



한국 보건의료정책 문제의 진단

박은철^{1,2*} · 장성인^{1,2} | 연세대학교 의과대학 ¹예방의학교실, ²보건정책 및 관리연구소

The diagnosis of healthcare policy problems in Korea

Eun-Cheol Park, MD^{1,2*} · Sung-In Jang, MD^{1,2}

¹Department of Preventive Medicine, ²Institute of Health Services Research, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Eun-Cheol Park, E-mail: ecpark@yuhs.ac

Received September 20, 2012 · Accepted September 30, 2012

The definition of a policy problem is important in all stages of the policy processes, and especially in presidential election seasons, which usually open the political window. We propose priorities among the policy problems of Korean healthcare by the positioning approach, which compares Korea with Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries using OECD health data. The range of positioning is 1 to -1 where 1 is the best or highest level among OECD countries, 0 is the average level, and -1 is the worst or lowest level. The positioning results show that the overall health status of Korea is good (positioning=0.34), but the suicide rate (-1.00) is a major problem. Healthcare human resources are scarce (-0.46), but rapidly increasing. Hospital beds and medical equipments are over-supplied (respectively 0.37, 0.33), but medical equipments that are utilized mainly in tertiary hospitals are below average. The utilization of healthcare is at the top level in doctors' consultations (0.97) and average length of stay (0.65). The quality of in-patient care is good (0.35), but quality of out-patient care is poor (-0.36). Healthcare costs are low (-0.73), but their growth rate is high. Among healthcare costs, the policy problems are large pharmaceutical expenditures and many households with catastrophic expenditures. This study determined the priorities of healthcare policy problems in Korea. The next step is to search for the factors that influence these policy problems and develop their solutions.

Keywords: Policy problem; Political window; Healthcare; Korea

서론

보건의료정책은 바람직한 보건의료 상태를 이루려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침이다 [1]. 따라서 보건의료정책의 출발점은 바람직하지 않은 보건의료 상태, 즉, 보건의료정책 문제로부터 출발한다. 그리고 정책문제를 어떻게 정의하는가가 정책대안 설정방향에 긴밀하게 연관되어 있으므로 정책문제의 정의는 매우 중요하다 [2].

우리는 현재 보건의료정책에 다양한 문제를 지니고 있다. 저출산·고령화, 저성장 시대로의 진입, 언제 어떻게 될지 예측하지 못하지만 우리 민족의 과제인 한반도 통일 등은 현재의 보건의료정책 문제를 증폭시키고, 새로운 측면의 문제를 야기할 것이다.

한편, 모든 정책문제가 정책화되지는 않는다. 어떤 정책 문제는 정책화되고, 어떤 문제는 정책화되지 않는다. 이를 정책흐름모형으로 설명하고 있는데 정책문제의 흐름, 정치의 흐름, 그리고 정책대안의 흐름이 모두 결합될 때만 정책

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

창문(political window)이 열린다는 것이다[3]. 대부분의 경우 정책창문은 열리는 시기와 닫히는 시기를 예측할 수 없다. 따라서 특정 정책문제를 정부의제로 전환하기 위해서 주도자의 역할이 필요하기도 하며, 점화장치가 있어야 한다[1]. 그리고 해당 문제가 정책화되기 위해서는 정책문제가 정의되어 정책대안이 준비되어져 있어야 수월하다.

그러나 정책창문이 열리는 것을 예측할 수 있을 경우도 있는데 일반적으로 정권교체 시기가 그 경우이다. 대통령 후보들은 정책공약을 경쟁적으로 개발하며, 당선 이후에는 정권인수위원회를 가동하여 정책문제들을 정책화한다. 2012년 12월에는 제18대 대통령선거가 있다. 대통령후보들은 선거전을 위해 유권자들에게 공약을 마련하고 있으며, 대중매체를 통해 분야별 토론을 펼칠 것이다. 우리의 선거가 공약 이외에 상황에 의해 좌지우지되는 측면이 강하여 공약의 구체성 및 실현성이 떨어지는 경향도 있으나 후보들의 입장에 따라 특정 분야에 대해서는 뚜렷한 차별성을 띠기도 하고, 토론을 통해 공약이 수정되기도 한다.

따라서 이 논문은 정책창문이 열릴 것으로 예측되는 대통령선거 목전에서 한국의 보건의료를 진단하고자 한다. 즉, 한국의 보건의료정책 문제를 정의하고자 문제들의 크기를 측정하여 한국 보건의료문제의 위치를 파악하고자 한다.

보건의료정책 모형

우리나라 보건의료의 정책문제를 전반적으로 도출하기 위해서는 보건의료정책의 틀이 필요하다. 기존에 다양한 보건의료 모형이 제시되어 있다. 캐나다의 건강증진을 위해 개발된 Lalonde의 모형[4], 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서 국가별 비교를 위한 모형[5,6], 정책 평가를 위한 Aday 등의 모형[7], 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)의 모형[8] 등이 있는데, 이 논문에서는 Aday 등의 모형[7]을 기초로 WHO 모형[5]과 OECD 모형[8]을 종합한 Park의 모형[1]을 일부 수정하여 사용하고자 한다.

보건의료정책의 목표는 건강관련 삶의 질 향상이며, 중간 목표로 보건의료 접근도 향상, 의료의 질 향상, 의료비 절감

이 있는데 목표와 중간목표는 효율성과 형평성이 있어야 한다(Figure 1). 보건의료정책 목표를 달성하기 위해서 정부는 지원과 규제의 정책수단을 사용한다. 한국 보건의료정책의 경우, 정부에서는 예산의 부족으로 인해 지원의 정책수단보다는 규제의 정책수단을 더 많이 사용해 오고 있다. 한편, 보건의료정책은 보건의료를 둘러싼 환경 내에서 국민들의 의료 수요로부터 출발하고, 보건의료 수요는 건강결정 요인과 건강수준에 의해 결정된다. 이 수요에 의존하여 보건의료 공급이 제공되는데, 공급적 측면에는 자원, 조직, 관리와 재원조달이 포함된다. 보건의료 수요와 공급은 결합되어 보건의료가 전달되며, 이는 정책목표와 중간목표에 영향을 주므로 환류 된다.

보건의료정책 문제의 진단

보건의료정책 문제를 정의하기 위해서는 기준이 필요하다. 기준에는 절대적 기준과 상대적 기준이 있는데 절대적 기준은 기준의 설정 및 합의가 쉽지 않으므로 많은 경우 상대적 기준을 통해 정책문제를 정의한다. 상대적 기준으로는 주로 세 가지를 활용된다. 첫째, 과거를 기준으로 문제를 정의하는 것이다. 이전 연도에 비해 악화되고 있으면 우리는 이를 문제라고 정의할 수 있다. 둘째, 우리 자체의 집단 간을 비교함으로써 문제를 정의한다. 즉, 고소득층에 비해 저소득층은 미충족 필요가 크게 존재할 경우 우리는 이를 문제라고 정의한다. 셋째, 다른 국가와 비교함으로써 정책문제를 정의한다. 예를 들면 자살률이 다른 국가들보다 매우 높기에 정책문제라고 한다.

이 논문에서는 한국 보건의료정책 문제를 진단하기 위해서 상대적 기준인 다른 국가들과 비교를 통해 정책문제의 크기 및 심각도를 측정하여 보건의료문제의 위치를 파악하고자 OECD의 보건의료자료[9,10]를 활용하였다. OECD 보건의료자료는 보건의료정책의 전반을 다루고 있으며, 이 논문의 보건의료정책 모형(Figure 1)과 부합하고, 자료수집이 정형화되어 일정 수준 이상의 신뢰성이 있으며, 국가 간 비교가 가능하다. OECD의 여러 국가들과 비교할 때 문제의 중요성을 파악하기 위하여 위치도(positioning)라는 개념을

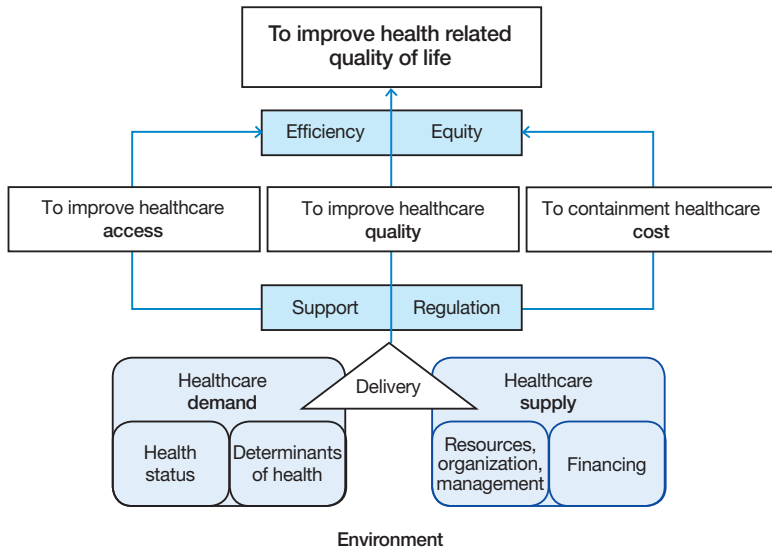


Figure 1. Framework for healthcare policy.

사용하였다. 위치도는 1에서 -1의 값을 가지는데 한국이 1이면 OECD 국가들 중 가장 좋은(또는 높은) 위치에 있고, 0이면 한국은 OECD 국가들의 평균에 위치하며, -1이면 한국은 가장 나쁜(또는 낮은) 위치에 있다는 것이다. 예를 들면 2009년 한국의 평균수명은 80.4세이며, OECD 국가의 평균은 79.5세이고, 평균수명이 가장 긴 국가인 일본은 83.0세 일 때, 한국의 평균수명 위치도는 0.27이 된다. 위치도를 산출할 때 감안해야 할 점은 관찰 국가 수가 충분해야 한다는 것이다. 이는 관찰 국가 수가 평균에 영향을 미치며, 특히 최소값과 최대값에 의해 크게 좌우되기 때문이다. 따라서 이 논문에서는 관찰 국가 수가 상대적으로 안정적인 2009년 자료(OECD 2011년 발표)를 이용하였다.

1. 보건의료수요: 건강상태 및 건강결정요인

OECD 국가들과 비교하여 한국 건강상태를 종합적으로 표현하는 복합지표(composite index)는 0.34이며, 건강결정요인의 복합지표도 0.24로 양호한 상태이다(Table 1). 그러나 우리나라의 호발암인 위암과 간암, 그리고 자살률은 OECD 국가들 중 최악이다. 위암과 간암은 발생률과 사망률이 감소하고 있으나[11], 자살의 경우 지속적으로 증가하고 있어 가장 중요한 정책문제가 되고 있다. 한편, 건강결정

요인 중 흡연율의 위치도는 -0.38로 나쁜 상태이며, 더욱이 악화되고 있는 실정이다.

2. 보건의료 공급

OECD 국가들과 비교할 때 2009년 당시 한국의 보건의료인력은 부족하다(Table 2). 인구 천 명당 의사 수는 1.9명으로 OECD 평균의 2/3 수준이다. 그러나 인구 백만 명당 의과대학 졸업생 수는 OECD 평균의 89% 수준이며, 44세 이하의 의사 백분율이 61.7%로 매우 높으며, 2000년부터 2009년까지 인구 천 명당 의사 수가 연평균 4.3%씩 증가하고 있다. 한국의 병상은 급성기 병상뿐만 아니라 장기병상도 많은데 특히, 65세 이상의 인구 대비 장기병상은 OECD 국가들 중 가장 많다. 한국은 보건의료 장비에 있어서도 전반적으로 많다. 유방촬영기와 체외쇄석기는 OECD 국가들 중 가장 많으나 감마카메라, 혈관조영기, 치료방사선기는 OECD 평균보다 적다. 이는 상급종합병원 등에서만 보유하고 있는 기기의 경우 OECD 평균보다 적다고 할 수 있다.

3. 보건의료 접근도

OECD 국가들과 비교할 때 한국은 예방접종에 있어 위치도는 0.30 수준으로 양호하나, 검진에 있어서는 -0.17로 다소 부진하다(Table 3). 그러나 의사방문에 있어서는 일본 다음으로 높은 수준인데 일본은 감소 추세에 있는 반면, 한국은 지속적으로 증가하고 있다. 재원일수의 경우 일본이 극단치를 보여 위치도의 크기는 크지 않으나 일본은 제외하면 한국이 OECD 국가들 중 가장 긴 재원일수를 보이고 있으며, 내과, 정신건강의학과, 신경외과, 정형외과의 입원환자 재원일수가 크게 길다.

4. 보건의료의 질

OECD 국가들과 비교할 때 한국의 보건의료 질은 입원진

Table 1. Positioning of Korea in health status and determinants, 2009

	Positioning of Korea	Korea	OECD average	Best level	Worst level	No. of countries
Health status: composite ^{a)}	0.34					
Life expectancy at birth of total population	0.27	80.4	79.5	83.0 (Japan)	73.8 (Turkey)	33
Mortality of all causes of death	0.29	783.7	851.8	613.4 (Japan)	1231.5 (Hungary)	28
Infant mortality	0.47	3.2	4.4	1.8 (Iceland)	14.7 (Mexico)	33
Selected items						
Incidence of measles	1.00	0.0	1.1	0.0 (Korea)	14.0 (Switzerland)	32
PYLL of female breast cancer	1.00	100.6	179.9	100.6 (Korea)	259.4 (Hungary)	27
PYLL of prostate cancer	1.00	6.8	25.7	6.8 (Korea)	47.6 (Estonia)	27
PYLL of ovary cancer	1.00	32.0	56.0	32.0 (Korea)	95.1 (Slovenia)	27
PYLL of bladder cancer	1.00	5.2	13.1	5.2 (Korea)	26.9 (Hungary)	27
PYLL of Ischemic heart diseases	1.00	100.7	265.3	100.7 (Korea)	718.4 (Hungary)	27
PYLL of stomach cancer	-1.00	125.6	53.8	20.6 (Iceland)	125.6 (Korea)	27
PYLL of liver cancer	-1.00	186.3	37.1	9.3 (Greece)	186.3 (Korea)	27
PYLL of Intentional self-harm	-1.00	572.5	276.3	68.5 (Greece)	572.5 (Korea)	27
Gain years of life expectancy, 60-09	1.00	27.9	11.2	27.9 (Korea)	4.4 (Slovak Rep)	34
Health determinants: composite ^{b)}	0.24					
Alcohol consumption, Liters per capita (15+)	0.10	8.9	9.8	1.5 (Turkey)	15.3 (Luxemburg)	29
% of population aged 15+ who are daily smokers	-0.38	25.6	21.7	14.3 (Sweden)	31.9 (Greece)	21
% of total population, Overweight, self-reported	1.00	20.3	35.2	20.3 (Korea)	43.4 (Chile)	14

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; PYLL, potential years of life lost.

^{a)} Mean of life expectancy, mortality and infant mortality.

^{b)} Mean of alcohol consumption, smoking, and overweight.

료와 관련된 경우 위치도는 0.35로 양호하나, 외래진료와 관련된 경우 -0.36으로 낮다(Table 4). 입원진료와 관련된 의료의 질에 있어서 OECD 국가들에 비해 한국에서 상대적으로 흔한 질병의 경우 한국의 의료의 질이 높은 경향을 띄고 있다. 반면, 외래진료와 관련된 의료의 질을 파악하고자 일차진료 민감 질환(primary care sensitive conditions)의 입원율을 비교한 결과 전반적으로 의료의 질이 낮다.

5. 보건의료비

한국은 OECD 국가들과 비교할 때 의료비에 대한 위치도가 -0.73으로 낮다(Table 5). 그러나 최근 국민의료비 증가속도는 2000년과 2009년 사이에 연평균 8.6% 증가하고 있는데 특히, 외래진료비의 증가속도가 연평균 7.9%로 가장 빠르며, 의약품비의 증가속도도 연평균 8.1%에 이르고

있다. 한편, 국민의료비 중 공공의료비가 차지하는 비중이 59.5%로 낮으며, 의약품을 포함한 의약품비가 0.24%, 의료행정비가 3.4%로 상대적으로 높은 비중을 차지하고 있다.

토의

정책창문이 열릴 것으로 예측되는 정권교체 시기에 보건 의료정책 문제를 진단하는 것은 매우 중요하다. 이는 정책 문제의 정의가 정책 방향을 결정하기 때문이다[2]. 이 논문에서는 한국 보건의료정책 문제의 위치도를 파악하고자 하였다. 이는 산적인 보건의료의 문제들 중 우선순위가 높아 우선적으로 정책화하여야 하는 문제를 제시하기 위함이다. OECD 건강자료를 근거로 위치도를 이용하여 한국 보건의료정책 문제를 파악한 이 접근이 지닌 한계점은 다음과 같다.

Table 2. Positioning of Korea in healthcare supply, 2009

	Positioning of Korea	Korea	OECD average	Lowest level	Highest level	No. of countries
Human resource: composite ^{a)}	-0.46					
Practicing physicians	-0.59	1.9	3.2	1.0 (Chile)	6.1 (Greece)	34
Practicing dentists	-0.42	0.42	0.65	0.11 (Mexico)	0.92(Iceland)	19
Practicing nurses	-0.69	4.5	8.9	2.5 (Mexico)	15.4 (Denmark)	20
Practicing Pharmacists	-0.13	0.65	0.72	0.21(Netherlands)	1.15(Belgium)	21
Specific items						
Medical graduates	-0.19	8.8	9.9	4.0 (Israel)	22.8 (Austria)	31
% of total physicians under 44 years old	0.90	61.7	41.7	26.5 (France)	64.1 (UK)	25
Average annual growth rate of physicians, 00-09	0.70	4.3	1.7	-0.9 (Slovak Rep)	5.4 (Turkey)	31
Hospital beds: composite ^{b)}	0.37					
Total hospital beds	0.37	8.2	4.9	1.7 (Mexico)	13.7 (Japan)	33
Specific items						
Curative (acute) care beds	0.44	5.5	3.5	1.6 (Mexico)	8.1 (Japan)	31
Longterm care beds	0.56	1.8	0.6	0.0 (Turkey)	2.8 (Japan)	25
Longterm care beds per 1,000 pop 65+	1.00	170	4.2	0.0 (Turkey)	170 (Korea)	25
Equipments: composite ^{c)}	0.33					
Computed tomography scanners	0.90	36.8	19.7	4.3 (Mexico)	38.7 (Australia)	24
Magnetic resonance imaging units	0.72	18.8	10.6	1.9 (Mexico)	21.9 (Iceland)	23
PET scanners	0.32	2.8	1.5	0.0 (Iceland)	5.6 (Denmark)	23
Gamma cameras	-0.69	4.6	9.8	2.2 (Estonia)	20.1 (Australia)	22
Digital subtraction angiography units	-0.39	7.6	10.2	3.5 (New Zealand)	23.2 (Switzerland)	19
Radiation therapy equipment	-0.22	5.3	6.7	0.4 (Israel)	16.9 (Switzerland)	21
Mammographs	1.00	49.5	21.7	6.7 (Mexico)	49.5 (Korea)	19
Lithotriptors	1.00	13.5	2.9	0.4 (Finland)	13.5 (Korea)	18

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; pop, population; PET, positron emission tomography.

^{a)} Mean of practicing physicians, dentists, nurses, and pharmacists.

^{b)} Total hospital beds.

^{c)} Mean of 8 equipments.

첫째, 조사된 항목들이 보건의료 전반을 포괄하는가이다. 이를 극복하기 위해 보건의료정책 모형을 적용하여 누락을 최소화하고자 하였으나 일부 한계는 있다. 예를 들면 보건의료비에 있어 재난적 의료비(catastrophic medical costs)를 경험하는 가구율이 OECD 건강자료에는 배제되어 있다. 1990년대 후반, OECD 국가들의 평균은 0.5%인데 비해 한국은 1.7%로 가장 높으며[12], 2007년에는 3.0%로 더욱 증가하였다. 건강보험 보장성 강화라는 정책목표 아래 국민의료비 중 공공의료비의 비중을 대표적인 지표라 사용하고

있으나, 이 지표보다 한국의 현실을 더 잘 반영하고 심각성을 잘 보여주는 지표가 재난적 의료비 경험 가구율은 OECD 건강자료에서 조사되지 않고 있다.

둘째, 조사된 항목의 정확도이다. OECD는 건강자료를 수집하기 위하여 회원국들에게 정형화된 조사양식을 사용하고 있다. 그러나 많은 항목 중에 일부 항목은 측정에 문제가 있기도 한다. 예를 들면, OECD 건강자료[9]에는 인구 천 명당 컴퓨터단층촬영 건수에 있어 한국은 92.6회이며, OECD 평균은 119.5회로 발표되고 있다. 그러나 한국은 급여되는 컴퓨터

Table 3. Positioning of Korea in healthcare access, 2009

	Positioning of Korea	Korea	OECD average	Lowest level	Highest level	No. of countries
Prevention: composite ^{a)}	0.30					
Immunization: DTP	-0.07	94.0	95.1	80.0 (Canada)	99.0 (Belgium)	34
Measles	-0.03	93.0	93.6	76.0 (Austria)	99.0 (Greece)	34
Hepatitis B	0.70	94.0	82.1	0.2 (Denmark)	99.0 (Czech)	24
Influenza	0.58	74.3	54.9	1.4 (Estonia)	88.2 (Mexico)	25
Screening: composite ^{b)}	-0.17					
Mammography	-0.03	55.1	53.8	10.1 (Chile)	85.5 (Finland)	20
Pap smear	-0.30	41.2	52.3	15.1 (Turkey)	78.7 (Norway)	18
Utilization: composite ^{c)}	0.50			2.9 (Mexico)		
Doctors consultations	0.97	12.9	6.8	2.9 (Mexico)	13.1 (Japan)	29
Discharge rates, all causes, per 1,000 pop	0.02	156.9	154.5	57.6 (Mexico)	264.5 (Austria)	31
Specific items						
Average annual growth rate of doctors consultations, 00-09	0.90	3.0	0.3	-2.6 (Slovak Rep)	3.3 (Switzerland)	32
Estimated number of consultations per doctor	1.00	6694	2357	748	6694 (Korea)	33
Average length of stay, acute care	0.65	14.6	7.2	3.9 (Mexico)	18.5 (Japan)	34
Average length of stay (excluding Japan)	1.00	14.9	7.9	3.9 (Mexico)	14.9 (Korea)	27

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; DTP, diphtheria-tetanus-pertussis; pop, population.

^{a)} Average of 4 immunization.

^{b)} Average of 2 screening.

^{c)} Average of doctors consultation and discharge rates.

터단층촬영 건수만을 측정된 것으로 비교에 문제가 있다.

셋째, 한국이 자료를 제출하지 못한 경우 한국의 위치는 파악할 수 없으며, 관찰된 국가가 충분하지 못할 경우 위치도의 안정성은 크게 저하된다. 위치도 산출에 있어 평균과 함께 최대값과 최소값은 위치도 결정에 큰 영향을 주는데 만일 관찰된 국가 수가 적거나 극단치 국가의 자료가 없는 경우 위치도의 수치는 크게 변화한다.

이런 한계에도 불구하고 한국 보건의료정책 문제를 파악하는데 위치도는 유용한 측면이 있다. 보건의료와 관련된 전반적 문제의 크기와 심각성을 수치화하여 파악할 수 있어 정책 문제의 우선순위를 결정하는 데에 활용할 수 있기 때문이다.

이 논문의 결과를 종합하면, 현재 한국인의 건강상태는 양호하며, 더욱 좋아지는 추세에 있다. 단, 자살에 있어서는 가장 자살률이 높은 상태이고, 그 또한 악화되고 있다. 건강결정요인은 전반적으로 양호하나 흡연율이 높으며 최근 증

가하고 있다. 보건의료 인력은 빠르게 증가하고 있으며, 급성기 병상뿐만 아니라 장기병상 마저도 많다. 의료장비는 1차 또는 2차 의료기관에서도 보유하고 있는 장비가 많다고 할 수 있다. 한국은 의료이용에 있어 극단으로 치닫고 있다. 의사방문횟수와 평균재원일수는 일본 다음으로 많으며, 최근 일본은 감소하고 있는 반면, 한국은 증가하고 있는 추세이다. 입원의료의 질에 있어서는 양호하나 일차 진료의 질은 나쁘다. 의료비는 적게 사용하고 있으나 의약품비와 외래진료비의 증가에 문제가 있다. 특히, 재난적 의료비 경험 가구율은 우리나라 건강보험의 정책목표를 변경해야 할 만큼 중요한 정책문제이다[13]. 보건의료정책 문제의 위치를 파악한 이런 접근 등을 통해 정책문제의 우선순위는 결정되어야 하며, 정책문제의 요인이 분석된 후 정책분야별 접근을 통해 정책대안이 구체화되어 정책화되어야 할 것이다.

Table 4. Positioning of Korea in healthcare quality, 2009

	Positioning of Korea	Korea	OECD average	Best level	Worst level	No. of countries
Quality of inpatients: composite ^{a)}	0.35					
Ischemic stroke 30 day in-hospital mortality rate	1.00	1.8	5.31	1.8 (Korea)	176 (Mexico)	21
Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality rate	0.73	9.8	18.5	6.5 (Finland)	29.3 (Mexico)	21
AMI 30 day in-hospital mortality rate	-0.06	6.3	5.39	2.3 (Denmark)	21.5 (Mexico)	22
Cervical cancer five year relative survival rate	0.79	76	67.6	78.2 (Norway)	58.8 (UK)	12
Colorectal cancer five year relative survival rate	0.24	61	59.8	64.7 (Belgium)	53.3 (UK)	11
Breast cancer five year relative survival rate	-0.61	79.3	83.1	76.9 (Slovenia)	86.5 (Norway)	12
Quality of outpatients: composite ^{b)}	-0.36					
Asthma admission rate	-0.42	101.5	53.4	15.1 (Portugal)	166.8 (Slovak Rep)	20
COPD admission rate	-0.09	221.9	207.9	71.3 (Portugal)	363.9 (Ireland)	20
Uncontrolled diabetes admission rate	-0.55	127.5	53.3	7.0 (Israel)	187.9 (Austria)	19
Hypertension admission rate	-0.37	217	112.4	1.3 (Slovenia)	393.9 (Slovak Rep)	20
Specific items						
CHF admission rate	0.61	106.2	227.7	30.1 (Slovenia)	570 (Poland)	20
Diabetes short-term complications admission rate	0.42	14.8	19.9	7.9 (Slovenia)	38.6 (Ireland)	19
Diabetes long-term complications admission rate	-0.69	209.1	106.6	18.6 (UK)	255.0 (Mexico)	19
Diabetes lower extremity amputation rate	0.33	8.6	11.4	3.0 (Austria)	33.7 (Germany)	17

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; AMI, acute myocardial infarction; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CHF, congestive heart failure.

^{a)} Mean of 3 in-hospital mortality rate and 3 survival rate.

^{b)} Mean of 4 admission rate.

Table 5. Positioning of Korea in healthcare costs, 2009

	Positioning of Korea	Korea	OECD average	Lowest level	Highest level	No. of countries
Healthcare costs: composite ^{a)}	-0.73					
Total expenditure, US\$ PPP	-0.61	1863.9	3322.8	923.0 (Mexico)	7989.9 (USA)	33
% total expenditure of GDP	-0.85	6.9	9.8	6.4 (Mexico)	17.7 (USA)	33
Specific items						
Average annual growth rate, 00-09	0.67	8.6	4.0	0.7 (Luxemburg)	10.9 (Slovak Rep)	34
Average annual growth rate of inpatient care, 00-09	0.54	6.4	3.2	-1.9 (Iceland)	9.1 (Poland)	23
Average annual growth rate of outpatient care, 00-09	1.00	7.9	3.4	1.2 (Luxemburg)	7.9 (Korea)	23
Average annual growth rate of pharm. exp., 00-09	0.60	8.1	3.5	-0.8 (Luxemburg)	11.1 (Greece)	31
% public source of total expenditure	-0.51	59.5	73.4	45.9 (Chile)	85.4 (Netherlands)	26
% medical goods of total expenditure	0.27	0.24	19.5	11.0 (New Zealand)	36.3 (Hungary)	28
% administration & insurance of total expenditure	0.01	3.4	3.4	0.6 (Italy)	10.8 (Mexico)	27

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development; PPP, purchasing power parity; GDP, gross domestic product.

^{a)} Mean of total expenditure and % of total expenditure of GDP.

결 론

이 논문은 한국의 보건의료 정책문제에 대해 위치도를 통해 진단한 결과, 높은 자살률은 가장 심각한 정책문제 이었고, 높은 흡연율이 정책과제이었으며, 많은 병상수와 일차 및 이차 의료기관들 장비는 정책대안이 필요한 정책문제이었다. 전반적으로 의료의 질은 양호하나 일차의료와 관련된 의료의 질은 개선이 필요로 하며, 적은 의료비를 사용하고 있으나, 재난적 의료비를 겪는 가구율이 높아 이에 대한 대책은 반드시 개발되어야 할 것이다.

핵심용어: 정책문제; 정책창문; 보건의료; 한국

REFERENCES

1. Park EC. Health care policy. In: Korean Society for Preventive Medicine, editor. Preventive medicine and public health. Seoul: Kyechuk Munwhasa; 2011. p. 697-700.
2. Dery D. Problem definition in policy analysis. Lawrence: University Press of Kansas; 1984.
3. Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. 2nd ed. Boston: Longman; 2011.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Information Canada; 1974.
5. Kleczkowski BM, Roemer MI, van der Werff A. National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy-making. Geneva: World Health Organization; 1984.
6. World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization ; 2000.
7. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Balkrishnan R. Evaluating the healthcare system: effectiveness, efficiency, and equity. 3rd ed. Chicago: Health Administration Press; 2004.
8. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 2006;18 Suppl 1:5-13.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2012 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2012 [cited 2012 Sep 21]. Available from: <http://stats.oecd.org>.
10. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2011.
11. Jung KW, Park S, Kong HJ, Won YJ, Lee JY, Seo HG, Lee JS. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2009. Cancer Res Treat 2012;44:11-24.
12. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007;26:972-983.
13. Kang MS, Jang HS, Lee M, Park EC. Sustainability of Korean national health insurance. J Korean Med Sci 2012;27(Suppl): S21-S24.



Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 한국의 보건의료정책 문제를 진단하고자 하였다. 이는 정책창문이 열리는 대선시기에 작성된 것으로 시의적절하다. 한국의 보건의료체계 전반을 다루고자 제시한 보건의료정책 모형과 경제협력개발기구의 건강자료(OECD health data)를 이용하여 한국의 위치도(positioning)를 통해 보건의료 정책문제의 우선순위를 파악하고자 한 시도는 참신하다고 할 수 있다. 이 논문에서 제시하고 있는 높은 우선순위의 정책문제들이 대통령 후보자들의 공약에 포함되기를 바란다.

[정리: 편집위원회]