

의료계획의 수립과 쟁점



Issues in Health Planning

이규식 | 연세대 보건행정학과 명예교수

건강보험제도는 의료를 인간의 기본권으로 간주하기 때문에 법률에 의해 전 국민에게 강제로 적용한다. 의료보장제도가 도입되면 환자가 보험수가 전액을 내는 것이 아니라 소액의 본인부담만 하고 의료를 이용하기 때문에 의료 가격은 무의미해진다. 따라서 시장 수요를 토대로 의료를 배분할 수 없게 된다. 시장이 무력화되기 때문에 수요를 대신하여 필요도를 기준으로 의료를 배분하는 새로운 메커니즘이 요구된다. 이때 필요도의 설정과 함께 필요도 배분을 위한 공급자의 위계적 시스템 구축이 필요해지고, 이를 뒷받침하기 위한 의료계획은 필수적 요소가 된다. 우리나라는 지금까지 건강보험의료를 '공공성이 강한 사적 재화'로 간주하여 시장 접근을 하면서 의료계획 없이 정책을 수행하여 여러 가지 문제가 야기되었다. 건강보험제도를 유지하는 한 필요도를 기준으로 의료를 배분해야 한다는 점을 깨닫고 의료계획 수립을 서둘러야 한다.

1. 서론

글로벌 경제를 지향하는 우리나라에서 의료계획이 왜 필요한가? 그 이유는 의료보장제도 아래서 의료서비스 가격이 환자에게는 의미를 상실하기 때문이다. 그래서 글로벌 경제를 지향하는 어떠한 산업화 국가라도 의료보장제도를 갖

고 있는 한 의료계획을 작성하고 있다. 의료보장제도에서 환자에게는 가격이 제 기능을 하지 못함에도 불구하고 보험수가를 가격으로 인지하여 우리나라는 의료체계를 시장형으로 운영하여 의료계획을 도외시키고 있다. 의료보장제에서 환자는 소액의 본인부담만 하고 의료를 이용하기 때문에 환자에게 의료수가(가격)는 무의미해지

고, 수요를 토대로 서비스를 배분하는 시장 기전은 쓸모가 없어진다. 수요를 토대로 하는 시장 기전이 서비스 배분을 위한 적합한 기구가 되지 못한다면 새로운 방법으로 의료서비스를 배분해야 한다. 시장이 쓸모없어지면 의료서비스 배분 기준은 당연히 '필요도'가 된다. 따라서 필요도를 결정하고 이를 배분하기 위해서는 시장을 대신하는 공급을 위한 계획이 필요해진다(이규식, 2018a).

전 국민에게 건강보험제도로 의료료를 보장하면서도 의료에 대한 이념적인 성격을 정립하지 못하고 의료료를 '공공적 성격이 강한 사적 재화'로 간주하여 시장 접근을 하다 보니 우리나라 의료체계는 자유방임형으로 흘러가게 되어 의료이용 과다와 같은 문제가 발생하고 있다(이규식, 2017a). 정부는 2000년에 보건의료기본법을 제정하고 이 법 제15조에 5년 단위로 보건의료발전계획을 수립하도록 규정하였다. 문제는 의료계획을 수립하도록 법령은 구비하였으나 왜 계획이 필요한지에 대한 논리를 정립하지 못하였기 때문에 이 조항은 사실상 사문화되어 우리나라 의료체계는 시장형 의료체계와 유사한 상태가 된 것이다. 따라서 우리나라 의료정책에서 가장 시급한 것은 의료보장정책에 부합하는 의료계획이 왜 필요한지 논리를 정립하고 이러한 논리를 바탕으로 의료계획을 수립하는 일이다.

2. 계획의 정의와 종류¹⁾

가. 계획(planning)의 정의

계획(planning)²⁾이란 달성하고자 하는 목표를 설정하고 이의 달성에 필요한 자원의 효율적 활용 및 합리적 배분이 이루어지도록 하는 포괄적인 메커니즘을 개발하는 과정으로 정의된다. 계획은 설정한 목표를 가용한 자원의 효율적 활용과 합리적인 배분을 통해 달성하는 데 있다. 따라서 계획은 그 결과인 산출물보다 이루어지는 과정으로서의 가치가 더욱 중요하다. 계획은 시스템이 다루어야 할 다양한 측면을 조정하여 조직화하는 시도를 의미한다. 따라서 계획은 관련되는 모든 변수를 고려하는 포괄적인 접근을 해야 한다(Thomas, 2003).

의료 분야의 계획은 특정 지역이나 전체 인구 집단의 전반적인 필요를 측정하고 이를 충족하기 위해 기존의 자원 및 미래에 기대되는 자원의 배분을 어떻게 하는 것이 가장 효율적인지를 결정하는 과정이라 할 수 있다. 즉 당면하고 있는 건강 문제에 효과적으로 대응하기 위해 의료 자원의 합리적 배치 및 조직화를 통해 의료이용의 합리성과 형평성을 추구함으로써 희소한 자원의 중복과 낭비를 최소화하고자 하는 것이다(Thomas, 2003).

이상적으로 본다면 계획은 기술적 관점에 의

1) 이 절은 이규식, 이신호(2017)을 수정하여 게재하였다.

2) 'Plan'은 계획 그 자체를 의미하고 'planning'은 계획하는 과정에 중점을 두는 것으로 우리말로는 둘 다 '계획'으로 번역된다. 이 글에서는 'planning'을 '계획'으로 표기하였으며, 특별히 계획 그 자체를 이야기할 경우에는 '계획(plan)'으로 표기하였다.

해 추진되는 객관적인 과정이어야 한다. 그러나 현실에서 계획은, 이렇게 되어야 한다는 ‘누군가’의 생각에 좌우되는 것이 불가피할 수 있다. 비록 계획이 집단의 합의로 추진되더라도 이것은 어느 한 집단의 합의이지 다른 집단의 합의는 아닐 수 있다. 따라서 계획의 추진과 집행이 완전히 객관성을 띠기는 어려우며, 지역사회 내 기득권 그룹 간의 타협이 반영되거나 특정 조직 내 경쟁적 세력 간의 타협이 반영되고 있다. 따라서 계획에서는 정치적, 사회경제적인 배려를 통해 특정한 의료 환경에 대비해야 한다(Thomas, 2003).

나. 계획의 필요성

의료체계의 합리적 운영에 의료계획이 필수적인가에 대해 논란이 있지만, 의료계획이 필요한 이유를 Ettelt 등(2009)은 다음과 같이 네 가지로 요약하고 있다.

첫째는 의료와 관련된 정보의 비대칭성에 기인한다. 비대칭적 정보와 많은 참여자가 포함되는 복잡한 과정이 결합하면 시장의 신호에 의존하기 힘들어지므로 계획이 없으면 필요와 실제 이용 간의 불일치가 발생할 수밖에 없다. 이와 같은 상황에서 계획은 환자에게 많은 편익을 주게 된다.

둘째, 계획이라는 개입이 없으면 수익을 높일 수 있는 환자만 치료하는 일이 벌어진다. 개별 의료기관들은 이윤은 극대화하고 위험은 최소화하기 위해 가급적 복합증상이 적은 환자만 진료하기를 원하게 된다. 만약 계획과 같은 정부의 개입

이 없다면 합병증이나 유전적 질병이 있는 위험도 높은 환자들은 진료받을 곳이 없어지는 문제가 생긴다.

셋째, 계획이 없으면 공급자 유인 수요가 일어날 수 있다. 계획 수준이 낮은 개발도상국가의 사례들을 보면 제공되는 의료서비스의 적정성보다는 자본 투자 수익을 극대화하는 방향으로 시설에 대한 투자가 이루어지고 있다. 즉, 이러한 국가에서는 기본적인 욕구는 충족시키지 못하면서 수익성이 높은 초정밀 진단 장비인 MRI 같은 장비들을 다량으로 구입하는 사례들을 볼 수 있다.

넷째, 의료서비스의 공급과 진료 사이에는 상당한 시차가 있다. 예를 들면 의과대학을 증설하는 것과 서비스 공급이 증가하는 것 간에는 적어도 10년의 시차가 있다. 의료시장에서 공급이 부족하다는 신호가 나타날 때 공급 능력을 확충해서는 이미 시기가 늦어지는 문제가 있기 때문에 의료계획이 사전적으로 이루어져야 한다.

한편 Thomas(2003)는 계획이 필요한 이유를 계획이 주는 이점이라는 관점에서 다음과 같이 설명하고 있다.

첫째, 계획은 의료체계나 하부 조직을 구성하는 여러 요소 간의 조화를 기할 수 있도록 하는 이점이 있다. 어떠한 계획(plan)이라도 이를 집행하기 위해서는 조화가 필수적이며, 조화는 특히 계획 과정에 반영되기 때문에 계획의 효율성을 높일 수 있다.

둘째, 계획(plan)은 자원 배분을 위한 강력한 수단이 된다. 계획이 존재하는 이유는 미래의 필요도 충족을 위해 자원을 적절히 배정할 수 있는

틀을 제공하는 데 있다.

셋째, 계획은 논의되어야 할 과제들을 모두 탁자 위에 올려놓게 한다. 계획의 과정은 사업 전개 과정에서 무시될 수 있는 과제들을 토론할 수 있도록 하여 사업 수행 과정에서 벌어질 수 있는 상황을 사려 깊게 고려할 수 있는 기회를 제공한다.

넷째, 계획의 과정은 사업의 우선순위를 결정하는 과정이 될 수 있다.

다섯째, 계획은 의료비 절감을 위한 수단으로 활용될 수 있다. 모든 계획(plan)에 내재되어 있는 조화, 효율, 책무성의 강조는 보다 비용효과적인 조치들을 도입하는 계기가 될 수 있다.

여섯째, 계획은 의사 결정의 틀을 제공하게 될 것이다. 그리하여 최적의 조건에서 의사 결정이 이루어지도록 할 수 있다.

이상과 같은 연유로 의료보장제도를 도입한 대부분의 국가들은 의료계획의 요소를 갖추고 있는 중앙집권적 의료체계를 유지하고 있다³⁾ (Thomas, 2003).

다. 의료계획의 종류

의료계획을 수립할 때 어떠한 내용을 위주로 할 것인가는 하는 문제는 의료계획의 성격에 따라 달라질 수 있다. 의료계획에는 다음과 같이 전략계획과 운영계획의 두 가지가 있다(이규식, 이신호, 2017).

1) 전략계획

전략계획(strategic planning)은 의료체계가 나아가야 할 원칙을 정의하고 정책 방향을 설정하는 데 중심을 두고 있다(Ettelt et al., 2009). 전략계획은 주로 의료체계의 스튜어드십에 관한 것으로서 최고 수준인 중앙정부가 의료정책의 방향을 정립하는 것이다.

Thomas(2003)는 전략계획의 기능을 다음과 같이 정의하고 있다. 전략계획은 변화하는 환경에 적응하기 위한 메커니즘으로 활용된다. 따라서 전략계획은 장기적 성격을 가지며, 의료 분야에서 일어나는, 변화하는 목표에 적응하기 위한 준비를 갖추는 것과 같다고 하였다. 이론적으로 전략계획은 장기적인 목표, 중기적 전략, 그리고 단기적인 전술을 갖춘 5년 혹은 10년 동안의 계획이어야 한다. 예산계획이나 시설계획에는 창조성이 필요하지 않지만 전략계획은 창조적인 성격을 가져야 한다. 전략계획에서는 환경의 변화로 인해 제기되는 과제를 해결해야 하기 때문에 창조성이 필수적이다. 그리고 전략계획은 입장 정리(positioning)에 관한 것이기 때문에 전략계획의 비전은 변화하는 환경을 예측하여 조직이 취해야 할 입장(position)을 반영해야 한다.

2) 운영계획

운영계획은 전략계획을 실천으로 옮기는 작업이기 때문에 의료서비스 제공과 관련되는 모

3) 여기서 중앙집권적이라는 의미는 북유럽과 같이 지방정부가 의료에 대한 책임을 지는 분권화 국가라 하더라도 중앙정부가 전국적으로 통일된 체계를 갖도록 법이나 제도의 틀을 정하고 있음을 의미한다.

든 범위의 일이 포함되어야 한다(Ettelt et al., 2009). 여기에는 예산과 자원의 배분, 서비스의 조직화, 사업 인력, 시설 및 장비의 확보 등이 포함된다. 운영계획에는 의료체계의 목표 달성과 관련되는 다양한 분야의 계획들이 있다. 여기서는 대부분의 국가에서 채택하고 있는 공급 능력, 자본비용, 인력에 대한 계획에 관하여 살펴보기로 한다(이규식, 2015).

〈의료서비스 공급 능력(capacity) 계획〉

공급 능력에는 기존 시설에 대한 투자, 신규 시설에 대한 투자, 고가 장비나 기술에 대한 투자, 제공될 서비스, 인력의 배치, 재원 조달 등이 포함된다. 계획의 범위나 구체성은 국가에 따라 다르다. 어떤 국가에서는 기존 시설 위주로 시설의 위치나 숫자까지 명기하기도 한다. 전통적으로 대부분의 국가에서는 병상에 대한 계획을 중시하는데 최근 영국과 프랑스에서는 병상 대신에 제공할 서비스의 양이나 의료 분야의 특정 활동으로 대체하고 있다(Ettelt et al., 2009).

대부분의 정부가 공급 능력에 개입하는 이유는 정부가 공급을 규제하지 않을 경우 희소한 자원을 낭비하는 것은 물론 공급 과잉에 기인하는 공급자 유인 수요를 초래할 가능성이 있기 때문이다. 1990년대 이후 대부분의 유럽 국가들이 병상 수를 줄이는 노력을 하는데 우리나라만 공급 능력에 대한 계획이 없다 보니 매년 병상 수가 증가하여 인구 1000명당 병상 수가 이미 세계 제2위로 많아 유인 수요를 위시한 많은 문제를 야기하고 있다.

공급 능력 확충과 관련된 계획을 위해 대부분의 국가가 취하는 전형적인 방법은 입법을 통해 새로운 인프라 같은 공급 능력 확충 제안의 타당성을 검토하는 기구를 설치하는 것이다. 공급 능력의 확충을 방지하는 계획이 쉽게 작동하기 어려운 측면이 있기 때문에 중앙 정부는 확충에 대한 기준을 설정하는 등의 노력을 한다. 그리고 개별 병원 입장에서 병상 수 확충이 병원의 경제적 이해나 명성과 관련될 경우 정부의 계획과 상충하여 갈등을 초래하기도 한다.

〈자본비용 계획〉

주요한 의료 인프라와 관련된 자본 투자는 통상적인 운영 과정에 적용되는 경상운영비용과 분리되어 규제되고 계획되어야 한다. 대부분의 서유럽 국가에서는 병원의 신·증축에 대한 자본 비용을 지방정부 또는 중앙정부가 지원하고, 동시에 병원의 분포 등에 대한 계획도 한다. 이것이 세금을 내는 시민이나 이해관계자에 대한 책무라 할 수 있다. 한편 네덜란드는 1998년을 마지막으로 공공병원을 모두 비영리 민간병원으로 전환시킨 후(Busse, Saltman & Dubois, 2004), 병원에 대한 투자는 전적으로 민간자본에 맡겨 두고 있다. 민간자본의 투자에 대한 관심은 다른 국가들에서도 점차 높아지고는 있다(Ettelt et al., 2009). 자본비용 계획은 장기 계획과 단기 계획으로 나누어진다. 장기 계획은 전국을 대상으로 모든 진료권을 포괄하는 대규모 투자 계획으로 10년까지 내다볼 수 있는 계획이 되어야 하며, 단기 계획은 주로 진료권 내의 소규모

투자 계획으로 계획 기간은 길지 않지만 계획 기간을 일률적으로 말하기는 어렵다(Ettelt et al., 2009).

〈인력 계획〉

서유럽의 국가 대부분이 의사들의 진입을 규제하고 의과대학생 수를 통제하지만, 의료 분야 종사 인력이 미래에 직면하는 도전 과제에 대응하는 데는 충분치 못하다는 것을 깨닫고 있다. 의료 인력에 관한 계획의 필요성은 수요 측면과 공급 측면에서 제기되고 있다. 즉, 인력을 둘러싼 환경으로 인구고령화, 의료이용의 증가, 유동 의료 인력 및 고령 의료 인력의 증가, 기술 배합 및 훈련 요구도의 변화 등이 있다. 그러나 의료 인력에 대해 체계적인 계획을 수립하고 있는 국가는 많지 않다(Ettelt et al., 2009).

3. 의료보장 국가와 의료계획의 필요성

가. 의료보장제도와 의료계획

의료보장제도를 운영하는 국가는 반드시 의료 계획을 필요로 한다. 1883년 비스마르크가 질병 보증을 시작할 당시는 의료 지식이 일천하여 제공할 수 있는 의료서비스가 다양하지 못하였다. 따라서 질병보증에서 제공할 의료서비스는 제한되었고, 질병치료비는 생활에 큰 위협이 되지 못하였다. 그런데 근로자가 병으로 일을 하지 못할 경우 임금을 받지 못하기 때문에 병으로 인한 소

득 상실이 생활에 위협 요인이 되었다. 비스마르크 보험은 근로자가 병으로 상실하는 소득을 보장해 주기 위해 상병수당 중심으로 운영되어 근로자의 가족이나 자영자 등은 적용 대상에서 거의 배제되었다. 이러한 경우에는 굳이 의료계획을 수립할 필요가 없었다.

1900년대 이후 의학 지식이 급속도로 발전함에 따라 의료서비스도 더욱 다양해져 병으로 인한 소득 상실보다 질병치료가 사회적 위협으로 등장하게 되었다. 이와 같은 사회 환경의 변화에 따라 1942년 영국에서 베버리지 보고서가 발간되면서 모든 사람은 지불 능력에 관계없이 포괄적인 의료서비스를 제공받아야 한다는 내용이 제시되었다. 베버리지 보고서는 의료를 인간의 기본권으로 간주하도록 하는 계기가 되었다. 그래서 영국은 베버리지 보고서를 토대로 국영 의료제도(NHS)의 도입을 서두르게 되었고, 드디어 1948년 7월에 근로자는 물론 그 가족이나 자영자를 모두 포함하는 전 국민 의료보장을 달성하게 되었다.

한편 1948년 12월에는 유엔에서 세계인권선언이 발표되면서 의료를 기본권으로 인정함에 따라 비스마르크형의 질병보증을 유지하던 많은 국가들이 1950년을 전후하여 전 국민에게 의료보장을 적용하기 위해 건강보험제도(SHI)로의 개혁을 서두르게 되었다.

국영의료제도를 택하든 건강보험제도를 택하든 의료보장제도가 도입되면 가격은 의료서비스 배분에 아무런 역할도 할 수 없게 된다. 왜냐하면 의료를 이용하는 환자는 정부나 보험자가 정한

가격을 지불하지 않기 때문이다. 특히 서유럽 국가들의 경우 베버리지 보고서의 원칙에 따라 포괄적인 서비스가 거의 무상에 가깝게 제공⁴⁾되었기 때문에 만약 의료서비스의 배분을 시장에 맡기게 되면 이용자의 도덕적 해이로 인해 의료이용이 무한정으로 늘어난다. 의료보장제도 아래에서는 시장 가격 기구를 통한 의료서비스의 배분은 무용지물이 되기 때문에 새로운 서비스 배분 기구가 필요해진다. 수요를 토대로 하는 시장 가격 기구가 서비스 배분 기능을 수행할 수 없기 때문에 수요를 대신하여 필요도를 서비스 배분에 활용할 수밖에 없는 것이다.

수요는 소비자의 취향, 가격, 소득 등에 좌우된다. 그러나 필요도는 인구학적, 역학적, 의과학적, 의료기술적 요인을 감안하여 전문가가 결정하게 된다. 의과대학에서 발전되고 확산되는 과학이나 기술은 필요로 하는 의료의 가용성을 결정하며, 인구학적·역학적 요인은 필요도의 배분을 결정하는 것이다. 필요로 하는 의료서비스를 제공하기 위해 공급자 조직의 위계와 그와 상응하는 계획 기구에 의해 지도되는 방식을 따르는 것이 최선의 길이라고 Melhado(1998)는 주장하고 있다.

Melhado는 의료를 두 가지로 나누어 의료보장에서 제공하는 의료는 기본권으로 간주되기 때문에 필요도 접근을 하고 의료계획이 필요적으로 이루어져야 함을 주장한다. 반면 의료보장제도가 적용되지 않는 의료는 상품과 같아서 시

장 기전에 의해 서비스가 배분된다고 하였다. 우리나라는 아직도 필요도 접근을 하기보다는 의료를 '공공성이 강한 사적 재화'로 간주하여 수요를 토대로 하는 시장 접근에 의존하기 때문에 의료이용이 세계적으로 가장 높은 국가가 되었다. 그뿐만 아니라 많은 의료정책이 시장을 바탕으로 하는 까닭에 의료보장제도와 서로 부합하지 못하는 문제가 있다.

나. 우리나라에 의료계획이 필요한 이유

우리나라는 의료체계를 포괄하는 종합계획(의료계획)이 수립·집행되지 않은 관계로 특정 영역별로 단편적으로 각종 정책들이 집행되어 왔다. 그 결과 다양한 의료정책들 간의 정합성과 일관성이 미흡하여 오늘날 의료체계가 직면하는 많은 문제점들을 초래하고 있다. 의료계획의 부재로 제기되는 문제점을 열거하면 다음과 같다(이규식, 이신호, 2017).

첫째, 의료계획이 없으니 과도한 의료이용으로 의료체계의 지속가능성을 위협하고 있다. 건강보험제도에서 제공되는 의료서비스 가격은 시장에서 결정되는 것이 아니라 보험자와 공급자가 협상을 한 후 건강보험정책심의회 심의를 통해 결정되는 관리된 가격이다. 이 가격은 의료공급자와 보험자에게는 중요하지만 의료소비자인 환자에게는 큰 의미가 없다. 왜냐하면 환자는 보험수가의 일부만 본인이 부담하고 나머지는 보험자가 부담하기 때문에 시장형 의료체계와는

4) 물론 본인부담제도가 있지만 환자는 정해진 가격의 일부만 부담하기 때문에 의료에 대한 가격 인식이 없어지게 된다.

전혀 다른 상황이 되어 가격에 무관심해진다(이규식, 2015). 보험수가가 시장에서처럼 서비스 배분 기능을 하지 못할 경우, 정부나 보험자는 필요한 의료의 범위와 서비스양을 정하고 이를 공급할 계획을 수립하고 관리해야 한다. 이러한 사실을 도외시하고 환자의 수요에 맡겨 의료이용을 자유롭게 하도록 방임하고 있다. 이와 같은 결과로 우리나라의 의료이용률이 외래에서는 세계 1위, 입원에서는 세계 2위로 높게 나타나는 문제가 있다. 의료보장제도를 운영하는 이상 정부나 보험자가 의료계획을 통해 필요도를 정하고, 이에 상응하는 공급계획을 마련하고, 의료이용을 관리해야 한다. 앞에서 본 바와 같이 Melhado는 필요도 접근과 의료계획은 병행되어야 하는 정책으로 간주하고 있다.

둘째, 의료계획이 없으니 의료시설의 과잉 공급을 초래하여 의료체계의 지속가능성을 위협한다. 의료서비스 가격이 의료이용자인 환자에게는 큰 의미가 없지만 의료공급자에게는 매우 중요하다. 공급자가 민간자본이든 공공자본이든 의료서비스 가격이 생산 원가를 충족시키면 서비스의 재생산이 원활하게 이루어지고, 그렇지 못하면 의료 질을 떨어뜨리게 된다. 그리고 공급자는 의료서비스 생산에 필요한 요소를 시장에서 구입하기 때문에 서비스 가격이 생산 원가를 충족시키지 못할 때는 공급에 차질이 불가피해진다.

한편 구매자인 보험자에게도 의료서비스 가격은 매우 중요하다. 가격이 높으면 보험 재정이 많이 소요되어 국민들에게 보험료 부담을 더 지워야 하는 문제가 생긴다. 따라서 의료구매자인 보

험자 입장에서는 낮은 가격을 희망한다. 그러나 의료구매자가 가격을 너무 낮추게 되면 적절한 서비스가 제공될 수 없어 국민들을 불편하게 만들기 때문에 보험자는 서비스양과 질의 수준이 적절한 선에서 가격을 유지하도록 해야 한다.

지금까지 건강보험의료임에도 불구하고 서비스 배분을 수요 접근으로 함에 따라 공급도 시장에 맡기는 방법을 택하였다. 낮은 수가에도 불구하고 비급여, 선택진료, 상급병실제도와 같은 건강보험에 의해 통제받지 않는 서비스가 존재하여 높은 의료이용률을 맞출 수 있는 의료공급이 가능하였다. 인구는 고령화되고 질병은 만성병 중심이 되어 병원을 찾아도 완치가 어려운 상황인데 의료계획이 없다 보니 병상공급량이 세계에서 두 번째로 많아지게 되었다. 병상이 가장 많은 일본은 지역의료계획을 통해 병상을 꾸준히 감소시키고 있는 점을 감안할 때, 우리나라는 2~3년 이내에 세계에서 급성기 병상 수가 가장 많은 국가가 될 것으로 전망된다. 이와 같은 과도한 병상 증설을 멈추지 않는 한, 병상 수의 과잉이 우리나라 의료체계의 지속가능성을 위협하는 또 하나의 요인이 될 것이다.

셋째, 의료계획이 없으니 적절한 의료 인력을 확보하기가 어렵다. 병원 운영에 필수적인 인력이 의사인데, 의사 공급은 의과대학 입원 정원으로 통제되고 있다. 반면에 병상 증설은 시장에 맡겨 자유롭게 이루어지고 있어 병원 운영에 필수적인 인력인 의사를 지방 병원에서는 구하기도 어렵게 되어 있다. 의료계획의 부재가 의사 인력과 같이 부문 간 정책 부조화라는 문제를 낳고 있다.

넷째, 의료계획이 없으니 적절한 의료 질 확보도 어려운 문제가 있다. 의료에서 질이란 감염관리나 환자 안전관리를 포함하는 매우 중요한 요소이다. 적절한 의료 질 확보는 의료수가, 의료기술의 발전 그리고 개별 의료기관의 명성 등 경쟁력 제고를 위한 경영적인 판단과 적절한 질 확보를 위한 정부의 의지에 달려 있다. 그런데 우리나라 의료의 질적 수준은 겉으로 나타나는 것과는 달리 매우 심각한 수준이다. 겉으로 나타나는 의료의 질은 경영적 차원에서 소비자들이 많이 찾을 수 있도록 병원을 치장하고 병원 내부를 쾌락하게 꾸미는 수준이고, 소비자들이 알지 못하는 감염관리나 환자 안전과 같은 측면은 도외시된다. 그러한 결과 2015년에 삼성병원에서 메르스가 확산되는 소동이 벌어지고, 지난 연말 이화여대 목동병원에서 신생아 사망 사건이 벌어지기도 하였다. 소비자가 알기 어려운 측면의 적절한 의료 질 확보를 위해서는 장기적인 계획이 필요하다. 그런데 우리는 의료 질의 유지를 건강보험심사평가원의 평가 기능만으로 달성할 수 있는 것으로 착각하고 있다. 심평원의 평가 기능도 중요하지만 환자 안전을 위한 의료기관인증제 같은 제도가 뿌리내리기 위해서는 장기적인 계획 수립이 필요하다.

다섯째, 의료계획이 없으니 의료체계의 장기 발전 방향을 제시하지 못하여 고령화사회를 대비할 수 없는 문제가 있다. 우리나라 국민의 상병구조는 이미 1990년대부터 만성질병으로 바뀌기 시작하였다. 여기에 더해 인구구조는 매우 빠른 속도로 고령화되고 있다. 그럼에도 불구하고 의

료체계는 병원을 중심으로 구조화되어 있다. 그러다 보니 완치가 어려운 만성질병으로 병원에 입원하여 의료비 지출을 늘리는 일이 비일비재하다. 더구나 건강보험에서 본인부담상한제를 실시하는 데다 요양병원까지 등장함에 따라 노인인구의 입원일수는 계속 늘어 가는 문제가 있다.

1980년대부터 북유럽 국가들은 완치도 되지 않는 만성질병을 가진 노인들을 병원에 입원시키는 것이 아니라 지역사회에서 의료와 돌봄서비스를 통합 제공하는 시스템을 도입하여 병원 입원을 획기적으로 줄이고 있다. 북유럽 국가들이 시작한 이와 같은 흐름이 영국에도 이어지고 있고, 일본은 2012년부터 지역포괄케어를 도입하여 병원완결형 의료체계를 지역사회완결형으로 바꾸는 노력을 하고 있다(이규식 등, 2017). 이와 같은 의료체계의 개편과 같은 일은 장기적인 발전 방향을 갖고 추진해야만 한다. 우리나라는 앞으로 7년 후인 2025년이 되면 고령화율이 20%나 되는 초고령사회가 될 전망이다도 불구하고 의료계획이 없다 보니 의료체계가 장기적으로 발전해야 할 방향 설정도 하지 못하고 여전히 병원 중심 체계를 유지하고 있다.

여섯째, 의료계획이 없으니 의료정책의 투명성 및 상황 변화에 따른 탄력성이 없다는 문제가 있다. 의료계획의 부재로 정책 방향 설정도 제대로 안 되고 정책의 투명성도 결여되어 있다. 또한 전통적인 행정학 이론에 따른 관료제에 의해 의료제도가 운영됨에 따라 한번 정해진 정책은 문제가 있어도 후임자가 정책을 바꾸려 하지 않고 결정을 미루어 환경 변화에 정책이 탄력적으로 대

응하지 못하고 있다. 예컨대 보험수가의 상대가치가 문제가 있고 급여구조의 문제가 있다는 지적을 받아도 아무도 개혁을 시도하지 못한 것은 의료계획이 없기 때문이다. 만약 5개년 의료계획이 수립되어 있고 이 계획에 의해 연차적으로 추진할 내용이 제시되어 있었다면 고질적인 문제를 상당한 수준에서 개혁할 수 있었을 것이다.

4. 의료계획의 수립 및 실행

가. 의료계획의 현황

우리나라는 1977년 사회보험 방식의 의료보험을 도입하였지만 지금까지 국가 차원에서 의료계획을 수립한 적이 없었다. 다만 1977년부터 제4차 경제개발5개년계획을 수립할 때, 부문 계획의 하나로 보건 및 사회보장 부문 계획이 있었으나, 이것을 제대로 된 의료계획으로 간주하기는 어렵다. 이 계획도 제7차 경제사회발전5개년 계획 기간 중인 1995년 1월 김영삼 정부가 세계화를 선언하면서 중단되었다. 세계화를 통한 자유시장질서와 정부 계획을 통한 시장 개입은 정합성을 갖추기 어렵다는 판단에서 5개년계획이 중단되었고, 그나마 있던 의료 분야의 부문 계획도 자취를 감추게 되었다.

그러다 김대중 정부가 집권하면서 2000년에 「보건의료기본법」을 제정하고 법 제15조에 5년

단위로 보건의료발전계획을 수립하도록 규정하였다. 「보건의료기본법」에 따라 보건의료발전계획을 수립하기 위해 한국보건사회연구원에서 기초적인 연구를 두 차례나 하였으며, 이명박 정부 시절에는 보건의료발전계획을 수립하기 위한 위원회도 구성하였으나, 계획을 확정하고 이를 시행한 적은 없었다.

그러나 의료 분야의 부분적인 계획은 가끔씩 수립되어 실행에 옮겨진 것이 있다. 예컨대 1980년대 초반 의료 전달체계 도입을 위하여 진료권 편성과 진료권별 병원 수 및 소요 병상 등 전국보건의료망 편성을 위한 공급계획이 제시된 바 있으며, 현재도 응급의료법에 의한 응급의료기본계획, 지역보건의료법에 의한 지역보건의료계획, 공공보건의료법에 의한 공공보건의료기본계획, 국민건강증진법에 의한 국민건강증진종합계획 등이 수립되고 있다. 그 가운데는 실행에 옮겨 정책 효과를 거둔 것도 있고 어떤 것은 계획으로 그친 경우도 있다. 이러한 부문 계획은 의료체계의 하부 구조 또는 특정 서비스 영역만을 대상으로 한 것으로서 의료체계 전반을 아우르는 종합 계획으로 볼 수는 없다.

우리나라에서 지금까지 의료계획을 갖지 못한 것은 의료보장제도를 기본권 보장 차원이 아니라 시혜적 차원에서 도입⁶⁾하고, 의료서비스 배분을 필요도 접근이 아닌 수요 접근으로 하였기 때

5) 이 부분은 이규식, 이신호(2017)를 인용하여 수정, 보완하였다.

6) 전 국민 건강보험을 달성한 1989년 보건사회부가 펴낸 『보건사회』(현재의 보건복지백서)는 전 국민 건강보험 달성의 의미를 "... 저소득층의 부담을 덜어 주고 복지 혜택을 골고루 나누는 뜻에서 여러 가지 재정상 어려움을 무릅쓰고..."라고 기술하였는데, 국민의 기본권 보장이라는 기술은 전혀 없고 복지 혜택이라는 기술만 하고 있다.

문이다. 수요 접근은 시장을 바탕으로 하기 때문에 의료계획은 논리적으로 타당하지 않았던 것이다.

나. 의료계획 수립을 위한 기본 틀

우리나라에서 의료계획을 수립하자면 의료체계를 구성하는 틀에 대한 검토가 필요하다. 의료체계의 기본 모형을 검토하지 않을 경우 의료정책의 목표나 방향 설정이 어려워지는 문제가 생긴다. 그뿐만 아니라 의료계획에 포함해야 할 구체적인 내용을 파악하기 어렵고, 포함되는 내용 간 정합성이 없어지는 문제가 있다.

의료체계 모형은 학자에 따라 다양하게 제시되고 있어 어떠한 모형을 기본 틀로 할 것인가가 중요하다. 의료체계를 연구한 Papanicolas

(2013)의 논문에 등장하는 모형만 해도 11개에 이른다. 수많은 모형 가운데 의료계획을 수립하는데 바람직한 기본 틀로 생각할 수 있는 것으로는 Roemer(1991) 모형과 WHO(2000) 모형을 들 수 있겠다. 이 두 가지 모형은 의료체계의 목표를 전 국민의 건강 향상이라는 관점에 두고 이를 달성하기 위해 필요한 투입 요소(물적, 인적 및 관리 차원의 자원)들을 제시하는 등 의료계획 수립에 필요한 모든 요소를 내포하고 있기 때문이다.

세계 각국의 의료체계에 관한 연구에서 선구적 활동을 Roemer가 제시한 의료체계는 의료체계의 목표로 건강 향상을 제시하고, 이를 달성하기 위한 투입 요소로 다섯 가지(자원 개발, 자원의 조직화, 경제적 지원, 관리, 서비스 제공)를 제

그림 1. WHO 의료체계 모형



자료: WHO.(2000). The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance.

시하고 있다. WHO가 제시하고 있는 모형은 [그림 1]과 같이 Roemer 모형에 비해 목표가 추가되었고, 투입 요소는 거의 유사하다. 많은 국가에서 WHO 모형이 인용되고 있으므로 우리나라에서도 의료계획을 수립할 때 WHO에서 제시한 의료체계 모형을 기본적인 틀로 하여 의료체계의 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 투입 요소를 설계하는 것이 매우 합리적인 방법이라 여겨진다.

다. 의료계획의 주요 내용

이와 같은 의료체계의 모형을 토대로 전략계획과 운영계획의 여러 가지 내용이 포함되어야 한다. 의료계획에 포함되어야 할 내용을 모두 열거하자면 수없이 많다. 그 가운데 주요한 내용만 기술한다면 다음과 같다(이규식, 이신호, 2017).

첫째, 건강보험의료의 이념 설정이 필요하다.

앞에서 언급한 바와 같이 의료와 관련해 두 가지 이념으로 접근하게 된다. 한 가지는 의료를 일반적인 상품과 같이 취급하는 것이다. 이때 의료는 다른 상품과 마찬가지로 수요를 바탕으로 시장에서 거래가 이루어지고 의료계획을 필요로 하지 않는다. 다른 한 가지는 시장에 맡길 경우 의료이용을 하지 못해 주검으로 가는 경우도 있기 때문에 의료를 기본권으로 간주하고 정부가 국민들의 의료를 보장하는 방법이 있다. 이때는 가격이 무의미해지기 때문에 시장이 아닌 보

험자나 정부가 의료의 배분을 담당하게 된다. 이때는 수요가 아니라 필요도가 배분의 기준이 되고, 필요도를 충족시키기 위해 의료계획이 당연히 따라야 한다⁷⁾(이규식, 2018a). 우리나라가 건강보험제도를 운영하는 한 필요도 접근이 당연하며, 따라서 계획은 필연적이라는 점이 먼저 명시되어야 의료계획이 중단되지 않을 것이다.

둘째, 의료체계의 목표 설정이 분명해야 한다.

지금까지 우리나라는 의료체계의 목표를 건강장수와 건강 형평성에 두고 의료체계의 효율성 제고를 실천적 목표로 간주해 왔다. WHO가 제시하는 의료체계 모형에서는 건강 이외에 반응성(responsiveness)과 재정 보호를 제시하고 있다. 우리나라에서는 반응성은 용어조차도 생경하게 들리는 실정이다. 재정 보호는 두 가지 측면을 갖는다. 한 가지는 재정 조달을 경제적 능력에 비례하여 부담하는 공평성의 달성이며, 다른 한 가지는 비록 건강보험이 있어도 본인부담 등으로 가계에 과부담을 주는 의료비 문제가 없도록 하는 일이다. 우리도 의료계획을 수립할 때 효율과 형평이라는 고전적 정책 목표에서 벗어나 반응성이나 재정의 공평성과 같은 목표를 제시할 필요가 있다.

셋째, 미래 환경 변화에 대응하는 서비스의 제공 방향을 설정해야 한다.

고령화 등 환경의 급속한 변화에 대응한 미래의 서비스 제공 방향을 설정해야 한다. 우리나라

7) 국민들이 필요도보다 의료이용을 적게 할 경우에는 이용을 부추기는 계획이 필요하고, 반대로 이용을 필요도 이상으로 많이 하게 되면 이용을 억제하는 계획이 요구된다.

가 현재 부닥친 문제로 미래에 더욱 큰 위협으로 다가올 환경의 변화는 고령화, 만성질병 그리고 저성장 경제라는 3각 파도라 할 수 있다. 3각 파도를 넘어서기 위해서는 의료서비스 공급체계의 근본적인 변화를 모색해야 한다. 산업화 국가들의 경우 의료체계 발전 초기 단계에는 환자가 가정에서 의사의 왕진 진료를 받았다. 그러다 의료기술이 발전하면서 점차 '병원 중심'으로 바뀌었고 인구고령화와 만성질병이 중심이 됨에 따라 이제는 '지역사회 중심'으로 바뀌고 있다(이규식, 2017b). 이와 같은 공급체계의 전환에 따라 1980년대 이후 서구 국가들은 급성질병 환자만 병원 입원을 허용하고 만성질병 환자는 지역사회를 기반으로 가정에서 관리를 받도록 하고 있다(이규식 등, 2017). 따라서 병원과 병상 수를 감소시키고, 의사에 대한 교육 훈련 방법을 바꾸고, 방문간호를 통한 서비스 제공체계를 마련하고, 가정에서 의료와 요양서비스를 통합 제공하는 체계로 바꾸었다. 고령화 속도가 빠른 우리나라에서 현재와 같은 병원 중심의 공급체계를 유지할 경우, 2025년 이후의 초고령사회를 지탱해 낼 수 있을지 의문이 든다. 따라서 의료 인력의 양성과 활용 그리고 의료서비스와 장기요양서비스의 통합 제공 등 의료서비스 제공 방식에 대한 장기 발전 계획이 필요하다. 미래의 의료 제공체계가 지향할 방향을 정립하지 못하면 소요될 국민 의료비를 감당할 수 없는 재앙에 직면할 것이다.

넷째, 공중보건정책의 목표와 방향을 정립해

야 한다.

공중보건은 대중을 대상으로 하는 것이며, 의료는 개인을 대상으로 하는 것이다. 인구집단을 대상으로 하는 건강 증진을 신공중보건으로 정의하면서 개인적 차원에서 이루어지는 건강행태의 개선과 혼동되는 것이 오늘의 상황이다. 캐나다는 인구보건(population health)이라는 용어를 사용하여 공중보건과 의료의 관계를 정리하였다. 우리나라에서는 공공보건의료라는 한국형 용어를 사용하여 대상이 대중인지, 개인인지 헷갈리게 만들었다. 보건소는 사업 효과가 당장 눈에 띄지 않는 공중보건사업 대신에 사업 효과가 쉽게 가시화되는 의료에 치중하고 있다. 그러다 보니 메르스 사태가 발생했을 때 보건소의 역할이나 위상을 찾기 어려웠다. 따라서 공중보건의 목표와 역할을 명확히 정립해야 한다. 그리고 공중보건사업과 건강 증진에서 의료가 기여할 수 있는 역할 등을 명확히 하는 것도 중요하다. 공중보건은 신공중보건의 개념을 갖고, 건강의 사회적 결정 요인별로 접근하여 국민의 건강 수준을 향상시키는 방향으로 나아가야 할 것이다.

다섯째, 의료의 장·단기 필요량을 계획하고 이에 부합하는 운영계획을 수립할 필요가 있다.

앞에서 언급한 바와 같이 필요도란 인구학적, 역학적, 의과학적, 의료기술적 요인을 감안하여 전문가가 결정하게 된다.⁸⁾ 물론 필요도 결정의 주요 요인 가운데 하나인 의과학적 및 의료기술적 요인만을 고려한다면 Ettelt 등(2009)이 주장하는,

8) 전문가가 결정한다는 것은 이론적 논리이고 실제로는 정부의 계획부서나 건강보험공단이 전문가의 자문을 받아 결정하게 된다.

임상적으로 안전하고 유효한 서비스는 모두 건강 보험의 급여로 하는 포괄성 원칙과 부합하게 된다. 그러나 필요도는 여기에서 더 나아가 인구학적, 역학적 및 사회경제적 요인도 고려하기 때문에 전문가의 결정이 중요하다. 그리고 의료계획에서는 한 발 더 나아가 필요도를 지역별 또는 진료권별, 그리고 의료서비스 유형별로 추계하는 것도 중요하다. 이와 같은 필요도가 추정이 되면 이를 제공하기 위한 운영계획으로서 시설계획, 인력계획, 자본계획 등이 제시되어야 한다.

여섯째, 의료이용을 최적화하기 위한 의료이용체계의 방향 설정이 필요하다.

지금까지 의료는 수요를 토대로 한 시장 접근을 하였는데, 진료권을 설정하고 환자의퇴체계를 강제화하자 국민들이 불편을 호소하게 되었다. 수요 접근과 이용의 인위적 관리는 논리적으로 맞지 않았기 때문에 이러한 제도를 거의 폐지하였다. 건강보험의료는 필요도를 토대로 보험자가 배분하는 것이 타당하기 때문에 비록 환자가 불편을 호소하더라도 필요도의 적정 관리를 위해서는 의료이용체계를 정립할 필요가 있다. Melhado는 필요도 접근의 경우 의료공급자 조직의 위계(hierarchy)를 통한 단계적인 의료이용이 효율적임을 밝히고 있다. 세상에서 좋은 것만 전부 추구할 수는 없다. 의료보장제도는 의료이용의 형평성을 보장하는 좋은 제도이지만 그 대신에 이용자에게 어느 정도의 불편을 요구하게 되며 이를 감내해야만 좋은 제도가 지속될 수 있다. 일반 국민은 의료보장도 받고 의료이용은 시장원리에 따라 자유롭게 할 것을 희망한다. 그러

나 두 가지를 모두 가지려 할 경우 비용 부담 문제로 의료체계가 붕괴될 위험이 있다. 따라서 의료체계의 지속가능성을 위해서는 불편을 감내할 수 있어야 한다. 환자의퇴체계, 진료권 설정 등을 포함하여 소비자들이 적절한 시점에 최적의 의료서비스를 이용할 수 있도록 연계가 가능한 의료이용체계의 발전 방향을 정립하는 일이 의료계획에 반영되어야 한다. 불필요한 입원(사회적 입원)을 최소화하고 입원의료 이용에 대한 도덕적 해이를 최소화할 수 있는 '지역사회 중심의 통합의료체계'를 구축하는 방향이 의료계획에 포함되어야 한다.

일곱째, 지역사회 중심의 의료체계를 위해 1차 의료를 강화하는 전략이 필요하다.

1차 의료 강화를 위해서는 1차 의사의 양성 방법부터 바꾸어야 한다. 그리고 1차 의사를 중심으로 방문간호사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사, 요양보호사, 가사도우미 등이 팀을 이루는 1차 의료팀의 구성 및 활용 방안이 필요하다. 이와 같은 일들은 단기간에 완성할 수 있는 성격이 아니다. 특히 1차 의사의 양성 방법을 바꾸기 위해서는 의과대학의 교육 내용이 바뀌어야 한다. 그리고 의과대학을 졸업하자마자 바로 개업이 가능한 시스템을 바꾸어 최소 2년 이상의 임상훈련을 받도록 해야 한다. 그리고 1차 의사와 환자 가정 간에 원격의료가 활용되어 방문간호사가 환자를 대신하여 1차 의사와 원격으로 환자를 관리하도록 해야 한다. 현재의 의원과 다른 모습으로 주민에게 편익을 줄 때 1차 의료의 활성화되어 실효성을 거둘 수 있을 것이다.

여덟째, 건강보험급여 보상체계 등 적정 보상을 전제한 발전 방향이 제시되어야 한다.

환자는 보험수가에 민감하게 반응하지 않지만 공급자에게는 보험수가가 매우 중요하다는 점을 인식해야 한다. 건강보험제도의 도입으로 자유로운 의료시장은 사라졌다. 의료체계가 미래의 발전 방향에 따라 원활하게 개편될 수 있도록 이에 부합되는 수가가 책정되어 적정한 보상이 이루어져야 할 것이다. 급성기 병상의 감소 및 사회적 입원을 줄이는 목표를 설정하고, 만성질환자의 입원 기간이 길어지면 과감하게 수가를 낮추어 병원이 장기 입원을 줄이도록 유도하여 병상수를 줄일 수 있는 계획이 포함되어야 한다. 보상수준은 의료 질과 환자안전(질 관리의 핵심) 같은 무형의 수준을 고려하여야 한다. 중환자실이 다 인실로 되어 있는 것도 감염관리 수가가 제대로 책정되어 있지 못하기 때문이다. 그리고 무분별한 신의료기술의 도입을 방지할 수 있어야 한다. 신의료기술이 법정비급여로 시작됨에 따라 의료기관의 수익성을 높이는 수단으로 도입되는 경우가 되고 있다. 신의료기술의 도입에 대한 정부나 보험자의 장기 계획 없이 오늘날과 같이 의료기관의 자율에 맡길 경우, 의료비 관리는 어려울 것이다.

아홉째, 의료의 질을 적정하게 관리하는 방안도 계획에 포함되어야 한다.

의료기관 간의 질적 차이로 인해 환자들이 의료쇼핑을 하게 되고 서울의 특정 대형병원으로 집중하는 문제가 초래되고 있다. 자유시장형 의료체계에서는 의료 질을 의료기관의 자율에 맡

기지만 의료보장제도를 실시하는 국가에서 의료기관에 질 관리를 맡긴다는 것은 논리적으로 맞지 않는 정책이다. 의료계획에서는 의료기관의 질 관리에 대한 발전 방향을 수립하여 장기적으로 건강보험에서 제공하는 의료 질이 모든 장소에서 균등해질 수 있도록 노력해야 한다.

열째, 현재 부분적으로 계획이 이루어지는 각종 부문 계획과 연계되어야 한다.

현재 부문 계획으로 꾸준히 이루어지는 대표적인 계획이 10년 단위로 작성되는 ‘국민건강증진종합계획’이다. 이 계획이 복지부의 모든 부서는 물론 교육부, 환경부, 노동부, 행정안전부, 국방부 등 정부의 거의 모든 부처와 관련이 있다. WHO는 정부의 모든 정책이 건강과 관련을 맺기 때문에 2013년 핀란드 헬싱키에서 개최된 건강 증진에 관한 제8차 글로벌 콘퍼런스(Global Conference)의 주제로 HiAP(Health in All Policies)를 채택하여 전 정부 및 전 사회적 차원의 노력을 강조하고 있다. 그런데 우리나라는 복지부 내에서도 건강정책국 외에는 큰 관심이 없다. 이와 같은 문제를 불식하기 위해서는 의료계획에 국민건강증진종합계획과 같은 부문계획을 연계하여 의료계획이 정부의 종합적인 국가계획이 될 수 있도록 유의해야 한다.

라. 의료계획 실행과 쟁점

1) 의료계획의 실행과 스튜어드십

의료계획의 실행을 위해서는 의료체계의 스튜어드십(stewardship)에 대한 개념 도입이 필요하다. 지금까지 우리나라에서는 의료체계의 스튜어드십에 대한 개념이 거의 없었다 해도 과언이 아니다. 의료정책이나 건강보험과 관련되는 모든 정책을 정부나 보험자(보험공단)가 공급자에게 명령과 통제로 밀어붙이는 식의 관료행정으로 이끌어 온 것이 현실이다. 의료를 ‘공공성이 강한 사적 재화’로 간주하면서 명령과 통제를 하는 방식의 관료행정은 의료를 사적 재화로 간주하는 공급자의 반발만 불러와 원하는 정책을 수행하는 데 한계가 있었다.

스튜어드십은 WHO가 발간한 “The World Health Report 2000”에 등장하는 새로운 공공행정(NPM: New Public Management)의 개념이다. ‘스튜어드십이란 국가 의료정책의 목표를 달성하기 위해 정부가 추구하는 광범위한 영역의 기능’으로 정의된다. 의료 분야의 스튜어드십에서 가장 중요시하는 영역이 정책의 결정으로, 여기에는 비전을 설정하고 정책의 방향을 제시하는 내용이 포함된다(WHO, 2000).

따라서 의료계획을 수립하고 실천하기 위해서는 비전을 설정하고 목표를 제시하는 것이 중요하다. 의료체계의 비전은 전략적인 계획의 수립을 통해 설정된다(WHO, 2000). 비전 설정은 다양한 정책 수단들에 대한 기대 역할과 우선순위의 대체적인 윤곽을 제시하게 된다. 비전 설정이

란 정책에 대한 국민적 합의를 끌어낼 수 있다. 비현실적인 공적 재정에 의한 서비스 확대나 과장된 경제 성장으로 비전을 설정하게 될 경우 수립된 정책이나 계획은 실현 불가능한 서류 작업으로 끝나게 된다.

2) 의료계획의 실행과 규제

의료계획의 실행을 위해 규제라는 전략이 필요하며, 이것은 스튜어드십의 또 다른 중요한 영역이다(이규식, 2017c). 우리나라는 규제를 설정하는 데 논리적인 토대를 찾지 않고 행정 편의적으로 설정하는 사례가 많다. 의료정책이 참여자들의 신뢰성을 얻고 윤리적 기반 위에서 운영되기 위해서는 적절한 규제가 필요하다. 규제는 의료정책의 비전에 따라 설정되는 전략적 계획의 실행에 매우 중요한 역할을 하는 것으로, 의료체에 관련되는 모든 사람이 따르도록 행동을 강제하여 의료정책이 실질적인 효력을 발휘할 수 있게 하는 수단이 된다. 규제의 역할을 살펴보면 다음과 같다(이규식, 2017c).

첫째, 규제는 관련자들의 행동을 촉진하거나 제한한다. 의료 분야에는 많은 민간 영역의 사람들이 참여하기 때문에 이들의 행동을 촉진하기 위한 조세 감면과 같은 인센티브가 있다. 인센티브도 규제의 하나라는 인식이 필요하다.

둘째, 규제에는 자원이 소요되며, 규제는 의료정책이 추구하는 비용 절감 효과를 떨어뜨리거나, 규제에 따른 비용을 줄이기 위해서는 이 분야의 종사자들에게 기술 지원이나 훈련을 하고,

전문성을 갖춘 인력을 채용하는 것이 중요하다.

셋째, 효과적인 공공서비스는 그 자체가 규제 도구가 된다. 공공영역은 소비자의 변화하는 필요도에 반응하고, 새로운 의료기술을 도입하고, 의료 전문가들의 합리적인 기대에 부응해야만 한다. 만약 공공영역이 질이나 반응성에서 민간 영역에 비하여 경쟁력이 떨어지면 문제가 된다.

규제에는 법률의 제정이나 시행령과 같은 제도적인 조치가 필요하며, 민간의료기관이 참여할 때 영리성을 배제하는 윤리적인 문제도 포함되어야 한다. 규제는 정책 수행의 모니터링, 감독, 보고, 회계 그리고 구매의 모든 측면과 관련이 있다.

3) 의료계획과 보험자의 전략적 구매 활동

1990년대 이후 유럽 국가들의 의료개혁에서 보험자의 적극적인 역할로 전략적 구매 활동이 제시되어 정부나 보험자에 의한 명령과 통제(command and control)형 관리 방법을 대체할 정도가 되었다. 지금까지는 의료서비스 구매자인 보험자는 수동적으로 의료기관이 청구한 진료비를 기술적으로 심사하여 지불하는 역할만 수행하였다. 구매자의 수동적인 역할은 의료체계의 효율성 제고라는 짐을 공급자에게 모두 떠넘기는 방식이었다. 그러나 전략적 구매 활동은 보험자가 적극적으로 나서 인센티브나 규제와 같은 방법으로 의료체계의 효율성 제고 책무를 수행하는 방법이다(WHO, 2000).

과거와 같이 구매자가 수동적인 역할을 하는

경우는 구매자가 명령과 통제를 동원하여 공급자에게 의료체계의 성과 향상을 독려하지만 공급자가 타성에 젖어 의료체계의 비효율을 개선하지 못하고 있는 것이 오늘의 현실이다. 이와 같은 문제를 개혁하기 위해 구매자가 의료체계의 성과지표를 토대로 공급자와 계약을 맺고 서비스를 구매할 때 효율을 제고할 수 있을 것이다. 의료계획의 실행을 위해 구매자인 보험자를 전략적 구매자로 전환할 수 있는 방안도 포함한다면 성과를 얻을 수 있을 것이다(이규식, 2018b).

5. 의료계획이 갖는 문제점과 대응책

가. 의료계획이 갖는 문제점

의료계획이 갖는 가장 큰 문제점은 대통령 선거 공약과의 관계이다. 아무리 정교한 계획을 수립하여도 5년마다 실시되는 대통령 선거의 공약과 다르다면 계획은 사문화될 가능성이 높다(이규식, 이신호, 2017).

첫 번째로, 선거 공약은 표를 얻기 위해 동원되는 응급적인 정책이 많기 때문에 의료계획에서 제시된 정책과 상치되거나, 계획을 조기에 달성하려는 공약이 제시되어 계획을 불필요하게 만들거나, 계획의 실행에 혼선을 초래할 가능성이 높다. 이렇게 될 경우 의료계획은 시간과 자원만 낭비할 뿐 아무런 소용이 없어지는 문제가 있다.

두 번째 문제점은 계획을 수립할 때와 서비스가 제공될 때의 시차가 존재하여 계획의 현실성을 떨어뜨리게 된다는 점이다(Ettelt et al.,

2009). 예컨대 인력계획의 경우 의료계획으로 양성되는 의사 인력이 현장에 투입되어 의료서비스를 제공하는 데 대략 10년의 시차가 있어 계획이 현실과의 불일치하게 되는 문제가 있다.

세 번째 문제점은 의료계획으로 투자되는 시설이나 자본재의 경우, 투자의 생명보다는 의료기술의 변화 속도가 빨라 계획의 유용성이 떨어지는 문제가 있다. 투자의 생명이 길다는 것은 새로운 의료기술의 변화를 방해하고 서비스가 어떻게 제공되어야 의미 있는 변화를 이끌 것인지에 대한 예측을 어렵게 하는 문제가 있다(Rechel et al., 2009).

네 번째 문제는 의료계획이 지역의 이해와 달라질 경우, 계획의 수립은 물론 실행에도 어려움을 겪게 될 것이다. 예컨대 의료계획에서 새로운 병원 건립을 반대하게 되는 경우라면 병원 건립을 희망하는 지역의 경제 활성화에 역행될 수 있기 때문에 해당 지역의 반대에 직면하여 계획의 실행이 어려워지는 문제가 생긴다(Saltman & de Roo, 1989)

다섯 번째 문제는 이해단체(의사회, 간호사회, 약사회 등)의 이해와 의료계획이 지향하는 방향이 일치하지 않을 때 이해단체의 반대에 봉착하여 계획의 수립이 어려울 뿐만 아니라 계획이 수립되어도 실행에 어려움을 겪게 되는 문제가 있다(Rodwin, 1997). 예를 들어 의사 인력의 증원이 계획에 포함될 경우 의사단체의 반대에 부딪치게 될 것이며, 간호 인력 문제에서 보조 인력의 활용이 계획에 포함될 경우 간호단체의 반대에 부딪치게 된다. 그리고 지역 단위로 의료와 요양

(돌봄)서비스의 통합 제공이 과제로 등장하게 되면 사회복지 관련 단체의 반대가 나와 제대로 된 계획 수립이 어려울 것이다.

여섯 번째 문제는 의료정책과 관련된 이념적 반대의 문제이다. 예컨대 지역사회 중심의 의료체계를 실행하려면 개업 1차 의사와 환자 가정간 원격의료가 필수적이다. 그런데 원격의료라는 말만 나오면 의료민영화라는 말도 안 되는 낙인을 찍어 반대가 나오고 있어 제대로 된 지역사회 중심 의료체계를 설계하기가 어려워지는 문제가 있다.

나. 의료계획 수립 및 실행을 위한 대응 전략

의료계획과 대통령 선거 공약의 관계는 의료계획이 부딪치는 가장 현실적인 문제가 될 것이다. 이 문제를 극복하기 위해서는 의료계획을 5개년 계획으로 수립하되 15년 계획으로 '미래를 위한 장기 의료구상'을 준비하는 것도 고려할 필요가 있다. 15년 앞을 대비하는 장기 의료구상이 있다면 대선 공약이 의료계획의 내용과 다소 맞지 않더라도 장기 구상의 큰 틀 속에서 수정을 하여 실행에 옮길 여지가 있을 것이다(이규식, 이신후, 2017).

장기 구상은 5개년 계획과는 달리 세부적인 내용을 계획하는 것이 아니라 향후 15년간 우리 사회가 직면하게 될 환경 변화인 고령화, 만성질환, 저성장 경제와 같은 문제에 대처할 수 있는 장기 전략에 중점을 둔다면 공약과 의료계획을 조정할 수 있을 것이다. 2017년 영국 상

원(House of Lords)의 NHS 지속가능위원회는 NHS의 지속가능성을 위협하는 요인의 하나로 단기적 성과주의를 들고, 이 문제를 해결하기 위해 15~20년 앞을 내다보는 장기 전략이 필요하다는 의견을 제시했다. 우리나라도 영국 상원의 의견을 참고할 필요가 있겠다.

계획과 서비스 제공 간의 시차 문제나 투자의 생명보다 의료기술 발전의 속도가 빠른 문제는 의료계획을 수립하는 어떠한 국가라도 직면하게 되는 문제라 할 수 있다. 이 문제에 대응하기 위해서는 의료계획의 내용을 너무 세부적인 과제까지 다룰 필요가 없다는 것이다. 의료계획에서 정책의 비전과 목표 그리고 정책 방향을 제시하여 정책이 융통성을 갖고 대처할 수 있도록 유의해야 한다.

계획과 관련하여 지역이나 이해단체의 반대, 그리고 아무런 논리적 근거 없이 의료민영화라며 이념적 반대를 하는 데 대해서는 의료보장제도에서 의료계획의 불가피성과 함께 건강보험의료의 이념을 명확히 제시하여 적극적으로 대처해야 한다. 의료계획과 관련하여 정부나 보험자는 '의료는 공공성이 강한 사적 재화'라는 인식을 버려야 한다. 건강보험의료를 사적 재화로 간주하는 한 의료계획은 불필요하다. 그리고 지역이나 이해단체의 반대를 극복하기 위해서는 의료계획의 최종 결정은 국무회의를 거치도록 하는 방안도 검토할 필요가 있다. 의료계획을 국무회의의 심의로 하기 위해서는 보건 의료정책심의위원회를 국무총리실에서 보건복지부로 변경한 2010년도의 조치를 원상 회복하여 보건 의료

정책심의위원회 위원장을 국무총리로 할 필요가 있다. ■

참고문헌

- 보건사회부. (1989). 보건사회. 보건사회부.
- 이규식. (2015). 보건의료정책-뉴패러다임. 서울: 계축문화사.
- 이규식. (2017a). 공공의료의 올바른 정의와 발전 방향. 대한공공의학회지, 제1호, pp. 79-97.
- 이규식. (2017b). 지역사회중심의 통합서비스체계. 건강복지정책연구원 이슈 페이퍼, 제21호, pp. 1-34.
- 이규식. (2017c). 의료정책과 스텝어드십 확립. 건강복지정책연구원 이슈 페이퍼, 제25호, pp. 1-28.
- 이규식. (2018a). 문재인 케어 성공을 위한 조건. 건강복지정책연구원 이슈 페이퍼, 제31호, pp. 1-16.
- 이규식. (2018b). 의료보장론(개정판 8월 출간 예정). 계축문화사.
- 이규식, 이신호. (2017). 의료개혁과 의료계획의 수립. 건강복지정책연구원 이슈페이퍼, 제27호, pp. 1-23.
- 이규식, 정형선, 황성완, 최대봉. (2017). 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안. 국민건강보험공단, 건강복지정책연구원.
- Busse, R., Saltman, R. B., & Dubois, H. F. W. (2004) Organization and financing of

- social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (eds). *Social Health Insurance in Western Europe*, European Observatory on Health Care Systems and Policies Series. Berkshire, England: Open University Press.
- Ettelt, S., McKee, M., Nolte, E., Mays, N., & Thomson, S. (2009). Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., & McKee, M. (eds). *Investing in Hospitals of the Future*, European Observatory on Health Care Systems and Policies. Copenhagen: WHO Europe.
- Melhado, E. M. (1998). Economist, Public Provision, and the Market: Changing Values in Policy Debate. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(2), 215-263.
- Papanicolas, I. (2013). International frameworks for health system comparison. In: Papanicolas, I., & Smith, P. C. (eds). *Health System Performance Comparison*, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire, England: Open University Press.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., & McKee, M. (2009). Introduction: hospitals within a changing context. In: Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., & McKee, M. (eds). *Investing in Hospitals of the Future*, European Observatory on Health Care Systems and Policies. Copenhagen: WHO Europe.
- Rodwin, V. G. (1997). The rise of managed care in the US: lessons for French health policy. In: Altenstetter, C., & Bjorkman, J. W. (eds). *Health Policy Reform, National Variation, and Globalization*. London: Macmillan.
- Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems of the World*. (Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B., & de Roo, A. A. (1989). Hospital policy in the Netherlands: the parameters structural stalemate. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14, 773-795.
- Thomas, R. K. (2003). *Health Services Planning* (2nd). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- UK, House of Lords. (2017). *The Long-term Sustainability of the NHS and Adult Social Care*. Select Committee on the Long-term Sustainability of the NHS,

Report of Session 2016-17, HL Paper
151.

WHO. (2000). The World Health Report
2000- Health Systems: Improving
Performance. Geneva.