

# 의료전달체계의 문제점과 정책과제

*Improvement Ways for Health Care Delivery System*



오영호 한국보건사회연구원 연구위원

최근에 인구의 노령화와 만성질환자의 증가 등으로 국민의료비가 급속히 증가하면서 우리나라의 건강보험제도를 포함한 보건의료 체계의 지속가능성에 의문이 제기되면서 효율적이고 합리적인 의료전달체계 구축의 필요성이 그 어느 때보다 높아지고 있지만, 의료전달 체계와 관련된 이해관계집단의 이해관계가 서로 달라서 의료전달체계 구축을 더욱 어렵게 하고 있다. 그러나 의료전달체계를 확립하는 것은 보건의료자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용·효과적인 의료체계를 구축하는데 있어 핵심사항이다. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용·비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 의료기관의 기능정립을 포함한 의료전달체계를 개편해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 우리가 안고 있는 문제의 해결과 의료전달체계의 개선은 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다. 그 첫 번째 노력은 의료기관의 기능 및 역할 정립과 수단을 확보하는 것이고, 두 번째 노력은 의료이용 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템을 구축하는 것이다. 세 번째는 의료전달체계 확립을 위한 의료자원관리체계의 효율적인 방안을 마련하는 것이다.

## 1. 들어가는 말

최근 우리나라의 사회 경제적 환경 및 국민의 의료요구의 변화에 따라 의료이용량과 국민의료비가 급격하게 증가하고 있다.<sup>1)</sup> 이는 인구의 노령화와 만성질환자의 증가 그리고 소득증가 등 수요측면의 요인과 함께 비효율적인 보건의료 체계에 기인하고 있고, 그 중심에 의료기관의

역할과 기능 미정립 등을 포함한 의료전달체계에 문제가 있다고 판단된다. 더 우려가 되는 점은 향후 우리나라 보건의료환경이 더 악화될 여지가 많다는 점이다. 우리나라의 고령화 속도는 세계에서 유래가 없을 정도로 빠르게 진행되고 있고, 노인인구와 식생활습관 변화 등으로 만성질환자가 급격히 증가하고 있어 다양한 의료요구와 함께 급격한 의료수요의 증가가 예상된다.

1) 2000~2009년 1인당 실질 보건의료비 지출은 우리나라가 8.6%로 OECD 국가 중에서 슬로바키아 다음으로 높은 수준이며, 대부분의 OECD 국가의 연평균 증가율인 4% 보다 두배 이상 높은 것으로 나타났다. 2009년 우리나라의 연간 외래방문횟수는 13회로서 OECD 평균의 2배를 상회하고, 재원일수는 14.6일로서 OECD 평균인 7.2일보다 2배를 상회함(OECD/Korea Policy Centre(2011), 한눈에 보는 OECD 보건지표 2011).

이러한 의료요구에 적절히 대처하기 위해서는 효율적인 의료전달체계를 확립하는 것이 중요하다. 효율적이며 합리적인 의료전달체계의 확립<sup>2)</sup>은 의료의 연속성(continuum of care)의 관점에서 환자에게 적절한 의료서비스를 적시에 제공함으로써 적절한 비용으로 환자의 의료서비스 만족도를 제고할 뿐만 아니라, 장기적으로는 지역간 의료기관 종별 배치와 균형 발전 및 활용을 통하여 의료공급의 효율성을 제고하여 국민의료비의 절감과 건강보험 재정에도 크게 기여할 것이기 때문이다.

우리나라는 그동안 의료공급확대와 전국민 건강보험 실시 등 다양한 정책을 통해 의료서비스의 양적 성장과 국민의 의료접근성을 확보해 왔으며, 의료전달체계 확립을 통하여 의료이용과 의료공급의 효율성을 제고하고자 노력하고 있다. 의료전달체계 확립을 위한 공식적인 정부의 정책은 1989년 전국민건강보험제도 도입과 함께 시작되었다. 목적은 환자들이 되도록 근거리 의료기관을 이용하고, 또 단순한 기술수준의 진료능력을 갖춘 기관에서부터 의료이용을 시작하여 필요에 따라 복합적 기술수준의 기관으로 옮겨가도록 하는 것이었다. 의료전달체계 정책은 시행 초기에 효과가 어느 정도 나타난 것으로 평가되었지만,<sup>3)</sup> 지역간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제개혁 차원에서

1995년에 대진료권 구분이 없어지고, 1998년 공·교의료보험과 지역의료보험을 통합하면서 중진료권의 구분도 없어짐으로써 의료이용의 지역화 추진은 중단되었다. 이후 현재까지 우리나라는 의료기관 종별 기능이 명확하게 구분되어 있지 않다. 그러나 대형병원으로 환자 쏠림 현상이 심화되고 있어 의원과 병원급 의료기관이 직접적인 경쟁을 하고 있으며, 의료자원의 지역간 불균형과 함께 효율적 활용면에서 여러 가지 문제가 발생하면서 의료기관 종류별 기능의 재정립을 포함한 의료전달체계 확립이 그 어느 때보다 필요하다. 이러한 관점에서 본고에서는 우리나라의 의료전달체계의 현황과 문제점을 살펴보고, 향후 우리나라 의료전달체계가 나아가야 할 방향과 과제를 제시하고자 한다.

## 2. 우리나라 의료전달체계의 현황과 문제점

### 1) 우리나라 의료전달체계의 정책

우리나라의 의료전달체계는 1989년 전국민 의료보장제도를 도입하면서 전국적으로 실시되었다.<sup>4)</sup> 전국민건강보험제도 시행 이전의 우리나라 의료공급체계는 기능적인 단절성, 지역

2) 의료전달체계는 의료체계와 의료자원의 효율적 운영을 통해 의료서비스를 필요로 하는 국민 모두가 적시에 적정인에 의해 적소에서 적정진료를 이용할 수 있도록 마련된 제도임(Barry R. Furrow(1995), Health Law, New York: West Publishing).

3) 명재일·정영철(1991), 의료전달체계 운영성과의 분석, 한국보건사회연구원, 한달선 등(1991), 보험진료체계·개편의 효과에 대한 연구, 예방의학회지, 24(4), pp.485~495.

4) 우리나라에서 의료전달체계를 도입해야 한다는 주장의 근거에는 1920년대부터 영국을 비롯한 여러 국가들에서 의료정책의 주요의제로 취급되어 온 지역화개념과 맥을 같이 함. 즉, 자본집약적인 3차의료를 중심으로 주변에 1차와 2차의료의 자원을 분산하는 지역네트워크로서 소비자의 보다 높은 참여, 보다 향상된 의료접근, 의료의 생산과 높은 질을 가능하게 하는 규모의 경제를 성취하는

간 의료자원의 불균형 분포, 환자의 대형병원 집중, 하부구조의 취약성 등의 문제를 안고 있었다. 이러한 문제를 해결하지 않고서는 의료공급의 효율성뿐만 아니라 의료보장제도의 목적을 달성할 수 없다는 판단 때문이었다. 당시 의료전달체계는 전국을 행정구역과 생활권에 따라 8개의 대진료권과 142개의 중진료권을 설정하였다. 의료기관 역시 1차, 2차, 3차 진료기관으로 분류하여 의료기관 간의 기능분담도 시도하였다. 그러나 1998년 지역간 의료자원공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되면서 사실상 의료전달체계의 정책은 실패하였다고 평가되고 있다.<sup>5)</sup>

현재 우리나라의 의료공급과 의료이용체계를 포함하는 의료전달체계는 의료법과 국민건

강보험법에 근거하고 있다. 의료기관의 종류와 기능은 의료법에 규정되어 있다. 「의료법(제3조)」<sup>6)</sup>에 의하면 의료기관을 크게 의원급과 병원급(종합병원 포함)으로 나누고, 병원급에서 상급종합병원을 따로 구분하고 있다. 기능면에서 의원급은 주로 외래환자를, 병원급은 주로 입원환자를, 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 의료행위를 하는 기관으로 정의하고 있다(표 1 참조). 그러나 의료법상에 규정된 의료기관의 기능정의와 병상수에 따른 종별 구분은 선언적 규정에 불과하다.

의료이용체계와 관련된 내용은 국민건강보험법<sup>7)</sup>에 건강보험 급여를 2단계로 구분하고 있다. 상급종합병원 이용에서는 의원, 병원(종합병원 포함)의 의사소견이 기재된 건강진단·검진결과서 또는 요양급여의뢰서를 제출해야 급

---

데 필요한 자원의 집중화 등을 기하는 것임. 특히 자원의 배분에 있어서 지역구분과 환자의뢰 및 정보의 흐름과 같은 의료의 여러 수준간 연계성이 강조되어야 한다는 것임. 이에 따라 1970년대 의료전달체계 관련 논의가 시작되었고, 본격적인 필요성이 제기된 것은 의료보험제도가 도입되면서 부터임. 1984년부터는 2개 지역에서 시범적인 환자의뢰제도가 실시된 바 있고, 1989년에는 전국적인 환자의뢰제도를 실시하였음.

- 5) 의료전달체계 정책의 실패이유로는 병상규모에 따른 1, 2, 3차 의료기관을 지정하여 형식적으로 연결하여 기능화 할 수 없는 의료전달체계를 구상하였고, 정부는 3차의료기관의 연구와 교육 기능의 특화, 1차의료기관의 1차의료기능 강화 등을 위한 지원책을 시행하지 않았으며, 의료전달체계의 참여자인 의료기관, 의사, 환자 등의 적극적 참여를 유도할 수 있는 정책방안을 마련하지 못했기 때문이라고 지적하고 있음(송건용 외(2001), 의료기관종별 표준업무 개발 보고서, 보건복지부·한국병원경영연구원).
- 6) 의료기관의 종류와 기능을 정의하고 있는 관련 법률로는 의료법이 대표적임. 현행 의료법 제3조(의료기관)에서는 의료기관을 크게 의원급 의료기관과 병원급 의료기관, 조산원으로 구분하고 있음. 의원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로 의원, 치과의원, 한의원이 있음. 또한 병원급 의료기관은 마찬가지로 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분하여 규정하고 있음. 또한 동법 제3조의2(병원 등)에서는 시설과 인력을 기준으로 병원과 종합병원으로 구분하여 규정하고 있음. 즉, 병원의 경우 30개 이상의 병상을 그 기준으로 하고 있고, 종합병원의 경우 100개 이상의 병상과 병상규모에 따른 개설과목, 전문의를 구분하고 있음. 그 외에도 상급종합병원과 전문병원을 따로 규정하고 있는데 상급종합병원의 경우 종합병원 중에서 중증질환에 대한 난이도가 높은 행위를 전문적으로 하되 20개 이상의 진료과목, 장관령이 정하는 인력, 시설, 장비 등을 갖추 것을 규정하고 있음.
- 7) 2000년 제정된 국민건강보험법에서는 건강보험제도상의 의료전달체계의 법적 근거를 마련하였음. 즉, 동법에 의한 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제2조(요양급여의 절차)에서는 요양급여를 1단계와 2단계로 구분하고, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있음. 여기서 1단계 요양급여는 의료법상의 상급종합병원을 제외한 의료기관에서 받는 요양급여를 말하고 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말함.

표 1. 의료기관 종별 구분 기준

종별 구분	대상	기준
○ 의원급	• 주로 외래환자 대상	30병상 미만
○ 병원급		
- 병원	• 주로 입원환자 대상	30병상 이상
- 종합병원	• 7개(300병상 이하), 9개(300병상 초과) 이상 필수 진료과목 설치	100병상 이상
○ 상급종합병원	• 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료를 전문적으로 하는 종합병원	종합병원 중 복지부장관 지정

여를 지급받을 수 있다.<sup>8)</sup> 그러나 본인이 비용을 부담하는 경우에는 이용단계에 제한을 두지 않고 있다. 그리고 단계적인 의료기관 이용을 유도하기 위해서 의료기관 종별 가산율 및 환자 본인부담률의 진료비 차등 제도<sup>9)</sup>를 실시하고 있다. 그러나 이러한 규정에도 불구하고 환자들의 의료기관 이용에 대한 제한은 환자가 지불하는 본인부담률에서만 차이를 두었을 뿐 특별한 제재는 없다. 이로 인해 현재까지 우리나라는 의료전달체계가 확립되지 못하였으며, 의료기관 종별 기능 역시 명확하게 구분되어 있지 않다.

## 2) 우리나라 의료전달체계의 문제점

우리나라 의료전달체계의 문제점을 크게 세 가지 측면으로 요약할 수 있다. 첫 번째는 의료기관간 역할과 기능 미정립 등으로 인한 의료기관간 의료시설의 대형화와 고급화 경쟁으로 의료기관간 병상과 고가의료장비 보유 경쟁의 심

화, 두 번째는 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 비효율적인 진료현상 심화, 그리고 마지막으로 의료자원 편중으로 인한 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상 등이다.

### (1) 의료기관간 병상 및 고가의료장비 보유경쟁 심화

보건의료자원은 궁극적으로 소비자에게 의료서비스를 원활히 공급하기 위해서 존재한다. 보건의료자원은 한정되어 있기 때문에 이를 효율적으로 공급하고 활용하여야 하기 때문에 효율적인 보건의료공급체계의 구축이 국가 의료제도의 핵심요소가 된다. 의료기관간 역할과 기능은 의료법에 정립되어 있지만 이러한 역할 기준을 적용할 수 있는 정책적 수단이 미약한 상황에서 의료기관들 간의 경쟁은 주로 병상과 고가의료장비 설치 등 고급화와 양적확대위주로 진행되어왔다. 그 결과 2006~2011년 사이 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수의 변화 양상

8) 응급, 분만, 치과, 가정의학과 등 7가지 예외 경로 인정(요양급여 규칙 제2조)하고 있고, 의료급여는 3단계로 구분(의료급여법 시행 규칙 제3조)하고 있음.

9) 종별가산율은 의원 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 상급종합병원 30%를 두고 있고, 환자 본인부담률은 의원 30%, 병원 35~40%, 종합병원 45~50%, 상급종합병원 60%를 두고 있음.

을 살펴본 결과 전반적으로 요양기관의 수와 병상 수가 지속적으로 증가한 것을 확인할 수 있다(표 2 참조).

요양기관 종별 기관수나 병상수는 병원급 의료기관의 증가세가 두드러진 것을 확인할 수 있다. 요양병원과 요양병상은 2007년 노인장기요양보험제도 도입 전후로 크게 증가하여 연평균 각각 37.7%와 38.8%씩 증가하였다. 병원급 의료기관의 수는 2005년 884개소에서 2010년 1,297개소로 연평균 8% 증가하였다. 우리나라의 지속적인 병상수의 증가현상은 OECD 국가의 경우 급성병상과 장기요양병상 수가 감소하거나 또는 정체되어 있음을 감안하면 매우 이례적인 현상이라 할 수 있다. 외래의료서비스를 담당해야 할 의원의 경우도 병상수가

2005년 89,621병상에서 2008년 93,450병상으로 증가하다가 2009년부터 다소 감소하기 시작하여 2010년에 91,182병상으로 전체 병상에서 17% 이상으로 적지 않은 비중을 차지하고 있다(표 2 참조).

병상수와 함께 우리나라의 고가의료장비가 지나치게 과잉공급 되었다는 것은 이미 OECD 국가 간의 비교를 통해서 알려져 있다. 우리나라의 인구 당 CT, MRI, ESWL, Mammographs 등 주요 고가의료장비 보유대수는 OECD국가에서 상위그룹에 위치하고 있다. CT의 경우 인구100만 명당 37.1대로 OECD 국가 평균인 24.5대보다 거의 1.5배정도 많고, MRI는 우리나라가 인구 100만 명당 19.0대로 OECD 국가 평균인 13.0대보다 1.5배정도 높은 것으로 나타났고, 체

표 2. 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수 변화

(단위: 개소, 병상수)

요양기관 종별	병상구분	2005년		2008년		2009년		2010년		연평균 증가율	
		기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
상급종합병원		43	39,251	43	41,062	44	43,291	44	43,569	0.6	2.1
종합 병원	소계	248	89,398	271	96,068	269	94,786	270	97,631	1.8	1.8
	300~500	190	51,370	218	60,597	210	56,767	211	58,828	2.1	2.7
	500 이상	58	38,028	53	35,471	59	38,019	59	38,803	0.6	0.4
병원	소계	884	129,217	1,163	164,974	1,262	178,392	1,297	180,611	8.0	6.9
	100 미만	450	29,139	581	37,201	632	39,503	641	41,051	7.3	7.1
	100 이상	434	100,078	582	127,773	630	138,889	656	139,560	8.6	6.9
요양 병원	소계	172	21,161	670	82,819	777	95,600	852	109,039	37.7	38.8
	100 미만	86	5,891	275	19,164	365	24,664	347	24,043	32.3	32.5
	100 이상	86	15,270	395	63,655	412	70,936	505	84,996	42.4	41.0
의원		24,980	89,621	26,300	93,450	27,027	93,143	27,149	91,182	1.7	0.3

주: 치과·한방병상 및 상급병상 제외.

병상수 = 일반병상 + 신생아병상 + 중환자병상 + 응급실병상.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

외충격파쇄석기(ESWL)는 우리나라가 인구 100만 명당 13.6대로 가장 높았고 OECD 평균보다 4배 이상 높은 것으로 나타났다. 그리고 단층

촬영장치(mammographs)는 우리나라가 49.9대로 OECD국가 중 가장 높았고 OECD 평균인 24.4대보다 2배 이상 높은 것으로 나타났다.<sup>10)</sup>

표 3. 요양기관 종별 고가장비 보유량 변화

(단위: 개, %)

의료기관 종별	병상구분	전산화단층촬영기(CT)					자기공명영상기(MRI)				
		2005년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율	2005년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율
상급종합병원		114	144	159	162	7.3	81	101	111	120	8.2
종합 병원	소계	288	333	339	364	4.8	222	276	283	296	5.9
	300~500	194	226	226	242	4.5	156	194	194	204	5.5
	500 이상	94	107	113	122	5.4	66	82	89	92	6.9
병원	소계	519	630	665	682	5.6	176	323	325	377	16.5
	100 미만	226	270	293	304	6.1	56	130	124	142	20.5
	100 이상	293	360	372	378	5.2	120	193	201	235	14.4
요양병원	소계	28	48	59	51	12.7	1	0	14	2	14.9
	100 미만	7	8	21	17	19.4	0	0	0	0	-
	100 이상	21	40	38	34	10.1	1	0	14	2	14.9
의원		640	659	781	1,106	11.6	94	134	160	252	21.8
의료기관 종별	병상구분	체외충격파쇄석기(ESWL)					유방촬영기				
		2005년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율	2005년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율
상급종합병원		47	44	45	51	1.6	73	81	90	97	5.8
종합 병원	소계	141	166	173	180	5.0	273	320	308	323	3.4
	300~500	90	118	117	124	6.6	197	240	226	233	3.4
	500 이상	51	48	56	56	1.9	76	80	82	90	3.4
병원	소계	47	73	78	106	17.7	434	524	535	548	4.8
	100 미만	12	21	22	41	27.9	218	273	269	263	3.8
	100 이상	35	52	56	65	13.2	216	251	266	285	5.7
요양병원	소계	0	0	0	7	-	4	17	34	26	45.4
	100 미만	0	0	0	2	-	0	3	9	5	-
	100 이상	0	0	0	5	-	4	14	25	21	39.3
의원		187	378	540	563	24.7	994	1,430	1,322	1,776	12.3

주: 치과·한방 제외.  
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

10) 오영호 외(2011), 보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영, 한국보건사회연구원.

고가의료장비의 총량적인 공급과잉도 문제이지만, 의료기관간 고가의료장비 도입경쟁으로 의료기관 종별에 관계없이 대부분의 의료기관에서 고가의료장비공급이 증가하였고, 특히 100병상 미만의 병원급이나 의원급 등에서 큰 폭으로 증가하고 있다는 점이다. 전산화단층촬영기(CT)의 경우는 대부분의 의료기관에서 지속적으로 증가하였고, 특히 요양병원과 의원급에서 크게 증가하였다. 자기공명영상기(MRI)의 경우는 요양병원을 제외한 대부분의 의료기관에서 증가하고 있으며, 의료기관 규모에 따라서 적게는 연평균 5.5%에서 많게는 21.8%까지 증가하였다. 특히 100병상 미만의 병원급과 의원급의 연평균 증가율이 각각 20.5%와 21.8%로 가장 높은 증가세를 보였다. 체외충격파쇄석기(ESWL)의 경우도 대부분의 의료기관에서 공급이 증가하였고, 특히 100병상 미만의 병원급이나 의원급 등에서 공급이 크게 증가하였다. 고 있다. 유방촬영기는 100병상 이상의 요양병원에 큰 폭의 증가세를 보였고, 그 다음으로 의원급에서 크게 증가한 것으로 조사되었다(표 3 참조).

## (2) 의료자원 공급과잉과 과당경쟁으로 인한 비효율적인 진료현상 심화

### ① 요양기관 종별 외래의료비중 변화

바람직한 의료전달체계를 확립한다는 것은 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고

상급 종합병원은 고도의 전문적 의료서비스와 연구를 담당토록 하는 것을 의미한다. 즉, 1차의료기관은 경증의 외래 환자를 담당하고 전문적 진료가 필요한 환자들에 대해서는 대리인으로서 적절한 요양기관을 안내하는 것이 의료자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이 될 것이다. 그러나 현실은 의원에서도 병상을 설치하여 입원 서비스를 제공하고 있고 종합전문요양기관에서도 경증 환자에 대한 외래 진료를 제공하고 있다. 요양기관 종별 외래환자수 비율의 변화추이를 보면, 병원급 이상의 외래 환자수 비율이 점차 증가하는 반면, 의원의 경우는 감소추세에 있다는 점이다(표 4 참조). 이러한 현상은 외래진료비 추세에서도 볼 수 있는데, 상급종합병원, 종합병원 진료비 점유율은 지속적으로 증가한 반면, 의원 외래진료비 점유율은 37.62%에서 29.91%로 지속적으로 감소하고 있음을 볼 수 있다(표 5 참조).

대형병원의 외래환자 증가의 심각성을 나타내는 또 다른 지표는 종합전문요양기관이나 종합병원의 총 요양 급여비용 중 외래 급여비용이 차지하는 비중이 34~36%가량 된다는 사실이다.<sup>11)</sup> 입원을 위주로 해야 할 종합전문요양기관과 종합병원에서 외래 비중이 이토록 높은 현상은 의료전달 체계상의 문제점을 드러내는 단면이라 할 수 있겠다. 반면에 의원들이 적지 않은 수의 병상을 보유하고 입원진료에 참여하고 있다는 사실 또한 의료기관 종류별 역할과 기능의 분화가 불합리하고 미흡하다는 사실을 입증하는 것이다.

11) 권순만 외(2010). 국내 의료전달체계의 현황과 문제점, 의료정책포럼, 8(2), 대한의사협회.

표 4. 지역별 외래환자수의 의료기관 유형별 분포

(단위: %)

지역	상급종합병원			종합병원			병원			의원 <sup>1)</sup>		
	2002년	2008년	2010년	2002년	2008년	2010년	2002년	2008년	2010년	2002년	2008년	2010년
서울	9.3	9.1	9.7	6.1	6.8	8.9	3.4	4.7	6.4	81.2	79.4	75.0
부산	4.1	4.8	4.7	9.2	11.1	13.8	6.4	8.2	12.0	80.3	75.9	69.5
대구	8.9	5.6	7.1	7.0	4.1	5.3	5.5	9.4	11.7	78.7	80.8	75.9
인천	3.8	7.3	7.4	5.9	8.4	8.8	4.1	6.8	8.3	86.2	77.5	75.5
광주	4.7	4.4	4.7	4.7	12.9	13.7	6.2	10.5	13.4	84.5	72.2	68.1
대전	4.8	6.3	7.3	5.7	7.0	7.9	2.4	4.1	6.0	87.1	82.5	78.8
울산	0.8	0.9	1.0	8.8	10.3	10.8	10.9	14.8	17.2	79.5	74.0	71.1
경기	3.2	3.8	5.3	8.2	10.8	10.5	4.6	7.9	8.1	84.0	77.5	76.2
강원	3.8	4.9	5.6	9.0	10.0	10.7	4.0	6.1	9.6	83.2	79.1	74.0
충북	3.2	4.9	4.8	5.3	7.6	8.9	3.2	5.2	6.8	88.3	82.3	79.5
충남	3.6	5.3	5.2	5.9	5.2	6.1	4.1	5.6	7.3	86.4	83.9	81.4
전북	4.6	6.5	6.1	4.2	5.8	6.4	4.7	5.6	8.0	86.4	82.0	79.6
전남	2.6	1.9	2.0	7.9	9.9	10.8	7.5	12.0	13.0	81.9	76.1	74.1
경북	3.0	3.0	3.3	9.7	11.0	12.8	5.7	7.7	9.8	81.6	78.2	74.2
경남	1.9	2.9	2.9	8.5	9.9	11.1	9.3	12.7	14.0	80.4	74.5	72.0
제주	0.6	0.8	0.8	13.6	16.7	18.5	0.5	1.1	1.2	85.3	81.4	79.6
계	4.9	5.3	5.8	7.3	8.8	9.9	5.0	7.4	9.1	82.9	78.5	75.1

주: 1) 의원 + 보건의료원 + 보건소 + 보건지소

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 환자조사 각 연도.

표 5. 요양기관 종별 진료비 및 각 점유율 변화, 외래

(단위: 백만원, %)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
총계	14,236,879	15,260,271	16,539,092	18,276,178	20,560,102	22,527,927	23,976,510	26,951,006
의료기관	9,211,909	9,784,724	10,343,325	11,253,289	12,524,239	13,635,463	14,432,935	16,253,571
소계	(64.70)	(64.12)	(62.54)	(61.57)	(60.92)	(60.53)	(60.20)	(60.31)
상급	828,254	993,621	1,093,629	1,201,625	1,436,858	1,684,176	1,844,170	2,288,409
종합병원	(5.82)	(6.51)	(6.61)	(6.57)	(6.99)	(7.48)	(7.69)	(8.49)
종합병원	813,199	1,027,432	1,124,324	1,271,584	1,480,411	1,666,329	1,882,324	2,075,072
	(5.71)	(6.73)	(6.80)	(6.96)	(7.20)	(7.40)	(7.85)	(7.70)
병원	435,959	507,697	577,329	648,771	737,948	878,326	929,579	1,122,216
	(3.06)	(3.33)	(3.49)	(3.55)	(3.59)	(3.90)	(3.88)	(4.16)
요양병원	-	-	-	-	-	-	53,656	68,159
	-	-	-	-	-	-	(0.22)	(0.25)
의원	5,355,964	5,337,784	5,480,171	5,919,407	6,486,972	6,894,908	7,137,976	7,790,383
	(37.62)	(34.98)	(33.13)	(32.39)	(31.55)	(30.61)	(29.77)	(28.91)

주: 의료기관소계는 치과, 한방, 조산원부문 제외 소계이며 총계는 의료기관 소계 및 약국부문 모두 포함.

자료: 신영석 외(2010). 건강보험재정평가, 한국보건사회연구원.

② 고가의료장비 도입경쟁에 따른 장비 사용량 급증

의료기관간 경쟁적인 고가의료장비 도입은 고가의료장비의 공급과잉과 함께 고가의료장비 사용을 크게 증가시키는 요인이 되고 있다. 최근 2006년부터 2010년까지 4년간 주요 고가의료장비 보유대수와 사용량(건강보험적용)의 추세를 통해서 이러한 사실을 알 수 있다. CT의 경우 2006년 1,629대에서 2010년 1,742대로 연평균 증가율은 2% 미만으로 총량의 변화는 크지 않지만, 보험급여가 적용된 촬영횟수는 지난 4년간 2.2배 증가하여 연평균 20% 이상 증가하였고, CT당 촬영횟수도 2배 증가하여 연평균 19.4% 증가였다. MRI는 지난 4년간 1.5배 증가하여 연평균 10% 이상 증가하였고, 보험급여가

적용된 촬영건수는 1.6배 증가하여 연평균 13.3% 증가하였다. MRI당 촬영건수는 2006년 670회에서 2010년 741회로 연평균 증가율은 2.6%로 크지 않았는데, 이는 MRI의 경우 대부분의 촬영이 건강보험적용대상이 아니기 때문인 것으로 판단된다. PET의 경우 2006년 63대에서 2010년 155대로 2.5배 증가하여 연평균 25% 이상 증가하였고, 보험급여가 적용된 사용 촬영건수는 2006년에 42,360건에서 2010년 279,524건으로 6.6배 증가하여 연평균 60% 이상 증가하고, PET당 촬영건수는 2006년에 672회에서 2010년 1,803회로 2.7배 증가하여 연평균 28%씩 증가하였다(표 6 참조). 이렇듯 고가의료장비의 무분별한 도입과 확산은 굳이 고가장비를 사용하여 진단을 할 필요가 없는 환자에게도 이들 장비를 적용함으로써 의료비를 증가

표 6. 연도별 CT, MRI, PET 총 촬영횟수, 보유대수 및 장비당 촬영횟수(건강보험 적용)

장비	연도	총 촬영회수	보유대수	장비당 촬영횟수
CT	2006년	2,411,327	1,629	1,480
	2007년	2,955,819	1,799	1,643
	2008년	3,861,016	1,788	2,159
	2009년	4,554,686	1,810	2,516
	2010년	5,247,488	1,742	3,012
	('10년 / '06년)	2.2	1.1	2.0
	평균	21.5	1.7	19.4
MRI	2006년	440,169	657	670
	2007년	541,329	777	697
	2008년	617,892	855	723
	2009년	642,300	924	695
	2010년	726,204	980	741
	('10년 / '06년)	1.6	1.5	1.1
	평균	13.3	10.5	2.6

〈표 6〉 계속

장비	연도	총 촬영회수	보유대수	장비당 촬영횟수
PET	2006년	42,360	63	672
	2007년	145,441	92	1,581
	2008년	208,620	112	1,863
	2009년	256,435	137	1,872
	2010년	279,524	155	1,803
	(‘10년 / ‘06년)	6.6	2.5	2.7
	평균	60.3	25.2	28.0

자료: 건강보험심사평가원 내부자료.

시키고 의료체계의 효율을 크게 떨어뜨린다는 점이다.

### 3) 의료자원 편중으로 인한 수도권 환자 쏠림 현상

대형병원의 수도권 편중현상으로 수도권으로의 환자 이동이 크게 증가하면서 수도권 환자 집중 문제가 의료전달 체계의 문제점 중 하나로 부각되고 있다. 환자조사 자료를 이용하여 외래환자와 퇴원환자의 지역별 이용양상과 이용추세를 보면 지역에 따라 차이는 있지만 전반적으로 서울지역에 환자가 집중되고 있는 것을 알 수 있다. 외래환자의 경우 서울지역의 종합병원(상급종합병원 포함)을 이용한 환자비율이 2002년에 비해 2010년에 인천, 광주, 전남, 제주를 제외한 모든 지역에서 증가하였다. 2010년 전반적으로 서울지역의 종합병원(상급종합병원 포함)을 외래환자의 비율이 적게는 9.5~39.4%까지 적지 않은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다(표 7 참조). 퇴원환자의 경

우도 외래환자의 비슷한 경향을 보이지만 서울 지역의 종합병원급 이상의 병원을 이용하는 퇴원환자의 비율이 일부 지역을 제외하고 외래환자비율보다 전반적으로 높은 것으로 나타났다(표 8 참조).

중병인 암 환자의 수도권 집중현상은 더욱 심각한 것으로 나타났다. 암 환자 대부분이 종합전문요양기관을 이용할 것으로 판단되어 종합전문요양기관에 대한 분석 결과만 제시하였다. 암환자의 경우는 서울소재 상급종합병원을 이용한 비율은 지역에 따라 변동의 양상이 다소 다르지만 전반적으로 서울소재 종합전문요양기관 이용비율이 높았다. 2010년 서울지역의 상급종합병원 퇴원 암환자가 가장 많은 지역은 제주지역으로 퇴원 암환자의 95.0%가 서울지역의 상급종합병원을 이용하였으며, 서울지역의 상급종합병원에 입원한 환자의 비율이 50~60%대 수준인 지역으로는 울산, 경기, 강원, 충북, 전남지역으로 나타났고, 30~40%대 수준인 지역으로는 광주, 대전, 충남, 전북, 경북, 경남지역으로 나타났다(표 9 참조). 서울지

**표 7. 외래환자가 이용한 종합병원 이상 의료기관의 소재지 비율**

(단위: %)

환자 거주지역	서울지역 종합병원 이상				환자거주지역 종합병원 이상				기타지역 상급종합 이상			
	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년
서울	-	-	-	-	94.9	96.0	93.4	93.2	5.1	4.0	6.6	6.8
부산	6.8	12.2	11.1	10.9	90.9	86.1	83.3	82.6	2.4	1.7	5.6	6.4
대구	3.2	13.4	11.0	11.9	78.6	84.2	87.1	85.9	18.2	2.4	1.9	2.2
인천	22.1	29.9	31.1	21.0	64.4	61.0	52.8	64.4	13.5	9.1	16.1	14.7
광주	13.3	11.0	10.8	9.5	84.8	38.8	40.1	53.2	1.8	50.1	49.1	37.3
대전	11.4	26.4	18.7	22.6	86.9	70.1	78.2	73.9	1.7	3.5	3.1	3.5
울산	8.2	18.1	16.9	22.8	57.0	64.9	61.7	55.1	34.8	17.0	21.4	22.1
경기	44.1	49.2	42.9	45.2	52.7	48.6	55.1	52.4	3.1	2.3	2.0	2.4
강원	24.6	33.6	34.7	33.2	68.2	59.5	57.5	57.4	7.2	6.8	7.8	9.4
충북	33.0	35.7	34.2	39.4	39.8	49.2	47.6	41.2	27.2	15.1	18.2	19.4
충남	31.0	40.8	33.5	35.8	35.1	32.5	32.6	30.0	33.9	26.7	33.9	34.1
전북	12.9	16.6	18.2	15.9	82.4	79.4	73.6	78.6	4.7	4.0	8.2	5.5
전남	22.8	18.9	15.0	17.5	16.7	62.6	66.9	59.5	60.5	18.5	18.1	23.0
경북	15.1	25.9	23.6	25.7	22.0	28.7	32.2	29.0	62.9	45.4	44.1	45.3
경남	10.5	21.4	18.9	19.8	38.6	37.3	40.5	43.5	50.9	41.3	40.6	36.7
제주	28.8	21.5	21.2	20.9	66.7	74.7	76.4	76.3	4.5	3.8	2.4	2.8

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

**표 8. 퇴원환자가 이용한 종합병원 이상 의료기관의 소재지 비율**

(단위: %)

환자 거주지역	서울지역 종합병원 이상				환자거주지역 종합병원 이상				기타지역 상급종합 이상			
	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년
서울	-	-	-	-	94.1	93.9	94.5	94.3	5.9	6.1	5.5	5.7
부산	13.8	14.0	14.7	13.8	83.6	83.0	79.0	77.5	2.6	3.1	6.3	8.7
대구	6.6	18.4	17.6	15.9	76.9	77.7	80.0	80.9	16.5	3.9	2.3	3.3
인천	25.2	24.2	28.9	21.0	58.8	57.8	52.3	65.1	15.9	18.0	18.8	13.9
광주	24.8	18.2	19.1	20.4	72.1	45.3	50.8	48.4	3.1	36.5	30.1	31.3
대전	19.0	22.8	25.6	26.1	77.7	72.7	71.5	69.3	3.3	4.5	2.9	4.7
울산	61.2	14.2	19.0	21.6	30.0	70.0	68.9	60.1	8.8	15.8	12.1	18.3
경기	46.2	44.5	45.7	43.2	50.7	52.8	52.3	53.8	3.1	2.7	2.0	3.0
강원	29.5	33.6	53.7	33.8	63.7	55.2	37.1	58.3	6.8	11.3	9.2	7.9

<표 8> 계속

환자 거주지역	서울지역 종합병원 이상				환자거주지역 종합병원 이상				기타지역 상급종합 이상			
	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년
충북	39.4	42.2	48.8	40.8	42.2	36.7	28.5	37.3	18.3	21.1	22.7	21.9
충남	35.8	32.4	39.9	32.5	36.7	38.1	31.9	36.3	27.5	29.5	28.2	31.2
전북	21.2	23.8	29.0	24.5	72.9	64.1	58.2	65.4	5.9	12.1	12.8	10.1
전남	32.9	28.1	27.2	25.6	32.8	51.9	51.8	49.6	34.3	19.9	21.0	24.7
경북	20.4	27.2	30.4	31.0	32.3	30.6	30.9	29.3	47.3	42.3	38.7	39.6
경남	16.8	19.8	24.0	21.2	44.8	37.7	39.8	41.4	38.4	42.5	36.2	37.4
제주	30.3	26.6	31.8	30.0	62.5	67.3	63.8	66.6	7.3	6.1	4.4	3.4

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

표 9. 퇴원 암환자가 이용한 상급종합병원의 소재지 비율

(단위: %)

암환자 거주 지역	서울지역 상급종합병원				환자거주지역 상급종합병원				기타지역 상급종합병원			
	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년	2002년	2008년	2009년	2010년
서울	-	-	-	-	99.4	99.3	97.7	97.3	0.6	0.7	2.3	2.7
부산	20.6	16.8	18.8	19.3	78.9	82.7	80.5	79.3	0.5	0.5	0.8	1.3
대구	8.4	19.9	19.7	17.9	72.3	78.9	79.3	80.5	19.3	1.2	1.1	1.6
인천	43.7	34.6	30.7	24.1	55.0	64.5	55.6	64.5	1.3	0.9	13.7	11.4
광주	32.9	46.5	43.7	48.8	66.9	52.0	53.3	47.3	0.2	1.5	2.9	3.9
대전	27.0	31.2	32.6	35.8	72.3	67.3	65.8	60.5	0.7	1.5	1.6	3.7
울산	90.0	52.6	67.0	66.6	-	-	-	-	10.0	47.4	33.0	33.4
경기	82.3	78.0	63.4	59.9	13.1	17.9	33.7	36.0	4.6	4.2	2.9	4.1
강원	54.2	57.3	62.9	59.4	42.7	38.6	32.4	33.3	3.1	4.1	4.8	7.2
충북	61.3	59.0	73.0	55.3	19.9	23.2		23.8	18.8	17.8	27.0	20.9
충남	58.2	40.5	47.3	38.2	20.3	40.9	31.3	40.2	21.5	18.7	21.4	21.6
전북	29.1	35.3	40.1	33.5	68.2	59.3	51.5	59.5	2.6	5.4	8.4	7.0
전남	59.0	69.7	67.8	63.4	-	-	-	-	41.0	30.3	32.2	36.6
경북	34.1	43.3	47.1	48.3	-	-	-	-	65.9	56.7	52.9	51.7
경남	34.5	27.3	34.5	32.1	2.6	17.7	18.5	15.9	62.9	55.0	47.0	52.0
제주	93.7	92.5	95.7	95.0	-	-	-	-	6.3	7.5	4.3	5.0

주: 암환자는 상병코드 C00-D48.  
 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

역에 암환자가 집중되는 현상을 개선하는 방안으로 모든 지역에 암 센터를 설치하는 것은 규모의 경제측면에서나 효율적인 의료자원 활용이라는 측면에서 타당하지 않을 수도 있다. 그러나 응급의료를 포함한 필수의료와 함께 증가하는 암 환자의 의료접근성을 제고하는 측면에서 규모의 경제측면을 고려한 지역별 의료자원의 배치에 주의를 기울여야 할 것이다.

경제수준과 생활수준의 향상은 의료수요의 증가와 함께 의료서비스의 고급화 등 질적 욕구를 증가시킬 것으로 전망된다. 이와 같은 보건의료 환경변화에 대응하고 양질의 의료서비스를 보다 안정적이고 효율적으로 제공하기 위해서는 장래의 사회 변화와 함께 보건의료환경의 변화를 예측하고 이에 기초한 보건의료자원의 적절한 수급계획과 이를 효율적으로 활용할 수 있는 의료전달체계 구축이 우선적으로 필요하다.

### 3. 우리나라 의료전달체계의 발전방향 및 정책과제

#### 1) 보건의료환경의 전망

우리나라의 보건의료 및 인구·사회·경제적인 요인을 보면 향후 보건의료에 대한 욕구가 크게 증가할 것으로 전망된다. 향후 주목할 인구학적인 변화는 전체 인구 중 노인인구의 비중이 커지는 노령화라고 할 수 있다. 2010년 65세 이상 노인인구는 전체인구의 11.0%이나, 평균수명의 연장 및 출산율 감소로 2018년 14.3%로 고령사회에 진입하고, 2026년에는 20.8%로 본격적인 초고령사회에 도달할 것으로 전망된다. 고령화와 함께 주목해야 할 점은 질병구조의 변화이다. 최근의 사회 전반적인 질병구조는 노령화와 식생활습관 변화 등으로 급성 및 전염성 질병에서 만성 및 비전염성 질병으로 급격하게 변화하고 있다. 이러한 질병양상의 변화는 의료수요를 크게 증가시킬 것으로 전망된다. 또한

#### 2) 발전방향

효율적인 의료전달체계를 구축하는 것은 의료접근성의 향상, 양질의 의료제공, 의료자원의 효율적 이용 그리고 이를 통한 적절한 국민의료비를 유지하는데 중요한 수단이라는 점에서 보건의료체계의 핵심이라 할 수 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 합리적인 의료전달체계란 의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태라고 정의하고, 합리적인 의료지역화의 요건으로는 진료권의 설정, 필요한 의료자원의 공급, 의료기관간 기능의 분담과 연계, 환자 후송 의뢰체계의 수립이라고 제시하고 있다.<sup>12)</sup> 이를 근거로 보면 우리나라의 효율적인 의료전달체계의 개선방안은 다음과 같다. 첫째, 의료기관의 기능구분, 단계적 진료체계의 확립, 환자의뢰체계 도입 등을 통한 1,2,3차 의료의 연속성 확보(continuum of care), 환자에게 적절한 시기에 적절한 제공자로부터 적절한 진료를 받도록 보장하여 환자는 합당한 진료를 받을 수 있게 하고,

12) WHO(2008). Primary Health care – now more than ever.

대형병원의 환자집중을 완화시키며, 1차의료 공급기반을 확충할 수 있도록 의료공급체계가 구축되어야 한다. 둘째, 의료자원의 지역간 균형 분포, 지역내 의료자체 충족도, 의료이용의 편의도와 형평 등을 개선하는 방향으로 의료공급체계가 구축되어야 한다. 마지막으로 장기적으로 지역간 의료기관의 종별 배치와 균형발전 및 활용을 통하여 의료공급의 효율 향상, 의료비 절감, 의료재정의 안정성 확보에 기여할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다.<sup>13)</sup> 이런 이상적인 의료전달체계가 확립되기까지는 장시간이 걸릴 수 있다. 따라서 순차적으로 정책을 실현시켜 나가되 우선적으로 의료기관의 기능 및 역할 정립에 중점을 두어야 할 것이며, 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급 종합 병원은 고도의 전문적 의료서비스와 연구를 담당토록 기능과 역할을 정립해야 할 것이다.

### 3) 정책과제

우리나라는 효율적인 의료전달체계 확립을 위하여 환자들의 의료이용행태를 변화시키기 위한 노력을 해왔지만 큰 효과를 거두지 못하였다. 이는 의료전달체계를 지나치게 단순화하여 환자가 의료기관의 종류를 선택하고 이용하는 의료이용 추구양상에 중점을 뒀으로써 변화를

위한 접근대상을 환자의 의료이용행태에 한정된 측면을 그 원인 중의 하나로 들 수 있다. 따라서 정책의 관심이 환자의 의료이용 추구행태뿐만 아니라 의료공급체계에도 주어져야 한다. 의료전달체계를 확립하기 위해서는 환자의 의료이용행태뿐만 아니라 의료공급자의 참여가 필수적이기 때문이다. 그러기 위해서는 의료공급체계의 특성<sup>14)</sup>을 이해함과 함께 규제뿐만 아니라 유인이나 지원 등을 통해 참여시키는 방안을 모색해야 한다. 효율적인 의료전달체계를 위한 또 다른 하나의 토대는 의료자원의 지역간 불균형을 해소하는 것이다. 따라서 이를 위한 정책방안이 함께 모색되어야 할 것이다.

#### (1) 의료기관의 기능 및 역할 정립과 제도개선

의료전달체계 확립을 위한 첫 번째 과제로 의료기관의 기능과 역할을 정립하고, 이를 강력하게 실행할 수 있는 수단이 필요하다. 현재 의료기관의 기능재정립과 관련한 기본안<sup>15)</sup>은 다음과 같다. 의원은 외래를 중심으로 가벼운 질환과 만성질환을 집중 관리하고, 병원은 입원 환자를 중심으로 질환별 전문화를 꾀하고, 대형병원은 중증 질환을 중심으로 하며 연구 중심으로 재편한다는 것이 골자이다. 이를 위해 의원이 만성질환 및 노인, 소아 환자를 집중 관리할 수 있는 만성질환 관리체계를 구축하도록 하고, 병

13) 송건용 외(2001). 의료기관종별 표준업무 개발 보고서, 보건복지부 · 한국병원경영연구원.

14) 의료전달체계는 의료공급측면에서 보면 의료기관들의 진료기능에 대한 분업체계이고, 의료기관들이 진료서비스를 기술수준별로 부담하는 체계이기 때문임(한달선(2010). 의료전달체계에 관한 정책의제의 재조명, 보건행정학회지, 20(4), pp.1~18).

15) 본고에서 제시하는 의료기관 기능 및 역할 정립과 관련된 방향과 내용은 2009년 12월에 구성된 「의료기관 기능 재정립 TF」에서 합의하여 도출되었던 내용을 중심으로 작성되었으며, 의료기관간 역할 및 기능에 대한 기본적인 방향에 대해서는 전문가 이해 집단 간 큰 이견이 없는 것으로 판단됨.

원은 이미 의료법이 허용하고 있는 전문 병원제 도 등을 통해 전문병원, 개방병원, 특화병원 등으로 전문화하며 새로이 지역 거점 병원을 정해 거점 병원을 육성하자는 것이다. 또 대형병원은 중증 질환과 연구 중심으로 전환하고, 내수뿐 아니라 글로벌화를 꾀할 필요가 있다는 것이다.

이를 위한 정책수단으로 각 의료기관별 적합 서비스를 제공하는 경우 인센티브를 부여하고, 반대의 경우에는 불이익을 주는 경제적 유인 수단을 쓰는 것으로 되어 있다. 이는 환자의 경우도 마찬가지이다. 즉, 의료기관 종별기능에 적합한 서비스를 제공하는 의료기관과 적합한 의료기관에서 치료를 이용하는 환자에게 인센티브를 부여하는 방안이다. 의료기관 종별 표준업무에 부합하도록, 즉, 의원은 외래, 병원은 입원, 상급병원은 중증질환의 진료와 연구를 특화할 수 있도록 보험체계를 단계적으로 개선할 것을 제안하고 있다. 의원급의 외래수가 높고 입원수가 낮추는 방향으로, 병원급의 외래수가 낮추고 입원수가 높이는 방향으로 조정하고, 환자의 의료이용과 관련하여 의원급의 외래이용 부담은 경감하고, 병원급에 대해서는 외래이용 부담을 인상하는 대신 중증에 대한 보장성을 강화하자는 방안이다. 또한 종별 가산율의 경우도 의료기관의 기능 적합성에 맞추어 다변화할 필요성을 제기하고 있다. 의료기관 종별로 일률적인 가산율 제도를 포함한 각종 가산제도를 의료서비스 발전 방향에 부합하는 기능 중심의 인센티브로 작용할 수 있도록 설계할 필요가 있다.

## (2) 의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용 시스템 구축

의료전달체계 확립을 위한 두 번째 과제로는 의료이용의 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템을 구축하는 것이다. 이를 위하여, 우선 의료기관 종별 서비스 안내 및 이용환경을 개선할 필요가 있다. 즉, 외래는 의원에서, 입원은 병원에서, 그리고 중증질환은 상급종합병원에서 치료를 이용하는 것이 적정하고 합리적이라는 홍보와 안내가 필요하며, 또한 만성질환 관리체계, 전문병원, 연구중심병원 등 종별 기능에 맞는 제도를 마련해야 한다. 둘째, 의료이용 적정화를 위한 환자의 진료비 부담 완화방안을 마련할 필요가 있으며, 만성질환자나 노인 등이 동네의원 이용시 본인부담을 경감하는 방안이나, 감기 등 가벼운 질환으로 대형병원 이용시 약제비 등의 부담은 높이되, 중증·응급 환자의 진료환경 개선 및 재난적 의료비 지출로 인한 빈곤화 방지를 위한 다층 의료안전망을 구축할 필요가 있다. 셋째, 진료의 연속성 보장과 중복검사 방지 등 환자편의 증대를 위하여 환자의 진료정보 활용도 제고를 위한 방안도 필요하다. 이를 위해 진료정보를 의료기관간에 공유하고 활용할 수 있는 교류시스템을 구축하고, 이를 통한 정보제공 및 활용시 수가보상체계를 마련할 필요가 있다. 넷째, 환자의 질환에 따라 적합한 의료기관으로 의뢰 및 회송 활성화 방안이 마련되어야 한다. 먼저 진료의뢰 절차를 내실화하기 위하여 진료소견(의사판단서) 작성, 유효기간 설정 등 의뢰서 발급요건을 강화하고, 의뢰 및 회송시 진단결과, 검사결과 등 진료정보

첨부를 의무화하도록 해야한다. 그리고 회송제도를 활성화하기 위하여 상급병원의 역할에 맞는 진료를 마친 환자는 병원 또는 의원에 회송하여 상급병원은 중증질환자 진료에 집중하도록 유인책을 마련해야 한다. 회송의 기준과 절차를 규정하고 이를 준수하거나 또는 준수하지 않을 때 인센티브 또는 패널티 형태의 수가 조정(회송료 상향조정, 입원료 체감제 조정)이 필요하다. 상급종합병원에서 타 의료기관으로 회송이 필요하다는 판단에도 불구하고 계속 입원을 원하는 환자의 경우 환자 입원료의 부담을 강화하는 방안도 마련되어야 한다.

(3) 의료전달체계 확립을 위한 의료자원관리체계 선진화

의료자원의 수급불균형은 의료이용의 형평성 측면뿐만 아니라 의료자원의 활용성 측면에서 반드시 해소해야 할 과제이다. 일차적으로 지역의료 수요와 공급현황을 지속적으로 파악하기 위한 모니터링체계를 확보하고 지역특성에 맞는 장기적이고 합리적인 자원배분의 원칙과 방법을 개발해야 할 것이다. 이러한 방향 하에 첫 번째 정책과제로는 시설 및 병상의 적정 수급을 위한 기능재정립 및 관리계획을 수립하는 것이다. 병상공급 과잉문제를 해결하기 위한 방안으로 의료기관 종별 구분 방법을 병상의 규모에 따른 구분에서 기능에 따른 구분으로 전환하고 이에 따른 시설 및 인력 운영기준을 정비할 필요가 있다. 향후 장기요양병상의 경우도 다양한 장기요양의료수요에 따라 요양병원 외에 간호양로원, 말기환자를 위한 호스피스 시설

등 각종 중간시설을 확대해 나가도록 해야 할 것으로 판단된다. 또한 전국적인 차원에서 기능별 병상의 수요와 공급을 예측하고 그 결과에 따라 병상의 종류별로 신규 공급을 제한하여야 하는 지역, 유보하여야 하는 지역, 허용하는 지역 등을 포함한 종합적인 국가병상배치계획(National Hospital Bed Allocation Plan) 또는 국가의료자원배치계획(National Health Care Resources Allocation Plan)을 정기적으로 작성하여야 한다. 또한 지방정부는 그 계획에 근거해서 의료기관 규모별, 병상 유형별, 소지역별 병상 배치계획을 작성하고 이를 정기적으로 평가하고 갱신하도록 하여야 할 것이다. 두 번째 정책과제로는 의사인력의 전문의 구조완화를 위한 전문의 양성제도의 개선이다. 의료이용의 지역간 격차를 해소하기 위한 인력정책 중 중요한 것은 전체적인 의사수급의 불균형을 해소하는 것도 중요하지만 의사인력 구조를 바꾸는 일이다. 현재 의사인력 양성제도는 거의 모든 의사들이 전공의 과정을 밟도록 되어 있고, 의과대학 역시 '유능한 일차의료 의사를 양성한다'는 기본목표에도 불구하고 '전문의 과정 진입에 적합한 의사교육'이라는 파행적 교육과정을 진행하고 있다. 이러한 전문의 양성 정책과 의과대학교육은 불필요한 전문화를 낳고 있다. 의료인력의 전문화는 대도시로 의사들이 집중하는 중요한 요인의 하나로 작용한다. 따라서 의사인력 구조를 현재의 전문의 중심구조에서 일차의료인력 중심으로 전환할 필요가 있다. 또한 의학교육과정은 지역사회에서 유능한 일차의료인으로 역할을 수행할 수 있도록 개편되어야 하며, 포괄적이고 전인적인 일차진료의 질을 확

보하도록 일차의료관련 보험수가인센 및 진료 과목간 불균형 지불보수체계의 개선이 필요하다. 세 번째 정책과제로는 고가의료장비의 적정 공급을 위한 건강보험급여정책변화를 들 수 있다.<sup>16)</sup> 우리나라의 고가의료장비는 공급과잉 현상이 심각하며, 이로 인한 의료비 부담도 가중될 개연성이 크다. 이러한 공급과잉현상에 대하여, 의료전달체계가 확립되어 있지 않고 의사결정이 분권화되어 있는 민간의료공급자중심 체계에서 고가장비의 도입과 사용을 제한한다는 것은 제도적으로 한계가 있을 수밖에 없다. 따라서 고가의료장비는 건강보험 급여정책과 연계시켜 가격조절을 통해 공급을 통제하는 방법과 수량자제를 조절하는 방법을 적절히 병행하는 것이 필요하다. 즉, 고가의료장비를 효과적으로 통제하기 위한 가장 적절한 방법은 기계적인 측면과 임상적 측면에서 효과성이 입증된 장비에 대해서만 보험급여화하되 촬영수가를 손익분기점까지 인하하여 활용도가 높은 병원만이 수익성을 가질 수 있도록 유도하는 것이다. 예컨대, 고가의료장비의 일련번호를 식별하여 해당 연간 촬영횟수를 제한하고(이탈리아), 그 범위 내에서 촬영횟수와 수가를 연동하여 시행하고 촬영횟수가 기준 이하인 장비에 대해서는 수가의 상한을 설정하여 비효율적인 사용을 억제하도록 하는 방안이다. 장기적인 정책방안으로는 현행 진료비 지불보상제도를 행위별 수가제도와 같은 사후적 보상체계보다는 총액예산제, 총액계약제, 인두제, 포괄수가제 등 사전적

보상체계로 변화시켜 각 병원이 비용절감동기를 가지고 불필요한 고가장비의 도입과 활용을 스스로 억제하는 것이다.<sup>17)</sup>

## 4. 맺음말

의료전달체계를 확립하는 것은 보건의료자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용·효과적인 의료체계를 구축하는데 있어 핵심사항이다. 우리나라의 보건의료체계가 직면하고 있는 고비용·비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안 중의 하나로 의료기관의 기능정립을 포함한 의료전달체계를 개편해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 우리나라의 비효율적인 의료전달체계에 대한 개선의 필요성을 모두가 공감하고 있지만, 구체적으로 누가, 무엇을, 어떻게 해야 하는가와 같은 구체적인 사안에 대한 합의는 이루어지지 못하고 있다. 의료전달체계 확립을 위한 많은 연구와 위원회 활동 등을 통한 노력이 있었지만, 이러한 노력이 의료전달체계 확립이라는 실제적인 진전으로 연결되지는 못하였다. 그러나 최근에 인구의 노령화와 만성질환자의 증가 등으로 국민 의료비가 급속히 증가하면서 우리나라의 건강보험제도를 포함한 보건의료체계의 지속가능성에 의문이 제기되면서 효율적이고 합리적인 의료전달체계 구축의 필요성이 그 어느 때보다 높아지고 있지만, 의료전달체계와 관련된 이해

16) 오영호 외(2010). 보건의료인력 수급 중장기 추계, 한국보건사회연구원.

17) 오영호 외(2010). 2010년도 보건의료자원의 효율적 배분을 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영, 한국보건사회연구원.

관계집단의 이해관계가 서로 달라서 의료전달 체계 구축을 더욱 어렵게 하고 있다. 우리가 안고 있는 문제의 해결과 의료전달체계의 개선은 이러한 현실에 대한 철저한 인식에 근거한 점진적이고 실천적인 노력이 필요하다. 그 첫 번째 노력은 의료기관의 기능 및 역할 정립과 수단을 확보하는 것이고, 두 번째 노력은 의료이용 적정화를 위한 체계적 의료이용시스템을 구축하는 것이다. 세 번째는 의료전달체계 확립을 위한 의료자원관리체계의 효율적인 방안을 마련하는 것이다.

이러한 노력들을 통하여 우리나라의 보건 의료체계가 국민이 원하는 비용 효율적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 발전할 수 있을 것이다. 의료기관간의 불공정한 과다경쟁과 이로 인한 보건 의료 전반의 비효율성이 만연한 우리나라의 의료시스템이 급격하게 상승하고 있는 국민의료비에 걸맞은 의료서

비스를 제공하지 못하는 것은 당연한 귀결이다. 이러한 맥락에서 보건 의료 부분의 효율성을 증대시키고, 국민의료비 상승을 억제할 수 있는 효과적인 수단으로써 의료전달체계 확립을 통한 보건 의료체계의 재정립이 시급히 요청된다. 관련 의료정책도 일면적이 아닌 그리고 일방적이 아닌 상호보완적이고 지속적으로 추진되어야 한다. 현재 이루어지고 있는 ‘의사 장보기 (doctor shopping)’ 나 무분별한 3차 의료기관 선호와 같은 국민들의 의료행태와 의료기관들의 고급·고가장비 구입 및 의료의 고급화, 상품화 지향의 풍조를 잘못된 것으로 탓하고 강제로 금지할 수만은 없다고 생각한다. 정부가 수요자와 공급자 양면을 모두 고려한 의료개혁정책을 수립하고 강력한 의지를 가지고 수행해 나갈 때 국민과 의료기관의 자발적인 참여와 지원을 유도해 낼 수 있고, 잘못된 의료현실도 개선할 수 있을 것이라 기대한다. 