

# 정 · 책 · 분 · 석



- ▶ 위험사회에 대한 국민의식:  
한국사회위험지수 분석 | 김미숙 · 김상욱 · 신승배
- ▶ 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의  
현황과 방향 | 강희정

# 위험사회에 대한 국민의식: 한국사회위험지수 분석<sup>1)</sup>

## *Attitudes towards Social Risks in Korea*

김미숙 한국보건사회연구원 연구위원  
김상욱 성균관대학교 서베یره서치센터 센터장  
신승배 성균관대학교 서베یره서치센터 연구교수

사회구성원이 공유하는 가치와 태도는 사회복지제도나 정책에 영향을 미치고, 사회제도의 미래를 예측하는데 유용한 준거가 될 수 있기 때문에 사회적 위험에 대한 국민의식을 파악하는 작업은 중요하다. 우리 사회에서도 경제위기, 학교폭력, 자살, 물지마 살인, 환경 파괴, 신종 전염병 등 사회적 위험이 편재해 있다. 국민들은 이러한 사회적 위험에 대해서 어떠한 인식을 하고 있는지 파악할 필요가 있다. 위험에 대한 노출은 계층화되었다고 보고 있는데, 이러한 성향이 우리 사회에도 나타나는지를 파악하여 사회위험에 대한 국민의 불안도를 점검하고, 이러한 불안의식이 사회구성원에 공통적으로 나타나는지를 파악할 필요가 있다. 이를 위해서 위험사회의 구성요소를 구축하여 실태조사한 후, 이를 지수화하여 분석하였고, 결과를 바탕으로 정책적 시사점을 도출하였다.

## 1. 서론

원전사고, 식품오염, 기후변화, 신종플루, 구제역, 조류독감 등과 같은 문제가 전 세계적으로 발생되면서 위기가 증대하고 있다. 국민안전은 국정과제 중 하나로 채택되어 사회적인 이슈화 되었다. 과학의 발전에도 불구하고 사회의 안전성은 유지되지 않고 있다. 정치, 사회, 경제, 문화, 환경 등의 다양한 측면에서 통제되지 않는 위험(risk)들이 있기 때문이다. 독일 사회학자

Beck은 현대사회는 ‘위험사회(risk society)’라고 하였다.<sup>2)</sup> 그는 산업화의 확대가 사회의 위험을 일으켰다는 것이다. 과거에는 지진이나 폭우, 화산폭발 등 자연재해가 주된 위험의 대상이었으나, 현대사회에서는 산업화과정에서 파생된 다양한 잠재적 위험이 있고, 그 위험의 규모는 증가하고 있다는 것이다.

사회위험에는 방사능, 식품안전, 약물오남용, 전염병, 사고(교통, 화재 등), 범죄, 환경오염, 산업재해, 자연재해, 기후변화, 실업·고용·빈곤,

1) 본고는 '김미숙·이상영·정진욱·성균관대학교 서베یره서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사, 한국보건사회연구원'의 일부를 요약정리한 것임.

2) Beck, Ulrich(1994). "The reinvention of politics: towards a theory of reflexive Modernization." (eds.) in U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Reflexive Modernization, Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, 1-55, Stanford: Stanford University Press.

노화·노후불안, 사생활침해, 인간성 파괴, 전쟁 등이 있다. Beck은 현대사회의 위험을 예측과 통제가 불가능한 위협으로 보고 있다. 이러한 위험은 근대산업사회의 발전과정에서 과학기술의 과도한 도구적 활용의 결과로 파생되어 인간생존 자체를 위협하고 있고, 사회 전체에 퍼져있다.

현대사회에서의 위험은 가해자를 찾거나 위험의 원인을 파악하기가 어렵다.<sup>3)</sup> 이로 인해서 사회구성원들의 불안감은 더욱 고조되고 있다. 위험에 대처하기 위해 각 분야별로 다양한 노력을 하고 있으나, 실효를 거두지 못하고 있다. 그 이유는 위험의 원인에 대응한 합의된 대처방법이 없기 때문이다.

우리 사회에서도 경제위기, 학교폭력, 자살, 묻지마 살인, 환경파괴, 신종 전염병 등 사회적 위험이 편재해 있다. 이러한 사회적 위험은 세계적인 상황에서 서로 연결되어 있기 때문에 우리 사회만 잘 운영 및 관리한다고 위험에서 보호되지 못한다. 이러한 시점에서 국민들은 사회적 위험에 대해서 어떠한 인식을 하고 있는지 파악할 필요가 있다. 위험에 대한 노출은 계층에 따라서 동일하지 않고, 차등화되었다고 보고 있는데, 이러한 성향이 우리 사회에도 나타나는지를 파악하여 사회위험에 대한 국민의 불안정도를 점검하고, 이러한 불안의식이 사회구성원에 공통적으로 나타나는지를 파악할 필요가 있다.

사회구성원이 공유하는 가치와 태도는 사회

복지제도나 정책에 영향을 미치고, 사회제도의 미래를 예측하는데 유용한 준거가 될 수 있기 때문에 사회적 위험에 대한 국민의식을 파악하는 작업은 중요하다. 즉, 국민들이 체감하는 위험정도 및 위험요인 등을 파악하고 나아가서는 이러한 의식이 성, 세대, 교육수준, 정치적 성향 등과 같은 사회구성원의 특성에 따라서 어떠한 차이가 있는지를 분석함으로써 위험으로 인한 사회적 갈등의 소지 등을 분석할 필요가 있다.<sup>4)</sup> 이를 위해서 위험사회의 영역을 7가지로 선정하였고, 위험의 구성요소를 4가지인 위험요인, 위험노출, 위험취약성, 위험에의 대처능력으로 구성하여 실태조사한 후, 이를 지수화하여 분석하였다. 분석결과를 바탕으로 정책과제를 도출하였다.

## 2. 위험사회의 개념과 위험의 영역

### 1) 위험사회에 대한 Beck의 개념정의

위험사회에 대한 가장 대표적인 학자는 독일 사회학자 Beck이다. Beck(1992)은 위험을 재앙(disaster)과 비교하여 “우리를 위협하는 발생가능성 있는 미래의 사건”이라고 하였다.<sup>5)</sup> 즉 그는 위험은 불확실하지만 일어날 수 있는 가능성이 있으며, 측정할 수 없는 위험에 대한 두려움이라고 하였다.<sup>6)</sup> 그는 사회적 위험을 현대사회의 변

3) 김영란(2011). 한국의 사회적 위험구조 - 위험의 민주화 또는 위험의 계급화?, *담론* 2001, 14(3), pp.57~88.

4) Beck(1997)은 산업사회에 의해 초래된 위험의 경제적 비용으로 이해를 달리하는 집단간 갈등을 초래하였고, 위험의 생산과 인식의 불일치, 위험의 생산과 소비의 긴장 등으로 정치적 갈등까지도 유발한다고 지적하였음.

5) Beck(1994). 앞글.

화를 진단해내는 핵심개념이라고 하면서, 위험 사회의 특징을 다음과 같이 제시하고 있다.<sup>7)</sup>

첫째, 현대사회의 위험은 통제 불가능하다. 그럼에도 과학적 지식을 가진 전문가들에 의해 위험의 크기가 과장되거나 축소될 수 있다. 따라서 위험은 대중매체와 전문가 등의 핵심적인 지위집단에 의해 사회적으로 정의되고 구성될 소지가 많다.

둘째, 현대사회의 위험은 사회·경제적 지위나 물리적 한계를 넘어 전 지구적으로 발생하기 때문에 ‘평등’하다. 그리스의 재정위기가 유럽 뿐만 아니라 다른 대륙의 국가에도 영향을 미치고 일본의 후쿠시마 원전사고가 태평양 인근 국가에 영향을 미치는 것처럼 현대사회의 위험은 어디서나 발생하고, 한 국가에서 발생한 위험은 급속도로 전세계에 영향을 미친다.<sup>8)</sup>

셋째, 현대사회의 위험은 부메랑과 같다. 위험을 생산하거나 위험을 통해 이익을 본 사람들도 위험에서 자유로울 수 없다. 어부의 무분별한 물고기 포획은 수자원 고갈로 이어져 어부의 생계에 영향을 주고 농부의 화학비료를 통한 수확량 증대는 농부에게 토질 악화와 오염으로 위험을 유발한다.

넷째, 현대사회의 위험은 새로운 시장이 되기도 한다. 예를 들어, 위험에 의해서 보험시장이

창출된다.

다섯째, 현대사회에서 위험은 지식을 통해 이해될 수 있기 때문에 인식이 그 존재를 규정한다. 따라서 현대사회의 위험은 위험을 규정하는 지식주체에 따라 그 의미가 달라질 수 있고, 지식이 새로운 정치적 중요성을 가진다. 이 때문에 Beck은 위험사회의 정치적 잠재력이 사회학적 견지에서 다루어질 필요가 있다고 한다.

마지막으로 현대사회의 위험은 정치적이다. 위험에 의한 정치·경제·사회적 결과가 새로운 영역을 형성하면서 새로운 정치적 영향력을 형성하기 때문이다. 이러한 위험사회의 특징은 현대사회의 위험이 정치적, 문화적 상황을 포함하여 우리 사회를 둘러싼 사회적 문제라는 점을 보여준다.

## 2) 위험사회의 구성요소

현대사회의 위험은 복합성을 가지고 있어서 위험의 구성요소를 분류하고 측정하기가 용이하지 않다. 위험의 구성요소와 관련하여 Bohle (2001)은 재해위험(disaster risk)의 구성요소로 위험노출(exposure)과 취약성(vulnerability), 대처능력(coping capacity)을 포함하였다.<sup>9)</sup> 이와 유사하나 약간 다르게, Villagran de Leon(2004)은

6) Beck(1994). 앞글.

7) Beck(1994). 앞글.

8) Beck의 이러한 주장에 대해서는 후속 연구에서 비판이 되고 있음. 즉 위험은 보편적 및 전지구적으로 발생하지만, 이에 대해 받는 영향은 계층에 따라 다르고 위험에 대한 인식도 다르다는 것임.

9) Davidson, R.(1997). *An Urban Earthquake Disaster Risk Index*, The John A. Blume Earthquake Engineering Center, Department of Civil Engineering, Report No. 121, Stanford: Stanford University.; Bollin, C., C. Cárdenas, H. Hahn and K.S. Vatsa(2003) *Natural Disaster Network: Disaster Risk Management by Communities and Local Governments*, Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, available at <http://www.iadb.org/sds/doc/GTZ%2DStudyFinal.pdf>.

위험의 3요소를 취약성(vulnerability), 위험요인(hazard), 위험 대비 부족(deficiencies in preparedness)이라고 하였다.<sup>10)</sup> 취약성이라 다른 위험 요인들에 의한 쉽게 영향을 받을 수 가능성이고, 위험대비부족이란 사회의 대처능력 결핍을 의미한다고 하였다. 위험요인은 위험노출의 개념으로 사용하였다.

본 고에서는 학자들의 견해를 종합하여 위험을 위험요인(hazard), 위험노출(exposure), 취약성(vulnerability), 대처능력(capacity and measures)으로 구성하였다(그림 1 참조). 위험요인은 위험의 발생가능성(probability)과 심각성(severity)을 의미하고, 위험노출(exposure)은 위험과 관련하여 그 사회가 가지고 있는 구조, 인구, 경제 등에 의해 특성화된 것을 말한다. 취약성은 물리적, 사회적, 경제적, 환경적 차원에서 위험이 다루어지는 정도를 말하며, 위험에 대한 대처능력이란 물리적 계획(physical planning), 사회적 대처능력(social capacity), 경제적 능력

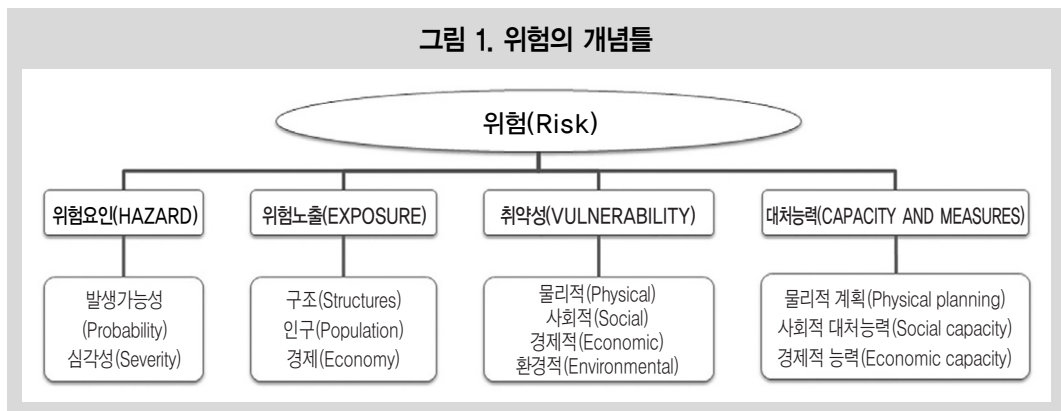
(economic capacity)과 관리능력(management) 등을 의미한다.

### 3. 조사개요 및 지수산출

#### 1) 조사개요

실태조사는 성균관대학교 사회조사센터(SRC)와 공동으로 수행되었다. 성균관대학교 사회조사센터에서 매년 수행하고 있는 한국종합사회조사(Korea General Social Survey: KGSS)의 설문에 '위험사회'를 특별주제모듈(special topical module)의 형태로 추가하여 조사하였다. 실태조사의 대상은 일반국민 2,500명이고, 자료수집은 방문면접조사에 의해서 이루어졌다.

위험사회에 대한 국민의식 실태조사의 내용은 크게 7개 위험영역과 4개의 차원으로 구성된



10) Villagrán de León, J.C.(2004) *Manual para la estimación cuantitativa de riesgos asociados a diversas amenazas*, Guatemala: Acción Contra el Hambre, ACH.

다. 7개 영역에는 자연재해, 건강, 생애주기, 사회생활, 경제생활, 정치 및 대외관계, 환경 등이 고, 4개 차원은 취약성(vulnerability), 위험노출정도(exposure), 본인에게 발생할 가능성(hazard), 정부의 대처(capability and measures)이다.

<표 1>에 제시된 것과 같이, 7개 영역(domains)은 다시 4개의 세부항목으로 구성된다.

다.<sup>11)</sup> 즉, 자연재해(natural)의 항목에는 홍수 및 태풍, 급격한 기후변동(지구온난화), 황사 및 가뭄, 지진 및 쓰나미가 포함된다. 건강(health)영역은 전염병, 먹거리 위험, 정신건강 위해요소, 성인병이 포함되고, 생애주기(life cycle)영역은 노후불안, 가족해체, 저출산, 고령화가 포함된다. 사회생활(social)영역에는 사생활침해, 폭력범죄,

표 1. 위험사회 영역 및 주요(조사) 내용

영역	내용
자연재해 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홍수 및 태풍</li> <li>• 급격한 기후변동(지구온난화)</li> <li>• 황사 및 가뭄</li> <li>• 지진 및 쓰나미</li> </ul>
건강관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전염병(신종플루, 결핵, 조류독감 등)</li> <li>• 먹거리 위험(유전자변형식품, 식중독, 잔류농약, 환경호르몬, 원산지 위조 등)</li> <li>• 정신건강 위해요소(스트레스, 우울증, 자살 등)</li> <li>• 성인병(암, 고혈압, 당뇨, 치매 등)</li> </ul>
생애주기 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노후 불안</li> <li>• 가족해체(이혼, 가족부양기능의 약화 등)</li> <li>• 저출산으로 인한 사회문제</li> <li>• 고령화로 인한 사회문제</li> </ul>
사회생활 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사생활 침해(CCTV, 도청, 몰래카메라 등에 의한)</li> <li>• 폭력범죄(성폭력, 학교폭력, 가정폭력, 강도, 살인 등)</li> <li>• 인적재난, 및 산업재해(교통사고, 가스폭발, 화학물질 유출 등)</li> <li>• 과학기술 및 정보통신기술의 위험(유전자 복제, 컴퓨터 바이러스, 온라인상의 개인정보 유출 등)</li> </ul>
경제생활 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 실업 및 빈곤</li> <li>• 주택 및 전세가격 불안(폭등 및 폭락)</li> <li>• 금융불안(국가 및 가계 부채, 주가폭락, 환율폭등 등)</li> <li>• 경기침체 및 저성장</li> </ul>
정치 및 대외관계 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 북한의 위협(국지전 및 전면전) 및 북핵문제</li> <li>• 국가에 의한 개인의 인권 및 자유침해</li> <li>• 주변 강대국(중국, 일본, 러시아, 미국 등)의 견제</li> <li>• 권력과 자본에 의한 민주주의의 위기</li> </ul>
환경 관련 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 원전사고(방사성 물질 누출 등)</li> <li>• 환경오염(수질, 대기, 소음 등)</li> <li>• 자원(물, 에너지 등) 부족 및 고갈</li> <li>• 방사성 폐기물의 저장 및 관리</li> </ul>

주: 7개 영역은 7점 척도로 측정됨. 점수가 높을수록 위험도에 대한 의식이 높음(1-3: 비취약, 4: 중립, 5~7: 취약).

11) Davidson(1997) 앞글. Bollin et al.,(2003) 앞글.

인적재난 및 산업재해, 과학기술 및 정보통신기술의 위험이 있고, 경제생활(economic)영역에는 실업 및 빈곤, 주택 및 전세 가격 불안, 금융불안, 경기침체 및 저성장이 있다. 정치 및 대외관계(politics & international relations)영역에는 북한의 위협, 국가에 의한 개인의 인권 및 자유 침해, 주변 강대국의 견제, 권력과 자본에 의한 민주주의의 위기가 있고, 환경(environmental)영역에는 원전사고, 환경오염, 자원 부족 및 고갈, 방사성 폐기물의 저장 및 관리 등이 있다. 각 영역별 위험인식 정도를 4개의 차원별로 살펴보았다.

## 2) 한국사회위험지수 산술식

개념적 틀을 토대로 한국사회위험지수(KSRI: Korea Social Risk Index)를 구하기 위한 산술식은 다음과 같다.

$$KSRI = \sum\{w \times H + w \times E + w \times V\} - w \times C \times 5$$

한국사회위험지수(KSRI)는 한국사회의 안전 및 위험과 관련하여 위험의 발생가능성(H: Hazard), 노출정도(E: Exposure), 취약성(V: Vulnerability)의 합에서 위험에 대한 대처능력(C: Capacities and Measures)을 뺀 값으로 구성되었다. 각 변수의 가중치는 요인분석(factor analysis)을 통한 요인적재값(0~1)으로 계산하였다. 총점에 대한 이해도를 높이기 위하여 최종 값에 5를 곱하여 100점 만점으로 환산하였다. KSRI의 수치가 가지는 의미는 점수가 낮을수록 덜 위험한 사회로, 점수가 높을수록 더 위험한 사회로 해석된다.

## 4. 사회위험에 대한 국민인식 실태

### 1) 응답자 특성

응답자의 특성은 다음 <표 2>에 제시하였다. 성별로는 남자 50.1%, 여자 49.9%로 거의 유사한 분포를 보인다. 여기서는 연령보다는 세대가 더 의미가 있다고 판단하여, 세대를 4개로 구분하여 사용하였다. 기존의 세대구분을 바탕으로 연구자가 새롭게 명명하였는데, 이는 2013년 현재 연령이 만 18세 이상 34세 이하는 예코세대, 35~49세는 민주화세대. 50~58세는 베이비붐세대, 59세 이상은 산업화세대로 명명하였다. 그 결과 예코세대 31.8%, 민주화세대 32.3%, 베이비붐세대 15.2%, 산업화세대 20.7%의 분포를 보이고 있다. 학력별로는 대학 이상이 가장 많은 56.4%이고, 고졸 28.2%, 초졸 9.1%, 중졸 6.3%의 순이다. 응답자의 학력이 비교적 높은 편임을 알 수 있다. 월소득은 200~400만원 미만인 가장 많은 30.7%이고, 그 다음은 400~600만원 미만 26.0%, 600만원이상 23.1%, 200만원 미만 20.2%의 순이다. 월소득별 위험사회인식 정도는 집단간 차이가 유의한 영역이 거의 없어서 분석에서 제외하였다. 정치성향별로는 진보 34.3%, 중도 33.4%, 보수 32.35%로 유사한 분포를 보이고 있다.

### 2) 전체적 위험사회 인식

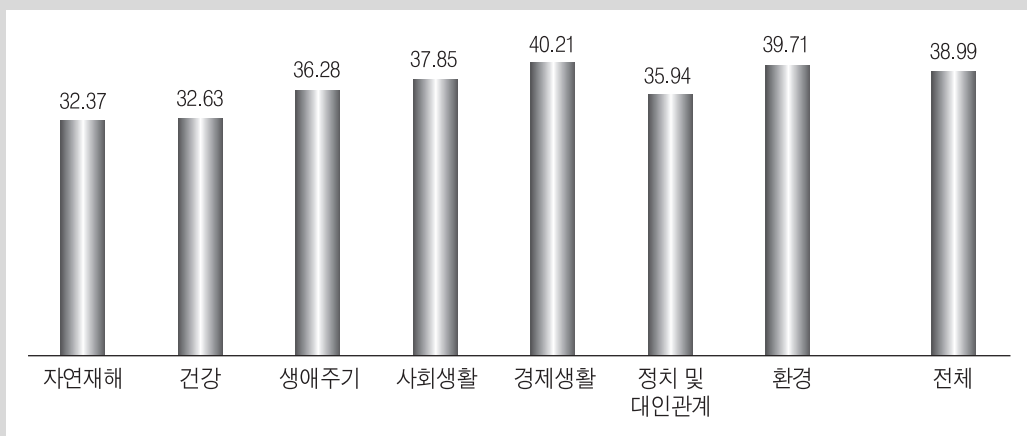
7개 영역을 합해서 파악한 우리 국민의 위험사회지수는 100점 만점에 38.99로 40점 이하로

표 2. 응답자의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

		빈도	비율
전체		1,288	100.0
성	남자	643	50.1
	여자	640	49.9
세대	에코세대(34세 이하)	409	31.8
	민주화세대(35~49세)	416	32.3
	베이비붐세대(50~58세)	195	15.2
	산업화세대(59세 이상)	266	20.7
학력	초졸	117	9.1
	중졸	81	6.3
	고졸	363	28.2
	대졸 이상	726	56.4
월소득	200만원 미만	241	20.2
	200~400만원 미만	366	30.7
	400~600만원 미만	310	26.0
	600~800만원 미만	132	11.1
	800만원 이상	143	12.0
정치성향	진보	422	34.3
	중도	410	33.4
	보수	397	32.3

그림 2. 영역별 위험지수 비교



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

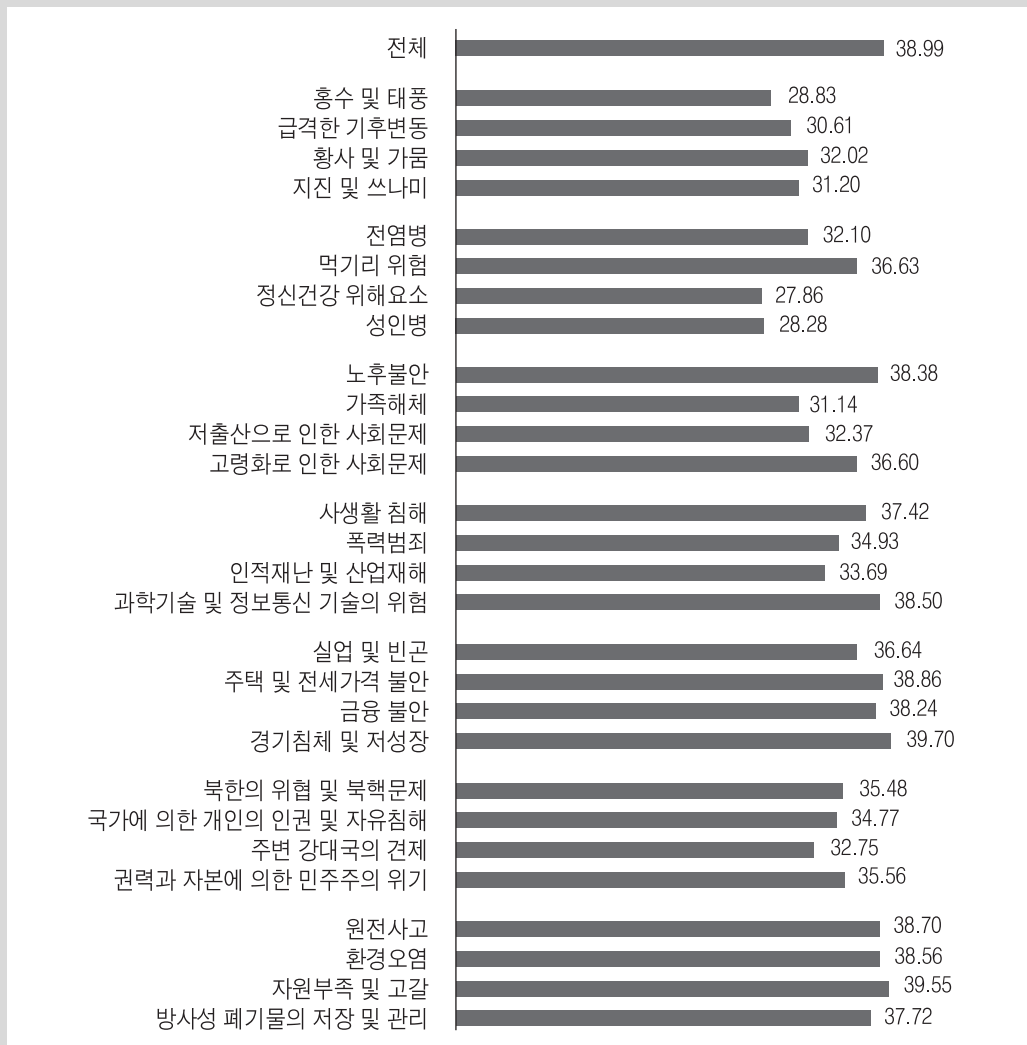


나타났다(그림 2 참조). 즉 위험사회지수는 중간 이하로 낮은 편이라고 할 수 있다. 7개 영역 중 지수가 높은 순으로 보면 경제생활 40.21, 환경 39.71, 사회생활 37.85, 생애주기 36.28 등의 순이다. 자연재해와 건강영역은 위험지수가 낮은

편이다. 즉 경제 및 환경, 생애주기에 대한 위험 인식도가 높았고, 상대적으로 자연 및 건강부분의 인식도는 낮은 것으로 나타났다.

28개 항목별 위험사회지수를 분석한 결과 [그림 3]에 제시한 바와 같이, 위험지수가 가장

그림 3. 항목별 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

높은 항목은 경기침체 및 저성장으로 39.70이었고, 그 다음은 자원부족 및 고갈 39.55, 주택 및 전세가격불안 38.86, 원전사고 38.70, 환경오염 38.56, 과학기술 및 정보통신기술의 위험 38.50, 노후불안 38.38 등으로 경제생활과 환경 영역의 위험지수가 높음을 알 수 있다. 반면, 정신건강 27.86, 성인병 28.28, 홍수 및 태풍 28.83 등은 30점 미만으로 낮은 편으로 파악되었다. 즉 건강 및 자연재해 부분의 항목에 대한 위험인식도가 낮다고 할 수 있다.

인구사회학적 특성별로 한국사회 위험지수를 살펴보았다. 인구사회학적 배경에는 성, 세대, 학력, 정치성향을 포함시켰다. 월소득은 정치영역을 제외한 거의 모든 영역에서 통계적 유의성이 없어서 분석에서 제외하였다. 전체 한국사회위험지수의 경우 모든 인구사회학적 특성별 차이가 유의하였다. 여자, 민주화세대, 대졸

자, 진보적 정치성향이 있는 국민들이 한국사회의 위험지수가 높다고 지적하였다.

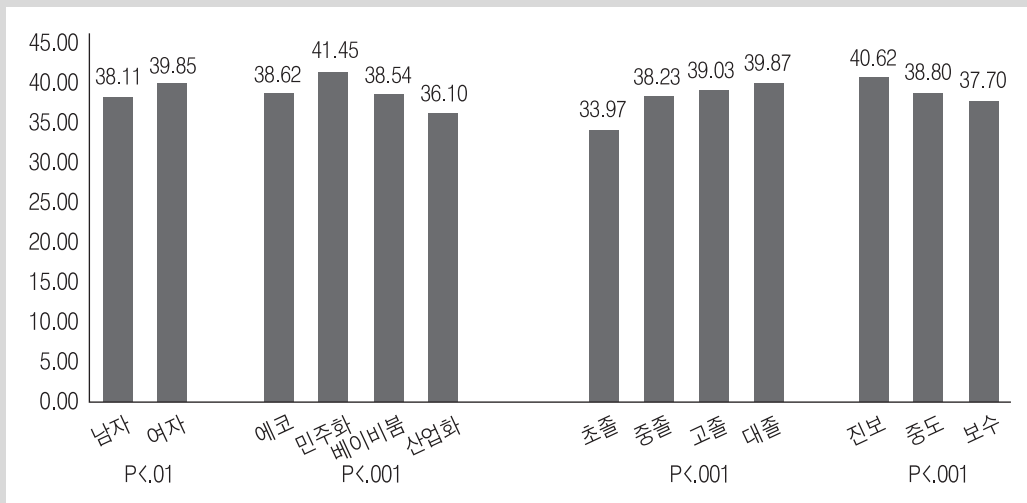
### 3) 자연재해영역 위험인식

자연재해 영역에서는 성, 세대, 학력별 차이가 유의하였다(그림 5 참조). 남자보다는 여자가, 산업화 및 에코세대보다는 민주화세대가, 중졸의 경우가 자연재해에서의 위험도가 상대적으로 더 높다고 지적하였다. 정치성향별 차이는 유의하지 않았다.

### 4) 건강 영역 위험인식

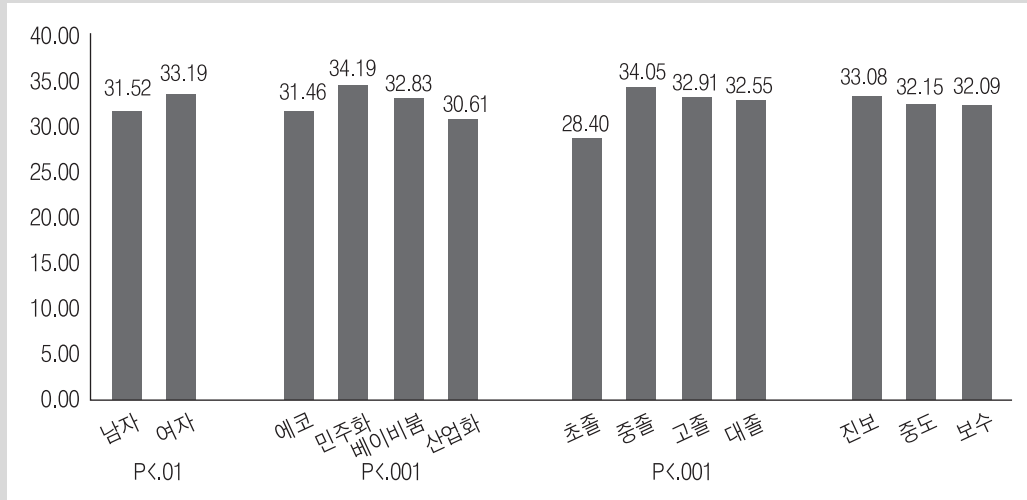
건강영역에서도 성, 세대, 학력별 차이가 유의하였다(그림 6 참조). 남자보다는 여자가, 산업화 및 에코세대보다는 민주화세대가, 대졸 및

그림 4. 인구사회학적 특성별 한국사회 위험지수



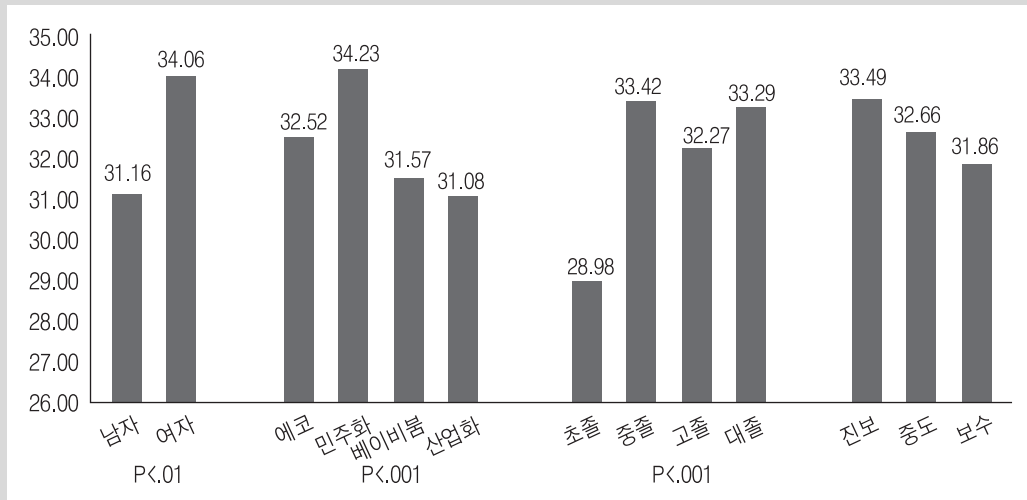
자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

그림 5. 인구사회학적 특성별 자연재해영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

그림 6. 인구사회학적 특성별 건강영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

중졸의 경우가 초졸 및 고졸보다 건강에서의 위험도가 상대적으로 더 높다고 지적하였다. 여기

서도 정치성향별 차이는 유의하지 않았다.

### 5) 생애주기 영역 위험인식

생애주기 영역에서는 성별 차이는 유의하지 않았고, 나머지 특성은 모두 유의하였다(그림 7 참조). 세대별로는 민주화세대가, 학력별로는 대졸의 경우가, 정치성향별로는 진보의 경우가 생애주기영역에서의 사회의 위험지수가 더 높다고 하였다. 성별 차이는 유의하지 않았다.

### 6) 사회생활 영역 위험인식

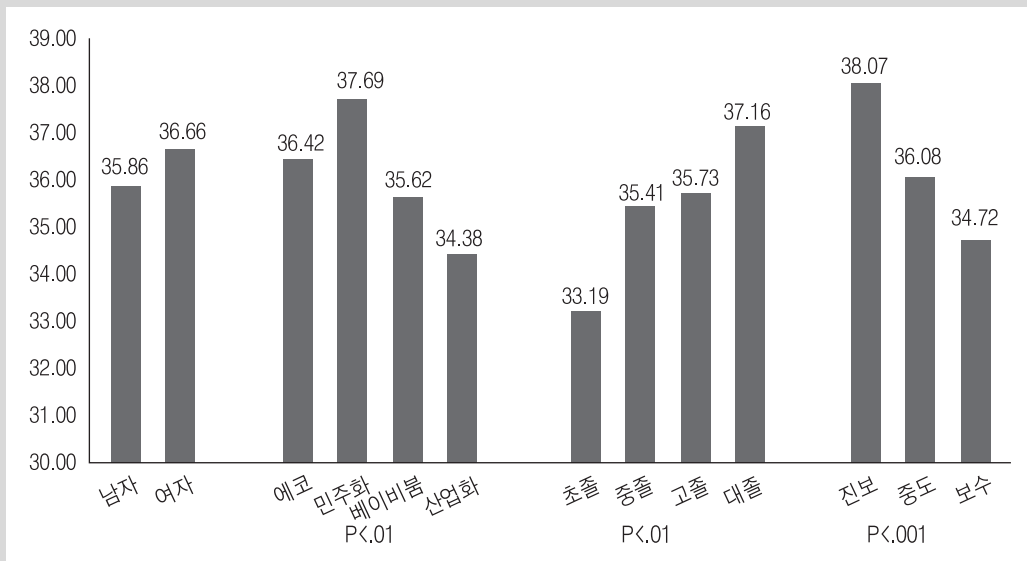
사회생활 영역에서는 모든 인구사회학적 특성이 유의하였다(그림 8 참조). 집단간 차이의 경향은 앞의 영역과 유사하였다. 남성보다는 여성이, 산업화 및 베이비붐 세대보다는 민주화

및 에코세대가, 학력별로는 대졸 및 고졸이 중졸이하보다, 그리고 진보성향의 경우가 보수성향보다 사회생활영역에서 우리 사회위험의 지수가 높다고 지적하였다.

### 7) 경제생활 영역 위험인식

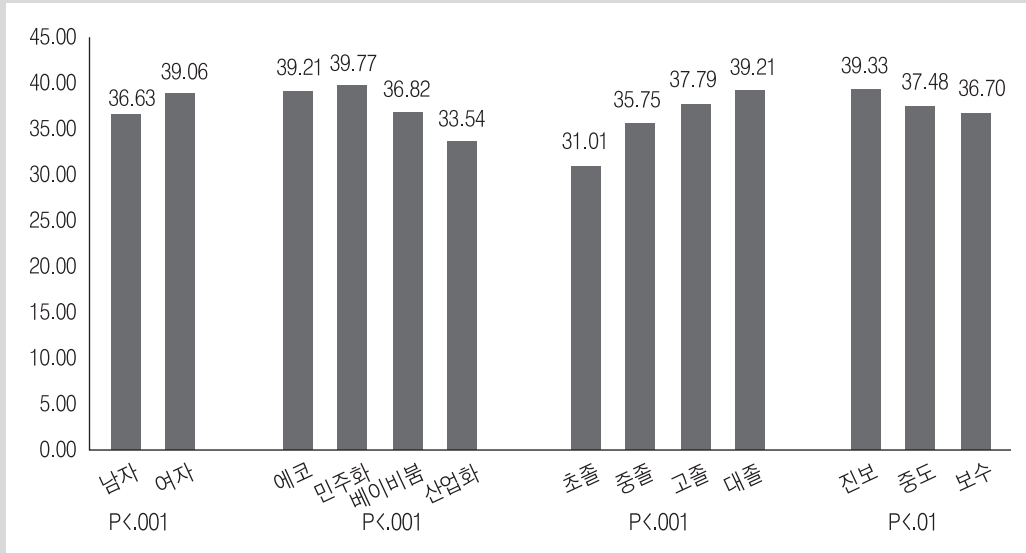
경제생활 영역에서는 세대, 학력, 정치성향별 차이가 유의하였다(그림 9 참조). 남자와 여자의 경우는 경제생활 위험지수를 비슷하게 지적하였고, 산업화보다는 민주화세대가, 저학력보다는 고학력의 경우가 그리고 진보성향의 국민이 경제생활 영역에서의 우리 사회의 위험정도가 상대적으로 더 높다고 지적하였다.

그림 7. 인구사회학적 특성별 생애주기영역 위험지수



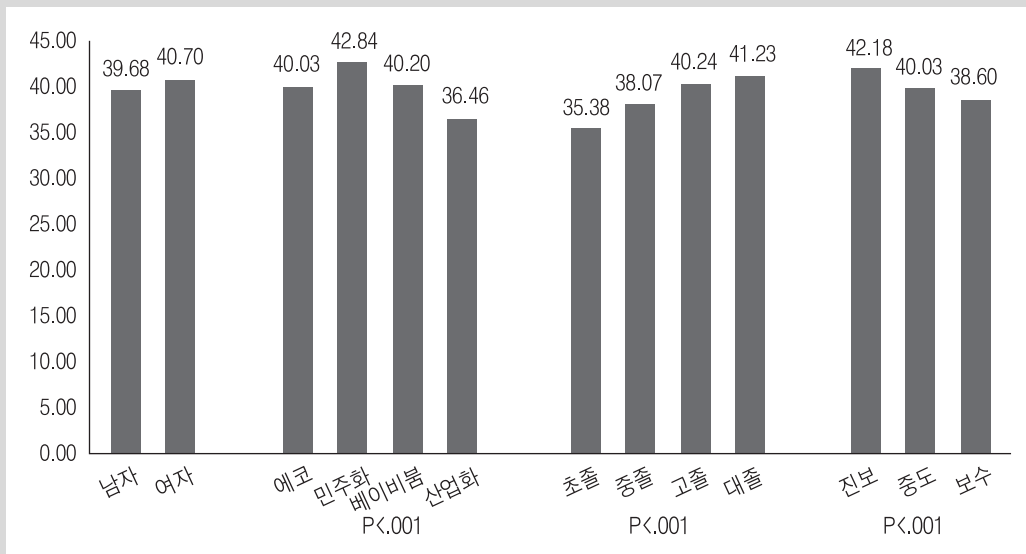
자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

그림 8. 인구사회학적 특성별 사회생활영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

그림 9. 인구사회학적 특성별 경제생활영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

### 8) 정치 및 대외관계 영역 위험인식

정치 및 대외관계 영역은 경제생활영역과 거의 같은 경향을 보인다(그림 10 참조). 즉, 세대, 학력, 정치성향별 차이가 유의하였다. 산업화세대보다는 민주화세대가, 저학력보다는 고학력의 경우가 그리고 진보성향의 국민이 정치 및 대외관계 영역에서의 우리 사회의 위험정도가 상대적으로 더 높다고 지적하였다. 성별 차이는 유의하지 않았다.

### 9) 환경 영역 위험인식

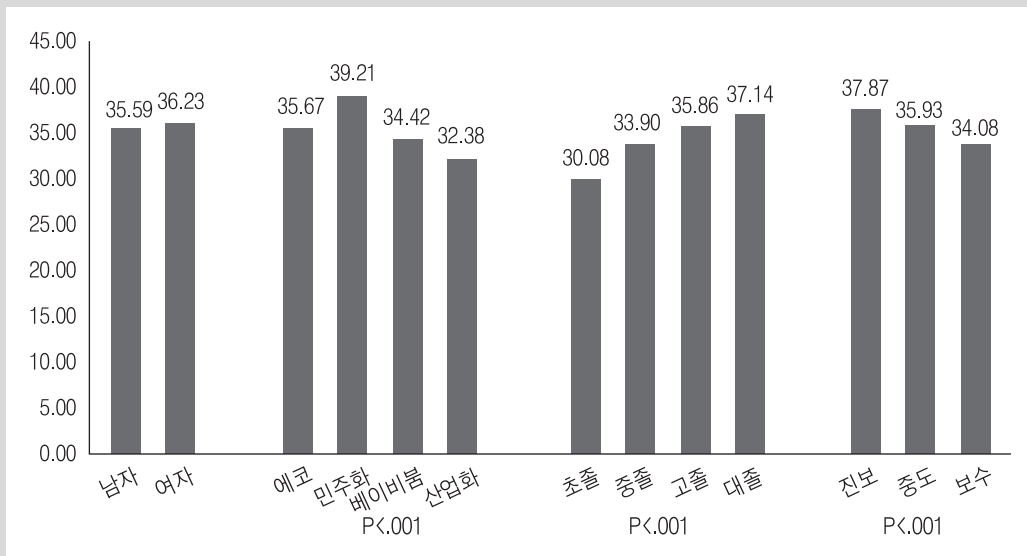
마지막으로 환경 영역에서는 모든 인구사회학적 특성이 유의하였다(그림 11 참조). 남성보다는 여성이, 예코 및 산업화 세대보다는 민주

화 및 베이비붐 세대, 학력별로는 대졸 및 고졸이 중졸 이하보다, 그리고 진보성향의 경우가 보수성향보다 환경영역에서 우리 사회의 위험지수가 높다고 지적하였다.

## 5. 정책과제

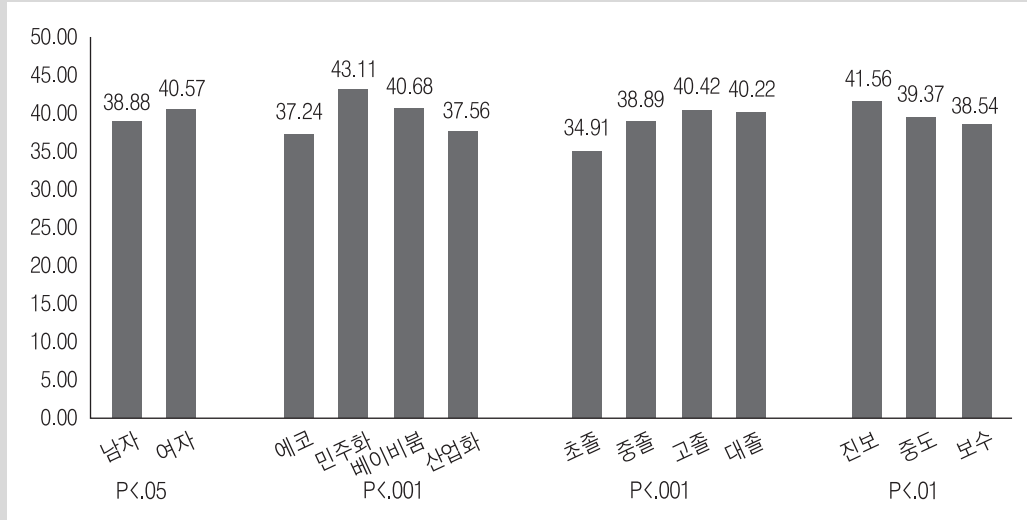
위험사회에 대한 국민인식은 아직까지는 그다지 높지는 않은 것으로 파악되었다. 가장 위험인식이 높은 분야는 경제생활영역이었고, 특히 인구사회경제적 특성별로 보면 여성, 민주화세대, 그리고 대졸자, 그리고 진보성향이 있는 경우가 사회의 위험에 대해서 더 그렇다는 견해를 보였다. 이러한 위험사회에 대한 국민 의식 조사 결과를 바탕으로 다음과 같은 정책

그림 10. 인구사회학적 특성별 정치 및 대외관계영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

그림 11. 인구사회학적 특성별 환경영역 위험지수



자료: 한국보건사회연구원 · 성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사.

과제를 제시한다.

### 1) 중산층의 안전의식 제고 방안 마련

민주화세대, 대졸자들은 특히 우리 사회가 위험에 취약하다고 인식하는 비율이 유의하게 높았다. 이들은 주로 중산층으로서 외적으로는 안정된 생활을 유지하고 있는 층이다. 그럼에도 이들은 우리 사회가 안전하지 않으며, 이러한 불안정이 본인의 삶에도 영향을 미칠 가능성이 있다고 보고 있는 것이다. 한 사회의 중산층이 사회에 대한 불안의식이 높을 때 전체 사회의 안정성에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 따라서 중산층의 우리 사회의 위험성에 대한 인식이 보다 긍정적이 되도록 해야 한다. 이를 위해서는 사회의 전반적인 측면에서 뚜렷한 정책이 수

반되어야 한다. 중산층들이 불안감의 갖고 있는 노후생활보장, 사회의 폭력범죄 노출 문제, 실업 및 빈곤문제 등에 대한 적극적인 대안 마련이 필요하다.

### 2) 세대별 차별화된 위기의식에 대한 접근 마련

세대별로도 뚜렷한 인식상의 차이를 볼 수 있었다. 민주화 세대(35~49세)의 사회위험지수가 높은 반면, 산업화세대(59세 이상)는 낮았다. 다만 산업화세대도 건강, 환경, 자연재해 등에 대한 위험의식은 높았다. 연령코호트별로 차등화된 사회적 경험이 사회의 안전도를 다르게 보고 있는 것이다. 즉, 사회위기의식은 30대와 40대가 가장 많이 갖고 있는데, 이들은 우리 사회의

주요 생산층으로서 사회 여러 영역에서 중심적인 역할을 담당하고 있는 층이다. 이 집단들이 사회에 대해서 위협하다고 보는 비율이 높다는 것은 사회의 중추 세력이 사회에 대해서 불안감을 가지고 있다는 의미를 가진다.

따라서 민주화세대의 욕구를 반영한 다양한 사회정책의 마련이 시급하다. 이들은 베이비붐 세대나 산업화세대와는 다르게 우리 사회가 호황을 지나 경제적 위기를 경험한 세대이다. 이들이 막 사회에 진출하려고 했을 때 우리 사회는 외환위기를 겪게 되고, 이러한 사회경제적인 불안정이 이들에게 사회의 안전도에 부정적인 영향을 주었을 것으로 추정된다. 따라서 이들이 가장 불안감을 가지고 있는 사회경제생활 관련 위험도를 낮추기 위한 정책이 필요하다. 실업과 빈곤대책 그리고 우리 사회에서 가장 부담으로 작용하고 있는 주택가격 안정화 등 실효성 있는 생활안정화 대책 등이 시급하다.

### 3) 정치이념적 상반된 견해를 가진 집단 포용정책 마련

정치이념적으로 진보적인 성향을 가진 집단들이 우리 사회가 위협하다고 보는 의식이 더 많았으므로 이 집단 구성원들에 대한 특성 분석이 필요하다. 이들은 주로 30~40대의 민주화 세력과도 일치한다고 볼 수 있는데, 이들이 경험한 여러 사회적인 불만요인들이 우리 사회의 안전성에 대해서도 부정적인 시각을 갖게 한 것으

로 보인다. 따라서 이들의 욕구를 면밀하게 파악하고, 동시에 이 집단과의 원활한 의사소통 채널을 구비하여 이들의 의견과 견해가 정책에 반영되고 있다는 신뢰도를 제고할 필요가 있다.

### 4) 노동시장의 안정화 정책 마련

경제생활 영역은 가장 위험도가 높은 영역으로 인식되고 있다. 따라서 불안정한 노동시장의 안정화 정책이 필요하다. 이를 위해서는 노동시장의 유연화정책과 함께 안정된 계약직, 여성을 위해서는 일가정 양립정책 등 다양한 정책이 공고화 되어야 한다. 특히 여성을 위해서는 경력이 단절되었더라도 노동시장 재진입이 용이할 수 있어야 하겠고, 중고령자의 탈빈곤을 위해서 일자리가 확대되어야 하겠다. 특히 일자리의 수요가 많은 사회서비스 산업의 확대를 통해서 여성도 중고령 인력을 흡수할 수 있게 될 것이다.

### 5) 주체별 위험 분산방안 마련

조사결과에 의하면 우리 국민은 정부의 위험 대처수준은 매우 낮다고 평가하고 있다.<sup>12)</sup> 위험에 대한 관리는 국가만으로는 감당되지 않는다. 김영란(2011)은 국가는 사회적 위험 관리에 대한 주체가 되고, 국가는 사회의 위험을 극복하도록 가족과 노동시장의 능력을 제고해야 한다고 주장하고 있다.<sup>13)</sup> 즉, 국가, 시장, 가족의 복지삼자관계에 기반을 둔 복지체제를 통해서 탈위

12) 김미숙·이상영·정진욱·성균관대학교 서베이리서치센터(2013). 위험사회에 대한 국민의식조사, 한국보건사회연구원.


13) 김영란(2011). 앞글.



험사회로 갈 수 있다는 것이다.<sup>14)</sup> 따라서 시장과 가족의 기능을 강화하여 각자가 역할을 감당하여 건실한 사회안전망의 기능을 하게 함으로써 우리 사회의 안전도를 제고할 수 있다.

아울러 위험에 대한 상시점검과 모니터링도 필요하다. 김영욱(2006)은 위험관리에 대한 상시점검과 지속적인 피드백을 강화하고, 나아가서는 위험관리 관련 법을 만들고, 이로써 위험의 책임소재를 명확히 할 필요가 있다고 제안하였다.<sup>15)</sup> 그는 사회적인 위험은 개인이 노력한다고 달성되는 것이 아니기 때문에, 이에 대한 공

공성 확보가 중요하며, 따라서 정부의 역할이 중요함을 역설하고 있다.<sup>16)</sup> 그럼에도 정부만으로는 사회의 위험이 확보되기 어렵기 때문에 시장과 가족의 적극적인 개입과 활동이 가능하도록 사회적인 분위기가 조성되어야 한다.

이상의 결과를 통해서 국제적 위기에 대한 국민의 안전의식을 바탕으로 취약한 부분에 대한 대응정책을 강화하고, 국내 리스크를 최소화하여 국가의 신뢰도 및 안전도 제고, 이를 통한 국격을 제고할 수 있을 것으로 기대한다. 

14) 김영란(2011). 앞글.

15) 김영욱(2006). 위험사회의 위험 커뮤니케이션: 위험에 대한 성찰과 커뮤니케이션의 필요성, 커뮤니케이션 이론, 2(3), pp.192~232.

16) 김영욱(2006). 앞글

# 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의 현황과 방향

## Policy Direction for Decreasing the Concentration of Patients to Extra-large Hospitals

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

최근 보장성 강화 정책의 추진으로 대형 상급종합병원 환자쏠림 문제가 심각하게 제기되고 있다. 이 글에서는 환자쏠림에 대한 그간의 관심과 정책 현황을 분석하고 향후 정책 방향을 제시하였다. 환자쏠림 문제는 의료에서 정보비대칭성과 의료시스템의 비효율성이 함께 작용한 결과라고 할 수 있다. 현실에서 의료는 개인의 건강과 생사에 관련된 문제이므로 가벼운 증세로 대형병원을 찾는다고 무조건 '과잉 의료소비'로 비판하기 어렵다. 안전하고 질 높은 치료서비스를 원하는 소비자의 심리에 반응하는 정책 설계가 필요하다. 우리는 그동안 개인수준에서 합리적인 선택을 지원하는 정보제공이 충분하지 않았음을 주로 지적해 왔다. 하지만 무엇보다 환자들이 체감할 수 있는 의료 질 향상과 의료기관 간 질(quality)의 차이를 좁히는 노력이 선행되어야 한다. '환자중심 의료연계(patient-centered care coordination)'는 환자입장에서 가장 효율적인 비용으로 높은 질의 의료로 경험하게 하는 의료전달체계의 핵심 요소이다. 의료의 질과 효율성 향상을 목표로 '환자중심 의료연계' 정책을 수립하는 것이 환자 쏠림을 완화시키는 의료전달체계 개편의 시작이며 기반이 되어야 할 것이다.

### 1. '환자쏠림'에 대한 사회적 관심 증가

자유민주주의-시장경제를 기반으로 하는 국가에서 환자 선호(preference)가 집중되는 현상은 자연스러울 수 있다. 특히, 자신과 가족의 질병치료와 건강에 관해서는 선호가 작용하지 않을 수 없다. 선호의 근거가 과학적이든 그렇지 못하던 증병에 걸려 내일의 생사를 알 수 없다면, 누구나 소위 '거기만 가면 나올 것 같은' 병원으로 향하지 않을 수 없을 것이다.

문제는 '거기만 가면 나올 것 같은' 병원이 어떠한 정보를 기반으로 형성된 것이며, 의료에

대한 의사와 환자간의 정보력 차이(정보 비대칭성)에서 발생한 비합리적인 선택의 결과인지 따져보아야 한다는 것이다. '환자 쏠림'이라는 표현은 이미 적절한 수준 이상으로 어떤 장소에 환자가 집중되고 있다는 부정적인 의미를 전달하고 있다. 최근까지 '환자쏠림'에 대한 여론의 관심 증가는 이것이 사회적으로 해결되어야 하는 문제로 인식되고 있다는 것을 보여준다.

포털검색사이트 다음뉴스에서 2000년부터 2014년 3월 19일 현재까지 '환자쏠림'으로 검색된 기사는 모두 3,921건이었다. 2008년 3/4분기부터 환자 쏠림이 정책적인 문제로 급부상하면서 지속적으로 증감을 반복하다가 지난해 정

권 초기의 건강보험 보장성 강화정책에 대한 우려와 올해 초 3대 비급여 개선정책 발표와 함께 증가세가 치솟는 경향을 보인다(그림 1).

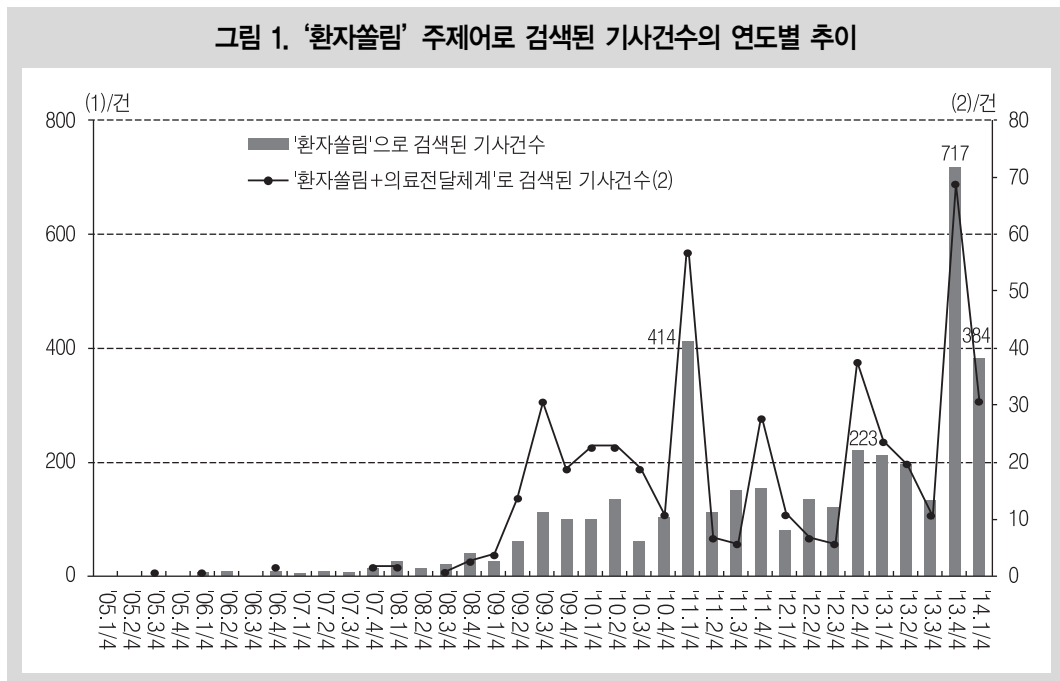
2003년에 ‘환자쏠림’으로 검색된 첫 기사는 병원들 간 부익부 빈익빈의 문제로 이른바 ‘환자 쏠림 현상’을 언급하고 있었다. 초기에는 환자쏠림이 의료기관간 진료수입의 불균형 문제로 언급되다가 KTX 개통으로 ‘수도권 환자 쏠림’ 문제가 제기되면서 의료전달체계의 비효율 문제로서 검토되기 시작했다. 이후 국가적으로 환자 집중도가 수도권→수도권 대형병원→Big5대형병원으로 심화되고 있음이 반복적으로 보도되어 왔다. 최근 박근혜 정부의 4대 중증 질환 보장성 강화 정책은 비용부담 완화로 중증

질환자의 상급종합병원 의존도를 증가시켜 환자쏠림 문제를 고착화시킬 것이라는 우려를 확산시켰고 보다 적극적인 의료전달체계 개편 논의를 촉발시켰다.<sup>1)</sup> 기사검색 결과에서도 환자쏠림과 의료전달체계를 함께 다룬 기사가 환자쏠림 기사와 같은 변동 곡선을 보임으로써 그 관련성을 보여주고 있다.

## 2. ‘환자쏠림’이 왜 문제인가?

환자쏠림은 의료이용과 함께 의료인력, 장비 등 의료자원에 대한 투자를 집중시킴으로써 국가적으로 효율적이고 효과적이며 형평적인 의

그림 1. ‘환자쏠림’ 주제로 검색된 기사건수의 연도별 추이



1) 신영석 외(2013). 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향, 한국보건사회연구원.

료시스템의 작동을 어렵게 한다. 첫째, 대형 상급종합병원으로의 ‘환자쏠림’ 심화는 더 낮은 비용으로 치료 가능한 환자가 가장 비싼 의료를 이용할 가능성을 높인다. 특히, 만성질환자가 대형 상급종합병원에 이르기까지 여러 명의 의사를 만나면서, 의사를 만날 때마다 중복 촬영 등 불필요한 자원 낭비를 초래하고 있다. 시스템 비효율로 인한 낭비(waste)는 불필요한 지출을 증가시켜 국민에게 급여범위 확대 등의 혜택을 지연시키고 장기적으로 급여범위 축소, 보험료 인상 등의 피해를 초래할 수 있다. 둘째, 한정된 수용능력을 초과하는 환자쏠림은 필요한 시점에서의 적절한 의료서비스의 제공을 지연시켜 환자의 건강결과를 악화시킬 수 있다. 한국에서 초대형 병원의 수술대기시간은 평균 2~3개월이다<sup>2)</sup>. 입환자에서 확진 후 가능한 빠른 수술이 효과적 치료라는 점에서 환자쏠림 문제는 대기시간으로 인한 기회비용 증가, 건강결과 악화 문제로 이어질 수 있다. 셋째, 앞서 언급된 문제들은 결과적으로 필요한 의료서비스에 대한 형평한 접근을 막는다. 환자쏠림은 비정상적인 의료관행을 부추긴다. 즉, 대기시간의 단축을 위해 비급여 상급병실 입원, 인맥을 통한 기간 단축 등 비형평적 요소가 작용하기 때문이다. 이 경우, 추가적인 비용부담의 여력과 인맥이 없어서 필요한 서비스 이용을 포기하거나 더 많은 대기시간을 감수해야 하는 불평등이 발생할 수 있다. 결론적으로 ‘환자쏠림’은 의료전달체계의 총체적 부실을 보여주는 현상이다.

우리나라의 의료전달체계는 1989년 7월, 전국민의료보험 확대 실시와 함께 도입되었다. 의료기관의 기능 구분, 단계적 진료체계의 확립을 위해 1차 진료(중진료권, 시군단위)의 환자들은 중진료권 내 모든 1차 의료기관을 이용해야 하고, 중진료권 2, 3차 진료(대진료권, 도 단위)는 1차 의료기관에서 발행한 진료의뢰서를 제출해야 했다<sup>3)</sup>. 그러다가 1998년 규제개혁 차원에서 진료권 제도가 폐지되었고 요양급여만 1단계와 2단계로 구분해 현재까지 운영되고 있다. 여전히 2단계 요양급여 진료를 제공하는 상급종합병원을 이용하려면, 1단계 요양급여 제공 기관에서 진료의뢰서를 발급받아 제출하도록 규정하고 있지만, 환자의 선택권이 앞서서 상황에서 의사들은 환자의 진료의뢰서 발급 요구를 거부할 수 없다. 결과적으로 우리나라 국민은 원하는 의료기관을 선택하는데 큰 제약이 없다. 따라서 환자쏠림의 완화 정책은 의료전달체계 개편으로 접근되어야 한다.

### 3. 대형 상급종합병원 ‘환자쏠림’이 불합리한 선택의 결과인가?

4대 중증질환자의 비용부담이 완화되면서 특히, Big5 대형병원으로의 환자쏠림이 우려되고 있다. 그런데, 나와 가족 중 누군가가 중병에 걸린다고 생각하면, 크고 유명한 병원을 더 많이 찾는 환자들의 선택에 동조하지 않을 수 없다.

2) Hong DP, Song J(2011). The effective distribution system for the concentration of patients to extra-large hospitals. Journal of the Korean Surgical Society, 20, pp.373~383.

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

일반인의 시각에서, 규모가 크고 최신 장비와 신기술 도입이 빠르고 유명 의사가 많은 병원이 높은 수준의 의료서비스를 제공할 것이라고 기대될 수밖에 없다. 드물지만, 의료기관을 선택하는 요인에 대한 연구들은 환자들이 현대성(modernity)과 전문성(professional credibility)과 같은 비 객관적 정보에 의존하고 있다고 보고하고 있다<sup>4) 5)</sup>.

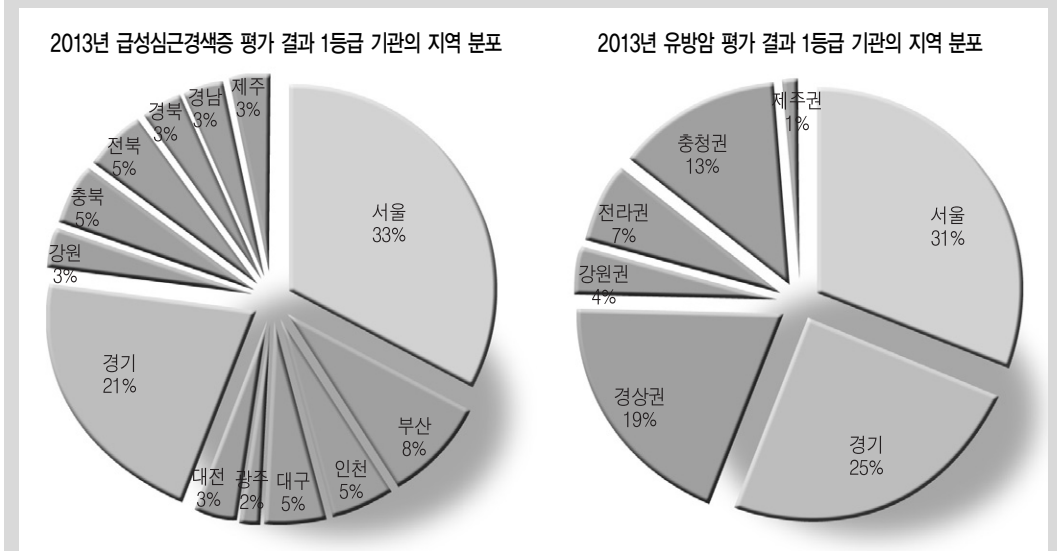
이것은 개인의 의료선택과 직접 관련된 정보가 부족한 결과라고 할 수 있다. 직접 관련된 정보가 없을 때, 의료 질을 판단하는 잣대가 개인마다 차이가 있을 수 있으며 이 과정에서 선택

은 상당한 낭비를 초래할 수 있다. 정보가 충분하지 않을 때는 차라리 크고 유명한 병원을 선택하는 것이 기회비용을 감소시키는 합리적 선택이라고 생각될 수 있다.

최근 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가결과에서도 환자들의 대도시 큰 병원에 대한 믿음이 근거가 없지 않음을 보여준다. 2013년 급성심근경색증과 유방암 평가에서 1등급 기관들은 대부분 서울, 경기지역에 분포하고 있음을 확인할 수 있다(그림 2).

또한 의원의 만성질환 관리 서비스 질(quality)에서도 지역 간 차이를 보이고 있다(그림 3).

그림 2. 급성심근경색증과 유방암 평가 결과에서 1등급 기관의 지역 분포

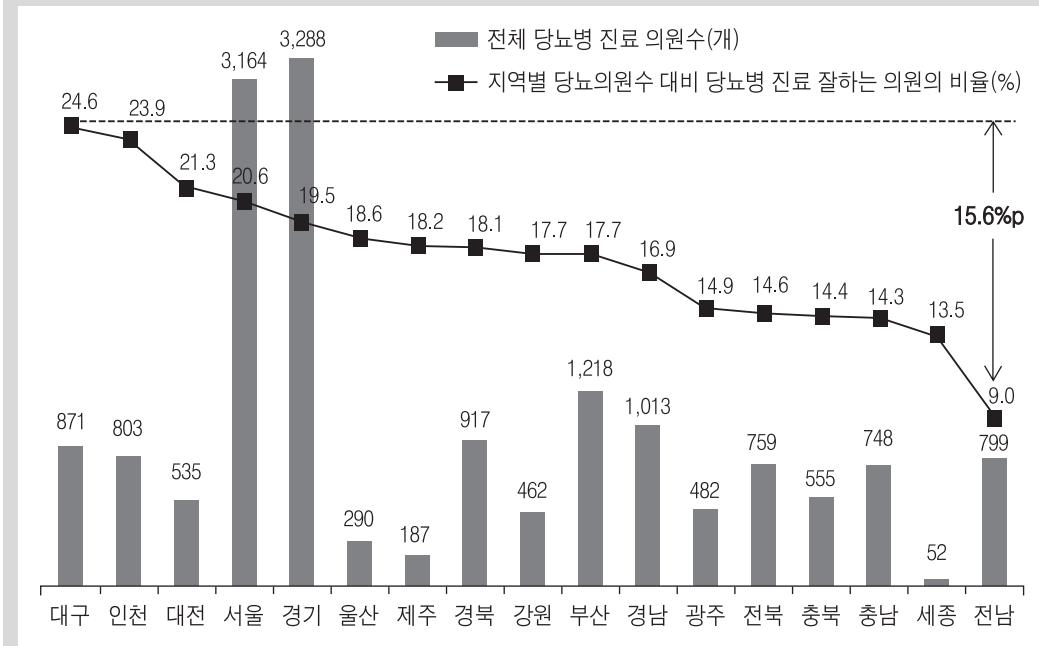


자료: 건강보험심사평가원, 2013년 적정성평가 결과

4) 이윤경(2003). 3차 종합병원 외래환자의 병원 선택요인에 관한 연구: 일부 대학병원과 기업병원을 중심으로[학위논문], 서울:서울대학교.

5) Hong DP, Song J(2011). The effective distribution system for the concentration of patients to extra-large hospitals. Journal of the Korean Surgical Society, 20, pp.373~383.

그림 3. 지역별 당뇨병 진료 의원 중 '당뇨병 진료 잘하는 의원'의 비율



자료: 건강보험심사평가원, 2012년(2차) 당뇨병 적성성 평가 결과.

건강보험심사평가원이 발표한 2012년 당뇨병 평가 결과에서 지역별로 당뇨병 진료의원 중 진료 잘하는 의원의 비율을 비교하면, 대구가 24.6%로 가장 높고 전남이 9.0%로 가장 낮아 두 지역 간에 15.6%포인트의 차이를 보였다. 환자가 당뇨병 진료를 잘하는 의원을 방문할 확률은 대도시일수록 높다. 반면, 전남 지역에서 그런 의사를 만날 확률은 가장 낮은 것이다. 당뇨병 진료 의원 수가 비슷한 전북과 충남과 비교하면 그 차이는 더욱 분명해진다(그림 3).

거시적 관점에서 정책의 수립은 미세한 문제들을 외면하는 가정을 설정하게 된다. 하지만, 개인수준에서 의료기관을 선택하는 요인을 이해하지 않고는 효과적인 정책수립을 기대하기

어렵다. 우리는 그동안 개인수준에서 합리적인 선택을 지원하는 정보제공이 충분하지 않았음을 주로 지적해 왔다. 문제는 실제, 환자들이 체감할 수 있도록 질 향상이 이루어져야 하고 의료기관 간 의료 질의 차이를 줄이는 노력이 선행되어야 한다는 것이다.

#### 4. 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화 정책 현황

보건복지부의 환자쏠림 완화정책은 2011년 3월 17일에 발표된 「의료기관 기능 재정립 기본 계획(이하 기본계획)」<sup>9)</sup>을 통해 단계적으로 추진

되고 있다고 할 수 있다.

보건복지부는 2009년 12월부터 5차례의 「의료기관 기능 재정립 TF」, 2010년 5월부터 15차례의 의협, 병협, 대학병원, 학계, 시민단체 등과 간담회 개최를 통해 의료기관 기능 재정립 방향을 논의했고, 2010년 5월부터 7차례의 「일차의료 활성화 추진 협의회」를 통해 대형병원 경증 환자 쏠림 완화 방안, 의료기관 서비스 질 관리 방안 등 구체적인 실행방안을 도출했다<sup>6)</sup>. 복지부는 이러한 과정을 통해 전문가, 이익 단체, 시민단체 간에 환자쏠림의 원인을 의료전달체계의 문제로 체계화시켰고 ‘의료기관 기능 정립’ 등 의료체계 개편 방향을 마련하는 중요한 기회를 제공했다고 생각한다.

다만, 의료기관에 대한 환자의 선택권이 열려있고 서비스 투자가 민간자본에 의존하고 있는 건강보험제도 현황에서 시스템 변화를 유도하기 위해 집행 가능하고 성과를 기대할 만한 정책 대안이 제한적이라는 점에서 갑갑함을 동감한다.

현재까지 기본계획 하에 추진된 세부 실행방안들에는 ‘의료기관 종류별 표준업무규정 제정(‘11.6월)’, ‘경증 외래환자 약국 본인부담 차등제(‘11년10월)<sup>8)</sup>’, ‘전문병원 지정제(‘11.11월)’, ‘의원급 만성질환관리제(‘12.4월)’, ‘연구중심병원의 지정 및 평가에 관한 규정 시행(‘12.11월)’, ‘상급종합병원 지정기준 개정안 입법예고(2014.2월)’가 해당된다.

이 중 ‘약국 본인부담 차등제’와 ‘상급종합병원 지정기준 개정’은 상급종합병원의 환자쏠림을 완화시키기 위한 직접적인 정책이라고 할 수 있다. 동네의원에서 이용 가능한 경증 만성 외래질환으로 상급종합병원을 이용하는 환자는 약국 본인부담금을 더 내도록 하고, 경증질환 비율은 줄이고 중증질환 진료를 늘리도록 지정기준을 강화함으로써 상급종합병원에 대한 경증질환자의 접근을 제한하고 있다. 또한 사전 협의 의무화를 통해 상급종합병원의 병상 증설을 억제함으로써 쏠림의 주요 대상인 Big5병원의 환자수용능력을 통제하고자 하고 있다. 기타의 정책들은 의료기관 간 기능을 정립시키고 특히, 일차의료기관의 상대적 경쟁력 향상을 지원하는 정책이라고 할 수 있다.

하지만, 지금까지의 노력에도 불구하고 매년 환자쏠림 현상은 심화되고 있다. 또한 최근의 4대 중증질환 보장성 강화와 3대 비급여 개선정책으로 인하여 환자의 비용부담이 감소되는 주요 장소는 Big5 병원을 포함하는 상급종합병원이다. 이들 기관에 대한 환자쏠림의 속도가 완화정책들의 효과를 무색하게 하지 않을지 우려된다.

현실에서 의료는 개인의 건강과 생사에 관련된 문제이므로 가벼운 증세로 대형 종합병원을 찾는 것이 ‘과잉 의료소비’라고 단적으로 비판하기 어렵다. 안전하고 질 높은 치료를 원하는 게 의료 소비자의 심리라면, 정책이 그 심리를

6) 보건복지부(2011.3). 의료기관 기능재정립 기본 계획.

7) 보건복지부 보도자료(2010.3.17). 비효율적 의료체계 바로잡는다.

8) 약국 본인부담 차등제: 감기, 결막염 등 가벼운 질환과 고혈압, 당뇨병, 관절염 등 만성질환으로 상급종합병원과 종합병원을 이용하면 본인이 부담하는 약값이 각각 50%, 40%로 의원·병원의 본인부담(30%)과 차등화하는 제도임.

파고들기 위해서는 우리가 생각하는 틀을 환자 중심에서 다시 생각해 볼 필요가 있다.

## 5. 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화 정책의 방향

### 1) 환자쏠림을 심화시키는 의료시스템의 문제

환자쏠림 문제는 의료에서 정보 비대칭성과 의료시스템의 비효율성이 함께 작용한 결과라고 할 수 있다. 정책 목표와 방향을 설정하기 위해서는 의료시스템의 무엇이 문제인지에 대한 근본적인 이해가 필요하다. 우리나라 의료시스템은 민간 자본을 중심으로 발전되어 왔기 때문에 종별 기능에 관계없이 의료기관 간 상호 경쟁이 주요한 성장 동력이었고 행위별수가제는 이를 지원하고 있었다고 할 수 있다. 이러한 환경에서 개별 의료기관은 환자의 재원기간 동안 최대의 서비스 량을 제공하고, 기관의 시장점유율을 키우는 데 관심을 가질 수밖에 없었다. 의료기관 선택권이 열려있는 환자들이 이렇게 독립적인 의료기관들을 이동할 때마다 중복 서비스 제공으로 인한 낭비를 초래하게 되고 결과적으로 개인과 국가 모두에게 비효율을 초래할 수밖에 없다.

특히, 복합만성질환자의 증가와 인구 노령화는 환자 중심으로 의료연계가 이루어지지 않는 시스템 비효율의 문제를 부각시켜주고 있다<sup>9)</sup>.

이러한 환자들에 있어서 의료연계가 필요한 문제 영역을 구분하면 다음과 같다. 첫째, 만성질환자가 여러 명의 의사를 만나지만, 이 환자를 위해 지속적으로 임상 정보를 모으고 관리해주는 한명의 의사가 없다. 둘째, 병원을 퇴원한 환자가 적절한 외래 관리를 받도록 연계되지 못해 재입원의 위험을 낮추지 못한다. 셋째, 당뇨나 심장질환 등의 특정 질병을 가진 환자들이 지속적으로 정기 검사와 투약 관리를 받을 곳을 찾지 못한다. 이러한 영역이 방치된다면, 일차의료기관에서 충분히 관리될 수 있는 질병 치료를 위해 상급종합병원으로 환자가 쏠리는 비효율을 가중시키게 된다.

실제, 2005년부터 2012년까지 의료기관 종별로 건강보험 외래 진료비의 변화를 비교해 보면, 상급종합병원은 무려 140% 증가한 반면, 의원은 55%의 증가로 그 절반수준에도 미치지 못하고 있다. 이러한 차이가 의원에서 치료 가능한 환자의 진료비가 불필요하게 상급종합병원으로 이전된 크기의 상당부분을 반영하고 있는 것이라고 할 수 있다(표 1).

한편, 건강보험 외래진료비의 종별 점유율로 우리나라 의료시스템에서 ‘환자쏠림’의 문제를 진단하면 초대형 상급종합병원으로의 환자 집중과 의원의 외래진료기능의 약세로 요약할 수 있다.

우리는 전국의 상급종합병원들이 가까운 지역<sup>10)</sup>의 중증 질환자에 대해 최고도의 급성 치료(acute care)서비스를 제공하기를 기대하고

9) Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E(2007). Improved health system performance through better care coordination. OECD health working papers.

10) 보건복지부의 “상급종합병원의 지정 및 평가규정 제정안”에서는 상급종합병원의 소요병상 충족도를 판별하기 위해 수도권과 경



표 1. 요양기관종별 연도별 외래 진료비와 '05년 대비 외래진료비 증가율

(단위: 억원, %)

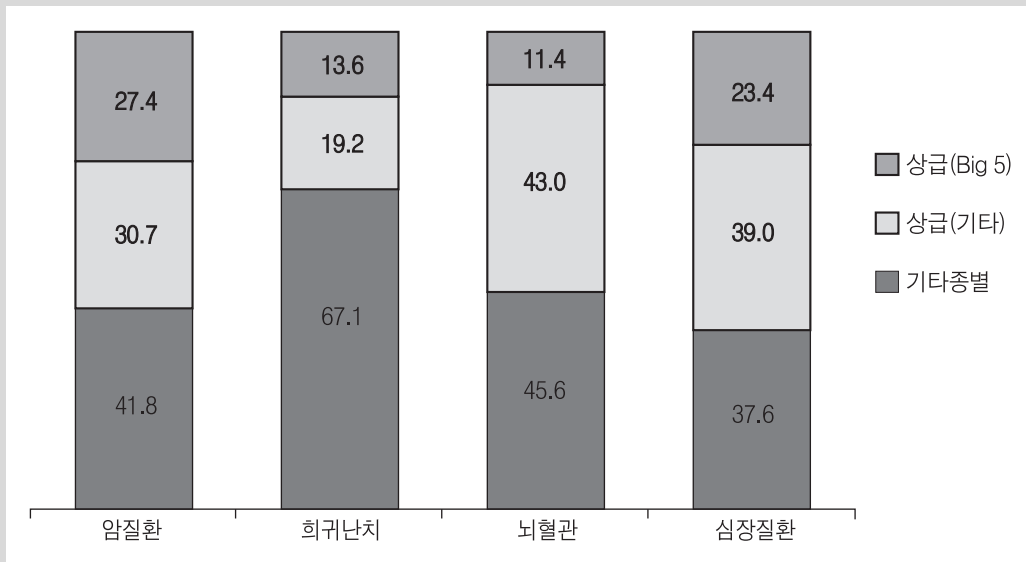
종별	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	증가율('05-12년)
상급종합병원	12,016	14,369	16,842	18,442	22,884	25,434	26,377	28,893	140.4
종합병원	12,716	14,804	16,663	18,823	20,751	23,420	25,095	25,808	103.0
병원	6,488	7,379	8,783	9,296	11,222	12,883	14,171	15,481	138.6
의원	59,194	64,870	68,949	71,380	77,904	83,067	87,011	91,854	55.2

자료: 국민건강보험공단. 각 연도별 진료비 통계.

있다. 이러한 측면에서, 중증질환자들이 상급 종합병원에 집중되는 것은 자연스러운 일이다. 희귀난치성 질환을 제외하고 암, 뇌혈관, 심장 질환에서 건강보험 진료비의 50%이상이 상급

종합병원에서 사용되고 있다(그림 4). 2006년부터 2010년까지 산정특례 대상 암환자의 비급여 진료비 중 약 60%가 상급종합병원에서 지출되었다<sup>11)</sup>.

그림 4. 4대 중증질환(산정특례)의 2011년 건강보험 지급 총 진료비에서 상급종합병원의 점유율(%)



자료: 국민건강보험공단(2013.5). 건강보험진료비지급 통계.

기서부권, 경기남부권, 강원권, 충북권, 충남권, 전북권, 전남권, 경북권, 경남권 등 10개의 진료권역을 구분하고 있음.  
11) 이옥희 외(2012). 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성 변화, 국민건강보험공단.

문제는 2007년부터 2010년까지 전국 44개 상급종합병원에 입원한 전문진료질병군<sup>12)</sup> 환자의 1/3이상이 5개의 초대형 상급종합병원에 집중되어 있다는 것이다<sup>3)</sup>. 초대형 병원들은 신기술과 고가장비에 대해 거대 자본을 투자함으로써 의료서비스 영역에서 독과점 위치를 차지하기 쉽다. 따라서 이들 기관들의 점유율이 확대될수록 의료시장과 의료정책에서 미치는 영향력을 통제하기 어려워 질 수 있다.

2001년부터 2012년까지 건강보험 의과 외래진료비 점유율을 보면, 상급종합병원은 9.9%에서 17.7%로 7.8%포인트 증가, 종합병원은 10.2%에서 15.8%로 5.7%포인트 증가, 병원은 5.3%에서 9.5%로 4.2%포인트 증가했다. 반면, 의원은 74.6%에서 56.4%로 18.2%포인트 감소했다. 의원의 점유율 감소는 환자의 의료이용에서 첫 대면하는 의원의 지속진료 기능이 약화되고 있음을 우려하게 한다.

이러한 결과는 우리나라 개원가의 지나친 전문화와 단독개원 형태가 복합만성질환자 증가와 인구고령화에 따른 새로운 의료 수요에 적합하지 않다는 것을 보여준다. 우리나라 65세 이상 노인의 60.5%가 3개 이상의 복합만성질환을 가지고 있다는 연구결과를 상기할 필요가 있다<sup>4)</sup>. 상식적 수준에서, 단순 감기를 치료하기 위해 무조건 큰 병원을 찾지는 않는다. 접근성 높은 의원을 방문할 확률이 더욱 높다. 인구

당 외래 의사방문횟수가 2011년 13.2회로 일본(2010년 13.1)을 제외하고, OECD 국가 중 가장 높은 수준<sup>15)</sup>이고 회원국 평균의 두 배 수준이다. 이는 일차 접촉에 있어서 의원 이용이 감소하기 보다는 의사와 환자의 지속적 관계를 유지하는데 있어서 의원이 경쟁우위에 있지 못한 결과라고 할 수 있다.

서비스가 아닌 환자를 중심으로 의료기관이 협력하여 의료서비스를 연계함으로써 의료의 질과 효율성을 향상시키는 경쟁을 유도하도록 정책 목표와 방향을 설정할 필요가 있다.

## 2) 의료의 질과 효율성 향상을 목표로 환자 중심 의료연계 정책 수립

환자쏠림 완화 정책은 의료시스템 전반에서 의료의 질과 효율성 향상에 목표를 두어야 한다. 개인의 의료선택에 있어서 의료 질은 중요한 결정요인이며, 효율성은 의료 질이 동질하다고 가정하고 비용을 최소화하는 접근이기 때문이다. 개인과 국가수준에서 합리성과 효율성을 모두 갖추기 위해서는 의료의 질과 효율성 향상을 목표로 환자쏠림 완화정책을 설계해야 한다. 이는 환자쏠림 문제가 의료전달체계 또는 의료시스템의 개편으로 귀결되는 이유이기도 하다. 실제로, 국민이 같은 기능을 수행하는 의료기관 간에도 의료의 질에서 차이가 크다고 믿는다면,

12) 상급종합병원의 질병군별 환자 구성 상태를 판단하기 위한 분류로서, 단순진료질병군, 일반진료질병군, 전문진료질병군으로 구분됨.

13) 박춘선 외(2012). 상급종합병원의 지정기준 개선을 위한 진료 실태 조사 및 분석, 건강보험심사평가원.

14) 정영호, 고숙자, 김은주(2013). 효과적인 만성질환 관리방안 연구, 한국보건사회연구원.

15) OECD Healths Statistics 2013.

거시적 효율성 정책은 집행 자체가 의미가 없어지기 때문이다.

그러나 우리나라 의료시스템이 민간자본 중심으로 발전되었고 환자의 선택권이 제한이 없는 상황에서 규제적 접근은 한계가 있음을 인지해야 한다. 지금까지의 정책은 정부가 할 수 있는 규제적 접근의 최선이 아닐까 생각된다. 상급종합병원의 지정기준 강화, 연구중심병원 지정 등을 통해 최고도의 의료서비스를 제공하는 의료기관들의 기능 정립과 질 관리를 시도한 것이다. 또한 의원급 만성질환관리제와 지역 보건 서비스와 의료서비스를 연계하는 건강플랫폼 사업은 새로운 외래진료모형을 도입하고자 하는 의지를 보여준다.

‘환자중심 의료연계(patient-centered care coordination)’로 의료공급자와 정책전문가의 지향점이 변하도록 세부 정책의 설계가 필요하다. 환자중심으로 의료공급자간 진료정보가 공유되고 서비스가 연계되면, 외래 관리의 일관성과 질이 향상되어 불필요하거나 계획되지 않은 고비용 입원을 예방할 수 있다. 또한 일차의료 기능의 향상은 자연스럽게 단계적 진료환경을 조성함으로써 의료 질과 효율성에 대한 시스템 성과를 모두 향상시킬 수 있을 것이다. 특히, 만성질환자와 노인은 환자중심 의료연계 정책의 주요 대상이 되어야 할 것이다.

‘환자중심 의료연계’가 의료시스템 운영의 기반이 되도록 다음의 필수요건<sup>16)</sup>을 중심으로 세부정책들을 체계적으로 정비하고 추진할

필요가 있다.

첫째, 환자와 공급자 모두가 원하는 때에 필요한 정보에 접근 가능해야 한다. 의료시장에서 정보 비대칭성이 작용하지 않도록 환자가 의료공급자의 질 정보를 이용할 수 있어야 한다. 개인의 의료선택에서 효과적인 의료정보가 편리하게 사용될 수 있도록 보장해야 한다. 의료 공급자도 임상적 의사결정을 위해 환자의 동의에 따라 진료 및 임상 정보를 다른 장소의 의사와 교류할 수 있어야 한다. 국내에서 CT, MRI 등의 중복 촬영 등의 문제를 통해 공급자간 정보교류의 문제들이 제기되어 왔다. 물론, 기술적, 제도적으로 많은 어려움이 있고 쉽지 않겠지만 의료연계를 위해서는 반드시 해결해야 하는 핵심과제이다.

둘째, 의원의 외래서비스 질을 향상시켜야 한다.

환자가 치료를 이용하는 일련의 과정에서 출발점은 의원의 외래서비스 이용일 가능성이 높다. 이 때 만나는 의사가 의료시스템에서 효율적인 의료서비스를 이용하도록 안내해주고 필요에 따라 다른 서비스를 이용한 후에도 다시 찾을 수 있도록 의료 질을 향상시키는 노력이 필요하다. 환자에게 의원의 진료의사는 의료 코디네이터 의사로서 역할을 해야 한다.

셋째, 시스템 전반의 목적에 부합하도록 지불제도 개편이 필요하다.

‘환자중심 의료연계’가 의료인의 의사결정 기준이 되도록 목적에 맞게 지불정책이 설계되

16) 제시된 필수요건 4가지는 Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E(2007). Improved health system performance through better care coordination, OECD health working papers, PP.26~44’의 주요 내용을 바탕으로 작성한 것임.

어야 한다. 일례로, 의료의 질과 비용효율성을 함께 평가하여 인센티브를 제공함으로써 개별 서비스 단위의 과잉진료를 통제하고 의료 질 향상을 유도할 수 있을 것이다. ‘환자중심 의료 연계’가 의료공급자에게도 선택의 기준이 되도록 하기 위해서는 의미 있는 에피소드 단위로 의료 질 평가와 지불단위를 포괄적으로 묶고, 정보교류에 대한 수가를 신설하며, 의료기관별 기능을 지원하는 등의 수가구조 개편이 검토될 수 있다.

아울러, 새로운 의료제공-지불모형의 개발도 촉진시켜야 할 것이다.

만성질환관리제는 의원이 등록된 환자에게 제공하는 의료서비스의 질을 평가받고 그 결과에 따라 인센티브를 지불 받는 새로운 의료제공지불모형이다. 결과적으로 이 사업은 환자의 전반적인 의료이용과 건강행태에 대한 의사의 책무성을 강화시키고자 하는 것이다. 그러나 기존의 행위별수가제와 기타의 제도적 틀에서는 이러한 제도의 성과를 기대하기 어렵다. 또한 규제적 접근이 아니라 자발적인 참여를 유도할 수 있다면, 의료공급자들은 환자중심 의료연계를 달성하는 보다 효율적인 의료제공모형을 설계할 수 있을 것이다. 기존의 제도적 틀에서 벗어나는 이러한 시도들이 촉진될 수 있도록 정책당국의 지원이 있어야 하며, 지속적인 협의 채널을 가지고 있어야 한다. 미국 보건부는 CMS 혁신센터(Innovation Center)를 운영함으로써 새로운 지불제도와 의료전달모형의 시범사업을 지원하고 평가하고 있다. 이러한 접근을 통

해 정부는 정책의 시행착오를 줄이고 의료공급자와 파트너십을 구축할 수 있을 것이다.

넷째, 다른 장소와 공급자 간 협력을 방해하는 행정적 장애 등을 제거해야 한다.

다른 진료장소와 공급자간 접점에서 발생될 수 있는 경제적 이해관계, 행정적 불편 등에 대한 세부적인 검토가 필요하다. 이를 위해서는 의료공급자와 정책당국의 지속적으로 협의 채널을 갖는 것이 중요하다. 의료공급자가 새로운 의료수요에 대한 변화를 시도할 때, 정부는 이를 방해하는 행정적 규제들을 해소해 주는 역할을 해야 할 것이다.

효과적인 정책 수립을 위해서는 의료기관들의 경제적 이해관계가 의료시스템의 효율성과 질 향상을 유도하는 접근 방식과 일치되어야 한다. 그 접점에는 환자의 새로운 의료수요가 있다. ‘환자쏠림’ 문제는 우리나라 의료시스템의 문제를 점검하고 개편하는 중요한 계기를 제공했다. 새로운 의료수요는 환자중심으로 의료연계가 가능한 시스템으로의 변화를 요구하고 있다. 이러한 새로운 의료수요에 의료공급자가 자연스럽게 반응할 수 있도록 변화를 지원하는 규제 완화, 투자, 지원 등이 지속적으로 이루어질 수 있기를 기대한다.

아울러, 환자중심 의료연계에 대한 시스템 변화를 모니터링 해야 한다. 환자중심 의료연계는 환자중심에서 좋은 질의 의료이 안전하고 효율적으로 제공되며, 임상적 결정에 필요한 모든 정보가 환자와 공급자에게 이용 가능하도록 하는 의식적인 노력이다<sup>17)</sup>. 미국 의료시스템의 질

17) AHRQ(2012). *National Healthcare Quality Report 2011*. Washington, D.C.: AHRQ publication.

성과를 측정하는 미국 의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report, NHQR)는 매년 미국 의료시스템의 의료연계 기능 변화를 모니터링하고 있다. 의료연계는 어떤 한 장소에서 발생되는 기능이 아니다. 의료시스템을 이용하는 환자를 대상으로 자신의 일차의료의사가 다른 의료인에게 받은 진료내역을 확인하거나 정보를 공유하는 노력을 하고 있는지 여부를 조사하고

응답률의 변화를 추적함으로써 의료연계 기능의 개선을 확인하고 있다. 또한 예방 가능한 응급실 방문과 병원 재입원율의 변화를 통해 의료연계 기능을 통한 의료결과 향상을 모니터링하고 있다. 우리나라에서도 의료패널 등에서 조사항목을 추가하여 지속적으로 정책성과를 모니터링 할 수 있을 것이다. 보건복지