, 수두, 파상풍/디프테리아(Td)
- 위탁방법은 시장·군수·구청장과 의료기관이 2년 이내의 기간을 정하여 계약체결함.



<그림1> 사업추진 체계



<그림2> 비용상환 절차

- ☐ 지리적·시간적·경제적 접근성 강화로 영유아 예방접종률을 전염병 퇴치수준인 95% 이상을 달성함.
- ☐ 전염병으로부터 개인건강 및 사회 안전을 보호, 육아비용 경감으로 저출산 대책에 일조함.
- ☐ 민간 의료기관 예방접종 등록률 향상으로 정확한 접종률 파악 및 개인별 예방접종력 확인을 가능하도록 함.
- ☐ 접종률의 실시간 관리로 전염병 유행 조기 예측이 가능하며, recall-remind 서비스 제공으로 적기접종, 완전접종 등 예방접종 질적 수준 향상 및 과학적이고 안정된 예방접종을 보장함.

3. 질병관리사업 세부정책과제

가. 암환자토달케어시스템 구축

1) 현황 및 문제점

- ☐ 암으로 인한 사회경제적 부담이 '02년 기준 11조 3천억원에 달해 우리사회에 매우 심각한 부담을 가저옴.
 - 직접 의료비뿐만 아니라 진단 이후 직업상실과 조기사망으로 인한 생산성

손실이 9조원에 달함.

- 암환자의 약 50-70%가 보완대체요법이나 민간요법을 사용하고 있으나, 과학적인 평가나 의료인과의 논의 없이 이용됨. 직접 의료비 이외에 보완대체요법 비용은 약 7천억원임.

□ 소득계층 및 지역적 차이에 따라 의료이용의 불평등이 발생

- 상대생존율 비교시 소득 상위계층이 더 생존하는 것으로 파악되고 있으며, 소득이 높을수록 3차병원의 입원비율이 높고, 서울에 소재한 4대병원의 입원비율은 그 차이가 더욱 심함.

<표1> 성별·소득수준별 상대생존율

남 자		여 자	
소득이 가장 높은 계층	소득이 가장 낮은 계층	소득이 가장 높은 계층	소득이 가장 낮은 계층
42.4%	26.9%	59.7%	50.0%

※ 상대생존율(%) = 암환자 관찰생존율 / 암환자군과 동일 성별, 연령군의 일반 인구 기대생존율

※ 3차병원 **입원비율**: 소득1계층 73.0%, 소득5계층 54.2%, 소득6계층(의료급여) 10.1%
4대병원 **입원비율**: 소득1계층 30.4%, 소득5계층 14.4%, 소득6계층(의료급여) 5.3%

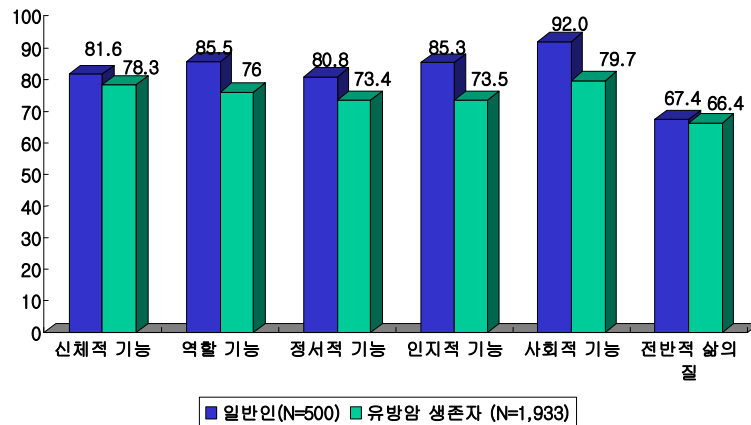
□ 지역사회 암환자의 의료이용 측면에서 서울집중화 현상이 매우 심각하여 환자 및 가족의 의료비 지출부담이 가중되고 있음.

<표2> 지역별 암환자 자체충족율

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
	90.4%	84.4	87.8	63.7	70.1	69.6	51.4	48.2
자체충족율	강원	전남	전북	경남	경북	충남	충북	제주
	57.2	12.8	61.4	34.9	20.7	27.1	33.6	39.5

※ 자체충족율이란 해당지역 암환자 중 지역내 의료기관에서 암등록을 한 환자 수로 나눈 수치임

- 국가 암검진·치료체계가 강화되고 의료기술이 발달함에 따라 암치료 후 ‘암생존자’가 급증할 것으로 예상됨.
 - 2005년 암생존자 47만명(인구의 1.0%) → '15년 추정 111만명(추정인구의 2.3%)으로 증가
- 암 생존자는 일반인에 비해 피로·통증·수면장애 등의 증상을 2배 정도 호소하며, 치료 후 후유증으로 암생존자의 4명 중 1명은 치료가 필요한 중등도 이상의 우울증이 있음.
 - 특히, 직업을 가지고 있던 암 환자의 약 30%가 암 치료 과정에서 직업을 상실하거나 잦은 결근 등 업무장애를 겪음.
- 암생존자는 일반인에 비해 새로운 암이 발생할 확률이 2배 정도 높고, 같은 암환자라 해도 흡연·비만·당뇨질환 유무 등에 따라 새로운 암이 발생할 확률이 3배 정도 차이가 남.
- 그러나, 암 생존자에 대한 체계적인 지원시스템 부재로 인해 삶의 질 저하 문제가 매우 심각함.

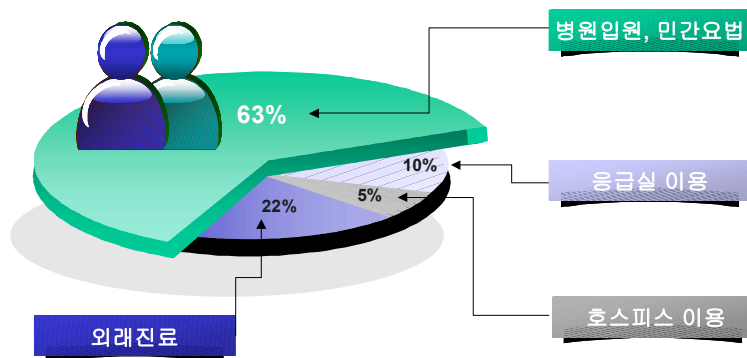


<그림2> 일반인과 유방암 생존자의 삶의 질 비교

- 암환자 사망자수가 66천여명에 이르고 있으나 호스피스 수요가 충족되지 못하고 3차 진료기관에서 치료중심의 의료서비스를 받음.
- 통계청에 따르면 암환자 병원사망률이 1989년 12.8% → 2001년 39.9% → 2006년 76.7%로 증가함.
 - 사망에 가까워질수록, 특히 사망2개월 전부터 의료비 지출이 급증(자료: 말기암환자의료비 지출실태 분석, 국립암센터)함.

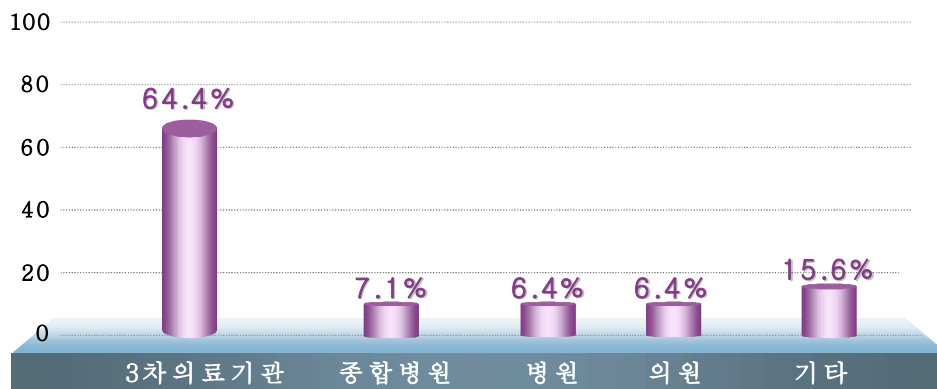
(단위 : 만원)

구 분	사망전 1년간	사망전 3개월간	사망전 2개월간	사망전 1개월간
평균의료비	1,500	922	775	544
비 중	100%	61.6%	51.7%	36.3%



<그림3> 말기암환자의료비 지출실태 분석

- 호스피스 기관 부족 등 체계적인 의료전달시스템 부재로 말기암환자의 80~90%가 적절한 암성통증관리를 받고 있지 못함.
- 총 진료비의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하며, 진료비의 대부분이 중환자실 이용, 심폐소생술, 고가의 검사 등에 사용 의료자원의 비효율적 이용이 매우 심각함.



<그림4> 의료자원의 비효율적 이용현황

2) 정책 방향

- ☐ 취약계층의 정보접근성 향상을 통해 계층간 암 관련 의료이용 격차를 해소하기 위하여 암환자 토탈케어 서비스 정보를 제공
- ☐ 의료이용의 형평성 제고를 위한 저소득층 암환자 의료비 지원사업은 암환자 토탈펀드를 마련하여 의료안전망기금으로 통합·확대
 - 저소득층 암환자에 대한 급여 및 비급여 본인부담금에 대해 분석
 - 특히, 완치율이 높은 위·유방·자궁경부·대장암 등 우선순위 및 소득계층에 따른 지원범위나 수준 결정
 - 저소득층 암환자에 대한 의료비 지원사업을 확대하고, 복지체계와 연계하여 가계소득을 일정하게 유지하기 위한 정책적 대안 마련
- ☐ 급격히 늘어나는 암 생존자를 위해 체계적인 의료복지서비스 체계 구축
 - 식이·운동 및 체중조절 등을 포함한 맞춤형 중재 프로그램 개발
 - 금연·절주 등 건강증진 및 이차암 검진 프로그램 개발·보급
 - 국립암센터, 9개 지역암센터, 보건소 등을 중심으로 지역사회 중심의 시범사업 계획 마련 및 실시
 - 건강보험수가 반영 등 보건의료서비스 체계에 편입하여 병원 세팅까지 중재프로그램 확대
 - 인터넷에 기반한 정보시스템으로 환자 스스로 결정하고 모니터링하여 관리
 - 암 생존자의 재활 등을 포함한 복지 통합서비스 제공체계 구축하기 위하여, 직업복귀·업무능력 향상 등 복지 통합서비스 시범사업을 실시하고, 범부처와 민·관·학 협력에 기반한 지역사회 중심의 본사업 실시
- ☐ 말기암환자에 대한 체계적인 지원시스템 마련을 위해 호스피스·완화의료 제도화 및 병상 확충

- 호스피스기관의 시설·장비·인력 기준 및 지정절차에 대한 표준화 추진
- 호스피스·완화의료 수가를 마련하기 위하여, 일당정책제를 기본방향으로 하고, 방문 서비스 및 낮 병동 등 다양한 형태의 서비스를 포괄하는 수가 체계 마련
- 국립암센터·지역암센터 및 지방의료원에 호스피스·완화의료 병동 확충 및 일부 병상을 전환 유도

IV. 응급의료 선진화 정책 추진

1. 현황 및 문제점

- 취약한 공공기반 보완을 위해, 민간 자원을 활용할 정책수단 미비
 - 응급의료기관은 역전된 수지구조(원가보전을 68.8%, 서울대학교 2004)로 인해 정상적인 응급실 운영이 곤란
 - 중소병원은 24시간 응급실을 열기에 급급, 대형병원은 응급실을 입원대기 병상으로 왜곡 활용
 - 만성 적체, 경증 환자 선호 경향으로 중증 응급환자 소외
 - 공공 이송체계(119)의 공급량은 부족하나, 양질의 민간 이송자원 참여 유도를 위한 제도적 방안 미비
 - 민간 이송업·의료기관 구급차(유료, 100% 본인부담)는 119(무료)와 가격 경쟁력이 없어 고질적·구조적 부실이 지속되며, 적절한 행정적 관리 수단도 없음
 - 구미 국가, 일본은 비용급 환자 이송에 민간이송업 적극 활용
 - 2003년부터 확대된 응급의료기금은 재원(전전년도 도로교통법칙금의 20%)의 감소로 공적 자금으로서의 기능이 위축
 - 범칙금 수입 감소추이 : 2,278억원('04)→ 1,691억원('05)→ 1,158억원('06)
 - 응급의료기금예산액 감소추이 : 632억원('06)→ 612억원('07)→ 511억원('08)
- 응급의료의 질적 수준은 취약하며, 단기 내 질 향상도 곤란
 - 응급실은 열려 있으나, 응급환자를 치료할 수 없는 병원이 대다수임, 야간·휴일의 경우, 응급환자가 병원을 전전
 - 전국 응급의료센터 중 중증응급환자를 24시간 치료가 가능한 센터는 질환별로 18~24%에 불과

※ 전국 응급의료센터의 3대 응급질환 진료역량(2006, 중앙응급의료센터)

질환명	조사대상기관수	그룹 laa 수	비율
뇌혈관질환	109	20	18.3%
심혈관질환	109	34	31.2%
중증외상	109	26	23.8%

* laa : 기본적 자원을 갖추고 상시 안정적 진료를 제공할 수 있는 그룹

- 의료기관은 24시간 응급수술 등을 위한 전문인력의 대기 비용을 감당하기 어려움
 - => 중소병원은 진료 역량 부족, 대형병원은 전공의 당직
- 119 구급대는 구난에는 강하나, 전문적 의료에는 취약
 - 응급환자의 생존과 후유 장애의 정도를 좌우하는 초기 30분이 “의료 사각 영역”
 - 전문 의료 인력의 단기간 내 충원이 곤란하며, 임상 경험을 축적할 기회가 부족

※ 119구급대에 의한 응급처치의 적절성(2005, 한국보건산업진흥원)

증상	필요 처치	처치 시행	
		N	(%)
심정지 (n=79)	심정지 확인	70	89.7
	기관내 삽관	0	0.0
	정맥로 확보	1	1.3
	AED 사용	4	5.3
	심폐소생술	52	67.5
	필수 처치 시행 중 적절	0	0.0
심인성 흉통 의심 (n=49)	산소투여	26	55.3
	니트로글리세린 투여	5	10.6
	필수 처치 시행 중 적절	3	60.0
저혈당 의심	저혈당 확인	26	32.9

증상	필요 처치	처치 시행	
		N	(%)
(n=80)	포도당 투여	0	0.0
	필수 처치 시행 중 적절	0	0.0
저혈량성 쇼크 의심 (n=31)	정맥로 확보	1	3.2
	수액 투여	1	3.2
	필수 처치 시행 중 적절	1	100.0
천식 의심 (n=28)	기관제 확장제 흡입	0	0.0
	산소투여	22	84.6
	필수 처치 시행 중 적절	0	0.0
다발성 외상 (n=267)	경추고정	113	42.3
	필수 처치 시행 중 적절	99	91.7

- 다중이용시설 등 사회에서의 유사시 대응을 위한 제도적 장치 미비로 응급 환자에 대한 의료의 “첫단추” 끼우기 실패
 - 성우 장○○, 개그맨 김○○, 권투선수 최○○ 등 초동조치 미흡으로 인한 사망 사례 속출
 - 그간 응급처치 교육이 저조하여, 환자 발생 시 현장에서의 초기 응급처치 미흡 (3~10%)
 - ‘07년 응급의료에관한법률 개정으로 다중이용시설의 응급처치 장비 설치, 교육 확대 및 구호자 보호 등의 근거는 확보

<응급의료체계의 단계별 주요 질지표 현황>

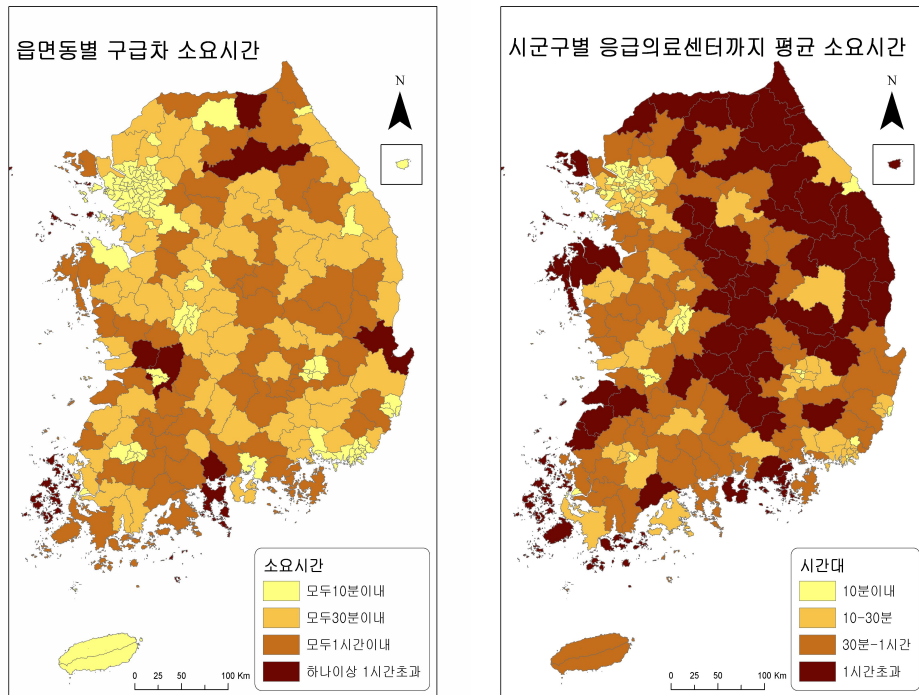
단계	지표명	현황	연도	비고
전체	○외상의 예방가능한 사망률	32.6%	‘07	미국 몬타나주 15%(‘03) 성인 2천명 대상
	○응급의료이용만족도	38.8%	‘08	
현장	○심폐소생술 실시 가능 성인	11.7%	‘08	
	○중증환자의 구급차 이용률	48.2%	‘07	
이송	○119구급차 5분내 현장도착률	57.1%	‘06	

단계	지표명	현황	연도	비고
	○중증환자의 응급센터 도착 평균시간	177.9분	'07	119구급차 이용 환자 대상
	○응급처치 적절실시율	0~37%	'05	
	○119 최초병원선정 부적절율	73.3%	'07	
병원	○중증환자의 응급실 평균 재실기간	6.0시간	'07	미국심장협회 2005 지침
	○심장재관류요법의 적절실시율	55.3%	'07	
전원	○병원간 이송의 부적절율	75.5%	'07	
	○전원한 환자의 재전원률	6.7%	'06	

※ 중증환자는 급성기의 3대 응급질환(뇌졸중, 심근경색, 중증 외상) 환자를 말함

□ 취약지역, 사회적 약자에 대한 응급의료 혜택 미흡

- 시·도간, 도·농간 응급의료 격차의 심화
 - 농어촌 지역, 특히 도서산간 지역은 응급의료기관의 기능을 수행할 마땅한 병원이 없으며, 먼 거리의 병원을 이용하기 위한 이송자원마저 부족
- 독극물 중독, 화상 등 특수응급질환에 대한 전문진료체계 미비
 - 현 전문응급의료센터는 각각 1개소
- 독거노인, 장애인 등의 건강 위기에 대한 '조기인지-대응'체계 미비



<그림> 시군구별 응급의료센터 도착 소요시간 및 읍면동별 구급차 출동시간

□ 장기 전략 수행을 위한 응급의료 관리·운영체계 미흡

- 응급의료체계는 민·관이 혼재된 다양한 제공자에 의해 이루어지나, 이를 효과적으로 조절하는 관리체계가 미흡
- 향후 공공 안전망으로서 응급의료체계의 중점 관리가 요구됨
 - 기상이변, 테러 등에 의한 국가적 의료 공황에 대비, 응급의료자원의 효과적 관리·운용 필요
 - 고령화, 정보화 등 예측되는 미래 환경 변화에 대응

2. 정책 방향

가. 응급의료의 단계별 질적 수준 개선

1) 현장·이송단계 질 향상 프로그램 추진

☐ 추진 목표

- 응급환자가 구급차 내에서 적절한 응급처치를 받도록 함
- 환자의 상태에 가장 적합한 의료기관 선정으로 중복 이송 방지

☐ 추진 내용

- 구급대원의 교육 기회 확대로 응급처치 숙련도 향상
- 지도의사의 양성 및 이송체계에서의 활용 방안 모색

2) 응급실 진료 절차·환경 개선

☐ 추진 목표

- 안전하고 쾌적한 응급환자의 공간으로서 응급실의 기능 회복

☐ 추진 내용

- 응급환자 진료 의사의 전문성 강화
 - 중·장기적으로 응급의료센터에서는 최소 3년차 이상의 전공의가 응급환자를 전담 진료토록 함.
- 감염, 폭력, 적체 등 위험 요인으로부터 안전한 차세대 응급실 모델 개발 및 지원

3) 중증응급질환 지역별 진료체계 구축

☐ 추진 목표

- 1시간 이내 도착 가능한 거리에 최종치료기관 균형 배치
- OECD 10위권 내의 중증응급질환 치료 성적 달성

☐ 추진 내용

- 상시 응급수술, 재관류요법 등 최종치료를 제공토록 응급의료센터 특성화 추진
 - 뇌·심혈관질환, 중증 외상 등 질환별 진료 역량이 우수한 응급의료센터 중점 육성
 - 1시간 이내 도착 가능 거리에 질환별로 전국 24개소 이상 균형배치
 - 24시간 응급진료팀 운영을 위한 경비 지원
- 중증 응급질환 및 특수 응급질환 전문응급의료센터 지정

나. 사회안전망으로서 응급의료의 공공 기능 확충

1) 응급 상황에 대한 국민의 대응력 강화

☐ 추진 목표

- 응급처치 교육 강화를 통해 구급차 도착 전 5분의 응급처치 실시율 향상

☐ 추진 내용

- 초중고교 응급처치 교육의 정규화
- 응급처치 교육 인프라 구축
 - 구조 및 응급처치 교육을 위한 이동응급처치교육세트 시·도 보급 및 교

육 경비 지원

- 교육기관 인정제도를 통한 우수 교육 기관 확보
- 대국민 홍보를 통한 응급의료의 적절 이용 유도
- 대중 매체 및 인터넷 중점 활용

2) 구급차·이송 기관에 대한 제도적 관리 강화

☐ 추진 목표

- 부실 구급차의 응급환자 이송을 근원적으로 차단
- 민간 이송업체의 역할 분담을 통한 효율적 이송체계 확립

☐ 추진 계획

- 구급차 기준 및 등록관리 강화
 - 현행 제도는 차량 등록만으로 구급차 운행 가능하게 되어 있으나, 앞으로 환자 이송용 구급차의 기준을 분리하고, 구급차 운행 신고제 도입
- 이송업체 인증·지원을 통한 합리적 가격의 양질의 이송제공

다. 응급의료 운영·관리체계의 리모델링

1) 응급의료 재정 및 정책의 성과 기반 강화

☐ 추진 목표

- 응급의료의 공공성 확보를 위한 안정적 재원을 확보하고, 재정 활용의 효율성 도모

☐ 추진 내용

- 응급의료서비스 향상을 위한 응급기금 규모 확대
 - 현재 범칙금 수입 감소로 인한 응급의료기금 지속적 감소로 새로운 재원 마련 추진
- 지표 수립·관리를 통한 성과 기반 정책 추진
 - 통합응급의료정보망 구축을 통한 정책추진의 근거 기반 강화
 - 단위별, 지역별 응급의료 지수의 연차별 모니터링 실시

2) 응급의료 평가 및 인센티브의 강화

☐ 추진 목표

- 목표 제시와 동기 부여를 통한 응급의료 수준의 지속적 개선

☐ 추진 내용

- 응급의료 질 평가 및 인센티브 확대
 - 구조 중심의 응급의료기관 지원발전 프로그램을 축소하고, 질 중심의 평가·지원체계 확립
 - 평가에 기반한 응급의료 수가 차등화 검토·도입
- 응급의료체계 구축 사업의 기능 중심 재편
 - 획일적 지원에서 탈피, 기능 중심의 지원 방식 도입

4. 기대효과

- ☐ 예방가능 응급환자 사망률 감소로 국민의 생명보호 및 사회안전망 강화
- ☐ 응급환자의 사망과 불구 감소로 인한 보건 지표 개선 및 사회적 비용 절감
 - ※ 5개년 간 비용 대 편익비 = 1:224
- ☐ 지진, 재난 등 국가 비상사태 시 의료대응능력 확보

5. 성과지표 및 미래의 모습

□ 성과지표

단계	지표명	현황 (~'08)	전망 ('12)	비고
전체	○외상의 예방가능한 사망률 ○뇌경색 30일 사망률 ○응급의료이용만족도	32.6% 5.6% 38.8%	20% 3% 60%	현 일본 수준 상회 현 수준 일반의료만족도
과제 1	○응급처치적절실시율 ○119 병원선정부적절율 ○중증환자 치료병원 평균 도착시간 ○중증환자의 구급차 이용률	37% 73.3% 177.9분 48.2%	70% 37% 120분 70%	현 수준의 2배 현 수준의 1/2 현 교통사고자 이용률수준
과제 2	○응급처치 가능 성인 비율 ○병원간 이송 부적절율	12% 76%	24% 10%	현 수준의 2배
과제 3	○이송 건 중 의료지도 실시비율	3%	10%	의료지도 필요 추정 비율
과제 4	○성과 지표 측정 대상 사업 ○질평가 대상 응급의료기관	- 24.4%	90% 100%	

□ 2020년의 비전

- 국민 누구나 응급상황 발생 직후부터, 의료사고의 걱정 없이 가장 빠르고 최적화된 의료를 제공받아, 기대할 수 있는 최고의 건강 상태를 회복할 수 있음

V. 장기, 혈액의 공급활성화 정책 추진

1. 장기기증 및 이식 정책

가. 현황

- ☐ 의학기술의 발달에 따라 날로 증가하는 장기이식을 지원하고 장기의 불법매매 및 뇌사인정의 윤리적·법적문제 등 발생으로 이를 관리하기 위해 「장기 등 이식에 관한 법률」 제정·시행('00.2.9)하였음.
 - ☐ 동 법률 시행에 따라 그동안 논란이 되어 왔던 뇌사자 장기적출의 법률적 문제를 해소하고 장기매매 행위를 차단할 수 있는 제도적 장치를 마련하는 한편 장기이식 관련 정보의 통합관리를 통해 이식대상자를 공정 하고 투명하게 선정할 수 있게 되었다는 점에 그 의의가 있음.
 - ☐ 그러나 최근 인체 장기에 대한 수요증가로 수급불균형이 심화되어 이식대기 환자의 장기대기 및 외국에서 불법이식 등 사회 문제화 되었음.
- 장기별 대기기간은 신장 3.6년, 간장 2.6년, 골수 3.4년, 각막 5.2년으로 나타남.

<장기기증·이식관리 현황>

(단위 : 명, 건)

구 분	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07
장기기증대기자수	5,723	7,399	9,016	10,418	11,477	13,120	14,947	15,898
장기기증건수	1,306	1,785	1,744	1,882	2,076	2,086	2,346	2,361
뇌사장기기증건수 (뇌사기증자수)	233 (52)	216 (52)	167 (36)	285 (68)	363 (86)	400 (91)	598 (141)	675 (148)

- ☐ 현행 법률에서의 적용대상인 장기는 신장·간장·췌장·심장·폐 5개의 장기

와 골수·각막임. 이외에 이식이 가능한 뼈, 피부, 인대 등 9개 품목에 대한 인체조직은 별도의 법률인 「인체조직안전및관리등에관한법률」의 적용을 받음.

- ☐ 이에 따라 다른 사람에게 이식하기 위해 장기를 적출하거나, 이를 다른 사람에게 이식하는 경우를 적용범위로 하고 있어 자신의 질병치료를 위해 장기를 적출하거나 사람의 장기가 아닌 것을 이식하는 경우는 제외됨.

<장기 및 인체조직의 구분>

구 분	장기 등 이식에 관한 법률	인체조직안전 및 관리에 관한 법률
목적	뇌사자 등으로부터 다른 사람의 장기 등의 기능회복을 위하여 적출 및 이식	신체적 생리적 기능회복을 위해 인체 조직의 기증·관리 및 이식
적용대상	신장, 간장, 췌장, 심장, 폐, 골수, 각막	뼈, 연골, 근막, 피부, 인대, 건, 심장 판막, 혈관
저장및 보관	저장 및 보관 불가(다만, 각막의 경우 전문 보존액을 사용할 경우 14일 정도 보존 가능)	가공, 처리 및 장시간 보관 가능
수출입	수입 불가능(다만, 각막은 수입 가능)	수입가능(패키지로 상품화)
관련기관	장기이식등록기관, 뇌사판정의료기관, 장기이식의료기관, 뇌사판정대상자관리전문기관, 국립장기이식관리기관, 보건복지가족부	조직은행, 식품의약품안전청, 보건복지가족부

나. 문제점

- ☐ 인구 노령화와 만성질환의 증가로 매년 장기이식 수요는 증가하고 있으나, 공급이 부족하여 장기이식 대기자는 계속 늘고 있는데 장기이식 민간의료기관

의 뇌사자 발굴을 위한 유인제도가 부족함.

- 우리나라는 미국, 유럽, 독일 등 민간기구가 장기를 분배하는 나라와 달리 국가가 직접 장기를 분배하는 국가분배의 원칙을 확립하고 있는데 이는 장기법 입법당시의 상황에서 장기매매를 근절하고 분배의 공정성을 확보하기 위해 도입된 원칙임.
- 우리나라의 경우 국립의료원에 설치된 국립장기이식관리기관(KONOS)에서 장기배분 권한을 갖고 있음에 따라 장기이식관련 기관의 적극적인 장기발굴을 위한 노력이 부족하고 또 다른 문제점은 장기기증에 대한 국민적 공감대와 장기기증자에 대한 사회적 예우가 부족하다는 것임.

다. 정책방향

- 장기기증과 이식을 활성화 하고 뇌사자 이송에 따른 장기훼손 등 부작용을 해소하기 위해 장기이식의료기관을 뇌사판정대상자관리전문기관으로 전환이 쉽도록 「장기 등 이식에 관한 법률 시행규칙」을 2008년 9월19일 개정하였음.
- 개정내용은 뇌사판정대상자관리전문기관 지정기준을 2종 이상 장기이식시술 의료기관에서 1종 이상 장기이식시술 의료기관으로 완화하고 의료기관간 시설·장비와 백혈구항원검사 전문인력을 공동으로 사용하도록 하였음.
- 적극적인 장기구득활동 지원을 위한 사업을 추진하고, 능동적인 장기구득기관을 확대하도록 함.
- 장기기증에 대한 대국민 인식개선을 위한 홍보가 필요함.

2. 혈액 안전 관리체계 강화

가. 현황 및 문제점

- 혈액 안전 관리체계는 『혈액안전관리개선 종합대책('04.9월)』 주요사업 추진 결과 혈액안전관리 수준이 비약적으로 향상되었음. 단체헌혈에서 개인헌혈로 채혈구조가 변화하였고, 최신 검사시스템이 도입되었으며, 혈액공급소 및 혈액장보관소 등 안전하고 신속한 혈액공급을 위한 인프라가 확충되었으며, 적정수혈을 위한 정도관리체계가 구축되는 등의 변화가 있었음.
- 2004년부터 2008년까지 국고 1,060억원을 투자(당초 목표의 73%)하였으나, 새로운 병원체에 의한 수혈감염, 고령화로 인한 만성적인 혈액부족 등 다가올 혈액문제에 능동적으로 대처하기 위한 체계적인 관리시스템 구축은 미흡함.
- 특히, 국가 혈액관리사업의 중심기관인 대한적십자사의 관료주의 및 전문성부족이 사업의 질적 도약을 위한 혁신에 장애요인으로 작용하고 있음. 따라서 혈액사업의 공공성과 전문성을 강화하고 안전한 혈액을 안정적으로 공급하기 위해 강력한 리더십과 전문성을 갖춘 전담조직 설립이 필요함.

나. 정책방향

1) 새 정부에서의 정책 및 사업 추진 전략

- 안전한 혈액 확보를 위한 선진국형 헌혈의 집을 확충함.
 - 등록헌혈자를 확보하고, 개인 헌혈율을 향상시킴.
- 새 정부에서는 적십자사의 혈액사업조직을 분리하여 국가가 직접 관리·감독하는 ‘국립혈액관리원(특수법인)’ 설립을 추진하고 있음.
 - ‘국립혈액관리원’ 설립을 위한 혈액관리법 개정안이 현재 국회 계류 중임.
 - 그러나 적십자사 전체 조직규모 축소 가능성으로 반대 입장으로 선회하고 있어, 국립혈액관리원 설립방안의 타당성 재검토가 필요함.

제4절 보건의료산업의 육성

I. 보건의료 R&D 발전방안

1. 현황 및 문제점

□ 지속가능한 발전을 위한 보건의료 R&D 발전 필요성 증대

- 소득수준 향상, 고령 사회의 진입 및 질병구조의 변화 등으로 건강 및 삶의 질 향상에 필요한 상품 및 서비스와 관련된 보건의료 R&D에 대한 중요성 고조
- 또한 보건의료산업은 고부가가치를 창출하며 IT, NT 등과 융합되어 전산업에 시너지 효과를 일으키는 미래성장산업으로 인식되어, 이미 선진국에서는 차세대 주력산업으로 선정되어 투자확대 및 산업육성에 적극적인 노력을 기울이고 있음.

□ 정부의 지속적인 R&D 투자 확대노력으로 2009년의 R&D 예산은 12조억원에 이르러 전년 대비 11.6%가 증가한 것으로 잠정 집계

- 2007년 정부의 전체 R&D 투자액은 9조 7,629억원이며, 이 가운데 8.4%인 8,214억원이 보건의료 R&D에 해당

□ 보건의료 R&D의 전체적인 규모는 증가하고 있으나, 전체적인 투자규모는 여전히 미흡한 것으로 평가

- 2007년 전체 R&D 중 보건의료 R&D가 차지하는 비율은 8.4%로서 미국의 22.7%, 영국의 18.9%, 일본의 12.6%에 비해 크게 미흡
- 이에 따라 우리나라 국민 1인당 보건의료 R&D 투자(\$10)는 미국(\$129)에 비해 1/13 수준에 불과하며, 국내 보건의료 R&D 투자는 선진국 1개 기업의 연구비보다 적은 실정

※ 선진국 기업의 R&D 투자 규모('04) : Pfizer 8조6,000억원, GSK 5조9,400억원

□ 보건의료 R&D 예산중 보건복지가족부가 주관하여 집행하는 비율은 21.6%로서 선진국에 비해 미흡

※ 우리나라 보건의료 R&D 예산 부처별 비중(2006)

: 교육과학기술부 48%, 보건복지가족부 21%, 지식경제부 9%

※ 선진국 보건의료 R&D 예산의 보건관련 부처 비중

: 美 보건성 97.5%('05), 英 보건부 51%('05), 日 후생성 49.1%('04)

□ 기금 중심의 보건의료 R&D 구조에서 기인하는 재원 불안정성 상존

- 2007년의 R&D 예산은 전체적으로 전년 대비 11.6% 증가하였으나, 일반 및 특별회계가 15.2% 증가한 반면, 기금은 오히려 7.3%가 감소
- 특히 보건의료기술연구개발사업 R&D 예산은 건강증진기금의 수입감소로 인해 우수한 사업평가에도 불구하고 전년 대비 7%가 감액(2006년 1,944억원 → 2007년 1,808억원)

□ 보건의료 R&D 예산의 관리기관 분산에 따른 운영의 효율성 저하와 투자 전략부재에 따른 보건의료산업 경쟁력 향상의 연결고리가 약화

- 2005년의 경우 전체 보건의료 R&D 과제는 총 4,578개로, 11개 부처, 123개 사업을 통해 분산 지원
- 2007년 보건의료 R&D 예산 중 보건의료연구개발사업(보건산업기술과·보건산업진흥원) 1,046억원, 한방치료기술(한의학산업과) 70억원, 질병관리연구(질병관리본부) 153억원, 국립암연구소지원(국립암센터) 348억원, 식품의약품안전(식품의약품안전청) 491억원, 기타 인건비성 기본 경비 190억원 등 R&D 예산의 집행기관이 분산되어 운영의 효율성 문제가 지적
- 이와 함께 R&D 관리 기관간 연계체계가 구축되어 있지 않고 병렬적으로 나열

되어 있는 데다가, 통합관리할만한 전문 역량이 부족

□ 질병별 사망률 등 국내 사회경제적 조건에 따른 보건의료 R&D 투자 우선순위 설정에 입각한 전략적 자원배분이 미흡하며, 질병 예방·진단·치료를 위한 기술개발 투자도 부족

- 주요 5대질환(암, 신경계, 내분비, 순환기, 정신)이 차지하는 사망비중이 59%에 이르고 있는 반면 이에 대한 R&D 투자는 약 25%에 불과
- 사망원인 1위인 암은 사망자수가 '06년 6.5만명이고 총진료비 약 2.2조원으로 생산성 손실부담 등을 감안하면 사회적 비용은 11.3조원 규모로 추정
- 최근 선진국들은 기초과학의 성과가 국민 건강증진의 직접적 혜택으로 환원될 수 있도록 질병 중심의 연구에 집중 지원
 - 미국 HHS 산하의 NIH는 질병의 사회·경제적 심각도 및 미래사회 대응 등 질환 또는 연구분야를 중심으로 27개 연구소 및 센터로 구성되어 있으며, 이들을 통해 연구비 지원
 - 영국은 보건의료 R&D 성과가 국민건강과 경제적 부가가치로 이어질 수 있도록 질병 기전연구 중심의 MRC와 실용화 연구 중심의 NIHR로 이원화된 보건의료 R&D 지원을 OSCHR(Office for Strategic Coordination of Health Research)를 통해 일원화

□ 우수한 인재가 병원에 집중되어 진료에만 치중하고, 병원의 연구기반도 취약하여 미래성장산업인 보건의료산업에의 진입 제약

- 대학원에서 기초의과학 전공자는 41개 의대 중 40명 수준('01년)이며, 종합병원 268개소 중 39개(14.6%) 병원만이 연구개발 기능 수행
- 의약품 분야 임상시험기관은 총 103개('04년)이지만 임상연구 3단계를 모두 수행할 수 있는 기관은 23개소에 불과

2. 쟁 점

□ 보건의료 R&D 투자의 확대

- 질병으로 인한 국민경제적 부담, 국민의 삶의 질 향상, 산업적 가치 등을 고려하여 보건의료 관련 R&D의 전체적인 규모를 키울 수 있는 전략 마련
- 건강증진기금으로 운영되는 보건의료기술연구개발사업의 경우 안정적인 재정 기반을 마련하기 위한 방안 마련이 필요하며, 이를 위해 일반회계로의 전환 등 대책이 필요함.

□ 보건의료 R&D 관리운영의 효율화

- 현재 보건의료 관련 R&D정책은 각 부처 분산 운영으로 사업의 통합·조정에서 어려움을 노출하고 있을 뿐만 아니라 보건복지가족부 소관 R&D 예산의 관리에 있어서도 다수의 기관에 분산되어 있어서 비효율 초래
- 보건의료 R&D의 중심이 되어 견인해 갈 조직의 문제, 기존 조직의 역할 및 기능 강화의 문제, R&D를 위한 신규조직 설립의 문제 등의 쟁점에 대한 검토가 필요

3. 정책대안

가. 보건의료기술연구개발사업의 일반회계로의 전환

- 보건복지가족부 소관 보건의료 R&D의 확대 필요성에도 불구하고, 건강증진기금 예산에 편성되는 한 불안정성을 노정하여 지속적인 축소의 위험성이 있으므로 일반회계로 전환하거나 일반회계와 분할하여 편성하는 것이 바람직
- R&D 예산을 건강증진기금으로 편성하는 것의 적합성 여부도 문제제기가 가능
- 국회의 예산심의 과정에서 기금의 목적외 사용이라는 논란과 더불어 일반회계

로의 전환 필요성이 지속적으로 제기

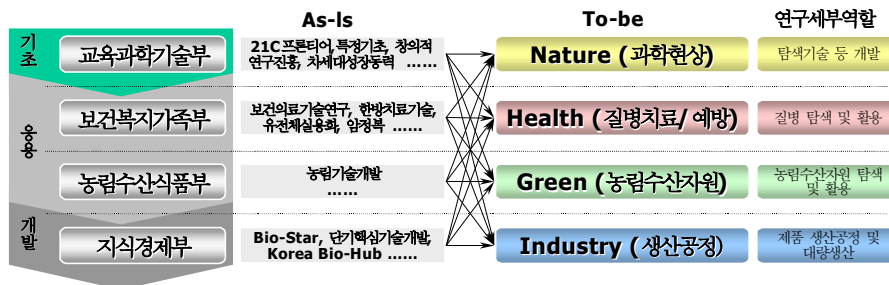
- R&D 예산은 안정적인 재원 확보가 중요하므로 단계적인 일반회계 전환을 위해 관계부처와 긴밀한 협의 필요
 - － 보건복지가족부의 R&D 예산 중 국립암센터지원, 한국보건산업진흥원 운영비, 정책연구비, 지방대학병원연구비('08) 등은 이미 건강증진기금에서 일반회계로 전환

나. 질환·예방중심의 보건의료 R&D 지원시스템 구축

- 단계적·기술개발중심에서 뚜렷한 목표의식에 의한 환자중심의 질병·예방연구로 패러다임의 전환
 - － 국민의 건강을 위협하는 질병극복기술과 제품탐색 관점에서의 R&D 전략 수립
 - － 질환유형의 특성에 맞는 전략적 대응을 위해 안전 강화, 부가가치 창출, 의료 불평등 해소 등을 투자목표로 설정
 - － 질환별 기초연구에서부터 신약·의료기기 및 임상연구 등 제품화 영역까지 예방·진단·치료기술을 개발하기 위한 전주기적 연구 발주

다. 보건의료 R&D 통합 조정·관리체계 정비

- 부처간 영역 다툼과 R&D 중복·분산지원 등을 해소하고 다양한 정책수단을 묶어 질병중심의 조정방안 마련



- 보건의료 R&D의 주무부처인 보건복지가족부가 주도적인 역할을 수행하여 전 부처로 분산되어 있는 보건의료 R&D의 통합 조정·관리 강화
 - － 연구의 최종 효과(outcome)와 보건의료 R&D 방향과의 적합성 여부를 판단, 사업목표 재설정 및 연구내용 조정
 - － 보건복지가족부 R&D 사업에 대해 통합적 관리체계 대안들을 마련하여 각 안들의 장단점을 분석하여 합리적인 관리체계 도출
 - 제1안: 보건복지부 R&D 예산 전체를 총액 관리하며 종합기획에 따라 예산 배분
 - 제2안: 자체 연구비를 제외한 공모방식의 연구비에 대해서 통합적으로 기획·평가·관리
- 보건복지가족부 R&D 관리기관 개선방안 마련 및 추진
 - － 현재 보건산업진흥원의 경우 전문화된 산업진흥기관이라기 보다는 기술개발 및 제품화, 기술사업화, 서비스 등 다양한 업무영역을 담당하여 R&D의 선택과 집중이 취약한 구조

【 참조: 타부처 진흥기관과의 역할 기능 】

구분	정책연구	R&D	⇒ 기술사업화	⇒ 기준·규격 (인허가)	⇒ 생산	⇒ 수출
산자부	KIET	ITEP	기술 거래소	기술표준원 산업기술시험원	생산기술연구원 중소기업진흥공단	KOTRA
정통부	KISDI	ITA		정보통신기술협회 (TTA)	ETRI (기술·제품개발)	정보통신국제 협력진흥원
과기부	STEPI (부분활용)	KISTEP (일부) KOSEF				
복지부 (진흥원)	정책연구	R&D지원	기술이전	· 기준규격 연구 · 인허가지원 시작	· HACCP지원 · GMP교육 등	· 해외의료 · 해외정보/개척

- － R&D사업 역량을 제고하기 위한 R&D 전담기관으로 독립성 보장
 - 보건의료산업육성을 중심으로 특화할 수 있도록 제도적 여건을 정비하고, 연구사업진흥본부는 독립성을 가지고 R&D관리 및 평가에 적극적으로 참여하는 형태로 조정
 - 중장기적으로 진흥원내에서 R&D를 전담하는 연구사업지원본부를 분리하여 신설하는 것이 타당
- － R&D사업 투명성 확보 및 책임성 제고를 위한 전담 인원 교체 및 충원
 - R&D 담당직원 재평가를 통한 문제성 있는 직원에 대한 교체로 전반적 조직 문화 개선
- － 보건의료 R&D 평가 등 관리체계의 구축
 - 체계적 관리시스템과 종합관리 체계 구축
 - 타기관의 벤치마킹을 통해 유형별로 표준화된 관리양식을 마련하여 평가관리 담당자의 체계성 확립
 - 새로운 평가시스템 구성시 과학재단의 시스템과 부분적으로 NIH선정평가의

일부(일반/위탁분리)를 벤치마킹 할 필요성 있음

라. 선택과 집중에 의한 투자전략화 및 수익창출

- GDP 3만불 시대를 위한 성장원천을 확충하고, 가속화되는 글로벌 기술개발 경쟁에 대응하기 위해 경제가치와 기술집적도에 의한 기술에 따라 장·단기 전략적 R&D 투자 추진
 - － 기반투자: 의과학 중심기관인 병원의 연구기능 강화를 통해 보건의료산업의 근간 구축 및 창의적 응용분야 발굴
 - － 단기투자: 보건의료기술의 실용화 역량을 축적하고 장기로 연계되기 위한 자금원으로 보건의료산업의 성공사례 도출
 - － 장기투자: 기반과 단기투자를 통한 궁극적 목표로 미래사회를 선도하고 산업구조에 변화를 줄 성장산업으로 국부 창출

II. 의약품 및 의료기기 산업 육성

1. 현황 및 문제점

□ IT산업에 이어 바이오산업이 국가의 성장을 좌우할 차세대 성장엔진으로 부상하고 있는 가운데, 바이오신약, 바이오인공장기 등 바이오기술을 이용한 보건산업 제품의 개발이 활발히 진행되고 있으며, 선진국들은 이러한 바이오산업분야의 세계시장 선점을 위해 투자를 집중하고 있음.

— 특히 의약품 및 의료기기산업은 인구고령화, 건강에 대한 관심 증대 등으로 인하여 지속적인 시장확대가 예상되는 분야임.

□ 2007년 세계 제약시장의 규모는 7,120억불로서 전년대비 6.4% 성장한 것으로 조사되고 있음. 지역별로는 북미지역의 시장규모가 45.9%로 가장 높고, 유럽이 31.1%, 아시아/아프리카/호주 9.4%, 일본 8.8%, 라틴아메리카 4.8% 등의 순임.

<연도별 세계 의약품시장 규모>

(단위: 십억, \$)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
세계시장	365	392	428	499	560	605	649	712
전년대비 증가율(%)	11.5	11.8	9.5	10.3	8.0	7.3	7.1	6.4

— 우리나라 보건산업의 시장규모는 전세계의 1.2% 정도에 불과하며, 선진국 기업 대비 우리나라 대표기업의 매출액도 1~8% 정도에 불과

세계 대표기업과 우리나라 대표기업의 매출액 비교

(단위 : 억불, %)

구 분	선진국 기업		우리나라 대표기업		비중
	기업명	매출액	기업명	매출액	
의약품산업	Pfizer('04)	461.3	동아제약('04)	4.7	1.0
의료기기산업	Baxter('04)	95.1	메디슨('04)	1.2	1.3

- 세계 의료기기 시장은 2004년 1,495억불에서 연평균 4.5% 정도씩 성장하여 2010년에는 1,868억불에 달할 것으로 전망되며, 인구의 고령화와 만성질환의 증가 등으로 인해 국내외 시장의 수요는 매우 높아질 것으로 예상
 - 우리나라의 의료기기 생산액은 2006년 1조 9,491억원으로서 전년대비 14.4% 성장하였으며, 2001~2006년 기간 동안의 연평균 성장률도 10.3%로서 비교적 높은 성장률을 보이고 있음. 이러한 추세가 지속된다면 2011년에는 3조원을 넘을 것으로 예상
- 우리나라의 의약품 및 의료기기산업의 국제적인 경쟁력은 부족한 실정이며, 이를 극복하기 위한 지속적인 노력은 이루어지고 있으나, 여전히 미흡함을 가지고 있는 것으로 평가됨.
 - 국내 제약산업의 선진국 대비 핵심기술 수준은 64.3%(4.1년 기술격차), R&D 인력은 54.9%, 물적인프라 53.9%, 매출액 대비 4~5% 내외의 R&D 투자 등으로 인하여 선진국에 비해 열세를 면치 못하고 있음.
 - 보건산업 연구개발실태조사의 제약기업체 규모별 현황을 보면 2006년 현재 중소기업 형태가 45.0%, 벤처기업 형태가 44.2%, 대기업형태가 10.8%로 나타나, 대부분의 제약업체들이 중소기업 이하의 소규모 형태로 운영되고 있음.
 - 전년대비 연구개발비의 증가(36.6%) 및 연구개발 집약도(매출액 대비 연구개발비)의 증가(32.3%), 연구개발 인력의 증가(5.2%)는 긍정적인 지표이나, 임상시험의 기술수준이나 신약개발을 위한 투자 등은 여전히 미비한 것으로 평가

- 선진국 제약기업의 평균 연구개발 투자비율이 10~25%인 반면, 국내 10대 제약기업은 평균 4~6% 수준에 불과
- 고급의료기기는 선진국에 비해 기술력이 절대적으로 취약한 것으로 평가됨. 중급의료기기는 초기 경쟁력을 확보하였으나, 선진국에 비해 기술력은 부족한 것으로 평가되고 있음.
- 재활 및 복지기기, 치과재료의 경우 선진국의 50% 수준에 불과
- 의료기기산업의 경우 선진국과의 격차 등으로 인해 무역수지 적자 규모가 최근들어 계속하여 확대되고 있음. 특히 2005년 1.4%에 불과했던 무역수지 적자 증가폭은 2006년 13.0%로 대폭 증가하여, 적자규모가 2005년 8,301억원에서 2006년 9,383억원으로 확대

[연도별 의료기기 수출입 추이]



□ 반면 의약품 및 의료기기산업에서 우리나라가 경쟁력을 갖출 수 있는 분야가 있어, 이를 집중육성할 경우 큰 성과가 기대됨.

- 줄기세포·백신·항암제·발효·유전자재조합·세포융합 등의 분야에서 선진국 수준의 기술력을 보유
 - 특히 의료기기산업의 50%를 차지하는 전자의료기기 분야에서 우리나라의 IT 경쟁력을 바탕으로 집중육성할 경우 성장이 기대됨.
 - 병원용 의료기기 뿐만 아니라 휴대용 가정용 의료기기, 실버의료기기, 재활의료기기, 한방의료기기 등 다양한 분야에서 시장개척 가능
- 2007년 5월의 한-미 FTA 협상 타결과 현재 진행중인 한-EU, 한-ASEAN 등 동시다발적인 FTA 협상 진행은 국내 보건산업 시장의 개방화 속도를 한층 높일 것으로 전망됨. 이에 따라 그간 내수 중심의 국내 보건산업의 피해최소화 및 국제경쟁력 강화, 틈새시장 개척 및 글로벌 분업구조에의 능동적 대처 등을 통한 세계적 기업으로의 육성이 중요한 과제로 대두하고 있음.
- 안전에 대한 국민적 관심이 증가하면서 의약품 및 의료기기의 안전관리 역시 중요한 과제로 대두하고 있음. 안전은 대외적인 인식제고를 통한 국제경쟁력 강화와 산업 발전 측면에서도 중요성을 가지므로 향후 지속적인 관리가 필요한 분야임.

2. 의약품 및 의료기기산업 정책방향

- 의약품 및 의료기기산업의 국제경쟁력 강화를 위한 단계적 지원 정책 추진
- 의약품 및 의료기기산업 분야의 품질관리 강화를 통해 국민의 신뢰를 제고하고 대외경쟁력 확보
 - 규제의 합리화와 제도의 선진화를 통해 수출지향적 산업구조로 전환하고, 이를 바탕으로 해외시장 진출 등 글로벌 기업 육성을 목표로 함.
 - GMP기준 선진화, 국제기준에 맞는 인허가제도 혁신, 유통 제도의 효율화 및 현대화 추진 등을 통해 산업인프라를 글로벌 수준으로 개선

□ 대외적 환경 변화에 대한 적극적인 대처

- FTA 협상 등 시장개방에 적극적으로 대처하기 위한 방안 추진
- 의약품 및 의료기기의 안전성 확보와 이를 통한 대국민/대외 신뢰도 제고를 위한 정책 추진

3. 정책대안

가. 신약 및 의료기기 개발 역량강화를 위한 지원 확충

□ 산업인프라 개선

- 혁신신약개발·수퍼제네릭육성·바이오의약품개발의 3대 R&D 지원체계를 갖추고 신약개발을 위한 관련 인프라 구축
- 첨단의료기기 신기술 연구개발 분야, 고령친화·재활 의료기기 개발 분야, 중저위 의료기기 전략품목 개발 분야 등에 대한 R&D 지원 확대
- 공동 또는 독자적인 신약개발노력을 통해 2015년까지 세계적인 신약(1조원 규모 매출) 3~5개 개발, 2020년까지 10개 개발 목표
 - 2006년 이후 바이오벤처기업의 연구 성과 등이 가시화될 경우 바이오 기술을 이용한 신약개발이 활발해질 것으로 예상

□ 의약품 특허 정보 제공

- FTA 협정 등으로 지적재산권 보호가 보다 강화될 예정이므로 국내 제약산업의 특허 정보 제공을 강화하는 방안이 필요
- 현재 특허청의 신약특허정보, 식약청의 의약품 인허가정보 등 흩어져 있는 의약품 관련정보를 통합·재가공하여 ‘의약품 특허통합정보’로 지원
- 통합시스템에는 미국 FDA와 국내 신약허가 제품을 중심으로 제품명, 성분명,

특허번호, 특허내용, 특허기간 등의 정보를 제공

※ 미국(Orange Book)과 캐나다(DPD: Drug Product DB)는 국가적 차원에서
의약품 관련 특허정보 제공

□ 임상시험의 인적·물적 인프라 구축

- 지역임상시험센터(2008년 12개소)를 연차적으로 15개소까지 확대하고, 센터간
연계를 통한 시너지 효과를 얻기 위해 임상시험사업단 구축 방안 검토
- 의약품의 임상시험 단계별·질병별로 각 센터의 특화를 유도하고, 특히 임상시
험기술센터 및 임상인력양성센터 설치
 - 임상시험기술센터: 바이오마커 활용, 임상시험설계, 임상시험 통계기술, 시험
설계 및 수행효율화 등 임상기술 지원
 - 임상인력양성센터: CRC(Clinical Research Coordinator), IRB 위원, 연구약사·간
호사 등 4만명의 임상시험전문인력 양성
- 의료기기의 경우 제품화를 위한 임상시험 시설, 인력, 교육프로그램, 관련 제도
등의 인프라 구축이 매우 취약하다는 평가
 - 의료기기 임상시험을 위한 ‘의료기기 임상시험 인프라 구축방안’ 추진

나. 글로벌 기업 육성 목표의 지원방안 마련

□ 수출산업화를 위한 지원 확대

- 최근 고혈압치료제의 최대 품목인 노바스크(한국화이자)의 국내 제네릭 의약품
이 출시되어 외국시장 진출이 급속히 확대되고 있음
- 미국·중국·동남아 등 수출전략지역에 「의약품수출지원센터」를 설립하여 해
외인허가, 마케팅지원 등 국내기업의 해외진출 지원을 통해 수출지향적 산업구
조로 전환

- 의약품 및 의료기기산업의 수출액 증가율을 2010년까지 의약품의 경우 연평균 8.5%의 증가를, 의료기기의 경우 연평균 11.5%의 증가를 목표로 하며, 이를 토대로 전체 보건산업의 수출액 증가율을 연평균 6.40%로 향상

[보건산업의 목표 수출액]

(단위 : 천불, %)

목표수출액	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	연평균 증가율
의약품	778,462	844,653	916,472	994,397	1,078,949	1,170,689	1,270,230	8.50%
의료기기	569,635	634,996	707,857	789,079	879,619	980,549	1,093,060	11.47%
전산업	253,844,672	270,090,731	287,376,538	305,768,636	325,337,829	346,159,450	368,313,655	6.40%

□ 한미 FTA 체결후 단계적 제도선진화와 연구개발지원방안 마련

- 제1단계: 국내제도 선진화 및 시장개방에 적응하는 제약산업 체질개선을 목표로 하는 유연한 구조조정 지원
- 제2단계: 개량신약을 기반으로 한 세계적 수준의 제네릭기업 육성을 목표로 기술개발 및 해외수출 지원
- 제3단계: 바이오의약품 등 세계시장에서 통하는 신약을 보유한 글로벌 기업 육성

다. 의약품의 품질안전관리

□ 국제수준의 체계화된 품질관리체계 구축

- 제형별 GMP 관리체계를 품목별 관리체제로 전환하되, 신약, 전문의약품, 일반의약품, 원료의약품 등으로 단계적으로 추진
- 선진 GMP의 필수조항인 밸리데이션(validation) 실시 의무화
 - 선진국의 의약품 제조공정, 시험방법, 세척, 기계설비 등에 대한 밸리데이션

실시를 통해 적격성 평가 및 계측기·시험기기 등의 오차를 조정

□ 의약품 사용평가(drug utilization review)를 통한 의약품 적정사용 유도

- 의약품 사용평가는 의약품의 처방이 적절하고 의학적으로 필요하며 부적절한 결과를 낳지 않을 것을 보장하기 위한 시스템
- 향후 의약품 적정사용 정보를 순차적으로 개발·제공
 - 참고로 2006년에는 약물상호작용, 연령금기, 취약군, 특정질환자에 대한 의약품 사용, 안전역이 좁은 의약품 정보 등이 기제공되었음.

□ 기타 의약품 안전관리 책임자제도, 의약품 낱알식별표시 확대 적용 등을 통해 의약품의 안전성 확보와 신뢰제고 추진

라. 의료기기의 품질안전관리

□ 의료기기 국제조화

- 2007년에 구성된 의료기기 분류체계 국제조화 TFT를 통해 의료기기의 품목을 2,000여개로 세분화하고, 인체에 미치는 잠재적 위해성과 사용목적 등을 고려하여 등급 조정

□ 의료기기 GMP 제도의 보완 및 활성화

- 1997년 이후 시행되고 있는 의료기기 GMP 제도에 위험관리, 멸균 밸리데이션, 소프트웨어 밸리데이션 등 의료기기의 특성 및 위험성을 고려한 품질관리시스템을 추가하여 운영

III. 해외환자 유치

1. 현황 및 문제점

- ☐ 저렴한 진료비, 높은 의료수준, 짧은 진료 대기시간 등을 위해 국경을 초월한 의료서비스 이용이 전세계적으로 급격하게 증가
 - － 세계 의료관광 산업: '04년 400억불 → '12년 1,000억불 (Mckinsey&Company)
 - － 의료관광객수: '05년 1,900만명 → '10년 4,000만명(RNCOS)
- ☐ 우리나라의 경우 의료서비스 수준은 선진국 수준에 근접하고 가격 경쟁력이 있음에도 불구하고 의료서비스 분야 수지 적자 지속 확대
 - － 의료서비스 적자규모(백만불): 60.0('06) 71.5('07) 9.2('08.1월) 7.3(2월)
 - － 국내 의료 서비스 수준: 미국 대비 76%, 일본 85%, 유럽 87%이며, 특정 진료 과목(위암, 미용·성형 등)은 선진국 수준에 도달
- ☐ '07년부터 정부에서 의료서비스 산업 육성을 통한 국익 창출을 위하여 해외환자 유치사업 추진하고 있으나,
 - － 우리나라 의료에 대한 해외인지도가 낮고, 진료 편의시설 등 인프라 부족, 체계적인 홍보 및 의료관광 상품개발이 미흡한 실정
- ☐ 그 동안의 해외환자 유치 관련 추진 경과
 - － 제도 개선
 - 중국인 환자의 치료목적 입국시 귀국보증각서 제출의무 생략('07.9) 및 재외 공관에서 해외환자에게 진료·요양 목적 비자 및 동반보호자에게 비자 발급이 가능하도록 비자 제도 개선('08. 4. 21)

－ 인프라 구축

- 민·관 공동으로 「한국국제의료서비스협의회」를 구성·운영('07.3)하고 의료코디네이터 양성 지원 등 사업 수행
- 한국국제의료서비스협의회는 민·관 공동 협의체로서 35개 의료기관, 진흥원(사무국), 관광공사 참여

－ 마케팅 및 홍보

- 협의회를 통해 다국어 홈페이지 구축, 해외 의료관광 종사자 초청 체험 행사 및 현지 설명회 실시 등을 통한 우리나라 의료서비스 수준에 대한 해외 홍보 활동 실시

□ 문제점

- － 해외홍보, 전문가 양성 등 해외환자 관련 사업이 지자체·의료기관별로 개별적·산발적으로 진행되어 사업추진의 효율성 제약
- － 국가별·질환별 의료관광상품 개발 미흡 및 홍보활동에 대한 전략적 접근이 미흡

2. 쟁 점

□ 국내 환자간, 의료기관간 양극화 우려

- － 해외환자 진료 증가시 내국인 환자의 진료 대기시간 증가 등 내국인 진료에 상대적으로 소홀해질 수 있다는 우려 제기
- 그러나 해외환자의 경우 사전예약 후 입국하여 병상가동률에 여유가 있는 1인실/특실을 주로 이용하고 있으므로 향후에도 사전예약 활용, 외국인 전용병상 마련, 필요인력 확보 등을 통해 내국인 환자진료에 미치는 영향을 최소화할 수 있다는 반론 존재

- 대형 의료기관과 비급여 위주 진료과목(성형·피부·치과 등)에 해외환자가 집중되어 의료기관간 양극화가 심화될 수 있다는 의견 존재
 - 해외환자 유치에 오히려 의료기관 양극화 해소에 기여할 수 있다는 반론
 - 전문화된 중소·지방병원 등도 국제적 인프라 구축, 적극적 마케팅 실시를 통하여 새로운 수익창출이 가능하며, 청심국제병원, 우리들병원, 아름다운나라 피부·성형외과 등은 중소병원임에도 외국인 환자 유치 실적이 지속적으로 증가하고 있다는 근거 제시
 - 해외환자에 대한 모든 진료행위는 건강보험이 적용되지 않고, 국내환자에 비해 높은 수가를 적용하고 있으므로 급여항목 위주로 운영중인 의료기관에서도 자유로운 가격 설정을 통한 새로운 수익원 창출 가능

□ 해외 환자 유치의 control tower 역할 기관

- 해외 환자 유치를 위하여 정부에서 제시한 action plan을 추진할 control tower의 역할을 할 기관의 미흡을 지적하는 의견 존재
- 민간에서는 정부가 제안한 ‘협의회’와 같은 느슨한 조직으로는 control tower로서 미흡하며, 초기에는 국가주도의 matching fund를 통해 cooperation을 생성하는 등 강력한 리더십을 가지는 구조 마련이 필요하다는 의견이 제시
- 해외환자 유치에 있어서 의료사고·분쟁 등은 국가적 신인도와 관련이 있으므로 국가적 차원의 대책 마련 필요

3. 정책대안

비전	해외환자 유치 활성화를 통한 의료서비스 산업 육성		
목표	해외환자 유치 10만명 달성('12)		
추진전략	제도개선 및 환경조성	추진체계 및 인프라 강화	해외 홍보활동 및 의료관광상품개발
주요 추진 과제	의료관련 각종 규제·제도 개선	관계기관 협력체계 강화 및 협의회 법인화 추진	차별화된 전략수립 및 한국의료 브랜드 개발·홍보
	의료기관 평가제도 선진화를 통한 신뢰도 제고	국내 인프라 구축 강화	진료비 가이드라인 마련을 통한 가격경쟁력 유지
	의료사고 관련 분쟁 예방체계구축	해외 네트워크 활성화	홈페이지, 설명회 등 다양한 홍보 실시

가. 의료관련 각종 규제·제도 개선

□ 의료법 개정 등 규제·제도 개선

- 해외환자 대상 소개·알선, 의료기관 호텔업 등 각종 부대사업 실시가 허용되지 않는 등 의료관련 각종 규제가 존재
- 개선방안: 해외환자에 한하여 소개·알선 허용, 의료기관 합병절차 신설, 부대사업 범위 확대, 양·한방 협진체계 구축, 종별구분 개선 등 의료법 개정 추진

□ 경제자유구역 및 제주특별자치도에 대한 규제완화

- 경제자유구역내의 외국의료기관에 대해 국내 의료법을 적용하고 있어 외국의료기관의 특성을 감안하지 못하고 있음
- 개선방안: 외국면허소지자 종사인정, 원격의료에 관한 특례 등을 포함하는 특별법을 마련

□ 원격의료 활용을 통한 사전상담·사후관리 실시

- 원격의료에 대한 법·제도적 한계로 인하여 해외환자에 대한 원격의료 활용이 이루어지지 못하고 있는 상황
 - * 현행 의료법상 의료인 간의 원격의료만 허용됨 (의료법 제34조)
- 개선방안: 해외환자에 대하여 원격医료를 이용한 사전상담 실시로 신뢰감을 제고하고, 원격医료를 이용한 사후관리 실시를 통해 불필요한 국내 재방문 해소 등 편의성 향상
 - 관광공사 해외지사 등에 상담센터 설치 및 운영
 - 국내의사-해외환자간 원격医료를 허용하도록 의료법개정 및 외국현지법 검토

나. 의료기관 평가제도 선진화를 통한 신뢰도 제고

□ 의료기관 국가 인증제 도입 및 국제 인증화 추진

- 국내 의료에 대한 해외환자의 신뢰도 제고를 위하여 객관적·국제적 기준에 부합한 의료기관 인증이 필요하나, 국내 「의료기관 평가제도」는 그 효력이 국내에 한정
 - 세브란스병원의 JCI 인증 획득('07년), 인하대병원 건강검진부문 ISO 9001 인증('08.8)
 - 국가별 JCI 인증 현황 : 태국(4), 싱가포르(13), 인도(10), 우리나라(1)

- 추진방안: 의료기관 평가의 국가 인증제 도입 및 동 평가기준 및 평가기구의 국제적 인증 추진('10~)
 - 한국의 의료기관 평가프로그램에 대한 ISQ 인증을 받아 한국 의료관리 프로그램 및 의료기관 서비스의 우수성 입증

※ ISQ(the International Society for Quality In Healthcare Inc.)

- 의료기관(건강관리) 평가 프로그램 등에 대한 인증기관
- 호주, 캐나다, 이집트, 영국, 프랑스, 아일랜드, 일본, 요르단, 남아공, 대만, JCI(미국) 등의 프로그램에 대하여 표준 인증

다. 의료사고 관련 분쟁 예방체계 구축

□ 의료사고 관련 분쟁 예방체계 구축 및 보급

- 의료사고 발생시 분쟁조정 및 보상체계가 확립되어 있지 않고, 많은 의료기관에서 높은 보험료 부담으로 인해 의료사고 보험에 가입하지 않고 있음.
- 추진방안: 의료기관의 의료사고 및 분쟁 관련 사전·사후 대응방안 매뉴얼 개발 및 보급 방안 마련
 - “해외환자의 의료사고·분쟁 예방 및 대응 방안” 연구 용역 실시('08년 하반기), 각 의료기관에 매뉴얼 배포 및 활용방안 교육실시('09년 상반기)

라. 관계기관 협력 체계 강화 및 협의회 법인화 추진

□ 관계부처-지자체 협력체계 구축

- 지자체별로 독자적인 해외환자 유치 사업을 전개하고 있으며, 관계부처 간 협조·조율 필요
 - 서울시 : 서울시 의료관광 협의회 구성, 의료관광 종합지원센터 설치·운영

검토, 의료관광복합단지 조성 등 (연구용역 등)

- 부산시 : 의료관련 단체 중심의 협의회 운영, 200여개 외국인 진료 의료기관 지정
 - 대구시 : 의료산업 관련 담당 조직 운영, 단체 의료관광 마케팅 실시
 - 제주도 및 인천경제자유구역 : 외국 의료기관 유치, 관광휴양과 연계방향 검토
- 추진방안: 정부(지자체 포함) 협력체계 구축을 통한 대책 수립 및 조정, 추진상황 점검 실시

□ 한국국제의료서비스협의회 발전방안 마련

- 임의단체로서 법인격이 없으며, 진흥원에서 사무국 역할 대행
- 추진방안
- 협의회를 범국가적 Control-Tower 역할 부여 및 “한국의료” 브랜드의 상징으로 육성
 - 해외인지도가 높고 해외환자 유치 의지가 많은 대형 의료기관 위주로 회원 의료기관 추가 모집
 - 협의회 고유사무 개발과 정부지원
 - * Best Practice 선정 및 홍보, 국제컨퍼런스 개최, 진료비 가이드라인 제공, Cashless 시스템 구축을 위한 지원 등

마. 국내 인프라 구축 강화

□ 의료코디네이터 및 병원국제마케팅 전문가 등 전문인력 양성

- 해외환자 유치 관련 의료코디네이터 양성교육이 한국관광공사와 일부 민간교육기관에서 실시되고 있음
- 추진방안: 국제의료서비스 아카데미 설립을 통하여 인력양성의 전문성을 제고하고, 병원국제마케팅 전문가 양성을 통하여 의료기관의 국제업무 역량 강화

□ 의료관광안내센터(콜센터) 설치 운영 및 원스톱서비스 제공

- 국내관 소개 및 의료코디네이터 연계 등 원스톱 서비스 제공이 미흡
- 외국인의 출입국 및 서비스 관련 불편사항 상시 모니터링 및 지속적 개선 필요
- 추진방안: 공항 등에 의료관광안내센터 설치를 통해 외국환자에 대한 각종 편의 제공 및 잠재적 수요자인 국내 입국 외국인에 대한 홍보활동 실시
 - 주요 시·도 운영 외국인 종합안내센터와 협조체계 및 연락망 구축
 - 의료기관에 외국인 전용 병상, 통역/가이드 서비스, cashless서비스 제공을 위한 보험청구시스템 구축 등을 위한 정보 공유 및 지원

□ 의료관광 클러스터 조성

- 전국에 산재해 있는 의료기관이 협의회를 중심으로 해외환자 유치 사업 전개
- 추진방안
 - 경쟁력 있는 의료분야 밀집지역, 관광자원 연계 가능지역, 외국인 접근용이 지역을 선정하여 지역별 특성화된 특구를 지정하여 클러스터 조성 추진
 - 의료관광 특구에 대한 해외 홍보활동 전개, 외국인 환자의 진료편의(언어·문화) 시설 설치·운영 지원 등 기반 조성
 - 진료 분야별, 지역(지자체) 특성별 자원들을 고려하여 의료관광 클러스터 조성 계획 및 중장기 발전계획 수립
 - 경제자유구역 등과 결합한 의료관광 클러스터 구축
 - 경제자유구역에 대한 의료법상 규제가 완화되어 있고 외국 자본 등의 투자 유치가 활발하여 국내외 병원이 개원하면 해외환자 유치 최적의 여건임
 - * 싱가포르, 중국(상해) 등은 외국의 유명 제약회사, 의과대학, 병원 유치와 결합하여 자국의 의료 수준에 대한 개선과 함께 추진

바. 해외 네트워크 활성화

□ 마케팅 전문가 파견·활용을 통한 현지 네트워크 및 마케팅 역량 강화

- 국가차원의 의료 홍보 및 마케팅 활동 전개를 위하여 Target 국가에 의료관광 전문 인력이 상주하는 현지 사무소 전무
- 추진방안: 주요 타겟 국가 및 도시에 해외 마케팅 전문가 파견을 통한 국제 네트워크 확대·관리 및 마케팅 활동 전개
 - 진흥원 수출지원센터의 기능 확대(해외환자 및 해외진출지원 포함) 및 지소 증설
 - 진흥원 센터가 없는 곳 및 한류 영향 지역은 KOTRA 또는 관광공사 해외 지소 활용
 - * 싱가포르의 병원 경우 현지 사무소 설치·운영을 통한 적극적인 해외환자 유치 전개(Parkway Group Healthcare은 중국, 인도, 러시아 캐나다 등 15개국 마케팅 사무소 운영)

□ 해외보험사, 에이전시, 해외의료기관 등과의 네트워크 구축강화

- 대부분의 의료관광은 보험사 및 에이전시 등을 통해 이루어지고, 이러한 중개기관(Intermediaries)은 해외환자의 행선지 선택에 결정적인 영향을 끼침.
- 추진방안: 국제 conference 참여 및 개최, Fam Tour 실시, 의료관광 관련 국제기구 및 마케팅 전문 업체 활용 등을 통해 중개기관을 발굴하고 국내 의료기관과 협력관계 구축 지원
 - 미국의료관광협회(MTA) 아시아지부 유치('08.6), 중국기업가건강공정과의 MOU체결

□ 의료기관 해외진출 및 외국 의료인력 연수를 통한 해외네트워크 구축

- 해외환자 유치 의료기관의 해외진출 시도 증가하고 있으나, 정보부족

- 추진방안: 의료기관 해외진출 및 외국의료 인력 연수 지원을 통한 국제 네트워크 구축 및 환자 전원시스템 구축
 - 해외진출 의료기관에 대하여는 중소기업 수출지원 수준에서의 세제 및 금융지원 방안 검토
 - 해외 의료 인력의 국내 의료기관 교육·연수 지원을 통해 한국 의료를 홍보하고 의료기관간, 의료인력간 국제 네트워크 구축

사. 차별화된 전략수립 및 한국으로 브랜드 개발·홍보

□ 한국의료브랜드 Positioning을 위한 홍보 실시

- 세계적 수준에 근접한 한국 의료인의 자질과 의료기술을 입증하여 우리나라를 의료관광의 Destination으로서 인식시킬 필요 있음
- 추진방안
 - 파급력 있는 신의료기술 등 Best Practice 사례 발굴 및 홍보
 - Best Practice를 공모하여 평가·선정 및 국제적 홍보 실시
 - ‘Annual 국제의료관광컨퍼런스’ 개최 및 다국어 홈페이지 검색 프로모션으로 국제적 인지도 제고
 - 전 세계 의료관광 종사자 초청 및 의료체험행사를 통하여 한국의료 수준을 입증
 - 빈출 검색어 “한국의료관광”이 다국어 홈페이지로 접근하도록 프로모션을 실시하고, 동 웹사이트를 통한 한국의료관광에 대한 정보 및 예약 서비스 제공
 - 한국국제의료서비스협의회(한국보건산업진흥원 지원)의 고유사업으로 추진하고, 이에 필요한 예산지원

아. 진료비 가이드라인 마련을 통한 가격경쟁력 유지

□ 협의회를 통한 진료비 가이드라인 마련

- 진료비는 해외 환자에게 소개될 의료서비스 상품의 기본 요소이나 의료기관이 공개를 꺼리고 있고, 싱가포르 등 경쟁국에 비하여 진료비가 높은 것으로 파악됨
- 추진방안: 협의회를 통해 경쟁국가, 경쟁기관의 국제수가를 비교·분석하여 국내의료기관에 진료비 가이드라인 제시
 - 국내의료기관이 해외환자 진료비를 책정할 때 bench-marking 자료로 활용 가능

자. 홈페이지, 설명회 등 다양한 홍보 실시

□ 다국어 홈페이지 운영 등 다양한 홍보실시

- 다국어(영어, 일본어, 중국어(번체, 간체)) 홈페이지 구축·운영, 홍보책자 발간 등 각종 해외 홍보사업 전개
- 추진방안
 - 검색 엔진프로모션, 온라인 홍보 배너 게재 등 홈페이지 해외 노출빈도 강화 및 언어권 확대(러시아어 추가)를 통한 홈페이지 이용 접근성 제고
 - 홍보책자 및 래플릿의 배포지역 확대 (인천공항 등)
 - 해외의료관광 관련 언론매체 대상 보도자료 제공 및 광고 게재, 의료관광 관련 온라인 매체 배너광고 및 타겟국가별 블로그 운영 등을 통한 홍보활동 전개
 - newsletter 제작·배포를 통한 한국의료관광에 대한 정보 동향제공
 - 유명 연예인의 우리나라 의료서비스 홍보대상 임명·활용

□ 해외 의료관광 관계자 초청 행사 및 국제 행사 참가를 통한 홍보

- 해외 네트워크 구축 및 홍보를 위하여 '07년에 미국, 일본, 중국 등 30명 초청 체험행사를 실시
- 추진방안
 - 해외 의료관광 관계자(미국, 중국, 일본) 초청 행사 : 보험사, 에이전시(여행사), 언론인 등 총 30명 대상
 - 일본·중국 등에 유치단을 파견하여 시장 조사 및 현지 업체 방문을 통한 사업기회 발굴
 - 국내 의료기관과 해외보험사와의 MOU 체결 지원
 - 국제행사 sponsorship 및 주제 발표를 통한 홍보활동 전개

□ 국제망 활용한 의료상품 홍보

- 상공회의소, 무역협회, 관광공사, 외교 공관(영사관 등)전 세계의 한국을 알리는 지소 존재
 - 한국관광공사는 의료관광(문화부와 공동과제)을 위하여 협의회 특별회원으로 참여하고 있음
 - KOTRA는 우리부 수출지원센터 운영 협조
- 추진방안: 우리나라 국제 Network, 국내의 외국인 Network(국내 특파원, 외교관, 기업 주재원 등), 외국의 특정질환 커뮤니티 대상 홍보 실시

주요 국가별 경쟁력 분석 및 마케팅 방향

【 미 국 】

현황	<p>◇ 공보험 체계 미비 등으로 인한 의료비 부담으로 해외 의료서비스 이용자 증가 (2007년 기준 75만명)</p> <p>* 미국내 4500만명의 보험 미가입자 존재</p> <p>◇ 미국 민간 의료보험사들이 해외의료기관을 네트워크에 포함시키고 있으며, 환자들은 이러한 보험사 또는 의료관광 에이전시를 통해 해외 의료기관을 선택</p> <p>* 미국인의 약 40%는 의료비가 절반 이하이고 미국에서와 비슷하거나 더 나은 의료서비스를 이용할 수 있다면 해외 의료서비스를 이용할 의향이 있는 것으로 조사 (Deloitte)</p>
가격 경쟁력	<p>◇ 미국 의료기관의 중증 질환 진료비는 국내 대비 평균 3배 수준, 중증질환의 경우 4배 수준</p> <p>* 중증질환의 경우 3,000~5,000만원 이상 고가로 왕복 항공료(약 350만원)를 지불하고도 충분한 경쟁력 보유</p>
전략상품	<p>◇ 미국인 대상 지리적 위치를 감안할 때 단순·저가 질환보다는 진료비 차이가 큰 고가·중증질환 위주</p>
추진방안	<p>◇ 미국 민간 의료보험사·에이전시와 파트너십 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 한국의료 초청체험행사(Fam Tour) 실시, 미국내 관련 행사(World Medical Tourism Congress 등) 참여 - 해외마케팅 전문가를 파견을 통하여 현지 관련기관과의 네트워크 구축 및 홍보 관련 사업지원 <p>◇ 의료서비스의 질 입증 및 홍보</p> <ul style="list-style-type: none"> - Best Practice 등 한국의료 우수사례를 발굴하여 국제컨퍼런스, 언론을 통하여 홍보 - 국가인증제 도입, 의료기관의 JCI 등 국제인증 유도 * JCI 등 국제인증 여부가 보험사·에이전시의 주요 검토사항 <p>◇ 현지 마케팅 활동 강화를 통한 국내의료 인지도 제고</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료관광 관련 책자 한국판 출판추진(Patient Beyond Borders - Korea Edition 등), 의료관광 관련 언론매체(International Medical Travel Journal, Medical Tourism Magazine 등)에 홍보성 광고 게재 등 현지 홍보활동 지원

[일 본]

현황	<p>◇ 입소문이나 전문잡지·홈페이지 등을 통한 개인적 방문이 대부분</p> <ul style="list-style-type: none"> - 성형·미용, 치아미백, 관광과 연계한 한방투어 및 종교재단과 연계한 분만 등 중심 <p>◇ 대부분의 일본인은 해외 진료의 필요성을 느끼지 못하고 있고, 한국 의료수준에 대한 인지도가 낮음</p> <p>◇ 현지 여행사의 의료사고에 대한 우려로 의료관광의 상품화가 본격적으로 이루어지지 못하고 있고, 의료광고가 금지되는 등 현지 마케팅에 어려움이 많음</p>
가격 경쟁력	<p>◇ 일본내 공보험 미적용 분야는 우리나라 진료비에 비해 1.5~2.0배 수준으로 가격경쟁력이 있음 (지리적 접근성, 저렴한 항공료 등)</p> <p>* 일본은 전 국민 공보험 시스템을 구축하고 있으며, 보험급여율이 높아 (70%이상), 공보험 적용분야는 가격경쟁력이 약함</p>
전략상품	<p>◇ 공보험 미적용 분야 중 한국의료 선호도가 높은 미용성형, 라식·안성형, 한방재활, 치아미백, 임플란트, 불임치료 등의 의료서비스 위주</p>
추진방안	<p>◇ 여행사·보험사·언론인 등 관계자 대상 네트워크 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 현지 여행사, 언론인 등을 대상으로 한국의료체험행사 실시 - 현지 건강·의료박람회 참가를 통한 한국 의료기관 소개 - 일본 민간 의료보험, 여행자 보험과의 네트워크 구축을 통해 일본여행객의 국내의료 이용시 Cashless 서비스 제공 <p>◇ 전문잡지·홈페이지 등을 통한 일반인 대상 홍보 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일본 미용잡지, 여행잡지 및 여성잡지 중심의 의료체험 모니터링 보도 - 협의회 및 관광 관련 홈페이지(서울나비 등)을 통한 홍보 강화

[중 국]

현황	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 중국 고소득층의 고급의료서비스에 대한 수요가 증가하고 있는 추세로 자국내 고급외자영리병원 이용자가 증가하고 있음 ◇ 중국내 인지도가 높은 미용성형을 중심으로 국내 의료기관 이용
가격 경쟁력	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 중국내 공공병원과 비교해서 가격경쟁력이 떨어지나 고소득층이 주로 이용하는 고급외자영리병원과 비교해서는 1.5배 수준의 가격경쟁력이 있음
전략상품	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 미용·성형, 미용치과, 척추, 건강검진 위주
추진방안	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 기업관련 단체 등과의 파트너십 구축을 통해 중국내 고소득층 대상으로 안정적인 유치 비즈니스 모델 개발 <ul style="list-style-type: none"> * 중국기업가건강공정과 MOU를 통한 고소득자 환자 유치 추진('08.9) ◇ 현지 언론인·여행사·미용살롱·의료인등을 대상으로 홍보활동 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 현지 언론·의료단체와의 현지 세미나 개최를 통하여 홍보 및 네트워크 구축, 언론인·여행사·미용살롱·의료인 등 관계자 대상으로 초청체험행사 실시 ◇ 국제 의료보험사와 네트워크 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 국제의료보험에 가입한 현지 부유층 또는 체류 외국인을 국내로 유치할 수 있는 통로 확보

[몽골, 러시아, 중앙아시아, 동남아시아 등 저개발국가]

현황	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 자국의 의료시설 부족 및 수준 낙후하여 해외의 의료서비스를 이용할 수 밖에 없는 상황 * 싱가포르에서 유치하는 해외환자의 70% 이상이 아시아 지역 저개발 국가의 환자임 (말레이시아의 경우 90% 이상) ◇ 일부 국내 의료기관도 현지 의사와의 개인적 네트워크를 이용하여 환자를 유치하고 있음 (삼성의료원, 세브란스병원 등)
전략상품	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 건강검진 및 현지에서 치료가 어려운 중증 질환
추진방안	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 현지 의료인·에이전시 등과 네트워크 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 한국의료 관련 국제 행사 (의학포럼, 한국의료홍보회 등) 현지 개최, 의료인 및 에이전시 대상 한국의료 초청체험행사를 통해 한국의료를 홍보하고 환자 전원네트워크를 구축 ◇ 국제 의료보험사와 네트워크 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 국제의료보험에 가입한 현지 부유층 또는 체류 외국인을 국내로 유치할 수 있는 통로 확보 * 삼성의료원에서 이러한 루트로 해외환자 일부 유치 성공 ◇ 현지 환자전원센터 설립 <ul style="list-style-type: none"> - 현지 환자전원센터를 설립하여 현지 네트워크 구축, 환자 입국관련 편의 제공 등의 활동 수행

외국의 해외환자유치 현황

태국	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 민관 공동의 위원회 구축을 통한 의료서비스 허브 전략 개발 ▪ 의료와 관광을 연계한 상품 개발, 원스톱 서비스 인프라 구축 ▪ 2005년 128만명 유치, 8.9억 달러 외화수입 실현
싱가포르	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국가 주도 「Singapore Medicine Initiative Plan」 으로 의료 허브 구축 추진 ▪ 원스톱 체계 구축, 외국병원 협력 등 ▪ 2004년 27만명 유치, 2.9억 달러 외화수입 실현
인도	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 낮은 가격, IT와 네트워크를 활용한 홍보, 의료비자 도입 ▪ 2004년 18만명 유치, 3.3억 달러 외화수입 실현
말레이시아	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 미용성형, 반사요법 등 대안치료, Health Spa 중심 ▪ 2005년 23만명 유치, 47백만 달러 외화수입 실현
필리핀	<ul style="list-style-type: none"> ▪ '레저와 함께하는 보건'을 모토로 대체의학·웰빙·스파 위주 프로그램 운영
레바논	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3개 국어(영어, 프랑스어, 아랍어) 구사 가능한 의료진, 저렴한 의료비용과 발달된 의료기술, 천혜의 자연경관 바탕
요르단	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 정부 유관기관 공조 마케팅 실시, JCI 등 국제인증 획득 지원, 고객센터 운영 및 공항내 외국인 환자 수송지원 시설 설치 등 ▪ 2007년 25만명 유치(84개국), 10억 달러 외화수입 실현
독일	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 해외의료홍보위 등을 통한 독일의료 우수성 홍보 및 의료기관 정보 제공 ▪ 평균 5만명 이상 유치(러시아·영국·미국 등), 1.3억 유로 이상의 매출액
포르투갈	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 높은 의료수준과 저렴한 의료비, 영국·미국과의 근접성, 온화한 기후와 풍부한 관광자원 강점 ▪ 예약·교통·숙박·관광 등 원스톱 서비스 제공위한 네트워크 구축
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 뇌·척추 등 전문적 치료 특화, Stockholm Care통해 예약·교통·숙박·비자·통역·관광 등 원스톱 서비스 제공
헝가리 (소프론)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 서유럽·미국 등 대상으로 임플란트 시술과 고성·온천 관광 연계
멕시코	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 미국과의 지리적 접근성, 치과·성형 중심 맞춤형 의료관광 패키지 제공
남아공	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 높은 의료수준, 저렴한 진료비, 온화한 기후, 영어권의 강점 ▪ 2005년 2만여명 유치, 350억원의 수입 획득

VI. U-Healthcare 활성화 방안

※ u-Healthcare : 의료서비스와 IT 기술의 융합을 통해 환자가 병원에 가지 않고 일상생활 속에서 ‘언제, 어디서나’ 원격의료 및 건강관리 서비스를 제공받는 헬스케어 환경을 의미

1. 현황 및 문제점

가. u-Healthcare 개요 및 특징

□ u-Health 서비스 산업은 보건의료 서비스에 첨단 IT 기술을 접목한 것으로, ‘언제나 어디서나’ 이용 가능한 원격진료 및 건강관리 서비스를 제공하는 산업으로서, u-Health 의료기기, 서비스 및 응용에 관련된 가치사슬 상의 모든 산업을 지칭함.

- 첨단 IT기술(화상통신, RFID, USN 등)을 활용한 u-Health 기반의 예방·조기진단·건강관리 서비스를 통해 의료서비스의 질 제고 및 의료비 절감 등을 통해 의료서비스 전달체계 효율화에 기여하는 것은 물론, 의료접근성 및 편의성을 제고하고, 의료취약계층의 의료불평등 해소에도 기여

※ 노인 만성질환자에 대한 원격 건강관리 서비스를 통해 환자 의료비 27% 절감(SERI)

- u-Health 서비스 산업을 통하여 의료서비스 산업, 의료기기 산업, IT산업을 중심으로 하는 u-City 건설산업, 홈네트워크산업 등의 동반성장 기대

□ u-Health의 개념도: 의료 + IT 융합기술



□ u-Healthcare의 서비스 예시

서비스	주요 내용
만성질환자 원격 건강모니터링	<ul style="list-style-type: none"> 간호사가 만성질환자(당뇨, 고혈압 등)를 대상으로 원격 건강측정기기로 생체정보(혈압/혈당/체지방)를 측정하여 원격 전송 원격지 의사가 생체정보 및 과거병력 등에 따라 맞춤형 운동처방 · 식이요법 및 적절한 치료를 원격으로 지시
도서지역, 농어촌 의료취약지역 대상 원격의료	<ul style="list-style-type: none"> 의료취약지역의 보건지소/보건진료소/마을회관 등 공공장소에 원격진료실 설치 원격지 의사와 연계하여 원격화상진료시스템을 통해 원격의료 실시(필요시 의약품 배달)

- 주요 선진국 및 글로벌 기업들은 u-Health 분야를 미래 전략산업으로 육성하기 위해 투자를 적극적으로 확대해가는 양상

<해외 주요국의 정책 · 산업 동향 주요특징 비교>

구분	미국	EU	싱가포르
정책	<ul style="list-style-type: none"> • u-Health 관련 법 · 제도 적 기반 마련 • 보건부 : 범부처 u-Health 활성화 T/F 총괄(12개 부처 참여) 	<ul style="list-style-type: none"> • '13년까지 다양한 IT 기반 원격의료 사업 실시 • EU 12개국 참여, '13년까지 7년간 약 3억5천만 유로 투입 	<ul style="list-style-type: none"> • '15년까지 IT 기반의 개인 맞춤형 의료체계로 전환 <ul style="list-style-type: none"> - 질병치료→예방/건강증진 - 의사진단→자가진단
주요 기업 동향	<ul style="list-style-type: none"> • Intel : 원격 건강관리 전문업체 WebVMC 인수. 휴대용 건강 모니터링기기 Health PHS5000 출시 • IBM : 보험사와 의료서비스 공급자를 대상으로 원격 모니터링과 개인 건강측정 등 다양한 u-Health 솔루션 제공 • Philips : 노인환자를 위한 TV 기반 맞춤형 건강관리서비스 Motiva 출시 • Qualcomm(CardioNet 합작) : 모바일 심장 모니터링 서비스 제공, 미국 내 7만명 이용 • Honeywell : 재택 건강관리 기기 개발 및 서비스(HomeMed) 제공 		

- 또한 최근 보건의료 서비스 산업은 질병의 치료에서 진단 강화를 통한 예방 중심의 u-Health 형태로 발전되는 추세
- * 향후 5년 후 국내 이용자 수 702만명 전망(신규 u-헬스케어 비즈니스 시장수요 분석보고서, ETRI, '05)
 - IBM, Philips, 퀄컴 등 글로벌 IT기업까지 홈 & 모바일케어 등 u-Health 의료기기 분야에 진출하여 의료기기의 일반 대중화를 시도

나. u-Healthcare 서비스 산업의 성장동력화 필요성

□ u-Health는 전·후방 연관효과가 높은 고부가가치 미래성장동력 산업

- 시장성장: 2009년의 관련 세계 시장규모는 660억불로 예상되고, 연평균 15%의 고성장을 거쳐 2013년에는 1,030억불로 성장할 전망(BBC)
- * 시장전망(지식경제부) : ('12) 2,156억불 → ('15) 3,279억불 → ('18) 4,987억불
 - 특히, 고령화와 만성질환 증가, 건강에 대한 관심 증가 등 홈&모바일 케어 서비스가 가장 큰 시장을 형성
- * 미국 홈&모바일케어 시장(Forrester Research) : ('06)10억불 → ('15)336억불
 - 국내시장은 2012년을 전후로 하여 1.2~2조원 규모를 형성하고, 본격적으로 성장단계에 진입할 것으로 전망됨(ETRI).
- 일자리 창출: u-Health로 인한 고용창출규모는 2013년까지 1.5만명 수준에 이를 것으로 예상됨(ETRI).
- 연관산업 발전: 의료서비스 산업을 중심으로 의료기기 산업, IT 산업 등 관련 산업의 동반성장 기대
 - 특히, 고령화와 만성질환 증가, 건강에 대한 관심 증가 등 홈&모바일 케어 서비스가 가장 큰 시장을 형성할 것으로 전망됨.

□ 우리나라의 u-Health 산업 성장잠재력

- 세계 최고의 IT 기술역량과 우수한 의료인력, 첨단기술의 수용도가 높은 국민성 등은 u-Healthcare 산업 발전에 최적
- u-Health 분야에서 공개특허 점유율이 약 41.5%를 차지하는 등 성장잠재력이 큰 것으로 평가됨.
- * 공개특허 비중 : (한국) 41.5%, (미국) 29.8%, (일본) 22.4%, (유럽) 6.3%('06년)

- 또한 u-Health 산업은 전세계적으로도 아직 시장형성의 초기단계이므로 우리가 성장잠재력을 바탕으로 국가적 역량을 집중한다면 선도적 위치 확보 가능

□ 의료 패러다임 변화에 부응하는 최선의 해결책

- 인구 고령화, 만성질환 증가, 건강·웰빙 추구 등 환경변화에 대응하여 기존의 질병치료 중심에서 생활 속의 예방·건강관리 중심의 u-Health 서비스 수요 증가 예상
- u-Health를 통한 국민건강증진 및 의료비 절감 등 의료서비스 전달체계 효율화에 기여

□ 경제적 위치

- LGCNS 등 IT기업, 포스코건설 등 대형건설사 등 다양한 산업에서 u-Health 분야에 진출중
 - 공공부문의 시범사업에서 벗어나 건강관리를 목표로 서비스 대상, 지역, 내용을 점차 확대

국내 대기업 진출 사례

업체명/병원	진출 분야	비 고
LGCNS, 인텔	만성질환 홈헬스케어 서비스	상용화 예정('08년말)
포스코건설	만성질환 홈헬스케어 서비스	인천 송도 신도시 등을 대상으로 상용 서비스 개시('10년 말 10만 가구)
SK케미컬	u-Health 의료정보 시스템	'유비케어' 인수 ('08.3)
건국대병원	모바일 심장질환 관리시스템	상용화 예정('08년말)

- u-Health 관련 산업계에서 'u-Health 산업 활성화 포럼'을 구성하는 등

u-Health 산업 활성화를 위한 적극적인 움직임을 전개하고 있음.

< u-Health 산업 활성화 포럼 >

- u-Health 활성화를 위한 민간 협의회('07.12월 발족)
- 국내 기술 표준화 및 서비스 확산, 의료법 개정요청 등 시장 환경조성 및 산업 경쟁력 강화 등 추진
- 서울대병원 등 의료기관, 삼성전자/LG전자 등 제조업체, KT 등 통신업체, 한국 IBM 등 IT업체, 삼성중공업 등 건설사 등 다양한 분야에서 참여

- 아직 본격적인 서비스 도입을 위한 준비단계지만, 법·제도 개선 및 기술·인프라 고도화가 완료되는 2010년을 전후로 전국적으로 확산 가능성
 - 국내의 잠재적인 소비자층인 702만명이 가시화될 전망(ETRI, '05)

2. 정책방향

- 새로운 방식의 의료서비스인 u-Health에 대한 안전성·경제성 평가 및 의료인의 적극적인 참여를 통해 단계적인 활성화 추진
 - 다양한 형태의 시범사업을 통한 검증으로 사회적 수용성을 높이는 방향으로 추진
- 관계부처간 역할분담과 긴밀한 협조로 투자 효율성 제고
 - 보건복지가족부와 지식경제부 등 관계부처 간 긴밀한 협조를 위한 방안을 강구하고, 이를 통해 원천기술 개발 및 임상서비스 개발 등 부처간 역할분담, 관계 부처 공동 시범사업 추진, 원격진료 허용 등 법·제도 개선방안 마련 등
- 제도적 기반 조성
 - 국가적 차원의 중장기 비전 및 단계적 실천계획 수립을 위한 「u-Health 서비스 산업 활성화 종합계획」 수립

- u-Health 산업 활성화를 위한 의료법 등 관련 법·제도 개선 추진
 - 의학적 안전성 및 경제적 유효성 등을 종합 검증하기 위하여 관련 법령 및 제도 정비 추진
 - 관련된 제도적 측면에서 원격의료 허용범위 확대, 보험수가 개발, 안전기준 도입 등에 관한 사항 검토

□ 기술경쟁력 제고(R&D)

- 핵심기술·제품 연구개발(R&D) 추진
 - 국내의 IT 및 인터넷 기술을 기반으로 사업화 가능성이 높은 분야의 핵심 원천기술 확보를 위한 연구개발 지원
 - * u-Health R&D 기본계획 수립완료(5개년 400억 규모)
- 타산업 연계 서비스 모델 개발
 - u-City 건설사업, 홈네트워크사업, 실버타운사업, 노인장기요양사업, 건강증진 사업 등 국가적 사업의 핵심서비스로 연계
- 「u-Health 산업화 지원센터」 설립
 - 애로기술 해소, 표준화, 임상시험, 시제품 상용화, 마케팅 및 수출 지원 등 전주기적인 종합적 서비스 제공으로 산업화 촉진

□ 국내 수요기반 확대

- u-Health 산업 활성화를 위한 IT-의료 융합 전문인력 양성
 - 각급 교육기관에 의과대학을 중심으로 (의학과+의공학과+IT학과+생명공학과) 등 多學制(Inter-disciplinary)적인 전문교육 과정 개설
- u-Health 표준화·인증기반 구축
 - 국제표준 개발·제안 등 국제 표준기구 및 활동에 적극 참여

□ 산업육성 기반 조성

- 조기 시장창출을 위한 공공부문 u-Health 사업 확대실시

- 효과적인 실증평가를 위한 'u-Health 실증사업 구역' 지정·운영
- * 시범사업 실시 지자체, 인천 송도 신도시(u-City 건설지역) 등을 실증사업 구역으로 지정하여 원격의료 허용범위 확대 등 시범적 규제완화, 다양한 시범 사업을 통한 기술적·제도적 검증 후 전국 확산 추진
- 오·백지 등 의료취약지역에 'u-Health 원격진료센터' 설립 지원
 - 의료취약계층에 대한 원격의료 및 건강관리 서비스 제공

□ 해외수출 지원

- 해외마케팅 지원 강화
 - 국제학술대회 개최 및 국내 우수제품·기업의 해외전시회 참가 지원을 통해 국내제품 인지도 제고 및 해외진출 기반 마련
- 해외환자 유치 'u-Health 상담포털' 구축
 - 원격상담을 통한 해외환자의 국내 의료기관 소개 및 사후관리 지원

참 고 문 헌

- 상상법개론, 등대법무행정연구회 편저, 2005, p202~206
- 상법 상(개정증보판), 정동윤, 법문사, p653~670
- 간추린 상법원론(II), 김광록, 부경대학교 출판부, p276~293
- 상법강의 상, 제10판, 정찬형, 박영사, p1043~1092
- 관련 법률(상법, 증권거래법, 자본시장과 금융투자업에 관한 법률)
문옥륜, 이규식외. 의료사고 피해구제제도 개발에 관한 연구. 1992.
- 한국농촌경제연구원. 농업리스크 관리정책의 문제와 과제. 2007. 12.
- 보건복지부, 『새국민건강증진종합계획수립』, 2005
- 보건복지부, 『암정복 2015(안)』, 2006
- 보건복지부, 『건강투자실천 전략-2007』, 2007
- 보건복지부 등 관계부처 합동, 『공공보건의료 확충 종합대책』, 2005
- 보건복지부, 『2005-2010년 응급의료 기본계획』, 2005
- 한국보건사회연구원, 『참여정부 보건의료발전계획(안)』, 2003
- 보건복지부, 『보건의료인력기본계획』, 2006.
- 한국보건산업진흥원, 『2010보건산업발전종합계획 수립 연구』, 2006.

부 록

부록1 -관련 ‘의료법’과 ‘의료법 시행령’ 내용

「의료법」

제70조(의료심사조정위원회) ①의료행위로 인하여 생기는 분쟁(이하 "의료분쟁"이라 한다)을 조정하기 위하여 보건복지가족부장관 소속으로 중앙의료심사조정위원회를, 시·도지사 소속으로 지방의료심사조정위원회를 둔다.

[개정 2008.2.29 제8852호(정부조직법)]

- ② 중앙의료심사조정위원회와 지방의료심사조정위원회의 구성, 운영, 조정위원의 자격, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 중앙의료심사조정위원회는 의료분쟁을 조정하고, 그 밖에 보건복지가족부장관이 회의에 부치는 다음 사항을 심의한다. [개정 2008.2.29 제8852호(정부조직법)]

- 1. 의료행위의 범위
- 2. 의료인의 종류에 따른 업무 한계
- 3. 그 밖에 의료에 관한 중요 사항

「의료법 시행령」

제33조(의료심사조정위원회의 구성 등) ①법 제70조에 따른 중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회(이하 "위원회"라 한다)는 각각 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함한 7명 이상 15명 이하의 위원으로 구성한다.

- ② 위원회의 위원장은 그 위원회를 두는 기관의 부기관장이 되고, 부위원장

과 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 그 기관의 장이 임명하거나 위촉한다. 이 경우 제1호에 해당하는 위원의 수와 그 외의 위원의 수는 같아야 하며, 공무원인 위원의 경우에는 그 직위를 지정함으로써 그 임명을 갈음할 수 있다.

1. 보건복지부장관으로부터 설립 허가를 받은 의료인 단체가 추천한 의료인
 2. 법조인, 언론인, 소비자단체의 대표
 3. 의료행정 또는 분쟁조정업무에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로서 의료인이 아닌 자
- ③ 위원장은 위원회를 대표하고 위원회의 사무를 총괄하며, 부위원장은 위원장을 보좌하고 위원장이 불가피한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 그 직무를 대행한다.

부록2 - 역대 추진 법안 주요내용 비교 및 쟁점사항

입법안 내용	'94년 정부제출안	'97년 김병태의원 안	'97년 정의화의원 안	'02년 이원형의원 안	'06년 이기우의원 안	'06년 안명옥의원 안
조정전치주 의	필요적 전치	필요적 전치	필요적 전치	임의적 전치	임의적 전치	필요적 전치
무과실보상	없음	무과실사고 보상	없음	무과실사고 도 보상	무과실사고 보상(3천만 원 한도)	무과실사고 보상(5천만 원 한도)
위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회 독립된 법인	중앙·지방 위원회 독립된 법인	중앙·지방 위원회 독립된 법인
배상제도	공제조합 (책임공제와 종합공제)	공제조합 (책임공제와 종합공제)	공제조합	공제조합 또는 의사배상책 임보험, 책임보험 또는 공제와 종합보험 또는 공제의 개념 도입	공제조합· 책임보험 또는 종합보험 · 종합공제 의 개념 도입	공제조합· 책임보험 또는 종합보험 · 종합공제 의 개념 도입
기금형성	의사, 치과의사, 한의사, 의료관계기관 개설자 또는	의사, 보험자의료피 해구제기금, 국가보고	의사, 치과의사, 한의사, 의료관계기관 개설자 또는	국민건강보 험공단과 보건의료인 중앙회 및 보건의료기	국가, 보건의료기 관 개설자, 보험사업자	국가, 보건 의료기관개 설자 및 보 험사업자등

	설치자, 보험자 또는 보험자단체		설치자, 보험자 또는 보험자단체, 국가 출연금	관단체		
반의사불벌주 의	채택	채택	채택	채택	채택	
형사처벌특 례	업무상치사 상 불문하고 중과실 없는 한형의 감면	업무상과실치 상 및 중과 실치상적의 경우에 7개 항 이외에 특례인정(중 과실도 7개 항 아니면 예외 인정)	업무상과실 치상죄의 경 우에만 8개 항 이외에 특례인정	업무상과실 치상죄의 경 우에만 12개 항 이외에 특례인정	업무상과실 치상죄의 경 우 8개항 이외에 특례 인정	보건의료인 이 「형 법」 제268 조의 죄중 치상죄를 범한 경우 종합보험등 에 가입된 경우에는 공 소제기 할 수 없음(제 49조)
환자 진료방해 및 난동규제	채택	채택	삭제	삭제	삭제	채택
제3자개입 금지	삭제	채택	삭제	삭제	삭제	

부록3 - 의료분쟁과 처리비용의 각국 비교표

	기본제도	보상제도	내용	비용부담
미국	과실책임에 의한 민사소송제도	의사상호보험 도입	보험료 인상과 인수거부에 대한 대응	의사보험료 (수입의 20%수준)
	민간보험 의한 보상	공동계약조합 도입	주정부에 의한 보험회사 공동인수	
		환자보상기금	추가보상위해 8개주가 강제 가입실시.	
영국	과실행위소송	NHS(국가보상서비스)의 사용자 책임 과실의사에 대한 구상권 행사		정부예산
		과실소송은 MDU(의사방어기구)에 의한 책임		의사가입비 (수입의 1-2%)
일본	과실책임에 의한 민사소송제도	의사회의 단체배상 책임보험	A의사에 한정, 병원배제 의료분쟁조정위원회가 환자와 협상	의사회 회비에서 보험료지출 배상액의 한정과 최저액본인부담
		민간의사책임보험	의사회단체배상보험 공백에 대응	의사보험료
스웨덴	무과실손해배상제도 거의 대부분의 의사가 국가공무원	보건의료책임위원회 의료사고보험(환자 보험제도)	운영:민간보험회사 연합기구 주위원회가 기금에 일정액을 세금에서 보조 보상의 신속성	의사보험료(개인 책임면제) 세금
호주	과실책임에 의한 민사소송제도	전문직 손해배상보험 (의사방어기구)	의무가입 소송비용, 임의변제까지 상환 협회적 기능	의사보험료
	South Australia주	사회보장적 성격의 무과실제도 도입논의	전문직 손해배상보험에의 강제가입이 논의	의사보험료
뉴질랜드	무과실책임제도 모든 사고에 대한 일원화된 보상제도	재해보상협력기구	직업별 사고발생률에 따른 보험료 산정 의료사고가 따로 다루어지지 않음 의료인에 대한 자율징계제도	고용주, 자영업자가 내는 기금, 자동차기금, 정보보조