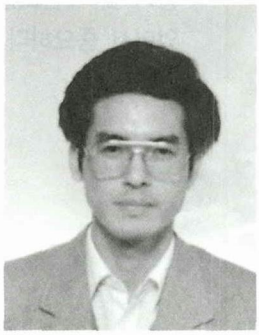
지역보건재정체계 개선방향



李 錫 九
농어촌의료서비스기술지원단 중앙평가위원

1. 문제제기

지역보건은 단순히 정부 조직에서만 일어나는 것이 아니라 주민들의 생활 근거지에서 일어나는 의료기관을 포함한 모든 기관 또는 단체들의 보건활동을 포함한다고 볼 수 있다. 그러나 이 글에서는 국가와 지방자치단체에서 설치·운영하고 있는 보건의료기관 중에서 보건소(지소, 진료소 포함)에만 초점을 두어 재정측면에서의 질적 개선을 도모하고자 하였다. 재정체계의 개선에 대한 논의는 지역보건에 대한 정치적, 행정적, 그리고 국민적 합의에 의해 결정되는 사안이기 때문에 어떤 증거 중심적인 논거를 펼치기가 어렵다. 따라서 이 글은 기존 보건재정의 문제점을 분석하고 사회적, 논리적 타당성을 주장하는 것에 주안점을 두었다.

보건소는 지역주민의 보건요구에 가장 민감하게 반응하는 최일선의 보건행정 및 서비스 기관이다.

즉, 모든 지역의 주민은 거리의 장애가 없이 필요한 서비스를 적절히 받을 수 있어야 하며, 또 필요한 보호를 받을 권리가 있다. 따라서 모든 보건조직 중에서 가장 보건비용의 지출도 많아야 됨은 당연하다. 미국이나 일본의 경우도 점차 지역단위 보건기관(실제 도·도·부·현에서 시·정·촌으로 보건센터의 설립을 추진하고 있음)의 설립이나 보건사업의 제공을 강조하고 있으며, 이러한 추세에 따라 보건기관은 지역화(decentralization)하고 있다. 이러한 지역화의 개념은 두 개 이상의 지역간에 영향을 미치는 보건문제의 관리, 교육 또는 자료개발, 정보의 분석과 평가, 법과 행정체계의 조정과 정비, 보조금 등 재원조달은 광역자치단체나 중앙정부가, 그리고 지역주민과 밀접한 관련을 갖고 있는 모자보건이나 전염병관리, 일차의료 등은 주민에게 가장 밀착되어 위치하고 있는 보건소가 담당해야 한다는 논리이며 일본의 경우도 1994년 지역보건법의 성안과 함께 계속해서 추진해 오고 있다.

우리 나라의 경우에도 지역 주민의 건강과 복리증진을 위하여 전국의 시·군·구에 보건소를, 그리고 읍·면에 보건지소를 설치하여 운영하고 있다. 특히, 읍·면단위의 보건지소 설치는 민간의료기관의 농어촌 지역 설립 기피와 전국민 의료보험하에서도 이들 지역의 의료접근성에는 제한이 있기 때문에 모든 국민의 보건의료적 보호라는 소극적 차원에서도 당연히 필요한 조치였으며 앞으로도 마찬가지이다. 보건지소 이 외에도 지리적으로 또는 기타의 접근성 장애로 보건의료로부터 고립되어 있는 리단위 주민을 위하여 보건진료소를 설치·운영하고 있으며, 이들 기관의 주요 기능 가운데 하나가 바로 일차의료서비스의 제공이다. 보건소가 지역주민의 보건문제와 요구를 파악하고 전략을 개발하며 전체 주민에 대한 건강증진을 도모하는 기관이라면 보건지소와 보건진료소는 소지역단위의 보건사업 제공(이는 보건소가 직접 수행해도 가능함. 예를 들면, 보건상담이나 방문보건사업 등)과 함께 일차의료의

보건소는 지역주민의 보건요구에 가장 민감하게 반응하는 최일선의 보건행정 및 서비스 기관으로 모든 보건조직 중에서 가장 보건비용의 지출도 많아야 됨은 당연하다.

제공이라는 보다 더 현실적인 기능을 수행하고 있다.

보건소가 지역보건법 제9조에 규정하고 있는 역할을 충실히 수행하며, 더 나아가 새롭게 대두되는 보건문제를 지속적으로 해결하고 주민들의 바람직한 건강생활양식을 유도하기 위해서는 장기적이고 포괄적인 국가 차원의 기술적, 재정적 지원이 절실하다. 지원방향은 시설 및 인력과 같은 경직성 투자에서 이제는 연구 및 개발(정부의 지침에 의한 세부사업이나 지역특성화 사업이 대상이 됨), 인력의 질적 개선, 기능의 합리화 등 새로운 보건의료 수요에 적합한 유연하고 능동적인 보건소 조직을 유도하는 데 두어야 하며 이러한 방향에 적합한 재정지원책을 고려하여야 한다.

그간 지역보건사업과 관련하여 정부는 보건문제에 적절히 대응하지 못한 채 양적, 규제적 접근방식에 의한 비생산적이고 주민에게조차 친화적이지 못한 사업방식을 견지해 왔다. 1970년대 중반부터 일기 시작한 보건에 대한 새로운 접근방법은 지금까지의 자원투자 방향을 제고하여야 한다는 당위성을 주고 있으며, 지역보건에 대한 재정지원 문제가 새로운 문제로 우리에게 다가오고 있다. 작금에 일고 있는 의약분업에서의 문제상황은 정부의 공공보건의료에 대한 그간의 투자가 매우 빈약했으며, 이의 결과는 정부정책의 원활한 추진이나 공공보건의료 기능의 일정 부분 확보라는 차원에서도 모두 부정적이었음을 여실히 보여주었다.

2. 지방보건재정 현황

보건소의 예산 중 국비의 규모는 매우 낮은 것으로 알려져 있다. 〈표 1〉에서 나타나는 바와 같이 국비는 전국적으로 5.6% 정도만을 차지하고 있으며, 기초자치단체의 자체예산이 90%에 육박하고 있다. 또한 보건재정의 크기가 지방자치단체 예산의 3.4% 수준에 머물고 있음을 알 수 있다.

이러한 현상은 지방교부세 배분시 산출하는 기준재정수요액 산정내역에서도 나타나는데, 1997년도 기준재정 수요액 총계인 19조 9859억원 중 보건비는 4136억원으로 2.1%로 계상되었다. 환경위생비를 포함한 보건위생비는 4.3%로 동년 일본의 기준재정수요액 중 보건위생비가 차지하는 5.2%에 못 미치고 있으며, 고령자 보건복지비를 포함시킬 경우 일본의 보건관련 기준재정 수요액이 13.2%에 달하는 것을 감안하면, 우리 나라 보건위생비는 낮게 계상되어 있음을 알 수 있다.

지방자치단체의 보건행정관리비 세부내역을 알아보기 위하여 각 보건소

유형별로 1개 지역씩을 선정하여 1999년도 자치단체의 총 예산과 보건소 예산에 대한 본예산 및 추경예산(1차, 2차, 3차) 자료를 수집하여 분석하였다. 자료수집대상 지역은 서울시 성북구, 울산시 중구, 경기도 일산시, 강원도 태백시, 충북 옥천군, 전남 익산시, 전남 장성군으로 총 7개 지역이었다. 자치단체의 총예산은 세입결산자료를 이용하였고, 보건소 예산 중 일부 보건소에만 해당되는 위생업무 관련 예산은 제외하고 보건소 세출결산자료 중 보건행정관리비 예산만을 이용하였다(표 1 참조).

조사대상 보건소의 보건행정관리 예산의 용도별 구성비를 보면 인건비와 경상적 경비가 전체 예산의 68.8%를 차지하고 있었으며, 사업비 구성비는 겨우 31.2%에 불과하였다. 일반적으로 기관의 운영에 필수적으로 요구되는 경상경비가 30%이고 운영비가 70%정도임에 비추어 보건소는 정반대의 예산구조를 가지고 있다. 그러나 경상비 구성비가 높은 것은 일부 지역의 경우 경상비속에 보건사업용 소모품 구입이나 예방접종약품비, 방역약품비 등의 사업성 예산이 포함되어 있기 때문에 높게 나타났다(표 2 참조).

보건소가 새롭게 대두되는 보건문제를 지속적으로 해결하고 주민들의 바람직한 건강생활양식을 유도하기 위해서는 장기적이고 포괄적인 국가 차원의 기술적, 재정적 지원이 절실하다.

표 1. 행정구역별 보건소 평균 예산 및 재원별 구성비

(단위: 명, 천원, %)

	평균관할 인구	1997년 예산 (평균)	비중[1)]	재원별 구성비		
				국 비	광역자치단체비 (시·도)	기초자치단체비 (시·군·구)
전국평균	185,829	3,037,999	3.39	5.56	5.21	89.23
특별시	430,018	3,635,984	3.61	1.83	15.82	82.34
광역시	292,840	2,162,064	3.22	4.30	4.24	91.46
시	206,215	3,184,607	2.70	5.24	2.76	92.00
군	67,872	3,045,042	4.03	7.30	5.16	87.53

주: 1) 소속 기초지방자치단체 예산 중의 비중

자료: 장원기·김진순·박영택·이우백, 『지역단위 공공보건의료기관 기능개편 방안』 한국보건사회연구원. 1998.

표 2. 보건행정관리 예산의 경상비와 사업비 구성비

(단위: 천원, %)

구분	평균예산	구성비
경상비	2,201,656	68.8
사업비	999,903	31.2
계	3,201,559	100.0

조사대상 보건소의 보건행정관리 예산 중에서 사업비 예산의 재원별(국비, 시·도비, 지방비 또는 자체사업비) 구성비를 보면, 지방비가 46.7%로 가장 많고, 다음으로는 국비가 40.0%, 그리고 시·도비가 13.3%를 차지한다. 그러나 이 중에서 지방비의 경우 46.0%가 자체사업비이고, 나머지인 54.0%는 국고보조금에 대한 지방비 의무 부담금이므로 자치단체의 순수한 사업투자비는 전체 사업비의 21.5%에 불과하여 지역 특화 보건사업에 대한 재정 투자가 너무 미약함을 알 수 있다. 이러한 이유로서는 시·도비의 미약한 역할에도 그 원인이 있다.

표 3. 보건행정관리 예산 중 사업비의 재원별 구성

(단위: 천원, %)

구 분	평균예산	구성비
국 비	399,798	40.0
시·도 비	132,974	13.3
지 방 비	467,131	46.7
자체사업비	(214,991)	-
계	999,903	100.0

3. 재정구조의 개선

앞서 살펴본 바와 같이 지역의 보건행정관리 예산에 대한 국비(시·도비) 지원은 전체의 16.6%에 불과하여 대단히 부족한데, 여기에는 농특세에 의한 보건소 시설, 장비 보강예산이 섞여 있어 실제에 있어서는 이보다도 약간 적다. 미국의 경우 연방정부와 주정부의 지원이 40%에 이르며 34%가 지방재정이다. 우리와 기능은 매우 다르기 때문에 직접 비교는 불가능하지만 전

체 예산의 절반 가까이가 중앙정부의 지원으로 채워진다. 이러한 사고는 '연방정부는 돈을 가지고 있고, 주정부는 권위를 가지고 있으며, 지방정부는 책임을 가지고 있다'라는 그들의 사고에서도 엿볼 수 있듯이 중앙정부는 보건에 대한 재정지원을 큰 책임으로 인식하고 있다.

보건소가 설립된 이후 지금까지 국민들의 보건문제나 요구는 매우 다양해지고 양적으로도 많은 증가를 가져왔으나, 그간 가족계획사업, 결핵관리, 예방접종 등 아주 일부 사업에서의 국가지원 이 외에는 대부분의 보건문제에 인력(치과위생사, 공보의 등)이나 시설(농특세 등)의 보강 또는 업무량(달성량)의 양적 할당으로 대처해 왔다. 따라서 주민의 요구에 부응하지 못한 채 질적 수준이 낮은 양적 보건서비스만을 제한적으로 공급해 왔으며, 당연한 결과로 여기에 종사하는 많은 보건전문인력들의 업무능력이 질적으로 성장하지 못해 대내외적으로 좋은 평가를 받고 있지 못한 것도 사실이다.

우리 나라의 경우는 특히 건강에 대한 사회적 가치체계가 예방이나 건강한 생활양식 변화 등의 장기적이고 근본적 변화를 유도하기보다는 단기적이고 피상적인 질병의 진단이나 치료, 심지어는 약물에 의한 건강의 유지나 증진에 두고 있기 때문에 정부(국가 및 지방)나 보건기관의 적극적이고 효과적인 투자가 선행되지 않고서는 노령화 사회의 건강을 보장할 수 없게 된다. 따라서 다음과 같은 보건재정 대책이 필요하다.

첫째, 보건소의 사업비 비중을 최소 50% 이상으로 유지한다. 보건소 주요 기능 중의 하나가 대인서비스에 있으므로 상대적으로 다른 행정기관에 비하여 인건비나 경상적 경비의 비중은 높게 마련이다. 그러나 보건소는 전체 주민들의 형평성 있는 접근을 기본 전제로 하고 접근방법에 있어서도 개인적 접근뿐만 아니라 집단적 접근을 통한 사업수행도 병행하므로 의료기관의 인건비 비중(약 60%)보다는 낮은 선에서 결정되어도 무방할 것이다. 보건소의

우리 나라의 경우 건강에 대한 사회적 가치체계가 단기적이고 피상적이어서 정부나 보건기관의 적극적이고 효과적인 투자가 선행되지 않고서는 노령화 사회의 건강을 보장할 수 없다.

사업비 비중을 향상시키기 위해서는 지방비 부담 증가도 중요하지만 중앙정부의 적극적 개입이 필요하다.

둘째, 보건소에 대한 중앙정부의 재정지원을 보건소 예산 총액 기준 25% 이상으로 증가시킬 필요가 있다. 지역보건법 제19조(비용의 보조) 제2항에 의하면, 국고보조금은 운영비 및 지역보건의료계획의 시행에 필요한 비용에 있어서는 그 1/2 이내로 한다고 규정하여 최대 보조율을 명시하고 있다. 이에 따라 시·도의 분담이 국비에 대하여 1:1 수준에서 이루어지고 있는데, 보건소의 사업비 비중을 50% 이상으로 하기 위해서는 결국 국비지원을 25% 이상으로 하여야 한다. 이는 현재 수준의 5배에 달하는 금액이 되어 중앙정부의 적극적 태도가 필요한 부분이다.

셋째, 국가 주요 보건문제에 대한 영역별 사업비 보조를 50% 이상으로 유지한다. 질병구조의 변화와 새로운 보건문제의 대두, 그리고 효과적인 관리대안의 개발과 보건학적 효율성 입증 등으로 선진 각국에서는 주요 건강관리 영역을 국가의 주요 목표로 제시하고 있으며, 우리 나라도 각 연구기관들에서 나름대로의 기준으로 국가 중점 보건관리영역을 제시하고 있다. 멀지 않은 시일내에 우리 나라도 뚜렷한 국가 중점 보건관리 영역을 제시하고 이를 기준으로 합리적 재원투자로 소기의 목표를 달성하도록 노력하여야 한다.

넷째, 시설 및 장비 등의 개선에는 별도의 중앙정부 기금으로 지원한다. 지역보건법 제19조의 규정에 의하면, 보건소의 설치비와 부대비에 있어서는 그 3분의 2 이내로 국고보조금을 지원하도록 하고 있어 역시 소극적 자세를 견지하고 있다. 일반 보건사업비와 달리 시설 및 장비는 일회 투자에 많은 재정적 부담이 되나 한 번 투자하면 수년간 유지, 관리만 하면 되며 이러한 경직성 투자는 수년에 한 번씩 반복되므로 농특세와 같은 특별기금으로 이를 충당하는 것이 바람직하다. 보건복지부는 1994년도부터 농어촌지역의 보건기관 시설 및 장비보강 사업을 농특세 재원을 이용하여 추진해 오고 있으며 어느 정도 가시적인 성과가 있는 것으로 보고되고 있다. 그러나 농특세는 농어촌지역에 국한하기 때문에 아직까지 도시지역의 경우에는 시설 및 장비 개선에 대한 뚜렷한 재원대책이 없다.

5. 재원조달 방안

1) 지방양여금을 통한 보건사업 지원체계 개발

지방양여금제도는 취약한 지방재정을 균형적으로 확충하기 위하여 국가가

징수하는 특정 조세수입액의 전부 또는 일부를 일정 기준에 따라서 지방자치단체에 양여하여 재정부담이 많은 지역의 특정 사업에 충당할 수 있도록 하는 제도이다. 또한 지방양여금은 자치단체간의 균형적 발전을 위한 전국적인 공통된 수요에 충당하기 위해 교부되며 용도에 있어서 자치단체의 자율적 의사결정을 존중한다는 점에서 지역의 특수한 상황을 최대한 고려하고 있다고 볼 수 있다. 특히 지방자치단체의 포괄적인 사업 이 외에 특수 목적의 양여금제도를 도입하고 있는데 이것이 지방교육양여금법이다. 이 법은 1990년도에 지방교육자치와 교육의 질적 향상을 도모하기 위하여 필요한 교육재정의 확충에 소요되는 재원을 확보할 목적으로 교육세 재원을 지방교육에 양여하고자 제정되었다.

1970년대 중반부터 선진 각국은 국민의 건강을 보장하는 데 가장 중요한 요인이 의료서비스의 제공에 있지 않고 부의 적절한 분배와 건강의 형평성 보장에 있음을 인식하고 이의 실현을 위해 노력하고 있다. 우리 나라의 경우도 1995년에 국민건강증진법을 제정하여 국민에게 건강에 대한 바른 가치와 책임의식을 함양하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하기 위하여 노력하고 있으며, 그 일환으로 국가의 적극적 재정개입을 시도하고 있다. 그러나 아직까지 소요재원의 아주 미미한 부분만을 충당하고 있는 것도 사실이다.

앞서 설명한 바와 같이 점차 증가하는 만성질환과 이에 따르는 막대한 의료비의 앙등문제, 질병치료에 대한 현대의료의 한계, 국민의 삶의 질 보장 등 여러 가지 요인들은 우리로 하여금 보다 더 본질적인 건강문제에 접근할 필요가 있음을 상기시켜 주고 있다. 더욱이 지방자치가 일천하고 국민들의 건강행태가 국민소득에 비하여 매우 바람직스럽지 못한 방향으로 점차 심화되어 가고 있음에 비추어 정부의 적극적 개입은 중요하다.

지금까지 정부의 개입이 지역간 의료자원의 공급과 의

지금까지 정부의 개입이 지역간 의료자원의 공급과 의료서비스 제공의 형평성에 두었다면 이제부터는 건강의 지역간 형평성에 그 초점을 두어야 한다.

료서비스 제공의 형평성에 두었다면 이제부터는 건강의 지역간 형평성에 그 초점을 두어야 한다. 특히 이러한 문제는 단순한 지침의 개발이나 업무량의 증가와 같은 양적 접근으로 문제를 해결하려다가는 나중에 걷잡을 수 없는 지경에 이르게 될 것이다. 1995년 보건소법이 지역보건법으로 전면 개정되면서 각 자치단체들은 지역의 보건의료문제를 질적으로 해결하기 위하여 매 4년마다 지역보건의료계획을 성안하여 실시해 오고 있다. 그러나 이를 지원할 재정마련이 없어 계획수행에 막대한 차질과 더불어 심한 경우 헛수고만 하는 경우가 지역별로 허다하다. 지역보건의료계획의 수립은 이제 우리 나라도 자치단체간 주민들의 요구에 부응하는 보건의료서비스를 제공하고자 하는 시발점이 되었으며, 이를 시·도 및 중앙정부가 조정 내지는 권고하면서 지역간 건강의 형평성을 제고할 수 있는 기틀이 마련되었다. 따라서 이러한 새로운 지역보건의료의 견인차가 될 재원 마련이 시급하며, 지역의 특수성을 최대화 할 수 있는 양여금제도를 이용하는 것이 좋은 대안 중의 하나일 것이다.

특히 지방양여금을 이용할 필요는 보건사업의 평가와 관련하여 중요하게 부각된다. 보건사업의 균형적 발전을 위하여 일괄적으로 재정을 지원하는 것이 필요하기 때문이다.

또한 현재 지방양여금의 재원이 주세 및 전화세의 전부와 농특세의 일부로 구성되어 있는 바, 주세의 경우 술로 인한 국민건강 위해를 생각할 때 국민의 보건문제를 위하여 우선적으로 사용하는 것이 타당한데도 불구하고, 도로정비 등에만 사용되도록 규정되어 있는 것은 잘못이다. 이는 담배에 건강증진기금을 부과하고 있는 것과 그 의미를 같이 한다고 하겠다. 따라서 지방양여금 사용 대상에 보건사업이 포함되도록 하는 것은 당연하다고 할 것이다.

지방양여금법 제4조에 규정된 5가지의 사업과 병행하여 보건사업을 추가하는 방식이 가능하며, 아니면 양여금 대상사업으로 되어 있는 '지역개발사업'(지방양여금법 제4조 제5항)은 현재 대통령령에 세부사업내역이 규정되어 있지 않은 상태이므로(지방양여금법시행령 제2조), 대통령령에 보건사업을 포함시켜 규정하는 것도 하나의 방법이 될 것이다.

2) 영역별 보조금의 개발

인류의 역사는 가난과 질병의 역사라 할 정도로 이 두 가지 요인은 계속

인구 집단을 괴롭히는 문제이다. 시간과 공간에 따라 인구를 괴롭히는 보건 문제는 다르게 마련이며, 이를 효과적으로 관리할 때 그 나라의 국민은 건강을 영위할 수 있다. 과거의 단순한 전염병에서 만성병 시대로 변화되면서 의학 영역에서 완치라는 개념이 퇴색되고 있으며, 인구 노령화와 더불어 국민들의 유병률은 급격히 증가하고 있어 급기야는 국가발전의 저해 요소로 작용할 날도 멀지 않을 것이다. 따라서 국가차원의 적극적이고 시기적절한 개입이 없다면 개인적으로나 국가적으로 종국에는 지대한 부정적 영향을 끼치게 될 것이다.

그러나 현실적으로 우리가 해결해야 할 보건문제는 많은 데 비하여 자원은 한정적이므로 해결해야 할 보건문제의 우선순위를 정하고 이를 점차 확대해 나가려는 노력이 필요하다. 이러한 취지하에 각국들은 국가 차원의 중점 보건관리 영역과 목표를 설정하고, 강력한 국가적 차원의 지원을 경주하고 있다. 우리 나라의 경우도 점차 국가 중점 보건문제에 대한 토론이 활성화되고 있으며, 국가 차원의 우선순위를 결정하고 이를 현실화시킬 수 있는 재정 조달체계의 개발이 요구된다.

현실적으로 우리가 해결해야 할 보건문제는 많은 데 비하여 자원은 한정적이므로 해결해야 할 보건문제의 우선순위를 정하고 이를 점차 확대해 나가려는 노력이 필요하다.

3) 의료보험 기금의 활용

보건소와는 달리 보건지소와 보건진료소는 의료소외지역 주민들에 대한 일차의료의 제공이 매우 중요한 역할의 하나로 이는 지역주민들도 당연시하고 있는 영역이다. 현재 우리 나라는 전국민의료보험을 실시하고 있으며 의료보험은 보편적 국민들을 대상으로 의료서비스를 반대급부로 제공하기 때문에 지역적 접근성의 문제로 반대급부를 받지 못하는 일이 없도록 하여야 한다. 왜냐하면 보험료는 계속 지불하는 데 반하여 의료서비스는 형평성 있게 제공받지 못한다면 이는 의료보험의 취지에도 어긋나기 때문이다. 이러한 농어촌 지역의 지리적 접근성을 보건지소와 보건진료소는 어느 정도 해결해 주고 있으며, 당연

히 이에 소요되는 비용의 일부(이들 기관의 진료사업 예산의 50% 이상)는 의료보험재정에서 지불되어야 한다.

보건기관을 통한 농어촌 의료접근성의 확보와 국민건강증진 사업의 활성화를 위한 첫 단계로 국민건강증진기금의 지원에 있었다면, 두 번째 단계에서는 이의 확충과 더불어 의료접근성이 떨어지는 농어촌지역의 보건의료사업에 대한 재정지원이 당연한 일일 것이다. 특히 금년 들어 시행되고 있는 의약분업과 관련하여 만성질환 보유자(고혈압, 당뇨병 등)들의 치료순응도가 많이 저하될 우려가 있으며, 특히 의료접근성이 취약한 농어촌지역에서는 보건(지)소의 의약분업으로 더욱 순응도에 영향을 끼칠 우려가 크다. 따라서 이러한 문제는 보험재정의 적극적 개입만이 해결할 수 있다.