

간행물등록번호

201703-MA363-483

2017 국민을 위한 보건의료 정책제안



인 · 사 · 말



대한의사협회장
추 무 진

지난 3월 10일 헌법재판소는 대통령 탄핵을 인용함으로써 대통령 탄핵이라는 헌정사상 초유의 사건이 있었습니다. 제19대 대통령 선거일이 5월 9일로 지정된 가운데, 이제는 우리 협회가 보건의료정책단체로서 위상을 공고히 해야 할 시점이라고 생각합니다.

우리 협회는 올바른 의료제도 개선을 위해 각 정당과 후보에 제안하는 ‘2017 국민을 위한 보건의료정책’ 보고서를 발간하게 되었습니다. 이 보고서에 담긴 보건의료계의 목소리가 대선공약으로 채택되어 보다 나은 국민보건환경을 조성할 수 있게 되길 희망합니다.

우리 협회는 지난 3월 15일 ‘대선참여운동본부’를 발족하여 이번 대선에 철저히 대응하기 위해 차근차근 준비하고 있습니다. 저는 상임대표라는 중책을 맡게 되어, 권역별 공동대표들과 함께 우리의 목소리를 반영시키기 위해 고군분투중입니다.

회원 여러분들께도 이번 대선과 관련해서 몇 가지 부탁드립니다.

우선, 국민건강과 보건을 책임지는 전문가로서 냉정히 보건의료정책을 비교·평가해 주십시오.

그리고 국민건강을 책임지는 진료실에서 의료계와 의사를 위한 정책을 이끌 후보를 선택해 주십시오.

끝으로, 적극적으로 진료실 밖으로 나와 가족과 국민들에게 선거에 적극 동참해 줄 것을 요청해 주시기를 부탁드립니다.

회원님들의 동참과 여망을 발판삼아, 저희 ‘대선참여운동본부’에서는 국민의 안전과 건강 보호와 함께 우리 의사의 면허권을 수호하는 정책들을 이끌도록 노력을 다하겠습니다. 특별히 광역시도의사회협의회 의견 수렴하여 선정한 다섯 가지 핵심 공약은 반드시 대선 공약으로 반영되어 결실을 맺도록 최선을 다하겠습니다.

- 하나. 일차의료육성및지원특별법을 제정하여 지역주민 질병관리와 건강증진
- 둘. 국민건강 보호와 효율적인 자원 활용을 위해 의료전달체계 확립
- 셋. 보건부 분리를 통해 국민건강 증진
- 넷. 국민조제선택제를 실시하여 국민 편의 보장과 재정절감
- 다섯. 건강보험 문제를 개선하여 국민부담 경감

아무쯁록 따뜻한 봄 좋은 결실을 기대해봅니다. ‘대선참여운동본부’를 중심으로 적극 참여해주시기를 다시 한 번 부탁드립니다.

끝으로 지난 7개월 동안 ‘2017 국민을 위한 보건의료정책’ 제안을 검토하고 작성해주신 의료정책연구소 이용민 소장과 미래정책기획단 위원 여러분께 심심한 감사의 인사를 전합니다.

국민의 신뢰를 바탕으로 의사들이 존중받는 보건의료제도를 이번 대선을 기점으로 만들어 나갑시다.

감사합니다.



대한의사협회 의료정책연구소장
이 용 민

안녕하세요. 대한의사협회 의료정책연구소장 이용민입니다.

지난 몇 달간 국가적으로 불행한 사태를 거쳐 제19대 대통령 선거가 확정되었습니다. 이에 대한의사협회 의료정책연구소 산하 미래정책기획단에서는 ‘2017 국민을 위한 의료정책’ 자료집을 발간하게 되었습니다. 이 자료집을 기초자료로 활용해 의료계의 의견과 정책대안이 각 후보와 정당에 효과적으로 전달될 수 있기를 바라며 나아가 대선공약으로 채택되어 올바른 의료제도가 정착되고 실현될 수 있는 계기가 되기를 희망합니다.

대한의사협회 상임이사회에서는 지난해 8월, 급변하는 과학기술과 한 치 앞도 내다보기 어려운 미래사회의 변화에 선제적으로 대응하고, 보건의료에 있어서 국가적 차원의 전략과 정책대안을 제시하기 위해 ‘미래정책기획단’을 구성하기로 결의하였습니다. ‘미래정책기획단’은 지난해 9월 첫 회의를 시작하여 총 8차례의 회의와 온라인 상시 토론을 통해 보건의료 분야 핵심 의제 25가지를 선정하였습니다.

미래정책기획단에서 일차 정리한 자료집 내용은 대의원회와 시, 도 및 시, 군, 구 의사회와 전문의학회, 각과의사회 등의 의견조회를 받고 그 결과를 취합 정리하는 과정을 거쳐 완성되었습니다. 이제부터는 본 ‘2017 국민을 위한 의료정책’ 자료집을 바탕으로 맞춤형약을

정리하여 ‘대선참여운동본부’에서 좋은 성과를 거두길 기대합니다. 의료정책연구소에서도 추가로 각 정당 및 후보에 특화된 공약자료 제공 요청이 있을 경우 이를 정리하여 제공하는 등 최선을 다해 협조할 것입니다.

지난해 미래정책기획단이 활동을 시작한 이후로 시국상황은 안개 정국으로 들어갔고 급기야 예상치 못한 대통령 탄핵으로 인해 본 기획단도 당초 계획된 일정을 반 년 가까이 앞당겨 분주히 움직여야 했지만 이에도 불구하고 ‘2017 국민을 위한 의료정책’이라는 결과물을 제때에 도출 할 수 있었던 것은 빠듯한 일정 가운데서도 최선을 다해 과제 수행에 전력해 주신 모든 분들의 노고 덕분이라 생각합니다.

끝으로 지난 7개월 동안 함께 정책의제를 발굴하고, 분석하고, 대안을 고민해주신 존경하는 미래정책기획단 모든 위원님들께 감사의 인사를 전합니다. 또한 외부연구 과제를 맡아 수고하신 여러 선생님들, 그리고 미래정책기획단 활동에 함께해 주신 의료정책연구소 연구원과 연구지원부 직원 여러분께 진심으로 고마움을 전합니다. 감사합니다.

2017. 3. 20.
의료정책연구소장 이 용 민

2017 국민을 위한 보건의료정책제안 작성에 도움을 주신 분들



미래정책기획단 위원 명단

구 분	성 명	소 속
단장	이용민	의료정책연구소 소장
간사	김형수	의료정책연구소 연구조정실장
위원	기동훈	대한전공의협의회 회장
	김재림	대한공중보건 의사협의회 전 회장
	김주현	대한 의사협회 기획이사
	박상협	서울특별시 의사회 정책이사
	박성규	대전광역시 의사회 정책연구소장
	박종률	대한 의사협회 대외협력이사
	배광준	대한개원의협의회 정책이사
	백동원	경기도 의사회 대외협력이사
	서의태	경상북도 의사회 공보이사
	심병수	전라남도 의사회 기획이사
	안양수	대한 의사협회 총무이사
	이우용	대한 의사협회 의무이사
	이정근	경상남도 의사회 총무부회장
	임익강	대한 의사협회 보험이사
	장성인	연세대 의과대학 예방의학과
	조경희	대한 의학회 이사
	조현호	대한 의사협회 의무이사

미래정책기획단 외부과제 수행

성 명	소 속
김종명	전 경기도립의료원 포천병원
박순규	필마취통증의학과
이무식	건양대학교 의과대학
이은주	서울아산병원 노년내과
주신구	제주연동365의원
홍순철	대한산부인과학회 모체태아의학 파트장

의료정책연구소 연구원

성 명	소 속
김계현	의료정책연구소 연구위원
이열	의료정책연구소 책임연구원
이정찬	의료정책연구소 책임연구원
서경화	의료정책연구소 책임연구원
김진숙	의료정책연구소 책임연구원
김한나	의료정책연구소 책임연구원
김석영	의료정책연구소 연구원
김민경	의료정책연구소 연구원
박윤성	의료정책연구소 연구원
오영인	의료정책연구소 연구원
박지은	의료정책연구소 연구원

의료정책연구소 지원부서

성 명	소 속
박은석	의료정책연구소 출판기획팀 팀장
박정배	의료정책연구소 연구지원부 대리



제1장 공통 핵심 보건의료 정책

1. 저출산 시대를 대비한 보건의료	3
2. 고령화사회를 대비한 보건의료 대책	9
3. 통일시대를 대비한 보건의료체계 구축	15
4. 의사인력 수급 현황 및 불균형 해소방안	20
5. 의료전달체계 역행하는 실손보험 대처방안	25

제2장 국민 안전을 책임지는 보건의료

1. 지역간 면허범위 확정을 위한 입법	33
2. 보건소의 기능 개편	41
3. 사무장병원 근절 및 자율징계권 확보	44
4. 공중보건 및 재난·재해 상황 대응 시스템 구축	48
5. 보건의료관련 부처 조직개편(보건부 독립과 질병관리청 신설)	54

제3장 미래를 준비하는 보건의료

1. 미래지향적 의료전달체계 구축 방안: 일차의료 활성화	63
2. 한국형 미래 의료 발전 방안 모색: 의료정보화 시대 대비	68
3. 한국형 미래 의료 발전 방안 모색: 의료취약지 보건의료 관리	72
4. 국민건강보험 단체계약제 모색: 국민건강보험 강제지정제(당연지정제) 개선	76
5. 의료보험(국민건강보험, 민간보험) 개선	79

제4장 국민의 눈높이에 맞는 보건의료

1. 일차의료 중심의 건강관리서비스구축 방안	87
2. 효율적인 만성질환관리체계 도입	91
3. 국민 조제선택제(선택분업제) 시행	95
4. 국민건강보험 등의 한방보험 선택제 시행	99
5. 노인장기요양보험법 등 개선	105

제5장 지속가능한 발전을 위한 건강보험제도 개선

1. 건강보험제도 안정화를 위한 적정부담-적정수가-적정진료	113
2. 건강보험 지불제도 개선	121
3. 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 기능 재정립	124
4. 건강보험 수가결정구조 개선: 건강보험정책심의회위원회 구성 및 역할 개선	132
5. 불합리한 의약품 유통관련 제도 개선	137

제1장

공통 핵심 보건의료 정책



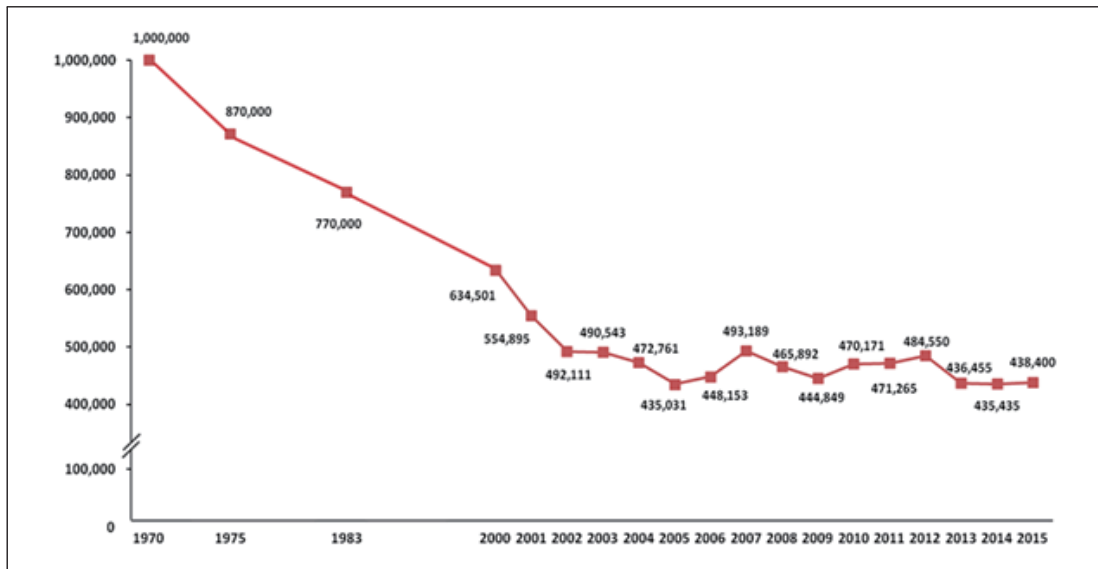
1

저출산 시대를 대비한 보건의로

가. 현황 및 문제점

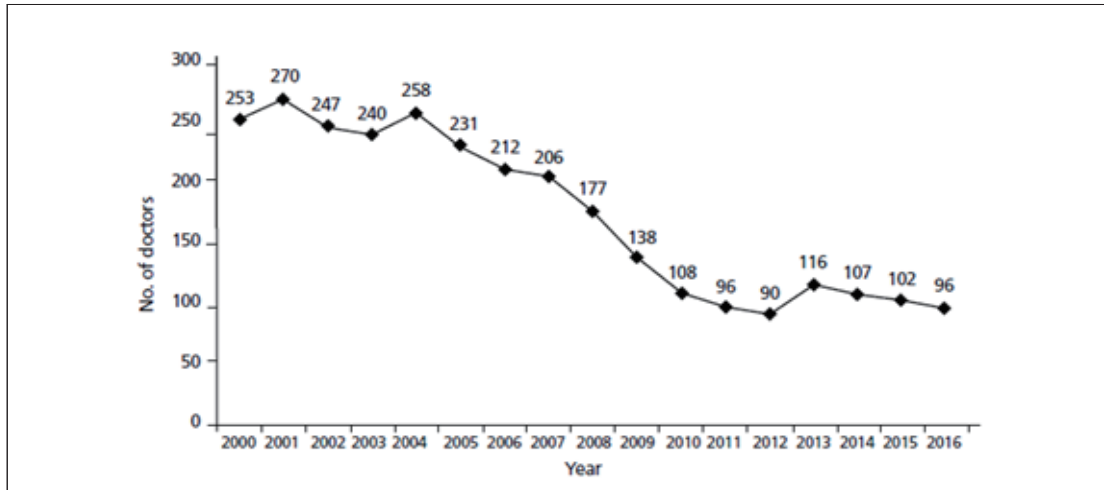
1) 출산 인프라 붕괴

- 1970년대 100만 명에 달했던 우리나라 출생아 수는 점차 감소하여 2001년에는 55만 명까지 떨어졌다가 급기야 2002년에는 50만 명 이하로 떨어짐. 일시적으로 증가세를 보인 시기도 있었지만, 50만 명을 넘진 못했고, 결국 2015년에도 43만 8천명으로 3년 연속 43만 명대를 기록함.



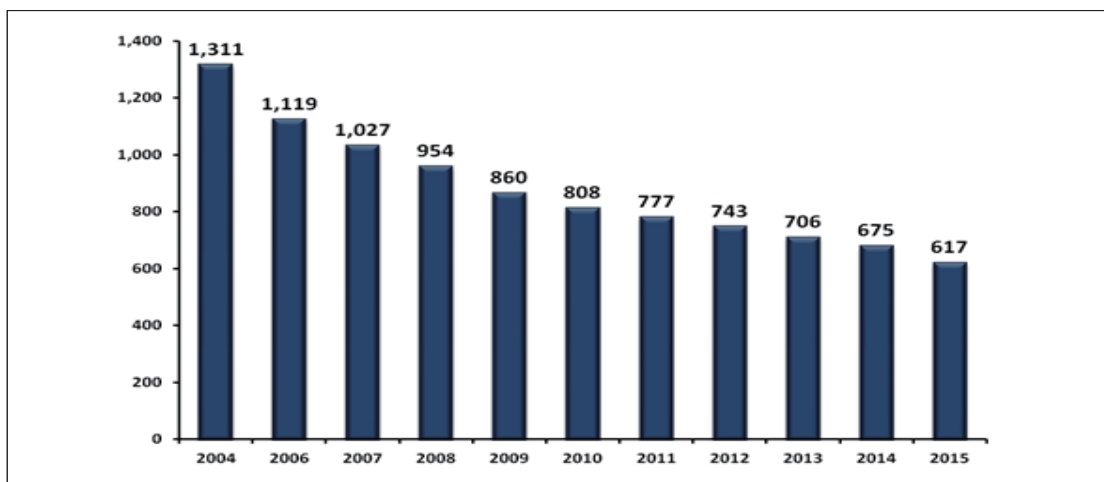
[그림 1] 우리나라 출생아 수 변화

- 분만은 밤낮을 가리지 않는 힘든 육체적 노동이 필요하고, 의료사고의 위험성은 높은 것에 반해 수가는 상대적으로 낮아서, 산부인과는 그 동안 대표적인 비인기 진료과 중 하나였음.
 - 전공의 지원율도 급속히 낮아져서 2001년에 270명에 달하였던 산부인과 신규 전문의 수는 2016년에 96명으로 1/3 수준으로 줄었음.
 - 문제는 어렵게 산부인과 전공의 수련을 마치고 전문의가 되더라도 분만을 포기하는 산부인과 전문의가 급격히 늘어나고 있다는 것임. 2012년에 조사한 자료에 따르면 산부인과 전문의의 약 30%가 분만을 받지 않고 있었음.



[그림 2] 2000년~2016년 신규 전문의 배출 수

- 산부인과 신규 전문의 수가 감소하고, 분만 포기 의사가 많아지면서 분만을 할 수 있는 산부인과 병·의원도 점차 줄고 있음.
 - 전국에 분만 실적이 있는 의료기관은 2004년에 1,311개, 2006년에 1,119개에서 2011년에는 763개, 2013년 670개, 2015년에는 617개로 줄었음. 즉 지난 10년 사이에 분만 병·의원이 전국적으로 절반 이하로 감소함.
 - 수도권에 비해 지방으로 갈수록 더 심해져 결국 전국적으로 분만취약지가 급속도로 증가함.
 - 저출산, 분만 의사 및 분만 병·의원 감소, 분만취약지 등으로 이어진 출산환경의 악화는 최근 모성사망률 증가라는 안타까운 현실로 이어지게 됨.



[그림 3] 2004년~2015년 연도별 분만 병·의원 수 변화

2) 난임 시술 지원 현황

- 난임 시술 현황을 연령대별로 살펴보면, 난임 시술 비율이 가장 높은 연령대는 35~39세로 18%를 차지했고, 그 다음으로 40세 이상(16.6%), 30~34세(16.3%), 25~29세(12.3%), 24세 이하(5.9%) 순으로 나타남.
 - 난임을 진단 받고 시술을 받는 경우는 20대에 비하여 3~40대에 높은 것으로 나타났으며, 나이가 많을수록 난임 시술에 적극적임을 시사함.

〈표 1〉 연령별 분포에 따른 난임 시술 여부

(단위: 명, %)

구분	계	24세 이하		25~29세		30~34세		35~39세		40세 이상	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
받음	11,041명	102	5.9	1,622	12.3	5,814	16.3	2,554	18.0	949	16.6
받지 않음	59,502명	1,624	94.1	11,617	87.7	29,898	83.7	11,599	82.0	4,764	83.4

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 빅데이터 분석으로 난임정책 지원 등 저출산 극복 등에 기여. 보도자료. 2016.08.26

- 소득수준에 따른 난임 시술 현황을 살펴보면 소득수준 3~4분위인 난임 진단자가 난임 시술을 받는 경우가 많은 반면, 의료급여수급권자와 고소득인 난임 진단자가 시술을 받는 경우가 적은 것으로 나타남. 이는 고소득층인 경우 난임 시술 지원 대상이 아닌 이유로 시술률이 낮게 나온 것에 기인함

〈표 2〉 소득 수준 분포에 따른 난임 시술 여부

(단위: 명, %)

구분	계	의료급여		1분위(저소득)		2분위		3분위		4분위		5분위(고소득)	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
받음	11,041명	23	6.2	1,556	16.0	1,765	16.5	2,982	17.3	3,536	16.9	1,179	10.3
받지 않음	59,502명	349	93.8	8,168	84.0	8,944	83.5	14,289	82.7	17,442	83.1	10,310	89.7

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 빅데이터 분석으로 난임정책 지원 등 저출산 극복 등에 기여. 보도자료. 2016.08.26

- 2016년 난임지원 사업
 - 신청자격: 법적 혼인상태에 있는 부부로서 정부지정 난임시술 의료기관 시술 의사의 '난임진단서' 제출자
 - ※ 비요기과 의사는 정부지원 '난임 진단서'를 발급할 수 없음. 비요기과에서 남성요인 난임을 진단받은 자는 비요기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 '난임 진단서'를 발급
 - 접수일 현재 부인의 연령이 만 44세 이하인 자(만 45세 이전까지 인정)
 - 전국가구 월평균 소득 150% 이하인 자(아래 소득판별기준 참고)

- 지원내용
 - 체외수정시술
 - 신선 배아이식(3회) 1회당 190만원 범위 내 지원(단, 의료급여수급권자는 300만원 지원)
 - 동결 배아이식(3회) 1회당 60만원 범위 내 지원(단, 동결배아 미발생시 또는 동결배아 지원을 원치 않을 시, 신선 배아이식 4회 사용 가능)
 - 인공수정시술
 - 인공수정(3회) 1회당 50만원 지원(단, 의료급여수급권자도 동일)
- 소득판별기준
 - 건강보험료 납부금액을 기준으로 가족원수 별 건강보험료 이하인 자

〈표 3〉 2016년 가족원 수·가입유형별 소득판별 기준표

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금 (고지금액 기준)			인공수정 지원금액	체외수정 지원금액	
		직장가입자	지역가입자	혼합		신선배아	동결배아
2인	~110만원 이하	34,444	10,050	35,256	50만원	300만원	100만원
	110초과~316만원이하	96,971	102,794	98,024	50만원	240만원	80만원
	316초과~583만원이하	178,515	197,595	181,590	50만원	190만원	60만원
	583만원초과~	178,515 초과	197,595 초과	181,590 초과	20만원	100만원	30만원
3인	~143만원 이하	44,205	20,848	44,724	50만원	300만원	100만원
	143초과~450만원이하	139,418	156,136	141,452	50만원	240만원	80만원
	450초과~676만원이하	208,766	230,162	213,802	50만원	190만원	60만원
	676만원초과~	208,766 초과	230,162 초과	213,802 초과	20만원	100만원	30만원
4인	~175만원 이하	53,927	33,899	54,672	50만원	300만원	100만원
	175초과~516만원이하	158,610	177,161	161,332	50만원	240만원	80만원
	516초과~774만원이하	242,453	262,525	251,447	50만원	190만원	60만원
	774만원초과~	242,453 초과	262,525 초과	251,447 초과	20만원	100만원	30만원
5인	~208만원 이하	63,759	50,976	64,268	50만원	300만원	100만원
	208초과~544만원이하	166,694	185,270	169,508	50만원	240만원	80만원
	544초과~816만원이하	251,447	271,204	261,486	50만원	190만원	60만원
	816만원초과~	251,447 초과	271,204 초과	261,486 초과	20만원	100만원	30만원
6인	~240만원 이하	74,091	69,072	75,021	50만원	300만원	100만원
	240초과~573만원이하	175,489	194,298	178,515	50만원	240만원	80만원
	573초과~859만원이하	273,128	292,614	286,652	50만원	190만원	60만원
	859만원초과~	273,128 초과	292,614 초과	286,652 초과	20만원	100만원	30만원
7인	~273만원 이하	83,609	84,117	84,591	50만원	300만원	100만원
	273초과~601만원이하	184,638	204,479	188,050	50만원	240만원	80만원
	601초과~902만원이하	286,652	306,016	302,654	50만원	190만원	60만원
	902만원초과~	286,652 초과	306,016 초과	302,654 초과	20만원	100만원	30만원
8인	~305만원 이하	93,558	98,247	94,668	50만원	300만원	100만원
	305초과~629만원이하	195,451	216,152	199,557	50만원	240만원	80만원
	629초과~944만원이하	302,654	322,239	324,566	50만원	190만원	60만원
	944만원초과~	302,654 초과	322,239 초과	324,566 초과	20만원	100만원	30만원

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금 (고지금액 기준)			인공수정 지원금액	체외수정 신선배아	지원금액 동결배아
		직장가입자	지역가입자	혼합			
9인	~338만원 이하	103,865	112,553	105,039	50만원	300만원	100만원
	338초과~658만원이하	203,881	225,118	208,766	50만원	240만원	80만원
	658초과~987만원이하	302,654	322,239	324,566	50만원	190만원	60만원
	987만원초과~	302,654 초과	322,239 초과	324,566 초과	20만원	100만원	30만원
10인	~370만원 이하	113,997	126,715	115,442	50만원	300만원	100만원
	370초과~686만원이하	213,802	235,598	219,775	50만원	240만원	80만원
	686초과~1,030만원이하	324,566	342,813	350,430	50만원	190만원	60만원
	1,030만원초과~	324,566 초과	342,813 초과	350,430 초과	20만원	100만원	30만원

* 건강보험료 본인부담금액 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

* 소득분별 기준표 적용기간 : '16.9.1. ~ '16.12.31.까지 적용

* 8인과 9인 가구의 건강보험료 본인부담금이 동일한 이유 : 8인가구 및 9인가구의 월평균소득을 평균건강보험료 구간에 대비할 때 동일구간으로 적용됨에 따라 가구원수별 보험료 본인부담금의 차이가 없는 결과가 산출됨

자료: 보건복지부, 2016년 난임부부시술비 지원 확대에 따른 주요변경 내용, 2016

나. 정책제안

- 위기의 출산 인프라를 회복시키기 위한 근본적인 대책은 크게 적정 수가 보장과 안전한 분만환경 조성에 있음
 - 분만수가를 현실적으로 인상하고, 전국 어디에서나 임산부와 의사 모두 안전한 분만을 할 수 있는 환경을 조성해야 함.
- 안전한 출산 및 의료서비스 질 향상을 위한 분만인프라 강화시 국가지원 마련
 - 응급상황에서 외과적 처치가 즉시 가능한 분만 의사 확보와 함께 의사 지원책 필요
 - 분만취약지가산 확대, 고위험분만가산 확대, 고위험임산부 집중관찰입원료, 분만관리료 (또는 진통관리료, 분만대기료) 신설, 신생아실 관리료 인상, 제왕절개수술 포괄수가제도 전면 개정 등의 다양한 지원정책 추진
 - 민간의료기관이 공익적 기능 수행으로 발생하는 비용에 대해서는 평가 후 재정적 지원 필요
- 분만기피요인을 제거할 수 있는 근본적인 지원책 마련 우선
 - 임신, 분만 관련 의료수가 개선, 응급진료 및 야간진료비 인상, 고위험 임신 집중치료비 등
 - 「의료분쟁조정법」 상 무과실 분만관련 의료사고 보상 전액 국가부담(현재 국가 70%, 산부인과 의사 30% 부담) 및 보상 상한액 인상(현재 상한액 3천만원)
(참고: 일본 뇌성마비 보상액 3억원, 대만 무과실 산모사망 보상액 7천만원, 신생아 사망 보상액 1억 1천만 원, 신생아장애 보상액 3,900만원 ~ 5,200만원)

- 분만 및 의료 취약지 등 의료 사각지대를 해결하기 위한 공공보건의료 확충 및 역할 강화
 - 분만(의료)취약지 또는 공익적 기능(수익성이 낮은 의료를 제공하는 등)을 수행하는 민간의료기관에 대해서는 의료기관 설립 비용 및 유지·운영 관련 비용 100% 국가 지원 정책 마련
 - 분만취약지 공공의료기관에 산부인과 진료과목 개설 의무화 검토
 - 의대 재학생을 대상으로 산부인과를 지원하여 전문의 취득 후 분만 및 의료 취약지에 일정기간 근무를 조건으로 학비와 실생활비 등 전액장학금을 지원하는 특화 된 공중보건장학제도 도입 추진
- 고위험 임신 집중치료 지원
 - 조산아의 예후를 결정짓는 가장 중요한 인자는 바로 분만 시 임신주수이므로 고위험 임신부는 고위험 집중치료를 통해 임신기간을 연장하여 더 건강한 아기를 출산하도록 해야 함.
 - 고위험 임신 집중치료는 신생아 생존율을 높이고, 더 건강한 아기를 출생할 수 있게 하고, 전체 의료비를 감소시키는 등 비용-효과 측면에서 매우 중요함.
- 영유아 건강검진 강화
 - 현 영유아 건강검진은 총 7차에 걸쳐 진행되고 있으나 시력 및 청력 등의 검사가 형식적으로 진행되고 전문적인 소견을 가진 전문의를 일차적으로 대면하지 못하고 있는 현실로 몇 가지 검사 자체가 요식행위로 끝나는 경우가 많음.
 - 특히 조기발견이 중요한 질환이 제대로 검진되지 않아 시기를 놓치는 경우가 많음.
 - 영유아 질환 조기 발견 및 치료를 도모함으로써 국민 보건 증진이 기대되며 동시에 출산율 증가에도 도움이 될 수 있을 것이라 판단됨.
- 여성 의료인력의 모성 보호를 위한 방안 강구
 - 고용노동부 '2010~2012 산업별 유산·사산 휴가자 실태조사'에 따르면 유산 혹은 사산으로 휴가를 사용한 여성근로자 중 보건업 및 사회복지 서비스업 종사자가 2012년 24.9%로 가장 높았음.
 - 여성 의료인력들도 근로기준법에 명시된 보호를 받을 수 있도록, 여성 전공의 등의 출산 및 육아 휴직 중 대체인력확보를 위한 국가 재정 지원이 필요하며, 의료기관 및 진료과 특성에 맞는 모성보호 정책 확립이 필요함.
- 저출산 극복을 위한 임신과 출산에 드는 난임 부부에 대한 비용 중심의 지원 확대
 - 난임시술 지원의 소득기준 폐지, 모든 난임 부부에게 전면 확대하고, 시술비 부담이 큰 계층에 대해서는 지원수준 및 횟수 상향 조정 필요

2

고령화사회를 대비한 보건의료 대책

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- 최근 인구고령화가 빠르게 진행되어 노인인구가 급격하게 증가하고 있으며, 이는 국민 의료비의 지출 증가로 이어져 사회적 부담이 증가할 것으로 예상²⁾
- 고령사회 및 초고령사회 진입
 - 우리나라의 경우 고령인구 비중이 2000년에 이미 7.2%를 기록해 고령화사회에 접어들었으며, 이러한 추세가 지속된다면 2018년에는 고령인구가 14%를 넘게 되는 고령사회에 진입할 것으로 예상
 - 그리고 불과 8년 뒤인 2026년에는 고령인구 비중이 20%를 넘는 초고령사회가 될 것으로 전망되고 있음.³⁾ 이는 전 세계적으로도 유래를 찾기 어려운 고령화 추세임.

〈표 1〉 OECD 주요국 고령화 속도 비교

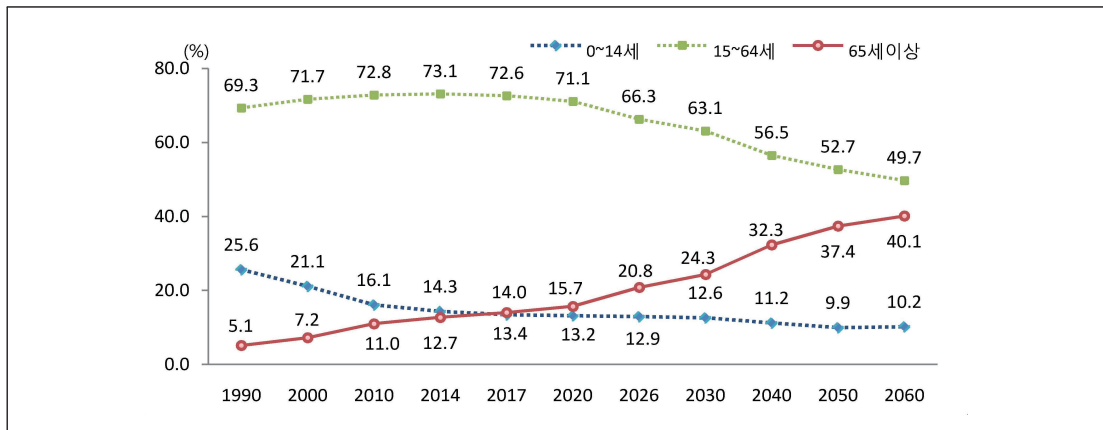
	도달연도(년)			소요연수(연수)	
	7%	14%	20%	7%→14%	14%→20%
한국	2000	2017	2026	17	9
일본	1970	1994	2005	24	11
폴란드	1966	2012	2023	46	11
슬로바키아	1961	2014	2026	53	12
캐나다	1945	2010	2025	65	15
터키	2010	2034	2049	24	15
미국	1942	2013	2029	71	16
칠레	1999	2025	2042	26	17
이탈리아	1927	1988	2007	61	19
핀란드	1956	1994	2015	38	21
그리스	1952	1991	2015	39	24
포르투갈	1951	1992	2018	41	26
독일	1932	1972	2008	40	36
프랑스	1864	1979	2019	115	40
영국	-	1975	2024	-	49
멕시코	2016	2042	-	26	-
OECD 평균	1960	2000	2024	40	24

자료: OECD. OECD Historical population data and projections(1950-2050)

2) 오영희. 노인의 건강실태와 정책과제. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2015

3) 통계청. 2014 고령자통계, 통계청. 2015

- 2015년 기준, 우리나라 65세 이상 인구(656만 9천명)는 전체 인구의 13.2%를 차지하며, 10년 전인 2005년(436만 5천명)보다 약 220만 4천명이 증가하였음.
 - 노년부양비는 18.1명으로 생산가능인구(15~64세) 5.5명이 고령자 1명을 부양해야 하며, 2015년 5가구 중 1가구는 고령자 가구(가구주가 65세 이상인 가구)이며, 그 중 32.9%는 고령자 1인 가구
- 우리나라의 고령화 속도가 전 세계 유례없이 빠르게 진행되어 65세 이상 인구가 2050년에는 전체의 37%, 2060년에는 전체의 40%를 넘을 것으로 전망



[그림 1] 장래인구 추이

자료: 통계청, 2014 고령자통계, 2015

- 노인의 건강상태⁴⁾
 - 자신의 건강 상태를 긍정적으로 평가하고 있는 노인이 32.4%이고, 부정적으로 건강 상태가 나쁘다고 평가하는 노인이 43.7%임.
 - 본인이 인지한 만성질환율은 90.4%이고, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자가 72.2%임.
 - 전체 노인의 33.1%는 우울증상을 지니고 있음.
 - 의사처방약을 3개월 이상 복용하고 있는 비율은 전체노인의 82.0%임.
- 2014 노인실태조사 결과, 1개월 동안 병원, 의원, 보건(지·진료)소, 한의원, 치과 등 의료기관을 이용한 경험이 있는 경우는 전체 노인의 78.2%인 것으로 조사됨.⁵⁾
 - 평균 방문횟수는 2.4회였으며, 4회 이상 방문한 경우도 21.0%에 달함.

4) 정경희 외. 2014년도 노인실태조사. 한국보건사회연구원. 2014

5) 오영희. 노인의 건강실태와 정책과제. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2015

〈표 2〉 노인(65세 이상) 연령별 지난 1개월간 의료기관 방문 횟수

(단위: %, 명, 회)

구분	없음	1회	2~3회	4~5회	6회 이상	계(명)	평균(회)
65~69세	26.5	38.8	17.2	8.2	9.2	100.0(3,303)	2.2
70~74세	21.5	36.3	19.5	11.7	11.0	100.0(2,809)	2.5
75~79세	16.7	37.7	21.7	10.7	13.2	100.0(2,120)	2.8
80~84세	16.8	38.4	21.0	12.1	11.8	100.0(1,284)	2.7
85세 이상	24.6	40.7	17.4	9.7	7.6	100.0(764)	2.1

주: 본인응답자 10,279명을 대상으로 함

자료: 오영희. 노인의 건강실태와 정책과제. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2015

2) 문제점

● 노인진료비 증가 우려

- 인구고령화에 따라 총 진료비에서 노인진료비의 비중이 지속적으로 증가하고 있으며, 인구고령화는 건강보험과 장기요양보험 등의 재정에 이미 큰 부담으로 작용하고 있음.
- 2015년 기준 65세 이상 노인의 진료비는 약 22조원으로 전체 인구 진료비(약 58조 원)의 37.8%를 차지함. 노인진료비는 향후 건강보험 등 재정에 더 큰 부담으로 작용할 가능성이 큼.
- 전체 대비 65세 이상 1인당 월평균 진료비는 3.1배 수준임.

〈표 3〉 연도별 65세 이상 노인 진료비 현황

구분		2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
적용인구 (천명)	전 체	48,614	48,907	49,299	49,662	49,990	50,316	50,490
	65세 이상 비율(%)	4,826 (9.9)	4,979 (10.2)	5,184 (10.5)	5,468 (11.0)	5,740 (11.5)	6,005 (11.9)	6,223 (12.3)
진료비 (억원)	전 체	393,390	436,283	462,379	478,392	509,552	543,170	579,593
	65세 이상 비율(%)	124,236 (31.6)	141,350 (32.4)	153,893 (33.3)	164,494 (34.4)	180,568 (35.4)	198,601 (36.6)	219,210 (37.8)
1인당 월평균 진료비(원)	전 체	67,709	74,564	78,424	80,545	85,216	90,248	95,767
	65세 이상	214,507	236,588	247,366	256,308	267,796	281,325	297,368

자료: 국민건강보험공단. 2015년 건강보험 주요통계. 2016

● 노인의 만성질환과 노인병 증후군에 대한 이해 부족함.

- 우리나라는 세계적으로 유례가 없는 급속한 고령화로 인해 노년기 보건의료나 사회 복지 문제에 대한 제도와 정책이 현장을 따라가지 못하고 있는 실정임.
- 기존 대부분의 노인건강 증진프로그램은 단편적임.

- 고령사회에 대비하기 위해서는 의료와 단절되어 있는 노인장기요양보험제도 개선이 시급함.
 - 노인장기요양보험 시행으로 거동이 불편한 환자들에 대한 부양부담은 크게 줄었으나 노인장기요양보험이 요양서비스에 치우쳐 있다 보니 요양시설 입소자나 재가급여 수급자들에게 적절한 의료서비스가 제공되지 못하고 있음.
- 「의료법」 및 「의료기기법」에 따라 의사의 지도 감독 없이 물리(작업)치료사가 물리치료를 하는 것은 불법임. 따라서 의사가 상주하지 않는 요양시설에서 물리치료를 고용해 의료서비스를 제공하는 것은 불법임. 「노인장기요양보험법」에서 촉탁의사나 협력의료기관을 통해 입소자들에게 적절한 의료서비스를 제공토록 하고 있지만 의무조항이 아니기 때문에 상당수 영세한 요양시설의 경우 이 같은 규정을 제대로 지키지 않고 있음.
- 의료서비스와 요양서비스 분리를 전제한 노인장기요양보험의 제도적 한계는 보건복지서비스 제공체계에서 가장 중요한 ‘케어의 연속성’을 저해하고 있음.
- 장기요양기관 입소자의 적절한 건강관리를 위해서는 노인장기요양보험 수가에 포함된 촉탁의 인건비에 대한 제도 개선이 선행되어야 함.
 - 현행 노인장기요양법령상 장기요양보험 수가에 포함된 촉탁의사에 대한 인건비가 노인요양시설에 지급된 이후 촉탁의사에게 제대로 지급되지 않아 촉탁의 제도가 유명무실화되었으며, 시설 입소자 등 의료의 사각지대에 방치되어 있는 실정
 - 촉탁의에 대한 적절한 보수 지급 방안에 대한 제도적 개선이 우선되어야 노인장기요양보험의 내실화가 가능
- 노인 외래본인부담 정액제 적용 상한기준이 현실과 맞지 않아, 노인들에게 과도한 경제적 부담을 지우고 이로 인해 노인의 건강권을 침해하는 결과 초래함.
 - 현재 노인들이 동네의원 외래진료시 총진료비가 15,000원을 넘지 않으면 정액만 본인부담하면 되나, 15,000원 초과시에는 정률제(진료비의 30% 본인부담)를 적용받아 진료비 부담을 호소하는 상황
- 65세 이상 노인의 70% 이상이 복합질환이 있어, 노인 외래정액제의 혜택에서 제외되는 경우가 빈번해 짐.

나. 정책제안

- 노인 보전에 대한 포괄적인 통합 프로그램 운영
 - 복잡하고 다양한 요구 수렴 및 전반적 건강 개선을 위한 운동, 인지, 의료재활 프로그램 제공
- 노인보건 및 정책, 행정의 컨트롤 타워 구축
 - 통합 보건사업 시스템에 맞는 조직 구축
 - 기존의 건강증진 시범사업에 대한 분석
- 노인 건강관리에 대한 포괄적 접근을 위한 수가체계 마련
 - 현재 수가체제하에서 노인 포괄평가 및 기능개선, 노쇠 예방 프로그램 정착 불가
 - 노인 환자 진료 시 인센티브 제공하는 방안 검토
 - 노인 중증 고난이도 수술 시 인센티브 제공 하는 방안 검토
 - 대다수의 만성질환이 잘못된 생활습관으로 기인하는 바, 이를 지속적으로 관리하기 위한 만성질환관리 관련 수가(상담, 생활지도 등) 신설 필요
- 일차의료기관 중심의 노인 전문 진료 시스템 구축
 - 노인성 질환을 효과적으로 치료 및 관리하고 증가하는 노인의료비를 관리하기 위해서는 질병 → 조기발견 → 급성/아급성 치료 → 간호, 장기요양 → 복지로 연계하는 효율적 체계가 필요
 - 노인 환자 진료에 필요한 보수 교육과 재정적 지원 필요
 - 노인에 대한 진료서비스 이용 지원뿐 아니라 보건의료 이용을 지원하는 코디네이터 역할 수행
- 인구의 고령화에 따라 증가가 예상되는 노인성 질환의 관리방안 및 노인층의 의료비 부담 완화 방안 검토
 - 신체적·정신적 건강에 대한 지속적인 관리와 예방적 접근 강화
- 노인 전문인력 양성을 통한 고용 창출 효과 증대
 - 노인 보전을 위한 체계적 의료 인력 양성 정책 필요
 - 노인의학 세부전문의 제도 및 노인병 전문인정의 제도 정착 및 활성화
- 노년층 건강 관리 지표 및 평가 지표 재정립
 - 노인 보건 사업 관련 국내 데이터 수집 및 연구 사업 확대

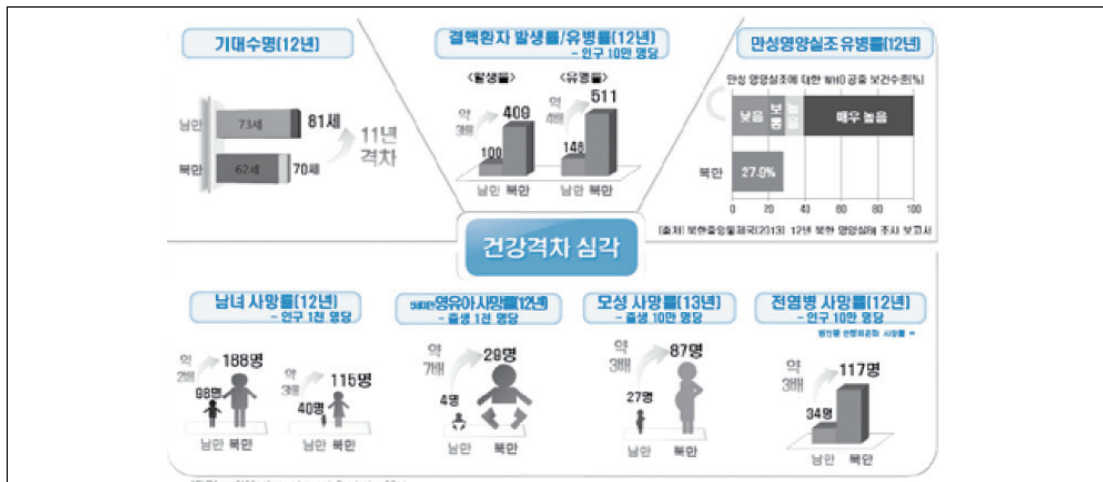
- **요양병원 전문의 수가가산 전문과목 확대**
 - 8개과 외에 흉부외과, 비뇨기과, 산부인과 등의 전문의 수가가산 과목 확대 필요
- **생애전환기 시력, 청각 등 정밀검진 및 의료보장구(다초점안경, 보청기 등) 지원 사업**
 - 생애전환기 건강검진시 시력, 청각 등에 대한 정확한 검사가 이루어지지 않고 있음.
 - 활발한 사회활동을 위해 의료보장구(다초점 안경, 보청기 등)를 급여화 하여 구매 접근도를 올려 주어 국민보건 향상에 기여하고 노령인구의 만성질환 조기발견으로 향후 발생하는 의료비지출 최소화
- **정액제 적용 상한기준금액 인상 또는 적용 구간 상향 조정과 초과액 정률제 적용**
 - 적용 상한기준금액 15,000원을 최소 25,000원 이상으로 인상
 - 적용 구간 상향 조정(15,000원 → 20,000원)과 초과금액에 대해서 30% 정률제 적용. 즉, 본인부담액을 상한기준초과시 전체진료비의 30%로 적용하는게 아니라
 - 20,000원 이하 부분은 1,500원 정액 본인부담 적용하고 20,000원 초과부분에 대해서는 30% 정률제를 적용 합산하는 방안을 검토

3

통일시대를 대비한 보건의료체계 구축

가. 현황 및 문제점

- 1970년 이후 우리나라의 급격한 경제성장으로 북한과의 격차가 벌어지기 시작하였는데, 북한은 1990년대 동유럽 사회주의 경제체제의 붕괴와 더불어 가뭄, 홍수와 같은 자연재해와 식량난을 겪으면서 사회경제적인 위기를 맞아 경제 분야뿐 아니라 보건의료 분야 등 거의 전 분야에서 남북한의 격차는 더욱 벌어지게 됨.⁶⁾
 - 남북한 간 사회·경제적 환경 차이로 인한 상이한 질병·보건의료 체계 등의 보건의료 분야의 간극이 확대되고 있음.
- 건강과 직결되어 있는 보건의료 영역은 통일 후 남북한 모두가 집중해야 하는 가장 시급한 영역중 하나로서, 내실 있고 건강한 공동체 구현을 위해 남북한 사회적 합의를 통한 의료 격차 해소, 교류활성화, 지속적인 모니터링, 관련 전문 인력의 확보 등을 포함한 단계적·점진적 정책 검토가 필요함.
- 북한의 평균수명과 영·유아 사망률 등 주요 보건의료 지표는 국제적 순위에서 하위권에 놓여 있을 뿐만 아니라, 주민들은 각종 질병에 노출되어 있으며 영양 실태는 매우 심각한 상황임.



[그림 1] 남북한 건강수준 비교

자료: 박수정. 남북간 보건의료 격차 해소 독일 사례서 배우자. 한국보건산업진흥원. 2015

6) 황나미. 북한 보건의료 문제에 대한 세계보건기구의 접근 전략 및 시사점. 보건복지포럼. 보건사회연구원. 2004

- 우리나라의 경우 암으로 인한 사망률이 큰 비중을 차지하는 반면, 북한은 심혈관질환이 큰 비중을 차지함.
 - 북한은 전체 사망 요인 중 생활습관과 관련이 있는 비감염성질환(심혈관질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨 등)이 가장 큰 비중(12년 기준 79%)를 차지하며 꾸준히 늘어나는 추세로 질병 부담 증가⁷⁾
 - 북한의 비감염성질환 증가 원인: 1) 이른 시기 군복무 시작으로 흡연 기회 노출, 2) 만성질환 관리에 대한 낮은 인식과 이를 진료하기 위한 의료체계 미비, 3) 인구 고령화로 만성질환(고혈압, 당뇨, 고지혈증 등)에 의한 질병부담 증가, 4) 전기부족으로 인한 냉장시설 부족으로 고염도 식이로 만성질환 증가⁸⁾
 - 우리나라도 전체 사망 요인 중 비감염성질환이 가장 큰 비중을 차지하나 북한과 원인별 사망률 순위가 상이함.

〈표 1〉 남북한의 원인별 사망률 비교

구 분	북 한	남 한
1순위	심혈관질환(36%)	암(30%)
2순위	암(17%)	심혈관질환(25%)
3순위	만성호흡기질환(13%)	기타 비감염성질환(15%)
4순위	감염성/모성/출산전후/영양 상태(11%)	상해(13%)
5순위	기타 비감염성질환(11%)	감염성/모성/출산전후/영양 상태(8%)
6순위	상해(10%)	만성호흡기질환(5%)
7순위	당뇨(2%)	당뇨(4%)

자료: 박수정. 통일시대를 대비한 보건의료 R&D 방향. 한국보건산업진흥원. 2015

- 우리 민족의 과제인 통일은 사전 예고 없이 이루어질 가능성이 높아 오랜 기간의 분단으로 인해 통일 직후 사회적 혼란이 초래될 가능성이 높을 것임.⁹⁾
 - 남북한 간 의료보장 형태가 기본적으로 다르고 더욱이 북한은 재원이 고갈된 상태여서 지속가능한 보건체제 유지 가능성이 희박함.

7) 박수정, 김현철. 통일시대를 대비한 보건의료 R&D 방향. 한국보건산업진흥원. 2015

8) 박상민, 제3차 통일의학포럼 발표. 2013

9) 황나미. 통일 대비 보건의료분야의 전략과 과제. 이슈 앤 포커스. 한국보건사회연구원. 2014

〈표 2〉 남북 의료보장체계 비교

구 분	북 한	남 한
의료보장 제도의 형태	국영의료제(‘무상치료제’ 단일체계)	사회보험방식+공공부조
관리운영체계	국가 직영체계에 의한 일원적 관리체계	별도의 특수법인 (공단에 의한 통합관리 체계)
재원조달방식	국가 재정: 월급의 1% 사회보장비 공제	보험료+일부국가재정+본인부담금
대표적 진료비 지불제도	봉급제	행위별 수가제 외
의료공급체계	완전한 국가공급체계	시장공급 주도 체계

자료: 황나미, 통일 대비 보건의료분야의 전략과 과제, 이슈 앤 포커스, 한국보건사회연구원, 2014

● 북한 보건의료 특징

- 전반적 무상치료제

- 초창기에는 무상치료를 받을 수 있는 사람을 산모, 3세 미만의 유아, 혁명가와 그 가족, 전문학교 학생과 대학생 등 특정계층으로 제한했으나, 1960년 2월 전반적 무상치료제를 전 지역으로 일반화 하였음에도 불구하고 실제로는 의약품 부족·의료시설 낙후 등으로 차별 진료가 이뤄지고 있음.

- 예방의학적 방침

- 전염병을 비롯한 모든 질병들을 미연에 방지하기 위한 대책과 모든 주민들이 자각적으로 위생문화 사업에 동원될 수 있도록 하는 위생개조사업을 실시함.
- 위생선전, 호담당 의사, 예방접종(민족 면역의 날, 민족건강어린이날)

- 의사담당구역제도¹⁰⁾

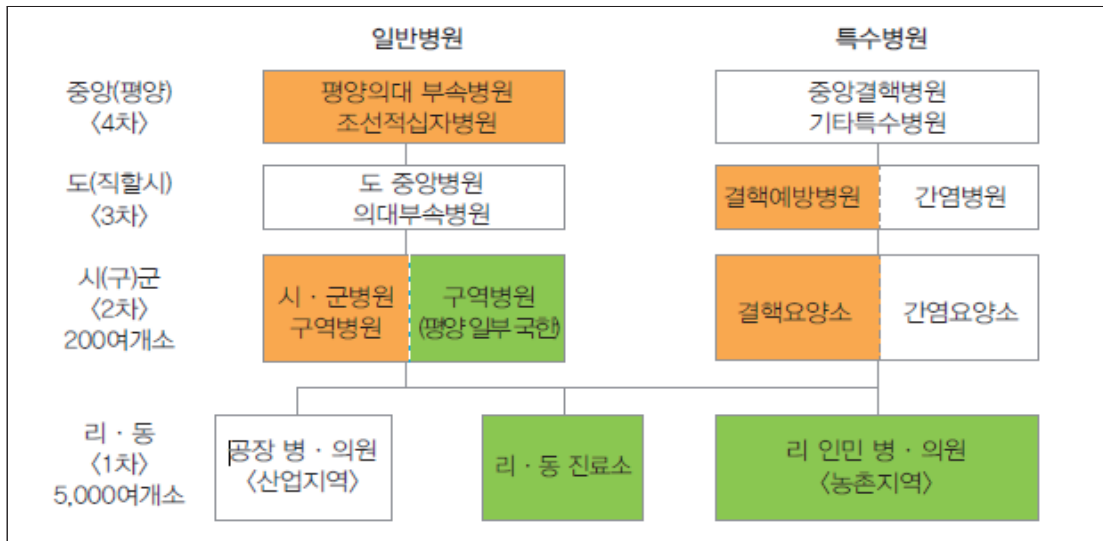
- ‘전 주민이 담당구역 의사들로부터 체계적이고 전면적인 건강관리를 받을 수 있도록 한다’는 취지에서 만들어진 제도로써 1969년부터 모든 시·군·리 구역에서 실시되고 있음.
- 그러나 의사1명이 5~8개 인민반(인민반은 20~40 가구로 구성된 최말단 단위)을 담당함으로써 담당해야 할 주민의 수가 도시의 경우 1,200여명, 농촌의 경우에는 1,500여명에 달하여 주민들에 대한 효과적인 진료활동이 어려운 실정

- 1~4차에 이르는 보건의료서비스 전달체계¹¹⁾

- 북한은 지역 구분을 기준으로 4차 의료 전달 체계를 갖고 있으며, 1차 의료기관은 자신의 거주지역의 진료기관, 2차 의료기관은 종합적인 진료가 가능한 리·군 인민병원, 각 도에 위치한 대학병원은 3차 의료기관, 4차 의료기관은 평양시에 위치한 조선적십자종합병원을 비롯한 일부 병원들이 있음.
- 대부분의 시설과 환경은 매우 열악하며, 신분에 따라 이용 가능한 의료기관이 달라 일반 북한 주민들은 2차 의료기관까지만 이용할 수 있음.

10) 서정성, 북한의 의료현실과 남북의료협력의 필요성, 광주시의회, 2011

11) 유근춘 외, 통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구(II), 한국보건사회연구원, 2014



[그림 2] 북한 보건의료서비스 전달체계

자료: 황나미. 통일 대비 보건의료분야의 전략과 과제. 이슈 앤 포커스. 한국보건사회연구원. 2014

- 통일비용 중 의료비 지원에 많은 지출이 예상됨.
 - 2010년 기준, 남한지역과 같은 수준의 공적 의료비 지출이 북한지역에도 필요하다고 가정하여 인구비율을 감안하여 환산하면 남한이 통일초기에 지출해야 하는 공적 의료비는 연 13조 4,400억 원으로 추산됨.¹²⁾

나. 정책제안

- 북한 환경을 고려한 대응 매뉴얼 개발
 - 북한 정치, 경제, 사회, 문화의 변화와 보건 환경을 지속적으로 모니터링 하여 통일 대비 한반도 의료 안전망을 포함한 대응 매뉴얼 개발
- 보건의료계가 선도하여 통일 대비 보건의료의 중요성 강조
 - 과거에는 통일이 주로 안보, 외교, 국방, 경제 문제라고 보았지만 실제로 통일을 대비하고 준비하려면 통일은 체제가 아닌 '사람의 문제'라는 것을 인식하여야 함. 그 중에서도 특히 보건의료는 통일 준비와 그 수행에 있어 핵심적 사안이라는 것을 인식하도록 해야 함.

12) 김유찬. 통일비용 및 재원조달 방안에 관한 연구. 국회예산정책처 연구용역 보고서. 2010

- 통일 대비 지속적인 일차의료 강화 정책 강구
 - 북한의 보건의료 환경이 붕괴된 상황에서 통일 후 북한 대비 고비용인 남한의 민간 주도 상급 의료서비스를 이용하기 어려우므로 체계적인 만성질환 예방 및 관리에 초점을 둔 일차의료 체계 구축이 필요함.
- 통일 대비 보건의료분야 우선 과제 선정
 - 보건의료계가 중심이 되어 시설, 보건의료 인력 등의 양적인 측면뿐만 아니라 인프라 구축, 기술수준 향상, 북한의 시급한 보건의료 수요 등 질적인 측면을 고려한 보건의료분야 문제들의 우선순위를 선정하여 체계적인 대비책 강구
- 통일 대비 보건의료 분야 미래 아젠다 발굴 및 연구
 - 통일 과정과 통일 이후의 북한 보건의료 시스템 구축 방안, 그에 대한 소요 비용 산출 및 대처 방안, 북한 보건의료 인력의 자격 인정과 재교육 프로그램 운영, 북한이탈주민들, 그리고 앞으로는 북한 주민들을 대상으로 하는 진료, 재원 마련 방안, 통일 보건의료 영역의 차세대 전문가들의 발굴, 지원 활동 등의 지속적인 연구 필요

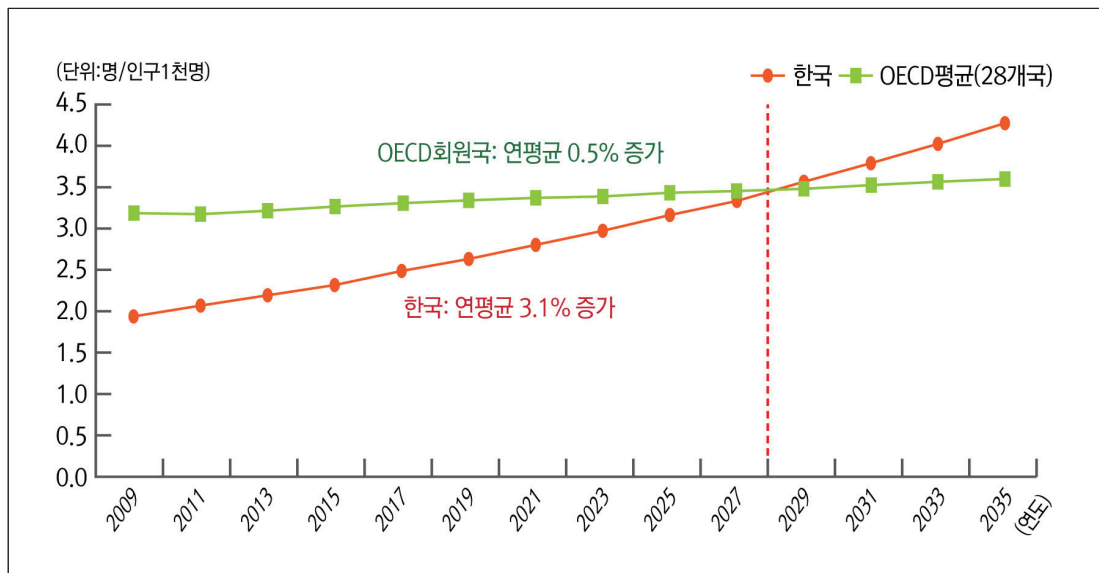
4

의사인력 수급 현황 및 불균형 해소방안

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- 우리나라 인구 증가율 대비 임상활동 의사 수는 증가 추세
 - 최근 5년 간 한국 인구(0.6%)의 연평균 증가율은 인구 1천명당 활동의사 수(3.1%)의 연평균 증가율보다 훨씬 낮음.
 - 2015년 임상분야 활동의사는 약 9만 5천여 명이고, 인구 1천명당 활동의사 수는 1.8명으로 지속적으로 소폭 상승하고 있는 추세에 있음.
 - 활동의사 1인당 국민 수는 2010년 615명이었으나 2015년 542명으로 약 12% 감소하였음.
 - 2028년 이후, 한국의 인구 1천명당 활동의사 수는 OECD 회원국 평균을 상회할 것으로 추정됨[그림 1].



[그림 1] 인구1천명당 활동의사 수 증가 추이(2009-2035)

주: 1) OECD Health Data의 인구 1천명당 활동의사 수(2016년 7월 자료기준)를 활용하여 최근 5년(2009년~2013년) 기간에 대한 연평균 증가율 산출하였음.

2) 2013년 이후의 수치는 연평균 증가율을 적용하여 단순 추정된 값임.

3) 다른 조건들을 고려하지 않고 연평균 증가율만으로 단순 추정된 값이므로 실제 추세와는 상이할 수 있음.

2) 문제점

● 의사인력의 지리적·전문과목별 분포 불균형 심화

① 지리적 분포 불균형 문제

- 특별·광역시의 국토면적 대비 의사밀도는 91.0명/10km²으로 대도시 지역을 중심으로 의사인력이 집중적으로 분포해 있으며(표 1), 그 중에서도 서울 지역의 의사밀도가 타 지역 대비 매우 높음.
- 반면, 도지역의 의사밀도는 2015년 기준 4.4명/10km²으로 약 20배 수준으로 큰 격차를 보이고 있음.
- 단, 세계적으로 우리나라 의사밀도는 OECD 회원국 30개국 중 3번째로 높은 수준으로 의사에 대한 지리적 접근성이 매우 높은 수준임.

〈표 1〉 국내 지역별 의사밀도

(단위 : 명/10km², %)

지역	2010	2011	2012	2013	2014	2015
특별·광역시	85.9	88.0	83.1	87.3	89.1	91.0
도지역	3.8	3.9	4.0	4.2	4.3	4.4
전체	8.2	8.4	8.7	9.1	9.3	9.5

자료: 1) 임상활동의사: 국가통계포털(<http://kosis.kr>). 기관별통계 > 공사/공단 > 국민건강보험공단 > 건강보험통계연보 > 일반 현황 > 요양기관 종별 인력 현황.

2) 국토면적: 국가통계포털(<http://kosis.kr>). 기관별통계 > 중앙행정기관 > 국토교통부 > 지적통계 > 행정구역별·소유구분별 국토이용현황(면적).

주: 단위면적당 의사밀도 = (지역별) 임상활동의사 수 ÷ (지역별) 면적 * 단위면적(10km²)

- 특히, 의료전달체계의 기능 상실은 환자들의 특정 종별, 지역별 의료기관 쏠림현상을 가중시키고 있으며, 실제 의료자원의 불균형적인 분포를 유발하기도 하였음.
- 우리나라 국토면적 대비 의사밀도는 OECD 회원국 30개국 중 3번째로 높은 수준으로 세계적으로 의사에 대한 지리적 접근성이 매우 높고, 지역별 병상자원은 서울시의 경우 인구 1천명당 8.5병상으로 경기 및 주요 대도시보다 적었고, 광주 및 전라 지역은 인구 1천명당 20병상 이상으로 가장 많이 분포하고 있음.
- 전국 총 43개 상급종합병원 중 29개(67.4%)가 대도시 지역에 분포해 있으며, 서울-경기 수도권 지역을 중심으로 다수의 의료기관이 밀집해 있음.
- 한편, 서울 지역 거주자들은 서울 내 의료기관 이용도는 높고 타 지역 유출이 적은 반면, 외부 지역 환자들은 오히려 서울 지역 소재 의료기관을 이용하는 비율이 높게 나타났음.

② 전문과목별 분포 불균형

- 2014년 기준 총 26개 전문 과목 중 정원을 100% 확보한 과목은 9개 과목에 불과하며, 3개 과목(결핵과, 비뇨기과, 병리과)은 총 정원의 50% 수준에도 도달하지 못하였음.

- 100% 정원 확보 과목: 마취통증의학과, 안과, 영상의학과, 예방의학과, 성형외과, 재활의학과, 정신건강의학과, 정형외과, 피부과
- 90% 수준 정원 확보 과목: 이비인후과, 소아청소년과, 직업환경의학과, 신경과, 신경외과, 내과, 응급의학과(정원확보가 높은 순서대로 작성)
- 50-80% 수준 정원 확보 과목: 가정의학과, 산부인과, 방사선종양학과, 핵의학과, 외과, 진단검사의학과, 흉부외과(정원확보가 높은 순서대로 작성)
- 매년 신규 면허등록의사 수는 약 3천여 명 수준인데 전공의 총 정원은 이보다 훨씬 많은 3천 6백여 명 수준임에 따라 전문과목별 전공의 충원이 제대로 이루어지지 않고 있음.
- 또한, 국회 보건복지위원회 소속 의원이 확보한 자료에 의하면 2014년 상반기 전공의 중도포기율이 평균 3.8%였으며, 정원 확보가 낮은 과목일수록 중도포기율이 높은 것으로 나타났다.
- 과목별 중도포기율: 방사선종양학과(13.6%), 진단검사의학과(6.7%), 흉부외과(4.4%)

● 의사인력의 양적 부족 전망과 의과대학 신설 문제 대두

- 2015년 한국보건사회연구원에서는 향후 15년 이내에 의사인력이 최대 1만여 명 부족할 것이라는 추계연구 결과를 발표한 바 있으나 이는 우리나라의 의사증가율을 적용하는 과정에서의 변수설정에 차이에서 발생하는 오류 일 수 있음.
- 최근 대한의사협회 의료정책연구소의 분석에 의하면 2028년 이후 한국의 인구 1천 명당 의사수는 OECD평균을 상회한다는 연구결과를 발표한바 있음. 일부에서는 의과대학 신설이 거론되고 있으나, 의사부족보다는 지역 편중과 과별 편중 해소에 대한 대책이 시급함.
- 의사인력의 양적 부족에 대해 이해당사자들 간 합의가 이루어지지 않고 있음에도 불구하고, 현재 보건복지부를 중심으로 국립보건의료대학의 설립을 추진하고 있음.

나. 정책제안

● 의료자원에 대한 적절한 정책 수립

- 의사인력의 양적 부족문제보다 의료자원(시설, 병상, 인력 등)의 질적 불균형 분포가 전체 지역별 의료서비스의 격차를 유발하고 있으므로 단순 의사인력의 양적 확대는 근본적인 해결책이 될 수 없음.
- 따라서 일차의료의 활성화를 비롯하여 의료전달체계 기능 재정립 등의 효과적인 의료정책의 수립과 더불어 인력뿐 아니라 의료기관 및 시설 그리고 병상 자원에 대한 적절한 정책을 수립하는 것이 필요함.

- 의사인력 양성체계 주기별 통합적·체계적 관리 필요
 - 의사인력의 양성단계별(의과대학생 - 인턴 - 전공의 - 전문의) 수급은 전체 의료체계 내에서 유기적으로 연관되어 있으므로 의대신설과 같은 단편적인 방법으로는 의사인력에 대한 수급관리에 한계가 있음.
 - 따라서 의대 입학에서부터 졸업, 면허취득, 전문과목별 전공의 확보 및 전문의 배출에 이르기까지 광범위하고 다면적인 관점에서 의사인력 수급 문제를 다루어야 함.
 - 또한 효율적인 의료체계 운영을 위해서는 의사인력의 양적인 증대보다 양질의 의사인력을 양성하기 위한 노력이 필요하며, 그러기 위해서는 의과대학 신설 의사결정에 신중해야 할 뿐 아니라, 정치적인 이해관계나 관심사에 의한 정책결정보다 객관적 근거 기반의 합리적 의사결정체계에 따른 정책수립과정이 요구됨.
- 전공의 수련 환경 개선
 - 전공의들의 피로가 환자 안전과 직결됨. 이에 전공의의 수련 환경 개선을 위해 2015년 12월 “전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률안 수정안”이 제정되었고, 2016년 12월 23일부터 시행 중임.
 - 실제 수련환경에서 법안의 성공적인 정착을 위해서는 올바른 수련환경평가, 전공의 수련 규정의 구체화 등 추가로 해결되어야 하는 과제들이 있고, 이를 위해 관련 부처 및 관련 기관이 지속적인 관심을 가질 필요가 있음.
- 의료인력의 수련 비용 국가에서 부담
 - 미래의 의료전문가로서 활동하게 될 현재 의료인력들을 교육하고 양성하는 과정은 미래의 의료 서비스 발전을 위한 준비과정의 일부임. 의료인력의 수련 과정이 갖는 공공성에 대한 인식의 전환과 이에 대한 정부차원의 지원이 필요함. 그러나 이러한 의료인력의 수련비용에 국가 차원의 지원은 전무한 상황임.
- 외과, 응급의학과, 비뇨기과, 산부인과 등 비인기 진료과목 유지를 위한 지원 정책 확대 시행
 - 비인기 진료과에 대한 전공의들의 지원기피 현상이 날로 심화되고 있어 문제가 심각한 수준이나 오히려 일부과에 대한 장려금이 축소되는 형편임.
 - 전공의의 진료과목 양극화를 해결하기 위한 기피 과목에 대한 집중적인 투자와 수가 인상 등 존속 가능성을 위한 꾸준한 재정적 지원 필요
- 지역별 의료서비스 격차 해소를 위한 공공의료기관의 활용 및 질적 수준 제고
 - 전국에 병원급 이상의 공공의료기관은 지역별로 총 127개 분포되어 있으며, 의료기관 당 인구 수 역시 지역별 의료기관 분포와 비슷한 비중을 차지하고 있음.

- 그러나 지역거점공공병원의 평가결과, 전체 평균점수는 2015년 72.1점으로 해마다 개선되고 있으나, 의료기관으로서의 서비스를 평가한 양질의 의료 영역 내 ‘진료의 적정성’ 평가 점수는 52.0점으로 가장 낮았음.
- 즉, 병원급 공공의료기관이 이미 지역별로 분포되어 있음에도 불구하고 양질의 의료 서비스를 제공하지 못하고 있음. 따라서 지역 의료발전을 위해서는 공공의료기관 의료서비스의 질을 개선·향상시키는 노력이 필요함. 이는 수도권 지역으로의 환자 쏠림 현상을 해결하는 대책이 될 수도 있음.

○ 향후 의료공급 대비 의사수요에 대한 정밀한 추정연구 필요

- 현재 우리나라 의료수요는 여러 가지 측면에서 과잉인 측면이 있음에도 불구하고 수요에 대한 모든 상황을 긍정적으로 수렴함에 따라 의사인력의 수급 조절 시 공급에 대한 조절만을 고려하고 있다는 점은 재검토되어야 함.
- 인구증가율 및 지리적 인구분포를 비롯하여 향후 의료전달체계의 기능 재정립, 실손보험체계 재정립 등의 정책적 변화를 고려할 경우 의료서비스에 대한 공급 대비 의료수요는 달라질 수 있음.
- 따라서 다각적인 측면에서 의사인력 공급 대비 의료서비스에 대한 수요와 관련하여 보다 정밀하고 현실적인 추계연구가 필요함.
- 무엇보다 추계방법, 과정, 결과에 대해 이해당사자들 간 충분한 의견수렴과 합의가 전제되어야 할 것임.

5

의료전달체계 역행하는 실손보험 대처방안

가. 현황 및 문제점

1) 현황

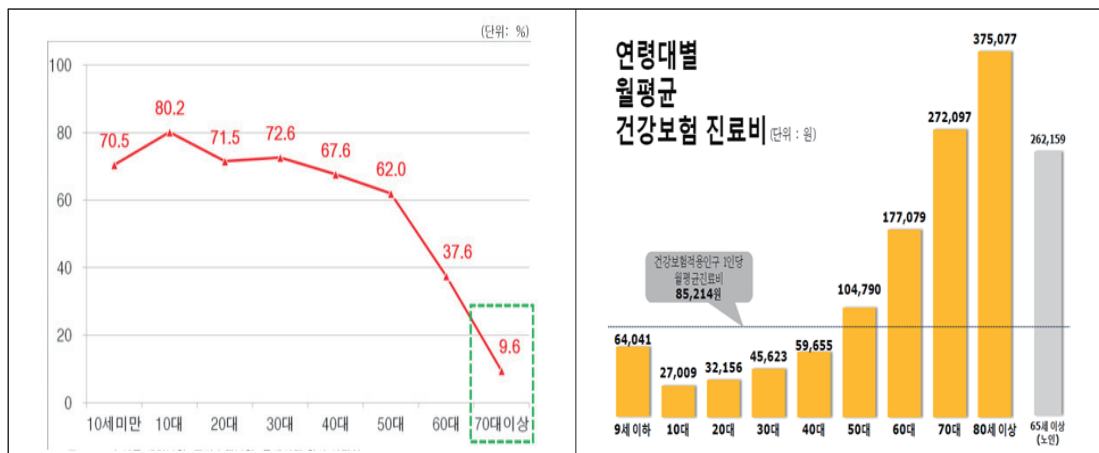
- 민간의료보험이란 일반적으로 사회보장제도인 국민건강보험과 대칭되는 개념으로 민간영역에서 제공하는 건강관련 보험을 총칭하는 개념이라 할 수 있음. 민간의료보험의 대부분은 시장에서 보험회사가 판매하는 보험 상품임.
- 전통적으로 정부는 건강보험의 보장률을 당장 확대하기 어려운 조건에서 민간의료보험에 보충적 역할을 맡긴다는 논리로 민간의료보험을 활성화시키는 정책을 펴왔음. 그 결과 민간의료보험은 시장이 포화될 정도로 급격히 팽창하였음.
- 반면, 한국은 여전히 민간의료보험의 규제보다는 민간의료보험을 활성화시키기 위한 정책을 꾸준히 펼쳐오고 있음. 최근의 경우 노후 실손의료보험이 출시되었고, 노후의료비 보장보험 출시가 논의되고 있으며, 실손의료보험에게 제3지불자의 지위를 부여하려는 정책 시도가 계속되고 있음.
 - 이와 같은 정책이 국민의 의료비 부담 증가와 국민건강보험제도에 미치는 영향을 정확히 평가하지 않은 채 추진되고 있음.
- 실손의료보험은 건강보험과 양립하기 어려운 구조를 갖고 있어서 실손의료보험의 팽창과 발전은 결국 국민건강보험제도를 위협하고 무너뜨리는 방향으로 작용할 것이라는 문제제기가 꾸준히 있었음.
 - 건강보험의 보장이 확대되면 실손의료보험의 영역은 줄어들게 되고, 건강보험의 보장이 축소되면 실손의료보험의 영역은 확대되기 때문임.
- 실손의료보험 가입자 수는 현재 3,266만명이 가입해 있으며(2015.12월말 기준, 금융위원회), 단체 실손가입자(380만명)를 포함하면 전체 국민의 70% 이상이 가입하고 있는 것으로 추정됨.
 - 보험사가 실손의료보험 가입을 거부하는 기존의 질환자, 장애인, 노인 등을 제외하면 거의 대부분의 국민이 가입하고 있어 실손의료보험 시장은 포화상태에 있음.
- 민간의료보험 가입률은 연령에 따라 차이가 크게 발생하고 있음. 의료비 지출위험이 큰 고령일수록 민간의료보험의 가입률은 급격히 하락하고 있음.

- 연령별 실손의료보험 가입률을 보면, 연령이 낮을수록 가입률이 높고, 연령이 증가할수록 가입률이 떨어지며, 60세 이후에는 급격히 가입률이 떨어지고 있음.
- 연령대별 민간의료보험 가입률은 실제 연령별 의료비 지출 양상과는 매우 다른 분포를 가지고 있음. 의료비 지출은 주로 연령이 증가함에 따라 급격하게 증가하는 양상과는 반대되는 현상임.
- 보험사가 보험금 지급을 최소화하여 이익을 극대화하려는 목적으로 질병위험이 높은 고위험군의 가입을 기피한다는 것을 보여줌.

〈표 1〉 2006년-2012년 연령별 1인당 진료비 증가율

(단위: 천원, %)

구분	합계	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70이상
2006	654	634	382	237	243	275	353	397	419	500	654	875	1116	1386	1708	1960
2012	1033	940	584	351	331	377	465	572	590	659	852	1136	1455	1852	2341	3231
증가율	57.9	48.4	52.9	48.4	36.2	37	31.7	44.2	40.7	31.7	30.3	29.9	30.4	33.7	37	64.8



[그림 1] 실손의료보험 연령대별 가입률

[그림 2] 연령대별 월평균 건강보험 진료비

주: 2014년 기준 생명보험, 장기손해보험, 공제실적 합산 실적임
 자료: 정성희. 실손의료보험제도 개선 방안. 보험개발원. 2016

자료: 국민건강보험공단. 2013 건강보험주요통계. 국민건강
 보험공단. 2014

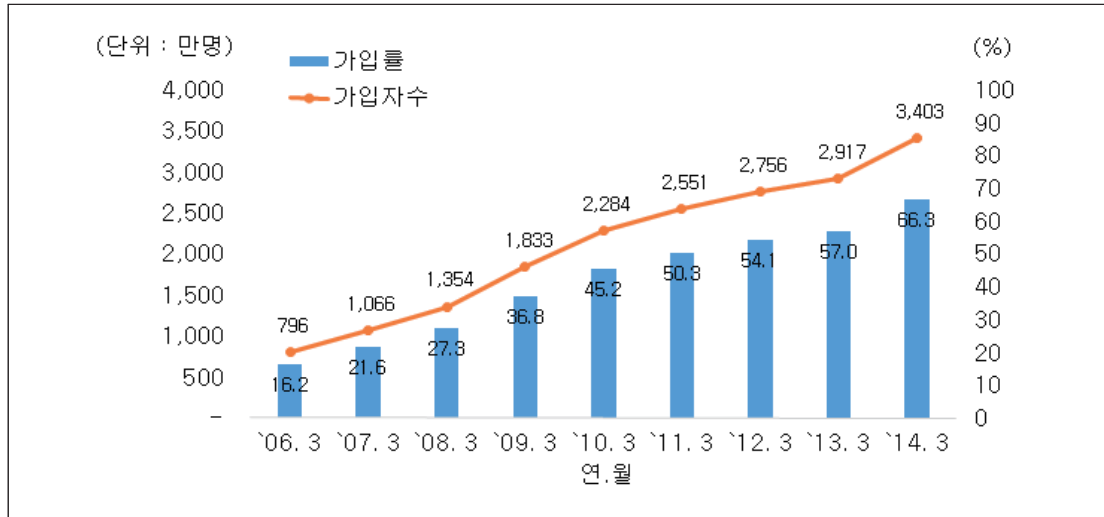
- 이렇듯 민간의료보험의 주요 수요자가 실제 가입자간에는 커다란 격차가 있어 민간의료보험이 실제 취약한 건강보험의 보장을 메워주는 역할에 한계가 분명함.
- 건강보험 보장성 문제는 상대적으로 민간보험에 대한 의존성을 높이는 상황을 야기하고 있는데, 전체 가구의 80%가 평균 4.64개의 민간보험에 가입하고 있으며, 월평균 약 34만 원의 보험료를 납부하고 있음.

〈표 2〉 가구의 민간의료보험 가입률, 가입개수 및 월평균 납입료

구분	2008년		2009년		2010년		2011년		2012년	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
가입 가구	5,021	71.6	4,718	74.7	4,540	76.2	4,473	77.9	4,368	80.4
미 가입 가구	1,988	28.4	1,596	25.3	1,416	23.8	1,268	22.1	1,066	19.6
전체 가구수	7,009	100.0	6,315	100.0	5,956	100.0	5,741	100.0	5,434	100.0
전체가구 대비	가입 개수	2.98	3.25	3.58	4.07	4.64				
	월 납입료	179,850	195,162	213,360	240,675	276,046				
가입가구 대비	가입 개수	4.16	4.34	4.70	5.22	5.78				
	월 납입료	251,975	261,751	280,142	308,948	343,488				

자료: 서남규 외, 한국의료패널로 살펴 본 우리나라 보건 의료(2008-2012). 2013.

- 특히, 건강보험이 보장하지 않는 본인부담금과 비급여를 보장해주는 실손의료보험의 가입률은 매년 급격히 증가하여 2014년 기준 3,403만 명에 이릅니다.



[그림 3] 실손의료보험 가입자 수 및 가입률 추이

자료: 오승연, 실손의료보험의 주요 현안이슈와 평가. 리스크관리학회. 보험연구원 정책세미나. 2015.

2) 문제점

- 민간의료보험은 국민건강보험과 달리 소득재분배효과가 전혀 없음. 민간의료보험은 보험의 기본원리인 위험분산(risk pooling) 기능을 갖고 있긴 하지만 사회 연대적 성격은 전혀 없음. 이는 보험료를 부과하는 방식의 차이에서 비롯됨.
 - 국민건강보험은 능력에 비례하여 건강보험료를 부과하므로 소득이 많을수록 더 많은 건강보험료를 부과하게 됨. 국민건강보험의 급여 혜택은 필요한 만큼 받는 구조임. 국민건강보험의 사회연대성은 고소득 계층에서 저소득 계층으로 소득이 재분배되는 효과가 있음.

- 민간의료보험은 공보험인 건강보험 재정 지출을 증가시킴. 국내외 많은 연구에서 민간의료보험이 공보험의 의료이용 증가를 초래하고 있어서 공보험의 재정 지출을 증가시킨다는 점과 민간의료보험 가입자와 미가입자간 의료이용의 형평성을 유발할 수 있다는 점을 일관되게 지적하고 있음.
 - 각국의 민간의료보험을 종합 분석한 OECD 보고서¹³⁾에 의하면 민간의료보험(private health insurance)은 전체 국민의료비 지출을 증가시키고, 보건의료에 대한 공적 지출도 증가시킨다고 결론을 내리고 있음.
 - 권순만(2010) 등은 한국의료패널 자료를 이용하여 민간의료보험 가입이 외래의 의료이용량과 의료비 지출을 증가시키는 유인으로 작동한다고 보고하였음.
 - 강성욱(2010)은 실손의료보험 가입자가 정액형 민간의료보험 가입자에 비해 외래 방문과 외래 진료비가 더 높았다고 발표하였음.
 - 권순만과 강성욱 연구(2011)에서는 민간의료보험이 주로 외래 이용의 증가를 초래하는 반면, 입원에서는 차이를 보이지 않았다고 분석하였으나, 가장 최근 한국의료패널 자료를 이용하여 분석한 유창훈(2013) 등은 실손형 가입자에서 입원 및 외래 모두에서 의료이용이 더 많다고 분석하였음.
- 소득 간 의료이용의 양극화를 더욱 심화시키는 문제를 초래
 - 민간의료보험 가입자에서 의료이용의 증가가 더 많이 나타나는 것은 국내외 할 것 없이 일관된 현상이며, 이는 실손의료보험 가입자에서 비급여 진료비가 건강보험의 비급여 진료비보다 훨씬 높다는 점에서 분명히 알 수 있는 것임.
- 또한, 보험사는 실손의료보험을 사후보상제에서 직불제(제3자 지불제)로 전환하기 위해 ‘민영의료보험법’ 제정을 꾸준히 시도하고 있음. 보험회사가 건강보험과 대등한 지위를 확보하려는 시도 중 하나로 실손의료보험 직불제 도입을 지속적으로 요구하고 있음.
 - 현재 실손의료보험은 환자가 입원 치료 후 본인부담금을 직접 지불하고, 나중에 진료비 영수증을 보험사에 청구하여 보상받고 있는데 직불제란 환자에게 사후에 보상해주는 것이 아니라, 보험회사가 환자를 대신하여 의료기관에 직접 지불하는 방식을 말함. 실손의료보험 직불제가 도입되면 보험회사가 국민건강보험과 같이 제 3 지불자로서의 지위를 갖게 되는 것임.
- 보험사는 설계단계 부터 문제가 있는 상품으로 가입자를 현혹해 출시 후 10년도 되지 않아 전체 국민의 70%이상을 가입시켰으며 시장 지배력을 이용, 제2의 건강보험으로 도약을 구상하고 있음.
 - 실손의료보험 이용관련 도덕적 해이는 의료기관과 환자의 책임이 아니라 잘못된 실손

13) Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems. 2004.

의료보험 상품 자체에 있음에도 불구하고, 그 책임을 전가하고 더 나아가 도덕적 해이를 막는다며 비급여에 대한 표준화, 심사위탁, 청구절차 간소화 등을 주장하며 제 2의 건강보험의 지위를 주장하고 있으며, 의료기관과 첨예한 갈등이 발생되고 있음.

- 보험사가 주장하는 비급여의 표준화 및 심사위탁, 청구절차 간소화 등이 실현되면 실손의료보험은 공식적으로 의료체계 내에 제도화되어 제3지불자로서의 역할을 확보할 것이며 건강보험과 경쟁구도를 형성할 것으로 보임.

● 의료전달체계를 붕괴시키는 요인으로 작용

- 본인부담이 매우 낮아 의료전달체계가 제 기능을 할 수 없게 만들.
- 요양기관 종별가산율, 외래 및 처방약 진찰료차등수가 등의 제도 취지를 무색하게 함.

나. 정책제안

● 가칭 ‘민영의료보험법’ 도입으로 실손의료보험 규제

- 보험사가 제기하는 실손의료보험의 문제점은 의료기관이나 환자의 도덕적 해이가 아니라 잘못된 실손의료보험 제도에서 비롯되었다는 점을 분명히 해야 하며, 이는 의료기관에 대한 규제가 아니라 실손의료보험 자체에 대한 규제를 통해 해결책을 찾아야 할 것임.
- 보험사는 실손보험의 손해를 증가를 의료기관에 책임을 전가하고, 이를 기반으로 실손의료보험이 의료기관과 의료행위에 대해 심사 및 규제하려는 명분으로 활용하고 있음.
- 실손의료보험의 문제를 해결하기 위해서는 실손의료보험 자체가 규제받아야 하며, 규제방안으로는 통합형 실손의료보험 판매금지, 법정 본인부담금 보상 금지, 비급여 자기부담금 20%이상 설정, 중복가입금지, 표준약관제도, 가입자 차별금지, 금융위에서 보건복지부로 관리감독기관 이관 등이라 할 수 있으며, 이는 실손의료보험에 대한 포괄적 규제를 담는 가칭 ‘민영의료보험법’ 제정으로 가능함.

● 실손의료보험의 역할 재설정- 필수의료서비스에 대한 건강보험 역할 확대

- 실손의료보험의 급격한 팽창의 원인은 공보험의 보장률이 낮아 의료불안을 해결해 주고 있지 못해 별도의 실손보험 가입이 필수라는 인식이 증가했기 때문임.
- 이에 따라 공보험 특히 필수의료서비스의 보장성을 강화하여 실손의료보험에 대한 정책은 실손의료보험의 활성화 정책이 아니라 실손의료보험의 역할을 제자리로 돌리는 정책으로 나아가는 것이 타당함.

● 보험사의 횡포로부터 국민을 보호-가칭‘민간보험 관련 법률지원센터’ 설립

- 최근 보험사는 실손의료보험 손해율이 증가하자, 실손의료보험이 약정한 보험금 지급을 임의로 거부하여 선의의 환자가 피해를 보는 사례가 급격히 증가하고 있음.
- 보험사가 임의로 보험금을 지급거부로 인한 보험가입자의 피해를 신속히 구제할 수 있는 제도는 부재한 상태로, 가입자는 보험사의 횡포로부터 무방비로 노출되어 있음.
- 이에 따라 의사협회 및 지역의사회를 중심으로 보험사의 횡포로 인한 의료기관의 피해뿐 아니라 보험가입자의 피해를 구제할 수 있는 법률적 지원(가칭‘민간보험 관련 법률지원센터’)제도 마련

제2장

국민 안전을 책임지는 보건의료



1

지역간 면허범위 확정을 위한 입법

가. 현황 및 문제점

1) 의료인의 면허범위

- 의료법 제2조는 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사)에게 각 종별에 따른 임무를 부여하고 있음.
 - 의사는 의료와 보건지도를 임무로 하고,
 - 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 하고,
 - 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 하고,
 - 조산사는 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 하며,
 - 간호사는 ① 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호 ② 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조 ③ 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동 ④ 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도를 그 임무로 함.
- 특히 우리나라는 의료와 한방의료의 이원적 의료체계를 유지하고 있는 것이 특징임.
 - 중국의 경우 중의와 서의는 학문적 측면에서 구별되지만, 직업으로서 중의사와 서의사는 구별되지 않음.
 - 일본의 경우 한의사를 별도의 직역으로 인정하고 있지 않음.
 - 서구의 경우 한방의료행위는 보완대체의료로서 시행되고 있음.¹⁾

2) 무면허 의료행위에 대한 판단 기준

- 의료법 제27조는 ‘비의료인에 의한 의료행위’ 뿐만 아니라, ‘의료인에 의한 면허된 것 이외의 의료행위’도 동일하게 무면허 의료행위로 금지하고 있음.
 - 이를 위반할 경우 5년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처함(제87조).
 - 해당 의료기관에 대하여 업무정지 3개월, 해당 의료인에 대하여는 자격정지 3개월의 행정처분이 가능함(의료관계 행정처분 규칙).

1) 각국의 한방의료 직업 현황에 대한 개략적인 내용은 선정원, “의료직업의 규제-의사와 한의사의 직역한계-”, 행정법연구 제26호, 2010.

- 의료법이 무면허 의료행위를 금지하는 취지는
 - 각 의료인의 고유한 담당 영역을 정하여 전문화를 꾀하고 독자적인 발전을 촉진함으로써 국민이 보다 나은 의료 혜택을 누리게 하는 한편,
 - 무면허 의료행위를 할 경우 발생할 수 있는 사람의 생명·신체나 일반 공중위생상 위험의 방지를 통해 궁극적으로 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위한 데 있음.
- 그러나 막상 각 의료인에게 ‘면허된 의료행위’의 내용이 무엇인지, 어떠한 기준에 의하여 구분하는지 등에 관하여는 구체적인 규정을 두고 있지 않음.
 - 이는 의료행위의 종류가 극히 다양하고 그 개념도 의학의 발달과 사회의 발전, 의료서비스 수요자의 인식과 요구에 수반하여 얼마든지 변화될 수 있는 것임을 감안한 것임. 즉, 의료행위의 법률적 정의를 경직된 형태로 규정하기 보다는 시대적 상황에 맞는 합리적인 법 해석에 맡기는 유연한 형태가 더 적절하다는 입법 의지에 기인한 것임.²⁾
- 이에 무면허 의료행위의 구체적인 의미 및 판단 기준은 현재로서는 개별적인 의료행위에 대한 법원의 판단에 의존할 수밖에 없는 한계가 존재함.
 - 법원은 특정한 “의료행위가 ‘면허된 것 이외의 의료행위’에 해당하는지는 구체적 사안에 따라 ①의료법의 입법 목적, ②해당 의료행위에 관련된 법령의 규정 및 취지, ③해당 의료행위의 기초가 되는 학문적 원리, ④해당 의료행위의 경위·목적·태양, ⑤의과대학 등의 교육과정이나 국가시험 등을 통하여 해당 의료행위의 전문성을 확보할 수 있는지 등을 종합적으로 고려하여 사회통념에 비추어 합리적으로 판단하여야 한다”는 입장을 유지하고 있음.

3) 면허 범위 관련 분쟁 사례

- 현대의료기기 사용과 관련하여 의사와 한의사간 업무 영역과 관련된 법적 분쟁이 지속되고 있음.
 - 의료기기는 의료와 현대과학이 접목하여 만들어진 결과물로 진료행위에 사용되는 주요 수단 중 하나로, 의료기기의 사용 가능 여부에 따라 의료행위의 영역이 확대되거나 축소될 수 있는 상황임.
- 의료기술의 발전과 시대 상황의 변화, 의료서비스에 대한 수요자의 인식과 필요는 전통적인 의료행위, 치과의료행위, 한방의료행위 개념의 경계를 모호하게 만들고 있음.
- 최근에는 치과의사가 보톡스를 사용하여 환자의 안면부(눈가와 미간)의 주름치료를 하는 행위가 무면허의료행위가 아니라는 대법원의 판결이 있었음.

2) 대법원 2016.7.21. 선고 2013도850 전원합의체 판결 참조.

- 이는 보톡스 제제의 사용 권한에 대한 문제를 넘어 환자의 안면부라는 의료행위의 대상(신체 부위)에 관한 문제임.
- 향후 한의사의 의료기기 사용 분쟁과 더불어 치과의사의 업무 영역 확대에 관한 분쟁이 증가할 여지가 있음.

● 현재까지 의료기기 사용 등 의료인 간 업무영역을 둘러싼 주요 분쟁 사례는 다음과 같음.

	분쟁 대상 행위	허용 여부	주요 내용
2006.6	한의학사가 CT기기를 사용하여 방사선진단을 하는 행위	불허	• CT기기와 관련된 규정들은 한의사가 CT기기를 이용하거나 한방병원에 CT기기를 설치하는 것을 예정하고 있지 않음. • 한의사가 방사선사로 하여금 CT기기로 촬영하게 하고 이를 이용하여 방사선진단행위를 한 것은 '한방의료행위'에 포함된다고 보기 어려움. (서울고등법원 2006. 6. 30. 선고 2005누1758 판결)
2011.5	x-선 골밀도측정기를 이용하여 성장판검사를 하는 행위	불허	• 진단용 방사선 발생장치를 설치·운영할 수 있는 의료기관에는 한의사는 포함되지 않는 것으로 해석함이 상당함. (대법원 2011. 5. 26. 선고 2009도6980 판결) • 초음파검사는 기본적으로 의사의 진료과목 및 전문의 영역인 영상의학과와 업무영역에 포함되어 있음. (헌법재판소 2012.2.23. 선고 2009헌마623 결정)
2013.12	한의학사의 안압측정기 등 사용 행위	허용	• 안압측정기, 자동안굴절검사기, 세극현미경, 자동시야측정장비, 청력검사기는 측정결과가 자동으로 추출되는 기기들로서 신체에 아무런 위해를 발생시키지 않고, 측정결과를 한의사가 판독할 수 없을 정도로 전문적인 식견을 필요로 한다고 보기 어려움. (헌법재판소 2013.12.26. 2012헌마551 결정)
2014.1	한의학사가 필러시술을 하는 행위	불허	• 필러시술은 전적으로 현대의학의 원리에 따른 시술일 뿐이고 거기에 약침요법 등 한의학의 원리가 담겨 있다고는 볼 수 없음. (대법원 2014.1.16. 선고 2011도16649)
2014.2	한의학사가 IPL을 사용하여 피부질환치료를 하는 행위	불허	• IPL이 적외선·레이저침을 이용하여 경락에 자극을 주어서 질병을 치료하거나 예방하는 것을 목적으로 하는 적외선치료기·레이저침치료기와 작용원리가 같다고 보기 어려움. (대법원 2014. 2. 13. 선고 2010도10352 판결)
2014.5	한의학사가 물리치료사의 조력을 통해 한방물리치료를 하는 행위	불허	• 물리치료사의 업무가 한방의료행위와 밀접한 관련이 없음. • 물리치료사 업무 영역에 대한 의사와 한의사의 지도능력에 차이가 있음. • 물리치료사가 한방물리치료를 할 수 있는 기본지식이나 자격을 갖추고 있다고 보기 어려움. (헌법재판소 2014.5.29. 2011헌마552 결정)
2016.7	치과의사의 안면보톡스 시술	허용	• 구강안악면외과의 진료영역에는 안면부가 포함됨. • 의학과 치의학은 학문적 원리가 다르지 않고, 교육 및 수련과정에서 공통되는 부분이 존재함. • 치과대학 및 치의학전문대학원에서 보톡스 시술에 대해 교육하고 있음. (대법원 2016.7.21. 선고 2013도850 전원합의체 판결)
2016.8	치과의사가 미용 목적으로 환자의 안면부위에 프락셀레이저를 사용하여 시술한 행위	허용	• 위 보톡스 판결 이유와 유사함. (대법원 2016.8.29)

	분쟁 대상 행위	허용 여부	주요 내용
2016.8	한 의사가 뇌파계를 사용하여 파킨슨병·치매 등을 진단한 행위	허용	현대의학에 관한 전문적인 지식이나 기술을 필요로 하지 않는 점에 비추어 보면 한 의사가 이를 사용하더라도 보건위생상 위해의 우려가 없음. (서울고등법원 2016.8.19. 2013누50878)
2016.12	- 한 의사가 초음파 기기를 사용하여 자궁내막을 진단하는 행위 - 기복기를 사용하여 비만치료를 하는 행위	불허	초음파 진단기나 기복기의 사용은 한의학의 고유 영역과 무관하고, 한의학 적 의료 질 향상과는 관련이 없음. (서울중앙지방법원 2016.12.6)

4) 무자격자의 현대의료기기 사용

- 의료법이 무면허 의료행위를 금지하는 취지는 무면허 의료행위를 할 경우 사람의 생명·신체나 일반 공중위생에 발생할 수 있는 위험을 방지하기 위함임.
 - 무자격자가 현대의료기기를 사용하는 것은 환자의 안전에 심각한 위해를 초래할 가능성이 매우 높음.
- 중복 검사로 인한 불필요한 의료비가 증가할 가능성이 높음.
 - 건강보험심사평가원이 2016년 발표한 <한방의료 이용에 근거한 정책개선 방안 보고서>에 따르면 ‘한의원 이용 환자들의 동네의원 중복 이용 비율’이 94.1%로 나타남.
 - 한의사의 현대의료기기 사용 허가 시, 동일한 의료기기로 중복 검사하는 비율과 불필요한 의료행위가 급격히 증가할 것으로 예상됨.

5) 치과 의사의 안면부 시술

- 치과 의사가 보톡스 시술법을 이용하여 눈가와 미간의 주름을 치료한 행위는 치과 의사에 의한 구강악안면외과적 시술의 허용 범위에 관한 논의와 상관없이, 의료법에서 정한 치과 의사의 면허 범위를 넘는 행위임.³⁾
 - 치과 의사의 보톡스 시술행위를 치과 의사의 업무 영역에 포함시키는 것은 의료법의 해석의 범위를 넘는 것으로서 입법적 조치와 마찬가지로, 의료법이 명확하게 규정한 의사와 치과 의사의 면허 범위의 경계를 허무는 것임.

3) 대법원 2016.7.21. 선고 2013도850 전원합의체 판결 중 보건복지부의 의견조치 최신결과.

- 의사와 치과의사의 면허 범위는 의료법에서 명문으로 정하고 있는 치과의사의 임무, 즉 ‘치과 의료와 구강보건지도’에 해당하는지 여부가 기준이 되어야 함.
 - 치과대학의 교육 및 수련과정이나 국가시험 과목 등의 변경 등과 같은 현실의 변화에 따라 치과의사의 면허 범위가 확장될 수 있다고 본다면, 이는 교육기관 등이 임의로 정한 교육과정 등에 의하여 의료법에서 정한 치과의사의 면허 범위를 변경하자는 것과 마찬가지로 의료법에 위배되는 것임.

나. 정책제안

1) 직역간 면허범위 확정을 위한 입법 필요성에 대한 검토

- 의료는 전문적이고 특수한 성격을 갖고 있으며, 의료인의 직역에 따른 면허 범위는 한 국가의 입법정책에 속하는 문제로, 개별 사안마다 법원의 해석으로 가리기보다는 입법적으로 해결하는 것이 바람직 함.
 - 즉, 의료행위, 한방의료행위, 치과의료행위 등을 명확하게 구분하기 위해 ①의료법에 각각의 용어에 대한 정의 규정을 신설하는 방안, 또는 ②의료기기법에 현대의료기기와 한방의료기기에 대한 개념 및 사용 기준을 신설하는 방안, ③한의약육성법에 한방의료행위의 개념을 명확히 규정하는 방안 등을 고려해 볼 수 있으나, 다음과 같은 현실적인 어려움이 존재함.
- 보건복지부는 의료행위의 개념을 법률에 명시하면 의료기술이 발전하여 의료행위의 내용이 변화한 경우 현실과 괴리된 상태로 규정되어 오히려 의료분야의 발전을 저해할 우려가 있다는 의견을 피력한 바 있음.
- 또한, 의료법의 의료기관 및 의료인을 규제하는 속성때문에 의료행위를 구체적으로 규정하는 경우, 의료행위의 범위가 제한될 우려가 있음.
- 위와 같은 현실적 어려움에도 불구하고, 추후 발생할 수 있는 직역간 마찰을 방지하기 위해 다음과 같은 의료법 등 개정안을 심도 있게 고려해야 할 필요가 있음.

2) 의료법상 의료행위 정의 규정 도입 필요성 검토

- 현행 의료법에는 의료행위에 대한 정의 규정이 없음. 의료행위 부분을 짧은 규정 하나에 함축적으로 기술하기는 어려움.
 - 추후 의료법상 의료행위의 명확한 정의 규정에 대한 연구가 수반되어야 함.

3) 의료기기법 개정 검토

- 법원은 “어떤 행위가 의료행위인지 여부를 판단함에 있어 질병의 예방과 치료에 사용된 기기가 의료기기인지 여부는 문제되지 아니한다”고 판단함.
 - 즉, 의료행위와 한방의료행위 여부를 구분하기 위해서는 해당 의료기기를 사용하여 구체적으로 시술한 행위의 ‘이론적 근거’와 ‘접근 방법’이 중요함.
- 이는 현행법이 의료인 종별에 따른 의료기기의 사용 권한 또는 금지 규정을 두지 않고 있기 때문임(특수의료장비 제외). 따라서 의료기기법에 의료기기의 개발·제작 과정에서 해당 의료기기가 현대의료기기인지 한방의료기기인지 여부가 명확히 구분될 수 있도록 표시하는 방안을 고려할 수 있음.
- 위와 같이 모든 의료기기에 의료인 종별에 따른 사용 권한을 표시하도록 하는 방안에 대한 장·단점 및 실효성에 대한 심층적인 분석이 필요함.

4) 한의약육성법 개정방안

- 한의약육성법 제2조에 따르면, “‘한의약’이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적인 검증을 거쳐 개발된 한방의료기기를 이용한 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다” 고 규정하고 있음.
 - 이 규정을 근거로 한의사들이 현대의료기기 사용을 시도하고 있음.
- 따라서 한의사는 한방의료기기만을 사용하여야 한다는 취지에서 다음과 같이 한의약의 정의 규정을 명확히 하는 방안이 마련되어야 함.

현행	개정안
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. “한의약”이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 <u>과학적으로 응용·개발한</u> 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다. 2.~5. (생략)	제2조(정의) (현행과 같음) 1. “한의약”이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 <u>과학적인 검증을 거쳐 개발된 한방의료기기를 이용한</u> 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다. 2.~5. (현행과 같음)

※ 참고로 2011년 당시 한의약육성법 제2조의 개정 논의에서 제안된 내용은 다음과 같음
(대한의사협회, 보건의료정책총람, 2012.4).

개 정 안	보건복지위 법안소위 의결안	우리 협회 대안	보건복지위 전체회의 의결안	우리 협회 대안
제2조(정의) --	제2조(정의) --	제2조(정의) --	제2조(정의) -----.	제2조(정의) -----.
1. ----기초로 하거나 이를 현대적 으로 응용·개발한 -----.	1. -----기초로 한 한방의료행위와 이 를 기초로 하여 시대발 전에 맞게 응용·개발 한 한방의료행위 및 한 약사를 말한다.	1. -----기초로 한 한방의료행위와 이 를 기초로 하여 시대발 전에 맞게 개발한 한방 의료기기를 이용한 한 방의료행위 및 한약사 를 말한다.	1. -----기초로 한 한방의료행위와 이 를 기초로 하여 과학적 으로 응용·개발한 한 방의료행위 및 한약사 를 말한다.	1. -----기초로 한 한방의료행위와 이 를 기초로 하여 과학적 인 검증을 거쳐 개발된 한방의료기기를 이용 한 한방의료행위 및 한 약사를 말한다.

5) 면허외 의료행위에 대한 단속 및 처벌 강화

- 면허범위를 벗어나는 일탈행위는 의료사고의 유발가능성이 높고 환자에게 치명적인 부작용과 회복 불능의 사태가 발생할 가능성이 높으며 합리적인 의료체계를 확립하는 데에도 커다란 장애요인임.

6) 수련병원 내 만연한 무면허의료행위 근절 및 재발 방지 대책 수립

- 전공의 부족 문제에 대한 근시안적인 해결책으로 일부 수련병원에서 시작되었던 무면허인력(이하 UA; unlicensed assistant) 의한 무면허의료행위는 수련병원 전반으로 확대되었고, 그 행위의 범주도 확장되었으며, 실제로 환자 안전을 위협하는 수준에 이르렀음.
 - 더욱이 UA가 의료기술에 깊이 관여함으로써 생기는 전공의 교육 기회의 박탈과 환자의사관계의 위협은 그 문제의 심각성에 비해 많은 관심을 받지 못하고 있음. 일부 관련 단체에서 UA 을 양성화하고 합법화하여 병원 경영에 도움이 되도록 하자는 움직임마저 일어나고 있는 실정임.
 - 그러나 이는 불법 의료행위를 조장하여 환자 안전을 위협할 뿐만 아니라, 전체적인 의료 서비스의 질을 떨어뜨릴 수 있음.

- 이에 현재 수련병원에 만연한 무면허의료행위의 실태가 어떠한지 파악하는 것이 필요하며, 이의 근절과 재발 방지를 위한 대책 수립이 절실히 요구됨.

7) 보건복지부 한방정책국 폐지

- 한의학은 과학적인 검증 체계가 미흡하여 국민 건강에 위험 요소가 되고 있음에도 불구하고, 한의학 이용이 국민 건강에 미치는 영향에 대한 조사·연구가 부족한 실정인데도 한의약정책국은 이를 무시하고 오히려 방조하고 있는 실정임.

- 최근 추진된 바 있는 한방 난임 지원사업 등의 안정성과 효능성 등에 대한 철저한 검증 및 평가·분석이 이루어져야 함.
- 또한 한약과 한약제재에 대한 안정성, 과학성, 효능성 등을 철저히 검증할 수 있는 체계를 구축하고 한약의 원산지표기를 의무화하는 등의 조치를 통해 위험 요소와 의료재정 낭비요소를 제거할 필요가 있음.
- 임상실험 등 기본적인 과학적 검증 없이 무리한 한의약 지원사업을 추진하여 국민건강에 위해를 끼치는 한방정책국은 폐지 또는 축소되어야 함.

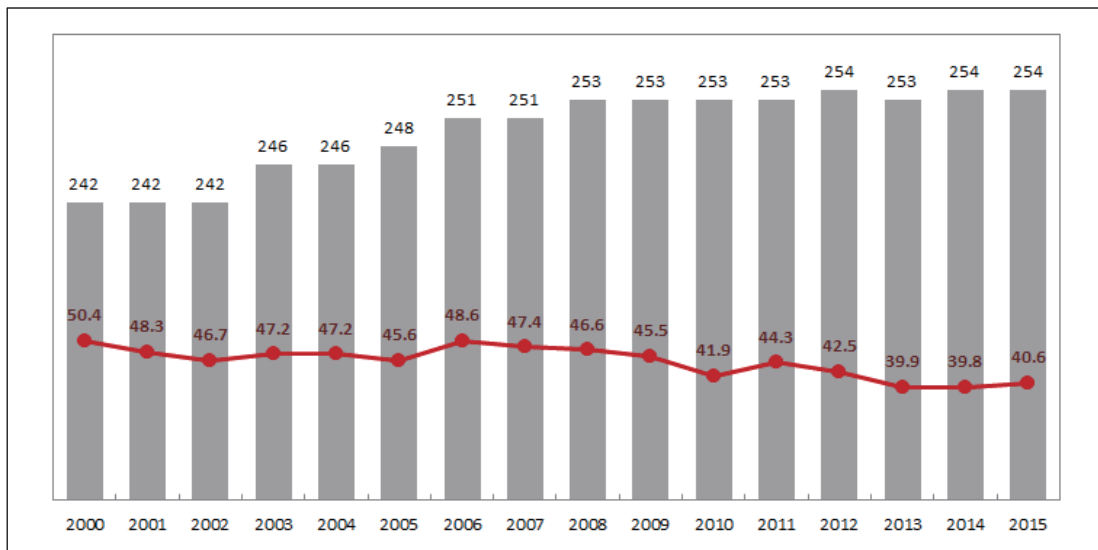
2 보건소의 기능 개편

가. 현황 및 문제점

- 지역보건당국으로서의 보건소 역할 미흡
 - 지역보건당국의 역할은 공중보건 위기 발생 시 해당 지역의 의료자원을 연계·조정·지원하여 지역사회 전체 역량으로 위기상황을 극복하는 것임.
 - 그러나 보건소는 지난 메르스 사태에서 지역의 핵심 의료자원인 병·의원에 대한 최소한의 지원 기능조차 담당하지 못하였고, 메르스 확산 방지에 모든 역량을 쏟아야 할 상황에서 일반진료를 지속하는 모습을 보여 지역보건당국의 역할을 제대로 수행하지 못했다는 지적이 있었음.
 - 대다수 지방의료원 역시 메르스 발생 상황에서 능동적인 역할을 수행하지 못한다는 지적이 있었음. 특히 지방의료원의 경우, 항상 수익 압박에 시달리기 때문에 수익성이 낮은 공공의료분야는 위축되고 민간의료기관과 차별성 없이 운영되고 있는 실정임. 이와 더불어 전반적인 진료수준의 낙후성으로 인해 지역사회 환자에 대한 질 높은 의료서비스를 제공할 역량도 갖추고 있지 못함.
- 진료중심의 보건소 기능으로 민간의료기관과 경쟁 구도 형성
 - 지역보건법에서는 보건소의 설치 목적을 지역주민의 건강 증진과 질병 예방·관리로 명확히 하고 있으며, 보건소에 대해서 공공보건의료기관으로서 수행해야 할 업무를 매우 광범위하고 다양하게 규정하고 있음.
 - 그럼에도 불구하고 보건소는 건강증진 및 예방 기능보다 진료기능을 중점적으로 수행하여 민간의료기관과 갈등을 빚고 있음.
 - 특히 비취약계층의 일반 지역주민 대상으로 일차진료서비스를 제공함으로써 보건소와 인접하게 위치하고 있는 민간의료기관과 경쟁적 구도가 형성되고 있음.
- 보건소의 공공의료 전문 역량 부족
 - 보건소의 의사출신 보건소장 부족과 공공의료 전문인력 부족으로 인해 보건소에 부여된 주요 역할과 핵심 기능을 수행할 수 있는 역량이 부족한 실정임.
 - 건강증진, 감염병 예방·관리 및 진료, 응급의료 등의 업무는 특히 의학 분야의 전문 지식 및 기술을 가지고 있는 의료인만이 행할 수 있는 영역임.
 - 보건소장은 보건소 업무를 지도·관리하기 위해 행정적 역량을 발휘할 수 있을 뿐만 아니라, 심도 있는 의학적 지식을 갖추고 있어야 함. 이를 통해 보건소장은 업무의 효율성을 제고할 수 있고, 더 나아가 지역사회 건강증진에도 이바지할 수 있을 것임.

- 그러나 몇 년 동안 비의사 출신의 인력을 보건소장(또는 보건의료원장)으로 임용한 사례가 다수 발생하고 있고, 보건소 수는 증가한데 반해 의사출신 보건소장은 점차 감소하고 있는 추세임.
- 2000년(50.4%) 이후 의사출신 보건소장 비율은 50% 미만으로 감소하고 있는 추세임.
- 2015년 기준 전국 254개 보건소 중 의사출신 보건소장은 103명(40.6%)으로 2014년보다 1명 증가한 수준임.

(단위 : 개, %)



[그림 1] 전국 보건소 현황과 의사출신 보건소장 비율

자료 : 보건복지부 건강정책과. 보건소 및 보건지소 운영현황. 보건복지부. 2016

주 : 보건소 수에는 보건의료원이 포함되었으나, 보건지소와 보건진료소는 제외됨.

나. 정책제안

● 지역보건의료당국으로서의 보건소·지방의료원 역할 재정립

- 지역 의료자원을 총괄 기획·조정·연계·관리하여 지역 전체의 건강 수준을 높이는 방향으로 보건소의 활동 범위를 재설정해야 함.
- 지역보건의료당국으로서 역할과 기능을 제대로 수행하기 위해 업무 평가 체계도 전환되어야 할 것임.
 - 보건소: 보건소 내원 환자 진료 성과 향상 → 지역사회 전체 환자의 건강수준 향상
 - 지방의료원: 수익성 위주의 평가 → 공공의료 기능적 측면을 강조한 평가

- 공공보건의료기관으로서의 보건소 핵심기능 재설정
 - 지역보건의료사업 수행에 필요한 최소한의 진료기능만 남기는 방향으로 일반진료 기능을 축소하고 공중보건 분야 기능은 대폭 확대해야 함.
 - 취약계층 등 의료형평성에 부합하는 진료기능만 제한적으로 수행하되, 공공보건의료기관으로서 지역보건의료계획을 수립하고 지역사회 건강증진 및 질병예방에 관한 지역보건의료서비스를 제공하는 기능에 집중해야 함.
 - 이러한 보건소의 기능 개편은 지역사회 내 민간의료기관과 협력 관계를 형성하는 데 이바지할 수 있을 것임.
- 보건소장 임용에 관한 절차 및 기준 엄격히 준수
 - 적합한 의사인력을 보건소장으로 임용하는 절차 및 기준을 철저하게 관리·준수할 수 있도록 법·제도적 장치 보완에 힘써야 할 것임.
 - 지역 주민의 건강을 책임지는 보건소장은 보건의료의 전문가인 의사 출신으로만 엄격히 제한해야함.
 - 일본에서는 비의사직 보건소장 임용기간(2년 이내)을 엄격히 제한하고 있고, 부득이한 경우에 한하여 비의사직 보건소장 임용기간을 1회 연장할 수 있음. 하지만 재임용 기간은 2년을 초과할 수 없도록 규정함에 따라 기본적으로 의사 출신 보건소장의 임용을 우선시키고 있음.

3

사무장병원 근절 및 자율징계권 확보

가. 현황 및 문제점

1) 현황

(1) 사무장병원의 개념

- 사무장병원이란, 의료법상 의료기관을 개설할 자격이 없는 자가 의료기관 개설자격이 있는 의료인의 명의를 도용하거나 비영리법인 명의로 개설·운영하는 의료기관을 말함.

〈표 1〉 사무장병원 적발시 조치 사항

조치 대상	행정처분	부당이득 환수	형사처벌	비고
의사	• 면허취소(면허대여) • 면허자격정지 3개월 (사무장에게 고용되어 의료 행위시) • 개설 비자격자에게 고용되어, 의료행위를 한 사실에 대해 자진신고시 처분 감경 또는 면제	• 위법운영 기간의 요양급여 비용 전액 환수 • 부당이득에 대한 연대책임	• 5년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금(면허대여) • 300만원 이하 벌금(사무장에게 고용되어 의료행위시)	• 의료인과 비의료인 간의 모든 계약 무효
사무장		• 부당이득에 대한 연대책임	• 공범	
의료 기관	• 개설허가 취소 및 폐쇄 명령	• 요양급여비용 지급보류·정지 • 위법 운영기간의 요양급여 비용 전액 환수		

- 자진신고시 감경조치: 의사는 위반행위가 발각되기 전에 수사기관 또는 감독청에 위반행위를 자진하여 신고하고, 관련된 조사·소송 등에서 진술·증언하거나 자료를 제공한 경우, 해당 처분의 2/3의 범위에서 감경될 수 있음.

(2) 국내 사무장병원의 현황

● 적발 건수 및 환수결정 금액 증가

- 최근 사무장병원 형태가 날로 지능화·대형화되고 있으며, 적발건수도 지속적으로 증가함에 따라 사무장병원에 대한 환수결정 및 결정금액이 지속적으로 증가하는 추세임.
- 사무장병원으로 적발된 기관수는 2009년 7건에서 2014년 250건으로 약 35배 증가하였으며, 환수결정 금액은 2009년 5억 6천만 원에서 2014년 3,681억4천만 원으로 약 654배 증가함(표 1).
- (2014년 기준)전국 불법 사무장병원으로부터 환수해야 할 금액은 1조원에 육박하지

만, 실제 징수율은 7.8%에 불과한 실정임.

〈표 2〉 2009년~2014년 사무장병원 적발기관 수 환수결정 및 징수 현황

(단위: 기관 수, 백만원)

연도	기관수	결정금액	징수금액	징수율
계	826	645,884	50,469	7.81
2009	7	563	335	59.50
2010	46	8,775	3,312	37.74
2011	161	59,760	12,553	21.01
2012	186	71,959	8,134	11.30
2013	176	136,687	8,080	5.91
2014	250	368,140	18,056	4.90

자료: 국민건강보험공단 보도자료. “6년간 사무장병원 환수결정 6천5백억원...2009년 대비 2014년 654배 증가”, 2015.3.30.

(3) 사무장병원의 행태 변화

● 의료소비자생활협동조합(의료생협) 형태의 사무장병원 증가

- 2009년부터 2015년 6월까지 적발 실적에 따르면, 개인이나 법인 형태의 사무장병원은 감소하고, 의료생협 형태의 사무장병원이 증가하는 추세를 보임.
- (2015년 기준) 사무장병원으로 적발된 의료기관 중 의료생협형 의료기관이 33.3%를 차지함.

● 요양병원 형태의 사무장병원 증가

- 사무장병원으로 적발된 의료기관 중 요양병원이 차지하는 비율이 해마다 증가하는 추세임.

의료생협 형태로 개설된 의료기관 수: 2006년 38건 → 2014년 127건 대폭증가

(자료: 국민건강보험공단, 2014년 11월 기준)

의료생협 의료기관 67개 대상 조사결과: 84.1%(53.개)가 사무장병원으로 적발

(자료: 보건복지부 보도자료, 2015년 12월 15일자)

● 동일인으로 개설된 기관수 증가

- 1개의 법인 명의로 최대 28개의 법인형 사무장병원을 개설한 사례가 적발되었음.
- 의료생협의 경우 1개의 의료생협당 최대 6개의 사무장병원을 개설한 사례가 적발되었음.

2) 사무장병원의 문제점

- 첫째, 불필요한 진료행위가 증가하고 의료서비스의 질이 낮아지는 등 지역 주민과 환자의 건강 위협 및 건전한 의료질서를 파괴함.

- 둘째, 영리목적의 의료기관 운영으로 불법·과잉 의료행위 및 진료비 허위·부당 청구로 강보험 재정이 누수됨.
 - 사무장병원의 경우, 무리한 대출을 이용해 의료기관을 개설·운영하는 경우가 대부분임. 이를 회수하기 위해 불필요한 진료를 권하거나 고가의 약을 처방하는 경우가 빈번함.
- 셋째, ‘의료생협’으로 가장(假裝)한 사무장병원이 난립함.
 - 본래 의료생협은 조합원의 복지 및 생활문화 향상을 위한 목적으로 설립되었으나, 최근 의료생협 의료기관을 빙자한 사무장병원이 난립하고 있어 본래 의료생협의 취지가 퇴색되고 있는 상황임.

나. 정책제안

- 사무장병원의 수익 환수 및 처벌 강화
 - 건강보험 청구를 통해 실제 이득을 본 사람(사무장)에게 부당이득을 환수 또는 몰수하는 등 강력한 제제방안을 마련해야 함.
 - 부당이득 환수에 대한 연대책임 외에 사무장에 초점을 맞추어 의료인에 대한 행정처분에 상응한 경제적 처벌을 추가할 필요 있음.
 - 사무장에게는 강력한 형사처벌을 적용해야 함.
- 사무장병원 관련 자진신고시 행정처분 면제 및 감경 제도 강화
 - 자진신고제도의 인센티브 효과가 미미하여 실효성을 담보할 수 없음.
 - ‘의료기관의 개설자가 될 수 없는 자에게 고용되어 의료행위를 한 의사’는 「의료법」 제66조 및 「의료관계 행정처분 규칙」에 의거 자격정지 3개월의 처분을 받음. 단, 자진신고시 해당 처분의 2/3 범위에서 감경 가능 ⇒ 자격정지 1개월.
 - 그러나 「의료법」 제66조 제5항에 따르면 자진신고시 그 처분을 ‘감경하거나 면제할 수 있다’고 규정되어 있음에도 불구하고, 「의료관계 행정처분 규칙」에는 면제에 대한 규정이 없음. 따라서 자진신고한 의사에 대한 행정처분을 전면 면제 가능하도록 확대함으로써 동 제도의 실효성을 제고할 필요 있음.
 - ‘면허 대여 의사’는 「의료법」 제87조에 의거 5년 이하 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처해지고, 「의료법」 제65조 및 「의료관계 행정처분 규칙」에 의거 면허가 취소됨.
 - 그러나 사무장병원 근절을 위해서는 면허를 대여한 의사에게도 자진 신고 시 해당 처분의 전면 면제 및 감경하는 방안도 고려해야 함.(한시적으로 행정처분 및 환수처분 전면경감 등 일몰제 특별법 입법도 고려)

- 사무장병원의 문제점 및 처벌 관련 교육 체계 구축
 - 사무장병원의 문제를 해결하기 위해서는 개설 자격자와 사무장간의 공모를 원천적으로 차단하는 것이 중요하다. 즉, 개설 자격자, 직원 및 이해관계자를 대상으로 체계적인 사무장병원 예방 교육을 실시해야 함.
- 사무장병원 감시체계 구축 및 활성화
 - 요양기관 개설이후 적발까지 3년 이상 소요된 기관이 총 적발된 기관의 52.3%에 불과한 실정이어서 감시기간 단축이 필요함.
 - 의사협회 및 병원협회와의 공조, 윤리위원회 제소 활동, 그리고 지역의사회 등과의 긴밀한 공조를 통해 감시 체계를 구축해야 함.
- 의료생협을 가장한 사무장병원 근절을 위한 대책 마련
 - 의료생협을 가장한 사무장병원 증가 추세에 따라 사무장병원으로 적발 시 즉시 개설 허가를 취소하는 등의 대책이 필요함.
 - 특히, 의료생협 등 법인에 의한 의료기관의 개설, 허가, 지도 및 감독을 강화 할 필요가 있음.
 - 의료생협 의료기관은 원칙적으로 조합원만을 대상으로 진료하도록 규정하고, 비조합원을 진료할 수 없도록 하거나 최소한으로 제한하는 등의 방안을 마련함으로써 불법행위의 가능성을 사전에 차단시킬 필요 있음.
- 비도덕적 진료행위 자율징계권 의료인 단체에서 행사
 - 국민건강의 보호, 의료서비스의 발전을 위해서는 의료인의 자율권이 강화되어야 함.
 - 면허관리 제도화에 대한 기본시각은 적발과 처벌보다는 예방과 질 향상을 목표로 국민의 건강권과 의료인의 전문가로서 자율권 보장을 전제로 접근해야 함.
- 효율적인 관리를 위한 의료기관 개설 시 의사회 신고 의무화
 - 의사 면허신고, 면허 관리, 징계 등의 권한을 대한의사협회에 일임하고, 정부는 이에 대한 간섭을 최소화하여야 함.
 - 사무장병원 등을 사전에 걸러 내기 위해서라도 의료기관 개설·폐업·휴업 시 지역 의사회를 반드시 경유하도록 해야 함.

4

공중보건 및 재난·재해 상황 대응 시스템 구축

가. 현황 및 문제점

- 공중 보건 위기 및 재난·재해의 발생은 국민에게 각종 직접적인 손상 및 인적, 물적 피해를 일으키는 1차적 피해와 함께 복구 및 수습 과정에서 발생하고 관찰되는 2차적 피해를 끼침.
- 재난·재해는 시간, 공간적으로 집중되어 재산, 인명 및 건강에 피해를 입히는 사건으로 자연의 이상 현상으로 인해 발생하는 것과 인위적으로 발생하는 것이 복합적으로 존재함.
 - 자연 재해는 폭풍, 호우, 대설, 홍수, 해일, 지진 등이 있으며 인위적 재난의 원인은 화재, 폭발, 방사성 물질의 방출, 자동차 사고, 선박의 침몰, 항공기 조난 등이 있음. 이와 같은 재난·재해는 국가 기반 체계의 마비, 국민의 생명 및 신체, 재산에 피해를 끼침.
 - 최근 지구환경은 엘니뇨, 라니냐 등 기상이변으로 인한 자연재해와 환경오염, 인구 밀도의 증가, 도시화, 국제화, 대형시설의 출현 등으로 대형 재난이 발생할 가능성이 지속적으로 높아짐.
- 우리나라는 최근 메르스 사태, C형 간염 집단 감염, 세월호 사고, 리조트 붕괴 등을 통하여 공중보건 및 재난·재해 관련 재난의료와 관련하여 후진국이라는 사실이 명확하게 확인됨.
 - 우리나라 보건의료체계는 최고의 시설과 장비, 우수한 인력을 가진 몇 개의 대형병원이 주도하고 있어 메르스와 같은 감염병 앞에 얼마나 무기력하고 허술한지, 그리고 국민의 생명과 안전이 얼마나 심각하게 위협 당하는지 적나라하게 드러났음.
 - 이로써 국가방역체계를 새롭게 정비하고, 왜곡된 보건의료체계를 전면적으로 개선하지 않으면 결코 재난의료 선진국이 될 수 없다는 것이 명백해짐.
- 현재의 공중보건 및 재난·재해 대응 시스템에서 보건의료에 대한 책임은 보건복지부에 집중되어 있음. 또한 재난·재해에서 보건 분야의 중요성에 대한 인식이 낮으며, 위기대응에서 공중보건의 역할을 하나의 기능으로 평가하지 않음. 이는 국가 전체 위기대응 시스템의 문제와 직결되는 부분임.
- 재난 및 위기대응 업무를 기능이 아닌 유형별로 분류한 결과 공중보건의 역할은 의료 시스템과 직접 관련이 있는 재난·재해에 대해서만 강조되고 있으며, 다른 유형의 재난·재해에서는 그 역할이 매우 미미하게 인지되고 있음.

〈표 1〉 재난 및 사고유형별 재난관리 주관기관

재난관리 주관기관	재난 및 사고유형	
교육부	- 학교 및 학교시설에서 발생한 사고	
미래창조과학부	- 우주전파 재난 - 위성항법장치(GPS) 전파 혼신	- 정보통신 사고
외교부	- 해외에서 발생한 재난	
법무부	- 교정시설에서 발생한 사고	
국방부	- 국방시설에서 발생한 사고	
문화체육관광부	- 경기장 및 공연장에서 발생한 사고	
농림축산식품부	- 가축 전염병	- 저수지 사고
산업통상자원부	- 원자력안전 사고 - 가스 수급 및 누출 사고 - 전력생산용 댐의 사고	- 전력 사고 - 원유수급 사고
보건복지부	- 감염병 확산 - 생물테러	- 보건의료 사고
환경부	- 수질분야 대규모 환경오염 사고 - 유해화학물질 유출 사고 - 황사	- 식용수(지방 상수도를 포함) 사고 - 조류(藻類) 대발생(녹조에 한정)
고용노동부	- 사업장에서 발생한 대규모 인적 사고	
국토교통부	- 국토교통부가 관장하는 공동구 재난 - 고속철도 사고 - 도로터널 사고 - 육상화물운송 마비 - 항공기 사고	- 댐 사고 - 식용수 사고 - 지하철 사고 - 항공운송 마비 및 항행안전시설 장애
해양수산부	- 조류 대발생 - 해양 분야 환경오염 사고	- 조수(潮水) - 해양 선박 사고
국민안전처	- 공동구(共動溝) 재난 - 화재·위험물 사고, 내륙에서 발생한 유도선 등의 수난 사고 - 다중 밀집시설 대형사고 - 풍수해·지진·화산·낙뢰·가뭄으로 인한 재난 및 사고 - 해양에서 발생한 유도선 등의 수난 사고	- 정부중요시설 사고
금융위원회	- 금융 전산 및 시설 사고	
원자력안전위원회	- 원자력 안전 사고	- 인접국가 방사능 누출 사고
문화재청	- 문화재 시설 사고	
산림청	- 산불	- 산사태

자료 : 보건복지부, 재난안전관리 집행계획. 보건복지부. 2016

● 우리나라의 재난안전체계 문제점 진단⁴⁾

I. 예방·대비 단계

- 안전기준·법령에 대한 관리 체계 부재

4) 국민안전처. 국가안전관리기본계획(2015~2019). 국민안전처. 2015

- 안전관련 규제와 점검·감독 부실
- 일반국민에 대한 안전관련 교육·홍보 부족
- 공공기관 재난담당 인력의 전문성 부족
- 실효성 없는 매뉴얼 및 훈련 부족
- 안전관련 시설·장비 투자 및 안전의식 부족
- 안전수칙을 지키지 않는 비정상의 관행화
- 예방사업에 대한 전략적·과학적 투자 미흡

II. 대응 단계

- 재난현장에서 작동하는 강력한 지휘통제력 미흡
- 표준화된 재난대응체계 미확립
- 전문화된 구조·구급 인력 및 장비 부족
- 일원화된 공조 체계 미흡으로 국민 불신 가중
- 지방자치단체의 재난대응역량 부족
- 재난정보 수집 및 상황 전파 지연·오류
- 자원봉사단체(개인)에 대한 관리체계 미흡

III. 수습·복귀 단계

- 피해자 및 유가족 보호조치 미흡
- 재난보험 활성화 미흡 및 의료기관 피해 보상기준 미 확립
- 사고원인조사-환류 시스템 실패로 유사재난 재발의 악순환 초래

- 재난발생 시 지역 의료기관은 재난 상황에 대한 인지(認知) 없이 현장에서 내원한 재난 환자를 처음으로 진료하게 되는 초기 대응의 첫 반응자·첫 수용자 (First responder and first Receiver)이면서, 수습·복귀 단계에 이를 때까지 지역 재난의료전달 및 재난대응의 중추가 됨.
- 이러한 대응체계를 갖추기 위해서는 ① 국가, 지역사회의 의료기관 재난 대비/대응 체계 구축을 위한 인적 물적 자원과 경제적 지원, ② 지역재난의료체계 내 재난 대비/대응 협의체등 구성 및 활성화, ③ 표준화된 의료기관 재난대비/대응 체계 및 대응 매뉴얼, 재난의료관련 전문 내용의 공유 ④ 재난의료 전문가 양성과 전문 교육 및 보상체계 확립 등이 절실히 필요함.

〈표 2〉 재난 등에서의 의료 대응 단계

구분	판단 기준	비고
관심 (Blue)	1. 다수사상자 발생 위험이 큰 사건 또는 행사/현상 등 - 태풍, 홍수, 지진, 해일 등 자연재해의 진행 - 군중 운집(mass gathering) 행사의 개최 2. 사상자가 발생할 수 있는 사고 메시지/정보 수신	징후활동 감시
주의 (Yellow)	1. 다수사상자 발생으로의 전개가 예측되는 사고/현상 - 다중이용시설로서 해당 시간의 예측 수용인구수가 20명 이상인 경우의 화재, 붕괴, 침수 등 - 다중교통사고, 군중 운집 행사에서 사상자발생 사고 - 태풍, 홍수, 해일, 지진 등에서의 사상자 발생 - 화학물질의 누출, 방사선 시설에서의 사고 - [사상자 있음] 메시지 2. 국지전/테러 발생의 위험	능동감시 경고 전파
경계 (Orange)	1. 다수사상자가 발생하고 추가 사상자 발생 위험이 현저하게 높아 대응 개시가 필요한 상황 - 10명 이상의 사상자가 이미 발생하고 추가 사상자 발생이 의심되는 상황/사건 - 운항/운행 중인 여객선박, 여객항공기, 여객열차 및 대형습합차의 추락, 침몰, 탈선 및 전복 확인 - 10대 이상 차량의 다중 교통사고 확인 - 화학, 방사선 물질에 의한 인구집단의 노출 확인	의료대응 개시
심각 (Red)	일상적인 응급의료서비스로는 대응할 수 없는 명백한 재난 등	의료대응 확대

자료 : 보건복지부 중앙응급의료센터, 재난응급의료 비상대응매뉴얼. 보건복지부. 2016

나. 정책제안

- 국민안전처를 중심으로 한 공중보건 위기 대응 시스템 구축
 - 공중보건학적 위기 상황에 대한 대응을 위해서 공중보건위기 상황에 대한 운영을 책임지고 담당하는 국민안전처 - 보건복지부 - 질병관리본부 - 지방정부 - 보건소 체계를 구축하고, 이 체계를 근간으로 공중보건 위기상황에 대응해야 함.
 - 이를 근간으로 하여 개별 공중보건 위기상황별로 감염병, 다중손상사고, 특수재난 등의 상황에 따라서 각 단계별 정부 기구의 전문가가 참여하는 시스템 구축을 제안함.
- 현실적인 의료기관 대응 체계 및 지역재난의료체계를 위한 위원회 및 협의체 구성
 - 지역사회 소방서, 보건소 등 공공기관과 지역 재난 대응 위원회, 지역 내 재난 대비/대응을 위한 의료기관 협의체 구성이 필요함.
- 공중보건 위기대응 시스템의 역할 및 기능 정립
 - 공중보건 위기대응 시스템이 효과적으로 기능하기 위해서는 개별 단계 요소별로 기능, 역할의 정립과 이를 위한 인력, 시설 등의 지원 체계를 구축해야 함.

- 다양한 공중보건 위기상황에 효과적으로 대응하기 위해서 이를 위한 상설 기구 및 시설의 설치, 실시간 모니터링 시스템 구축, 전문가 지원 체계 구축, 공중보건 위기 상황 대응 전문 자료 및 지침 개발, 교육 훈련 등이 필요함.
- 평시 지역사회별로 공중보건 위기대응을 위한 정부 유관 기관, 관련 전문가, 응급의료센터 등이 참여하는 조직을 구성하고, 유사시에 이곳에서 인력 및 시설의 수급 및 운영을 담당할 필요가 있음.

● 모든 공중보건 위기상황에 대한 종합적 접근(All Hazard Model)

- 기상재해, 지진 등의 자연재해부터 감염병 등의 질병 발생, 그리고 테러 등의 인위 재해까지 다양한 종류의 공중보건위기 상황이 발생하고 있으며, 모든 종류의 재난 재해에서 보건학적인 피해에 대한 신속하고 전문적인 대응이 강조되고 있음.
- 보건 분야의 역할이 과거의 감염병에 대한 대응에서 최근에는 기후 변화 등의 자연 재해, 생물학적 테러, 화학 재난, 방사능 재난, 다중손상사고 등 다양한 재난 상황으로 확대되고 있음.

※ 이와 같은 다양한 종류의 재난 위기 상황에 효율적이고 효과적으로 대응할 수 있도록 보건전문가인력, 시설, 장비 등 인프라를 구축하여 모든 종류의 위기 상황에 종합적으로 접근하는 모형(All Hazard Model)이 필요함.

● 정부의 국가방역체계 개선 방안 마련

- 유입차단
 - 국제 동향 적극 감시
 - 위험국가 전체 입국자 대상 게이트 검역
 - 검역소에서 의심자 신속 격리 관찰
- 초기 즉각 현장 대응
 - 24시간 ‘긴급상황실’ 설치
 - 의심환자 발생시 ‘즉각대응팀’ 출동
 - 역학조사관 현장 관리
 - 정부-의료기관 간 환자 접촉 정보 공유
- 확산 대응 및 전문적 치료 실시
 - 빠른 진단을 위한 진단실험실 확충
 - 중앙-권역별 감염병 전문치료병원 지정
 - 치료제 등 비축물량 확대
- 의료환경 개선
 - 감염병 환자 분리 진료
 - 병원 감염관리 전문인력 확충

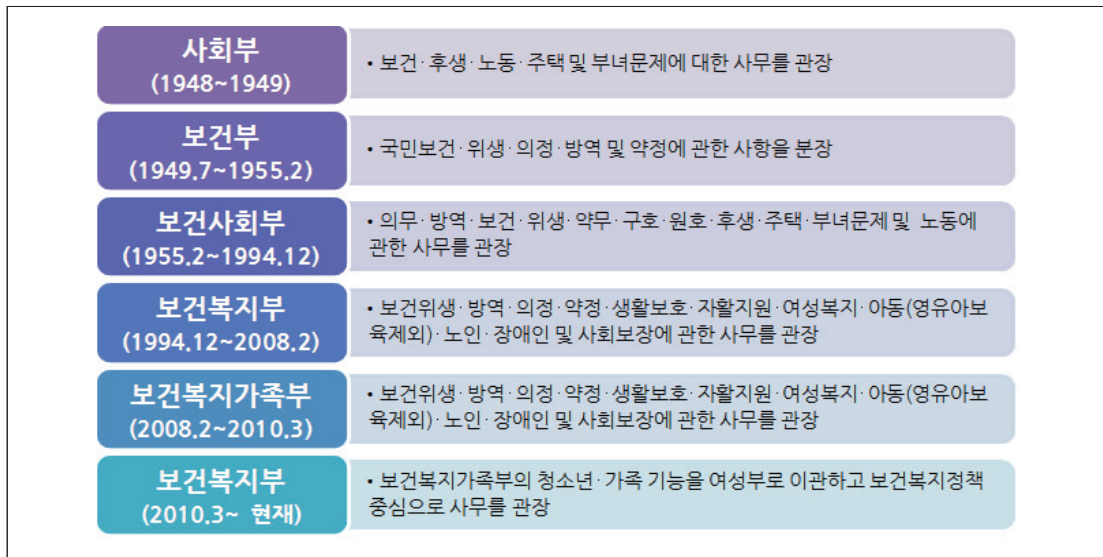
- 관리체계 개편
 - 질병관리본부 방역전문성 강화
 - 위기관리소통 전담부서 신설
 - 병원이용문화 개선
 - 포괄간호서비스 확대
 - 면회 가이드라인 제시
- 의료기관 등의 재난방지 활동으로 인한 직접손실 부분 100% 보상 보장 (실 손실액보다 부당하게 적은 보상은 유사한 상황 재발 시 의료기관들의 능동적인 대응이 제한, 기피됨으로서 피해를 확산시킬 우려가 있음)

5

보건의료관련 부처 조직개편(보건부 독립과 질병관리청 신설)

가. 현황 및 문제점

- 2015년 메르스 사태를 겪으며 공중보건 위기상황에 대한 대응역량의 부실함이 드러남. 이는 ‘보건’과 ‘복지’가 혼재된 현행 보건복지부라는 정부조직에서는 전문적인 판단과 신속한 대응이 효율적으로 수행될 수 없음을 보여줌.
 - 현재의 ‘보건복지부’는 1948년 대한민국 정부수립과 함께 ‘사회부’에서 시작함. 이후 67년 동안 수차례의 조직개편과 직제 변경을 거치면서 변화를 겪음. 1949년 ‘사회부’에서 분리된 이후 보건업무를 담당하는 ‘보건부’로 독립, 1955년 ‘보건사회부’로 다시 통합, 이후 1994년까지 ‘보건복지부’로 명칭을 바꾸었으며, 2008년부터 2년간 ‘보건복지가족부’로 잠시 변경되었다가, 2010년 이후부터 현재까지 보건과 복지가 혼재된 통합조직으로 운영하고 있음.(그림 1)
 - 보건복지부의 예산은 지속적으로 확대됨. 1955년 사회부와 보건부가 보건사회부로 통합될 당시 예산은 약 10억 원으로 정부 전체 예산의 6.9%를 차지했으나, 2015년 보건복지부 예산은 50조 4,725억 원으로 보건복지부의 예산이 모든 부처 예산 가운데 두 번째 많은 위치를 차지할 만큼 60년간 비약적으로 성장함. 이는 경제발전과 인구고령화로 국민의 건강에 대한 관심이 높아지고 이에 따라 보건의료관련 정책수요가 증가한데 따름.(표 1)
 - 그러나 보건의료관련 정책을 비전문가가 결정함으로써 인해 현장과는 거리가 먼 행정편의적 정책이 도입되거나, 국민건강을 위한 국가차원의 보건의료정책이 정책집행 우선순위에서 밀려나는 등 문제가 반복되고 있는 실정임.
- 그로인해 공중보건 위기상황에 대처할 수 있는 방역체계의 전문성과 독립성은 여전히 매우 부족한 상태임.
 - 현행의 질병관리본부는 인사권, 예산권을 가지고 있지 않으며, 각 권역별 실행조직도 갖추지 못함. 또한 공중보건 위기상황에 대처하기 위해 타 부처를 지휘·통솔할 수 있는 권한도 확보하지 못함.
 - 이로 인해 전문역량의 안정적인 확충이 불가능하고, 공중보건 위기상황 시에 비전문가인 행정 관료의 의사결정을 따라야 하며, 국가적인 역량을 효율적으로 활용하지 못하는 한계를 가지고 있음.



〈그림 1〉 보건복지부의 명칭변경과 주요업무 변화

자료 : 전병률, 보건부 독립에 대한 논의배경과 보건복지부의 운영현황, 의료정책포럼 2015

〈표 1〉 연도별 정부 예산 대비 보건복지 예산 비중(1961년~2010년)

(단위 : 억 원, %)

연도별	정부 예산(B)	보건복지 예산(A)	(A/B)
1961년	571	14	2.45
1965년	946	31	3.28
1970년	4,462	85	1.90
1975년	15,863	426	2.69
1980년	64,785	1,769	2.73
1985년	125,323	3,365	2.69
1990년	274,557	11,518	4.20
1995년	518,811	19,838	3.82
2000년	864,740	53,100	6.14
2005년	1,352,156	89,067	6.59
2010년	2,928,000	310,195	10.59

자료 : 보건복지부, 보건복지 70년사-제1편 총설, 보건복지부, 2015.

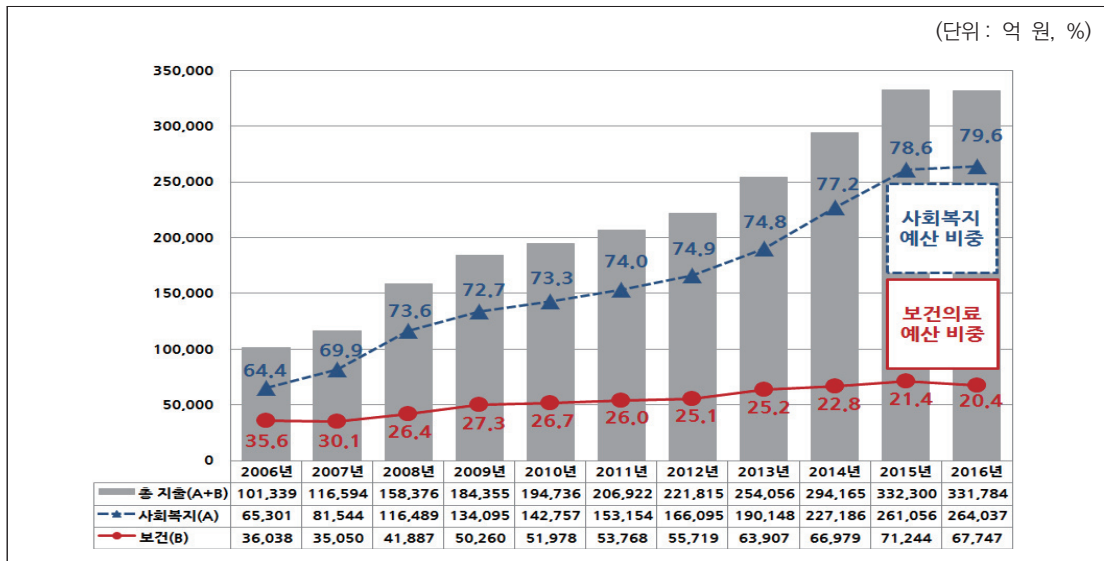
- 현재의 보건복지부는 보건의료행정의 전문성 확보에 한계가 있음. 이는 방대한 보건 업무와 복지 업무를 하나의 부처에서 관할하고 있기 때문임. 현재와 같이 보건과 복지 업무가 혼재된 상황에서는 보건의료행정의 전문성 확보가 어려움.
- 2006년부터 2016년까지 지난 11년간 보건복지부의 예산 편성 추세를 보면 사회복지에 치중한 현상이 두드러짐. 보건복지부의 총 예산규모는 해마다 증가하고 있으나, 보건복지부 내 보건의료의 예산 비중은 2006년도에는 35.6%를 차지하였으나

11년간 지속적으로 감소하여 2016년도에는 20.4%로 15.2%p 감소함.(그림 2)

- 보건복지부 내 인력 현황에서도 사회복지 업무에 편중된 인력 배치를 확인할 수 있음. 2006년 사회복지 업무 관련 인원은 전체 인력 중 37.9%였으나 지난 10년간 지속적으로 증가하여 2016년에는 45.3%를 차지한 반면, 보건의료 업무 관련 인력은 2006년 29.9%에서 2016년 30.8%로 비슷한 비중을 10년 이상 유지하고 있는 상태임. 총무·인사 등이 포함된 경영관리 업무는 사실상 조직운영의 필수 인력임을 감안할 때, 보건복지부 내 인력의 절반 이상이 사회복지 업무에 집중 배치되어 있다고 해도 과언이 아님.(그림 3)

● 이러한 보건복지부 내 사회복지와 보건의료 간 불균형적인 예산배분과 인력배치는 보건의료 관련 정책예산 축소로 이어지고, 나아가 보건의료행정의 전문 인력의 축소로 이어지고 있음.

- 근래 국민의 복지가 강조되면서 보건복지부의 또 하나의 중요한 기능인 국민건강을 책임지는 부문인 보건은 복지가 부각될수록 인력과 예산 배분과정에서 소외되는 현상이 심화됨.
- 메르스 사태의 원인으로 지적되는 컨트롤 타워의 부재는 보건복지부의 조직구조에서 비롯된 것임. 최근 10년간 보건복지부 장관은 보건의료(의사) 출신이 전무하였으며, 메르스 사태 발생을 계기로 보건의료인 출신 장관이 취임함.
- 보건의료의 특성상 보건의료정책은 전문성이 확보된 조직에서 전문가의 지도력에 따라 정책을 수립·시행해야함. 또 인구고령화와 의료기술의 발달로 보건의료관련 정책수요는 앞으로 더욱더 늘어날 것임. 따라서 국민건강 증진을 위해 장기적인 안목을 가지고 보건의료 정책을 추진해갈 수 있는 전문조직과 인력이 절실한 시점임.



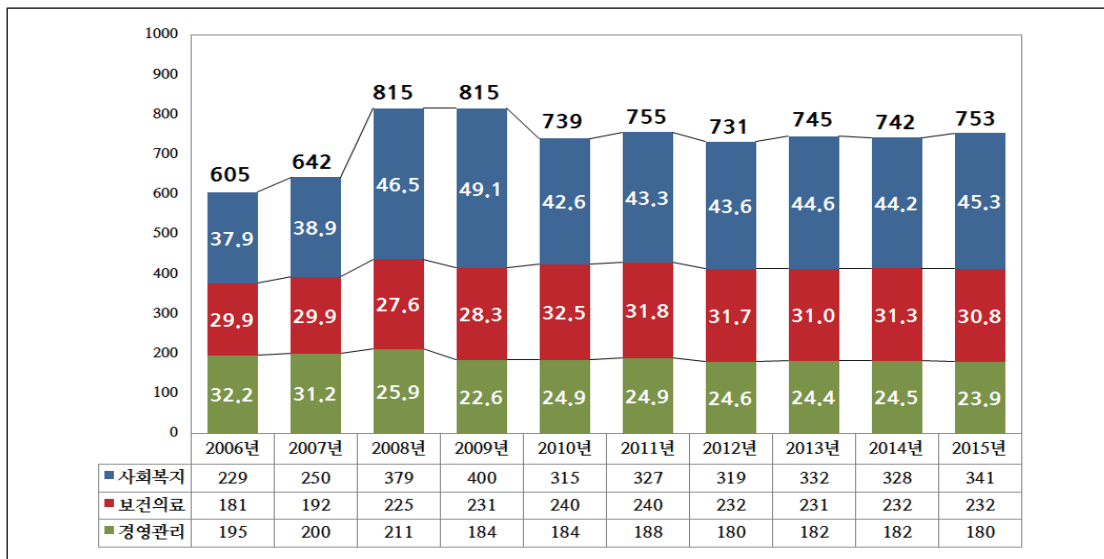
[그림 2] 2006년~2016년 보건복지부 예산 편성 추세

보건복지부의 2006년부터 2016년까지 각 연도별 「예산 및 기금 운용 계획서」를 참고하여 재구성함.

산출기준 : 각 연도별 '예산 및 기금운용 계획 총괄 > 예산 > 분야별 세출 예산' 항목을 기준으로 함.

'총 지출 금액'은 세출을 기준으로 '일반회계 + 특별회계'의 합계임(내부거래 및 기금은 제외)함.

'항목별 비중'은 각 해당연도 총 지출액 대비 해당 항목의 비율임.



[그림 3] 2006년~2015년 보건복지부 인력 현황

보건복지부의 2006년부터 2015년까지 각 연도별 「보건복지부 백서」의 정원현황 참고하여 재구성함.

유의사항 : 본부 기준의 인력임(소속기관의 인원은 제외함). 2008년도와 2009년도는 '보건복지가족부'로 운영되어 인력이 일시적으로 증가함.

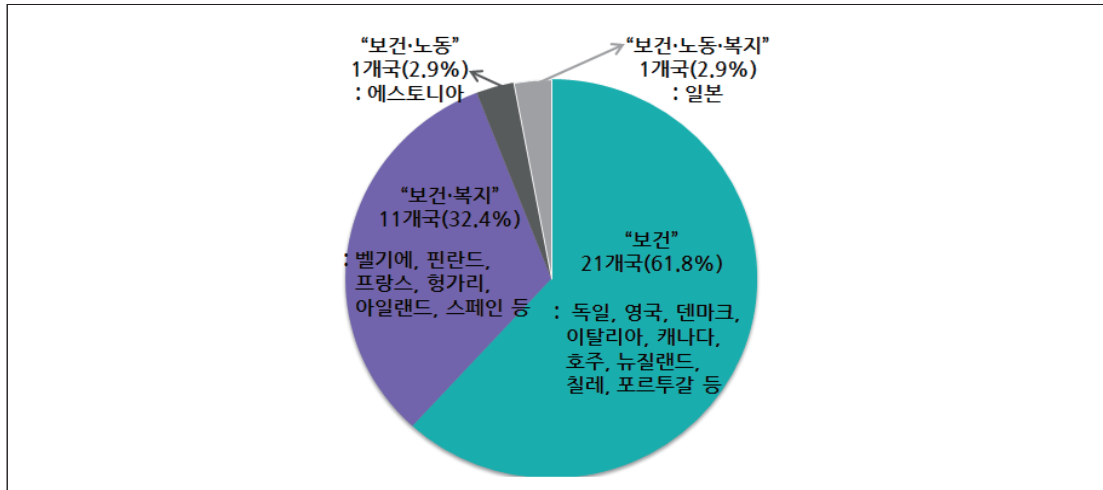
나. 정책제안

- 전문적인 보건의료정책 수립과 효율적인 집행을 위해 보건부의 독립
 - 선진국일수록 보건의료 담당 부처는 독립적이고 전문적인 인력 구성과 많은 예산을 확보·운영하고 있음. 실제로 독일, 영국, 덴마크, 이탈리아 등 21개 국가는 보건부를 별도 운영하고 있음. 34개 OECD회원국 중 21개국 61.8%가 보건과 복지를 나누어 운영하고 있음.(그림 4)
 - 보건과 복지 업무의 전문성을 각각 보장하고, 국민의 건강 보호를 위한 효과적이고 효율적인 보건의료행정을 위해 보건부의 독립을 적극 추진할 필요가 있음.
- 신종 감염병 등 공중보건위기상황에 효과적인 대응을 위해 질병관리청 신설
 - 세계 최초의 대규모 감염병 퇴치 기구인 미국의 질병통제예방센터(CDC)는 2014년 에볼라 발생 46일만에 종식을 선언함. 이는 전문 인력과 독립적 예산, 감독권이 뒷받침 한 결과임.(표 2) 프랑스의 국립보건통제센터(INVS) 또한 전문 의료진으로 구성되었으며, 신속한 소통과 빠른 결정으로 질병을 통제하는 중추적인 역할을 수행함.
 - 국가방역당국의 전문성과 독립성 강화를 위해 질병관리본부를 질병관리청으로 승격이 필요함. 또한 질병관리청의 예산과 인사권 독립, 감염병 발생 시 격리·폐쇄 조치 등의 행정감독권 부여, 더불어 권역별로 질병관리지청을 설립, 권역 단위의 대응이 가능한 체계 구축이 필요함.

〈표 2〉 한국 질병관리본부와 미국 질병통제예방센터 비교

구분	한국 질병관리본부	미국 질병통제예방센터
설립연도 (본부 기준)	2004년 (충북 청주)	1946년 (조지아주 애틀랜타)
인력	425명	1만 5,000명
해외파견	2개국 (제네바, 마닐라)	50여개국
역학조사관	34명	300명
예산	5,663억원	113억 달러 (약 12조원)
조직	3개센터14과 (국립보건원 포함 7개 센터 35과)	4개 산하 본부 (지역별보건지원, 공중보건과학서비스, 비전염성 질환 환경보건관리, 감염병 관리)

자료 : 유근형 외. 질병관리본부 해부-보고하다 낄새는 한국 본부장... 대통령 움직이는 미국 센터장. 동아일보. 2015.6.20.



[그림 4] 각 국가별 보건부 설립형태

자료 : 박은철. 국가질병관리 역량 강화를 위한 중앙정부 조직개편. 대한의사협회지. 2015

제3장

미래를 준비하는 보건의료



1

미래지향적 의료전달체계 구축 방안 : 일차의료 활성화

가. 현황 및 문제점

1) 현황

● 의료전달체계의 개념과 필요성

- 의료전달체계란 제한된 의료자원을 효율적으로 활용하여 국민에게 최선의 서비스를 제공할 목적으로 구성된 체계임. 세계보건기구(WHO)는 의료전달체계의 성립은 의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태를 말하는 것으로, 의료의 지역화에는 의료기관간 기능의 부담과 연계, 환자이송 및 의뢰체계가 포함된다고 정의하였음.
- 의료전달체계는 보건의료자원의 적정한 공급과 기능설정, 관련 주체간 적절한 역할 분담을 중요한 구성요소로 하며, 국민의 건강권을 최대한 보장하는 것을 목표로 함. 많은 국가들이 의료전달체계를 운영하는 목적은 첫째, 한정된 보건의료 자원의 합리적 활용을 통한 효율성 달성, 둘째 의료기관간 분업관계를 조성하여 의료서비스의 질적 수준 제고 및 전문성 달성, 셋째 이송·의뢰체계를 확보하여 의료이용의 형평성 확보, 넷째 우리나라와 같이 의료이용자의 의료기관 선택권이 자유로운 체계에서 의료시장의 공정한 경쟁질서 확립을 위함임(윤강재 외, 2014).
- 즉 의료전달체계는 동네의원과 병원이 각각 제 역할을 하면서, 국민이 필요로 하는 의료서비스를 효율적으로 제공하는 체계를 의미함. 의료전달체계에서 동네의원의 역할은 지역사회에서 흔한 경증질환의 외래진료를 담당하는 것이고, 병원의 역할은 고난이도 중증질환 진료와 입원진료, 연구와 교육을 담당하는 것임.
- 특히, 의료전달체계에서는 동네의원의 역할이 매우 중요함. 일차의료는 의료전달체계 확립에 있어 가장 중요한 축으로, 의료서비스를 이용하는 환자의 최초 접촉점으로 일차의료의 역할에 따라 환자 개인의 건강, 가족과 지역사회의 건강, 이에 수반되는 의료자원 소모량이 결정 될 수 있음(이정찬, 2015). 세계보건기구(WHO)와 경제개발협력기구(OECD)는 동네의원이 담당하는 일차의료를 중심으로 각 국가의 의료체계가 만들어져야 한다고 강조한 바 있음.

● 일차의료의 중요성

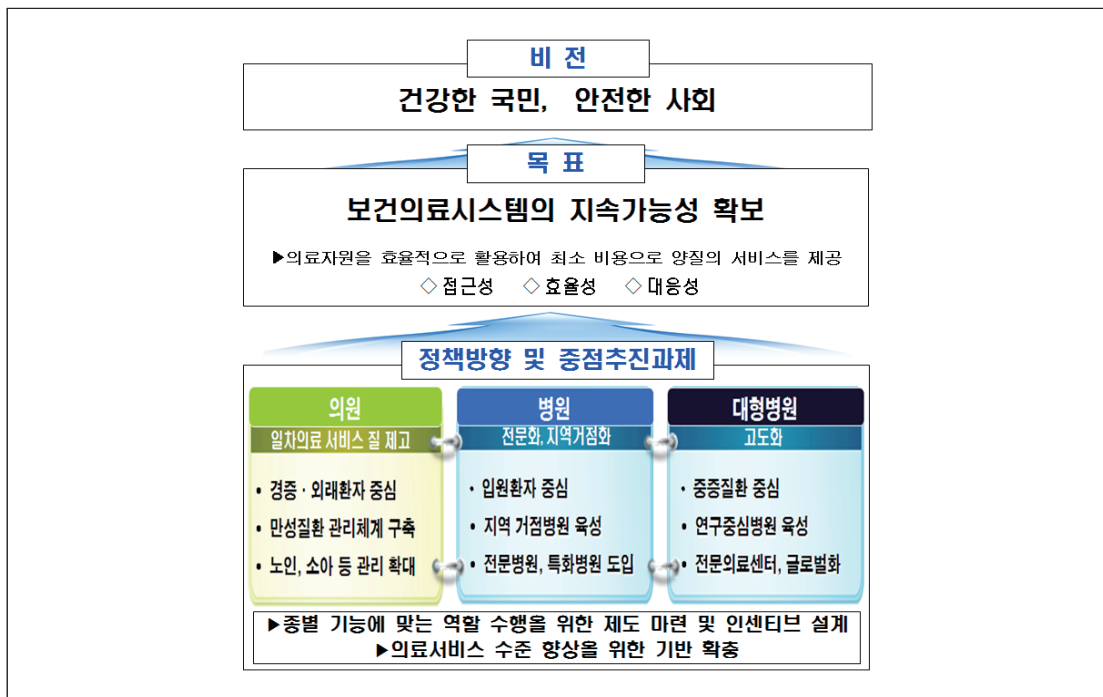
- 국제연합(United Nation, UN)은 2010년 비감염성질환을 국가수준에서 다루어야 할 아젠다로 선언하고, 비감염성질환에는 심혈관계 질환, 암, 만성폐쇄성폐질환, 당뇨병 등의 만성질환이 포함되는데 이러한 만성질환 관리를 위해서는 일차의료의 역할이 필수적이라고 권고함. 특히 많은 국가들은 늘어나는 의료비를 효과적으로 조절하면서 동시에 의료의 질을 관리하기 위한 방법으로 일차의료의 역할강화를 위한 여

려 개혁을 실시하고 있음(윤희숙, 2012).

- 일차의료의 활성화된 국가의 의료비는 절감되고, 국민의 건강수준은 향상되는 것으로 알려져(조희숙, 2012), 미국, 일본, 유럽 등의 선진국은 일차의료의 활성화를 위해 적극적인 투자를 하고 있음.
- 일차의료의 중요성은 다음과 같은 증거로 나타남. 양질의 일차의료 체계를 갖추게 되면 총사망률, 심혈관질환, 호흡기질환으로 인한 조기 사망률이 낮아짐. 예방적 진료를 통해 질병의 위험 부담을 줄임, 일차의료에서 질병을 조기 발견함에 따라 질병 사망률을 줄이고, 응급실 이용과 입원을 줄임. 또한 사회-경제적 불평등이 건강에 미치는 영향을 감소시켜 건강 불평등을 줄임(조정진, 2016).

● 한국 일차의료의 취약한 원인

- 국가 보건의료체계의 기초이자 근간인 일차의료기관 즉 의원급 의료기관은 병원, 종합병원, 상급종합병원과 외래진료서비스를 두고 경쟁하고 있고, 더불어 고질적인 저수가 체계, 일차医료를 제대로 지원하지 않는 정부의 보건정책 등으로 인해 본연의 기능을 하는 것이 어려운 상태임(조민우 외, 2014).
- 의료전달체계의 문제로 일차의료영역과 전문영역의 무한 경쟁체제, 수가체계, 일차의료인력의 유인책 부재 등이 있음(조정진, 2016).
- 한국의 고질적인 의료전달체계 왜곡 문제를 바로잡고자 2011년 보건복지부는 '의료기관 기능 재정립 기본계획'과 세부 정책과제를 수립한 바 있으나, 뚜렷한 성과를 내지 못함.



자료 : 보건복지부, 의료기관 기능 재정립 기본 계획, 보건복지부 2011.

● 높은 가치의 일차의료체계의 조건(NEJM, 2014)

- 건강(질병)관리의 연속 및 지속성 확보(건강관리서비스 계획 수립), 포괄적·환자중심 관리, 만성질환 및 위험요인 관리, 정기적인 검사와 교육, 의료제공자간의 적절한 연계 및 조정, 환자와 가족들과 일차의료의 의사소통 증가(가정-지역사회-병원 간 조화)

2) 문제점

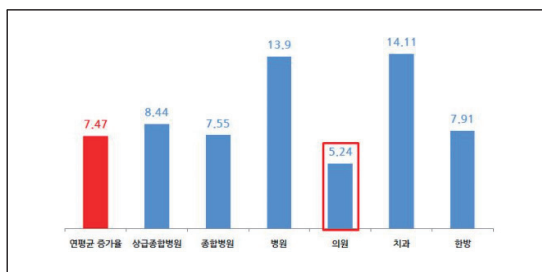
● 의료기관간 기능 및 역할의 미분화로 인한 자원의 낭비

- 국민건강보험 표본 코호트 DB를 활용하여 의료기관 종별 외래 다빈도 질환을 분석해보면 여전히 병원급과 동네의원의 다빈도 질환이 중복됨. 특히 병원과 동네의원의 외래 다빈도 질환은 반 이상 중복됨.

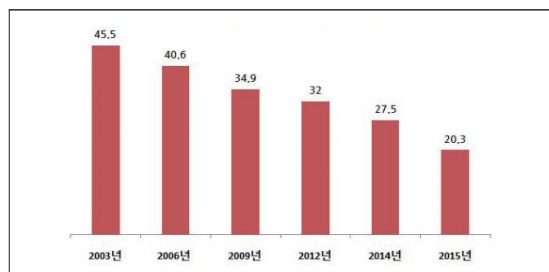
연도	순위	종합병원	병원	의원
2013	1	N18 만성 신장병	Z34 정상임신의 관리	I10 본태성(일차성)고혈압
	2	C50 유방의 악성 신생물	M51 기타추간관장애	M54 등통증
	3	N40 전립선종식증	I10 본태성(일차성)고혈압	J20 급성기관지염
	4	E11 2형 당뇨병	M17 무릎관절증	M17 무릎관절증
	5	C73 갑상선의 악성 신생물	M54 등통증	L23 알레르기성접촉피부염
	6	I10 본태성(일차성)고혈압	J20 급성기관지염	J06 다발성땀샘염류독증부위의급성상기도감염
	7	B18 만성 바이러스간염	M75 어깨병변	J00 급성비인두염[감기]
	8	E04 기타 비독성 고이더	S61 손목 및 손의 열린상처	M51 기타추간관장애
	9	S01 머리의 열린상처	N76 질및외음부의기타염증	H10 결막염
	10	C16 위의 악성 신생물	S93 발목및발부위의관절및인대의탈구,연좌 및간장	M75 어깨병변

자료 : 김형수, 의료전달체계의 현황 및 개선방안, 건강증진병원심포지움자료집. 2016

- 대형병원과 동네의원간의 외래진료 부분의 직접적인 경쟁으로 동네의원의 요양급여비용 점유율은 매년 감소하고 있고, '08~'15년까지의 요양기관종별 요양급여비용의 연평균 증가율도 동네의원(5.24%)이 가장 낮음(상급종합병원 8.44%, 종합병원 7.55%, 병원 13.9%, 의원 5.24%, 치과 14.11%, 한방 7.91%).



[그림 1] 요양기관종별 요양급여비용 연평균증가율('08~'15)



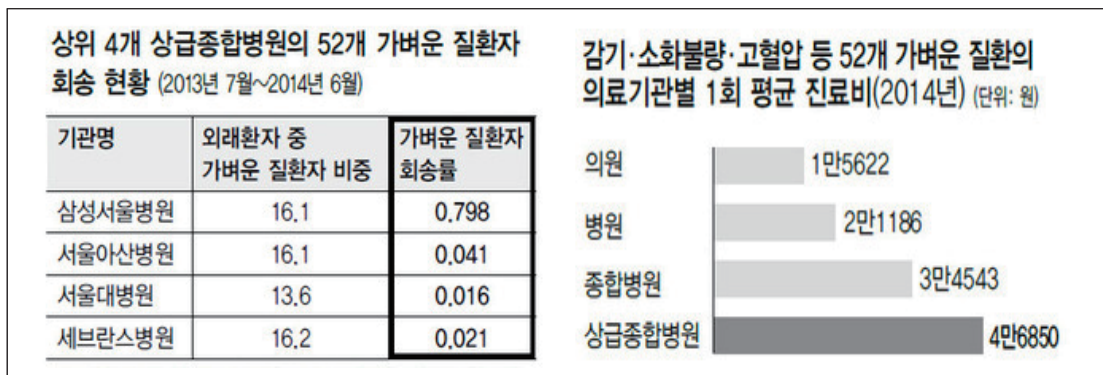
[그림 2] 동네의원의 요양급여비용 점유율

자료 : 건강보험심사평가원, 진료비 통계지표, 2016. 재구성

- 동네의원 외래진료로 해결할 수 있는 경증질환의 내원일당 진료비는 대형병원이 동네의원에 비해 2~3배 높아(52개 경증질환의 내원일당 진료비 평균은 동네의원이 15,622원, 상급종합병원이 46,850원으로 3배 차이, 종합병원은 34,543원으로 2.2배), 이로 인한 국민의 부담도 증가함.

● 의료기관간 분업 및 협업의 불가능

- 상급종합병원에서 진료를 보는 경증질환자 1천명당 1.6명만 동네의원으로 회송하고, 43개 상급종합병원 가운데 단 한명의 환자도 회송하지 않는 병원은 18개에 달해 의료기관간 분업 및 협업은 이루어지지 못하는 현실임.



자료 : 한계례 2015. 9. 16. 보도 '대학병원이 감기 환자까지 건보재정 1500억 축내'

나. 정책제안

● 의료전달체계의 확립을 위해 의료기관 기능별 수가개편

- 의료기관들의 종별 기능 정립 및 강화를 위해 각 기능과 역할에 대한 수가 개편으로 종별 기능과 역할을 유인. 즉 동네의원은 지역사회 의 흔한 경증질환 위주의 외래진료에, 병원은 고난이도의 중증질환 진료와 입원진료에 전념할 수 있도록 건강보험의 수가체계 개편(동네의원의 외래수가 인상, 병원의 입원 및 중증질환 수가 인상)
- 의료발전을 위해 상급종합병원에 대한 연구와 교육 활동 예산 지원 확대

● 동네의원의 일차의료 활동 지원

- 동네의원의 강점은 '지역사회에서 환자와의 지속적인 관계를 형성하여 일상적인 건강관리와 질병관리 서비스를 제공하는 것'임. 그러나 현행의 의료체계는 동네의원의 일차의료 진료경쟁력을 강화하는 활동에 대해서는 보상을 하지 않거나, 미미한 보상만을 하고 있는 상황임.

- 만성질환, 생활습관병 등의 예방 및 관리를 위해 동네의원의 건강증진 활동을 보상하여 동네의원의 일차의료 활동을 지원함.
 - 생활습관병 예방 및 관리 위한 건강증진관리로 신설
 - 일본의 생활습관병 예방관리 수가(영양식사지도, 합병증 관리, 니코틴 의존증 관리 등 외래수가 보상) 등 검토

● 동네의원과 병원의 의뢰-회송체계 지원

- 동네의원과 병원의 협력을 위해 환자 의뢰-회송체계를 구축하고, 진료의뢰 수가를 신설하며, 병원의 환자 회송수가를 정상화함으로써, 동네의원과 병원이 협력하여 환자에게 필요한 의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있도록 보장해야 함.
- 경증질환에 대한 의료기관종별 진료비와 약제비에 대한 본인부담률 차등을 더욱 강화하여야 함.
- 특히 지역(권역) 내 타 전문과목 동네의원 간의 의뢰와 회송을 활성화하는 체계도 지원해야 함. 전문의 진료가 필요하지만, 상급병원 진료는 불필요한 경증질환을 동네의원 간의 협력체계를 통해 지역사회에서 해결한다면, 지역 환자의 편의성을 제고하고, 상급병원 이용으로 인한 불필요한 의료비 지출을 절감할 수 있음. 이에 동네의원 간의 환자 의뢰-회송에 대한 환자 측과 공급자 측의 재정적 인센티브를 고려할 수 있음.

● 일차의료 강화를 위한 중장기정책 마련

- 일차의료 전담 인력 양성: 장기적으로 동네의원의 일차의료 역량 강화를 위해 교육체계를 개선함. 학부교육과 전공의 수련과정에서 일차의료 역량 강화가 충분히 이루어질 수 있도록 관련 조직(한국의과대학·의학전문대학원협의회, 대한의학회, 대한의사협회)의 공동 작업을 통해 일차의료 교육·수련을 위한 커리큘럼을 개발하고, 교육·수련용 모델 일차의료기관을 구축하는 등의 활동이 필요함. 그리고 교육·수련용 모델 일차의료기관에 대한 교육수가 신설도 추진할 필요가 있음.
- 보건복지부에 일차의료 전담 조직 신설: 현재 일차의료의 심각한 상황에 대비하여 일차의료 문제의 실질적 해결과 일관성 있는 정책대안 마련 등을 위해 보건복지부에 전담조직을 마련해야 함.
- 일차의료 특별법 추진: 일차의료이 한국 의료체계 및 지역사회에 제대로 정착하고 확산될 수 있도록 특별법을 제정해 국가와 지자체가 지역주민의 일차의료 이용과 의원급 의료기관 등을 지원할 수 있는 법적 기반을 마련해야 함.
 - (국회보건복지위원회, 보건의료개혁국민연대, 대한의사협회 공동 주관 ‘일차의료 발전 등에 관한 특별법’ 제안. 2016. 10. 17.)

2

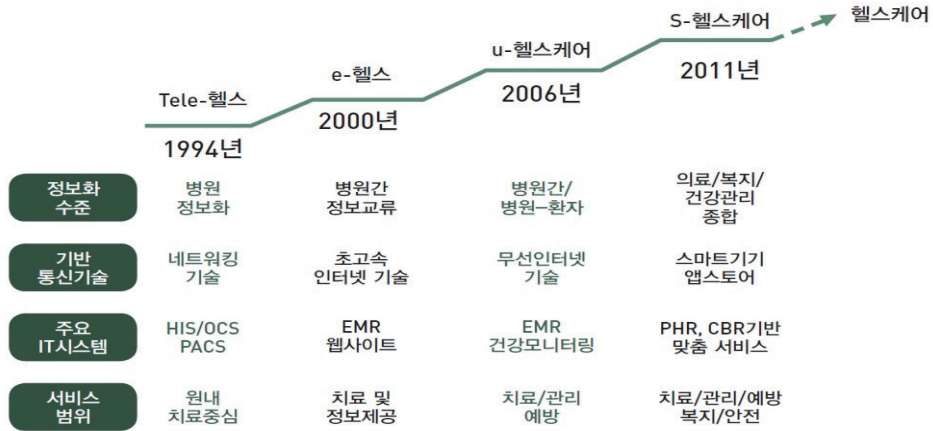
한국형 미래 의료 발전 방안 모색 : 의료정보화 시대 대비

가. 현황 및 문제점

- 우리나라 보건의료정보화는 정부가 주도적으로 이끌어 왔음. 여기에 우수한 IT기술과 경제수준 향상이 맞물려 최근 진료실의 디지털화가 점점 가속화되고 있음(그림 1).
- 1977년 전국민건강보험제도가 시행되면서 보험환자의 진료비 청구를 위한 업무처리의 효율성을 위해 진료정보 교류를 위한 의료업무 전산화 작업에서 보건의료정보 호화의 역사가 시작됨.
- 1990년대 중반 「국가복지망 기본계획」을 도입, 1994년 「보건의료기술진흥법」을 제정, 1996년 「보건복지 정보화 촉진 시행계획」 수립하여 범정부 차원의 보건의료 DB화, 지역보건의료 정보화 등의 연구개발이 활발히 이뤄짐.
- 2013년 기준 OECD 국가 중 한국이 의료시설·장비 분야에서 2위, 의료서비스 분야 4위, 보건서비스 만족도 1위 등을 차지함. 이에 정부는 보건의료분야를 차세대 성장동력으로 삼고 집중 투자·개발하고 있어 의료기관의 정보화는 앞으로 더욱더 고도화 될 전망이다.

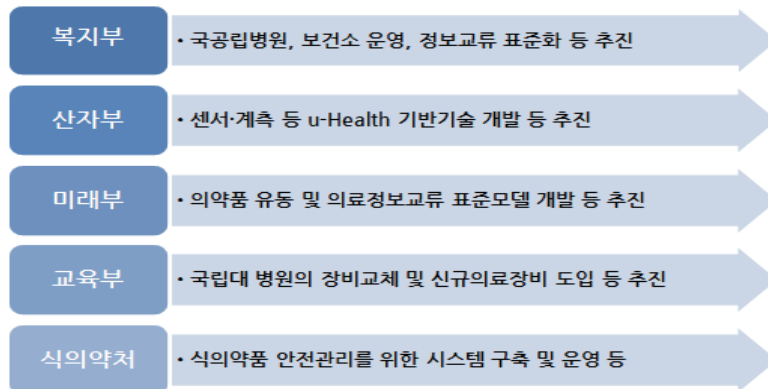
◎ U-Healthcare 개념

- Tele-헬스: 통신서비스를 통하여 원거리에 건강관련 (health-related) 정보나 서비스를 전달하는 것 (Wikipedia)
- e-헬스: 정보통신기술의 활용을 통하여 보건의료시스템의 접근성, 품질 및 효율성 향상을 달성하는 것 (WHO)
- u-헬스: 유비쿼터스(ubiquitous)와 헬스케어(Healthcare)의 약어, 정보통신기술이 의료와 접목돼 언제 어디서나 질병의 예방, 진단, 치료, 사후관리를 받을 수 있는 건강관리 및 의료서비스(이승관 외. u-Healthcare 융합기술 활성화 방안, 2012)
- S-헬스: 대용량 정보처리 기술을 활용하여 병원과 가정 등 언제 어디서나 환자의 상태를 지능적으로 모니터링하면서 관리하고 환자 정보와 질병정보 등을 분석하여 실시간으로 맞춤형 서비스를 제공(이윤희, 고령화 시대의 대안, 스마트 헬스케어, 2014).

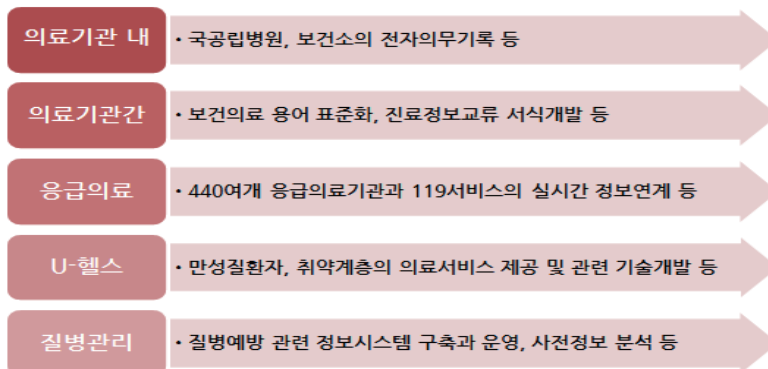


[그림 1] u-Healthcare 발전단계

[부처별·사업유형별] 2011년~2014년 보건의료 정보화 사업 예산은 복지부(약 33%) 및 R&D 사업(약 51%)의 사업 투자비중이 우세



[분야별] 2011년~2014년 보건의료 추진분야 중 전체 투자율은 U-헬스(약 33%), 연평균 투자율은 의료기관간 정보화(약 41%)가 우세



자료 : 이승관 외. u-Healthcare 융합기술 활성화 방안. 한국산업기술평가관리원 이슈리포트. 2012

- 현재 우리나라 대부분의 의료기관에서는 전자의무기록(Electronic Medical Record, EMR)을 비롯하여 처방전달시스템(Order Communication System, OCR)과 영상저장전달시스템(Picture Archiving and Communication System, PACS) 등을 병·의원의 진료와 경영에 활용하고 있음(표 1).
 - 한국보건사회연구원에 따르면, 2005년 이후 병원전산화 프로그램 도입으로 전체 병원의 50% 이상이 EMR을 구축한 것으로 나타남. PACS는 건강보험 수가 적용으로 대형병원에서 중소병원 및 노인요양원 등으로 확산된 데에 따른 것이며, EMR은 의료기관 간 정보교류를 위해서 대형병원은 물론 의원과 약국까지 활용하고 있음. OCS는 각 의료기관마다 별도의 코드로 정형화되어 있으나, 이후 표준화가 진행되면 전자건강기록(Electronic Health Record, EHR)과 함께 활용도가 높을 것으로 예상됨.
- 고령화사회 시대를 맞아 기존 치료중심에서 예방과 건강증진으로 보건의료 패러다임이 전환되어 IT기술을 기반으로 하는 보건의료 정보화사업이 더욱 확대될 것이라 전망되나, 의료정보 관련 법규, 관련 보험수가, 표준화된 의료정보시스템 등의 문제가 여전히 존재함.
 - 의료정보화를 통해 사회적으로는 의료비 부담을 줄일 수 있고, 경제적으로는 관련 산업의 발달이 경제적·산업적 파급효과를 가져올 것으로 기대되어 많은 국가에서 적극적으로 도입하고 있으나, 국내에서는 의료법이 의료정보화시대에 발맞춰 개정되지 못하고 있고, 보험수가 산정이나 기술의 표준화, 전문 인력 확보 등의 문제에 대한 정책적·제도적 뒷받침은 아직도 부족한 실정임.

〈표 1〉 우리나라 시기별 의료기관의 의료정보화 발전사

구분	병원급 의료기관		의원급 의료기관	
	기능	제품	기능	제품
70년대 후반	진료비 수납 및 의료보험 청구	원무관리시스템 (HIS or PM)PA)	-	-
80년대 초반	-	-	의료보험청구 전산화	의료보험청구 프로그램
80년대 후반	-	-	의원관리/환자관리	의원관리프로그램
90년대 초반	병원 내 Slip의 전산화	처방전달시스템(OCS)	차트의 디지털화	전자차트 프로그램 (의원용 EMR)
90년대 후반	의료영상의 전산화	의료영상 저장전송시스템 (PACS)	환자마케팅 정보화	환자마케팅 지원 프로그램(CRM)
00년대 초반	병원 내 차트의 전산화	전산의무기록(EMR)	-	-
10년대 이후	스마트병원, 모바일병원, U-헬스케어, 원격의료, 개인정보보호		개인정보보호, 원격의료	

자료 : 박선주 외. 보건의료 분야의 신ICT 융합전략. 한국정보화진흥원 정보화 정책. 연구보고서. 2014

나. 정책제안

- 의료인과 의료기관이 의료정보를 안전하게 보관할 수 있도록 제도화
 - 의료정보는 국민들의 건강정보를 통합관리하고, 보건의료의 질과 효율성, 그리고 환자의 안전을 개선하는 데에 중요한 기초자료가 되기에 국가적인 차원의 지원과 투자가 필요함.
- 높은 의료정보화 기술력에 걸맞은 의료정보보호를 위한 의료법·개인정보보호법의 실효성 제고
 - 보건의료정보는 개인의 다른 정보들과는 달리 신체적 특징, 과거와 현재에 이르는 질병, 투약 내역, 가족력 등의 사항이 모두 포함되어 있는 매우 민감한 정보로 외부 유출될 경우 큰 피해가 발생할 수 있음.
 - 더욱이 보건의료정보가 해당 의료기관 내에서만 보관되었던 과거와 달리 현재는 전자화된 네트워크를 통해 언제든지 안팎으로 전송될 수 있다는 점에서 어느 때보다 개인정보 유출의 위험성에 노출되어 있음.
 - 미국은 건강정보기술법(Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, HITECH)과 의료정보 프라이버시법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)을 제정하여 의료정보화와 개인정보 보호를 위한 법적인 근거를 마련하여 가이드라인을 제시하고 있음. 이와 함께 신뢰할 수 있는 의료정보기술에 대한 인증제, 인센티브제도를 도입하였음. 또 의료정보화 속도에 맞춰 개인정보 보안과 관련한 정책과 법규를 지속적으로 개선하여 개인 건강정보의 보안 강화, 의료기기 등에 대한 식품의약국(FDA)의 승인 및 심사, 소규모 의료기관 의료공급자 등에 대하여 보안 수준을 유지 및 점검할 수 있는 체계를 마련하고 있음.
- 의료정보보호를 위해 들어간 제반 비용은 별도의 의료수가로 보상
 - 보건의료정보는 국민의 건강만큼 지켜야할 중요한 국가의 정보자산이므로 정부차원의 의료정보보호를 위한 체계와 제도 마련이 필요함.
 - 개인정보보호법 제5조에서는 국가나 지방자치단체는 개인정보 보호를 도모하기 위한 시책을 강구할 의무가 있다고 밝히고 있음. 이를 근거로 의원급 의료기관 등에 표준화된 기술적·관리적 보호조치를 제공하는 방안이 필요함. 이와 함께 의료정보 보호를 위해 들어간 의료기관의 제반 비용은 별도의 의료수가로 보상하는 등 국가나 지방자치단체가 부담하는 방안 도입을 제안함.

3

한국형 미래 의료 발전 방안 모색 : 의료취약지 보건의료 관리

가. 현황 및 문제점

- 국내 의료취약지¹⁾는 의료수요, 자원접근성 및 양질의료이용 등 전반적 측면에서 비취약지에 비해 매우 열악한 상황임.
 - 국내 지역보건 취약지역 종합점수의 최대편차는 17점(서울: 39.7점, 전남: 56.7점)으로 지역간 의료불균형 정도가 심각한 수준인 것으로 드러남.²⁾
 - 비취약지의 100km² 당 병원 수가 15.9개소인데 반해 취약지 같은 경우 0.4개소로 약 40배에 달하는 큰 차이를 보이고 있으며, 주요 보건의료 인력인 의사(내과 기준 약 2.6배) 및 간호사 수(약 2.5배) 역시 불균형한 분포를 보이고 있음.(표 1)
 - 즉, 의료취약지는 잠재적 의료 수요가 있음에도 불구하고 적절한 보건의료자원 공급이 되지 않고 있음을 추정할 수 있고, 이러한 이유 때문에 의료취약지에 거주하는 주민들은 의료이용의 불평등을 겪고 있음.

〈표 1〉 국내 의료취약지의 특성 종합

(단위: 개소, 개, 명, %)

구분	전체평균	취약지(A)	비취약지(B)	B/A
100km ² 당 병원 수	13.60	0.40	15.90	39.75
10만명 당 병상 수	828.10	668.60	854.80	1.28
10만명 당 전문의 수 (내과)	11.30	4.80	12.40	2.58
10만명 당 전문의 수 (외과)	4.70	3.00	5.00	1.67
10만명 당 전문의 수 (산부인과)	3.20	1.80	3.50	1.94
10만명 당 전문의 수 (소아과)	3.00	1.50	3.20	2.13
10만명 당 간호사 수	156.80	69.0	171.50	2.49
60분 접근이 불가능한 인구 비율 (내과)	1.80	11.40	0.20	0.02
60분 접근이 불가능한 인구 비율 (외과)	3.40	22.10	0.30	0.01
60분 접근이 불가능한 인구 비율 (산부인과)	8.10	51.80	0.80	0.02
60분 접근이 불가능한 인구 비율 (소아과)	5.40	34.90	0.50	0.01

자료: 문정주 등, 의료취약지 도출에 따른 거점의료기관 모델 및 관리방안 연구, 국립중앙의료원, 2013

- 현재 정부의 의료취약지 지원사업은 주로 보건의료인력과 의료기관 수급보완에 중점을 두고 있음.
 - 정부는 보건지소, 보건의료원, 보건진료소 등과 같은 의료기관 설립을 통해 의료취

1) 의료취약지는 지역 내 인구(비취약지의 0.14배)가 적고 재정자립도(비취약지의 0.45배), 기초생활보장 대상자 비율(비취약지의 1.47배) 등의 경제지표가 좋지 않은 지역으로 잠재적 의료수요가 적은 곳을 의미함.

2) 한국건강증진개발원, 시·도별 지역보건 취약지역 보고서, 2016

약지에 거주하는 국민들에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 지속적인 노력을 해옴.

- 뿐만 아니라, 정부는 보건의료인력 유치 및 유지를 취지로 「의료취약지 파견 의료인력 인건비 지원제도」와 「취약지 의료인의 벽지수당 비과세」 제도를 시행함. 이 제도들을 통해 의료취약지에서 근무 중인 특정 보건의료인들은 인센티브 지급 및 세금 감면 등의 재정지원 혜택을 받을 수 있게 됨.

● 하지만, 이러한 노력에도 불구하고 아직까지 의료취약지의 불균등한 의료기관 수급 및 의료인력 분포 문제가 지속되고 있음.

- 2012년 기준 의료취약지에는 63개의 병원급 이상 의료기관이 있으며, 종합병원 7개소, 병원 48개소, 보건의료원 8개소로 구성되어 있음. 의료취약지 소재 의료기관의 평균 의사 수는 7.7명(전문의 7.3명, 일반의 0.3명, 인턴/레지던트 0.1명)으로 총 의료기관 중 20명을 초과하는 의사 수를 보유하는 의료기관(11-20명: 12개 기관, 5-10명: 27개 기관, 5명 이하: 34개 기관)은 4개소 밖에 없음.³⁾
- 이종구(2013) 「의료취약지역 및 공공의료분야 의사인력 미충족 수요분석」에서 현재 의료취약지역에 83-194명의 추가 의료인력이 필요하다고 발표함.(표 2)
- 지역거점 공공병원의 미충족 의사인력 수요는 공중보건 의사 포함여부에 따라 145-208명으로 나타났으며, 공공병원과 의료취약지 소재 병원 전체로 봤을 때 공중보건 의사 포함여부에 따라 210-377명의 추가 의사인력이 필요한 것으로 나타남.

〈표 2〉 각 기준별 의사인력 미충족 수요 총계

(단위: 명)

기준별		의료취약지역 부족 의사인력 기준	의료취약지에 필수적인 전문과목 병원 의사 1명씩 배치	의료 취약지역의 인구 당 병원 의사수를 전국 평균과 동일화
의료취약지 기준			83	194
지역거점 공공병원 기준	공중보건 의사 포함		145	
	공중보건 의사 제외		208	
공공병원 + 의료취약지역	공중보건 의사 포함		210	321
	공중보건 의사 제외		266	377
공중보건 의사	전체 공중보건 의사 수 기준		757	
	1차 의료 전문의로 보건소/보건지소 의사 배치		1630	

자료: 이종구, 의료취약지역 및 공공의료분야 의사인력 미충족 수요분석. 서울대학교 의과대학. 2013

● 뿐만 아니라, 의료취약지의 핵심 의료기관인 지역거점 공공병원의 의료시설 및 의료장비 수준 역시 전반적으로 열악한 실정임.

3) 문정주 등, 의료취약지 도출에 따른 거점의료기관 모델 및 관리방안 연구, 국립중앙의료원, 2013.

- 정부는 「분만 취약지 지원 사업」을 통해 분만 산부인과 지원을 실행하고 있지만, 현재 지역거점 공공병원의 분만실 운영률은 52.6% 정도인 것으로 나타남.
- 덧붙여 국내 신장 투석이 필요한 신부전증 환자가 10년 사이에 20,524명에서 45,009명으로 약 2배가량 증가⁴⁾ 할 정도로 예의주시해야 할 질병임이 자명하지만, 지역거점 공공병원의 인공신장실을 운영하는 곳은 오직 20개소(운영률 52.6%)로 현저히 부족한 상황임.⁵⁾
- 질병의 정밀진단 및 치료에 있어 필수적인 고가의 의료장비 MRI, CT, 유방촬영기기 역시 국내 전체 병원급 이상의 의료기관 당 평균 보유 대수보다 약 2배가량 적은 것으로 보고됨.

〈표 3〉 의료기관 당 평균 의료장비(MRI, CT, 유방촬영기) 보유 대수 비교

(단위: 대)

의료장비	의료기관 당 평균 의료장비 대수	
	취약지	전체
MRI	1.03	1.93
CT	1.11	2.53
유방촬영기기	1.18	1.53

자료: 1) 취약지-MRI, CT, 유방촬영기기: 안명옥 등. 2015년 지역거점공공병원 운영평가, 국립중앙의료원, 2015

2) 전체-MRI, CT, 유방촬영기기: 한국보건산업진흥원 & 한국의료영상품질관리원, 의료장비의 안전 및 품질관리체계 개편방안 연구. 2015

나. 정책제안

- 의료인력의 의료취약지 유치 및 유지 문제를 해결하기 위해서는 궁극적으로 생활환경의 개선이 이루어져야함. 하지만, 의료취약지의 특성을 고려해봤을 때 경제적, 사회적 이유로 생활환경의 개선에는 사실상 한계가 있음. 따라서 현실적으로 의사들이 의료취약지 소재 의료기관에 정착하고 진료활동을 이어갈 수 있도록 실질적인 보탬이 되는 정책마련이 급선무임.
- 의료인이 처음 의료취약지의 정착했을 시에 장려금 지원 혹은 취약지역 내 개원 시 지원금 지급 등과 같은 재정적 보상을 통해 의료인력 유치를 도모해야 함.
 - 국내에는 이와 관련된 정책이 시행된 바 없지만, 2014년 OECD보고서 ‘의료 취약지역 의사인력 배치대책 정책 보고서’에 따르면 캐나다, 독일과 같은 여러 선진국에서 장려금 형태의 재정적 지원이 이루어지고 있다고 보고됨.
 - 예를 들어 독일은 총 16개주(Länder) 중 11개주의 의료취약지에서 일반의가 첫 진

4) 김수현, 김용균, 양철우, 투석적절도의 효율성, Journal of Korean Medical Association, 2013

5) 안명옥 등. 2015년 지역거점공공병원 운영평가, 국립중앙의료원. 2015

료를 시행했을 때 장려금의 형태로 의료취약정도, 주 및 지방자치단체의 규모 등에 따라 EUR 15,000-60,000이 지급됨. 단, 인센티브를 지급받은 의사들은 5-10년 동안 해당지역에서 근무를 지속해야하는 의무가 있음.

- 지역간 의료불균형 문제를 해결하기 위해서는 의료인력의 유치정책 뿐만 아니라 이들의 유지 지원정책 역시 병행되어야 함.
 - 국내, 미국, 호주, 캐나다, 독일 및 영국 등을 포함한 21개국에서 의료취약지 내 의료인력 유지를 위한 인센티브 지원제도를 시행중임.⁶⁾
 - 현재 국내에서 시행 중인 의료인 유치정책으로는 「보건진료직렬 공무원에 대한 특수 업무수당」이 있음. 하지만, 이 제도는 오직 보건진료직렬 공무원을 대상으로 한다는 점에서 형평성 문제가 발생할 수 있음. 따라서 이 제도의 지급대상자 범위를 확대하여 의료취약지 내 모든 의료인들을 대상으로 주기적인 인센티브를 보장해주는 정책 마련이 시급함.
- 의료취약지역 내 주민들에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 의료인력 뿐만 아니라 의료시설 및 첨단의료장비들의 확충과 같은 척박한 의료환경 개선에 대한 재정적 지원이 필요함.
- 의료(분만) 취약지 등 의료 사각지대를 해결하기 위한 공공보건의료 확충 및 역할 강화
 - 의료(분만)취약지 공공의료기관에 산부인과 진료과목 개설 의무화 검토
 - 의대 재학생을 대상으로 의료(분만)취약지에 일정기간 근무 조건으로 하여 전액 장학금을 지원하는 공중보건장학제도 재도입 추진
 - 지방의료원에 국립대병원 인력을 파견하거나 교류를 통해 의료기술 공유 및 전파
 - 의료(분만)취약지 또는 공익적 기능(수익성이 낮은 의료를 제공하는 등)을 수행하는 민간의료기관에 대해서는 의료기관 설립 비용 및 유지·운영 관련 비용 100% 국가 지원 정책 마련
 - 민간의료기관이 공익적 기능 수행으로 발생하는 비용에 대해서는 평가 후 재정적 지원 필요

6) OECD, Geographic Imbalances in Doctors Supply and Policy Responses. 2014

4

국민건강보험 단체계약제 모색 :

국민건강보험 강제지정제(당연지정제) 개선

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- 「건강보험 강제지정제(당연지정제)」라 함은 법률의 규정에 의하여 일정한 요건에 해당하는 의료기관 등이 해당 의료기관의 의지와 관계없이 무조건 건강보험 요양급여를 행하는 기관이 되도록 지정하는 제도를 말함.
 - 보험급여가 제공되는 요양기관과 관련하여 국민건강보험법 제42조 제1항은 “요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 다음 각호의 요양기관에서 행한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익 또는 국가정책상 요양기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관등으로서 대통령령이 정하는 의료기관등은 요양기관에서 제외할 수 있다”고 규정하면서, 제1호에서 “「의료법」에 의하여 개설된 의료기관”을 모두 요양기관으로 지정하여 의료법에 의하여 개설된 의료기관이면 무조건 국민건강보험법상 요양기관으로 지정된다고 규정하고 있음.
 - 이와 함께 국민건강보험법 제42조 제5항은 “제1항부터 제4항까지의 규정에 의한 요양기관은 정당한 이유없이 요양급여를 거부하지 못한다”고 규정하고, 또한 국민건강보험법은 제117조에서 “제42조 제5항 또는 제49조 제2항 전단의 규정에 위반한 자는 500만원 이하의 벌금에 처한다”고 규정함으로써 의료법에 의하여 개설된 의료기관을 무조건 국민건강보험법상 요양기관으로 지정함을 넘어 요양급여를 거부하지도 못하고, 이를 위반한 경우 형벌의 위협까지 가함으로써 모든 의료인 또는 의료기관이 국민건강보험의 제도 안에서만 의료 활동을 할 수 있도록 규정하고 있음
- 국외 요양기관 선정 방식
 - 사회보험을 채택하고 있는 대부분의 국가에서 의료기관이 사회보험상의 의료공급자로서 기능하기 위해서 일정한 절차를 거치도록 하고 있음.(표 1)
 - 하지만, 대부분의 국가에서는 의료기관의 신청 또는 동의에 근거하여 국가와의 자율적 계약 내지 협의에 의해 이루어지는 것이 일반적이고, 우리나라와 같이 획일적 강제지정제도를 채택하는 경우는 찾아보기 어려움.

〈표 1〉 국외 사회보험 적용여부 및 요양기관 선정 방식

구 분	사회보험 적용여부	요양기관 선정방식
독 일	국민의 85%가입(고소득층 가입선택권 부여)	보험의 편입계약제
프랑스	전국민보험	보험의 편입계약제
일 본	전국민보험	의료기관의 자율적 신청
대 만	전국민보험	의료기관의 자율적 신청
미 국	시장경제방식 (제한적 사회보험)	의료인(기관)자유계약

자료 : 대한의사협회. 요양기관 당연지정제 개괄. 2012

2) 문제점

- 국민건강보험법 제42조에 따라 「의료법」에 의하여 개설된 의료기관 모두가 국민건강보험법 상 요양급여를 제공하여야 하는 요양기관으로 당연히 지정하는 것은 사유재산에 대한 국가의 귀속으로 자본주의시장경제의 원동력인 자율적인 경쟁 및 자정기능을 상실하게 하고 있음.
 - 이는 의료기관이 새로운 의료기술의 개발을 촉진할 수 있는 계기를 상실케 하고 있으며, 그로 인한 획일적 진료행위는 양질의 의료서비스를 받고자 하는 국민의 진료권을 제한하는 문제로 확대되고 있음.
- 질병의 치료방법에 대한 개인의 선호 및 기호가 무시된 채 건강보험이 허용하는 범위 내의 보편적 진료서비스만을 이용할 수 있도록 하는 등 국민의 진료 선택권을 심각하게 제한하는 것임.
 - 의료소비자의 입장에서 소비자인 국민은 (자신의 부담으로) 자신이 선택하는 서비스를 받을 권리가 있는데 현행 건강보험제도 하에서 의료소비자는 국내에서 오직 건강보험제도의 틀 안에서만 의료서비스를 받을 수밖에 없기 때문에 의료소비자로서의 국민의 행복추구권을 침해하는 것이라 할 수 있음.
- 또한 비보험 위주로 운영하는 경우 개설자에게 선택권을 주어야 하는데 일률적 강제지정은 자율권을 과도하게 제한하는 것으로 의료의 질 향상에 전혀 도움이 되지 않음.
 - 요양기관 강제지정제는 의료기관을 요양기관이라는 제도로 강제로 편입함에 그치는 것이 아니라, 요양급여라는 ‘균등한 의료’를 제공하도록(또한 이를 통하여 저수가의 균등한 수가를 대가로 받도록) 강요하고 있는 것과 다름없음.
- 역사적으로 볼 때, 이러한 강제적 결정방법은 최소한의 사회보험제도를 유지할 수 있는 기반은 조성되지만, 의료기관의 자발적인 참여가 아닌 국가시책에 따라 법적 강제에 의해 지정·결정되는 것이기 때문에 건강보험제도에 참여하는 모든 당사자들이 이해하고, 만족할 수 있는 체계를 마련하기에는 일정한 한계가 있을 수 밖에 없음.

- 의료기관에게 요양기관 강제지정과 동시에 요양급여를 거부할 수 없도록 강제하고 있음에도 불구하고, 정작 진료(요양급여) 도중 불가항력적인 사유로 인하여 발생한 불미스러운 일에 대한 책임은 요양기관에게만 부담시키고 있음.
 - 우리나라 의료기관은 강제지정제를 채택하고 있는 건강보험 체계 내에서 어쩔 수 없이 국가의 공적체계에 편입되어 의료서비스를 제공하였음에도 불구하고, 과실의 책임은 직접 부담해야 하는 이치에 맞지 않는 상황이 많이 발생하고 있음.

나. 정책제안

- 국민건강보험법 제42조 개정
 - 국민건강보험법 제42조를 개정하여 요양기관의 선택에 따라 요양기관으로 참여할 수 있도록 규정을 개정해야 함.
- 국민건강보험 의료기관 지정제에 대해 의원만 계약지정제 선택 가능하도록 제도 개선
- 비보험 진료 의료기관의 요양기관 강제지정 예외 제도 검토
 - 필수의료 부분의 공적보험 역할과 별개로 특수진료 및 비보험 진료를 주로 수행하는 의료기관의 요양기관 강제지정을 예외로 하는 제도 시행 필요함.
 - 의료공급자의 건강보험진료에 대한 선택권을 보장하여 첨단 및 특수분야 의료의 발전을 도모하여 결국 환자의 만족도를 증가시키는 긍정적인 측면이 존재함.
- 강제지정 폐지가 의료기관의 건강보험 강제가입 거부로 이어질 것이라는 우려에 대한 보완 (피보험자 측 우려)
 - 의료기관의 국민건강보험 강제가입은 국민건강과 보전에 대한 국가적 책임을 수행하기 위한 측면에서 법률적으로 유지가능(헌법소원 기각).
 - 현실적으로 건강보험 진료 없이는 대부분의 의료기관이 유지 불가능하고 강제지정 예외 요양기관에 대한 규모를 적정수준으로 관리할 수 있음.
- 강제지정 폐지가 소비자들의 건강보험 탈퇴로 이어질 것이라는 우려 해소(보험자 측 우려)
 - 한국의 건강보험제도의 고 효율성으로 인해 강제지정 폐지로 국민들이 건보를 탈퇴하는 경우는 우려에 불가함.
 - 의료소비자와 의료공급자의 상호간 진료선택권 강화라는 긍정적 측면 존재
- 요양기관 지정탈락에 대한 우려 불식(공급자 측 일부 우려)
 - 원칙적으로 의료기관 개설 후 건강보험 당연지정 방식을 유지하며 예외를 인정하는 방식으로 건강보험 요양기관 지정 시 선별적 탈락에 대한 우려감 불식

5

의료보험(국민건강보험, 민간보험) 개선

가. 현황 및 문제점

● 의료보험의 개념 및 의의

- 의료보험은 건강(의료비)과 관련된 보험으로 운영주체가 국가 또는 공법인일 경우 공보험(public insurance)이라고 하고 우리나라는 국민건강보험이 해당되며, 개인 또는 사법인이 경영하는 경우 민간보험(private insurance)이라고 함.⁷⁾
- 국민건강보험은 일상생활의 우연한 질병이나 부상으로 인하여 일시에 고액의 진료비가 소비되어 가계가 파탄되는 것을 막기 위하여, 보험원리에 의거 국민들이 평소에 보험료를 내어 기금화하였다가 보험사고가 발생할 경우 보험급여를 해줌으로써 국민 상호간에 위험을 분담하고 의료서비스를 제공하는 사회보장제도임.⁸⁾
- 이에 비해 민간보험은 국민건강보험과 대비되는 개념으로 민간영역 즉 보험회사 등 사적기관(보험회사, 공제조합 등)에서 의료비 비용을 보장하는 보험을 말함⁹⁾
 - 실손형 보험: 국민건강보험의 법정본인부담분과 비급여 부분 보장
 - 정액형 보험: 입원일당, 요양비, 간병비 등 소득보상적 성격의 보험

● 국민건강보험과 민간보험의 역할

- 국민건강보험의 급여범위는 소득수준의 향상, 의료의 중요성에 대한 사회적 공감대, 의료기술 및 의약품 개발 등 의료환경 변화에 따라 가변적이기 때문에 기본적인 의료보장 범위는 국민건강보험이 일차적인 결정권을 가진.
- 우리나라의 경우 국민건강보험이 전 국민 강제가입이기 때문에 1997년 의료개혁위원회는 민간보험의 역할에 대해 민간보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 본인부담금과 비급여 부분을 보충하는 보완적 역할을 수행해야 한다고 제안한 바 있음.¹⁰⁾

● 한국 건강보험제도의 현황

- 우리나라는 1977년 국민건강보험을 500인 이상 대기업을 상대로 시작한지 12년만인 1989년 전 국민 건강보험제도를 달성하였고, 2000년 직장 및 지역의료보험의 통합을 통해 단일보험체계를 구축하였음. 이를 통해 그동안 국민들의 의료이용의 접근성 향상, 건강수준 향상 등 많은 성과를 가져온 것으로 평가되고 있음.
- 그러나 우리나라 국민건강보험은 국민 의료비에서 공공재원이 차지하는 비중인 건

7) 이현복 외, 개인의료보험 현황과 영향 분석, 건강보험정책연구원, 2012

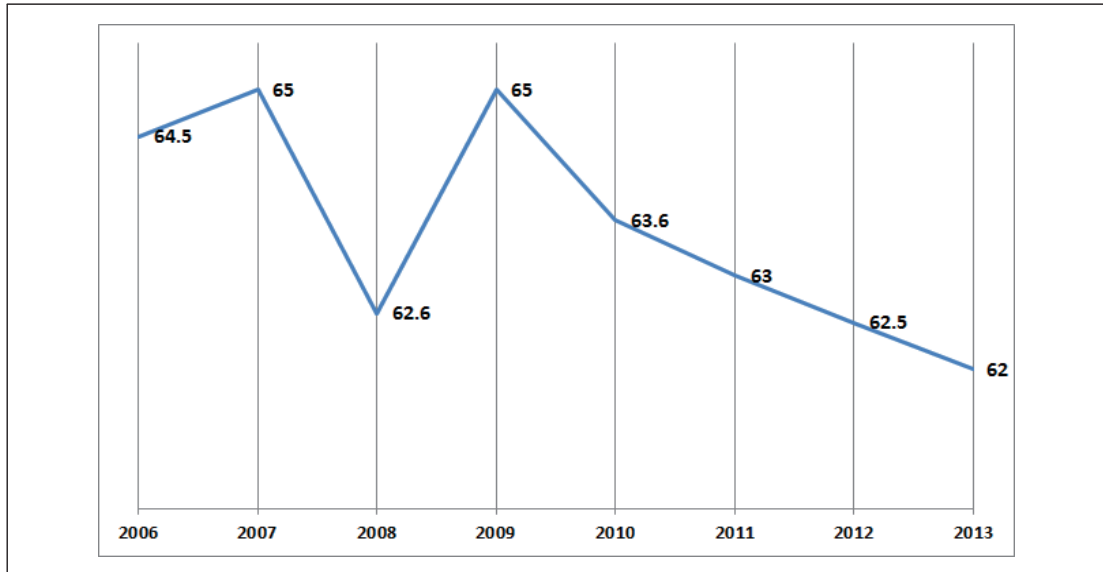
8) 보험경영연구회, 보험론, 문영사, 2002

9) 김종명, 실손의료보험의 문제점과 대응방안, 의료정책연구소 내부자료, 2016

10) 이기정, 실손보험 보장을 강화에 따른 실손형 민간의료보험 가입자간 의료서비스 이용 차이분석, 2015

강보험의 보장성이 미흡하다는 문제점이 지적되어 왔음.

- 2009년부터 건강보험 보장률은 지속적으로 감소하는 추세이고, 2013년 기준으로 건강보험 보장률은 62%였음.(그림 1)



[그림 1] 건강보험 연도별 보장률 추이('06~'13)

자료 : 국민건강보험공단, 2014년 건강보험환자 진료비 실태조사

- 이에 정부는 건강보험의 보장성을 확대하기 위해 「제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005~2008년)」과 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009~2013년)」, 「4대 중증질환 보장성 강화 계획」, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」 등을 발표하고 관련 사업들을 추진하였음.
 - 제1차 건강보험 보장성 강화대책: 고액중증질환 법정본인부담 경감, 만6세 입원아동 본인부담금 면제 등
 - 제2차 건강보험 보장성 강화계획: 중증·고액환자 및 저소득·취약계층 진료비 부담경감
 - 4대 중증질환 보장성 강화 계획: 4대 중증질환부터 건강보험 우선 확대
 - 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획: 생애주기별 핵심 건강문제 필수 의료 보장, 고액비급여 해소 및 관리체계도입, 취약계층과 사회적 약자 의료지원 강화
- 이러한 정부의 보장성 강화 대책에도 불구하고 우리나라 건강보험 보장성은 OECD 선진국들과 비교할 때 여전히 낮은 실정임.
 - 2012년 기준 OECD 국가 평균 건강보험 보장률(외래)은 78%, 한국 62%, 한국보다 낮은 국가는 헝가리와 그리스 뿐임.¹¹⁾

11) OECD, Health care coverage in OECD Countries in 2012, OECD Health Working Paper, 2016

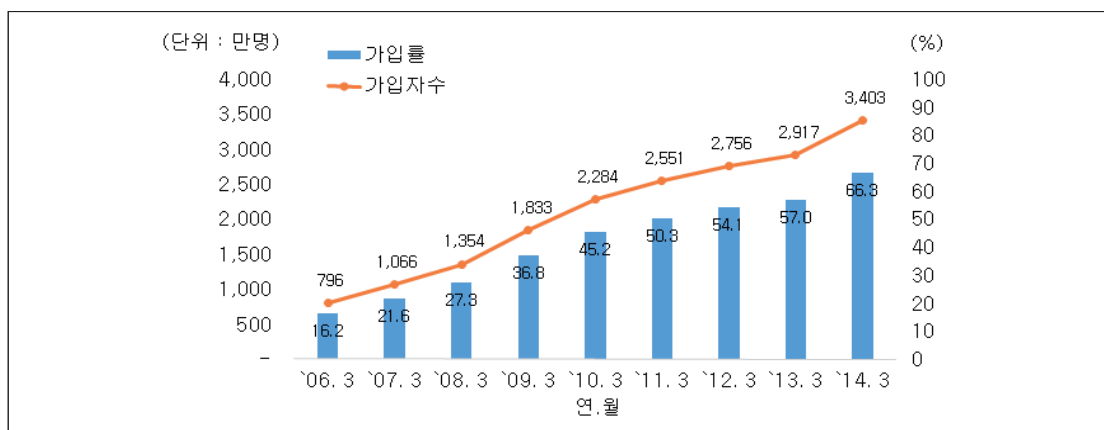
- 입원에 대한 건강보험 보장률은 OECD 국가 평균이 89%인데 반해, 한국은 55%로 최하위 수준임.
- 또한, 2015년 기준 우리나라의 국민 의료비에서 공공재원이 차지하는 비중은 OECD 국가 평균인 72.9%에 크게 못 미치는 55.6%로 건강보험 보장성이 여전히 낮은 수준임.¹²⁾
- 건강보험 보장성 문제는 상대적으로 민간보험에 대한 의존성을 높이는 상황을 야기하고 있는데, 전체 가구의 80%가 평균 4.64개의 민간보험에 가입하고 있으며, 월평균 약 34만원의 보험료를 납부하고 있음.

〈표 1〉 가구의 민간의료보험 가입률, 가입개수 및 월평균 납입료

구분		2008년		2009년		2010년		2011년		2012년	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
가입 가구		5,021	71.6	4,718	74.7	4,540	76.2	4,473	77.9	4,368	80.4
미 가입 가구		1,988	28.4	1,596	25.3	1,416	23.8	1,268	22.1	1,066	19.6
전체 가구수		7,009	100.0	6,315	100.0	5,956	100.0	5,741	100.0	5,434	100.0
전체가구 대비	가입 개수	2.98		3.25		3.58		4.07		4.64	
	월 납입료	179,850		195,162		213,360		240,675		276,046	
가입가구 대비	가입 개수	4.16		4.34		4.70		5.22		5.78	
	월 납입료	251,975		261,751		280,142		308,948		343,488	

자료 : 서남규 외, 한국의료패널로 살펴 본 우리나라 보건의료(2008-2012), 한국보건사회연구원, 2013

- 특히, 건강보험이 보장하지 않는 본인부담금과 비급여를 보장해주는 실손의료보험의 가입률은 매년 급격히 증가하여 2014년 기준 3,403만 명에 이름.

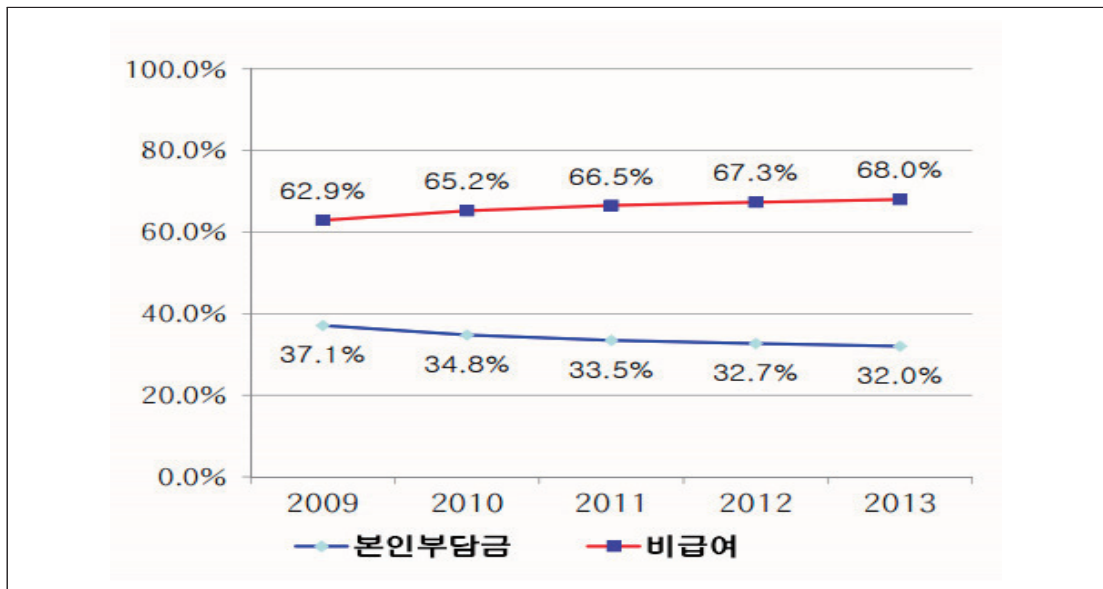


[그림 2] 실손의료보험 가입자 수 및 가입률 추이

자료 : 오승연, 실손의료보험의 주요 현안이슈와 평가, 리스크관리학회, 보험연구원 정책세미나, 2015

12) 김미화, 건강보험 급여 항목별 보장률 비교, 보험연구원, 2016

- 항목별·질병별 건강보험 보장성 강화 대책으로 인해 실질적인 보장성 강화 효과 미흡¹³⁾
 - 그동안 정부에서 시행해 온 보장성 강화 대책은 항목별 및 질병별 보장 강화를 중점으로 시행되어 결과적으로 질환 및 계층 간 형평성 문제를 야기함.
 - 2013년~2014년에 4대 중증질환 관련 125개 항목을 급여화 하였음에도 불구하고, 2014년 4대 중증질환 보장률은 77.7%로 2012년 대비 변동 없음.
 - 의료패널분석결과, 기타 중증질환자 보유 가구의 평균 의료비 부담액이 4대 중증질환자 보유가구와 유사하거나 오히려 큰 것으로 추정됨.
 - 실질적으로 부담을 덜어줘야 할 의료서비스 분야의 보장성 강화가 되지 못하여 가입자인 국민이 보장성 강화 효과를 체감하지 못함.
- 급격한 민간보험 시장 규모의 확대에 의한 건강보험 재원조달체계 왜곡과 지위 및 역할 위협¹⁴⁾
 - 민간보험은 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 부분을 보장해주기 때문에 도덕적 해이(Moral Hazard)를 일으켜, 비필수적인 비급여 진료의 과도한 팽창을 초래하고, 국민 의료비 부담을 증가시킴.



[그림 3] 실손의료보험의 지급보험금 구성

자료 : 오승연, 실손의료보험의 현황과 평가, 보험연구원. 2015

13) 김상우, 건강보험 보장성 강화 정책 평가, 국회예산정책처. 2016

14) 김종명, 실손의료보험의 문제점과 대응방안. 의료정책연구소 내부자료. 2016

- 또한, 민간보험 가입의 증가로 개인 의료비 부담이 증가된 상황에서 국민건강보험 보장성 확대를 위한 추가 부담에 동의하지 않는 사람이 증가하고 있고 이는 국민건강보험의 역할과 지위를 위협하고 있음.

● 민간보험 관리 및 감독체계 부재

- 민간보험은 민간영역에서 판매되는 상품이나 근본적으로 국민의 건강 및 질병과 관련된 것이기 때문에 정부의 일방적인 개입은 부당할 수 있음.
- 그러나 민간보험에 대한 관리 체계 부재로 인해 민간보험료 지속적 인상, 가입자 자기부담금 상승, 보험료 지급 지연, 계약 갱신 거절 등 민간보험 운영에 있어서 가입자의 불만이 높아지고 있음.¹⁵⁾
 - 실손보험의 경우 3년마다 갱신, 인상률 약 44% (2015.10.19. 금융위는 보험료 인상에 대한 규제를 철폐하여 보험료 인상 자율화 시행)
 - 최초 자기부담금 0%에서 2009년 10%, 2015년 20%로 지속적 증가
 - 2010년~2014년 민간보험사 지급 지연 금액 : 약 4,122억 원
- 가입자인 국민의 권리 제고를 위해서는 민간보험 관리 및 감독 체계가 필요하나 부재한 상태임.

나. 정책제안

● 건강보험 보장성 확대와 민간보험 역할 정립

- 현재와 같이 낮은 건강보험 보장성과 민간보험 시장의 확대는 민간보험이 더 이상 건강보험의 보완재가 아닌 대체재로 인식될 가능성을 높임. 따라서 건강보험과 민간보험의 명확한 역할 정립이 필요하며, 다음과 같은 방안을 제시 할 수 있음.
- 첫째, 건강보험의 보장성을 선진국 수준(70%대)으로 점차 강화하고, 건강보험에서 보장하지 않는 부분에 대해서는 민간보험의 보장범위로 설정해야 함.
- 즉, 민간보험이 없더라도 필수 의료서비스를 받는 데 제약이나 문제가 없도록 건강보험의 보장성을 확대하고, 건강보험이 보장하지 않는 부분에 대해서 민간보험이 보완재 역할을 할 수 있도록 보험 간 역할을 정립해야 함.¹⁶⁾
 - 필수적 의료서비스의 건강보험 급여 적용(예: MRI, 초음파, 병실료(2인이상), 간병서비스 등)
 - 비필수/고급의료서비스는 민간보험 담당(예: 로봇수술, 병실료(1인실, 특실) 등)
- 둘째, 건강보험 보장성 강화를 위해서는 재정 확보가 필요하므로 보험료 현실화를 위한 부과체계 개편이 필요함

15) 김진숙 외, 실손의료보험에 대한 쟁점과 의료계 대응방안. 의료정책연구소. 2016

16) 김종명, 실손의료보험의 문제점과 대응방안. 의료정책연구소 내부자료. 2016

- 부담능력 비례 원칙에 부합하는 보험료 부과체계 개편으로 계층간 형평성 제고 및 적정부담-적정급여 체계로 전환

● 민간보험에 대한 관리감독체계 강화¹⁷⁾

- 민간보험이 가입자의 건강과 질병을 다루는 상품임에도 불구하고 우리나라는 보건 의료관점이 아닌 금융상품측면에서 관리 감독에 치중하고 있음.
- 이러한 상황에서는 건강보험 보장성 강화와 민간보험의 역할 정립이 제대로 되기 어렵고, 가입자의 권리 제고에도 도움이 되지 못함.
- 따라서, 민간보험 관리와 관련된 제도적인 시스템과 법적 장치를 마련하여 보건복지부 참여를 보장할 필요가 있음.
- 특히, 민간보험사의 과도한 이윤이나 선택적 가입 등과 같은 불공정 행위, 가입자의 권리를 침해하는 민간보험상품에 대한 관련 결정 및 관리 등에 있어서 보건복지부의 감독이 필요함.

17) 이현복 외, 개인의료보험 현황과 영향 분석. 건강보험정책연구원. 2012.

제4장

국민의 눈높이에 맞는 보건의료



1

일차의료 중심의 건강관리서비스구축 방안

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- 전 세계적으로 고령화와 경제성장, 산업화에 따른 생활습관 및 인구구조의 변화 등으로 만성질환자 수가 급격히 증가하고 있는 추세임.
 - 그럼에도 불구하고 국내에서는 만성질환에 대한 체계적인 관리가 이뤄지지 않고 있어 삶의 질 악화, 높은 사망률, 의료비 부담 과다 등의 문제가 발생하고 있음.
- 만성질환자는 증가로 인해 진료비 역시 가파르게 상승하고 있음.
 - 2014년 기준 만성질환자 수는 약 2천만 명이며, 최근 5년간 만성질환 주요 상병별 환자 수 연평균증가율은 2.9%임.(표 1)
 - 2014년 기준 만성질환 진료비는 18조 8,350억 원이며, 최근 5년간 주요 만성질환 상병별 진료비 연평균 증가율은 7.3%임.(표 2)

〈표 1〉 주요 만성질환 상병별 환자수 현황

(단위: 천명)

No	상병명	2010		2011		2012		2013		2014		연평균 증가율
		환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	
1	고혈압성질환	5,198	29%	5,390	29%	5,454	28%	5,567	28%	5,613	28%	1.9%
2	당뇨병	2,048	11%	2,195	12%	2,250	12%	2,351	12%	2,442	12%	4.5%
3	정신행동장애	2,271	13%	2,373	13%	2,514	13%	2,542	13%	2,598	13%	3.4%
4	호흡기결핵	93	1%	87	0.5%	87	0.4%	80	0.4%	77	0.4%	-4.6%
5	심장질환	1,073	6%	1,164	6%	1,250	6%	1,268	6%	1,303	6%	5.0%
6	대뇌혈관질환	777	4%	811	4%	841	4%	860	4%	869	4%	2.9%
7	신경계질환	2,901	16%	2,996	16%	3,083	16%	3,121	16%	3,161	16%	2.2%
8	악성신생물	880	5%	954	5%	1,037	5%	1,117	6%	1,178	6%	7.6%
9	감상선의장장애	1,038	6%	1,156	6%	1,277	7%	1,302	7%	1,243	6%	4.6%
10	간의질환	1,551	9%	1,591	8%	1,557	8%	1,525	8%	1,496	7%	-0.9%
11	만성신부전증	98	1%	119	1%	140	1%	152	1%	159	1%	12.9%
계		17,928	100%	18,836	100%	19,489	100%	19,884	100%	20,139	100%	2.9%

자료: 김지은 외. 국내 만성질환의 진료이용현황분석. 보건산업브리프 Vol. 203. 한국보건산업진흥원. 2015

〈표 2〉 주요 만성질환 상병별 진료비 현황

(단위: 10억 원)

No	상병명	2010		2011		2012		2013		2014		연평균 증가율
		금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	
1	고혈압성질환	2,222	16%	2,272	15%	2,321	14%	2,426	14%	2,521	13%	3.2%
2	당뇨병	1,154	8%	1,229	8%	1,252	8%	1,368	8%	1,507	8%	6.9%
3	정신행동장애	1,771	12%	1,986	13%	2,222	14%	2,451	14%	2,711	14%	11.2%
4	호흡기질환	87	1%	92	1%	97	1%	95	1%	101	1%	3.8%
5	심장질환	1,123	8%	1,206	8%	1,315	8%	1,369	8%	1,493	8%	7.4%
6	대뇌혈관질환	1,493	11%	1,653	11%	1,780	11%	1,919	11%	2,105	11%	9.0%
7	신경계질환	1,023	7%	1,152	7%	1,282	8%	1,417	8%	1,562	8%	11.2%
8	악성신생물	3,557	25%	3,900	25%	4,107	25%	4,213	24%	4,497	24%	6.0%
9	감상선의장애	187	1%	208	1%	228	1%	237	1%	240	1%	6.4%
10	간의질환	535	4%	581	4%	598	4%	641	4%	672	4%	5.8%
11	만성신부전증	1,062	7%	1,163	8%	1,257	8%	1,342	8%	1,427	8%	7.7%
계		14,213	100%	15,443	100%	16,461	100%	17,478	100%	18,835	100%	7.3%

자료: 김지은 외, 국내 만성질환의 진료이용현황분석, 보건산업브리프 Vol. 203, 한국보건산업진흥원, 2015

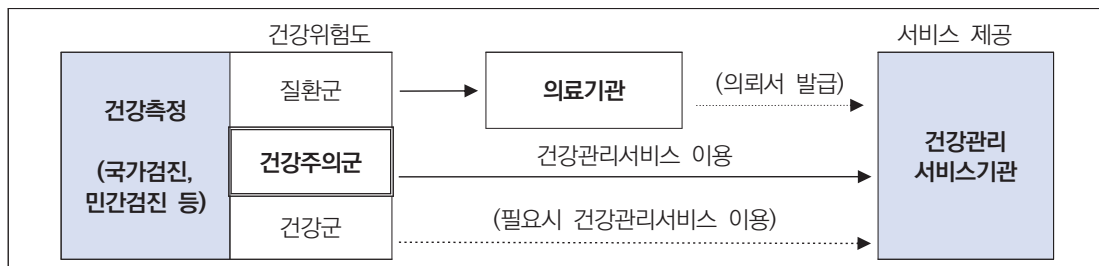
2) 경과

● 정부의 건강관리서비스 추진 경과

- MB정부 서비스 산업 선진화 방안 발표(2009.5)
 - 보건복지부 건강관리서비스 TF 구성운영(2009.6)
 - 건강관리서비스법안 발의: 변용전 의원(2010.5), 손숙미 의원(2011.4)
- 박근혜 정부 투자활성화 대책 일환 건강관리서비스 정부 추진 계획안 발표(제9차 무역투자 진흥회의, 2015.2.17)
 - ICT·웨어러블기기 활용 건강관리서비스업 미래 유망산업으로 육성
 - 의료행위와 건강관리서비스 영역 구분/가이드라인 마련계획(2016년 3/4분기 내)

● 2010년 건강관리서비스법안¹⁾ 주요 내용

- 건강관리서비스 제공체계 (법 제5~6조, 제11조~14조)



1) 18대 국회에서 '건강관리서비스법'(2010년 5월 변용전 의원 등), '국민건강관리서비스법'(2011년 4월 손숙미 의원 등) 발의

- 건강측정(검진 등) 실시 → 건강위험도를 질환군·건강주의군·건강군으로 분류 → 대상자별 건강관리서비스 제공
 - * '건강측정'은 혈압, 혈당, 콜레스테롤, 복부둘레 등을 측정하는 절차를 지칭
- 건강관리서비스의 주요 대상인 '건강주의군'은 직접 건강관리서비스기관을 통해 서비스를 제공받을 수 있음
 - * '건강주의군'은 질환자는 아니나 정상 수치보다 높거나 낮아 생활습관 개선 등 체계적 관리가 필요한 자
- '질환군'은 의료기관의 '의뢰서'에 따라 건강관리서비스 제공
- 서비스 내용 (법 제7조)
 - 건강상태 점검 및 생활습관 개선 등을 위한 상담·교육
 - 개인별 영양·운동 프로그램 설계 및 지도
 - u-Health 디바이스, 전화, 메일, 문자메시지 등을 활용한 건강상태 모니터링 등
 - * 생활습관 개선, 건강위험요인 예방 등과 무관한 서비스는 건강관리서비스 명목으로 제공할 수 없도록 함
- 2016년 12월 28일 '규제개혁관계장관회의'에서 청년창업 환경 조성 방안이라는 명목 하에 비의료기관의 건강서비스 제공을 허용하겠다고 발표하였음.
 - 중소기업청이 비의료기관 건강관리서비스 제공 가이드라인 마련 계획을 발표함.

3) 문제점

- 비의료기관 서비스 제공으로 인한 서비스 질 저하 및 국민건강 침해
 - 의사의 포괄적 관리 하에서의 서비스 제공이 아닌, 무분별한 건강관리서비스 기관 개설을 허용할 경우 유사 의료행위가 만연될 여지가 있음.
 - 건강관리서비스 제공 가능 인력의 교육 및 자격 등의 검증과 질 관리 체계 부재.
- 이중 부과체제로 인한 환자 부담 가중
 - 환자가 의료기관을 방문해서 받는 진료 중 건강관리서비스 부분은 건강관리서비스 업체에 비용을 다시 부과하게 되므로 환자의 부담이 가중됨.
 - 민간보험회사 및 의료기기 관련 자회사를 가진 의료복합대기업이 건강관리서비스를 제공한다면, 그들의 이윤추구로 인하여 그 피해가 환자들에게 고스란히 전가될 것임.
- 개인 의료정보 유출 우려
 - 민간보험회사가 건강관리서비스를 제공한다면 소비자에게 불리한 보험상품 개발 및 보험상품 가입 제한, 보험금 지급 거절 등의 문제가 발생할 수 있음.
 - 건강관리서비스 기관 간 환자의 건강정보가 공유되고, 이를 고객유치 수단으로 활용하는 과정에서 환자의 건강정보가 유출될 가능성이 큼.
 - 비의료기관의 건강관리서비스 제공 허용은 민간기업이 각종 생체정보와 건강정보들을 모을 수 있도록 허락하는 것으로 인권 침해, 사회적 낙인과 배제, 차별과 불평등을 조장할 수 있음.

● **민간의료보험의 확대와 공적 건강보험의 위축**

- 민간보험사가 건강관리서비스를 제공함으로써 환자 건강정보를 수집하게 되면, Cream Skimming을 통해 건강한 사람들만 가입시켜 수익을 극대화 하는 반면, 공적 건강보험에는 상대적으로 건강하지 않은 사람들만 남아 재정이 악화될 여지가 있음.

● **의료행위와 건강관리서비스의 경계가 모호함에 따른 의료전달체계 붕괴**

- 정부의 건강관리서비스 가이드라인은 건강관리서비스 제공 시 의료기관을 배제하여, 의료기관의 역할을 치료 영역으로만 제한함으로써 의료전달체계를 붕괴시키는 요인으로 작용함.
- 민간보험사들이 운영하는 건강관리기관이 대형병원과 결합해 상업적 의도를 가지고 대형병원으로 환자를 유인 알선하는 행위들이 발생할 수 있으며, 의료전달체계의 왜곡도 더 심각해질 것이고, 의료비가 급증할 수 있을 것임.

나. 정책제안

● **건강관리서비스는 의사중심으로 추진하는 것만이 현실적인 대안이 될 수 있으며, 시행 주체는 의료법과 건강보험법 등에 기반한 일차의료기관연합체 등이 되어야 함.**

- 건강관리서비스는 예방의료(즉, 진료행위)의 한 영역으로서 이분법적으로 분리할 수 있는 개념이 아님.
- 만성질환관리나 건강관리서비스의 제공은 전문가인 의사의 의학적 판단과 주도하에 포괄적으로 관리·운영되어야 양질의 효율적 서비스 제공이 담보될 수 있음.

● **일차의료기관 중심의 건강관리서비스 제도 추진**

- 일차의료기관 의사의 진단을 바탕으로 환자에게 건강관리서비스 처방과 관리가 가능함.
- 이로 인해 돈독한 의사-환자 관계를 바탕으로 치료 순응도 또한 높아질 것임.
- 결과적으로 체계적이고 지속적인 만성질환 관리 및 질병예방활동이 가능하게 될 것임.

● **지역의사회 등이 헬스케어서비스 사업주체가 되어 시행**

- 일차의료기관 단독으로 건강관리서비스를 제공하는 것은 인력, 시설 측면에서 한계가 있다는 지적이 있음.
- 하지만 일차의료기관 의사가 주도하여 지역의사회 중심 컨트롤타워를 형성해 전문성과 지속성이 보장된 헬스케어서비스가 제공된다면 이러한 한계를 극복할 수 있음.

2

효율적인 만성질환관리체계 도입

가. 현황 및 문제점

- 우리나라 보건의료체계의 차별화된 장점은 모든 국민들이 혜택을 받을 수 있고 접근성이 높다는 점이며, 암·심장·뇌혈관 질환 등 중증질환을 포함해 전반적으로 제공되는 의료의 질도 세계최고 수준을 자랑하고 있음.
- 하지만 유독 당뇨병·고혈압 등 만성질환 분야에서의 관리 수준은 상대적으로 많이 낮은 편임.
 - 실제로 우리나라는 고혈압·당뇨병 조절율이 낮고 관리 실패로 인한 뇌졸중 등 중증화로 입원환자가 OECD 평균의 2배에 달함.
 - 국민들의 만족도도 높지 않아 국민 상당수가 합병증이 없는 단순한 당뇨병·고혈압의 경우에도 상급병원을 찾는 경우가 많음.
- 2008년 이후 세계보건기구(WHO)와 국제연합(UN)도 인류 보건의료정책의 최대 목표를 ‘전염병 퇴치’에서 ‘만성질환 관리’로 전환 하였으며 만성질환 증가에 가장 효율적인 대응 방안으로 동네의원 역량강화와 지역사회 서비스 연계방안을 제시하였음.
- 최근 여러 나라에서 만성질환 관리를 위한 정책을 개발하고 입법화하고 있으며 미국에서도 환자중심 의료서비스(Patient-Centered Medical Homes, PCMH) 제도 포괄적 일차의료 제공이라는 개념으로 의료의 질 향상과 비용 절감을 위한 사업을 진행하고 있음.
- 우리나라도 그동안 국가 주도의 만성질환 관리 사업으로 고혈압·당뇨병 등록 관리사업, 의원급 만성질환 관리제, 지자체 보건소 만성질환 관리사업 및 건강관리서비스 시범사업 등이 있어 왔지만 아직도 국민, 의료계 모두가 만족할 만한 제도를 마련하지 못하고 있음.
- 최근에는 이러한 문제를 해결하고 새로운 만성질환 관리 제도를 도입하기 위해 정부와 의료계가 협력하여 2가지 시범사업을 진행하고 있음.
 - 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 2014년 11월부터 ‘지역사회 일차의료 시범사업’이, 2016년 9월부터 ‘동네의원 만성질환관리 수가 시범사업’이 진행되고 있으며 사업에 대한 평가가 같이 진행되고 있음.

- ‘지역사회 일차의료 시범사업’은 고혈압·당뇨병 환자를 1년마다 포괄적으로 평가한 후 지속적·포괄적으로 관리하는 방식.
 - 개인의 생활습관, 과거력, 가족력, 검사 결과 등을 바탕으로 관리 계획을 수립하고 여기에 따라 질병교육과 생활습관 개선 교육, 암예방 검진, 예방접종 등을 시행하게 됨. 질병에 대한 이해도를 높이고 생활습관 개선을 위한 환자의 교육·상담은 교육 콘텐츠를 통해 의사가 직접 하거나 건강동행센터에서 간호사, 영양사, 운동처방사 등이 교육하는 방식
 - ‘동네의원 만성질환관리 수가 시범사업’은 의원급 의료기관을 다니는 고혈압·당뇨병 재진 환자를 대상으로 계획을 수립한 후 지속 관찰과 전화 상담을 통해 관리하며, 대면 진료로 점검·평가하는 방식으로 이는 원격진료와는 엄격히 구분하여 진행함을 전제로 환자가 혈압 또는 혈당을 주 1회 이상 외부에서 전송하면 의사가 주기적으로 정보를 확인한 후 한 달에 두 번 문자발송 등으로 피드백하고, 필요시 전화 상담을 통해 건강관리를 함.
- 현재 우리나라 전체 사망자의 81%는 만성질환으로 인한 것이며 사망원인 상위 10개 중 7개가 만성질환임.
 - 전 세계에서 제일 빠른 고령화로 인해 2030년에는 고혈압·당뇨병 환자가 30세 이상 인구의 절반가량을 차지할 것으로 예상됨. 이대로 간다면 엄청난 국가적 재앙이 올 수밖에 없는 실정이며 지속가능한 보건의료체계 확립도 담보할 수 없는 상황으로 만성질환의 효율적인 관리 및 서비스 질 향상을 위한 새로운 제도 도입은 더 이상 미룰 수 없는 시급한 사안임.
 - WHO와 UN에서 ‘만성질환 관리’의 가장 효율적인 대응 방안으로 제시한 동네의원 역량강화와 지역사회 서비스 연계방안을 기본 축으로 해야 함.
 - 또한 국민 눈높이에 맞는 질적 수준 향상이 담보되고, 중장기적으로는 국민이 주도적으로 참여하는 방향으로 진행되어야 함.
 - 무엇보다도 시급한 것은 효율적인 관리가 가능하도록 만성질환의 지속적, 포괄적 관리 필요성에 공감하는 의료계와 협력하고 의료계의 의견을 충분히 반영하여 수용 가능성이 높은 제도를 도입하는 것임.
 - 여기에 더해 효율적인 만성질환 관리를 위해서는 무엇보다도 과감한 투자가 이루어져야 함.
 - 건강보험재정 흑자가 20조에 달하는 지금이 절호의 기회이며 적절한 만성질환관리

로 국민 건강권이 강화되고 건강 수준이 향상 된다면 결과적으로는 합병증 감소, 입원을 감소 등으로 비용을 절감 할 수 있어 지속가능한 국가보건의료체계를 공고히 하는 결과를 이끌어 낼 수 있을 것임.

나. 정책제안

- 효율적인 관리 및 서비스 질 향상을 위한 새로운 제도 도입 필요: 동네의원 역량강화와 지역사회 서비스 연계방안
 - 정부와 의료계는 현재 만성질환 관리부재라는 보건의료체계의 취약점을 해소함으로써 국민건강 증진과 일차의료 활성화가 이루어지도록 ‘지역사회 일차의료 시범사업’과 ‘동네의원 만성질환관리 수가 시범사업’을 공동으로 진행하고 있음. 두 사업의 효과에 대한 객관적인 평가를 진행하여 올바른 역할을 찾아내고 여기에 기존의 고혈압·당뇨병 등록 관리사업 등의 장점들을 결합하여 통합적인 만성질환 관리 모형을 마련해야 함.
 - 우선은 만성질환들 중 고혈압, 당뇨병 관리 제도를 우선 도입하지만 가능한 빨리 다른 만성질환까지 적용 대상을 확대하여 진정한 의미의 만성질환 관리와 일차의료 활성화가 가능하도록 해야 함.
- 보건복지부 내 일차의료 및 만성질환 관련 전담 부서 신설
 - 만성질환 관리를 위해서는 포괄적인 관리가 가능하도록 양질의 일차의료 시스템을 구축하여야 하며 지역사회내의 다양한 인적, 물적 자원 활용이 필요함.
 - 또한 지역내 의료기관, 국민건강보험공단, 지자체 보건소 등의 중복된 서비스 제공을 피하고 분업화된 역할 분담으로 효율성을 최대한 높여야 하며 질병관리본부, 건강보험심사평가원 등 중앙부처의 체계적인 지원도 필요함. 따라서 이해 관계자들의 입장을 조율하여 상호 협력하고, 통합적으로 시스템을 관리할 수 있는 컨트롤 타워 역할을 하는 조직이 필요함.
 - 지금도 보건복지부와 질병관리본부 내에 만성질환 관련 업무를 하는 여러 부서가 있지만 업무 분담이 명확하지 않아 특정 부서에서 책임지고 관리하는 구조가 되지 못하고 있음. 따라서 일차의료 및 만성질환 관련 전담하는 부서를 보건복지부 내에 신설하는 것이 필요함. 보건복지부 내에 전담부서가 존재함으로써 중복 서비스 제공과 비효율성 문제를 해소하고 적절한 역할 분담을 이끌어 낼 수 있을 것임.
- 지역사회 내 거버넌스 구성 및 지역 내 자원과의 연계 필요
 - 만성질환을 효율적으로 관리하기 위해서는 지자체 내의 특성을 반영하여 사업을 운영할 수 있는 조직 구성이 필요

- 지역사회 내의 의사회, 주민대표, 체육시설 관계자 등으로 구성된 위원회를 운영함으로써 지역 내 특성을 반영하여 주민의 건강을 증진시키고, 지역 내 다양한 서비스 자원과도 연계를 할 수 있음.

● 환자들이 적극 참여할 수 있는 동기부여 및 지원책 필요

- 만성질환자들도 관리를 위한 노력이 필요하다는 점은 인식하고 있지만 현실적으로 바쁘고 귀찮다는 점 때문에 실천에 옮기기가 쉽지 않은 경우가 많음.
- 만성질환자들은 만성질환 관리를 위해 시간과 비용을 투자하는 것에 대한 많은 부담을 느끼는 경우가 흔하며, 만일 많은 비용이 든다면 적극적으로 참여하는 환자군이 많지는 않을 것임. 따라서 효율적인 만성질환 관리를 위해서는 환자들이 적극 참여할 수 있는 동기부여와 지원책을 마련하는 것이 반드시 필요함.

● 유희 간호인력 등 신규 일자리 창출

- 효율적인 만성질환 관리제도는 새로운 일자리를 창출하는 데에도 기여할 수 있음.
- 효율적인 만성질환 관리를 위해서는 환자와 의사의 노력이 가장 중요하지만 진료보조 역할의 간호인력과 영양사, 운동처방사 등의 역할 필요
 - 현재 면허와 자격을 가진 간호인력 중 간호사의 46.7%(15.8만/33.8만) 간호조무사의 22.9%(14.5만/63.3만) 만이 의료기관에서 근무하고 있음.
- 만성질환 관리제도를 잘 디자인 한다면 장기요양보험제도처럼 많은 일자리 창출이 충분히 가능할 것임.

● 효율적인 만성질환 관리를 위한 별도의 예산 확보 필요

- 국민건강보험체계 내에서 질병의 조기진단 및 합병증 예방을 위한 ‘국가검진 제도’와 ‘만성질환 관리제도’는 ‘장기요양보험제도’와는 달리 체계화된 제도와 별도의 예산이 책정되어 운영되고 있지 않음.
- 우리나라 국민의 87%가 1개 이상의 만성질환을 갖게 된다는 통계가 있는데 만성질환은 국민 대다수가 겪게 되는 질환으로 예방 및 조기진단, 합병증 관리 분야 못지않게 만성질환 관리분야 자체가 중요함.
- 따라서 급격히 늘어나는 만성질환자들을 효율적으로 관리하기 위해서는 이를 안정적으로 지원할 수 있는 별도의 예산책정 및 운용이 필요함.

3

국민 조제선택제(선택분업제) 시행

가. 제도 현황 및 문제점

1) 제도현황

- 현행 의약분업제도는 의사가 환자를 진료하고 그 처방에 따라 약사가 약을 조제하게 하는 제도임.
- 정부는 불필요하거나 잘못된 투약 방지와 무분별한 약의 오·남용 방지를 위해 의약분업제도를 도입하였음.

〈표 1〉 의약분업제도 진행과정

기간	주요 내용
1963년	• 약사법 전문 개정시 의약분업 원칙 규정(약사법 부칙에 의사의 직접조제 허용 사실상 시행 유보)
1965~1969년	• 국회 보건사회위원회의 권유로 의약분업 추진을 위한 각종 위원회를 구성, 의약분업을 시도하였으나 무산
1982~1985년	• 지역의료보험 시범사업의 일환으로 목포에서 의약분업 시범사업을 실시하였으나, 의·약계의 계약실패로 시범사업 종결 - 제1차: 1982. 7 - 1984. 4 임의분업 - 제2차: 1984. 5 - 1984. 12 당사자 계약에 의한 강제분업 - 제3차: 1985. 4 - 1985. 9 임의분업
1993~1994년	• 1993년 한약분쟁을 계기로 1994.1월 약사법을 개정하여, 1997. 7~1999. 7월 사이에 대통령령이정 하는 날로부터 의약분업 실시 명문화
1998.3월	• 우리 실정에 맞는 의약분업 시행방안 마련을 위해 소비자단체, 언론, 공익대표, 의약계 인사 등으로 “의약분업추진협의회” 구성 • 의약분업추진위원회 제4차 회의 합의사항에 대한 회원들의 이견 등으로 의사협회, 병원협회, 약사회가 각각 의약분업 실시 연기 청원을 국회 제출(1998.11 ~ 12월)
1999. 3월	• 의약분업 관련조항의 개정과 부칙 중 실시시기를 2000.7.1일로 1년 연기한 약사법 개정·공포
2000.1.12일	• 약사법 개정 - 의사의 처방전에 의해서만 조제(대체조제 가능) - 일반의약품만 임의판매가능 - 병원에서 약 조제는 불허(입원환자, 응급환자, 정신질환자 등 예외)
2000.7.1일	• 의약분업 실시(2000.7.1~7.31일 의약분업 계도기간 설정, 문제점 보완)
2000.8.5	• 약사법 개정안 공포(약사의 임의조제 및 낱알판매 금지, 의사의 사전 동의 없이 대체조제 불가)
2000.11.13일	• 의·약·정 합의안 발표 - 의사 사전 동의받은 대체조제의 경우 환자에게 주지 - 생물학적 동등성 인정의약품 대체조제시 사후통보는 1일 이내 - 의사는 생물학적 동등성 인정 품목이라도 대체조제 불가 표시 - 일반의약품 낱알판매 금지 원칙 - 제해구호 조제시, 경구용 전염병 예방접종약 약사 직접 조제 가능 - 사회봉사활동 시 의사 및 약사 상호 협력 조제 - 지역약사회, 개별의료기관 의약품 목록 지역사회 제공 - 약사, 조제기록부 작성 후 5년간 보관 등

- 정부는 여러 차례 의약분업에 대한 평가를 통해 환자들의 불편 해소와 제도의 조기 정착 및 사회적 비용의 최소화 등을 위한 대책을 지속적으로 강구해 왔음. 그러나 아직도 의약분업제도로 인한 다양한 문제점들이 지속적으로 제기되고 있는 상황임.
- DUR 확대에 의한 복약지도 및 안전성 체크 등의 필요성 변화
 - 현재 약국에서 행하는 정도의 복약지도는 의료기관에서도 하고 있으며, DUR 확대에 의해 의료기관과 약국 간 중복투약 등 체크 필요성 감소되고 있음

2) 문제점

- 의약분업으로 인한 국민들의 불편증가
 - 의약분업 이후 의료기관(의원·병원 모두) 외래진료 환자에 대해 원내조제를 금지함에 따라 약국은 의료기관 인근으로 속속 모여들었고, 환자는 진료 받은 의료기관 인근 약국이 아니면 처방약대로 조제 받기는 어려운 상황임.
- 불법적인 약사의 임의 대체조제 증가
 - 2009년 1분기부터 2011년 2분기까지 약사들이 의사의 처방 약과 다른 싼 약을 조제해 주고 마치 의사가 처방한 약을 조제한 것처럼 부당 청구한 혐의가 있는 약국이 전체의 80%에 달하는 1만 6306개인 것으로 조사됨.²⁾
- 의약분업 본래 취지인 의약품 오·남용 감소 효과 미흡
 - 의약분업의 도입 취지는 의약품의 과잉 투약을 방지하고 불필요한 의약품의 소비를 감소하여 약제비를 절감하겠다는 것이었음.
 - 하지만, 제도로입 이후 16여년이 지난 현 시점에도 우리나라의 항생제 의존도는 세계 최고수준으로 의약분업 본래의 목적을 달성하지 못하였음.
- 의약분업 이후에도 지속적인 약제비 증가
 - 의약분업 이후 약사의 기술료 부분이 높은 수준으로 추가 산정되었음. 이에 따라 만성질환의 장기 투약의 경우 약품비보다 오히려 기술료가 높은 경우가 많음.

※ 현재 약사의 기술료에는 약물관리비, 조제기본료, 복약지도료, 조제료, 의약품관리비 등 조제수가를 다섯 가지로 나누어 정하고 있음.³⁾

2) 감사원. 건강보험 약제관리 실태에 관한 감사결과보고서. 2012

3) 원외약국은 약 조제 시 5가지 행위에 대해 수가를 보상 받는 반면, 원내약국은 2가지 행위만 보상받음. 즉, 원내약국은 조제·복약지도료, 의약품관리료만 보상받음. 더욱이 조제복약지도료는 약사를 고용하는 경우만 보상됨. 이에 따라 약사를 고용하지 않으면 의약품관리료만 보상받음. 2011년 7월부터 의약품관리료 산정 기준을 외래환자의 경우 방문당으로 보상하도록 함.

- 환자 진료 시 진료정보 부족 현상이 발생
 - 의약분업 이후 의사 자신이 처방한 약에 대한 피드백이 이루어지지 못하고 있음.
 - 즉, 의사의 처방에 따라 환자가 의약품을 제대로 구매하고 복용하는지에 대한 정보 습득이 어려운 현실임.
 - 또한 잘못된 대체조제약 복용에 대한 책임을 모두 의사에게 전가시키는 것은 문제가 있음.

나. 정책제안

- 국민의 불편과 비용 부담을 덜어주는 국민 조제선택제도 시행
 - 현행 의약분업제도의 대안으로 국민(환자)에게 조제의 선택권을 부여하는 제도임.
 - 환자가 의료기관에서 진료 후 약 조제를 의사에게 원할 경우 의료기관에서 직접 조제하게하고, 약국조제를 원할 경우에는 원외처방전을 발행하여 약사에게 조제하게 하는 제도임.
- 임의 대체조제 및 청구 의심 약국에 대한 철저한 조사 필요
 - 약국의 임의 대체조제 및 청구는 약사법과 국민건강보험법 위반(대체조제, 변경조제, 허위청구)행위이며, 이는 국민건강을 해치는 위해 요소임.

※ 국민 조제선택제도 시행 효과

- 국민 불편 감소
 - 국민 조제선택제도로 재편되면 국민이 의사 진료 후 직접 조제를 원할 경우에 의료기관에서 직접 조제를 받을 수 있으므로[one-stop 서비스(진료와 조제)] 다시 약국에 가야 하는 불편이 해소됨.
 - 국민의 경제적 부담 해소 및 건강보험재정 절감
 - 국민 조제선택제도 시행 시 현재보다 원외처방률이 크게 감소하여 재정절감효과가 발생할 것임.
- ☞ 원외 처방률이 20~60%로 감소할 경우, 약국 조제료행위부분(2015년 약 3조3천6백억 원)에서 매년 약 1조 3천억 원~2조 7천억 원의 절감효과 발생.

〈표 2〉 시나리오별 국민건강보험 재정 절감 효과 추정치(2015년 기준)

원외 처방률	건강보험재정 절약 효과
20 %	약 2조 7천억 원
40 %	약 2조 원
60 %	약 1조 3천억 원

이를 통해 재정안정화 기반이 확충되면 진료 서비스 향상과 보장성 강화 등에 사용 할 수 있는 여건이 조성될 수 있음.

4

국민건강보험 등의 한방보험 선택제 시행

가. 현황 및 문제점

1) 소수 한방의료기관 이용자에 의한 건강보험료 증가

- 건강보험이란 질환이나 사고에 대한 치료가 필요한 경우를 대비하여 그 부담을 경감하기 위해 환자본인부담과 국가 및 기업부담금을 적립하는 제도임.
 - 우리나라는 현대의학과 한방이 이원화된 의료체계를 가지고 있으며, 1987년 2월부터 국민건강보험에서 한방의료도 건강보험에 포함시키고 있음.
 - 그러나 현재 국민건강보험과 민간보험 등에서는 현대의료가 주류를 이루고 있으며, 한방의료는 급성질환의 치료를 목적으로 하기보다는 대체 또는 보완적 역할을 담당하고 있음.
- 해마다 국민건강보험과 민간보험 등 보험지급액에서 한방의료기관이 차지하는 비율이 증가하는 추세이나, 국민의 87% 이상은 1년에 단 한 번도 진료 또는 상담을 위해 한방 의료기관을 이용하지 않고 있는 실정임.
 - 한국의료패널 2008-2013년 데이터를 분석한 결과, 전체 대상자 중 한방의료를 이용한 비율은 2008년 13.1%에서 2013년 14.8%로 평균 13%대임(표 1).
- 국민건강보험 가입자의 87% 이상이 한방의료기관을 전혀 이용하고 있지 않음에도 불구하고 국민건강보험료는 이러한 구분 없이 일률적으로 부담하고 있음. 이는 형평성의 원칙에 부합하지 않음.

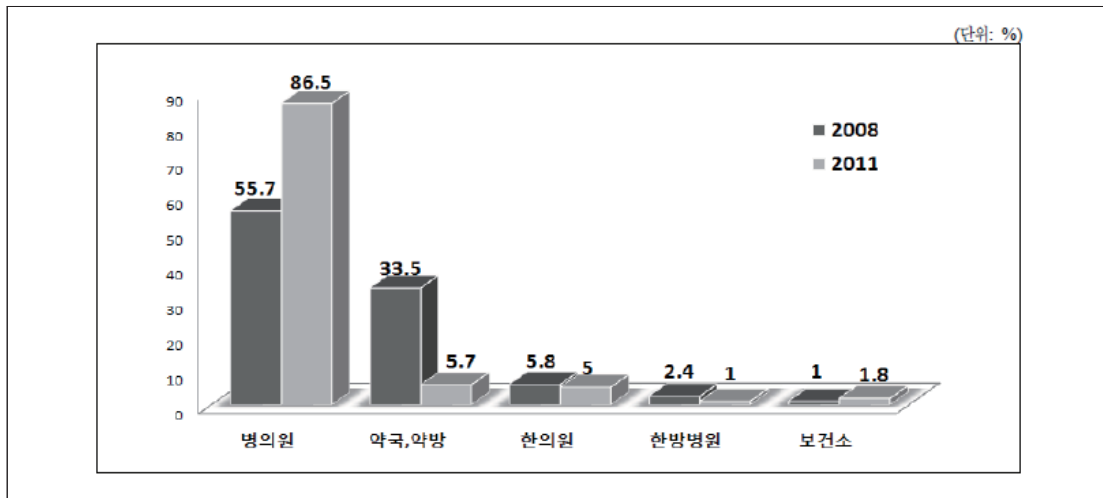
〈표 1〉 연도별 한방 외래 이용률 변화 추이

(단위 : %)

연도	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
한방 외래 이용 비율	13.1	13.4	13.3	12.9	14.4	14.8

주 : 모집단 기준 횡단가중치 적용

자료 : 2015년 한국의료패널 심층분석보고서, 한국보건사회연구원, 2015



[그림 1] 진료 및 진료상담을 위해 이용하는 기관 비교

자료 : 조재국외, 한방의료 이용 및 한약소비 실태조사, 한국보건사회연구원, 2011

2) 한방의료기관 이용에 따른 민간보험료 급증

- 대표적인 민간보험인 실손보험, 자동차보험에서 한방의료기관에 지불하는 보험금의 비율이 급격히 증가하고 있음.
 - 2015년 자동차보험 진료비는 전년대비 9.3% 증가한 약 1조 5,558억 원으로, 건강보험(전년대비 6.9%증가)보다 더 빠르게 증가하고 있음.
 - 자동차보험 진료비 증가는 주로 한방진료비의 급증에 기인한 것으로, 2015년 자동차보험의 한방진료비 증가율(전년대비 32.7%)은 현대의료 진료비 증가율(3.8%)의 8.6배에 달하며, 건강보험 한방진료비 증가율(2.1)의 16배에 달함.
- 최근에도 첩약, 탕전료, 복합엑스제, 파스, 약침, 추나요법, 한방물리요법 등 한방의 급여 확대 요구가 증가하고 있는데, 이와 같은 항목이 보험 급여로 인정될 경우, 보험 재정에 매우 부정적인 영향을 초래하게 되며, 이는 고스란히 국민들의 부담으로 돌아가게 될 것임.
- 급성기 질환이나 사고 등을 대비하기 위한 보험제도가 만성질환의 보완요법이나 교통사고 후 대체요법의 방편으로 이용됨에 따라 이에 지출되는 보험금이 한방을 전혀 이용하지 않는 대다수의 국민들에게 부담이 전가되고 있는 실정임.

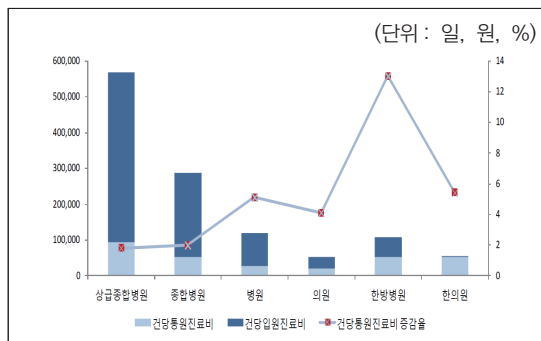
〈표 2〉 자동차보험·건강보험의 의과·한방 진료비 세부사항

(단위: 억 원, %)

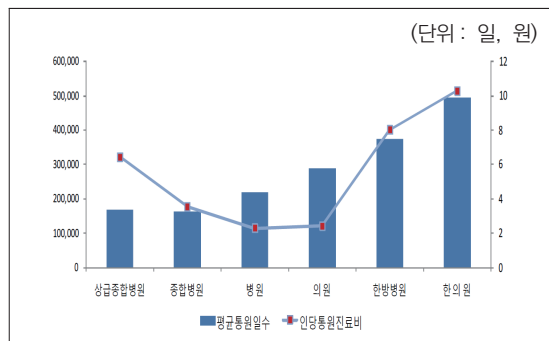
구분		2014년		2015년		증 감 률	
		전체 진료비 (비중)	통원진료비 (비중)	전체 진료비 (비중)	통원진료비 (비중)	전체 진료비	통원진료비
자동차 보험	의과	11,536 (81.0)	2,382 (52.8)	11,978 (77.0)	2,527 (47.5)	3.8	6.1
	한방	2,698 (19.0)	2,129 (47.2)	3,580 (23.0)	2,797 (52.5)	32.7	31.4
	전체	14,234 (100)	4,511 (100)	15,558 (100)	5,324 (100)	9.3	18.0
건강 보험	의과	397,546 (94.6)	208,497 (90.8)	426,010 (94.8)	220,791 (91.2)	7.2	5.9
	한방	22,724 (5.4)	21,196 (9.2)	23,210 (5.2)	21,330 (8.8)	2.1	0.6
	전체	420,270 (100)	229,694 (100)	449,220 (100)	242,121 (100)	6.9	5.4

자료: 송윤아. 자동차보험 한방진료비 급증과 안정화 방안. 보험정책연구원. 2016

- 한방은 현대의료에 비해 건당 진료비, 인당 통원진료비, 통원치료기간 등 진료 행위량이 높아 비용효과적이지 못함.
 - 2015년 건당 총진료비는 한방과 의과가 유사하지만, 건당 통원진료비는 한방병원이 병원의 1.9배, 한의원이 의원의 2.5배 더 높음.⁴⁾
 - 한방 의료기관의 인당 통원진료비가 현대의료 의료기관에 비해 현저히 높음.
 - 한의원의 인당 통원진료비는 현대의료 의원보다 4.2배 더 높고, 상급종합병원보다 1.6배 더 높은 것으로 나타남.
 - 현대의료 의료기관에 비해 한방의료기관의 통원치료기간이 장기이며, 특히 한의원의 평균 통원일수가 가장 길게 나타남.

[그림 2] 2015년 자동차보험 의료기관별
건당 진료비

자료: 송윤아. 자동차보험 한방진료비 급증과 안정화 방안. 보험정책연구원. 2016

[그림 3] 2015년 자동차보험 의료기관별
인당 통원진료비

자료: 송윤아. 자동차보험 한방진료비 급증과 안정화 방안. 보험정책연구원. 2016

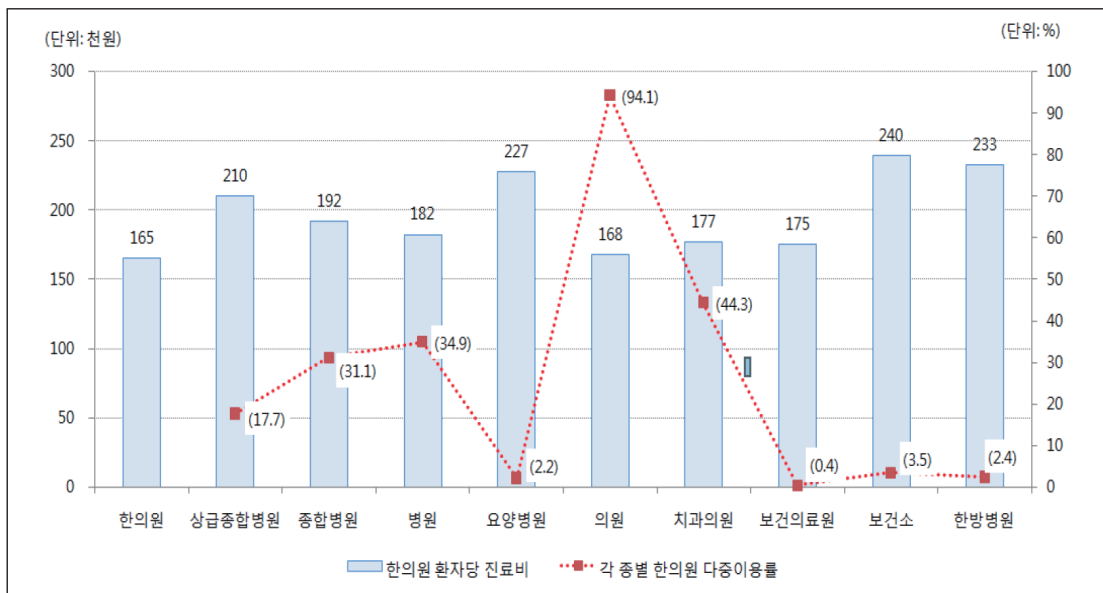
4) 건강보험심사평가원의 심사건당(입원: 청구건별, 외래: 진료일수별) 진료비 기준임.

〈표 3〉 의원과 한의원의 자보 진료비 청구액 역전[2016.9.20. 메디칼타임즈 보도]

요양기관 유형별	2015년(1월~12월)			2016년(1월~6월)		
	청구액(천원)	조정액(천원)	조정액률(%)	청구액(천원)	조정액(천원)	조정액률(%)
상급종합병원	211,772,940	8,325,405	3.93	104,272,547	3,491,095	3.35
종합병원	412,961,860	15,756,604	3.82	199,534,550	6,790,784	3.4
병원	266,078,941	9,506,032	3.57	131,727,186	4,367,222	3.32
요양병원	56,582,780	1,394,136	2.46	31,290,587	627,983	2.01
의원	246,635,026	7,316,327	2.97	125,041,909	3,727,466	2.98
한방병원	110,049,875	3,459,246	3.14	78,694,655	1,753,359	2.23
한의원	247,949,060	13,486,073	5.44	147,005,080	9,627,821	6.55
치과병원	1,354,964	65,203	4.81	779,998	24,925	3.2
치과의원	2,244,214	49,618	2.21	1,159,962	31,672	2.73
보건기관	165,551	5,791	3.5	68,656	1,777	2.59

3) 현대의료 및 한방 중복이용으로 인한 건강보험 재정 누수

- 한방의료 이용자의 종별 다중의료이용 실태를 살펴보면, 한의원을 이용하는 환자의 97.6%가 한방과 현대의료를 중복이용하고 있는 것으로 나타남.



[그림 4] 한의원 의료이용자의 종별 다중이용률과 한방병원 환자당 진료비

자료: 한방 의료이용에 근거한 정책 개선 방안. 건강보험심사평가원 2015

- 한방의료를 이용하는 환자의 97.6%가 결국에는 현대의료를 이용해야만 하는 상황에서, 중복으로 지출되는 의료비는 국민건강보험 및 민간보험 재정의 안정성을 심각하게 위협하는 것임.

〈표 4〉 의료기관 종별 건강보험 청구액 비교

구분		2015년 요양급여비용(천원)
의료기관	계	44,922,026,272
	상급종합병원	9,159,558,500
	종합병원	8,864,405,212
	병원	9,797,634,290
	의원	11,791,626,775
	한방병원	258,171,582
	한의원	2,062,857,608

자료 : 2015 국민건강보험공단 건강보험통계. KOSIS. 2016

나) 정책제안 : 건강보험에서 한방보험 국민 선택제 시행

- 불의의 사고에 대비하는 것이 목적인 자동차 보험은 그 본연의 역할에 충실하도록 한방을 분리하여야 한다. 또한 국민건강보험은 국민 모두에게 필수의료료를 제공하는 것이 되어야지 그 효과나 안정성 등이 제대로 검증되지 않았을 뿐만 아니라 국민의 대다수가 이용하지 않는 보완적 치료에 재원을 낭비할 필요가 없음.
- 1단계: 자동차보험의 자손부분에 대한 한방보험 선택제 시행
 - 자동차보험에서 이미 한방의원 진료비 총액이 의원급 의료기관을 앞지르고 있으며 건당 진료비나 진료일수도 의원급 의료기관보다 높음.
 - 사고 상대방에 대한 치료에 문제가 될 경우, 우선 자동차보험의 자손부분만이라도 한방보험 선택제를 시행함.
 - 한방 자동차보험금 지급액이 총 자동차보험 지급액의 30%에 육박하므로 한방의료기관을 이용하지 않는 자동차 보험가입자들의 보험료 부담이 최소 10% 이상 경감될 것으로 추정됨.
- 2단계: 자동차보험 전체에 대한 한방보험 선택제 시행
 - 자동차보험 전체에 대해 한방보험 선택제를 시행하면, 개인 보험료 부담은 30% 경감될 것으로 추정됨.
 - 자동차보험의 본연의 목적인 불의의 사고에 대비하는 취지에는 변함이 없는 반면 보험료에 대한 국민 부담을 경감시키는 효과가 있음.

● 3단계: 국민건강보험에서 한방보험 국민선택제 시행

- 국민건강보험 총 진료비에서 한방의료기관이 차지하는 금액이 연간 2조 3,000억 원 (2015년 기준)에 이르고 있음.(표 4)
- 필요한 경우, 대국민 여론조사를 실시하고, 국민건강보험에서 한방보험을 이용하지 않겠다는 국민들에게는 보험료를 경감해 주는 방안도 고려해야 함.
- 궁극적으로는 국민건강보험에서 한방의료를 이용할 지 여부는 국민들의 선택에 맡겨 의료비 부담을 절감하도록 해야 하고 절감된 재정을 중증질환이나 응급의료 등 필수의료 시스템강화 재원으로 투여해야 함.

5 노인장기요양보험법 등 개선

가. 현황 및 문제점

- 전 세계적으로 고령화 사회가 급속히 진행됨에 따라 노인들에 대한 부양문제는 대부분 선진국의 공통 과제가 되고 있음.
 - 우리나라의 인구고령화는 대단히 빠른 속도로 진행되고 있음. 2000년에 이미 65세 이상 인구가 총인구의 7.2%로서 고령화 사회(Aging society)에 진입하였고, 2026년에는 노인 인구가 20.8%에 이르게 되어 고령화 사회(Aged society)를 지나 초고령 사회(Super-aged society)를 맞게 될 것으로 전망됨.
- 이와 같은 인구 환경 변화에 대처하기 위해 이미 선진각국에서는 사회보험 및 조세방식을 통해 재원마련을 하여 노인들을 위한 요양보호제도를 도입하여 운영하고 있음.
- 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질환 등의 사유로 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하기 위해 2008년 7월 7일부터 시행하고 있음.
- 노인장기요양보험제도는 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 덜어줌으로써 국민 삶의 질을 향상하도록 하는 것”을 제도 도입 목적으로 하고 있음.
- 한편, 2015년 12월말 기준 장기요양보험 누적 신청자 수는 789,024명⁵⁾으로 지속적으로 증가하고 있는 추세임.
 - 2015년 인정자수는 467,752명(노인인구의 7.0%)이며, 인정율 74.2%이고, 2015년 인정자수는 2014년 대비 10.2%, 2013년 대비 23.6% 증가하는 것으로 나타남.

5) 2015 노인장기요양보험통계연보. 국민건강보험. 2016

〈표 1〉 장기요양보험 누적신청자수

	(단위 : 명)				
	2011	2012	2013	2014	2015
노인인구 (65세이상)	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244
신청자	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024
판정자 (등급내+등급외)	478,446	495,445	535,328	585,386	630,757
인정자 (판정 대비 인정률)	324,412 (67.8%)	341,788 (69.0%)	378,493 (70.7%)	424,572 (72.5%)	467,752 (74.2%)
노인인구 대비 인정률	5.7%	5.8%	6.1%	6.6%	7.0%

자료 : 2015 노인장기요양보험통계연보, 국민건강보험, 2016

● 노인장기요양서비스를 제공하는 시설

- 노인복지법에 명시된 재가노인복지시설과 노인의료복지시설
- 노인장기요양보험법에 명시된 재가장기요양기관의 일종인 방문 간호서비스기관

● 허가 요건

- 시군구에 설치신고를 하여 허가를 받음.
- 허가된 시설은 자동적으로 장기요양 기관으로 지정되어 보험급여를 받게 되고, 일단 지정을 받으면 특별한 경우를 제외하고는 취소되지 않음.

● 장기요양기관의 종류

- 일반적으로 장기요양기관에는 시설급여서비스를 제공하는 입소생활시설과 재가급여서비스를 제공하는 재가장기요양서비스기관이 있음.
- 입소생활시설에는 입소자규모에 따라서 노인요양시설(10인 이상)과 노인요양공동생활가정(5~9인 이하)으로 구분됨.
- 재가장기 요양서비스기관에는 급여의 내용에 따라서, 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 및 복지용구서비스기관으로 구분됨.

● 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 각 유형별 장기요양기관수 추이

- 재가장기요양기관이 9,961개소에서 20,747개로 2.08배, 노인요양시설 등이 1,700개소에서 4,871개소로 2.87배가 늘어남.
- 전반적으로 입소생활시설의 증가폭이 더 컸던 것으로 나타남.

〈표 2〉 노인장기요양기관수의 추이

(단위 : 개소)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008~2013 증가배율
재가급여서비스기관	9,961	19,072	19,947	1,9505	19,240	19,732	20,747	2.08
방문요양	4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	2.16
방문목욕	2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	2.53
방문간호	592	787	739	692	626	597	586	0.99
주야간보호	790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2.14
단기보호	694	1,368	199	234	257	368	322	0.46
복지용구	720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599	2.22
시설급여서비스기관	1,700	2,629	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871	2.87
노인요양공동생활가정	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157	6.72
노인요양시설	1,379	1,695	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714	1.97
장기요양인정자수(명)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	1.98

자료 : 국민건강보험공단. 2013 노인장기요양보험통계연보. 2014

- 장기요양기관을 설치하기 위해서는 종사자배치기준과 각종 시설기준을 갖추어야 하는데, 규모가 작을수록 설치기준이 완화되어 있어 양질의 서비스를 제공하는 것은 제한적임.
- 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 그동안 사회복지법 등 비영리단체를 중심으로 운영되던 장기요양시설이 민간영리사업자에게도 확대됨에 따라 환자의 공급자에 대한 선택의 폭이 넓어졌음
 - 그러나 여전히 급여시설 간, 지역 간 시설의 분포가 불균형하여 환자가 양질의 서비스를 받는 것이 제한적임.
- 의료기관인 요양병원과 돌봄 서비스를 제공하는 요양시설은 설립목적이 엄연히 다르지만, 이용 환자의 질병 현황 등은 두 기관 간 큰 차이를 보이지 않아 역할 정립이 필요함.
- 고령사회 대비를 위한 노인장기요양보험제도 개선 필요성
 - 노인장기요양보험 시행으로 거동이 불편한 환자들에 대한 부양부담은 크게 줄었으나 노인장기요양보험이 요양서비스에 치우쳐 있다 보니 요양시설 입소자나 재가급여 수급자들에게 의료서비스가 적절하게 제공되지 못하고 있음.
- 노인장기요양보험 요양시설의 편법운영
 - 요양시설에서는 촉탁의사나 협력의료기관을 통해 입소자들에게 적절한 의료서비스

를 제공토록 해야 하지만, 이는 의무조항이 아니기 때문에 영세한 요양시설은 이 같은 규정을 제대로 지키지 않고 있음.

- 촉탁의사가 의료서비스나 재활서비스를 제공하려 해도 요양시설에 진단이나 치료에 필요한 의료시설이 갖춰있지 않아 적절한 서비스를 제공하지 못하는 경우가 많음.
- 현행 노인장기요양법령상 장기요양보험 수가에 포함된 촉탁의사에 대한 인건비가 노인요양시설에 지급된 이후 촉탁의사에게 제대로 지급되지 않아 촉탁의사 제도가 유명무실화되어 시설 입소자 등이 건강의 사각지대에 방치되어 있는 실정임.

- 의료와 요양서비스 분리를 전제한 노인장기요양보험의 제도적 한계는 보건복지서비스 제공체제에서 가장 중요한 ‘케어의 연속성’을 저해하고 있음.

나) 정책제안

- 노인의료복지시설 설치 권한을 의료기사(물리치료사, 작업치료사)에 대한 지시 감독 권한을 가진 ‘의료인’으로 한정
 - 노인복지법상 노인의료복지시설(노인요양시설)은 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설임.
 - 노인의료복지시설은 현재 사회복지사 자격증보유자, 의료인, 국가 또는 지방자치단체가 설치할 수 있도록 하고 있음.⁶⁾
 - 요양원이 비록 의료기관이 아닐지라도 입소자들은 대부분 만성질환을 보유하고 있기 때문에 지속적인 관리가 필요함에도 불구하고 현재는 평상시 의료적 관리가 미흡한 실정임.
 - 또한 시설장이 의료인이 아니기 때문에 긴급한 의료적 판단이 어려우며, 촉탁의사와 의료적 상담이 진행되지 못하고 있음.
 - 집단이용시설이므로 급성 감염병 등에 대한 대처 역시 미흡함.
 - 의료기사법상 물리치료사를 포함한 의료기사의 경우 의사, 치과의사의 지도하에서만 면허범위 내의 행위가 가능하도록 규정하고 있으므로, 노인의료복지시설에서 전문적인 의료서비스를 안전하게 제공하고 감독하기 위해서는 의료기사(물리치료사, 작업치료사)에 대한 지시 감독 권한을 가진 의료인으로 노인의료복지시설 설치 권한 한정

6) 노인복지법 제34조, 제35조, 노인복지법 시행규칙 별표4)

① 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사 자격증 소지자
 ② 「의료법」 제2조에 따른 의료인
 ③ 국가 또는 지방자치단체

- **요양병원과 요양시설의 명확한 기능 분리 및 역할 정립**
 - 요양병원은 노인성질환치료를 목적으로 질병이나 장애 발생자를 대상으로 하는 시설로 의사, 간호사, 비급여에 의한 간병인이 제공되며 국민건강보험의 적용을 받음.
 - 요양시설은 단순한 돌봄 서비스를 제공할 목적으로 마련된 시설로 장기요양등급을 인정받은 사람이라면 시설을 이용할 수 있고 노인장기요양보험의 적용을 받음.
 - 따라서 요양병원과 요양시설의 명확한 기능 분리 및 역할 정립이 필요함.
- **의료서비스를 요하는 요양시설 입소자의 경우, 요양병원으로 의무 전원 하는 체계 구축 필요**
 - 촉탁의사가 입소자에 대한 전문적인 의료서비스를 제공하기에는 장소 및 시간적 한계가 있으므로 의료서비스가 필요한 입소자들은 촉탁의사의 진단 하에 요양병원으로 전원 시킬 수 있는 체계 구축이 필요함.
- **노인장기요양보험에서 촉탁의사나 협력의료기관을 통해 입소자들에게 적절한 의료서비스를 제공토록 하는 조항 의무화**
 - 현재 10인 이상 장기요양시설에만 입소자들에게 의료서비스를 위한 촉탁의사 활동이 의무사항으로 되어 있는데 9인 이하의 공동생활가정(요양원)에도 촉탁의사 활동을 의무화해야 함.
 - 장기요양시설이 의료기관과 협약한 경우, 실제로 촉탁의사에 의한 의료서비스가 제공되는지 또는 협력의료기관에 입소자를 전원 시키는지 등을 확인할 수 있는 평가·감독 등의 조치가 필요함.
 - 통상적인 간단한 처치나 물리치료가 의료인 없이 진행되는 경우가 많기에 촉탁의사의 적절한 활용이 필요함.
 - 입소자들의 적절한 의료서비스를 위해 촉탁의사의 정기적인 방문활동이 필요함.
- **장기요양수가와 촉탁의사 인건비 등의 분리 및 촉탁의사의 인건비 직접 청구·지급 등 촉탁의사에 대한 적절한 보수 지급 방안에 대한 제도적 개선**
 - 촉탁의사 활동 인건비는 촉탁의사에게 동기부여는 될 수 있지만 요양원에는 행정적 부담을 줄 수가 있음.
 - 따라서 입소자들에게 적극적 의료서비스가 제공되도록 하기 위해서는 요양원(장기요양시설, 공동생활가정) 측에 촉탁의사 활동 의무이행시 인센티브(점수, 비용 등)를 지급하는 동기부여가 필요함.

● **촉탁의사 방문 제도 개정**

- 공동생활가정은 입소자 수가 적은 관계로 단위 방문당 촉탁의사 활동비가 상대적으로 적어 입소자들에게 적합한 의료서비스가 제공되지 않을 수 있음.
- 따라서, 현 월 2회 촉탁의사 방문비 제도를 공동생활가정의 경우에는 방문시마다 방문비를 지급하도록 변경해야 함.

● **효율적인 통합재가서비스 관리를 위해 재가복지시설 관리법령 제정**

- 장기요양 수급자가 이용할 수 있는 통합재가서비스(방문요양, 방문간호, 방문목욕서비스)의 관리가 매우 미흡한 상황이므로 관련법령 제정이 필요함.

● **의료재활체계 내에서 양질의 전문적 서비스로서 노인 장애인 관련 재활의료서비스 제공 필요**

- 장애인과 장애인 가족을 위한 장애인건강권법(장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률)이 제정되었고 장애인의 접근성, 장애주치의, 거점병원 관련 사업이 검토중으로 노인 장애인 관련 재활서비스로 의료재활의 체계 내에서 양질의 전문적 서비스를 제공하는 것이 바람직함.

제5장

지속가능한 발전을 위한 건강보험제도 개선



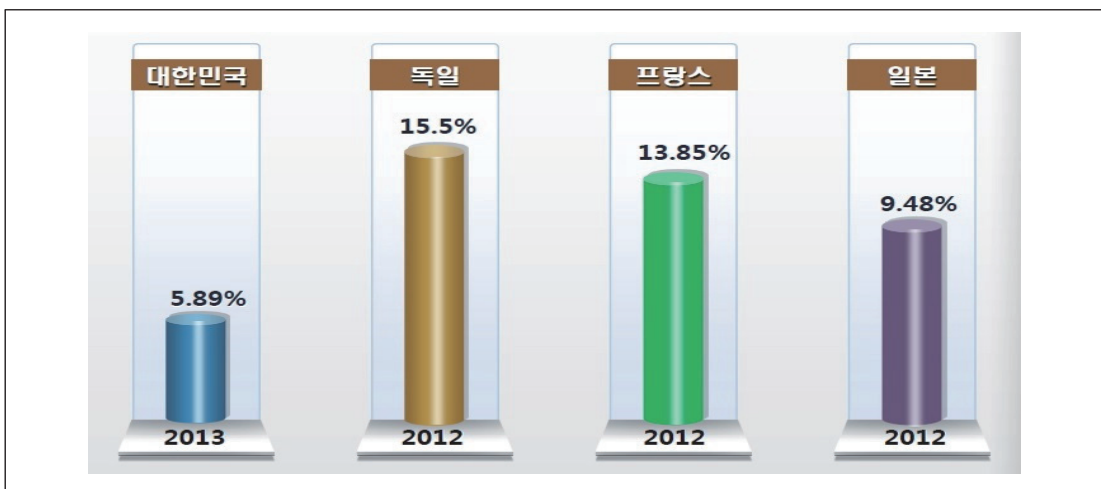
1

건강보험제도 안정화를 위한 적정부담-적정수가-적정진료

가. 현황 및 문제점

1) 건강보험 재정 현황과 문제점

- 건강보험재정은 2011년부터 2016년까지 6년 연속 흑자 기조를 유지하고 있으며 2016년 상반기 재정 흑자 규모는 20조원에 달한 상태임.
- 그러나 이러한 흑자 기조는 단기적 현상이며, 최근의 저출산, 고령화, 생산인구 감소 추세 등을 고려하면 향후 건강보험재정의 수입원이 점차 감소하여 안정된 재정 상태를 유지하는 것이 어렵다는 예측도 있음.
- 한편 우리나라는 전 세계에서 유례없이 12년이라는 단기간에 전국민건강보험을 달성 하였지만(독일 127년, 벨기에 118년, 오스트리아 79년, 일본 36년) 제도 도입 초기 국민들의 가입저항을 최소화하기 위해 보험료율을 낮게 부과하는 정책을 실시하였음.
- 실제로 우리나라와 유사한 사회보험 형태의 건강보험제도를 채택한 국가들의 보험료율을 비교하면 우리나라보다 현저하게 높은 것을 알 수 있음.(그림 1)



[그림 1] 주요국 보험료율 비교

자료 : 국민건강보험공단, 한국 건강보험제도의 현 주소와 향후 개혁과제, 2013

- 이러한 상황에서 최근 5년간 보험료 증가율은 1%대에 그치고 있고, 2017년 건강보험료율의 경우 6.12%로 건강보험 역사상 두 번째로 동결된 바 있음.(표 1)

〈표 1〉 연도별 건강보험료율 현황

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
보험료율	4.31 %	4.48 %	4.77 %	5.08 %	5.08 %	5.33 %	5.64 %	5.80 %	5.89 %	5.99 %	6.07 %	6.12 %
(인상률)	(2.38%)	(3.9%)	(6.5%)	(6.4%)	(0%)	(4.9%)	(5.9%)	(2.8%)	(1.6%)	(1.7%)	(1.35%)	(0.9%)

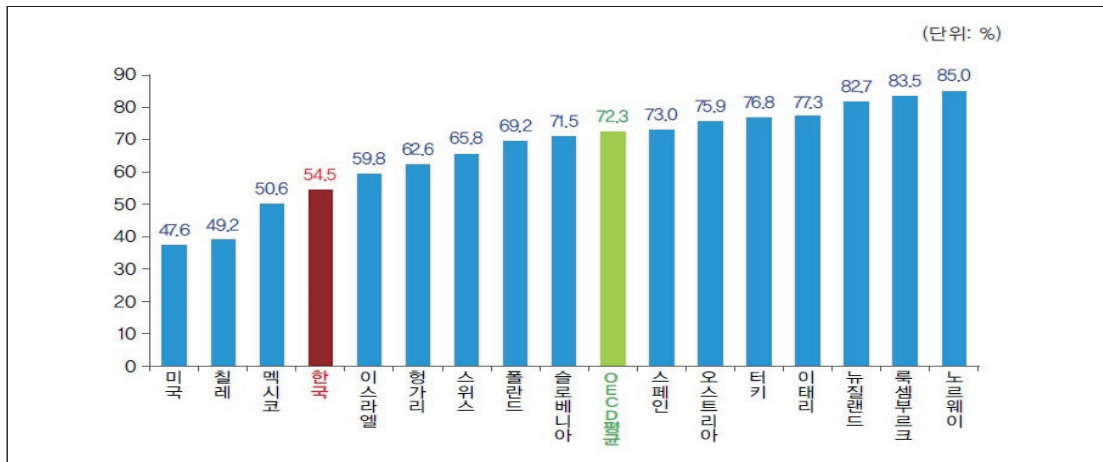
자료 : 「내년 건강보험료, 올해 수준으로 동결」. 보건복지부 보도자료. 2016.6.28.

- 한편 ‘국민건강보험법’과 ‘국민건강증진법 부칙’에 따라 정부에서 매년 ‘당해년도 보험료 예상수입액의 20%(국고지원 14%, 건강증진 기금 6%)’를 건강보험에 국고지원 하도록 규정하고 있음.¹⁾
- 그러나 현실은 매년 국고지원 비율을 충족하지 못해 건강보험재정에 악영향을 초래하고 있는 상황이고(2007년 18.5%, 2010년 17.1%, 2014년 15.2%), 실제로 2007-2014년 부족 지원액이 10조 5,341억 원 규모라고 발표된 바 있음.²⁾
- 한편 사회보험 형태의 건강보험제도를 채택한 국가들의 경우 건강보험에 대한 국고지원 비율이 우리나라보다 더 높은 것을 확인할 수 있음(일본 20.7%(2011년), 대만 23.7%(2013년), 프랑스 49.1%(2012년)).³⁾
- 이와 같은 우리나라의 낮은 보험료율과 국고지원 규모는 OECD 통계를 통해서도 확인할 수 있음. 2012년 기준 우리나라 국민의료비 중 공공재원 비율은 OECD 평균 72.3%보다 훨씬 낮은 54.5% 수준임(그림 2).
- 궁극적으로 OECD 수준의 보장성 수준을 달성하고 적정급여-적정수가 체제로 가기 위해서는 건강보험료의 적정부담과 정부의 낮은 건강보험 재정 국고지원 문제를 개선해야 함.

1) 최근 2016년 12월 31일까지인 건강보험 국고지원은 2017년 12월 31일까지 1년 연장되긴 하였으나 이후 지원 계획은 불확실한 상황임.

2) 신영석. 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. 보건복지 ISSUE & FOCUS 제301호. 2016

3) 신영석 외. 건강보험 지속가능성 실현을 위한 정부지원금 지원방안 개선. 한국보건사회연구원. 2015



[그림 2] OECD 주요국 국민의료비 중 공공재원 비율(2012년 기준)

자료: OECD Health Data, 2014

2) 건강보험 재정 지출 요인 증가

● 인구고령화에 따른 진료비 증가

- 우리나라의 경우 최근 고령화로 인한 노인진료비가 급격히 증가하고 있는 추세임. 실제 전체 진료비에서 65세 이상 노인진료비가 차지하는 비중은 2011년 33.3%(15조 3,893억 원)에서 2015년 37.8%(21조 9,210억 원)로 꾸준히 증가하고 있으며 이 같은 추세는 향후 지속될 전망이다(그림 2).



[그림 3] 노인진료비 증가 추이

자료: 「인구 12% 노인, 건강보험 진료비 38% 썼다」 중앙일보, 2016.2.29.

● 보장성강화 확대

- 2005년부터 정부의 보장성강화 정책이 본격 시행되었고 이에 따라 급여범위가 확대되면서 매년 건강보험 재정 지출 규모가 증가하였음.
- 4대 중증질환 보장성강화를 제외하더라도 최근 정부가 추진 중인 건강보험 중기보장성 강화 계획에 의하면 2018년까지 보장성강화에 약 24조 원이 소요될 전망이라고 발표된바 있음.⁴⁾
- OECD 국가들과 비교하여 보장성이 취약한 우리나라의 현실을 고려했을 때, 보장성강화는 정부가 추진해야하는 정책임에는 분명함.
- 그러나 지금까지 보험료율 인상이나 국고지원 확대 등의 구체적 재원마련 대책 없이 시행되어 온 정부의 보장성강화 정책은 건보재정에는 부담을 주고 공급자에게는 수가인상 억제 기전으로 작용하여 적정수준의 의료서비스 제공을 방해해 왔음.

3) 저수가와 비효율적인 의료공급체계

- 우리나라 건강보험제도의 가장 큰 특징이자 문제점은 ‘저수가-저부담-저급여’라 불리는 3低 시스템이라 할 수 있음.
- 동네의원의 주된 수입원이라 할 수 있는 진찰료의 원가 보전율은 75%에 불과, 동네의원이 외래 본연의 기능에 충실하기 어려운 현실임.⁵⁾
- 이해중(2013)⁶⁾의 연구에서는 한국의 의료수가와 OECD국가의 의료수가를 비교하기 위해 제왕절개, 수정체 소절개, 충수절제술에 대한 수가를 각 국가별로 비교함. 그 결과, 우리나라는 세 개의 비교대상 시술에서 가장 낮은 의료수가 수준을 보이고 있음.
 - 미국의 의료수가는 우리나라보다 최대 10.43배에 이르며 스페인의 경우는 2.03배에 이름.
 - 프랑스, 캐나다, 칠레는 우리나라보다 최대 3배 이상 의료수가가 높으며, 호주, 스위스는 최대 6배~7배 정도 높음.
- 의료기관들은 낮은 수가 때문에 정상적인 진료로는 운영이 불가능하고 ‘3분 진료’ 방식의 박리다매와 각종 비급여를 통해 수익을 보전하고 있는 상황임.
- 한편 국민들은 건강보험의 취약한 보장성 때문에 추가적으로 민간보험에 가입해야 하는 부담을 갖게 되고, 의료기관들은 낮은 수가 때문에 박리다매식 진료, 비급여 수입에

4) 신영석. 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. 보건복지 ISSUE & FOCUS 제301호. 2016

5) 라포르시안. “2차 상대가치점수 개편작업, 어떻게 추진되나” 2014년 12월 22일자

6) 이해중. OECD 국가의 주요 의료수가에 대한 비교 연구 의료정책연구소. 2013

대한 의존도가 높아져 결국 전체적인 국민의료비가 증가되는 비효율의 악순환이 반복되고 있음.

- 이로 인해 동네의원 중심의 일차의료강화나 의료기관 간 기능재정립을 통한 효율적 의료서비스 공급체계의 확립은 더욱 어려워지고, 의료기관들 간의 무한경쟁, 수도권 집중 현상, 대형병원 쏠림 형태 등 공급 왜곡 문제가 증가하고 있음.
- 저수가로 인한 낮은 진료비 환경 속에서도 의료계의 노력으로 우리나라의 건강수준은 세계적 수준임.
 - 컨퍼런스보드 캐나다본부(The Conference Board of Canada)에서는 OECD가 제공한 30개의 공통 지표를 중심으로 평균기대여명, 영·유아사망률, 각종 암 유병률 등 건강수준(Health Status)과 암·심근경색 사망률 등 진료결과(Health care outcome), 보건의료이용 및 성과(Health care utilization and performance)를 총체적으로 평가한 결과, 우리나라의 건강성과지표는 3위에 해당하는 것으로 평가됨.

〈표 2〉 낮은 의료비 높은 건강지표

구 분	미 국	영 국	프랑스	캐나다	일 본	한 국
건강성과지표 ¹⁾	29(20위)	31(15위)	37(6위)	30(18위)	42(1위)	41(3위)
GDP대비 국민의료비 비중 ²⁾	17.7%	9.4%	11.6%	11.2%	9.6% (2010년)	7.4%
기대수명(OECD 평균: 80.1세) ²⁾	78.7세	81.1세	82.2세	81.0세	82.7세	81.1세
영아사망률(OECD 평균: 4.1명) ²⁾	6.1	4.3	3.5	4.9	2.3	3.0

1) 출처: 2012년 Canada Conference Board

2) 출처: OECD Health Data 2013

자료: 신영석. 진료비 증가요인 분석과 향후과제. 한국보건사회연구원. 2014

나. 정책제안

1) 건강보험재정 안정화를 위한 자원 확충방안 마련

- 보험료를 적정 인상
 - 적정부담-적정급여-적정보상 체계를 확립하기 위해서는 무엇보다 건강보험재정의 안정적 운영이 선결되어야 함.
 - 사회보험 형태의 건강보험제도를 채택하고 있는 선진국에 비해 보험료율이 현저히 낮은 우리나라의 경우, 보험료를 장기계획 하에 합리적으로 인상하고 건보재정에 대한 국가의 역할을 강화하여야 함.
 - 점진적 수가 인상 역시 양질의 의료서비스 제공으로 이어져 국민 건강향상과 전체 의료비 절감 측면에서 긍정적 효과를 기대할 수 있음.

● 보험료 부과체계 개선

- 보험료 부담에 대한 형평성 논란이 많은 현행 보험료 부과체계로는 안정적인 재원 조달은 물론, 보장성강화 정책 추진에도 한계로 작용할 수 있음.

● 국고지원 강화

- 보험료 인상만으로는 안정적 재정운영에 한계가 있으므로 보험료율의 적정 인상 외에 국고지원을 준수, 건강증진기금의 확대 등을 통해 건강보험제도 운영에 대한 국가의 역할을 강화할 필요가 있음.
- 사회보험 형태의 건강보험제도를 채택하고 있는 대부분의 국가에서도 보험료 수입만으로는 급여비를 충당할 수 없어 국고지원을 확충하고 있음.⁷⁾
- 따라서 국고지원의 비율을 현행 20%에서 점차 상향하는 방안을 고려하고 국고지원 미지급금에 대한 선정산을 실시하고, 추후 발생하는 미지급금에 대해서는 사후정산제를 도입하는 방안을 추진해야 함.
- 또한 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율(최근 3년)에 연동하되, 부족한 재원은 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충하는 방안도 고려할 수 있음.⁸⁾

2) 건보재정을 고려한 보장성강화 정책 실시

- 보장성강화 정책과 관련하여서는 필수의료, 질병의 중증도, 위급성 등의 우선순위 및 급여확대 원칙을 먼저 설정하고, 국민의 비용부담, 재정 상태 등을 고려하여 단계적으로 실시하여야 함.
- 특히 필수의료 중심으로 보험급여를 확대하는 로드맵을 구성하고, 필수의료라 판정된 비급여의 급여전환시 적정수가 보상이 반드시 담보되어야 함.
- 한편 현재의 치료 중심의 보장성강화에서 예방중심의 급여혜택을 확대하는 보장성강화 방안도 고려하여 질병에 이환되기 이전부터 비용-효과적 관리가 될 수 있는 구조가 형성되어야 할 것임.
- 이러한 측면에서 예방적 차원의 서비스나 취약계층(어린이, 임산부, 노인 등) 등에 대한 서비스의 경우는 국가 책임을 강화하여 건보재정보다는 조세를 통한 국고지원 형태로의 지원을 확대할 필요가 있음.

3) 적정수가-적정진료 체계 확립

- 현재 원가 이하의 저수가로는 의료기관 운영이 어렵고 적정수준의 의료서비스 제공을 담보할 수 없음.

7) 신영석. 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. 보건복지 ISSUE & FOCUS 제301호. 2016

8) 신영석. 건강보험 국고지원 방식에 대한 검토. 보건복지 ISSUE & FOCUS 제301호. 2016

- 건보제도 도입 초부터 유지되어온 우리나라의 낮은 의료수가는 공급자가 양질의 적정진료를 제공할 수 있는 수준으로 충분히 보상되어야 함.
- 적정수가가 보장되지 않은 상황에서 도입되는 다양한 지불보상방법이나 진료비 통제수단은 의료의 질 저하 및 국민건강에 위해를 초래하여 오히려 비용절감에 따른 편익을 상쇄하고 의료왜곡과 의료체계의 붕괴를 야기할 수 있음.
- 따라서 적정수가를 통한 합리적인 보상과 의사결정과정에서 이해관계자의 의견이 충분히 반영될 수 있는 구조가 반드시 마련돼야 함.⁹⁾
- 특히 일차의료의 기본이라 할 수 있는 진찰료에 대한 가치가 충분히 보장된다면 대형병원 중심의 비효율적인 공급체계에서 동네의원 중심으로의 효율적인 공급체계로 전환이 가능하고 의사와 환자가 모두 만족할 수 있는 진료환경이 조성될 수 있을 것임.
- 결론적으로 충분한 건강보험 재원 확보를 통해 보장성을 강화하고 적정수가를 통한 의료공급체계 및 의료의 질 개선을 통해 적정부담-적정급여-적정수가의 기본원칙이 보장되는 안정적인 건강보험체계가 구축되어야 할 것임.

4) 지속가능한 보험체계 유지를 위한 공공의료 확보

- 우리나라는 전체 의료기관 중 공공의료기관 비율이 OECD 국가 중 최하위 수준임.
- 보건소나 공립병원 등 공공의료기관 비중(병상 수 기준)은 2007년 11.8%에서 2012년 10.0%, 그리고 2015년에는 9.2%로 줄어들었음.
- 이 기간 동안 민간병원의 병상은 39만8,000여 개에서 61만2,000여 개로 늘었지만 공공병원의 병상은 5만3,000여 개에서 6만2,000여 개로 소폭 증가하는 것에 그쳤기 때문임.
- 현재의 민간의료기관 중심의 공공보건의료 정책으로는 지속가능한 보험체계를 유지할 수 없으므로 적어도 약 30% 정도의 공공의료가 확보되어야 하고 이에 대한 모니터링을 의사단체에서 지속적으로 시도해야 함.
- 참여정부 때 공공보건의료의 기반 확충을 위해 2005년부터 2009년까지 4년 간 4조원 규모의 공공의료재원을 투입, 국공립 의료기관 비중을 30%까지 확충하는 내용의 ‘공공보건의료 확충 종합대책’을 수립했지만 제대로 실현되지 못함.
- 공공보건의료 인프라 구축을 위한 체계적인 계획 수립 필요

5) 공익적 기능을 수행하는 민간의료기관 지원 강화

- 현 상황에서 기본적인 공공의료 인프라를 구축하기 전에 민간의료기관에서 공익적 기능을 수행 할 수밖에 없는 상황임.
- 보건복지부는 제1차 공공보건의료 기본계획을 통해 2020년까지 공익적 기능을 하는

9) 최재욱·이정찬. 건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제. HIRA 정책동향 9권 3호. 건강보험심사평가원. 2015

민간의료기관에 약 2조원의 예산을 지원하여 공공의료를 확충하겠다고 발표했지만 미온적인 정책 시행은 효과성에 대한 의문점을 가질 수 밖에 없음.

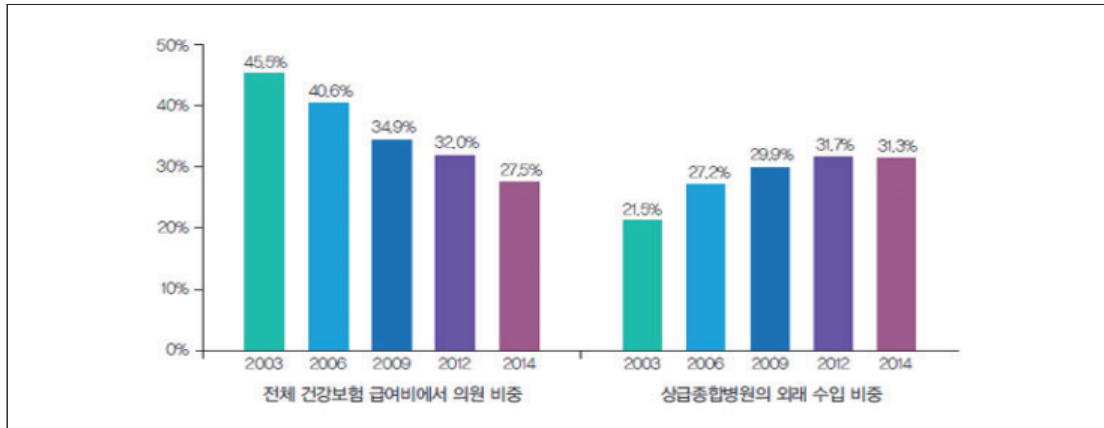
- 정부는 민간의료기관이 90%에 이르는 보건의료 환경에서 소유주체(민간vs공공)에 기반한 이분법적인 접근으로는 실효성 있는 공공보건의료 정책 수행이 곤란하며, 소유주체 중심에서 공공의 이익 실현이라는 기능 중심으로 공공보건의료의 개념을 전환한다는 방침을 세웠음.
- 그러나 이는 분만 취약지 해결, 응급의료기관 확충을 위한 계획을 거의 전적으로 민간의료기관에 위탁하겠다는 의도임.
- 정부는 공공의료 확보를 위한 계획을 체계적으로 설립하고, 공공의료 인프라 구축 과 정상의 부족한 부분은 민간의료기관이 담당할 수 있도록 공익적 기능을 수행하는 민간의료기관에 국가적 지원을 집중해야 함.

2

건강보험 지불제도 개선

가. 현황 및 문제점

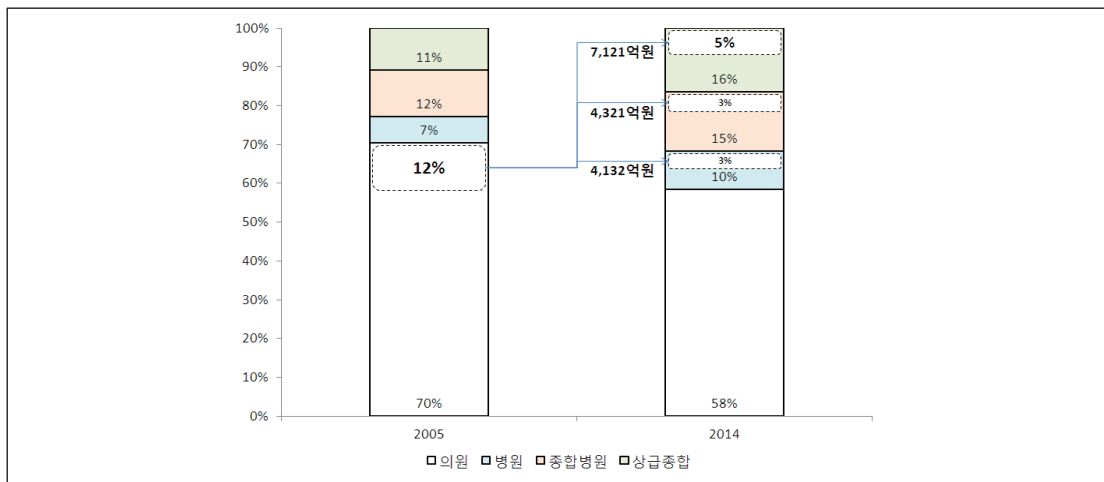
- 우리나라는 전 국민을 포괄하는 단일 건강보험제도를 운영하고 있고, 모든 의료기관은 개설과 동시에 건강보험 요양기관으로 지정되고 있음.
- 건강보험제도에서 의료공급자에 대한 지불방식의 변화는 보건의료시스템 전반에서 공급자의 재정적 동기를 변화시켜 의료행태를 변화시키는 전략적 도구가 됨. 또한 진료비 지불제도는 진료의 대가로 지불되는 보상 방식과 연관되어 있기 때문에 의료서비스 공급량, 의료의 질, 의료비, 의료 관리 방식에 결정적인 영향을 끼침.
- 이에 따라 진료비 지불제도는 의료서비스 공급자로 하여금 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 공급자에게 적절한 보상이 주어지도록 설계되어야 함.
- 현 시점에서는 일차의료 활성화 및 의료전달체계 확립을 위한 지불제도의 개선이 필요함.
 - 환자 차원의 부담금 증가가 아니라 의료공급자의 의료행위를 변화시킬 수 있는 지불제도 개선이 필요함.
 - 상급병원이 부가가치를 생산 가능한 분야에 투자할 수 있도록 유도하는 지불제도가 필요하나, 현 상황은 상급병원의 외래진료가 지속적으로 증가하는 추세임.
- 상급병원 외래진료 수입의 지속적인 증가는 중증질환치료에 전념해야 할 기관이 외래환자를 두고 일차의료기관과 경쟁하고 있다는 것을 강하게 보여줌.
 - 정부는 2011년 ‘의료기관 기능 재정립 기본계획’을 통해 의원은 외래진료 중심, 병원은 입원진료 중심, 상급병원은 중증질환과 연구중심으로 특화한다는 방향을 발표하였지만, 이 같은 정책은 전혀 실현되지 않고 있으며 오히려 의료전달체계를 악화시키는 방향으로 역행함으로써 건강보험재정에 부정적인 영향을 미치고 있음.



[그림 1] 건강보험 급여비 중 의원과 상급종합병원의 외래 수입 비중 변화

자료 : 김계현. 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 의료정책연구소. 2015

- 병원은 외래진료 확대를 통해 의원의 외래 급여비 수입을 지속적으로 잠식하고 있음.
 - 2005년 구성비율을 기준으로 할 경우, 2014년 한 해 동안 병원은 동네의원의 건강보험 외래 급여비 수입의 12%(약 1조 6천억 원)를 잠식함.¹⁰⁾



[그림 2] 의료기관 종별 건강보험의 외래 급여비 수입 비중 변화와 병원의 동네의원 외래 급여비 수입 잠식

자료 : 김계현. 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 의료정책연구소. 2015

- 현행 지불제도에 대해서는 건강보험제도 내의 어느 당사자도 만족하지 못하고 있음.
 - 의료계는 충분치 못한 보상수준과 까다로운 심사기준에 대해, 보험자는 진료횟수 증가에 따른 의료비 증가를 억제할 기전의 부재에 대해, 환자는 높은 본인부담수준에 대해 불만을 토로하고 있음.

10) 김계현. 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 의료정책연구소. 2015

나. 정책제안

- 건강보험재정과 의료전달체계 확립 및 일차의료 활성화에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 진료비 지불제도로 개편
 - 상급종합병원이나 종합병원이 의원과 외래진료를 경쟁하지 않고, 본래의 기능을 수행할 수 있도록 하는 지불제도로의 개편이 필요함.
- 원가보전이 되지 않는 이상 현행 행위별수가제 기조를 유지해야 함.
 - 그러나 장기적인 관점에서 지불제도 중 하나를 모든 기관에 동일하게 적용하는 방법 보다는 외래진료 중심인 의원에는 행위별 수가제를, 병원과 종합병원의 외래진료에 대해서는 제한을 두는 제도의 설계를 검토할 필요성이 있음.
 - 동시에 경증질환자가 상급종합병원에서 외래 진료를 받으면 진료비의 100%를 본인이 부담하도록 하는 제도도 검토되어야 함.
- 의사서비스와 병원서비스를 분리
 - 우리나라는 의사와 병원에 진료비를 함께 지불하는 제도를 시행하고 있음.
 - 일본의 지불제도(DPC)를 참고한 ‘한국형 DPC 지불제도’를 개발할 필요가 있음. 병원서비스의 지불방법은 포괄수가제(DRG)로, 의사서비스의 지불방법은 행위별 수가제로 적용하여 병원과 의사간에 견제와 균형을 도모한다면 기존 DRG에서 우려되는 의료의 질이 하락할 가능성을 줄일 수 있음.
 - 현재 우리나라는 일본의 DPC를 변형한 실포괄수가제에 대한 시범사업을 실시하고 있으나 일본의 DPC보다 재원일수 감소에 대한 효과가 적음.
 - 일본의 DPC는 재원일수에 따른 일당 수가에 차등을 두고 있어 재원일수 감소 효과가 더 큼.
 - 실포괄수가는 행위별 수가의 80%만을 보상하고 나머지 20%는 포괄로 보상되나, 일본의 DPC는 행위별 수가를 100% 보상하고 있어 의사에 대한 보상 원칙에 더 부합함.

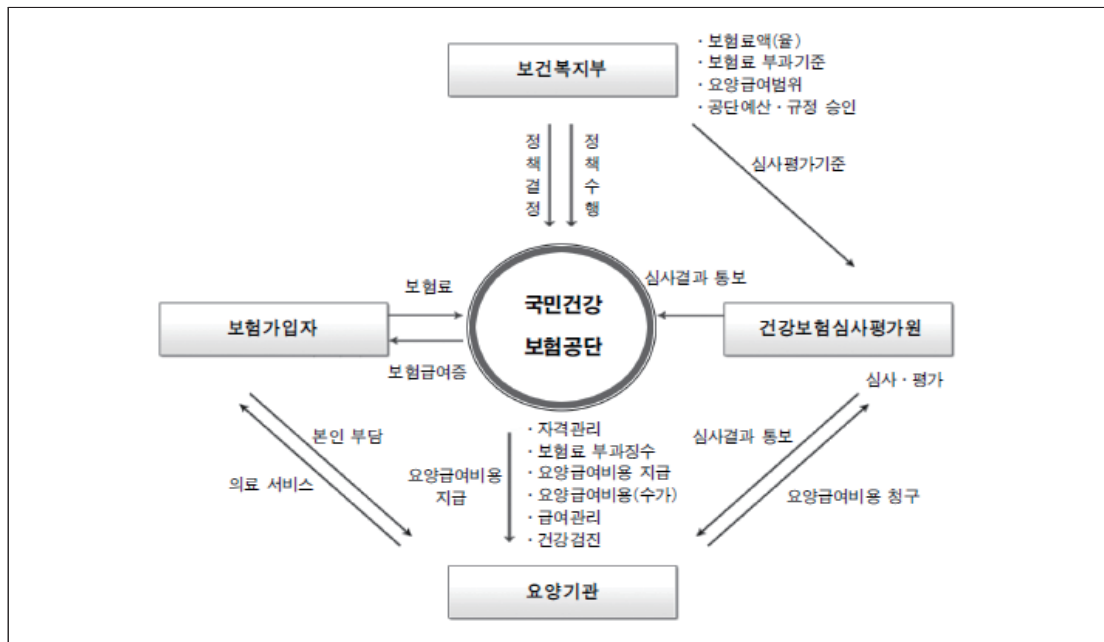
3

국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 기능 재정립

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- 국민건강보험법 상 국가를 대신해 건강보험사업을 수행하는 주체는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 요양기관 등이 있으며, 건강보험제도의 운영 및 전반에 대한 관리·감독은 보건복지부가 맡아 수행하고 있음.
- 국민건강보험제도의 관리 운영 체제의 주요 구성요소와 기능은 [그림 1]과 같음



[그림 1] 국민건강보험 관리운영체계

출처: 오윤섭, 건강보험재정 위험요인 분석. 감사연구원. 2012

(1) 국민건강보험공단

- 국민건강보험공단은 국민건강보험법 상 국가를 대신해 건강보험사업을 수행하는 주체로, 국민건강보험법 제13조에 의해 설립되었음.
- 국민건강보험공단은 전 국민을 대상으로 자격·징수·건강관리·고객지원 등과 관련해 원활한 행정 및 민원 서비스를 제공하기 위해 운영되고 있음.¹¹⁾

● 국민건강보험공단의 설립 목적 및 과정

- 국민건강보험공단은 조합방식의 다보험자 체계가 갖고 있는 한계점을 극복하고자 설립됨.

● 국민건강보험공단의 업무¹²⁾

- 국민건강보험법 제14조에서는 국민건강보험공단의 업무를 다음과 같이 명시함.
 - 가입자 및 피부양자의 자격 관리
 - 보험료와 그 밖에 이법에 따른 징수금의 부과·징수
 - 보험급여의 관리
 - 자산의 관리·운영 및 증식사업
 - 의료시설의 운영
 - 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
 - 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 등

● 국민건강보험공단의 조직 구성

- 산하의 6개의 지역본부, 178개의 지사를 운영 중이며, 이외에도 건강보험정책연구원, 인재개발원, 일산병원 등의 기관을 운영하고 있음.

(2) 건강보험심사평가원

● 건강보험심사평가원은 국민건강보험법에 의해 설립된 특수공법인으로 국민건강보험법 제62조에 의해 정부의 기능을 직접 수탁 받은 기관임.¹³⁾

- 건강보험심사평가원은 국민의 재산권을 보호하고 요양기관의 신뢰성을 유지하고자 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위해 설립됨.
- 진료비 심사의 전문성, 공정성, 객관성 등의 제고를 통해 심사의 효율성과 보험자 및 의료공급자와의 신뢰를 구축하고, 이용자 중심의 의료 환경을 조성하여 국민 대다수가 만족할 수 있는 선진적 의료보장제도 운영을 목표하고 있음.¹⁴⁾

● 건강보험심사평가원의 설립 목적 및 과정

- 고령인구의 증가, 소득수준 향상, 의료기술의 발달 등으로 진료비가 계속 증가하고, 반면 보험재정수입 수입구조가 취약한 현실에서 의료보장제도 운영에 대한 형평성 및 공정성에 논란이 나타났음.

11) 노상윤 외, 국민건강보험 공단의 관리운영 효율화 방안-내부조직간 경쟁체계 개선, 건강보험정책연구원. 2009

12) 국민건강보험법, 법률 제14183호. 2016

13) 신언향, 건강보험심사평가원의 바람직한 역할과 위상, 건강보험심사평가원. 2003

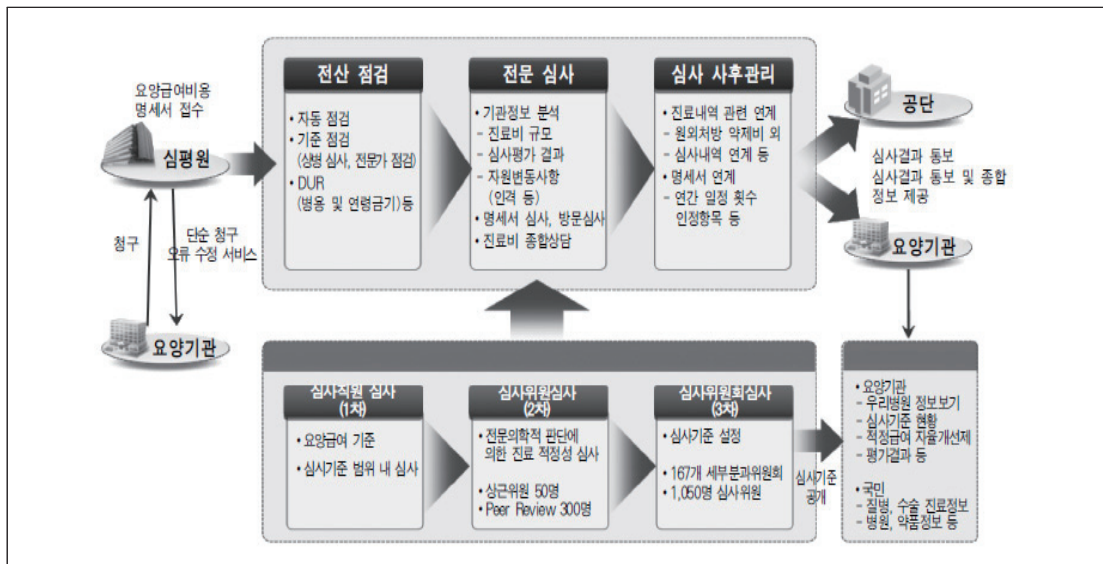
14) 건강보험연구센터, 건강보험제도 개요, 국민건강보험공단. 2005

- 2000년 다보험자 방식으로 운용되던 의료보험 관리체계가 ‘국민건강보험공단’ 단일 보험자 체제로 통합되며, 진료비 심사기능을 위한 급여의 적정성 평가 등의 기능을 수행할 건강보험심사평가원이 설립됨.¹⁵⁾

● 건강보험심사평가원의 업무¹⁶⁾

- 국민건강보험법 제64조에서는 건강보험심사평가원의 업무를 다음과 같이 명시함
 - 요양급여비용의 심사
 - 요양급여의 적정성 평가
 - 심사기준 및 평가기준의 개발
 - 요양급여비용의 심사, 적정성평가, 심사 및 평가기준의 개발에 따른 조사연구 및 국제 협력
 - 급여비용의 심사 또는 적정성평가에 관해 위탁받은 업무 등

● 건강보험심사평가원 진료비 심사 절차는 [그림2]와 같음



[그림 2] 건강보험심사평가원의 진료비 심사절차

출처 : 오윤섭, 건강보험재정 위험요인 분석, 감사연구원. 2012

15) 김윤 외, 건강보험심사평가원의 설립 운영 방안, 한국보건행정학회 학술대회 논문집. 1999

16) 국민건강보험법, 법률 제14183호. 2016

● 건강보험심사평가원의 조직 구성¹⁷⁾

- 본원과 산하 7개의 지원으로 구성되어 있으며, 심사평가정책연구소와 의약품관리종합정보센터를 운영하고 있음.

(3) 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 통합 논의 현황

● 건강보험심사평가원의 업무를 국민건강보험공단에게 이양해야 한다는 주장이 지속적으로 제기되고 있음.

- 국민건강보험공단의 보험자로서의 위상을 강화하고, 불필요한 중복 지출을 방지한다는 명목 하에 지속적으로 주장하고 있음.

〈표 1〉 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 통합을 주장한 연구자 및 단체

연도	연구자(단체)	내용
2002	이태수 ¹⁸⁾	- 급여의 방만한 지출을 방지하고자 이중 장치가 마련되어야 하며, 이를 위해 공단이 심사평가원의 청구 심사내역에 중 일정 표본을 추출하여 재심사할 필요가 있음 - 재심사를 위한 최소한의 현지 사실 확인 등의 조사가 필요하며 이를 위해 건강보험공단도 현지조사 관련 기능을 가져야함 - 건강보험 공단이 보험자로서의 위상을 강화하기 위해 보건복지부와의 관계에서 자율성을 확보하고, 건강보험심사평가원에 부여된 보험자의 기능을 이양 받아야 함
2012	국민건강보험공단채신위원회 ¹⁹⁾	- 공단에 진료비를 직접 청구하여 사전 자격확인을 통해 무자격자들을 확인 및 조치한 후 심사를 진행하도록 제도개선이 필요함 - 법 개정을 통해 급여 심사권은 보험자(건강보험공단)에 있음을 명확하게 규정하고 입원, 수술 등 전문 심사가 필요한 경우에만 전문심사기관에 심사를 위탁하는 방식으로 제도 개선 - 청구내역에 대한 보험자의 현지 확인 기능을 법률로 부여하고 부정청구 기관에 대해 보험자가 급여관리 책임을 충실히 이행할 수 있도록 법 개정이 필요함
2014	기획재정부 ²⁰⁾	- ‘고용·복지 분야 기능점검 추진방안’ 문서에서 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건 의료연구원, 건강증진재단을 통합해 건강보험통합공단을 설치하고자 함 - 건강보험료 징수와 지급결정의 권한이 이원화 되어 재정책임성이 미흡해지고 있음에 따라 공단 및 심평원의 통합이 필요함 - 통합이 어려울 경우 분리체계를 유지하되 심평원의 급여비 청구권 및 상대방치점수 조정권의 공단 이양과 수가결정에 대한 공단 권한 강화가 필요함
2016	국회 예산정책처 ²¹⁾	- 두 기관 모두 국민들이 부담하는 건강보험료로 운영되며, 두 기관의 관리운영비는 약 1조 6,773억 원으로 나타남. - 두 기관 사이에 자료 공유가 원활하게 이루어지고 있지 않으며, 각각의 기관이 운영하고 있는 연구소에서 수행하는 연구주제들이 유사하고 연관성이 높아 연구 효율을 개선이 필요함. - 결과적으로 두 기관의 통합에 대한 종합적인 고려가 필요함.

17) 2010 건강보험심사평가원 지속가능경영보고서, 건강보험심사평가원, 2010

18) 이태수, 건강보험공단의 보험자로서의 역할 재정립 방안, 건강연대, 2002

19) 국민건강보험공단채신위원회, “의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라”를 위한 실천적 건강복지 플랜, 국민건강보험공단, 2012

20) 양영구, “심평원 삼킨 ‘공룡공단’ 등장하나...政, 공단·심평원 통합 검토”, 『청년의사』, 2014.5.30

21) 김성수 등, 2015년 회계연도 결산 위원회별 분석[보건복지위원회·여성가족위원회 소관], 국회예산정책처, 2016

2) 문제점

(1) 국민건강보험공단 기능 및 운영의 문제점

- 국민건강보험공단은 정부의 단일보험자로서 국민의 보험료와 예산 지원을 통해 관리 운영되고 있으나, 방만한 운영에 대한 문제점이 지속적으로 제기되고 있음.
- 국민건강보험공단 통합 이후 발생한 관리효율성 저하
 - 2003년 이후 관리운영비 총액이 지속적으로 증가하였고, 이는 건강보험 통합 후 단일 거대조직의 관료적 운영으로 인한 부작용이라고 볼 수 있음.²²⁾
 - 가입자 1인당 관리운영비는 통합 이후 지속적으로 증가하여 2007년엔 통합 직전 대비 약 1.5배 증가해 관리효율성이 감소한 것으로 나타남²³⁾
 - 2007년의 가입자 1인당 관리운영비는 통합 직전인 1999년 대비 3,116억 원 증가함
 - 이 중 인건비 지출은 매년 급속도로 상승하여 2011년부터 2015년까지 연평균 5.75%의 인건비 인상률을 보임.²⁴⁾
- 감사원에서는 2002년 이후 공단이 가입자 자격관리 및 보험료 부과 등의 주요 업무가 전산화되어 지사의 업무량이 감소되었음에도 불구하고, 소규모 지사의 통폐합 없이 시군구별 1지사 원칙을 고수하여 불필요한 지출이 발생하였다고 지적한 바 있음.²⁵⁾

(2) 건강보험심사평가원 심사정책의 문제점

- 건강보험심사평가원의 경영평가 지표에 건강보험 재정 절감 지표가 포함되어 심사평가원에서 삭감을 할 수밖에 없는 상황이 나타남.²⁶⁾
 - 지난 2008년부터 심사평가원의 경영평가 지표에 건보재정 절감 항목이 포함됨에 따라 높은 평가를 받기 위해 삭감을 하고 있다는 의혹이 제기됨.
- 건강보험 재정난에 대한 이슈가 지속적으로 제기되자, 이를 해소하기 위한 방법의 하나로 진료비 심사제도를 이용하고 있음.²⁷⁾
 - 일정 수준을 넘어가는 다량의 심사조정은 설립 당시 기대했던 객관적이고 독립적인 심사기관으로서의 역할이 아닌 진료비 삭감을 위한 삭감전문기관의 역할을 수행한다는 이미지를 심어주고 있음.

22) 신의철, 전게서

23) 신의철, 전게서

24) 국민건강보험공단, 2016년 통합 정기공시 보고서, 2016

25) 감사원, 국민건강보험 운영실태, 2004

26) 이승우, “심평원의 삭감을 위한 삭감이 ‘불신’ 초래”, 『의협신문』, 2016.6.23

27) 이선희, 전게서

- 한편, 건강보험심사평가원의 심사기준이 의학적 타당성이 떨어지거나, 의학기술의 변화 추이에 부응하지 못해 의료의 질을 떨어뜨리고 있다는 지적이 계속 됨.²⁸⁾
 - 심사기준 관리과정의 합리성과 투명성에 대한 문제가 과거부터 지속적으로 제기되고 있으며, 심사기준 적용과정의 임의성이나 일관성이 결여됨.²⁹⁾
 - 심사기준의 개발과 적용과정에서 전문가 단체의 참여와 의견수렴이 정례적이고 체계적으로 이루어지지 못하고, 제정된 기준이나 지침에 대한 재평가 등의 노력이 부족해 심사기준에 대한 신뢰성을 확보하지 못하고 있음.
 - 건강보험심사평가원의 착오, 실수 등에 의해 조정 및 삭감된 내역은 2011년 기준으로 3년간 약 16만 건이며 이를 금액으로 환산했을 경우 8억 5,000만원에 달함.³⁰⁾
 - 이러한 사례는 해마다 지속적으로 증가하고 있으며, 심사의 과학화와 효율화를 운영 성과로 주장하고 있는 심사평가원의 신뢰성에 의문을 제기할 수밖에 없음.
- (3) 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원 통합 논의의 문제점
- 국민건강보험공단은 보험자이자 재원조달기관이고, 건강보험심사평가원은 심사 및 평가를 하는 전문기관으로 법령상 구분되어 있는 기관임. 이에 따라 두 기관의 통합시 각 기관의 설립취지와 맞지 않는 결과를 가져올 수 있음.
 - 보험자인 공단이 건강보험재정 절감을 이유로 과도한 삭감 및 의사의 진료권을 침해할 가능성이 높음.
 - 과거 주택공사 및 토지공사의 통합사례를 볼 때 시너지 효과보다는 부작용이 더 부각 될 수 있음.
 - 인위적인 통합으로 인해 보험자인 국민건강보험공단에 과도한 권한이 집중되어 심사의 공정성과 객관성에 영향을 미칠 수 있으며, 과거 국민건강보험공단 통합 시 분리된 기능을 다시 재통합하는 것은 신중한 고려가 필요함.

28) 이선희, 전게서

29) 이선희, 전게서

30) 이명여, “심평원 심사기준 제각각…착오심사에 혼쫓”, 『the doctor』. 2011.9.20

나. 정책제안

- 1) 국민건강보험공단의 불필요한 관리운영비 절감 필요성과 국민건강보험공단의 다보험자 체제로의 조직 개선
 - 가입자 자격관리 및 보험료 부과·징수 등의 업무가 대부분 전산화되었기 때문에 소규모 지사의 통폐합과 전반적인 인력의 구조조정을 통한 불필요한 지출 감소가 필요함.
 - 건강보험통합 이후 통합의 목적이었던 건강보험의 운영 및 관리효율성 개선의 달성은 이루어지지 않았고, 거대한 단일조직으로 인한 관료주의가 국민건강보험공단 내부에서 발생함.
 - 단일보험자 체제에는 공단 스스로 효율적인 경영을 위한 구조조정 동기가 약함.
 - 따라서 이를 개선하고 효율적인 경영의 동기를 마련하기 위해 다보험자의 상호 경쟁체제를 도입할 필요가 있음.
 - 국민건강보험공단의 통합으로 발생된 직장 및 지역가입자간 형평성 문제와 건강보험 재정의 불필요한 지출 개선을 위해 다보험자 체제로의 전환이 검토되어야 할 시점임.
 - 보험자간의 경쟁을 유도하고, 소비자인 국민의 선택이 가능하도록 다수의 보험자 체제로 전환해 다보험자 체제로의 변화를 검토할 필요가 있음.
 - 수진자 확인제도 등 떠넘기기식의 불합리한 제도를 개선할 필요가 있음.
 - 건보공단은 요양기관의 부당청구를 적발한다는 목적으로 진료내역통보와 수진자 조회제도를 실시하고 있으나, 부적절한 조회의 남발, 이로 인한 의사와 환자 간 신뢰관계 훼손, 과도한 행정비용 지출 등의 문제가 꾸준히 제기되어 왔음.
 - 특히 환자의 자격관리는 건보공단 본연의 업무임에도 불구하고, 업무를 다하지 못하여 발생하는 재정손실의 책임을 의료기관에 전가하고 있으며, 환자에게는 환자권리장전에 있는 진료 받을 권리를 침해하고, 환자의 불편을 감수하도록 하는 불합리한 제도로 시급히 개선되어야 함.
- 2) 건강보험심사평가원 심사정책의 개선³¹⁾
 - 건강보험심사평가원의 심사정책은 보험재정 절감보다는, 의료서비스의 질 향상을 지원할 수 있도록 개선되어야 함.
 - 합리적인 전문심사기구로서 활동할 수 있도록 그 위상에 대한 사회적 합의와 정책적 지원 및 감시가 함께 이루어져야 함.

31) 이선희, 전게서

- 현행 심사기준의 정비 및 타당성과 합리성을 제고하여 근거중심의 심사기준 및 지침 설정이 필요함.
 - 심사기준을 시대의 변화와 의료기술의 발전에 맞게 수정·보완할 필요가 있으며, 요양기관에 대한 적정성 평가뿐만 아니라 심사기준에 대한 정기적이고 객관적인 적정성 평가가 함께 이루어져야 함.
- 진료의 적정성평가는 진료권 침해 등의 오해와 논란의 소지가 많은 점을 감안하여 의료현장의 의견을 적극 수렴하여야 함.
- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원은 설립의 목적 및 취지가 달라 중복 업무가 있어 무조건적인 통합을 논의하기보다는 각 기관이 설립취지에 맞게 잘 운영될 수 있도록 지원하는 방향이 바람직함.
- 현재 의료현장에서는 심사평가원의 과도한 횡포에 대해 의학보다 “심평학(심사평가기준)”이 우선시 된다는 불만이 고조되고 있음.

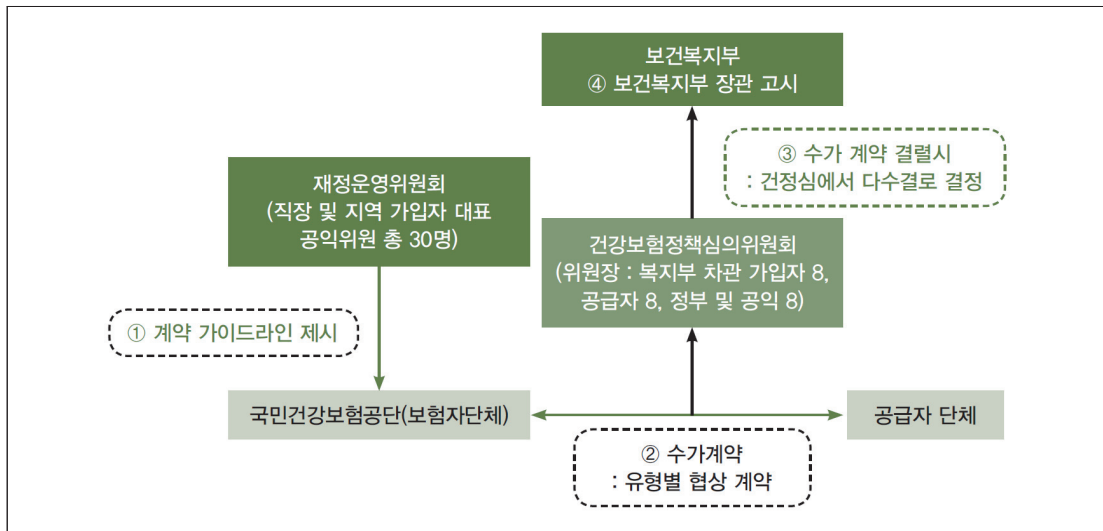
4

건강보험 수가결정구조 개선

: 건강보험정책심의위원회 구성 및 역할 개선

가. 현황 및 문제점

- 우리나라의 경우 2000년 국민건강보험법(이하 ‘건강보험법’이라 함) 시행 이후 요양급여비용(수가) 계약제를 실시하고 있음.
- 2007년 동법 시행령 일부개정을 통해 요양기관 유형별로 계약 당사자를 구분하고, 상대가치점수의 점수 당 단가를 요양기관 유형별로 달리해 정할 수 있도록 한다는 조항을 마련하여(현행 건강보험법 시행령 제20조) 요양기관 유형별 계약방식을 채택하고 있음.
- 현행법상 요양급여비용(수가) 계약제는 외형적으로는 대등한 입장에서 보험자와 의료공급자가 협상에 의해 요양급여비용을 결정하는 제도적 장치를 마련한 것으로 보이나, 실질적으로 요양급여비용(수가)계약이 원활히 성사되기 어려운 구조임.
- 의료공급자·건강보험가입자·정부측 대표들로 구성된 건강보험정책심의위원회(이하 ‘건정심’)에서 실질적으로 요양급여비용이 결정되고 있어 요양급여비용(수가)계약제의 본래 취지에 맞게 당사자 간 원만한 합의를 도출할 수 있도록 제도 개선이 필요함.
- 요양급여비용(수가)계약 제도 현황
 - 건강보험법 제45조에 따르면 요양급여비용은 국민건강보험공단 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정하고 있으며, 이 경우 계약기간은 1년임.
 - 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 간 체결된 것으로 봄. 만약 법률에서 정한 기한까지 계약이 체결되지 않을 경우 ‘건정심’의 의결을 거쳐 보건복지부장관이 정하도록 규정함.
 - 한편, 공단 이사장이 계약체결 시 건강보험법 제33조에 따른 재정운영위원회의 심의·의결을 거치도록 함.



[그림 1] 수가계약 체결 및 결정과정

자료 : 신현희, “국민건강보험법 관련 재정운영위원회의 합리적 운영을 위한 개선과제”, 병원경영·정책연구 제5권 제2호. 2016

- 2017년도 요양급여비용(수가)협상 결과는 의원 3.1%, 병원 1.9%, 치과 2.4%, 약국 3.5%, 한방 3.0%로 최종 결정되었음. 유형별 수가협상 진행경과는 아래와 같음.

〈표 1〉 유형별 요양급여비용(수가)협상 진행경과

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	10년 평균 증가율
병원	1.5%	2.0%	1.4%	1.0%	1.7%	2.2%	1.9%	1.7%	1.4%	1.9%	1.67%
의원	2.3%	2.1%	3.0%	2.0%	2.8%	2.4%	3.0%	3.0%	2.9%	3.1%	2.66%
치과	2.9%	3.5%	2.9%	3.5%	2.6%	2.7%	2.7%	2.2%	1.9%	2.4%	2.73%
한방	2.9%	3.7%	1.9%	3.0%	2.6%	2.7%	2.6%	2.1%	2.2%	2.9%	2.66%
약국	1.7%	2.2%	1.9%	2.2%	2.6%	2.9%	2.8%	3.1%	3.0%	3.5%	2.59%
조산원	30.0%	9.3%	6.0%	7.0%	4.2%	2.6%	2.9%	3.2%	3.2%	3.7%	6.95%
보건기관	2.3%	2.6%	1.8%	2.5%	2.0%	2.1%	2.7%	2.9%	2.5%	2.9%	2.43%
평균	1.94%	2.22%	2.05%	1.64%	2.20%	2.36%	2.36%	2.20%	1.99%	2.37%	2.13%

자료 : 대한의사협회 보도자료, 2016. 6

- **건강보험정책심의위원회의 기본성격**
 - ‘건정심’은 요양급여기준, 수가, 보험료율 등 현행 국민건강보험정책에 관한 주요사항 전반을 심의·의결하는 기구로서 건강보험법 제4조에 근거하여 설치·운영 중에 있음.
 - ‘건정심’의 심의 의결사항은 세부적으로 다음과 같음.
 - 보험료율, 보험료점수당금액 등 보험료 부과에 관한 사항

- 요양급여의 범위 등 건강보험 보장성 확대에 관한 사항
- 의료행위별 상대가치점수, 약제·치료재료별 상한금액 등 요양기관 보상기준마련에 관한 사항 등

● 의사결정구조(위원회 구성)

- 건정심은 건강보험법 제4조에 근거하여 가입자대표 8인, 공급자대표 8인 및 위원장(보건복지부차관)등 총 25인으로 구성됨.

〈표 2〉 건강보험정책심의위원회 의사결정구조

위원장 : 보건복지부 차관		
가입자 대표(8인)	공급자 대표(8인)	공익대표(8인)
근로자대표(2인)	의협(2인)	보건복지부(1인)
사용자대표(2인)	병협(1인)	기재부(1인)
시민단체(1인)	치협(1인)	공단(1인)
소비자단체(1인)	한의협(1인)	심평원(1인)
농어업단체(1인)	간협(1인)	보사연(1인)
자영자단체(1인)	약업계(2인)	진흥원(1인)
		학계(2인)

● 요양급여비용(수가) 결정구조상 문제점

- 조정 및 중재기능의 부재 : 현재 ‘건정심’의 경우 심의·의결 기능에 중점을 두고 있어, 계약당사자 간 이익갈등을 조정 및 중재하거나, 합의를 도출해내는 기능이 미흡함.
- 건정심에는 형식적으로는 공급자, 가입자, 공익위원이 모두 같은 비율로 있으나, 공익위원의 구성이나 선발절차 등에서 사실상 정부의 영향력이 높아 건정심 심의·의결 과정에서 정부입장을 고수하기에 상대적으로 유리한 구조임.
- 건정심 운영의 중립성·객관성 확보를 위한 구성 개편에 대한 논의는 감사원, 한국개발연구원(KDI), 한국보건사회연구원 등의 정부·공공기관과 참여연대 등의 시민단체에서 꾸준히 제기된 바 있음.
- 한편, 재정운영위원회의 역할 개선이 요구됨. 재정운영위원회는 의약계 대표자와의 요양급여비용(수가) 계약을 위한 협상부터 계약체결까지 심의·의결에 관여하게 되어 공단의 자율적인 협상 권한이 보장 되지 않고, 계약당사자간 자유로운 계약이 어려워 갈등이 발생하고 있음. 또한 공단 이사장의 자율적 협상 권한이 보장되지 않아 동 위원회가 보험료인상에 제한을 가하기 위한 기구로 활용될 가능성이 있어 우려됨.
- 건강보험법 제45조 제6항에 따르면 공단 이사장이 요양급여비용 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하는 경우 심사평가원이 성실히 응하도록 규정하고 있음.
- 수가계약을 위한 관련 자료는 계약 당사자가 공유하여 계약의 기초자료로 활용해야 함에도 불구하고, 공단 이사장에 한하여 자료요청권을 부여하고 있어 문제됨.

나. 정책제안

- **요양급여비용(수가) 결정과정상 조정·중재 기능의 강화**
 - 공단과 의약단체 간 요양급여비용(수가)협상이 결렬될 경우, 건정심 의결을 거치기 전에 합리적으로 수가를 조정할 수 있는 중재 기전 혹은 관련 기구의 설치도 고려해 볼 수 있을 것임.
 - 조정에 실패할 경우 조정기구에서 조정 결과를 건정심에 권유하되 조정결과는 경제 지표 반영 등 조정 원칙을 적용하여 도출해야 할 것임(조정기구 구성 및 운영방식은 건정심에서 세부적으로 논의해야 할 것임).
- **건정심 위원 구성의 개선(중립성 및 전문성 확보)**
 - 건강보험제도는 사회보험으로서 구성원 간 균형 있는 합의를 통해 주요사항을 결정하는 것이 바람직하다는 점에서, 건정심 구성의 중립성을 강화하여 조정·중재 기능을 확보하는 방향이 바람직함.
 - 건정심 위원구성의 불합리성을 본질적으로 개선하기 위해 공급자와 가입자의 위원을 동수로 구성하고, 실질적인 중재와 조정이 가능하도록 가입자와 공급자가 각각 동수로 추천한 위원과 공급자, 가입자가 상호 동의한 위원으로 건정심 공익위원을 구성하는 것이 바람직함.
- **재정운영위원회 기능(역할) 변경 등**
 - 현행법상 재정운영위원회의 심의·의결을 거치도록 한 조항을 삭제하거나, 재정운영 위원회를 심의·의결기구에서 자문기구로 전환하여 공단 이사장의 권한을 확대하고 계약당사자로서의 실질적 권한을 보장하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것임(계약의 효율성 제고).
 - 요양급여비용(수가) 계약 체결 시 공단 이사장이 재정운영위원회의 심의·의결 사항에 구속됨에 따라 계약 당사자로서의 대표권을 원활히 수행하기 곤란하다는 문제점이 지속적으로 제기되고 있으므로 재정운영위원회의 역할을 요양급여비용(수가) 계약 체결에 관한 자문 역할로 축소시키자는 법안도 과거 발의된 바 있음(손숙미 의원 대표발의, 건강보험법 일부개정법률안, 2010).
 - 재정운영위원회 구성과 관련하여 공급자 참여를 보장하도록 위원 구성을 개편하는 것도 고려해 볼 수 있음. 즉 재정운영위원회 위원 구성을 개편하여 건보재정 의사결정에 의료공급자가 직접적으로 참여하도록 하는 것임.
 - 한편, 재정운영위원회 위원의 전문성 결여가 문제시되고 있으므로 전문성 강화를 위하여 위원회 내부에 보건의료 전문가 인력풀을 구성, 운영하는 것도 고려해 볼만 함.

● 요양급여비용 관련자료 요청권 부여

- 심사평가원에서 보유하고 있는 방대한 양의 요양급여비용 관련 자료는 계약 체결시 기초자료로 활용될 수 있음에도 이에 대한 자료요청권을 일방당사자인 공단 이사장에게만 부여하는 것은 계약의 효율성을 저해할 수 있으므로 양 당사자 모두에게 요청권을 부여해야 할 것임.
- 즉 요양급여비용 관련 자료에 대한 동일한 접근권 보장을 위해 유형별 중앙단체의 장에게 심사평가원에 계약 체결을 위해 필요한 자료 요청권을 부여하는 방향으로 개선되어야 할 것임.

5

불합리한 의약품 유통관련 제도 개선

가. 현황 및 문제점

● 리베이트 쌍벌제의 개념

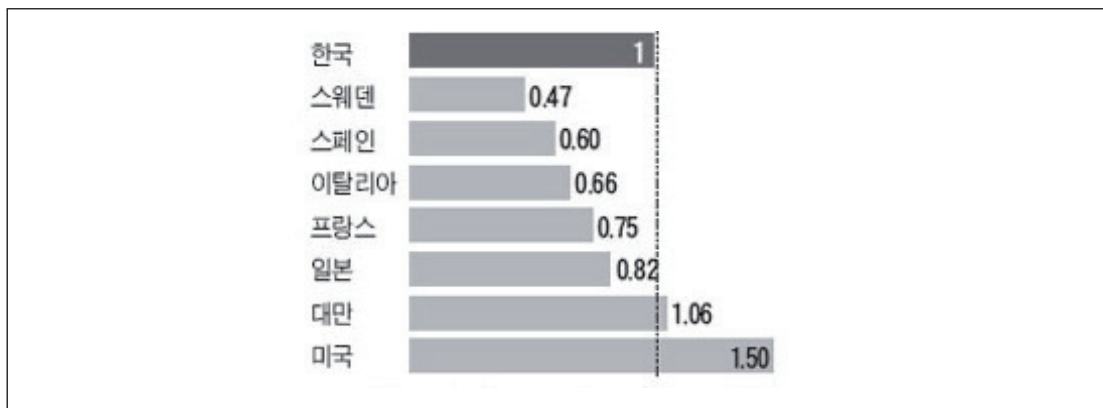
리베이트 쌍벌제의 개념	의약품 리베이트를 제공한 자 뿐만 아니라 수수한 자를 모두 처벌하는 제도로 2010년부터 시행		
누가 리베이트 제공주체 의약품의 품목허가를 받은 자·수입자, 의약품도매상 의료기기 제조·수입·판매·임대업자 대리점도 ‘의료기기 판매(임대) 업자’로 적용대상	누구에게 리베이트 수령 주체 의료인 의사, 치과 의사, 한의사, 간호사, 조산사 의료기관 개설자 법인인 경우 대표자, 이사, 종사자도 포함 의료기관 종사자 약사·한약사 약국 종사자 포함	무엇을 경제적 이익 제공 금지 금전 예금증서, 상품권, 유가증권, 지불이행각서 물품 기계, 가구, 토지, 건물, 공작물, 사용권 등 편의 교통, 숙박, 학회등록 등 편의 노무 근로 기타 서비스 제공 향응 음식물, 공연, 스포츠 행사 초대·우대	

- 의료법 제23조의3에서는 부당한 경제적 이익 등의 취득을 금지한다면서 의료인, 의료기관 개설자 및 의료기관 종사자는 약사, 의약품 수입자, 의약품 도매상으로부터 의약품 채택·처방유도·거래유지 등 판매촉진을 목적으로 제공되는 금전, 물품, 편의, 노무, 향응, 그 밖의 경제적 이익을 받아서는 안 된다고 규정함.
- 단, 단서조항에서 견본품 제공, 학술대회 지원, 임상시험 지원, 제품설명회, 대금결제조건에 따른 비용할인, 시판 후 조사 등의 행위로서 보건복지부령으로 정하는 범위 안의 경제적 이익 등에 대해서는 그 수령을 허용한다고 하고 있음.
- 부당한 경제적 이익을 수령한 경우에는 제66조 제1항 제9호에 따라 1년 이하의 면허정지라는 행정처분의 대상이 되며, 제88조에 따라 3년 이하의 징역이나 3천만 원 이하의 벌금, 경제적 이익의 몰수 또는 가액의 추징이 부과될 수 있음.

- 이러한 규정들의 신설 전에는 부당한 경제적 이익 등을 제공한 제약회사에게만 징역 또는 벌금 및 업무정지처분이 부과되었는데, 법률 개정으로 이를 수령한 의료인 등에게도 징역 또는 벌금형의 형사처벌이 부과되는 측면을 강조하여 ‘쌍벌’이라는 용어를 사용하고 있는 것임.

● 높은 복제약가가 리베이트의 근본 원인.

- 구매력지수를 고려한 복제약가를 비교한 연구에 따르면, 우리나라 약가를 100으로 봤을 때, 스웨덴(47), 스페인(60)으로 우리나라 복제약가가 상대적으로 매우 높음.



[그림 1] 구매력지수를 고려한 한국과 외국의 복제 약값 비교

자료 : 권순만, 국내외 복제약가비교 연구 보고서, 서울대학교 2010

● 첫째, 리베이트 쌍벌제의 도입 취지 자체의 문제점

- 보건복지부는 불법적인 리베이트로 의약품비가 증가하고, 이것이 건강보험재정에 악영향을 미치기 때문에 리베이트 쌍벌제 도입이 필요하다고 주장하였음. 그러나 의약품 가격은 정부가 일방적으로 결정하는 구조를 갖고 있기 때문에 리베이트가 의약품 가격이나 건강보험 재정에 미치는 영향은 없음.
- 독일의 경우 의약품 리베이트를 합법으로 인정하는 등 의약품 리베이트의 위법성은 국가에 따라 다른 해석을 하고 있음.
- 정부는 원가에도 못 미치는 저수가 정책을 유지하며, 이에 대한 보상차원에서 의사들의 의약품 리베이트 수수행위를 적극적으로 제지하지 않고 암묵적으로 동의해 왔음. 이로 인해 의약품 리베이트는 일종의 관행으로 존재해 왔던 것임.

“리베이트 쌍벌제, 유독 의사만 과도한 규제”

- 〈데일리메디〉, 2015년 8월 31일

리베이트 주범은 약가규제, 쌍벌제는 또 다른 규제일 뿐
“약가규제·건보 정부 독점 내려놔야”

- 〈메디칼타임즈 뉴스〉, 2015년 11월 13일

- 둘째, 무분별한 실적 쌓기 위주의 수사로 인한 의사-환자 간의 신뢰 훼손
 - 리베이트 쌍벌제 시행 이후 리베이트에 대한 개선이 이루어지고 있음. 그러나 수사기관은 리베이트 쌍벌제 도입 이전의 행위에 대해 집중적으로 조사하고 행정처분 대상으로 포함하고 있음. 이는 전형적인 실적 쌓기 목적의 수사임.
 - 의료인과 같은 전문직종의 자격에 대한 제재는 전문가 집단 내에서의 권위와 사회적 명성이 추락하는 불이익이 뒤따른다는 점에서 법률에서 예정한 불이익을 초월하는 치명적인 사실상의 불이익이 있음.
 - 이에 의료인에 대한 제재를 가하기 위해서는 신중을 기하여야 함. 즉 그 요건을 엄격하게 해석·적용하여야 할 것이고 지나친 확장해석이나 유추는 할 수 없다고 보아야 함.
 - 특히 행정처분은 철저한 사실 확인을 거쳐야 함. 그러나 보건복지부는 제약회사 영업사원 진술에만 기초한 검찰의 범죄일람표를 근거로 리베이트 쌍벌제 이전의 대상자까지 행정처분을 내리고 있음. 이는 명확한 사실관계에 근거하지 않은 과도한 행정제재임.
 - 무분별한 실적 쌓기 수사와 행정처분으로 의사-환자 간의 신뢰 관계가 훼손되고, 환자의 의료접근성을 저해함.

나. 정책제안

- 의약품 리베이트는 일부 의사들의 윤리적 문제가 아니라 구조적인 문제임.
 - 약가결정구조의 왜곡으로 인해 높은 복제약가 구조를 만들었고, 그에 따라 리베이트가 발생하도록 하였으며 이를 방치해 온 것은 정부와 제약기업들의 책임이 가장 크다고 할 수 있음.
 - 리베이트 근절을 위한 근본적이고 실질적인 방안은 외면하면서 의사들을 일방적으로 매도하는 것은 바람직하지 않음.
- 정부는 의약품 리베이트 문제에 대한 책임을 더 이상 의사들에게 떠넘기지 말고, 의약품 리베이트를 근절할 수 있는 근본적인 문제해결에 나서야 함.
 - 첫째, 현재 리베이트 쌍벌제도는 제약회사의 의례적인 판매활동을 과도하게 규제하고 있는 바, 모호한 개념의 리베이트를 정확하게 규정해야 함.
 - 둘째, 의약품 리베이트가 제약회사들의 공세적인 영업행태로 인하여 발생하는 것인 만큼 리베이트에 기반한 제약회사의 영업공세를 중단해야 함.
 - 셋째, 의료수가 적정화, 약가결정구조 개선을 통한 복제약가 인하 추진, 국내 제약사의 체질개선 및 구조조정, 의약품 유통구조 개선을 통한 약국 불법 백마진 근절 등 리베이트 근절을 위한 근본적인 대책을 추진해야 함.

● 의사 처방료 수가 분리

- 의사의 의료행위에 대한 정당한 수가 책정 필요
- 의사가 질병을 진단하고 치료계획을 세울 때 일차진료의 영역에서 가장 많은 치료법은 약물처방인데 이를 따로 인정하지 않는 건 불합리함.
- 약물처방은 다른 봉합술, 절개술, 단순처치, 이물제거술 등 여러 치료적 수기의 수가가 따로 산정돼 있는 것처럼 독립된 치료방법으로 따로 수가가 분리되어야 함.
- 처방료에는 환자에게 최적의 약물을 디자인하는 과정에 대한 수가인 처방기본료와 처방일수 조정에 따른 의학적 판단에 대한 수가인 처방일 일수로 구분되어야 함.

● 쌍벌제 법 개정 이전의 수수자에 대한 부당한 행정처분 금지

- 쌍벌제 법 개정 이전의 수수자에 대해 모두 행정처분을 내리는 것은 도의적 책임은 별도로 하더라도 그간의 관행적인 부분을 고려하지 않은 과도한 처분임.
- 리베이트 쌍벌제 이전 수수행위에 대해서는 행정처분이 아닌 경고나 주의로 대체하거나 쌍벌제 이후 행위에 대해서만 행정처분을 내릴 수 있도록 국한하여야 함.

● 리베이트 원천 차단을 위해 복제약가를 외국수준으로 인하하는 방안이 요구됨.

2017 국민을 위한 보건의료정책

발행일	2017년 3월
발행인	추무진
발행처	의료정책연구소
주 소	(04427) 서울특별시 용산구 이촌로46길 33 Tel. 02-6350-6684 Fax. 02-795-2900 http://www.rihp.re.kr
인쇄	경성문화사 02-786-2999

본 내용의 무단복제를 금함.

